

۷ کارنیل، بزرگترین شبکه موفقیت ایرانیان می باشد، که افرادی زیادی توانسته اند با آن به موفقیت برسند، فاطمه رتبه ۱۱ کنکور کارشناسی، محمد حسین رتبه ۶۸ کنکور کارشناسی، سپیده رتبه ۳ کنکور ارشد، مریم و همسرش راه اندازی تولیدی مانتو، امیر راه اندازی فروشگاه اینترنتی، کیوان پیوستن به تیم تراکتور سازی تبریز، میلاد پیوستن به تیم صبا، مهسا تحصیل در ایتالیا، و.... این موارد گوشه از افرادی بودند که با کارنیل به موفقیت رسیده اند، شما هم می توانید موفقیت خود را با کارنیل شروع کنید.

برای پیوستن به تیم کارنیلی های موفق روی لینک زیر کلیک کنید.

www.karnil.com

همچنین برای ورود به کانال تلگرام کارنیل روی لینک زیر کلیک کنید.

<https://telegram.me/karnil>

هنریک ر. ولف

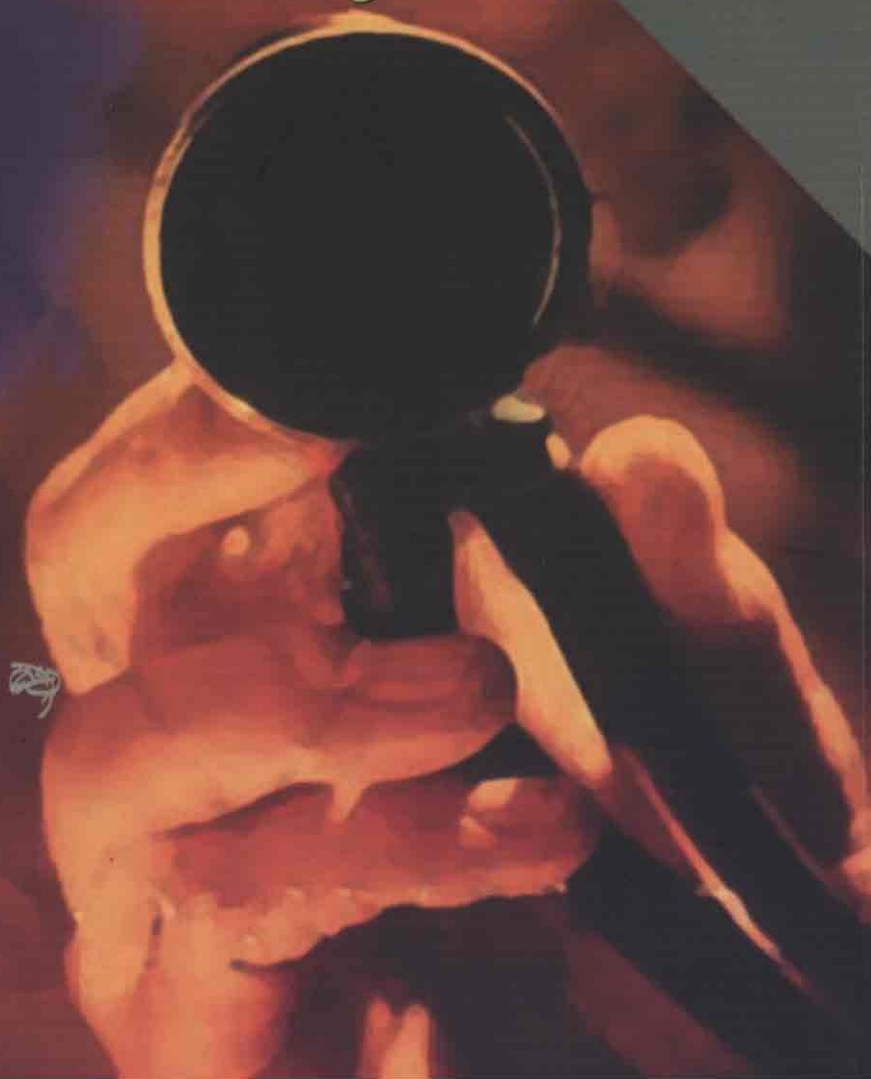
استیگ آندرپدرسون

ریبن روزنبرگ

دراگمادگر

فلسفه طب

همایون مصباحی



فہم
وہم



درآمدی بر
فلسفه طب

هنریک ر. ولف، استیگ آندر پدرسون
ریبن روزنبرگ

همایون مصلحی



انتشارات طرح نو

خیابان خرمشهر (آیادانا) - خیابان نوبخت

کوچه دوازدهم - شماره ۱۰ تلفن: ۸۷۶۵۶۳۴

صندوق پستی: ۷۷۱۳-۱۵۸۷۵

این ترجمه را به پدرم
مر ترضی مصلحی تقدیم می‌کنم.

درآمدی بر فلسفه طب • نویسندگان: هنریک ر. ولف، استیگ آندر پدرسون، ریبن روزنبرگ • مترجم: دکتر همایون مصلحی • مدیر هنری و طراح جلد: بیژن صیفوری
حروفچینی و صفحه‌آرایی: حروفچینی هما (امید سیدکاظمی) • چاپ و صحافی: سازمان
چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی • نوبت چاپ: چاپ اول، ۱۳۸۰
شمارگان: ۲۲۰۰ جلد • قیمت: ۱۶۰۰ تومان • همه حقوق محفوظ است.

ISBN: 964-5625-58-0

شابک: ۹۶۴-۵۶۲۵-۵۸-۰

این کتاب ترجمه‌ای است از:

An Introduction to

Philosophy of Medicine

Blackwell, Oxford, 1990.

Wulf, Henrik R.

ولف، هنریک

درآمدی بر فلسفه طب / هنریک ر. ولف، استیگ آندر پدرسون، ریبن روزنبرگ؛ ترجمه

همایون مصلحی. - تهران: طرح نو، ۱۳۸۰.

۲۸۸ ص. - (فلسفه و فرهنگ)

An Introduction to Philosophy of Medicine.

عنوان اصلی:

۱. پزشکی - فلسفه. الف. پدرسون، استیگ آندر. ب. روزنبرگ، ریبن. ج. مصلحی،

همایون، مترجم. د. عنزان.

۶۱۰ / ۱

۹ د ۴ / و ۷۲۲ R

۱۳۸۰

فهرست

۱۱	□ پیش درآمد
۱۶	□ پیشگفتار مؤلفان
۱۸	□ مقدمه مترجم
۱. پارادایم طب	
۲۰	نظریه کوهن درباره علم
۲۱	گرایش‌های نو در تفکر پزشکی
۲۷	
۲. تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی: مسأله‌ای فلسفی	
۳۴	موضع تجربه‌گرایانه
۳۸	راه‌حل پوپر
۴۵	واقع‌گرایی: موضعی بدیل
۴۹	
۳. تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی: دو گرایش متضاد در تفکر پزشکی	
۵۵	واقع‌گرایی نظروزرانه
۵۵	واقع‌گرایی تحت نظارت تجربه
۵۸	گرایش‌های تجربه‌گرایانه اولیه
۵۹	تفکر پزشکی امروزی
۶۴	
۴. مدل مکانیکی	
۷۵	گفت‌وگویی میان دو طبیب فیلسوف‌مآب
۷۵	مسأله بهنجاری (بهنجار بودن)
۷۷	مسأله آستانه
۸۱	احساس ناخوشی
۸۳	

۱۸۴	۱۰. پزشکی و جامعه‌شناسی	۸۶	غایت حیات
۱۸۵	از اپیدمیولوژی کلاسیک تا پزشکی اجتماعی تجربی	۹۱	یک تذکر
۱۹۰	نقد جامعه‌شناسی تجربی		
۱۹۳	هرمنوتیک تحلیلی	۹۳	۵. علیّت در طب
۱۹۷	نظریه اجتماعی هرمنوتیک آلمانی	۹۳	منطق علیّت
۲۰۰	نظریه نقدی	۹۸	پنج مورد بالینی
۲۰۹	۱۱. روان‌کاوی: علوم طبیعی یا هرمنوتیک؟	۱۰۷	۶. طبقه‌بندی بیماری‌ها: ابزاری ضروری
۲۰۹	روان‌کاوی فرویدی	۱۰۹	تاریخچه طبقه‌بندی بیماری‌ها
۲۱۲	روان‌کاوی به مثابه رشته‌ای علمی	۱۱۲	جایگاه بیماری
۲۱۵	روان‌کاوی به مثابه رشته‌ای هرمنوتیکی	۱۱۸	بیماری: امری شیطانی یا ایده‌ای الهی
۲۱۹	دیدگاه متعادل	۱۱۹	پیامدهای دیدگاه افلاطونی
۲۲۶	۱۲. اخلاق پزشکی به مثابه رشته‌ای فلسفی	۱۲۸	۷. احتمال و اعتقاد
۲۲۷	«خوب» و «باید»	۱۲۸	دو تلقی از احتمال
۲۲۹	سطوح سه‌گانه اخلاق	۱۳۲	دو مثال بالینی
۲۳۰	سرچشمه اخلاق	۱۳۵	دانش کتابی و کار بالینی
۲۳۴	ساختار استدلال اخلاقی	۱۳۸	احتمال فرضیات
۲۴۱	تعادل فراگیر و مدبرانه		
۲۴۵	۱۳. بُعد اخلاقی تصمیم‌های طبی	۱۴۷	۸. رویکرد طبیعت‌گرایانه به روان‌پزشکی
۲۴۵	مشکلات بالینی	۱۴۹	چگونه می‌توان بیمار روانی را تشخیص داد؟
۲۵۱	خودمختاری و قیّم‌مآبی	۱۵۱	دیدگاه تجربه‌گرا
۲۵۸	تصمیم‌نهایی	۱۵۵	بیماری روانی: کارکرد زیست‌شناختی نابهنجار
۲۶۰	اخلاق و پژوهش بالینی	۱۵۷	بیماری روانی: رفتار نامتناسب
		۱۶۰	بیماری روانی: مشکلی اجتماعی
		۱۶۲	دیدگاه التقاطی
۲۶۵	۱۴. جسم و ذهن	۱۶۷	۹. هرمنوتیک: ماهیت انسان در چشم‌اندازی گسترده‌تر
۲۷۲	رفتارگرایی منطقی	۱۷۰	اضطراب: وضعیت بنیادین ذهن
۲۷۳	نظریه علی دربارۀ ذهن	۱۷۹	هرمنوتیک و علوم طبیعی

پیش درآمد

۲۷۵

۲۷۷

۲۷۹

۲۸۱

۲۸۵

نظریهٔ اینهمانی

کارکردگرایی

دوگانه‌انگاری همکنشی

چکیده

□ نمایه

فلسفهٔ طب موضوعی نیست که در دانشکده‌های پزشکی بریتانیا بهای چندانی به آن دهند. دانشجویان پزشکی باید طی دورهٔ آموزش حرفه‌ای بلندمدت خود، اطلاعات روزافزونی را دربارهٔ انواع معتابیهی از بیماری‌ها بیاموزند و به خاطر بسیاری از آنها بیشتر اوقات خود را صرف تحصیل علمی می‌کنند که مورد پسند امتحان‌نشان باشد. اغلب دانشجویان معتقدند که نقداً می‌توان به کار بالینی پرداخت بدون آنکه مبادی طب را مورد پرسش قرار داد. هنگامی که دانشجویان فارغ‌التحصیل می‌شوند و به طبابت می‌پردازند، اغلب پا به زندگی پر مشغله‌ای می‌گذارند که معضلات کار و مشکلات تشخیص و درمان بیماران، فرصت چندانی برای تأمل باقی نمی‌گذارد. حتی اگر آنها به جای کار بالینی به پژوهش مشغول شوند، احتمال دارد که علم پژوهشی‌شان تحت تأثیر پارادایم موجود قرار گیرد. در طول قرن بیستم، طب علمی در کشورهای غربی موفقیت‌های شایانی به دست آورده است. اغلب بیماری‌های عفونی، به کمک تلفیقی از ایمن‌سازی و داروهای آنتی‌بیوتیک، مهار شده‌اند. اکنون می‌توانیم بیماری‌هایی را که پیش از این کشنده بودند، مانند دیابت قندی و کم‌خونی بدخیم، به آسانی درمان کنیم. مرگ‌ومیر شیرخواران کاهش چشمگیر داشته است و عوارض ناشی از بارداری و زایمان پایین آمده است. اما هنوز راه درازی در پیش داریم. مهندسی ژنتیک این امید را به وجود آورده است که بتوانیم بسیاری از نواقص ژنتیکی را پیشگیری یا دست کم تعدیل کنیم. هنوز بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده‌ای، مانند ارتريت روماتوئید و اسکروز مولتیپل، وجود دارند که نمی‌توان از بروز آنها پیشگیری کرد و درمان مؤثری هم ندارند. اسرار دستگاه ایمنی خود بدن کاملاً کشف نشده است. این یقین وجود دارد که پیشرفت‌های علمی در پنجاه سال آینده چندین برابر یافته‌های پنجاه سال اخیر خواهد بود. شواهد و قراین موجود نشان می‌دهد که روش‌های پژوهشی فعلی ثمربخش هستند و چه‌بسا ادعا شود که اگر ذهن خود را با فلسفهٔ طب مشغول کنیم وقت خود را تلف کرده‌ایم. از مزایای کتاب حاضر این است که این دیدگاه را به چالش می‌طلبد و با استدلالی روشن، درستی دیدگاه مخالف را به ما می‌قبولاند. مؤلفان کتاب، که عبارتند از یک متخصص بیماری‌های گوارش، یک روان‌پزشک و یک فیلسوف، معتقدند که طب به مرحلهٔ نوینی وارد شده است. به نظر آنها، در این مرحله نباید مبادی بنیادین علم طب را مورد پرسش قرار داد. آنها به پیروی از توماس کوهن، نویسندهٔ

کتاب ساختار انقلاب‌های علمی، تأکید می‌کنند که طب اکنون به دوره‌ای از «بی‌بنایی پارادایمی» وارد شده است. در این دوره، پزشکان باید تمام اقدامات پیشین خود را بازبینی نمایند و نقش و مسؤولیت خود را در قبال جامعه و بیمارانشان مورد بررسی قرار دهند.

مؤلفان درباره تفاوت‌های فلسفی میان دو مکتب واقع‌گرایی و تجربه‌گرایی بحث روشنگری عرضه کرده‌اند و در این بیان خوانندگان ناآشنا با فلسفه را هم مد نظر داشته‌اند. به اعتقاد مؤلفان، علم و طب تاکنون تحت سیطره تفکر تجربه‌گرایی قرار داشته است. به طور کلی، این مکتب فلسفی از آرای لاک، برکلی و هبوم سرچشمه می‌گیرد و به پوزیتیویسم منطقی می‌رسد. علی‌الاصول، این گروه از فیلسوفان به واقعیات قابل مشاهده توجه می‌کنند و از نظرورزی‌های مابعدطبیعی یا اخلاقی دوری می‌جویند. این موضع فلسفی تأثیرات سودمندی بر طب گذاشته است، زیرا سبب شده که پزشکان در متد رزیابی نتایج درمان‌ها و نیز مقایسه کارایی دو روش درمانی با یکدیگر، به نحو عینی‌تری عمل کنند. مؤلفان یادآور می‌شوند که رویکرد «علمی» و کاملاً عینی به مسائل، امری نسبتاً جدید است. از جمله پیشرفت‌های جدید و مطلوب عبارتند از: کارآزمایی‌های دوسویه کور، استفاده صحیح از آمار و مانند آنها. اما دیدگاه تجربه‌گرایانه به پاره‌ای از تصورات ساده‌انگارانه نیز دامن زده است. بر سبب این طرز تلقی، گمان می‌رود که می‌توان تندرستی و بیماری را به سادگی تعریف کرد و از یکدیگر تمییز داد؛ بیماری‌ها چیزهایی‌اند که هویتشان ثابت است و از بیرون به بیمارانشان هجوم می‌آورند؛ و اگر نهادهای رفاهی و بهداشتی منابع مالی کافی در اختیار بگذارند، می‌توان نرخ بیماری را در یک جمعیت معین به شدت پایین آورد.

اما در واقع، به نظر می‌رسد که قرائتی از قانون پارکینسون اثبات شده است که می‌توان آن را چنین بیان کرد: «هر چه تسهیلات طبی بیشتری فراهم آید، بیماری‌های بیشتری ظهور خواهند کرد که محتاج درمان‌اند». در دانمارک و بریتانیا هر روز هزینه بیشتر و بیشتری صرف خدمات بهداشتی می‌شود. مراجعه بیمارانشان به پزشک بیشتر شده است و بستری در بیمارستان‌ها افزایش یافته است. با این همه نوبت‌های انتظار بیمارانشان تمامی ندارد. برای برخی اعمال جراحی، مانند تعویض مفصل لگن، تعداد بیمارانی که در انتظار نوبت هستند به راستی مضحک است. در واقع پیشرفت‌های تکنیکی این امکان را فراهم آورده‌اند که بتوان بیمارانشان محض را به کمک دستگاه‌های مختلف زنده نگاه داشت، برای مثال دبالیز کلیوی که طول عمر بیمارانشان مبتلا به بیماری‌های کلیوی را افزایش می‌دهد و پیوند قلب که عمر طولانی‌تری به بعضی بیمارانشان قلبی می‌بخشد. اما تمام این پیشرفت‌ها ما را با مسائل اخلاقی روبرو کرده است و در عین حال تأثیر آنها بر متوسط طول عمر مورد انتظار در کل جمعیت ناچیز بوده است.

این تصور که با گسترش خدمات بهداشتی می‌توان «بیماری» را کاهش داد، توهمی بیش نیست. شاید این امر سبب شود که ما به بیماری به نحو جدیدی نگاه کنیم. نویسندگان کتاب، بیان دو طبیب فرضی مناظره‌ای فوق‌العاده مستدل برقرار می‌کنند و ضمن آن می‌گویند که به هیچ وجه نمی‌توان بیماری را صرفاً اختلال در کارکردهای زیست‌شناختی دانست. ممکن است یک «بیماری»، مانند زخم دوازدهه، برای بیمارانش مختلف معانی مختلفی داشته باشد. از نظر یک بیمار، معنای این تشخیص آن است که او باید برای مدت کوتاهی دارو مصرف کند و او نیز به این امر بسیار اعتقاد دارد. برای فرد دیگری که تاکنون بیمار نشده است، این تشخیص ترس و وحشت ایجاد می‌کند. بیمار سومی نگران آن است که اگر مافوق‌های اداری وی از ناخوشی‌اش مطلع شوند، شاید جلو پیشرفت او را بگیرند.

اینکه مشاهده‌کننده چه چیزی را اختلال در کارکردهای زیست‌شناختی می‌داند، به پیش‌فرض‌های خود او بستگی دارد. چیزی به عنوان مشاهده عینی محض وجود ندارد. مؤلفان نتیجه می‌گیرند که باید جایگزینی برای تلقی زیست‌شناختی از بیماری یافت. یا دست‌کم به کمک دیدگاهی که اخلاقیات، ارزش‌ها و معانی را به اندازه واقعیات «عینی» مهم می‌داند. این تلقی را کامل کرد.

به طور کلی، پزشکان معتقدند که هر بیماری، تقریباً همیشه، چندین علت دارد، اما غالباً در رویکرد زیست‌شناختی محض به طب عللی «ذهنی» به طریقی نادیده می‌ماند. بنابراین، چون میکروب پنوموکوک «علت» اصلی سینه‌پهلو [پنومونی] قلمداد می‌شود، ممکن است فکر کنیم کافی است آن را با تجویز داروهای آنتی‌بیوتیک از بین ببریم، بدون آنکه توجه کنیم چرا این فرد خاص در این زمان خاص مستعد عفونت شده است. مؤلفان تمایز میان علل «لازم» و «کافی» و نیز تمایز میان عوامل «زاید» و «غیرزاید» را روشن ساخته‌اند. در مجموعه علل پدیدآورنده بیماری، تعامل میان عوامل اجتماعی، ژنتیکی، شخصیتی و دیگر عوامل، پیچیده‌تر از آنی است که معمولاً تصور می‌شود. مؤلفان نشان می‌دهند هنگامی که پزشکان یک بیماری خاص را درمان می‌کنند، معمولاً می‌توانند چند عامل غیرزاید را در مجموعه علل [آن بیماری] به دقت تعیین کنند. اما در عین حال بسیاری از عوامل دیگر نیز کاملاً نادیده می‌مانند که باید به آنها نیز توجه کرد.

ما هیچ‌گاه نمی‌توانیم بدانیم که ماهیت بیماری واقعاً چیست. این موضوع به ویژه در روان‌پزشکی صدق می‌کند، زیرا در این حوزه تعریف «بیماری‌ها» غالباً در حال تغییر است. آیا باید هم‌جنس‌خواهی را اختلال روانی بدانیم، یا آن را نوعی بهنجاری، یا نشانه‌ای از انحطاط اخلاقی تلقی کنیم. هر سه دیدگاه در طول تاریخ طرفدارانی داشته است. آیا افزایش فشارخونی را که خود بیمار از آن شکایتی ندارد و در حین معاینات معمول کشف شده است،

باید بیماری محسوب کرد یا نه؟ هنگامی که این قبیل مسائل را در چارچوبی فلسفی مورد بحث قرار می‌دهیم این برداشت ساده‌انگارانه که «بیماری چیزی است که گاهی به مردم حمله می‌کند و به آسانی قابل‌تعریف است» کاملاً از میان می‌رود.

مؤلفان ما را متقاعد می‌کنند که تصویر تجربه‌گرایانه از بیماری تصویری ناقص است، زیرا بیماری را یک نوع اختلال در کارکرد زیست‌ساختی می‌داند که به روشنی می‌توان آن را تعریف کرد. آنها معتقدند که تلقی تجربی از انسان نمی‌تواند حقی «خصوصیات ذاتی و واقعی ماهیت انسان» را به خوبی ادا کند. آیا دیدگاه‌های فلسفی دیگر چیزی برای ارائه دارند؟ پاسخ مؤلفان مثبت است. آنها به شرح و بررسی آرای فیلسوفان قاره‌ای، همچون کی‌یرکگارد، هایدگر، گادامر، سارتر و هابرماس، می‌پردازند. آرای این فیلسوفان از تجربه‌گرایی متفاوت است. آنها با آرای سروکار دارند که تحت عناوین پدیدارشناسی، وجودگرایی و هرمنوتیک خلاصه می‌شود. ما هر روز بیش از پیش درمی‌یابیم که تلقی هرکس از «بیماری» یا «درمان»، به تلقی او از ماهیت انسان بستگی دارد. برای مثال، اگر طبیبی معتقد باشد که دلشوره بخشی لاینفک از وضعیت انسانی است، هنگامی که بیمار مضطربی به او مراجعه می‌کند، بی‌درنگ داروی آرامبخش تجویز نخواهد کرد. پژوهش هرمنوتیکی در پی کشف معنای پدیده‌ها و تفسیر اهمیت آنهاست. از آنجایی که انسان موجودی متفکر، خودآگاه و قادر به انتخاب است، نمی‌توان او را، به هنگام بیماری، همچون ماشین در نظر گرفت که خراب شده است. اضطراب و افسردگی صرفاً نشانه‌های ناخوشایندی نیستند که پزشک باید از میانشان بردارد، بلکه ممکن است حاکی از آن باشند که فرد احتیاج دارد کل رویکرد خود را به زندگی بررسی و تعدیل کند.

به همین قیاس، رهیافت هرمنوتیکی به جامعه صرفاً به کشف روابط آماری میان متغیرهای اجتماعی از پیش‌تعریف‌شده منحصر نیست. مؤلفان ما را با روش‌هایی آشنا می‌سازند که به کمک آنها می‌توان انگیزه‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌های موجود در جوامع را نیز مطالعه کرد. تعاملات اجتماعی انسان را نمی‌توانیم بفهمیم مگر آنکه این مفاهیم زیربنایی را هم مورد بررسی قرار دهیم.

طب جدید پزشکان را با طیف وسیعی از مسائل اخلاقی روبرو ساخته است که پزشکان قدیم با آن مواجه نبودند. در حال حاضر بحث‌های زیادی درباره‌ی اخلاق پزشکی جریان دارد. نمونه بارز آن مجادلاتی است که بر سر اصول اخلاقی آزمایش‌های تجربی روی جنین انسان درگرفته است. سؤالاتی که درباره‌ی شرکت بیمار در کارآزمایی‌های درمانی، درباره‌ی «رضایت آگاهانه» و درباره‌ی اینکه تا چه اندازه باید بیمار را در جریان بیماریش گذاشت، مطرح می‌شود، همه موضوعاتی‌اند که به رهنمودهای اخلاقی احتیاج دارد و باید مجمعی از صاحب‌نظران به نحوی شایسته درباره‌ی آنها بحث کنند.

این کتاب خود نمونه‌ای از یک همکاری بدیع و ثمربخش است. من کتاب دیگری را سراغ ندارم که با همکاری مشترک یک فیلسوف، یک طبیب و یک روان‌پزشک نوشته شده باشد. من فکر می‌کنم هر طبیبی پس از مطالعه این کتاب، احساس خواهد کرد که افق‌های جدیدی به رویش گشوده شده است و از آن پس به نحو تازه‌ای به فعالیت‌های حرفه‌ای خود نگاه خواهد کرد. من مطمئن هستم مؤلفان حق دارند بگویند که طب در حال گذر از یک دوران «بی‌ثباتی یارادایی» است. چندی پیش وکیلی به نام ایان کندی، در سلسله سخنرانی‌های خود، که به نظر من تند و گاهی بی‌محتوا بود، مدعی شد که تقاب از چهره‌ی طب برداشته است. هرچند او اشتباه می‌کرد و نیز بیشتر به جزئیات می‌پرداخت، اما همین که او چنین موضوعی را انتخاب کرده بود نشان می‌دهد که جامعه می‌خواهد هر چه بیشتر از کار پزشکان سر درآورد و کمتر تمایل دارد که بدون دلیل به کار آنها اطمینان کند. من معتقدم اعضای جامعه پزشکی چنان به خود غره‌اند که برای بازنگری در پیش‌فرض‌ها و بدیهیات خود، زیاده از حد اکره نشان می‌دهند. هرکس که این کتاب را بخواند و محتوای آن را دریابد، دیگر نمی‌تواند طب را رشته‌ای صرفاً تجربی و علمی بداند. همگام با پیشرفت طب، پرسش‌های بیشتر و بیشتری مطرح می‌شوند، پرسش درباره‌ی «حفظ حیات به هر قیمت ممکن»، «کیفیت زندگی و توزیع عادلانه درمان‌های طبی و جراحی‌های کمیاب و پرهزینه»، پزشکان دیگر قادر نخواهند بود، بدون تأمل درباره‌ی پیامدهای عمیق‌تر اقداماتشان، حرفه خود را صرفاً راهی برای نجات زندگی و تخفیف درد و رنج بیماران بدانند. مؤلفان این کتاب را با فروتنی «درآمدی» بر فلسفه طب نام نهاده‌اند. اما این کتاب درآمدی است به بحث درباره‌ی ارزش‌ها در طب، که خود مدلولات گسترده‌ای دارد. این بحث برای همیشه ادامه خواهد داشت.

آنتونی استور

(Anthony Storr)

خواننده احساس کند که فراوانی - گرایها و - شناسیها و - ایسمها گنج‌کننده است. شاید ما توانسته باشیم برخی از این اصطلاحات را حذف کنیم، اما بر آن بودیم که یکی از اهداف این کتاب آموزش اصطلاحات فلسفی صحیح به خواننده باشد. این کتاب درآمده بر فلسفه طب است و این منظور عملی نخواهد شد مگر آنکه اصطلاحات لازم برای فهم متون تخصصی تر فلسفی به خواننده معرفی شوند. اگر خواننده معنی بعضی از لغات را فراموش کرد، می‌تواند در فهرست موضوعی انتهای کتاب بیابد که آنها برای نخستین بار کجا توضیح داده یا تعریف شده‌اند.

ما امیدواریم که این کتاب برای خوانندگان خارج از حرفه پزشکی، که به فلسفه علاقه دارند، مفید واقع شود. طب در آن واحد یک علم، یک تکنولوژی و یک هنر است و می‌توان بسیاری از مقولات مهم فلسفه معاصر را به خوبی با مثال‌های پزشکی تصویر کرد. اصطلاحات طبی در این کتاب به سادگی به کار رفته‌اند، اما ما فکر نمی‌کنیم برای خواننده تحصیل‌کرده غیرطیب فهم مسائل پزشکی دشوار باشد، اگرچه شاید بعضی از لغات ناآشنا هستند.

این کتاب محصول تلاش مشترک سه مؤلف است - یک فیلسوف، یک روان‌پزشک و یک متخصص بیماری‌های گوارش - و تهیه پیش‌نویس آن نتیجه کوششی سخت در مدت بیش از دو سال است. طی این مدت، ما در فواصل منظم، هنگام ملاقات با یکدیگر، پیش‌نویس‌ها را مبادله می‌کردیم و عناوین مختلف را به بحث می‌گذاشتیم. ما از آغاز هم‌رأی بودیم که باید آن‌قدر کار را ادامه دهیم تا هر فصل از نظر فلسفی مقبول و از نظر طبی مرتبط باشد. ما، هر سه ما، در برابر همه قسمت‌های کتاب مسؤلیت مشترک داریم.

ما به خاطر کمک افراد مختلف ممنون آنها هستیم. آقای پرساگمن، از انتشارات بلاک‌ول، از مراحل اولیه در جریان طرح قرار داشت و پیشنهاد کرد که متن کتاب به انگلیسی باشد. بسیاری از همکاران ما نظرات باارزشی ارائه دادند. ماریون ولف در تهیه متن انگلیسی به ما یاری داد. همچنین باید از خانم لیز نیلسن و خانم جین هلم نیلسن به خاطر تایید پیش‌نویس‌ها و نیز بازخوانی نهایی تشکر کنیم.

هنریک ر. ولف

استیگ آندر پدروسون

رین رزنبِرگ

ما هنگام تدارک این کتاب، آن دسته از خوانندگان را مد نظر داشتیم که از طب سررشته‌ای دارند اما از فلسفه هیچ نمی‌دانند، و ناگزیر، کوشیدیم آرایمان را هر چه ساده‌تر شرح دهیم. اساساً این کتاب برای اصحاب حرفه پزشکی، دانشجویان پزشکی و دیگر کارکنان خدمات بهداشتی نوشته شده است، برای آنانی که از درمان بیماران خود لذت می‌برند و به اهمیت پیشرفت‌های علمی واقف‌اند، اما نگران‌اند که مبادا فراموش کنیم، بیمار انسانی است که در نفس خود تأمل می‌کند، نه آنکه صرفاً ماشینی بیولوژیک باشد. ما قسمت اعظم کتاب را به تحلیل علم طب اختصاص داده‌ایم، اما در چندین فصل استدلال کرده‌ایم که طب علمی چیزی بیش از یک ابزار نیست، البته ابزاری بسیار مهم که در خدمت هدفی انسانی قرار دارد.

نمی‌توان پنهان کرد که پاره‌ای از عناوین مورد بحث ما پیچیده هستند. این کتاب ترکیبی است از فصل‌های سهل و مشکل. عبارات سخت و آسان. ما از خواننده تازه‌کار می‌خواهیم که متن را آهسته و با دقت بخواند و هر گاه لازم آمد، قسمت‌های مشکل را از نو بخواند تا احساس کند دلایل را فهمیده است. ممکن است تندخوانی برداشتی سطحی از فلسفه طب به دست او بدهد، اما فقط هنگامی بهره کاملی از مطالعه خود حاصل خواهد کرد که خود را با متن کتاب درگیر گفت‌وگو کند و بکوشد در ذهن خود بپردازد که آیا با دیدگاه‌های مختلف آن موافق یا مخالف است.

ممکن است خواننده گاهی احساس کند که ما خود را در جزئیات استدلال فلسفی غرق کرده‌ایم. مثلاً، در آغاز فصل دوم، بحث خواهیم کرد که آیا گاو در علفزار واقعاً وجود دارد یا نه. شاید در ذهن خواننده خطور کند که زندگی کوتاه‌تر از آن است که درباره این‌گونه مسائل فلسفی به غور پرداخت. لیکن امیدواریم وی بعداً دریابد که این بحث حشو و زاید نبوده است. ما دوست داشتیم نگارش کتاب را با ارائه مسائل پزشکی روزمره آغاز کنیم و سپس آنها را در چارچوب فلسفه به بحث و تحلیل بگذاریم، اما دریافتیم که گاهی آسانتر است مفاهیم نظری لازم را در یک فصلی منحصرأ فلسفی معرفی کنیم و کاربرد این آرای فلسفی را در مسائل پزشکی در فصل‌های بعدی بیاوریم. بنابراین، سه فصل ۹، ۱۰ و ۱۱ منحصرأ به فلسفه اختصاص دارند.

نظریه‌ها، دیدگاه‌ها و نحله‌های فلسفی غالباً با لغات نامأنوس بازگو می‌شوند و شاید

هر یک از اعضای حرفه طب که نسبت به این حرفه تعلق احساس می‌کند، می‌تواند با تحکیم پایه‌های آن در حوزه‌های علم طب، فلسفه طب و یا حتی صنف طب، دین خود را ادا کند.

آقای دکتر احمد نراقی این کتاب را به من معرفی کردند و در ترجمه آن جمله به جمله همراه و راهنمای من بودند. راستی‌های متن از ایشان است و کاستی‌های آن از من. از آقایان هومن پناهنده و فرهاد فیروزی به خاطر راهنمایی‌هایشان سپاسگزارم.

ه.م.

«کریتون! من به اسکولاپیوس خروسی مدیونم،

دین را ادا کن و غفلت منما!»

افلاطون، مکالمه فایدون

اگر قول آن حکیم فرزانه را بپذیریم که جوشش فلسفه در یونان باستان ناشی از بحران‌های سیاسی آن دیار بوده است، قاعدتاً می‌بایستی رگه‌هایی از آغاز خردورزی را در پزشکی دیار خود شاهد باشیم. طب در ایران مدت‌هاست دستخوش ورطه‌ای پرتلاطم، اما بی‌صدا، شده است. وگرنه چگونه می‌توان تعبیر کرد که چرا دانشجویان در تحصیل بی‌انگیزه‌اند. یسا نیروهای جوان، حیران در معیشت، نسبت به حرفه خود بی‌حمیت‌اند، و یا اغلب استادان در پس این قافله افسارگسیخته حرکت می‌کنند. تأسف آور است که می‌شنویم بیشتر همکاران برای تحصیل فرزندان خود در این رشته رغبتی نشان نمی‌دهند.

در اجتماع (community) غیرمدنی ما که هنوز به مرحله جامعه (society) وارد نشده است، نهادی برای یاری به این «حرفه» در بحران‌هایش وجود ندارد و هر کس برای فرار از بحران در پی راه‌های فردی، و نه جمعی، است. لاجرم، همکاران می‌کوشند ضمن حفظ «شغل»، برای ادامه بقا، خود را به ارباب قدرت یا اصحاب تجارت و یا هر دو نزدیک کنند و کلاه از معرکه به در برند.

به نظر می‌رسد ما در تولید و تکامل پزشکی جدید سهم نیستیم و نسبت به مبانی فکری و فلسفی آن آگاهی نداریم، به همین دلیل نمی‌توانیم توازن و تعادل را نگاه داریم و مرتباً به گرداب افراط و تفریط در کمیّت نیروی بی‌سواد و پژوهش بی‌بنیاد درمی‌غلطیم.

من نمی‌خواهم بگویم که با مطالعه فلسفه طب می‌توان مستقیماً در مقام چاره‌جویی برآمد. اما می‌توان در حضور سایر عوامل جامعه مدنی، خردورزی را به قلمرو طب آورد و دست‌کم در بنیان‌های مؤسس علم طب اندیشید. برنامه‌ریزی برای آموزش و پژوهش علمی، امری بلندمدت است و به عقلانیت و سعه‌صدری فارغ از جنجال‌های سیاسی و اقتصادی روزمره نیاز دارد. امیدوارم این کتاب بتواند پاره‌ای از سررشته‌های خردورزی را به دست خواننده بدهد و او را با بکارگیری آنها در حوزه‌های مختلف علم طب آشنا سازد. چه‌بسا هشیاری عقلانی ما را از «خواب جزمیت» بیدار کند و مانع از غرض‌ورزی‌های شخصی و «تحریف‌های ایدئولوژیکی» در تصمیم‌گیری‌هایمان شود.

فیزیکدان امریکایی معاصر، متخصصان سایر رشته‌های علوم نیز چنین نمی‌کنند. کتاب ساختار انقلاب‌های علمی^۱ کوهن در مباحثات جاری میان فیلسوفان علم نقش مهمی ایفا می‌کند. ما در این فصل پاره‌ای از آرای وی را به اختصار توضیح خواهیم داد.

نظریه کوهن درباره علم

کوهن مفهوم مهمی را مطرح می‌کند. این مفهوم به تعبیر وی پارادایم یک علم است. دشوار بتوان تعریفی مجمل از این لغت به دست داد، اما به اختصار می‌توان گفت: پارادایم اصطلاح جامعی است که جمیع مقبولات کارگزاران یک رشته علمی را دربر می‌گیرد و چارچوبی را فراهم می‌سازد که دانشمندان برای حل مسائل علمی خود در آن محدوده به استدلال می‌پردازند. پارادایم مقدمات تفکر علمی را عرضه می‌کند و بنابراین، خود به عنوان مسأله‌ای علمی تلقی نمی‌شود.

این توضیح شاید کمی مبهم به نظر برسد. برای درک بهتر این مفهوم لازم است بیفزاییم که پارادایم یک علم دربرگیرنده این اجزاست: معنای اغلب مفاهیم پایه (مانند تندرستی و بیماری در پزشکی)، تحدید حوزه مجاز تحقیق (مانند مرز میان مسائل مربوط به طب و مسائل مربوط به سایر حوزه‌های علم)، نظریه‌های پایه (مانند مدل مکانیکی بیماری که در فصل ۴ درباره آن بحث خواهد شد)، روش‌های پذیرفته شده و جاافتاده در تحقیق، و ارزش‌هایی که دانشمندان خود را به آنها متعهد می‌دانند.

اجزای سازنده پارادایم معرفت‌ضمنی^۲ جامعه علمی را پدید می‌آورند (۱۲). این معرفت هیچ‌گاه آموزش داده نمی‌شود، اما در مضمون کتاب‌های درسی و مجله‌های پزشکی مندرج است.

کوهن واژه پارادایم را به معنای ضیق‌تری نیز به کار برده است، پارادایم یک علم گزارش‌هایی هستند که درباره پژوهش‌های علمی منتشر شده‌اند و الگوی پژوهش‌های بعدی قرار می‌گیرند. کوهن گاهی در کتاب خود از مقالات علمی به

اگر طبییی به هنگام بحث با همکاران بخواهد آنها را از خود برنجانند، کافی است چنین سؤالاتی را مطرح نماید:

- شما معتقدید که خوب است برای حفظ تندرستی، صبح‌ها برای رفتن به سرکار از دوچرخه استفاده کنیم. از نظر شما معنای تندرستی دقیقاً چیست؟
- شما می‌گویید که زخم دوازدهه [بیماری‌ای] روان-تنی^۳ است. آیا شما معتقدید که ذهن و بدن دو هویت جدا از هم هستند؟ آیا این ذهن می‌تواند سبب تغییرات در بدن شود؟
- شما می‌گویید که این درمان غیرعلمی است. معیار شما برای علمی بودن یک درمان چیست؟
- شما اعتیاد به الکل را بیماری محسوب نمی‌کنید. از نظر شما بیماری چیست؟

البته به نظر می‌رسد این قبیل سؤالات، به حق، باعث اندکی آزرده‌گی شوند. پزشکان در بحث‌های خود به موضوعات خاصی از علم طب می‌پردازند و همکار کنجکاو آنها، با سؤالاتی که ماهیت کلی دارند، سبب آشفتگی بحث می‌گردد. پزشکانی که درباره موضوعات علم طب به بحث می‌پردازند، مجبورند از واژه‌هایی مانند بیماری و تندرستی^۴ استفاده کنند. اگر آنها، از پیش، بر سر معانی بسیاری از مفاهیم پایه به توافق متقابل نرسیده باشند، هیچ‌گاه از مباحثات خود نتیجه‌ای به دست نخواهند آورد. پزشک کنجکاو ما با این پرسش‌های به ظاهر ساده و بی‌ضرر — اما تقریباً بدون پاسخ — این توافق را به زیر سؤال می‌برد و آشکار می‌سازد که همکارانش در واقع نمی‌دانند درباره چه با هم گفت‌وگو می‌کنند (۱۱).

با این وجود اصحاب حرفه پزشکی از اینکه درباره مفاهیم پایه علم طب به جد نمی‌اندیشند، لزوماً نباید چندان شرمنده باشند، چرا که بنا به رأی توماس کوهن^۴،

1. Paradigm of medicine
3. disease and health

2. Psychosomatic
4. Thomas S. Kuhn

1. *The Structure of Scientific Revolutions*
2. tacit knowledge

عنوان «راه‌حل‌های جدول کلمات متقاطع» (راه‌حل‌های جدول‌های علمی) یاد می‌کند. وی این تعبیر را در عبارات زیر به کار می‌برد و منظور خود را چنین خلاصه می‌کند:

از یک طرف پارادایم منظومهٔ کاملی از عقاید و تکنیک‌ها و مانند آنهاست. از طرف دیگر پارادایم به عنصر خاصی از آن منظومه دلالت می‌کند (یعنی راه‌حل‌های عینی جدول‌ها). که در این معنا پارادایم الگو یا نمونهٔ شاخصی است که می‌توان آن را برای حل باقی مسائل علم متعارف (خانه‌های خالی جدول) مبنای قرار داد [۱۳].

برای مثال، عامهٔ مردم تصور می‌کنند که دانشجویان پزشکی حالت بیماری و حالت تندرستی را به طور جداگانه می‌آموزند، و نیز طبقه‌بندی رسمی بیماری‌ها را به تفصیل مطالعه می‌کنند. اما همان‌گونه که همهٔ پزشکان می‌دانند، واقعیت چنین نیست. کوهن اشاره می‌کند که این یک قاعدهٔ کلی است که «دانشمندان هیچ‌گاه مفاهیم، قوانین و نظریه‌ها را به صورت انتزاعی نمی‌آموزند...» [۱۴]. در عوض آنها با خواندن کتاب‌های درسی و گوش کردن به سخنرانی‌ها، به تدریج طرز استفاده از ابزارهای عقلی را یاد می‌گیرند. دانشجویان و پزشکان جوان به تدریج می‌آموزند که همانند استادان خود بیاندیشند. سرانجام، آنها در معرفت ضمنی حرفهٔ خود شریک می‌شوند، در محیط علمی و دانشگاهی جا می‌افتند و به عنوان همکار پذیرفته می‌گردند.

در نتیجهٔ این فرآیند آموزشی، ممکن است دانشمندان یاد بگیرند که «درباره هر یک از فرضیه‌های خاصی که در پس هر بخش ملموس از پژوهش جاری نهفته است، روان و راحت سخن بگویند»، اما علی‌رغم این «در مقام توصیف بنیان‌های مؤسس و مبانی حوزهٔ کارشان، نسبت به فرد عامی، اندکی برتری دارند» [۱۵]. هنگامی که دانشمندان علوم پزشکی نتایج تحقیقاتشان را منتشر می‌کنند، این نقیصه نادیده می‌ماند. ولی علی‌الغالب، وقتی آنها می‌کوشند که تحقیقاتشان را برای افرادی غیر از اعضای جامعهٔ علمی خودشان توضیح دهند، این نقیصه خود را نشان می‌دهد. ممکن است آنها تمامی اصطلاحات علمی را به زبان متعارف ترجمه کنند و همهٔ واقعیات را به تفصیل توضیح دهند، اما باز هم مسایل فراوانی باقی می‌ماند که کاملاً مفهوم نشده‌اند، اما مسلم فرض می‌شوند.

طب تنها یک رشتهٔ علمی [تظری] نیست، بلکه رشته‌ای عملی نیز هست و آرای کوهن در مورد طب بالینی هم صادق است. طبیب متخصصی که خود را وقف کارش کرده است و اغلب اوقاتش را با همکاران خود می‌گذراند، چه بسا گفت‌وگو با کسانی را که به شیوه‌ای متفاوت آموزش دیده‌اند، مشکل بیابد. برای مثال، ممکن است او فکر کند که به بیمارش شرحی عالی و روشن از تمام آزمایش‌های تشخیصی، نتایج آنها و علل تظاهرات [بیماری] ارائه داده است. اما کاملاً محتمل است بیماری که به این همه توضیحات تخصصی چندان علاقه‌ای ندارد، بپرسد: «دکتر، من خیلی خوب فهمیدم که معده من بیش از اندازه اسید تولید می‌کند و این اسید در جایی به اسم دوازدهه سبب ایجاد زخم شده است، اما چرا من بهار امسال دچار درد شده‌ام و چطور می‌توانم جلو عود درد را بگیرم؟». هیچ‌گاه بیمار، همانند پزشک، نیاموخته است که «بیماری نوعی اختلال مکانیکی در بدن انسان است» و با تشخیص این اختلال می‌توان همه چیز را به روشنی تبیین کرد. او می‌خواهد بداند چه عواملی در زندگی روزانهٔ او وجود دارند که سبب بیماری وی می‌شوند، اما او نمی‌داند که دانش ما دربارهٔ عوامل محیطی بیشتر بیماری‌های غیر عفونی بسیار محدود است. اغلب دانشمندان علوم پزشکی دوست دارند جزئیات هر چه بیشتری دربارهٔ کار بدن انسان کشف کنند، اما به تعامل آن با محیط توجه اندکی نشان می‌دهند. شاید از این بحث به سادگی نتیجه بگیریم که کوهن دانشمندان را تشویق می‌کند تا حد امکان به تحلیل پارادایم رشتهٔ خود بپردازند؛ اما او به هیچ وجه قصد این کار را ندارد. برعکس، او معتقد است که رسیدن به اتفاق نظر [عمومی] امکان‌پذیر نیست و تلاش برای رسیدن به آن جز «ناکامی عمیق و دائمی» حاصلی نخواهد داشت [۱۶]. او برای توضیح این نکته عباراتی را از ویتگنشتاین^۱ نقل قول می‌کند که در آنها ویتگنشتاین واژه‌هایی معمول همچون صندلی و برگ را مورد مذاکره قرار داده است [۱۷]. ما کاربرد این واژه‌ها را در سنین پایین یاد می‌گیریم، یعنی هنگامی که با صفات مشترک میان برخی صندلی‌ها و برخی برگ‌ها به تدریج آشنا می‌شویم، اما هیچ‌کس نمی‌تواند از این اشیا تعریفی دقیق به دست دهد که مورد توافق همگان باشد. صندلی‌ها و برگ‌ها را باید به عنوان «خانواده‌های اشیا»^۲ در نظر گرفت،

خانواده‌هایی که مجموعه‌ای از شباهت‌ها آنها را می‌سازد. هیچ مجموعه واحدی از صفات وجود ندارد که جامع جمیع صندلی‌ها و مانع اشیای دیگر باشد. توانایی شناخت این‌گونه مجموعه‌ها و تعیین هویت این‌گونه اعیان مشترک بخشی از معرفت ضمنی هر فرد است و معمولاً فقدان تعاریف صریح در گفت‌وگوهای روزانه مشکلی پیش نمی‌آورد. هنگامی که ما به یک صندلی یا یک برگ اشاره می‌کنیم، همه منظور ما را می‌فهمند. بر همین قیاس، چه‌بسا دانشمندان نتوانند با اصطلاحات دقیق اجزای پارادایمی را که بر فعالیت‌هایشان حاکم است تعریف کنند، اما این به آن معنا نیست که لغات مورد استفاده آنها و قواعد متبعضان بیش از اندازه مبهم‌اند و برای کاربرد علمی کفایت لازم را ندارند.

کوهن تعلق خاطر خاصی به تاریخ علم دارد و رأی او در این خصوص آن است که علوم مختلف تدریجاً تکامل نمی‌یابند، بلکه تکامل آنها ناگهانی و جهشی است. پارادایم یک علم تا مدت‌های مدید تغییر نمی‌کند و دانشمندان در چارچوب مفهومی آن به حل مسائل خود سرگرم هستند. لیکن، این دوره‌ها که در اصطلاح کوهن علم متعارف^۱ خوانده می‌شود، نامحدود نیستند. دیر یا زود بحرانی پیش می‌آید، پارادایم درهم می‌شکند و انقلاب علمی از پی خواهد آمد. وحدت جامعه علمی با ظهور مکتب‌های فکری رقیب از هم گسیخته می‌شود. اما پس از مدتی، پارادایمی جدید می‌تواند پشتیبانی تعداد روزافزونی از دانشمندان را به دست آورد و دوره‌ای جدید از علم متعارف زاینده آغاز می‌شود.

همان‌گونه که پیشتر گفتیم، کوهن معتقد نیست که مباحثات فلسفی در درون جامعه علمی روی هم‌رفته کار مطلوبی است. برعکس، او اظهار می‌کند که قوت علم متعارف در این است که دانشمندان صرفاً پارادایم مستقر را بپذیرند و خود را وقف تحقیقاتشان کنند. فعالیت علمی متعارف همواره مسائل جذاب جدید و قابل توجهی مطرح می‌کند و چه‌بسا یک پارادایم زاینده چندین نسل از دانشمندان را به خود مشغول سازد. در عین حال، پارادایم محدودیت‌هایی را بر فعالیت علمی اعمال می‌کند، یعنی دانشمندان صرفاً برای حل مسائلی می‌کوشند که علی‌الاصول درون آن چارچوب فکری خاص حل‌شدنی است. همان‌طور که پیش از این گفتیم، کوهن

۱. normal science

مدعی است که دانشمندان [علم] متعارف درگیر حل جدول^۱ هستند، آنها جدول‌های خود را بر اساس قواعد پذیرفته شده حل می‌کنند.

هر از گاهی، دانشمندان به نتایجی می‌رسند که با نظریه‌های جاف‌افتاده همخوانی ندارد و مسائلی پیش می‌آید که نمی‌توان آنها را در چارچوب پارادایم موجود حل کرد. با این حال، این موارد نامتعارف^۲ به ناگهان سبب تغییر پارادایم نمی‌شوند. جامعه علمی این موارد ناهماهنگ با پارادایم را بر نمی‌تابد، لذا نتایج مناقشه‌برانگیز و مسائل حل‌نشده، به طور موقت، کنار گذاشته می‌شوند. به تعبیر کوهن «نجاری که وسایلش را مقصر می‌داند، نجاری بلند نیست»^۳. لیکن با انباشته شدن موارد نامتعارف، پارادایم به تدریج ضعیف می‌شود و آنچه پیش از این امری مسلم فرض می‌شد، ناگهان به صورت یک مشکل علمی تمام‌عیار قد علم می‌کند. دانشمندان در حوزه کارشان احساس ناامنی می‌کنند و حتی شاید خود را درگیر بحث‌های فلسفی نمایند. بحران آغاز شده است.

کوهن که یک فیزیکدان است، به علمی مانند فیزیک، شیمی و ستاره‌شناسی علاقه خاصی دارد. وی آرای خود را با سئال‌هایی نظیر انقلاب کپرنیکی^۴ در قرن شانزدهم میلادی و جایگزینی فیزیک نیوتونی با نظریه نسبیت اینشتاین^۵ در قرن بیستم میلادی تصویر می‌کند. او می‌گوید بر تعداد نمونه‌های ارائه شده از انقلاب علمی می‌توان «تا سر حد ملال افزود»، بدون شک افزودن بر طول این فهرست کار آسانی است. برای مثال، [انتشار] کتاب در باب منشاء انواع داروین^۶ در سال ۱۸۵۹ میلادی مصداق بارزی است از انقلاب به تعبیر کوهن (انقلاب کوهنی^۷). این انقلاب زیست‌شناسی را دگرگون کرد و برای کل جهان علم پیامدهایی به همراه داشت. پیش از آن، تفکر زیست‌شناسی تماماً بر پایه آموزه ثابت گونه‌های جانوری^۷ قرار داشت. نظریه تکامل پارادایم جدیدی عرضه کرد که نه تنها بر زیست‌شناسان بلکه بر متکلمان و فیلسوفان سیاسی نیز تأثیر گذاشت. تاریخ علم طب نیز، همپای دیگر

۱. puzzle-solving

۲. anomalies

۳. Copernican revolution

۴. Einstein's relativity theory

۵. Darwin's *On the Origin of Species*

۶. Kuhnian revolution

۷. *nulla speceis nova*

خوبی است. ممکن است تفکر پزشکی به جای یک پارادایم واحد، بر پایه چندین پارادایم زیررشته‌ای مرتبط به هم بنا شده باشد. اما به هر حال ایده پارادایم، به همان اندازه که با سایر علوم مرتبط است، با طب هم مناسبت می‌یابد و فیلسوف طب کشف اجزای این معرفت ضمنی را یکی از مهمترین وظایف خود می‌داند. به علاوه، به نظر می‌رسد پارادایم‌هایی که بنیان طب بالینی را می‌سازند، امروزه نسبت به چند دهه پیش از ثبات کمتری برخوردارند. اگرچه ما نمی‌خواهیم برای آن انقلابی طبق الگوی کوهن پیش‌بینی کنیم، ولی موجه است که بگوییم طب بالینی وارد دوره‌ای از بی‌ثباتی پارادایمی شده است. ما اکنون در باب این تحول به طور خلاصه به بحث می‌پردازیم و در عین حال بعضی از فصل‌های آینده کتاب را معرفی می‌کنیم.

گرایش‌های نو در تفکر پزشکی

طب، آن گونه که امروزه آن را می‌شناسیم، در قرن نوزدهم میلادی آغاز شده است، یعنی از هنگامی که دانشمندان علوم پزشکی ساختار و کارکرد ارگانیسم انسان را، در حالت‌های تندرستی و بیماری، به طور سیستماتیک مورد بررسی قرار دادند. در این هنگام، طب از سنت‌های گذشته گسست. از این رو در پارادایم آن آشنفتگی قابل ملاحظه‌ای ایجاد شد، به حدی که حتی در مجله‌های پزشکی نیز بحث‌های فلسفی در گرفت. اما در انتهای قرن نوزدهم، بیشتر اعضای جامعه پزشکی پذیرفتند که طب شاخه‌ای از علوم طبیعی است و باید فرآیندهای بیماری را با اصطلاحات آناتومی و فیزیولوژی^۱ تبیین کرد. مدل مکانیکی بیماری که در فصل‌های ۳ و ۴ آن را توضیح خواهیم داد - بخش مهمی از پارادایم تفکر پزشکی بالینی شد. در آن زمان، طب وارد دوره باثباتی از زایندهگی^۲ گردید که، مطابق اصطلاح کوهن، به حق می‌توان آن را دوره علم متعارف نامید. از آن زمان، دانشمندان علوم پزشکی بجد سرگرم «حل جدول‌های» خود هستند و جدول‌های حل شده‌شان نتایج شگرفی به بار آورده است. کافی است از نمونه‌های برجسته‌ای مانند درمان‌های مؤثر برای دیابت قندی^۳ و کم‌خونی بدخیم^۴، تکامل اروش‌های^۵ بیهوشی^۶ مدرن و کشف آنتی‌بیوتیک‌ها^۷ یاد

علوم، مثال‌های فراوانی از دگرگونی‌های پارادایمی عرضه می‌کند. برای مثال، در آغاز قرن ۱۹ میلادی پزشکان برای نخستین بار بیماری‌ها را بر اساس ضایعات آناتومی^۱ شناسایی کردند و به این ترتیب، نوع کاملاً جدیدی از طبقه‌بندی بیماری را بنیان نهادند. کسانی که کوشیده‌اند کتاب‌های طبی قدیمی را بخوانند، می‌دانند که فهم بعضی از آنها گاهی بسیار دشوار است؛ ممکن است واژه‌ها معنی‌دار باشند، اما احتمالاً معنای پزشکی آنها برای ما قابل فهم نیست، گویی به پارادایمی متعلق‌اند که قرن‌ها پیش به بوته فراموشی سپرده شده است.

بدون شک کوهن حق داشت ادعا کند که انقلاب‌های علمی روی می‌دهند و علم متعارف وجود دارد، اما از مثال‌های موجود چنین بر نمی‌آید که علوم همیشه با تغییرات مفهومی ناگهانی تکامل می‌یابند. همان طور که بعداً خواهیم گفت، نظریه کوهن مورد قبول همگان نیست. نمی‌توان این امر را منتفی دانست که چه بسا پارادایم یک علم بتواند به تدریج هم تکامل یابد و دانشمندان نیز به جای آنکه کارشان فقط حل جدول باشد، بتوانند در این تکامل نقشی فعال بازی کنند.

به ویژه معلوم نیست که نظریه کوهن تا چه حد بتواند به درستی تکامل علم طب را تبیین کند، چرا که طب با علوم محض^۲ (مانند فیزیک و شیمی) دو تفاوت عمده دارد. نخست، پزشکان فقط به «پژوهش [علوم] پایه^۳» بسنده نمی‌کنند، بلکه به «پژوهش بالینی^۴» و «کار بالینی^۵» نیز می‌پردازند. یعنی فعالیت آنها جمیع فعالیت‌هایی را دربر می‌گیرد که در دیگر حوزه‌های دانش شامل بر «علم^۶»، «تکنولوژی^۷» و «تکنیک^۸» است. دوم، طب زیرشاخه‌های متنوعی دارد و بعید است که بتوان کل انواع تفکر پزشکی را بر مبنای پارادایم واحدی بنا کرد و دور از انتظار است که طبیب، متخصص آناتومی^۹، بازرس بهداشت و روان‌پزشک، همه به یک نحو استدلال کنند.

علی‌رغم این محدودیت‌ها، آرای کوهن برای مطالعه فلسفه طب مقدمه بسیار

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| 1. anatomical lesions | 2. pure science |
| 3. basic research | 4. clinical research |
| 5. practice of medicine | 6. science |
| 7. technology | 8. techniques |
| 9. anatomist | |

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| 1. physiology | 2. stable productive phase |
| 3. diabetes mellitus | |
| 4. pernicious anemia | 5. anaesthesiology |
| | 6. antibiotics |

کنیم. اغلب مردم، خواه کارشان در حوزه علم طب باشد یا نباشد، عمیقاً تحت تأثیر این دستاوردها و تعداد بیشماری از موفقیت‌های علمی دیگر قرار گرفته‌اند. به همین دلیل، جای شگفتی نیست که اگر تنها شمار اندکی از پزشکان به مسائل فلسفی علاقه نشان می‌دادند. به عنوان نمونه بارز، دوره درس فلسفه، که قرن‌ها برای دانشجویان پزشکی و سایر دانشجویان دانشگاه کپنهاگ^۱ اجباری بود، در سال ۱۹۷۱ میلادی [از برنامه درسی] حذف گردید. گذراندن این دوره درسی را اتلاف وقت به حساب می‌آوردند. این دوره زایندهی علم متعارف هنوز ادامه دارد و تا زمانی که علم طب با تکیه بر پژوهش‌های آزمایشگاهی همچنان به نتایج مهم دست پیدا می‌کند، این دوره ادامه خواهد داشت. اما طی چند دهه گذشته، پارادایمی که در قرن نوزدهم مستقر شد، از چند جهت مورد حمله قرار گرفته است.

در دهه ۱۹۶۰ میلادی تعداد روزافزونی از پزشکان درباره کارایی کل داروهای جدیدی که در آن زمان در طب بالینی به کار می‌رفت، تردید کردند. تا آن زمان، همگان پذیرفته بودند که می‌توان از طریق مطالعه نحوه [مکانیسم] عمل داروهای جدید در آزمایشگاه، تأثیر بالینی آنها را پیش‌بینی کرد. اما اکنون طبیبان شکاک می‌خواستند برای اثبات کارایی داروها، به مدد کارآزمایی‌های بالینی^۲ دقیقاً کنترل‌شده، دلیل تجربی بیابند. این طبیبان - که شاید بنیانگذاران مکتب بالینی انتقادی^۳ محسوب شوند - علاقه وافری به روش‌های تحقیق و آمار زیستی داشتند. از نظر آنها، برای پژوهش‌های بالینی، کارآزمایی‌های درمانی دوسویه کور^۴ روش مطلوب - یا پارادایم - محسوب می‌شد. ما در فصل ۲ درباره سوابق فلسفی و تاریخی این تصور بحث خواهیم کرد. این تصور را می‌توان اوج کشمکش قدیمی میان دو سنت واقع‌گرایی و تجربه‌گرایی در علوم پزشکی به حساب آورد.

چند سال بعد - در اواخر دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ میلادی - پزشکان در نقاط مختلف دنیا به اخلاق پزشکی^۵ علاقه‌مند شدند. این تحول جدید، بر خلاف آنچه

ممکن است تصور شود، واکنشی به رویکرد افراطی مدافعان مکتب بالینی انتقادی نبود، بلکه محصول این رویکرد، یعنی رویکرد علمی خشک و دقیق، به شمار می‌رفت. برخی از نخستین پزشکانی که به اخلاق پزشکی روی آوردند، خود از مدافعان پژوهش‌های بالینی بودند. آنها ملاحظه کردند که نیازشان به کارآزمایی‌های بالینی، مسائلی اخلاقی پیش می‌آورد که می‌باید آنها را تحلیل کرد. علاقه به پژوهش پزشکی و نیز دلبستگی به اخلاق پزشکی روی هم سبب شد تا انجمن پزشکی جهانی^۱ در سال ۱۹۶۴ میلادی بیانیه هلسینکی^۲ را صادر کند (به صفحه ۲۶۲ نگاه کنید). علاقه توأم به پژوهش بالینی و اخلاق پزشکی از آنجا ناشی می‌شد که گروهی از پزشکان می‌خواستند از ورود بی‌رویه تکنیک‌های پزشکی جدید به عرصه کار بالینی جلوگیری کنند. کار مطالعات بالینی کنترل‌شده این است که اجازه ندهد از روش‌های درمانی، تشخیصی و پیشگیری جدید استفاده شود، مگر آنکه این روش‌ها نسبت به روش‌های پیشین برتری داشته باشند. از آن سو، استدلال اخلاقی به ما کمک می‌کند تا دریابیم که آیا تأثیرات تکنیک‌های جدید فی‌نفسه خوب‌اند یا نه، یعنی آیا آنها از لحاظ اخلاقی مقبول هستند. در آن روزگار که از دست پزشکان برای بیماران کار چندانی بر نمی‌آمد، سؤالات اخلاقی هم اهمیت چندانی نداشتند. اما از زمانی که [جراحی] پیوند اعضای حیاتی از یک فرد به فرد دیگر، تشخیص [قبل از تولد] ناهنجاری‌های مادرزادی در جنین و افزایش طول عمر بیماران لاعلاج امکان‌پذیر شده‌است، نمی‌توان این سؤالات را نادیده گرفت. سرانجام، جامعه پزشکی فراگرفته است این رأی را محترم بشمارد که کار بالینی صرفاً همان علوم طبیعی کاربردی^۳ نیست، بلکه تصمیم‌گیری بالینی شامل ارزشداوری^۴ نیز می‌شود. در نتیجه این ملاحظات، پزشکان معاصر فقط به درمان و زنده نگاه داشتن بیماران نمی‌اندیشند، بلکه چگونگی و کیفیت زندگی آنها را نیز مد نظر دارند. ما در فصل ۱۲ به این موضوع مهم باز خواهیم گشت.

از دیدگاهی فلسفی، روان‌پزشکی همیشه بجهت بازیگوش طب بوده است و امروز نیز این رشته بیش از پیش عرصه جدال پارادایم‌های رقیب است (فصل ۸). برخی

1. World Medical Association
3. applied natural science

2. Helsinki Declaration
4. value judgment

1. University of Copenhagen
3. critical clinical school
5. medical ethics

2. clinical trials
4. double-blind

روان‌پزشکان، که به زیست‌شناسی اعتقاد دارند، مدل مکانیکی بیماری را می‌پذیرند. آنها اختلالات روانی را آشفتنگی‌های فیزیولوژی مغز تلقی می‌کنند. گروهی از روان‌پزشکان اختلالات روانی را رفتارهایی نامتناسب می‌دانند که از این حیث باید درمان شوند. عده‌ای نیز تأکید می‌کنند که بیماران روانی دچار مشکلات وجودی شده‌اند که با روش‌های علوم طبیعی نمی‌توان از پس آنها برآمد. معتقدان به دیدگاه وجودی تأکید می‌کنند که باید بیمار را فهمید و رفتار او را به مدد روان‌کاوی تعبیر کرد. در فصل ۱۱ نشان خواهیم داد که این طرز تلقی با سنت هرمنوتیکی فلسفه‌فاره‌ای مرتبط است.

به یاد داریم که بر اساس نظریه کوهن، پارادایم یک علم محدوده‌ای را که تحقیق در آن مجاز است، تعیین می‌کند. تفکر پزشکی از این جنبه نیز دستخوش دگرگونی شده است. مسلماً در قرن نوزدهم نیز پزشکان درباره بهداشت همگانی و پیشگیری از همه‌گیری‌ها^۱ [= اپیدمی‌ها] دغدغه خاطر داشتند، اما در سال‌های اخیر است که شاهد موجی از علاقه به همه‌گیرشناسی^۲ [= اپیدمیولوژی]، پزشکی صنعتی و به ویژه پزشکی اجتماعی هستیم. اصحاب حرفه پزشکی، که پیش از این بیشتر به خود فرد بیمار توجه می‌کردند، اکنون توجه خود را مستقیماً به آن دسته از عوامل محیطی و اجتماعی معطوف کرده‌اند که در روند پیدایش و تکامل بیماری نقش تعیین‌کننده‌ای دارند. این حوزه مشترک میان جامعه‌شناسی و طب خاستگاه مسائل فلسفی مهمی بوده است. درباره این موضوع در فصل ۱۰ بحث خواهیم کرد.

گرایش‌های نو در تفکر پزشکی حاکی از عدم اطمینان به طب جدید است. طبیبان شکاکی که مکتب بالینی انتقادی را بنا نهادند، درباره کارآیی کل داروهای که در دهه ۶۰ میلادی عرضه می‌شد مردد بودند. اما از آن زمان به بعد، مسائلی اصولی‌تر به میان آمده است. طی دهه‌های اخیر، هم حجم پژوهش و هم هزینه اغلب خدمات بهداشتی و درمانی چندین برابر شده است. اما این تلاش‌ها بر میزان ازکارافتادگی^۳ و مرگ‌ومیر^۴ در کشورهای توسعه‌یافته تأثیر مورد انتظار را نداشته است. ممکن است ما در سباززه با خیلی از بیماری‌ها، به ویژه انواع بیماری‌های عفونی، پیروز شده

1. epidemics
3. morbidity

2. epidemiology
4. mortality

باشیم، اما در عوض، اکنون با مسائل بهداشتی دیگری روبرو هستیم، مانند بیماری‌های ناشی از فرسودگی و پیری^۱، انواع سرطان‌ها و اختلالات روان-تنی. درمان این بیماری‌ها به مراتب دشوارتر است و پیشگیری از آنها نیز در حال حاضر امکان‌پذیر نیست. با تعقیب روند تکامل طب می‌بینیم که بیشتر حوزه‌های این علم در حال پیشرفت‌اند، اما در عین حال نمی‌توان بر این تردید سرپوش گذاشت که قادر نیستیم مسائل عمده بهداشتی و درمانی موجود را در چارچوب نظریات رایج حل کنیم. فعالیت‌های پژوهشی با قوت ادامه دارند، پژوهشگران علوم پزشکی مالیانه صدها هزار مقاله علمی منتشر می‌کنند، اما مجله‌های پزشکی نیز با ارائه شواهد فراوان نشان می‌دهند که بسیاری از پژوهشگران سرگرم حل مسائل - یا جدول‌های - کم‌اهمیتی هستند که یا با مسائل بهداشتی جامعه مدرن ارتباطی ندارد و یا ارتباطشان ضعیف است. پیشرفت طب متوقف نشده است، اما به نظر می‌رسد که نیروی محرکه آن همانند گذشته نیست. در بسیاری از کشورها تعداد روزافزونی از پزشکان، که نگران وضعیت کنونی‌اند، به بنیان فلسفی تفکر پزشکی علاقه‌مند می‌شوند. مجله‌های جدیدی در زمینه فلسفه طب و اخلاق پزشکی منتشر شده‌اند [۱۹] و گردهمایی‌هایی تشکیل می‌شود که در آنها پزشکان درباره موضوعات فلسفی به بحث می‌پردازند. البته نمی‌توان توسعه علم را جدا از سایر امور مد نظر قرار داد. توسعه و پیشرفت اخیر در طب بازتابی از گرایش‌های نو در جامعه در کل است. رویکردی که در قلمرو طب الهام‌دهنده مکتب بالینی انتقادی بود، مشابه همان رویکردی است که در حوزه سیاست منجر به وضع تمهیدات قانونی علیه آلودگی محیط زیست و دیگر اثرات زیانبار تکنولوژی مدرن گردید. مردم اعتقاد ساده‌انگارانه خود را به پیشرفت تکنولوژی - که به استثنای مقاطعی خاص، از زمان انقلاب صنعتی تاکنون شاخص فرهنگ ما [غرب] بوده است - از دست داده‌اند. در عوض آنها می‌خواهند روند توسعه را مهار کنند. به بیان دیگر آشکار شده است که دستاوردهای علمی جدید و تکنولوژی مدرن غایت فی‌نفسه نیستند، بلکه صرفاً وسیله‌ای برای بهبود زندگی‌اند. دریافت این موضوع لزوماً باید به بحث و گفت‌وگو درباره ارزش‌های اخلاقی منجر شود و پزشکان را به اخلاق پزشکی علاقه‌مند کند.

آنچه تا اینجا گفتیم بر پایه نظریه‌های کوهن استوار بود. نمی‌توان انکار کرد که کوهن در روند توسعه علم برای دانشمند نقشی منفعل قائل است. دانشمند کسی است که با پذیرش آرای استادانش، صرفاً به حل جدول مشغول است. او قادر نیست پارادایم علمش را به تفصیل تحلیل کند و حتی به نتایج علمی‌ای که با نظریه‌های موجود جور در نیاید، وقعی نمی‌گذارد. برای زدودن این تصور، این فصل را با نقل بعضی نظرات کارل پوپر^۱، فیلسوف علم، که طی مناظره‌ای با کوهن بیان شده، به پایان می‌بریم (۱۰). پوپر می‌پذیرد که «ما به همه چیز در یرتو نظریه‌هایی که از پیش پذیرفته‌ایم، می‌نگریم» و مطابق رای کوهن، علم متعارف وجود دارد. اما پوپر عقیده دارد که این وضعیت برای علم خطرآفرین است و وضعیتی مطلوب به شمار نمی‌آید. او می‌نویسد:

از دیدگاه من دانشمند متعارف، مطابق توصیف کوهن، کسی است که باید به حالش متأسف بود... من همانند خیلی‌های دیگر معتقدم که باید تمام هم‌تدریس در سطح دانشگاه (و اگر ممکن باشد پایین‌تر از آن هم) در جهت تعلیم و تشویق تفکر انتقادی باشد. دانشمند متعارف، مطابق توصیف کوهن، به شیوه درستی آموزش ندیده است. او با ذهنیتی جزمی تعلیم یافته است. او قربانی تلقینات است.

همچنین، پوپر برای علم روندی تکاملی^۲ قائل است تا انقلابی. او این عقیده را چنین بیان می‌کند:

من می‌پذیرم که ما، به مثابه زندانیان، همواره در چارچوب نظریه‌ها، انتظارات، زیانمان و تجربه‌های گذشته گرفتار هستیم. اما به معنای واقعی کلمه زندانی نیستیم؛ اگر بکشیم، در هر زمان می‌توانیم حصار چارچوبمان را بشکنیم. مسلماً دوباره در چارچوب دیگری قرار خواهیم گرفت. اما این یکی بهتر و جادارتر است و هر لحظه می‌توانیم دوباره از این یکی هم خارج شویم.

از نظر پوپر، دانشمند صرفاً به تولید دانش جدید در پارادایم مستقر نمی‌پردازد، بلکه در عین حال او برای اصلاحات تدریجی این پارادایم نیز مسؤلیت دارد. البته در نقل قول اخیر، پوپر مشکلات را ناچیز می‌انگارد، گویی که تعویض پارادایم به

1. Karl R. Popper

2 evolutionary

آسانی تعویض لباس است. احتمالاً پوپر در این خصوص بیش از اندازه خوشبین است، اما اگر ما با انتقاد او از کوهن، ولو اندکی، موافق نبودیم، نمی‌بایست دست به نوشتن این کتاب می‌زدیم. ما به فلسفه طب به عنوان یک رشته دانشگاهی محض نگاه نمی‌کنیم، بلکه اعتقاد داریم ممکن است مطالعات فلسفی برای حل مشکلات بهداشتی جامعه مدرن به دانشمندان علوم پزشکی و طبیبان کمک کند.

یادداشت‌ها

1. Kuhn, T. S. *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd edn. Chicago: The University of Chicago Press, 1970.

۲. مفهوم معرفت‌ضمنی در کتاب زیر معرفی شده است:

Polanyi, Micheal. *Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy*. London: Routledge and Kegan Paul, 1958

۳. کوهن در چاپ اول کتاب خود تعریفی از پارادایم به دست نمی‌دهد. مارگارت ماسرمن یادآوری می‌کند که کوهن این واژه را دست‌کم به بیست و دو معنی مختلف استفاده کرده است؛ در:

Lakatos, I. & Musgrave, A. *Criticism and the Growth of Knowledge*. London: Cambridge University Press, 1970. pp. 59–89.

بند یادشده در نسخه چاپ دوم کتاب ساختار انقلاب‌های علمی (صفحه ۱۷۵) دیده می‌شود که کوهن در آنجا درباره ماهیت پارادایم با تفصیل بیشتر بحث می‌کند.

4. p. 46 in [1].

5. p. 47 in [1].

6. p. 44 in [1].

۷. کوهن از کتاب تحقیقات فلسفی ویتگنشتاین نقل می‌کند.

8 p. 80 in [1].

9. e.g. *The Journal of Medicine and Philosophy* and *The Journal of Medical Ethics*.

10. Popper, K. Normal science and its dangers. in: Lakatos, I. & Musgrave, A. *Criticism and the Growth of Knowledge*. London: Cambridge University Press, 1970, pp. 51–8.

تجربه گرایی و واقع گرایی: مسئله‌ای فلسفی

اتاقی را در دانشگاه کمبریج^۱ در آغاز قرن بیستم پیش خود مجسم کنید، جایی که گروهی از دانشجویان در حال صرف چای بعد از ظهر هستند. بخاری دیواری به اتاق گرما می‌بخشد و هوا از دود دخانیات سنگین شده است. دانشجویانی که دوره درس فلسفه را می‌گذرانند، مشغول بحث درباره مسئله‌ای کمابیش نظری هستند: «آیا هنگامی که گاوی در علفزار هست و کسی او را نمی‌بیند، هنوز آنجا هست یا نه؟». در زیر گزیده‌هایی از بحث نسبتاً ساده و ناپخته آنها را می‌آوریم. بندها برای ارجاع نظرات بعدی شماره گذاری شده‌اند.

۱. «گاو آنجاست» اسنل^۲ در حالی که کبریتی را روشن می‌کند، این جمله را می‌گوید. «او وجود دارد، خواه ما او را ببینیم یا نبینیم. او هم اکنون آنجاست».
۲. یکی از حاضران می‌گوید «شما این را ثابت نکردید. شما اساساً نمی‌توانید دریابید که آیا حق با شماست یا نه».
۳. اسنل اخم می‌کند و با تندی جواب می‌دهد که «عجب ایراد بی‌منطقی! البته که من می‌دانم گاو آنجاست، این امر برای من ثابت شده است. اگر من در کمبریج باشم یا در ایسلند^۳، یا حتی اگر بمیرم، گاو همان‌جا خواهد بود».
۴. مخاطب می‌گوید «شما همچنان این موضوع را ثابت نکرده‌اید. من هم می‌توانم به همین ترتیب بگویم که برای من ثابت شده که گاو آنجا نیست، یا اصلاً گاوی در کار نیست».

چنین گفت‌وگویی که در آغاز داستانی از فورستر^۴ به نام طولانی‌ترین سفر^۵ آمده است (۱)، با مضمون کتاب ما مناسبت دارد. دیدگاه‌های اسنل و مخاطب ناشناس او نمایانگر دو نظام فکری بزرگ، یعنی تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی، هستند که قرن‌ها تفکر علمی را تحت نفوذ خود داشتند [۲].

1. Cambridge College
3. Iceland
5. The Longest Journey

2. Asnel
4. E. M. Forster

یکی از هدف‌های این فصل شرح هر چه ساده‌تر بعضی مفاهیم بسیار پایه فلسفی است و ما از خواننده می‌خواهیم طی صفحات آینده برای آشنایی با تعدادی از اصطلاحات احتمالاً ناآشنای فلسفی تأمل و تحمل به خرج دهد. در فصل‌های بعدی کتاب، برای بحث درباره مسائل علم طب مجبور خواهیم بود از این اصطلاحات (که برخی از آنها در جدول زیر آمده است) استفاده نماییم.

جدول ۱. تمایزات فلسفی پایه

سطح بحث	مواضع فلسفی
هست‌شناسی (ontology)	واقع‌گرایی (realism) / ضد واقع‌گرایی (anti-realism)
شناخت‌شناسی (epistemological)	عقل‌گرایی (rationalism) / تجربه‌گرایی (empiricism)

نخستین تمایز مهم میان پرسش‌های هست‌شناختی و شناخت‌شناختی دیده می‌شود. اگر در فرهنگ لغات معانی این دو واژه را جست‌وجو کنیم، چنین تعریف‌هایی درباره آنها خواهیم یافت:

هست‌شناسی^۱: نظریه‌ای راجع به هستن و بودن است و پرسش‌های هست‌شناختی درباره این موضوع بحث می‌کنند که چه چیزی در جهان هست، چه چیزی در جهان واقعاً وجود^۲ دارد و ماهیت واقعی^۳ اشیا چیست. شناخت‌شناسی یا معرفت‌شناسی^۴: نظریه‌ای در باب شناخت و معرفت است و سؤالات معرفت‌شناختی ناظر به آن چیزهایی است که در این جهان می‌توان دانست.^۵

این توضیحات درست‌اند، اما درک آنها کمی دشوار است. از این‌رو، ما می‌کوشیم با استفاده از مثال بحث «[وجود] گاو در علفزار» معانی این واژه‌ها را بهتر مصور و مجسم کنیم.

در بند یک، اسنل اظهار کرد که گاو وجود دارد. این گزاره آشکارا گزاره‌ای هست‌شناختی است. فیلسوفان به گوینده این جمله واقع‌گرا خطاب می‌کنند، چرا که

1. Ontology (from Greek *on* = being)
2. exist
3. true nature
4. epistemology = (from Greek *episteme* = knowledge)
5. know

وی از [مثال وجود] گاو بهره می‌برد تا اعتقاد خود را در باب وجود مستقل جهان مادی تصویر کند. واقع‌گرایی موضعی هست‌شناختی است و چنین ادعا می‌کند که جهان خارج واقعی بوده و وجود آن مستقل از ماست و اعیان، ساختارها و مکانیسم‌های این جهان هستند که حواس ما را تحریک می‌کنند.

در بند دو، مخاطب ناآشنا مخالفت خود را اظهار کرد، اما باید بدانیم وی نگفت که اسنل اشتباه می‌کند و وجود گاو به مشاهده آن بستگی دارد. وی فقط اظهار کرد که اسنل نمی‌تواند بداند که آیا حق با اوست یا نه. به عبارت دیگر: مخاطب صرفاً ادعایی معرفت‌شناختی ابراز کرده است و نه ادعایی هست‌شناختی. او یک تجربه‌گراست، زیرا فقط پدیده‌های مشهود را، به عنوان منابع معرفت، معتبر می‌داند. او از رأی خود به طور افراطی نتیجه می‌گیرد که ما نمی‌توانیم هیچ چیز درباره وجود یک گاو مشاهده‌نشده بدانیم. تجربه‌گرایی یک موضع معرفت‌شناختی است مبنی بر این که کل معرفت ما در نهایت از تجربه منشأ می‌گیرد.

در بند سه، اسنل می‌کوشد تا این ایراد شناخت‌شناختی را پاسخ دهد. همچون همه واقع‌گرایان، او با این مسئله روبرو است که نمی‌تواند به مدد حواس خود صحت ادعایش را اثبات کند و به این دلیل تمسک می‌جوید که شک به وجود مستقل جهان خارج امری نابخردانه است. او به کمک عقل و خرد خویش به این نتیجه رسیده است و نه از طریق حواس خود. بنابراین او جزو گروهی است که فیلسوفان آنها را عقل‌گرا می‌خوانند. عقل‌گرایی را می‌توان موضعی معرفت‌شناختی تعریف کرد مبنی بر اینکه خرد، در کنار تجربه، منبعی برای کسب معرفت است. برای توجیه واقع‌گرایی در سطح هست‌شناختی، به عقل‌گرایی در سطح معرفت‌شناختی نیاز داریم.

در بند چهار، مخاطب دوباره به همان مسئله هست‌شناختی باز می‌گردد. او همچنان مدعی نیست که اسنل به خطا می‌رود، بلکه می‌گوید اسنل صرفاً نمی‌تواند با همان قوت استدلال کند که اصلاً گاو وجود ندارد. مقصود او، همچون پاره‌ای از فیلسوفان، این است که جهان خارج وجود ندارد (۲۳)، و هر عین، مانند یک گاو، چیزی بیش از مجموعه‌ای به ظاهر پایدار و پیچیده از ارتسامات حسی^۱ نیست، مجموعه‌ای که هیچ علتی خارج از ذهن خود ما ندارد. در سطح هست‌شناختی،

1. sense impressions

مخاطب اسنل یک ضد-واقع‌گراست، به این معنی که در خصوص پرسش‌های هست‌شناختی، او مدعی لادری‌گری تمام‌عیار^۱ است. تجربه‌گرایی در سطح شناخت‌شناختی معمولاً با ضد-واقع‌گرایی در سطح هست‌شناختی ملازم است.

کسانی که درباره این معضلات فلسفی کلاسیک بحث می‌کنند، نوعاً با یکدیگر اتفاق نظر ندارند. [فرد] واقع‌گرا پرسش‌های هست‌شناختی را نسبت به پرسش‌های معرفت‌شناختی مقدم می‌شمارد و بنابراین از [فرد] تجربه‌گرا، که در سطح معرفت‌شناختی بحث می‌کند، تأثیر نمی‌پذیرد. از طرف دیگر، تجربه‌گرا پرسش‌های معرفت‌شناختی را مقدم می‌داند و معتقد است باید پیش از آنکه ببینیم چه چیز وجود دارد، باید ببینیم چه چیزی را می‌توان شناخت. پس پیش فرض‌های اولیه^۲ [مبادی] هست‌شناختی فرد واقع‌گرا وی را متقاعد نمی‌سازد.

ممکن است در این وهله خواننده احساس کند که ما داریم وقت او را با بحث درباره وجود یا عدم وجود یک گاو تلف می‌کنیم. اما صرف نظر از اینکه هدف ما آشنایی با اصطلاحات رایج در فلسفه است، دو دلیل عمده برای اهمیت این بحث وجود دارد.

یکم؛ تجربه‌گرایی تأثیری شگرف بر علم جدید داشته است و همان‌گونه که در فصل آینده به آن خواهیم پرداخت، می‌توان حتی در طب معاصر نیز میان‌گرایش‌های تجربه‌گرایانه و واقع‌گرایانه تمایز قائل شد. ما شرح خواهیم داد که چگونه دانشمندان واقع‌گرا می‌کوشند کشف کنند که برای سؤال در بدن انسان—واقعاً چه می‌گذرد، در حالی که تجربه‌گرایان بیشتر به رابطه‌های آماری میان پدیده‌های مشهود توجه می‌کنند. همچنین، ما نشان خواهیم داد که بی‌توجهی مطلق به مسائل هست‌شناختی و مابعدطبیعی^۳ (۲۴)، که یکی از خصایص ویژه تفکر تجربه‌گرایانه است، علی‌الخصوص در پزشکی اجتماعی جدید نمود برجسته‌ای دارد (فصل ۱۰).

دوم؛ طب جدید سؤالات هست‌شناختی مهمی را پیش آورده است. منظور ما واقعاً این نیست که تأمل در باب پرسش‌های هست‌شناختی عام یا وجود و عدم جهان خارج برای ما ضروری است، اما مجبوریم درباره پاره‌ای از پرسش‌های

1. complete agnosticism

2. assumptions

3 metaphysical

هست‌شناختی خاص بجدّ تأمل کنیم، پرسش‌هایی مانند: این ادعا که هویت‌های انتزاعی، مانند بیماری‌ها، وجود دارند تا چه حد معقول است (فصل ۶)؟ ماهیت واقعی بیماری روانی چیست (فصل ۸)؟ آیا انسان فقط یک ارگانیسم بیولوژیک [= موجود زیست‌شناختی] است یا آنکه چیزی بیش از این است (فصل ۹)؟ آیا ارزش‌های اخلاقی وجود دارند، به صورتی که بخشی از ساختار جهان باشند، یا آنکه صرفاً چیزی بیش از باورهای شخصی ما نیستند (فصل ۱۲)؟ آیا حالت‌های ذهنی اساساً متفاوت از اعیان و فرآیندهای مادی هستند یا آنکه می‌توان آنها را به حالت‌های نوروفیزیولوژی تحویل کرد^۱ (فصل ۱۴)؟ اینکه ما در پژوهش چه روشی را برمی‌گزینیم و یا چه دیدگاهی به مسائل بالینی داریم، تا حد قابل ملاحظه‌ای به پاسخ‌های ما به این قبیل پرسش‌ها بستگی دارد.

موضع تجربه‌گرایانه

برای آنکه بتوانیم ظهور فلسفه تجربه‌گرایی را در قرون هفدهم و هجدهم میلادی به خوبی درک کنیم، می‌باید از منظری تاریخی به آن نگاه کنیم. متفکران بزرگ یونان باستان و اروپای قرون وسطی بیشتر درباره ماهیت جهان، هدف و غایت حیات، و وجود خدا می‌اندیشیدند. اما به دنبال موفقیت‌های علمی مردانی چون کپلر^۲، هاروی^۳، گالیله، نیوتن و بویل^۴، فضای فکری دگرگون شد. هم فیلسوفان و هم دانشمندان در قبال سؤالات هست‌شناختی تلقی شکاکانه‌ای را در پیش گرفتند. مطابق تعالیم آنان، همه ما باید تماماً بر قراین و شواهد حسی خود تکیه کنیم.

در میان پیروان این مکتب فکری، نام تعداد زیادی از فیلسوفان نامدار قرون اخیر به چشم می‌خورد: جان لاک^۵، جرج برکلی^۶ و دیوید هیوم^۷ از بنیانگذاران مکتب تجربه‌گرایی محسوب می‌شوند. در فرانسه، اگوست کنت^۸ از همین عقیده دفاع می‌کرد. در قرن بیستم، پوزیتیویست‌های منطقی^۹ حلقه وین و اخلاف آنها

1. reduce

3. Harvey

5. John Lock (1632–1704)

7. David Hume (1711–76)

9. logical positivists

2. Kepler

4. Boyle

6. George Berkley (1685–1753)

8. Auguste Comte (1798–1857)

دستاوردهای منطقی تفکر تجربی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دادند [۵].

این فیلسوفان درباره شماری از موضوعات با یکدیگر اختلاف داشتند، اما همگی در این عقیده اساسی هم‌رأی بودند که کل معرفت ما از تجربه منشأ می‌گیرد. در فقره مشهور زیر، جان لاک مدعی است که ذهن در وضعیت ابتدایی و آغازین خود مانند یک لوح نانوشته^۱ (یا یک ورقه کاغذ سفید) است. وی اصول اعتقادی تجربه‌گرایان را به این نحو بیان می‌کند:

اجازه دهید فرض کنیم که، به تعبیر ما، ذهن کاغذ سفیدی است خالی از هر تصوّر (= ایده) و فارغ از هر گونه ویژگی. چگونه این ذهن تجهیز می‌شود؟ این ذخیره عظیمی که قوه تخیل سرشار و بی‌حد آدمی، با تنوع بی‌پایان، [آن را] بر ذهن حک می‌کند، از کجا می‌آید؟ پاسخ من به این سؤالات یک کلمه است. از تجربه: که تمام معرفت ما بر آن استوار است و، در نهایت، کل معرفت ما از آن مشتق می‌شود [۶].

البته تجربه‌گرایان قوانین منطقی و ریاضیات را نیز می‌پذیرند و حتی عده‌ای از آنان علاقه خاصی به این رشته‌ها داشته‌اند. اما آنها این امر را تناقضی در نظریه‌شان به شمار نمی‌آورند. آنها مدعی‌اند که استنتاجات منطقی و ریاضی تحلیلی هستند، یعنی معرفت جدیدی تولید نمی‌کنند بلکه تنها به کار تحلیل معرفت موجود می‌آیند. جان لاک بسیار کوشید تا عقاید تجربه‌گرایانه خود را با [موضع] واقع‌گرایانه سازش دهد. او مدعی بود که ذهن در آغاز زندگی به مثابه «یک کاغذ سفید» است، همچنین او می‌گفت که این واقعیات خارجی‌اند که ارتسامات حسی ما را موجب می‌شوند. بنا به رأی او، تصورات ما باید تا حدودی بازتابی از ماهیت واقعی اموری باشد که دریافتشان می‌کنیم، اما [خود] این ماهیت واقعی — جوهر اصلی^۲ — ناشناخته باقی می‌ماند. نظریه فلسفی لاک از انسجام کامل برخوردار نیست، زیرا اعتقاد او به وجود واقعیت خارجی بر مبنای عقل است و نه تجربه. همان‌طور که بعداً خواهیم گفت، برای آنهایی که موضع تجربه‌گرایی افراطی را مردود می‌شمارند، این رأی می‌تواند دستاویز قرار گیرد. تحلیل نظام طبقه‌بندی بیماری، در فصل ۶: تا حد زیادی از فلسفه لاک الهام گرفته است.

1. tabula rasa

2. the real essence

دیوید هیوم نیز برای حل این معضل فلسفی تلاش کرد. از میان فیلسوفان تجربه‌گرا، او نخستین کسی است که همه پیامدها و استلزامات منطقی عقاید تجربه‌گرایانه خود را تا به آخر استنتاج نمود. وی، همان‌طور که بایسته یک تجربه‌گرای واقعی است، بیان کرد که ما به سادگی نمی‌توانیم نسبت به علل موجدۀ ادراکات خود شناخت پیدا کنیم - اگر آنها معلول هستند -، اما او در عین حال آن قدر صداقت فکری داشت که اعتراف کند ما در زندگی روزانۀ خود مجبوریم بپذیریم که گاوهای در علفزار و درختان باغ واقعی‌اند. او در کتاب رسالۀ ای در باب ماهیت انسان^۱ می‌نویسد:

به این ترتیب، شخص شکاک همچنان به اندیشه و عقیدۀ خود ملنزم باقی می‌ماند، هرچند او مدعی است که نمی‌تواند از اندیشۀ خود به مدد ادله دفاع کند ... ما می‌توانیم بپرسیم که چه عللی ما را وامی‌دارند به وجود جسم معتقد باشیم، اما عبت است که بپرسیم آیا جسمی وجود دارد یا نه. این اصلی است که باید در تمام استدلال‌ها بمان مفروض بداریم^(۷).

هنگامی که ما درباره وجود گاو در علفزار سخن می‌گوییم، شکناکیت هست‌شناسانۀ [=شک در وجود عالم خارج] افرادی مانند هیوم (و مخاطب اسنل) برای ما چندان مقبول نمی‌افتد، اما در علم پیشرفته امروزی این شک مقبولیت بیشتری دارد. دغدغۀ خاطر دانشمندان دیدن گاو و درخت نیست، بلکه آنها به کمک وسایل دقیق و ظریف آن دسته از پدیده‌های طبیعی را که مستقیماً قابل مشاهده نیستند، مورد مطالعه قرار می‌دهند. همان‌گونه که فیزیکدانان به کمک نتایج حاصل از آزمایش‌های پیچیده وجود فوتون^۲ و پوزیترون^۳ را مطرح کرده‌اند، دانشمندان علوم پزشکی نیز نظریۀ وجود گیرنده‌های اختصاصی^۴ بر سطح یاخته‌های مغزی را مطرح ساخته‌اند. این سؤال کاملاً معقول است که آیا چنین هویت‌هایی واقعاً وجود دارند یا آنکه صرفاً ساخته خیال‌پردازی‌های دانشمندان‌اند و فقط به کار سامان دادن تصورات آنها می‌آیند.

حتی طبیبان نیز فقط به مشاهده مستقیم بسنده نمی‌کنند. آنها از وسیله‌هایی کمک

1. *Treatise of Human Nature*

3. positron

2. photon

4. specific receptors

می‌گیرند که دامنه حواس آنها را گسترش می‌دهند^(۸)، وسیله‌هایی مانند میکروسکوپ و دستگاه‌های پرتونگاری با اشعه ایکس. این وسیله‌ها به آنان اجازه می‌دهد چیزهایی را مشاهده کنند که در غیراین صورت قادر به ادراک آنها نبودند. آنها وسیله‌های آشکارساز^۵، مانند الکتروکاردیوگراف^۶ [=دستگاه ثبت نوار قلب]؛ را به کار می‌گیرند تا بتوانند پدیده‌هایی را مکشوف کنند که در غیراین صورت قابل مشاهده نبودند. دانشمندان علوم پزشکی دست به انجام تجزیه‌های شیمیایی پیچیده‌ای می‌زنند که ترکیب ماده مورد آزمایش را آشکار می‌کند. آنها با روش‌های غیرمستقیم تصویری از واقعیت خلق می‌کنند که مستقیماً نمی‌توانستند آن را مشاهده کنند.

موضع ضدواقع‌گرایی تجربه‌گرایان پیامد نامیمونی به همراه داشته است، زیرا ثابت کرده که باید مفاهیمی مانند علیت، قوانین طبیعت و عینیت را دوباره به نحوی تعریف کرد که در آنها واقعیاتی و رای مشاهدات ما از پیش مفروض گرفته نشود.

در زبان متعارف، گزاره «الف علت ب است» یعنی اینکه الف از طریق نوعی مکانیسم به ایجاد ب کمک می‌کند. این نظریۀ ایجادی در باب علیت^۴ [که علت را موجد معلول می‌داند]، برای تجربه‌گرایان به هیچ وجه پذیرفتنی نیست، زیرا متضمن آن است که در جهان خارج و مستقل از مشاهدات ما، فعل و انفعالات علی رخ می‌دهد. در عوض آنها مدعی‌اند که از گزاره «الف علت ب است» فقط این معنی استفاد می‌شود که پدیده ب به نحوی منظم از پی پدیده الف ظاهر می‌گردد. مطابق این نظریۀ بدیل - که نظریۀ تعاقب^۵ یا نظریۀ علیت هیوم^۶ نام دارد - مفهوم علیت در چارچوب روان‌شناسی تبیین می‌شود. اگر ما بارها و بارها مشاهده کنیم که ب به دنبال الف می‌آید، پس یاد می‌گیریم که هرگاه الف ظاهر شد منتظر ب باشیم و رابطه علیت چیزی بیش از این انتظار نیست. هیوم می‌گوید علیت یک عادت ذهنی^۷ است که ما به خطا آن را به جهان خارج تعمیم می‌دهیم. اکنون اگر رابطه منطقی میان علت

1. *sense-extending instruments*

3. *electrocardiograph*

5. *succession theory*

7. *mental habit*

2. *detecting instruments*

4. *generative theory of causality*

6. *Human theory of causality*

و معلول را با تفصیل بیشتری تحلیل کنیم، شاید «نظریه تعاقب» روشن تر شود. هنگامی که در فصل ۵ درباره علت بیماری‌ها بحث می‌کنیم، سودمندی چنین تحلیل‌هایی را نشان خواهیم داد.

رویکرد به قوانین طبیعت^۱ نیز همین گونه است. ارنست ماخ^۲، فیزیکدان معروف که یک تجربه‌گرای افراطی بود، می‌گفت قوانین طبیعت آنچه را که در جهان خارج اتفاق می‌افتد نشان نمی‌دهند، اما کارکرد آنها «بازسازی خاطره واقعیات در ذهن» است [۱۹]. آنها چیزی بیش از ساخته‌های ذهنی ما نیستند و کارشان این است که حتی‌المقدور توصیف مجملی از مشاهدات ما به دست دهند. برای مثال، ماخ می‌گفت که قوانین گالیله درباره سقوط اجسام «دستورالعمل‌هایی ساده و ملخص در ذهن ما هستند که کارشان بازسازی همه حرکات ممکن اجسام در حال سقوط است».

عینیت^۳ نیز اصطلاح مهم دیگری است که توسط تجربه‌گرایان به معنی محدودی به کار می‌رود. معمولاً ما از این لفظ استنباط هست‌شناختی داریم؛ یعنی در صورتی می‌گوییم یک پدیده عینیت دارد که به وجود آن پدیده، مستقل از شخص مشاهده‌گر، معتقد باشیم. اما تجربه‌گرایان، که البته نمی‌توانند این تعبیر را بپذیرند، عینیت را با بین‌الذهانی بودن^۴ معادل می‌گیرند. اگر یک مشاهده‌گر به بیرون از پنجره نگاه کند گاوی را می‌بیند، اگر سایر مشاهده‌کنندگان، با قوه بینایی طبیعی، درست همان مشاهده را داشته باشند، آن وقت گفته می‌شود که گزاره مشاهده‌ای «گاوی در علفزار هست» عینی است؛ یعنی بین‌الذهانی یا همگانی است؛ یا توسط دیگران تحقیق‌پذیر^۵ است.

ما تجربه‌گرایی را عصبانی علیه تفکر نظرورزانانه توصیف کردیم. پوزیتیویست‌های منطقی قرن بیستم، به ویژه کارناپ^۶، کوشیده‌اند معیار تمییز^۷ را صورت‌بندی کنند که شاید به کمک آن بتوان میان گزاره‌های معنی‌دار^۸ و گزاره‌های

1. laws of nature

3. Objectivity

5. verifiable

7. demarcation criterion

2. Ernst Mach (1838–1916)

4. inter-subjectivity

6. Rudolf Carnap (1891–1970)

8. meaningful

بی‌معنی افتراق گذاشت. آنها معیار اثبات‌پذیری^۱ [در سنت پوزیتیویستی = معیار تحقیق‌پذیری در سنت تجربی] را برمی‌گزینند. براساس این معیار، فقط به گزاره‌هایی می‌توان عنوان معنی‌دار اطلاق کرد که در اصل بتوان آنها را اثبات کرد [اثبات‌پذیر]. برای توضیح این رأی، گزاره‌های زیر را در نظر بگیرید:

۱. گاوی در علفزار وجود دارد.
۲. زانوی راست بیمار متورم است.
۳. ذخایر نفت عظیمی در زیر سرزمین‌های یخ‌زده گرینلند^۲ وجود دارد.
۴. بیمار دچار سکته قلبی شده است.
۵. این صدف‌ها خوشمزه‌اند.
۶. از نظر اخلاقی درست نیست که، درباره تشخیص بیماری، حقیقت را به بیمار نگوئیم.

گزاره‌های یک و دو معنی‌دارند، زیرا می‌توان آنها را با مشاهده اثبات — یا ابطال — کرد. بر همین قیاس، گزاره‌های سه و چهار نیز معنی‌دارند، چون علی‌الاصول اثبات‌پذیر هستند. اگرچه شاید کاوش در آن بخش از زیرزمین‌های گرینلند و یا مشاهده مستقیم ماهیچه قلب در عمل ممکن نباشد. از طرف دیگر، گزاره‌های پنج و شش معنی‌دار تلقی نمی‌شوند؛ زیرا امکان ندارد مشاهده‌ای را تصور کرد که بتوان برای تعیین صحت و سقم آنها به کار برد. این گزاره‌ها صرفاً گویای احساسات ذهنی قائلین آنها هستند. بیشتر مردم تصدیق می‌کنند که بحث طولانی درباره مزه صدف کاری بی‌ارزش است؛ [بر همین قیاس] از جمله پیامدهای جدی و مهم [قبول] معیار اثبات‌پذیری این خواهد بود که بحث در باب مقولات اخلاقی نیز به همان اندازه عبث است. این نگرش هیچ‌انکارانه^۳ به فلسفه اخلاق را، که عاطفه‌گرایی^۴ می‌نامند، در فصل ۱۳ مورد بحث قرار خواهیم داد.

لیکن معیار اثبات‌پذیری نیز مشکلات دیگری می‌آفریند. نخست آنکه، به نحو نسبتاً موجهی نشان داده‌اند که این معیار خودش را نقض می‌کند. خود این معیار قابل اثبات نیست و بنابراین، به اعتبار ملاک‌های تجربه‌گرایانه‌ای که در بالا گفتیم، باید آن را بی‌معنی قلمداد کرد.

1. verifiability

3. nihilistic

2. Greenland

4. emotivism

دوم آنکه، شاید بتوان معیار اثبات‌پذیری را در مورد گزاره‌های جزئی^۱ به کار برد (مانند «زانوی این بیمار متورم است»)، اما دانشمندان معمولاً با گزاره‌های کلی^۲ سر و کار دارند (مانند «همه بیماران مبتلا به زخم معده اسید تولید می‌کنند»). چنین گزاره‌هایی را نمی‌توان تنها به کمک تجربه و با یقین قطعی اثبات کرد. این همان مشکل قدیمی استقراء^۳ است که اکنون آن را به اختصار توضیح می‌دهیم.

از منظر تجربه‌گرا، فرآیند علمی با مشاهده آغاز می‌شود. متخصص بیماری‌های گوارش بارها و بارها می‌بیند که در معده بیماران مبتلا به زخم معده اسید تولید می‌شود. سرانجام او نتیجه می‌گیرد که این یک قانون کلی است («اگر اسید نباشد زخمی هم در کار نخواهد بود»). اما این کار، یعنی پریدن از تجربه (که عبارت است از مشاهدات جزئی) به یک «قانون طبیعی» از لحاظ منطقی پذیرفتنی نیست، زیرا استبدادی ندارد که بیمار بعدی ثابت کند این قانون غلط است. پرنده‌شناسان مدت‌های مدید اعتقاد داشتند «همه قوها سفیدند»، اما نخستین کاشفانی که به قاره استرالیا رسیدند [با مشاهده قوهای رنگی] آنها را واداشتند تغییر عقیده بدهند.

این مشکل منطقی از روزگار دیوید هیوم همواره مایه تشویش فیلسوفان تجربه‌گرا بوده است و بدون شک بنیان تفکر آنها را به چالش می‌خواند. فیلسوفان تجربه‌گرا معتقدند که دانشمندان از لحاظ منطقی نمی‌توانند دریابند که جهان واقعاً چگونه است. آنها مدعی‌اند که تنها هدف تمام تلاش‌های علمی تثبیت «قوانین طبیعت» است که به کمک آنها می‌توان وقایع آینده را پیش‌بینی کرد، اما به سبب مشکل استقراء، این پیش‌بینی‌ها هیچ‌گاه از قطعیت برخوردار نیستند.

شاید بتوان مشکل استقراء را به نحو دیگری هم صورت‌بندی کرد. پیش‌بینی وقایع آینده، که مبتنی بر تجارب گذشته است، این اصل را پیش‌فرض می‌گیرد که آینده همانند گذشته است. شخص تجربه‌گرا به هیچ‌وجه نمی‌تواند اعتقاد به این اصل را توجیه کند. در واقع، ما غالباً در گذشته دیده‌ایم که پیش‌بینی‌هایمان درست از آب درآمده‌اند، اما نمی‌توانیم از این تجربه نتیجه بگیریم که در آینده هم چنین خواهد شد، زیرا این نتیجه همان اصلی را پیش‌فرض می‌گیرد که می‌خواهیم آن را اثبات

1. singular

2. general

3. classical problem of induction

کنیم. این ادعا از استدلال منطقی به دور است که «تجربه گذشته نشان می‌دهد که تجربه گذشته موثق است».

البته تجربه‌گرایان کوشیده‌اند از خود دفاع کنند. آنها مدعی‌اند چه‌بسا قوانین طبیعت، که بارها و بارها تأیید شده‌اند، واقعیت نداشته باشند، اما به واقعیت خیلی نزدیک‌اند و پیش‌بینی بر اساس این قوانین از احتمال بسیار بالایی برخوردار است. لیکن در فصل ۷ توضیح خواهیم داد که مشکل است که مستقلاً بیان کنیم که منظور از احتمال صدق یک فرضیه چیست، و جدای از آن، پیش‌بینی وقایع آینده بر مبنای احتمالات نیز از پیش فرض می‌کند که آینده همچون گذشته است.

پوزیتیویست‌های منطقی قرن بیستم به مشکل استقراء با شدت بیشتری حمله کردند، و تا کنون معلوم شده که به هیچ‌وجه نمی‌توان منطقاً جهش از گزاره‌های مشاهده‌ای جزئی به نظریه‌های کلی را مورد دفاع قرار داد. برتراند راسل^۱ صرفاً به این نتیجه می‌رسد که «استقراء یک اصل منطقی مستقل است، نمی‌توان آن را از تجربه یا سایر اصول منطقی استخراج کرد و بدون این اصل علم غیرممکن است»؛^۲

راه‌حل پوپر

احتمالاً کارل پوپر پرنفوذترین فیلسوف علم در قرن بیستم است. بسیاری از دانشمندان، حتی آنهایی که معمولاً در زمینه فلسفه مطالعه‌ای ندارند، با اصول اولیه دیدگاه‌های او درباره علم آشنایی دارند. بخشی از مقبولیت فلسفه پوپر به این خاطر است که افرادی مانند برایان مگی^۳ و پیتر مداوار^۲ برنده جایزه نوبل پزشکی – با عباراتی ساده فلسفه او را شرح داده‌اند (۱۱۱) و (۱۲۱).

پوپر نکته بسیار مهمی را درباره تجربه‌گرایان تذکر می‌دهد: وقتی تجربه‌گرایان ادعا می‌کنند که علم از طریق مشاهده به سوی نظریه پیش می‌رود، شیپور را از سر گذاشتن می‌نوازند، زیرا چیزی به عنوان مشاهده محض، که مستقل از نظریه باشد، وجود ندارد. پوپر می‌نویسد:

این عقیده باطلی است که ما می‌توانیم صرفاً از مشاهده محض و فارغ از هر گونه نظریه آغاز کنیم. این کار وصف‌الحال آن مردی است که زندگی خود را

1. Bertrand Russel

2. Bryan Magee

3. Peter Medawar

وقف علوم طبیعی کرد. او از هر چه که می‌توانست مشاهده کند یادداشت برداشت و مجموعه مشاهدات بی‌ارزش خود را برای انجمن سلطنتی [انگلستان] به میراث گذاشت تا از آن به عنوان شواهد و قرائن استقرایی استفاده کنند... مشاهده همیشه انتخابی است. مشاهده به یک عین خاص برگزیده احتیاج دارد. به وظیفه‌ای مشخص. به یک تعلق خاطر. به یک دیدگاه و یک ماهه [۱۳۱].

نخستین گام در فرآیند علمی مشاهده نیست، بلکه ابداع فرضیه‌ای است که شاید بعداً آن را به کمک مشاهدات و تجربیات نقادانه به آزمون گذاشت.

همچنین پوپر ادعای مهمی می‌کند مبنی بر اینکه هدف کوشش‌های دانشمند اثبات فرضیه اولیه نیست، بلکه ابطال آن است. همان‌طور که در بالا شرح دادیم، از لحاظ منطقی ممکن نیست صدق یک قانون کلی را توسط مشاهدات مکرر اثبات کرد، اما اصولاً ممکن است چنین قانونی را تنها با یک مشاهده ابطال کرد. مکرر قوهای سفید ثابت نمی‌کند که «همه قوها سفیدند»، اما مشاهده فقط یک قوی سیاه برای ابطال این گزاره کلی کفایت می‌کند [۱۳۲].

پوپر دیدگاه‌های خود از علم را براساس این آرا تشریح می‌کند: دانشمند نباید خلاق باشد، او باید بتواند اندیشه‌های اصیل بیافریند، باید بتواند فرضیه‌های بدیع و جسورانه بدهد و سپس با نهایت سعی بکوشد تا با آزمایش‌های نقادانه آنها را باطل کند. از نظر پوپر این رویه چیزی بیش از یک روش علمی صحیح است، این رویه یک شیوه زندگی است:

فرض کنید ما خود را عامدانه مکلف ساخته‌ایم تا در این جهان ناشناخته خودمان زندگی کنیم، خود را حتی‌المقدور با آن سازگار نماییم، از فرصت‌هایی که می‌توانیم در آن به دست آوریم نهایت استفاده را ببریم و در صورت امکان، آن را تبیین کنیم... در این صورت، معقول‌ترین شیوه، روش آزمون و خطاست، یعنی روش حدس و ابطال^۱، طرح جسورانه نظریه‌ها و تلاش جدی برای آنکه خطاهای این نظریه‌ها را نشان بدهیم و در صورتی که تلاش‌های نقادانه ما ناکام بمانند، این نظریه‌ها را به نحو مشروط و موقت بپذیریم [۱۳۵].

تجربه‌گرایان برای تمایز میان گزاره‌های معنی‌دار و گزاره‌های بی‌معنی از معیار

1. falsification

2. conjecture and refutation

تحقیق‌پذیری استفاده می‌کردند، بر همین قیاس، پوپر برای افتراق میان نظریه‌های علمی و نظریه‌های شبه‌علمی از معیار ابطال‌پذیری استفاده می‌کند. پوپر برای «شبه‌علم»^۱ مثال‌هایی ذکر می‌کند: طالع‌بینی^۲، روان‌کاوی^۳ و مارکسیسم^۴؛ او به خصوص از دو تئوری آخری بدش می‌آمد. کسانی که بخش‌های طالع‌بینی روزنامه‌ها و مجله‌ها را خوانده‌اند تصدیق می‌کنند که پیشگویی‌ها چنان با مهارت جمله‌بندی شده‌اند که در صورت وقوع هر اتفاق، آنها درست از آب درمی‌آیند. آنها تقریباً همانگویی‌اند^۵، همانگویی‌هایی از قبیل جمله «فردا یا باران می‌آید یا نمی‌آید»، بنابراین ابطال‌پذیر نیستند و لذا شبه‌علمی‌اند. ما در این کتاب از نظرات پوپر درباره فلسفه سیاسی مارکسیسم بحثی به میان نخواهیم آورد، اما در فصل ۱۱ دیدگاه‌های او را درباره روان‌کاوی مورد مذاقه قرار خواهیم داد.

فلسفه علم پوپر به سرعت توجه دانشمندان نقاد را به خود جلب کرد، اما به نوبه خود نقایصی داشت. معیار ابطال‌پذیری ساده است و اهمیت آن از لحاظ منطق این است که قابل‌چون و چرا نیست، اما در عمل به راحتی نمی‌توان آن را به کار گرفت. نخست اینکه، پوپر خود اذعان می‌کند مشاهده محض و بی‌طرف وجود ندارد و بنابراین دانشمندی که نظریه‌ای را با انجام آزمایش رد می‌کند نمی‌تواند مطمئن باشد که آیا نظریه ابطال شده است یا مشاهده (یا ترتیب آزمایش) اشتباه بوده است. در عمل وی مجبور خواهد بود پیش از آنکه از نظریه‌اش دست بردارد مشاهده را تکرار کند و شرایط آزمایش را تغییر دهد. دوم اینکه، دانشمندان علوم پزشکی علی‌الغالب سروکارشان با گزاره‌های مطلق (مانند «همه قوها سفیدند») نیست، بلکه با گزاره‌های نسبی (مانند «بیماران مبتلا به زخم دوازدهه نسبت به افراد سالم به طور متوسط اسید بیشتری تولید می‌کنند») سروکار دارند، نتایج تحقیقات درباره چنین مسائلی به ندرت خالی از ابهام است. دانشمندان مجبوراند مشاهدات خود را به دست تحلیل آماری بسپارند و همان‌طور که در فصل ۷ بحث خواهیم کرد، رأی و نتیجه‌نهایی صرفاً به خود مشاهدات وابسته نیست، بلکه همچنین به قراردادی بستگی دارد که به

1. pseudoscience
3. psychoanalysis
5. tautology

2. astrology
4. Marxism

تبع آن، نوع «آزمون آماری» و «معیار معنی‌داری [از لحاظ آماری]» انتخاب می‌شوند [۱۶].

پوپر ادعا می‌کند که مشکل استقراء را حل کرده است، اما درست‌تر آن است که بگوییم او سعی کرده مشکل را دور بزند و معلوم نیست چنین کاری تا چه حد مجاز است. بدون شک در بسیاری موارد دانشمندان می‌کوشند تا فرضیات را ابطال کنند، اما در موارد دیگری هم استقرایی استدلال می‌کنند. یکی از مؤلفان این کتاب زمانی با استفاده از تکنیک‌های بافت-شیمیایی^۱، به مطالعه سوخت‌وساز یاخته‌های سفید خون^۲ [لوکوسیت‌ها] پرداخت. از جمله او می‌خواست کشف کند که آیا یاخته‌های چند هسته‌ای^۳ [گرانولوسیت‌ها] دارای آنزیم گلیکوژن سنتتاز^۴ هستند یا نه. او صرفاً می‌خواست به این پرسش پاسخ دهد و از پیش فرضیه‌ای نداد که گرانولوسیت‌ها دارای این آنزیم هستند یا نه. او موفق شد وجود آنزیم را در نمونه‌ای از یاخته‌های سفید خون خودش نشان دهد و برای اطمینان، چندین بار آزمایش را تکرار کرد. سپس او همان آزمایش را روی افراد دیگری انجام داد، نتیجه را تأیید کرد و مقاله‌ای با این عنوان منتشر کرد: گرانولوسیت‌های انسان دارای آنزیم گلیکوژن سنتتاز هستند. این مطالعه ساده تا آنجا با تفکر پوپر همخوانی دارد که «مشاهدات فارغ از نظریه نیستند»، اما بعید به نظر می‌رسد که همکار ما می‌کوشیده تا فرضیه خاصی را ابطال کند. در عوض، وی از طریق استقراء و با انجام تعداد کمی آزمایش نتیجه گرفت که گرانولوسیت‌های انسان در کل دارای آن آنزیم هستند.

در مقالات پزشکی نیز تعداد بیشماری محاسبات آماری وجود دارند که نمایانگر استدلال استقرایی‌اند. پزشک می‌تواند میان میزان کراتینین سرم^۵ و اوره سرم^۶، که از آزمایش تعداد زیادی بیمار به دست می‌آورد، همبستگی و تلازم برقرار کند. او می‌تواند، با استفاده از خط رگرسیون^۷، رابطه [آماری] میان دو متغیر را نشان دهد و این رابطه را یک «قانون طبیعی» قلمداد کند، قانونی که از مجموعه‌ای از مشاهدات

1. histochemical

2. leukocytes

3. granulocytes

4. glycogen synthetase

5. serum creatinine

6. serum urea

7. regression line

استنتاج شده است. حتی کمیّت ساده‌ای مانند «زمان متوسط زنده ماندن» بیماران مبتلا به یک بیماری خاص نیز مبتنی بر استدلال استقرایی است. طبیعی که می‌کوشد، با محاسبه «فاصله اطمینان» (فصل ۷)، میزان واقعی «احتمال زنده ماندن بیمار در پنج سال آینده»^۱ را تخمین بزند، استنتاج استقرایی انجام می‌دهد. اصل ابطال‌پذیری خالی از اشکال نیست و مشکل استقراء هنوز حل نشده است.

واقع‌گرایی: موضعی بدیل

فیلسوفان تجربه‌گرا اهمیت تواعد تجربی را به دانشمندان گوشزد می‌کنند، اما اگر از دیدگاهی صرفاً فلسفی به موضوع نگاه کنیم، به نظر می‌رسد تجربه‌گرایی افراطی به بن‌بست می‌رسد. این دیدگاه معضلات منطقی‌ای می‌آفریند که نمی‌توان آنها را حل کرد و، به علاوه، تصویری از جهان به ما می‌دهد که دست‌کم خلاف درک شهودی ماست.

برای آنکه دریابیم اشکال کار کجاست، باید راه را برگردیم تا به جان لاک برسیم. او یک واقع‌گرا بود، تا حدی که وجود جهان خارج را باور داشت. اما او تجربه‌گرا هم بود زیرا اعتقاد داشت که کل معرفت ما محصول تجربه است. اگر چه در نگاه اول، این عقیده جذاب به نظر می‌رسد، اما این دیدگاه از انسجام کامل برخوردار نیست. تجربه‌گرایان بعدی که کوشیدند این معضل را با ردّ موضع واقع‌گرایی حل کنند توفیق نیافتند، پس در عوض ما ناچاریم [برای نیل به این منظور] موضع تجربه‌گرایی را تضعیف کنیم.

ایمانوئل کانت^۲ از فیلسوفان برجسته‌ای بود که تا حدودی مطابق چنین شیوه‌ای استدلال می‌کرد. کانت هیوم را می‌ستود زیرا، به تعبیر خود کانت، او را از خواب جزمیّت^۳ بیدار کرد. اما او این رأی تجربه‌گرایان را که «ذهن در اصل به یک ورق کاغذ سفید شبیه است» و نخستین بار توسط جان لاک بیان شد، نپذیرفت. اگر بخواهیم برای این موضوع تمثیلی خیلی امروزی به کار ببریم، می‌توانیم بگوییم تصویر کانت از وضعیت آغازین ذهن بیشتر شبیه کامپیوتری است که هنوز هیچ

1. mean survival time

2. five-year survival rate

3. Immanuel Kant (1724–1804)

4. dogmatic slumbers

داده‌ای دریافت نکرده است، اما برای ساماندهی به تمام اطلاعاتی که بعداً دریافت خواهد کرد، برنامه‌ریزی شده است. بنا به رأی کانت، فضا و زمان پیش شرط‌های ادراک چیزی به عنوان یک عین هستند. ذهن انسان چنان برنامه‌ریزی شده است که بتواند در قالب مقولاتی چون کمیّت، کیفیت، علیّت و وجود، بیان‌دیشد. تصویر ما از جهان بازتاب این ساماندهی پیشین^۱ به ادراکات ما، و نیز مشاهدات ماست. کانت عقل‌گراست، زیرا ادعا می‌کند معرفت تجربی ما بر پایهٔ اصول پیشین ساماندهی می‌شود، اما همانند تجربه‌گرایان شک دارد که ما قادر باشیم جهان را آن‌طور که واقعاً هست بشناسیم. ما نمی‌توانیم به شیء فی‌نفسه^۲ علم پیدا کنیم.

روان‌شناسان و فیلسوفان معاصر نیز اعتقاد ندارند که ذهن اصالتاً یک «لوح سفید» است. همچنین آنها مشاهدهٔ محض را مردود می‌شمارند. پیش از این، ما آرای پوپر و کوهن را دربارهٔ این موضوع بیان کردیم و اکنون با استفاده از یک مثال طبی نشان می‌دهیم که مشاهدات [همیشه] معطوف به نظریه هستند.

فرض کنید از یک فرد عامی و یک متخصص آسیب‌شناسی^۳ ورزیده خواسته‌ایم که با استفاده از میکروسکوپ به یک نمونهٔ بافتی تهیه شده بر روی شیشهٔ لام نگاه کنند. آنچه فرد عامی توصیف می‌کند، احتمالاً، عبارت خواهد بود از شکل نمونه («این شبیه یک تکه پارچه است که از یک طرف پاره شده») و رنگ آن («شبیه یک قطعه مرمر قرمز رنگ است با چند لکهٔ آبی در گوشه و کنار آن»). اما او نمی‌تواند مشاهدات خود را منسجم کند و به آنها سروسامان دهد. از طرف دیگر، متخصص آسیب‌شناسی به سرعت ساختمان بافت کبد را شناسایی می‌کند و بی‌درنگ متوجه می‌شود که در آن مشکلی جدی وجود دارد: مرز مشخص میان فضاهای پورت^۴ و لبول‌های کبدی^۵، که در حالت طبیعی دیده می‌شود، از بین رفته است؛ یاخته‌های سفید چندهسته‌ای از فضاهای پورت به فضای میان یاخته‌های کبد آمده‌اند؛ و در بعضی نواحی یاخته‌های کبدی در حال مرگ هستند یا از بین رفته‌اند. او، در این برش نازک بافتی، کبدی را می‌بیند که در حال تخریب تدریجی است، و تشخیص او

«آماس مزمن و فعال کبد» خواهد بود. البته، فرد عامی و متخصص آسیب‌شناسی در معرض محرک بینایی [=تصویر] واحدی قرار گرفته بودند، اما این تحریک هنگامی به آگاهی تبدیل می‌شود که قبلاً در چارچوب یک نظریه قرار گرفته باشد. بنابراین، این دو مشاهده‌کننده چیز واحدی ندیدند، یعنی مشاهدهٔ واحدی انجام ندادند.

البته، باید از منظر تاریخی به فلسفهٔ تجربه‌گرایی نگاه کرد. نظریه‌های مابعدطبیعی پیش از دوران روشنگری^۲ بیش از اندازه ماورایی^۳ بودند، طبیعی بود که تجربه‌گرایان احساس کردند باید علم را، با مشاهدات منظم و اثبات قوانین توصیفی طبیعت، از نو شروع کنند. ما در فصل ۶ این گفتهٔ جان لاک را به تفصیل مورد بررسی قرار خواهیم داد که «شناخت ما از جوهر واقعی اشیایی که مشاهده می‌کنیم به همان اندازه شناخت یک روستایی از طرز کار ساعت شهر استرازابورگ، ناچیز است». این عبارت، در آن زمان، هم مدلل بود و هم صادق، اما امروز باطنی است که فکر کنیم ما هیچ معرفتی نسبت به جهان واقعی نداریم. ممکن است ما با پوپر هم‌رأی باشیم که هیچ‌گاه نمی‌توانیم از درستی نظریه‌های خود اطمینان کامل حاصل کنیم، اما کارایی تکنولوژی مدرن، که دست‌کم تا حدودی مبتنی بر نظریه‌های علمی است، بدون شک اثبات می‌کند که ما در بعضی حوزه‌ها به آن چیزی رسیده‌ایم که پوپر آن را «نزدیکی به واقعیت»^۴ می‌نامد.

توسعه و تکامل علم مدرن، به‌طور ناگسستگی، به فلسفهٔ تجربه‌گرایانه گره خورده است، اما تأمل فلسفی در این باب و نیز، دستاوردهای علمی این نتیجه را القا می‌کنند که نمی‌توان از موضع تجربه‌گرایی دفاع کرد. بنابراین، در سطح هست‌شناختی، ما این دیدگاه واقع‌گرایانه را می‌پذیریم که هدف علم، کشف آن چیزی است که واقعاً در جهان اتفاق می‌افتد؛ و در سطح معرفت‌شناختی، این رأی را مردود می‌دانیم که تنها منبع معرفت ما مشاهدات ما هستند، «مشاهدهٔ محض» وجود ندارد. همچنین، ما این دیدگاه را که «علیّت چیزی بیش از توالی وقایع مشهود نیست» و «قوانین طبیعت صرفاً انتظام مشاهدات را توصیف می‌کنند»، نمی‌پذیریم. اگر یک واقعه، از طریق نوعی مکانیسم، موجب واقعهٔ دیگری شود، [میان این دو] یک رابطهٔ علیّی وجود دارد

 1. *a priori*

2. things-in-themselves

3. pathologist

4. portal spaces

5. liver lobules

1. chronic active hepatitis

2. enlightenment

3. extravagant

4. an approximation to the truth

و این مکانیسم‌ها هستند که از قوانین طبیعت پیروی می‌کنند. روابط علی و قوانین طبیعی عینی هستند، یعنی مستقل از مشاهدات ما وجود دارند.

موضع واقع‌گرایی نمی‌تواند مشکل منطقی استقراء را حل کند، اما آگاهی از مکانیسم‌های نهفته^۱، گاهی، از بار مشکلات می‌کاهد. اگر قماربازی که در بازی رولت^۲ پنج بار به طور متوالی برده است، نتیجه بگیرد که بُرد او باز هم ادامه می‌یابد، فردی نادان است. اما اگر دانشمندی، با مشاهده خون پنج نفر، نتیجه بگیرد که یاخته‌های سفید چندهسته‌ای همه افراد دارای آنزیم گلیکوژن سنتتاز هستند، به همان اندازه نابخرد نیست. کاملاً محقق شده است که در خون همه انسان‌های سالم گرانولوسیت وجود دارد و این یاخته‌ها در دستگاه دفاعی بدن نقش مهمی بازی می‌کنند و کار آنها محتاج انرژی است و این انرژی از طریق تجزیه مولکول گلیکوژن تأمین می‌شود. آنزیم گلیکوژن سنتتاز واسطه تولید گلیکوژن است و بنابراین احتمال نمی‌رود وجود این آنزیم در گرانولوسیت‌های پنج انسان، یافته‌ای تصادفی باشد. وجود آنزیم با نظریه موجود چنان به خوبی جور درمی‌آید، که معقول است بپذیریم، آنزیم بخشی از کل تصویر را تشکیل می‌دهد. این گزاره کلی، که گرانولوسیت‌های انسان دارای آنزیم گلیکوژن سنتتاز هستند، فقط محصول استنتاج استقرایی نیست، بلکه بر پایه دانش نظری موجود هم قرار دارد.

تفکر تجربه‌گرایانه مدت‌های مدید نظریه غالب فلسفه علم بوده است، اما در طول چند دهه اخیر فیلسوفانی مانند اسمارت^۳ (۱۹۷۳)، هر^۴ (۱۹۸۱)، هکینگ^۵ (۱۹۸۱) و باسکار^۶ (۲۰۰۲) در تأیید نظریه واقع‌گرایانه علم دلایلی اقامه کرده‌اند. باسکار می‌نویسد «ضروری است با تناقضی که در کل علوم وجود دارد، کنار بیاییم»:

... انسان طی فعالیت اجتماعی خود معرفتی را تولید می‌کند، که همانند سایر امور، یک محصول اجتماعی است. این محصول، نسبت به کتاب‌ها، صندلی‌ها و ماشین‌ها، از فرآیند تولید و از انسانی که آن را تولید کرده است، استقلال بیشتری ندارد ... و تغییر و تحول آن از دیگر محصولات کمتر نیست. این یک روی سکه «معرفت» است. روی دیگر سکه، معرفت «از» چیزهایی است که انسان در تولید آنها هیچ نقشی ندارد. مانند وزن مخصوص جیوه، فرآیند الکترولیز و

1. underlying mechanism

2. roulette wheel

3. J. J. C. Smart

4. R. Harré

5. I. Hacking

6. R. Bhaskar

مکانیسم انتشار نور. اگر انسان از بین برود، صوت به حرکت خود ادامه می‌دهد و اجسام سنگین دقیقاً همانند گذشته به زمین سقوط می‌کنند؛ هر چند دیگر کسی نیست که نسبت به این فواید سابق^۱ شناخت پیدا کند (۲۰).

به این ترتیب، معرفت علمی دو جنبه دارد: یک جنبه متغیر^۲ و یک جنبه ثابت^۳. معرفت، در قالب یک نظریه علمی، باید محصولی اجتماعی شمرده شود که قابلیت تغییر و تحول دارد؛ معرفت از این حیث متغیر است. اما موضوع و متعلق این معرفت، که به وجود ما بستگی ندارد، ثابت است.

این تمایز حائز اهمیت است، زیرا نقایصی را که در تلقی‌های مختلف از علم وجود دارد آشکار می‌کند. برای مثال، واقع‌گرایان ساده‌انگاری که معتقدند جهان چیزی نیست جز آنچه ما می‌پنداریم، جنبه متغیر معرفت علمی را منظور نمی‌کنند. در مقابل، تجربه‌گرایانی که توانایی ما را از به دست آوردن معرفت یقینی نسبت به جهان خارج انکار می‌کنند، جنبه ثابت علم را نادیده می‌گیرند. نظریه متعادل در باب علوم طبیعی باید هر دو جنبه علم و ارتباط میان آنها را منظور نماید.

یادداشت‌ها

۱. ما از کتاب فورستر عیناً نقل نکرده‌ایم، چرا که به خود اجازه دادیم دلایل را کمی واضح‌تر بیان کنیم.
۲. درباره این دوگانگی شک وجود دارد، زیرا تجربه‌گرایی تنها نظریه فلسفی مقابل واقع‌گرایی نیست. اما، ما صرفاً می‌خواهیم دو سنت مهم در تفکر علمی را به خواننده معرفی کنیم.
۳. نظریه‌های جورج برکلی (George Berkeley) و ارنت ماخ (Ernst Mach) با پدیدارگرایی، که یک موضع هست‌شناسانه است، قرابت دارند.
۴. مابعدالطبیعه درباره هر آنچه در ورای دسترس تجربه معمول است تحقیق می‌کند. این معرفت، نسبت به هست‌شناسی، حیطة وسیع‌تری را در بر می‌گیرد، اما غالباً این دو را مترادف هم استفاده می‌کنند. در نتیجه تأثیر تفکر تجربی، معمولاً واژه مابعدالطبیعه در زبان جدید به خطا و ناحق به معنای «ماوراءالطبیعه» یا «در برده» استعمال می‌شود.
۵. برای مثال، موریس اشلیک (Moritz Schlick) و اتو نورا (Otto Neurath) و ردولف کارناب، که اعضای حلقه وین بودند، در دهه‌های ۱۹۳۰-۱۹۲۰ به طور منظم با هم ملاقات می‌کردند. از جمله اسلاف یا همفکران آنها می‌توان از برتراند راسل، ایر

1. *ex hypothesis*

2. *transitive*

3. *intransitive*

تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی:

دو‌گرایی متضاد در تفکر پزشکی^۱

تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی دو موضع فلسفی هستند و ما نمی‌خواهیم بگویم که دوگونه طب وجود دارد: طب تجربه‌گرای محض و طب واقع‌گرای محض. اما می‌توان در تفکر پزشکی میان دو‌گرایی تجربه‌گرا و واقع‌گرا تمایز قائل شد و ما می‌خواهیم در این فصل اهمیت این تمایز را نشان بدهیم. ما به اختصار درباره سوابق تاریخی مسأله بحث خواهیم کرد و گرایش‌های متضاد در تفکر پزشکی معاصر را مورد ملاحظه قرار خواهیم داد.

واقع‌گرایی نظرورزانه^۲

اگر به طور سطحی به موضوع بپردازیم، شباهت‌های فراوانی میان طب رایج در قرون هفدهم و هجدهم میلادی و طب امروزی می‌یابیم. در آن روزگار هم، اغلب پزشکان اعضای مورد احترام جامعه بودند و برای کمک به بیمارانشان نهایت تلاش خود را به خرج می‌دادند. آنها به شیوه امروزی ما بیماران را معاینه نمی‌کردند، اما به شکایت آنها گوش می‌دادند و برای هر یک از بیماران درمانی تجویز می‌کردند که به اعتقادشان از همه مؤثرتر بود. اما اگر ما می‌توانستیم از آنها پرسیم که چگونه به تشخیص می‌رسند و چرا معتقدند که درمان‌هایشان مؤثراند، پاسخ‌های آنها ما را متوجه فاصله زمانی میان ما و آنها می‌ساخت. نظریه‌های طب، دو یا سه قرن پیش، هنوز تا حد زیادی بر نظر‌ورزی‌های صرف مبتنی بود و برای ما بسیار دشوار است که توضیحات آنها را بفهمیم و دشوارتر آنکه آنها را بپذیریم.

در آن زمان، پزشکان بسیاری هنوز بیماری‌شناسی‌ای را که بقراط بر مبنای طبایع چهارگانه وضع کرده بود^۳ قبول داشتند. این «بیماری‌شناسی بقراطی» میان چهار طبع یا مزاج با کیفیات متفاوت تمایز قائل می‌شد: خون یا دماء^۴ (که گرم و مرطوب بود)،

- (A. J. Ayer), همپل (C. G. Hempel) و کواين (W. V. O. Quine) و فون فراسن (B. van Fraassen) نام برد.
- Locke, J. *An Essay Concerning Human Understanding* (originally published 1690). ed. P. H. Nidditch. Oxford: Oxford University Press, 1975, Book II, Chapter 1. § 2, p. 104.
 - Hume, D. *A Treatise of Human Nature* (originally published 1739), ed. L. A. Selby-Brigge. Oxford: Clarendon Press, 1964. Book I, Part IV. Section II, p. 187.
 - Harré, R. *The Philosophies of Science*. Oxford University Press, 1972, p. 19.
 - Mach, E. *The Science of Mechanics*. Cited by Harré [8].
 - Russell, B. *History of Western Philosophy*. 2nd edn. London: George Allen & Unwin, 1961, p. 647.
 - Magee, B. *Popper* Fontana Collins, 1973.
 - Medawar, P. B. *Induction and Intuition in Scientific Thought*. Philadelphia: American Philosophical Society, 1969.
 - Popper, K. R. *Conjectures and Refutations*. 2nd edn. London: Routledge & Kegan Paul, 1965, p. 46.
 - دانشمندان دوست ندارند ببینند فرضیه‌هایشان ابطال شده است، و همان‌طور که پوپر می‌گوید، هنگامی که آنها از نتایج آزمایش‌ها آگاه می‌شوند، می‌خواهند خودشان تعاریف یا فرضیه‌هایشان را به نحوی تعدیل کنند که فرضیه‌هایشان را «مصونیت» ببخشند. پرندۀ‌شناسی که می‌خواهد بر سر این عقیده که «همۀ قوها سفیدند» ثابت قدم بماند، ممکن است ادعا کند قوهای سیاه اصلاً قو نیستند، و یا این فرضیه که «قوهای خارج از قارۀ استرالیا سفیدند» ابطال نشده است. «اگر ما چنین مصونیتی را مجاز بدانیم، آنگاه نمی‌توان هیچ نظریه‌ای را ابطال کرد»، در:

Popper, K. *Unended Quest. An Intellectual Autobiography* Fontana Collins, 1976, p. 42.
 - p. 41 in [13].
 - خود پوپر تأکید می‌کند که ابطال یک نظریه صرفاً نتیجه مواجهه آن نظریه با یک مشاهده نیست. او می‌نویسد: «از دیدگاه منطقی، آزمودن یک نظریه به گزاره‌های پایه‌ای وابسته است که قبول یا رد آنها، به نوبه خود، وابسته به تصمیمات ما هستند. در نتیجه، این تصمیمات هستند که سرانجام نظریه‌ها را رقم می‌زنند»، در:

Popper, K. R. *The Logic of Scientific Discovery*. 2nd edn. London: Hutchinson, 1968, p. 108.
 - Smart, J. J. C. *Philosophy and Scientific Realism*. London: Routledge & Kegan Paul, 1963.
 - Harré, R. *The Principles of Scientific Thinking*. London: Macmillan, 1970.
 - Hacking, I. *Representing and Intervening*. London: Cambridge University Press, 1983.
 - Bhaskar, R. *A Realist Theory of Science*. London: Harvester Press, 1975, p. 21.

1. medical thinking

2. Speculative realism

3. Hippocratic humoral pathology

4. blood

بلغم^۱ (که سرد و مرطوب بود)، صفراً^۲ (که از کبد منشأ می‌گرفت و گرم و خشک بود) و سوداً^۳ (که در طحال تشکیل می‌شد و سرد و خشک بود). آنها اعتقاد داشتند که در افراد سالم این طبایع کاملاً در حال تعادل هستند و اگر این تعادل به هم بریزد، بیماری پدید می‌آید. آنها می‌توانستند با معاینه بیمار نوع اختلال را «تشخیص» بدهند. آنها برای حالت‌های دماوی، بلغمی، صفراوی و مالیخولیایی درمان‌های متفاوتی ارائه می‌دادند. اغلب اوقات، آنها بیماران مبتلا به عفونت‌های حاد را دماوی تشخیص می‌دادند. به زعم آنها در این موارد درمان منطقی عبارت بود از گرفتن خون یا فصد.

مشخصه طب قرن هیجدهم رقابت سرزنده و خلاق میان مکتب‌های فکری مختلف بود و نظریه‌های متفاوت به یک اندازه مقبولیت داشتند. ویلیام کولن^۴ در آن زمان ریاست دانشکده طب در ادینبورگ^۵ را به عهده داشت و استاد اخلاقی به شمار می‌رفت. مطابق تعالیم او تمام فرآیندهای حیاتی توسط دستگاه عصبی مرکزی کنترل می‌شوند و بیماری عمدتاً اختلالی عصبی است. وقتی تب وجود دارد انرژی مغز کاهش می‌یابد و ضعف حاصل از آن خود را به صورت خستگی، لرز و نبض ضعیف نشان می‌دهد. در واکنش به آن، سرخرگ‌های محیطی منقبض می‌شوند. این انقباض به قلب منتقل شده و سرعت ضربان آنرا افزایش می‌دهد. طبیب معالج بایستی با حذف عوامل محرک واکنش را تخفیف دهد؛ یعنی باید از حجم محتویات معده و روده‌ها بکاهد. به این ترتیب، مواد تهوع‌آور و مسهل‌ها درمان‌های منطقی به حساب می‌آمدند. انقباض را باید با فصد تسکین می‌دادند و ضعف را می‌توانستند با مواد محرک^۶ جبران کنند (۱۱).

پزشکان قائل به طبایع چهارگانه و دکتر کولن واقع‌گرا بودند، زیرا اعتقاد داشتند هر بیماری مکانیسم نهفته‌ای دارد. آنها عقل‌گرایان کاملاً افراطی بودند، زیرا باور داشتند می‌توان صرفاً با نشستن و فکر کردن مکانیسم بیماری را معلوم کرد. برای پزشکان امروزی این نظریه‌ها معنایی ندارد، اما لازم است بدانیم که حتی امروزه هم

1. phlegm
2. yellow bile
3. black bile
4. William Cullen (1712-90)
5. Edinburg
6. tonic agents

میلیون‌ها بیمار در سراسر دنیا بنا بر نظریه‌های نظروزرانه طب سنتی محلی^۱ و مکتب‌های درمانی غیررسمی^۲ درمان می‌شوند.

هومئوپاتی^۳ مثال خوبی است برای یک مکتب درمانی غیررسمی جافتاده که به همان اندازه آسیب‌شناسی طبایع، نظروزرانه است. ساموئل هانمن^۴، بنیانگذار این مکتب، بدون مدرک معتبری پیش خود چنین فکر کرد که هر داروی قوی نوع خاصی از بیماری ایجاد می‌کند و می‌توان بیماری‌هایی را که به طور طبیعی واقع می‌شوند، با تجویز مقداری ناچیز از دارویی که همان بیماری را ایجاد می‌کند، درمان نمود. این آموزه (تحت عنوان Similia similibus curantur) هنوز در تعدادی از مدارس هومئوپاتی تدریس می‌شود. به نظر نمی‌رسد هومئوپات‌ها اصلاً اهمیتی بدهند که گاهی داروها را آنقدر رقیق می‌کنند که در هر وعده تجویز آنها به طور متوسط کمتر از یک مولکول ماده «مؤثر» وجود دارد.

به هر حال باید به خاطر داشت این نظریه‌های هست‌شناسانه، که اکنون به عنوان تصورات موهوم مردود شمرده می‌شوند، گاهی سبب پیشرفت‌های حقیقی در طب می‌گشتند. کیمیاگری به کشف جیوه برای درمان سیفلیس منجر شد. ویلیام هاروی^۵، که گردش خون را کشف کرد، از این عقیده قرون وسطایی الهام گرفت که انسان عالم صغیری^۶ است از کلی عالم کبیر^۷ [یعنی جهان]. هاروی در کتابش به نام *De motu cordis*، در سال ۱۶۲۸، قلب را همچون خورشید جهان توصیف می‌کند و به طور مشروح می‌نویسد که فکر حرکت گردش جریانی خون را از حرکت گردش اجرام سماوی^۸ الهام گرفته است (۱۲).

با این وجود نباید انکار کرد که اغلب شیوه‌های درمانی‌ای که پزشکان دویست سال پیش استفاده می‌کردند هیچ‌گونه تأثیر مفیدی نداشتند و حتی بعضی از درمان‌های بسیار رایج گاهی مضر و خطرناک نیز بودند. گل انگشتانه^۹ در درمان خیز^{۱۰}، میوه تازه برای پیشگیری از اسکروبت^{۱۱}، و واکسیناسیون علیه آبله، قطعاً

1. local traditional medicine
2. unorthodox therapeutic schools
3. Homeopathy
4. Samuel Hahnemann
5. William Harvey
6. microcosm
7. macrocosm of universe
8. circular motion of celestial bodies
9. digitalis
10. dropsy
11. scurvy

ارزش داشتند، اما اینها استثنائات نادری به شمار می‌آمدند. گرفتن خون از بیماران مبتلا به وبا که دچار کمبود آب هستند ساین کار حتی تا قرن نوزدهم میلادی هم توصیه می‌شد. مثال خوبی است از اعمال درمانی‌ای که نتایج فاجعه‌آمیز به همراه داشته است. البته پزشکان در همان روزگار نیز برای تجربه اهمیت فراوانی قائل بودند، اما آنها احتمالاً از اینکه می‌دیدند اغلب بیمارانشان زنده می‌مانند خشنود می‌شدند. آنها از خود نمی‌پرسیدند که آیا این بیماران در هر حال زنده می‌ماندند یا نه، و آیا عده‌ای علی‌رغم آنکه درمان نمی‌شدند از مرگ نجات می‌یافتند یا نه. قطعاً آنها نمی‌کوشیدند تا نظریه‌های نظرورزانة خود را به نحو تجربی اثبات یا ابطال کنند.

واقع‌گرایی تحت نظارت تجربه

انقلاب علمی در طب تا ابتدای قرن نوزدهم میلادی اتفاق نیافتاد، یعنی هنگامی که واقع‌گرایی نظرورزانة جای خود را به نوع جدیدی از واقع‌گرایی سپرد که تحت نظارت تجربه^۱ بود. در آن زمان پزشکان فرانسوی درباره بیماری نظریه‌ای ارائه کردند که بر ویژگی‌های آناتومی استوار بود. آنها برخلاف اسلافشان با نشستن و فکر کردن قانع نمی‌شدند. آنان بر سر میزهای تشریح جسد مطالعات دقیقی انجام می‌دادند و می‌کوشیدند بین یافته‌های آناتومی [در جسد] و مشاهدات بالینی پیش از فوت بیمار ارتباط برقرار کنند. کمی بعد در همان قرن، نسل دیگری از دانشمندان علوم پزشکی نظریه‌ای مبتنی بر فیزیولوژی به وجود آوردند، یعنی آنها بیماری را نوعی اختلال در کارکرد [بدن] تلقی می‌کردند. آنان نیز آرای خود را به مدد پژوهش‌های آزمایشگاهی می‌آزمودند. درباره این دیدگاه در فصل ۶ مفصل‌تر بحث خواهیم کرد، اما در اینجا لازم است بیفزاییم این گروه از دانشمندان علوم پزشکی که پژوهش آزمایشگاهی را مد نظر داشتند، صرف‌نظر از دیدگاهشان (اعم از فیزیولوژی، میکروبیولوژی^۲، بیوشیمیایی و مانند آنها)، به لحاظ فلسفی واقع‌گرا بودند، یعنی هدف آنها کشف مکانیسم‌های بیماری بود. آنها نظریه‌ها و فرضیه‌های خود را به نحو تجربی می‌آزمودند. اما همان‌طور که در فصل ۲ اشاره شد، همیشه نظریه مقدم بر مشاهده

بود. مجموعه این تلاش‌ها در نهایت به تلقی زیست‌شناسانه از بیماری^۱ انجامید (به فصل ۴ نگاه کنید). این تلقی تمام نظریه‌های نامبرده‌شده را با هم ادغام می‌کند، اما هر نظریه‌پردازی دیگری را که نتوان آن را به طور تجربی آزمود، کنار می‌گذارد. در حال حاضر، بیماری‌ها توسط ترکیبی از معیارهای آناتومی، فیزیولوژی، میکروبیولوژی و مانند آنها تعریف می‌شوند. این چندگانگی مفهومی نقطه قوت تفکر پزشکی معاصر به حساب می‌آید و نه نقطه ضعف آن. مدل مکانیکی چیزی نیست جز یک مصنوع بشری موقت و متغیر (به صفحه ۵۳ نگاه کنید)، اما چون می‌توان بسیاری از اجزای آن را در چارچوب‌های مفهومی متفاوت و تحت شرایط آزمایشی گوناگون آزمود، به ما یاری می‌دهد تا مطمئن باشیم این مدل دست‌کم بعضی جنبه‌های ثابت واقعیت را نشان می‌دهد.

گرایش‌های تجربه‌گرایانه اولیه

تأکید تجربه‌گرایان بر لزوم مشاهده دقیق در حدود قرن هفدهم میلادی، بر تفکر پزشکی تأثیراتی به جا گذاشت. دکتر توماس سیدنهام^۲، دوست جان لاک^۳، از قدرت مشاهده بالینی فوق‌العاده‌ای برخوردار بود و بر اهمیت مشاهدات بالینی تأکید می‌ورزید. هم‌اوقات تعدادی بیماری را بر اساس تظاهرات بالینی آنها شرح داد. او از بیماری نقرس شرحی ارائه کرده است که می‌توان آن را در هر کتاب درسی پزشکی جدیدی مورد استفاده قرار داد. همچنین گفته می‌شود که او به نظریه‌های رایج زمان خودش اعتقاد نداشت، اما با این وجود او همچنان از معتقدان آموزه^۴ «آسیب‌شناسی طبایع بقراطی» به شمار می‌رفت.

در قرن هجدهم میلادی، گیاه‌شناسان^۵ طرح طبقه‌بندی تفصیلی گیاهان^۶ را ارائه کردند و بعضی از آنان که پزشک نیز بودند، کوشیدند تا بیماری‌ها را مانند گیاهان طبقه‌بندی کنند. فرانسوا بواسی دساواژ^۵ کتاب *Nosologia methodica* را نوشت و در آن «بیماری‌ها» را به ۱۰ گروه، ۲۹۵ خانواده و ۲۴۰۰ گونه تقسیم کرد. سوئد لینه^۶،

1. biological concept of disease

2. Thomas Sydenham

3. batonist

4. batonical taxonomes

5. François Boissier de Sauvages

6. Swede Linnaeus

1. empirical control

2. microbiologic

سرانجام این گمان در طبیبان نقاد شروع شد که شاید بیشتر کارهایی را که برای بیماران خود می‌کنند بی‌فایده است. آنها احساس می‌کردند که به مشاهده دقیق، نه تنها در آزمایشگاه، بلکه بر بالین بیماران نیز نیازمندند. یک دهه پیش از آن، اگوست کنت، فیلسوف تجربی قاره‌ای معروف، سلسله درس‌هایی را در پاریس برگزار کرد و طی آن روایتی تاریخی از تکامل عقلی انسان^۱ به دست داد و مدعی شد که انسان تنها باید بر حقایق مثبت تکیه کند. شاید این پوزیتیویسم^۲ کنت بود که الهام‌بخش تعدادی از طبیبان نقاد فرانسوی، به ویژه ژول گاواره^۳ و لویی^۴ گردید.

گاواره نیز طی سلسله درس‌هایی مسائل پزشکی را از دیدگاه یک تجربه‌گرا مورد تحلیل قرار داد و در سال ۱۸۴۰ کتاب برجسته خود به نام اصول کلی آمار طبی^۵ را منتشر کرد (۱۴). این کتاب طلایه‌دار رهیافتی کاملاً بدیع به طب بالینی بود و امید می‌رفت که نتایج عدیده‌ای را در قرون آینده به بار آورد. شایسته است ما ده اصلی را که گاواره، در ضمن آنها، آرای خود را خلاصه کرده است، به طور کامل بازگو کنیم:

۱. قوانین منطقی^۶ برای داوری درباره تأثیر یک درمان معین بر یک بیماری معین کارایی ندارند و به مدد آنها نمی‌توان درمان‌هایی را که برای بیماری واحدی توصیه شده‌اند، برحسب میزان تأثیرشان، طبقه‌بندی کرد.
۲. دو مسأله مهم فوق‌الذکر، تنها به کمک قانون اعداد بزرگ^۷، که در تحقیقات درمانی کاربرد دارد، قابل حل هستند.
۳. نرخ مرگ و میر که توسط محاسبات آماری به دست می‌آید، تأثیر درمان مورد بررسی را به طور دقیق و صحیح نشان نمی‌دهد، اما هر چه تعداد مشاهدات بیشتر باشد، تقریب آن بیشتر خواهد بود.
۴. قانون درمانی^۸ ای که از مقایسه تعداد معدودی داده به دست آمده باشد، احتمالاً چنان دور از واقعیت است که به هیچ وجه نمی‌توان به آن اطمینان کرد.
۵. یک قانون درمانی هیچ‌گاه مطلق نیست، اما همیشه باید به صورت یک طیف بیان شود. طول این طیف با افزایش مشاهدات کوتاهتر می‌شود و عرض آن را می‌توان با اعدادی که مبنای محاسبات آماری قرار گرفته‌اند تعیین نمود.

1. human intellectual development

2. positivism

3. Jules Gavaret

4. P.C A. Louis

5. *Principes Generaux de statistique medicale*

6. The Law of Logic

7 The Law of Large Numbers

8. Therapeutic Law

معروفترین گیاه‌شناس، *Genera morborum* را تصنیف نمود. بدون شک، این طبقه‌بندی‌های بیماری ملهم از تفکر تجربی بود چراکه در آنها هیچ توجهی به مکانیسم بیماری نمی‌شد. در حقیقت تنها کاری که در این طبقه‌بندی‌ها انجام می‌شد این بود که تظاهرات و علائم نامشخص^۱ (بیماری‌ها) را در گروه‌ها و زیرگروه‌هایی قرار دهند.

آناتومیست‌ها، فیزیولوژیست‌ها و باکتریولوژیست‌های قرن نوزدهم، تحت تأثیر فلسفه تجربه‌گرایی، برای مشاهدات تجربی خود در آزمایشگاه اهمیت فراوانی قائل می‌شدند، اما آنها تجربه‌گرا نبودند. دانشمندان علوم پزشکی واقع‌گرا هستند چون برای کشف مکانیسم‌های بیماری تلاش می‌کنند، در حالی که تجربه‌گرای واقعی امکان انجام چنین کاری را منکر می‌شود.

در دهه‌های ۱۸۳۰ تا ۱۸۴۰ میلادی زمینه برای شکل‌گیری شیوه جدیدی از تفکر که مشترکات بیشتری با تجربه‌گرایی فلسفی داشت، مساعد گردید. از اینجا بود که شکاف بین گرایش‌های تجربه‌گرایی و واقع‌گرایی آغاز شد و تا به امروز نیز ادامه یافته است.

در آن دوران آناتومی مرضی^۲، حداقل در سطح چشم غیر مسلح^۳، تقریباً به اندازه امروز پیشرفته بود. اما دانشمندانی که به کار در آزمایشگاه‌های گرایش داشتند، به فیزیولوژی علاقه‌مند شدند. با وجود این، تأثیر این‌گونه پژوهش بر طب بالینی ناچیز بود. درمان‌های طبی هنوز تا حد زیادی بر پایه نظریه‌های بقراطی قدیمی انجام می‌شد. احساس نومیدی حاکم بر پزشکان در دهه ۱۸۳۰ میلادی در فقره زیر از نشریه تازه انتشار مجله پزشکی دانمارک^۴ به خوبی آشکار است (۱۳):

نیوتون علم طب هنوز ظهور نکرده است و این جای نگرانی است... چه‌بسا هرگز شاهد ظهور آن نبوغی نباشیم که علم طب را به چنان مرتبه‌ای برساند که جبر علم فیزیک را و کفه‌های ترازو علم شیمی را رساندند. طب هنوز در همان وضعیتی است که این علوم یک‌صد سال پیش بودند: مجموعه‌ای از فرضیات نامربوط.

1. ill-defined symptoms

2 morbid anatomy

3. macroscopic

4. *Danish Medical Journal*

۶. برای آنکه یک روش درمانی را بر روش دیگر ترجیح دهیم، نتایج به دست آمده در یک روش باید مطلوب‌تر از نتایج به دست آمده در روش دیگر باشد و نیز تفاوت این نتایج باید از حد معینی (که مقدار این حد به تعداد موارد تحت بررسی بستگی دارد) تجاوز نماید.

۷. اگر تفاوت به این حد نرسد، یعنی اگر با وجود تعداد زیاد آزمایش‌ها، تفاوت ناچیز بود، می‌توان آن را نادیده گرفت و از وجودش صرف نظر کرد.

۸. همین قواعد و همین نتایج را می‌توان در حل مسائل مربوط به «نظریه‌های اپیدمی»^۱ به کار برد.

۹. برای تحقیق درباره اینکه آیا نرخ مرگ‌ومیر در یک بیماری با سن و جنس و مکان تغییر می‌کند، باید از همین قواعد پیروی کنیم.

۱۰. وقتی درباره علل بیماری‌ها پژوهش می‌کنیم، قانون اعداد بزرگ صرفاً می‌تواند حضور یا عدم حضور یک علت مفروض خاص را (صرف نظر از ماهیت آن) اثبات کند. جست‌وجو برای تعیین خود علت محتاج گونه‌ای دیگر از ملاحظات است. مسأله اخیر خارج از حوزه آمار قرار دارد.

ابتدا گاوارة در اصول ۱، ۲ و ۳، مضمونی تجربه‌گرایانه را پیش می‌کشد؛ پزشکان نباید تصمیمات درمانی خود را بر اساس نظریه‌های انتزاعی و بریده از تجربه^۲ [نظروزرانه] و نیز استنتاج منطقی^۳ قرار دهند، بلکه آنها باید هر چه می‌توانند بیماران بیشتری را مورد مطالعه قرار دهند و تعداد آنهایی که زنده می‌مانند و آنهایی که می‌میرند را محاسبه کنند. به سخن دیگر، آنها باید نظریه را رها کرده و بر واقعیات محصل^۴ تکیه نمایند. در اصول ۴ و ۵ گاوارة از عبارت «قانون درمانی» استفاده می‌کند، منظور وی نرخ مرگ و میر^۵ یا نرخ بهبود^۶ در نمونه‌ای از جمعیت بیماران است که درمان خاصی را دریافت کرده‌اند. از نظر یک تجربه‌گرا، بیان یک «قانون طبیعی» چیزی بیش از بیان همبستگی دائم و منظم^۷ میان پدیده‌های مشاهده‌شده نیست. همچنین گاوارة در اصل ۵ متذکر می‌شود که دقت این قبیل قوانین طبیعی آماری به تعداد بیماران بستگی دارد و باید آنچه را که امروز «حدود اطمینان»^۸ نامیده

می‌شود در محاسبه منظور کرد. بنا بر اصول ۶ و ۷ باید میان همبستگی تصادفی و همبستگی واقعی تمایز قائل شویم و نباید به تفاوت‌های موجود میان اثرات درمان‌های [مختلفی] که به تعبیر ما از نظر آماری «معنی‌دار»^۱ نیستند، اهمیت بدهیم. در اصول ۸ و ۹ گاوارة بیان می‌کند که اگر ما قصد داریم درباره همبستگی میان میزان وقوع یک بیماری و عوامل محیطی (نظریه‌های اپیدمی) و یا ارتباط میان نرخ مرگ‌ومیر یک بیماری و اطلاعات جمعیت‌شناختی^۲ بررسی به عمل آوریم، باید اصول یکسانی را به کار ببریم. اما گاوارة در دهمین اصل به ناگهان از موضع تجربه‌گرایانه افراطی عقب می‌نشیند. وظیفه آمار صرفاً این است که وجود یا عدم یک عامل علی را بدون در نظر گرفتن ماهیت آن نشان دهد. پس علی‌رغم این مسائل، ارتباط علی چیزی بیش از توالی و تعاقب منظم وقایع است و جا دارد «ملاحظات دیگری را هم در کار آوریم».

خواننده امروزی شاید احساس کند که اصول گاوارة اهمیت چندانی ندارند، زیرا میان این اصول و توصیه‌های کارشناسان آمار امروزی تفاوت زیادی دیده نمی‌شود، اما نکته دقیقاً همین‌جاست. گاوارة بیش از یک قرن از زمان خود جلو بود و بر معاصران خود تأثیر محدودی داشت. معدودی از پزشکان، هم در فرانسه و هم خارج از آن، می‌کوشیدند مطابق آرای وی عمل کنند. مشهورترین اینان پی‌یر شارل الکساندر لویی^۳ بود. وی با آن دسته از همکارانش که بیماران خود را با انداختن زالو و فصد‌های مکرر درمان می‌کردند جدال سختی را آغاز کرد. او در کتابش به نام تحقیقی درباره اثرات فصد^۴ [۵] موفق شد با ملاحظات آماری نشان دهد خون‌گیری از بیماران اثرات مفید مفروض را ندارد. و به تدریج این شیوه درمانی قدیمی منسوخ گردید.

با این وجود، اغلب معاصران گاوارة توصیه‌های او را نادیده می‌گرفتند و شاید انتظار هم همین بود. وی برای مقایسه اثرات درمان‌های مختلف شیوه‌ای را پیشنهاد داده بود، اما او در دوره‌ای می‌زیست که درمان‌های مؤثر چندانی برای مقایسه وجود

1. statistically «significant» 2. demographic data
3. Pierre-charles-Alexandre Louis (1781–1812)
4. *Recherches sur les Effets de la Saignée*

1. epidemic constitutions 2. speculative theories
3. logical deduction 4. positive facts
5. death rate 6. cure rate
7. regular association 8. confidence limits

نداشت. در عوض، اکثریت عظیم پزشکانِ دوستدار علم همچنان در پی کشف مکانیسم بیماری‌ها بودند، به این امید که روزی آن‌قدر دانش اندوخته باشند که به آنها امکان دهد به کمک «قوانین منطقی» درمان بیماری‌ها را [اختصاصاً] برای هر فرد بیمار، استنتاج کنند.

آرای گاواره ناپخته بودند، اما کاملاً فراموش نشدند. پس از جنگ جهانی دوم زمینه مساعدی فراهم آمد تا آرای وی در قالب مکتب بالینی انتقادی، مجدداً به صحنه آید. در آن هنگام مجموع دانش علمی جدید، تکنولوژی جدید و منابع اقتصادی سرشار منجر به توسعه انفجارگونه شیوه‌های تشخیصی و درمانی جدیدی گردید که می‌باید مطابق با اصول گاواره نقادانه آزمایش می‌شدند.

تفکر پزشکی امروزین

دروانی که تفحص برای اثبات واقع‌گرایی در طب امری پذیرفتنی بود، سپری شده است. تشکیک در باب وجود واقعی گاو در علفزار همیشه تا حدی کاری نامعقول است (فصل ۲) و امروز نیز به همان اندازه تشکیک در امور زیر نامعقول است: قلب تلمبه‌ای است که خون را در تمام قسمت‌های بدن به جریان می‌اندازد؛ لوزالمعده انسولین^۱ تولید می‌کند و این هورمون، از طریق مکانیسم‌هایی پیچیده قند خون را پایین می‌آورد؛ ممکن است باکتری‌ها^۲ و ویروس‌ها^۳ به بدن حمله کنند و بدن نیز به کمک یاخته‌های بیگانه‌خوار^۴ و تولید پادتن^۵ از خود دفاع می‌کند.

نگرش واقع‌گرایانه بر تفکر پزشکی معاصر حاکم شده است. برای مثال، استادی که در مورد بیماری آسم^۶ سخنرانی می‌کند به توصیف تظاهرات و علائم بیمار مبتلا به آسم می‌پردازد. اما وی شرح جامعی از مکانیسم‌های نهفته بیماری نیز ارائه می‌دهد. ممکن است او بگوید که در آسم آلرژیک^۷، مواد آلرژن^۸ خاصی سبب تخلیه گرانول‌های ماست سل^۹ می‌شوند و محتویات آزادشده باعث انقباض راه‌های هوایی

- | | |
|----------------------------|---------------|
| 1. insulin | 2. bacteria |
| 3. viruses | 4. phagocytes |
| 5. antibody | 6. asthma |
| 7. allergic | 8. allergen |
| 9. mast cell degranulation | |

کوچک شش‌ها می‌گردند. سپس او نتیجه می‌گیرد که درمان منطقی برای بیماری که از این وضعیت رنج می‌برد عبارت است از حذف مواد آلرژن از محیط بیمار؛ درمان با گشادکننده‌های قوی راه‌های هوایی^۱؛ و استنشاق کرومogliکات^۲ که جلوی آزاد شدن مواد فعال را از ماست سل‌ها می‌گیرد. در ظاهر تفاوت چندانی میان نظریه کولن درباره تب (در صفحه ۵۶) و این نظریه جدید آسم به چشم نمی‌خورد. در هردو مورد، مکانیسم بیماری را شرح می‌دهیم و سپس درمان منطقی را استنتاج می‌کنیم؛ اما البته این تشابه صرفاً سطحی است. نظریه کولن تا حد زیادی نتیجه نشستن و فکر کردن بود، در صورتی که نظریه آسم در حال حاضر تنها نظریه‌ای است که با نتایج تعداد زیادی از آزمایش‌هایی که به دقت انجام شده‌اند جور درمی‌آید. کسی که می‌خواهد درباره شواهد آزمایشگاهی به تفحص بپردازد مجبور است تعداد زیادی مقاله را در مجلات ایمنی‌شناسی^۳، داروشناسی^۴ و مانند آنها جستجو کند. نتایج هر کدام از تحقیقات شرح کاملی است همراه با جداول و تصاویر متعدد که مورد تحلیل آماری قرار گرفته‌اند. اما این حقایق آماری فی‌نفسه غایت نیستند. آنها فقط وسیله‌ای هستند برای اثبات نظریه‌ای منسجم که به اعتقاد ما مبنای واقعیات نهفته در مشاهدات است. این دیدگاه از علم، که ما آن را واقع‌گرایی تحت نظارت تجربه نام نهاده‌ایم، با دیدگاه تجربه‌گرایانی مانند گاواره و اخلاف او تفاوت چشمگیری دارد. این تجربه‌گرایان طالب چیزی نبودند جز آنکه «قوانین طبیعت» آماری را صورت‌بندی کنند تا شاید در پیش‌بینی وقایع آینده به کار بیایند.

گاهی دانشمندان علوم پزشکی آنچنان به توانایی خود در درک درست مشاهداتشان اطمینان دارند که آمار زیستی را خوار می‌شمارند. برای نشان دادن شکل افراطی این نگرش، ما نامه‌ای را نقل می‌کنیم با عنوان «انحطاط کنونی علم طب و امکان احیای آن» که در مجله پزشکی دانمارک توسط دکتر جانسن، پزشک متخصص غدد^۵، به چاپ رسید [۶۱]. نگرانی او از این بود که پزشکان معاصرش به حقایق آماری درباره گروه‌های بیماران بیش از فرد بیمار علاقه نشان می‌دهند. او می‌نویسد: «وقتی

1. powerful bronchodilators
2. cromoglycate
3. immunology
4. pharmacology
5. S. G. Johnsen, endocrinologist

جانسن و همفکران وی این است که میان پزشکی زیست‌شناختی^۱، پزشکی [پژوهش] بالینی^۲ و کار بالینی^۳ تمایز قائل نمی‌شوند.

برای آنکه مقصود خود را از این تمایز توضیح دهیم، ابتدا تمایزی مشابه را در حوزه‌های متفاوت مورد بررسی قرار می‌دهیم؛ یعنی تمایز میان علم محض^۴، تکنولوژی^۵ و تکنیک^۶. فیزیکدان مثال خوبی است از کسی که به علم محض می‌پردازد. هدف کوشش‌های وی در آزمایشگاه بالا بردن سطح دانش ما از طبیعت است. اگر در ضمن، او فرد مسؤلی هم باشد، استفاده‌ای را که دیگران از این دانش می‌کنند مدنظر خواهد داشت. اما مشخصاً، فیزیکدان فقط هدف کشف معرفت را دنبال می‌کند. تکنولوژیست هم از تحقیقات بهره می‌جوید، اما هدف او چیز دیگری است. او می‌کوشد مسائل عملی‌ای را که پیش رو دارد به بهترین نحو ممکن حل کند. برای مثال، اگر او مهندس هواپیما باشد، نهایت خشنودی وی آن است که مدل جدید او تمام آزمایش‌های لازم را با موفقیت پشت سر بگذارد، حتی اگر او نتواند تبیین علمی کاملی از این توان اجرایی خوب به دست بدهد. به طور خلاصه، تکنولوژیست در پی رسیدن به چگونگی^۷ است، در حالی که دانشمند به دنبال دانستن چرایی^۸ است. تکنیسین^۹ (از ریشهٔ *techné* یونانی به معنی صنعت یا هنر) به پژوهش کاری ندارد اما دارای مهارت‌های خاص یا تکنیک‌هایی است که او را قادر می‌سازد کار عملی را به انجام برساند. اگر این واژه در معنای گسترده‌اش به کار رود می‌توان گفت که خلبان هواپیما یک تکنیسین است.

رابطهٔ میان علم و تکنولوژی پیچیده است و درست نیست بگویم که تکنولوژی همان علم کاربردی^{۱۰} است. وایکینگ‌ها^{۱۱} (ساکنان نروژ باستان) که کشتی‌های اقیانوس پیما می‌ساختند، مطلقاً هیچ چیز دربارهٔ فیزیک نمی‌دانستند. در عصر حاضر نیز باید هواپیماهای پیشرفته را با آزمون در تونل باد و بسیاری طرق دیگر امتحان

درمانی در مورد بیمار من کاملاً بی‌اثر است؛ برای من اهمیتی ندارد که در ۶۰ درصد موارد مؤثر بوده است». جانسن یک واقع‌گراست و به خصوص علاقه‌ای به «قوانین طبیعی» آماری ندارد، اما می‌خواهد که مکانیسم بیماری را بداند. ولی به همان سیاق ادامه می‌دهد:

فرد بیمار همیشه مسأله‌ای شگفتی‌آور است و ما واقعاً نمی‌دانیم چگونه با این مسأله برخورد کنیم. اما دلیل آن چیزی نیست جز آنکه ما دربارهٔ فرآیندهای بدن انسان اطلاعات بسیار ناچیزی داریم. اگر ما واقعاً می‌توانستیم دربارهٔ ویژگی‌های کمی و کیفی، فیزیکی و شیمیایی هر یک از بیماران شرحی جامع و کامل به دست دهیم دیگر شگفتی‌ای باقی نمی‌ماند. ما باید ماهیت و کلیت فرآیندهایی را که موجب بروز بیماری می‌شوند به دقت و با جزئیات بدانیم. ما باید به دقت بدانیم که بیمار مراحل بعدی را چگونه خواهد گذراند. نه فقط در یک ساعت [آینده] یا فردا، بلکه در هفتهٔ آینده یا سال بعد. این امکان به وجود خواهد آمد که برای فرد بیمار پیش‌آگهی دقیقی بدهیم و طرح درمانی‌ای را پیاده کنیم، که هم از نظر علمی و هم از نظر عملی درست باشد، در این صورت نتیجهٔ درمان هیچ‌گاه مایهٔ شگفتی نخواهد بود. ما از این هدف خیلی فاصله داریم، اما خرده‌خرده به مقصود خواهیم رسید.

آشکار است که قصد این نامه برانگیختن احساسات بود و نباید برای آن نقشی جدی در فلسفهٔ طب قائل شد، اما ارزش تحلیل را دارد؛ زیرا به خوبی مبین دیدگاهی است که بر آموزش پزشکی تأثیر بسزایی داشته است. ما قبلاً متذکر شدیم که مؤلفان کتاب‌های درسی^۱ اغلب اوقات بهترین درمان‌های بیماری‌های مختلف را از نظریهٔ زیست‌شناختی به کمک قوانین منطق استنتاج می‌کنند. ما نشان خواهیم داد که آموزش در اغلب دانشکده‌های پزشکی نیز بر این پندار استوار است که طب بالینی چیزی بیش از کاربرد عملی دانش زیست‌شناختی نیست. ما کاملاً با جانسن موافقیم که پیشرفت در طب تا حد زیادی به تحصیل دانش بیشتر دربارهٔ کارکرد بدن انسان در حالات تندرستی و بیماری بستگی دارد. اما ما همچنین عقیده داریم باید به رویکرد تجربه‌گرایانه‌ای که نخستین بار گاوره از آن دفاع کرد، جدی‌تر توجه کنیم. خطای

1. biological medicine

2. clinical medicine

3. clinical practice

4. pure science

5. technology

6. technique

7. Know-how

8. Know-why

9. technician

10. applied science

11. Vikings

1. textbook

کرد، زیرا به هیچ وجه نمی توان کارکرد آنها را پیشاپیش از قوانین فیزیک استنتاج کرد. البته دانش علمی جدید علی الاغلب منجر به تکنولوژی جدید می شود، اما دقیقاً به همین نحو پیشرفت تکنولوژیک در غالب موارد به بروز مسائل علمی مستهی می شود.

طب رشته دانشگاهی منحصر به فردی است، زیرا تمام این طیف فعالیت را در بر می گیرد. گر واژه ها را در معنای اصیلشان به کار ببریم، می توان گفت که اعضای حرفه پزشکی هم به «علم» می پردازند (مانند پژوهش علوم پایه در آزمایشگاه)، هم به «تکنولوژی» (مانند آزمون داروهای جدید) و هم به «تکنیک» (مانند معاینه و درمان فرد بیمار). در زبان متعارف، واژه های تکنولوژی و تکنیک به معنای تکامل و استفاده از وسایل پیچیده است و ما فکر می کنیم برای جلوگیری از بدفهمی، باید الفاظ متفاوتی را به کار ببریم و به تناسب مقصودمان در این بحث میان سه مقوله زیر تمایز قائل شده ایم: زیست شناس پزشکی^۱ که به پزشکی زیست شناختی می پردازد (سطح علمی)، پژوهشگر بالینی^۲ که به کار توسعه و تکامل پزشکی بالینی می پردازد (سطح تکنولوژیک) و درمانگر^۳ [یا طبیب] که درگیر کار بالینی است.

شکی نیست که نظریه های مربوط به گردش خون، تولید انسولین، بیماری های عفونی و همین طور «نظریه آسم» به سطح پزشکی زیست شناختی متعلق اند. زیست شناس پزشکی، درست همانند فیزیکدان، در پی معرفت حقیقی^۴ بوده و موضع فلسفی او «واقع گرایی تحت نظارت تجربه» است، اما این مماثلت کامل نیست. فیزیک یک علم محض است و بنابراین تنها هدف آن تحصیل معرفت می باشد. در حالی که تمام فعالیت های پزشکی، از جمله فعالیت های در سطح علوم پایه، تابع هدف اعلای طب هستند. زیست شناس پزشکی ممکن است به پژوهش علوم پایه ای پردازد که نتایج عملی زودرسی به همراه نداشته باشد، اما او همیشه امیدوار است معرفتی را که کسب می کند، شاید در آینده، زمانی در پیشگیری یا درمان بیماری ها به کار آید.

بنابراین، تمایز میان پزشکی زیست شناختی و پزشکی بالینی به اندازه تمایز میان

2. clinical research worker
4. true knowledge

1. medical biologist
3. medical practitioner

فیزیک و مهندسی هواپیما واضح نیست. هنگامی که پزشکان، مانند دکتر جانسن، به این توهم دامن می زنند که به پژوهش در سطح بالینی واقعاً نیازی نیست به پیچیدگی موضوع می افزایند. زیرا آنها معتقدند امکان دارد - یا در آینده امکان خواهد داشت - آنچه را می باید در کار بالینی انجام داد مستقیماً از نظریه های زیست شناختی استنتاج کرد.

زیست شناسان پزشکی به ندرت دیدگاه های خود را به اندازه دکتر جانسن بی پرده اظهار می کنند، ما چنین نگرشی در ساختار برنامه های آموزشی در اغلب دانشکده های پزشکی اعمال می شود. در این برنامه ها فرض را بر این می گذارند که کار بالینی چیزی بیش از دانش زیست شناختی کاربردی نیست. دانشجویانی که وارد دانشکده پزشکی می شوند ابتدا آناتومی، فیزیولوژی و بیوشیمی می آموزند و سپس به مطالعه پاتولوژی و فارماکولوژی می پردازند. آنها معمولاً تا زمانی که امتحانات تمام این رشته های زیست شناختی را نگذرانده باشند با فرد بیمار روبرو نمی شوند. البته هنگامی که دانشجویان آموزش بالینی خود را آغاز می کنند، برای انجام معاینات فیزیکی^۱ و گرفتن شرح حال از بیمار تعلیم خواهند دید، اما در اغلب مراکز پزشکی برای تعلیم اصول کلی پژوهش بالینی برنامه آموزشی مدبّنی وجود ندارد. آنها درباره موضوعاتی مانند کارآزمایی درمانی کنترل شده، ارزیابی آزمایش های تشخیصی^۲ و آمار زیستی اطلاعات اندکی می آموزند و هنگامی که دانشگاه را ترک می کنند قادر نیستند مقالات مهمّ مجله های پزشکی را، که به معرفی شیوه های درمانی و تشخیصی جدید می پردازند، نقادانه مطالعه کنند. به همین دلیل، نامه دکتر جانسن را جدی تلقی می کنیم و توضیح خواهیم داد چرا با او مخالف هستیم و چرا در امیدهایی که به آینده دارد با او شریک نیستیم.

نخست آنکه او اهمیت تنوع زیست شناختی [موجودات زنده] را ناچیز می انگارد. احتمالاً به استثنای دوقلوهای یک تخمکی^۳ هیچ گاه دو انسان همانند یکدیگر نیستند. البته این هم درست است که تمام انسان ها از بسیاری جهات شبیه یکدیگرند و کلیه ها و معده ها در افراد مختلف یکسان عمل می کنند. به همین دلیل

1. physical examinations
3. monozygotic twins

2. assessment of diagnostic test

هم می‌توان نظریه‌هایی زیست‌شناختی عرضه کرد که اعتبار کلی داشته باشند. اما تنوع زیست‌شناختی در تمام سطوح ما را همیشه از پیش‌بینی‌های دقیق در هر مورد بازمی‌دارد. فیزیكدان یا شیمیدان می‌تواند مطمئن باشد که هر قطعه طلای خالص در دمای ۱۰۶۳ درجه سانتیگراد ذوب می‌شود. اما برای هر بیمار، پیش‌آگهی^۱ بیماری همیشه خصلت آماری دارد. دکتر جانسن همچنین فراموش می‌کند که معمولاً باید سیر بیماری را برآیندی بدانیم که نتیجه تعامل مکانیسم‌های داخلی بدن و محیط است. پس پیش‌آگهی دقیق به دانش زیست‌شناختی جامع و نیز احاطه کامل بر محرکات خارجی احتیاج دارد.

شاید این مباحثات قدری بی‌اهمیت جلوه کنند، اما متأسفانه برخی دانشمندان زیست‌شناس اعتماد به نفس ناموجهی دارند و همین امر سبب شده تا آنها اغلب شیوه‌های تشخیصی و درمانی بی‌ارزش ارائه دهند. در قرن نوزدهم میلادی، لازگ^۲ درباره آن دسته از همکارانش، که علاقه خاصی به تحقیقات آزمایشگاهی دارند، گفته است: «آنها بیش از حد توضیح می‌دهند، آنها هر چیزی را توضیح می‌دهند و خیلی سریع از فرضیه به عمل می‌رسند»^۳. و این انتقاد هنوز هم وارد است. چند مثال برای نشان دادن این نکته کافی است.

تا دهه ۱۹۵۰ میلادی، پزشکان عقیده داشتند می‌توانند از دانش نظری خود استنتاج کنند که به بیمار مبتلا به نارسایی مزمن تنفسی^۴ باید، تقریباً تا آنجا که ممکن است، اکسیژن^۵ تجویز کرد. اما دانش نظری آنها ناقص بود، زیرا نمی‌دانستند درمان با اکسیژن می‌تواند سبب انباشته شدن مرگبار گاز دی‌اکسید کربن^۶ در خون گردد. درمان با اکسیژن بیش از حد احتمالاً موجب مرگ خیلی از بیماران شده است.

در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی، تجویز داروهای ضدانعقاد^۷، به عنوان درمان منطقی و بسیار مؤثر انسداد عروق کرونر قلب^۸، بسیار مورد توجه بود. اما مطالعات بالینی بعدی نشان دادند که تأثیر آنها ناچیز است یا اصلاً تأثیری ندارند.

1. prognosis
2. Lasègue
3. chronic respiratory insufficiency
4. oxygen
5. carbon dioxide
6. anticoagulant treatment
7. coronary thrombosis

به نظر می‌رسد استفاده از آنتی‌بیوتیک در درمان اسهال^۱ ناشی از باکتری سالمونلا تیفی، موثر^۲ منطقی باشد، زیرا این میکروارگانیسم در شرایط آزمایشگاهی توسط مواد ضد میکروبی خاصی از بین می‌رود. اما باز هم دانش نظری ما ناقص است، زیرا در مطالعات بالینی قرینه‌ای وجود ندارد که نشان دهد این درمان سیر بالینی بیماری را کوتاه می‌کند. عملاً به نظر می‌رسد که آنتی‌بیوتیک طول دوره وجود باکتری در مدفوع را افزایش می‌دهد.

درمان‌های مؤثری برای بعضی بیماری‌ها وجود دارد که، در آغاز، بر اساس نظریه‌ای ساخته و ارائه شده‌اند که بطلان این نظریه‌ها بعداً آشکار شد. مثلاً داروی سولفاسالازین^۳، که در درمان التهاب روده بزرگ^۴ استفاده می‌شود، در آغاز به عنوان یک ماده ضد میکروبی معرفی شد. اما اکنون معلوم شده که اثر مفید آن به خاطر خاصیت دیگری است. همچنین معتقد بودند که داروی آلفا-متیل دوپا^۵، که در درمان افزایش فشارخون استفاده می‌شود، تولید نوراپی‌نفرین^۶ را در اعصاب محیطی کاهش می‌دهد، اما امروزه معلوم شده که این دارو بر دستگاه عصبی مرکزی اثر می‌کند. داروهای خانواده تیازید^۷ هم، که از جمله در درمان افزایش فشارخون به کار می‌روند، اثر پایین‌آوردگی فشارخونشان در اصل به اثر مدر^۸ آنها نسبت داده می‌شد. اما امروزه پذیرفته شده که آنها مقاومت عروق محیطی را کاهش می‌دهند.

همه این مثال‌ها نشان می‌دهند که استنتاج از نظریه زیست‌شناختی علی‌الغالب غیر قابل اعتماد است و باید تکنیک‌های مورد استفاده در کار بالینی را به طور تجربی آزمود. کار بالینی را نباید پزشکی زیست‌شناختی کاربردی تلقی کرد و برای حل مسائل بالینی پذیرش رویکرد تجربی الزامی است.

پژوهشگران بالینی به معنای فلسفی اصیل کلمه تجربه‌گرا نیستند، زیرا آنها لاادری‌گری هست‌شناسانه^۹ را - که دیوید هیوم (صفحه ۳۸) و پوزیتیویست‌های منطقی به آن معتقدند - قبول ندارند، اما آنها در سطح روش‌شناختی تجربه‌گرا هستند. آنها

1. gastroenteritis
2. *Salmonella typhimurium*
3. sulfasalazine
4. ulcerative colitis
5. *alpha*-methyl dopa
6. norepinephrine
7. thiazides
8. diuretic
9. ontological agnosticism

کاملاً قبول دارند که ما درباره مکانیسم‌های بیماری چیزهای فراوانی می‌دانیم، اما تأکید می‌کنند که دانش زیست‌شناسی ما همیشه ناقص است. زیست‌شناسان پزشکی غالباً معتقدند از آنچه عملاً انجام می‌دهند بیشتر می‌دانند و پیش‌بینی‌های بالینی دقیق به سبب تنوع زیست‌شناختی امکان‌پذیر نیست. پزشکانی که این نگرش را دارند از اصحاب مکتب بالینی انتقادی هستند. این مکتب در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ میلادی آرای گاوآره را از نو زنده کرد.

اهمیت دارد به تفاوت اساسی میان «واقع‌گرایی تحت نظارت تجربه» در پزشکی زیست‌شناختی و «تجربه‌گرایی روش‌شناختی» در پژوهش‌های بالینی توجه کنیم. زیست‌شناس پزشکی نیز از روش‌های آماری استفاده می‌کند، اما محصول نهایی کوشش‌های وی یک «نظریه» است - تصویری از واقعیت - که می‌تواند درست یا نادرست باشد. در حالی که محصول نهایی پژوهشگر بالینی همیشه یک «قانون طبیعی» آماری است که به کار پیش‌بینی وقایع آینده می‌آید.

کارآزمایی درمانی کنترل‌شده^۱ برای مقایسه دو گونه درمان، نمونه‌ای اولیه از پژوهش بالینی است. در این پژوهش مجموعه‌ای از بیماران به صورت تصادفی به دو گروه تقسیم می‌شوند، و هر گروه یک درمان خاص دریافت می‌نماید. سپس میزان تأثیر درمان در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه می‌شود. این‌گونه مطالعات را می‌توان به انحای مختلف تعدیل نمود (که در جای دیگر تفصیل آن آمده است (۱۸)). آنچه در این جا می‌خواهیم متذکر شویم آن است که نتیجه نهایی این کارآزمایی یک حقیقت آماری است. برای مثال، کارآزمایی ممکن است نشان دهد تعداد بیمارانی که در نتیجه درمان جدید بهبود می‌یابند ۳۰ درصد بیشتر از درمان رایج فعلی است. و احتمالاً، با احتساب ۹۵ درصد حدود اطمینان^۲، تفاوت میزان بهبود دو درمان ۱۵-۴۵ درصد است (فصل ۷). این نتیجه آماری نمونه شاخصی از استدلال استقرایی است که گاوآره آن را «یک قانون درمانی» می‌نامد. کار این قانون درمانی پیش‌بینی است، یعنی به پزشک می‌گوید که اگر تصمیم بگیرد از درمان جدید استفاده کند، می‌تواند انتظار داشته باشد تعداد بیشتری از بیماران (بین ۱۵ تا ۴۵ درصد) بهبود یابند.

1. controlled therapeutic trial

2. confidence limits

به این ترتیب، پژوهشگران بالینی در سطح روش‌شناختی تجربه‌گرا هستند، اما نباید فراموش کرد کاملاً محتمل است ایده انجام کارآزمایی برای آزمودن پارامی از نظریه‌های زیست‌شناختی جدید مورد استفاده قرار گیرد، در این حالت نتیجه کارآزمایی هم اطلاعات بالینی به دست می‌دهد و هم کمک می‌کند تا نظریه زیست‌شناختی مورد پژوهش به محک آزمایش درآید. همیشه میان پژوهش در سطح علمی و پژوهش در سطح تکنولوژی یک ارتباطی متقابل و تنگاتنگ وجود دارد. پژوهشگران بالینی روش‌های تشخیصی را بر اساس اصول مشابهی می‌آزمایند. برای مثال، آنها ممکن است آزمایش تشخیصی جدیدی را روی گروهی از بیماران، که به یک بیماری خاص مبتلا هستند، انجام دهند و سپس میزان نتایج مثبت حقیقی^۱ و منفی حقیقی^۲ را محاسبه کنند. در این مورد نیز نتیجه نهایی یک «حقیقت آماری^۳» است زیرا لازم است مقادیر واقعی^۴ را با محاسبه «حدود اطمینان» برآورد کنیم. در سال‌های اخیر طبیبان نقاد متذکر شده‌اند پزشکانی که بیمار واحدی را معاینه می‌کنند، عکس رادیولوژی واحدی را می‌خوانند یا نمونه بافت‌شناختی واحدی را بررسی می‌کنند، همیشه اتفاق نظر ندارند. با انجام مطالعات میان گروه‌های مشاهده‌گر (که ناظر پدیده واحدی بوده‌اند) صحت نکته اخیر به اثبات رسیده است. این نوع مطالعات شیوه تفکر تجربی را نشان می‌دهند، زیرا برای پژوهشگر بالینی صدق عینی^۵ مشاهدات مهم نیست بلکه اجماع^۶ مشاهده‌کنندگان اهمیت دارد.

همان‌طور که در فصل ۲ شرح دادیم، تجربه‌گرایی را، به عنوان یک موضع فلسفی، باید مردود دانست زیرا، آشکارا، امکان آن وجود دارد تا حدودی به درک عملکرد طبیعت نایل آیم، اما فقط شخص واقع‌گرای خام معتقد است که نظریه‌های ما همیشه تصویری کاملاً جامع و صادق از واقعیت نشان می‌دهند. بنابراین، گاوآره حق داشت بگوید که «قوانین منطقی برای قضاوت درباره تأثیر یک درمان جدید کارآیی ندارند» و مسائل بالینی را باید به مدد «قانون اعداد بزرگ» حل کرد. طبیبان

1. true positive

2. true negative

3. statistical truth

4. true rates

5. objective truth

6. agreement

برای پیش‌بینی‌های بالینی نیازمند «حقایق آماری» هستند. برای تهیه داده‌های عددی^۱ —یا همان حقایق آماری—، باید روی تعداد زیادی بیمار پژوهش بالینی انجام داد تا این نیاز طیبیان برآورده شود.

یادداشت‌ها

1. Gotfredsen, E. *Mediciens Historie*. Copenhagen: Arnold Busck, 1950, p. 237.
2. Mason, S. F. *A History of the Science*. New York: Collier, 1962, pp. 220–6.
3. Fenger, C. E. Om den numeriske Methode. *Ugeskrift for Laeger*, 1839; 1, 305–15. (Our translation from Danish.)
4. Gavaret, J. *Principes Généraux de Statistique Médicale*. Paris, 1840. (Our translation from the Danish edition, Copenhagen: Reitzel, 1840.)
5. Louis, P.C.A. *Recherches sur les Effets de la Saignée dans Quelques Maladies Inflammatoires*. Paris, 1835.
6. Johnsen, S. G. Laegevidenskabens nuvaerende forfald og mulige genrejsning. *Ugeskrift for Laeger*, 1981; 143: 1665–6. (Our translation from Danish.)
7. Faber, K. *Nosography in Modern Internal Medicine*. London: Humphrey Milford, 1923.
8. Wulff, H. R. *Rational Diagnosis and Treatment*, 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1981.

فصل ۴ مدل مکانیکی

در فصل گذشته طب را شاخه‌ای از علوم طبیعی دانستیم و توضیح دادیم چگونه نسل‌های متوالی دانشمندان علوم پزشکی نظریه زیست‌شناختی بیماری‌ها را تکامل بخشیدند. مطابق این نظریه بیماری عبارت است از نوعی اختلال در «ماشین بیولوژیک»^۱ و به همین دلیل می‌توان این نظریه را مدل مکانیکی^۲ نیز خطاب کرد. در این فصل ما با دید وسیع‌تری با مفهوم بیماری برخورد خواهیم کرد و به نقد نظریه زیست‌شناختی خواهیم پرداخت. این بحث به صورت مناظره میان دو طیب آورده شده است. دکتر B از نظریه زیست‌شناختی در مقابل دیدگاه انتقادی دکتر C دفاع می‌کند.

گفت‌وگویی میان دو طیب فیلسوف‌مآب

C: آیا شما مدل مکانیکی معروف را درباره بیماری قبول دارید؟
 B: مدل مکانیکی فقط نام دیگری برای تعلق زیست‌شناختی از بیماری است و معمولاً آنهایی که رویکرد زیست‌شناختی را نمی‌پسندند آن را به معنای موهنی به کار می‌برند. من مدافع سرسخت رویکرد زیست‌شناختی به مسائل پزشکی هستم، اما خاصی و ناپختگی بیان در دست ندارم. من معتقدم که مدل مکانیکی در اصل درست است و می‌کوشم این دیدگاه را روشن کنم. من به تازگی یک خودرو سواری نو خریده‌ام و گمان می‌کنم آن‌طور که نباید درست کار نمی‌کند. گمان می‌کنم «ناخوش»^۳ است و می‌خواهم بدانم آیا گمانم درست است یا نه. یکی از دوستان من مکانیک است و می‌خواهم با کمک او ماشین را امتحان کنم. ما شتاب آن را از سرعت صفر تا صد کیلومتر در ساعت، دور موتور آهسته، مصرف سوخت و دیگر چیزها را اندازه خواهیم گرفت و سپس نتایج به دست آمده را با مشخصات^۴

1. the biological machine

2. mechanical model

3. ill

4. specifications

1. numerical data

[استاندارد] کارخانه برای این مدل خاص مقایسه خواهیم کرد. اگر نتایج ما با مشخصات کارخانه جور در نیاید نتیجه می‌گیریم که نقصی وجود دارد، یعنی ماشین بد کار می‌کند.

این همان نحوه استدلال است که پزشکان به هنگام معاینه بیماران به کار می‌برند. امروز من خانمی را در بیمارستان معاینه کردم که شکایت داشت کف دست‌هایش زیاد عرق می‌کنند. او از عدم تحمل گرما رنج می‌برد، چشم‌هایش کمی برآمده بود و بی‌قرار به نظر می‌رسید. بی‌درنگ مشکوک شدم که «ناخوش» است و درخواست کردم تا سطح سرمی هورمون‌های تیروئیدی^۱ وی را اندازه‌گیری کنند. اگر نتایج این آزمایش نابهنجار باشد پی می‌برم که حق با من بوده است و او واقعاً ناخوش است.

مشابهت این دو سؤال بسیار خام به نظر می‌آید، زیرا دانش ما دربارهٔ مکانیسم‌های بدن انسان بسیار کمتر از دانش ما دربارهٔ موتور ماشین است، اما همان‌طور که قبلاً گفتم، اصولاً این مشابهت درست است. دوران ماقبل علم، یعنی زمانی که پزشکان به مفاهیمی مانند «اصل حیاتی^۲» یا «روح^۳» اعتقاد داشتند، برای همیشه سپری شده است.

C: از شما سپاسگزارم که به حاق موضوع اشاره کردید. بی‌پرده بگویم، من این عقیده را که انسان در اصل تفاوتی با موتور ماشین ندارد نمی‌پسندم، اما موافقم که مدل مکانیکی بخشی از پارادایم طب جسمانی معاصر است. به هر حال از شما می‌خواهم تا موضوعتان را روشن کنید. شما قبول دارید که مکانیسم‌های زیست‌شناختی بدن انسان بی‌اندازه پیچیده هستند و دانش ما نیز محدود است. اما بیا فرض کنیم که می‌توانستیم تمام جزئیات ساختمان و کارکرد بدن بیماران را مورد مطالعه قرار دهیم. آیا در این صورت می‌توانیم در هر مورد خاص اثبات کنیم که آیا این فرد منحصر به فرد سالم است یا بیمار؟

B: البته این تفکر بسیار آرمانی است، اما در اصل پاسخ مثبت است. شما دارید تلویحاً اشاره می‌کنید که بیماری صرفاً یک مفهوم زیست‌شناختی محض نیست و

1. serum thyroid hormones
3. the soul

2. the vital principle

داوری در باب بیماری متضمن داوری‌های ارزشی^۱ هم هست. من این دیدگاه را قبول ندارم. این سؤال که آیا یک فرد بیمار است یا نه، سؤالی است ناظر به امور واقع^۲، نه احساسات یا هنجارهای فردی.

مسأله بهنجاری^۳ (بهنجار بودن)

C: شما مانند اغلب همکاران، جزو گروهی هستید که فیلسوفان آنها را تحویل‌گران زیست‌شناختی^۴ می‌خوانند، چون انسان را به ارگانیسم بیولوژیک و طب را به شاخه‌ای از زیست‌شناسی تحویل می‌کنید. من به هیچ‌وجه مطمئن نیستم که مدل مکانیکی بتواند در برابر تحلیل نقادانه تاب بیاورد. به طور واضح، اولین تفاوت میان ماشین شما و بیماران این است که شما کتابچه‌ای از مشخصات [استاندارد] ماشین در اختیار دارید، اما مشخصات [استاندارد] بیماران را نمی‌دانید. البته، علی‌الغالب پزشکان وقتی گزارش آزمایشی به دستشان می‌رسد، بی‌درنگ به دامنهٔ بهنجار^۵ یا مقادیر طبیعی آزمایش مورد نظر نگاه می‌کنند. آنها می‌کوشند مسألهٔ فقدان مشخصات استاندارد را با توسل به تلقی آماری از «بهنجاری» یا «طبیعی بودن» مرتفع نمایند، اما در غالب اوقات از مشکلات آن غافل‌اند. معمولاً، مقادیر طبیعی را این‌طور محاسبه می‌کنند که ۹۵٪ نتایج به دست‌آمده در گروهی از افراد سالم و بهنجار را به عنوان «دامنهٔ بهنجار» یا «مقادیر طبیعی» در نظر می‌گیرند. پس ۵٪ احتمال وجود دارد نتیجهٔ آزمایش مربوط به یک فرد سالم نابهنجار باشد. حالا فرض کنید که شما برای یک فرد سالم ۱۰ آزمایش درخواست کرده‌اید. در این حالت احتمال آنکه دست‌کم یکی از آزمایش‌ها نابهنجار و غیرطبیعی از آب درآید، این‌طور محاسبه می‌شود: $(1 - 0.95^{10})$ (یک منهای نود و پنج صدم به توان ۱۰) که عبارت است از ۴/۰ یا ۴۰٪. اگر شما ۲۵ آزمایش درخواست کنید (که این در کار بالینی غیرمعمول هم نیست) این احتمال به ۷۲٪ می‌رسد! ادموند مورفی^۶ در این باره بسیار بجا می‌گوید: «بنابراین فرد طبیعی یا بهنجار کسی است که به اندازهٔ کافی مورد بررسی قرار نگرفته است» [۱].

1. value judgments

2. a question of fact

3. the problem of normality

4. biological reductionists

5. normal range

6. Edmond A. Murphy

مفهوم آماری بهنجاری مشکل دیگری هم دارد. کسی که دامنه بهنجار را تعیین می‌کند چگونه مطمئن است افراد مورد مطالعه طبیعی و بهنجار هستند؟ احتمالاً، او تعدادی از افراد را که به نظرش سالم و تندرست می‌آیند انتخاب می‌کند. یعنی تعریف تندرستی و بیماری برحسب مدل مکانیکی معروف، در نهایت به گمان مبهم و مشکوک یک نفر از وضعیت سلامت گروهی از افراد بستگی پیدا می‌کند. شما ادعا کردید که این سؤال شما که آیا یک فرد بیمار است یا نه - سؤالی ناظر به امر واقع است و نه ارزشداوری، اما این نتیجه‌گیری اخیر با مدعای شما جور در نمی‌آید.

فرض کنیم بیماری مورد نظر بسیار نادر باشد. در این صورت، هر نمونه اتفاقی که برای مقاصد عملی از این مجموعه انتخاب می‌کنیم، نمونه‌ای از افراد سالم است. پس ایراد فوق اهمیت پیدا نمی‌کند، اما مشکل وقتی جدی می‌شود که بیماری شایع باشد. برای مثال، کم‌کاری غده تیروئید، دست‌کم در روزگار گذشته، در شبه‌جزیره بالکان^۱ بیماری نادری نبود، بلکه بسیار شیوع داشت، چون در آنجا محتوی ید آب آشامیدنی کم بود. اگر طبیعی می‌خواست دامنه بهنجار سطح سرمی هورمون تیروکسین^۲ را در چنین منطقه‌ای معلوم کند، نمی‌توانست بهنجاری آماری^۳ (یعنی آن حالت از بهنجاری که بر سنای پژوهش آماری به دست می‌آید) را با تندرستی یکی بداند. گزینش گروهی از افراد تندرست به معیاری مستقل از تندرستی احتیاج دارد و کارشناس آمار نمی‌تواند چنین معیاری را وضع کند. امروزه طب با مشکلات مشابهی دست به‌گریبان است: در بسیاری از کشورهای در حال توسعه سوء تغذیه در کودکان از نظر «آماری» وضعیت بهنجار محسوب می‌شود و در اروپای غربی ابتلای مردان میانسال به تصلب شرایین^۴ شایع است. شما در این موارد چگونه حد بهنجاری را تعیین می‌کنید؟

B: سن با بسیاری از گفته‌های شما موافقم، اما اینکه پزشکان همیشه بهنجاری را با بهنجاری آماری یکی بگیرند درست نیست. کاربرد متعارف «بهنجار» در طب دو

1. the Balkan peninsula
3. statistical normality

2. thyroxine
4. arteriosclerosis

معنی بسیار متفاوت دارد: «آنچه شایع^۱ است» (یعنی بهنجاری آماری) و «آنچه با تندرستی سازگار است یا بی‌خطر است». اگر در عکس برداری با ماده حاجب از کلیه^۲، در هر کلیه دو لگنجه^۳ دیده شود، به یک اندازه حق داریم آن را یک نابهنجاری بی‌ضرر^۴ (نابهنجار به معنی نادر) و یا یک گونه از بهنجاری^۵ (بهنجار به معنی سازگار با تندرستی) بنامیم.

کسانی که مفهوم زیست‌شناختی بیماری (مدل مکانیکی) را جداً قبول دارند، می‌دانند که یکی دانستن «تندرستی» با «بهنجاری آماری» چندان رضایت‌بخش نیست، زیرا به استدلال دوری^۶ منتهی می‌شود. کریستوفر بورس^۷، که در تحلیل مفهوم زیست‌شناختی تندرستی بسیار کار کرده است، مسأله را این‌گونه بیان می‌کند:

این از اصول موضوعه سنتی علم طب است که تندرستی عبارت است از فقدان بیماری. بیماری چیست؟ هر چه که با تندرستی سازگار نباشد. اگر اصل موضوع مضمونی داشته باشد، در این صورت به سؤال فوق می‌توان جواب بهتری داد. من فکر می‌کنم اساسی‌ترین مسأله فلسفه طب این است که با تحلیل قائم به ذات و مستقل از بیماری یا تندرستی، این دور [استدلال] را باطل کنیم^(۲).

به عبارت دیگر تلقی زیست‌شناختی، تعریفی زیست‌شناختی و غیرآماری از بهنجاری یا تندرستی را پیش فرض می‌گیرد. بورس چنین نظر می‌دهد که فرد به شرطی تندرست است که بدن او با چنان کفایتی کار کند که حداقل در سطح کفایت کارکردهایی که گونه مربوطه او نوعاً دارند، باشد و هنگامی بیمار است که کارکرد بدن او پایین‌تر از سطح کارکردی باشد که آن گونه نوعاً^۸ دارند. بیماری عبارت است از خروج از «چارچوب طرحی که مختص آن گونه^۹ است، این چارچوب تشکیل شده است از «نظامی از دستگاه‌های کارکردی که با یکدیگر همبستگی متقابل دارند و

1. common
3. double renal pelvis
5. normal variant
7. Christopher Boorse
9. the species design

2. pyelogram
4. harmless abnormality
6. circular argument
8. species-typical level

زندگی یک ارگانسیم از آن گونه را تأمین می‌کنند^۱، این رأی را می‌توان در مسائل بالینی هم به کار برد. به عنوان یک مثال ساده، فردی را در نظر بگیرید که به علت تنگی دهانه خروجی معده^۲ مرتباً استفراغ می‌کند. مطابق رأی بورس، این فرد، به معنای زیست‌شناختی کلمه، بیمار است زیرا عبور مواد غذایی از معده به روده آشکارا بخشی از چارچوب طرحی است که گونه انسان مطابق آن چارچوب عمل می‌کند. اگر این عبور مختل شود، دستگاه گوارش مطابق کارآیی نوعی گونه مربوطه عمل نمی‌کند و زندگی بیمار به خطر می‌افتد.

همچنین لازمه کارکرد بهنجار، یعنی کارکرد مطابق چارچوب طرح گونه مربوطه، این است که تولید هورمون‌های تیروئیدی در حدود معینی ثابت نگاه داشته شود، زیرا غلظت‌های خونی بالاتر یا پایین‌تر از این حدود سبب می‌شوند تا سرعت فرآیندهای سوخت‌وساز در تمام بدن به قدری افزایش یا کاهش پیدا کند که کارکرد آنها مختل شود. بنابراین اگر سطح خونی هورمون‌های تیروئیدی آن خانم که در بیمارستان معاینه کردم بالا باشد، او بیمار است. همچنین معتمد ساکنان نواحی کوهستانی بالکان بیمار بودند، با وجود آنکه سطح خونی هورمون‌های تیروئیدی آنها عموماً پایین بود. این مباحثات متکی به دانش ما از آناتومی و فیزیولوژی است و نه ملاحظات آماری.

در این باره نوشته‌های زیادی وجود دارد و هستند کسان دیگری که کوشیده‌اند بیماری و تندرستی را بر پایه زیست‌شناختی تعریف کنند. راس^۲، مستقل از بورس، نتیجه می‌گیرد که رکن‌سیم بیولوژیک اگر مطابق چارچوب بهنجار گونه خاص خودش عمل کند، سالم است،^۳ و امکادینگ^۴ تعریف زیر را برای بیماری پیشنهاد کرده است:

بیماری مجموعه‌ای از پدیده‌های نابهنجار است که گروهی از ارگانسیم‌های زنده آن را از خود نشان می‌دهند. این پدیده‌ها دارای خصوصیت مشترک ویژه یا مجموعه‌ای از خصوصیات هستند که ارگانسیم بیمار را از هنجار گونه‌شان به نحوی متمایز می‌سازند که آنها را در وضعیت نامطلوبی از لحاظ زیست‌شناختی^۴ قرار می‌دهد^۵.

1. pyloric stenosis
3. J. S. Scadding

2. Alf Ross
4. biological disadvantages

در تمام این تعاریف الفاظ متفاوت هستند اما معنی یکسان است. بیماری عبارت است از خروج از چارچوب طرح گونه مربوطه، یا خروج از چارچوب بهنجار، یا خروج از چارچوب خاصی که برای آن گونه بهنجار است.

مسئله آستانه^۱

C: شما متری بیولوژیک برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت بیمارانتان انتخاب کرده‌اید، اما چگونه بین تندرستی و بیماری فرق می‌گذارید؟ بیمارانتان باید چقدر از چارچوب طرح گونه [انسان] خارج شده باشد تا او را ناخوش محسوب کنید؟
B: این کار مشکل است و من با رأی اسکادینگ موافقم که در تمایز میان تندرستی و بیماری «شاید لازم است برای [تعیین] میزان انحراف از حد متوسط مقادیر طبیعی، که نابهنجاری تلقی می‌شود، معیارهای کمی کمابیش دلخواه اما دقیق اختیار کنیم»^۵]. اما مطابق بیان بورس «خط کشی دقیق میان بیماری و تندرستی کاری تئوریک و نظری است زیرا در غالب بیماری‌ها نقایصی در کارکردها وجود دارند که مطابق تمام معیارهای معقول، امری نامتعارف و غیرمعمول محسوب می‌شوند»^۶.

C: من قویاً مخالفم. شاهدهی دال بر صحت گفتار بورس در این زمینه وجود ندارد. اگر به خدمات بهداشتی در اروپای غربی بعد از جنگ جهانی دوم نگاه کنیم می‌بینیم که غفلت از مسئله آستانه - طبق تعریف ما - خطرناک است. کندل^۲ برای توصیف وضعیت توسعه بهداشت در انگلستان می‌گوید: هنگامی که بورج^۳ مشغول طراحی نظام خدمات بهداشتی ملی بود، بیماری یا نقصان سلامت پدیده‌ای کاملاً واضح تلقی می‌شد؛ که عبارت بود از «خروج موقتی از حالت طبیعی سلامت که به آسانی می‌توان آن را شناخت...»^۷ داروهای جدید شگفت‌آوری همچون پنی‌سیلین^۴ و سولفونامیدها^۵ عرضه شده بودند و پذیرفتن این امر معقول به نظر می‌رسید که «در آینده، بیماری‌ها من حیث المجموع، دوره

1. The threshold problem

2. Kendel

3. Beveridge

4. penicillin

5. sulphonamide

کوتاهتر و شدت کمتری داشته باشند، افراد کمتری بمیرند و افراد کمتری دچار معلولیت‌های دائمی شوند... مطمئناً انتظار می‌رود در سال‌های نخستین تقاضا برای خدمات پزشکی بسیار زیاد باشد. بیماری‌های زیادی از سابق وجود دارند که درمان نشده‌اند... اما زمانی می‌رسد که با ارائه خدمات بهداشتی لازم، انبوه این بیماری‌های درمان‌نشده پایان می‌پذیرد...»

اکنون همه ما می‌دانیم که این خوش‌بینی بی‌پایه و اساس بود. هزینه خدمات بهداشتی ملی از سال ۱۹۵۱ تا سال ۱۹۷۵ تقریباً سه برابر شد (با قیمت‌های پایه سال ۱۹۵۰). میزان مراجعات به پزشکان عمومی و بستری در بیمارستان‌ها^۱ افزایش یافت و نوبت‌های انتظار طولانی‌تر و طولانی‌تر شد.

در دانمارک هم ماجرا به همین قرار بود. در سال ۱۹۶۰، تعداد افراد استخدام‌شده در خدمات بهداشتی بالغ بر پنجاه‌هزار نفر بود و ما ۳/۵ درصد از درآمدان را برای این منظور هزینه می‌کردیم. در سال ۱۹۸۰ این تعداد به صد و پانزده‌هزار نفر افزایش پیدا کرد، و ما ۷ درصد از درآمدان را به خدمات بهداشتی اختصاص دادیم. در همان مدت تعداد بستری در بیمارستان‌ها تا ۷۳ درصد بالا رفت و تعداد مراجعات بیمار به پزشک عمومی سالیانه ۳ درصد افزایش یافت. بدون شک این رشد جوانب بسیار زیادی دارد. اما باید بپذیریم که به دشواری می‌توانیم نتایج سودمند را با آمارهای بهداشتی موجود نشان بدهیم. [برخلاف انتظار] متوسط طول عمر تغییر فاحشی نداشته است و نوبت‌های انتظار در بیمارستان‌ها از بین نرفته است.

من فکر می‌کنم باید نتیجه بگیریم مسائلی پیچیده‌تر از آنی هستند که بوریج و همتابان او در سایر کشورها می‌پنداشتند و شاید این مشکلات ناشی از تلقی زیست‌شناختی از بیماری باشند. برداشت ما از تلقی زیست‌شناختی بیماری این است که در هر جامعه تعداد معینی بیماری وجود دارد که می‌توان آنها را ریشه‌کن کرد. اما ظاهراً در انگلستان و دانمارک تجربه خلاف این تصور را نشان می‌دهد. حتی به نظر می‌رسد که آستانه بیماری با گسترش خدمات بهداشتی پایین می‌آید. من با کندل موافقم که «خدمات بهداشتی در رفع نیازها شکست خورده است، زیرا

1. hospital admission

کارگزاران آن، همانند «تور»^۱، الهه نروژی، می‌کوشند شیره رگی را بخشکانند که سرش در آب دریا قرار دارد.

B: شما می‌خواهید از اوضاع تصویر تاریکی بدهید، اما فکر می‌کنم اشتباه می‌کنید. من معتقدم که تندرستی و بیماری مفاهیم زیست‌شناختی هستند - درست همان‌طور که سختی و نرمی مفاهیم فیزیکی هستند - اما من، همانند اسکادینگ، تصدیق می‌کنم که تمایز میان تندرستی و بیماری - مانند تمایز میان سختی و نرمی - کمابیش به معیارهای کمی اختیاری احتیاج دارد.

احساس ناخوشی

C: من می‌دانم که تاکنون اثبات نکرده‌ام مدل مکانیکی انسجام درونی ندارد، اما فکر می‌کنم که نتیجه نامطلوب تحویل‌گرایی زیست‌شناختی [از مفهوم بیماری] این است که سبب شده مفاهیم تندرستی و بیماری معنای اصیل خودشان را از دست بدهند. نباید فراموش کنیم که مردم به علت احساس ناخوشی دست کمک به سوی طب دراز می‌کنند و برایشان مهم نیست که به آنها اختلال مکانیکی‌شان را نشان بدهیم، مگر آنکه این کار در سلامت آنها مؤثر باشد، یا آنکه در آینده، زمانی برای پیش‌بینی وضعیت سلامت آنها لازم باشد. من تأکید می‌کنم که دغدغه اصلی طب بالینی، «بیماری» مطابق تلقی خود شخص و «تندرستی» مطابق تلقی خود شخص است. ریشه‌یابی واژه ناخوش و ناخوشی (در زبان‌های اروپایی مختلف) به خوبی این موضوع را روشن می‌کند چون این واژه احساسات شخصی یا دست‌کم نوعی ارزشداوری را القاء می‌کند. من برای شما چند مثال می‌آورم: واژه disease در انگلیسی در اصل به معنی disease [نادراحتی] است. illness از کلمه نروژی قدیمی illr به معنی بد مشتق شده است. pathos در یونانی رنج معنی می‌دهد و bolijezn در روسی از ریشه bol، به معنی درد، آمده است. کلمه فرانسوی maladie از male habitus مشتق شده که به معنی «در یک حالت بد» است. در دانمارکی syg (معادل sick) اصلاً به معنای نگران و غمناک است. خود کلمه patient، از ریشه یونانی patients، به معنای کسی است که رنج می‌برد. فقط کلمه آلمانی krank با

1. Thor

تلقی زیست‌شناختی همخوانی دارد. این لغت در اصل به معنی خمیده و دولا است و این طور القاء می‌کند که هدف طب راست‌ورس کردن بیمار است. این شال خوبی برای نشان دادن تفکر زیست‌شناختی ابتدایی است.

احتمالاً ما درباره این نکته می‌توانیم توافق کنیم که هدف طب ازبین بردن بیماری و حفظ سلامت است و من فکر می‌کنم تغییر معنای این لغات خطرناک باشد، زیرا این کار طبی را به ما عرضه می‌نماید که هدف‌اش آن هدف اصیل نیست. این مثال تاریخی موضوع را روشن می‌کند. چند سال پیش، گروهی از متخصصان قلب دانمارکی حرکت وسیعی را برای درمان بیماری افزایش فشارخون درمان‌نشده آغاز کردند. آنها در تعدادی از فروشگاه‌های بزرگ مستقر شدند و به خریداران پیشنهاد می‌کردند تا فشارخونشان را اندازه بگیرند. معلوم شد یکی از خانم‌هایی که در حال خرید روزانه‌اش بود، فشارخون بالا دارد. او را به پزشک خانوادگی خودش ارجاع کردند. فشارخون بالای او با موفقیت تحت درمان قرار گرفت. از دیدگاه زیست‌شناختی همه چیز سر جای خودش قرار داشت، چون آن خانم بیرون از چارچوب طرح‌گونه [انسان] بود و این وضعیت به کمک دارودرمانی به حالت عادی برگشت. اما در این ماجرا مشکلی وجود دارد. تا آن روز این خانم کاملاً احساس سلامت می‌کرد، اما حالا با آگاهی از اینکه بیمار بوده است مضطرب و ناراحت شد. پزشکان، که در اصل کارشان معالجه [=رفع ناراحتی] است، در اینجا ناراحتی (dis-ease)، به معنای اصیل کلمه، ایجاد کردند. نباید انکار کنیم که این خانم در آینده دچار عوارض فشارخون بالا (مانند مشکلات قلب و عروق یا سکنه قلبی می‌شد) و آنها با درمان فشارخون بالا از این اتفاقات جلوگیری کردند، اما پزشکی که به مفهوم زیست‌شناختی بیماری مقید هستند، ممکن است، بیش از آنکه کمک کنند آسیب برسانند. من نمی‌گویم پزشکی که از دیدگاه زیست‌شناختی دفاع می‌کنند نسبت به تظاهرات ذهنی بیمارانشان [یعنی برداشت شخصی بیماران از بیماری خودشان] بی‌توجه هستند، اما آنها را پدیده‌های ثانوی تلقی می‌کنند نه ارکان لاینفک مفهوم بیماری. برای مثال بورس، برخلاف دیدگاه انگلهاارد^۱ که فیلسوف علم طب است، نمی‌تواند بپذیرد

که زونا^۱ «اولاً به خاطر دردی که ایجاد می‌کند و شاید تا حدی هم به خاطر اینکه ظاهر ناخوشایندی دارد» یک بیماری است. هرکس که به بیماری زونا مبتلا شده باشد یقیناً با بیان انگلهاارد موافق است، چون این بیماری عفونی ویروسی می‌تواند درد بسیار شدیدی ایجاد کند. اما بورس، در مقام یک زیست‌شناس، بیشتر به این امر توجه دارد که بثورات پوستی بیماری، با توجه به کارکرد پوست، خارج از چارچوب طرح‌گونه مربوطه قرار دارد. او می‌نویسد:

... اگر درد را کنار بگذاریم، زونا دو جور اختلال کارکردی ایجاد می‌کند: عصبی و جلدی. پوست یکی از اعضای بدن انسان است و بثورات پوستی تخطی از کارکرد بهنجار این عضو است. به این ترتیب میان نارسایی کارکردهای پوست، به صورت مجموعه‌ای از تاول‌ها، و نارسایی کارکردهای کبد و کلیه تفاوتی وجود ندارد [۹].

شاید از حیث بحث نظری چندان مهم نباشد که «درد را کنار بگذاریم»، اما متأسفانه هنگامی که پزشکان بیماران خود را معاینه می‌کنند غرض اصلی‌شان این نیست که مقادیر آزمایش‌ها را بهنجار کنند تا شکایات بیماران را تخفیف دهند و کیفیت زندگی آنها را بالا ببرند، بلکه مقصود غایی‌شان همان بهنجار کردن آزمایش‌ها است.

B: باز هم فکر می‌کنم شما از نکته اصلی غافلید. من به خوبی می‌دانم که پزشکان اغلب مجبورند دست به دآوری‌های ارزشی دشواری بزنند. من صرفاً تأکید می‌کنم که، در سطح هست‌شناختی، بیماری انحرافی از چارچوب و طرح‌گونه زیست‌شناختی محسوب می‌شود و احساسات بیمار بازتابی از اختلالات زیست‌شناختی است.

من می‌دانم عده‌ای بیماری را با «رنج بردن» تعریف می‌کنند، اما این دو مفهوم یکسان نیستند. بیمار بیهوش و بیمار مبتلا به سرطان که احساس ناراحتی نمی‌کند، از نظر اغلب مردم، شدیداً ناخوش‌اند، آنها از دیدگاه زیست‌شناختی واقعاً بیمار هستند. در مقابل خانمی که از درد زایمان رنج می‌برد سالم محسوب می‌شود. این مثال‌ها نشان می‌دهند که استفاده از کلمات «ناخوش» و «تندرست» در زبان روزمره با معنای زیست‌شناختی آنها به خوبی مطابقت دارد.

ظاهراً کسانی که می‌خواهند تندرستی و بیماری را با اصطلاحات غیرزیست‌شناختی تعریف کنند، توفیق نیافته‌اند. برای مثال کراپ-تیلور^۱، که تک‌نگاری درباره مفهوم بیماری منتشر کرده است، می‌گوید تا گره کور تعریف بیماری را با این تعریف باز کند که بیماری عبارت است از «وضعیتی که دغدغه درمان را برمی‌انگیزد».

به عقیده او نشانه‌های بیماری سه دسته‌اند:

۱. دغدغه بیمار برای درمان خودش؛ ۲. دغدغه‌ای که او در محیط اطرافش برای درمان خودش برمی‌انگیزد؛ ۳. دغدغه‌ای که در طبیب معالج خود برای درمان خودش ایجاد می‌کند. لازم نیست هر بیمار همه این نشانه‌های بیماری را با هم داشته باشد، اما هر بیمار باید دست کم یکی از آنها را داشته باشد^{۱۱}.

این تلاش‌ها برای دور زدن مسأله به هیچ‌وجه مطلوب نیستند، چون این تعریف‌ها صرفاً از دادن پاسخ به پرسش ظفره می‌روند. آن چیست که دغدغه درمان ایجاد می‌کند؟ آن چیست که پزشکان درمانش می‌کنند؟ جواب ساده من این است: بیماری زیست‌شناختی.

غایت حیات^۲

C: من با نکات اخیر شما موافقم. بعداً خواهم گفت که قصد ندارم مدل مکانیکی را با مفهومی ذهنی از بیماری جایگزین کنم، اما به دنبال مفهومی از بیماری هستم که دست کم هر دو جنبه را دربر بگیرد. گمان می‌کنم اگر مفاهیم تندرستی و بیماری را مفاهیم علمی فارغ از ارزش بدانیم دچار توهم شده‌ایم. برای ارزیابی این مدعا، باید مفهوم طرح و چارچوب گونه‌ها را بیشتر مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم. هم بورس^{۱۱۱} و هم راس^{۱۱۲} می‌پذیرند که این مفهوم ظنینی کلامی و دینی دارد، به این صورت که باید سلسله‌مراتبی از کارکردها را تصور کنیم که هر یک از آنها در خدمت غایت یا هدف بالاتری قرار دارد. فرآیندهای آنزیمی در ساختمان‌های زیریاخته‌ای^۳ در کارکرد بهنجار یاخته سهم هستند و هر عضو برای کارکرد بهنجار

خود فرد اهمیت دارد. به وضوح، این مجموعه از افکار سبب پرسش درباره اهداف غایی می‌شود که ظاهراً نمی‌توان آنها را در قالب اصطلاحات علمی تعریف کرد. بورس می‌پذیرد که «این هدف‌هایی که در سطوح عالی قرار دارند، نامعلوم و نامعین هستند و تعلقات زیست‌شناس^۱ باید آنها را معین کند». او می‌نویسد: «اغلب رفتارهای موجودات زنده، در آن واحد، در اعمالی مانند حفظ حیات فردی، تولیدمثل، نگهداری ژن‌ها، حفظ توانمندی‌ها، رقابت، تعادل بوم‌شناختی^۲ و امثالهم دخالت دارند». در نتیجه، زیست‌شناسان متفاوت ممکن است هدف‌های متفاوتی را به عنوان محور کارهای خودشان انتخاب کنند. در این صورت، به هیچ‌وجه نمی‌توان این حکم را قبول کرد که بیماری و تندرستی حالت‌های زیست‌شناختی خشتی و فارغ از ارزش هستند.

B: من فکر نمی‌کنم که داور شما درباره بورس کاملاً منصفانه باشد. قطعاً منظور او، آن‌طور که شما می‌گویید، این نیست که تعریف تندرستی در نهایت به تعلقات شخصی فرد مشاهده‌گر بستگی دارد، بلکه مقصود او صرفاً این است که «زیرحوزه‌های^۳ زیست‌شناسی (مانند ژنتیک و بوم‌شناسی) ممکن است هدف‌های متفاوتی را موضوع و محور کار خودشان قرار دهند». او ادامه می‌دهد: «اما به نظر می‌رسد فقط کارهای زیرحوزه فیزیولوژی است که با تندرستی ارتباط دارد. مطابق آنچه در متون فیزیولوژی آمده است، من فکر می‌کنم کارهای این زیرحوزه، به ویژه، در تولیدمثل و حفظ حیات فردی دخیل است».

C: من معتقدم که ما به نقطه مهمی در بحث خود رسیده‌ایم. ممکن است یک گیاه‌شناس بپذیرد که هدف همه فرآیندهای فیزیولوژی در گیاه حفظ حیات و تولیدمثل است، اما حتی یک دامپزشک هم باید شکاکیت‌های خودش را داشته باشد. برای مثال، ممکن است او احساس کند برای پایان دادن به رنج یک اسب یا یک سگ لازم است جانور را بکشد. چنین کنشی نشان می‌دهد که زندگی، حتی زندگی حیوانی، چیزی بیش از حفظ حیات و تولیدمثل است. البته من نمی‌خواهم در اینجا درباره گیاهان و جانوران بحث کنم، اما بدون شک من فکر می‌کنم

1. biologists interests
3. subfields

2. ecological equilibrium

1. Kräupl-Taylor
3. subcellular organelles

2. The telos of life

رویکرد زیست‌شناختی به انسان کافی نیست. در این رویکرد از این نکته غفلت می‌شود که نوع انسان هم احتمالاً، دست‌کم، مانند سایر پستانداران احساسات ذهنی دارد. همچنین، تمام امور منحصرأ انسانی نیز فراموش می‌شوند؛ امری مانند خودآگاهی^۱ ما، توانایی ما برای تأمل در نفس^۲ و توانایی ما در تصمیم‌گیری برای خودمان در مورد آنچه در زندگی مهم می‌دانیم. غایت زندگی من آن چیزی است که خودم تصمیم می‌گیرم، نه آنچه در ستون فیزیولوژی می‌خوانم.

من قبول دارم که پزشکی زیست‌شناختی دانش بسیار مهمی است، چون این علم اساس غالب خدماتی است که پزشکان می‌توانند برای هموعان خود انجام دهند، اما به عقیده من مفهوم بیماری باید شامل تمام این موارد باشد:

۱. اختلالات کارکردی زیست‌شناختی؛^۲ تظاهرات ذهنی ناشی از این اختلال؛^۳ معنای این تظاهرات ذهنی، که به سبک و سیاق زندگی بیمار بستگی دارد.

چندی پیش، من سه بیمار را، که از دیدگاه زیست‌شناختی مشکلی واحد داشتند، به فاصله کوتاهی معاینه کردم. آنها همگی یک «اختلال مکانیکی^۴» داشتند؛ زخم دوازده‌ای که باعث دل‌درد شده بود. من بنا به دلایلی موجه، آنها را تحت درمان دارویی واحدی قرار دادم. اگرچه معنایی که هر یک از این بیماران برای بیماری خودش قائل بود با دیگری کاملاً تفاوت داشت. یکی از بیماران سالیان متوالی، تظاهرات زخم دوازده را گاه‌به‌گاه تجربه کرده بود و حالا خیلی ساده می‌پذیرفت که زخم عود کرده است. او به دارودرمانی اعتماد زیادی داشت و گمان می‌کنم تظاهرات بیماری‌اش ظرف چند روز فروکش کند. بیمار دوم قبلاً به هیچ بیماری‌ای مبتلا نشده بود و برای زندگی‌اش نگران بود. برادرش به تازگی به علت سرطان از پا درآمده بود و وی احساس می‌کرد که حالا او هم مطمئناً به بیماری وخیمی مبتلا شده است. بیمار سومی هیچ همه‌ای نداشت، اما وقتی تشخیص بیماری‌اش را فهمید بسیار آشفته شد. او شنیده بود که زخم دوازده به علت فشار روحی-عصبی و اضطراب به وجود می‌آید و نگران بود که مبادا این بیماری مانع

1. self-awareness
3. mechanical fault

2. self-reflection

پیشرفت او در کارش شود. اگر آشکار می‌شد که او به عنوان کارمندی دون‌پایه در یک شرکت معتبر آن‌قدر تحت فشار بوده که به یک بیماری روان-تنی [مانند زخم دوازده] مبتلا شده است، شاید در مافوق‌هایش این احساس ایجاد می‌شد که او شایستگی مقام بالاتری را ندارد.

البته این جنبه از طب بالینی در مورد بیماری‌های وخیم اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. اریک کاسل^۱ (۱۹۳۱) این مورد را مثال می‌زند: بیمار یک خانم سی‌وپنج‌ساله هنرپیشه است. او به سرطان پستان مبتلا شده که به دیگر اعضای بدنش نیز سرایت^۲ کرده است. درمان «اختلال مکانیکی» او شامل است بر پرتودرمانی با اشعه ایکس، برداشتن تخمدان‌ها و شیمی‌درمانی. این کارها توسط «پزشکان متعددی انجام می‌شود که جدیدترین علوم و پیشرفته‌ترین تکنولوژی را، با نهایت عظوفت و دلواپسی صادقانه، به کار می‌گیرند». کاسل درباره مسائلی بحث می‌کند که به ارتباط میان رنج انسانی و بیماری جسمانی مربوط است. او به این نکته اشاره می‌کند که درک رنج یک بیمار با آگاهی از خصوصیات بیماری و عوارض جانبی درمان یکسان نیست. دردی که توسط غده سرطانی ایجاد می‌شود، کاهش قدرت دست راست به علت سرایت سرطان به غدد لنفاوی مجاور اعصاب آن دست، عوارض جانبی درمان مانند پرمویی صورت و بدن، کاهش میل جنسی، چاقی، بدقوارگی سینه‌اشعه‌خورده، تهوع، ریزش موی سر، ضعف و امثال ذالک، به نوبه خود بسیار ناخوشایند هستند، اما منشأ رنج بیمار تعبیری است که، وی در مقام انسانی که در خویشش تأمل می‌کند، از [نقش] این علائم در وضعیت شخصی خود دارد. او بیماری را چیزی بیش از عامل کاهش طول عمر می‌داند. از نظر او، بیماری تمایست فردی وی را، به عنوان شخصی منحصر به فرد که توسط تجربه منحصر به فردی از زندگی شکل گرفته است، تهدید می‌کند. او دیگر نمی‌تواند به عنوان هنرپیشه کار کند و توانمندی‌های خلاق خود را به ظهور برساند، او دیگر نمی‌تواند ارتباطات اجتماعی خود را، که نتیجه کار هنری او بوده است، ادامه دهد. نقش او به عنوان یک زن شدیداً مخدوش شده است. او دیگر نخواهد توانست مستقل باشد، بلکه باید بر مساعدت اطرافیان و جامعه و خدمات علم طب تکیه

1. Eric Cassell

2. metastasizing carcinoma

کند. بنا بر رأی کاسل، رنج انسانی فقط موقعی قابل فهم خواهد بود که تمام جنبه‌های شخصیت، از جمله زندگی گذشته، سابقه خانوادگی، فرهنگ، جامعه، وضعیت جسمانی، ذهن ناخودآگاه و امیدهای او به آینده را در نظر بگیریم.

B: شما خودتان گفتید که هر سه بیمار مبتلا به زخم دوازدهه یک نوع «اختلال مکانیکی» داشتند و برای آنها درمان واحدی تجویز کردید. آنها صرفاً بیماری واحدی داشتند. اما بیمار کاسل مسأله متفاوتی را پیش می‌کشد، مسأله‌ای بسیار پیچیده، و من می‌توانم درماندگی و گرفتاری او را درک کنم. با این حال، راه حل مسأله او تماماً زیست‌شناختی است. ما باید درباره علت بروز سرطان دانش بیشتری کسب کنیم، باید درمان‌های جدید مؤثرتری بیابیم که عوارض جانبی کمتری داشته باشند. البته من مسائل دیگری را هم که شما مطرح کردید تصدیق می‌کنم. اگر من از بیماری تلقی اختلال کارکرد زیست‌شناختی دارم به این معنی نیست که به راستی دل‌وایس بیمارم نیستم. من موافقم که طب بالینی هم هنر است و هم علم. اما نیاز ما به کسب دانش جامع درباره اثرات زیست‌شناختی درمان‌های متفاوت، نیازی است که هرگز با درک همدلانه رنج یک بیمار سرطانی برآورده نمی‌شود.

C: البته منظور من این نیست که شما دل‌وایس بیمارانتان نیستید و همان‌طور که قبلاً گفتم، طب علمی ابزار بسیار مهمی است. پزشکان باید هرچه بیشتر درباره روش‌های علمی بدانند تا بتوانند نقادانه از تکنولوژی پزشکی جدید استفاده کنند. اما من هنوز بر این ادعا که «بیماری و تندرستی چیزی بیش از مفاهیم زیست‌شناختی نیستند» قویاً ایستاد دارم. ما توافق کردیم که «کارکرد زیست‌شناختی بهنجار» به معنای «کارکرد زیست‌شناختی معطوف به یک هدف» است و من فکر نمی‌کنم که غایت حیات بشر در قالب الفاظ زیست‌شناختی بگنجد. بنابراین من نتیجه می‌گیرم که مفاهیم بیماری و تندرستی از حدود طب علمی فراتر می‌روند. این اختلاف نظر ما مهم است چرا که تمام فعالیت‌های طب در خدمت تندرستی و حذف بیماری است. برداشت شما از طب، عبارت از علمی است که ظنن انسانی دارد، اما من معتقدم علم طب شاخه‌ای از هنر طب است.

B: شما به تلقی زیست‌شناختی از بیماری حمله کردید، اما می‌بینم که در ارائه تعریفی بدیل برای تندرستی و بیماری توفیقی نداشتید.

C: می‌دانم. من حتی نمی‌توانم معنای یک صندلی را تعریف کنم (به صفحه ۲۴ نگاه کنید).

یک تذکر

این بحث ملخص اغلب مجادلاتی است که درباره این مقوله بارها و بارها در کتاب‌ها و مقاله‌ها آمده است. ما با دکتر C هم‌رأی هستیم و مانند او تحویل‌گرایی زیست‌شناختی را در طب مردود می‌دانیم. اما این موضع‌گیری نباید موجب سوء تعبیر شود. ما می‌پذیریم که مدل مکانیکی بخشی انفکاک‌ناپذیر از مفهوم بیماری است. ما صرفاً این ادعا را که «مدل مکانیکی توصیفی کامل از بیماری ارائه می‌دهد» مردود می‌دانیم. البته اهمیت زیست‌شناسی را انکار نمی‌کنیم، زیرا مطابق دیدگاه واقع‌گرایی، انتظام‌ها و پدیده‌های زیست‌شناختی متسهود را باید برحسب مکانیسم‌های زیست‌شناختی تبیین کنیم. هیچ شک و وجود ندارد که مدل مکانیکی بخشی از پارادایم پزشکی جدید است و از این حیث نیز بی‌نهایت سازنده و ثمربخش بوده است، اما، همان‌طور که در گفت‌وگوی بالا آمد، بیماری‌ها صرفاً مقولات زیست‌شناختی نیستند. این ارگانسیم‌های بیولوژیک نیستند که ناخوش‌اند، بلکه موجودات انسانی هستند که بیماراند. حتی خود بیماری‌ها، مانند زخم دوازدهه یا سرطان، که متضمن اختلالی زیست‌شناختی هستند، علل، تظاهرات و تأثیراتی دارند که از حدود دانش زیست‌شناسی فراتر می‌رود. بنابراین طب بالینی چیزی بیش از زیست‌شناسی کاربردی است. پزشکان باید برای تجربه‌های بیمارانشان از درد، رنج، عزت نفس، هدف در زندگی و اسئالهم، اهمیت قائل شوند، آنها باید یاد بگیرند با چنین پدیده‌های غیرزیست‌شناختی به نحوی عقلانی برخورد کنند. شاید این بزرگترین چالشی است که در برابر طب معاصر قرار دارد. در بهترین حالت تحویل پدیده‌های غیرزیست‌شناختی به زیست‌شناسی حاصلی دربر ندارد و در بدترین حالت تصویری مخدوش و نامقبول از انسان ارائه می‌دهد.

در فصل‌های آینده ما همچنان طب را به عنوان شاخه‌ای از علوم طبیعی مورد تحلیل قرار خواهیم داد و درباره طبقه‌بندی بیماری‌ها براساس مدل مکانیکی

بحث خواهیم کرد. سپس، ما آنچه را که معتقدیم تلقی جامع تری از انسان است ارائه خواهیم کرد و نشان خواهیم داد که می توان پدیده های اخلاقی، روان شناختی و اجتماعی را در چارچوب گسترده ای فهمید و آنها را به نحو عقلانی مورد بحث و بررسی قرار داد. این چارچوب وسیع، که آن را هرمنوتیک^۱ می نامیم (به صفحه ۱۶۹ نگاه کنید)، به ما اجازه می دهد مسائل مربوط به ارزش ها، اخلاقیات و نیت را همراه با مسائل مربوط به علوم طبیعی مورد ملاحظه قرار دهیم.

یادداشت ها

1. Murphy, E. A. *The Logic of Medicine*. Baltimore: the Johns Hopkins University press, 1976, p. 123.
2. Boorse, C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 1977; 44: 542–73. در این مقاله بسیار مهم، بورس از مفهوم زیست شناختی بیماری دفاع می کند. ما صرفاً می توانیم درباره پاره ای از ادله او در کتاب خود به بحث پردازیم.
3. p. 557 in [2].
4. Ross, A. Sygdomsbegreb. (the Concept of disease. in Danish.) *Bibliotek for Læger*. 1979; 171: 111–29.
5. Seadding, J. G. Diagnosis: the clinician and the computer. *Lancet*, 1467; II: 877–82.
6. p. 559 in [2].
7. Kendell, R. E. The Painful facts. in: Philips, C. I. & Wolfe, J.N. (eds) *Clinical Practice and Economics*. Oxford: Pitman Medical, 1977, pp. 89–96.
8. P. vii in Phillips, C. I. & Wolfe, J. N. (eds) *Clinical Practice and Economics*. Oxford: Pitman Medical. 1977.
9. pp. 560–1 in [2].
10. Kraupl-taylor, F. *The Concept of Illness, Disease and Morbus*. Cambridge: Cambridge University Press 1979, pp. 69–71.
11. pp. 555–6 in [2].
12. Ross, A. Det psykopatologiske sygdomsbegreb. (the psychopathological disease. concept. in Danish) *Bibliotek for Læger*, 1980; 172: 1–23.
13. Cassell, E. The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine*, 1982; 306: 639–45.

۱. *hermeneutics*

علیت در طب

امروزه استدلال بر مبنای علیت^۱ در تمام سطوح تفکر پزشکی حاکم و جاری است. طبیبان حادثی که برای نخستین بار بیماری را می بینند، معمولاً بی درنگ اقدام به نوشتن نسخه نمی کنند، بلکه ابتدا به معاینه کامل وی می پردازند. آنها فکر می کنند که قبل از انتخاب بهترین درمان، باید علت بروز تظاهرات^۲ [و علائم بیماری] را معلوم نمایند. پزشکان علی الاغلب در توضیح این رأی می گویند که، به جای تظاهرات بیماری، باید خود بیماری را درمان کرد. به این طریق آنها تلویحاً اشاره می کنند که بیماری علت بروز شکایات و تظاهرات است.

دانشمندان علوم پزشکی نیز بر مبنای علیت می اندیشند، زیرا می کوشند تا بر دانش ما درباره علل بیماری های مختلف بیفزایند. آنها این هدف را به راه های گوناگون دنبال می کنند. کسانی که در پژوهش های آزمایشگاهی فعالیت دارند، این علل را درون بدن انسان می جویند؛ در حالی که اپیدمیولوژیست ها^۳ این علل را در محیط جستجو می کنند.

شاید این اشارات مقدماتی قدری بی اهمیت جلوه کند، اما علاقه مندان به فلسفه طب را دعوت می کند تا مسأله علیت را در قلمرو تفکر پزشکی مورد تحلیل قرار دهند. ما در این فصل منطق علیت^۴ و علت بیماری در فرد بیمار را مورد ملاحظه قرار می دهیم و در فصل آینده درباره سبب علی طبقه بندی بیماری بحث خواهیم کرد.

منطق علیت

روزانه، ما در گفت وگوهای خود مرتباً به علت و معلول اشاره می کنیم. در اینجا نیز به کمک مثال های غیر پزشکی ساده به بررسی مقوله علیت می پردازیم. نخستین مثال

1. causal reasoning
3. Epidemiologists

2. symptoms
4. the logic of causation

مربوط به تلفن همگانی است. این تلفن‌ها طوری طراحی شده‌اند که استفاده‌کننده باید اول گوشی آنها را بردارد و سپس سکه‌ای درون آنها بیندازد. اگر تلفن به وسیله سکه به کار بیفتد، صدای بوق آزاد شنیده می‌شود.

تلفن A کاملاً درست کار می‌کند، چون همیشه با انداختن سکه مناسب بوق آزاد می‌زند و همیشه وقتی سکه‌ای درون آن نیست کار نمی‌کند. در این حالت انداختن سکه شرط لازم^۱ و کافی^۲ برای به کار افتادن تلفن است.

اما تلفن B درست کار نمی‌کند. این تلفن، مانند تلفن A وقتی سکه‌ای درون آن نیست کار نمی‌کند، اما بعضی اوقات پس از انداختن سکه نیز به کار نمی‌افتد. بنابراین، انداختن سکه شرط لازم برای به کار انداختن تلفن است، اما شرط کافی نیست.

تلفن C نیز خراب است، اما برعکس تلفن B. انداختن سکه همیشه باعث شنیدن بوق آزاد می‌شود، اما گاهی بوق آزاد بدون انداختن سکه هم شنیده می‌شود. در نتیجه، انداختن سکه علت کافی برای به کار افتادن تلفن است، اما لازم نیست.

این مثال اصطلاحات رایجی را نشان می‌دهد که با «تلقی هیومی^۳» یا «تلقی قائلین به تعاقب^۴» در باب علیت پیوند نزدیکی دارند (صفحه ۴۱). ما هنگامی می‌گوییم «X علت لازم برای Y است» که X همیشه پیش از Y ظاهر شود و هنگامی می‌گوییم «X علت کافی برای Y است» که Y همیشه پس از X بیاید (۱۱).

این تلقی از علیت نمایانگر سنت تجربه‌گرایانه در فلسفه علم است که در فصل ۲ مورد بحث قرار گرفت: اگر ما بارها و بارها مشاهده کنیم که دورویداد یکی پس از دیگری و با ترتیب منظمی رخ می‌دهند، می‌گوییم که این دو با یکدیگر رابطه علی دارند. ما واژه‌هایی مانند لازم و کافی را به کار می‌بریم تا الگوی حاکم بر توالی مشهود وقایع را مشخص کنیم. به این نحو، تجربه‌گرایان علیت را به پدیده‌ای روان‌شناختی تحویل می‌کنند؛ یعنی این رابطه چیزی نیست جز تصویری در ذهن مشاهده‌گر. در اینجا ما مجادلانی را که علیه موضع تجربه‌گرایان مطرح شده تکرار نخواهیم کرد، اما فقط اشاره می‌کنیم که تلقی تجربه‌گرایانه از علیت نتیجه بسیار نامیمونی به همراه

دارد: گزاره‌های حاکی از روابط علی‌الاصول باید بر پایه «مشاهدات مکرر» باشند. در این حالت به دشواری می‌توان از علیت در «یک مورد منفرد^۱» سخن گفت.

در فصل ۲، ما از موضعی بدیل، یعنی موضع واقع‌گرایانه، در فلسفه علم دفاع کردیم. از دیدگاه واقع‌گرا، تحلیل علیت درباره یک مورد منفرد اشکال [منطقی] ندارد. واقع‌گرا نظریه ایجاد در باب علیت^۲ را می‌پذیرد. برای او گزاره «X علت Y است» یعنی X کمک می‌کند تا Y از طریق مکانیسمی خاص ایجاد شود. علیت تصویری در ذهن مشاهده‌گر نیست، بلکه وجهی از وجه آن جهان واقعی است که ما مشاهده می‌کنیم. البته از دیدگاه واقع‌گرا نیز مطالعه رابطه زمانی میان وقوع وقایع مختلف اهمیت دارد، اما چنین مطالعاتی مقصود بالذات نیستند، بلکه صرفاً وسیله‌ای برای کشف مکانیسم‌های نهفته‌اند.

برای معرفی اصطلاحاتی که به موارد منفرد قابل اطلاق باشند، دوباره مثال سه تلفن بالا را در نظر می‌گیریم. مشاهدات مکرر نشان داده‌اند که برای به کار افتادن تلفن C، انداختن سکه علت کافی است اما لازم نیست. این عبارات صرفاً از تجربه‌ای طولانی مدت حکایت می‌کنند، اما به ما نمی‌گویند در یک زمان خاص وقتی قصد استفاده از تلفن را داریم چه اتفاقی خواهد افتاد. اگر ما سکه‌ای درون تلفن بیندازیم و بوق آزاد را بشنومیم ممکن است به هیچ‌وجه در نیابیم که آیا واقعاً سکه سبب به کار افتادن تلفن شده است یا آنکه بدون استفاده از سکه هم ممکن بود تلفن به کار افتد. به سخن دیگر، ممکن است در نیابیم که در آن مورد خاص انداختن سکه عاملی غیرزاید^۳ بوده است یا عاملی زاید^۴. اگر انداختن سکه یکی از اجزای انفکاک‌ناپذیر مجموعه علل مؤثر^۵ باشد (یعنی مجموعه عواملی که پاسخ مطلوب را ایجاد می‌کند) عامل غیرزاید خواهد بود، در غیراین صورت عامل زاید خواهد بود. اگر ما نحوه کار تلفن را بدانیم و اگر ما مکانیسم داخلی تلفن را در آن زمان خاص مورد بررسی قرار دهیم، چه‌بسا بتوانیم به این پرسش پاسخ دهیم.

تلفن B خلاف این امر را نشان می‌دهد، زیرا تجربه طولانی مدت معلوم کرده

1. singular case

3. non-reductant factor

5. effective causal complex

2. generative theory of causation

4. reductant factor

1. necessary

3. Humian view

2. sufficient

4. successionist view

است که انداختن سکه علت لازم است و نه علت کافی. به عبارت دیگر، انداختن سکه همیشه عامل غیرزاید است، اما احتمالاً بعضی مواقع بعضی عوامل غیرزاید دیگر نادیده می‌مانند، مثلاً شاید می‌بایست تلفن را تکان داد تا سکه را قبول کند، در غیراین صورت تلفن به کار نمی‌افتد.

تلفن A چنین مشکلاتی ندارد. بنا به تجربه طولانی مدت، انداختن سکه هم لازم و هم کافی است، یعنی در تمام موارد سکه عاملی غیرزاید بوده است و در تمام موارد هیچ عامل غیرزاید دیگری از قلم نیافتاده است.

برای آنکه از خلط اصطلاحات بپرهیزیم، از این پس وقتی دربارهٔ موارد کلی^۱ بحث می‌کنیم، یعنی وقتی به مجموعه‌ای از مشاهدات اشاره می‌کنیم، از اصطلاحات «علت لازم» و «علت کافی» استفاده خواهیم کرد، اما وقتی به موارد منفرد^۲ اشاره می‌کنیم، از اصطلاحات «عوامل علی غیرزاید» و «مجموعه علل مؤثر» استفاده خواهیم کرد.

مثال بعدی کمک می‌کند تا پیچیدگی مکانیسم‌های علی در زندگی واقعی روشن شود. کارخانه‌ای در آتش می‌سوزد و از بین می‌رود. تحقیقات بعدی معلوم می‌کند که آتش سوزی دست‌کم سه علت داشته است: ۱. در یکی از وسایل برقی اتصالی رخ داده است؛ ۲. در نزدیکی این وسیله مقادیر زیادی مواد قابل اشتعال انبار شده بوده است؛ ۳. نگهبان شب خواب بوده است.

این مثال نشان می‌دهد که نمی‌توان صرفاً به تمایز میان علل لازم و کافی بسنده کرد. البته این یک مورد منفرد است، اما اگر آتش‌سوزی‌های چند کارخانه را در نظر بگیریم، این سه عامل نه لازم هستند و نه کافی. برای مثال اتصالی برق علت لازم نیست، چون کارخانه به طرق دیگر هم آتش می‌گیرد؛ و کافی نیست، چون همیشه به دنبال اتصالی برق آتش‌سوزی اتفاق نمی‌افتد. مکی^۳، فیلسوف انگلیسی، که این مثال را از او وام گرفته‌ایم، متذکر می‌شود هنگامی که ما می‌گوئیم مثال‌هایی از زندگی واقعی را مورد تحلیل قرار دهیم، همان وضعیت امور نوعی^۴ را بیان می‌کنیم و، همان‌طور که بعداً نشان خواهیم داد، طب از این قاعده مستثنی نیست [۲].

حال ما به بررسی ساختار مجموعه علل مؤثری می‌پردازیم که در این مورد

1. general case

2. singular case

3. J. L. Mackie

4. typical state of affairs

خاص منجر به حادثه شده است. این مجموعه از سه عامل تشکیل شده است که با یکدیگر تفاوت دارند، به این ترتیب که: نخستین عامل سیر وقایع را شروع کرده است و دومین عامل واسطهٔ ادامهٔ سیر وقایع بوده است و عامل سوم نتوانسته از سیر وقایع جلوگیری کند. اما نکته مهم این است که همهٔ آنها غیرزاید بودند، زیرا حذف هر یک از آنها مانع بروز حادثه می‌شده است. اکنون به این نتیجه مهم می‌رسیم که آن دسته عواملی که در گفت‌وگوهای روزانهٔ خود علل یک واقعه می‌خوانیم، معمولاً نه لازم‌اند و نه کافی، بلکه فقط اجزای غیرزاید مجموعه‌ای از علل مؤثر هستند.

این مثال همچنین نشان می‌دهد که تحدید حدود مجموعه علل مؤثر امری اختیاری است، زیرا می‌توان عوامل غیرزاید دیگری را [به این مجموعه علل مؤثر]، تقریباً تا بی‌نهایت، افزود. برای مثال، می‌توانیم اطلاعات زیر را هم برشماریم: قسمتی از ساختمان کارخانه چوبی بوده است، کارخانه فاقد سیستم آب‌پاش بوده است، (و حتی اگر بخواهیم وارد جزئیات شویم) اکسیژن هم در جو زمین وجود داشته است. همچنین، می‌توانیم علل به وجود آمدن سه عامل ذکر شده را نیز به حساب آوریم؛ یعنی علل اتصالی برق و علل خواب‌آلودگی نگهبان شب. معمولاً فهرست [عوامل مؤثر] به آن دسته از عوامل محدود می‌شود که تحت آن شرایط خاص غیر معمول به حساب می‌آیند. اما ما بعداً اشاره خواهیم کرد که در طب ذکر آن دسته از عواملی که به طور معمول وجود دارند، گاهی حائز اهمیت است.

وقتی یک کارخانه در آتش‌سوزی از بین می‌رود، معمولاً کسی در پی تهیهٔ فهرست بلندی از علل نیست، همه صرفاً به دنبال علت خاصی^۱ واقعه هستند، و در این مورد اخیر اغلب مردم احتمالاً اتصالی برق را انتخاب می‌کنند. البته به هیچ وجه این تنها جواب ممکن نیست، زیرا دیگران به همان اندازه حق دارند که نگهبان شب را مقصر بشناسند یا محل نگاهداری مواد قابل اشتعال را عامل اصلی بدانند. جان کلام اینکه، وقایع روزمره توسط مجموعه‌ای از علل مؤثر تعیین می‌پذیرند، مجموعه‌ای که خود عوامل غیرزاید گوناگونی را دربر می‌گیرد و در تحلیل نهایی، گزینش «علت خاص» نتیجهٔ یک انتخاب است. انتخابی که از علائق شخص انتخاب‌کننده حکایت می‌کند. خوب است بدانیم که ما معمولاً فقط دربارهٔ علل وقایع نامطلوب

1. the cause

مورد بحث قرار می‌دهیم. نوع مشکلاتی که در این بیماران می‌بینیم به هیچ‌وجه نادر نیست و خواننده طیب به آسانی می‌تواند مثال‌های مشابهی را در میان بیماران خود بیابد. چنین تحلیل‌هایی کمک می‌کنند تا هرکس دانش خود را، درباره علل بیماری فرد بیمار و نیز دلیل درمان انتخابی خود، محک بزند.

نخستین بیمار مردی ۲۳ ساله است که وی را به بخش اورژانس آورده‌اند. او دچار تب و سفتی گردن است. پس از بررسی معلوم می‌شود که وی مبتلا به مننژیت^۱ است و در مایع نخاع او میکروب پنوموکک^۲ وجود دارد. پنج سال پیش متعاقب تصادف با اتومبیل، طحال او را برداشته‌اند. به خوبی می‌دانیم که پس از برداشتن طحال^۳ خطر ابتلا به مننژیت و عفونت‌های خونی^۴ ناشی از میکروب پنوموکک افزایش می‌یابد. معمولاً بیمارانی را که طحالشان برداشته می‌شود، علیه پنوموکک واکسینه می‌کنند. اما این کار برای این بیمار انجام نشده است.

در این مورد ما سه عامل علی را شناسایی کرده‌ایم: حمله میکروب پنوموکک، نداشتن طحال و عدم واکسیناسیون. این مثال تا حد زیادی شبیه مثال آتش‌سوزی کارخانه است. اگر ما تعدادی از موارد مننژیت را در نظر بگیریم، این سه عامل برای این بیماری علل لازم و کافی به حساب نمی‌آیند. برای مثال، پنوموکک تنها میکروبی نیست که ایجاد مننژیت می‌کند و نیز بیمارانی که دچار عفونت پنوموککی می‌شوند به ندرت مننژیت می‌گیرند. با وجود این، هر سه عامل می‌توانند در این بیمار خاص اجزای غیرزاید مجموعه علی مؤثر قلمداد شوند. مانند مورد آتش‌سوزی کارخانه، عامل اول شروع‌کننده و عامل دوم واسطه بوده است و عامل سوم نتوانسته از وقوع نتیجه جلوگیری کند، هرچند مشابهت این دو مثال کامل نیست. ورود باکتری به بدن منجر به بروز حالت عفونت می‌شود و این حالت خود را به حالت مننژیت نشان می‌دهد. بنابراین ما می‌توانیم از دانش خود درباره مکانیسم بیماری برای مقاصد درمانی استفاده کنیم؛ در مورد این بیمار می‌توانیم با تجویز پنی‌سیلین پنوموکک‌ها را از بین ببریم و او را درمان کنیم.

همان‌طور که قبلاً متذکر شدیم، پزشکان علی‌الغالب درباره علت خاص یک

بحث می‌کنیم؛ مانند آتش‌سوزی کارخانه یا تأخیر ورود هواپیما. اما وقتی کارخانه‌ای در آتش نمی‌سوزد یا هواپیما به موقع وارد می‌شود، معدودی از مردم در پی یافتن علت برمی‌آیند. بر همین قیاس، ما بیشتر تمایل داریم به جست‌وجوی علل بیماری بپردازیم تا اینکه علل تندرستی را بیابیم.

در پایان این قسمت، مثال غیرپزشکی دیگری می‌آوریم تا نوع دیگری از علل را توضیح دهیم. دمای اتاق پایین است، دو دلیل^۱ برای آن وجود دارد:

۱. هوای بیرون خیلی سرد است و ۲. بخاری زیاد گرم نیست.

می‌توان فرض کرد که اگر هر یک از این عوامل حذف شوند (یعنی اگر دمای هوای بیرون بالا برود یا اگر ما درجه بخاری را زیاد کنیم)، دمای اتاق مناسب خواهد شد. این امر نشان می‌دهد که ما با مجموعه‌ای از علل مؤثر سروکار داریم که دست‌کم از دو عامل غیرزاید تشکیل شده است. در عین حال، این مثال با مثال پیشین تفاوت دارد، زیرا رابطه علیت به جای آنکه کیفی باشد کمی است، و حتی می‌توان این رابطه را برحسب توابع ریاضی نشان داد. در اینجا بحث بر سر دو حالت^۲ است که حالت سومی را تعیین می‌کنند، نه یک واقعه^۳ (اتصال برق) که واقعه دیگری را (تخریب کارخانه توسط آتش) شروع می‌کند. این تمایز میان دو نوع رابطه علیت پیامدی عملی دربر دارد: اگر ما نسبت به مکانیسم علی بروز آتش‌سوزی در کارخانه معرفت داشته باشیم، می‌توانیم از آن به منظور «پیشگیری»^۴ استفاده کنیم؛ چه‌بسا این امر به ما کمک کند تا از بروز حوادث مشابه در آینده جلوگیری نماییم. در حالی که اگر ما نسبت به علل کاهش دمای اتاق معرفت داشته باشیم می‌توانیم از آن به منظور «علاج»^۵ این وضعیت بهره بگیریم، یعنی می‌توانیم معلول (دمای اتاق) را با دستکاری یکی از حالت‌های علی (دمای بخاری) تنظیم کنیم.

پنج مورد بالینی

اکنون برای آنکه کاربرد این آرا را در مسائل بالینی نشان دهیم، شرح حال پنج بیمار را

1. meningitis
3. splenectomy

2. pneumococcus
4. septicemia

1. reason
2. state
3. event
4. preventive purpose
5. therapeutic purpose

بیماری^۱ حرف می‌زنند و در مورد این بیمار اکثر پزشکان احتمالاً خواهند گفت که مننژیت به علت پنوموکوک به وجود آمده است. این انتخاب از دیدگاه درمانی بسیار طبیعی است، زیرا ما می‌توانیم این عامل غیرزایید را از بین ببریم. اما از حیث پیشگیری معقول‌تر آن است که عدم واکسیناسیون را علت بدانیم. پدیده‌های طبیعی همیشه معلول چند علت هستند و این مثال به خوبی روشن می‌کند که بیماری از این قاعده مستثنی نیست. همیشه بروز بیماری در فرد بیمار معلول چند عامل است و برگزیدن یکی از آنها به عنوان علت خاص نتیجه انتخابی است که از علائق شخصی ما حکایت می‌کند.

دوسین بیماری که درباره او بحث می‌کنیم یک مرد ۶۲ ساله مبتلا به سرطان ریه است. او از خیلی سال پیش روزانه ۶۰-۴۰ نخ سیگار می‌کشید. اغلب مردم خواهند گفت که کشیدن سیگار علت خاص بروز سرطان در این بیمار است. البته این گفته درست است، چون اگر بیمار به مدت طولانی سیگار نمی‌کشید بعید بود که به سرطان ریه مبتلا شود. اما از طرف دیگر، بسیاری از سیگاری‌های قهار هرگز به سرطان ریه مبتلا نمی‌شوند. به سخن دیگر، مجموعه علّی مؤثر، در این مورد، از عوامل غیرزایید دیگری هم تشکیل شده که بعضی از آنها احتمالاً منشأ وراثتی دارند. گاهی اوقات پزشکان اظهار می‌کنند که از لحاظ علمی ثابت شده است که ۷۰ درصد از کل سرطان‌ها به علت عوامل محیطی به وجود می‌آیند. در همان حال، دیگران پاسخ می‌دهند که این موضوع درست نیست، زیرا از لحاظ علمی این هم ثابت شده است که ۸۵ درصد تمام سرطان‌ها منشأ ژنتیک^۲ [= وراثت] دارند. البته اختلاف نظر درباره چنین گزاره‌هایی عبث است، زیرا آنها با هم کاملاً سازگار هستند. مثلاً به لحاظ نظری امکان دارد بروز ۱۵ درصد از کل سرطان‌ها معلول شرایط محیطی باشد، آنچنان که اگر هر کس در این شرایط قرار بگیرد، به سرطان مبتلا شود. همچنین، نظراً امکان دارد که ۳۰ درصد از کل سرطان‌ها منشأ ژنتیک داشته باشند، یعنی فرد بدون ارتباط با شرایط محیطی به سرطان مبتلا شود. در ۵۵ درصد موارد باقی‌مانده بروز سرطان معلول شرایط محیطی و زمینه ژنتیکی، توأم با هم، است. اگر بواقع این‌طور باشد، کاملاً صحیح است که بگوییم ۷۰(۱۵+۵۵) درصد سرطان‌ها

1. the cause of a disease

2. genetic

ناشی از شرایط محیطی و ۸۵(۳۰+۵۵) درصد سرطان‌ها ناشی از زمینه ژنتیکی است. آگاهی نسبی از دانش منطق علّیت می‌تواند به ما کمک کند تا از بحث‌های بی‌حاصل و نتیجه‌گیری‌های شتابزده، که ظنین اجتماعی و سیاسی دارند، بپرهیزیم. گاهی اوقات عوامل غیرزایید [از نظر شیوع] غیر معمول^۱ نبوده و بلکه وقوع آنها امری طبیعی و بهنجار است. دو مثال بعد نشان می‌دهند که در برخی موارد ارزش دارد این نوع عوامل را نیز مد نظر قرار دهیم. خانمی ۵۷ ساله به خاطر درد قسمت فوقانی شکم به بیمارستان مراجعه می‌کند. پزشک با انجام اندوسکوپی^۲ متوجه می‌شود که بیمار زخم معده دارد. در این قبیل موارد معمولاً نتیجه می‌گیریم که زخم علت خاص درد است، اما در اینجا باز هم با عاملی علّی مواجه هستیم که نه لازم است و نه کافی. لازم نیست، چون خیلی از بیماران می‌توانند به علل دیگر دچار دل‌درد شوند، و کافی نیست، چون بعضی بیماران مبتلا به زخم معده دردی احساس نمی‌کنند. در این بیمار، زخم برای ایجاد درد عاملی غیرزایید است.

پزشک تصمیم می‌گیرد که بیمار را بیشتر بررسی کند و از بیمار آزمایش پنتاگاسترین^۳ به عمل می‌آورد. او برای بیمار لوله معده می‌گذارد و درمی‌یابد که اولاً تولید اسید در معده بیمار کاملاً در حد طبیعی است و ثانیاً مقداری صفرا از دوازدهه به معده برمی‌گردد. این یافته اخیر جالب است، زیرا می‌دانیم که برگشت صفرا^۴ ممکن است زخم معده ایجاد کند. اما باز هم ما فقط عاملی غیرزایید پیدا کرده‌ایم که نه لازم است و نه کافی. همه بیماران که برگشت صفرا دارند مبتلا به زخم معده نمی‌شوند و بسیاری عوامل دیگر هم، مانند مصرف آسپیرین، می‌توانند علت ایجاد زخم باشند.

البته پزشک می‌تواند برای توجیه برگشت صفرا حرکات دهانه خروجی معده را بررسی کند، اما برای مقاصد عملی لزومی ندارد شبکه علّی را بیش از این مورد کاوش قرار دهیم. طبیب معالج در صدد آن بر نمی‌آید که بیمار را با اصلاح برگشت صفرا نابهنجار درمان کند، بلکه او کاری کاملاً متفاوت انجام می‌دهد. همان‌طور که قبلاً گفتیم، تولید اسید در معده، که امری بهنجار به حساب می‌آید، در بیماران مبتلا به

1. unusual

2. endoscopy

3. pentagastrin test

4. bile reflux

زخم معده کاملاً شایع و عادی است. اما با وجود این، هنگامی که تولید اسید را به مدد دارو درمانی مهار کنیم، معمولاً زخم التیام می‌یابد. به عبارت دیگر، وجود اسید در معده برای ایجاد زخم عاملی غیرزاید است و می‌توان با حذف این عامل بهنجار، اما غیرزاید، زخم را التیام بخشید. برحسب عادت، ما منحصرأ به آن دسته از عوامل علیّی توجه می‌کنیم که نابهنجار می‌نمایند. اما از حیث درمانی خوب است به خاطر داشته باشیم که مجموعه علیّی مؤثر از بسیاری عوامل غیرزاید (چه بهنجار و چه نابهنجار) تشکیل شده است که با حذف هر یک از آنها می‌توانیم نتیجه مطلوب را به دست آوریم.

مورد بعدی به شرح همین اصل می‌پردازد. دخترخانمی جوان در دوران عادت ماهانه دچار خونریزی شدید می‌شود و همراه با خونریزی مرتباً مقداری آهن از دست می‌دهد، در نتیجه او به کم‌خونی فقر آهن^۱ مبتلا شده است. در غالب اوقات در چنین مواردی، طبیب معالج نمی‌کوشد مقدار خونریزی را کاهش دهد، زیرا احتمالاً تجویز قرص آهن برای احراز نتیجه مطلوب کفایت می‌کند. مصرف خوراکی آهن روزانه بیمار ممکن است کاملاً به اندازه طبیعی باشد، اما طبیب معالج می‌تواند بیمار را وادارد تا بیش از نیاز روزانه طبیعی آهن مصرف کند و به این ترتیب مطمئن شود که کم‌خونی وی درمان خواهد شد.

آخرین سؤال کمی پیچیده‌تر است، اما غیرمعمول نیست. این مثال جنبه‌های دیگری از تفکر پزشکی را نشان می‌دهد. مردی ۴۴ ساله به علت یرقان^۲ و تجمع مایع در محوطه شکم [=اسیت^۳] در بیمارستان بستری می‌شود. در بررسی معلوم می‌شود که وی دچار تخریب بافت کبد [=سیروز کبدی^۴] شده است. بیمار سال‌های طولانی به مقادیر زیاد از مشروبات الکلی استفاده می‌کرده است. وی تنهایی و افسردگی را علل مصرف الکل خود ذکر می‌کند. تخمین زده می‌شود که او روزانه حدود ۲۰۰ گرم الکل (از انواع مشروبات الکلی) مصرف می‌نماید. روان‌پزشک بیمار را معاینه می‌کند و درمی‌یابد که وی دوران کودکی دشواری را گذرانده است. هنگامی که او پنج‌ساله بوده است، پدر و مادرش از هم جدا می‌شوند و مادرش به

1. iron deficiency anemia

2. jaundice

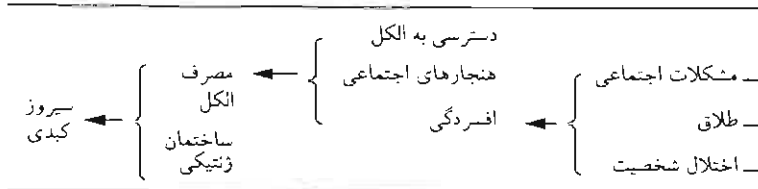
3. ascites

4. cirrhosis of the liver

سختی از عهده نگاهداری او و دو خواهرش بر می‌آمده است. وضعیت او در مدرسه بد بوده و مرتکب بزهکاری‌های کوچک هم شده است. بعداً نجاری را پیشه کرده و در کارگاه‌های ساختمانی مشغول به کار شده است؛ جایی که مصرف زیاد الکل در طی روز امری عادی است. استخدام او در هر شرکت هرگز بیش از چند سالی دوام نداشته است. او در جوانی ازدواج می‌کند، اما هنگامی که در دوره‌های طولانی بیکاری شروع به مصرف الکل می‌کند، همسرش از او طلاق می‌گیرد. روان‌پزشک طی معاینه به این نتیجه می‌رسد که او اختلال شخصیت^۱ نیز دارد.

البته در چنین موردی، مجموعه علیّی بسیار پیچیده است و نمودار زیر نمایی کلی از جریان را تصویر می‌کند:

جدول ۲. مجموعه علیّی در یک مورد سیروز کبدی



طبیب معالج هیچ شکمی ندارد که سیروز کبدی ناشی از اعتیاد به الکل است، چون مصرف این مقدار الکل را باید برای تخریب کبد علت کافی به شمار آورد. اما همچنین قوانینی وجود دارند که نشان می‌دهند میزان تخریب و سیر بیماری تا حدی معلول ساختمان ژنتیکی^۲ بیمار است.

تعیین علل اعتیاد بیمار به الکل دشوارتر است، اما بنا به اظهار خود بیمار، او به علت افسردگی شروع به مصرف الکل کرده است. البته این امر نمی‌تواند تنها عامل غیرزاید باشد، چون اگر او به طبقه اجتماعی خاصی تعلق نداشت که در آن نوشیدن مشروبات الکلی در طی روز بهنجار محسوب شود، و اگر مشروبات الکلی در تمام فروشگاه‌ها در دسترس نبود، آنچنان که در کشور دانمارک هست، ممکن بود وی به الکل معتاد نشود.

تعیین علل افسردگی نیز دشوار است. طلاق همسرش بر وخامت اوضاع افزوده

1. personality disorder

2. genetic constitution

است، اما او حتی از دوران کودکی هم دچار مشکلات اجتماعی برده است. روان‌پزشک می‌گوید که او دچار اختلال شخصیت نیز هست که نشان می‌دهد توانایی او برای حل مشکلات زندگی احتمالاً کمتر از حد معمول و بهنجار بوده است.

در حال حاضر، بسیاری از مردم دربارهٔ این موضوع که تعداد معتادان به الکل همچنان رو به افزایش است نگران هستند و دست‌اندرکاران امر، چه از گروه پزشکی و چه غیر آن، در این باره آرای مختلفی ارائه می‌دهند. آنها گاهی اوقات فکر می‌کنند علت خاص مسأله را می‌دانند. اما همان‌طور که انتظار داریم آرای هریک از آنها بازتاب بخشی از طیف هنجارها، تعلقات و معتقدات سیاسی جاری جامعه است. عده‌ای مدعی‌اند که اعتیاد به الکل یک بیماری اجتماعی است و در موردی مانند مثال بالا، اظهار می‌دارند که علل واقعی اعتیاد عبارتند از: بی‌کفایتی [جامعه] در حمایت از مادر بیمار، فقدان حمایت از فرد در مدرسه و دوره‌های بیکاری در سنین بالاتر. عده‌ای ممکن است ترجیح بدهند «ضعف شخصیت» بیمار را، که از نظر آنها معلول عوامل ژنتیکی است، علت بدانند. عده‌ای نیز ممکن است تأکید کنند که بیمار سهواً به مصرف الکل گرایش پیدا کرده است. آنها معتقدند باید قوانینی وضع نمود تا مصرف الکل محدود شود و به کودکان هنجارهای درست را آموزش داد و به این ترتیب با اعتیاد به الکل مبارزه کرد. البته مباحثات جاری متضمن دیدگاه‌های بسیار تخصصی تری است، اما حقیقت این است که در بسیاری از مباحثات چنان که باید بر چندعلتی بودن مشکلات تأکید نمی‌شود و لذا این مباحث به بیراهه می‌افتند و به سرمنزل مقصود نمی‌رسند.

شرح حال این بیمار مشکلات اساسی بیشتری را آشکار می‌کند. کاملاً معلوم نیست که الکل با چه مکانیسمی بافت کبد را تخریب می‌کند، اما مشکلی وجود ندارد که در چارچوب مفاهیم زیست‌شناختی (یعنی برحسب تغییرات مرفولوژی^۱، اختلالات زیست‌شیمیایی^۲ و فیزیولوژی و واکنش‌های ایمنولوژی) بتوان این تخریب را تبیین نمود. مراحل اولیه در زنجیرهٔ علّی ماهیت‌های گوناگونی دارند و وقتی می‌گوییم مشکلات اجتماعی یا پدیده‌های روانی (مانند اختلال شخصیت یا افسردگی) سبب افزایش مصرف الکل شده‌اند، به هیچ‌وجه معلوم نیست کدام‌یک از

1. morphological changes

2. biochemical disturbances

مکانیسم‌های متصور را باید دخیل دانست. بعضی روان‌پزشکان و اپیدمیولوژیست‌ها که موضع تجربه‌گرایانهٔ افراطی دارند، این مشکل را نادیده می‌گیرند و صرفاً دربارهٔ روابط آماری میان عوامل روان‌شناختی و شیوع اعتیاد به الکل به مطالعه می‌پردازند. در حالی که دیگران استدلال می‌کنند که نباید رفتار انسان را تبیین نمود بلکه باید آن را درک کرد. این گروه می‌گویند که ما نباید در پی کشف علل اعتیاد بیمار به الکل برآیم بلکه باید بکوشیم انگیزه‌های او را برای شروع مصرف الکل دریابیم. ما بعداً در این کتاب به این موضوع بسیار مهم بازخواهیم گشت (فصل‌های ۱۰ و ۱۴).

برای درک مفهوم بیماری، ما در این فصل پارادایم مدل مکانیکی را اختیار کردیم، اما درون این چارچوب استدلالی نیز نتوانستیم حق پیچیدگی مکانیسم‌های بیماری را ادا کنیم. برای مثال، ما ز تأثیر مکانیسم‌های دفاعی بدن، مکانیسم‌های حفظ تعادل^۱ و اهمیت چرخه‌های معیوب^۲ به غفلت گذشتیم.

دربارهٔ بیمار نخست گفتیم با از بین بردن میکروب پنوموکک توسط پنی‌سیلین می‌توان وی را درمان کرد، اما باید اضافه کنیم که علت بهبود بیمار نیز به چند عامل بستگی دارد. اگر پنوموکک‌ها از بین بروند و بیمار بهبود پیدا کند، مجموعه عللی که این نتیجه را به وجود می‌آورد تنها شامل تأثیر پنی‌سیلین نیست، بلکه کار یاخته‌های بیگانه‌خوار [=فاگو‌سیت‌ها^۳] و یاخته‌های تولیدکنندهٔ پادتن [لنفوسیت‌ها^۴] را نیز دربر می‌گیرد. نتیجهٔ اقدامات درمانی را نباید همیشه در نسبت با قدرت التیام ذاتی^۵ [بدن] مورد ملاحظه قرار دهیم [۱۳].

در مورد دختر مبتلا به کم‌خونی گفتیم از دست دادن آهن را باید با افزایش مصرف آهن جبران کنیم. اما نگفتیم که پایین بودن سطح آهن خون سبب می‌شود تا جذب آهن از رودهٔ کوچک افزایش یابد و بدن به وسیلهٔ این مکانیسم حفظ تعادل می‌کوشد تا سطح آهن خون را ثابت نگاه دارد. مکانیسم‌های حفظ تعادل در برقراری حالت ثبات (مانند تثبیت غلظت هورمون‌ها در خون، دمای بدن و فشارخون) اهمیت فوق‌العاده‌ای دارند.

در آخرین بیمار وقوع چرخهٔ معیوب را نشان دادیم؛ زیرا مشکلات اجتماعی‌ای که علل اعتیاد به الکل تلقی می‌شوند خود با مصرف الکل تشدید می‌گردند.

1. the mechanisms of homeostasis

2. vicious circles

3. phagocytes

4. lymphocytes

5. vis medicatrix naturae

همان‌طور که در مقدمه این فصل آمد، پزشکان مدعی‌اند برای درمانِ خردپسندانانه بیمار، باید علت ایجاد شکایات بیمار را بدانند. این بحث نشان داد که ادعای آنها حقیقتی مشروط است. دانش ما دربارهٔ مکانیسم‌های نهفته به تعداد معدودی از عوامل غیرزاید محدود می‌شود و نتیجهٔ درمان ما در گرو جایگاه و مرتبهٔ این عوامل در شبکهٔ علی است. عباراتی نظیر تسکین^۱، درمان علامتی^۲، درمان قطعی^۳ و درمان جایگزینی^۴، که تعریف دقیقی هم ندارند، حاکی از همین تنوع و تعدد عوامل است. استفاده از اصطلاحات دقیق‌تر در این حوزه شاید به ما کمک کند تا مشخص کنیم از بکارگیری هر شیوهٔ درمانی چه نتایجی انتظار داریم.

یادداشت‌ها

- گاهی ترجیح می‌دهند که رابطه‌های علی را برحسب گزاره‌های شرطی خلاف واقع (*counterfactually*) تعریف کنند، و از این تعریف معمای فکری زیر نتیجه می‌شود: « X علت لازم Y است» یعنی «اگر X واقع نشده بود، Y واقع نمی‌شد». « X علت کافی Y است» یعنی «اگر Y نمی‌خواست واقع شود، X واقع نمی‌شد».
 - بحث این فصل تا حد زیادی براساس تحلیل مکی (J. L. Mackie) از علیت ارائه شده است و مثال‌های غیرطبی آن شبیه مثال‌های مکی هستند. «عوامل غیرزاید مجموعه علی مؤثر» که ما آورده‌ایم، از لحاظ مقاصد عملی همان عواملی است که مکی به آنها *inus* factors می‌گوید (*inus* مخفف *Insufficient but Necessary parts of an Unnecessary but Sufficient causal complex* است). اما نظریهٔ مکی به سنت هیوم بازمی‌گردد، در حالی که ما نسبت به علیت دیدی واقع‌گرایانه داریم. مکی برای اولین بار ملخص دیدگاه‌های خود را در مقالهٔ زیر آورد: Mackie, J. L. Causes and conditions, *American philosophical Quarterly*, 1965; 2: 245–64
 - سپس مبسوط این نظریه را با جزئیات بیشتری در این کتاب منتشر کرد: Mackie, J. L. *The Cement of the Universe. A Study of Causation*. Oxford: Oxford University press, 1974
۳. قدرت ترمیم طبیعت (the healing power of nature)

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. palliation | 2. symptomatic treatment |
| 3. curative treatment | 4. substitution therapy |

فصل ۶

طبقه‌بندی بیماری‌ها:

ابزاری ضروری

در فلسفهٔ طب دو پرسش شبیه به هم وجود دارند که نباید آنها را با هم اشتباه کرد: «از بیماری یا ناخوشی در برابر تندرستی چه تلقی و درکی داریم؟» و «از جوهر یا موجودیت بیماری^۱ چه درمی‌یابیم؟»

دربارهٔ پرسش نخست، در فصل ۴ به تفصیل به بحث پرداختیم. این سؤال به یک اندازه مورد توجه پزشکان و عموم مردم است. بیماری و تندرستی اصطلاحات طبی مهمی هستند، زیرا طب هدفی جز حفظ تندرستی و حذف بیماری ندارد. اما این واژه‌ها در فرهنگ لغات متعارف هر زبانی نیز اهمیت دارند، چون مردم، حتی اگر پزشک هم نباشند، خود را سالم یا بیمار می‌پندارند. بعضی از مسائل که در فصل ۴ مورد بحث قرار گرفت ناشی از آن است که پزشکان مایل‌اند این مفاهیم را برحسب اصطلاحات مکانیکی یا زیست‌شناختی تعریف کنند، در حالی که این واژه‌ها در زبان متعارف معمولاً به احساسات شخصی و ذهنی افراد مربوط می‌شوند.

در این فصل، دربارهٔ پرسش دوم؛ که ناظر به ماهیت بیماری است، بحث خواهیم کرد. این سؤال مختص علم طب است. طبقه‌بندی بیماری^۱ ابزاری است که پزشکان از آن برای دسته‌بندی دانش تخصصی طب استفاده می‌کنند. این طبقه‌بندی تا حد زیادی بر پایهٔ مدل مکانیکی بیماری استوار است. ممکن است کسانی که پزشک نیستند نیز واژه‌هایی مانند سینوزیت^۲ یا آپاندیسیت^۳ را به کار برند، اما این واژه‌ها از فرهنگ اصطلاحات پزشکی وام گرفته شده‌اند و در سیاقی غیر از علم طب معنایی دقیق ندارند.

ما به کمک مثالی غیرپزشکی به تحلیل طبقه‌بندی بیماری‌ها می‌پردازیم. فرض کنید یک نفر اطلاع ناچیزی دربارهٔ طرز کار ساعت دارد و می‌خواهد ساعت‌های خراب پدریزرگش را طبقه‌بندی کند. او احتمالاً نوع اختلال کارکرد را مبنای

- | | |
|-------------------|-------------------------------|
| 1. disease entity | 2. the disease classification |
| 3. sinusitis | 4. appendicitis |

طبقه‌بندی خود قرار می‌دهد و ساعت‌ها را چنین طبقه‌بندی می‌کند: ساعت‌هایی که حتی اگر کوک شوند اصلاً کار نمی‌کنند، ساعت‌هایی که نامنظم کار می‌کنند و گاهی می‌خوابند، ساعت‌هایی که زمان درست را نشان نمی‌دهند و قس علی‌هذا. البته یک ساعت‌ساز این «تشخیص‌های علامتی» را قبول نخواهد کرد، زیرا او قادر است اختلال موجود در مکانیسم ساعت را دقیقاً مشخص کند. او طبقه‌بندی خود را بر مبنای «نحوه آسیب‌زایی»^۱ [=نحوه ایجاد آسیب] بدین‌گونه ارائه می‌دهد: ساعت‌هایی که زنگشان خراب است، ساعت‌هایی که بسیار کثیف‌اند و از این‌رو خوب کار نمی‌کنند، ساعت‌هایی که به علت ساییدگی چرخ‌دندانه بد کار می‌کنند و مانند اینها. در شق سوم، امکان دارد فردی دیگر بکوشد طبقه‌بندی خود را بر مبنای «علت موجهه»^۲ بگذارد. او ساعت‌های خراب را به این نحو از یکدیگر تفکیک می‌کند: ساعت‌هایی که به علت فرسودگی خراب شده‌اند، ساعت‌هایی که از آنها درست نگاهداری نشده است و آنهایی که حین جابجایی از محلی به محل دیگر صدمه دیده‌اند.

این مثال نشان می‌دهد که ساعت‌های خراب را می‌توان در سطوح مختلف طبقه‌بندی کرد و انتخاب نوع طبقه‌بندی به میزان دانش و تعلق خاطر مشاهده‌گر بستگی دارد. طبقه‌بندی دارنده ساعت صرفاً مشکلی را که باید حل شود توصیف می‌کند. اما ساعت‌ساز که طبقه‌بندی خود را بر مبنای آسیب‌زایی ارائه می‌دهد، می‌تواند معلوم کند که کدام قطعات باید تعویض یا تعمیر شوند. این طبقه‌بندی هدفی درمانی را دنبال می‌کند. امکان سوم، یعنی طبقه‌بندی بر مبنای علت موجهه، می‌تواند برای کسانی سودمند باشد که به حفظ و نگاهداری از ساعت‌های قدیمی علاقه‌مند هستند، زیرا این طبقه‌بندی شاید به آنها کمک کند تا از خرابی‌های کارکردی جلوگیری نمایند.

جان لاک در کتاب خود به نام رساله‌ای در باب فهم انسان^۳، که ما فقراتی از آن را در این فصل نقل خواهیم کرد، از مماثلت میان مکانیسم‌های طبیعت و نحوه کار ساعت استفاده کرد (و البته این کار شبیه به تمثیل خودرو در فصل ۴ است). لاک

1. pathogenetically
2. etiologically
3. *Essay Concerning Human Understanding*

واقع‌گراست، چون اعتقاد دارد ادراک ما از پدیده‌های طبیعی، مانند تظاهرات بیماری، ناشی از مکانیسم‌ها و ساختارها-یا جوهر واقعی^۱- چیزهایی است که درکشان می‌کنیم. او می‌نویسد که فاصله میان ادراکات^۲ و تصورات^۳ ما...

... با ساختار درونی و واقعی [اشیا]، که این کیفیات از آن منشأ می‌گیرند، بسی بیشتر است از... فاصله میان تصور یک فرد عامی از نحوه کار درونی ساعت معروف استرازبورگ^۴ [یا نحوه کار واقعی آن]، تصویری که صرفاً ناشی از مشاهده حرکات و اشکال بیرونی [ساعت] است... بنابراین ما به عبث ادعا می‌کنیم که اشیا را، بر مبنای جوهر واقعی آنها، در زمره انواع خاص قرار می‌دهیم. و آنها را ذیل اسامی و طبقات خاص می‌آوریم. چرا که جوهر واقعی آنها به دور از دسترس قوه کشف و ادراک ما قرار دارد [۱].

لاک معتقد بود که ما نمی‌توانیم منشأ ادراکات خود را دریابیم. بدون شک این اعتقاد در اواخر قرن هفدهم میلادی موجه بود. اما، همان‌طور که در فصل‌های پیشین شرح دادیم، اگر امروز بگوییم که ما هیچ معرفتی نسبت به ساختار و کارکردهای ساعت طبیعت نداریم، به ورطه شکاکیت بی‌وجهی افتاده‌ایم. ممکن است هنوز هم معرفت ما از مکانیسم‌های زیست‌شناختی محدود باشد، اما اغلب قادر هستیم پاره‌ای عوامل را که سبب بیماری انسان می‌شوند، به دقت مشخص نماییم. طبقه‌بندی کنونی ما از بیماری‌ها تا حد زیادی بر پایه این معرفت ناقص قرار دارد. اکنون می‌خواهیم این مقوله مهم را با جزئیات بیشتری به بحث بگذاریم. از این‌رو لازم است، قبلاً، درباره تکامل تدریجی طبقه‌بندی بیماری طی دو قرن اخیر شرح کراتی به میان آوریم.

تاریخچه طبقه‌بندی بیماری‌ها

تا انتهای قرن ۱۸ میلادی، پزشکان صرفاً به مشاهده ظاهر بیماران و گوش کردن به شکایات آنها اکتفا می‌کردند، از این حیث می‌توان آنها را شبیه آن مرد عامی دانست که می‌خواست طرز کار ساعت معروف واقع در شهر استرازبورگ را مطالعه کند؛ چرا که

1. the real essence
2. perceptions
3. ideas
4. *Strasbourg*

آنها فقط می‌توانستند بیماران خود را بر اساس تظاهرات و علائم بالینی طبقه‌بندی کنند. آنها تشخیص‌هایی مانند خیز^۱ (dropsy)، دق^۲ (phthisis)، آبله^۳ (variola)، سلسله‌البول^۴ (diabetes) و تیفوس (thyphus= stupor)، بر بیماران می‌گذاشتند. بعضی از افراد که در امر طبقه‌بندی شور زیادی نشان می‌دادند، مانند لینه و ساواژ، حتی عقیده داشتند به همان نحو که آنها خانواده‌ها و گونه‌های گیاهی و جانوری را از هم تمکیک می‌کنند، می‌توان میان خانواده‌ها و گونه‌های بیماری نیز تمایز قائل شد (صفحه ۵۹). حتی امروز هم در طبقه‌بندی بیماری، سندرم‌های بالینی بسیاری وجود دارند که فقط بر مبنای مجموعه تظاهرات و علائم بالینی بیمار تعریف می‌شوند، زیرا ما هنوز تقریباً هیچ چیز درباره مکانیسم‌های نهفته آنها نمی‌دانیم.

همچنین در فصل ۳ یادآور شدیم که در ابتدای قرن ۱۹ میلادی پزشکان شروع به انجام اتوپسی^۵ [=کالبدشکافی جسد بیماران فوت‌شده] کردند، و سپس به تدریج رسم بر آن شد که بیماری‌ها را برحسب ضایعات آناتومی تعریف کنند. این فکری کاملاً بدیع بود و تأثیر بسزایی بر طب گذاشت. حتی امروز هم عمده اسامی بیماری‌ها از اصطلاحات مربوط به ضایعات آناتومی وام گرفته شده است (مانند زخم معده، انفارکتوس [=سکته] قلبی^۶ و التهاب کیسه صفرا^۷). برای بیان آنچه اتفاق افتاد می‌توانیم فرض کنیم که پزشکان در آن زمان تعدادی بیمار را مشاهده می‌کردند که در قسمت بالای شکم خود درد احساس می‌کردند و سپس درمی‌یافتند که شماری از این بیماران زخمی در معده خود دارند. همان‌طور که در صفحه ۱۰۱ توضیح دادیم، وجود زخم برای ایجاد دل‌درد نه علت لازم است و نه علت کافی. اما پزشکان توجه خود را بر زخم معده متمرکز می‌ساختند، زیرا ذهن آنها معطوف به کشف ضایعه آناتومی^۸ بود. در برخی بیماران مبتلا به درد فوقانی شکم، زخم معده صرفاً یک عامل علی غیرزاید است، اما در آن هنگام، این ضایعه را در مقام یک

1. dropsy: (Latin) *hydrops*=water
2. phthisis: (Greek) *phthisis*=wasting of whole or some part of body
3. variola: (Latin) small pox, mottled appearance
4. diabetes: (Greek) *Dia*=through, *bainein*=to go
5. autopsy
6. myocardial infarction
7. cholecystitis
8. morbid anatomy

بیماری قرار می‌دادند. پزشکان در تألیف کتب درسی فصل‌هایی را به بیماری زخم معده اختصاص می‌دادند و درباره علل و تظاهرات این بیماری به بحث می‌پرداختند. چند دهه بعد، پزشکان به فیزیولوژی انسانی علاقه‌مند شدند. گویی این عینک جدید آنها را وامی‌داشت، در جایی که قبلاً ضایعات آناتومی را می‌دیدند، حالا اختلالات فیزیولوژی را ببینند. این شیوه جدید بر طبقه‌بندی بیماری نیز اثر عمیقی گذاشت. پیش از این، پزشکان می‌گفتند که بیماران مبتلا به درد فوقانی شکم زخم معده یا زخم دوازده دارند، اما پس از این تحول، آنها ادعا می‌کردند که این بیماران دچار افزایش شیره معده^۱ یا کاهش شیره معده^۲ شده‌اند. البته، پزشکان این تشخیص‌های خاص را خیلی سریع کنار گذاشتند و دوباره همان تشخیص‌های آناتومی قدیمی را به کار گرفتند. اما هنوز هم بیماری‌های دیگری که تعریف فیزیولوژی دارند، مورد قبول هستند. در تعریف مجدد بیماری گریوز^۳، آن‌را پرکاری غده تیروئید^۴ [=هیپرتیروئیدسم] دانستند و دیابت قندی را اختلال در سوخت‌وساز مواد قندی^۵ [=متابولیسم کربوهیدرات‌ها] تلقی کردند. علاقه به فیزیولوژی همچنین سبب شد تا بیماری‌های جدیدی به رسمیت شناخته شوند. برای مثال، در آغاز قرن ۲۰ میلادی با اختراع دستگاه اندازه‌گیری فشارخون^۶، وجود فشارخون بالا در عده‌ای از بیماران کشف شد. فشارخون بالا بخشی از یک مجموعه علی است که به اعضای بدن آسیب می‌رساند، اما افزایش فشارخون شریانی^۷ در مقام یک بیماری شناخته‌شده نشست.

طی نیمه دوم قرن ۱۹ میلادی، شالوده علم میکروپشناسی پایه‌ریزی شد و بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی بر اساس گونه عامل عفونی از نو طبقه‌بندی شدند. برای مثال، قبلاً معلوم شده بود که برخی بیماران مبتلا به سندرم بالینی دق^۸ [=سل] ضایعات آناتومی مشخصی به نام توبرکل^۹ دارند و به لحاظ آناتومی، این بیماری توبرکلوزیس^{۱۰} خوانده می‌شد. سپس عامل عفونی آن کشف شد و سل از نو

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| 1. hyperchylia | 2. hypochylia |
| 3. Grave's disease | 4. hyperthyroidism |
| 5. carbohydrates metabolism | 6. sphyngomanometer |
| 7. arterial hypertension | 8. phthisis |
| 9. tubercle | 10. tuberculosis |

به عنوان بیماری تعریف شد که به علت میکروب هایکوباکتریوم توپرکلوزیس^۱ به وجود می آید. به دو دلیل این گام مرحله بسیار مهمی در تاریخچه طبقه بندی بیماری ها محسوب می شود. یکم؛ برای نخستین بار این امکان به وجود آمد که بتواند تعداد زیادی از بیماری ها را بر مبنای علت موجهه تعریف کنند و دوم، این اعتقاد جزمی که از علت واحد معلول واحد صادر می شود^۲ (یک علت-یک بیماری) قطعیت بیشتری یافت. اما همان طور که در فصل گذشته اشاره کردیم، این اعتقاد جازم در مورد اکثر بیماری های عفونی نیز راه به خطا می برد، زیرا معمولاً باید ویروس یا باکتری را یک علت از مجموعه علل غیرزاید فراوانی تلقی کرد که در فرد بیمار وجود دارد.

طبقه بندی بیماری هنوز عمدتاً ترکیبی از بیماری هایی است که برحسب آناتومی، فیزیولوژی و میکروب شناسی تعریف شده اند. اما این طبقه بندی همچنان در حال توسعه و تکامل است. طی سال های اخیر دانشمندان علوم پزشکی علاقه زیادی به ایمنی شناسی^۳ نشان می دهند و تعریف بیماری ها بر مبنای ایمنی شناسی به سرعت رسمیت می یابد [۲].

جایگاه بیماری^۴

در بالا شرح مختصری از تاریخچه طبقه بندی بیماری ها را آوردیم. نکته اصلی این شرح آن بود که طبقه بندی بیماران مصنوع فکر انسان است. پزشکان میلیون ها فرد بیمار را مورد مطالعه قرار داده اند، ولی باید در نظر داشت که، با توجه به تظاهرات بالینی و مکانیسم های عللی نهفته در آنها، حتی دو نفر از این عده نیز هیچگاه کاملاً عین یکدیگر نخواهند بود. اما برای بنا کردن علم طب لازم است به جای اختلافات به تشابهات توجه کنیم، یعنی برای آنکه بتوانیم دانش و تجربه بالینی را طبقه بندی کنیم، باید ابتدا بیماران را طبقه بندی نماییم. مطابق این دیدگاه، بیماری فاقد جنس^۵ و نوع^۶ است. نام بیماری ها را می توان برحسب هایی تلقی کرد که ما به گروه هایی از بیماران اطلاق می کنیم، بیمارانی که از جهات مورد نظر، شبیه یکدیگرند. جان لاک در بند زیر این رأی را در قالب الفاظ کلی چنین بیان می کند:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> | 2. dogma of unicausality |
| 3. immunology | 4. The status of a disease entity |
| 5. genera | 6. species |

نتیجه آنکه... پرداختن به جنس و نوع و ماهیت^۱ چیزی جز آن نیست که انسان به انتزاع تصورات^۲ می پردازد و آنها را در ذهن خود جای می دهد و به آنها نام هایی اطلاق می کند. از این طریق او می تواند اعیان و اشیا را در نظر آورد و درباره آنها گفت و گو کند. زیرا به واسطه این دسته بندی، اصلاح و تبادل معرفت آسان تر می شود. و پیشرفت، ولو تدریجاً، حاصل می آید، اما الفاظ و اندیشه ها صرفاً محدود و مقید به جزئیات اند [۳].

در اصطلاح فلسفه این موضع را معمولاً اصالت تسمیه [نومینالیسم^۳] می نامند، زیرا هر کلی^۴ (مانند بیماری یا گونه جانوری) یک اسم (نومن^۵) است که به مجموعه ای از جزئیات اطلاق می شود. در علم طب این طرز تلقی را در قالب عبارت منسوب به ژان ژاک روسو^۶، این طور بیان می کنند: بیماری وجود ندارد، فقط فرد بیمار وجود دارد^۷.

اما مطابق تعبیر لاک از اصالت تسمیه، بر این نکته نیز تأکید می شود که طبقه بندی ما از پدیده های طبیعی دلخواهی نیست، چرا که باید بر مبنای واقعیات موجود در طبیعت شکل بگیرند. لاک همچنین می نویسد:

در اینجا نباید فکر کنید من از این نکته غافل ام که طبیعت بسیاری از موجودات را شبیه به یکدیگر پدید می آورد، چه رسد به اینکه منکر آن باشم: این نکته کاملاً بدیهی است، به خصوص در مورد انواع جانوران و تمام موجوداتی که از طریق دانه تکثیر می شوند. اما با این حال، من فکر می کنم بتوانیم بگویم که طبقه بندی آنها تحت لوای اسامی مصنوع درک و فهم بشر است، یعنی انسان بر مبنای شباهت هایی که میان آنها می بیند تصورات کلی را انتزاع می کند... [۴].

او ادامه می دهد:

انسان می تواند هر تصور بچیده ای که دوست دارد بسازد و هر اسمی که می خواهد به آن بدهد. اما وقتی او درباره چیزهایی که واقعاً وجود دارد سخن می گوید، برای آنکه سخنش درک شود، تصورات او باید با چیزهایی که از آن سخن می گوید تا حدی مطابقت داشته باشد... [۵].

- | | |
|---|------------------|
| 1. <i>essence</i> | 2. <i>ideas</i> |
| 3. <i>nominalism</i> | 4. a universal |
| 5. <i>nomen</i> | 6. J.J. Rousseau |
| 7. Il n'y a pas de maladie, il n'y a que de malades | |

به عبارت دیگر، گریهٔ اهلی، با نام علمی *Felis domesticus*، به عنوان یک گونهٔ جانوری، تصویری ساختهٔ ذهن بشر است. اما این تصور مبتنی است بر وجود گروهی از حیوانات در طبیعت که، هم از حیث ظاهر و هم از حیث ساختمان ژنتیکی (که در اصطلاح لاک این ساختمان احتمالاً بخشی از جوهر واقعی است)، به یکدیگر شبیه هستند. شاید بتوان گفت که آنها یک نوع^۱ طبیعی را تشکیل می‌دهند و نه فقط یک مجموعه^۲ دلخواهی از حیوانات.

طبیعیان صاحب‌قلم، پیوسته از زمان لینه و ساواژ، بر مشابهت میان طبقه‌بندی بیماران و رده‌بندی گیاهان و جانوران تأکید کرده‌اند. این امر را در مورد بعضی از بیماری‌ها می‌توان به آسانی درک کرد. برای مثال، بیماران مبتلا به سرخک از بیماران مبتلا به سایر بیماری‌ها به حدی قابل افتراق‌اند که در اغلب موارد تشخیص آن برای تمام پزشکان باتجربه بسیار آسان است. سیر بالینی سرخک، از یک بیمار به بیمار دیگر، تفاوت اندکی دارد و بشورات آن بسیار مشخص هستند. افراد مبتلا به این بیماری از حیث بالینی^۳ به یک نوع طبیعی تعلق دارند، اما در عین حال علم طب نشان داده است که بیماران، هم از حیث آسیب‌زایی^۴ و هم از حیث علت موجود^۵ بیماری، یک نوع طبیعی را تشکیل می‌دهند. در تمام موارد بیماری، ویروس سرخک یک عامل علی‌زاید است و آسیب‌زایی - یا نحوهٔ انتشار ویروس در بدن بیمار - تنوع چندانی ندارد [۶].

با این حال، سرخک یک استثناست و نه یک قاعده. علت موجودهٔ بیماری سل نیز، همانند سرخک، مشخص شده است. بیماران مسلول از جهات دیگر نیز شبیه هم هستند. اعضای آلودهٔ بدن بیماران حاوی توپرکل^۶ است که در زیر میکروسکوپ شکل مشخصی دارد. اما با وجود این، بیماران مبتلا به سل، برخلاف سرخک، تظاهرات بالینی گوناگونی دارند و بدون استفاده از روش‌های تشخیصی آزمایشگاهی امکان تشخیص بیماری وجود ندارد. گاهی از نظر تظاهر و علائم بالینی، بعضی از بیماران مسلول را به سختی می‌توان از بیماران مبتلا به سرطان ریه

1. kind

3. clinical level

5. etiologic level

2. set

4. pathogenetic level

6. tubercle

متمايز کرد و افتراق بعضی مسلولان از بیماران مبتلا به امراض مزمن روده یا ستون مهره‌ها بسیار دشوار است. بنابراین بیماری سل از حیث علت موجود، یک نوع طبیعی را تشکیل می‌دهد، اما از حیث بالینی این‌گونه نیست.

اغلب بیماری‌ها در طبقه‌بندی فعلی از حیث آسیب‌زایی تعریف می‌شوند. برای مثال می‌توانیم دیابت قندی را در نظر بگیریم. امروزه تعریف بیماری دیابت قندی عبارت است از کاهش توانایی در سوخت‌وساز قند مصرفی. چون این بیماران به برنامهٔ غذایی یکسانی احتیاج دارند و تا حدی به درمان‌های یکسانی پاسخ می‌دهند، بیماری «دیابت قندی» تشخیصی سودمند است. اما بیماران مبتلا به دیابت قندی نیز تظاهرات بالینی گوناگونی از خود نشان می‌دهند و همچنین از نظر مکانیسم‌های علی، که موجود اختلال کارکرد در متابولیسم قند هستند، با یکدیگر بسیار تفاوت دارند. در بعضی از این بیماران، لوزالمعده مقادیر بسیار کمی از هورمون متابولیزه‌کنندهٔ قند [=انسولین^۱] تولید می‌کند و در بعضی دیگر پاسخ بافت‌های بدن به انسولین کاهش می‌یابد. دیابت قندی (با پرادراری شیرین^۲) در اصل از نظر بالینی با دفع مقادیر زیاد ادرار شیرین تعریف شده بود، اما از زمانی که آن را در قالب اختلالی کارکردی از نو تعریف کردند دیگر از حیث بالینی یک نوع طبیعی محسوب نمی‌شود.

حال می‌توانیم این مباحثات را به صورت زیر خلاصه کنیم: قرن‌ها پیش، پزشکان طبقه‌بندی بیماران را براساس خصوصیات بالینی آنها، که مستقیماً قابل مشاهده بود، آغاز کردند. آنها دریافتند که عده‌ای از بیماران از پاره‌ای جهات به هم شبیه هستند. هر یک از این «انواع طبیعی» یک سندرم بالینی را به وجود می‌آورد. همان‌طور که بعداً خواهیم گفت، چنین سندرم‌هایی هیچ‌گاه تعریفی جامع نداشتند، اما مؤلفان کتاب‌های درسی پزشکی «موارد نوعی و شاخص^۳» هر بیماری را توصیف می‌کردند و اگر بیماران به این موارد شاخص شبیه بودند، پزشکان می‌توانستند بیماری آنها را تشخیص بدهند. البته، تلفی پزشکان از تشخیص

1. insulin

 2. (Diabetes mellitus from *diabaino*=pass through, and *mellius*=sweet)

3. the typical cases

تفاوت میان بیماری‌هایی را نشان دهیم که در سطوح بالینی، آسیب‌زایی و علت مرده تعریف شده‌اند. اما متأسفانه همه این تمثیل‌ها به یک اندازه نارما هستند. نخست آنکه این تمثیل‌ها به خصالت پویای فرآیندهای بیماری آن‌طور که باید توجه نمی‌کنند. برای مثال، متخصص آسیب‌شناسی ممکن است ضایعات قلب را، در بیماری روماتیسم قلبی^۱، توصیف کند؛ اما طبیبی که در بالین این بیماری را تشخیص می‌دهد، علاوه بر تغییرات ساختمانی در پیچه‌های قلب، سیر فرآیند بیماری را هم مد نظر دارد. او می‌اندیشد که این بیمار قبلاً به گلودرد چرکی ناشی از میکروب استرپتوکوک^۲ مبتلا شده است و این عفونت واکنش دستگاه ایمنی بدن را برانگیخته است و این واکنش منجر به التهاب جدار داخلی قلب [= اندوکاردیت^۳] شده است و این التهاب به نوبه خود به آهستگی سبب تخریب و تغییر شکل در پیچه‌های قلب گردیده است. و به این ترتیب او می‌تواند نارسایی قلبی این بیمار را توضیح دهد. این «انواع طبیعی» که ما در صدد شناخت آنها هستیم، انواعی از حالت‌های [ثابت] بیماری^۴ نیستند بلکه انواع فرآیندهای [پویای] بیماری^۵ هستند. به علاوه، برخلاف مورد ساعت‌های پدربزرگ در اتاق نشیمن، فرآیندهای بیماری در سیستم‌های نسبتاً بسته عمل نمی‌کنند، بلکه در بدن انسان فعالیت دارند؛ و بدن انسان همواره با محیط در حال کنش متقابل است. پیش‌آگهی^۶ [سرانجام سیر] اندوکاردیت، در تب روماتیسمی ناشی از عفونت استرپتوکوکی، امری متغیر است و شرایط محیطی بیمار را می‌توان یکی از عوامل عمده تعیین‌کننده سرانجام بیماری دانست. گاهی اوقات پزشکان درباره سیر طبیعی^۷ یک بیماری سخن می‌گویند، گویی که بیماری از آغاز چنان برنامه‌ریزی شده تا سیری معین را طی کند. اما این تصور افسانه‌ای بیش نیست.

دوم آنکه جانورشناس می‌کوشد تا در حوزه کار خودش یک طبقه‌بندی جامع و مانع فراهم آورد، اما طبیبی که در پی طبقه‌بندی بیماری است نمی‌تواند اسیدوار باشد

استقرایی^۱ بود، چون آنها انتظار داشتند که بیماران، در محدوده‌ای معین، پیش‌آگهی یکسان داشته باشند و پاسخ آنها به درمان همانند موارد استاندارد باشد که در کتاب‌های درسی آمده بود. سپس تشخیص‌هایی که تعریف آنها بر مبنای آسیب‌زایی یا علت مرده بود، جای تشخیص‌های بالینی را گرفتند، چرا که معلوم شد این تشخیص‌های جدید امکان پیش‌بینی‌های دقیق‌تر را فراهم می‌آورند و تکامل روش‌های درمانی اختصاصی‌تر را تسهیل می‌کنند. اما در عین حال، بیماری‌های جدید از حیث بالینی شباهت زیادی با هم نداشتند، و به همین دلیل پیشرفت و تکامل طب به ارائه تعداد بیشتری از روش‌های تشخیصی جدید احتیاج داشت.

به عقیده کواین^۲، این فرآیند مصداق بارزی است از تکامل یک علم. او اعتقاد دارد که انسان برای شناسایی انواع طبیعی از توانایی ذاتی برخوردار است. حتی انسان‌های اولیه که به دنبال غذا بودند، می‌بایستی بتوانند اشیا را بر اساس مثلاً، رنگ، شکل و بو، طبقه‌بندی کنند و این امر مؤید آن اعتقاد است. توانایی شناخت انواع طبیعی برای دانشمندان نیز اهمیت اساسی دارد، اما ماهیت پیچیده و فنی کار آنها اقتضا می‌کند که یاد بگیرند به شناسایی کیفیاتی پردازند که مستقیماً قابل مشاهده نیستند. کواین می‌نویسد:

مهم خلایق دیرینه بشر یا هوشمندی انسان است، چرا که انسان به مدد این توان خویش تحت پرتو خیره‌کننده مناظر و جلوه‌های رنگارنگ کار می‌کند، [اما] نظم و انتظام‌های بسی مهم‌تر را در جای دیگر بازمی‌یابد... انسان نظام‌های جرح و تعدیل‌شده‌ای از انواع^۳ را بسط می‌دهد و بنابراین، برای تأمین مقاصد علمی معیارهای جرح و تعدیل‌یافته‌ای را در باب شباهت [میان امور] بسط می‌دهد و بدین ترتیب از حد آن جلوه‌های ظاهری فراتر می‌رود. او در مقام نظریه‌پردازی به مدد فرآیند آزمون و خطا اعیان را در قالب انواع جدید از نو گروه‌بندی می‌کند. انواع جدیدی که، بر مبنای استقراء‌های مکرر، معلوم شده که از انواع قدیمی بهترند [۱۷].

تاکنون ما طبقه‌بندی بیماری را با طبقه‌بندی ساعت‌های خراب مقایسه کردیم و نیز همانند بسیاری افراد دیگر به قیاس آن با رده‌بندی جانوران و گیاهان پرداختیم تا

1. rheumatic heart disease
3. endocarditis
5. disease processes
7. natural history

2. streptococcal throat infection
4. disease states
6. the prognosis

1. inductive
3. kinds

2. W. V. Quine

که به این مقصود برسد. این حقیقت شاهد دیگری بر این مدعاست که میان رده‌بندی جانوری و طبقه‌بندی بیماری مشابهتی تمام و کمال برقرار نیست. طبقه‌بندی بیماری یک طبقه‌بندی جامع نیست، زیرا بسیاری از بیماران را نمی‌توان درون یکی از بیماری‌های شناخته‌شده طبقه‌بندی کرد. همچنین، این طبقه‌بندی مانع نیست، زیرا در غالب موارد یک بیمار در آن واحد به چندین بیماری مبتلاست که هم می‌توانند به یکدیگر ارتباطی نداشته باشند (مانند انفلونزا^۱ در یک بیمار مبتلا به افزایش فشارخون شریانی) و هم می‌توانند با یکدیگر مرتبط باشند. حالت اخیر از وجوه مختلف یک بیماری واحد حکایت می‌کند (مانند آسم و انفیزم ریوی^۲).

بیماری: امری شیطانی یا ایده‌های الهی

ما امیدواریم دیدگاه‌هایی که درباره ساختار طبقه‌بندی بیماری ارائه کردیم، برای خوانندگان قابل قبول باشد. این دیدگاه‌ها تکامل تاریخی طبقه‌بندی بیماری را بازگو می‌کنند و از نظر فلسفی در چارچوب اصالت تسمیه (مطابق قرانت جان لاک) می‌گنجند. اما اگر دیدگاه‌های ما قابل قبول‌اند، به این دلیل نیست که معمولاً پزشکان به همین نحو می‌اندیشند. اگر به گفت‌وگوهای میان پزشکان توجه کنیم، نظیر چنین عباراتی را فراوان می‌شنویم: «بیماری زخم دوازدهه معمولاً مردان را مبتلا می‌کند»، «بیماری کرو^۳ می‌تواند تظاهرات مختلفی داشته باشد»، «از کشف این بیماری فقط چند سال گذشته است» و «این بیمار به افزایش فشارخون شریانی مبتلاست». این قبیل عبارات آن‌قدر در اصطلاح پزشکی رایج است که حتی ما نیز نتوانستیم در متن این کتاب از بکارگیری آنها کاملاً اجتناب کنیم. این عبارات نسبت به مقام و جایگاه بیماری تلقی کاملاً متفاوتی را عرضه می‌کنند. آنها با دیدگاه اصالت تسمیه، که طبقه‌بندی بیماری را مصنوع بشر می‌داند، همخوانی ندارند. بلکه از آنها چنین برمی‌آید که بیماری‌ها «چیزهایی» هستند که فی‌نفسه وجود دارند و پزشکان کشف می‌کنند. بیماری‌ها تقریباً شیطانی^۴ تلقی می‌شوند که به مردم هجوم می‌برند و وقتی خود را در این اشخاص بارز^۵ می‌کنند، سبب درد و رنج^۶ می‌شوند. جالب است که این

دیدگاه بدیل نسبت به جایگاه بیماری، فقط در مباحثات غیررسمی شنیده نمی‌شود، بلکه در تحلیل‌های عالمانه از تفکر بالینی هم یافت می‌شود. برای مثال، الوان فین‌اشتاین^۱، در کتاب خود به نام داوری بالینی می‌نویسد که ناخوشی در فرد بیمار نتیجه کنش متقابل میان «بیماری» و «میزبان» است^{۱۸}. این قرائت از مسأله یادآور فلسفه افلاطون است. به یاد داریم که افلاطون کلیات را مُثُل یا ایده‌های الهی^۲ می‌دانست، ایده‌هایی که واقعی، ابدی و تغییرناپذیرند؛ در مقابل، جزئیات چیزی نیستند بجز بازتابی گذرا از این ایده‌ها. مطابق این دیدگاه، ایده گربه اهلی^۳ واقعی و ابدی است و تمام گربه‌هایی که در اطراف خود می‌بینیم فقط نسخه‌های ناقصی از این ایده هستند. آن «بیماری» اسرارآمیزی که در کتاب فین‌اشتاین با میزبان کنش متقابل دارد، به این نحو قابل تفسیر است: خود «بیماری» به جهان مُثُل و ایده افلاطونی تعلق دارد، اما ناخوشی فرد بیمار بازتابی ناقص از این ایده است. مؤلفان کتاب‌های درسی پزشکی موارد نوعی و شاخص بیماری را توصیف می‌کنند، این بیماران نوعی را می‌توان با مُثُل افلاطونی مرتبط دانست. اما بیمارانی که پزشکان آنها را معاینه می‌کنند، از این ایده‌ها، اغلب به صورت ناقص و ناموفق، نسخه‌برداری می‌کنند.

البته، ما نمی‌خواهیم بگوییم که پزشکان معتقدند که بیماری‌ها شیطانی هستند که به مردم حمله می‌کنند، یا پزشکان به آموزه‌های فلسفه افلاطون متعهدند؛ بلکه آنها تمایل دارند این نکته را نادیده بگیرند که طبقه‌بندی بیماری‌ها مصنوع انسان است. آنها بدون تأمل می‌پذیرند که بیماری‌ها به نوعی موجودیت‌هایی مستقل هستند. به اعتقاد ما، این تلقی نسبت به طبقه‌بندی بیماری‌ها، که آن را دیدگاه افلاطونی^۴ می‌خوانیم، پیامدهای ظریفی به همراه دارد.

پیامدهای دیدگاه افلاطونی

پیروان سطحی نگر مکتب افلاطون طبقه‌بندی بیماری را درست می‌پذیرند و به

1. Alvan Feinstein
3. *Felis domesticus*

2. devine ideas
4. *Platonist attitude*

1. influenza
3. Crohn's disease
5. manifest

2. bronchial asthma and emphysema
4. demons
6. suffering

ذهنشان هم خطور نمی‌کند که بیرسند آیا می‌توان این طبقه‌بندی را بهبود بخشید، و این طبقه‌بندی تا کجا می‌تواند برای مقاصد گوناگون به کار آید. اگر ما ساختار طبقه‌بندی بیماری را هم در نظر بگیریم، بی‌درنگ درمی‌یابیم که این طبقه‌بندی برای طبابت در بیمارستان مناسب‌تر است تا طبابت عمومی. [در کار بیمارستانی] برای آشکار ساختن ناهنجاری‌هایی که معرف^۱ و مشخص‌کننده بیماری‌ها هستند، لازم است که تجزیه شیمیایی خون، پرتونگاری‌های مختلف و گاهی آزمایش‌های بسیار تخصصی انجام دهیم. در طب عمومی، پزشک نمی‌تواند همه این آزمایش‌ها را درخواست کند یا انجام دهد، یا معتقد است که همه این کارها در بیشتر بیمارانش ضرورت ندارند. همکاران بیمارستانی پزشک عمومی غالباً به او طعن می‌زنند که مشکل واقعی بیمارانش را در نمی‌یابد. بعضی از پزشکان عمومی، مانند گرگ-جنسن^۲، کوشیده‌اند برای حل این مشکل، طبقه‌بندی استاندارد شده‌ای را به عنوان جایگزین طبقه‌بندی فعلی پیشنهاد کنند که برای طب عمومی مناسب باشد. شاید این قبیل طبقه‌بندی‌ها به پزشکان عمومی کمک کند تا با دقت بیشتری پیش‌بینی کنند کدام گروه از بیماران بدون درمان بهبود می‌یابند، کدام گروه از آنها به درمان‌های تخصصی نیاز دارند و کدام گروه را باید برای بررسی‌های بیشتر به بیمارستان ارجاع کرد.

همچنین، پزشکان پیرو مکتب افلاطون احتمالاً از این نکته غافل‌اند که طبقه‌بندی بیماری بیشتر به کار درمان می‌آید تا پیشگیری. اغلب می‌شنویم که بخش عمده‌ای از منابع خدمات درمانی باید مصروف امر پیشگیری شود. اما معمولاً از اهمیت این نکته غفلت می‌شود که ساختار طبقه‌بندی بیماری فعلی مانع توسعه طب پیشگیری است. برحسب سنت رایج، اغلب بیماری‌ها را از دیدگاه آسیب‌زایی بر مبنای «چرخ‌دنده خراب» تعریف می‌کنند و دخل و تصرف [در بدن] تا آنجایی انجام می‌شود که فقط به کار ترمیم آسیب بیاید. تشخیص پرکاری تیروئید تجویز داروی ضد-تیروئید را مطرح می‌کند، تشخیص سرطان روده بزرگ به ما می‌گوید که از درمان جراحی استفاده کنیم و تشخیص کم‌خونی ناشی از کمبود ویتامین ب-۱۲، درمان با ویتامین ب-۱۲ را در ذهن القا می‌کند. اما این تشخیص‌ها هیچ‌گونه اقدام

1. define

2. Krogh-Jensen

پیشگیرانه‌ای را پیش پا نمی‌گذارند، زیرا ما درباره عواملی که علل موجد فرآیندهای بیماری‌اند (اعم از عوامل محیطی یا ژنتیکی) تقریباً هیچ چیز نمی‌دانیم. به طور کلی، مجموعه علل موجد‌های که آغازگر فرآیند بیماری هستند، از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. بعضی فکر می‌کنند که می‌توان از بیماری‌هایی که بر مبنای آسیب‌زایی تعریف شده‌اند، با تمهید واحدی پیشگیری کرد، اما این فکر عبث است. برای مثال، اپیدمیولوژیست‌ها نهایت تلاش خود را کرده‌اند تا مجموعه علل موجد سکت قلبی را کشف کنند، اما همیشه آنها سرانجام چند عامل خطر ساز معروف را معرفی می‌کنند، که شاید به لحاظ آماری مهم باشند، اما به مدد آنها به هیچ وجه نمی‌توان در یک فرد خاص با اطمینان از وقوع بیماری پیشگیری کرد. ممکن است کارآزمایی‌هایی که بر مبنای دخل و تصرف^۱ هستند و تعدادی از عوامل خطر ساز را آشکار می‌کنند، در این خصوص تا حدی مثمرتر باشند. اما اگر در کل نگاه کنیم، شاید برای حل مسائل راه درستی در پیش نگرفته‌ایم. شاید ما نباید این قدر وقت صرف کنیم تا مجموعه علی را واپس‌نگرانه^۲ (یعنی از معلول به علت یا از یک ضایعه آناتومی به چند علت موجد) بررسی کنیم، زیرا ممکن است ثابت شود که مطالعات آینده‌نگر^۳ (یعنی مطالعه روی معلول‌های ناشی از علل موجد مختلف) و استدلال از علت به معلول سودمندتر باشد. برای مثال، ممکن است گروه‌هایی از مردم را انتخاب کنیم که در معرض عوامل شیمیایی معین قرار دارند یا در صنایعی خاص کار می‌کنند، یا آنهایی که بی‌کار هستند و یا آنهایی که تحت فشار زندگی می‌کنند، سپس آنها را در طی زمان پیگیری کنیم. ممکن است در این مطالعات دریابیم که یک علت موجد در تعداد زیادی بیماری، که با طبقه‌بندی بیماری‌ها از حیث درمانی مطابقت ندارند، دخالت دارد. برای مثال، می‌دانیم که کشیدن سیگار روند بیماری‌های مختلفی را تسریع می‌کند؛ بیماری‌هایی از قبیل سرطان ریه، برونشیت مزمن، سکت قلبی و سرطان مثانه. پزشکی‌هایی که به ویژه با طب پیشگیری سروکار دارند، ممکن است بکوشند طبقه‌بندی خود از بیماری‌ها را بر مبنای علل موجد ارائه دهند. طبقه‌بندی آنها شامل خواهد بود بر بیماری‌های ناشی از سیگار،

1. intervention trials

2. backward

3 prospective

بیماری‌های ناشی از الکل، بیماری‌های ناشی از حلال‌های آلی و همچنین بسیاری بیماری‌های دیگر که هنوز ناشناخته‌اند. البته این فکر جدیدی نیست و در مثال‌های زیر سابقه آن دیده می‌شود: بیماری لرزش ناشی از خیاپی^۱، بیماری ریوی ناشی از کشاورزی^۲، بیماری ناشی از پرورش کبوتر^۳ و اثرات دیررس بازداشت در اردوگاه‌های جمعی^۴.

بیماری‌های عفونی با بیشتر بیماری‌های دیگر تفاوت دارند، زیرا آنها را می‌توان هم از حیث علت موجهه و هم از حیث آسیب‌زایی تعریف کرد. میکروب را می‌توان علت موجهه دانست زیرا علت بیرونی بیماری است، اما آن را می‌توان عامل آسیب‌زا نیز در نظر گرفت چرا که این بیماری را درون بدن ایجاد می‌کند. بنابراین بیماری‌هایی که بر مبنای علم میکروب‌شناسی تعریف می‌شوند هم به کار درمان می‌آیند و هم به کار پیشگیری.

جهان مثل در فلسفه افلاطون، جهانی ایستاست و شاید اینکه پزشکان به تنوع جغرافیایی و زمانی طیف بیماری‌های چندانی نمی‌دهند، واقعاً یکی از نتایج دیدگاه افلاطونی باشد. یکی از مؤلفان این کتاب زمانی که در دانمارک دانشجوی پزشکی بود، از یک بیمارستان در یوگسلاوی سابق در دهه ۱۹۵۰ میلادی بازدید کرد. این امر سبب شد تا او برای نخستین بار به طبقه‌بندی بیماری علاقه‌مند شود. او چنین یاد گرفته بود که بیماران بیمارستان‌های آموزشی در کپنهاگ^۵ هیچ‌گاه به موارد نوعی و شاخص کتاب‌های درسی شباهت ندارند. او هنگامی نسبت به این مسأله آگاهی پیدا کرد که بیماران بستری در بخش‌های بیمارستان دانشگاهی در شهر سارایوو^۶ را معاینه کرد. بیماران یوسنیایی^۷، بیشتر از بیماران مشابه دانمارکی، به بیماران کتاب‌های درسی دانمارکی شبیه بودند. آنها به تب روماتیسمی «نوعی^۸» مبتلا بودند، دچار عوارض «نوعی» سینه‌پهلو می‌شدند و از سل ستون مهره‌ها و دیگر بیماری‌هایی رنج می‌بردند که در کتاب‌های درسی شرح آنها آمده بود، اما در خود

1. hatter's shake

2. farmer's lung

3. pidgoen breeder's disease

4. KZ-syndrome

5. Copenhagen

6. Sarajevo

7. Bosnian

8. typical

دانمارک به ندرت دیده می‌شدند. این مسأله را می‌توان چنین توضیح داد که کتاب‌های درسی بیمارانی را توصیف می‌کردند که چند دهه پیش از آن در دانمارک دیده شده بودند. مؤلفان این کتاب‌ها اغلب فراموش می‌کنند که طبقه‌بندی و توصیف بیماری‌ها باید با طیف بیماری‌ها در یک زمان خاص و با شرایط فرهنگی خاص مناسبت داشته باشد و، بدون شک، این طیف مرتباً تغییر می‌کند. برای مثال، در دهه ۱۸۸۰ میلادی بیماری زخم معده معمولاً زنان جوان را «مبتلا می‌ساخت» و به نوبه خود عوارض حاد بسیاری به دنبال داشت، در حالی که امروزه این بیماری غالباً در مردان و زنان سالمند دیده می‌شود^{۱۰}. تنوع جغرافیایی نیز بسیار اهمیت دارد و مشکل عمده‌ای را در آموزش پزشکی به وجود آورده است. بسیاری از دانشجویان پزشکی در سراسر دنیا از کتاب‌های درسی آمریکایی و انگلیسی استفاده می‌کنند، در حالی که این کتاب‌ها توصیفی از بیماران کشورهای دانشجویان به دست نمی‌دهند.

مسأله بعدی که باید مورد بحث قرار گیرد فقدان تعاریف صریح و روشن از بیماری‌هایی است که در کتاب‌های درسی طب توصیف شده‌اند و ما به کمک مثالی غیرپزشکی و غیرواقعی به آن می‌پردازیم. فرض کنید که می‌خواهیم معنی کلمه صدلی را برای کسی توضیح دهیم که در فرهنگ او این شیء کاملاً ناشناخته است. احتمالاً، ما برای صورت‌بندی یک تعریف رسمی از صدلی خودمان را به زحمت نمی‌اندازیم، زیرا بسی آسان‌تر است که به مهمانمان چند صدلی نمونه نشان دهیم و کارکرد آنها را برایش شرح دهیم. او با رجوع به این نمونه‌های شاخص نحوه صحیح استفاده از واژه صدلی را به تدریج یاد خواهد گرفت. وی، همانند خود ما، درمی‌یابد که به این نحوه می‌توان تا حد زیادی باب ارتباط و مفاهیم را گشود، و نیز درمی‌یابد که تعریف این نوع شیء حد و مرز دقیق و مشخصی ندارد، یعنی تعیین حدود آن مهم^۱ است و وقتی از صدلی به سراغ چهارپایه و اسباب مشابه می‌رویم، مراحل تغییرشکل و تحول بطنی و تدریجی است (به فصل ۴ مراجعه کنید).

دانشجویان پزشکی نیز شناخت بیماری‌های مختلف را درست به همین ترتیب فرامی‌گیرند، زیرا مؤلفان کتاب‌های درسی و استادان طب بالینی در پی تعریف و توضیح بیماری‌های مختلف بر نمی‌آیند، بلکه به توصیف و تشریح موارد نوعی و

شاخص بسنده می‌کنند. این موارد نوعی، که می‌توان آنها را با مثل افلاطون مرتبط دانست، معیارهای مفیدی برای رجوع هستند. معمولاً در گفت‌وگوهای روزانه، مثلاً دربارهٔ سندلی‌ها، می‌توان از ابهام [در تعاریف] چشم‌پوشی کرد، اما در روش ارجاع به موارد نوعی نباید از این نکته غافل بود که ابهام در قلمرو طب بالینی مشکلات عمده‌ای را پدید می‌آورد. اگر از دو نفر بخواهیم در بیان اشیای یک منزل مسکونی سندلی‌ها را نشان دهند، بدون شک، میان آن دو اتفاق نظر نزدیکی وجود خواهد داشت. اما اگر از دو پزشک بخواهیم که نظر خود را دربارهٔ تشخیص بیماران بستری در یک بخش مطرح کنند، مسلم است که میان آنها اختلاف نظر قابل ملاحظه‌ای وجود خواهد داشت. این امر دلایل متعددی دارد.

در بعضی موارد وقتی از حالت سلامت به سمت حالت بیماری می‌رویم، یا از یک بیماری به بیماری دیگر حرکت می‌کنیم، مراحل تغییر شکل و تحول به تدریج صورت می‌گیرد. در این وضعیت، تعداد موارد بینایی می‌تواند بسیار زیاد باشد، به حدی که وقتی پژوهشگران بالینی از معیارهای اندک متفاوت با هم استفاده می‌کنند، ممکن است نتایج بسیار متفاوت به دست آورند. برای مثال، پیش‌آگهی فشارخون بالا تا حد زیادی به تعریف [مقدار] فشارخون بهنجار بستگی دارد و یا نتایج استفاده از درمان جراحی زخم دوازدهه، بسته به اینکه زخم‌های پیش از دهانهٔ خروجی معده^۱ را جزو آن به حساب بیاوریم یا نیاوریم، متفاوت خواهد بود. فقط هنگامی می‌توان این قبیل مشکلات را حل کرد که حدود بیماری‌ها را مطابق خواستهٔ خودمان مشخص کنیم. به قول لاک: «حدود انواع^۲ [جانوران] مصنوع انسان است و نه طبیعت» [۱۱].

در بعضی موارد دیگر، مادام که بیمار زنده است، نمی‌توان وجود یا عدم ضایعه‌ای آناتومی را؛ که مُعرّف بیماری است، با قطعیت اثبات کرد. برای مثال، در فصل آینده توضیح خواهیم داد که تشخیص سکتۀ قلبی حاد غالباً بر پایهٔ شواهد غیرمستقیم استوار است و، به این ترتیب، ممکن است دو پزشک بر سر تشخیص یک مورد واحد کاملاً با هم اختلاف نظر داشته باشند. برای حل این مشکل می‌توان تعاریفی را [از بیماری‌ها] وضع کرد که در بالین کاربرد عملی داشته باشند تا

1. prepyloric ulcers

2. boundaries of species

دست‌کم برای پژوهشگران بالینی این امکان فراهم آید که تشخیص‌های خود را بر پایهٔ معیارهای یکسانی استوار کنند.

در این میان، سندرم‌های بالینی (مانند لوپوس اریتماتوزی سیستمیک^۱ و دیگر بیماری‌های بافت همبند^۲) در این زمینه بیشترین مشکلات را می‌آفرینند. در این موارد، تشخیص درگرو ارزیابی کلی از تظاهرات و علائم بالینی است و این به شخص پزشک بستگی دارد که تصمیم بگیرد آیا شباهت بیمار به مورد نوعی کتاب آن‌قدر هست که تشخیص را تأیید کند یا نه. این وضعیت را در کتاب معروف اصول طب داخلی هاریسون^۳ به خوبی می‌بینیم [۱۲]. مؤلفان هیچ تعریفی از بیماری لوپوس اریتماتوزی سیستمیک ارائه نمی‌دهند، با وجود این، می‌نویسند که ۹۲ درصد بیماران مبتلا به این بیماری از التهاب مفاصل یا درد مفاصل رنج می‌برند و ۶۱ درصد آنها کاهش گلبول‌های سفید خون [=لکوپنی^۴] دارند. آنها می‌نویسند: «شواهد نشان می‌دهد که درمان مناسب می‌تواند شعله‌وری‌های^۵ بیماری را خاموش کند و طول عمر بیمار را افزایش دهد». مؤلفان گفتهٔ روسو را فراموش کرده‌اند که «بیماری وجود ندارد، بلکه فقط فرد بیمار وجود دارد». وقتی آنها به ما نمی‌گویند دربارهٔ «کدام بیماران» حرف می‌زنند، اطلاعاتی که به ما می‌دهند ارزش محدودی خواهد داشت. طبقه‌بندی بیماری در طب بالینی وسیله‌ای ضروری است و نمی‌توان از آن صرف‌نظر کرد، اما در حال حاضر به علت نبود تعاریف بالینی دقیق و صریح، جمع‌آوری و ضبط تجارب بالینی، آنچنان که باید، از دقت برخوردار نیست.

پزشکان هزاران بیماری را که گفته شده به لوپوس اریتماتوزی سیستمیک مبتلا هستند، تحت درمان قرار داده‌اند. اگر این بیماری به دقت و به وضوح تعریف شده بود، این امکان وجود داشت تا پیش‌آگهی [بیماران] را با اصطلاحات احتمالاتی^۶ دقیق بیان کرد. به هر حال، فعلاً دقت تجارب گردآوری‌شده به قدری پایین است که حتی مؤلفان کتاب هاریسون صرفاً می‌توانند بنویسند که درمان مناسب تا حدودی مؤثر است. این مثال به هیچ‌وجه پدیده‌ای نادر و استثنایی نیست.

1. systemic lupus erythematosus 2. connective tissue diseases

3. Harrison's Principles of Internal Medicine

4. leukopenia 5. flares

6. probabilistic terms

بسیار ضرورت دارد که از سندرم‌های بالینی تعاریفی عملی عرضه شود که مورد قبول همگان باشد. اما اگر از منظری بالاتر نگاه کنیم، همچنین باید امیدوار باشیم روزی فرا برسد که اطلاعات ما درباره مکانیسم‌های موجد تظاهرات و علائم مشاهده شده به قدری زیاد شود که تعریف مجددی از موجودیت‌های بیماری^۱ ارائه کنیم. به طور کلی، ما با علم به «جوهر اصلی» می‌توانیم تعاریفی متقن و استوار به دست دهیم، تعاریفی که کمتر به قراردادهای وابسته باشند.

مسئله فلسفی نهفته در بحث این فصل، همان منازعه قدیمی درباره «کلیات» است. ما کوشیده‌ایم در میان حد تعریف ماهیت‌گرایی^۲ (یا افلاطون‌گرایی) و حد افراط اصالت تسمیه افراطی^۳ حرکت کنیم. ماهیت‌گرایی به حق تأکید دارد که طبقه‌بندی پدیده‌های طبیعی باید نشانگر واقعیات طبیعت باشد، اما از این حقیقت غفلت می‌ورزد که این طبقه‌بندی نیز در گرو معیاری است که ما برمی‌گزینیم و این انتخاب از تعلقات عملی^۴ ما حکایت می‌کند. از طرف دیگر اصالت تسمیه به حق بر عامل انسانی تأکید می‌کند، اما پیروان افراطی این مکتب فراموش می‌کنند که طبقه‌بندی‌ها دلخواه نیستند و باید متناسب با واقعیات موجود باشند. جان لاک از جمله فیلسوفان پیشرو بود که این تقابل را به وضوح دید. ما معتقدیم که نظریه او با ادغام هر دو دیدگاه، به ویژه برای تحلیل طبقه‌بندی بیماری بسیار مناسب است. همچنین ما امیدواریم توانسته باشیم پاره‌ای از نتایج عملی این تقابل فلسفی قدیمی را نشان دهیم.

یادداشت‌ها

1. Locke, J. *An Essay Concerning Human Understanding* (originally published 1690) ed. P. H. Niddich. Oxford: Oxford University Press, 1975. Book III, Chapter VI, § 9, p. 444.

۲. نخستین بیماری که تعریف ایمنی‌شناسانه دارد و همگان آن را به خوبی می‌شناسند، ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی = Acquired Immune Deficiency Syndrome = AIDS) است.

1. disease enteties

2. essentialism

3. extreme nominalism

4. practical interests

نخستین بار، این بیماری را در گروهی از مردان همجنس‌خواه شرح دادند که دچار یک بیماری بدخیم خاص (سارکوم کاپوسی) شده بودند. اکنون معلوم شده است که ایدز در نتیجه عفونت با یک ویروس خاص ایجاد می‌شود. اما آنانی که این سندرم را نامگذاری کردند نه به علت موجد بیماری توجه داشتند و نه به ضایعه آناتومی. توجه آنها معطوف به عامل علی ایمنی‌شناختی این سندرم بود.

3. p. 420 (Book III, Chapter III, § 20) in [1].

4. p. 415 (Book III, Chapter III, § 13) in [1].

5. p. 456 (Book III, Chapter VI, § 28) in [1].

۶. در این بحث، ما میان انواع طبیعی [بیماری] از حیث بالینی، آسیب‌زایی و علت موجد تمایز قائل شدیم. از حیث بالینی، یک «نوع طبیعی» گروهی از بیماران است که بر اساس وقوع منظم مجموعه‌ای از تظاهرات و علائم تعریف می‌شود. چنین گروهی یک «نوع طبیعی» (natural species) را، مطابق تعبیر لاک، تشکیل نمی‌دهد، چرا که به واسطه جوهر اسمی (nominal essence) خود تعریف می‌شود و نه به واسطه جوهر واقعی (real essence)، اما چنین گروهی شبیه «انواع طبیعی» در نظریه کواین است. به مرجع ۷ نگاه کنید.

7. Quine, W. V. *Ontological Relativity and Other Essays* (Chapter 5, Natural kinds). New York: Columbia University Press, 1969, p. 128.

8. Feinstein, A. R. *Clinical Judgment*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967, p. 25.

9. Krogh-Jensen, P. *Praksis sygdomsklassifikation*. (Disease classification in general practice. in Danish.) Copenhagen: Laegeforeningens forlag, 1976.

10. Wulff, H. R. *Rational Dianosis and Treatment*, 2nd edn. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1981, pp. 62–3.

11. p. 457 (Book III, Chapter VI, § 30) in [1].

12. Mannik, M. & Gilliland, B. C. Systemic lupus erythematosus. in: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 10th edn. New York: McGraw-Hill, 1983, pp. 387–91.

احتمال و اعتقاد^۱

احتمال مفهومی اساسی در تفکر بالینی است. همه پزشکان پس از آنکه یک روز کاری پرمشغله را پشت سر می‌گذارند، در راه بازگشت از مطب یا بیمارستان به خانه، معمولاً با این احساس ناخوشایند دست به گریبان هستند که مبادا بعضی از تشخیص‌هایشان نادرست باشد و یا مبادا بعضی از درمان‌هایشان مناسب نبوده یا تأثیر مطلوب را نداشته باشد. پزشکان خیلی از اوقات با پدیده‌های دور از انتظار روبرو شده‌اند و یاد گرفته‌اند بپذیرند که برآوردهای به عمل آمده از تشخیص و پیش‌آگهی [بیماری‌ها] به ندرت قطعی هستند، بلکه غالباً به درجات متفاوت احتمال دارند.

پزشکان وقتی در حال مطالعه مجلات پزشکی هستند نیز همین احساس را تجربه می‌کنند. آنها هر هفته با نتایج علمی جدید روبرو می‌شوند، اما تجربه به آنها آموخته است که حقایق مسلم امروز ممکن است هفته آینده در مجله پزشکی دیگری باطل شوند. هنگامی که آنها می‌خوانند درمانی جدید بر درمانی که آنها تاکنون استفاده می‌کرده‌اند، برتری دارد، شواهد موجود را نقادانه ارزیابی می‌کنند و حداکثر نتیجه می‌گیرند که آنچه خوانده‌اند احتمالاً درست است.

در این فصل ما درباره مفهوم احتمال به بحث خواهیم پرداخت و امیدواریم به این طریق بعضی مسائل اساسی را در تفکر پزشکی بررسی کنیم.

دو تلقی از احتمال

تلقی آماری از احتمال، تلقی بسیار جاافتاده‌ای است و همه کسانی که با ریاضیات اندک‌آشنایی دارند می‌دانند که احتمال عبارت است از تواتر^۲ [یا تکرار وقوع یک واقعه]. البته این تواتر یک تکرار معمولی نیست که بتوان آن را با مشاهده محض

تعیین کرد، بلکه تواتر حقیقی یا زمانی^۱ است که در پس تکرار یا تواتر مشهود نهفته است.

برای مثال، فرض کنید تاسی داریم که کمی نامتقارن به نظر می‌رسد و می‌خواهیم احتمال آمدن شش را در این تاس تعیین کنیم. برای حل این مسأله از قانون اعداد بزرگ^۲ استفاده می‌کنیم. یعنی تاس را به دفعات زیاد می‌اندازیم. طی دفعات متمادی، تواتر مشهود [از آمدن شش] به احتمال حقیقی آن نزدیک خواهد بود. کارشناسان علم آمار می‌گویند که احتمال عبارت است از تکرار به دفعات زیاد. ما در این فصل، احتمالی را که به این ترتیب تعریف می‌شود، احتمال تواتری خواهیم خواند.

دامنه دقیق احتمال تواتری همیشه نامعلوم خواهد ماند، چرا که مشاهدات ما نمی‌تواند نامحدود و بی‌حد و حصر باشد. اما وقتی مجموعه‌ای از مشاهدات داشته باشیم، کارشناس آمار می‌تواند برای ما ضریب اطمینان، یا در اصطلاح علم آمار فاصله اطمینان^۳، را محاسبه نماید. انتظار می‌رود احتمال تواتری حقیقی در این فاصله قرار داشته باشد. برای مثال، فرض کنید که تاس را ۲۰۰ مرتبه انداخته‌ایم و ۲۵ بار شش آورده‌ایم. در این حالت تواتر مشهود شش ۱۰ درصد است و کارشناس آمار به ما خواهد گفت که «فاصله اطمینان ۹۵ درصد، میان ۶ تا ۱۵ درصد است»، یعنی می‌توانیم کمابیش مطمئن باشیم که احتمال مورد نظر ما در این فاصله قرار دارد (۱۱). نمی‌توان قطعاً مطمئن بود که واقعیت همین است، اما کارشناس آمار به ما اطمینان خواهد داد که در ۹۵ درصد موارد، احتمال مورد نظر، یعنی همان تواتر حقیقی، در چنین فاصله اطمینانی قرار دارد.

عرض^۴ فاصله اطمینان به تعداد مشاهدات بستگی دارد. فرض کنید شخصی ۵۰ نفر از اهالی دانمارک را به صورت اتفاقی انتخاب می‌کند و می‌بیند که ۴۰ نفر از آنها موی بلوند دارند. پس تواتر مشهود موی بلوند ۸۰ درصد است و محاسبه آماری نشان خواهد داد که فاصله اطمینان ۹۵ درصد میان ۶۶ تا ۹۰ درصد است. در نتیجه، مشاهده‌کننده می‌تواند کمابیش مطمئن باشد که تواتر حقیقی «دانمارکی بلوند» بالای ۶۶ درصد و زیر ۹۰ درصد است. اگر به جای ۵۰ نفر، ۵۰۰ نفر دانمارکی انتخاب

1. ideal or true

2. the law of large numbers

3. confidence interval

4. width

کنیم و ۴۰۰ نفر از آنها موی بلوند داشته باشند، تواتر مشهود هنوز ۸۰ درصد است، اما فاصله اطمینان ۹۵ درصد میان ۷۶ تا ۸۳ درصد خواهد بود. در این حالت او می‌تواند کمابیش مطمئن باشد که تواتر حقیقی بالای ۷۶ درصد و زیر ۸۳ درصد است. پژوهشگران پزشکی در اغلب موارد نتایج خود را بر اساس بررسی تعداد محدودی بیمار به دست می‌آورند و، همان‌طور که بعداً بحث خواهیم کرد، محاسبه فاصله اطمینان به پزشکان بسیار کمک می‌کند تا تجارب خود را در قالب گزاره‌های احتمالاتی^۱ بیان کنند.

مفهوم احتمال تواتری چنان جاافتاده است که بیشتر اوقات فراموش می‌کنیم واژه‌هایی مانند احتمال^۲، تصادفی^۳، اتفاقی^۴ و خطر^۵ در زبان متعارف نیز به معانی بسیار متفاوت به کار می‌روند. برای مثال، فرض کنید که کسی بگوید «جان احتمالاً روز سه‌شنبه خواهد آمد». این جمله صرفاً نشان می‌دهد که شخص گوینده آن اعتقاد دارد یا انتظار^۶ دارد که جان روز سه‌شنبه وارد شود، اما هیچ اطلاعی درباره اساس این اعتقاد یا انتظار به دست نمی‌دهد. طبق آنچه در فرهنگ کوچک انگلیسی اکسفورد^۸ آمده است، امر محتمل امری است که «بر مبنای قرائن موجود می‌تواند صحیح باشد یا موجود باشد یا واقع شود»، ماهیت این شواهد و قرائن می‌تواند از موردی به مورد دیگر متفاوت باشد. در این مثال، ممکن است گوینده جمله قبلاً دیده باشد که جان معمولاً روزهای سه‌شنبه وارد می‌شده است. اما همچنین ممکن است این واقعه پیشتر از این هرگز رخ نداده باشد: ممکن است شخص صرفاً احساس کند جان را چنان خوب می‌شناسد که می‌تواند پیش‌بینی کند، جان در ذهن خود طوری برنامه بریزد که در این زمان وارد شود.

گزاره احتمالاتی همیشه متضمن درجه‌ای از عدم قطعیت^۹ است. همان‌طور که مثال‌های بعدی نشان می‌دهند، هر کس می‌تواند میزان اعتقاد خود به وقوع یک رخداد ویژه را به صورت کمی بیان کند. بیش از پرتاب اولین فضاپیما، منتقدی در

1. probabilistic statements
3. chance
5. risk
7. expect
9. uncertainly

2. probability
4. odds
6. believe
8. Shorter Oxford English Dictionary

تلویزیون گفت که فقط ۹۵ درصد احتمال دارد فضاپیما از نخستین سفر سالم بازگردد. سیاستمداری یک‌بار به دوستش گفت که احتمال پیروزی او در انتخابات پنجاه‌پنجاه است. یک شرط‌بند در مسابقات اسب‌دوانی گفت که شانس پیروزی فلان اسب خاص چهار به یک است، یعنی ۲۰ درصد احتمال دارد اسب مورد نظر برنده شود.

در نگاه اول، این قبیل احتمالات شبیه احتمالات تواتری به نظر می‌رسند، اما اگر در این عبارات به نحو دقیق‌تری تأمل کنیم معلوم می‌شود که واقعیت چنین نیست. ما با وقایع بی‌همتا و منحصر به فرد روبرو هستیم: اولین سفر فضاپیما، فلان انتخابات خاص و فلان مسابقه خاص. در اینجا واقعاً بی‌معنی است که تلقی آماری از احتمالات را به کار ببریم؛ یعنی احتمال را تکرار متمادی قلمداد کنیم. برای مثال، فضاپیما یا بازمی‌گردد یا بازمی‌گردد و معنا ندارد بگوییم که، در دفعات متمادی، تواتر برگشت سالم از این سفر منحصر به فرد ۹۵ درصد است. در اصل، میان این عبارات و عبارت «جان احتمالاً روز سه‌شنبه خواهد آمد» تفاوتی وجود ندارد، جز آنکه در این موارد تلاش شده تا میزان اعتقاد به وقوع رخدادها به صورت کمی بیان شود. برای توضیح معنای این قبیل گزاره‌های شبه-تواتری^۱ می‌توان گفت که [سبزان] اعتقاد منتقد تلویزیون به اینکه فضاپیما سالم بازمی‌گردد همانند این اعتقاد است که اگر از کیسه حاوی ۹۵ مهره قرمز و ۵ مهره سفید، مهره‌ای درآوریم، آن مهره قرمز است. همچنین اعتقاد شرط‌بند به اینکه فلان اسب خاص پیروز می‌شود همانند این اعتقاد است که اگر از کیسه حاوی ۲۰ مهره سفید و ۸۰ مهره قرمز، مهره‌ای درآوریم، آن مهره سفید است.

نتیجه اینکه، دو تلقی از احتمال وجود دارد که نباید آنها را با هم اشتباه کرد. در علم آمار، احتمال عبارت است از تواتر حقیقی یا آرمانی که در پس یک تواتر مشهود قرار دارد. این قبیل احتمالات را احتمالات تواتری می‌خوانند. در زبان متعارف، احتمال برآوردی است از اعتقاد شخصی ما به وقوع یک رخداد (با همان‌طور که بعداً شرح خواهیم داد، به درستی و صدق یک فرضیه). ممکن است این قبیل احتمالات در قالب گزاره‌های کمی بیان شوند، در این حالت شبیه احتمالات تواتری

1. quasi-frequent

به نظر می‌رسند و احتمالات ذهنی^۱ خواننده می‌شوند (۱۲). اکنون این آرا را در مورد دو مسأله تشخیصی به کار می‌بریم.

دو مثال بالینی

مردی میانسال به علت درد قفسه سینه^۲ به پزشک مراجعه می‌کند. در الکتروکاردیوگرام^۳ [=نوار قلب] نابهنجاری دیده می‌شود و غلظت آنزیم‌های آمینوترانس‌فراز^۴ در خون بالاست. متخصص قلب به واسطه شواهد موجود نتیجه می‌گیرد که به احتمال ۹۰ درصد این بیمار دچار انفارکتوس قلبی حاد^۵ شده است.

فرض کنید از متخصص قلب بپرسیم که منظور او از این جمله احتمالاتی چیست. او نمی‌تواند استدلال کند که ۹۰ درصد این قبیل بیماران دچار انفارکتوس [=مرگ] عضله قلب شده‌اند، چون اغلب بیمارانی که گمان می‌رود به این بیماری دچار شده‌اند زنده می‌مانند و در تمام چنین مواردی هیچ‌کس هرگز نمی‌تواند از درستی تشخیص اطمینان حاصل کند. البته، متخصص قلب برخی بیماران را دیده است که فوت شده‌اند و در کالبدشکافی پس از مرگ معلوم شده که در عضله قلب آنها انفارکتوس رخ داده است. اما او نمی‌تواند تجربه خود را از بیمارانی که فوت شده‌اند به آنهایی که زنده مانده‌اند تعمیم دهد، زیرا می‌توان استدلال کرد آنهایی که فوت شده‌اند همانهایی بوده‌اند که در عضله قلبشان انفارکتوس رخ داده است. در نتیجه، جمله اظهار شده توسط متخصص قلب بر پایه تواتر مشهود قرار ندارد.

در عوض، متخصص قلب جمله احتمالاتی خود را بر پایه دانش پاتوفیزیولوژی^۶ بیان می‌کند. قطع جریان خون در یکی از سرخرگ‌های کرونری^۷ به ماهیچه قلب آسیب می‌رساند و آنزیم‌های آمینوترانس‌فراز، که معمولاً درون یاخته‌های ماهیچه قلب قرار دارند، به جریان خون نشت می‌کنند. در این حالت هدایت تحریکات الکتریکی در قلب دستخوش اختلال می‌شود و، به تبع آن،

1. subjective probabilities
3. electrocardiogram
5. acute myocardial infarction
7. coronary artery

2. precordial pain
4. aminotransferase
6. pathophysiology

تغییرات الکتروکاردیوگرام، مانند آنچه در این بیمار دیده شد، به وجود می‌آید. بر اساس این معلومات، که از مطالعات انسانی و تجربیات حیوانی به دست آمده است، متخصص قلب نتیجه می‌گیرد که اعتقاد او به تشخیص انفارکتوس قلبی حاد در این بیمار خاص به همان اندازه قوت دارد که اعتقاد او به درآوردن یک مهره قرمز از درون کیسه محتوی ۹۰ مهره قرمز و ۱۰ مهره سفید. در این مورد، احتمال قطعاً «احتمال ذهنی» است.

حالا این مثال را در نظر بگیرید: بیمار خانمی است که به علت دل‌درد به بیمارستان مراجعه کرده است. درد در قسمت فوقانی شکم واقع شده است و با خوردن غذا بهبود می‌یابد. متخصص گوارش نتیجه می‌گیرد که به احتمال ۳۰ درصد بیمار به زخم دوازدهه مبتلاست. مانند مورد قبل، از پزشک می‌خواهیم که مدعای خود را اثبات کند. این بار پزشک استدلال می‌کند که وی تعداد زیادی از بیماران را، که متوالیاً با دل‌درد مراجعه کرده بودند، مورد بررسی قرار داده است و در اندوسکوپی^۱ معلوم شده که ۳۰ درصد این بیماران زخم دوازدهه دارند.

می‌توان فرض کرد که این مطالعه چندان وسیع بوده که لازم نیست از بسبب اختلاف میان تواتر مشهود و احتمال تواتری حقیقی نگران باشیم. به نظر می‌رسد در این حالت بتوان نتیجه گرفت که متخصص گوارش، نسبت به متخصص قلب، مدعای احتمالاتی خود را بهتر اثبات کرده است. اما جای یک سؤال باقی است.

برای ملاحظه این مسأله لازم است به یاد بیاوریم که متخصص گوارش گفت که احتمال بیماری زخم دوازدهه در آن بیمار خاص ۳۰ درصد است. بنابراین با یک واقعه منحصر به فرد سر و کار داریم، درست مانند سفر آن فضاپیما، یا نتیجه یک مسابقه اسب‌دوانی خاص. این احتمال، احتمال تواتری نیست، بلکه احتمال ذهنی است که بر اساس تواتر مشهود قرار دارد. این نکته بسیار مهمی است، زیرا متخصص قلب ملزم نبوده است اعتقاد ذهنی خود را بر پایه آن تواتر مشهود خاص بگذارد. برای مثال، او می‌تواند در تصمیم‌گیری خود این را هم منظور کند که بیمار مورد نظر زن است و آن مطالعه خاص همچنین نشان داده است که فقط ۱۳ درصد از زنان مبتلا به درد قسمت فوقانی شکم زخم دوازدهه دارند. اگر از این داده استفاده شود،

1. endoscopy

متخصص گوارش می‌تواند نتیجه بگیرد که احتمال تشخیص زخم دوازدهه در این بیمار ۱۳ درصد است. ممکن است استدلال شود که حتی این احتمال هم به قدر کافی معتبر نیست، زیرا متخصص گوارش می‌باید اعتقاد خود را بر پایه تواتر شیوع زخم دوازدهه میان بیماران زنی که دردشان با غذا تخفیف می‌یابد بنا کند. اما به آسانی می‌توان دریافت که این نحوه استدلال فرآیندی بی‌پایان است. به همین ترتیب، می‌توانیم از وی بخواهیم که اعتقاد خود را بر پایه گروهی از بیماران بگذارد که دارای سن، قد، رنگ مو و زمینه اجتماعی یکسان هستند. در انتها، گروه مرجع چنان محدود خواهد شد که حتی تجربه به دست آمده از یک مطالعه بسیار بزرگ هم نمی‌تواند اطلاعات لازم را در اختیار ما بگذارد. اگر باز هم پیش برویم و او را ملزم کنیم که اعتقاد خود را بر اساس بیمارانی بنا کند که از هر حیث با این بیمار یکسان هستند، مسأله احتمالات لوث می‌شود، چرا که آن بیماران، درست مانند بیمار مورد نظر ما، یا زخم دوازدهه دارند یا ندارند. آن وقت به جای احتمال با قطعیت سروکار داریم.

اعتقاد پزشک به یک تشخیص خاص در فرد بیمار ممکن است بر اساس تجربه‌های به دست آمده از گروهی از بیماران باشد، اما هنوز هم این اعتقاد یک احتمال ذهنی است. این احتمال، هم تواتر مشهود بیماری را در یک گروه مرجع نشان می‌دهد و هم ناشی از دانش نظری پزشک است، دانشی که نحوه انتخاب گروه مرجع را تعیین می‌کند. هرگز در کار بالینی تصمیم‌گیری صرفاً بر اساس تجربه‌های گزارش شده انجام نمی‌شود.

این بحث، تقابل میان واقع‌گرایی و تجربه‌گرایی را، که در فصل‌های ۲ و ۳ به تفصیل آن را شرح دادیم، بهتر نشان می‌دهد. متخصص قلب تا حدی واقع‌گراست، چرا که تشخیص خود را بر پایه استنتاجات حاصل از دانش نظری بنا می‌کند، اما متخصص گوارش که بر اساس تجربه‌های گذشته تصمیم می‌گیرد تجربه‌گراست. در کار بالینی، تصمیم‌گیری درباره فرد بیمار عملاً متضمن درجات متفاوتی از هر دو دیدگاه تجربه‌گرا و واقع‌گراست و با در نظر گرفتن حال و هوای علمی معاصر، به ویژه باید به محدودیت رویکرد تجربه‌گرا توجه داشته باشیم [۲].

قبل از آنکه از این مبحث بگذریم، خوب است بدانیم که احتمالات ذهنی نیز می‌تواند کمابیش دقیق باشند. وقتی سکه‌ای را به هوا پرتاب می‌کنیم معتقدیم که امکان آمدن خط دقیقاً ۵۰ درصد است. معمولاً نمی‌توان این ابهام و تقریب را به صورت کمی بیان کرد، اما اگر طیب بخواهد اعتقاد ذهنی خود را بر اساس تواتر مشاهده شده [در یک مطالعه] قرار دهد، محاسبه حدود اطمینان می‌تواند این منظور را دقیقاً برآورده کند. برای مثال، فرض کنید که متخصص گوارش صرفاً ۱۰۰ بیمار را مورد مطالعه قرار داده است که ۳۰ نفر از آنها به بیماری زخم دوازدهه مبتلا هستند. در این حالت کارشناس آمار می‌تواند به او بگوید که فاصله اطمینان ۹۵ درصد تقریباً ۲۰ تا ۴۰ درصد خواهد بود، یعنی طیب می‌تواند تا حد زیادی مطمئن باشد که احتمال تواتر حقیقی در این فاصله قرار دارد. پس طیب می‌تواند بگوید که اعتقاد شخصی او به این تشخیص خاص در این بیمار خاص حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد است. به این ترتیب، طیب تلویحاً چنین می‌گوید که تجربه وی محدود بوده است، اما وی مطمئن است که حتی تجربه‌های بیشمار نیز موجب نمی‌شوند که او اعتقادی بیرون از این فاصله اطمینان [یعنی کمتر از ۲۰ درصد و بیشتر از ۴۰ درصد] حاصل کند. البته، متخصص قلب نمی‌تواند محاسبه مشابهی انجام دهد، اما احتمالاً او نیز به همین نحو فکر می‌کند. نظریه پردازانی که درباره تصمیم‌گیری بالینی^۱ کار می‌کنند، غالباً از پزشکان می‌خواهند که احتمال ذهنی خود را درباره یک تشخیص خاص یا نتیجه یک درمان خاص بیان کنند. در این موارد معمولاً دیده می‌شود که پزشکان رغبتی به انجام محاسبه دقیق ندارند، با وجود این ممکن است آنها بسیار احساس رضایت کنند از اینکه بگویند احتمال یک تشخیص (مانند انفارکتوس قلبی)، مثلاً، بین ۵۰ تا ۷۵ درصد یا بین ۷۵ تا ۱۰۰ درصد است.

دانش کتابی و کار بالینی^۲

این دو مثال بالینی که تا به حال درباره آنها بحث کردیم، مثال‌های کمابیش ساده‌ای بودند. طیب بیماری را با تظاهرات و علائم خاص معاینه کرد و برآوردی از این

1. clinical decision theorist

2. textbook knowledge and clinical practice

احتمال ذهنی به دست آورد که بیمار به فلان بیماری خاص مبتلاست. این قبیل احتمالات را می‌توان احتمالات تشخیصی^۱ نامید. اما، اغلب اوقات پزشکان مجبورند از روشی غیرمستقیم برای تفکر و تصمیم‌گیری استفاده کنند، روشی که خودشان هم به ندرت می‌توانند به تحلیل منطقی آن پردازند.

فرض کنید که طیبی فکر می‌کند احتمالاً یکی از بیمارانش به سرطان کبد مبتلا شده است. او یک آزمایش تشخیصی مناسب درخواست می‌کند، مثلاً تعیین وجود الفاتوفتوپروتئین^۲ در خون، و در پرونده بیمار می‌نویسد که نتیجه این آزمایش مثبت گزارش شده است. حالا او می‌خواهد احتمال تشخیص را براساس نتیجه این آزمایش محاسبه کند. وی با مراجعه به متون طبی صرفاً درمی‌یابد که در ۷۰ درصد بیماران مبتلا به سرطان کبد و نیز ۲ درصد افراد سالم نتیجه این آزمایش مثبت بوده است. طیب این سؤال را چگونه حل می‌کند؟ برای توضیح این سؤال، ابتدا از روش تحلیل صوری^۳ استفاده می‌کنیم و سپس به روش تفکر بالینی روزانه بازمی‌گردیم.

این احتمالات تواتری را، که طیب در نوشتارهای پزشکی یافته است، می‌توان براساس قرارداد به صورت زیر این‌گونه خلاصه‌نویسی کرد:

$P(S/D) = 0.70$ (خوانده می‌شود: احتمال این علامت خاص به شرط وجود این بیماری خاص ۷۰ درصد است).

$P(S/\bar{D}) = 0.02$ (خوانده می‌شود: احتمال این علامت خاص به شرط عدم وجود این بیماری خاص ۲ درصد است).

این قبیل احتمالات را احتمالات بیماری‌شناختی^۴ می‌نامیم (بیماری‌شناسی به معنی توصیف و طبقه‌بندی بیماری‌هاست). این نوع احتمالات از حیث کار بالینی مستقیماً استفاده چندانی ندارند، زیرا طیب به «معکوس» این احتمالات نیاز دارد. او می‌خواهد $P(D/S)$ ، یعنی احتمال تشخیصی، را به دست آورد، یعنی می‌خواهد بداند احتمال این بیماری به شرط وجود این علامت چقدر است. محاسبه احتمال تشخیصی از روی احتمال بیماری‌شناختی کار آسانی نیست. در اصل، باید برای تبدیل $P(S/D)$ به $P(D/S)$ از قضیه بیز^۵ استفاده کرد. صورت‌بندی این قضیه در زیر

1. diagnostic probabilities

2. alpha-fetoprotein

3. formal analysis

4. nosological probabilities

5. Bayes' theorem

آورده‌ایم. همان‌طور که در فرمول دیده می‌شود، برای محاسبه احتمال تشخیصی، پزشک علاوه بر احتمالات بیماری‌شناختی (یعنی $P(S/D)$ و $P(S/\bar{D})$) باید احتمالات پیشین^۱ درباره وجود یا عدم بیماری (یعنی $P(D)$ و $P(\bar{D})$) را نیز بداند:

$$P(D/S) = \frac{P(S/D) \times P(D)}{P(S/D) \times P(D) + P(S/\bar{D}) \times P(\bar{D})}$$

ممکن است پزشک، پیش از دیدن نتیجه آزمایش، برآورد کرده باشد که ۲۵ درصد بیمارانی که مشخصات این بیمار خاص را دارند، به سرطان کبد مبتلا هستند، یعنی $P(D) = 0.25$. $P(\bar{D}) = 0.75$. سپس او با استفاده از فرمول می‌تواند محاسبه کند که احتمال بیماری به شرط نتیجه آزمایش مثبت، یعنی $P(D/S)$ ، ۹۲ درصد است. همه احتمالات در این مثال از نوع تواتری هستند و $P(D/S)$ همان تواتری است که پس از محاسبه آن، پزشک اعتقاد ذهنی خود را به این تشخیص در این مورد خاص، بر پایه آن می‌گذارد.

البته، منظور این نیست که پزشکان در کار بالینی چنین محاسباتی انجام می‌دهند، اما آنها باید کمابیش به همین نحو فکر کنند. دانش بالینی تا حد زیادی بر پایه دانش کتابی (یعنی بیماری‌شناسی) قرار دارد و کتاب‌های درسی پزشکی متعارف چیز زیادی درباره احتمال بیماری‌های مختلف به شرط علائم مختلف به خواننده ارائه نمی‌دهند. کتاب‌های درسی به چندین فصل تقسیم شده‌اند که هر فصل به یک بیماری اختصاص دارد و در آنها مؤلف به خواننده می‌گوید که کدام یک از تظاهرات و علائم بسیار شایع، شایع یا نادر است. به عبارت دیگر، کتاب‌های درسی اطلاعاتی از نوع $P(S/D)$ به دست می‌دهند، و خواننده نمی‌تواند از این اطلاعات بیماری‌شناختی استفاده کند مگر آنکه از قضیه بیز کمک بگیرد. در واقع می‌توان گفت که قضیه بیز به پزشک می‌گوید که چگونه از دانش کتاب‌های درسی برای مقاصد کار بالینی استفاده کند.

برای منظوری که مد نظر ماست، لزومی ندارد بیش از این قضیه بیز را با جزئیات بیشتر شرح دهیم، اما باید بگوییم که نمی‌توان دانش کتابی، یعنی احتمالات بیماری‌شناختی مانند $P(S/D)$ و $P(S/\bar{D})$ ، را به احتمالات تشخیصی در مسائل بالینی،

1. prior probabilities

احتمال وقوع رویدادهای منحصر به فرد آورده‌ایم. در اینجا نیز دوباره با احتمالات ذهنی سروکار داریم، نه با احتمالات تواتری. معنی مثال آخری این نیست که در دفعات متمادی ۹۵ درصد زخم‌های دوازدهه طی درمان با امپرازول التیام یافته‌اند و یا ۹۵ درصد گزارش‌های منتشر شده نشان می‌دهند که امپرازول بهترین درمان است. این گزاره صرفاً بیان می‌کند که اعتقاد ما به صدق آن گزاره همانند اعتقاد ما به برداشتن یک مهره قرمز از درون کیسه محتوی ۹۵ مهره قرمز و ۵ مهره سفید است. معنی گزاره این است که، با احتمال قریب به یقین، و نه کاملاً، انتظار داریم که متوسط زمان بهبود زخم دوازدهه طی درمان با امپرازول، از متوسط همین زمان طی درمان با سایمتیدین، کوتاهتر باشد.

طبیعی که می‌خواهد به نتایج پژوهش‌های پزشکی پی ببرد، می‌باید غالباً از این‌گونه ارزیابی‌های احتمالاتی انجام دهد. هر هفته او تعدادی مقاله پزشکی می‌خواند و باید دائماً به سؤالاتی از این قبیل پاسخ دهد: آیا شواهد مرا قانع می‌کنند که ورزش نکردن یکی از علل انفارکتوس قلبی است؟ منع اعتماد من به نتیجه مؤلف، مبتنی بر اینکه در تشخیص یرقان انسدادی^۱، سونوگرافی^۲ بر اسکن کامپیوتری^۳ ارجحیت دارد، چیست؟ آیا اکنون من معتقد شدم که این دارو، نسبت به دارویی که قبلاً تجویز می‌کردم، تعداد بیشتری از بیماران را درمان می‌کند؟

نتایج بخش اعظم تحقیقات پزشکی در قالب اعداد و به صورت کمی بیان می‌شود. در نیمه اول قرن بیستم، پزشک خواننده مقاله صرفاً با نگاهی به ارقام تصمیم می‌گرفت که نتایج تحقیق را بپذیرد یا رد کند. برای مثال، اگر گفته می‌شد که ۲۰ نفر از ۲۵ نفر بیماری که داروی جدیدی را دریافت کرده‌اند، بهبود یافته‌اند، و در مقابل، ۱۲ نفر از ۲۵ بیماری که قرص‌های بی‌خاصیت خورده‌اند، بهبودی نشان داده‌اند؛ شاید خواننده نتیجه می‌گرفت که این شواهد قویاً بر تری داروی جدید را نشان می‌دهند. البته، او به نحوه طراحی^۴ مطالعه و نتایج تحقیقات دیگر نیز توجه می‌کرد، اما سرانجام ممکن بود تنها بر اساس ارقام نقل شده تصمیم بگیرد از داروی جدید استفاده کند.

یعنی P(D/S)، تبدیل کرد، مگر آنکه پزشک قادر باشد احتمال پیشین وجود یا فقدان بیماری مورد نظر را ارزیابی کند. اهمیت کاربردی این نکته را شاید بتوان در مثال زیر نشان داد. طبیعی اروپایی در بیمارستانی واقع در مناطق گرمسیر آفریقا مشغول به کار شد. او کتاب جامعی درباره «طب گرمسیری» تهیه نمود و تظاهرات و علائم بالینی بیماری‌های بومی این مناطق را کاملاً مطالعه کرد تا خود را برای کار جدید حاضر کند. با این حال او تا ماه‌ها پس از ورود به بیمارستان در کار تشخیص بسیار ضعیف عمل می‌کرد، چرا که تقریباً هیچ‌چیز درباره تواتر نسبی بیماری‌های بومی نمی‌دانست. در واقع او قبل از آنکه بتواند ارزیابی‌های تشخیصی دقیق انجام دهد، می‌باید از احتمال پیشین P(D) این بیماری‌ها در منطقه تحت پوشش بیمارستان مطلع می‌شد.

هنگامی که دانشجوی پزشکی در بیمارستان‌های دانشگاهی آموزش می‌بیند و سپس به طبابت عمومی می‌پردازد، نظیر همین جریان را با شدت کمتر تجربه می‌کند. در آغاز کار، او در مورد بیمارانش به تمام اقسام بیماری‌های نادر (که در بیمارستان‌های دانشگاهی شایع هستند) مظنون می‌شود، اما پس از مدتی می‌آموزد که تواتر بیماری‌های مختلف در جامعه را به درستی ارزیابی کند.

احتمال فرضیات^۱

همه ما، هم در گفت‌وگوهای عادی روزانه و هم در مباحثات علمی، علاوه بر آنکه احتمال وقوع رویدادهای مختلف را برآورد می‌کنیم، احتمال درستی و صدق گزاره‌های کلی^۲ را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهیم. مثلاً می‌توانیم بگوییم: «احتمالاً درست است که در منظومه‌های شمسی دیگر موجود زنده وجود دارد»، یا «احتمالاً غلط است که ساکنان قفقاز نسبت به بقیه مردم عمر طولانی‌تری دارند». همچنین ممکن است این گزاره‌ها را به صورت کمی بیان کنیم و بگوییم: «به احتمال ۹۵ درصد، اگر زخم دوازدهه را با داروی امپرازول^۳ درمان کنیم، مدت زمان لازم برای التیام آن کوتاهتر است نسبت به هنگامی که از داروی دیگری، مانند سایمتیدین^۴ استفاده نماییم». این مثال‌ها مشابه مثال‌هایی هستند که قبلاً به هنگام بحث درباره

1. obstructive jaundice
3. CT-scanning

2. sonography
4. the design

1. the probability of hypotheses
3. omeprazole

2. general statements
4. cimetidine

در وهله بعد، نتیجه برخی آزمون‌های آماری مهم به صورت مقدار پی‌پی^۱ بیان می‌شود و بسیاری از خوانندگان مجلات پزشکی نحوه درست تفسیر آن را نمی‌دانند. معمولاً، فقط بیان می‌شود که مقدار پی‌پی زیر ۵ درصد ($P < 0.05$) یا بالای ۵ درصد ($P > 0.05$) است. بنا به قرارداد گفته می‌شود، در حالت اول نتایج «از لحاظ آماری اهمیت آ» دارند، اما در حالت دوم نتایج «از لحاظ آماری بی‌اهمیت آ» هستند. گاهی این عبارات آن قدر جدی تلقی می‌شوند که اگر نتیجه‌ای «بی‌اهمیت» را قبول کنیم یا نتیجه‌ای «بااهمیت» را نپذیریم، گویی مرتکب عملی «غیرعلمی آ» شده‌ایم. بعضی اوقات تصور می‌شود که تفاوت «بااهمیت» تفاوتی واقعی و حقیقی است و تفاوت «بی‌اهمیت» یافته‌ای اتفاقی و تصادفی است.

البته، میان تفاوت‌های «بسیار بااهمیت آ» ($P < 0.01$) و تفاوت‌های «بااهمیت» ($0.01 < P < 0.05$) تمایز گذاشته می‌شود. اما به نظر می‌رسد اغلب پزشکانی که به اندازه مقدار پی‌پی بیش از حد بها می‌دهند، آن را به شیوه‌ای نادرست تفسیر می‌کنند. ظاهراً آنها معتقدند هنگامی که می‌گوییم ($P < 0.05$) است یعنی با احتمال کمتر از ۵ درصد [میان دو گروه آزمایش] هیچ اختلافی وجود ندارد، و نتیجتاً، با احتمال بیش از ۹۵ درصد تفاوت وجود دارد. اما با توضیحاتی که قبلاً داده‌ایم باید روشن باشد که این تفسیر نادرست است. برای مثال، این گزاره که «میان اثرات درمان بخشی^۶ دو درمان مختلف تفاوت وجود دارد»، گزاره‌ای کلی است. قبلاً اشاره کردیم که احتمال صدق گزاره‌های کلی - یا فرضیه‌های علمی^۷ - احتمالی ذهنی است، در صورتی که کارشناسان آمار احتمال تواتری را محاسبه می‌کنند. این فرضیه که «درمانی بهتر از درمان دیگر است» گزاره‌ای کلی است، این گزاره یا غلط است یا درست، و نمی‌توان آن را برحسب احتمال تواتری تفسیر کرد.

از آنجایی که مقدار پی‌پی در مجلات پزشکی به وفور استفاده می‌شود، باید تفسیر درست آن را بدانیم و پیش از آن ناگزیریم درباره علم آمار مختصری توضیح دهیم [۴].

طی دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ میلادی ارائه نتایج تحقیقات علمی دستخوش تغییرات عمیقی شد. در آغاز این دوره، تنها معدودی از مؤلفان نتایج خود را تحلیل آماری می‌کردند. اما امروزه، مجلات معتبر فقط مقالاتی را قبول می‌کنند که اهمیت آماری نتایج آنها با آزمون‌های مربوطه^۱ مورد تحلیل قرار گرفته باشد. در آن زمان ورود آمار زیستی^۲ با شور و هیجان زیادی همراه بود و کتاب‌های متعددی درباره اصول علم آمار به بازار آمد. برگزاری دوره‌های تدریس روش‌های تحقیق بالینی متداول شد که در آنها آموزش آمار نقش مهمی داشت. بدون شک این پیشرفت و تکامل با تأخیر طولانی صورت گرفت و [متعاقب آن] معیارهای روش‌شناختی در مقالات پزشکی طی چند دهه اخیر خیلی بهتر شده‌اند. امروزه برای خواندن مجلات پزشکی دانستن علم آمار ضروری است و آن دسته از پزشکان که از علم آمار اطلاع چندانی ندارند، نتایج آزمون‌های مهم آماری را غیرنقادانه و یا حتی غلط تفسیر می‌کنند.

در وهله نخست، غالباً فراموش می‌شود که نتایج تحلیل آماری، علاوه بر اطلاعات و داده‌های مشاهده‌شده، به انتخاب مدل آماری^۳ نیز بستگی دارد. کارشناس آمار یا پژوهشگری که می‌خواهد دست به تحلیل آماری بزند، غالباً برای انتخاب میان چند آزمون آماری، که برحسب مدل‌های آماری مختلف متفاوت‌اند، آزادی عمل دارد. برای مثال در آزمون-تی^۴ اساس کار بر توزیع بهنجار^۵ قرار دارد، اما در آزمون دنک‌سام^۶ این پیش فرض وجود ندارد. کاملاً ممکن است که آزمون-تی نشان دهد دو نمونه با یکدیگر اختلاف فاحش دارند، اما آزمون دیگر اختلاف را ناچیز نشان دهد. متأسفانه، بسیاری از پژوهشگران، که از آمار سررشته‌ای ندارند، تحلیل‌های آماری را به کارشناسان آمار وامی‌گذارند، که اطلاعات ناچیزی از پزشکی دارند؛ ممکن است در این حالت نتیجه نهایی صرفاً مجموعه‌ای از محاسبات بی‌معنی از آب درآید.

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| 1. P-values | 2. statistically significant |
| 3. statistically non-significant | 4. unscientific |
| 5. highly significant | 6. cure rate |
| 7. scientific hypotheses | |

- | | |
|-----------------------------------|------------------|
| 1. statistical significance tests | 2. biostatistics |
| 3. statistical model | 4. t-test |
| 5. normal distribution | 6. rank sum test |

فرض کنید در یک تحقیق بالینی معلوم می‌شود که ۲۰ نفر (۸۰٪) از ۲۵ بیماری که داروی A را دریافت کرده‌اند، خوب شده‌اند و در مقابل ۱۲ نفر (۴۸٪) از ۲۵ بیماری که داروی B را دریافت کرده‌اند، بهبود یافته‌اند. در این حالت دو احتمال وجود دارد: ۱. فرضیه صفر^۱ درست است، یعنی هر دو درمان به یک اندازه مؤثر بوده‌اند و تفاوت مشهود (۳۲٪) اتفاقی بوده است؛ ۲. فرضیه مقابل^۲ درست است، یعنی یکی از دو درمان بهتر از دیگری است و میان آن دو تفاوت وجود دارد. طبیب می‌خواهد تصمیم بگیرد که تا چه حد به صدق فرضیه مقابل (و بطلان فرضیه صفر) معتقد باشد. برای این منظور، او به تحلیل آماری محتاج است، اما باید بدانیم که مقدار-پی به این پرسش مستقیماً پاسخ نمی‌دهد. در این مورد خاص، کارشناس آمار احتمالاً آزمون فیشر^۳ را انجام می‌دهد و مقدار-پی را $P=0/04$ را به دست می‌آورد، به این معنی که اختلاف «از نظر آماری بااهمیت» است ($P < 0/05$). اما همان‌طور که قبلاً شرح دادیم، معنی نتیجه آزمون این نیست که به احتمال ۴ درصد فرضیه صفر درست است (و به احتمال ۹۶ درصد فرضیه مقابل درست است). مقدار-پی احتمالی از نوع احتمال توانی است و به ما اطلاع می‌دهد که «به احتمال ۴ درصد می‌توان میان دو شیوه درمان چنین تفاوتی را به دست آورد به شرط آنکه فرضیه صفر درست باشد». به عبارت دیگر کارشناس آمار از ما می‌خواهد دو شرط را از پیش بپذیریم:

۱. فرضیه صفر درست است؛
 ۲. فرض کنیم که تعداد زیادی کارآزمایی مشابه انجام داده‌ایم. در این حالت، کارآزمایی‌هایی که نتیجه آنها با نتیجه کارآزمایی ما یکسان است یا حتی بیشتر از آن است (یعنی تفاوت ۳۲٪ یا بیشتر از آن)، نواترشان ۴ درصد است.
- برای آنکه اثرات و کاربردهای تعریف آماری صحیح مقدار-پی را بیشتر نشان دهیم، فرض کنید بیمارانی که در این کارآزمایی خاص شرکت کرده‌اند به بیماری زخم دوازدهم مبتلا هستند و داروی A اسید اسکوربیک^۴ (ویتامین ث) و داروی B یک ماده دارونما^۵ (قرص بدون خاصیت دارویی) است. در این حالت، باید تقریباً به

1. null hypothesis
2. alternative hypothesis
3. Fisher's test
4. ascorbic acid (vitamin C)
5. placebo

این نحو استدلال کنیم: براساس دانش نظری ما، برای تأثیر ویتامین ث بر التیام زخم دوازدهم قرینه‌ای وجود ندارد، به همین دلیل اطمینان پیشین^۱ به فرضیه صفر بسیار زیاد است، در عین حال اطمینان پیشین به فرضیه مقابل بسیار ناچیز است. شاید میزان اعتقاد ما به فرضیه صفر ۹۹/۹۹٪ باشد، یعنی به همان میزان اعتقاد ما به درآوردن یک مهره قرمز از درون کیسه حاوی ۹۹۹۹ مهره قرمز و یک مهره سفید. اما اعتقاد ما به فرضیه مقابل ۰/۰۱٪ است، یعنی به همان میزان اعتقاد ما به درآوردن یک مهره سفید از درون همین کیسه.

در وهله بعد، هنگامی که نتیجه این کارآزمایی را ارزیابی می‌کنیم، باید این احتمالات پیشین را در محاسبه منظور نماییم. پس دو راه پیش رو خواهیم داشت: ۱. فرضیه صفر را می‌پذیریم، علی‌رغم این حقیقت که اگر فرضیه صفر درست باشد احتمال نتیجه کارآزمایی نسبتاً کم است (۰/۴٪). ۲. فرضیه مقابل را قبول می‌کنیم، علی‌رغم این حقیقت که طبق دانش نظری پیشین ما، احتمال صدق این فرضیه بسیار کم است (حدود ۰/۰۱٪).

می‌بینیم که در مقابل انتخابی دشوار قرار گرفته‌ایم، زیرا هر دو فرضیه، هر کدام به نحوه خاص خود، غیرمحمول به نظر می‌رسند. اما معتقدیم طبیعی که به این شیوه استدلال می‌کند، آن فرضیه‌ای را برمی‌گزیند که کمتر نامقبول باشد [یا به عبارت دیگر از مقبولیت نسبی بالاتری برخوردار باشد]: او فرضیه صفر را انتخاب می‌کند و نظر می‌دهد که تفاوت میان میزان اثر دو درمان ناشی از تصادف است، زیرا او فکر می‌کند قراین به دست‌آمده از این یک کارآزمایی آن قدر کافی نیست تا او اعتقادش را به صدق فرضیه صفر تغییر دهد.

اکنون این استدلال تعدیل شده را مقایسه کنید با استدلال آن طبیعی که سرسختانه باور دارد که مقدار-پی همان احتمال صدق فرضیه صفر است. به این ترتیب، او نتیجه خواهد گرفت که تنها با همین یک کارآزمایی می‌توان گفت که به احتمال ۹۶ درصد، ویتامین ث بهبود زخم دوازدهم را تسریع می‌کند [۵].

به عنوان شق دوم، فرض کنید نتایج و اعداد این مطالعه از یک کارآزمایی بالینی درباره زخم دوازدهم به دست آمده است، که در آن داروی A داروی جدیدی از دسته

1. prior confidence

این تأملات در باب تفسیر آزمون‌های آماری و اهمیت اعتقادات پیشین، مدل‌ولت و استلزامات فلسفی نیز به همراه دارند، زیرا آشکار می‌کند که علوم طبیعی تجربی هیچ‌گاه فارغ از نظریه^۱ نبوده و احتمالاً هرگز فارغ از ارزش^۲ نیست. ما می‌توانیم حتی المقدور بگوئیم تا معتقدات، انتظارات و خواسته‌یمان مایه انحراف^۳ پژوهش‌هایمان نشوند، اما در نهایت باید نتایج کمی به دست آمده را با توجه به اعتقادات پیشین خود تفسیر کنیم. احتمال صدق یا کذب یک فرضیه علمی احتمالی ذهنی است؛ یعنی هنگامی که می‌خواهیم تصمیم بگیریم کدام فرضیه را تأیید کنیم و کدام فرضیه را مردود بشماریم، نمی‌توانیم عامل ذهنی را حذف کنیم.

همچنین، این نتایج با یکی از احکام کوهن هم‌خوانی دارند: کوهن اشاره کرد که دانشمندان مایلند از نتایجی که با نظریه‌های موجود در پدیده‌ها یک علم‌ناسازگارند، صرف‌نظر کنند. آنها هنگامی یک نظریه را رها می‌کنند که انبوهی از شواهد و قراین ناقض^۴ گرد آمده باشد (به صفحه ۲۴ نگاه کنید). در این فصل، ما همین رأی را به شکل دیگری ارائه کردیم. دانشمندانی که نتایج آزمون‌های آماری را درست تفسیر می‌کنند، اگر در نخستین تحقیق نتیجه‌ای دور از انتظار به دست آورند، آن را نمی‌پذیرند، زیرا اعتقاد پیشین آنها به نتایج به دست آمده ناچیز است. اما اگر در تحقیقات بعدی نتایجی مشابه به دست آید، اعتقاد پیشین آنها به فرضیه تدریجاً افزایش می‌یابد و سرانجام جامعه علمی متقاعد خواهد شد.

یادداشت‌ها

۱. «حدود اطمینان» دقیقی که در این مثال‌ها نقل شده‌اند، از توزیع بهنجار به دست آمده‌اند. برای نمونه، جدول حدود اطمینان را می‌توان در این کتاب پیدا کرد:
- Diem, K. & Lentner, C. (eds) *Scientific tables Geigy*. the edn. Bostle: Geigy, 1970.
۲. مفهوم احتمال در این فصل بسیار ساده ارائه شده است. همان‌طور که در زیر خواهیم گفت، نظریه آماری بیز احتمالات ذهنی را هم منظور می‌دارد [۷-۱۴]. نظریه احتمال، که به مشکل استقراء مرتبط است، توجه تعدادی از فیلسوفان تجربه‌گرا، از جمله رودلف

داروهای مهارکننده گیرنده‌های هیستامینی نوع دوم^۱ است (این داروها مانع ترشح اسید معده می‌شوند)، و داروی B همانند گذشته ماده‌ای دارونماست. در این حالت، اعتقاد پیشین ما به فرضیه صفر و فرضیه مقابل بسیار متفاوت خواهد بود. می‌دانیم که مهارکننده‌های هیستامین روند التیام زخم را بسیار سرعت می‌بخشند. اگر تجربه در آزمایشگاه نشان داده باشد که این داروی جدید به همان اندازه اسلاف خود ترشح اسید را مهار می‌کند، میزان اطمینان ما به فرضیه مقابل بسیار زیاد و به فرضیه صفر بسیار ناچیز خواهد بود. بنابراین، در این حالت اتخاذ رأی نهایی برای ما چندان مشکل نیست، زیرا هم دانش نظری پیشین و هم نتایج تحلیل آماری علیه فرضیه صفر هستند و نتیجه می‌گیریم که شک بسیار کمی وجود دارد که دارو مؤثر است. اگر از ما بخواهند اعتقاد ذهنی خود به فرضیه مقابل را به صورت کمی بیان کنیم، ممکن است بگوئیم که بیش از ۹۹ درصد به درستی آن اطمینان داریم. در مقابل، طبیعی که، به اشتباه، مقدار کمی را احتمال صدق فرضیه صفر تفسیر می‌کنند، در این حالت به اجبار نتیجه خواهد گرفت که به احتمال ۹۶ درصد داروی A مؤثر است.

باید به این نکته توجه کرد که این نوع استدلال با استدلال تشخیصی (به مدد قضیه بیز) مشترکات زیادی دارد. مقدار کمی «احتمال تواتری داده‌ها و یافته‌های مشهود است به شرط صدق فرضیه صفر». اما طبیعی که می‌خواهد از این تحقیق علمی نتیجه صحیح به دست آورد، می‌کوشد احتمال ذهنی این گزاره را برآورد کند که «فرضیه صفر درست است به شرط داده‌های مشهود». طبیعی که در پی رسیدن به تشخیص بیماری است، عیناً به همین نحو عمل می‌کند. او نیز می‌خواهد احتمال مشروطی را که در اختیار دارد معکوس نماید [یعنی می‌خواهد «احتمال تواتری تظاهرات و علائم به شرط وجود بیماری» را به «احتمال ذهنی وجود بیماری» به شرط وجود تظاهرات و علائم] تبدیل کند که برای این کار لازم است احتمال پیشین را در محاسبه منظور نماید. برخی نظریه پردازان، که در زمینه تصمیم‌گیری آماری کار می‌کنند، معتقدند قضیه بیز برای محاسبه احتمالات ذهنی نیز معتبر است. آنها مدعی‌اند می‌توان احتمال صدق یک فرضیه را محاسبه کرد [۱۶] و [۷]، اما در اینجا ما این روش‌ها را، که جای بحث دارند، مطرح نخواهیم کرد.

1. theory-free

2. value-free

3. bias

4. contradictory evidence

1. H₂-blocker

کارناب و فون میس [R. E. Von Mises]، را جلب کرده است. اما بحث عمیق‌تر در این باره فرای مجال کتاب ماست. تمایز میان احتمال توانری و ذهنی منظور ما را برآورده می‌کند.

۳. تشخیص کامپیوتری بهترین مثال برای رویکرد تجربی افراطی به مسائل تشخیصی است. شکلی بالینی مربوط به مقدار زیادی از بیماران را به کامپیوتر می‌دهند. و براساس این تجربه، می‌توان احتمال تشخیص‌های مختلف را در موارد آتی (مثلاً به مدد منطق بیز) محاسبه کرد. ثابت شده است که این روش در بعضی حوزه‌های محدود بسیار موفقیت‌آمیز است (نگاه کنید به:

(Proceedings of the Royal Society London (B), 1973; 84: 433-40

این قبیل مطالعات نوعاً به مواردی محدود می‌شود که بتوان تشخیص‌ها را، با عمل جراحی، اثبات کرد. به دلایلی که پیش از این توضیح دادیم، کامپیوتر نمی‌تواند احتمال یک بیماری مانند سکنه قلبی را بر مبنای تجربه‌های قبلی محاسبه کند. ۴. در اینجا ما درباره تفسیر آزمون‌های مهم بحث خواهیم کرد، اما همان‌طور که در صفحه ۷۲ گفتیم، می‌توان حدود اطمینان مربوط به دو میزان درمان‌بخشی (cure rate) مختلف را محاسبه کرد. به این منبع نگاه کنید:

Inulff, H.R. Contidence limits in evaluating controlled therapeutic trials. *Lancet*. 1973; 11: 969-70.

۵. سوء تفسیر مقادیر پی‌ام‌ری شایع است. طی یک دوره پیشرفته آسوزش و روش‌های تحقیق در دانمارک، از بیست و پنج پزشک سؤال شد که معنی مقدار پی‌بی چیست، و همه آنان معتقد بودند که مقدار پی‌بی احتمال صدق فرضیه صفر را نشان می‌دهد. شاید یکی از دلایل این وضعیت آن است که خود کسانی هم که روش‌های تحقیق را تدریس می‌کنند مسأله را نفهمیده‌اند. برای مثال، در مقاله گلانز چنین آمده است: «به طور دقیق، مقدار پی عبارت است از احتمال آنکه مقدار به دست آمده از آزمون آماری مساوی یا بیشتر از مقداری باشد که می‌توان از محاسبه داده‌ها به دست آورد، هنگامی که در واقع میان درمان‌های مختلف تفاوتی وجود ندارد. به بیان دیگر، وقتی می‌گوییم تفاوت وجود دارد، مقدار پی نشان می‌دهد که چه قدر احتمال دارد اشتباه کرده باشیم»، در منبع:

Glanz, S.A. Biostatistics: How to detect, correct and prevent errors in the medical literature. *Circulation*, 1980; 61: 1-6

جمله نخست این نقل قول تفسیر درستی از معنای توانری مقدار پی به دست می‌دهد، اما جمله دوم سفسطه است.

6. Lindley, D. *Making Decisions*. London: Niley Interscience, 1973.

7. Winkler, R. L. *Introduction to Bayesian Inference and Decision*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972.

فصل ۸

رویکرد طبیعت‌گرایانه به روان‌پزشکی

در حال حاضر پاره‌ای از منتقدان طب جدید تردید دارند که حرفه پزشکی بتواند از عهده مشکلات بهداشتی جامعه مدرن برآید. اما روان‌پزشکی^۱ تنها رشته‌ای از طب است که با جنبشی واقعاً اعتراض‌آمیز مواجه شده است، و از این بابت چه بسا به خود ببالد. بعضی از اعضای این جنبش، مانند لاینگ^۲، ساتس^۳ و فادرین^۴، از لحاظ فلسفی مشترکات زیادی با هم ندارند، اما در انتقاد افراطی از روان‌پزشکی، هم به عنوان یک علم و هم به عنوان یک نهاد اجتماعی، متفق‌القول‌اند. جبهه آنها، که به نام ضد-روان‌پزشکی^۵ معروف است^۶، هر از گاهی در رسانه‌های خبری توجه زیادی به خود جلب می‌کند. این منتقدان ادعا می‌کنند که بیماری‌های روانی^۶، به معنای پزشکی متعارف، بیماری نیستند. برای مثال ساتس می‌نویسد:

معمولاً روان‌پزشکی را تخصصی از علم طب تعریف می‌کنند که با بررسی، تشخیص و درمان بیماری‌های روانی سروکار دارد. چنین تعریفی بی‌ارزش و گمراه‌کننده است. بیماری روانی افسانه‌ای بیش نیست. روان‌پزشکان با بیماری‌های روانی و درمان آنها سروکار ندارند. در واقع کار آنها رفع مشکلات شخصی^۷، اجتماعی و اخلاقی^۸ در زندگی است^۹.

همچنین، ضد-روان‌پزشکان یادآور می‌شوند که اگر آرا و اعمال مخالفان فکری تهدیدی علیه نظم جامعه تلقی شود، دستاویزی به وجود می‌آید تا این عده را از جامعه طرد کنند. آنها مدعی‌اند که ثابت شده، روان‌پزشکی وسیله بسیار مناسبی برای مرکوب این افراد است. نخست، مخالفان فکری را بیمار قلمداد می‌کنند و سپس با دارودرمانی و شوک الکتریکی^۹ آنان را منفعل می‌سازند. لاینگ درباره این نکته چنین می‌گوید:

1. psychiatry

2. Laing

3. Szasz

4. Faadraine

5. anti-psychiatry

6. mental disease

7. personal

8. ethical

9. electroconvulsive therapy

روانی چیست؟». برای مثال، آیا بیماری روانی اختلالی زیست‌شیمیایی است یا، همان‌طور که ضد-روان‌پزشکان مدعی‌اند، حاکی از یک تضاد اجتماعی است؟ هرچند مطابق معمول، در عمل به دشواری می‌توان میان این دو سطح از گفتمان فلسفی تمایز قائل شد.

چگونه می‌توان بیماری روانی را تشخیص داد؟

در فصل ۴ دربارهٔ مدل مکانیکی بحث کردیم و گفتیم، که بنا به عقیدهٔ بورس، بیماری انحرافی از طرح‌گونهٔ مربوطه^۱ است. در این سیاق، هنگامی می‌گوییم شخص بیمار است که کارکردهای بدن او از سطح استاندارد گونهٔ مربوطه^۲ پایین‌تر باشد. آلف راس، فیلسوف حقوق دانمارکی، که به جنبه‌های معرفت‌شناسانهٔ مفهوم بیماری علاقهٔ خاصی داشت، به همان نتایجی رسید که بورس در باب بیماری جسمانی رسیده بود. همچنین او کوشید تا بیماری روانی را به همان شیوهٔ بورس تعریف کند [۱۵]. درست به همان ترتیبی که برای کارکرد زیست‌شناختی، یک سطح استاندارد مربوط به گونه را از پیش فرض می‌کنیم، راس نیز، برای توانایی بشر در برقراری ارتباط با دیگران، یک سطح استاندارد مربوط به گونه از پیش فرض می‌کند. او هنگامی فرد را از نظر روانی بیمار تلقی می‌کند که این توانایی به زیر سطح استاندارد گونهٔ مربوطه تنزل یابد. به سخن دیگر، بیماری روانی حالتی است که مانع برقراری ارتباط می‌گردد. راس میان دو نوع مهم از اختلالات ارتباطی^۳ تمایز قائل می‌شود:

۱. اختلالات شناختی^۴ (مانند توهمات^۵ و هذیان‌ها^۶) و

۲. اختلالات عاطفی-کُنشی^۷ (مانند اضطراب، افسردگی و اعمال وسواسی^۸).

اشخاصی که چنین اختلالاتی را بروز می‌دهند از نظر روانی بیمار هستند، زیرا اختلال در توانایی آنان برای برقراری ارتباط به انزوا و ازخودبیگانگی^۹ منجر خواهد گشت، و اگر در موارد شدید به آنها کمک نشود ممکن است از بین بروند. بنا بر

«حالتی^۱» به عنوان «اسکیزوفرنی^۲» وجود ندارد. اما این انگ واقعیتی اجتماعی است و واقعیت اجتماعی واقعهای سیاسی است... به فرد انگ خورده هم نقش بیمار و هم پیشه^۳ بیماری تحمیل می‌شود. این امر حاصل عملی منسجم است که از ائتلاف («توطئه^۴») خانواده، پزشک، بهداشتکار روان، روان‌پزشک، پرستار، مددکار اجتماعی و، غالباً، بیماران مشابه، ناشی می‌شود. فرد «متعهد و مسؤول^۵» انگ بیماری، و خصوصاً «اسکیزوفرن» می‌خورد و از تمام شئون وجودی و حقوقی یک فاعل انسانی و شخص مسؤول به مقام فردی تنزل پیدا می‌کند که دیگر مالک تعریف خود از «خودش» نیست. نمی‌تواند مالکیت اموالش را حفظ کند و ز آنچه می‌کند یا اعمال تدبیر خود با اطرافیان منع می‌شود. دیگر اوقاتش از آن خود او نیستند و دیگر نمی‌تواند مسکن و مأوای خود را انتخاب کند [۱۳].

جنبش ضد-روان‌پزشکی در میان روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و نویسندگان طرفدارانی پیدا کرده است، اما اغلب روان‌پزشکان فکر می‌کنند که این انتقاد بسیار افراطی و خام است. برای مثال، فان پراگ^۶ در مقابل چنین می‌گوید:

ضد-روان‌پزشکان جوّ خاصی در روان‌پزشکی ایجاد کرده‌اند: جوّ روماتیک، ضدعقلی، جزمی، ضدروش، و به اینها اضافه کنید قهرمان‌پرستی (لاینگ، کوپر^۷، سانس، فادرین و دیگران). در این فضا احساس، شهود، همدردی، درگیری^۸، حساسیت و از خود بیخود شدن^۹ والاتر از مفاهیمی همچون تحلیل، تحقیق و سنجش هستند [۱۴].

معدالک، حاصل نیکوی این مجادله آن بوده است که روان‌پزشکان در ضمن مقابله با حریف، لاجرم در مبانی فلسفی رشتهٔ خود تأمل کرده‌اند. آنها ناچار شدند به این سؤال معرفت‌شناسانه توجه کنند که «چگونه می‌توان بیماری روانی را تشخیص داد؟» آنها ناچار شدند این سؤال هست‌شناسانه را بپرسند که «ماهیت واقعی بیماری

1. *species design*

2. *species-typical level*

3. *communication disturbances*

4. *cognitive*

5. *hallucinations*

6. *delusions*

7. *emotional-conative* (conative = related to voluntary action)

8. *impulsiveness*

9. *alienation*

1. *condition*

2. *schizophrenia*

3. *career*

4. *conspiracy*

5. *committed*

6. *van Praag*

7. *Cooper*

8. *encounter*

9. *spontaneity*

عقیده راس، شخصی که مدعی است مافیا با ارسال امواج به مغز او، اعمالش را کنترل می‌کند، واقعاً بیمار است، زیرا این هذیان مانع از آن می‌شود که وی با سایر مردم ارتباطی بهنجار برقرار کند.

راس ادعا می‌کند، برای تمایز نهادن میان بیماری روانی و سلامت روانی^۱ معیاری ابداع کرده است. اما بسیاری از روان‌پزشکان در این خصوص با وی اختلاف نظر دارند. البته درست است که برقراری ارتباط اهمیت دارد و بسیاری از بیماران روانی عمیقاً از انزوای خود نگرانند، اما جای تردید وجود دارد که آیا معیار راس در عمل قابل استفاده است. به احتمال زیاد، حتی خود روان‌پزشکان نیز نمی‌توانند درباره این امر به اتفاق نظر جامعی برسند که آیا در فلان بیمار خاص توانایی استاندارد در برقراری ارتباط وجود دارد یا نه. حتی ممکن است بگویند خود این عقیده که «در برقراری ارتباط چیزی به نام توانایی استاندارد مربوط به گونه وجود دارد» یک خطای ادراکی است. در فصل ۴ به این نتیجه رسیدیم که بهنجار بودن کارکردهای زیست‌شناختی، نهایتاً منوط به هنجارهای شخصی و فرهنگی هستند. رفتار بهنجار در فرهنگ‌های مختلف آن‌قدر متفاوت است که به نظر می‌رسد دستیابی به نتیجه یکسان درباره بهنجار بودن ارتباط میان مردم تقریباً غیرممکن باشد.

بنابراین، کاملاً طبیعی است که بعضی از روان‌پزشکان قراردادگر^۲ هستند، یعنی مدعی‌اند تمایز میان بیماری روانی و سلامت روانی محصول مجموعه قراردادهایی است که به یک فرهنگ خاص تعلق دارند و مشخصه آن هستند. وگرنه توضیح این مسأله بسیار دشوار است که چرا هم‌جنس‌خواهی^۳ در گذشته یک بیماری روانی تلقی می‌شد، اما اکنون یکی از انواع رفتارهای جنسی^۴ محسوب می‌شود [۶]. یا چرا در بعضی نقاط دنیا، مخالفان سیاسی را مبتلا به اختلال «هذیان‌گزند و آسیب»^۵ می‌دانند که لازم است روان‌پزشک آنها را درمان کند.

افراد دیگری، مانند راس، با این رأی مخالف‌اند که روان‌پزشکی، بیشتر از سایر

شاخه‌های طب، بازتاب سنت فرهنگی، قدرت سیاسی و آداب رایج^۱ است. آنها مدعی‌اند که در اصل میان تشخیص بیماری روانی و تشخیص بیماری جسمانی^۲ هیچ تفاوتی وجود ندارد. برای مثال، امیل کراپلین^۳، یکی از بنیانگذاران روان‌پزشکی مدرن، مدعی بود که مشخصه هر بیماری روانی عبارت است از یک علت خاص، یک آسیب‌شناسی مغزی خاص، یک تظاهر بالینی خاص و یک درمان خاص. اما همان‌طور که پیش از این شرح دادیم (فصل‌های ۵ و ۶)، این دیدگاه ساده‌انگارانه حتی در طب جسمانی نیز معقول و مقبول نیست.

ما اکنون چهار دیدگاه رایج از بیماری روانی را ارائه می‌کنیم، که از این میان، دیدگاه تجربه‌گرا با وضوح تمام تلقی قراردادگرایانه دارد و دیدگاه زیست‌شناختی بر ارتباط تنگاتنگ میان روان‌پزشکی و طب جسمانی تأکید می‌کند. همان‌طور که انتظار داریم، تجربه‌گرایان کاری به مسائل هست‌شناسانه ندارند، در حالی که سایر سنت‌ها درباره ماهیت بیماری روانی تلقی‌های متفاوتی عرضه می‌کنند.

دیدگاه تجربه‌گرا^۴

مکتب بالینی انتقادی^۵ با سنت تجربه‌گرایی ارتباطی نزدیک دارد (فصل ۳). پیروان این مکتب مدعی‌اند لازم است به وسیله کارآزمایی‌های کنترل‌شده اتفاقی^۶، کارایی درمان‌های مختلف همه بیماری‌ها را مورد آزمایش قرار داد. آنها خاطرنشان می‌کنند بهره‌گیری از نتایج این کارآزمایی‌ها مستلزم آن است که پزشکان در همه‌جا بیمارانشان را بنا بر قواعدی یکسان تشخیص دهند. آنان خود را درگیر سؤالات مابعدطبیعی نمی‌کنند، سؤالاتی از قبیل اینکه معنای حقیقی واژه‌های تندرستی و بیماری چیست. آنها طبقه‌بندی متداول و قراردادی را درست می‌پذیرند، اما بر اهمیت تعاریف دقیق از بیماری‌ها تأکید می‌کنند.

این شیوه تفکر توسط بسیاری از روان‌پزشکان پذیرفته شده است [۷]. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۷، که توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۸ منتشر شده

1. current fashion
2. somatic illness VS mental illness
3. Emil Kraepelin (1856–1926)
4. the empiricist view
5. critical clinical school
6. randomized controlled clinical trials
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
8. American Psychiatric Association

1. mental disease and mental health
2. conventionalist
3. homosexuality
4. sexual variant
5. paranoia

و از آن بسیار استفاده می‌شود، مثال خوبی برای این مدعا است [۱۸]. مؤلفان این راهنما با حداقل مفروضات ممکن نسبت به علت، آسیب‌زایی و تفسیر روان‌شناختی از تظاهرات بیماری‌ها، تعداد زیادی از اختلالات روانی را از حیث عملی تعریف کرده‌اند. آنها تعاریف خود را براساس آن دسته از تظاهرات و علائم که بیماران از خود نشان می‌دهند استوار می‌کنند. هدف آنها تسهیل آن دسته از تحقیقات تجربی است که برای افزایش معرفت حقیقی و کمک به درمان مؤثرتر بیماران، لازم‌اند.

بیابید از نزدیک مثالی را از این راهنما بررسی کنیم: اختلال اضطراب منتشر^۱، که از جمله اختلالات اضطراب است، هنگامی تشخیص داده می‌شود که فرد بیمار از چهار گروه تظاهرات زیر، حداقل از سه گروه، تظاهراتی را نشان دهد:

۱. تنش حرکتی^۲ (عبارت از رعشه، لرزش، تنش عضلانی، خستگی و غیره)
۲. افزایش فعالیت سیستم عصبی خودکار^۳ (عبارت از تعریق، تپش قلب، گیجی^۴، اسهال، برافروختگی^۵ و غیره)
۳. انتظار نگرانی^۶ (عبارت از اضطراب، دلواپسی^۷، ترس، نشخوار فکری^۸ و غیره)
۴. دقت و موشکافی^۹ (عبارت از توجه بیش از حد^{۱۰}، بی‌خوابی، تحریک‌پذیری، ناتوانی جنسی و غیره)

به علاوه، لازم است بیمار بیش از یک ماه این تظاهرات را داشته باشد، سن بیمار حداقل ۱۸ سال باشد، و تظاهرات و علائم مربوط به سایر بیماری‌ها، مانند اسکیزوفرنی، را نشان ندهد.

این مورد، مثالی نوعی است از تلاش برای وضع تعریف از بیماری در روان‌پزشکی که صرفاً توصیفی و فارغ از نظریه است. پژوهشگرانی که دست به انجام کارآزمایی‌های کنترل‌شده اتفاقی می‌زنند، می‌توانند از این قبیل تعاریف برای

1. Generalized anxiety disorder
2. Motor tension
3. Autonomic hyperactivity
4. dizziness
5. flushing
6. Apprehensive expectation
7. worry
8. rumination
9. Vigilance and scanning
10. hyperattentiveness

انتخاب بیماران خود استفاده کنند. اینکه آیا این نوع تعریف خاص به قدر کافی دقیق هست تا چنین استفاده‌ای را تضمین کند، در اینجا مورد بحث ما نیست.

روان‌پزشکانی که خواهان اصلاح مطالعات تجربی درباره بیماری‌های روانی هستند، همچنین تلاش کرده‌اند تا شدت تظاهرات روان‌پزشکی را در قالب کمیت بیان کنند. برای مثال، ماکس هامیلتون^۲، روان‌پزشک انگلیسی، برای اندازه‌گیری میزان اضطراب مبادرت به ساخت مقیاسی درجه‌بندی‌شده^۳ کرده است [۹]. این مقیاس به چهارده فقره از علائم توجه می‌کند، از جمله خلق مضطرب^۴، هیجان^۵، ترس و علائم دستگاه عصبی خودکار.

شدت هریک از آنها از صفر تا پنج درجه‌بندی و ثبت می‌شود. امتیاز اضطراب نهایی، حاصل جمع امتیازات هریک از آن فقرات است. هامیلتون برای اندازه‌گیری افسردگی نیز مقیاسی مدرج ابداع کرده است [۱۰] که غالباً در کارآزمایی‌های کنترل‌شده برای ارزیابی تأثیر داروهای ضدافسردگی به کار می‌رود. مقیاس‌های درجه‌بندی‌شده جدید باید پیش از ورود به عرصه طب بالینی از تمام جوانب آزمایش شوند. به این منظور لازم است به دو نکته توجه کنیم:

۱. توافق میان مشاهده‌کنندگان^۶ یعنی هنگامی که روان‌پزشکان متفاوت بیمار واحدی را معاینه می‌کنند به اتفاق نظر دست پیدا کنند.
۲. اعتبار مقیاس^۷: یعنی حدی را که مقیاس، از آنچه بناست اندازه‌گیری کند، اندازه می‌گیرد. البته نکته دوم را به ندرت می‌توان با اصطلاحات دقیق توضیح داد. رویکرد تجربی کمک کرده تا یکی از مطالب مورد بحث ضد-روان‌پزشکان روشن شود. از تلقی ضد-روان‌پزشکان نسبت به اسکیزوفرنی چنین برمی‌آید که می‌توان به وسیله روان‌درمانی فشرده و شدید^۸ بیماران اسکیزوفرن را از حالت روان‌پریشی^۹ خارج کرد و در عین حال آنها را به بلوغ شخصیتی^{۱۰} رساند و خلاقیت آنها را افزایش داد [۱۱]. این ادعا اغلب روان‌پزشکان انگلیسی و اسکاندیناوی را

1. *quantify*
2. Max Hamilton
3. rating-scale
4. anxious mood
5. tension
6. inter-observer agreement
7. the validity of the scale
8. intensive psychotherapy
9. psychosis
10. personal maturation

برآشفته کرد، زیرا آنها، بنا بر سستی که کراپلین پایه گذار آن بود، اسکیزوفرنی را بیماری تلقی می کنند که درمان قطعی ندارد و حداکثر بعضی از تظاهرات آن را می توان، مثلاً با دارودرمانی، تخفیف داد. اما این بحث، که در اروپا و امریکا جریان داشت، هنگامی از تلاطم ایستاد که معلوم شد این اصطلاح تشخیصی، یعنی اسکیزوفرنی، در نقاط مختلف دنیا به انحاء متفاوت استعمال می شود. کندل^۱ نتیجه مطالعاتی را منتشر کرد که در آن ۱۷۵ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان های روانی شهر لندن و ۱۹۲ بیمار مراجعه کننده به بیمارستان های ایالتی در شهر نیویورک را مورد بررسی قرار داده بود (۱۹۳۱). در امریکا ۶۲٪ از بیماران را اسکیزوفرن تشخیص داده بودند در حالی که در انگلستان ۳۴٪ از بیماران را مبتلا به این بیماری دانسته بودند. اما هنگامی که معیارهای تشخیصی استاندارد شدند، این اختلاف کاملاً از بین رفت. مطالعات دیگر هم تأیید کردند بسیاری از بیماران، که در امریکا آنها را مبتلا به اسکیزوفرنی می دانند، در اروپا، بیماران مبتلا به روان نژندی^۲، افسردگی^۳، مانیا^۴ یا اختلال شخصیت^۵ تشخیص داده می شوند (۱۹۳۱). این امر در اروپا کاملاً پذیرفته شده است که ممکن است بیماران روان نژند به روان درمانی فشرده و شدید پاسخ دهند. تا زمانی که طرفین بحث به وضوح نمی دانند درباره کدام بیماران حرف می زنند، ادامه بحث «ضد روان پزشکی» و بحث درباره اهمیت نسبی عوامل اجتماعی و ژنتیکی، کاری بس بیهوده است.

برای آنکه پژوهش های درمانی کنترل شده انجام دهیم، تعریف بیماری امری مهم و ضروری است، اما تجربه گرایان معتقدند که می توان تمام مشکلات روان پزشکی را به مدد پژوهش تجربی فارغ از نظریه حل کرد، و این اعتقادی ناموجه است. باید درمان های جدید را نقادانه مورد آزمایش قرار داد، اما هنگامی که روان پزشک می خواهد برای درمان بیمار مبتلا به «اختلال اضطرابی منتشر»، میان روش های دارودرمانی، رفتاردرمانی^۶ و روان کاوی^۷، دست به انتخاب بزند، انتخاب او صرفاً

1. Kendell
2. neurosis
3. depression
4. mania
5. personality disorders
6. behaviour therapy
7. psychoanalysis

بحثی درباره کارآیی نسبی این روش های درمانی نیست، بلکه حاکی از تلقی او از ماهیت بیماری روانی است. همه روان پزشکان، حتی پیروان سنت تجربه گرایی، مبادی هست شناسانه^۱ خاصی را برگزیده اند و ما معتقدیم که این مبادی را باید مورد تحلیل قرار داد و درباره آنها آزادانه به بحث پرداخت. این مبادی نباید صرفاً به شهود شخصی^۲ فرد پزشک واگذار شوند. اکنون، درباره ماهیت واقعی بیماری روانی، سه نظریه مختلف را ارائه می کنیم.

بیماری روانی: کارکرد زیست شناختی نابهنجار^۳

روان پزشکی رشته ای از طب محسوب می شود و در توجیه این واقعیت ادعا کرده اند که بیماری های روانی را می توان مطابق تلقی زیست شناختی از بیماری، یعنی مدل مکانیکی، تحلیل و تعریف کرد. البته تظاهرات بیماری های روانی با تظاهرات بیماری های جسمانی تفاوت دارد، اما فرض بر این است که اختلالات رفتاری یا روانی به علت نابهنجاری های بیوشیمیایی یا فیزیولوژی در دستگاه عصبی مرکزی^۴ به وجود می آیند. این طرز فکر درباره کارکرد بهنجار دستگاه عصبی مرکزی، که نوعی آن گونه خاص است، تعریفی را از پیش مفروض می انگارد. بنابراین، پیروان روان پزشکی زیست شناختی و همکارانشان، که در حوزه های طب داخلی و جراحی فعالیت دارند، با مسائل فلسفی یکسانی دست به گریبان هستند.

وابستگی پدیده های روانی به ساختمان و کارکرد مغز به قدری شناخته شده است که بحث مفصل در این باره لزومی ندارد. برای مثال، کاملاً معلوم شده است که ضایعات مغزی^۵ می توانند سبب بیماری های روانی و تغییرات رفتاری گردند، و اختلالات بیوشیمیایی می توانند به بروز تظاهرات روانی منجر شوند. دارویی مانند ن.اس.دی^۶ می تواند سندرم روان پریشی حاد^۷ ایجاد کند. قطع ناگهانی داروهای خانواده باربیتوراتها^۸، در افرادی که با این داروها مسمومیت مزمن پیدا کرده اند،

1. ontological assumption
2. personal intuition
3. abnormal biological function
4. central nervous system
5. brain lesions
6. I S.D
7. Acute psychotic syndrome
8. Barbiturates

می‌تواند موجب بروز تظاهرات روان‌پریشی (از قبیل توهم، هذیان و اختلال درک موقعیت^۱) بشود.

روان‌پزشکی زیست‌شناختی در دهه ۱۹۵۰ میلادی به اوج محبوبیت رسید. در این هنگام، داروی کلروپرومازین^۲ برای درمان روان‌پریشی به بازار آمد و سبب شد تا بیماران روانی را گروه‌گروه از بیمارستان‌ها مرخص کنند. عده زیادی تصور می‌کردند که سرانجام نوبت انقلاب علمی در روان‌پزشکی فرارسیده است. اما بعداً روان‌پزشکان از عوارض جانبی این درمان بیشتر آگاه شدند و امروزه به نظر می‌رسد که نتایج چشمگیر این دوره، صرفاً ناشی از داروی جدید نبوده است، بلکه فعال شدن بیماران در آن دوران نیز در این امر نقش بسزایی داشته است. با این حال شکی نیست که دارودرمانی بر روند بسیاری از بیماری‌های روانی تأثیر می‌گذارد. برای مثال، در روان‌پریشی دو قطبی^۳، ترکیبات سه‌حلقه‌ای^۴ و مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز^۵ اثر ضدافسردگی دارند؛ لیتوم^۶ اثر پیشگیری‌کننده دارد؛ و رزپرین^۷ می‌تواند افسردگی نهفته را بارز سازد.

تنها مطالعات بالینی تجربی مؤید مدل زیست‌شناختی نیستند بلکه دانش نظری جدید نورویولوژی^۸ [=زیست-عصب‌شناسی]، که درباره انتقال پیام از سیناپس‌های عصبی^۹ و تأثیر دارو در سطح مولکولی بحث می‌کند، بر این مدل صحنه می‌گذارد. برای مثال، نشان داده‌اند که ترکیبات بنزودیازپین^{۱۰} در دستگاه عصبی مرکزی دارای گیرنده‌های اختصاصی^{۱۱} هستند. این گیرنده‌ها در اثر ضداضطرابی داروهای بنزودیازپینی نقش عمده‌ای بر عهده دارند (۱۴) و (۱۵). همچنین احتمال می‌رود بعضی از مواد شیمیایی درونزا^{۱۲} [=محصول خود بدن] با واسطه «گیرنده‌های بنزودیازپین» اثر خود را اعمال کنند و به این ترتیب ممکن است این گیرنده‌ها در کارکرد مغز نیز نقش فیزیولوژیکی به عهده داشته باشند (۱۶).

- | | |
|-------------------------------|------------------------|
| 1. disorientation | 2. chlorpromazine |
| 3. manic-depressive psychosis | 4. tricyclic compounds |
| 5. monoamine oxidase | 6. lithium |
| 7. reserpine | 8. neurobiology |
| 9. synaptic transmission | 10. benzodiazepine |
| 11. specific receptor | 12. endogenous |

برسناهی این سوابق می‌توان کلیات نظریه‌ای زیست‌شناختی را درباره حالت‌های اضطراب ارائه کرد. شاید تفاوت در ساختمان گیرنده‌های بنزودیازپینی، که ناشی از عوامل ژنتیکی است، سبب می‌شود که بعضی افراد در برابر فشارهای اجتماعی و روانی مقاومت کمتری نشان دهند و برای ابتلا به حالتی از اضطراب نسبت به دیگران آمادگی بیشتری داشته باشند (۱۷).

علی‌رغم این قبیل حدسیات، حقیقت آن است که در حال حاضر تلقی زیست‌شناختی از بیماری در مورد حالت‌های روان‌پریشی اساس محکم‌تری دارد تا در مورد اختلالات شخصیت و حالت‌های روان‌نژندی. اغلب روان‌پزشکان موافق‌اند که روان‌پریشی‌ها، به معنای طبی، بیماری هستند و بیماران روان‌پریشی باید توسط طیب درمان شوند. شماری از روان‌پزشکان قبول دارند که احتمالاً روان‌شناسان^۱ بهتر می‌توانند اختلالات شخصیت و روان‌نژندی‌ها را درمان کنند.

بیماری روانی: رفتار نامتناسب^۲

اکنون با رویکردی کاملاً متفاوت به بررسی مسائل روان‌پزشکی می‌پردازیم، اما در آغاز لازم است کمی درباره سوابق این رویکرد صحبت کنیم. همان‌طور که با تفصیل بیشتری در فصل آخر کتاب بحث خواهیم کرد، گیلبرت رایل^۳، فیلسوف انگلیسی، ادعای بسیار رادیکالی را مطرح کرد. بنا بر ادعای او تمام گزاره‌های ناظر به پدیده‌های ذهنی را می‌توان برحسب گزاره‌هایی تحلیل کرد که به استعداد شخص در انجام رفتارهای مختلف ناظرند. احساس گرسنگی^۴ چیزی بیش از «رفتار گرسنگی»^۵ نیست و احساس اضطراب همان «رفتار مضطربانه» است. این نظریه فلسفی را رفتارگرایی منطقی^۶ می‌نامند. این نظریه از دانشمند تجربه‌گرا می‌خواهد که احساسات ذهنی را به وقایع عینی و مشاهده‌پذیر تحویل کند. برخی از دانشمندان گفته‌اند که این نظریه فلسفی را می‌توان قرینه رفتارگرایی در روان‌شناسی^۷ تلقی کرد. نام

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. psychologists | 2. inappropriate behaviour |
| 3. Gilbert Ryle (1900–76) | 4. feeling of hunger |
| 5. hunger behaviour | 6. logical behaviourism |
| 7. behaviourism in psychology | |

دانشمندانی چون ایوان پاولف^۱، واتسون^۲ و اسکینر^۳ با این مکتب روان‌شناسی قرین است.

در ابتدای قرن بیستم میلادی، ایوان پاولف اهمیت فرآیندی را نشان داد که اکنون شرطی‌سازی کلاسیک^۴ نام دارد. به طور معمول، سگ به ظاهر غذا یا بوی آن با افزایش ترشح بزاق پاسخ می‌دهد. پاولف طی آزمایش‌های معروف خود سگ‌ها را طوری شرطی کرد که با شنیدن صدای زنگ همین پاسخ را بدهند. او دادن غذا و صدای زنگ را با یکدیگر همراه کرد و به این ترتیب یک بازتاب شرطی شد؛^۵ به وجود آورد. اسکینر نیز رفتار حیوانات را تحت شرایط آزمایشگاهی مطالعه کرد، اما آرای خود را به تحلیل رفتار انسان تعمیم داد. وی می‌کوشید تا از طریق دخل و تصرف در پیامد رفتارها شیوه‌های رفتاری جدید را «آموزش»^۶ دهد. او معتقد بود مکانیسم‌هایی که در شرایط آزمایشگاه مشاهده می‌شوند در تکامل الگوهای رفتاری پیچیده انسان نقش مهمی بازی می‌کنند. برای مثال، اثر یک نوع رفتار خاص را با پاداش همراه کنیم، این رفتار تشدید خواهد شد (تقویت مثبت^۷) و اگر آن را با چیزی ناخوشایند همراه نماییم یا آن را به طور مثبت تقویت نکنیم، می‌توان آن را از بین برد یا تضعیف کرد (تقویت منفی^۸). اسکینر این رأی را کاملاً مردود می‌داند که حالت‌های ذهنی^۹ می‌توانند سبب بروز رفتار شوند. برای مثال، او قبول ندارد که «احساس گرسنگی» شخص را به خوردن وامی‌دارد. مطابق نظر او، فقدان غذا سبب بروز حالت فیزیولوژی خاصی می‌شود که این حالت خاص، در نتیجه فرآیند شرطی‌سازی، شخص را وامی‌دارد به آشپزخانه برود و غذا بخورد. احساس گرسنگی فقط محصولی جانبی از آن حالت فیزیولوژی است.

اما باید تأکید کرد که معدودی از روان‌پزشکان معاصر با دیدگاه‌های اسکینر موافق هستند و خوانش‌های جدید از رفتارگرایی در حال تکامل‌اند که به اهمیت حالت‌های درونی دستگاه عصبی مرکزی و فرآیندهای شناختی^۹ اذعان دارند.

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1. Ivan Pavlov (1849–1939) | 2. J. B. Watson (1878–1985) |
| 3. B. F. Skinner (1904–1990) | 4. <i>classical conditionalism</i> |
| 5. <i>conditioned reflex</i> | 6. <i>teaching</i> |
| 7. <i>positive reinforcement</i> | 8. <i>mental states</i> |
| 9. <i>cognitive processes</i> | |

سوابق و زمینه‌های روان‌پزشکی رفتارگرایی مدرن همین نظریه‌های فلسفی و فیزیولوژی هستند.

احتمالاً اغلب روان‌پزشکان با این عقیده اسکینر موافق نیستند که می‌توان حیات ذهنی و روانی^۱ انسان را نادیده گرفت. به همین دلیل رفتارگرایی در روان‌پزشکی به نظریه‌های رفتارگرایان مدرن بیشتر نزدیک است تا به نظریه‌های رفتارگرایان کلاسیک. اما روان‌پزشکان رفتارگرایی پرشور مدعی‌اند که اصولاً میان روان‌پریشی و شکل‌های دیگر رفتار اکسایبی تفاوتی وجود ندارد. هم الگوهای رفتار متناسب و هم الگوهای رفتاری نامتناسب نتیجه فرآیند یادگیری^۲ هستند و درمان رفتار نامتناسب، یعنی رفتاردرمانی، باید بر اساس نظریه‌های جدید یادگیری استوار شود.

برای مثال، «اضطراب ناشی از روان‌نژندی»^۳ نوع پیچیده‌ای از رفتار محسوب می‌شود که اجزای ذهنی، حرکتی، و عصبی خودکار^۴ دارد (مانند اضطراب، لرزش و تعریق). فرض بر آن است که این رفتار توسط فرآیند شرطی‌سازی کلاسیک تثبیت شده است. معمولاً، مردم هنگامی که مورد تهدید قرار می‌گیرند «مضطرب» می‌شوند، اما در بیماران روان‌نژند فرآیند شرطی‌سازی سبب شده است که اضطراب همچنین توسط محرک‌هایی برانگیخته شود که در دیگران این تأثیر را ندارند (تعمیم محرک^۵). به علاوه، اضطراب شرطی‌شده خصوصیت انگیزه‌ای اکسایبی^۶ را دارد که «رفتار اجتناب»^۷ را برمی‌انگیزد، زیرا «پاسخ فرار»^۸ به محرک برانگیزاننده اضطراب سبب کاهش «اضطراب» می‌شود. به این ترتیب، «رفتار اضطراب» در زندگی روزمره بیمار روان‌نژند همان‌قدر نامتناسب است که «رفتار گرسنگی» در یک سگ شرطی‌شده که به صدای زنگ واکنش نشان می‌دهد.

طی سال‌های اخیر رفتاردرمانی در روان‌پزشکی موفقیت‌هایی کسب کرده است، به ویژه در حالت‌هایی غیر از حالت‌های روان‌پریشی، مانند روان‌نژندی‌ها، مشکلات جنسی، اعتیاد به الکل و اعتیاد به دارو^۹. برای مثال، می‌توان فرد مبتلا به

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 1. <i>mental life</i> | 2. <i>learning process</i> |
| 3. <i>neurotic anxiety</i> | 4. <i>autonomic</i> |
| 5. <i>stimulus generalization</i> | 6. <i>acquired drive</i> |
| 7. <i>avoidance behaviour</i> | 8. <i>escape response</i> |
| 9. <i>drug addiction</i> | |

روان‌شناختی معینی باشد، اما از دیدگاه روان‌پزشکی اجتماعی^۱، مشخصه‌های اساسی اعتیاد به دارو آن دسته از عوامل اجتماعی هستند که موجب پیدایش و گسترش «بیماری» می‌شوند. برای مثال، بکر^۲ یادآوری می‌کند که استفاده از ماری‌جوانا^۳ در جوامع غربی با عضویت در برخی خرده‌فرهنگ‌های^۴ خاص همراه است (۲۰۱). آنهایی که به عضویت این قبیل خرده‌فرهنگ‌ها پذیرفته شده‌اند، فرآیندی از اجتماعی شدن^۵ را گذرانیده‌اند و طی این فرآیند قواعد، هنجارها و رسوم^۶ معینی را فراگرفته‌اند. استفاده از ماری‌جوانا قسمتی از این شیوه زندگی است. از این دیدگاه، مطالعه درباره اعتیاد به ماری‌جوانا در حکم مطالعه درباره آن دسته عواملی است که بعد از جنگ جهانی دوم موجب ظهور آن خرده‌فرهنگ‌ها در جوامع صنعتی شد. بنابراین روان‌پزشکی اجتماعی با پزشکی اجتماعی و جامعه‌شناسی ارتباط نزدیکی دارد (فصل ۱۰).

سنت‌های زیست‌شناختی، روان‌شناختی (رفتارگرایانه) و سنت‌های اجتماعی حاکی از دیدگاه‌های هست‌شناسانه متفاوتی هستند، یا به عبارت دیگر، درباره ماهیت بیماری روانی تلقی‌های متفاوتی دارند. انتخاب هر یک از آنها استلزامات و پیامدهای عملی [خاص خود] را در پی خواهد داشت. پیروان سنت‌های زیست‌شناختی و روان‌شناختی از درسان فرد بیمار به کمک دارودرسانی یا رفتاردرمانی حمایت می‌کنند، در حالی که روان‌پزشکان اجتماعی تمهیداتی را ترجیح می‌دهند که به جمع افراد معطوف باشد. آنان استدلال می‌کنند که مداخله در این سطح بیشتر یک مسئله اجتماعی-سیاسی است تا یک مسئله پزشکی.

انتخاب نوع تلقی ما از بیماری، جایگاه روان‌پزشکی را نیز تعیین می‌کند. اگر مدل زیست‌شناختی را انتخاب کنیم، در آن صورت بدون شک، روان‌پزشکی یکی از رشته‌های پزشکی است. اما با انتخاب هر یک از مدل‌های دیگر، به همان ترتیب، روان‌پزشکی را می‌توان یکی از شاخه‌های روان‌شناسی یا جامعه‌شناسی قلمداد کرد.

اضطراب را با روش حساسیت‌زدایی سیستماتیک^۱ درمان کرد. به این ترتیب که بیمار را با مجموعه‌ای از موقعیت‌های برانگیزاننده اضطراب، که برحسب شدت دقیقاً درجه‌بندی شده‌اند، روبرو می‌کنند. در نتیجه، «اضطراب شرطی شده» به تدریج کاهش می‌یابد و سرانجام بیمار درمان می‌شود. از دیگر اصول درمانی نیز می‌توان استفاده کرد: بیزار کردن^۲ (یعنی حذف رفتار نامطلوب توسط همراه کردن محرکی که سبب آن رفتار می‌شود با یک محرک بیزارکننده)، صرفه‌جویی پته‌ای^۳ (یعنی تقویت مثبت رفتار مطلوب توسط پاداش‌های پته‌ای)، آموزش مهارت‌های اجتماعی^۴ و آرامسازی عضلانی پیش‌رونده^۵ (۱۹۹). هنگامی که برخی از این درمان‌ها با اصول مکتب بالینی انتقادی آزمایش می‌شوند، مؤثر به نظر می‌رسند.

رفتارگرایانی که به مکتب خود اعتقاد راسخ دارند از رفتاردرمانی استفاده می‌کنند. آنها مدعی‌اند اگر حالت‌هایی نظیر روان‌نژندی یا اعتیاد به الکل را بیماری، به معنای [اصح] پزشکی، تلقی کنیم، کاری نکرده‌ایم جز آنکه مسأله را بیهوده مرموز و مبهم ساخته‌ایم. البته روان‌پزشکان نیز می‌توانند همین اصول درمانی را به کار بگیرند، آنها صرفاً بر کارایی این روش تکیه می‌کنند اما مدل‌ولات نظریه نهفته در پس آن را مردود می‌شمارند.

بیماری روانی: مشکلی اجتماعی

ضد-روان‌پزشکان نظری افراطی دارند. آنها بیماری روانی را پاسخی سالم به جامعه‌ای بیمار توصیف می‌کنند. اما انتقاد آنان از روان‌پزشکی زیست‌شناختی حطی از حقیقت می‌برد، زیرا شکی نیست که عوامل اجتماعی در بروز بیماری‌های روانی - و همچنین بیماری‌های جسمانی - نقش مهمی ایفا می‌کنند. برخی روان‌پزشکان هم که بر این نکته تأکید می‌کنند، تأثیر محیط اجتماعی را به طور علمی مورد بررسی قرار داده‌اند. آنها دست‌کم پاره‌ای از حالت‌های روانی را جزو مشکلات اجتماعی محسوب می‌کنند. برای مثال، ممکن است فرد معتاد دارای خصوصیات زیست‌شناختی

1. social psychiatry
3. marijuana
5. socialization

2. H. S. Becker
4. subculture
6. custom

1. systematic desensitization
3. token economy
5. progressive muscular relaxation

2. aversion therapy
4. social skills training

دیدگاه التقاطی^۱

در این فصل کوشیدیم درباره برخی دیدگاه‌های موجود از روان‌پزشکی جدید تفسیری سیستماتیک ارائه دهیم، اما احتمالاً برای نیل به این مقصود، مسأله را بیش از حد ساده و منظم عرضه کردیم.

ما برای آشنایی با انتقاداتی که امروزه بر کار روان‌پزشکی وارد می‌شود، دیدگاه‌های ضد-روان‌پزشکان را مثال آوردیم، اما دایرهٔ مباحثات جاری دربارهٔ جایگاه روان‌پزشکی بسیار وسیع است. بعضی منتقدان، مانند ضد-روان‌پزشکان، به حق مدعی‌اند که تلقی زیست‌شناسانه از بیماری روانی خطایی خطرناک است، زیرا این تلقی سبب می‌شود که مشکلات وجودی را با داروهای شیمیایی درمان کنیم. همچنین، این تلقی برای سرپوش گذاشتن بر نابرابری‌های اجتماعی و مشکلات فرهنگی جوامع صنعتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. اما باید یادآوری کنیم که بسیاری از مردم هنگامی که از تظاهرات عصبی رنج می‌برند، از پزشک می‌خواهند که برایشان دارو تجویز کند. بعضی دیگر از منتقدان مدعی‌اند که بیماران روانی مورد تبعیض قرار می‌گیرند، زیرا برای بیماری‌های روانی شأن و منزلتی مشابه با بیماری‌های جسمانی قائل نمی‌شوند.

تاکنون چهار مکتب فکری مختلف رایج در روان‌پزشکی را شرح دادیم، [در این میان] ممکن است این تصور به وجود آمده باشد که مرز میان این دیدگاه‌ها دقیق و مشخص است، اما در واقع این‌طور نیست. ما اعتقاد داریم پارادایم روان‌پزشکی، نسبت به شاخه‌های دیگر پزشکی، کمتر تثبیت شده است. به نظر می‌رسد که تفاوت آرای میان روان‌پزشکان حاکی از سه مشکل فلسفی است.

نخستین مشکل به تمایز میان بیماری روانی و سلامت روانی مربوط می‌شود. همان‌طور که قبلاً بحث کردیم روان‌پزشکان متأثر از تفکر تجربه‌گرایی، به ماهیت بیماری روانی کاری ندارند، اما برحسب قرارداد، بیماری روانی را همان چیزی می‌دانند که روان‌پزشکان آن را درمان می‌کنند. در حالی که روان‌پزشکان متمایل به زیست‌شناسی معتقدند بیماری روانی انحرافی از هنجار استاندارد گونه‌مربوطه است. این عده مدعی‌اند این سؤال که «آیا این بیمار خاص اختلال روانی دارد» ناظر به واقعیتی عینی است.

1. the eclectic view

دومین مشکل فلسفی به چارچوب نظری مرجع مربوط می‌شود. ما میان مفاهیم زیست‌شناختی، روان‌شناختی (رفتارگرایانه) و اجتماعی بیماری روانی تمایز قائل شدیم و استلزامات و پیامدهای بالینی این امر را تذکر دادیم. اما بسیاری از روان‌پزشکان فکر می‌کنند این تمایز ساختگی است و این سه «مفهوم بیماری» صرفاً سه جنبهٔ متفاوت از یک مفهوم جامع‌نگر^۱ در باب بیماری روانی هستند. در سال‌های اخیر علی‌الغالب ادعا می‌شود که باید از یک مدل زیست-روان-اجتماعی^۲ جامع‌نگر در باب بیماری روانی استفاده کرد، زیرا اگر بخواهیم از فرد بیمار تعریفی جامع و کامل به دست دهیم، باید به عوامل زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی به یک نسبت توجه کنیم. در کار بالینی غیرممکن است انسان را به یک مفهوم، مثلاً مفهوم زیست‌شناختی، محدود کرد، زیرا بیمار روانی، درست همانند سایر افراد، از نظر کارکرد زیست‌شناختی، مشخصات روان‌شناختی و زمینهٔ اجتماعی، انسانی منحصر به فرد و بی‌همتاست. ممکن است روان‌پزشک بخواهد بیمار مبتلا به سرسام ناشی از ترک الکل^۳ را با استفاده از دارو آرام کند، اما این کار او به این معنی نیست که وی نسبت به آن دسته از عوامل روانی-اجتماعی، که موجب اعتیاد به الکل می‌شوند، غافل است. پاریزر^۴ به هنگام بحث دربارهٔ علل اضطراب، دیدگاه جامع‌نگر را این‌چنین معرفی می‌کند:

ما تأکید می‌کنیم که تجربهٔ اضطراب، رخدادی است معلول چند عامل که این عوامل موجب می‌شوند تا استعداد ژنتیکی فرد مجال بروز یابد. این امر ناشی از تنوع و تفاوت‌هایی است که در سیستم‌های انتقال عصبی سلولی^۵ فرد وجود دارند و از عوامل روانی-اجتماعی متعددی تأثیر می‌پذیرند (۲۲).

به هر حال، این واقعیت را باید پذیرفت که بعضی روان‌پزشکان به یک مکتب فکری خاص متعهد هستند. بنابراین مشخصهٔ روان‌پزشکی معاصر وجود دو گرایش تحویل‌گرا^۶ و التقاطی^۷ است (۲۲). یعنی آنهایی که بیماری روانی را به

1. holistic concept

2. bio-psycho-social model

3. delirium tremens

4. Pariser

5. cellular neurotransmitter systems

6. reductionist

7. eclectic

ناهنجاری‌های زیست‌شناختی، اختلالات رفتاری یا مشکلات اجتماعی تقلیل و تحویل می‌دهند، فقط یک جنبه از مکانیسم بیماری را ملحوظ می‌کنند. اما با این کار آنها به چارچوب نظری مرجعی پناه می‌برند که به آنها اجازه می‌دهد نظریه‌هایی سودمند ارائه کنند و تحقیقات علمی انجام دهند. این امر به نوبه خود، می‌تواند به پیشرفت در درمان بیماران روانی منجر شود (۱۳۳).

پیروان دیدگاه التقاطی مدل زیست-روان-اجتماعی را برمی‌گزینند که عناصر و اجزای این مدل از سه نظام نظری متفاوت برگرفته شده است. ممکن است کار آنها در بالین با موفقیت همراه باشد، اما رویکرد آنها، هم از نظر علمی و هم از نظر فلسفی، رضایت‌بخش نیست. همان‌طور که کوهن اشاره می‌کند، یک مفهوم علمی فقط در سیاق پارادایمی که به آن تعلق دارد، واجد معناست. مدلی از بیماری که مفاهیم علمی و فلسفی را از سه پارادایم متفاوت به امانت می‌گیرد، نمی‌تواند برای صورت‌بندی و ارائه نظریه‌های سودمند، نقطه آغاز خوبی باشد.

سومین مناقشه فلسفی جای بحث فراوان دارد: آیا روان‌پزشکی جزو علوم طبیعی است یا به حوزه علوم انسانی تعلق دارد؟ پیروان تمام مکاتب فلسفی، که تاکنون از آنها بحث کردیم (چه تحویل‌گرایی و چه التقاطی)، معتقدند که می‌توان به مدد روش‌های تجربی بیماری‌های روانی را مشاهده، توصیف و طبقه‌بندی کرد. همچنین، آنها توافق دارند که اصولاً می‌توان، با نشان دادن علل بیماری‌های روانی این بیماری‌ها را تبیین کرد و توضیح داد؛ اگرچه درباره ماهیت واقعی این علل با یکدیگر اتفاق نظر ندارند. بنابراین، همه مدل‌های بیماری روانی، که در این فصل مورد بحث قرار گرفتند، انواعی از روان‌پزشکی طبیعت‌گرایانه هستند، یعنی روان‌پزشکی را یکی از علوم طبیعی می‌شمارند. در فصل‌های آینده با دیدگاه‌هایی بدیل آشنا خواهیم شد که تلقی طبیعت‌گرایانه از مفهوم انسان را وافی به مقصود نمی‌دانند و خواهیم دید که برای مطالعه پدیده‌های اجتماعی و روانی به رویکردی کاملاً متفاوت محتاج هستیم.

یادداشت‌ها

- جنش ضد-روان‌پزشکی برنامه مدونی ندارد، جز آنکه اکثر پیروان آن مدل پزشکی از بیماری را قبول ندارند. این موضع را فون پراگ (۱۴) و مور به خوبی معرفی کرده‌اند: Moore, M.S. Some Myths about «mental illness». *Archives of General psychiatry*, 1975; 32: 1483-97
- Szasz, T.S. *the Myth of Mental Illness*. New York. Del publishing Co., 1961, p. 296
- Laing, R.D. *the Politics of Experience*. New York: Pantheon, 1967, pp. 83-4.
- Pruag, H. M. Van. the scientific foundation of anti-psychiatry. *Acta psychiatrica scandinavia*, 1978; 58. 112-41
- Ross, A. Det Psykopatoloiske sygdomsbegreb (in Danish) *Bibliotek for Laeger*, 1980; 172: 1-23
- منظور ما هم‌جنس‌خواهی موافق با خود (ego-syntonic) است، یعنی هم‌جنس‌خواهی‌ای که فرد مورد نظر آن را پذیرفته است. هم‌جنس‌خواهی مخالف با خود (ego-dystonic)، یعنی هم‌جنس‌خواهی‌ای که دائماً سبب تشویش فرد مورد نظر می‌شود، همچنان در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی یک اختلال روانی به حساب می‌آید.^۱
- در دو مجله *Archives of General Psychiatry* و *British Journal of Psychiatry* مثال‌های فراوانی از پژوهش تجربی وجود دارد.
- Diagnostic and statistical manual of mental Disorders. 3rd edn. washington: Americam psychiatric Association, 1980.
- Hamilton, M. The assessment of anxiety state by rating. *British Journal of Medical psychology*, 1959; 32: 50-2.
- Hamilton, M. A. Rating scale for depression. *Journal of neurology, Neurosurgery and psychiatry*, 1960, 23: 56-62.
- برای مثال، به داستان مری بارنز نگاه کنید. او سخن‌آورترین شاهد جنش وابسته به لاینگ است که از روش‌های روان‌درمانی آنها پشتیبانی می‌کند: Barnes, M. & Berke, J. *Mary Barnes. two Accounts of a Journey through Madness*. Hamondswroth: penguins books, 1973.
- Kendell, R.E. *the Role of Diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell scientific publications. 1975, p. 72.
- pp. 74-7 in [12]
- Squires, R.F & Braestrup, C. Benzodiazopine receptors in rat brain. *Nature*, 1977; 266: 732-4.
- Möhler, H & Okada, T Benzodiazepine receptors: demonstration in the central Nervous system. *Science* 1977; 198: 849-51.

هرمنوتیک: ماهیت انسان در چشم اندازی گسترده تر

در فصل های گذشته طب را منحصرأ شاخه ای از علوم طبیعی شناختیم و بحث های فلسفی را عمدتاً به دو سنت در فلسفه علم محدود کردیم، که عبارت بودند از تجربه گرایی و واقع گرایی.

در این فصل بنا داریم خوانندگان را با بعضی آرای مربوط به یک سنت فلسفی کاملاً متفاوت آشنا سازیم، و از این رأی دفاع خواهیم کرد که تلقی طبیعت گرایانه از انسان بیش از اندازه ساده انگارانه و محدود است و پاره ای از وجوه مهم و اصلی انسان را نادیده می گیرد. البته ما انکار نمی کنیم که انسان یک ارگانیسم بیولوژیک است، اما استدلال خواهیم کرد که انسان بیش از یک ارگانیسم بیولوژیک است و طب نیز بیش از علوم طبیعی است. از نظر فلسفی این موضوع بسیار پیچیده است و برای آنکه در وادی استدلالات تخصصی فلسفی سرگردان نشویم، یک مسأله خاص را محور توجه قرار می دهیم: مفهوم اضطراب^۱. این مسأله، هم از حیث فلسفی و هم از حیث طبی، اهمیت فوق العاده ای دارد.

اضطراب موضوعی آشناست، به حدی که همه می دانیم نگرانی یعنی چه. اغلب ما به راحتی موقعیت هایی را به یاد می آوریم که بدنمان حالتی آشفتنه و منقلب داشته است: قلب به تپش می افتد، کف دست ها عرق می کنند و سرد می شوند، احساس می کنیم زمام همه چیز از دست ما خارج شده است و از لحاظ روانی احساس خطر می کنیم. در اغلب این قبیل موارد، برای یافتن علت این واکنش هیجانی، مشکلی وجود ندارد. برای مثال، علت می تواند یک خطر خارجی تهدیدکننده باشد. تحت این شرایط می توان ترس را بخشی بهنجار از مکانیسم های دفاعی اولیه^۲ قلمداد کرد. این واکنش هیجانی را می توان ترس معقول^۳ نامید.

شماری از مردم دچار ترسی غیر معقول هستند. یعنی تحت شرایطی خاص، که

16. Insel, T. R. *et al.* A benzodiazepine receptor-model of anxiety. *Archives of General psychiatry* 1984; 41: 741-50.

۱۷. تا همین اواخر، «اختلال هراس» [A]، تقریباً منحصرأ، با اصطلاحات روان شناسانه تعریف می شد. اعتقاد بر این بود که بیماران نسبت به فشارهای زندگی یا تعارض های ناخودآگاه بیش از حد واکنش نشان می دهند. نظریه دیگری نیز ارائه شده است که مطابق آن اختلال هراس به اختلالی زیست-شیمیایی در دستگاه عصبی مرکزی مربوط است.

Sheehan, D.V. Panic attacks and phobias. *new England Journal of medicine*. 1982; 307: 156-8.

۱۸. باید یادآور شویم که در متون، تا حدی، ابهام اصطلاحاتی دیده می شود. برای مثال، مطابق رأی اسکینر، تقویت منفی توسط تنبیه، بعضی رفتارهای خاص را تضعیف نمی کند. کاهش اضطراب سبب تقویت رفتار اجتناب می شود و این مثال خوبی برای تقویت منفی در اصطلاح اسکینر است.

Skinner, B. F. *About Behaviourism*. London: Jonathan Cape. 1974, p. 46.

19. Meyer, V. A chesser, E. S. *Behaviour therapy in clinical psychiatry*. Harmondsworth: Penguin Books. 1970, p. 50.

20. Becker, H. S *Outsiders*. New York: The Free Press of Gelencoe. 1963.

21. Pariser, S. F. *et al.* Diagnosis and management of anxiety symptoms and syndromes. in: Davis, J. M. & Greenblatt, D. (eds). *psychopharmacology: update: New and Neglected areas*. New York: Grune & strahon 1979, p. 145.

۲۲. فرد التقاطی کس است که اصول و عقاید متعلق به مکتب های فکری مختلف را برمیگزیند و با هم ترکیب می کند. بنابراین مدل زیست-روان-اجتماعی نظریه ای التقاطی است.

۲۳. من باب کنجکاوی می توان گفت که ضد-روان پزشکان تحویل گرایان افراطی هستند، چرا که، همانند لاینگ، مدعی اند بیماری روانی چیزی نیست به جز بازتابی از تئانی ها و تضادهای اجتماعی.

1. the concept of anxiety

2. elementary defence mechanism

3. rational fear

ممکن است از رفتاردرمانی^۱ استفاده کند یا به احتمال بیشتر، ممکن است ترجیح بدهد داروی ضداضطراب تجویز نماید.

احتمالاً اغلب پزشکان، حتی آنانی که خصوصاً به زیست‌شناسی پای‌بند هستند، از اینکه بخشی از این تصمیمات، به ویژه تجویز دارو، اساساً نادرست است. احساس ناخوشایندی دارند. حالت اضطراب در این بیمار حاکی از آن است که وی ناامیدانه می‌کوشد به زندگی خود معنای تازه‌ای ببخشد، و این مسأله وجودی تنها یک اختلال کارکرد زیست‌شناختی یا یک رفتار نامتناسب نیست. در اینجا با بُعدی متفاوت از حیات سروکار داریم و چه‌بسا درمان دارویی مؤثر موجب شود که بیمار بخت خود را در حل مسائلی که پیش رو دارد، از کف بدهد.

اکنون می‌کوشیم از دیدگاهی فلسفی این آرای مبهم را مورد بحث قرار دهیم و این کار کمی دشوار است. در فصل‌های پیشین متذکر شدیم که تعدادی از فیلسوفان (از جمله لاک، هیوم، پوپر و کوهن) با وجود اختلاف رأی در نظریه‌هایشان، غالباً پیرو سنت طبیعت‌گرا هستند. پزشکان جدید، که ذهنیت علمی دارند، با این سنت به خوبی آشنا هستند. برای آنکه درباره تلقی غیرطبیعت‌گرایانه و غامض‌تری از انسان بحث کنیم، باید توجه خود را به فلسفه فارای^۲ معطوف نماییم. این فلسفه نام فیلسوفانی همچون کی‌یرکگارد^۳، هایدگر^۴، سارتر و هابرماس را تداعی می‌کند. البته، درک اندیشه‌ها و آرای این فیلسوفان دشوار است.

فلسفه قاره‌ای با اصطلاحاتی نظیر وجودشناسی [=اگزیستانسیالیسم]^۵، پدیدارشناسی [=فنومنولوژی]^۶ و هرمنوتیک^۷ (به معنی هنر تأویل) ملازم است. در مقام بیان معنای این اصطلاحات می‌توان گفت که دغدغه این فیلسوفان مسأله بی‌همتای وجود^۸ انسان است. آنها، ز رهگذر تأمل فلسفی^۹ به این مهم می‌پردازند، نه از طریق مشاهده حسی^{۱۰}. توجه اصلی آنها معطوف به آن پدیده‌هایی^{۱۱} است که به تجربه

معمولاً تهدیدکننده محسوب نمی‌شود، این هیجان را تجربه می‌کنند. به این ترس غیرمعقول ترس موهوم یا فوبیا^۱ می‌گویند. «ترس از محیط‌های بسته^۲» نمونه‌ای کلاسیک از این نوع ترس است. ترس موهوم یکی از موضوعات مورد علاقه روان‌کاوان است و در فصل ۱۱ به این موضوع بازخواهیم گشت.

اما در اینجا ترس معقول یا ترس موهوم موضوع بحث ما نیستند، بلکه به نوع سومی از ترس می‌پردازیم که علت مشخصی ندارد. منظور ما عده‌ای از مردمانند که دائماً از احساس اضطراب بدون دلیل و توضیح‌ناپذیر^۳ رنج می‌برند. این احساس در پاره‌ای موارد به قدری شدید است که کارکرد اجتماعی فرد مبتلا را شدیداً مختل می‌کند. این نوع اضطراب از گرفتاری‌های شایعی است که روان‌پزشکان با آن مواجه‌اند و اهمیت آن از اینجا معلوم می‌شود که این احساس را جزو اختلالات روانی محسوب کرده‌اند (صفحه ۱۵۱)، اما در این خصوص جالب است بدانیم که احساس اضطراب جزو مفاهیم مهم فلسفی نیز به شمار می‌رود. توجه بعضی از فیلسوفان، به ویژه در قاره اروپا، معطوف به خلقی^۴ بوده است که در نوشتارهای فلسفی غالباً آن را اضطراب یا دلشوره^۵ می‌خوانند. این واژه به همان معنای اضطراب توضیح‌ناپذیر در اصطلاح روان‌پزشکان است (۱۱).

برای آنکه به این موضوع بپردازیم، از یک مثال بالینی کمک می‌گیریم. خانمی میانسال به علت شکایات عصبی به پزشک متخصص بیماری‌های روانی مراجعه می‌کند. وی خانمی خانه‌دار است که از همسرش جدا شده است. او نمی‌تواند برای زندگی‌اش هدفی بیابد. فرزندانش، که بزرگ شده‌اند، خانه را ترک کرده‌اند. وی دوستانش را نیز از دست داده است، زیرا نمی‌تواند به تنهایی با کسی رفت‌وآمد داشته باشد. بنابراین اغلب اوقات در تنهایی به سر می‌برد و دائماً احساس اضطراب می‌کند. روان‌پزشک همدلانه به شکایات بیمار گوش می‌دهد و همان‌طور که در فصل ۸ توضیح دادیم، درک وی از وضعیت بیمار و نوع درمانی که انتخاب می‌کند، نمایانگر تلقی او از بیماری روانی است: اگر او پیرو سنت طبیعت‌گرایانه باشد،

1. behaviour therapy

2. continental philosophy

3. Soren Kierkegaard (1813--55)

4. Martin Heidegger (1889--1976)

5. existentialism

6. phenomenology

7. hermeneutics (hermeneutische = art of interpretation)

8. existence

9. philosophical reflection

10. observation

11. phenomena

1. phobia

2. claustrophobia

3. unexplained anxiety

4. mood

5. Angst

برای آنکه حجم پیامدهای این دیدگاه را درک کنیم لازم است میان صفات ذاتی^۱ و صفات عَرَضی^۲ انسان تمایز قائل شویم. برای مثال، از جمله صفات ذاتی و مقوم یک فنجان، میان تهی بودن آن است، طوری که می توان آن را با مایع پر کرد، به این ترتیب غیر ممکن است فنجانی را فرض کرد که این خصوصیت را نداشته باشد. در مقابل، از جمله صفات عرضی بعضی از فنجان ها این است که از چینی ساخته شده اند، اما از لحاظ منطقی هیچ اشکالی ندارد که فرض کنیم فنجان از شیشه یا فلز ساخته شده باشد. پس حذف صفات ذاتی یا مقوم از یک عین یا یک پدیده، این اثر را دارد که سبب می شود آن عین یا پدیده دیگر جزو آن نوع خاص نباشد، در حالی که حذف صفات عرضی این اثر را ندارد.

کی یرکگارد معتقد است که دلشوره، ناامیدی و مالیخولیا^۳ جزو صفات ذاتی انسان هستند، درست به همان نحوی که میان تهی بودن کیفیت مقوم فنجان است. او این رأی را چنین بیان می کند: «آن انسان هایی که روحشان با مالیخولیا آشنا نیست، آنها بی هستند که روحشان هیچ تحولی^۴ را تجربه نخواهد کرد» [۳]. کسی که مالیخولیا یا «دلشوره از امکانات بالقوه وجود^۵ را نمی شناسد، انسان نیست؛ او فاقد یکی از صفات ذاتی ماهیت انسان است.

از زمان رنسانس، دانشمندان علوم طبیعی عمق آگاهی ما را به ساختار اعیان طبیعی (مانند اتم ها، بلورها، پروتیین ها، یاخته ها و بافت ها) افزایش داده اند، آنها به تدریج فراگرفتند میان کیفیات اساسی^۶ و غیر اساسی تمایز بگذارند. در نتیجه این فرآیند، آنها موفق شدند نظریه هایی استوار و سودمند ارائه کنند. برای مثال، زیست شناسان برای آنکه کارکرد ارگانسیم بیولوژیک را توضیح دهند، استفاده از اصل اصالت حیات^۷ را کنار گذاشتند. آنها می گویند این مدعا که «پدیده های زیستی را نمی توان بر بنیای علوم طبیعی تبیین کرد» هنوز به اثبات نرسیده است. بر همین قیاس، می توان در صدد تعیین صفات ذاتی انسان برآمد، انسانی که در

1. constituent attributes

2. contingent attributes

3. melancholy

4. metamorphosis

5. potentiality of existence

6. essential

7. vitalism

ذهن انسان درمی آیند. آنها در پی فهم و تفسیر^۱ اعمال انسان هستند. ما در اینجا و طی این بحث مختصر، حول اندیشه های سورن کی یرکگارد، فیلسوف دانمارکی، و مارتین هایدگر، فیلسوف آلمانی، تمرکز می کنیم. این دو نفر نمایندگان مهم سنت قاره ای غیر طبیعت گرا هستند. در این کتاب از گستردگی و تنوع این مکتب فلسفی چشم می پوشیم و صرفاً با نام سنت هرمنوتیکی^۲ از آن یاد می کنیم. نقل آرای کی یرکگارد و هایدگر در صفحات آینده آشکار خواهد کرد که بحث درباره فلسفه هرمنوتیکی، با هر میزان از عمق و وسعت، فرای مجال این کتاب است و قصد ما این است که تنها گوشه ای از این سنت فلسفی بسیار مهم را به خواننده معرفی کنیم. این فصل صرفاً مقدمه ای بر فصل های آینده است که در آنها می کوشیم تقابل میان رویکردهای هرمنوتیکی و طبیعت گرای محض را نسبت به حل مسائل طب نشان دهیم. در فصل های ۱۰ و ۱۱ درباره نقش تفکر هرمنوتیکی در پزشکی اجتماعی و روان پزشکی بحث خواهیم کرد و در فصل های ۱۲ و ۱۳ نشان خواهیم داد که مفهوم انسان در فلسفه هرمنوتیکی نقش مهمی در اخلاق پزشکی معاصر ایفا می کند. در فصل ۱۴ ارتباط میان جسم و ذهن را به طور سیستماتیک بررسی خواهیم کرد.

اضطراب: وضعیت بنیادین ذهن

در تقریر زیر، کی یرکگارد رویکرد غیر طبیعت گرایانه به مفهوم اضطراب یا دلشوره را به خوبی روشن می کند. او می گوید این خُلُق تنها یک علامت مربوط به روان پزشکی نیست، بلکه وضعیتی بنیادین از ذهن بشر است که نمی توان آن را از میان برداشت:

همان طور که طیب خواهد گفت هیچ انسانی وجود ندارد که کاملاً سالم باشد. شما نیز، اگر انسان را به خوبی بشناسید، باید بگویید که هیچ انسان زنده ای نیست که اندکی دچار یأس نباشد، هیچ انسانی نیست که در بطن خود نوعی درهم آشفستگی، ناسازی، ناآرامی یا دلشوره از امری ناشناخته نداشته باشد، امری که وی از شناختن آن تن می زند، ترس از امکان زندگی، یا ترس از خویشتن.

بنابراین او بیمار است. به همان معنایی که طیب از بیماری جسمی سخن می گوید؛ او بیمار است و از نوعی بیماری روانی رنج می برد، بیماری که، هر از چندگاه برای لحظه ای، در قالب دلشوره ای که از توضیح آن عاجزیم، خود را نشان می دهد [۲].

1. interpretation

2. hermeneutic tradition

مقام یک فرد قادر به انجام فعل مختارانه است^۱، نه موجودی که، به طور اخص، فقط از حیث زیست‌شناختی و اجتماعی تمایز یافته است. فیلسوفان پیرو سنت هرمنوتیکی مدعی‌اند که تعیین صفات ذاتی انسان با تحقیقات تجربی امکان‌پذیر نیست، بلکه باید با تأمل فلسفی به جست‌وجوی آن پرداخت. آنان می‌کوشند به مدد تأمل در نفس^۲ و تفکر^۳، آن خصوصیتی را که از حیث هست‌شناختی مقوم ماهیت انسانند، تعیین کنند.

بنابراین، پژوهش هرمنوتیکی با پژوهش علمی تفاوت فاحشی دارد. اما باید یادآوری کنیم فیلسوفانی مانند کی‌یرکگارد و هایدگر منکر اهمیت مطالعه تجربی درباره انسان (مانند آنچه در روان‌پزشکی جدید و کلاً در پزشکی جدید انجام می‌شود) نیستند. در تحقیقات تجربی، انسان موجودی زیست‌شناختی و روان‌شناختی محسوب می‌شود. به کمک این تحقیقات می‌توان وضعیت بالفعل^۴ انسان‌ها را توصیف کرد، یعنی وضعیتی که انسان خویشتن را بواقع در آن می‌یابد و همین موقعیت است که حدود امکانات عمل او را مشخص می‌کند. اما همان‌طور که بعداً بحث خواهیم کرد، یافته‌های تجربی را نمی‌توان به درستی تفسیر کرد، مگر در سایه تأمل هرمنوتیکی.

پدیده‌هایی مانند اضطراب و افسردگی می‌توانند محدودیت‌های رویکرد طبیعت‌گرایانه را به خوبی نشان دهند. از دیدگاه هرمنوتیکی، اضطراب صفت ذاتی بشر است. این اشتباهی بزرگ است که همیشه اضطراب را چیزی نامطلوب قلمداد می‌کنند و یا نتیجه می‌گیرند که اضطراب شدید همیشه نشانه بیماری است. اضطراب اصولاً یک علامت آسیب‌شناختی نیست، بلکه بنا به عقیده هایدگر، حالتی است که «اجازه می‌دهد شخص به موهبت خودشناسی [= معرفت‌الفسن] نایل آید»^۵ [۴]. البته نباید مدعی‌ای اخیر را به این معنا برداشت کرد که اضطراب هیچ‌گاه نشانه بیماری نیست، منظور آن است که روان‌پزشکانی که ذهنیت تجربی دارند و اضطراب را صرفاً نشانه بیماری قلمداد می‌کنند، خود را به تلقی خام و محدودی از انسان ملتزم و مقید

1. act freely
2. introspection
3. reflection
4. actual situation
5. «privileged access to self-knowledge»

ساخته‌اند. آنان التفات ندارند که روحيات و خُلق‌های اساسی^۱، مانند اضطراب، یأس و افسردگی، برای توانمندی‌های شخصیت فرد همان‌قدر اهمیت دارند که اپی‌نفرین^۲ برای کار بدن.

مضمون اصلی فلسفه کی‌یرکگارد این است که بشر به عنوان فاعل مختاری که در نفس خود تأمل می‌کند^۳، چیزی بیش از ترکیب عوامل زیستی و روانی است. او این مفهوم را در بند زیر از کتاب بیماری به سوی مرگ^۴ آورده است. این فقره حثاتی رمزآلود دارد، اما مثال خوبی از سبک ادبی کی‌یرکگارد است.

البته ما در ادامه تفسیری از این بند به دست خواهیم داد:

انسان روح است. اما روح چیست؟ روح همانا خود است. اما خود چیست؟ خود رابطه‌ای است که خود را به خویشتن خویش ارتباط می‌دهد... انسان ترکیبی^۵ است از تناهی^۶ و عدم تناهی^۷، از اختیار و انقیاد. کوتاه‌سخن، [انسان] یک ترکیب است. ترکیب عبارت است از رابطه میان دو [چیز] و [خود] رابطه جزو سوم [ترکیب] است که نقش اتحاد سلبی^۸ دارد... هنگامی که انسان را روح می‌خوانیم، این نوع رابطه میان روح و جسم برقرار است. در مقابل، اگر این رابطه خود را به خویشتن خویش پیوند دهد، نگاه این رابطه جزو سومی است که ایجابی و غیراضافی^۹ است. و این همان «خود» است [۵].

آشکار است که درک این بند آسان نیست، زیرا سبک نگارش آن نامعمول است و به بحث فلسفی خاصی اشاره دارد. اما ما می‌کوشیم معنای آن را توضیح دهیم تا تصویری واضح و قابل قبول از نظریه کی‌یرکگارد درباره انسان ارائه نماییم. این نظریه با نظریه‌های سایر فیلسوفان قاره‌ای مشابهت دارد.

اولین نکته قابل توجه این است که انسان ترکیبی از جسم و روح، ترکیبی از چیزی مادی و چیزی روانی است. این قسمت از نظریه با دیدگاهی که انسان را موجودی زیست‌شناختی و روان‌شناختی می‌داند، تفاوت اندکی دارد، بنابراین با

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. basic moods | 2. epinephrine |
| 3. self-reflecting free agent | 4. <i>The sickness unto death</i> |
| 5. synthesis | 6. finite |
| 7. indefinite | 8. negative unity |
| 9. positive | |

دیدگاه جامع‌نگر^۱ در روان‌پزشکی جدید نیز سازگار است، زیرا مطابق این دیدگاه، مجموعه‌ای از عوامل متداخل زیست‌شناختی و روان‌شناختی موجب «بیماری» می‌شوند. ایده «ترکیب» را می‌توان کاملاً ارتباطی تلقی کرد که میان چند عامل برقرار است و نظریه کی‌پرکگارد فقط تا همین حد تفکر طبیعت‌گرایانه جدید را دربر می‌گیرد.

اما اگر انسان چیزی بیش از ترکیب نباشد، اگر رکن سومی وجود نداشته باشد که به این ترکیب اتحاد ببخشد و آن را کامل کند، انسان با حیوانات تفاوتی نخواهد داشت. این رکن سوم، که تعیین می‌کند انسان یک شخص است و نه یک ماشین بیولوژیک، همان روح^۲ یا خود^۳ است. این خود، که امروزه آن را شخصیت^۴ می‌نامند، همان رکن سومی است که مقوم انسانیت انسان است و شکل بی‌همتای وجود او را تعیین می‌بخشد. ما می‌کوشیم تا نقش مثبت و ایجابی این رکن سوم را بیشتر مشخص کنیم. کی‌پرکگارد در بیماری به سوی مرگ همچنین می‌نویسد:

«خود» مشکل است از تناهی و عدم تناهی، اما ترکیب همانا یک رابطه است. رابطه‌ای که (هرچند انتزاع شده است) خود را به خود مرتبط می‌کند، و این به معنای آزادی^۵ است. «خود» همانا آزادی است.

کمی بعد چنین می‌نویسد:

روی هم‌رفته، آگاهی^۶ که همانا خودآگاهی^۷ است، قطعاً با خود مرتبط است. هر اندازه آگاهی بیشتر باشد، خود هم بیشتر است. هر اندازه آگاهی بیشتر باشد اراده^۸ بیشتر است. هر اندازه اراده بیشتر باشد، خود بیشتر است. انسانی که اصلاً اراده‌ای ندارد، خودی ندارد. اما هر چقدر اراده او بیشتر باشد، قطعاً خودآگاهی بیشتری دارد [۶].

انسان خود را به خویشتن ارتباط می‌دهد و همین ارتباط است که به عناصر مختلف ترکیب انسان وحدت می‌بخشد و از این روست که انسان خودش را فردی

1. holistic view

3. self

5. freedom

7. self-consciousness

2. soul

4. personhood

6. consciousness

8. will

می‌شناسد که آزادانه عمل می‌کند. این رکن سوم که نقش ایجابی دارد، همانا آزادی و تأمل در خود است.

سبک نگارش کی‌پرکگارد برای بیان نظریه‌اش قدیمی است. چه بسا پزشکی که ذهنیت علمی جدید دارند رغبتی به جدی گرفتن این رأی نداشته باشند که «خود» یا «رکن سومی» که نقش ایجابی دارد، مشخصه انسان است، رکنی که انسان را قادر می‌کند تا خود را با خویشتن خویش مرتبط کند. اما این خطایی فاحش است.

کسی که می‌کوشد میان شیوه‌های گوناگون عمل دست به انتخاب بزند، باید بتواند «خود» را به خویشتن خویش ارتباط دهد. به این معنا که او باید بتواند خویشتن را در موقعیتی ببیند که در آن موقعیت، خویشتن خویش را می‌باید و می‌تواند آن موقعیت را بسط و تکامل بخشد. او موجودی آگاه است که احساسات، آمال و تمنیاتی دارد. اما علاوه بر آن، وی موجودی خودآگاه نیز هست که می‌تواند، در نسبت با ارزش‌هایی که خود برگزیده است و در نسبت با موقعیت‌های حیات خویش، درباره احساسات و آمال و تمنیات خود تأمل کند.

کی‌پرکگارد این موضوع را به وضوح دریافته بود و جالب است که فیلسوفان تحلیلی مشرب^۱ جدید نیز درست همین دیدگاه را دارند. برای مثال، توماس ناگل^۲ در بحثی که درباره «هویت شخص^۳» داشته است، می‌نویسد: هر یک از ما دارای «خود»ی عینی هستیم و «این خود توانایی نامحدودی دارد تا از دیدگاه «شخص من» پا پس بگذارد تا تلقی جدیدی از جهان بسازد که این شخص و حالات و احوال او در آن جای دارند» [۷].

افراد بشر را با توانایی‌شان برای فهم و تفسیر اعمال و موقعیت‌هایشان در زندگی توصیف می‌کنند. هر نظریه‌ای درباره انسان که هدفش تبیین پدیده‌های مربوط به سطوح عالی‌تر آگاهی انسان باشد (مثلاً توانایی انسان در اینکه برحسب ترجیحات خود دست به گزینش بزند) لزوماً باید «خود» و «نقش ایجابی رکن سوم» را منظور بدارد.

خلاصه آنکه، می‌توان انسان را ترکیبی روان‌شناختی و زیست‌شناختی دانست که

1. analytic philosophers

3. personal identity

2. Thomas Nagel

قائم به «خود» است. فعالیت «خود» (که عبارت است از تأمل در نفس^۱)، اراده ورزی^۲ و عمل مختارانه^۳ تعامل میان عوامل زیست‌شناختی و روان‌شناختی را تنظیم و هماهنگ می‌نماید. دانشمندان علوم طبیعی، که تأمل در نفس را به امری مادی، یا به امری روانی، یا به تعامل میان این دو، تحویل می‌کنند؛ یکی از رکن‌های مقوم انسان را نادیده می‌گیرند. بنا بر عقیده کی‌یرکگارد، انسان بدون «خود» دیگر انسان نیست، و نمی‌توان «خود» را در زمره علم زیست‌شناسی یا روان‌شناسی به شمار آورد. در حوزه روان‌پزشکی، کسانی که روان‌کاوی را جزو رشته‌های هرمنوتیکی می‌دانند، این آرا را بسط و تکامل بیشتری بخشیده‌اند. در فصل ۱۱ به این موضوع بازخواهیم گشت. اکنون بحث مفهوم اضطراب را در سایه نظریه کی‌یرکگارد از سر می‌گیریم. او می‌نویسد:

مفهوم دلشوره تقریباً هیچ‌گاه در روان‌شناسی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین باید تذکر دهم که دلشوره با ترس و مفاهیم مشابه آن که به چیزی معین معطوف‌اند، کاملاً تفاوت دارد، در همان حال دلشوره لب و گوهر آزادی است. آزادی همانا امکانی برای [تحقق] امکانات است. لاجرم نمی‌توان در حیوان دلشوره یافت. زیرا حیوان به اقتضای ماهیتش توسط روح تعیین^۴ نمی‌پذیرد (۸).

روان‌پزشکان طبیعت‌گرا فقط میان پدیده‌های روانی و جسمانی تمایز قائل می‌شوند، آنها هم ترس معقول و هم اضطراب توضیح‌ناپذیر را به ذهن ارجاع می‌دهند، اما تحلیل کی‌یرکگارد فراتر می‌رود. او اعتقاد دارد که انسان ترکیبی از یک ذهن، یک جسم و یک «خود» است. او میان خلق‌های اساسی و احساسات^۵ به دقت تمایز می‌گذارد. دلشوره - یا اضطراب توضیح‌ناپذیر - که سثالی از خلق اساسی است، منحصر به انسان است، زیرا در اصل به «خود» ارتباط دارد. این اضطراب یکی از صفات مقوم انسان است، در مقام فردی که در نفس خویش تأمل می‌ورزد و مختارانه عمل می‌کند. این اضطراب ما را وامی‌دارد تا به «امکانات آزادی^۶» پی ببریم. این امکانات در آن واحد جذب می‌کنند و می‌رانند. به همین دلیل کی‌یرکگارد

1. self-reflection
2. volition
3. free action
4. determine
5. feelings
6. possibilities of freedom

دلشوره را به شیوه‌ای رازآلود و ابهام‌دار، «تنفری همدلانه و همدلی تنفرآمیز^۱» توصیف کرده است (۸).

از سوی دیگر، ترس معقول یک احساس است و، بنا بر عقیده کی‌یرکگارد، احساسات صرفاً پدیده‌هایی روانی هستند. آنها به تأمل در نفس و آزادی بستگی ندارند و به همین دلیل، هم حیوانات و هم انسان‌ها اگر تهدید شوند ممکن است بترسند. هایدگر در کتاب مهم، اما بسیار مشکل خود، هستی و زمان^۲، به تحلیل مفهوم دلشوره می‌پردازد (۴). او با کی‌یرکگارد موافق است که خلق اساسی وجود دارد، اما می‌افزاید که این خلق خصوصاً به فهم و تفسیر ما از جهان بستگی دارد. برای آنکه حق این رأی را ادا کنیم، باید بگوییم که بنا بر عقیده هایدگر، «فهم^۳» نیز، همانند اضطراب توضیح‌ناپذیر، پدیده‌ای روان‌شناختی نیست، بلکه جزو صفات مقوم ماهیت انسان است. فهم چیزی است که هایدگر آن را وجودی [= اگزیستانسیال^۴] می‌خواند. وقتی روان‌شناس می‌گوید که باید برای فهم هیجان‌ها، انگیزه‌ها و اعمال افراد تلاش کرد، فهم را فرآیند خاصی در حوزه روان‌شناسی قلمداد می‌کند. اما هایدگر این روزه را به معنایی دیگر به کار می‌برد. نزد او، انسان چیزی بیش از یک 'ردنایسم بیولوژیکی است که به محرکات خا، جی، کمایش منفعلانه، پاسخ می‌دهد. آدمی بالذات انسان زنده‌ای است همواره در کار فهم - تفسیر - معنای جهانی که در پیش رو دارد. کسی که در مقام یک انسان فهمنده و تفسیر‌کننده با جهان ارتباط برقرار نمی‌کند، ذهنیت خویش را از کف داده است.

دلشوره خلقی است که اعلام می‌کند فهم گذشته ما از جهان در هم فرو ریخته است و ارتباطات ما با سایر مردم معنای خود را از دست داده‌اند. به تعبیر هایدگر، ما با نیستی^۵ مواجه‌ایم و مجبوریم برای تفسیر دنیای اطرافمان، چارچوب جدیدی بسازیم. این همان معنایی است که هایدگر از دلشوره منظور دارد. او دلشوره را حالتی می‌داند که برای ما این امکان ممتاز را فراهم می‌کند تا به مقام تأمل در نفس برآییم: دلشوره به این بُعد مهم از ماهیت انسان اشاره می‌کند که ما واجد این آزادی

1. a sympathetic antipathy and an antipathic sympathy
2. Being and Time
3. understanding
4. existential
5. nothingness

هستیم که افق تازه‌ای از فهم^۱ تأسیس کنیم، در خویشتن و در شرایط زندگی خود در پرتو جدیدی نظر نماییم. دلشوره امکانات جدیدی فراهم می‌آورد که در آن واحد هم جاذب‌اند و هم دافع.

از این بحث چنین برمی‌آید که از دیدگاه هرمنوتیکی، بیمارانی که دچار اضطراب توضیح‌ناپذیر هستند، علاوه بر آنکه باید از نظر طبی در مان شوند، باید خودشان هم با مشکلاتشان دست و پنجه نرم کنند و در این کار از تأمل در نفس مدد بگیرند. شخص مضطرب اختیار انتخاب دارد، او باید انتخاب کند، و حتی اگر تصمیم بگیرد که از رویارویی با مسائل زندگی خودداری کند، افق جدیدی در فهم خود نگشاید، و بخواهد که اضطرابش را با داروهای ضد اضطراب تسکین دهد، در این صورت باز هم دست به انتخاب زده است. اما در این حالت، او نوعی زندگی غیر واقعی^۲ را برای زیستن برگزیده است، زیرا وی از اینکه برای مسائل وجود پاسخ‌های خاص خودش را عرضه کند، سر باز زده است.

این بحث نشان می‌دهد که اختلاف عقیده درباره مسائل اساسی در قلمرو فلسفه پیامدهای عملی به بار می‌آورد. امروزه، بیشتر مردم تلقی طبیعت‌گرایانه از انسان را پذیرفته‌اند و یکی از پیامدهای منطقی چنین دیدگاهی این است که داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب در سراسر دنیا جزو اقلام تجاری کلان قرار گرفته‌اند. این داروها را با تخصصی‌ترین اصول علمی می‌آزمایند و پزشکان آنها را برای بیمارانشان تجویز می‌کنند. اضطراب و افسردگی علائمی نامطلوب تلقی می‌شوند (درست همانند دندان‌درد یا زانودرد) و پزشک وظیفه دارد در صورت امکان درصد رفع این علائم ناخوشایند برآید. کسانی که سنت هرمنوتیکی را جدی می‌گیرند، باید این جنبه از فرهنگ ما را مورد سؤال قرار دهند. همان‌گونه که توضیح دادیم، آنها اضطراب و افسردگی را جزو صفات ذاتی انسان، در مقام یک شخص، می‌شمارند. در نتیجه، آنها باید دارودرمانی و رفتاردرمانی و یا هر درمان طبی دیگری را بی‌حسری به تمامیت بیمار^۳ قلمداد کنند. درمان با دارو را باید به مواردی محدود کرد که در آنها اضطراب و افسردگی آشکارا آسیب‌شناختی هستند و نه

1. a new horizon of understanding 2. unreal life
3. patient integrity

وجودی، مانند سرسام ناشی از ترک الکل، روان‌پریشی دوقطبی^۱ و اسکیزوفرنی. در غیراین صورت، استفاده از دارو فقط در مواردی جایز است که خود بیمار این شیوه درمان را انتخاب کرده باشد.

هرمنوتیک و علوم طبیعی

آن دسته از استادان علم طب که این رشته را شاخه‌ای از علوم طبیعی می‌دانند، باید همواره از خود بپرسند که یا مدعیات فیلسوفان هرمنوتیک درست است. پاسخی که دست کم بعضی از فیلسوفان تجربه‌گرا به این سؤال داده‌اند کاملاً روشن است: این مدعیات را نمی‌توان با روش‌های علمی آزمود، بنابراین آنها نه صادق‌اند و نه کاذب، بلکه فاقد معنا هستند. فیلسوفان قاره‌ای، در مخالفت با این استدلال، مدعی نیستند که وجود «خود» را می‌توان به مدد تجربه اثبات کرد، بلکه می‌گویند تجربه‌گرایان اصل مطلب را دریافته‌اند. آنها تذکر می‌دهند که تأمل هرمنوتیکی پیش‌فرض علوم طبیعی است؛ انجام آزمایش‌های علمی مستلزم آن است که دانشمند ابتدا مسأله مورد بررسی را بفهمد و تفسیر کند، زیرا انتخاب روش [تحقیق] او به ماهیت مسأله بستگی دارد. حتی در چارچوب تفکر طبیعت‌گرایانه متداول نیز نمی‌توان یک روش علمی را نسجیده و به گزاف از حوزه‌ای به حوزه دیگر برد؛ دانشمند می‌تواند کارکرد کلیه را اندازه بگیرد، اما نمی‌تواند با یک کلیه مصاحبه کند. او می‌تواند با شخص بیمار درباره تفکرات و تصمیماتش مصاحبه کند اما نمی‌تواند این فعالیت‌های روانی را اندازه بگیرد. شخص تجربه‌گرایی که طالب اثبات تجربی وجود «خود» است، توجه به صفات ذاتی شخص انسان را از یاد برده است. درست به همین نحو، دانشمندی هم که می‌کوشد با یک جفت کلیه مصاحبه کند، ماهیت واقعی این عضو را دریافته است. به سخن دیگر، تحلیل هرمنوتیکی از «خود»، پیش‌نیاز مطالعات تجربی است، زیرا معنی ندارد خصوصیات یک شخص را، پیش از آنکه تحلیلی از مفهوم «شخص» حاصل کرده باشیم، به طور تجربی مورد مطالعه قرار دهیم. بنابراین علوم طبیعی تابع و فرع^۲ بر تفکر هرمنوتیک است.

از این بحث درمی‌یابیم که مطابق دیدگاه هرمنوتیکی می‌توان پرسش‌های

1. Maniac-depressive psychosis

2. subordinate

معنی داری مطرح کرد که با استفاده از تجربه نمی توان به آنها پاسخ گفت. کی یرکگارد، در مقام یک فیلسوف، به دقت میان ناس عینی و ذهنی^۱ و میان حقیقت^۲ عینی و ذهنی تمایز قائل می شود. کسانی که در پی حقیقت عینی هستند، فقط با واقعیت مستقل از ذهن سر و کار دارند و برای آنان ارتباط میان ذهن و عین بی مناسبت و خارج از دایره بحث است. در مقابل، آنهایی که به طور ذهنی تأمل می ورزند، نمی توانند عین را از ذهن جدا کنند، زیرا حقیقت ذهنی به ارتباط میان عین و ذهن مربوط می شود. برای جست و جوی حقیقت عینی باید از روش های علوم طبیعی کمک گرفت، در حالی که تحقیق درباره حقیقت ذهنی به استفاده از روش هرمنوتیکی، یعنی تأمل و تفسیر، نیازمند است.^{۱۹۱}

اهمیت حقایق ذهنی در طب به خوبی شناخته شده است. در فصل ۴، ضمن نقد مدل مکانیکی بیماری چند مورد از شرح حال بیماران را بیان کردیم: خانمی که دچار افزایش فشارخون شریانی بود و از آن شکایتی نداشت، بعد از تشخیص بیماری خود مضطرب شد (صفحه ۸۴)؛ سه بیمار مبتلا به زخم دوازدهه تفسیرهای بسیار متفاوتی از بیماری خود داشتند؛ منشأ اصلی ناراحتی خانم مبتلا به سرطان پستان، تظاهرات ناخوشایند بیماری نبود، بلکه ناشی از تفسیری بود که او از بیماریش در رابطه با زندگی خود به دست می داد (صفحه های ۹۰-۸۸). در میاق بحث فصل ۴ از این موارد استفاده کردیم تا محدودیت مدل مکانیکی بیماری را نشان دهیم، اما در عین حال، این مثال ها نشان می دهند که تلقی کی یرکگارد از ماهیت انسان در ذاتی بالینی مدخلیت دارد. تنها اختلالات آنومی و فیزیولوژی حائز اهمیت نیستند، بلکه نحوه ای که بیمار خودش را با بیماری مرتبط می داند نیز اهمیت دارد. این حقیقت عینی نیست که بیشترین اهمیت را دارد، بلکه بیشترین اهمیت را این حقیقت ذهنی است که با «خود» ارتباط دارد و از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

کی یرکگارد این مسأله را در قالب اصطلاحات کلی بحث می کند، چنانکه مدعی است، اگر حقیقت عینی - یا تأمن عینی - با وجود فرد ارتباطی نداشته باشد، اهمیت چندانی نخواهد داشت.

1. subjective and objective reflection
2. truth

شیوه بررسی و تأمل عینی، شخص صاحب ذهن را به امری عرضی و اتفاقی^۱ تبدیل می کند و از این طریق از «وجود»^۲ چیزی محو و نامشخص می سازد. شیوه تأمل عینی، با صرف نظر کردن از شخص صاحب ذهن، به حقیقت عینی می انجامد، و هنگامی که شخص صاحب ذهن و ذهنیت او نامتمایز می شوند، حقیقت نیز فاقد تمایز است. این عدم تمایز دقیقاً همان اعتبار^۳ عینی است که برای حقیقت قائل اند، چرا که تمام تعینات^۴ همانند تمام قطعیات^۵، ریشه در ذهنیت دارند. شیوه تأمل عینی به تفکر انتزاعی می انجامد و انواع مختلف معارف تاریخی و ریاضیات را می سازد. این شیوه همواره به چیزی غیر از شخص صاحب ذهن منتهی می شود. از دیدگاه عینی، کاملاً به حق، وجود یا عدم وجود شخص صاحب ذهن به هیچ وجه تعلق ندارد... (۱۰)

کی یرکگارد از ریاضیات و تاریخ یاد می کند، اما عیناً می توانست، به همین نحو، از طب جدید و حجم عظیم واقعیات تجربی آن یاد کند. در حوزه طب علمی، تجربیات عینی به «زبان انتزاعی»^۶ ثبت و ضبط می شوند و تنها زمانی اهمیت می یابند که با وجود فرد بیمار ارتباط پیدا کنند.

طرز تلقی کی یرکگارد از تفکر عینی طبیبان در عبارات کنایه آمیز نوشته زیر از کتاب مفهوم ترس^۷ به خوبی معلوم است. در این ترس وی دلشوره را در بسط یافته ترین شکل آن مورد بحث قرار می دهد، شکلی که آن را «شیطانی»^۸ می نامد:

این ترس شیطانی از حیث درمانی مورد توجه قرار می گیرد. البته، باید آن را مد را کرد. *Mit Puhler und mit Pillen* [با گرد و با قرص] - و بعد هم نشین! بعد، داروساز و طبیب دست به یکی می کنند. بیمار تنها گیر نداشته است، هیچ کس نمی تواند به دلدش برسد. در زمانه دلیر ما، کسی به بیمار نمی گوید که او خواهد مرد، کسی جرأت ندارد کشیش خبر کند، از ترس اینکه مبادا بیمار از ترس بمیرد. کسی جرأت ندارد به بیمار بگوید که همان روز بیماری از همان مرض مرده است. بیمار را از بقیه جدا می کنند. معاینات و مطالعات بی هیچ رحم و

1. accidental
2. existence
3. validity
4. interests
5. decisiveness
6. language of abstraction
7. *The Concept of Dread*
8. the Demontical

نمی‌توان انسان را، در مقام یک شخص، به طور کامل فهمید. صفاتی را که مقوم انسان، در مقام یک شخص، هستند (مانند اضطراب، اختیار، اراده و فهم) نمی‌توان به نحو شایسته‌ای تحلیل کرد مگر آنکه ماهیت انسان را در چشم‌انداز گسترده‌تری مورد ملاحظه قرار دهیم.

یادداشت‌ها

۱. آگنست (Angst) واژه‌ای آلمانی-دانمازیکی است که وارد فرهنگ اصطلاحات فلسفه شده است. معمولاً آن را «ترس» (dread) یا «اضطراب» یا «دلشوره» (anxiety) ترجمه می‌کنند.
2. (a) Kierkegaard, S. *Sygdommen til Døden* (originally published 1849). in: Drachmann, A. B., et al. *Collected Works* (Samlede Vaeker). Copenhagen: Gyldendal, 1963. Vol. 15. p. 81. (b) English translation by W. Lowrie. *The Sickness unto death*. London: Humphrey Milford, 1944. p. 32.
3. (a) Kierkegaard, S. *Enten-Eller* (originally published in 1843). in: *Collected Works*, Vol. 3. p. 178. (b) English translation by W. Lowrie. *Either/Or*. Princeton: Princeton University Press, 1944. p. 194
4. (a) Heidegger, M. *Sein und Zeit* (originally published 1927). Tübingen: Max Niemeyer, 1976. (b) English translation by J. Macquarrie & E. Robinson. *Being and Time*. Oxford: Basil Blackwell, 1980. p. 228–35.
5. p. 73 in [2a] and p. 7 in [26]. Lowrie's translation.
6. p. 87 in [2a] and p. 43 in [2b]. Lowrie's translation.
7. Nagel, T. The mind. In: McMurrin, S. M. (ed.) *The Tanner Lectures on Human Values*. 1980, Cambridge: Cambridge University Press, 1980. p. 94.
8. (a) Kierkegaard, S. *Begrebet Angst* (originally published 1844). In: *Collected Works*, Vol. 6. p. 136. (b) English translation by W. Lowrie. *The Concept of Dread*. Princeton: Princeton University Press, 1944. p. 38.
۹. برای آنکه موضوع را بیش از اندازه ساده نکرده باشیم، باید بیفزاییم که تنها فیلسوفان هرمنوتیک نیستند که به موضوع حقیقت ذهنی و عینی ترجمه می‌کنند، این موضوع مورد توجه فیلسوفان تحلیلی مشرب معاصر نیز هست. ما به هنگام بحث درباره‌ی مسأله جسم-ذهن در فصل ۱۴ به این موضوع بازخواهیم گشت.
10. (a) Kierkegaard, S. *Afsluttende uvidenskabelig Efterskrift* (originally published 1846). In: *Collected Works*, Vol. 9. p. 161. (b) English translation by D. F. Swenson & W. Lowrie. *Concluding Unscientific Postscript*. Princeton: Princeton University Press, 1944. p. 173.
11. p. 205 in [8a] and pp. 108–9 in [8b], partly based on Lowrie's translation.
12. p. 234 in [4b].

شفقتی انجام می‌شوند. پزشک قول می‌دهد در اسرع وقت گزارش آماری فهرست‌بندی‌شده‌ای تهیه کند تا میانگین را به دست آورد. و وقتی کسی میانگین را در دست داشت، همه چیز معلوم می‌شود. دیدگاه درمائی آدم را وادار می‌کند تا هر پدیده‌ای را صرفاً مادی و جسمانی تلقی کند. آدم همان کاری را می‌کند که ضیبان غالباً انجام می‌دهند - بخصوص در داستان‌های هافمن - آنها یک انگشت انقیه می‌کشند و می‌گویند: «این مورد وخیمی است» [۱۱].

با این حال، نباید از این قبیل نوشته‌ها، همانند بسیاری افراد، به خطا نتیجه گرفت که فیلسوفان هرمنوتیک، مانند کی‌یرکگارد و هایدگر، منکر اهمیت علوم طبیعی هستند. آنها صرفاً تأکید می‌کنند که باید این علوم را در جایگاه درست خود دید. کی‌یرکگارد انکار نمی‌کند که ممکن است دلشوره را - امر شیطانی - پدیده‌ای مادی یا جسمانی محسوب کرد، و صرفاً این عقیده بعضی از پزشکان را تحقیر می‌کند که دلشوره را پدیده‌ای مطلقاً مادی یا جسمانی می‌دانند. او در کتاب مفهوم ترس خاطر نشان می‌سازد که می‌توان از زوایای دیگری هم به دلشوره نگاه کرد: ممکن است دلشوره را بدیاری یا تقدیری درخور شفقت دانست، یا ممکن است آن را امری مستحق محکومیت اخلاقی قلمداد کرد. او نتیجه می‌گیرد:

حقیقت این است که می‌توان از طُرُق بسیار زیادی به دلشوره توجه کرد و این امر نشان می‌دهد که این پدیده چقدر مبهم است و تا اندازه‌ای به هم‌حوزه‌ها تعلق دارد: حوزه جسمانی، حوزه روانی و حوزه مربوط به روح و خود. این موضوع نشان می‌دهد که این امر شیطانی قلمرو وسیع‌تری را از آنچه معمولاً انتظار می‌رود، دربر می‌گیرد و آن را می‌توان با بیان این حقیقت توضیح داد: انسان ترکیبی از جسم و روان است که توسط روح پشتیبانی می‌شود، چرا که آسفتگی در یکی خودش را در بقیه نشان می‌دهد [۱۱].

هایدگر در هستی و زمان درست به همین نتیجه می‌رسد. او تصدیق می‌کند که «اضطراب غالباً با «عوامل فیزیولوژی» شرطی می‌شود»، اما همچنین به ما گوشزد می‌کند که «اضطراب صرفاً از آن‌رو می‌تواند به نحو فیزیولوژی برانگیخته شود که این خلُق از جمله صفات ذاتی ماهیت انسان است» [۱۳].

فقرات نقل شده در بالا نشان می‌دهند که نظریه فیلسوفان هرمنوتیک در باب انسان، این اصل را، که انسان یک ارگانیسم بیولوژیک است، نادیده نمی‌گیرد. این گروه از فیلسوفان صرفاً خاطر نشان می‌کنند که درون چارچوب سنت طبیعت‌گرا

دیر زمانی است که می‌دانیم محیط مادی اطراف ما در پیدایش و گسترش بیماری نقش مهمی بازی می‌کند. حتی پیش از آنکه عامل عفونی بیماری وبا شناسایی شود، مشاهده کرده بودند که همه‌گیری‌های این بیماری با آلودگی آب آشامیدنی همراه است. بیشتر معدنچیان به بیماری‌های ریوی دچار می‌شوند و این حقیقتی است که نمی‌توان در مناطق معدنخیز آن را نادیده گرفت. همچنین، پزشکان امروزی به ارزش این موضوع پی برده‌اند که گاهی لازم است به عوامل اجتماعی نیز توجه کرد. برای مثال، اعتیاد به مواد مخدر با بعضی خرده‌فرهنگ‌های شهری خاص رابطه‌ای نزدیک دارد و درمان معتادان محتاج ملاحظاتی است که درون چارچوب دیدگاه زیست‌شناسانه از بیماری نمی‌گنجد. طبیبان می‌توانند علائم ناشی از قطع مواد مخدر را تسکین دهند، حتی می‌توانند با نگهداری طولانی مدت معتادان در مؤسسه‌های مربوطه، آنها را به ترک مصرف دارو وادار کنند. اما پس از طی این دوره، بیماران باید به جامعه بازگردند، باید بری آنها امکان تحصیل و کار فراهم باشد، باید در آنها انگیزه‌ای ایجاد کرد تا به محیطی که از آن آمده‌اند بازنگردند، بلکه در پی یافتن دوستان جدید باشند و در زندگی خود هدفی جدید بجویند. ما نمی‌توانیم بیماری‌هایی مانند اعتیاد، وبا و بیماری‌های ریوی معدنچیان را ریشه کن کنیم مگر آنکه به اهمیت عوامل اجتماعی و محیطی پی ببریم و حق آنها را ادا کنیم.

اکنون پزشکی اجتماعی در اغلب دانشکده‌های پزشکی به عنوان رشته‌ای از طب شناخته شده است که از سایر رشته‌های آن مستقل است (۱۱). حتی گاهی ادعا می‌شود که پزشکی اجتماعی تنها رشته‌ای است که تأکید می‌کند شخص بیمار علاوه بر آنکه فردی زیست‌شناختی است، فردی اجتماعی نیز هست و نمی‌توان برای حل مشکلات فراوان بهداشتی جامعه مدرن از پژوهش‌های اجتماعی-پزشکی چشم

پوشید. ما در این فصل، دربارهٔ منزلت فلسفی پزشکی اجتماعی به بحث می‌پردازیم. این مقوله از اهمیت خاصی برخوردار است، زیرا در آن با حوزه‌ای سروکار داریم که حد فاصل علوم اجتماعی و طب است.

در آغاز، دربارهٔ پیدایش و تکامل پزشکی اجتماعی. بحث می‌کنیم که از بسیاری جهات پایه پای تکامل سایر رشته‌های طب حرکت می‌کند و می‌توان در قلمرو آن میان گرایش‌های تجربی-گرایانه و واقع‌گرایانه تمایز قائل شد. سپس بحث فصل گذشته را پی می‌گیریم و دیدگاه هرمنوتیکی از علوم اجتماعی را مطرح می‌کنیم و نشان می‌دهیم که سنت‌های هرمنوتیکی و طبیعت‌گراد و تلقی کاملاً متفاوت از انسان ارائه می‌دهند.

از اپیدمیولوژی کلاسیک تا پزشکی اجتماعی تجربی

پزشکی اجتماعی جدید از اپیدمیولوژی کلاسیک منشاء گرفته است. در آغاز، اپیدمیولوژیست‌ها به بیماری‌های عفونی علاقه‌مند بودند. آنها چارچوبی را بنا نهادند که می‌توان آن را «مدل اپیدمیولوژیکی از بیماری» خواند. مطابق این مدل، بروز بیماری ناشی از تعامل و همکنش میان عامل بیماری‌زا، عوامل محیطی و موجود زنده امیزان است. بیماری سل مثال خوبی برای این مدل است، زیرا انتشار این بیماری صرفاً به وجود میکروب سل بستگی ندارد، بلکه شرایط زندگی افراد و وضعیت کلی بهداشت تک‌تک اعضای جامعه در آن دخیل‌اند؛ لذا، باید مجموعه‌ی علی‌پیچیده‌ای، نظیر آنچه در فصل ۵ توضیح دادیم، در نظر بگیریم. این مدل با مدل مکانیکی‌ای که پزشکان به کار می‌برند، اندکی تفاوت دارد. پزشکان در جست‌وجوی اختلال مکانیکی در درون بدن هستند، در حالی که اپیدمیولوژیست‌ها به علل بیرون از بدن توجه می‌کنند؛ اما هر دو گروه از نظر فلسفی رافع‌گر هستند، زیرا به وجود مکانیسم‌های موجد و مولدی باور دارند که می‌توان این مکانیسم‌ها را برحسب اصطلاحات زیست‌شناختی توضیح داد. برای مثال، توضیح این مطلب مشکل نیست که وقتی مردم در خانه‌های پرجمعیت، نزدیک به هم و با شرایط بد زندگی می‌کنند، بیماری سل بسیار آسانتر منتشر می‌شود، چه که احتمال بیشتری برای انتقال عفونت از طریق ترشحات آلوده وجود دارد؛ و چون سطح بهداشت

پایین است و افراد در محیط تاریک و نمناک زندگی می‌کنند، شرایط بهتری برای زنده ماندن میکروب سل در خارج از بدن انسان فراهم است.

پس از مدتی، مدل اپیدمیولوژیکی از جهات مختلف بسط یافت و پزشکی اجتماعی به تدریج راه خود را از اپیدمیولوژی کلاسیک جدا کرد.

نخست باید بدانیم که کاربرد مدل اپیدمیولوژیکی دیگر به بیماری‌های عفونی محدود نیست، بلکه برای تحلیل علل بیماری‌هایی نظیر سرطان، تصلب شرایین و اختلالات روان-تنی نیز به کار می‌رود. ممکن است جامعه‌شناس پزشکی حتی از معیارهای بیماری‌شناختی دیگری، غیر از طبقه‌بندی مرسوم بیماری‌ها، استفاده کند. برای مثال، ممکن است او مجموعه‌ای از افراد را مورد مطالعه قرار دهد که از خود «رفتار بیماری» نشان می‌دهند [تمارض می‌کنند]؛ برای مثال، به کرات به پزشک مراجعه می‌کنند یا به بهانه بیماری از سر کار غیبت می‌ورزند.

دوم، جامعه‌شناسان پزشکی دیگر توجه‌شان را به عوامل عفونی و عوامل فیزیکی و شیمیایی موجود در محیط محدود نمی‌کنند، آنها بسیاری از عوامل دیگر را نیز مد نظر می‌گیرند، عواملی مانند طبقات اجتماعی، خرده‌فرهنگ‌ها، وضعیت تأهل و وقایع اجتماعی-روانی (رخدادهای زندگی)؛ برای مثال، مرگ و وابستگی نزدیک و یا مجازات به خاطر جرایم جنایی.

سوم، جامعه‌شناسان پزشکی صرفاً به مشخصات زیست‌شناختی (مانند نژاد و وضعیت تغذیه) در افراد تحت مطالعه توجه نمی‌کنند، بلکه شخصیت و وضعیت روانی آنها را نیز مد نظر دارند. برای مثال، می‌توان بررسی کرد که آیا مردم احساس تشویش و فشار [عصبی] می‌کنند یا نه. یا اینکه می‌توان به کمک آزمون‌های روان‌شناختی میان انواع الگوهای رفتاری و شخصیت‌های مختلف تمایز قائل شد. پژوهشگران ادعا کرده‌اند که سکنه قلبی با الگویی خاص از رفتار ارتباط دارد؛ این الگو عبارت است از فعالیت بسیار زیاد، بی‌قراری و روحیه رقابتی در زندگی [۲].

جامعه‌شناسان معاصر بر ضرورت تکامل مدل اپیدمیولوژیک کلاسیک تأکید می‌کنند. از نظر آنها این مدل مبین رویکردی تحویل‌گرایانه نسبت به طب است. آنها مدعی‌اند برای آنکه دیدگاه تحویل‌گرایانه زیست‌شناختی جای خود را به دیدگاه جامع‌نگر نسبت به بیماری بسپارد، باید مدل کلاسیک را به مدل زیست-روان-اجتماعی تبدیل کرد (صفحه ۱۶۴).

پژوهشگران اجتماعی-پزشکی از روش‌های آماری کمک می‌گیرند تا میان متغیرهای مختلف رابطه‌های آماری معنی‌دار پیدا کنند و امیدوارند نشان دهند دانشی که به این ترتیب از فهم روابط علی به دست می‌آورند چه‌بسا در امر پیشگیری از بیماری‌ها سودمند افتد. ما این رهیافت تحلیلی را به کمک مثالی فرضی روشن می‌کنیم.

مسئول امور پزشکی یک کارخانه با ۳۰۰ نفر از کارگران مصاحبه‌ای انجام داده است. نتایج به دست آمده نشان می‌دهند که ۴۹ نفر (۱۶٪) از کارگران به سندرم روده تحریک‌پذیر^۱ مبتلا هستند. این سندرم مجموعه‌ای از علائم گوارشی، شامل یبوست، دل‌درد، نفخ و اسهال، است. همچنین، او دریافته است که تقریباً نیمی از کارگران در شیفت‌های هشت ساعته عصر و شب کار می‌کنند و نیم دیگر روزکار هستند. این اطلاعات با یکدیگر ارتباط دارند، به طوری که معلوم شد شیوع علائم روده تحریک‌پذیر در کارگران عصرکار و شبکار دو برابر کارگران روزکار است (جدول ۳). تفاوت به قدری زیاد است که آزمون‌های آماری نشان می‌دهند این تفاوت از نظر آماری «معنی‌دار» است. با این حال، بعضی از کارگران روزکار نیز از علائم این سندرم رنج می‌برند و این امر نشان می‌دهد که علت بیماری فقط کار در شیفت عصر و شب نیست و عوامل بیشتری در این تحلیل دخیل‌اند. برای مثال، یافته‌های تجربی نشان می‌دهند که برخی کارگران از احساس فشار^۲ [عصبی] شکایت داشته‌اند. وقتی این متغیر ملحوظ شد، وضعیت فرق کرد (جدول ۳ ب و ۳ ج). می‌بینیم که شیوع علائم روده تحریک‌پذیر میان کسانی که احساس فشار می‌کردند (۳۹٪)، نسبت به آنهایی که این احساس را نداشتند (۶٪)، بیشتر است. هنگامی که کل حجم نمونه براساس وجود یا فقدان احساس فشار تقسیم شد، ارتباط میان علائم روده تحریک‌پذیر و زمان کار به طور کامل از بین رفت. این نتایج قویاً نشان می‌دهند که مهمترین عامل علی این بیماری احساس فشار عصبی است. کار در ساعات عصر و شب تنها زمانی علائم بیماری را ایجاد می‌کند که سبب احساس فشار عصبی شود [۳].

جدول ۳. ارتباط میان کار شیفتی، فشار و علایم روده تحریک پذیر در ۳۰۰ کارگر کارخانه

شیوه کار	نشانه‌های روده تحریک پذیر	
	ندارند (%)	دارند
الف. همه کارگران		
کار شیفتی	۲۲ (۲۳٪)	۱۰۸
کار روزانه	۱۷ (۱۱٪)	۱۴۳
جمع	۴۹ (۱۶٪)	۲۵۱
ب. کارگران شاکی از فشار		
کار شیفتی	۲۷ (۳۹٪)	۴۳
کار روزانه	۹ (۴۱٪)	۱۳
جمع	۳۶ (۳۹٪)	۵۶
پ. کارگران بدون شکایت از فشار		
کار شیفتی	۵ (۷٪)	۶۵
کار روزانه	۸ (۶٪)	۱۳۰
جمع	۱۳ (۶٪)	۱۹۵

مثال بالا نمونه ماده‌ای از پژوهش‌های اجتماعی-پزشکی است، زیرا می‌توان با نگاهی ساده به اعداد و ارقام، به رابطه علی پی برد. اما گاهی در یک طرح تحقیقاتی تعداد متغیرها به قدری زیاد است که در عمل امکان ندارد، صرفاً با نگاهی اجمالی، به تصویری واضح از مجموعه علی دست یافت. در این حالت لازم است با کمک کامپیوتر روی یافته‌های تجربی تحلیل‌های آماری پیشرفته انجام داد تا بتوان انتظام‌های نهفته [در پس این یافته‌ها] را کشف کرد.

برخی دیگر از جامعه‌شناسان پزشکی به پزشکی اجتماعی تجربی می‌پردازند. روش‌های تحقیق آنها در این حوزه به روش‌های تحقیق پزشکان پیرو مکتب بالینی انتقادی بسیار شبیه است (فصل ۳ و ۱). مسلماً، جامعه‌شناس پزشکی به ندرت می‌تواند کارآزمایی‌های کنترل‌شده اتفاقی انجام دهد، اما می‌تواند با استفاده از روش‌های شبه-تجربی^۱ به این مقصود نزدیک شود (۴۱). جالب است بدانیم که پیروان مکتب بالینی انتقادی در ایالات متحده خود را اپیدمیولوژیست‌های بالینی

1. quasi-experimental

می‌خوانند، زیرا مدعی‌اند که رهیافت آماری را از حوزه اپیدمیولوژی به حوزه پزشکی بالینی منتقل کرده‌اند (۱۵). در ایالات متحده برخی از دانشکده‌های پزشکی استنادی در زمینه اپیدمیولوژی بالینی دارند. آنها، برخلاف انتظار ما، به مطالعات جمعیتی نمی‌پردازند، بلکه کار آنها عبارت است از کارآزمایی‌های درمانی کنترل‌شده، ارزشیابی آزمایش‌های تشخیصی و تحلیل آماری علل بیماری‌هایی که در بیمارستان‌ها دیده می‌شوند.

تکامل و تحول از مدل اپیدمیولوژیکی بیماری به مدل زیست-روان-اجتماعی مدلولات فلسفی مهمی دربر داشته است. یک محقق اپیدمیولوژیست، که در چارچوب مدل کلاسیک می‌اندیشد، و برای مثال، درباره ارتباط میان آلودگی هوا و سرطان ریه مطالعه می‌کند، از نظر فلسفی واقع‌گراست. او تحقیقات تجربی انجام می‌دهد و یافته‌های خود را به دست تحلیل‌های آماری می‌سپارد. اما از نظر او، علیت چیزی بیش از توالی و تعاقب منظم وقایع است. اگر او میان وجود ماده‌ای خاص در هوا و بروز سرطان ریه ارتباطی آماری پیدا کند، شک نخواهد داشت که این ماده از طریق مکانیسم یا مکانیسم‌هایی ایجاد سرطان ریه می‌کند. فرض بر این است که ماده مورد نظر با تنفس و ردش‌ها شده و به طریقی در یاخته‌های پوششی نایژه‌ها سبب بروز تغییرات بدخیمی می‌گردد.

اما جامعه‌شناس پزشکی به این نحو نمی‌اندیشد. او به خود می‌بالد که برای عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نیز اهمیت قائل است. در عین حال، او نامطلوب گستردگی مدل او این است که سبب شده اندیشیدن در قالب «مکانیسم‌های مولد بیماری‌ها» بیش از پیش دشوار گردد. ممکن است او دریابد که شیوع سکته قلبی با سطح اقتصادی-اجتماعی بیماران یا با احساس فشار عصبی آنان ارتباط دارد. اما ماهیت واقعی این متغیرها با ماهیت واقعی پدیده‌های زیست‌شناختی متفاوت است و بیان اینکه یک عامل اجتماعی، مانند رفاه مادی، یا یک حالت روانی، مانند احساس فشار، سبب ایجاد سکته قلبی می‌شود، جای سؤال دارد. برای اظهار این‌گونه مدعیات، به نظریه‌هایی درباره منزلت وجودی مکانیسم‌های اجتماعی، و نیز نظریه‌هایی درباره حالت‌های روانی و ارتباط متقابل میان ذهن و جسم احتیاج داریم. بعضی از جامعه‌شناسان پزشکی به این قبیل مسائل فلسفی علاقه چندانی

نشان نمی‌دهند. آنها را می‌توان تجربه‌گرایان افراطی خطاب کرد، چرا که از نظر آنان تنها هدف علم عبارت است از کشف قوانین آماری موجود در طبیعت. نیز می‌توان همین‌گرایش تجربه‌گرایانه افراطی را در بعضی متون درسی که در خصوص روش‌های تحقیق جامعه‌شناختی نگاشته شده است، یافت. مؤلفان این کتاب‌ها با پذیرش تام و تمام «نظریه تعاقب»، درباره علّیت بحث می‌کنند (به صفحه ۴۱ نگاه کنید). آنها تأکید می‌کنند که باید از پدیده‌های اجتماعی تعاریف علمی به دست داد. آنها برای ارزیابی این پدیده‌ها دستگاه‌های اندازه‌گیری پیشنهاد می‌کنند و روش‌های آماری را به تفصیل مورد بحث قرار می‌دهند، اما معمولاً از مسائل فلسفی بنیادین چشم می‌پوشند. نوعاً، بعضی جامعه‌شناسان پزشکی سیان تحقیقات زیست‌شناختی متداول و تحقیقات اجتماعی-پزشکی تفاوتی قائل نیستند، زیرا یکی از جزئیات‌های تجربه‌گرایی این اعتقاد است که تنها یک روش علمی وجود دارد. آنها علوم اجتماعی را، در مقایسه با علوم طبیعی، تکامل نیافته‌تر قلمداد می‌کنند، اما مدعی‌اند که، در اصل، میان این دو تفاوتی وجود ندارد. علوم طبیعی از ایده‌سازی‌های پیچیده^۱ استفاده می‌کند (ایده‌هایی مانند الکترون، میدان مغناطیسی و انتقال‌دهنده‌های عصبی^۲)، در حالی که علوم اجتماعی، با درجه پایین‌تری از تکامل، از مفاهیمی سود می‌جوید که از دقت کمتری برخوردارند (مفاهیمی مانند طبقات اجتماعی و وقایع زندگی). اما با این وجود، دانشمندان تجربه‌گرای علوم اجتماعی امیدوارند که، درست به مانند دانشمندان علوم طبیعی، بتوانند به روابط آماری معنی‌داری دست پیدا کنند که شاید بتوان از آنها برای پیش‌بینی وقایع آینده استفاده کرد. برای مثال، اگر دریابند که کار در ساعت‌های عصر و شب با مندرم روده تحریک‌پذیر همراه است، ممکن است پیش‌بینی کنند که لغو این نوع کار شاید از شیوع این بیماری بکاهد. این پیش‌بینی به دانش حاصل از فهم مکانیسم‌های نهفته بیماری ستکی نیست.

نقد جامعه‌شناسی تجربی

کمال مطلوب تجربه‌گرایان رسیدن به «علم واحد»^۳ است و فیلسوفان علم

1. sophisticated idealization
2. neurotransmitter
3. monoscience

به هیچ وجه چنین چیزی را بر نمی‌تابند. استفاده از روش‌های تجربی علوم طبیعی برای توضیح و تبیین پدیده‌های اجتماعی به شدت مورد انتقاد قرار گرفته است. چنین ادعا شده است که دو نوع علم داریم: علوم طبیعی و علوم انسانی یا اجتماعی. علوم طبیعی با پدیده‌های طبیعت سروکار دارد، این پدیده‌ها را باید با نشان دادن علتشان تبیین^۱ کرد. اما علوم اجتماعی به پدیده‌های مربوط به انسان می‌پردازد که باید آنها را برحسب دیدگاه‌ها، احساسات، هنجارها و انگیزه‌های افراد جامعه مورد نظر فهمید^۲. شاید به کمک روش‌های آماری جدید بتوان اهمیت ارتباط میان اعتیاد به الکل و پاره‌ای از عوامل اجتماعی را نشان داد و، برای مثال، توضیح داد که در اثر بی‌کاری و تغییرات در الگوی زندگی، اعتیاد به الکل افزایش می‌یابد. اما منتقدان مدعی‌اند که وقتی جامعه‌شناس پزشکی خود را به این نوع تحقیقات مقید می‌کند، نمی‌تواند با مسائل، آنطور که واقعاً هستند، برخورد کند، زیرا او در نظر نمی‌گیرد که انتظام‌های مشاهده‌شده دستاورد احساسات، تصمیمات و اعمال افراد است.

این نقد از جامعه‌شناسی به یکی از مکاتب فکری به نام فردگرایی روش‌شناختی^۳ تعلق دارد. ماکس وبر^۴، که یکی از بنیانگذاران جامعه‌شناسی مدرن است، به این مکتب معتقد بود. اخیراً، جان واتکینز^۵ این رأی را به قرار زیر بیان کرده است:

همه نهادها، وضعیت‌ها و وقایع اجتماعی پیچیده محصول آرایش خاصی از افراد، قابلیت‌ها، موقعیت‌ها، معتقدات، محیط و منابع مادی آنهاست. ممکن است بتوان پدیده اجتماعی فراگیری (مانند تورم) را بر حسب پدیده فراگیر دیگری (مانند اشتغال کامل) به طور ناقص توضیح داد. اما مادامی که ما بر مبنای گزاره‌های ناظر به قابلیت‌ها، معتقدات، منابع و ارتباط متقابل افراد، تفسیری استخراج نکرده باشیم، از این پدیده‌های فراگیر کوچکترین تبیینی به دست نداده‌ایم [۷].

ادعا می‌شود شخص جامعه‌شناسی که ذهنیت علمی دارد و به آرمان «علم واحد» معتقد است و در چارچوب مدل زیست-روان-اجتماعی می‌اندیشد، به جای آنکه

1. explain
2. understand
3. methodological individualism
4. Max Weber (1864–1920)
5. John Watkins

انسان را موجودی فعال محسوب کند، او را یک شیء منفعل تلقی می‌کند. او برای آنکه تلازم مشاهده‌شده میان عوامل اجتماعی و انواع رفتارهای مختلف را تبیین کند، واژه‌هایی مانند نیازها، انگیزه‌ها و غریزه‌ها را به کار می‌برد، درست به همان نحو که فیزیکدان درباره نیروی جاذبه و میدان مغناطیسی سخن می‌گوید. به این ترتیب، تصویری که از انسان به دست می‌آید عبارت از تسبی‌ای است که تماماً توسط نیروهای داخلی و خارجی کنترل می‌شود: میان رفتار انسان و حرکت آدم ماشینی^۱ تفاوت چندانی وجود ندارد. البته باید اذعان کرد که با این کارها می‌کوشند تا بلکه مکانیسم‌هایی را که در پس پدیده‌های موجود نهفته است، تبیین کنند. اما به نظر می‌رسد جامعه‌شناسان تجربه‌گرا فراموش کرده‌اند زبانی که برای تبیین مکانیسم‌های یک پدیده به کار گرفته می‌شود باید به نوعی آینه ماهیت آن پدیده باشد. در طبیعت بی‌جان می‌توان مکانیسم‌ها را برحسب نیروهای داخلی و خارجی تبیین کرد، اما پدیده‌های اجتماعی را باید محصول فعلی نیت‌مند^۲ قلمداد کرد. هر و سکور^۳ از جمله کسانی‌اند که هم در قلمرو علوم طبیعی و هم در قلمرو علوم اجتماعی قائل به رهیافت واقع‌گرایانه هستند. آنها می‌نویسند «تنها از طریق بیان و گزارش احساسات، اهداف، معتقدات، تصمیمات، دلایل و مانند آنها، می‌توان معنی رفتار اجتماعی و قواعدی را که در پس اعمال اجتماعی نهفته است، دریافت» (۸).

برای مثال، اگر از ما بپرسند چرا این فصل را نوشته‌ایم، نباید پاسخ را به حرکات مولکولی در یاخته‌های مغز خود یا به نیروهای انتزاعی، مانند نیازها و غرایز خود، ارجاع دهیم، بلکه باید صرفاً دلایل خود را شرح دهیم: ما تصمیم گرفتیم این فصل را بنویسیم زیرا اعتقاد داریم که انجام این هدف ممکن است خواننده را وادارد تا درباره این مسائل بیندیشد. همان‌طور که در فصل ۱۴ به تفصیل بحث خواهیم کرد، واژه‌هایی که با حروف ایرانیک چاپ شده‌اند در متون فیزیکی و زمین‌شناسی بی‌معنی‌اند. اما هر و سکور معتقدند که فقط با این زبان نیت‌مند می‌توان نظریه‌های جامعه‌شناختی را صورت‌بندی کرد. هر تلقی از انسان که مفهوم فعل نیت‌مند را نادیده بگیرد باطل و بی‌ارزش است.

1. robot

2. intentional action

3. Harré & Secord

در این جا امکان آن نیست تا همه دیگر مکتب‌های جامعه‌شناختی تفکر را به تفصیل شرح دهیم. ما برای نمونه به‌طور مختصر به فردگرایی روش‌شناختی جان واتکینز و رهیافت واقع‌گرایانه هر و سکور اشاره‌ای کردیم. اما باقی‌مانده این فصل را به بحث جامعه‌شناسی هرمنوتیکی اختصاص داده‌ایم. برای این مبحث سه نظریه را انتخاب کرده‌ایم که عبارت‌اند از: هرمنوتیک تحلیلی از پیتر وینچ، نظریه هرمنوتیکی از کادامر و نظریه نقدی از هابرماس. این سه نظریه از بسیاری جهات مهم با یکدیگر اختلاف دارند، اما از این لحاظ به یکدیگر شبیه هستند که پیروان این نظریه‌ها متفق‌القول‌اند که باید پدیده‌های اجتماعی را به کمک فرآیندی هرمنوتیکی تفسیر کرد و فهمید، و نباید آنها را صرفاً توسط روش‌های طبیعت‌گرایانه تبیین نمود.

هرمنوتیک تحلیلی^۱

در فصل گذشته، به اختصار درباره تاریخچه فلسفه جدید سخن گفتیم. روشن است که میان گرایش‌های اصلی اندیشه فلسفی در دنیای نخبیسی‌زبان و قوه اروپا تفاوت وجود دارد. سنت تجربه‌گرایی، در برحقایق تجربی و تحلیل منطقی تأکید می‌کند، به ویژه در کشورهای نخبیسی‌زبان قوت یافت. اما بیشتر فیلسوفان قاره‌ای با پژوهش‌های مابعدطبیعی سروکار دارند. در اینجا دافی است که فلسفه لاک و هیوم (فصل ۲) را با فلسفه کی‌پرکگارد و هایدگر (فصل ۹) مقایسه کنیم. البته نباید تجربه‌گرایان قاره‌ای مانند آگوست کنت و اعضای حلقه وین را از یاد ببریم. اما در مجموع، مشخصه فلسفه قاره‌ای نظریه‌ای کلان است که هیچ‌گاه در بریتانیا و امریکای شمالی مقبولیت چندانی نیافت.

در مورد دیدگاه هرمنوتیک تحلیلی، آرای پیتر وینچ^۲، فیلسوف بریتانیایی معاصر، جالب توجه است. او، همانند تجربه‌گرایان جدید، به مسائل شناخت و نقش زبان علاقه‌مند است، اما نظریه اجتماعی او از بعضی جهات به نظریه‌های فیلسوفان قاره‌ای شباهت دارد (۹).

وینچ در کتاب خود، به نام ایده علم اجتماعی و ارتباط آن با فلسفه^۳ (۱۰)، استدلال

1. Analytical hermeneutics

2. Peter Winch

3. The Idea of a Social Science and its Relation to Philosophy

می‌کند که با بسیاری از مطالب نظری مهم، که در علوم اجتماعی پدید آمده‌اند، باید به کمک تحلیل مفهومی پیشین و ماقبل تجربی مواجه شد و نه تحقیق تجربی [پسین].

برای مثال، هنگامی که می‌رسیم «مقومات رفتار تجربی چیست؟»، می‌خواهیم مفهوم رفتار اجتماعی را روشن کنیم. در مواجهه با این قبیل پرسش‌ها جای آن نیست که «منتظر بمانیم و ببینیم» که تحقیق تجربی چه چیزی به ما نشان می‌دهد؛ در واقع مسأله اصلی عبارت است از پیگیری مدلولات همین مفاهیمی که به کار می‌بریم [۱۱].

از دیدگاه شناخت‌شناسی، وضوح بخشیدن به این مفاهیم بنیادین از اولویت برخوردار است، زیرا «ایده‌ها و تصورات ما از آنچه به قلمرو واقعیت متعلق است، در قالب زبانی که به کار می‌بریم، به ما عرضه می‌شوند. این مفاهیم هستند که صورت تجربه‌هایی را که از جهان داریم برای ما شکل می‌دهند» [۱۲].

وینچ استدلال می‌کند که درک و فهم ما از واقعیت، به زبانی که استفاده می‌کنیم وابسته است و، زبان ما با شیوه زندگی ما ارتباط تنگاتنگ دارد. بنابراین، شناخت‌شناسی (صفحه ۳۵)، زبان و نظریه اجتماعی کاملاً به هم وابسته‌اند.

این آرا تا حد زیادی بر پایه فلسفه تحلیل زبان^۱ ویتگنشتاین قرار دارند. او در کتاب آخر خود، به نام تحقیقات فلسفی^۲، این موضوع را توضیح داده است [۱۳]. ویتگنشتاین معتقد است که زبان و نحوه زندگی ما به طور تفکیک‌ناپذیری به هم گره خورده‌اند، به این معنی که نحوه زندگی ما مقوم زبان ماست، درست همان‌طور که زبان ما مقوم نحوه زندگی ماست. این حکم را می‌توان به کمک مفهومی مانند مفهوم قول دادن نشان داد. شخصی که می‌گوید «من قول می‌دهم فردا بیایم»، اگر صادق باشد، وارد یک قرارداد اجتماعی شده است. مضمون کلمه قول به نهاد اجتماعی خاصی مربوط است که به اعتبار آن، مردم می‌توانند به وسیله قول‌ها و تعهدات یکدیگر را موظف کنند. در غیاب چنین نهادی، کلمه قول معنایی ندارد. از آن طرف، وجود این نهاد اجتماعی به زبان وابسته است، زیرا اشخاص موظف باید بتوانند یکدیگر را مطلع کنند که قول‌هایی داده‌اند و تعهداتی را پذیرفته‌اند.

قول دادن فعلی آگاهانه و نیت‌مند است. همان‌طور که در این مثال نشان دادیم،

فعل نیت‌مند به نهادهای اجتماعی و قواعد رفتاری مورد قبول همگان احتیاج دارد. ویتگنشتاین تا آنجا پیش می‌رود که مدعی می‌شود خود زبان یک نهاد اجتماعی است. کسانی که به یک زبان طبیعی صحبت می‌کنند، مطابق قواعد آن زبان مرتکب اعمالی خاص (یعنی اعمال گفتاری) می‌شوند. استفاده از فعل نیت‌مند و زبان را نمی‌توان از یکدیگر تفکیک کرد، چرا که یکی پیش شرط دیگری است.

اساسی‌ترین نهاد اجتماعی در هر نظام اجتماعی عبارت است از پذیرش ضمنی و تلویحی قواعد زبان رایج. مردمی که کنار یکدیگر زندگی می‌کنند (یعنی کسانی که در شیوه خاصی از زندگی مشارکت دارند) گاهی با هم توافق دارند و گاهی توافق ندارند، اما آنها توافق یا عدم توافق خود را فقط می‌توانند در قالب زبانی ابراز کنند، که این زبان خود جزو مقوم آن صورت خاص از زندگی است. به بیان ویتگنشتاین: «آدمیان می‌توانند درباره صدق و کذب امور سخن بگویند، [اما] در مورد زبانی که به کار می‌برند با یکدیگر اتفاق نظر دارند. این اتفاق نظر درباره آن مواضع نیست، بلکه در مورد شکل زندگی است» [۱۴].

وینچ از این ملاحظات نتیجه می‌گیرد که فقط در صورتی می‌توان رفتار اجتماعی را در یک نظام فرهنگی توضیح داد که بتوان نهادهای اجتماعی و زبان آن فرهنگ را درک کرد:

شخص روان‌کاوی که می‌خواهد علت روان‌نژندی‌ها را، مثلاً در میان ساکنان جزیره تروبریاندا^۱، بیابد، نمی‌تواند از مفاهیمی که فروید برای نهادهای برخاسته در جامعه غرب ساخته است، عیناً و بدون تأمل روی آنها، استفاده کند. او باید در آغاز درباره چیزهایی مانند مفهوم «پدری» در میان ساکنان جزیره تحقیق کند و از تمام زوایا به تفاوت‌های موجود میان معتقدات آنها و معتقدات جامعه خودش توجه کند [۱۵].

به همین ترتیب، اگر جامعه‌شناس پزشکی می‌خواهد درباره استفاده از ماری‌جوانا و سایر مواد روان‌گردان^۲ میان اعضای خرده‌فرهنگ‌های شهری بررسی به عمل آورد، باید درباره شیوه زندگی آنها اطلاع کسب کند، یعنی باید دیدگاه‌ها، ارزش‌ها و زبان آنها را بفهمد. بدون داشتن چنین بصیرتی، ممکن است اعمال آنها

کاملاً نامعقول به نظر آید. البته جامعه‌شناس پزشکی می‌تواند صرفاً به توصیف رفتار آنها بسنده کند، اما باید توجه داشت که زبان آن خرده‌فرهنگ‌ها شکل خاصی از تکالیف و انتظارات را ابراز و الزام می‌کند و هرگز نمی‌توان از طریق کشف الگوهای رفتاری منظم به فهم «مکانیسم‌های» نهفته در پس آن اشکال زندگی نایل آمد. جامعه‌شناس در پی فهم بی‌واسطه فرهنگ یا خرده‌فرهنگی است که درباره آن تحقیق می‌کند، می‌خواهد ساکنان جزیره تروبریانند باشد یا مصرف‌کنندگان ماری‌جوانا. او می‌کوشد نحوه زندگی آنها را، همان‌طور که خودشان می‌فهمند، درک کند، اما در عین حال می‌خواهد نتایج تحقیقاتش را از چشم‌انداز نظری گسترده‌تری مورد ملاحظه قرار دهد. برای این منظور، ممکن است از اصطلاحاتی فنی استفاده کند که برای مردم جامعه تحت ملاحظه او به هیچ‌وجه قابل فهم نیست. اما مطابق رأی وینچ، باید این مفاهیم نظری را از لحاظ منطقی با موضوعات مورد مطالعه پیوند داد. تبیین‌های نظری در عرصه علوم اجتماعی، از پیش نوعی فهم بدون واسطه را مفروض می‌گیرند.

با این مقدمه به روشنی درمی‌یابیم که در هرمنوتیک تحلیلی فهم مفهومی اساسی است. باید یادآور شویم که فهم رفتار معنی‌دار، یعنی همان چیزی که هدف هرمنوتیک تحلیلی است، برخلاف ادعای بیشتر تجربه‌گرایان، امری شخصی و ذهنی نیست. وقتی جامعه‌شناس پزشکی فرد مصرف‌کننده ماری‌جوانا را می‌فهمد، به این معنی نیست که با او همدلی دارد یا در «احساسات او شریک می‌شود». جامعه‌شناس به هیچ‌وجه توجه خاصی به احساسات ندارد، بلکه در پی کسب شناخت^۱ است. او می‌خواهد تا حد امکان قواعد رفتاری آن خرده‌فرهنگ خاص، از جمله قواعد زبان آن را، بشناسد. وی هنگامی می‌تواند ادعا کند شکل زندگی آن شخص یا آن فرهنگ خاص را شناخته است که از مجموعه شناخت‌های او یک کل معنی‌دار تشکیل شود، چنین شناختی را می‌توان به وسیله زبان به دیگران منتقل کرد. به همین دلیل، برخلاف مدعای تجربه‌گرایان، این شناخت امری شخصی و ذهنی نیست، بلکه همگانی و بین‌الذهانی است. مطابق این تلقی از فرآیند هرمنوتیک، می‌توان میان فهم و سوء فهم تمایز قائل شد، همان‌طور که می‌توان معلوم کرد آیا یک

۱. Knowledge

دانشجوی زبان خارجه لغت خاصی را فهمیده است یا نه. بعداً خواهیم دید که سایر فیلسوفان با این نکته موافق نیستند.

نظریه اجتماعی هرمنوتیک آلمانی

اکنون زمان آن رسیده است که توجه خود را از انگلستان به سوی آلمان معطوف کنیم، جایی که زنگاه فلسفه هرمنوتیک است. پیش از این، هایدگر را معرفی کردیم (فصل ۹)، و حالا به اختصار درباره کارهای شاگرد او، یعنی هانس گادامر^۱، بحث می‌کنیم. گادامر به کاربرد تفکر هرمنوتیک در علوم اجتماعی و انسانی علاقه خاصی داشت.

پیش از این گفتیم اساس هرمنوتیک تحلیلی بر پایه نظریه ویتگنشتاین استوار است. این نظریه در پی تبیین این موارد است:

۱. آموزش و یادگیری زبان چه معنایی دارد؛

۲. مشارکت در نحوه خاصی از زندگی به چه معناست؛

۳. و در نتیجه، فرآیند فهم (که به فرآیند یادگیری یک زبان خارجه شبیه است) یعنی چه. اما گادامر این موضوع را نمی‌پذیرد: «... مسأله هرمنوتیک، مسأله‌ای در خصوص یادگیری درست زبان نیست، بلکه فهم صحیح آن چیزی است که از طریق واسطه زبان^۲ رخ می‌دهد» [۱۶].

در اصل، واژه هرمنوتیک به معنای «تفسیر کتاب مقدس» به کار رفته است، یعنی جست‌وجو برای کشف حقیقت روحانی کتاب مقدس. برای آنکه تلقی متعارف از فرآیند هرمنوتیک را نشان دهیم، شخصی را در نظر بگیرید که می‌خواهد متن ادبی دشواری را بفهمد. او می‌کوشد به متن از دیدگاه مؤلف نگاه کند و آن را بفهمد. اگر او بتواند معنای متن را مطابق خواسته مؤلف بازسازی کند، از عهده این مهم برآمده است. محقق جامعه‌شناسی که می‌خواهد درباره فرهنگی بیگانه مطالعه نماید، به شیوه‌ای مشابه عمل می‌کند. او می‌کوشد منطق درونی رفتار اعضای آن جامعه را درک کند. در طی این فرآیند، او پیشداوری‌ها، دیدگاه‌ها و عقاید خود را کنار می‌گذارد.

۱. Hans-Georg Gadamer

۲. through the medium of language

از دیدگاه گادامر، این توصیف از فرآیند هرمنوتیک کاملاً اشتباه است، زیرا وی اعتقاد دارد فرآیند هرمنوتیک هنگامی آغاز می‌شود که دو شکل زندگی، یا به تعبیر خود او، دو افق فهم^۱ با یکدیگر برخورد کنند. او نمی‌پذیرد که کسی بتواند، در مقام فهم یک متن ادبی یا یک اثر هنری یا رفتار یک معناد، پیشداوری‌ها و پیش‌فهم‌های خود را کنار بگذارد (۱۷۱).

این‌بار بیابید از دیدگاه گادامر فرآیندی را که به فهم یک متن دشوار منتهی می‌شود مورد ملاحظه قرار دهیم. دانشجو متن را می‌خواند؛ این متن از افق معرفتی، پیشداوری و عقیدتی مؤلف «با او سخن می‌گوید». دانشجو بر اساس افق فهم خود، تصویری ناقص از متن می‌سازد. سپس، درباره متن «پرسش‌هایی» برای او مطرح می‌شود و «پاسخ‌ها» به او کمک می‌کنند تا این تفسیر موقت از متن را اصلاح کند. به این ترتیب فرآیند هرمنوتیک به شکل «گفت‌وگویی» میان دانشجو و متن درمی‌آید، و از طریق این گفت‌وگو، دانشجو به تدریج از متن فهم عمیق‌تری پیدا می‌کند. این فرآیند، که دو هرمنوتیکی^۲ خوانده می‌شود، تنها هنگامی به پایان می‌رسد که میان تفسیر عناصر متن (یعنی واژه‌ها، جمله‌ها و بندها) و تفسیر کل متن هماهنگی کامل برقرار شود. به بیان گادامر، در این وهله افق‌های مؤلف و مفسر در هم می‌آمیزند.^۳ این صورت‌بندی از مسأله دو پیامد بسیار مهم دارد.

یکم، این امر دلالت دارد بر آن که نتیجه نهایی فرآیند هرمنوتیک صرفاً بازسازی نیات مؤلف، به هنگام نگارش متن، نخواهد بود. تفسیر نهایی متن پیش‌فهم‌های مفسر را نیز دربر می‌گیرد. مفسری دیگر، با پیش‌زمینه‌های دیگر، لاجرم، متن را به گونه‌ای متفاوت درک خواهد کرد. بنابراین، مطابق رأی گادامر، تفسیر و تأویل یک متن امری ذهنی است، چون به مفسر بستگی دارد؛ اما امری خصوصی نیست، زیرا می‌توان به کمک زبان آن را صورت‌بندی کرد و به دیگران انتقال داد.

دوم، در هم آمیختن افق‌ها مستلزم آن است که مفسر چیزی از معنای متن را به درون زندگی خود راه دهد و در آن بگنجاند. پیامد فرآیند هرمنوتیک فقط این نیست که مفسر توانسته است متن را بفهمد، بلکه افق فهم و درک خودش نیز دستخوش دگرگونی گشته است.

1. horizons of understanding

2. hermeneutic circle

3. fusion

آرای گادامر را می‌توان، حتی به نحو بهتری، درباره گفت‌وگوی میان دو نفر به کار بست. وقتی جامعه‌شناس پزشکی می‌خواهد کسی را درک کند که از داروهای توهم‌زا^۱ (مانند ال.اس.دی. و مسکالین^۲) استفاده می‌کند، باید با زبان و شیوه زندگی او آشنا شود. بنابراین، آنها باید وارد گفت‌وگویی شوند که به صراحت و گشودگی از جانب هر دوی آنها نیاز دارد. گادامر می‌نویسد:

ویژگی همه گفت‌وگوهای واقعی آن است که هر یک از طرفین خویشتن را در برابر طرف دیگر می‌گشاید. دیدگاه وی را حقیقتاً درخور توجه می‌داند و به درون دیگری وارد می‌شود، تا آن‌جا که علاوه بر فردیت خاص او، سخن از او نیز بفهمد (۱۸).

جامعه‌شناس، بر اساس پیش‌فهم‌های خود از شیوه زندگی و نحوه تفکر فرد معتاد، تصویری اولیه می‌سازد. در طول ارتباطات متوالی، که برای بازنگری و تکمیل این تصویر ضروری است، هر دو طرف افق‌هایشان را به روی هم می‌کشایند. مطلوب آن است که آنها بتوانند چنان یکدیگر را خوب بشناسند که افق‌های فهمشان در هم بیامیزد و به این ترتیب، هر دو آنها از نحوه زندگی یکدیگر چیزی بیاموزند.

برای فهم بهتر این نظریه خوب است که وضعیت سال‌های دهه ۱۹۶۰ میلادی را به یاد آوریم. در آن زمان، استفاده از داروهای توهم‌زا سیان برخی خرده‌فرهنگ‌های شهرهای بزرگ بسیار رایج بود. احتمالاً، پزشک یا جامعه‌شناس در مواجهه اولیه با مسأله، به حق، فکر می‌کرد که مصرف این داروهای خطرناک کاملاً نامعقول است. اما اگر او با اعضای این خرده‌فرهنگ‌ها آزدانه به گفت‌وگو می‌نشست، درمی‌یافت که ماجرا از این قرار نیست. بسیاری از این افراد درک درستی از موقعیت خود داشتند و چه بسا ممکن بود برای آن پزشک متأسف شوند که از این تجربه‌های عاطفی بی‌بهره است و به جای لذت بردن از زندگی، خودش را وقف کار کرده است. در این شرایط، پزشک وادار خواهد شد که زندگی خود را از این دیدگاه جدید مورد ملاحظه قرار دهد. همچنین، او می‌فهمد که کافی نیست خطر داروها را به آن جوانان گوشزد کند. «درمان» مؤثر محتاج آن است که او، از طریق گشودگی و صراحت، موفق شود آنها را وادارد پاره‌ای از نظرات او درباره زندگی و نیز پاره‌ای از ارزش‌هایش را بپذیرند.

1. psychedelic

2. mescaline

هابرماس: بسیاری جهات غامض و پیچیده‌اند و همیشه از وضوح برخوردار نیستند، اما در مباحثات جاری دربارهٔ مرتبه و جایگاه علوم اجتماعی نقش مهمی ایفا می‌کنند. ما در اینجا بعضی آرای و را، که در کتابش به نام تعلقات انسانی و علم آمده است، مورد بحث قرار می‌دهیم (۲۰۱).

هابرماس مدعی است که، مطابق توصیف گادامر از فرآیند هرمنوتیک، هیچ تضمینی وجود ندارد که پیش‌فهم‌های نادرست، فهم ما را از ربط اجتماعی تحریف نکنند. این کافی نیست که جامعه‌شناس بکوشد با گوشه‌دگی و صراحت، و به کمک دور هرمنوتیکی، شکل خاصی از زندگی را بفهمد. هویت جامعه: از طریق ساختار قدرت و تضاد منافع موجود در آن شکل می‌گیرد، و فهم ما از خویشتن و دیگران نیز از همین امور رنگ می‌پذیرد. آگاهی تاریخی^۱: به تنهایی نمی‌تواند مانع از تحریف ایدئولوژیکی^۲ فهم جامعه‌شناس شود.

ایدئولوژی در فلسفه هابرماس مفهومی اساسی است و به معنای بسیار خاصی به کار می‌رود. به هر نظریه یا نظامی از اعتقادات، ایدئولوژی اطلاق نمی‌شود، بلکه ایدئولوژی نظریه‌ای است که در خدمت منافع گروه‌های خاصی از جامعه قرار می‌گیرد و به تحکیم روابط قدرت موجود کمک می‌کند. تحریفات ایدئولوژیکی هنگامی رخ می‌دهند که واژه یا مفهومی که در یک زمینه خاص پیدا شده و تکامل یافته است، در زمینه دیگری که به آن متعلق نیست، به کار رود. برای مثال، میان درمان بیمار مبتلا به سینه‌پهلو با بنی‌سیلین و درمان مخالف سیاسی با آرامبخش و خواب‌آور تفاوت فاحشی وجود دارد. مورد نخست از لحاظ ایدئولوژی خنثی^۳ است، اما مورد دوم از لحاظ ایدئولوژی تحریف‌شده است. در مورد دوم، واژهٔ درمان به عنوان بخشی از مشروعیت یک ساختار قدرت سیاسی خاص به کار رفته است. در اصطلاح هابرماس، کسانی که به آنها این اعتقاد تلقین شده که مخالفت سیاسی یک «بیماری» است و به درمان احتیاج دارد، آگاهی غلط دارند. البته این مثال کمی مبالغه‌آمیز به نظر می‌آید، اما هابرماس اعتقاد دارد که تحریفات ایدئولوژیکی کمابیش

گادامر بعد تاریخی فرآیند هرمنوتیک را مورد توجه قرار می‌دهد. فلسفه ویتگنشتاین و وینچ غیرتاریخی^۱ است، به این معنی که سنت تاریخی در نظریه‌های آنان نقش عمده‌ای ندارد. گادامر مدعی است که درک ما از یک شیوهٔ زندگی یا از یک متن همیشه حاکی از موقعیت ما در یک سنت تاریخی است. فهم بدون پیش‌فهم وجود ندارد و پیش‌فهم‌های ما محصول آن سنت فرهنگی‌ای هستند که به آن تعلق داریم. ما نمی‌توانیم چیزی را بفهمیم مگر آنکه از منظری تاریخی به آن نگاه کنیم.

سنت نقش مهم دیگری نیز دارد، زیرا ممکن است به ما کمک کند تا میان فهم درست و فهم نادرست تمایز بگذاریم. همان‌طور که توضیح دادیم، هیچ معیار عینی وجود ندارد تا به کمک آن بتوانیم ارزیابی کنیم که آیا فهم ما درست است یا پیش‌فهم‌های کاذب آن را به بیراهه برده‌اند.

گادامر معتقد است که حقیقت فقط هنگامی پدیدار می‌شود که فهم خود را در چارچوب منظر تاریخی مورد ملاحظه قرار دهیم:

صرفاً فاصلهٔ زمانی است که می‌تواند به سؤال واقعاً نقادانهٔ هرمنوتیکی پاسخ دهد. این سؤال عبارت است از تمایز نهادن میان پیشداوری‌های درست، که به کمک آنها می‌فهمیم، و پیشداوری‌های نادرستی که موجب سوءفهم ما می‌شوند. بنابراین، ذهنی که به لحاظ هرمنوتیکی پرورش یافته است، آگاهی تاریخی را نیز شامل می‌شود (۱۹۷).

اکنون توضیح می‌دهیم که یورگن هابرماس در این باره با گادامر قویاً مخالف است.

نظریهٔ نقدی^۲

یورگن هابرماس^۳ فیلسوفی آلمانی و از اصحاب مکتب فرانکفورت^۴ است. این مکتب در اصل به مرکز پژوهش اجتماعی در دانشگاه فرانکفورت وابسته بود. مکتب فلسفی فرانکفورت، که اساس آن بر نوشته‌های اولیهٔ کارل مارکس قرار دارد، هم با تجربه‌گرایی (صفحهٔ ۲۷) مخالف است و هم با مارکسیسم جزمی^۵. نظریه‌های

1. Knowledge and Human Interests

2. historical consciousness

4. neutral

3. ideological distortion

1. ahistorical

3. Jürgen Habermas

5. dogmatic Marxism

2. Critical theory

4. Frankfurt School

مطابق این بیان، در نظریه هابرماس تعلقات اساسی انسان تعلقات ذهنی نیستند. آنها تعلقات به معنای معمول کلمه نیستند، بلکه نیروهای محرکی‌اند که به تناسب طبیعت و سرشت انسان موجب تکامل او می‌گردند. هابرماس می‌نویسد: «من تعلقات را جهت‌گیری‌های^۱ اولیه و پایه‌ای می‌دانم که در شرایط بنیادین خاصی ریشه دارند، شرایطی که ناشی از امکان تولیدمثل و خودسازی نوع انسان است، یعنی کار و کنش متقابل» [۱۲۱].

انواع مختلف فعالیت‌های علمی تحت حاکمیت تعلقات مختلف قرار دارند. علوم طبیعی و تکنولوژی با تعلق فنی ملازم هستند. کامیابی در این حوزه‌ها شاید در نتیجه فرآیند مداومی باشد که آغاز آن به زمانی برمی‌گردد که انسان برای نخستین بار یادگرفت ابزارهایی ساده بسازد و آنها را به کار گیرد. ما از طریق فعالیت‌های علمی خود محیط اطرافمان را می‌شناسیم و می‌آموزیم که از طبیعت بی‌جان بهره بگیریم و، به شیوه‌ای مشابه، درباره کارکرد و ساختمان موجودات زنده تحقیق می‌کنیم. پزشکی زیست‌شناختی نیز، که هدفش درمان و پیشگیری از اختلالات کارکردی زیست‌شناختی است، به تعلق فنی مربوط می‌شود. هابرماس به اهمیت علوم طبیعی کاملاً واقف بود، اما با آنچه کج‌فهمی عالمانه^۲ خوانده می‌شود مخالفت می‌ورزید، یعنی با این عقیده که فقط به وسیله روش‌های علوم طبیعی می‌توان کسب معرفت کرد. بنابراین، هابرماس لزوم مطالعات تجربی را در پزشکی اجتماعی انکار نمی‌کند، به شرط آنکه به یاد داشته باشیم این رهیافت صرفاً در خدمت تعلق فنی است.

تعلق عملی یا هرمنوتیکی سبب پیدایش ارتباط نمادین و زبانی میان مردم شده است و، در سطح علمی، این تعلق با علوم انسانی و فرهنگی، همچون جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، زبان‌شناسی و تاریخ، ملازم دارد. همان‌طور که پیش از این گفتیم، تحقیقات تجربی نیز در این رشته‌ها نقش مهمی بازی می‌کنند، اما فهم و تفسیر پدیده‌ها در حیطه هرمنوتیک قرار دارد.

هابرماس اهمیت این علوم را این‌چنین توصیف می‌کند:

فهم هرمنوتیکی از دو جهت جلوی خطرات قطع ارتباط را می‌گیرد: یکی از جهت عمودی، که بر تاریخ حیات فردی شخص و سنت جمعی‌ای که وی بدان متعلق

ظریفی که در فهم ایجاد شده است، رویکردها و دیدگاه‌های همه ما را آلوده کرده است، تا آنجا که تمام ارتباطات میان انسان‌ها از آن تأثیر پذیرفته است. برای مثال، ممکن است کسی بحث کند که آیا این عقیده که «اعتیاد به الکل و روان‌نژندی‌ها بیماری‌هایی محتاج درمان‌اند» از لحاظ ایدئولوژی خشتی است یا نه [۲۱].

بنابراین، برای تثبیت نظریه‌های اجتماعی‌ای که از لحاظ ایدئولوژیک خشتی هستند، باید رویکرد هرمنوتیکی را با تحلیلی نقادانه تکمیل کرد. این تحلیل چندین بخش دارد که مهمترین آنها نقد ایدئولوژی^۱ است. این بخش مستقیماً در کشف تحریفات ایدئولوژیک به کار می‌آید. اما در عین حال، ضروری است که ساختار جامعه را مورد بررسی تجربی قرار دهیم و تکامل تاریخی آن را تحلیل کنیم [۲۲].

هابرماس در کتاب تعلقات انسانی و علم نظریه اجتماعی خود را بسط می‌دهد. این نظریه اساساً نظریه‌ای انسان‌شناختی است، زیرا بر مبنای تحلیل خصایص انسانی قرار دارد. هابرماس تأکید می‌کند که انسان موجودی اجتماعی است. وی میان دو گونه فعالیت اجتماعی، یعنی کار^۲ و کنش متقابل^۳، که مسؤول تکامل تاریخی انسان هستند، تمایز قائل می‌شود.

بنا به رأی هابرماس، کار و کنش متقابل تعلقات اساسی انسان^۴ را شامل می‌شوند. یکی از خصایص انسان تعلق فنی^۵ اوست، چرا که انسان ناگزیر از کار کردن است، و کار یعنی انجام فعلی هدفمند برای تأمین بقا و تولیدمثل. او باید برای تهیه غذا ابزار بسازد و برای حفاظت خود در برابر سرما لباس تولید کند. همچنین، از جمله مشخصات انسان تعلق عملی^۶ یا هرمنوتیکی است. این خصیصه نیز برای تکامل نوع بشر به همان اندازه خصیصه پیشین اهمیت دارد، زیرا اعضای جامعه می‌توانند به مدد آن با یکدیگر کنش متقابل داشته باشند. آنها برای اینکه با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و همدیگر را بفهمند، باید زبانی به وجود بیاورند و نهادهای اجتماعی تأسیس کنند. سرانجام، از خصایص انسان تعلق رهایی‌بخش^۷ است که آن را بعداً شرح خواهیم داد.

1. ideology critique

2. work

3. interaction

4. fundamental interests of man

5. technical interest

6. practical

7. emancipatory

است نظارت می‌کند؛ و دیگری از جهت افقی، که به ارتباط میان سنت‌های افراد، گروه‌ها و فرهنگ‌های مختلف ناظر است. هنگامی که این جریان‌های ارتباطی قطع می‌شوند و تفاهم میان اشخاص دچار جمود می‌شود یا منفی می‌گردد، یکی از شرایط بقا از میان رفته است، یعنی امکان توافق بدون اجبار و شناخت بدون خشونت. این شرط به اندازه شرط مکمل آن، یعنی توفیق در انجام افعال ابزاری، اساسی و بنیادین است. زیرا این شرط خود پیش‌فرض عمل است. ما این تعلق به تولید دانش در قلمرو علوم فرهنگی را «عملی» می‌نامیم [۱۲۴].

تعلق نقدی یا رهایی‌بخش با هیچ‌یک از علوم شناخته‌شده ملازمت ندارد، شاید به استثنای فلسفه. اما به عقیده هابرماس، همین تعلق است که بر علم انتقادی حاکم است و همان‌طور که در آغاز این فصل آوردیم، نقد ایدئولوژی مهمترین روش این نوع فعالیت علمی است.

از لحاظ پزشکی، به ویژه جالب است که هابرماس روان‌کاوی را مثالی از «علم انتقادی» می‌داند. همان‌طور که در فصل آینده خواهیم گفت، روان‌کاوی در اصل یکی از رشته‌های هرمنوتیکی است؛ زیرا کارش این است که بیمار را وادارد تا برخی مکانیسم‌های روان‌شناختی ناخودآگاه موجود در ذهن خود را بفهمد؛ مکانیسم‌هایی که شاید موانع روانی او را توضیح دهد. اما مقصود اصلی حصول چنین فهمی نیست، بلکه هدف روان‌کاوی درمان بیماران است، زیرا ادعا شده که بصیرت به علل مشکلات روانی، بیمار را از قید موانعی که فعالیت اجتماعی او را محدود کرده است، رها می‌سازد. هابرماس، همانند اریک فروم^۱ [۲۵]، میان روان‌نژندی فرد بیمار و وضعیت جامعه شباهت قائل می‌شود. همان‌طور که مشکلات بیمار از کشمکش‌های روان‌شناختی ناخودآگاه حکایت می‌کند، مشکلات جامعه نیز بازتابی از تضاد منافع نهفته [در جامعه] است. این امید وجود دارد که نقد ایدئولوژی، درست به مانند روان‌کاوی، بتواند برای ساختارهای بازدارنده و ناخواسته اجتماع راه حلی بیابد. به همین دلیل می‌گویند که تعلق انتقادی، رهایی‌بخش نیز هست.

در کل می‌توان نظریه نقدی را کوششی برای ایجاد یک نظریه اجتماعی جامع

محسوب کرد، نظریه‌ای که نیاز ما را برای بهره‌برداری از منابع طبیعت در جهت مقاصدمان، نیاز ما را برای برقراری ارتباط با دیگران و نیاز ما را برای آزاد کردن خودمان از قیودی که مکانیسم‌های بازدارنده در جامعه بر ما تحمیل می‌کنند، منظور می‌کند.

همچنین، این نظریه نشان می‌دهد که ما می‌توانیم برای مطالعه جامعه به رویکردهای گوناگونی توسل بجوییم. هر یک از این شیوه‌ها در حد خود معنی‌دار هستند، اما حوزه کاربردشان محدود است. می‌توان تحقیقات تجربی را برای توصیف پدیده‌های اجتماعی به کار برد، لذا از این حیث اهمیت دارند. تحقیقات هرمنوتیکی به همان اندازه مهم‌اند، چرا که به کمک آنها می‌توانیم این پدیده‌ها را بفهمیم. وجود نقد ایدئولوژیکی لازم است تا به مدد آن مراقب باشیم نظریه‌های اجتماعی فقط در خدمت تأیید علانق خاصی قرار نگیرند و بر ساختار قدرت حاضر صحنه نگذارند.

هابرماس می‌کوشد به روش‌های کاملاً متفاوتی که برای مطالعه پدیده‌های اجتماعی و انسانی وجود دارد، انسجام ببخشد. البته این کار او امیدوارکننده است، اما ممکن است برخلاف نظر او، میان این سه تعلق اساسی انسان و انواع مختلف علم مطابقت زیادی وجود نداشته باشد. برای مثال، اگر در قلمرو تکنولوژی، علوم طبیعی را با تحقیق تجربی یکی بدانیم، می‌توانیم بگوییم که میان علوم طبیعی و تعلق فنی تطابق وجود دارد. لیکن، همان‌طور که در فصل ۳ اشاره کردیم، باید میان علوم پایه و تکنولوژی تمایز قائل شد. مسلم نیست که دانش نظری جدید صرفاً برای تأمین هدف‌های تکنیکی تولید شود. همچنین، هابرماس این حقیقت را می‌پذیرد که برای مطالعه و بررسی دیدگاه‌ها، انگیزه‌ها، هدف‌ها و دیگر پدیده‌های نیت‌مند تنها می‌توان از روش هرمنوتیکی استفاده کرد، اما این موضوع نیز قطعیت ندارد. برای مثال، هر و سکور مدعی‌اند که برای مطالعه پدیده‌های اجتماعی و انسانی می‌توان از رویکرد واقع‌گرایانه به علوم طبیعی بهره گرفت، به شرط آنکه نظریه‌ها را در قالب زبانی نیت‌مند صورت‌بندی کرد. دیدگاه‌های انسان‌شناختی هابرماس نیز که اساس نظریه او را تشکیل می‌دهند، هنوز جای بحث دارند [۱۲۶].

علی‌رغم این انتقادها، ما می‌پذیریم که انسان تعلقات فنی، هرمنوتیکی و نقدی

یادداشت‌ها

۱. اشاره ما به این است که اغلب دانشکده‌های پزشکی برای رشته‌های پزشکی اجتماعی، پزشکی جامعه، اپیدمیولوژی یا بهداشت همگانی، دارای کرسی هستند. در اینجا، ما میان این رشته‌ها تمایز نمی‌گذاریم، و برای آنچه در این کتاب مورد نظر است، ما اصطلاح نخست را برگزیده‌ایم. در کشورهای اسکانندیناوی، کسی که به پژوهش اجتماعی-پزشکی اشتغال دارد یا به طب اجتماعی می‌پردازد، پزشک اجتماعی (*Social mediciner*) خطاب می‌شود، اما چنین اصطلاحی در انگلیسی وجود ندارد. ما اصطلاح جامعه‌شناس پزشکی (*medical sociologist*) را انتخاب کرده‌ایم، که منظور پزشکی است که با جنبه‌های اجتماعی طب سروکار دارد، همچون جامعه‌شناسی که به مسائل بهداشتی می‌پردازد.
2. A review panel. Coronary-prone behaviour and coronary heart disease: a critical review. *Circulation*, 1981; 63: 1199-215.
۳. برای آنکه خواننده گمراه نشود، باید بگوییم بنابر اطلاعات ما، فشار عصبی هیچ‌گاه سندرم روده تحریک‌پذیر ایجاد نمی‌کند. اما همچنین، معلوم شده است که شکایت‌های مربوط به کارکرد دستگاه گوارش با شیفت کاری ارتباط دارد.
Andersen, J. E. *Three-shift work. A Socio-Medical Survey*. Danish National Institute of Social Research. Copenhagen: Teknisk Forlag, 1970.
۴. برای مثال، ممکن است جامعه‌شناس پزشکی تحقیقی به صورت غیر تصادفی و کنترل‌شده^۱ انجام دهد، یعنی گروهی از افراد را که در معرض یک عامل محیطی‌اند، با یک گروه شاهد، که در معرض این عامل نیستند ولی از سایر جهات مربوط به این تحقیق مشابه‌اند، مقایسه کند. همچنین، او می‌تواند تحقیقی به صورت پیگیری مجموعه‌ای از افراد در طول زمان^۲ انجام دهد.
۵. اصطلاح اپیدمیولوژی بالینی را در اصل فین‌اشتاین (A. R. Feinstein) از دانشگاه ییل معرفی کرد. از تخرتین کتاب‌های در این زمینه می‌توان از این کتاب نام برد:
R. H. Fletcher, S. W. & Wagner, E. H. *Clinical Epidemiology- the Essentials*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1982.
6. e.g. Sellitz, C., Jahoda, M., Deutsch, M. & Cook, S. W. *Research Methods in Social Relations*. London: Methuen, 1971.
7. Watkins, J. W. N. Ideal types and historical explanations. *British Journal for the Philosophy of Science*, 1952; 3: 29ff.
8. Harré, R. & Secord, P. F. *The Explanation of Social Behaviour*. Oxford: Basil Blackwell, 1972.
۹. ما نظریه وینچ را به عنوان مثالی از هرمنوتیک تحلیلی برگزیده‌ایم که عبارت است از نظریه‌هایی در باب مسائل مربوط به فهم بین‌الذاتانی که بر تحلیل منطقی یا صوری مبتنی هستند. فون رایت (G. H. von Wright) نیز راوی این مکتب فکری است.

دارد و هابرماس پاره‌ای از کاستی‌های تفکر تجربه‌گرایی را به درستی نشان داده است. ممکن است نظریه او در شکل فعلی آن پذیرفتنی نباشد (۲۴۶)، اما مضمون و محتوای آن برای همه جامعه‌شناسان، از جمله جامعه‌شناسان پزشکی، بسیار درخور توجه است.

بنابراین، بدون تردید می‌توان نظریه هابرماس را، که همه تعلقات یادشده را منظور می‌کند، در پزشکی اجتماعی به کار گرفت. تاکنون رویکرد تجربی به مسائل اجتماعی-پزشکی، رویکرد غالب بوده است و به همین دلیل پزشکی اجتماعی عمدتاً نیازهای ناشی از تعلق فنی را پاسخ داده است. به طور معمول، جامعه‌شناسان پزشکی صرفاً به مطالعه روابط آماری میان متغیرهای اجتماعی کمابیش واضح می‌پردازند. آنها به مکانیسم‌هایی که در پس این انتظام‌ها نهفته‌اند، علاقه چندانی نشان نمی‌دهند. ممکن است تحقیقات آنها درباره عالم واقع، اطلاعاتی را در اختیار ما بگذارد، اما در زمینه روابط اجتماعی صرفاً فهمی مقدماتی ارائه می‌دهد. این مطالعات می‌توانند اساس اقدامات عملی یا اجرایی قرار بگیرند، اما مطلوبیت و مشروعیت این اقدامات را تضمین نمی‌کنند.

در حوزه علوم انسانی می‌کوشند تا از طریق بسط و تکامل روش‌های هرمنوتیکی، انگیزه‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و دیدگاه‌ها را به طور سیستماتیک مورد مطالعه قرار دهند. این مفاهیم برای درک کنش‌ها و واکنش‌های اجتماعی مهم و ضروری هستند. اگر جامعه‌شناسان پزشکی، پزشکی اجتماعی را چیزی بیش از یک تکنولوژی اجتماعی می‌دانند و امیدوارند که موجبات فهم مسائل بهداشت و درمان را فراهم آورند، باید به روش‌های هرمنوتیکی تن در دهند.

در پایان باید یادآوری کنیم رویکردی که در جامعه نسبت به مسائل اجتماعی-پزشکی وجود دارد، بدون شک، از انواع تعلقات و نحوه توزیع قدرت در آن جامعه رنگ می‌پذیرد. بنابراین، شاید لازم باشد تحقیقات هرمنوتیکی و تجربی را با تحقیقات اجتماعی-پزشکی «نقدی» تکمیل کنیم.

1. non-randomned controlled study

2. time series

روان‌کاوی:

علوم طبیعی یا هرمنوتیک؟

در دو فصل گذشته بعضی از مضامین اصلی فلسفه هرمنوتیک را معرفی کردیم و در آغاز این کتاب به اشاره آوردیم که تفکر هرمنوتیکی در طب جسمانی نیز شایان توجه است. در مورد چند مثال بالینی (بیماری زخم دوازدهه، افزایش فشارخون شریانی بدون علامت و سرطان گسترش یافته) بحث کردیم و به این نتیجه رسیدیم (فصل ۴) که طبیب، علاوه بر ناهنجاری‌های آناتومی و فیزیولوژی، باید معنایی را که بیمار در متن زندگی خودش برای آن بیماری قائل است، مد نظر قرار دهد.

در این فصل بار دیگر به روان‌کاوی^۱ می‌پردازیم. روان‌کاوی رشته‌ای از طب است که به عرصه نبرد جانانه میان تفکر هرمنوتیکی و تفکر طبیعت‌گرایانه تبدیل شده است. به همین دلیل، خصوصاً شأن و منزلت فلسفی روان‌کاوی را محور بحث خود قرار خواهیم داد. در آغاز کار، روان‌کاوی را به عنوان روشی علمی معرفی کردند. اما بعدها، روان‌کاوانی که ذهنیت زیست‌شناختی داشتند و نیز فیلسوفان علمی که پیرو سنت تجربه‌گرایی بودند این ادعا را مورد نقد قرار دادند.

روان‌کاوی فرویدی

زیگموند فروید^۲ نظریه‌ای را در باب روان‌کاوی بنا نهاد که به علت عمق تأثیرش، امروزه بخشی لاینفک از فرهنگ غرب شده است. با این حال، ما درباره این نظریه به تفصیل بحث نخواهیم کرد، اما در ادامه بحث فصل ۹، دیدگاه روان‌کاوی از مفهوم اضطراب را به اختصار توضیح می‌دهیم. کامرون^۳، روان‌پزشک امریکایی، چنین می‌گوید:

نظریه‌های روان‌کاوی اضطراب را برخاسته از تعارضی سرکوب‌شده^۴ می‌دانند که برای بخش «عقلانی و واجد آگاهی» شخصیت (یعنی خود) غیرقابل‌پذیرش

10. Winch, P. *The Idea of a Social Science and its Relation to Philosophy*. London: Routledge & Kegan Paul, 1958.
11. p. 18 in [10].
12. p. 15 in [10].
13. Wittgenstein, L. *Philosophical Investigations*. Oxford: Basil Blackwell, 1953.
14. p. 88 (§ 241) in [13].
15. p. 90 in [10].
16. Gadamer, H. —G. *Wahrheit und Methode*, 2nd edn. Tübingen: J. C. B. Mohr, 1965 (English translation by Glen-Doppel, W. *Truth and Method*, 2nd edn. London: Sheed & Ward, 1979, pp. 346–7).
۱۷. پیشداوری (prejudice) ترجمه Vorurteil است، این لغت در معنای خنثای خود به کار رفته است (پیش-داوری (pre-judgment)).
18. p. 347 in [16].
19. p. 266 in [16].
20. Habermas, J. *Erkenntnis und Interesse*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1968 (English translation by Shapiro, J. J. *Knowledge and Human Interests*, London: Heinemann, 1972).
- خواندن نوشته‌های هابرماس دشوار است. نظریه وی در این کتاب آسانتر عرضه شده است:
- McCarthy, T. *The Critical Theory of Jurgen Habermas*. London: Hutchinson, 1978.
۲۱. هابرماس این ایده را چنین شرح می‌دهد: «زبان همچنین ماوای غلبه و قدرت اجتماعی است. زبان در خدمت توجیه و مشروعیت‌بخشی به روابط قدرت سازمان‌یافته است. تا زمانی که این توجیهاات روابطی را که ممکن ساخته است بیان نمی‌کند، تا زمانی که این روابط صرفاً در این توجیهاات بروز می‌کند، زبان نیز ایدئولوژیک است.»
- McCarthy [20], p. 183.
۲۲. از نظر هابرماس، مادیگری تاریخی اساس فلسفی مطالعات تاریخی را تشکیل می‌دهد. در مارکسیسم کلاسیک، این نظریه وجود دارد که تکامل انسان محصول نیروها و روابط تولید است. ما همان‌طور که در صفحه ۲۰۵ توضیح دادیم، هابرماس این مفاهیم را با کار و تعامل جایگزین کرده است.
23. p. 196 in [20], English edition
24. p. 176 in [20], English edition.
25. Fromm, E. *The Same Society*. London: Routledge & Kegan Paul, 1956.
۲۶. کتاب زیر دربرگیرنده تعدادی از مقالات مهم و انتقادی است:
- Thompson, J. B. & Held, D. (eds) *Habermas. Critical Debates*. London: Macmillan, 1982.
- در یکی از مقالات («پاسخی به انتقادات»)، هابرماس خود می‌نویسد که کارهای او «بهترین افکار محرک‌اند، اما به هیچ‌وجه انتها و اتمام افکار نیستند.»

1. psychoanalysis

2. Sigmund Freud (1856–1939)

3. Cameron

4. psychopathology

است و محصول کنش متقابل میان سه بخش از دستگاه روانی است: فراخود، خود و من. تأثیر تهدیدکننده این عناصر سرکوب شده به صورت اضطراب نمایان می‌گردد و به خود هشدار می‌دهد تا به دفاع برخیزد. اگر دفاع کارساز باشد، اضطراب متوقف می‌شود. وگرنه علائم شاخص روان‌نژندی‌ها و روان‌پریشی‌ها ظاهر می‌شود و منجر به ازم‌گسیختگی تمام یا پاره‌ای از خود می‌گردد. اضطراب، در پی‌ریزی تکامل اولیه شخصیت، عامل مهمی به حساب می‌آید. پس نحوه دفاع در برابر اضطراب، با توجه به ساختمان شخصیتی هر انسان، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. برای توجیه مدعای خود باید بیفزاییم که کل بنای آسیب‌شناسی روانی^۱ بر پایه اضطراب استوار است (۱).

به این ترتیب، روان‌کاوی علائمی مانند اضطراب و ترس موهوم را نتیجه تعاملی پیچیده میان عناصری روانی می‌داند که فروید آنها را فراخود، خود و من می‌نامد. به بیان ساده، فراخود^۲ بخشی از شخصیت است که با قضاوت اخلاقی سروکار دارد. فراخود وجدان شخصیت است و نظامی از هنجارها، ارزش‌ها و آرمان‌ها دارد که آنها را از سنت‌های خانواده و جامعه کسب کرده است. من^۳ نماینده گرایز ابتدایی مادرزادی انسان است، به ویژه آن‌گرایزی که به جنسیت و پرخاشگری مربوط می‌شوند، یعنی فرآیندهایی که هدفشان ارضای آنی از طریق افزایش لذت و کاهش درد است. خود^۴ بخش اجرایی شخصیت را تشکیل می‌دهد و با مقتضیات جهان واقعی روبروست. خود از یک سو امیال من را تحت ضابطه درمی‌آورد و از سوی دیگر تکالیف فراخود را تنظیم می‌کند. من تابع اصل لذت است، اما خود تابع اصل واقعیت.

فروید می‌کوشید ساختار شخصیتی انسان را توضیح دهد و پیدایش و تکامل آن را تشریح نماید. او حین این کار بسیاری مفاهیم انتزاعی دیگر را نیز معرفی کرده است و هنگامی که روان‌کاوی می‌کوشد تا گفته‌های بیمار را تعبیر کند، از همین مجموعه مفاهیم استفاده می‌کند. در آغاز ممکن است علائم بیمار تماماً نامربوط و نامعقول به نظر آیند. اما یکی از اهداف روان‌کاوی این است که ساختار کارکرد

1. repressed conflict

2. superego

3. id

4. ego

شخصیت بیمار را کشف کند، تا آنجا که سرانجام بتوان این علائم را در متنی قرار داد که معنی‌دار به نظر آیند. برای نیل به این منظور علاوه بر تحلیل رابطه متقابل میان روان‌کاوی و بیمار، باید خواب‌ها و لغزش‌های گفتاری^۱ بیمار را نیز تحلیل کرد. اعتقاد بر این است که اگر تعارضات [موجود در ضمیر] ناخودآگاه را مورد تأمل قرار دهیم، می‌توان به بصیرتی دست یافت که چه بسا سبب تغییری پایدار در شخصیت بیمار شود، تغییری که می‌توان آن را در حکم «درمان» تلقی کرد.

برای توضیح این آرا می‌توانیم مثالی از روان‌کاوی فرویدی نقل کنیم. خانم جوانی دچار «ترس موهوم» است و جرأت ندارد به اشیای لاستیکی دست بزند. او تا آنجا که به یاد می‌آورد همیشه دچار این ترس موهوم بوده است، اما علت آن را نمی‌داند. روان‌کاوی به یاد او می‌آورد که وقتی دختر بچه کوچکی بوده است، پدرش دو بادکنک لاستیکی برای او و خواهرش می‌خرد. او در نتیجه خشمی ناگهانی بادکنک خواهرش را پاره می‌کند، و بعد پدرش شدیداً او را تنبیه می‌کند. طی فرآیند روان‌کاوی آشکار شد که او به خواهر کوچکترش بسیار حسادت می‌ورزیده، آن قدر که در نهان آرزو داشته است خواهرش بمیرد تا او بتواند به تنهایی مورد توجه پدرش قرار بگیرد و پاره کردن بادکنک نیز عملی انهدامی علیه خواهرش بوده است. در نتیجه، بادکنک لاستیکی تداعی‌کننده تنبیه پدرش و احساس گناه اوست. وی هر بار که می‌خواهد به اسباب‌لاستیکی دست بزند، ترس قدیمی او، از انهدام اسباب‌بازی خواهرش، وی را وامی‌دارد دستش را عقب بکشد (۲). به این ترتیب، روان‌کاوی آشکار کرد که می‌توان ترس بظاهر نامعقول از لاستیک را برحسب تعارضی ناآگاهانه، میان یکی از کارکردهای اولیه من و سرکوبی که از جانب فراخود اعمال شده است، تعبیر کرد.

بر سبب این مقدمه نباید گمان کنیم که روان‌کاوی تنها نظریه روشن و قابل‌اعتمادی است که در باب آسیب‌شناسی روانی عرضه شده است. خود فروید نیز نظریه‌اش را تدریجاً تغییر داد و بسیاری از افراد دیگر آرای او را بسط و تکامل دادند و تعدیل کردند. به همین دلیل، بسیاری از روان‌پزشکان ترجیح می‌دهند اصطلاح نظریه‌های روان‌پویایی^۲ را به کار ببرند، که هم مکتب فرویدی اصل را دربر می‌گیرد و هم شاخه‌هایی منشعب شده از روان‌درمانی را شامل می‌شود که بعداً در نقاط

1. slips of the tongue

2. psychodynamic theories

مختلف دنیا سخن گرفتند. کارن گوستاو یونگ^۱ در سویس و آلفرد آدلر^۲ در اتریش، نظریه‌های روان‌پویایی خود را ارائه دادند. آنا فروید^۳ (دختر فروید) و ملانی کلاین^۴، که هر دو در بریتانیا ساکن شدند، از بنیانگذاران روان‌کاوی کودکان هستند. گروه دیگری از روان‌کاوان نیز در دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ میلادی آلمان و اتریش را ترک کردند و در ایالات متحده مستقر شدند. در آنجا خدمات درمانی به صورت خصوصی عرضه می‌شد و بر پایه دیدگاه فردیت‌گرا بود. این امر فرصت مناسبی را برای تجربه روان‌کاوی فراهم آورد و به این ترتیب این سنت در روان‌پزشکی آمریکا جای پای محکمی یافت، جایی که بسط و تکامل بیشتر روان‌کاوی با نام دانشمندانی همچون هارتمان^۵، سولیوان^۶، هورنای^۷، اریکسون^۸ و راپاپورت^۹ همراه است.

در اروپا شاخه‌های بیشتری از عقاید به وجود آمدند و روان‌کاوی از سوی محافل مختلف شدیداً مورد انتقاد واقع شد. کارل یاسپرس^{۱۰}، روان‌پزشک و فیلسوف وجودی، در سال ۱۹۱۳ میلادی، در کتاب معروف خود به نام آسیب‌شناسی روانی عمومی، فرویدسم را «جنبشی ایمانی با ظاهری علمی» توصیف کرد. او از دیدگاه فلسفی روان‌کاوی را یک خطر تلقی می‌کرد، زیرا آن را نوعی فرقه می‌دانست که به «هیچ‌انگاری، تعصب‌ورزی قساوت‌آمیز و شکاکیت فلسفی گرافه‌آمیز» متمایل است (۳). اما اکثر منتقدان به سنت‌های روان‌پزشکی تجربه‌گرا و زیست‌شناختی متعلق بودند. این سنت‌ها خصوصاً بر قلمرو روان‌پزشکی بریتانیا و اسکاتلندیانوی حاکم‌اند. ما انتقادات آنها را با دقت بیشتری مورد بررسی قرار می‌دهیم.

روان‌کاوی به مثابه رشته‌ای علمی

واضح است که روان‌کاوی با نظریه‌پردازی علمی (که مشخصه پزشکی زیست‌شناختی است) کاملاً تفاوت دارد. با این حال، شکی نیست که فروید خود را دانشمندی در حوزه علوم طبیعی می‌پنداشت که کارش تعیین ساختار دستگاه روانی است. این تلقی از روان‌کاوی بر روان‌پزشکی آمریکانیز حاکم بود. هارتمان، بیش از

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. Carl Gustave Jung | 2. Alfred Adler |
| 3. Anna Freud | 4. Melanie Klein |
| 5. Hartmann | 6. Sullivan |
| 7. Horney | 8. Erikson |
| 9. Rapaport | 10. Karl Jaspers |

دیگران، استدلال می‌کرد که روان‌کاوی نظریه‌ای علمی درباره پدیده‌های روانی است و روان‌کاو، دقیقاً به مانند دیگر دانشمندان علوم طبیعی، در پی تبیین علّی پدیده‌هاست (۴). از این رو، در نظریه روان‌کاوی ذهن را تقریباً مطابق یک مدل مکانیکی در نظر می‌گیرند، مدلی که بر اساس «اصول مکانیک سیالات» و تحت تأثیر من، خود و فراخود کار می‌کند.

با این حال، کسانی که معتقدند روان‌کاوی یکی از انواع علوم طبیعی است، همواره در معرض این انتقاد قرار دارند که نمی‌توانند صدق و کذب نظریه‌هایشان را بیازمایند. دانشمندی که معتقد است قشر غده فوق‌کلیه^۱ هورمون خصامی تولید می‌کند و میزان تولید این هورمون توسط مکانیسم پس‌خورد (= فیدبک) از سوی غده هیپوفیز^۲ تنظیم می‌شود، می‌تواند نظریه خود را به کمک آزمایش‌های فیزیولوژی بیازماید. اما مطلقاً نمی‌توان آزمایشی را حتی پیشنهاد کرد که به مدد آن بتوان وجود فراخود یا اهمیت محرک‌های جنسی ناآگاهانه^۳ را اثبات یا ابطال کرد. همچنین نمی‌توان صدق و کذب (= ارزش صدق) تعابیر روان‌کاوانه را در مورد فرد فرد انسان‌ها به بوته آزمایش گذاشت. پزشکانی که ذهنیت علمی دارند، احتمالاً قانع نشده‌اند که ترس آن خانم از لاستیک حقیقتاً به علت حسادت او نسبت به خواهرش بوده است. هنگامی که فروید خوابی را به نحو زیر تعبیر می‌کند شک آنها بیشتر برانگیخته خواهد شد: «سه نفر انسان نمادی از دستگاه تناسلی مرد هستند و منظره‌ای یا یک کلیسا، یک گوه و یک جنگل نمادی از دستگاه تناسلی زن. بار دیگر تو پلکانی را می‌بینی که نمادی از عمل جنسی است» (۵).

شگفت‌آور است که فروید ظاهراً به آزمون‌پذیری نظریه‌اش توجهی ندارد. یک بار نتایج به دست‌آمده از پژوهشی تجربی را به او نشان دادند که به نظر می‌آمد نظریه‌اش را تأیید می‌کند. گفته‌اند که وی پاسخ داده است:

من تحقیقات تجربی شما را برای اثبات مدعیات روان‌کاوی باعلاقه مطالعه کردم. نمی‌توانم ارزش چندانی برای این تأییدات قائل شوم، زیرا مشاهدات قابل‌اعتمادی که این مدعیات بر پایه آنها قرار دارند، آن قدر فراوان است که این مدعیات را از اثبات تجربی بی‌نیاز می‌سازد. با این حال، این تحقیقات ضروری هم ندارند (۶).

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 1. hydraulic principles | 2. the adenal cortex |
| 3. the pituitary gland | 4. unconscious sexual impulses |

این نقل قول نشان می‌دهد که روان‌کاوان مسألهٔ آزمون‌پذیری را جدی نمی‌گیرند، اما فکر می‌کنند نظریه‌هایشان درست‌اند، صرفاً به این دلیل که (شرح حال) بیمارانشان نظریه‌های آنها را بارها و بارها تأیید کرده است. کارل پوپر این شیوهٔ تفکر را شدیداً مورد انتقاد قرار داده است. او معتقد است که هیچ‌گاه نمی‌توان برای اثبات صدق یک نظریهٔ علمی، منفعلانه به جمع‌آوری هر چه بیشتر شواهد مؤید پرداخت. او در کتاب حدس‌ها و ابطال‌ها، روان‌کاوی را مصداق بارزی از این طرز تفکر می‌داند. وی واقعهٔ زیر را با طعنی گزنده بازگو می‌کند:

روان‌کاوان پیرو فروید تأکید می‌کنند که مشاهدات بالینی آنها همواره درستی نظریه‌هایشان را تأیید می‌کند. من در برخورد با آدلر، شخصاً تجربه‌ای مشابه داشتم که بر من تأثیر فراوانی گذاشت. یک‌بار در سال ۱۹۱۹ برای آدلر موردی را نقل کردم که از نظر من به هیچ‌وجه مورد «آدلری» به حساب نمی‌آمد. اما او بدون هیچ مشکلی آن را برحسب نظریهٔ خود درباب احساس حقارت تحلیل کرد. بدون آنکه حتی کودک مورد نظر را ببیند. من با کمی حیرت پرسیدم که چگونه آن‌قدر مطمئن است. او پاسخ داد: «بد خاطر هزاران مورد تجربی که داشتم»، که من هم نتوانستم از گفتن این حرف خودداری کنم که «فکر می‌کنم با این مورد جدید تجربهٔ شما هزار و یک برابر شده باشد» [۷].

پوپر مدعی است که «معیار علمی بودن یک نظریه آن است که بتوان آن را به آزمون گذاشت^۲، یا ابطال کرد^۳ و یا مردود دانست»^۴ و نظریه‌های روان‌کاوی واجد چنین معیاری نیستند. بنا به عقیدهٔ او روان‌کاوی شبه‌علم است و نظریه‌های روان‌کاوی مجموعه‌ای از افسانه‌ها هستند که «جالب‌ترین نظرات روان‌شناختی را شامل می‌شوند، اما نه به شکل آزمون‌پذیر». او فقط با بیان این جمله تسلائی خاطر می‌دهد که «از منظر تاریخی همهٔ -یا تقریباً همهٔ- نظریه‌های علمی از افسانه منشأ می‌گیرند، و چه‌بسا درون یک افسانه پیش‌بینی‌های مهمی درباب نظریه‌های علمی نهفته باشد». انتقاد پوپر زیاد تند و گزنده است و معیار ابطال‌پذیری او نیز خالی از اشکال نیست، اما بدون شک روان‌کاوی نمی‌تواند مدعی باشد که شأن و مرتبهٔ علمی آن با غالب نظریه‌های طب جسمانی یکسان است.

1. Conjectures and Refutations
3. refutability

2. testability
4. falsifiability

روان‌کاوی به مثابه رشته‌ای هرمنوتیکی

روان‌کاوی همصدا با فلسفهٔ کی‌رکگارد و هایدگر، بر اهمیت مسألهٔ اضطراب تأکید می‌کند و مدلول این تأکید آن است که اضطراب یکی از وجوه اساسی انسان را تشکیل می‌دهد و اگر این علامت را به شیوه‌ای غیرنقادانه (مثلاً به وسیلهٔ داروهای ضداضطراب) از بین ببریم، ممکن است به حریم بیمار (در مقام یک شخص) تعرض کرده باشیم، زیرا با این کار او را از امکان حل آن تعارض روانی محروم می‌کنیم. از اوایل دههٔ ۱۹۶۰ میلادی، برخی فیلسوفان قاره‌ای (مانند پل ریکور^۱ و یورگن هابرماس) و برخی روان‌کاوان (مانند کارل لشه^۲ و آلفرد لورنزر^۳) به ارتباط میان روان‌کاوی و فلسفهٔ هرمنوتیک علاقه‌مند شدند. آنها با تلقی زیست‌شناختی از روان‌کاوی مخالف‌اند و معتقدند که باید روان‌کاوی را رشته‌ای هرمنوتیکی به شمار آورد [۸-۱۱]. هدف پژوهش‌های روان‌کاوی «مهندسی ذهن» نیست، بلکه در این رشته می‌کشند تا ارتباط معانی نهفته در زبان را دریابند. روان‌کاوی از روش تجربهٔ علمی استفاده نمی‌کند، بلکه ابزار کار آن عبارت‌اند از تأمل، تفسیر، تأویل و فهم.

در توضیح این رأی باید بدانیم که واژهٔ «فهم» چندین معنا دارد. در آغاز به بررسی نوعی از این فعالیت ذهنی می‌پردازیم که گاهی به آن «فهم همدلانه^۴» نیز می‌گویند. فرض کنید که روزی شما شخصی را می‌بینید که از خیابان می‌گذرد. او می‌ایستد، پیبی به لب می‌گذارد، در جیب‌هایش می‌گردد، از عرض خیابان عبور می‌کند، وارد مغازهٔ توتون‌فروشی می‌شود، با یک بسته توتون در دستش بیرون می‌آید، پیش را روشن می‌کند و به راه خود ادامه می‌دهد. همه می‌توانند رفتار این مرد را بفهمند. او احساس «ولع توتون^۵» یا میل به توتون کرد و خواست که پیب بکشد، اما چون توتون نداشت تصمیم گرفت از مغازهٔ آن دست خیابان مقداری توتون پیب بخرد. مفسری که به این نتیجه می‌رسد، با قرار دادن خودش به جای آن شخص، رفتار او را درونی کرده است و به این نحو توانسته است توالی وقایع را به طریقی معقول به هم ارتباط دهد. حتی مفسری هم که سیگاری نیست می‌تواند رفتار

1. Paul Ricoeur
3. Alfred Lorenzer
5. tobacco hunger

2. Carl Lesche
4. empathic understanding
6. *internalize*

فرد سیگاری را بفهمد: این مفسر انواع دیگر «ولع» را تجربه کرده است. او با این قاعده رفتاری آشنا است که هرکسی که ولعی را احساس می‌کند، می‌کوشد آن را با انجام عملی متناسب فروبشاند. تنودور ابل^۲ با شرح موردی مشابه نتیجه می‌گیرد که: ما از طریق مشخص کردن مراحلی که به طور ضمنی در تأویل احوال خویش به کار می‌بریم و طی می‌کنیم، دو خصوصیت را درمی‌یابیم، خصوصیتی که وجه میزۀ عملی (Verstehen) فهم) هستند. یکی از این خصوصیات عبارت است از درونی کردن عوامل مشهودی که در یک موقعیت خاص وجود دارند. دومی عبارت است از اطلاق قاعده‌ای رفتاری که میان این عوامل ذی‌ربط ارتباط برقرار می‌کند. بنابراین اگر بتوانیم قاعده‌ای کلی را، که مبتنی بر تجربه شخصی خودمان است. بر آن موقعیت تطبیق کنیم، در این صورت فعل یا عمل آن فرد خاص را «فهمیدیم» (۱۲).

البته مسأله مهم این است که به هیچ وجه نمی‌توان حتی صدق ساده‌ترین تفسیرها را قاطعانه اثبات کرد. می‌توان از سایر شاهندان سؤال کرد که درباره رفتار مردی که پیپ می‌کشید چه نظری دارند. اگر آنها هم به همان نتیجه رسیده باشند، آن تفسیر، دست کم، واجد شأن «حقیقتی بین‌الذهانی»^۳ است. اما این اتفاق نظر مانع از آن نیست که همه مشاهده‌کنندگان اشتباه کرده باشند. در نهایت، می‌توانیم از خود شخص مذکور پرسیم که چرا آن اعمال را انجام داده است. اگر او تفسیر ما را تأیید کرد، می‌توانیم تقریباً مطمئن باشیم که حق با ما بوده است. اما همچنان ممکن است که وی حقیقت را نگفته باشد، بلکه به درون مغازه رفته است تا از یک برخورد ناخوشایند در خیابان بپرهیزد. با این وجود، فهم همدلانه بخشی لاینفک از ارتباطات میان انسان‌ها در زندگی روزانه است. همچنین، هنگامی که پزشک با بیمار خود ارتباط برقرار می‌کند، این فهم نقش مهمی دارد.

از این مثال چنین برمی‌آید که «فهم» صرفاً عبارت است از «خود را به جای دیگری گذاشتن» و «با احساسات او شریک شدن». اما، همان‌طور که در فصل گذشته توضیح دادیم، فیلسوفان هرمنوتیک به این مقدار بسنده نمی‌کنند. فیلسوفان

1. behaviour maxim

2. Theodore Abel

3. an inter-subjective truth

هرمنوتیک تحلیلی، مانند پیتر وینچ، «فهم» را نوعی معرفت می‌دانند. محقق جامعه‌شناسی که از جزایر تروبریانند بازدید می‌کند، ممکن است فعالیت‌های روزانه ساکنان جزیره را توصیف کند، اما فهم همدلانه او از این فعالیت‌ها، که مبتنی بر تجربه شخصی او است، برای تفسیر و تأویل آنچه واقع می‌شود کافی نیست. فهم فعالیت آنها در گرو شناخت کامل زبان و قواعد رفتاری آن فرهنگ خاص است، فرهنگی که با فرهنگ او تفاوت چشمگیری دارد. ما دیدگاه‌های هایدگر و هابرماس را نیز شرح دادیم. از نظر هایدگر، فرزند فهم فقط یک فعالیت ذهنی، از جمله سایر فعالیت‌های ذهنی که انسان خود را با آنها مشغول می‌کند، نیست. «فهم» و «تفسیر» بخشی از وجوه مقوم و ذاتی انسان‌اند. به این معنی که مفهوم «آگاهی آگاهانه» (به معنای دقیق کلمه) مستلزم آن است که ما جهانی را هم که خویش را در آن می‌یابیم، در فهم و تفسیر خود، منظور کنیم (فصل ۹). هر انسان آگاه، بالضروره، افقی از فهم پیش رو دارد و به عقیده گادامر، فقط هنگامی دو نفر به فهم کامل یکدیگر نایل می‌شوند که افق‌های فهمشان درهم بیامیزد.

این آراء برای آن گروه از روان‌پزشکان که تنها به مطالعه رفتار بیماران خود و ثبت تأثیرات دارو بر آن رفتار بسنده نمی‌کنند، مهم است. با این همه نمی‌توان این آراء را در تمام موارد بیماری‌های روانی مستقیماً به کار برد. برای مثال، فرض کنید بیمار مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی [نورکسیا نوروزا]^۱ شدیداً نزار شده است، اما هنوز هم از خوردن امتناع می‌کند؛ یا بیماری احساس اجبار می‌کند تا روزانه دست‌هایش را صدها بار بشوید؛ یا بیماری مدعی است که دیگران افکارش را می‌خوانند، در این قبیل موارد نمی‌تواند از طریق «خود را به جای دیگری گذاشتن»، یاد گرفتن زبان و شیوه زندگی آنها» و «تلاش برای در هم آمیختن افق‌های فهم روان‌پزشک و بیمار» مشکلات بیمار را حل کرد. روان‌پزشک نمی‌تواند مستقیماً رفتار بیمار روان‌نژند و روان‌پریش خود را بفهمد، بلکه به کلیدی نیاز دارد تا به معنا و منطق نهفته در علائم بیمار دست پیدا کند. برخی روان‌کاوان، از جمله آلفرد لورنزر، مدعی‌اند که نظریه روان‌کاوی این کلید را در اختیار ما می‌گذارد (۱۰). او مدعی است که روان‌کاوی با معانی و مفاهیمی که در زبان صورت‌بندی شده‌اند، سروکار دارد؛ در نتیجه، این علم

1. conscious awareness

2. anorexia nervosa

بیشتر به حوزه علوم انسانی متعلق است تا علوم طبیعی. لورنزر همچنین تأکید می‌کند که هدف روان‌کاوی صرفاً آن نیست که بیماران را از شر علانم ناتوان‌کننده خودشان رهایی ببخشد، بلکه می‌خواهد فهم آنها از خودشان را ارتقاء دهد، تعهد اجتماعی آنها را بالا ببرد و نسبت به شرایطی که در جامعه در پیدایش بیماری روانی دخیل‌اند، نگرشی انتقادی ایجاد کند. از نظر لورنزر، روان‌کاوی نظریه‌ای انتقادی در باب اجتماعی شدن فرد است. نظرات او با نظرات هابرماس کاملاً مرتبط است (فصل ۱۰).

کارل لشه، روان‌پزشک سوئدی، نقش روان‌کاوی را در فرآیند هرمنوتیک با تفصیل بیشتری تشریح می‌کند (۱۱۱). ما در اینجا آرای او را به اختصار توضیح می‌دهیم. پژوهش روان‌کاوی در پی کشف ضمیر ناخودآگاه^۱ است، اما خلأهایی که در «فهم از یکدیگر» و در «فهم از خود» وجود دارند، همواره مانع کار آن می‌شوند. بنا به عقیده لشه، نظریه روان‌کاوی می‌کوشد تا به کمک تبیین‌های شبه‌طبیعی^۲ این خلأها را پر کند. برای مثال ممکن است روان‌کاو بگوید که فلان رفتار خاص حاصل سرکوب^۳ یا تصعید^۴ غرایز است، به همین ترتیب او رفتاری را که به نحوی دیگر غیرقابل فهم است طوری تبیین می‌کند که، حداقل در ظاهر، شبیه تبیین علمی در علوم طبیعی است. اما باید این قبیل تبیین‌ها را «شبه‌تبیین» دانست، چرا که این تبیین‌ها برخلاف تبیین‌های علمی معطوف به هدف پژوهش‌های علمی [یعنی کشف حقیقت] نیستند، بلکه واسطه‌ای برای فهم‌اند. این تبیین‌ها محکوم به ضوابط هرمنوتیکی هستند.

لشه فرآیند روان‌کاوی را برحسب دوره‌های متناوب هرمنوتیکی و شبه‌طبیعی توصیف می‌کند. در آغاز گفت‌وگو، روان‌کاو و بیمار یکدیگر را مستقیماً و بی‌واسطه می‌فهمند، زیرا به یک زبان سخن می‌گویند و دست‌کم تا حدی، پیشینه فرهنگی یکسانی دارند. براساس این پیش‌فهم، روان‌کاو می‌کوشد تا طرحی اجمالی و کلی از تاریخچه زندگی بیمار به دست آورد. به این ترتیب وی می‌تواند دلایل برخی تصمیم‌گیری‌های مهم را در جریان زندگی بیمار به آسانی بفهمد و وجوه مهم شخصیت او را روشن کند. اما دیر یا زود این فهم متقابل دستخوش بحران می‌شود.

1. unconscious mind
3. repression

2. quasi-naturalistic explanations
4. sublimation

روان‌کاو دیگر نمی‌تواند منظور اصلی رفتار بیمار را دریابد یا به انگیزه‌های او پی ببرد، پس به استدلال شبه‌طبیعی متوسل می‌شود. او رفتار بیمار را «پدیده‌ای طبیعی» می‌انگارد که باید علت آن را تبیین کرد. برای مثال، وقتی روان‌کاو بیماری را که مبتلا به ترس موهوم است روان‌کاوی می‌کند (مانند آن زنی که از دست زدن به اشیای لاستیکی می‌ترسید)، ممکن است حدس بزند که «علت» این رفتار به ظاهر نامعقول، تعارضی ناخودآگاه میان فراخود و غریزه‌ای اولیه است. آنگاه او با استفاده از مهارت خود، گفت‌وگو را به سوی سوق می‌دهد که شرایط مناسب برای آزمایش این فرضیه فراهم آید. سرانجام اگر بیمار علت یا علل پیشنهادی را به عنوان دلایل (بیماری خود) بپذیرد، صدق ذهنی این فرضیه ثابت شده است و مرحله شبه‌طبیعی روان‌کاوی نیز به پایان رسیده است. سپس ارتباط [پزشک و بیمار] در سطح هرمنوتیکی دوباره برقرار می‌شود تا زمانی که بحران بعدی بروز کند.

مطابق این دیدگاه، من و فراخود موجودیت‌هایی نیستند که از طریق تجربه به دست آمده باشند و سرکوب نیز در نتیجه نوعی نیروی مکانیکی حاصل نمی‌شود، بلکه این قبیل مفاهیم روان‌کاوانه مقولاتی‌اند که روان‌کاو وقتی می‌خواهد پویایی شخصیت بیمار را تفسیر کند، در چارچوب آنها به استدلال می‌پردازد. اگر از اصطلاحات لورنزر و لشه استفاده کنیم، می‌توانیم بگوییم که مفاهیم روان‌کاوانه یک زبان فرادهرمنوتیکی^۱ را می‌سازند، یعنی این زبان دری است به دنیای فرآیندهای هرمنوتیکی. تعبیرهایی که روان‌کاو به دست می‌دهد هنگامی حقیقت دارند که بیمار آنها را حقیقی بداند. این تعبیرها تن به اثبات عینی نمی‌مپارند.

دیدگاه متعادل

بسیار دشوار است که بتوان شأن فلسفی نظریه‌های روان‌کاوی را با عبارت‌های دقیق تعریف کرد. اما شاید تحلیل دلایل منتقدان به ما کمک کند تا دیدگاه و موضعی متعادل انتخاب کنیم.

فیلسوفان تجربه‌گرایی که عضو حلقه وین بودند مجدانه می‌کوشیدند تا معیار تمیزی را تدوین کنند که به کمک آن بتوان میان گزاره‌های معنی‌دار و گزاره‌های

1. meta-hermeneutic

بی معنی افتراق گذاشت و همان‌طور که در فصل ۲ توضیح دادیم، آنها معیار اثبات‌پذیری را اختیار کردند. بدون شک، هیچ مشاهده متصوری وجود ندارد که بتواند صدق عینی تعبیرهای روان‌کاوی را اثبات کند. بنابراین، از دیدگاه تجربی باید روان‌کاوی را بی معنی دانست. البته، روان‌کاوانی مانند فروید و آدلر (صفحه ۲۱۴) این نتیجه را نمی‌پذیرند، زیرا مدعی بودند که نظریه‌هایشان به وسیله مشاهدات بالینی آنها دوماً اثبات می‌شود. اما یک تجربه‌گرایی واقعی به خاطر استفاده از کلمه «مشاهده» روان‌کاو را مورد اعتراض قرار می‌دهد، زیرا روان‌کاو به آزمایش و تجربه حسی توجهی نمی‌کند، بلکه توجه وی معطوف به تعبیرهای ذهنی خویش است؛ او این تعبیرها را از واکنش‌ها و پاسخ‌هایی که بیماران در حین روان‌کاوی از خود نشان می‌دهند، به دست آورده است. ما تصدیق می‌کنیم که نمی‌توان نظریه‌ها و تعبیرهای روان‌کاوی را به کمک حواس اثبات کرد، اما این مدعای تجربه‌گرایان را، که «گزاره‌های اثبات‌ناپذیر هیچ معنایی ندارند»، مردود می‌دانیم. گزاره‌های معطوف به انگیزه‌ها، آرزوها، نیت‌ها و ارزش‌ها از طریق مشاهده اثبات‌ناپذیراند، اما لزوماً بی معنی نیستند.

پوپر نیز معیار تمییزی را اختیار کرده است، اما شیوه استدلال او با تجربه‌گرایان دو تفاوت دارد. یکم؛ پوپر معیار ابطال‌پذیری را برگزیده است و ما پیش از این درباره استلزامات منطقی‌ای که از تمایز میان ابطال‌پذیری و اثبات‌پذیری ناشی می‌شود بحث کردیم (صفحه ۴۵). لیکن، در بحث حاضر این تمایز اهمیت چندانی ندارد، زیرا نمی‌توان گزاره‌های روان‌کاوی را به کمک مشاهده اثبات یا ابطال کرد. دوم؛ پوپر از معیار تمییز خود برای تمایز میان گزاره‌های معنی‌دار و بی معنی استفاده نمی‌کند، بلکه از آنها برای تفکیک گزاره‌های علمی و غیرعلمی بهره می‌گیرد، و این نکته مهمی است. ما با پوپر کاملاً موافقیم که می‌گوید روان‌کاوی غیرعلمی است، به این معنا که این رشته به حوزه علوم طبیعی تعلق ندارد، اما انتقاد او از این حد فراتر می‌رود. پوپر صرفاً نمی‌گوید که نظریه روان‌کاوی غیرعلمی (ولو معنی‌دار) است، او مدعی است که روان‌کاوی فقط مشتی افسانه است، و این مدعای اخیر او مشکوک‌تر است. اگر منظور او صرفاً این باشد که نظریه‌های روان‌کاوی معاصر چیزی بیش از افسانه نیستند، ما مخالفت چندانی نداریم. بسیاری از نظریه‌های (روان‌کاوی)

موجود تا حد زیادی با یکدیگر ناسازگارند و به نظر می‌رسد در حال حاضر نمی‌توان سره را از ناسره تمیز داد. اما اگر منظور پوپر این است که نظریه روان‌کاوی، فی‌نفسه، باید همیشه مجموعه‌ای از افسانه‌ها باقی بماند، با او موافق نیستیم. روان‌کاوی می‌کوشد روابط میان مفاهیم را کشف کند تا شاید بتواند به کمک آنها علائم بیماری را تبیین کند. مجادله بر سر اینکه چنین کوششی محکوم به شکست است ناموجه به نظر می‌رسد.

ما به دلایل متعددی نسبت به روان‌کاوی معاصر دید انتقادی داریم و درباره بعضی از این دلایل بحث خواهیم کرد.

گاهی به نظر می‌رسد نظریه‌های روان‌کاوی به نحوی صورت‌بندی شده‌اند که به لحاظ منطقی ابطال‌ناپذیر هستند. در این مورد، گرموند هسلو^۱ نظریه فروید درباره خواب را مثال می‌زند (۱۹۳۱). مطابق این نظریه، همه خواب‌ها و رویاها نمایانگر آرزوها (یا آرزوهایی که برای برآورده شدنشان کوششی شده است) هستند، به این معنی که ما خواسته‌ها و آرزوهایمان را در خواب می‌بینیم، هر چند ممکن است در عالم بیداری جرأت نداشته باشیم. دغان کنیم که چنین آرزوهایی داریم. این نظریه نسبتاً جذاب است زیرا مدعی است خواب دیدن همیشه خوشایند است. اما متأسفانه، اغلب ما خواب‌های بسیار ناخوشایند - یا کابوس‌هایی - را به یاد داریم که ما را خیس عرق از خواب پرانده‌اند. اگر بی‌طرفانه به نقادی بپردازیم، باید نتیجه بگیریم که این قبیل تجربیات این فرضیه را که «خواب همان آرزو است» ابطال می‌کند. اما روان‌کاوان پیرو فروید مدعی‌اند که خواب‌های ناخوشایند شاید نمایانگر تمایلات خودآزایی^۲ باشند و با این کار می‌خواهند تاحدی نظریه‌شان را «مصونیت» ببخشند. البته، منطقی‌مکن است هر کس چنین تمایلاتی داشته باشد، اما تاکنون برای آزمون این فرضیه افراد زیادی راه، که در آنها خواب‌های ناخوشایند با علائم ناشی از تمایلات خودآزایی همراه باشد، مورد مطالعه قرار نداده‌اند. نظریه‌های روان‌کاوی را نمی‌توان از طریق تجربه اثبات یا ابطال کرد، اما حداقل شرط لازم برای پذیرش آنها آن است که باید به کمک مطالعه بر روی گروه‌های انسانی از انسجام درونی این نظریه‌ها اطمینان حاصل کرد.

1. Gernund Hesslow

2. masochistic dispositions

مسئله دیگر آن است که روان‌کاوان تمایل دارند با انتشار چند مورد از شرح حال بیماران به نظریه‌هایشان اعتبار ببخشند. برای مثال، فروید نظریهٔ پارانوئای^۱ خود را با مورد «شرب» (۱۹۴۱)، نظریهٔ هیستریای خود را با موارد «آنا او.» و «الیزابت فون آر.» و «دورا» شرح می‌دهد. جای تردید است که این قبیل تعمیم‌ها، که مبتنی بر موارد فردی است، معتبر باشند. و دور از انتظار نخواهد بود که علائم بیماری‌های روانی (مانند هذیان‌گرند و آسیب) همانند علائم بیماری‌های جسمانی (مانند درد قفسه سینه) چندین علت داشته باشند. ممکن است بار دیگر ادعا شود که اگر بخواهیم موجه بودن این نظریه‌ها را تا حد امکان به طور انتقادی مورد بررسی قرار دهیم، باید روی گروه‌های بیماران به نحو سیستماتیک تحقیق کنیم. برای مثال، مطابق نظریهٔ پارانوئای، علائم روانی به «علت» سرکوب تمایلات هم‌جنس خواهانه به وجود می‌آیند و پژوهش‌هایی که بروز هم‌جنس‌بازی آشکار را، میان بیماران مبتلا به پارانوئای و بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های روانی، مورد مقایسه قرار می‌دهد می‌تواند نتایج جالبی به دست دهد. اما به نظر نمی‌رسد که روان‌کاوان به این نحو استدلال کنند. استدلال آنها غالباً این است که همهٔ بیمارانشان با یکدیگر متفاوت‌اند و صدق تعبیرهای آنها از واکنش فرد بیمار طی روان‌کاوی آشکار می‌شود.

همچنین، روان‌کاوان معمولاً معتقدند که به هیچ‌وجه نمی‌توان تأثیرات روان‌کاوی را به نحو تجربی مورد آزمایش قرار داد. اما در عین حال روان‌کاوان مدعی‌اند به بیماران خود می‌آموزند خویشتر را درک کنند، و نیز مدعی‌اند آنها را از شَر ترس‌های موهوم و سایر علائم بیماری‌های روانی رهایی می‌بخشند و قابلیت اجتماعی آنها را بالا می‌برند. به عبارت دیگر، مدعای آنها این است که رفتار بیماران را متحول می‌کنند. این مدعا محتاج آزمون تجربی است، یعنی باید از طریق کارآزمایی‌های کنترل‌شدهٔ اتفاقی، کارآیی روان‌کاوی را با سایر روش‌های روان‌درمانی مقایسه کنیم. این‌گونه مطالعات کمتر انجام می‌شوند، اما تاکنون نتایج بسیاری از مجموعه درمان‌های کنترل‌نشده منتشر شده است. در سال ۱۹۶۵ میلادی، ایسک^۲ نوزده پژوهش دربارهٔ کارآیی روان‌درمانی فردی را مورد بازنگری قرار داد. این روان‌درمانی‌ها شامل روان‌کاوی کلاسیک و تعدادی از روش‌های جدیدتر

روان‌کاوی بودند و در مجموع بیش از ۷۰۰۰ بیمار را دربر می‌گرفت. او نتیجه گرفت که این پژوهش‌ها تأیید نمی‌کنند که با این قبیل روش‌های روان‌درمانی بتوان بیماران روان‌نژند را درمان کرد (۱۹۵۸). در سال ۱۹۸۰ میلادی، رکمن و ویلسن^۱ بار دیگر نوشتارهای روان‌پزشکی را بازنگری کردند، نتیجهٔ آنها نیز منفی بود. آنها می‌گویند «اکنون در تأیید این مدعا که روان‌درمانی می‌تواند تحولات سودمندی ایجاد کند، شواهد اندکی وجود دارد، بلکه نتایج منفی همچنان بر نتایج مثبت می‌چربد و گزارش‌هایی که غیرقابل تفسیراند از هر دوی آنها بیشتر است» (۱۹۶۱).

ما نمی‌خواهیم با بیان این نظرات انتقادی بگوییم که باید روان‌کاوی را کاملاً کنار گذاشت، بلکه منظور ما این است که باید بکوشیم وضعیت فعلی را تغییر دهیم. نخست باید دربارهٔ شأن و مرتبهٔ نظریهٔ روان‌کاوی به توافق رسید، در حال حاضر به نظر می‌رسد رهیافت لورنزر و لشه امیدبخش‌ترین رهیافت است. آنها به درستی تأکید می‌کنند که روان‌کاوی یک رشتهٔ هنرمنویکی است. آنها تبیین قابل‌قبولی از نقش نظریهٔ روان‌کاوی ارائه می‌دهند. به بیان لورنزر، نظریهٔ روان‌کاوی یک فرآیند^۲ است که، برای هدایت فرآیند هنرمنویکی، به آن نیاز داریم. امید می‌رود که تکامل بیشتر نظریه روان‌کاوی در این راستا، بتواند به روان‌پزشکان کمک کند تا بتوانند، حتی در شرایطی که روش فهم همدلانه بی‌ثمر می‌ماند، با بیماران خود ارتباط برقرار کنند. روان‌پزشکان بیمارانی را می‌بینند که طیف وسیعی از علائم از خود نشان می‌دهند (مانند فلج‌های هیستریک، وسواس‌های فکری و عملی، توهمات و اضطراب بدون دلیل)، روان‌کاوی می‌تواند این امکان را فراهم آورد تا بتوان با توجه به تاریخچهٔ گذشته و حال بیمار (مانند فرآیند تکامل شخصیت بیمار طی دوران کودکی و نوجوانی، تعامل بیمار با دیگران در دوره‌های بعدی زندگی و تأثیرات وقایع اخیر اجتماعی)، علائم به ظاهر نامأنوس وی را تعبیر کرد. لورنزر و لشه به حق تأکید می‌کنند که روان‌کاوان باید به معنایی که در قالب زبان صورت‌بندی شده است توجه کنند. روان‌کاوان و رفتارگرایانی که ذهنیت زیست‌شناختی دارند، همهٔ بیماری‌های روانی را به کارکرد مغزی نابهنجار و رفتار نامتناسب تحویل می‌کنند، و لورنزر و لشه حق دارند این تلاش را مردود بدانند.

7. Popper, K. R. *Conjectures and Refutations*, 2nd edn, London: Routledge and Kegan Paul, 1965, pp. 35–8.
8. Ricoeur, P. *De l'interprétation*. Paris: Editions du Seuil, 1965.
9. Habermas, J. *Knowledge and Human Interests*. London: Heinemann, 1972.
10. Lorenzer, A. *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1976.
11. Lesche, C. some metascientific reflections on the difference between psychoanalysis and psychotherapy. *Scandinavian Psychoanalytical Review*, 1978; 1: 147–81
12. Abel, T. The Operation called «Verstehen». *American Journal of Sociology*, 1948–9; 54: 211–8.
13. Hesselow, G. *Medicinsk Vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur, 1979, pp. 141–3.
14. Freud, S. *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)* (Standard edition, Vol. XII). London: Hogarth Press, 1981, pp.98–2.
15. Eynsenck, H. J. *The effects of psychotherapy*. *International Journal of Psychiatry*, 1965; 1: 97–178.
16. Rachman, S. J. & Wilson, G.T. *The Effects of Psychological Therapy*, 2nd edn. Oxford: Pergamon, 1980, pp. 259.
17. برخی از پزشکان، به ویژه طبیبان عمومی، جامعه‌شناسان پزشکی و روان‌پزشکان، بر لزوم تحقیقات کیفی، در مقابل تحقیقات کمی، تأکید می‌کنند. متأسفانه، مفهوم تحقیق کیفی بسیار گنگ و مبهم است، اما در هر حال، این تحقیق عبارت است از مطالعاتی که به صورت مصاحبه‌های نیمه‌ساختگی (semi-structured)، که در آنها مصاحبه‌کننده به دیدگاه‌ها، احساسات و انگیزه‌های مصاحبه‌شونده اهمیت می‌دهد. شاید بهتر باشد میان این نوع تحقیق، که می‌توان آن را «هرسنوتیکی» نامید، و نوع «علمی» سنتی از تحقیق پزشکی تمایز گذاشت.

در آخرین فصل این کتاب درباره یکی از نظریه‌های جسم-ذهن بحث خواهیم کرد که به آن مکتب کارکردگرایی می‌گویند. ممکن است این نظریه نیز به روشن شدن مرتبه روان‌کاوی کمک کند. همان‌طور که توضیح خواهیم داد، کارکردگراها ارتباط میان وضعیت‌های روانی و فیزیولوژیکی مغز را با ارتباط میان برنامه‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزار کامپیوتر مقایسه می‌کنند و، بر این قیاس، ممکن است آنها فرآیندهای روانی یک ذهن روان‌نژند یا روان‌پریش را محصول یک «برنامه کامپیوتری نابهنجار» قلمداد کنند. اگر این تمثیل را بپذیریم، شاید بتوان گفت که مفاهیم نظریه روان‌کاوی (مانند خود، فراخود، سرکوب و فرافکنی) نمایانگر مفاهیمی‌اند که برای «خواندن» برنامه ذهن بیماران به آنها نیاز داریم.

روان‌کاوان باید بیاموزند این مدعا که «روش‌های روان‌کاوی به نتایج سودمند قابل مشاهده می‌انجامد» محتاج اثبات تجربی است. همچنین، آنها باید از دانشمندان علوم طبیعی بیاموزند که رویکردشان به نظریه‌های روان‌کاوی جنبه انتقادی بیشتری داشته باشد (۱۱۷). این حقیقتی مسلم است که صدق نظریه‌های روان‌کاوی، بیش از آنکه عینی باشد، ذهنی است؛ اما این امر را نباید جوازی برای نظرورزی‌های مبالغه‌آمیز تلقی کرد.

یادداشت‌ها

1. Cameron, N. *Personality, Development and Psychopathology*. Boston: Houghton Maffin, 1963.
2. Quoted from Hall, C.S. *A Primer of Freudian Psychology*. New York: New American Library, 1954, pp. 65–6.
3. Jaspers, K. *General Psychopathology*. Manchester: Manchester University Press, 1972, p. 774.
4. Hartmann, H. *Essay on Ego Psychology*. New York: International University Press, 1964.
5. Freud, S. *Introductory Lectures on Psychoanalysis* (Standard edition, Vol. XV), London: Hogarth Press, 1981, p. 193.
6. Quoted from Luborsky, L. & Spence, D. P. Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley, 1978, pp. 336–7.

اخلاق پزشکی به مثابه رشته‌ای فلسفی

در طول سه ماه، پزشکان یک واحد طبّی در بیمارستان بزرگی واقع در دانمارک، هرگاه با یک مسئله اخلاقی مهم^۱ مواجه می‌شدند، آن را ثبت می‌کردند (۱۱). برای آنان مسأله‌ای اخلاقی محسوب می‌شد که به فن طب مربوط نمی‌شد و به ارزشداوری احتیاج داشت، و اهمیت موضوع در این بود که طبیب در تصمیم‌گیری دچار تردید می‌شد یا می‌پنداشت که ممکن است سایر پزشکان درباره مسأله به گونه‌ای متفاوت داورى کنند. در این سه ماه، ۴۲۶ بیمار به این واحد مراجعه کردند. در ۲۵ درصد این موارد، پزشکان احساس کردند که با یک یا چند مسئله اخلاقی مهم روبرو بوده‌اند. در غالب این موارد پزشکان مردد بودند که آیا مجازند برای بیماران سالخورده و یا مبتلایان به بیماری‌های مزمن، یعنی کسانی که پیش‌بینی می‌شد در آینده کیفیت زندگی پایینی داشته باشند، کارهای تشخیصی و درمانی کمتری انجام دهند. مشکل دیگر آنها این بود که غالباً نمی‌دانستند به بیماری که اخیراً در وی سرطان تشخیص داده شده است، چه باید بگویند.

لیکن طیف معضلات اخلاقی وسیع بود و شامل چنین سؤالاتی می‌شد: هنگامی که برای نجات جان بیمار اقدام جراحی لازم است، اما وی به دلایل مذهبی از انتقال خون سر باز می‌زند، چه باید کرد؟ هنگامی که بیمار می‌خواهد شخصاً رانندگی کند، در حالی که به نظر نمی‌رسد از پس این کار برآید، چه باید کرد؟ وقتی بیمار در عین حالی که قادر به مراقبت از خودش نیست، اما با انتقال به یک مرکز پرستاری مخالفت می‌کند، چه تصمیمی درست است؟ وقتی بیمار توسط پزشک دیگری به غلط درمان شده است و اکنون بیمار از پزشک می‌خواهد درباره این درمان نظر بدهد، چه باید به او گفت؟ این مطالعه به وضوح نشان داد که تصمیم‌گیری بالینی همیشه یک بُعد اخلاقی مهم به همراه دارد. پزشکان منحصرأ با مسائل علمی، مانند تشخیص بیماری یا انتخاب مؤثرترین درمان، سروکار ندارند.

اخلاق پزشکی قلمروی است در مرز میان دو حوزه طب و فلسفه، و همکاری نزدیک میان پزشکان و فیلسوفان در این حوزه می‌تواند بهره فراوانی به بار آورد. اخلاق پزشکی یکی از رشته‌های طب محسوب می‌شود، چرا که مسائل مبتلابه آن مسائلی پزشکی‌اند. در عین حال، اخلاق پزشکی رشته‌ای فلسفی نیز هست، چرا که بسیاری از مسائل مطرح در آن، همان معضلات اخلاقی خاصی‌اند که فیلسوفان اخلاق قرن‌ها بر سر آنها بحث کرده‌اند. در این فصل ما از زاویه‌ای فلسفی به موضوع می‌پردازیم و در فصل آینده برخی از مفاهیم و آرای فلسفی را در مورد مسائل طبّی به کار خواهیم گرفت.

«خوب» و «باید»

طیبی که با مشکلی اخلاقی روبروست، باید تصمیم بگیرد که برای بیمار چه باید بکند و بهترین کاری که برای بیمار می‌تواند انجام دهد چیست. واژه‌هایی مانند «خوب»^۱ و «باید»^۲ - و مشتقات آنها - در تمام تحلیل‌های فلسفی واژه‌هایی اساسی‌اند و ما برای آنکه معنای آنها را در سیاق مباحث اخلاقی شرح دهیم، اندکی درباره بازی شطرنج بحث می‌کنیم (۱۲). بازی شطرنج را می‌توان نهادی اجتماعی، با اصول خاص خود، قلمداد کرد که شامل مجموعه‌ای از ارزش‌ها و قواعد است. ارزش‌های مطلقه‌ای که مشخصه بازی هستند بسیار ساده‌اند، به این صورت که بردن خوب است، مساوی کردن نسبتاً خوب است و باختن بد است. اگر از بیرون به این نهاد نگاه کنیم، البته، ممکن است بپرسیم که چرا بردن خوب و باختن بد است. اما اگر خود را درون نهاد بگذاریم و ببیندیشیم، یعنی همان کاری که شطرنج‌باز می‌کند، پرسیدن چنین سؤالی بی‌معنی است. این صرفاً یکی از وجوه ذاتی بازی است که «بردن» خوب است؛ در اصطلاح فلسفه می‌گویند، فی‌نفسه یا به خودی خود خوب^۳ است. اما واژه «خوب» را می‌توان به معنای دیگری هم به کار برد. ممکن است در حین بازی شطرنج‌باز بگویند که برای پیاده کردن یک استراتژی خاص، برخی حرکات خوب‌اند و برخی دیگر بد. اما در اینجا واژه‌های «خوب» و «بد» در معنای

1. good

2. ought

3. good in itself

1. significant ethical problem

نسبی^۱ یا فنی^۲ به کار رفته‌اند. حرکت خوب به خودی خود خوب نیست، بلکه در مقام یک وسیله خوب^۳ است، چرا که اگر این حرکت را انجام ندهیم، ممکن است استراتژی ما شکست بخورد و نتیجه نهایی بازی به هیچ وجه خوب نباشد.

همچنین بخشی از بازی این است که مهره فیل باید فقط به صورت مایل حرکت کند. وقتی در درون نهاد می‌اندیشیم، همان‌طور که شطرنج‌باز این کار را می‌کند، باز هم معنی ندارد که بپرسیم چرا فیل این‌گونه حرکت می‌کند. این شکل خاص حرکت فیل جزو وجوه ذاتی این مهره است. اگر اصطلاح کانت را بر جهان کوچک صفحه شطرنج اطلاق کنیم، شیوه حرکت فیل یک امر مطلق^۴ است [۳]. اما شطرنج‌باز ممکن است تصمیم بگیرد که اگر نمی‌خواهد مهره پیاده‌ای را که در معرض خطر است، از دست بدهد، باید آن را جابجا کند. در نتیجه، این کار یک امر مطلق نیست، بلکه یک امر مشروط^۵ است. از دست دادن یک پیاده کاری خلاف قواعد نیست و چه بسا بخشی از استراتژی بازیکن این باشد که، برای بردن بازی، این مهره را قربانی کند.

البته، ما نمی‌خواهیم تلویحاً بگوییم که زندگی به طور کلی همانند بازی شطرنج است و همان قواعد و ارزش‌های ثابت و متصلب را دارد، بلکه این مثال، هرچند خام است، نشان می‌دهد که واژه‌های «خوب» و «باید» (همانند عبارات مشابهی نظیر بهتر، بدتر، درست و نادرست) گاهی به معنای اخلاقی به کار می‌روند (خوب یا خیر غایی^۶ و باید مطلق^۷) و گاهی به معنای غیراخلاقی.

در طب، ممکن است بگوییم که یک آنتی‌بیوتیک برای از بین بردن باکتری معینی خوب یا مؤثر است. در این سیاق، «خوب» به معنای خوب در مقام یک وسیله است. اما هر از گاهی، پزشک مردد می‌ماند که آیا بهتر نیست در بعضی موارد از بکارگیری درمان مؤثر چشم‌پیوشد. برای مثال ممکن است آینده بیمار چنان نامیدکننده باشد که، برای وی، مرگ در اثر یک عفونت ثانوی بهترین حالت به نظر برسد. در اینجا واژه‌های «بهتر» و «بهترین» معنای تام و تمام اخلاقی دارند، زیرا پزشک، در بازی شطرنج انسانی، ارزش‌هایی غایی را مد نظر دارد.

معنای دیگر واژه «باید» در این جمله به خوبی دیده می‌شود: «پزشک متخصص زنان و زایمان نباید سقط [جنین] انجام دهد». ممکن است منظور گوینده جمله این باشد که از لحاظ اخلاقی انجام سقط ممنوع است، در این حالت «باید» به معنای امر مطلق به کار رفته است. اما از این جمله می‌توان این معانی را هم دریافت که اگر پزشک نمی‌خواهد بیمار را در معرض خطر قرار دهد، یا اگر نمی‌خواهد قانون را زیر پا بگذارد، نباید عمل سقط انجام دهد. اگر یکی از این تعبیرهای اخیر درست باشد، این جمله باید-دار به معنای امر مشروط به کار رفته است. این مثال نشان می‌دهد هنجارهایی که بر اعمال ما حاکم‌اند لزوماً اخلاقی نیستند، بلکه ممکن است هنجارهایی فنی^۱ یا قانونی^۲ باشند. اگر این تمایز را فراموش کنیم، دچار سردرگمی و آشفتگی فکری خواهیم شد.

سطوح سه‌گانه اخلاق

تاکنون بحث ما درباره این بود که نشان دهیم اخلاق به طور کلی چیست. اما تاکنون پرسش‌های بسیاری را بدون پاسخ گذاشته‌ایم و لازم است که کمی سازمان‌یافته‌تر پیش برویم. رسم بر این است که فیلسوفان میان اخلاق توصیفی^۳، فراداخلاق^۴ و اخلاق تجویزی^۵ تمایز بگذارند. اگرچه این تمایز به هیچ وجه دقیق نیست، اما به نظم بحث ما کمک می‌کند.

پژوهشی که در آغاز این فصل از آن سخن گفتیم، از مصادیق اخلاق توصیفی است. ما آن دسته از مسائل اخلاقی را که پزشکان در کار روزمره خود با آن روبرو می‌شوند، برشمردیم و طبقه‌بندی کردیم. همچنین، می‌توانستیم تصمیماتی را هم که پزشکان در موقعیت‌های متفاوت، در عمل، اتخاذ می‌کنند، ضبط کنیم. این قبیل پژوهش‌ها با دیگر پژوهش‌های تجربی (که برای تشریح و توصیف جهان، آن‌گونه که هست، استفاده می‌شوند) تفاوت اندکی دارند.

از طرف دیگر، فراداخلاق رشته‌ای صرفاً فلسفی است که به معنی و منزلت

1. *technical*
3. *descriptive ethics*
5. *normative ethics*

2. *legal*
4. *meta-ethics*

1. *relative*
3. *good as a mean*
5. *hypothetical imperative*
7. *categorical ought*
2. *technical*
4. *categorical imperative*
6. *the ultimate good*

منطقی مفاهیم و براهین اخلاقی می‌پردازد. کسانی که در حوزه فرائد اخلاق به تحقیق مشغولند، می‌توانند در این باره بحث کنند که ارزش‌های اخلاقی تا چه حد بخشی از ساختار جهان‌اند و تا چه حد باید آنها را به عنوان قراردادهای احساسات یا دستورات قلمداد کرد. اما آنها مشخص نمی‌کنند چه چیزهایی خوب‌اند و در یک موقعیت خاص چه کاری درست است.

اخلاق تجویزی نیز رشته‌ای فلسفی است؛ اما به رویکردهای اخلاقی بالفعل^۱ ما می‌پردازد و با صورت‌بندی و توجیه اصول اخلاقی سروکار دارد. بنابراین، آن گروه از فیلسوفان اخلاق که موضوع مورد علاقه‌شان اخلاق تجویزی است، ممکن است به ما بگویند که در زندگی روزمره خود چه وظایفی را باید بر عهده بگیریم و یا به عقیده آنها چه چیزی اخلاقاً خوب است. همان‌طور که بعداً خواهیم دید، چندین نظام تجویزی متعارض با یکدیگر وجود دارد. برخی فیلسوفان می‌گویند که باید فقط پیامدهای اعمال خود را مهم بدانیم (اخلاق فایده‌گرایانه^۲)، در حالی که دیگران مدعی‌اند که بعضی اصول، مانند عدالت و پاره‌ای از حقوق و وظایف، صرف‌نظر از پیامدهایشان، اخلاقاً واجب‌اند (اخلاق فریضه‌شناسانه^۳). بسیاری از مسائل اخلاقی در طب از تعارض میان اخلاق فایده‌گرا و فریضه‌ای حکایت می‌کنند. یکی از مشکل‌ترین مسائل در فلسفه اخلاق این است که ببینیم یا می‌توان اخلاق فایده‌گرایانه و فریضه‌شناسانه را با یکدیگر آشتی داد.

سرچشمه اخلاق

در این قسمت، ما این فرض فرائد اخلاقی را می‌پذیریم که ارزش‌ها، اصول و موازین اخلاقی مصنوعاتی انسانی‌اند که در ساختار نهادهای قانونی و اجتماعی مداخله‌اند و کارشان تنظیم رفتار ما با یکدیگر است.

مکی^۴، فیلسوف بریتانیایی، می‌گوید گرفتاری‌های انسان ناشی از آن است که این خطر همیشه وجود دارد که جریان امور به طور بد و نامطلوب پیش برود:

... بد و نامطلوب، به معنای طبیعی و غیراخلاقی آن مورد نظر است، یعنی چه‌بسا خواسته‌ها، نیازها و علائق انسان تا حد زیادی برآورده نشوند.

... گاهی اوقات انسان در حق متنوع خود عامدانه شرارت می‌ورزد، اما اگر حتی از این موارد هم صرف‌نظر کنیم، انسان‌ها بیشتر به اهداف خودخواهانه خود توجه دارند تا یاری به دیگران. نقش اخلاق، اولاً و بالذات، این است که با این ضعف انسان در همدردی کردن مقابله کند (۱۴).

انسان‌هایی که جامعه‌ای را بنا می‌گذارند، باید لزوماً موازین اخلاقی^۱ وضع کنند و این موازین با تغییراتی جزئی یا کلی، از نسلی به نسل دیگر منتقل می‌شود. در آغاز زندگی، ما مجموعه‌ای از ارزش‌ها و مجموعه‌ای از وظایف را می‌آموزیم و ممکن است این قبیل هنجارها چنان با نحوه تفکر ما درآمیزند که بخطا گمان کنیم آنها حقایقی ازلی و ابدی^۲‌اند.

پذیرش این دیدگاه درباره منشأ اخلاق لزوماً به آن معنا نیست که هنجارهای اخلاقی را اموری صرفاً ذهنی بدانیم. ممکن است ارزش‌ها و اصول اخلاقی، به همان نحو کوه‌ها و درخت‌ها، بخشی از ساختار جهان باشند، اما با وجود این می‌توان آنها را عینی تلقی کرد، به این معنا که آنها بخشی از واقعیت‌های اجتماعی‌اند. بر همین قیاس، ممکن است صدق و کذب گزاره‌های اخلاقی دقیقاً به همان نحو صدق و کذب گزاره‌های [علمی] درباره طول و وزن یک شیء مادی نباشند. اما گزاره‌های اخلاقی می‌توانند موضوع مباحثات عقلی واقع شوند و نیز می‌توان، با استفاده از قواعد منطق، معلوم کرد که این گزاره‌ها با پاره‌ای از اصول اخلاقی مقبول عام سازگار یا ناسازگار هستند.

از بحث بالا نتیجه می‌گیریم که تصدیق موضع نسبی‌گرایانه خطاست، یعنی نمی‌توان همه موازین اخلاقی را به یک اندازه قابل قبول دانست. نظام‌ها و موازین اخلاقی اجزای فراوانی دارند و اعتبار اخلاقی آنها درگرو میزان انسجام درونی^۳ آنهاست، یعنی درگرو آن است که ببینیم این اجزا تا چه حد با یکدیگر سازگار‌اند. برای مثال، باید رویکردهای اخلاقی بالفعل ما با مبانی فرائد اخلاقی ما سازگار باشند. بنابراین، عالم اخلاق پزشکی^۵ باید به اخلاق تجویزی و فرائد اخلاق به یک اندازه توجه کند.

1. moral codes

2. eternal truths

3. internal coherency

4. consistent

5. medical ethicist

1. actual moral attitudes

2. utilitarian ethics

3. deontological ethics

4. J. L. Mackie

هر مجموعه قابل قبول از اصول اخلاق، لاجرم، باید واقعیات تجربی را نیز منظور بدارد. برای مثال، هر نظامی از اخلاق پزشکی باید سازماندهی خدمات بهداشتی و سطح فرهنگ مردم را مد نظر قرار دهد و از وضعیت علوم پزشکی و تکنولوژی نیز غافل نباشد. موازین اخلاقی‌ای که به دست پزشکان یونان باستان بنیاد گذاشته شده بود، نمی‌توانست برای پزشکان قرن بیستم راهنمای چندان خوبی باشد. حتی اخلاق پزشکی امروز نیز بناچار تدریجاً دگرگون خواهد شد، زیرا پیشرفت‌های تکنولوژی مسائل اخلاقی جدیدی می‌آفریند.

برخی پزشکان با این فرض فرااخلاقی ما که «اخلاق، در عین حال که واقعیتی اجتماعی است، ساخته و پرورده انسان است» قویاً مخالف‌اند. ما در اینجا سایر مواضع فرااخلاق را، که بر تفکر پزشکی تأثیر چشمگیری به جا گذاشته‌اند، به اختصار معرفی می‌کنیم. طبیعی که به دیدگاه مسیحیت سنتی^۱ پایبند است، این مدعا را که «قواعد اخلاقی مصنوعاتی انسانی‌اند» مردود می‌داند. بلیس^۲ و جانسن^۳ معتقدات یک مسیحی را با این عبارات بیان می‌کنند:

او معتقد است که باید یک معیار مرجع بیرونی [برای اخلاق] وجود داشته باشد و خداوند این اصول اخلاقی را در قالب احکام [شرح] نازل کرده است. اما پیش از همه، او باور دارد که این اصول در زندگی و تعالیم عیسی مسیح به وضوح تجسم یافته است [۵].

مطابق این دیدگاه، باید موازین اخلاقی را کشف کرد، اما مطابق تلقی ما باید آنها را وضع کرد.

امانوئل کانت از جمله فیلسوفانی است که با قوت هر چه تمامتر مدعی بود که انسان واضع اخلاقیات است، و فقره زیر از کتاب بنیاد مابعدالطبیعه اخلاق^۴ تفاوت میان این تلقی و تلقی مسیحیت سنتی را به خوبی نشان می‌دهد:

اکنون اگر به همه کوشش‌های پیشینیان برای کشف اصول اخلاق بنگریم، نباید از ناکامی آنها شگفت‌زده بشویم. پیشینیان می‌دیدند که بستگی انسان به قانون از

راه وظیفه است. ولی از این نکته غافل بودند که قوانینی که انسان تابع آنهاست فقط به وسیله خود او وضع شده‌اند، هرچند در عین حال عام نیز هستند. انسان فقط مکلف است بر وفق اراده خویشش عمل کند، اراده‌ای که به وسیله طبیعت، چنان ساخته شده است که واضع قوانین عام باشد [۶].

خواهیم دید که معرفی اخلاق پزشکی در کتاب ما قویاً متأثر از دیدگاه کانت است. در سر دیگر طیف، عاطفه‌گرایان^۱ هستند که هر کوششی را برای عقلانی کردن مسائل اخلاقی مردود می‌شمارند، زیرا آنها معتقدند که گزاره‌های اخلاقی چیزی بیش از سلیقه شخصی گوینده را بیان نمی‌کنند. برتراند راسل می‌نویسد:

این آموزه [عاطفه‌گرایی] قائل به این رأی است که اگر دو نفر بر سر ارزش‌ها با یکدیگر اختلاف دارند، این اختلاف بر سر حقیقت نیست، بلکه آنچه هست اختلاف سلیقه‌هاست. اگر یک نفر بگوید «خوراک صدف خوب است» و دیگری بگوید «خوراک صدف بد است»، می‌بینیم که چیزی وجود ندارد که بتوان درباره آن استدلال کرد. مطابق این نظریه همه اختلافات در باب ارزش‌ها از همین قبیل است، اگرچه وقتی ما با موضوعاتی سروکار داریم که به نظرمان از خوراک صدف مهمترند، طبیعتاً این‌گونه نمی‌اندیشیم [۷].

عاطفه‌گرایی با این دیدگاه تجربه‌گرایی مرتبط است که «فقط گزاره‌هایی که می‌توان آنها را به وسیله تجربه مورد آزمایش قرار داد معنی دارند»: صدق گزاره‌های اخلاقی را نمی‌توان آزمود و بنابراین آنها فاقد معنی‌اند. امروزه معدودی از فیلسوفان این استدلال را می‌پذیرند، اما تجربه‌گرایی - در قالب پوزیتیویسم منطقی - تأثیر شگرفی بر طب به جا گذاشته است. شاید بتوان به مدد این نکته توضیح داد که چرا پزشکانی که ذهنیت علمی دارند طی سالیان متمادی به تحلیل بعد اخلاقی مسائل پزشکی توجه چندانی نداشته‌اند.

سرانجام، طبیعت‌گرایان اخلاقی^۲ - در مقایسه با پیروان کل مکتب‌های فکری دیگر - تمایز میان داورهای ارزشی و حقایق تجربی را انکار می‌کنند، زیرا معتقدند واژه‌هایی مانند «خوب» و «باید» را می‌توان به کیفیات تجربی دنیای طبیعی

1. traditional christian view

2. Bliss

3. Johnson

4. Foundation of the metaphysics of Morals

(مانند امیال انسانی یا سعادت) تحویل کرد. فرای اخلاق طبیعت‌گرا با اخلاق تجویزی فایده‌گرا از تباط‌ نزدیکی دارد. ما بعداً درباره این اخلاق تجویزی بحث خواهیم کرد. در قرن نوزدهم میلادی، جرمی بنتام^۱ تا آنجا پیش رفت که مدعی شد می‌توان محاسبه کرد که در هر وضعیت خاص کدام تصمیم بیشترین میزان سعادت^۲ را فراهم می‌آورد. جالب است بدانیم کسانی که در جهان معاصر درباره نحوه تصمیم‌گیری در علم طب نظریه‌پردازی می‌کنند^۳ درست به همین نحو می‌اندیشند، زیرا معتقدند گاهی اوقات، به مدد صورت پیچیده‌ای از نظریه فایده‌گرایانه و تحلیل‌های مبتنی بر برآورد سود و زیان می‌توان بهترین تصمیم طبی را برآورد کرد (۸۱).

مدل مکانیکی از بیماری، که مطابق آن مفاهیم گرانبار از ارزش^۴ (مانند ناخوشی و تندرستی) به پدیده‌های زیست‌شناختی تحویل می‌شوند (فصل ۴)، در نوع خود قرانت دیگری از طبیعت‌گرایی در طب است.

ساختار استدلال اخلاقی

نظریه‌های اخلاق تجویزی در دو گروه عمده جای می‌گیرند: نظریه‌های معطوف به پیامد^۵ (یا فایده‌گرایانه) و نظریه‌های فریضه‌شناسانه^۶. ما در مورد پاره‌ای از این نظریه‌ها به کمک مثال‌های غیرپزشکی تا اندازه‌ای به بحث خواهیم پرداخت.

موارد زیر را در نظر بگیرید:

۱. من می‌کوشم تصمیم بگیرم که در انتخابات عمومی به کدام حزب رأی دهم. در نهایت تصمیم من این خواهد بود که به فلان حزب سیاسی خاص رأی دهم، زیرا معتقدم تقویت این حزب، برای بیشترین تعداد ممکن از افراد کشورم، بهترین نتیجه را دربر دارد.
۲. من می‌کوشم تا در یک موقعیت خاص در این باره تصمیم بگیرم که آیا باید راست بگویم یا دروغ، و به این نتیجه می‌رسم که کتمان حقیقت بهترین پیامد را به دنبال دارد و لذا دروغ می‌گویم.

در هر دو مورد تصمیم‌گیرنده کاری را برمی‌گزیند که به عقیده وی بهترین پیامد را برای بیشترین تعداد ممکن از مردم دربر دارد. به این شیوه استدلال، که احتمالاً برای همه آشناست، فایده‌گرایی معطوف به عمل عام^۱ می‌گویند. ما به اختصار این اصطلاح را توضیح می‌دهیم. هنگامی که تصمیم‌گیرنده صرفاً پیامد^۲ عمل خود را منظور می‌کند و تمام ملاحظات دیگر را به فراموشی می‌سپارد، به شیوه فایده‌گرایانه اندیشیده است. برای مثال، او این امکان را در نظر نمی‌گیرد که شاید وظیفه او، صرف‌نظر از هرگونه پیامدی، بیان حقیقت باشد. به علاوه، به این استراتژی فایده‌گرایی معطوف به عمل^۳ می‌گویند، چرا که تصمیم‌گیرنده فقط پیامدهای این عمل خاص را مد نظر دارد و چون این پیامدها را برای همه مردم می‌خواهد، نه برای شخص یا اشخاص خاص، به آن عام اطلاق می‌شود. این قرانت از فایده‌گرایی را ابتدا جرمی بنتام ارائه کرد و، همان‌طور که پیش از این گفتیم، ارتباط نزدیکی با طبیعت‌گرایی فرای‌اخلاقی دارد، زیرا فرض می‌کند که می‌توان ارزش‌های اخلاقی را به احساس سعادت تحویل کرد. فیلسوفان فایده‌گرای بعدی، مانند جان استوارت میل^۴، این عقیده ساده‌انگارانه را که «هدف همه فعالیت‌های انسان رسیدن به [سعادت است]» مردود شمرده‌اند. دلیل آنها این است که ارزش‌های دیگری نیز، همچون آزادی فردی، حقیقت، تندرستی، تجربه زیبایی‌شناختی، و دوستی، وجود دارند. این اصلاح ضروری در تفکر فایده‌گرایانه بلافاصله ما را با مشکل مواجه می‌کند، یعنی ما را وامی‌دارد تا انواع مختلف «خوبی» را با هم مقایسه کنیم. بعداً خواهیم دید که این امر یکی از مشکلات اصلی تفکر فایده‌گرایانه در طب است.

دیگر فیلسوفان فایده‌گر^۵ استدلال کرده‌اند که به سادگی نمی‌توان پیامدهای یک عمل خاص را پیش‌بینی کرد و یکی از خصایص بنیادین رفتار اخلاقی آن است که هر فرد باید تصمیماتش را بر پایه اصول عملی^۶ یا قواعد اخلاقی قرار دهد. برای روشن ساختن این رأی می‌توانیم مثال قبلی را تفصیل دهیم:

1. *universal act utilitarianism*
3. *act*
5. *action principles or moral rules*

2. *the utility*
4. John Stuart Mill (1808–73)

1. Jeremy Bentham (1748–1832)
3. *medical decision theorists*
5. *consequentialistic theories*
6. *deontological theories* (from Greek *deon* = duty)

من نمی‌دانم که باید راست بگویم یا دروغ و هنوز هم معتقدم در این مورد گفتن دروغ بهترین پیامد را دارد. اما، همچنین معتقدم که اگر همه دروغگویی را پیشه کنند، پیامدهایی بد به بار خواهد آمد، بنابراین تصمیم نهایی من بیان حقیقت است.

این استراتژی را، که به آن فایده‌گرایی معطوف به فاعله عام^۱ می‌گویند، جان آستین^۲، فیلسوف حقوق، پیشنهاد کرد. تصمیم‌گیرنده دیگر نمی‌رسد «عمل من در این موقعیت خاص احتمالاً چه پیامدهایی خواهد داشت؟»، بلکه به طریقی کمابیش غیرمستقیم می‌اندیشد «در تصمیم من چه اصولی دخیل‌اند؟» و «اگر همه مطابق این اصول عمل کنند، چه پیامدهای عامی به بار خواهد آمد؟». در فصل آینده نشان خواهیم داد که وقتی پزشکان می‌خواهند به پیامدهای گسترده‌تری از اعمال خود توجه کنند، این استراتژی اهمیت پیدا می‌کند [۹].

اما تفکر معطوف به پیامد می‌تواند شکل‌های دیگری هم داشته باشد، زیرا این امر بدیهی نیست که همیشه باید پیامدهای عام کردار خود را در نظر داشت و از پیامدهایی که به نفع خود فرد یا کس دیگری است، صرف‌نظر کرد. در مورد مثال انتخابات عمومی، ممکن است کسی این چنین استدلال کند:

من می‌کوشم دریابم که در انتخابات باید به کدام حزب رأی دهم و سرانجام تصمیم می‌گیرم که به فلان حزب خاص رأی دهم. چون فکر می‌کنم این کار بهترین راه برای رسیدن به خواسته‌هایم است.

نام مناسب برای این استراتژی خویش‌مداری اخلاقی^۳ است و ممکن است بلافاصله چنین برداشت کنیم که این استراتژی با رفتار اخلاقی مخالف است. لیکن، فلسفه سیاسی‌ای که در حال حاضر جریان دارد، بر این رأی مبتنی است که هر کس حق دارد به دنبال سعادت خود باشد، مادامی که این حق را برای دیگران نیز محترم می‌شمارد. با وجود این قید مهم، نباید خویش‌مداری را لزوماً محکوم و مذموم دانست. این مثال آخر از تفکر معطوف به پیامد شاید از حیث پزشکی بیشترین اهمیت را داشته باشد:

من برای درمان بیمارم میان داروی A و داروی B حق انتخاب دارم و تصمیم می‌گیرم از داروی A استفاده کنم، زیرا معتقدم برای بیمار این درمان بهترین پیامد را در بر خواهد داشت.

این استراتژی را می‌توان فایده‌گرایی معطوف به بیمار^۱ نام نهاد، زیرا طیب، مطابق وظیفه حرفه‌ای خود، تمام هم خود را متوجه نتیجه‌ای می‌کند که به نفع بیمار باشد. می‌بینیم که هم در خویش‌مداری اخلاقی و هم در فایده‌گرایی معطوف به بیمار، توجه خاص به یک فرد باید با رعایت حقوق و وظایف خاصی همراه باشد، یعنی این توجه خاص به فرد، به ملاحظات فریضه‌شناسانه مقید است.

شخص فریضه‌گرا به ما می‌گوید که صرفاً با ارزیابی پیامدهای اعمال خود نمی‌توانیم اصول اخلاقی برین^۲ وضع کنیم، زیرا ملاحظات دیگری بر این پیامدها تقدم دارند. برای مثال، در بخش عهد عتیق کتاب مقدس می‌خوانیم که «تو نباید علیه همسایه‌ات شهادت دروغ بدهی». اگر این فرمان الهی را بپذیریم، در آن صورت باید از ملاحظه پیامدهای دروغگویی چشم‌پوشیم، یعنی وظیفه ما، صرف‌نظر از هرگونه پیامدی، فقط بیان حقیقت است.

در فلسفه جدید، می‌توان ریشه دیدگاه فریضه‌گرایان را تا کانت دنبال کرد. در فلسفه کانت، اخلاق قویاً بر این تلقی مبتنی است که انسان موجودی عاقل^۳ و مختار^۴ است و اصل اخلاقی برین، عبارت از سنجش پیامدهای اعمال ما نیست، بلکه ناظر به خود شخص درگیر [در عمل] است. ما در آغاز این فصل توضیح دادیم که حرکت مایل مهرة فیل در صفحه شطرنج یک «امر مطلق» است. مطابق رأی کانت، در مقام مواجهه آدمیان با یکدیگر، فقط یک «امر مطلق» وجود دارد. در یکی از عبارات کانت آمده است: «چنان عمل کن که گویی با انسانیت، چه در شخص خودت و چه در دیگری، همیشه به مثابه یک غایت، و نه فقط یک وسیله، سروکار داری» [۱۰].

هر موجود عاقل، خود غایتی بالذات است. اگر از یک شخص به عنوان یک وسیله استفاده شود، به انسانیت او بی‌حرمتی شده و با وی در حکم یک شیء رفتار شده است. این تلقی از انسان، که به تلقی کی‌پرگارد شباهت دارد (فصل ۹)، مقبولیت گسترده‌ای در اخلاق پزشکی به دست آورده است. نتیجه این اعتقاد آن

1. universal rule utilitarianism

2. John Austin (1790-1859)

3. ethical egoism

1. Patient-oriented utilitarianism

2. supreme moral principles

3. rational

4. free will

است که اگر در حین به حداکثر رساندن فواید مترتب بر اعمالمان^۱، حرمت، تمامیت و حقوق اشخاص درگیر نقض شود، باید این حداکثرسازی را غیراخلاقی بدانیم. ارزیابی‌های مبتنی بر فایده‌گرایی تابع و محکوم امر مطلق کانت هستند. کانت امر مطلق را به نحو دیگری نیز صورت‌بندی کرده است که می‌توان آن را این‌گونه بیان کرد: «من باید چنان عمل کنم که بتوانم اراده کنم دستوری^۲ که از آن پیروی می‌کنم به قانونی عام مبدل شود». به بیان دیگر، ما باید با دیگران آن‌گونه رفتار کنیم که انتظار داریم آنها با ما رفتار کنند (۱۱).

این عبارت دوگانه‌انگاری^۳ اخلاق کانت را به خوبی نشان می‌دهد: نخست، این اخلاق فردیت‌گرا^۴ است (زیرا انسان «فقط در مقابل اراده و اختیار خودش مکلف است»)، اما در عین حال این اخلاق بر اساس قواعد عام استوار است (زیرا آن «قوانینی» که از امر مطلق استنتاج می‌شوند، اعتبار عام دارند). برای مثال، کانت استدلال می‌کند که دروغ‌گویی غیراخلاقی است، ما نیز هنگامی که امر مطلق را به کار می‌بریم، لاجرم به همین نتیجه می‌رسیم.

اکنون ما به اختصار دو نظریه فریضه‌شناسانه را معرفی می‌کنیم که کاملاً با یکدیگر متفاوت‌اند، اما هر دو از کانت تأثیر پذیرفته‌اند. جان رالز^۵، فیلسوف امریکایی معاصر، آن قدر که به سازمان جامعه^۶ توجه دارد، در بند عمل فردی نیست. او در نظریه‌اش می‌کوشد به این مسأله (که در صفحه ۲۳۴ مورد بحث قرار گرفت) پردازد که «رفتاری‌های انسان ناشی از آن است که این خطر همیشه وجود دارد که جریان امور به طور بد و نامطلوب پیش برود». زندگی اجتماعی آدمیان محتاج موازن اخلاقی است تا منافع فردی آنها را تنظیم کند. رالز در جست‌وجوی یک اصل اخلاقی برین است که برای افراد عاقل و طالب سود شخصی پذیرفتنی باشد و به این نتیجه می‌رسد که بنیادی‌ترین مفهوم اخلاقی عبارت است از انصاف^۷ یا عدالت اجتماعی^۸. وی در مقدمه کتاب ماندگار خود، نظریه عدالت^۹، می‌نویسد:

1. maximization of the utility of our action
2. maxim
3. duality
4. individualistic
5. John Rawls
6. organization of society
7. fairness
8. social justice
9. A Theory of Justice

عدالت مهمترین فضیلت^۱ نهادهای اجتماعی است، همچنان که حقیقت مهمترین فضیلت نظام‌های فکری است. اگر نظریه‌ای نادرست باشد، هر چه قدر هم عالی و مقرون به صرفه باشد، باید آن را کنار گذاشت. بر همین قیاس، اگر قوانین و نهادها غیر عادلانه باشند باید آنها را، صرف‌نظر از کارایی و ساماندهی درخشانشان، اصلاح یا حذف کرد. فرد فرد آحاد جامعه، بر پایه عدالت، واجد حقوق^۲ نقض‌ناپذیری هستند که حتی مصلحت جامعه به مثابه یک کل نیز نمی‌تواند آن را منتفی کند (۱۲).

رالز پیشنهاد می‌کند که می‌توان عدالت یا انصاف شیوه‌های عمل [= نهادهای] اجتماعی^۳ را به کمک یک آزمایش فرضی به آزمون گذاشت. فرض کنید گروهی از افراد گرد هم آمده‌اند تا سازمان و نهادهای جامعه‌ای را، که قرار است خود عضوی از آن باشند، تأسیس کنند. مباحثات آنها «در پس پرده جهل^۴» صورت می‌گیرد، این بدان معنی است که هر یک از آنها باید نسبت به وضعیت [آینده] خود در این جامعه ملتزم به حالتی فرضی از جهل باشد؛ جهل نسبت به جایگاه اجتماعی‌ای که قرار است به دست آورد؛ جهل به نصیبی که از توزیع توانایی‌ها و دارایی‌های طبیعی می‌برد و جهل نسبت به خصوصیت‌های روان‌شناختی خود، نظیر اکراه از خطر کردن یا الزام به خوش‌بینی و بدبینی (۱۳).

چنین افرادی، که می‌کوشند «در پس پرده جهل» منافع خود را حفظ کنند، اصولی را خواهند پذیرفت. این اصول را باید عادلانه محسوب کرد و می‌توان آنها را در قالب یک قرارداد اجتماعی^۵ گنجاند که همه اعضای جامعه موظف به پیروی از آن هستند. بنابراین، تفسیر رالز از فریضه‌شناسی مبتنی بر قاعده عبارت است از نظریه قرارداد اجتماعی. وی استدلال می‌کند که قرارداد به دست‌آمده باید بر پایه این دو اصل مهم استوار باشد:

۱. همه انسان‌ها از این حق برابر برخوردارند که از حداکثر آزادی سازگار با آزادی دیگران بهره‌مند باشند، این آزادی برای همگان یکسان است (۱۴).

1. virtue
2. social practices
3. under a veil of ignorance
4. social contract

۲. نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی باید تعدیل شوند، آن‌چنان‌که... بیشترین فایده نصیب کسانی شود که کمترین بهره را برده‌اند... (۱۵).
این اصول، عدالت را در قالب مجموعه‌ای متشکل از سه ایده نشان می‌دهد: آزادی، برابری و پاداش به واسطه مشارکت در تأمین منافع عمومی (۱۶).

رالز خود مدعی است که آرای او با آرای کانت تطبیق می‌کند (۱۷) و (۱۸). او، همانند کانت، با تفکر فایده‌گرایی مخالف است. برای مثال، او درباره برده‌داری بحث می‌کند. اگر منافع برده‌داران بر مضار بردگان بچربد، می‌توان در چارچوب فایده‌گرایی از برده‌داری دفاع کرد. در حالی که اصل دوم رالز، هماهنگ با شهود اخلاقی ما، این رسم را ممنوع می‌کند، زیرا در حالت برده‌داری، نابرابری‌ها چنان نیست که محرومان بیشترین بهره را نصیب ببرند. در فصل آینده، هنگامی که درباره اصول کلی اخلاق پزشکی و مبانی اخلاقی سازماندهی خدمات پزشکی بحث می‌کنیم، آرای رالز را به کار خواهیم گرفت، اما جنبه فردیت‌گرای فریضه‌شناسی کانت به ویژه هنگامی اهمیت می‌یابد که درباره درمان فرد بیمار بحث می‌کنیم.

شاید بتوان کانت و رالز را قائل به فریضه‌شناسی معطوف به قاعده دانست، زیرا آنها معتقدند که می‌توان اصول اخلاقی عام وضع کرد. برای آنکه بحث را کامل کرده باشیم، اکنون به اختصار از نظریه فریضه‌شناسی معطوف به عمل سارتر ذکری به میان می‌آوریم که با موضع پیشین بسیار متفاوت است.

ژان پل سارتر^۱ با کانت موافق است که «انسان تنها برحسب اراده خودش مکلف به عمل است». اما این حکم را چنان جدی می‌گیرد که وجود قوانین [اخلاقی] عام را، که می‌توان در لحظه تصمیم‌گیری به کارشان برد، انکار می‌کند. او مدعی است که «انسان خودش را خلق می‌کند. او از ابتدا کامل نیست، او با انتخاب اخلاق خاص خویش، خویشتن را می‌آفریند» (۱۹).

سارتر در کتابش، به نام اگرستانسیالیسم و اصالت بشر^۲، نقل می‌کند که یک بار طی جنگ جهانی دوم، یکی از شاگردانش از او مشورت می‌خواهد. این شاگرد با دو انتخاب روبرو بوده است: نزد مادرش، که نیازمند کمک بوده، بماند یا برای پیوستن

به ارتش آزادبخش فرانسه به انگلستان برود. اگر او [به انگلستان] می‌رفت مادرش می‌مرد، و اگر می‌ماند به کشورش وفادار نبود. سارتر پاسخ می‌دهد «من فقط یک جواب برای تو دارم: تو آزادی، خودت انتخاب کن، همین! یک فکری بکن! هیچ [قانون] اخلاق عامی وجود ندارد که به تو بگوید چه کار کنی!» (۲۰).

تنها کمکی که از ما برای کسی که تصمیم‌گیری مشکلی پیش رو دارد، برمی‌آید این است که برای او شرایط را روشن کنیم: شرایط بالفعلی^۱ که مقدمات آن انتخاب و تصمیم‌گیری را تشکیل می‌دهند. شخص خود باید دست به انتخاب بزند و بار پیامدهای آن را به دوش بکشد.

این نظریه افراطی، که امکان استدلال اخلاقی را مورد تردید قرار می‌دهد، برای اکثر مردم پذیرفتنی نیست، اما دیدگاه‌های مبالغه‌آمیز پاره‌ای از فیلسوفان هرمنوتیک را به خوبی نشان می‌دهد.

تعادل فراگیر و مدبرانه

اشاره کردیم که مجموعه‌ای از معتقدات اخلاقی باید با یکدیگر همساز باشند؛ و تصمیمات ما به اصول اخلاقی مورد قبول ما بستگی دارند؛ و این اصول اخلاقی نمایانگر مفروضات فرااخلاقی ما هستند. بنابراین، نمی‌توان میان اخلاق تجویزی و فرااخلاق تمایز فاطعی قائل شد. عالمان اخلاق پزشکی، برخلاف دانشمندان علوم پزشکی، امیدی به اثبات حقیقت ندارند، بلکه به دنبال آن چیزی هستند که نورمان دانیلز^۲ آن را یک تعادل فراگیر و مدبرانه^۳ می‌نامد (۲۱). هدف کوشش‌های آنها رسیدن به انسجام و هماهنگی است و تعادلی فراگیر و مدبرانه را می‌توان نظامی هماهنگ تعریف کرد که متشکل است از ۱. شهود و داوری‌های اخلاقی متناسب با تجربه عملی؛ ۲. اصول اخلاقی، مانند به حداکثر رساندن فایده یا قواعد فریضه‌شناختی و ۳. نظریه‌های مقدم و پیش‌زمینه^۴ در باب انسان و جامعه.

همه پزشکانی که به جد می‌کوشند مبانی اخلاقی تصمیمات خود را تحلیل کنند، لاجرم می‌پذیرند که بیشتر اوقات به سختی می‌توانند شهود [اخلاقی] خود را با

1. actual circumstances

2. Norman Daniels

3. a wide reflective equilibrium

4. background theories

1. Jean-Paul Sartre (1905–80)

2. Existentialism and Humanism

وظایف مختلفی که بر عهده دارند، تطبیق دهند. برای مثال، پاره‌ای از وظایف آنها از این قرار است: پزشکان وظیفه دارند تصمیمی بگیرند که برای بیمار بهترین نتیجه را در بر داشته باشد؛ آنها موظف‌اند به اختیار و استقلال بیمار احترام بگذارند؛ و نیز اگر آنها در یک مرکز خدمات درمانی دولتی با بودجه محدود و مشخص کار می‌کنند، موظف‌اند از توزیع عادلانه امکانات اطمینان حاصل کنند. اما این نیز کافی نیست که تمام اصحاب حرفه پزشکی بر سر موازین اخلاقی‌ای که همه این مسائل را دربر بگیرد اتفاق نظر داشته باشند، زیرا این موازین باید برای بیماران آنها نیز قابل قبول باشد. نمی‌توان یک نظام اخلاق پزشکی را به تنهایی و جدا از دیگر مسائل مد نظر قرار داد، بلکه این نظام باید با هنجارهای عمومی و ارزش‌های آن جامعه خاص هماهنگ باشد. گاهی اوقات پزشکان از این نکته غافل‌اند و معتقدند که موازین بین‌المللی اخلاق نشانگر «حقایق» اخلاقی هستند و این حقایق درست مانند حقایق علمی از اعتبار جهانی برخوردارند. اما اگر به مسأله دقیق‌تر نگاه کنیم، خواهیم دید که، یا این موازین بین‌المللی آن‌قدر مبهم‌اند که نمی‌توانند در طب بالینی ارائه طریق کنند، و یا حاکی از معتقدات اخلاقی رایج در یک مجموعه فرهنگی خاص (معمولاً اروپا و امریکای شمالی) هستند.

با وجود همه این مشکلات، ما معتقدیم، همان‌طور که هدف غایی علم یافتن نهایت حقیقت است، هدف غایی از مطالعات اخلاقی نیز استقرار تعادلی فراگیر و مدبرانه است. اما همچنین باید بپذیریم که، در هر دو حوزه علم و اخلاق، هدف مورد نظر دست‌نیافتنی است. مسائل اخلاقی در طب بی‌نهایت متنوع‌اند و تکامل تکنولوژی جدید پیوسته مسائل جدیدی می‌آفریند. همان‌گونه که دانشمندان باید باورها و بارها نظریه‌هایشان را در پرتو نتایج آزمایش‌های جدید بازنگری کنند، عالمان اخلاق نیز باید بارها و بارها درباره تمام سطوح نظام اخلاقی‌شان بازاندیشی کنند.

باری، این دور از انتظار است که ما بتوانیم، در این فصل و فصل آینده، چیزی شبیه به یک نظام هماهنگ از اخلاق پزشکی ارائه دهیم. اما معتقدیم که تاکنون اظهارات ما از ثبات و انسجام برخوردار بوده است و، بنابراین، شاید بتواند مقدمات چنین نظامی را فراهم آورد. ما این فصل را با جمع‌بندی خلاصه‌ای از اهم این نظرات به پایان می‌بریم.

هنجارها و ارزش‌های اخلاقی، که بخشی از نهادهای اجتماعی ما را می‌سازند و روابط ما را تحت ضابطه درمی‌آورند، [مفاهیم] مصنوع انسان هستند. با وجود این، آنها عینی‌اند، به این معنی که واقعیتی اجتماعی‌اند و باید از طریق گفت‌وگوی عقلانی آنها را موجه ساخت.

باید اخلاق پزشکی را بر پایه تلقی کی‌یرکگارد و کانت از انسان استوار کرد. مطابق این تلقی انسان موجودی مختار است که در نفس خود تأمل می‌کند. در نتیجه، به طور معمول باید ملاحظات فایده‌گرایانه را تابع ملاحظات قرار داد که ناظر به استقلال و اختیار افراد و عدالت نهادهای اجتماعی هستند. باید بپذیریم که از نظر ما این امکان متفی نیست که افراد مختار می‌توانند نهادهایی را بپذیرند که، تحت شرایط خاصی، به دیگران اجازه می‌دهد به نفع آنها عمل کنند. در فصل آینده ما این آرا را در مورد مسائل طب به کار خواهیم برد.

یادداشت‌ها

1. Kollemorten, I., et al. Ethical aspects of Clinical decision-making. *Journal of Medical Ethics*, 1981; 7: 67-9.
۲. ما در این کتاب دو لغت moral و ethical را برابر گرفته‌ایم.
۳. این مثال خارج از قاعده، حق کانت را ادا نمی‌کند. همان‌طور که بعداً خواهیم گفت، امر مطلق در اخلاق کانت همان اصل اخلاقی برین است. کانت امر مطلق را چنین مشخص می‌کند: «سرانجام، امری وجود دارد که مستقیماً به رفتار خاصی حکم می‌دهد بدون آنکه از شرایط این رفتار نوعی هدف بسازد که باید به آن هدف رسید. این امر، همان امر مطلق است.» p. 240 in [6] (p. 416 in Academic edition).
4. Mackie, J. L. *Ethics. Inventing Right & Wrong*. Harmondsworth: Penguin Books, 1977, p. 107.
5. Bliss, B. P. & Johnson, A. G. *Aims and Motives in Clinical Medicine*. London: Pitman Medical, 1975, p. 6.
6. Kant, I. *Grundlegung zur Metaphysik der sitten* (originally published 1785). English translation by L. W. Beck. *Foundation of the metaphysics of Morals*. in: Johnson, O. E. (ed.): *Ethics. Selections from classical and contemporary writers*, 4th edn. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1978, p. 246. (p. 432 in the Academic edition).

ترجمه فارسی از: بنیاد مابعدالطبیعه اخلاق، ایمانوئل کانت، ترجمه حمید عنایت و علی قیصری. تهران، انتشارات خوارزمی، چاپ اول، ۱۳۶۹، ص ۸۰.

7. Russell, B. *Religion and Science*. Oxford: Oxford University Press, 1972.
 8. Weinstein, M. C. & Fineberg, H. V. *Clinical Decision Analysis*. Philadelphia: W. B. Sanders, 1980.
 9. پاره‌ای از فیلسوفان مدعی‌اند که در اصل میان فایده‌گرایی معطوف به قاعده و فایده‌گرایی معطوف به عمل تفاوتی وجود ندارد (به مرجع شماره ۴، ص ۹-۱۳۶ نگاه کنید).
 10. p. 245 in [6].
 11. p. 247 in [6].
 12. Rawls, J. *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press, 1972, p. 3.
 13. p. 137 in [12].
 14. p. 60 in [12].
 15. p. 83 in [12].
 16. Rawls, J. Justice as fairness. *Journal of Philosophy*. 1965; 54: 653-62.
 17. p. 251-8 in [12].
 18. Rawls, J. Kantian constructivism in moral theory. *Journal of Philosophy*. 1980; 77: 510-72.
 19. Sartre, J. P. *L'existentialisme est un humanisme*. Paris: Nagel 1970, p. 78.
 20. p. 47 in [19].
 21. Daniels, N. Reflective equilibrium and Archimedean points. *Canadian Journal of Philosophy*. 1980; 10: 83-103.
- دانیلز در این مقاله مفهوم تعادل مدبرانه را از دیدگاه فریضه‌شناسانه توضیح می‌دهد. اما هر، که یک فیلسوف اخلاق فایده‌گراست، تأکید می‌کند که ما باید به یک نظام اخلاقی چندبُعدی توجه کنیم که شهود، اصول و نظریه‌های مقدم را دربر بگیرد. در:
- Hare, R. M. *Moral thinking. Its levels, Method and Point*. Oxford: Clarendon Press, 1984, p. 40.

بُعد اخلاقی تصمیم‌های طبی

معمولاً در کتاب‌های درسی اخلاق پزشکی، حجم زیادی را به موضوعات مناقشه‌انگیزی چون مرگ خودخواسته^۱، معیار مرگ^۲ و مسأله سقط جنین اختصاص می‌دهند. اما در این بحث مختصر، ما برآنیم که از این مسائل مشکل چشم‌پوشیم و به جای آن درباره جنبه‌های کلی استدلال اخلاقی، در دو حوزه طب بالینی و تحقیق بالینی، به بحث پردازیم.

مشکلات بالینی

نخستین بیماری که درباره او بحث می‌کنیم، خانمی میانسال و مبتلا به هیپرتیرویدی^۳ [پرکاری غده تیروئید] است. او باید تحت درمان قرار بگیرد و طیبیب معالج می‌تواند یکی از این سه روش درمانی را برگزیند: ۱. درمان طولانی‌مدت با داروهای ضد-تیروئید^۴ که تولید هورمون را متوقف می‌کنند؛ ۲. برداشتن قسمتی از غده تیروئید با عمل جراحی^۵ که بافت تولیدکننده هورمون را کاهش می‌دهد؛ ۳. تجویز یک یا چند بار ید رادیواکتیو که بافت غده را از بین می‌برد. هر سه درمان در بیشتر بیماران مؤثر واقع می‌شوند، اما منافع و مضار آنها متفاوت است. در روش دارودرمانی، بیمار باید برای مدت نسبتاً طولانی تحت مراقبت‌های پزشکی قرار بگیرد و ممکن است دارو در معدودی از بیماران عوارض جانبی جدی ایجاد کند. در روش جراحی غده تیروئید، می‌توان یک‌بار برای همیشه بیمار را درمان کرد، اما خطر عوارض عمل جراحی وجود دارد (مانند صدمه به «عصب راجعه حنجره»^۶ و فلج تارهای صوتی). در روش استفاده از ید رادیواکتیو، تعداد قابل‌ملاحظه‌ای از بیماران، سال‌ها بعد، دچار کم‌کاری غده تیروئید خواهند شد.

1. euthanasia

۲. death criteria یعنی معیاری که نشان می‌دهد مرگ چه هنگام واقع شده است.

3. hyperthyroidism

4. antithyroid

5. thyroidectomy

6. recurrent laryngeal nerve

در نخستین گام، پزشک باید در ذهن خود تصمیم بگیرد که به عقیده وی چه کاری برای بیمار بهترین نتیجه را به بار خواهد آورد. به این منظور، او مطابق اصل فایده‌گرایی معطوف به بیمار عمل می‌کند. فرآیند استدلالی‌ای که به چنین تصمیمی منجر می‌شود غالباً بسیار پیچیده است، زیرا پزشک به ندرت می‌تواند با قطعیت پیش‌بینی کند که در مورد یک بیمار خاص چه اتفاقی خواهد افتاد. او باید تصمیمی را اتخاذ کند که در مجموع بهترین نتیجه را در بر دارد و برای این منظور او باید هم احتمال^۱ و هم فایده^۲ تمام اتفاقات ممکن را در نظر بگیرد.

نظریه‌پردازانی که درباره موضوع تصمیم‌گیری پژوهش می‌کنند، کوشیده‌اند این روند را صورت‌بندی نمایند. تحلیلی که این نظریه‌پردازان از «تصمیم‌گیری تحت شرایط عدم قطعیت^۳» به دست می‌دهند، ممکن است به توضیح این موضوع کمک کند.

در اصل، [پزشک] تصمیم‌گیرنده باید ابتدا فهرستی از تمام نتایجی که ممکن است از هر یک از تصمیم‌ها حاصل شود، تهیه کند. سپس، باید احتمال هر یک از این نتایج را ارزیابی نماید. این مرحله، مرحله علمی فرآیند تصمیم‌گیری است، و همان‌طور که در فصل ۷ توضیح دادیم، اطلاعات لازم در این زمینه از پژوهش‌هایی که قبلاً روی گروه‌های بیماران انجام شده است، به دست می‌آید. برای مثال، در متون طبی، مقاله‌های متعددی وجود دارد که در آنها پژوهشگران بالینی، فراوانی انواع عوارض ناشی از درمان با داروهای ضد-تیروئید را گزارش کرده‌اند.

سپس، تصمیم‌گیرنده ارزش هر کدام از نتایج ممکن برای آن بیمار خاص را می‌سنجد. این قبیل ارزیابی‌ها لزوماً دقیق نیستند، اما با وجود این، نظریه‌پردازان انتظار دارند که تصمیم‌گیرنده برای سنجش فایده نتایج، مقیاسی از صفر تا یک در نظر بگیرد و ارزش هر یک از نتایج را بر مبنای این مقیاس معلوم کند. در این مقیاس، به بدترین نتیجه ممکن (مرگ ناگهانی ناشی از جراحی تیروئید) ارزش صفر تعلق می‌گیرد و بهترین نتیجه ممکن (درمان کامل بدون عارضه جانبی) ارزش یک خواهد داشت. فایده هر یک از نتایج دیگر، ارزشی میان صفر تا یک خواهد داشت. برای

1. probability

2. utility

3. decision-making under uncertainty

مثال، می‌توان تصمیم گرفت که در این مقیاس، برای کم‌کاری تیروئید ناشی از درمان با ید رادیواکتیو، فایده‌ای معادل ۰/۸۵ قائل شد.

اگر این محاسبات انجام شود، کار نظریه‌پرداز آسان خواهد بود. کافی است او میزان احتمال هر یک از نتایج را در ارزش فایده آنها ضرب کند، حاصل ضرب‌های به دست آمده را [با یکدیگر] بسنجد و سپس اعلام کند که متوسط فایده کدام تصمیم از همه بالاتر است.

بسیار بعید است که در عمل از این شیوه استفاده شود، زیرا برای ارزیابی کمی سودمندی‌ها هیچ روش واقع‌گرایانه‌ای وجود ندارد. اما این رهیافت از این حیث قابل توجه است که ساختار تفکر فایده‌گرایانه را به خوبی نشان می‌دهد. شاید طیبیان نتوانند بهترین تصمیم را برآورد نمایند، اما نمی‌توانند منکر شوند که باید تقریباً به همین نحو بیندیشند. برای مثال، در این بیمار خاص، طیب معالج تصمیم گرفت از ید رادیواکتیو به عنوان بهترین [روش درمانی] استفاده کند. او نمی‌توانست به نحوی معقول این تصمیم را اتخاذ کند، مگر آنکه احتمال و فایده نتیجه مترتب بر هر یک از تصمیم‌ها را قبلاً بررسی کرده باشد.

در تمام کتاب‌های درسی طب، شیوه درمان پرکاری تیروئید آمده است و غالب پزشکان آن را صرفاً یک مسأله علمی محض قلمداد می‌کنند. اما این مثال نشان داد که حتی مسائل پیش‌پاافتاده طب بالینی دارای دو بُعد علمی و اخلاقی هستند. محاسبه احتمال [نتایج] قطعاً در حوزه علوم طبیعی قرار دارد، اما ارزیابی فایده [نتایج]، دست‌کم تا اندازه‌ای، شامل ارزش‌دوری اخلاقی نیز می‌شود. البته، طیب می‌تواند در نظر بگیرد که برای بهنجار کردن فعالیت غده تیروئید و یا از بین بردن فلان تظاهر بیماری، کدام درمان از همه مؤثرتر است، اما این اهداف عاجل فقط به عنوان وسیله خوب‌اند. تصمیم نهایی طیب بستگی دارد به ارزیابی کلی او از تأثیر همه نتایج مطلوب و نامطلوب احتمالی بر کیفیت زندگی بیمار، و یک زندگی با کیفیت خوب به خودی خود خوب است. بنابراین، هنگامی که می‌گوییم پزشک برای بیمار خود در پی بهترین نتیجه است، منظور ما «بهترین» در معنای مطلق کلمه است و همین معنی است که در کانون ملاحظات اخلاقی قرار دارد.

اغلب اوقات، فیلسوفان این قانون هیوم را نقل می‌کنند که «از هست^۱ نمی‌توان باید^۲ استنتاج کرد». این قانون در حوزه طب نیز مصداق دارد. ما می‌توانیم، به مدد کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده و تجربه‌های آزمایشگاهی، درباره آنچه در دنیا هست، تحقیق کنیم، اما همچون هیوم معتقدیم که نتایج چنین تحقیقاتی به ما نمی‌گویند در یک موقعیت خاص باید چگونه عمل کنیم - مگر آنکه به طبیعت‌گرایی اخلاقی معتقد باشیم (صفحه ۲۳۳).

فایده‌گرایی معطوف به بیمار، همانند فایده‌گرایی معطوف به عمل عام (صفحه ۲۳۵)، مصداقی از اخلاق قائم به مصلحت است، زیرا تصمیم‌گیرنده، در آن موقعیت خاص، فقط به نتایج عمل خود می‌اندیشد. اما یک طبیب باید در چشم‌اندازی گسترده‌تر به تصمیم‌های خود بنگرد. برای مثال، اگر او در یک مرکز خدمات درمانی دولتی کار می‌کند، که بودجه‌ای محدود دارد، باید مراقب باشد که همهٔ بیماران، مطابق نیازشان، از این منابع محدود سهم عادلانه‌ای ببرند. بنابراین، او باید فایده‌گرایی معطوف به قاعده را نیز از نظر دور ندارد، او باید به پیامدهای عام ناشی از تصمیم خود توجه کند. این تصمیم باید به گونه‌ای باشد که اگر طبیبان دیگر نیز در شرایط او قرار بگیرند، همان تصمیم را اتخاذ کنند. گاهی اوقات طبیب در موقعیتی قرار می‌گیرد که باید از میان چند شیوهٔ درمانی مختلف یکی را انتخاب کند. در میان این درمان‌های مختلف، یکی از آنها اندکی بهتر از بقیه به نظر می‌رسد، اما از آنها پرهزینه‌تر است.

در این شرایط، ممکن است فایده‌گرایی معطوف به قاعده پزشک را وادارد تا درمان ارزاتر را برگزیند. ممکن است او به این نتیجه برسد که، اگر مصلحت کل بیماران را در نظر بگیریم، استفادهٔ متداول^۳ از گرانترین شیوهٔ درمانی، بیشتر از آنکه فایده داشته باشد، ضرر خواهد داشت، زیرا این کار به منابع مالی محدود فشار وارد می‌کند. در مورد بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید این مشکل وجود ندارد، زیرا درمان با ید رادیواکتیو هم مؤثر است و هم از نظر اقتصادی مقرون به صرفه، اما به طور کلی این امر در فعالیت‌های بیمارستانی جدید مسألهٔ مهمی است.

ما باز هم باید دربارهٔ ملاحظات فریضه‌شناختی بحث کنیم. تاکنون، این واقعیت

1. is

2. ought

3. routine use

را پذیرفته‌ایم که تصمیم‌گیری‌های پزشک در جهت منافع بیمار است، اما از مسألهٔ خودمختاری^۱ بیمار کاملاً غافل بوده‌ایم. شکی نیست که طب قیّم‌آبانه^۲ هنوز هم رواج دارد، اما در بسیاری از کشورها، از جمله کشورهای اسکانندیناوی و بریتانیا، شمار روزافزونی از بیماران طبیب خود را در مقام یک مشاور^۳ می‌شناسند و نه یک قیّم^۴. آنها انتظار دارند در فرآیندهای تصمیم‌گیری که به درمان آنها مربوط می‌شود، فعالانه شرکت کنند. در این مورد خاص، ممکن است استدلال کنیم که تنها خود بیمار می‌تواند منافع و مضار نتایج احتمالی ناشی از درمان‌های مختلف را ارزیابی کند و تصمیم‌گیری [برای انتخاب درمان] باید به عهدهٔ او باشد. برای مثال، اگر بیمار مبتلا به پرکاری تیروئید به آوازخوانی خیلی علاقه‌مند باشد، ممکن است جراحی غدهٔ تیروئید را نپذیرد، زیرا شاید این عمل تارهای صوتی او را فلج کند؛ و یا زیر بار درمان با ید رادیواکتیو نرود، چرا که ممکن است به علت ایجاد کم‌کاری تیروئید صدای او را خشن کند. می‌توان نتیجه گرفت که این بیمار، به عنوان یک شخص مختار^۵، حق دارد هر آنچه را که صلاح خود می‌داند، انتخاب کند.

این مثال نشان می‌دهد که طبیب همواره سه وظیفه بر عهده دارد: ۱. او موظف است برای بیمار بهترین کار را انجام دهد؛ ۲. او موظف است منافع جامعه را رعایت کند؛ ۳. او موظف است خودمختاری شخص بیمار را محترم بشمارد؛ اینکه ترتیب تقدم این وظایف چیست، خود جای بحث دارد.

پیش از آنکه بکشیم حل این مسأله را به پایان برمانیم، بیمار دیگری را مثال می‌زنیم که ما را با مشکل متفاوتی روبرو می‌سازد. بیمار مردی میانسال است که احتمال می‌رود زخم معدهٔ او خوش‌خیم^۶ باشد. وی تحت عمل جراحی قرار می‌گیرد و قسمتی از معده‌اش را برمی‌دارند. روی ضایعه آزمایش آسیب‌شناسی انجام می‌دهند و برخلاف انتظار، در آن یاخته‌های سرطانی می‌بینند. در شرایط کنونی، درمان بیشتری لازم به نظر نمی‌رسد، اما نمی‌توان عود سرطان را مردود دانست. بعد از عمل، طبیب مجبور است تصمیم بگیرد که آیا باید تشخیص واقعی را

1. autonomy

2. paternalistic medicine

3. adviser

4. guardian

5. autonomous person

6. benign

به بیمار بگوید یا نه. آشکار است که این مسأله، مسأله‌ای اخلاقی است و نحوه استدلال درباره آن به مثال پیشین بسیار شباهت دارد. نخست، پزشک بر مبنای رهیافت معطوف به بیمار می‌اندیشد و پیامدهای حاصل از گفتن یا نگفتن حقیقت را در این موقعیت خاص در نظر می‌گیرد. او فکر می‌کند اکنون که بیمار با خوش اقبالی درمان شده است، گفتن حقیقت درباره تشخیص واقعی بیماری، صرفاً موجب نگرانی بی‌مورد او خواهد شد. اگر سرطان عود کرد، در صورت لزوم می‌توان بعداً حقیقت را به بیمار گفت، اما چرا نباید گذاشت تا آنجا که ممکن است بیمار به زندگی شاد خود ادامه دهد. همچنین، در این مرحله طبیب ذهن خود را نقادانه می‌کاود تا مطمئن شود که واقعاً در صدد است برای بیمار بهترین کار را انجام دهد. او باید مراقب باشد که مبادا، به خاطر خودخواهی، در واقع دارد به خود می‌اندیشد و می‌خواهد از زیر بار گفت‌وگویی ناراحت‌کننده شانه خالی کند.

در مرحله بعد، پزشک از چشم‌اندازی گسترده‌تر به این موقعیت واقعی نگاه می‌کند: او فرض می‌کند که همه پزشکان تحت همین شرایط تصمیم بگیرند حقیقت را کتمان کنند. او می‌کوشد، مطابق رهیافت فایده‌گرایی معطوف به قاعده، پیامد این تصمیم را بررسی کند: در نتیجه کتمان حقیقت، این ذهنیت در عموم به وجود خواهد آمد که تشخیص سرطان فقط در موارد لاعلاج^۱ افشا می‌شود، و نیز افراد جامعه بخطا معتقد خواهند شد که سرطان همیشه بیماری‌ای کشنده است. به علاوه، لاجرم در اذهان همگان جا می‌افتد که پزشکان گاهی دروغ می‌گویند، و این امر سبب خواهد شد که بیماران مبتلا به بیماری‌های خوش‌خیم نیز دچار نگرانی بی‌مورد شوند، یعنی وقتی طبیب معالج صادقانه به بیمار می‌گوید که بیماری‌اش بدخیم^۲ نیست، بیمار به قول طبیب اطمینان نخواهد کرد. تا این‌ها و این‌ها، در دانمارک و احتمالاً بسیاری از کشورهای دیگر وضعیت از این قرار بود.

سرانجام، پزشک نباید حق [استقلال] بیمار^۳ خود را، به‌عنوان یک شخص مختار، نادیده بگیرد. ممکن است او صادقانه معتقد باشد که بیمارش در جهل زندگی شادتری خواهد داشت، اما هیچ معلوم نیست که بیمار بخواهد در بهشت نادانی به

1. incurable

2. malignant

3. patient's rights

زندگی ادامه دهد. می‌توان استدلال کرد که پنهان کردن تشخیص و پیش‌آگهی بیماری خارج از صلاحیت طبیب است و هر فرد حق دارد، بدون توجه به پیامدها، از حقیقت آگاه شود.

در مورد این بیمار، طبیب تصمیم می‌گیرد به ملایمت به بیمار بگوید که عمل جراحی او کار بجا و درستی بوده است، زیرا در آزمایش بافت‌شناسی تغییرات سرطانی دیده شده است و ممکن بود سرطان به حدی رشد کند که دیگر نتوان آن را عمل کرد. طبیب به بیمار نمی‌گوید که احتمال عود سرطان وجود دارد و بیمار هم چیزی نمی‌پرسد. ما قضاوت را به خواننده وامی‌گذاریم تا خود داوری کند که آیا میزان اطلاعاتی که طبیب در اختیار بیمار قرار داده، مناسب بوده است یا خیر.

پیش از آنکه بکوشیم مسائلی را که در این دو مثال بالینی مطرح شدند، تحلیل کنیم، باید قدری درباره مفاهیم «خودمختاری» و «قیم‌مآبی» توضیح دهیم.

خودمختاری و قیم‌مآبی

دو مثال بالینی بالا تعارضی را که در طب بالینی میان تفکر فایده‌گرایانه و فریضه‌گرایانه وجود دارد، نشان می‌دهند. این تعارض از آنجا ناشی می‌شود که پزشک باید پیامدهای عمل خود را مد نظر داشته باشد و، در عین حال، به خودمختاری و استقلال عمل بیمار نیز توجه کند. در جمع‌بندی پایانی فصل پیشین گفتیم که، بنا به عقیده ما، باید ملاحظاتی را که ناظر به خودمختاری بیمار است، بر ملاحظات فایده‌گرایانه مقدم شمرد. اکنون می‌کوشیم این عبارت مهم را روشن کنیم. اختیار مفهومی چندپهلوسست، زیرا این واژه نزد فیلسوفان مختلف معانی متفاوتی دارد. در اخلاق فریضه‌شناختی کانت و فلسفه هرنوتیک، اختیار از جمله وجوه ذاتی هر شخص محسوب می‌شود. شخص مختار کسی است که می‌اندیشد، ارزش‌ها و هنجارهای خودش را برمی‌گزیند، از پیش برنامه می‌ریزد، تصمیم می‌گیرد و مطابق این تصمیم‌ها آزادانه عمل می‌کند. ممکن است فیلسوفان [مختلف]، مانند کانت و کی‌یرکگارد، در این مجموعه آرا بر عناصر یکسانی تأکید نداشته باشند، اما آنها متفق‌القول‌اند که مفهوم خودمختاری با مفهوم آزادی فرد^۱ ملازم است.

1. the freedom of the individual

بهرتر می‌داند»، مثال خوبی برای قیّم‌مآبی اصیل است. در این حالت، اغلب مردم رفتار قیّم‌مآبانه را می‌پذیرند، زیرا پذیرفته‌اند که کودک شخصاً کاملاً مختاری به حساب نمی‌آید، چون هنوز بالغ نشده است. مدلولات طبی چنین تفکری کاملاً واضح است. شماری از بیماران، مثلاً به علت تب شدید، هشیار نیستند و در حالت گیجی و هذیانی به سر می‌برند یا بعضی بیماران از لحاظ ذهنی فوق‌العاده معلول‌اند. در تمام این موارد، خودمختاری بیماران به شدت کاهش یافته است و شکی نیست که پزشک باید رفتاری قیّم‌مآبانه در پیش بگیرد.

رالز از قیّم‌مآبی اصیل تحت چنین شرایطی دفاع می‌کند و دفاع او خصوصاً از آن جهت جالب است که نشان می‌دهد می‌توان از نظریه قرارداد اجتماعی او در مسائل پزشکی استفاده کرد. او می‌نویسد:

خوب است در اینجا کمی دربارهٔ مسألهٔ قیّم‌مآبی بحث کنیم، زیرا این اصل... به آزادی کمتر بها می‌دهد. در این وضعیت جدید*، گروه‌ها [ی اجتماعی] بنا را بر این می‌گذارند که در جامعه عقلانی عمل می‌کنند و می‌توانند امور خود را رتق و فتق کنند... اما... آنها می‌خواهند خود را در مقابل بعضی احتمالات بیمه نمایند: احتمال اینکه قوای آنها رشد نکند و همچون کودکان نتوانند به نحو عقلانی منافع خود را تأمین کنند، و یا به علت بروز برخی پیش‌آمدها و بداقبالی‌ها نتوانند به صلاح خود تصمیم بگیرند.

در این موارد، گروه‌های اجتماعی اصولی را می‌پذیرند مشروط بر آنکه در صورت لزوم دیگران مجاز باشند خواسته‌های فعلی آنها را نادیده بگیرند و به نفع آنها عمل کنند... (۲)

رالز می‌افزاید که تصمیم‌های قیّم‌مآبانه، در صورت امکان، باید بر مبنای داوری‌ها و ترجیحات خود فرد اتخاذ شود: «ما باید بتوانیم استدلال کنیم، پس از آنکه فرد مورد نظر قوای عقلانی خود را بازیافت، خواهد پذیرفت که تصمیم ما به نفع او بوده است و با ما موافق خواهد بود که بهترین کار را برای او انجام داده‌ایم».

قیّم‌مآبی بلدان نیز از لحاظ اخلاقی پذیرفتنی است، زیرا بر آن دلالت دارد که فرد مورد نظر موافقت صریح^۱ یا ضمنی^۲ خود را اعلام کرده است. برای مثال، یکی از

فیلسوفان فایده‌گرا، مانند جان استوارت میل، نیز خواهان آزادی فردی هستند، اگرچه آنها بیشتر به آزادی عمل^۱ توجه دارند تا به آزادی اراده^۲. میل برای آنکه این دیدگاه را با موضع فایده‌گرایانه خود آشتی دهد مدعی است که با ترویج و گسترش خودمختاری، در بلندمدت، حداکثر منافع افراد ذی‌ربط تأمین خواهد شد.

از نظر من، فایده‌بنیادی‌ترین دستاویزی است که در پژوهش‌های اخلاقی می‌توان به آن متوسل شد. اما باید سودمندی را به وسیع‌ترین معنای آن منظور کنیم، یعنی سودمندی مبتنی بر منافع دائمی انسان، به عنوان موجودی بالنده و پیشرو. من معتقدم که این منافع اجازه می‌دهند. خودمختاری فرد تابع نظارت بیرونی باشد، فقط از آن حیث که با منافع دیگران نیز سروکار دارد (۱).

این اختلاف‌نظر میان کانت و میل شاید از حیث عملی بسیار اندک بنماید، زیرا هر دو بر اهمیت اصل خودمختاری تأکید می‌کنند. اما رأی بنیادین فایده‌گرایی آن است که باید اختیار فرد را به دلیل سودمندی آن طلب کرد، دقیقاً مانند سایر چیزهایی که به علت سودمندی‌شان طالب آنها هستیم. این رأی راه را برای محاسبه‌های فایده‌گرایانه ذهنی باز می‌گذارد تا میان آزادی و سایر اهداف مطلوب تعادل برقرار کرد. اما از دیدگاه کانت، بی‌احترامی به اختیار یک فرد، بی‌احترامی به ساحت انسانیت اوست، زیرا به این ترتیب، با او به منزلهٔ یک شیء رفتار شده است. این دیدگاه بسیار قاطع و سازش‌ناپذیر است.

مطابق اصل قیّم‌مآبی، اگر معتقدیم که عمل ما منافع دیگران را به بهترین وجه تأمین می‌کند، مجازیم به نفع آنها وارد عمل شویم. وقتی تفکر فایده‌گرایی چنین اصلی را نادیده می‌گیرد، پیروان نظریهٔ اخلاقی کانت باید با آن مخالفت کنند. اما از دیدگاه کانت چنین بر نمی‌آید که باید همیشه قیّم‌مآبی را (در معنای عام آن) محکوم کرد. برای توضیح این نکته مهم، خوب است میان سه نوع قیّم‌مآبی افتراق بگذاریم: قیّم‌مآبی اصیل^۳، قیّم‌مآبی بلدان^۴ و قیّم‌مآبی بدون-اذن^۵.

پدیری که خواست و ارادهٔ خود را بر کودک خردسالش تحمیل می‌کند «چون بابا

1. freedom of action

2. freedom of will

3. genuine paternalism

4. solicited paternalism

5. unsolicited paternalism

* یعنی «در پس پردهٔ جهل» (به صفحهٔ ۲۳۹ نگاه کنید).

مؤلفان این کتاب یک‌بار مهمان مسافرخانه کوچکی در بوسنی^۱ بود که صورت غذای آن را به کیریلیک^۲ (الفبای زبان‌های اسلاو) و با دست نوشته بودند و صاحب مسافرخانه فقط به زبان صرب-کروات^۳ صحبت می‌کرد. مهمان دانمارکی به رغم آنکه نتوانست با صاحب مسافرخانه ارتباط برقرار کند پشت میز باقی ماند، و صاحب مسافرخانه به درستی این رفتار را به این معنی تعبیر کرد که مهمان می‌خواهد وی به نفع او عمل کند، و از او با غذای لذیذی پذیرایی نمود.

موقعیت‌های مشابه در طب بالینی به کرات اتفاق می‌افتد، زیرا بسیاری از بیماران وقتی وارد بیمارستان‌های مدرن می‌شوند، همانند مهمان دانمارکی در مسافرخانه بوسنیایی، مبهوت و متحیر می‌مانند. اغلب ما موافقیم که اعتماد به پزشک و پیروی از دستورات وی، حق بیمار است. معمولاً، اما نه همیشه، بیماری که به شدت ناخوش است و سررشته‌ای هم از طب ندارد، نمی‌خواهد برایش در باب منافع و مضار شیوه‌های درمانی مختلف سخنرانی کنند، بلکه فقط از طبیب خود انتظار دارد هر آنچه را که از حیث تخصصی صلاح است، برای او انجام دهد.

قیم‌مآبی بدون‌باذن تنها نوعی از قیم‌مآبی است که مسائل اخلاقی جدی می‌آفریند. مطابق دیدگاه کانت، بی‌توجهی به خودمختاری فرد بیمار، همیشه از لحاظ اخلاقی کاری غلط است، اما این کار هم درست نیست که در همین آغاز، بحث را با چنین جمله قاطعی ختم کنیم. در اصل، بسیاری از پزشکان تلقی کانت از مفهوم فردیت را می‌پذیرند، اما اگر کمی صادقانه با خود فکر کنند، همچنین باید بپذیرند که، تحت شرایط خاصی، درک شهودیشان به آنها می‌گوید که بهتر است به شیوه قیم‌مآبی عمل کنند. همان‌طور که در فصل گذشته توضیح دادیم، این کافی نیست که ما بر مبنای نظریه‌ای مقدم^۴ (مانند نظریه کانت در باب انسان) اصلی را درباره عمل اخلاقی استنتاج کنیم، ما باید خواهان تعادلی فزاینده و مدبرانه باشیم که داورری‌های اخلاقی شهودی را همسنگ نظریه‌های مقدم و اصول اخلاقی در خود جای دهد.

در دومین مثال بالینی، طبیب همه حقیقت را به بیمار نگفت. او وجود سرطان را

متذکر شد، اما آشکارا نگفت که بیمار از پیش به سرطان مبتلا بوده است و احتمال دارد که سرطان در خود معده یا، اگر قبلاً منتشر شده است، در سایر اعضای بدن عود کند. وی با درک شهودی به این نتیجه رسید که میزان صحیحی از اطلاعات را در اختیار بیمار گذاشته است. بدون شک، این رفتار او قیم‌مآبانه بوده است.

البته، در چارچوب تفکر فایده‌گرایی، می‌توان در دفاع از اقدام طبیب گفت که «خودمختاری» صرفاً یکی از انواع خیر است و باید آن را در مقابل دیگر انواع خیر، مانند آرامش ذهنی، تعدیل کرد. اما اگر این برهان را نپذیریم، باید بر مبنای قرارداد اجتماعی نانوشته^۱ میان پزشکان و بیماران درباره این رفتار طبیب داورری کنیم. ما پیش از این دلایل رالز را در دفاع از قیم‌مآبی اصیل نقل کردیم. اگر درباره استدلال وی کمی بیشتر ببیندیشیم، می‌توانیم این نکته را دریابیم: افراد خردمندی که «در پس پرده جهل» جامعه‌ای را تأسیس می‌کنند، درباره وضعیت بهداشت و درمان خود در آینده به پزشکان اجازه می‌دهند، در حدود معینی، برخی اطلاعات را، که درباره آینده مقدر آنهاست، نزد خود محفوظ نگاه دارند، به شرط آنکه پزشکان معتقد باشند که این اطلاعات مخزل زندگی آنهاست. البته این پیشنهاد خطرناکی است، زیرا می‌توان آن‌را به منزله «چک سفیدی» تلقی کرد که نزد طبیب می‌ماند تا به نفع بیمار عمل کند. نمی‌توان منکر شد که در بعضی موارد خاص اغلب مردم احساس می‌کنند بیان حقیقت نوعی بی‌رحمی و ظلم نابجاست. فرض کنید که طبیبی، طی بررسی‌های معمول در پرتونگاری قفسه سینه یک بیمار پیر متوجه سرطان ریه می‌شود و این سرطان به قدری پیشرفته است که نمی‌توان آن را با عمل جراحی برداشت. به گمان ما، کم‌اند افرادی که این طبیب را به سبب کتمان حقیقت تعقیب کنند؛ تعقیب به خاطر اینکه به بیمار پیری که هیچ شکایت و تظاهری از سرطان خود ندارد، حقیقت را نمی‌گوید. در این مورد، می‌توان استدلال کرد که این قیم‌مآبی از نوع قابل قبول و بااذن است، این اذن ناشی از هنجارهایی است که در جامعه مقبولیت عام دارند. علت آنکه طبیب حقیقت را پنهان می‌کند، این نیست که این کار را بهترین تصمیم می‌داند، بلکه وی ناچار است به‌عنوان مجری^۲ یک قرارداد اجتماعی به این نحو عمل کند.

1. Bosnia

2. Cyrillic

3. Serbocroatian

4. Background theory

1. unwritten social contract

2. administrator

مشکل این است که چگونه می‌توان میان قیّم‌مآبی با اذن و بدون اذن تفاوت قائل شد. برای آنکه معلوم شود، برای مثال، مردم هنگام مراجعه به بیمارستان چه انتظاری دارند، به جد لازم است که تحقیقات و مباحثات وسیعی در زمینه اخلاق توصیفی انجام داد. این تنها راه برای به دست آوردن هنجارهایی است که مقبولیت عام دارند و برای راهنمایی پزشکان ضروری‌اند. در حال حاضر، بیمارانی که به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند، چیز زیادی درباره نحوه تفکر و استدلال طبیبان نمی‌دانند و طبیبان نیز تقریباً مجبورند منحصرأ بر درک شهودی خود تکیه کنند.

در اینجا باید افزود که به احتمال زیاد، هم انتظارات بیماران و هم نحوه رفتار پزشکان، از کشوری به کشور دیگر، بسیار متفاوت است. به همین دلیل، برای حل این مشکلات باید در سطوح مختلف ملی و بین‌المللی پژوهش‌های اخلاقی انجام شود.

گفته‌اند که قیّم‌مآبی اصیل امری لازم است و از لحاظ اخلاقی هم مجازاً^۱ شمرده می‌شود، اما متأسفانه، خط‌کشی میان قیّم‌مآبی اصیل و بدون اذن کاری بس دشوار است. ممکن است بیشتر بیمارانی را که به پزشک عمومی مراجعه می‌کنند، با هر معیاری، مختار تلقی کرد، اما طبیبی که در بخش اورژانس بیمارستان کار می‌کند با بیمارانی روبرو می‌شود که آشکارا نمی‌توانند به نفع خود تصمیمی بگیرند. به علاوه، بسیاری از بیماران، شاید برای چند ساعت یا چند روز، محتاج‌اند که طبیب در مورد آنها قیّم‌مآبانه عمل کند. کومراد^۲ می‌گوید: «همه بیماری‌ها با نوعی از کاهش خودمختاری همراه‌اند»، یعنی کاهش اختیار یکی از کیفیات ذاتی و مقوم بیماری است. شاید او در این باره افراط می‌کند، اما به حق تأکید می‌ورزد که ارتباط میان پزشک و بیمار برای امر درمان فرآیندی پویاست [۱۲]. اغلب اوقات، ما از اختیار چنان سخن می‌گوییم که گویی اختیار همیشه یا هست یا نیست، اما [واقع آن است که] خودمختاری به تناوب و به نحو موقت کاهش می‌یابد. بیماری که با درد شدید قفسه سینه به بیمارستان مراجعه کرده است، ممکن است چنان متوحش باشد که نتواند عاقلانه تصمیم بگیرد، اما همین بیمار چند ساعت بعد ممکن است کاملاً آرام شده باشد؛ بیماری که مبتلا به سینه‌پهلوسست و تب بالایی دارد ممکن است کاملاً نامعقول

رفتار کند، اما با کاهش تب می‌تواند به حالت عادی خود بازگردد. در این قبیل موارد، پزشک با نهایت خونسردی عمل می‌کند و گاهی اوقات مجبور می‌شود، به رغم مخالفت ملایم و یا حتی شدید از جانب بیمار، اقدام درمانی لازم را انجام دهد. کومراد رابطه پزشک-بیمار را چنین توصیف می‌کند: «این رابطه حرکت و سیری^۱ است از قیّم‌مآبی محدود به سوی حداکثر خودمختاری. حداکثر خودمختاری غایت^۲ یا هدف نهایی این حرکت است. هر چقدر توانایی بیمار برای [اعمال] خودمختاری بالا می‌رود، همان‌قدر از قیّم‌مآبی پزشک (که سبب این خودمختاری شده است) کاسته می‌شود» [۱۳].

البته خطر در این است که طبیب از حدود قیّم‌مآبی اصیل، که حمایتی و موقتی است، خارج شود و به محدوده قیّم‌مآبی بدون اذن و غیرقابل قبول پا بگذارد. احتمالاً بهترین آزمون همان است که رالز پیشنهاد کرده است: پس از انجام کار، بیمار باید «با ما موافق باشد که بهترین کار را برای او انجام داده‌ایم».

همچنین، طبیبی که در استخدام مراکز بهداشتی دولتی است، وقتی احساس می‌کند باید در قبال جامعه و وظیفه خود را ادا نماید، باید به نظریه قرارداد اجتماعی متوسل شود. لازمه نظریه رالز این است که مردم، برای آنکه هر چه بیشتر خواسته‌هایشان را برآورده کنند، باید برای حفظ منافع متقابل دست به تأسیس نهادهای اجتماعی بزنند. این امری کاملاً مستدل است که مردم وقتی در پس پرده جهل در مقام طراحی یک جامعه عادلانه برمی‌آیند، تصمیم می‌گیرند که نهادی اجتماعی برای ارائه خدمات بهداشتی همگانی سامان دهند تا از این طریق اطمینان یابند که در صورت لزوم هیچ‌گاه از خدمات پزشکی محروم نمی‌مانند. لیکن، اگر آنها چنین کنند، باید این را هم بدانند که بودجه خدمات بهداشتی نمی‌تواند نامحدود باشد. پس، مطابق قرارداد اجتماعی مذکور، کسانی که در این سازمان مسؤولیتی بر عهده دارند - به ویژه پزشکان - باید مطمئن شوند که همه مردم، بنا به نیازشان، سهم عادلانه‌ای از امکانات دریافت می‌نمایند. این نحوه تفکر با رأی رالز، مبنی بر عدالت توزیعی^۳، کاملاً هماهنگ است و این مدعایی به دور از عقل نخواهد بود که بگوییم

1. journey

2. telos

3. distributive justice

1. permissible

2. M.S. Komrad

در یک کشور دموکراتیک، که دارای خدمات بهداشتی عمومی است، در حقیقت مردم چنین قراردادی را پذیرفته‌اند و بنابراین، اخلاقاً موظف‌اند به طبیب اجازه دهند منافع عمومی را مد نظر قرار دهد.

در کشورهایی که اقتصاد مربوط به خدمات بهداشتی در کل بخشی از اقتصاد بازار^۱ محسوب می‌شود، وضعیت بسیار متفاوت است. ما وارد بحث دربارهٔ این مقوله، که با فلسفهٔ سیاسی پهلو به پهلو می‌زند، نخواهیم شد، اما فقط متذکر می‌شویم که این امر به خوبی نشان می‌دهد که نمی‌توان به اخلاق طب بالینی جدای از سایر مسائل نظر کرد. اخلاق پزشکی باید با هنجارها و ارزش‌های جامعه هماهنگ باشد و همین هنجارها و ارزش‌ها هستند که سازمان‌های اجتماعی را معین می‌کنند.

تصمیم نهایی

به عنوان آخرین مسألهٔ بالینی می‌خواهیم در باب داوری دربارهٔ کیفیت زندگی^۲ آیندهٔ بیماران بحث کنیم. در اینجا نیز از یک مثال بالینی کمک می‌گیریم تا این معضل را نشان دهیم.

پیرمردی هشتادساله دچار سکتۀ مغزی^۳ شده بود. سکتۀ یک طرف بدن وی را فلج کرد و نیز قدرت تکلم او را شدیداً مختل ساخت. وی به خانۀ سالمندان منتقل شد و وضعیت جسمی‌اش ماه‌ها بدون تغییر باقی ماند. بیمار بستگان نزدیک خود را می‌شناخت، اما به نظر نمی‌رسید وقتی با او صحبت می‌کنند چیزی متوجه شود. اگر او را تنها می‌گذاشتند مشوش می‌شد و غالباً سعی می‌کرد از تخت پایین بیاید. یک‌بار به علت عفونت ادراری^۴ دچار شوک عفونی^۵ شد و پزشک جوان مسؤل کشیک با استفاده از آنتی‌بیوتیک، تزریق خون و دیگر اقدامات درمانی ویژه، این وضعیت را با موفقیت درمان کرد. حدس ما این است که اگر بیمار درمان نشده بود، فوت می‌شد. پس از این رویداد، مسؤلان پزشکی در این باره به بحث پرداختند و همگی موافق بودند که در این مورد خاص، بهتر بود می‌گذاشتند بیمار بمیرد. بیمار تا زمان

سکتۀ مغزی سالم بوده است، اما پس از آن هیچ آمیدی نبود که سلامت خود را بازیابد. ما برای خود، کسانی که دوستان داریم و بیماریمان، آرزویی جز عمری طولانی و در کمال صحت نداریم که پس از یک دورۀ کوتاه بیماری پایان پذیرد.

این نتیجه‌گیری را می‌توان به مدد براهین فایده‌گرایی معطوف به قاعده توجیه کرد. اگر همهٔ پزشکان چنین بیمارانی را با جدیت درمان کنند، هم برای بیماران و نزدیکان آنها رنج بیهوده‌ای می‌آفرینند و هم برای سایر افراد سالمند این ترس را ایجاد می‌کنند که در صورت مراجعه به بیمارستان، نمی‌گذارند آنها به «مرگ طبیعی»^۱ بمیرند. در دانمارک، بعضی از مردم تا آنجا پیش رفته‌اند که با تهیهٔ سندی اعلام می‌کنند که اگر برای یک زندگی با کیفیت معقول بختی نداشتند، نمی‌خواهند تحت مداوای جدی قرار بگیرند.

وجوه فریضه‌شناختی این مورد بسیار پیچیده‌تر است. همهٔ مردم موافق‌اند، که در غالب موارد، وظیفۀ حرفه‌ای پزشکان حکم می‌کند، در صورت امکان، برای نجات جان بیماران بکوشند. استثنائات این قاعده به قدری اندک است که جای تعجبی ندارد اگر گاهی این قاعده را مطلق تلقی می‌کنند. احتمالاً پزشک جوان دلایل فایده‌گرایانه را قبول نداشته است و بلکه او تصمیمی را اتخاذ کرده که معتقد بوده، بدون توجه به پیامدهایش، فی‌نفسه درست است.

اما می‌توان استدلال کرد که وظیفۀ پزشکان برای نجات جان انسان‌ها امری مطلق نیست. مرگ پایان طبیعی و اجتناب‌ناپذیر زندگی همهٔ انسان‌هاست. می‌توان اعتقاد داشت که پزشکان صرفاً موظف‌اند نوع و کیفیت خاصی از زندگی را حفظ کنند. ارزش زندگی انسانی ما در گرو آن است که بتوانیم بر مبنای تأمل در نفس قضاوت کنیم و دست به عمل بزنیم.^۲ اگر در پیرمردی هشتادساله این توانایی به قدری کاهش یافته است که برگشت‌ناپذیر به نظر می‌رسد، شاید از لحاظ اخلاقی لازم باشد از مداوای جدی وی خودداری کنیم. سیتیا کوهن^۳ که به همین نحو استدلال می‌کند، می‌نویسد: ملاحظات مربوط به «کیفیت زندگی» بر تصدیق این امر استوارند که در پاره‌ای موارد مصیبت‌بار، زندگی انسان‌های والا می‌تواند به حدی تنزل یابد که دیگر

1. natural death
3. Cynthia Cohen

2. introspective evaluation and action

1. market economy
3. stroke
5. septic shock

2. quality of life
4. urinary infection

هیچ امید معقولی وجود ندارد که بتوانند بر اساس ارزش‌های ناشی از انتخاب خود زندگی کنند. ما معتقدیم که ارزش والای انسان‌ها به این است که موجوداتی صاحب اراده و مدبرند و بر مبنای درکی که از زندگی خوب دارند، حیات خود را سامان می‌بخشند. اما وقتی ما اصرار می‌ورزیم انسانی را، که دیگر نخواهد توانست زندگی‌اش را بر اساس گزینش‌های خود سروسامان دهد، تحت مراقبت و درمان‌های ویژه پزشکی قرار دهیم، خلاف این اعتقادمان رفتار کرده‌ایم (۴).

پزشکانی که این دیدگاه را قبول دارند باید، همانند سیتیا کوهن، به این نتیجه برسند که «در یک موقعیت خاص، خواه تصمیم بگیریم که برای زنده نگاه داشتن بیمار درمان لازم را انجام بدهیم و خواه تصمیم بگیریم که از انجام آن درمان صرف‌نظر کنیم، در هر حال به یک اندازه مسؤولیت داریم».

مسائلی که در این فصل به کمک شرح حال سه بیمار مطرح کردیم آنقدر شایع‌اند که هر روز در بیمارستان‌های جدید با امثال آنها مواجه می‌شوند. با وجود این، هیچ‌گاه به دانشجویان پزشکی و پزشکان جوان تحلیل سیستماتیک این‌گونه مسائل آموزش داده نمی‌شود. آنها فقط می‌آموزند که، با پیروی از همکاران ارشد خود، مطابق هنجارهای حرفه پزشکی (تا آنجا که چنین هنجارهایی وجود دارد) عمل کنند. البته، همان‌گونه که گفته‌اند، فیلسوف هرگز نمی‌تواند یک مشکل اخلاقی را حل کند، اما رأی ما این است که آشنایی با فلسفه اخلاق و نیز تحلیل سیستماتیک مسائل اخلاقی می‌تواند این اطمینان را ایجاد کند که طبیب در مقام تصمیم‌گیری از جنبه‌های مهم مسأله‌ای که پیش رو دارد غافل نمی‌ماند و در موارد مشابه همواره یکسان عمل می‌کند.

اخلاق و پژوهش بالینی

اخلاق در پژوهش بالینی موضوعی کلان و بسیار پیچیده است و ما در این بحث مختصر درباره مشکلات اخلاقی در طب، به مبحث اخلاق در کارآزمایی‌های درمانی کنترل‌شده بسنده می‌کنیم (صفحه ۶۶). طبیی که از سر علاقه خود را درگیر این‌گونه پژوهش‌ها می‌کند باید مطالبی درباره ساختار تحلیل اخلاقی بداند. ما در

اینجا وارد جزئیات این بحث نمی‌شویم، بلکه صرفاً طرحی کلی از ساختار تحلیل اخلاقی مورد نیاز این‌گونه پژوهش‌ها به دست می‌دهیم.

نوعاً در این‌گونه پژوهش، طبیب می‌خواهد تأثیر دو دارو را مقایسه کند که یکی از آنها استفاده رایج دارد و دیگری داروی جدیدی است که شاید مؤثرتر باشد یا نباشد. او می‌خواهد نتایج کارآزمایی حتی‌المقدور قابل‌اعتماد باشد، بنابراین، تعدادی از بیماران مبتلا به یک بیماری خاص را به صورت اتفاقی به دو گروه تقسیم می‌کند و هر گروه را با یک دارو تحت درمان قرار می‌دهد و در صورت امکان، می‌کوشد کارآزمایی را به صورت دوسویه کور^۱ برگزار کند (یعنی بیمار و پزشک، هیچ‌کدام، نمی‌دانند در طی کارآزمایی، بیمار کدام یک از دو دارو را استفاده می‌کند). مدلولات اخلاقی چنین پژوهشی را باید دست‌کم از سه زاویه بررسی کرد.

نخست، پزشک در چارچوب تفکر فایده‌گرایی عام می‌اندیشد و منافع حاصل از پژوهش را برای همه مردم می‌خواهد. هدف اصلی در کارآزمایی‌های درمانی کنترل‌شده - یا هر نوع پژوهش بالینی دیگر - این نیست که به کسانی که تحت این کارآزمایی قرار گرفته‌اند سودی برسد، بلکه منافع بیمارانی که در آینده به همان بیماری مبتلا می‌شوند مورد نظر است و غالباً فرض بر آن است که این منافع قابل توجه خواهند بود. گزارش این قبیل کارآزمایی‌ها معمولاً در مجله‌های بین‌المللی به چاپ می‌رسد و در نتیجه، می‌توان امیدوار بود که تعداد زیادی از بیماران در کشورهای مختلف بتوانند از این پس درمان مؤثرتری دریافت کنند.

دوم، پزشک باید به خاطر داشته باشد که این قبیل طرح‌های تحقیقاتی به هیچ‌وجه چیزی از وظیفه او، مبنی بر انجام بهترین کار برای بیمار، نمی‌کاهد. بنابراین، او باید رهیافت فایده‌گرایی معطوف به بیمار را نیز مد نظر قرار دهد؛ او باید برای نتایج و پیامدهایی که انجام این تحقیق برای بیمارانش دارد، اهمیت قائل شود. این مشکل بزرگی است، زیرا او پیشاپیش نمی‌تواند بداند که نتایج تحقیق چه خواهد بود. البته، او باید مطمئن باشد که داروی جدید، با آزمایش روی حیوانات در آزمایشگاه و نیز مطالعات اولیه روی افراد داوطلب سالم، از هر حیث امتحان شده است. اگر این آزمایش‌ها نشان داده باشند که دارو برای افرادی که آن را مصرف

1. double-blind

می‌کنند مضر است، پزشک باید از انجام کارآزمایی خودداری کند. اما او هیچ‌گاه نمی‌تواند مطمئن باشد که این دارو اثر پیش‌بینی شده را نشان دهد و عارضه جانبی غیرمنتظره‌ای به وجود نیارد.

در بیانیه هلسینکی^۱، که توسط انجمن پزشکی جهانی^۲ در سال ۱۹۶۴ تصویب شد و در سال ۱۹۷۵ مورد بازبینی قرار گرفت [۵]، آمده است که «در همه پژوهش‌های پزشکی باید به همه بیماران، از جمله افراد گروه شاهد^۳ (البته اگر چنین گروهی در کار باشد)، اطمینان داد که ثابت شده است روش تشخیصی یا درمانی مورد نظر بهترین روش موجود است». اگر این بند را به معنای ظاهری آن بگیریم، این‌گونه کارآزمایی‌ها مجاز نیستند، زیرا دارویی که قرار است مورد آزمایش قرار بگیرد واجد شرط «بهترین روش درمانی ثابت‌شده» نیست، اما معمولاً بند مذکور را به این معنی می‌گیرند که نباید به بیماران درمانی با کیفیت نازل تجویز کرد.

سوم، پزشک باید خودمختاری بیماران را محترم بشمارد و به خصوص مهم است که در پژوهش بالینی به این موضوع از منظر فایده‌گرایانه نگاه کند. او نباید خودمختاری را خیریی تلقی کند که می‌توان آن را با انواع دیگر خیر (مانند نتایج درمانی بهتر در بیماران بعدی) مقایسه کرد. بلکه، مطابق فلسفه اخلاق کانت، او باید بدون هیچ قید و شرطی به خودمختاری بیماران احترام بگذارد.

قبلاً، این ملاحظه فریضه‌شناختی را در غالب موارد نادیده می‌گرفتند، زیرا پژوهشگران کارآزمایی‌های کنترل‌شده را بدون اطلاع بیماران انجام می‌دادند. اما پس از انتشار بیانیه هلسینکی وضعیت تغییر کرد. مطابق این بیانیه، پژوهشگر بالینی موظف است مطمئن شود که همه بیماران...

... به قدر کافی از هدف، روش‌ها، منافع پیش‌بینی شده و خطرات احتمالی پژوهش و ناراحتی‌هایی که ممکن است پدید آورد مطلع شده باشند. باید به اطلاع بیمار برسد که می‌تواند از شرکت در پژوهش خودداری کند و آزاد است تا در هر لحظه موافقت خود را برای شرکت در پژوهش پس بگیرد. سپس طبیب باید «رضایت آگاهانه»^۴ فرد را آزادانه، و ترجیحاً به صورت مکتوب اخذ نماید.

1. The Declaration of Helsinki
3. control group

2. World Medical Association
4. informed consent

درباره موضوع «رضایت آگاهانه» مطالب بسیاری نوشته‌اند. یکی از مسائلی که به کرات اتفاق می‌افتد (حداقل در دانمارک) این است که بیمار می‌خواهد تصمیم‌گیری را به طبیب واگذار کند. بیمار اطلاعات راجع به کارآزمایی را به صورت نوشته دریافت می‌کند و سپس نظر طبیب را جویا می‌شود. در این‌گونه موارد معمولاً ما بیمار را در کارآزمایی می‌پذیریم؛ زیرا معتقدیم این حق بیمار است که مسؤلیت را به طبیب تفویض نماید. در این حالت خودمختاری بیمار نقض نشده است.

بیشتر کارآزمایی‌های کنترل‌شده مشکلات اخلاقی جدی ایجاد نمی‌کنند، اما گاهی اوقات ملاحظات فریضه‌شناسانه و فایده‌گرایانه با یکدیگر تصادم دارند. برای مثال، ممکن است پژوهشگران بالینی فکر کنند که، محض خاطر بیماران آینده، انجام کارآزمایی برای مقایسه دو درمان بسیار اهمیت دارد، اما در همان حال ممکن است متوجه شوند که اخذ رضایت آگاهانه از بیمارانی که تحت کارآزمایی قرار می‌گیرند، پسندیده یا ممکن نیست. برای مثال، آنها شاید استدلال کنند در مواردی که بیمار به سرطانی بدخیم مبتلاست و پیش‌آگهی بدی هم دارد، گفتن همه‌چیز درباره عدم کارآیی درمان موجود کاری بی‌رحمانه است؛ و یا ممکن است معتقد باشند واقعاً نمی‌توان برای بیمار بدحالی که به صورت اورژانس بستری شده است، اصول یک کارآزمایی را توضیح داد.

در بیانیه هلسینکی بند بحث‌برانگیز دیگری وجود دارد که مطابق آن در پاره‌ای از موارد استثنایی «ممکن است پزشک به این نتیجه برسد که اخذ رضایت آگاهانه از بیمار لازم نیست. در این صورت، او باید این پیشنهاد را در ضمن پیش‌نویس پژوهشی^۱ ذکر کند و آن را به مجمع اخلاقی^۲ مستقل^۳ تسلیم نماید».

مطابق بیانیه هلسینکی، تمام طرح‌های تحقیقاتی که در آنها روی انسان کار می‌شود، باید توسط یک مجمع اخلاقی مستقل تصویب شوند و مطابق بند اخیر، این مجمع می‌تواند وظیفه اخذ رضایت آگاهانه را از دوش پزشک بردارد.

مشکل آشکار است. در نگاه نخست، ممکن است فکر کنیم که این بند برای مسأله‌ای که تا حدی حل‌نشده به نظر می‌آید، راه‌حلی پیش پا گذاشته است، اما در اصل هیچ فرقی نمی‌کند که خودمختاری بیمار را طبیب نقض کند یا یک مجمع

1. experimental protocol

2. independent committee

اخلاقی مستقل. لیکن، شاید بتوان با مراجعه به نظریه قرارداد اجتماعی، از نقض اختیار بیمار دفاع کرد. می‌توان این‌گونه استدلال کرد که اغلب مردم به اهمیت پیشرفت طب، بخصوص در درمان بیماری‌های بدخیم، واقف‌اند و در نتیجه اجازه برای انجام کارآزمایی‌های کنترل‌شده به نفع همگان خواهد بود، حتی اگر، بنا به بعضی دلایل، جلب رضایت تک‌تک بیماران ممکن یا پسندیده نباشد. همچنین، می‌توان استدلال کرد که در این قبیل موارد استثنایی نباید تصمیم‌گیری را تنها به عهدهٔ طیب واگذار کرد، زیرا او به‌هیچ‌وجه مصون از خطا نیست، بلکه افراد مستقل و بی‌طرف، اعم از پزشک یا غیرپزشک، باید تصمیم او را تأیید کنند. اما در حال حاضر در بیشتر کشورها فقط اقلیتی از مردم دربارهٔ این مسأله چیزی می‌دانند و تازه اطلاعات آنها هم اندک است. در این شرایط، فرض وجود یک قرارداد اجتماعی نانوشته کاری خطرناک است. در این حالت باید در سطح جامعه حول این موضوع مباحثات عمومی انجام شود و نیز برای آگاهی از دیدگاه‌های عموم مردم باید اقدام به مطالعات توصیفی نمود.

بیانیهٔ هلسینکی مثالی از موازین بین‌المللی است که نسبتاً مشروح بوده و آثار سودمند بسزایی، دست‌کم در امریکای شمالی و اروپا، به جا گذاشته است. سا در بحث خود نشان دادیم که به دشواری می‌توان، حتی در یک حوزه محدود و مشخص، به تعادلی فراگیر و مدیرانه دست یافت و برای اینکه در خصوص پژوهش‌های پزشکی به دستورالعمل‌های دقیق برسیم، باید در سطح ملی، و نه بین‌المللی، برنامه‌ریزی و اقدام کنیم.

یادداشت‌ها

1. Mill, J. S. *On Liberty*. Originally published 1859. In: Warnock, M. (ed.) *Utilitarianism*. London: Fontana Collins, 1962. p. 136.
2. Rawls, J. *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press, 1971, pp. 248–9.
3. Komrad, M. S. A defence of medical paternalism: Maximizing patients' autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 1983; 9: 38–44.
4. Cohen, C. B. «Quality of life» and the analogy with the Nazis. *Journal of Medicine and Philosophy*, 1983; 8: 113–35.
5. Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland 1964, and revised by the 29th World Medical Assembly Tokyo, Japan, 1975.

جسم و ذهن

یکی از مضامین اصلی کتاب حاضر این بوده است که افراد بیمار فقط ارگانسیم‌های بیولوژیکی نیستند که دچار «اختلال مکانیکی» شده‌اند، بلکه موجوداتی انسانی‌اند که می‌اندیشند، امید می‌بندند، عمل می‌کنند و رنج می‌برند. برای آنکه این نکته را نشان دهیم، در مبحث فلسفه هرمنوتیک دربارهٔ تلقی کی‌یرگگارد از انسان صحبت کردیم و در فصل‌های مربوط به اخلاق پزشکی، دربارهٔ دیدگاه‌های کمانت به بحث پرداختیم. اما هنوز به تفصیل روشن نکرده‌ایم که چگونه حالت‌ها و فرآیندهای «جسمانی»^۱ با حالت‌ها و فرآیندهای «روانی»^۲ ارتباط پیدا می‌کنند. ما رابطهٔ میان جسم^۳ و ذهن^۴ را مورد بررسی قرار نداده‌ایم.

این رابطه مسأله‌ای فلسفی است که بزرگان عرصهٔ اندیشه را به خود مشغول کرده است، اما در عین حال این موضوع از منظر طب نیز اهمیت دارد. پزشکان از دانش زیست‌شناسی خود برای تسکین آلام بیماران استفاده می‌کنند. آنها بیماری‌ها را در قالب روانی، جسمی و یا حتی روان-تنی، طبقه‌بندی می‌کنند و اذعان دارند که باید به اختیار و کرامت^۵ بیماران احترام بگذارند. فعالیت علم طب هر دو حوزهٔ مربوط به تن و روان را دربر می‌گیرد و لاجرم، فلسفهٔ طب نیز باید به رابطهٔ میان این دو حوزه بپردازد، وگرنه دستگاه فلسفی کاملی نخواهد بود.

اجازه بدهید در آغاز یادآوری کنیم که ما با مقوله‌ای فلسفی سروکار داریم که تاکنون به نحو رضایت‌بخشی تکلیف آن روشن نشده است، اما معتقدیم که حتی شناختی محدود از براهینی که له و علیه نظریه‌های مختلف در باب رابطهٔ جسم و ذهن آورده‌اند، می‌تواند به پزشک کمک کند تا او با دید وسیع‌تری به مسائل مربوط به

1. somatic
3. body
5. dignity

2. mental
4. mind

کار بالینی و پژوهش پزشکی نگاه کند. امانوئل کانت در کتاب نقد عقل محض^۱ این معضل اساسی را به خوبی بیان کرده است. او در این کتاب به تشریح تفاوت میان علیت در طبیعت و اختیار انسان می‌پردازد.

هنگامی که با رویدادی سروکار داریم، فقط دو نوع علیت برایمان متصور است: علیت یا ملایم طبیعت است یا مأخوذ از اختیار. نوع اول علیت، عبارت است از رابطه‌ای در جهان محسوس که حالتی را به حالت مقدم بر آن مربوط می‌سازد. در این رابطه، علیت پیرو یک قاعده است... از طرف دیگر، منظور من از اختیار (در معنای جهان‌شناختی^۲ آن) قدرتی است که می‌تواند حالتی را به نحو خود به خود و خودجوش آغاز کند. بنابراین، این علیت خود قائم به علت دیگری، که آن را در ظرف زمان تعیین بخشد، نیست. این امر برخلاف علت طبیعی است که چنین لازمه‌ای دارد (۱).

پرسش این است: «آیا اختیار انسان توهمی بیش نیست؟». کانت این مسأله را به کمک «قضیه جدلی‌الطرفین»^۳ صورت‌بندی کرده است، یعنی در قالب یک حکم^۴ (=تز) و یک ضدحکم^۵ (=آنتی‌تز)، که هر دو، علی‌السواء، قابل دفاع و قابل نقد هستند (۲).

مطابق حکم کانت: انسان مختار است و فعالیت‌های ذهنی او، برخلاف پدیده‌های طبیعی، مسبوق به علت نیستند. این مدعا با تجربه شخصی همه ما به خوبی مطابقت دارد: ما مختاریم تا درباره امور مختلف بیاندیشیم، از اندیشه‌هایمان نتایج خاص خودمان را بگیریم و برای خودمان تصمیم بگیریم که در موقعیت‌های خاص چگونه عمل کنیم. فرآیندهای ذهنی، برخلاف فرآیندهای فیزیولوژی، تابع علیت طبیعی نیستند. ریچارد رورتی^۶ در این باره می‌گوید: «اگر بگوییم ذهن همان مغز است، مانند آن است که بگوییم ما موسیقی و ریاضیات را به همان نحو از خود درمی‌آوریم که طحال سودا را ترشح می‌کند» (۳).

اما همچنین، در زندگی روزانه، فرض ما بر این است که همه امور علتی طبیعی

1. *Critique of Pure Reason*

3. *antinomy*

5. *antithesis*

2. *cosmological*

4. *thesis*

6. Richard Rorty

دارند و باید ضدحکم کانت را جدی بگیریم که «اختیار وجود ندارد. در جهان همه امور صرفاً مطابق قوانین طبیعی روی می‌دهند».

گیلبرت رایل، که از فیلسوفان جدید است، ضدحکم را قبول دارد. او آنچه را «اصل جزمی روح در ماشین»^۱ می‌خواند، به باد انتقاد می‌گیرد و در بند زیر توصیفی گزنده از دیدگاه مخالفان خود ارائه می‌دهد:

هرچند بدن انسان یک ماشین است، اما یک ماشین معمولی هم نیست، چون بعضی از کارهای آن را ماشین دیگری که درون آن است اداره می‌کند. این مدیر ماشینی داخلی از نوع بسیار خاصی است. نامرئی است، نمی‌توان صدای آن را شنید و هیچ وزن و اندازه‌ای هم ندارد. نمی‌توان آن را تجزیه کرد و از قوانینی تبعیت می‌کند که مشابه قوانین شناخته‌شده ماشین‌های معمولی نیست و نمی‌دانیم که چگونه ماشین بدن را اداره می‌کند (۴).

به عقیده رایل، بهتر است این قبیل توضیحات گنگ و مبهم را کاملاً کنار گذاشت. اما پیش از آنکه تسلیم بیان بلیغ رایل شویم، باید ببینیم که آیا می‌خواهیم این نتیجه به ظاهر گریزناپذیر را تصدیق کنیم که «اندیشه‌ها، تصمیم‌ها و رفتار ما تماماً توسط قوانین طبیعی تعیین می‌یابند». پس از آن، درباره کوشش‌های جدی و پخته‌تری که برای حل معمای جسم-ذهن صورت گرفته است، بحث خواهیم کرد. اما این اصلاحات نباید به تیرگی موضوع اصلی (آن‌چنان‌که در قضیه جدلی‌الطرفین کانت مطرح شده است) بیانجامد. این ایده اختیار انسان و کرامت آدمی است که در معرض خطر قرار دارد.

یکی از مسائلی که با آن روبرو هستیم خصوصیت فریبنده‌ی واژه «ذهنی» [=روانی] است. حالت‌ها و رویدادهای روانی بسیار متنوع‌اند و به دشواری می‌توان وجه مشترک آنها را تعیین کرد. برخی فیلسوفان تأکید کرده‌اند که حالت‌های روانی نیت‌مند و التفاتی^۲ هستند، یعنی همیشه معطوف به چیزی هستند. شکی نیست که حیث‌التفاتی^۳ مفهومی اساسی است؛ ما فقط امیدوار نیستیم، بلکه به چیزی امید داریم؛ ما فقط نمی‌اندیشیم، بلکه به چیزی می‌اندیشیم؛ ما همیشه چیزی را می‌بینیم و

1. the dogma of the ghost in the machine

2. intentional

3. intentionality

دربارهٔ چیزی تصمیم می‌گیریم. به خصوص، فیلسوفان قاره‌ای، مانند هایدگر و برنتانو^۱، بر این نکته تأکید می‌کنند و حتی فیلسوفان تحلیلی مشرب نیز با آنها هم‌عقیده‌اند [۵]. برای مثال، دونالد دیویدسن^۲ می‌نویسد: «وجه ممیزهٔ امر «روانی» عبارت از خصوصی، ذهنی یا غیرمادی بودن آن نیست، بلکه عبارت از آن چیزی است که برنتانو آن را حیث التفاتی می‌خواند» [۶].

اما دیدگاه دیویدسن جای بحث دارد. اولاً، پاره‌ای از فرآیندها که معمولاً آنها را «روانی» محسوب نمی‌کنند، التفاتی هستند، مانند محاسبهٔ مقداری^۳ توسط کامپیوتر. ثانیاً، برخی حالت‌ها که کاملاً «روانی» اند به میزان قابل توجهی التفاتی نیستند. بعضی از حس‌ها، مانند حس درد یا خارش، که فیلسوفان آنها را «حس‌های خام»^۴ می‌نامند، قابل توصیف‌اند و می‌توان جای آنها را مشخص کرد. اما این حس‌ها، برخلاف امید و آرزو، معطوف به چیزی نیستند. همچنین به نظر می‌رسد حُلَقیات، مانند اضطراب و افسردگی، غیرالتفاتی باشند. در فصل ۹، اضطراب را یکی از صفات ذاتی و مقوم بشر برشمردیم و گفتیم یکی از ویژگی‌های این خلق خاص آن است که معطوف به موضوعی نیست. بنابراین، ما این رأی دیویدسن را قبول نداریم که «وجه ممیز» روانی همان حیث التفاتی است.»

حالت‌های روانی، همانند تجربهٔ درد، صدا یا رنگ، خواص پدیداری [= فنومال] دارند، به این معنی که مشخصهٔ این کیفیات ذهنی و خصوصی^۵ بودن آنها است. من می‌دانم که من چه درکی از سرخی دارم، اما نمی‌توانم در قالب کلمات توضیح دهم که این کیفیت چگونه است و نمی‌توانم مطمئن باشم که دیگران نیز سرخی را به همین نحو تجربه می‌کنند. تجربهٔ شخصی مرا نمی‌توان عینی کرد، اما همین‌که این تجربه برای من وجود دارد، اثبات می‌کند که من موجودی خودآگاه^۶ هستم. ممکن است سایر مردم بخوانند بدانند «من بودن» چگونه است و آنچه را من احساس می‌کنم، احساس کنند و آنچه را من می‌بینم ببینند، اما نمی‌توان به این قبیل پرسش‌ها به نحو عینی پاسخ گفت. اما آنها با طرح این قبیل پرسش‌ها تصدیق می‌کنند که من

موجودی خودآگاه هستم، چرا که طرح این پرسش‌ها برای یک ماشین یا یک کامپیوتر کاری بی‌معنی است. توماس ناگل^۱، فیلسوف تحلیلی مشرب، در مقاله‌اش با عنوان «خفاش بودن به چه می‌ماند؟»^۲ این رأی را توضیح داده است [۷]:

بسیار دشوار است که بتوان به واسطهٔ خصیصهٔ عینی تجربه و فارغ از منظر خاصی که فاعل تجربه به آن قائل است، معنای آن تجربه را دریافت. خلاصه آنکه، اگر شخص منظر خود خفاش را حذف کند دیگر از «خفاش بودن به چه می‌ماند» چیزی باقی نمی‌ماند.

او همچنین می‌نویسد:

اساساً ارگانیسمی واجد حالت‌های ذهنی خودآگاه است که اگر، و فقط اگر، چیزی نظیر «آن ارگانیسم بودن»^۳ یا «برای آن ارگانیسم بودن» وجود داشته باشد. ما می‌توانیم این امر را خصیصهٔ ذهنی تجربه بدانیم. هیچ‌یک از تحلیل‌های تحویل‌گرای مائوسی که در سال‌های اخیر برای تحلیل حالت‌های ذهنی عرضه شده‌اند، نمی‌توانند این خصیصه را به چنگ آورند، زیرا به لحاظ منطقی همهٔ این تحلیل‌ها با نبود آن حالت‌های ذهنی سازگارند. این حالت‌ها را نمی‌توان بر مبنای نظام‌هایی که پدیده‌ها را از حیث کارکردی یا التفاتی تبیین می‌کنند، تحلیل نمود، چرا که می‌توان حیث التفاتی یا کارکردی را به آدم‌ماشینی [= ربات] یا ماشین خودکار هم، که شبیه انسان عمل می‌کنند، اما چیزی را تجربه نمی‌کنند، نسبت داد. همچنین به دلایلی مشابه، این خصیصه را نمی‌توان بر مبنای نقش علّی تجربه در رابطه با رفتار نوعی انسان تحلیل کرد. من منکر نیستم که حالتها و رویدادهای ذهنی آگاهانه موجب بروز رفتار می‌شوند، و نیز انکار نمی‌کنم که شاید بتوان توصیفی کارکردی از این امور به دست داد. من صرفاً این رأی را، که این قبیل امور تن به تحلیل نمی‌دهند، انکار می‌کنم.

کی‌یرکگارد مدعی بود که فقط حقایق ذهنی اهمیت دارند. اما ناگل تا این حد پیش نمی‌رفت و معتقد بود که باید در قلمرو امور ذهنی واقع‌گرا باشیم، زیرا اگر خصیصهٔ ذهنی تجربهٔ شخصی را منظور نکنیم، نخواهیم توانست دربارهٔ پدیده‌های

1. Thomas Nagel
3. to be that organism

2. What is it like to be a bat?

1. Brentano
3. P-value
5. subjective and private

2. Donald Davidson
4. raw feels
6. concious

روانی نظریه مطلوبی ارائه کنیم. کی یرکگارد این رأی را چنین بیان کرده است: «شیوه تفکر عینی از ذهن امری عَرَضی می‌سازد و بنابراین وجود را به چیزی محو و بی تفاوت تبدیل می‌کند» (به صفحه ۱۸۰ نگاه کنید). نمی‌توان حقایق ذهنی را عینی کرد و تلاش برای این کار آنها را نابود می‌کند.

رابطه میان جسم و ذهن، نخستین بار در قرن ۱۷ میلادی در کانون مسائل فلسفی قرار گرفت. در آن زمان روش‌های تجربی و کمی علوم طبیعی مقبولیت گسترده‌ای یافته بودند و خیلی زود همگان پذیرفتند که اجزای مادی طبیعت نظام علی بسته‌ای را تشکیل می‌دهند. مطابق این تلقی، حرکت همواره توسط نیروهای طبیعی تعیین می‌یافت و کل طبیعت را ماشین عظیمی می‌پنداشتند که باید مکانیسم‌های آن را به مدد ریاضیات تبیین کرد. طبیعت را باید در قالب اصطلاحات کمی توصیف می‌کردند و تجربه‌های کیفی را به ذهن یا روح احاله می‌دادند.

رنه دکارت اولین دانشمند و فیلسوفی بود که مسأله ذهن-جسم را به این نحو تحلیل نمود. او میان دو جوهر مجزا تمایز قائل می‌شود: جوهر جسمانی (بدن) و جوهر ذهنی یا روانی (موجود متفکر = *res cogitans*). این دو جوهر در انسان متحد شده‌اند و به نحو بسیار پیچیده‌ای با یکدیگر در همکنش و تعامل هستند. وجوه اساسی این دو با یکدیگر تفاوت دارد:

پس، امتداد^۱ در طول و عرض و عمق ماهیت جوهر جسمانی را تشکیل می‌دهد، و تفکر^۲ ماهیت جوهر روانی را می‌سازد. برای اینکه، هر چیز دیگری که بتوان به جسم نسبت داد از پیش متضمن امتداد است و چیزی بیش از شانی از شئون این موجود ممتد نیست. درست به همین ترتیب، تمام خواصی را که ما در جوهر ذهنی می‌یابیم، صرفاً اشکال مختلف تفکر هستند (۸).

نظریه‌ای از این نوع را دیدگاه قائل به ثنویت‌گرایی یا دوگانه‌انگاری^۳ می‌نامند. همه دوگانه‌انگاران با این مشکل اساسی روبرو هستند که باید توضیح دهند چگونه دو جوهر با ماهیت‌های متفاوت می‌توانند با یکدیگر همکنش داشته باشند. نظر دکارت به خصوص در این باره مبهم است. او در نامه‌ای به پرنسس الیزابت اهل بوهمیا^۴،

1. extension
2. thought
3. dualism

4. Princess Elizabeth of Bohemia

صرفاً اظهار می‌کند که «تنها از طریق گفت‌وگو و زندگی متعارف، دوری از مراقبه و برهیز از تفحص در چیزهایی که تخیل را برمی‌انگیزد، شخص می‌تواند تصویری از «اتحاد روح و بدن» پیدا کند» (۱۹).

همچنین، دکارت مدعی است که روح در جسم صنوبری^۱ [=غده پینه‌آل مغز] قرار دارد، و این رأی عجیب به حل مشکل چندان کمکی نمی‌کند.

چندی بعد، باروخ اسپینوزا^۲ با آرای دکارت به مخالفت برخاست و نظریه‌ای قائل به وحدانیت‌گرایی یا یگانه‌انگاری^۳ مطرح کرد. او این رأی را مورد انتقاد قرار داد که جسم و ذهن با وجود ماهیت متمایزشان می‌توانند با یکدیگر تعامل کنند. او به این نتیجه رسید که فقط یک جوهر وجود دارد و آن را خدا یا طبیعت نامید؛ جهان مادی و جهان روانی چیزی بیش از صفات یا وجوه مختلف این جوهر واحد نیستند. این وجوه مادی و روانی ذاتاً و جوهراً با هم تفاوت ندارند، بلکه عبارت‌اند از دیدن امر واحد به دو نحو متفاوت. تفکرات عبارت‌اند از تفکرانی درباره موضوعات خاص و موضوعات عبارت‌اند از موضوعاتی برای افکار خاص. میان [فعل] ادراک^۴، عین درک‌شده^۵ و جسم فاعل ادراک^۶ تفاوت ماهوی وجود ندارد، زیرا مطابق این تلقی، ادراک عبارت است از «حالت-جسم-من-که توسط-جسم-دیگری-ایجاد شده است». اسپینوزا، برخلاف دکارت، درباره نحوه تعامل جسم و ذهن نگرانی ندارد؛ از منظر او تعاملی وجود ندارد، چراکه پدیده‌های مادی و روانی وجوه مختلف رویدادهای واحدی هستند. اما او با مشکل دیگری روبرو است که به همان اندازه اهمیت دارد: اگر کلمه اختیار را به معنای معمول آن به کار ببریم، نظریه او با اختیار انسان سازگار نیست. اسپینوزا این پیامد نظریه‌اش را کاملاً می‌پذیرد و صرفاً از ما می‌خواهد بپذیریم که بخشی از طبیعت، به عنوان یک کل، هستیم و باید از نظم آن پیروی کنیم:

اگر ما فهمی روشن و دقیق از این امر پیدا کنیم، آن بخش از ماهیت ما، که عقل مُعرف آن است (به عبارت دیگر بخش متعالی وجود ما)، بدون شک به آنچه بر ما می‌گذرد رضایت خواهد داد، و می‌کوشد در چنین رضایتی باقی بماند (۱۰).

1. Pineal body
2. Baruch de Espinosa (1632-77)
3. monism
4. perception
5. perceived object

6. perciever's body

کشمکش میان یگانه‌انگاری و دوگانه‌انگاری - همچنین تضاد میان حکم و ضد حکم کانت - امروز نیز همچون گذشته حل نشده است. اما پیشرفت در حوزه‌های نوروفیزیولوژی^۱، روان‌شناسی و فلسفه، فهم ما را از مسائل افزایش داده‌اند، و ما اکنون پاره‌ای از نظریه‌های جدید در این خصوص را بررسی می‌کنیم.

رفتارگرایی منطقی^۲

رادحل تجربه‌گرایان در باب مسأله جسم-ذهن بنیادین و ریشه‌ای است و فهم آن نیز آسان است، اما نمی‌توان آن را به آسانی پذیرفت. همان‌طور که در فصل ۲ توضیح دادیم، از منظر تجربه‌گرایان، باید همه نظریه‌های علمی را از واقعیات مشهود استنتاج کرد. بنابراین، تجربه‌های کیفی و ذهنی فرد از دایره علم بیرون می‌ماند. گیلبرت رایل، فیلسوف بریتانیایی، نماینده پیشگام این دیدگاه است. او کسی است که اصل جزمی وجود روح در ماشین را مورد انتقاد قرار می‌دهد (به صفحه ۲۶۷ نگاه کنید).

رایل اعتقاد دارد که مسأله جسم-ذهن شبه‌مسأله‌ای است که از درک نادرست مفاهیم ناشی می‌شود. عموماً پذیرفته‌اند که مفاهیم روانی، مانند هوش، شرم، خشم، حسد و غیره، از جمله خصایص روح هر شخص است، همان‌طور که رنگ آبی چشم یا چاقی از جمله خصایص جسم فرد است. اما، بنا به عقیده رایل، باهوش بودن مشخصه هیچ عینی نیست، زیرا هوش چیزی بیش از یک واژه نیست که از آمادگی برای رفتار به شیوه‌هایی معین یا انواع معینی از رفتار حکایت می‌کند. شخص باهوش کسی است که می‌تواند مسائل فکری، مانند مسائل ریاضی، را سریع‌تر از دیگران حل کند. بر همین قیاس، شرم مشخصه هیچ عینی نیست، زیرا شرم فقط یک واژه است که آمادگی برای برافروختگی چهره و رفتار ناشیانه را نشان می‌دهد. رایل تأکید می‌کند که می‌توان از اصطلاحاتی که ناظر به امور روانی‌اند صرف‌نظر کرد، چرا که به لحاظ منطقی، این اصطلاحات حشو و زاید^۳ هستند. رفتارگرایی رایل کوششی افراطی است برای گشودن گره کور [جسم-ذهن]، اما رفتارگرایی او نظریه

1. neurophysiology
3. redundant

2. logical behaviorism

قانع‌کننده‌ای نیست. البته این درست است که میان تجربه ذهنی و رفتار ارتباط مستحکمی وجود دارد، چرا که ما غالباً می‌توانیم شخصی را مشاهده کنیم که خوشحال، شرم‌نده یا دردمند است، و این مشاهدات از آن ارتباط حکایت می‌کنند. اما وقتی رفتارگرایان تجربه ذهنی را نادیده می‌گیرند و درد را همان رفتار دردمندانه می‌دانند، راه افراط‌آمیزی را در پیش گرفته‌اند و اکثر افراد این شیوه را نمی‌پذیرند. از دیدگاه رفتارگرا، نمی‌توان میان شخصی که درد می‌کشد و رفتار دردمندانه را ابراز می‌کند با شخصی که درد ندارد اما این رفتار را تقلید می‌کند، تمایز گذاشت، چرا که رفتارگرا این تجربه ذهنی را نادیده می‌گیرد که درد آزاددهنده است، و این آزاددهندگی درد است که سبب بروز رفتار دردمندانه می‌گردد. همان‌طور که در صفحه ۱۵۸ توضیح دادیم، نظریه رفتارگرایی جایی برای این عقیده باقی نمی‌گذارد که حالت‌های روانی خود می‌توانند در مقام علت بنشینند.

اما به رغم نارسایی‌های نظریه رفتارگرایی، این نظریه تحقیق تجربی را در حوزه‌های روان‌شناسی انسانی و حیوانی جا انداخته است و نیز بر روان‌پزشکی جدید تأثیرات بسزایی گذاشته است. ما در فصل ۸ درباره رویکرد رفتارگرایانه به مفهوم بیماری بحث کردیم.

نظریه علی درباره ذهن

از منظر تجربه‌گرایان، نظریه‌های علمی باید بر واقعیات مشهود مبتنی باشند. اما وقتی با پدیده‌های روانی سروکار داریم، این منظر به هیچ‌وجه رضایت‌بخش نیست و رویکرد رفتارگرایان محکوم به شکست خواهد بود. حتی نظریه‌های علمی جدیدی که ناظر به دنیای مادی هستند، ناچارند از موجودیتهای نظری (همچون انرژی، میدان مغناطیسی و ذرات بنیادین) استفاده کنند، موجودیتهایی که مستقیماً نمی‌توان آنها را مشاهده کرد. از دیدگاه واقع‌گرایان، تصدیق وجود حالت‌ها و فرآیندهای روانی خودآگاه و ناخودآگاه کاملاً معنی‌دار است. به شرط آنکه این مفاهیم بخشی از یک نظریه منسجم درباره کار ذهن باشند.

بهترین جایی که می‌توان کار را از آن آغاز کرد این است که ببینیم پدیده‌های روانی، مانند احساسات، خلیقات و آرزوها، چگونه اعمال ما را تعیین می‌کنند. ما

باید بپذیریم که احساسات نقش علی^۱ دارند، این احساس درد است که ما را به گریه وامی‌دارد؛ این احساس گرسنگی است که ما را وامی‌دارد غذا بخوریم و این احساس ترس است که ما را وادار به فرار می‌کند. بر همین قیاس، باید بپذیریم که انواع خلیقات دقیقاً با انواع رفتارها یکی نیستند، بلکه حالت‌هایی درونی‌اند که سبب^۲ آجرح و تعدیل رفتار ما می‌شوند. برای مثال، اضطراب همان رفتار مضطربانه نیست، بلکه حالتی ذهنی است که بر نحوه رفتار و سلوک فرد تأثیر می‌گذارد. اما این رأی توصیف جامعی از کارکردهای ذهن به دست نمی‌دهد. پدیده‌های روانی صرفاً علت اعمال بلافصل^۳ ما و تعدیل‌کننده آنها نیستند، بلکه می‌توانند سبب بروز پدیده‌های روانی دیگری شوند و یا می‌توانند در ذهن و ذخیره شده و، در نتیجه، حالت‌های آینده رفتار ما را تعیین بخشند. فرض کنید شخصی در تاریکی شب مورد حمله قرار می‌گیرد. ممکن است این تجربه سبب برانگیختن احساس ترس یا خشم در وی شود و این امر به نوبه خود، بی‌درنگ، موجب بروز اعمالی [مانند فرار] در وی گردد. اما این شخص از روند وقایع و احساسات ناشی از آن تجربه‌ای را به ذهن می‌سپارد و ممکن است این پدیده‌های روانی ذخیره شده سبب شوند که، در آینده، او رغبت چندانی برای پیاپی در شب نداشته باشد. رفتار ما ناشی از مجموعه پیچیده‌ای از فرآیندها و حالت‌های روانی است که در یکدیگر تأثیر متقابل می‌گذارند.

پدیده‌های روانی در اغلب موارد علل خفی و درونی^۴ اعمال ما هستند، اما می‌توان به آن دسته از رویدادها و حالت‌های روانی که خصلت پدیداری دارند، از طریق تأمل در نفس مستقیماً دست یافت (به صفحه ۲۶۸ نگاه کنید). احساساتی مانند درد، خارش، ترس، یا پشیمانی، صرفاً نظری نیستند، بلکه می‌توان آنها را مستقیماً تجربه کرد. خطا است اگر این قبیل پدیده‌ها را از نظریه‌ای در باب کارکرد ذهن کنار بگذاریم.

ما صرفاً ادعا کردیم که حالت‌های روانی می‌توانند علت الگوهای رفتاری ما واقع شوند و نمی‌توان این حالت‌ها را به رفتار (یا آمادگی برای رفتار) تحویل کرد. اما

1. causal role

3. immediate actions

2. cause

4. inner causes

باید ماهیت واقعی پدیده‌های روانی را معلوم کرد. اکنون برای پاسخ به این امر، سه نظریه را بررسی می‌کنیم که عبارتند از: نظریه اینهمانی، کارکردگرایی و قرانت جدیدی از دوگانه‌انگاری. آنها به این امر پاسخ‌های بسیار متفاوتی می‌دهند، اما هر سه با نظریه علی درباره ذهن قابل جمع‌اند.

نظریه اینهمانی

نظریه اینهمانی^۱ را یگانه‌انگاری فیزیکیستی^۲ و مادی‌گرایی مبتنی بر حالت‌های [دستگاه عصبی] مرکزی^۳ نیز نامیده‌اند. این نظریه به همان اندازه رفتارگرایی، رادیکال است. به زعم این نظریه، فرآیندها و حالت‌های روانی همان^۴ فرآیندها و حالت‌های نوروفیزیولوژی، در دستگاه عصبی مرکزی هستند. از منظر دانشمندان علوم پزشکی، پذیرش این نظریه و سوسه‌انگیز است، زیرا این نظریه پیوند نزدیک میان کارکرد مغز و اعمال ذهن را به خوبی نشان می‌دهد، و نیز، همان‌طور که در فصل ۸ بحث کردیم، تا حدودی می‌توان آن را زیربنای فلسفی تلقی زیست‌شناختی از بیماری‌های روانی دانست. اما این نظریه با مشکلاتی جدی روبرو است که در آغاز این فصل به آنها اشاره کردیم.

یکم؛ اگر نظریه اینهمانی را بپذیریم، باید به ضدحکم کانت نیز گردن بگذاریم. فرض معقولی است که طبیعت از نظام علی بسته‌ای تشکیل شده است و همه پدیده‌های آن، و از جمله فرآیندهای نوروفیزیولوژی، تماماً توسط رویدادها و حالت‌های مقدم^۵ تعیین می‌یابند. بنابراین، از دیدگاه نظریه اینهمانی، اعمال ما همیشه از پیش تعیین یافته‌اند و اختیار انسان توهمی بیش نیست. البته، می‌توان ایده اختیار انسان را حفظ کرد، اما باید اختیار را دوباره به این نحو تعریف نمود: در صورتی که علل خارجی مانع تحقق افعال از پیش تعیین شده ما نشوند، می‌توان انسان را «فاعل مختار» محسوب کرد. اما با این حال، هنوز هم مشکل است که مفاهیمی مانند مسؤلیت اخلاقی و گناه را با این تلقی جبرانگازانه از انسان آشتی داد.

1. identity theory

3. central-state materialism

5. antecedent

2. physicalistic monism

4. identical with

دوم؛ نظریه اینهمانی (همچون رفتارگرایی) در برابر انتقادی که ناگل بر آن وارد می‌کند تاب نمی‌آورد، زیرا مفهوم تجربه ذهنی به چنگ این نظریه در نمی‌آید. دندان درد چیزی نیست جز حالت خاصی از مغز، اما این ایده نمی‌تواند درباره آزاردهندگی دندان درد من، توضیحی بدهد. و نیز این امکان را منتفی نمی‌کند که اشخاص دیگری که مغزشان در همان حالت است، دندان درد خورد را به نحوی متفاوت تجربه کنند. نظریه‌هایی که پدیده‌های روانی را به نوروفیزیولوژی تحویل می‌کنند، این قبیل مسائل را دربر نمی‌گیرند؛ زیرا در این تحویل، خصیصه ذهنی احساس نادیده گرفته می‌شود. نظریه اینهمانی مؤید این رأی کی‌یرکگارد است که «نمی‌توان حقایق ذهنی را عینیت بخشید، زیرا تلاش برای این کار آنها را از بین می‌برد».

سوم؛ ادعای وجود اینهمانی میان حسالت‌های روانی و حسالت‌های نوروفیزیولوژی مشکلات منطقی به دنبال خواهد داشت. قانون لایب‌نیتز^۱ می‌گوید که امور و اعیان یکسان، خصایص یکسان دارند. اگر نظریه اینهمانی درست باشد، حالت‌های روانی و آن دسته از حالت‌های نوروفیزیولوژی که با آنها یکی هستند، باید مشمول این قانون باشند. اما به نظر نمی‌رسد ماجرا از این قرار باشد. فرض کنید که من چشمانم را می‌بندم و نزد خود قطعه کاغذ چهارگوش سفیدی را که مشغول نگارش بر آن هستم، مجسم می‌کنم و اگر نور میز من به قدر کافی باشد، حتی ممکن است، رد تصویر^۲ این قطعه کاغذ را نیز داشته باشم. در این مورد، من در یک حالت ذهنی هستم که خصیصه «سفیدی» و «چهارگوشی» مشخصه آن است. مطابق نظریه اینهمانی، انتظار می‌رود که مشخصه مغز من نیز «سفیدی» و «چهارگوشی» باشد. روشن است که این ایده فرض باطلی است. تاکنون در مقابل این استدلال ساده راه‌حل‌هایی ارائه کرده‌اند که هیچ‌کدام قانع‌کننده نبوده است. اخیراً، سال کریپکه^۳، فیلسوف امریکایی، در نفی مدعای اینهمانی دلایل منطقی قوی‌تری اقامه کرده است (۱۱۱)، اما ما در این کتاب مجال آن را نداریم که درباره انتقادات وی از نظریه اینهمانی بحث کنیم.

1. Leibnitz's law
3. Saul Kripke

2. after-image

برای اجتناب از این قبیل مشکلات، نظریه‌ای ارائه کرده‌اند که مطابق آن پاره‌ای از حالت‌های روانی، علاوه بر این که حالت‌های نوروفیزیولوژی هستند، خصایص دیگری نیز دارند که موجب می‌شود این حالت‌ها به نحو دیگری تجربه شوند. این نظریه که نظریه پدیدار ثنوی^۱ (=ای فونمنالیسم) نام دارد، قائل به ثنویت است، زیرا پیروان آن قبول دارند که پاره‌ای از حالت‌های روانی ویژگی‌های دوگانه مادی و غیرمادی دارند، اما معتقدند که در این میان نقش علی صرفاً بر عهده فرآیندهای نوروفیزیولوژی است. آنها پدیده‌های غیرمادی را - یعنی محتویات کیفی تجربه‌های شخصی ما - صرفاً محصولات جانبی^۲ (پدیدارهای ثانوی) کار مغز می‌دانند، درست مانند «خروج دود از دودکش» یا «سایه روی دیوار». مزیت این نظریه نسبت به نظریه اینهمانی، آن است که برای تجربه ذهنی اهمیت قائل می‌شود، اما درباره ماهیت پدیدارهای ثانوی یا چگونگی ایجاد آنها چیزی به ما نمی‌گوید.

کارکردگرایی^۲

در سال‌های اخیر، عده‌ای از فیلسوفان، از جمله هیلاری پاتنام^۴ (۱۹۲۱)، نظریه عالمانه‌تر و پیشرفته‌تری در باب جسم و ذهن مطرح کرده‌اند. مطابق این نظریه، دستگاه عصبی مرکزی ویژگی مادی و فیزیکی دارد، اما علاوه بر آن خواص دیگری نیز دارد که فیزیکی نیستند، یعنی می‌توان آنها را بدون ارجاع به آناتومی و فیزیولوژی مغز توصیف و تعریف کرد. در آغاز، ممکن است فهم این ایده مشکل به نظر برسد. اما به خوبی می‌توان آن را به کمک مثال ویژگی‌های کامپیوتر روشن کرد. کامپیوتر ماشینی است که ویژگی‌های فیزیکی دارد، زیرا از انبوهی از مدارهای الکتریکی ساخته شده است؛ در عین حال خواص کارکردی هم دارد. برای مثال، می‌توانیم یک کامپیوتر را طوری برنامه‌ریزی کنیم که آزمون آماری خاصی را انجام دهد. ما می‌توانیم تمام جزئیات این برنامه را در قالب اصطلاحات منطقی و ریاضی توضیح دهیم، بدون آنکه [لازم باشد] به ساحت‌مان فیزیکی آن کامپیوتر رجوع کنیم. ممکن است کامپیوترهای دیگری را که ساختمان کاملاً متفاوتی دارند، طوری برنامه‌ریزی کنیم که

1. Epiphenomenalism
3. Functionalism

2. by-products
4. Hilary Patnam

دقیقاً همین آزمون آماری را انجام دهند. البته، هر آزمون آماری باید نوعی تحقق و تجسد فیزیکی داشته باشد، اما این تحقق می‌تواند شکل‌های مختلفی به خود بگیرد: ممکن است برنامه صرفاً روی یک قطعه کاغذ نوشته شده باشد؛ ممکن است برنامه را به کامپیوتر داده باشند؛ و یا ممکن است این برنامه به نحوی در مغز یک کارشناس آمار ذخیره شده باشد. این برنامه می‌تواند یکی از خصایص غیرمادی یک قطعه کاغذ، یک کامپیوتر و یا مغز یک انسان باشد.

این مثال، طرز تلقی کارکردگرایانه را نسبت به مسأله جسم-ذهن روشن می‌کند. حالت‌های ذهنی را نمی‌توان به حالت‌های مادی/فیزیکی تحویل کرد و ارتباط آنها با مغز، مشابه ارتباط سیان «نرم‌افزار» و «سخت‌افزار» کامپیوتر است. برای سنال، احساس حسادت را در نظر بگیرید. این حالت ذهنی می‌تواند در افراد مختلف به وجود آید. تا حدودی می‌توانیم آن را مستقل از تحقق خاص آن توصیف نماییم. همچنین، این حالت ذهنی می‌تواند خود در مقام علت ایفای نقش کند. کامپیوتری که برای یک آزمون آماری برنامه‌ریزی شده است، مقادیر آماری تولید می‌کند؛ و شخص حسود نوع مشخصی از رفتار را بروز می‌دهد. اما لازم نیست حسادت دائمی باشد، ممکن است این احساس با یک حالت روانی دیگر - برنامه دیگر - جایگزین شود. در این صورت، رفتار «خروجی» تغییر خواهد کرد.

کارکردگرایی پیشرفته‌ترین نظریه در باب جسم-ذهن است که در بستر سنت تجربه‌گرایی پرورده شده است. این نظریه نسبت به نظریه‌های یگانه‌انگار پیش از خود، مانند رفتارگرایی و یا نظریه اینهمانی، مقبولیت بسیار بیشتری دارد. همچنین، در حوزه علوم شناختی (مانند روان‌شناسی شناختی^۱، روان‌زبان‌شناسی^۲، نظریه ادراک^۳، نظریه اطلاعات^۴، هوش مصنوعی^۵)، کارکردگرایی چارچوب مفهومی ارزشمندی برای تحقیقات تجربی فراهم آورده است. حتی ثابت کرده‌اند که می‌توانیم از منظر کارکردگرایی نظریه‌های قبلی را، از نو تفسیر کنیم. برای سنال، می‌توانیم روان‌شناسی فرویدی را به نوعی یک نظریه کارکردگرایانه ابتدایی

1. cognitive psychology
3. perception theory
5. artificial intelligence

2. psycho-linguistics
4. cybernetics

محسوب کنیم که در آن من، خود و فراخود هویت‌هایی کارکردی‌اند و در پیدایش و تکامل حالت‌های روانی نقش دارند (۱۳).

همچنین، کارکردگرایی بر رفتارگرایی و نظریه اینهمانی تا حدی برتری دارد، چرا که دست‌کم خصلت التفاتی پاره‌ای از حالت‌های روانی را دربر می‌گیرد. در صفحه ۲۶۷ گفتیم حالت‌های روانی، مانند امید، التفاتی هستند، یعنی ما فقط امیدوار نیستیم؛ بلکه به چیزی امید بسته‌ایم. همین امر در مورد برنامه کامپیوتری مصداق دارد، یک برنامه آماری صرفاً محاسبه نمی‌کند، بلکه یک مقدار را محاسبه می‌کند. اما کارکردگرایی همانند سایر نظریه‌های یگانه‌انگار، همچنان به مفهوم تجربه کیفی ذهنی توجه ندارد. باز هم فرض کنید که عده‌ای به دندان درد مبتلا شده‌اند. این افراد در حالت کارکردی یکسانی قرار دارند، یعنی در مغز آنها برنامه یکسانی در حال اجرا است. اما این پدیده، خصلت آزاردهندگی درد را دربر نمی‌گیرد و نشان نمی‌دهد که این افراد می‌توانند درد را به نحای مختلف تجربه کنند. شباهت میان حالت‌های روانی و برنامه‌های کامپیوتر از بسیاری جهات ارزشمند است، اما بُعد ذهنی پدیده‌های روانی را نادیده می‌گیرد. کامپیوتر چیزی را تجربه نمی‌کند، و همان‌طور که ناگل یادآور می‌شود، اگر در مقام تحلیل یک حالت روانی، مانند دندان‌درد، آنچه را شبیه «دندان‌درد کشیدن» است منظور نکنیم، تحلیل ما ناقص خواهد بود.

پاره‌ای از کارکردگرایان (۱۳) معتقدند که «تأمل در نفس»^۱ ویژگی اساسی انسان است، یعنی آنها اهمیت «روح» یا «خود» را می‌پذیرند، یعنی همان چیزی که در تحلیل کی‌یرکگارد از انسان رکن سوم را تشکیل می‌دهد (فصل ۹). اما در مجموع، آنها نترانسته‌اند در چارچوب مفهومی کارکردگرایی، درباره ماهیت «تأمل در نفس» تبیین مطلوبی ارائه دهند.

دوگانه‌انگاری همکنشی^۲

در آغاز این فصل، ما نظریه‌های یگانه‌انگار اسپینوزا و دوگانه‌انگار دکارت را در باب جسم-ذهن به اختصار معرفی کردیم و در صفحه‌های گذشته توضیح دادیم که بیشتر فیلسوفان راه اسپینوزا را دنبال کرده‌اند. روز به روز نظریه‌های یگانه‌انگار عالمانه‌تری به وجود آمده است و به قول دینت: «امروزه این رأی مقبولیت گسترده‌ای

1. self-reflection

2. Interactionistic dualism

یافته است که دوگانه‌انگاری دیدگاهی جدی نیست که مخالفان را قانع کند، بلکه با توسل به زور آنها را مجاب می‌کند» [۱۴].

اما فیلسوف برجسته‌ای همچون کارل پوپر این دیدگاه را قبول ندارد. او و اِکلیس^۱، که متخصص نوروفیزیولوژی است، در کتابشان با عنوان گویای خود و مغز آن^۲ خوانش جدیدی از دوگانه‌انگاری ارائه می‌کنند [۱۵]. ما نظریه آنها را که بخشی از فلسفه جهان سه‌گانه^۳ پوپر است، به اختصار توضیح می‌دهیم.

جهان ۱ جهان مادی است. این جهان اعیان و ساختارهای بسیار متفاوتی را، همچون فلزات، درختان، یاخته‌های مغزی، صندلی‌ها و کامپیوترها دربر می‌گیرد. به عقیده بسیاری از دانشمندان علوم طبیعی، این تنها جهانی است که وجود دارد.

جهان ۲ جهان تجربه‌آگاهانه است که شامل ادراک، تفکر، احساس، خلق، حافظه و خودآگاهی می‌شود. به عبارت دیگر، این جهان، جهان خصوصی ذهن یا خود است. قائلین به نظریه اینهمانی و رفتارگرایان وجود این جهان را انکار می‌کنند. اما از نظر پوپر، این انکار «آشکارا غلط است، حتی اگر ابطال‌پذیر نباشد.» او در زندگینامه شخصی خود می‌نویسد:

ما شادی، اندوه، امید و ترس را تجربه می‌کنیم، چه رسد به دندان‌درد؛ سا در قالب کلمات و به کمک طرح‌ها می‌اندیشیم؛ ما می‌توانیم کتابی را کمابیش با دقت و علاقه بخوانیم؛ همه اینها به نظر من آشکارا درست‌اند، گرچه انکارشان آسان است؛ و بی‌نهایت مهم‌اند. گرچه آشکارا اثبات‌ناپذیرند. همچنین، به نظر من کاملاً واضح است که ما نفس‌ها، روح‌ها و ذهن‌های جسمیت یافته‌ایم [۱۶].

جهان ۳ جهانی است که دستاوردهای فرهنگی، مانند زبان، کارهای هنری و نظریه‌های علمی، را دربر می‌گیرد. بسیاری از اعیان جهان ۳ در اعیان جهان ۱ جسمیت یافته‌اند: نظریه‌های علمی را در کتاب‌ها چاپ می‌کنند و تندیس‌ها را از سنگ‌ها می‌تراشند. با این وجود، اعیان جهان ۳ خودشان هم واقعی‌اند. محتویات کتاب‌ها وجود دارند و نظریه‌های علمی‌ای که در آنها چاپ می‌شوند درست یا نادرست‌اند. حتی اگر کسی آن کتاب‌ها را نخواند. زبان نوشتاری مصریان قدیم وجود داشته است، حتی در آن زمانی که کسی نمی‌توانست خط هیروگلیف را ترجمه کند.

1. J. C. Eccles

2. *The self and its brain*

3. Three-world philosophy

بنا به رأی پوپر، جهان ۲ (ذهن) هم با جهان ۱ (جهان مادی) و هم با جهان ۳ (جهان دستاوردهای فرهنگی) تعامل دارد، در حالی که جهان ۱ و ۳، جز از طریق جهان ۲ با یکدیگر همکنش ندارند. آدمیان رنگ اشیای محیط خود را دریافت می‌کنند (جهان ۱ ← جهان ۲)، گفتن و نوشتن را می‌آموزند (جهان ۳ ← جهان ۲)، غالباً تصمیم می‌گیرند اشیاء را جابجا کنند (جهان ۲ ← جهان ۱)، و خصوصاً اگر صاحب ذوق باشند، آثار هنری ارزشمندی می‌آفرینند (جهان ۲ ← جهان ۳).

پوپر و اِکلیس نظریه‌ای را پرورده‌اند که با ایده اختیار انسان به خوبی هماهنگ است، اما مسائل اساسی همچنان حل نشده باقی مانده‌اند. آنها با اندکی بهام می‌نویسند که ذهن خودآگاه^۱ از روی «مناطق ارتباطی^۲» نیمکره‌های مغز می‌خواند، از روی آنها دست به گزینش می‌زند و بر روی آن تأثیر می‌گذارد. ما آنها نمی‌گوییم که چگونه ذهن این کارها را انجام می‌دهد. آنها دوباره روح را وارد ماشین سی‌کنند، همان روحی که رایب مال‌ها پیش با ظرافت و مهارت از فلسفه بیرون رانده بود و، به این ترتیب، راه خود را در دل استعاره‌ای مبهم گم می‌کنند. انسان‌ها سی‌توانند «بخوانند»، «انتخاب کنند» و «تأثیر بگذارند» اما چندان معنایی ندارد که این اوصاف را به موجودی افسانه‌ای به نام ذهن نسبت دهیم.

چکیده

پوپر مدعی است که رفتارگرایی، در مقام یک آموزه فلسفی، وجود خودآگاهی انسان را انکار می‌کند. از نظر او این کار کاملاً غلط است. ما نیز با او هم‌عقیده‌ایم. بدون شک، انسان موجودی خودآگاه است و نمی‌توان پدیده‌های روانی را در چارچوب نظریه رفتارگرایی به نحوی مطلوب تحلیل کرد. ما باید در مورد حالت‌های روانی واقع‌گرا باشیم و آنها را علل رفتار خود محسوب کنیم. اما نظریه علی درباره ذهن، در قبال اینکه ماهیت واقعی (یعنی شأن هست‌شناختی) پدیده‌های روانی چیست، موضعی ندارد و هنوز این معما برجای می‌ماند که تا چه حد می‌توانیم چنین پدیده‌هایی را به حالت‌ها و فرآیندهای فیزیکی در دستگاه عصبی مرکزی تحویل کنیم. نظریه اینهمانی مردود شناخته شده است، زیرا مدعیات

اینهمانی تاب تحلیل منطقی را ندارند. اما کارکردگرایان، که وجود حالت‌های کارکردی غیرمادی را قبول دارند، دست‌کم پاره‌ای از ویژگی‌های پدیده‌های روانی را در نظریه خود گنجانده‌اند. با این حال، نظریه آنها برای مفاهیمی همچون ادراک آگاهانه، خودآگاهی، خودشناسی^۱ و اختیار انسان، اهمیت قائل نمی‌شود. این نظریه آن دسته از خصایص انسان را، که موجب کرامت او و توانایی‌اش برای انتخاب اخلاقی می‌شوند، نادیده می‌گیرد. کارکردگرایان، همچون سایر یگانه‌انگاران، مطابق ضدحکم کانت می‌اندیشند. نارسایی‌های نظریه‌های یگانه‌انگار ما را وامی‌دارد تا به رقیب دوگانه‌انگار نیز از نو توجه کنیم. اما همان‌گونه که در بالا توضیح دادیم، نظریه پوپر و اکلس نیز به همان اندازه نارسا است.

در حال حاضر، نمی‌توانیم میان یگانه‌انگاری و دوگانه‌انگاری دست به انتخاب بزنیم، و شاید صرفاً باید نتیجه بگیریم که ما دو نحوه توصیف در اختیار داریم که ظاهراً آشتی‌ناپذیرند. از یک‌سو، ما می‌توانیم انسان را برحسب علوم زیستی و رفتاری توصیف کنیم. این رهیافت طبیعت‌گرایانه در پاره‌ای از حوزه‌ها، علوم تجربی را به خوبی به پیش برده است. از سوی دیگر، برای توصیف احساسات، خلیقات، امیدها و آرزوها، باید از اصطلاحات معطوف به ذهن و روان کمک بگیریم. طبیب مجبور است با رنج، ناامیدی و ناکامی سروکار داشته باشد. او باید به خودمختاری بیمارش احترام بگذارد و، در اغلب موارد با معضلات اخلاقی روبرو شود. این وجوه از کار طبابت نشان می‌دهند که انسان موجودی خودآگاه است که در نفس خود تأمل می‌کند، و نشان می‌دهد که زبان معطوف به امور ذهنی و الگاتنی، به اندازه زبان علمی مهم است.

بهترین روش‌هایی که می‌توانیم، از آنها برای مطالعه پدیده‌های معطوف به ذهنیت استفاده کنیم، هنوز به قدر کافی بسط و تکامل نیافته‌اند (۱۷)؛ اما این روش‌ها باید مشحون از اندیشه‌ها و آرای کی‌یرگارد، هایدگر و دیگر فیلسوفان هرمنوتیکی باشد (فصل ۹ و ۱۰). پس نتیجه می‌گیریم که تحلیل مسائل پزشکی هم به تفکر علمی نیازمند است و هم به تفکر هرمنوتیکی. ما با بحث درباره جسم و ذهن در این فصل همین هدف را دنبال کردیم.

1. self-understanding

یادداشت‌ها

1. Kant, I. *Kritik der reinen Vernunft*. Originally published 1787. English translation by Norman Kemp Smith: *Critique of Pure Reason*, 2nd edn. London: Macmillan, 1933, p. 464 (A532–3).
 ۲. اشاره ما به سومین قضیه جدلی نظرفین کانت است در: مرجع [1] صفحه 409.
 3. Rorty, R. *Philosophy and the Mirror of Nature*. Oxford: Basil Blackwell, 1980, p. 43.
 4. Ryle, G. *The Concept of Mind*. Harmondsworth: Penguin Books, 1963, p. 21.
 ۵. فیلسوفان تحلیلی مشرب جدید به سنت تجربی متعلق هستند. آنان بر اهمیت تحلیل زبان و منطق اصرار دارند.
 6. Davidson, D. Mental events. in: Block, N. (ed.) *Readings in the Philosophy of Psychology*. London: Methuen, 1980, Vol. 1, p. 109.
 7. Nagel, T. What is it like to be a bat? In: Nagel, T. *Mortal Questions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979, pp. 165–79.
 8. Descartes, R. *Oeuvres philosophiques*. Originally published 1643–50. Paris: Garnier Frères, 1973, Vol. 3, p. 123.
 9. Descartes, R. *Philosophical Writings*. A selection translated and edited by E. Anscombe & P. T. Geach. London: The Open University, 1970, p. 280.
 10. Spinoza, B. de. *Ethica*. Originally published 1677. English translation by R. H. M. Elwes. *The Chief Works of Benedictus de Spinoza*. New York: Dover, 1955, p. 243.
 11. Kripke, S. *Naming and Necessity*. Oxford: Basil Blackwell, 1980.
 12. Putnam, H. Mind, language, and reality *Philosophical Papers*, Vol. 2, Cambridge: Cambridge University Press, 1975.
 13. Dennett, D. C. *Brainstorms. Philosophical Essays on Mind and Psychology*. Hassocks: Harvester, 1979.
 14. Dennett, D. C. Current issues in the philosophy of mind. *American Philosophical Quarterly*, 1978; 15: 249–61.
 15. Popper, K. R. & Eccles, J. C. *The Self and its Brain*. Berlin: Springer International, 1981.
 16. Popper, K. R. *Unwounded Quest. An Intellectual Autobiography*. London: Fontana/OCollins, 1976, p. 187.
 17. Grünbaum, A. *The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique*. Berkeley: University of California Press, 1984, p. 21 ff.
- در این کتاب، گرونیام قویاً علیه «اولویت معرفتی» بیمارارن (epistemic primacy)، که روان‌کاران و فیلسوفان هرمنوتیکی مدعی آن‌اند، استدلال می‌کند. او معتقد است باید همان معیارهای اعتباری که بر علوم طبیعی حاکم‌اند، بر روان‌کاوی حاکم باشد.

نمایه

<p>انقلاب علمی ۲۴، ۲۵، ۵۸، ۱۵۶</p> <p>انگلهارد، اچ. تریسترام ۸۴، ۸۵</p> <p>انواع طبیعی ۱۱۷-۱۱۵، ۱۲۷</p> <p>ایدئولوژی ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۴</p> <p>اینشتاین، آلبرت ۲۵</p> <p>برکلی ۱۲، ۳۸، ۵۳</p> <p>بکر، اچ. اس. ۱۶۱</p> <p>بنام، جرمی ۲۳۴، ۲۳۵</p> <p>بورس ۸۱-۷۹، ۸۷-۸۴، ۹۲، ۱۴۹</p> <p>بورج ۸۱، ۸۲</p> <p>بویل، رابرت ۳۸</p> <p>بهنجاری ۱۳، ۷۷، ۷۹، ۸۱، ۱۳۲، ۱۵۵</p> <p>بیانیه هلینکی ۲۹، ۲۶۲، ۲۶۳</p> <p>پاتنام، هیلاری ۲۷۷</p> <p>پارادایم ۱۱، ۳۰-۲۱، ۳۲، ۳۳، ۷۶، ۹۱، ۱۰۵</p> <p>۱۴۵، ۱۶۲، ۱۶۴</p> <p>پاولف، ایوان ۱۵۸</p> <p>پدیدارشناسی ۱۴، ۱۶۹</p> <p>پوپر، کارل ریموند ۳۲، ۳۳، ۴۸-۴۵، ۵۰، ۵۱</p> <p>۵۴، ۱۶۹، ۲۱۴، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۸۲-۲۸۰</p> <p>پوزیتیویسم ۱۲، ۶۱، ۲۳۳</p> <p>پیش‌فهم ۲۰۱-۱۹۸، ۲۱۸</p> <p>تجربه‌گرایی ۱۲، ۱۴، ۲۸، ۳۴، ۳۹-۳۶، ۴۲</p> <p>۴۹، ۵۱، ۵۳، ۵۵، ۶۰، ۷۲، ۷۳، ۱۲۴</p> <p>۱۵۱، ۱۵۵، ۱۶۲، ۱۶۷، ۱۷۹، ۱۹۳، ۱۹۴</p> <p>۲۰۰، ۲۰۶، ۲۰۹، ۲۱۹، ۲۳۳، ۲۷۸</p>	<p>آدلر، آلفرد ۲۱۲، ۲۱۴، ۲۲۰</p> <p>آزمون آماری ۴۸، ۱۴۰، ۱۴۶، ۲۷۷، ۲۷۸</p> <p>آستین، جان ۲۳۶</p> <p>آسیب‌زایی ۱۰۸، ۱۱۷-۱۱۴، ۱۲۲-۱۲۰، ۱۲۷، ۱۵۲</p> <p>ابطال‌پذیری ۴۷، ۴۹، ۲۱۴، ۲۲۰</p> <p>ابن، تئودور ۲۱۶</p> <p>احتمالات ذهنی ۱۳۲، ۱۳۵، ۱۳۹، ۱۴۴، ۱۴۵</p> <p>احتمال تواتری ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۳، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۴</p> <p>اخلاق تجویزی ۲۳۱-۲۲۹، ۲۳۴، ۲۴۱</p> <p>اخلاق توصیفی ۲۲۹، ۲۵۶</p> <p>اریکسون ۲۱۲</p> <p>اسینوزا، باروخ ۲۷۱، ۲۷۹</p> <p>استقراء ۴۴، ۴۵، ۴۸، ۴۹، ۵۲، ۱۱۶، ۱۴۵</p> <p>اسکادینگ، جی. اس. ۸۰، ۸۱، ۸۳</p> <p>اسکینر، بی. اف. ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۶</p> <p>اسمارت، جی. جی. سی. ۵۲</p> <p>اصالت تسمیه ۱۱۳، ۱۱۸، ۱۲۶</p> <p>اضطراب ۱۴، ۸۸، ۱۴۹، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۷</p> <p>۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۳، ۱۷۰-۱۶۶، ۱۷۲، ۱۷۳</p> <p>۱۷۸-۱۷۶، ۱۸۲، ۱۸۳، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۵</p> <p>۲۲۳، ۲۶۸، ۲۷۴</p> <p>افق فهم ۱۹۸</p> <p>افلاطون ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۲، ۱۲۴، ۱۲۶</p> <p>اکلس، جی. سی. ۲۸۲-۲۸۰</p> <p>امر مشروط ۲۲۸، ۲۲۹</p> <p>امر مطلق ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۴۳</p>
--	---

تحقیق پذیری ۴۷
 تعلقات اساسی انسان ۲۰۳، ۲۰۲
 تعلقات انسانی ۲۰۲، ۲۰۱
 تعلق رهایی بخش ۲۰۲
 تعلق فنی ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۵، ۲۰۶
 تکنولوژی ۱۷، ۲۶، ۳۱، ۵۱، ۶۴، ۶۷، ۶۸، ۸۹، ۲۰۳، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۳۲، ۲۴۲
 تکنیک ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۴۸، ۶۷، ۶۸، ۷۱
 حدود اطمینان ۶۲، ۷۲، ۷۳، ۱۳۵، ۱۴۵، ۱۴۶
 حفظ تعادل ۱۰۵
 حلقهٔ وین ۳۸، ۵۳، ۱۹۳، ۲۱۹
 خواص پدیداری ۲۶۸
 خودمختاری ۲۴۹، ۲۵۱، ۲۵۷، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۸۲
 خویشمننداری ۲۳۶، ۲۳۷
 داروین، چارلز ۲۵
 دانیلز، نورمان ۲۴۱، ۲۴۴
 دکارت، رنه ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۹
 دلشوره ۱۴، ۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۸-۱۷۶، ۱۸۳-۱۸۱
 دور هرمنوتیکی ۱۹۸، ۲۰۱
 دوگانه‌انگاری ۲۳۸، ۲۷۰، ۲۷۲، ۲۷۵، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۲
 دیدگاه التقاطی ۱۶۲، ۱۶۴
 دیدگاه جامع‌نگر ۱۶۳، ۱۷۴، ۱۸۶
 راس، آلف ۸۰، ۸۶، ۱۴۹، ۱۵۰
 راسل، برتراند ۴۵، ۵۳، ۲۳۳
 رالز، جان ۲۴۰، ۲۳۸، ۲۵۵، ۲۵۷
 رایبل، گیلبرت ۱۵۷، ۲۶۷، ۲۷۱، ۲۸۱
 رفتارگرایی ۱۵۹، ۱۵۷، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۵
 ۲۷۶، ۲۷۹، ۲۸۱، ۲۸۶

روان‌پزشکی اجتماعی ۱۶۱
 روان‌پزشکی زیست‌شناختی ۱۵۵، ۱۶۰
 روان‌درمانی ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۶۵، ۲۱۱، ۲۲۲، ۲۲۳
 روان‌کاوی ۳۰، ۴۷، ۱۵۴، ۱۷۶، ۱۹۵، ۲۰۴، ۲۱۵-۲۰۹، ۲۲۴، ۲۱۷، ۲۸۳
 رورتی، ریچارد ۲۶۶
 روسو، ژان ژاک ۱۱۳، ۱۲۵
 ریکو، پل ۲۱۵
 ساتس، تی. اس. ۱۴۷، ۱۴۸
 سارتر، ژان پل ۱۴، ۱۶۹، ۲۴۰، ۲۴۱
 ساواژ، فرانسوا ۵۹، ۱۱۰، ۱۱۴
 سکور، پی. اف. ۵۷، ۱۴۲، ۱۹۲، ۱۹۳، ۲۰۵
 سندرم‌های بالینی ۱۱۰، ۱۲۵، ۱۲۶
 سولیوان، اچ. اس. ۲۱۲
 سیدنهام، توماس ۵۹
 صدق ذهنی ۲۱۹
 صدق عینی ۷۳، ۲۲۰
 طبقه‌بندی بیماری‌ها ۹۱، ۹۹، ۱۰۹، ۱۱۲، ۱۱۹
 طبیعت‌گرایی اخلاقی ۲۴۸
 عاطفه‌گرایی ۴۳، ۲۳۳
 علت موجهه ۱۰۸، ۱۱۲، ۱۱۷، ۱۱۴، ۱۲۱
 ۱۲۲، ۱۲۷
 علم متعارف ۲۲، ۲۴، ۲۸، ۲۶، ۳۲
 علیت ۴۱، ۵۰، ۹۵-۹۳، ۹۸، ۱۰۱، ۱۰۶
 ۱۸۹، ۱۹۰، ۲۶۶
 عنیت ۴۱، ۴۲، ۲۷۶
 فاگوسیت‌ها ۱۰۵
 فایده‌گرایی ۲۳۵، ۲۳۸، ۲۴۰، ۲۵۲، ۲۵۵، ۲۵۹، ۲۶۱

فایده‌گرایی معطوف به بیمار ۲۲۷، ۲۴۴، ۲۶۱
 فایده‌گرایی معطوف به عمل ۲۳۵، ۲۴۴، ۲۴۸
 فایده‌گرایی معطوف به قاعده ۲۳۶، ۲۴۴، ۲۴۸، ۲۵۰
 فرااخلاق ۲۳۲-۲۲۹، ۲۳۴، ۲۴۱
 فردگرایی روش‌شناختی ۱۹۱، ۱۹۳
 فرضیهٔ صفر ۱۴۴-۱۴۲، ۱۴۶
 فروم، اریش ۲۰۴
 فروید، آنا ۲۱۲
 فروید، زیگموند ۱۹۵، ۲۱۴-۲۰۹، ۲۲۲-۲۲۰
 فریضه‌شناسی ۲۳۹، ۲۴۰
 فورستر، ای. ام. ۳۴، ۵۳
 فهم همدلانه ۲۱۷-۲۱۵، ۲۲۳
 فین‌انتاین، ا. آر. ۱۱۹، ۲۰۷
 قضیهٔ بیز ۱۳۷، ۱۳۶
 قوانین طبیعی ۵۲، ۶۲، ۶۶، ۲۶۷
 قیّم‌مآبی ۲۵۷-۲۵۱
 قیّم‌مآبی اصیل ۲۵۲، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۷-۲۵۵
 کارکردگرایی ۲۲۴، ۲۷۵، ۲۷۹-۲۷۷
 کارناب، ردولف ۴۲، ۵۳، ۱۴۶
 کاسل، ای. ۸۹، ۹۰
 کامرون، ان. ۲۰۹
 کانت، ایمانوئل ۴۹، ۵۰، ۲۲۸، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۵۱، ۲۵۲
 ۲۵۴، ۲۶۷-۲۶۵، ۲۷۲، ۲۷۵، ۲۸۲
 ۲۸۳
 کیلر، یوهان ۳۸
 کراب-تیلور، اف. ۸۶
 کرایلین، ای. ۱۵۱، ۱۵۴
 کُرگ-جنسن، پی. ۱۲۰
 کریبکه، اِس. ۲۷۶
 کلاین، اِم. ۲۱۲
 کنت، آگوست ۳۸، ۶۱، ۱۹۳
 کندل، آر. ای. ۸۱، ۸۲، ۱۵۴
 کواین، دبلیو. وی. ۵۴، ۱۱۶، ۱۲۷
 کولن، دبلیو. ۵۶، ۶۵
 کومراد، اِم. اِس. ۲۵۶، ۲۵۷
 کوهن، تی. اِس. ۱۱، ۲۷-۲۰، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۵۰، ۱۴۵، ۱۶۴، ۱۶۹
 کوهن، سنتیا ۲۵۹، ۲۶۰
 کیفیت زندگی ۱۵، ۲۹، ۸۵، ۲۲۶، ۲۴۷، ۲۵۸، ۲۵۹
 کی‌یرتکاره، سورن ۱۴، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۷-۱۷۲
 ۱۸۲-۱۸۰، ۱۹۳، ۲۱۵، ۲۲۷، ۲۴۳، ۲۵۱
 ۲۶۵، ۲۷۰، ۲۷۶، ۲۷۹، ۲۸۲
 گادامر، اِچ. جی. ۱۴، ۱۹۳، ۲۰۱-۱۹۷، ۲۱۷
 گلاواریه، جی. ۶۶-۶۱، ۷۲، ۷۳
 لاک، جان ۱۲، ۳۸، ۳۹، ۴۹، ۵۱، ۵۹، ۱۰۸
 ۱۱۴-۱۱۲، ۱۱۸، ۱۲۴، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۶۹، ۱۹۳
 لاینگ، آر. دی. ۱۲۷، ۱۴۸، ۱۶۵، ۱۶۶
 لسه، سی. ۲۱۵، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۳
 لورنزر، ای. ۲۱۵، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۲۳
 لویی، پی. سی. ای. ۶۱، ۶۳
 لینه، سی. ۵۹، ۱۱۰، ۱۱۴
 مایع‌الطبیعه ۵۳، ۲۳۲
 ماخ، ارنست ۴۲، ۵۳
 مادی‌گرایی مبتنی بر حالت‌های دستگاه عصبی
 مرکزی ۲۷۵
 ماهیت‌گرایی ۱۲۶
 مجموعهٔ علی مؤثر ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۲، ۱۰۶
 مذاوار، پی. ۴۵
 مدل زیست-روان-اجتماعی از بیماری ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۸۶، ۱۸۹، ۱۹۱

مدل مکانیکی ۲۱، ۲۷، ۳۰، ۵۹، ۷۹، ۷۵، ۸۳،	وبر، ماکس ۱۹۱
۸۶، ۹۱، ۱۰۵، ۱۰۷، ۱۴۹، ۱۵۵، ۱۸۰،	وجودگرایی ۱۴
۲۱۳، ۱۸۵	ویتگنشتاین، لودویگ ۲۳، ۲۳، ۱۹۴، ۱۹۵،
معرفت‌شناسی ۳۵	۱۹۷، ۲۰۰
معیار تمییز ۴۲، ۲۱۹، ۲۲۰	وینچ، بی. ۱۹۳، ۱۹۶، ۲۰۰، ۲۰۷، ۲۱۷
مفهوم بیماری ۷۵، ۸۳، ۸۴، ۸۶، ۸۸، ۹۱،	هایرماس، یورگن ۱۴، ۱۶۹، ۱۹۳، ۲۰۰-۲۰۶،
۱۰۵، ۱۴۹، ۱۶۳، ۲۷۳	۲۰۸، ۲۱۵، ۲۱۷، ۲۱۸
مفهوم زیست‌شناختی از بیماری ۷۹، ۸۴، ۹۲	هاروی، ویلیام ۳۸، ۵۷
مقدار-بی ۱۳۴-۱۴۱، ۱۴۶، ۲۶۸	هامیلتون، ام. ۱۵۳
مکی، جی. ال. ۹۶، ۱۰۶	هایدگر، مارتین ۱۴، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۲، ۱۷۷،
مگی، برابان ۴۵	۱۸۲، ۱۹۳، ۱۹۷، ۲۱۵، ۲۱۷، ۲۶۸، ۲۸۲
مورفی، ای. ای. ۷۷	هرمنوتیک ۱۴، ۹۲، ۱۶۹، ۱۷۹، ۱۸۲، ۱۸۳،
میل، جان استیوارت ۲۳۵، ۲۵۲	۱۹۸-۱۹۶، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۳، ۲۰۹، ۲۱۵،
ناگل، تی. ۱۷۵، ۲۶۹، ۲۷۶، ۲۷۹	۲۱۶، ۲۱۸، ۲۴۱، ۲۵۱، ۲۶۵
نظریه اینهمانی ۲۸۱-۲۷۵	هرمنوتیک تحلیلی ۱۹۳، ۱۹۶، ۱۹۷، ۲۰۷،
نظریه تعاقب ۲۱، ۴۲، ۱۹۰	۲۱۷
نظریه قرارداد اجتماعی ۲۳۹، ۲۵۳، ۲۵۷، ۲۶۴	هست‌شناسی ۳۵، ۵۳
نظریه نقدی ۱۹۳، ۲۰۰، ۲۰۴	هسلو، جی. ۲۲۱
نظریه‌های جسم-ذهن ۲۲۴	هوسویاتی ۵۷
نظریه‌های روان‌بویایی ۲۱۱، ۲۱۲	هیوم، دیوید ۱۲، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۴۴، ۴۹، ۷۱،
نظریه علی درباره ذهن ۲۷۳، ۲۷۵، ۲۸۱	۱۰۶، ۱۶۹، ۱۹۳، ۲۴۸
نیوتن، ایزاک ۳۸	
و-سون، جی. بی. ۱۵۸	یاسرس، کارل ۲۱۲
واتکینز، جی. ۱۹۱، ۱۹۳	یگانه‌نخاری ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۵، ۲۸۲
واقع‌گرایی نظرورزانه ۵۵، ۵۸	یونگ، کارل گوستاو ۲۱۲



در کانال تلگرام کارنیل هر روز انگیزه خود را شارژ کنید 😊

<https://telegram.me/karnil>

