

هرمنوتیک و پزشکی

جفری میچنیکوفسکی^۱ / کاترین گرینن^۲
ترجمه: علی نیکویی

هرمنوتیک را سنتاً به عنوان شیوه و نظریه تفسیر تعریف می کنند؛ براساس این تعریف کلی، که بر مبنای آن شیوه هرمنوتیکی قابل کاربرد در حوزه های گوناگونی از حوزه های دینی و قانونی گرفته تا پزشکی و اقتصاد است نسبتاً کلی و قابل درک است. در بررسی تفاسیر به عمل آمده در پزشکی می توان بسیاری از مفاهیم هرمنوتیکی را که به طور متعارف در موضوعات کلاسیک هرمنوتیکی به کار می روند مشاهده کرد.

بیمار به عنوان متن

هرمنوتیک در کاربردهای سنتی اش شامل تفسیر متون می شود. این متون به طور کلاسیک به عنوان آثار هنری یا ادبی مانند شعر در نظر گرفته می شوند. اما برای آنکه هرمنوتیک را آنگونه که در حوزه پزشکی به کار می رود درک کنیم باید تعریف متن را مورد ملاحظه مجدد قرار دهیم. استفن ال. دانیل^۳ ادعا می کند که «متن» را باید به صورت «هر گروهی از نشانه ها تعریف کرد که یک کلیت را تشکیل می دهند و از طریق تفسیر معنا دار می شوند.» (دانیل، ۱۹۸۶) بنابراین متن نه تنها می تواند یک شعر، یک رمان و حادثه تاریخی، بلکه

می‌تواند یک مورد پزشکی، بیمار یا شخص به مثابه بیمار باشد. هدف کاربرد هر منوتیکی در پزشکی تفسیرکردن بیمار است.

ابعاد و ضرورت‌های داوری‌های معتبر درباره متن

از نظر دانیل بیمار «به عنوان یک چیز فیزیکی که خویشنی اسرارآمیز را تجسم می‌بخشد - تنها به کمک متون ثانوی متعدد قابل خوانش است، از جمله روایت بیمار از بیماری یا تاریخچه بیماری، بدن بیمار به عنوان ابژه معاینه جسمی، و نتایج آزمون‌های تشخیصی مانند مقادیر بدست آمده در آزمایش‌های بیوشیمیایی و عکس برداری با پرتوهای X» (دانیل، ۱۹۸۶) این متون ثانوی، سابقه پزشکی بیمار را تشکیل می‌دهد و باید برای درک کردن بیمار مورد بررسی قرار گیرد.

ماهیت شناخت ضروری برای پزشک چیست و چگونه این شناخت قضاوت او را معین می‌کند؟ کانت در آغاز کتاب «نقد خردناب» بیان می‌کند: «شکی نیست که همه دانش ما با تجربه آغاز می‌شود». این موضعی تجربه‌گرا و ارسطویی است: ما به عنوان موجودات بشری شناخت را از طریق آنچه در دنیای اطراف مان تجربه می‌کنیم کسب می‌کنیم. نتایج تجربیات ما در حوزه علم نیز شناخت تجربی عملی است که هر کس در طول زندگی‌شان گردمی‌آورد. از نظر ارسطو این شناخت همان «حکمت عملی» است. از نظر گادامر^۴ که طرفدار هرمنوتیک دیالوژیکال است، شناختی از این نوع مطمئناً سوپژکتیو است، به این معنا که عمدتاً غیرقابل اثبات و غیرجهانشمول است (گادامر، ۱۹۹۸) با این حال شناخت از این نوع است که برای کارورزی علمی و نهایتاً برای پزشک ضروری است.

به‌طور سنتی تصور بر این است که شناخت علمی دارای وضعیتی منحصر بفرد است. تجربیاتی که شناخت یک دانشمند را تشکیل می‌دهند توسط روش علمی قابل ارزیابی هستند و بنابراین دارای این تمایزند که در اصول مطلقاً مستقل از هر موقعیت کنش و هر تلفیق به درون زمینه کنش‌اند.» (گادامر، ۱۹۹۶)

بنابراین به نظر می‌رسد که شناخت علمی به شیوه‌ای روش شناختی در آنجا بدست می‌آید که نتایج عینی و جهانشمول باشند. جدا از اینکه شناخت علمی به این طریق کاریست علم اینگونه نیست. از نظر گادامر کاریست همیشه رابطه‌ای با یک شخص معین و یک موقعیت معین دارد. (گادامر، ۱۹۹۶) به علت این سوپژکتیویته ذاتی در کاریست علمی، تضادی ذاتی بین برداشت ایده آل از نظریه علمی و واقعیت کاریست علمی موجود است، کاریست علمی و مراقبت بهداشتی که در این مقوله قرار می‌گیرند، به شناخت نیاز دارند؛ اما تنها می‌توان شناختی را به کاربرد که در آن زمان در دسترس باشد. این شناخت

در هر مورد خاص شامل فصل مشترک شناخت کلی درون جامعه علمی و شناخت آن پزشک خاص است. این شناخت ناکامل است و بنابراین یک آموزه (دکترین) را تشکیل نمی‌دهد، بلکه بیشتر یک کاربست^۵ است.

گادامر در بیان استدلالش در مورد معرفت پزشکی به عنوان یک کاربست به گالیله اشاره می‌کند، گالیله قوانینش بر اساس شواهد تجربی تدوین نکرد، چرا که در طبیعت خلأئی وجود ندارد، بلکه آنها به ذهنش خطوط کرده بودند. گادامر معتقد است که «ذهن روابط منفرد (درون طبیعت) را جدای می‌کند و با اندازه‌گیری و ارزیابی مشارکت دقیق هر کدام (هر رابطه) را معین می‌کند؛ بنابراین این وضع استخراج عامدانه عوامل سبب‌ساز را امکانپذیر می‌کند.» (گادامر، ۱۹۹۶)

این شکل دقیق‌تر یک شناخت است. اما در کاربست پزشکی شناخت مجموعه‌ای از حقایق جداگانه نیست، بلکه بیشتر شکلی از مهارت است که درون واقعیت تلفیق شده است.

درمانی که یک پزشک برای بیمار تجویز می‌کند شامل این برداشت از مهارت عملی است (که از شناخت نظری متفاوت است). این مهارت شامل موارد زیر می‌شود. پزشک باید به یاد داشته باشد که هنگامی در بازگرداندن بیماران به دنیای خودشان موفق می‌شود، کارش به پایان نمی‌رسد. پزشکان باید این مسئله را بازشناسند که نه تنها برای یک لحظه بحرانی خاص، بلکه همچنین برای یک مدتی طولانی فراخوانده می‌شوند.

از این مهم‌تر دکتر نباید تنها بر بیمارانشان عمل کنند، بلکه باید از طریق درمان به آنها واکنش نشان دهند، (گادامر، ۱۹۹۶) واکنش به طور ذاتی متغیر هر بیمار نیاز به این دارد که پزشکان به معرفتشان از علم پزشکی و شناختی که از به‌طور تجربی از طریق تجربیاتشان در جلسات درمانی بدست آورده‌اند توسل جویند. بنابراین پزشک تنها هنگامی قادر خواهد بود که داورهای معتبر راجع به هر بیمار انجام دهد، که ذخیره بزرگی از تجربیات پزشکی و مهارت پزشکی اندوخته باشد و مشتاق باشد که بیمار به عنوان شخصی که به کمک در مدتی طولانی نیاز دارد ببیند.

درباره جنبه‌های سوژکتیو تفسیر پزشکی

لدر^۶ (لدر، ۱۹۹۰) پزشکی را یک علم سوژکتیو و عملی در نظر می‌گیرد. لدر برای تأکید کردن بر این حقیقت که پزشکی سوژکتیو است تا آنجا پیش می‌رود که می‌گوید پزشکی چه آن را جزء علوم طبیعی بشماریم و چه جزء علوم عملی، سوژکتیو است. حقایق به اصطلاح ابژکتیو (عینی) که شناخت‌مندان جمع‌آوری می‌کنند اصلاً عینی

نیستند، بلکه در واقع توسط نظریه‌هایی که شناخت‌مندان دارند «از پیش شکل گرفته‌اند»، و این نظریه‌ها خودشان توسط ارزش‌ها، جنبه‌های فرهنگی و اجتماعی که شناخت‌مند در معرض آنهاست، از پیش شکل می‌گیرند. بنابراین گرچه در مورد اینکه پزشکی علمی طبیعی یا علمی کاربردی است اختلاف نظر وجود دارد، نباید در این حقیقت تردید کرد پزشکی علمی سوپزکتیو است. (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۱)

لدر از طریق توصیف هرمنوتیکی تعامل بالینی بین بیمار و پزشک سوپزکتیو به پزشکی را نشان می‌دهد. متون متعددی در فرایند پزشکی تفسیر می‌شوند. متن اولیه بیمار است نه بیماری یا مجموعه‌ای از اقدامات، بلکه کل بیمار، از جمله شخصیت، تاریخ زندگی، و دلبستگی‌های او. این متن اولیه است که درمان‌هایی را تعیین می‌کند. همچنین متون ثانوی متعددی وجود دارند که بر اساس این متن اولیه گسترش می‌یابند. این متون ثانوی در معاینه بالینی می‌گنجد. آنها شامل متن تجربی^۷ متن روایتی^۸، متن جسمی^۹ و متن ابزاری^{۱۰} می‌شوند. (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۱)

متن تجربی از علانمی ناشی می‌شود که آنقدر قابل توجه باشند که شکل عادی زندگی بیمار را به هم بزنند. این علائم می‌تواند حسی باشند مانند درد، یا کارکردی مانند ازدست دادن قدرت (صفحه ۱۲) اولین گام در تفسیر چنین علانمی شامل این است که بیمار خود نه تنها به دنبال پاسخ‌هایی می‌گردد. اگر بیمار بتواند معین کند که مشکل چیست، و اگر بتواند آن مسئله را مثلاً با داروهای معمول که به نسخه نیاز دارند حل کند، و اگر علائم بر اساس این درمان‌ها نهایتاً برطرف شوند، آنگاه بیمار خودش بیماریش را تشخیص داده است و احساس نیاز به جستجوی کمک پزشکی نمی‌کند. بنابراین این اولین جنبه متن توسط خود بیمار تفسیر می‌شود. اما اگر بیمار نتواند علت علائم را معین کند، نهایتاً کمک پزشکی را طلب خواهد کرد. «... کمک پزشکی بیش از همه هنگامی مدنظر قرار می‌گیرد که دریافت احساسی از ناکامل بودن هرمنوتیکی وجود داشته باشد.» (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۲) بنابراین اگر بیمار نتواند علائم خودش را تفسیر کند، به نزد دکتر می‌رود که «مهارت هرمنوتیکی» در حوزه پزشکی دارد. مهارت دکتر نتیجه آموزش علمی است.

متن روایتی یا تاریخچه بالینی، به عنوان بخش معمولی از هر معاینه پزشکی شکل می‌گیرد. این متن شامل گفته‌های بیمار به دکتر است که مشکل چیست و چگونه بر شکل عادی زندگی او تأثیر گذاشته است. در متن روایتی سه نویسنده وجود دارد: بدن بیمار شده، بیمار و دکتر. بدن علائم را ایجاد می‌کند، بیمار با بیان کردن آنها به آنها معنا می‌بخشد، و دکتر که پرسش‌های راهنمایی‌کننده را می‌پرسد و کلمات و عباراتی را پیشنهاد می‌کند که به بیمار کمک می‌کنند با دقت بیشتری علائم را توصیف کند. نهایتاً

دکتر آنچه را که بیمار می گوید و آنچه را با عبارات خودش یادداشت می کند جمع بندی می کند (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۳)

متون تجربی و روایتی عمدتاً سوبژکتیو هستند چرا که نتیجه تجربه زیسته شده بیمار و دکترند. برای مثال توصیف درد بر اساس تجربیات قبلی بیمار و دکتر است. حتی هنگامی که به بیماران گفته می شود بر مبنای مقیاسی ده درجه ای شدت درد خود را تعیین کنند، به طوری که ده شدیدترین دردی است که تا بحال احساس کرده اند، پاسخ هنوز سوبژکتیو است. بیماری که پیش از این دچار شکستگی های متعدد دنده به علت تصادف با ماشین شده است، ممکن است به درد ناشی از شکستگی قوزک پاتها درجه ۵ بدهد. از طرف دیگر بیماری که تا بحال دردی بیشتر از عفونت ریشه ناخن را تجربه نکرده است، ممکن است به درد ناشی از صرفاً پیچ خوردگی قوزک پا درجه هشت بدهد. بنابراین آشکار است که شیوه ای عینی برای توصیف کردن درد وجود ندارد.

متن فیزیکی نتیجه معاینه بیمار است و منحصرأ توسط دکتر نوشته می شود. متن فیزیکی اساساً ادراکی است. این متن شامل کاربرد حس ها همراه با ابزارهای تکنولوژیک است که توانایی های حس ها را گسترش می دهند (مثلاً گوشی پزشکی به دکتر امکان می دهد که ضربان قلب را گوش کند) تا بیمار را برای علائم آشکار کننده بیماری یا اختلال مورد بررسی قرار گیرد. بدن در حین معاینه به صورت عینی دیده می شود، به صورت مجموعه ای از سلول ها، اندام ها و بافت ها. با این حال ساخته شدن متن فیزیکی هنوز در معرض پیش فرض های دکتر است. دکتر بر اساس بخش روایتی متن، ممکن است در حین معاینه بدنال چیزهایی اختصاصی باشد. به اضافه استفاده از حسی ها به عنوان ابزارهای تشخیصی توسط دکتر بر اساس تجربه و تعلیمات قبلی دکتر است. دکتر ممکن است بتواند توضیح دهد که چرا تنفس بیمار صدایی غیرطبیعی دارد. اما از آنجا که صدای تنفس طبیعی و غیرطبیعی را بارهای بسیار شنیده است، ممکن است تنها متوجه شود که صدایی که می شنود طبیعی نیست. (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۴) «... معاینه فیزیکی شامل یک هرمنوتیک ادراکی عمدتاً غیرگروهی است که در آن پزشک بدن زنده بیمار را از طریق تلفیق مهارت ها و ابزارها، به عنوان یک متن استنباط و تفسیر می کند، متنی که توسط بدن عینی شده بیمار ساخته می شود.» (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۵)

نهایتاً متن ابزاری که شامل استفاده از آزمون های تشخیصی، و عینی ترین جنبه معاینه بالینی است. آزمون های تشخیصی شامل بررسی های شیمیایی خون، تصویرهای رادیولوژی، سونوگرافی و غیره می شود. این آزمونها عینی هستند، چرا که به طریقی

معمول و مکانیکی انجام می‌شود، اما ذهنی هم هستند، چرا که هنوز نیاز به تفسیر دارند، برای مثال یک متخصص رادیولوژی باتجربه‌تر ممکن است در یک عکس اشعه ایکس متوجه شکستگی کوچکی شود که باعث درد فراوان بیمار شده است، در حالیکه یک متخصص رادیولوژی کم‌تجربه‌تر ممکن است همان عکس را طبیعی تفسیر کند و توضیح قاطعی برای درد بیمار ندهد (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۵)

هدف دکتر و بیمار ساختن متن‌هاست تا یک تشخیص (تفسیر) از مسئله بدست آید. متن‌های گوناگون ثانوی باید به صورت خلاصه‌ای منسجم که همه جنبه‌های مربوط را به تشخیص نهایی و تصمیم درمانی ارتباط می‌دهد گردآوری شوند (لدر، ۱۹۹۰، صفحه ۱۶) دقت این تشخیص نهایتاً توسط تأثیر بخشی درمان ثابت می‌شود.

بنابراین در واقع دکتر هم نویسنده و هم خواننده و بیمار نیز هم نویسنده و هم خواننده [متن] است. بیمار از این لحاظ خواننده است که باید شکایاتش را تفسیر کند و از این لحاظ نویسنده است که باید شکایاتش را برای دکتر توصیف کند. دکتر از این لحاظ نویسنده است که باید پزشک را در توصیف کردن شکایاتش هدایت کنند و از این لحاظ خواننده است که باید همه اطلاعات بالینی که جمع‌آوری می‌کند، تفسیر کند.

تفسیرهای محدود و کل‌گرایانه

هدف پزشکی دست‌یافتن به درکی از رفاه انسانی و از طریق این درک کسب توانایی برای قائل شدن به تمایز بین حالات بیماری و سلامت است. (گاتسن، رابینسون، ۱۹۸۶، صفحه ۱۷۱) البته به نظر می‌رسد که پزشکی مدرن بیشتر بر درمان کردن بیماری متمرکز است تا بر درمان کردن شخصی که مبتلا به بیماری است. نگرستن به بیماری، از طریق رویکردی هرمنوتیکی به پزشکی تنها بخشی از کلیتی پیچیده‌تر است که می‌توان امید داشت در آن موقعیتی خلق شود که پزشک بتواند اشخاص منفرد و معنای سلامتی و بیماری از نظر آنها را دریابد و بنابراین بر بیماری آن شخص متمرکز شود. پزشک از طریق درمان کردن آن شخص می‌تواند در حالت ایده‌آل او را به حالت قبلی سلامتی بازگرداند.

برای آنکه پزشک بتواند هر تظاهر خاص بیماری را که هر روز با آن مواجه است تشخیص دهد، باید شناخت علمی طریقه کارکرد بدن و معنای بیمار بودن را در اختیار داشته باشد. او باید همچنین از پیش در معرض سناریوهای مشابهی قرار داشته باشد که او می‌تواند از آنها به عنوان اساسی برای تفسیر هر سناریوی جدید استفاده کند. به عبارت دیگر پس زمینه‌ای که پزشک باید داشته باشد تا به طور دقیق یک بیمار را تفسیر کند شامل

تعلیم و تجربه پزشکی است (گاتنس، رابینسون ۱۱، ۱۹۸۶، صفحه ۱۷۴) اگر قرار است که پزشک بیمار را به مثابه یک متن تفسیر کند. پزشک باید تشخیص دهد که همانطور که کلمات درون یک متن معین معنای معینی دارند، علائم بیمار معنای خاصی درون چارچوب سبک زندگی، سابقه و موقعیت او دارند. پزشک علاوه بر علائم بیمار ابزارهای متعددی در اختیار دارد تا به درستی به تشخیص و درمان بیمار بپردازد. پزشک از طریق استفاده از معاینه جسمی و ابزارهای تشخیصی متعدد مانند آزمون‌های خونی، رادیوگرافی با اشعه ایکس، الکتروکاردیوگرافی (نوار قلب) و غیره می‌تواند مجموعه‌ای از اطلاعات را گردآوری کند که او باید با در ذهن داشتن پس‌زمینه خاص بیمار آنها را تفسیر کند.

چنین رویکرد هرمنوتیکی به پزشکی به خصوص با توجه به این حقیقت مفید است که هر حالت بیماری طیف گسترده‌ای از علائم دارد و هیچ بیماری همه علائم را نشان نخواهد داد یا علائم را به میزانی مشابه نشان نخواهد داد. دو بیمار مبتلا به بیماری مشابه ممکن است علائمی کاملاً متفاوت را نشان دهند، امری که ممکن است تشخیص را بسیار مشکل کند. البته یک پزشک خوب می‌داند که بیماری چیزی بیش از صرفاً علائم آن است. یک پزشک خوب از طریق مطالعه دقیق قادر خواهد بود تا به تشخیص دقیق در هر دوی این بیماران برسد. توانایی او در انجام دادن این کار نه تنها به علت شنیدن دقیق سخنان هر بیمار و برقرار کردن ارتباط با آنهاست، بلکه به این علت است که او دارای شناخت و تجربه است.

رابطه بین پزشک و بیمار باید به صورت ارتباطی دوجانبه باشد. این مدل ارتباط پزشک / بیمار بسیار مشابه «مدل دیالوژیک» گادامر است.

گادامر معتقد است که درست همانطور که مفسر معنای خود را به متن تحمیل می‌کند، متن نیز معنای خود را به مفسر تحمیل می‌کند و به این ترتیب حقیقت کشف می‌شود. او همچنین اعتقاد دارد که مفسر تحت تأثیر پس‌زمینه اش شامل فرهنگ، سنت‌ها، زبان و علائق عملی قرار می‌گیرد و متن نیز تحت تأثیر زمینه تاریخی اش و نویسنده قرار دارد. به طرز مشابه دکتر باید معنایی را بر علائم بیمار تحمیل کند و درمان‌هایی را بر اساس تشخیصش تجویز کند. سپس بیمار یا با بهتر شدن یا بدتر شدن بازخوردی را فراهم می‌کند. آنگاه پزشک باید با ادامه دادن درمانی که مؤثر است یا امتحان کردن درمانی متفاوت در صورت مواجهه با عدم تأثیر درمان ابتدایی، واکنش نشان دهد. درمان ممکن است صرفاً به این علت غیر مؤثر باشد که برای آن بیمار خاص مناسب نیست، یا به این علت که تشخیص نادرست است و بیمار آن بیماری که برای آن درمان شده است ندارد، اگر اینگونه باشد، پزشک باید موقعیت را دوباره ارزیابی کند. این کار ممکن است

به بیش از یکبار امتحان نیاز داشته باشد، اما در این فرآیند است که پزشک یک بیماری معین را که بیمار را مبتلا کرده است تشخیص می‌دهد. در همان زمان پس‌زمینه پزشکی (تعلیم، تجربه) و پس‌زمینه بیمار (شرح حال قبلی، سبک زندگی و موقعیت) به ترتیب بر پزشک و بیمار اثر می‌گذارد، بنابراین درک کامل بیمار بلافاصله پس از تشخیص بدست نمی‌آید، بلکه این درک در طی فرآیند درمان همچنانکه وضعیت بیماری بیمار نهایتاً تأیید می‌شود رشد پیدا می‌کند.

درباره تفسیر کل‌گرایانه در پزشکی

جان دیویی^{۱۲} در سخنرانی که در سال ۱۹۳۷ خطاب به کالج پزشکان در سنت لوئیس ایراد کرد به بحث در مورد اصلی پرداخت که با عنوان «یگانگی انسان» شناخته می‌شود. اصل یگانگی انسان در تضاد با این نظریه رایج قرار می‌گیرد که انسان را می‌توان با درک کردن همه سلول‌ها، ساختارها و اندام‌های منفردش درک کرد. اصل یگانگی انسان بیان می‌کند که انسان را تنها می‌توان با درک کردن چگونگی کارکردن اجزاء منفرد همراه با یکدیگر و چگونگی تعامل آن اجزاء با محیط درک کرد (دیویی، ۱۹۳۷)

اغلب تأکید بیش از حدی بر مطالعه کارکرد اندام‌ها و ساختارها می‌شود. سوءفهمی در این باره وجود دارد که اگر آنچه در مغز، قلب، ریه‌ها، کلیه‌ها و غیره درک شود، سپس بدن به‌عنوان یک کل نیز قابل درک است. با این حال دانستن آنچه در هر اندام یا دستگاه اندام‌ها رخ می‌دهد، هیچ چیز جز اینکه چگونه دستگاه‌های اندامی متفاوت با یکدیگر کار می‌کنند به ما نمی‌گوید. هدف غایی اندام‌های منفرد و دستگاه‌های بدنی، که سلامتی و بهروزی انسان است، از تعامل بین اندام‌ها و دستگاه‌های مختلف بدنی و تعامل آنها با محیط زیست ناشی می‌شود.

بنا به تعریف دیویی دو نوع محیط زیست وجود دارد. یکی محیط فیزیکی شامل هوا، ساختمان‌ها، آب و غیره و هر چه در اطراف ماست و محیط انسانی که شامل تعامل‌ها با سایر انسان‌هاست. هر دو نوع محیط‌زیست به‌طور یکسان برای سلامتی و بهروزی انسان اهمیت دارند. برای مثال بسیاری از دستگاه‌های بدنی مستقیماً با محیط در تعامل هستند، ریه‌ها با هوا در تعامل هستند. حس‌های پنجگانه ما محرک‌ها را به دستگاه عصبی گزارش می‌دهند و سپس دستگاه عصبی این تحریکات را تفسیر می‌کند، در نتیجه بدن می‌تواند با شرایط محیطی مواجه شود. «... ما در مورد هر یک از مجموعه‌های معین ساختار و فرایندهای اندامی وجود چیزهایی را فراسوی بدن که در رخدادهای درون بدن دخیلند، مسلم فرض می‌کنیم، و نمی‌توانیم این رخدادهای را به‌طور جداگانه درک

کنیم.» (دیویی، ۱۹۳۷، صفحه ۵۰)

پزشکان با درمان کردن بیماری به عنوان روندی که تنها درون بدن جریان دارد مرتکب اشتباه می‌شوند، آنها ممکن است محیط زیست را به عنوان علت بیماری مورد ملاحظه قرار دهند، اما آنها اغلب نمی‌توانند درک کنند که محیط بخش یکپارچگی ای از خود بیماری است، هنگامی که برای مثال یک بیمار به بیماری قلبی مبتلاست، پزشک نباید فقط دارو تجویز کند، یا به جراحی اقدام کند، پزشکان همچنین باید بیمار را تشویق کنند که هر عادت‌ی مثل رژیم غذایی، ورزش، عادات شغلی، عادات خواب و غیره را ممکن است در این مشکل دخیل باشد تغییر دهد. پزشک برای انجام دادن این کار اغلب، حتی بدون اینکه به‌طور آگاهانه متوجه باشد، اهمیت تعامل بین محیط و بیماری را در نظر می‌گیرد، به همان اندازه که تصحیح کردن اختلال کارکرد هر اندامی که درست کار نمی‌کند اهمیت دارد، تصحیح کردن اختلال کارکرد در رابطه بیمار با محیط هم مهم است. اگر تعامل بین بیمار و محیط تصحیح نشود، آنگاه اختلال کارکرد در آن اندام خاص ممکن است برطرف شود، اما کل بیماری درمان نخواهد شد، و اختلال کارکرد آن اندام احتمالاً بعدها عود خواهد کرد.

محیط‌زیست انسان همچنین در سلامتی و رفاه مشخص اهمیت دارد. تماس با سایر انسان‌ها واکنش‌های عاطفی و جسمی را برمی‌انگیزد. یک رابطه مختل با یک یا چند نفر می‌تواند اختلال جسمی و عاطفی بوجود آورد. طرد شخصی، ترس از افراد صاحب قدرت، شکست در بدست آوردن تصدیق و تأیید دیگران، و غیره، همگی می‌توانند باعث مختل شدن تعاملات فرد با محیط انسان شوند، که این امر به نوبه خود به طیف گسترده‌ای از اختلالات جسمی و عاطفی می‌انجامد. برای مثال اختلال در رابطه میان یک کارمند و رئیسش ممکن است به شرایط کاری تنش‌زایی منجر شود که نهایتاً سکت قلبی یا مغزی کارمند را باعث شود. آسانترین شیوه برای برطرف کردن استرس می‌تواند استفاده از داروها باشد، اما بهترین راه حل کردن مشکل ارتباطی بین کارمند و رئیس است. پزشک می‌تواند داروهایی برای رفع کردن استرس و اضطراب تجویز کند، اما این کار تنها راه حلی موقتی برای این مشکل است.

هر چه پزشک اطلاعات کالبدشناختی، ایمنی‌شناختی و شیمیایی بیشتری داشته باشد، برای پرداختن به طیف گسترده اختلالات پزشکی بهتر تجهیز خواهد شد. اما اغلب تأکید بیش از حدی بر این شناخت می‌شود.

به همان میزان باید بر مطالعه روابط اجتماعی تأکید کرد.

«... لازم است از این برداشت دست برداریم که مشکل اصلی (بیماران) هنگامی که شناخت شیمیایی، ایمنی‌شناختی، فیزیولوژیکی به قدر کافی کسب شود حل می‌شود،

برداشتی که اکنون بسیار رایج شده است. ما نمی‌توانیم این شناخت را درک کنیم و بکار ببندیم، مگر زمانی که آن را به نحوی یکپارچه در زمینه آنچه انسانها با یکدیگر در طیف گسترده‌ها تماس‌ها و روابطشان انجام می‌دهند قرار دهیم.» (دیویی، ۱۹۳۷، صفحه ۵۴)

حکمت عملی^{۱۳} به عنوان مدلی برای تفسیر پزشکان

شیوه تفسیر در پزشکی پس از بازبینی پرونده پزشکی بیمار، از جمله همه اطلاعات مرتبط دیگر، به تشخیص بالینی می‌پردازد. پزشک از طریق تشخیص بالینی «معنایی را برای توضیح دادن علائم گوناگون تظاهر یافته در سابقه، معاینه جسمی و آزمون‌های تشخیصی بیمار مفروض می‌دارد.» (دانیل، ۱۹۸۶)

به نظر می‌رسد که در پیروی از رویکرد نوارسطویی گادامر صحیح است که پیشنهاد کنیم تفسیر کاربست پزشکی از مدل حکمت عملی تبعیت می‌کند.

حکمت عملی شامل رویکردی مورد به مورد^{۱۴} است (اجماعی کلی در مورد این ایده از ارسطو گرفته تا لیوتار وجود دارد) از نظر گادامر حکمت عملی به آگاهی متناسب با یک موقعیت معین اطلاق می‌شود، مانند آگاهی که در آن تشخیص، درمان، دیالوگ و مشارکت بیمار همگی گردمی‌آیند (گادامر، ۱۹۹۶). شکلی از عطف توجه میان پزشک و بیمار وجود دارد که به مقصود حس کردن نیازهای شخص بیمار در یک لحظه خاص در یک سابقه مورد بیماری است. بالینگر (پزشک بالینی) مجبور است که بر اساس همه ویژگی‌های مورد منحصربفرد بیمار تصمیم‌گیری کند. لیوتار^{۱۵} (۱۹۸۵) مدعی است که حکمت عملی باید رویکردی مورد به مورد را دنبال کند که در آن هیچ قاعده از پیش تجویز شده یا از پیش تعیین شده برای پیروی وجود ندارد. با این برداشت روشن است که چرا بالینگران خوب اغلب در توضیح دادن تصمیماتشان دچار مشکل می‌شوند. آنها طرح یا تجویزی آشکار برای دنبال کردن در مورد هر بیماری که به مطب آنها وارد می‌شود ندارند، در عوض آنها بر اساسی مورد به مورد ارزیابی‌هایشان را از هر بیمار انجام می‌دهند. بنابراین طرز عمل پزشکان خوب روشی تجویزی^{۱۶} نیست، بلکه درمانی مداوماً در حال تغییر بر اساس تجربه و تحصیلات پزشکی آنهاست.

تفاوتی مهم بین تفسیرها در پزشکی و سایر رشته‌ها

اعتبار تفسیر پزشکی یک پزشک در طول زمان همچنان که بیمار به سمت بازیابی سلامتی یا خلاص شدن از رنج پیشرفت می‌کند یا نمی‌کند، معین می‌شود؛ به این معنا تفسیر

پزشکی را به شکلی که در هرمنوتیک کلاسیک قابل اعمال نیست، می‌توان تصدیق کرد. یک تفسیر متنی فاقد چنین تأییدشدن قاطعی است. یک تفاوت دیگر میان تفاسیر در پزشکی و تفاسیر در سایر رشته‌ها این است که در حالی که هدف نهایی کاربرد هرمنوتیک خود متن است، در پزشکی، متن، بیمار است که موجودیتی پایدار و تغییرناپذیر نیست. وظیفه پزشکان «تنها این نیست که فرایندهای جسمی و روانی بیماران را درک کنند، بلکه باید تغییر در آنها بوجود آورند.» (صفحه ۵) بنابراین متن در پزشکی ثابت نیست، بلکه زمینه‌ای مداوماً در حال حرکت و جابجایی از نشانه‌هاست. بنابراین تفاوتی جالب توجه بین تفاسیر در پزشکی در مقابل تفاسیر در سایر رشته‌ها وجود دارد و این تفاوت نقدهای نویسندگانی را باعث شده که مدعی‌اند هرمنوتیک بر پزشکی قابل اعمال نیست چرا که در پزشکی متنی ثابت وجود ندارد.

برخی اعتراضات به این دیدگاهها

مباحث بالا متضمن در نظرگرفتن بیمار به عنوان نوعی از «متن» برای تفسیر پزشکی است. به علاوه متن به صورت «گروهی از نشانه‌ها که یک کلیت را می‌سازند و از طریق تفسیرکردن معنای خود را آشکار می‌کنند.» تعریف شده بود. (دانیل، ۱۹۸۶) با این حال برخی از منتقدان معتقدند که بیمار یک متن نیست و بنابراین به تفسیر هرمنوتیکی گشوده نیست. دلیل امر کاملاً به اندیشه‌های لیوتار درباره حکمت عملی مرتبط است.

ریچارد بارون^{۱۷} یکی از منتقدان عمده ایده بیمار به مثابه متن است. او مدعی است که در نظرگرفتن بیمار به عنوان یک متن متضمن: «مفهوم‌سازی از بیماران به صورت موجودیت‌هایی است ثابت‌تر از آنچه که واقعاً هستند.» (بارون، ۱۹۹۰) آنچه برای بارون در مورد هرمنوتیک پزشکی بیش از همه مشکل‌آفرین است این است که: «یک متن چیزی ثابت است که می‌تواند در معرض تفسیر قرار گیرد. بیماران چیزهایی ثابت مانند (مثلاً) چاپ فولیو از آثار شکسپیر نیستند.» (بارون، ۱۹۹۰) شیوه تغییرکردن بیماران مانند «متن‌ها» نیست. از نظر بارون «خاطرات افراد تغییر می‌کند؛ داستانی که آنها برای کارورز بالینی (انترن) تعریف می‌کنند با داستانی که برای استاد بخش تعریف می‌کنند متفاوت است؛ افراد دچار درد انواعی از داستان‌ها را تعریف می‌کنند؛ خاطرات بیماران دستخوش تفسیر و تفسیر مجدد خودشان قرار می‌گیرد و به این ترتیب تفاوت‌های ظریف در معنا و ابهام بوجود می‌آید.» (بارون، ۱۹۹۰) نهایتاً هسته اصلی استدلال بارون این است که ماهیت تغییر یابنده «متن» بالینی فرد را وادار می‌کند که با این پرسش روبرو شود که آیا اصولاً «متنی» وجود دارد که آن را مطالعه کرد.

دیگرانی که از ایده متن در حال تغییر حمایت می کنند به مفهوم مسائل ساختارنیافته اشاره می کنند (یوجین گاتنز، رابینسون^۸)

مسائل ساختارنیافته را به صورت مسائلی تعریف می کند مشابه آنچه در حین دوره های بحران های معرفت شناختی روی می دهند، یعنی دوره هایی که در حین آنها روشن نیست چه چیزی در جریان است. (گاتنس، رابینسون، ۱۹۸۶)

پزشک هنگامی که با بیماری روبرو می شود که نمی تواند مشکلاتش یا آنچه برای او رخ داده است را توضیح دهد، مجبور می شود به فراسوی راهبردهای سنتی برود و ضرورتاً طرح های تفسیری ممکن را ایجاد می کند که به او اجازه دهد در مورد آنچه روی می دهد دیدی به دست آورد. در چنین مواردی بالینگران ماهر به طرز بارز در مشخص کردن فرایند استدلالشان ناتوان هستند. درک کردن نظریه های تصمیم گیری این بالینگران یا آن قواعدی که آنها در این موارد تعقیب می کنند، در بهترین حالت کار مشکلی است.

حاصل کلام

یک رویکرد ممکن هرمنوتیکی به کار بست پزشکی شامل در نظر گرفتن بیمار به مثابه متنی است که باید آن را تفسیر کرد. گرچه این دیدگاه با اعتراضاتی هم روبرو شده است، یک طریق کاربرد هرمنوتیک کلاسیک در حوزه پزشکی اتخاذ کردن برداشت بیمار به مثابه متن است. نگاه بیمار از طریق منابع ثانوی گوناگونی تفسیر می شود که نهایتاً نمودار بیمار یا سابقه پزشکی او را شکل می دهند. روش تفسیر برای کار بست پزشکی معین کردن یک طرح درمانی است. کیفیت این طرح درمانی بر اساس تجربیات و تحصیلات پزشکی قبلی پزشک است.

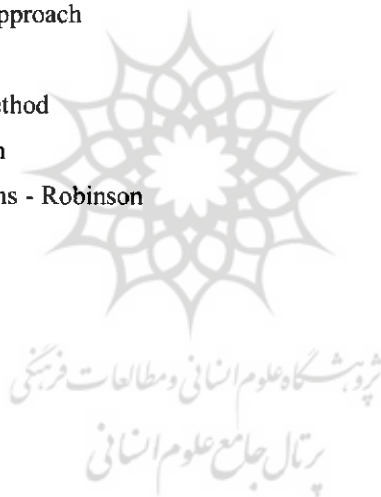
در طول زمان پزشک می تواند نتایج این تفسیر را از طریق پیشرفت حال بیمار مورد تصدیق قرار دهد. نهایتاً این تفسیر به بیمار اجازه می دهد که با تن یا روانی شفایافته زندگی را از نو آغاز کند، در همان حال که پزشک به موهبت وارد شدن به دنیای بیمار دست می یابد یا به قول ویلیام کارلوس ویلیامز شکل رنج بردن و قدرت هنر شفا بخشی آشکار می شود.

این مقاله ترجمه ای است از:

Kathrin Hermeneutics and Medicine, <<http://www2.canusius.edu/>

A'gallargh/ahmed.html> Jeffery Miecznikowski, Grinnen kathryn

1. Jeffrey Miecznikowski
2. Kathryn Grinnen
3. Stephen L. Daniel
4. Gadamer
5. Practice
6. Leder
7. experiential text
8. narrative text
9. physical text
10. instrumental text
11. Gatens - Robinson
12. John Dewey
13. Phronesis
14. case to case approach
15. Lyotard
16. Prescribed method
17. Richard Baron
18. Eugenie Gatens - Robinson



REFERENCES

1. Baron, Richard. 1990. "Medical Hermeneutics: Where is the "Text" We Are Interpreting?" *Theoretical Medicine* 11:25-28
2. Daniel, Stephen. 1986. "The Patient as Text: A Model of Clinical Hermeneutics" *Theoretical Medicine* 7:195-210.
3. Daniel, Stephen. 1990. "Interpretation in Medicine: An Introduction" *Theoretical Medicine* 1:3-7.
4. Daniel, Stephen. (in press) "Interpretation in Medicine: the Patient as Text"
5. Deley, John, 1937. Address to the College of Physicians. In J. Gouinlock, ed. *The Moral Writings of John Dewey*. Hafner Press, New York: 1976.
6. Gadamer, Hans - Georg. 1996. *The Enigma of Health*. Stanford University Press.
7. Gatens - Robinson, Eugenie. 1986 "Clinical Judgement and the Rationality of the Human Sciences" *The Journal of Medicine and Philosophy* 11:167-178.
8. Hunter, Kathryn. 1989. "A science of Individuals: Medicine and Casuistry" *The Journal of Medicine and Philosophy* 14:194-212.
9. Leder, Dre]. 1990. "Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine" *Theoretical Medicine* 11:9-24.
10. Lock, James. 1990. "Some Aspects of Medicial Hermeneutics: The Role of Dialectic and Narrative" *Theoretical medicine* 11:41-49.
11. Lyotard, Jean - Francois and Jean Loup Thebaud, 1985. *Just Gaming*. Trans. Wlad Godzich. Minneapolis: University of Minnesota Press.
12. Ricoeur, Paul. 1981 *Hermeneutics and the Human Sciences*. John B. Thompson (ed). Cambridge University Press.