

ابتنای علوم انسانی^۱ بر پزشکی بالینی: خوانشی نو از تولد کلینیک

علیرضا منجمی*

چکیده

در کتاب تولد کلینیک فوکو نشان می‌دهد این نه علوم طبیعی بلکه پزشکی بالینی بود که بنیان علوم انسانی را بنا نهاد. در انتهای کتاب تولد کلینیک او این مدعا را مطرح می‌کند که علوم انسانی بر بنیان پزشکی بالینی مدرن بنا شده است. او می‌گوید: اهمیت علم پزشکی در تأسیس علوم انسانی^۲ اهمیتی که صرفاً روش شناختی نیست زیرا هستی انسان به منزله ابژه علم پوزیتیو تعریف یا تلقی می‌شود. البته فوکو بیشتر از این مدعای خود را توضیح نمی‌دهد و به همین میزان بسنده می‌کند. در این مقاله تلاش خواهیم کرد نشان دهیم چگونه بر مبنای صورت‌بندی او از پزشکی بالینی می‌توان از این مدعا دفاع کرد و این مدعا چه استلزاماتی برای علوم انسانی به همراه خواهد داشت. برای فهم و دریافت این مدعا باید تمهیداتی فراهم کرد. هر دو تمهید مبتنی بر آراء فیلسوفان پزشکی است تا صورت‌بندی دقیق و قابل فهمی از پزشکی بالینی موردنظر فوکو به دست داده شود. بدون این تمهیدات فهم مدعای فوکو دشوار خواهد بود چون به نظر می‌رسد او در کتاب تولد کلینیک بسیاری از این موارد را مسکوت گذاشته یا بدیهی فرض کرده است یا نادیده گرفته است و شارحان‌اش هم با سنت فلسفه پزشکی ناآشنا بوده‌اند. در ابتدا تلاش می‌کنم نشان دهیم که پزشکی نوع متفاوتی از شیوه تفکر در مقایسه با علوم طبیعی است که اگر چنین نبود مدعای فوکو به تفسیری سطحی و پیش‌پافتاده خلاصه می‌شد: پزشکی انسان را ابژه علم بدل کرد و پس از آن بود که با الهام از علوم طبیعی تأسیس علوم انسانی محقق شد که

* عضو هیئت علمی گروه فلسفه علم و فناوری، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی،
monajemi.alireza@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۱۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۸

باور ناروایی است. این بخش بر اساس آراء لودویگ فلک تفاوت‌های جدی تفکر پزشکی و علوم طبیعی تقریر خواهد شد. ساختار پزشکی بالینی و علوم مختلفی که در این حوزه وجود دارند را تعریف و تعامل آنها را نشان می‌دهم. در این بخش از آراء کاظم صادق‌زاده وام گرفته شده است. در بخش بعدی تلاش خواهیم کرد بر مبنای تمهیدات صورت گرفته نشان دهم فوکو چگونه پزشکی بالینی مدرن و سیر تطورش را چگونه در قالب فضابخشی‌های سه‌گانه (Spatialization)^{۴۳} صورت‌بندی کرده است. در فصل پایان نشان خواهیم داد چگونه صورت‌بندی فوکو از پزشکی بالینی می‌تواند بنیان علوم انسانی قرار گیرد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد این نوشتار تلاشی است برای پیوند زدن فلسفه پزشکی و فلسفه علوم انسانی با خوانشی جدید از کتاب «تولد کلینیک».

کلیدواژه‌ها: فوکو، پزشکی بالینی، فلسفه پزشکی، فلسفه علوم اجتماعی، تولد کلینیک، فضابخشی

۱. مقدمه

فوکو در کتاب تولد کلینیک^۵ با تأمل در پزشکی قرون هجدهم و نوزدهم فرانسه تلاش می‌کند تطور طب پیشامدرن به پزشکی مدرن را نشان دهد. او در همین کتاب به نقش پزشکی بالینی در تأسیس علوم انسانی اشاراتی گذرا می‌کند که تاکنون جایگاه شایسته خود را نیافته است. مقاله حاضر به این مدعی فوکو خواهد پرداخت؛ اما پیش از آنکه به اصل مدعا پردازیم مناسب است ابتدا جایگاه این کتاب را در سپهر آثار فوکو مشخص کنیم. میشل فوکو کتاب تولد کلینیک^۶ (۱۹۶۳) دو سال پس از انتشار تاریخ جنون (۱۹۶۱) نوشت.^۷ علی‌رغم آنکه بسیاری آن را استوارترین و معتبرترین اثر فوکو می‌دانند سخت مهجور مانده است و باوجود چاپ‌های مکرر، در سپهر آثار فوکو جایگاه مشخصی ندارد، واقعاً خوانده‌نشده است و درباره آن بحث و بررسی جدی درنگرفته است (ولیان، مقدمه مترجم). یکی از دلایل آن را می‌توان در موضوع کتاب و واژگان تخصصی آن دانست که در میان خوانندگان آثار فوکو که بیشتر از فلسفه و علوم اجتماعی سررشته دارند، مهجور و غریب نموده است. تولد کلینیک اثری چندلایه است و به بهترین شکل وجهه آکادمیک فوکو به‌عنوان پژوهشگری ژرف‌بین در سنت فکری فرانسوی را نشان می‌دهد. بسیاری از مفاهیمی که فوکو در آثارش پس از این کتاب بسط داده و شهرت جهانی یافته‌اند در این اثر ریشه دارند. استاد فوکو، ژرژ کانگلیم (George Canguilhem) پزشک و فیلسوف پزشکی برجسته بود و کتابش *Le Normal et le pathologique* (نرمال و پاتولوژیک) یکی از آثار

درباره مفهوم اجتماعی - فرهنگی (در سده ۱۷۴۰-۱۸۵۵ م)؛ ... ۱۴۱

است که در شکل‌گیری تولد کلینیک نقش مهمی ایفا کرده است و در خوانش این اثر باید مطمح نظر قرار گیرد. یکی دیگر از دلایل عدم توفیق کتاب آن بود که فلسفه پزشکی - با آنکه در سنت قاره‌ای خود به‌ویژه در آلمان و لهستان ریشه‌های قوی داشت - تا دهه هفتاد میلادی به یک حوزه پژوهشی مستقل تبدیل نشده بود و این کتاب بخت جای گرفتن در این حوزه پژوهشی مرتبط را از دست داد.

یکی دیگر از موانع پیش روی این اثر آن بود که فلسفه علم انگلو-آمریکن و سواس گونه به فیزیک به‌عنوان نمونه‌های عالی علم باور داشت و پزشکی را به لحاظ معرفت‌شناسی سست‌تر، کهن‌تر و فاقد هرگونه جذابیتی برای تأمل مستقل می‌دانست. در حلقه فیلسوفان فرانسوی وضعیت متفاوت بود. ژرژ کانگیهم، با تأمل در امر طبیعی و پاتولوژیک، ویژگی‌های منحصربه‌فرد دانش پزشکی را برجسته کرد. این عنایت به پزشکی را در آثار فلک، هایدگر، گادامر و دلوز هم می‌توان ردیابی کرد. (آزبورن، ۱۹۹۸)

۲. ایده تأسیس علوم انسانی

جستجو در پی علمی که بتواند به پیش‌بینی و کنترل رفتار انسانی بپردازد، به‌ویژه پس از انقلاب کبیر فرانسه، در اروپا بسیار رواج یافته بود؛ زیرا قیام مردم فرودست که سرنگونی رژیم پادشاهی را سبب شده بودند و تحولات اجتماعی و سیاسی بی‌سابقه‌ای را در پی داشت که به موضوع مهم و قابل‌توجهی برای متفکران سراسر اروپا بدل شده بود (Anderson ۲۰۰۳).

ایده چنین علمی را جان استوارت میل در کتاب خود *The logic of moral sciences* مطرح کرد (Gadamer, ۱۹۸۹, p۳). او این مفهوم را از هیوم گرفته بود و سعی در گسترش آن داشت. هیوم به دنبال آن بود که بر اساس این علم پدیده‌هایی را که او *passion* (معادل نیازها، احساسات و انگیزه‌های انسانی) می‌خواند تبیین علمی کند؛ علمی که پهلوی به پهلوی فیزیکی و شیمی بزند و از رهگذر آن نظریه سیاسی استخراج شود و عنوان *Moral Science* را برای این علم پیشنهاد کرد (Hoyrup, ۲۰۰۰). هیوم به همین اشارت بسنده می‌کند و در مورد اینکه این علم چگونه باید باشد ساکت می‌ماند. جان استوارت میل اما بر این باور بود که ایده این علم هنوز از ابهامات و تلقی‌های عوامانه رنج می‌برد و می‌توان با به کار گرفتن روش‌هایی که در علوم طبیعی موفق بوده‌اند آن را نجات داد. (Anderson, ۲۰۰۳) مطابق طرح میل و هیوم، علم انسانی تفاوت ماهوی با علوم طبیعی ندارد؛ زیرا همان روش‌ها را به

کار می‌گیرد و فقط موضوعش متفاوت است. به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که میل ادعای بنا نهادن علمی جدید را که در تقابل و تباین با علوم طبیعی تجربی باشد، نداشت، بلکه بنا نهادن علمی را مراد کرده بود که با روش‌های علوم طبیعی به مطالعه رفتار و حالات انسان بپردازد. (منجمی، ۱۳۹۶) در فلسفه علوم انسانی همواره این پرسش پیش‌روی بوده است که علوم انسانی چه تفاوتی با علوم طبیعی دارد؟ آیا علوم انسانی برگرفته و ملهم از علوم طبیعی است یا علوم انسانی علمی یکسره متفاوت و متمایز است؟ (بتتون و کرایب، ۱۳۸۴)

فوکو اما این ایده را واژگون می‌کند و نشان می‌دهد این نه علوم طبیعی بلکه پزشکی بالینی بود که بنیان علوم انسانی را بنا نهاد. در انتهای کتاب تولد کلینیک او این مدعا را مطرح می‌کند که علوم انسانی بر بنیان پزشکی بالینی مدرن بنا شده است. او می‌گوید: اهمیت علم پزشکی در تأسیس علوم انسانی^۹ اهمیتی که صرفاً روش‌شناختی نیست زیرا هستی انسان به منزله ابژه علم پوزیتیو تعریف یا تلقی می‌شود.^{۱۰} (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۲۶۷) البته فوکو بیشتر از این مدعای خود را توضیح نمی‌دهد و به همین میزان بسنده می‌کند. در این مقاله تلاش خواهیم کرد نشان دهیم چگونه بر مبنای صورت‌بندی او از پزشکی بالینی می‌توان از این مدعا دفاع کرد و این مدعا چه استلزاماتی برای علوم انسانی به همراه خواهد داشت.

برای فهم و دریافت این مدعا باید تمهیداتی فراهم کرد. هر دو تمهید مبتنی بر آراء فیلسوفان پزشکی است تا صورت‌بندی دقیق و قابل فهمی از پزشکی بالینی موردنظر فوکو به دست داده شود. بدون این تمهیدات فهم مدعای فوکو دشوار خواهد بود چون به نظر می‌رسد او در کتاب تولد کلینیک بسیاری از این موارد را مسکوت گذاشته یا بدیهی فرض کرده است یا نادیده گرفته است و شارحان‌اش هم با سنت فلسفه پزشکی ناآشنا بوده‌اند. در ابتدا تلاش می‌کنم نشان دهم که پزشکی نوع متفاوتی از شیوه تفکر در مقایسه با علوم طبیعی است که اگر چنین نبود مدعای فوکو به تفسیری سطحی و پیش‌پاافتاده خلاصه می‌شد: پزشکی انسان را ابژه علم بدل کرد و پس از آن بود که با الهام از علوم طبیعی تأسیس علوم انسانی محقق شد که باور ناروایی است. این بخش بر اساس آراء لودویگ فلک تفاوت‌های جدی تفکر پزشکی و علوم طبیعی تقریر خواهد شد. ساختار پزشکی بالینی و علوم مختلفی که در این حوزه وجود دارند را تعریف و تعامل آنها را نشان می‌دهم. در این بخش از آراء کاظم صادق‌زاده وام گرفته شده است. در بخش بعدی تلاش خواهیم

کرد بر مبنای تمهیدات صورت گرفته نشان دهم فوکو چگونه پزشکی بالینی مدرن و سیر تطورش را چگونه در قالب فضابخشی‌های سه‌گانه (Spatialization) صورت‌بندی کرده است. در فصل پایان نشان خواهم داد چگونه صورت‌بندی فوکو از پزشکی بالینی می‌تواند بنیان علوم انسانی قرار گیرد. بدین ترتیب به نظر می‌رسد این نوشتار تلاشی است برای پیوند زدن فلسفه پزشکی و فلسفه علوم انسانی با خوانشی جدید از کتاب «تولد کلینیک».

۳. پزشکی به مثابه معرفتی متمایز

۱.۳ تفاوت ماهوی پزشکی با سایر انواع تفکر

پزشکی سبکی مختص به خود در درک مسائل و برخورد با آنها دارد. به بیان دیگر طبابت (Clinical practice) منجر به سبک خاصی از تفکر (Mode of thinking) شده است که منحصر به فرد است و بی‌تردید متمایز از علوم طبیعی. یکی تفاوت در اهداف است. هدف علم کسب دانش از راه درک جهان و اعیان آن است، در حالی که هدف طب، کاهش درد و رنج بیماران و ارتقای سلامت مردم است. هدف پزشکی به اندازه‌ای مهم است که تمام فعالیت‌های آن را قوام می‌بخشد (مانسون، ۱۹۸۱). دومی تفاوت در موضوع است. دانشمند علوم طبیعی در جستجوی پدیده‌های نمونه و عادی است در حالی که پزشک پدیده‌های غیرعادی و غیرنمونه - بیماران - را بررسی می‌کند. از این رو پزشک باید تمایز بین طبیعی (نرمال) و پاتولوژیک را بکار گیرد. اما با وجود همه بی‌نظمی موجود در پدیدارهای پزشکی چگونه می‌توان نظمی در آنها یافت؟ پاسخ را باید در آمار جستجو کرد. پدیده‌های بیمارگونه و غیرعادی را بر اساس آمار می‌توان گروه‌بندی کرد و بر اساس یافته‌های آماری تصویر مجازی و آرمانی از بیماری به دست داد که فلک آن را واحد بیماری می‌خوانند^{۱۱}. این واحدها منحصر به فرد و دائماً در حال تغییر هستند که هرگز بر یک مورد بیمار منطبق نمی‌شوند اما برای تعامل میان پژوهشگران، پزشکان بالینی و سایر مراقبین سلامت مورد نیاز است. (فلک، ۱۳۷۰) سومی تفاوت در ساختار نظریه هاست. نظریه‌ها در علوم طبیعی نشان‌دهنده الگویی است که می‌توان آن را ایده‌ال اقلیدسی نامید؛ یک نظام قیاسی شامل دسته بزرگی از آموزه‌هاست که ذیل چند اصل موضوعه محدود صورت‌بندی شده‌اند، مانند مکانیک نیوتنی، ترمودینامیک کلاسیک و نظریه الکترومغناطیسی ماکسول؛ اما به عکس در پزشکی، نظریه‌ها فاقد شمول وسیع هستند مگر برخی استثنائات مانند رمز ژنتیکی وجود دارد. در نظریه‌های پزشکی تبیین‌های متفاوت و گاه متعارض (Mutually excluding) به کار

گرفته می‌شوند: تبیین‌های گاهی علی (Causal)، گاه غایت‌شناختی (Teleological) یا آسیب‌شناختی. به نظر می‌رسد این فرآیند کاملاً دلخواهی (Arbitrary) است. این فقدان وجود وحدت رویه در یک زمان و درون یک چارچوب، به دلیل تنوع و تعدد پدیده‌های بیماری است. از این رو استقرار یک نظریه جامع در پزشکی، مانند اتمیسم در شیمی، یا انرژی در فیزیک، امری محال است. (فلک، ۱۳۷۰)

۲.۳ ساختار پزشکی

در طبابت (Clinical practice) دو اتفاق کلیدی می‌افتد: مواجهه بالینی (Clinical encounter) و قضاوت و تصمیم‌گیری. مواجهه بالینی به آن معناست که بیمار با شکایتی به پزشک مراجعه می‌کند^{۱۲} و پزشک با مصاحبه، معاینه و آزمایش از بیمار، اطلاعاتی به دست می‌آورد، و بر اساس اطلاعات گرد آمده بیماری را تشخیص می‌دهد و تدابیر درمانی برای بیماری در نظر می‌گیرد. از این رو شناختن این سه دانش بنادین در پزشکی مدرن کلیدی است.

نشانه‌ها به هر رخداد (Event) جزئی (Particular) اشاره دارند که دلالت بر شروع بیماری یا وجود آن دارد؛ از این رو نشانه‌ها همواره همراه بیماری‌ها هستند. مجموعه آنچه در پزشکی نشانه یا symptom خوانده می‌شود جملگی از یک سنخ نیستند. برخی شکایات بیمارند که لاجرم ذهنی (Subjective) هستند، همچون سردرد. دوم علائم (Sign) خوانده می‌شوند که پزشک آنها را کشف می‌کند و از این رو عینی (Objective) و قابل اعتماد محسوب می‌شوند، مثل فشارخون بالا. سوم یافته‌ها (Findings) که بر اساس آزمایش‌ها و تصویربرداری به دست می‌آیند.^{۱۴} با تسامح به هر سه symptom می‌گویند و علم مطالعه آن را نشانه‌شناسی^{۱۵} می‌نامند.^{۱۶}

بیماری‌شناسی (Nosology) شاخه‌ای از دانش پزشکی است که در کار طبقه‌بندی بیماری‌هاست. با وجود آنکه بیماری‌شناسی همواره بخشی از دانش پزشکی بوده است در پزشکی بالینی مدرن سامان جدیدی یافته است و ارتباطی با چهار دانش مهم دیگر در پزشکی برقرار کرده، به‌نوعی آنها را گرد هم آورده است: نشانه‌شناسی، علت‌شناسی (Etiology)، آسیب‌شناسی (Pathology) و اپیدمیولوژی^{۱۷}.^{۱۸} برای طبقه‌بندی بیماری‌ها نیاز است عنصر مشترکی تعیین کنیم. مثلاً بر اساس تظاهرات بالینی یا نشانه‌ها (Symptomatologic classification)، بر اساس علیت بیماری‌ها (Etiologic classification) یا ناحیه درگیر در بدن.^{۱۹} (صادق‌زاده، ۲۰۱۵، ص ۲۱۲-۲۳۷)

آسیب‌شناسی^{۲۰} مطالعه علل و عوارض بیماری‌هاست. برخلاف بیماری‌شناسی که در پزشکی پیشامدرن هم وجود داشت، پاتولوژی رشته‌ای نوظهور و متأخر است. پژوهشگران این رشته تظاهرات غیربالینی و زیست‌پزشکانه بیماری‌ها را در بخش‌های مختلف بدن از جمله بافت‌ها، ارگان‌ها، سلول‌ها و ملکول‌ها را جستجو می‌کنند. آسیب‌شناسی را کاری با تظاهرات بالینی یا شرح حال یا روایت بیماران از بیماری‌شان نیست. (صادق‌زاده، ۲۰۱۵، ص ۲۱۲-۲۳۷)

هنگام طبابت از نشانه‌شناسی آغاز می‌کنیم و به سمت بیماری‌شناسی حرکت می‌کنیم اما این نه حرکتی یک‌سویه، بلکه رفت و برگشتی است. آنچه ارتباط میان این دو را به هم پیوندی علی می‌دهد آسیب‌شناسی است.

۴. صورت‌بندی فوکو از برآمدن پزشکی مدرن

۱.۴ آسیب‌شناسی تشریحی راه برآمدن پزشکی بالینی

نقطه شروع برآمدن پزشکی بالینی مدرن شکل‌گیری دانش آسیب‌شناسی تشریحی^{۲۱} است که پیوندی نو میان نشانه‌شناسی و بیماری‌شناسی برقرار کرد. پاتولوژی میان نشانه‌ها و بیماری‌ها تمایز می‌گذارد، این دو را به هم پیوند می‌زند، طبقه‌بندی بیماری‌ها را هرس می‌کند و سندرم و بیماری را از هم افتراق می‌دهد^{۲۲}. همه اینها از روست که رابطه علیتی ممکن می‌شود. باآنکه بیماری‌شناسی سابقه‌ای به قدمت پزشکی دارد اما پاتولوژی تشریحی یا آناتومی آسیب‌شناختی به نسبت علمی جوان است. در طب اخلاطی هم تشریح وجود داشت اما پیوندی با بیماری‌شناسی نداشت و به بیان دقیق‌تر از آنجاکه طب اخلاطی به مکان‌مندی یا جای‌گیری (Localization) بیماری باوری نداشت جستجوی بیماری در بدن امری عبث و بی‌ثمر بود. بیماری‌نشانی از برهم خوردن تعادل اخلاط بود و باآنکه علائم مختلفی در بخش‌های مختلف بدن ایجاد می‌کرد اما در هیچ عضوی از بدن لانه نداشت. بیماری چونان بادی بود که از دالانهای بدن می‌گذرد، علائمی از خود بروز می‌دهد، اما در بدن جای نمی‌گیرد. تشریح بدن و شرحه شرحه کردن کالبد یک جسد بر این ایده استوار است که بیماری در بدن لانه گزیده است و با شکافتن جسد بیماری که مرده است می‌توان بیماری را یافت به بیان فوکو بیماری در تن بیمار متجسد شده است. تا این ایده نباشد تشریح و بیماری‌پیوندی با هم نمی‌یابند. به بیان دیگر همان‌طور که فوکو اشاره می‌کند:

جسد بیمار عرصه‌ای است که بیماری در آن جان می‌گیرد و می‌زید. (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۲۱۳)

مکان‌مند شدن بیماری به معنای آن است که از ایده متافیزیکی بیماری دست شسته‌ایم و بیماری را باید جایی در بدن جستجو کنیم. اینجاست که دو نوع تظاهرات از یکدیگر متمایز می‌شود: تظاهرات بالینی و تظاهرات آسیب‌شناختی یا غیربالینی. تظاهرات بالینی مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌هاست که بیمار بروز می‌دهد یا در مواجهه بالینی پزشک و بیمار کشف می‌شود. تظاهرات آسیب‌شناختی نشانه‌هایی هستند که آسیب‌شناس در کالبد بدن بیمار کشف می‌کند و لزوماً به تظاهرات بالینی منتج نمی‌شود؛ بنابراین آنچه فضابخشی اولیه خوانده می‌شود همان فضای انتزاعی است که فوکو آن را فضای پیکربندی بیماری (La space de la configuration de la maladie) یا جسم بیماری (Corp de la maladie) می‌خواند. به این معنا از منظر فوکو دستاورد مهم آسیب‌شناسی تشریحی تطابق دقیق جسم بیماری و جسم بیمار است. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۴۲)

اما آنچه اهمیت دارد و آسیب‌شناسی تشریحی را به عنصری کلیدی در طبابت تبدیل می‌کند و جهشی در پزشکی رقم بزند، پیوند آن با پزشکی بالینی است. از یک‌سو گزارش‌های بالینی ثبت‌شده در بیمارستان موجود بود و از سوی دیگر یافته‌هایی که در کالبدشکافی اجساد بیماران به دست می‌آمد. مسلماً بدون پیوند این دو با یکدیگر آسیب‌شناسی تشریحی نمی‌توانست به چنان توفیقی دست یابد. چراکه در مواجهه بالینی پزشک با بیماری زنده روبروست و آسیب‌شناسی تشریحی باید بتواند به پزشک یاری برساند تا علائم و نشانه‌های بیمار را تفسیر کند و آن را به بیماری‌ای نسبت دهد که علت این مجموعه علائم و نشانه‌هاست؛ اما از سوی دیگر بیماری را باید بتوان در پیوند تظاهرات پاتولوژیک یا غیر بالینی و تظاهرات بالینی درک کرد یعنی در تشریح جسد بیمار یافته‌های وجود دارد که بسیاری از آنها ممکن است تظاهرات بالینی نداشته باشند و بالعکس ممکن است بیمار نشانه‌هایی داشته باشد که در کالبد وی هیچ نشانی از آنها نباشد. از همین رو رابطه دینامیک و دوسویه میان بیماری‌ها و نشانه‌ها نیاز بود که این خود بدون ثبت دقیق تعداد کثیری رخداد‌های منفرد در بیمارستان ممکن نبود. فوکو از این ارتباط با عنوان «روش تشریحی - بالینی»^{۳۳} یاد می‌کند؛ اما ارتباط مرگ و آسیب‌شناسی تشریحی در اینجا با بیماری باید روشن شود. اینکه جسدهایی تشریح شوند و چیزهایی به‌عنوان ردپای بیماری و آسیب در آن اجساد یافت شود برای طبابت کافی نیست. هدف آن است که ببینیم این اجساد در

زمان حیات چه نشانه‌هایی داشتند و با پیوند نشانه‌ها به آسیب‌ها بتوانیم روایت را معکوس کنیم چراکه پزشکی با انسان‌های زنده سر و کار دارد پس در اصل آسیب‌شناسی تشریحی در نهایت می‌بایست روایتی معکوس ارائه دهد تا در کار پزشکی بالینی به کار آید. بدین شکل بود که پزشکی بالینی قوام یافت و خود را یکسره از طب پیشامدرن که مبتنی بر نظوروری (Speculation) بود گسست؛ اما آن آسیب‌شناسی تشریحی در انسان زنده رویت‌پذیر نبود با آنکه در اصل یعنی وقتی بیمار به جسدی تبدیل شود رویت‌پذیر می‌شود از همین رو فوکو آن را رویت‌پذیر رویت‌ناپذیر می‌خواند. مثال آندوسکوپی به خوبی نشان می‌دهد که تشخیص در پزشکی چگونه صورت می‌گیرد و چه تفاوتی میان نشانه که انفسی و سوبژکتیو است و علامت که عینی است وجود دارد. در اینجا پزشک با دیدن مستقیم زخم در معده تشخیص نهایی می‌گذارد. پرسیدن صرف از علائم کارساز نیست. یا تشخیص آپاندیسیت که در نهایت با جراحی و برداشتن آپاندیس و پس از آزمایش آسیب‌شناسی قطعی می‌شود. اینجا همان ارتباط آسیب‌شناسی تشریحی و طبابت است که از طریق آسیب‌شناسی بالینی (Clinical pathology) برقرار می‌شود که دغدغه‌اش تشخیص بیماری است که به تشخیص بیماری‌ها بر اساس تجزیه آزمایشگاهی مایعات بدن مثل خون، ادرار و بافت‌ها با استفاده از شیمی، میکروبی‌شناسی، خون‌شناسی و آسیب‌شناسی مولکولی می‌پردازد. آسیب‌شناسان بالینی در ارتباط نزدیک با تکنولوژیهای پزشکی و پزشکان دیگر کار می‌کند تا دقت کامل حاصل شود و صحت آزمایش‌ها به حداکثر رسیده باشد.

۲.۴ تبدیل بیماری به امری پوزیتیو و هنجاری

آسیب‌شناسی تشریحی نگاه به بیماری را تغییر داد. در نگاه پزشکی پیشامدرن بیماری نوعی عدم تعادل (Disharmony) بود. از این منظر «بیماری امری سلبی (Negative) بود که خصیصه‌ای نمی‌شد به آن نسبت داد» (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۲۶۷) و لاجرم سلامت امری مثبت تلقی می‌شد؛ اما این رابطه در جهان مدرن واژگون شده است و آسیب‌شناسی تشریحی با مطالعه اجساد مردگان راهی گشود که در آن بیماری به مثابه امری مثبت (پوزیتیو) تلقی شود که در و در «معرض کالبدشکافی قدرتمندانه زبان و نگاه قرار می‌گرفت» (فوکو، ۱۳۹۰ ص ۲۶۷) که راه را برای تعبیر پوزیتیو از علم پزشکی هموار می‌کرد و این سلامت بود که به محاق رفت به امری سلبی تبدیل شد یعنی سلامت مترادف شد با فقدان بیماری.

همان‌طور که پیش‌ازاین هم اشاره شد برای جستجوی الگویی‌های در بیماری‌ها باید به سراغ آمار رفت که این توانایی را دارد که پدیده‌های بیمارگونه و غیرعادی دسته‌بندی کند. آنجا که پای آمار به میان کشیده می‌شود گریزی از مفهوم بهنجاری (Normality) نیست. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۷۹-۸۰)

علی‌رغم آنکه به نظر می‌رسد بیماری و تشخیص دو مفهوم طبیعی و نظری هستند اما در اصل اینها مفاهیمی دئونیتیک-هنجاری-تکلیفی هستند. به بیان دیگر اینها مفاهیمی هستند که ناظر به عمل هستند و نه ناظر به طبقه‌بندی و توصیف امور واقعی. ویلاند می‌گوید اگر قرار باشد ما بیماری‌ها را به‌عنوان فرآیندهای زیست‌شناختی بفهمیم آن‌وقت جملگی طبیعی هستند، به سخن دیگر سرطان پدیده‌ای طبیعی است چراکه از قوانین زیست‌شناختی پیروی می‌کند یعنی تقسیم و تزیاید سلول‌ها که مکانیسم شناخته‌شده‌ای دارد. در صورتی که ما بخشی از این فرآیندهای طبیعی را آسیب یا بیماری محسوب می‌کنیم و بخشی را نه و این تمایز بیشتر جنبه هنجاری دارد. (ویلاند، ۲۰۰۲) به تفاوت کشاورزی و گیاه‌شناسی دقت کنید. در گیاه‌شناسی مفهومی به نام «علف هرز» وجود ندارد. علف هرز یک مفهوم هنجاری-تکلیفی است به سخن دیگر وقتی می‌گوییم علف هرز این مفهوم ناظر به طبقه‌بندی گیاهان نیست - که حتماً نام بلند بالایی در آن طبقه‌بندی داشت! بلکه ناظر به عمل است یعنی وقتی می‌گوییم علف هرز ما رستنی را به دو دسته خوب و بد تقسیم کرده‌ایم و علف هرز باید از بین برده شود.

کانگلیم بعد دیگری از وجه اجتماعی بیماری را برجسته می‌کند. بر اساس دیدگاه کانگلیم بهنجاری نمی‌تواند یک امر پیشینی یا مستتج از نظم‌های روان‌شناختی باشد بلکه مرتبط با افراد و محیط‌زیست آن‌هاست. هنجار یک امر ایستا نیست بلکه پویاست؛ اما محیط‌زیست پیرامونی انسان محیط اجتماعی است و دیگر مردم جزئی از این محیط‌زیست هستند بنابراین سلامت و بیماری در گونه‌های اجتماعی مانند ما مرتبط با محیط اجتماعی هستند. او میان بی‌هنجاری (Anomaly) یا بی‌قاعدگی و نابهنجاری (Abnormality) تمایزی می‌افکند. به باور وی بهنجار (نرمال) و بی‌هنجار هر دو گونه‌ای از امر طبیعی هستند. بی‌هنجار یا بی‌قاعدگی لزوماً ناهنجار نیست. بی‌هنجاری وقتی به ناهنجاری تبدیل می‌شود کانگلیم می‌گوید هنجارمندی زیستی از تعامل و برهمکنش میان ساختارها و رفتارها از یک‌سو و محیط از سوی دیگر تعیین می‌شود و رقم می‌خورد. جهش‌ها لزوماً پاتولوژیک

نیستند. تعامل با محیط به عنوان یکی از عناصر کلیدی در بهنجاری نشان می‌دهد که این مفهوم متأثر از اجتماع است.

۵. برآمدن بیمارستان

اگر پزشک صرفاً بر اساس دانش بیماری‌شناسی بخواهد با گرفتن شرح حال بیمار (پرس‌وجو) به تشخیص برسد بی‌پایانی بی‌معنای پرسش و پاسخ رخ خواهد داد، از آن‌رو که در فضای انتزاعی طبقه‌بندی بیماری‌ها - فضابخشی اول - رها می‌شویم. آنچه می‌تواند ما را از این بی‌پایانی بی‌معنا رهایی بخشد پیوند جسم بیماری با جسم بیمار است، به سخن دیگر شرح حال بیمار با جستجوی جایگاه بیماری در بدن بیمار گره بخورد. اینجاست که فوکو نشان می‌دهد تا میان فضابخشی اول و دوم پیوند نباشد طبابت سامان نمی‌یابد. فضابخشی دوم مواجهه بالینی و چگونگی پیوند بیماری‌شناسی با بدن بیمار است که این با آسیب‌شناسی ممکن شده است؛ اما این تجربه بالینی بدون نهاد کلینیک - فضابخشی سوم - رخ نمی‌دهد. این بیمارستان است که مشاهده بالینی را به تجربه منضبط و مدون ممکن می‌کند و لاجرم آن به دانش بالینی میسر می‌شود. به همین دلیل است که فوکو می‌گوید: «تفاوت ماهوی میان بعد علمی و بعد آموزشی پزشکی وجود ندارد» (فوکو ۱۳۹۰، ص ۱۶۷). تجربه بالینی، تجربه‌ای جمعی است و بیماری با استادان و دانشجویان به یک‌زبان سخن می‌گویند. بیمارستان مکانی است که در آن بیمار همچون رخدادی خاص و جزئی قابل مشاهده و تبدیل به تجربه و دانش می‌شود. این محیط هم امکان بسامد و تکرار مشاهده رخدادهای فراهم می‌کند، هم قلمروی خشتی است که امکان مقایسه میان موارد (Cases) را فراهم می‌کند. از همین رو بیمارستان تبدیل به قلمرو بی‌پایان رخدادهای می‌شود که حاصل همپوشانی ساختار جمعی تجربه بالینی و خصالت گردآورنده عرصه بیمارستان است. (فوکو ۱۳۹۰، ص ۱۶۷)

۶. ارتباط نگاه و زبان

در پزشکی بالینی میان نگاه و زبان تعاملی است هم چیزی را برای دیدن باید عرضه کنیم و هم درعین حال باید بتوانیم آنچه را می‌بینیم به زبان آوریم. نگاه پزشکی بالینی از مرگ روایتی ثابت، رؤیت‌پذیر و خوانا ارائه می‌کند و از همین رو علم فرد که شناختی خاص و

جزئی است ممکن می‌شود. برای اینکه بتوانیم آنچه قابل رؤیت است را به بیان آوریم، نیاز به چنین زبانی داریم: اول استفاده از استعاره الفباست که تا مدتها به‌عنوان پایه آموزش زبان مورد استفاده قرار می‌گرفت. ما به ازای حروف الفبا همان علائم بیمار بودند. به همان سیاق که حروف الفبا به‌تنهایی معنایی ندارند بلکه برخی ترکیب‌های آنها باهم - واژگان - می‌تواند واجد معنا باشد، در مورد علائم و نشانه‌ها چنین است. دوم آنکه آن چیزی که از ترکیب علائم تشکیل می‌شود بیماری است همان‌طور که از ترکیب حروف واژگان ساخته می‌شوند. پرسش از اینکه آیا بیماری واقعی هست یا نه؟ یا آیا واقعاً وجود دارد یا نه مثل پرسش از این است که یک واژه صرفاً مجموعه‌ای از حروف است همین. در اینجا فوکو دیدگاهی کاملاً نومینالیستی دارد. بیماری هم چیزی نیست به‌جز مجموع آن علائم و مجموع علائم هم چیزی نیست به‌جز بیماری. اگر تب، سرفه، تنگی نفس علائم پنومونی یا سینه‌پهلو هستند، بیماری سینه‌پهلو چیزی نیست به‌جز واژه سینه‌پهلو. سوم آنکه بیماری باید به زبانی علمی (پاتولوژی) به‌مثابه سمانتیک زبان عمل می‌کرد. اینکه چگونه واژگان باید کنار یکدیگر قرار گیرند تا جمله‌بامعنایی ساخته شود. چهارم آنکه نگاه پزشک باید مستلزم توانایی درک کل باشد و این نه نگاه تعقلی بلکه ذوقی است. به‌بیان‌دیگر برای آنکه مشاهده به زبان درآید مستلزم آن است که کلی درک شود و درک کل از میان جزئیات فراوان و نامرتب بیشتر پهلو به پهلو ذوق می‌زند. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۱۶۱-۱۸۱)

۷. پزشکی به‌مثابه علم فرد^{۲۴}

پس از آنکه ویژگی‌های پزشکی بالینی مدرن را مبسوط و با جزئیات ترسیم کردیم درنهایت به علمی خواهیم رسید که فوکو علم تفرد یا فرد/منفرد^{۲۵} می‌خواند. پزشکی در قالب چنین علمی می‌تواند قوام‌بخش علوم انسانی باشد. پزشکی بالینی شناخت جزئی و خاص فرد را ممکن ساخت. شناختی که در آن انسان توأمان هم سوژه و هم ابژه بود. جای دادن مرگ در تفکر پزشکی هم امکان ویران کردن سوژه و تبدیل آن به ابژه علم را فراهم کرد و هم جای دادن آن در زبان گفتار را ممکن ساخت؛ اما در این میان پارادوکسی نمایان شد: چگونه باید جهان‌شمولی زبان را با شکل‌گذرا و جایگزین ناپذیر فرد بیمار پیوند زد که اگر چنین نشود تولید دانش فرد منتفی خواهد بود. به باور فوکو امر محسوس درنهایت در مرگ قانون گفتار خود را یافت. فراوانی تن‌ها و نظم ساده آنها از پرده بیرون می‌افتد و منکشف می‌شود. (فوکو، ۱۳۹۰، ۲۶۵-۲۷۰)

مرگ امکان وجود یک علم فردی را ممکن کرد. در مرگ - بر روی میز تشریح - است که تفرد بیماری در آخر جداسازی می‌شود؛ و بر اساس یافته‌های موجود در اجساد است که سیر بیماری درون افراد زنده می‌تواند در نهایت شناخته شود. آنچه در این تصویرپردازی مفهومی بدیع از مرگ موضوع بحث است، تأکید مضاعف بر فردی‌سازی است؛ و اکنون مرگ و فردی‌سازی، در ارتباط متقابل با یکدیگر، در تفکر پزشکی بروز و ظهور یافته است. بلکه مفهوم پردازی بالینی مرگ در واقع سازنده تجربه مدرنی از فردی‌سازی است؛ و نه تنها مرگ یک تجربه متافیزیکی نیست، بلکه در اینجا به طور کامل در امکان پوزیتیویسم ریشه دارد (آزبورن، ۱۹۹۸). اما چرا مطالعه اجساد علم فردی را سبب می‌شود؟ زیرا یافتن بیماری در جسد صرفاً با به میان کشیدن چند قانون یا نظریه میسر نبود بلکه باید به عنوان یافته‌ای رؤیت‌پذیر در جسد بیمار نشان داده می‌شد و این مسلماً از جسد به جسد دیگر متفاوت بود و به سهولت در قالب قوانین کلی جهان‌شمول قابل صورت‌بندی نبود. از جای دادن مرگ در تجربه پزشکی پزشکی‌ای زاده شد که ادعا می‌کند علم فرد است. به‌طور کلی شاید تجربه فردیت در فرهنگ مدرن با تجربه مرگ گره خورده باشد (ص ۲۶۷). اما این فقط اجساد نبودند که برآمدن علم تفرد یاری رساندند بلکه تجربه بالینی در محیط بیمارستان هم فردی‌سازی گرایش داشت، توصیف‌های بالینی شامل نمودی از علائم و سایر عوامل مربوط به تاریخچه بیمار (ورم، خونریزی، تنفس، رنگ زبان، مشغولیت‌ها و عادات روزمره، اشتها، میزان ادرار، وضع مدفوع، عوامل اخلاقی مرتبط و غیره) و لحاظ کردن یافته‌های کالبدشکافی. به باور فوکو چنین جمع‌آوری داده‌هایی از بیماران بدون بیمارستان ممکن نیست. (آزبورن، ۱۹۹۸)

اما درون تفکر بالینی، ضدذات‌گرایی خاصی درباره بیماری وجود دارد که خود ظاهراً نشان‌دهنده چنین مضمونی است. بخشی از تمایز تفکر بالینی، بر اساس نظر فوکو، این است که این تفکر نوعی عقلانیت پزشکی است که در آن وجود بیماری محو شده است. در نهاد کلینیک، بیماری دیگر دارای یک ذات متعین نیست بلکه اکنون به خود ساختار بدن پیوند زده شده است. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۲۵۹-۲۶۳) در این وضعیت پیکربندی (Configuration) و موضع‌یابی (Localization) یکی می‌شوند. از این رو بیماری بیشتر پدیدار خود موجود زنده است تا وجود مستقلی که به بیمار حمله می‌کند. حساسیت ویژه آگاهی بالینی به فردیت (Individuality) است - نه تنها به فرد، بلکه به واقعیت منفرد، تکینگی (Singularity) و جزئیات (آزبورن، ۱۹۹۸).

تبدیل شدن انسان به ابژه خود امری چنان مهیب است که ما باید دوباره آن را به خود یادآوری کنیم. ما با آن چنان خو گرفته‌ایم که انگار همواره چنین بوده است. مرگ به گفته فوکو امری عام بود که به امری خاص تبدیل شد چراکه توانستیم آن را متجسد کنیم و در هر بیمار رد آن را بگیریم آن وقت مرگ امری فردی شد. فرد به این شکل معنایی یافت که با مرگ از میان نمی‌رود و این معنا را مدیون مرگ است (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۲۶۷). تذکر این نکته بسیار مهم ضروری است که ابژه در اینجا همان طور که بر اساس آراء لودویک فلک توضیح داده شد نه ابژه علوم طبیعی بلکه ابژه پزشکی است.

۸. فضابخشی سه‌گانه در پزشکی بالینی

فوکو در اولین جمله به ما گوید که این اثر درباره فضا است. از منظر فوکو فضای اجتماعی - سیاسی و زمان تاریخی شرایط پیشینی امکان تجربه و معرفت انسانی هستند. از همین رو او در کتاب تولد کلینیک نشان می‌دهد که چگونه پزشکی‌ها با تاریخ‌های مختلف (طب اخلاقی؛ طب رده‌بندی، پزشکی اقلیمی، آسیب‌شناسی تشریحی) در فضای جدید بیمارستان گرد هم می‌آیند تا نوع جدیدی از تجربه و معرفت پزشکی امکان اتفاق و تولید پیدا کند. (پیشاپ، ۲۰۰۹) فضابخشی در سامان دادن به مشاهدات نظام‌مند و تولید دانش جدید نقش بنیادین ایفا می‌کند. در کتاب تولد کلینیک فوکو نشان می‌دهد که تولید دانش از رهگذر مشاهدات فضا‌مند مقوم طبابت و گفتمان آن است. کارکرد فضا در تولید دانش نه تنها از رهگذر فضابخشی تخیل ذهنی - درونی (Internal mental imagination) بلکه از طریق پیکربندی فضایی خارجی (External spatial configuration) میسر می‌شود. بیمارستان بیماران را ایزوله و فرد فرد می‌کند و این مراقبت (Care) و نظارت و پایش (Surveillance) و مطالعه بیمار ممکن می‌کند. (گرین، ۲۰۱۵)

در مورد فضابخشی‌های فوکو توجه به نکته ضروری است. ابتدا مفهوم بیماری تغییر نکرد و سپس شیوه تشخیص آن یا ابتدا نظام نشانه‌ها متحول نشد و سپس نظریه‌ها، بلکه همگی با هم تغییر یافتند. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۱۴۳) بنابراین در روایت‌مان از فضابخشی باید به این آموزه فوکو پایبند باشیم. به بیان دیگر نباید این گونه روایت کرد که ابتدا یکی از فضابخشی‌ها قوام یافته است. سپس سلسله‌وار سایر فضابخشی‌ها شکل گرفته‌اند.

فوکو به سه فضابخشی اشاره دارد. فضابخشی اولیه یعنی بیماری‌شناسی. در فضابخشی اولیه بیماری‌ها شکل دیگری یافتند و ربط و نسبت آنها با یکدیگر و نشانه‌ها بازتعریف شد.

در این شکل جدید بیماری‌ها موجوداتی انتزاعی نبودند بلکه رخدادهای منفردی بودند که فضای بیمارستان (فضابخشی سوم) امکان مشاهده و ثبت آن را فراهم کرده بود. بیمارستان فضایی بود که در آن مواجهه بالینی به مثابه یک تجربه جمعی فراهم بود. پس از یک سو ثبت گزارش‌های بالینی داشتیم و از سوی ثبت گزارش‌های پاتولوژی و حالا قرار بود برای شکل‌گیری پزشکی بالینی سه عنصر باهم ممزوج شوند: زبان، نگاه و فضا. همان‌طور که پیشتر گفتیم سه فضا را توصیف کردیم: فضای بیماری، فضای بیمار و فضای بیمارستان. فضای بیمارستان این فرصت را فراهم کرد که فضای بیماری و فضای بیمار (همان جسم بیماری) از رهگذر آناتومی آسیب‌شناختی تا حد امکان بر هم منطبق شوند. از این منظر پزشک علائم قابل‌رؤیت بیمار را باید با تفسیری که از آسیب‌های بدنی بیمار استنباط می‌کند و آن را از رهگذر معاینات و اقدامات تشخیصی همچون آزمایش‌ها به دست می‌آورد، پیوند بزند. از تعامل و برهمکنش این دو تصویری تشکیل می‌شود که هم باید از لحاظ فضایی خوانا و قابل‌درک باشد و هم از لحاظ مفهومی منسجم. (فوکو ص ۱۶۹-۱۷۰) فوکو تأکید بسیار دارد که پیوند فضا و زبان از رهگذر مرگ حاصل شده است و البته در این میان نگاه^{۲۶} هم نقش بسیار کلیدی‌ای دارد. رابطه دیالکتیکی میان فضابخشی‌های سه‌گانه این امکان را برای پزشکی فراهم آورده است که در قالب یک کنش (پراکتیس) گفتمانی نمود پیدا کند. (پیشاپ، ۲۰۰۹)

بخش ششم

در بخش پایانی مقاله می‌کوشم به سه پرسش پاسخ دهم: سامانی که پزشکی بالینی فراهم کرده است چگونه علوم انسانی را قوام داده است، فضابخشی‌های سه‌گانه در علوم انسانی چه شکلی خواهند داشت و ابتدای علوم انسانی بر پزشکی بالینی چه پیامدهایی خواهد داشت.

تحلیل فوکو از پزشکی در فرانسه نشان می‌دهد، چگونه پزشکی علم فردی را بر مبنای بهنجاری بدن رقم زد و چگونه علوم اجتماعی از آن متأثر شد. (پیشاپ، ۲۰۰۹) چنان‌که پیشتر آمد خرد پزشکی چنان سامان‌یافته است که از اولین لحظه مواجهه بالینی در پی یافتن تدبیری برای برون‌رفت از مشکل است، از این رو تظاهرات بالینی باید چنان صورت‌بندی شوند که سیاهه‌ای از مداخلات را پیش روی پزشک قرار دهند. بر همین سیاق در علوم اجتماعی همچون جرم‌شناسی، حقوق، روان‌شناسی یا علوم تربیتی از منظر فوکو تدابیری

چون ممنوعیت اقامت، آزادی مشروط و تحت نظر، قیومیت کیفری نه به منظور مجازات بلکه به منظور تغییر و اصلاح است. (فوکو، ۱۳۷۸، ص ۲۹) مفاهیم علوم انسانی همچون مفاهیم پایه پزشکی (بیماری‌ها و تشخیص)، توصیفی-نظری (Theoretical) نیستند بلکه دئونیتیک-هنجاری-اجتماعی‌اند یعنی از همان ابتدا بنایی برای عمل در بن آن وجود دارد. به سخن دیگر نگاه علوم اجتماعی از ناهنجاری‌ها پرده بردارد و از همان ابتدا در اندیشه مداخله برای اصلاح است.

اینکه مرگ به بیماری زندگی بخشیده است و امکان مطالعه علمی آن را فراهم کرده است یکی از مقومات برساختن اصلی علم فرد است که از رهگذر پیوند نگاه و زبان امکان پذیر شده است؛ اما آیا این رابطه در علوم انسانی هم برقرار است؟ یا صرفاً از یک استعاره سخن می‌رانیم؟ فوکو آنجا که می‌گوید در روان‌شناسی مطالعه خرد در پرتو بی‌خردی [یا روان در پرتو بیماری‌های روانی] ممکن شده است (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۲۶۷) به این مطلب اشارتی داشته است. در اینجا مراد از مرگ ویران شدن و فقدان که ما به ازایی برای بیماری در علوم انسانی است. این همان منفیتی است که فوکو معتقد است در بن علوم انسانی وجود دارد. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۶۹-۷۰) به باور فوکو موضوع علوم انسانی یعنی انسان، رفتارهایش، ساخته‌های فردی و جمعی آن را در حوزه‌ای قرار می‌داد که پزشکی آن را از پیش سامان داده بود و آن تقابل سلامت (بهنجاری) و بیماری است. به همین دلیل فوکو بر این باور است که علوم انسانی بیشتر از آنکه از علوم طبیعی الگو بگیرد از علوم پزشکی مخصوصاً ایده بهنجاری الهام گرفتند. پزشکی مدرن به قول فوکو «فضایی را شکل می‌داد که ساختار آن مبتنی بر تضاد سالم و بیمار بود. وقتی از زندگی گروه‌ها و جوامع، زندگی نژادها یا حتی زندگی روانی سخن می‌رفت، صرفاً به ساختار درونی موجود سامان‌مند توجه نمی‌شد، بلکه تقابل وضعیت بهنجار و وضعیت بیماری از منظر پزشکی مدنظر بود». (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۷۹-۸۰) جامعه هم چون موجودی زنده است که می‌تواند بیمار شود و از وضعیت بهنجار منحرف شود، به همین دلیل برای مطالعه علمی جامعه سامانی همچون پزشکی بالینی می‌تواند الگوی مناسب باشد. وجه دیگری از کارکرد زوج‌واژه سلامت-بیماری در تأسیس علوم انسانی به این برمی‌گردد که در دنیای مدرن سلامت جای رستگاری نشسته است و سلامت خود را در بدن سالم متجلی کرده است. اما معنای سلامت جسم چیزی جز بهنجار بودن نیست و این آمار است که کاربرد آمار همچون پزشکی صحنه‌گردان تعیین ناهنجاری در روان‌شناسی و جامعه‌شناسی است.

(بیشاپ، ۲۰۰۹) از این روست که دیوانگان، گدایان یا هر آنکه در این ناهنجار تلقی می‌شود را از باید صحنه از اجتماع زدود. «از همین روست که علوم انسانی خصلتی منحصر به فرد دارند، جدا شدن از منفیتی که خاستگاه آنهاست برایشان ناممکن است، اما در عین حال به آن وضعیت مثبتی که خود تلویحاً آن را در مقوله هنجار قرار می‌دهد نیز گره خورده‌اند.» (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۷۹-۸۰)

در بخش دوم به سراغ فضابخشی‌های سه‌گانه در علوم انسانی خواهیم رفت. فوکو دانش فضا، دانش فضاوند و تولید فضا را در بسیاری از نهادهای مدرنیته از جمله کلینیک زندان کارخانه و کلاس درس نشان داده است. (گربین، ۲۰۱۵) اما برای فهم کار فوکو نیازمند فهم این ارتباط با ارجاع به خرد پزشکی هستیم. ارتباط میان نشانه‌ها و بیماری بر اساس علم آسیب‌شناسی مبتنی بر ایده تجسد یا مکان‌مندی بیماری است. ایده بیماری که تا پیش از این مفهومی متافیزیکی بود، اکنون عین آسیب بدنی در نظر گرفته می‌شود. به بیان دیگر عصر بیماری به مثابه امری متافیزیکی تمام شده است. در مورد علوم اجتماعی هم چنین است. به عنوان مثال ما نشانه‌ای مثل کودکان خیابانی مواجه می‌شویم و آن را همچون مسئله‌ای (پرابلمی) درمی‌یابیم که دلالت بر بیماری‌ای در جامعه دارد؛ اما این بیماری نباید چون امری متافیزیکی فهم کرد بلکه باید آن را در کالبد جامعه یا روان افراد جستجو کرد؛ به بیان دیگر، بیماری مکان‌مند است و باید بتوان آن را موضع‌یابی کرد. در مورد مسائل اجتماعی (Social Problems) هم چنین است؛ اعتیاد یک پرابلم واقعی است چون به نهاد خانواده آسیب می‌زند.

نشان دادن وابستگی متقابل نگاه - زبان را می‌توان از رهگذر تعامل مجموعه علائم و نشانه‌های قابل‌رؤیت و تحلیل کلامی نشان داد. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۱۶۹-۱۷۰) رؤیت‌پذیری یکی از مفاهیم کلیدی است که فوکو برای نشان دادن تغییر بنیادین در پزشکی بالینی مدرن به آن تأکید می‌ورزد. از منظر او ساختار رؤیت‌پذیر هم ساختار زبانی نشانه در برمی‌گیرد و هم ساختار موردها (Cases). (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۱۴۳) در سراسرین واحدهای مکانی‌ای سامان می‌یابد که زندانیان، کارگران، دانش‌آموزان که همواره رؤیت‌پذیر و در نتیجه تحت نظارت قرار گیرند (مقدم‌حیدری، ۱۳۹۶) در این نهادها فضابخشی سوم ممکن می‌شود که نابهنجاری را منکشف و آشکار می‌کند. فوکو تصریح می‌کند که توصیف پزشکی به مثابه انکشاف یا پرده برداشتن است که در آن فضای گفتاری جسد همچون درون عیان شده خود را برملا می‌کند. (فوکو، ۱۳۹۰، ص ۲۶۵-۲۷۰) در جمع‌بندی می‌توان گفت

در علوم انسانی فضابخشی اولیه نظریه‌های و دانش انباشته‌شده خبرگان است. در فضابخشی دوم، نگاه قرار است ناهنجاری‌ها را مکشوف کند و با تحلیل و ارتباط دادن نشانه‌ها و نظریه‌ها، عامل یا عوامل مشخص شوند که این خود زمینه‌ساز تدابیر و مداخلات اصلاح‌کننده و بهنجارساز خواهد بود و فضابخشی سوم عامل نهادی است که هم از ناهنجاری پرده برمی‌دارد، هم امکان مطالعه آن را فراهم می‌کند و هم امکان مداخلات برای رفع و اصلاح آنها فراهم می‌کند.

جدول ۱. فضابخشی سه‌گانه از منظر فوکو در پزشکی و علوم اجتماعی

فضابخشی سوم نهاد	فضابخشی دوم نگاه/پراکنش/مواجهه	فضابخشی اول دانش نظری	
بیمارستان	نگاه بالینی	بیماری‌شناسی/ آسیب‌شناسی	پزشکی
مدرسه-زندان	نگاه نظارتی هنجارساز	نظریه‌های علوم اجتماعی	علوم اجتماعی*

* روان‌شناسی، علوم تربیتی، جامعه‌شناسی، جرم‌شناسی و علوم تربیتی

در بخش پایانی مقاله به پیامدهای ابتدای علوم انسانی بر پزشکی خواهیم پرداخت. اول آنکه برخلاف تصور رایج پزشکی و علوم انسانی علمی پارادایمیک نیستند بلکه کنش‌های گفتگومانی (Discursive practice) هستند و از این‌رو در یک خانواده قرار می‌گیرند. مجال بیشتری برای بسط این ایده در این مقاله نیست اما پرداختن به این موضوع از این حیث اهمیت دارد که صورت‌بندی پارادایمیک از پزشکی و علوم انسانی هم رایج است و هم به سوءفهم و تصمیم‌گیری‌های نادرستی در این حوزه‌ها منجر می‌شود.^{۲۷} توجه مجدد به این نکته ضروری است که فوکو خود در صورت‌بندی‌اش به قول خودش رشته‌های مشکوک (Dubious disciplines) متمرکز بود مانند روان‌شناسی یا جامعه‌شناسی که علم بودن آنها محل اختلاف بسیار است. (رز، ۱۳۹۳)^{۲۸} این خود یکی از پرسش‌های همچنان مطرح در اندیشه فوکو در نسبت کنش‌های گفتگومانی و غیرگفتگومانی (Discursive versus non-discursive practices) پرتو تازه‌ای می‌افکند.

دوم پیامدهایی که برای جریان کاربردی‌سازی علوم انسانی در ایران دارد. پروژه کاربردی‌سازی علوم انسانی با این تحلیل که علوم انسانی در ایران ناکارآمد است در تلاش است تا به کارگیری علوم انسانی را در حل مسائل و مشکلات (کاربردی‌سازی) به کار گیرد اعتبار از دست‌رفته را به علوم انسانی بازگرداند؛ اما اگر ایده فوکویی در مورد علوم انسانی را

مدنظر قرار دهیم «علوم انسانی کاربردی» شبیه «پزشکی کاربردی» است؛ یعنی همان طور که پزشکی کاربردی بی معناست علوم انسانی کاربردی هم چنین. صورت‌بندی فوکو نشان می‌دهد که وقتی گفته می‌شود علوم انسانی باید دردها را حل کند ناظر به همین برگرفته از پزشکی است، اما باید توجه داشت برای رشته‌های علوم انسانی خارج از حوزه‌ای که فوکو آن را برمی‌شمرد (فلسفه، تاریخ، ادبیات) چنین مطالبه‌ای روا نیست و برای رشته‌های که فوکو علوم انسانی پوزیتیو (علوم اجتماعی) می‌دانست پرسشی است بی‌معنا.

یکی دیگر از پیامدهای مهم ایده فوکو نگاه تازه و نو به پدیده طبی سازی (Medicalization) است. طبی سازی به فرآیندی گفته می‌شود که در آن مشکلات غیرپزشکی در قالب مشکلات پزشکی تعریف می‌شوند و برای حل آن تدابیر تشخیصی و درمانی در نظر گرفته می‌شود. در پدیده طبی سازی همواره می‌توان بده بستانی میان علوم اجتماعی و پزشکی دید. طبی سازی از یک سو نشان می‌دهد که بیماری به جای آنکه همچون مفاهیم علوم طبیعی (مثل جاذبه) مفهومی توصیفی باشد، دئونتیک و هنجاری است و از سوی دیگر آنکه مسائل میان پزشکی و علوم اجتماعی دست‌به‌دست می‌شوند مثلاً اعتیاد ابتدا یک معضل اجتماعی (Social problem) و بزه بود و در فرآیند طبی سازی به مشکل پزشکی (Medical problem) تبدیل شد. رویکرد زیست‌روان‌اجتماعی نشان از ریشه‌های مشترک علوم پزشکی و علوم اجتماعی دارد که در قالب یک پارادایم و به‌عنوان جایگزین پارادایم زیست‌پزشکی خود را مطرح می‌کند، اما در اصل همان بهنجارسازی را دنبال می‌کند و همه دقایق و رخداد‌های زندگی ما را با دید سراسرین خود به بیماری تبدیل می‌کند. سازمان جهانی بهداشت به‌مثابه متولی این پارادایم در کار بهنجارسازی تمامی زندگی ماست.

این مقاله تلاشی بود برای خوانش بدیعی از کتاب تولد کلینیک فوکو که باور نگارنده هنوز جایگاه شایسته خود را نیافته است. در این خوانش کوشیدم سنت فلسفه پزشکی و فلسفه علوم اجتماعی/انسانی در بستر پژوهش فوکو در برآمدن پزشکی بالینی مدرن به هم پیوند بزنم. این صورت‌بندی پرسش‌های بسیاری را هم در حوزه فوکوپژوهی و هم در فلسفه پزشکی و فلسفه علوم اجتماعی پیش روی ما قرار داده است.

پی‌نوشت‌ها

۱. Des sciences de l' homme

۲. توجه به این نکته ضروری است که فوکو در متن اصلی به sciences des l'hommes (به تعبیر ترجمه انگلیسی sciences of man) اشاره دارد که با تعبیر رایج علوم انسانی در فرانسه sciences humaines (به تعبیر انگلیسی آن humanities) متفاوت است. از این رو مدعای فوکو را باید با احتیاط در مورد کل حوزه علوم انسانی باید بکار برد چرا که به نظر می‌رسد او در مورد برهه خاصی از رمان سخت می‌گوید. برای مطالعه بیشتر نگاه کنید به

Jean-Luc CHAPPEY. (۲۰۰۶). De la science de l'homme aux sciences humaines: enjeux politiques d'une configuration de savoir (۱۷۷۰-۱۸۰۸), Revue d'Histoire des Sciences Humaines, ۲۰۰۶, ۱۵, ۴۳-۶۸.

۳.

۴. فضابخشی مفهومی است که رشته‌هایی مانند جامعه‌شناسی، جغرافیای انسانی، برنامه‌ریزی شهری و مطالعات فرهنگی برای توصیف اشکال فضایی. روابط میان عناصر در فعالیت‌های اجتماعی، اشیاء مادی، پدیدارها و فرآیندها به کار می‌گیرند. فضابخشی هم جنبه انتزاعی دارد همانند نقشه‌های شناختی (cognitive map) و هم می‌تواند جنبه اجتماعی داشته باشد که تظاهرات مادی در قالب معماری را بازنمایی می‌کند. فضابخشی‌ها چارچوب‌هایی عرضه می‌کنند تا بتوانیم مسائل را دریابیم. فضابخشی هم از آن رو که یکی از مفاهیم بنیادین کار فوکو است می‌تواند رشته‌هایی که او از علوم انسانی مد نظر دارد بهتر نشان دارد همانند رشته‌هایی که در بالا به آنها اشاره شده است.

۵. در لغت‌نامه آکسفورد واژه clinic که اکنون در انگلیسی هم متداول است به مکانی ارجاع دارد که تشخیص و درمان بیماران در آن انجام می‌شود؛ اما وقتی به تعریف clinical می‌رسیم روشن می‌شود که معنای واژه بیش از این است: چیزی که به مشاهده و درمان بیماران اختصاص دارد. حتی معنای واقع بینانه، سرد و بی‌روح هم می‌دهد. در فرهنگ معاصر هزاره حق‌شناس و همکاران، کلینیک هم به معنای درمانگاه است هم به معنای پزشکی بالینی و هم به معنای دوره‌ای از آموزش بالینی که در بیمارستان می‌گذرد.

در اتیمولوژی این واژه از قرن ۱۷ از واژه فرانسوی clinique آمده است که خود مأخوذ از واژه لاتین clinicus به معنی پزشکی که بر بالین بیمارش حاضر می‌شود است. واژه لاتینی از klinike (techne) یونانی آمده که طبابت بر بالین بیمار است که از kline به معنای بالین و بستر آمده است. مشخصاً از سال ۱۸۸۴ این واژه به معنای بیماری که در بیمارستان بستری شده است به کار رفته است. تأمل در واژه بستری شدن هم همین معنا را به روشنی می‌رساند. از این از این زمان به بعد معنای

- باین بیمار تغییر کرد چون تا پیش از این پزشک بود که بر بالین بیمار حاضر می شد اما زین پس پزشک بیمار بستری را در بیمارستان ویزیت می کرد.
- از این رو فوکو بسیار هوشمندانه از این واژه استفاده کرده است چون هم معنای مکانی می دهد هم به نوعی طبابت اشاره دارد و هم به آموزش پزشکی. این هر در هر ترجمه ای از این واژه زائل می شود گو اینکه این واژه در زبان روزمره فارسی بیشتر طنین مکانی دارد.
۶. عنوان اصلی کتاب *Naissance de clinic* است که به باور نگارنده بهتر است تولد کلینیک ترجمه شود. دو ترجمه از کتاب موجود است. اولی ترجمه یحیی امامی بود که عنوان را «پیدایش کلینیک» ترجمه کرده بود و دومی ترجمه فاطمه ولیانی است که عنوان «تولد پزشکی بالینی» را برگزیده است و ضیمران هم در کتابش از عنوان زایش درمانگاه بهره برده است. در این میان البته ترجمه یحیی امامی به ثواب نزدیک تر است.
۷. این کتاب در سال ۱۹۷۳ به انگلیسی ترجمه شد.
۸. واژه *moral* در زبان انگلیسی هم به معنای اخلاقی است و هم به معنای روحیه و خلق و خو و قوه تشخیص و تمیز به همین دلیل ترجمه آن به علوم اخلاقی چندان دقیق نیست و افاده معنا نمی کند.
۹. توجه به این نکته ضروری است که فوکو در متن اصلی به *sciences des l'homme* (به تعبیر ترجمه انگلیسی *sciences of man*) اشاره دارد که با تعبیر رایج علوم انسانی در فرانسه *sciences humaines* (به تعبیر انگلیسی آن *humanities*) متفاوت است. از این رو مدعای فوکو را باید با احتیاط در مورد کل حوزه علوم انسانی باید بکار برد چرا که به نظر می رسد او در مورد برهه خاصی از رمان سخت می گوید. برای مطالعه بیشتر نگاه کنید به
- Jean-Luc CHAPPEY. (۲۰۰۶). *De la science de l'homme aux sciences humaines: enjeux politiques d'une configuration de savoir* (۱۷۷۰-۱۸۰۸), *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, ۲۰۰۶, ۱۵, ۴۳-۶۸.
۱۰. فوکو خود در این کتاب به روشنی منظور خود را از علوم انسانی روشن نکرده است اما از فحوای کلام وی و همچنین با نظر کردن بر سایر آثار وی می توان استنباط کرد که مرادش علوم اجتماعی همچون روان شناسی، جامعه شناسی، علوم تربیتی، جرم شناسی و نظایر آنهاست.
۱۱. صادق زاده آن را تعریف بیماری و در علوم شناختی، شرحنامه بیماری خوانده می شود.
۱۲. البته این شامل همه انواع مواجهه بالینی نمی شود مثلاً در موارد اورژانسی بیمار خود مراجعه نمی کند یا در طب اطفال والدین کودک با شکایتی مراجعه می کنند؛ اما به هر رو برای توضیحی که اینجا برای مواجهه بالینی مد نظر است ورود به این جزئیات ثمربخش نیست.

۱۳. واژه Symptom در زبان یونانی به معنای رخ دادن یا با هم اتفاق افتادن است. در زبان انگلیسی coincide و fall together معادل‌های مناسب این واژه هستند.

۱۴. برخی آنها را در زمره علامت‌ها قرار می‌دهند چون عینی هستند.

۱۵. semiology یا symptomatology

۱۶. از سال ۱۷۳۷ مصطلح شده است. نشانه‌شناسی (semiology) هم پیش از آنکه در سال ۱۹۲۳ به عنوان علمی که به بررسی انواع نشانه‌ها، عوامل حاضر در فرایند تولید و مبادله و تعبیر آنها و نیز قواعد حاکم بر نشانه‌ها می‌پردازد، معروف شود از سال ۱۹۳۹ در پزشکی به کار می‌رفت. به بیان دیگر پزشکی نخستین علمی بود که به اهمیت نشانه‌ها و مطالعه آنها در قالب یک علم پی برد. (etymology online)

۱۷. همه گیرشناسی یا اپیدمیولوژی (epidemiology) مطالعه نحوه انتشار بیماری‌ها و عوامل بیماری‌زا، توزیع بیماری‌ها در زمان‌ها، مکان‌ها، نژادها یا فرهنگ‌های خاص یا هر عاملی که به سلامت مربوط باشد، است.

۱۸. از میان چهار دانش گفته شده اپیدمیولوژی و پاتولوژی به رشته‌های تخصصی در پزشکی تبدیل شده‌اند اما نشانه‌شناسی، بیماری‌شناسی و علت‌شناسی رشته‌های تخصصی نیستند و در اکثر شاخه‌های پزشکی نقش عمده‌ای ایفا می‌کنند.

۱۹. Topographic classification

۲۰. pathos هم به معنای رنج بردن، ناخوشی یا بیماری است.

۲۱. با آنکه فوکو خود از تشریح آسیب‌شناختی (pathological anatomy) در متن استفاده کرده است که دیگر چندان متداول نیست و آسیب‌شناسی تشریحی (anatomical pathology) صحیح‌تر است چون اشاره به دانش آسیب‌شناسی دارد. در این متن هم از آسیب‌شناسی تشریحی استفاده خواهد شد.

۲۲. تفکر پزشکی میان سندرم و بیماری تمایز قائل می‌شود. بیماری چیزی بیش از مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌هاست. سندرم مجموعه‌ای از علائم و یافته‌های فیزیکی قابل تشخیص در بیمار است که نشان‌دهنده وضعیت بالینی مشخصی است که علت مستقیم لزوماً کشف نشده است. به بیان دیگر تفاوت سندرم و بیماری در اتیولوژی آن است. بیماری علت‌اش مشخص است ولی سندرم نه لزوماً.

۲۳. La method anatomo-clinic = Anatomo-clinical method

۲۴. Science des individu = Science of individual

درباره مفهوم اجتماعی - فرهنگی (در سده ۱۷۴۰-۱۸۵۵ م)؛ ... ۱۶۱

۲۵. توجه به این نکته ضروری است که individual هم اسم است و هم صفت. در جایگاه اسم به معنای یک فرد انسانی است در مقابل گروه یا جمعی از انسان‌ها. در معنای صفتی خود به معنای منفرد و یکتاست. در ریشه یونانی خود همان جزء لایتجزی است. پس وقتی از science of individual سخن می‌گوییم هم به معنای علم فرد است هم به معنای علم رخدادهای منفرد. مثلاً انقلاب فرانسه یا انقلاب روسیه یک بار اتفاق افتاده است. اینها رخدادهایی یکتا هستند. چگونه می‌توان بر مبنای این رخدادهای یکتا دانشی بنا کرد؟

۲۶. در متن اصلی به زبان فرانسوی regard است که نگاه معادل مناسبی برای آن است و خانم ولیانی هم از همین معادل بهره گرفته‌اند اما در ترجمه انگلیسی به غلط gaze ترجمه شده است که معنای درستی از اصل واژه به دست نمی‌دهد.

۲۷. مثلاً نگاه کنید به: منجمی، ع. (۱۳۹۰). پزشکی به مثابه پارادایم؟ مجله علمی پژوهشی فلسفه علم، سال سوم، شماره دوم، ص ۱۲۳-۱۳۶.

۲۸. نگاه کنید به Foucault, Michel [۱۹۷۷], Discipline and Punish, tr. Alan Sheridan, New York, Random House.p۲۹

کتاب‌نامه

- بنتون، ت و کرایب، ی. (۱۳۸۴). فلسفه علوم اجتماعی: بنیادهای فلسفی تفکر اجتماعی، مترجم: شهناز مسمی پرست. محمود متحد، تهران: آگه.
- فلک ل. (۱۳۷۰). نکاتی درباره برخی از مشخصات شیوه تفکر پزشکی، ترجمه: اعتماد ش، مجله رهیافت، ۱(۲)، ص ۷۶-۸۰.
- فوکو، م. (۱۳۷۸). مراقبت و تنبیه: تولد زندان، مترجم: نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.
- فوکو، م. (۱۳۸۵). پیدایش کلینیک؛ دیرینه‌شناسی ادراک پزشکی، مترجم: یحیی امامی، تهران: انتشارات نقش و نگار.
- فوکو، م. (۱۳۹۰). تولد پزشکی بالینی، مترجم: فاطمه ولیانی، تهران: نشر ماهی.
- منجمی، ع. (۱۳۹۶). درنگی بر مفهوم علوم انسانی آلمانی (Geisteswissenschaft) مجله علمی پژوهشی روش‌شناسی علوم انسانی، دوره ۲۳، شماره ۹۱، ص ۲۹-۴۸.
- منجمی، ع. (۱۳۹۰). پزشکی به مثابه پارادایم؟ مجله علمی پژوهشی فلسفه علم، سال سوم، شماره دوم، ص ۱۲۳-۱۳۶.
- مقدم‌حیدری، غ. (۱۳۹۶). بررسی مشاهده بازتابی و مشاهده نافذ در تاریخ جنون، مجله تاریخ پزشکی، دوره ۹، شماره ۳۳، ص ۴۸-۶۱.

- Anderson, R. L. (۲۰۰۳). The debate over the Geisteswissenschaften in German philosophy in ed, Baldwin, T. (۲۰۰۳) The Cambridge history of philosophy ۱۸۷۰-۱۹۴۵, Cambridge University press.
- Bishop, J. P. (۲۰۰۹). Foucauldian diagnostics: Space, time, and the metaphysics of medicine, Journal of Medicine and Philosophy, p ۱ – ۲۲.
- Chappey, J. L. (۲۰۰۶). De la science de l’homme aux sciences humaines: enjeux politiques d’une configuration de savoir (۱۷۷۰-۱۸۰۸), Revue d’Histoire des Sciences Humaines, ۲۰۰۶, ۱۵, ۴۳-۶۸.
- Canguilhem, G. (۱۹۸۹). The Normal and the Pathological, tr. C. R. Fawcett, New York, Zone, ۱۹۸۹ [main section dating from ۱۹۴۳].
- Foucault, M. (۱۹۶۳). Nascence de la Clinique, Paris: Quadrige/Puf.
- Hoyrup, J. (۲۰۰۰). Human Science: Humanities through history and Philosophy, New York: State University of New York.
- Gadamer, H. G. (۱۹۸۹). Truth and Method, ۲nd rev. edn., trans. by J. Weinsheimer and D.G.Marshall, New York: Crossroad.
- Grbin, M. (۲۰۱۵). “Foucault and space” Socioloski Pregled, ۴۹(۳): ۳۰۵-۳۱۲.
- Kiasma, G. K. (۱۹۹۰). Frames of refrence and the growth of medical knowledge: L. Fleck and M. Foucault in ten Have H.A M. J (Ed), The growth of medical knowledge, Dordrecht: Kluwer academic publisher, pp ۴۱-۶۲.
- Munson, R. (۱۹۸۱). Why medicine cannot be a science. The Journal of Medicine and Philosophy ۶:۱۸۳-۲۰۸.
- Osborne, T. (۱۹۹۸). On anti-medicine and clinical reason, in Jones, C & Porter, R (Eds), Reassessing Foucault: Power, medicine and the body, London: Routledge, pp ۲۴-۴۸.
- Rouse, J. (۱۹۹۳). Foucault and the Natural Sciences. Division I Faculty Publications. Paper ۳۳. <http://wescholar.wesleyan.edu/div1facpubs/۳۳>.
- Sadegh-Zadeh, K. (۲۰۱۵). Handbook of Analytic Philosophy of Medicine, Dordrecht: Springer.
- Sholl, J. & De Block, A. (۲۰۱۵). Towards a critique normalization: Canguilhem and Boorse, in Meacham, D.)Ed), Medicine and society, new perspectives in continental philosophy, Netherlands: Springer, pp ۱۴۱-۱۵۸.
- Wieland, W. (۲۰۰۲). The character and mission of the practical sciences, as exemplified by medicine, Poiesis and Praxis, ۱:۱۲۳-۱۳۴.