

## «مشاهده» کلینیکی به مثابه عملی سیاسی

غلامحسین مقدم حیدری\*

### چکیده

یکی از مباحث مهم و مناقشه برانگیز فلسفه علم عمل «مشاهده» است. فیلسوفان تحلیلی علم از منظرهای گوناگون این موضوع را مورد بررسی قرار داده‌اند. آنان نشان داده‌اند آنچه که در امور طبیعی مشاهده می‌شود متأثر از اهداف و تجربه‌های پیشین مشاهده‌گر می‌باشد از این‌رو مشاهده متأثر از عوامل معرفت‌شناختی، معناشناختی، روانشناختی یا جامعه‌شناختی است. اما مشاهده تنها مورد توجه فیلسوفان تحلیلی نبوده است بلکه فیلسوفان قاره‌ای نیز بدان پرداخته‌اند. یکی از این فیلسوفان میشل فوکو می‌باشد که در کتاب تولد کلینیک به چگونگی اُبژه مشاهده‌شدن بدن انسان در پزشکی می‌پردازد. او نشان می‌دهد که علاوه بر عوامل تاثیرگذار بر مشاهده که توسط فیلسوفان تحلیلی بیان شده‌اند باید به این نکته توجه کرد که مشاهده اساساً فعلی سیاسی است. هدف این مقاله نشان دادن این وجه سیاسی برای مشاهده است. بدین منظور از آرای فوکو در این باره استفاده می‌کنیم. گرچه فوکو در آثار گوناگون خود به این موضوع اشاره کرده است اما می‌توان گفت که مشاهده موضوع محوری در کتاب تولد کلینیک است. از این‌رو با بررسی این مورد می‌کوشیم تا نشان دهیم که منظور از سیاسی بودن عمل مشاهده چیست. بدین‌گونه سعی می‌کنیم تا نشان دهیم که فیلسوفان علم در بررسی‌های خود درباره مشاهده باید وجه سیاسی آنرا نیز در نظر بگیرند.

**کلیدواژه‌ها:** مشاهده، زیست - سیاست، سیاست سلامت، پزشکی رده‌بندی، قدرت، تاریخ کلینیک.

## ۱. مقدمه

بررسی چگونگی «مشاهده» در پژوهش‌های علمی و رابطه آن با نظریه‌ها یکی از موضوعات و مناقشات مهم در فلسفه علم است.<sup>۱</sup> طبق نظر تجربه‌گرایان منطقی، مشاهده در فرایندی مانند جریان کارکردن دستگاه عکاسی محقق می‌شود. اندام‌های حسی، محیط مادی و اجتماعی را عیناً دریافت و آن را به سلسله اعصاب گزارش می‌کنند. تنها پس از این گزارش است که شخص به آنچه احساس شده، معنایی می‌دهد. از این دیدگاه، حس قبل از معنا تحقق می‌یابد و حس کردن و یافتن معنا، دو فرایند جداگانه‌اند. بر این اساس فیلسوفان علم تجربه‌گرا گزاره‌های مشاهدتی و گزاره‌های نظری را از هم تفکیک می‌کنند. پاپر با نقد این آرا در کتاب منطق اکتشافات علمی نشان داد که گزاره‌های مشاهدتی هستی‌های همگانی هستند که به زبان عام صورتبندی شده و در برگیرنده نظریه‌هایی با درجات مختلف از کلیت و پیچیدگی می‌باشند. از این رو گزاره‌های مشاهدتی «همیشه از تئوری‌ها آبتن اند» (پاپر، ۱۳۷۰، ص ۱۴۲) و همواره نوعی نظریه بر گزاره‌های مشاهدتی مقدم است. به عبارت دیگر گزاره‌های مشاهدتی باید به زبان نوعی نظریه ساخته شوند.

در سال ۱۹۶۲ کوهن در کتاب ساختار انقلاب‌های علمی از دوتایی مشاهده/نظریه فراتر رفت. او متأثر از روانشناسی گشتالت نشان داد که مشاهده صرفاً ادراکی نیست که دستگاه عصبی دانشمند آن را ثبت می‌کند، بلکه «آنچه یک شخص می‌بیند هم به چیزی که بدان می‌نگرد و هم به تجربه مفهومی بصری پیشین او که دیدن را به وی آموخته، وابسته است» (کوهن، ۱۹۷۰، ص ۳۱۱). این تجربه مفهومی بصری برخواسته از سنت علم متعارفی است که حاصل پارادایم حاکم بر جامعه علمی‌ای است که شخص در آن آموزش دیده است. گرچه مشاهده، هم به آنچه که شخص می‌بیند (شیء خارجی) و هم به تجربه مفهومی بصری پیشین او بستگی دارد، اما مجموع این دو جزء نیست بلکه فرایند واحدی حاصل تعامل این دو عامل است. حواس نماینده مستقیم اشیای مادی در محیط جغرافیایی‌شان نیستند. آنچه ما ادراک می‌کنیم مجموعه‌ای از داده‌های خام از طبیعت نیست؛ بلکه این ادراکات در میدانی حاصل می‌شود که شامل طبیعت، مشاهده‌گر، ابزارهای اندازه‌گیری و محیط فرهنگی اجتماعی خاصی است که مشاهده‌گر در آن به مشاهده می‌پردازد. پس آنچه که اصطلاحاً مشاهدات خالص تجربی می‌نامیم، به نظریه‌های موجود در جامعه‌ای که فرد مشاهده‌گر در آن آموزش دیده است، بستگی دارد.

از این منظر ادراک فرایند واحدی است که در آن حس با معنا و معنا با حس ارتباط متقابل دارند و به‌طور همزمان رُخ می‌دهند. بدین صورت که شخص به‌ندرت چیزی را بدون آن‌که به برخی از اهداف او مربوط باشد، حس می‌کند. همین وابستگی به هدف به‌مثابه امری کیفی، معنی شیء را تعیین می‌کند. اگر فرد معنایی را در شیء خارجی نیابد، بدان بی‌توجه خواهد بود. شخص هدفدار جنبه‌هایی از محیط را فعالانه جست‌وجو می‌کند که به او کمک کرده یا مانع او می‌شوند. به همین دلیل، شخص نسبت به آن جنبه‌ها حساس می‌شود. علاوه بر آن، معنای یک حس یا ادراک همیشه به تمام موقعیت وابسته است. شیء خارجی به‌مثابه رابطه‌ای در میدان روان‌شناختی ادراک می‌شود که این میدان شامل شیء بیننده و زمینه روانی پیچیده‌ای است که اهداف و تجربه‌های قبلی بیننده را هماهنگ می‌کنند.

بحث‌هایی از این دست چگونگی تاثیر مشاهده امور طبیعی را از اهداف و تجربه‌های پیشین مشاهده‌گر از منظر معرفت‌شناختی، معناشناختی، روانشناختی یا جامعه‌شناختی بررسی می‌کند. در واقع آنچه که در این مکاتب ابژه مشاهده هستند اشیا و پدیده‌های طبیعی هستند، چیزهایی که موضوع آنها چیزهایی غیر از انسان می‌باشند. اما باید توجه کرد که در تاریخ رشد و تحول معرفت تنها اشیا طبیعی ابژه فاعل شناسا نبوده است بلکه خود انسان نیز ابژه خود شده و مورد مطالعه خود قرار گرفته است. در پزشکی بدن ابژه فاعل شناسا قرار گرفته است و در علوم انسانی روان، کردارهای فردی و اجتماعی او ابژه پژوهش خود انسان شده‌اند.

موضوع این مقاله بررسی عمل «مشاهده کردن» (observe(English), observer(French) در پزشکی است که ابژه آن بدن انسان می‌باشد. البته باید میان مشاهده به معنای «دیدن» (see(English), voir(French) و مشاهده به معنای «نگاه کردن» (look(English), regard(French) تفاوت قایل شد. منظور از مشاهده به معنای دیدن، به چشم آمدن پدیده‌ها هستند که یقیناً متأثر از همه تجارب پیشین فرد می‌باشند و قابل بررسی معرفت‌شناختی، روانشناختی و جامعه‌شناختی است. در مورد دوم، مشاهده<sup>۲</sup> به معنای نگاه کردن، میشل فوکو، فیلسوف و جامعه‌شناس فرانسوی، دارای آرای برجسته‌ای است. او بدون انکار تاثیر عوامل روانشناختی، جامعه‌شناختی و معرفت‌شناختی بر شکل‌گیری این نوع مشاهده، بر تاثیر عوامل سیاسی بر عمل مشاهده تاکید می‌کند. البته اگر منظور او فقط این بود که عوامل سیاسی نیز همچون عوامل جامعه‌شناختی و روانشناختی بر مشاهده اثر می‌گذارند

می‌توانستیم ردپای چنین تاثیری را در برخی اشاره‌های کوهن در کتاب ساختار یافت و با تعمیم و گسترش آن به نقش عوامل سیاسی نیز در کنار عوامل دیگر پرداخت. اما باید به این نکته توجه کرد که آنچه فوکو بر آن تاکید می‌کند این است که چنین مشاهده‌ای اساساً فعلی سیاسی است. البته باید دقت کرد که معنای ویژه‌ای از سیاست مورد نظر فوکو است. از نظر او ما نباید سیاست را فقط در نظام‌های سیاسی یک حکومت خاص منحصر کنیم بلکه باید «سیاست را نظام روابط قدرت بفهمیم» (فوکو، ۱۳۹۵، ص ۱۴۰) اگر با چنین تعمیمی از معنای سیاست همراه باشیم می‌بینیم که مشاهده کردن فعلی نیست که فقط حاصل دانش نظری خاصی باشد بلکه عملی سیاسی نیز هست.

فوکو در کتاب تولد کلینیک (۱۹۶۳) به بررسی پیدایش این نوع از مشاهده در پزشکی می‌پردازد که به شکل‌گیری پزشکی مدرن انجامیده است. مسئله این کتاب ظهور بدن انسان به منزله ابژه دانش پزشکی است که بواسطه حاکمیت «مشاهده» به معنای «نگاه» بوجود آمد، ویژگی منحصر بفردی که در پزشکی سنتی - که مبتنی بر نظام رده بندی بیماری‌ها بود- وجود نداشت. نماد تغییر از پزشکی سنتی به مدرن که در طول قرون هیجده و نوزده رخ داد پیدایش مکانی به نام «کلینیک» است. کلینیک نمایانگر حاکمیت نگاه بود و در عین حالی که زاینده نظام جدیدی از روابط قدرت در جامعه بود خود نیز نظام نوینی از روابط قدرت میان پزشکان و بیماران برقرار کرد.

بنابراین پژوهش ما برای نشان دادن سیاسی بودن فعل مشاهده در کلینیک مستلزم چندین گام است. ابتدا مفهوم و مراد فوکو از قدرت، حکومت و سیاست را بیان می‌کنیم. با توجه به این که حاکمیت نگاه در کلینیک با طیفی از سطوح دیگری از رویدادها- مثل باز سازماندهی مکانی بیمارستان، تلقی جدید از جایگاه بیمار در جامعه، دگرگونی حوزه مددکاری- مرتبط است که همگی برای امکان پذیر شدن حوزه مدرن پزشکی ضروری بودند، در گام دوم نشان می‌دهیم که برقراری چه روابط قدرتی در جامعه قرون هیجدهم و نوزدهم سبب پیدایش سیاست سلامت و در نتیجه محوری شدن مشاهده برای پزشکی و نهایتاً ظهور کلینیک شد. این گام‌ها به بررسی روابط قدرتی می‌پردازند که سبب حاکمیت نگاه در پزشکی مدرن شد. اما محوری شدن مشاهده در پزشکی - یا به تعبیر فوکو نگاه- خود دارای ویژگی‌های گوناگون - سیاسی بودن، هنجاری بودن و محاسبه گر بودن است که در بخش آخر بدان می‌پردازیم.

## ۲. قدرت power، سیاست politics و حکومت government

از نظر فوکو ماهیت «قدرت» متافیزیکی نیست بلکه عبارت است از «روابط، رابطه نیروها میان مردم» (فوکو، ۱۳۹۵، ص ۱۴۳). از نظر فوکو «چیزی به منزله قدرت وجود ندارد که در یک جا متمرکز باشد و از آنجا انتشار یابد بلکه صرفاً قدرتی وجود دارد که برخی بر دیگران اعمال می کنند. قدرت فقط در کنش وجود دارد» (فوکو، ۱۳۹۱، ص ۴۲۵) بنابراین «اعمال قدرت مجموعه ای از کنش ها بر کنش های ممکن است» (همانجا، ص ۴۲۶) و از این رو «عبارت است از "هدایت رفتارها" conduct of conducts و مدیریت امکان‌ها» (همانجا، ص ۴۲۷).

اما نکته مهم این است که این روابط قدرت مطابق با برخی اصول و متناسب با برخی تکنیک ها، برخی اهداف، برخی تاکتیک ها و غیره سازمان می یابد. به عبارت دیگر روابط قدرت در یک جامعه کاملاً به تساوی یا اتفاقی توزیع نشده اند بلکه نوعی عدم توازن که به برخی امکان تاثیر گذاری بر برخی دیگر را می دهد و به دیگران چنین امکانی را نمی دهد، این روابط را سازمان می دهد. و همین عدم توازن نیروها حکومت عده ای بر عده دیگری را امکان پذیر می کند. در واقع «عدم تقارن نسبت نیروها آن چیزی است که ... می توان حکومت نامید یا می توان گفت این عدم توازن نیروها حکومت را امکان پذیر می کند» (فوکو، ۱۳۹۵، ص ۱۴۳ و ۱۴۴) این عدم توازن نیروها از آن رو است که موضع یا جایگاه تاکتیکی یا استراتژیک یک گروه همان موضع و جایگاه گروه دیگر نیست و همان تکنیک را بکار نمی برند. مثلاً روابط نیرو میان معلمان و دانش آموزان را در نظر بگیرید. دانش آموزان نیازمند دانستن و مهارت می باشند و معلمان افرادی هستند که می توانند این نیاز را برطرف کنند. بنابراین معلمان در مرتبه ای فرادست و دانش آموزان در مرتبه ای فرودست قرار دارند. آنان از تاکتیک هایی همچون امتحان و نمره دادن برای حفظ این مرتبه فرادستی استفاده می کنند. بنابراین معلمان می توانند نه تنها زندگی دانش آموزان در مدرسه بلکه بخشی از زندگی آنان در بیرون از مدرسه را نیز اداره کنند و بدین گونه بر آن ها حکومت نمایند. در واقع «حکومت به منزله تکنیکی است که به برخی امکان می دهد زندگی برخی دیگر را با وجود یا به یمن این واقعیت اداره کنند که همواره میان افراد در جامعه ای معین روابط نیرو وجود دارد.» (همانجا، ص ۱۴۳)

البته باید توجه کرد که در عمل حکومت کردن این طور نیست که در یک طرف نسبت به طرف دیگر فقط نیروهای بیشتری وجود دارد بلکه همواره در کسانی که حکومت می

شوند ساختار یا ویژگی وجود دارد که آنان را حکومت پذیر دیگران می کند. مثلاً ناتوانی کودکان برای اداره زندگی شان همواره این امکان را مهیا می کند تا والدین بر آنان حکومت کنند. بنابراین « مسئله عبارت است از تحلیل کردن این رابطه میان کسانی که حکومت می شوند و کسانی که از رهگذر آن چه می توانیم ساختارهای استیلا و ساختارهای خود یا تکنیک های خود بنامیم حکومت می کنند» (همانجا، ص ۱۴۴).

البته باید متذکر این نکته مهم شد که از نظر فوکو «روابط قدرت» و «استیلا» را نباید با هم یکی دانست. به عبارت دیگر قدرت لزوماً قدرت حکومت سیاسی یک دولت نیست زیرا « روابط قدرت شرایط امکان جامعه و سوژه هستند که بدون روابط نیرویی که بر آن ها حکومت کند هیچ شکلی ندارد» (Simons, 2013, p 307). روابط قدرت با انواع روابط اجتماعی دیگر مثل روابط تولیدی، خانوادگی، و جنسی درهم تنیده اند و بنابراین «قدرت هم امتداد با پیکربندی اجتماعی است» (Foucault, 1980, p 142) از این رو قدرت از یک حکومت، گروه حاکم یا هر گروه دیگری سرچشمه نمی گیرد بلکه از کل شبکه روابط قدرت نشأت می گیرد. در این میان سوژه های سیاسی، چه فرد چه گروه، حاملان قدرت درون «میدان متحرک و چندگانه از روابط قدرت» هستند. (Foucault, 1990, p 102) روابط قدرت اساساً «روابط بین همدستان» یا «مقابله بین دو حریف» نیست بلکه این روابط مطابق با استراتژی های قدرت روی میدان هایی از روابط نیرو اعمال می شود که بر کنش ها حکومت می کنند. فوکو معتقد است که اگر سیایت را نظام روابط قدرت بدانیم آنگاه چنین استراتژی های قدرتی بوسیله مولفه های گوناگون درهم آمیخته از روابط قدرت، تکنولوژی های سیاسی (انضباط discipline و زیست-سیاست biopolitics) را گسترش می دهند تا بر کنش ها حکومت کنند.

در پرتو چنین نگرشی به قدرت، عمل مشاهده کردن در کلینیک پزشکی فقط دیده شدن عده ای توسط عده ای دیگر نیست بلکه رصد کردن بدن، کردار و اعمال برخی افراد توسط برخی دیگر هست آن هم نه به دلیل اینکه آنان دانشمندانی هستند که فقط از روی کنجکاوی به مطالعه بدن، کردار و رفتار دیگران می پردازند بلکه موضع و جایگاه تاکتیکی یا استراتژیک آن ها این امکان را می دهد تا زندگی برخی دیگر را رصد، کنترل و اداره کنند. و در یک کلمه بر آنان «حکومت» کنند. به عبارت دیگر «مشاهده» یکی از تکنیک های اعمال قدرت است که امکان حکومت مشاهده گران - حکومت متخصصان علوم پزشکی - را بر مشاهده شوندگان - بیماران - فراهم می کند. در ادامه چگونگی پیدایش این تکنیک و

اعمال آن در نظام روابط نیروها را در کتاب تولد کلینیک بررسی می کنیم. اما پیش از آن باید تفاوت میان پزشکی مبتنی بر رده بندی امراض با پزشکی مدرن را بیان کنیم.

### ۳. پزشکی رده بندی / پزشکی کلینیکی

آنچه فوکو در کتاب تولد درمانگاه ارائه می دهد نه تاریخ خود پزشکی بلکه شرایط امکان پزشکی معاصر است. این کتاب مطالعه ای است در مورد جنبه مهم فرایندی که طی آن مناسبات مدرن قدرت بدن انسان را به منزله ابژه دانشی تخصصی تاسیس کرد. به عبارت دیگر ظهور پزشکی مدرن در قرون هیجده و نوزده لحظه ای است که بدن فرد به ابژه دانش بدل شده است.

دانش پزشکی قرن هیجدهم بر اساس الگوی رده بندی بود که مبتنی است بر شناسایی بیماری ها بر اساس شباهت ها و تفاوت هایشان. این جدول دارای انواع گوناگون بیماری ها بود و هر بیماری به واسطه جایگاه آن در مراتب این انواع تعیین می شد. بیماری ها در جدول ایده آلی طبقه بندی شده بودند وقتی گفته می شد فردی بیمار شده است یعنی او به یکی از انواع بیماری هایی که در این جدول وجود دارند مبتلا شده است. اگر ویژگی های متفاوت جسمی، سنی و ... افراد نبود بیماری خاصی در تمام افراد نشانه های یکسان داشت اما تفاوت ویژگی های فرد با دیگری سبب می شد تا نشانه های بیماری در افراد متفاوت باشد. از این رو مشاهده بیمار و علائم بیماری نقشی بنیادین، اساسی و محوری در تشخیص و درمان بیماری نداشت. زیرا علائم بیماری معینی می توانست از فردی به فردی، و حتی در یک فرد تغییر کند. بنابراین تبحر پزشک در آن بود که « برای شناخت حقیقت بیماری باید بیمار را نادیده بگیرد » (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۴۸) یعنی بتواند به ورای نشانه های بیماری که در فردی خاص آشکار است برود و بیماری را تشخیص دهد. بنابر چنین آموزه ای «مداخله پزشک اگر سخت تابع نظم مثالین رده بندی بیماری ها نباشد، مداخله ای قهر آمیز خواهد بود» (همانجا، ص ۴۸).

بر اساس پزشکی مبتنی بر رده بندی، بیماری می توانست در سراسر بدن حرکت کند و با تغییرهایی نشانه ای همراه باشد. اما باید توجه کرد که هر چند بیماری بر اندام ها به منزله پایه های بیماری استوار است اما « ابتلای یک عضو برای تعریف بیماری به هیچ رو ضروری نیست » (همانجا، ص ۵۰) بیماری می تواند از اندامی به اندام دیگر برود نقاط مختلف بدن را درگیر کند اما باید توجه کرد که ذات بیماری در هر حال یکسان است.

گرفتگی عضلانی واحدی ممکن است در ناحیه زیر شکم سبب سوهاضمه، امتلا احشا یا بند آمدن خونریزی بواسیر شود و از آن ناحیه به سینه رود و احساس خفگی، تپش قلب، گرفتگی گلو و سرفه را باعث شود و سپس سر را مبتلا کند و تشنجات صرع، سنکوپ یا حالت به خواب رفتگی و اغما را در پی آورد. این جابجایی‌ها که تغییر علایم بیماری را به همراه دارند در طول زمان ممکن است بر فرد واحدی عارض شوند؛ این جابجایی‌ها را ضمن معاینه مجموعه‌ای از افراد که عضو مبتلا در آنها متفاوت است نیز می‌توان یافت. اما در هر حال پیکر بندی ذاتی بیماری تغییر نمی‌کند.

اندام‌های بدن محمل جامد بیماری هستند، نه شرط لازم و ضروری آن. نظام نقاطی که بیماری به واسطه آن‌ها با بدن مرتبط می‌شود نه دائمی است و نه ضروری. بیماری و بدن فضای مشترک از پیش معینی ندارند (همانجا، ص ۵۱).

مطابق چنین نگرشی یافته‌های جدیدی در انواع بیماری‌ها وجود نداشت. آنچه که می‌توانست جدید شمرده شود فقط شیوه‌های درمانی بود که بوسیله آن پزشک می‌توانست از ورای نشانه‌های گوناگون بیماری به خود بیماری دست یابد. تشخیص بیماری یعنی قرار دادن بیماری در یکی از انواع بیماری‌ها در نظام رده بندی. بدین گونه شیوه‌های درمان که از پیش مشخص بود می‌توانست فراخور هر بیمار بکار برده شود و آموزش پزشکی چیزی جز تعلیم نظام رده بندی بیماری‌ها و شیوه‌های درمان آنها نبود.

اما این تلقی از بیماری در قرن نوزدهم تغییر کرد و پزشکی مدرن بر مبنای انطباق «فضای پیکر بندی بیماری و فضای جای گیری Localisation» آن شکل گرفت. (همانجا، ص ۴۲) زیرا تجربه‌های پزشکی رویت پذیر، بدن و صورت‌های منسجم بیماری را در میدان ادراکی واحدی و بر اساس پیوستگی‌ها و شکاف‌های یکسانی درک می‌کرد. «درد دقیقاً با بدن منطبق می‌شد و توزیع منطقی آن از بدو امر از خلال توده‌های کالبد انسان صورت می‌گرفت» (همانجا، ص ۴۲) بنابراین پزشک با مشاهده بدن می‌توانست از خلال توده‌های کالبد انسان بیماری را در همان نقطه‌ای که علایمش را می‌دید کشف کند. از این رو پزشکی قرن نوزدهم امتیاز ویژه‌ای را برای علم تشریح مرضی قایل شد.

مشاهده علائم بیماری در بدن نه فقط از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شد بلکه یگانه شیوه تشخیص و درمان بیماری شد. آموزش پزشکی نیز تغییر کرد و پزشکی سنتی که مبتنی بر تعلیم دادن رده بندی انواع بیماری‌ها بود به پزشکی‌ای تبدیل شد که دانشجو باید به مشاهده نشانه‌های بیماری در بدن بپردازد و از آن‌ها درباره بیماری‌ها بیاموزد. بدن انسان



سرزمین ناشناخته ای بود که پزشک و دانشجو در هر گام می توانستند به کشف پدیده ای جدید نایل شوند. « شیوه تعلیم دادن و گفتن به شیوه یادگرفتن و دیدن تبدیل شد » (همانجا، ص ۱۱۴). بدین گونه در قرن نوزدهم «مشاهده کردن» تنها نگرش حاکم بر پزشکی - چه در حوزه درمان و چه در حوزه آموزش - شد بطوریکه فوکو این قرن را «عصری که نمایانگر حاکمیت نگاه بود» (همانجا، ص ۴۲) توصیف می کند.

اما این تغییر در پزشکی بواسطه طیفی از فرایندها همچون مبارزه های سیاسی، خواسته ها و آرمان ها، الزام های اقتصادی و رویارویی های اجتماعی رخ داد که بر مبنای آن کل تجربه پزشکی زیر و رو شد و پزشکی به منزله مجموعه ای از نهادها و کردارها در مقابل پزشکی رده بندی قرار گرفت. فوکو در تولد کلینیک نشان می دهد که «حاکمیت نگاه» نه تنها متأثر از تغییر نظام روابط قدرت (سیاست) بود بلکه «نگاه» خود امری سیاسی بود. در ادامه بطور اجمال به فرایندهای اقتصادی و اجتماعی اشاره می کنیم که نظام جدیدی از روابط قدرت را ایجاد کرد که سبب پیدایش سیاست سلامت و در نتیجه کلینیک شد.

#### ۴. سیاست سلامت: تولد کلینیک

در پزشکی رده بندی، بیماری های همه گیر - مثل طاعون، وبا، سرخچه - دارای جایگاه ویژه ای بودند. زیرا این بیماری ها به دلیل آنکه عده زیادی از جمعیت را مبتلا می کردند بهره وری نیروی کار را بشدت کاهش می دادند و به دلیل همه گیر شدن آنها در میان نیروهای نظامی، کشور را با مشکلات امنیتی نیز مواجه می کردند. بر اساس پزشکی مبتنی بر الگوی رده بندی، بیماری همه گیر تفاوت اساسی با بیماری فردی نداشت. بیماری های همه گیر پدیده هایی کمی بودند که هنگامی بروز می کردند که یک بیماری خاص به دفعات در مکان و زمانی واحد روی می داد. در چنین توصیفی سرایت اولویت نداشت و هر چند ممکن است مهم و اصلی به نظر برسد اما فقط جنبه ای در میان جنبه های دیگر بود. «اما بیماری همه گیر چه مسری و چه غیر مسری، نوعی فردیت تاریخی دارد. به همین دلیل برای مشاهده آن باید روشی پیچیده بکار برد» (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۶۷) مشاهده ای که بتواند رویدادها را با جزئیات زیاد توصیف کند. این کار در پایان قرن نوزدهم و با تاسیس مجموعه از نهادهای گوناگون انجام شد.

در هر منطقه فرماندار یک هیئت نیابت تشکیل داد و یک پزشک و چندین جراح را برای بررسی و پیگیری بیماری های همه گیر محل منصوب کرد. وظیفه این هیئت ارائه

گزارش به پزشک ارشد ایالت و مشورت با او درباره بیماری‌ها بود. اما برای کنترل و درمان بیماری ضمانتی اجرایی لازم بود که بتواند با مداخله مداوم و الزام آور همراه باشد. از این رو «وجود پزشکی امراض همه گیر صرفاً توسط پلیس می‌توانست کامل شود» (Foucault, 2000, p25). برخی از وظایف این نیرو نظارت و مراقبت بر سوزانده شدن اجساد به جای خاکسپاری آنان در گورستان‌ها، خرید و فروش نان و گوشت، و نظافت کشتارگاه‌ها بود. هیئتی از بازرسان بهداشت تشکیل شد که اعضای آن در استان‌های گوناگون پخش شدند و به هر یک مسئولیت ناحیه‌ای خاص داده شد. این هیئت بر اساس مشاهدات جمع‌آوری شده اقدامات لازم را تجویز و بر کار پزشکان نظارت می‌کرد. تشکیل هیئت‌هایی از این دست اولین گام‌ها بسوی «نظارت بر سلامت جامعه» بود که توسط دولت انجام شد. بدین گونه «مسئله سلامت کل جمعیت به مثابه یکی از هدف‌های قدرت سیاسی نیز شکل گرفت» و «ضرورت سلامت» به منزله وظیفه هر فرد و هدفی عمومی، عنصری مهم از «سیاستگذاری "policing" پیکر اجتماعی شد» (میلر، ۱۳۹۳، ص ۱۶۷) از این رو فوکو معتقد است که:

تعریف جایگاه سیاسی برای پزشکی و ایجاد آگاهی پزشکی در مقیاس کشور که وظیفه دائمی آن اطلاع‌رسانی، نظارت و الزام باشد، به همان اندازه موضوعاتی مربوط به پلیس است که بطور خاص مربوط به حوزه صلاحیت پزشکی است (Foucault, 2000, p26).

لازمه کارایی سیاست‌های سلامت در جامعه وجود پزشکان مجربی بود که علاوه بر نظارت و رصد بیماری‌ها در کل جمعیت، بتوانند آن‌ها را درمان، کنترل و پیشگیری کنند. از این رو آموزش و تربیت چنین پزشکان مجربی از مهمترین مسائل حوزه پزشکی شد. معمولاً دانشجویان پزشکی در دانشگاه به آموختن دانش نظری رده‌بندی بیماری‌ها می‌پرداختند و تجربه کافی در حوزه مشاهده و درمان بیماری‌ها نداشتند و جامعه پزشکی با ناکارآمدی پزشکان در درمان بیماران مواجه بود. همین مسئله سبب شد تا بر جنبه عملی و تجربی بودن پزشکی تاکید شود. در بیانیه یکی از اعلامیه‌های انجمن‌های پزشکی قرن هیجدهم وظیفه پزشکی چنین بیان شده است: «پزشکی مبتنی بر احکامی است که صرفاً تجربه باید اساس آن‌ها باشد. برای گردآوری این احکام، همیاری مشاهده‌گران لازم است» (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۱۲۵) از این رو برای رفع این معضل چنین توصیه شده است:

انتشار سریع مشاهدات و تجارب، گسترش دامنه دانش به حدی که همه کسانی را که به درمان اشتغال دارند را در بر بگیرد، خلاصه نوعی آموزش کلینیکی گسترده به مقیاس ملت که در آن صرفاً مسئله مشاهده و عمل در میان است (همانجا، ص ۱۲۵).

چنین شیوه ای از آموزش نمی توانست در بیمارستان های مبتنی بر پزشکی رده بندی انجام گیرد بلکه نیازمند مکانی بود که استاد و دانشجو هر دو به مشاهده بیماری پردازند. این مکان به مثابه آزمایشگاهی بود که در آن بیماری های جدید کشف و تکنیک های نوین درمان آزمایش می شدند و استاد در فرایند این کار عملاً شیوه های درمان را به دانشجویان می آموخت. بدین گونه کلینیکی به عنوان محلی برای مشاهده، تجربه، آموزش و درمان متولد شد.

## ۵. حاکمیت نگاه

فوکو در تولد کلینیکی به کرات از واژه «نگاه» که معادل فرانسوی آن regard است استفاده می کند. به لحاظ ریشه شناسی معنای regard «مشاهده کردن از جهت خاصی است». فوکو با بکاربردن کلمه «نگاه» بر این موضوع تاکید می کند که موضوع تولد کلینیکی چگونگی تشخیص بیماری و درمان آن در کلینیکی نیست بلکه آنچه او می خواهد نشان دهد تغییر جهت و شیوه «مشاهده» بدن، بیماری و درمان آن با پیدایش کلینیکی است. در واقع موضوع تولد کلینیکی، «مشاهده»، مواضع گوناگونی که مشاهده از آن انجام می شود، و تغییر آن است. چرا او به جای کلمه مشاهده observe از نگاه regard استفاده می کند؟ زیرا بنظر می رسد علی رغم تمامی بحث هایی که درباره مشاهده و نظریه بار بودن آن در فلسفه علم شده است اما همچنان تلقی عام از آن حکایت از امری مطابق واقع و بدون دخالت غرض ورزی ها و پیش فرض های متافیزیکی و روانشناختی و جامعه شناختی است. فوکو با بکار بردن کلمه regard «نگاه» می کوشد تا از این تلقی پرهیزد و بر موضع دار بودن و جهت دار بودن «نگاه» تاکید ورزد و نشان دهد که شکل گیری کلینیکی ظهور مکانی است که «حاکمیت نگاه» از خلال آن استقرار می یابد (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۱۴۲). حال باید پرسید که کدام «نگاه» بر پزشکی حاکم شد؟ فوکو سه موضع برای «نگاه» در پزشکی مدرن بیان می کند که با تولد کلینیکی استقرار می یابد: نگاه سیاسی، نگاه بهنجار ساز، نگاه محاسبه گر.

## ۱.۵ نگاه سیاسی

آنچه به پزشک این امکان را داد که در کلینیک به مشاهده کالبد بیماران بپردازد، فقط دانش او نبود. بلکه نظام روابط قدرت در جامعه سبب شد تا نظارت بر سلامت جمعیت اهمیتی بنیادین بیابد. در قرن هیجدهم اعتقاد بر این بود که بیماری باید در محل طبیعی زندگی انسان یعنی خانواده و خانه درمان شود تا بیمار دوباره به حال طبیعی خود برگردد. ثروتمندان توانایی آوردن پزشک بر بالین بیمار و هزینه های آن را داشتند اما فقرا و مستمندان فاقد چنین امکانی بودند. از این رو بیمارستان محلی برای درمان این گروه از جامعه بود. قراردادی ناگفته و پنهان میان بیمارستان، که فقرا را درمان می کرد و کلینیک که در آن پزشکان آموزش می دیدند بسته شده بود که بنا بر آن فقرا در قبال خدمات درمانی که به رایگان به آنان ارائه می شد می باید ابژه مشاهده پزشکان در کلینیک قرار بگیرند. در واقع فقرا مدل هایی رایگان برای آموزش به پزشکان نوآموز بودند.

بیمار کمکی را طلب کرده بود که خود سوژه آن بود. زیرا این کمک برای او در نظر گرفته شده بود. اما از آن پس دیگران او را طلب می کردند برای نگاه؛ نگاهی که ابژه آن بود، آن هم ابژه ای نسبی، زیرا هر چه در وجود او کشف می شد برای شناخت بهتر بیماران دیگر به کار می رفت (همانجا، ص ۱۳۷)

از سویی دیگر بدن بیمار محلی بود که پزشکان نوآموز و کار آزموده- می توانستند به آزمایش و تحقیق ایده های خود بپردازند. «پزشک ضمن مشاهده به تحقیق می پردازد و اهمیتی که به شناخت تازگی ها می دهد او را با خطر رویارو می کند. پزشک در بیمارستان آزاد بود تا نبوغ خود را در درمان بیماری ها بکار اندازد. از این رو بیماران مناسب ترین موضوع آزمایش برای درس های تجربی بودند.» (همانجا)

کلینیک نظامی از روابط قدرت را بوجود آورده بود. در یک سو پزشکان قرار داشتند که به مشاهده می پرداختند. دانش حاصل از مشاهده، پزشکان را ملزم به طبابت و در نتیجه به مردانی قدرتمند بدل می کرد. مردانی که می توانستند درباره سرنوشت بیمار تصمیم بگیرند و آن را به اجرا بگذارند. این قدرت اعتبار و صلاحیت خود را از نهادهایی می گرفت که با ارتباط با دولت و یا ثروتمندان کلینیک و بیمارستان را تاسیس کرده بودند و از آن حمایت مالی می کردند و پزشکان را تنها افراد صاحب صلاحیت در این مکان ها می دانستند. در سویی دیگر مستمندانی قرار داشتند که فقرشان آنها را در موضع فرو دستی نسبت به

ثروتمندان قرار داده بود و نمی توانستند به دلخواه خود کمک پزشکان را طلب کنند بلکه می باید خود را به مراکز درمانی می سپردند و با در اختیار گذاشتن جسم شان در این مکان‌ها ابژه درمان و آزمایش پزشکان قرار گیرند.

این عدم توازن در نیروهای میان پزشکان و مستمندان که پزشک و نهادهای حامی او را در مرتبه فرادستی برای اعمال قدرت قرار می داد و مستمندان را در مرتبه فرودست می نشانید سبب می شد تا نظام روابط قدرت شکل گرفته، سیاستی را شکل دهد که آن را توسط «نگاه» اعمال کند. نگاه چشمی که «می داند و تصمیم می گیرد، چشمی که تعیین تکلیف می کند» (همانجا، ص ۱۴۲). «این نگاه از آن مشاهده گری معمولی نبود بلکه نگاه پزشکی بود که یک نهاد از او حمایت می کند و کارش را موجه می داند، نگاه پزشکی که قدرت تصمیم گیری و مداخله دارد» (همانجا، ص ۱۴۳) از این رو نگاه پزشکی در کلینیک نگاهی سیاسی بود یعنی نگاهی که در نظام روابط قدرت پزشک و بیمار اعمال می شد و دانشی را بوجود می آورد که به نوبه خود سبب قوام این روابط قدرت می شد. این نگاه سیاسی سبب پیدایش چیزی شد که فوکو آن را سیاست سلامت می نامد.

## ۲.۵ نگاه هنجاری

سیاست سلامت مبتنی بر اداره و کنترل سلامت فرد و جامعه بود. چنین کاری فقط در صورتی امکان پذیر بود که معیارهایی برای سلامت فرد و جامعه مشخص شده باشد. به عبارت دیگر جایگاه سیاسی پزشکی نشانگر آن بود که پزشکی جدید هنجارهایی را برای تشخیص سلامت جمعیت و فرد داشت و مطابق این هنجارها در حال رصد کردن سلامت فرد و جامعه بود تا اگر وضعیت جمعیت از این هنجارها تخطی داشت در پی درمان آن باشد. «در این چارچوب، پزشکی بر پایه انگاره ای از کارکرد سلامتی استوار شد که درمان را مترادف با بازگرداندن فرد بیمار به یک هنجار می دانست». (میلر، ۱۳۸۲، ص ۱۷۲).

درمان در چنین چارچوبی عبارت است از مشاهده دقیق انسان ها و عادت های شان و ارزیابی آن بر اساس هنجارهای زندگی و سلامت که جهان پزشکی تعریف کرده است. فوکو معتقد است که:

پزشکی در مدیریت زندگی انسان در منصب ارائه دستور عمل و وضع قواعد می نشیند، یعنی دیگر مجاز نیست توصیه هایی برای زندگی عاقلانه به انسان ارائه دهد، بلکه به

نهادی بدل می شود که مناسبات جسمانی و اخلاقی فرد را با جامعه ای که در آن می‌زید مدیریت می کند (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۸۷).

چنین نگاهی به فرد و جامعه نگاهی هنجاری بود که می‌کوشید تا انحراف فرد و جمعیت را از هنجارهای مورد نظر رصد کند. «این نگاه به چهارچوب تنگ ساختار (شکل، وضعیت، تعداد، اندازه) وابسته نبود، بلکه می‌توانست و می‌بایست گونه‌گونی‌ها، جلوه‌های متفاوت و کوچک‌ترین ناهنجاری‌ها را دریابد و همواره مترصد هر انحرافی باشد» (همانجا، ص ۱۴۳).

### ۳.۵ نگاه محاسبه‌گر

از نظر فوکو نگاه پزشکی «نگاهی بود که به مشاهده آنچه آشکارا در برابر دیدگان عرضه می‌شود اکتفا نمی‌کرد، بلکه می‌بایست امکان ترسیم موقعیت‌های مساعد و خطرات احتمالی را فراهم آورد، نگاهی بود محاسبه‌گر.» (همانجا، ص ۱۴۳) نمونه این محاسبه‌گری را می‌تواند در درمان فقرا در بیمارستان دید. فقرا در کلینیک ابژه مشاهده بودند و حال این پرسش مهم مطرح می‌شد که به چه حقی می‌توان بیمار را که فقر او را وادار به درخواست کمک از بیمارستان کرده است به ابژه مشاهده بدل کرد؟

آیا قایل شدن به این اصل که بیمار بیمارستان از بسیاری لحاظ مناسب‌ترین موضوع آزمایش برای درس‌های تجربی هستند، تغییر ماهوی امداد بیمارستانی نیست؟ آیا نگاه کردن به قصد دانستن، نشان دادن به قصد آموزش، خشونت بی‌صدا (و به همین دلیل مکار) بر بدنی رنجور نیست که طالب تسکین است نه عرضه شدن در برابر دیگران؟ آیا ممکن است رنج را به نمایش بدل کرد؟ (همانجا، ص ۱۳۷).

فوکو معتقد پاسخ به این پرسش‌ها در گرو بررسی رابطه میان نگاه کردن و دانستن است. رابطه‌ای که بر اساس آن «نگاه کردن برای دانستن، و نشان دادن برای آموزش دادن» نه تنها پذیرفتنی است بلکه ناگزیر است، آن هم

به موجب حقی ظریف که از این حقیقت نشات می‌گیرد که هیچ‌کس تنها نیست بخصوص بی‌چیزان، چرا که این توانمندان اند که دستشان را می‌گیرند ... حق آن است که درد دردمندان مایه کسب تجربه برای دیگران شود و از این رهگذر به درد، قدرت آشکار کردن حقایق داده شود (همانجا، ص ۱۳۸).

بنابراین اگر بیمار ابژه تعلیم پزشکان می شود در واقع در حال ادا کردن دین خود به ثروتمندان است. ثروتمندان

با پرداختن هزینه درمان فقرا، در ضمن هزینه شناخت بهتر بیماری را پرداخته اند که خود آنان هم ممکن است به آنها مبتلا شوند. خیرخواهی در قبال فقرا به شناختی بدل می گردد که توانگران هم از آنها بهره می برند (همانجا).

در واقع قرارداد ناگفته ای که میان بیمارستان و کلینیک بسته شده بود مبتنی بر قراردادی بود که میان فقیر و غنی بسته شده بود. که بر اساس آن «بیمارستان در نظام اقتصاد آزاد با تجربه کلینیکی امکان جلب نظر توانگران را یافت. تجربه کلینیکی در واقع پرداخت تدریجی دین طرف دیگر قرار داد است؛ بهره ای است که فقرا در ازای سرمایه ای که اغنیا در بیمارستان می گذارند پرداخت می کنند. بهره ای بسیار سنگین زیرا این غرامت هم بهره ای ابژکتیو برای علم است و هم بهره ای حیاتی برای توانگران. از وقتی رنجی که در جستجوی تسکین به بیمارستان می رود در آن جا به نمایش تبدیل می شود بیمارستان برای سرمایه گذار خصوصی سود آور می گردد. به برکت توانایی های کلینیکی هزینه دستگیری و امداد پرداخت می شود. «مسئله، پیشنهاد حمایت از اقلیتی حاشیه ای از جمعیت نبود که رنج دیده، شکننده و آسیب دیده بودند بلکه چگونگی ارتقا سطحی از سلامت پیکر اجتماعی به مثابه یک کل بود» (Foucault, 1980, p170) در واقع «پیکر فرد و پیکر جمعیت به عنوان حامل ارزش های جدید... بین قابلیت بهره وری کم یا بیش، قابلیت رام شدن کم یا بیش برای سرمایه گذاری سودآور... ظاهر شد» (Foucault, 1980, 172).

همانطور که دیدیم پزشکی مدرن مبتنی بر نگاه سیاسی -سیاست سلامت- متولد شد و نگاه سیاسی هم به نوبه خود هنجارمند بود. اما همچنان این پرسش مهم باقی می ماند که چرا جامعه مدرن نیازمند سیاست سلامت بود؟ چرا نگاه سیاسی و نگاه هنجاری در بطن پزشکی مدرن نهفته است؟ از نظر فوکو این مسئله را «نمی توان تفکیک کرد از چارچوب عقلانیت سیاسی که از دل آن سر برآورده و حدت یافته اند. یعنی لیبرالیسم، چرا که این مسائل در رابطه با لیبرالیسم بود که به چالشی پیش رو بدل شدند» او معتقد است که «لیبرالیسم را باید به منزله اصل و روش عقلانی سازی اعمال حکومت تحلیل کرد، عقلانی سازی یی که از قاعده درونی حداکثر صرفه جویی تبعیت می کند و این ویژگی اش است.» (فوکو، ۱۳۹۱، ص ۳۱۰) خصلتی که سبب می شود تا هدف ما از حکومت به حداکثر رساندن اثرهای آن و در همان حال کم کردن هزینه های آن (هم در معنای سیاسی و هم در

معنای اقتصادی) باشد. به این دلیل جمعیت و مسائل آن یکی از موضوعات اصلی حکومت لیبرال است و پزشکی و نهادهای آن نقشی اساسی در این باره دارند و از این رو مورد توجه لیبرالیسم هستند. بطوریکه «نگاه پزشک سرمایه سفت و سختی در مبادلات به دقت محاسبه شده جهان لیبرال است.» (فوکو، ۱۳۹۲، ص ۱۳۹)

از این رو نگاه پزشک علاوه بر اینکه نگاهی سیاسی و هنجاری است نگاهی محاسبه گر نیز می باشد. البته باید توجه کرد که این سه موضع از نگاه پزشکی مدرن سه موضع متمایز نگاه پزشکی نیستند بلکه کارکردهایی از یک واقعیت هستند که همزمان و توأمان در محیط کلینیک و کل جامعه عمل می کنند.

## ۶. نتیجه گیری

همانطور که دیدیم فوکو در تولد کلینیک نشان می دهد که تکنیک «مشاهده» یا «نگاه» زاینده عدم توازن نیروهای میان پزشکان و بیماران بود. به عبارت دیگر نظام روابط قدرت، سیاستی را شکل داد که توسط «نگاه» شد. از این رو نگاه پزشکی در کلینیک نگاهی سیاسی بود یعنی نگاهی که در نظام روابط قدرت پزشک و بیمار اعمال می شد و دانشی را بوجود می آورد که به نوبه خود سبب قوام این روابط قدرت می شد. این نگاه سیاسی سبب پیدایش چیزی شد که فوکو آن را سیاست سلامت می نامد.

تکنیک مشاهده به مثابه عملی سیاسی برای فوکو دارای چنان اهمیتی است که می توان آن را در آثار دیگر او بویژه در کتاب های تاریخ جنون (۱۹۶۱) و مراقبت و تنبیه: تولد زندان (۱۹۷۵) نیز دید. او در تاریخ جنون به چگونگی پیدایش آسایشگاه و علم روانشناسی و روانکاوی در اواخر قرن هیجدهم می پردازد و نشان می دهد که تکنیک «مشاهده» اساس تمام تکنیک های بکار گرفته شده در درمان دیوانگان بود. او از تکنیک «نیاز به احترام» نام می برد. در این روش درمانی مراسم خاصی برگزار می کردند که در آن دیوانگان باید زندگی اجتماعی را با تمام شئون و آداب رسمی اش تقلید کنند در حالیکه دیگران به مشاهده آنان می پرداختند. محیطی در اطراف دیوانه بوجود می آوردند که گرچه تمام عناصرش برای او آشنا بود اما در آن بیگانه بود و باید نقشی را که آن محیط از او طلب می کرد را اجرا کند نه آنگونه که خود بود. هر بی دقتی در اجرای این نقش مورد ارزیابی و قضاوت مشاهده گران این صحنه قرار می گرفت. بدین گونه دیوانه به یک ابژه تبدیل شد که انسان های عادی در نقش سوژه هایی به ارزیابی و قضاوت آن ها می پرداختند. فوکو



همچنین از تکنیک های دیگری مثل «بازشناختن در آینه» و «قضاوت دائمی» در آسایشگاه نام می برد که سبب می شد تا دیوانه خود را تحت مراقبت، در معرض قضاوت و محکوم احساس کند. از نظر فوکو «آسایشگاه ... قلمرو آزاد مشاهده، تشخیص بیماری و درمان نبود، بلکه عرصه ای قضایی بود که دیوانه در آن متهم می شد، محاکمه و محکوم می گردید» (فوکو، ۱۳۸۱، ص ۲۶۶) در واقع در نظام جدیدی از روابط قدرت در آسایشگاه، دیوانگان ابژه مشاهده پزشکان بودند. مشاهده ای که با قضاوت همراه بود و از این رو دارای ماهیتی سیاسی بود.

در تولد زندان فوکو از زندان های مبتنی بر طرح سراسرین سخن می گوید که اساس آن ها بر رویت پذیری زندانیان و مشاهده رفتار و نظارت و هدایت آن ها دارد. در سراسرین واحدهای مکانی ای سامان می یابد که انسان ها - زندانیان، کارگران، دانش آموزان و ... - بگونه ای در آن توزیع می گردند که همواره رویت پذیر و در نتیجه تحت مراقبت قرار گیرند و یا به عبارت بهتر همواره احساس کنند که تحت مراقبت هستند و این به نوبه خود نظم و اقتصاد در زمان را در پی می آورد. سراسرینی نمودار قدرت و ماشینی انتزاعی است که بر اساس تکنیک مشاهده پذیری بدون دیده شدن مشاهده گر - بنا شده است. سراسرین سبب «افزایش مولد قدرت» می شود. بدین شیوه «قدرت امکان می یابد به شیوه ای پیوسته در بنیان های جامعه حتی خردترین ذره آن اعمال شود» (فوکو، ۱۳۸۷، ص ۲۵۹) از نظر فوکو «سراسرین اصل عمومی یک «کالبد شناسی سیاسی» نوین است که موضوع (ابژه) و غایت آن مناسبات انضباط است» (همانجا) کالبد شناسی ای که هدف اش کالبد افراد است و سعی دارد با توزیع بدن ها نسبت به یکدیگر و مکان ها، آنها را تحت مراقبت قرار دهد. بدین گونه جامعه مدرن به یک جامعه انضباطی تبدیل شده است.

همانطور که در تاریخ کلینیک سه موضع سیاسی، هنجاری و محاسبه گر برای نگاه وجود داشت در تاریخ جنون و تولد زندان نیز می توان مواضع هنجاری و محاسبه گری را برای مشاهده دید. در هر دو کتاب نشان داده می شود که دیوانگان یا مجرمین در آسایشگاه یا زندان ابژه مشاهده قرار می گیرند زیرا قرار است تا آنان به وضعیت یک انسان از نظر روانی سالم و یا از نظر کردار و رفتار بهنجار برگردانده شوند. همچنین هر دو کتاب نشان می دهند که تمام تدابیری که در آسایشگاه یا زندان بکار گرفته می شود در جهت تولید کار و ثروت در جامعه می باشد. از این رو می توان سخن فوکو را چنین اصلاح کرد که «نگاه

متخصصین روانشناسی و علوم تربیتی سرمایه سفت و سختی در مبادلات به دقت محاسبه شده جهان لیبرال است.»

بطور کلی می توان گفت که تکنیک مشاهده به مثابه عملی سیاسی در آثار تاریخی فوکو - تاریخ جنون، تولد زندان و تاریخ کلینیک - دارای چنان اهمیتی است که می توان این کتاب ها را بر اساس این تکنیک مورد بازخوانی قرار داد. بر این اساس می توان گفت عصر ما عصر زیست-سیاست است و «عصر زیست-سیاست توسط انفجار تکنیک هایی متعدد و متنوع برای به انقیاد کشیدن بدن ها و کنترل جمعیت ها مشخص می شود» (Oksala, 2013, 321) که مهمترین این تکنیک ها تکنیک «مشاهده کردن» است.

همانطور که می دانیم موضوع و دغدغه فوکو پیدایش علوم انسانی در قرون هیجده و نوزدهم است و «مشاهده کردن» یکی از تکنیک های مهم برای تولد علوم انسانی می باشد. از نظر او بکارگیری این تکنیک برای به انقیاد کشیدن بدن ها می باشد. حال اگر در پرتو چنین نگرشی «مشاهده» در علوم طبیعی را مورد بررسی قرار دهیم ملاحظه می کنیم که ما در علوم طبیعی نیز با مشاهده پدیده های طبیعی می کوشیم تا آن ها را تبیین و سپس پیش بینی کنیم و بدین گونه بر آن ها تسلط پیدا کنیم. در واقع اگر به انقیاد کشیدن بدن ها هدف علوم انسانی باشد تسلط بر پدیده های طبیعی هدف علوم طبیعی است. موضوع مهم در این میان این است که هر دو این علوم از تکنیک «مشاهده» استفاده می کنند و از این منظر تکنیک «مشاهده» در این علوم عملی سیاسی می باشد. حال اگر فیلسوفان علوم طبیعی با چنین نگرشی به بررسی مشاهدات و آزمایش های علمی بپردازند می توانند جوه جدیدی از مطالعات درباره علم را بکشایند و کاوش های نوینی در این باره ارائه کنند. چگونگی بکاترگیری این نگرش در مطالعات علم خود می تواند موضوع پژوهش ها و مقالات متعدد و جدید دیگری باشد.

### پی نوشت ها

۱. به سبب آنکه حس بینایی در پژوهش های علمی وسیعتر از دیگر حواس مورد استفاده قرار می گیرد، معمولاً بحث درباره «مشاهده» به حوزه بینایی منحصر می شود اما این بحث ها را می توان به سایر حواس نیز اطلاق کرد.

۲. از این پس وقتی واژه مشاهده را بکار می بریم منظور همان واژه نگاه در تولد کلینیک است.

## کتابنامه

- فوکو، میشل (۱۳۸۱) *تاریخ جنون*، مترجم فاطمه ولیانی، انتشارات هرمس
- فوکو، میشل (۱۳۹۲) *تولد پزشکی بالینی: باستانشناسی نگاه پزشکی*، مترجم فاطمه ولیانی، نشر ماهی
- فوکو، میشل (۱۳۸۷) *مراقبت و تنبیه: تولد زندان*، مترجم نیکو سرخوش و افشین جهانانیده، نشر نی
- فوکو، میشل (۱۳۹۱) *"تولد زیست سیاست" در تئاتر فلسفه*، مترجم نیکو سرخوش و افشین جهانانیده، نشر نی
- فوکو، میشل (۱۳۹۱) *"سوژه و قدرت" در تئاتر فلسفه*، مترجم نیکو سرخوش و افشین جهانانیده، نشر نی
- میلر، پیتر (۱۳۹۳) *سوژه، استیلا و قدرت*، مترجم نیکو سرخوش و افشین جهانانیده، نشر نی

Foucault(1980) " The politics of health in eighteenth century" in Power/Knowledge, edited by Colin Gordon, Pantheon Books, New York.

Foucault(1990)The History of Sexuality: An Introduction , volume 1 (tr. Robert Hurley). New York: Vintage.

Foucault(2000 reprint) The Birth of the Clinic, Routledge

Simons,Jon(2013) "Power, Resistance, and Freedom" in A Companion to Foucault , edited by Christopher Falzon, Timothy O'Leary, Jana Sawicki, Wiley-Blackwell.

Oksala, Johanna(2013) "From biopower to governmentality", in A Companion to Foucault , edited by Christopher Falzon, Timothy O'Leary, Jana Sawicki, Wiley-Blackwell.