

نقد و تحلیل پدیدارشناختی مفهوم همدلی در پزشکی^۱

سیده پرنیان حسینی کازرونی*

نازنین سلیمانی**، کاوش آرین***، فراز گل افشان****

چکیده

در این مقاله ابتدا تلاش می‌کنیم با مروری بر سیر تاریخی پزشکی، دلیل برآمدن و کاربرد مفهوم همدلی بالینی در پزشکی را یافته و سپس ایرادات نظری این مفهوم که مانع رسیدن به بیناذهنیت و درک صحیح شده‌اند را ذکر کنیم؛ این ایرادات موارد پیش‌رو را شامل می‌شوند که در سه محور سامان یافته‌اند: عدم توجه به ذهنیت‌های پزشک و بیمار، عدم توجه به پویایی مفهوم همدلی و عدم توجه به وابستگی مفهوم همدلی به بافتار. سپس پیامدهای بالقوه نامطلوب کاربرد آن، یعنی کمک به تقویت قیّم‌مآبی، اثرات نامطلوب برای طبابت و ابزاری جایگزین برای کمبود بودجه و حفظ قدرت سیاسی دولت‌ها را مطرح خواهیم کرد. بعد از آن با بهره‌گیری از نظرات فیلسوفان (به خصوص متفکران سنت پدیدارشناختی) و آموزه‌های حوزه علوم انسانی پزشکی، با استفاده از رویکردی بینارشته‌ای استدلال خواهیم کرد که چرا مفهوم همدلی در پزشکی نیازمند بازنگری است و لازم است هم‌راستا با موج دوم علوم انسانی پزشکی (رویکرد انتقادی) حرکت کند و با محور قراردادن فلسفه موجب گردد تا درک صحیح از بیمار بار دیگر در مفهوم پزشکی تنیده شود.

کلیدواژه‌ها: همدلی، پزشکی، پدیدارشناسی، بیناذهنیت، علوم انسانی پزشکی

* دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، parnian.hosseiny@gmail.com

** دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی یزد، nazanin.soleimani97@gmail.com

*** دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (نویسنده مسئول)، Arian.kavosh@live.com

**** دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، faraz.glf@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۳/۰۲، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۱

۱. مقدمه: انفصال درک بیمار از پزشکی

در طب بقراطی، پزشکی به عنوان مفهومی واحد در نظر گرفته می‌شد و نسخه قدیمی سوگندنامه بقراط، بر وحدت و یکپارچگی هنر و علم پزشکی دلالت می‌کرد؛ اما در نسخه مدرن سوگندنامه، نوعی انفکاک میان هنر و علم پزشکی را شاهد هستیم که ریشه در یک رویکرد دوگانه‌انگار Dualistic و کاست‌گرا Reductive دارد (Bærøe, ۲۰۱۵; Engel, ۱۹۷۷).

تفکر دوگانه‌انگار که بر پایه فلسفه دکارتی بنیان شده‌است، بین جسم و ذهن انسان تمایزی اساسی قائل می‌شود و بیماری را اختلال در کارکرد یک ماشین زیستی می‌انگارد. رویکرد کاست‌گرا، انسان را به سلول و اجزا زیرسلولی مثل مولکول فرو می‌کاهد و برای فهم پدیده‌های بیماری و سلامت از آن‌ها مدد می‌جوید. بنابراین، از هر پدیده که در سطح مولکولی و سلولی قابل توضیح نباشد، غفلت جدی می‌شود (منجمی, ۱۳۸۵).

این فرآیندها به انسان‌زدا Dehumanization شدن پزشکی کمک کرده‌است (Pellegrino, ۱۹۷۹).

نکته مهم دیگر این است که فرآیند انسان‌زدایی در پزشکی لزوماً حاصل سوء نیت و بدخواهی پزشکان و مراقبان سلامت نبوده‌است؛ بلکه بیشتر به صورت یک فرآیند ناخواسته و به عنوان یک پیامد فرعی از برهم‌کنش ذهن تکامل یافته انسان با شیوه طبابت رایج امروزی و نیازهای عملکردی در بیمارستان‌ها ایجاد شده‌است (Haque & Waytz, ۲۰۱۲). دیوید روتمن David Rothman در کتابش مطرح می‌کند که بخشی از این روند به جابجایی نقش پزشک از پزشک خانواده به سمت پزشک متخصص در بیمارستانی مرتبط می‌شود. طبق گفته روتمن، پزشکان تا اوایل قرن بیستم اغلب به عنوان اعضای شناخته‌شده و مورد احترام در جامعه محسوب می‌شدند که عموماً با بیمارانشان در بافتار درمانی و خارج از آن آشنا بودند. مراقبت پزشکی اغلب در خانه‌ها اتفاق می‌افتاد و پزشکان مسئولیت مراقبت چندین نسل از یک خانواده را برعهده داشتند. بنابراین پزشکان گذشته خانواده‌ها و شرایط زندگی آن‌ها را در طبابتشان لحاظ می‌کردند. بیمارستان‌های اولیه نیز عمیقاً در جوامع ریشه داشتند؛ برای مثال، بیماران کاتولیک به بیمارستان کاتولیک می‌رفتند و بیماران یهودی به بیمارستان یهودیان و این بدین معنا بود که حتی در بافتار سازمانی بیمارستان هم بیماران همچنان احساس درک شدن داشتند. اما با تخصصی شدن بیمارستان‌ها و ارائه خدمات به گروه‌های مختلف، این احساس کمرنگ‌تر گردید. بخش دیگری از فرآیندی که روتمن بیان

می‌کند، پیشرفت‌های علمی و فناورانه است که علاوه بر ماشینی‌کردن پزشکی، نگرانی‌هایی را درباره تحقیقات پزشکی روی انسان‌ها ایجاد کرد که اعتماد بیماران به پزشکان را مخدوش نمود و به انسان‌زداشدن پزشکی دامن زد (Rothman, ۲۰۱۷).

فوکو Michel Foucault نیز بیان می‌کند چگونه تمرکز طبابت از ملاقات خانگی که محور آن بیمار و خانواده بود و پزشک به عنوان مهمان بر بستر بیمار حاضر می‌شد، به حضور بیمار در کلینیک که محور آن پزشکان بودند و بیماران به عنوان مراجعه‌کننده در نظر گرفته می‌شدند، تغییر کرد. وی بیان می‌کند در طی یک و نیم قرن اخیر جابجایی تئوری و عملی از درک پیشامدرن نسبت به پزشکی بر پایه طبابت در بستر طبیعی شکل‌گیری بیماری یعنی محل زیست بیمار، به سمت پزشکی بر پایه مشاهدات بالینی پزشک و روش‌های علمی در بیمارستان، موجب این تغییرات گردیده است (Foucault, ۱۹۷۳). این تغییرات به روند ایجاد پزشکی انسان‌زدا کمک کرد و فاصله میان پزشک و بیمار را بیشتر و بیشتر نمود (Pellegrino, ۱۹۷۹). تلاش‌های زیادی برای برون رفت از این بحران مطرح شد و که یکی هم علوم انسانی پزشکی، پزشکی و به میدان آوردن دوباره هنر پزشکی بود (Engel, ۱۹۷۷).

درک صحیح از بیمار که در مفهوم طبابت تنیده بود و نه به عنوان مفهومی منفصل؛ با انفکاک هنر و علم پزشکی تنیدگی خود در پزشکی را از دست داد و موجب شد متفکران تلاش کنند با استمداد از مفهوم همدلی^۲ بار دیگر به این درک دست یابند. این تلاش‌ها برای دستیابی به درک صحیح پزشک و بیمار با استفاده از همدلی (Pedersen, ۲۰۰۸)، با اشکالی بنیادین همراه بوده است که همان جداانگاری هنر و علم پزشکی (تحت تاثیر جهان‌بینی دکارتی) از یکدیگر است که منجر به ایجاد رویکردی افزودنی Additive و یا مکمل Complementary شده است.

در ادامه این مقاله به مرور تحلیلی (critical review) مفهوم همدلی در پزشکی خواهیم پرداخت و با استفاده از رویکردی میان‌رشته‌ای استدلال خواهیم کرد که چرا مفهوم همدلی در پزشکی نیازمند بازنگری است و لازم است هم‌راستا با موج دوم علوم انسانی پزشکی (انتقادی) حرکت کند و با محور قراردادن فلسفه موجب گردد تا درک صحیح از بیمار بار دیگر در مفهوم پزشکی تنیده شود.

۲. روش انجام مرور انتقادی

در روش تحقیق مرور انتقادی، پس از مشخص شدن سوال موجود، متون مرتبط مورد مطالعه و سپس تفسیر قرار گرفته و تلاش می شود با بهره گیری از آنها به سوال پاسخ داده شود (Auger, 2008). برای انتخاب مقالات جهت انجام مرور انتقادی، با توجه به طرح مسئله از مقالاتی که مبانی نظری و کاربردی مفهوم همدلی را در بافتار پزشکی بررسی کرده بودند انتخاب شدند.

برای تحلیل و مرور مقالاتی که دارای ملاک های زیر بودند انتخاب شدند:

- پایداری به ریشه همدلی و توجه به نظرگاه پدیدارشناختی
 - توجه به دلایل تاریخی و نظری مطرح شدن همدلی در پزشکی
 - توجه به جنبه کاربردی همدلی در پزشکی و اهمیت حیاتی آن در طبابت روزانه
- همچنین به مقالاتی که از نظر زمانی در بازه اخیر به چاپ رسیده بودند به میزان بیشتری پرداخته شده (لازم به ذکر است که بعضی مقالات قدیمی تر با وجود عدم پابندی به ملاک های مذکور، به دلیل اهمیت تاریخی مورد بررسی قرار گرفتند).
- مقالات انتخاب شده از نظر پاسخ دهی به سوالات از جوانب مختلف (تاریخی، سیاسی و غیره)، توانایی پاسخ به نقد نظریات رقیب و استحکام در بنیان های نظری تحلیل شده و از نظر کاستی های عملی مورد نقد قرار گرفتند.
- در انتها با بررسی ارتباط نظرگاه های این مقالات با رویکردهای بینارشته ای مطرح در فلسفه پزشکی، تلاش شد استدلال شود ریشه مشکلات حاضر در کجا بوده و چگونه میتوان با بازنگری در مفروضات نظری همدلی در بافتار پزشکی تناقضات نظری و خطرات عملی موجود را رفع کرده و در راستای حل مسئله مطرح شده تلاش کرد.

۳. رویکردهای رایج به همدلی، نقد و بررسی

۱.۳ ایرادات نظری

تلاش برای بهره گیری از همدلی به منظور درک متقابل پزشک و بیمار به دلیل عدم شفافیت این مفهوم، رضایت بخش نبوده است (Cuff, Brown, Taylor, & Howat, ۲۰۱۶). یکی از این کاستی ها می تواند این باشد که در مباحثات درباره این مفهوم عمیق، به ابعاد فلسفی همدلی

و تاریخچه غنی آن به عنوان یک مفهوم پدیدارشناختی Phenomenological توجه نشده است (Hooker, ۲۰۱۵; Pedersen, ۲۰۰۸). هیوارد (Hayward) به خوبی متوجه استفاده افزودنی از فلسفه در مباحثات همدلی بالینی بوده و بیان می‌کند متفکران همدلی بالینی Clinical empathy، تنها هنگامی که نیاز داشته‌اند، به اشاراتی کوتاه از آن و اغلب به نیت جلب توجه بسنده کرده (Hayward, ۲۰۰۵) و تلاش خود را معطوف به آشتی دادن ابعاد خودساخته و به ظاهر متناقض همدلی، استعمار آن در پارادایم تجربی دکارتی (دوگانه سازی ذهنی-عینی)، چارچوب سازی و درگیر کردن بی مورد همدلی با مفاهیم مشابه از جمله همدردی Sympathy بوده‌اند (Hooker, ۲۰۱۵).

متفکران همدلی بالینی در تلاش برای بهره‌برداری از مفهومی که از نظر نویسندگان این مقاله، قادر و یا مایل به درک صحیح آن نبوده‌اند ولی برای اهداف خود به آن نیاز داشته‌اند، دست به قالب سازی های بی موردی از جمله تصور همدلی در چارچوب ابعادی از قبیل همدلی شناختی، احساسی، اخلاقی و رفتاری زده (Jeffrey, ۲۰۱۶) و بارها اقدام به مقایسه این مفهوم با همدردی کرده‌اند (Cuff et al., ۲۰۱۶; Gelhaus, ۲۰۱۲; Hooker, ۲۰۱۵). درگیری در این جنجال کاذب و خودساخته و مشکلات آن به حدی بوده که حتی خود متفکران این حوزه به ایرادات مدل های توصیفی یکدیگر پی برده و نقدهای بسیاری بر یکدیگر وارد کرده‌اند:

آرینگ (Aring) بر مفهوم همدردی به دلیل آنکه کمک چندانی در درمان نمی‌کند تاخته است (Aring, ۱۹۵۸) و به جای آن خواستار همدلی‌ای است که آن را تنها آگاهی شناختی Cognitive knowledge پزشکی (و جدایی احساسی کامل Detached concern) از بیمار می‌داند. در همین حال هالپرن (Halpern)، جدایی احساسی را ناکارآمد دانسته و خواستار هماهنگی احساسی با بیمار به عنوان ویژگی کلیدی همدلی است (Halpern, ۲۰۰۳). در حالی که هالپرن در قالب رفتار درآمدن را لازمه مفهوم همدلی می‌داند، پولاسچک (Polaschek) هیچ ارتباطی بین همدلی و رفتار نمی‌بیند (Polaschek, ۲۰۰۳) و این در حالی است که متفکرانی چون گله‌اوس (Gelhaus) اخلاق را کاملاً جدای از همدلی می‌دانند (Gelhaus, ۲۰۱۲)، مورس (Morse) آن را به عنوان یکی از ابعاد اصلی همدلی متصور است (Morse et al., ۱۹۹۲).

حتی در مسئله‌ای چون تفاوت همدلی و همدردی که شمار بسیاری از مباحثات همدلی بالینی را به خود اختصاص داده اثری از نزدیک شدن به اجماع دیده نمی‌شود. عده‌ای

موافق و عده‌ای مخالف یکی کردن این دو مفهوم (Cuff et al, ۲۰۱۶) عده‌ای خواستار حذف همدردی از طبابت و عده‌ای خواستار حضور آن هستند (Macnaughton, ۲۰۰۹).

واضح است که مناقشه نظری پیرامون ابعاد فلسفی همدلی مانع دستیابی به اجماع درباره ویژگی‌های این مفهوم شده است. با وجود اینکه تنوع دیدگاه تفکر شفاف‌تر و بلوغ مفاهیم را رقم می‌زند و رسیدن به اجماعی همه گیر درباره مفاهیم فلسفی انتظاری بی جاست، اما عدم توافق در این موضوع خاص بسیار شایان توجه است چرا که مفهومی همدلی به دستورات عملی منتهی می‌شوند که نه تنها پژوهش‌ها بلکه طبابت را تحت تاثیر قرار می‌دهد (Lakoff & Johnson, ۲۰۰۸) پرواضح است (کما اینکه متفکرانی چون هوکر Hooker و پدerson نیز ذکر کرده‌اند) که صحبت کردن از این مفهوم مهم و پیچیده و استفاده از آن بدون توجه به تمامیتش نمی‌تواند به انتظار پزشکی از آن که رسیدن به درک صحیح بیمار است ختم شود (Halpern, ۲۰۰۱).

مشکل دیگری که از عدم توجه متفکران به فلسفه بوجود آمده، نادیده گرفتن ذهنیت Subjectivityها می‌باشد؛ با وجود اینکه اغلب در تعاریف، سوژه فهمیم Understanding object مطرح بوده ولی به نظر می‌آید که در ساختار همدلی نقشی درخور نداشته است و متفکران همیشه به شکلی از در نظر گرفتن آن ظفره رفته‌اند. بدین معنی که یا اصلاً به ذهنیت اشاره نمی‌شده یا چون با در نظر گرفتن آن ریسک ایجاد سوگرایی Bias وجود داشته است، در تلاش برای سرکوب و کنترل ذهنیت بوده‌اند و با عنوان کردن امکان درک عینی Objective و مستقیم Direct، از ذهنیت چشم پوشی می‌کردند؛ در صورتی که ارتباط پزشکی و بیمار، امری وابسته به تفسیر دو طرف Double hermeneutic است و ذهنیت، تاریخچه اشخاص History و بافتار Context (که در شکل دادن به ذهنیت نقش اساسی دارد) در آن دخیل‌اند (Pedersen, ۲۰۰۸).

در تعاریف موجود در علوم طبیعی از همدلی نیز، یک مکانیسم سیم کشی شده Hard wired برای مغز در نظر گرفته شده و همه اعمال همدلانه Empathic را وابسته به تجارب ابتدایی زندگی Early experience اشخاص می‌دانند و هیچ‌کجا به ذهنیت افراد توجهی نمی‌کنند (Beres & Arlow, ۱۹۷۴). گروهی دیگر از متفکران تلاش کردند در مقابل نادیده‌انگاری ذهنیت واکنش نشان دهند و به نحوی ذهنیت را به صورت رویکردهای فرد محور Self-oriented (De Waal, ۲۰۱۰) و دگر محور Other-oriented (Coplan & Goldie),

(۲۰۱۱) در تعریف همدلی وارد کنند اما این تلاش‌ها نیز به دلیل داشتن مفروضات دوگانه‌انگار، گرهی از مشکلات نگشود (Slaby, ۲۰۱۴).

در ادامه با استفاده از آرای پدیدارشناسان (به طور ویژه ادmond هوسرل Edmund Husserl)، نشان خواهیم داد که درک شخص دیگر نیازمند تلاش برای رسیدن به بینادذهنیت Intersubjectivity بوده که خود نیازمند توجه واقعی به ذهنیتهای دو طرف است، که هم وابسته به بافتار است و هم در لحظه به وجود می‌آید. مدل‌های ارائه شده در همدلی پزشکی، از زاویه دید محدود و دوگانه‌انگار به این موضوع نگرسته‌اند و به ابعاد فلسفی این مفهوم و تلاش‌های فیلسوفان (به خصوص فیلسوفان سنت پدیدارشناسی) در رابطه با همدلی توجهی نکرده‌اند. از این رو می‌توان گفت هر نظریه‌ای درباره همدلی، بدون توجه به تاریخچه غنی فلسفی این مفهوم بی نتیجه خواهد بود.

۲.۳ سنت پدیدارشناسی و مفهوم همدلی

ورود به جزئیات بسیار مباحثات پدیدارشناسان درباره این مفهوم از حوصله این مقاله خارج است، لذا به ذکر مولفه‌های اصلی درک پدیدارشناسی معاصر از این مفهوم بسنده می‌کنیم:

همدلی مجسم، تفسیری، اجتماعی و تجربی است. این تجربه نه از جنس درک مستقیم و نه کاملاً انگاشتی است: همدلی یکی از انواع درک است ... جمیع این مولفه‌ها متضمن رسیدن به بینادذهنیت هستند که دارای توانایی بالقوه برای کمک به پزشکی است. (Hooker, ۲۰۱۵)

درک پدیدارشناختی همدلی با مفهوم بینادذهنیت گره خورده است (Agosta, ۱۹۸۴) و لذا داشتن درکی شفاف از مفهوم بینادذهنیت برای استفاده از قدرت بالقوه این مفهوم پدیدارشناختی جهت کمک به بیماران ضروری است. بینادذهنیت به عنوان یک اصطلاح اولین بار توسط ادmond هوسرل، در معنای رد و بدل کردن افکار و احساسات (هشیار Conscious و ناهشیار Unconscious) بین دو فرد یا «سوژه Subject» به کار برده شد. سوژه در اینجا به معنی درک یا تجربه حقیقت از نقطه نظر (هشیار و ناهشیار) یک فرد است و ضرورتاً به افق و مرزهای جهان‌بینی این فرد محدود است (White-Cooper, ۲۰۱۴). اگرچه واژه بینادذهنیت کاربردهای متفاوتی دارد، کاربرد برساخت‌گرایانه اجتماعی Social constructionism آن مدنظر نویسندگان است: دیدگاهی پست مدرن با نفی دوگانه‌انگاری

نوین‌گرایانه دکارتی (تصور دنیا به عنوان "ابژه Object"هایی که بر خود و دیگر ابژه‌ها اثر می‌گذارند (White-Cooper, ۲۰۱۴; Gallagher & Zahavi, ۲۰۱۳)) طبق این دیدگاه که بر اساس جهان‌بینی پدیدارشناسانه است (Chalmers, ۲۰۰۲)، حقیقت توسط شرکت‌کنندگان در رابطه ساخته می‌شود. دلیل رجحان کلمه «سوژه» به جای «شخص Self» سیالیت و تغییر پذیری این واژه در مقابل واژه شخص (که وجود و ثبوت ذات را القا می‌کند) است؛ لذا بینادهنیت، بر ارتباطی دینامیک، که در آن دو طرف تحت تاثیر یکدیگر هستند، دلالت ضمنی دارد در مقابل دوگانگی سوژه-ابژه که در آن عضو اول دوگانه بر عضو موخر می‌نگرد، قرار می‌گیرد (White-Cooper, ۲۰۱۴). در نتیجه بینادهنیت با تصدیق غیرقابل کاهش بودن افراد و تاثیر متقابل آنها بر یکدیگر، جایگزین ایده نوین‌گرایی «عینیت Objectivity»، به عنوان درک تحریف نشده و بی طرف از ابژه، می‌شود.

استفاده از مفهوم بینادهنیت در درمان، ایده‌ای تازه نیست: روانکاوان معاصر به این مفهوم نقش مرکزی داده و روان‌درمانی را از طبابت یک نفره به فعالیتی دو نفره مبدل ساخته‌اند (Aron, ۲۰۱۳). رابطه درمانی بین دو شخص جدا وجود ندارد، بلکه به عنوان شراکتی از افکار، احساسات و دیگر تجارب ذهنی Subjective دیده می‌شود که می‌تواند برای رسیدن به درک بهتر مورد استفاده هر دو طرف قرار گیرد (Benjamin, ۱۹۹۸; Ogden, ۱۹۹۴).

داشتن چنین درکی از مفاهیم همدلی و بینادهنیت امکان درک صحیح و غیرفروکاست‌گرایانه Non-reductive از تجربه بیمار به پزشک می‌دهد. تجربه از دیدگاه پدیدارشناسان حاصل ارتباط همدلی‌کننده و همدلی‌شونده است که در بافتاری اجتماعی اتفاق می‌افتد (بافتاری که توجه به آن در همدلی بالینی (در معنای فعلی) غایب است). بافتاری آکنده از کمبود منابع، نیازمند صبر طولانی، انتظارات مقتضی نقش‌های متفاوت و مواردی از این دست (Hooker, ۲۰۱۵).

۳.۳ پیامدهای بالقوه نامطلوب عملی

۱.۳.۳ کمک به تقویت قیّم‌مآبی^۳ پزشکی

در داستان‌های کلیشه‌ای همدلی که توسط بعضی متفکران برای توجیه فواید آن استفاده شده، شاهد بیماری هستیم که در برقراری ارتباط و انتقال مشکلات خود موفق نشده و در

آن سو پزشکی با فضیلت (داناتراز بیمار نسبت به شرایط و صلاح او) می‌بینیم که با استفاده از همدلی موفق می‌شود بیمار را به آنچه درمان صحیح برای او فرض می‌شود (که خود حاکی از مفروضات قیم‌مآبانه در مفهوم همدلی بالینی است) راضی کند. یعنی همدلی به جای اینکه برای درک عمیق شرایط انسانی و درونی بیمار به کار رود، به مثابه ابزاری برای به اطاعت و اداشتن بیمار از دستورات پزشک تبدیل شده (Hooker, ۲۰۱۵) و خود بیمار نیز نقشی واسطه‌ای برای نمایش فضیلت پزشک پیدا می‌کند (Garden, ۲۰۰۷).

۲.۳.۳ اثرات نامطلوب برای طبابت

ادعا به استفاده از همدلی بدون در نظر گرفتن تمامی ابعاد پدیدارشناختی آن (که پیش‌تر درباره آن استدلال کردیم)، باعث می‌شود پزشکان (بدون توجه به سختی دسترسی به درونیات شخص دیگر) تصور کنند به درک کاملی از بیمار دست یافته‌اند (Bellet & Maloney, ۱۹۹۱; Spiro, Curnen, & James, Peschel, ۱۹۹۶). چنین تصویری دو اثر نامطلوب دارد: اول آنکه، برای بیمار، فاصله ایجاد شده با پزشک بیشتر می‌شود چرا که اگر بیمار حس کند درک کامل شرایطی که تجربه کرده توسط پزشک غیر ممکن است، رفتار حاکی از این ادعا از طرف پزشک «تو را می‌فهمم» باعث احساس دوری بیشتر بیمار از پزشک می‌شود. دوم آنکه پزشکی که چنین تصویری نداشته باشد، از تلاشی مداوم برای کامل‌تر کردن درک خود، برای مثال با استفاده از سرنخ‌های جزئی، دست نمی‌کشد. در صورتی که پزشکی که رسیدن به درک ممکن را کامل ببیند، ممکن است مراحل سطحی‌تری از درک را به منزله درک کامل بپندارد که مانع تلاش بیشتر در جهت ارتقا فهم خواهد بود.

۳.۳.۳ ابزاری جایگزین برای کمبود بودجه و کمک به حفظ قدرت سیاسی

یکی از تناقضات مفهوم همدلی تناقضی است میان توجه به انسانیت Humanism (که همدلی در راستای افزایش آن پدیدار شد) (Bellet & Maloney, ۱۹۹۱) و ویژگی‌های نظام سلامت (که این مفهوم از آن برخاسته است): نظامی با سیاست‌گذاری‌های نئولیبرال^۴ که به طور معمول علاقه‌ای به اخلاق مراقبت Care ethics در آن دیده نمی‌شود (Hooker, ۲۰۱۵).

با دقت بیشتر متوجه می‌شویم که اتفاقاً همدلی بالینی (نسخه فعلی آن) دارای منافع مادی برای نظام سلامت است: با وجود اینکه هر پزشک از روی تعهد و با نیت خیرخواهانه با

بیماران همدلی می‌کند، همدلی در ابعاد بزرگتر ابزاری در خدمت مراقبت به صرفه و تربیت شهروندانی قانون‌مدار است که متناسب با سیاست‌های نئولیبرال رفتار میکنند و حق استفاده محدودی از منابع درمانی دارند. همانطور که گفته شد، همدلی به دلیل توانایی بالقوه آن برای افزایش بهره‌وری درمان ستوده شده است: برای مثال بیمارانی که به دلیل چاقی مبتلا به دیابت شده‌اند می‌توانند به واسطه همدلی، تبدیل به بیمارانی شوند که رفتار و تغذیه خود را کنترل کرده و هزینه کمتر به سیستم سلامت اعمال‌کنند، گزینه‌ای که به دلیل سیاست‌های نئولیبرال به جای اعمال کنترل بیشتر بر صنایع غذایی انتخاب شده است (Hojat et al, ۲۰۱۱; Pedersen, ۲۰۰۸; Svenaeus, ۲۰۱۴).

یکی دیگر از خطرات احتمالی که در زمینه علاقه به همدلی به وجود می‌آید، این است که همدلی به مثابه راهی برای جبران کاهش بودجه خدمات درمانی تبدیل شود. از آنجایی که دولت‌ها اخیراً بودجه خدمات و نظام سلامت را کاهش داده‌اند، همدلی تبدیل به راه اصلی کنار آمدن با خشم و پریشانی بیماران معترض شده است. بیماران (و خانواده‌هایشان) که در صف‌های طولانی منتظر بوده‌اند، با اشتباهات پزشکی دست و پنجه نرم میکنند و خسته از بروکراسی‌های اداری هستند با پرسنل درمانی مهربان و همدلی مواجه می‌شوند که از ابراز ناراضی سیاسی آنان جلوگیری می‌کند (Hooker, ۲۰۱۵).

۴. راه برون رفت از مشکلات: استدلال برای حرکت در راستای همدلی بالینی انتقادی

در این بخش نشان خواهیم داد تلاش‌های متفکران برای ارائه تعریفی از همدلی در حوزه پزشکی، به دلیل عدم توجه به ابعاد فلسفی این مفهوم، چندان راهگشا نبوده است؛ به علاوه استدلال خواهیم کرد که با وجود تفاوت‌هایی در جزئیات نظری مدل‌های مختلف ارائه شده از همدلی بالینی، استفاده از نقاط مشترک این تعاریف و بهره‌گیری از اجماع آنان درباره اصول پایه این مفهوم، می‌تواند به روشن تر شدن وضعیت نامشخص همدلی در پزشکی کمک کند و در نهایت بیان خواهیم کرد که همدلی بالینی انتقادی Critical clinical empathy خواهد توانست در تطبیق با شرایط متفاوت و رسیدن به درک نسبی پزشک از بیمار در بافتارهای مختلف، موفق عمل کند.

۱.۴ پیش فرض های نظری مفهوم همدلی

رسیدن به درک کامل شخص مقابل ممکن نیست (Pedersen, ۲۰۰۸). (گرچه عده‌ای نیز کماکان تلاش کرده‌اند با ارائه مدل‌هایی، رسیدن به درک کامل را در بافتار پزشکی کامل کنند (Stanghellini & Rosfort, ۲۰۱۳)). با وجود این اختلافات، جمع‌گیری از متفکران تلاش کردند با مددجستن از مفهوم همدلی به سطحی از درک بیمار دست یابند. مطابق با سنت پدیدارشناختی (که بررسی دقیق ویژگی‌های آن از حوصله این مقاله خارج است)، مدل‌های ارائه‌شده برای همدلی همگی در تاکید بسیار بر بافتار و ذهنیت‌های دو طرف همدلی (در اینجا پزشک و بیمار) مشترک هستند (Hooker, ۲۰۱۵; Stanghellini & Rosfort, ۲۰۱۳; Svenaeus, ۲۰۱۴). توجه به اهمیت ذهنیت پزشک (اگرچه بسیار سطحی) در سالهای اخیر حتی توسط متفکران همدلی بالینی نیز مطرح شده‌است که خود نشان‌دهنده اقرار - هرچند دیر هنگام - این متفکران به ابعاد فلسفی انکارناپذیر این مفهوم است (Gelhaus, ۲۰۱۲; Halpern, ۲۰۰۱).

برای رسیدن به درک متناسب، نیازمند رویکردی بین‌الذهانی هستیم. فیلسوفان از همدلی به عنوان پایه‌ای برای ساخت بنای بیناذهنیت استفاده کردند اما متفکران همدلی بالینی بدون توجه به منظور نهایی فیلسوفان، با نادیده گرفتن بیناذهنیت، تلاش کردند تا از همدلی برای رسیدن به درک متقابل بهره‌گیرند. اشتباهی نظری که باعث شکست تلاش آنان برای درک عمیق‌تر و همه‌جانبه Holistic بیماران بوده است.

مفهوم همدلی به دلیل آشفتگی Confusion در تعریف آن مورد انتقاد قرار گرفته (Cuff et al., ۲۰۱۶). بتزler استدلال می‌کند ارائه یک تعریف واحد برای همدلی و تلاش جهت ایده آل نمودن آن، کوششی بیهوده است چرا که همدلی امری است وابسته به بافتار و نه تنها تعریفش در حوزه‌های مختلف متفاوت است، بلکه در یک حوزه نیز در شرایط مختلف متفاوت خواهد بود، وی بیان می‌کند هالپرن با تعریف همدلی بالینی، همدلی را در حوزه پزشکی تعریف کرد و این گرچه گام مثبتی در اختصاصی کردن تعریف همدلی بود اما تلاش در جهت ارائه تعریفی واحد از همدلی از اساس برخاست (Betzler, ۲۰۱۸).

۲.۴ نقش علوم انسانی پزشکی در انتقادی در بازسازی مفهوم همدلی

با توجه به استدلال‌های بتزلر می‌توان گفت همدلی نیازمند اختصاصیتی Specificity فراتر از اختصاصیت مربوط به حوزه‌های مختلف است. این مفهوم نه تنها در هر حوزه به لحاظ نظری و عملی با حوزه‌های دیگر متفاوت است، بلکه حتی در یک حوزه مشخص نیز با توجه به بافتارهای متفاوت، تعریفی متفاوت خواهد داشت. همدلی در بافتار تعامل بین پزشک و بیمار، با همه ویژگی‌های زیست-روان-اجتماعی Biopsychosocial اش، زاده می‌شود و بنابراین تعریف آن نیز باید زاده همان بافتار باشد.

باید اقرار کرد پدیدارشناسان نیز هیچگاه مدلی جامع Comprehensive از مفاهیم ذهنی، به صورتی که بتوان از آنها برای رسیدن به بینادذهنیت بهره گرفت، ارائه نداده‌اند. اما کماکان برای پزشکی ای که برای رسیدن به اهداف (غایی یا اجماعی) (Schramme, 2017) خود نیازمند ارتباط بهینه و درک هرچه صحیح‌تر بیمار است، استفاده نکردن از نتایج اجماع پدیدارشناسان (که پیش‌تر به آن اشاره شد) اشتباهی مهلک است.

به‌علاوه می‌توان از مسیری که علوم انسانی پزشکی طی کرده است نیز بهره‌جست. مسیرگذر از علوم انسانی پزشکی به عنوان افزودنی و ابزاری در خدمت پزشکی (موج اولیه First wave)، به موج ثانویه Second wave ای که رویکردی انتقادی را شامل می‌شود. این موج ثانویه، هم بلوغ و هم پیچیدگی به علوم انسانی پزشکی بخشید و آن را از حالت سوری، افزودنی و مکمل به حالت نقادانه و تاملی، مرکزی و یکپارچه Integrative با پزشکی تبدیل کرد (Bleakley, 2015). با توجه به مدلی که استمپسی Stempsey ارائه کرد و در آن فلسفه را به عنوان زبان مشترک در ماوراپزشکی Metamedicine در نظر گرفت (Stempsey, 2007)، در اینجا نیز میتوان از فلسفه به عنوان هسته مرکزی و انسجام بخش استفاده کرد و موافق با نظر متفکرانی که از درون علوم انسانی پزشکی نقادانه Critical medical humanities (که در موج ثانویه مطرح شد)، انگاشت‌های حاکم بر همدلی را مورد نقد قرار داده و خواستار بازبینی این مفهوم شدند (Macnaughton, 2009; Marshall & Bleakley, 2009)، نسخه‌ای پالایش شده از همدلی، هم‌راستا با موج دوم علوم انسانی پزشکی بوجود آورد.

۳.۴ نتیجه استدلال: اتصال و یکپارچگی دوباره همدلی و پزشکی

با توجه به پیش فرض‌ها و مقدمات استدلال مذکور، پیشنهاد نویسندگان یک همدلی بازاندیشانه و نقادانه Critical است که بتواند با محوریت قراردادن فلسفه، خود را به لحاظ نظری و عملی، با شرایط مختلف تطبیق دهد. نمیتوان کتمان کرد که یک جراح در کار روزمره خود در برخورد با بیماران سرپایی نیاز به همدلی بیشتری دارد تا هنگام عمل کردن بیماران و همچنین یک روانپزشک، به عنوان متخصصی وابسته به همدلی بسیار در شرایط معمول، نیاز به کاهش همدلی خود در برخورد با بیماران حاد دارد (tzHaque & Way, ۲۰۱۲).

همدلی بالینی نقادانه برخلاف نسخه فعلی آن با قراردادن فلسفه به عنوان هسته این تعریف، تعریفی پویا خواهد شد که از گزند کدشدن و مبدل شدن به دستورالعمل‌های غیر قابل انطباق با شرایط (مثل آنچه که اخلاق پزشکی با جدا شدن از فلسفه دچارش شد) (Cowley, ۲۰۰۵, ENREF 14) در امان خواهد ماند و درک پزشک و بیمار نیز به جایگاه اصلی خود برخواهد گشت: در همتندگی جداناپذیر از پزشکی.

۴.۴ مثالی عملی از کاربرد مدل ارائه شده

این شیوه نگاه و به کاربردن مفهوم همدلی، در بسیاری از شرایط می‌تواند رویکرد درمانی متفاوتی را نسبت به قبل باعث شود. به عنوان مثال، دو شخص را در نظر بگیرید که هر دو به دلیل عارضه‌ای که توسط پزشکان به افسردگی نسبت داده شده است به روانپزشک ارجاع داده می‌شوند و پس از بررسی مشخص می‌شود هر دو، طبق معیارهای روانپزشکی، در سطحی مشابه از افسردگی قرار دارند.

رویکرد رایج پزشکی - که به همدلی نگاهی افزودنی دارد - هر دو را بیمار تشخیص داده و برای درمان آن‌ها تلاش می‌کند و همدلی را صرفاً در روند درمان و در ارتباط موثر با بیمار در نظر می‌گیرد. استفاده کردن از رویکرد بین‌الذهانی و بهره‌گیری از مدلی از همدلی که فلسفه را مرکز قرار می‌دهد موجب می‌گردد به ذهنیت‌های افراد و بافتار موجود توجهی ویژه داشته باشیم که منجر می‌شود با افرادی با شرایط به ظاهر یکسان، یکسان برخورد نکنیم. توجه به ذهنیت فردی که نتیجه درمان را بهتر از شرایط فعلی خود ارزیابی نمی‌کند موجب می‌شود ما به عنوان روانپزشکی که حالات ذهنی مراجع خود را محترم

می‌شمارد، تغییری که در صورت درمان رخ خواهد داد را برای وی توضیح داده و این شخص را درمان نکنیم. (مانند نیچه به تصویر کشیده شده توسط یالوم که حاضر بود سردردی که به افسردگی نسبت داده می‌شد را تحمل کند اما با قبول درمان، جهان‌بینی ناشی از شرایط ذهنی خود را از دست ندهد). در حالی که فردی که تمایل به تغییر مسیر ذهنی خود و درمان افسردگی دارد را به روش کلاسیک درمان میکنیم.

۵. نتیجه‌گیری

در این مقاله تلاش کردیم مشکلات نظری و پیامدهای بالقوه نامطلوب عملی (ذکر شده در بالا) ناشی از عدم توجه به مفاهیم بنیادین فلسفی همدلی را مشخص کرده و استدلال کنیم چرا برگشت به این مفاهیم و مرکزیت دادن به فلسفه هنگام استفاده از این مفهوم برای حل مشکلات ناشی شده از پزشکی کاست گرا و انسان زدا ضروری است. گرچه بازبینی و اصلاح مبانی نظری و دستورالعمل‌های عملی ارائه شده در رابطه با همدلی در پزشکی با مرکزیت دادن به فلسفه شروع می‌شود، قدم‌های بسیاری پیش روست تا این دره‌متنیدگی بار دیگر عملی شود. در پژوهش‌های آینده به ویژه باید تلاش شود تا ویژگی‌های اساسی بافتارهای حیطه‌های مختلف طبابت بررسی شود تا تدوین کنندگان دستورالعمل‌های مورد نیاز پزشکان بتوانند از مفروضات نظری و ویژگی‌های عملی این بافتارها آگاهی دقیق‌تری داشته باشند و با توجه بیشتر به آنها، طبابت را به درک صحیح بیمار نزدیک کنند.

پی‌نوشت‌ها

۱. لازم به ذکر است نسخه اولیه این مقاله به عنوان پروژه مرحله نهایی حیطه «مطالعات میان‌رشته‌ای علوم انسانی و سلامت» در یازدهمین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور ارائه شده است. در فرآیند نگارش این مقاله، کمیته علمی حیطه «مطالعات میان‌رشته‌ای علوم انسانی و سلامت» نخستین و بینار کشوری علوم انسانی و سلامت توسط اعضای کمیته علمی حیطه دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر غلامحسین مقدم حیدری و دکتر علیرضا منجمی و دکتر کامران سلطانی عربشاهی طراحی و اجرا شد. این وینار به همت معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، با همکاری گروه فلسفه علم و فناوری پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، موزه ملی تاریخ علوم پزشکی و دانشکده مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد. برای اطلاعات بیشتر به نشانی <http://bordar-ensani.ir> علوم انسانی در ایران مراجعه فرمایید.

پس از طی مراحل گزینش درون دانشگاهی و سپس مرحله غربالگری کشوری، برگزیدگان به عنوان پروژه گروهی مرحله دوم المپیاد مقاله‌های با محور «نقد همدلی در پزشکی از منظر علوم انسانی پزشکی» مقاله ای تدوین کردند. انتخاب موضوع مقالاتی به انتخاب نویسندگان بوده است و پس از داوری مقالات توسط کمیته علمی حیطه مقالات برتر این دوره المپیاد به مرحله نهایی راه یافت. که در مرحله نهایی المپیاد در جلسه ارائه و پرسش و پاسخ در پیشگاه هیأت داوران شرکت کردند. پس از پایان المپیاد دوره یازدهم کمیته علمی (دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر غلامحسین مقدم حیدری و دکتر علیرضا منجمی) مقالات را مجددا ارزیابی و بیناری با عنوان «تحلیل و نقد دستاوردهای پژوهشی دانشجویان در المپیاد یازدهم» را برای ارتقاء کیفیت مقالات و انتشار آنها در قالب مجموعه‌ای طراحی و برگزار کردند.

۲. empathy واژه ای جوان در زبان انگلیسی است و اولین بار در سال ۱۹۰۹، توسط روانشناس آمریکایی، ادوارد تیشنر (Edward Tetchener) به عنوان ترجمه ای از کلمه آلمانی "Einfühlung" به کار رفت. اما نخستین بار فلاسفه از این کلمه در مباحثات زیبایی شناختی استفاده کردند. (Stueber, Karsten, "Empathy", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2019 Edition), Edward N. Zalta (ed.), forthcoming, n.d.) [بحث درباره سیر تاریخی این کلمه از حوصله این بحث خارج است و با توجه به مکتب پدیدارشناختی که نویسندگان به آن توجه دارند، همدلی به عنوان نوعی از حیث التفاتی (intentionality) است که معطوف به تجربه دیگری است (Stein, 1989)]

۳. این تفکر منجر به عمل که پزشک بهتر از بیمار خود می داند چه درمانی برای او بهتر است، مطابق تعریف دورکین از قیم مآبی، دخالت در آزادی عمل یک شخص که با دلایلی توجیه شده با خیر، سعادت، خوشحالی، نیازها، علایق و یا ارزش های آن شخص، مصداقی از این دست رفتارها فرض شده است (Dworkin, 1972)

۴. یکی از سیاست های اقتصادی مرسوم دهه های اخیر که از ویژگی های مهم آن میتوان به آزادی و کنترل حداقلی بازار توسط دولت، کاهش بودجه سرویس های عمومی مانند سیستم سلامت و جایگزینی منفعت و خیر جامعه با مسئولیت شخصی اشاره کرد ([https://corpwatch.org/article/what-neoliberalism], n.d.)

۵. رمان وقتی نیچه گریست، اروین دیالوم

کتابنامه

منجمی، ع. (۱۳۸۵). آیا علوم انسانی پزشکی یک رویکرد بینا رشته ای است؟. تهران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

- Agosta, L. (1984). Empathy and Intersubjectivity Empathy 1. In: Hillsdale, New Jersey: The Analytic Press.
- Aring, C. D. (1958). Sympathy and empathy. *Journal of the American Medical Association*, 167(4), 448-452.
- Aron, L. (2013). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*: Routledge.
- Auger, J.-F. (2008). [Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide, Mark Petticrew, Helen Roberts]. *Sociology*, 42(5), 1032-1034.
- Bærøe, K. (2015). Medicine as art and science. *Handbook of the Philosophy of Medicine*, 1-14.
- Bellet, P. S., & Maloney, M. J. (1991). The importance of empathy as an interviewing skill in medicine. *Jama*, 266(13), 1831-1832.
- Benjamin, J. (1998). *Shadow of the Other. Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York (Routledge) 1998.
- Beres, D., & Arlow, J. A. (1974). Fantasy and identification in empathy. *The psychoanalytic quarterly*, 43(1), 26-50.
- Betzler, R. J. (2018). How to clarify the aims of empathy in medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(4), 569-582 .
- Bleakley, A. (2015). *Medical humanities and medical education: how the medical humanities can shape better doctors*: Routledge.
- Chalmers, D. J. (2002). *Philosophy of mind: Classical and contemporary readings*: Oxford University Press Oxford.
- Cooper-White ,P. (2014). Intersubjectivity. *Encyclopedia of Psychology and Religion*, 882-886.
- Coplan, A., & Goldie, P. (2011). *Empathy: Philosophical and psychological perspectives*: Oxford University Press.
- Cowley, C. (2005). The dangers of medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 31(12), 739-742.
- Cuff, B. M., Brown, S. J., Taylor, L., & Howat, D. J. (2016). Empathy: a review of the concept. *Emotion Review*, 8(2), 144-153.
- De Waal, F. (2010). *The age of empathy: Nature's lessons for a kinder society*: Broadway Books.
- Dworkin, G. (1972). Paternalism. *the Monist*, 64-84.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*, trans. AM Sheridan Smith, New York: Pantheon.
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2013). *The phenomenological mind*: Routledge.
- Garden, R. (2007). The problem of empathy: medicine and the humanities. *New literary history*, 38(3), 551-567.

- Gelhaus, P. (2012). The desired moral attitude of the physician:(I) empathy. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 15(2), 103-113.
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: humanizing medical practice*: Oxford University Press.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*, 18(8), 670-674.
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: Causes, solutions, and functions. *Perspectives on psychological science*, 7(2), 176-186.
- Hayward, R. (2005). Empathy. *The Lancet*, ۱۰۷۱, (۹۴۹۱)۳۶۶
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
- Hooker, C. (2015). Understanding empathy: why phenomenology and hermeneutics can help medical education and practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 18(4), 541-552.
- Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109(12), 446-452.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (2008). *Metaphors we live by*: University of Chicago press.
- Macnaughton, J. (2009). The dangerous practice of empathy. *The Lancet*, 373(9679), 1940-1941.
- Marshall, R & Bleakley, A. (2009). The death of Hector: pity in Homer, empathy in medical education. *Medical Humanities*, 35(1), 7-12.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlveen, K. H. (1992). Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image: The journal of nursing scholarship*, 24(4), 273-280.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of analysis*. Northvale, NJ: Jason Aronson. *Revue canadienne de psychanalyse*.
- Pedersen, R. (2008). Empathy: A wolf in sheep's clothing? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(3), 325.
- Pellegrino, E. D. (1979). *Humanism and the Physician*.
- Polaschek, D. L. (2003). Empathy and victim empathy. *Sexual deviance: Issues and controversies*, 172-189.
- Rothman, D. J. (2017). *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*: Routledge.
- Schramme, T. (2017). Goals of Medicine. *Handbook of the Philosophy of Medicine*, 121-128.
- Slaby, J. (2014). Empathy's blind spot. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 249-258.
- Spiro, H., Curnen, M. G. M., Peschel, E., & James, D. S. (1996). *Empathy and the practice of medicine: beyond pills and the scalpel*: Yale University Press.

- Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2013). Empathy as a sense of autonomy. *Psychopathology*, 46(5), 337-344.
- Stein, E. (1989). On the Problem of Empathy, trans. Waltraut Stein. *Collected Works of Edith Stein*, 3.
- Stempsey, W. E. (2007). Medical humanities and philosophy: Is the universe expanding or contracting? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(4), 373.
- Svenaesus, F. (2014). The phenomenology of empathy in medicine: an introduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 245-248.