

## «مشاهده» کلینیکی به مثابه عملی سیاسی<sup>۱</sup>

غلامحسین مقدم حیدری\*

### چکیده

یکی از مباحث مهم و مناقشه‌برانگیز در فلسفه علم عمل «مشاهده» است. فیلسوفان تحلیلی علم این موضوع را از منظرهای گوناگون بررسی کرده‌اند. آن‌ها نشان داده‌اند که آنچه در امور طبیعی مشاهده می‌شود متأثر از اهداف و تجربه‌های پیشین مشاهده‌گر است. از این رو، مشاهده متأثر از عوامل معرفت‌شناختی، معناشناختی، روان‌شناختی، یا جامعه‌شناختی است. اما فقط فیلسوفان تحلیلی نبودند که به موضوع مشاهده توجه داشتند، بلکه فیلسوفان قاره‌ای نیز بدان پرداخته‌اند. یکی از این فیلسوفان میشل فوکو است که در کتاب *تولّد کلینیک* به چگونگی آبه‌ مشاهده شدن بدن انسان در پزشکی می‌پردازد. او نشان می‌دهد که، علاوه بر عوامل اثرگذار بر مشاهده که فیلسوفان تحلیلی بیان کرده‌اند، باید به این نکته نیز توجه کرد که مشاهده اساساً فعلی سیاسی است. هدف این مقاله نشان دادن این وجه سیاسی 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 در کتاب *تولّد کلینیک* است که مشاهده به موضوع محوری بدل می‌شود. از این رو، با بررسی این مورد، می‌کوشیم تا نشان دهیم که منظور از سیاسی بودن عمل مشاهده چیست. بدین ترتیب، سعی می‌کنیم تا نشان دهیم که فیلسوفان علم، در بررسی‌های خود درباره مشاهده، باید وجه سیاسی آن را 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>۲</sup> طبق نظر تجربه‌گرایان منطقی، مشاهده در

---

\* دانشیار گروه فلسفه علم، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، gmheidari@gmail.com  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۱/۲۱، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۱۷

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 است 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. پوپر، با نقد این آرا در کتاب *منطق اکتشافات علمی*، نشان داد که گزاره‌های مشاهدتی هستی‌های همگانی‌اند که به زبان عام صورت‌بندی شده‌اند و نظریه‌هایی با درجات مختلف از کلیت و پیچیدگی را در برمی‌گیرند. از این رو، گزاره‌های مشاهدتی «همیشه از تئوری‌ها آبتن‌اند» (پوپر ۱۳۷۰: 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: ۳۱۱). این تجربه مفهومی بصری برخاسته 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 شخص می‌بیند (شیء خارجی) و هم به تجربه مفهومی بصری پیشین او بستگی دارد، اما مجموع این دو جزء نیست، بلکه فرایند واحدی است که 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 می‌شوند که شامل طبیعت، مشاهده‌گر، ابزارهای اندازه‌گیری، و محیط فرهنگی و اجتماعی خاصی است که مشاهده‌گر در آن به مشاهده می‌پردازد. پس آنچه ما اصطلاحاً مشاهدات خالص تجربی می‌نامیم به نظریه‌های موجود در جامعه‌ای بستگی دارد که فرد مشاهده‌گر در آن آموزش دیده است.

از این منظر، ادراک فرایند واحدی است که در آن حس با معنا و معنا با حس ارتباط متقابل دارند و به طور هم‌زمان رخ می‌دهند. بدین صورت که شخص به ندرت چیزی را بدون آن که به برخی از اهداف او مربوط باشد حس می‌کند. همین وابستگی به هدف به مثابه امری کیفی معنای شیء را تعیین می‌کند. اگر فرد معنایی را در شیء خارجی نیابد، به آن بی‌توجه خواهد بود. شخص هدف‌دار جنبه‌هایی از محیط را فعالانه جست‌وجو می‌کند که به او کمک

می‌کنند یا مانع او می‌شوند. به همین دلیل، شخص به آن جنبه‌ها حساس می‌شود. علاوه بر آن، معنای یک حس یا ادراک همیشه به تمام موقعیت وابسته است. شیء خارجی به مثابه رابطه‌ای در میدان روان‌شناختی ادراک می‌شود، میدانی که شامل شیء، بیننده، و زمینه روانی پیچیده‌ای است که اهداف و تجربه‌های قبلی بیننده را هماهنگ می‌کنند.

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

موضوع این مقاله بررسی عمل «مشاهده کردن» (observe/observer) در پزشکی است که ابژه آن بدن انسان است. البته، باید میان مشاهده به معنای «دیدن» (see/voir) و مشاهده به معنای «نگاه کردن» (look/regard) تفاوت قائل شد. منظور از مشاهده به معنای دیدن به چشم آمدن پدیده‌هاست که یقیناً متأثر از همه تجارب پیشین فرد است و می‌توان آن را از منظر معرفت‌شناختی، روان‌شناختی، و جامعه‌شناختی بررسی کرد. در مورد دوم، مشاهده<sup>۳</sup> به معنای نگاه کردن، میشل فوکو، فیلسوف و جامعه‌شناس فرانسوی، آرای برجسته‌ای دارد. او، بدون انکار اثر عوامل روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، و معرفت‌شناختی بر شکل‌گیری این نوع مشاهده، بر اثر عوامل سیاسی در عمل مشاهده تأکید می‌کند. البته، اگر منظور او فقط این بود که عوامل سیاسی نیز، هم‌چون عوامل جامعه‌شناختی و روان‌شناختی، بر مشاهده اثر می‌گذارند، می‌توانستیم ردپای چنین اثری را در برخی اشاره‌های کوهن در کتاب ساختار نیز بیابیم و با تعمیم و گسترش آن، نقش عوامل سیاسی را نیز، در کنار عوامل دیگر، بررسی کنیم. اما باید به این نکته توجه کرد که آنچه فوکو بر آن تأکید می‌کند این است که چنین مشاهده‌ای اساساً فعلی سیاسی است. البته باید دقت کرد که فوکو معنای ویژه‌ای از سیاست را در نظر دارد. از نظر او، ما نباید سیاست را فقط در نظام‌های سیاسی حکومت‌های خاص منحصر کنیم، بلکه باید «سیاست را نظام روابط قدرت بفهمیم» (فوکو ۱۳۹۵: ۱۴۰). اگر با چنین تعمیمی از معنای سیاست هم‌راه شویم، خواهیم دید که مشاهده کردن فعلی نیست که فقط حاصل دانش نظری خاصی باشد، بلکه عملی سیاسی نیز است.

فوکو در کتاب *تولد کلینیک* (Foucault 2000) پیدایش این نوع از مشاهده در پزشکی را بررسی می‌کند که به شکل‌گیری پزشکی مدرن انجامیده است. مسئله این کتاب ظهور بدن انسان به منزله ابژه دانش پزشکی است که به علت حاکمیت مشاهده به معنای نگاه به وجود آمد، ویژگی منحصر به فردی که در پزشکی سنتی، که مبتنی بر نظام رده‌بندی بیماری‌ها بود، وجود نداشت. نماد تغییر از پزشکی سنتی به مدرن، که در طول قرن‌های هجدهم و نوزدهم رخ داد، پیدایش مکانی به نام «کلینیک» است. کلینیک نمایان‌گر حاکمیت نگاه بود و در عین حال که زائیده نظام جدیدی از روابط قدرت در جامعه بود، خود نیز نظام نوینی از روابط قدرت را میان پزشکان و بیماران برقرار کرد.

بنابراین، پژوهش ما برای نشان دادن این که فعل مشاهده در کلینیک فعلی سیاسی است 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 بازسازی دهی مکانی بیمارستان، تلقی جدید از جایگاه بیمار در جامعه، و دگرگونی حوزه مددکاری) مرتبط است که همگی برای امکان‌پذیر شدن حوزه مدرن پزشکی ضروری بودند، در گام دوم نشان خواهیم داد که برقراری چه روابط قدرتی در جامعه قرن‌های هجدهم و نوزدهم باعث پیدایش سیاست سلامت و در نتیجه، محوری شدن مشاهده برای پزشکی و نهایتاً ظهور کلینیک شد. این گام‌ها روابط قدرتی را بررسی می‌کند که باعث حاکمیت نگاه در پزشکی مدرن شد. اما محوری شدن مشاهده در پزشکی (یا به تعبیر فوکو، نگاه) خود ویژگی‌های گوناگون (سیاسی بودن، هنجاری بودن، و محاسبه‌گر بودن) دارد که در بخش آخر به آن خواهیم پرداخت.

## 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: 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 می‌کنند. قدرت فقط در کنش وجود دارد» (فوکو ۱۳۹۱: ۴۲۵)؛ بنابراین «اعمال قدرت مجموعه‌ای از کنش‌ها بر کنش‌های ممکن است» (همان: ۴۲۶) و از این رو، «عبارت است از "هدایت رفتارها" (conduct of conducts) و مدیریت امکان‌ها» (همان: ۴۲۷).

اما نکته مهم این است که این روابط قدرت مطابق با برخی اصول و متناسب با برخی تکنیک‌ها، برخی اهداف، برخی تاکتیک‌ها، و غیره سازمان می‌یابند. به عبارت دیگر، روابط

قدرت در یک جامعه کاملاً به تساوی یا اتفاقی توزیع نشده‌اند، بلکه نوعی بی‌توانی به این روابط سازمان می‌دهد، بی‌توانی‌ای که به برخی امکان اثرگذاری بر برخی دیگر را می‌دهد و به دیگران چنین امکانی را نمی‌دهد. و همین بی‌توانی نیروها حکومت عده‌ای را بر عده‌ای دیگر امکان‌پذیر می‌کند. درواقع، «عدم تقارن نسبت نیروها آن چیزی است که ... می‌توان حکومت نامید یا می‌توان گفت این عدم توازن نیروها حکومت را امکان‌پذیر می‌کند» (فوکو ۱۳۹۵: ۱۴۳-۱۴۴). این بی‌توانی نیروها از آن روست که موضع یا جایگاه تاکتیکی یا استراتژیک یک گروه همان موضع و جایگاه گروه دیگر نیست و یک تکنیک را به کار نمی‌برند. برای مثال، روابط نیرو میان معلمان و دانش‌آموزان را در نظر بگیرید. دانش‌آموزان نیازمند دانستن و مهارت‌اند و معلمان کسانی‌اند که می‌توانند این نیاز را برطرف کنند. بنابراین، معلمان در مرتبه‌ای فرادست و دانش‌آموزان در مرتبه‌ای فرودست قرار دارند. آنان از تاکتیک‌هایی هم‌چون امتحان و نمره‌دادن برای حفظ این مرتبه‌ی فرادستی استفاده می‌کنند. بنابراین، معلمان می‌توانند نه تنها زندگی دانش‌آموزان در مدرسه، بلکه بخشی از زندگی آنان در بیرون از مدرسه را نیز اداره کنند و بدین ترتیب بر آنها حکومت کنند. درواقع، «حکومت به منزله تکنیکی است که به برخی امکان می‌دهد زندگی برخی دیگر را باوجود یا به‌یمن این واقعیت اداره کنند که همواره میان افراد در جامعه‌ای معین روابط نیرو وجود دارد» (همان: ۱۴۳).

البته باید توجه کرد که حکومت‌کردن درعمل چنین نیست که فقط یک طرف (حکومت) نیرویی بیش‌تر از طرف دیگر داشته باشد، بلکه همواره در کسانی که بر آنها حکومت می‌شود نیز ساختارها یا ویژگی‌هایی وجود دارد که آنان را حکومت‌پذیر دیگران می‌کند. مثلاً، ناتوانی کودکان در اداره زندگی‌شان همواره این امکان را فراهم می‌کند تا والدین بر آنان حکومت کنند. بنابراین، «مسئله عبارت است از تحلیل کردن این رابطه میان کسانی که حکومت می‌شوند و کسانی که از ره‌گذر آنچه می‌توانیم ساختارهای استیلا و ساختارهای خود یا تکنیک‌های خود بنامیم حکومت می‌کنند» (همان: ۱۴۴).

البته باید این نکته مهم را یادآور 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 آنها حکومت کند هیچ شکلی ندارد» (Simons 2013: 307). روابط قدرت با انواع روابط اجتماعی دیگر، مثل روابط تولیدی، خانوادگی، و جنسی، درهم‌تنیده‌اند و بنابراین، «قدرت هم‌امتداد با پیکربندی اجتماعی است» (Foucault 1980: 142). از این رو، قدرت از حکومت،

گروه حاکم، یا هر گروه دیگری سرچشمه نمی‌گیرد، بلکه از کل شبکه روابط قدرت نشئت می‌گیرد. در این میان، سوژه‌های سیاسی، چه فرد و چه گروه، حاملان قدرت درون «میدان متحرک و چندگانه از روابط قدرت» هستند (Foucault 1990: 102). روابط قدرت اساساً «روابط بین هم‌دستان» یا «مقابله بین دو حریف» نیستند، بلکه مطابق با استراتژی‌های قدرت روی میدان‌هایی از روابط نیرو و اعمال می‌شوند که بر کنش‌ها حکومت می‌کنند. فوکو معتقد است که اگر سیاست را نظام روابط قدرت بدانیم، آنگاه چنین استراتژی‌های قدرتی، به وسیله مؤلفه‌های گوناگون درهم‌آمیخته از روابط قدرت، تکنولوژی‌های سیاسی، انضباط (discipline) و زیست-سیاست (biopolitics)، را گسترش می‌دهند تا بر کنش‌ها حکومت کنند.

در پرتو چنین نگرشی به قدرت، عمل مشاهده‌کردن در کلینیک پزشکی فقط دیده شدن عده‌ای توسط عده‌ای دیگر نیست، بلکه رصد شدن بدن، کردار، و اعمال برخی افراد از سوی برخی دیگر است؛ آن هم نه به دلیل این که گروه دوم دانشمندانی‌اند که فقط از روی کنجکاو به بدن، کردار، و رفتار دیگران را مطالعه می‌کنند، بلکه موضع و جایگاه تاکتیکی یا استراتژیک آن‌ها این امکان را می‌دهد تا زندگی برخی دیگر را رصد، کنترل، و اداره کنند. و در یک کلمه، بر آنان «حکومت» کنند. به عبارت دیگر، «مشاهده» یکی از تکنیک‌های اعمال قدرت است که امکان حکومت مشاهده‌گران (متخصصان علوم پزشکی) را بر مشاهده‌شوندگان (بیماران) فراهم می‌کند. در ادامه، چگونگی پیدایش این تکنیک و اعمال آن در نظام روابط نیروها را در کتاب *تولد کلینیک* بررسی می‌کنیم. اما، پیش از آن، باید تفاوت میان پزشکی مبتنی بر رده‌بندی امراض با پزشکی مدرن را بیان کنیم.

### ۳. پزشکی رده‌بندی / پزشکی کلینیکی

آنچه فوکو در کتاب *تولد کلینیک* ارائه می‌دهد نه تاریخ خود پزشکی، بلکه شرایط امکان پزشکی معاصر است. این کتاب مطالعه‌ای است درباره جنبه مهم فرایندی که طی آن مناسبات مدرن قدرت بدن انسان را به ابژه دانشی تخصصی بدل کرد. به عبارت دیگر، ظهور پزشکی مدرن در قرن‌های هجدهم و نوزدهم لحظه‌ای است که بدن فرد به ابژه دانش بدل شده است.

دانش پزشکی قرن هجدهم بر اساس الگوی رده‌بندی بود که مبتنی است بر شناسایی بیماری‌ها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌هایشان. این جدول دارای انواع گوناگون بیماری‌ها

بود و هر بیماری براساس جایگاه آن در مراتب این انواع تعیین می‌شد. بیماری‌ها در جدول ایدئالی طبقه‌بندی شده بودند. وقتی می‌گفتند که فردی بیمار شده است به این معنا بود به یکی از انواع بیماری‌هایی مبتلا شده است که در این جدول وجود داشت. اگر ویژگی‌های متفاوت جسمی، سنی، و ... افراد نبود، بیماری خاصی در تمام افراد نشانه‌های یکسان داشت، اما تفاوت ویژگی‌های فرد با دیگری سبب می‌شد تا نشانه‌های 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 می‌توانست از فردی به فرد دیگر، 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: ۴۸). یعنی بتواند به ورای نشانه‌های بیماری که در فردی خاص آشکار است برود و بیماری را تشخیص دهد. بنابر چنین آموزه‌ای، «مداخله پزشک، اگر سخت تابع نظم مثالین رده‌بندی بیماری‌ها نباشد، مداخله‌ای قهرآمیز خواهد بود» (همان).

براساس پزشکی مبتنی بر رده‌بندی، بیماری می‌توانست در سراسر بدن حرکت کند و با تغییرهای نشانه‌ای همراه باشد؛ ولی باید توجه کرد که هرچند بیماری بر اندام‌ها به‌منزله پایه‌های بیماری استوار است، اما «ابتلای یک عضو برای تعریف بیماری به‌هیچ‌رو ضروری نیست» (همان: ۵۰). بیماری می‌تواند از اندامی به اندام دیگر برود و نقاط مختلف بدن را درگیر کند، اما باید توجه کرد که در هر حال ذات بیماری یکسان است. گرفتگی عضلانی واحدی ممکن است در ناحیه زیر شکم سبب سوءهاضمه، امتلای احشا، یا بند آمدن خون‌ریزی بواسیر شود و از آن ناحیه به سینه برود و باعث احساس خفگی، تپش قلب، گرفتگی گلو، و سرفه شود و سپس سر را مبتلا کند و تشنج‌های صرع، سنکوپ، یا حالت به‌خواب‌رفتگی و اغما را در پی آورد. این جابه‌جایی‌ها، که تغییر علائم بیماری را به‌همراه دارند، ممکن است در طول زمان بر فرد واحدی عارض شوند؛ این جابه‌جایی‌ها را ضمن معاینه مجموعه‌ای از افراد که عضو مبتلا در آن‌ها متفاوت است نیز می‌توان یافت، اما در هر حال پیکربندی ذاتی بیماری تغییر نمی‌کند. «اندام‌های بدن محمل جامد بیماری هستند، نه شرط لازم و ضروری آن. نظام نقاطی که بیماری به‌واسطه آن‌ها با بدن مرتبط می‌شود نه دائمی است و نه ضروری. بیماری و بدن فضای مشترک از پیش معینی ندارند» (همان: ۵۱). بنابر چنین نگرشی، چیزی با عنوان «یافته‌های جدید» در انواع بیماری‌ها وجود نداشت. تنها چیزی که می‌توانست جدید شمرده شود شیوه‌های درمانی‌ای بود که پزشک از طریق

آن‌ها می‌توانست از نشانه‌های گوناگون بیماری به خود بیماری دست یابد. تشخیص بیماری یعنی قراردادن بیماری در یکی از انواع بیماری‌ها در نظام رده‌بندی. بدین ترتیب، پزشک می‌توانست شیوه‌های درمان را، که از پیش مشخص بودند، به‌فراخور هر بیمار به‌کار برد و آموزش پزشکی چیزی جز تعلیم نظام رده‌بندی بیماری‌ها و شیوه‌های درمان آن‌ها نبود.

اما این تلقی از بیماری در قرن نوزدهم تغییر کرد و پزشکی مدرن بر مبنای انطباق «فضای پیکربندی بیماری و فضای جای‌گیری (localisation)» آن شکل گرفت (همان: ۴۲)، زیرا تجربه‌های پزشکی رؤیت‌پذیر بدن و صورت‌های منسجم بیماری را در میدان ادراکی واحد و براساس پیوستگی‌ها و شکاف‌های یک‌سان درک می‌کرد. «درد دقیقاً با بدن منطبق می‌شد و توزیع منطقی آن از بدو امر از خلال توده‌های کالبد انسان صورت می‌گرفت» (همان). بنابراین، پزشک با مشاهده بدن می‌توانست بیماری را از خلال توده‌های کالبد انسان و در همان نقطه‌ای که علائم را می‌دید کشف کند. از این‌رو، پزشکی قرن نوزدهم امتیاز ویژه‌ای برای علم تشریح مرضی قائل شد.

مشاهده علائم بیماری در بدن نه‌فقط از اهمیت ویژه‌ای برخوردار شد، بلکه یگانه شیوه تشخیص و درمان بیماری شد. آموزش پزشکی نیز تغییر کرد و پزشکی سنتی، که مبتنی بر تعلیم‌دادن رده‌بندی انواع بیماری‌ها بود، به پزشکی‌ای تبدیل شد که دانشجو باید نشانه‌های بیماری را در بدن مشاهده کند و از آن‌ها درباره بیماری‌ها بیاموزد. بدن انسان سرزمین ناشناخته‌ای بود که پزشک و دانشجو در هر گام می‌توانستند به کشف پدیده‌ای جدید در آن نائل شوند. «شیوه تعلیم‌دادن و گفتن به شیوه یادگرفتن و دیدن تبدیل شد» (همان: ۱۱۴). بدین ترتیب، در قرن نوزدهم «مشاهده‌کردن» تنها نگرش حاکم بر پزشکی (چه در حوزه درمان و چه در حوزه آموزش) شد، به‌طوری‌که فوکو این قرن را «عصری که نمایان‌گر حاکمیت نگاه بود» (همان: ۴۲) توصیف می‌کند.

اما این تغییر در پزشکی به‌علت طیفی از فرایندها هم‌چون مبارزه‌های سیاسی، خواسته‌ها و آرمان‌ها، الزام‌های اقتصادی، و رویارویی‌های اجتماعی رخ داد که بر مبنای آن کل تجربه پزشکی زیور و شد و پزشکی به‌منزله مجموعه‌ای از نهادها و کردارها در مقابل پزشکی رده‌بندی قرار گرفت. فوکو در *تولد کلینیک* نشان می‌دهد که «حاکمیت نگاه» نه‌تنها متأثر از تغییر نظام روابط قدرت (سیاست) بود، بلکه «نگاه» خود امری سیاسی بود. در ادامه، اشاره‌ای اجمالی خواهیم کرد به فرایندهای اقتصادی و اجتماعی که نظام جدیدی از روابط قدرت را ایجاد کرد که موجب پیدایش سیاست سلامت و در نتیجه کلینیک شد.



#### ۴. سیاست سلامت: تولد کلینیک

در پزشکی رده‌بندی، بیماری‌های همه‌گیر (مثل طاعون، وبا، و سرخچه) جایگاه ویژه‌ای داشتند، زیرا این بیماری‌ها، به دلیل آن‌که جمعیت زیادی را مبتلا می‌کردند، بهره‌وری نیروی کار را به شدت کاهش می‌دادند و به دلیل همه‌گیر شدن آن‌ها در میان نیروهای نظامی، کشور با مشکلات امنیتی نیز مواجه می‌شد. براساس پزشکی مبتنی بر الگوی رده‌بندی، بیماری همه‌گیر تفاوت اساسی با بیماری فردی نداشت. بیماری‌های همه‌گیر پدیده‌هایی کمی بودند که هنگامی بروز می‌یابند که بیماری خاصی به دفعات در مکان و زمانی واحد روی می‌داد. در چنین توصیفی، سرایت اولویت نداشت و هرچند ممکن بود مهم و اصلی به نظر برسد، اما فقط جنبه‌ای در میان جنبه‌های دیگر بود. «اما بیماری همه‌گیر، چه مسری و چه غیرمسری، نوعی فردیت تاریخی دارد. به همین دلیل، برای مشاهده آن باید روشی پیچیده به کار برد» (فوکو ۱۳۹۲: ۶۷)، مشاهده‌ای که بتواند رویدادها را با جزئیات زیاد توصیف کند. این کار در پایان قرن نوزدهم و با تأسیس مجموعه‌ای 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 بیماری‌های همه‌گیر 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 الزام‌آور همراه باشد. از این رو، «وجود پزشکی امراض همه‌گیر صرفاً می‌توانست به دست پلیس کامل شود» (Foucault 2000: 25). برخی از وظایف نیروی نام‌برده این‌ها بودند: نظارت و مراقبت بر سوزانده شدن اجساد به جای خاک‌سپاری آن‌ها در گورستان‌ها، خرید و فروش نان و گوشت، و نظافت کشتارگاه‌ها. 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، براساس مشاهدات جمع‌آوری شده، اقدامات لازم را تجویز و بر کار پزشکان نظارت می‌کرد. تشکیل هیئت‌هایی از این دست اولین گام‌ها به سوی «نظارت بر سلامت جامعه» بود که توسط دولت انجام شد. بدین ترتیب، «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: 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 به‌طور خاص مربوط به حوزه صلاحیت پزشکی است» (ibid.: 26).

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 دانش نظری رده‌بندی بیماری‌ها را می‌آموختند و تجربه کافی در حوزه مشاهده و درمان بیماری‌ها نداشتند و جامعه پزشکی با ناکارآمدی پزشکان در درمان بیماران مواجه بود. همین مسئله موجب شد تا بر جنبه عملی و تجربی بودن پزشکی تأکید شود. در یکی از اعلامیه‌های انجمن‌های پزشکی قرن هجدهم وظیفه پزشکی چنین بیان شده است: «پزشکی مبتنی بر احکامی است که صرفاً تجربه باید اساس آن‌ها باشد. برای گردآوری این احکام، هم‌پاری مشاهده‌گران لازم است» (فوکو ۱۳۹۲: ۱۲۵). از این رو، برای رفع این معضل، چنین توصیه شده است: «انتشار سریع مشاهدات و تجارب، گسترش دامنه دانش به‌حدی که همه کسانی را که به درمان اشتغال دارند در برگیرد، خلاصه نوعی آموزش کلینیکی گسترده به‌مقیاس ملت که در آن صرفاً مسئله مشاهده و عمل در میان است» (همان).

چنین شیوه‌ای از آموزش را نمی‌شد در بیمارستان‌های مبتنی بر پزشکی رده‌بندی انجام داد. این کار نیازمند مکانی بود که استاد و دانشجو هر دو به مشاهده بیماری بپردازند. این مکان به‌منزله آزمایشگاهی بود که در آن بیماری‌های جدید کشف و تکنیک‌های نوین درمان آزمایش می‌شدند و استاد، در فرایند این کار، شیوه‌های درمان را عملاً به دانشجویان می‌آموخت. بدین ترتیب، کلینیک به‌منزله محلی برای مشاهده، تجربه، آموزش، و درمان متولد شد.

## ۵. حاکمیت نگاه

فوکو در *تولد کلینیک* به‌کرات از واژه «نگاه» (که معادل فرانسوی آن regard است) استفاده می‌کند. به‌لحاظ ریشه‌شناسی، regard به‌معنای «مشاهده‌کردن از جهتی خاص» است. فوکو، با به‌کاربردن کلمه «نگاه»، بر این موضوع تأکید می‌کند که موضوع *تولد کلینیک* چگونگی تشخیص بیماری و درمان آن در کلینیک نیست، بلکه آن‌چه او می‌خواهد نشان دهد تغییر جهت و شیوه «مشاهده» بدن، بیماری، و درمان آن با پیدایش کلینیک است. در واقع، موضوع *تولد کلینیک* «مشاهده»، مواضع گوناگونی که مشاهده از آن انجام می‌شود، و تغییر آن است. چرا او به‌جای کلمه مشاهده (observe) از نگاه

(regard) استفاده می‌کند؟ زیرا به نظر می‌رسد، با وجود تمامی بحث‌هایی که درباره مشاهده و نظریه‌بار بودن آن در فلسفه علم شده است، هم‌چنان تلقی عام از مشاهده آن را امری مطابق واقع و بدون دخالت غرض‌ورزی‌ها و پیش‌فرض‌های متافیزیکی و روان‌شناختی و جامعه‌شناختی می‌داند. فوکو، با به‌کاربردن کلمه «نگاه» (regard)، می‌کوشد تا از این تلقی پرهیزد و بر موضع‌دار بودن و جهت‌دار بودن «نگاه» تأکید ورزد و نشان دهد که شکل‌گیری کلینیک ظهور مکانی است که «حاکمیت» نگاه، از خلال آن استقرار می‌یابد» (همان: ۱۴۲). حال باید پرسید که کدام «نگاه» بر پزشکی حاکم شد؟ فوکو سه موضع برای «نگاه» در پزشکی مدرن بیان می‌کند که با تولد کلینیک استقرار می‌یابد: نگاه سیاسی؛ نگاه به‌هنجارساز؛ نگاه محاسبه‌گر.

## ۱.۵ نگاه سیاسی

آنچه به پزشک این امکان را داد که در کلینیک کالبد بیماران را مشاهده کند فقط دانش او نبود، بلکه نظام روابط قدرت در جامعه بود که باعث شد نظارت بر سلامت جمعیت اهمیتی بنیادین بیابد. در قرن هجدهم، 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 پرداخت هزینه‌های 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 می‌کرد) و کلینیک (که پزشکان در آن آموزش می‌دیدند) بسته شده بود که بنابر آن فقرا، در قبال خدمات درمانی که به‌رایگان دریافت می‌کردند، می‌باید ابژه مشاهده پزشکان در کلینیک قرار بگیرند. در واقع، فقرا مدل‌هایی 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 آن‌پس دیگران او را طلب می‌کردند برای نگاه، نگاهی که ابژه آن بود، آن هم ابژه‌ای نسبی؛ زیرا هرچه در وجود او کشف می‌شد برای شناخت بهتر بیماران دیگر به‌کار می‌رفت (همان: ۱۳۷).

از سوی دیگر، بدن بیمار محلی بود که پزشکان (نوآموز و کارآموز) می‌توانستند درباره ایده‌های خود آزمایش و تحقیق کنند.

پزشک ضمن مشاهده تحقیق می‌کند و اهمیتی که به شناخت تازگی‌ها می‌دهد او را با خطر رویارو می‌کند. پزشک در بیمارستان آزاد بود تا نبوغ خود را در درمان بیماری‌ها به‌کار اندازد. از این‌رو، بیماران مناسب‌ترین موضوع آزمایش برای درس‌های تجربی بودند (همان).

کلینیک نظامی از روابط قدرت را ایجاد کرده بود. دریک‌سو، پزشکان قرار داشتند که به مشاهده می‌پرداختند. دانش حاصل از مشاهده پزشکان را ملزم به طبابت می‌کرد و در نتیجه آن‌ها را به افرادی قدرت‌مند بدل می‌کرد، افرادی که می‌توانستند درباره سرنوشت بیمار تصمیم بگیرند و آن را اجرا کنند. این قدرت اعتبار و صلاحیت خود را از نهادهایی می‌گرفت که، به‌علت ارتباط با دولت و یا ثروت‌مندان، کلینیک و بیمارستان را تأسیس کرده بودند و از آن حمایت مالی می‌کردند و پزشکان را یگانه گروه صاحب‌صلاحیت در این مکان‌ها می‌دانستند. درسوی‌دیگر، مستمندانی قرار داشتند که فقرشان آن‌ها را در موضع فرودستی در مقابل ثروت‌مندان قرار داده بود و نمی‌توانستند به‌دل‌خواه خود کمک پزشکان را طلب کنند، بلکه می‌باید خود را به مراکز درمانی می‌سپردند و با دراختیار گذاشتن جسمشان در این مکان‌ها، ابژه درمان و آزمایش پزشکان قرار می‌گرفتند.

این برقرار نبودن توازن میان نیروهای پزشکان و مستمندان، که پزشک و نهادهای حامی او را در مرتبه فرادستی برای اعمال قدرت قرار می‌داد و مستمندان را در مرتبه فرودستی می‌نشاند، موجب می‌شد تا نظام روابط قدرت شکل بگیرد و سیاستی را شکل دهد که آن را به‌وسیله «نگاه» اعمال کند؛ نگاه چشمی که «می‌داند و تصمیم می‌گیرد، چشمی که تعیین تکلیف می‌کند» (همان: ۱۴۲). «این نگاه از آن مشاهده‌گری معمولی نبود، بلکه نگاه پزشکی بود که یک نهاد از او حمایت می‌کند و کارش را موجه می‌داند، نگاه پزشکی که قدرت تصمیم‌گیری و مداخله دارد» (همان: ۱۴۳). از این‌رو، نگاه پزشکی در کلینیک نگاهی سیاسی بود؛ یعنی نگاهی که در نظام روابط قدرت پزشک و بیمار اعمال می‌شد و دانشی را رشد می‌داد که خود موجب قوام این روابط قدرت می‌شد. این نگاه سیاسی باعث پیدایش چیزی شد که فوکو آن را «سیاست سلامت» می‌نامد.

## ۲.۵ نگاه هنجاری

سیاست سلامت بر اداره و کنترل سلامت فرد و جامعه مبتنی بود. چنین کاری فقط در صورتی امکان‌پذیر بود که معیارهایی برای سلامت فرد و جامعه مشخص شده باشد.

به عبارت دیگر، جایگاه سیاسی پزشکی نشان‌دهنده آن بود که پزشکی جدید هنجارهایی برای تشخیص سلامت جمعیت و فرد داشت و طبق 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 چهارچوب، پزشکی برپایه انگاره‌ای از کارکرد سلامتی استوار شد که درمان را مترادف با بازگرداندن فرد بیمار به یک هنجار می‌دانست» (میلر ۱۳۸۲: ۱۷۲). در چنین چهارچوبی، درمان عبارت است از مشاهده دقیق انسان‌ها و عادت‌های آن‌ها و ارزیابی آن براساس هنجارهای زندگی و سلامت که جهان پزشکی تعریف کرده است. فوکو معتقد است:

پزشکی در مدیریت زندگی انسان در منصب ارائه دستور عمل و وضع قواعد می‌نشیند؛ یعنی دیگر مجاز نیست توصیه‌هایی برای زندگی عاقلانه به انسان ارائه دهد، بلکه به نهادی بدل می‌شود که مناسبات جسمانی و اخلاقی فرد را با جامعه‌ای که در آن می‌زید مدیریت می‌کند (فوکو ۱۳۹۲: 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، و اندازه) وابسته نبود، بلکه می‌توانست و می‌بایست گونه‌گونی‌ها، جلوه‌های متفاوت، و کوچک‌ترین ناهنجاری‌ها را دریابد و همواره مترصد هر انحرافی باشد» (همان: ۱۴۳).

### ۳.۵ نگاه محاسبه‌گر

از نظر فوکو، نگاه پزشک «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» (همان). نمونه این محاسبه‌گری را می‌توان 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 قائل 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 بی صدا (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؟ (همان: ۱۳۷)

فوکو معتقد است پاسخ به این پرسش‌ها در گرو بررسی رابطه نگاه کردن و دانستن است. رابطه‌ای که براساس 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 نشئت می‌گیرد که هیچ کس تنها نیست، به خصوص بی چیزان، چراکه این توان‌مندانند 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 (همان: ۱۳۸).

بنابراین، اگر بیمار ابژه تعلیم پزشکان می‌شود، در حال ادا کردن دین خود به ثروت‌مندان است. ثروت‌مندان «با پرداختن هزینه درمان فقرا، در ضمن، هزینه شناخت بهتر بیماری را پرداخته‌اند که خود آنان هم ممکن است به آن‌ها مبتلا شوند. خیرخواهی در قبال فقرا به شناختی بدل می‌گردد که توان‌گران هم از آن‌ها بهره می‌برند» (همان).

درواقع، قرارداد ناگفته‌ای که میان بیمارستان و کلینیک بسته شده بود مبتنی بر قراردادی بود که میان فقیر و غنی بسته شده بود، قراردادی که براساس 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؛ بهره‌ای است که فقرا درازای سرمایه‌ای که اغنیا در بیمارستان می‌گذارند پرداخت می‌کنند، بهره‌ای بسیار سنگین؛ زیرا این غرامت هم بهره‌ای ابژکتیو برای علم است و هم بهره‌ای حیاتی برای توان‌گران. از وقتی رنجی که در جست‌وجوی تسکین به بیمارستان می‌رود در آن‌جا به نمایش تبدیل می‌شود، بیمارستان برای سرمایه‌گذار خصوصی سودآور می‌شود. به برکت توانایی‌های کلینیکی، هزینه دست‌گیری و امداد پرداخت می‌شود. «مسئله پیشنهاد حمایت از اقلیتی حاشیه‌ای از جمعیت نبود که رنج‌دیده، شکننده، و آسیب‌دیده بودند، بلکه چگونگی ارتقای سطحی از سلامت پیکر اجتماعی به مثابه یک کل بود» (Foucault 1980: 170). در واقع، «پیکر فرد و پیکر جمعیت به منزله حامل ارزش‌های جدید ... بین قابلیت بهره‌وری کم یا بیش، قابلیت رام شدن کم یا بیش برای سرمایه‌گذاری سودآور ... ظاهر شد» (ibid.: 172).

همان‌طور که دیدیم، پزشکی مدرن براساس نگاه سیاسی (سیاست سلامت) متولد شد و نگاه سیاسی نیز خود نگاهی هنجارمند بود. اما این پرسش مهم هم‌چنان باقی می‌ماند 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 «نمی‌توان تفکیک کرد از چهارچوب عقلانیت سیاسی که از دل آن سر برآورده و وحدت یافته‌اند، یعنی لیبرالیسم، چراکه این مسائل در رابطه با لیبرالیسم بود که به چالشی پیش‌رو بدل شدند» او معتقد است که «لیبرالیسم را باید به منزله اصل و روش عقلانی‌سازی اعمال حکومت تحلیل کرد، عقلانی‌سازی‌ای که از قاعده درونی حداکثر صرفه‌جویی تبعیت می‌کند و این ویژگی‌اش است» (فوکو ۱۳۹۱: ۳۱۰)؛ خصلتی که باعث می‌شود تا هدف ما از حکومت به حداکثر رساندن اثرهای آن و در همان حال، کم کردن هزینه‌های 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 زمینه دارند و از این رو، لیبرالیسم به آن‌ها توجه دارد، به طوری که «نگاه پزشک سرمایه سفت و سختی در مبادلات به دقت محاسبه شده جهان لیبرال است» (فوکو ۱۳۹۲: ۱۳۹).

از این رو، نگاه پزشک، علاوه بر این که نگاهی سیاسی و هنجاری است، نگاهی محاسبه‌گر نیز است. البته باید توجه کرد که از نگاه پزشکی مدرن این سه موضع از هم متمایز نیستند، بلکه کارکردهایی از یک واقعیت‌اند که هم‌زمان و توأمان در محیط کلینیک و کل جامعه عمل می‌کنند.

## ۶. نتیجه‌گیری

همان‌طور که دیدیم، فوکو در تولد کلینیک نشان می‌دهد که تکنیک «مشاهده» یا «نگاه» زاییده وجودنداشتن توازن نیرو میان پزشکان و بیماران بود. به عبارت دیگر، نظام روابط قدرت سیاسی را شکل داد که به وسیله «نگاه» اعمال شد. از این رو، نگاه پزشکی در کلینیک نگاهی سیاسی بود؛ یعنی نگاهی بود که در نظام روابط قدرت پزشک و بیمار اعمال می‌شد و دانشی را رشد می‌داد که خود موجب قوام این روابط قدرت می‌شد. این نگاه سیاسی باعث پیدایش چیزی شد که فوکو آن را «سیاست سلامت» می‌نامد.

تکنیک مشاهده، به مثابه عملی سیاسی، برای فوکو چنان اهمیتی دارد که می‌توان آن را در آثار دیگر او، به ویژه در تاریخ جنون (۱۳۸۱) و مراقبت و تنبیه؛ تولد زندان

(۱۳۸۷)، نیز دید. او، در تاریخ جنون، به چگونگی پیدایش آسایشگاه و علم روان‌شناسی و روان‌کاوی در اواخر قرن هجدهم می‌پردازد و نشان می‌دهد که تکنیک «مشاهده» اساس تمام تکنیک‌های به‌کاررفته در درمان دیوانگان بود. او از تکنیک «نیاز به احترام» نام می‌برد. در این روش درمانی، مراسم خاصی برگزار می‌کردند که در آن دیوانگان باید، درحالی‌که دیگران آن‌ها را مشاهده می‌کردند، زندگی اجتماعی را، با تمام شئون و آداب رسمی‌اش، تقلید می‌کردند. محیطی در اطراف دیوانه به‌وجود می‌آوردند که، گرچه تمام عناصرش برای او آشنا بود، اما در آن بیگانه بود و باید، به‌جای آن‌که خودش باشد، نقشی را اجرا می‌کرد که آن محیط از او طلب می‌کرد. هر بی‌دقتی در اجرای این نقش از سوی مشاهده‌گران صحنه ارزیابی و داوری می‌شد. بدین ترتیب، دیوانه به یک ابژه تبدیل می‌شد که انسان‌های عادی، در نقش سوژه، آن را ارزیابی و داوری می‌کردند. فوکو از تکنیک‌های دیگری مثل «بازشناختن در آینه» و «قضاوت دائمی» در آسایشگاه نیز نام می‌برد که باعث می‌شد 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 عرصه‌ای قضایی بود که دیوانه در آن متهم می‌شد، محاکمه و محکوم می‌گردید» (فوکو ۱۳۸۱: ۲۶۶). در واقع، در نظام جدیدی از روابط قدرت در آسایشگاه، دیوانگان ابژه مشاهده پزشکان بودند، مشاهده‌ای که با قضاوت همراه بود و از این رو، ماهیتی سیاسی داشت.

در تولد زندان، فوکو از زندان‌های مبتنی بر طرح سراسرین سخن می‌گوید که اساسشان بر رؤیت‌پذیری زندانیان و مشاهده رفتار و نظارت و هدایت آن‌ها بود. در سراسرین، واحدهای مکانی‌ای سامان می‌یابند که انسان‌ها (زندانیان، کارگران، دانش‌آموزان، و ...) به‌گونه‌ای در آن توزیع می‌شوند که همواره رؤیت‌پذیر باشند و در نتیجه، تحت مراقبت قرار گیرند یا به‌عبارت بهتر، همواره احساس کنند که تحت مراقبت‌اند، و این به‌نوبه خود نظم و اقتصاد در زمان را در پی می‌آورد. سراسرین نمودار قدرت و ماشینی انتزاعی است که براساس تکنیک مشاهده‌پذیری بدون دیده شدن مشاهده‌گر) بنا شده است. سراسرین موجب «افزایش مولد قدرت» می‌شود. بدین شیوه، «قدرت امکان می‌یابد، به شیوه‌ای پیوسته، در بنیان‌های جامعه، حتی در خردترین ذره آن، اعمال شود» (فوکو ۱۳۸۷: ۲۵۹). از نظر فوکو، «سراسرین اصل عمومی یک «کالبدشناسی سیاسی» نوین است که موضوع (ابژه) و غایت آن مناسبات انضباط است» (همان)، کالبدشناسی‌ای که هدفش کالبد افراد است و



سعی می‌کند، با توزیع بدن‌ها در نسبت با یک‌دیگر و مکان‌ها، آن‌ها را تحت مراقبت قرار دهد. بدین ترتیب، جامعه مدرن به جامعه‌ای انضباطی تبدیل شده است.

همان‌طور که در تاریخ کلینیک سه موضع سیاسی، هنجاری، و محاسبه‌گر برای نگاه وجود داشت، در تاریخ جنون و تولد زندان نیز می‌توان مواضع هنجاری و محاسبه‌گری را برای مشاهده دید. در هر دو کتاب نشان داده می‌شود که دیوانگان یا مجرمان در آسایشگاه یا زندان ابژه مشاهده قرار می‌گیرند، زیرا قرار است به وضعیت انسانی که از نظر روانی سالم و یا از نظر کردار و رفتار به هنجار است برگردانده شوند. هم‌چنین، هر دو کتاب نشان می‌دهند که تمام تدابیری که در آسایشگاه یا زندان به کار گرفته می‌شوند در جهت تولید کار و ثروت در جامعه‌اند. از این رو، می‌توان سخن فوکو را چنین اصلاح کرد که: نگاه متخصصان روان‌شناسی و علوم تربیتی سرمایه‌سفت و سختی در مبادلات به‌دقت محاسبه‌شده جهان لیبرال است.

به‌طور کلی، می‌توان گفت که در آثار تاریخی فوکو (تاریخ جنون، تولد زندان، و تاریخ کلینیک) تکنیک مشاهده به‌مثابه عملی سیاسی چنان اهمیتی دارد که می‌توان این کتاب‌ها را براساس این تکنیک بازخوانی کرد. بر این اساس، می‌توان گفت عصر ما عصر زیست - سیاست است و «آن چه عصر زیست - سیاست را مشخص می‌کند انفجار تکنیک‌های متعدد و متنوع برای به‌انقیاد کشیدن بدن‌ها و کنترل جمعیت‌هاست» (Oksala 2013: 321) که مهم‌ترین این تکنیک‌ها تکنیک «مشاهده‌کردن» است.

همان‌طور که می‌دانیم، موضوع و دغدغه فوکو پیدایش علوم انسانی در قرون هجدهم و نوزدهم است و «مشاهده‌کردن» یکی از تکنیک‌های مهم برای تولد علوم انسانی است. از نظر او، به‌کارگیری این تکنیک برای به‌انقیاد کشیدن بدن‌هاست. حال، اگر «مشاهده» در علوم طبیعی را درپرتو چنین نگرشی بررسی کنیم، ملاحظه می‌کنیم که در علوم طبیعی نیز با مشاهده پدیده‌های طبیعی می‌کوشیم تا آن‌ها را تبیین و سپس پیش‌بینی کنیم و بدین ترتیب، بر آن‌ها مسلط شویم. در واقع، اگر هدف علوم انسانی به‌انقیاد کشیدن بدن‌ها باشد، تسلط بر پدیده‌های طبیعی نیز هدف علوم طبیعی است. در این میان، موضوع مهم این است که هر دوی این علوم از تکنیک «مشاهده» استفاده می‌کنند و از این منظر، تکنیک «مشاهده» در این علوم عملی سیاسی است. حال، اگر فیلسوفان علوم طبیعی با چنین نگرشی مشاهدات و آزمایش‌های علمی را بررسی کنند، می‌توانند وجوه جدیدی از مطالعات درباره علم را بگشایند و کاوش‌های نوینی در این باره ارائه کنند. چگونگی به‌کارگیری این نگرش در مطالعات علم خود می‌تواند موضوع پژوهش‌ها و مقالات متعدد و جدید دیگری باشد.

## پی‌نوشت‌ها

۱. پژوهش این مقاله در قالب طرح اعتلای علوم انسانی در پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی انجام شده است
۲. به دلیل آن‌که حس بینایی در پژوهش‌های علمی وسیع‌تر از دیگر حواس به کار می‌رود، معمولاً بحث درباره «مشاهده» به حوزه بینایی منحصر می‌شود، اما این بحث‌ها را می‌توان به حواس دیگر نیز اطلاق کرد.
۳. از این پس، وقتی واژه مشاهده را به کار می‌بریم، منظور همان واژه «نگاه» در *تولد کلینیک* است.

## کتاب‌نامه

- فوکو، میشل (۱۳۸۱)، *تاریخ جنون*، ترجمه فاطمه ولیانی، تهران: هرمس.
- فوکو، میشل (۱۳۸۷)، *مراقبت و تنبیه: تولد زندان*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل (۱۳۹۱)، *تئاتر فلسفه*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.
- فوکو، میشل (۱۳۹۲)، *تولد پزشکی بالینی: باستان‌شناسی نگاه پزشکی*، ترجمه فاطمه ولیانی، تهران: نشر ماهی.
- میلر، پیت (۱۳۹۳)، *سوژه، استیلا و قدرت*، ترجمه نیکو سرخوش و افشین جهان‌دیده، تهران: نشر نی.

Foucault, Michel (1980), "the Politics of Health in Eighteenth Century", in: *Power/Knowledge*, Colin Gordon (ed.), New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel (1990), *the History of Sexuality: an Introduction*, trans. Robert Hurley, vol. 1, New York: Vintage.

Foucault, Michel (2000), *the Birth of the Clinic*, London: Routledge

Simons, Jon (2013), "Power, Resistance, and Freedom" in: *a Companion to Foucault*, Christopher Falzon, Timothy O'Leary, and Jana Sawicki (eds.), Wiley-Blackwell.

Oksala, Johanna (2013), "From Biopower to Governmentality", in: *A Companion to Foucault*, Christopher Falzon, Timothy O'Leary, and Jana Sawicki (eds.), Wiley-Blackwell.