

نقد و تحلیل پدیدارشناختی مفهوم هم‌دلی در پزشکی^۱

سیده‌پرینان حسینی کازرونی*

نازنین سلیمانی**، کاوش آرین***، فراز گل‌افشان****

چکیده

در این مقاله ابتدا تلاش می‌کنیم با مروری بر سیر تاریخی پزشکی دلیل برآمدن و کاربرد مفهوم هم‌دلی بالینی در پزشکی را بیابیم و سپس ایرادهای نظری این مفهوم را که مانع رسیدن به بینادهنیت و درک صحیح شده‌اند ذکر کنیم. این ایرادها موارد پیش‌رو را شامل می‌شوند که در سه محور سامان یافته‌اند: عدم توجه به ذهنیت‌های پزشک و بیمار، عدم توجه به پویایی مفهوم هم‌دلی، عدم توجه به وابستگی مفهوم هم‌دلی به بافتار. سپس پی‌آمدهای بالقوه نامطلوب کاربرد آن، یعنی کمک به تقویت قییم‌مآبی، اثرهای نامطلوب برای طبابت، ابزاری جای‌گزین برای کمبود بودجه، و حفظ قدرت سیاسی دولت‌ها را مطرح خواهیم کرد. بعدازآن، با بهره‌گیری از نظرهای فیلسوفان (به‌خصوص 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 هم‌سو با موج دوم علوم انسانی پزشکی (رویکرد انتقادی) حرکت کند و با محور قراردادن فلسفه موجب شود تا درک صحیح از بیمار بار دیگر در مفهوم پزشکی تنیده شود.

کلیدواژه‌ها: هم‌دلی، پزشکی، پدیدارشناسی، بینادهنیت، 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 می شد و نسخه قدیمی سوگندنامه بقراط بر وحدت و یک پارچگی هنر و علم پزشکی دلالت می کرد؛ اما در نسخه مدرن سوگندنامه شاهد نوعی انفکاک میان هنر و علم پزشکی هستیم که ریشه در رویکرد دوگانه انگار (dualistic) و کاست گرا (reductive) دارد (Engel 1977; Bærøe 2015).

تفکر دوگانه انگار که بر پایه فلسفه دکارتی بنیان شده است بین جسم و ذهن انسان تمایزی اساسی قائل می شود و بیماری را اختلال در کارکرد ماشین زیستی می انگارد. رویکرد کاست گرا انسان را به سلول و اجزای زیرسلولی مثل مولکول فرومی کاهش داد و برای فهم پدیده های بیماری و سلامت از آن ها مدد می جوید. بنابراین، از هر پدیده که در سطح مولکولی و سلولی قابل توضیح نباشد غفلت جدی می شود (منجمی ۱۳۸۵).

این فرایندها به انسان زداشدن (dehumanization) پزشکی کمک کرده است (Pellegrino 1979).

نکته مهم دیگر این است که فرایند انسان زدایی در پزشکی لزوماً حاصل سوءنیت و بدخواهی پزشکان و مراقبان سلامت نبوده است، بلکه بیش تر به صورت فرایندی ناخواسته و پی آمد فرعی برهم کنش ذهن تکامل یافته انسان با شیوه طبابت رایج امروزی و نیازهای عملکردی در بیمارستان ها ایجاد شده است (Haque and Waytz 2012). دیوید روتمن (David Rothman) در کتابش مطرح می کند که بخشی از این روند به جابه جایی نقش پزشک از پزشک خانواده به پزشک متخصص در بیمارستان مرتبط می شود. طبق گفته روتمن، پزشکان تا اوایل قرن بیستم اغلب از اعضای شناخته شده و محترم جامعه محسوب می شدند که عموماً با بیمارانشان در بافتار درمانی و خارج از آن آشنا بودند. مراقبت پزشکی اغلب در خانه ها اتفاق می افتاد و پزشکان مسئولیت مراقبت چندین نسل از خانواده را بر عهده داشتند. بنابراین، پزشکان گذشته خانواده ها و اوضاع زندگی آن ها را در طبابتشان لحاظ می کردند. بیمارستان های اولیه نیز عمیقاً در جوامع ریشه داشتند. برای مثال، بیماران کاتولیک به بیمارستان کاتولیک می رفتند و بیماران یهودی به بیمارستان یهودیان و این بدین معنا بود که حتی در بافتار سازمانی بیمارستان هم بیماران هم چنان احساس می کردند درک می شوند. اما با تخصصی شدن بیمارستان ها و ارائه خدمات به گروه های مختلف این احساس کم رنگ تر شد. بخش دیگری از فرایندی که روتمن بیان می کند پیشرفت های علمی و فناورانه است که علاوه بر ماشینی کردن پزشکی، نگرانی هایی را درباره تحقیقات

پزشکی روی انسان‌ها ایجاد کرد که اعتماد بیماران به پزشکان را مخدوش کرد و به انسان‌زداشدن پزشکی دامن زد (Rothman 2017).

فوکو (Michel Foucault) نیز بیان می‌کند که چگونه تمرکز طبابت از ملاقات خانگی که محور آن بیمار و خانواده بود و پزشک به‌عنوان مهمان بر بستر بیمار حاضر می‌شد به حضور بیمار در کلینیک تغییر کرد که محور آن پزشکان بودند و بیماران به‌عنوان مراجعه‌کننده در نظر گرفته می‌شدند. وی بیان می‌کند طی یک‌ونیم قرن اخیر جابه‌جایی نظری و عملی از درک پیشامدردن از پزشکی برپایه طبابت در بستر طبیعی شکل‌گیری بیماری، یعنی محل زیست بیمار، به‌سمت پزشکی برپایه مشاهدات بالینی پزشک و روش‌های علمی در بیمارستان موجب این تغییرات شده است (Foucault 1973). این تغییرات به روند ایجاد پزشکی انسان‌زدا کمک کرد و فاصله میان پزشک و بیمار را بیش‌تر و بیش‌تر کرد (Pellegrino 1979). تلاش‌های زیادی برای برون‌رفت از این بحران مطرح شد که یکی هم علوم انسانی پزشکی، پزشکی، و به‌میدان‌آوردن دوباره هنر پزشکی بود (Engel 1977).

درک صحیح از بیمار که در مفهوم طبابت تنیده بود و نه به‌عنوان مفهومی منفصل با انفکاک هنر و علم پزشکی تنیدگی خود را در پزشکی از دست داد و موجب شد متفکران تلاش کنند با استمداد از مفهوم هم‌دلی (empathy)^۲ بار دیگر به این درک دست یابند. این تلاش‌ها برای دست‌یابی به درک صحیح پزشک و بیمار با استفاده از هم‌دلی (Pedersen 2008) با اشکالی بنیادین هم‌راه بوده است که همان جداانگاری هنر و علم پزشکی (متأثر از جهان‌بینی دکارتی) از یک‌دیگر است که منجر به ایجاد رویکردی افزودنی (additive) 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 هم‌سو با موج دوم علوم انسانی پزشکی (انتقادی) حرکت کند و با محور قراردادن فلسفه موجب شود 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 سؤال موجود، متون مرتبط مطالعه و سپس تفسیر می‌شوند و تلاش می‌شود با بهره‌گیری از آن‌ها به سؤال پاسخ داده شود

(Auger 2008). برای انجام مرور انتقادی، باتوجه به طرح مسئله، مقالاتی انتخاب شدند که مبانی نظری و کاربردی مفهوم هم‌دلی را در بافتار پزشکی بررسی کرده بودند، مقالاتی واجد ملاک‌های زیر:

- پایداری به ریشه هم‌دلی و توجه به دیدگاه پدیدارشناختی؛
 - توجه به دلایل تاریخی و نظری مطرح‌شدن 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 توجه بیشتری شد (شایان ذکر است که بعضی مقالات قدیمی‌تر باوجود عدم پای‌بندی به ملاک‌های مذکور به دلیل اهمیت تاریخی بررسی شدند).
- مقالات انتخاب‌شده از نظر پاسخ‌دهی به سؤالات از جوانب مختلف (تاریخی، سیاسی، و غیره) توانایی پاسخ به نقد نظریات رقیب و استحکام در بنیان‌های نظری تحلیل شده و از نظر کاستی‌های عملی نقد شدند.
- درانتها، با بررسی ارتباط دیدگاه‌های این مقالات با رویکردهای بینارشته‌ای مطرح در فلسفه پزشکی تلاش می‌شود استدلال شود ریشه مشکلات حاضر در کجاست و چگونه می‌توان با بازنگری در مفروضات نظری هم‌دلی در بافتار پزشکی تناقضات نظری و خطرهای عملی موجود را رفع و درجهت حل مسئله مطرح تلاش کرد.

۳. رویکردهای رایج به هم‌دلی؛ نقد و بررسی

۱.۳ ایرادهای نظری

تلاش برای بهره‌گیری از هم‌دلی به‌منظور درک متقابل پزشک و بیمار به دلیل عدم شفافیت این مفهوم رضایت‌بخش نبوده است (Cuff et al. 2016). یکی از این کاستی‌ها می‌تواند این باشد که در مباحثات درباره این مفهوم عمیق به ابعاد فلسفی هم‌دلی و تاریخیچه غنی آن به‌عنوان مفهومی پدیدارشناختی (phenomenological) توجه نشده است (Hooker 2015; Pedersen 2008). هیوارد (Hayward) به‌خوبی متوجه استفاده افزودنی از فلسفه در مباحثات هم‌دلی بالینی بوده و بیان می‌کند متفکران هم‌دلی بالینی (clinical empathy) فقط هنگامی که نیاز داشته‌اند به اشاراتی کوتاه از آن و اغلب به‌نیت جلب توجه بسنده کرده‌اند (Hayward 2005) و تلاش خود را به آشتی دادن ابعاد خودساخته و به‌ظاهر متناقض هم‌دلی، استعمار آن در پارادایم تجربی دکارتی (دوگانه‌سازی ذهنی — عینی)، چهارچوب‌سازی، و

درگیر کردن بی‌مورد هم‌دلی با مفاهیم مشابه از جمله هم‌دردی (sympathy) معطوف کرده‌اند (Hooker 2015).

متفکران هم‌دلی بالینی در تلاش برای بهره‌برداری از مفهومی که از نظر نویسندگان این مقاله قادر یا مایل به درک صحیح آن نبوده‌اند ولی برای اهداف خود به آن نیاز داشته‌اند به قالب‌سازی‌های بی‌موردی از جمله تصور هم‌دلی در چهارچوب ابعادی از قبیل هم‌دلی شناختی، احساسی، اخلاقی، و رفتاری دست زده‌اند (Jeffrey 2016) و بارها اقدام به مقایسه این مفهوم با هم‌دردی کرده‌اند (Gelhaus 2012; Hooker 2015; Cuff et al. 2016). درگیری در این جنجال کاذب و خودساخته و مشکلات آن به‌حدی بوده است که حتی خود متفکران این حوزه به ایرادهای مدل‌های توصیفی یک‌دیگر پی‌بردند و نقدهای بسیاری بر یک‌دیگر وارد کردند:

آرینگ بر مفهوم هم‌دردی تاخته است، چراکه کمک‌چندانی در درمان نمی‌کند (Aring 1958)، و به‌جای آن خواستار هم‌دلی‌ای است که آن را تنها آگاهی شناختی (cognitive knowledge) پزشک (و جدایی احساسی کامل (detached concern) او) از بیمار می‌داند. در همین حال، هالپرن جدایی احساسی را ناکارآمد می‌داند و خواستار هماهنگی احساسی با بیمار به‌عنوان ویژگی کلیدی هم‌دلی است (Halpern 2003). هالپرن درآمدن در قالب رفتار را لازمه مفهوم هم‌دلی می‌داند، اما پولاسچک هیچ ارتباطی بین هم‌دلی و رفتار نمی‌بیند (Polaschek 2003) و این در حالی است که متفکرانی چون گله‌اوس اخلاق را کاملاً جدا از هم‌دلی می‌دانند (Gelhaus 2012) و مورس آن را یکی از ابعاد اصلی هم‌دلی می‌داند (Morse et al. 1992).

حتی در مسئله‌ای چون تفاوت هم‌دلی و هم‌دردی که شمار بسیاری از مباحثات هم‌دلی بالینی را به‌خود اختصاص داده است اثری از حصول اجماع دیده نمی‌شود. عده‌ای موافق و عده‌ای مخالف یکی‌کردن این دو مفهوم (Cuff et al. 2016)، عده‌ای خواستار حذف هم‌دردی از طبابت، و عده‌ای خواستار حضور آن‌اند (Macnaughton 2009).

واضح است که مناقشه نظری درباره ابعاد فلسفی هم‌دلی مانع دست‌یابی به اجماع درباره ویژگی‌های این مفهوم شده است. باوجود این که تنوع دیدگاه‌ها تفکر شفاف‌تر و بلوغ مفاهیم را رقم می‌زند و رسیدن به اجماعی همه‌گیر درباره مفاهیم فلسفی انتظاری بی‌جاست، اما عدم توافق در این موضوع خاص بسیار شایان توجه است؛ چراکه مفهوم هم‌دلی به دستوراتی عملی منتهی می‌شود که نه‌تنها پژوهش‌ها، بلکه طبابت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Lakoff and Johnson 2008) پرواضح است (کما این که متفکرانی چون هوکر (Hooker) و

پدرسون (Pedersen) 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 2001).

مشکل دیگری که از عدم توجه متفکران به فلسفه به وجود آمده است نادیده گرفتن ذهنیت (subjectivity) است؛ با وجود این که سوژه فهم‌کننده (understanding object) اغلب در تعاریف مطرح بوده است، به نظر می‌آید در ساختار هم‌دلی نقشی درخور نداشته است و متفکران همیشه به شکلی از در نظر گرفتن آن طفره رفته‌اند، بدین معنا که یا اصلاً به ذهنیت اشاره نمی‌شده یا چون با در نظر گرفتن آن خطر ایجاد سوگیری (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 چشم‌پوشی می‌کردند؛ در صورتی که ارتباط پزشک و بیمار امری وابسته به تفسیر دوطرفه (double hermeneutic) است و ذهنیت تاریخیچه (history) و بافتار (context) (که در شکل دادن به ذهنیت نقش اساسی دارد) در آن دخیل‌اند (Pedersen 2008).

در تعاریف موجود در علوم طبیعی از هم‌دلی نیز سازوکاری سیم‌کشی‌شده (hard wired) برای مغز در نظر گرفته شده و همه اعمال هم‌دلانه را وابسته به تجارب ابتدایی زندگی (early experiences) اشخاص می‌دانند و هیچ‌کجا به ذهنیت افراد توجهی نمی‌کنند (Beres and Arlow 1974). گروهی دیگر از متفکران تلاش کردند در مقابل نادیده‌انگاری ذهنیت واکنش نشان دهند و به نحوی ذهنیت را به صورت رویکردهای فردمحور (self-oriented) (De Waal 2010) و دگرمحور (other-oriented) (Coplan and Gold 2011) در تعریف هم‌دلی وارد کنند، اما این تلاش‌ها نیز به دلیل داشتن مفروضات دوگانه‌انگار گری از مشکلات نگشود (Slaby 2014).

در ادامه، با استفاده از آرای پدیدارشناسان، به ویژه ادmond هوسرل (Edmund Husserl)، نشان خواهیم داد که درک دیگری نیازمند تلاش برای رسیدن به بیناذهنیت (intersubjectivity) است که خود نیازمند توجه واقعی به ذهنیت‌های دوطرف است، که هم وابسته به بافتار است و هم در لحظه به وجود می‌آید. الگوهای ارائه‌شده در هم‌دلی پزشکی از زاویه دید محدود و دوگانه‌انگار به این موضوع نگریسته‌اند و به ابعاد فلسفی این مفهوم و توجه فیلسوفان (به خصوص فیلسوفان سنت پدیدارشناسی) به هم‌دلی توجه نکرده‌اند. از این رو، می‌توان گفت هر نظریه‌ای درباره هم‌دلی بدون توجه به تاریخیچه غنی فلسفی این مفهوم بی‌نتیجه خواهد بود.

۲.۳ سنت پدیدارشناسی و مفهوم هم‌دلی

ورود به جزئیات مباحثات پدیدارشناسان دربارهٔ این مفهوم از حوصلهٔ این مقاله خارج است؛ برای همین به ذکر مؤلفه‌های 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 مؤلفه‌ها متضمن رسیدن به بیناذهنیت‌اند که دارای توانایی بالقوه برای کمک به پزشکی است (Hooker 2015).

درک پدیدارشناختی هم‌دلی با مفهوم بیناذهنیت گره خورده است (Agosta 1984)؛ از این رو، داشتن درکی شفاف از مفهوم بیناذهنیت برای استفاده از قدرت بالقوهٔ این مفهوم پدیدارشناختی در کمک به بیماران ضروری است. بیناذهنیت را اولین بار ادموند هوسرل در معنای ردوبدل کردن افکار و احساسات (هشیار/ conscious و ناهشیار/ unconscious) بین دو فرد یا سوژه (subject) به کار برد. سوژه در این جا به معنای درک یا تجربهٔ حقیقت از منظر (هشیار و ناهشیار) فرد است و ضرورتاً به افق و مرزهای جهان‌بینی فرد محدود است (Cooper-White 2014). اگرچه واژهٔ بیناذهنیت کاربردهای متفاوتی دارد، کاربرد برساخت‌گرایانهٔ اجتماعی (social constructionism) آن مدنظر نویسندگان است: دیدگاهی پسامدرن با نفی دوگانه‌انگاری نوین دکارتی (تصور دنیا به‌عنوان ایزه‌هایی (object) که بر خود و دیگر ایزه‌ها اثر می‌گذارند (ibid.; Gallagher and Zahave 2013). طبق این دیدگاه که براساس جهان‌بینی پدیدارشناسانه است (Chalmers 2002) شرکت‌کنندگان در رابطه‌اند که حقیقت را می‌سازند. دلیل رجحان کلمهٔ «سوژه» بر «شخص» (self) سیالیت و تغییرپذیری این واژه درمقابل واژهٔ شخص (که وجود و ثبوت ذات را القا می‌کند) است. بنابراین، بیناذهنیت بر ارتباط دینامیک که در آن دوطرف متأثر از یکدیگرند دلالت ضمنی دارد و درمقابل دوگانگی سوژه-ایزه قرار می‌گیرد که در آن عضو اول دوگانه بر عضو دوم می‌نگرد (Cooper-White 2014). در نتیجه، بیناذهنیت با تصدیق کاهش‌ناپذیری افراد و اثر متقابل آن‌ها بر یکدیگر جای‌گزین ایدهٔ نوین عینیت (objectivity) به‌عنوان درک تحریف‌نشده و بی‌طرف از ایزه می‌شود.

استفاده از مفهوم بیناذهنیت در درمان تازه نیست: روان‌کاوان معاصر به این مفهوم نقش مرکزی داده‌اند و روان‌درمانی را از طبابت یک‌نفره به فعالیتی دونفره مبدل

ساخته‌اند (Aron 2013). رابطهٔ درمانی بین دو شخص جدا وجود ندارد، بلکه شراکتی از افکار، احساسات، و دیگر تجارب ذهنی (subjective) دیده می‌شود که می‌تواند برای رسیدن به درک بهتر مورد استفادهٔ هر دو طرف قرار گیرد (Ogden 1994; Benjamin 1998). داشتن چنین درکی از مفاهیم هم‌دلی و بینادهنیت امکان درک صحیح و فروکاست‌ناپذیر (non-reductive) از تجربهٔ 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 2015).

۳.۳ پی‌آمدهای بالقوه نامطلوب عملی

۱.۳.۳ کمک به تقویت قیّم‌مآبی^۳ پزشکی

در داستان‌های کلیشه‌ای بعضی متفکران از هم‌دلی که برای توجیه فواید آن آورده شده است شاهد بیماری هستیم که در برقراری ارتباط و انتقال مشکلات خود موفق نیست و در آن سو پزشکی بافضیلت (داناتر از بیمار به اوضاع 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 قیّم‌مآبانه در مفهوم هم‌دلی بالینی است) راضی کند؛ یعنی هم‌دلی به جای این‌که برای درک عمیق وضعیت انسانی و درونی بیمار به کار رود به مثابهٔ ابزاری برای به اطاعت و داشتن بیمار از دستورات پزشک تبدیل می‌شود (ibid.) و خود بیمار نیز نقشی واسطه‌ای برای نمایش فضیلت پزشک ایفا می‌کند (Garden 2007).

۲.۳.۳ اثرهای نامطلوب برای طبابت

ادعای استفاده از هم‌دلی بدون در نظر گرفتن تمامی ابعاد پدیدارشناختی آن (که پیش‌تر دربارهٔ 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 and Maloney 1996; Spiro et al. 1991). چنین تصویری دو پی‌آمد نامطلوب دارد: اول آن‌که برای بیمار فاصلهٔ ایجادشده با پزشک بیش‌تر می‌شود، چراکه اگر بیمار حس کند برای پزشک درک کامل وضعیتی که تجربه کرده است ناممکن است، رفتار حاکی از این ادعا از طرف پزشک

که «تو را می‌فهمم» باعث احساس دوری بیش‌تر بیمار از او می‌شود؛ دوم آن‌که پزشکی که چنین تصویری نداشته باشد از تلاش مداوم برای کامل‌تر کردن درک خود (برای مثال با استفاده از سرنخ‌های جزئی) دست نمی‌کشد، در صورتی‌که پزشکی که رسیدن به درک ممکن را کامل ببیند ممکن است مراحل سطحی‌تری از درک را به‌منزله درک کامل بپندارد و تلاش بیش‌تری برای ارتقای فهم خود نکند.

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 (humanity) (که هم‌دلی در جهت رشد آن پدیدار شد (Bellet and Maloney 1991) و ویژگی‌های نظام سلامت (که این مفهوم از آن برخاسته است)، نظامی با سیاست‌گذاری‌های نولیبرال^۴ که به‌طور معمول علاقه‌ای به اخلاق مراقبت (care ethics) در آن دیده نمی‌شود (Hooker 2015).

با دقت بیش‌تر متوجه می‌شویم که اتفاقاً هم‌دلی بالینی (نسخه فعلی آن) برای نظام سلامت منافع مادی دارد. با وجود این‌که هر پزشکی از روی تعهد و با نیت خیرخواهانه با بیماران هم‌دلی می‌کند، هم‌دلی در ابعاد بزرگ‌تر ابزاری در خدمت مراقبت به‌صرفه و تربیت شهروندانی قانون‌مدار است که متناسب با سیاست‌های نولیبرال رفتار می‌کنند و حق استفاده محدودی از منابع درمانی دارند. همان‌طور که گفته شد، هم‌دلی به‌دلیل توانایی بالقوه آن برای افزایش بهره‌وری درمان ستوده شده است. برای مثال، بیمارانی که به‌دلیل چاقی به دیابت مبتلا شده‌اند با هم‌دلی می‌توانند به بیمارانی تبدیل شوند که رفتار و تغذیه خود را کنترل می‌کنند و هزینه کم‌تری به نظام سلامت تحمیل می‌کنند، گزینه‌ای که به‌دلیل سیاست‌های نولیبرال به‌جای اعمال کنترل بیش‌تر بر صنایع غذایی انتخاب شده است (Hojat et al. 2011; Pedersen 2008; Svenaeus 2014).

یکی دیگر از خطرهای احتمالی که در زمینه علاقه به هم‌دلی به‌وجود می‌آید این است که هم‌دلی به راهی برای جبران کاهش بودجه خدمات درمانی تبدیل شود. از آن‌جاکه دولت‌ها اخیراً بودجه خدمات و نظام سلامت را کاهش داده‌اند، هم‌دلی به راه اصلی کنار آمدن با خشم و پریشانی بیماران معترض تبدیل شده است. بیماران (و خانواده‌هایشان) که در صف‌های طولانی منتظر بوده‌اند با اشتباهات پزشکی دست‌وپنجه نرم می‌کنند و از بروکراسی‌های اداری خسته‌اند با کارکنان درمانی مهربان و هم‌دلی مواجه می‌شوند و این از ابراز نارضایتی سیاسی آنان جلوگیری می‌کند (Hooker 20015).

۴. راه برون‌رفت از مشکلات: استدلال برای حرکت در جهت 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 الگوهای مختلف ارائه‌شده از هم‌دلی بالینی، استفاده از نقاط مشترک این تعاریف و بهره‌گیری از اجماع آنان درباره اصول پایه این مفهوم می‌تواند به روشن‌تر 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 اوضاع متفاوت و رسیدن به درک نسبی پزشک از بیمار در بافتارهای مختلف موفق عمل کند.

۱.۴ پیش‌فرض‌های نظری مفهوم هم‌دلی

رسیدن به درک کامل شخص مقابل ممکن نیست (Pedersen 2008)، گرچه عده‌ای نیز کماکان تلاش کرده‌اند با ارائه الگوهایی رسیدن به درک کامل را در بافتار پزشکی کامل کنند (Stanghellini and Rosfort 2013). با وجود این اختلافات، جمع کثیری 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)، الگوهای ارائه‌شده برای هم‌دلی همگی در تأکید بسیار بر بافتار و ذهنیت‌های دوطرف هم‌دلی (در این جا پزشک و بیمار) مشترک‌اند (Stanghellini and Rosfort 2013; Hooker 2015; Svenaeus 2014). توجه به اهمیت ذهنیت پزشک (اگرچه بسیار سطحی) در سال‌های اخیر حتی توسط متفکران هم‌دلی بالینی نیز مطرح شده است، که خود نشان‌دهنده اقرار هرچند دیر هنگام متفکران به ابعاد فلسفی انکارناپذیر این مفهوم است (Gelhaus 2012; Halpern 2001).

برای رسیدن به درک متناسب نیازمند رویکردی بین‌ذهنی هستیم. فیلسوفان از هم‌دلی به‌عنوان پایه‌ای برای ساخت بنای بین‌ذهنیت استفاده کردند، اما متفکران هم‌دلی بالینی بدون توجه به منظور نهایی فیلسوفان، با نادیده گرفتن بین‌ذهنیت، تلاش کردند تا از هم‌دلی برای رسیدن به درک متقابل بهره گیرند، اشتباهی نظری که باعث شکست تلاش آنان در درک عمیق‌تر و کل‌گرایانه (holistic) بیماران بوده است.

مفهوم هم‌دلی به دلیل آشفتگی (confusion) در تعریف موردانتقاد قرار گرفته است (Cuff et al. 2016). بتزler (Betzler) نشان می‌دهد که ارائه تعریفی واحد برای هم‌دلی و تلاش برای ایدئال کردن آن کوششی بیهوده است، چراکه هم‌دلی وابسته است به بافتار، و نه تنها تعریفش در حوزه‌های مختلف متفاوت است، بلکه در یک حوزه نیز در اوضاع و احوال 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 برای ارائه تعریفی واحد از هم‌دلی از اساس خطاست (Betzler 2018).

۲.۴ نقش علوم انسانی پزشکی در انتقاد از بازسازی مفهوم هم‌دلی

باتوجه به استدلال‌های بتزler می‌توان گفت هم‌دلی نیازمند وضوحی (specificity) فراتر از وضوح و دقت مربوط به حوزه‌های مختلف است. این مفهوم نه تنها در هر حوزه به لحاظ نظری و عملی با حوزه‌های دیگر متفاوت است، حتی در یک حوزه مشخص نیز باتوجه به بافتارهای متفاوت تعریفی متفاوت خواهد داشت. هم‌دلی در بافتار تعامل بین پزشک و بیمار با همه ویژگی‌های زیست‌روان‌اجتماعی اش (biopsychosocial) زاده می‌شود و بنابراین تعریف آن نیز باید زاده همان بافتار باشد.

باید اقرار کرد پدیدارشناسان نیز هیچ‌گاه الگوی جامعی (comprehensive) از مفاهیم ذهنی ارائه نداده‌اند تا بتوان از آن‌ها برای رسیدن به بینادهنیت بهره گرفت. اما کماکان در پزشکی‌ای 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 بهره جست؛ یعنی از مسیر گذر از علوم انسانی پزشکی، به‌عنوان افزودنی و ابزاری در خدمت پزشکی، یا همان موج اولیه (first wave) به موج ثانویه (second wave) که رویکردی انتقادی است. این موج ثانویه به علوم انسانی پزشکی هم بلوغ بخشید و هم پیچیدگی، و آن را از حالت سوری، افزودنی، و مکمل به حالت نقادانه و تأملی، مرکزی، و یک‌پارچه (integrative) با پزشکی تبدیل کرد (Bleakley 2015). باتوجه به الگویی که استمپسی (Stempsey) ارائه کرد و در آن فلسفه را به‌عنوان زبان مشترک در ماوراپزشکی (metamedicine) در نظر گرفت (Stempsey 2007)، در این جا نیز می‌توان از فلسفه به‌عنوان هسته مرکزی و انسجام‌بخش

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 نقد کردند و خواستار بازبینی این مفهوم شدند (Macnaughton 2009; Bleakly and Marshall 2009) نسخه‌ای پالایش‌شده از هم‌دلی، هم‌سو با موج دوم علوم انسانی پزشکی به وجود آورد.

۳.۴ نتیجه استدلال: اتصال و یک‌پارچگی دوباره هم‌دلی و پزشکی

باتوجه به پیش‌فرض‌ها و مقدمات استدلال مذکور، پیش‌نهاد نویسندگان هم‌دلی بازاندیشانه و نقادانه است که بتواند با محوریت‌قراردادن فلسفه خود را به‌لحاظ نظری و عملی با اوضاع مختلف تطبیق دهد. نمی‌توان کتمان کرد که جراح در کار روزمره خود در برخورد با بیماران سرپایی نیاز به هم‌دلی بیش‌تری دارد تا هنگام جراحی بیماران، و هم‌چنین روان‌پزشک، به‌عنوان متخصصی نیازمند به هم‌دلی بسیار در وضعیت معمول، نیاز به کاهش هم‌دلی خود در برخورد با بیماران حاد دارد (Haque and Waytz 2012).

هم‌دلی بالینی نقادانه برخلاف نسخه فعلی با قراردادن فلسفه در هسته این تعریف تعریفی پویا خواهد داشت که از گزند‌گذشتن و مبدل‌شدن به دستورالعمل‌های انطباق‌ناپذیر با شرایط، مثل آنچه اخلاق پزشکی با جداشدن از فلسفه دچارش شد (Cowley 2005)، در امان خواهد ماند و درک پزشک و بیمار نیز به جایگاه اصلی خود برخواهد گشت: درهم‌تنیدگی جداناپذیر از پزشکی.

۴.۴ مثالی عملی از کاربرست الگوی ارائه‌شده

این شیوه نگاه و کاربرد مفهوم هم‌دلی در بسیاری حالات می‌تواند به رویکرد درمانی متفاوتی نسبت به قبل بینجامد. مثلاً، دو شخص را در نظر بگیرید که هر دو به دلیل عارضه‌ای که پزشکان افسردگی تشخیص داده‌اند به روان‌پزشک ارجاع داده می‌شوند و پس از بررسی مشخص می‌شود هر دو، طبق معیارهای روان‌پزشکی، در سطح مشابهی از افسردگی قرار دارند.

رویکرد رایج در پزشکی، که به هم‌دلی نگاهی افزودنی دارد، هر دو را بیمار تشخیص می‌دهد و برای درمان آن‌ها تلاش می‌کند، و هم‌دلی را صرفاً در روند درمان و در ارتباط مؤثر با بیمار در نظر می‌گیرد. استفاده از رویکرد بین‌الذهانی و بهره‌گیری از الگویی از هم‌دلی

که فلسفه را در مرکز قرار می‌دهد موجب می‌شود به ذهنیت‌های افراد و بافتار موجود توجه ویژه کنیم، و با افرادی با وضعیت به‌ظاهر یک‌سان یک‌سان برخورد نکنیم. توجه به ذهنیت شخصی که نتیجه درمان را بهتر از وضعیت فعلی خود ارزیابی نمی‌کند موجب می‌شود ما در جایگاه روان‌پزشکی که حالات ذهنی مراجع خود را محترم می‌شمارد تغییری را که در صورت درمان رخ خواهد داد برای وی توضیح دهیم، ولی او را درمان نکنیم (مانند نیچه‌ای که یالوم^۵ تصویر می‌کند، که حاضر بود سردرد ناشی از افسردگی را تحمل کند، اما با قبول درمان جهان‌بینی ناشی از وضعیت ذهنی خود را از دست ندهد)، هرچند فردی را که تمایل به تغییر مسیر ذهنی خود و درمان افسردگی دارد به‌روش کلاسیک درمان می‌کنیم.

۵. نتیجه‌گیری

در این مقاله تلاش کردیم مشکلات نظری و پی‌آمدهای بالقوه نامطلوب عملی ناشی از عدم توجه به مفاهیم بنیادین فلسفی هم‌دلی را مشخص و استدلال کنیم که چرا برگشت به این مفاهیم و مرکزیت‌دادن به فلسفه هنگام استفاده از این مفهوم برای حل مشکلات ناشی از پزشکی کاست‌گرا و انسان‌زدا ضروری است. گرچه بازبینی و اصلاح مبانی نظری و دستورالعمل‌های عملی ارائه‌شده درباره هم‌دلی در پزشکی با مرکزیت‌دادن به فلسفه شروع می‌شود، قدم‌های بسیاری پیش‌روست تا این درهم‌تنیدگی بار دیگر عملی شود. در پژوهش‌های آینده به‌ویژه باید تلاش شود تا ویژگی‌های اساسی بافتارهای حیطه‌های مختلف طبابت بررسی شود تا تدوین‌کنندگان دستورالعمل‌های موردنیاز 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. شایان ذکر است نسخه اولیه این مقاله به‌عنوان پروژه مرحله نهایی حیطه «مطالعات میان‌رشته‌ای علوم انسانی و سلامت» در یازدهمین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور ارائه شده است. در فرایند نگارش این مقاله، نخستین وینار کشوری علوم انسانی و سلامت توسط اعضای کمیته علمی حیطه «مطالعات میان‌رشته‌ای علوم انسانی و سلامت»، دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر غلامحسین مقدم‌حیدری، دکتر علیرضا منجمی، و دکتر کامران سلطانی عربشاهی، طراحی و اجرا شد. این وینار به‌همت 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/> مراجعه فرمایید.

پس از طی مراحل گزینش درون‌دانشگاهی و سپس مرحله غربال‌گری کشوری، برگزیدگان به‌عنوان پروژه گروهی مرحله دوم المپیاد مقاله‌های با محور «نقد هم‌دلی در پزشکی از منظر علوم انسانی پزشکی» مقاله‌ای تدوین کردند. انتخاب موضوع مقالات به‌انتخاب نویسندگان بوده است و پس از داوری مقالات توسط کمیته علمی حیطه مقالات برتر این دوره از المپیاد به مرحله نهایی راه یافتند، که در مرحله نهایی در جلسه ارائه و پرسش و پاسخ در پیشگاه هیئت داوران شرکت کردند. پس از پایان المپیاد دوره یازدهم، کمیته علمی (دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر غلامحسین مقدم حیدری، و دکتر علیرضا منجمی) مقالات را مجدداً ارزیابی و ویناری برگزار کردند با عنوان «تحلیل و نقد دستاوردهای پژوهشی دانشجویان در المپیاد یازدهم» برای ارتقای کیفیت مقالات و انتشار آن‌ها در قالب یک مجموعه.

۲. واژه‌ای جوان در زبان انگلیسی است و اولین بار در سال ۱۹۰۹ توسط روان‌شناس آمریکایی، ادوارد تیشنر (Edward Tetchener)، به‌عنوان ترجمه‌ای از کلمه آلمانی «Einfühlung» به‌کار رفت. اما نخستین بار فلاسفه از این کلمه در مباحثات زیبایی‌شناختی استفاده کردند (Stueber 2019) [بحث درباره سیر تاریخی این کلمه از حوصله این بحث خارج است و باتوجه به مکتب پدیدارشناختی که نویسندگان به آن توجه دارند، هم‌دلی 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 می‌داند چه درمانی برای او بهتر است، مطابق تعریف دورکین از قیّم‌مآبی، دخالت در آزادی عمل شخص است که با دلایلی چون خیر، سعادت، خوش‌حالی، نیازها، علائق، یا ارزش‌های آن شخص توجیه می‌شود و مصداقی از این دست رفتارها فرض شده است (Dworkin 1972).

۴. یکی از سیاست‌های اقتصادی مرسوم دهه‌های اخیر که از ویژگی‌های مهم آن می‌توان به آزادی و کنترل حداقلی بازار توسط دولت، کاهش بودجه سرویس‌های عمومی مانند نظام 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، نوشته اروین یالوم.

کتاب‌نامه

منجمی، علی‌رضا (۱۳۸۵)، «آیا علوم انسانی پزشکی یک رویکرد بینارشته‌ای است؟»، در: مجموعه مقالات کنگره ملی علوم انسانی، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

- Agosta, L. (1984), "Empathy and Intersubjectivity Empathy", in: *Empathy I*, Joseph Lichtenberg and Donald Silver (eds.), New Jersey: The Analytic Press.
- Aring, C. D. (1958), "Sympathy and Empathy", *Journal of the American Medical Association*, vol. 167, no. 4.
- Aron, L. (2013), *A meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*, New York: Routledge.
- Auger, J.F. (2008), *Systematic Reviews in the Social Sciences: a Practical Guide*, Mark Petticrew, Helen Roberts (eds.), Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bærøe, K. (2015), "Medicine as Art and Science", in: *Handbook of the Philosophy of Medicine*, Thomas Schramme and Steven Edwards (eds.), Dordrecht: Springer.
- Bellet, P. S., and M. J. Maloney (1991), "The Importance of Empathy as an Interviewing Skill In Medicine", *Jama*, vol. 266, no. 13.
- Benjamin, J. (1998), *Shadow of the Other; Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*, New York: Routledge.
- Beres, D. and J. A. Arlow (1974), "Fantasy and Identification in Empathy", *The Psychoanalytic*, vol. 43, no.1.
- Betzler, R. J. (2018), "How to Clarify the Aims of Empathy in Medicine", *Medicine, Health, Care and Philosophy*, vol. 21. no. 4.
- Bleakley, A. (2015), *Medical Humanities and Medical Education: How the Medical Humanities Can Shape Better Doctors*, New York: Routledge.
- Chalmers, D. J. (2002), *Philosophy of Mind: Classical and Contemporary Readings*, Oxford: Oxford University Press.
- Cooper-White, P. (2014), "Intersubjectivity", *Encyclopedia of Psychology and Religion*.
- Coplan, A. and P. Goldie (2011), *Empathy; Philosophical and Psychological Perspectives*, Oxford: Oxford University Press.
- Cowley, C. (2005), "The Dangers of Medical Ethics", *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, no. 12.
- Cuff, B. M. et al. (2016), "Empathy: a Review Of The Concept", *Emotion Review*, vol. 8, no. 2.
- De Waal, F. (2010), *The Age of Empathy: Nature's Lessons for a Kinder Society*, Broadway Books.
- Dworkin, G. (1972), "Paternalism", *The Monist*, vol. 56, no. 1.
- Engel, G. L. (1977), "The Need for A New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science*, vol. 196, no. 4286.
- Foucault, M. (1973), *The Birth of The Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, trans. AM Sheridan Smith, New York: Pantheon.
- Gallagher, S., and Zahavi, D. (2013), *The Phenomenological Mind*, New York: Routledge.
- Garden, R. (2007), "The Problem of Empathy: Medicine and the Humanities", *New Literary History*, vol. 38, no. 3.
- Gelhaus, P. (2012), "The Desired Moral Attitude of the Physician: (I) Empathy", *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 15, no. 2.
- Halpern, J. (2001), *From Detached Concern To Empathy: Humanizing Medical Practice*, Oxford: Oxford University Press.
- Halpern, J. (2003), "What Is Clinical Empathy?" *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, no. 8.

- Haque, O. S. and A. Waytz (2012), "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions", *Perspectives on Psychological Science*, vol. 7, no. 2.
- Hayward, R. (2005), "Empathy", *The Lancet*, vol. 366, no. 9491.
- Hojat, M. et al. (2011), "Physicians' Empathy and Clinical Outcomes for Diabetic Patients", *Academic Medicine*, vol. 86, no. 3.
- Hooker, C. (2015), "Understanding Empathy: Why Phenomenology and Hermeneutics Can Help Medical Education and Practice", *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 18, no. 4.
- 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*, vol. 109, no. 12.
- Lakoff, G. and M. Johnson (2008), *Metaphors We Live by*, Chicago: University of Chicago press.
- Macnaughton, J. (2009), "The Dangerous Practice Of Empathy", *The Lancet*, vol. 373, no. 9679.
- Marshall, R. and A. Bleakley (2009), "The Death Of Hector: Pity In Homer, Empathy In Medical Education", *Medical Humanities*, vol. 35, no. 1.
- Morse, J. M. et al. (1992), "Exploring Empathy: a Conceptual Fit for Nursing Practice?", *The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 24, no. 4.
- Ogden, T. (1994), *Subjects of Analysis*, New Jersey: Jason Aronson Book.
- Pedersen, R. (2008), "Empathy: A Wolf In Sheep's Clothing?" , *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 11, no. 3.
- Pellegrino, E. D. (1979), *Humanism and the Physician*, Knoxville: University of Tennessee Press.
- Polaschek, D. L. (2003), "Empathy and Victim Empathy", in: T. Ward, D. R. Laws, and S. M. Hudson (eds.), *Sexual Deviance; Issues and Controversies*, SAGE Publications.
- Rothman, D. J. (2017), *Strangers at the Bedside: a History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making*, New York: Routledge.
- Schramme, T. (2017), *Goals of Medicine; Handbook of the Philosophy of Medicine*, Springer.
- Slaby, J. (2014), "Empathy's Blind Spot", *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 17, no. 2.
- Spiro, H. et al. (1996), *Empathy and the Practice of Medicine: Beyond Pills and the Scalpel*, New Haven: Yale University Press.
- Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2013), "Empathy as a Sense of Autonomy", *Psychopathology*, vol. 46, no. 5.
- Stein, E. (1989), *On the Problem of Empathy*, trans. Waltraut Stein, *Collected Works of Edith Stein*, vol. 3.
- Stempsey, W. E. (2007), "Medical Humanities and Philosophy: Is The Universe Expanding Or Contracting?" *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, no. 4.
- Stueber, Karsten (2019), "Empathy", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (ed.), <<https://plato.stanford.edu/archives/fall2019/entries/empathy/>>.
- Svenaeus, F. (2014), "The Phenomenology of Empathy in Medicine: an Introduction", *Medicine, Health Care and Philosophy*, vol. 17, no. 2.