

Hermeneutical Nature of medicine and its implications: A case study of clinical empathy

Saba Mirikermanshahi*

Mehdi Azadibadrani, Negin Nouraei*****

Abstract

In modern medicine, paraclinical findings carry out a major role in the process of diagnosis and treatment and physician decisions are largely made with the help of these findings. The expansion of these technologies has diminished the role of physician-patient dialogue, which is necessary for clinical practice. However, medicine is fundamentally a hermeneutical process that requires a common understanding between the physician and patient, which takes place in the context of clinical encounter, and therefore para-clinical findings will in no way replace the conversation with the patient; therefore, the importance of paying attention to hermeneutics in medicine is understandable. This article, as well as presenting an explanation of Gadamer's hermeneutics, analyses the process of understanding from Gadamer's point of view and argues that the hermeneutical reading of medicine, as Gadamer intends, requires attention to the Aristotelian concept of *phronesis*. Since empathy is necessary to achieve a common understanding, or, in Gadamer's words, a "fusion of horizons of understanding", this article goes on to discuss empathy and introduce some of common definitions of empathy in medicine. Finally, by criticizing the common approaches to empathy, presents a phenomenological understanding of empathy by employing Lou Agosta's interpretations, and considers empathy not only as a tool to increase patient satisfaction with the physician, but also by emphasizing on conceptual

* Professional PhD student, Kermanshah University of Medical Sciences (Corresponding Author), saba.miri.k@gmail.com

** Professional PhD student, Kermanshah University of Medical Sciences, mehdi.azadi1999@gmail.com

*** Professional PhD student, Kermanshah University of Medical Sciences, neginnouraei76@gmail.com

Date received: 02/05/2021, Date of acceptance: 01/08/2021

Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

fusion of hermeneutics and empathy, considers empathy as a critical and basic condition for achieving common understanding in the clinical dialogue process.

Keywords: Medical Hermeneutics, Clinical encounter, Fusion of horizons, Empathy, Gadamer

سرشت هرمنوتیکی پزشکی و استلزامات آن: مطالعه موردی همدلی بالینی^۱

صبا میری کرمانشاهی*

مهدی ازادی بدر بانی**، نگین نورایی***

چکیده

در پزشکی مدرن، یافته‌های پاراکلینیک سهم عمده‌ای از فرآیند تشخیص و درمان را به خود اختصاص داده‌اند و تصمیم‌گیری پزشک تا حد بسیاری با کمک این یافته‌ها صورت می‌گیرد. گسترش این تکنولوژی‌ها نقش گفتگوی پزشک و بیمار که لازمه‌ی طبابت بالینی است را کمرنگ‌تر کرده است. این در حالی است که طبابت اساساً فرآیندی هرمنوتیکی بوده که نیازمند حصول فهم مشترکی بین پزشک و بیمار است که این فهم در بستر مواجهه‌ی بالینی روی می‌دهد و بنابراین یافته‌های پاراکلینیک به هیچ وجه جایگزین گفتگو با بیمار نخواهند بود؛ لذا اهمیت توجه به هرمنوتیک در پزشکی از این روی قابل درک است. مقاله‌ی حاضر ضمن ارائه‌ی توضیحی از هرمنوتیک گادامر، فرآیند حصول فهم را از منظر گادامر واکاوی کرده و کاربرد آن را در پزشکی طرح و مستدل می‌کند که خوانش هرمنوتیکی از طبابت، چنانکه موردنظر گادامر است، توجه به مفهوم ارسطویی فرونسیس را طلب می‌کند. از آنجا که همدلی لازمه‌ی حصول فهم مشترک یا به تعبیر گادامر «امتزاج افق‌های فهم» است در ادامه بحث، به همدلی نظر کرده و در این راستا شماری از تعاریف متداول همدلی در پزشکی را بیان می‌کند. در نهایت با نقد رویکردهای رایج همدلی، فهم پدیدارشناسانه‌ای از همدلی با کمک تفاسیر لو آگوستا ارائه داده و همدلی را صرفاً ابزاری برای افزایش رضایت بیمار از پزشک نمی‌داند

* دانشجوی دکتری حرفه‌ای داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (نویسنده مسئول)، saba.miri.k@gmail.com

** دانشجوی دکتری حرفه‌ای داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، mehdiazadi1999@gmail.com

*** دانشجوی دکتری حرفه‌ای داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، neginnouraei76@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۱۰

بلکه با تاکید بر امتزاج مفهومی هرمنوتیک و همدلی، آن را شرط مهم و اساسی جهت حصول فهم مشترک در فرآیند گفتگو بالینی می‌پندارد.

کلیدواژه‌ها: هرمنوتیک پزشکی، مواجهه‌ی بالینی، امتزاج افق، همدلی

۱. مقدمه

در پزشکی مدرن، فرآیند تفسیر اغلب به تفسیر داده‌های به دست آمده از پاراکلینیک و تصویربرداری و... محدود شده و مبنای پزشک برای اتخاذ تصمیم بالینی در اکثر مواقع مبتنی بر این سنخ داده‌ها است. مبرهن است که طبابت (Clinical practice) به مثابه‌ی فعالیت با محوریت انسان، رویکردی انسان‌محور را می‌طلبد؛ با این حال، به سبب نفوذ تکنولوژی در پزشکی معاصر و اختصاص سهم عمده‌ای از امر تشخیص و درمان به نتایج حاصل از این تکنولوژی‌ها، طبابت در حال فاصله گرفتن از بنیان‌های انسانی خود است. گفتگو (Dialogue) ابتدایی‌ترین و در عین حال ژرف‌ترین و پیچیده‌ترین نوع ارتباط انسان‌ها است؛ طبابت بالینی نیز به مثابه امری انسانی بر گفتگو مبتنی است چرا که هدف پزشک ارتباط با یک انسان دیگر، بیمار، است تا بتواند در کاهش درد و رنج‌اش به او یاری رساند. پزشک برای کمک به بیمار و تسکین آلام وی، نخست نیازمند فهم (Understanding) بیمار است و حصول این فهم در خلال گفتگوی با بیمار روی می‌دهد لذا ذات طبابت بر همین گفتگو استوار است. اما به سبب گسترش تکنولوژی‌های تشخیصی و درمانی در قرن اخیر، اهمیت گفتگو مورد غفلت قرار گرفته است. استفاده‌ی روزافزون از داده‌ها و فکت‌های علمی در امر طبابت، مسبب ایجاد چنین تصویری شده است که طبابت بالینی امری صرفاً علمی (scientific) بوده و وظیفه‌ی پزشکان توصیف و تبیین بیماری (disease) و سپس درمان آن است. اما آنچه در بالین بیمار روی می‌دهد در اصل فرآیندی گفتگویی است و تکنولوژی‌های امروزی نمی‌توانند جایگزینی برای آن باشند. گفتگوی بین پزشک و بیمار با هدف حصول فهم مشترکی بین آن دو صورت می‌گیرد و بدون حصول این فهم مشترک، هدف طبابت که همان کمک و تسکین آلام بیمار است، میسر نخواهد شد. با نظر به مرکزیت گفتگو در بنیان پزشکی، در می‌یابیم که تفسیر وضعیت بیمار نیز باید در بستر همین گفتگو صورت گیرد و پزشک برای اتخاذ مناسب‌ترین تصمیم نیاز دارد تا اطلاعات پاراکلینیکی را در ارتباط با شرایط فیزیکی، روحی و اجتماعی بیمار تفسیر کند. بدون توجه به بافتار زندگی بیمار (context of patient life) درک مناسبی از شرایط او حاصل نمی‌آید و

به تبع آن هدف طبابت نیز به دست نخواهد آمد. برای مثال، یک یافته‌ی پاتولوژیک پاراکلینیک به هیچ وجه به تنهایی و بدون توجه به سایر علائم و نشانه‌ها و نیز سایر عوامل دخیل در بافتار زندگی آن بیمار قابل تفسیر نیست. این تفسیر در طبابت، گفتگویی است؛ بدین معنی که تفسیر وضعیت بیمار بدون گفتگو با وی حاصل نخواهد شد. گادامر (Hans-Georg Gadamer) از تفسیر در طبابت، خوانشی هرمنوتیکی دارد (۱) که در ادامه‌ی این مقاله بیش‌تر به آن می‌پردازیم.

همانطور که گادامر (۲) مطرح می‌کند رابطه‌ی پزشک و بیمار در عمل شیب‌دار و نامتقارن است، و از این طریق به ضرورت همدلی (Empathy) در گفتگوی بین پزشک و بیمار اذعان می‌کند. از آنجا که بیمار رنجور و پریشان، در جستجوی راهی برای رهایی و آرامش است و برعکس پزشک از آرامش و ثبات و نیز دانش علمی بیش‌تری نسبت به وضعیت بیمار برخوردار است، جهت برقراری گفتگوی بین پزشک و بیمار، پزشک باید با بیمار همدلی کند و این همدلی می‌تواند مقدمه‌ای برای برقراری گفتگو و بنابراین امتزاج افق فهم (Fusion of understanding horizons) آن‌ها شود. در چنین شرایط نامتقارنی، گفتگو نقش پیونددهنده‌ای را ایفا می‌کند تا پزشک بتواند ضمن نزدیک شدن به کیفیت تجربه بیمار، به او گوش فرا دهد.

در این نوشته، ابتدا تلاش داریم تا هرمنوتیک (Hermeneutics) گفتگویی گادامر را روشن سازیم و پدیدار فهم را از منظر وی تبیین می‌نماییم و به کاربردهای هرمنوتیک در پزشکی اشاره خواهیم کرد و سپس استدلال می‌کنیم که خوانش هرمنوتیکی از طبابت، چنانکه مورد نظر گادامر است، توجه به مفهوم ارسطویی حکمت عملی یا فرونسیس (Phronesis) را طلب می‌کند. از آنجا که همدلی لازمه و شرط حصول فهم مشترک یا به تعبیر گادامر «امتزاج افق‌های فهم» است در ادامه بحث به همدلی بالینی نظر می‌کنیم پس از بیان تعدادی از تعاریف رایج به نقد آن‌ها خواهیم پرداخت و در پایان بر اساس تفسیر لو آگوستا (Lou Agosta) از هایدگر، مدلی برای همدلی پدیدارشناسانه (Phenomenological empathy) خود ارائه داده و به تشریح آن می‌پردازیم و به کمک توضیح چرخه‌ی پدیدارشناسانه‌ی همدلی، مفهوم مد نظر خود را شفاف‌تر خواهیم کرد.

۲. هرمنوتیک گادامر

از منظر گادامر جهان از طریق زبان بر ما گشوده می‌شود و ما همواره در یک فرهنگ و تاریخ جای گرفته‌ایم، او معتقد است که «فهم تنها از روش‌های علمی بدست نمی‌آید بلکه حقیقت چیزی فرای این است» (۳). به تعبیری مشابه، هرمنوتیک نیز چیزی فراتر از مجموعه‌ای از قواعد و روش‌های تفسیر است به‌طوری که وی ابراز می‌دارد که فهم، توافق درباره‌ی یک موضوع است (۴). در هرمنوتیک گادامر، پدیدار معرفت و شناخت (cognition) با پدیدار فهم یکسان نیست. فهم یک متن امری بیش از شناخت اجزای تشکیل‌دهنده‌ی آن بوده و به فرآیند ساده و روشن مواجهه با موضوعی معین و یا جمع‌آوری اطلاعات لازم خلاصه نمی‌شود؛ بلکه تفسیری است که انسان درباره‌ی چیزی درمی‌یابد. این فهم تفسیری را نمی‌توان با معیارهای عینیت‌بخش به‌کاررفته در مورد شناخت سنجید (۵). گادامر ابراز می‌دارد که فهم، توافق درباره‌ی یک موضوع است که این توافق باید در «دور هرمنوتیکی» (Hermeneutic circle) به وقوع بپیوندد؛ بدین معنا که فهم موضوعی خاص باید در ارتباط کل آن موضوع با جزأش و جزء در ارتباط با کل‌اش فهم شود، این فرآیند رفت‌ووبرگشتی، مدام تکرار شده و در هر دور ما را به فهم عمیق‌تری از موضوع می‌رساند. برای مثال، برای فهم پاراگرافی مشخص ابتدا باید اطلاعی کلی از موضوع آن داشته باشیم و سپس تک تک واژگان و جملات آن را خوانده و آن‌ها را در ارتباط با کلیت موضوع درک کنیم و این فرایند مدور مجدداً ما را به فهم عمیق‌تر کل می‌رساند و در هر دور لایه‌های ژرف‌تری از معنا کشف می‌شود (۴، ۵). در فرآیند چنین تفسیری، خواننده یا مفسر به سبب پیشینه‌ی تاریخی، فرهنگی و زبانی و ... متفاوتی که با مولف متن دارد، پیش‌فهم‌ها و پیش‌داوری‌های متمایزی نسبت به موضوع دارا می‌باشد؛ به عبارتی «آگاهی او متأثر از تاریخ است» و پیش‌داوری‌ها همواره پیش‌زمینه و مبانی‌ای را شکل می‌دهند که بر اساس آن‌ها فهم می‌کنیم (۶).

این مسئله اهمیت خود را در طبابت نیز نمایان می‌سازد، برای مثال پیش‌داوری‌های پزشک مبتنی بر درک علمی وی از وضعیت بیمار است حال آن‌که پیش‌داوری‌های بیمار، تجربه‌زیسته (Lived experience) او از شرایطش را در برمی‌گیرد. از این جهت، پزشک فقط با تفسیر داده‌های تصویربرداری یا آزمایشات بیمار نمی‌تواند دست به تفسیر وضعیت بیمار زند و به فهم مشترکی با او برسد. بنابراین این فرآیند هرمنوتیکی از رهگذر گفتگو با بیمار و با به اشتراک گذاشتن پیش‌فهم‌های متفاوت پزشک و بیمار، قابل حصول است.

گادامر این فاصله تاریخی و فرهنگی و ... بین مفسر و مولف را نه به مثابه شکافی که نیاز به پر شدن داشته باشد بلکه اتفاقاً فاصله مولد و شرط ایجابی‌ای می‌یابد که فهم را میسر می‌سازد؛ از این جهت که تنها در صورت وجود این فاصله و عدم تطابق پیش‌داوری‌هاست که امکان به پرسش گرفتن پیش‌داوری‌های قبلی خود در مواجهه با آن‌ها فراهم می‌شود. او این فاصله‌ی حاکی از موقعیت هرمنوتیکی شخص - یعنی مجموعه پیش‌فهم و پیش‌داوری‌ها - را افق (horizon) می‌نامد (۷).

از منظر گادامر، تفسیر سرشتی زبانی دارد، بدین معنا که افق اندیشه ما در زبانی که به کار می‌بندیم بازتاب می‌یابد (۸). ما همواره خود را در زبان و به شکلی زبان‌گونه بازمی‌یابیم، لذا رابطه‌ی ما با جهان و تمام تفاسیری که از آن داریم در بستر زبان روی داده و بدون آن ارتباطی با جهان نخواهیم داشت. زبان محیطی است که در آن توافق بر سر موضوع (از نظر گادامر همان فهم بین دو طرف) اتفاق می‌افتد. اگر گوینده بتواند در جریان گفتگو، مقصود خویش را از مجرای زبان به دیگری منتقل کرده و دو طرف ارزش‌های مغایر با یکدیگر را مطرح کنند و سپس با سنجش استدلال‌های طرف مقابل به گفتگو با هم بپردازند، زبان مشترک یا به بیانی بهتر، فهم مشترک حاصل خواهد شد. لازم به ذکر است زبان از نظر گادامر مانند تعاریفی که در علوم زیستی به آن اطلاق می‌شود، نه صرفاً مجموعه‌ای از نشانه‌ها یا اصوات برای برقراری ارتباط بلکه پدیداری تاریخ‌مند است. زبان متأثر از عقاید، پیشینه، ارزش‌ها، سنت و ... شخص است. این که دو نفر به یک زبان صحبت کنند لزوماً متضمن این نیست که آن دو به فهم درست و مشترکی از هم دست خواهند یافت. این مثال نشان‌گر این موضوع است که زبان دربرگیرنده مجموعه پیش‌داوری‌ها و پیش‌فهم‌های فرد یا افق اوست. گادامر باور دارد رسیدن به زبان و فهم مشترک جز از طریق مکالمه و گفتگو میسر نیست (۶) بدین صورت اهمیت جایگاه گفتگو در هرمنوتیک گادامر جهت حصول فهم روشن می‌شود.

در پرتو این تجلی، طبابت نیز براساس فهم بنا شده و لذا صورتی از تفسیر (interpretation) یا هرمنوتیک است که چنانچه شرح آن رفت، این تفسیر در خلال گفتگو صورت می‌گیرد. از این رو سرشت هرمنوتیکی پزشکی همواره یکی از موضوعات قابل توجه در حوزه فلسفه‌ی پزشکی بوده است. بسیاری از افرادی که در مباحث فلسفه‌ی پزشکی اظهار نظر کرده‌اند، به نقش «تفسیر» در پزشکی اشاره داشته‌اند اما شاید یکی از نخستین افرادی که طبابت را ذاتاً هرمنوتیکی نامید استفان دنیل (Stephen Daniel) باشد. او

طبابت بالینی را چیزی از جنس مواجهه با یک شعر یا رمان می‌داند و به این شکل بر سرشت هرمنوتیکی پزشکی تاکید دارد و مدلی هرمنوتیکی را برای فرآیند اتخاذ تصمیم بالینی ارائه می‌دهد (۹).

فردریک اسونئوس (Fredrik Svenaeus) (۱۰) استفاده از هرمنوتیک در پزشکی را به سه دسته تقسیم می‌کند: (۱) دسته‌ی نخست از افرادی که هرمنوتیک را به همان معنای متقدم آن و برای تفسیر متون، اما این بار متون پزشکی، به کار می‌برند. آنان هرمنوتیک را چون یک راهنمای تفسیری برای درک بهتر متون مختلف نوشته و خوانده شده در بالین می‌دانند. (۲) گروه دوم افرادی‌اند که هرمنوتیک را ابزاری مهم و عنصری ارزشمند در بحث‌های اخلاق پزشکی (medical ethics) دانسته و بر این باورند که می‌توان از آن برای تفسیر و درک بهتر شرایط و موقعیت‌های دشوار بالینی از نقطه نظر اخلاقی استفاده کرد. توماسما (Thomasma) (۱۱) به این نکته اشاره کرده‌اند که می‌توان از هرمنوتیک به عنوان راهنمایی برای به کار بستن و ایجاد تعادل در میان اصول مختلف اخلاقی در بافتار بالینی (clinical context) استفاده کرد. تن هاو (Ten Have) (۱۲) نیز بیان داشت که فهم هرمنوتیکی از کار بالینی می‌تواند در اندیشه‌های اخلاقی نیز راهگشا باشد. (۳) گروه سوم پزشکی و طبابت را اساساً فعالیتی هرمنوتیکی می‌پندارند. فردریک اسونئوس، متأثر از گادامر، خود از جمله افرادی است که چنین رویکردی را ادامه داده و تکوین و تکامل بخشیده است. ما نیز در این متن به تأسی از اسونئوس به سرشت هرمنوتیکی پزشکی نظر می‌کنیم که در ادامه بیش‌تر به آن می‌پردازیم.

۳. سرشت هرمنوتیکی مواجهه بالینی (Hermeneutical essence of clinical encounter)

پزشک با هدف اعاده یا بازگرداندن سلامت بیمار و بهبود آلام وی در موقعیتی هرمنوتیکی یا تفسیری با بیمار مواجه می‌شود که آن را مواجهه‌ی بالینی می‌نامیم. چنان‌که بیان شد مواجهه‌ی بالینی تنها به کاریست دانش علمی زیست‌پزشکی (biomedicine) قابل تقلیل نیست بلکه نوع به‌خصوصی از عمل (پراکتیس) است که نیازمند تفسیر بوده و هدف فهم و تسکین رنج‌های بیمار به مثابه‌ی یک شخص و نه مجموعه‌ای از داده‌ها را دارد. اگرچه این تشخیص بر مبنای تفسیر داده‌های تصویربرداری و نتایج آزمایشگاهی یا ECG و ... صورت گرفته و روش‌هایی که در مواجهه‌ی بالینی مورد استفاده قرار می‌گیرند بیشتر به

علوم طبیعی مرتبط می‌باشند تا علوم انسانی، اما منظور از هرمنوتیک پزشکی صرفاً تفسیر این گونه داده‌ها نیست که پزشکی مدرن به واسطه‌ی تکنولوژی‌های خود به ما عرضه می‌دارد (۱۳). زیرا که تفسیر این داده‌ها به تنهایی و بدون توجه به بافتار زندگی فرد بیمار و پیش‌داوری‌ها و پیش‌فهم‌های وی، نابسند بوده و اساساً میسر نیست و این فرآیند تفسیر و حصول فهم باید در خلال گفتگو و با به اشتراک نهادن پیش‌فهم‌ها روی دهد. چرا که نمی‌توان بیمار و رنج و ناخوشی (illness) او را صرفاً به مجموعه‌ای از آزمایشات بالینی فروکاست.

۴. گفتگومحوری

در هرمنوتیک بالینی، فرآیند تفسیر در بستر گفتگو رخ می‌دهد و آنچه که این گفتگو را از یک بررسی علمی متمایز می‌کند، فرآیند فهم اشتراکی و دوطرفه‌ای است که میان آن دو اتفاق می‌افتد. همانطور که پیش‌تر نیز اشاره‌ای بدان کردیم، پیش‌فهم و پیش‌داوری یا به تعبیر گادامری، افق پزشکی و بیمار هرچند نه لزوماً به خاطر فاصله‌ی تاریخی و فرهنگی بلکه به دلیل تفاوت افق‌های تجربه‌ی زیسته‌شان، متفاوت از یکدیگر است و بنابراین آن دو، نیازمند به اشتراک گذاشتن افق‌های خود در فرآیندی دیالوژیک (dialogic process) یا گفتگویی و نزدیک‌تر کردن آن به یکدیگر هستند تا فهم مشترک حاصل شود (۱۳).

با تفاسیر فوق در می‌یابیم هرمنوتیک، انضمام یا مفهومی افزوده‌شده به طبابت نیست، بدین معنی که بین پزشکی هرمنوتیکی و یا غیر هرمنوتیکی، یکی را برگزینیم؛ بلکه پزشک همواره در هنگام مواجهه با بیمار، دست به تفسیر وضعیت بیمار می‌زند و از این رو بی‌شک، طبابت سرشتی هرمنوتیکی دارد. گادامر می‌گوید بر خلاف شکاف نظر (theory) و عمل (practice) که ذات موقعیت‌های مدرن است در پزشکی نظر و عمل درهم‌تنیده هستند. از دیدگاه وی طبابت فعالیتی است که نمی‌توان میان نظر و عمل آن شکاف ایجاد کرد و در نتیجه نحوه عمل بدان از سنخ کاربرد نظری نبوده و بر نوعی از دانایی عملی دلالت دارد (۴). لذا طبابت و فهم پزشک از بیمار بیش از آنکه فرآیندی شناختی و روش‌مند باشد، مستلزم دانایی عملی پزشک برای عمل در موقعیت‌هایی است که تنها با دستورالعمل‌های از پیش مقرر شده قابل اجرا نیست.

در نتیجه فهم طبابت با به کار بستن آن حاصل خواهد شد یعنی در هنگام عمل به آن و در هنگام فرآیند گفتگو با بیمار است که فهم روی می‌دهد؛ به عبارتی، پزشک در

هر مواجهه‌ی بالینی نه صرفاً کل را بر جزء اطلاق می‌کند بلکه به بازتعریف از کل می‌رسد و از این جهت، کار او لازمه فهمی هرمنوتیکی است که این هرمنوتیک، ساختاری کاربردی (praxical) دارد (۱۴). در نتیجه، طبابت در ذات خود هرمنوتیکی است که این هرمنوتیک از جنس گفتگو است و همچنین چنانکه گادامر معتقد بود، نظر و عمل طبابت از یکدیگر متمایز نیستند و طبابت به هنگام عمل به آن تحقق می‌یابد. از این جهت، رویکرد هرمنوتیکی به طبابت و امتزاج افق پزشکی و بیمار در زمان عمل به طبابت حاصل می‌شود و با مقرر کردن مجموعه دستورالعمل‌ها میسر نخواهد شد بلکه مستلزم این است که در هر موقعیت بالینی، تصمیمی فراخور آن موقعیت اتخاذ شود یا به عبارتی دانش کلی باید در موقعیت‌های انضمامی به کار گرفته شود، بنابراین همانطور که اسونئوس نیز به درستی ابراز می‌دارد، حکمت عملی ارسطو، فرونیسیس، نقشی محوری در آن ایفا می‌کند (۱۵، ۱۶).

۵. امتزاج افق‌ها

مطرح شد که گادامر هرمنوتیک را تنها محدود به فعالیت‌های هنری و انسانی نمی‌داند؛ بلکه آن را به طور اساسی در نشست گفتگویی (dialogic meeting) بین اشخاصی می‌یابد که می‌کوشند به فهمی متقابل در زبان دست یابند (۱۶) بنابراین مفهوم اصلی در هرمنوتیک فلسفی گادامر گفتگوست که این ایده به هرمنوتیکی بودن سرشت پزشکی اعتبار می‌بخشد. گادامر هدف هرمنوتیک را بیش‌تر فهم روا/ متناسب (good) می‌داند تا فهم درست (True). با توجه به این که در مواجهه‌ی بالینی نه صرفاً تطبیق نتایج آزمایشات با الگوریتم‌های علمی پزشکی بلکه فهم روا یا متناسب از وضعیت بیمار مهم است لذا طبابت مواجهه‌ای بر مبنای تفسیر است که بین پزشک و بیمار با هدف بازیابی سلامت بیمار روی می‌دهد. در مواجهه بالینی پزشک از طریق تفسیر پی می‌برد که بهترین اقدام متناسب با شرایط زمانی و موقعیت این بیمار خاص چیست^۲ (۱۷)، که برای تحقق این امر باید به فهم درجهان‌بودن (Being-in-the-world) بیمار دست‌یابد؛ که شامل تفسیر خود بیمار از وضعیت و تمایلات خاص او در مورد وضعیت فعلی بیماری‌اش است (۱۳).

به باور ما، چنین چشم‌اندازی از مواجهه‌ی بالینی یا به تعبیر گادامر «امتزاج افق‌های متفاوت فهم پزشکی و بیمار» مستلزم فهم بیمار به صورت جهانی از پیچیدگی غیرقابل تصرف است (۱)؛ تلاش برای درک هرچه بیش‌تر وضعیت بیمار، و درک وی نه به مثابه مجموعه‌ای از گزاره‌های علمی، توجه به تجربه زیسته وی و فهم آن‌ها را

میسر می‌سازد. لازم به ذکر است در چنین امتزاج افقی، هویت پزشک و بیمار به‌عنوان دو افق جداگانه حفظ می‌شود. در این گفتگو پزشک و بیمار می‌کوشند به کمک یکدیگر به فهمی از دلیل بیماری برسند (۱) اما این گفتگو مستلزم وجود رابطه‌ای میان پزشک و بیمار است که پزشک در آن دارای گشودگی باشد و صرفاً بیمار را به چشم یک شیء یا مجموعه‌ای از داده‌های علمی و آزمایشگاهی نبیند و پزشک و بیمار در ارتباطی دو طرفه، یکدیگر را آشکار سازند تا به فهمی مشترک برسند؛ البته شاید رسیدن به چنین فهم مشترکی همیشه میسر نباشد (۱۳).

۶. همدلی در فهم

اشاره کردیم طبابت با هدف بهبود بیمار، نیازمند قوه داوری و تشخیص است که بر پایه گفتگوی بیمار و پزشک شکل می‌گیرد (۱۴). که این گفتگو با هدف حصول فهم صورت می‌گیرد؛ در رویداد فهم، همدلی نقشی محوری را ایفا می‌کند زیرا که امتزاج افقی که گادامر از آن سخن می‌گوید، نیازمند آن است تا هر یک از طرفین در گوش دادن به فرد مقابل حوصله به خرج داده و پیش‌فرض‌ها و پیش‌داوری‌های متفاوت او را در نسبت با پیش‌داوری‌های خود بسنجند (۱۳). از آنجا که در گفتگوی بالینی نیز شاهد عدم تقارن در رابطه‌ی پزشک و بیمار هستیم به طوری که بیمار در رنج و نیازمند کمک است، حال آن‌که پزشک در وضعیتی با ثبات و تحت تاثیر معرفت و تجربه‌اش از بیماری به سر می‌برد؛ این عدم تقارن مستلزم برقراری ارتباط و گفتگویی همدلانه از سوی پزشک است، زیرا او باید تلاش کند خود را جای بیمار قرار داده و به فهمی مستقل و موثر از وضعیت او برسد نه اینکه صرفاً از دیدگاه خودش او را بفهمد (۱۳).

در هرمنوتیک هم برای رسیدن به فهم مشترک، دو طرف باید نسبت به هم گشودگی همدلانه (empathic openness) داشته باشند (۸). لذا همدلی مسئله‌ای اساسی و مهم در طبابت است چرا که که فهم بدون همدلی میسر نخواهد بود. از این رو در ادامه‌ی این نوشتار با توجه به مفهوم هرمنوتیک به‌طور موردی به طرح و تبیین مفهوم همدلی بالینی پرداخته و با نظر به آرای فلسفی مطرح شده به ایضاح این مفهوم در پزشکی می‌پردازیم. جهت نیل به این هدف، در ابتدا نقدهای متوجه به رویکردهای رایج همدلی را مطرح کرده و به کمک آن‌ها همدلی پدیدارشناسانه‌ی مورد نظر خود که لازمه‌ی فرآیند گفتگویی طبابت است را روشن خواهیم ساخت.

۷. رویکردهای رایج به همدلی بالینی و نقد آنها

همدلی در خارج از حوزه پزشکی به معنای خود را به جای دیگری گذاشتن و احساس کردن همراه او (feeling with) و تجربه‌ی آنها است (۱۸). هرچند تعریف دقیقی از همدلی بالینی وجود ندارد اما برخی از متون، همدلی را به دو نوع شناختی (cognitive) و احساسی (Emotional/affective) تقسیم کرده و اولی را بر دومی ترجیح داده‌اند و برخی نیز ترکیبی از هر دو را ارائه کرده‌اند (۱۹-۲۱). حجت (۲۱)، همدلی شناختی را همدلی مطلوب در مواجهات بالینی معرفی می‌کند و همدلی احساسی را با همدردی (sympathy) برابر می‌داند. به ادعای او (۲۱)، رابطه میان همدردی و همدلی به صورت طیفی پیوسته است به طوری که در یک سوی طیف همدردی قرار دارد و هرچه نقش پاسخ‌های شناختی پررنگ‌تر شود به سوی دیگر طیف، همدلی، نزدیک می‌شویم. به عقیده او با افزایش همدلی، عملکرد پزشک بهبود می‌یابد. اما وجود همدردی در مواجهات بالینی تنها تا حدی مفید است و افزایش بیشتر آن تاثیر نامطلوبی دارد. برخی دیگر نیز از اصطلاح (Detached concern) برای تعریف همدلی استفاده کرده‌اند، concern در این عبارت نه به معنای درگیری عاطفی و احساسی و یا تلاش برای فهم وضعیت دیگری بلکه نوعی احساس مسئولیت و وظیفه‌شناسی است به طوری که در دهه‌ی ۱۹۵۰-۱۹۶۰ و از اصول حرفه‌ای‌گری (professionalism) محسوب می‌شد (۱۸). زیرا که از نظر آنان درگیری احساسی و تجربه‌ی احساس بیمار می‌تواند به روند درمان و تشخیص آسیب وارد کرده و همچنین مسبب فرسودگی شغلی پزشکان و دانشجویان پزشکی باشد (۱۸).

در رویکردهای مذکور و در بسیاری از رویکردهای رایج دیگر به همدلی، گفته می‌شود که چون فرآیند همدلی با توانایی‌های شناختی صورت می‌گیرد، پس می‌توان در آن از تاثیر پیش‌داوری در امان ماند (۲۱). اما نقد ما به جملگی این رویکردها این است که در حالی که برای حصول همدلی در مواجهه‌ی بالینی با بیمار، پزشک باید به فهم و درک درستی از تجارب بیمار برسد، خود این فرایند فهم با تفسیر همراه است که این تفسیر نیز در افق فهم پزشک شکل می‌گیرد؛ جایی که پیش‌داوری‌ها و انتظارات زمینه‌های تاثیرگذاری هستند (۲۲، ۲۳). در مواجهه‌ی پزشک با بیمار انتظارات، روش‌ها، ابزارها و راه‌های تفکر پزشک، فهم او را محدود ساخته و درک عینی حقیقت را، که مطلوب و هدف چنین رویکردهایی است، غیرممکن می‌سازند. دانش زیست‌پزشکی هسته‌ی طب مدرن را تشکیل می‌دهد، با روش‌ها و رویکردهای خود، افق مشخصی را فراهم می‌کند که درک و قضاوت پزشک را

در یک مواجهه‌ی بالینی شکل می‌دهد (۲۲، ۲۳) که این موضوع در چنین رویکردهایی مورد غفلت قرار می‌گیرد.

در پزشکی انسان‌زدای (dehumanized) مدرن، بیمار به یک شیء فروکاسته می‌شود؛ در نتیجه تلاش برای کسب بیش‌تر و دقیق‌تر اطلاعات از وی برای تشخیص و درمان بهتر، مطلوب پنداشته می‌شود. بر طبق این نظرگاه (که پیش‌انگاشت بسیاری از رویکردهای فعلی است) هدف از توجه به جنبه‌های انسانی و طرح مفهوم همدلی (به شکل امری افزودنی به پزشکی) اغلب استفاده از آن به مانند ابزاری برای کسب دانش بیش‌تر از بیمار و فرجه‌تر کردن اطلاعات پزشکی است تا بدین صورت اطاعت‌پذیری بیمار افزایش داده و از میزان شکایت‌های آن‌ها بکاهد.

در حالی که به نظر نگارندگان این مقاله، همدلی را باید تلاشی برای بازانسانی‌کردن (rehumanizing) طبابت دانست؛ نه این که خود تبدیل به ابزاری برای تحکیم نظرگاه فعلی شود. بنابراین مفهوم همدلی مدنظر ما در چنین بستری به درستی قابل طرح نبوده و نتیجه‌ی کاریست آن چیزی جز فراهم‌آوری دسته‌ای از اطلاعات خام به شکل تجربه‌ای پاره‌پاره از بیمار نخواهد بود و در نهایت به مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های متروک و بلااستفاده منجر خواهد شد، به همین دلیل بر این باوریم که تعاریف متداول همدلی، آن را به مجموعه‌ای از تکنیک‌ها فرومی‌کاهند. این در حالیست که همدلی شرط لازم هرمنوتیک گفتگویی گادامر بوده و اساساً درهم‌تنیده با سرشت هرمنوتیکی طبابت است نه اینکه امری افزودنی به آن باشد. همدلی شرط لازم رویکرد هرمنوتیکی به طبابت است. در نتیجه، پزشک از طریق گفتگوی همدلانه با بیمار است که به امتزاج افق و فهمی از بیمار نائل می‌آید و بر این مبنا جزیی از کل دانش خود را در آن موقعیت به کار می‌گیرد و از طریق این فرآیند هرمنوتیکی فهم جدیدی از بیمار پدید می‌آورد. چنین چشم‌اندازی به همدلی و تاکید به استلزام آن در خوانش هرمنوتیکی طبابت، وضعیت بیمار را به گزاره‌های علمی تقلیل نمی‌دهد و یا آن را دست‌خوش فرافکنی احساسات پزشک نمی‌گرداند. در بخش بعدی این نوشته، به تبیین رویکرد پدیدارشناسانه‌ی همدلی می‌پردازیم.

۸. الگوی پدیدارشناسانه همدلی

چنانکه برشمردیم برخوردی همدلانه در مرکزیت گفتگوی بالینی قرار دارد. جهت ایضاح مفهومی از همدلی که به نظر ما نقشی محوری در امتزاج افق پزشک و بیمار ایفا می‌کند و

در بنیان هرمنوتیک طبابت جای دارد، همدلی پدیدارشناسانه‌ی مورد نظر هایدگر که توسط لو آگوستا تشریح شده را مورد مطالعه قرار داده‌ایم. هایدگر همدلی را نه صرفاً امری محدود به فرایندهای شناختی بلکه شیوه‌ی درجهان‌بودگی اصیل (authentic) با دیگری می‌پندارد که نادیده‌انگاشتن آن یا غیابش یک بحران است که می‌تواند سبب آسیب‌پذیری در ارتباطات انسانی شود. به‌طور کلی وی همدلی را شامل چهار وجه پذیرندگی (گشودگی) Interpretation (Verstehen)، فهم (Understanding)، تفسیر (Auslegung) و گفتار (Speech (Rede) می‌داند. اکنون با توجه به درجهان‌بودگی اصیل به توضیح مفهوم هر یک از این چهار وجه همدلی از منظر هایدگر می‌پردازیم. لازم به ذکر است تمامی این وجوه به یک اندازه اصیل و مهم هستند (۲۴).

پذیرندگی همدلانه: شامل گشودگی به شرایط و تجربه‌های دیگری است که سایر وجوه فهم، تفسیر و گفتار در آن روی می‌دهد؛ ضمناً این مفهوم قابل تقلیل به احساسات نیست بلکه تمام حالات (moods)، تجربه‌ها و تاثیرات (affects) را نیز دربرمی‌گیرد.

فهم همدلانه: از نظر هایدگر شیوه‌ی فهم انسان صرفاً به صورت شناختی نیست بلکه حرکت به سمت امکان فهم از طریق الگوهای معنادار است (Knowing How). فهم یک منبع از امکان‌ها است و در واقع امکان امکان‌ها.

تفسیر همدلانه: تفسیر شکلی از فهم است که وجوه بیرونی را به امر درونی تبدیل می‌کند، که در آن صورت می‌توانیم درباره‌ی آن صحبت یا عمل کنیم. پس تفسیر از فهم مشتق شده و مبتنی بر آن است. در روابط بین انسان‌ها، آن‌ها دائماً با یکدیگر در تعامل بوده و به تفسیر یکدیگر می‌پردازند.

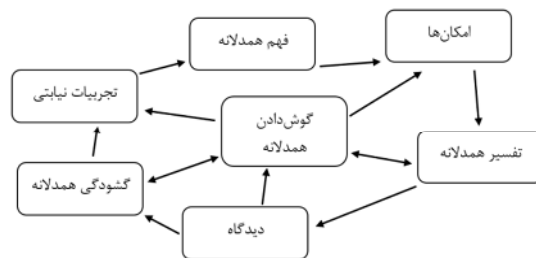
گفتار همدلانه: می‌توان گفتار همدلانه را از نظر هایدگر به گوش دادن تعبیر کرد. گوش دادن همدلانه فرصتی را برای تحقق همدلی با دیگران به وجود می‌آورد تا شنیده شوند و خود را بروز دهند. گوش دادن نوع سلبی گفتار و نیز شکلی از پذیرندگی است. وجوه گوناگون پذیرندگی همدلانه، فهم، تفسیر و گوش دادن همدلانه با یکدیگر در ارتباط هستند به‌طوری که هریک به دیگری مرتبط است و یکدیگر را برمی‌انگیزانند (۲۴).

۹. فهم چرخه همدلی پدیدارشناسانه در مواجهه بالینی

با توجه به شکل ۱. (۲۵) درمی‌یابیم که الگوی همدلی هایدگری به صورت چرخه‌ای است که نقطه‌ی آغاز یا پایان مشخصی ندارد و لذا همدلی می‌تواند از هر کجای آن شروع شود

اما در نهایت چرخه‌ی همدلی را کامل خواهد کرد. چنانکه گفتیم در مرکز هرمنوتیک گفتگویی پزشکی، گفتگوی همدلانه قرار دارد که این گفتگو برای رسیدن به نوعی توافق و نه لزوماً فهم کامل پزشک از بیمار است که در اینجا پزشک در یک فرآیند هرمنوتیکی به تفسیر شرایط بیمار می‌کوشد. در این الگو (۲۴) پزشک با نوعی گشودگی به گفتگو با بیمار می‌پردازد که بخش مهمی از این گفتگو را گوش دادن همدلانه به خود اختصاص می‌دهد که در مرکز این چرخه قرار دارد. گوش دادن به پزشک اجازه می‌دهد تا مواردی را بازباید که تا پیش از آن از توجه خود خارج کرده بود. در این چرخه گشودگی و پذیرندگی پزشک نسبت به بیمار اهمیت ویژه‌ای دارد. تجربه‌های نیابتی^۳، اگرچه می‌تواند تا حدودی با بازنمایی موقعیت به پزشک کمک کند اما توجه بیش از حد به آن‌ها همدلی را به یک فرایند شناختی و فوق عقلی که درباره‌ی خود را در جای دیگری گذاشتن است، فروکاسته و چیزی به نام پذیرندگی در آن نادیده گرفته می‌شود. قطعاً تجربه‌های نیابتی پزشک در کنار سایر بخش‌ها کامل شود.

حال باید فهم را در فرایند همدلی باز یابیم. پزشکی که همدلی می‌کند برای بیمار خود جایگاه مشخصی را در نظر می‌گیرد لذا به بیمار فرصت ابراز خود را می‌دهد و از این طریق بسیاری از وجوه پنهان وضعیت بیمار بر او پدیدار می‌شوند. این وجوه ممکن است به لحاظ شناختی غیر قابل نفوذ باشند اما در گفتگوی همدلانه، پزشک و بیمار مجال طرح پیش‌فهم‌های خود را می‌یابند و بدین شیوه بیمار بهتر شنیده می‌شود. گوش دادن می‌تواند راهی برای کشف دیگری در بافتار ارتباط در حال جریان به وجود آورد. پزشک در یک جریان پایان‌ناپذیر دائماً فهم خود از بیمار را مورد تفسیر قرار داده و هر بار به فهم کامل‌تر و گسترده‌تری از شرایط بیمار خود می‌رسد، درست همانند آنچه در یک دور هرمنوتیکی به وقوع می‌پیوندد، اما به هر حال قاعده‌ی خاصی برای شروع چرخه‌ی همدلی وجود ندارد (۲۴).



شکل ۱۰

۱۰. نتیجه گیری

در این مقاله تلاش شد تا نشان داده شود گفتگوی بالینی نقش محوری و بنیادینی را در طبابت پزشکی ایفا می‌کند، زیرا که طبابت عملی با هدف تسکین آلام بیمار و بازگرداندن سلامت به اوست. جهت نیل به این هدف، پزشک نیازمند فهم بیمار است که این فهم بنابر گادامر از سنخ شناخت نیست (۱) بلکه مستلزم مزوج شدن افق فهم پزشک با افق فهم بیمار می‌باشد که از طریق گفتگو و در بستر زبان حاصل می‌شود. بنابراین طبابت بالینی در اصل، سرشتی هرمنوتیکی دارد که در قالب گفتگو صورت می‌گیرد. اما نفوذ و گسترش تکنولوژی‌ها در پزشکی و پارادایم (paradigm) غالب زیست پزشکی، پزشکان را از اهمیت این گفتگو غافل ساخته است، بدین صورت که آنان طبابت را صرفاً یک امر علمی تلقی کرده و گمان می‌کنند فهم و تفسیر وضعیت بیمار تنها به کمک نتایج این تکنولوژی‌ها به دست خواهد آمد. در این متن سعی شد استدلال‌هایی در راستای نادرست بودن چنین برداشتی از طبابت ارائه شود.

در این مقاله مستدل شد با توجه به اینکه ذات طبابت از سنخ هرمنوتیک گفتگویی است و بنابر گادامر (۱)، به هنگام عمل به آن تحقق می‌یابد، تنها با مقرر کردن دستورالعمل‌ها میسر نمی‌شود بلکه نیازمند آن است تا دانش علمی در موقعیت‌های انضمامی به کار برده شود و از این لحاظ مفهوم حکمت عملی ارسطو، فرونیسیس، نقشی محوری را در طبابت پزشک و گفتگوی بالینی ایفا می‌کند.

حصول فهم روا پزشک از بیمار مستلزم گشودگی او به بیمار و مواجهه‌ای پدیدارشناسانه با وی بوده و از آنجا که موقعیت پزشک و بیمار نامتقارن است، برخوردی همدلانه را نیز طلب می‌کند. معتقدیم مفهوم همدلی پدیدارشناسانه باید در محوریت گفتگوی بالینی قرار گیرد تا بدین صورت امکان به اشتراک گذاشتن پیش‌فهم‌ها و امتزاج افق‌های فهم فراهم آید.

۱۱. پیشنهاد پژوهش‌های آینده

به عنوان پژوهش‌های آتی و همینطور در ادامه نوشته‌ی حاضر می‌توان به نقش حکمت عملی یا فرونیسیس در طبابت بالینی و همچنین رابطه‌ی فرونیسیس با همدلی پرداخت. در یک پژوهش دیگر می‌توان ویژگی‌های یک پزشک فرونتیک که به او در همدلی با بیمار کمک می‌کند را بررسی نمود.

پی‌نوشت‌ها

۱. بایستی ذکر شود که 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 وینار کشوری علوم انسانی و سلامت توسط اعضا 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 بفرمایید.

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» مقاله‌ای تدوین کردند. انتخاب موضوع مقالات به انتخاب نویسندگان بوده است و پس از داوری مقالات توسط کمیته علمی حیطه، مقالات برتر این دوره المپیاد به مرحله نهایی راه یافتند و در مرحله نهایی المپیاد در جلسه ارائه و پرسش و پاسخ در حضور هیأت داوران شرکت کردند. پس از پایان دوره یازدهم المپیاد، کمیته علمی (دکتر حمیدرضا نمازی، دکتر غلامحسین مقدم حیدری و دکتر علیرضا منجمی) مقالات را مجدداً ارزیابی و ویناری 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. فرونیموس یا انسان حکیم نحوه ی انجام کار درست در موقعیت خاص را میداند

۳. که بازنمایی تجربه‌های دیگری است

کتاب‌نامه

منجمی ع. نقد و ارزیابی رویکردهای اصلی موجود در فلسفه پزشکی و ارائه مدلی بر اساس دیدگاه هرمنوتیک گادامر. تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، دانشکده علوم انسانی؛ ۱۳۹۳.

Gadamer H-G. The enigma of health: The art of healing in a scientific age: John Wiley & Sons; 2018.

Aho K. Gadamer and Health.

- Ramberg B GK. Hermeneutics The Stanford Encyclopedia of Philosophy: Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2014.
- Malpas J. Hans-Georg Gadamer. In: Zalta EN, editor. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Fall 2018 ed: Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2018.
- Makkreel RA. Hermeneutics: Interpretation Theory in Schleiermacher, Dilthey, Heidegger, and Gadamer. *Journal of the History of Philosophy*. 1971;9(1):114-6.
- Schmidt LK. Understanding hermeneutics. In: Reynolds J, editor. *Understanding Movements in Modern Thought*: Routledge; 2007. p. 99-114.
- Svenaesus F. Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality. *Theoretical medicine and bioethics*. 2000;21(2):171-89.
- Palmer RE. *Hermeneutics*: Northwestern University Press; 1969.
- Daniel SL. The patient as text: a model of clinical hermeneutics. *Theoretical Medicine*. 1986;7(2):195-210.
- Svenaesus F. *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. 5: Springer Science & Business Media; 2000. p. 119-40.
- Thomasma DC. Clinical ethics as medical hermeneutics. *Theoretical medicine*. 1994;15(2):93-111.
- Ten Have H. The hyperreality of clinical ethics: a unitary theory and hermeneutics. *Theoretical Medicine*. 1994;15(2):113-31.
- Svenaesus F. Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2003;24(5):407-31.
- Gadamer H-G. *Nikomachische Ethik VI*: Vittorio Klostermann; 1998.
- Gadamer H-G, Weinsheimer J, Marshall DG. *EPZ truth and method*: Bloomsbury Publishing USA; 2004.
- Pellegrino ED. *A philosophical basis of medical practice: toward a philosophy and ethic of the healing professions*. 1981.
- Halpern J. What is clinical empathy? *Journal of general internal medicine*. 2003;18(8):670-4.
- Cuff BM, Brown SJ, Taylor L, Howat DJ. Empathy: a review of the concept. *Emotion Review*. 2016;8(2):144-53.
- Lishner DA, Stocks EL, Steinert SW. *Definitions of Empathy*. 2017.
- Hojat M. *Empathy in health professions education and patient care*: Springer; 2016.
- Pedersen R. Empathy: A wolf in sheep's clothing? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2008;11(3):325.
- Pedersen R. Empathy development in medical education—a critical review. *Medical teacher*. 2010;32(7):593-600.
- Agosta L. A rumor of empathy: Reconstructing Heidegger's contribution to empathy and empathic clinical practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2014;17(2):281-92.
- Agosta L. *Empathy in the Context of Philosophy*: Springer; 2010.