

Review Article

Appraisal of reflective observation and penetrative observation in *The History of Madness*

GholamHossein Moghaddam Heidari¹

1. Associate Professor, Department of philosophy of science and technology, The Institute for Humanities and Cultural Studies science (IHCS), Tehran, Iran. Email: gmheidari@gmail.com

Received: 11 Jul 2017 Accepted: 15 Nov 2017

Abstract

Background and Aim: The Foucault project can be called the genealogy of the modern subject and *The History of Madness* is one of his most important works in this field. Foucault emphasized on "observation" and its techniques in the formation of the subject as an object of knowledge. I distinguish between two types of observation in this book, which I call "reflective" and "penetrative" observation. In this article I try first to explain the reflective observation and its properties. Secondly, I show what social conditions in the 18th and 19th centuries led to reject this way of looking and gradually penetrative observation replaced reflective observation. Third, we explain the techniques of penetrative observation and show how this observation led to the emergence of psychology and psychiatry in the nineteenth century.

Materials and Methods: This research is based on a library study method based on the original sources of medical history especially *The History of Madness*.

Findings: Reflective observation did not, basically, involve observer; it involved only his monstrous surface, his visible animality; and it included at least one form of reciprocity, since the sane man could read in the madman, as in a mirror, the imminent movement of his downfall. Such a classical regime of truth did not construct madness as an object of enquiry and thus as subject to knowledge; it was simply a condition. By contrast, penetrative observation, arising with the new regime of the asylum was deeper and less reciprocal.

Conclusion: In fact, penetrative observation is the object-maker, and because of this, it makes scientific knowledge: psychology and psychiatry. Thus, by establishing the asylum in the nineteenth century, the human being as a subject could become the object of scientific knowledge that was called psychology.

Keywords: Reflective Observation; Penetrative Observation; Subject; Object; Foucault; Madness

Please cite this article as: Moghaddam Heidari GH. Appraisal of reflective observation and penetrative observation in *The History of Madness*. *Med Hist J* 2018; 9(33): 47-61.

بررسی مشاهده بازتابی و مشاهده نافذ در تاریخ جنون

غلامحسین مقدم حیدری^۱

۱. دانشیار، گروه فلسفه علم و فناوری، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران. Email: gmheidari@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۶/۴/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: پروژه فوکو را می‌توان تبارشناسی سوژه مدرن نامید و کتاب تاریخ جنون یکی از مهم‌ترین آثار او در این زمینه است. آنچه در این کتاب به طور برجسته‌ای خود را نمایان می‌سازد، تأکید فوکو بر «عمل مشاهده» و تکنیک‌های آن در شکل‌گیری سوژه به منزله ابژه‌ای برای شناخت می‌باشد. با تأمل در این کتاب می‌توان دو نوع مشاهده را از هم متمایز کرد که ما آن‌ها را مشاهده بازتابی (Reflective) و مشاهده نافذ (Penetrative) می‌نامیم. در این مقاله می‌کوشیم اولاً به بررسی مشاهده بازتابی و ویژگی‌هایش بپردازیم؛ ثانیاً نشان می‌دهیم که چه شرایط اجتماعی در قرون هیجدهم و نوزدهم میلادی سبب شد تا این شیوه مشاهده دیوانگان رنگ ببازد و به تدریج مشاهده بدیلی - مشاهده نافذ - جایگزین آن شود؛ ثالثاً با تشریح تکنیک‌های مشاهده نافذ، ویژگی‌هایی این نوع مشاهده را بررسی می‌کنیم و نشان می‌دهیم که چگونه این شیوه مشاهده سبب پیدایش روانشناسی و روانپزشکی در قرن نوزدهم میلادی شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش کتابخانه‌ای با تکیه بر کتاب بسیار مهم تاریخ جنون اثر میشل فوکو - مورخ، جامعه‌شناس و فیلسوف فرانسوی معاصر - و شارحین و ناقدین او انجام گرفته است.

یافته‌ها: در مشاهده بازتابی مشاهده‌گر با دیدن دیوانگان با آن‌ها هم‌نوا می‌شود و تجربه او از این وضعیت، تجربه‌ای از وضعیتی انسانی است. حال آنکه در مشاهده نافذ مشاهده‌گر در دیوانه متوقف می‌شود و مشاهده‌گر دیوانه را همچون ابژه‌ای می‌بیند که اولاً قصد دارد تا طبیعت دیوانگی او را بشناسد؛ ثانیاً می‌خواهد او را درمان کند.

نتیجه‌گیری: در واقع مشاهده نافذ مشاهده‌ای ابژه‌ساز است و به دلیل همین ویژگی‌اش معرفت‌ساز نیز هست. بدین گونه با تأسیس آسایشگاه روانی در قرن نوزدهم حقیقت انسان به منزله سوژه توانست به ابژه دانشی علمی - روانپزشکی - بدل شود.

واژگان کلیدی: مشاهده بازتابی؛ مشاهده نافذ؛ سوژه؛ ابژه؛ فوکو؛ جنون

مقدمه

معمولاً وقتی از «مشاهده (Observation)» سخن می‌گوییم، انبوهی از نظریه‌های حوزه فلسفه علم به ذهن خطور می‌کنند که موضوع بحث آن‌ها درباره چگونگی تأثیرپذیری یا تأثیر ناپذیری مشاهده امور طبیعی از اهداف و تجربه‌های پیشین مشاهده‌گر از منظر معرفت‌شناختی، معناشناختی، روان‌شناختی یا جامعه‌شناختی است. در واقع آنچه که در این مکاتب ابژه مشاهده هستند، اشیا و پدیده‌های طبیعی - غیر از انسان - می‌باشند، اما باید توجه کرد که در تاریخ رشد و تحول معرفت تنها اشیای طبیعی ابژه فاعل شناسا نبوده است، بلکه خود انسان نیز ابژه خود شده و مورد مطالعه خود قرار گرفته است. به عبارت دیگر در عمل مشاهده‌کردن هم مشاهده‌گر (سوژه Subject) و هم مشاهده‌شونده (ابژه Object) هر دو انسان هستند. از این رو «مشاهده» در این حوزه دارای ویژگی‌هایی است که آن را از «مشاهده» در علوم طبیعی متمایز می‌کند. در پزشکی بدن ابژه فاعل شناسا و در علوم انسانی روان، کردارهای فردی و اجتماعی او ابژه پژوهش انسان شده‌اند، اما نکته قابل تأمل این است که همچنان ویژگی‌های مشاهده در حوزه پزشکی، روانپزشکی و روانشناسی همانند ویژگی‌های آن در حوزه علوم طبیعی قلمداد می‌شود. حال آنکه مطالعات تاریخی نشان می‌دهند که «مشاهده» در این حوزه‌ها نه تنها ارتباط تنگاتنگی با «درمان» دارند، بلکه در روابط قدرت تنیده شده‌اند. از جمله کسانی که کوشیده تا در این زمینه به پژوهش بپردازد، می‌توان به میشل فوکو - فیلسوف و جامعه‌شناس معاصر - اشاره کرد. او عمل «مشاهده» را در فرایند پروژه خود، یعنی «تبارشناسی سوژه مدرن به منزله واقعیتی تاریخی و فرهنگی» (۱)، مورد بررسی قرار داده است. او معتقد است از آنجا که «سوژه انسانی در مناسبات تولید و در روابط معنا قرار گرفته است، در روابط بسیار پیچیده قدرت نیز قرار دارد» (۲). کتاب‌های تاریخ جنون (۳) و تاریخ کلینیک (۴) را می‌توان در همین راستا دید. پیش از این در مقاله «مشاهده کلینیکی به مثابه عملی سیاسی» ویژگی‌های مشاهده از آن جهت که ابژه آن بدن انسان است، مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شد که «عمل مشاهده» در پزشکی کلینیکی عملی

سیاسی است.^۱ این ویژگی‌ای است که نمی‌توان آن را در بحث‌های مرتبط با مشاهده در حوزه فلسفه علم یا فلسفه علوم اجتماعی رایج یافت. حال در این مقاله قصد داریم ویژگی‌های مشاهده را از آن جهت که ابژه آن روان انسان است، از منظر آرای فوکو بررسی کنیم و نشان دهیم که مشاهده در این حوزه نه تنها عملی سیاسی است، بلکه هویت‌ساز نیز می‌باشد و این ویژگی سبب شد تا در قرن نوزدهم «مشاهده» به مثابه تکنیکی برای درمان بیماری‌های روانی به ویژه جنون به کار گرفته شود و بدین گونه دانش روانشناسی به وجود آید.

تأمل و تدقیق در کتاب تاریخ جنون نشانگر آن است که گویا فوکو از دو نوع مشاهده سخن می‌گوید، گرچه به صراحت بدان‌ها اشاره‌ای نمی‌نماید. نوع اول مشاهده جنون در مراکز اقامت اجباری عصر کلاسیک است و نوع دوم مشاهده جنون در آسایشگاه‌های قرن نوزدهم می‌باشد. مؤلف معتقد است که می‌توان این دو نوع مشاهده را به ترتیب «مشاهده بازتابی» و «مشاهده نافذ» نامید. با چنین تقسیم‌بندی‌ای می‌توان ویژگی‌های «مشاهده» در روانپزشکی را به لحاظ تاریخی مورد بررسی قرار داد. در ادامه به بررسی این دو نوع مشاهده می‌پردازیم.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش کتابخانه‌ای با تکیه بر کتاب بسیار مهم تاریخ جنون اثر میشل فوکو - مورخ، جامعه‌شناس و فیلسوف فرانسوی معاصر - و شارحین و ناقدین او انجام گرفته است.

یافته‌ها

۱- مشاهده بازتابی

از نظر فوکو مشاهده دیوانگان از قرون وسطی تا عصر کلاسیک در قالب «نمایش Spectacle» بوده است، حتی پس از حبس بزرگ در عصر کلاسیک، یعنی زمانی که درهای دیوانه‌خانه‌ها بسته شد و دیوانگان در آنجا محبوس شدند، این رسم از بین نرفت. «جنون در معرض دید بود، منتها از پشت میله‌ها؛ پیدا و آشکار بود، ولی از فاصله و زیر نگاه خردی که

با آن هیچ سنخیتی نداشت» (۵)، مثلاً در برخی از دیوانه‌خانه‌های آلمان پنجره‌هایی نرده‌دار نصب کرده بودند و بدین ترتیب مردم می‌توانستند دیوانه‌های زنجیری را از بیرون تماشا کنند. نمایش دیوانگان گسترش یافت، به حدی که در پاریس و لندن تقریباً رسمیت یافت. فوکو به گزارش‌هایی استناد می‌کند که بنا بر آن‌ها در سال ۱۸۱۵ در بیمارستان بتلم هنوز دیوانه‌های خشمگین را هر یکشنبه در ازای یک پنی به نمایش می‌گذاشتند که درآمد سالیانه حاصل از این بازدیدها به حدود چهارصد لیره بالغ می‌شد، یعنی افرادی که سالانه به دیدن دیوانه‌ها می‌رفتند، تقریباً رقم حیرت‌آور نود و شش هزار نفر بوده‌اند! در فرانسه تا زمان انقلاب گردش در بیمارستان بیستر و تماشای دیوانگان یکی از سرگرمی‌های روزهای یکشنبه بورژواها بود، چرا دیوانگان به نمایش گذاشته می‌شدند؟

پاسخ این پرسش را باید در تلقی عصر کلاسیک از بیماری یافت. در این عصر دیوانه بیمار تلقی نمی‌شد، بلکه جانوری پنداشته می‌شد که استحکام حیوانی و زمختی‌اش او را در برابر گرسنگی، گرما، سرما و درد مقاوم می‌کرد. از این رو دیوانگان در سخت‌ترین شرایط در مراکز اقامت اجباری نگه داشته می‌شدند. «به همین دلیل است که حد نهایی جنون در آن عصر کم‌تر از هر زمانی در حیطه صلاحیت پزشکی جای داشت و به همان اندازه هم از قلمرو اصلاح و تربیت دور بود، زیرا گمان می‌کردند که حیوانیت افسارگسیخته را تنها با دست‌آموز کردن و تحمیق می‌توان مهار کرد» (۶)، مثلاً به دیوانه امر می‌کردند تا غذایش را بخورد و اگر دیوانه از این کار سرباز می‌زد، او را با ضربات شلاق تنبیه می‌کردند و اگر در مقابل این فرمان رام و مطیع بود، به او اجازه می‌دادند در ناهارخوری نزد مربی‌اش غذا بخورد. دیوانگان را همچون حیوانات به سخت‌ترین کارهای زراعی وا می‌داشتند. بعضی را به عنوان حیوان بارکش استفاده می‌کردند و بعضی دیگر را به عنوان خدمتکار. اگر دیوانه در برابر انجام این کارها مخالفت می‌کرد، با ضربات شلاق او را وادار به اطاعت می‌کردند. دیوانه «جانوری بود با ساز و کار عجیب و دیوانگی حیوانیتی که دیگر هیچ اثری از انسانیت در آن باقی نبود» (۷).

بدین گونه در «دیوانه‌خانه‌ها تصور وجود جنبه حیوانی در دیوانه حاکم شد و این مراکز را به قفس حیوانات و باغ وحش شبیه کرد» (۸) که آن‌ها را به نمایش می‌گذاشتند. دیوانه‌های بیستر را «مانند حیوانات عجیب به هر دهاتی که مبلغی ناچیز بدهد» نشان می‌دادند. مردم به بیستر می‌رفتند تا ببینند که نگهبان چگونه مثل معرکه‌گیرهایی که میمون‌ها را در بازار مکاره سن ژرمن دست‌آموز می‌کردند، دیوانه‌ها را در معرض تماشای مردم می‌گذارند. بعضی زندان‌بان‌ها به دلیل مهارتشان در وادار کردن دیوانه‌ها به انواع رقص و بندبازی به زور چندین ضربه شلاق شهرت خاص داشتند.

از نظر فوکو در انتهای قرن هیجدهم تغییری در این نمایش‌ها به وجود آمد و وظیفه نمایش‌دادن دیوانه‌ها به خودشان سپرده شد «گویی جنون خود باید شاهد و گویای حال خویش می‌بود» (۹). دیوانگان هم‌درانشان را به معرض نمایش می‌گذاشتند، کسانی که به نوبه خود همین عمل را با آنان انجام می‌دادند. از مزایای این روش این بود که نگهبانان نیز می‌توانستند همچون مردم عادی به تماشای این نمایش‌ها بنشینند. این روش چنان پیشرفت کرد که در نخستین سال‌های قرن نوزدهم در بیمارستان شرانتون نمایش‌های مشهوری ترتیب داده شد که در آن‌ها «دیوانه‌ها گاه نقش بازیگر را به عهده داشتند و گاه نقش تماشاگر (Spectator) تماشاشده را» (۱۰). این نمایش‌ها سبب خنده استهزاآمیز و دلسوزی توهین‌آمیز حصار می‌شد. دیوانگان عجیب‌الخلقه‌هایی پنداشته می‌شدند که باید به نمایش گذاشته شوند. دیوانه‌خانه‌ها به رغم سکوت و پرده‌پوشی خود از جنون نمایش ساختند و به منظور شادی و خوشایند همگانی آن را به رسوایی آشکار و عیان تبدیل کردند (۱۱).

فوکو معتقد است که بدین گونه «جنون به نمایش محض تبدیل شد» (۱۲) و «جنون به موضوع تماشا و نظاره بدل شد» (۱۳). دیوانگان بازیگران نمایشی بودند که انسان‌های عاقل به مشاهده آنان می‌پرداختند. چنین مشاهده‌ای دارای ویژگی خاصی بود: «این مشاهده به طور اساسی دیوانه را درگیر نمی‌کرد، بلکه از توجه به ظاهر هولناک و حیوانیت عیان‌ش فراتر نمی‌رفت. به علاوه دست کم از یک نظر

۲- جنون به منزله بیماری

عصر کلاسیک با افراد مبتلا به مالیخولیا و هیستری مواجه بود که گرچه کردارهای آنان در مقوله اعمال و رفتار دیوانگان قرار می‌گرفت، اما مطابق نظریه‌های آن عصر دارای منشأ تنی نیز بودند. از این رو مالیخولیا و هیستری، گرچه مطابق با سنت‌های رنسانس دیوانگی به شمار می‌آمدند، اما در عصر کلاسیک به عنوان بیماری نیز مورد توجه پزشکان بودند و آنان می‌کوشیدند تا راه‌هایی برای درمان آن‌ها بیابند. بدین گونه روش‌های درمانی جنون در خارج از بیمارستان توسعه یافتند. فوکو معتقد است «تلاش برای تمیز روش‌هایی که در عصر کلاسیک به درمان جسم نظر داشتند و معالجاتی که روح را هدف قرار می‌دادند، بی‌حاصل است؛ به این دلیل ساده که در آن عصر روانشناسی وجود نداشت» (۱۷) مثلاً هنگامی که خوراندن مواد تلخ به بیمار تجویز می‌شد، این درمان، درمانی جسمی نبود، زیرا پالایش روح و جسم را یکسان در نظر داشت. یا آنگاه که به بیمار مالیخولیایی توصیه می‌شد زندگی بی‌پیرایه زحمتکش‌شان را در پیش گیرد و یا هنگامی که تصورات هذیانی‌اش را به نمایش درمی‌آوردند، معالجه روانی در میان نبود، زیرا حرکت ذرات روح (Esprits)^۲ در اعصاب و غلظت اخلاط بیش از هر چیز مورد توجه بود. در واقع نزد ایشان بیماری همه وجود فرد را دربر گرفته است و هدف نیز، «درمان همه وجود فرد بود، از تار عصبی تا جریان تخلیلاتش» (۱۸). روش‌هایی همچون استحکام بخشیدن (Consolidation)، تصفیه (Purification)، فروبردن در آب (Immersion)، تنظیم حرکت (Regulation of Movement)، گرچه به ظاهر جسمی بودند، اما هدفشان درمان صرفاً جسمی نبود.

اما نکته مهمی که باید بدان توجه کرد، این بود که کار پزشکی درباره دیوانگان بیرون از مراکز اقامت اجباری انجام می‌شد و پزشکان در این مراکز حضور نداشتند، اما چه عواملی سبب شد که پزشکان به داخل این مراکز راه بیابند؟ فوکو معتقد است که مردم همواره نوعی ترس و اضطراب از این مراکز داشتند که از وحشت محبوس‌شدن سرچشمه می‌گرفت. در میانه قرن هیجدهم مردم از درد اسرارآمیزی وحشت داشتند که شایع بود منشأ آن مراکز اقامت اجباری است و به

مشاهده‌ای دوطرفه بود، زیرا انسان عاقل می‌توانست در وجود دیوانه همچون در آینه نظاره‌گر سقوط قریب‌الوقوع خویش باشد» (۱۴). به عبارت دیگر مشاهده دیوانگان در نمایشی که ترتیب داده می‌شد، دارای دو ویژگی بود:

- اولاً همانطور که مشاهده حیوانات در قفس یا سیرک از دیدن ظاهر آنان و رفتار و حرکاتشان فراتر نمی‌رفت، مشاهده دیوانگان هم تنها سبب افزایش شور و حدت حرکات و اعمال آن‌ها می‌شد و نمی‌کوشید که به عمق وجود آنان نفوذ کند تا آنان را اصلاح یا درمان کند. این فقط تماشای یک نمایش بود؛ - ثانیاً مشاهده دیوانه توسط افراد عاقل مشاهده‌ای بازتابی بود، یعنی دیوانه مشاهده افراد عاقل تماشاگر را برمی‌گرداند و به آنان خاطرنشان می‌کرد که ممکن است که آنان نیز روزی به سرنوشت دیوانگان مبتلا شوند. در واقع در این بازتاب مشاهده نوعی عبرت نهفته بود و به افراد عاقل متذکر می‌شد که دیوانگی نوعی از وضعیت وجود انسانی است که هر آن ممکن است افراد عاقل هم به آن مبتلا شوند. به عبارت دیگر «دیوانه حقیقت هر کس را به او یادآور می‌شد» (۱۵).

برای فهم بهتر این موضوع مثال دیگری می‌زنیم. حضور بر بالین فردی در حال احتضار سبب آن نمی‌شود تا افراد تماشاگر موضوع مرگ را مورد مطالعه و پژوهش قرار دهند، بلکه تنها موجب تذکر و یادآوری مرگ در این افراد می‌گردد. به عبارت دیگر به آن‌ها یادآوری می‌کند که مرگ وضعیتی انسانی است که آنان هم روزی بدان دچار می‌شوند. چنین تذکری فقط می‌تواند سبب عبرت در افراد تماشاگر شود. تماشای دیوانگان در اقامت گاه‌های عصر کلاسیک دقیقاً همین وضع را داشت و ویژگی بازتابی مشاهده این اجازه را نمی‌داد تا تماشاگران - چه افراد عادی چه مراقبان و نگهبانان دیوانگان - دیوانگی را به منزله ابژه پژوهش پزشکی ببینند و دانش و معرفتی حول آن بسازند و با بیماری‌پنداشتن‌اش تکنیک‌هایی برای درمان آن ارائه کنند. از این رو «چنین رژیم کلاسیکی از حقیقت نتوانست دیوانگی را به عنوان ابژه پژوهش و بنابراین به عنوان سوژه معرفت بسازد، بلکه بسادگی یک وضعیت انسانی بود» (۱۶).

حال این پرسش مهم مطرح می‌شود که چه عواملی سبب شد تا جنون ابژه دانش پزشکی در نظر گرفته شود؟

زودی همه شهرها را هم دربر خواهد گرفت. آنان از تب زندان سخن می‌گفتند. از گاری‌های حامل محکومان، این زنجیریانی که از شهرها عبور می‌کردند و در پس خود رد بیماری را به جا می‌گذاشتند. گمان می‌کردند که هوای مسموم به امراض در داخل اقامتگاه‌های اجباری، نواحی مسکونی را فاسد و آلوده خواهد کرد.

بسیاری از مراکز اصلی و مهم اقامت اجباری بر جایی بنا شده بود که پیشتر جذامیان در آن نگه داشته می‌شدند. از این رو ترس از این مراکز در قرون وسطی دوباره جان گرفت. دیوانگان محبوس در این مراکز حامل همان نشان و معنایی شدند که ساکنان پیشین این مراکز - یعنی جذامیان - با خود حمل می‌کردند. فوکو معتقد است: «فرار از عالم بی‌خردان ممکن نبود: صورت‌های گوناگون بی‌خردی که در قلمرو شر جای جذام را گرفته بودند و به مکانی رانده شده بودند که به بیشترین حد ممکن از جامعه دور باشند، به جذام آشکار و عیان تبدیل شدند و زخم‌های ویرانگر خود را در برابر چشمان مردم قرار دادند» (۱۹).

اما نکته مهم در این پدیده گره‌خوردن محل حبس دیوانگان با بیماری بود، البته پیوند میان این دو بر اساس چهار چوب‌های پزشکی نبود، بلکه پیوندی در وهم و تصور مبهم مردمان آن روزگار بود. در سال ۱۷۸۰ بیماری‌ای مسری در پاریس شیوع یافت که منشأ آن را عفونتی در بیمارستان بیستر می‌دانستند. هیأتی برای تحقیق در این باره گماشته شد که متشکل از چند استاد دانشگاه، رییس دانشکده پزشکی و پزشک عمومی بیمارستان بود، گرچه گزارش این هیأت وجود عفونت در بیمارستان را تأیید می‌کرد، اما این که این عفونت منشأ بیماری مسری در پاریس است را رد کرد. با این وجود وحشت از بیماری‌های داخل این مراکز سبب جنبش بزرگی از اصلاحات در وضعیت این اقامتگاه‌ها در نیمه دوم قرن هیجدهم شد. هدف از این اصلاحات عبارت بودند از:

- کاهش میزان سرایت بیماری‌ها از طریق محو ناپاکی‌ها و بخارهای فاسدی که در فضای این مراکز معلق بود و تضعیف روند گندیدگی و تخمیری که در درون آن‌ها انجام می‌یافت و گسترش پیدا می‌کرد.

- ممانعت از آنکه شر و مرض هوا را آلوده کند و شهرها را در معرض سرایت قرار دهد (۲۰).

از این رو تصمیم گرفته شد تا بیمارستان‌ها، زندان و اقامت گاه‌های اجباری را به مکان‌هایی ببرند که بیشترین فاصله را با شهرها داشته باشند و از هوای پاکتری برخوردار باشند. جامعه آن روزگار آرزوی بیمارستان و دیوانه‌خانه‌ای را داشت که در عین حالی که به وظایف اساسی‌اش عمل می‌کرد، اما شر و بیماری در آن به حیاتی ضعیف و بی‌تحرك ادامه دهد و هرگز اشاعه نیابد. «در چنین دیوانه‌خانه‌ای بی‌خردی کاملاً در قید و بند است و به نمایش گذاشته می‌شود، بی‌آنکه برای تماشاگر خطرناک باشد؛ چنین دیوانه‌خانه‌ای توانایی بسیار در عبرت‌آموزی دارد و در عین حال از خطر سرایت عاری است» (۲۱). بدین گونه پزشکان به داخل دیوانه‌خانه‌ها راه یافتند.

تصور رایج آن است که پزشکان شریف و آگاه به داخل مراکز اقامت اجباری آمدند تا دیوانگان را از مجرمان تشخیص دهند و دیوانگان را در مراکزی جداگانه نگهداری کنند، «ولی در واقعیت ورود علم پزشکی به این عرصه حاصل چنین بی‌طرفی نیک‌خواهانه‌ای نبود. دلیلی که جامعه پزشکان را به کمک طلبید و از آنان خواست تا ناظر و مراقب امور باشند، ترس بود. جامعه از فعل و انفعالات شیمیایی عجیبی که در میان دیوارهای مراکز اقامت اجباری جریان داشت، می‌ترسید؛ از قدرت‌ها و نیروهایی که در آنجا پا می‌گرفتند و اشاعه آن‌ها اجتماع را تهدید می‌کرد، هراس داشت» (۲۲).

به عبارت دیگر «انسان - پزشک» را برای آن به قلمرو مراکز اقامت اجباری فرخواندند که داور باشد و جرم را از جنون و شر را از بیماری تشخیص دهد، بلکه بدان مقصود که نگهبان باشد و دیگران را از خطر مبهمی که از میان دیوارهای مراکز اقامت اجباری به بیرون سرایت می‌کرد، حفظ کند» (۲۳). به عبارت دیگر ترس و وحشت از مراکز اقامت اجباری سبب شد تا پزشکان در این مراکز استقرار یابند، اما باید توجه کرد که این ترس، ترسی نبود که فقط در میان مردم نسبت به این مراکز وجود داشته باشد، بلکه بر محیط داخل این مراکز نیز ترس و وحشت حاکم بود. ترس و وحشتی که حاصل شیوه‌های تنبیه و مجازات دیوانگان بود، شامل دو وجه می‌شد:

اولاً اعمال خشونت بار دیوانگان را مهار می‌کرد؛ ثانیاً سبب دوری از دیوانگی می‌شد.

با استقرار پزشکان در این مراکز و به عهده گرفتن اداره آن‌ها، پزشکان توانستند با فراغت بال بیشتر و با امکانت بیشتر به تحقیق درباره روش‌های درمان دیوانگی بپردازند. به تدریج غل و زنجیرها از پای دیوانگان باز شد و حقوق و ماهیت انسانی دیوانه را به او بازگرداندند. اقامت گاه اجباری جای خود را به آسایشگاه داد، اما این به معنای از بین رفتن ترس نبود. ترس به شیوه دیگری خود را باز تولید کرد. وحشت حاکم بر اقامتگاه در غل و زنجیرها و شیوه‌های تنبیه و مجازات قرار داشت، در حالی که در آسایشگاه این ترس در قلب و وجدان دیوانگان جای گرفته بود. به عبارتی دیگر «وحشتی که در مراکز اقامت اجباری حاکم بود، آشکارترین نشانه سلب ماهیت انسانی دیوانه در عصر کلاسیک بود، اما در عزلتگاه ترس ماهیت و حقوق انسانی را به دیوانه باز می‌گردانید و بدین ترتیب می‌توانست توافق و همدلی نهانی و نخستین دیوانه و عاقل را از نو برقرار کند... دیگر نه قرار بود که جنون ترس ایجاد کند، نه می‌توانست چنین کند، بلکه خود قطعاً و تا ابد می‌بایست در هراس باشد و از این رو کاملاً تسلیم تربیت مبتنی بر عقل سلیم، حقیقت و اخلاق شود» (۲۴).

ترس حاکم بر آسایشگاه عمق داشت و بدون به کارگیری ابزار و وسایل تنبیهی مستقیماً در بیمار اثر می‌کرد. هدف آن بود که حس مسؤولیت ساده و غریزی بیمار بیدار و تجلی شود، یعنی آن بخش از وجودش که در آن هر گونه تجلی جنون با تصور مجازات پیوسته است. دیوانه به مثابه دیوانه و در چارچوب این بیماری‌ای که دیگر به دلیل آن مقصر پنداشته نمی‌شد، باید خود را مسؤول آن دسته از اعمال خویش می‌دانست که اخلاق و جامعه را آشفته می‌کرد و فقط خود را برای مجازات‌هایی که در موردش اعمال می‌شد، شایسته سرزنش می‌دانست. به عبارت دیگر او باید از جنونش آگاه می‌شد. بدین ترتیب غل و زنجیرهای اقامت گاه‌های اجباری جای خود را به قید و بند مستقیم‌تر و بی‌واسطه‌تری دادند. در آسایشگاه «وحشت آزاد و فارغ بال دیوانه جای خود را به اضطراب خفقان‌آور حاصل از احساس مسؤولیت می‌داد.

ترس دیگر از آن سوی میله‌های زندان حکومت نمی‌کرد، بلکه با واسطه وجدان تنبیه و سرکوب می‌کرد» (۲۵). آنچه رخ داد این بود که ویلیام توک (William Tuke)^۳ و فیلیپ پینل (Philippe Pinel)^۴ - قهرمانان روانپزشکی قرن نوزدهم - آسایشگاه را بنا کردند و «ترسی را که قرن‌ها دیوانه اسیر آن بود، در قلب جنون جای دادند» (۲۶). این کار با تکنیک‌هایی انجام گرفت که ما آن را تکنیک‌های «مشاهده نافذ» می‌نامیم. در بخش بعد به بررسی این تکنیک‌ها می‌پردازیم.

۳- تکنیک‌های مشاهده نافذ

فوکو معتقد است که دیوانه در اقامتگاه موجود خطاکاری پنداشته می‌شد که او را مجازات می‌کردند. حال آنکه در آسایشگاه «خطاکاری دیوانه برای او آگاهی از خود و رابطه‌ای یک‌جانبه با نگهبان بود و برای انسان عاقل، آگاهی از غیر و مداخله در هستی دیوانه به منظور درمان او، یعنی این خطاکاری، دیوانه را برای خود و دیگری موضوع و مفعول (ابژه) همیشگی مجازات می‌کرد. دیوانه با پذیرش موقعیت خود به مثابه مفعول (ابژه) و با آگاهی از تقصیر و خطاکاری خود باید به آگاهی از موقعیت خود به مثابه فاعل (سوژه) آزاد و مسؤول و نتیجتاً به خرد می‌رسید. حرکتی که از طریق آن دیوانه با تبدیل شدن به ابژه برای دیگری به آزادی می‌رسید در دو زمینه متحقق می‌شد: کار و مشاهده» (۲۷).

کار در آسایشگاه هیچ جنبه تولیدی نداشت و صرفاً به مثابه قاعده‌ای اخلاقی به بیماران تحمیل می‌شد. نظم ساعات کار، لزوم معطوف کردن دقت و توجه به آن و ضرورت رسیدن به نتیجه مطلوب، بیمار را از آزادی فکر و روح که برایش مرگبار بود، بی‌بهره و او را مقید به مجموعه‌ای از مسؤولیت‌ها می‌کرد، اما «مشاهده» کارکردی به مراتب مؤثرتر داشت و از طریق آن بود که ترس از احساس مسؤولیت در قلب دیوانه جای داده می‌شد، اما مشاهده چگونه در مورد دیوانه به کار گرفته می‌شد؟ به عبارت دیگر چه تکنیک‌هایی برای مشاهده کردن به کار گرفته می‌شد که ترس را در دل دیوانه می‌کاشت؟ فوکو در کتاب تاریخ جنون سه گونه از این تکنیک‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد: تکنیک مشاهده دیگران: «نیاز به احترام»؛

تکنیک «بازشناختن در آینه»؛ تکنیک «سکوت»؛ در معرض مشاهده نبودن. در ادامه به بررسی این تکنیک‌ها می‌پردازیم.

۱-۳- تکنیک مشاهده دیگران: «نیاز به احترام»؛ این

تکنیک مبتنی بود بر مشاهده دیگران که توک آن را «نیاز به احترام» می‌نامید و در درمان دیوانگان از کار هم مؤثرتر پنداشته می‌شد. بدین منظور توک مراسم خاصی برگزار می‌کرد که در آن دیوانگان باید زندگی اجتماعی را با تمام شئون و آداب رسمی‌اش تقلید می‌کردند، در حالی که دیگران به مشاهده آنان می‌پرداختند. او شب‌نشینی‌هایی ترتیب می‌داد که در آن‌ها هر کس می‌بایست زندگی اجتماعی را با همه شئون و آداب رسمی‌اش تقلید کند، در حالی که دیگران فقط با نگاه او را برانداز می‌کردند، این نگاه در کمین کوچک‌ترین حرکت نامناسب، بی‌نظمی و ناشیگری حاکی از جنون بود. سرپرستان و ناظران عزلتگاه هر از گاه بیمارانی را به عصرانه دعوت می‌کردند. مدعوین بهترین لباس خود را می‌پوشند و در ادب و نزاکت با یکدیگر رقابت می‌کردند. از آنان به عالی‌ترین نحو پذیرایی و طوری به آنان توجه و رسیدگی می‌شد که انگار میهمانانی غریبه‌اند. این مجالس معمولاً در نهایت نظم برگزار می‌شد و برای میهمانان بسیار دلپذیر بود و جوی را به وجود می‌آورد که بیماران می‌کوشیدند تا بر تمایلات و رفتارهای خود مسلط گردند. نکته مهم این است که این مراسم نزدیکی، گفتگو و شناخت متقابل افراد را سبب نمی‌شد. محیطی در اطراف دیوانه به وجود می‌آوردند که گرچه تمام عناصرش برای او آشنا بودند، اما در آن بیگانه بود و باید نقشی را که آن محیط از او طلب می‌کرد، اجرا کند نه آن‌گونه که خود بود. هر بی‌دقتی در اجرای این نقش مورد ارزیابی و قضاوت مشاهده‌گران این صحنه قرار می‌گرفت. بدین گونه دیوانه به یک ابژه تبدیل شد که انسان‌های عادی در نقش سوژه‌هایی به ارزیابی و قضاوت آن‌ها می‌پرداختند. بدین گونه با تحمیل آرام و بی‌سر و صدای ظاهر و نقاب شخصیتی اجتماعی به او از طریق مشاهده، توجه او را به سطح وجودی‌اش معطوف می‌کردند. دیوانه می‌کوشید رفتارش را به گونه‌ای سامان دهد که مطابق رفتار بهنجار مورد پذیرش جامعه باشد. توک و همکارانش در آسایشگاه با به کارگیری این شیوه سعی داشتند

تا رفتار دیوانه را بهنجار به عبارت دیگر دیوانه را درمان کنند، گرچه غل و زنجیرها را از دست و پای دیوانگان باز کرده بودند و به نظر می‌رسید که نزدیکی میان دیوانه با مشاهده‌گرانش به وجود آمده بود، اما دیوانه هیچ رابطه متقابل و تعاملی با مشاهده‌گرانش نداشت. «این نزدیکی در واقع فقط مجاورت نگاهی بود که نظارت می‌کرد، در کمین بود و نزدیک‌تر می‌آمد تا بهتر ببیند، اما بیشتر فاصله ایجاد می‌کرد، چراکه فقط بیگانگی را به رسمیت می‌شناخت» (۲۸).

۲-۳- تکنیک «بازشناختن در آینه»؛ در مراکز اقامت

اجباری پزشک مراقبت و قضاوت را یا از بیرون بر دیوانه تحمیل می‌کرد و یا آن را همچون امری اخلاقی درونی دیوانه می‌نمود. نمونه‌ای از این روش به شیوه بیرونی در سطور بالا بیان شد، کار توک عمدتاً به این شیوه اختصاص داشت، اما پینل شیوه‌ای به نام «بازشناختن در آینه» طراحی کرد که قضاوت و مراقبت را به درون دیوانه می‌برد. «در این روش هدف آن نبود که از طریق نمایش تحمیلی حقیقت، ولو حقیقتی تصنعی، خطا را از میان برند؛ مراد بیش از آنکه از میان‌بردن خبط و خطای جنون باشد، لطمه‌زدن به کبر و تفرعن آن بود» (۲۹). طراحان این شیوه نمایشی را ترتیب می‌دادند که در آن دیوانگان دیگر با مضحک نشان‌دادن ادعاهای دیوانه مورد نظر، شک و تردید و آشفتگی را به درون بیمار ببرند. بدین گونه بیمار همچون فردی که در مقابل آینه قرار گرفته است، در برابر آینه دیگران به مشاهده خود می‌پرداخت و خود را می‌شناخت و مورد قضاوت اخلاقی قرار می‌داد. این روش به دو شیوه انجام می‌شد:

- شیوه اول، شیوه تجلیل بود که در آن دیوانه را به تماشای جنون فرا می‌خواندند. پینل در این باره به ذکر موردی می‌پردازد. او از سه دیوانه یاد می‌کند که خود را لویی شانزدهم می‌پنداشتند و بر سر تاج و تخت با یکدیگر به نزاع می‌پرداختند. ناظم آسایشگاه یکی از آن‌ها را به کناری کشید و پرسید: چرا با این‌ها که دیوانگی‌شان آشکار است، مجادله می‌کنی؟ فکر می‌کنی که برای ما مسلم نیست که شما لویی شانزدهم هستید؟ دیوانه که از این تجلیل مغرور شده بود، در حالی که با نخوتی تحقیرآمیز دو نفر دیگر را نگاه می‌کرد، خود را از

منازعه کنار کشید. همین حیل را در مورد دیوانه دوم و سوم نیز به کار بردند و آنان نیز از مجادله کنار کشیدند. بدین گونه مشاجره آنان خاتمه یافت.

تأمل در این روش نشان می‌دهد هنگامی که دیوانه دیگران را نگاه و با این نگاه محکومشان می‌کرد، خود را توجیه می‌کرد و بر او مسلم می‌شد که هذیان او با واقعیت مطابق است. «شکاف میان خود بزرگ‌بینی و واقعیت تنها در دیگری، یعنی در موضوع نگاه، آشکار می‌شد. این شکاف در وجود خود یعنی فاعل نگاه کاملاً مستور و پنهان بود. فاعل نگاه حقیقت بی‌واسطه و قاضی مطلق می‌شد» (۳۰). حاکمیت تجلیل‌شده یکی از دیوانگان، پرده از حاکمیت دروغین دو دیوانه دیگر بر می‌داشت و بدین ترتیب از آنان سلب حاکمیت می‌کرد و خود در حالی که کبر دیوانه به اوج قدرت می‌رسید، تثبیت می‌شد. در این مرحله دیوانه جنون را به مثابه هذیان صرف به دیگران نسبت می‌داد، اما به منزله ناخودآگاهی کامل آن را در وجود خود می‌پذیرفت. بدین گونه شیوه آینه به کمک می‌آمد و توهم‌زدایی می‌کرد؛

- شیوه دوم، شیوه ذلت و خواری بود. در این شیوه دیوانه که از سر کبر و غرور خود را با موضوع هذیان‌ش یکی می‌پنداشت، در وجود دیوانگانی که ادعاهایش را مضحک می‌خواندند، تصویر خود را باز می‌یافت. پنبیل برای توضیح این روش مورد دیگری را مثال می‌زند. یکی از بیماران بیستر خود را پادشاه تصور می‌کرد و همیشه با لحنی آمرانه و تحکم‌آمیز سخن می‌گفت. یک روز که آرام‌تر بود ناظم بیمارستان به طرف او رفت و پرسید اگر پادشاه است، چرا به حبس خود خاتمه نمی‌دهد و با دیوانه‌های عادی در یک جا مانده است. ناظم در روزهای بعد نیز همین سخنان را تکرار کرد و کم‌کم مضحک‌بودن ادعاهای مبالغه‌آمیزش را آشکار کرد. دیوانه دیگری را به بیمار نشان داد که او هم از مدت‌ها پیش خیال می‌کرد که از قدرت حاکمیت برخوردار است و بدین سان خود را مضحکه دیگران کرده است. بیمار مانایی با شنیدن سخنان ناظم ابتدا دچار آشفتگی شد، سپس در فرمانروایی خود شک کرد و بالاخره متوجه شد که تصوراتش اوهامی بیش نیست و بدین گونه معالجه شد.

در این روش دیوانه با واهی خواندن ادعای دیوانه دیگر، که موضوع نگاه (ابژه) او بود، واهی‌بودن پندار خود را نیز می‌پذیرفت و حس استوار حاکمیتش در مقام فاعل (سوژه) در هم می‌شکست. او بی‌رحمانه و بی‌اغماض خود را می‌نگریست و در میان سکوت نمایندگان خرد که کاری نمی‌کردند، جز آنکه این آینه هولناک را در برابرش بگیرند، خود را در آینه می‌دید و به طور عینی به دیوانگی‌اش پی می‌برد.

نجات دیوانه از چنگ جنون در گرو آن بود که او نظاره‌گر نمایش بی‌خردی تحقیر شده خود باشد و در عین اسارت در اوهام مطلقاً ذهنی‌اش، ناگهان تصویر مضحک و عینی همان اوهام را در دیوانه همانند خود باز یابد. در بازی نگاه‌های متقابل که در آن دیوانه تنها خود را می‌دید، حقیقت از طریق غافلگیر کردن دیوانه به او القا می‌شد. «آسایشگاه در اجتماع دیوانگان، آینه‌ها را به گونه‌ای قرار داده بود که دیوانه بالاخره ناگزیر می‌شد به رغم میلش با مشاهده دیوانگی خود غافلگیر شود» (۳۱). دیوانه در برابر آنچه از حقیقت وجود خود می‌دانست، مسؤول شد، اسیر نگاه خود گردید، نگاهی که مدام معطوف به خویش بود. «او سرانجام به بند حقارت‌باری گرفتار آمد که ناچارش می‌کرد به موضوع شناخت خویش بدل شود» (۳۲). «دیوانه خود را نظاره می‌کرد و خود توسط خود نظاره می‌شد. او هم موضوع (ابژه) ناب نمایش بود هم فاعل (سوژه) مطلق آن» (۳۳).

۳-۳- تکنیک سکوت: در معرض مشاهده نبودن:

اقامت اجباری عصر کلاسیک در قیاس با گفتگوی مداوم خرد و جنون در دوران رنسانس، تحمیل سکوت بود، اما این سکوت کامل نبود، زیرا در این سکوت زبان واقعاً از بین نرفته بود، بلکه از طریق اشیا بیان می‌شد. اقامت اجباری، زندان، سیاهچال و حتی شکنجه و عذاب گفتگویی بی‌صدا میان خرد و بی‌خردی برقرار می‌کردند که همانا مبارزه بود. در عصر پنبیل این گفتگو قطع شد، سکوت مطلق بود و عقل و جنون دیگر زبان مشترکی نداشتند. «زبان هذیان را تنها فقدان زبان می‌توانست پاسخ گوید» (۳۴)، زیرا هذیان دیگر بخشی از گفتگو با خرد نبود، بلکه اصلاً زبان تلقی نمی‌شد.

پینل از زندانی‌ای سخن می‌گوید که روحانی بود و به دلیل ابتلا به جنون از کلیسا طرد شده بود. او دچار توهم عظمت بود و خود را مسیح می‌پنداشت. رفتار خودپسندانه و طمطراق سخنانش او را در بیمارستان مایه سرگرمی همگان کرده بود، اما چون گمان می‌کرد که مصیبت مسیح را از سر می‌گذراند، با شکیبایی ریشخندهای مداوم دیگران تحمل می‌کرد. پینل زنجیرها را از پای او گشود، اما با او مانند همگان رفتار نکرد. نه توصیه و نصیحتی به او کرد و نه قولی از او گرفت. بی‌آنکه کلامی بر زبان آورد، او را از بند رها کرد و دستور داد تا دیگران نیز مانند او با دیوانه رفتار سردی داشته باشند و با او همکلام نشوند. این ممنوعیت بر مردی که این چنین به خود مغرور بود، تأثیری عمیق‌تر از زنجیر و سیاهچال گذاشت. رهاشدگی به حال خود و انزوایی که در آزادی کاملش برای او تازگی داشت، باعث شد خود را تحقیر شده احساس کند. سرانجام پس از دوره طولانی شک و تردید افکارش معقول‌تر و منطقی‌تر شد و به جمع بیماران پیوست.

سیاهچال، زنجیر، موضوع مداوم سرگرمی و ریشخند دیگران شدن، عامل بروز و جولان آزادانه هذیان بیمار بود. همین‌ها نشان می‌داد که دیگران هذیان او را پذیرفته‌اند، اما هنگامی که زنجیرها شکسته شد، بی‌اعتنایی و سکوت همگان او را اسیر آزادی بی‌معنا و صوری کرد. او در سکوت دیگران با حقیقت خود که دیگر به رسمیت شناخته نمی‌شد، تنها ماند، هرچند باز هم این حقیقت را در برابر دیگران عرضه کرد، تلاش او مذبوحانه بود، زیرا دیگر در معرض نگاه کسی نبود و چون حتی تحقیر هم نمی‌شد این حقیقت دیگر به او احساس عظمت و جلال نمی‌داد. «اکنون خود این انسان نه انعکاس وجودش در هذیان تحقیر می‌شد» (۳۵)، قید و بند جسمی جای خود را به آزادی‌ای داده بود که هر آن به مرز تنهایی و انزوا می‌رسید. از آن پس او فقط زندانی خویش بود، رابطه‌اش با خود بر مبنای گناه و تقصیر قرار داشت و عدم ارتباطش با دیگران ناشی از شرمساری بود.

فوکو بر این نکته تأکید می‌کند که مشاهده نقش مهم و غیر قابل اجتنابی در ساختن هویت فرد دارد. این مشاهده لزوماً مشاهده افرادی نیست که موافق او هستند، بلکه مشاهده

افرادی که با او مخالفند یا حتی دشمن او تلقی می‌شوند نیز نقش مهم و بی‌بدیلی در ساختن هویت فرد دارند. فوکو در مورد بیمار فوق می‌گوید: «بیمار حضور آن‌ها را نه از طریق توجهی که به او معطوف بود، بلکه از طریق اجتنابشان از توجه به او از طریق نگاه برگشته‌شان احساس می‌کردند» (۳۶). مخالفت دیگران با فرد برای او مرزی می‌سازند که قلمرو هویت او را نشان می‌دهد. این مرز برای دیوانه داخل یک آسایشگاه کاملاً مشخص بود. تمسخر، تحقیر، پند و اندرز، زنجیر و سیاهچال از جمله چیزهایی بودند که مرز هویت او را می‌ساختند و او با نزدیک شدن به آن مرز هویت خود را باز می‌یافت. با گشودن زنجیرها بخشی از این مرز هویت‌ساز ناپدید شد و با سکوت دیگران به یکباره تمامی این مرز فرو ریخت. «دیگران برای او مرزی بودند که هر چه او بیشتر به سویس می‌رفت، خود را عقب‌تر می‌کشید. او از بند رها بود، اما به یمن سکوت دیگران اسیر گناه و شرمساری شده بود» (۳۷). «عذاب او مایه افتخارش بود پس رهایی تحقیرش می‌کرد» (۳۸). حس گناهکاری، شرمساری و خطا سبب می‌شد تا بیمار با وقوف یافتن بر بیماری خود به جمع دیگران بپیوندد و این گونه امکان وجود زبان مشترکی میان او و دیگران پدید آید. «این زبان، زبان خطاکاری پذیرفته شده بود» (۳۹).

مؤسسان آسایشگاه بر این نکته واقف بودند که مشاهده شدن توسط دیگران - به چشم آمدن توسط دیگران - نقشی بنیادین و مهم در ساختن هویت فرد دارد. از این رو با متوقف کردن این عمل فرد دیوانه را بی‌هویت می‌ساختند یا حداقل بخشی از هویت فرد دیوانه را که همان دیوانگی‌اش بود را مضمحل می‌کردند و بدین گونه می‌توانستند سبب درمان دیوانگی دیوانه شوند.

بحث

۱- ویژگی‌های مشاهده نافذ

همانطور که دیدیم در تکنیک نیاز به احترام صحنه نمایش به گونه‌ای ترتیب داده می‌شد که دیوانه مستقیماً ابژه مشاهده ناظم - پزشک قرار داشت و می‌بایست رفتار و اعمال خود را به گونه‌ای سامان دهد که مورد تأیید او قرار گیرد. از این رو عمل

مشاهده یک‌طرفه بود. در تکنیک‌های «بازشناختن در آینه» و «سکوت»، به نظر می‌رسد که دیوانه مستقیماً ابژه مشاهده ناظم - پزشک نیست، زیرا نمایشی ترتیب داده می‌شد که دیوانه مشاهده‌گر دیوانگی خود باشد، یعنی او در عین حالی که درگیر اوهام خویش است، بتواند تصویر همان اوهام را در دیوانگان دیگر ببیند. با این روش او در واقع به مشاهده خود می‌پرداخت. هدف این نمایش نمایانیدن خود دیوانه به منزله فردی خطاکار و گناهکار به خودش بود. پیش‌فرض این روش این است که دیوانه دارای ذاتی انسانی شبیه همه آدمیان دیگر است، اما به دلایلی این ذات انسانی را فراموش کرده است. از این رو به اوهامی دچار شده است و دست به اعمالی می‌زند که انسان‌های عاقل آن‌ها را انجام نمی‌دهند. حال اگر ما خطاکاری او را به او بنماییم - به عبارت دیگر متذکر خطاکاری او شویم - او به ناچار به خطای خویش اعتراف خواهد نمود و بدین گونه به ذات انسانی خود بازخواهد گشت.

در آسایشگاه دیوانه از سوی ناظم - پزشک بیمار تلقی می‌شد، اما دیوانه خود را بیمار نمی‌دانست. از این رو دستورالعمل‌های ناظم - پزشک را اجرا نمی‌کرد، پس ابتدا باید دیوانگی دیوانه را به خودش نشان داد. تنها پس از این امکان درمان دیوانه وجود داشت. به همین دلیل ناظم - پزشک نمایشی را ترتیب می‌داد تا دیوانه بر دیوانه‌بودنش واقف شود. در واقع تکنیک‌های مشاهده تکنیک‌هایی برای درمان دیوانگی دیوانه بودند.

در واقع در هر سه تکنیک فوق همچنان دیوانه ابژه مشاهده‌ای یک‌طرفه بود که نمی‌توانست جهت آن را به سوی مشاهده‌گرانش برگرداند، بلکه در عمق وجود او نفوذ می‌کرد و سبب می‌شد تا او رفتار، گفتار و هویتش را تغییر دهد. در مراکز اقامت اجباری عصر کلاسیک هم دیوانه در معرض نگاه دیگران بود، اما این نگاه در عمق وجود او نفوذ نمی‌کرد، بلکه از توجه به ظاهر هولناک و حیوانیت عیانش فراتر نمی‌رفت، به علاوه دست کم از یک نظر نگاهی متقابل بود، زیرا انسان سالم می‌توانست در وجود دیوانه، همچون آینه، نظاره‌گر سقوط قریب‌الوقوع خویش باشد. «اما نگاهی که توک آن را یکی از اجزای اصلی زندگی در آسایشگاه کرد، هم عمیق‌تر بود، هم

کم‌تر جنبه متقابل داشت. این مشاهده مراقب نامحسوس‌ترین نشانه‌های جنون بود، آنجا که جنون پنهانی دست و پای می‌زد و اندک‌اندک خود را از قید (سلطه عقل) رها می‌کرد، اما دیوانه به هیچ وجه قادر نبود این مشاهده را بازگرداند و خود نیز مشاهده کند، بلکه فقط او را مشاهده می‌کردند» (۴۰). چنین مشاهده‌ای «مشاهده‌ای نافذ» بود که در عمق وجود دیوانه نفوذ می‌کرد و با ایجاد احساس مسئولیت و ترس سبب می‌شد تا دیوانه اعمال و رفتارش را بهنجار کند: بهنجار از نظر پزشک - ناظر. در واقع آنچه به نظر می‌رسید که عملیاتی سلبی است که بندها را باز و عمق وجود و ذات دیوانه را آزاد می‌کند، در واقع عملیاتی ایجابی بود که دیوانه را در نظام پاداش و تنبیه اسیر کرد و در محدوده وجدان اخلاقی قرار داد، «یعنی از دنیایی که دیوانه را طعن و لعن می‌کرد، به عالمی گذر کردیم که او را در معرض قضاوت قرار می‌داد» (۴۱).

تکنیک‌های «مشاهده نافذ» دارای دو ویژگی مهم می‌باشد: - در این تکنیک‌های مشاهده «اراده‌ای برای دانستن طبیعت دیوانگی (یعنی علائم قابل رویت را به منزله نشانه‌ها تلقی کردن) وجود داشت» (۴۲). تنها بر مبنای اعمال و گفتار (علائم Signs) دیوانه درباره او قضاوت می‌کردند و کسی به نیت باطنی او، رازهای درونش و شرح حالی که خود از دیوانگی اش بیان می‌کرد (نشانه‌ها Symptoms)، توجهی نمی‌کرد. دیوانه را فقط مسؤول وجه آشکار و مشهود وجود خویش تلقی می‌کردند. غیر از آن هر چه بود، مجال ابراز نمی‌یافت. «وجود جنون را تنها در حد قابل رویت خود به رسمیت می‌شناختند» (۴۳)، یعنی «همه علائم قابل رویت دیوانگی به منزله نشانه‌های آن تلقی می‌شد» (۴۴).

- «مجبور کردن دیوانه به آگاهی‌یافتن از دیوانگی خودش و به دیدن خودش به منزله کسی که توسط مشاهده روانپزشک دیده و فهم شده است. روانپزشک منشأ معرفت دیوانگی او بود و درمانش به تسلیم کردن خودش به این معرفت بود. او مجبور به شناختن ماهیت خودش به عنوان دیوانه بود» (۴۵). در واقع «دیوانه مجبور بود در مقابل چشم عقل خودش را به ابژه تبدیل کند» (۴۶)، فقط در این صورت بود که دیوانه در میان

انسان‌های عاقل پذیرفته می‌شد، یعنی «به بهای تسلیم او در برابر بی‌نام و نشانی و بی‌هویتی‌اش» (۴۷).

نتیجه‌گیری

همانطور که دیدیم در تکنیک‌های مشاهده نافذ - همچون تکنیک نیاز به احترام، بازشناختن در آینه و سکوت - وقتی ناظم - پزشک به مشاهده بیمار می‌پردازد، هیچ احساس همنوایی با او نمی‌کند یا وضعیت خود را در وضعیت دیوانه باز نمی‌یابد، بلکه دیوانه را همچون ابژه‌ای می‌بیند که اولاً قصد دارد تا طبیعت دیوانگی او را بشناسد؛ ثانیاً می‌خواهد او را درمان کند. علم بیماری روانی که بدین‌گونه در آسایشگاه‌ها به وجود آمد و تکامل یافت فقط به کار مشاهده و طبقه‌بندی می‌پردازد. این علم هیچ گاه گفتگو میان خود و بیمار روانی را ایجاد نمی‌کند، گرچه به نظر می‌رسد که غل و زنجیرها از دست و پای دیوانگان باز شده‌اند و هیچ حائلی میان دیوانه با مشاهده‌گرانش وجود ندارد و دیوانه به مشاهده‌گرانش کاملاً نزدیک است، اما «این نزدیکی در واقع فقط مجاورت نگاهی بود که نظارت می‌کرد، در کمین بود و نزدیک‌تر می‌آمد تا بهتر ببیند، اما بیشتر فاصله ایجاد می‌کرد، چراکه فقط بیگانگی را به رسمیت می‌شناخت» (۴۸).

در واقع مشاهده نافذ مشاهده‌ای ابژه‌ساز است و به دلیل همین ویژگی‌اش می‌تواند معرفت‌ساز نیز باشد. بدین‌گونه با تأسیس آسایشگاه «حقیقت انسان به منزله سوژه توانست به ابژه دانشی علمی بدل شود» (۴۹). نکته مهم این است که ابژه این دانش سوژه نیز هست، اما سوژه‌ای که دانش از آن صرفاً از آن رو امکان‌پذیر است که این سوژه به ابژه درک علمی بدل می‌شود و این رویدادی مبتنی بر شکل‌گیری همبسته سوژه و ابژه دانش بود. این دقیقاً همان نگاهی است که در روانپزشکی مدرن غلبه دارد. در این روانپزشکی بیمار روانی ابژه دانش روانپزشکی قرار می‌گیرد و بدین‌گونه تنها نگاه نافذ است که فرایند دانش روانپزشکی را دربر گرفته است و همین سبب شده است که رابطه میان بیمار و روانپزشک رابطه‌ای یک‌سویه از پزشک به بیمار شود. بدین‌گونه رابطه دوطرفه میان بیمار و روانپزشک قطع می‌گردد و فرایند درمان به مجموعه‌ای از

دستورالعمل‌هایی تبدیل می‌شود که در بسیاری از موارد در درمان بیمار ناتوان می‌باشد. حال آنکه اگر نگاه تأملی با نگاه نافذ همراه می‌گشت، سبب می‌شد تا پزشک با قراردادن خود در «وضعیت وجودی»^۵ بیمار درک مناسب‌تری از بیمار روانی داشته باشد و بدین‌گونه شیوه‌های درمان نیز تغییر می‌کردند و کاراثر می‌شدند.

پژوهش این مقاله در قالب «طرح اعتلای علوم انسانی» در پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی انجام شده است.

پی‌نوشت

۱. در مقاله مقدم حیدری (۱۳۹۶ ش.) «مشاهده کلینیکی به مثابه عملی سیاسی»، فلسفه علم، سال هفتم، شماره اول، ویژگی‌های عمل «مشاهده» از آن جهت که ابژه آن بدن انسان است، مورد بررسی قرار گرفت و نشان داده شده که عمل «مشاهده‌کردن» در پزشکی - که ابژه آن بدن انسان می‌باشد - عملی سیاسی است.

۲. Esprits یا Esprits Animaux عناصر سبک و لطیفی که در پزشکی قدیم آن‌ها را عامل حیات و احساسات و برانگیزاننده حرکات و فعل و انفعالات، اعم از جسمی و روحی می‌پنداشتند.

۳. ویلیام توک (۱۸۲۲-۱۷۳۲ م.) - بازرگان و خیرخواه انگلیسی - متعلق به فرقه کویاکرها که با تأسیس بیمارستانی در انگلستان برای اولین‌بار از شیوه درمان اخلاقی (Moral Treatment) برای درمان دیوانگان این فرقه استفاده کرد. اعضای فرقه پروتستانی کویاکرها معتقد بودند که دیوانگان نشان با افراد لامذهب و فاسق در یک جا نگهداری می‌شوند و این سبب می‌شود که حتی اگر آن‌ها بهبود یابند، دارای تمایلات بی‌دینی شوند. از این رو آن‌ها عزلتگاه‌هایی جداگانه برای دیوانگان هم مسلک خود ساختند. بیمارستان The Retreat اولین بیمارستانی بود که توک برای دیوانگان این فرقه در Lamel Hill در York ساخت. آنان معتقد بودند که عزلتگاه می‌بایست عاملی برای ایجاد تفکیک و جدایی اخلاقی و مذهبی باشد، اما فوکو معتقد است که جداسازی و انفکاک مذهبی نه برای مصون نگهداشتن بیماران از تأثیر غیر مذهبی

افراد، بلکه قراردادن دیوانه در وضعیتی اخلاقی بود که در آن با خود و اطرافیان در جدال روحی افتد؛ مراد آن بود که برای دیوانه محیطی فراهم شود که به جای احساس امنیت، مداوماً دچار اضطراب و بی‌وقفه در معرض تهدید قانون و ترس از خطا باشد.

۴. فیلیپ پینل (۱۸۲۶-۱۷۳۵ م.) - پزشک فرانسوی - از جمله نخستین پزشکانی بود که دیوانگان را از زنجیر آزاد کرد و با بیمار تلقی کردن آنان در درمانشان کوشید. او در کتاب خود با عنوان «A Treatise on Insanity» معتقد است که دیوانگی هم نوعی بیماری است، منتها بیماری از نوع روانی نه جسمی، و دیوانگان هم باید مداوا شوند. او در ۱۷۹۳ به عنوان پزشک در بیمارستان بیستر «l'Hôpital Bicêtre» منسوب شد و در سال ۱۷۹۵ ریاست بیمارستان سالیپتیر «Hospice De La Salpêtrière» را بر عهده گرفت. پینل در زمان این مسئولیت‌هایش دستور داد تا زنجیر از دست و پای دیوانگان بردارند و آنان را شکنجه نکنند و مانند یک انسان بیمار با آنان رفتار کنند. همچنین او نخستین کسی بود که گزارش‌های مربوط به بیماران روانی را ثبت می‌کرد.

۵. برای درک «وضعیت وجودی بیمار» باید به سرمنشأهای آرا و اندیشه‌های فوکو اشاره کنیم. فوکو در مصاحبه‌ای در اواخر عمر با عنوان «بازگشت اخلاق» نیچه و هایدگر را ابزارهای اندیشه‌اش می‌داند. او می‌گوید: «هایدگر همواره برای من فیلسوف اساسی بوده است... خواندن هایدگر برای کل تحول فلسفی من تعیین‌کننده است، اما اعتراف می‌کنم که نیچه بر او می‌چربد... آن‌ها دو تجربه بنیادین من هستند» (۵۰). از این رو با کمی تأمل در دو شیوه مشاهده - بازتابی و نافذ - می‌بینیم که سرمنشأ این تمایز در آرا و اندیشه‌های هایدگر وجود دارد. هایدگر در کتاب «به سوی تعریفی از فلسفه» از دو نوع تجربه «دیدن» سخن می‌گوید. تجربه دیدن به مثابه یک «فرایند» و تجربه دیدن به مثابه یک «رخداد از آن خودکننده» (۵۱). تجربه دیدن چیزی به مثابه یک «رخداد از آن خودکننده» نحوه‌ای زیستن به سوی آن چیز است که طی آن، آن چیز نه چیزی برای همگان، بلکه چیزی برای مشاهده‌گر می‌شود. در چنین تجربه دیدنی مشاهده‌گر از

خود برون می‌شود و با دیدن و امر دیده‌شده هم‌نوا می‌شود. این هم‌نوايي بنیاد همان فهمی است که از دیدن چیزی در دیدن به مثابه «رخداد از آن خودکننده» بر مشاهده‌گر می‌رود. در چنین دیدنی، فهم بر وضعیت و واقع‌بودگی کنونی مشاهده‌گر تعلق می‌گیرد و امری که به تجربه دیدن درمی‌آید، تحت ابژه گردانی قرار نمی‌گیرد و این دقیقاً همان شرایطی است که در مشاهده بازتابی می‌توان یافت که در آن مشاهده‌گر با دیدن دیوانگان در اقامتگاه و پشت میله‌ها با آن‌ها هم‌نوا می‌شود و تجربه او از این وضعیت، تجربه‌ای از وضعیتی انسانی است که خود او نیز می‌تواند در آن قرار گیرد. به عبارت دیگر مشاهده او نحوه‌ای زیستن به سوی دیوانه است که در دیوانه متوقف نمی‌شود، بلکه از آن می‌گذرد و به سوی مشاهده‌گر بازتاب می‌شود و او آن را به مثابه رخدادی از آن خود می‌کند. حال آنکه در تجربه دیدن به منزله «فرایند» آنچه متعلق تجربه دیدن قرار می‌گیرد - که اکنون می‌توان از آن به ابژه تعبیر کرد- هیچ تماسی با مشاهده‌گر به عنوان تجربه‌کننده ندارد. چنین تجربه‌ای از فرا روی مشاهده‌گر به سوی چیز دیده می‌شود و از زیستن مشاهده‌گر به سوی آن چیز و نهایتاً هم‌نواشدن با آن ممانعت می‌کند و بدین سان تجربه دیدن را از یک تجربه حیاتی و زنده و تپنده - تجربه‌ای که مشاهده‌گر خود و وضعیت خود را در امر دیده‌شده باز می‌یابد - نزول می‌دهد و در واقع «حیات‌زدایی» از آن تجربه می‌کند.

References

1. Miler P. Domination and Power. Translated by Sarkhosh N, Jahandideh R. Tehran: Nashre Ney; 2003. p.164. [Persian]
2. Miler P. Domination and Power. Translated by Sarkhosh N, Jahandideh R. Tehran: Nashre Ney; 2003. p.408. [Persian]
3. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. [Persian]
4. Foucault M. The Birth of Clinic. Translated by Valiani F. Tehran: Nashre Mahi; 2011. [Persian]
5. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.83. [Persian]
6. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.89. [Persian]
7. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.83-84. [Persian]
8. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.86. [Persian]
9. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.82. [Persian]
10. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.82. [Persian]
11. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.82. [Persian]
12. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.83. [Persian]
13. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.83. [Persian]
14. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.245. [Persian]
15. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.19. [Persian]
16. Cowie E. Recording Reality, Desiring the Real. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2011. p.56.
17. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.185. [Persian]
18. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.145. [Persian]
19. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.193. [Persian]
20. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.195. [Persian]
21. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.196. [Persian]
22. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.194. [Persian]
23. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.194. [Persian]
24. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.242. [Persian]
25. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.243. [Persian]
26. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.243. [Persian]
27. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.243. [Persian]
28. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.246. [Persian]

29. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.261. [Persian]
30. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.260. [Persian]
31. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.261. [Persian]
32. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.262. [Persian]
33. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.259. [Persian]
34. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.258. [Persian]
35. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.258. [Persian]
36. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.258. [Persian]
37. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.258. [Persian]
38. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.258. [Persian]
39. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.259. [Persian]
40. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.245. [Persian]
41. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.246. [Persian]
42. Cowie E. Recording Reality, Desiring the Real. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2011. p.56.
43. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.246. [Persian]
44. Cowie E. Recording Reality, Desiring the Real. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2011. p.56.
45. Cowie E. Recording Reality, Desiring the Real. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2011. p.56.
46. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.246. [Persian]
47. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.246. [Persian]
48. Foucault M. History of Madness in the Classical Age. Translated by Valiani F. Tehran: Hermes; 2002. p.246. [Persian]
49. Miler P. Domination and Power. Translated by Sarkhosh N, Jahandideh R. Tehran: Nashre Ney; 2003. p.122. [Persian]
50. Foucault M. Return of Morality. Translated by Levin T, Lorenz I. New York: in Michel Foucault, Politics, Philosophy, Culture; 1988. p.242-254
51. Heidegger M. Toward the Definition of Philosophy. Translated by Sadler T. London: The Athlone Press; 2000. p.62-63.