

الوضع الحالي

الطب الصيني والعلم الحديث

لنتذكر مرةً أخرى دعوة اللغوي الأمريكي بنيامين لي وورف الذي كان قد كتب: لا بد «للعلم الطبيعي، للتجلي الواسع للثقافة الغربية الحديثة» أن يتقدم في مجالات الفكر والبحث «التي يصطدم بها ويستتكرها الفهم المتحيز ثقافياً». وإلا سوف يتحوّل هذا العلم «إلى منتحلٍ لماضيه الخاص»⁽¹⁾.

وقد توصل وورف إلى هذه المقولة بعد أن فتحت له دراسة لغات الهنود الحمر عالماً جديداً، وكان عليه إثبات أن كل لغة تضع أمام البشر الذين يتكلمونها حدوداً للمعرفة لا يمكنهم تجاوزها، إن لم يكونوا قادرين على التخلص من تحيزات هذه اللغة وقيودها. ورغم الحجج المغرية، يبدو أن تعلم لغة هنود الهوبي، لمجرد اعتباره فرصة مبهمة لامتلاك معرفة جديدة للعالم، ليس أملاً أو استبشاراً كبيراً. صحيح أن العرض المنهجي لإمكانات لغةٍ ما، لظواهر معينة في الطبيعة، يشكل شرطاً ضرورياً للمعرفة العلمية، ولكنه شرط غير كافٍ. وعلى أي حال فقد اقتضى الأمر أكثر من 2300 سنة كي يتطور العلم الغربي إلى مستواه الحالي. وقد ساهم آلاف عديدة - بل ملايين مؤخرًا - من البشر عبر التاريخ في «لعبة التجربة والخطأ» التي انبثقت عنها بالتدريج صورة العالم العلمية. وفرصة تكرار تطوّر مشابه في لغةٍ أخرى من خارج عائلة اللغات الهندو - أوروبية، فرصة ضئيلة للغاية. وهل من عالمٍ على استعداد للإقدام على مغامرة من هذا النوع لمجرد أنه من المحتمل ضبط التحولات في تطوّر علمي ما في الألفي سنة القادمة؟ ألا تشكل حقيقة أن

¹ وورف، مرجع سابق، ص 46.

الدوائر الثقافية الأخرى لم تأت بأية إنجازاتٍ مقارنة، ولو بشكلٍ تقريبي، دليلاً على أن هذه الدوائر غير صالحة لعلمٍ بالمعنى الحديث؟ إذن، يبدو أن وورف لم يستبشر بأيّ رحيلٍ إلى ضفافٍ جديدة، والظاهر أنه لا يبقى سوى إمكانية الاستسلام للمقادير.

وفي هذا الوضع يفتح لنا الطب الصيني التقليدي مخرجاً مغريباً يضيف عليه (أي على الطب الصيني - م) أهمية تتخطى بعيداً الهدف المنطقي في شفاء المرضى. أجل، فهذا الطب موجود بوصفه معرفة علمية، بوصفه نظرية ذات تماسكٍ نادر. وهو مُصاغ بلغة لا تشترك بشيء مع اللغات الغربية. وبذلك يُستوفى المطلب الأكثر أهمية لـ «وورف». فبحسب وورف لا يزال الطب الصيني بالفعل كنزاً من المعرفة مدفوناً إلى حدٍ بعيد، كنزاً، رأى ماوتسي تونغ، حدسياً أكثر منه على أيّ أساسٍ آخر، أنه لا ينبغي سوى استخراجِه. فنحن لا نفشّ عن معرفة جديدة بمساعدة لغة مختلفة، وإنما نحاول بشكلٍ عقلاني إعادة بناء معرفة موجودة، معرفة موجودة مسبقاً بصورة ناضجة في لغةٍ أجنبية.

ولكن ليس هناك أيّ سبيلٍ ملكيّ إلى الطب الصيني، وللوصول إلى المعرفة خاصته، لا بد من تذييل عوائق عديدة، وهي الصعوبات ذاتها التي تواجه الصينيين عندما يرغبون باستذكار تراثهم الخاص والعودة إليه، ولكن مع أمارات معكوسة.

كما ذكرنا أعلاه، فقد كنّا عقدنا العزم، بعد تقديرٍ دقيقٍ للظروف، على البديل الأصعب من البدائل الثلاثة - لأن جلاء المشاكل النظرية - المعرفية واستحداث مصطلحات غريبة مناسبة هو وحده الذي يفتح لنا مدخلاً إلى الطب الصيني، هذا الطب الذي لا يُعتبر مغريباً فكرياً وحسب، وإنما بالإمكان أيضاً تكراره والحدو حدوه تطبيقياً وسريراً، ويُعتبر تطوّر الوخز بالإبر في الغرب حتّى الآن مثلاً حياً ومفيداً على ذلك.

الوخز بالإبر في الغرب:

عُرِفَ الوخز بالإبر في الغرب، بالاسم، منذ ما لا يقل عن قرنين ونصف من الزمن. وفي عام 1840 سرت في فرنسا موجة عابرة من الوخز بالإبر. وأقدم جمعية قائمة للوخز بالإبر تم تأسيسها هناك في عام 1937. أما بعد الحرب العالمية الثانية فتمّ على غرار التقليد الفرنسي إنشاء جمعيات للوخز بالإبر في بلدانٍ أوروبيةٍ أخرى،

وصل عدد أعضاء كلٍّ منها في الخمسينيات إلى المئات. ومع ذلك لم تتحوّل هذه التقنية العلاجية إلى موضوعٍ للاهتمام العام والنقاش الواسع في روابط الأطباء إلا مع الدعاية والصخب اللذين أثارهما جيمس ريستون وصحيفة «نيويورك تايمز» حول الوخز بالإبر (كفرسةٍ تقنية حديثة من الوخز بالإبر). وهذا ليس مُستغرباً عندما يتأمّل المرء في من يمثّل الوخز بالإبر تعليمياً وسريراً وكيف: إنهم الأطباء الممارسون أو أطباء التخدير في بعض الجامعات. وهنا لا علاقة للتخدير إطلاقاً بالوخز بالإبر التقليدي الممارس لأغراضٍ علاجية فقط، والذي هو مجرد فرع جزئي من الوسائل العلاجية في الطب الصيني. والطبيب الممارس غير مهياً منهجياً، ولا من ناحية خبرته السريرية، لإيصال معايير وأساسيات ما في مقدور الطب الصيني اليوم إنجازه، إن نظرياً أو في التطبيق السريري. وهكذا يتّضح أن ما يحلو للمرء وصفه للوهلة الأولى على أنه تعصّب وعدم تحمّل للأفكار الدخيلة لدى «الخصوم»، ليس سوى منعكس على العجز الشخصي الخاص، أي على التراجع أمام المتاعب المشقّات الذهنية التي لا يمكن تفاديها، فيما إذا أراد المرء الخروج من مأزقٍ ما إلى دروبٍ جديدة جذرياً.

لنؤكّد هنا، دون تهكم، أن من هو راضٍ كل الرضا عن الطب الغربي الحالي، من هو على قناعة تامّة به، قناعة لا تشوبها شائبة، لا يُفترض به تعريض نفسه لهذه المشقّات، ولكن لا يجوز له أيضاً في هذه الحالة أن يستبيح لنفسه تبني رأي - ولا حتّى رأي نقدي - في الطب الصيني. وطالما يعتبر أحدهم الطب الغربي المقياس الممكن الوحيد للمعرفة العقلانية في هذا الميدان، فهو بالتأكيد في مأمن من الأفكار والأنظمة العلمية الجديدة.

التجديد العلمي لنظرية الطب الصينية:

لقد نوه الفيلسوف فولفغانغ شتيغمولر من ميونيخ إلى أن العلماء يتصرفون بصورة عقلانية، ولكنهم قد يكونون في الوقت نفسه «دوغماتيين ضيق الأفق»⁽¹⁾. وليس المهمّ، من أجل إظهار علمانية الطب الصيني، إظهار إمكانية تأسيسه والبرهان عليه بوسائل الطب الغربي. ففي حال أمكن ذلك لكان ما بُرهن عليه ليس القيمة العلمية لهذا الطب، وإنما على العكس تماماً، إمكانية الاستغناء المبدئي عنه. إذ لتبيّن عندئذٍ أنه بالإمكان الإتيان بكافة إنجازات علم الطب

¹ فولفغانغ شتيغمولر: التيارات الرئيسية في فلسفة العصر، الجزء II، شتوتغارت 1979، ص 773.

الصيني بوسائل الطب الغربي أيضاً. ولكن الطب الصيني التقليدي قاوم بإصرار كافة محاولات الدمج من هذا النوع حتى الآن. صحيح أن ذلك وحده ليس برهاناً كافياً، ولكنه مع ذلك دليل قوي على استقلاليتته العلمية.

بالطبع يمكن العثور في الأدب الطبي الصيني، وأكثر من ذلك، في سلوك الأطباء الصينيين، على ما يكفي من الأمثلة التي تؤيد ظاهرياً التحيزات الغربية ضد هذا الطب. إلا أن مثل هذه «البراهين» المزعومة لا تشهد في أحسن الحالات سوى بشيء ما حول المستوى الفكري لما تقدمه وتعرضه هي، ولكنها لا تعني شيئاً ضد الطب العلمي لدى الصينيين. فلن يخطر في بال أحد في الغرب إعادة بناء نظرية الطب المعترف بها هنا أو نقضها، بناءً على مشاهدات في عيادات أطباء التأمين. ومن الطبيعي أنه في كل معرفة علمية - في الصين كما في الغرب - يمكن العثور في المراجع المتنافسة على ما يكفي من الأمثلة التي تفنّد الإنجازات ظاهرياً. ويُفترض بالحجّة المضادة التي تقتصر، دون نقد، على برهان من مصادر مرجعية محدّدة، أنها تنتمي إلى العصر الماضي المستتير كما يُزعم. على أنها في حالة النقاش الدائر حول الطب الصيني هي القاعدة أكثر منها الاستثناء.

إن إعادة البناء العقلانية لنظرية الطب الصينية لا ترتبط طبعاً بلغة محدّدة. ولكن من الواضح أنه ينبغي القيام بمثل هذه المنهجية بالصينية أولاً. وهذا ما ينطبق، على سبيل المثال، على «العرض العام للطب الصيني» (Zhongyixue guilun) المذكور آنفاً والصادر عام 1958. ومثل إعادة البناء هذه يمكن أن تقتصر على مراجعة الأدب المتوافر، تخليصه من الأخطاء، من الذكريات المشروطة تاريخياً أو من الخصوصيات التعبيرية الإنشائية والكشف عن الثغرات المعرفية الموجودة. ولا بد أن إعادة بناء الأسس النظرية - الطبية في «المؤلف الكلاسيكي الداخلي» سوف تتخلّى، حتى بالصينية، عن الشكل الحوارية بين الأمير الأصفر وكونت Qi. وطبقاً لما هو متعارف عليه، سوف يستخلص المرء، في سبيل نظرية متكاملة ومتماسكة قدر الإمكان، الثغرات الموجودة من أعمال المؤلفين الآخرين. وعندئذٍ سوف نجد أنه لا يُدرج في النظرية المنهجية، حتى بالصينية، سوى القليل من الأفكار الرئيسية المأخوذة من أعمال العمر الضخمة الشاملة نسبياً. وعندما تقدّم مثل هذه الأفكار مساهمات مهمة في سبيل العلم، فمن البديهي أن قيمتها لا تتضاءل، فيما لو كان مؤلفها قد كتب، إضافة إليها، كمّاً كبيراً من السخافات. ونحن نشدّد على هذا الأمر هنا من أجل دحض المحاولات الشائعة للحطّ من قيمة أعمال مؤلّفي الأدب

الطبي الصيني كلّ على حدة، بناءً على أكثر فقراتها ضعفاً وتفاهةً. فمثل هذا التصرف لا علاقة له بإعادة البناء العلمية، بل هو في الغالب عبارة عن توفيقية أو اصطفاائية (Eclecticismus) موجهة تبعاً لتحيزات متعصبة.

لأسباب وجيهة لا تزال الخدمة الطبية لسواد الشعب في جمهورية الصين الشعبية تتمتع حتى اليوم بالأولوية على إعادة البناء المنهجية لنظرية الطب الصينية. ولذلك فإن التجديد النظري للأدب الموجود يقتصر إلى حدّ بعيد على إمكانات التطبيق العملية - البرغماتية. يُضاف إلى ذلك أن جزءاً من الأسس النظرية مُعطى مسبقاً من خلال اللغة، ولذلك بالذات فهو يتملّص من الانعكاس النظري. على أيّ حال فقد حقّق الصينيون شرطاً يستحقّ التقدير عالياً، على طريق التجديد العلمي لطبّهم، وذلك بإصدارتهم الجديدة، منذ أواسط الخمسينيات، مجمل الأدب الطبي التقليدي. ومن المؤسف أن عدداً قليلاً فقط من المعاهد ودور الكتب خارج شرق آسيا كان قد أدرك الإمكانيات المعروضة آنذاك، وقام باقتناء الإصدارات الجديدة بشكل كامل. وفي هذه الأثناء نفذت أعمال مهمّة منذ فترة طويلة.

ضرورة تكوين المفاهيم في اللغات الأوروبية:

زد على ذلك أن إعادة البناء العقلانية للطب الصيني أكثر صعوبةً على العملاء في أمريكا وأوروبا منها على الصينيين. إذ لا بد من إنجازها بلغةً مختلفة، بالألمانية مثلاً، أو بالإنكليزية أو الفرنسية. وهذا يتطلّب أكثر من مجرد ترجمة الأدب الموجود. ولما كان الطب الصيني يقوم على طريقة معرفة مغايرة كلياً - التركيب الاستقرائي-، فإن اللغات الهندو-أوروبية غالباً ما لا توفر أيّة مصطلحات وتعابير مكافئة للمعنى الصيني. ولا بد من سدّ هذه الثغرات عن طريق تكوين مفاهيم مناسبة. وهذا ممكن جداً في بعض الحالات، كما هي الحال مثلاً بالنسبة لمفاهيم «أطوار التحوّل»، «الدائرة الوظيفية» (Orbis)، «نقطة التبييه» (Foramen) أو «المعايير الرئيسة». وفي مفاهيم أخرى لا بد من سلوك طريق جديدة كلياً، كما هي الحال مثلاً في «بنائي» (Struktiv) أو في مفاهيم الأشكال المختلفة للطاقة (qi)، xue... إلخ) أو حتى في الشائبة القطبية «الاستقامة» (Orthopathie) و«الانحراف» (Heteropathie). كذلك التعابير التي تعتمد على بعضها بعضاً بصورة تبادلية مثل «الاتجاه المعاكس» (Kontravektion) و«الاتجاه القويم» (Sekundovektion)، لتوصيف اتجاهات المجريات الوظيفية، لا بد من تكوينها من جديد.

إلا أن خلق مطابقات لغوية مناسبة باللاتينية، بالإنكليزية وبالألمانية، ليس سوى جزء فقط من عمل الترجمة والتفسير. ولا بد من تجسيد العدد الضخم من المفاهيم الفنية في سياق المنظومة الفكرية بصورة مقنعة، إن بتكوينها من جديد أو بتكليفها وتعديلها أو بقبولها كمطابقة صالحة. ولا تختلف الحال هنا عنها في أي فرع علمي أو حتى تقني في الغرب أيضاً. إن العائق الأكبر حالياً أمام أولئك الذين يودون إرضاء فضولهم حيال الطب الصيني بصورة غير متخصصة، كهواية قليلاً أو كثيراً، يكمن في الخطأ المبدئي في تقدير الطب الصيني، أي في الرأي الساذج أو المتعجرف بأن الطب هو الطب، سواء مورس من قبل الأمريكين، الصينيين أو من قبل زنوج أستراليا. فهم يعتقدون مخطئين أنهم ذوو معرفة واطّلاع على كل ما هو طبي- ويغيب عنهم كلياً، أو أنه ليس في وسعهم التصور مطلقاً، أن الموضوع لا يدور حول مجرد تجربة سريرية بحتة، وإنما حول نظرة علمية مكتملة النضوج ومستقلة بذاتها، يشترط تطبيقها ومتابعة بحثها إتقانها التام والأكيد، وليس مجرد معرفتها التقريبية.

ولعل أحد الأمثلة من تشخيص النبض يوضّح ذلك. وهنا نعود إلى ما كتبت قد عرضنا له بالتفصيل في الفصل المتعلق بتشخيص النبض: يمكن ترجمة العبارة Pulsus mobilis (بالصينية: dongmo) بـ «نبض حركي» أو «نبض متحرك». ولكن لا يقترن بعد بهذه الترجمة أي فهم حسي أو عقلائي للحدثيات الدقيقة الكامنة خلف هذا المصطلح - مثلما لا يستطيع أحدهم قيادة السيارة في الشوارع إذا كان لا يعرف سوى أن على المرء الدوس على الدواسات القدمية بالتناوب واستعمال مفاتيح مختلفة. وبتعبير آخر: لا يمكن أن يبدأ التمرين العملي، التدريب السريري وتطبيق الطب الصيني إلا بعد أن يكون المتعلم قد استوعب كافة السياقات المنهجية - العقلانية المهمة. وبالمقابل فإن كل تجريب وهواية لن يقود، في أفضل الأحوال، سوى إلى مقدرات فنية متواضعة - كما هي الحال في الوخز بالإبر الغربي - أو إلى الشعوذة الخالصة.

كما أن عملية إعادة البناء العقلانية لنظرية الطب الصينية ليست عملية ترجمة بحتة، لأن المفاهيم النظرية كذلك - كما هي الحال في النظريات العلمية الأخرى أيضاً - لا معنى لها ولا دلالة مستقلة عن بعضها بعضاً، وإنما لكل منها علاقة مع معنى ودلالة المفاهيم والمفردات الأخرى. وهذا ما يعني عقباً ليس من

السهل على المتعلم تذليلها ، فهو إما أن يفهم هذه المفردات في كليتها أو لا يمكنه فهمها إطلاقاً.

على أن الصينيين أنفسهم برهنوا ، في ظلّ علامات ودلائل معكوسة ، أن ذلك ممكن. فقد أظهروا أن بإمكانهم تعلّم التفكير والبحث التحليليين - السببيين ، رغم أن ذلك بعيداً عنهم بُعدَ طريقة المعرفة التركيبية - الاستقرائية عن الإنسان في الغرب.

وبمعنى ما ، وغير صريح ، ثمّة نزعة قوية في الغرب أيضاً تمضي في اتجاهٍ تركيبي - استقرائي. فعرض الوقائع والأمور بالصورة - وبالتالي التفكير في صور وسلاسلٍ من الصور التي لا تزال غير صالحة للوصف اللفظي إلا بشكلٍ مشروط - يكتسب أهميةً بصورة سريعة. والقول المأثور: «صورة واحدة تقول أكثر من ألف كلمة» ، بات في الكثير من العلوم ، وليس الطب آخرها ، أكثر من مجرد عبارة سائرة. ويبدو هذا معرفة لا لغة لها ، بل تقوم على الصمت. وقد سخر ذات مرة المؤرخ الطبي غيرهارد بفول ، من ميونيخ ، من هذا الميل إلى «الوضوح بأيّ ثمن» بوصفه «الأبجدية الحديثة»⁽¹⁾. ويمكننا الادعاء دون مبالغة ، أن بإمكان الفكر الصيني هنا أن يساهم بصورة حاسمة في التغلب على فقدان اللغة.

ويحلو لخصوم المعرفة التركيبية - الاستقرائية للعالم ، الإشارة إلى أن الصينيين يُعرضون بشدّة متزايدة عن طريقة تفكيرهم الموروثة ، ويُقبلون على العلوم التحليلية - السببية للغرب. لا شك أن ذلك صحيح حالياً. ولكن أن يُستتج من ذلك مشروعية الاستهانة بالفكر الصيني - كما هو حاصل كثيراً - لو أمر ليس متسرّعاً ومتعجرفاً فحسب ، وإنما هو خطير أيضاً.

الإشكالية العكسية لدى الصينيين:

والواقع أن الحجج المذكورة للتو تقوم بالنسبة للطب الغربي بوظيفة إثبات عدم الحضور في مكان الجريمة. فهي تصرف الانتباه عن المشاكل الخاصة التي يتزايد إلحاحها باطراد. أما المهمة المطروحة أمام الصينيين منذ القرن التاسع عشر وحتى اليوم فهي المقابل العكسي تماماً لإشكاليتنا الخاصة: فالأزمة الوجودية ، بعد جمود العلوم والفلسفة طوال قرون ، كانت نتيجة التثبّت أحادي الجانب للفكر

¹ غيرهارد بفول: حول فقدان الروح الأكاديمية ، محاضرة في حفل بمناسبة «مرور 20 سنة على مركز أبحاث نوي هيربيرغ» في 10.12.1980 ، مخطوطة جمعية أبحاث الإشعاعات والبيئة.

على طريقة التركيب الاستقرائي في المعرفة على مدى 2000 عام. ويُعتبر الخروج من أحادية الجانب هذه، عن طريق الانفتاح غير المتحفظ على معارف التحليل السببي، مسألة وجود بالنسبة للصينيين. أمّا وأن مثل هذا الانفتاح والأخذ بالعلم والتقنية الغربيين يبدو مسألة سياسة قوّة، وأن الكثيرين الذين لا يلمون بالسياقات الكبرى، يغالون في ذلك ويتكبرون أيضاً للمعارف الناضجة والراسخة للثقافة الخاصة، فهو أمر لا يعيننا إطلاقاً. ويمكن أن نثبت ما يشبه ذلك بالنسبة للعلم والتقنية الغربيين منذ زمن روسو، ومجدداً بشكل خاص منذ قرن من الزمن: ف«حماة البيئة» ورُسل الطبيعة في الغرب لا يشكون مثلاً أحادية جانب مبدأ العلم التحليلي - السببي وعدم كماله وحسب، وإنما هم يتكبرون ويلعنون نتائج هذا التفكير بخيرها وشرها.

لكن ذلك لا يمنع بقية الشعوب، بما فيها الصينيين، لا في كثير ولا في قليل، من الاستحواذ بصورة هادفة وإصرار على هذا العمل وهذه التقنية تحديداً. ومختصر القول: إن ما لا يزال ينقص الصين حتى اليوم في العلم والتقنية هو العلم التحليلي - السببي. أما الذي يعاني منه الطب الغربي حالياً فهو افتقاره التام للعمل التركيبي - الاستقرائي. والحق أن تجاهل عدم التوازن هذا يعني اعتبار الشعرة في عين الخضم عمى تاماً، والخشبة في العين الخاصة مجرد نسمة هواء (*). ولكن لماذا علينا نحن الآن تحديداً أن نلقي المزيد من الاهتمام والاعتبار للفكر الشرق آسيوي، في الوقت الذي أدرك فيه الصينيون أنفسهم حدود مناهجهم وطرقهم الخاصة؟ والجواب بسيط: إذا نحن لم نفعل ذلك الآن، فسوف يتفوق علينا الصينيون في إمكانات فكرهم التركيبي - الاستقرائي في موعدي أقصاه عندما يكونون قد عوّضوا تأخّرهم الخاص في المعرفة التحليلية - السببية للعالم واستغلالها التقني. وقد بين اليابانيون بصورة رائعة ومؤثرة مدى السرعة التي يمكن أن يحدث فيها ذلك. وعندئذٍ سرعان ما قد يعقب تعجرف الغرب الحالي يقظة مريرة لا يُحسد عليها، ليجد نفسه في موقع ذلك الذي يحترق ظمأً، في القول المأثور الصيني، والذي يبدأ بحضر البئر بعد فوات الأوان، فلا يعود يجد ماء.

كنا قد أشرنا في النبذة التاريخية، إلى أنه من أجل علمٍ حيٍّ لا غنى عن التضافر المتناغم لكل من الملاحظة الوضعية (التجربة) والتأمل العقلي لتنظيم

* عن قول السيد المسيح: «لماذا تنظر القذى الذي في عين أخيك وأما الخشبة التي في عينك فلا تفتن لها؟». - (المترجم).

معطيات الملاحظة المكتسبة على هذا النحو. فإذا سادت التجربة، أو حتى كانت وحدها الموجودة، نَجَمَ عن ذلك، في أفضل الأحوال، مرحلة سابقة للعلم أو ممهّدة له: العلم البدائي. وعلى العكس: إذا استقل التأمل النظري عن معطيات الملاحظة الوضعية واستغنى عنها، نشأ ببيان فكري مجرد، يتم تناقله عندئذٍ كـ Scholastik،⁽¹⁾ كتعلّم من المعلمين أو الكتب، من جيل إلى جيل.

ما من شك في أن التخلف البالغ للعلوم المسحوبة على الطبيعة في الصين، ما بين القرنين الرابع عشر والتاسع عشر، كان مشروطاً بشكل أساسي بافتراق ملاحظة الطبيعة والتأمل النظري عن بعضهما بعضاً - وبالتالي بتجريد سكولاستي للمعرفة المكتسبة بالتعلّم.

أما نحن في الغرب، فنقوم بتناسي أو كبت حقيقة أنه شاعت في البلدان الغربية شديدة التصنيع، ومنذ الحرب العالمية الثانية على أبعد تقدير، سكولاستية شديدة بشكل لا مثيل له، تعلّم جاف من الكتب، لأن ذلك لا ينسجم مع الصورة التي نرسمها بأنفسنا لأنفسنا ولثقافتنا الخاصة. في حين أن مخيلة الشباب وقدرتهم على التعلّم لم تعد تُغدّي سوى بالمعرفة المعلّبة المتناقلة مرات ومرات - معرفة معلّبة لأنه لا المعلم ولا معلّم المعلم ولا معلّم معلّم المعلم اكتسب بنفسه الجزء الغالب من العلم الذي ينشره في كتب، محاضرات، أفلام تعليمية وشرائط تسجيل، من خبرته أو مشاهداته الخاصة، أو حتى قام باختباره، وإنما يستقيه من مصادر غفل كثيراً أو قليلاً، ويقوم بتجديده فقط من خلال تقسيمات جديدة، تكوينات نظرية جديدة، مصطلحات تخصصية جديدة بعيدة عن التجربة والخبرة، ويرفعه باستمرار إلى مستويات أعلى من التجريد. وهكذا نجد أنه حتى في الريف، وسط الطبيعة، لا يتمكّن الأطفال الناشئون من وصف أو التعرّف بشكل أكيد سوى على أنواع قليلة من الأشجار، وعلى عددٍ لا يتجاوز العشرة من الأعشاب، ناهيك عن الخبرة الأغنى والأكثر شمولاً للشخصية الخاصة. نستنتج من كل ما سبق أن موت العلم الغربي والثقافة المقتصرة عليه خنقاً، موت وشيك الحدوث أكثر مما كان يصحّ على الصينيين.

¹ Scholastik (السكولاستية): الفلسفة النصرانية السائدة في القرون الوسطى وأوائل عصر النهضة، وقد بُنيت على منطق أرسطو ومفهومه لما وراء الطبيعة، ولكنها اتّسمت في أوروبا الغربية خاصةً بإخضاع الفلسفة للاهوت، ومن أبرز رجالها توما الأكويني الذي حاول أن يقيم صلة عقلانية بين العقل والدين. والمقصود هنا الكلام المحض والبعد عن الواقع والتمسك الشديد بالتعاليم التقليدية. - (المترجم).

التاريخ نادراً ما يعيد نفسه. وهذا ينطبق على العلوم أيضاً. ولكن إذا صحَّ أن الطب العلمي في الغرب قد بات طبّاً للأمراض النادرة، مثلما رأى آرثور جورس⁽¹⁾، أفلا يكون طب الغرب قد حاد مبتعداً عن الواقع بالتدريج، مبتعداً عن المرضى، كما ابتعد الطب الصيني عن التعلُّم من الكتب؟ إن كون عملية الاغتراب هذه في الغرب تحدث، تبعاً لقواعد العلم المعترف بها، بصورة عقلانية ومنظمة تماماً ويمكن لأيِّ إنسان اختبارها والتحقُّق منها، لهو أمر سرعان ما لن يعود بالإمكان اتِّخاذ عذراً.

إن الطب الصيني في كثير من الحالات أكثر رحمةً ورفقاً بالمرضى من الطب الغربي. وهو يشخِّص التأثيرات الجانبية المحتملة للأدوية قبل أن تتحوَّل إلى أضرار عضوية شديدة، يشخِّصها مسبقاً كانحرافاتٍ وظيفية يمكن تصحيحها في إطار المعالجة. فالطب الصيني إما أن يقدمَّ العون بصورة نهائيةً ودائمةً أو لا بد له من الاعتراف بحدوده (وهذا ما فعله حتَّى كبار الأطباء في عصر الازدهار الطبي بكل صراحة). ولكنه لا يجرُّ إلى حالة المرض المزمن - كما يفعل الطب الغربي (آرثور جورس). فلا مكان في الطب الصيني لـ «الطبيب كمسبِّب للمرض».

إن حقيقة كون التسكين بالوخز بالإبر المطوَّر في الجمهورية الشعبية أقلَّ إجهاداً بكثير من مواد التخدير الغربية في العمليات الجراحية، لم تعد موضع جدال في هذه الأثناء، حتَّى من قبل أطباء الغرب الذين يرفضون، فيما عدا ذلك، كل علاج بالإبر رفضاً قاطعاً. وتقتصر الاعتراضات هنا على أن الطريقة لا تُحدث حالة انعدام الألم عند كل المرضى، وأن آلية تأثير الإبر لم تنزل غير معروفة سوى في نطاق ضيق. بيد أن هذه الاعتراضات لا تُعتبر جديةً عندما يتعلَّق الأمر بمرضى لا يمكن بضعهم إلا بمساعدة الإبر، كأن تكون مثلاً كافة مواد التخدير مضادة استطباب.

وفي هذه الأثناء أصبحت الميزات السياسية - الصحيَّة للطب الصيني التقليدي، وعلى نحو متزايد باطراد، الميزات الطبية أيضاً، جليةً لدرجة أن منظمة الصحة العالمية (WHO) تدرج في عداد مشجعيه أيضاً. وفي مؤتمر حول الوخز بالإبر والتسخين النقطي، نظَّمته منظمة الصحة العالمية في بكين عام 1979، ثم وضع لائحة تضم ما يقرب من 100 مرضٍ يمكن فيها استخدام الوخز بالإبر أيضاً

¹ آرثور جورس، مرجع سابق، ص 54.

بشكلٍ مفيد. وتثبت منظمة الصحة العالمية في هذا الشأن بصراحة أن اللاتحة تستند إلى الخبرة السريرية فقط، ولا تقوم على البحث السريري بالضرورة. ومن المؤكد أن هذا التقييد يتضمّن الاعتراف بأن البحث في الوخز بالإبر لم يقطع بعد أشواطاً بعيدة بما يكفي.

على الرغم من ذلك يبقى انحياز منظمة الصحة العالمية لصالح الوخز بالإبر أمراً جديراً بالملاحظة. إذ إنه من الصعب على أحد أن يدّعي أن هذه المنظمة الصحيّة عالمية الشمول والتابعة لهيئة الأمم المتحدة تعمل لصالح طب سحرة وطب رقى وتعويد، أو باللغة العصرية، من أجل «معالجة تنبؤية غير نوعية» أو من أجل طب - «وكأن» يقوم على التأثيرات العُقل (Placebo).

متحف نفائس الصين

لقد أصاب ماو عندما دعا الطب التقليدي في بلده «متحف نفائس عظيم». ولم يسبق للصينيين أن فتحوا متحف النفائس هذا أمام الغرب كما فعلوا مؤخراً. وقد استفاد الكثير من أطباء الغرب في هذه الأثناء من هذه الفرصة. فقاموا برحلات إلى الصين لاستطلاع الأمر بصورة عابرة كثيراً أو قليلاً - ونادراً ما تجاوزت الرحلة أسابيع ثلاثة. على أن متحف النفائس بقي بالنسبة لهم متاهةً لا يمكن، مع تحييزهم الثقافي الغربي، إدخال أي نظام إليها. إذا لا يمكن للطبيب الغربي - ولو كان من الجهاذة الكبار - أن يرى، في الصين أيضاً، سوى أناس بأعضاء وأورام، بدوران دموي والتهاب زائدة دودية. وإذا كان يرغب جدياً باكتشاف البشر بدوائهم الوظيفية وأوعيتهم الصينية (طرق التوصيل) في الدورة المتعاقبة لأطوار التحول، فهو لم يعد اليوم بحاجة إلى السفر إلى الصين.

ولكن بإمكان أيّ زائر للصين اليوم، حتّى ولو كان دون خبرةٍ طبية، أن يسجّل الحالة الصحيّة الجيدة للسكان. ومن كان قد تعرّف على الصينيين في تقارير شهود عيان من أزمنة سابقة، بوصفهم شعباً يعاني من الأوبئة ومن خداع المشعوذين الطبيين، لا بد أن يدهشه هذا التحول إلى الأفضل. وإذا بحثنا عن أسباب ذلك، سنجد أن التحول الكبير في صحّة الصينيين بدا مع التقدير والاعتبار الجديدين للطب التقليدي. لا شك أن الطب الغربي أيضاً ساهم بحصّته في ذلك، وليكن في مجال الصحّة العامّة (Hygiene) على سبيل المثال. ولكن الحق يُقال أنه

طالما كانت السياسة الصحيّة تبحث عن الخلاص في الطب الغربي بشكلٍ رئيس، وكانت، في أفضل الأحوال، تتسامح مع الطب الخاص، كان من غير الممكن تحقيق هذا الاختراق العظيم.

كما أن عجز الطب الغربي عن تقديم العون بصورة دائمة لجيش الملايين من المرضى في بلدان العالم الثالث أيضاً، لم يعد في هذه الأثناء موضع خلاف إلا بصعوبة. والأرجح أنه يُمنى بنكسة تلو الأخرى: فكلما ازداد استخدام المضادات الحيوية، ازدادت بلادة وعجز هذا السلاح. فالبنسلين يشجّع انتشار الجراثيم المقاومة أكثر من قدرته على صد الإنتانات، كما أخذ الطاعون أيضاً يظهر مؤخراً في بعض البلدان، وهو المرض الذي اعتبر، بتسرّع، مرضاً منقرضاً تم استئصال شأفته. ويتضح في هذه الأثناء أكثر فأكثر أن الطب الغربي لا يفي بما يعد به مؤيّدوه.

إن الأهمية الخاصّة لتوصية منظمة الصحة العالمية لجهة الوخز بالإبر تكمن في الإقرار المقترن بها بإمكانية تقديم العون للإنسان المريض عن طريق آخر أيضاً يختلف عن الطريق المرسوم من قبل الطب المدرسي الغربي. وبالمقابل لا بد أن تتضاءل أهمية الاعتراض القائل إن لائحة منظمة الصحة العالمية قد جرى إعدادها حسب معايير الطب الغربي فقط دون غيره، ويمكن أن يُسجّل ضدّها تحفظات مختلفة من وجهة نظر الطب الصيني المنهجي. ومن ناحية أخرى، يبيّن هذا مجدداً مدى صعوبة موقف حتّى الوخز بالإبر تجاه الخبراء ذوي النزعة الوضعية، مدى صعوبة دخوله العالم الفكري الغريب عن الطب الصيني. ولكن عذرهم أيضاً أن مثل هذه التوصيات لن يكون من السهل تفهّمها، فيما لو وُضعت حسب مقاييس الطب الصيني، بوجود سيطرة الطب الغربي التي لا تزال اليوم قائمة إلى حدّ بعيد. إذن فما يزال أمام علمٍ منهجي عن الطب الصيني ميدان عملٍ واسع.

وثمة اعتبارات أخرى لصالح الطب الصيني. ونقتصر على ذكر اثنين منها: نموذج الخدمة الطبية في بلدان العالم الثالث، والتي تمتدّ أفقياً عن طريق الأطباء الحفاة (الذين لا يقتصرون طبعاً على العلاجات الصينية بالضرورة)، ثم هنالك ملايين من الخبرات الطبية مع الوخز بالإبر - أيّاً كان نوعه - والتي مرّ بها المرضى في الغرب في هذه الأثناء.

لذلك لا يحتاج الأمر اليوم إلى الكثير من القدرة على التنبؤ لإثبات أنه لم يعد بالإمكان إيقاف موكب نصر الطب الصيني في العالم كله. وليس من العيب

إطلاقاً عندما يجري البحث العلمي خلف الطب التطبيقي الماضي قدماً إلى الأمام، تاركاً إياه يقطع شوطاً من الطريق دون أن يكبح جماحه على الفور.

ولكن إذا أراد العلم الطبي الاهتمام بالمادة، فلا بد له عندئذ أن يكون على استعداد أيضاً للتخلص من تحيزات الفكر الغربي - وخصوصاً من التعجرف المقترن بها - وأن «يتوغل في أرض تزداد غرابتها باطّراد»، وذلك كما طالب بنيامين لي وورف. ليس هناك أية معارف في الطب الغربي عميقة وشاملة لدرجة تخولها الحكم على قيمة أو علمانية الطب الصيني. وكل مقولة في هذا المجال متوجهة تبعاً للتصورات الغربية فقط، لا بد أن تتحوّل إلى نوع من التعتيم. وهذا ينطبق أيضاً على المنتجات الفكرية على الطراز الصيني، والتي لا تستطيع التحرّر من الفكر المنحاز ثقافياً، وتستند نفسها في غنج متأنق.

قد يكون مثل هذا الغنج جائزاً لكل شخص، طالما هو لا يدّعي أنه علم يتم تشجيعه بأموال الضرائب أيضاً، في إطار تبادلٍ علمي مع جمهورية الصين الشعبية. صحيح أن بعض خصوم الطب الصيني الأشداء عادوا، وفكرهم مشغول إلى حدّ ما، من جولة استطلاعية في مشايخ جمهورية الصين الشعبية، ولكن حتى هذا لم يصرف سوى القليل منهم عن تحيزهم وادعائهم بأنهم لم يقوموا سوى بطوافٍ في ربوع دار للتحف والنوادر الطبية الغربية.

وبالمقابل فإن التطرف الآخر أيضاً، أي الولع بالتجديد المدفوع بسذاجة جسورة، لا ينصف التحدي الذي يعنيه الطب الصيني بكفاءته التي لا يمكن إنكارها، ونقصد هنا ذلك الموقف الذي يرى في كنز الخبرات الغربية والدخيلة من عصور بدائية، ببساطة تامّة «بديلاً» لطب الأجهزة الغربي المتضخم تقنياً والمتحوّل إلى غاية بحدّ ذاتها والمدمرّ نفسه بنفسه.

فالطب الغربي أيضاً يمتلك نواة علمية، وينطوي على ثروة من المعارف المؤكدة التي قد تعني نسيان أو مجرد إهمال ليس التراجع الحضاري فقط، وإنما التراجع الثقافى بالمطلق. إن الهدف ليس استبدال أحادية جانب بأحادية جانب أخرى معاكسة. وإنما نحن بحاجة إلى طبّ منفتح بصورة شاملة من ناحية الإدراك والملاحظة والمعرفة. ولا يمكن النهوض بمثل هذا الطب المنشود في أمد منظور، إلا إذا وضع المرء نصب عينيه مصير الإنسان المريض قبل كل شيء، منفتحاً دون تحفّظ على كافة المعارف الطبية الناضجة.

آفاق اختبار دوائي من نوع جديد كمساهمة في النقاش السياسي - الصحي الراهن

تزداد أهمية أدوية الطب الصيني كلما ازدادت إشكالية الإمداد الدوائي العالمي. وهذه الإشكالية تزداد بشكل ملحوظ: فإضافة إلى الإجماع العام على أنه حتى أربعة أخماس الأدوية المطروحة والموصوفة أعلى ثمناً مما ينبغي، اتضح أيضاً:

- أ. أن بعض الأدوية عديم الأثر، أو
 - ب. أنها على الأقل لا تتمتع بالتأثير الذي يعزى لها من قبل المنتج، أو
 - ج. أن للأدوية، إلى جانب تأثيراتها الرئيسية المرغوبة، سلسلة من التأثيرات الجانبية تبدد، مع الاستعمال المديد، الأثر العلاجي للدواء في حقل آخر ثانية.
- انطلاقاً من هذا الوضع تشكلت في البلدان الصناعية في السنوات الأخيرة تيارات سياسية - صحية وتكتيكية - علاجية تكافح بعضها بعضاً بمرارة في الجوقة التعددية للسياسة الصحية والاجتماعية، وبالتالي تبطل بعضها بعضاً، وينجم هذا الوضع الفوضوي عن أن الطب الغربي المشروع والراسخ أكاديمياً، والذي تعمل بموجب نظرياته فئات سياسية وهيئات تشريعية على مستوى العالم، لا يمتلك أي اختبار دوائي عقلائي قائم على الحقائق. إن الفوضى، الاستقطاب الخبيث، انفجار النفقات، الحيرة والعجز والتذمر العميق في مجال السياسة الصحية في البلدان شديدة التصنيع، كل ذلك يرجع في جزء كبير منه، في نصفه على الأقل، إلى تصور حول التأثير الدوائي مطبوع باللاعقلانية.

تعريف وأساسيات:

وللبرهان على هذه المآخذ موضوعياً، لا بد لنا من توضيح المفاهيم الأكثر أهمية والمستخدم في النقاش.

هنالك أولاً مفهوم الاختبار الدوائي نفسه، الذي هو ثمرة الفرعين العلميين: علم الصيدلة وعلم الأدوية اللذين لم يتكوّنا كعلمين مستقلين إلا منذ نهاية القرن التاسع عشر، ولم يُستعمل هذا المفهوم، لفترة طويلة، سوى في الأوساط الاختصاصية. والواقع أنه لم يغد شعار السياسة اليومية إلا منذ منتصف القرن العشرين، وذلك عندما سعى ممثلو العلاج الكيميائي التحليلي - السببي المتشدد إلى استبعاد طرق العلاج غير العلمية من الطب، بحسب رأيهم. ومنذ ذلك الحين جرى

سنّ قوانين الدواء في الكثير من البلدان، ولعدم وجود بدائل حقيقية، كثيراً ما تم رسم الوضع بصورة برغماتية في كل بلدٍ على حدة تبعاً لموازن القوى السياسية - الصحيّة فيه.

وقبل أن ندخل في تفاصيل الاختبار الدوائي لا بد لنا من تعريف ما هو الدواء. فالدواء عبارة عن مادة، عند استخدامها على أو في الفرد الإنساني، تصحّح، تتغلّب على، تشفي أو على الأقلّ تخفّف من اضطراباتٍ مرضيّة.

طبقاً لذلك ينبغي على الاختبار الدوائي أن يُسفر عمّا إذا كان الدواء فعلاً يُحدث التأثيرات المفترضة أو المرغوبة بشكلٍ مضمون وثابت ومنتظم، وثانياً عمّا إذا كان له تأثيرات جانبية غير مرغوبة، وثالثاً ما هو مدى التأثيرات الجانبية.

لا بد أن تكون مقولة الاختبار الدوائي أولاً دقيقة، مُحكمة وواضحة، بحيث لا تظهر لدى الاستخدام العام للدواء أيّة انحرافات في نوعية التأثير وشدّته، أو يظهر الحد الأدنى منها. ثانياً ينبغي أن تكون وافية ومفصّلة، بمعنى أن يشمل الاختبار بالفعل كافة التأثيرات العلاجية المرغوبة وكافة التأثيرات الجانبية الخطيرة أيضاً بكل أمانة.

إن أيّاً من الاختبارات الدوائية المعروفة، المطبّقة اليوم أو في السابق، لا يفي بهذه المطالب بشكلٍ كامل. ومن المؤسف أنه علينا أن نثبت أن تقنية الاختبار الممارسة اليوم في الطب التحليلي - السببي لا تفي بهذه المطالب ولا حتّى بصورة تقريبية.

نظرية الاختبار الدوائي في الطب الغربي الحالي:

ليست مهمة هذا العرض تصوير وتلخيص طرق الاختبارات الدوائية المطبقة اليوم في سائر البلدان ذات التوجّه الطبي الغربي. وما يهمنا هو تبيان المنطلق الفكري والنظري المشترك فيما بينها جميعاً، والنتائج المتطرّفة السيئة والعقائد اللاعقلانية التي تطوّرت إثر ذلك.

قلنا سابقاً إن المنهج التحليلي - السببي يتوجّه إلى التأثير المتراكم في الماضي. وهو منهج بإمكانه تحديد ما هو قابل للقياس فقط، أي ما هو موجود بصورة مجسّمة، مادّية.

ولدى تطبيق ذلك على أبحاث الدواء واختباره، فإنه يعني أنه لا يمكن إقامة علاقة حركية - دوائية متينة والبرهان عليها إلاّ بين مواد فعّالة معرّفة بدقّة وركائز

تلقَى التأثير معرفةً بدقّة، أي جسم الكائن الحي أو أنسجة مادّية مفردة منه. ومن حيث أن الأمر يتعلّق بمثل هذه العلاقات، فقد أصبح الاختبار العقلاني فائق الدقّة ممكناً منذ أواخر القرن التاسع عشر. ولكن تبدّلاً في الجسدي يعني بالتأكيد، كما الجسدي نفسه، تراكم، تكدّس تأثيرات أو مؤثّرات وظيفية سابقة. بتعبيرٍ آخر، قبل أن تكون مادّة معرفةً قادرةً على إحداث مثل هذه التبدّلات الجسدية بزمانٍ طويل - وليكن من خلال جرعةٍ متزايدة أو من خلال استعمالٍ مديد - تكون قد أحدثت مسبقاً في المجال الوظيفي تبدّلاتٍ في الحدث الدينامي، في المجريات الحيوية، في الحدّثات النفسية. كل هذه الحدّثات، كل ما هو وظيفي، دينامي، حيوي، يقع خارج إمكانات معرفة علمٍ مؤسّس على التحليل السببي.

ولكن من الطبيعي أن المجريات الحيوية، النفسية، الوظائف، الحدّث الدينامي، لا تقع خارج دائرة خبرة الطبيب الحسيّة اليومية على فراش المريض. فهو يعايش المرض، إلى حين، كاضطرابٍ في عافية المريض الذاتية، أي في تمظهراته الحياتية، في أحاسيسه ومشاعره وفي أفكاره. كما أنه يعلم أن هذا الاضطراب قد يؤدّي إلى تبدّلاتٍ جسدية. ويعلم أيضاً بالتأكيد أن الأدوية بإمكانها التأثير في هذا الاضطراب، تخفيفه أو شفاؤه. سوى أن مثل هذه المعرفة تجريبية محضة، جمعها الأطباء الشعبيون وطبّقوها منذ آلاف السنين. وتُعتبر في أحسن الأحوال أساس المعرفة العلمية ومرحلتها التمهيدية، ولكنها ليست نظيراً لها أو بديلاً عنها إطلاقاً. وهكذا يُصادف في عيادات الأطباء وفي أقسام كثير من المشافي تعايش غير مرضٍ للمنهج العلمي الصارم والتجربة غير الواضحة. إن الأطباء المخوّلين والقادرين على الاختبارات الدوائية (علماء الأدوية، الأطباء السريريين) في طب اليوم شديد التوزيع في العمل، يغلّفون أو يتغافلون عن عدم التوازن بين منهج علمي مدقّق في مجال محدّد بدقّة، وبالتالي ذي كفاءة مثالية، وبين التجربة أو الخبرة الخالصة التي لا تزال قائمة على الدوام في مجالات الطب الأساسية والغالبية.

فضيحة الاختبارات الدوائية الحالية:

إننا ندّعي أن الاختبارات الدوائية الممارسة اليوم تتأثّر بطروحات وعقائد سلفية وعمدية، إن لم تكن تتحدّد بها. لننتدكّر ما يلي: كل إنسان يعلم - ولا يجادل في ذلك أي عالم - أن كل مادّة من حولنا، كل موضوع يمارس علينا تأثيرات نفسية ووظيفية بصورة متواصلة، قبل

أن يُحدث فينا تبدلاتٍ جسدية بزمانٍ طويل، أو دون أن يُحدثها في أيّ وقت: الطبيعة التي تحيط بنا، البشر الذين نخالطهم، الأطعمة التي نتناولها، الروائح التي نلتقطها، الأصوات التي نسمعها... تشير فينا بشكلٍ متواصل «انطباعاتٍ» متنوّعة نخبرها بوعي، ولكنها تتملّص من أيّ تحديدٍ جسدي (أي من قابلية تحديدها كتبدلاتٍ في أجسادنا). وعلى العكس تماماً من هذه الخبرة العامّة الأساسية والأكيدة، تنصّ العقيدة الأساسية لمختبر الدواء الحديث على ما يلي: كبرهانٍ على تأثير دوائي، لا يمكن قبول سوى التأثيرات التي يمكن إثباتها وضعياً في أو على تبدلاتٍ جسدية.

وعليه فإن التأثيرات الدوائية لا تزال مفهوماً متعدد الجوانب ومبهماً نسبياً، رغم كافة النقاشات العلنية العامّة المتعلقة بالموضوع. ولتوضيح سخف ولا معقولية المبدأ العقائدي (الدوغماتي) نورد المثال التالي: يمكن للعزف على الآلات الموسيقية أن يثير لدى السامعين، تبعاً للحن المختار ومقدرة العازفين، مختلف الأمزجة والأحاسيس وردود الأفعال: إصغاءً حالمًا، بهجةً وسروراً، صفاءً وانسراح صدر، حزنًا، ألمًا، نشوةً ووجدًا. ولكن رغم أن أحداً لا يشك بأن مثل هذه الأمزجة، إذا ما تعرّض لها المرء باستمرار، لها تأثيرات راجعة على الإحساس بالحياة وعلى الصّحة، ورغم أن توابع البيولوجيا والطب، وخصوصاً علم الأخلاق أو علم النفس أيضاً، يدرسان بلا ريب هذه الظواهر، فإنها تتملص كلياً من قابلية اختبارها والتحقّق منها جسدياً، أي مادياً (صحيح أنه بالإمكان إثبات أن موسيقا الجيش أو المارشات العسكرية تسرّع النبض وتزيد من تحرير الأدرنالين وإفراز العرق... إلخ، إلا أنه لا يمكن إرجاع ذلك إلى إحداث الأصوات فقط عن طريق الآلات الموسيقية، فمطرقة الهواء المضغوط، الانفجارات المتواصلة، ضجّة العراك والتضارب في مقهى أو المؤثرات الصوتية التي ترافق اليوم أفلام الرعب أو الأفلام البوليسية، لها التأثير نفسه. وللبرهان على أن الآلات الموسيقية تُحدث تأثيرات نوعية، يجب على المرء الطلب من الموسيقيين أن ينهالوا بالأنهم ضرباً على أجساد الجمهور: فعنداك يمكن البرهان على جروح وإصابات رضية لا يُستهان بها، كسور جمجمية أحياناً، وفي حال «حسن الحظ» تمرّق أبهر أيضاً - إصابات يمكن إرجاعها عملياً وبدقّة إلى التأثير القاطع لأرضية «تشيللو» مُحطّم...

هذه التأثيرات فقط، أي التأثيرات التي تبدّل أجسام المستمعين بصورة مرئية وقابلة للبرهان، ألا وهي التأثيرات الناجمة عن التماسات المؤذية للآلات الموسيقية،

يستطيع المنهج التحليلي - السببي في المعرفة أن يسجلها وضعياً بصورة أكيدة، ويقبلها كبرهان على التأثير.

ولكن كما يقال، لا يقتصر الاختبار الدوائي الحديث طبعاً على مطالبته بالتبدلات الواضحة الشديدة في الركيزة فقط - أي في مثالنا، مطالبته بأن ينكل الموسيقيون بالجمهور جسدياً - باعتبارها البرهان الوضعي على التأثير. فثمّة بعض الانحرافات السلفية التي تُعتبر مهمّة أيضاً، لا بل أكثر وبالاً على النتيجة، هذه الانحرافات التي تبتزم من خلالها خبرات حسية، قد تكون ساذجة، ولكنها صحيحة وصادقة وغالباً ما تتسبب للمرضى بأضرار غير مباشرة.

السلفية (Atavismus)، كما هو معروف، نكوص إلى مرحلة وظيفية ومرحلة وعي تم تجاوزهما، من الناحية التاريخية - التطورية، من زمن طويل. ونصادف مجموعة كاملة من مثل هذه السلفيات في ما يضعه الاختبار الدوائي الحديث كشرطٍ «للموضوعية» الواهمة: «التجربة العمياء» أو حتى «التجربة العمياء المزدوجة».

أما حجة التجربة العمياء فهي ما يلي: تتضرر الموضوعية لدى اختبار التأثير الدوائي عند الإنسان عندما يضع المريض في حسابه أنه يُعطى مادة دوائية فعّالة. ومن هنا لا بد من إلغاء موقف الترقب والتوقع هذا أو معارضته - إما بترك المريض في غموض، بحيث لا يعرف إن كان يتلقى دواءً أصلاً («التجربة العمياء»)، أو بإشراك مجموعة مقارنة من المرضى، تعاني (كما يُتوهّم) من اضطرابات مماثلة، ولا يعطيها المرء أية مادة دوائية، وإنما دواءً ظاهرياً، وليكن سكر اللبن مثلاً. كما أن مجرد تفاؤل الطبيب الذي يأمل ويعد نفسه بالتأثير من خلال استخدام مادة جديدة، بإمكانه الإخلال بالتأثير «الموضوعي». لذلك لا بد للمرء في بعض الظروف من ترك حتى الطبيب أو الممرضة التي تقوم بتوزيع الأدوية على المرضى، على جهلهما فيما إذا كانت تُعطى مادة الاختبار أم المادة الظاهرية («التجربة العمياء المزدوجة»).

أما السلفيات الفعّالة هنا فهي التالي:

1. سلفية التجربة أو الخبرة: مثلما يشيح الإنسان، في مرحلة الطفولة الباكورة، بنظره عن واقعة مفزعة له أو مُلهية له، كي لا يصاب بالأذى، أو مثلما يغطّي الإنسان البدائي عينيه لإبعاد التأثيرات التي تتهدّده أو إزالتها، كذلك يعتقد مختبرو الأدوية أنه يكفي أن يعصّب المرء عيني المريض، أو المريض والمعالج، لاستبعاد أية مؤثرات قد تخلل بالتأثير الدوائي.

2. سلفية المعرفة: تتكوّن النفس والإحساس البشريان، بحسب مفهوم مختبري الأدوية، من مشاعر الأمل أو القلق فقط دون غيرها: الأمل بالشفاء أو التحسّن، أو القلق من التفاقم والسوء، من الآلام أو الموت. أما وأن المخيلة الباقية لفردٍ ما قد يكون لها تأثير راجع ما على الصّحة، وبالتالي على شفاء المرض أو تفاقمه، فيبدو أنه أمر غير ممكن ومستبعد لدى هؤلاء العلماء.

ومن البديهي أيضاً أن تبقى أجواء المشفى، الكادر البشري بكامله، الإنفاق الجهازي الضخم، في نظرهم عديمة الأهمية، ويمكن إهمالها، ناهيك عمّا يحمله المريض منذ الولادة، أي بنيته.

3. أخيراً تبقى سلفية الأخلاق التي تجعل مختبري الأدوية يتراجعون إلى مرحلة بدائية تعود إلى ما قبل الخلق الإنساني، وذلك عندما يعطون لأشخاصٍ مرضى أدوية ظاهرية وهمية بحجّة المعالجة الطبية، أو الأسوأ من ذلك عندما يجربون عليهم، ومن غير علمهم، مواد لا تخفّف من مرضهم ولا تقصّر من مدّته، وإنما قد تسبّب في بعض الظروف آلاماً جديدة أو مطوّلة.

المعايير الموضوعية لاختبار دوائي علمي:

من مقوّمات العلم الجوهرية أن معطياته النظرية والتجريبية قابلة للتكرار وإعادة إنتاجها عملياً. وإذا نقلنا هذا الاستحقاق إلى الاختبار الدوائي، نحصل على المعايير التالية:

1. يجب إثبات التأثير الدوائي بالتجربة الوضعية، أي بالخبرة الفعلية.
2. يجب صياغة مقولات الاختبار الدوائي بدقة، أي بوضوح، وبالتالي بصورة قابلة للتكرار المماثل ومُلزّمة بصورةٍ عامّة.
3. يجب أن يكون اختبار دواء معطى ما اختباراً شاملاً.

الوضعية في الاختبار الدوائي:

يشترط الاختبار الدوائي الوضعي تجريب المادّة الدوائية على النحو ذاته الذي يُستخدم فيه، أي طبقاً للغرض العلاجي منها. هذا الاستحقاق البديهي ظاهرياً يتم الاستخفاف به من قبل جميع علماء الأدوية الذين يقومون باختبار الأدوية المخصّصة للطب البشري على كل الحيوانات الممكنة. حيث يتم بكل بساطة إخفاء أن المرء لا يحصل من الفئران، الجرذان، الأرانب، الخنازير الغينية، الخنازير والقروود، على معلومات عن التأثير النفسي لمادّة ما، ولا على معظم المعطيات الأخرى المهمّة وظيفياً.

ما إذا كانت مادةً معيّنة بجرعةٍ محدّدة، تسبّب آلاماً في شحمة أذن فأرٍ ما، أو في أصابع قدمه اليسرى، ما إذا كان الفأر يشعر بالنشوة، فيما عدا إحساسه بشيء من الغثيان - فإن ذلك لا يعني أقلّ دليل على كيفية تأثير الحدث الوظيفي على مستويات الوجود المختلفة. إن غالبية المعطيات المكتسبة من التجربة على الحيوان، مسحوبةً استقرائياً على الإنسان، ليست معطياتٍ وضعيّة مبدئياً، وإنما معطياتٍ فرضية. إذاً فإكتساب معطياتٍ وضعيّة حول الأدوية المخصّصة للطب البشري يشترط الحصول على مثل هذه المعطيات من ملاحظة الأفراد البشريين مبدئياً (وكي لا يُساء فهمنا، فنحن نتحدّث هنا عن الاختبار الدوائي، أي عن التأثير الحركي - الدوائي، وليس عن التأثير السميّ العام. عندما أفترض أن مادةً تركيبيّة ما تمتلك تأثير سيانيد البوتاسيوم السميّ، أو تفوقه سمّيّة، من البديهي أن أحداً لن يقترح تجربتها في الحال وبجرعةٍ عشوائية على إنسان ما).

التحديد الدقيق، أي الصريح للتأثير الدوائي:

يشترط التعريف الدقيق في أيّ علم صياغة كافة معطيات الملاحظة باستخدام معايير عرفية معرّفة بوضوح ومعروفة بصورة عامّة. ومثل هذه الدقّة غير ممكنة في الاختبار الدوائي على الطراز الغربي إلا حيث يمكن تعريف المقادير الحرجة، أي المادة في بعد كافٍ لتكون قابلة للقياس. ولكن العلم الغربي لا يمتلك أيّة معايير صريحة ومُلزمة من أجل التعريف الدقيق والوضعي للوظائف المهمّة البدئية. (لنكرّر أن كافة مقولات الطب الغربي حول الوظائف - على سبيل المثال الفيزيولوجيا - إما مقولات تجريبية بحتة، أو، عندما تستند إلى قياساتٍ دقيقة، مقولات معممة استقرائياً، وليست مقولات وضعيّة).

ولكن مثل هذه الأعراف لا يمكن تحديدها تحكّماً كما نشاء، إنما تنشأ في إطارٍ من التأثير المتبادل الوثيق مع التجربة. ورغم المستوى الرفيع للمعرفة في القرن العشرين، ليس هناك أيّ نظام علمي تركيبي - استقرائي يمكن مقارنة معاييرهِ، ولو بشكل تقريبي، مع الطب الصيني، وخصوصاً فيما يختصّ بمعاييرهِ العرفية.

الاختبار الدوائي الشامل:

إن ضرورة اختبار المادة المستعملة لأغراض علاجية بصورةٍ شاملة، أي فيما يختصّ بكافة تأثيراتها المهمّة، هو المطلب الأكثر بدهاءً ظاهرياً، ولكنه في

الحقيقة الاستحقاق الأكثر إشكالاً وتعقيداً من بين الاستحقاقات المطروحة هنا. فكل التأثيرات الناجمة عن دواءٍ ما في فردٍ ما عبارة عن أفعال أو حركات (aktion)، أي أنها، من حيث الجوهر، ليست غير قابلة للقياس فحسب، وإنما هي غير قابلة للحصر أصلاً. ويتعلق التأثير الذي تُحدثه مادةٌ ما، إضافة إلى ذلك، بالركيزة التي تدخل المادة في تماسٍ معها. لذلك لا يمكن تقييم التجربة التحليلية في أنبوب الاختبار أبداً على أنها مساهمة في اختبار دوائي شامل، ولا حتى التجربة على الحيوان.

ولا بد من تعريف عبارة «شامل» والنظر إليها بصورة نسبيةً دوماً، بالالتفات إلى المرجعية المحددة، ألا وهي التطبيق على الحيوان، التطبيق في الطب البشري... إلخ. فإذا لزم إدخال دواء ما في الطب البشري، فإن «الاختبار الشامل لهذا الدواء» يعني التسجيل الموثوق لكافة التأثيرات ذات الأهمية بشكل ما بالنسبة للإنسان. (إذن، فالتأثيرات التي قد يفترضها المرء، والتي هي بالفعل ذات دلالة بالنسبة لأنواع حيوانية معينة أو بالنسبة لمخلوقات خارج أرضية مفترضة، لا يمكن اختبارها لدى الإنسان، فضلاً عن أنها دون دلالة، أي دون أهمية بالنسبة له).

ولكن حتى هذا المفهوم الضيق إلى هذه الدرجة لـ «الاختبار الشامل» يطرح أيضاً أسئلة منهجية مبدئية. لا شك أن التجربة الصرفة، أي الخبرة الملموسة لفردٍ ما، أو لعددٍ من الأفراد قابل للتقييم إحصائياً، غير كافية لتضفي على الاختبار طابع الشمول، وذلك لسببين:

1. لأن التجربة تلتصق مبدئياً بالواقعة المحددة الملموسة، أي بالانطباع الحسي، بالعرض، وترتبط به وصفيًا.

2. لأن مؤثرات أكثر ندرة، ولكنها ذات أهمية فيما يختص بالحفاظ على الحياة، لا تبرز في وفرة إحصائية بما يكفي من الوضوح، كونها لا تُلاحظ إلا بتعلقها بالزمان والمكان. وشرط المقولة الشاملة عملياً هو الاستخدام الدقيق لوسائل منهجية.

ولتوضيح وجهة النظر هذه نقول: لا يمكن إثبات أن عدد الكريات البيض مرتفع بصورة ذات دلالة، رغم المساعدات التقنية، المظاهر مثلاً، إذا لم تتوافر في الوقت نفسه المنهجية المعدة من قبل الطب التحليلي - السببي، أي المعرفة الوضعية بالنسبة العددية المميزة في تركيب الدم، بتقنية أخذ الدم وبالحكم على الصيغة الدموية. وإن شئنا فإن ذلك ينطبق على النحو ذاته، ولكن بشكلٍ موسّع أكثر

بكثير، على المسألة التالية: أية وظائف معينة تغيّرهما مادّة دوائية ما ، وبأية طريقة؟ وللإجابة عن مثل هذا السؤال، لا بد من توافر ليس فقط لائحة بجميع الوظائف ذات الدلالة، وإنما لا بد أيضاً من كون التعليمات المنهجية معروفة، والتي يتم بموجبها كشف انحرافات الوظائف على نحو مثالي تقنياً وقابل للتكرار متى نشاء. وهنا أيضاً لا علم لنا بأيّ نظام علمي قام بإعداد وسائل دقيقة ومتميزة وعلمية في الوقت نفسه، ولو بشكلٍ تقريبي، كالطب الصيني.

الاختبار الدوائي الجديد:

لا بد للاختبار الدوائي من النوع الجديد أن يكون اختباراً شاملاً، وضعياً وصريحاً لأية مادّة نشاء يفترض بها أن تُستعمل لأغراض علاجية (عندما نتكلّم هنا عن «مواد»)، فإننا نتبع تحديداً لغويّاً ضيقاً لا يكمن في المنهج: إذ يمكننا إقرار إجراءات علاجية أخرى أيضاً، وتحديدتها فيما يختص بتأثيرها وفعاليتها، أي على سبيل المثال تطبيقات المعالجة الفيزيائية، تطبيق الصبّات المائية، التدليك، المساجات وغيرها الكثير. يبدأ سلّم المواد العلاجية القابلة للاختبار من الأدوية الهوميوباتية⁽¹⁾. التي لا تحتوي، حسب الفهم الفيزيائي، سوى القليل، أو لا تحتوي إطلاقاً أية مكوّنات فعّالة يمكن إثباتها مادّياً، مروراً بأدوية العلاج بالنباتات (Phytotherapie) التي تتميز بتعقيدٍ فائق، حتّى من غير مزج خلاصات من نباتات مختلفة، إلى المستحضرات التركيبية من كل مصدرٍ وتركيب ممكن، وصولاً إلى مواد العلاج الكيميائي البسيطة والمركبة).

ويتضمّن هذا الأسلوب جزأين أو ثلاثة أجزاء من الاختبار، يمكن لأيّ منها أن يمتدّ على فترات طويلة وأن يتناول عدداً أكبر من الأفراد. ومن الأمور الأساسية أن يتم كشف الحركية - الدوائية، أي التأثير الدوائي للعقاقير المخصّصة للطب البشري، على متطوّعين بشريين فقط دون غيرهم.

في «نظرية» الاختبار الدوائي المتّبع حتّى الآن ثمة تحفّظات على الاختبار على الإنسان، وفي ذلك كل الحق، لأن هذه الطرق لا ترى الحجّة الوضعية سوى في إحداث تغيّرات جسدية وملاحظتها، أي في «كمانٍ محطّم على رأس المستمع». ولكن لكل مادّة، وقبل أن يؤدّي استعمالها بكميات (جرعات) إلى تأثيرٍ قابل

¹ Homeopathie: المعالجة المثلية، معالجة الداء بإعطاء المصاب جرعات ضئيلة من دواء لو أعطى لشخص سليم لأحدث عنده مثل أعراض المرض المعالج. - (المترجم).

للإثبات أو بالأحرى للقياس على شكل تغيّراتٍ جسدية، بفترةٍ طويلة، جملة من التأثيرات الوظيفية. وهذه التأثيرات الوظيفية عكوسة بشكل كامل، أي أنها لا تخلّف أيّة تبدّلات دائمة فيما يختصّ بالسلامة الجسدية. وفي الاختبار يجب أولاً استعمال كل مادةٍ مختبرة بجرعاتٍ تقع أسياً دون الحد الأدنى للجرعات الفعّالة جسدياً.

1. الحالة المسبقة لكل متطوع:

«كل إنسان مختلف»، كل إنسان يمتلك شروطاً بنوية، أي خلقية، مختلفة. ليس هناك قليلاً أيّة تعميمات حول كيفية استجابة البشر على مادةٍ معيّنة. ولذلك لا بد في الحالة المسبقة للمتطوع من تسجيل وتوثيق الوضع الوظيفي الإجمالي النوعي فردياً - وهو ما لا علاقة له بالمرض! - بصورةٍ دقيقة وشاملة.

مثل هذه الحالة المسبقة تستبعد كل ما يتم إبرازه اليوم في مفاهيم علمية مزيّفة مثل «التأثير الغُفل» (Placebo)، «الشفاء التلقائي»، «التأثيرات الجانبية التي لا يمكن التكهّن بها مسبقاً». إذ إنها - ومع استخدام وسائل تشخيص الطب الصيني - تُعتبر شاملة، من حيث أنها تسمح بكشف العطوبيات القائمة في المجالات الوظيفية المختلفة أو الحالات الحديّة قبل أيّ تبدّل جسدي. وانطلاقاً من معرفتنا الدقيقة بمثل هذه العطوبيات بإمكاننا تقدير عدم جواز اختبار عقار ما على متطوع معيّن، لأنه سوف يشكّل له إجهاداً غير ضروري، وذلك جراء اضطراب التوازن العطوب بصورة غير اعتيادية. كما أنه انطلاقاً من وقوفنا على الحالات الحديّة بإمكاننا تقدير أن تلك التغيّرات التي سيصفها المرء لدى متطوع أيضاً دون مداواة، أو على العكس، لا يمكن إحداثها حتّى مع المداواة.

2. الاختبار الوظيفي:

والخطوة التالية هي «الاختبار الوظيفي». وفي سياقها ينبغي أن يتم كشف الاتجاه الذي تدفع أو بالأحرى تحرف فيه المادة المختبرة أو الإجراء المدروس الاستقامة (Orthopathie) بشكلٍ منتظم. إذن، فالموضوع يدور هنا حول مقولاتٍ وضعية عن الاتجاهات، حول التحديدات الكيفية.

هذا الاختبار الوظيفي يجب تنفيذه، على فتراتٍ طويلة، على متطوعين أصحّاء يضعون أنفسهم طوعاً تحت تصرّف الاختبار. (فعدم وضع أنفسهم طوعاً تحت تصرّف الاختبار لا يكون خوفاً من أضرارٍ أو حتّى من مجرد أخطارٍ محتملة

على صحّتهم، وإنما لأن التوثيق المتقن للمشاهدات يقترن بصرف زمنٍ لا يستهان به، وهذا بدوره يتطلّب بعضاً من الصبر والمثابرة).

ففي الأدوية التي ينبغي اختبار تأثيرها على المدى الطويل، قد يكون من المناسب متابعة هذا التأثير على الفرد ذاته، ليس طوال شهور، بل طوال سنين).

ماذا يُطلب من الاختبار الوظيفي وماذا يُنتظر منه؟

بدايةً يحدّد هذا الاختبار كافة العوامل المسحوبة على الوظيفة، أي المؤثّرة على المظاهر الحيوية، الإحساسات، الانفعالات النفسية. وتُعتبر هذه التأثيرات الوظيفية التأثيرات الأولية التي لا يمكن تحاشيها أو قمعها في أيّة مادّة دوائية أو أيّة طريقة علاجية ممكنة. فعندما يلاحظ المراقب مسبقاً تبدّلات جسدية، هذا يعني أن هناك عدداً كبيراً من العوامل الوظيفية تمارس تأثيرها على المتطوّع في آن معاً، ومنذ فترة طويلة. لذلك فإن تحديد التأثيرات الوظيفية لدواءٍ معيّن يجب أن يقع في بداية اختباره، وغالباً ما يمكن قبولها كحصيلة إجمالية للاختبار - وذلك دائماً حيث يوضع في الحسبان التأثيرات الجانبية المخلّة أو المؤذية - المسماة «سميّة» - الناجمة عن زيادة الجرعة.

لا بد من فهم ثلثي الإصابات المرضيّة على الأقلّ، والتي يتعاطى معها الطب اليوم، على أنها مجرد اضطراباتٍ وظيفية، حيث يتم إرجاع الروماتيزم أو التصلّب اللويحي العديد مثلاً إلى اضطرابات «متعدّدة العوامل». وفيما يختصّ بهذه الاضطرابات التي وإن كان الطب الصيني يمتلك الوسائل المنهجية لتشخيصها وعلاجها، ولكنه لا يمتلك ثروةً نوعية من الخبرات سوى في جزء منها فقط، أقول من المرغوب، لا بل من الضروري فيما يختصّ بهذه الاضطرابات أيضاً، أو بالأحرى تحديداً، إخضاع تلك العقاقير المستعملة منذ قرونٍ عديدة بالذات في دوائر ثقافية أخرى (وهي في الغرب دستور الأدوية الجالينوسي) لاختبارٍ وظيفي ممنهج بصرامة، وذلك للإحاطة بصورة أكثر نوعية بتأثيراتها المحدّدة في الأدب الطبي غالباً وصفيّاً فقط.

3. الاختبار البدني:

يهدف الاختبار البدني لدواءٍ ما، كما تدل التسمية، إلى تحديد التأثيرات التي يمكن تسجيلها في العضوية البشرية كتبدّلاتٍ عضوية جسدية. ويُطلّعا الاختبار الدوائيّ المتّبع إلى الآن على مثل هذه التأثيرات أيضاً، ولكن الدواء يتم

اختباره على مرضى مختارين، لا يتوافر في أفضل الأحوال سوى القليل من المعطيات التجريبية حول الحالة المسبقة الوظيفية والبنوية لديهم وحول حالتهم الوظيفية الحالية الآنية. ولا يفترض مبدئياً، في إطار اختبار دوائي موسّع، إدراج الاختبار البدني إلا بعد انتهاء الاختبار الوظيفي الذي يبني على نتائجه. ويُفترض في مثل هذا الاختبار مجدداً - كما هي الحال في الاختبار الوظيفي - أن يتم تنفيذه في ظلّ إعلام تامّ للمتطوع، حيث يتم إطلاعهم على المعارف والمعطيات المكتسبة من الاختبار الوظيفي. بيد أنه في الواقع قد يتوجّب إجراء الاختبارات البدنية، جزئياً على الأقل، على مرضى المشايخ، أي حيثما تكون الأدوية المختبرة مخصّصة لمعالجة اضطراب متقدّم مع موجودات جسدية بالجملة. صحيح أنه بذلك لا يتم إلغاء مشكلة التأثيرات الجانبية لدواءٍ جديد، ولكن حجمها سوف يكون قابلاً للمراقبة والضبط بصورة أفضل بكثير بالمقارنة مع الاختبار من النوع القديم. فالمرء لن يستعمل مادة مجهولة كلياً في جرعة عالية فوراً، وإنما سوف يتلمّس إمكانات تأثيرها تدريجياً. ثم إن المعارف الجانبية الداعمة التي يمكن استحضارها من تجربة دساتير الأدوية القديمة أو من منهج الكيمياء وتصنيفها، توفر مرتكزاتٍ للتصحيح أو التدقيق أو المعاوضة المحتملة لدواءٍ بآخر. وقد يكون من الضروري في الاختبار البدني أيضاً مواصلة عملية الاختبار على الفرد ذاته طوال شهور، وفي بعض الظروف طوال سنين - الأمر الذي سوف يأخذه المرء بعين الاعتبار لدى انتقاء المتطوعين.

توحيد المقاييس في الأدوية:

من كل ما قلناه حتّى الآن يتبيّن أنه عن طريق الأساليب الوظيفية قبل كل شيء، ولكن أيضاً البدنية المكيفة، يغدو بالإمكان توحيد المقاييس في الأدوية فيما يختصّ بتأثيرها السريري.

ولمعلومات غير الأطباء نقول: إن علم الأدوية الحالي، والصيدلة أولاً وقبل كل شيء، ترى في توحيد المقاييس الدوائية القانونية، أي في الأدوية المقررة بدستور الأدوية، والمألوفة في الصيدليات، عن طريق تحديد المادة الفعّالة، واجياً من واجباتها المهمة. وينجم توحيد المقاييس هذا في الأدوية الكيميائية، بطبيعة الحال، عن عملية الإنتاج نفسها، والتي هي غير قابلة للتنفيذ أصلاً دون معرفة الصيغ الكيميائية والنسب الوزنية. أما في أدوية المعالجة بالنباتات (Phytotherapie) فيحاول المرء منذ القرن التاسع عشر تحليل الكنز الدوائي الموروث وتوحيد مقاييسه

فيما يختصّ بمواده الفعّالة الرئيسة، عن طريق تحاليل كيميائية وتجارب دوائية (مع كل التقييدات والتحفّظات المذكورة أعلاه، كالتجربة على الحيوان، التجربة العمياء... إلخ). وفي بعض البلدان لم يعد يُسمح، قانونياً وجزائياً، سوى بمادّة فعّالة معزولة من بعض العقاقير القديمة، كنبات ست الحسن (Belladonna)، وهي في هذه الحالة مادّة الأتروبين، ويأسف لهذا التطوّر الكثير من المعالجين المقتنعين بأن العقاقير الطبيعية تتمتع بطيف تأثير أوسع بكثير من المادّة الفعّالة المعزولة منها. بيد أن أيّاً من طريفي هذا الجدال لم يتمكنّ من فرض نفسه، وذلك نظراً للقصور المنهجي القائم في الاختبارات الدوائية المتبّعة حتّى الآن.

والاختبار الدوائي من النوع الجديد قادر على تحديد التأثيرات السريرية الدقيقة لأيّ دواء، حتّى الأدوية الأكثر تعقيداً، وهذا هو في النهاية الأمر الحاسم بالنسبة للطبيب والمريض على السواء: فالمريض لا يهتمّه كثيراً مما يتكوّن الدواء الذي يتناوله، وإنما مدى فائدته وسلامته وديمومته. وبالطبع فإن الاختبار الدوائي الوظيفي يقدّم المعلومات حول هذه الإمكانيات والتوقّعات بالتحديد.

إذن بمجرد أن يتوافر عدد كافٍ من الأطباء الضليعين بطرق التشخيص الصيني التقليدي، سيكون توحيد مقاييس أكثرية الأدوية أمراً عملياً، وقبل كل شيء اقتصادياً، توحيد ليس من ناحية المحتوى من المادّة الفعّالة، والذي هو بالتأكيد عرضة لتقلّبات معيّنة تتعلّق بالمصدر، بزمن الجني... إلخ، وإنما من ناحية التأثير السريري وحده. وبمثل هذا المنهج، وانطلاقاً من الآفاق التي نملكها حول طبّ عقلاني شامل، سوف يتم بلوغ الوضع المثالي الذي نطمح إليه.