

# 溝通臨床距離： 已有知識的再發現

Richard J. Baron

## 摘要：

我在本文中提出，現代醫學的疾病觀在描述疾病時通常排斥直觀知識，由此而造成一種從機能上說給人印象深刻的然而從人的角度說沒有什麼根據的醫學。受過技術化了的解剖病理學疾病觀訓練的醫生們，脫離了過去已知的大部分有關疾病的知識。他們不僅缺少一種嚴密的或規範的方法去面對醫學實踐中的那些非技術的方面，而且，許多人甚至看不見醫學的動機和目的。在此，我力主一種以直觀為基礎的、以人自身為根據的疾病本體論。這樣一種本體論以理解和把握病人的經驗而不是對病狀的

---

Richard J. Baron, M. D., Department of Internal Medicine, Bellevue Hospital Center, New York University, New York.

原載： *The Journal of Medicine and Philosophy* 6 (1981), 5-23.

《中外醫學哲學》I : 2 (1998年5月) : 頁77~99。

所謂“客觀的”描述作為自己的出發點。只有通過一門活生生的病症科學，人們才有可能達致一種真正的人本主義醫學。

病理生理學——關於痛苦和疾病的生理學——是現代醫學中的一個重要概念。它代表了這樣一種關於疾病的思維方式：這種思維方式一直是非常有效和有益的，而且它成功地改善甚至根除了許多疾病。的確，它是如此成功，以致它主導着整個現代醫學對於疾病的看法。但是，仍然存在着它解決不了的問題，這些問題是有關不安寧（*dis-ease*）而不是有關疾病（*disease*）的，是有關生病（*being ill*）而不是有病的問題。在本文中我試圖對現代醫學有關疾病的思考的結構框架進行分析，並向人們表明，這一結構導致人們在不可靠的主觀的病人後面和在他們之中尋找可靠的客觀的疾病。在這一分析中，我將利用當前通用的醫學教科書，並站在歷史的視角之上。我將提出，當前人們致力於使醫學“人化”的努力並不意味着這一結構有什麼重大的修正或改變，除非它們對整個關於疾病的觀念重新進行徹底的審視和考察。為支持這一論點，我還要涉及醫學教科書以及我本人在病房工作期間的經歷。最後，我將嘗試着進行這樣一種徹底的再考察，並提出一種可供選擇的而且（我希望是）前後比較一致的關於疾病的看法。我將通過對醫學動機的考察來論證這個看法。

對醫學思維結構的某些方面作一番理解是首要的任務。我們將遵循 T. S. Kuhn (1970)<sup>(1)</sup>的做法，為醫學科學確立一個“科學的範式”。雖然範式這個概念在 Kuhn 著作中的含義並非十分明確，但我在這裏仍將用它指稱一種被普遍接受的

世界觀，由此世界觀可以產生科學上有確實根據的問題和在科學上完全站得住腳的答案。一種範式決定着科學世界的面貌以及它的組織方式。我們通過對某些公認為權威的醫學教科書的考察，也許能夠大大地接近對醫學範式的一種瞭解。

現代醫生的標誌之一是他對診斷——對疾病作出準確的識別和鑒定——的執着和投入。正如一本有關醫學診斷的入門教科書所指出的：

“醫生……要搜尋出他的罪犯，即造成病人不健康的疾病。在證人（病人）用他自己的方式告訴了他的故事之後，醫學偵探將提出許多探尋性的問題，以誘導出若干條有可能被忽視的信息，或更具體明確地描述和凸顯已知的信息。如果病人不會或不能夠直接提供真實情況，可能還要詢問病人的家人和朋友。醫生要盡可能細緻地檢查病人的身體……這些就是你們——未來的醫學偵探在以後永無止境地探尋病人病因的實踐過程中要使用的方法”（Prior and Silberstein, 1973, p. 7）。

因此，醫學系的學生們被告知，醫生和病人之間的相互影響以診斷的軸線為基準。不僅是最初的會見，而且隨後所進行的一切介入都將伴隨着頭腦中的診斷而進行。它成了進一步行動的目標或基礎。我們必須正視和面對疾病的思想，或許是我們接近和完成我們工作的基石。Harrison's Principles of Internal Medicine (Thorn, 1977) ——或許是唯一最受重視的醫學教科書——聲稱：

“醫生對借以完成診斷的思維過程中的各個步驟的概括，是它的基本目標和組織原則。這些步驟包括記錄病人的徵狀，思考可能造成這些徵狀的種種失調和紊亂，有效地利用能夠支持和確認或改變最初印象並最終導致有牢固基礎的診斷的措施和方法。與臨牀上這一方法相符合的邏輯上的第一步驟，就是對疾病的主要表徵進行思考。病人自己表現出來的是徵狀，而不是診斷”（p. xxix）。

(1) 我這裏用的只是一個內容非常豐富和具有挑戰性的論點的一小部分。

在這一醫學範式中蘊含着一種難以捉摸的然而卻是必然的結論：把病人與疾病分離開。在吸收我們所說的這樣一種範式的同時，人們也獲得了關於一種純粹疾病的觀念——從理念上說，一種純粹的疾病不同於任何特殊的病人。疾病通過病人而表現出來，而病人則發揮着這樣一種作用，即他是一種疾病展現於其上的半透明的屏幕。這個屏幕是半透明的，而不是完全透明的，因為它不是完全中性的和沒有效應的。相反，這個屏幕有着自身不透明的部分，從而使關於潛存的疾病的準確觀念模糊不清。*Olser* 的一句格言相當精確地把握住了這一思想：

“正如沒有兩副一樣的面孔一樣，也沒有任何兩個在所有方面都相同的病例，而且不幸的是，不僅疾病本身是如此多樣化的，而且病人自身也有能夠改變其行動的特點”（*Bean, 1950, p. 34*）。

我期望作進一步強調的是，病人的變異和各不相同的特性，在這裏被看成是“不幸的”，因為它們妨礙醫生對疾病的探尋。人們在 *Harrison* 著作的下述忠告中可以發現類似的觀點：

“每一個經驗豐富的醫生都知道，在解釋許多病證時，有必要把病人綜合地看作是一個有機體，這個有機體擁有相當多的過去的經驗，在這些經驗中，有許多在記憶中處於模糊不定的狀態，然而卻已成為他當前解決日常問題的基礎”（*Thorn, 1977, p. 2*）。

再者，“綜合地”看待病人的目的，只是為了“解釋許多疾病的徵象”，也就是說，是為了獲得一個比較清晰的診斷視野。所發生的是將病人“減除”，*Michel Foucault* 對此作了恰當的描述：

“為了知曉病理學事實的真諦，醫生必須對病人進行抽象……然而自相矛盾的是，就病人所患疾病而言，病人只是一個外在事實；醫學讀物必定只是附帶地考慮他。當然，醫生必

然知道‘我們的內部結構’；但是，只是為了減除它和便於醫生注視‘徵狀的性質和組合、危象以及伴隨疾病的其他情況’。不是讓病理的東西就生命而言起到反自然（*counternature*）的作用，而是讓人就疾病而言來起反自然作用”（*Foucault, 1975, p. 8*）。

因此，尋找“病理學事實”的醫生們總是不得不濾掉病人。然而，這個“病理學事實”的性質需要進一步的復查，因為它在過去幾個世紀中已經獲得了重要發展。

*Stanley Reiser* (1978) 指出，在17和18世紀，病——病理學的事實——就是病人說出來的東西；也就是說，那個時代的醫生能夠運用的主要的研究和調查方法是病史<sup>(2)</sup>，並且是以肉眼的觀察為補充的。但是，我們今天誰都知曉的規範的全面的體格檢查在17和18世紀還沒有。那時，醫生們追尋和看重的不是“對事件的客觀描述，而是對這些事件之意義的個人陳述”（同上，p. 2）。那個時代的一些最傑出的醫生都願意通過書信進行診斷——甚至開處方，甚至不用看見他們的病人。當疾病（通過諸如 *Sauvages* 這樣一些從事分類工作的醫生們的努力）而變得越來越具體化時，醫生們對病人主觀提供的報告的不可靠性也越來越不滿。在為呈現在他們面前的從根本上說是主觀的經驗提出客觀的相互關聯時，他們對發現疾病本身的蹤跡也越來越感興趣。這樣一種探求在 19 和 20 世紀迅速發展起來的醫學技術中是很明顯的。

這方面的一個卓越的例證就是聽診器的發展。正如 *Reiser* 所說，1816年 *Laennec* 發明聽診器的意義，不止是發現一種更好診斷咳嗽病人的方法。更確切地說，它從根本上並且自然而然地界定了胸部疾病終於被理解為病理學聲音。無

---

(2) 這部學術著作對我具有重大價值，尤其是下面一兩頁的討論。

疑，這一技術還有待證實。但是，這個證實不是以活着的病人為對象的，而是經尸體解剖而做到的。診斷中最後要說的是死後的尸檢有沒有解剖學上的損傷。隨着解剖病理學作為一種疾病模型的興起，聽診器作為一種診斷技術也日益重要起來。當醫生們認識到疾病從解剖學上講必定帶有身體上各不相同的特徵時，值得注意的是病變組織的自然特性，而做到這一點的一個途徑就是傾聽這個組織在活的有機體中產生出的聲音。從某種意義上說，病理學的解剖學模式，把病人與他所患的疾病分離了開來，從而可以獨立地研究某一項，減除前者和使後者具體化。如 Reiser 所言，戴上自己聽診器的醫生不再聽他病人的陳述：

“聽診有助於產生出客觀的醫生，因為這樣他可以擺脫開那些彼此沒有什麼關聯的病人的經驗和感覺的糾纏，把精力更多地投向從身體中發出的聲音，而不是病人。只有不受病人的動機和信念的干擾，聽診者才可以依據他本人聽到的從身體的器官中發出的聲音（他認為這些聲音是客觀的，不偏不倚地表現着疾病的整個過程）作出診斷（同上, p. 8）。

所以，當我進行一項心臟檢查的過程中被問到問題時，我與我的病人之間常有這種交流：我說，“請等一下，在我用聽診器的時候我聽不見你說話。”醫生的注意力越來越多地集中在疾病而不是病人。

現代的醫生們已經注意到這一趨向，而且在當代醫學之中有一倡導“人本主義醫學”的運動。幾乎所有目前流行的主要教科書都在導言部分朝着這個方向有所表示。這裏值得順便提一下的是，Olser 的 *The Principles and Practice of Medicine* (Olser, 1892年) 第一版開篇的第一章就是從論述傷寒開始的，沒有任何導言性的東西。整整五十年以後，在第14版 (1942) 中增加了一篇關注身心醫學的導言。但是，目前的教科書則都無一例外地以一篇“以病人為主導”的引言開

始，似乎大家都自覺地確信病人是重要的。人們回想一下 Harrison 的著作 (Thorn, 1977) 引論部分（“醫生和病人”）導言那一章（“接近病人”）就行了。在“作為一個人的病人”那一節之下，我們看到了下述開場白：“同樣一種病可能會以種種不同的方式表現出來，這是由於病人年齡、個性和社會境遇的不同。”（同上, p. 1）。在自覺地將重點轉向病人的這一節中，第一句話的主語是“病”，而不是“病人”，這是非同尋常的。從一個層次說，這部教科書的作者們意識到了這樣一個焦點的變換可能帶來的危險；他們甚至明確地告誡人們：“醫生必須盡可能地把病人與他企求要解除的病徵聯繫起來”（同上, p. 3）。從另外一個層次上說，他們的努力和嘗試只是有助於使“病人”和“疾病”永久地分離開來，同時牢固地樹立起一種啟發式的謬見，以使人們能夠按病人和他們的疾病分離探討。

另外一部重要的醫學教科書直接繼承了 Osler 著作中的思想，它也有類似的導論性的一節。在討論了科學方法和搜集了臨床信息之後，我們看到一小節冠以“人本主義方面”標題的內容，這一節揭示了為何接近病人而不是他所患疾病的動機因素：

“先前對搜集和分析臨床信息的科學方面的強調，都不應被解釋成貶低或反對對待病人的人本主義方面的重要性。雖然，輕視這些方面甚至要對臨床信息的收集造成妨礙。看上去似乎比較急躁、無聊或感覺遲鈍的醫生也許難以從病人那裏探引出重要的信息……粗魯的和對病人的安適漠不關心的醫生可能連腹部的某個硬塊都觸摸不到。因此，忽視這些重要的方面也許摧毀臨床信息分析——解決某個病人的問題——的整個計劃。”（Harvey, 1976, p. 4）

這可以解釋為：“人們應當關注病人，以免他挫敗醫生發現真正疾病的 effort。”診斷雖然仍是主要的，但在這裏已不再

被看作是目的本身，而是達到這樣一個目的的手段：“解決病人的問題”。在某種意義上說，為瞭解決病人的問題，醫生不得不把病人置於考慮之外。而且，疾病的具體化保證了某種東西——主要的東西——在把病人如此置於考慮之外以後仍然存在。與此相似，在 Harrison 看來，醫生也不得不把他本人置於考慮之外：

“進行檢查的醫生首先是一個通人性的工具，受到在他或她自己的生涯中所經歷的各種事件中產生出來的反應的支配和制約。這一背景將極大地影響醫生對病人的感應和理解……由於掌握了比較高超的技術知識和技能，醫生把注意力集中在病人的生理功能上。但是，也應當有一種人情味、一種信任感和安全感。之所以這樣說，是基於這樣一個信念：只要能做到的都要做到。這樣一種氣氛將發展出一種有益身心健康的個人關係。”（Thorn, 1977, p. 3）

（在開始那一句中已在進行“檢查”的）醫生被說成‘首先是一個通人性的工具’；人們對這個組合詞到底意味着什麼也許會表示懷疑。在某種意義上說，正如 Foucault 所描述的，病人對於疾病而言是一種‘反自然’。所以，在這個描述中，人性對於醫生來說也是一種‘反自然’。它是某種需要減除和不予考慮的東西。但是據說它作為‘基於一切能夠做到的都要做這一信念的一種人情味，一種信任感和安全感’，在醫生—病人的相互影響中也發揮着一種積極作用。這裏有一系列奇妙的轉變：醫生的‘人情味’基於他作為一名醫生要對他的病人做什麼。據說這將導致產生‘一種有益身心健康的個人關係’。這個醫生被視為一個人的功能性抽象，而這個人的人性將依靠卓越的功能性服務來恢復。

這兩本醫學教科書中所描述的醫學範式也許可以因此被看作是包含三個要素的一種功能性的抽象：醫生、病人、疾病。病人是一個半透明的屏幕，純粹的疾病投射和反映在這個屏幕

之上；醫生試圖讓病人成為透明的，這樣便可以更為清楚地看到疾病。醫生運用這個清晰的診斷影像恰當地處置病人，或者是驅除病魔，或者是讓病人和疾病平安相處。這其中每一個範式要素都以它自己的功能用途為根基。也就是說，每一要素的意義都非源自任何關於疾病的直覺觀念，而是產生於它們各自在一個疾病和治療的基本的功能性基質中發揮的作用。在這個功能性範式的描述中必然存在一個問題，我把它稱之為臨床距離問題：即，人們從這樣一個層次着手，在這個層次功能性基質有壓倒一切的重要性，但忽視明顯而直覺的知識。我所說的‘明顯而直覺的知識’的含義在後文中還需要作進一步的解釋和說明。現在，只要這樣說就夠了：只要我們是看病人和治療疾病的醫生，我們就已經與他人患病的痛苦經驗有一定距離了。一個人可能如此專注於顏色的物理學，以致於錯過了對日落的欣賞。<sup>(3)</sup>

顯然，堅持“客觀性”和“超然性”是有一定好處的。我們對病人和為病人不得不做的許多事，是可怕的、痛苦的和危險的。要繼續做這些事情，就需要與病人之間保持很大的間隔和距離。注意到我們所做的事給病人帶來的痛苦，並不會使任何程序更平緩，也不可能使雙手更穩當。在我們所做的非常有益的事情之中，我們通常要打破禁忌——關於裸體、個人隱私、死亡等的禁忌。據說，婦科的腫瘤是一個特別凶惡的殺

(3) Mark Twain (1976, p. 49) 對醫生們的這種境遇特別表示同情：

那些天以來，我從內心覺得醫生們值得同情。美人面頰上可愛的暈紅對於一位醫生來說意味着什麼？難道是激起某種致命疾病的“突變”嗎？這幅面頰上充溢着的所有看得見的嫋媚和風韻，對於這位醫生來說，難道不是隱藏着的凋謝和衰微的信號和表徵嗎？他真正看見過她的美麗嗎？還是他不單是從職業上來觀察她，而且完全站在他自己的立場上來評論她不健康的狀態？有時他不知道由於學習他的同行他是收穫最多還是失去最多？

手，因為婦女不會讓泌尿生殖器的徵狀引起她們醫生的注意，而且醫生們自己也不情願詢問這些徵狀。沒人會堅持認為醫生不應當跨越這樣一些界限，而且，也不會有人堅決主張，作為有生有死的凡人，當他們跨越這些界限時不需要受到保護。但是，當在功能性範式的保護之下進行操作時，一個人很容易不去接觸基本的人的處境。在把病人誤看作是一個屏幕時，人們忘記了他是一個有感覺有意識的生命。讓我們以治療傷寒的發展過程為例，因為在 Osler 教科書最初的四個版本中以文獻為根據對之作了證明。

為患傷寒的熱病病人使用冷水浴，在十八世紀後期由 Currie (1797) 推廣開來，而且，關於冷水浴的益處，顯然有非常大的爭論。在其教科書的第一版中，Osler 列舉了冷水浴的有利作用，包括退熱、使大腦清醒等等；這是一種被普及化了的“使精神振作的”效果（特別是對心臟的作用），是對失眠證的一種減輕，而且，“最重要的是，在這個治療方案之下，死亡率降到了最低限度。然而，這種刻板的方法不是沒有嚴重的弊端和欠缺，而且，就個人而言，我同情那些把它視為完全野蠻的人們的看法。把一個病人從熱床上轉到一個華氏70度的浴盆中，並讓他在裏面待二十分鐘或更長的時間，而不管他多麼淒慘地哀求，看來確實是殘酷的治療；而且隨後的顫抖和沮喪看上去是令人苦惱的。大多數病人痛苦地抱怨這種做法，而在私人開業中這簡直是不可行的（Osler 1892, p. 35）。

但是，“有說服力的統計學”“很久以前就是一項專業”，而且，最近對 Brisbane 一項研究表明，澳大利亞有 14.8% 死亡沒有任何治療；有 12.3% 的死亡經過“不完全治療”，有 7% 的死亡經過“嚴格的治療”。就私人開業而言，Osler 則比較溫和，並推薦“微溫浴”。到 1895 年出第二版時，證據甚至是更具結論性的：在列舉了水療法同樣的有益作

用之後，Osler 爭辯說：

“最重要的是，由於這一方法的運用，死亡率減少到一個最小限度。這種獨特的方法，正如人們所言，已經不斷地發展起來，無論在醫院裏，還是在私人診所裏，都已流行起來。而且，儘管這一方法必然有着各種各樣的困難和令人不快的特點，但是，沒有哪一種治療方案能產生如此的效果”（同上，p. 35）。

他再次引證了數據資料，包括他本人在 John Hopkins 醫院連續五年所搜集的數據。在那所醫院，似乎每個人都曾接受“嚴格的治療”：總的死亡率只有 7.02%。到第四版（1901 年）時，他完全確信冷浴的有益效果，而且這時他關心的是技術：

“重要的是要看到，帆布支架作了恰當安排，而且橡皮枕頭使病人的頭比較舒適……病人抱怨的多少主要決定於技能和治療時的看護……經常伴隨着治療的沮喪和顫抖不再是嚴重的特點”（同上，pp. 43-44）。

然後，他開始列舉治療的好處（與 1892 年列舉的一樣），探討了能夠證明和支持利用這些好處的數據，並且把他的注意力轉向“重要問題……疾病的嚴重的並發徵是否由於水療法而增加”（同上，p. 45）。而且，Osler 關於水療所說的就這麼多。我認為應公正地推定，Osler 在 1892 年聽到的“可憐的懇求”，甚至當“技能和醫護”提高之後病人在 1895 年和 1901 年仍然在提出。我認為，說這些懇求在 1901 年就像在 1892 年那樣值得醫生們關心也是公平的。但是，這個範式佔據支配地位：水療法已證明比其他療法更有效，這是唯一引起醫生們注意的事實，而“可憐的懇求”則不是。這並不是說它們被完全忽視了，但我們肯定能夠看到，它們的重要性被大大地降低了。這些“可憐的懇求”是我早先提到的“明顯而直觀的知識”的一個實例。它們對醫生所具有的意義不是源自任何範

式的作用，而是來自任何人都可以做到的一種基本的人的理解和同情。在這個範式之內活動的醫生將傾向於把他本人與對他的病人處境的這個基本的直覺理解分離開來。有人也許認為，醫生需要這種保護以完成他困難的工作，但是，開始是一種職業上的有適當動機的分離，卻很容易變成是無意識的和不恰當的。我本人的病房經歷中有兩個具體的例子可以進一步證明這一點。

第一個例子涉及一位44歲的黑人卡車司機即 Lee 先生<sup>(4)</sup>。他已經結婚並有兩個孩子。他得了一種像流行性感冒那樣的病，而且雖然後來有好轉，但他沒有感覺到完全康復。在他開始發病大約兩週以後，他注意到他所以為的他周身都是黑藍相間的標記，於是他就去看他的醫生。進行全面的血球計數後，醫生發現他患的是溶血性貧血和血小板減少徵。

醫生讓 Lee 先生去了一個第一流的醫療中心，在那裏對血栓形成性血小板減少性紫癜（TTP）進行了診斷。當他被收住進這所醫院的時候，他沒有任何神經病學的表現；除了發燒以外，他感覺挺好，而且不理解為什麼他住進監護病房，儘管他的醫生反覆向他解釋。過了一週以後，Lee 先生的情況迅速惡化，雖然在靜脈中注射了大劑量的類固醇也無濟無事。而且，當這些辦法都被證明不起作用以後，又對他進行了脾切除手術。此後，他有一系列不良的發作，陷入昏迷，最後他的心肺受阻，因此儘管進行了長達一小時的努力，也沒有使他復活。Lee 先生家裏第一個來到特護病房的人是他的侄女——這個醫院實驗室的一名血液實驗技術員。她哭了。實習醫生 Jacobs 向她保證，一切可能做的都做了，而且沒有放棄任何努力。Lee 先生的侄女抽噎着問實習醫生說：“但是我不明

(4) 這裏病人和醫生的名字以及下面的那個例子都是虛構的，但事件不是虛構的。

白！他患了什麼病？”Jacobs 大夫頭腦簡單的開始對 TTP 進行解釋；但是在注意到Lee 先生的侄女身着實驗室白大褂後，Jacobs 大夫停止了他的解釋問道：“您在這裏的實驗室工作嗎？”

“是的”，Lee 先生的侄女回答說。

“是哪一個實驗室？”

“是血液實驗室。”

Jacobs 大夫說：“噢，那您會對這個感興趣。您看他……”

我們將如何理解這個事件呢？顯然我們所有人都明白醫院造成一個可怕的過失。人們通過直覺都知道，一位悲傷的親屬是不會熱情地討論 TTP 中所涉及的病理生理學的美妙之處的。但是，看來 Jacobs 大夫不再理解那個直覺。對 Jacobs 來說，整個情況的突出事實是 TTP 一種在其整個生涯中不可能再見到的極為罕見的疾病。值得注意的事件是，一個人從大街上帶着一系列問題（發燒、溶血性貧血徵、血小板減少徵和腎臟異常）進來，而這些問題並沒有什麼明顯的直觀的次序，但一本教科書卻預言它們是同時發生的（甚至 Lee 先生最後發生神經學異常以及死亡）。這就是引起極大注意的原因：從某種程度上說，它證明了教科書中的其他一切；它證明了 Jacobs 大夫對生涯的選擇是正確的。所有這一切都使這個事件對 Jacobs 大夫非常有趣。但是，Lee 的家人對此顯然有着完全不同的興趣。因而我們可以看到，對 Jacobs 大夫來說，開始是作為一種職業距離的東西把他與本應屬於他自己的知識分離了開來。

第二個例子來自一位17歲的天主教女孩 Susan 的處境。Susan 由她母親陪着進了急診室，因為她的腹部隱隱作痛，她的陰道還流血。這週之前，她曾和母親去紐約作人工流產。在施行刮宮以後，她被告知，她有一個有隔膜的子宮，很難把所

有東西都取出來，有些東西可能被遺留在裏面。醫院給了她一種麥角合劑，讓她服用幾天，她遵醫囑做了。但是，在停服那種合劑之後的第二天，Susan 開始嚴重痙攣和陰道出血——大約是從下午四點鐘開始的。她的母親心急如火地試圖與一位婦科醫生取得聯繫以讓他看一下她的女兒，而且也終於聯繫上了一位。這位婦科醫生要求她把 Susan 帶到急診室，讓那裏的醫務人員作出評價。這就是那位母親所做的。我在急診室裏看見她們兩位。在聽了她們的故事之後，我對 Susan 進行了檢查，但婦科檢查要一直推遲到住院婦科醫生 Check 大夫來了以後再做。Susan 非常難受，心神十分錯亂。Check 大夫到了以後，我們開始做婦科檢查。我插進窺鏡往裏看，發現從子宮頸口延伸出來的一小團組織。對於如何繼續下去，我一點把握也沒有。我說，“Check 大夫，我想你應該看一下。我想我看到了某些組織。”然後，Check 大夫接過手去。

他說：“是的，正是如此。”他把環形鉗伸了進去，並夾住一些組織。當他把環形鉗拔出以後，他把它舉到空中讓那位懊惱的母親和她的女兒看，並且說：“我想這也許就是造成你的問題的部分原因。”然後，他把取出來的樣品放在一個福爾馬林容器中。

我又問，我們如何理解這次事故呢？在我們看來，這樣殘酷的行為顯然是沒有任何理由的。那為什麼 Check 大夫卻對此視而不見呢？與前面那個例子不同，擺在 Check 大夫面前的醫療情況沒有什麼稀奇和吸引人的。事實正好相反。從一種功能性的範式觀點看，Check 大夫的責任是很明確的：他必須清除掉“POC's”（妊娠的生成物——這個首字母的縮略詞是一個確實的信號，即表示這個活動已經除去了任何感情或文字上的內容），並且讓病人去醫院接受一個更徹底的擴張手術和刮宮手術。對 Check 大夫來說，正是這個問題的常規性把他與一位十七歲的天主教女孩和她的母親對於人工流產的直覺分離

開來。不知為何，我們每人都有的知識在 Check 大夫那裏不再有。

我用前面的例子意在表明，功能性醫學範式促使醫生們把他們本來具有的知識消除了。也就是說，一個人要成為醫生，那麼他就要把他在為一個功利性目標而效力時可能有的一切直覺、情感和認同擋置起來。作為相當崇高的動機的一個結果，這也許會發生：重要的是一位醫生——或就此而言任何專業人員——對他的工作要充滿熱情，對工作中的挑戰要十分關心，而且這正是 Jacobs 表現出的那種情感的洋溢。人們大概不希望自己的醫生在搶救生命的過程中有什么失敗或過失，因為這種失敗或過失可能導致人們一時的不適，而且這也正是 Osler 的教科書所針對的問題。但是，儘管有崇高的動機，範式的獲得仍帶有一個暗中為害的結果：醫生、病人和疾病的範式要素，它們導源於一種抽象的功能性基質，結果被看成實質上自然而然地是基本要素。也就是說，範式允許一位醫生在某個人走進他們辦公室時應該有的最基本的直覺是一位患者來了。這個人可能是某人的兄弟，他也許是一位煉鋼工人，他也許遇到了煩惱的事情，但是，雖則他可能有這其中的哪種情況，他首先是一個患者。範式的變更促使醫生們記住並考慮這些其他特點，把它們看作是對患者身份的附加，而不是他們生來就有的正當實體。開始時是一種啟發式的模型，現在變成了一種本體論的謬誤。

現在，進一步闡釋我早先提到的“明顯而直覺的知識”的涵義也許是適當的。醫生們被訓練成將重要性賦予作為某種其他東西潛在指徵的所有微妙符號和徵候。指甲下面的小斑點可能暗示着心臟瓣膜受到感染；齒齦的形狀可能表示着鉛中毒；手指發藍可能暗示着肺或心臟患病。醫生總是習慣於過高地看待他面前的東西。在討論胰腺癌的徵狀時，Harrison 告誡說：“有許多胰腺癌的患者抱怨精神抑鬱、萎靡不振，在腹部疼痛

發作之前感覺死亡即將臨頭”（Thorn 1977, p. 1643），意思是說，當患者自訴精神抑鬱和感覺死亡即將來臨時，醫生至少應當想到胰腺癌。但是，在這個抽象的含意前面存在一個理解的層次；這些抽象以對世界自身的一種直觀的認識和理解為根據。這是我們每個人在瞭解這個世界的過程中都可以得到的而且也都在利用的前科學的、前範式的、前因果的理解。人們對精神抑鬱的理解，首先不是把它看作可能患胰腺癌的一種徵狀，而是看成屬於某個人自己的一種體驗，一種他可能自己造成的體驗。只有當醫生為了一個功能性範式而放棄已經屬於他的東西並不顧他已知曉的東西時，只有在這個時候，範式才會導致災難。我們所說的範式把一個特殊的抽象的次序強加給這一直觀的認識；這個次序起源於一個功能性基質。這裏的問題是，這個功能性的基質與醫生們實際做的是不怎麼相符合的。醫生們幾乎沒有什麼時間和精力花在治病上。更為經常的情況是，他們把時間和精力用在解釋治療程序，或根據一些跡象和徵兆預測根本“無法治愈的”疾病，或者對付所有醫生都無法求解的悖論——“病人”實際上“沒病”。我已嘗試向人們表明，範式使人們不無偏見地把這些顯然是人與人之間的相互影響看成是無關緊要的。如 Harrison 直率地提出的：“對於病人來說，醫生發現和治療潛在嚴重的疾病是比在不能治愈的情況下進行救助要大得多的貢獻”（同上，p. 2）。

我們需要把疾病理解為發展的。只要我們已經把功能性範式運用於客體或作為客體的主體（例如岩石、樹木、肝臟、心臟、大腦和病人），我們在整個自然科學領域就已經取得了極大的成功。但是，如果我們希望打動生病的人而不是有疾病的患者，那我們就需要發展出一種植根於以生病的人的經驗的關於病的本體論。也就是說，我們需要理解一個病了的人的整體性，而不是關於一種疾病實體的想像力。一個有病的人的存在方式要求作整體的理解，而且這樣一個理解只能通過努力把這

個存在方式成為我們自己的存在方式來達到。我們必須努力根據疾病本來的樣子而不是我們可能病了的樣子來理解疾病。如果只從疾病的病理學和病理生理學來研究病，則無異於將自己局限在研究理想的客觀性，並拒絕涉及一個病了的人可直接知覺的經驗。我們的範式以二元論為基礎：我們忽視“主觀的”，除非它“客觀地”表現出來——例如，當一個病人告訴我們他胸部疼痛時，我們並不着急，除非同時有心電圖的變化——而且我們的目標是發現一種純粹的“客觀的”疾病。有什麼能比醫學上糖尿病的概念有如此無限大的想像力呢？這個術語在客觀性的王國中是有效的，因為它描述了其他諸如視網膜病、糖尿、腎病等等同時發生的客觀性的集合。但是，無論在哪種意義上它都不是一個以直覺為基礎的術語。我們從來看不到“一個糖尿病病例”，相反，我們卻看到一位學院的學生，這名學生也許在為期終考試、他與女朋友的吵架或選擇什麼樣的職業而煩惱和憂慮；他的胃口一直特別好，但體重下降，喝水和排尿比以往任何時候都多。注意上述幾個事實是有用的和重要的，因為它可以使我們作出診斷，制訂出治療計劃和預後；所有這些可能都是極端重要的。我們面臨的難題是：這些都要做，但我們面對的是一位憂慮的學院學生和一種不好有效控制的糖尿病。

這並不是說我們應當放棄我們的範式。相反，我們必須去鞏固它，用更為直觀的術語去理解病人、醫生和疾病。我們不能再把這三個理想化的概念看成是我們經驗的永遠不變的基本事實。這樣做將直接迫使我們把自己與受苦的人隔開，而且不只是遠離病人；只去處置疾病而不是去照料陷於痛苦和不幸的同胞；並且去尋找隱藏在病人半透明的屏幕後面的一種純粹的疾病。只有經過一定的努力，從我們已有的條件出發，去創造一種關於疾病的本體論，我們才能期望避免把我們與我們照管的人隔開。它也是我們能夠避免我們自己與我們的人性隔離開

來的唯一途徑。

要提出一個以病人的經驗為根據的關於病的本體論，需要我們從根本上重新界定我們關於疾病和健康的觀念。我們將不尋求抽象的、實在的描述（例如顯微鏡的載片，血壓示數），但我們將對類比和比擬以及有助於我們把其他人的經驗變為我們自己的經驗的信息感興趣。請留意 Oliver Sacks 的如下表述：

“對痛苦、疾病、死亡、失去自我和離開塵世的恐懼，是我們知道的最強烈的恐懼；而且我們關於被奇異地歸還給我們自己和世界的輪回和轉世的夢想也是極為可怕的。我們意識到，存在某種重要的東西，我們病了或錯了，我們背離了健康，我們被紊亂所纏繞，失去了自我——這對我們來說是基本的和直覺的；而且，關於蘇醒或覺醒、自新或復原、恢復自我和回到世界的感覺：健康、安康、生活充實、活在世界上的感覺也是如此”（Sacks, 1976, p. 259）。<sup>(5)</sup>

生病的狀態在這裏被視為一種失落、失調以及背離我們慣常整體性的感覺。人們根本不是從特定的功能性方面來看對“治療”的渴望；相反，它被看作是切望恢復、覺醒和充分地“享受今生”。對病的這樣一種理解要求問的問題，不同於醫生們慣常提出的問題。

試考慮一下“主訴”在病史中所佔的地位。在傳統上主訴被賦予頭等重要性：它首先被記錄下來，而且被認為是病人用他自己的語言對他或她為何來看醫生的一個簡短的陳述。然而，醫生們越來越不遵循這個傳統，而是用更為令人滿意的醫學術語重新表述主訴。因此，一位走進其醫生辦公室的氣喘吁

(5) 這是就一種特殊的病——帕金森氏病——而特別詳細地開展和完成的非凡的工作。在整篇文章中我都用比較通用的語言為其中的大部分內容辯護。

吁的紳士抱怨說：“大夫，我的呼吸真的短促”，但他在大夫的詢問下承認他咳血，最好有一個新的主訴：“呼吸困難/咯血”。主訴在現代病史上包含着相當獨特的信息，因為它是病人親自敘說病情的唯一場所；而且，如果我們要對病作一種直覺的理解，那麼我們就必須刻苦地尋覓這樣一些提示。

我們必須越過諸如“它什麼時候開始的？……你有黑色的柏油樣便嗎？……當你走路的時候它變得更嚴重嗎？……”這樣一些問題，而提出新的問題，如“它怎麼樣？”或“你感覺怎樣？”只有通過這樣一些問題，我們才能對發展的病有所瞭解。讓我們向 Eleanor Clark 提出這樣一些問題。她是一位比較著名的作家，最近她的雙側視網膜斑退化。這使得她如果不進行特別的修補手術就不可能閱讀，而且，如果沒有這樣一些輔助手段，她最好的視力也是相當弱的。她寫了一本書，名曰 *Eyes, Etc.*（《眼睛及其他》，Clark 1977），是寫她患病以後的生活的。她不得不用一個魔術般的標識筆和大批的大繪畫本寫作，這樣她才能夠看清楚她寫出來的東西。下面，我們引用一段她對參加過的一個聚會的極其生動的描述：

“因為夏天不再提供一個咧嘴而笑的小圈子，我們搬到了一個海底環境。這個環境被人們稱為霧氣管。許多著名的好朋友都擠進了這裏，所有的雜草和珊瑚離我們不過幾英尺遠，真是美麗極了。‘她怎麼如此盛氣凌人？’你聽到了嗎，或只是想你聽見了？無法解釋。不過是些小毛病……你問 Doris（離我一英尺遠，已認識多年了），Joe 是不是也在那裏。

‘Joe？’她分析……她不僅不是 Doris，而且也像 Doris；她們彼此之間甚至都不喜歡對方。她是並且一直是 Sophie，這個你完全知道，除非你的大腦出了問題；而且她的丈夫是你滑雪時的老伙伴 Bob；她有一個你非常熟悉的兒子 John；也許你指的是他？‘不，不……’你羞怯地笑了，接着你逃掉了（同上，pp. 146 - 147）。

從這裏我們學不到多少有關視力良好的生理學，也沒有獲得多少有關視網膜斑退化的病理生理學的知識。但是我們確實弄明白了生那種病對 Eleano Clar 是什麼。她告訴了我們，用所有人都能接受的直覺術語說，生病對她會怎麼樣。

我們必須問，病到底意味着什麼，它對病人來說有什麼關係。我們問這樣一個問題與醫生們的做法不一樣：他們慣常從在胸部聽到的聲音或某個指甲下面的斑點來引伸出一種抽象的意義。相反，我們問這樣一個問題是為了理解——用直覺的術語說——一個同類人生病時的體驗和經歷。我們可以注意一下 John Updike 的短篇小說 *From the Journal of a Leper*（《一個麻瘋病人的日記》，Updike, 1976, pp. 28 - 33）開始的那段：

“10月31日。長期以來我一直是一個製陶工人，一個單身漢，而且是一位麻瘋病人。我患的其實並不是麻瘋病，但在《聖經》中被說成是癩病（見《列未記》13，《出埃及記》，4:6，《路加福音》5:12—13）的可能就是我得的這種病，它有一個被扭曲的希臘文名稱，它使我痛苦得寫不出來。這種病的狀態是這樣的：大量的皮膚斑點，可溶菌斑，甚至大片大片地脫落。它們是真皮由於新陳代謝指令中某個不重要的但很頑固的錯誤而造成的。它們不斷蔓延並且像墓碑上的苔癬一樣慢慢轉移到全身。我渾身像銀一樣，遍布鱗片。無論我把軀體靠在哪裏，都會留下一堆堆的鱗片。每天早上我都要用吸塵器打掃我的床。我的苦惱是表面的：沒有疼痛感，甚至都不癢；我們麻瘋病人活很長時間，而且令人啼笑皆非的是在其他方面卻很健康。我們很強壯，雖然我們叫人惡心，沒人會愛我們。我們視覺敏銳，儘管我們不願看自己。在精神上說，這種疾病叫做‘蒙羞’（p. 28）。”

在這段話中，Updike 將關於一種疾病的抽象觀念和直覺觀念作了生動的比較，而且，通過這樣一個比較，產生出一個

難堪的反語。在某種意義上說，他的“麻瘋病”是抽象的，而且在某一點上說是職業的：即，他是“一名製陶工，一名單身漢和一名麻瘋病人”。所有這些都是有關他是誰的功能性觀念。而且，他的疾病作為疾病畢竟也是功能性的。它全然是由於真皮在新陳代謝的指令中“某個不重要的但很頑固的錯誤”造成的。但是，正是他的病作為疾病的外在性和不重要性質才使它令人毛骨悚然：它使他蒙羞，它看上去似乎如此微不道，而且有着如此令人驚呆的後果：“我們很強壯，雖然我們叫人惡心，沒人會愛我們。我們視覺敏銳，儘管我們不願看自己。”醫生們的確“用一個被扭曲的讓我痛苦得寫不出來的名稱”來稱呼這種病，而且，在這樣做的時候，將很可能忽視重要的知識：“在精神上說，這種疾病叫做蒙羞”。

我一直努力表明，有一個普及的醫學範式：醫生們透過他們的病人去發現潛在的純粹的疾病。病人的作用不是別的，他（她）是一個阻隔，一種障礙，一個屏幕——不過，令人遺憾的是，這個屏幕是半透明的，但是，在一個技術嫻熟的醫生手中，可以使它成為完全透明的。在某種意義上，範式理想將成為一門完全沒有病人的醫學。而且，這也的確正是醫學發展的方向：病了的人不再出現在——譬如說——圓形大劇場；他們乾脆缺“席”，而他們的疾病也就被討論了。專門化被認為是有才能的醫生的理想，它意味着最純粹地面對疾病；有人告訴我們，任何人都可以照管病人，但要對 TTP 作出診斷則需要非常的訓練和能力。病人的名字實際上從未出現上圖表中的記錄上；他們作為“患者”被提到——大概只是被想到。我們所發展的是一個宏大的、內部協調一致的體系：我們不能診斷的不是疾病，而且，這實際上對我們也無關緊要。我們的技術要靠我們在我們建立的體系中取得的成功來衡量：我們試圖從一組系統參數（例如，實驗室檢驗）來預言另外一組系統參數（例如，活組織檢查結果）看上去好像麼。正如我已經提出

的，這種處理方法的困難在於，它在根本上總是抽象的。系統參數並不是病。人們來不是為了診斷和治療，而是為了好轉，為了健康、完整，為了恢復“健康、安康、充實地活在現世上的感覺”。

我們必須學會能夠再現人的經驗的這個基礎的層面。因為它是我們所有人都可利用的認識層面。醫生們現在實踐的是一種本身受到極大損失的醫學：它不再“充分實活在現世上”。這種醫學進行了一種有用的功能性的抽象，並把它提升為一種關於生命的價值和意義的主張。但是，這個抽象從來沒有專注於人性、痛苦和死亡這樣一些意義深遠的問題——這些問題是作為人而活着的醫生和病人所問的。作為醫生，我們必須轉向這些問題，因為它們已經是作為人的我們自己的問題。<sup>(6)</sup>

(6) 就本文的許多哲學基礎而言，我深深地感激 Edmund Husserl 他的學生們的工作。儘管我盡力避免使用現象學的術語，但這只是期望更明確，而且決不是想把我所受到恩惠減到最少。尤其是 Husserl 概括地表述的生活世界的概念 (1970, pp. 103-189)；現代科學中“危機”學說 (同上, pp. 1-100)；胡塞爾論述的“嚴密科學”的概念 (1965, pp. 74-147)；對“紀元”的介紹，以及 Husserl 所提出的現象學分析方法 (1973)。

## 參考文獻

- Bean, R. L. (ed.): 1950. *William Osler: Aphorisms from his Bedside Teachings and Writings*, No. 11, Henry Schumann, New York.
- Clark, E.: 1977, *Eyes, Etc., A Memoir*, Pantheon, New York.
- Currie, J.: 1797, *Medical Reports, on the Effects of Water, Cold and Warm, as a Remedy in Fever and Febrile Diseases*, Cadell and David, Liverpool.
- Foucault, M.: 1975, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception* (trans. by A. M. Sheridan Smith), Vintage Books, New York.
- Harvey, A. M. et al.: 1976 *The Principles and Practice of Medicine*, 19th ed., Appleton Century Crofts, New York.
- Husserl, E.: 1965, ‘Philosophy as Rigorous Science’, in *Phenomenology and the Crisis of Philosophy* (trans. by Quentin Lauer), Harper Torchbooks, New York.
- Husserl, E.: 1970, *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology* (trans. by David Carr), Northwestern University Press, Evanston.
- Husserl, E.: 1973, *Cartesian Meditations: An Introduction to Phenomenology* (trans. by Dorion Cairns), Martinus Nijhoff, The Hague.
- Kuhn, T. S.: 1970, *The Structure of Scientific Revolutions*, 2nd. ed., University of Chicago Press, Chicago.
- Osler, W.: 1892, 1895, 1898, 1901, 1902, 1905, 1910, 1912, 1920, 1925, 1930, *The Principles and Practice of Medicine*, eds. 1-16, D. Appleton & Co., New York.
- Prior, J. A. and Silberstein, J. S.: 1973, *Physical Diagnosis: The History and Examination of the Patient*, 4th ed., C. V. Mosby, St. Louis.
- Reiser, S.: 1978. *Medicine and Regn of Technology*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Sack, O.: 1976, *Awakenings*, Vintage Books, New York.
- Thorn, G. w. et al.: 1977, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 8th ed., McGraw-Hill, New York.
- Twain, M.: 1076, *Life on the Mississippi*, bantam books, New York.
- Updike, J.: July 19, 1976, ‘From the Journal of Leper’, *The New Yorker*.

(趙培傑 譯)