醫學模式中的精神性：一個多餘的維度？

唐　健

生物－心理－社會－精神模式(Biopsychosociospiritual Model)中的精神性(Spirituality)是否是一個多餘的維度？取決於對三個關鍵問題的回應：第一，其對於生物－心理－社會醫學模式(Biopsychosocial Model)的優勢何在？第二，精神性維度的內涵具體是什麼？第二，其對於醫學實踐的現實指導意義何在？這篇評論基於這三個問題談談個人的淺見，也是對Bishop教授論文〈從“生物醫學模式”到“生物社會心理精神醫學模式”——西方醫學史的教訓〉(Bishop， 2015)的回應。

生物－心理－社會模式，相較於生物醫學模式(Biomedicine Model)是一種進步，是對醫學哲學觀的豐富，但是仍然難以擺脫現代性和還原論的窠臼。現代性思維往往帶有一種還原主義取向，其特點是將人類生活進行簡約化與類型化，還原為可解釋的分析模型，並希望在此基礎上進行操控與調整。生物－心理－社會模式的提出，雖然包含了積極成分，但稱不上是一種範式革命，而只是一種維度更新。面對現代社會中各種疾病與健康問題，由於技術和方法的限制，很難還原為單純生物因素，加之醫學整體祛魅的宏觀背景，醫學界內部的有識之士率先提出了生物－心理－社會醫學模式予以回應，G. L. Engel 作為精神病學家的身份就

唐　健，天津醫科大學醫學人文學院講師，中國天津，郵編：300070。

《中外醫學哲學》XIII:2 (2015 年) ：頁 131-134。
© Copyright 2015 by Global Scholarly Publications.

是很好的說明。(Ramsey 2002) 但是，我們會發現，只要在技術和方法上有了一定條件，現代還原主義者仍然不會放棄這種嘗試的努力。例如，社會生物學和基因決定論者針對人類道德現象的理論建構，以及神經科學家將人類情感的解釋努力，以及大資料醫療的出現都是很好的注腳。當然，我並不是試圖論證現代還原論的解釋努力在方向上錯了，只是希望表明這些努力還不足以根本改變現代醫學扁平與貧乏的面貌。因此，現代醫學仍然是醫生與專家的醫學，而非病人和公眾的醫學。借用韋伯(Max Weber)對現代性的比喻，醫學只是從一個鐵籠出來，走進了另一個鐵籠。

現代醫學追求的是普遍性、確定性與宰控性，而病人和公眾的特徵卻是個殊性、不確定性與脆弱性。不同模式理解“病”的視野是存在差異的，生物模式的表達是疾病(disease)，生物－心理－社會模式表述為疾痛(illness)，而生物－心理－社會－精神模式的表述應該是疾苦(suffering)。同理，病人作為人(patient as person)不能簡單地還原為生物有機體，也難以還原為生物－社會－心理的綜合體。(Engel 1980, 535-544) 病人作為人所固有的經歷、情感、需求與價值觀，就是醫學精神性維度的內涵。精神性往往與心理性維度很難區分，其實二者有一些本質差異。以幸福來舉例，我們對幸福的根本性理解是精神性的，而幸福感卻是心理性的。我們可以通過很多途徑去提高、干預幸福的感知力，但是卻往往無法改變個人對何為好的生活的根本性理解。如果說生物維度是可以變更的，社會因素是可以調整的，心理因素是可以干預的，但是精神維度只能去理解、體察與商談。精神性並不止於宗教性，宗教性只是精神性的一種典型代表。在俗世多元的社會中，精神性更確切地表述應該是個人對何謂好生活的根本性理解，是個體完整性的一種體現。另外值得深入辨析的一個主題是，精神性與自主性的關聯。自主性是否能替代精神性進行表述？對二者的初步區分是：自主性是個體式的，精神性是社群式的；自主性是意志的體現，精神性是對個體完整性與好的生活的總體呈現；自主

性是義務論式的，精神性是美德式的；自主性是規則式的，精神性是敘事式的。

對醫學精神性維度的承認，並不是要浪漫式地回歸傳統的整體醫學模式，而是對醫學發展方向的概括與指引。現代社會中的醫患關係，從道德哲學角度來看是道德異鄉人(moral strangers)，(Engelhardt 1996) 從社會學角度來看是的病床邊的陌生人(strangers at bedside)。(Rothman 1992) 這種醫患之間陌生與疏離現實，是我們對現代醫療實踐的認識判斷，但也引發了醫患雙方的嚴重不滿。精神性維度的提出，或許提供了一種應對這種不滿的有益進路。在臨床實踐層面，精神性維度對醫生的要求就不再只是對患者資訊的採集和統計，而是轉變為傾聽和共情；不再只是契約化的知情同意，而是基於商談的共同決策；不再只是無止境的干預和治療，而是共同直面技術的無奈與局限；不再只是終末期的疼痛控制與心理疏導，而是如何去接受死亡。與此同時，精神性也將為醫生提供了另一種職業生活可能性，醫生可以不再只將自身角色束縛於一個不偏不倚的技術人員，醫生可以和患者交流自己的情感、信仰與好惡。如果說現代醫療體制對病人的整體性視而不見，那麼醫生也同樣未能倖免。醫療實踐不斷科層化的進程，就是醫生個體能動性衰落的歷史。精神性維度的實踐，可以讓醫生重新成為道德能動者成為可能。基於這種對臨床實踐中精神性維度的想像，在醫學教育、醫院管理和衛生政策制定層面也將有極大地延展空間。

對中國而言，如果我們曾經把“耶和華見證會病人拒絕輸血案”只是作為外邦的奇聞異事來講述，那麼當下與未來，我們就要認真對待中國醫學實踐中的精神性維度，並積極探索其可能性，而不只是裹足於道德呼喚的豪言壯語，否則精神性也就難免淪為多餘的話。

參考文獻

傑佛瑞．彼索普：〈從“生物醫學模式”到“生物社會心理精神醫學模式”——西方醫學史的教訓〉，載范瑞平編，《中外醫學哲學》，2015 年，第 13 卷，第 2 期，頁 89-118。Bishop, Jeffrey P. “From Biomedicine to Biopsychosociospiritual Medicine: A Lesson in the History of Medicine in the West,” *International Journal of Chinese & Comparative Philosophy of Medicine*, edited by FAN Ruiping, 13:2(2015), pp.89-118.

Engel, G. L. “The Clinical Application of the Biopsychosocial Model,” *American Journal of Psychiatry*. 137:5(1980), pp.535–544.

Engelhardt, H. Tristram. *The Foundations of Bioethics*, Second edition, (Oxford University Press, 1996).

Ramsey, Paul. *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics* (Yale University Press; 2nd Revised edition, 2002).

Rothman, David J. *Strangers at the Bedside: A History of how Law and Bioethics Transformed Medical Decision Making* (Basic Books, 1992).