

南 華 大 學

哲 學 系

碩 士 論 文

從疾病的意義論醫療倫理的核心思維

**On the Meaning of Illness and its Contributions
to the Core Thinking of Medical Ethics**

研 究 生：黃瓊儀

指 導 教 授：尤惠貞 博士

中 華 民 國 一 百 年 一 月 七 日

南 華 大 學

哲學系碩士班

碩 士 學 位 論 文

從疾病的意義論醫療倫理的核心思維

研究生：黃瓊儀

經考試合格特此證明

口試委員：

林吉輝

孫雲平

尤惠貞

指導教授：

尤惠貞

系主任(所長)：

尤惠貞

口試日期：中華民國 99 年 1 月 7 日

摘要

疾病始終存在於我們生命之內。就一般而言，疾病代表著一種已經改變的存在狀態，往往讓人倍感生命受到威脅、畏懼與無奈。事實上，疾病存在的事實就是開顯人發問存在的意義之體驗現象學的進路，能使我們體認到「此在」本真性的實存態度。若然，朝向此觀點為最終理念，本文先行檢討生命醫學轉以客觀方式觀察疾病的存在，將疾病視為病症的表現類型而傾向發展技術控制思維的過程，並表明此種思維模式實際上僅是針對疾病變化的現象，始終並非掌握疾病的本體意義所在；同時亦顯示由於醫學對疾病意義不當理解的因素，造成的醫病互動關係的倫理難題。

是以，針對前者的弊端與困頓，本文主張以現象學方法取代生命醫學的客觀觀察方式，就此先將從經驗意義層面的病人體驗出發，作為奠定一個始終朝向最終目標的基礎工作。以這種意識進路處理疾病意義的問題，主要在於探討與澄清整個醫療的目的，從醫學史、醫病的倫理關係，直到現象學心理學描述方法的運用，作為本研究進行脈絡的思考方向與論文結構。換言之，本文論證的主旨在於，欲賦予疾病一個異於客觀方式的看法和意義，就必須透過現象學強調的主觀意向性的分析說明，從病人對其身體的主觀體驗看待疾病的方式，以能開顯疾病現象的本質意義。因此，通過現象學心理學，顯示於醫療倫理關係裡，重視病人對疾病意義理解的自主性，反能突破現今治療技術至上的迷思。

顯然，本文從體驗現象學為其進路，實為最終展示與反省疾病真正存在的意義與價值，開創一個嶄新的醫療倫理理念的基礎工作。亦即，以探索疾病生命哲學的理論核心的可能性作為未來發展的方針，期以本研究作為奠定一個哲學論證的基礎進路。

關鍵詞：疾病存在的意義 (existential meaning of illness)、醫療倫理 (medical ethics)、病痛的體驗 (experience of illness)、現象學心理學 (phenomenological psychology)

目 錄

第一章、緒 論	1
第一節、研究動機	1
第二節、研究目的	4
第三節、研究方法與步驟	9
第二章、醫學思想史與疾病概念的演變	14
第一節、關於醫學目的的審視	14
一、為瞭解疾病對病人置身處境產生的難題與困境	14
二、釐清和剖析醫學實踐偏重技術導向的歷史因素	16
第二節、醫學史中疾病概念的意義演變	19
一、古典醫學之疾病概念與倫理意涵	21
二、機械唯物主義之疾病概念與倫理意涵	24
第三章、當代醫學倫理觀之檢視	32
第一節、當代醫學倫理的困境與評論	34
第二節、醫病關係的諸種倫理模式之探討	39
一、醫病互動模式概念化的背景	41
二、理想的醫病互動模式的類型	41
三、醫病關係模式之評論	46
第三節、醫學倫理學的基本道德原則與道德規則	48
一、臨床醫療的規範體系	49
二、生命醫學倫理學之中層道德原則	50
三、中層道德原則的批判與回應	55

第四章、從現象學心理學論醫療倫理實踐的本質.....	61
第一節、現象學心理學展示疾病作為自身內在體驗的意義	64
一、關於生病現象不同的觀點	64
二、現象學分析疾病意義構成對醫學實踐的影響	69
第二節、疾病意義的形構與身體知覺形構	72
一、疾病意義形構之描述分析	73
二、疾病身體知覺形構之描述分析	80
第三節、現象學作為臨床醫療倫理主要方法之洞見	91
一、臨床事件中現象學對理解病情體驗之洞察力	94
二、疾病的意義作為倫理療癒行動的核心思維	101
第五章、結論	109
一、以現象學方法回到處境中互為主體的倫理事實	111
二、從倫理照顧的模態關照受苦者的存在樣態	112
三、從疾病體驗開展生命意義的再省思	113
參考文獻	119

第一章、緒論

第一節、研究動機

醫史學家 Arturo Castiglioni 曾對醫學一詞下過定義，指的是藉自己或藉助於他人來解除痛苦，或者是修補由外傷或疾病所招致的損傷，那麼，首先想到醫學起源於人的本能，如同我們對待痛苦的表現也來自本能一樣。一樣的道理，當代醫療倫理學家 Zaner（2008）亦指出，所謂的臨床醫療倫理，即是生病求醫這個行為，實際上就是面對病人病痛之苦這個事實，也就是病人這種脆弱性的狀態敦促我們人文關懷的倫理行動。換句話說，醫病關係的根基便是建立在病痛這個事實，起源於人類有意識的對抗疾病的嘗試，醫學這樣助人行為的經驗隨時代累積發展成一種實踐之知。然而，因循時代替換，醫學曾幾何時演變至今，因於科學方法之助，醫學行為問題已不像過去那般單純，當前醫學變換成側重於實證性、規範性、可重複性與可操作性的醫學科學，這些觀念不但是解釋和建立疾病語言的原發地，亦是現代醫學的架構主軸，更是以理性和系統組織作為對付疾病的主要運轉方式。

由於醫學科學化和現代化的影響，奠基在自然主義的醫學理論強調運用病理解剖和實驗技術，把身體轉換為可定格觀看、可抽離的，便於精算操作的數據符號的物件，顯然，醫學事實這種迫切尋找致病因素的運作，源於醫學在描述疾病的語彙是使用一系列啟蒙時代興起、標榜理性主義之背景底下，對於「世界」問題區分為心物二元對立的哲學觀所造成的必然結果。不僅如此，在重視理性思考的理論推論的籠罩下，運用人的主體性概念來解決發生在臨床現場的倫理困境，也就自然地建立在「權利與義務」概念上進行倫理思考。因此，由此提出針對醫護人員提出的倫理要求，只是顧及倫理規範是否合宜達成，以致於臨床遭逢情境脈絡中下個別主體的需求與差異性，便因標準化、法規化的操作方式合理地被忽視抹滅了。令人遺憾的是，這樣的醫學科學的具體方法和具體技術，不僅遺漏了醫學內在本質偏向涉及疾病現象的外在症狀，更嚴重的是，忽略了醫學實際上是為了回應與抒解病人脆弱狀態的一種道德事業，面對承受病患折磨與疾苦的人們，醫學實踐的核心價值即是關注在每個臨床的倫理困境，關涉在每個情境脈絡

下獨特主體的考量中。

此外，當我們考察每個時代思想和觀念對於疾病的概念的形，就會發現醫學實踐方面對疾病的理解，事先已作了某些「不證自明」的觀念預設，也就是說，不是把疾病做為一種身體器質上的病痛，要不然就視為一種受到上天懲罰的精神疫病。考察歷代的醫學概念，不管是從古代的神靈觀的思維一直到近代的臨床的觀點，都視疾病為一種對人正常狀態的負面的、破壞性的加諸在人身上的異質物。那麼，醫學的目的是消滅與克服疾病，對疾病的認識注意力難免僅止於身體外在的症狀表現，去理解它的生理病理的變化，如此一來，這樣的認識方式，對於醫學的診治模式，就很明確地指向消除威脅這些附加在我們人類負面生命的思維方向之上。檢視過往的醫學發展史，可發現每個階段不同的醫學發展模式，其背景都預設對疾病的某種觀念與認識，這事實顯示出，在這種假設及認定下，醫學依此去定義疾病的概念以及對應此觀念和認識而由是發展其相關的醫學技術。延續直至，今日科技文明高度發達的現代醫學科學——無論是神靈觀、素樸的自然主義、機械唯物主義，以及時下強調的全人醫學重要性，對疾病的「不證自明」的基本概念本質上，從歷代疾病概念的轉變過程似乎並無太大的變化。觀之人類遭受疾病病痛的過程中，疾病自過去的 *illness*、*disease* 和 *sickness*，這種心理含義、生理含義和社會含義之疾病觀點，於歷史發展中它的價值建構不斷地改變，然而無論是何樣觀點，始終採取客觀的、外在的方式去瞭解甚麼是疾病的概念。也就在這種疾病概念前提之下，影響了制訂醫學上定義何謂治療疾病有效方法的思想作為：如果是在遠古時期就把疾病視為惡靈的情況，其解決之道就是得尋求作法來祛除；倘若疾病是身體障礙的看待方式，治療手段就是要找出恰當的藥物醫治它等等。諸如這般解釋與看待的方式，皆是我們長久以來一直對疾病意義一成不變的看法，倘若真是如此，即使科學技術興起，醫學在時代過程中不斷向前方推進，實際上相對地於古代的思維觀念，處在現代的我們對疾病意義的理解發展似乎也是毫無進展可言。

承上文，關於疾病存在的理解意味著，從過去以來一直帶著客觀外在角度方式來看待疾病的緣故，自始自終，疾病僅被視作外在入侵身體的異樣存在，就像是讓身體故障、運作失靈的一些惡意的因素，即使在古代想要用巫術去驅逐這些疾病惡靈，到了現在我們思想本質上仍保持這樣的思維，只不過現在運用的是醫學技術來到達同樣的目的。換言之，醫學無論技術或思維如何進步——從巫醫到科學技術——可是，事實上對疾病意義的理解，卻沒隨著科學技術的進步而起著實質的變化，依舊是從客觀外在的角度看待，視疾病等同惡靈入侵、負面的、否定的、惡意的、消極的、污穢的或祛之而後快的東西。假使至今，在對疾病賦予

現代的意義，我們依然還是維持對疾病的理解就是驅逐、排斥，一種外來物的思維，那麼，對於那些患有慢性病患者或者甚至不可治癒者，在他／她的生存中勢必與疾病共存亡，這種患病的事實對他／她們而言，由現今的疾病定義下面對生命，自然更是促成僅僅剩下消極、無意義且讓他／她們無法亦無能去面對自己陷入險惡的生命情勢。

現代社會中，關於病人經歷著破壞性的疾病，尤以病痛對病人體驗的含義方面，Philippe Adam 曾提及當今的醫療知識給每個現代人自然和痛痛的根源提供了相關的概念和解釋，對病人而言，他則認為：「這並不足以回答病人所有的問題，……疾病不單單是所有要醫生來處理的病症，還是一個威脅生命甚至改變人生的重大事件。」¹ 假若重點在論述醫療倫理實質內容和意義，那麼所持的論證主軸，就必須從疾病存在的意義作為探究醫療人文的倫理本質之切入口。² 整體來說，醫學專業倫理的制訂過程的論述裡，從未對疾病的意義進行完整詳盡的研究，這使得醫學本身的合法性與醫療倫理的界限不但無法釐清，並且醫學既然是由疾病來定義，但醫學從未對疾病的概念和意義做恰當的判別。儘管如此，醫學是人類試圖解決生命痛苦和威脅的實踐經驗，疾病同人類文明相伴之生命鬥爭史，不斷左右人類對健康和生命觀念之醫學思想的發展歷程。環顧每個年代醫學思想的理論根據，及診療操作技術與處理疾病的方式，當前者對疾病理解方式的觀念一旦改變，則對後者操作規範和共同價值觀影響甚為鉅大。依此看法，剖析解釋各個時期醫學發展模式遞嬗之特性，即是揭發歷代隨醫學觀念發展和醫療實踐經驗，逐漸形成的醫學科學技術概念的直接要因。因此，本文認為，關於進行醫學概念和行動方式最深刻直入之內在批判，必須先清晰明瞭支配現代醫學思維和實踐經驗的背景內容——原初人類面對疾病帶來的痛苦不安而應戰病魔、自我救療之生命整體觀，到現今的生物醫學技術主義的世界觀和價值觀的演變過程，才能確切針對當代醫學科技主義，提出具實效力的省思與解決之道。植因於此，本章開頭研究重點即在分析說明，解釋人類觀察和解決健康、疾病問題的思維和實踐經驗，直截地說，這即是本文為何提出醫學概念與疾病概念一同探討緣由的理據所在。

是以本文認為，為能足以回應當代醫學科學模式產生的弊病，以及檢視醫病關係之間互動的倫理關係，深入研究應是透過對疾病存在意義的理解，方能為整

¹ 引證自 菲力普·亞當 (Philippe Adam) 等著，王吉會譯 (2005)，《疾病與醫學社會學》(天津：人民出版社)，頁 52-53。

² 特別是針對慢性患者與不可治癒者，疾病影響他或她全面生活而賦予屬於個人的體驗意義。倘若醫生欲確定病人體驗的意義，它必定是離不開體現病人個人與社會環境關係的概念。

個醫療倫理的本質重新作一個定位。事實上，疾病的存在由始以來未從遠離生命常流之內，既然如此，生物醫療總有面對疾病存在無能有效的療癒解決的窘境，高科技技術亦會有它面臨意義有限性的問題，如此的侷限性起於生物醫學聚焦在疾病的現象，用病症的表現方式來定位疾病存在事實，對之以各種具備療效的技術講求治癒或治療疾病，從古至今一直是以客觀角度看待疾病的因素，這種方式僅是觀察到疾病病症的現象，實際上並非掌握住疾病自身的存在。那麼，療治既然並非永遠可及，對於這樣的疾病事實，倘若依然憑藉從巫術文化至近代醫學理論對疾病性質的不變定義，我們將無法辨別於客觀主義醫學的態度，對疾病存在的意義理解也就無以建立。因而，當今首重於如何論證疾病存在的意義，嘗試打破從過去以客觀外在的觀點來看待疾病，以及對疾病賦予的負面消極意義的看法，另闢一種以正面意義的觀點作為探究疾病的進路。在這要求下，本文將透過現象學角度「回到事物自身」探討疾病的意義，為能掌握疾病的意義就必須回到受疾苦者的經驗身上，從病人體驗出發去建構出疾病存在的意義。進一步而言，這疾病的意義又如何從病人的體驗之中呈現，這就得通過疾病身體現象學的描述以說明疾病作為一種主觀的體驗，從病人對疾病存在的意向性作為出發點以展示疾病的存在意義。直言之，疾病不只是一個客觀觀察的事物，亦並非是外在入侵並能割離或排除的東西，疾病反而是身體主體體驗的過程，甚至是一個正視生命意義再省思的過程。

第二節、研究目的

承接上述，既然是針對整個醫學思維模式的改變問題，本文旨在透過現象學心理學的進入，取代過去的生物醫學模式客觀主義的態度，這個重點是以主體的意向性或主觀體驗，開顯疾病現象本身的意義作為研究的方向，展示出有別於一般學界檢閱與批判生物醫學方式的進路，採取一種比較生物科技主義和病人病痛體驗兩者各異的層面途徑來說明，進而強調以倫理照顧型態注入醫療照護領域的立場。本文雖同樣與前者以現象學心理學作為研究取徑，但根本上的差異是，本文重點即以疾病存在的意義理解，作為一個起始點亦為論證脈絡的總要依歸。概論之，現代醫學始終強調治癒作為它唯一目標，醫學倫理就仍會走上技術化傾向的道路，若要透疾病的意義理解為整個醫學倫理重新作定位，以這種進路在整個問題意識上，本文一開始採取的從醫學史作為探討的出發點，顯然是針對自然主義的態度，將作為存有者的病人轉換成一種操作性的理解模式，這種型式不僅無法從主體意向性的體驗去開展疾病的現象，甚至也將失去對疾病意義的本體存在

的理解。因而，本文首先必是探究與確定疾病的意義對人的存在意義的重要性，將對整個醫學的目的有何澄清與影響作用，就此論點，即從醫學史、醫病關係，一直到運用現象學心理學的描述方式，實為本文論證問題的展演型式。換言之，整篇文章的重點是要透過現象學心理學的進路，取代過去以生物醫學模式客觀主義的態度，如此說來，在運用現象學心理學的進路，本文揭示以疾病存在的意義，作為醫療倫理的核心思維的要因，其宗旨就在展示一種從主體的意向性，或主觀體驗意義的途徑，用以開顯疾病現象的意義本身。

誠如 Heidegger 所言，此在已經是「向死的存在」，唯有時時刻刻面對死亡，方為一種秉持「存在」本然性的實存態度，此觀點若由另一層面思之，亦能指出也因疾病／死亡的存在，才是使真實自我得以呈現的可能性條件。就此而論，本文思維意在通過現象學的哲學方法，從病人疾病的體驗開示掌握疾病存在意義的理解的路徑，深切說明病人自身看待生病的身體方式，這將不是一具自然醫學的樣本，而是真正發問自身存在的體驗主體。換言之，過去的醫療模式並未讓病人真正握住自己的存在真實性，現今則以現象學取代生命醫學不同的觀照方式，並且在這種觀點轉變後，重新看待醫病之間的倫理性關係的問題，亦即言明由這種身體現象學進路的描述，始能達到一個反思生命存在意義的倫理性層次的問題，彰顯出疾病作為人類存在樣態的真正意義。不過，就如 Kubler-Ross 在《論死亡與臨終》一書中，曾對末期患者的精神狀態分成五個階段：(1) 否認與孤離 (denial and isolation)。(2) 憤怒 (anger)。(3) 討價還價 (bargain)。(4) 消沈抑鬱 (depression)。(5) 接受 (acceptance)。³ 雖然本文揭櫫論證理解疾病存在的意義，以為生命意義在省思的過程為終極依歸，若是要讓疾病的意義本身呈現，則必須從病人的病痛的體驗作一個進路，使疾病的現象能夠從病人的體驗建構起來。畢竟於實際層面上，病人作為「肉身性的身體」體驗主體，一旦疾病出現在自身生命之中，難以避免會出現如前文所言，從否定的心態直到接受態度的階段、甚至對生命意義的追求等等，皆呈顯疾病體驗不同的過程認定階段。也因如此，經由這些心理轉折過程，理解到病人對疾病的存在各有不同意義的理解型式，相對應的醫學倫理關懷性質，就應該依據個別不同階段病人的需求與差異性，區別出相應的醫療倫理對待關係。⁴ 就此而言，從體驗歷程方面作一論證型

³ 轉引自 傅偉動 (1993)，《死亡的尊嚴與生命尊嚴》(台北：正中書局)，頁 51。

⁴ 本篇旨在論證慢性病者與不可治癒者的疾病意義，對於涉及醫護人員對於不同類型的患病者，關於其中醫療倫理性的分類，必須進一步加以詳盡地區別與說明之。在此借用 林遠澤 (2007，頁 74-77) 一文中，基於治療與照護的差別性質，曾分析了醫療倫理因性質內容不盡相同，其所含的倫理蘊義亦有所差異。因而，針對照顧 (take care of) 與關懷 (care about) 性質的文獻內容，經由氏著的評論與整理說明，將「關懷」的概念區別為「技術性的照顧關懷」、「態度性的關心關懷」與「關係性的存在關懷」三種不同意義的關懷內容。換言之，有關臨床情境中醫護人員與病人病苦的交逢時刻，因其接觸時間長短、嚴重程度、病人取決的角色身份、疾病的意義以及病人

式，主為要能使病人一方面在他體驗的過程中，漸以體認到疾病存在正面的意義所在，另一方面，我們也同時先給疾病一個正面意義，論及疾病對於人的存在是什麼意義，之後再以此省思醫學或醫學倫理學的目的，強調作為一位良醫，必須先把自然主義態度對病癥的設定懸置一旁，以現象學的分析觀察患病的主觀體驗的建構過程，辨別與理解病人對疾病體驗的建構過程產生的心理轉折變化，並且能從旁協助或陪伴病人從一開始的排斥心態，直到能夠理解與肯定疾病代表個人存在的有限性、或代表個人存在必須追求生命意義有意義性等的見解過程。於現實醫療領域中，以此思維作為醫療倫理關懷的出發點，使得醫生於臨床門診時，能出於對疾病存在的意義層次的理解，面對每一個求診的病患，相對待之間都涵括了對於病症、病人的感受、疾病對社會或文化的意義，與疾病對人的存在意義等的觀點。也因如此，擁有這些理解疾病存在意義的觀點，醫生才能夠真正在醫療領域中，顧及到社會正義、病人的主觀感受，以及疾病對人的共同意義等面向，能將每一層面納進來思慮，才是所謂一位真正能夠理解疾病與處理疾病的良好醫者。

儘管如此，本篇論文究竟為一篇奠基疾病存在意義理解的紮根工夫，對於整體體驗過程中，透過現象學對疾病體驗對自我真實性的省思過程，在此均無法一一足以回應本文原初揭示的問題意識。現實當中，假使一開始對疾病存在事實採取否定排斥的態度，把自身的疾病當作一種病症表現的客體存在物，無論是病人和醫生，看待疾病皆是處在亟欲祛除的心理狀態，那麼，將如何展現疾病的存在是開顯人發問自身存在意義的體驗現象學進路？要之，關鍵之處即是疾病不能化約成病人的主觀感受，實際上病人就是貪生怕死或是相信醫療權威，或者心中許多感受也像醫生一樣用客觀的態度看待自己的疾病時，反而探究疾病存在的問題不在於病人主觀體驗的問題，應該是一個疾病存在意義理解的問題。然而，事實上疾病存在的意義，仍然要從病人的主觀體驗方面加以呈現，因為疾病就是病人在日常生活中感受到生命危機的現象，現象學的描述即是用來描述病人的主觀體驗之中，如何呈現疾病存在事實與意義理解的過程。因此，一旦無法肯定疾病存在的意義或真實性，臨床上醫學和醫生面臨病人對自己的疾病處於否定態度之下，傾向於對疾病採取未經反思的「自然態度」，希望儘快能夠治癒的情況下，也就促成醫學診治導向醫學技術的發展，形成現代醫療之所以偏向技術化的成因。如此說來，假若將疾病視同症狀表現的形式而講求以治癒為主，醫學自身的定義應該同樣也有很多層次。依據這種觀點，本文將透過現象學觀點，從一般經驗意義的病人體驗出發，觀察描述與闡釋病人病痛（illness）主觀體驗的問題，

的需求等，而對應的醫療倫理互動類型和性質也就有所差別（林遠澤，2008，頁 18）。

以突顯疾病的意義如何從身體作為體驗的主體來理解。值得注意的是，此時作為現象學可描述的疾病經驗，仍是病人的主觀感受的事實，而非是病人對自身疾病存在的存有論事實做意義的反省過程。總結地言，本文以現象學心理學進入而言，是針對整個醫學思維方式的改變奠定方向的基礎工作，因此篇中主要處理的部分，則先從醫生和病人於治療情境中對疾病的不同經驗思維和方式，區別出醫生對生物醫學定義的疾病（disease），以及病人對個人體驗的病痛（illness），以說明疾病何以不僅是醫學技術要加以祛除的治療問題，它更是個人整體生活世界遭逢改變與困頓的存在事實。

疾病是獨一無二的情結，它總是處在脆弱情勢中，病人發現暴露在自主能力不復存在的患病事實。醫病之間的倫理關係即是根植在這樣的實然基礎之上，療癒的關係亦是基於人與人相互遭逢同情共感之理解形式中，事實上，在每個實際發生的脈絡裡，醫療行為的互為主體性之對等關係就成為首要的道德要求。對生命本質而言，人類發生醫學行動原本就是一種倫理關懷行動，但往後的醫學推進卻只重在觀察和思考如何發展有效的醫療技術，而遺忘了醫病關係之間的倫理本質。顯然地，醫學深刻的內在困境，即在於醫學的歷史本身就是一部逐漸遺忘人際關懷倫理的實踐史，於其中醫學把自身轉變成只是追求治療身體疾病的技術史。於是，針對論述醫學史錯綜複雜的演進過程並指出其中發展之內在本質，不在於歷史學方法對某個事態的描述講求的「實然的問題」，而是在於哲學研究方法、一種重構式的追問——追問「應然的問題」之方式上。這樣，研究醫學及其本身涉及的健康和疾病的概念所進行的哲學式重構，方能顯要地深入其本質，最終指向於醫學本身固有的倫理性與技術性，當然，醫學所牽涉到的繁雜維度絕非簡單地以為這兩範疇之間的對比，即能做為理論架構以能被恰當地理解、同時亦非是能加以分離的兩件事。因而，醫學行動既是一種倫理性的內在要求，亦為解除生命病痛的實踐經驗，那麼，進行追問醫學內在問題，關注重點就在如何以倫理性與技術性去回應醫病關係相互之間的療癒之道。

雖然，當代的醫學倫理亦已經針對醫學基於自然科學方面，對應疾病「病理生命」的研究傾向著手於反省和批判，然而，疾病究竟是關於生命意義停滯、改變與崩潰的事件，只要牽涉到人的身體和生命直接的實踐行為，臨床醫學的責任就不僅單純是理論化的自然科學技術的應用，還應當是一種助人的技藝（art，有別於 science，針對個人或個體行動）。⁵ 醫病關係始終是醫療倫理關注的內容，據此，對臨床醫學現象本質的倫理哲學論述，其分析和討論必須是透過生活世界

⁵ 李宇宙著，〈疾病的敘事與書寫〉，收錄於 蔡篤堅編（2007），《人文、醫學與疾病敘事》，（台北：記憶工程），頁 18。

中的臨床情境，從現象的真實存在為研究開端，著手深入還原其本然面貌與被詮釋和呈現的方式，最終再給出清晰、合理的說明。關於醫學本身的理論或宇宙觀，經由具體而實用的醫學操作技術，都會有意無意反映出自身背後所隱藏的理論知識，醫學慣常解釋病痛的根基，實際就是建立在這些講求實用和效果考量的技術宇宙自然觀上。也就是說，舉凡醫師以微觀的科技論點，將患者的病痛簡化成為疾病的問題，主要就來自背後主宰醫學實踐的生物科技理論層面。相較而言，當代主張的原則主義的醫學倫理的奠基方式，則是類似社會工程領域的管理方式，大多數批評現代醫學科技主義的理論、關切的方向與處置的方式，也是把病人歸納為管理系統的對象，事實上都是無助於日漸衰微的醫學道德實踐，反而增加醫療糾紛問題的複雜性罷了。

除了前文所言的問題，本文研究的目的也在於呈現醫學技術表現的一種深刻矛盾，既是能夠給予人類無比的福祉，也可能是帶來極大災難的一把雙刃劍，同時試圖揭示涉及在臨床運用，醫師將診斷治療的注意力從本應關注在病人身上，轉移到生物身體中尋找致病因素的技術操作上，一個整全的病人的病情體驗消解在現代醫學診療過程的致要因素。概括而言，醫學必須重新關注內在蘊含的人文要素，針砭當今醫學現象的方式需要新的轉折，於此若能藉由反思醫學實踐的含義，了解醫學知識的實踐目的本是來自臨床的醫病遭遇；關於醫生面對病人受疾苦折磨之處境，除了對待「生物體的身體」運用醫療資源中診斷與治療之外，更應理解到回應病人做為「肉身化的身體」之倫理需求。如此，將病理專業化與診斷技術化的醫療活動擱置一旁，把焦點還原到他或她生活世界的置身所在之情境中，試圖理解因疾病對生命存在的樣式所帶來的無序與失控的感受，才能消解現代醫學人文（*medical humanities*）的迷失所招致倫理對待的難題與困境，成為具備技術取向與人文關懷取向性質的醫學實踐目的。尤其是，醫學本應關注在病人賦予疾病的意義理解，使得治療關係能復歸在共同的生活世界中相互理解，致力協助病人重建失落與破碎的生活世界的意義結構的實踐行動。

因而，如前文所言，疾病作為人類生命經驗的一環，其經驗構成有著客觀呈現的生理症狀，與個人主觀病痛體驗的意義同時並存兩個不同層面的特性，是以，冀以奠定醫療倫理的核心思維，唯有從病人病痛的體驗歷程中對疾病意義的反思向度才是回應問題主要的關鍵。畢竟，醫療活動的獨特性，就在它是在一對一的情境下進行的醫療照顧形式，能試圖去了解病人對疾病的感受，醫生的態度對於促進雙方互動交流的關係就顯得益形重要。由於疾病觀的改變帶來的新問題，致使現今醫學體系面臨史無前例的極大的挑戰，慢性病痛和不可治癒的疾病，始終是醫學科學觀下無能有效性療癒解決的窘境，面對這種情勢，作為奠基

以關注病患疾病的體驗意義方向的論證功夫，實為一個刻不容緩的重點任務。對此課題，當今首重應該如何能去證明完善的疾病概念，或者說疾病意義的重要性。我們若想試圖打破從過去看待疾病之客觀外在的生物學觀點，產生對疾病的負面消極意義的看法，就得回到內在於病人主觀體驗的意識層面，通過現象學哲學方法取代以病症表現為論點的生物醫學模式，對疾病的主觀體驗加以觀察、分析和描述，以一種理解存在的生命意義的進路，以期本文予以開顯一個朝向賦予疾病存在正面意義的基礎研究。

第三節、研究方法與步驟

據此思維方向，本文將在第二章與第三章所要討論的，重返長期以來已被醫學科學方法與技術所蟠距的現代醫學之審思與探索，勢必是一種回溯考察其知識的根據和構成，以能作為一個深切的內在批判以期能在重構醫學目的的方式上，試圖開顯現代醫學自身思維上的轉換的論證形式。換言之，重點在於澈切關注一個我們自身似乎已遺忘的生命倫理關懷之內在的本質之中。果爾如是，理解並釐清形成現代醫學世界觀和價值觀，焦點就該集中於剖析那些使得醫學科學思想革新的成因，也就是考察每個時期的醫學實踐模式所秉持的基本思路轉換之規律，把問題置於對醫學科學發展的思想演進、使之具體化的方法和技術的批評上；意為對於即其中重要部份，生物醫學觀察、解決健康與疾病的思維和行動方式，去深刻探入由哪些重要因素促使現代醫技主義產生的缺陷。雖然說，醫學模式是醫學科學思想發展和醫學實踐過程中逐漸具實化的結果，與人類經驗和思考過程中對自然界整體的觀念研究，反映在醫學科學應用於人類與疾病關係之間的發展過程，但是，我們也不應只膠著地強調檢討於醫學技術與理論兩方面，或者推進一步對現代醫學進行倫理拷問，便以為會得以恢復醫學人文素養而達到令人滿意的成效。要之，追究其醫學發生與演進、知識的源起與積累，醫學研究的目的就在於：試圖瞭解人與病痛的關係，並且能在此關係中發現醫學對之反應的方法，明瞭醫學實踐的實質目的，應該是如何才能充分回應疾病的認知和意義詮釋的問題。

反觀現代醫學，於醫學領域中為了挽救醫學臨床倫理的道德內涵之缺漏，對於醫學專業倫理即套用一種論理型式的規範倫理，作為用於指導臨床上醫護人員，由醫療行為引發的倫理照料必須考量依據之行事規範或判准。那麼，當下的問題轉成了這種由此引導出的醫學倫理之共通原則性，是否真實確保足以回應照

料醫療診治行為中，病人個人病痛經驗的獨特意義；抑或這個方法僅是為了抒解臨床倫理困境和日益增多的醫療糾紛，制訂醫護人員預先設防或事後處理，針對諸多臨床難題有所法依的專業倫理要求。關於醫療現場的種種困境與難題，將在第三章節作一個深入的剖析與說明。就此而言，審思生物醫學模式重視的「以疾病為中心」的診療形式，主要問題就在嚴重忽略了臨床上應重視的病患的生病經驗的人道關懷精神。於是，為對抗生物醫學之侷限性和片面性的治病準則，針對疾病不把患病者視為整體的人來對待的方式，現今的醫學發展從過去「以疾病為中心」器質性疾病的醫學模式，重新強調以古希臘時期的醫學倫理觀為主導，期使以科學為主的生物醫學的指導模式，擴展到當代以照護病人心理狀態的「以人為中心」的全人醫療模式。然而，標榜著以病人為中心的醫學模式，究竟這樣的醫學倫理模式是否真能達到以病人患病經驗為主的醫學人文主義的理想；還是僅是醫生在臨床上能依原則面對解決醫療的兩難問題，為求方便用於解決醫病之間醫療衝突糾紛的「專業倫理」？直言之，如此技術導向的醫學事實呈現的困境，亦是文本主要一一反思探討的研究議題，至於，最終本文研究主軸特別關注的醫學本身，也就旨在澄清與揭示臨床上醫病遭遇中，有關的倫理判斷和倫理抉擇之目的所在。

無疑地，對每一個患者來說，其自身獨特的病痛就是一個生活故事，醫病雙方的治療關係表示進入了一個特定的生活世界。的確，瞭解他們在病痛與醫療中的困厄，涉及到的是他們在社會上所經歷的歷史脈絡，一如涉及他們自己個人專屬的民族誌。⁶ 那麼，我們該如何思考醫學與疾病的問題？醫學主要的目標是治療疾病、恢復健康，我們對疾病與醫學的概念隨著時代嬗遞逐步在演進中。但是，何謂疾病？何謂健康？若對疾病與健康沒有深入理解，很容易就會對醫學定義的主要兩個目標：疾病與健康的意義理解產生偏差。WHO 對健康的定義也不離有關個體在身體、精神上與社會方面的良好狀態，並非僅止於沒有疾病和徵兆的見解而已，依此看法，表示一個健康的概念不止包括生理機能方面意義的理解，並且還應是心理與社會良好狀態上的要求。要之，疾病的概念並非已被自然醫學之醫學理論窮盡，既然說疾病是有意義，那麼，理解它為何是對於整體發展醫學科技與人性基礎為目的行動的重點所在，對當代醫學目的的審視與批判是極其重要的關鍵要素。毫無疑問，要能在現代醫學的技術傾向注入異質性的論述窗口，它會是一個能涉及到疾病經驗所形成的影響，並且關注於每個獨特的主觀體驗賦予

⁶ 「今日，醫學知識和實踐讓每個人都會遇到疾病問題。就如我們在日常生活中生病時找醫生、身體檢查和疾病就該治療等具體事情已經習以為常，醫學診斷結果成為患者自我調整適應疾病造成的破壞的主要依據，作為生物體的人也因為受到的照顧而改變了社會的意義。尤其是，當宣布某人為「病人」時，這個判定將超越身體狀態所隱含的意義，而直接賦予病人一個社會地位。」轉引自 Philippe Adam (2005)，《疾病與醫學社會學》，引言。

的意義，這將是有別於醫學的客觀實證的方法，以病人疾病意義的理解為核心的臨床整體醫學模式。

依此，唯有透過現象學心理學對疾病的主觀體驗的描述分析，方能針對醫療的科學理念與文化處境提出深刻的反省和批判，方能試圖在當前講求技術消費機制的醫療意識底下另闢蹊徑，以病痛主體作為醫療模式的核心思維，對現代醫學科學技術要素注入人文關懷要素之可能取徑。此外，臨床情境裡，醫師在面對每個獨特的倫理主體時，要能如何呈現他或她原始情境的方法，抓住每個特定脈絡下的道德經驗、知識與抉擇的進程序？對此，從經驗世界中出發的現象學，其描述方法根本上必是反化約論，它不但能提供臨床實踐以一種實用性的推論態度，對具體情況所表達的特定意義，亦能加以說明當事者置身脈絡影響的深度與廣度。顯然地，以互為主體性的觀點而言，在於現象心理學分析為我們揭示出，考量病人生活中遭逢的疾病之苦，所導致切身的各種關係與目的需求的紊亂及疏離，這種主觀感受的經驗與醫學觀點所著重的專業知識，不論對醫師或是病人都是同等的重要。⁷ 直言之，就本文研究內容而言，試圖對醫學研究範圍、醫療倫理與醫病關係提供根本的維度，重置一個以人類病痛經驗於核心的醫學模式，方為醫學應當追求的完整疾病理論模式的目標，以期在臨床處境下，奠定一種醫療照護型態的實踐基礎，這勢必是一個開顯疾病意義之體驗現象學之重要性之進路。

根據本篇的論點，將在第四章透過 Toombs 從病人的角度出發環繞整體生病經驗的觀點，展開關於本文先前揭示的終極目標的準備工夫，論述 Toombs 對於病人對身體、自我與意義、周遭環境關係和人際關係之間的關係變化，藉以研究分析論文中對疾病身體現象學，有關意識基本活動和知覺結構的精闢深刻的觀察、分析和描述，用以呈顯對疾病作為一種主觀的體驗，它不只是個客觀觀察的事物，亦非是外在入侵的異物以為能用手術割離或排除的東西。反之，透過疾病的病痛與身體主觀體驗的理解過程中，展示臨床上的醫學事實，就是建基在人與人之間的相互感通的倫理實踐的行動性質。⁸ 也就是以 Toombs 作為本篇論文主軸部分的因素，在於她借用現象學強調還原到事物自身讓事物本質呈現出來，針對現代醫療重視的科技主義所衍生出的缺失和弊病，現象學的態度以及重視生活世界的觀點，恰好能對此弊病提出強而有力的反省與批判。此外，她對於病人

⁷ Richard M. Zaner, 蔡錚雲譯(2008),《倫理師的聲影》(台北:政大出版社),作者序,頁 xlii—xliii。

⁸ 由此層面再推進一步理解到疾病對生命意義的啟發性,更能從中促發病人自我的重新認識並協助他或她開展建構生活中的積極意義層面,提供可加速發展一個全面醫療與照護之醫療體系之可能性契機。

賦予疾病的意義方面，亦有其深刻的分析說明。易言之，一般人生活在現實社會上，通常我們的人生計畫都可以順利的進行或任期期望修改人生目標，然而，一旦罹患病痛，生活的步調不僅更加紊亂難以隨心控制，甚至為何因應疾病帶來的困頓，病人被迫困於在某種時間的配置和空間活動中，並且對於自身和身體以及與周遭世界的關係不得不去重新調整與妥協。譬如：病人因為生病無法在像之前任意調配時間與所遇到達的位置或場所，也由於生病帶來不便利的活動時間與空間，假如病人亦扮演好他在社會世界中應有的角色本分，倘若醫生不了解病人對疾病帶來生活上的困境和難題所賦予的意義，忽略了每個獨特的病人本身差異性的需求，在判斷為某種疾病時按照專業知識，則會因為依循藥物通則要求的處方，造成病人在謀生活動上的出現令人不安的干擾問題。究竟地說，醫療倫理的研究領域中，醫病關係一直是主要的核心問題，也可說必要關注的研究對象，而醫病關係亦主要是在醫療實踐中形成與發生的、作為一種特殊人際互動的關係。是以，本文為何以 Toombs 的論點為主要藍圖，作為本篇論證主軸的緣故，一方面 Toombs 把疾病對於病人的意義的焦點，聚焦在對生活世界行動方面的理由，有所考慮的意義成分在內，另一方面主要也是她對疾病的主觀意義感受有深刻的描述和分析的緣故。

總言之，疾病的世界有如一座疏離人群、孤絕佇立在汪洋大海的荒島，如同失去生命的目的與可供探問的地圖那般，中斷了所有原有的生活情節，因此，必須重新述說，再造那已經改變的生活故事；這樣的敘說不僅是關於（about）病痛的故事，更是透過（through）創傷後的身體重新發聲（voice）。這種聲音不是那些由技術獲得的「硬事實」（hard fact）：腦性的、或神經性的敘事，而是屬於我自己肉身性的一種溝通的慾望。⁹ 根本底說，醫學事實應致力在臨床遭逢上引進人文場域的倫理向度，面臨生病就醫的患者，醫療倫理的實踐應是將外在訓練有素的專業知識和技術或任何原則規範擱置一旁，專注在處理那些涉及發生於臨床困境的情境中，探索、發掘與理解當事人經驗及生活脈絡上的相關性，每個獨特生活處境下的生病經驗的疾病意義。如是，醫學實踐才有可能超越現代生物醫學的困境，進入一個全人的治療關係的療癒目的。在這樣宗旨之下，現象學最大的貢獻在於使我們重新發現生病的事實，復歸醫學對人性關注的重要性，主要因素就是因為現象學能提供我們疏離對外在世界根本信念的自然思維態度，而使目光轉向聚焦與反思內在主體的認識方式，並以此為起點，去看待與評價其它事情的意義之哲學分析的操作方法。

⁹ 參見 李宇宙，〈疾病的敘事與書寫〉，頁 7 - 8。

植因於此，本文先行將分析探究有關個人病痛這個偶然性經驗，因其所引發生命意義的追尋與再定義為何之議題擱置一旁。就文本研究任務之論述架構而言，以歷代醫學模式整體的軌跡為論述基準，作為從客觀經驗的事實層面著手，考察那些形成現代醫學原因的背後，究竟積累多少數個世紀的醫學成果，以剖析研究之中重要且完善的醫學理論基礎的演進，與其實踐內含的倫理意蘊之觀念因素，做為研究文本第一論證脈絡動線。主要重點聚焦在，論文前半部論題計畫的目標，即是通過我們對醫學之於疾病概念的總回顧，能夠認知到致使現代生物醫學的內在缺陷的種種成因，以及得知當今醫療服務流於營利為導向的商業獲利產業的由來。對現代醫學的知識和技術層面進行的哲學式的內在批判，本文從主體意向性的體驗作為出發點，最終朝向開顯疾病現象的意義本身之終極研究目的，也是意在深入考察和剖析這些問題的根源，以期能提供一種強而有力的反省批判之道，做為醫學未來發展方向的最佳借鏡。

第二章、醫學思想史與疾病概念的演變

第一節、關於醫學目的的審視

醫學為人類有意識對抗疾病的實踐活動，人類發展醫學也是基於為使個體和生命能順利持續演進。在考察醫學思想史各個時代的發展現象，從上古時代的魔術與宗教活動進步到現代生物科技的療法，從希波克拉底的體液病理學說到現今的分子生物學說，當會發現各個醫學知識枝節錯綜複雜，而這些思想的進展曾經過不計其數的曲折、批評和矛盾。在如此盤根錯節、並與人類歷史發展同樣悠久的醫學思想之中，深入探索人類與疾病聯繫之歷史長流，理解這些聯繫在其思想本質上和支配醫生進行的醫學實踐活動，健康與疾病的概念是如何隨著時代的流變而產生轉折的變化，這是一項對理解醫學和疾病概念的演變急切且必要的研究任務。這任務的重要性無不在於探究理解人類同疾病鬭爭史事實之本質，原因在於不管在哪一時期，醫生對人的病痛做出的反應，總是依照那時期對疾病的某種觀念和形成的理論模式進行診斷和治療的。因此，剖析與反省醫學目的首要的理由有兩個層面需要進行的論述議題：

一、為瞭解疾病對病人置身處境產生的難題與困境

人對自己存在的理解，事實上與人對疾病的理解有著相當密切的關係。疾病總是發生在我們生命之內，是我們無所遁逃的宿命；也就如此，人對自己未來行動的可能性、對於生命的意義的追求、對於自我存在的各種籌劃，都與我們對於疾病意義的理解密切相關。實際上存活在這個世界當中，任誰都無法逃避生、老、病、死，這一種由出生走向衰亡的生命流逝過程。然而，生病的經驗在生命存有的這一場體驗中裡又扮演特別重要的角色。當生命面臨疾病的衝擊，平日與生活周遭世界聯繫的關係，便會開始產生重大的反轉與變質。疾病的出現，代表著一種生存狀態的改變，這般的疾病事實迫使病患必需正視：人自身存處於世的可能性，是受到完全無法為人所掌握的偶然性所擺佈的。就此，疾病的事實宣示一項

確切的訊息，除非我們能賦與疾病予特定的意義，否則我們的生命就始終會遭受到存在之偶然性的侵襲，終其一生無法逃脫得到安頓反而受之操控擺弄。除此之外，由於個人的日常生活世界，本質上即是一個透過社會文化脈絡所建構的現實世界，形成我們對於疾病的主觀體驗以及對於疾病意義的理解方式，於現實之中，很難脫離深受自己所處的社會活動和文化現象的影響而有所糾纏；致使我們對理解疾病概念的方面，既是一種由社會論述所建構出來的詮釋學產物，於內同樣也是含藏了眾多不可喻及的文化意義。因而，即便是人們自身蒙受疾病之苦，但疾病的認定卻不只是我們自己對自身病痛的感受問題，而是隱含著各種習俗道德與價值判斷的社會決定。在這樣的影響與理解下，疾病的隱喻總是承載著不同時期的文明社會對於疾病之存在意義的不同詮釋方式，而不自覺地形成支配人們理解疾病意義的誤解、偏見、迷思與無知的源頭。可見得，如果我們要深入探究疾病的意義，以為醫療倫理的核心思維奠定基礎，那麼透過反思在醫學發展史或是在醫學人類學的歷史研究中，人類對於疾病意義的理解所經歷的轉變，也同樣是一項不可或缺的工作。¹⁰

然而，在此部分上，藉以研究探討醫學發展概念演進，為進行釐清疾病意義以理解主要概念之論述與說明，對人類自身存在之生命試圖透過不斷陳述和追尋，嘗試開啟一種如何重新創造、擁有、變成有意義的「我的自己」(my-self)的過程之可能性的思維層面，¹¹ 依本文的論述觀點，於此任務當前莫能忽視一項重大且值得審視之議題。值得令人關注的是，實際上，現實世界中疾病的社會定義也會隨著人類的醫療進步而有所改變，像過去我們認為肥胖並不是疾病，如今它已是一種「肥胖症」的疾病代稱；或者說像是不孕的情況，也因當今的技術可經由人工受孕的方式解決，就把這樣的情形當成是可醫治的疾病類型，諸如此類。這就是說，疾病的概念之所以會隨著社會定義的不同，是因為隨著醫療技術的進步，使得疾病的定義會隨文明的發展而有所轉變。由此得知，人的存在或社會、文化的發展，與醫療對疾病技術的進步之間的相互作用，已是無法割離的關係結構。那麼，正視此種關係模式所導致的影響，試圖解決之道就在於我們應該先在醫療上建立起疾病正確的概念，摒除那些社會文化概念對疾病意義產生的誤解、偏見和歧視，或許才能夠發現同樣是我們生命組成的一部份，經由對疾病存在意義的探討，可以敦促人們對自身存在的意義理解方式展開另一種思考方式的

¹⁰ 有關剖析疾病隱而不彰的無知與迷思之論著，參見 蘇珊·桑塔格 (Susan Sontag)，刁筱華譯 (2000)，《疾病的隱喻》(Illness as Metaphor AIDS and Its Metaphors) (台北：大田出版)。

¹¹ 此處參見來源有二：

1、凱博文 (Kleinman, Arthur)，陳新綠譯 (1997)，《談病說痛－人類的受苦經驗與痊癒之道》(The illness narratives)，原序，p. i x。

2、李宇宙 (2007)，頁 6。

可能性。否則，人的存在意義的理解受到疾病的觀念影響，一旦疾病的觀念又受制於社會論述附加的概念和醫療技術干預所蒙蔽，只會強加導致使人變得無法透過自身對疾病體驗與賦予的意義，徹底理解到自己存在生命的內在真實含意。亦即，人無法脫離周遭世界孤立地存在，假使我們忽略了醫學的發生，探究隨每個時期演變的醫學的理論、疾病概念與倫理意蘊的內在因素，相對的，人對自身罹患疾病的事實可能無法從療癒關係及過程中，重新對自身經歷疾病生命的意義和價值有所啟發與體認。

疾病的發生是一種人類存在的普遍現象，關於審視醫學目的的重新定義，以及洞察出疾病對存在的生命的深刻意義，現今應從生物醫學先前視疾病為客觀化與抽象化界定的態度中退出，轉向聚焦於病痛中全面改變的生活世界所經驗到的事物。以這些體驗做為描述分析的一個起始點，在人的存在意義之上，從事探究疾病的意義和重新審思醫學的目的，通過哲學的反思，嘗試建立一個以病人生活的病痛體驗之面向為基準的整體疾病模式。如此一來，不論對於醫生或病患，有關實踐醫療照護行動不僅能通過個人直接的感受，和直觀得到重新發現自己置身的處境，另一方面，也能復歸到對人的存在意義關注上，提供醫學教育培育對於人文精神的終極關懷問題方面，有效地培養並提供倫理態度的思考能力（Toombs，2000，中文版序言；譯者前言）。就此而言，本文著重於析究醫療倫理的本質目的，代表所關注是人與人因疾病相遭遇的時刻，因其不忍之情而發生的醫療實踐，對之剖析、解釋與說明它的重要性，以及何者始為醫療實踐的實質精神，亦為本文研究論證的目的的主軸之一。

二、釐清和剖析醫學實踐偏重技術導向的歷史因素

至於，醫療實踐的方面，難以避免的是，疾病一旦出現在真實日常生活中，一般於社會脈絡裡所認知的思想、解釋和行為模式，敘述疾病的方式不外乎就是邪惡、苦難、銷亡與失敗，對付疾病的施行行為則為即刻剷除消滅它；不然就是責備、驅趕或隔離那些被社會習俗認定是失敗或是受到懲戒的罹患者。如此一來，這些疾病的文化導向的既定方式總是使人內心感到不安，深深懼怕並試圖遠離那些不祥幻想物之魔掌控制。沿襲至今，以生物醫學模式觀點的醫療實踐制度，將疾病視作生理異常現象並將之轉化成醫學領域內的專門術語，針對不同症狀類型採用相對治的診療技術或是藥物來根除，主要也是根源於從原始社會巫術文化的經驗醫學中；把疾病歸之於超自然神力、拔除危害人類生命的早期治病觀

念的延伸，表現在現代醫學特別強調以力克疾病為導向的「對抗醫學」模式之中。

一生當中我們每個人都曾有過患病的經驗，生病就醫，也似乎是生活中再自然不過的事。由於疾病的醫療需要醫學的協助，今日醫學的成就隨著歷史的發展，卻逐漸改變了我們生病就醫的經驗，也因為醫療技術化的不斷擴展，造成我們對健康恢復的需求，演變成更加需要透過高科技的醫療技術水準，來協助我們渴望恢復健康的心態。從醫療技術化的角度而言，過去視疾病為社會文化理解下的產物，至今已轉換形成在當代以區分健康和疾病的判別方式，視同界定人的某些行為和狀態。舉凡越來越多與個人的心理情形、身體狀態、行為模式與生活領域相互關係的分析和評估，都需要透過醫學知識對健康和疾病的界定作為評定問題的標準形式。此外，個人獨特的生病經驗同樣被生物醫學科學化約成規律化、慣例化、共同認可的疾病處理模式的醫療語言。這些都足以說明，當代醫學技術的發展，儼然已全面影響我們整個社會運作的模式，從某種意義上而言，醫學領域的一切發展理所當然已成為攸關我們整個時代運轉的領航要角。

具有諷刺意味的是，處在這一個標舉無比神奇的時代，相較過去單純的就醫看診、疾病治療等平常的行為，醫學實踐方式從未像今日這樣如此強烈地令人困惑與質疑。這可從當代有識之士，針對技術至上的醫學現象提出嚴厲的批判文獻中，理解到隱藏在醫學輝煌成效的事實背後其中的嚴重性：舉例來說，Hans Jonas 就曾論及，服膺於實用技術科學理論的現代醫學，自身的特性就在於診斷型式上運用統計分析方式，針對個人的病情加以解釋和治療，但弔詭的是，沒有人能在任何分佈曲線上找到自己的病人。¹² 這也就意味著，隨著當今科學技術對治療方法學做出了實質的卓越貢獻，那些邁向技術干預生命的醫學發展方針，使得原本對疾病的感受和個別的經驗，通過當代對疾病的解釋和診斷過程，取而代之的是各種檢查儀器的介入、客觀化的檢驗報告、以及技術操作的使用等，那些專有詞彙為主的醫學敘事方式。就可證明，醫學科學因其知識與技術擴張培養出的盲目與恣意追求的實際效力，已然把醫學實踐推向僅止於關注疾病症狀現象的困局當中。

在此，針對強調實用性目的的現代醫學必須嚴厲指正批判的因素在於，倘若疾病的問題完全仰賴醫療技術的處理方式，將導致的不僅是病人的聲音逐漸消失在臨床診斷過程中；尤為甚者，關於疾病的意義之於生命的真實原貌，人自身也形同處在講求科技的醫學診療制度支配下，不自覺地逐漸遠離本身覺察疾病意義

¹² 轉引自 Zaner (2008)，《倫理師的聲影》，頁 3。

的思考能力。根本底說，疾病的發生不外乎是由人去承受其苦痛，為了緩和與恢復健康而尋求醫生以解決這個令人困擾不已的問題。然而，實際上考察歷代醫學史的更迭中，可以發現一項事實：從希波克拉底的體液學說延至二十一世紀的醫學科學發展，病人的主訴地位不僅已失去在醫療實踐上該有的位置，同時醫學亦在經歷一次嚴重的危機時刻，不論是人們對遺傳工程和生物技術發展可能出現的不可預測的後果，抑或置身商業利益掛帥的現代化社會，將醫學導向不切實際的醫療高消費時代的進步代價，皆足以反映出現代醫學的深刻困境，其結果正是表達了醫學人性的迷失即是走向困境的主要因素。因於上述觀點，本文第一步則著重於通過醫學模式理論概念的轉換歷程，明指醫學如何解釋疾病的本質、醫療活動方式之根本觀念及理論思維，進一步闡明形成歷代階段性的醫學內在思想和實踐規律為何，以對現代醫學作全面性的審視活動。疾病的認識對人類決定怎樣的生命品質有著重大的影響，人類有意識地對抗疾病發展出的醫學概念，是經過知識和事實不斷變易，觀念上的易位而繼續積累、相互聯繫又彼此影響，期間的醫學基本概念的變動與再生，印證了醫學實踐活動總在觀念和思想力量的支配下推演進行。就觀察生命的諸多現象，以及在探索這些現象背後採取的某種觀念與態度，往往形成具有主導的功能作用，成為醫學發生調整或轉變其中概念和行動規範的理論根據。換言之，這些「關鍵的轉折點」，直接對於醫學實踐起著革新的規律和決定將來發展的規律，有關醫學觀念發展的歷史回顧，即是探究醫學階段性發展過程，嘗試提供一個實踐的基本思路、規律與方法理論的說明。

依此，以哲學思維剖析醫學思想與模式轉變，無疑是為了說明由歷史的轉化窺探醫學面貌的變化，即是考察每一時期看待疾病的原因與診療的關係，形成對於人及健康問題的醫學觀念的變化過程，突顯出帶有共同性的思想、價值追求和方法指導的診療流程和相應的醫學科學技術。實際上，醫學模式即是包含了精神層面的醫學觀和器質層面的醫學技術實踐，也就是說，它與當時的社會進展、經濟水準、科技發展能力、宗教文化背景、哲學思想和倫理觀念等因素相互關聯。由此得知，我們分析各個時期形成共識的醫學觀（指的是共同性的社會人文思維與共同性的技術操作規範和價值追求），在各個因素綜合影響之下，關乎生命、死亡和健康、疾病之不同層面，反映在醫學思維對於個體和生命的演進、所有生活現象認識的程度，每個時期的醫學模式皆以客觀邏輯的觀點，不斷地發展自身理論的實質內容。故於深入研究的過程中，除了釐清疾病歷史的變遷、醫學觀念與技術演化之間等相關因素之外，重點在於後續逐一揭示疾病事實會是如何影響個體生命，醫學對疾病概念的定義又將如何重新定位，疾病這個意義問題將會帶給醫學實踐目的的重構有何重要性，這都是諸多有待我們追問理解的問題。因此，本文首要研究的章節，不同於既往對疾病「不證自明」解釋和看待問題的論

述，依循哲學性問題重構方式，根本關鍵重點在於，啟發疾病意義何以能重新定義醫學本然的目的，探討作為獨立主體的病人體驗之聲何以消失於醫學語言宇宙觀裡，並進而揭開病人之倫理主體之感受，始為醫療倫理關懷本質之概念依歸，將是本篇論文研究的核心任務。

第二節、醫學史中疾病概念的意義演變

醫學的發生是從解除痛苦和恢復健康的自療行為而來，就醫學本身而言，原本是一種人我相對待之倫理性活動的學科性質，因而考察醫學模式的演變，使我們可理解到，從保護自己、解消痛苦、畏懼之原始本能與思維最初的動力。演變至近代，醫學奠定在實驗科學客觀事實的研究成果上，反而使醫學活動形成基於生物學觀點準確地理解人類的身體，用精確觀察的自然科學手段，加以解釋和處置人類疾病的學科。然而，醫學終究是兼具與個人生存相關的歷史文化、社會環境的人文科學精神的一門學科，現今則採取經由醫學科學與人文精神的相互整合的模式，確保醫療技術遵循人文關懷的道路發展，以期體現更具完善有效的醫療保健服務的醫學目標。實際上，面對這樣的演進和整合不禁令人質疑，針對承載技術性和倫理性之現代醫學深刻的內在困境，憑藉模式的轉變就能使診療技術人文化，以及同時深化醫療體系人文關懷的解決方式，真能讓醫療技術化的弊端因此迎刃而解？再者，它是如何能夠或是為何可說是承載倫理性？又或者兩相融合後，產生了何種令人意料之外的後果？諸多質疑，使我們不得不再次追問，真正的關鍵問題在何處，什麼樣的研究論證才能顯出問題所在？這樣的提問方式，即是把問題轉化成為哲學的提問：致使醫學理論與技術漸失人性關懷的因素為何？更確切地說，應是在何種觀念的引導下，疾病概念的演變導致醫學的進展過程中，忽略了應負有的實踐科學的精神。

對於這樣的疑問，一般國內外學者對醫學技術主義如何回歸人道關懷的問題，總是存在著許多不同的闡述觀點。一方基於科學精神為何，及該如何與人文精神相互統整的基準點出發，嘗試提出解決的方式，不外為著手於理論的型態演變為何，以及透過模式遞嬗之維度來看待問題。殊不知，這樣的論述形式反使醫學面對實踐技術與人文方面上，實際落實推動於實踐經驗中，則落入應當如何拿捏或是達到實效技術與人道關懷的精神並重的兩難情勢。這樣的立場，終究把醫學推向於以制衡準則的權利與義務的層面，醫護人員與病人之間的關係，轉變成以講求技術至上的實際效應，以及市場經濟的商業利益考量為主的相互對待的關

係困境中。以上所提出區分生物屬性與社會屬性爾後再整合的概念，主要缺失的因素，在於醫學仍舊立足於生物科學的觀點看待生命現象的問題。另一方面，則是提出以自身關懷心理落實在醫病關係中，便以為能夠直接針對現代醫學遺忘人文素養的缺失，而具有達成振興起弊的作用，忽視了探問形成醫學技術化的因素。這種方式反而易形成身為主要關懷照顧者的醫護人員，與病人對待的關係，成了關懷者與被關懷照顧者兩方之間，主要關懷者易陷入主觀心理意識之泥沼中。再者，試圖提供對於西醫或者中醫理論兩相比較的探討，言論兩者孰優孰劣，或是說明如何相互截長補短便能達成研究的目標。面臨這些引發各自不同的立場論述之爭議，結果皆是莫衷一是、難以解決的矛盾困境，仔細深入探究其根本源頭，即是因於人類哲學思維對宇宙觀的詮釋理解方式不盡相同。

換句話說，這些論述的理由根據，對疾病的認識均基於醫學理論的核心主旨。從疾病致病因素、機理以及對根治疾病的診斷治療方式，出自強調根基在理性存有者置身於整個自然界裡，關於理解一切自然現象的哲學詮釋行動中。這就明白指出，人與自然關係的等問題之根本觀點上，是建立在以人類為中心的對待關係上，或是認為人與自然相互協調發展的相互關係中。有關自然哲學的問題意識，是人類最基本的想法，由於驚奇之感和恐懼之情，逐漸產生了關於自然存在的問題之探索趨向；以及，思考人與自然相互關係等認知方面的根本向度。相對地，在人類觀察和解決健康與疾病問題的思維和實踐方式，就會發生疾病概念隨著宇宙觀型態之改變而有所變化，依循以技術至上的自然科學的興起與不斷進展的因素而遺忘了倫理之重要層面。以現代科技醫學的發展而論，即是受到當代科學宇宙觀的影響，使醫學憑藉建構在科學實驗等實證主義的基礎，強調運用在醫療認識圖像上，進而形塑出科學醫學（scientific medicine）的歷史景觀。¹³ 如此看來，即便意識到醫學應重新重視追求人與自然平衡發展之道路，然畢竟所持之批評觀點，究竟無法抗衡醫學本身已變成一部強調實效性，追求治療身體疾病的生命物體的科學史之研究學科。就此而言，它早已逐漸褪去應是一門承載人文關懷精神的倫理性學科。

易言之，本文跳脫此種思維的限度，企圖揭示醫學深刻的內在困境，根本問題並非建基於宇宙觀的詮釋異同上。關於引發人類思考與行動的究竟因素，在於真實的疾病之於生命存在的意義為何的問題上。如此思考問題的方式，並不是視同疾病為另一個異於人類的實體出現那種定義，而是這伴隨著人類生命意義同時並在的疾病，它將帶給醫學行動何樣的省思問題之探究形式。醫學應是一門強調

¹³ 引證自 葉永文（2009），《醫療與文化》（台北：洪葉文化），頁 27-28。

「科學」、「技藝」以及「倫理」並重的實踐活動。當我們檢視人類的生命長流，疾病總是不斷改變人類對生命現象的認知程度和生活方式，一方面豐富與轉換了醫學理論知識以及科學技術操作模式，另一方面，則是影響了人類在倫理道德方面的內容變化。底下就詮釋宇宙觀的演變，說明對於疾病概念發生了何種影響，以及醫學實踐型式關於闡明詮釋自然與生命的型態，為何會逐漸遺忘應負的醫療倫理之本性，故從哲學層面，先於疾病的概念流變的分析說明，逐步一一論述與說明基本問題為何。

一、古典醫學之疾病概念與倫理意涵

1、原始人類的醫學觀念

初起之時，原始人對疾病進行思維與探索時，憑著累積的經驗認為疾病就是外部原因或是某種神秘物導致身體不適，竊走了人的機體或者靈魂等生命重要的要素，而使人感受到痛苦或死亡的不幸命運。瀰漫於古代鬼神致病思想，把疾病視為天譴神責或巫師、祖先，以及惡靈佔據身體加諸人們痛苦的結果，相信因果關係的樸素概念，這一理解使醫學與巫術和宗教活動密切相關。這種觀念，形同把疾病本身看作是一個帶有侵略性的意志力之生命體，也就是視疾病為一個實體的觀念被認為是最早的疾病本體觀。¹⁴ 於是，對致病的原因以及驅除病痛的方式，一方面用淨化和獻祭的儀式，祈求神靈能驅除並治癒過失行為帶來的苦難。另外，對於魔鬼招致的疾病，則為採用驅除排斥為主要的手段，透過咒語、符咒與巫術來治療疾病。如此地說，疾病不僅是個人身體的症狀，更大程度把疾病當作報復和懲罰的義務，直接關聯到的罪惡和犯錯，顯示出除了表示個人違背神的下場，甚至就是整個家庭或部落的不幸命運的結果；也就等同疾病被視作個人和社會、宗教信仰以及行為的後果，給予了健康與疾病以道德價值作判斷。於是，從當時人類認為健康與疾病受制於鬼神的觀念來看，醫學除了經驗上的實踐外，也帶有神秘和魔術信仰的宗教文化特性，巫師的診斷和治療的權力形同來自超自然的力量所賦予，亦即人類主體意識還尚未充分展現時，對醫學的認知與實踐運用在醫病關係裡，容易形成醫治者和被醫者之間處於上下遵從的對待關係。

原始人類解釋自然現象與理解人類與自然相處之道，把疾病的理解當作是罪

¹⁴ 參見 張大慶（2007），《醫學史十五講》（北京：北京大學），頁 22。

惡而採取驅除排斥的醫療手段，主要因素為人類面對痛苦所產生的意識與經驗積累，來自基於自然的信仰和認知上。逐漸地，醫療行為從自我療治、幫助他人以解除痛苦的倫理關懷行為，轉向決定在巫師的不斷探索和實踐方式中，卻只是變成更加相信符咒法力的巫術醫治療法。總而言之，古代醫學處於經驗醫療、魔術醫療或僧侶醫療等情況下，表現為一種因果關係的解釋方式，巫術與醫學理論並存的緣故，醫術的治療重視的是直接實用的醫學目的，以及實際解除病人的苦痛和追求生命延續的現實目的上。對於人類主體性之意識萌芽時期，道德意識被侷限在社會文化與宗教信仰上，理所當然在神靈醫學模式引導下，從某方面而言，對健康與疾病的認知和實踐方式，就會傾向以社會道德習俗為主要價值判斷的來源了。

2、古典時代唯物主義的醫學觀念

早期人類社會運用神話觀念，解釋自然現象以建立世界觀的認同，有關醫學對疾病的理解，就會是直接關係到罪孽及最壞命運的影響。直到希臘時代的醫學，將疾病視為機體上的意義，人作為一個屬於自然體系一部份的有機整體，秉持整體醫學觀念之自然主義途徑，提倡醫學專業與技能應著重在科學精神基礎上，特別是希波克拉底（Hippocratic，約公元前 460—前 377 年）對疾病理解方面，採用生物學的觀點，以做為主要依準的思想判斷和治療方式。這個時期的希氏創立一種基於觀察自然的理論，重視臨床實驗與哲學式推理的方法，主張四元素自然哲學建立體液生理與病理學說，以及基於觀察和病因診斷與治療疾病方面上，強調整體平衡、建立和諧的重要性。他的體液失調論點與蓋倫的血液敗壞等病理學說均是基於體液處於失衡狀態中，配合關聯到病患的體質種類影響情緒的協調性互相建立起來的疾病概念。換言之，強調人作為一個複雜分化的整體性之整體論醫學觀為主的希臘醫學，對疾病的本質的認知表現在兩個方面：一方面，認為疾病與健康只是機體內部活動器質性或體質性的和諧與紊亂關係，疾病並非來自外部病原微生物侵入所引起。另一方面，人既然是一個整體有機體，機體各個部分均是相互關聯，沒有一個患病不會影響整個機體的。此種病理因素，推行至文藝復興時期的醫學都依然採納這樣的病理學說。顯然《希波克拉底文集》著作中，鄙棄過去以為疾病出於超自然力量干涉的觀點，明確指出人健康是因體內體液平衡所致，而會有病痛是體液失調的結果。大抵而言，這一時期奠基於宇宙觀之自然哲學理論思維方式，觀察人體的方式則注重從整體出發，把人的機體視為宇宙的組成部份的看法，儼然成為自然哲學醫學模式的理論性格。直言之，這種把疾病視為單純的身體現象，用體液平衡的思想去解釋健康與疾病的關係，是

在希臘哲學宇宙觀認知背景下建立起的；相信疾病主要是個體機體內部的生理因素這一觀念，是由於強調自由性與思辨性，直接肯定人的獨立主體性的價值。這種唯物整體觀以人為中心的觀點，理解疾患只不過是生理過程的產物方式，支撐起影響後世醫學發展科學主義的興盛，更加強依賴技術操作之治療觀趨向樂觀主義的醫學態度：疾病的控制全權掌握在醫生技術上的醫療態度。¹⁵

由此可知，古希臘醫學走向以宇宙本體論和人類學說為主，以普遍性質和人類的本質上來理解健康和疾病的性質，強調醫學應是一門獨立且要求嚴格的專門職業，醫生就是一位拯救生命的專家。誠如希波克拉底所言，醫學的基本綱領在以人文主義的意義基礎上，去研究病人以及病人的疾病的一門學問。既然古希臘醫學認為病痛屬於機體意義的部分，人是一具機體之性質並且屬於自然體系的組成部分，便是自然生物學之研究對象。醫學基本理論就建立在自然科學基礎上，肯定觀察和研究自然的必要性和對技術的推崇、重視臨床經驗和因果式哲學推理，認為疾病屬於自然過程、症狀僅是身體自然能力對疾病的反應。做為醫生只要遵循此原則，首先理解到機體作為整體的性質，幫助機體的自然力量恢復到達體內體液的統一和諧，醫學治療的唯一直接的目的即是掌握機體平衡原理、治癒病人。由此可知，這種試圖以平衡原理的疾病醫療觀念，代替神的治療力量而達到治癒的目的，並以大宇宙和人體小宇宙現象之間直接聯繫起來，指出心理與自然環境亦會對健康和疾病產生人類影響，從而使得希臘人對疾病解釋的醫學理論與道德觀念兩相結合，擺脫宗教主宰走向臨床經驗與哲學思維推理方向。

這樣的從整體觀考察健康和疾病以及表現在個人主義方面，在醫病關係的認識和實踐方面明顯展示在希波克拉底醫學的道德觀念，致力讓醫生的職責是為病人服務、臨床觀察病人，不以抽象的思維思辯，重視在事實的基礎上合乎邏輯推理的方式去治癒病人。我們能清楚地得知，在他的《誓言》裡要求醫生以病人的利益為優先考量的因素、提出以「病人為中心」的理論基礎、強調醫生的品德修養等的醫療倫理學目標，即是希波克拉底思想體系中提倡的醫學道德。從醫病關係上來說，重要的意義充分建立在醫生行為合乎規範之專業能力訓練、病理判斷與道德修養的培養之基礎上，且能維護病人的利益以達到解除病人的痛苦的目的。這顯示病人是臨床和實驗的理論基礎的研究對象，關於維護病人的利益方面，則為站在人具獨立主體性的立場，強調對個人自由、公平與正義的尊重。在這個古典觀念中，要求醫生應當重視每個病人個體健康的特殊性和獨特性，應要

¹⁵ 參見 羅伊·波特(Roy Portey)，張大慶譯(2007)，《劍橋插圖醫學史》(The Cambridge Illustrated History of Medicine) (山東：山東畫報)，頁 58。

關注的是病人而不是疾病，強調在於病人和醫生之間的主動合作的關係。¹⁶

綜上所述，值得深思之處，以個人獨立自主為主的道德理念，以及在誓詞中所表述強調必須符合行醫的規則的醫學思想體系，是否真能實現醫學人文化的精神，值得我們進一步深思研究。¹⁷ 雖然古希臘醫學對於健康與疾病的認識已推動了醫學科學的發展，但這種把人的身體的健康和疾病的因素，歸於受到整個自然界的變化過程的影響的哲學觀念，用宇宙整體的思想反過來把人當作生物屬性去研究人，這種的觀念產生的影響，可見於柏拉圖在《理想國》中宣稱只有那些擁有良好的體質，並健康地生活以及盡公民義務的人，即是正義又健康的人。反映出對生命倫理的態度，指向優生的思想以及醫學本身即是使身體恢復健康活動。這也充分說明，從古希臘時代對健康的價值觀的定義在於人擁有強健體魄，把健康的身體看成是幸福必不可少的條件之概念延伸。審視涉及生命問題的醫學活動，最初理解與處理疾病是在有意識的不斷嘗試與探索下，形成從神性走向科學精神的理解與實踐醫學的方式；從巫師的職責轉變為醫生改進療法，創新醫療技術工具的發展演變過程。因而，本於人道關懷的醫學與醫學本身，落實實踐精神解除人類疾苦的過程時，長久以來，已習慣把醫學的定義變成了人類認識疾病意義的學科，而醫學實踐活動的展現方式，也已經是一種以技術為主的專業治療及消除、康復與預防疾病，維護人類生命的工具方式之職業技能。

二、機械唯物主義之疾病概念與倫理意涵

希波克拉底以後，醫學體系在亞理斯多德提出的實踐研究和邏輯科學相統一的觀念後，醫學學術建立以邏輯和論辯為主的哲學思維方式去研究客觀的事實，歷經黑暗中古世紀修道院與教士把持醫學診療與看護活動，之後由於實驗科學的興起，取代了希臘時代以思辨哲學為主要概念的醫學實踐方式。當重視科學精神為導向的宇宙觀，結合以人為中心的人文主義為特質的文藝復興運動興起，以及隨著資本主義和科學技術的發達，這些時代背景因素均對醫學實踐產生鉅大的影響力。尤其連續在解剖學及生理學、物理、化學與生物學等學科的蓬勃進展，形成科學主義影響醫學走向以技術導向的現代醫學。

¹⁶ 引自 同上揭書，中文版序言。

¹⁷ 參見 林遠澤（2007），〈從醫學技術主義回歸人道關懷如何可能？：試論醫護人文教育的關懷倫理基礎〉，《哲學與文化》，第卅四卷第九期。

1、近代自然科學主義的醫學觀念

現代醫學理論對於疾病的理解型式，主要建立在生物學基礎上，通過把人當作自然實體方式，便於實驗研究身體的結構與功能，以對疾病做出診斷和治療。生物醫學體系是經歷數百年建立而來，主要在十八世紀是生物醫學概念形成的一個重要時期。在這之前，笛卡兒（Rene Descartes,1596-1650）提出心物二元論，以形上學體系建立了機械論的立場，在《動物就是機器》一書中把人的肉體視如一座機器，對健康和疾病的概念，是用機械論模式說明疾病的診斷和治療。另一方面，培根（F.Bacon,1561-1626）則是側重於實驗的科學觀開創了歸納法，解決了知識系統化的問題，直接影響了人類醫學觀的改變。由此可說，十七世紀醫學思想發展已逐漸走向精確科學的道路，趨於理論性和實驗性傾向的醫學，這樣的情形使醫生更加逐漸脫離醫學研究的目的，忽視了病患對於疾病治療的真正需求。

受到自然科學理論與病理知識的研究的成果，此時期的醫療行為已經使得人類對疾病本質的認識，偏向著重探求疾病生物性的致病來源，產生了不同於古希臘以有機整體為主的平衡理論認識和理解模式。本著人的理性優位的思維，專就人自身存在為自然宇宙中心地位的人本主義，就成了理性時代笛卡兒學說徹底批評亞理斯多德的目的宇宙論的來源。此時期的醫學模式的理論，便轉向對外在的宇宙觀察完全以量化機械論說來解釋說明。這種立場的倡導，由是產生標榜心物二元論為基準出發點的思維體系，對醫學的影響尤為強調精神與身體兩相分離，以及除了人的精神性為宗教解釋的範圍外，自然界許多其他生命包括人的肉體，均屬於物質世界並且是科學研究範圍的對象。如此的唯物主義觀念，把機體純粹視作機械性，身體就像是機械鐘錶般有著複雜的運轉功能，醫學的問題就變成從過去關於整體理論思考模式的經驗醫學，轉入用構成整體的部分來解釋整體的生命與疾病現象之還原思維。也就等於說，完全以分析的方法將人還原為物理與化學概念的構造模式，用簡單代替複雜來定義健康和疾病的本質，醫療診斷僅憑生理與病理的變化，操作物理規律及化學規律的技術和工具設備，便以為能祛除疾病而達成保障健康的目標。

在機械論與二元論的觀念影響下，強調的科學化或客觀化傾向就成為醫學思想的最高指導原則。因而，疾病的本質也因於人的本身被機械生物化，以及講求醫學技術至上的觀念，都把以往臨床醫學的實踐經驗，導向於視人體能以實驗室操作肢解為數據量表上的統計解釋模式。由於生物醫學模式的醫學倫理轉為外在

客觀規範形式，以一系列完備的道德規範推行的倫理約束，從而臨床上醫病間互動關係日益步入機械化、系統化和規範化的運作模式。另一方面，大部分的醫師主要的興趣又是在治療病人、改善醫療技術條件與開發神奇藥物之上，因而，治療至上和技術至上的行醫活動，這樣重視維護整體人類健康的旨趣，已積極地把醫學研究推向投入在醫學知識與醫療技術方面上。

概而論之，立足於生物科學觀點的醫學，認為每種疾病都有其致病原因，形成疾病與病因的單果模式，並建立起病因—環境—宿主的疾病病因學說，人會患病是因為這三者之間的平衡關係遭受破壞。主張身體這種維持平衡的方式，似乎與傳統古典醫學的均衡狀態觀念雷同，然而，對疾病的本質的認識與實踐之理論根據卻大相逕庭。前者以機械唯物觀的模式，用簡單的物理和化學方式解釋有機整體，而傳統古典醫學的疾病概念，卻是基於體液或情緒之間的協調均衡觀建立起來的。另一方面，古典醫學對疾病分類是以人作整體、按照個人體質不同來區別，這樣的方式稱為生理學疾病觀；相較於機械二元論醫學重視的是疾病本身，認為疾病是一種生理上客觀存在的實體、一種異於已正常的身體功能之外的東西，為一種疾病的本體論的概念。¹⁸ 於此概念下，促使從一個泛指身體傷害或身心疾病所引起的不舒服、疼痛的感覺，轉換至現代醫學上認定的疾病概念，即從生理上的病痛概念過渡到客觀病理學上的概念。¹⁹ 這樣的趨勢，使醫師主要的職責重心即是努力於解剖學或數據方面，精密計算之實驗科學和臨床醫學研究，直接針對疾病本身進行研究分析與追求診療技術的改良。換言之，醫生變成直接研究的是病人身上罹患的疾病本身，而不再是為服務患病之人的治病需求了。

2、現代醫學觀念的興起

處在一個講求嚴謹精密的科學醫學時代，治療疾病最佳手段已發展至生物醫學控制方法和消除治病原因，把疾病視為侵入機體之異己、威脅自身生命的實體對象，影響在緩解或醫治病痛的物質之治療醫藥的研究方向，則是尋找能注入人體，消滅或控制所有危害人類健康和生命的病原體、如同「神奇子彈」一樣的藥物。因此，對人體疾病的研究就從器官、組織到深入細胞、分子生物學的建立與

¹⁸ 張大慶（2007），頁 22。

¹⁹ 參見：

1、張大慶（2007），頁 102-103。

2、Roy Portey（2007），頁 60。

發展，到二十世紀的基因工程把治療致病因素定位到生化領域，基因的表達異常和病變就成了當今理解疾病本質的關鍵問題，其水平已超過對具體的疾病本質之認識範圍。²⁰ 由於理性批判思潮和科學主義的特點，以人為中心的觀點在治療方面持有一種樂觀主義的歷史進步觀，促使人們相信這般的思維主張——人體疾病就是機體的生物學變量的異常，醫學進步就是促進生命數量的增長、人類的預期壽命的延長。由於病因學的發展，大部分的醫師主要的注意力和興致轉移到尋找特定藥物治療特定的疾病，也因為這個原因的指導方針，為每種疾病尋找特效藥的想法被應用在治療病人、醫療技術的條件改善以及開發療治的藥物等，就在醫學界蔚為一股風氣。於是，形成一種尋找能順利進入人體內部，消滅或控制所有威脅健康的疾病問題，就成為我們今日醫學維護與照顧人類的整體健康的主要思路。

臨床實踐方面，植根在生物科學和科學實驗上的醫學模式，樹立起醫學技術中性論和工具論思想指導原則，臨床上醫師的實證目光使病人更像一個任其拆零、分解與修補的客觀物體。對上述產生的現象，福柯在他的《臨床醫學的誕生》，就形容實證醫學的蓬勃發展，已經為疾病提供了理性的空間，病人如同一具具陳列於櫥窗的展示品，供給醫生致力於觀察辨識與實驗研究的對象。就此而言，病人的主觀性和個人的獨特性，相形失去它們以往在醫學實踐活動中的重要地位，如今個人身心承受苦痛的感受，已被化約成數據表格的參數變化；病人個人史已退居次要地位，形同科學物化下的專業術語而不再受到重視。醫病之醫療過程關係，也因診斷工具與醫療設備不斷完善及複雜化，替代了過去醫生與病患直接又密切的交流，家長式、獨斷的醫療行為方式，更形讓病患形同一座生物有機體的起源與分佈空間的參考數值之疾病承載體。也就如此，這種機械論和生醫學模式認為健康就是沒有疾病，或沒有生理機能失調的現象，引發了 Engel 對這樣的定義提出了嚴厲之批判。他指出，生物醫學模式其目的仍是醫學技術要素的發展，抹滅了醫學本身應包涵的人文意蘊與倫理學意義，對生命本質的解釋反倒建立在生物學的還原論方法，主要是因為構成其基礎理論的物理化學過程，假定疾病是完全偏離正常的可測量之生物機體的變量來說明，另外，心身二元理論更加把精神與肉身當作兩個對立的存在範疇，都忽視了病人原本應為一個整全的存在生命。²¹

延續至今，科學技術主義一直抱持著樂觀的心態，認為科學主義於勢力所及

²⁰ 參見 李霽 (2001)，〈人類醫學模式遞嬗的倫理意蘊〉，湖南師範大學碩士學位論文，頁 43。

²¹ George L. Engel (1980.3)，〈需要新的醫學模型：對生物學的挑戰〉，《醫學與哲學》，第 1 卷，第 3 期，頁 88-91。引證自 李霽 (2001)，頁 4。

的範圍內無所不能。二十世紀以後，特別是面臨到人類的疾病譜、病因譜和死亡譜發生了重大改變，尤其是針對慢性病的控制，反成了醫學科學與人類健康最大的挑戰與威脅。另一方面，除了生物因素外，也意識到人的存在生命具有整體性，並且與社會性整體有機地相聯繫，完全孤立的事物是不可能存在，畢竟，一個正常健康狀態的人，應是處於具備良好的內在與外部環境因素。最後，主張醫學本質應以人本為主的論點受到重視，它的目的是解除人的病痛，它關注的對象應是需要幫助的病人，亦即醫學應負的責任不僅僅是治療，更應該是對病人整體的關懷與照護。以上都足以說明，單純局部的生物學概念已經無法適應醫學發展的要求，如今對疾病的研究與人整體系統之維持，已轉變成必須以整體病理學對待的觀念。因此，從全面發展醫學角度而言，針對生物醫學模式侷限性又片面性的科學性質之醫學模式，美國醫學教授 George L. Engel 於 1977 年提出人具有整體性及社會性的特點，對待疾病應該也要重視所患病之人自身之社會、心理和行為維度，並指出整體的特性，就在於個體部分之間的相互聯繫與作用的結果。這種方式即是以多重取向來考慮健康和疾病的問題，提出了生物心理社會醫學模式（Bio-psycho-social medical model）一個全新的醫學模式概念。換言之，這種醫學模式是基於系統論的思想和方法，以補強簡單物理化學規律解釋生命的還原論方法之弊病。²² 不同以往醫療的目的重在治癒疾病，新的醫學模式則把現代科學醫療技術轉向人性化維度，主張醫學不僅是針對肉體的因素、疾病的治療（cure），更需要對病人的關懷和照護（care）。可說當代醫學行動採用社會背景、文化因素和心理經驗為特徵的「生物社會心理醫學模式」，為能在許多當代問題的定義和解決中得到承認，並運用在醫療制度醫病關係中，填補現代醫技主義模式產生的倫理人文空窗，這個主張重點明顯強調在「以病人為中心」的醫學實踐，不僅促使醫病關係發生實質的變化，更利於區別於生物醫學模式，僅是單純依靠醫療技術來保護和延長人類生命，加速使醫生專注在軀體的問題忽視病人的感受，把病人的痛苦轉化成疾病的病症與證候的變化的理論架構。

概要而言，人類的歷史自始就同疾病相伴隨，數萬年以來文明史事實上可說是一部疾病史，在歷史中嘗試面對疾病帶來的苦痛而試圖尋求解決方式的歷程。社會學家沃林斯基(Fredric D. Wolinsky)在《健康社會學》裡指出，現代醫學的生物科技觀，促使醫學以知識技術為導向，疏忽了人類學的(或整體論式)手段去治療人類之整全生命。²³ 醫學的能力逐漸證明了死亡率的降低，並且延長了人類

²² 對於人的整全性，生物心理社會醫學模式認為：唯有微觀的深入研究有機整體之各個部分的複雜變化和相互之間的聯繫關係，才能充分掌握人的本質屬性以能揭示生命活動和疾病過程的內在病理變化。此外，除了對人的生物因素方面的理解，同時對社會文化因素與精神層面因素方面之闡釋也尊重了涵蓋生命內外價值的醫學人文主義。

²³ 引證自 李霽（2001），頁 3。

的期望壽命，醫學已聲稱自己擁有更大的權威性足以掌控生命。在這情況下，疾病的意義與價值的重要性則幾近退居幕後失去了矚目，相形之下，對它的定義反而完全標榜著社經文化下人們賦予的隱喻標記。二十世紀社會的醫療技術化反映出一項事實，持以生物學觀點為主的醫療體系導致的醫學人性喪失，可發現導向一個終究我們無法避免的事實發生：例如以醫學社會學定義病人，當宣布某人為「病患」時，這個判定並非來自身體的痛苦，反而是超出他或她身體狀態表達出的含意，即賦予病人一個社會地位。或是認為個體的疾病現象來自歷史結構、文化型態與社經地位等相互關係而構成，取自這疾病社會象徵符號來定義疾患，形成一套自己或他人的「疾病解釋模式」。²⁴

另一方面，現今醫療社會進步的年代，患疾病意味著接觸醫生，諮詢並接受醫學治療已成為人們感到不舒服和不正常後會做出的最初反應，甚至成為社會普遍道德的要求。醫學化的醫學技術帶來社會極大的影響，這種狀況的後果在醫病關係中，形成醫生在疾病領域有絕對的權威性，處於完全自主能夠決定治療病患疾病的權力；醫生抽象的知識和專業的技能，更加擴大醫病之間的區別，由此加深轉化為社會距離和他人的權力控制關係。因而，人們的疾病發生與病候特徵從此從屬於各自不同的社會文化脈絡，依靠所處的社會環境已內在化的概念、象徵和參考模式去做反應和解釋身體諸多現象。²⁵ Susan Sontag 就形容癌症為一個「他者的病」，或以「城堡意象」來稱呼身體狀態，大量使用了隱喻描述這一疾病現象。幾乎顯示出，以社會文化脈絡定義疾病意義的現象下，個體患病似乎已非單純是病理生理現象，現代社會疾病除了生物醫學定義外，並符合作為社會權力符號的象徵，隱喻著人們對於疾病不同的社會背景、宗教文化的理解與療癒方式的社會道德文化之實踐。

高科技醫學技術的發展和廣泛的應用，已經使得醫學征服了許多疾病，但也由於臨床上逐漸分科專業化、分離出許多獨立的專業體系，更讓醫生在客觀上對病人主體的研究，忽視整體的關聯性而偏向局部性的器質性的疾病症狀。這樣的情況，表現在醫學面臨到無法同治癒急性病症的方式，用在治療慢性病方面顯現出的醫技主義的難題和窘境。而另一情形，則是受到個人意識與民主政治意識抬頭、市場經濟利潤機制日趨臻熟的影響，針對傳統不對稱的家長式醫病關係的表現、獨斷性的醫療行為方式日益表達不滿與批判。無可諱言，標榜科學主義思潮與技術至上的醫學早已超越自身原初的療癒本質，相形之下，更加速背離本以緩和病痛、關懷生命為根本的人精神。因而，在當代醫病關係的對待模式中，轉向

²⁴ 關於當代醫學倫理的基本觀念，詳見第三章的解析與批判。

²⁵ 引證自 Philippe Adam (2005)，《疾病與醫學社會學》，頁 14；頁 45。

以主張應以「病人為中心」病人自主權的觀念，病人有權干涉自身的疾病診治對策，相對地，在消費者的權利觀念方面，則是主張醫病關係應該如同商業化的消費服務模式的相應方式，已使當代醫學消費主義的局勢大行其道了。

扼要地論，現今對現代醫學的討論與反省之際，關於醫病關係的審思不應再像過去對醫生與病人（以及親屬之間）的關係上，僅侷限在倫理關係的類型適切與否、或者重視自主的要求與醫生的權限法規等範圍的探討就作罷。無論關係如何，於此間疾病始終被定義成欲求祛除的對象，這種觀念只會引生出醫學更專注在治癒疾病，加強技術操作與科學實驗的發展進步上。在病人（或是一般大眾）這方面也僅關注在疾病的痊癒，過多依賴並且期待更多甚至不必要的治療手段。或者，對於慢性病與不可痊癒的疾病，也會輕易地出現了恐慌不安、焦慮與懼怕醫療技術的運用，轉而情緒性地怪罪醫生的診療手法處理不當等等的情況發生。這麼說來，檢討過去醫學倫理學對於醫病關係的理解，原因就在奠定方面已把疾病摒棄在生命之外、並進一步把疾病當作亟待治療、抗拒或除去的外來對象。由此而來的醫病關係間衍生的問題，過去醫療技術化強調的操作性和宰制性，則是演變成提倡個人權利與義務的民主理論套用在醫病關係中，甚至醫療關係走向了市場經濟的消費者至上的對待關係裡。這也使得現今醫學倫理，在重視人文科學方面的採用方式，趨向以講求實用性的同理心認知技術來感受病人的患病經驗，也就是醫生具備科學醫療技術性的知識外，亦能運用理性思辨的認知能力理解病人的生病體驗，並且在注重病人權益的情形下，盡可能理智地與患者保持一定的距離以避免情緒性介入其中關係。

當今之際，值得我們深入關切的，應是思索如何釐清與彌補醫學人文精神缺失問題的要點。採用解決的方式，不應僅侷限在論述評斷醫學側重技術導向的弊端之中，便以為單方面致力提倡醫學人文精神層面的復甦，即可消解由生物科學技術置入的醫療結構衍生的缺陷。於此境況下，關鍵於我們必須理解到的一點，在人的真實生命經驗構成中，本質上既是一個主觀內在的意義存在，同時對外在客觀的事實擁有自身的經驗感受，當生命陷入無常，正是代表著客觀世界發生的事實，以及個人主體意義的遭逢這兩個層面的問題。既然如此，出於扶傷就苦、不忍之情的醫學本質，將必須執行何種性質的實踐行動能力，才足以回應人同時既是思維能力的主體，以及又具有實存生命經驗的感受能力，這種相依並相存的兩重特性。也就如此，臨床上面對生病這個事實的回應行動，從尋求醫療協助為醫病相遭遇開始，由此相互呼應的醫療技術就是一種回應病人的實際需求、減輕病人受苦磨難的手段應用。此外，醫生亦能設身處地關注那些正在經歷因疾病而改變的病人生活故事，這種醫療行為才是充分具備應有的倫理關切的性質。除此

之外，相對面臨生命已步入無法痊癒、身體已不再可能恢復健康，醫療技術的操作已不再是位居首要而退於其次之際，此時醫療照護活動迫切需要的是醫療倫理的注入，除了必要之時為減緩症狀的合宜措施之外，對待每個疾病過程中的病人，應予關照與設法提供他們在實際生活上需求的建議。最重要的是，以一種疾病是個人生活的永久特徵的存在方式，協助患者重新建立與身體的相互相處關係，並能適應學習如何融入個人的日常生活之中。是以，醫學是一門實踐的學科，醫學知識的實踐目的就在於實際的醫療行動，這樣的醫療技術並非只是抽象的理論知識，它必須強調是一種具備道德推理能力的實際可操作的技藝。那麼，醫學的療治行動才是一個良善的實踐技藝，使得回應受苦病人的請求之倫理關懷之情，將是具備一種可具體落實踐行的應用性質。

總之，細究原因主要來自醫學模式對醫病關係理解與處理當中，對疾病意義的不當理解所產生的醫病倫理關係的問題。由於缺乏對疾病存在意義正確的認識，失去了倫理關懷的根基，致使人文關懷精神的醫療倫理要求，直至今日，依然對現代醫學體系建立的價值中立、技術至上的情勢無力去改變的窘境。因此，基於前述對當前生物醫療現象形成因素之描述解析，下文則將審視現今的醫學模式所產生的醫病關係的倫理問題，以及說明當病人在醫學宇宙觀逐漸地位消失相應產生的醫療倫理觀，是如何對應這樣的醫療體制的現實，當中的倫理觀念是否真的切合問題要害而無所侷限性？此外，對於醫學的科學知識、技術主義與消費者主義趨勢的質問，是否因而能回歸到醫療人文關懷的事實上，而在其中疾病的存在又是扮演何樣的角色？這些林林種種的疑問與產生弊端的因素之探討，都是底下章節一一即將逐步剖析理解的核心問題。

第三章、當代醫學倫理觀之檢視

生物技術的進步讓醫學克服多數過去曾認定是嚴重不治的疾病，同樣也加速緩解病人身體的疼痛，甚者能於短期內即能恢復過去健康的狀態。因而，本著無所不能的樂觀主義，醫學本身原本緣於對疾病和死亡的恐懼、嘗試探尋生命本身的自然規律的目的，似乎在高舉著技術主義掛帥的生物醫學時代，醫學最初的實踐目標已變得不再明確。回顧以往，個人生病時求醫就像生活中尋常不過的事，如今則對疾病存在一個普遍的解釋模式，有別於過去把疾病視為破壞社會團體和宗教信仰的和諧關係，當今已是與整個社會生活環境之間有著衝突影響的作用，傳統社會原本該受譴責的行為（badness），亦變成了社會理論含意的「患病」（sickness）行為。觀之今日的醫病關係，醫師與病人之間早已從單就醫療技術上進行的相互作用的關係，轉變為社會概念下的醫學知識與實踐方式，在個人面對疾病發生對醫療方面的疾病問題，不但與其相關的身體檢查和疾病治療的過程操作早就全都習以為常，並且醫師的診斷結果，也自然成為患者自我調整與適應的主要參考依據。

理論上來說，依恃生物科學認知的醫學，透過客觀的科學觀察及理化數據測試的結果，對於生病的觀點，認為疾病就是良好的健康狀態產生異常的現象。傳統上，對於疾病的定義標準是（1）疾病初起之際，病人察覺身體不適的主觀感受經驗（2）醫師診斷出病人的身體出現一種功能不協調或健康指標不在正常值之內（3）有一定的表現形式的病理過程或狀態，符合具有可辨識的症狀和體癥異常之臨床模式。²⁶ 顯然地，在臨床判斷上，認定一個人生病，就是診斷者利用生物醫學專業知識，進行主要的病症「翻譯」過程，以邏輯分析（線性因果定律）為基本的運作型式，提供一個疾病模式或者理論的代表的結果。換言之，生物醫學模式以心身二元論的精神為內容，強調價值中立（value-free）的科學事實為基礎、持以工具理性和技術操控為手段，認為疾病完全可用偏離正常並可透過測量結果的生物身體數值來解釋說明，以便治療那些被定義為疾病的人。這樣的觀點顯示出把疾病視同獨立於社會行為的實體，以生物異常的醫學公式來定義生

²⁶ 此處觀點引自兩個出處：

1、William C. Cockerham（2002），朱巧豔等譯，《醫療社會學》（台北：五南圖書），p.203。
2、徐宗良（2001.4），〈淺議疾病〉，《醫學與哲學》，第22卷，第4期，頁43-44。

病過程，同時無形中也強化了醫學專業的權威性，60 年代興起的生命倫理學即是從關注病人自身的權利開始，就是針對醫學科學主義發展因運而生的反思與回應這種挑戰。由此觀之，傳統醫療倫理僅是涉及醫生的個人道德修養與行為能力方面，促使當代的醫療倫理擴展出建構生命倫理學理論，這無非是為了面對被運用在醫學領域的科學主義，針砭形成的技術至善論與經濟效益目標的訴求，並賴以解決高科技帶來的前所未有的新的生死議題。直言之，當代醫療倫理慣用的應用倫理模式，就是用來矯正忽視關注病人病痛的醫學模式，以及對應技術商品化造成的病人權益和治療疾病之間的矛盾現象，都是現代醫療倫理試圖解決的迫切課題。

醫學本然是一門以人為研究對象的學科，以人為本、扶傷救苦即是醫學的本質與目的。職是之故，當代的醫療倫理實行用意，首重在必須對醫學、醫療技術與醫護人員作出合時宜的倫理道德的要求，並能加強對於醫學實踐中技術的問題與人文關懷行動，實際上兩者是密切相關不可分離的。其次，關注在尊重病人的權利和自主意願、一種雙向價值取向的醫病關係之建立，則是要求從醫療父權主義僵化的思維解脫出來的道德要求。至此，生物心理社會醫學模式對人進行醫學上的考察，就具有涵蓋有機整體的生理健康的自然生命事實，特別是關注個體在於心理、社會文化意義上的生命價值，於臨床醫學方面，則轉為注重如何關注病人的症狀與減輕其痛苦感受的實踐意義。在這層意義上，生理、心理社會醫學模式高度重視整個生命之內在價值與外在價值，從社會經濟、文化背景和價值取向為基礎反映出尊重生命品質（Quality of Life）的定義，代表當代有關醫學研究和應用方面對生命科學與醫學生物技術發展兩相並重，同時在人類的生存與發展方面將人的自然生命與生命價值相融合、統一的特點。是以，這不僅意味著現代醫學發展對病人個體的身心與生活環境的全面關照，亦必定在它的社會與政治目的架構上，確保群體享有醫療保健服務之趨向。

按照這樣的理解，醫生依其理論能夠判別其間的相異界限，即：對於健康與疾病的定義，能以自然科學方式診斷為客觀事實的身體「疾病」、倫理行動必須關切的個人主觀經驗和社會的「病痛」；以及因為文化和身體現象的關係，在文化塑造下加諸在個人身上「患病」的意義，有關這三者之間顯明的差異分際處。這個理論在醫學目標實踐方面的影響，已使得健康的思維視角由專注恢復身體機能的目光，轉移到預防與維護個人的良好狀態層面，形同說明了現代醫學觀勢必從「以疾病為中心」的自然科學主宰的醫學技術主義，回歸到「以病人為中心」的人道關懷為本的醫學人文主義的實踐本質。在今日，醫療專業被視為唯一共同認可的疾病處理模式，並且是直接解決疾病相關問題的唯一途徑，其自身的權利與

權力更超出原本的範圍，進而擴張至越多非醫學的領域，許多問題在本質上已變成是醫學的問題。那麼，無可否認地，一旦發現「生病」這個困擾生命的現象，就被冠以阻礙社會正常運作的異樣行為名義，以社會事件角度對待方式，形成一種專有的理論建構模式以進行研究分析。正是這個現狀，闡明了「生病」現象不再是單純生理和行為的異常，它已經變成必透過專業醫療者的行動，必透過醫師的診斷和解釋活動加以建構與確認，「疾病」的事實才得以成立的社會事件。如此反映出一項事實，顯然醫學不僅止於科學的解釋，它同時也是具有社會建構的本質。於是，在當代社會中，醫學觀點已轉以從事身體器質性的疾病外，心理或精神層面的人類醫學的研究上，醫學的總目標朝向全人（whole patient）的醫療照護，疾病不再侷限肉身的病理因素，更顯現出一種社會文化的含義與價值的含義。嚴格說來，現代社會對生病則意指被照料之意，由國家社會負起全民健康照護的道德和政治的責任，這樣，就這理解型式來說，健康除了從醫學發展型態拓展至社會情勢方面，從醫療建構體系而言，更大程度亦同時含攝政經、文化和生態環境等的醫療因素。

總結來說，醫學已是主要定義疾病這概念的專業權力和權利系統，當前的醫學知識使個人生活環境諸多事件已全面「醫療化」(medicalization)。環顧現今「醫療化」的社會生活知識系統中，醫生已被形塑成共同承認具有社會控制力量的專業人員，成為一位維護社會體系的穩定和正常運作功能的主要專業人士。這代表一旦生病出現，其問題本身已被普遍視為規範化和慣例化的社會認知，在許多情形下，就被貼上社會醫療化概念的標誌，健康已不再只是個人領域的事件，同時也轉變成為個人對他人和社會互動關係的責任。此外，病人同樣也被理所當然認為應盡其所能，尋求治療恢復原有的健康水平的方法，這種後果不僅影響在強化醫師主導建構疾病社會的權力，連鎖效應下，也造成了病人對自身的疾病，失去人類應有探索病痛經驗能力的可能性。

第一節、當代醫學倫理的困境與評論

醫學史家 Arturo Castiglioni (2003, 程之範主譯) 認為，醫學最初的行為表達是隨著人類疾病痛苦的發生，以及為了減輕這種受苦感受的願望而誕生，遂而對原初需要解釋發生在人體內的各種疾病現象，經過歷代辛勤努力的探索研究成為一門以科學為主的實踐活動。然而，就如前面章節討論到現代醫學對疾病解釋的模式，普遍存在以自然主義為最終實施的準則，越來越多醫生依賴於高科技診

療技術，也由於科學醫學的蓬勃發展，人類社會相對的越形健康，反而就越渴望與安分於醫學目前進行的系統化的治療方案。於今，隨著新疾病出現的恐慌與對良好健康迫切的需求，兩者相乘產生的巨大推力越擴大了可治療疾病的診斷範圍，越是有效干預許多嚴重的疾病使病痛得到緩解，醫學越是具有更大的權威性，醫病對待關係越加不對稱。另外，當代的醫療體制在自由市場機制運作下，醫療活動也變成了一項需要相當高的花費的服務產業，許多並非是醫療原本介入的項目，在商業市場誘導下也變成需要滿足消費者提出的要求範圍。無論如何，過去處於被動地位忽視患者參與和權利的「家長主義」關係模式，在現今民主政治制度與市場利潤化導向下，醫病倫理關係已產生了新變化和新問題，雙方之間不只距離不斷地加大，隨著患者自主意識的抬頭，認為有權利了解和參與自己的疾病診療的意願增強，同樣也出現了兩者之間對立的關係。以上的說明表示出，現代的醫學模式產生的醫病關係倫理衝突的議題，究其原因，來自生命醫學是以自然主義為最終指導原則，由此發展出的醫學模式的疾病觀，在其醫療過程中，格外重視醫學技術化治癒的成果。當代醫學現象反映出的問題，不僅醫學技術化忽視了社會文化的因素對疾病與健康的影響，也由於政治經濟制度概念的介入、人們道德價值觀的變化等，形成醫學倫理問題中主要的探討的醫病關係，呈現出概括如以下的新的發展趨向。²⁷ 可以說，正是生物醫學技術的發展，直接造成醫病關係中的倫理判斷，及倫理抉擇面臨層出不窮的嚴峻挑戰。

（一）、醫病關係的技術化

醫學在二十世紀發生重大變化，以往醫病之間那種直接性、穩定性與主動性的互動關係的經驗醫學，已被高度分化的醫療作業系統、純粹的疾病與健康的生物醫學模式淡化與抹煞了。尤其是分子結構水平的醫療技術，更加建立起疾病類型分類的臨床專科，也是在這樣的生物技術的引導下，醫病關係產生大致具有以下三個方面的特性：

1、醫病關係的物化：首先，在於新技術與新的醫療儀器操作，把病人簡化成一部亟待修復的受損機器，人體成了生物有機體是為了有效的實驗與控制，達到治療成效的目標而被拆解成醫學專業詞彙。此外，醫生更加把注意力放在病人的疾病症狀與體癥方面上，雙方之間單靠醫生對疾病的醫療技術的操控、數據測量來

²⁷ 底下的醫病關係新的發展傾向之整理，參見 徐宗良（2002），同註 5，頁 76-80。

斷定診療結果，使作為一個整體的病人在現代醫療過程，被消解成可供觀察的生物身體對象。醫病關係的技術化，加速失去與病人之間充分且直接的訊息交流，醫生掌握著醫學知識的技能和診察的信息，從而以專家地位主導著醫療診斷的決策。病人則淪為一個功能性的零件整合，喪失了主體性和自主性，成為待修補和操作的對象，成為「單向度的人」，忽視人的社會屬性，這樣的醫病關係某種程度上已被物化了。

2、醫病關係的分解：技術至上的醫學觀強調疾病的發生，屬於病理解剖學和病理組織學上的器質性病變，醫生的任務則是在修復有問題的器官、細胞組織等，只對病人身體的某部位的病變負責而已。於是，醫生在臨床上認識與分析某一方面或某一系統的生理與病理的變化，人為地把相互聯繫的有機整體，運用高度分化的分子水平的生物醫學作為疾病現象的分類。醫病關係原本互動密切的關係也就被消解，雙方互動的情感交流逐步淡薄，患者面對的盡是一群分類成各自獨立且領域限定的專家，形同醫病關係在先進的醫療設備下被客觀化地分解了。

3、病患與疾病的分離：最後，患者因被客觀對象化而與疾病相分離。立足於心身二元論為主的生物醫學理論，認為疾病是可用生物性身體理化變量來測定，視疾病為一種發生於身體之上，但可完全脫離病人而獨立存在、進而診療以達到治癒目標的客體對象。可知，主張線性因果關係的還原分析論，把病人作為整體的心理與社會因素抽空而去，醫生「見病不見人」只對客觀事實的疾病醫治，忽略了臨床倫理困境中，醫生應致力設身處地對待病人身心方面的醫治與協調。現實社會裡，醫療技術水平的高度發展，征服了許多嚴重的疾病，確實使人們對生物醫學抱持不同以往的過高期望。但在另一方面，也因任憑技術的引導，致使醫病關係過多依賴技術化的操縱，得到的卻是更大的理想化的期待與非理想化的現實之間的差距；當現時發生與心理期待之間落差越大，越使臨床上醫療糾紛不斷增加，醫病關係呈現越多難能解決的倫理難題。

（二）、醫病關係的法律化

醫病關係主要指是在醫療實踐中，當醫生與病人進入特定的醫療情境裡，形成與發生的倫理對待關係。醫療專業的權力，主要來自生物科技引導下臨床醫療實踐的專業知識，根源於此，醫生不僅有絕對權威、也是唯一能詮釋醫學知識的代言者。另一方面，往往在病人沒有足夠的醫學知識背景下，醫生亦是持有特殊

權力為患者決定一切的決策者，臨床上醫療過程中，患者對醫療實踐者的專業權威多半是無異議地接受並服從。也就是說，以往穩定的醫病關係除了仰賴醫生的職業道德、個人修養，專業的知識及技術能力是否能提供診治與服務，另外，也視病方是否能完全配合並聽從醫囑行事，以達到減輕或治療疾病的目的為主，這即是傳統理想目標一致、相互依賴的醫病關係的主要特徵。由於，當代生物科技長期以來統治著醫學活動非人格化的傾向，逐使人們對那種傳統醫學「家長制」專家權威的醫療行為方式表示不滿與反動，這可從關注病人權利、一種去中心化的個人意識增強與民主制度的倡導開始，講求醫病地位平等及尊重病人有權得知自己的病情，並且能依此提出對自己治療方式的意見的自主行使權。自此，醫學倫理明確建立了醫病雙方擁有各自的權利和義務，²⁸ 以防當雙方權益發生爭議與衝突時，完善的醫療活動法制化即可保障彼此正當且合理的權益。因而，就在這種觀念倡導下，基於此公正平等的觀點，醫病關係從此走入民主法制化與權力結構特性的發展方向。

(三)、醫病關係的市場化

現代醫療性質因著疾病譜的變化，已從急症治療轉為預防性健康服務為目標，以應付日益廣泛的慢性病發展。這多少因於現代醫學導向多元化經營的方式，重視以「市場機制」、講究利潤為宗旨的商業活動。在傳統社會裡，醫療體系是藉著病患求醫的「專業－案主（病人）」為主的關係模式在運作。爾今，醫病關係在政治與資本社會消費者主義的運作下，標榜著從消費者角度而非再是病人立場的概念，醫生同時被認為是主要的「健康的提供者」身份，促就現今的醫病關係已成為一種新型的「供給者－消費者（病人）」行為關係模式。醫病關係的市場化傾向把消費者（病人）置於同平等醫生的地位，直接矯正固有的病人完全依賴的醫病關係。²⁹ 如此一來，不只反映出「消費市場」（consumer market）的擴大複雜，另一方面，隨著市場的機制張揚、醫生的地位受到醫療市場中「購買者」消費能力高低的影響，也因科技發展先進的技術與昂貴精密的儀器設備，使醫療執行朝向更精緻的「專科化」（specialization）模式進行，塑造出科技成為影響醫生地位的新機制。³⁰ 顯然地，以商品的「價值取向」為根本的醫療市場中，雖以「醫療消費者」趨勢為主的權益抗衡運動來取得同地位，然而，實際

²⁸ 有關醫生及病患各自的權利與義務之詳盡說明，進一步參見 同上揭書，頁 64-76。

²⁹ 因當代社會的重要趨勢導致醫病關係的變遷，參見 William C. Cockerham (2002)，頁 290。

³⁰ 參見 胡幼慧著 (2001)，《新醫療社會學》(台北：心理出版社)，頁 8；頁 121-122。

上不但醫生的專業權威並未式微或受到牽絆，弔詭的是，在遵守市場經濟規律的大環境下，醫病關係之間的距離不斷加大，以致雙方互動方式越加複雜及情感淡漠。更為甚者，將醫病關係看成是商品交換的模式，患者單方被當作消費行為下的產物，已日益嚴重地損害了患者的人性與醫療的利益。

無庸置疑，現代醫學的操作遵循的線性關係、可預測的還原論方法，是一種具體且實用的技術手段，這樣以科學效力與標準來衡量一切的技術觀念，是建立在背後的科學價值觀——對於解釋疾病的意義的根本方式，醫學思維與方法的決定要素制約於自然科學理論。一旦醫學更加利用工具理性的實證科學手段，解釋與處置疾病存在的事實，視疾病是必須加以控制、阻斷及消滅的實體對象時，原先應融合科學與人文精神為一體的醫學實踐，愈是偏離人的整全性與生命的根本意義。醫學領域因科學的發現，揚起一場科學技術至上主導的發展形式，日益發達的醫學科技意味著：醫學越是發達，需要藥物加以緩解的疾病就越多，社會越是健康越是渴求醫學的救治，同時也代表著這個時代的人類壽命會增長，醫生愈來愈仰賴於高科技的診療手段，大多數病人也和醫師一樣講求技術至善論調，連帶形成更多病人不斷期待與追求，越加精密且系統性的多重療治程序的奇特現象。

自醫學形成以來，醫學一直以促進人類延長生命為最高目標，幾千年來，隨著醫學能力的增加，醫學的發展在一定程度上確實也滿足和實現了人們這一種願望。然而，相對的醫學迅速發展的同時也付出相當大的代價，事實上，現代醫學的實踐模式因於自然科學主義的影響，基本上表現為一種價值中立、完全建立在實事物證的純粹科學立場，在重視發展技術能力方面，醫學知識認知之目光僅是轉向關注在疾病症狀的轉變，漠視病人個體痛苦的現實，將之當成一具病理檢驗處置的「問題」對象。此外，在處理疾病「能做」與「必須做」的技術能力當中，醫學征服或緩解許多嚴重的病痛，但它的目標已變得不再清楚，它的價值已樹立起工具思想崇拜，認為人就像損壞的機器零件一樣可以修補更換，病人理所當然淪為醫生與疾病戰鬥的唯一戰場。由於現代醫療設備取代了以往在診療過程當中，醫生與病人直接且密切的交流，這種自然科學性質的醫學認知在醫病交流特殊情境中，忽略了病患做為整全個體的存在，以及在建構疾病意義過程中患者本身的主觀性，這種關係的物化使得醫生和病人之間難能在臨床語境中彼此相互交流。無可否認，當今醫學倫理制度因運而生，是為了針對過去醫學模式演變而來的諸多問題，使得現今的醫療倫理學把關注力，多集中在將醫學奠基在整體生命的醫學，要求醫學實踐從整體上認識疾病，以及原是以人性為主的醫學實踐目的。換言之，作為一位醫者在醫學實踐中，不能只因握有專業的醫學知識和技術，

反而更需要重視醫學實踐過程裡必要的道德要求，盡可能避免讓患病的人處於任由診斷技術宰制的客觀觀察對象。如此，在此認識角度上，主張應當重新重視以《希波克拉底誓言》的精神，以作為當代醫生本身應具備良善高標的醫療行為。就醫學人文的要求而言，醫學中科學主義至上的意識型態，使當代醫學倫理學提出了以希波克拉底的精神，當為解決醫療技術傾向的倫理困境的理論基礎，並講究以「病人為中心」的理念，才足以解決生物醫學模式在臨床醫學實踐上，因於技術主義的影響，臨床上遭遇到的醫療道德兩難的棘手問題。

醫學本具有三種實踐性質：一為「科學」的性質，醫學必須以生物醫學為基礎、具有專業知識認知的科學。醫學亦是「技藝」、一種可以實際操作於臨床溝通的技藝，即面對病人時，醫生為能憑著醫學專業的知識以治療病人的疾病，必要時能養成適當地運用同理心、溝通的技巧以達到交互主體性之間理解的過程訓練，這與藉實證主義的科學觀點，強調由醫生個人主觀架構出的因果法則的關係及手法過程不同。就此而論，審思以疾病為中心的生物醫學診療模式，真正的問題就在嚴重忽略了臨床上，應重視的病人主觀的生病經驗之人道關懷精神，也是現今重新強調以古希臘時期的醫學倫理觀，為求科學為主的生物醫學模式，轉向「以病人為中心」的人文科學為指導原則模式的因素。因而，醫學同時也是「倫理」，醫學本身同時也要求醫生在診療過程中，要有主動去了解病人的感受、處境的能力。更重要的是，所有的醫療決定，都是涉及與人的生死議題的道德和價值的決定關鍵，一如所言，醫學是一門涉及倫理道德的問題，從自然科學到醫學人文化的討論，醫生必須學習如何透過臨床上運用道德原則演繹推理系統，加以專注於培養道德推理的能力。這也是現前應當在臨床以及醫學教育方面，強調基礎科學與人文素質的應用課程訓練的原因，只因如此，方能具體落實於臨床倫理思考與倫理判斷的訓練，遵從生命醫學倫理四原則方法，以及講究尊重病人自主性為前提的「以病人為中心」的醫學模式，幫助醫護人員面對臨床解決倫理的問題時，盡可能地作出合情合理的醫療判斷與決定，冀能達成以病人的福祉為優先考慮的醫療人文化的目標要求。

第二節、醫病關係的諸種倫理模式之探討

隨著醫學和相關生物技術的迅速發展，生物醫學技術帶給臨床醫療行為莫大的影響與成果。基於此，醫學藉著由它卓越的臨床療效並且有效控制威脅公眾的生活，取得社會上專屬在疾病處理上的優越地位；以及專業分科化的制度壟斷醫

療社會資源，使其勢力擴展到人類生活領域中其他問題的探索方向。在社會體系層層分次上，社會醫療化的現象已使醫學擁有所屬獨特的專業控制和操縱的能力，這可從醫療全面介入公眾的生活世界，一方面採用的高技術精密儀器變得需要相當高的花費之外，龐大的醫療體系與醫療宰制牽涉到的影響，則是醫生與病患之間的權利平衡問題日益增加關係的複雜面向。今日，無數的醫技發展與新技術的發現，已經嚴重影響到以往醫生平行似單一服務的醫病關係，也由於醫療系統社會化的發展出賦予病患一個「疾病角色」的社會地位，醫生與病人各有擔負的角色的社會責任，益形加速醫病關係間權力與地位的不平等、雙方之間的往來越形疏離與冷漠。³¹ 面對這樣新局勢，當今面臨的醫療環境的課題，就得正視現代醫學模式中，醫學的發展不應只著重在純技術的研究發展，同時還應是醫學人文價值的追求。直言之，醫學的研究始終與人文科學相關，對於醫學問題的目的探究與價值所在，主要的基礎是醫學倫理的問題討論，而醫學倫理本身的問題研究核心，根本就是臨床情境中醫病之間的倫理對待關係。

從研究角度來看，關於醫病關係的歷史演變，除了前文的疾病概念論析外，當今對醫病關係互動模式的劃分，對於醫病角色的互動模式提供的批判思考，國內外學者均提出了諸多不同的見解，以求進一步探討醫病間權利不平等的因素和其中引發的問題。此外，相較於對抗醫療專業的宰制，形成巨大的「消費者運動」和「知識民主」的社會反省運動的問題，無疑地，醫病關係的探討已是現代面對醫學倫理問題一個強力的切入點。臨床中醫師與病人的遭逢，實際上都有個基本的運作形式——療癒的需求，「醫學思想是從治療的實際經驗裡孕育出來的，並受制於它，各種形式的治療理論都是一種嘗試，想弄清治療者與病人的經驗。」主要原由便是生病這項普遍的事實：凡遇患病，我們都會就醫尋求協助、醫治與療癒。³² 由此，從倫理學的思考向度出發，底下說明與評估醫病關係中，醫生面對病人時可能扮演的多重不同角色，其中所代表的倫理類型。醫病關係的倫理類型分析如下：

³¹ 現代社會中，生病已是被社會學家視為異常行為的樣態，已成為社會學一個專門研究的領域——「疾病角色理論」(The Theory of Sick of Role)的發展模型。這是由 1951 年結構功能主義社會學家 T. Parsons 在他的《社會體系》(The Social System)裏發表了「疾病角色」的概念，將病痛描述成一種異常行為的基礎；由此發展出一個社會評斷的理論。至此生病狀態從本來的生物異常因素增添了生病的社會因素。參見 Philippe Adam (2005)，第二章。

³² 引證自 Zaner (2008)，頁 141。

一、醫病互動模式概念化的背景因素

每一種疾病模式都有著它背後根據的前提，無論如何，對疾病的處置和對待方式，總難脫離強調以治癒為主要的策略與方針。這種前提在慢性病觀念的影響下，以往將疾病與健康視作一組對等概念的注意力，開始轉向提出一種更為有效的預防措施，以及提供醫療保健和社會支持等新的觀念與型態。一方面，對人類健康最大威脅的問題，生物醫學模式向著生物心理社會醫學模式的轉變，另一方面，由於健康的概念被賦予社會學定義，影響了社會學家 Talcott Parsons 於 1951 年將醫學思維中健康的醫學定義轉換成健康的社會學定義。將「生病」移轉到作為一個社會事件，由此 Parsons 提出：「健康可以解釋為社會化的個人完成角色和任務的能力處於最適合的狀態」，³³ 認為醫學是一種屬於社會系統的關懷性質，現代醫學的功能就是必須面對疾病對社會造成的破壞性與威脅性，而醫生被社會認為是具有社會控制力量的人，醫生的任務便是幫助恢復病人身體健康與維持社會功能的專業角色。³⁴ 從 Parsons 的社會功能結構觀點而言，把醫學視為一個維持社會平穩運轉的必要環節，對於醫生與患者的接觸與方式則被類比為父母與孩子的對待關係，彼此之間共同的目標就是治癒疾病。然而，就如上文所言慢性病的影響層面，關於 Parsons 只確定急性病情況下的醫病關係互動模式，以及技術治療與關心病人之間的矛盾、對家長式、獨斷的醫療行為的反動諸多因素，從這一觀點而論，醫病之間的關係的性質已發生了鉅大的變化。

二、理想的醫病互動模式的類型

醫病關係互動的模式（physician-patient relationship model）指的是醫病之間的技术關係與非技術關係，兩者互動形成具有社交談話形式的關係與類型，也是指處於不同情境中醫病間互動的概括和總結。主要有三種醫病關係分類的模式，分別是（見 圖表一）：³⁵

³³ 轉引自 李霽（2001），頁 60。

³⁴ 關於 Parsons 的社會行動理論中提出的「生病角色」概念侷限性的評論，參見：

1、李霽（2001），頁 60。

2、William C. Cockerham（2002），頁 9。

3、Philippe Adam（2005），頁 67-71。

4、林耀盛（2007），〈生病作為一種倫理事件：洗腎者病程經驗的現象詮釋〉，《本土心理學研究》（台北：台灣大學），第 28 期，頁 83-84。

³⁵ 參見：

沙茲—何蘭德 (Szasz & Hollander) 的分類

從 Parsons 提出的「疾病角色」論可知，把醫病關係類比成父母與子女的關係，是以醫生具有的科學邏輯與專業的處理能力的理性角度，協助病人恢復健康擔任社會責任的角色認知。病人則被期待為必須承擔恢復健康的責任，需要依賴與託屬醫生的救助及解決問題的角色定位。這樣的互動模式具有不對稱性與相互性，主要的視角是以病人「遵從醫囑」(compliance) 的議題，切入探討醫病關係之間的問題研究。爾後，美國醫生 Thomas Szasz 與 Mark Hollander 在 1956 年根據病情的嚴重程度和可治癒性，從實用性出發對 Parsons 的不對稱模式（加強了關係的相互性）進行調整，依據醫病互動、醫生與病患的地位、主動性強或低，歸納與發展出複雜的三種理想的醫病互動模式，³⁶ 即：

(1) 主動—被動模式

主動被動模式屬於傳統醫病之間往來的模式。適用於病人處在嚴重的病情或危急的醫療事件，需要醫生針對危重或危急症患者積極做出處置的反應。在這個模式中，醫生和病人之間並非進行雙向的互動，這種模式是醫生在緊急情況下，擁有主動和支配地位的單向決定和行動的權力，反映出此模式的要點和特徵是「為病人做什麼」而展開。在此關係中，病人是無力參與，很少或無法互動，甚至是無生命的。這種醫病關係模式形同傳統家長主義模式，醫生具有主動的決策權、有絕對的特殊干預權。此模式適用於某種特定環境，難以表達主觀意識的情形中，如昏迷、休克、嚴重精神病患及嬰幼兒等情況下的醫病互動關係。

(2) 指導—合作模式

此種模式與前者相反。當病情不是那麼嚴重時，病人聽從醫生部分的建議，有能力判斷自己的病情和發展過程。這樣的情形下醫生與病人皆具有主動性，病人可以對診療效果提供訊息、意見和要求，承認醫生的專業知識而願意採合作的

1、李本富著（2007），《醫學倫理十五講》（北京：北京大學），頁 48-56。

2、徐宗良著（2002），《生命倫理學理論與實踐探索》（上海：上海人民），頁 61-64。

³⁶ 此處參見如下所列的資料：

1、李霽（2001），頁 64。

2、李本富（2007），頁 54-56。

3、徐宗良（2002），頁 61-64。

態度配合。此種醫病關係類似父母對待子女的關懷關係，基本預設是醫生鼓勵病人參與並要求對方合作配合，屬於處在權力不平等時醫生所採用的利他主義態度。就某方面來說它類似第一個模式，兩者間最大的不同在關於權力和實際、潛在的運用上，醫生依然有其權威性，充當病人的指導者。此模式大部分使用在急性病症等情況中，病人雖不舒服但意識清楚、疾病可治癒時，願意在這件事上遵從醫生的指導與之合作，但醫生仍是最後作決定的人。

(3) 共同參與模式

醫生與病人彼此處於同地位，這情形運用在慢性病患的管理方面。醫生和病人在診療過程中，病人能完全參與並以有效控制疾病為目標，能與醫生共同合作，規劃出醫療的決策和實施。也由於慢性病人主動參與在日常生活型態中，根據雙方規劃出的醫療計畫進行，醫生則是在參與過程中協助病人，幫助病人循序漸進接受治療的重要協助夥伴。這個互動模式的特徵即是「幫助患者自療」，彼此的關係有如人與人之間的相互關係，透過在平等的主張和權力相等的前提下，由此互動之間建立良好的醫病關係。這種模式適合於長期罹患慢性病，且本身具有一定的醫學知識水平、熟練的自我護理的技巧的病患。

維奇 (Robert M. Veatch) 的分類

主要依據醫病之間的醫療技術關係提出三種醫病互動模式：

(1) 純技術模式 (又稱工程模式)

醫生身為一位專業的醫療知識角色，本身只負責醫療工作中的技術作業。醫生僅擔負所有與疾病、健康有關的診斷事實，以及提供給病人讓病人接受這些診察數據的事實，之後醫生根據這些數據事實解決相應疾病的問題。很明顯就是把病人完全當作生物體變量來看待的客觀觀察手段，屬於生物醫學階段時的醫病關係不對稱的互動模式。

(2) 權威模式 (又稱教士模式)

此種模式中，醫生充分表現出家長式的角色立場，具有相當大的專業知識的權威性，並且醫生不僅具備為病人做出醫療診治的決定權利，亦能做出關於醫療

道德的權利。這模式類似上文提到的主動－被動模式，一切診療事務由醫生做出判斷與決策，病人在這模式中完全處於被動形勢、喪失自身應有的自主權。

(3) 契約模式

如此的關係模式中，醫病關係是一種非法律性、關於雙方的責任和利益密切相關的約定關係。醫病雙方並沒有感到彼此之間平等的相待關係，而是依照兩造各自的權利與義務的契約約定，相互之間卻體會到所具有一些共同的利益；並分享道德權利與履行道德責任，同時對自身做出的決定負責。契約模式大致是現代醫療體系，最常採用的醫病互動關係模式最普遍常見的。

布朗斯坦 (J J. Braunstein) 的分類

醫病關係模式區分為傳統模式和人道模式。前者指的是醫生擁有絕對的權威性，臨床上全權為病人做出決定，病人只能全面聽從醫囑並執行醫生對自己的疾病處置的指導方針。相較而言，人道模式則是體現對病人的意志和權利的尊重，醫師將病人視同一個完整的人格生命，亦能關注到病人自身的心理、社會方面等各種因素。同時，對待病人不僅是提供醫療技術上的協助，醫生也具備同情心、表現關切和負責病情的態度。此種人道模式的醫病互動中，病人具有主動性地位而能積極參與醫療過程的重大決定，在其做出醫療處置的決定過程中，擁有相關性的發言權並承擔後果責任，醫生則是很大程度上相對病人而言，是一位教育者、引導者和顧問。³⁷

³⁷ 往後 Emanuel, E. & Emanuel, L. 等人在 1992 年，提出從醫病互動關係中，分別依醫生角色、職責、病人的價值判斷及自主性四大指標的差異性，將醫病關係分成四個類型：一為「父權模式」(paternalistic model)，醫生扮演家長、監護者角色，所安排的醫療方式皆為病人謀求最大福利，病人自主無法彰顯，完全認同醫師的主導；二為「資訊提供模式」(informative model)，為醫療制度商業化。醫生有如專業技師、服務提供者，在互動中醫生主動提供詳實醫療資訊，病患接受或選擇而執行之，病人有較完整的自主權和選擇權；三者「解釋模式」(interpretive model)，醫生成為一位諮商者或指導者。屬於冷靜審視病人的混亂思緒，進而幫助他釐清及選擇所需要的價值與適當的醫療資源。此時病人的自主觀念乃是「自我理解」(self-understanding)。四為「商議模式」(deliberative model)，醫生的角色有如朋友或是老師，願意以自己的價值觀與病患討論，並進行有深度的對話，相互濡染中一起體驗與成就彼此生命中的自我成長。此時病患的自主觀念乃是：「道德之自我成長 (moral self-development)」。總體而言，以上這四種模式的醫病關係具有多重角色，針對不同的病患，抑或相同病患不同的疾病症狀或時期，各有其個別適宜運用的時機。這四種模式類似本文分析的諸種模式，故在此不多贅述。接下來第五個模式為「提供者－消費者模式」(provider-consumer) 醫生的角色如同醫療服務的販賣商，則是別屬下個章節要論述分析的部分，擱筆待之。而第六個是為社區中醫病聯盟關係；醫生有如照護者和老師的類型，則是健康照護社會服務工作類型，屬於醫療社會學論述的議題範圍，此處亦不多贅言。詳盡請參見 蔡甫昌 (2002)，〈醫病關係與執業倫理〉，《應用倫理研究通訊》，頁 15-16。此處轉引自 陳振崑

(圖表一)

Szasz & Hollender	積極－被動模式	指導－合作模式	共同參與模式
Veatch	權威模式	純技術模式 (弱義的權威模式)	契約模式
Braunstein	傳統模式		人道模式
思考特點	為病人做一些事	告訴病人作什麼	幫助病人協助他自己
患者的角色	接受者(無法有反應及無活動力者)	合作者(遵從者)	參與、「合作」， 利用專家協助
適用的情境	麻醉、急性休克昏迷等之急症搶救	急性傳染過程、 病人有自主能力	慢性疾病 具醫學常識 心理分析
角色設定	家長式的教育者、 主導者	引導者	諮商顧問

(2004.11)〈從儒家倫理看醫病關係〉，《哲學與文化》，第31卷，第11期，頁47-51。亦可參見孫慕義等主編(2003)，《新生命倫理學》，東南大學出版社，頁34-35。

三、醫病關係模式之評論

以上模式分類主要考慮的是實際的臨床遭遇情況，為了適用在各種特殊情境、病情與病人個人的特殊性，所發展出的多樣式的模式類型。深度剖析下，關於 Szasz 和 Hollender 歸結的三種基本醫病互動模式中，主動－被動模式的醫生與病人之間是處在完全不對稱的對待關係中，突顯出病人對醫生的治療方案只能無條件地、必須聽從及實施這一個命題。至於通用的情況中，包括急診、嬰幼兒及精神病患，大部分都會牽涉到的是，有關病患家屬和病人本身複雜的權益和需要問題的糾紛；譬如，當病人處於極度病重或處於危急狀態時，醫生必須在此種環境下做出即刻的決定，對拯救生命的過程沒時間徵詢相關意見之時使用。儘管醫生宣稱其有「道德上的必要」來醫治病人，也許會引發無視病人或家屬意見的抨擊，然而，在情勢危急情況之際，醫生當有具備充分展現出專業的醫學知識與技術能力的權宜之行使權（Weitz 1999）。³⁸

相形之下，對於合作本身內容也僅是明訂病人單純的「遵從醫囑」，實際上雙方依然處於不對等的地位，主張「告訴病人應該作什麼」以致病人只能配合醫生診斷的行進過程。此種模式同樣也受到很大的質疑與批判，由於實際現況中，其實有許多病人在表面上聽從指示，但在事後並不一定遵循醫生的處方。另外，第三種共同參與的理想模式也缺乏批判的焦點。相互參與模式即是表明：「與病人討論，由病人決定自己需要什麼」的主張，醫生可以給出治療方針但不做明確的選擇，只因為病人有權利決定自己的疾病療程，即使是做出不好的決定方案的結果，決定權依然完全推諉掌握在病人的抉擇上。如此來說，似乎給予病人充足的知情同意權和自主權，事實卻是病人缺乏專業的知識，導致無法對自己的疾病治療做出合宜的判斷。³⁹

顯然地，倘若再度深入探究不難發現，以上多種醫病互動模式實際上隱含一個重要的議題——即為醫病之間的權利與義務的平衡關係，究竟該如何看待與分配合宜的問題。由此可知，「以醫生為中心」的醫病互動關係，於臨床上高度採用控制的方法便於傳達純粹技術層面的意見，致使病人被動性無條件接受與執行囑咐，阻礙了病人的意見參與，並且掩蓋或忽視影響疾病潛在的社會背景構成的因素，亦左右健康和疾病相關生理和心理層面的倫理議題。⁴⁰ 行使標準化特性

³⁸ 引證自 William C. Cockerham (2002)，頁 238。

³⁹ 參見 李霽 (2001)，頁 69。

⁴⁰ 參見 Jeffrey Michael Clair (2002)，〈從社會學角度整體地關照病人的需要〉，《醫學與哲學》，

的傳統一對一模式，對待病人同樣地也忽略不同觀點、不同利益間存在的衝突，這亦是造成雙方各自相異的目標和利益、道德觀和價值觀的糾紛由來。

過去由於醫生與病人之間的關係，總是由醫生作為主導的那一方，病人始終是被動服從的角色地位，但從以上的研究說明可顯出，現今的醫病關係則顯現出從醫生為中心的形式轉向以病人為中心的跡象。在現今民主政治的運作及商品經濟制度的發展影響下，全然帶動病人自主意識的抬頭，不但對組織、知識和權力的懷疑，主導人們不再像過去服從於醫學專家的權威；並且進一步認為病人有權認知自己的病情，同時更應擁有可以提出關於自己的治療意見的權利。新的時代趨勢的衝擊效應下，醫病互動模式呈現一種病人地位不斷提升，與有關自身的權利與日俱增的事實。尤其，以「以病人為中心」的現代醫學倫理理念興起，病人擁有更多自主權利，已能主動對自身的健康投入心思關注，相對地，也促進病人能自主地參與討論和決定自己的病情。最後，隨著病人自主意識的抬頭，實際上代表病方（對自己或是家人）在認知、判斷或決策方面之智能與責任加重，若非如此，病人自主權提升的事實則是空洞而不負責任的。由此可知，現代醫病互動模式，提倡以協同（alliance）描述病人與醫生的關係，以取代傳統的順從（compliance）的對待關係。其影響的結果，可由臨床互動關係研究發現，同醫生處於協同的醫病關係，強調在病人的權利和地位方面的提昇，更能表現出病人願意增強他或她遵從醫囑行為的意願度。另外，醫生若能表達感情方面的支持，更能促使病人採取合作的行動。尤其對慢性病患而言，當病人積極主動投入治療中，並且主動願意學習相關的醫療知識，某些情況下甚至掌握複雜的醫護技術，特別是能夠展現「自我療護」的病人更易與醫生的地位平等。於此情況下的醫病互動關係，不止能雙方充分公開面對面的訊息交流，亦能各自享有權利並且切實履行各自的義務，相對地，亦能促進病人身心與病情趨於緩和的情態，換言之，協同的模式更為適合當代強調權利與義務對等的醫病關係。⁴¹

第 23 卷，第 11 期，頁 14。

⁴¹ 參見：

1、徐宗良（2002），頁 64。

2、Philippe Adam（2005），頁 71-77。

3、張笠雲（2004），《醫療與社會》（台北：巨流圖書），頁 229。

4、陳振崑，（2004.11），頁 51。

第三節、醫學倫理學的基本道德原則與道德規則

綜觀時代的變遷，當中尤以科技發展表現在醫療技術方面更為顯著。知識水平的大幅提昇，病人的權利意識的主張高漲，以及醫療服務傾向商業化等因素，往昔像醫療活動強調既仁慈又專制的「父權主義模式」(paternalism)，延至當代社會已經受到嚴厲的抵制與批判。現代社會裡，人們已將獲得醫療服務的資源和醫學知識，視為一種政治權利和個人的責任，病人除了對自己的疾病致病因素；更針對診斷方法、治療原則以及可能的診療預後，要求具有「知情同意」的權利。易言之，由於病人自主意識抬頭，認為在臨床診療過程中，醫生有義務尊重病人自主的權利(autonomy)與知的權益。前述的現象來自醫學外部因素造成的衝擊，另一方面，主要也因在當代內在於醫學主要思維的轉向，對過去只考慮治療個人身上的疾病，忽略其社會生活環境及身心狀態的生物醫療方式，醫學本身自我檢討與試圖回歸人道關懷主張的傾向。同樣地，在醫療服務方面上，不再像傳統意義上的疾病的祛除、解除其病痛為主，其重點任務指向置諸於提高生命品質、增進身心健康以及生活環境的改善的新的理念與認知目標上，這反映在現代醫療服務的發展，就會發生從傳統的「以疾病(醫生)為中心」轉換成「以病人為中心」的醫療服務模式。無論如何，現代醫學已不再把人視為僅僅是生物體的結構，更是一個具心理、社會、文化和精神特徵的綜合體；以及病人的自主權利的潮流等諸多衝擊，無疑的，這些因素均造成醫學從醫技主義回歸到人道關懷的行動與變革。

無可否認，傳統的醫學倫理學強調就是，醫護人員的義務與責任要求，主要基於個人修養、良心判斷，以及保護病人的利益等基本的倫理和醫德的要求。過去的醫學倫理主要涉及醫生個人的品行與行為方面，現代由於醫學科技突飛猛進、病人的權利運動、保健的權利與醫療資源要求公平等因素，而使當代醫學倫理學面臨許多眾多急迫且有待解決的生命倫理課題。換句話說，生物技術的進步，使醫學面臨了許多前所未有的新難題，舉凡器官移植的倫理問題、生殖技術與生育控制、死亡與安樂死的討論等，這些都已造成對傳統的倫理觀念提出了新的困局與新的挑戰。觀之當今幾乎出自義務性的規範倫理體系的倫理學，義務論和目的論其主要的特性是確定某種或一些道德標準，並理性地論證其規範的道德性，本質上屬於個人主義倫理學，適用醫生在作決定時遵照行醫箴規，針對實際發生的臨床問題，討論具體情境中普遍倫理法則的適用性，便於臨床上醫療行事可盡量避免出錯。然而，當前在臨床活動中，醫學倫理主要關注的醫病關係在當今社會醫療技術、手段與設備不斷更新，面臨的是人的生與死過程間生命活動各

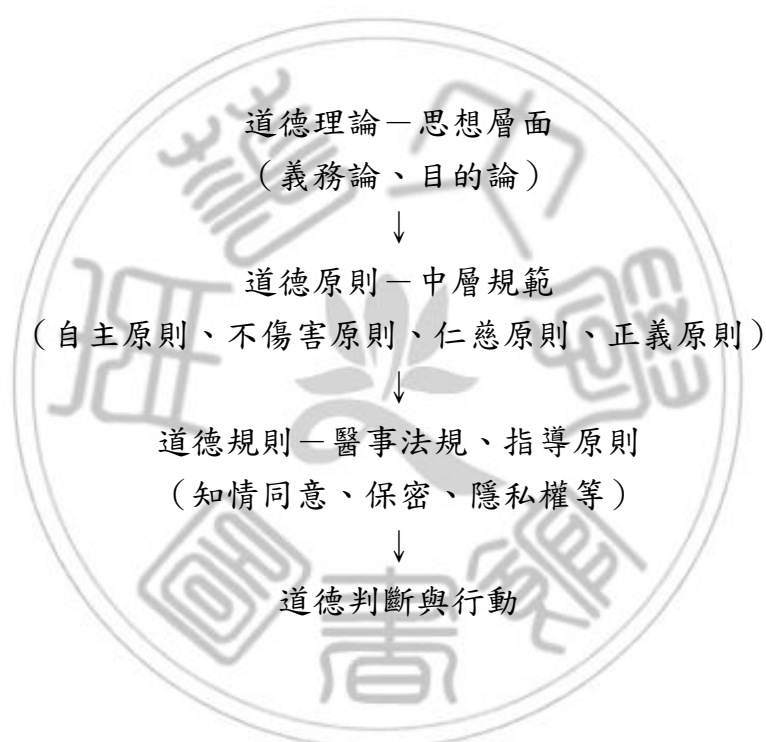
階段的相關問題。尤其自從自由經濟市場的機制、訴諸於消費者至上的觀念以來，更使在臨床醫療時刻涉及到的各種倫理道德、社會與法律問題，彼此之間互相引起的一連串具體又急切的倫理問題，嚴重影響到醫生在作選擇與決定時，經常就會發生醫療灰色地帶的取捨、緊張、糾紛不斷的醫病之間的倫理兩難困境（dilemma）。足以說明了傳統重視在規範理論性的學科架構上，於倫理時刻不僅普遍法則的執行，無法貼切運用於臨床之中而窒礙難行，亦讓情境中能使醫病雙方相互融通的倫理焦點顯得模糊難解。嚴格地說，若要返回本於醫學倫理具有的人文精神的初衷，當今此時，醫學倫理唯有建立起一種實用於具體情境中道德兩難的臨床倫理知識，把所要面對的個別倫理轉化成普遍客觀的知識，強調能實際操作的倫理推論方式，體現於能從實踐應用中，藉由不斷反思成為走進哲學向度的倫理學理論。唯獨如此，方能幫助我們處於現代醫病關係兩難情境中，仍然依其道德推論的原則和理據，以此觀照和分析各種臨床倫理和價值判斷的衝突，恰如其分地做出合情理的道德判斷和抉擇。

一、臨床醫療的規範體系

當前應用倫理學問題的解決，不應再是重構一套倫理學的理論，而應針對這些原則倫理學本身的道德內涵與意義，重新思考轉為以一組可以幫助我們在具體情境中，運用道德分析的道德原則和理據，訴諸不同層級的道德原則和道德規範，以能運用適當的道德理由，衡定行為的道德性質與倫理判斷。有關規範倫理學的道德推理層面，第一步在於如何使最高的道德理論能普遍應用在實際的層面，給予共通認可和客觀的道德原則一個有系統的整體支撐，並且進一步明確化結合為融貫性的道德理論（moral theories），以構成醫生在面對道德兩難情境中，可資提供憑據的道德原則和理據以進行道德的推理與分析。再者，基本的道德理論的目的在於行使行為的道德理據時，能依循基本的規範由上而下、層層證成具體規則的道德正當性。這個證成的道德分析過程，如同科學邏輯分析因於演繹邏輯或歸納邏輯的合理模式，道德分析也要依據道德理由與道德原則來進行，這種道德證成的方法亦可稱作倫理分析或規範分析。在道德的抉擇中，可根據道德分析架構訴諸不同層級的道德原則（moral principles），如自律原則或不傷害原則等，而其根源的核心理論則是義務論（Deontology）與目的論（Utilitarianism）。另外，在臨床情境中，決定選取的具體的道德判斷與行動（act），則是依據一些通常具有普遍意義的行為規則或道德規則（moral rules），其高階的原則即是第二層的道德原則。換言之，通常我們在現實中實行道德的決定時，涉及的問題總是

會有多於一種道德選擇的情狀發生，也經常面臨著兩種道德衝突的兩難困境。當前生命醫學倫理學的討論中，作為面臨新的倫理道德議題與問題的應用倫理，就必須強調能應用於具體情境的案例分析法，透過可操作性的道德邏輯證成程序，於臨床情境中的醫務人員，在觀察、處理倫理議題從事醫學實踐之際，提供一個可資判斷的生命倫理學道德理論參照體系（如下圖所示）。

生命倫理學理論原則體系



二、生命醫學倫理學之中層道德原則

我們經常會發現，就一些具體的事件、行為的不同認知上的差異、不同的道德觀點的分歧，往往會產生相異的道德判斷與評價。在這樣的情況下，亦可發現各種道德理解的歧異之間，卻又有著共通的道德相關契合處。因而，像這樣的普及的性格，展開具有普遍適用性的道德規範，是在一種達到普遍認可及其客觀性的共識前提下，對諸多個別情境相會通的道德內涵，引出共同具有的道德相關特徵來界定，並總和統整成為生命倫理學的中層原則。易言之，當代生命倫理學

主要的特性，是將日常的道德經驗對具體問題作道德思考的推理過程為基礎，做一系列的理論性探討，以應用在醫學臨床上的道德決策過程中，作為道德分析與推理的實踐方式。「道德是甚麼？」根據人類的道德行動結構的過程分析，所作的道德規定或描述的道德理論，會落在兩個性質不同的道德領域：一是以行為為本身的意圖來論道德性質的義務論：道德行動由自身的自由意志來決定，屬於不受因果法則控制的自然領域。另一則是從行動的本質視後果來決定，即是以獲得的利益而言的目的論：其道德特質為道德行動必定符合效益原則，以所產生的功效來作評估，這種倫理目的的性質也算是一種後果論。⁴² 可知，這兩者各屬不同的道德領域的道德論述。就此而言，在當前的生命倫理學的探討中經常會將兩者並列地具體運用，例如在臨床醫療實踐裡，不僅強調醫務人員本身救治患者之時，應盡的道德義務及顧及患者個人合理的權益；必要時，也需考慮到對具體的病人的實際效果、醫療資源是否充裕與使用經濟效益去作衡量。就此，不難發現，相容而兼顧地將規範倫理學兩種理論相並列，並結合具體的情境從事，更能切合當前醫療道德難題的研究與分析，並給出高層的道德理論所支持或證成的道德原則。於此，除了理解到道德本身的基本論述外，在應用方面更需著力於中層原則的分析和確立，這是為了臨床上對道德兩難的窘境，更能導向得到適切與合理的疏疑與排解的理想目標。

生命醫學的中層道德原則源自 1979 年，Tom L. Beauchamp 及 James F. Childress 在《生命醫學倫理學原則》(Principles of Biomedical Ethics, 簡稱 PBE, 底下摘錄為第四版)中，審慎擷取自共有道德及傳統的醫療倫理，提出一套明確且具系統性建構的生命倫理四項基本原則，提供醫務人員在醫學實踐中，普遍作為臨床醫療倫理問題的指引。底下將詳述這些中層原則的基本意義和內容。⁴³

1、尊重自主原則 (The principle of respect for autonomy)

簡單來說，解釋自主一詞就是「自己作主」之意。醫療倫理上，所謂自主原則也就是尊重病人自主的原則 (the principle of autonomy) 的簡稱。一切倫理問題或道德行為，行動者的行使自主自律的能力，通常是一個行動或判斷是否具有

⁴² 各自的道德最高原則的論述，詳見 李瑞全 (1999),《儒家生命倫理學》(台北：鵝湖), 頁 9-24。

⁴³ 此處 轉引自三處：

1、李瑞全 (1999), 第三章。

2、蔡甫昌 (2006),〈生命倫理四原則方法〉,收錄於 戴正德、李明濱編《醫學倫理導論》,第四章,(台北：教育部), 頁 43-45。

3、嚴久元 (1999),《當代醫事倫理學》(台北：橘井), 頁 37-49。

道德的主要關鍵。自主即是代表自我管理、自我規範，尊重自主原則指的是尊重一個有自主能力的個體所作出的自主的選擇。在這裡，自主意謂著在醫師診療上，尤其決定要選用具有危險性的診斷和治療之前，先將預期的目的與可能的後果從實告訴病人，然後徵求病人的意見。故以，在四個主要的中層原則中，由於涉及當事人的根本權益，自律原則可說是這一組原則中最為常用者之一。

換言之，實際在臨床實踐操作時，承認個體擁有基於個人價值信念而持有的看法、做出選擇並採取行動的權利，即是代表醫務人員不僅對於有能力（**competent**）作決定的病人應當享有的權利選擇、決定他們所喜愛之醫療方式，亦當有相對之義務尊重病人的自主決定。那麼，相對於是喪失自主能力或不具有自主能力的情況時，如嬰幼兒、精神病患等，雖然他們的自主性通常由家屬或者監護人代替，醫生亦當為其提供合理的保障。於此主張下，需要再進一步考慮的，則是為使尊重自主原則於醫療照顧範疇內能順利進行，避免或減少原則的抽象性與不確定性，因此將原則再推進塑型成為具體的行為指引；導引出屬於數個該原則應用範圍的道德規則，以方便處理複雜且具衝突性的道德難題：

誠實（truthfulness）：醫療專業人員不該隱瞞病人之病情及診斷，如此他們才能根據被告知的訊息做出決定。

守密（confidentiality）：醫療專業人士一般有保護病人的隱私、對病人所告知事項保密的義務。

知情同意（Informed consent）：應當告知病人足夠的訊息，並獲得病人的同意方可對病人進行醫療處置。

臨床上尊重自主原則遭遇到的難題、具體應用的困難在於，對於一些涉及複雜技術或面臨完全不了解高科技技術可能帶來的傷害（比如在基因治療、幹細胞治療中），如何向病人清楚提供這些信息；又能提供多少信息而盡可能在適當的範圍給予患者呢？再者，對於神經狀況錯亂、精神病患或小兒科或青少年病人，如何判定他們是否具有自主能力？當患者拒絕關鍵的、救命的醫療處置時，醫生又該如何處理？另外，當醫生判斷出屬於喪失自主能力或是缺乏自主能力的情況時，若病人的情緒過度緊張、恐懼或是衝動，是否病人還是具有充分的自主能力？更何況自主權力的使用特性，不盡然對美國國情合適的設計，就能符合我國國情文化與價值觀，診斷與病情的知情同意權是否一定適合當面告知當事者？

2、不傷害原則 (The principle of nonmaleficence)

不傷害意謂醫生在醫療實踐中，必須謹守不讓病人的身體或精神受到傷害的道德最低限度。一般說來，我們沒有義務去造福他人，但至少負責任不去傷害他人，傳統西方醫學倫理學的格言：「最首要的是不傷害」(above all do no harm)，聞名的希波克拉底的誓言即已存在，顯示出人類道德經驗中最為普遍而易感受的一面。實際上「不傷害」只是個相對的倫理原則，因為在臨床醫療行動難能避開的情況，就是有時無法避免為病人帶來若干身體或心理上的傷害。因此，正因為實踐上經常會有狀況產生，醫生在決定診療前與施行中更必須謹慎與細心；這不僅不應對任何人或物造成傷害（對可以避免的傷害而言），無論防止或者消除罪惡或傷害，盡可能將傷害減到最低程度（對無可避免的傷害而言），以達到醫療行動盡善盡美的原則。因此，如何平衡利益與傷害以創造病患最大的福祉，即是此原則最基本的考量。醫生在臨床上盡力維持本身具備勝任的臨床知識及技術、謹慎地執業以達到「適當的照顧標準」(standard of due care)，只因如此，才能避免讓病人承擔任何不當的、受傷害的風險，即是在履行不傷害原則的義務。

3、仁慈原則 (The principle of beneficence)

在不傷害他人限度之外，仁慈原則更要求我們進一步關心並且致力提升他人的福祉。仁慈原則基本上可與不傷害原則共同構成某種意義的連續組合，但不同於「不傷害」在道德層位上有若干重要的義務性，仔細來說，最主要的區別在於比仁慈原則更具有明顯的道德強制性。⁴⁴ 仁慈原則本質上並不是一種義務，不能加以強制要求，以及前者不容許有差別性，後者卻可容許這個性質的存在，故之兩者不能簡單地合一來論述。持平而論，Beneficence 這個詞彙意謂著善行、仁慈的心、利他主義、關愛和人道，減除其他人或物的傷害或痛苦等；它亦是一些道德理論，如效益主義之效益原則的中心主題。在道德理論中，仁慈被解釋成人性中驅動我們造福他人的力量，被效益主義視為道德本身的目標。值得注意的是，行動者的行為通常被視為沒有道德義務應去促進他人的幸福，故仁慈具有兩個不同層面的區分，即：普泛意義之仁慈 (general beneficence) 與特殊關係之仁慈 (specific beneficence)。前者意謂著人們並不擁有造福人群的絕對義務 (perfect duty)，此乃所謂廣泛仁慈的道德行動，被認為不必是一個義務意涵的概念。後

⁴⁴ 李瑞全 (1999)，《儒家生命倫理學》，頁 40。

者則是指對某些與行動者有特殊關係的人，如子女、朋友、病人等，這些關係通常是相應於行動者所負的角色而來的義務行為。

依此關係特性而言，在醫療情境醫病關係之範疇內，就是因為患病這個事實，才會讓醫生與病人臨床上相互遭遇，因而建立起一種特殊的對待關係。因此，醫療專業人士在對待病人的互動關係中，仁慈原則就應當是必須遵從的初確義務（*Prima facie duty*），主要目的就在使病人由此獲益。由此令他人促進利益的目標衍生再推論，帶出另一個區分，即道德義務（*moral duty*）和道德理想（*moral ideal*）之區別。這類道德義務指的是出於我們能力範圍之內，構成仁慈原則行為的道德強制性，然而，對於能夠達到道德理想狀態，通常是指需要當事人作出同樣重大的、甚至是以生命換取來的犧牲，自然就不能具有任何義務要求的意義概念。這是因為所謂的「應當」的道德行為，實際就是涵攝「能夠」之意。換言之，仁慈原則與不傷害原則為何前者不比後者具有道德強制性，關鍵在於仁慈原則亦囊括道德理想意義的義務。

4、正義原則（*The principle of justice*）

在人類社會的結構中，正義是一個基本的要素，經常指的是一些與社會中的政治、財富或資源的權力和勢力分配有關，且多少是該社會的一種結構性的問題。正義涉及的社會分子之間的問題極為廣泛，四原則所論述的道德義務，許多都可轉化人與人之間、甚至人與物之間的正義問題。道德的一個本意即是追求普遍性、平等性與無偏私性，這些都是正義所要補足的道德意義。若以「甚麼是人應該得的」之觀點來看，正義可被解釋為對人公平、正當及適切的處置，它指陳了在面臨相抗衡的主張或訴求時，必須以公平（*equals*）的基礎來執行裁量的道德義務。Gillon 指出正義原則應用到醫療照護倫理時，涉及到的三個層次：公平地分配不足的資源（分配性之正義）、尊重人的權利（權利正義）及尊重道德允許的法律（法律正義）。⁴⁵ 在醫療實踐中，正義原則不僅體現在對醫務人員的服務要求上，比如公正地對待不同性別、階層、具有不同身體狀況的病人；而且更多地體現在醫療資源的分配這個沈重的議題上。醫學倫理範疇和正義原則相關之議題相當廣泛，尤其有關醫療資源的分配，實際上又與社會的經濟發展政策聯繫在一起。

⁴⁵ Gillon, R., *Medical Ethics : Four Principles Plus Attention to Scope*, *British Medical Journal* 1994; 309:184-8。引自 蔡甫昌（2006），頁 52。

對此，有兩個不同的問題需要面對，一個是如何在國家或者社會的範圍內，公正地分配醫療資源及預算，以及健康保險政策的制度（這也涉及到一個國家的醫療衛生政策的問題），也就是巨觀分配層面（macro-allocation）的問題。另一個是如何在特定事件的範圍內公正地分配醫療資源，如醫生開處方、使用稀罕不足的維生儀器等微觀分配層面（micro-allocation）的問題。這些問題正是我們當前社會亟需解決的問題，但是要給出令人滿意的回答則是一件困難的事情。儘管在現實中有不同的正義理論被提出，正義原則基本上乃為追求相互衝突的主張提供合乎道德的解決方法，以達到對於社會上各種負擔、利益或資源能有公平合理的分配及處置。

三、中層道德原則的批判與回應

當今中層原則學說已被廣泛地接受與應用，成為許多醫學團體的執業規範與醫學倫理指南。儘管如此，中層原則在理論與實際運用上仍舊不斷遭到學界各方的質疑和抨擊。姑且遑論這個生命倫理基本原則方法是否能合理有效地、跨文化地應用在各個不同的社會文化脈絡中，這是另一個辯論的議題，在此焦點主要置諸於 Beauchamp、Childress 對四原則批評的正面回應，及 Gillon 對該理論的辯護理由之上。⁴⁶

首先，提出質疑論點在於認為這些原則並沒有實質的道德內涵，可資提供道德行為一個明確或直接的主要指引理據。這個理由在於批評者傾向把基本原則當作一些值得記憶的名稱、章節標題的道德價值核對清單（checklist）或備忘錄。易言之，只是為一些重要的道德貼上概略的標籤，對於一個時值道德主體運用這些原則處理倫理難題時，容易變成可完全不受限制地用自己的解釋方式任意解讀，以達到他們自身認為需要且必須的目的。針對如此理由的批評，Beauchamp 和 Childress 在 PBE4 中答辯，指出道德原則的確需要額外的內容，以及應當加以闡釋成「細分化（specification）」的分類系統規則，來減少原則的抽象性及不確定性，⁴⁷ 因為未經細分化的原則不足用來作為決定之依據。原則是「對具規範性的道德經由組織化後的分類系統」，它需要被詮釋、說明、分析並細分化進而

⁴⁶ 底下的對理論的批評與辯護，參見 蔡甫昌（2006）的論述整理，頁 46-53。

⁴⁷ 由於臨床醫學倫理經常遭遇道德原則之間與道德規則之間，或者兩者之間均不可避免發生衝突情況，四原則使用到「細分法」以及接下來將提到的「均衡及凌駕」（balancing and overriding）的觀念。簡扼言之，均衡法特別有助於案例的分析，而細分化則有利於政策的發展。詳見 蔡甫昌（2006），頁 42-43。

與其他規範相銜接。也就是指，道德行為應該是一個不僅接受原則主導，也必須同樣接受細分化後的分類規則，始為醫療照護倫理的基本指導機制。主要是為了表明，具表面約束力的原則，需要且必須經由細分化以達到規則的層次，儘管規則並不是充分或徹底完整、無法完全決定行為的抉擇，但它們卻可以提供行為一個正確的實踐維度。

其次，另一個對中層原則批評的觀點則是指出，這種主要是缺乏系統性的整合、一個可以整合所有原則的道德論證理論和道德理論。通常一個完整的系統對於引致清晰、連貫、周延及明確的行動規則是相當重要的，中層原則基本上缺乏如此的指引方針，勢必導致理論上與臨床上的實行問題。另外，就是當面臨表面義務或其他行動規則互相衝突時，同樣沒有充分的基礎理論以解決爭議、並決定那個行為是正確的。以上的諸多疑點，是來自站在原則主義論點、持相同立場的批判。⁴⁸ 另一個則是來自持相反立場，基於案例分析類比推論（analogical case）進路的決疑論（casuistry）者，Jonsen 及 Toulmin「原則之專斷（the tyranny of principle）」的辯難。總言之，針對這些的批評，中層原則憑藉的是從眾多不同的道德理論中，聚合起其中的共同道德經驗與共同的基本道德原則，所呈現建立一個一貫又能運用的道德理論；雖有爭議，但當今仍維持在臨床上生命倫理學方法領域上處於基礎地位，但必須清楚的是此方法並非是絕對唯一的選擇。⁴⁹

在複雜的現代社會中，醫療技術的急遽發達與民主經濟制度化等因素，已經逐漸使醫學倫理的原則方法在面臨對待倫理難題時，產生更加複雜的因素與解決的困難度。對此現狀的反省評論，Engelhardt 的看法就認為，醫生與病人的接觸的道德行為很難同樣分享一種、尤其是強調共通原則的道德理論，因為：「...醫生與病人之間經常是道德異鄉人，他們並不持有共同的道德前提或道德基礎而可以通過圓滿的道德論證來解決道德爭端。」⁵⁰ 持平而言，這個陳述明顯指出某些現象已出現在現今多元化的社會裡，原則主義理論面臨的難題與困境。尤為甚者，難以避免的是，不僅中層原則的操作忽略針對每個獨立個體之間，針對他或她的差異性與需求作一適切的調整修正；此外，醫師顧及在作道德理論推敲的倫理規範時，以個人主觀的思維考量，能否即能涉及臨床中每個個別案例所屬的特

⁴⁸ 此處亦可參見 李瑞全（1999），頁 57 的回應。

⁴⁹ 至於 Beauchamp 和 Childress 的答辦，詳見 李瑞全（1999），頁 54-58；蔡甫昌（2006），頁 49-51，在此不多做贅述。另外，90 年代 H. T. Engelhardt 在〈The foundations of Bioethics〉一書中提出「允許原則」（principle of permission）是現在生命倫理學的首要倫理原則。這一原則提出後，也受到一些異議。

⁵⁰ 恩格爾·哈特（H. T. Engelhardt），范瑞平譯（2006），《生命倫理學的基礎》（The foundations of Bioethics），（北京：北京大學），頁 X。其中對此提出的異議，可參見 鄧豔平（2002.8），〈道德異鄉人何以共處—恩格爾·哈特的允許原則述評〉，《醫學與哲學》，第 21 卷，第 8 期，頁 24-26。

殊情境，貼切地對獨特的倫理困境進行抒解，也是值得容許質疑的地方。

話說回來，以基本的道德原則為主軸的生命倫理學系統，其運作模式是對義務論與效益論進一步詮釋與分析而來的模式架構，這種是建立在以自由個人主義為基礎的自律原則上；確保病人所作的選擇是依照病人個人所作的自主決定，其目的就在保障病人的權益。然而，畢竟這是一種醫學倫理運作模式，顯然它僅強調醫生與病人之間的義務與效益的關係互動，在現實醫療環境當中，極其容易流於政治與經濟制度干涉下的對待關係。假使我們進一步推敲分析醫學倫理的要求，基本上主要由兩個規範倫理學相謀和而來的，一是以義務論觀點來看，強調的是自由平等、傾向於獨立自主意識的原子式個人主義，認為公民在國家憲政體制應得到充分的保障，其實就是典型的西方政治思維方式。另一個效益論的觀點，主要原則出於追求多數人最大幸福的理念，這也是古典西方思想以追求利潤、最大利益為宗旨的市場經濟的思維模式。

因此，在上述提及的觀察剖析方式，很自然地形諸於現代醫病關係中，以為強調這兩種原則理論的相契合，建立在訴諸民主政治或商業契約模式中，必能與科學技術化引領的家長權威模式相抗衡，亦能強化病人自主意識抬頭來與之相抗衡。這樣一來，處於病人自主性要求的消費者運動，醫生扮演的是醫療服務的提供者角色，而病人則變成為醫療服務的消費者，對於自身的健康照顧自然採取站在消費者的位置，主張有權利參與自身的醫療決定，形成的醫病關係互動模式就變成一種「供應者－消費者」的概念。另一方面，良好的醫療實踐過程亦是要求醫護人員，通過同理心的溝通技巧理解病人病痛的同时，也必須保持客觀的態度以維持適當的距離；避免投入過多的私人情感而影響醫療專業的判斷，秉持一種雙方處境對等於診療過程妥善順利的醫療互動模式。換言之，這就是基於醫生謹從尊重病人的自主決定、維護病人的權益的醫學倫理要求，以符合當代強調「以病人為中心」全人醫學目標的醫病關係互動模式。實際上以這種認知方式，認為醫學倫理就是醫病之間講求義務與效益關係的倫理關係，於實際的運作中，醫病關係理所當然流於一種民主政治制度與市場自由經濟關係的醫學模式。

總結前文所述，對醫學技術中性論與工具理性之論析與批判，我們必須清楚認識到，醫病關係中強調以病人自主為核心的醫學倫理，實際是一種醫學科技務實性（要求在診療過程合乎法規，以防止產生不必要的醫療糾紛）的價值取向為其基本的依據。它的作用起初是對治醫學技術主義中，無比優越思想產生的不對稱的醫病關係，為求達到符合醫學人道精神相應而生的。這種訴諸於個人主義之權利與義務關係的自主模式，原則上主要是以現代商業契約模式、消費者至上的

對待關係用在醫病之間。再者，為了保證病患在充分知情下進行自主選擇的權利，使得醫生與病患雙方達成治療方案合作的模式，也容易使醫生流於僅遵從醫事法規，即是具備了醫學倫理方面最低限度的道德要求。復次，講求的醫學人文精神的重塑方面，除了要求醫生對於器質性疾病的治療外，臨床上也要培養「溝通技術」與「同理心」以理解病人個人的病痛感受的能力。這樣的人文實踐方式，也只是站在醫生的立場把具體的病人抽象地對象化，以重視普遍道德之抽象思維，對待病人個人的主觀感受進行的邏輯分析之道德推理罷了。

當生病時，我們總是需要協助的一方，相對醫生則是扮演著持有專業技術能力的醫療者，強義的家長式的醫病關係，雖是拉開雙方直接又親密的交流，但是當代醫學倫理標榜病人自主的權利，卻又忽略了處在病痛中患者的主觀感受與依賴性。此外，僅是關注到互動中診療過程，病人必須接受雙方醫療合作方案大原則下，也造成病人面臨必須負責承擔自己的醫療責任風險。指的就是，在民主與醫療消費關係裡，病人也必須承擔起對個人自身疾病的責任，這責任是在強調病人除了自身權利外，亦需具備承擔她們自己的醫學護理的任務，希望自己疾病能好轉或痊癒，必須了解自身所患的疾病，以及多方面與醫生的專業知識及技術相互協調配合，方是達到身為病人應盡的道德義務。就在消費主義時代，病人有如健康照護的消費者，醫療體系如同追求利潤的產品和服務的生產者，如此的供給者－消費者的關係模式，造成某方面醫生將喪失部分自主權與專業性被削弱；而病人雖是同醫生較為平等的地位上來作醫療決策，但卻形成病人本身必須為其決定後果承擔個人應負的責任。回顧過往，如此發展的醫學倫理理論，雖然社會學與哲學界開始反省當代醫學倫理的窘境，但仍未見其批判或所持的理由架構具備嚴謹性，究其因素，在於他們的批評觀點僅是從科學現象著手、只針對醫病關係的問題：即商業化、技術化的問題，從這些問題發生的後果作審視與抨擊。當代的眾多批評中，唯獨以女性主義的關懷倫理觀點對其批評獨樹一格。直言之，女性主義主張的倫理學從更基本的問題著手，明確指稱以強調正義與定言令式等的原則主義概念為主，實際上的理論出發點已經偏頗而且是錯誤的。⁵¹ 自主或正義的理念強調理性的概念，以致臨床上醫生透過原則體系道德推理的證成方式做出醫療決策，其實根本無法真正脫離醫學技術主義的限制，只會形成臨床上具體的病人僅被視為一個應用案例中的抽象他人。相反的是，女性主義的關懷倫理一開始就著重在關係性上，對自己與他人之間關係的維持之重視，有別於強調自主原則中的原子式個人主義，把一個人從不可分割的人際關係網絡中抽離出來，嚴格地說，以這種關懷倫理學的道德思考模式，具體應用在當今以原則主義為詮釋

⁵¹ 有關原則主義的侷限與當代困境，參見 林遠澤（2007），頁 9；以及參見 H. T. Engelhardt（2006），第一章。

模式的醫病關係，當代要如何定位與尋出路似乎仍有很大的研究空間。

醫學的目的是社會的，強調生物、心理與社會醫學模式主要是因為醫學不應僅有技術概念，醫學醫治的對象應不僅是疾病本身更是一個有機生命的人。當前醫學倫理的討論與教育回歸醫學人文的向度，在這部分就是針對改善以科學為主、技術取向的醫療事業，導致病人不曾被「當作人看待」的弊病。主張「以病人為中心」為核心「中層原則主義」的醫學規範倫理要求，在重視病人自主性的醫病關係中增進醫學人文性格，一方面強調治療疾病且應關切在病人身心方面，使他們得到應有的照顧；另一方面也應顧及病人自身的權益，並能因此參與自身的醫療共同決策的自主能力。然而，終究中層道德原則的操作是規範非臨床的，它無法充分回應與抒解每個獨特的醫病倫理相逢，重點只顧及在是否有達到特定的倫理原則的要求，完全沒有涉及倫理主體的考量，以及忽略倫理主體的差異性與需求。⁵² 倘若如此，這樣的醫學倫理只是方便醫護人員，參考一套醫療的規則系統用來對待處置病人，在臨床上對自身遭遇到的病患，提供一個可避免錯誤、倫理問題與醫療糾紛的醫生兩難決定的倫理規則。現今的醫病關係的反省模式，主張病人的就醫自主性的醫病關係也並非以病人為主，醫生依然以客觀觀察描述的態度對待病人身上的疾病，實際依舊是醫生為主導地位的醫病關係，這是因為忽略了疾病的意義是病人以自身主觀的經驗去看待病痛的緣故。

現今，倘若要從醫學倫理理論上作基礎，發展出另一個可能性、一個方法論上的可能性，就必須以哲學式的反省思索如何回應這一系列的種種難題：當我們不假思索地以為醫學實踐的含義，對疾病的概念總是存著不證自明的解釋模式時，就已經察覺到一個當代慣有的對疾病單向推論思維模式的現象。也就是說，隨著文明的發展人類對疾病的本質不斷有新的認知，它通常就是指一種異別於身體健康概念、實體存在的特殊樣態。顯然，在現代醫學面臨疾病譜的改變、疾病慢性化與不可治癒性日益增加的衝擊，已足以撼動過去只依賴科學自然主義「客觀化」、化約疾病，只見祛除、治癒疾病的既定觀念與方法論。於此之時，倘若依舊在醫療實踐的醫病關係中，持著醫生的理性態度與生物醫學觀點，主宰著倫理學的認知與道德討論的規則，以及道德邏輯過程中，認為作為討論主體的醫師只需提供醫療方案，讓擁有自主決定權的個案案主（或說是消費者、雇主）做出最後的裁定方式，就算是完成一個醫學倫理學的應用個例。那麼，坦白地說，置身於這些臨床案例中的病人的處境，在醫療困境裡對兩難問題處理中，仍然是不具獨特的個體，反倒是以主題方式作為醫生討論的形式內容出現。由此可見，嘗

⁵² 引自 Zaner (2008)，序，頁 x i x；頁 x x v。

試針對當代醫技主義提出有力的批評方案，就必須秉持上文提到的一個可能性、一個從方法論開啟的可能性，就是開展出一個不同於過往我們曾經提出的思維模式。進一步再推敲之，那麼何種的思維能有別於科學邏輯思考方式，不止可別開一面且更重要的是，此等思維要能不僅具有哲學反思的能力，並且能超然地切入及批判醫學現象諸多複雜的弊病。這思維模式將是相對於自然科學知識的系統邏輯推演、講求實證經驗的觀察方法，即是由 Husserl 創立獨特的觀察和嚴密地描述現象的哲學方法論。

關於現代生物醫學的哲學批判，承接有別於科學觀察方式的胡塞爾所發展出的哲學現象學方法，學者 Toombs 對病人主觀的感受此種現象有過貼切地描述，她認為，病痛不僅代表著病人身體運作的功能出了毛病，最重要的是造成病人本身、自我意識以及周遭生活世界三者整體間，原有的平衡關係遭受到破壞、紊亂不安與干擾。因此，疾病的意義絕非是從生物學觀點、簡單的物理或化學分子結構即能充分掌握，反倒是病患的主觀心理感受、病痛帶來的現實世界中之不可逃避的限制性，使我們不得不去面臨疾病的狀態，應當如何在醫療倫理實踐裡找到合適的意義詮釋的問題。無論如何，病人主觀體驗的身體真實的病痛與醫生以生物觀點解釋下的疾病，兩者的關係實在是涇渭分明的。因而，不同於之前仿效「原則 (principles)」做為倫理學說之基本架構，現象學家 Toombs 則提出以另一種角度，對醫學進行哲學方法的反思提出強有力批判，通過現象心理學針對臨床上倫理難題與困境、醫病兩種論述間溝通的可能，給出一個建立共享意義世界方式的可能性。職是之故，下文將以 Toombs 通過現象學心理學觀點，對病人主觀體驗相關的議題與醫生慣用的生物客觀病理診斷模式進行理論的考察，藉由其操作方法分析與描述應用在臨床上醫病關係中，對於雙方各自處於分割的兩個不同疾病意義的世界，試圖去提供一座雙方對話交流的橋樑。整體而言，一個以病患整體生命為宗旨的醫學模式，重視健全的醫病關係裡，應是強調醫生的注意力不僅僅是在病理學客觀下，以技術提供的診斷與治療疾病過程，醫生也更應把焦點加強於臨床中相對待的他／她，如何看待自身身上病痛的直接體驗。此乃下一章 Toombs 論證生病的意義中，試圖通過現象學心理學的洞察力，探索醫生解釋病情與病人體驗病痛的重要性，以及如何在醫病之間理解病痛的差異性中，給出建立一個共享意義世界的方式之重點所在。

第四章、

從現象學心理學論醫療倫理實踐的本質

在人類生命經驗中，疾病的存在具有必然性與普遍性。從人類面對疾病以及如何理解、解釋和處置疾病的問題，反映出人類視疾病為外來的寇讎且時時伴隨病痛與苦難，以及理解它是割離了身體與心理關係之不受歡迎的外來物。這也說明，由現代醫學實踐知識與客體對象相符合之發展邏輯建構中，對疾病關注的活動方式是將疾病視為治療、控制或消除的對象，把疾病概念化成單一價值判斷的認識方式與實踐模式。然而，面對慢性疾病與不可治癒者，病人自己對罹患疾病的生活經驗感受，若仍然過度依賴高科技的治療技術，反而顯現出現代醫學與醫學本身追求治癒目標的盲點與窘境。關於生病這種生命普遍存在失調的體驗，客觀病理學觀看的角度僅是把疾病視為控制或祛除的客體罷了，每個病情都具有其獨特性並為病人生活的複雜體驗與認知樣態，也就是說疾病從來就不是客觀的、可物化與可測量定性的對象。由於現代醫學忽略疾病的本質面貌為何，生物醫學的侷限性忽略了病人自身的生命身體、思想意識、周遭生活環境三者關係干擾與破壞的關係，無怪乎，病痛所帶來的焦慮不安多重複雜的感受，處處使得臨床上醫生與病患互動之間，始終存在著相互交流的困難。

簡單地說，雖然生病是個普遍的事實，但當它出現在每個個體身上時，卻不是一個簡單、普及又共通的現象。對每個置身於所屬的社會環境中獨立的主體，一旦要親身面對患病的發生，就會促使個人整個原本生活世界遭受破壞、翻轉甚至崩潰。疾病的事件從不能輕易簡單化約成科學方法論，把難題歸於因果問題的解決方式，它反而不僅止於身體上承受的不適與痛苦，也對身體失去控制能力而倍感自身的脆弱性，特別是必須面臨那些由疾病帶來盡是陌生的生活方式的改變。也就如此，鋪陳本研究章節的方法架構，至關重要的是，要能重新審視並革新醫學概念的思想演變，就必須從不同於自然科學的客觀觀察方式，另闢一條本質性全新的科學思維形式——即 Husserl 主張與科學研究的客觀世界截然不同的現象學的操作方法，強調對生活世界的觀察、分析和描述，指出在日常生活中主觀直接體驗到的世界。實施應用現象學心理學操作方法，主要是相異於講究實證觀察方法以外的描述科學方法，強調認識事物就是要能「回到事實本身」，也

就是「現象」方是一切知識的根源或發跡，這也是為何與自然科學不盡相同、針對醫學科學技術主義必須藉助現象學方法論，而能達到批判與釐清現代醫技主義目標的源由。

從上一章節論述中，關乎疾病概念和倫理意蘊等層層面相的析論疏通，我們已然清晰指出，現代醫學觀念和實踐向度充斥著一項事實，即以技術至上為主的生物醫學模式，異化了患者作為一個完整的個體存在性，不僅醫療過程被視作技術操作運用得宜的過程，對醫病關係更是理解為一種技術處理的對待關係。對此而言，S. Kay Toombs 之《生病的意義：從現象學來說明醫生和病人的不同觀點》(The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient) 顯然藉由現象學心理學的理論架構方式，實際運用在醫療情境場合中，以慢性患者生病的主觀體驗為基準，從疾病現象本身的多樣面貌，呈現醫生與病患各自在生活世界脈絡中，對病痛不同的認知背景和意義分析的方式。

基於前述之思路，Toombs 以自身患病事實的經歷，意識到病人對自身病痛體驗的生病狀態 (illness)，不同於醫生以生物醫學模式解釋為疾病的定義 (disease)，⁵³ 正是不同意義賦予的方式形成醫病雙方對疾病病情和身體，在主觀體驗上與客觀普遍上理解的差異性。於是，她藉著現象學對生活世界的深刻描述，去澄清我們日常生活體驗和多成因素的複雜性質，這些因素無時不刻影響著我們對身體、自我意識和周遭生活世界的理解方式。一方面，她以現象學心理學 (Phenomenological Psychology) ⁵⁴ 作為思考和解決問題的出發點，應用在疾病和健康護理的情形中，分析醫生和病人對於身體、病情與臨床治療的目標等兩者不同看法的區別所在。另一方面，也清楚描述了對於病人自身患病這項事實，給予處在病痛中自身對身體感覺、空間以及時間視域 (horizons) 方面的失調現象，說明會有何反思的意義存在。最後，再加以區分出疾病的治癒和治療不同的層面問題，而這正反映出為何慢性疾病對病人與醫生在交流上總是面臨的諸多挑戰，

⁵³ 凡文中標示為疾病 (disease)，特別指的是生物醫學模式下，對病痛體驗解釋為具普遍性的客觀對象之定義，並非本論文主旨所謂的，泛指一切有關患病事實主觀體驗之疾病 (Disease) 過程。事實上，在中文用語裡頭，疾病可與病痛相互通用，兩者間並無嚴格的區辨界線，本文傾向於將病痛含納在疾病之內並以之為統稱。若要仔細辨別兩者的差異，則是依上下文之語意予以裁定；或是，特於括弧內以小寫英文註明，將它視之為科學主義下的醫學語彙來分判。此說法轉引自 余安邦 (2007.8)，〈從「疾病經驗」到「倫理主體」：倫理化的可能性探問 (導言)〉，《本土心理學研究》(台北：台灣大學)，二十八期，註釋 (3)，頁 15。

⁵⁴ Toombs 在文中所採用心理學現象學方法 (Psychological Phenomenology)，與現象學家普遍慣稱用語—現象學心理學 (Phenomenological Psychology, Husserl 於 1925 提出此方法論)，無所差別，故以後者名稱為主要論述的表達方式。

以及能夠在共享的病情事實上，提出促進雙方建構有益的交流方式。由此進路，她說道：

疾病是一種普遍的人類現象，… 現象學反思可以建立一個奠定在病人生活病情體驗之上，為整體疾病模式提供基礎。這樣一個模式由於反應了慢性病的需要而尤為重要。⁵⁵

由於醫病雙方對疾病意義的構成方式存在根本的歧異，Toombs 藉由現象學心理學理論的架構，直接掌握處在病痛中人的直觀生活世界，將發生變化的這個新的論證為起點，著手強調對日常生活中的當下，或直接體驗到的生活世界的觀察、分析和描述，即能超越生物醫學範疇界定的理性抽象的客觀世界。這也正是 Toombs 為何論證沿著現象學方法，循著病痛中的內在體驗為研究對象，理解病人對病痛與身體變化、兩者之間觀點的差異，將對臨床處境下醫生在病人療護方面，提供有關疾病造成的存在困境的個體體驗，以及對醫學實踐的意義具有的根本重要性。

總言之，健康與疾病不再是一組相對的概括問題，疾病也不僅是客觀病理分析下對疾病本質的認識態度。疾病是人類生命現象普遍存在的事實，Toombs 以病患病情體驗所省思的意義，對當今生物科技掛帥的醫學模式不啻為一個強力的批判。她明白指出，奠基在病患的主觀體驗上的整體疾病模式，對時下醫學目的的審視，也說明了重技術擴張不會再是唯一途徑，強化技術手段或許是治癒急性病與保障健康的充分工具，但它並非是保障人類健康的必要方式。誠然，真正維護人類生命整全性在於應用技術同時，應引入醫學人文要素使技術人文化，以能促進醫學本身轉向以診療技術和人文關懷俱進的醫療體系。為此，Toombs 依恃現象學的方法把醫病各自看待病痛不同角度的問題，放進生活世界背景脈絡中，透過對生病的軀體、自我意識及其周遭環境作的深入描述，詳盡解釋醫病雙方不同的理解方式，試圖提供彼此之間意義共享的世界之根基，並能在這意義共享的視域裡，達到置人類病痛經驗為核心理論之醫學醫療目標。直言之，Toombs 從病痛體驗的描述分析開始，說明生病（illness）不能出於醫學對於疾病（disease）客觀化觀點，也不能出於社會對病態（sickness）的客觀建構，並進一步言及醫病之間共享同一個意義世界的方式，針對醫學治癒目標的審視與建言，由此取徑的現象學心理學的分析觀點就相形重要多了。

⁵⁵ S. Kay Toombs, 邱鴻鐘等譯（2000），《生病的意義：從現象學來說明醫生和病人的不同觀點》（The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient）（青島：青島出版社），中文版序言，頁 2。

第一節、現象學心理學

展示疾病作為自身內在體驗的意義

一、關於生病現象的不同觀點

在生活世界中，我們所有的經驗活動都是指向事物，現實世界也因個人與事物的意識活動的關係，而建構出屬於我們個人意有所指的世界。首先，在對現象的描述性研究中，就 Toombs 對現象學的操作方法下的定義所言：

… 與其說現象學研究是對經驗對象的直截的、不假思索的關注，倒不如說它包含著對經驗的反思。其任務是闡明和清楚描述日生活中視為當然的假設，尤其是，將人們對外部世界的世界提到顯著地位。為了清楚描述意識的意向結構，現象學的反思是以經驗意義為主。⁵⁶

現象學心理學的首要任務，便是要能呈顯心理現象的本質所在，也就是意識活動與意識對象之間具有相應的關係，這相應關係的結構就是現象學心理學的核心概念：意向性（intentionality）。日常生活中，一般我們意識到或是經驗到某事某物，經常不假思索或自以為是的用一種既成的觀點和態度——一種對世界信念的運作——去認識世界種種現象的本質和真實。如今，當我們不將自然觀點（natural attitude）對世界作為意識對象的獨斷態度視為理所當然的預設，反而用一種「無預設」的方法將之懸擱、中止判斷與排除，那麼我們就進入一種現象學的態度，也就是現象學的存而不論（epoche），由被看到的東西自行呈顯出來，就是 Husserl 現象學第一個重要的方法操作。因之，不帶任何偏見甚至包括自然我的部分也存而不論，「回到事物自身」由事物自身直接呈現於我者意識的現象本身，令其如實地（as it now appears）去進行描述、分析和確定意識意向的結構與區分出意義，這就是現象學心理學的理解任務所在。⁵⁷

⁵⁶ Toombs (2000), 《生病的意義》, 導論, 頁 2。

⁵⁷ 為了使日常生活中的直接感受的經驗性質與意義, 使其基本意向結構更為清晰, 便於揭示與區辨醫生與病患各自不同世界的意義, 顯然, 以 Toombs 的觀點而言, 致力於透過現象學描述分析的對象, 則是日常生活中各自不同角度的思維習慣模式。

也就是說，對體驗的分析過程中，作為個體我發現自己總是被安置於日常生活和直接體驗的世界裡。在日常生活中，對世界種種事物的直接經驗，都關聯著我對它們的意向——即，關於我與事物之間的意識關係，這個意識構造活動，無非來自一個包括獨特的個人經歷和知識儲備（多半是從文化和社會方面取得的知識），並且也聯結著過去和將來經驗和已被經驗的視域內（the horizons of past and future experiencing and which is experienced）、觸及範圍和向度中，整體事物環繞的突顯中心——我自己（me）的理解之中。通常，處在這個主體交融共同的世界，每個人的體驗必然是獨一無二，所有的體驗都是依著某人生活經歷與人生計畫等特定的生活處境下，以一種獨特的個人境遇，而且根據較廣的社會意義（屬於特定種族和文化背景的一種功能），所形成的個人特有的意義集合體。概括而言，所有體驗都代表了個人「傳記體式的境遇」（Biographical Situation），其中與事物關係之間，體驗本身與被體驗事物之間的相互關聯，這裡指的是意義的軌跡是基於某人意識的意向性活動，那麼，他人的體驗便無從得知，也就無法被我們直接體驗和理解，反之亦然。正如 Husserl 所指出那樣，他人世界的內容因此只能以預顯（appresent）方式為我所知，⁵⁸ 也就是透過諸如他人的體態（bodily gestures）的表達和語言交流過程中，由這類外在的參照系統我才得以理解他人的思想和體驗，相互間交流的個體才能用以建立一個意義共享的世界。⁵⁹

在此明確地以現象學的操作方法，研究醫病關係歷程的主要用意，顯然就是它強調於發掘的過程中，通過現象學態度包含著一種根本的解脫，與我們日常生活中直接體驗感受到的經驗之根本的疏離，這也就是為何現象學方法之所以合於臨床情境的實際應用上的原因。現象學主要的目的，是為了使臨床醫病遭逢時刻，醫生在面對處於脆弱狀態的病人，能夠放下自身原本存在對疾病既存的理論假設和行事規範準則，把它們存而不論地回到事物自身，不僅是把注意力挪回到眼前的患者本身的身體病痛或傷害上。無可否認，相應於生活於現實世界中，個體是做為社群一份子，個人經驗中的某一些方面，有其各自的個人經歷、傳記、多重關係；以及來自社會、歷史文化之現有的知識儲備（stock of knowledge at

⁵⁸ S.K. Toombs (1992), *The Meaning of Illness*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp.1-7。

⁵⁹ 在分析日常生活世界內的常識經驗，A. Schutz 主張，溝通的共同環境中，他人被預期之行為建構，是建立在一系列已經被預設的理想化（idealizations）的基礎上。顯然，這個理想化是依據「觀點相互性的一般主題」（the general thesis of reciprocal perspectives）而來的，這個一般性主體由兩個理想化組成：

- (i) 立場可互換性的理想化
- (ii) 關聯體系一致性的理想化

關於常識性的思考為何能克服各體觀點上的差異，參見 Toombs (2000)，頁 8-9，以及 Schutz, Alfred, 盧嵐蘭譯 (2002), 《舒茲論文集 (第一冊)——社會現實的問題》(Collected Papers Vol. I: The Problem of Social Reality) (台北: 桂冠圖書), 頁 32-33; 頁 420。

hand)，所有這些都無法脫離自身所處的周遭環境，無論是行動、話語、境遇，舉凡行事計畫或從事社交活動等，都與他人產生並保持某種關係與目的。也就如此，病人最主要的痛苦，就是來自疾病所帶來的整體生活的失序及變動，因此，透過現象學強調醫生應把焦點目光，對自身內在的「意向」指向世界的活動，轉移到這個參與活動本身的意義和層面的關注上，試圖進行聚焦與反思活動，以清晰理解每個獨特的生病現象背後，每個的當事人與其特定的處境脈絡下，由他們自身對疾病賦予的意義所呈現出來的不同的倫理議題。現象學就是有著「如其所是」的特性，所以 Toombs 才會應用其特性，對醫病之間不同觀點的研究，直截了當地將焦點，集中在疾病現象與那些由醫病雙方構成的意義方式上。

因此，考察醫師和患者之間的根本歧異，現象學家的基本態度是，如其所如地面對生病經驗，各自經驗意義的基本意向結構是什麼，以便闡明和清晰描述被視為理所當然的假設；以及通用現象學的反思提供我們能去思考，應該如何面對與關切長期病患、面對不治之症患者在面對死亡焦慮時刻的處境。為了提供醫病各自觀念的現象學心理學描述，進而在理解方面更為深刻的區別，Toombs 首先致力於生活世界中，對於我們經常經驗到並被視為理所當然的事物，事先予以放下、存而不論，不存任何預設，對自己直接經驗到的事物不做解釋，只是去描述、分析它，主要是讓事物釐清自己而能形構出自身的意義來。透過「現象學還原」這種讓事物如其所是、展現自身的方式，將發現許多被我們慣常地不自覺或自以為是為的看法，在日常生活中的當下時刻或直接體驗到的周遭世界，顯然是與各個科學知識展示的客觀世界不盡相同。同樣地，以此現象學操作方式，Toombs 也揭示了臨床上醫病關係的療護與倫理過程，直接與疾病現象發生衝突的主要根本因素，來自於醫生和病人各自擁有相異的「世界背景」的預設存在。由此，她區分出兩種不同的態度：一種是「自然的態度」(natural attitude)，它與日常世界直接的前理解體驗有關，另一種是「自然主義的態度」(naturalistic attitude)，它涉及到對直接體驗的一種根本抽象，即理論化的科學說明。是以，以下將說明分述 Toombs 如何運用現象學心理學的方法，論證醫師與病人各自的生活世界，將會對疾病產生不同的意義建構方式。

(一)、作為描述分析的現象學心理學的特性

Toombs 開宗明義論證了 disease 與 illness 兩個概念的差異。處於主觀生活經驗中，有關由不同層面的意義所構成的前反思和反思的 (pre-reflective &

reflective) 生病現象，現象學的描述分析不僅揭示疾病意義的複雜性，同時也揭示了直接基於生活經驗上的意義、和由此得到的抽象意義之間的本質區別。她認為：

… 它（現象學心理學的方法）將表明這些（病人對病痛體驗與身體症狀表現）不同的角度是出現在醫病衝突中的意義歪曲（distortion）的典型表現。這個意義的歪曲不僅關係到生病的性質（natural of illness），而且也關係到身體體驗的性質。醫生與病患不是在一系列共同假定的基礎上進行交流，而是在不同的「世界」的脈絡中與對方作例行的交流，每一方的世界都提供了一種獨特意義的視域（horizon）。⁶⁰

為明確描述醫生和病患的不同角度的區別，在操作過程中，Toombs 直接將焦點集中在生病現象，以及由醫病雙方構成的意義的方式之上。首先，她依據現象學對「生活世界」的強調，考察在其中醫病兩種生活世界的區別與關係，主要關注描述在意識對客觀活動及日常生活中不同的意義構成方式。在這方面，由於現象學還原的分析，辨別出醫生眼中的「疾病」（disease）與病人感受中的「生病」（illness），兩種關於生病經驗相異且對立的詮釋模式。這是由於雙方思維習慣賦予事物的關注焦點不同，醫師所受的訓練的注意力是集中在身體的各個症狀，病人則是關注在日常生活中疾病造成的影響。生病的感受最重要的，它始終是一種主觀內在的體驗，很大的程度上，痛痛的體驗是無法與他人分享的。因此，在描述病人病痛的主觀意識活動的結構上，從一般對疾病狀態的科學客觀分析方面，Toombs 迴轉進入在這些差異、回到正被疾病所苦者的身上，經由對「生病意義形構」的描述分析，及對「生病身體知覺結構」的描述分析，主要契入於病人生活經驗中的兩個方面，具體描述分析個人的時間感、空間經驗、我們和他人的關係，以及我們對自我和身體的感受等等。於此，Toombs 除了揭示根本性分歧植根於醫生—病人關係的意義的歪曲，其論述的重點在於，就生病現象的描述重申論證，不因只是依照客觀科學的醫學眼界加以界定。除此之外，臨床治療關係中對於個人獨特的生病意義和生病身體的看待，必須築基於病人病痛的生活體驗，就其實，個人生病的生活經驗也可以被理解為世界上展示某種典型存在的特殊方式。

總言之，Toombs 以現象學心理學的方法論對生病現象作哲學思考的論點，根本重點在於解釋醫病雙方的不同看法，此外，還將論證通過現象分析為理解他

⁶⁰ Toombs (2000), 頁 5。此處將「illness」譯成「病患」修改為「生病」或「病痛」，以符合本土醫學及文化慣常詞彙的用法。

們關係之間，構成的一個共享意義的世界提供了基礎。尤其是，現象學描述的方法亦為臨床情境中，個別獨特的病情相關的具體體驗提供了洞察力；進而，藉由討論證明現象學對於日常生活中身體狀況的反思，能達到關於生病體驗的移情理解提供了溝通的橋樑。最後，疾病（Disease）毋寧是一種普遍的人類現象，醫病關係是一種獨特的「面對面」關係，這種關係就是把根本築基在關切病人對病痛的體驗，以現象學的反思在對待病痛的「healing」和「curing」之間做出適切的區別，建立起奠定在病人生活的病情經驗之上的整體疾病模式。換言之，透過現象學的分析能為醫生與病患之「生活經驗之聲」及「醫學專業之聲」兩種論述間找到共通的對話的倫理關係，對於重新審視醫學目的的界定來說，現象學不啻提供了深刻的哲學反思的論據根基。⁶¹

（二）、醫生和病患各自不同的意義世界

現代醫學倫理的問題之所以形成，現代醫學遭遇到與原初目標自相矛盾的窘境，以 Toombs 的觀點，醫病之間的意識意向性焦點、雙方之間生活世界的差距即是問題的根本關鍵所在。析究兩種生活世界分化的問題方面，首先，Toombs 著眼於個人的生活經驗——即生活在現實世界中，依個人世界的意識構造活動分析去關注個體體驗世界的方式，具體討論了個人的意向性、時間性、空間感、與事物的關係及身體感等，有關其置身的世界視域的生病經驗，以及共享世界中的意向性差距、時間感差距和對病情認識溝通上的差距。⁶²

簡言之，關於兩種生活世界分化的方面上，首先，在「自然主義」的態度方面，醫生隸屬於「生物醫學實徵模式」下的生活世界，他的意向性焦點是按照生理病理現象的客觀關注，將事物本身的特性排除個人對它的體驗方式。透過現象學分析指出，由於個人意識明確導向該客體的活動，使得意識對象具有突出主題的特性，作為體驗的對象也因隨著個人注意力集中的模式而被賦予了意義。因此，醫生的目光理所當然把對疾病的焦點，從本質上轉化成各種軀體症狀的集合，通過臨床數據與專業術語的關聯性，病人的體驗在醫生的實用主義的凝視下，就被合理地理解為「客觀實體」、某種「疾病」的典型症狀。這就是說，「自然主義」態度的目的在於把病患的病情，作為一個病理學「事實」（fact）加以解

⁶¹ Toombs (1992), p.xvi。

⁶² 引證自 龔卓軍(2003.12)〈生病詮釋現象學—從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎〉，《生死學研究》，創刊號，頁 69。

釋，對病情的認識只會趨向一種客觀的「病史邏輯」的表達方式而記載在診斷病列表上。另一方面，病人則是按照「主體病痛體驗模式」在經驗生病的世界，不但不會把生病經驗視為一種疾病的過程或當作某種特定病例；相反的，生病對他而言，是一項影響到全面生活的「事件」。

實際上，病情的意義取決於患者的生命歷程，以及對生病體驗相關的連結性，在體驗病情的過程中，患者不僅是將機體失調尋求醫學上的解釋來體驗，進一步它是以獨特的生活方式來體驗與詮釋病情，並且感受到主要的威脅是自我完整性的喪失以及社會關係產生變化。尤其是，關於病痛作為「生活事件」的生活的體驗，它不僅不是客觀時間刻度上不連續的短暫的瞬間，反而代表著一個連續不斷且緩慢的煎熬，對於一個正處於疼痛中的人而言，時間反而是不等位的（anisotropic），其中過去和現在的痛苦連接成一個凝固的現在。⁶³毫無疑問，患者內在體驗的主觀時間與外在客觀時間之間存在著不可通約性，不僅在臨床上醫生專業知識的診斷與病人生活的體驗上，對語言所描述的對象容易造成信息失真以致帶來的交流方面的困難，源自於一種內在而非外在事件的生病的感覺，更是具有不可分享的特性。

那麼，對病情的生活體驗來說，原本生活在交流的共同環境中，所定義為共同理解的組成因素，已無法再能為構成一個「共同世界」的相互交流方式提供手段。於是，共享世界的常識性的思維構造存在著一種系統化（對世界之典型性的建構體系，它是植基於社會和文化方面的經驗知識儲存）的曲解傾向，尤其是疾病的事實是被醫生與病患以極為不同的方式所體驗。概括而言，與其說疾病代表醫病雙方之間共享的「現實」，倒不如說更加劇他們各自世界之間的巨大差異。這種基於生病感受的不可共享性，對於建立一個意義共享的世界帶來了莫大特殊的困難度。

二、現象學分析疾病意義構成對醫學實踐的影響

對兩種分化的語境脈絡的分析探討，揭示出在醫師和病患之間的意義方面存在著系統化的曲解，出自於醫病雙方以極其不同的方式體驗疾病。雖然，疾病代表他們之間一個共同面對的現實（reality），實際上卻是代表了兩個截然不同的實

⁶³ 參見 Toombs (1992), pp.1-7。中譯本，Toombs (2000)，頁 8-15；此處引自 龔卓軍 (2003.12)，頁 69。

在 (realities)，不論在諸如聚焦點、自然主義和自然主義態度、時間性與關聯性等這類現象學概念的思考方面，都呈現他們各自從自身的生活語境理解疾病方式的歧異處，並且這些都是由雙方各自的世界為疾病的意義提供了各自的基準，當然，對於疾病體驗的意義，要能勾勒出一個醫病雙方意義相互共享的世界，尤為困難。這也足以證明，Toombs 論證的重點在於，通過意義構成的現象學分析，足以為醫病雙方構成的不同意義提供某些重要的見解。這些切合實際見解的一種分析，主要的用意在於，病痛是主觀經驗的遭遇，醫師在診療過程中除了實際技術操作治療疾病外，不應忽視個別情境下病人個人的病痛體驗，以致影響了在各自的世界之間能夠採取相互交流的具體步驟。

1、揭示了醫病之間觀點上巨大差異的重要性

Schutz 曾經強調，個體行動的類型與形式，取決於本身的認識關聯於最深刻的信念與興趣，這些在日常生活中起作用的關聯體系說明了個人的表達，以及做成的具體選擇、態度決定與認可。⁶⁴ 基於生活經驗和科學概念化之間關聯系統的區別，就形成了一個至關重要的分歧。因而，足以表明，面對疾病的事實，醫病雙方對當下的問題的界定也會不同，這是因為生病體驗是某人面對自身病痛體驗的脆弱性產生相應的反應；而醫生則是由於科學訓練和職業目標的體現，勢必將病人的病痛當作「知識」(knowledge) 的臨床數據，而非相應於主觀體驗病情、與個人具體的處境有關的「信息」(news)。

2、予以生病感受主觀體驗之「正當性」的重視

患者的體驗不僅是對抽象客觀實在的一種主觀描述，而且還因為生活體驗反映了病人生病感受的實在 (reality)。更確切來說，活生生的病情根本無法代表共同的客體，生病的感受是最直接的、最重要的，是因為它是一種主觀的經驗，一種專屬個人的內在事件。另外，造成病情體驗不可分享性的一個重要因素是內在時間和外在時間的不可通約性，也就是病痛感受的生活體驗時間，即便是時間刻度上一個不連續的瞬間，每次疼痛都是代表一段連續不舒適的狀態，這是無法依

⁶⁴ 所謂關聯 (relevance)，Schutz 認為，一個人所關心的東西取決於他或她所從事的工作，以及他或她的生活中起作用的相關系統；特別是，日常生活的世界是受自身的實用的動機支配的，因而，與患者最相關的關聯是疾患將會給日常生活帶來多大的影響程度。參見 Toombs (2000)，頁 24。

照客觀時間（關於外在時間共同的語言）來描述病情的。

3、考慮病人世界的「視域」的重要性

目的在於強調有關患者基本關聯的因素，代表著每一個病人都具有其個人對於病情體驗賦予的意義視域。對某個特定患者而言，本身既是體驗者又是意義的賦予者，病痛的意義將取決於他的諸種意義的集合體，亦即這個集合體必然也是他獨特人生境遇的一種體現。在意義的構成中，體驗者與其被體驗的事物之間存在一個基本關聯，主要是指患者可能遭受由病情及治療造成的正常生活被破壞，而且這種破壞深刻困擾著經歷其折磨的患者，例如，被醫生僅視為治療的副作用的症狀，可能被患者體驗為不可接受的影響，即它們對患者的生活計畫而言，形同造成嚴重的困擾與破壞。因此，有關瞭解患者的文化背景這一重要的見解是絕對的必要，因為根據特定種族和不同的文化背景，以及根據植根於特殊生活經歷的個人意義，生病的症狀就會有所不同的含意。是以，醫生不僅應按照每一個人傳記情境，更應根據他們所屬的社會文化的背景，考慮病患的意義世界就顯得格外重要。

4、治療過程中，每一方都具有基本的重要性

如同上述所指，既然在意義的構成中，體驗者和被體驗的事物之間存在一個基本關聯，作為體驗者，不論是病人特定的生病意義，作為醫生當然也同樣是病情意義的賦予者。假如在面對病人及其病情時，醫師能識別關於疾病先入的概念，並把這些預設概念擱置一旁，轉換成與患者面對面接觸的過程中，關注在病情體驗的意義上。於是，在治療方案、醫治目的的方面，以及對患者的最佳利益的評估上，都受到病人自身的特殊人生計畫目的影響，這樣的結果使得在治療過程中，每一方都具有其基本的重要性。表示出不但可以證明醫生因而著手建構一個能與患者處在共享意義的世界裡，直到最後，雙方亦能同時達到在同一治療系統中，共同進行協商和合作的醫療行為目的。

5、表明病情生活體驗之「敘述」(narrative) 描述語言的重要性

理解病患生活體驗的重要性，特別是關注於病人對病情的敘述描述方式，能

提供醫生有關疾病造成病人的存在困境體驗感同身受，以及幫助醫病之間發展一個意義共享的世界，患者的主訴對醫學實踐必有其絕對重要的信息。尤其，現象學的態度主張把所有可能的解釋都當作預設予以存而不論，目的就在揭示並能理解這些描述分析背後所隱含的經驗的意向結構。對於醫師在了解生活體驗的病情，透過生病故事的敘述，避免將問題預先限定在純粹的生物學方面、醫生有意引導出的簡單生硬的回答，而將自身注意力轉向雙方賦予疾病意義的差異之上，引入患者與醫師之間的對話，則能提供關於病情第一人稱的陳述；並澄清各自對病情生活體驗之間存在的本質性的差異有所助益，而能促進醫師能深刻洞察病情對患者帶來的生存困境，對於患者的處境有更深入的理解，使得醫生和病患才有可能處在同一共享意義的世界。

陳如上述，唯有醫生將注意力轉向這些差異之上，釐清在病情的生活體驗和作為一種疾病狀態的概念化之間存在著本質性的差異，對醫生在臨床護理時的診斷、治療、預後過程中，理解每個病人獨特的生活體驗的重要性，如此醫生和患者在他們各自的世界裡才可能採取具體步驟架起對話的橋樑。如其所論，Toombs對疾病現象學的哲學思考論點在於，透過對醫病生活處境的描述，讓醫生明瞭在體驗病情的過程中，清楚理解不應只是將機體失調視為疾病的一個典型案例來體驗，實際反而是以一種獨特的生活方式在體驗病情，也就是醫生必須理解對病人生命歷程而言，疾病也可以成為展示某種典型特殊的生活狀態。因此，理解患者生活體驗的重要性不應被低估，假如醫生不審慎考量病情對患者意謂什麼，治療取得成功的可能將微乎其微。至於，關於病情的生活體驗存在何樣的病情與身體感受本質性的差異，將是下一節的論述重心。

第二節、疾病意義的形構與身體知覺形構

由上文論點得知，醫生與病人不同的觀點不是一個不同知識理解的簡單事件，而是一種更為深刻的理解上的區別。這種區別在醫病關係中特別的重要，尤其在生活經驗和科學方式的說明間，現象學證明了對生活世界的解釋和科學化的概念之間存在著一種清晰的、根本性的裂縫。這種植根于醫生與病人關係的意義根本扭曲，對醫學實踐而言有著重要的含意，它將表明具體的病症表現與疾病狀態的表現是截然不同，實際上，它對醫病關係的影響也未得到妥善的處置。另外，對於展現醫病雙方之間共享的意義來說，醫生亦有必要在提供治療目標時，明確地關注病人個人的體驗。從根本來說，疾病症狀是身體紊亂時的體驗，它並非是

作為生物學身體的功能障礙，因此，治療目標就是為了達到預期的最佳療效、使病痛有所緩解，醫生關注的焦點就必須從疾病狀態的客觀病理生理學，導向患者體驗的身體不適的感受。

為此，Toombs 藉由現象學分析表明，每個病人獨一無二的直接體驗，必然是在臨床中醫生與病人常見的認識、情感、倫理和行為衝突的重要根源之一。倘若從客觀病理學的角度去關注疾病的過程，僅會使生物醫學的模式不但不能抓住病情獨特性，造成醫病雙方信息交流的侷限性也會更加顯著。也就如此，更加突顯醫生和患者的生活世界，病情與身體的體驗為共同理解的橋樑提供了起點的重要性，也由此表明，醫生唯有透過病人對病痛與身體感知的詮釋的把握與分享，方能使醫學整體實踐全面發展以療癒（healing）為主的醫學目標，成為未來可能具體實現的展望。概而論之，在澄清促成雙方世界相互疏遠的差異本質，運用疾病現象學的描述方法，便是集中在關於前反思和理性兩個不同層面意義所構成的疾病現象，作為各執一端的醫病雙方提供意義溝通的交流語境。從現象學關注在人類日常生活中意義構成方式的視角出發，詳盡探討患者認識病情的方式，正是因患者的生病體驗是植根於日常生活世界中理論化背景的影響。尤為特別的是，生活中的病情本質上是按其對身體、自我和生活世界的破壞去體驗，身體因為疾病而受損才會變成是患者關注的焦點。因此，從對於身體受損的感受進而論及疾病的存在離不開我們自身的身體，故於考察醫病雙方理解差異的本質，就必須由探討雙方各自如何了解身體的方式。尤其，瞭解患者身體變化與自我概念的演變，從疾病和自我、他人、周遭環境以及科學觀看的互動關係，關於身體被意識方式的意義分析，將有益於理解到，這種分析方式對於醫學實踐具有哪些重要性。針對上述疾病諸多的問題，Toombs 探討焦點將置於疾病現象上，闡明病患所體驗到的疾病一般性質，關於這些體驗是如何在正常情況與疾病情況裡表現自身，以及醫病雙方各自對於病情體驗的感受與生病的身體感受的了解、以及生物科學概念是如何不盡相同。

一、疾病意義形構之描述分析

Toombs 以現象學描述方式，揭示了直接體驗的世界是先於科學的思維習慣所派生的世界，兩者之間清晰的鴻溝明確體現在病患的體驗中：病人是切身地在體會病情，他們用來界定病情的範疇主要涉及日常生活和身體功能，也就是對病情作為生活事件來做出反應。相較而言，醫生可能僅僅根據科學理論來界定患者

的病情，把病人病情意義的複雜性，簡化成解剖學或病理學疾病的分類解釋的形式。這些差異足以說明，醫病觀點上的區別主要性質來自各方意義構成的不同樣態，形成醫生和病人各自有著相異的疾病感受。依此觀之，現實臨床實踐中，常見醫學總是扮演著解釋病人受苦感受的主要角色，認為受苦（suffering）與疼痛（pain）或其他不愉快的症狀（如嘔吐、腹瀉）相互關聯，認為病人主訴痛楚的感受只是一個疼痛的反應，醫學的主要工作就是減緩他人的疼痛。

對於此種見解，Cassell 認為「減除（輕）疼痛就能免去痛楚」這種觀點根本就是過度簡化受苦的本質（Morse, 2001）。⁶⁵ 於是，Toombs 進一步主要探問的焦點，就集中關注在醫師和病人各方面存在的裂縫，發生在如此差異性觀點下，病人遭受的痛楚會對醫學實踐有何重要的啟示；倘若能理解受苦者的體驗模式，又能對醫學倫理提供那方面具體的建議方案。也就在下文，Toombs 借重 Sartre 從現象學角度，所提出對於醫病世界中醫生與病人觀點上的基本歧異，考察分析個人對疼痛與病痛的意義建構分成的四個層次，以及說明哪些疼痛現象會影響前述的病痛意義的構成，又對醫病之間形成哪些雙方溝通上的問題？將按其步驟討論之。

1、疾病的意義建構四層次：⁶⁶

Toombs 針對 Sartre 曾以現象學角度分析病痛提出的個人論點，予以整理為病痛意義構成的四層次，指的是：「前反思的感覺經驗」（pre-reflective sensory experiencing）、「受苦的病痛」（suffered illness）、「疾病」（disease）與「疾病狀態」（disease state）。⁶⁷ 前面三個層次的意義建構主要由病人察覺，而第四個層次則是由醫療人員對病人的感受予以疾病的概念界定。在此小節主要探問的，作為一個病人是如何感知與理解疼痛發生？對於疼痛的察覺又如何對它的感覺反應轉變成反思的狀態？病人又進一步如何把這受苦當作是疾病？以及對醫生而言，對於他或她看待病情會對病人感受有何影響或意義？底下即來依次討論這些問題。

⁶⁵ 轉引自 林耀盛（2006.3），〈聆聽受苦之聲：從「咱們」關係析究慢性病照顧〉，《應用心理學研究》（台北：五南圖書），第 29 期，頁 183-212。

⁶⁶ 參見：

1、林耀盛（2006.3）。

2、林治國（2004），〈論疼痛〉，南華大學生死學研究碩士論文，頁 84-91。

⁶⁷ Toombs（2000），頁 39-59。

(1) 前反思的感覺經驗 (pre-reflective sensory experiencing)

病情意義構成的最基本、最源頭的層次，也是最直接的、屬於感官經驗的，揭示著意識存在於身體的表現形式。這種表現形式通常是因為感官經驗察覺到身體不舒服而引起的，譬如意識到身體有某些痛或癢的異樣感 (alien bodily sensation)，或身體功能上的改變 (如無力感、僵硬感)，或者意識到身體的正常外觀的變化 (紅腫或損傷之類) 等等。平常這些感官經驗在生活當中是被「遺忘」的，在這層次我們的意識就是生活中的身體。前述指的疼痛經驗一開始個體經驗到的就是「痛就是身體本身」(the pain is the body)，不是身體那個部位產生疼痛感，相反，有些被遺忘不舒服的感覺，在某個特定的時刻被喚起反變成是處於疼痛的狀態。因此，這些生活中的體驗最為普遍也最平凡可見，一旦出現有些也會在生活中不太會因感受到干擾而逐漸被遺忘 (常見的是宿醉後的頭痛、勞動後的腰背痠痛、腳踢到硬磚頭等等)。也就是說，並非所有異常狀態都是病症，如吸煙者的慣性咳嗽已經變成他們身體本身的一部份，並成為一種生活方式；而且，既然它不是在前反思層面上做為一種異樣的感覺被體驗，它也就無法在理性層面上做為「生病」來被患者理解。總之，這一層次主要討論的是直接與身體表現改變有關的病痛，此時身體和病痛處於共存的樣態，即病痛和身體是無法區分和言明的。

(2) 受苦的病痛 (suffered illness)

當然，那些平時被我們生活中所感覺 (甚至會被遺忘) 的身體不適，不經常會是在反思層面上被理解為受苦的病痛。那麼，是什麼樣的情況下，使得本來對它無以名狀的不舒服感，會漸漸浮現並喚醒我們對它的注意力？雖然，在理性層面對於它的理解，經常是由前反思上直接的感覺體驗的結果，然而，其關鍵在於，我們的注意力游移到身體本身使之成為意識的主題，導致在反思層面上理解成受苦的病痛。這方面，根據 E.T. Cassell 的說法，⁶⁸ 生病的諸種症狀是病人感到身體有「異樣」(alien)，或者「不尋常」(unusual) 的感覺體驗就是關鍵點。或是像 H. Tristram Engelhardt 所說的，⁶⁹ 為了解釋這個感覺經驗，就必須將它 (異樣的身體感覺) 反思理解為功能障礙，或者必須包含並非屬於人體正常功能的一份疼痛來感受。

⁶⁸ 轉引自 Toombs (2000)，頁 42。

⁶⁹ 轉引自 Toombs (2000)，頁 42。

這也形同明確指出，假如身體異常直覺的經驗夠久、頻繁和不尋常，持續夠強擾亂了我們在世界日常作息的運行，就會受到病患注意並試圖去理解它，這種疼痛就不再是生活裡的疼痛 (lived-pain)，反變成了客體的疼痛 (object-pain) (與此相反，像上文提及的煙癮者的咳嗽已成為他身體的一部份，它已是一種生活方式就不會被當作是異樣感被體驗)。在這一過程中，身體意識已不再將視之為理所當然或者平日對之輕忽，必然會受到病患的明確注意並做出反應，此結果一旦進入反思行動，個體會將痛的感受轉化成心理客體，這樣在某程度不同於身體的「它」就不再只是個直接主觀的經驗，而是一種有其自身形式可以辨識的疼痛區，進入反思的過程而變成為意向性的對象 (如：我頭痛、左脇腹部隱隱作痛)，就是進入受苦於如此病痛的反思層面。

(3) 疾病 (disease)

在前反思層面上，於平常每日作息中身體的存在，自然未曾被明確地意識到。相反地，一旦身體的直接體驗功能紊亂、疼痛的程度足夠地不尋常，人的意向性就會從生活中轉移到這個身體的疼痛上來。就此而言，將注意力集中在這個不正常的感覺上時，所發生的注意力轉移現象，身體功能的紊亂本身便成為注意力的焦點。結果，直到進入第三個層次，對身體機能紊亂的重視和理解會使病人有一種直覺的意識，使人思量這個身體的疼痛或不適只是一個更大的整體的局部面相；事實上，它們反倒都指向一個更為複雜的實體存在。亦即，伴隨著每一次的疼痛或身體不適都會讓病人感受病痛之苦，而且這個受苦的病痛更是超越所有症狀、體現為身體異樣的感覺綜合體，讓人直覺它正是意味著代表一個既複雜又可怕的「實在」(disease)，一種正致人於死地的「疾病」的表現形式。

在疾病的層面上，某人將病情當成「疾病」來理解，就代表在反思層面上病情已是一個客觀的疾病；並且關於這樣的認知，就是個體經由得自他人的知識或其他的來源，指認這樣受苦的病痛 (illness) 就是客觀化的「疾病」。如 Sartre 所言，這樣把身體當作一個客體來理解時，就是一種「為他存在」(being-for-the-Other) 的身體疾病。生病的人對疾病的概念結合了自己從他人處獲得的零星知識而知曉，而且，做為客觀實體的存在——它 (it) 還超越了主觀性，也不再反映關於病痛的生活體驗。換言之，患者會對自己之前的感受病痛的經驗賦於意義，除了將生活的身體視為一種具體的對象，察覺身體變為生理方面的有機體所產生的功能變化，而且還將直接感受到的損害或紊亂，理解為包含了某種特殊文化意義闡釋的客觀性質的疾病。所以，疾病是一種將身體「對象化」

(objectification) 的指認，這個過程會受到病人所處的生活世界中，關於自己的知識、所處的文化、社會背景以及人際關係相互關聯的影響。

(4) 疾病狀態 (disease state)

第四個意義建構層次，主要是醫生對病人受苦感受的病情概念的界定，與前三個代表病患理解病情的方式所建構的意義層次有極大的歧異，醫病之間必然的鴻溝，主因在於以生物科學醫學而言，是以自然觀點把病情納入醫學的分類範疇和因果解釋範疇，加以概念化界定的結果。在前三個層次，病人所關心的則是自己的病情和自身生活方式受到某種困擾與影響，然而，作為一種「疾病狀態」的界定，它的各種症狀都被醫生以物理符號進行重新解釋，按照自然主義態度的觀點翻譯成各種客觀的量化數據，疾病被構造成一個通過醫學範疇界定的一種理性抽象化的實體。此時，就像 Sartre 認為病情在生物醫學模式下，已完全被視為「一個由細菌造成或組織壞損的問題」，納入自然科學解釋的因果關係之中。⁷⁰

在這一點上，病人的病情被當作病理學或病理解剖學的事實。舉凡臨床上若是沒有跟已證實的診斷數據資料相符合，以及病人的主訴或提問沒有跟病理相關，就被斷定屬於病人個人的怨懟，醫生就不會等視為真正的疾病。至此，病情也就能夠脫離患者的主觀體驗，而被重新劃分為客觀的事實，獨立地藉由醫生透過專業的語彙進行描述分析與醫療行為。這個階段確知的衝突問題出現在於，對病人來說知道某東西出了問題，就是意識到我的身體功能的紊亂和病痛，以致影響了最簡單的正常生活的運行。但是對醫生的立場而言，卻是認為以病理檢查報告時異常的客觀的數據，方為意味著身體某個部位、環節被診斷出了問題。就其所言，醫生與病人之間存在著必然的、完全不相干係的實在 (realities)，在於醫生眼中主要的是對這個疾病狀態的根本實體 (fundamental entity) 的認識、診斷與療治的問題；對患者來說，卻是關注這個根本實體就是感受自身痛苦地活著 (the body painfully-lived) 的問題。在此必須指出的是，植根於生活世界的理論背景中，對「前反思」和「生病」的理解均反映出患者特定的生活環境，但是，醫師以概念化的解釋模式作為一同共享疾病的這個事實，卻是代表著有別於病人生活中體驗所構成的意義層面。

⁷⁰ Toombs (2000), 頁 47-48。

2、疾病體驗的複雜性

經由前述 Toombs 透過 Sartre 的觀點，闡釋說明醫療脈絡中對病痛經驗的意義建構來看，病人和醫生是分居在不同的生活世界，反映著他或她各自代表的世界之間存在著莫大的歧異性。醫生的自然主義態度的觀點，與前三個由病人生活經驗中所建構的意義層面具有相當的差距。換言之，疾病狀態的診斷是一種與病人經驗不盡相同的理論化下的抽象產物，然而，病痛意義的複雜性事實上卻是無法被還原簡化成解剖學或病理學疾病分類的概說。就此方面，作者不僅揭示影響病痛意義紛歧的巨大複雜性，而且緊接著指出在臨床實踐領域，何以醫生必須面對病痛意義的區分，對於改變現代醫學自然科學態度與客觀化的醫病關係，以及扭轉偏離人文關懷本質的生物性的診療傾向，⁷¹ 就醫師理解病痛的性質著實起著關鍵的重要性。

扼要而言，探討病痛複雜的意義對醫學實踐的影響，首先，如果醫學的目的是為了減緩病人的痛苦，那麼就不僅必須明確關注病患對於病情的體驗，而且還有他或她對於病情的理解也是必須重視的。因為，醫生對於病人「疾病狀態」的診斷代表一種理論化的抽象，有別於也不等同患者的病情體驗，病人的痛苦並不同於生物有機肉體疼痛的感覺。事實上，病人生活經驗裡描述生命中的內在意義決定疼痛的理解方式，進而決定了感覺的經驗是否被理解為「生病」和「疾病」。這就是說，痛苦出現在理性層面與病人理解病情的方式，以及本身整個生活狀態的模式密切相關，病痛的軌道與生活互動之間合而為一，並且直接影響個體生活整體的發展過程，結果，生病歷程已無法從生活史分離，病痛的連續和轉化也促使個人了解病痛的意義。再者，病情的文化背景界定也會成為病人痛楚的根源之一。所謂事實，就是指被解釋的事實，醫學就是面對生病這個事實，易言之，醫學事實有其文化的背景，這即是說，在觀察者與被觀察者之間存在密切的互動關係，這樣的觀察活動總是有其自身的文化背景在之中運作。⁷² 文化的導向構成疾病的一般常識性解釋，提供我們理解與處理特定病痛的方式，因而我們可以說，病痛經驗無論是不是一種並未造成功能完全喪失、或感覺上不適的損傷，卻還是導致了理性層面上的痛苦，大部分的因素都來自感受痛苦的形成，是一種永遠依附在文化意義的影響，反映出置身的生活世界裡社會文化的價值觀（Kleinman, 1988）。⁷³

⁷¹ Toombs (2000)，譯者前言，頁 9-10。

⁷² 參見 Toombs (2000)，註釋 60，頁 146。

⁷³ 參見 余安邦 (2007.8)，頁 6-7。

進而，既然痛楚與患者理解病情方式有密切關係，顯然，意義的改變可能減輕或加劇病人的痛苦，那麼，醫生的診斷對病患理解病情的影響，及其某個診斷對某個病患的特定意義就變成極其重要。就現象學心理學的描述來說，診斷在形式上是科學抽象的，但事實上本身卻是充溢著個人和文化上的意義，很大程度上一種真實（*bona fide*）的病情，是隨著文化境遇和歷史時期的認識所投射表達。在每種社會結構中疾病的意義，都會根據其本身的科學觀和價值觀的區別而有極大的差異。因此，如何減輕病人對於病情的價值判斷，與期望的不同理解而造成不必要的痛苦，就成為臨床醫生的一項任務。為此，臨床上若出現無視病痛的意義的醫學治療，就可能足以導致診斷和治療的錯誤，也同時對病患本人帶來痛苦；說明了為何理解病人對於病痛的體會，可以使醫生成為一個更好的專業治療者的原因所在。另外，值得意識到的重點，在醫學化的問診中，病人常用一知半解的疾病醫學術語來描述他或她們的症狀，結果常誤導醫生的診斷和做不必要的檢查與不恰當的治療，更加說明假如對病人關於「疾病」的理解沒有給予充分的重視、也不就其病情的解釋模式進行有效的溝通的醫生，有可能導致抓不住病情的關鍵特性或者可能採用的手段是不適當的治療方式。

最後，造就病情不可共享性的一個重要因素是內在時間和外在時間的不可通約性。如上文所述，在設想的疾病（*disease*）層面，病人會對自身體驗賦予解釋性的意義，生活上的生病感受是對身體功能失調的一種當下體驗，它是在內在時間中（生活時間）直接為病人所體驗。正是表示時間感的變化也會造成病痛意義的變化，醫生若不懂得病情中的內在時間和外在時間的區別，同樣是會對臨床診療帶來認識與理解衝突的原因之一。Toombs 通過病情意義的現象學分析揭示出，病人是以個人的主觀內在（即生活時間）來經歷自身的病情，然在生物醫學的病史回憶中，則必須依據客觀的外在時間（即可以用時鐘測量的時間）來描述病情，醫生也使用同樣的時間刻度來衡量病人體內發生的事件，並將其界定為「疾病狀態」。然而，內在時間與外在時間具有不可通約性，在病史敘述中病患被迫回憶過去發生的事件，再現之但已不直接地體驗病情，而變成是「好像」（*as if*）按照因果鏈一件接一件地發生，「疾病」彷彿被強殖地輸入發生在一條時間直線上，一系列瞬間間斷的、原子式的反思性描述中。這樣的事實是與患者真實的病情體驗有著很大程度的不同，以致在敘述過程中患者就會變成自己病情的不可靠的陳述者。由此現象學揭示的生病意義的形構層次的區別，就這一方面資可說明，對病人生病意義的時間維度的明確認識，對於創造一個醫病雙方共享有的意義世界而言是益形重要的。

正如 Toombs 引述 Sartre 的觀點指出，⁷⁴ 將病情當作「疾病」加以客觀化導致與病患身體的疏離，造成這樣主要因素來自意向性體驗層面的時間性的構成不同，依照客觀理性的描述使病情轉變成一種超越主觀意識的客觀實體，當個體與生活體驗越遠離，則與自身身體的疏離感就越大。是以，為了清晰確認病痛的意義構成的各個層次，考慮病人把握病情的方式必須意識到的差異處，Toombs 曾言及：

生病使身體被體驗的方式發生了根本改變，異常的感覺體驗使身體成為意識的重點。…在「疾病」層面，患者將活生生的身體客觀化，並將理解為一種神經生理學的機體，身體的這種客觀化導致身體與自我之間的疏離，而這種自我本來就內在於不適體驗中的，隨著醫生在「自然主義態度」之中將身體理解為一種科學的客體致使這種疏離感得到強化。⁷⁵

令人深深理解到，尤其是醫生和病患對身體的不同理解方式反映出，基於生活經驗病情意義的給出方式，與作為抽象概念化定義的疾病機轉方式之間極大的差異。下一小節將逐一探討這種身體的構成有何重大的異同。

二、疾病身體知覺結構之描述分析

在氏著導論中，就身體病痛考察了醫病雙方對身體理解的差異，曾提出探析病痛性質與患者體驗必須關注於症狀的具體表現，以區別這些體驗如何在正常和疾病情況之下表現自身，進而，在對於生病的身體（body-in-illness）深入比較醫病雙方對其概念有何不同。顯然，Toombs 的目的在於，剖析處在世界中整體喪失感的疾病現象，除了焦點置於病痛經驗的生活形態轉化和意義建構外，也必須關注生病世界之外，關於患者寓居於現實社會世界整體相互關聯的影響結果。若從現象學角度分析身體，尤其生病中的身體將不僅是失去功能的生理身體（biological body），而是被患者從根本上體驗到整體感的喪失和控制感的喪失，深刻加強了患者生活身體（lived body）的斷裂感。⁷⁶ 於此，Toombs 指出關於理解身體方式的分析，必須先區別前反思層次與客觀或生理學的身體不同。針對這部分，她引證了 Sartre 和 Merleau-Ponty 之身體現象學的論點，闡述在正常環境

⁷⁴ Toombs (2000), 頁 58。

⁷⁵ Toombs (2000), 頁 58-59。

⁷⁶ Toombs (2000), 頁 188。

下生活身體被理解的方式，及其在生病或臨床中、客觀的或生理學的意義，彼此之間區別成下列各個階段：

1、看待身體的五種方式

(1)、生活中的身體 (The Lived Body)

在直接體驗的層面，身體是以自然態度被理解為「生活中的身體」。從現象學角度看身體，關於生活身體的分析是在前反思的層次進行，它的意義包括：(1) 身體並沒有明確地被主題化為一種生理的身體或物質性的客體。(2) 與生活身體的關係不是客觀的關係，而是一種存在意義的關係。生活身體意味著「我就是我的身體」(I am my body)。(3) 因此，身體與自我之間不是分離對立而是具有一致性。(4) 生活身體展現構成一個人具象化的特徵，包括：在世存有 (being-in-the-world)、身體意向性、身體的首要意義、脈絡的組織、身體意象、以及身體姿勢的展現與身體的重要特性。⁷⁷ 在此，Toombs 藉由 Sartre 的看法，認為在日常生活中的前反思層面，一個人是以一種非理性或非客觀的方式直接體驗自己作為存在的身體，基本上，這個存在的身體，總是在日常繁多的運作中被自己的意識遺忘和超越。作為一個具體化的主體，身體代表我在世界上的獨特存在，它不僅是一個有自覺意識的存在（意識就是身體，意識使身體存在），也是我們在世上得以認識諸多事物的指示參考中心，更是我參與周圍世界行動的目的和工具。當我處在一定的行為環境中，我的身體不僅通過感官 (senses) 的認識，而且還根據當下身體的安置與行為得以體驗周遭的世界，從一個人想要對世界有所體驗、可獲知某些事物，就必然要通過自身的身體才能與它們發生關聯，此時身體的各部分就是聯繫周圍世界的有意識的邊線。

(2)、作為客體的身體 (Body As Object)

從前反思層面來看，身體總是在平日運作中，為執行實現 (realize) 它自身作為一個生活的身體的任務，往往在靜默中被我們所遺漏與忽略。於是乎，生活中的身體並不是意識意指的範圍，倘若要將生活身體視為身體這種情形是需要他人的出現，由於他人注視著我的身體，自己才會體驗自身的身體作為一個「客體

⁷⁷ Toombs (2000), 頁 60-61; 林耀盛 (2006.3), 頁 188。

的身體」而存在。本質上，自己和生活中的身體本然就是無法相互分離的統一體，當與他人相遭遇或一個人身體產生疼痛或生病時，方為意識到透過他人的目光而成為一具生理身體，同時也使自己進而理解本身作為一個生理學本質的感覺器官的集合體。或者說，一個人將自身身體理解為客體，也並非僅對於他人而言才是一個客體的存在體驗，身體也可以是因為失去或改變它與周遭環境的關聯，突然地以一種物質性的客體出現在自己意識範圍之中，從而，生活中的身體就已轉變成我的主觀性外的一個事物。換言之，在理性層面所進行的反思活動，使得身體作為一種物質性的客體而成為我意識聚焦的主體，並且意識到我無法參與自身身體的生理運作過程，而將自己的身體視為一具生理－生物學的事物。

所以，這種異己的感覺使身體被揭示為肉身（corporeal）的物質性存在。如同 Merleau-Ponty 指出的，生活身體的結構中存在著根本上的雙重性——身體就是「我」（me）和「我的」（mine），然而，對他人而言又是具有客體的身體性質，亦即我的存在同時既是「表達」又是「被表達」（expressed）。此外，Zaner 亦言及，病痛中的身體是怪異／神秘的（uncanny），有別於一般對身體的體驗，這種怪異感經常在有機體失去或改變它與周圍環境的聯繫時，突然被呈現在意識中。這意謂病痛中身體的怪異性有著四類型特性：（1）不可逃避的現實性（the inescapable／the limitation）（2）恐懼的蘊涵（chill and implicatedness）（3）隱匿的存在（hidden presence）（4）異己的存在（alien presence）。⁷⁸ 還應指出的是，在生病的情況下，一個人將身體理解為一個生理實體，將會反映他所處的特定的生活世界。

作為一種具體化的主體，每個個體以其自身的獨特性棲居於生活世界中，但也因於本身這種特定的具體化，必然意味某種不可逃避性和根本性的限制，個體必須接受其限制而無法為所欲為，並且必須充分考慮自己的身體具實的因素。換言之，具體化的存在表現為現實中的「我的存在」（mine），於其中，身體所發生的一切都能夠影響著自己，從而使個體能夠將自己體驗為被我的身體所蘊含，意即這樣特定的具體存在，不可避免地會遭受這個特定的身體所遭逢的一切痛苦。是以，特別是身體本然走向死亡性的根本形式，致使個體將對這一具肉身蘊涵（corporeal implicatedness）的體驗，可能就帶來一種驚駭與令人恐懼含蘊的認識。另外，儘管已經習得醫學專業知識，自己無法控制也不能意識到身體作為生物學機體的運作過程和結構，它有其自身的性質、生物學的節律等，表現為一種似乎不是發生在我的（my）體內的他者。對於本質上就是異己的存在，對自身

⁷⁸ Richard M. Zaner, *The Context of Self*, Ohio: Ohio University Press, 1981, pp. 48-55。此處中譯轉引自 林治國（2004），頁 5，註釋 19。進一步詳解亦可參見 Toombs（2000），頁 70-73。

而言，身體被體驗為一個無法為我直接體驗的「隱匿的存在」，雖然處在現實社會世界中對它負有責任，但卻又在某種程度上受其限制。總之，作為客體而存在的身體層面不僅具有一種擁有感還有其認同感，雖然，對於身體這種他者（otherness）感覺性質的理解，會有異己感（alienation）和神秘感（uncanniness）的感受。但在正常情形下，這樣異樣的感覺大部分時候是一種轉瞬即逝的體驗；然而，如前述所言，在生病時卻使自身對共生關係的身體，這種他者性質的理解既具消極性又具一種很強烈的異己感。

（3）、生病時的生活身體（Lived Body In Illness）

在先於任何關於身體的理性客觀化的直接體驗的層面，由於自身存在的具體化特性帶來的體驗的方式，疾病的出現，本質上是作為對於活生生的身體的破壞而表現出來。如前文考察所言，正常情況下在前反思層面體驗身體的方式，以下則是探究人生病時個人體驗生活身體的方式。就其實，生病中的身體不將只是失去功能的生理身體（biological body），尤以對病患而言，疾病造成的影響就是從根本上體驗到自身生活身體的斷裂感。對病人而言，身體功能的失調必然造成具體化的意識和外部世界之間，開始出現各種不同的相互作用的障礙，此外，病人的世界受破壞程度又視病情的嚴重多寡來做出判斷，顯示出身體作為世界上存在的方式和性質至此已發生了重大的轉變。

由於病痛的存在，導致一個人的生活身體的特徵性產生鉅大的改變，如在參與日常事務時所反映出的某種能力的喪失、身體的活動範圍、自身行動可能受到種種限制；對周圍環境的看法或感覺令人有某種不適的存在、身體的原始空間感遭受破壞、覺察到其他一切事物成為背景，身體反變成我們意識的對象，以及起因於他人的注視而使病人痛苦地意識自己在體態上的變化等。其所影響的結果，對於患者要接受自身身體形象的改變是特別的困難。因為生活中身體模式，譬如走路、交談和體態等不僅將呈現自身特定的「我的身體」，並且還反映出自己對他人所呈現的一種形象。一旦疾患影響身體姿勢的變化，這個改變正反映了一種與文化社會意義不再相稱的負面身體形象的呈現，這樣的文化態度必然引來病人（和身障者）對自身的自我尊嚴的喪失極度沮喪感。舉例而言，由於病痛中身體機能的障礙，使病患深深體會到能夠挺立姿勢，在人際交流和工作模式意義上具有社會文化價值存在，然疾患卻使病人喪失姿態直立的能力。直言之，一旦失去正常的直立姿勢能力，同時也對應著自主性的喪失，從而誘發不僅在病人心中產生的無助和依賴的感覺，亦使他人將此情況視作是需要依賴的角色。Toombs 進

而指出，在此意義上，身體姿態的展現更涉及到生病時對生活空間感，以及時間感的體驗方式發生嚴鉅的轉變。

一般人於平日作息中，生活身體展示了身體的空間性，並非是物理定位的相互關係而是一種處境的空間性；更確切地說，處於空間中的身體表現為一種姿勢，它與某個正在發生或可能要發生的動作有關之意。現實世界的物理空間對我的身體來說，就是一個已定位的空間，在其周圍的各種客體標誌著一個有限可能性，必然因以我的目標和姿勢所及的不同範圍而得到表現，這就是意謂面對該客體，我的身體需要對處境中我自身的活動做出適當的調整。然而，在生病體驗中生命的空間性發生了壓縮變化，空間變成不代表身體可能所及的活動範圍，反倒變成是作為可能性受限的特性。這就是說對於病患個人而言，身體與外部世界相連的目的（in order to）特性，必須受到明確的注意及對此經常需要付出異常的努力，這樣的情形諸如與周圍世界之間距離感的加劇、感受到有如固定在此地的空間萎縮等；對日常熟悉的事物各種不同的相應方式，都反映了身體受到限制和活動受到挫折的一種具體感受。概括論之，Toombs 以我們生活最普遍平常的處境中的活動，或者與動作有關的姿勢和定位等，來說明關於疾病中生活的身體所面對的難題，就是與身體跟環境分離的難題；個人熟悉的生活關係的疏離，同時亦是個人「在世存有」身體的斷裂與疏離。因為外部世界和身體代表著一個整體系統，當面臨這種環境限定性的處境狀況發生，就會感到身體已變成一種被異化了的身體意識，恰恰宣示了疾病現象就是確實在這個世界上、一種特殊而典型的存在樣態。

接續前文的論點，關於思索病情可能按照生活時間的破壞方式，Toombs 藉以 Schutz 對生活時間的建構論點指出，現實生活世界本是依順實際達到的世界、和渴望達到或渴望重新達到的世界，這兩種情況圍繞個人組織建構成的，⁷⁹ 然而，對一個病人來說，病痛的存在不僅是身體的功能出了問題，最重要的是生活的身體感受到的，一種身體、自我、生活世界三者原有平衡關係的失序而遭受的紊亂和干擾。正常情況下，平日的生理事務的活動過程，總是按著現實世界的客觀時間刻度來運作，或者同時多少是根據與未來的可能性有關的特定目標，在現在時段持續向前活動。如今，疾患不僅使身體轉變為我所無法控制的組織系統，尤為甚者，導致生活時間意義的體驗方式發生鉅大的改變。換言之，病情不僅造成病患感受自身被束縛於此時此地的要求，以致無法有效地規劃將來時段，也由於日常存在的生活模式改變了對時間的主觀體驗的方式，同樣促使病患被迫全神

⁷⁹ 參見 Toombs (2000)，頁 153，註釋 101。

貫注於現在時刻和現在的任務。另一方面，時間性亦以另一種方式遭受破壞，它不單就通過失去的將來目標而失去將來，並且疾病還造成同時喪失實際的現下時刻，確切說明了實際的現在被剝奪而轉換成想像中的將來；對未來的可怕預測亦會被理解為緊迫的、不確定的反形成一種永遠當下的脅迫。相似地，過往事件也因生病而有了新的詮釋意義，並轉回又滲透到現在，隨著時間推移，致使患者的生活可能陷入不斷重復發生的威脅中。簡言之，疾病被理解為正常生命具體化的特徵遭受擾亂和失調，正是反映出存在這個世界上，病人所體驗到的，一種無序的混亂和失控的疾病現象。

(4)、生病時作為客體的身體 (Body as Object in Illness)

誠如上文所述，Toombs 提及生活身體作為一個客體是在他人的體驗中出現，另一方面則是生病時，在某種有限的處境中所意識到的身體的客觀化。舉例說來，在生病 (illness) 時身體的功能變化造成個人注意力的轉移，身體本身變成了注意的焦點和仔細觀察的對象：假如出現在眼部，當眼睛無法正常視物時，我就會意識到眼睛並理解它為一個視物的工具，甚至將它看作一件有缺陷的工具。然而，在疾病 (disease) 情況中，功能失調的身體進一步被患者理解為可以取樣、分析、切割、移植以及換取部位的生理學機體，這樣的理解與患者的解剖學和生理學方面的知識有關，亦反映出他／她特定的文化背影，和其獨特的個人經驗的內在意義。身體的客觀化不僅作為物理上的障礙，其具體表現的性質使得病中的身體變成一種對抗力量，病痛中身體客觀化的過程，更進一步誘導病人經常感受自身身體的疏離感，以及對身體無可奈何的認同感。這使得身體作為他者 (otherness) 的感覺，具有的「神秘性／怪異性」的特性，在生病體驗中被具體地體現。進而，相較於反思活動將自己的身體理解為怪異的感覺，Toombs 認為顯得特殊的是，對於一個廢棄的器官或機體功能缺乏控制的狀況，極易使人感受自我與身體的分離；因而對身體無法控制這一事實，同時揭示了身體與自我之間的共生關係。只有在此時，一個人才得以直面本身固有的脆弱性和對身體的依賴性，並且也只有因疾病的影響，個體才會明確地體驗那些平時沒有意識到的生理結構和過程的身體隱蔽性；以及對這個功能失常的生理學機體，呈現出個人也僅能有限度地對其加以控制的無奈感。

為此之故，Toombs 特別指出，生病會使病患將其注意力轉移從而使身體成為重點。然而，在臨床診療過程中，為了配合醫生的專業判斷和治療，患者必須確切地將其身體視為客體加以關注。把生活身體轉換成某個東西 (thing) 加以觀

察，於此境況下，極易形成臨床上醫病關係衝突的一部份。再者，對於病情的問題討論，存在著一個作為主體的體驗、和作為客體的被體驗之間各自分歧的理解方式，又造成病人體會他／她的身體不但是為他者而存在，而且還體會到自身的存在僅不過為科學觀察的對象。結果，患者發現個人無論是身體而且自我亦經由醫生的目光，都被還原成一個功能失常的生物學機體，並且在討論病情時實際意識到，自己作為一個主體的體驗與作為客體的被體驗之間存在明顯的分歧。必須了解的，在 Toombs 眼裡，正常情況下個人經歷的身體他者性質，不必然盡是消極的體驗，如爬山時，從身體的生理構造以能實現佔據心思的登頂的欲求；然而，一旦罹患疾病，對身體的這種他者性質的理解，卻是具消極性且又感受很強的異己感。特別是在臨床衝突境況下，接受醫生檢查過程中對病人在被他人視為一個客體來對待之後，尤為切身體驗到自身身體的二重性（ambiguity）。⁸⁰ 尤其，這種身體的客觀化體驗的特性，在人實行他或她的生活計畫行動時，必定面臨對於受損的身體有所顧慮。對患者本身而言，這種身體的客觀化體驗深深具有強烈的悖論性質（paradoxical），⁸¹ 病人被迫關注和對於某些受損的或其他的生理變化的意識，很自然地轉換了生活的身體成為一個新的實體——「疾病中的身體」（disease body）。⁸²

概而論之，Toombs 的論證業已表明，對於相伴著慢性病的發生，面臨作為一個永久損傷、特殊的「這個」（the）作為在此世界基礎中的形式突出而言，疾病中的身體在一個動態的根本表現一個引人注目的存在，與此相對的所有周遭環境的事物都變成了背景。另外，從這一意義上我們應注意到，關乎面臨臨床衝突中，特以病人是具體地體驗到為他人存在中，理解自己作為客體的身體。亦即，當生活身體的體驗被全面納入自然科學說明的因果範疇中，症狀被重新詮釋為物理信號，致病的生理病理學因素則被翻譯成客觀的量化數據，並且已被獨立於病人觀察時，其展示形式已背離了每個獨特的個體，他或她對自身生活的身體的病

⁸⁰ 日常生活世界中，我意識到自己是一個自我意識的存在，但在主體交融的世界裡，我也是一個既是主體又是客體的存在。尤其，在生病體驗與臨床上不對等的關係中，個體感受自己的身體在受到醫師的客觀化的凝視體驗中，患者具體認識到自身不僅作為他人眼中的客體，同時亦是作為受病痛磨難的主體之二重性的感受。參見 Toombs（2000），頁 142，註釋 27。

⁸¹ 意即，在疾病中體驗到自身身體對我而言有如他人（Other-than-me）存在，它與我相對抗並使我的意圖受挫；然而，實際上，我就是（am）我的身體，因為我無法從這個受損的身體中逃脫出來。參見 Toombs（2000），頁 87。

⁸² 在此，Toombs 特別指出，慢性病患不能等同於急性病者，僅是與一般正常人暫時性的、可復原的分離狀態，而把病情視為體內「異己的存在」那樣。慢性病之所以不能將病情概念化為一種狀態，主要原因是，他或她不能將病情視為體內的異己存在，就是因為毫無理由選擇，必須只能將其病情與他或她的日常生活結合起來。如此說來，對他們而言，困難之一就是認識到一個人的病情並非「將被打敗的入侵者」（invader to be defeated），而是在其餘生中，要親自面對處理和經歷的某種東西。Toombs 的用意在於，表明了急慢性病症之間這種差異，對於慢性病的照顧有其重要的意義。參見 Toombs（2000），頁 155，註釋 115。

情體驗型式。

(5)、作為科學對象的身體 (The Body-As-Scientific-Object)

透過 Toombs 的研究，我們已經清晰明瞭到辨別醫生和患者雙方，各自對病情的迥異分析與身體的不同指稱方式。雖然，基於前述析解已指出，被醫生所解釋的疾病狀態不同於病人所設想的疾病，仔細進一步探究省察各自認知與理解的脈絡，將會發現對於身體的概念，醫生和病患雙方理解中也存在著類似的差異。首先，身體同樣在經過自然科學理論訓練的醫生目光裡，被重點突出為生物學存在的對象，其著眼點試圖集中於身體系統器官、結構及功能各方面，按照自然科學的範疇來解釋其運作機理。於是，在臨床衝突中，常見的是患者的生活身體「沈降」為科學說明的對象地位，特定的身體呈現在醫生面前的只不過是「這種」(the) 人類身體的一個例證，使得醫生關注的是病人體內病理機制，而非他的外在表現及其感覺和行動。如此一來，身體的科學化過程中，患者個人具體的主觀體驗全被納入因果範疇內加以解釋，做為科學對象的身體已不再是處於環境中身體的總體表現。對此而言，現代醫學的目標與設備不過僅是使人體內部生理、病理機制和結構被清楚看見，它並不是為了增進處在環境中身體的整體的理解方式。致使最後，如同 Foucault 已指出的那樣：病痛各種形象是在身體與目光交會的空間裡被重新分佈，醫學是通過觀察與詢問（問診）的交織對事件領域的切割，以理性的科學態度語境解釋所聯結的對象——科學化的身體，亦即醫生的思維習慣模式，反映其注目的方式與描述的方式渾然一體，患者個人的主觀體驗與整體僅僅不過是專業醫學語言風格的延續。⁸³

職是之故，Toombs 特別在論析醫療現象中醫生和病患各自世界時，就已強調病人所敘說的生活身體或者設想中的疾病的客觀身體，根本上就已明顯不同於被納入自然科學解釋範疇內。若以重點突出的方式作為一個特定的例證，那種反而脫離身體的擁有者，變成一種被醫生獨立地觀察的理性概念指稱的身體。更確切地說，對患者而言不管是在前反思層面對身體遭受破壞的直接體驗，抑或理性層面上對「神秘性」(uncanny) 的理解，其根本代表著個體以存在於自身身體內的形式展現寓居於世界之中。事實上，儘管身體的客觀化揭示其為物質及生理性質的工具性的一面，甚至置身於疾苦時轉變成為一個有缺陷、表現功能失常的生理學機體，即使病患因此可能攝入某些病理解剖學相關理論結構的知識，或許與

⁸³ 參見 Foucault (2001)，劉北成譯，《臨床醫學的誕生》(南京：譯林出版社)，前言及第七章。

醫生視為科學對象的身體觀並無差別；然而，正如一個人對疾病仍是一個難以描述、又不能夠直接加以體驗的存在，同樣也無法直接體驗被醫生當作一個科學對象來理解的身體。這即是醫病關係之間，對身體理解的最重要的區別所在。

2、關於身體的分析方式對醫學實踐的影響

基於上文，Toombs 看待身體的論證方式，我們得知由現象學角度理解意向活動中的身體的幾種類型，對醫學實踐具有某些重大的影響。顯然，經由現象學心理學 Toombs 的論證得知，尤為重要的是，生活中的身體並不是一個缺乏意向性的單存生理實體，反而是以一個與周圍環境相互聯繫交流的具體的意識存在，並能積極地參與這個世界。無疑，正如關於身體被意識到的幾種方式，生物學的人體不能被理解為與身體所屬的個人相分離，患者不僅代表是這個身體的擁有者，也是生存於他們自己的病情中。更確切地說，實際上病人就是以非常特殊的方式生活於一個失控的身體之中，既然在世界上的存在方式遭受破壞，這個身體就必須被看作處於某種情境中的身體。依此，關於生活身體的紊亂，Toombs 則認為：

…（重申）痛苦與臨床不幸的區別是很重要的。尤其是，…痛苦是由人而不僅僅是身體所體驗。……痛苦不僅與生物學身體完整性的喪失相關聯，而且也與身體、自我與世界之間相互關係構成的整個網絡一體化的喪失相關聯。那麼，痛苦顯然內在地與生活的身體的破壞，與一個人獨特地生存在他的身體的方式，與改變所有同周圍環境關係和相互作用的那種具體特徵的破壞有關。⁸⁴

由此可知，病痛中的身體所呈現的種種具體特徵，就與特定的世界（周圍環境）及獨特的自我相關聯。在此意義上，Toombs 尤其強調在臨床醫學方面，醫生除了機體的疾病狀態的緩解和控制，亦必須關注於身體、自我和世界三者之間平衡關係變化的因素。特別是對慢性病這一情況尤為如此，其中突顯出的特殊存在的方式對自我和世界的分離的感受、整體感的喪失更加複雜而深刻。倘若醫生能夠關注到病人身體和現實生存之間關係的變化與紊亂，能使診療方面的處置對待方式更加符合病人的需求，則能避免不必要的醫療衝突與糾紛，更能較易達成醫病關係的人性化的醫學的根本目的。

⁸⁴ 引自 Toombs (2000)，頁 99。

承接上述，疾病既然對患者造成身體具體的某些基本性質失去控制，以致產生的問題，便是患者經歷到平日習以為常的身體的空間感方面發生變化。如前文所言，身體的空間性並非物理定位的空間性而是一種處境的空間性，處於病情中的身體空間能呈現的活動範圍便受到萎縮與限制。那麼，醫生必須聚焦在生活身體這些具體的性質，關注於如何緩解患者身體與周圍的具體事物融為一體的難題，用意在為病人擴展被壓縮的生活空間有效地提供適當的手段，為其特定的生活功能空間增加可能的活動範圍。另一方面，生病也會造成生活時間的改變。在病情中，過去、現在和將來的意義對患者而言，可能具備了與以往不同的特點，不是因陷於過去對於某些痛苦的體驗陰影無能輕易承擔與擺脫，也許是病人因為此時此地的痛苦，而將精力全神貫注地侷限於現在而不考慮其他；抑或因想像疾病的不良預後而把自己拋入未來，將內心的恐懼與擔憂投射到過去和現在，陷入對一切事物的看法之中而擔憂不已。

就這些威脅性而言，為了使患者能更有效地生活於現在，醫護人員更應該注意並理解到這些客觀抽象的疾病狀態之外的變化，關注和正視具體的恐懼難題對於慢性病患及處在病情惡化的患者的影響，幫助病人減緩因生活時間性意義改變所造成的相關困境。除此之外，提供具體明確的建議方式使病患能夠認識因疾病帶來的恐懼，針對過去的意義及對將來的恐懼，建議用實事求是的態度直接面對，使患者更有效地生活於現在；並能重新應付與面對自身所處的特定生活處境。如此，醫護人員盡可能幫助消弭病人無助的感覺、及對未來普遍的不確定性，以期減緩因伴隨慢性病而來的控制能力的喪失，而能增強病患對自己境況的控制權，更加強使他們能在自身「生命質量」的方面遏止變壞。同樣地，如果醫學目的是為了緩解病患的痛苦，那麼在醫療過程中，醫生不僅能重視人作為有意識的主體存在，亦能將身體視為生命存在的身體來理解，關注在生活身體的破壞所形成的生活紊亂與失序，更能有效地減輕在醫療照顧中非人性一面帶來的痛苦。畢竟，若將身體理解僅是生物生理學機制的物理客體層次、治療方案唯一集中於生物學身軀功能失調時，不僅無法減輕病患的痛苦，而且本身也時常成了患者痛苦的來源；同時，為了利於客觀關注量化的臨床數據的型式，亦會使失控這種個人自身的感受被貶低，從而導致在主觀體驗上更進一步加劇患者個性的喪失。

除了上文所提，在前反思層面所體驗到的生活身體的破壞外，不僅如此，Toombs 同時也指出，對於作為意向性的身體分析表明，生病必引起注意力的轉移，導致身體被客觀化為一個功能失調的生理物質的客體。在這一點意義上，患者無論前反思層面直接體驗到與身體的一致性：我生存於我的病情中，或在理性

層面關注受損傷的身體所體驗到的疏離感，現實生活中客觀化的身體依然被我意識到，我「有」(have) 或「擁有」(posses) 與它共生關係的那個身體。然而，當身體完全脫離個體成了具有自身性質的純粹生物學身軀，病人發現自己與身體的疏遠感在醫生科學化的目光下，這種感覺反而更加深化了患者個性的喪失。結果，不僅內在體驗感受到身體與自我的疏離，病人亦深深感到對身體的認知經常伴隨著無可奈何的認同感。尤其值得注意的，在正常情況下把身體視為一個客體、以及對身體的二重性的感受，特別與生病的人對病中身體的理解方式雷同，這能為他人理解別人處境的路徑中提供了直接的看法，據此，醫生和患者的生活世界因為對身體有共通的看法而能為共同理解提供了起點。

毫無疑問，Toombs 在論證醫生與病患兩種生活世界分化的原理方面、區分 illness 和 disease 兩個概念之時，強調應秉持現象學的態度 (phenomenological attitude) 「回到事物自身」，對我們原本直接經驗以及在其中慣用的自然態度所發生的意向性加以反思；反思著我們習以為常未經反省的日常思維，關注並描述分析所有意向性及其相關的對象，以明確得知呈現於雙方意識之中存在的差異性是如何運作。爾後，運用現象學在處裡生活世界中「互為主體性」關係論述途中，透過對「身體」意義的形構分析，建立起完全屬於我自身的肉身存在性的條件，同時也是自我得以實現與外部世界，並與他者溝通聯繫的憑藉與橋樑。相對而言，做為一個病人的治療者，必須集中提高自身本有的內在獨一無二的感受 (uniquely sensitive)，和關照人類存在的能力 (caring human beings)，確實做出意識和反應敏感地通過患病時的主觀體驗的經歷，以及在日常生活中身體表現的反思活動，以一種對於病情的約定性 (givenness) 的移情理解；將身體視為客體理解方式的基礎上，為共同理解提供方法上的線索，作為醫生和病患建立一個共享有關生病的意義世界的共通之處。⁸⁵

誠如 Toombs 所言疾病存在的事實，造成病人身體成為一個超越自我控制的對立力量而存在，一旦削弱一個人在世界上活動能力的基本方式，可想而知，世界本身將呈現出不同往常方式的破壞與擾亂，並不斷對其尊嚴及自我價值造成威脅；特別是對於病患的身體、自我和世界三者之間的關係，也會因此產生相異的影響。為此之故，對於作為客體的身體的分析，正是表明了處置相異的功能失調方面，對病人存在方式所造成的影響，以及每個獨特的病患在隨著身體失調類型

⁸⁵ 引自 Toombs (2000)，頁 100；註釋 127，頁 157。這是因為，所謂的生病的約定性則是指，通過一般人在日常生活中將身體看作為一個客體，想當然爾在生病時也持有相同的看法，相對於病人將身體理解為客體一樣；並且對客觀身體這種現實體驗，身體與自我的分離視同為一種異己感。於是，醫生和病患的生活世界就為共享生病的意義的理解提供了起點。

而變化時，對身體認同或疏遠感受的過程。就如 Toombs 已經論證的，如功能失調包括的感覺喪失，促使慢性患者無法將自己與自身病痛的身體相分離。身體不再體驗為我的身體或屬於我的身體，或者是說，運動功能的失調就會帶來一種與身體的疏離感，從而使身體成為一個超越自我控制的對立力量而存在…等等。只要人一旦喪失對自身最基本的控制能力，不僅身體被視為對立並且還是一個惡意的存在，更甚者還不斷對一個人的尊嚴及自我價值造成威脅。故此，關於身體的分析表明，醫生在判斷不同的功能的失調，就必須將注意力集中在病人置身在世的方式產生的相差異的影響。因而，醫生必須時刻關注患者切身的體驗、與其自身相關聯的生存意義的理解等層面，通過現象學看待身體的分析方式，都能給予醫生為理解患者生活的生病體驗提供非常寶貴的啟示。

第三節、現象學作為臨床醫療倫理主要方法之洞見

本於近代心物二元論（dualistic）為其理論基礎，現代醫學通過客觀生物科學解釋有機體的功能和構造，側重在把活生生的人體納入醫學的分類原則；及因果還原論之中加以抽象概念化，即是從其所屬的主體「作為感知經驗的身體」強行分離出「作為生物有機體的軀體」，得以被歸納在生物醫學的典型範疇中。醫治對待關係中已然形成兩個不同世界：一個是醫生診斷依「以疾病為中心的模式」，與另一個為病人敘述是「以主體病痛體驗為主」的兩種鮮明的對比。疾病本是生命當中一種特殊的存在樣態。現今在醫學眼界裏，本為個人直接感受的病痛，被轉換成依測量數據病理報告結果作為診斷疾病的準則；在人的身體方面，亦成了精良儀器操作技術科學客觀化約下可觀察的生物有機體之「對象」。輕而易舉地，病患的直接體驗與生命身體，隨著生物醫學實徵模式的異化過程隱沒在醫病關係之間，一旦變成以生物醫學客觀專業的論述代替病患的主觀病痛體驗敘述，則很容易造成醫病雙方之間交流訊息失真。如此一來，關於病人獨一無二的直接體驗的特性則成了臨床上醫生與病人之間，常見到的無法成功交流的倫理衝突事件的重要根源之一。⁸⁶

為了澄清醫病雙方不同的理認識疾病角度，Toombs 通過現象學心理學的方法論，針對我們日常默默習慣的生活經驗領域作一個直接嚴謹的觀察、描述與分析，試圖對我們視為理所當然的生活世界提供一種詳盡描述的方式，以資證明在

⁸⁶ 參見 Toombs (2000)，譯者前言，頁4。

我們日常思維當中的常識經驗，與科學概念化的解釋結果之間，存在者一種清晰明確且根本的重要差別的說明。截至於此，為清楚呈顯以 Toombs 為論述主軸的因素，以及她通過現象學揭示的洞見，矯正具備共通性或普遍性的醫學倫理規範的理由究竟為何，整體描述分析大致進行的有三個脈絡要略。⁸⁷

1、清晰描述和分析病人對病情與身體的主觀體驗感受：不同於醫學科學技術的專業語言代表的「醫學的聲音」，清晰描述和分析由生病所反映的身體、自我和周遭世界關係失調的體驗（在慢性病中，對於其中自我和世界的分離的感受，這一情形尤為被患者畏懼地突顯出來），一種由日常生活的自然態度下發出的「生活世界的聲音」，深刻連結著病人生活的病情體驗，清楚地描述出對於發或她身上所發生的事情，病人對生病的事實發生所賦予的意義、解釋和因果說明，而這些的意義、解釋和說明就是他或她特定的日常世界的直接反應。於此，正是為何 Toombs 藉由現象學心理學詳細解釋病人對病情以及身體的直接體驗，揭示出病痛代表一種存在的本質已然改變的事實，疾病亦可被理解為某種典型特徵的存在樣貌的重要關鍵。

2、詳細解釋和分析醫病雙方以各自角度與理解方式看待疾病產生的不同意義：從整體論述重點而言，Toombs 聚焦在區分臨床醫學與醫學科學的兩者性質不同，主要的目的在於強調在臨床治療關係中，醫生不應只重視原則性的技術科學治療，或甚至依循準則化的醫學倫理針對每個獨特情境下個別病人的對待關係。於此通過現象學心理學，展現出醫生關注的焦點應集中在患者對疾病體驗所賦予的特定含意上，而不僅僅只是看到疾病過程本身的狀態。直言之，不僅關注在病人病情的理解方面，更重要的是，病情發生的生活背景是什麼；對病痛帶來的痛苦經驗類似於甚麼（like），它是以何種方式影響著病人的生活？這方面對病人又意味著（mean）甚麼，對於病情或是治療方面，病人最擔心（fear most）的又是甚麼？對於以上如此獨特的疾病的意義都來自他或她所賦予的意義集合體（collectivity of his or her meaning）上，這也必然是病人自身所處的特定生活環境中的表現（a function of a particular life situation）。⁸⁸ 這就確切說明了醫生應當把注意力明確地放在個別病人的特定問題上，才使得醫生履行了作為一個治療者的角色，而這種治療關係涵蓋著減輕痛苦和不適，以及對於疾病的治癒等問題方面上。⁸⁹

⁸⁷ 此處三方面，引自 Toombs (2000)，譯者前言，頁 1。

⁸⁸ 引自 Toombs (2000)，頁 119-122。

⁸⁹ 引自 Toombs (2000)，頁 135。Toombs 曾引用 Engelhardt 的觀點，說明倘若醫生在本質上依舊把疾病視為一種病理解剖學和病理生理學的作法，將無法針對真正的抱怨（醫生是可以按照專業知識加以解釋的抱怨），與不切實際的抱怨（病人主觀的言語是無法用客觀化去解釋的抱怨）

3、揭示現象學對疾病意義的區分提供臨床實踐或醫學目的的影響：Toombs 主要的重點提示在於，既然醫病關係是一種獨特面對面的關係，醫療倫理就必須建立在患者對病情體驗的基礎上。換言之，醫療的目的不論是病人的治癒或治療，治療的關係必定針對病患的生存困境的某種理解為先決條件，特別是醫生應把注意力關注在病人因為生病所帶來的生活世界被破壞的事實基礎上。顯示了運用現象學心理學的方法，不僅讓醫生能運用科學知識為病人制定有效的治療方案，對於在關於病人病痛的生活體驗有一種充分的理解。足以說明在治療關係中，醫生不但具備了專業治療者的身份，亦是一位醫病互動關係中協助者的角色。⁹⁰

由此可知 Toombs 論旨目的在於，藉由現象學的分析表明病情意義與身體意義，揭示了對醫生和病人之間根本和決定性的分野，並不僅是知識水平上的不同，更是反映出生病經驗與對這個經驗的自然主義描述之間的差異。誠然，Toombs 的努力及企圖在通過現象學心理學方法概念，針對日常生活遭遇中生病現象的主觀體驗，進行自我與外部世界之間整個交互關係脈絡，有關的自我意識活動、時間感、空間感、意義脈絡等現象學範疇視域之描述與剖析，若說這是為了體證病人的身體、自我、周遭世界三者原有的平衡關係的破壞產生的紊亂和失調；藉以彰顯在其操作過程中，注重探索生病現象中的三個主要基本論題——展示病人典型特殊的存在方式、醫病兩種生活世界的結構與其區別、醫病之間各自的論述溝通的可能性，來表明疾病現象學的方法特性之必要性，應不為過。這也就是說，相較於基於現實的生物醫學觀點的問題假設的處置方式，Toombs 論證著眼於診斷、治療、預後過程中，對於理解病人生活經驗的重要性這一因素，不僅影響到醫病之間在一個共同理解的基礎上；對於病情進行成功交流的可能性，同時，也影響著醫生面對病人痛苦的最佳方式。由此得知，醫病之間的互動最佳的方式，即是以一種著重於生活經驗上的交流和溝通之「詢問」、「聆聽」、「對話」方式，所建立起醫病之間兩個生活世界之間共同理解環境。⁹¹

之間做出相當明確的區分。這形同說明了醫學的目標若只將注意力放於病理解剖學生理學方面的損傷和失調，把疾病視為一個抽象的實體以便處置和治療，只會更使病人切實的抱怨被埋沒在醫學專業知識視域中，反而對病人真正關切的苦楚無法得到應有的醫療協助與照顧。參見 Toombs (2000)，頁 139。

⁹⁰ 引自 Toombs (2000)，頁 136。

⁹¹ 參見 龔卓軍 (2003.12)，頁 69。於此，龔氏曾整理 Toombs 的觀點，摘要出生病對病人而言，既然是一件影響生活的事件，病人可能會從個人生平各個層面與生病經驗做意義上的關聯，也就是病人自我的完整性和社會關係會受到什麼樣的威脅，都是按照一種自身獨特的「生活經驗的邏輯」進行體驗的。因而，從他對 Toombs 的摘文得知，其論證重點就在於醫生不應低估診斷、治療、預後過程中理解病人生活體驗的重要性。關於這一點，Toombs 亦曾舉例說明，假若醫生輕忽了治療症狀引發的副作用反應，可能被患者體驗為不可接受事件，因為它有可能對病人的生活

一、臨床事件中現象學對理解病情體驗之洞察力

醫生眼中科學意義的疾病（disease）與病人直接體驗的生病，每一方所賦予的意義似乎產生了一種對立關係。若說醫學的核心價值明顯是發生在臨床遭遇裡醫病彼此相對之中，關於醫療現場中面臨倫理困境時，醫護人員如何若合符節全盤考量臨床案例的個別差異，勢必是當代醫療現象急迫、有待抒解和修正的倫理要求。那麼，源自於現象學的洞察力，Toombs 根據這種進入生活世界考察日常活動對病情體驗的構成歷程的論證，分別探論醫病兩種世界對病情和身體的區分與關係；通過應用臨床敘述移情理解以及受苦生命世界的解釋，證成了以現象學的觀點確實能在醫病雙方兩種論述之間找到共通的對話基礎。底下將分為三小節，說明何以進入生活世界的現象學觀點的考察，能讓醫生洞察這樣的生病經驗，由此建立起一個能與病人共享的意義世界的方式，就等同為醫病之間的倫理關係提供了一個重要的基礎。既然如此，透過此種路數展示現象學應用在生病現象具有的現象還原特性，使醫護人員能夠具體瞭解以疾病現象學的觀點，確實能落實應用在整個健康照護體系中，這正是 Toombs 經由現象學的方法，申論以生活世界作為開展基點，證實能提供作為一種治療者與受苦者療癒過程關係之倫理疏通樣式。

1、從生命存在的本質表明病痛為某種典型特殊的存在方式

日常生活中，我們所學的思考 and 行為無不均受到社會文化脈絡既定模式的影響。生病是一種處於不協調、不平衡、不舒適和失去能力的樣態，這種樣態體現了一種熟悉世界的喪失感，代表著病痛經驗無法脫離置身所在的生活世界單獨存在而被理解。當此之際，現象學分析不僅揭示疾病的發生改，變了一個人在世界上的存在本質樣式，以及它所牽連到的那些由病理生理作用引起的苦痛經驗；並且以關注在人類現實生活中意義構成的方式的視角，其特性亦為描述個人的病痛和身體經驗，及其區分意義提供了一種強有力的手段。

人與疾病的關係本質上是以存在的生命作為基礎的現實關係——不論是做

計畫造成了嚴重的破壞，不僅不能減輕痛苦本身反而又成為病人困擾的來源之一。參見 Toombs (2000)，頁 144，註釋 49；頁 52-53 的說明。

為人自身生命或是疾病存在的樣式——尤其通過生活的身體（living body）展現其真實存在的事件。一般而言對患者來說，疾病首先破壞了一個人在現實生活中整體感的喪失，這種機體的整體感喪失的表現在兩個層面特別明顯：一為生活的身體遭受破壞，形成身體、自我與周遭世界關係的失調。另一則是身體與自我之間關係的改變，這是通過身體的客觀化過程與其誘導出的自我對身體的離異感表現。整體而言，反思這種病痛體驗的內在要素，它體現為整體的喪失、控制感的喪失、行動的喪失和熟悉世界的喪失等，直接呈現的特徵就是活生生的生病體驗具有一種典型特殊存在的型式。

既然如此，作為邁向對於生病意義的共同理解的建立，正如現象學分析已揭示的那般，疾病意味著生存狀態已被改變，一種一個人在世界中存在的本質發生的變化。結果，在醫療過程中，醫生應必須先認清生病的體驗代表一種不同的存在型式，亦即患者就是以一種非常特殊的方式，生活在一個失控的身體中，而不僅僅是患了某種可識別的疾病。其次，當一個人生病，生物學身體上的具體特徵往往與對自我的感受有著緊密的關聯，這是由於疾病給予病人以獨特的體驗而處於不協調、不確定、失去能力和不舒適的狀態。在此意義上，這種狀態體現的是為病人所熟知的世界的一種喪失感，意味著一個人在世存有的生存狀態的改變。也就是所謂生病就是意味著，它的出現迫使人以明確的方式意識到身體完整性的脆弱，和對於身體功能控制程度的能力缺乏。另外，生病時所體驗到整體感喪失不僅表現為對身體的威脅，而且還表現對於自我的破壞的切身威脅，足以表明了疾病造成的這種改變的結果令人恐懼，同時也會帶來病人感受到自我身份的喪失。在大多數的情形下，由於失控感妨礙了病人的自主能力，致就無法如同過去能按照自己意願的行動能力，而不得不去依賴他人的幫助，加上臨床上得將自己暴露在精密儀器操作，在醫護人員專業的知識和能力面前成為被檢查的對象；這種像客觀地位轉移的關係，促使病人深深感受一種內在不平等的關係，更加感到自身已不再能有效地控制所發生的一切。

在嚴重的病情體驗中，就病人本身而言，疾病或是殘廢不僅是一個生理事件，它也是我們本體存在（ontology），一種我們在世界存在的狀況（Murphy, 1987, pp.85, 90）。⁹² 於是乎，對於某些不可恢復或無法痊癒的疾病，特別是生病體現一種突如其來的事件，形成或多或少的已被周密設計好的人生計畫，被任意受到干擾與破壞，帶給病人陷入整體感喪失和確定感喪失一種深切的意識。就此而言，疾病不僅能引起病人生活上和心理上的波動，也影響了他們與周圍的社會關

⁹² 轉引自 Toombs (2000)，頁 106。

係發生變化和不安，除了病人對生活和生命形成一種新的價值判斷，病人與周圍世界相互的關係都可能呈現一種不同以往的價值評斷與意義，而這些評價都有可能致使病人自身身份的喪失。⁹³ 因此，醫生更應暫時轉移對於病情的自然主義解釋的目光，學習去認識並注意這些人類生病體驗種種的典型特徵，以便將注意力明確集中在病人感受的病痛不適的體驗，按照病人個人的價值觀以能做出最切合患者利益的決策。除此之外，在對於病人獨特的病情體驗診斷與治療當中，應盡量避免將病情視作一種毫無理由的侵擾，以及醫生或病人帶著不切實際的期望，以為完全恢復健康是指日可待的事情。最後在決策方面，醫生也需要關注到的，就是對病患來說，生病還會在另一方面影響一個人做出理性選擇的能力，特別是面對擔當起個人的療治決策的責任，他或她並不擁有做出專業決策的知識和能力，經常是很難沈著鎮定地看待臨床上醫生推薦的行動方案的選擇方式。總言之，生病的體驗代表一種不同的存在方式，現象學的分析表明了對疾病的解釋，從自然主義轉向以生活世界的意義來理解病情，對生病體驗焦點的轉移不僅確實能使醫生關於人類生病體驗的洞察，讓醫生能夠直接面對因患病而失控受苦的病人自身的生活世界，並建立一個醫師與病人能共享意義世界的橋樑，由此向前更邁開一大步。

2、反思正常情況下理解身體的方式為建立病情的移情理解提供重要的線索

在 Husserl 的眼中，身體既是自我的整體展現，同時它也作為自我與「外部世界」和「他我」溝通聯繫的憑藉與管道。因此，唯有透過身體為起點，才可能在對他者的身體的顯現和運動獲得移情（empathy）理解的基礎，才得以落實在互為主體性認識之立場轉換的基礎下進行。Toombs 藉以此論題為出發點，通過對「身體」的經驗與感知的瞭解基礎，證明了對作為一個客體的身體分析足以為醫病互動之間，建立一個意義共享的世界提供方法上的重要線索。

首先，Toombs 如同先前指出的那樣，通常我們對於生病時對病中的身體的理解方式，都會體驗到身體自身所表現出來的種種具體的特徵，如：它作為一種對抗性的力量、一種物理障礙以及對病痛中的身體怪異性的體驗等，對這些身體客觀化導致的個性化的喪失，皆有著一種共同的理解經驗與方式。可見，透過對生病時身體所體驗到的不協調、不平衡、功能失常與不舒適的疾病狀況，即便是

⁹³ 參見 肖魏（2008），〈作為一種價值建構的疾病〉，中國人民大學學報，第 4 期，頁 62-70。

沒有任何生理學的認知背景，亦能達到對病情「約定性」(givenness)的移情理解。Merleau-Ponty 曾提出，活生生的軀體的結構中存在一種根本性的「二重性」。一方面，身體就是我一—身體是內在地屬於「我」和「我的」，然而，另一方面對他人而言，它又是客體，以及我的存在同時既是「表達」又是「被表達」的狀態。在這方面，Toombs 進一步探討這樣一個觀點：醫生和病人的生活世界確實能為對於病情體驗的共同理解提供最好的途徑，這是因為在正常情況下，不但軀體被視為一個客體，在生病中同樣也持有這種看法。於是，反思通過集中在關注日常生活的體驗，正是這些體驗為身體所發生的功能失常提供了重要的洞察力，並且也為建立一個意義共享的世界提供了共同的基礎。

至於，對於反思日常生活中有哪些體驗身體表現為客體的方式，能為移情同感的看法提供解讀他人病痛的基础，以 Toombs 的立場說明而言，誠如現象學分析業已揭示出，對於身體二重性的意識並不限於我們成為病人的時刻。即是說，我認為自己與「我的」身體以一種「共生」的關係緊密相連接，儘管如此，平時的體驗不時刻意提醒我們，身體在本質上是他人而不是我的，此時，它只是一個物質的、生物的客體，我至多對它僅有非常有限的支配。也就是說，反思關注在那些日常生活體驗的典型時刻，當我意識到我的種種不可避免的具體特徵，例如，生理上受限的體驗或遺憾的感覺，如感受逐漸衰老的事實，讓我會有一種身體作為對抗力量的實際經驗。像這樣置於與自我對立的位置上來自身體的阻力，揭示著身體作為「他者」的生理障礙的一面，以致於，對它具有的隱匿性和異己感的存在，明確提示出我們對體內所有過程的主控權的控制能力的脆弱性。

顯然地，身體現象學的分析揭示，鑑於一個人對日常事件中身體的二重性體驗的反思，是對於生病體驗的共同理解的起點。誠如 Toombs 前文所言，醫生和病人的生活世界不僅為病情體驗的理解提供了管道，並且生活世界也為理解身體失調的活生生體驗提供了根基。照此說來，臨床上面對病人的病情陳述這一方面，醫生唯有通過個人的生活世界和生活的身體體驗，關於日常生活的前科學體驗的基礎上，做出反應才能達到對病情的科學理解。換言之，醫生暫時撇開對他或她生理身體機制的焦點，轉向關注他自己身體的運轉，反思日常生活中的體驗所發生的功能異常究竟意味著什麼；並且傾向運用想像力和移情的能力，盡可能通過病人的聲音和世界理解病人對病情的體驗和意義，由此，從患者和治療者的角度出發有可能建立一種移情理解的醫學實踐之跡象。⁹⁴

⁹⁴ 依 Husserl 的觀點，「身體」是「自我」的肉身化、具體化，透過這一個自我永遠無法逃離、生活於其上的「獨我身體」，正是我們能夠形構他人存在的基礎。由於我的身體感知交錯地共同呈現著自身，總是在當下「在此」(Here) 向我給出，因此，從我的身體作為空間基本方位的給

3、臨床敘述對進入患者個人的生病體驗和意義深具洞察力

對健康的概念來說，疾病本身即是一種陌生感。生病時，面對這陌生的疾病襲來所帶給熟悉生活的全面改變，病人不得不被迫將與疾病共處於生命歷程當中；以及為要求能減緩或解消身上的病痛、盡可能恢復以往正常作息的方式，疾病的事實通常把病人帶到了醫生面前。然而，面對生病這個事實，現代醫學進行的是理性化的程序，根據事實的發現與尋找解決之途徑，用客觀數據將病人身體的病痛，視同於病理生理學的因果關係的「問題」過程等同視之。現代醫學關注的焦點，主要的方式是講求醫生基於生物醫學的觀點用專業的眼光看待疾病，重視病原體的作用，依賴客觀病理學的生物醫學模式以把握疾病模式，以及在診斷與治療方面，則是採用一種疾病狀況的自然主義闡釋的「病史」記錄的方式。相較而言，另一種把握疾病的方式，是把焦點置於病人病痛的生命直接體驗上，依據他或她們當中普遍失調的體驗以進行的敘事方式。畢竟，正是這個事實把病人帶到了醫生處，從病人的角度講述的生病故事的「臨床敘述」，非但包含了生病的事實，還會把病人對這事實體驗的理解、說明和解釋涵括在內。

前述分析業已表明，不僅病人的生活世界的解釋，區別於疾病狀態的自然主義解釋，而且生病的意義與病人獨一無二的個人經歷密切相關。做為一個我們在世界上落實的存在，身體本來就不光是認知為生物性物質的軀殼之謂，它不僅是被我經驗為我「個人專屬」的身體。此外，我們生活在周圍世界中與其他組成份子的交互關係，都是有賴我們肉身化的身體才成為可能，活生生的肉身是我們能所作為的表達場所，對自身而言，不但是我在每個生活當下有所體驗的基礎，它同時也是得以顯示其意義並位於道德意義下自我、人格不可侵犯的基礎之上。⁹⁵

出模式開始，進而在與他人的身體的「共現」(appresentation)當中，通過「移情」(empathy)的意識方式，形構出來的「互為主體性」來進行關於「他人」的存在想像。也就是說，雖然，即使「他我」的出現，仍然有其許多內在的部分無法直接呈現而被我所經驗到，但藉由伴隨著直接呈現出現的「共現」方式，透過這種間接的意向性活動，我依然能在一種「互為主體性」之身體間進行立場建構的轉換，在其中產生對他人心理事實的移情活動，而能設身處地同情與了解「他人」的心靈世界與意識內容。於此觀點底下，Toombs 揭示了在正常情況下，我們能體會到的身體二重性作為線索，證明了對日常生活中這些平凡事件的反思，確實能為病情的移情理解提供基礎，使醫生進一步能針對理解病人生病的個人體驗，設計出符合病人獨特的生活情境最有效的治療措施。關於「移情同感」進一步的說明，參見 龔卓軍 (2006.3)，〈身體感：胡塞爾對身體的形構分析〉，《應用心理研究》(台北：五南圖書)，頁 157-181。以及參見 德穆·莫倫 (Moran, Dermot)，蔡錚雲譯 (2005)，《現象學導論》(Introduction to Phenomenology)(台北：桂冠圖書)，頁 229-234。

⁹⁵ 參見 Zaner (2008)，頁 45-48；頁 63-66。

一如前述，病痛代表個人生命已經改變的生存狀態，它所帶來的無序首先表現在病人被迫以一種特殊方式生活在失控的身體中，對病人而言，身體的紊亂反映出的現象就是身體、自我和與世界關係失調的體驗。就如現象學分析展示的，客體被體驗的方式與某人注意的方式相關，基於意識活動賦予客體對象具有「突出的主題」，表明注意力這一聚焦就決定了病痛的意義。因而，病患是根據疾病對日常生活的影響來體驗，相反，醫生因為所受的訓練使他將病痛，從本質上理解成各種疾病症狀的集合，按照醫學專業的思維習慣模式，試圖對它做出一個符合某種疾病典型案例的診斷，顯然，醫生與病患雙方賦予疾病意義的突出點有相當大的差異處。

有鑑於此，Toombs 從存在現象對病痛的主觀體驗角度出發，以現象學方法澄清這種體驗的多重因素與複雜性，透過對生病與疾病（disease）觀察、描述與分析，界定出醫病關係對話之間存在著兩種不同的詮釋觀點：一種由代表醫學科學技術的解釋與建構的「醫學之聲」；另一種則是從存在經驗角度日常生活自然態度所發出的「生活世界之聲」。前者反映出聚焦在客觀的臨床數據的醫學技術語言，後者是因病痛問題而生活失序與自身完整性喪失的體驗的疾病敘事。依據上文資以證實，只有病痛體驗之聲呈現個人在世存有的價值信念和特定生活背景的面貌，才能超越生物醫學的疾病描寫移轉到病痛體驗的現象學描述上，透過溝通而理解病人的痛苦處境。⁹⁶ 尤其，痛苦是一種特別的不幸狀態，是內在地與生活身體的破壞，個體將失去自身完整性的威脅相關聯，因為每個個體對生命的體驗都圍繞著自己所建構的獨特關係事物中，而這些事物的意義又關乎體驗者的意識意向活動與知覺結構。因此，對一個特定的患者而言，痛苦出現在理性層面的感受就會直接與病人在感覺層次有關，即是說痛苦與個人在特定環境既已賦予的意義和重要性有關。直言之，疾病擁有深層與多元複雜的意涵，它不僅衝擊個人身體、心理與世界相互之間喪失關聯，痛苦亦是與他或她整個生活模式的表現有機地聯繫在一起，病人的經歷狀況既是個人的解釋模式，更是承載個人所處的特定文化脈絡中的重要信息。在很大的程度上，臨床敘述便是提供這些隱藏在病人身體症狀之下的文化符碼，幫助醫護人員在病人獨特的生活背景相關的語境中理解病人的病情；通用對病情的想像力和移情作用，進入雙方共享世界相互交流，以便達到醫病關係有效對話與療癒的主要方法。

由此，為求通過現象學對病情的直接體驗，和對這種體驗的自然主義描述之間的深刻差異，Toombs 藉由臨床敘述，對病人的生活世界結構的描述和詮釋過

⁹⁶ 參見 龔卓軍 (2003.12)，頁 72-73。

程中，必將病情直指於特定的置身處境深入設想；證明了通過這樣真實的疾病故事，明確地為進入病情的生活體驗，特別是進入患者個人獨特的生病意義的理解提供了啟發。生病的經驗是多重複雜的，在面對病人生活的意義、受苦的狀態，以及他或她與他人的關係和個人基本的信念時，對醫生而言，必須將注意力集中在病人對自身病情的了解、與了解它是如何改變病人的生活。舉如在臨床上，給定的時間系列敘述中所表現的中心主題為何，以及最終這個病人是如何賦予病痛意義的模式，都有必要達成去引出、聆聽，理解病人對病情帶來的失序，以及關注作為病人痛苦的經驗等多種方式。在此部分上 Zaner 曾言及，醫病關係是建立在病痛這個事實，療癒關係就是一種道德上的要求，每個疾病都是獨一無二的，因為每個人都是以個人自然的態度形成體驗，不同的主體對疾病的體驗都有著不同的疾病敘事。更何況，在描述有關身體紊亂所帶來的生活世界情況時，正是顯現其影響的嚴重後果，反映出每個獨特的故事背後病人對自身的身體、自我與世界關係失調的體驗感受。

在臨床醫學的語境中，疾病的敘事就是要忠於臨床現象的本質並加以描述分析，在倫理困境脈絡中去探索，還原倫理困境原來的本貌、它被詮釋與呈現的方式，這勢必將慣常的世界信念先擱置一邊、存而不論地進入困境不斷地反思與還原；以便讓困境呈現其本質，清晰理解病人解釋病痛的構成方式與意義。直言之，強調要求醫生若要理解生活的病情體驗，領會那種失調對病人到底意味著什麼（means to patient），則必定於臨床敘述中，將注意力集中轉向生活處境的表現、生活體驗的時間結構方面之上；尤其是意義的構成方面，正是這種時間結構的一個表現。生病絕不是作為一件孤立事件被病人面臨，它總是根據特定的病人在其處境構成的過去意義和未來期望中被體驗。病人的生病經驗通常是用敘事的方式來組成和體現，唯有呈現個人價值和特定生活面貌的「體驗之聲」，反映出病人生病感受的實在，對於疾病的敘述必明確將病情置於病患特定的生活背景中，關注於疾病所帶來的身體病痛或傷害的狀態，圍繞這整個生活情境脈絡即將發生或失去控制的處境。生病是一種生活全面改變的經驗，病人面臨一種危急且極為個人的方式遭受磨難，個人的基本生活條件、受苦狀態、人際關係，關乎特定個人生活的道德價值抉擇，都受到極具艱困的挑戰。是以，對醫生而言，為了直接面對病人失調和痛苦，那麼，顯然醫生必須超越客觀的、可量化的臨床數據，去探究每個獨特病人的生病故事；必要之時則依賴於敘述行為的交流互動中，去引出、關注並聆聽了解病人自身承受病痛的經驗，通過他或她特殊意向性結構所呈現的疾病的敘事描述，獲得生活中病人病情重要的信息。

二、疾病的意義作為倫理療癒行動的核心思維

人會生病是客觀的事實，但它往往不是一種生物學上的判準。疾病所帶來的生活全面的改變，作為一個存有的遭逢事件，不僅它所承載的文化符碼的複雜因素；病體的誕生更是個人日常行事的確定性突遭橫阻，圍繞這個身軀症狀是已然陌生的生活世界。相形之下，師範自然科學實證典範的現代醫療體系，關於疾病現象的研究，多以實證取向論據觀點注意「生物身體」方面或心理方面的功能失調和障礙引發的生理症狀。如此取向，醫學干預的目的就是根除疾病與恢復健康，疾病被界定為有害的抽象實體，必須採用對抗醫療手段從病人身上驅除的東西，不難看出現代醫學科學在這般簡約預設底下，進行的關於患病經驗現象的研究，強調高技術的治療和功能的完全恢復，如此地把疾病概念化的醫學目標，與病人——尤其是慢性病患與不可治癒者，對於病情直接體驗感受的普遍存有的失調是兩相迥異的。照此說來，這種治療針對「生物身體」回應疾病和症狀的診斷，將注意力的焦點從病人本身需要傾訴的存在困境轉移開，必定促使作為「肉身化的人」普遍置身所在的生活情境反而被忽略。並且依據技術至善論強調的治癒目的，必定會激起某些慢性病患不切實際的期望，醫病之間極可能存在著一個巨大的張力與壓力，導致一些不恰當的醫療措施；及不可避免的失敗更強化生病時所體驗到的失望、挫折和無助感。如果治療是目標，醫生又不能滿足這樣的期望，那麼，病人就會感到被醫學專家排斥在外，並認為情況將是整個已是不可挽回的地步，致使他們從自身的疾病與死亡面前選擇逃避和退縮。⁹⁷

1、治療關係的性質

疾病對患者而言，是一個影響全面生活的事件，關於慢性病患或不可治癒者歷經的生活經驗情狀，往往個體的失落感比疾病本身還來得深沈與具傷害力。當生命本體的意義遭受疾病侵襲之苦，也就是病人可能從個人生平各個層面與生病經驗作意義上的關聯，將感受到生病狀態對他的當下與未來生活世界會造成怎樣的影響和威脅，所有這些都是隨個體特別的生命狀況——尤其文化背景和個人的價值有密切關聯。由此，面臨著疾病永恆性存在的事實對慢性病個案而言，更迫切重要的問題則為，不是意味著治癒某種疾病，而是如何生活過的好一些。觀之臨床遭遇情景，病人請求醫師的療治，是因為發覺自己有某種已被察覺到的身體

⁹⁷ 關於治癒目標的醫療措施加之病患身上造成的某些不恰當的治療弊病與影響，Toombs 的說明有其精闢的見解。參見 Toombs (2000)，代序〈慢性病患和醫學的目的〉。

不適，出現了某些可被認為是患病或疾病（disease）症狀的改變，他或她不但想理解身體不適或受傷害的理由，也要進一步尋求醫學上的解釋而就診求助於醫師。這就是醫師與病人臨床遭遇治療關係的倫理情境的發端。

Cassell 曾言：「病人給醫師看病時，所發生的是疾病的生理學實體和身為病人的個人，兩者之間的互動，而所有這些都在一個特定脈絡中發生。」⁹⁸ 在當代醫療體系，臨床醫病關係本身的結構性特徵，起於病人提出的請求，醫生做出回應疾病和症狀的診斷；不難理解，常常以生物科學經驗的思維模式來理解患者的病痛，患者被等同於疾病這一客體也就代表患者只是個疾病的載體。就 Toombs 憑藉源自現象學分析的洞察力，揭示出醫師和病人之間生病體驗與這種自然主義描述的體驗，在理解上的差異構成了醫療實踐中的一個重要因素，尤有甚者，這一因素不但影響醫師如何與病人在生病意義與生病身體方面，能否共同站在一個理解的基礎上進行成功交流的可能性；並且還攸關影響到醫師的治療詮釋是否能考量發聲於「生活經驗之聲」生病的主體經驗狀態，以一種最佳的方式面對病人的苦痛。理解總是在一定的前提下發端。爰此，Toombs 認為若想將兩者之間所具差異的影響減至最低程度，並建立起對生病意義的共同理解，她曾指出諸多重要的理由表明醫師應該關注病人的生活體驗：

- (1)、臨床上進行治療時，若要理解病人活生生的病情體驗，醫師就得有意留心病人作為一個完整的個體。
- (2)、為了使醫師可以完全運用專業知識和技術解釋並順利進行診斷和療治，對病人生活經驗的充分理解是基本且重要的管道。
- (3)、唯有充分理解這種生活經驗，以確保最有效地進行科學的調停治療是十分重要的。
- (4)、療治行動需要醫師與病人共享對於病人病情的共同理解。(Toombs, 1992, pp.89)

傳統的醫病之間的互動關係，醫病對話被當作醫師為收集資料、病史、傳達醫學信息的一種行為方式。醫病雙方對「當下的問題」的界定往往是由醫師單方面主導整個過程和結果，醫師作為一個主動觀察的「主體」指向患者客觀的身體，

⁹⁸ 轉引自 Zaner (2008)，頁 34。

透過患者對病情的主訴，將這些描述分解翻譯為病理－生理的指標，更於科學的架構下進行歸納、演繹和解釋，以獲得對疾病確定性的「知識」並決定治療措施。直言之，在醫病關係這種特殊情境中，「醫學關注」的指向忽視患者作為主體性的存在以及賦予病情的獨特性的性質，這種侷限性在慢性病中尤為顯著，使得醫師和病人難於在臨床語境中彼此交流。⁹⁹

如其所論，在醫學悠久的歷史中，許多醫師與醫學習慣把他們與病人的關係視為單向交流的方式，也認為他們自己的角色是唯一的決定者。然而，觀察臨床上與病人遭逢的各種真實情形使我們認識到，醫病關係實際上是獨特的「面對面」（face to face）的關係，其中彼此介入到對方的處境是源自於病人為擺脫或減輕身體的不適或痛楚，意味著醫病關係的中心主題顯然是互相的（reciprocal）醫療行為關係形式，因而，病人與醫師的相遇本質上就是一種 Schutz 所說的「朝向他人」的特殊型式。¹⁰⁰ 在如此特殊的治療關係中，醫師與患者關係的目的即是病人的治療（healing）——特別是，這一關係的目的的性質是由病情被設想（conceived）的方式決定，進而影響醫病關係目的的決策方式。病人來看醫師主要目的是為了減輕由體內不斷發生的紊亂所產生的身體、自我和周圍世界的失調，這就是 Toombs 為何需要證明醫師對病人生活經驗的理解，對臨床實踐的關注與醫學目的的審視是迫切必須的。

通過有別於一般生物專業倫理的理論原則，對現象學來說，處理的模式是把所有可能視為理所當然的解釋予以存而不論，轉向考量我們親身經歷的直接經驗加以描述。就此而論，只因作為日常活動的行使者，自我仍是肉身的存在，「擁有」（has）且「活在」（lives in）身體之中；透過我們活生生的身子經驗世界上其他事物的方式，最後依此成為決定一切意義本質結構的根源。就如 Toombs 所指出，那些生活在疾病擾亂中的人，承擔著自我不時一次又一次面臨調整或維持

⁹⁹ 誠如上文所言，Toombs 曾說明醫學純科學化操作模式，也會帶給病人不必要的痛苦。對此她再提出言道，醫師的生物學治療只減輕疾病裡機制引發的不適感，但對患者主觀體驗感受的痛苦，尤其在患者理性層面對病痛經驗的理解漠不關心，更加深患者對患理解的痛苦根源。此外，深深植根於生物醫學模式盛行的對身體障礙的生理病理學的強調，增加了病人自身整體感的喪失和控制感的喪失，這方面也構成患者痛苦的來源。另一方面，疾病的急性模式一味強調治癒的目標，使得病人在面臨所治療的結果，在不是全盤可預見的情況下，病人被要求對於醫療計畫與過程做出權利的決定，必須在某些治療的風險和利益中扮演一個行為角色。因為這個原因，病人常常感到負責承擔他或她們自己的醫學的任務是不合適的。或者，技術決定性的醫學強調「確定性」的追求，也潛在著一種使患者往往容易放棄自己在疾病闡釋中的主觀作用，而把自己的權利讓渡給醫師；同時也把自己在生活適應方面對疾病的照顧技術轉嫁給醫生，臨床上易見衝突也就來源於患者對醫學和醫師要求全權負責的因素。引自 Toombs (2000)，代序、頁 3、頁 9、頁 129、頁 130；以及參見 張鐵山 (2005.11)，〈闡釋學語境下的醫患溝通〉，《醫學與哲學》，第 26 卷，第 11 期，頁 8-10。

¹⁰⁰ 引自 Zaner (2008)，頁 60；頁 98。

其完整性的挑戰，在每一個事件中經歷額外的喪失都會威脅著已經取得的某些安寧。以長久罹患病痛者來說，那些帶給病人痛苦意義的身體症狀，就是現在使之成為病人的這種病痛一種特別意義的直接反應，同樣也暴露了自我逃離不開自己存在這樣身軀的事實。也因而如此，對於那些希望幫助病人的健康照護者，應盡力去理解病人疾病的意義，也就是，一個症狀或診斷將帶給患者怎樣的影響就更應是醫護者關注的重心焦點。現今，經由現象學企圖將被醫療化的疾病現象還原到我們置身的生活世界，讓那些被生物科學化約的病症過程，返歸到具體的生活態度與生活事實，醫生不單是對疾病的理解，更重要的是理解疾病對病人意味著什麼，盡可能幫助病人在醫學之外獲取訊息，發展出使患者恢復控制身體失調的能力，以及能協助提供患者重返生活世界一些務實的策略。對此，我們可以說，現象學的主題落實在醫病關係，隨之而來的，是用一種切實可行的方式，來自於臨床取向的實踐，通過治療互為主體的關係，使得醫師能夠恢復病人朝向作為人的完整性的醫學終極目標。

2、醫學實踐的目的

醫學的最終目的為何？這與醫師與醫學對於疾病意義的理解方式密切相關。如果主要的重點是疾病狀態，則醫學就會被認為是保護軀體和生物學生命是唯一和壓倒一切的目標。然而，實際上，當今奠基在科學架構上的生物醫療已把自己完全侷限在實用的層次，只因強調物質層面的有效臨床療效，不僅意義無法彰顯卻反而經常面臨意義有限性的問題。Kleinman（陳新綠譯，1994）認為，每個慢性患者都是帶著豐富的生命史出現在我們眼前，¹⁰¹ 每位求助者承載的文化符碼都隱身在其身體症狀之下。人和疾病的關係本質上是有意義的相互勾連，以生命共同存在為基礎之現實關係。直言之，疾病並非單純的個人經驗，它是深植在社會世界之中，無法與構成那個世界的結構與程序相分開；臨床上醫師和病人相遭遇，對醫療倫理的思維核心的探究，就是聚焦在開啟醫病之間這道關係的疾病的意義之上。於是，Toombs 從現象學方法反思醫學現象的解釋，揭露了醫學內在意義與方法，除了患者的病痛經驗與醫師對疾病的注意中心有所差異。這個觀點還指出，倘若醫生能從事有關病痛意義的詮釋，亦會更有利於臨床上療效顯著的醫療實踐工作。根本地說，這種強調觀看性質的轉換，從面對一個抽象的疾病實體轉變到面對病人的生存需要，現象學心理學的方法運用有著深刻的意義。尤其對於那些患有慢性病或不治之症者而言，醫師面對病人更應從存在現象的主

¹⁰¹ 轉引自 林耀盛等（2007.8），〈生病作為一種倫理事件：洗腎者病程經驗的現象詮釋〉，《本土心理學研究》，（台北：台灣大學），28 期，頁 85。

體經驗角度出發，並嘗試試圖進入患者個人的生活世界，聆聽他或她們的「生活經驗之聲」，經由現象學進路去掌握屬於每個當事人與其特定的處境，基於同情共感作用通過對話形式認識其生活故事背後的意向性和生活結構，以能理解他或她所賦予的疾病意義，盡可能使醫生得其要法解決病人因身體紊亂產生的生存困境難題。

不論如何，從前述所指出的強調對於病情設想的性質變換的重要性，對於醫生的「治療功能」(healing function) 以及與此相對的「治癒功能」(curing function)，前者是直接面對和解決病人生存困境的能力，盡其所能程度上減輕由生病帶來可被察覺的身體紊亂的狀況。易言之，即是把減輕不適和痛苦當作治療關係的目的，那麼，醫師此刻可能變成陪伴在病人身邊，協助他或她在恢復控制和應付現實生活的挑戰就是個有助力的盟友，如此說來，治療功能既然是至關重要的(crucial)。然而，它畢竟不簡單等同於給予安慰、認可和耐心(Cassell, 1996, p.149)，它必定是用一種切實可行的方式，通過治療關係使得醫生能夠幫助病人恢復做為一個人的完整性；即便無法重新獲得身體的控制權，醫生也應當盡其力協助患者盡最大可能生活下去並且仍要活得好一些。¹⁰² 因此，履行作為一個治療者的角色重點，臨床醫學實踐的目標應是置於維護個人狀態的完整性，治療關係除了醫學實踐技藝的操作，更需要關注與掌握每個獨一無二個人獨特的病情解釋模式。唯有通過生病故事，才能呈現獨特個人價值系統和生活樣貌，最主要的成分就來自互為主體互通有無的交流形式。這種對話形式並非直接由醫生主導一問一答的內容。誠如 Toombs 指出，有效的交流要求醫護人員必須做到下列幾個關鍵要件：仔細聆聽、認同理解病人病情感受的重要性，以及嘗試發揮想像力和移情，投身到別人的置身處境中設想，盡可能通過病人的眼睛看世界。醫病之間有效的交流磋商，即能發展出消解由疾病引起的生活紊亂的策略，使病人恢復控制並允許他或她將身體的失調與日常生活協調融洽，於此，Toombs 進一步再提出，關於完成有效的交流幾項不可或缺的重要目標：¹⁰³

- (1)、減輕病人孤獨的感覺。存在的孤獨是慢性病者和致命性疾病一個必然的感受，照顧者必須使他們不僅僅是承擔某種醫學意義上的存在，不因無法治癒而被醫學拋棄。現實中病人最需要的是在生活需求方面醫師能夠提供具體策略，並且在病情的旅途中能夠陪伴他或她們的人。因而，對於面臨將來未知的無序和困難的存在問題，醫師應盡可能提供協助這方面是非常重要的。

¹⁰² 參見 Toombs (2000)，頁 133。

¹⁰³ 下列幾要點，參見 Toombs (2000)，代序，頁 11-12。

(2)、有效的交流是一種賦予能力和支持的形式。疾病的遭遇有如病人被鎖在他們無法控制的環境中，時常因著身體與周遭環境、與自己的關係不斷變化而需要重新設法調整適應。當人生病時，這個異樣狀態就是使人逐漸從自身熟悉的生活世界疏離開。透過疾病敘事的描述、醫師對患者疾病體驗的一種想像的轉換，醫病之間有效的交流有助於病人重新獲得身體的控制權（即使是有限的控制）與自我完整性的維護。最重要的是，即使醫護人員不能在治療的意義上作任何事情，也要用某種方式幫助或支持他或她們，能夠在病情的旅程中面對困難繼續奮鬥，使其得以重新返回生活世界的關係中重構普遍的處境結構。

(3)、有效的交流以協助病人朝向更好的生活努力為目標。對慢性病患而言，希望與絕望的選擇不是一次性，而是反反覆覆地掙扎與變換，治癒的希望最初已是無法實現的目標。儘管如此，治療關係意味著醫師的照料（care）就是使病人擺脫無助感、恐懼、徬徨，以及比死亡還糟的痛苦折磨。在確信病人將來是可被處理和可被應付時，治療者盡其能支持他或她希望的能力——儘管有病痛，仍要過得好一些。這不是一件無意義的事情，根本地說，交流就是一件審視病人病情的程度，認識到擾亂是生活的一種方式的情況下，與他或她共同協商學習如何在失控的身體內，被強加的影響和自我渴望得到的東西之間，彼此互動間協調達成新的平衡。

就現象學的取向對現成世界進行的思考徑路，藉由 Toombs 的論證表述，通盤考量之下，有助於讓我們了解到病人的生活世界的基本結構代表著，生活的病情即是某些典型特徵的一種特殊存在方式的展演。其次，在正常情況下對身體的瞭解方式能為建立病情的移情理解提供重要的線索，進而，揭示病情對於某個特定患者意味的含意，同時也表明了治療行動中臨床敘述亦是一個重要的因素。醫病間良好治療關係的性質，確實需要能對生活的病情理解的治療行動，以及在治療關係中，生物醫學模式的「醫學之聲」對於生病意義和生病身體知覺結構，必須考量發出「生活世界聲音」病人的生病經驗的主體狀態。相反，若以醫學標準壓制那些由病人個人主觀發出的生活經驗之聲，或經由醫學術語引導將其病情陳述中選取和抽離出一個「案例」概念；則易徒然造成治療過程中病人生活世界進一步心理、身體與生活秩序上的不安與紊亂，導致形成與醫學原初的目標兩相違背抵觸的窘境。這也正是 Toombs 依據現象學，針對病人生活世界結構的描述與分析的強調，有利於醫病兩造的對話當中，醫生能相互體會出每個病人意識上與知覺上的特殊意向性結構，治療重心置於減輕由痛苦不斷發生的紊亂所產生的身體、自我和周遭世界的失調，以便設計出符合每個特殊病人病情的治療方策。更確切地說，身體的疼痛並不是最主要，更令他們關注在意的尊嚴的喪失、行動自

由的受限制、重要的人際關係遭破壞，以及個人價值的喪失以致生命失去目標的感受。於此，醫學目標必須有助於病人維護自身的自主權權力，不管在任何身體或心理缺乏能力的不可避免的情況下，為求病人生命質量上遏止趨降，都應給予以及盡其能力使病人生活更加充實樂觀。總之，減輕不適和痛苦是當今的健康中心目標，在這種情況下，當病人在向由生病所帶來的種種不便奮鬥時，作為病人照護關照的參與者，醫師可能是患者最值得信賴的盟友之一。

嚴格說來，Toombs 的基本論點乃以現象學角度探討疾病的意義，從「回到事物本身」開始，即是回到罹患者自身，遠離既有的病徵控制的疾病理論，回歸到正為疾病苦楚的患者體驗身上。¹⁰⁴ 生病經驗的原貌，其實是整個生活常態運息的失落、擱置和轉換，生病經驗展開的是一個具備完整體驗結構的生活世界，而不是某種可以識別的生理症狀或是病例記載。¹⁰⁵ 當疾病介入生活世界時，藉由現象學反思身體之意義，展示了身體的體驗就是一種在世界之中典型存在的方式，生活中的病情本質上是按其身體、自我和生活世界的破壞去體驗，本是通過身體的體驗使我們理解到一種疾病感受的意義的加強。若然，醫病關係面對面的倫理相逢，治療功能（healing function）顯然是以治療者對患者的生存困境的某種理解為先決條件，直接面對和解決病人的生存困境。因之病人的處境必須面對種種生命現實的難題，醫生若要瞭解這些問題，就要認清所有困擾與阻礙都源自病人的現實狀況，尤以病人的遭遇的每種情況，都有其特殊的置身處境形成的條件與個別的議題（如時間感、空間感、身體感等的擱置轉換）。

於此境況下，就醫療倫理的領域而言，主體病痛體驗模式，即是進行慢性病照護之際，醫師必須回返到存有的世界以能疏通罹患者的整體生活世界的困境，才是整全的醫療關懷照護的實踐途徑。於是，本於現象學描述法直接面對生病經驗的敘說內容，¹⁰⁶ 由此出發，理解疾病真實的嘗試，不應僅是侷限於客觀的證候呈現與病源是否存在的證據；以及不論是在於患者生病狀態的意向性結構還原考察，抑或對其病情的生活世界關注的形構，認識這個疾病意義如何被賦予，與它又為何以如此的方式被賦予的問題，最終都要透過雙方不同語言論述和不同意向結構間之交流，才有可能給出一種建立一個共享意義世界的方式。是故，從 Toombs 現象學分析中，重新揭示了以患者生活為中心的臨床治療目標，展示出

¹⁰⁴ 參見 林耀盛（2006.3），頁 200。

¹⁰⁵ 參見 龔卓軍，〈當現象學家走進醫病田野〉，收錄於 Richard M. Zaner（2001），譚家瑜譯，《醫院裡的哲學家》（台北：心靈工坊），附錄，頁 264。

¹⁰⁶ 意指每一件事情都可以經過講述者的情感和觀點述說，之後假若又能經過述說再現的成分便具「敘事性」。廣義的說故事（storytelling），對於疾病敘事的形構來說，除了經由病人口中陳述的病痛敘事之外，醫學的領域當然也包含著敘事性。引自 李宇宙（2007），頁 4。

以現象學作為界定真切地反省疾病意義的方法學之根本價值。

第五章、結 論

醫療技術的發展本然為幫助人減輕由疾病帶來的苦難而產生的實踐活動。面對人類無法改變疾病存在的事實與共存的命運，亙古以來，醫學實踐的目標需求始終制訂於追求健康和對抗疾病。在人類尋求解除病痛的过程中，從社會早期的巫醫療治實踐，到當代生物高科技醫療技術的蓬勃發展，莫不是勾勒出人類應戰病魔，自我救療的歷史全貌。縱然，進入二十一世紀醫學科技發展觀念和成就，不斷取得了空前的成熟和進步，然而，因著專業化的強調以及對疾病和器官系統的關注，醫學本身卻從原本視病人身為一個人，轉變成把一個「完整的個體」予以「破碎化」或是「異化」，無形中造成現代醫療體系偏向「去人性化」的技術操作方式；更使得「醫學人文精神」加速地被剝離、輕忽或邊緣化。也就如此，觀之反映著對疾病和健康問題思維與行動之醫學模式，在我們深入檢視每一時期不同的模式和倫理意蘊；推演至今，不難發現疾病的概念是一種隨著科學知識和文明發展的進步不斷變化的社會文化建構。當然，無庸置疑的，在醫學和生物醫學科學新結合的關鍵之處，我們藉由剖析醫學科學思維發展史進行的理論研究，釐清了科學知識原則與方法的失衡和侷限性。誠如 Oliver Sacks 強調的：「其實生物觀點、精神觀點或是社會道德觀點都不夠充分，我們不僅同時要從這三方面來審視【疾病】，更應從其內在，從存在的觀點來看患者自己。」¹⁰⁷ 唯有如此，在當前醫療人文化的訴求中，必須針對臨床上每個不同的患者心理、生活環境與社會條件等給予適切的關懷，以期醫學實踐行動能在臨床醫護人員與患者的對待關係，不是只有醫療的技術操作也包含著醫學人文主義的精神。因此，在臨床情境裡，醫病關係的倫理這一類的問題，就必須置於生活世界脈絡中，讓每位情境的當事人自身獨特的經歷和觀點，得以被思考與回應之。

醫學的目的是社會的，強調生物、心理、社會醫學模式主要是因為醫學不應僅有技術概念，醫學醫治的對象更不僅是疾病本身更是一個具有機生命的人。當前醫學倫理討論與教育回歸醫學人文的向度，在這部分針對改善以科學為主、技術取向的醫療事業，導致病人不曾被「當作人看待」的弊病。因而，主張「以病人為中心」為核心的「四原則」醫學規範倫理要求，在病人自主性的醫病關係中

¹⁰⁷ Oliver Sacks, 《火星上的人類學家》，臺北，天下文化，1996。轉引自 龔卓軍（2003.12），頁70；其中的【】，原文是：杜氏症。

增進醫學人文性格，一方面強調治療疾病且應關切在病人身心方面，使他們得到應有的照顧；另一方面也應顧及病人自身的權益，促進他們參與自身醫療共同決策的自主能力。然而，終究「四原則」的操作是規範非臨床的，它無法充分回應與抒解每個獨特的醫病倫理相逢時刻，重點只顧及在是否有達到特定的倫理原則的要求，完全沒有涉及倫理主體的考量以及忽略倫理主體的差異性與需求。¹⁰⁸ 事實上這樣的醫學倫理，只是醫護人員一套醫療的規則系統用來對待處置病人，在臨床上對自身遭遇到的病患，提供一個可避免錯誤、倫理問題與醫療糾紛的醫病兩難決定的倫理規則。現今反省醫病關係的模式，主張的病人的就醫自主性的醫病關係，也並非以病人為主、實際依舊是醫生為主導地位的醫病關係。這都是因為醫生依然以客觀觀察描述的態度對待病人身上的疾病，忽略了疾病事實是病人以自身主觀的經驗去看待病痛的重要關鍵事件。

病痛是個人的主體去親身體驗，人之所以為人的立足點，正是因為我們擁有的生活身體，它明確地將一個人實質的存在具實化為一個肉身的存在。疾病的侵襲，就是一個破壞與限制患者整體生活世界正常運轉的存在困境事件。難以規避的是，由疾病造成的脆弱性極其獨特，一旦失去健康，身體的失控與生活的紊亂，總會不斷嚴重侵蝕患者的自主性和行動能力。時值醫療效用的判斷已界定為恢復健康行為能力的醫療目的，當面臨疾病引發慢性患者完整性的喪失、主體性的低落的疾病情態，現代醫學的實踐目的與方法技術的正當性，反而宣告了失去療治的期待性與實效性。當此之際，唯有透過現象學方法證明了對病痛採取一種有別於生物醫學模式的觀察方式，徹底凸顯身體即為體驗的主體；並非科學醫學主流價值用以觀察、外在於承載思維主體本身的一個附屬的客體，因此它更不等於僅是把疾病祛除以為即能達到治癒目標的客觀對象。故於結論處，關於人類對疾病存在的事實，所揭示的病痛體驗的意義以及倫理行動的性質方面，可再作進一步朝向三種思維向度，就面對疾病其實存在於我們生命當中，不論於內在生命或實際生活處境，企圖深入思索其中蘊含的啟發性與可能性的哲學反思。簡略說明如下：

¹⁰⁸ 參見 Zaner (2008)，譯者 許敏桃序，p. x i x；p. x x v。

一、以現象學方法回到處境中互為主體的倫理事實

疾病並非僅是由外在侵入而亟待被消滅祛除，或是僅能頹喪消極面對這個不受歡迎的異物。在此透過身體的病痛體驗了解自身的主體性，足以論證了疾病的存在，始為揭示我們直接體驗與理解到自我的主體性的一種基礎。由 Toombs 主張藉助心理現象學集中描述的疾病現象方式，考察分析闡述了以不同層面（感性與理性）意義所構成的疾病現象，不但揭示了疾病意義的巨大複雜性與直接基於生活經驗上的意義，同時也由此論述得知，體驗到的意義與抽象之間的解釋有何本質上的區別；之後再將此焦點置於疾病現象，除了闡述種種具體的症狀之外，也說明了患者體驗到的疾病的一般性質。¹⁰⁹ 由此觀點的論證過程，讓我們理解到通過主體病痛體驗的現象學進路，觀察理解到「生活經驗之聲」相較於「生物醫學之聲」更應值得備受關注的重點。首先，面對醫師與病人對疾病意義的不同觀點、把握疾病的不同方式，現象學指出關鍵處在於，如何使這兩種不同的實在整合成一種「共同的實在」。進一步從診斷和治療的意義方面，醫師唯有掌握病人病情的體驗，才能達到最佳療效的醫治目的。其次，若要達成此一目標，想要從存在的角度理解在病人體驗中有關病痛的訊息，醫師就必定需要引入患者提供以「自然的態度」形成的體驗，也就是關於病情第一人稱的敘述。與 Toombs 的看法相仿，Zaner（譚家瑜譯，2001）曾提及應用在臨床上醫療相遇關係，經由現象學心理學取向的分析考察，特別有助於診療照顧者推動有效的對話，主要的特點即是：留心傾聽、有所應答、承認事實、開放面對。這是因為現象學方法就是要求把人的成見擱置一旁，致力釐清知覺、判斷、價值和意義，以「回到事物自身」（龔卓軍，2003，頁 73）。最後，不論病人還是醫師，都會在現象學強調的存在現象體驗角度裡，陳述著疾病的感受和個別經驗，那是一種運用疾病敘事不斷地述說和追尋的對話交流，重新找到自己的定位的過程。

對一個慢性病患而言，痛苦是特有的不幸狀態，也是一種屬於個人獨特性的感受。若然，治療關係唯有在理解特定生活世界中，患者對病情所賦予的意義後，相關的痛苦才可能得到緩解，一個人的完整性也才可能得到保護，即是說通過現象學分析揭示，病人的主訴（narrative）才應視為理解患者病情的中心環節。由於面對疾病這樣無法恢復身體狀態的局勢，病人必須學會如何把這樣的身體存在方式，融入個人日常生活中，認識並接受這種被任何疼痛和痛苦翻轉濾過後的生命和生活。面對這種情狀，對醫師而言，應當也意識到健康與身體（fitness）的

¹⁰⁹ Toombs（2000），導論，頁 4。

健康不應同義，人類的健康幸福（flourishing）不能也不是用身體或精神健康（well-being）的一些理想標準做唯一界定，這是人類不可企及的理想，否則，治療關係既在病人也對醫護專業者造成一種極大的壓力。另一方面，同時意識到重新定義醫學的目標，面對人類病情和身體的紊亂，與其是減輕痛苦的理解，或者對疾苦病痛者受苦關照與照顧技藝的揭露，不如更是透過從「主體病痛的體驗模式」的現象學進路為入徑，反思建立一個奠定在病人生活的病情體驗的整體疾病模式提供基礎，以期發展出一種置人類病痛經驗於核心的疾病理論模式。重新審思醫療倫理意義的目的，意在論證與理解疾病並非僅為外在亟欲消除的對象，疾病的真實含意是病人能夠深刻去體驗，主體的存在並不只是抽象的意識存在，實際並非僅以治癒疾病為主要任務。當病人面對疾病存在的事實，才是真實以自身體驗為主的存在生命，此時也才真正需要的是醫生的專業技術能力及照護機制，也唯有透過現象學心理學的觀察分析，才能釐清與認知醫病之間的關係需要改變。

二、從倫理照顧的模態關照受苦者的存在樣態

就如人的生活經驗與置身所處的社會文化脈絡相互影響的關係，個人對疾病經驗的解釋模式同樣也無法脫離所處之社會環境與文化氛圍而孤立地被理解。依此觀點，林耀盛（2006）曾針對 Toombs 對病痛（illness）和疾病（disease）做出的區別與說明，所言及關於病人對痛楚的感受是一種此在（Dasein）的不適感，不僅影響受苦者的存有，疾病同樣也破壞其計畫（plan）和擘畫（project），甚至剝奪個人的自由感和對未來希望的感受。就此，他又引用 Sundtrom（2001）對 Toombs 的論點發出的異議，說明與其反映出一種「語言－語意」（linguistic-semantic）的比較性傾向，區隔雙方各代表的模式是什麼的論證形式，最重要的任務，不如在醫病關係中探求出有意義的溝通方式。¹¹⁰ 於是，他再借重 Heidegger 的論點，言明操煩／掛慮等情緒是一種存有者的特徵，是存在者基本的生存論狀態，¹¹¹ 由此闡述關照層面，不該侷限在以社會觀點研究疾病和自我、他人、社會及心理上的關聯事件，抑或指向生物醫療層面對於身體症狀控制的照顧型態，事實上，強調療治（cure）效能的生物醫療總是難以面對意義有限性的問題。既然如此，面臨遭逢置身於病痛情境裡，經常伴隨困惑、恐懼與驚怖，種種脆弱狀態的受苦者，健康關照專業的產生，其實就是不斷實踐著「存在上的

¹¹⁰ 林耀盛（2006.3），頁 205，註釋 7。

¹¹¹ 同上揭書，頁 196。

掛慮」(ontological care)之倫理行動。¹¹² 於此境況下，對於回應受苦的整體生活世界困境 (impasse)，主張從自我和他人互為關切所形成的「咱們」(we-ness) 照顧關係形構，深究受苦經驗在生存上的意義，而且只有透過我們之間相互的連結，才可能幫助我們超越度過寓居於世的苦痛和難關；是故，如此複合體所形構的關係，就成為我們思考照顧現象的轉向發端。¹¹³ 因而，當面臨「生命本體意義的遭受侵襲之苦」(Garro, 1992) 的生存事件，¹¹⁴ 除了將焦點置於病人自身在生活世界疾病經驗的意義建構外，也應關注在他或她寓居於多重性的社會世界的存在情態。

依前文論述，在 Toombs 的觀點中，所指疾病存在的意義就是指特定環境中，病人自身對疾病之於身體感受與活動方面，以及所處的周遭環境對它帶來的生活世界的翻轉與困境，影響著本身賦予疾病的意義理解層面，而醫生則是依個人的差異性與需求，盡其能幫助病人作更好的醫療處理以便能不增加病人生活上的困擾。由此進路，林氏 (2006) 同樣通過現象學心理學的方法，進一步從倫理照顧的概念著眼，指出人的存在從未與世界須臾分離的重要性，對於疾苦這個存在上的事件，彌補從 Toombs 論證的臨床醫療的倫理場域方式的不足與缺失，再轉入關注在病苦者的整體生活型態的倫理照顧關係。換言之，藉由照顧自己／關切他人所複合的關係，除了家庭的自然鍵結 (natural bond) 外，亦能締結於朋友或志工式、社福支持團體等非正式的網路 (informal network)，以及醫療體系方面正式的專業服務網路 (formal agency services) 兩種社會支持來源的照顧契入。唯有如此，把倫理照顧型態回返至存有的世界，方能疏通病人置身的社會世界的難題與困境，才是積極實踐一個以「存在上的掛慮」為本、整全的慢性病倫理照顧之首要途徑。¹¹⁵

三、從疾病體驗開展生命意義的再省思

基本上，Toombs 以心理學現象學進入描述病人自身患病的主觀體驗，很顯然她認為當今以客觀病理學為主的醫學對疾病的判斷與診治，是從科學的立場去觀察分析活生生的人身上所患的疾病。於是強調醫生在面對疾病也應關注到病人

¹¹² 同上揭書，頁 198。

¹¹³ 所謂「咱們」的關係，依林氏的說法，指的是我們如何面對他人的受苦，以及如何回應自身的受苦，亦為一種以照顧自己／關切他人為複合體的「咱們」倫理關係形構，作為一種契入性的照顧模態。同上揭書，頁 188；；頁 197。

¹¹⁴ 轉引自 同上揭書，頁 186。

¹¹⁵ 同上揭書，頁 188-192。

患病的痛苦經驗，以及能以現象學之同情體驗對待臨床上每個不同患者自身的患病故事。Toombs 對現代醫學的批判和對治以及對病患存在意義的洞察，所引發出對生命軀體、疾病本質和醫學目的的省思，意在達成醫學人性化的目的，以及醫病之間搭起一座對話橋樑。這現象學的見解自有其洞察之處，但對於疾病存在於生命的實質意義，卻因此失去了其揭示吾人真實生命完整性的契機。疾病的發生並非僅止求於醫學上的救治所進行的療治技術，或指明實行醫病間良好的照護交流的目標等這類的問題；它同時亦是我們對於能真正面對身體我之存在即是完整生命樣態的課題。疾病事實上也是我們存有的本然樣態，人如何面對自己需與疾病共存在的存有論問題，這才是真正疾病的意義問題關鍵所在。底下簡述幾點，言明關於疾病生命之本質意義之論證未來發展之可能性：

(一)、現象學方法未能竟全疾病生命的本質意義

如上文所論證 Toombs 的作為，主要目的針對以往僅是採用客觀觀察疾病物理現象的弊病，代之以現象學的描述運用在醫療倫理的問題，以能清晰明瞭病人主觀的病痛體驗。然而，現象學心理學的方法也有其侷限性，因為透過現象學的描述，仍是為醫生提供同情理解的認知論技術，這還不是真正的以病人為中心的醫療倫理。換句話說，實際在治療過程中，治療病人患病之時，現象學心理學主張透過臨床敘事，讓醫生對病人的疾病有所理解，並運用同理心的理解對待病人，實際上仍不脫技術主義的藩籬，只是從生物醫學的客觀觀察轉向現象學的同情體驗的觀察，醫師專門用以觀察疾病的存在與不存在的問題所使用的操作方法。然而，對生病的人而言，病痛的存在與否引發的生病問題的體驗與意義則是存有論的問題對於疾病作為與人共存在的現象，其存在對人本身的意義而言，Toombs 的現象學描述，仍未能使自身作為疾病存在的參與者的角度，作為自我生命意義的認識的角度。就此而言，臨床情境裡運用現象學的方法作研究，是為了區別於過去自然醫學的客觀觀察方法，唯獨觀察在身體上的疾病——disease 的科學觀察方式，這是因為不同於前者的手段，現象學的方法是透過觀察描述的方式來呈顯事物本身。因此，此時疾病仍只是一種個人的病痛，必須要透過醫生技術治療加以排除的對象，倘若如此，疾病的真正意義仍然被隱蔽遮蓋著，事實上我們依舊對疾病一無所知。

因此，通過現象學方法描述病痛的這種體驗，是一個疾病現象的觀察方式，它只是預設在一種主客對立之下，醫生用以針對病人體驗的一種移情理解的作為。事實上對於體驗的描述，現象學方法背後本身就是預設了讓事物自身呈現出

來的目的，只因現象學不是一個建構的方式，它是一種觀察描述、讓事物自身呈現的過程。我們甚至可以說，應用在醫療倫理技術的現象學方法，只是為了幫助醫生了解在治療過程中對病痛的體驗，可謂現象學的觀察方式基本上還是一種對病人病痛的觀察，主客之間試圖了解病人內在體驗的觀察描述方法學的嘗試。換言之，現象學方法的原初目的強調在呈顯事物本身，但若要讓事物本身自我呈現，就不能僅是採取主客的觀察或描述的態度，那必須是一種參與者投入的態度。畢竟，疾病的問題是對生命意義本身的理解，事實上並不能僅用一種主客之間的現象學觀察描述，即能理解因疾病存在的生命意義為何的議題。究竟地說，對生命意義的理解不能只是訴諸主客之間的觀察，而是應該透過參與者的態度，才可能有辦法讓疾病意義的本身呈現出來，作為一個存有論問題的範疇，這必須透過參與者的態度才有辦法理解的。誠然，從現象學的觀點看待醫療倫理的本質有其不盡之處，在於其方法的觀點還是沒有真正脫離醫學技術化的模式，主要原因就是依舊把治療當成一種手段，並未確切地正視疾病作為人類存在樣態的真正意義。

然而，疾病的發生終究屬於病人自身的生存情態，它並非僅是透過醫療技術的症狀減緩而能解除的困局；或是因得到他人照顧關係的倫理扭結而得以暫時逃離的事實，無論如何，疾病有如生命一樣同時也是作為個人完整生命的存在形式。一如所述，現象學的觀察是一種醫生對病人病痛的同情式的理解，其實依然是一種客觀的觀察與描述的態度，倘若病人本身不能真誠地面對自己，把他或她的那種面對疾病的過程表達出來、或是真實的面對這樣的疾病的存在，則根本無法僅從病人生病現象學的描述，便以為能夠開顯出疾病自身的意義。這就是說，若病人一味逃避、不敢真正面對自己患病的事實，只希望醫生趕緊治療疾病、盡可能地恢復，抑或過度仰賴與依靠家庭或社會鏈結的關心投入，將會容易遺忘及失去了自我促發生命意義再體認、展現生命的困頓和堅韌，學習與建立對自身存在問題的超克能力，再度建構個人獨特生活的積極意義的可能契機。換言之，一旦病人自身不敢真正面對疾病，不但病人不能真誠去面對疾病存在的事實，更無從親身參與他或她自身疾病意義理解的過程。¹¹⁶

¹¹⁶ 汪文聖（2007，頁7；註釋7，頁30）曾藉由 Heidegger 在《存有與時間》對於區分本真與非本真的照顧方式，說明於照顧領域中，護病二者共處於自我超越的「此有」的場域裡，付出者要以互為主體性的態度面對病患，彼此雙方同時各有其自身的存在性，於此方為本真式的倫理照顧型式。此外，又言及在現實當中，總是難以避免產生提供服務者與被援助者之間，是在彼此磨練、學習與超拔的歷程中渡過，並提出照顧的持續可能性，往往需要團隊團員之間相互精神上的支持與協助。另一方面，林耀盛（2006.3，頁192-197）同樣提及倫理照顧有「契入性」與「非契入」兩種不同的現象產生；前者屬於一種成功的照顧契入模式，而後者則是無法獲得效果性的照顧，認為醫療照顧的施為有時不但無法形成具效性的照顧紐結，對求助者產生生理或心理上的壓力，甚至成為一種抵銷效果的「非契入」照顧型態。究竟地說，探究疾病存在的意義時，倘若我們僅

(二)、疾病生命本質意義再造之契機

由於現象學的侷限性、加上過去醫學對疾病技術化的對待方式，以及在臨床醫療照護上，慣用依循的生物操縱的治療模式，現實中反易形成病人過度依賴醫生的專業知識與診療技術的解決手段，使得病人不自覺或刻意地不去面對疾病事實，並且放任讓不適的狀態逐漸造成生活上的紊亂不安。而且，有時會隨意或是經常抱怨醫師護士照護不夠周全，甚至一旦發生醫療診治上的問題，則往往變成一個醫護眼中難搞的病人；或是醫護人員過度用專業知識控制，以便讓病人服從聽話的情況發生。事實上，人類患病的處置並未除了醫術至上是主要對策外，¹¹⁷病患身體主體性的體驗乃是自始自終最主要的核心議題。現實當中若以技術為主，那麼那些無法治癒的慢性病或是認為不必要的治療的絕症，不是變成過度依賴醫療技術否則就被疾病打敗而心志頹喪、低落消沈，且認為自己的生命毫無活下去的意義可言。另一種情形則為，當發現自己被宣告在醫療體系中，操控可行性之科技已經窮盡，倘若自行體驗察覺到自己主體生命的可能性條件，反而轉化為能與疾病共處，並能親身體驗自身的主體性與它的存在意義的機會。¹¹⁸

正當我們置身於世、鎮日忙碌行動時，生活的身體總是如 Sartre 所言，不斷在靜默中被忽略 (the neglected)、遺漏 (the passed by) 或是被超越 (surpass)。過去我們總是利用並以慾望去主宰身體、操縱他行使活動，讓活生生的身體只是變成滿足自身慾望的聽從指命的工具。然而，當疾病出現促使我們不僅意識到病痛中的自我才是體驗真實生命，進而使主體重新反省此在的生命意義，即使面對的是疾病的事實、一個無法解除的事件，此時，疾病本身已經不再是一個無法面對的外來物的問題了。那麼，事物如何能呈顯？如何讓疾病的意義本身能夠呈現，這必須是病人或者醫生肯認彼此間持續的互為主體性，以一種參與者的態度，自身對疾病的參與以及面對死亡的基本焦慮的問題。就我們對自身的身體來說，除了親身體驗它，接受貫穿身體生活事件以及與身體融合在一起，除此之外，

聚焦於醫療現場或倫理照顧場域裡，關注病人病痛的感受與處於社會世界中病人的身份角色，忽略了病人同時亦是作為存在主體生命自我超克性的本質意義，於現實社會裡，不論醫療現場或是社會照顧網絡，極可能容易於實際運作時，發生倫理照護互動情境裡的各種困頓、難題與考驗。

¹¹⁷ 參見 托瓦爾特·德特雷福仁 (Thorwald Dethlefsen, 2002)，易之新譯，《疾病的希望》(The Healing Power of Illness) (台北：心靈工坊)，頁 41。這是因為醫學的實務侷限在純粹實用方法上，這種方法無所謂的「好」或「壞」的問題，只是一種介入各種物質層面的有效作為。

¹¹⁸ 參見 林遠澤 (2008)，〈療癒性的交談－論交互主體性的護病互動關係〉，《護理雜誌》，55 卷，1 期，14-19。

我們沒有其他手段認識人體（Merleau-Ponty，姜志輝譯，2001）。¹¹⁹ 亦即，通過身體現象學對疾病的意義理解行動，一種參與者的態度去面對自己自身的疾病，視疾病為一種「整全生命的本體意義」之生存事件論點。直言之，疾病就是開顯人發問存在意義之體驗現象學進路，這進路勢必是一種「倫理實踐」。

疾病的存在是使我們能真正面對與反省生命意義的重要契機。這樣的關鍵問題在於：當我有疾病時，我知道我現在就必須跟疾病共存，在與疾病共存中反思自己生命的意義何在；或是說，反省過去是什麼樣戕害自己的身體，並去滿足自身的慾望因而異化了的身體狀態。當真實面對自己的疾病、反思自己生命存在的意義之時，這種病人自身的參與態度，才有辦法讓疾病的意義真實呈現出來，這不是在醫生在醫療過程之中，透過主客觀的現象學描述去猜測、或者同情式的理解病人生病的內在體驗，即可達到的核心的部分。職是之故，體驗自身的主體性、面對人生病存在的事實，並能澄澈理解到生病不再是負面的體驗，疾病的存在反而是積極的生命意義。有鑑於此，在本文研究過程中，除了從現象學揭露醫病對待的關係裡，集中於理解人類病痛的主體經驗的論題領域外，重要的是能再深入進行研究理解疾病存在的積極意義，就在於重新面對自己的主體性與做為反思生命存在意義的契機。當我們正面地面對疾病的存在，就是在生病中真實感受體驗生命的過程，理解到體驗病痛本身的主體性，不僅能超越醫學治療的領域反思疾病的存在意義，並能成為生命醫療倫理的重要根基，證成了生命醫療倫理始以「病人為中心」為重要根基的倫理學。

生命是一個連續體，個人的生命並非是能切割成階段性的縱合體，尤其疾病存在的事實，過去我所決定實踐行動或計畫的理由，當下眼前正視的問題不再是一個虛構的死亡想像。此外，對於客觀時間三維概念——過去、現在以及未來，如今因疾病的顯現反急速壓縮成為此時當下（這當下也如同 Sartre 所言當下是不斷在流逝中）。這種存在狀態對病患而言，死亡已經是生命必然關照的實存現象了。如此疾病現象啟發了病患意識的恐懼思維，著手於不僅侷限在每一個當下抉擇，並且對每個實踐行動已經發生、或想像或即將帶來的真實結果考慮外，責任意識——對未來的開放度，並非僅止於傳統哲學對主體意識的責任範圍的限定——已然突顯出它的重要性。直言之，這內在生命終將是一個跳脫假設性邏輯的思維想像，並帶入所牽涉到個人生活世界中，與具體他人關係脈絡的存有事實。總言之，人類文明可說是一部對抗病魔、擺脫死亡陰影的歷史。然而，這與生命「共存在」的疾病，將對人類生命提供了何樣的省悟？當疾病真實化於吾人生命中，

¹¹⁹ 轉引自 林耀盛（2006.3），頁 188。

將賦予什麼的意義理解與實踐生命意義的行動？相對地，當疾病落實在真實肉身世界中，人類個體將以何種方式面對「向著死亡的事實」的威脅，又是如何能與侷限偏離的肉身「合一」且「共處共存」，再次成為一個「整全生命」？承如所述，係本文研究過程中無法推及的論旨核心，本文未能著墨之處，實礙於力之所未逮，有待他日之後續研究。

參考文獻

中文書籍：

- Adam, Philippe, 王吉會譯 (2005), 《疾病與醫學社會學》, 天津：人民出版社。
- Castiglioni, Arturo, 程之範主譯 (2003), 《醫學史 (上冊)》, 廣西：師範大學。
- Cockerham, William C. (2002), 朱巧豔等譯, 《醫療社會學》, 台北：五南圖書。
- Dethlefsen, Thorwald, 易之新譯 (2002), 《疾病的希望》, 台北：心靈工坊。
- Englhardt, H. T., 范瑞平譯 (2006), 《生命倫理學的基礎》, 北京：北京大學。
- Foucault, 劉北成譯 (2001), 《臨床醫學的誕生》, 南京：譯林出版社。
- Jonas, Hans, 張榮譯 (2008), 《技術、醫學與倫理學：責任原理的實踐》, 上海：上海譯文。
- Jerome Groopman, M. D., 鄧柏宸譯 (2004), 《時間等候區》, 台北：心靈工坊。
- J.H. van den Berg, M.D., 〈生病是什麼意思〉, 石世明譯 (2001), 《病床邊的溫柔》, 台北：心靈工坊。
- Portey, Roy, 張大慶譯 (2007), 《劍橋插圖醫學史》, 山東：山東畫報。
- Schutz, Alfred (1992), 盧嵐蘭譯, 《舒茲論文集 (第一冊) —— 社會現實的問題》, 台北：桂冠圖書。
- Sokolowski, Robert, 李維倫譯 (2004), 《現象學十四講》, 台北：心靈工坊。
- Sontag, Susan, 刁筱華譯 (2000), 《疾病的隱喻》, 台北：大田出版。
- Toombs, S. Kay (2000), 邱鴻鐘等譯, 《生病的意義——從現象學來說明醫生和病人的不同觀點》, 青島：青島出版社。
- Zaner, Richard M., 蔡錚雲譯 (2008), 《倫理師的聲影》, 台北：政大出版社。
- Zaner, Richard M., 蔡錚雲譯 (2004), 《醫院裡的危機時刻》, 台北：心靈工坊。
- Zaner, Richard M., 譚家瑜譯 (2001), 《醫院裡的哲學家》, 台北：心靈工坊。
- 于奇智 (2002), 《凝視之愛：福柯醫學歷史哲學論稿》, 北京：中央編譯出版社。
- 李本富著 (2007), 《醫學倫理十五講》, 北京：北京大學。
- 李瑞全 (1999), 《儒家生命倫理學》, 台北：額湖。
- 胡幼慧著 (2001), 《新醫療社會學》, 台北：心理出版社。
- 徐宗良著 (2002), 《生命倫理學理論與實踐探索》, 上海：上海人民。
- 孫慕義等主編 (2003), 《新生命倫理學》, 南京：東南大學出版社。
- 張大慶 (2007), 《醫學史十五講》, 北京：北京大學。

- 張笠雲 (2004),《醫療與社會》,台北:巨流圖書。
- 葉永文 (2009),《醫療與文化》,台北:洪葉文化。
- 蔡篤堅編 (2007),《人文、醫學與疾病敘事》,李宇宙著,〈疾病的敘事與書寫〉,台北:記憶工程。
- 戴正德等編 (2006),《醫學倫理導論》,台北:教育部。
- 羅伯托·瑪格塔著 (2005),《醫學的歷史》,台北:究竟出版社。
- 嚴久元 (1999),《當代醫事倫理學》,台北:橘井文化。

英文書籍：

- Dietrich von Engelhardt et al. (1995), *Health and Disease*. In Warren T. Reich(ed.), *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster Macmillan, Vol. 2, pp.1084-1113.
- Toombs, S. Kay (1992), *The Meaning of Illness : A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient*, Dordrecht: Kluwer Academie .

期刊論文：

- Clair, Jeffrey Michael (2002),〈從社會學角度整體地關照病人的需要〉,《醫學與哲學》,第23卷,第11期,頁13-15。
- Engel, George L. (1980.3),〈需要新的醫學模型:對生物學的挑戰〉,《醫學與哲學》大連:中國自然辯證法研究會),第1卷,第3期,頁88-91。
- 王一方,張大慶(2000,7),〈技術時代的生命圖景與醫學的當代史—關於20世紀醫學衍進的對話〉,《醫學與哲學》,第21卷,第7期,頁29-32。
- 林遠澤(2007),〈從醫學技術主義回歸人道關懷如何可能?:試論醫護人文教育的關懷倫理基礎〉,《哲學與文化》,第卅四卷第九期。
- 林遠澤(2008),〈療癒性的交談—論交互主體性的護病互動關係〉,《護理雜誌》,55卷,1期,頁14-19。
- 林耀盛(2006.3),〈聆聽受苦之聲:從「咱們」關係析究慢性病照顧〉,《應用心理學研究》(台北:五南圖書),第29期,頁183-212。
- 林耀盛等(2007.8),〈生病作為一件倫理事件:洗腎者病程經驗的現象詮釋〉,《本土心理學研究》(台北:台灣大學),第二十八期,頁79-139。
- 林治國(2004),〈論疼痛〉,南華大學生死學研究碩士論文。
- 李霽(2001),〈人類醫學模式遞嬗的倫理意蘊〉,(湖南師範大學碩士學位論文)。

- 肖魏(2008),〈作為一種價值建構的疾病〉,中國人民大學學報,第4期,頁62-70。
- 余安邦(2007.8),〈從「疾病經驗」到「倫理主體」:倫理化的可能探問〉,《本土心理學研究》(台北:台灣大學)。
- 周紹輝(2000.8),〈現代醫學模式形成與疾病治療〉,《醫學與哲學》(大連:中國自然辯證法研究會),第21卷,第8期,頁5-8。
- 汪文聖(2001.11),〈醫護倫理之存有論基礎初探—從海德格走向優納斯〉,《哲學雜誌》(台北:業強),第37期,頁4-34。
- 徐宗良(2001.4),〈淺議疾病〉,《醫學與哲學》,第22卷,第4期,頁43-44。
- 陳振崑(2004.11)〈從儒家倫理看醫病關係〉,《哲學與文化》,第31卷,第11期,頁47-50。
- 張豔萍(2003.7),〈心身醫學發展與醫學模式轉換的相關研究〉,(南京農業大學碩士學位論文)。
- 張鐵山(2005.11),〈闡釋學語境下的醫患溝通〉,《醫學與哲學》,第26卷,第11期,頁8-10。
- 蔡甫昌(2002),〈醫病關係與執業倫理〉,《應用倫理研究通訊》,頁15-16。
- 鄧豔平(2002.8),〈道德異鄉人何以共處—恩格爾·哈特的允許原則述評〉,《醫學與哲學》,第21卷,第8期,頁24-26。
- 龔卓軍(2003.12),〈生病詮釋現象學—從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎〉,《生死學研究》,創刊號,頁57-75
- 龔卓軍(2006.3),〈身體感:胡塞爾對身體的形構分析〉,《應用心理研究》(台北:五南圖書),第29期,頁157-181。