



何谓叙事医学的哲学基础

——基于主体间性的审思

邱龙虎¹, 辜美惜²

1. 广州中医药大学马克思主义学院, 广东 广州 510006; 2. 广东医科大学人文与管理学院,
广东 东莞 523808

摘要: 风靡世界的叙事医学大有取代循证医学的态势,其哲学基础是学界急需探讨的重要议题。卡伦提出主体间性作为其哲学基础的核心内容会面临无法解决的三大难题:主体地位的不确定性、主体间性自身的悖论、医患个体的主体抽象化而曲解的医患关系。只有吸纳理性主义和非理性主义的生命间性,从马克思关于生命的自然属性和社会属性的辩证分析中完成对主体间性的超越,才是医患共情并共同决策的叙事医学之哲学基础的核心内容。

关键词: 叙事医学; 主体间性; 生命间性; 共情; 马克思

中图分类号: R-02

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2024)03-249-007

doi: 10.7655/NYDXBSSS230390

从2001年丽塔·卡伦(Rita Charon)首次提出“叙事医学”算起,在20多年时间里,叙事医学实践得到了长足的发展^[1]。当前在美国、英国、法国、日本、加拿大、意大利、澳大利亚等均有临床实践^[2],叙事医学已经成为风靡世界的诊疗模式。但是,叙事医学的理论研究尤其是哲学基础研究还有待加强。在卡伦著作《叙事医学:尊重疾病的故事》第一部分“什么是叙事医学”中,提到了医学的主体间性等五个叙事特征。在其新著《叙事医学的原则及实践》序言中再次将主体间性排在所有原则之首。“首要原则就是建立主体间性……本书只是在第一部分集中论述了主体间性,但它实际上贯穿在全书的各个章节”^[3]。可见,主体间性已经被视为叙事医学之哲学基础的核心内容。国内学者也普遍接受了这一观点。鉴于叙事医学的理论研究没有从哲学层面对主体间性展开充分讨论,对其作为叙事医学理论基础的核心内容尚未有反驳和辩护。本文拟从循证医学与叙事医学的问诊特征比较出发,揭示其内隐的哲学基础的核心内容,再通过从哲学层面对主体、主体间性的梳理,归纳出主体间性作为叙事

医学之哲学基础的核心内容所面临的难题,进而提出生命间性以替代主体间性,在阐释生命间性的基础上,论证其作为叙事医学哲学基础之核心内容的合理性。

一、循证医学的替身:叙事医学及其哲学基础

在循证医学诊疗活动中,医生对患者的叙述关注不够,虽然也有患者主诉等问诊,但只作为安排检查的参考,医生通常不会花费较多时间倾听患者的疾病叙事。究其原因,普遍认为是患者过多,医生给予每位患者的时间有限。这种解释有一定道理,但非根本原因。隐含在这一诊疗模式下的深层原因是:现代医学教育模式下患者讲述被认为是主观感受,无法测量,也没有衡量的统一标准;患者对自身疾病的描述属于认识的初级阶段,没有达到理性认识,而医生诊疗需要基于理性认识的检测、推理和判断。以疼痛为例,即使是同一部位同样程度的疼痛,不同患者的描述可能不尽相同,而且描述还交织着患者本人生活经验、文化程度、知识水平、宗教信仰、风俗习惯等诸多因素。

基金项目: 广东省规划项目“叙事医学理论与医学生叙事能力培养研究”(GD17XJY23)、“医学生临床共情水平及其提升机制与对策”(2019GXJK225)、“医护人员临床共情的影响因素及影响机制研究”(GDMUZ201817)

收稿日期: 2023-11-06

作者简介: 邱龙虎(1975—),男,安徽安庆人,教授,博士,研究方向为医学哲学;辜美惜(1979—),女,广东潮州人,副教授,博士,研究方向为医学共情,通信作者, Meixigu@gdmu.edu.cn。

因此,对医生而言,最为简便的方法就是利用现代化的仪器设备来检测,而不会给予患者的叙述更多的关注。据统计,医生首次打断患者讲述时间平均为18秒^[4]。

从哲学层面上看,一方面,现代医学是科学理性主义的产物,在循证医学诊疗模式中将患者的主体经验从医生的诊断中排除,有利于医生消除主观障碍,更好评估病情。但另一方面,患者作为独立个体,其生病体验不仅在于疾病导致器官或躯体上的结构和功能改变所引发的疼痛,更在于疾病所引发的心理不适如焦虑、恐惧、无所适从等。面对医生的“见病不见人”,患者希望在诊疗过程中医生能够给予其本人足够的关注,而不仅是疾病本身。实践表明,合理的关注有利于患者的就医体验,更有利于治疗效果的达成和病患的康复。卡伦等叙事医学的倡导者认为,只要医生给予足够的关注,采用叙事医学的诊疗方法就能够弥补循证医学的不足;叙事医学诊疗模式中医生能够很好地关注患者,与患者共情并共同做出医疗决策。卡伦指出,“医疗卫生中主体间关系形成的强大阻力,其中最主要的是身心二分的概念……通过现象学关注身体/自我的连续体来逆转二元论”^[3]。那么,作为解决主体间关系的难题而提出的主体间性能否从哲学层面解释叙事医学中医生对患者的关注、共情与共同决策呢?

二、主体间性的悖论与作为叙事医学 哲学基础之核心内容的困难

主体间性所展开的讨论必须基于关于主体的知识基础,主体间性的“主体”必然地具有关于主体的讨论中“主体”所具有的特征。从关于主体的哲学史梳理可知,主体的指代是变化不定的,如果说古希腊普罗泰格拉“人是万物的尺度”肯定了作为整体意义上的人作为认识主体的存在,那么从柏拉图开始主体已不再是从人的角度上进行界定。中世纪人的主体性从属于上帝的主体地位,并非真正意义上的主体。近代哲学开创者笛卡尔的主体依旧是受到上帝主体地位制约的理性主体,而非经验性主体。在康德那里主体已经演变成先验的主体,并被费希特所继承。谢林的“绝对同一”和黑格尔的“绝对精神”已经将主体升级为本体论层面的类似于上帝一样的绝对存在。在胡塞尔哲学里,主体一方面在我思的追问中表现出先验主体的唯我论特征;另一方面,主体必须在交互中才能存在。由此可见,主体间性所讨论的主体是多元的,既有经验主体,也有先验主体,还有作为宇宙之大全的主体。因此,以主体间性来讨论医患关系面临的首要问题是主体地位的不确定性。

以主体间性来讨论医患关系面临的重大难题是主体间性自身的诘难。在《叙事医学:尊重疾病的故事》中,卡伦引用胡塞尔著作《笛卡尔式的沉思:现象学导论》关于世界的描述,“我(和其他人)经历这个世界,按照经验论的观点来说,这世界不是我个人的综合构造,它不只是作为个人的,而是作为一个主体间的世界,对每个人来说,实际上它都是在那里的,世界中的对象对每个人都是可及的”^[5],由此来说明主体间性的概念“不仅包括感知和诠释的认知行为,而且还包括由人际关系引发的个人转化”^[5]。卡伦的转述让人误以为胡塞尔的主体间性是针对生活世界个体之间的认知与人际关系,但是将这段话置于胡塞尔的整个现象学理论建构过程,就会发现卡伦对胡塞尔理论的曲解。在胡塞尔看来,另一个主体即他者是另外一个自我,一个不能被还原成我的自我,只有这样,他者才能够进入我的世界被我认识。但是,胡塞尔所谓的他者仍旧只是自我主观性的构建,作为对自我的一种投射,他者是一个没有自己内容的空洞对象,永远不可能是真正的他者自身即另一个独立的主体。换言之,胡塞尔没有建立起自己所设想的主体间性。晚年时期胡塞尔希望克服先验主体遭遇的困境,试图将事物本质即现象学中事物向我们所呈现出来的现象与生活实践联系起来。但是,这不仅与胡塞尔提出的现象学方法中将外部世界的客观存在与否悬置起来相矛盾,而且胡塞尔在世之日未能解决这个问题。这也是诸多学者将胡塞尔的学说归为先验现象学的重要原因。王振林教授的评价更是一语中的:“尽管胡塞尔从主体我识的可能性分析出发,中经对主体间互识的可能性分析,随后到对交互主体共识的可能性分析,整个思路的进展都是遵循着他称之为先验演绎的道路,并自始至终都基于先验自我的直观明证性上,因而理性的意向性、构成性与超越性,不仅在实质上并未能够帮助主体跨越唯我论的孤岛,反而使之与他人的互识与共识变成了一种主体我思的膨胀。”^[6]

除胡塞尔之外的其他哲学家也没有解决主体间性的问题。海德格尔借鉴了胡塞尔的现象学方法,自然也与生俱来地具有胡塞尔主体间性的困境。图伊尼森尖锐批评其“共在的分析仍然仅仅是复制(胡塞尔)主体间性理论而不是克服主体间性理论,这一点基于他的先验的构想,也即基于来自作为世界先验构成的计划的那种出发点”^[7]。哈贝马斯貌似从语言层面解决了主体间性难题,但是细究其关于语言行为的三个关联世界:客观世界(言语的对象和事务)、直观世界(言语者的内在经验和认识)、社会世界(共同规范),不难发现其理论存在以下两个问题。第一,套用哈贝马斯的三个世界的

说辞,医生与患者就“客观世界”无法达成共同的认识,医生和患者很多情况下对于疾病的认识存在天然的鸿沟,更谈不上遵守“社会世界”的共同法则;第二,哈贝马斯主导理性交往就特定对象达成一致就会形成主体间性,而实际上哈贝马斯没有就如何实现理性交往进行充分的论证和说明,这也是哈贝马斯的理论被批判的原因之一。

卡伦分别从能够共情和应该共情两个维度寻找相关理论支持,她借用主体间性作为医患能够共情并共同决策的哲学基础之核心内容之后,又为医患应该共情并共同决策找到了伊曼努尔·列维纳斯(Emmanuel Lévinas)的理论,她高度赞扬了列维纳斯为主体间伦理所做的努力:“通过提倡伦理学使这种哲学探索的潮流达到顶峰,他将这种伦理学称为一个人对另一个人负有的责任,这成为哲学的原因,替代胡塞尔的知识问题和海德格尔的存在问题,列维纳斯提出伦理的问题是基本的,将哲学转化成为一直致力于主体间人类责任的努力。”^[5]列维纳斯致力于构建以伦理学作为第一哲学,面对传统主客体之间主体对客体认识的唯我论难题,列维纳斯从胡塞尔的他者现象着手,认为他者以异于自我的面貌为特征被作为主体的自我认识,并作为区别于自我的另一个主体而存在,即“他还是那种我所不是者”^[8]。在列维纳斯看来,面貌是他者以表现自己的方式超出了主体所投射出的客体中的自我。当他者的面貌呈现在自我面前的时候,自我对他者就有了认知并作出回应,而回应本身就意味着责任。列维纳斯认为自我对他者负有伦理责任,自我由此成为负责任的主体。对于这种伦理责任的根源,列维纳斯指出,“人类在他们的终极本质上不仅是‘为己者’,而且是‘为他者’,并且这种‘为他者’必须敏锐地进行反思”^[9]。由此可见,列维纳斯试图对传统的主体认识进行颠覆,主体不再是传统的唯我论的主体,也不是自我与他者视域整合的主体,而是完全依赖于他者的主体,并通过赋予主体对他者的责任的第一地位而形成了伦理主体。但是也遭遇了学界的批判。林华敏^[10]认为列维纳斯的他者不是另外一个主体,而是一种绝对的外在性。张一兵^[11]、孙向晨^[12]等认为列维纳斯在存在的境域中有上帝的维度。德里达^[13]的批评更为尖锐,认为列维纳斯关于自我与他者的无中介也无融通的面对面相遇,传统逻各斯永远不会接受。

卡伦认为基于主体间性,只要医生足够努力与患者共情,就可以让两个主体之间实现视域融合,完全达成一致。但是主体间性这一概念与生俱来地具有主体对世界把握的以自我为中心的特点。然而这还不是卡伦所颂扬的胡塞尔、列维纳斯所独有的问题,所有的主体哲学都面临了其他主体即主

体的客体被构造的难题,正如劳尔对胡塞尔的评价:“这个问题并不是现象学所特有的。它一贯苦恼着任何接受纯粹理性提供的解决的哲学,而且对于先验现象学所必然成为的如此极端的本质主义,这种困难被大大增强了。”^[14]如果以主体间性作为叙事医学医患共情并共同决策的哲学基础之核心内容,那么所带来的问题就是医生只能站在自己的角度来为另外一个自我做诊断和治疗决策。作为受到循证医学训练的医生,必然会在理性支配之下寻求对疾病的攻克,而不会去关心疾病带来的病痛以及疾病带给患者身体、心理、家庭、职业、经济等多方位的影响和改变。这里并非对医生的道德进行不适当揣测,而是基于主体间性角度,医生作为一个主体,根本就无法做到对异于自己设定的他者给予适当的治疗,即适合于患者本身需求的诊疗和关怀。此外,在患者的主体身份看来,医生也是患者的一种唯我论的投射,患者只会跟自我投射中的医生以一种自以为良好的沟通方式来进行交流,这必然导致“爱的错位”,即医生和患者作为两个主体都将对方“唯我化”。这种唯我化的结果是理想和现实的反差,为医患关系紧张创造了认知上的条件。

以主体间性来讨论医患双方还面临医患个体的主体抽象化而曲解的医患关系难题。无论是经验自我、先验自我还是作为宇宙大全的主体,都无法替代现实生活中的具体的人。以“主体”来代替现实世界的医患双方,抹杀了人这类生命体所具有的诸多特性如尊严,是不恰当的。退一步而言,如果将主体的概念进一步弱化,按照卡伦的设想以旁观者的视域,将患者也视为另一个主体,医生和患者两个主体之间能否形成疾病的共同认识也存在疑问,因为医生这个主体与患者这个主体的经历不一样,视野的界限也不一样,因此患者作为主体关于疾病的叙事与医生作为主体关于疾病的叙事处于不同的范式之中,难以通约。而且,随着现代信息技术的发展,主体这一概念也会被引入到元宇宙、脑机接口、虚拟空间中。主体在这些非传统生活世界中也将会存在,那么接下来面临的新问题就是:主体间性这一概念将会被赋予新的解释。所以,必须找到一种可以解释医生与患者共情与决策的哲学理论的核心内容。

三、生命间性的提出及其特征

近代哲学围绕着理性的拯救和主体性的重构做出了一系列的努力,形成了理性主义和非理性主义两条研究路径。虽然笛卡尔的理性主义路线没能解决主体间性的难题,但是也提出了诸如交互理性、交互主体、实践主体等富有启发性的见解。以

叔本华、尼采、狄尔泰、齐美尔、柏格森等为代表的非理性主义路线从不同视角来审视和反思人的主体地位,重视情感、意志、体验、直觉等理性主义路线所忽略的方面,同样为认识 and 解决这一问题提供了新的借鉴。生命间性滥觞于马克思关于生命的认知,从生命的类的视角来审视生命,采掘理性主义和非理性主义关于生命认识的长处,既具有理性主义视角来看待生命现象反思生命的特质,又具有非理性主义视角来关注生命体验等精神内容的特质。必须指出的是,这种理性主义和非理性主义特质并非简单叠加式地构成了生命间性,而是以一种整体形式生成了生命间性。至于生命间性的具体界定,有必要从概念的狭义和广义两个角度来理解。从狭义而言,生命指的是作为实体(而不是虚拟)的人的生命,根据生命伦理学家邱仁宗先生的观点,作为一个实体的人必须具备三点条件:一是在生物学层面具备独特的人类基因组成;二是心理学层面具有自我意识潜能;三是社会层面能扮演某种社会角色^[15]。因此,生命间性是以作为类的人这个特殊的生命为视角来审视生命之间共情的视域基础,进一步而言,以实体人的生命为特征的生命体在其存在的时空内产生共情的哲学根基。从广义而言,生命间性可以理解为人类生命和自然界万物的生命之间的关系,从生命的共在关系中理解生命的此在和彼在,如高级动物也有共情能力^[16]。作为解决叙事医学哲学基础的核心内容而提出的生命间性,是基于其狭义概念之上。这也与当前学术界将生命伦理学狭义地定位为医学伦理学,广义地定位为医学、动物和环境的伦理学相一致^[17]。

生命间性超越了基于理性主义原则的主体哲学。学界关于主体哲学的定义不尽相同,但也能找到共同点,即“主体哲学的一个根本特征在于主体与客体的二分式思维,即把主客二分作为本体论的前提。”^[18]主体哲学的一个致命难题是唯我论的产生,强调了“我”的绝对性和统一性,而无视多样性和异质性。虽然笛卡尔之后诸多哲学家为避免唯我论的不良后果,从不同角度论证主体间性的可能,但或多或少都存在理论上的缺陷,无法令人信服。理性主义原则的强纲领要求只有建立在理性反思和推理之上的理性认识才被接受和认可,而生命的感悟、体验等个体的独特经验属于非理性的内容,无法被主体哲学所兼容。理性主义原则在人类科学知识增长和对世界的认知方面曾发挥积极作用,但如果被理性主义强纲领所束缚无视个体情感,就造成了弗洛姆所言“过去的危险是人变成奴隶,将来的危险是人会成为机器人”^[19],生命间性接纳理性主义原则的弱纲领,在理解生命个体、生命群体以及群体间关系方面重视理性但不唯理性,同

时强调非理性主义因素的积极作用,接纳生命个体和群体以不同方式的独特存在。

生命间性超越了非理性主义的生命哲学。生命哲学以人的生命的性质意义作为哲学研究的起点,进而得出“人的存在及其全部认识和实践,特别是人的情感意志等心理活动,再由人的生命和存在推及人的历史和文化,以至人与周围世界(社会和自然)的关系”^[20]。生命哲学内部流派各有侧重,但是普遍强调个体存在的体验感悟等心灵活动,主张生命的创造性及激情对经验和理性的超越。生命间性吸取生命哲学关注生命的本身价值、存在方式以及对生命所持有的价值观如自由、平等、尊严等,但同时超越了生命哲学对于生命的抽象概念范畴的过度关注和对理性的完全抛弃。生命间性既注重本真的生命个体,同时回归到历史与社会,注重现实性的生命,如马克思所言,“人的本质不是单个人所固有的抽象物,在其现实性上,它是一切社会关系的总和”^[21]。生命间性关注生命的自在与共在、现实性存在和理想性存在、个体性存在和群体性存在、物质性形式与精神性形式,从生命的过程追思生命的生老病死、苦乐灵肉等维度中所具有的价值意义与境界归属等。

生命间性的思想富隐在中外文化之中。孔子的“仁者爱人”“己欲立而立人,己欲达而达人”“己所不欲,勿施于人”,在伦理原则中“推己及人”,将生命间性充分展现。孟子的“老吾老,以及人之老;幼吾幼,以及人之幼”,将长幼有序的代际关怀从生命的自我认知中推广开来。对于中国古代文化中生命间性在人与万物之间的演绎,朱熹作出了很好的总结:“故古人必由亲亲推之,然后及于仁民,又推其余,然后及于爱物。”(朱熹《四书章句集注·中庸章句》)西方基督教“无论何事,你们愿意人怎样待你们,你们也要怎样待人”(《圣经·新约》《马太福音》),以及印度佛教的“众生平等”,也在不同的文化体系中隐喻着生命间性。

四、生命间性作为叙事医学哲学基础之核心内容的依据

生命间性既看到生命的自然属性,也看到生命的社会属性。从自然属性方面看,一方面,自然属性要求生命的生产满足生命本身生存和发展的需要,同时要满足生命延续的需要。所以自然属性必然要求生命个体占有一定的物质资料以满足生命本真性生存发展及延续的要求。在一定社会历史时期物质资料有限的情况下,竞争而夺取更多的物质资料便自然地形成。竞争机制的形成导致缺少物质资料的恐慌,让超越生命本真需要的欲望及异化的生命个体得以产生。生命的自然属性的异化

必然导致医生或患者为了自己的利益最大化而牺牲或无视对方的利益,造成医生过度检查、过度治疗等。必须指出的是,生命的自然属性并不必然导致异化,异化只是发生在特定的社会历史条件下。另一方面,自然属性也要求生命的存在以同类和其他类的生命存在为先决条件,即生命的共在关系。历史经验已经无数次证实任何类的生命是无法独立存在于地球之上,包括人的生命。就医生而言,医患是一种共在关系,没有患者的存在也就不会有医生的存在。因此,生命的自然属性让医生与患者在应该共情和能够共情方面形成一种张力。

生命的社会属性让医患应该共情和能够共情得到保障。生命的社会属性强调社会性存在对生命的制约和规训,作为生命共同体中的一员,共同体影响生命个体的自我意识尤其是自我价值和自我认知。生命个体的自我意识是一个动态地不断发展变化的过程,在一定时期内的自我意识的形成既有自我的主观评价,还受到外界的他者评价的影响,并从整体上而言最终决定于他者的综合评价,因为生命个体在初期并没有自我意识。就医生而言,对自己作为专业技术人员的评价不仅是专业技术在医生共同体所处水平层次的评价,还受到患者、医院管理者、社会媒介等多方面评价的影响。在多元评价中,生命的社会性存在让理性在综合各方面的评价中占据主导地位,从而保证生命社会性存在的可持续性,从而也保证了评价与事实的一致性。与此同时,生命的社会性存在还让非理性主义的生命哲学方面的认知左右生命的价值观和行为决策。这些共同为医生走向患者内心提供了依据。因此,生命的社会性存在让医生无论是基于自我价值认同还是基于社会性存在本身的需求都必须与患者共情,同时避免了列维纳斯的伦理主体的“上帝维度”。

生命间性为医患共情并共同决策提供了必要性和可行性的解释。从叙事医学的两个核心工具“细读”和“反思性写作”中不难发现,生命间性在叙事医学诊疗过程中的共情表现。医生在细读文学作品过程中赋予主观创造性。细读过程中作品所呈现的内容不会直接刻板到医生脑海中,而是医生主动地吸收这种“意识流”。阅读文学作品的过程就是吸收的过程,吸收的结果会因为医生个体的经验、知识、思维、能力、习惯、风俗等而不同。因此在细读过程中鼓励内部进行交流十分必要。不同阅读者的阅读视野不尽相同,因此在其交流过程中反馈出来的结果也不尽相同,恰恰由于这些不同会给其他阅读者以新的启发和感悟。医生在阅读文学作品或者平行病例的过程中,将其中的经验知识感悟等内化为自己的生命体验的组成部分。这种体

验不是仅仅作为一种储存,而是会在医生的后续阅读和生活经历中逐渐融合,形成综合性的新的体验。这种内化为医生自己生命内容的体验会在医患沟通过程中,由倾听患者的表述而勾起。这是细读能够引起共情的原因。与细读作为叙事医学的工具不同,反思性写作是开展叙事医学的医生对患者就诊过程中发生的一系列的人物、事件、场景等回忆性内容进行的反思。这种反思是建立在他者的视角,以另外医生的眼光来看待此前就诊过程中患者的语言、行动、穿着、神态、肢体行为、诉求等,以此来判断之前诊疗过程中自己作为医生处理的恰当性、患者的依从性、采取其他处理方式的可能性及其得失;以另外的患者眼光来看待此前就诊过程中医生如何处理患者的诉求、处理的根据、满意度以及由此产生的患者后续就诊的配合度等。当然,在这种反思性写作过程中,医生的情绪情感得以寄托或者释放,对患者的处境和理解会超出之前诊疗过程中的认知。通过细读与反思性写作,从经验层面增加了医生对病患的全面感知,从而为诊疗过程中与患者共情提供了基础。当然,也有医生没有经历过叙事能力的培养,同样能够很好地与患者共情,其原因在于之前的生活或工作经历中产生了类似的经验体验。通过对大学生的调查发现,一个富有同情心的家庭培养出来的孩子也会富有同情心^[22]。由此可见,医患之间的这种共情是生命的自然属性和社会属性交织的产物,也只有在生命的对象之间才会产生,而非主体间性所言的主体间能够达成。

在医生的诊疗过程中,其共情水平受到多方面因素的影响,主要有记忆、语言、思维、直觉等。从记忆方面看,不同的医生对于之前的体验在后期的诊疗过程中的唤起程度,受其记忆水平的影响。就语言而言,在就诊过程中,医患的语言表达受到各自知识水平和教育经历的影响。而且语言作为一种人工的表意符号,有其自己的内在逻辑关系。医生或者患者可能以不同的语言描述着同一种情况,但是却无法互相理解。这就要求医生跳出专业的语言表达体系,以一种生活化的语言来与患者交流,而不能指望患者在就诊期间能够以医生的专业语言来表达病情和感受。除此之外,作为人工的表意符号,语言对情感体验的表达能力是有限的,所谓说不出的痛,或者难以名状的难受等。即使是能够说出来的疼痛,其准确的表述分类对患者来说也是极其困难的,如医学关于疼痛形式的分类中有切割样痛、撕裂样痛、牵拉样痛等。作为一个正在承受着难以忍受的疼痛的患者,让其告诉医生到底经历的是哪一类型疼痛是非常困难的。这就要求医生跳出语言的局限性,从患者的神情、姿态、语

气、声音等其他方面来判断。思维能力和思维水平既有先天的影响因素,也有后天的影响因素。先天因素因人而异,后天因素则受教育影响很大。一般而言,不同学科对人的思维能力和思维水平的培养存在不同方面的倾向性,有些学科会更侧重于逻辑方面的训练,如数学,而有些学科则强调灵感和想象力,如写作、音乐等。受思维训练的影响,一些医生会倾向于细节性分析,而另外一些医生则擅长于对疾病治疗的总体性判断。受循证医学模式培养的医生会更多关注于逻辑上的证据,因此细读和反思性写作在一定程度上增强了医生的想象力和灵感。直觉是超越理性思维和感性经验,直接抵达对象之内的意识。直觉的产生与记忆、知识结构、思维习惯等因素有关,是生命体维持自身生存与生俱来的能力,而且随着直觉结果的印证而增强。柏格森认为人的心灵“抛弃一切概念,判断,推理等逻辑思维形式,甚至不用任何语言符号才能达到真正的实在的直觉”^[17]。因此,我们不难发现,有些经验丰富的医生在面对患者时,凭借直觉就得出与检查结果一致的结论。这里强调直觉并不是说在叙事医学的诊疗过程中可以无视检查,而在于说明直觉是共情的一个重要影响因素。影响诊疗活动过程中医生对患者共情的记忆、语言、思维、直觉等因素均是生命体所具有的自然属性和社会属性。

生命的自然属性和社会属性对共情的影响机制还体现在诊疗活动之外。研究发现,对医护这一职业满意度高、对工作环境和待遇满意度高的被调查者会更富有同理心,在诊疗活动中也更容易共情^[23]。与之相反,工作压力过大、职业倦怠则会影响医护人员的同理心。生命间性正是基于人这类生命所固有的自然属性和社会属性,从而为医患双方的生命个体之间和生命群体内部相互理解并产生情感共鸣提供了通约性,这种通约性具有生命存在与发展历程中的理性主义认知,也有生命存在与发展历程中的非理性主义感受体验。

总之,将主体间性作为医患之间共情并共同决策的哲学基础之核心内容,面临主体内涵的不确定性、主体间性的内在悖论以及医患个体的主体抽象化而曲解的医患关系。作为主体哲学中为解决主体的唯我论难题而做出的努力,主体间性最终还只是一个“主体我思的膨胀”。生命间性超越了主体间性的不足,将关注的焦点从两个主体之间提升到个体与群体的维度,通过秉承生命存在和发展的理性主义和非理性主义认知,从马克思的生命自然属性和社会属性出发,为医患共情和共同决策提供了有效解释,同时避免了列维纳斯伦理主体的理论困境,理应成为叙事医学哲学基础的核心内容。

参考文献

- [1] 邱龙虎,辜美惜,黄世瑞. 叙事医学中科学与人文的融合路径[J]. 自然辩证法通讯,2022,8(12):107-113
- [2] 朱婷婷. 国内外叙事医学研究演进、现状、热点分析[J]. 医学与哲学(A),2018,39(11):75-79
- [3] 丽塔·卡伦. 叙事医学的原则与实践[M]. 郭莉萍,译. 北京:北京大学医学出版社,2021:4
- [4] BECKMAN H B, FRANKEL R M. The effect of physician behavior on the collection of data[J]. Ann Intern Med,1984,101(5):692-696
- [5] 丽塔·卡伦. 叙事医学:尊重疾病的故事[M]. 郭莉萍,译. 北京:北京医科大学出版社,2015:69
- [6] 王振林.“主体间性”是个应该给予消解的无意义的概念吗?[J]. 华东师范大学学报(哲学社会科学版),2002,34(4):5-8
- [7] 张再林. 关于现代西方哲学的“主体间性转向”[J]. 人文杂志,2000(4):9-15
- [8] 雅克·德里达. 书写与差异[M]. 张宁,译. 北京:生活·读书·新知三联书店,2001:217
- [9] 埃马纽埃尔·勒维纳斯. 塔木德四讲[M]. 关宝艳,译. 北京:商务印书馆,2002:120
- [10] 林华敏. 从上帝到他人:论列维纳斯现象学神学的内在伦理进路[J]. 世界宗教研究,2013(1):132-139,194
- [11] 张一兵. 大写他者的发生学逻辑[J]. 学海,2004(4):43-49
- [12] 孙向晨. 不可或缺上帝与上帝的缺席——论莱维纳斯哲学中被悬置的上帝[J]. 学术月刊,2002,34(6):18-24
- [13] 陈晓明. 解构的伦理面向:德里达与列维纳斯[J]. 河北学刊,2007,27(4):146-153
- [14] 张文喜. 对胡塞尔的自我与主体间性理论的批评与辩护[J]. 哲学研究,2001(6):45-52
- [15] 邱龙虎,辜美惜. 生命文化学的学术聚焦与研究范式[J]. 中国医学伦理学,2014,27(5):591-594
- [16] 潘彦谷,刘衍玲,冉光明,等. 动物和人类的利他本性:共情的进化[J]. 心理科学进展,2013,21(7):1229-1238
- [17] 马库斯·杜威尔. 生命伦理学 方法、理论和领域[M]. 李建军,袁明敏,译. 北京:社会科学文献出版社,2017:21
- [18] 龚群. 从主体哲学到交互主体哲学——后形而上学的哲学方法论问题[J]. 社会科学战线,2002(2):38-45
- [19] 埃里希·弗洛姆. 健全的社会[M]. 孙恺详,译. 贵阳:贵州人民出版社,1994:291
- [20] 刘放桐. 新编现代西方哲学[M]. 北京:人民出版社,2000:119
- [21] 马克思,恩格斯. 马克思恩格斯选集—第四卷[M]. 中

- 共中央马克思恩格斯列宁斯大林著作编译局,译.北京:人民出版社,1972:18
- [22] 胡文彬,高健,康铁君,等.大学生共情与父母教养方式的关系及影响因素研究[J].中国健康心理学杂志,2009,17(9):1050-1055
- [23] 刘小珍,李奕慧,唐宏.医护人员共情能力及影响因素调查分析[J].护理学杂志,2017,32(4):54-57
- (本文编辑:姜鑫)

What is the philosophical basis of narrative medicine

—Reflection based on inter-subjectivity

QIU Longhu¹, GU Meixi²

1. School of Marxism, Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510006; 2. School of Humanities and Management, Guangdong Medical University, Dongguan 523808, China

Abstract: Narrative medicine, which is popular worldwide, is replacing evidence-based medicine, and its philosophical basis is an important issue that urgently needs to be explored in the academic field. Charon puts forward that inter-subjectivity, as the core content of its philosophical foundation, would face three major difficulties that cannot be solved: the uncertainty of subject status, the paradox of inter-subjectivity itself, and the misinterpretation of the doctor-patient relationship as a result of the subjective abstraction of doctor-patient individual. Only by absorbing the inter-activity of rationalism and irrationalism, and completing the transcendence of inter-subjectivity from Marx's dialectical analysis of the natural and social attributes of life, is the core content of the philosophical foundation of narrative medicine in which doctors and patients empathize and make decisions together.

Key words: narrative medicine; inter-subjectivity; inter-life; empathy; Marx