



诠释学视角下叙事医学的辩证思考

刘维静

安徽医科大学人文医学学院, 安徽 合肥 230032

摘要: 诠释学与医学的结合为叙事医学提供了理论基础。叙事医学在医学实践反思、医患叙事语言、医学文本信息、疾病影响和意义、医患沟通障碍等方面均呈现出诠释学特征,但在有关医患叙事的真实性、可信度及叙事医学实践的客观困难等方面仍存在一定的诠释性疑问。正确理解叙事医学的初衷,辩证思考叙事医学理论和实践中的挑战,是对当前叙事医学研究热点应有的理性态度。

关键词: 叙事医学; 诠释学; 局限; 创新

中图分类号: R-02

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2025)01-059-007

doi: 10.7655/NYDXBSSS240342

医学兼具科学属性和人文属性,致力于人的身心健康全面发展。医学的科学属性是指采用实证主义的科学方法,重视实验数据、病理指标等客观证据,并不断发展新的药物和治疗技术以提高患者的生存率和生活质量;医学的人文属性指尊重患者的内心情感、文化信仰和社会背景,与患者建立和谐、信任的医患关系,以提升患者的就诊满意度和心理健康。在医学技术快速发展、医疗手段不断革新的今天,相较于具体客观的医学疗效而言,抽象模糊的人文关怀往往处于被边缘化的境地。近年来,叙事医学的兴起使得医学人文有了新的“落脚点”。自2001年美国哥伦比亚大学内科医生丽塔·卡伦(Rita Charon)创新性地提出“叙事医学”(Narrative Medicine)概念以来^[1],一个将叙事学与医学相融合的新兴交叉研究方向引起了全球医学相关领域的关注和兴趣。叙事医学倡导医生不仅需要具备治病救人的医技能力,更需具备叙事能力,即“吸收、解释、回应,并被患者疾病故事所感动的能力”^[2]。患者的疾病叙事成为诊疗过程中不可忽视的重要组成部分,接受细读(close reading)、反思性写作(reflective writing)等叙事能力培养的医生可以通过患者的疾病叙事,“走进患者的内心世界,与患者达到共情”。叙事医学的出现与倡导,“落实了医学人文一

直以来的期盼,把看不见摸不着的人文素质变成临床工作者可以做的事情”^[3]。

尽管叙事医学给人们带来了独特的研究视角和实践路径,但它也不可避免地具有一些自身的局限性。叙事医学鼓励医患之间通过“叙事”进行沟通与交流,然而叙事互动的成效离不开对叙事内容的诠释和理解。只有针对患者的疾病叙事进行合理、充分诠释,才能真正理解患者的所思所虑,实现与患者的“共情”。叙事医学的理论基础建立在诠释学(hermeneutics)基础之上^[4],通过对叙事内容、叙事载体和叙事方式等的解读和分析,诠释学得以揭示叙事互动中隐含的信息和内涵。叙事医学是否真能如卡伦所愿,通过“叙事”这一重要环节,克服医学人文的实践困难,顺利实现当前由生物医学模式向生物—心理—社会医学模式的积极转变?本研究结合诠释学相关理论对其进行分析与讨论。

一、诠释学与医学的结合与发展

诠释学(hermeneutics),中文又译为阐释学、解释学或释义学,是指对文本、符号、语言等进行解释和理解的学科^[5]。其词根“herme-”来自古希腊神灵赫尔墨斯之名“Hermes”。赫尔墨斯是宙斯的信使,其职责是将神谕告知、解释给世人,被古希腊人认为

基金项目: 安徽省教育厅质量工程教育教学重点项目“叙事医学视角下医学英语课程教学新模式探索”(2023jyxm0229);安徽医科大学思想政治工作研究会课题“新时代医学院校医学生叙事能力培养路径研究”(2023xszh09)

收稿日期: 2024-08-14

作者简介: 刘维静(1974—),女,安徽灵璧人,副教授,研究方向为医学英语教学与人文教育,通信作者,liuwei-jing@ahmu.edu.cn。

是语言、文字和沟通的守护神。因此,“hermeneutics”一词本身即含有“解释、翻译”之义。诠释学历经古典诠释学、一般诠释学、现代诠释学等不同阶段的发展,其适用范围已突破人文社会学科,加强了与不同学科、方法和理论的融合。

医学诠释学(medical hermeneutics),是把诠释学应用到医学领域的一门交叉学科。医学诠释学关注医学实践中的交流、理解、诠释和意义构建,致力于探究医患沟通、医学文本和临床交流等方面的问题。很多研究者将医学领域涉及的一切活动看作是“有待解读的文本”,如美国哲学家德鲁·莱德认为患者疾病经验构成的“经验文本”、患者疾病叙事组成的“叙事文本”、患者体检结果形成的“身体文本”和医生诊断治疗构建的“工具文本”共同构成“医学文本”,医学诠释学就是对各种“文本”的解读^[6]。美国内科医学会医学博士理查德·巴伦也认为这些文本是动态的、变化的,患者的疾病叙事“是动态文本中的一页”^[7]。近年来有学者在将医学看作是“文本”的隐喻基础上进一步发展,如瑞典哲学家弗雷德里克·斯文那厄斯认为医学诠释学是一种“对话活动”而非仅“对文本的解读”,他认为“文本解读的方法”可以被“本体论和现象诠释学”所替代,“倾听、对话和理解”是诠释的关键^[8]。可以说,医学诠释学的研究突破了现代生物医学的“身心二元论”的观点,在肯定自然科学从理性视角为医学发展和生命健康取得重大进步所作贡献的同时,拓展了医学领域的认知范畴,强调对医学行为进行全面诠释和意义解读,而非仅限于临床证据的收集与说明。医学诠释学有助于提升医学实践中的人文关怀和文化敏感性,化解医患沟通的矛盾和分歧,在医学的科学属性和人文属性之间架起了一座桥梁。目前医学诠释学涉及的研究领域包括医患沟通、疾病叙事、疾病意义、医学文本、医疗实践、医学文化和医学伦理等。

二、叙事医学的诠释学特征表现

叙事医学是叙事学与医学相结合的新兴研究方向。叙事学原本属于文学研究领域,强调对叙事文本进行叙事结构和话语分析。20世纪80年代以来,在后现代主义和后结构主义思潮影响下,多种学科研究出现了“叙事转向”。保罗·利科认为,人类的知识大都以叙事的形式存在^[9],如今的叙事研究已呈现出“广义叙事学”现象,心理学、社会学、历史学、法学、经济学,甚至新兴的人工智能等领域都掀起了一股叙事研究热潮^[10]。在此背景下,21世纪初美国内科医生兼文学博士丽塔·卡伦基于自己的行医实践首次提出“叙事医学”理念。卡伦认为,“没有叙事行为,患者不能向任何人表述他所经历

的疾病,更根本的是,无法理解疾病事件对他的意义”。对于医护人员来说,卡伦同样认为叙事的意义重大,“如果不能以多重叙事的形式讲述或书写对患者的关照,照护者也不能以全面的、有感触的、有情感的叙事形式看到患者的疾病”^[11]。可以说,医学实践中几乎没有不具有叙事特征的行为,大多数人并没有意识到医学是一门叙事性很强的学科^[11]。

叙事医学的理论基础是身体现象学和医学诠释学^[12]。20世纪上半叶,梅洛·庞蒂立足于埃德蒙德·胡塞尔的现象学基础提出了身体现象学(phenomenology of the body)理论,主张基于身体的知觉重新探索人和世界的关系,注重从“具身性经验”(embodied experience)重新思考意识哲学面临的困境^[13]。身体现象学关注的是身体对世界直接、主观的体验,强调语言、表达对于理解身体体验的重要性,注重从社会文化角度解读身份意义的构建,这与后来叙事医学的倡导和建议是一致的。同时,叙事医学关注患者对疾病的叙事,强调医患之间的信息传递、有效沟通,而这个过程是充满了不确定性、模糊性和主观性的,医学诠释学通过对叙事内容、叙事结构、叙事载体等的深度解读,为叙事医学提供了一种诠释学理论框架和分析工具。叙事医学的诠释学特征主要表现为以下几个方面。

(一)医学实践反思的诠释

反思属于元认知的一种,是指个体对自己的经验、行为、信念和情感等进行回顾、解释,以指导和理解当下和未来行为的一种深度思考过程^[14]。反思与诠释之间是紧密相关的,反思是对经验和行为的深度思考,而诠释则是赋予这些经验和行为以意义的过程。一方面,反思推动诠释的进行,另一方面,诠释也影响反思的方向和内容。保罗·利科将反思与诠释结合在一起,提出“反思需要诠释并进入诠释学”,他将诠释文本和诠释自身同步,使自身的构建与意义的构建同步一致,从而进一步推进了“具体反思”的进程^[15]。在医学领域,这种具体反思的进程体现在医务人员针对自身的行医方法、治疗结局和患者反馈等不断进行反思总结,不断改进临床实践、提升自我意识和增强职业能力。针对叙事医学,卡伦倡导细读与反思是医学叙事能力培养的两个关键路径,其标志性方法之一即反思性写作,其中便包括平行病历的书写。通过书写平行病历,医务人员对在诊疗过程中出现的细节得以回顾,从而反思患者的境遇,体会患者的心情和感受,努力与患者达到共情。同时,医生在书写平行病历时,也能表达自身的困惑和感悟,抒发和升华自身思想深处的情怀。在平行病历写完的那一刻,才能让医生看到一个真实的自己^[16]。可以说,叙事医学倡导的反思性写作是对医学实践

最好的诠释路径之一。

(二) 医患叙事语言的诠释

医患叙事的语言离不了诠释,这是医患沟通有效进行的基础。威廉·狄尔泰的晚期诠释学构建了“体验、表达和理解”的三重结构,指出“表达”是体验的外化和客观化,构成了含义的载体。“表达”可分为三种:理念表达、行动表达和体验表达,而其中“体验表达”最为狄尔泰重视,因为这往往意味着无限的诠释空间^[17]。在医患叙事过程中,患者的疾病叙事不仅包括其自觉症状和生理变化,也包括疾病对其日常生活造成的困扰和影响。这样的“体验表达”往往能够为医生提供诊断和治疗的关键信息,应该得到医生的关注和理解。但也有一些患者不善叙事或叙事思维混乱,此时医生可借助影像、图片等工具帮助他们更清晰地进行疾病叙事和确认。同时,对于患者一些面部表情、身体动作等“非语言”叙事因素,医生也要进行额外的关注,善于诠释其中难以言说的信息。另外,针对患者的疑问和担心,医生也要进行积极地回应和解答,尽量用通俗易懂的语言向患者解释医学术语。借助诠释方法,医患之间实现了有效沟通的第一步。

(三) 医学文本信息的诠释

医学文本,包括医学文献、病例报告、临床指南、患者病历等,扮演着传递医学知识、研究结果和疾病信息的重要角色。通过对医学文本多层次、循环式诠释和解读,可以充分了解和掌握病程、疗效等医学信息,并进一步分析这些文本在医学实践中的影响。诠释学从发展之初即重视文本的解读技巧,强调对经典作品的语言结构、修辞手法等进行深度解读,以领悟其中所蕴含的象征和意义。保罗·利科对于文本诠释有着独特的观点,他超越了传统的心理主义解释学传统,充分肯定了文本的价值和相对独立性,指出文本意义的多样性(polysemy)以及由此产生的诠释多样性^[18]。在叙事医学实践中,医学文本的意义同样需要不断地诠释和解读才能得以揭示。对医学文本的诠释不应止于表面的文字和图像,更应该深入把握时间线索和叙事结构,了解疾病发展,领悟患者体验,从而更全面地理解文本所传达的医学信息。

(四) 疾病影响和意义的诠释

身体现象学的观点指出人体存在的五种状态:活生生的躯体、作为客体的躯体、生病时活生生的躯体、生病时作为客体的躯体和作为科学对象的躯体^[19]。这种观点不再受限于自然科学对人体的单一解读,重视在不同背景下对人体状态进行不同层次的诠释和解读。这种研究视角的转换对人们探讨疾病与健康的意义具有重要作用。每个人天生就具有两种身份,一种是健康王国的公民,另一种

则是疾病王国的公民^[20]。疾病的到来影响了人们的日常生活状态,与马丁·海德格尔描述的“homelike”相比,疾病就是一种“不在家(unhomelike)”的状态,患者体会到的是生理、心理的异常和生活节奏的紊乱。身体变化引发了患者对自我身份和生活意义的重新思考,同时疾病背后的家庭、社会和文化因素也会在患者进行反思时不自觉地融入,而这种反思过程就是不断诠释和理解的过程。当代美国作家图姆斯基于自己的病患体验阐述了病患意义的四个层次:①感觉经验层次,即感性层面的肉体体验;②感觉患病的体验层次,即病患意识的唤醒和聚焦;③疾病的认识层次,即个体对疾病特殊意义的阐释;④疾病状态的认识层次,即医生对患者疾病的客观化认识和重新阐释^[21]。无论是倾听患者的疾病叙事,还是参与患者叙事,医生都可以帮助患者诠释和探讨病患的影响和意义,更深入地理解疾病对个体生活的影响,以减轻患者的孤独感及对疾病后果的恐惧感。

(五) 医患沟通障碍的诠释

医患之间的交流因疾病而关联,但很多时候,他们关注的焦点并不同。医生侧重于了解身体的生理变化和病理指标,通过临床诊断和实验室数据确立疾病的类型和程度,而患者则关注疾病对自己日常生活的影响,担心治疗的风险、结局和可行性。此外受交流时间的限制,医患之间的沟通往往难以充分展开。伽达默尔指出,理解的主体与客体各自具有视域,两种视域之间存在着各种差距。在理解的过程中,只有两种视域交融在一起,达到“视域融合”,才能超越原来的视域。而这种新的“视域融合”是建立在差异上的融合,不是简单的视域替代。此外,人类生活的历史运动在于,“它绝不会完全束缚于任何一种观点,因此,绝不可能有真正封闭的视域”^[22]。因此,从诠释学的观点来说,交流的矛盾和误解是可以消除的。诊疗过程中的医患交流实际上就是一种不断“视域融合”的碰撞过程,由于医患所处地位、权力关系和对疾病的了解与体验程度不同,沟通时产生矛盾是不可避免的。关键在于医患双方要意识到这种“视域差异”的存在,借助叙事与诠释,积极主动地寻求消除差异的方法,达到医患之间真正的“视域融合”。

(六) 医学伦理困境的诠释

随着社会发展和科学技术的不断进步,医学实践的复杂性不断增强,人工生殖技术、安乐死、基因编辑、患者知情权、医疗资源分配等问题不断涌现,构成了复杂的医学伦理挑战。基于道德审视的角度,医学伦理力求在医学实践中实现健康利益和人格尊严的双重价值取向^[23]。医学伦理与叙事医学

是同向而行的,面对各种生命伦理问题,不能用自然科学的方法为其寻求一种唯一、普适的法则,而应用诠释学的原则与方法来呈现医学本真之诉求。医学伦理学本质上就含有诠释学的特性,因为它不是简单的“非是即非”的价值判断,而是不同伦理视域相互融合和诠释过程所导致的一种“效果历史”^[24]。通过诠释和对话,反思医学的有限和生命的可贵,通过多元化的解读和协商,可以消除彼此的隔阂和误解,最大化地实现伦理关系与社会文化的和谐。

三、叙事医学的诠释学局限

诠释学虽为叙事医学提供了理论框架和实践方法,从生命主体的立场促使医生和患者产生情感共鸣,推动现代医学回归人本主义,但结合现象学和诠释学相关理论,我们仍可发现叙事医学并非尽善尽美,其在认识论和方法论上仍有有待商榷之处。

(一)认识论的诠释学局限

叙事医学主张通过叙事走进患者的内心世界,体会患者的病痛感受,与患者达到共情,真正实现全人治疗。叙事医学为我们描绘了一幅美丽的场景:患者在接受身体治疗的同时,也感受到情感需要的满足,医患之间和谐共处,从而实现医学人文的终极关怀。叙事医学的批判前提是现代医学过分强调生物、技术和科学数据,而忽略了对病患个体的关注。卡伦指出:“现代医学技术越来越复杂,但医学专家却越来越远离患者个体的病痛、感受和死亡。”^[25]叙事医学主张,“叙事允许一个人进入他人的世界,并想象他人对这些世界的看法”,认为通过叙事,能够“使原来不可见的东西变得可见”,叙事是“弥合医患分歧的有力工具”^[26]。叙事医学声称的这些叙事功能是不容忽视的,但从诠释学视角出发,仍存有两处质疑。

首先,叙事在医学中的真实性诠释疑问。我们在现实生活中会发现一些意义的存在,例如在欣赏名画时会顿悟到生命、爱、死亡等意义。虽然可能无法绝对地确定和验证领悟的是什么,但这也是一种对真理的体验。与自然科学领域验证真理的方法不同,人文、历史、艺术、哲学等领域蕴含的真理与知识可能永远无法得到科学方法的验证,但它们就是依靠经验的方式为人们所理解和传达,是在一个持续的诠释过程中被寻找和把握。这种通过诠释学方法寻求的知识和真理是一种对明白利害关系意义的寻求,但同时这种意义也会随着时间的推移而改变。诠释学知识永远不可能是“确定的和绝对得到证实的”^[27]。美国医学教授斯蒂芬·丹尼尔曾指出:叙事必须置于诠释学的语境中^[28]。医学领域的叙事同样如此,叙事的确能够让患者得到倾吐

心声的机会,使患者由被动地接受治疗者成为积极参与者,但这种叙事内容本身或叙事结果能否真正反映疾病的现实情况和患者的疾病体验是无法确定和得到绝对证实的。任何叙事或自我描述都可能受到多种心理偏见的影响,而这些心理偏见可能会扭曲所叙述的内容,因此医学中叙事反映的未必是生活的真相,尤其是在一些患者刻意隐瞒病情或没有全部说出真实病情的情况下。同时,记忆是个动态的过程,容易受到时间、空间、情感、压力等因素的干扰,不同时间、不同场合可能会对同一事件产生不同的理解和记忆。此外,医生的主观思维和对叙事的敏感性也会影响其对患者叙事的准确理解和真相把握。叙事远不是叙事医学所声称的获得患者真实体验的工具,通过叙事并不能传达事实的真相^[29]。叙事的媒介——语言也有其自身的局限性,往往无法完全捕捉和传达个体的经验和感知,通过言语进行的叙事活动并不能准确地再现个体的内在世界。因此,叙事医学中的叙事带有主观性和模糊性,未必能够真实地反映患者的疾病经历和内心感受。

其次,叙事在医学中的被理解性诠释疑问。叙事医学强调医生需要具备共情的能力,通过叙事努力从患者角度出发,与患者感同身受,才能理解患者的独特体验和诉求。耶鲁大学心理学家保罗·布鲁姆认为共情是进入他人的内心世界去体验他人感受的一种行为^[30]。但有关共情的具体内涵,研究者们并没有达成共识,正如美国东北大学的心理学家朱迪斯·哈尔认为:“共情本质上是个模棱两可、充满争议的概念”^[31]。医患之间的共情需要医生放下其先前由经验、知识和文化背景而形成的一些假设,对自我经历和认识进行反思与修正,才能深入理解和体验患者的疾病感受。但是现象学观点告诉我们,每个人都有独特的视角和经历,因此,即使有共情的努力,完全融入他人的体验仍然是有挑战性的。对医生来说,延展共情到完全陌生的患者身上相当困难,也很难通过叙事,再现患者的经历和感受。英国杜伦大学医学人文教授简·麦克诺顿指出,“认为我们能真正感受到别人的感受,这是潜在的危险,当然也是不现实的。”^[32]叙事医学主张通过叙事弥补医患分歧,但叙事本身的理解分歧首先需要面对。保罗·利科指出:对他人的理解从来不是一种直接的直观,而是一种重建,通过叙事对别人的价值观、偏好、观点等进行假设,这些假设是不可能被绝对证实的,是带有明确的“猜测性质”的^[33]。结合诠释学理论分析我们可以看出叙事医学在认识论上是存在一定主观意图和局限性的^[34]。

(二)方法论的诠释学局限

叙事医学的实践主张是通过文本细读、反思

性写作、平行病历书写等“叙事技能”的培训,提升医生的“叙事能力”。卡伦指出,叙事能力是指能够吸收、解释并被患者的疾病故事所感动的能力。通过细读医学主题相关的文学类作品,可以培养医生的批判思维能力、分析问题能力和想象力,而通过书写平行病历,可以促使医生反思诊疗过程,增进对患者的了解和共情,制定更符合患者个体需求的治疗计划。但是现实生活中存在很多反叙事因素,叙事医学的方法论方面仍然存在很多问题和不足。

首先,叙事性格诠释的差异性问题。卡伦认为每一个患者的背后都有其故事,而每一位患者都有被倾听的愿望。这种主张其实没有考虑到个体之间叙事性格的差异性存在,是建立在一种普遍原则之上的。英国哲学家和文学评论家盖伦·斯特劳森指出:“那些被叙事所吸引的人往往有很强的历时性(diachronic)和叙事性(narrative)个性,他们把自己的生活看作是一种连续性的存在,相反,情景化性格(episodic)的人,没有这种自我连续性感觉。”^[35]同时他认为,叙事性个性和情景化个性的人彼此可能会产生严重的误解。英国杜伦大学医学人文研究所主任安杰拉·伍兹同样提出了质疑:“对一些人来说,渴望叙事表达自我是很自然的,也许对一些人来说,甚至是有益的,但对另外一些人来说,这是非常不自然的,而且是破坏性的。”^[36]与叙事性个性的人相比,情景化个性的人缺乏叙事的敏感性,更专注当前的环境和情景,对自己的过去和未来没有太多的回忆和担忧。在医患叙事实践中,情景化个性的患者可能并没有把自己的疾病同叙事联系起来,特别是一些自卑、恐惧的患者往往更容易因为安全感的缺失而选择少言寡语,这时候叙事的交流形式反而会让它们感到尴尬、难堪,或因自己的隐私被暴露而感觉不适。甚至一些学者指出,年龄较大、更倾向于坚忍的患者会感到“这种与医生的交流方式粗俗、无礼”^[37]。另外,从医生的角度来说,他们也有叙事个性的差异,不擅长叙事的医生医术未必就弱,而具备强叙事性格的医生很难说他们的医术同样也强,有的患者就直接表示,期待自己的病痛被治愈,而非一个嘘寒问暖、叙事谈话式的接触^[38]。这种叙事性格方面的差异性在叙事医学实践中一定要充分考虑。

其次,叙事能力培训的诠释性困难和挑战。叙事医学主张通过文本细读、平行病历书写等活动来培训医生的叙事能力,其过程是充满困难和挑战的。这可以从时间、专业和教育等几个方面来进行分析。从时间角度来说,叙事能力的培训对于本身医务工作繁忙、时间紧张的医生来说又增加了负担,还有一些医生担心诊疗过程中过度关注叙事可能会导致医疗流程的耽搁。从专业角度来说,叙事

能力培训“鼓励医生偏离他们的核心专业职责,而进入未知的领域,去扮演精神顾问、社会工作者、生活教练、朋友等角色”^[39]。实际上,很多医生对叙事怀有一种潜在的抵制^[34],并不太乐意接受医学专业以外的培训。从教育角度来说,叙事能力的培训效果未必人人受益,一些内心脆弱的患者可能对医生产生不切实际的幻想,而最终却可能是不可避免的失望。还有一些接受培训的医生,如果他们达不到卡伦所声称的超人同理心,可能会觉得自己是个失败者。有一种观点认为,叙事医学的培训鼓励多愁善感个性的形成^[37]。更有一些激进的观点认为:当感伤进入医学领域时,江湖骗子很快就会出现^[40]。

再者,叙事效果衡量的诠释性标准缺失。叙事医学涉及主观感受和叙事诠释,其过程充满了复杂性和不确定性。到目前为止,如何评价医疗活动中的叙事能力和叙事效果是没有清晰的说明和统一标准的。卡伦自己也承认,叙事的最终结果不能被绝对地确定,只能通过想象来采纳^[41]。这种标准的缺失导致很难产生持久、高昂的行为热情和动力,最终期待的满意结果可能只是一场美丽的幻影,而叙事医学终有可能化身为医学人文运动浪潮中的一声呐喊、一个浪花而已。

综合以上分析,可以发现叙事并非人人通用的模式,有其自身的理论缺陷和实践困境。诠释学分析告诉我们,作为叙事医学的关键环节——叙事,其真实性 and 可理解性仍存在质疑,而叙事医学的实践方法也存在诸多现实的困难和挑战。大多数针对叙事医学的批评并不是指责它毫无用处或无足轻重,而是高估了人们对它的期望^[42]。

虽然如此,不可否认,叙事医学的出发点是爱,这是人类永恒的话题和永远追求的目标,正因为如此,叙事医学一经提出,把长久置于边缘地带的医学人文思想重新唤醒,引起学界的持续关注和研究热潮。这背后反映的是当前人们对和谐医患关系的需求及对现代医学现状的反思和改革尝试。没有人会否认卡伦的初衷,即通过叙事尊重患者,倾听患者,关注患者身心两方面的健康需求。学术潮流来来往往,在当前众多学科出现叙事转向的研究热潮之际,叙事医学也以它独特的视角引起学界的关注和兴趣。与其他任何一种医学模式类似,叙事医学正以自己的努力,尝试把恢复患者的主体性作为医疗实践的核心,这是通往医学人文终极关怀的又一次勇敢创新和尝试。

参考文献

- [1] CHARON R. Narrative medicine: form, function, and ethics[J]. Ann Intern Med, 2001, 134(1): 83-87
- [2] CHARON R. Narrative medicine: honoring the stories

- of illness [M]. New York: Oxford University Press, 2006: 3-19
- [3] 郭莉萍. 从“文学到医学”到“叙事医学”[J]. 科学文化评论, 2013, 10(3): 5-22
- [4] CHARON R, DASGUPTA S, HERMANN N, et al. The principles and practice of narrative medicine [M]. New York: Oxford University Press, 2017: 86-112
- [5] 潘德荣. 经典诠释之魅: 理解的远虑与近忧[J]. 广西大学学报(哲学社会科学版), 2024, 46(2): 81-90
- [6] LEDER D. Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine[J]. Theor Med, 1990, 11(1): 9-24
- [7] BARON R J. Medical hermeneutics: Where is the “text” we are interpreting? [J]. Theor Med, 1990, 11(1): 25-28
- [8] SVENAEUS F. Hermeneutics of clinical practice: the question of textuality [J]. Theor Med Bioeth, 2000, 21(2): 171-189
- [9] 保罗·利科. 时间与叙事[M]. 王文融, 译. 北京: 生活·读书·新知三联书店, 2003: 56-74
- [10] 赵毅衡. “叙述转向”之后: 广义叙述学的可能性与必要性[J]. 江西社会科学, 2008(9): 30-41
- [11] CHARON R. 叙事医学: 尊重疾病的故事[M]. 郭莉萍, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2015: 15-53
- [12] 郭莉萍. 生物医学与叙事医学的哲学基础[J]. 叙事医学, 2021, 4(1): 27-32
- [13] 刘哲. 具身化理论视域下的反笛卡尔主义——以梅洛—庞蒂与塞尚的对话为例[J]. 中国社会科学, 2014(8): 45-67, 205
- [14] WALD H S, REIS S P. Beyond the margins: reflective writing and development of reflective capacity in medical education[J]. J Gen Intern Med, 2010, 25(7): 746-749
- [15] 黄钊, 冯寿农. 构建自身 寻回主体——保罗·利科诠释学的理论体系探讨[J]. 当代外国文学, 2019, 40(3): 135-141
- [16] 赵斌. 做好叙事医学需要两个能力: 细读和反思[J]. 中华急诊医学杂志, 2022, 31(2): 139
- [17] 王宏健. 狄尔泰晚期思想从心理学进路转向诠释学进路[N]. 北京: 中国社会科学报, 2020-07-10(A02)
- [18] 刘欣. 回到叙述本身: 保罗·利科的“事件解释学”[J]. 河北师范大学学报(哲学社会科学版), 2021, 44(6): 99-107
- [19] 图姆斯. 病患的意义[M]. 邱鸿钟, 李剑, 译. 广州: 广东高等教育出版社, 2020: 52-87
- [20] 苏珊·桑塔格. 疾病的隐喻[M]. 程巍, 译. 上海: 上海译文出版社, 2003: 73-90
- [21] TOOMBS S K. The meaning of illness [M]. New York: Springer, 2007: 32-50
- [22] 伽达默尔. 真理与方法(上卷)[M]. 洪汉鼎, 译. 上海: 上海译文出版社, 2004: 56-83
- [23] 杨勇. 论医学伦理叙事的价值诉求和伦理限度[J]. 中国医学伦理学, 2021, 34(1): 17-21
- [24] 张铁山, 李殿富. 医学阐释学——医学哲学研究新视角[J]. 医学与哲学, 2005, 26(6): 18-21
- [25] CHARON R. Narrative medicine in the international education of physicians [J]. Presse Med, 2013, 42(1): 3-5
- [26] CHARON R. What to do with stories: the sciences of narrative medicine [J]. Can Fam Physician, 2007, 53(8): 1265-1267
- [27] ABETTAN C. From method to hermeneutics: which epistemological framework for narrative medicine? [J]. Theor Med Bioeth, 2017, 38(3): 179-193
- [28] DANIEL S L. The patient as text: a model of clinical hermeneutics [J]. Theor Med, 1986, 7(2): 195-210
- [29] DHAVERNAS C. Re-thinking the narrative in narrative medicine: the example of post-war French literature [J]. J Med Humanit, 2021, 42(3): 325-336
- [30] BLOOM P. Empathy and its discontents [J]. Trends Cogn Sci, 2017, 21(1): 24-31
- [31] HALL J A, SCHWARTZ R. Empathy, an important but problematic concept [J]. J Soc Psychol, 2022, 162(1): 1-6
- [32] MACNAUGHTON J. The dangerous practice of empathy [J]. Lancet, 2009, 373(9679): 1940-1941
- [33] RICOEUR P. Time and narrative [M]. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1983: 97
- [34] 夏天成. 认识论局限、实践困境与差异性悖论——对叙事医学的批判反思[J]. 自然辩证法通讯, 2023, 45(5): 33-41
- [35] STRAWSON G. Against narrativity [J]. Ratio, 2004, 17(4): 428-452
- [36] WOODS A. The limits of narrative: provocations for the medical humanities [J]. Med Humanit, 2011, 37(2): 73-78
- [37] O' MAHONY S. Against narrative medicine [J]. Pbm, 2013, 56(4): 611-619
- [38] MORRIS D B. Narrative medicines: challenge and resistance [J]. Perm J, 2008, 12(1): 88-96
- [39] GARDEN R. Telling stories about illness and disability: the limits and lessons of narrative [J]. Perspect Biol Med, 2010, 53(1): 121-135
- [40] CHARLTON B. Life before health: Against the sentimentalising of medicine. In Faking it: The sentimentalisation of modern society [M]. London: Penguin, 1998: 21-38
- [41] CHARON R. Narrative and medicine [J]. N Engl J Med, 2004, 350(9): 862-864
- [42] AHLZÉN R. Narrativity and medicine: some critical reflections [J]. Philos Ethics Humanit Med, 2019, 14(1): 9

(本文编辑: 姜 鑫)

Critical thinking of narrative medicine from the perspective of hermeneutics

LIU Weijing

School of Humanistic Medicine, Anhui Medical University, Hefei 230032, China

Abstract: The combination of hermeneutics and medicine provides the theoretical basis for narrative medicine. Narrative medicine presents hermeneutic characteristics including reflection on medical practice, doctor-patient narrative language, medical text information, disease impacts and implications, and doctor-patient communication barriers. However, there are still some hermeneutic doubts about the authenticity and credibility of the doctor-patient narrative and the objective difficulties of narrative medicine practice. Properly understanding the original intention of narrative medicine and critically thinking about the challenges in its theory and practice will guarantee a rational attitude towards the current research hotspot of narrative medicine.

Key words: narrative medicine; hermeneutics; limitations; innovation

《南京医科大学学报(社会科学版)》 入选 RCCSE 核心期刊

《中国学术期刊评价研究报告(第七版)》(RCCSE)发布,《南京医科大学学报(社会科学版)》被评定为“中国核心学术期刊”,继续入编医学综合类,等级由B+晋升为A-,在258种医学综合期刊中排名第56位。

RCCSE是国内公认的七大学术期刊评价体系之一,由武汉大学中国科学评价研究中心、武汉大学图书馆、杭州电子科技大学中国科教评价研究院等机构联合研制,主要对中文学术期刊进行动态认定及收录,对中文学术期刊的综合学术影响力进行评价。本次共认定及收录中文学术期刊6622种,其中391种为A+等级(0~5%),1942种为A等级(5%~20%)和A-等级(20%~30%)。