

# 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

龔卓軍\*

### 摘 要

本文透過現象學心理學的觀點主張，我們可以在客觀科學的「醫學專業論述」與主觀感受的「生病經驗論述」之間，透過留心傾聽、有所應答、承認事實、開放面對面式的對話，來搭造醫病倫理關係的橋樑。即便這種對話能提供的答案可能十分「間接」、「迂迴」，卻至少能在醫療照顧者無法再應答之盡頭，反顯出人類存在的共同處境，這種面對疾病的共同存在處境、苦境、窘境，即是所有病榻與診間真實對話的基礎。

**關鍵詞：**現象學心理學、詮釋、生病、生活世界、倫理處境

---

\*中山大學哲學研究所助理教授

# **Hermeneutic Phenomenology of Illness**

## **From Hermeneutics of Ill-experiences to the Ethical Ground of Physician-Patient Relations**

Gong, Jow-jiun\*

### **Abstract**

From the perspective of phenomenological psychology, this paper suggests we can build a communicative bridge between discourses of bio-medicine and narratives of ill-experience through physician-patient's mutual listening, responsible and face-to-face relationship. Though we know in many cases these communications faulted with ambiguous consequences so as to have anything but immediate and direct answer to ethical situation, we think that making every endeavor in this mutually exploring-responding relationship will create the true dialogic openness between physicians and patients whenever they were confronted with ethical problem.

**Key Words:** phenomenological psychology, hermeneutic, illness, Life-world, ethical situation

---

\* Assistant Professor, Institute of Philosophy, National Sun Yat-sen University

# 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

龔卓軍

### 前言：侯約翰眼前的盤形陰影

侯約翰(John M. Hull)在《盲人心靈的祕密花園》(On Sight And Insight)一書中，談到自己因白內障而失明的歷程。他從小有異位性皮膚炎、氣喘、天生白內障，十三歲發現自己眼前一片雪霧茫茫，十七歲左眼全盲，三十五歲右眼手術失敗，到他四十四歲登記為盲人，四十八歲右眼對最後一道光線的知覺逐漸消失為止，中間包含了豐富的生病體驗和許多次的醫療經驗，對這些經驗的局部加以放大描述，將有助於本文基本論題的釐清。

首先，他在十六、七歲時，第一次體驗到了白內障導致的視網膜剝離症狀，然而，他卻對這種症狀所將導致的嚴重後果一無所知：

眼中會出現一塊圓盤形的黑色區域，快速眨眼時，圓形區域的四周會有光線閃爍。之後我花了好幾年的時間，觀察這些黑影的進展，仔細在牆上測量它們的大小，以確認它們發展的速度，並嘗試向疑問頗多的眼科醫師解釋它們正確的外形和位置，後來我得知當那圓盤形的陰影來到我視線的中心點時，我便再也無法閱讀了。……十七歲時，那圓盤形的陰影出現在左眼；當時我們住在墨爾本，於是我被帶到一間一流的醫院去。在那裡醫生沒作任何診斷，那個盤形的陰影已經矇蔽了我左眼的視線。有一段時間，那感覺就像是透過一層綠色的凝膠在看世界，然後我眼睛出血，光線逐漸消逝。<sup>1</sup>

侯約翰的這段回憶中，眼科醫師似乎扮演了極為被動的角色。為什麼醫生對侯約翰明顯的視網膜剝離症狀「疑問頗多」，甚至後來「一流醫院」的醫生根本「沒作任何診斷」，這是筆者最感興趣的問題。是否在 1952 年的澳洲墨爾本——即侯約翰十七歲時，白內障及併發的視網膜剝離症狀並不是當時醫生熟知的疾病？不過，令人納悶的是，侯約翰在 1954 年左右，右眼又出現了「熟悉的圓盤形陰影」，但「這次診斷和手術都進行

---

<sup>1</sup> John M. Hull, 《盲人心靈的祕密花園》(On Sight And Insight), 台北：晨星，2000 年，頁 22。

得很快」，而且，後來的結果也顯示「較以往來得成功」，因此，問題似乎不是出在技術上，而是在別的方面。

其實，少年侯約翰對這塊圓盤形的黑影並不陌生，他曾對自己的視野範圍仔細作圖表紀錄下來，一連好幾年，只是他不確定自己有沒有告知父母。但是，可以確定的是，他告訴了眼科醫師，醫師卻十分懷疑。而這種來自專業醫生的懷疑，也伴隨著侯約翰的眼疾，一直到 1969 年左右，他動了一次不甚成功的手術之後，漸漸失去希望為止：

我換新工作還不到兩年，那幾乎被我遺忘的黑色陰影又再度出現。我把這症狀告訴一個開業醫生，但他卻對我的話頗為懷疑，經過詳細的檢查之後，他向我保證一切沒事，就把我打發走了。我打了好幾通電話給他表示我的堅持，他才同意幫我在當地的眼科診所預約門診，症狀很快就被診斷出來，而我也在伯明罕內地眼科醫院進行了手術。我在那裡接受了專業的治療，手術結果相當成功，我右眼的視力完全恢復，幾乎毫無損傷……然而，不到幾個月，又再度出現同樣的症狀。

這次的診斷更加困難。好幾個星期過去了，但醫生卻拒絕和我會面，另一方面，家庭醫師和學生也試圖說服我一切都沒有問題。我每個禮拜都在辦公室的牆上記下那圓盤形陰影的進展。後來我用掛號寄了一封抗議信到醫生家裡，他才願意見我。經過漫長的檢查之後，他告訴我必須立刻動手術；我告訴他自己對他的技術有十足的信心，但他卻堅持由另一位醫生來替我動手術。我相信那次手術必定是技術高超，但手術後我的眼睛卻受到損傷。<sup>2</sup>

筆者引用這段文字，並不是要暗示這中間必定存在著重大醫療疏失。事實上，在 30 年前，不僅白內障手術的技術水準是一個問題，即便到了今天，白內障本身是否需要手術治療，也仍是一個見仁見智的問題。<sup>3</sup>尤其，依據侯約翰當時已處於高度近視的狀況下，接受白內障摘除手術，本來就有比正常人還要高的比例會有視網膜剝離的後遺症。<sup>4</sup>

<sup>2</sup> John M. Hull, 《盲人心靈的祕密花園》，頁 26-27。

<sup>3</sup> 「白內障是否需要手術治療是個見仁見智的問題，雖然視力是一重要的決定因素，但是白內障會影響的是整個視覺功能，視力只是其中的一項指標而已、有些人除了視力模糊外，會有畏光、眩光、複視及看東西失去對比感、失去色彩的鮮明度、視力不穩定等等症狀。要不要動手術除了眼科醫師臨床檢查判斷外，個人對視力及視覺品質的要求才是主要考量的因素，並非所有的白內障都需摘除。」參見〈白內障要不要開刀~~白內障與失明〉，台北書田眼科診所主治醫師王司宏，1998.07.21，[http://203.75.196.1/s009\\_014.htm](http://203.75.196.1/s009_014.htm)。

<sup>4</sup> 「視網膜剝離發生的比例大約是百分之零點五至百分之二，高度近視，視網膜有格子狀退化，有家族史及另一眼有視網膜剝離病史的人都是高危險群，而視網膜剝離一旦侵犯黃斑部，雖然治療讓視網膜重新貼回原位，視力也可能無法復原。」同上註。

本文關心的焦點毋寧在於：侯約翰在生病經驗中，一再感受到自己生病體驗的描述被某些醫生懷疑，甚至充耳不聞。對此，我們能夠用「不夠敬業」或「不夠專業」來解釋這個醫病間的距離嗎？反過來說，依據醫師的專業判斷，這些第一人稱的生病經驗描述，難保不會是慢性病人的主觀心理作用？而實際上，醫師已經盡其所能做了該做的一切，只是手術難免有不可預測的併發症罷了？

於是，醫生眼中的「疾病」(disease)與病人感受中的「生病」(illness)，似乎產生了一種對立關係。就在這客觀科學的「醫學專業論述」與主觀感受的「生病經驗論述」之間，本文試圖提出一個生病詮釋現象學(hermeneutic phenomenology of illness)的觀點，希望在兩種論述之間，找到共通的對話基礎。筆者以為，如果能為這兩種論述找到溝通基礎，也就等於為醫病間的倫理關係找到了基礎。

本文將分為四節：分別討論現象學心理學的特性與詮釋現象學的取向、病人生活世界的描述和還原、醫病兩種生活世界的區別與關係，以及醫病兩種論述間溝通的可能。在說明這些主題時，筆者將指出「生病詮釋現象學」的方法特性，並論證其必要性。

## 一、現象學心理學中的詮釋現象心理學

本文標題所謂的「詮釋現象學」，乃是「詮釋現象心理學」的簡稱。余德慧在他所著的《詮釋現象心理學》一書中指出：

第一層的心理學是完全黏附在肉體的心理學，是以為必須要直接作用的心理學；而第二層的心理學，也就是詮釋現象心理學，則是可以離開肉體的心理學，它不認為必須緊緊黏附著肉體的心理過程，反倒認為心理過程是可被遺忘的。……當我們去掉完全縫合在肉體的心理化，而把心理學建立在敘說者本身時，我們就走上了第二層的心理學。敘說者在文本上現身，而文字依照語法配置在那裡就成為文本，文本本身即轉化為敘說者。<sup>5</sup>

本文打算依據 Serge F. Hein 和 Wendy J. Austin 的研究區分，來闡明余德慧所說的「敘說者」、「文本」理念在詮釋現象心理學方法中的關鍵角色。依據上述兩人的研究，要了解「詮釋現象心理學」，要從「現象學心理學」的研究傳統入手。在北美的現象學心理學研究傳統中，可以略分為「實徵現象學」(empirical phenomenology)和「詮釋現象學」(hermeneutic phenomenology)兩大路數。<sup>6</sup>

<sup>5</sup> 余德慧，《詮釋現象心理學》，台北：心靈工坊，2001年，頁206。

<sup>6</sup> Serge F. Hein and Wendy J. Austin, "Empirical and Hermeneutic Approaches to Phenomenological Research in Psychology: A Comparison", *Psychological Methods*, 2001, Vol. 6, NO.1, pp.3—17. 本文參考石世明中譯，〈心理學中實徵現象學方法和詮釋現象學方法的比較〉，未出版。依原作者之見，「實徵現象學」

實徵現象心理學的方法特色，可以歸結為四點：1)強調現象的結構面；2)透過現實話語的掌握來進行分析；3)注重對話語分析操作方法的嚴格步驟；4)詮釋活動內在於研究過程。譬如：Paul Colaizzi 對於「閱讀改變生活」經驗的研究。他研究的主題是「銘感於某種閱讀的內容而造成一個人生活的變革，也就是因閱讀而造成存在的改變」(Colaizzi,1978)，他描述了數位受訪者的閱讀經驗過程，從而達到閱讀經驗的一般性結構敘述。更具體的說，第一步是浸泡在訪談資料中反覆閱讀，然後找出敘說者描述的經驗現象的整體重點。其次，將該現象相關的命題顯題化，接著並對種種命題做窮盡的描述。於是，這些命題的相關述，就成了受訪者的「置身結構描述」(situated structural description)，他們的具體處境、生活世界的閱讀現象，便得以透題出來。最後，找於眾多受訪者之「置身結構」共同主題。從他們共有的主題中，發展出普遍的處境結構，依此表達出所有受訪者經驗到的普遍現象。<sup>7</sup>

而詮釋現象心理學的方法特色，也可以約略歸結為四點：1)視特定生活經驗為文本脈絡，經常更具有個人特質；2)放大某種特定的經驗或意象，直至視域融合；3)無固定明確的分析步驟，認為經驗的描述需要不斷重寫；4)研究時保持部分與整體間的平衡觀照。Wendy J. Austin 舉出了她的研究案例。一位假名為 Gail 的女人，在家事工作中，同時面對妻子、母親、職業三重身份時所感受到的角色衝突。Gail 用來描述她生命的三重角色——太太、母親和雇員時，她用了「一根柱子」(a pillar)這個意象，特別引起了 Austin 的注意。於是，Austin 回到錄音逐字謄稿，以尋找對話中的相關部分來探究這個意象。當她在謄稿中遭遇到「壓力」和「負擔」這些字時，她又特別注意 Gail 在哪裡或是如何尋求寬慰，這時候「承擔」(bearing up)這個主題就逐漸出現。Austin 雖然必須忠於 Gail 的經驗，但由於她慢慢找到了整體方面的主題，所以，在回頭詮釋部分細節時，Austin 可能會得到一些超出 Gail 理解。最後，我們發現了這位身兼三種角色的女人，如何在努力「承擔」時，伸張自己有能力成為家庭的「支柱」，但在得不到丈夫主動細心的配合時，會感到自己是無奈是無法遁逃「柱子」，而在壓力和衝突過大時，無疑就好像這根「柱子」在發抖。<sup>8</sup>

雖然上述的區分並非唯一的區分，但我們卻可以藉以刻劃出現象學心理學方法中蘊藏的幾個共同哲學原理：1)以現象學的描述法直接面對生活經驗；2)在描述的結果方

---

與「詮釋現象學」之分雖未必完備，在強調方法的特色方面，會比「描述現象學」/「解釋現象學」或「敘說現象學」/「解釋現象學」之分來得清晰。參見原文註腳 1。

<sup>7</sup> Serge F. Hein and Wendy J. Austin, "Empirical and Hermeneutic Approaches to Phenomenological Research in Psychology: A Comparison", p.6. 依據筆者的理解，目前，國內採取這種「實徵現象學」方法從事心理學研究的學者，可以東華大學共同科的李維倫博士為代表，參見李維倫，〈以「置身所在」做為心理學研究的目標現象及其方法論〉(Situatedness as a Target Phenomenon for Psychological Research and Its Methodology)，發表於台大本土心理學卓越計劃第一年成果研討會，2001 年 9 月 28-30 日。不過，李維倫認為其方法仍屬於廣義的詮釋現象學，或許這也反顯出這方面分類上的困難。

<sup>8</sup> Serge F. Hein and Wendy J. Austin, "Empirical and Hermeneutic Approaches to Phenomenological Research in Psychology: A Comparison", p.14-16

面，突顯意向性(intentionality)的結構與個別在世存有的置身處境；3)透過不斷的交互詮釋活動，讓不同語言論述與不同意向結構間得以對話，遙指出共同的生活世界。

1.1 首先，現象學心理學強調現象學的描述，而致力於從直接經驗中已有的東西入手，轉而探索此經驗中呈現於意識表現樣態中令其「如其所如」之物，進而闡明意識的基本活動及經驗的知覺結構，用現象學哲學的概念來說，這種描述所揭示的意義，是按照某種特定而不變的意向結構所組成。用法國現象學家梅洛龐蒂(Maurice Merleau-Ponty)的話來說：

在現象學的發軔階段，胡塞爾首先視現象學為「描述的心理學」或回歸「事物自身」，其出發點是為了譴責科學。我並不是那些構成我身體或「心理」的種種因果力量交錯下的產物，我無法把自己看成只是世界的小碎渣子，只是生物學、心理學、社會學的研究對象。我不可能將自己封限在科學領域之內。我對世界的所有知識，甚至是我的科學知識，都是透過我自己的特定觀點得來，或經由對世界的某些體驗而獲得，不然的話，科學符號將毫無意義。科學的整個論域，立基於吾人直接經歷到的世界之上，如果我們想對科學自身加以嚴格的檢驗，以便好好弄清楚其意義和範圍，我們的第一步就是要重新恢復對世界的基礎經驗，而科學只是對此基礎經驗的第二序表達。<sup>9</sup>

換句話說，在上述侯約翰的例子裡，重點並不是他的生病經驗敘說內容是科學客觀意義上的真還是假，而是他在敘說中所呈現的意識意向活動和知覺結構，以及我們在這樣的意識意向活動和知覺結構中，是否能夠讓我們發現，有一個更普遍的「因先天性白內障而漸漸成為盲人」或「慢性病人發病過程」的普遍置身處境。同時我們也瞭解，侯約翰在《盲人心靈的祕密花園》這本書中，主要的成就便是運用現象學描述的精神，將「成為盲人後」的置身處境——即生活世界，巨細靡遺地向讀者敘說。<sup>10</sup>

1.2 於是，我們便不難了解，為什麼侯約翰要在此書第十一章不斷提到梅洛龐蒂的《知覺現象學》了。這涉及了現象學哲學對生活世界構成內容的看法。一個盲人的置身生活處境，跟任何一個人的生活世界一樣，離不開其意識意向活動和知覺結構。譬如，一般人不太能體會什麼叫「臉部的視覺」。但侯約翰的描述告訴我們，他有一次散步時，經過一道五呎高的直立金屬柵欄，一段路之後，這柵欄接著變成了一道磚牆。侯約翰發現，他只要稍加注意，便可以分辨出自己何時離開柵欄，開始經過磚牆。

這種注意力，如果依據科學的說法，叫做「回聲定位」(echo location)，侯約翰也對這個概念雖然知之甚篤，但他卻說，在上述狀況下，盲人並沒有意識到自己在聽，

<sup>9</sup> M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Paris: Gallimard, 1945, p.ii-iii. 中譯見龔卓軍譯，〈《知覺現象學》序言〉，於龔卓軍編，《臺灣現象學》，台北：梅洛龐蒂讀書會，1997，頁137-138。

<sup>10</sup> 侯約翰自己曾在〈前言〉中強調：「在重新詮釋失明對我的意義時，哲學和現象學的分析也佔據了重要地位。」他顯然對「意識意向性」和「知覺結構」這樣的主題並不陌生，因而他接著說：「對小細節的注意需要相當的思考，以及對想法、感情和感覺的分析，唯有了解才能形成基礎，使我們做出一種全新的、有想像力的回應方式。」《盲人心靈的祕密花園》，頁15。

這是很重要的。盲人只會意識到自己變得敏感；對於壓力的感受是在臉部的皮膚上，而不是在耳朵上或耳朵內。這一定是為何老一輩的人稱呼這經驗為「臉部的視覺」。<sup>11</sup> 換句話說，這種「回聲定位」在生活經驗上不只是聽覺，還包括皮膚感受到的「壓力」轉變，當然，侯約翰還用「空氣的流動感、空氣靜止時的張力」來描述這種「壓力」，但他更注意到，當街道嘈雜擁擠時，當他勾著某人的手臂走路時，這種敏銳的覺察力就會消失掉，這種「導引系統」的開關好像在某種意向結構下被「關掉了」。透過侯約翰的親身生病經驗描述，不論是科學的醫學論述或明眼人的生活經驗論述，在此都要暫時加以擱置，「放入括弧」(epoche)。

現象學還原的工作將「自然態度」(natural attitude)置入括弧，這個過程稱之為 epoche。自然態度意味著我們未經反思對世界的假定，也就是我們心目中認為理所當然的事情與心境，假定我們周遭的世界是真實、穩定、獨立運作，而別人也有著相同的真實世界。然而，不論是胡塞爾(Husserl)還是海德格(Heidegger)都強調，人的存在並未與世界須臾分離，他的存在不獨立於世界，而是透過意向性的結構，深深涉入、參與與形構著他的生活世界。於是，在海德格的觀點下，由於意向性結構透顯了人的在世存有 (being-in-the-world) 特質，存在現象學因此超越了對人類意識的研究，將現象學運用到人類存在的基本結構中。

1.3 現象學心理學方法中蘊藏的第三個哲學原理，便是人的在世存有同時也讓人顯現為「詮釋的存有」(hermeneutical being)。梅洛龐蒂在《知覺現象學》〈序言〉中提醒我們：「我們存活在世間，就已被判定要存活在意義之間，尚未在歷史中有所名狀者，我們一概無所適從、無言以對。」<sup>12</sup> 換言之，不論是對意識、潛意識狀態的描述，不論是對健康或生病狀態的意向性結構還原，抑或是對病人生病與醫生看診的生活世界關注結構，最終都需要透過語言的詮釋來呈顯。詮釋學被定義為：「詮釋文本的科學」，但它不同於文本翻譯或口譯，而是對不明顯的文本、作品去抉發幽微大義，才叫詮釋。如果我們使用「現象學」這個概念時，針對的是「直接的看」，強調直觀、洞見的話，那麼相較之下，「詮釋學」會強調人類存在的歷史性、處境感和這些脈絡的有待詮釋。

在此，我們發現，從現象學心理學的角度來看，其哲學底蘊雖然囊括了「現象學」到「詮釋學」的傳統，但是，就其「回歸現象本身」有待於透過語言表達而言，「詮釋學」對各種潛在文本的重視與交織運用，似乎更符合心理學「回歸心理現象本身」後的詮釋要求。以下舉例說明之。

Wim Dekkers 在〈詮釋學與身體經驗：下背痛案例〉一文中，強調「醫學工作即是詮釋工作」，而「病人即文本」。他依據 Darien Leder 的三層區分來看待「病人文本」。初級文本：即臨床診療時與「得病個人」的遭逢；次級文本：包含體驗的、敘說的、生理的、工具的文本；第三級文本：病人的病史、病列表。<sup>13</sup>

<sup>11</sup> 《盲人心靈的祕密花園》，頁 49。

<sup>12</sup> M. Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, p.xv-xvi. 《臺灣現象學》，頁 154。

<sup>13</sup> Wim Dekkers, "Hermeneutics and Experiences of The Body. The Case of Low Back Pain", *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19: 277-293, 1998.



然後，Dekkers 把重點放在四種次級文本的解讀上。1) 體驗文本：病人基本上不正常的身體體驗——痛、呼吸不順、嘔吐、血尿、虛弱等，這些體驗使病人斷離了正常的生活例程序，也使他開始追問疾病的意義：為何會發生？它代表了什麼意思？什麼原因造成的？會變好還是變嚴重？要去找醫生嗎？Dekkers 文中案例 A 先生的身體現象包括：痛、不靈活、沒法動。2) 敘說文本：是診療遭逢後三種作者的產物——生病的身體、病人、醫生。也是病人告訴醫生下背痛的口語表達，A 先生的表達很簡單，幾乎沒有痛苦情緒之表達，就此而言，他跟自己的身體似乎很疏離，他認為他的背痛是要給醫生解決的技術問題。3) 生理文本：醫生在醫事檢查後寫下的，文本中的身體是被當做生理對象描述，跟病人自己說的不同，但 Leder 認為，兩種文本間的共通基礎仍存在，可稱為「詮釋上的沈默地帶」。有時候，病人對內在身體的感知，跟醫生對外在身體的感知一樣破碎。可能檢查多次都查不出問題，因此，有位醫生有一次在 A 的病例上寫：「病人有個漂亮的背，沒任何不正常。」4) 工具文本：是診療測試的結果，由醫事機具寫下的，在此，身體的生理過程轉變成機具語言。A 先生做了許多測試。<sup>14</sup>

Dekkers 認為，這四種文本中，體驗文本和敘說文本又比另兩種更根本。身體經驗文本常有「曖昧多重意義」，有些人會說因為工作引起，因為倫理或宗教上的挫敗引起，甚至天氣影響引起。而診療室中才出現醫學詮釋，並不是病人經驗到生病時的充分條件。譬如，下背痛的病人可能自行決定痛是因為肌肉痠痛引起，自行服止痛成藥，他覺得自己生病，但不必然會去看病，不去理會醫學診療文本。即便去接受診療，也不一定完全接受醫學的詮釋。G. Nijhof 曾研究十個長期下背痛病人的生活史，焦點放在社會建構與疾病的關係，發現「疾病」、「慢性」這些概念都是社會慣習形構出來的現象，而非僅由醫學文本決定的現象。

在上述四種文本的建構下，Dekkers 進一步理出了關於「慢性下背痛」的五種社會論述：遺傳論述、自然衰老論述、生活史原因論述、醫學官方論述、倫理論述。<sup>15</sup>在這五種社會論述下，Dekkers 詮釋出後三種論述在 A 先生長期下背痛過程中的份量與關係，藉以詮釋出 A 先生慢性下背痛經驗本身所呈現的意向性結構：A 先生認為他的病來自於過重的工作壓力，他覺得他「應該」來看病，「應該」恢復健康，但身體出問題是醫生技術上可以解決的問題，所以，他不接受心理醫生判定他的背痛跟他在保險業方面的工作動力、能力和抗壓力不足有關，但幾經波折，最後，在經過骨科門診醫生判斷出他長期下背痛與生理上的椎間盤突出有關，他立刻釋懷，長期的背痛漸漸消失。<sup>16</sup>

但作者提醒我們，A 先生的背痛有沒有可能再出現呢？當然很有可能。因為，他與自己的身體十分疏離，而且在他的詮釋中，又在情緒上完全排斥心理醫師對於他本身可能有缺點的論述，這種狀況下，主治醫生雖然不得不犧牲心理醫師的詮釋，以純粹生理的詮釋來保全 A 先生在心理方面的平衡，但 A 先生在心理方面是否有足夠的自我覺察和反省力，仍舊沒有在生病過程中明朗化。<sup>17</sup>

<sup>14</sup> Ibid. p.283-284.

<sup>15</sup> Ibid. pp. 284-286.

<sup>16</sup> Wim Dekkers, "Hermeneutics and Experiences of The Body. The Case of Low Back Pain", pp. 281-283.

<sup>17</sup> Ibid. pp. 290-291.

這個案例不僅突顯了「醫學工作即是詮釋工作」，也說明了醫生與病人在看診過程的互動中，如果能保持詮釋學對各種潛在文本的敏銳態度，會有更充分的同情理解、論述彈性和倫理學上的依據，去面對、去徵詢每個病人的特殊意向性結構、生活世界結構，以共同決定適當的診療方法。

不論是侯約翰還是 A 先生的例子，在操作過程中，現象學心理學都格外注重生病現象中的三個基本論題：病人生活世界的恢復、醫病兩種生活世界的結構及其區別，以及醫病兩種論述間溝通的可能。本文的主旨，就是要透過這三個基本論題，來說明「生病詮釋現象學」的方法特性，並論證其必要性。

## 二、病人生活世界的恢復

如果以第一節起首處提出的「實徵現象學」和「詮釋現象學」來區分，范丹伯醫師(J. H. van den Berg)的《病床邊的溫柔》(Psychology of the Sickbed)無疑是一本極富「詮釋現象學」特色的著作。<sup>18</sup>此刻，我們如果用「詮釋現象學」這種路數的四個特點（生活經驗即文本、突顯特定意象以求整合、不斷以不同角度重寫、注重整體意象與部分細節間的平衡）來討論這本書的現象學操作，並透過這樣的討論，展示詮釋現象心理學應用到生病現象的一個例子，這樣，我們或許便能夠具體了解到，在生病詮釋現象學的觀點裡，「病人生活世界的恢復」其中一種可能的落實樣態。

《病床邊的溫柔》一書著眼於病人的生活世界，在病人的生活經驗文本中，范丹伯醫師在不算長的篇幅裡，具體討論了病人的時間感、空間感、與物品的關係、身體感、生活計劃的擱置轉換、社會角色的擱置轉換、與訪客的心理視域距離、醫生在病人置身處境中的角色與價值、面對死亡的經驗，並且突顯了「病床」這個象徵病人生活世界中心的意象，詳實地把上述生病經驗的結構要素整合在「病床」這個意象當中。

從第一章〈生病是什麼意思？〉開始，范丹伯就顛倒了一般所謂「實體心理學」的邏輯，他並不企圖站在健康者或醫師的位置，或站在運用量表統計進行研究的學者立場，向讀者解釋「生病者」的客觀心理特點。反而是不無可疑地開始描述一個非常生活化的生病場景——一個帶有第一人稱主觀心理活動內容的生病場景，而刻劃這個場景的文本，乃是出自一位偶然生病、不能起床上班的父親。這位父親的文字裡，對於自己病榻經驗的描述與玩味，透露著現象學者用各種角度來描述一個杯子時的那份忠實於生活經驗的精神，<sup>19</sup>也召喚著讀者回想起自己曾經躺在病床上，身體難受不聽使喚、一股味道在床間揮之不去、瞪著天花板數格子、細瞧棉被上的圖案紋理、望著自己曾經穿著走過許多地方的鞋子、聽著電話響而無法起身應答、看著家人出門迎接正

<sup>18</sup> J. H. van den Berg, 《病床邊的溫柔》(Psychology of the Sickbed), 石世明譯, 台北: 心靈工坊, 2001 年。

<sup>19</sup> 在現象學運動史上，一段饒富興味的軼事，便是法國現象學家沙特(Jean-Paul Sartre)於 1933-34 年在柏林開始研究胡塞爾和海德格之後，興奮地將「哲學也可以討論一只杯子的存有」這樣的方法帶回巴黎，引起了法國學術界的注意。參見 Mark Poster, *Existential Marxism in Postwar France*, Princeton: Princeton University Press, 1975, p.77.

常生活時的些許失落感、以及暗暗慶幸可以放幾天假的心情。生病經驗，本質上是這樣一種「常態」生活世界的擱置與轉換，而不只是器官出了問題或病例上記載。

更令人驚訝的是，作者不僅未立刻對生病者示以「同情」，還進一步跳脫出常態「健康」生活者的視域，引用好幾種不同脈絡的文本，描繪絕症患者首度開始懷疑自己得病的剎那震撼，以及長期臥床病人的病榻生活世界。在這個世界裡，躺在病床上、面對日益衰敗的身體、社會生活的退出、健康的訪客的互動、醫師看診、拒絕死亡的現代生活世界和現代醫療體系——病人的日常置身處境。

透過對這個生活處境和其中心境的描繪，范丹伯的詮釋現象學工作，顯然已經不單單從屬於傳統心理學領域，而跨入了這些心理經驗所涉及的病人尊嚴和生命價值論題領域——倫理學和生死學的領域，換句話說，在此，生病詮釋現象學的目標並未預設某種「健康訴求」：「幫助病人做好心理健康的準備，自我調適，早日康復」，這類未經反省的預設常常阻礙了我們如其所如地面對「生病經驗」，也讓我們無法思考，應該如何面對長期病患、面對絕症患者、面對死亡的處境。

如果說范丹伯的《病床邊的溫柔》對於長期病患的生活世界結構和病榻訪客所帶來的倫理問題，有非常如實的描述，那麼，石世明的《伴你最後一程》，或許更能告訴我們，長期瀕臨死亡者的病榻經驗和病榻照顧的意義。因為，在癌症末期患者的世界裡，所謂的「健康訴求」和「病人自覺有恢復健康的責任」已經更趨渺茫難追，於是，除了生病詮釋現象學的一般範疇（如時間（記憶）、空間、物品、身體感、味道、生活計劃轉換、社會角色退位、死亡的可能），癌末病房的病人，更出現了石世明所謂「瀕臨」和「靈性」兩種特殊的病人置身處境。<sup>20</sup>

所謂「瀕臨」，就是癌末的病榻世界，比短期或長期的生病經驗更多了一份面對生命大限即將來到眼前的「迫近感」。這種迫近感，悄悄滲透在病人原有的時間（回憶）、空間、物品、身體感（記憶）、生活計劃、人際關係等所有層面，使這些範疇變得脆弱、緩慢、漸趨碎裂；然而，如果從健康照顧的角度來看，我們不禁要問：既然醫藥罔效，大限不遠，病房中的照顧又如何可能呢？誠然，從「健康訴求」的觀點來看，癌末病人的照顧已超過了現代醫學的原初預設，使得「恢復健康」、「健康就是在社會上還有用」這類對「生命」的預設失去了它規範地位。《伴你最後一程》的作者認為，癌末病人的生活經驗質疑了「生命 = 健康 = 在社會上還有用」這樣一條過於簡單的公式，它提醒我們，活在「瀕臨」的狀態裡，也能夠有一種正面而如實的生活世界結構，這個結構裡的主要樑柱，是由一絲絲希望、由脫除社會角色扮演後的「靈性」經驗支撐起來的。但在現實狀況中，這份「靈性」的內容是什麼、以什麼樣態運作、又是否每位病者都有這種脫離社會脈絡的「靈性」開顯時刻，則顯然需要進一步的細密討論。

從石世明的觀點來看，如果照顧者無法如實面對癌末病人的「瀕臨」心態，如果照顧者還在社會角色扮演的邏輯中感受和思考照顧的問題，無法在體悟「大限將至」之後所帶來的「靈性」，而透過無所遮掩的「靈性」與病人相伴，那麼，癌末病人的生活世界結構與照顧者的生活世界結構間將會有非常大的距離。

<sup>20</sup> 石世明，《伴你最後一程》，台北：天下文化，2001年，特別是〈第九章〉與〈結語〉。

最後，石世明顯然運用了比范丹伯更多的病房生活情節、更多的意象情節和他人的論述，使得他提出臨終處境的「瀕臨」狀態與「靈性」層面的個別豁顯。雖然寫作風格、方法和議題和他翻譯的《病床邊的溫柔》不盡相同，同時他也未能討論「靈性」的普遍內涵，但兩本書在生病詮釋現象學「恢復病人生活世界」這個論題上，卻可視為遙相呼應的互補之作。

### 三、醫生和病人各自的生活世界

相較之下，S. Kay Toombs 的《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)，顯然以更具有現象學嚴謹理論架構的方式，以慢性病人的生病經驗為基礎，對比醫生和病人各自的生活世界。<sup>21</sup>Toombs 個人有 20 多年多發性硬化症的經驗，她認為現代醫學護理和醫學教育的關注焦點，在方法上是按照「生物醫學模式」來理解病人，在內容上是特意集中發展急性病的護理治療技術，在目標上則是要求病人功能的完全恢復，就此而言，慢性病人（當然包括絕症患者）的痛苦和經驗便顯得有點不搭調，而高技術的治療手段，也常常錯失了慢性病人真正的存在困境：如果慢性病人無法確知短期內的復原狀況，或甚至他已了解他的身體機能不可能完全恢復，而可能日趨衰弱，那麼，他的自我認同、家庭生活、工作責任、拖累他人與社會這些迫在眼前的置身處境，在專科專業精細分工的病理護理世界中，似乎只是微不足道的個人問題罷。然而，慢性病人生活的整體感其實在此「生物醫學模式」中遭受了嚴重的威脅。<sup>22</sup>

上一節「恢復病人生活世界」所進行的整體結構描述中的個別議題（如時間、空間、身體感），在這兒被分開，做為更具普遍意義的生病詮釋現象學來說。

Toombs 開宗明義區分了 illness 和 disease 兩個概念，illness 指的是醫生尚未診斷確定、個人病痛體驗的生病狀態；而 disease 則是生物醫學模式詮釋下的疾病，祛除了病人體驗的成分，將其體驗轉譯為客觀的疾病普遍特性。<sup>23</sup>接下來，當然便產生了兩種關於生病經驗的詮釋模式：屬於醫生的「生物醫學實徵模式」和屬於病人的「主體病痛體驗模式」。我們在侯約翰和 A 先生的例子裡，都看到了這兩種生病現象詮釋模式的差異。

<sup>21</sup> S. Kay Toombs, 《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), London: Kluwer Academic Publishers, 1993. 中譯見邱鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯，青島：青島出版社，2000 年。中譯文疑點頗多，如將「時間性」(temporality)譯為「暫時性」，「視域」(horizon)譯為「水平」，"illness"譯為「病患」，顯有不妥。筆者使用譯文時已經過修改。

<sup>22</sup> S. Kay Toombs, 《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)，作者序〈慢性病和醫學的目的〉，頁 1。

<sup>23</sup> 同上揭書，中譯本頁 6，英文本 xv-xvi。

首先，在兩種生活世界分化的原理方面，Toombs 討論了獨我世界中的意向性、時間性和視域(horizon)，以及共在世界中的意向焦點差距、時間感差距、以及病情認識溝通上的差距。簡單的說，醫生隸屬於「生物醫學實徵模式」下的生活世界，他的意向性焦點是醫學專家對生理病理現象的客觀關注，在相關儀器機具和病房體制的運作下，尋找分類上的關聯性，他的時間感是斷裂而急迫的，病人的體驗在醫生的實徵經驗篩選中，必須快速加以歸類為某種「疾病」（如多發性硬化症、糖尿病、高血壓等）的典型症狀，因此，醫生對病情的描述多少會趨向一種客觀的疾病「病史邏輯」式的表達，記載在病列表上；而病人則是按照「主體病痛體驗模式」在經驗生病者的生活世界，他的意向性焦點不可能把生病經驗當做科學的「事例」，生病對他而言，是一個影響到全面生活的「事件」，病人可能會從個人生平的各個層面與生病經驗做意義上的關聯，換言之，他不但會用過去的生活經驗來詮釋病因，或進一步尋求醫學上的詮釋，也會立刻感受到生病狀態對他的當下與未來生活世界將造成什麼樣的影響，他的自我完整性和社會關係受到什麼樣的威脅，這種經驗在他的體驗中是連續的，同時也經常是緩慢難熬的，慢慢的，他對病情的認識變成了對一種生活方式上的對應了解，不論是要掙脫這種生病生活，還是最後無可奈何地認命，其病情認識是按照一種「生活經驗邏輯」、一種不可分享的私密體驗在進行的。<sup>24</sup>

這樣，我們便很容易能了解，為什麼許多病人不聽醫生囑咐，又為什麼醫生或護士的一句話，可能讓病人擔心、揣測良久。譬如，一個病人患有長期不癒的咽喉疼痛，而他的父親死於食道癌，如果醫生忽略掉這個病人生平的這項經歷，或無視於病人可能有的聯想與相關聯想可能造成的身心效果，而純粹視之為生理病理上的問題，便顯然落入「生物醫學實徵模式」的窠臼中，未將「主體病痛體驗模式」列入其認識病情的參照系統。

Toombs 論證的重點在於：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，如果醫生不考慮生病對病人意味著什麼，治療就難以順利成功；同時，醫病之間的「詢問」、「聆聽」和「對話」方式，也應該著重生活經驗上的交流和溝通，而非「是非題」式的問答或過早斷然分類的刻板語言，以創造出兩個生活世界之間的理解環境。

她依據現象學對「生活世界」的強調，經過對「生病意義形構」的描述分析、以及對「生病身體知覺結構」的描述分析（這方面的描述在上一節范丹伯和石世明的著作已被強調過），得出結論：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的看待，根本上必須築基於「生活經驗之聲」——也就是病人的主體生病體驗上，否則，若「醫學之聲」的治療詮釋不考量發出「生活經驗之聲」的生病主體狀態，一不小心，治療過程便將徒然造成病人生活世界的進一步生理、心理與生活秩序上的紊亂，形成與原初目標自相矛盾的窘境。當然，從詮釋現象學的角度來看，「生活經驗之聲」並不單指病人的敘說文本，還應包括他的體驗、敘說、生理、醫療機具文本（參見本文 1.1.3 節）。

<sup>24</sup> 同上揭書，中譯本頁 8-59，英文本 1-49。

Oliver Sacks 醫師面對杜雷特症候群(Tourette's Syndrome)的態度，可以說是這種尊重「生活經驗之聲」的現象學進路的醫療典範。依據杜雷特(George Gilles de la Tourette)在 1885 年的描述：

這種症候群最明顯的特色，在於臉部局部肌肉痙攣似地抽搐，以及情不自禁地去模仿或重複他人的話或行為，有的是非自願或是忍不住要說髒話、猥褻的言語。有些人儘管受到疾病之苦，仍表現出奇特的無憂無慮或是無動於衷的樣子；有些則喜歡作奇異但往往機巧，卻又如夢似幻的聯想；還有人則極端地容易衝動與受到挑撥，情緒的暴烈……尚有病人不時不安地反應其周遭環境，任何東西他都想去刺、去聞，或是突然把東西一拋，其他一些病人是極端的固執念舊……沒有兩個人是完全一樣的。<sup>25</sup>

依據 Oliver Sacks 的研究，杜雷特症曾經被視為是一種道德方面的疾病——愛惡作劇、意志薄弱，所以病人被施以修正意志方面的治療。在 1920 到 1960 年代之間，這種病又被視為精神疾病，以精神分析和精神療法施行治療，但也毫無效果。1960 年代初期以後，杜雷特症又被視為大腦神經傳導物質失去平衡的生物化學疾病。但是，Sacks 強調，

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杜氏症，更應從其內在，從存在的觀點來看患者自己。<sup>26</sup>

接下來，Sacks 便成為一位他所說的腦神經學人類學家，走到杜雷特症患者的生活世界裡去，查訪這些我們會以為「根本不可能從事一些職業」的人。事實上，他們的職業包括作家、數學家、音樂家、技術人員、演員、電台音樂節目主持人、建築工人、社工人員、運動員和三位外科醫師。最令人動容的是「小雷」這個案例。「小雷」在經歷過杜雷特症一直以來對他生活、婚姻和工作的干擾，也體會過 Haldol 這種藥只會讓他「銳氣」盡失、思慮變鈍、音樂靈感和反應消失，失去了平常的瘋狂隨興、時有神來之筆的亢奮狀態之後，他與 Sacks 討論後決定：「在週間的時候，他會按時吃藥，但在週末時就不吃，『讓自己飛一下』。……現在有兩個小雷——有一個是正經八百的小市民，從週一到週五，工作冷靜、思想周密；另一個是在週末鬼靈精怪的小雷，精力旺盛、瘋狂、滿腦怪點子。」<sup>27</sup>

Sacks 在「小雷」這個病例上的努力過程，讓我們看到幾個生病詮釋現象學特別強調的「生活經驗之聲」優先於「生物醫學之聲」的特色：首先，「小雷」不是 Sacks 醫生的一個「杜氏症病例」，因為 Sacks 很清楚的知道，杜氏症的具體經驗樣態「沒有兩個人是完全一樣的」；其次，Sacks 透過實地的訪查、聆聽和詢問，了解到「小雷」具

<sup>25</sup> Oliver Sacks, 《火星上的人類學家》(An Anthropologist on Mars), 台北：天下文化，1996 年，頁 105。

<sup>26</sup> 同上揭書，頁 107。

<sup>27</sup> Oliver Sacks, 《錯把太太當帽子的人》(The Man Who Mistook His Wife for a Hat), 台北：天下文化，1996 年，頁 165-166。

體的「生病身體知覺結構」(譬如空間、時間感),以及「小雷」如何形構他的「生病意義」,並詢問他:「可否想像沒有杜雷特症之後的生活是什麼樣子?」第三,從存在現象的主體經驗角度,「小雷」感受到 Haldol 這種藥雖然讓他不再抽搐,卻也讓他失去了自我表現的創造力,甚至影響到他的工作能力和收入;最後,「小雷」在與 Sacks 討論後,決定了週間用藥、周末不用藥的生活方式,並且,很有自覺地過著一種特有的慢性病人生活:

你們「正常人」腦子裡的傳導物質因時因地恰到好處,可以在任何時候擁有所有的感覺和表達的方法——要輕、要重,隨心所欲。我們杜雷特症患者沒有辦法:我們被病拉向雲天,服了 Haldol 之後,整個人又被拖到谷底。你們是自由的,你們有自然的平衡,而我們則要竭力保持人為平衡。<sup>28</sup>

在這裡,我們聽到了一種慢性病人的「生病經驗之聲」,這種聲音比「健康人」還懂得什麼叫「健康」,他在服藥與不服藥之間選取的平衡心態,證明了他為自己的生活世界找到了一種最有創意的健康狀態,也為「生物醫學模式」所定義的「健康」另闢蹊徑,創造了屬於他自己的生病視域。

#### 四、總結：醫生與病人論述之間的溝通可能

最後這一節,我們將要繼續追問:為什麼生病詮釋現象學的方法,可以使得 Toombs 所謂「醫學之聲」與「生活經驗之聲」之間,達成在治療和照顧上極為關鍵的彼此交流?換言之,Sacks 醫生是如何可能做到「從存在的角度」治「癒」小雷這位不可能「治癒」的慢性病患?當然,更根本的說,他如何能了解到、並幫助慢性病人達到他們心目中的「另類健康」或「創造性的生病」狀態?

Richard Zaner 的《苦惱之聲：倫理學與生病的故事》(Troubled Voices: Stories of Ethics and Illness),從醫病倫理的問題角度,為我們展示了另一種生病詮釋現象學的描述,他以現象學哲學家的「專業」,在醫院中擔任「倫理顧問」二十年的實務經驗,為上述的問題提供了極為珍貴的借鏡。<sup>29</sup>

Zaner 在《苦惱之聲》一書中,以極為自謙的口吻反思他在臨床上遇到的一些醫病倫理抉擇情境,並提出醫病溝通的三個關鍵因素:1)必須注意臨床詮釋脈絡的複雜性;2)醫病間在口語和行動上的對話與應答要保持順暢;3)對話之間的表達形式並非那麼直接,不可忽略醫病倫理抉擇中的情緒角色。我想,這三個要件對健康照顧及專業照顧者的教育非常重要。

<sup>28</sup> 同上揭書,頁 166。

<sup>29</sup> Richard Zaner, *Troubled Voices: Stories of Ethics and Illness*, Cleveland, Ohio: The Pilgrim Press, 1993. 中譯本請參見李察·詹納著,《醫院裡的哲學家》,譚家瑜譯,台北:心靈工坊,2001年。

首先，本文在 1.3 節已透過 Wim Dekker 的詮釋現象學觀點指出，促成病榻間做決定的脈絡（文本），乃是多重決定的(overdetermined)：病房存在著許多情境參與者、經驗者、詮釋者，不同的脈絡和角色，就會帶來不同的意義架構。這種多重文本交疊並置的情境，使得有心照顧者不僅要有現場的參與投入，更有必要時時清楚陳述、相互確認不同的詮釋文本，當然，適時鼓勵病人為自己的處境思考，進而採取病人的詮釋亦屬重要。然而，通常專業健康照顧者會假定科學詮釋是唯一有效詮釋，在一元論述的生物醫學模式下，忽略了病人自身的心理生活和生活世界的多重向度。侯約翰的白內障、A 先生的下背痛、小雷的杜雷特症故事都提醒我們，單靠醫學資料，無法告訴病人在特定狀況下「該」做什麼，醫學報告只能說明在技術上、醫事上可能有哪些選項。

這種複雜性，也讓我們省思臨床倫理學者的角色：像 Zaner 這樣的現象學家，並不是有什麼祕傳的道德判斷專家，他扮演的是一位詮釋者、推手、中介者，他的職責是讓參與者思考他們自己道德價值架構中的相關爭議，使相關決定能下得更順。就此而言，目前流行的生命醫學倫理學，比較像專業者的倫理學，這些倫理學家經常置身於病人的生活世界之外，忽視臨床脈絡的複雜度，也忽略了病人和病人家屬面對的複雜倫理處境。病人不僅擔心該做些什麼，也為他是否能承受抉擇所帶來的後果所苦惱。譬如：Zaner 在第五章提到一位「拒絕洗腎」的青年湯瑪斯，他的態度讓人以為他要求生命醫學倫理學中的「安樂死」，他媽媽似乎也默許他的這個決定，最後被精神科醫師診斷是憂鬱症，強迫洗腎。<sup>30</sup>

後來，經過與 Zaner 的對話才了解，湯瑪斯身體狀況的不穩定，必須洗腎，使他原先盤算的「做他熱愛的公家工作」、「租公寓獨立生活」的夢想破滅，讓他覺得萬念俱灰，因此，他真正的心願不是「求死」，而是要求他能夠繼續保住原來的工作和生活方式。然而，他的媽媽從來沒有跟他談過，醫院也沒有人好好問過他：不洗腎可能導致的死亡，是不是他最後的選擇？湯瑪斯和媽媽也從沒有想過，他有沒有可能維持上班生活，但抽出時間來洗腎？這一場誤會的關鍵，就在於醫院裡一開始就沒有人真正關心過：「湯瑪斯生活世界的結構重心是什麼？」也沒有過這方面的對話，才會導致病人和家屬在錯估了洗腎對生活影響程度之下，意氣用事，做出情緒性的決定。而所謂的醫療倫理，是否應省思醫療者與生病者之間的對話，不應單純從理性的角度來考量其中包含的倫理議題，更應考慮病人與醫師的情緒如何可能在對話中得以消解。

這顯示於《苦惱之聲》這本書強調的第二個重點：對話的重要。透過本文的第三節「醫生和病人各自的生活世界」，我們可以了解到，不論是 Toombs 還是 Sacks，都認為對話可以幫助病人和醫生澄清爭議，批判地檢查他們的假設，澄清不同的意義架構和觀點，以便在面對似乎無解的矛盾時，能夠豁然開朗。問題是，我們回到詮釋現象學的觀點來看，醫病兩造的對話，常著眼於不同文本的詮釋，因而產生搭不上的語言，對話就此疏離。尤其是 Toombs 提到，兩種聲音主導了臨床對話：由生物醫學出發的「醫學之聲」，由尋求專業指引的病人，依據其存在經驗所發出的「體驗之聲」。前者是客觀臨床資料的醫事技術語言，後者是因此醫學問題而生活斷裂的經驗。只有後者呈現

<sup>30</sup> Ibid. pp.47-56.中譯本頁 113-127。



了個人價值和特定生活面貌，因而也只有「體驗之聲」才能溝通病人的痛苦處境和痛點所在。因此，承認這兩種聲音間的異質，保證對話不被其中一方壟斷，才能讓病人和照顧者之間的對話有效。

通常，我們會理所當然用「知識」層次之不同來理解兩種聲音的差異，而不是用意義架構之不同來理解它們的不同。而將生物醫學的觀點視為反映了疾病的「真實面」，認為它對病人的問題陳述得最完整。醫生的工作只是努力將「體驗之聲」精確翻譯為「醫學之聲」。但 Zaner 告訴我們，病人的問題絕不能化約為醫學語言，相關於醫學資料的意義，不只是他的身體將發生什麼狀況，而是他的整個生活情境脈絡將發生什麼狀況、什麼部分將失去控制。

因此，醫病倫理上「困難抉擇」的情境，從來不是簡單的醫事技術方面的決定，而是關乎特定個人生活的道德價值抉擇。小雷和湯瑪斯的例子，向我們顯示了「體驗之聲」的根本性。

Zaner 在書中提出了有效對話的特點：留心傾聽、有所應答、承認事實、開放面對。現象學的取向似乎特別有助於照顧者推動這種對話，因為現象學方法就是要求把人的成見放一邊，決心釐清知覺、判斷、價值和意義，以回到事物自身。在湯瑪斯的例子裡面，我們發現，把詮釋上的種種想像論述整合進來，可幫助病人渡過最惱人的問題。因此，只要求自己聆聽別人的故事是不夠的，還要把自己投身到別人的置身處境中設想，透過別人的眼睛來看世界才行。正是在這兒，生病詮釋現象學對病人生活世界結構的描述和詮釋，才顯示出其方法學上的根本價值：對病人生活世界結構的描述和詮釋深度，直指病人置身處境的根基。

最後，《苦惱之聲》中的第三個重點，是一個極富有詮釋學特色的論點：Zaner 認為，醫病倫理議題的對話，需要高度的間接迂迴表達，來適切地處理當中牽涉多方的潛在情緒。譬如：在湯瑪斯「拒絕洗腎」的情境下，如果立刻將討論的議題設定為「安樂死是否值得？」這樣的議論方向，必將治絲益棼，徒然使爭議做不必要的擴大漫延。這時候，現象學心理學的特色，便是它能夠運用詮釋學的「迂迴」(detour)方法，不斷重新探索真正在場的問題、重新詮釋「病人文本」的問題脈絡，所謂的「迂迴」，就是暫時停止直接取用字面的語言與概念，以防止視域的窄化，保持對病人生活世界各種潛在文本的敏銳態度，去體會、去詢問每個病人（意識上與知覺上的）的特殊意向性結構，直到其生活世界結構有了完整展露出來為止。這種意向性與生活世界結構的掌握，正是我們能夠「同理」病人內在最深的情感和終極價值的依憑。

所以，Toombs 在評論《苦惱之聲》這本書，談到這個對話時的「間接性」之重要性時才會說：

在針對最重要的倫理問題中，進行開放而貼心的對話，個人會將其注意力由世間糾葛難解的直接行動，轉向內在最深的情感，因而體會到什麼才對他具有終極而重大的意義。<sup>31</sup>

<sup>31</sup> S. Kay Toombs, "Articulating the Hard Choices: A Practical Role for Philosophy in the Clinical Context." A

這樣，這種詮釋現象學特別擅長的「間接」語言，才能避開現實中慌亂、夾纏的情緒，在這些紛亂不清的情緒暫時擱下，直指病人的「在世存有」關懷的核心，透過探問將之轉化為根本意義，以提供病人新抉擇行動的基礎。

《苦惱之聲》的第三章、第六章和第十章，都提出一個照顧臨終或慢性病人的重要心理現象：這種照顧乃是一連串的失落，照顧者要面對自己的限度和現代醫學的限制，從存在現象學的角度來看，照顧者要面對的是病人的「存在焦慮」。病人極需要保證他們不孤單，他們的苦惱要有人注意到，他們可能表現出憤怒、憂傷、恐怖、混亂，希望自己不至於未受到注意，他們希望自己的感受可以適時說出來，被照顧者聽到，讓這種存在的危機感不致無處傾訴。而照顧者就是面對這樣的基本焦慮情緒：

生病的人不僅僅想知道什麼地方出了問題，他們為何受這種苦，將來能期待什麼，該做些什麼，他們也想知道是否有任何人在乎，是否負責照顧他們的人，同時為他們擔心。<sup>32</sup>

在此，Zaner 提出來的這種病人「存在焦慮」式的情緒核心，與石世明在《伴你最後一程》中一再企圖回答的問題若合符節：「臨終照顧的倫理基礎何在？」「我們憑什麼去照顧我們也不知將走向何方的臨終者呢？」「我也有很大的無奈感、失落感啊！」有趣的是，石世明從田野經驗中提出的解決之道，也是一條迂迴之路：「我聽到你了。但我承認我跟你一樣，感到自己的無奈和有限，我甚至會想要規避，可是我依然掛心於你的病苦，這使我願意繼續聆聽你，為你靜心祈禱，直到最後一刻。」<sup>33</sup>面對「存在焦慮」，這樣的答案顯得多麼「間接」、多麼「迂迴」，卻更反顯出人類存在的共同處境。

就現象學心理學來看病人的生活世界基本結構，不論病情如何，人的基本情感需求是不變的：「被聽到」、「被聽到」的經驗是具體溝通合一的經驗，讓我們有了「共在」、「有伴相陪」的經驗，感受到自己被「在乎」。因此，不論什麼樣的狀況下，生病詮釋現象學的基本倫理原則便是：如果病人講的話被抹煞或被忽視，便可能造成他在自我認同上被貶低的疏離感，特別是當他講出了某些有很深個人意義的話語之後。因此，照顧者的小心聆聽，就等於深深肯定了一個人的價值。

於此，讓我們回到本文一開始提到的侯約翰的生病經驗，他一再感受到自己生病體驗的描述被某些醫生懷疑，甚至充耳不聞。對此，本文從現象學心理學的觀點主張，我們應該在客觀科學的「醫學專業論述」與主觀感受的「生病經驗論述」之間，透過留心傾聽、有所應答、承認事實、開放面對式的對話，來搭造醫病倫理關係的橋樑，即便這種對話能提供的答案可能十分「間接」、「迂迴」，卻至少能在醫療照顧者無法再應答之盡頭，反顯出人類存在的共同處境，這種面對疾病的共同存在處境、苦境、窘

Commentary on Richard Zaner's *Troubled Voices: Stories of Ethics and Illness*, *Human Studies*, 21: 49-55, 1998, p.53.

<sup>32</sup> Richard Zaner, *Troubled Voices: Stories of Ethics and Illness*, Cleveland, Ohio: The Pilgrim Press, p.144. . 中譯本頁 251，譯文經過我的改動。

<sup>33</sup> 石世明，《伴你最後一程》，台北：天下文化，2001年，特別是〈第四章〉與〈第七章〉。

境，即是所有病榻與診間真實對話的基礎。筆者認為，如果侯約翰的醫生肯聆聽侯約翰的病情描述，並對他提出的「眼前的盤形陰影」認真回應，或許不一定能夠挽救侯約翰的白內障惡化，但至少能夠讓這位病人不至於為了醫師充耳不聞他主觀認定的治癒可能，因未被切實應答，而終生抱憾，對自己在這件切身大事上沒有被尊重、無權與醫生共同決定，一輩子耿耿於懷。