

医学的真谛与哲学求解

王一方

北京大学医学人文学院, 北京 100038

电话: 010-82801832, E-mail: wyf6959@163.com

【关键词】 医学人文; 医学哲学; 叙事医学

【中图分类号】 R-02 【文献标志码】 E 【文章编号】 1674-9081(2019)06-0710-03

DOI: 10.3969/j.issn.1674-9081.2019.06.027

1 何为医学的真谛?

医学的真谛是对医学内涵超越时空的本质性把握或驾驭, 是对医学母题的叩问。郎景和院士常常自问: 医学是什么? 医疗为什么? 医生做什么? 并且认为这些母题在当下正在遭受严峻的挑战和深刻的考量, 使人们陷入迷思和两难抉择^[1]。在学术史的语境中, 医学的本质特征即是学科的杂合性与复杂性, 中医有“医者易也”(变化的学问), “医者意也”(思辨的学说), “医者艺也”(艺术化的技术)之说。近代医学大师威廉·奥斯勒(William Osler)认为“医学是不确定的科学与可能性的艺术”(Medicine is a science of uncertainty and an art of probability)^[2], 因为多变性是生命定律, 世界上没有两副相同的面孔, 也没有两个完全齐同的生命个体, 因此在疾病的境遇中, 也会显现出不同病理反应和病态行为。恰恰是因为个体之间存在的巨大差异, 医学才既是科学, 也是艺术, 由此标定了医学与经典(数理)科学的差异性。大凡科学均纠结于物理学范式, 极力追求并捕获自然的确定性, 驯服偶然性, 但生物学范式的医学却无法抵达这一彼岸, 尤其是临床医学, 具有类同于艺术创作的无限可能性。临床中常见的悖论是: 一些病症久治不愈, 而另一些病症却又不治而愈; 一些医生执着无功, 一些医生却意外收获(非适应证用药); 有些病明明有特效药, 却因患者的过敏体质而“望药兴叹”。因此, 美国医生特鲁多(Trudeau)将自己对医学的本质思考“有时去治愈, 常常去帮助, 总是去劝慰”刻在墓碑上, 谆谆告诫医者在临床生活

不仅要明是非, 还要知敬畏, 明白治愈只是小概率事件, 陪伴、见证、抚慰、安顿才是大概率事件, 照顾比救治更重要, 昔日征服传染病进程中的霞光未必能在老龄社会慢病重疾的救助境遇中重现, 未来的日子里依然会遭遇无力、无奈的尴尬。

现代医学思想家佩里格里诺(Peilegrino)认为医学本质上是二元互洽, 既是科学之途, 也是人文之径, 而且是科学中最人文, 人文中最科学的学科^[3]。但技术与人文的关系却很难协调好, 恰似两只翅膀, 也好比是左右手, 不可偏废。在佩里格里诺那里, 人文并非抽象的情怀, 而是一份对人类苦难不可遏制的关注、关切与关怀, 因为患者可能不仅仅是怀揣一串心事来求助的伤残者, 还可能是失能者、失智者、失落者、失意者、失败者……他们的每一份诉求都是苦难中的需求。医者心中永远有智慧与德慧权重的纠结, 面对良心、良知、良能的拷问, 新知未必是良知, 名医未必是良医, 能人未必是善人。医疗是良心活, 某个指标该不该查, 手术该不该做, 红包该不该收, 不能仅靠制度约束, 必须开掘出德性的甘泉, 不息地流淌, 洗涤心灵, 规范言行。

2 叙事医学: 开启人文平行思维

叙事医学的创始人丽塔·卡伦(Rita Charon)认定患者有强烈的个体性、独特性, 每一位患者都是唯一, 因果偶然性(因缘、宿命)常常超越因果必然性, 医疗活动有着鲜明的时间性、伦理性, 医患之间在救治的时间节点、临床获益、风险的判定标准截然不同, 因此, 医者不仅要关注生命的客观性(事实)、

眷顾主观性（价值），还要关注主客间性（同理心）^[4]；即临床医学中的客观性是无穷尽的，主观性是漂浮不定的，唯有主客间性（由共情而派生的医患水乳交融）的佳境偶成才能促生医患交往的和谐。叙事医学虽然明面上只是鼓励大家讲故事，书写生命，继而倡导共情、反思，本质上却具有强烈的反建制倾向。如同在眼睛里揉进了沙子，其将文学化的虚拟、虚构、情感、意志、信仰等价值引入医学，挑战了逻辑实证主义的传统，拓展了以求真务实为基本诉求的坚硬的医学实证价值，构成与现行循证医学体系的对垒/互补情势。如丽塔·卡伦所言：仅有证据是不够的，故事也是证据。这样的价值导入必定是痛苦的“蜕变”历程，绝不是轻松的知识谱系的拓展或现有临床认知条块的整合。丽塔·卡伦曾在叙事医学原理的叙述中忽明忽暗地亮出过她的底牌，那就是要凸显“主客间性”，这个词被许多研究者所忽视、所轻慢，因为我们很长一段时间里的思维镜像就是客观性、主观性的二水分流，要么用客观性去取代主观性，要么用主观能动性去抗辩绝对客观性。不曾琢磨过主观客观之间还有什么“间性”，推而广之，大到科学与人文，小到观察与体验，都有间性需要丈量，需要解读。如何拓展“间性”思维，需要“搅拌器”。或许，间性思维会让许多临床一线的大夫望而生畏，丽塔·卡伦本人就是一位临床大夫，她没有疏远临床生活，而是贴近临床探索出一种实践理性的路径，那就是多元思维，问题思维之外的并行思维，具体操练就是书写“平行病历”，背后隐含着并行诊断、并行决策的双轨思维，由此抵达共情、反思的临床觉悟与解放、实现医患和谐（共同决策），平行病历也是并行病历，在思维板结的标准化的技术化病历之外实现人文突围，病情不离心情、社情，也是疾病中情感、意志、信仰维度的还原。除此之外，倾听患者的故事，再现病中的生活境遇，有助于跳脱出几种误诊陷阱（《医院教学》中将其归纳为几种经验性失误）：一为代表性经验失误（忽视不典型的临床表现与患者体验）；二为戏剧性经验失误（过度关注恶性疾病诊断，设想疾病呈现戏剧性变迁）；三为阳性结果性经验失误（过度迷信阳性结果，漠视与之不自洽的疾苦体验）^[5]，重症医学专家戈傲等在平行病历“重生记”中告诫医者不仅要关注诊疗思维，更要关注生死苦难的折磨与煎熬^[6]。

平行病历的要害在于“平行”（并行），推而广之，不仅病历可以平行，病理也可以平行，有细胞病理、基因病理、病理解剖、病理生理，那就一定会有

一个“人文病理”，包括病理心理、社会病理、文化病理，这样的演绎一定会引起病理学专家的不悦，病理学是临床医学中的科学主义与技术主义的坚固堡垒，素有“医生中的医生”的美誉，要在这片领地里打入楔子，谈何容易？好在由医生作家、医生与患者叙事共同建构的肿瘤文学已经开辟了肿瘤人文病理的新天地，医疗剧也不断地将人文病理的理念延展到急诊、重症、护理等领域，唯有这样，才能真正破解临床“沟通”的困局。其实，一切临床沟通困境都在于眼中只有生物病理，而对人文病理视而不见，听而不闻。推而广之，临床药理也可以平行，实验室药理之外还有人文药理学（心病还要心药治，即安慰剂的妙用），药物代谢动力学之外还有药效心理动力学（服药的依从性）、文化动力学。笔者认为，不久的将来，医学院开设病理学、药理学、诊断学的同时，应并行开设人文病理学、人文药理学、人文诊断学。

3 叩问医学真谛，洞明哲学范畴

提起哲学，人们常常联想到哲学智慧、哲学思想、哲学态度、哲学眼光、哲学境界、哲学反思等，这份联想也映衬出哲学具有的精神价值，包含人类智慧、思想、态度、眼光、境界、反思等智力活动与学术关怀。医学哲学聚焦于医学职业的精神困惑，表现为医学的终极关怀与医者的命运关切。在医生的职业进阶历程中，哲学是一块磨刀石，磨砺使之绽放思想锋芒。如果说医学科学是显微镜作业，哲学则是一面多棱透视镜（广角镜、望远镜与显微镜的融合），如果说医学科学是攀岩，哲学则是攀爬中的超技术……医学哲学立足于探究生死、疾苦、健康、救疗、预防、康复这些独特的人类生命境遇，必然有一些基于这些生命境遇的认知基线，构成医学哲学的核心观点和基本原则^[7]。

3.1 生命的多样性与丰富性

生命多样性不同于生物多样性，其要揭示的真理是每一个生命都是唯一，每一个个体都有自己不同于他者的指纹、基因图谱、脑象图、心理特征、行为偏好、灵性觉知，故信奉普遍性原则的现代医学必须学会谦卑、敬畏，在许多认知与诊疗场合尊重疾病的个别性，即使是大数据、科学归纳法揭示的规律、趋势，也会受到不确定性、偶然性、多样性的干扰，诸如所谓“灰犀牛”遇上“黑天鹅”；临床干预的技术路径选择中，唯一优化路径与多元可能路径之间存在着认知裂痕，外科大夫要警觉，个别阑尾炎患者的阑

尾长在左边,甚至还有全反位的解剖镜像。内科大夫也要警醒,不要将感冒药“白天吃白片,晚上吃黑片”的法则滥用。每一位患者需要量身定制诊疗方案,而非照着指南,千人一药,万人一术。此外,技术正确性、必然性与伦理的或然性、正当性之间也存在道德抉择的迷茫,应然事件不是必然事件,手中有技术的榔头,眼中未必处处是该捶打的钉子。

3.2 生命的神圣感与敬畏感

人们接受生命的多样性与丰富性并不难,在现代诊疗装备面前仍然接纳生命的神圣感,继而接纳医学的神圣感却不容易。什么是神圣?即基于生命多样性、丰富性的神秘、神奇、神灵、神通、圣洁、圣明。坚信在生命的深处有一个不可抵达的黑洞,人类必须保持谦恭、虚怀若谷。唯有保持这份神圣感,才不会在现代技术的催化下过度膨胀,才会在医学探索中、诊疗实践中永葆敬畏、悲悯、共情和关怀。因此,裘法祖大夫认定“德不近佛,才不近仙”者不可习医。

3.3 疾苦感受的意向性

人类疾苦既是镜像,更是境遇(遭遇),具有鲜明的主体性、亲历性、体验性、默会性,而疾苦体验常常因人而异,且不被理化检测所捕获,表现得既不可测(无法检测出阳性指征),也不可言说(词不尽意),多以“难受”之类的模糊语言来形容,他者的洞悉无法代替主体得到咀嚼(煎熬、折磨),因此对于苦难的同情不是共情(人情、同理心),对于苦难个体而言,仅有肉身的穿越(其间)是不够的,还需要哲学与宗教(精神)的超越(其上),才能实现拯救和救赎。

3.4 医学的不确定性

生命中最大的的迷思有三:不可及(膏肓之间、盲人摸象)、不可测/测不准(万物之灵)、不可知(混沌性)。它包含了诊疗局面的复杂(混沌)性、生死的偶然性、医患间的主客间性、临床干预的双向性、医学认知的无限延展性,生命永远存在一个不可知的盲点,真理的彼岸不可终极抵达,刻舟无法求剑,也就是说疾病也不会医学探索和技术拷打面前吐露全部秘密,医学总是有缺陷的,不可能做到全知、全能、全善。这份生命觉悟是敬畏之心的理论基石,背后是隐藏着医学与自由的张力。健康本质上就是一份生命的自由(有度的问题,不是任性),绝对(纯然)健康则绝对自由,很可惜,没有绝对健康,只有相对健康,随着生命进程的耗散,疾苦、残障、失能、衰老、死亡渐次逼近,这些都是对自由的剥

夺,精神疾病的制度性管控也是对自由的限制,倡导健康的生活方式(禁毒、禁烟、限酒,反对滥交)也是对任性(健康自由主义)的管制。

3.5 诊疗活动的艺术性

威廉·奥斯勒认定医学具有“科学-艺术”的二元性,康德就将艺术判断力看作超越纯粹理性与实践理性的认知形态,杜威是实用主义的鼻祖,但其晚年的体悟却是“艺术即经验”。在炉火纯青的艺术境遇中,没有绝对的主客两分,主体性囊括了客体性。其实,任何临床操作都不是机械重复的工艺流程,而是“心摹-手追”的手艺活,每一天的太阳都是新的,每一台手术都是初恋,因此,手术大师每每追求“心手合一”“出神入化”的境界,在这里,直觉、灵感、悟性才是成功的引擎。技术创新中的审美维度(天窗)无疑是主体性(个性)、精神性(心随意动、物与神游)的充分张扬。

4 小结

总之,真理与善(德性)、真理与美(判断力)、以及理性与经验/直觉、理性与感性、理性与悟性的对话揭示了多元性、多样性,丰富了真理的唯一性、正当性与和谐性。作为精神桅杆、思想风帆的医学哲学正在为医学巨轮的远航提供更厚重的价值引领,更深沉的精神塑造,让现代医学书写出超越技术、超越现实的思想画卷。

参 考 文 献

- [1] 郎景和.人文关怀是医学的本源[J].协和医学杂志,2018,9:479-480.
- [2] 威廉·奥斯勒.生活之道[M].邓伯宸译.桂林:广西师范大学出版社,2007:8.
- [3] 万旭.佩里格里诺医学人文思想研究[D].北京:北京大学博士学位论文,2010.
- [4] 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,2015:51-88,216-220.
- [5] Wiese J.医院教学[M].曾学军译.北京:中国协和医科大学出版社,2012:68.
- [6] 爻傲,王箜扬,胡必杰.重生记[J].协和医学杂志,2018,9:574-576.
- [7] 佩诚.医学人文精要[M].北京:人民卫生出版社,2018:15-24.

(收稿日期:2019-01-21)