

醫療人文中的疾病書寫

蔡振興*

一、醫療人文

醫療人文 (medical humanities) 泛指以跨領域或多領域的視角探討文學中有關疾病、病痛、醫療或健康照護等方面的現象或行為，同時也關注醫療專業身分的建構。這個詞彙是由醫療和人文兩個概念所組成的。醫療 (medicine) 一詞的拉丁文為 *medicari*，意指「配藥之人」。人文 (the humanities) 一詞來自拉丁文 *humanitas*，即英文的 *humanity*，表示「人性化」的情感，其語意接近同情心或同理心。正因為如此，醫療人文強調人性化的醫術和藝術。2018 年，交通大學馮品佳教授率先提出「醫療人文淑世計畫」，頗受學界重視，而且由於新冠病毒肆虐全球，這個領域的研究更有其當代性和即時性。2000 年時，霍金斯 (Anne H. Hawkins) 與馬克安提 (Marilyn C. McEntyre) 為美國現代語言學會 (MLA) 編輯《教授文學與醫學》(*Teaching Literature and Medicine*) 一書，以文學作品為例，討論如何分析文學與醫療關係的教學經驗，將焦點集中在文學中的病人、醫生和倫理學等議題的研究。隔年，柯琳 (Deborah Kirklin) 和理察生 (Ruth Richardson) 共同主編《醫療人文：實用導論》教科書，宣稱醫療教育始終不忘自我反省，並嘗試走出弗雷斯納 (Abraham Flexner) 以實證主義為主的傳統教育模式 (viii)，鼓勵醫生和病人之間能發展出較為人性化的溝通方式，同時也強調跨領域研究的未來性。同年，伊凡斯 (Martyn Evans) 和茱莉 (Ilora G. Finlay) 兩位學者合編《醫療人文》(*Medical Humanities*) 一書，主張醫療人文應該側重「人」的觀念和價值；也就是說，醫生不僅能看「病」，而且也應能看到「(病)人」。

醫療人文凸顯醫生和病人診間相遇的原初場景。就理論和實踐而言，醫療人文教育具有下列優點：(一) 自我反省；(二) 醫生可向病人學習，修正自己的觀點，而且透過良好的溝通方式，建立更好的醫病關係，讓病人能更瞭解醫療的性質與療程的重要性；(三) 醫療人文是一門跨領域的學科，清楚地探討「人性化醫療行為、教育和研究」。因此，作為跨領域 (或多領域) 研究，醫療人文

* 淡江大學英文學系教授、中央研究院歐美研究所短期研究訪問學人

可以結合藝術和其他有關人（與非人）的健康和醫療情境，剖析個人、家庭和社會等議題，例如疾病、病痛、失能或臨床與文化脈絡下的正常與病態現象。此外，醫療人文也會關注環境惡化、慢性暴力、生態疾病、棲息地喪失和環境改變等問題如何藉文學、藝術和數位表達。¹

近年來醫療人文在學術上已開枝散葉，擊劃出各種多元的研究軌跡。例如，奧克拉荷馬大學施萊佛（Ronald Schleifer）和他的同事於 2013 年撰寫《醫療的主要關懷》（*The Chief Concern of Medicine*）一書，指出人類受「苦」的經常性和嚴肅性。對他而言，醫生關心的重點是：當第一次聽到病人描述自己的症狀時，他想聽「病人最主要的抱怨」是什麼？在醫病關係中，醫生其實最想知道的是病人的「痛」。施萊佛以希臘哲學家亞里斯多德的「實踐智慧」（*phronesis*）重新定義此一類型的醫療敘述（63-64），強調醫生必須具備「敘述知識」邏輯以分析病人的敘述情境。這些步驟包括：（一）願意聆聽故事；（二）（醫生）引導（病人的）故事；（三）專注於病人故事中未說出的部分；（四）嘗試瞭解意義的整體性；（五）建立假設模型，確定病人病情；（六）感受病人的故事力；（七）醫生能為病人著想和啟動治療的過程。換言之，「故事有情節；疾病有症狀」。在此，施萊佛將醫生診斷病人的邏輯視同為福爾摩斯的推理，即所謂的「診斷推理」（*diagnostic reasoning*）（364）。

與施萊佛的敘述學分析策略不同的是英國學者布里克利（Alan Bleakley）的《醫療人文手冊》（*Routledge Handbook of the Medical Humanities*）和懷海德（Ann Whitehead）與伍茲（Angela Woods）等人彙編的《愛丁堡批判性醫療人文伴讀》（*The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*）所提出的閱讀策略。這些學者的論述具批判性，而且他們採用「波段理論」來詮釋醫療人文的發展：對他們而言，第一波醫療人文主要的關注在於原初場景、同理心和人性化醫療教育等倫理學上的探討；第二波的研究旨趣則是批判這種「密閉式」原初場景的分析模式，指出此類醫療人文分析稍嫌傳統、狹隘且道德性太強。在《當代英國小說中的醫療和同理心》（*Medicine and Empathy in Contemporary British Fiction*）一書中，懷海德也指出主流的醫療人文研究有四大主題：（一）倫理學（*Ethics*）；（二）教育（*Education*）；（三）經驗（*Experience*）；（四）同理心（*Empathy*）。此即懷海德所抱怨的 4E。事實上，懷海德和伍茲屬於第二波醫療人文的陣營。她們所提出的批判性醫療人文是一種反對型論述，這些批評家除了質疑傳統醫療人文 4E 的主題研究外，也積極拓展醫療人文的典律傳統、論述

¹ 在〈病誌〉（“*Pathography*”）一文中，霍金斯（Anne H. Hawkins）將病痛經驗與環境、政治或文化的問題作連結之書寫稱之為生態病誌（*ecopathography*）（29）。

架構和方法論。對他們而言，凡具有實驗性、非現實、非典型的文本再現形式（包括圖像小說）等，都是重要的未來研究範疇。同樣地，布拉琪（Stella Bolaki）也嘗試擴大醫療人文的研究領域，以新媒體、攝影、日記、表演藝術、劇場、線上動畫等新興文類作為分析對象。在這些批判性醫療人文學者的心目中，所謂「批判性」其實就是一種價值重估，其主要目的不外有二：（一）尋找另類契機點；（二）尋找可用的或不確定的過去，並以新的視角賦予過去在未來深化批判閱讀的可能性（7）。²

二、疾病、病痛和疾病書寫

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）將健康定義為「免於疾病和長期殘廢疾病的困擾，是一種身體上、精神上 and 社會上的完整狀態」。這種高標準定義非但不易做到，而且也過於烏托邦或理想化。「健康」這個詞彙的古英文有二意義：（一）*hælam*（to heal 治療）；（二）*hælp*（wholeness 完整），這個用詞的拉丁文與 *solus* 或 *sanitas* 有關，具有健康、安全和救贖等醫學、政治和宗教三重意涵（Adamson 141）。相反地，疾病（disease）是指「不舒服」（disease），也是對「自由行動的限縮」；更進一步地說，疾病是「動物身體上某種結構或功能所產生的異常行為」，直接對「身體」產生作用，而且須透過「科學」來瞭解（Cole, Carlin & Carson 12），是經由醫生的診斷所做出來的判斷。換言之，疾病暗指一種病態的過程或一種生物學健康典範的偏離。病痛（illness）又與疾病不同，它是病人感覺身體不適的一種主觀經驗，其表現形式有三：（一）社會上，病痛常與邪惡、剝奪、不道德掛鉤，給人不佳的印象（他有病）；（二）情感上，病痛給人一種不舒服或不愉快的感覺（他可能有病）；（三）身體上，病痛代表著身體不適（他真的有病）。病痛是一種主觀判斷，其作用在應付痛苦及其所引起的各種不便。概括來說，它是一種身體不適的感覺或經驗，有時甚至易受他人影響。整體來說，病痛是病人和家屬帶給醫生的問題；疾病則是醫生以臨床治療的方式經由學理的推斷所獲致的結果。前者是主觀的，後者是客觀的。

從疾病的醫學史發展來看，我們可以發現三種常見的生病或異常理論：（一）體液理論（humoralism）、（二）病菌理論（the germ theory）和（三）基因理論（the gene theory）。體液理論是由希臘醫學之父希波克拉底（Hippocrates）所提

² 相反地，布里克利認為兩者之間的關係並非敵對的，因為第一波醫療人文研究是第二波批判性醫療人文研究的基礎；也就是說，第二波批判性醫療人文的內容不但更具流動性、歷史性、文化性和政治性，而且也將健康議題納入討論之中（1）。

出的疾病理論。古代醫學認為疾病是由超自然現象所引起的，如天災、天譴、中邪或附身等等；既然解鈴尚須繫鈴人，祭司、靈媒或神職人員因此可以派上用場，充當解謎者、疾病治療師或去魅仙姑。然而希波克拉底不喜怪力亂神，強調「凡事必有因」的邏輯關係；他認為人之所以會生病是因為人體的四種體液（humors）——包括痰、黃膽汁、血液、黑膽汁——不協調之故。這四種液體的平衡就是健康的標準，這些體液之間的關係若失去平衡，疾病將隨之而來。因此醫生可以透過「放血」（bloodletting）來維持體內這四種體液的和諧，以恢復全身（體）健康。希波克拉底的追隨者蓋倫（Galen）將此一學說發揚光大，把四種體液與人的四種個性互相聯結：（一）痰：懶散和惰性；（二）黃膽汁：生氣、無禮、傲慢；（三）黑膽汁：易怒、憂鬱；（四）血液：喜悅、樂觀、坦誠（*Galen on Food and Diet* 17）。在古典文學中，荷馬史詩《伊里亞德》中阿奇里斯的憤怒（Achilles's anger）、英國中世紀作家喬叟《坎特伯利故事集》中的巴斯太太和赦罪修士、莎士比亞戲劇中具憂鬱傾向的哈姆雷特、奧賽羅的嫉妒和亨利四世陰暗猜忌的個性、十七世紀詩人彌爾頓的對詩〈愉快的人〉（“*L'Allegro*”）和〈沉思的人〉（“*Il Penseroso*”）和班強生（Ben Jonson）劇中人物狐狸（Volpone）的癖好，以及《人各有癖》（*Every Man in His Humor*）等等，皆屬希波克拉底和蓋倫體液理論的分析範例。希波克拉底在〈空氣、水與地方〉（“*Airs, Waters, Places*”）一文中特別說明人類住所和居住方位的重要性。如果通風不良或水質不佳，瘴氣（miasma）於焉產生，也會導致身體中的四種體液失衡而讓人生病。學者喬安納（Jaques Jouanna）的研究指出：希波克拉底和蓋倫堅信瘴氣是疾病傳播的主要途徑（136）。

事實上，文藝復興時期已有學者對此說法持相反意見。例如，比利時解剖學家瓦薩里（Andreas Vesalius）於 1543 年出版《人體的構造》（*De Humani Corporis Fabrica*）一書，指出蓋倫對人體的看法有誤（Pickove 29）。同樣地，作家兼醫生的弗拉卡斯托羅（Girolamo Fracastoro）也不相信希波克拉底和蓋倫的瘴氣理論。在《論傳染》（*De Contagione*）一書中，他認為人或其他生物體可能因傳染而生病，其途徑主要有三：（一）直接接觸傳染者；（二）接觸感染源；（三）在遠處受到（空氣或病菌）傳染（引自 Nutton 22）。雖有學者表達類似想法，弗拉卡斯托羅則是第一位用科學方法證明此一論點的人。維也納綜合醫院（Vienna General Hospital）的匈牙利婦產科醫師塞麥爾維斯（Ignatius Semmelweis）發現許多產婦因感染「產褥熱」而病亡。據他研究，這主要是一種肉眼「看不見」的病菌所導致的敗血症；當時很多醫生寧可相信這些產婦是死於瘴氣，而不是死於病菌感染。法國微生物學家巴斯德（Louis Pasteur）經由實驗證明，塞麥爾維斯

的病菌理論是正確的 (Buyse 2769; Pickove 184, 206)。巴斯德與後來的微生物學家也證明病菌會傳染疾病，病菌理論因此就慢慢地被接受，進而取代瘴氣的疾病理論。

奧地利神父孟德爾 (Gregor Mendel) 的遺傳學研究讓我們知道基因變異會影響人體健康。在〈在植物雜交實驗〉(“Experiments in Plant Hybridisation”) 一文中，孟德爾以豌豆的性狀 (traits) 做實驗，提出他個人的假說：性狀的遺傳是由細胞中的某種因子 (基因) 所控制。在他的實驗下，子代的性狀並非完全來自父母基因的融合，而是成對基因組合的結果。每個性狀的因子有兩種：一種是顯性 (dominant)，一種為隱性 (recessive) (49-50)。顯性和隱性基因的組合有三種可能性：顯顯、顯隱、隱隱。顯顯和顯隱的搭配出現的性狀是顯性的，唯有隱隱的搭配會是隱性性狀。一個狀似健康的人或許是顯顯和顯隱的組合。顯顯的組合是完全的顯性，顯隱的組合表面也是顯性，只因顯性基因壓抑了隱性，但其實是帶有隱性的。以遺傳學的觀點來說，兩個狀似健康，但隱藏著疾病基因的父母能健康的過一輩子而沒有感覺。事實上，他們的基因中是有隱性缺陷的。當四分之一機率的隱性基因結合在一起時，這種成對隱性基因的結合就會導致遺傳疾病的發生。換言之，父母親帶有症狀，但沒發作，因為隱性的基因被壓抑了。若雙方基因組合剛好把隱隱湊在一起時，子代的遺傳疾病就會發作。這也可說明基因理論反對古典生物學的泛生論 (pangenesis)。³

上述的古典醫學體液理論、病菌理論和基因理論說明人何以生病及生病又是如何可能。有關文學與醫學的跨域研究則更進一步地讓我們認識病人為何因病而苦？而我們又是如何透過疾病敘述來瞭解病人的生命 (病) 故事。從主題或方法論來看，當代文學的文學與醫療研究主要有五大面向：(一) 醫療人文研究 (medical humanities)；(二) 批判性醫療人文 (critical medical humanities)；(三) 健康人文研究 (health humanities)；(四) 失能研究 (disability studies)；(五) 批判性失能研究 (critical disability studies)。這五大研究方向皆與病痛或疾病敘述及如何援用新的方法論來分析疾病書寫有關。早期的醫療人文重視醫病關係，指出病人的痛在他者的注視下並非沒有意義，因為病人和病痛之間所產生的互為主體性關係能夠帶出與倫理相關的研究面向。克萊門 (Arthur Kleinman) 的《病痛敘述》(The Illness Narratives)、法蘭克 (Arthur W. Frank) 的《受傷的說故事者》(The Wounded Storyteller) 和布洛迪 (Howard Brody) 的《生病的故事》(Stories of Sickness) 等專書，可以幫助讀者處理病痛、創傷以及文學與醫療研究的關係。

³ 根據亞里斯多德，雄性的精子主要賦予子代「形式」，而雌性的卵子則提供「養分」(Aristotle, “Generation of Animals” 1136)。

醫療人文和文學研究學者一直以來偏愛敘事醫學、醫病關係、病痛、創傷以及疾病作為隱喻等主題。然而，批判性醫療人文學者認為敘事醫學不需過度強調同理心，因為這種說法給予讀者一種同溫層的人「相互取暖」的假象：「你好可憐哦！」這些學者指出，若是敘事醫學變得太過個人導向，會忽略歷史、種族、階級和性別等重要議題（*Medicine and Empathy* 3）。對這些學者而言，「批判」須具有歷史與批評的深度。有些學者則認為醫療人文不應過度強調科學中心論，而是需要嘗試設法走出狹隘的醫療模式，邁向更寬廣的健康人文研究。這些學者主要包括英國的克洛福德（Paul Crawford）、瓊斯（Therese Jones）、威爾（Delese Wear）和佛萊德門（Lester D. Friedman）等。⁴對他們而言，傳統的醫療人文若只強調醫病關係，則無法處理醫護關係、器官移植、死亡藝術、試管嬰兒、醫療衛生等重要議題。此外，健康人文也像批判性醫療人文一樣，重審同理心的核心價值。在此，我們不得不面對一個同理心／反同理心的僵局，而吉爾生（Erinn C. Gilson）的脆弱倫理學（the ethics of vulnerability）或許可以幫忙解套：在邏輯上承認自我／他者、醫生／病人其實都有脆弱的時刻，而且彼此也都有可能成為脆弱的主體，而不是一味強調同理心的道德關懷（15-16）。

在臺灣，失能研究、老人研究或是醫護人員、病人與照護者的疾病書寫也越來越顯重要。有關老人認知能力或記憶喪失，包括老化所延伸的阿茲海默症或帕金森症等，也是重要的研究課題。這些病人的傳記、自傳或病誌不但可以拓展醫療人文的研究範疇，而且可以深化自傳與傳記研究的深度，豐富失能研究的文化意涵。

三、結論

綜上所述，醫療人文是一門跨領域或多領域研究，其宗旨在於檢視個人、家庭、社會、環境及文化脈絡下的正常與病態現象。透過疾病歷史知識論的分析，本文嘗試走出疾病作為道德座標、社會建構或邏輯實證論，把疾病視為一種變異，或來自外部邪惡的入侵者，就像病菌、鬼魂或其他的精靈一樣，必須被完全消滅，以追求一種具排他的（人類）種族主義健康帝國。有鑑於此，本文重新梳理健康、疾病和病痛的意義，主張健康是有機體對環境改變的「可容許值」表現；因此，健康是關係性的。雖則疾病可以導致一種被剝奪或改變的生命

⁴ 克洛福德（Paul Crawford）和布朗（Brian Brown）等學者所合編的《健康人文》（*Health Humanities*）（2015），以及瓊斯（Therese Jones）、威爾（Delese Wear）、佛萊德門（Lester D. Friedman）所合編的《健康人文讀本》（*Health Humanities Reader*）（2016）都是此一領域的重要著作。

範式，當代醫療人文中的疾病書寫在討論這些問題時，尤其是有關健康、失能和老化等意外或偶然事件，有助於重新思考病誌、照護、倫理和其他相關議題，適時地回應「(非)人的情境」。這些也許是我們日常面對的問題，但卻是未來醫療人文必須處理的重要課題。

參考文獻

- Adamson, Peter, ed.. (2019). *Health: A History*. Oxford: Oxford UP.
- Aristotle. (1984). "Generation of Animals." *The Complete Works of Aristotle*. Vol. 1. Ed. Jonathan Barnes. Princeton: Princeton UP.
- Bolaki, Stella. (2016). *Illness as Many Narratives*. Edinburgh: Edinburgh UP.
- Brody, Howard. (2003). *Stories of Sickness*. 2nd ed. New York: Oxford UP.
- Buyse, Marc. (1997). "A Biostatistical Tribute to Ignaz Philip Semmelweis." *Statistics in Medicine*, 16, 2762-2772.
- Charon, Rita. (2006). *Narrative Medicine*. New York: Oxford UP.
- Cole, Thomas R., Nathan S. Carlin, and Ronald A. Carson. (2015). *Medical Humanities: An Introduction*. Cambridge: Cambridge UP.
- Crawford, Paul, Brian Brown, Charley Baker, Victoria Tischler, and Brian Abrams, eds.. (2015). *Health Humanities*. London: Palgrave Macmillan.
- Frank, Arthur W. (1995). *The Wounded Storyteller*. Chicago: The Chicago UP.
- Gilson, Erinn C. (2014). *The Ethics of Vulnerability*. London: Routledge.
- Grant, Mark, trans. (2000). *Galen on Food and Diet*. London: Routledge.
- Hawkins, A. H. (1999). "Pathography: Patient Narratives of Illness." *Western Journal of Medicine*, 171(2), 127-29.
- Jones, Therese, Delese Wear, and Lester D. Friedman, eds.. (2014). *Health Humanities Reader*. New Jersey: Rutgers UP.
- Kirklin, Deborah, and Ruth Richardson. (2001). *Medical Humanities: A Practical Introduction*. London: Royal College of Physicians of London.
- Kleinman, Arthur. (1988). *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.
- Mendel, Gregor. (1902). "Mendel's Experiments in Plant Hybridisation." *Mendel's Principles of Heredity*. William Bateson and Gregor Mendel. Cambridge: Cambridge UP, 40-95.
- Nutton, Vivian. (1983). "The Seeds of Disease: An Explanation of Contagion of Infection from the Greeks to the Renaissance." *Medical History*, 27, 1-34.
- Pickove, Clifford A. (2012). *The Medical Book*. New York: Sterling.
- Schleifer, Ronald, and Jerry B. Vannatta. (2019). *Literature and Medicine*. Oxford: Wiley.
- (2013). *The Chief Concern of Medicine*. Ann Arbor: U of Michigan P.
- Whitehead, Anne, and Angel Woods, et. al. (2016). *The Edinburgh Companion to the Critical Medical Humanities*. Edinburgh: Edinburgh UP.