

# 医患关系的为人指向

孙超

(安徽中医学院社科部,安徽合肥 230038)

**摘要:**影响医患关系不协调的原因很多,其中最重要的原因之一是对患者人的整体意义的忽略,其认识过程表现为对于医患双方主体的不对等;通过“主体间性”分析了医患沟通具有一个“嵌合”的环节,揭示出医患关系的本体定位必须具备“为人”的基本指向。

**关键词:**医患关系;主体间性;为人指向

**中图分类号:**R2-03 **文献标识码:**A **文章编号:**1003-5680(2004)02-0017-03

医患关系是医疗活动中,以医务人员为一方,以患者及家属为另一方在医疗实践活动中形成和建立起来的一种特殊的人际关系。医患双方由于受社会、心理、经济等多方面因素的影响,医患关系体现为道德关系、利益关系、价值关系、文化关系和法律关系等多重关系,在医疗过程中如何处理好这种复杂的关系,对于医疗活动的实践有着十分重要的意义。以往对医患关系的研究只局限与“医”“患”的相互对立(即两个独立系统或层次)的单相交流,而未涉及到“医—患”作为一个整体的耦合式的交流。

## 一 医患关系不协调的缘由

从一般认识意义上,人们普遍认为医患关系难以协调的原因在于:医学事业在实际中受到商品的功利性原则的影响。医患之间常常被认为应该是建立在经营者和消费者之上的合同关系、消费关系,医患关系的商业化往往会导致医患关系的不可调和,乃至医患冲突。而实质上,影响医患关系的因素远远超出了经济关系的范畴,它既有经济交往的一面,更有人道主义、福利公益、人文关怀的一面。

从更加深层的认识意义上,影响医患关系的缘由,是医学实践理性及其技术表征的“至上性”的“统治”的结果。“以疾病为中心”的旧观念依然普遍存在,有些医务人员在诊治中滥用贵重药品和不必要的高档检查,以图高额的经济利益;有的医务人员为了自己的研究课题,爱病不爱人,只关心

课题病例。在该观念的医学实践中,不同程度地暴露并导致了医患关系的紧张乃至冲突。因此,对于医患关系的定位,我们要重新树立一种认识:医患之间应该是一个特殊的关系体系,“不能单纯用经济手段来调整,更应该用道德伦理来规范和调适,它不仅要求建立平等、公正、公平、合理的经济地位,而且要建立以人为本的人文关心、关怀、仁慈的人际关系。”<sup>[1]</sup>

在技术至上性指导下的实践理性,必然导致医学认识的客观性和主体性的分裂。现实医疗活动中,广泛存在着只注重治病,不注意待人的思维定势,医务人员明显存在将病人“非人格化”倾向,把病人当作“零件损坏的机器”;特异的病因及病灶,在医者思想上不由自主地积淀了“看病只是对付病人某块组织物”的意识,而淡化了人的思想、人的整体作用。对医学模式和健康观念改变的认识迟缓导致医者仅把人看作生物体,疾病观限于“病灶”,病因则强调“外因—体因”,体征判断必须有相应的阳性体特征。加之在医患交往中大量的诊疗仪器代替了医者的诊疗劳动,医者与患者的直接接触变少了,而且医务人员所注重且在头脑中占主导作用的只是各种影像、波形和各类理化指标,对于整体而活生生的人的注意力却逐渐减少了,乃至模糊不清。“健康就是没有疾病”、“健康是机体的正常功能活动”等观念忽视了人体生理活动之外的复杂环境因素的影响;“健康是人体统计学的正常状态”的观念,又过分地追求临床应用,看不到生命活

【基金项目】 本研究属安徽省教育厅人文社科课题项目

【收稿日期】 2003-02-17

【作者简介】 孙超(1966-),男,安徽霍邱人,科学技术哲学硕士,安徽中医学院副教授,主要从事科学哲学、医学哲学研究。

动中的个相特征和不可能被数据衡量的整体状态。同时,医疗过程也被看作单一的技术过程,医患关系也被认为是单一的技术关系。医务人员这种情感“物化”现象,对改善医患关系极为不利。医疗服务模式必须实行“以疾病为中心”向“以患者为中心”转变,这必然需要建立一种双向的、平等的医患关系。

## 二 医学认识的“主体间性”与医患“嵌合”

疾病不是孤立存在的,它受到人的体质禀赋、性情习惯、地域环境和时令气候的制约和影响。医患交往的以往方式可以说是注重技术层面的交流,这种方式基本排斥了病人的参与,忽视了病人潜在的社会背景及心理与生理的联系。医患交流中,要充分考虑人、时、地等因素,充分体现具体问题具体分析思维方式。从医患交流过程综合语境考察,医患关系的融合及协调在医疗实践中表现是复杂多样的,如医学的“知情同意”,通常被看作对病人或委托人的各自的合法利益的尊重,该概念“通常被认定为维护病人的利益和幸福,……临床事实证明,这种均衡的关系的建立并不总是适当的;有时,甚至成年人或有认知能力的人也不能做出真实的决定。”<sup>[42]</sup>

我们不妨从后现代科学哲学的“主体间性”,来分析医学认识过程实际存在而不为我们重视的特殊性。主体间性是指主体间所共同具有的性质,主体关系体强调主体间具有某些共同接受的东西,达成一定的关系。如同伽达默尔所指出的,世界是我们通过语言和交往的合作而生存于其中的构架,通过“对话”及“谈话集体中沟通彼此的主体间性”等支撑着我们的生存,形成我们的实践理性,而现实医患交流过程缺乏的是对人的因素忽视基础之上主体间共同的“嵌合”。

这里值得提出并注意的是:医学认识主体性具有特殊性,医学认识主体和认识客体不是简单的思维主体与自然物在主客分离状态下的反映,而是两类不同知识背景下思维主体的一种交流。医学研究客体同样具有主体性,这种主体性特征使得医患之间的认识,尤其是对于作为医学认识主体的医者认识的形,带有极大的互动式的认识特征和结果,甚至连所谓的具有共相的“疾病”也同被认识对象的主体的生理、社会及即时的心理等状况息息相关。

从医学认识的哲学过程来看,医学的“真”和物理学的“真”在一定程度上是有区别的。在医学认识中获得一个“正确”的或者是逼真的认识结果,不仅依赖于一种合理的理论和高超的诊疗的技术,而且依赖于医患之间所建立的关系。人体是一个极为复杂的开放系统,我们在某一特定时刻对生命现象某些指标的观察和取得,总带有一定的局限性,不能成为该方面的“常态数值”。实际上,一个正确的认识,或者一个近于客观的判断,本质上要通过医患之间的相互协调的观察和验证,通过主体间的相互交流才能一步一步地去获得。医学认识主体对于医学理论与医学概念的理解,依赖于医患之间共同构成的、以心理空间和背景空间等要素为基础的“理解语境”。这样才能使“科学解释活动中的主体间性,建立在交流理性、实践理性和价值理性的基础上……才能在不断生成与

不断变化的解释语境中,使意义图像变得清晰起来。”<sup>[43]</sup>只有通过立体的和动态的医患交流,才能最大程度地消解医患之间观念和价值的纷争,从而提高医学认识的逼真度。

对于医患关系中存在的“患者的人格被忽视”的状况,必须提倡一种新的医患关系。1956年美国学者萨斯和荷伦德分析了医患关系的3种类型,第一种是主动—被动型,由医师决定医疗措施,患者只是服从;第二种是指导—合作型,由医师决定医疗措施,患者配合;第三种是共同参加型。随着医学的进一步发展和现代疾病谱的变化,“医师已经面临在数个治疗方案之间、以及治疗的效果和副作用的后果之间进行利弊权衡的选择问题,除基于医学科学知识外,还必须结合患者的性格、知识程度、教养、家庭状况、生活环境、价值观等因素综合判断。……共同参与型医患关系模式正愈益被需要。”<sup>[44]</sup>共同参与型医患关系模式,突出了人的整体性特质,考虑到了影响患者的非医学方面因素,力求达到医患相得,在治疗手段、方法和患者的病情相吻合。同时,医患关系交流还存在“嵌合”的过程,包括医患双方不对称的知识“嵌合”、医患的责任“嵌合”、感情“嵌合”及医患心理“嵌合”,这种“嵌合”可以说是医患互动交流的最终目的,如我国学者近年来也较为成功地开展了“圆桌疗法”,不失为一种建立参与的、相融的医患关系合理的模式。

从医疗实践结果来看,参与型医患关系对医学实践效果也有着重要的影响,由于过去社会人群文化科学水平较低,医药卫生知识贫乏,不懂得如何协作与参与,只能是完全依赖技术,医患关系中表现对医生的绝对服从。另一方面,由于医学教育模式的制约,医生只能服从于特定的专业知识和技术,尤其是随着临床专业分工越来越细,使医者对人体越来越小的局部进行越来越深的研究以及越来越专的诊断与治疗,这必然造成医学领域中技术至上的观念。当然,临床诊治并非排斥技术因素的重要作用,但在复杂的生命现象面前,对技术作用的过分对象化及量化,技术无疑便由具体的物态变异成为“工具理性”。医务人员必须转变传统的施医观念,使医疗行为关系变施受关系为指导协作关系,以积极“融入”的态度和哲学的批判精神,尽量避免医患交流中将单纯的医疗诊治技术充当诊断治疗过程中的决定性“统治力量”。

医学模式不同的发展阶段,医患关系内涵也是不同的。就伦理学的反面义务来看,医患双方在伦理和法律地位上是平等的,医患关系具有契约性,但这绝不是简单的契约关系。医患关系中的亲密性、特异性和个人性,同样要求医患之间的相互信任。对患者没有信任,会使得医患关系带上法律主义和条文主义的性质;对医生的不信任,更达不到医学治疗和帮助病人的目的,医学会失去其存在意义。实质上,医患关系最终表现在患者将自己的权利托付给医生的医疗活动中,那么,医患关系的“托付”内涵中,必然包含以上以求知识层次的“逼真”、以求一种平等人格的、基于综合的即时语境状况下的医患共同参与型的医患关系。邱仁宗先生认为,医患之间应是亲密关系,其间存在许多正面义务,特别是在考虑到医生和患者在知识和能力上存在的不对称,古代和当代

医家都论证医患关系是信托关系,这是医患关系的本质。<sup>[5]</sup>

### 三 哲学视角下医患关系的本质意义

#### 1. 医患关系定位:指向“为学之器”还是“为人之道”?

医学价值负载必须克服“为学”的判别标准。医学学科可以说是技术和人文的综合学科,对于究竟如何才算适应医学的各项技术,其评价准则最重要的莫过于:能否真正地服务于人,有利于人的生存、发展和自由。

当今,医学实践中存在的技术至上的偏执(至少是习惯),使得医患关系的本末倒置,极有可能导致人与单纯技术的关系易位,至使医学成为技术的奴仆。实际科技从一开始诞生之日起,便具有人文理性,医学更是如此。任何一种真理体系,也并不是单单遵照其自身的进化的内在逻辑,还会受到其进化过程中外在环境的制约,尤其是真理体系发展主体人的因素的强有力的规约,在医学知识体系和其实践中表现得尤为强烈。

正如埃德加·莫兰所言,物理科学不是物理世界的纯粹反映,它是文化的、智力的、精神的产物,它的发展取决于社会的发展和由这个社会产生的观察和实验的技术的发展。波普尔也曾说过,科学的陈述的客观性存在于下述事实中:它们能够在主体间互相检验。医患关系长期以来的分割及对立的状态,造成医患孤立于他们的环境,他们把不同的或多样影响因素置于相对简单的量化关系之中。“心理学学科甚至用‘行为’或‘冲动’来代替人。同样,生物学的专业化消灭了‘生命’的概念而代之以‘分子’、‘基因’、‘行为’等等。最后,构成基本问题的本质的东西荡然无存:人是什么?他存在的意义是什么?他在社会中的地位是什么?他在生命中的地位是什么?”<sup>[6]</sup>除了技术层次物质关系、利益关系和法律关系外,医患关系还体现为道德关系、价值关系和文化关系,尤其道德关系,其核心应该是相互尊重和全心全意为患者服务,甚至医患之间的利益关系也是在一定物质利益原则指导下平等人际关系的反映,甚至连法律关系也是为协调医患关系而预设的一种约束。医患关系中价值关系和文化关系的目的是医患双方对各自的相互尊重与满足。所有这些关系内涵皆旨在使医患关系协调与平等,以提高医疗质量和效果。

医学领域里存在并产生重要影响的“科学理性”及其技术实践所约定的强制性标准,如存在于患者的“求医”观念,为医患关系铺垫了一层不平等的基石,被求者俨然高贵,对于病人只能是谨言慎行生怕得罪医院和医务人员;存在于医者的“施医”观念,把医疗行为关系定位为施受关系的主从关系。这势必导致医患关系定位的狭窄化、交流的被动化、获得效果的片面化。

#### 2. 为人指向是校正并促使医患关系统一的基础

现代医患关系有两个方面,除了技术性医患关系构成因素之外,非技术性因素构成的医患关系在医患交流中也起着非常重要的作用,“所谓非技术性的医患关系是指实施医疗技术过程中医生与病人相互交往而涉及的社会、伦理、心理、生理方面的关系,不是由于医疗技术实施本身所形成的医生

与病人的特殊关系”,<sup>[7]</sup>非技术性因素存在的基础在于影响人体机能因素中,除了生物性因素(各种致病性微生物和寄生虫)、化学因素、物理因素、营养性因素及某些个体免疫系统对一些抗原的刺激所发生的变态反应外,还存在一些“非转化信息”也能引起人体正常生活状态的变化,如社会因素、经济因素、生活习惯及家庭环境,甚至机体自身的疼痛信号,还有患者的不同角色,都会通过大脑思维加工转化为“生物信息”,影响机体自身行为、情绪反应及内脏功能。在宏观上,我们要高度重视医患关系中所融入的各种非技术因素的重要作用,在医学综合判断中承载患者“人的整体意义”;在微观上,努力消除医患双方主体的不对等地位,实现医患各方面的沟通和嵌合,如治疗的“个性化”在医学发展所日益显示的必然性。

在引发医患关系矛盾的各种因素中,无论是经济层面上的医疗资源相对贫乏、医疗资源分配的不尽合理,还是技术层面上的医务人员素质及提供的医疗质量不高、技术“独断”观念和体制的制约,或者是道德层面上的“以医谋私”的羁绊,都要求我们不仅要从严德教育、完善技术、建立规范和制度、树立良好的行业现象之外,还须从更深的层次上,凸现人文精神的魅力,积极改变医疗实践的本体理念,努力树立“为人”的医患关系指向。

从“以病人为中心”的内涵看,学科健全和医疗技术的日臻完善、舒适的环境、明白清楚的消费固然非常重要,我们更要注重的是在对患者各种权益尊重和维护基础之上的医患认识的“嵌合”。医患共识的取得,需要心理相容性的医患关系,医患双方心理应完全沟通,信息交流通畅,需求目的一致,才能充分发挥各自的积极性,实现医学技术的有效转化;真正克服病人的消极心态,获得良好的疗效。这一切均离不开医患关系的为人指向。

#### 3. 理顺医患关系是提升医学境界的现实需要

医疗科技主义看不到科学作为探索世界奥秘,看不到医学揭示客观本质和规律的社会活动、实践活动、认识活动。随着医疗技术主义导致的医疗远离人性化,造成医患关系逐渐疏离,忽视了医学作为社会文化事业所蕴涵的价值理性和人文精神。作为科学家应该是理性和感性相统一的社会的人,作为医者应该是高度的理性和感性相统一的人,并且充满着人性和爱心,其行为中处处都遵循着法律的规范和为人的尺度,闪耀着道德和仁爱的光芒;时时提升对于医学的全面理解,提升认识和实践医学的境界。台湾大学医学院院长谢博生先生在《医学人文教育》一书中提出,全人了解(Whole-person understanding)应成为医师照顾病人的重要基础。全人了解指医师对病人的整体了解,这种了解至少包括四个方面:基于生物科学的了解;基于社会科学的了解;基于历史性叙述的了解;基于洞察病人行为意义的了解。这四个均离不开良好的医患交流。医患关系在崇高的医学境界下,应该是宽容的、真善统一的、为人的、和谐的医患关系,一种在信任基础上嵌合式的医患关系。这种医患关系观念对于现今医学伦理教育和卫生法规的修订有着重要意义,如在处理医患关系中,对人的尊重是愈加重视的,

2002年9月1日开始实施的《医疗事故处理条例》对患者的知情权作了新规定,第11条规定:“在医疗活动中,医疗机构及其医务人员应当把患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者,及时解答其咨询;但是,应当避免对患者产生不利后果”。这与早期的医学伦理观强调医生的自主权,把患者置于医疗活动的从属地位有着明显的不同,对患者的自主权的尊重已成为构建新型医患关系的重要基础。《条例》还对患者复印、复制病历资料的权利及患者救济请求权等也有提升之处。

科学绝不是一项超越价值的事业,与真理的纯粹理智价值不同,它负载着人类普遍的价值观念。科学实践除了探索客观真理之务,同时还是一种社会实践和在一定社会语境下的认识活动。作为医学这种社会实践性更强的学科,必然要求在其发展过程中,要高度注重对人本心、本性的关照和呵护,丧失这一点,就会同时丧失医学为人的目的和价值,医学就会沦为一种工具性的机器。功利主义的医学观注重的是以技术或工具去实现价值的,只是医学在效用层次上的评价,在这种观念下的医学活动及其规则只能是实现目标的手

段而非医学实践的原原本目的。

#### 【参 考 文 献】

- [1]高虹,何忠正.建立自律机制 维护医患权益[J].医学与哲学.2002,23(1):39.
- [2][德]Ole Doering.医学伦理学——欧洲与中国的桥[J].医学与哲学.2002,23(6):17.
- [3]成素梅,郭贵春.论科学解释语境与语境分析法[J].自然辩证法通讯.2002(2):29.
- [4]夏芸.医师的说明义务评说[J].南京中医药大学学报(社科版).2001(2):199-200.
- [5]邱仁宗.临床医师面临的伦理问题[N].中国中医药报.2002-12-30.
- [6][法]埃德加·莫兰.复杂思想:自觉的科学[M].陈一壮译.北京:北京大学出版社,2001.97.
- [7]王圣军.病人权利托付的医学伦理学意义[J].自然辩证法研究.2002(5):64.

(责任编辑 郭晋风)