

慈悲的理由：臨床敘事的現象學分析

Reasons of Compassion: Phenomenological Analysis of Clinical Narratives

林慧如*

(Hui-Ju Lin)

摘要

醫學人類學家凱博文(Arthur Kleinman)在《談病說痛—人類的受苦經驗與痊癒之道》中指出，從他一般內科與家醫科的精神醫學諮詢經驗看來，他認為「學習誘發和傾聽病痛敘述是行醫的道德核心」。如果哲學真如伊比鳩魯(Επίκουρος)所堅信和奉行的，是應具有「醫療性」的——能像醫生治療人的身體一樣醫治人的心靈，那麼哲學想從根源上減輕人的痛苦，就必須能誘發和傾聽人們說出對生命與死亡的焦慮。本文的目的，在於從臨床敘事中看見人類的情感與脆弱性，從中指認出倫理的理由。

關鍵詞：臨床敘事、生命與死亡、倫理學、現象學

收稿日期：2016/10，接受日期：2017/05。

* 作者為高雄醫學大學人文與藝術教育中心副教授。



壹、理性的倫理學及其缺口

麥金泰爾在《依賴性的理性動物：人類為什麼需要德性》一書中指出，人類的生物學特有意義，是面對苦難時的脆弱性，以及對他人的依賴性，但是，道德哲學家卻總將這些問題擱置，「而那些道德行動者卻好像一直是理性的、健康的、未受干擾的。這就導致我們在想到殘疾時，把那些『殘疾人』視為『他們』而不是『我們』，視為一個分離的群體而不是我們自己曾經是、現在有時是、將來也有可能是的樣子。」(麥金泰爾，2013: 6-7)確實，在西方古典倫理學中，無論各家強調的是德行、自律或幸福，不受干擾的理性彷彿被預設為人類學的基準，健康則被預設為生物學上的現實。

理性在倫理學中一向有著無與倫比的重要性：亞理斯多德的古典德行論認為，幸福(eudaimonia)是所有實踐活動的目的，而德行是獲致幸福的穩定元素。追尋美好生活的主要路徑有二：首先，由於人類靈魂本來具有特出的理性能力，因此理性的卓越化本身即是人類理性心靈的目標，此即知性德行(intellectual virtue)。另一方面，人若能讓心靈中的非理性力量(如：欲望、情感、偏好...等)聽從理性的指導，展現慎思(deliberation)與理解(understanding)的實踐智慧，也能表現出品格德行(virtue of character，簡稱「品德」)。至於「知性德行」與「品格德行」之間究竟是相容或排他的關係？學者們有不同的主張，但無論知性或倫理的卓越，兩種德行都強調了理性的自制力量。

在康德道義論倫理學中，真正的道德行為乃是純粹基於義



務而為的。為實現個人一己目的的行為不具有真正道德價值；即使出於自然傾向而行善，人仍只是服從於感官界的規律，根本沒有自由可言。唯當遵守道德法則時才體現了人類的自由。康德固然也尊崇「敬畏」的道德情感，但是在其道德哲學中，人乃是因為理性而成為理智界(intelligible world)的成員，理性使人具有自由的力量，成為事件的真正主因，因而能成為道德行為主體，也因此「人是目的」而具有絕對的價值與尊嚴。

至於效益主義，標舉「快樂的最大化與痛苦的最小化」是衡量效益的最後判準，因為規則簡明且貼近直覺而受到廣泛支持。然而，人們在「最大幸福原則」中關注的不再是快樂與痛苦等相關情感，反而更多關注於效益的分配與計算。更有甚者，當效益原則將增進快樂避免痛苦和道德正當性劃上等號時，人類痛苦的事實就越發逃離理性的考量範圍。

無論從行為者、行為動機或行為結果來考量倫理正當性，三大古典倫理學理論的不同著眼點最終都匯流至相似的目的地：用理性尋求人類的行為準則。而人類真實生活中生老病死的諸種樣貌，因為現實情況的個個不同，往往被隱沒於「規範」之外存而不論。倫理學難以捕捉到真實道德生活的蹤影，因為生老病死的種種痛苦被視為偶然性，作為非本質的存在而存在於理性的缺口處。

貳、我們／你們

回顧麥金泰爾對道德哲學的反省：規範倫理學將道德行為者預設為持續理性、健康而不受干擾的，除了過度高估獨立的



理性，以致對於人類的脆弱性及依賴性等生物學特徵認識不清之外，另一個謬誤見解則是身份的認同：「我們在想到殘疾時，把那些『殘疾人』視為『他們』而不是『我們』，視為一個分離的群體而不是我們自己曾經是、現在有時是、將來也有可能是的樣子。」(麥金泰爾，2013: 6-7)—正常的我們與殘疾的他們—彷彿這是一種本質性的區別。

不只是道德哲學，麥金泰爾提到的這種不當的身份認同，確實隱微地潛藏在人類心理。早在《莊子》〈德充符〉中就有鮮明的例子生動地表現了這個問題：〈德充符〉中敘述許多肢體不完全的「殘疾人」：如王骀、申徒嘉、叔山無趾等多位「兀者」，分別遭受了常季、子產甚至仲尼的質疑和批判：人們由這些人身體的「不全」聯想到他們的殘疾是否來自不道德的原因，因觸犯刑罰而喪失了身體的完整性—「子不謹，前既犯患若是矣。雖今來，何及矣？」。「不謹慎—不健全—不道德」這連續的概念連結過程，讓人將理性、健康與道德等概念網綁在一起，最後殘疾被污名化和標籤化。除了概念連結的謬誤之外，這些激進批評更道出了人性的幽微：對於殘疾失能的恐懼啟動了人心的防衛機轉，轉而以道德的規訓呈現—如子產謂申徒嘉曰：「我先出，則子止；子先出，則我止」、「子既若是矣，猶與堯爭善，計子之德不足以自反邪？」—如此，殘疾被理性標示為「不正常」，道德則挺身而出，批判了「那些人」的「不道德」。

我們／你們與健康／殘疾等等模組化的身份認同也發生在現代的醫療裡：病人、個案、患者等稱謂稱呼的是弱勢、無助、失能的一群，與其相對的則是理性、健康、專業的一方，



當這習以為常的稱謂被固化為兩組概念，就形成醫病之間的角色錯覺，彷彿差異是本質性的對立。例如專業身份的認同，使醫者不能承認在專業的外衣下，自己同樣身為一個平常人，同樣也是一個會受傷害、會受干擾的人。而不接納自己脆弱一面，這不僅使得助人者看起來越發硬心腸，其內在也對自己更加缺乏同理；另一方面，當一個人完全認同自己「殘疾」的角色時，他也已經放棄了自己作為平常人的可能性。

以上種種謬誤都來自生活世界中未經檢視的「自然態度」。〈德充符〉裡以「自狀其過以不當亡者眾，不狀其過以不當存者寡」指出這種不對等的自然心態：若要一位斷足者自我反省為什麼會失去一足，人多半都會為認為自己無辜，斷足是不公平的；更不用說要一個正常人自我反省，承認自己難免有錯，因此不配得健全，這樣的人簡直少之又少——這是人自我辯護的常情。面對失落與痛苦，人很少能公允地評價自身。倫理學雖然經過理性的精緻提取，但痛苦與死亡卻不在其光照範圍內。以下我們進一步從存有學中檢視這種偏誤的來源。

參、生死大事：現實與可能

凱博文在《道德的重量：不安年代中的希望與救贖》中提到：相信技術可以完全駕馭人類生活、以及認為一種專業可以一次應付一種問題，是美國文化中的一大迷思(凱博文, 2007: 57)，事實上這並不僅是美國社會的特有現象。啟蒙之後人類開始輕視早期文明中普遍存在的憂患意識，取而代之的是對於專業的信仰：既然現實之外沒有其它的存在物，鬼魅與神明都從文明的舞台上退場，現實的問題就應該用專業知識來解決，這已然



是全球共同的核心信念。除了醫療有不同專科的權威醫師之外，人類生活的各種層面，如心理、婚姻、法律、財產等也都各有所謂專業人士，「專業」儼然成為現代人因應各種存在問題的萬靈丹。存在的不確定感是令人焦慮的，專業以單純對應的解答模式簡化了複雜的現實，因而大大排除了存在的不確定感。人類緊握這種自我控制的良好感受，一旦生活中的難題超出掌握，無力與挫敗感將席捲而來，因此人寧願自我催眠，相信現實不會有混亂和變動，所有危機將能夠透過管理而安然度過。

如此，現代文明將理性、生命和確定性都劃入「現實」的範疇，是基於對現實的特定想法，現實必須是有序而可掌握的；另一方面，非理性及死亡意味著混亂與失控，它們的出現戳破了確定性的假象，因此被視為「不正常」，是眾人急於擺脫的議題。在現代文化逃避死亡焦慮的集體恐慌中，海德格卻以邁向死亡的存有(Sein zum Tode) 描繪「此有」(Dasein)的存在特質，表面上海德格彷彿獨步當代，以直面死亡超越了當代形上學的眼界：「此有」不同於任何手頭現成的存在物(Vorhandenes)，直到「此有」的死亡終結到來，那個不可能為他人所取走的、只屬於「此有」自我的死亡到來之時，「此有」才獲得自身存在的整體性。在死亡中，此有的基礎存有學結構顯示為一種「向來我屬性」(Je-meinigkeit)，死亡被設想為此有的「確切性」(Gewissheit)，但如此一來，基礎存有學的直面死亡是否可能是更頑強地用存有架空了死亡？死亡被架構為存有意義得以完成的一個關鍵環節，進一步被錯認為是此有的一種能力(P.46)。基礎存有學將死亡從現實翻轉為可能性，而且是此有「自己」個人的可能性。列維納斯對此提出了一個深入人性的問題：除了對於自己之死亡的知性理解之外，人類的本真存有是否還包含



著另一種向度？例如：對他人的死亡的情感反應：

與他人之死的激情關係。恐懼或勇敢，同時還有一超然於對他人的憐憫及與他人的團結——在陌生中對他人的責任。
(p. 14)

死亡的問題把我們帶到「存有意義」的反省：除了思考有死性引發我們對於本真存在的省思，死亡這個超出意向經驗範疇的事件，它遠遠超出「此有」的「能力」。在臨床經驗中，面對他人病痛或死亡的無力與挫折是如此強烈，以致此有終於能超越獨我論的整體、放棄原本誤認為獨立完整的存在意義結構，看見我與他人之間存在著脆弱與依賴的共同性。面對他人的痛苦與死亡，無論是引發恐懼或勇氣，這些激動與不安之情激發了責任，同時打破了此有自我中心的完整性。這些真誠的情感說明除了理解之外，脆弱與依賴的特質確實也存在於此有的存有結構中。

肆、臨床敘事：脆弱與依賴

在《談病說痛——人類的受苦經驗與痊癒之道》中，凱博文以許多深刻的臨床敘事道出了人類的脆弱與依賴。這些臨床敘事之所以彌足珍貴，因為他從鮮為人們所注意的角度描繪了臨床經驗的底層：大部分對於行醫的社會科學研究，檢討的無論是醫師在醫學院或住院訓練期間的活動、科技應用或是道德困境的問題，往往都只著墨於行醫經驗的表象——那些可以被化約為議題的研究課題，至於醫師與病人之間的關係，或是治療者內在最真切的感受，卻往往遭受忽略，「我們沒有用來捕捉



醫生經驗精華的適當科學語言」，因此對行醫最為相關的事物，那些真正困擾糾纏醫師的經驗，反而「從我們粗造的分析表格中溜走了」（凱博文，1995: 230）。事實上，行醫永遠是人與人的相互面對，然而，關於內在人性卻沒有專業的語言能夠描述，這些經驗也就從專業中系統性地被忽略。

例如，凱博文書中談到一位來自中上階層的年輕黑人女性內科醫師，在她第一次實際臨床經驗中感受到了巨大的衝擊：她看了一位患有高血壓，有六個孩子的肥胖母親，「沒有丈夫、沒有工作、沒有家庭支持，什麼也沒有。」年輕女醫師沈痛地提到：「一個野蠻暴力、毒品、少女懷孕的世界以及——以及一個接一個心靈麻木危機。我能怎麼辦？勸吃低鹽飲食，告誡她控制血壓有什麼用？她正處在如此真實的外在壓力下，...正在殺她的是她的世界，不是她的身體。事實上，她的身體是她的世界的產品。」（凱博文，1995:240）

以藥物處方，或以低鹽飲食、控制血壓等衛教來處理病人的高血壓，常規醫療處理的是「疾病」單方面的問題，但是，這只是病人生病經驗的表象問題。在常規的治療中，醫學的聲音總是掩蓋過生活世界的聲音，以致醫學忽略了病人的身體是她的世界的產品，甚至病人在診間的怨訴也經常被不耐煩地打斷，這些場景透露了醫師本位的看法：「你的看法實在太不重要；做治療決定的是我；你不必暗中參與」（凱博文，1995: 138）。一位開業近四十年的家醫科醫師，就對於這種行醫經驗的時代趨勢提出了非常深刻的反思：

或許我們正在扼殺這個職業（醫學）最好的部份，像現代生活中其他許多事物一樣。我們以更細密的理性代替直覺、



情感和道德熱忱，並把有關結局的問題——大結局：死亡、殘障、痛苦——轉變成以科技拙劣地加以修補。（凱博文，1995:238）

「以更細密的理性代替直覺、情感和道德熱忱」——這豈不正是古典倫理學與哲學的發展現況？「沒有適當科學語言」能描述行醫經驗——這同樣亦是前述「基礎存有學」與倫理學的發展窘境。無論醫學、科學與哲學，這些共同趨勢或許都源自人類對於結局問題的誤判：人類的死亡及根本痛苦並不是理性或科技等「能力」可以修補與解決的簡單課題。理性高貴獨立的自律無法消除人間所有的痛苦失能，這不是因為理論還不夠完備，而是因為脆弱與依賴和理性同樣屬於這個世界的存在。

伍、慈悲的理由：一體

面對人類的痛苦與死亡，在全球競相追求醫學新知與提升專業技能之時，醫學似乎逐漸丟失了更重要的靈魂：那就是身為醫者必不能少的「對人性深度的體認」（Tinsley R. Harrison, 1950）。誠如「敘事醫學」前輩 Rita Charon 所指出，當代醫學技術雖日益進步，如果醫者無感於病人的痛苦，那只能造就以犧牲醫病關係為代價的冷漠醫學（Rita Charon, 2006）。因此，對比於生物醫學以疾病為中心的作法，敘事醫學轉而回到生活世界中的真實，重新藉由敘事經驗看見臨床相遇時具有情感、會受傷害的人物。這樣具有面容的他者（而不是病例代號），才能真正發出倫理責任的呼喚。以下我們以幾個在地文化中的



真實案例說明這種倫理的關係：

一、「還債」

在「還債」(廖翌喬, 2015)¹一文中, 作者描述她醫師生涯的第一位病人: 51 歲的陳女士。未見面前, 作者從病人的名字和厚厚的舊病歷中得到一個意象——秋花逢雨, 凋弊而飄零——一位因癌症治療、胸口遍佈著大片紅紫色斑塊、皮膚傷口令人不忍卒睹的末期病人, 身體孱弱、疼痛難耐。病已至此, 應該是要考慮安寧照護的, 令人不解的是, 病人卻仍堅持積極治療、忍受化療的強烈副作用。作者寫道:

「她為何還待在普通病房? 怎麼沒考慮安寧治療? 」

這樣的想法閃過我的腦袋。瞬間, 我對自己的想法起了厭惡的感覺, 今天才第一次接觸病人, 不應該在不熟悉狀況下有太多主觀的臆測。

這是一段很細膩的描述: 乍入病房觸目所及的赤裸痛苦, 使得身為一般人的素樸感受自然閃現, 然而後天培養起來的專業信念旋即警覺, 起而壓制自己的直覺, 於是, 作者對於自己的素樸想法瞬間「起了厭惡的感覺」。在臨床中, 專業的訓練正是如此致力於讓人們「以更細密的理性代替直覺」。雖然如此, 專業終究無法將人類的情感面

¹「還債」一文出自《白色倒影--敘事醫學倫理故事集》, 高雄市: 高醫大(醫學人文叢書) 2015.11, 頁 131-135, 是高雄醫學大學 2015 年出版的敘事醫學倫理作品集。



抹除。「我們的關係彷彿隔著一層透明的膜」，作者仍懸繫於無從得知病人的故事。

某日，病友協會的志工來訪時，病人的堅強讓人揪心：

「你還在打藥喔？不要再打了啦，你看手腫成這樣，看你痛成這樣，瘦得不成人形，我真的很不忍心」留著長髮的志工輕輕拍著陳女士的手臂。

「你這樣子實在太苦了。」短髮的志工說著說著，眼淚滑落，哽咽著說：「上次你大女兒來看你，一直在哭，孩子看你也心痛...」

「我們都知道你有難處，會捨不得二女兒，但是二女兒不太懂你生病的事...」短髮的志工一邊拍著她的肩膀，一邊拿起面紙拭淚。

「我的小孩有唐氏症，她沒辦法懂媽媽發生什麼事也沒辦法，我上輩子虧欠小孩太多，決定生下她，就是希望這輩子能好好的還債，所以我要再撐下去，你看我現在好端端。你們都是我的好姊妹，真不該讓你們難過...」

直到此時，作者終於解開這個謎團：病人「語氣平淡地吐露了她一路以來堅持的理由，支撐她走過生命幽谷的力量是她對於女兒永遠放不下的牽掛」。這個令人動容的場景構成一個有力的轉折，以致作者終於能一改自己先前對這位病人先入為主的判斷（末期病人應該放棄無效醫療），轉而從內心諒解病人的選擇。作者寫到離站前夕的場景：

這時一個瘦弱的身影急切地追了上來，是秋花！只見她手



裡拿著一小條藥膏：「醫師，我胸口的紅斑可以擦這個藥嗎？」我的嘴角忍不住揚起。

秋花的症狀總是反反覆覆，最近的表現著實令我擔心，我不禁納悶，是否有一條無形的繩索，以親情編織而成，將她自滑坡拉起？「欸，你這次別掉下去啊，你答應要把債還完的。」

這是一個關於脆弱與依賴的故事，作者將這個故事命名為「還債」。莊子在〈人世間〉中提到「天下有大戒二：其一命也，其一義也。子之愛親，命也，不可解於心；臣之事君，義也，無適而非君也，無所逃於天地之間。是之謂大戒」，這種親情的牽絆是古今不易的常理。因為人人同樣「無所逃於天地之間」，所以作者能從專業的狹隘身份中跳出，用同樣「身為一個脆弱與依賴的人」的人性角度來體解病人的選擇。意識到自己同樣身為一個脆弱與依賴的人，自我便不會以專業（或其它理由）為藉口，忽略一個更弱勢的他者所提出的卑微的請求。這令人聯想到列維納斯對倫理的闡述：

在自我的前歷史中，自我是完全徹底的人質……這裡，自我的宗教性產生了，前—原始地就與他人緊密相連。只有這一人質的無條件才使得寬恕、憐憫與同情可能產生。（列維納斯，1997:213）

在故事中，病人激起了志工們同情及不忍之感，她們也為她的病苦而哽咽流淚，這種捲入並深陷於他人故事中的感受，列維納斯以「承受」一詞來表達。而病人奮不顧身地為唐氏症女兒堅持苦撐，更深刻體現了列維納斯「人質」的概念——種



縈繞在心，難以擺脫的責任心，病人以「上輩子的虧欠」來形容。在死亡之前，病人在乎的不只是獨立存在的此有，不只是自身存在意義的完成，他人使我被迫在此，這種責任的關係不是理性可以理解的。(列維納斯，1997:212)

二、「田上小紅莓」

另一則故事則對於身份認同的主題有著深刻的描寫：在「田上小紅莓」(陳伯榕，2016)²中，作者(當時為實習醫學生)描述一位正接受化學治療的年輕男孩田小弟正接受化學治療的痛苦神情：

我們再次對到眼，他怒視著我，我知道非他本意，他應該痛恨著我身旁這瓶紅色的點滴瓶。

雖然專業人員遲早都要學會從容以對的「專業素養」，然而，面對病人無禮怒視的第一時間，作者想到「他應該痛恨著我身旁這瓶紅色的點滴瓶」，因能抑制自己不起情緒反應，這是一種觀點取替的同理能力，令人讚賞。但文中最動人的部分，是作者經歷了與病人家屬的相處而感受到「身份轉換」：不僅以「醫學生」的身份，而是以「朋友」的身份去探望病人，甚至家屬也願意敞開心胸，與作者分享他們的心路歷程。一次在病房外談話後，作者寫道：

² 「田上小紅莓」一文出自《藍色簾子--敘事醫學倫理故事集》，高雄市：高醫大(醫學人文叢書) 2016.12，頁 187-192，是高雄醫學大學 2016 年出版的敘事醫學倫理作品集。



田媽媽似乎既脆弱又堅強，眉宇之間我感覺狀況迸現一線曙光，她如此樂觀正向，也因為家人的支持，我看到她強大的意志力。我為她說的話感動，而且產生一股奇特的呵護之情。她的要求實在很單純：希望兒子活下來，撐到下個治療藥物出現。看著她隔著口罩對我說出這些話的瞬間，我幾乎快哭了出來...

同樣是親情的牽絆，使得原本深受打擊的病人母親必須勉強振作，於是病人媽媽顯得「既脆弱又堅強」，作者感受到她強大意志力，進而「為她說的話感動，而且產生一股奇特的呵護之情」——這是一個人性真誠相遇的瞬間，也是倫理關係產生的時刻。這種倫理關係似乎超出了道德德行、道德義務或道德結果的討論：因為病人媽媽的「堅強」，鼓舞了作者「感覺狀況迸現一線曙光」；又因為病人媽媽的「脆弱」，誘發了作者「產生一股奇特的呵護之情」。作者受到了感動，也因此體解了病人媽媽或許不切實際的要求：「她的要求實在很單純：希望兒子活下來，撐到下個治療藥物出現」，作者從專業學習的限定視角中解放，回到人與人之間的共同性中：一個活生生的、有親情羈絆的人，在艱難的情境下會悲傷會崩潰，會需要他者扶持的一個人，不論在場時的身份為何——是醫師是病人是家屬——每個人都有著相同脆弱與依賴的一面。而這種倫理關係在古典倫理學中卻顯得非常「奇特」，是一種「非典型」的關係，列維納斯的語言很好的說明了這種關係：

一人被另一人感動。一人對另一人有一種啟發，它不會被用因果關係的語詞來設想。(列維納斯，1997:217)

倫理學是與他人、與下一來者（其臨近不應該跟空間意義



上的一種相鄰關係相混淆)的關係。「下一來者」，它首先強調了這一關係的偶然性特徵……這一關係是一種鄰近性，即一種對他人的責任。(列維納斯，1997:158-159)

無論是醫學或倫理學，我們一直關注的是理性的因果關係，但是這種因果概念在倫理關係中卻成為驚腳的話語。人們的感動能相互啟發，相互感染，但理性忙於分析過去或預測未來，往往捕捉不到感動的瞬間。「無緣大慈，同體大悲」，那不在預料之中的「下一來者」，無論他的身份為何，他的面容都召喚著我的當下回應，這種偶然中的必然性，或這種不明緣由的奇特呵護之情，或許就是人們慈悲的理由。

陸、結語

哲學與倫理學經過兩千餘年的發展，距離真實的道德生活究竟是變得更近或更遠呢？如果變得更疏遠了，如何讓倫理學「回到事實本身」？在日常生活中，我們／你們、健康／殘疾、道德／不道德，這些區分都已經烙印於生活世界中，在不假思索的自然態度裡，然而，從上述的臨床敘事中，我們看見倫理關係總在人們卸下意識的武裝之後才臨現：從自然態度到道德理性，人們試圖排除干擾、管理風險，但是理性的分析預測未必通往良善的道路。反而是當人放下身份階級的矜持作態，彼此以無防備、不設限的面容坦誠相示時，一種共通的理解才自然的達成：一種驀然的覺醒，在不同面貌下其實所有面容都具有同樣的脆弱性。

哲人伊比鳩魯（Ἐπίκουρος, 公元前 341 年-前 270 年）有



一段傳世的名言道：「若是無法解除身體上的疾病，醫學可謂毫無助益；同樣的，若是無法去除心靈上的苦難，哲學亦是毫無用處。」或許是來自同樣的啟發，醫學人類學家凱博文致力於將臨床經驗展示為一個個病痛的故事，不僅為了探討有關生死的智慧，更是為了進入「行醫的道德核心」。凱博文道：

醫生應該超越治療關係，回到他們剛當醫學生的時候，帶著幾近敬畏的心，聽病人說出故事，並對人類受苦帶著極深的同情。(凱博文，1995:139)

從臨床敘事，特別是剛踏入臨床的實習醫學生的敘事中，我們看到了醫學與倫理學的共同初衷。面對充滿病苦與邁向死亡的共同命運，醫師應「帶著幾近敬畏的心」來傾聽病人故事。我們從脆弱與依賴的故事中看見了人類的平等性，佛家所謂的「如母有情」，就是以脆弱性及命運的相連來看待生命，這個命名揭示了一種以一體感與平等性來面對他者的覺醒。或許，這就是慈悲的理由。



參考書目

- 王心運、林慧如，〈藍色簾子〉，載於《敘事醫學倫理故事集》，高雄：高雄醫學大學，2106。
- 林慧如、王心運，〈白色倒影〉，載於《敘事醫學倫理故事集》，高雄：高雄醫學大學，2105。
- 莊子，《新譯莊子讀本》，黃錦鉉註譯，臺北：三民書局，2013。
- 凱博文(Arthur Kleinman)，《道德的重量：不安年代中的希望與救贖》，譯者劉嘉雯，臺北：心靈工坊，2007。
- 凱博文(Arthur Kleinman)，《談病說痛——人類的受苦經驗與痊癒之道》，譯者陳新綠，臺北：桂冠圖書，1995。
- 列維納斯(Emmanuel Levinas)，余中先譯，《上帝、死亡和時間》，北京：三聯書店，1997。
- 麥金泰爾(Alasdair Chalmers MacIntyre)，《依賴的理性動物：人類為何需要道德》(*Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtues*, 1999)，江蘇：譯林，2013。
- Emmanuel Levinas, *Totality and Infinity: An Essay on Exteriority*. Tr. Alphonso Lingis, Pittsburgh: Duquesne University Press, 1969.
- Martin Heidegger, *Sein und Zeit*, (1927) in *Gesamtausgabe B.2*, Hg. Friedrich- Wilhelm von Herrmann, Frankfurt am Main:



Vittorio Klostermann, 1977.

Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*,
Oxford University Press, 2006.



Abstract

Medical anthropologist Arthur Kleinman authored *The Illness Narratives: Suffering Healing, and the Human Condition*, in which he developed an argument based on his experience of providing psychiatric counseling services in general and family medicine divisions that learning how to elicit and listen to illness narratives is a moral core of medical practitioners. If philosophy is postulated to have medical purposes, as Epicurus argued and practiced, to treat patients' psychological and spiritual illnesses like physicians do for patients' physical illnesses, physicians can adopt philosophy to fundamentally reduce people's pain by eliciting and listening to their narratives concerning the anxiety about life and death. The objective of the present study is to identify people's emotions and fragility through clinical narratives and determine ethical reasoning.

Keywords: clinical narrative, life and death, ethics, phenomenology

