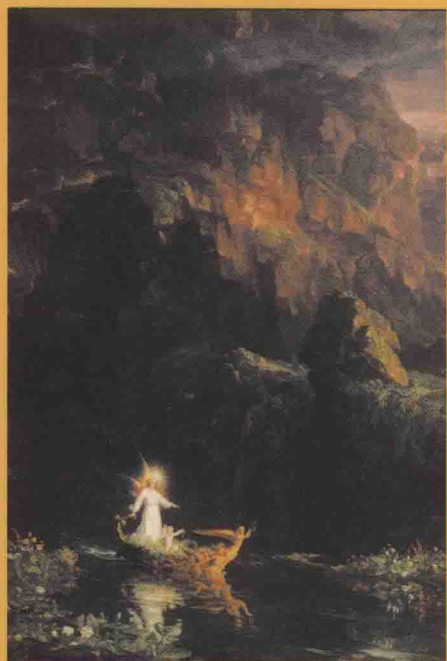




中国医学人文评论

CHINESE

MEDICAL

HUMANITIES

REVIEW

2013



北京大学医学出版社

名誉主编……韩启德

主编……张大庆

执行主编……郭莉萍

中国医学人文评论

2013

名誉主编 韩启德

主 编 张大庆

执行主编 郭莉萍

北京大学医学出版社

ZHONGGUO YIXUE RENWEN PINGLUN 2013

图书在版编目 (CIP) 数据

中国医学人文评论. 2013/张大庆主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2013. 10
ISBN 978-7-5659-0668-8

I. ①中… II. ①张… III. ①医学-人文科学-文集
IV. ①R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 240835 号

中国医学人文评论 (2013)

主 编: 张大庆

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京佳信达欣艺术印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 刘 燕 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 889mm×1194mm 1/16 印张: 7.75 插页: 2 字数: 207 千字

版 次: 2013 年 10 月第 1 版 2013 年 10 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0668-8

定 价: 19.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

本书由北京大学医学科学出版基金资助出版

主编絮语

本辑《中国医学人文评论》的主题之一是“文学与医学”(literature and medicine)，“文学与医学”作为一个舶来品，起源于20世纪60—70年代美国的“医学人文运动”。这一“运动”的核心是关注医学的本质和“最基本的人类价值问题”。^[1]19世纪末期开始，科学医学的发展日新月异，给人类社会带来了治愈疾病的希望，但同时也带来了挑战人类价值和人的尊严的伦理问题，更毋庸提及第二次世界大战中日本和德国那些令人发指的医学暴行。医学人文运动是对科学医学“极端权力”^[2]的反思和反动，呼吁医学要关注其实践的主体，即人，而非疾病。以佩利格里诺(Edward D. Pellegrino)等为代表的医学人文运动的先锋们呼吁，要从新一代的医生即医学生起培养人文精神，作为人文学科重要内容的文学就这样进入了美国医学院的课程体系。1972年，美国宾夕法尼亚州立大学医学院(Pennsylvania State University College of Medicine at Hershey)医学人文系聘任文学学者琼安·卓特曼·班克斯(Joanne Trautmann Banks)^[3]为医学院全职教授这一事件，被广泛认为是“文学与医学”这一“学科”^[4]的肇始。我将其后四十多年的发展划分为四个阶段：1972—1981年以Trautmann任职为标志的初创时期、1982—1991年以《文学与医学》杂志的创刊为标志的学科专业化时期、1992—2000年以主要医学杂志[如美国医学会杂志(*the Journal of the American Medical Association*、JAMA)、柳叶刀(*Lancet*)等]大量刊登文学与医学相关内容为标志的认同与繁荣时期，以及2001到目前以丽塔·卡伦(Rita Charon)创造“叙事医学”为标志的转型时期。

但需要指明的是，虽然叙事医学的风头日劲，但传统的文学与医学研究主题并没有消亡。举例来说，出版于1980年的《医学与文学》(*Literature and Medicine*)^[5]一书(非1982年创刊的《文学与医学》杂志)中的23篇研究论文凸显了文学与医学当时的研究主题：疾病形象(疾病的隐喻)、文学与精神病学(文学作品中的疯癫)、医生作家，以及文学作品中的医生形象。2009年7月我曾在北美地区最重要的科学技术史、医学史和医学哲学方面的博士论文数据库、匹兹堡大学(the University of Pittsburgh)健康相关学科图书馆系统(Health Science Library System, HSLS)检索医学人文方面的博士论文，在“文学/戏剧与医学”目录下，共查到566篇论文，其研究的内容可以分为：文学作品中与医学相关主题的研究(如残疾、性、癌症、安乐死等)、疾病的隐喻以及给接受治疗者和家人带来的耻辱(疯癫、歇斯底里症、抑郁症、艾滋病、同性恋等)、医生/护士的形象、对一些文学作品的心理学解读，以及探究文学作品中关于某一时期公共卫生状况的记录等。由此可见，在新一代的学者(年轻的博士们)当中，仍有不少人在用传统的文学批评的方式来解读文学作品中的医学主题(这也是他们的教育背景使然)，本辑刊登的文章也很好地区阐述了这一点，虽然有的作者并没有把自己归为“文学与医学”学者之列。

我希望文章能够勾勒出四十年来文学与医学研究内容的变迁，但如上所言，这一变迁并非意味着后来的主题淹没了先前的主题——即使在极大关注病患口头叙事的今天，虚构的文学文本中所表达的各种经典主题对学者们仍独具魅力。

德国学者彭吉蒂(Birgit Linder)和意大利学者李莎(Patrizia Liberati)都关注了中国文学、影视作品中的疯癫/疯狂，同时为我们勾画了疯癫的历史和现状，读来令人深省。不知两位是否自认是“汉学家”，但文中表现出来对中国文学、医学文献和影视作品的熟悉程度都令人景仰。

两位的研究再次展现了学者们对“疯癫”这一经典主题的关注。

当然,我们不能忘记,文学在四十年前得以进入美国医学院的课程体系,源于人文学者、文学家们反复论证文学之于医学教育的意义。时至今日,在世界其他地区,学者们虽偶仍要如此论证,但更多则是交流如何运用文学以及影视作品培养医学生的同理心、道德感以及职业精神。台湾阳明大学的范佩贞医师、北京大学的李菡教授和日本龟田医疗大学的足立智孝博士分别以医生、文学教授和伦理学家的身份讲述了各自课堂使用文学及影视作品的教学实践,进行了一场跨越时空的“文学与医学”课程教学对话。足立智孝博士提出的在非西方文化环境中运用西方教育资源的问题值得我们警醒。

本辑最令人惊喜的是两篇学生的作品,这同时也是北京大学医学部两门选修课——“文学与医学导论”和“医学美学”的成果。庄昱把“变形”当做一个隐喻,解读了患者、家人和社会在疾病面前的行为和心理,很好地运用了读者反应理论,并为医学人文反思提供了借鉴。侯跃隆通过仔细观察华托绘画风格的改变,运用所学医学知识,并结合对罗可可风格的理解和画家生活的考察,得出身患肺结核是华托画风改变的主要因素结论。事实上,用参观画展、观察画作并结合画家讲解(甚至鼓励学生自己进行绘画创作)培养医学生的观察能力以及同理心是西方医学院校中近年来兴起并广受医学生欢迎的医学人文类选修课。这也给我们的医学人文教育提供了新思路。

医学美学(medical aesthetics)是本辑的第二个主题。如果将1988年由邱琳枝、彭庆星主编的首部《医学美学》^[6]视作我国医学美学形成的标志,那么相较于医学人文学科群中的其他门类,医学美学是年轻的一门学科。

“医学美学”这一概念及其作为学科名称,被学界接受和重视,起始于学者大力倡导在医学教育中增强审美教育的想法。1986年4月“华东地区医学院校德育教学协作会议”在福州召开,会上有学者提出,医学教育教学应该将德育和美育结合起来,这是学界最早明确提出医学教育在强调“真与善”知识与素质培养的同时,也要重视“美”的教育。

经过二十多年的发展,医学美学在当代中国美容医学整体学科的创立和发展中似乎更“得心应手”,促进了美容医学各门类的繁荣,而在其他医学领域中地位与作用却有些“力不从心”,原因当然是多方面的。然而无论如何,现代医学语境下的健康观念已经转变为人体的一个系统,即是由多种因素相互依赖、相互制约、相互作用构成的有机系统这一更加全面、更加完整的科学认知。建立在此基础上的医学,必然从生理、心理及社会相结合的角度给予健康、人体以全面关注。为了达到这一“健康”目的,与此紧密联系的要素均应该成为医学研究的对象。人体的美丑、道德的善恶、社会适应能力的强弱既是健康问题,也是美学问题,全面而科学地理解健康概念更能促进“健”与“美”的结合,或者说用健美加以表达对医学会更加有意义。本辑刊登的四篇文章则从医学美学的历史发展、整合、系统审美等方面全面介绍了以上内容。

李晏锋和王一方的文章为我们带来了不同领域的新知识。前者介绍了数字人文研究这一人文研究的新趋势;研究对象的数字化、研究方式的协作化、研究成果的整合化、研究人才的复合化这新“四化”将是我们未来人文研究要努力的方向。后者借着对四本作品的推荐,突出了“陪伴者即是疗愈者”的概念,安宁护士和志工们的陪伴是晚期病人感受生命、与死亡讲和的中介。

“域外传真”的两篇文章带来了清新的异域学术和文化之风。张瑞玲详细介绍了伦敦国王学院人文与健康中心及其医学人文硕士专业的课程设置的学术训练方法,为国内人文专业硕士学位的培养提供了可以借鉴的“他山之石”。郎朗为我们展示了哥伦比亚大学开放的学术氛围、开放的校园环境,以及开放的美国总统图书馆和开放的纽约,使我们心向往之。

文学和美学都为我们提供了精神的愉悦，特别希望忙碌的医生们能够看到这辑《中国医学人文评论》，哪怕是在“the last half hour of the day”！愿文学和美学能够成为中国医生和其他卫生从业人员的精神食粮，促使他们反思自己的实践、理解疾病对病人的意义，从而能主动关心病人，重建和谐的医患关系，重新找到自己的职业满足感。

本期执行主编：郭莉萍

2013 年 7 月

注释与参考文献

[1] Pellegrino ED. Humanism and the physician. Tennessee: University of Tennessee Press, 1979, 4.

[2] Lyotard JF. The postmodern condition: A report on knowledge. Trans. Bennington, G. & Massumi, B. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1984.

[3] Joanne Trautmann 1983 年与医学人文的先驱人物之一 Samuel A. Banks 结婚，跟从夫姓，更名为 Joanne Trautmann Banks。

[4] 关于“文学与医学”的定位，见本刊文章《那些花儿：文学与医学研究内容的变迁》。

[5] Peschel ER. Medicine and literature. New York: Neale Watson Academic Publications, Inc. 1980.

[6] 邱琳枝，彭庆星，主编. 医学美学. 天津：天津科学技术出版社，1988.

国外数字人文研究的启示 / 李晏锋 96

好书推荐

临终时节：救治者变身陪伴者 / 王一方	101
域外传真	105
伦敦国王学院人文与健康中心访学纪行 / 张瑞玲	105
开放的哥伦比亚大学，开放的美国 / 郎 朗	109

那些花儿：文学与医学研究内容的变迁

郭莉萍

文学进入美国医学院的课程体系始于20世纪60—70年代的医学人文运动，结果是产生了“文学与医学”这一“学科”^[1]，其标志是1972年宾夕法尼亚州立大学医学院医学人文系设立全职的文学教授教席，研究弗吉尼亚·伍尔夫（Virginia Woolf）的学者琼安·卓特曼·班克斯（Joanne Trautmann Banks）成为美国第一位在医学院任教的文学教授。2001年哥伦比亚大学长老会医院的丽塔·卡伦（Rita Charon）创造了“叙事医学”（narrative medicine）一词，标志着文学与医学向叙事医学的转化。^[2]关注人类情感、反映人类价值的文学进入了医学这个“白色巨塔”，通过培养想象力、教会倾听、关注细节、见证苦难，力图软化技术医学坚硬的外壳，唤回医生心底的柔软。那么在“文学与医学”从诞生到转向的四十年间都做了什么？其研究内容又包括哪些呢？经过对“文学与医学”发展史的梳理，发现以下几个方面是其核心的研究所在。

一、为什么是“文学与医学”？——文学与医学教育

文学是除艺术史之外最晚加入医学人文学科群并以其独特视角审视医学的学科，但在所有的人文社会学科中，只有文学与医学被并列起来，成为专有名词“Literature and Medicine”。为使世人接受这一“结合”的合法性，文学与医学学者们在本领域建立之初的首要任务就是论述这两个学科之间的相似性及天然纽带，以及为什么医学需要文学，这类论述的主要园地是创刊于1982年的《文学与医学》（*Literature and Medicine*）杂志，但也散见于各种医学期刊。值得指出的是，在我国，试图把文学与医学联姻的学者也遵循着同样的路径，他们的出发点也是寻找二者在本质上的相同性以及文化中的互补性。但遗憾的是，到目前为止，这样的文章还未被国内的医学期刊所接受。

文学与医学联姻合法性的最有力论点是文学对医学“有用”，这也是文学得以进入医学院已经十分“拥挤”的课程设置的前提。班克斯宣称，一个好医生最基本的特点是能够容忍模糊性，能够在数据不完整或者有多种解释的情况下作出最恰适的结论，而这些正是文学的训练可以提供的。阅读文学作品可以提升医学生的同情心和共情能力；文学不仅能改变医学生的思想，还能改变他们的行为。当然，文学最原始的功能是对医学生更有现实作用——使他们能更好地欣赏生命、容忍生活。^[3]

哈佛大学医学院精神病学家罗伯特·科尔斯（Robert Coles）是最早倡导用文学进行伦理教育的人文教育者之一。他认为，医学院文学课主要是为医学生提供伦理反思的机会，而不是为学生进行“文化抛光”或让他们欣赏故事。关于“伟大的医生和伟大的医学”的文学作品创造了一个个探索伦理选择的机会，使学生可以明白伦理选择不仅仅是治疗的问题（做还是不做），也不

郭莉萍，北京大学医学人文研究院

仅仅是插头的问题（拔还是不拔），而是我们每天都在做的一个个关于生命的决定，这些决定最终会决定我们或病人的命运。^[4]

卓特曼和科尔斯的主张和教学实践分别代表了当时在医学教育中讲授文学的两种不同路径，即“审美路径”和“伦理学路径”。前者认为“教会学生深入地阅读，就是在医学上培养他们”；这种方法关注复杂文本的文学分析，旨在培养医学生的共情能力，以及对医学这门“艺术”的了解。后者则更关注文本的内容，其焦点是文学作品中反映的道德困惑和决策，对文学风格的分析从属于对人物和行为的关注。

到了20世纪90年代中后期，医学技术进一步发展，医学采用的科学性语言、科学世界观和思维方式合谋把疾病而非病人置于医疗实践的中心地位，人本身的价值被贬低，医患交流被削弱——这已经成为美国人文学界对医学的经典批评，这一观点在医学界亦有越来越多的支持者。美国医学教育界已经充分意识到文学对医学教育的重要性。截至1998年，已经有74.4%（93/125）的医学院校开设了文学课，其中在39.2%的医学院文学是必修课。缅因州人文理事会（The Maine Humanities Council）于1997年发起了一个持续至今、影响广泛的项目，名为“文学与医学：位于卫生保健中心的人文”（Literature and Medicine: Humanities at the Heart of Health Care[®]），期盼人文可以回归到卫生保健的中心。他们为这一回归选择的工具就是文学，因为“文学创造了一个个鲜活的世界，提供了多种时间、地域和文化关于疾病、死亡、人际关系的生动图景，从而有助于读者感受疾病、死亡、提高共情能力和沟通能力。”这个由医生、护士、社会工作者、医院管理者、医学图书管理员、医院行政人员等参加的文学与医学读书会非常有影响，截至2013年4月，该项目已经辐射到全美25个州以及阿根廷。^[5]项目的初期评估由第三方——阿卡迪亚研究所（Acadia Institute）实施，该机构报告显示，参与者认为这个文学与医学阅读项目具有以下效果：

1. 有助于医务人员理解病人及其家属对疾病的感受，以及病人与医务人员交流中的社会和文化因素。
2. 使医务人员更敏感地意识到交流中可能产生的问题，有助于他们认识到对病人和同事的话语进行分析的必要性。
3. 增加了医务人员识别和处理与其他健康相关领域工作人员、同事、病人、病人家属等不同人群的各种不同的价值和观点的能力。
4. 促使医务人员审视自己在医疗保健中的角色、他们的具体工作以及这些工作如何影响他们个人。^[6]

二、疾病的隐喻

疾病、痛苦和死亡的主题伴随着人类的出现而出现，是文学作品里具有震撼力的常见主题，多被用来赋予象征意义。人类附加于某些疾病的意义远远超过了疾病的本名，成为对病人的文化特质和道德的判断。疾病的隐喻古已有之，尤其是鼠疫、麻风、梅毒、天花、肺结核等诸多传染病，在历史上都曾有过超越疾病本身的价值负载。例如，14世纪的鼠疫几乎毁灭了欧洲三分之一的人口，史称“黑死病”，被认为是上帝对道德腐化者的惩戒；梅毒被认为是对欧洲殖民者征服新大陆的报复，鉴于其传播方式的特殊性，各国都以假想名来称呼它，以保全自己国家的名誉：意大利人说这是法国病，法国人认为是那不勒斯病，荷兰说是西班牙疮，西班牙抱怨是波兰疮；梅毒不但指向一种堕落的生活方式，也成为一种政治病。苏珊·桑塔格（Susan Sontag）在

《艾滋病及其隐喻》一书中指出，与性活动相关的传染病自动地把“受到惩罚”的病人与“普通公众”区别开来，艾滋病就是这样一种承受了严厉的道德批评而被社会高度道德化的疾病。^[7]肺结核被认为是一种“激情病”，是被文学家浪漫化得最彻底的一种疾病。在文学作品中，肺结核病人总是优雅高贵、才华横溢，这一点在东西方文学作品中都有淋漓尽致的体现。

桑塔格在《作为隐喻的疾病》一书中解析了长期以来社会文化赋予某些疾病的特殊意义及其对病人的道德判断，剖析了出于恐惧的疾病隐喻和对疾病进行道德判断的可怕后果，并指出这些隐喻的危险性：它把社会对病人的孤立合理化，疾病是对个人不道德行为的惩罚这些观点很可能会阻碍病人为其疾病寻找医疗帮助；她呼吁还疾病以其本来的面目，使病人免受歧视之苦。桑塔格的观点在社会上、学术界和医学界引起强烈反响。文学与医学教学当中也应特别注意引导医学生识别疾病的隐喻，向医学生强调需要警惕，不能把患某种疾病的人等同于某种人格。作为医务人员要避免对病人进行道德判断，从而歧视他们，避免使病人在身体的痛苦之上再遭受精神的痛苦，甚至逃避医疗机构的专业照护，转而寻求“不适当的医疗”。

三、医生的形象

文学与医学持续关注主题之一是文学作品中医生的形象，很多文学作品中都有对医生形象的着力描绘，有关医生的文学作品也是医学生阅读较多的作品。不过，早期文学作品中医生的形象多为负面——乔叟《坎特博雷故事集》（*The Canterbury Tales*）里的贪婪医生借瘟疫发财；莫里哀戏剧《无病呻吟》（*The Invalid*）里的庸医为明知是疑病症的病人开大剂量的药物骗钱；吉尔曼《黄色墙纸》（*The Yellow Wallpaper*）中的医生〔影射“休息疗法”的发明人米契尔（S. W. Mitchell）〕控制欲强烈，是典型的父权式医生形象；托尔斯泰的名篇《伊凡·伊里奇之死》（*The Death of Ivan Ilyich*）中的医生医术差，对病人的痛苦麻木不仁；萧伯纳《医生的窘境》（*The Doctor's Dilemma*）则刻画了一系列追名逐利、爱发号施令、贪婪、愚蠢、耍两面派的医生。直到19世纪末随着科学性医学的出现，医生的形象才得以缓慢改变。20世纪以来，日益发展的医学知识和技术赋予了医生前所未有的治病能力，使他们成了真正能战胜疾病的英雄。在弗莱克斯纳（Flexner）报告（1910）促使美国的医学教育质量大幅提高、从业医生人数大幅度下降后，医生成为令人景仰的职业。辛克莱·刘易斯（Sinclair Lewis）笔下的人物马丁·艾罗史密斯（*Martin Arrowsmith*）是美国最著名的虚构医生，曾经激励了很多年轻人走上医学之路。

在美国的语境中，“医生”一般指正统西医中的医疗从业者，往往是白人男性，是医学辉格史的代言人。理想中的医生是疾病和死亡的斗士、经验丰富的身体修理工、充满同情心的宽慰者——是集骑士、魔术师和慈父于一身的角色。20世纪70年代第二波女性主义批判浪潮兴起后，历史学家开始追溯研究美国女性医生的出现和发展，文学学者和评论家也开始关注1860—1920年间文学作品中的女医生形象，因为这一阶段正是女性进入美国正统医学界的开端。1847年，伊丽莎白·布莱克威尔（Elizabeth Blackwell）在被11所医学院拒绝后终于被纽约日内瓦医学院（现在的雪城大学医学院，Syracuse University）录取，成为美国第一个完成正规医学教育的女性。到了1941年，美国已经拥有了7500名女性医生（但同时代男性医生的数量是20万）。^[8]

相比起女性医生来，黑人等少数民族医生的数量更是少而又少。在弗莱克斯纳报告之前，美国有7所专门招收黑人的医学院，之后就只有两所幸存下来。黑人医学生也在实习和住院医师培训等方面受到了排挤，因此黑人中医生的比例非常低。到1930年，在密西西比州这样种族隔离严重的南方诸州中，每14 634人中才有1名医生，而早在1910年，在马萨诸塞州这样富裕的北

方州每 721 人中就有 1 名医生。^[9]1960—1970 年的黑人民权运动和妇女解放运动使这种现象得到了一定程度的纠正,少数文学作品中也出现了女性和黑人医生/医学生的正面形象,如小说《昏迷》(*Coma*, 1977)和《上帝之殿》(*The House of God*, 1978)。

随着医生形象研究的深入和扩展,文学学者们开始挖掘文学作品中的非主流“医者”(healer)形象,而不仅仅局限于传统的“医生”(physician)形象。人们开始意识到,除了传统的受过正规医学院教育的白人男性医生外,还有众多的“医者”能对我们的身体和头脑施加影响。因此,“医者”不但包括传统的白人男性医生,还囊括女性医生、黑人医生,以及西方医学传统中的剃头匠/外科医生、药剂师、护士;以及其他医学传统中的医生、萨满、巫医、江湖郎中、心理分析师,甚至病人、病人的家人和朋友、作家等非传统的医者。丰富的医者形象也是反映美国社会对医疗多元化容忍程度的晴雨表,是补充和替代医学逐渐进入美国主流社会的指征之一。同时,文学家首先意识到治疗过程(the healing process)不是从医生到病人的单向过程,医生不是这一过程的全部,病人及其家人和朋友在这一过程中具有重要的作用,这一觉醒使得病人或其家人的叙事进入文学家的视野。

四、医生作家/诗人

医生作家/诗人是一类独特的人群,被认为是文学与医学天然纽带的最佳体现。契诃夫论证医学对他写作的重要性时曾说“没有我的医学工作,我就不会把闲暇时间和思想投入文学”;美国著名的医生作家/诗人威廉姆斯(William Carlos Williams)也声称“医学是我的根,写作是我的翅膀”。医生的职业给予他们探究人的身体和头脑的特权,作家的敏感赋予他们对人类的痛苦和苦难以独特、深入的理解,医生作家本人及其作品激起许多文学家“猜谜”的兴趣。

医学生对阅读医生作家的作品更感兴趣,特别是那些仍然在行医的医生作家更令人好奇。学者们为医学生做的工作就是探究这些医生作家“为什么做”和“怎么做”。外科医生兼小说家理查德·塞泽尔(Richard Selzer)对此的简单回答是“写作就是为了展示做医生究竟是什么样”。他认为写作可以让医生把自己暴露给病人,是医患关系中权力平衡的一种方式,或多或少矫正了医患关系中权力的不平等。^[10]医生作家根植于自己医疗实践所创作的文学作品为医学生提供了对医生的行为进行伦理反思的真实素材:威廉姆斯的《使用武力》(*The Use of Force*)和《冰冷的面孔》(*A Face of Stone*)是反思医患关系的经典作品,而塞泽尔《给一个年轻医生的信》(*Letters to a Young Doctor*)则起到了“行业常见错误指南”的作用。《美国医学会杂志》从 1980 年起开设了一个栏目 A Piece of My Mind,为许多潜在的医生作家提供了反思性写作的笔耕园地,该做法也被其他医学杂志模仿。由于这个栏目具有很大的影响,《美国医学会杂志》在 1988 年和 2000 年两次选取栏目文章出版了同名文集,这些文集被广泛用于医学院的文学教学。

除了上述那些医生作家/诗人外,病理学家、散文家、美国科学院院士刘易斯·托马斯(Lewis Thomas, 1913—1993)也是一个经典标杆。他于 1971 年开始每月为《新英格兰医学杂志》(*the New England Journal of Medicine*, NEJM)写随笔,专栏取名为“Notes of a Biology Watcher”(《生物观察者手记》)。在一千字左右的随笔中,托马斯利用自己广博的生物学和医学知识,反思诸多当时人们关心的话题:如药物滥用、医疗保健体制、其他星球上存在生命的可能性、国家安全、核能的使用、生命的脆弱性和适应性、个人的身份认同、死亡等。透过这些问题的讨论,托马斯表达了他从未改变的主题:对生命的热爱。他在《新英格兰医学杂志》上的随笔专栏持续了 10 年,其中的一些随笔在 1974 年结集出版,题为“*The Lives of a Cell: Notes of a*

Biology Watcher”。^[11]本书不仅在生物医学界反响热烈，在美国读书界和评论界也颇受好评，获得了当年的美国国家图书奖。此后刘易斯·托马斯又出版了五本随笔集，被美国人认为是“20世纪沟通科学/医学与文学最好的桥梁”。

1994年，《文学与医学》杂志秋季刊发表了内科医生丹尼尔·布莱恩特（Daniel C. Bryant）的研究报告“20世纪用英语进行文学创作的医生名簿”。布莱恩特在前人工作的基础上，通过各种途径的检索，列出了自1900年以来用英语进行文学创作的173位美国、英国和加拿大医生的名单，其中不乏著名的医生作家，但更多的还是一些名不见经传的医生作家；同时他还提供了他们的出生信息、国籍、性别、完成医学教育的年份、医学专长，以及文学创作的类型、作品名称等信息，^[12]对医学院文学与医学教师选用医生作家的作品非常有参考价值。该文于1996年被纽约大学“文学与医学网络”收录（<http://litmed.med.nyu.edu>），使其影响更为广泛深远。

五、文学疗法

文学除在医学教育中发挥作用外，也开始作为一种治疗方式进入医学的视野，所谓的“文学疗法”（bibliotherapy）开始崭露头角。推行文学疗法的人们从亚里士多德对希腊悲剧目的论的论述中找到依据。亚里士多德认为悲剧能为观者带来情绪的宣泄（catharsis），涤荡他们的自怜自艾感和恐惧感，从而使观者得到情感的净化和提升。得克萨斯州医学院（University of Texas Medical Branch, UTMB）的文学教授安·哈德森·琼斯（Anne Hudson Jones）把文学疗法分为主动方法和被动方法。^[13]主动方法就是通过日记记录自己的情绪，或通过创作诗歌和其他文学作品或书写个人日志来发现自己的内心、自我倾诉，达到疗伤的目的。被动方法就是病人通过阅读治疗师为其选择的诗歌或其他体裁的文学作品，并与医生、咨询师或教师讨论，找到作品与他/她的心理契合点，从而达到治疗的目的。这种方法虽然更适用于心理疾病病人，但对身体疾病病人也并非不适。

虽然从19世纪60年代末就有人从事文学疗法，但直到80年代，文学与医学界才注意到这些人，并期望文学疗法可以成为文学与临床结合的切入点。诗歌疗法是文学疗法中最重要和使用最多的一种，诗人也是最主要的“文学治疗师”。诗人肯尼斯·科赫（Kenneth Koch）进驻养老院，教从未写过诗的老人们写诗，使他们的健康状况得到改善，他出版的书里还选登了一些老人们写的诗。

这种宣泄方法不仅适用于病人，也适用于医生，特别是医学生和准医生。医生的成长过程漫长而艰难，年轻的医学生和准医生们经受着体力、脑力、心理和灵魂的多重考验，每个人都有故事要讲、都有情感要宣泄。《白大衣，紧握的拳》（*White Coat, Clenched Fist*）、《上帝之殿》《温柔的报复》（*Gentle Vengeance*）等作品都展示了成长中的医生所经历的磨难和面对的困境甚至危险，是典型的 *Bildungsroman*（德语，意为“成长小说”）。化名为 Samuel Shem 的斯蒂芬·伯格曼（Stephen Bergman）以自己在哈佛大学医学院附属的贝斯·以色列（Beth Israel）医院的实习经历为原型，创作了讽刺小说《上帝之殿》，描写了实习医生们“与自己的人性斗争”的一年，讽刺了医学教育的“神圣核心”——实习医生和住院医师的培养过程，因此也就讽刺了整个医学界。实习医生们没有榜样，可以模仿的对象只有同样也跌跌撞撞的住院医师；没有人关心他们内心的恐惧和无助；“永远为所有病人做一切可以做的事”（Do anything for everyone forever）的医学模式让他们目睹医学如何剥夺人的尊严，医生变成了机器的一部分；各种机器执着地维持着只想有尊严地死去的老人们的生命，但遭遇突然创伤的青年人却在医生面前无助地死

去；现实的医学实践完全是召唤他们从事医学事业那些理由的反面。这部小说不但为作者宣泄了负面情绪，也成为医学生必读的“地下读物”和焦虑宣泄途径。2003年在小说出版25周年时，该书累计售出两百万册。虽然作者声称他所做的只是“忠实地记录了现实”，^[14]但小说仍然引起了医学界的强烈质疑和反感。斯蒂芬·伯格曼被认为是医学界的“叛徒”，同名电影也从来没有上映过。多年之后，医学界终于可以用平和的心态看待这本小说，2008年适逢该小说出版30周年，美国的医学教育家和文学学者召开了纪念会，并出版了《回到上帝之殿》（*Return to the House of God*），探讨30年来由这本小说引发的实习医生和住院医师培训的变化。

六、疾病叙事

叙事及其诠释理论在19世纪80—90年代成为当时认识论转化的强劲动力。随着叙事作为研究手段被人文、社科甚至科学界广泛使用，文学与医学学者开始唤起医学界及医学教育界关注医学实践中病人声音的缺失，要求他们不仅要听到医学界的公共声音，更要听到病人个体的声音，理解疾病对病人的意义。对病人来说，疾病叙事是诠释“自我”（self）的方式之一，经历了疾病痛苦或濒临死亡的我已经不是原来的我，因此他们需要通过叙事来理解现在的我，以及疾病对他们的意义。对医生来说，叙事提供了接近病人精神状况的工具，可使医生了解病人内心的伤痛、绝望、希望、道德上的痛苦等，这些因素既可能是疾病的结果，也可能是疾病的原因；病人的叙事提供了一个全方位了解病人疾病的框架，可为正确的诊断治疗提供一定的信息。哈佛大学精神病学家及医学人类学家凯博文（Arthur Kleinman）最早使用了“疾病叙事”（illness narrative）这一说法，并特别强调了“疾病”（disease）和“病痛”（illness）两个词的区别：前者是当代医学对疾病的认识方式，是脱离于个人而独立存在的客体，是还原论在医学上的体现；而后者指病人对疾病的感受、经历，是具有心理和社会性的主观体验。凯博文区分二者的意义在于告诫医生，要乐于聆听病人的故事，理解并建构疾病对于病人的意义。^[15]疾病叙事早期也被称为“疾病志”（pathography），疾病志与疾病叙事的最大区别在于疾病志具有严格的定义：“关于疾病经历、治疗以及死亡的病人的自传或传记”^[16]（书写的疾病经历）；而疾病叙事可以是任何“关于疾病的非小说性的第一人称叙述”^[17]（口头叙述的疾病经历）。二者的共同之处在于都是病人从自己的角度讲述疾病的历程，分析并理解疾病的本质，强调“经历过的疾病”，以及疾病对“自我”的认识和认识的改变，是高度的自我“凝视”（gaze），这与医生对疾病抽象的理解具有本质性的区别。加拿大卡尔加里大学社会学系教授阿瑟·弗兰克（Arthur Frank）把疾病叙事分为三类：重获健康叙事（restitution narrative）、疾病混乱中的叙事（chaos narrative）和追寻疾病意义的叙事（quest narrative）。^[18]疾病叙事与疾病志的功能和意义基本一致，学者们经常对二者并不进行区分。而近年来随着该领域研究的逐渐深入，“病人关于疾病经历的口述或书写的自传性叙述”都被统一称为疾病叙事。罗格斯大学（Rutgers University）的英语教授安·朱莱西克（Ann Jurecic）甚至把小说、博客、学术性及大众性评论统统都归到“疾病叙事”名下，作者也不再只局限于病人，而是扩展到家庭成员、医生、照护者甚至小说家。^[19]对病人来说，记录自己的疾病经历是一种宣泄，因此具有治疗意义。此外，在社交网络风靡的时代，这种记录还具有利他性质——病人在网络上分享他们的感悟可以帮助患有同样疾病的人尽快从“为什么是我”的埋怨中平静下来，他们的经验也可以警告其他人不要犯同样的错误，并寻求可以利用的资源，实际上起到了病人互助小组的作用。

因此，如果医生能够倾听病人关于自己疾病经历意义的叙述，并在诸如查体、实验室结果等

诊断工具的帮助下，与病人共同构建病人自己关于疾病的叙事，治疗过程就会既提供治疗方法（cure）也提供疗愈（healing），医患关系也会更为有效。

七、叙事与健康

对病人叙事的关注激发了大量关于叙事对健康状况影响的研究。从 20 世纪 80 年代后期起，心理学家就开始通过设计实验室研究，试图发现书写创伤经历对健康的作用。他们认为，构建故事以帮助个人理解他自己及其经历的意义，似乎是人类与生俱来的一种自然的行为。在世界范围内，研究人员发现，如果人们可以把自己的负面经历诉诸文字，他们的生理及心理健康都会得以极大的提高，报告的受益人群包括大学生、医学生、犯罪受害人、失业者、初产妇等。詹姆斯·彭巴克（James W. Pennebaker）是美国最早研究写作个人痛苦经历对改善健康状况的心理学家之一，他用不同的人群做过实验，^[20]甚至和同事开发了一个软件，通过分析受试者写作中情感领域和认知领域词汇的使用频率，判断何种写作能够更有效地提高受试者的健康状况。彭巴克试图解释为什么写作自己不愉快的情感经历能够改善人们的健康状况。他认为在各种解释当中，最让人信服的解释是：写作是一个把情感和意象转化为语言的过程，这一过程改变了人们对创伤的思考和认知。创伤造成的伤害不仅仅来自创伤本身，还来自人对这一创伤的情感反应。写作是一个结合思想和情感的过程，能很容易地构建一个关于那个经历的连贯叙事，一旦这样一个叙事已形成，这件事情就可以被更有效地总结、存储和遗忘了。^[21]约书亚·史密斯（Joshua M. Smyth）等在彭巴克研究的基础上进行了自己的研究，于 1999 年在《美国医学会杂志》上发表了他们的研究报告，题为“书写痛苦经历对哮喘病和风湿性关节炎病人症状减轻的作用：一项随机试验”。作者团队在 14 个月的实验当中，要求实验组（39 例哮喘病病人、32 例风湿性关节炎病人）每周连续 3 天、每天 20 分钟书写他们人生中最痛苦的经历（不限于疾病经历），而控制组只描述当天的计划和活动。结果发现，在试验结束四个月后，虽然所有参与者一直在接受同样的治疗，但试验组的病人表现出具有明显临床意义的症状减轻。^[22]虽然在世界范围内，书写痛苦经历能够直接、肯定、极大地提高书写者当前及未来健康状况的假设已经一再被证实，但《美国医学会杂志》的这篇文章是第一个由医生团队给出的结论。《纽约时报》（*The New York Times*）一篇文章指出，《美国医学会杂志》这篇文章因其受试人数多（107 人）以及“严密的科学性”而备受关注；斯坦福大学精神病及行为科学系主任大卫·斯皮格（David Spiegel）因为这篇文章而在《美国医学会杂志》本期的社论中反省：“现代医学界是隐藏的笛卡尔身心二元论信徒——我们曾经相信，虽然心灵对身体的疾病会有反应，但除此之外，二者是没有关系的，”^[23]史密斯等人这篇文章促使医学界重新审视他们的哲学，使他们认识到人的心灵会因叙事得到释放，又因心灵的释放带来身体的康复。因为本试验运用“严格的科学方法”，得出的结论再次证实了写作能够减轻慢性病病人的症状，医学界也开始认真关注写作这种叙事方法和治疗的关系。《英国医学杂志》同年发表了题为“写作疗法”的社论，指出医生们可能会本能地认为写作疗法是“art”而非“science”，但应该抛开偏见，用更多针对不同病人群体的试验来验证约书亚·史密斯等人报告的结论。^[24]到 2006 年，世界各地的实验室共发表了两百多篇论文，报告写作对健康、人的生物性活动、情感和行的影响。^[25]

治疗的目的在于让身体恢复到良好状态，也应该是一个能够让受到身体或心灵伤害的人理解其艰难经历是一个动态的象征过程，受伤害者需要把这段经历编织到自己的叙事当中；而一旦可以将这些不可言说的痛苦经历诉诸笔端，他们已经理解了这段经历的意义，控制了这个“恶

魔”，这段经历就变成了可以忘记的“他者”，而他们也可以开始新的一页了。

八、医生叙事

西方的“绅士医生”（gentleman physician）历来就有从事文学创作的传统。随着医学界对文学的日益重视，权威医学期刊纷纷开辟专栏，大量刊登医生的叙事，最著名的有《美国医学会杂志》的专栏“A Piece of My Mind”以及《内科学年报》（*Annals of Internal Medicine*）的“On Being a Doctor”。但曾经，现代医学拒绝给予医生讲故事的机会，医生们被告知对病人及其疾病作出个人回应违背了医学客观、标准化的原则——不论医生是谁，对病人的诊断和治疗都应该是一致的，在医疗过程中医生不可以表露任何个人感情。但医生同样富有普通人的情感，叙事医学鼓励医生讲出他们自己的恐惧、焦虑、内疚、无助，以及对生命的赞美、对死亡的感悟、对职业意义的思考。此外，医生的叙事能力就是他的“共情能力”，是进入病人视角、体验病人之苦，从而可以与病人有效沟通的能力。其结果必然是愿意见证病人的痛苦、采取不同的视角看待问题，从而带来医患关系的积极改进。哥伦比亚大学医学院的“平行病历”（parallel chart）和哈佛大学医学院的“危机事件报告”（critical incident report）都鼓励医学生采用不同视角，对自己、病人和医学实践进行反思性写作，可以毫不夸张地说，这些反思是医学生成长的助力器。医生叙事与病人叙事一样，在 20 世纪 80 年代后期日益兴盛起来。

九、叙事伦理

文学与医学创建前十年的两种教学路径是“伦理路径”和“审美路径”。作为传统医学伦理教学的补充，文学作品被频繁使用，以便学生更好地反思医学实践中的伦理问题。20 世纪 80 年代开始，文学与医学学者也像其他各学科的学者一样，越来越多地研究叙事及其理论，他们最感兴趣的是医学实践中叙事的地位；通过运用文学理论的方法，他们深入探讨医学知识的习得和传播、研究医患相遇过程中的叙事本质、分析各种医学写作中的叙事传统、考量医生的叙事水平和病人接受诊断结果以及遵守治疗方案之间的关系。此外，文学与医学学者们已经不满足于只把文学作品当作医学伦理的补充阅读材料。他们认为，医学知识和实践内在的叙事性、医生自身的知识结构和经验使他们更适合一种叙事的伦理，而非传统的分析伦理，叙事伦理是深受临床工作者拥趸的案例法（casuistry，即以过去的典型案例为基础为当下的案例作出伦理决定）的延伸。同时，由汤姆·比彻姆（Tom Beauchamp）和詹姆斯·邱卓斯（James Childress）提出的以生命伦理四原则^[26]（即“尊重自主性、不伤害、有利和公正”原则）为基础的“原则主义伦理学”受到越来越多的批评，^[27]在这种情况下，“叙事伦理”这一概念就应运而生。

叙事伦理的概念和方法来源于叙事学等文学理论以及哲学，是进行道德理解和评论的一个新工具。众多的叙事学家、文学学者、哲学家、思想家对叙事伦理都有过不尽相同又相互关联的阐释。^[28]叙事伦理的核心内容如下：

1. 每一个伦理情境都是独一无二、不可重复的，普适性原则无法获得每个伦理情境的全部意义。
2. 在任何一个与健康相关的情境中，评判任何决定或行动是否恰当的标准是看它是否与病人个人的生命故事相一致；而病人的这些生命故事必须要在“叙事的反思性平衡”^[29]的基础上来理解。