

# 論醫療情境中的習慣與陌生

王心運

高雄醫學大學 醫學人文與教育學科

## 前言

我們常以習慣性的方式處理問題，除非遇到特殊與陌生的狀況，才會謹慎以對。醫療情境也是如此，不過更為複雜些，因為醫療人員處理不僅僅是實證的醫學問題，有時面對複雜的醫療問題，必須與病方共同討論以做出決策，會遇見諸多陌生的領域，包括價值觀與「生活世界」(Life World) 等等的差異。此時做出最佳醫療決策所涉及的範圍，已從醫學專業慢慢移動至醫學的倫理領域。那麼，從熟悉至陌生，從專業至他人生活世界的移動過程中是否有脈絡可尋？若以醫學專業的思考模式，習慣性地應用在臨床倫理的領域，是否會產生問題？

醫學訓練要求實證與熟練，臨床倫理則要求開放於陌生與不確定領域，兩者思維模式的差異為何？二者過渡中，是否需要某種自覺性的「視域融合」(Fusion of Horizons) 過程呢？本文首先探討醫學專業與醫學倫理中，不同思維模式的差異，並嘗試提出「詮釋學」(Hermeneutics) 的思考，作為融合兩種模式的認知方式。

## 一、「醫療決策」(Clinical Decision Making) 之兩種思維模式

醫療人員面臨不同醫療場景，必須在時間壓力與複雜性間取得平衡，做出適當的「醫療決策」。狀況若屬平日熟悉範圍，則依醫療常規即可，倘若不尋常或陌生的情況，於當下無法判斷病情與決定時，就需要進行更深入的「臨床推理」(Clinical

Reasoning)。有學者認為臨床推理較醫療決定的範圍更廣 [1]，它是詢問病史、鑑別診斷、檢核已知證據並提出最佳治療等一系列的思考過程。然也有學者認為，醫療決定不僅需要思考推論，也包含環境、個人內心等非臨床的個別因素 [2]。本文採取後者的立場以全面討論醫療決策的兩種思維模式，隨後將從醫療決策的兩種思維模式，進一步推行至醫學倫理類似的兩種思維模式。

關於醫療決策，有人提出 6 種不同的方法 [3]，舉例者如「模式認知法」(Pattern Recognition)、「假設演繹法」(Hypothetico-Deductive Method)、「捷思法」(Heuristics) 等，然大部分學者採納涵蓋上述，且更簡潔的「雙系統法」(Dual-System Theory) [4]。系統 1 的思考方式傾向於自動、無意識與聯想的方式 [4]，或者依照直覺的「捷思」，或「經驗法則」(Rules of Thumb) [2] 方式。系統 1 的特徵是反應迅速，具整體思維模式，也是老手區別於新手的的能力。老手在連結具體處境與個人的行動時，內心已有相關的「竅門」(Know How) [1]。系統 2 的思考方式則是分析、演繹、需要較多時間、「基於規則」(Rule Based) 的思考方式 [2]。系統 2 的特徵是理性、較少帶入個人情感、而個人行動必須以準則做為規範。

愈有經驗的醫師，其內心「疾病腳本」(Illness Scripts) 愈為豐富，面臨個案時往往以「模式比對」(Pattern Matching) [1] 的方式進行分析。此屬「類比」(Analogic) 的思維方式，而當類比方式進一步以無意識、毫不費力的方式進行，就成為「直覺」的思維方式。正確及有效率的直覺能力需要大量經驗累積，並在個人經驗中不斷進行自我檢核與校正，以至最終產出某種「默會」(Tacit) 或

通訊作者：王心運

通訊地址：高雄市三民區十全一路100號

Email : shinyun@kmu.edu.tw

「實踐智慧」(Phronesis)。難怪直覺思考有時被視為某種「藝術」(Art)，也被視為醫學教育裡難以教導的部分 [1]。

另一方面直覺思維也容易陷入些心理誤區，最常被提出是「過度自信」(Overconfident)的「偏見」(Bias) [2]。原因是直覺思維常常受「情感」(Emotion)干擾。例如多種醫療選擇情況下，情感拉扯個人衡量的比重，決策當下的個人狀態與情境都有連帶互動關係 [4]。此外直覺思維與個人經驗累積相關，僅透過自我檢核與確認慢慢形成習慣性的思維模式，此容易形成「確認偏見」(Confirmation Bias) [2]，或「判斷偏見」(Diagnosis Bias) [5]，即無意識地對意見相左的證據視而不見。例如一位焦急的母親帶著肚子痛的小孩至急診室，醫師知道肚子痛是小孩常見的症狀，然母親顯示的過度關切吸引醫師側目，且病歷裡發現她是醫院常客，他們更確認開始的想法，最後則以錯失治療的悲劇收場 [5]。

系統 2 採取分析、演繹的推論方式。臨床推理常用「假設演繹法」，即依據現有病徵以形成疾病假設，決定所需之病理檢查，並以檢查數據確證或否證之前的假設。但若以邏輯學看來，假設演繹法並不是好的演繹法，因為推論過程中仍必須介入推論者的「解釋」(Interpretation)，非以純然邏輯形式以得出最終判斷。所以開始提出假設時即不免受到系統 1 直覺推論所影響。另外「判斷偏見」同樣出現在確證或否證的階段。有心理學證據顯示，所謂專家或高智商的人所擁有的能力，其實是找尋更多支持自己的證據的能力 [6]，且不傾向於否證自己的假設。

以上是醫療情境二種推論方式，但無論直覺或分析推論都無法避免涉入推論者的個人、情感或情境因素，並且與無意識中養成推論者的習慣行為相關。若習慣指行為者在相似或熟悉的情境下，所重複的相似行為，它們往往達到自動化、缺乏目的性的推論模式 [7]，那麼陷入習慣思維的現象值得我們警惕。需知習慣行為與實踐智慧看似一致，兩者均與直覺思維相關，也是透過經驗累積以產生行為的模式。然實踐智慧並不是習慣的思維，相反它是

有意識、目的性與謹慎的思維方式，因為實踐智慧重視的是「差異」(Difference)，或總是深思彼方陌生情境的可能性，這點與習慣思維截然不同。

## 二、臨床倫理與陌生的他者

臨床倫理也大致呈現兩種類似的思維，「道德直覺主義」以及「批判主義」(Criticalism)或「規範主義」(Normativeism) [8]。「直覺主義」強調個人受深層價值影響、情感的重要性，以及人際的關係主義。如所知的「關懷倫理」(Caring Ethics)、「敘事醫學倫理」(Narrative medical Ethics)等等。至於「批判或規範主義」則強調倫理原則的普遍性、理性推論方法與效益分析，也有專家與個人化的傾向 [9]。例如熟知的「原則主義」(Principlealism)，以及「決疑論」(Casuistry)等。然直覺主義與規範主義並非涇渭分明，因即使原則主義中也有較為直覺主義的成份，如「醫學倫理四原則」出於「義務論」的「自主」和「公平正義」原則，相較出於「效益主義」的「行善」和「不傷害」原則，更具道德的直覺性。但四原則較關懷主義更強調思辨與原則，較少強調道德情感與道德人格的重要性。

不同思維的「內在心態」(Mentalities)亦有差異。直覺主義解讀困境為倫理「難題」(Problem)，而難題需要「深思熟慮」(Deliberation)，其目標以「解決問題」(Problem Solving)為導向 [10]。以「難題」理解的倫理困境較符合一般人直覺與價值觀，因而醫病較容易取得溝通與對焦。然有學者認為，直覺主義無法深入解析案例的複雜度，因此所謂的「深思熟慮」可能僅限於表面的「解決問題」。例如「資訊悖論」(Informational Paradox)，病人覺得醫師是擁有知識的一方，比起醫師，他們獲得的資料片斷與不足。也許印象中彼此認為已做好醫病溝通，醫師期待病人已「理解」決策的理由，然病人並非真正「理解」這些資訊，心理上僅聚焦於已「被給予資訊」這項事實而參與決策，而默認醫師必然已做好最佳決策。此外，醫病關係存在「好病人」是被動與順從角色的「默契」(Covert Contract)，表面塑造兩者間信任、有耐心、好配合等好印象，然整體溝通的意義卻是失焦的。若問題

無法如期解決時，可能會造成更多誤解 [11]。

相對直覺主義，規範主義聚焦於「兩難」(Dilemma)的矛盾心理狀態，兩難需要「計算或衡量」其後果輕重，目標為做出「醫療決策」(Decision Making) [10]。規範主義常被批評為無法深入人性 [8,12]，以及過度集中焦點於「兩難」的心理對抗，以至無視靈活解決問題的其它可能性。如「自主原則」要求決定者具備清醒意識和判斷能力，以具體的判準判斷此點。倘若病人狀況不符合自主原則，則以代理人或親屬依序代理之。然執著在病人自主與否的這一意識，並不一定可以順利轉換為對病人的謹慎 [13]。例如下面的小故事：

敗血症已至末期的婆婆，被兒孫們團團圍繞。在反覆鼻胃管折磨後，一位實習醫學生帶著先前的畫面走進病房：

我很驚訝婆婆開口的聲音平穩而沉靜，而且談吐十分優雅禮貌，仔細一看，眼神清澈而睿智，倘若今天不是躺在這的末期病人，想必是位像英國女王般雍容華貴的女士，大概就是因為這種談話的氛圍，病房裡意外的平和純淨。

但這是假象，背地裡醫師無法實現婆婆想回家的願望。「不能出院，除非有婚喪喜慶等因素」，這句話：「還是說不出口」，老師回頭笑著說。僅僅過了一天，實習醫學生回頭看婆婆時：

以往優雅的女士，如今看起來眼神空洞，是嗎啡的效果。

「妳今天怎麼樣？」老師問。婆婆不發一語，瞪大雙眼看著我們，連回家的想法也忘了 [14]。

以上故事不表示倫理困境得到解決，但故事促使我們深思，倫理不應僅止於做出決定，而在於感受更多人性尊嚴。它們可能帶出更多倫理感受，以及想解決某種遺憾的努力。因此，臨床情境總有更多意義的剩餘，往往超出規範與形式的規定，是我們面對陌生他者時自然的倫理關係。這是倫理與醫學專業思考不同之處，因為倫理一定會面臨自己不熟悉，甚至陌生的他者領域，打破封閉的習慣與自在領域。陌生意識讓我們面對他人時更為謹慎，在直覺與規範間找到更多的生命意義。

### 三、醫療情境中的詮釋學與詮釋倫理學 (Hermeneutic Ethics)

近來強調「醫病共享決策」(Shared Decision Making)，此舉揭示醫療專業必須與臨床倫理相結合，醫病溝通須進行平等與有效率的對話，以達到不同觀點的融合。然近來研究顯示，共享決策雖行之有年，但一般對其操作與概念仍有諸多心理盲點。例如「將共享決策誤認為知情同意」、「並不是所有人都願意參與」、「有一套標準流程就可順利完成」、「醫師認為共享決策與『臨床診療指引』(Clinical Practice Guideline)並不相容」，或是「醫師不太喜歡決策共享，因病方總要求醫師照著他們的想法做」[15]。以上問題顯示出，醫療決策的過程仍有除醫學知識外，更多值得考量與關注的地方。

如前所述，醫療與臨床倫理的思考方式，大致上可分為直覺與規範(或演繹)的方式。好的直覺達到實踐智慧高度，它較符合一般人認知，同意情感的重要性。然直覺有陷入習慣思維的可能，或落入單方面價值觀主宰的危險。規範對問題的分析較客觀，但對個體的特殊、陌生、與不可重複性較不敏感，也不太處理深層與動態的人性問題。研究同樣指出，大部分醫療人員並不單一採取直覺或規範的方式，而是混用著兩種方式。但比較有問題的是，他們並不常常「有意識地」協調或轉換兩種思考方式。例如當下指引內心的問題意識是「倫理兩難」，還是「問題解決」；兩難以規範來衡量，解決問題以價值妥協為取向，兩者於心理注入的能量頗不一樣，所導致的行為結果可能相當不同。

「詮釋學」或許能作為兩種思考模式「典範轉移」(Paradigm Shift)的中介。詮釋學致力於聖經解讀，希望尋得聖經的「真理」(Truth)。然每人所處的歷史情境大不相同，對聖經成書之彼時世界，只有不完全、但必要的「前理解」(Pre-understanding)。任何研究都必須從前理解出發，才能開始進行「文本」(Text)的解讀。透過文本整體意義的引導，我們才能開始進行局部理解，而文本意義又只能依賴局部理解才能往前更推一步。這種文本整體與局部意義相互依賴的關係，被稱為「詮釋學循環」(Hermeneutic Circle)。透過詮

釋學循環，聖經所處年代的「生活世界」或「視域」(Horizon)才與詮釋者的「視域」慢慢達到融合，達到詮釋學所要求的「真理」(而非唯一真實)，這個過程被稱為「視域融合」。因而每個歷史的解讀都是當代的解讀，而每個當代的解讀都被賦予了歷史意義。

聖經作為核心的文本，所有理解與詮釋的工作都在文本中得到意義，那麼，臨床情境也可被視為諸多文本的集合體，如疾病、病徵、倫理問題、病人生活世界等。依 Leder 的意見，若以詮釋學文本分析的角度看來，臨床文本可分為(一)病人生活世界的「經驗文本」(Experiential Text)；(二)病史詢問時的「敘事文本」(Narrative Text)；(三)診視病人身體的「身體文本」(Physical Text)，以及(四)診察技術所產生的「工具文本」(Instrumental Text) [16]。若涉及詮釋倫理時，筆者認為還可加入(五)價值衝突時的「情感文本」(Emotional Text)，以及(六)醫療決策時的「規範文本」(Normative Text)。依詮釋學，解讀每一文本必有習慣性的前理解，或所謂的「直覺」，這直覺一開始具有引導行為的整體意義。然而前理解在解讀文本時都需要不斷得到修正，因為無論是依檢查的數據，或倫理規範，在深入解讀後，都必須對原本疾病腳本，或是價值直覺作出修正。

關於臨床的詮釋學，學者曾提出諸多想法，以下嘗試綜合與整理這些想法：1. 臨床的進路不同，醫師是科學、分析的，而病人是經驗、直覺的。2. 開始共同的目的是理解「發生了什麼」，而後醫師較關心「如何進行醫療」，病人則關心「如何生活下去」。3. 醫學專業術語對病人言是陌生的，他得努力翻譯才與自己的生活產生連結，但翻譯常常失敗。4. 病人的主訴不一定是客觀事實，而是醫療人員必須解釋的現象 [17]。5. 醫師與病人對文本有不同前理解，為了讓局部文本達到流通，必須通過「對話」(Dialog)，讓對方知道我們在講「同一件事情」[18]。6. 因而，詮釋學重視語言的使用，透過對話逐步產生意義。詮釋是種「越界」(Boundary Transcended)的活動 [18,19]，超出前理解而進入更廣的文本脈絡。7. 情感語言往往揭

示深層的存在感受與病人所感受的陌生世界。8. 將臨床情境轉換為文本，必須透過語言的力量，讓意義流動與越界。文本帶有角色、概念與情感等不同多元的脈絡。應用語言的多樣與創造性，應用其既公開又私人性的特徵，將臨床情境轉換為詮釋的文本。9. 生活世界可以依對話而慢慢聚焦 [20]。10. 將專業「知識」以詮釋轉換為「實踐智慧」[20]，理解本身即是種行動。11. 依倫理原則的規範意義，保持雙方結論合情合理。12. 著重對習慣與文化世界的認知，例如華人迂迴的語言表達方式。

總而言之，詮釋學並不提出新的方法，而是讓文本與理解產生流動的一種技術平台。它有意識地綜合直覺與分析的思考模式，理解兩種模式都是可能的解讀，因而避免直覺或規範對解釋事實的獨佔地位。詮釋者有意識地瞭解自己與他者的差異，且意識到自己習慣的偏見。因而，即使詮釋必須以偏見為理解起點，但願意跳出偏見，有意地保持在「陌異化」(Defamiliarization)的運動裡，理解他者世界與自己的並不一樣。讓不同文本透過語言而流動(不再限於硬綁綁的事實)，詮釋是多重地利用語言、意義、文本、偏見、習慣、差異、陌生的他者、視域融合、閱讀與被閱讀等等的技術。我們都有偏見，承認陌生的領域將偏見轉換成溝通的起點，以成就一個好的詮釋。如同閱讀一篇好的作品一樣，唯一真實的詮釋並不存在，但存在著多種好的詮釋。因此我們同意詮釋學的名言，「詮釋是好的理解，而非真的理解」[20]。

## 小結

目前國內似乎未多見詮釋學在醫學領域的研究，但在國外，特別在歐洲 [12]，已有很多相關研究，並實際應用在如「跨領域倫理案例討論會」(Moral Case Deliberation)裡 [21,22]。國內研究與詮釋倫理學較類似的大致為「敘事醫學」的倫理學。與之相比，詮釋倫理學較敘事倫理學注重知識論面向，同時將敘事的脈絡有意識地擴大到文化、宗教、習慣與習俗等的脈絡。最後，本篇以比較生活化的「習慣與陌生」做為標題，目的在回應詮釋學的本質，並不在提出新的理論，而是為了揭露人類的自然經驗 [23]，讓看似在複雜的臨床情境裡，

可以找到更多合情合理的人類經驗。本文希望達到拋磚引玉的效果，期待更多詮釋學在醫療情境裡的實際應用與研究。

## 參考文獻

1. Rashotte J, Carnevale FA: Medical and nursing clinical decision making: a comparative epistemological analysis. *Nursing Philosophy* 2004; 5(2):160-174.
2. Croskerry P, Norman G: Overconfidence in clinical decision making. *The American Journal of Medicine* 2008; 121 (5 Suppl.): S24-S29.
3. Croskerry P: Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Academic Emergency Medicine* 2002; 9(11): 1184-1204.
4. Paulus MP, Yu AJ: Emotion and decision-making: affect-driven belief systems in anxiety and depression. *Trends in Cognitive Sciences* 2012; 16(9): 476-483.
5. Brafman O, Brafman R: *Sway: the irresistible pull of irrational behavior*. New York: Doubleday, 2008.
6. Haidt J: *The righteous mind: why good people are divided by politics and religion*. New York: Pantheon Books, 2013.
7. Niesen P, Roback K, Broström A, et al.: *Creatures of habit: accounting for the role of habit in implementation research on clinical behaviour change*. *Implementation Science* 2012; 7: 53.
8. Cottone RR, Claus RE: Ethical decision-making models: a review of the literature. *Journal of Counseling and Development* 2000; 78(3): 275-283.
9. Have HT: The hyperreality of clinical ethics: A unitary theory and hermeneutics. *Theoretical Medicine* 1994; 15(2): 113-131.
10. Gracia D: Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2001; 4(2): 223-232.
11. Joseph-William N, Elwyn G, Edwards A, et al.: Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling* 2014; 94(3): 291-309.
12. Steinkamp NL: European debates on ethical case deliberation. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 2003; 6(3): 225-256.
13. Benaroyo L, Widdershoven G: Competence in mental health care: a hermeneutic perspective. *Health Care Analysis* 2004; 12(4): 295-306.
14. 王心運、林慧如編著：藍色簾子：敘事醫學倫理故事集。高雄市：高雄醫學大學、麗文文化事業合作出版。2016。
15. Légaré F, Thompson-Leduc P: Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counseling* 2014; 96(3): 281-286.
16. Leder D: Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theoretical Medicine* 1990; 11(1): 9-24.
17. Dekkers W: Hermeneutics and experiences of the body: the case of low back pain. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998; 19(3): 277-293.
18. Vergara O: Hermeneutics and decision making in clinical ethics. *Rev. Bioét* 2017; 25(2): 255-263.
19. Thomasma DC: Clinical ethics as medical hermeneutics. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1994; 15(2): 93-111.
20. Svenaeus F: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis. *Theoretical Medicine and Bioethics* 2003; 24(5): 407-431.
21. Porz R, Landeweer E, Widdershoven G: Theory and practice of clinical ethics support services: narrative and hermeneutical perspectives. *Bioethics* 2011; 25(7): 354-360.
22. Steinkamp N, Gordijn B: Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2003; 6(3): 235-246.
23. Van der Zalm JE, Bergum V: Hermeneutic-phenomenology: providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(1): 211-218.