

# 福柯知识权力观视域中的医患关系及其改善

徐天鹏, 施向峰\* (南京航空航天大学人文与社会科学学院, 江苏 南京 211100)

**摘要:**福柯的知识权力观创见性地指出了知识和权力的共谋关系,在现代医患关系经历由私人关系上升为国家调控的历史转变中,医学知识与国家权力的结合起到了关键作用。福柯以知识考古和权力谱系的方法深入剖析了现代医学的诞生过程,揭示了医患双方在现代医学的主体化过程中共同遭受的宰制,这一思路为医患关系的改善提供了一条微观路径,即从改变主体思维入手,重新认识病理生命,并使病人取代疾病成为医疗实践的中心。

**关键词:**福柯; 医患关系; 知识权力; 主体化

**中图分类号:** B565      **文献标志码:** A      **文章编号:** 1009-3222(2016)03-0196-03

现代医学诞生以前,医疗活动基本保持在医生与患者的个体之间,医生的治疗“只是作为一种个体劳动而走街串户于广大群众之中”<sup>[1]</sup>,医学也只是作为经验而非知识体系存在的。医疗过程注重患者的主动性,这时的医患关系相对和谐,具有个体的直接性和互动性。

而在18世纪的欧洲,国家权力开始介入医学,通过设立权威的医学机构将医学职业封闭化,未经考试或批准的行医者将会被法律惩处,使得医生群体从松散的行会变成了医学机构控制下的职业人员。特权医学机构还成为了医学知识集中的中心,垄断了现代医学知识的生产。个人的健康也被纳入到国家管控的核心地带,在医学知识的技术手段下被检查和规范,导致了传统医患关系的异化。

现代医学与国家权力紧密相连,共同导致医患关系从私人之间上升到国家治理的层面,医生群体被严格职业化。福柯正是从现代医学的诞生过程入手,分析知识和权力对个人的宰制。

## 1 福柯的知识权力观

传统权力理论往往将权力视作可被占有的,由此区分统治者和被统治者的对立地位,并将压抑、法律和经济设定为权力的本质,具体表现为压抑权力观、法律权力观以及经济主义的

权力观三种形态,它们都从定义权力的本质开始分别展开其权力理论。而不同于本质主义的权力观,福柯不认为权力是本质主义权力观下单数的、否定的、单向的,而认为权力是复数的、生产的、无主体的,“所有的力量关系都是权力关系”<sup>[2]</sup>,将权力视为普遍存在的力量关系。

传统权力理论还认为权力是宏观的、压迫性的,而知识则是反思的、批判性的,并因追求真理而独立于权力。福柯质疑知识置身事外的超然性,通过知识考古学和权力谱系学的分析,他得出知识与权力共谋的结论:“权力制造知识(而且不仅仅是因为知识为权力服务,权力才鼓励知识,也不仅仅是因为知识有用,权力才使用知识);权力和知识是直接相互连带的;不相应地建构一种知识领域就不可能有权力关系,不同时预设和建构权力关系就不会有任何知识。”<sup>[3]</sup>权力非但不是知识的阻碍,相反是知识生产过程中所必须的;而知识也远非纯洁,它通过生产真理话语为权力运作提供了必要的合理性论证。福柯对现代医学诞生过程的分析,主要可以从知识-主体和权力-知识两个维度加以概括。

## 2 知识-主体维度:现代医学的形塑

传统的观念史认为现代医学是在克服无

收稿日期:2016-03-25;修稿日期:2016-04-10

基金项目:江苏省社会科学基金重大项目(13A002)

作者简介:徐天鹏(1996-),男,江苏盐城人,南京航空航天大学本科生。\*通信作者:shixiangfeng@nuaa.edu.cn

知、打破禁忌、发明晦暗的过程中不断进步的。福柯反对这一连续性、总体化的叙事,他重新考察了医学知识的生产过程,探求现代人的主体性是如何被建构的。

## 2.1 医学知识的生产

传统医学建立在纯粹观察和经验的基础上,而知识被引入后,医学便也开始以哲学思辨的方式建构真理。现代医学在观察中保留了这种知识的特征,在目视疾病时“是用一整套逻辑铠甲装备起来的”<sup>[4]</sup>,观察的实践经验须与知识体系联系起来才能发挥作用。医学体系通过建构和丰富自身,否定那些否定它的东西,从而确立自身的真理地位,以便向医生与患者发号施令。

## 2.2 人的主体化

笛卡尔的“我思故我在”将我思作为可靠知识的开端,由此开创了主体哲学。主体哲学通过将人建构为主体,为人设定抽象的人性,从而将人的行动置于主体观念的指导之下。福柯批判主体的先验构造,他通过对知识产生过程的考察,揭示主体对人的控制。福柯用继承自尼采的谱系学展现历史的真实面貌,并认为当代语言学和精神分析等学科的发展将最终消解主体化的人,宣告“人之死”。

## 2.3 现代医学的主体化设计

现代医学产生于福柯所说的古典认识型到现代认识型转变的过程中,在这一阶段生物学、经济学及语言学崛起,对应地建构起“生活的主体”“劳动的主体”和“说话的主体”,人的主体化形象由此得以确立<sup>[5]</sup>。

现代医学用区分和排斥的方法进行主体化设计,将现代社会中的个体按照主体标准分成健康与病患相对立的两类,对偏离健康规范的病患予以集中管理和治疗,对健康的人群也进行检查和证明,以保证社会运行的稳定和高效。现代医患关系在此意义上便不仅仅是医生群体与患者群体间的关系,其中还隐含着现代医学的主体化塑造:

医生按现代医学的要求必须将观察到的特殊症状引入普遍的知识体系中考察,并通过现

代医学话语表述出来。不是医生在自由地运用和创造知识,相反,是医生不得不借助医学话语才得以表达,医生既是现代医学知识控制的对象,又是医学知识用以控制的工具。

患者作为偏离规范者被集中在医院这个疾病交汇的场所,通过与健康社会的区隔被主体化。社会需要的是健康的、能生产的肉体,这一规范化的标准使患者自觉地接受矫正,按照现代医学的要求扮演一个合格的患者,展示自己的疾病,献出自己的身体。

现代医学通过主体意识将健康的观念植入医患关系中,表面上赋予了个人以生命权、健康权,实则是赋予了医学控制下的医生对失范患者的审查权力,使患者自觉接受医学凝视,听从医学对自己身体的支配,医患之间由此失去了单纯意义上的医疗关系,而衍生出权力和服从的规训。

## 3 权力—知识维度:医学凝视下的患者

福柯没有沿袭从定义“权力是什么”作为问题开始的本质主义传统,而是直击现实的权力关系,专注于探询权力是如何发生和实施的。现代医学形塑下的个人不仅被主体化,还受到与知识相伴随的权力的宰制。

### 3.1 目视权力

福柯发展了边沁的全景敞视主义,认为社会的管控就如同圆形监狱一般,环形边缘的犯人时刻被看却无法看到中心瞭望塔里的管理者,中心瞭望塔里的管理者则注视一切而不会被看到,现代规训的权力技术与以往相比廉价而高效。同样,在现代医学的凝视下的患者无处掩藏,完全展示自己的身体,患者的身体被档案和图表记录和检查<sup>[6]</sup>,权力通过目视深入到细节,它的运作精致而个体化。

### 3.2 疾病空间

现代医学在诊断和治疗的过程中越来越重视疾病而不是患者本身。医生面对的是与患者身体空间相重合的疾病空间,患者只是疾病的载体,他需要抹去自己的特殊性,从而将疾病完全地展现出来。疾病使患者异化了,关于疾病的普遍性知识剥夺了患者个体的特殊性,患者

的身体在这种医学凝视下变成可分割的病理空间,症状则与其他病例被统一在知识体系中,不复有个体的完整性和特殊性。

### 3.3 医学话语

传统医学语境下,患者对病情的自述仍是有效的,医生用以表述的话语是患者能够理解的生活语言。但现代医学知识的精致化和体系化,却使得患者的声音在医疗中逐步消失,患者需要做的是被动地听从和接受,不给医生的诊疗造成阻碍。医学话语成为横亘在患者与医生间的一道屏障,既隔绝了沟通,也造成了权力与服从。

## 4 医患关系改善的微观路径

福柯的知识权力观透视出医患关系中知识和权力交错的复杂网络,医生和患者在规训社会中同样受到知识-权力的宰制,然而我们却不能全盘否定知识,事实上我们的现实活动已离不开知识这个重要工具,一个社会的秩序也必须依靠知识的论述才得以维持,个体与社会之间存在着永恒的张力。因此对于知识的主体化控制只能以局部的、个体化的方式反抗,保持个体自身的实践和自我教化,而不致完全地沦为社会训练出的主体化个人。对于医患关系的改善也可从个体化路径尝试改变。

### 4.1 重新认识病理生命

传统生物医学模式将疾病视为一种偏离健康的不自然状态,通过各种技术手段祛除疾病,也因此获得了控制现代人身体的正当性。而正如福柯所揭示出的,疾病自古与人类共存,有其自身的秩序,病理生命同样真实而自然,而以健康为名对日常生活的医疗化控制则是生命政治的重要手段。现代医学需要的是在技术主义和人文主义中找到平衡,认同疾病作为生命的一部分。如果疾病变得和健康一样可以接受,那么有关健康的迷信将被打破,患者不会被视作

偏离社会规范的群体,医生的特殊地位也将被削弱,则新的疾病观下医患双方将作为合作者,在平等协商的基础上一同应对疾病。

### 4.2 医疗实践中“病人的再现”

在现代医疗实践中,由于技术的更新、药物种类的日趋复杂以及诊断手段的不断整合,医生与患者之间在信息和知识上的鸿沟扩大,导致了医疗实践中“病人的消失”。与这一现象伴随的是“以疾病为中心”的医疗态度,患者被视为疾病的载体,医务人员似乎面对的是疾病而不是患者,这使得医患间缺乏沟通;而当前一些医疗机构对经济效益的追逐还引发了过度医疗及用药高档化等问题,损害了患者的利益。对此,应当在医疗实践中再现“病人”地位,加强医务人员与患者间的沟通,针对医患间的知识信息不对称,应鼓励医生多用生活语言向患者解释和交流,并重新发掘患者自述的医学价值,可以为患者准备一份关照其生活故事的人文病历<sup>[7]</sup>;同时,还应当尊重患者知情权以及参与和选择医疗方案的权利,加强医疗系统内部的监督与反馈,避免过度医疗和扩大医疗适用性的倾向。

#### 参考文献:

- [1]汪力平,杨耀防.医患关系演变的历史趋向及其影响[J].九江学院学报,2007,26(5):23-25.
- [2]吉尔·德勒兹.德勒兹论福柯[M].杨凯麟,译.南京:江苏教育出版社,2006:73.
- [3]米歇尔·福柯.规训与惩罚[M].刘北成,杨远婴,译.北京:三联书店,1999:29.
- [4]米歇尔·福柯.临床医学的诞生[M].刘北成,译.南京:凤凰出版传媒集团译林出版社,2011:118.
- [5]高宣扬.福柯的生存美学[M].第2版.北京:中国人民大学出版社,2015:219.
- [6]莫伟民.主体的命运[M].上海:上海三联书店,1996:222.
- [7]应明真,王雅杰.从医患关系现状看医学人文关怀[J].西北医学教育,2014,22(6):1086-1088.

## Doctor-patient Relationship and Its Improvement Based on Foucault's Conception of Knowledge and Power

XU Tian-peng, SHI Xiang-feng\*

(College of Humanities and Social Science, Nanjing University of Aeronautics and Astronautics, Nanjing, 211100, China)

**KEY WORDS:** Foucault; doctor-patient relationship; knowledge and power; subjectification