

## 虚弱性的构建 ——生死的临床哲学探讨

中冈成文（大阪大学教授）

关于“生死”的“学问”处于独特的尴尬处境。大凡学问这种东西，必须采用一种“强势”的态度来“捕捉”对象，并从理论上对其进行把握。可是，生死这个对象，却超越了我们的控制范围，它有自身的规律并能独自发生。在这个意义上，“虚弱性”是其本质。单纯用对象化的方式捕捉这一对象，是不行的。我们思索包括衰老在内的生死问题，以承认虚弱性为前提，在思索过程中必须保持不使其本质变质。我们的体力和精力在以同一种方式走向衰弱，因此，虚弱性规定了人的本质。而且，我们可以发现生死问题最终是无法用“独我论”来解决的。因为生死仅靠自己的认识与觉悟是无法应对的，事实上它需要与其他人之间以各种形式的媒介的介入。

然而，用弱勢的态度来对待软弱的对象，能成为生死的学问么？人们恐怕会提出这样的疑问。如前所述，一般认为，从某个角度概括对象，并强化其可能性，才能从学术上把握它。用这种态度探索生命的一种学问就是生物学 biology（“生命” bios 的“学问”）生物学是从遗传基因这种一般性的观点来观察生命的。另一方面，也可以用生物学的观点类比人类社会的现象，例如，也有人提倡“利己性的遗传基因”这一概念。这种超越了学术范围的类比一般化权限虽然有待界定，但是，在这一意义上并未采用方法论的态度，仅从日常的，自然的角进行定位，达不到学术的抽象程度。哲学能够用其他学术研究无法做到的方式直接接近生命与生活，生命和生活本身或者说对生命和生活的支持（care），与从学术上对其进行检讨和描述，是层次不同的领域。

## 1. 临床哲学的尝试

我将从临床哲学的角度来报告我的论文。临床哲学受到欧美应用伦理学，实践哲学 Philosophical Practice 和日本的中村雄二郎关于“临床的知”的研究等的影响，由大阪大学鷺田清一在 20 世纪 90 年代中期在大学层次上提出的思想、实践。临床哲学主张积极参与社会的“痛苦的现场”，它与教育并列，研究的是医疗、护理、照顾的现场，具体包括临终关怀，痴呆症、残疾等问题。而且，大阪大学研究生院收容了具有以上“现场”情况的人。这样，认知过程不再教条化地使用医疗、护理、照顾、教育方面的语言，也产生了拥有现场经验的临床哲学出身的教师。与医疗等领域相关的“临床哲学的认知”也逐渐形成。从上面的情况来看，临床哲学从诞生以来就一直与生死问题相对峙，我对中国在处理这个问题上所进行的尝试很感兴趣。从临床哲学的宗旨来看，从一开始就给它下定义（“强势”态度）是不恰当的。下面我将举几个例子，对临床哲学向生死学的发展会有所启发。

### 1. 事例 1——“倾听”的力量

临床哲学的倡导者鷺田清一发表的“‘倾听’的力量——临床哲学试论”（1999 年）一书，堪称临床哲学的宣言。为什么他身为哲学家却强调“临床”呢？鷺田引用了梅洛-庞蒂、列维那斯等现象学派哲学家的观点，指出：“与什么人相遇，这个人就是具体的特定的他人，而不是一般性的他人，这一点对于‘临床’具有决定性的意义。为什么这样讲呢？因为每一次‘临床’现场的构造都是根据自己面对的他人是什么人而改变的。反之，对于他者是谁完全不在意，采取中立的立场，有时反而能够成为普遍的东西。在此意义上，使他者能与他者自身紧密媒介的可能性得以形成，但即便如此，中立立场始终不变时，莫如说是对他者平板式的镜像化，反倒为自恋乃至自我封闭提供了动机。”处理“他者一般”的“中立立场”，用我在这里的语言来说，就是“强势”态度。与此相对，与鷺田的“具体的特定的他者”“相遇”则可以称为“弱势”态度。为了真正与这一特定的他者相遇，人就必须采取“倾听”的态度。这一提案常常与卡温塞林等人提出的“倾听”、“主动倾听”的手法结合起来理解。

但是，与“具体的他者”相遇，为什么没有停留在临床现场的实践阶段而与临床“哲学”的主张结合起来呢？这一点有必要进行说明。另一方面值得注意的是鹭田也并未完全放弃对待他者一般的强势态度。他并未否定“在能够成为普遍的东西这一意义上具有使他者与他者自身紧密媒介的可能性。”

## 2. 事例2——死的“人称”性

最近在临床哲学的课（后述的“安乐”课题组）上，一个职业为理疗师的研究生在讨论中，举了神经疾病之一的“肌肉萎缩性侧索硬化症”（ALS）的事例。这种疾病一般病情发展迅速，身体的运动神经会发生变质，引起肌肉萎缩与体力下降，最后呼吸肌麻痹而死亡。目前没有有效治疗方法，是一种很可怕的疾病。在这一事例中，一位女士的丈夫得了ALS，发病了。这位女士一直苦恼该不该给她丈夫用人工呼吸器。她与子女几次商谈都找不到解决办法。可是在这期间，这位女士却患上了癌症。自己面对死亡，她变得能够更加冷静的处理丈夫的问题。发表者将死亡分成第一人称的死，第二人称的死，第三人称的死。即对于他人的死（第三人称的死）我们可以很容易从客观角度描述，自己丈夫的死（第二人称的死）就不能这么容易做到了，更不必说自己的死（第一人称的死）了，很难从正面接受。这种区别虽然看上去道理很简单，然而却有反对的意见出现。你说第一人称的死无法接受，可是人无论如何也会想象自己要死了吧。而且，你所认为的在这一事例中是丈夫的病（ALS）导致妻子开始思考第二人称的死，真是这样的么？即使是亲密关系（夫妇），对于对方的死是从“第二人称”来把握的还是作为别人的事（“第三人称”）来把握的，也是弄不清楚的。

这位发表者，将个人关于死亡的体验结合了他对职业护理的关注来进行发表，引用了海德格尔的《存在与时间》来证实对死亡的“觉悟性”。由于他的出发点是直观性的东西，没有进行充分检讨，因此招致反对意见。我认为，对于临床哲学来说，以具体的经验（事例）为基础，使其成为对话式的共有语言化阶段，适当的进行检讨，进行“经验批判”是不可或缺的。与康德先验性的批判（强势态度）相对，这种批判是生活中的人在活着的过程中，或从事某种职业的人在将原已形成的检讨能力进行言语化，以适当还原生活经验

的原动力。

### 3. 事例3——安乐

临床哲学（大阪大学）的最主要的代表性课程，每周五晚上授课，实质上这一门课是对市民公开的。这门课上大家共同探讨临床哲学的本质，并据此进行临床哲学的实践，它与近年来临床哲学的发展相呼应，大多分为教育，环境和医护3个研究课题组。医护（医疗、护理、照料）课题组今年的研究题目为“安乐”。安乐不仅是医疗问题，也是社会问题。现在的日本社会常常强调“安全”、“安心”是市民生活的关键内容。在医疗方面从前就存在这种倾向。评定“安全”、“安心”的“客观的”（多是科学主义的）基准带有浓厚的专家观点。而且专家之间对于“安全”的判断也有分歧。例如，某种疗效方案对于被实验者来说是否安全，专家也有可能作出不同的判断。为了采取强势的态度必须要有一个基准，但是与更细的专业分类（例如是药理学还是临床外科）相适应的“安全”的基准，相互之间是有出入的。与被实验者、生活者的进行了关于安全感的交流，就更加难以单方面设定基准了。对此，课题组成员超越了专家文化，科学技术主义（technology），将当事者的日常实际感觉作为“为了人人能够舒适的生活而进行钻研”，以“安乐”来重新把握并注重对其重新定位。这从另一方面也是对我们自身的感性进行锻炼，受消费主义倾向的影响，在稍有风险、痛苦也要回避的“无痛苦文明”（森冈正博）的伴随下，自身的感性被埋没了。课题组讨论的成果，并不是作为研究者执笔的“论文”发表。而是作为广大学生、市民广泛参与的安乐课题组的“研究性论文”发表的。也就是说，安乐课题组的的活动，其形态、内容、发表方式等一切，都超越了业已形成的专业性（强势文化）框架，而是以虚弱性的构建为指向的。

### 4. 事例4——关于痴呆症“委托他人”的可能性

下面是我在2005年，在东京大学举行的关于生死学的21世纪COE研究会上，由竹内整一教授介绍而发表演讲中提出的问题。将自己长年的护理经验升华为护理理论的三好春树在《プリコラージュとしての介護》中，描述了认知症（过去叫痴呆症）发展到严重程度的人的状态。由于健忘，不记得自

己是否吃过早餐，询问周围的年轻人，被人告知“已经吃过了”。这时候能不能说“哦，是么”，而哈哈大笑起来。能否相信周围年轻人的话。如果能相信，就安心地发呆了。

如果忘记的东西只是与自己相关，那么健忘是无所谓的。因为健忘会牵连到他人，具有社会性，所以想不起来也要假装想起来了。在这种想起的构建的共同操作中，他们将主导权让渡给了周围的“年轻”人。“啊，是么”，一笑了之。自己发生过的全部事情，不能用自己的语言重新表达，对其进行把握、管理，而是将自己不能直接“认知”或重新认识的那一部分，也就是作为一个小回路，直接委托给了他人。我们在孩童时代半自然性地实践过这种过程，成人“自立”后在日常生活中也在某种方式上依赖着他人生活，随着人变老我们又要重新学习对他人的依赖，和委托他人的必要性。不仅在生活认知层面，在学术研究上也需要相互引用、对话，这些也是“委托他人”。没有这些，研究是不能成立的。西方近代哲学鼻祖笛卡尔拒绝这种“委托他人”（至少在存在与认识的层次上），致力于发现“绝对确实”的真理认识的原理。

我在东京大学的演讲中，并没有否定通过个人努力来认识真理的重要性，但是我更强调担保认知的实际存在性的意义。包含哲学理论的科学认知，对生活认知进行检讨，使其更加精炼，细腻；生活认知超越了具体场面的制约，提高了“抽象度”而获得一般性，这的确是很必要的。其成果又会通过教育反馈到生活认知的层面。优秀个人所带领的研究集团以方法化的专业知识与训练（强势态度），对科学认知的深入化和细致化的确有所推动作用。反之，科学认知是在生活认知的基础上发展的，我们也应该考虑研究人员本身也是生活中的人。研究人员也在某种程度上认识到了这一事实，但是并未将其反映到学术态度中，而是过着所谓双重的生活。

## 2. 与虚弱性之间的调解 构造化的必要与努力

所谓“虚弱性”，如上所述，表示对象（受伤的人，临死的人或者全体生物）的虚弱性。同时，也表示支持这些对象的方法论上的“虚弱性”，即不强

调自己首先听取对方声音的接受性的姿态。也包括不使用“强势”语言和引用的权威性语言，不将原理中演绎出来的观点直接应用到事例中等经验。

只是，生物的虚弱有一定的历史形成期，是在一定的（无意图的）“构建”之后表现出来的。弱势生物相对于捕食者来说是弱小的，但是相对于其他更加弱小的生物和无生物来说却是“强大的”。反观人类，除去以追求“强大”为目标的人类的反弹力单纯谈论弱小，也是片面的。绝对虚弱性是不存在的。人们在认识到弱小的时候，已经在想办法摆脱了。通过努力，探讨与特定他者之间的遭遇，甚至在探讨之前就具有了检讨性的想法的时候，在这里特定的事物反复进行，就有可能形成普遍性。

黑格尔建立了绝对认知体系，他从“精神”的立场出发观念论地构建世间万物。在这一意义上，他被认为是典型的强势态度的哲学家。他对于人类和世界的深入理解具有唯心主义体系化的价值。在《精神现象学》一书中，他从“自我意识”这一章开始，而没有从作为个人的人这一出发点出发。他的个人，是作为有机体的个体，从“类”（大的生命体系）出发，为了维持自己的生存“形态”而进行相互斗争。生存是从周围的要素，环境中维持自己的形态，换言之，是保持自己的构造。也包括人类文化、社会特有的构造化，例如与排泄、生殖、健康等相关的约定俗成的内容。这一层次上的“虚弱性”，指的是不具有那样的生物体性意识性的构造化的能力。

下面举一个特殊的例子，从中我们可以看出人的根源性的“构造化”的必要性处于缺乏状态。英国曾经有位音乐家、指挥家受到病毒感染，大脑的一个部分被损坏了，只能保持7秒钟的记忆。他说，没有记忆，“与死无异”。妻子告诉他，你以前上过电视，是名人啊。他听了之后，有些意外，傻笑了。这种笑，与痴呆症患者听了别人的话之后，觉得自己无法做出反应时掩饰性的笑相似。他的心里存在基本的连续性，虽然他记不得妻子、孩子们的名字，但是却认识他们。英语也没有忘记，也能进行理智的对话。别人问他，你知道雷丁（Reading）这个地方么？他能够准确的回答说“是Ledaing这个地方吧。”——可是，十几秒后你问他同样的问题，他还是回答相同的答案。我们认为“他在重复答案”。但是对于他来讲，只是对于第一次被问及的问题说出答案而已。这种与他人之间的交流对他来说始终是新鲜的。但是“真的是新的话题么？还

是说自己总是重复同样的话，别人已经觉察出来了，只有自己毫不知情呢？”这种不安的疑问一直困扰着他。他的表情与声音变得疑虑起来。通常，重复会产生一些积累与构造化（可能是“又来了”这种厌烦的情绪），但是他的经验与谈话在他的大脑中却都没有累积，每隔7秒就会消失的无影无踪。无法进行构造化的事实显露无遗。但是，虽然知道这一点，他却不明白自己是在什么事情上、怎么“显露”出来的。这种由于不知道而产生的不安，通过只对他可以信赖的少数人傻笑而“显露”出来。对于这种状态，他认为是“与死无异”。他处于前面所讲的是否能“托付他人”的分界线上。

从这一事例中我们可以再次认识到，保存记忆，反复体会经验是认知走向成熟不可缺少的条件。头脑中的概念经过反复体味，推敲，才能固定下来。

另一方面，为了妥善处理自己内部发生的身体上、心理上、社会上的“构造变化”，也会勉强半意识性地冻结通常经验的构造化。在此再举一个例子，罗伯特·墨菲的《身体·沉默》是一位患有脊椎肿瘤疾病的人类学者的记录。他的神经系统被逐渐破坏，身体渐渐麻痹而死。对于这种疾病他学会了“过一天算一天”。即，为了避免陷入绝望，“不碰触意识的神经”，“自我麻醉”。作为综合时间（通常是考虑未来、回想过去这种自然现象）的构造化，患者有意识地对其行为进行冻结，为了把自己从不幸的想象中救赎出来。而且，墨菲在谈到麻痹的四肢时，本该说“我的腿”、“我的胳膊”的时候，却因为对自己的身体产生了距离感，用“非人称化”的“那条腿”、“那只胳膊”来指称，一直照顾他的人们也用这样的指称。通过用这种变化了的指称，照顾他的人对于这种“照顾别人的身体通常是一件非常不愉快的工作”也变得轻松起来，患者本人也认为“只有将自己与身体之间拉开感情上的距离，才能忍受这种病痛。”这是通过暂时放弃具有通常的人的、社会性的意义的确认，最大限度地谋求再构造化。是人在极度虚弱性中采取的一种构建手段。

作为知识分子，墨菲感受到了更大的障碍。麻痹患者不能使用“沉默的语言”。因为思考与身体活动之间的某个微妙的环节断裂了。身体麻痹对“人的实际存在”会带来更为严重的影响。“大脑的思维活动不能与行动相结合”，心灵已经无法与身体运动协调。其结果是人沉浸在孤独的自言自语中，有时连自己在思考什么都弄不清楚。人被无意识和无止境的沉默思考侵占，迷失了方向。

仅有的一点安慰是很少的身体活动和睡眠。但是这种从“超身体化”、文化上的文脉开始的“异化”，在新的更为普遍的层面上也有可能进行再统合、再创造。墨菲举了失明的米尔顿写出了《失乐园》，失聪的贝多芬写出了《第九交响曲》，严重 ALS 患者霍金探索宇宙秘密等例子。

### 3. 对东亚生死学的展望

在本文开头，我提出过生死这种现象或事件 其本质是“虚弱性”，因此用“强势”态度对其进行对象化地把握是不妥的，但是仅用弱势态度对待虚弱的主题也不能成为生死的学问。尤其是临床哲学是研究在现场关怀（care）生命和生活的问题。这种探讨到底是否具有“学术”价值，能否达到一定水准的知识构造化都是有待商榷的。

到这里为止，我并没有明确论述生死“学”要采用怎样的构造化。而是在生命和身体在“虚弱的”构造化中或某种顺利的机能受到阻碍等的时候，遵循“通过解构进行再综合”进行了分析。人的认知战略不必直接描述这种生命的战略，但也不能脱离太远。

以前我是研究西方近现代哲学的，在“东亚生死学”研究上，我想离开重视意向的主体性与以此为基础的间主体性的传统，来间接地研究东亚的生命思想的固有特点。德里达通过“解构”这一构想，严加追问理论构造化的“经济”（economic），他在《法律的力量》中这样论述：“肉食性供给与牺牲构成主体性构造的本质。由构成主体性构造的本质开始，也就是成为意向性主体的基础的本质。即便其不能成为规则，但至少能够成为法律 - 权利的本质。”在这本著作中，对动物的权利等所谓应用伦理学的课题也进行了批判，矛头直接指向人类的文化与其构造的基础。他指出，处于我们的文化和法律 - 权利基础上的肉食性供给与牺牲与象征的、非象征的所有的吃人之人之间有某种“亲近性”。“只有吃人之人才能在哺乳、爱、丧之中形成间主体性或者实际上说是使用象征或语言使其成为自己之物的所有作用中存在的间主体性结构。”是什么人造就了“吃人之人”呢？不仅限于所谓食人种或者相反也不限于西方近现代知识分子。另一方面，动物即使吃了同类也不是这里所说的吃人之人。德里达

如果能够概括出“强势”构造化的欲望所包含的问题，对我的研究是有帮助的。然而德里达却设定“哺乳、爱、丧”是生活着的我们人的亲密性与关怀的根源，不是人的能动性本身，甚至怀疑孕育生命和整个生活的无意识的环境都有吃人的意向。这样的话，我所提出的虚弱的构造化态度，也难免受到批判。“虚弱性”的构建也不过是一种奸智、自我韬晦。

西方文明、至少西方近代（后期）和现代的特点，是将人这一种群、人当中的以个人为中心的构造化推上了极端。例如，对于安乐的向往，就是抵抗外部压力和威胁保护个人和家庭的安宁的构造。但是，保护本身就在阻碍安乐。对于构造化的努力与坚持会使人疲倦，并导致虚无主义。一切都要过目，计算明白，进行预测、控制，这种实际确定的欲望不仅支配了生活，甚至发展到了“安乐死”。这里面潜存着很多西方古代宇宙观上的目的论性的统一的影子，人与其他生物、生物与无生物，各种生物之间的界限，不论好与不好都清楚了。在整体论的构想（例如“宇宙飞船地球号”）中，大体上是在这些“区别”和以此为基础的构造化的基础上，追求整体的和谐统一。古希腊的“万物始源是水”这种切断一切区别的一般性说法不太可能引起共鸣，只能作为比喻被使用。

或者对于这种倾向，有没有有效的方法可以去掉过分的构造化欲望和强迫呢？怎样才能使人这一种群脱离以自我为中心，去掉“推己查人”的“人的习性”，而使“天地为师”（三浦梅园）成为可能呢？关于生死，从死这一方面来看生可能吗？在东方，道家也论述过“虚弱性”。“柔弱是‘道’之效用”、“天下莫柔弱于水，而攻坚强者莫之能先”。（《道德经》78章）但是这种汎通的“质”的揭示，即使将其称为柔弱，也不能成为另一种形式的刚强。同样，不用弱而用“无”这个词来代表，这种本质也还是会成为实际确定的、实体的物（更大的，更具有包括性的有）的代表。弱也好，无也罢，都是一种过程，代表交流的经过，既不是终点也不是集大成。

以上的知识和讨论并不充分，因此我不急于得出结论。但是，从中可以得到如下启发，即在学知中、尤其是关于生死的学问中，我们总是需要对知识与构造化本体进行反思的态度。道家说过“绝学无忧”、“知不知，尚矣；不知知，病也。是以圣人之不病也，以其病病也，是以不病。”（《道德经》71章）也描述了知识的发展战略。这种看起来复杂的策略或者把复杂的构造简单化的智慧

是值得我们学习的。不论我们探索怎样的“东亚生死学”，这都不是最终形态，它必须在与其他地区的生死学进行交流之中，才能构建得更加完善。

(赵晓玉 译)