

*S*ickness and Healing
An Anthropological Perspective

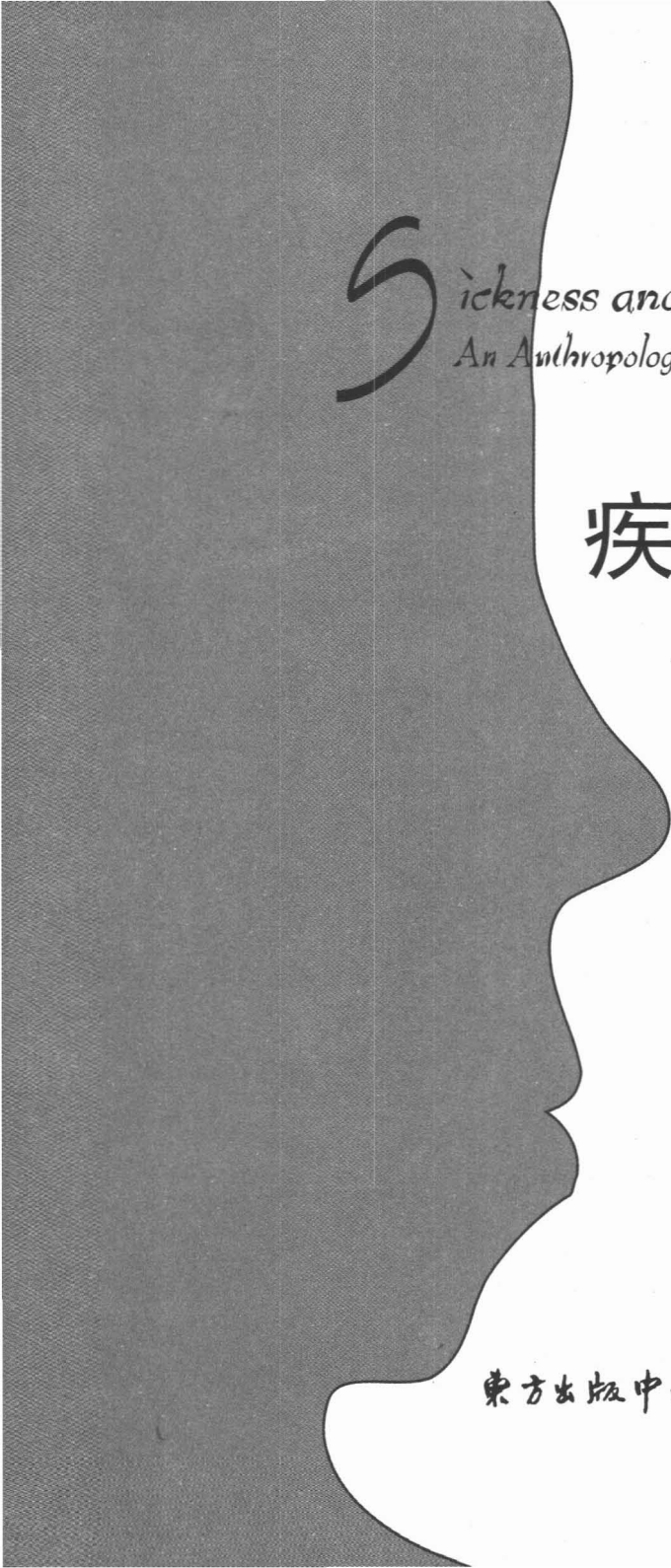
疾病与治疗

人类学怎么看

[美] 罗伯特·汉 著 禾木 译

东方出版中心





*S*ickness and Healing
An Anthropological Perspective

疾病与治疗

人类学怎么看

[美] 罗伯特·汉著 禾木译

东方出版中心

目 录

致谢	1
导言	1

上编 人类学如何看待疾病与治疗

1. 疾病万象	3
2. 所谓“受文化限定的综合征”并无限定	41
3. 三种有关疾病与治疗的理论	66
4. 社会与文化对患病与治疗的影响	91
5. 人类学与流行病学：一种还是两种逻辑？	119

下编 剖析生物医学

6. 作为文化体系的生物医学	159
7. 内科医学的世界：一位内科医生的肖像	214

8. 从《威廉姆斯产科学》(1903—1989)各版本分析分娩中的 分工：产科医生、产妇与社会	264
9. 在两个世界之间：生病的医生	296
10. 从医学人类学到人类学化的医学	335
参考文献	376
索 引	415

致 谢

我很幸运,在为这本书做准备的过程中,能与众多优秀的同事和朋友工作、生活在一起,也很幸运地得到尝试多种多样的研究经历。我要感谢我的父母:莉莉·汉和彼得·汉,还有我的朋友和同事们:梅兰尼·安德森、塞弗基·阿莱尔、霍华德·布罗迪、埃斯特·布朗、彼得·布朗、诺埃尔·克里斯曼、埃里奥特·丘吉尔、埃特伍德·盖尼斯、狄波拉·戈登、阿兰·哈伍德、布里吉特·乔丹、莎伦·考夫曼、萨拉拉·奎西纳莫西、凯西·卢茨、吉姆·蒙德雷、马约莉·穆埃克、崔茜·佩吉特、迈克尔·菲利普斯、安德雷·桑卡尔、米歇尔·谢德林、荣·西蒙斯、金妮·索尔斯、霍华德·斯坦因,以及其他人在这部书稿漫长的酝酿期里所给予的富于启发意义并让我获得莫大支持的关怀。我对这几位人类学与健康研究领域的先驱们亦心怀感激——阿瑟·克莱曼、阿瑟·鲁贝尔和雷尼·福克斯。本书第4、6章修订自与阿瑟·克莱曼合著的论文,第7章则是在阿瑟·鲁贝尔和雷尼·福克斯的指导下完成的。我还要感谢耶鲁大学出版社的编辑艾伦·格拉汉姆和格拉蒂斯·托普金斯的鼓励和文稿修改明晰工作。

在过去的8年里,美国疾病控制与预防中心(CDC)为我提供了一个非常棒的工作环境。不过,这本书是我个人完成的,没有也不需获得来自CDC的官方支持与认可。

书中的第3、5、10章为首次发表。第1章收录的是我1984年发表的一篇文章；第4章是我1985年的一篇文章的扩展版。第2章修改自曾在《社会科学及医学》(Social Science and Medicine 21 [1985]: 165-71)上发表的一篇文章；第8和第9章修改自分别曾于《医学人类学季刊》(Medical Anthropology Quarterly)及其前身上发表的文章；而第7章则是我与盖尼斯1985年合著著作中一章的修改版。我要感谢以上文章的出版方慨允我使用业已出版的资源。我还要感谢阿普里顿-森图里-克罗夫茨协会允许我引用《威廉姆斯产科学》卷首插画、感谢美国产科和妇科医生学会准我使用照片并允许我利用学院卓越的图书馆。西雅图和亚特兰大的众多办事快捷的图书馆管理员们为我搜索到了许多难找的资料，对此我深表感谢。

对于这个项目以及其他新项目，史蒂芬·谢尔曼都与我分享了一个舒适的港湾，我对他感激不尽。

导 言

在最理想的状态下人类学应该总是具有颠覆作用的。它描述不同的社会、文化和心理现象,并因此挑战了人们习以为常的看待、思量和理解世界的方式。

——Crapanzano 1990: 145

无论时空如何转换,疾病以及如何治愈疾病一直都是人们关注的首要问题。然而,对疾病的理解以及相应的治疗措施却因时因地而大有不同,从根本上受到了历史文化环境的影响。当代的西方人已经习惯于把自己对疾病和治疗的观点看做是天经地义的——总之事实就是如此,人们可能得这种或那种病,然后会有各种相应的医疗技术来治疗。虽然他们也会承认,医学体系——生物医学(Biomedicine)^①,在细节上可能还很不完善,但它所遵循的基本的病理学(pathology)和治疗学(therapeutics)原则却是正确的。另一方面,非西方的观点则一般都被认为是原始的、神秘主义的、从根本上来讲误导了人们,但偶尔在实践中也会有一点点收获——就比如对草药的知识。

① 在此处,我用这个词来指代在西方社会中占主导地位的以治疗生理失调问题为导向的医学。

人类学的看法

2 在这本书里,我将试着与主流的西方观点保持距离,而从一种人类学的视角来看待疾病与治疗。它与大行其道的主流观点之所以不同,就在于它把不同地方的不同医疗体系都看做是独特的文化现象——某个社会的成员们共享的思考、判断和行动模式。在书的上编里,我提出了一些看待疾病与治疗的方式,它们并没有把西方医学的种种观点看做是理所当然的,而是有各自独特的立场。在下编里,在之前用比较的方式对西方医学提出质疑(用术语来讲就是将它“悬置”起来)的基础上,我开始近距离对它进行观察和反思。我将在奇异之处寻找熟悉的东西,在熟悉的东西里面发现奇异之处。

人类学观点是平等主义的:它认为,虽然有关疾病和相应治疗措施的观念因社会的不同而不同,但它们都是平等的文化体系。通过跨文化的翻译诠释工作,人类学家试图为他者的声音寻找到更多的听众。人类学家总是把自己在不同文化情境中碰到的“信息提供者”(informant)尊为老师,他们总是对异国的事务充满包容心,对本国的现象反倒疑心重重——两方面有时候甚至都做得有些过头了。

人类学家认为自己在异国他乡发现的各种“新”形式的疾病都是真实存在的,尽管它们乍看起来多少显得有些古怪,令人难以置信。他们也会郑重地对待在本土文化之外耳闻目睹的各种“新”治疗方式。当然,什么是“新”的往往取决于你到过哪里,见识过什么。人类学家试图理解异文化中种种疾病与治疗现象背后潜藏的观念、理论和价值。通过展示更宽广的世界中人类的多样性,他们也许能扩展关于人性(humanity)的概念。这场跨文化遭遇的目的不是要把所有这些表现形式拼合成一个全人类文化的大杂烩,而是希望促进

各文化之间的相互尊重、跨边界交流与真诚的互通有无。

我特意指出我将“试着”与主流西方观点保持距离,意在说明,我并没有装做自己是完全从另一种或另外那些文化的立场来理解疾病与治疗,完全跳出了自身所处文化的基本假设。因为这样就否定了人类学的一个基本信条:引导人们以特定方式理解世界的观念和预设——他们的“世界观”——从根本上是由他们所处的文化情境塑造的。和病人、医生及其他参与治疗的人员一样,人类学家也是他们所处文化的产物。我不能否认自己的文化根源。

我也不想否定 20 世纪生物医学空前的知识积累。我每天都在惊讶于它新近的伟大发现与发明。而且,在我自己生病的时候,也会求助于生物医学——这不仅是因为它的医疗措施相对来说比较简便,而且因为我相信,在许多条件下,它能够提供放到哪里都算是最好的治疗措施。此外,在我进行流行病学研究时,我也都是基于生物医学的各种发现。毕竟我是西方人,生长在一个生物医学盛行的社会之中。

医学人类学家通常都会遇到一种本质上的两难困境,并对生物医学抱有一种深层次的暧昧态度,从而导致他们总是不能确定自己所运用的指导框架是否有效。虽然他们想要不偏不倚地对各个医学体系做跨文化比较,对任何一种观念都不带好恶偏见,他们自己的观念却常常植根于生物医学。他们对疾病与治疗的大多数观念都是从生物医学及更广大的西方文化的教诲中得来的。

大多数人类学家在生物医学盛行的社会中完成社会化,这导致整个医学人类学界出现了两派观点,有时候甚至同一个人也持有双重观点。一种观点用等级化的方式看待医疗世界。生物医学的基本真理是最高级的,其下是病人和非西方医药理念的实践者们所持有的歪曲而简单化的观念。与此相应的是人的等级——医生是生物医学真理的掌握者,护士和其他医务工作人员,以及病人和其他

3

医学体系的实践者,则迷恋于更简单化的、更无用的观念。

第二种观点则普遍见于对非西方医学体系的分析中,研究者宣称自己是在揭示当地医学自有的“真实性”,他们总是提防着不能把自己的观念强加到研究对象身上,这些研究者于是假设本土的、地方性的对疾病与治疗的解释是完全有效的(Kenny 1983)。在这种相对主义的观点中,研究者可能会最小化、忽视,甚至公然否认普遍的生物学与病理学事实(他们自身的文化已经整理出来的事实)。

第一种观点假设分析者本身的文化具有绝对的真理,是“种族中心主义”(ethnocentric)的,而第二种观点可以被描述成“外族中心主义”(xenocentric),假设他者的文化才绝对地通向真理——至少与自身文化相比。我认为两种观点都是错误的。在研究任何一个观念体系之前,就假设能在其中找到绝对的真理,那是毫无道理的。此外,理解异域观念的能力首先取决于观察者的假设,而这些假设最可能基于他或她自身的文化(Quine 1960; Hahn 1973)。对他人的逻辑与信念做出的结论很可能是自身先入之见和偏见的产物,也很可能是把观点转嫁于他人的结果。“外族中心主义”假设人能够摆脱固有观念的束缚而“切实”感知到他人的文化信念,其实是掩盖了人进行观察认知活动的基础。

4 观察者需要一个立足点。观察与理解都是在一定的概念、假设和规则之上产生的。即使是 20 世纪初的实证主义哲学家们也都承认,人是不能够在没有一个概念平台的情况下来对知识进行重构的,而这个可用的平台就是知识建构者自身所处的文化传统。奥托·纽拉特(Otto Neurath)曾这样写道:“我们就像是必须在广阔的海中央改造自己所乘船只的水手,根本不能安稳地在码头就事先把船拆解开,选用最好的零件来加以改造。”(转引自 Quine 1960)

人类学——以及其他希望理解异文化中的现象的学科——面临的挑战是,发展出一种观察框架,它必须尽可能地清楚、合理和稳

定,而且要能够容纳其他文化提出的不一样的真理。如果我们是以生物医学盛行的文化为立足点,开始追寻,那么,我们首先必须把我们所持的生物医学观念尽可能搞得清晰而系统。但与此同时,我们不可以作这样的预设,认为这个体系的种种假设就是最终的和唯一的真理。我们的这个框架也并不是唯一可立足的观察点。

正如人类学家使用“民族植物学”(ethnobotany,词源为希腊语 *ethnos*,意为一个“国家或民族”)来指代某一社会对植物学的知识、用“民族鱼类学”(ethnoichthyology)来指某一社会对鱼类的知识一样,人类学家创造了一个听来不雅但却挺有用的词“民族医学”(ethnomedicine),来指代某一社会文化体系中关涉疾病与治疗的部分。他们的想法大体是这样的:社会的整个文化包括若干个文化体系——例如,科学、宗教、经济和医学——每个体系又包含了三个基本方面:一个独特的知识与实践领域;一种社会化的方式——将这个领域的知识传授给专业人士和其他人;以及这个领域的活动得以展开的一个场域。

知识领域定义了这个文化体系是关于什么的。医学领域把“医学的”事物与其他东西区分开来。这个知识领域包括了从业者与普通人所持的目标、价值观、知识和技术。它还指出什么是恰当的行为(医生和病人的)以及行为失当,如病人捏造病情或医护人员罔顾职业操守时应受的惩罚。在许多“传统的”非西方社会中,医学领域并没有清晰地从宗教、政治和其他社会生活领域中分化出来,患病可能是因为神灵的作用,而治愈可能需要通过解决某些社会冲突来完成。

社会化则是某一文化领域知识被传授给新人的方式,如,萨满教里的幻象寻求,生物医学领域的医学预科教育、医学院教育、毕业实习等阶段。通过这个过程,社会培养和延续了在此领域中能担任像医生和专家这样的角色的人才。在生物医学领域以及许多传统的医学体系中,医者的社会化过程往往都是漫长而艰辛的,而

有经验的从业者则是导师。社会化过程同时也是社会教导人们如何理解疾病与治疗的过程,它告诉病人在生病的时候应该怎么做。

5 最后,一个文化体系会确定一个各种活动得以展开的场域。这个场域会包括一些机构和场所,如医院和医生的办公室,以及一些既定的角色——如,“医生”、“儿科医生”、“外科医生”、“精神病医生”、“护士”、“器械操作师”和“病人”。在传统社会中,医疗活动可能并不在什么固定的场所进行,不过可能会有特定的时间和仪式。

疾 病

如果各个文化对“患病(sickness)”的理解差异很大的话,那么,这些文化到底对于所谓的“患病”有什么共同的认识呢?要怎么定义“患病”才能够让我们在进行比较研究的时候知道怎么确定比较对象呢?

宽泛地看,“患病”从本质上说,是人的身心或自我——意识、身体、灵魂或与世界的关系正在经历一种他/她并不想经历的状态。因此,“患病”的判定取决于它的承受者,也就是病人(patient,与passion一词一样,词根为拉丁语中的*pati-*,意为“遭受、忍受折磨”)的看法和感受。疾病象征和表达了病人在社会中的特殊性。对一个田径运动员、一个低位截肢病人、一个歌剧演唱家和许许多多我们这样的其他人来说,大家对疾病和健康的判定标准是不尽相同的。引起疾病的原因可能是环境因素或病菌、病人的生理状况或他人恶意加害的行为。然而,起界定作用的却并不是病人的身体状况、行为或有害的环境突发事件——这种种可能引起疾病的原因——而是病人自身的主观感受和价值判断。

“人”和“自我”是什么,应该怎样,对此不同文化有着不同的看法,但西方人却一般没有认识到这一点。事实上,从社会、宇宙中分离出来的单独的个体,这种观念是西方独有的(Dumont 1965;

Lutz 1985b)。很多非西方社会则认为个人本质上与其他人类以及非人类的存在密不可分。自治与独立很大程度上也是西方的价值观,是西方人认为要达到的与他人相处的方式。因此,其他社会关于“个人不想经历的状态”的看法可能与西方社会大相径庭。比如,在西方,人们把对实现个人**独立**的干扰看做是病态的,但在其他地方,人们却把对实现**相互依存**的干扰看做是病态的。

疾病往往会妨碍或可能妨碍到个人的日常生活和人生规划。虽然不能一概而论,但病人们一般最知道自己什么时候病了。虽然不能一概而论,但受病痛折磨的人会直接因为病痛而难受,或间接因为生病带来的实际或预计的损失而难受。

某个社会的世界观在多大程度上塑造了其成员对自身疾病的看法,这首先要看根据人自己对自身疾病的定义——作为损失,或作为对想要的能力或功能的妨碍,评估出他/她在世上的情况到底如何。因偏离了他人的标准,而把人当做病人,这种事情屡见不鲜。它是医学诊断在政治上的滥用,把他人认为的社会利益强加到个体身上。不过,这种行径与那些已经确认过的疾病相比,引起的一般是折磨而不是病痛。对病况的社会定名与所谓的“患病感的第三极获得法”(tertiary gain of illness)类似(Dansak 1973),其中,个体出于自身利益主动协助他人判定自己有病;在这种情况下,所谓的“患病感”实际上是虚幻的。^①

6

① 在英语中, *sickness*、*disease* 和 *illness* 在一般情况下可以通用,都泛指“疾病,患病”。但若细究起来三者还是有区别的。*Disease* 侧重生理状况偏离正常指标的客观状态;而 *illness* 则强调本人开始不舒服,感觉到不对劲,感觉到偏离正常状态的功能失调了,侧重于主观感受。一个人可能很多年来都有 *disease*, 或者因治疗的有效控制而没有病发,那他/她就没有 *illness*。最后, *Sickness* 比较综合,讲患病了,处于生病的状态中,也就是得了 *disease*, 感觉到 *ill*, 相对而言比较中性。这可能也是作者在书名中使用 *sickness* 的原因。关于三者的区别,可参考 *New Webster's Dictionary of the English Language*, 1981 Delair Publishing Company; *Encyclopaedia Britannica* (1979), Vol. 5, “Disease Human” 词条。下文谈到“疾病说明”时就会用到这种区别,请读者注意。——译者注

对个人会造成不利影响的骨折、癌症和“神经质”的习惯等都属于疾病。在有些亚马孙部落中,狩猎能成功就说明这个人与动物世界的联系稳固。而在某些非洲传统社会,这说明这个人与祖灵们关系稳定,而如果一个人狩猎老是不成功,人们就会觉得他有病,需要治疗。灾祸创伤,比如车祸造成的死亡也属于疾病,但罹难者可能并没有多少时间体验灾难给自己带来的病痛,不过我们可以判定,除非这个人想自杀,不然这种情况绝不是他或她想要的。生孩子一般是一件很正常的事情,但却会给孕妇带来非同一般的痛楚(当然也包括快乐);所以,一般而言,它不算是一种病,但如果孕妇的自我或身体不想要这种状况的话,那它就是一种病了。悲痛也是一样,可能给人带来很多困扰,但仍然属于对失去珍视之物的正常反应;但如果它带来了一些与损失本身不直接相关的奇怪的心理反应,那就是病态的了。

失业与贫困可能人们都不想要,但它们并不是自我或个体与世界联系的必要条件。不过它们可能融合成为自我的一部分,比如长期失业造成与社会接触的心理障碍。在这种情况下,它们就是病态的了。那贪婪、易怒、害羞这些性格特点,狂暴等等情绪反应——这些是不是疾病呢?我还是一样认为,如果它们成了自我的一部分,而且是不希望拥有的那一部分,那它们就是病态的。某些身体状况——肥胖、过瘦、孱弱、笨重等等也是如此。而且这些身体状况有些还是疾病的**诱因**。

另一方面,疫苗是医学上特意注射入人体用来增强免疫力的,因此,它造成的反应不应包括在“疾病”当中。其他一些看起来像是“病”的情况,如肺炎这种“老年之友”,当出现在经过理性思考,自己希望死去的老人或其他人身上时,就不应该被视为疾病。因为像疫苗和“老年之友”虽然会带来额外的苦痛,但它们产生的最终后果是当事人所希望的。

从上面可以看出来,我提出的疾病的概念与生物医学里常见