

文 化 與 行 爲

古今華人的正常與不正常行爲

林宗義 Arthur Kleinman 編 柯永河 蕭欣義 譯

曉 園 出 版 社

B844
L562

文 化 與 行 爲

古今華人的正常與不正常行爲

林宗義 Arthur Kleinman 編 柯永河 蕭欣義 譯

曉 園 出 版 社

國立中央圖書館出版品預行編目資料

文化與行為：古今華人的正常與不正常行為 /

林宗義, Arthur Kleinman 編著；柯永河、蕭欣義譯。

—初版。—臺北市：曉園，1996[民85]

面：公分

參考書目：面

含索引

ISBN 957-12-0527-3(平裝)

1. 民族性 — 中國

535.72

85007634



書名 文化與行為
原著者 林宗義 Arthur Kleinman
譯著者 柯永河、蕭欣義
發行人 黃旭政
發行所 曉園出版社有限公司
臺北市青田街7巷5號
電話 3949931(六線) 傳真 3417931
郵撥帳號 107534-4
門市部 臺北市新生南路三段96號之3
電話 3627375 傳真 3637012
印刷所 復大印刷廠
版次 1996年8月初版第一刷
新聞局局版台業字第1224號
版權所有·翻印必究
定價 上冊新台幣330元
ISBN 957-12-0527-3

『◎香港中文大學 1994年

本書原由香港中文大學出版社出版，發行全世界。

本書著作財產權屬「香港中文大學」所有。

本版屬臺灣版，限在臺灣地區發售。』

原序

本書編集論文的目的是向讀者介紹有關從中國文化的影響下，華人的正常與不正常行為的研究。編者希望通過本書可使讀者了解精神醫學家和社會科學家為提高一般人對這方面的認識而作出努力，從事深入的研究，包括目前已發現到的和已探討過的問題，以及尚存仍有待進一步研究的疑難。另一方面，由於所得的知識來源並不全面，讀者應注意本書所述的範圍以及發掘這方面新資料所遇到的困難。儘管本書所收錄的文章的題目所涉及的範圍廣泛而未有肯定的研究方向，無法作出全面的綜合論述，但在某些範圍，例如精神病流行學（指患病人數、分布與控制疾病的情況），卻有足以作回顧性的研究。本書收錄的文章所涵蓋的論題頗多，而每一論題均富知識性和趣味性，實值得作進一步更有系統的評述。編者認為書中大部分論及的課題，更是值得從跨文化的比較角度研究。然而，編者並沒有刻意把這些文章組織連貫起來，因為編者希望讓各種不同的分析架構突現，以證明學者是使用各種不同的角度來研究和分析這方面的論題。

編者明白本書對有關問題的探討是十分嚴謹的。書中提出一些（絕非全部）有關受到中國文化影響而衍生的正常與不正常行為的說明和解釋。編者認為這些解釋能使讀者明白有關問題的幾個重點。同時，更是希望讀者深思書中所提出的一些困難和問題，例如哪些華人的心理症狀和不正常行為特點是與各地文化共通而又有哪些是中國文化特有的呢？編者明白可能有些讀者會覺得本書遺漏了他們認為重要的文章，或會認為是編者有怪癖才選收某幾篇文章。然而，總的來說，本書所收錄的都是目前有關這方面的重要研究報告。當然，由於編者是精神科醫生，自然較偏向收錄關於不正常行為的研究。但這亦反映了有關這方面的研究實際上是較傾向發展這方面的研究和分析。

與西方文化或甚至與非西方社會文化有關的研究相比較，有關中國文化的研究則顯得極忽略個人行為的研究。研究華人社會的學者大多是把興趣集中在有關家族血緣關係、社會組織以及大型政治社會經濟變化方面的分析。儘管不斷有人研究華人的家庭問題，卻很少人分析這些問題如何影響個人的發展以及如何控制不正常行為的出現。雖然關於中國文

化對認知、情感、因應過程以及其他心理問題影響的研究仍在初步階段，但已累積了不少資料，只不過是未得到廣泛流傳而已。事實上，據編者所知，有些華裔學者頗為輕視心理問題的資料以及為了解釋從這些資料發展出來的理論，而以對人性本質的普通常識的假設來進行分析；問題是這些假設往往是天真，同時又是基於民族本位的，甚至有時是完全錯誤的。這種偏見正反映了中國文化本身對心理問題（特別是精神病）的諱言態度。同時，這也帶有一些西方學者所製造的「東方主義」(orientalism)特色，把中國文化及其他亞洲地區的文化視作「相異」、「奇特」但卻又是「可理解」的（參看E. W. Said: *Orientalism*. New York: Pantheon, 1978）。這些學者一方面認為亞洲文化是沒有個人的觀念（從西方文化的角度而言），也沒有心理病患者，但另一方面又認為亞洲人的生理與心理疾病與西方人的是完全相同。本書的讀者會發覺這些學者所持的上述兩種想法都是錯誤的。編者希望通過本書對於華人社會的文化心理問題的深入分析與比較，能夠更正這些學者所造成的誤解。

編者相信研習中國文化的人對本書所收錄的文章大部分是極感興趣的。不過，編者也希望有意為人類行為及心理病理學建立一套比較科學理論的精神醫學家和心理學家會閱讀本書所收錄的文章。由於目前有關人類行為及心理病理學的知識都是來自對西方社會的研究，因此要把這些知識應用在整個人類社會時，便不能避免地容易犯錯，若要使精神醫學和心理學成為世界性的學科，就必須對華人社會及其他非西方社會進行研究。一些收錄在本書的文章對於醫治華人病者和為華人社區籌劃醫療服務的臨床診治人員具有實際的參考價值。而本書正是希望為哪些替華人病者診治的人士提供他們所缺乏的研究基礎和研究資料。

本書收錄的文章所提出的資料，大部分是來自對海外華人社區的研究發現。目前有關中國大陸的精神病與行為科學研究報告資料有限。編者希望本書的出版對中國大陸的精神心理學界有參考作用，使他們了解有關研究這門學科的現行情況，更希望本書中某些文章對在進行研究與臨床工作時有實際的幫助。同時，希望在中國大陸從事心理學的研究學者及其他讀者明白本書的英文版在翻譯中文名詞時並不採用漢語拼音(pinyin)，是因為本書的作者撰寫論文及編者收集文章時的北美洲仍未普遍採用漢語拼音。經過深思熟慮後，編者決定保留原來使用的韋翟氏音標(Wade-Giles system)。

在編輯本書時，編者得到下列機構的幫助，在此特致謝意：華盛頓大學精神及行為科學系；英屬哥倫比亞大學精神學系；世界心理衛生聯盟(The World Federation of Mental Health)；精神醫學研究基金會(The Foundations' Fund for Research in Psychiatry)；國家心理衛生中心(The National Institute of Mental Health)以及其他有關機構。本書得以編集出版，是得到不少人士的協力和幫助，在這裏要特別致謝的包括：英文版的編輯工作得到Mary Healy和Nora Curiston協助負責文書工作；Leslie Morris協助審閱和編輯部分文章以及編備索引；Paul Anders編寫索引；還有我們的兩位內子，她

們在本書編輯的幾年間，不斷給予編者支持和鼓勵。D. Reidel出版社的Arthur Evans和Blake Vance一直協助我們，直至全部編輯工作完成，而編輯本書實際所花費的時間遠遠超過我們原來的計劃，有好幾次我們甚至以為是永遠無法完成。編者要特別多謝各篇文章的作者，因為他們不但提供高水平的論文，並且在這漫長持久的編輯過程中對編者的忍耐。最後，感謝中國大陸的病患者和接受我們研究的人士，使我們明白到若要進一步了解他們的問題，還須作更多的學習研究，因此促使我們編集本書。

譯者的話

本書的翻譯工作是自1981年開始的，迄今已有九年之久；讀者一定會感到意外，為甚麼翻譯四百三十六頁的英文書需要這麼長的時間？主要的理由是：出版這本書的香港中文大學出版社，對於這本中文譯版要求甚高，不但要求文意暢順，用詞恰當，而且書中被翻譯為英文的中國古代詩詞，務必把原詩詞找出來，原原本本地轉載在譯稿，絕不能只是意譯了事。對於未曾深入研究中國古典文學基礎教育的我來說，這是超出能力範圍以外的高水準要求。

在這高水準要求下，我猶豫了兩年之多，其間也曾想過放棄這本來興趣濃厚的翻譯工作。

本書原編著者之一的林宗義教授是我以前的上司，對於我的人生有極廣和極深的影響，所以替他的巨著翻譯，對我來說是一項殊榮。大約在1980年的夏天，林教授寄來一封信，問我有沒有翻譯這書的意願，我即時欣然回了一封同意信。其後，林教授就託人把原書帶來給我。我迫不及待地翻閱，在第一頁就看到林教授所題的一首詩，我感受到該首詩所發散出來的作詩者的旅愁心境，也依稀體會到題詩者的滿懷希望，希望經由本書的中文譯本把他長久以來所思、所想的以及把與故鄉學者進行的學術交流時的感受表達出來。該首詩的含意堅定了我翻譯這本書的意願，也正因為這個原因，當我雜事纏身，而又久無時間繼續進行翻譯工作時，內心深處就浮現出內疚感，久久不散，甚至有時惡夢來擾，使我不得安眠。

1980年末，承蒙林教授的美意鼎助，我受邀前往日本千葉縣東金市的淺井精神病院擔任臨床心理顧問。成行前，我詢問了幾位研究所的學生是否願意參加翻譯這本書的工作，結果得到下列幾位學生的欣然慨允：余德慧先生（現任國立臺灣大學心理系副教授）、王守珍女士（現為國立臺灣大學心理學研究所博士班學生）、許文耀先生（現為國立臺灣大學心理學研究所博士班學生）以及陳淑惠小姐（臺北市長庚醫院精神科的臨床心理醫師，而最近赴美攻讀博士學位）。難能可貴的是，他們都能如其所承諾，當我還在淺井病院工作期

間，陸續把譯稿送到我手上。對於他們的慨允協助，我在此特表由衷的謝忱。這幾位學生，每位都分別負責翻譯一至兩篇文章，而餘下的幾篇文章則由我本人負責翻譯。此外，蕭欣義教授翻譯了本書第二部分的第一篇文章；何友暉博士並把他自己的原文修改後，翻譯為中文，收錄在本書中。

在日本擔任顧問工作期間正是我七年一度的休假，白天不必為教學以及其他雜事而分心，晚間則可以專心從事翻譯的工作。記得在1981年年初，我經常戴着手套挑燈夜書，因為在日本，一月、二月、三月的天氣是十分寒冷的，每天的氣溫都只是攝氏五度左右，對於在臺灣居住慣了的我來說，若是沒有戴上手套，手指就會僵直，而寫的字也就不成字形了。這本書的編譯工作，就是在上述情形下「趕」出來的；在1981年的夏天，我將離開日本回臺灣之前，全書的編譯工作全部完成，部分譯稿由林教授帶到香港中文大學出版社，作為與該社商討出版此書的參考資料，而另一部分資料就由我直接郵寄往該出版社的負責人。本以為該出版社會很快地把譯稿付印，然後開始進行校稿工作；不料，某天接到該出版社的來信，所提到的就是前述高水準的要求。這使我感到困惑和躊躇；本想早日完成的翻譯工作也因此而告停頓了一段不算短的時間，同時也令我陷進了究竟是繼續還是放棄翻譯這本書的矛盾心理。

翻譯工作進行得如火如荼時，我體會到這本書對於研究華人不正常行為所作出的貢獻實在比預期的為大。翻開任何一本目前在坊間買到關於「變態心理學」方面的書籍，所能看到的僅是西方心理學者心目中的變態心理學史、變態行為描述、處理方法以及有關的理論；至於東方心理學者和精神醫學者所寫的變態行為紀錄、解釋與治療方法則是鮮見。這本書能使讀者知道，原來我們的祖先對於精神病症，例如：「狂」，早已留下了極其細膩而又與西方學者所描述的症狀極為相似的觀察紀錄。這項發現使我雀躍，興奮無比，簡直是有如「南極之光」的大發現。除這項發現外；這本書的學術價值還有下列幾項：論述華人如何解釋心理疾病，如何描述心理症狀，如何治療心理疾病，如何對待心理病的病患者，如何制定法律以處理心理病患者的行為，包括自殺行為，華人如何善用酒精類飲料，中國文化特有的精神病社會成因；而精神病患者往何處求助，以及有哪些是中國文化中特有的心理症狀等等。

本書所包括的內容可以說是琳瑯滿目，而其價值並且是一時無法給予應得的評估；我認為這本書不但在華人社會心理病學者的心目中將具有頗高的學術價值地位。在人類精神疾病學者中也會引起有關學者的關注，進行更深入的學術探討和具有一定的指導作用。我特別欣賞本書中兩位著者對於心理疾病所採取的文化觀點。這個觀點的大意是這樣的：精神疾病的成因眾多，包括生理、心理、文化以及社會等四方面，其中文化成因所扮演的角色，對心理疾病的「潛因」提供可被某特殊文化所能接受的症狀造型。

本書具有上述的學術價值是促使我希望這書的中文譯本早日付印出版的另一個重大原因，特別是好書是應該給更多的人閱讀的。此外，中文譯本能得以出版，是得到香港中文

大學出版社的鼎力幫助，數年來一直與我保持連絡，是使這翻譯工作在九年漫長歲月中免遭夭折的厄運。

最後，我希望這本中文譯本能把原編著者的意思忠實地翻譯出來，使讀者能有所裨益。

譯者柯永河

謹識於國立臺灣大學心理學研究所

一九九零年六月十四日

序言

我們認為中國文化對華人的正常與不正常行為有不同的影響。為方便分析研究，這些影響可作下述的分類：一、認知、情感與溝通過程；二、人際關係的處理；三、對普遍壓力的理解與反應；四、特定文化所造成的壓力以及其處理方法；五、某類精神疾病的感染程度、發病率、症狀、疾病行為與求診態度；六、不正常行為的命名的影響及反應；七、傳統專業醫療體系為心理疾病及含有生理疾病的社會心理問題所提供的醫療服務。文化對行為的影響絕對不只是限於這幾方面，但編者相信上面所述的都是較為重要的項目。我們在這裏簡要探討上述文化對華人行為的影響，並述說因此而可能引起的臨床結果。

我們的主要論點是，心理文化的交互影響會把重要的象徵性意義和行為規範與普遍的心理生理過程連接起來，成為社會生物學的橋樑，使現實中不同層面的現象（例如生物學、心理學和社會學）互相交流。我們若要了解同時具有普遍存在性和文化特殊性的正常與不正常行為是如何衍生的，就必須把研究的重點放在上述以意義為主的生物社會學關係方面。然而，為了確切地評核這種文化與心理的相互關係，精神醫學與心理學應發展一套以意義和規範為分析對象的人類學取向的研究方法，而人類學研究則應採用心理生物學的衡量工具。

一、文化影響認知、情感與溝通過程

文化對個人心理過程的主要影響是透過認知過程，把焦躁不安的情緒以文化所認可的慣用語表達出來，所以透過專門研究華人如何將憂鬱、焦慮和其他負面的情感以生理（非心理）痛苦的方式表達出來，我們可以研究文化如何影響具有重要臨床意義的認知、情感、溝通和行為過程。中國文化對這些心理現象的各種影響，實無法在本節中一一論述（參看許烺光，1971；Kleinman，1979：頁119—78及下文第一、第七、第八和第十三

章)。不過，閱讀下面對文化心理現象的分析時，讀者應明白可以用同樣的方法探討其他中國文化心理現象。

我們認為情感是對外在和內在刺激的普遍心理生物反應狀態。通過否定、壓抑、轉換、分離等認知處理過程，文化為情感或情感失常塑造表達模式。這些處理過程普遍存在於各種文化中，只是不同的文化背景，在運用時各有不同級別的模式。以處理焦躁不安的情緒為例，傳統守舊的華人大多是採用外放化的處理反應，而在美國的中產階級的白人則大多是採用內斂化的反應。此外，即使同是採取外放化反應，不同的文化背景在處理某種情景所引起的情感時選用哪一類型的反應也會有所不同。此外，無論是中國文化抑或是其他社會文化，決定選取哪種處理模式也會因人而異（參看Kleinman, 1979：頁119—78）。

目前對認知因應模式的測量方法仍停留在比較粗略的初步階段。將來若在這方面有更精確的測量方法，便能更清楚了解這些不同文化模式的認知因應機制以及這些認知因應機制如何把普遍存在而與情感狀態有關的理解、經驗與行為轉變為某種特定文化的「最後共同路向」（final common pathways）（參看Carr, 1978）。儘管目前缺乏足夠的證據，我們相信某些認知因應過程是某種社會文化所特有的。例如Doi(1973)認為amae(意思是撒嬌)是日本人融合普遍情感與其本國特有文化的處理反應，而這反應塑造了一種獨特的、包含個人與社會價值取向的依賴模式。關於這個問題，我們需要更多這方面的跨文化心理學研究資料。Metzger在下一章論述符合儒家道德觀的情感表達方式，正是特定文化的處理反應範例，因此應由研究中國傳統的心理學者加以分析。

華人把憂鬱、焦慮和其他負向情緒轉變為生理症狀，是透過外放化的認知因應過程進行（參看Kleinman, 1979：頁119—178；曾文星, 1975）。華人用以表達焦躁不安狀態的字眼是「悶」、「煩躁」、「肝火」、「腎虧」和「神經衰弱」；這些都是一些具有心理意義（心、肝、腎、神經）的生理詞彙。因為情感狀態其實是一種心理生物情況，同時包含情緒（心理狀態）與自動神經系統反應（生理狀態），所以我們可以由此看到中國文化的釋義與行為規範如何壓制心理狀態的表達，只允許生理狀態的描述，因而形成將心理問題當作生理疾病的「最後共同路向」（關於中國文化如何構成肉體化模式的例子，參看下文的第十三、第十七和第十八章及Kleinman, 1979：頁119—78）。

情感生理化（如頭痛、背痛、軟弱、無能等）並非中國文化表達焦躁不安情緒的唯一外放化途徑。道德、宇宙觀、社會和其他文化所認可而用以表達痛苦經驗的慣用語也往往為華人所採用，只不過我們對這些處理反應方式的認知極少而已。這樣看來，華人處理焦躁不安的情緒的方法正如本書第十八章所討論的「腎虧」和第十九章所述的那樣，是具有特定中國文化色彩的症狀。然而，除了這些極端的範例以外，華人和其他社會文化人士在處理情緒難題和情緒失常時所採用的文化特殊的處理方式上一定是具有更微妙的差異。在這裏我們並不打算詳述這些不同的處理方式，而只是希望引起讀者注意這個問題，將來會有較多這方面的詳細研究。我們所強調的是，處理上述受文化影響的反應過程也會影響病人、

家屬與診治醫生之間的溝通，以致他們討論決定採取哪種治療方法來醫治這些因文化而產生的問題時，便會使用生理學用語(或是道德、宇宙觀)，而不是使用心理學用語。

受文化影響的認知、情感和溝通模式，對臨床醫學的影響是顯而易見的。現代西方文化所辨認為憂鬱、焦慮的症狀，在中國傳統文化會視作是生理、道德或宇宙陰陽的問題來處理和治療。華人社會就根據這些文化定義與期望，按其特有的社會情況，建立特殊的臨床醫學方式。關於這個過程以及因而對華人醫藥和心理醫療所造成的影響，已在一些專論文章中有詳細的論述(參看Kleinman, 1979)。這類的文化影響顯然會給臨床診治醫生帶來問題，包括由於病人用不尋常的方式來表達普通的失常病症而使醫生診斷錯誤，使病人與醫生爲了治療方式和目標產生分歧的意見，病人不遵從醫生的囑咐，病人與家屬不滿意醫療服務，以及因文化影響而採取不適當的治療方法而導致療效不佳。例如患有肉體化憂鬱症的華裔病人，因爲自覺自己的問題是屬於生理疾病，所以不會向精神科醫師求診，而向一般的普通科醫生或傳統醫師求治。這樣，他們的異常症狀本可由精神醫學獲得有效的治療，結果反而是得不到適當的治理。另一方面，除非專業的心理治療法能配合特定的文化醫療方式，否則這些病人向精神科醫生求治時，他們的肉體化傾向往往會使心理治療法變得不合適或無效(參看Hsu 及曾文星, 1972)。這類病人往往是未曾接受足夠的治療，就放棄繼續接受診治，原因是他們認爲西方醫藥應在一、兩次診治後就會見效。此外，由於抗憂鬱症藥物一定會產生輕微的副作用，而病人因受中國文化觀念的影響而不能接受這種藥物治療，因爲他們認爲有副作用的西藥必然是藥力猛烈而危險的，故必須停止服用。當然，病人的整體求治態度均是受到固有的傳統文化所影響，以致各方面的臨床醫療服務都受到中國文化的疾病觀念和治療規範的強烈影響。

二、文化影響下的人際關係的處理

由於這論題已有不少社會學家撰文論述(參看許娘光, 1971; Hu, 1944; Solomon, 1971: 頁1-133及第一、第二、第三、第四、第七、第八、第十和第十一章)，我們在此只是想指出這問題對臨床醫學可能造成的影響。顯然，肉體化表現以及其他由文化所構成的有關痛苦的慣用語並非只是用以表達苦悶，病人還可藉此操縱人際關係，使社會情況按其本身願望而改變。因此，這些因應反應具有社會功效。例如我們所見的臨床病例中一些病人會訴說痛苦或邪魔附身，以抒發對無法控制的社會現況不滿，這是由於病人缺乏社會認可的直接表達方式所致。病人也會藉着訴說病痛，使社會現況變爲對自己有利。我們所見的有這樣一個病例：一名臺灣女病人同時遭一個魔鬼與一位神祇附身。魔鬼對於病人的困苦家居生活是表示強烈的不滿，歸咎病人的丈夫及其他家人使病人受苦；那位神祇則要求家屬改變對病人的態度及滿足病人的願望。Metzger 及Scaman在下文第一及第四章論

述華人社會的典型文人學者和農民如何協商權威關係。其他有關中國文化對人際關係的處理，可參看第三章Harrell所討論的華人飲酒模式；第七及第八章所論述的兒童社會化過程以及第十和第十一章所探討的家庭結構與關係。

許烺光(1971)及其他人認為，有傳統傾向的華人覺得人際關係比內在情感更為重要，也認為這類華人所關注的主要社會心理問題是如何與家庭和社會組織維持和諧的關係，(心理社會性的內衡狀態)，以及認為他們的環境取向和其他顯著的心理特點都適合於處理人際問題。我們認為這個文化特點非常重要和應該加以強調。華人處理重要社會關係的特別技巧，以及這些社會關係所造成的壓力和緊張以及關係破裂時所引起的病症，都是將來值得研究的重要課題。目前我們不能肯定華人是否比西方社會人士更願意投資在人際關係上面，而隨着華人社會的西化，這種人際關係投資是否會改變？華人如此重視人際關係，是否會對心理病症的類型、發病率、求治模式和治療過程的本質造成重大影響？這些都是根據人種學的描述及臨床的印象所提出值得研究的問題。

三、文化影響下對普遍壓力的理解與反應

文化會影響個人是否把某種無所不在的環境刺激視為壓力，若是當作壓力，與其他壓力相比較，其程度如何。此外，採取哪種處理過程來應付這種壓力？許烺光(1971)及Kleinman (1979：頁134—35)均指出持有傳統觀念的華人認為人際關係的壓力比經濟壓力為大，而經濟壓力又比內在情感壓力為大。然而，美國白人對這三種壓力程度的看法，其次序則是恰恰相反。不過，華人與其他民族可能會因文化差異而對日常生活事件的轉變有不同的看法。此外，對於同一程度的生活事件的轉變，華人與其他民族亦可能有不同的反應和發病率。然而，這些都是目前學者仍未有較深入研究的課題。雖然，這明顯是跨文化比較研究的一個重要論題，但至今有關這方面的研究報告實在是少得令人詫異和失望。要使這方面的研究具有文化價值，就必須考慮某些日常生活事件的特定文化意義，這說明了文化精神醫學中的意義取向研究是十分重要。由於目前已有量度標準以衡量某事件所造成的心理影響(參看Horowitz等，1979)，故必須小心判定何者屬於Schweder所說的行為主要決定因素。Schweder閱讀了大量人類心理學的研究報告後，指出行為的主要決定因素是：「……『特質』或『互動交往』的結果，亦即某一特定情景對某人所具有的特殊『意義』……」。

四、文化影響下特定文化所造成的壓力及其處理方法

林宗義、林美貞及Kleinman在第十三章指出，從跨文化角度探討酗酒問題時，發現中國文化似乎是使華人對酗酒所引起的多種健康問題得到「免疫」。然而，中國文化雖然是

能使華人較容易適應酗酒或其他問題，但卻使華人對其他行為未能適應。例如，傳統的婆媳關係構成特殊的文化壓力，造成大量心理問題，以及年輕已婚女子自殺的案例。同樣，按長幼而定長男與么女在家庭中的地位會引起極多的心理問題。可見這種長幼次序與伴隨而來的社會角色，使家庭成員承受文化壓力，容易患上心理疾病。此外，有一些學者認為，雖然中國文化使華人避免濫用酒精，但卻使華人沉迷於嗜賭和濫用藥物等負面行為。

若我們對文化採取廣義的看法，則任何特別的環境刺激均可在此加以討論。例如，中國大陸某社區的生態環境可能使居民接觸和受到某些行為病因的影響，如透過傳染或接觸有毒物品而導致患上器官精神病。我們發現在中國大陸某些地區的居民患有吸血蟲病(schistosomiasis)、流行出血發熱病(epidemic hemorrhagic fever)以及因毒素引發的鼻咽癌(nasopharyngeal carcinomas)，而這些病症都會影響人體的中樞神經系統。而海外華人則由於居住環境不同，故沒有患上這些病症的危險。

由於傳統的華人社區承認性格解離狀態可作為個人應付壓力的一種方法，因此，容易引發歇斯底里反應(hysterical reactions)或甚至反應性精神病(reactive psychoses)。雖然目前沒有流行病學數據可用以證明這個看法，但這個由文化所決定的因應過程可能反而成為引起適應不良的重要因素。

五、文化影響下某類精神疾病的感染程度、發病率、 症狀、疾病行為與求診態度

這個頗長的標題可簡化概括為：文化對精神失常及其醫療方法的影響。不同的民族，其遺傳基因可能會對疾病有不同的感染程度。可是，就華人患有心理失常的病例來說，迄今仍未發現有這種情形。相反，一些調查資料指出：華人社會與西方社會在精神分裂症(schizophrenia)與弱智力障礙(mental retardation)的發病率約略相近(參看第十三章)。若我們把具有爭議的特定文化精神病症和酗酒問題暫時撇開不論，華人的其他心理病的發生率並無特高或極低的現象。

在其他社會造成較高心理疾病感染率的生態因素，對華人社區有同樣的影響。由此可見，較低的社會經濟地位、移居以及社會都市化，都會促成心理疾病的發病率居高。然而，對於某些較為細緻的文化影響，我們需要再深入的研究才能決定中西社會的情況是否相同，例如西方婚姻制度可使男子免於患上憂鬱症，中國的傳統婚姻制度是否這樣？抑或是傳統的婚姻制度會對男性具有保護作用而對女性則具有危險的影響？此外，西方國家的已婚女子若缺乏可以信賴的關係，便會很容易患上憂鬱症，華裔的已婚女子是否也有同樣的情形？林宗義、林美貞及Kleinman在第十三章探討了現時可見關於華人心理疾病發病情況的文獻資料，並論述有關生態因素造成影響的研究報告(參看第十四章，李沛良論

述在華人社會裏，特別角色與社會階級對精神病發病情況的影響)。在上一節已曾論及，由文化構成的壓力似乎使華人容易患上心理失常症，不過，若要確實證明這一點，還須作更深入的研究，並進行跨文化的比較，以確定這是否中國文化所特有的現象。進行跨文化比較時，應將華人與其他亞洲人及西方民族比較，這樣，才能充分評核華人感染心理疾病的獨特模式。

以往的研究調查一再地指出，有關精神官能症和其他較輕微的心理症狀，不同文化的民族會有明顯相異的發病情況。對於這一點，有關華人的調查並不例外(參看第十三章)。然而，至今尚無法對這些心理失常病症，如憂鬱症、歇斯底里症、焦慮性的官能症以及個人問題進行量化後的比較。關於家庭心理病症，目前開始有初步的調查資料(參看第十二章)。

在上一節論述文化對情感與情感失常的影響時，曾經指出中國文化的定義與行為規範如何形成華人憂鬱症的病症以及與此有關的疾病行為。據我們所知，憂鬱症是一種各地普遍存在、含有心理生物因素的精神疾病，這疾病在華人中卻轉化為一種具有特定文化因素的疾病行為。西方民族罹患憂鬱症時，大多是表現為內在情感的問題，華人卻大多是植物性(vegetative)的表現。此外，華人共有的心理問題和軀體化的經驗都以具有文化特色的症狀詞彙、處理心理問題的模式、「最後的共同」行為路徑以及表達或形成求診的態度等。除憂鬱症外，我們並不十分了解華人的其他精神疾病行為內容。不過，編者相信華人的所有疾病行為均具有特定的文化因素。我們現今應做的事情是對華人社會的各類不同疾病行為作詳細的描述，以同一病症比較華人與其他民族的疾病行為，判定哪些是病人角色的普遍文化和特定文化的特色。這樣的研究角度可以幫助我們重新評定具有文化特徵的症狀，而這類症狀會成為受一個共同文化的影響而轉變的一些極端例子。

關於文化影響而形成的疾病行為在臨床醫學的意義，第十三、第十五、第十七、第十八和第二十章均有較詳盡的論述，而正如我們在前文所述，這是會影響病人求診的模式、醫生與病人的溝通、醫生的臨床判斷，以及病人對治療的反應。例如，世界衛生組織(World Health Organization)對精神分裂症所作的測試研究指出，精神分裂症的治療效果與社會發展成反比，即是社會發展程度較低的地方，精神分裂症病人會得到較佳的治療效果(Sartorius, Jablensky及Shapiro, 1978)。對於這項發現的主要解釋是，精神分裂症的疾病行為因社會環境而有所不同。也就是說，儘管精神分裂症是嚴重而難治癒的疾病，較傳統的社會會把這病症的疾病行為視作是有限度的，而現代西方社會則視之為無終止的。由於文化對疾病行為有這樣的看法，這看法就變為自行應驗的預言了。由此可見，文化透過對疾病行為的影響，對治療效果造成重大影響。

林宗義和林美貞(參看林宗義, 1978; 及第二十章)以在加拿大溫哥華居住的華人與加拿大白人及其他民族進行比較研究，發現華人向心理醫療中心求診的方式極其獨特，與其他民族的求診方式形成強烈的對比。華人往往延遲求診，結果造成治療反應不佳。正如較

早前我們曾指出的：中國文化觀念與價值取向可能對臨床診治造成不良影響。此外，極為重要的一點是，不同文化觀念對「功效」有不同的理解，以致對治療效果有不同的評價。心理疾病醫療人員的專業文化與中國文化兩者都分別制定評核治療效果的不同準則。這些準則反映了有關病因、生理、病理以及適當治療法的觀念。精神醫師從狹隘的生物醫藥觀點診斷病症，而病人則從傳統的中國醫藥或地方的宗教信仰來表達病情，結果有兩種截然不同的準則來判定治療的成敗。因此，疾病問題的治療有效（生物化學的錯亂、思想失常的胡言亂語、焦慮）是可以和疾病的治療無效同時存在。（適應不良的個人處理方式、家庭緊張壓力、未接受治療的宗教因素等）。這些受制於文化觀念的治療效果評價會反過來決定病人對治療方式的實際反應，因為這些文化觀念會逼使病人在尚未接受足夠的治療試驗前，就不願意繼續接受治療。

六、文化對社會不正常行為命名的影響及反應

「正常」與「不正常」和「反常」與「疾病」都是屬於文化的範疇。文化觀念會影響個人與別人選擇怎樣的不正常行為。同時對這些不正常行為加以命名或標識。命名之後，由於文化預期具有某特定名稱的不正常行為應有哪些外在行為的表現，因此原有最初不正常行為的個人，會表現出符合文化預期的第二類不正常行為。社會命名理論者（social labeling theorists）認為這些文化預期促使患者的表現與之配合。普遍被人視為社會不正常的行為，不一定是精神疾病範疇所界定的心理病態，同樣，被精神疾病範疇所界定的心理病態也不一定是屬於社會偏差行為。華人社會的精神醫療診所很少遇到同性戀問題，可能是因為華人根本不把同性戀當作疾病。同時，正如我們較早前曾指出，華人所患的其他較輕微心理問題，可能會被視作道德、宗教問題或生理疾病，因而不必受華人社會對心理疾病的唾辱。

對於某特定的社會不正常行為，華人社會與其他地方是否有不同的命名，目前還未有學者對這個問題作研究比較。然而，若我們要用標籤理論對行為作認真的解釋，標籤理論的假設就須接受跨文化的研究考驗。Townsend (1978)指出，在美國與德國的心理病人與精神科醫師之間，對於心理疾病的病因和治療方法所擁有的共同信念多於專業人員之間所擁有的共同觀念。我們應對華人作相同的研究，以便了解一般華人對於心理疾病和其他偏差行為所擁有的文化觀點取代了專業觀點。

透過命名理論，我們會注意到因心理疾病的命名而引起的論爭。蘇聯以某種心理疾病的命名作為對政治偏差行為的社會控制手段，中國大陸是否也有同樣的情形，目前仍未找到實證。然而，有關其他命名的論爭卻極為普遍。例如，對於「心理疾病」這個含有羞辱意味的名稱，傳統文化的追隨者、中醫師以及普通科醫生都不願意使用，而只是用這名稱來

指陳有外顯行為的精神病人或弱智人士。相反，心理衛生專業人員卻使用這個名稱來描述多類的行為。

由於文化是可以通過對概念事件的分類而發揮其最大影響力，因此我們可從命名過程中了解文化對行為的影響。本書多位作者就是從這個角度來研究華人如何將心理問題視作軀體化來處理（參看第十三、第十七及第十八章）。Harrell在本書第三章列出一些文化準則，說明這些準則如何指引臺灣的鄉村居民決定哪些是屬不正常的飲酒行為，Hsieh 和 Spence則在第二章指出，中國傳統是如何界定哪些自殺行為是屬於不正常而哪些是屬於正常。McGough在第十章詳列了中國傳統社會的各種不正常婚姻模式，使我們知道中國文化如何對婚姻行為分類，明白古時帝王被看作正常或不正常的婚姻行為是異於現今華人社會所標稱的正常與不正常的婚姻。此外，我們也可以了解上層士大夫階級所認為不正常的婚姻行為與農民所認定的並不一樣。事實上，McGough指出中國文化對「婚姻」的意義解釋與西方文化的解釋頗有分別。Wilson在第七章說明主要影響不正常行為標籤的中國文化價值取向，並比較中西文化界定不正常行為的準則。關於社會不正常行為的論題甚多，但由於本書的篇幅有限，故未能一一收錄這方面的專論文章（參看Wilson，Greenbatt及Wilson，1977）。

七、文化影響傳統專業醫療體系為心理疾病及含有生理疾病的社會心理問題所提供醫療服務

關於傳統中國社會與專業醫療機構方面的研究，目前已有不少學者論述（參看Kleinman等，1975；Kleinman等，1978），在這裏我們只是想指出這些醫療機構屬於當地文化醫療制度的一部分，負責診治心理疾病與含有生理疾病的社會心理問題。在華人社會所見的大部分疾病，包括心理問題與壓力反應，都是由家庭負責處理（參看Kleinman，1979：頁179—202）。不過，心理疾病和含有生理疾病的社會心理問題，主要是由傳統的醫療人員（巫師、占卜家、寺廟的宗教祭禮主持者、中醫師）以及接受西醫訓練的普通科醫生負責治療，只有少數是接受精神科醫師和其他心理疾病專業醫療人員診治。這情形會更強化我們前文所指出的：中國文化處理精神疾病的工作取向，亦即是中國文化傾向於把心理疾病和含有生理疾病的社會心理問題當作生理問題處理，而不視為心理疾病現象，因此採取生理學而非心理學的治療方法。Kleinman及Mechanic在本書第十七章說明這種情形可在中國大陸的醫療機構見到，而臺灣的本地及西醫專業人員也以同樣的態度治理病人。

這種特殊的中國醫療制度所隱含的意義，使到不少本來可以醫治的心理疾病問題結果未被辨認或被誤診，或得不到專業人員的適當而有效的治療。病人所得到的社會心理治療主要是來自當地的宗教醫師、病者家屬及社會組織的成員。無論是在中國大陸或臺灣，專