



苦痛和疾病的社会根源

现代中国的
抑郁、神经衰弱和病痛

Social Origins of Distress
and Disease: Neurasthenia,
Depression and Pain in
Modern China

by Arthur Kleinman

[美] 凯博文 / 著
郭金华 / 译



上海三联书店



苦痛和疾病的社会根源

现代中国的
抑郁、神经衰弱和病痛

**Social Origins of Distress
and Disease: Neurasthenia,
Depression and Pain in
Modern China**



by Arthur Kleinman

上海三联书店

图书在版编目(CIP)数据

苦痛和疾病的社会根源:现代中国的抑郁、神经衰弱和病痛 / (美)凯博文著;郭金华译. —上海:上海三联书店, 2008. 3

ISBN 978-7-5426-2728-5

I. ①苦… II. ①凯…②郭… III. 医学人类学:医学社会学—研究—中国 IV. R-05

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 018015 号

苦痛和疾病的社会根源——现代中国的抑郁、神经衰弱和病痛

著 者 / [美]凯博文

译 者 / 郭金华

责任编辑 / 王笑红 Email: beautxiao@yahoo.com.cn

装帧设计 / 鲁继德

监 制 / 李 敏

责任校对 / 张大伟

出版发行 / 上海三联书店

(200031)中国上海市乌鲁木齐南路 396 弄 10 号

<http://www.sanlian.com>

E-mail: shsanlian@yahoo.sh.cn

印 刷 / 上海肖华印务有限公司

版 次 / 2008 年 3 月第 1 版

印 次 / 2008 年 3 月第 1 次印刷

开 本 / 640×960 1/16

字 数 / 200 千字

印 张 / 16.25

ISBN 978-7-5426-2728-5

R·80 定价:32.00 元

中文版序言

距离耶鲁大学出版我的 *Social Origins of Distress and Disease* 一书已有 20 余年,而距离我在湖南医学院第二附属医院开展这项研究也正好 28 个年头了。这本书就是这些研究发现的一个汇报。很长时间以来我都在等待这本书的中译本,现在我非常高兴它即将面世。

在我所写的六本书中,目前在美国只有这本书已经不再刊印了。也许是我当时把研究的真正主题放在副标题(*Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*)里的选择造成了这种状况。我可能应该把这个副标题当作真正的书名。毕竟,这本书在当时是西方人研究中国“文革”幸存者及其所遭受的创伤的早期著作之一。

在 1980 年,创伤(Trauma)这一概念还没有它在今天所具有的突出地位。事实上,当初我试图避免使用创伤后应激障碍(Post Traumatic Stress Disorder)这一概念来研究“文革”中创伤所造成的精神性后果。创伤后应激障碍在 1980 年出版的《美国精神障碍诊断与统计手册第四版》(DSM-III)中才被正式确认。而在当时,抑郁和焦虑是被大家普遍使用的两个概念。

本书的研究发现曾经在中国精神医学界引起过一些误解。1986 年一些中国精神医学工作者觉得我是在批评中国的精神医学没有诊断出抑郁症和焦虑症,而是把许多不同的精神问题不加分析地置于当时北美和欧洲已经不再使用的“神经衰弱”这一概念之下。对此,我想说的是,这根本不是我当时试图表达的观点。我的观点是,不论“神经衰弱”还是“抑郁/焦虑障碍”都应该被理解为一种文化概念,而文化概念形塑着真实的

生理体验,建立了区隔正常与病态的界线。文化概念影响着专业诊断系统;专业诊断系统也有着历史学、社会学、政治学和经济学背景。而且,这些文化概念也是理念、产品和人的跨国流动的一部分,这种流动在1980年代还没有自己的名字,但是现在我们都称称之为全球化。最后我想说的是,这些往昔的概念是存在于个人和集体意涵网络中的,这种意涵网络把人们与制度、社会事件以及压力问题相互联系在一起。我把它称之为社会-躯体关系(sociosomatic relationships)。

有一种探讨作者与读者关系的理论认为,一部作品一旦发表,不论作者的原意是什么,读者都会把它理解为自己所希望的那样。正因为如此,本书引起了中国医学界的关注和讨论。讨论涉及神经衰弱是否是一种真正的疾病,神经衰弱病人是否受困于抑郁症。本书出版十年后,这些讨论终于有了结论。年轻一代的研究者认为,如果使用最新的专业标准和设备,中国的神经衰弱病人可以被诊断为抑郁患者。一些医药公司也引述我的研究发现来陈述这一观点,并且以此证实抑郁患者没有得到应有的诊断和治疗。

转眼2008年将至,我希望今天的读者能够更深入地阅读这些案例和我对它们的阐释。在这本书中,我想表达的是,症状并不只是个体的不适表达,也可能成为一种表达集体性不适的合法语言。同时,对于病人、家庭、医疗人员和社会本身,苦痛和疾病不仅具有社会性原因,而且也会产生社会性后果。如果不能有效地针对这些社会原因和社会后果开展工作,那么针对疾病的治疗会受到破坏,康复也会被延迟或阻碍。

我也希望这本书对研究中国社会有所贡献。我试图描述那些有特定经历的人们,而这些人们的经历又刻画了一个特定的时代——紧随“文革”之后的那个时代,也是经济改革的早期岁月。如果我们站在差不多三十年后的今天的角度来看,那个时代与早些时候的激进的毛泽东时代的关联要比与今天的中国的关联多得多。不过,体味着我当年访问的那些人们的害怕与担忧,我们仍然能够从中感觉到这个世界一直在变化,新的机会和新的问题永远在前面等着我们。他们当年经由自己的不同道德体验感觉到的迷失(disorientation)也可以在当今的一些中国人中发现,今天的中国人也意识到了他们身处其中的道德体验也在经历新的变化,这

些变化有好也有坏。

我有幸当年能够在湖南进行这项研究。这段经历帮助我找到了我的职业方向和个人生活道路。1980年在我研究的最后几个星期里,我患了一种严重的肠道疾病:三个星期内我身体减重百分之二十,几经考虑,我不得不返回当地的家中养病。当时我身形极度瘦削,以前的裤子都穿不住了,饮食也受到严格限制,只能吃土豆、喝水。当时在长沙的一些朋友和同事担心我会因此送命。但是我决定一定要完成访谈,于是我坚持了下来,虽然几乎丧命。我从自己的那段经历里学到了很多,包括研究、自我和生命各个方面。那段经历也改变了我整个人。因此,这本书对我来说具有异乎寻常的意义。这也让我更加感激出版社把这本书的中译本呈现给精神医学工作者、人类学者、其他社会和行为科学工作者以及大众读者。

最近,我收到一封我在1980年访问过的病人的来信。他告诉我,我的访问让他能够讲述自己的故事,而且觉得有人倾听他的故事,这让他感觉好过多了。我把这本书的中译本献给这位病人,以及所有其他以病痛和苦难给我教益的病人。他们让我了解了他们的生活、中国社会、以及在危险和动荡中我们是如何挣扎着过上一种道德生活的。

凯博文
美国马萨诸塞州剑桥
2007年12月

前 言

本书发端于我自1969年开始进行的一系列有关中国社会的病痛和医疗照顾的人类学和精神病学田野研究。1969年之后的10年中,我花了总共三年的时间在台湾地区从事这项研究,同时我在美国华裔族群当中的临床研究与实践也累积了不少经验。就这样,当我1978年第一次来到中国的时候,我已经准备好将研究兴趣转移到中国大陆。到1980年,我已经在湖南医学院开始了研究工作。湖南医学院的前身是耶鲁在华医学院,很长时期以来都是中国医学院的佼佼者,尤其是在精神医学方面。到写这本书的时候,我已经在湖南医学院完成了三项临床研究。自1949年新中国建立以来,我是第一个在中国大陆境内开展此类研究的美国人或者说西方精神病学家。

《苦痛和疾病的社会根源》这本书囊括了我在湖南的所见所闻。它为我们打开了一个不同寻常并且具有启发性的窗口,我们得以了解生活在中国的许多个体的活生生的生活经历。这个窗口以一种不起眼的但却可能是特别的方式增加了我们关于中国社会的理解。不过,这本书还有另一个主题,那就是情感和情感障碍。我在研究中国的抑郁和神经衰弱上所作的努力让我得以更好地理解在一般意义上,文化是如何与情感、精神疾病,以及人类苦痛相互关联起来的,同时,尤其让我了解了中国人的病痛体验。我也想理解苦痛和苦难在中国是如何被大众和健康工作者赋予意涵(被解释)的,这些解释与西方尤其美国的解释有何不同。最后,我希望更好地理解苦痛的社会根源,以便更有效地处理这些结构性因素及其去道德化的后果。

这本小书篇幅不长,却谈到了许多问题。要更深刻地理解中国病人的病痛体验,从而穿透经常被中国文化的研究者忽视的个人与社会生活层面,我们必须从三个紧密相联的主题入手:神经衰弱(中国最常见的医学和大众诊断之一),抑郁(在世界范围内最流行的一种精神病诊断,但在中国却不常见),躯体化(个人和社会苦痛的表达,表达语言是身体不适,表达的途径是寻医问药)。本书的前三章分别介绍了这三个主题,讨论了它们在中国、北美、跨文化场景下的历史背景和当下的含义;第四、五章介绍了我在湖南医学院所作的有关病人的病痛体验的研究发现。第六章记录了湖南研究的许多个案;包括13个病人的故事,我对这些个案进行了描述和分析,用以阐明作为一种病痛体验的躯体化现象和躯体化的社会根源。我特别描述了“文化大革命”给人们带来的心理伤害。基于这些发现和其他相关研究,我在第七章对中国的临床问题是如何通过个人体验和社会生活的形式来组织和表达的这一问题提出了一个解释,并且分析了文化在情感体验和理解情感中扮演的角色。

这项研究得以进行离不开许多个人和机构的帮助。中国科学院学术交流委员会、社会科学研究委员会、洛克菲勒基金会,以及哈佛大学密尔顿基金为我在中国的研究提供了资助。在中国,我的研究得到了湖南医学院同仁的莫大支持,我衷心感谢医学院前院长王鹏辰先生;精神病学系前系主任和第一任主任林名宇先生;副院长及精神病学教授杨德森先生;精神病学研究中心主任教授沈启杰先生,以及精神病学系教授郑彦萍、黄南达先生。我还要感谢苗京生、戴泽书博士,他们都毕业于湖南医学院,现在分别供职于浙江省精神病医院和杭州精神病医院,还有湖南医学院第二附属医院药物学系的史佐荣、陈学琴教授。

本书的观点全部由作者负责。事实上,许多同仁对本书的观点存在严重分歧。我还要感谢哈佛医学院的两位学生,珍妮佛·哈斯(Jennifer Hass)帮助我搜集了关于住院病人的资料,吉姆·金(Jim Kim)帮助我做了资料分析。我还要感谢我在哈佛大学和华盛顿大学的同仁,他们是张光直、杜维明、栢闰·古德(Byron Good)、玛丽·乔·古德(Mary Jo Good)、保尔·克利瑞(Paul Cleary)、阿兰·布兰特(Alan Brandt)、努·

雅尔曼(Nur Yalman)、斯坦利·塔姆比阿(Stanley Tambiah)、萨丽·法尔科摩尔(Sally Falk Moore)、大卫·梅白瑞·刘易斯(David Maybury-Lewis)、杰克·卡尔(Jack Carr)、诺尔·克利斯曼(Noel Chrisman)、查尔斯·凯耶斯(Charles Keyes)、韦恩·凯顿(Wayne Caton),感谢他们对我的早期研究报告提出了自己的意见。大卫·米坎尼克(David Mechanic)、艾思·皮洛斯基(Issy Pilowsky)以及林崇义教授也曾在我酝酿本书的关键时刻给了我建议和鼓励。我还要特别感谢里奥·艾森伯格(Leon Eisenberg)教授和以斯拉·沃格尔(Ezra Vogel)教授,他们阅读了原稿并提出了重要的问题以供我参考并修改。我对本书中的各种习惯性的以及不可改正的错误负责。

我尤其要感谢我的妻子琼·克莱曼(Joan Kleinman)给我的帮助。她是一位汉学家,在我的田野研究中担当了我的助手,同时她也是我的编辑和评论家。她绝对是本书的另一位作者,但她却不愿署上自己的名字。她说:“这不是我的研究领域。”

我还要分别感谢 D. 瑞德尔出版公司以及加州大学出版社。他们允许我使用了许多最初发表在别处的材料,其中包括 1982 年第二期《文化,医学以及精神病学》杂志第六卷的一篇文章(本书第一、四、六、七章有部分涉及),还有《文化与抑郁》一书中的导论和倒数第二章(本书第二、三、五、七章有部分涉及)。第四到第七章包括了我在耶鲁大学休漠演讲上的内容;还有在约克大学白求恩学院为纪念诺尔曼·白求恩诞辰 95 周年的讲话;在纽约医院精神科、麦克林医院、坎布里奇医院、华盛顿大学医学院、哈佛医学院社会医学系,以及哈佛大学皮博迪博物馆、费正清东亚研究中心、密歇根大学、休斯敦大学、莱斯大学、杜克大学、北卡罗来纳大学切普山分校人类学系、卢特格斯大学、不列颠哥伦比亚大学,南澳大利亚阿德莱德大学(弗洛里演讲),世界卫生组织(WHO)在上海精神病研究所召开的关于初级护理的精神社会方面的工作会议,以及在加拿大医学人类学协会上的众多演讲和授课内容。我十分感谢所有听取我这些演讲并提出尖锐问题让我重新思考本书中的许多观念的学者和学生。

简莱特(Carol Casella-Jallet)耐心地录入了数百页的手写稿,并且在电脑都抗议的情况下仍然心平气和地忍受了我的多次修改。耶鲁大学的

格拉汉姆 (Ellen Graham) 热心帮助本书编辑出版; 乔伊斯 (Michael Joyce) 的红笔使得本书更精炼, 论述更有力。

最后, 我要感谢我的中国病人们, 我把这本书献给他们。他们教我懂得了在中国、精神病学领域, 甚至我自己的思想中都存在的错综复杂的现实。

序 言

还原主义的解释试图从部分的固有特性推导出整体的特性,部分的特性是独立于整体而存在的,且在部分被组合成复杂结构之前就存在。还原主义的特征是赋予不同部分以不同的权重,通过改变一个单一因素同时控制所有其他因素来评价单个因素的重要性。相反地,辩证的解释不把部分的特性从部分与整体的关联中抽离出来,而是将其看作是从这种关联中生发出来的。也就是说,根据辩证的观点,部分的特性与整体的特性是相互决定的。因而,人的特性并不是孤立存在的,而是作为社会生活的结果出现的,然而,这个社会生活的本质又是我们作为人存在的一个结果……那么,辩证的解释与文化解释模型或二元论的解释是互相对立的,后者把世界分割为不同类型的现象——文化与生物学,精神与身体——它们必须通过截然不同且不相重合的方式来解释。

Lewontin, Rose, and Kamen (1984:11)

问题框架

在以下几个章节,我把抑郁看作是一种以心理—生理性的功能障碍为特征的疾病,这种疾病很普遍,我们最好把它看作是一种个人与社会之间的关系。抑郁性疾患不只展现了个人与社会之间的关系;而且揭示了社会对个体的影响。这种社会影响扩展到个人的认知、情感、甚至生理方面。分析抑郁(或任何一种障碍症)与社会之间的关系给我们提供了一个机会,让我们可以窥见社会—躯体性的网状组织(一个象征性的桥梁),它

把不同的个体联系起来,并且把个体与他们生活于其中的地方系统联系在一起。因此,抑郁是一种社会性的情感和障碍:抑郁的根源就是社会世界中的涵义与关系,反过来它们也是抑郁的后果。社会世界是情感性的;它在个体及其障碍症上得到具体体验。^{〔1〕}

在疾病症状与社会之间存在着辩证关系。这个关系受到了宏观社会力量——经济的、政治的、制度的安排——的强烈影响,症状对于特定的地方权力系统中的特定人们具有特定的涵义和合法性,而这些涵义和合法性调节着社会—躯体之间的关联。在中国,抑郁、疼痛、虚弱以及其他不适对于病人、病人的家庭、病人与工作单位和医疗系统的关系有着特定涵义和合法性,病人的症状是通过这些涵义和合法性来解释的。因为我研究的病人把他们的症状解释为神经衰弱,我就考察并比较了中国的神经衰弱与西方的抑郁之间的关系。这个考察阐明了文化是如何形塑有关病痛的策略性解释和商议性体验的。^{〔2〕} 社会因素如何造成了神经衰弱—抑郁与疼痛之间的关联,使之成为疾病^{〔3〕}的原因,要理解这一点就离不开对疾病的文化涵义的解释。这个解释提供了一般文化过程的一个特例,文化通过这个过程把社会建构的范畴投射到自然之上,然后把这些范畴视作“自然的”,以此证明社会规范是“自然的”(Taussig, 1980a: 3—4)。神经衰弱—抑郁的关联把我们带进了中国精神医学与社会的一个中心部分,我们对其知之甚少。对西方精神医学与文化来说也是如此。

这种关联表现了症状与社会、能动性 with 结构之间的辩证关系,被称为躯体化(somatization)。为了简化和统一这个复杂的备受争议的词,躯体化被定义为有关身体不适和求医问药的习惯用语中的那些关于个体以及社会苦痛的标准化表达。要理解躯体化就需要人类学和精神医学两个学科合作。如果对抑郁、神经衰弱和疼痛的跨文化精神病学调查是为了确

〔1〕 前言的前两个部分改编自凯博文夫妇 1985 年的作品。

〔2〕 病痛(illness),指个体以及社会网络中的成员感知症状、对症状进行分类和命名、体验症状、并且通过苦痛的习惯用语和求助的途径来表达病痛体验的方式。

〔3〕 疾病(disease),指医疗专业人员根据他们的理论模型和临床工作对病痛体验进行再解释的方式。当我提到一般意义上的疾病病因学的时候,比如在讨论疾病的社会生产的时候,我指的是对疾病进行的生物医学性的再表述,把疾病看作是生物系统中的功能失调、适应不良、或者结构性异常。

定它们的社会根源和文化变量,那么就必须依靠人类学的理论和方法来解释躯体化。躯体化所体现的社会世界和生理学之间的辩证法的中心就是一些精神—生物过程,如果人类学的分析要解释这些过程,就必须从一个互动性(文化—自然)框架开始。这本书和我的其他作品一样,就是在寻求建立这样一种人类学的精神医学和精神医学的人类学。

研究项目的发展

过去 15 年中,这种跨学科的研究方法已经在关于中国社会的文化和疾病的研究中得到广泛应用。以下章节中涉及的研究是在湖南医学院进行的。我在 1981 年花了 5 个月的时间在湖南医学院的精神病学系访谈了 100 个被诊断为神经衰弱的门诊病人。我为什么选择了中国的神经衰弱作为切入点呢?

神经衰弱,作为一个诊断,首先出现在北美,并于 20 世纪早期在整个西方世界被广泛使用;但是现在,神经衰弱的概念在美国已经不再被官方认可,在西欧也已失宠。不过,在中国神经衰弱仍然是针对神经症性障碍的最常见的精神医学门诊诊断。相反的,抑郁性障碍是西方最常出现的精神医学门诊诊断,在美国它正在变成最常见的综合医院诊断之一;在我作研究的时候,这个诊断在中国很少出现。是不是当时中国的精神医学同事把美国以及西欧精神医学专家所说的抑郁称作神经衰弱呢?我在台湾地区所作的早期研究(Kleinman, 1980),以及 1978 年在中国对许多门诊病人的访谈(Kleinman and Mechanic, 1979; Mechanic and Kleinman, 1979)都揭示了事实可能的确如此。是不是抑郁的发病率(至少从接受治疗的比率来看,因为我们当时未被允许在中国进行社区层面的流行病学研究),症状学以及疾病过程在中国和美国之间是截然不同的呢?抑郁症的致病原因和催化因素是否相同呢?而且,抑郁症给这两个社会中的病人及其家庭是否带来了相同的后果呢?如果事实如此,这种发现能给我们提供怎样的有关抑郁症的普遍性以及文化特殊性方面的知识呢?这些问题指引了我最初的研究(Kleinman, 1982)。

另一个吸引我的问题是,通过中国的神经衰弱和北美的抑郁症这个

窗口,我们在这两个社会分别能发现什么?我感兴趣的是透过这个窗口来关注中国的日常生活,并且观察其中的问题以及那些解释和应对这些问题的本土方式。

在中国和西方的抑郁症医学类别的发展中存在的错综复杂的历史模式对于我们的研究来说是个迷人的文化背景。抑郁症(通称为 melancholia)在古希腊已经得到确认,并且自此在西方文化中占据了一个重要位置。相反的,在我们这项研究之初,根据一位著名中国精神医学专家的观点,古典中医并没有发展出一个针对与抑郁症相类同的症状的详细临床分类,这种情况一直延续到古典中医历史变革时期的晚期,即明代(Tseng, 1974)。而且,在当代,与西方的抑郁性障碍相对的中国本土概念并未被广泛使用。当我们开始研究的时候,中国精神医学专家在面对精神障碍时主要诉诸一种生物学的方法,他们并不经常使用这个词。这个词也很少被中国的病人及其家庭使用。传统中医在目前的实践中对唯物主义的躯体—精神(somatopsychic)模式的强调远远超过早些时候的精神—躯体(psychosomatic)模式,尽管后者在超过千年的时间里形塑了中国本土的中医传统。因此,疾病(包括抑郁症)的社会和心理学方面在中国的健康照顾体系中并未得到多少重视。

我在第四章评述了1980年研究的主要结果。1983年4月至8月我返回湖南医学院开始了两个新的研究。首先,我和妻子对1980年的研究对象中那些同时被诊断为重性抑郁性障碍和慢性疼痛症的病人再次取样。在这次3年之后的追踪研究中,我们考察了疾病过程和治疗结果与工作场所、家庭、社区中的社会问题之间的关系。在1980年的研究中,我们曾把这些问题确定为病人苦痛的主要原因。在我的指导下,一些会讲中文的哈佛医学院的学生与我们的中国同事合作进行了第二项研究,这项研究针对的是湖南医学院的慢性疼痛症门诊病人,关注的也是同样的问题。这些研究提供了精神科与一般门诊中抑郁症的发病率情况,同时也评估了抑郁、疼痛与病人的生活环境以及更大的社会系统中的问题之间的关系纽带。第五章汇集了所有这些研究的发现。在第六章,我描述了一些个案,这些个案不仅给了我们数据统计上的信息,而且生动的病痛体验故事也阐述了本书的主题。在第七章,我讨论了这些发现对于我们

提出的理论问题的重要性。

我们的中国同事曾经讨论过我们的研究发现,尤其是我们对这些发现的解释,并且启动了他们自己的研究项目,藉此他们也开始反思神经衰弱和抑郁症在他们自己社会中的位置(见 Xu, 1984, n. d.)。我们用人类学的方法来处理躯体化(somatization)的概念已经引起了众多的兴趣和批评。中国的《精神病学参考》季刊的编辑们曾约我写了一篇文章(Kleinman, 1984),这也促进了一系列更深入的交流(Xu, 1984; Zhong, 1985)。但是有关抑郁症和躯体化的社会原因和后果的问题并未成为我的研究受到深切关注的原因。中国的精神医学专家公开表示了他们对解决神经衰弱—抑郁症争论的困惑,他们在采取临床研究和生物学的研究方法方面比进行社会研究更为谨慎,而社会研究在中国大陆是特别敏感的,直到现在才刚获得批准。中国的精神医学专家很小心地开始了有关压力和社会支持的研究(Zheng and Young 1983; Xu 1983),这些研究应该显示我们在一个机构所作的小样本调查的数据是否具有普遍性意义。中国精神医学专家通过这些研究提供了更多可靠的有关抑郁症和躯体化在中国社会中处于何种位置的信息。我们的研究贡献并不包括对这场争论给出一个最后答案;我们所做的就是增强大家对这些争议性假设的兴趣,并且我们坚持认为应该在更大的社会框架中对这些假设进行检验。

比较一下我们的中国研究与那些在北美以及英国所做的有关抑郁症和躯体化的研究,包括我们目前在波士顿所做的针对慢性疼痛综合症病人的临床研究,他们中的许多人也患有抑郁性障碍,我们确信这些来自跨文化研究的一般性发现同样适用于西方和中国。

把来自病人样本中的研究发现一般化到这个有着世界上最多人口的社会整体是危险的,尤其当我们关注的是病理学而不是常态的时候。但是由于我们对中国社会日常生活中有关严重问题的体验所知甚少,所以研究发现的一般化又是合理的。正因为中国人甚少让西方人看到他们的社会所面临的结构性张力,所以这项有关神经衰弱的研究特别有启发意义。总体而言,如果考察 1949 年共产党胜利以来中国大多数人的生活标准以及健康状况的变化,那么结论肯定是正面的,甚至可以说是获得了巨大的进步。降低死亡率(婴儿死亡率:从 200‰到 20‰—30‰)、控制发

病率、延长预期寿命(从 35 到 68 岁)、控制传染病(包括性病、霍乱、肺结核、吸鸦片,等等)、废除童工、消除贫穷和大规模饥荒、提供更好的居住条件以及一个有效的农村和城市卫生保健体系,这些都是令人印象深刻的成就(见 Kleinman et al. 1975; Wegman et al. 1973)。比较一下 1949 年之前的 35 年中的社会动荡、经济政治崩溃、战争伤亡、流离失所以及饥荒和 1949 年之后的 35 年间的发展,更印证了这些巨大的成就。例如,在精神健康领域,在 1949 年之前,整个中国只有不到 60 名精神科医生开业,5 亿人口所拥有的精神病床位不到 1000 张。目前,中国有 3000 名精神医生和超过 60000 张精神病床位。任何一个读过 Lamson(1935)对中国 1930 年代的可怖的社会病理学的描述的人,都肯定会对中国的社会生活变迁印象深刻。但这一变迁也造成了巨大的问题,这一点也需要理解。

中国的情形

背景

1953 年,也就是共产党在中国大陆胜利 4 年后,中国正在朝鲜战争中与美国处于对立状态,耶鲁在华医学院(在中国又称湘雅医院)改名为湖南医学院。自 1920 年代起,这个冠名耶鲁在华的学校联合体已经包括了初级和高级中学,其中最优秀的毕业生在美国和中国医生的监督下接受医学训练。到 1949 年,许多中国学生从中学毕业进入医学院,他们在湘雅或者其他中国领先的教学医院(北京联合医科大学,华西基督教联合医学院)中接受高级训练,偶尔也有赴美接受高级训练的。他们大多数英文流利,有一些人是基督教徒,所有这些人都与美国有或多或少的联系——这也是导致他们后来会受到迫害的一个原因,开始是在“反右”运动中,后来是在“文化大革命”期间。

凌敏猷(Ling Min-yu),湖南人,出身书香门第,毕业于湘雅。他于 1930 年代北上来到北京联合医科大学(PUMC)向莱曼(R. C. Lyman)医生学习神经精神医学。莱曼是北京联合医科大学的一位美国教授,也是首批受训到中国教授神经精神医学的精神病学家。自从有古典中医著作记载的时候开始,许多疯癫、癔症也曾经被诊断和治疗,但是传统中医

中并无精神医学专科。1897年,在广东传教的医生克尔(Kerr)克服了大量困难,在中国建立了第一家精神病医院。1905年,香港东华(Tung Wah)医院举办了第一批从生物医学角度出发的有关精神医学的正式讲座。

1919年,神经学家伍兹(A. H. Woods)成为北京联合医科大学的神经学和精神医学的首位主任,他也是中国众多医学院中的第一位神经学和精神医学教授。从1922年开始,他在这两个学科方面同时授课,但我们还不清楚他是否在这个领域里训练了一些中国学生(Wong 1950)。1932年,莱曼成为伍兹的继任者,莱曼于1931年来到中国,1937年离开。在此期间,莱曼吸收和训练了中国精神医学的第一代本土领导者中的许多人,这些人又训练了中国目前所有的大量高级学院派的精神医学专家,^[1]包括后来去上海工作的苏医生(T. H. Suh)医生,留在北京联合医科大学的许医生(Y. K. Hsu)。莱曼的同事程(Y. L. Cheng)医生后来赴成都在华西基督教联合医学院(即现在的四川医科大学)发展精神医学。程的学生包括在北京开业的吴(C. Y. Wu)医生,把南京发展为一个重要的精神医学中心(后在反右运动和“文化大革命”中因中心领导人物被划为右派分子而受到削弱)的陶(K. T. Tao)医生,^[2]以及也赴成都教学的林(C. Y. Lin)医生(Ling 1984)。

[1] 尽管莱曼在PUMC的精神医学学科的研究生之后的训练上取得了成功,但是1924到1933年间,在中国的医学院(它们培养出的数百名研究生在中国的医学发展中扮演了重要角色)培养出来的大多数精英中,116名研究生中只有一名进入了神经学和精神医学领域(Bullock 1980: 126)。这是精神医学在中国的地位较低的又一个明证。与PUMC的精神医学的境况相矛盾的是老的PUMC大楼现在有了一个新的医学院和医院:首都医科大学及其医院。这个机构继承了它以往的遗产,是一所高技术生物医学研究机构,其目标是为中国训练下一代的精神医学专家,规模要小于PUMC的最高精英式教育。这种非常高级别的医学院,尽管处于中国医学教育系统的顶端,却没有精神医学科!更麻烦的是最近这个学校又被重新命名为PUMC。

[2] 针对南京精神病院的精神医学家的广泛的公开政治批判让他们更加坚定地坚持弗洛伊德的精神动力学概念。在政治批判中,弗洛伊德的学说被认为是资本主义道德的反映,这种政治批判以一种异常严厉的方式继续着(参见Zhao 1983);弗洛伊德主义被认为是“理想主义者的意识形态结构”,其取向向反映了资本主义统治阶级的堕落价值观,对社会具有极强的腐蚀性。而把弗洛伊德的学说和马克思主义结合起来的想法也被斥为“资产阶级错误思想的大杂烩”。直至今日,这两个学派还被认为是对立、不可调和的。尽管中国已经半官方地承认在现代世界中对马克思主义进行生搬硬套是行不通的,但是在进行这种观念上的局部大转弯之后,中国官方不可能很快就接受弗洛伊德主义的思想,尽管有少数精神医学专家表现出这种倾向。