

病患何以能被看作审美对象

——读拜伦·古德《医学、理性与经验》

吕文江

哈佛大学教授拜伦·古德 (Byron Good) 的《医学、理性与经验：一个人类学的视角》(*Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*) 自 1994 年出版以来至今多次重印, 颇受称引, 已经成为医学人类学讨论中不大可能绕过的一本著作。该书由古德根据他在 1990 年摩尔根讲座^①上的四次演讲修订扩展而来, 包含 6 章主体内容和 1 章结论, 集中而系统地展现了他此前 20 多年来对医学人类学的理论和方法论的思考成果。简单来讲, 这一成果的核心乃是认为诸医学世界嵌入在各自的文化当中, 医学人类学的研究应着重发掘疾病成为特定的个人或社会现实的形构过程。

主张医学的文化嵌入, 并不是一个能被人们轻易接受的立场。在当今的医学专家及普通大众那里, 对医学的主流看法大致都可归入实证主义—经验主义—理性主义的范畴。按照这类看法, 人类疾病的问题根本是个现代生物学的问题, 生物学乃是衡量各种医学体系是否科学的绝对标准。对生物医学的这种维多利亚式的自信, 还曾表现在不少早期人类学家, 尤其是经验主义倾向明显的英国人类学家所采用的“信仰 vs. 知识”的分析语言中。按照这种分析语言, 诸多非西方医学体系中不能为现代生物学所解释的“非理性”内容, 都可被归为“信仰”, 而信仰归根结底是错误、虚妄的东西。因而, 纠正当地人错误的信仰, 向其灌输正确的知识就成为国际公共卫生领域中理所当然的做法。古德在书中第一章即在前人工作的基础上对“信仰”一词进行了一番考证。据他观察, 在英语世界中, “belief”的现代用法是三个世纪以前才出现的, 相对于强调“知”的现代用法, 中世纪以前的用法强调

① 该讲座是罗彻斯特大学人类学系为纪念与该校颇有渊源的刘易斯·摩尔根而长期举办的一个讲座, 讲座自 1964 年开始每年一期, 每期邀请一位著名人类学家主讲, 同时还经整理及修订后的讲座内容以讲座书系的形式出版, 其中不少已成为人类学中的经典名著, 比如迈耶·福特斯的《亲属关系与社会秩序》、维克多·特纳的《仪式过程》等等。

的是“行”，当时的“信仰”是对忠诚、效忠、爱的承诺，说我“信”上帝，意思是我把自己奉献给上帝。而自17世纪末以来，“信仰”一词逐渐在语法、语义上出现了明显变化，比如动词“信”的宾语从某人转为某人及其诺言，再转为某一命题；主语从几乎仅仅使用第一人称到普遍使用第三人称及无人称；尤其是自19世纪开始，“信仰”一词从包含怀疑的意义过渡到直接表示错误或虚妄，从而与“正确的知识”相对立。这种含义的“信仰”概念成为20世纪初英国社会人类学相关作品^①中的一个核心分析术语，古德认为这给人类学的文化分析带来了深远而致命的影响。在实证主义、经验主义即使在自然科学领域也不太站得住脚的今天，人们日益感觉，以西方生物医学来判定诸医学体系是“知识”还是“信仰”不但有违于人类学理解异文化的学科旨趣，而且有着通过正当化自身立场而固化既有权力关系的保守意味。还需指出的是，医学人类学各种取向（见下文）都包含着特定的语言观，其中实证主义或经验主义认为符号体系是工具性的、中立性的，其本身空无内容，内容来自对经验世界的反映或指涉。这样的语言观如萨林斯曾经指出的那样，会进一步通向一种功利主义理论，把人在病患中的能动作用视作工具性行为，把医疗文化看作个人工具理性行为的积淀结果，从而完全过滤掉文化中至关重要的“神话”或者“魅”的精神内核（萨林斯2002）。

与盛行于英国早期人类学家中的上述实证主义立场恰好相反，美国博厄斯一脉的人类学家发展出一套对疾病的文化相对主义看法。其中尤为突出的是本尼迪克特以精神病及其治疗为主要根据的相关论述，照她来讲，精神病患^②并不是某种在不同文化中被贴上不同标签的共通或普遍的东西，精神病患总是相对于某一特定的文化完形^③而言的，比如我们就不能把萨满巫师的驱魔行为理解成我们社会中的精神分裂。这种对文化相对性的极端强调既颇有见地又不无局限，因为，且不论以精神病为数据基础的相对主义如何向整个疾病类别推广，即便在精神病的范围内，本尼迪克特的相对主义论述也并非无懈可击，比如

① 古德提到的典型例子有里弗斯出版于1924年的《医学、巫术与宗教》（古德2010:25），普里查德出版于1937年的《阿赞德人的巫术、神谕和魔法》等（古德2010:15-17）。

② 用“病患”（illness）而不是“疾病”（disease）一词，已有突出疾病的文化属性的用意。

③ 完形是指人们对文化整体格局的领悟。对科学完形、美学完形、伦理完形简单而富有启发性的介绍可见《科学上的五大学说》之《结束语》，参见怀恩、惠金斯2002。

她有关“神经症和精神失常”的文化变异程度的假设就未能经得起经验调查的检验。

批评实证主义,并不意味着一定要投入相对主义,反之亦然,在二者之外,存在着其他立场的可能。古德在书中第二章着重点评了医学人类学后来出现的四种主要取向,即信仰取向、认知取向、解释取向和批判取向。所谓信仰取向,是经验主义以较为精致的方式在部分医学人类学家那里的延续,古德认为其中包含三个相互关联的构成要素:一是将异文化或民间文化中的疾病观念贬为“信仰”,二是将包括这类信仰以及相应的实践、制度在内的医学文化看作人们对客观疾病长期适应的结果,三是将对本身医疗文化“工具箱”中的资源作理性选择的个人置于分析的中心。自20世纪50年代开始流行于公共卫生领域的健康信仰模型(英文简称HBM)即是这种取向的一个典型例子,该模型是根据公共卫生专家推广肺结核、风湿热、小儿麻痹等疾病的预防措施而发展出来的,它假定,疾病被认识到的易感性与严重性,加上预防措施被认识到的好处,减去采取预防措施被认识到的障碍,就能解释某人采取预防性卫生措施或利用某种医疗服务的可能性。与前文对实证主义的批评相类,古德认为该模型对人类行为的狭隘功利主义理解使得它不能揭示病患行为的重大跨文化差异。可以说,信仰取向的医学人类学对文化的理解过于单薄。相比之下,自心理学、语言学的研究发展而来的认知人类学对文化的理解要厚重许多。认知取向的医学人类学研究采取“主位”立场,从研究异文化中的疾病分类,扩展到对疾病知识的民族语义学研究,在揭示医学的文化嵌入上迈出了重要的步伐。不过,古德认为,认知取向过于将个人的头脑视为文化和意义的首要场所,它对病患表达的理解基本是从心灵主义角度出发,抽离掉了躯体化的知识、自觉感情以及形塑病患意义的社会与历史力量。另外,认知取向仍有实证主义思想的残余。这些局限将在解释取向和批判取向那里得到很大弥补。

自20世纪70年代末以来,古德和他的同事凯博文(Arthur Kleinman)等人一直致力于将格尔兹式的解释人类学应用于医学研究中。他们将文化与病患的关系置于分析的中心,主张疾病并非外在实体而是解释模型,主张文化在疾病被构造为人类现实的过程中具有根本意义。采取解释取向的医学人类学家强调意义及建构,他们不仅广泛考察了与各种医疗传统中的病患相伴的象征结构和过程,还进而集

中关注病患的躯体化经验^①，并从现象学那里汲取分析资源。解释取向的医学人类学研究颇有建树，但遭受到的批评也不少，其中尤为突出的一点来自批判取向，后者认为解释取向着重阐述病患现实是如何通过解释及表达过程而被建构出来的，往往倾向于将这类现实看作是共识性的，未能抓住对生物医学的批判视角。在与解释取向的对话中，批判取向自20世纪80年代中期开始大行其道。这类研究包含若干重大主题，比如有人探讨全球及社会范围的政治经济力量如何表现于民族志学者所研究的地方健康状况和医疗建制中，其中典型的例子是将公共卫生、生态学模型和政治经济学视角结合起来，考察疾病在欠发达的第三世界的“政治生态学”。^②有人则汲取葛兰西的霸权理论或福柯的权力谱系学来分析病患表达或医学知识，将其视作潜在的社会关系和权力关系之神秘化。其中一项研究讲到，巴西割藤工人因饥饿或贫穷所致的疾病症状经常被“医学化”，被当作个人身体的某种病态（如“痢疾”、“结核病”、“神经质”等等）而不是集体性的社会与政治问题，这种病患的错误表达或者说政治问题的医学化与霸权阶级的利益相符。又有一项研究试图解释，在妇产科医学著述中，与月经、分娩、绝经等相伴的隐喻怎样从商品资本主义中汲取形象来表达妇女的生殖及她们作为生殖者的地位，并对工人阶级女性比中产阶级女性更能反抗那些隐喻的假设进行了考察。

古德评论说，只要“深描”结合了对意义的缜密分析，医学人类学的批判研究就可以阐明人们在应对病患及其威胁的斗争中投入的许多声音，并揭示总的社会性压迫力量如何表现在生与死的细微之处。但实际上，大量的批判性研究长于评论却短于真正的历史与民族志分析，这一方面是因为将宏观社会的历史分析与民族志结合起来是整个人类学面临的一大挑战，另一方面也是因为研究者对旧的批判路数不加反思就使用，以致批判主要是为了表明或标榜作者的道德、政治姿态，而不是进一步的研究和分析，“批判”的立场由此也就与“临床”/“解释”的立场对立起来。古德强烈否定这种对立，而主张即便是在淋漓尽致地揭露医学的“压迫”、“剥削”面向的时候，也不能忘记医学同时也是

① 此经验“experience”非彼经验“empirical”，古德本书题名中的经验即是 experience，该词至少包括经历、体验等含义在内，而不同于 empirical 对外在客观性的强调。

② 这类研究主题呼应了医学社会学中的一种悠久传统，即考察健康服务的分布、权力在医护关系和交易中的角色，以及影响发病率和死亡率分布状况的社会建制和不平等。

一番对话、一曲舞蹈、一次对意义的寻求、一场救死扶伤的努力、一种被渴求与争夺的商品,甚至是一项基本的人权。他在本书中所要指出的,正是一条以解释取向为基础,并尽力结合批判取向的更为完整妥当也更艰难的医学人类学研究取向。

作为这种研究取向的第一步,古德在接下来的第三章应用新康德学派哲学家卡西尔的“符号形式说”尝试阐明西方生物医学本身是如何内含于特定文化之中的。卡西尔曾认为一切文化都是在特定形象世界、特定符号形式的创造中显示出来的,哲学的目的不在于探究这些既成的创造物,而在于理解它们的基本形构原则。^①若将西方生物医学同样视作一套“象征形成物”(symbolic formation),那么如何探讨它的基本形构原则呢?古德认为首先要从医学符号体系得以产生的所谓“解释性实践”中寻找,他以哈佛大学医学院实施的某种新式医学入门教学方法为民族志素材给出了具体说明——医科学生进入“医学世界”,主要凭借的是一套专门化的“看”、“写”、“说”的方式,正是这些解释性实践建构起了生物医学的独特世界。对“看”的训练在生物医学教学中相当重要,在医学院的课堂上,一张展示某一疾病的流行病学的幻灯片后面会跟着一张病人的临床幻灯片,其后又会跟着一个病理学的标本。然后一张放大倍数较低的细胞结构幻灯片后面跟着一张电子显微图,后面再进到分子结构和遗传表现图表,身体就这样被显示为无限的、层级性的细节。而所有疾病都被认为是由某一更深层次上的机制问题所致。医科学生在医院实习中对写(如对病情进展作文字记录)和说(如向巡视医生陈述病例)的练习,也是要力求抓住规定的“关键”,同“看”一样,“写”和“说”都不单纯是对疾病的反映,而是将某人建构为一个病人、一份文件、一项医疗方案的手段,是形构出西方生物医学世界的重要实践。另外,生物医学本身之为“象征形成物”,还在于生物医学的理性—技术虽然倾向于将病患窄化为“健康”问题,事实上却不能完全排斥围绕病患及其治疗的重要的价值及道德问题。

特定医学的解释性实践与相应的符号体系相关联,因此,跨文化的医学研究要对医学符号体系做出阐释,这是医学人类学解释取向的传统特长,古德则给它加上批判取向的因素。在第四章中,古德应用“符

^① 卡西尔《符号形式的哲学》卷一:语言》,转引自古德 2010:100。

号网络”的分析方法^①,讨论了两个案例,其一是一位罹患直肠出血的美国波士顿女子与诊治医生的互动,另一个是伊斯兰体液医学中的术语的转译性问题。在前一案例中,古德突出了医生与这位属耶和華见证派信徒的患者对于直肠出血的不同理解。医生在诊病过程中尽力寻求将直肠出血与肛裂、痔疮等生理学根源对应起来,而患者在她的主诉中总是要把“出血”放在宗教的符号网络中予以理解。在她那里,“血”或“出血”是根据诸如肮脏与洁净、污染与净化、新旧王国的竞争、耶和華的最终降临与个人的新生等诸多相关符号而获得意义的。如果说第一个案例中医生和病人的理解差异尚不突出,医生可以对患者的主诉存而不论,那么在后一案例中则出现了较为严重的人类学理解问题。古德在此重点挑出伊斯兰医学中的一个术语——“热”^②,讨论它的转译性问题。他认为,试图通过经验验证而把这一概念与生物学中的某一概念挂起钩来,几乎不可避免地会带来误解,对“热”的理解和转译,只能通过经典的解释学策略来实现。古德通过将“热”这一概念置于体液医学关于消化的一整套理论或者符号体系(其实是一套更大的符号秩序背景或福柯所说的知识型)中,发现“热”代表的是一种特别的宇宙论原理。同时,热/冷、干/湿、左/右、洁净/不洁这些体液医学中的符号对子还广泛出现在伊斯兰社会对性别与年龄、对某些仪式效果或社会关系之密切程度的讨论中,比如据说葬礼可以冷却激情,而训诫则可以点燃激情,等等;除了反映社会关系,它们也被用来将特定社会关系合法化并把权力关系和不平等再生产出来,如左/右、热/冷、洁净/不洁、男/女都可被统一成优/劣之别。

某一社会的医学符号调节着该社会中成员的身体经验,跨文化的病患研究因此要求对病人的身体经验^③进行一种现象学式的民族志研究。这样的研究因难度较大在医学人类学中尚不发达。古德在书中五、六两章进行了具有方法论意义的尝试,他的分析围绕躯体化经验、主体间性的意义、相关社会实践以及病患叙事四者及其相互关系展开。

① 大意是认为单个符号都是相对于整个符号网络而取得意义的,因而,人们的症状与治疗也关联着某一文化系统并被赋予意义。

② 这是伊斯兰医学中广泛运用的一个概念,比如该医学体系会说什么药物是热性的、什么食物是热性的、什么疾病是热性的、什么性别是热性的以及什么身体器官是热性的等等。与热相对的则是凉。

③ 这里关注的身体并不是福柯所说的作为支配场所的身体,而是作为经验之创造性来源的身体。

第五章所用的素材是一位患有全身慢性疼痛的美国男子的自我叙述,古德运用现象学的术语对其身体经验做出分析:健康之人经历与体验的生活世界可概括为某种常识性现实,它大致具有六个方面的特征,而慢性疼痛等等严重病患导致这种常识性现实的全面瓦解。具体内容如下表所示:

常识性现实的特征	慢性疼痛带来的摧毁
在体验中自我是浑然一体的	病痛的身体疏离于能动的自我
假定我们体验的世界也为别人所分享	患者体验的世界与日常世界隔绝
假定我们与别人分享共通的“时间视角”	时间因失去其整饬功能而坍塌
对生活全面而积极的关注	疼痛令人分神和疲倦
日常生活世界按我们有意的规划组织而成	苦痛成为社会世界的第一现实
对死亡的焦虑意识被置之脑后	切实感觉到身体和自我的脆弱

日常生活世界在疼痛中被摧毁,涉及的不仅是具备意识的身体,也是社会的、政治的身体。古德提到,在慢性疼痛的例子中,虽然患者所投入的社会和政治世界绝大多数是被专门设计来提供关爱和减轻痛苦的,但事实上,实际卫生保健体制中的非理性经常既明显又微妙地加速了患者生活世界的摧毁。放大了说,社会结构和实践调节并形塑着生活世界的摧毁,对此一问题的深入研究要求我们发展一种批判的现象学。

在个人或社会对抗病痛导致的生活世界瓦解的过程中,命名与叙事是两个重要的恢复性举措。疾病如果得不到命名,对于人们尤其是患者来说是不可忍受的,在上面慢性疼痛的案例中,患者最终给他的疼痛确认了一个名字,给疼痛的起源命名是重新恢复患者的生活世界过程中的一个关键步骤。对此还可补充一个例子,在“非典”肆虐中国之初,人们恐慌的原因之一是对这种病无以名之,后来给它冠上一个名字,即使是错误的名字,也使人们觉得抓住了制服该病的把手以及恢复原有生活的希望。^①除了给疾病命名之外,围绕患病的经历与体验讲

^① 这里我还联想到《西游记》中有一回讲,一个手拿葫芦的妖怪唤对方的名字,不管真名假名,对方只要答应一声,都会被吸进葫芦中。孙行者在第一次被吸进又逃脱后,化名者行孙再来挑战,又被抓住(吴承恩,2004)。

出一套故事也会起到类似的补偿作用。但古德并不止于讨论叙事的补偿或恢复作用,他认为病患叙事与主体经验之间的关系值得深入研究。

故事与病患经验是什么关系?故事在何种程度上报道或描述了事件或经验的原貌?反过来说,典型的文化叙事在何种程度上确实建构了“事件”赋予事件或经验以意义,生产出我们以某一事件或经验所指的东西?一段好的历史叙事是对事件或经验的如实反映,还是根据某种潜在看法而选择重要事件并将它们组织进某一文化习见样式中?社会生活本身在何种程度上是按照叙事组织起来的?古德在第六章开头提出的这些问题可以统一概括为有关叙事、文化、身体经验之间关系的问题。他以土耳其田野调查中采集到的诸多癫痫病患者的叙事为素材,通过将它们与小说、绘画等艺术作品的类比强调了叙事对病人经验的形塑作用。在他看来,疾病虽然绝对是真实的,但处于生活中的疾病只能通过某种创造性的概念来表达,它之在身体的“彼处”必须被处理成在生活中的“存在”。而这如同解读小说中的角色或欣赏一幅画作一样,要求人们在把握肯定存在但在形式上不确定的东西时进行一种审美的反应,进行一番积极的、综合的构造。

《医学、理性与经验》一书的内容较为复杂,以上只是按照个人的理解进行的删繁就简的转述。总结起来,古德在本书中想在相互关联的两个方面做出贡献。第一当然是医学人类学的方法论;第二则是医学伦理的改善。在方法论方面,古德明确反对医学比较研究上的经验主义取向或者说生物医学本位取向,而想发展一种既能理解生物医学的主张,同时仍然承认地方性医学知识的立场,也即一种系统完善的跨文化医学比较研究方案。他在书中具体倡导的是一种结合解释传统与批判理论的取向,这一取向围绕医疗实践(着重在第三章)、符号领域(着重在第四章)、主体经验(着重在第五六两章,较多涉及现象学)、社会结构(分布在前面数章中)及其相互间的关系展开,有力地说明了包括生物医学在内的不同的医学语言都是嵌入在各自文化中的,并进而揭示出使病患成为个人或社会现实的文化形构机制。在笔者看来,古德不认可生物医学的实证主义认识方法,不把病患视作客观当然之物,最终甚至把病患与审美对象相类比,以此来强调病患是一个社会/文化现实,虽然它必定有经验性的内容。单纯的经验性内容是个未定形的东西,它在不同文化中的确定形式要经过不同的“形构机制”才得以成形。可以说,此处对形构机制的揭示有一点类似于中国禅宗对于从

“无”向“有”的过渡中微妙而关键的“几”的把握。我想,我们若能借鉴古德倡导的这种取向对中医与西医进行比较研究,定当有不小的收获。

在医学伦理方面,古德认为,医学人类学的中心任务是让其分析话语向我们的社会义务、存在论关注和人道价值的问题开放。真正的批判的医学人类学不会仅注意权力和政治经济学问题,在病患中我们碰到最终极的人类局限,而跨文化研究既使我们注意到人类文化中救世神学问题的存在,也有潜力开发利用这种东西。具体到我们与生物医学的关系,仅仅是给医学教育加上一点人道的成分、改变医生的态度或者强调医学实践中的社会关怀都非关键所在。医学人类学家可以帮助人们在医学中开辟一块极其重要的研究和实践活动区域,把医学发展为一个人道实践的领域。古德认为,当医学人类学家努力将常规临床实践的叙事和道德维度搞明确,在当地道德世界的语境下考察病患,对医学的常识性认识论主张重作思考,就有可能抵制工具理性对生活世界的侵占,这便是本书试图有所贡献的更大目标。

参考文献:

- 拜伦·古德 2010,《医学、理性与经验》,吕文江、余晓燕、余成普译,北京:北京大学出版社。
马歇尔·萨林斯 2002,《文化与实践理性》,赵丙祥译,上海:上海人民出版社。
吴承恩 2004,《西游记》,长沙:岳麓书社。
查尔斯·M. 怀恩、阿瑟·W. 惠金斯 2002,《科学上的五大学说》,王伟强译,上海:华东师范大学出版社。

作者单位:中国石油大学人文学院

责任编辑:杨 可