

# 泰坦尼克定律： 中国艾滋病风险分析<sup>\*</sup>

景 军

**提要：**本文将对“泰坦尼克定律”予以阐述并结合“风险社会学说”作为讨论中国艾滋病风险问题的基础。“泰坦尼克定律”旨在说明社会等级与人们易受伤害性的关联；“风险社会学说”中有关主观风险和客观风险的分析旨在阐述实际存在的风险和人们认知中的风险之所以对称或者错位。如果将“泰坦尼克定律”和“风险社会学说”同时纳入分析框架，我们就会发现，中国艾滋病流行的实际风险和风险认知都带有深深的社会阶层烙印。从这个轨迹考察问题，我们还会看到实际风险和风险认知的重合。更为简明地讲，社会地位越低下的人们在客观意义上的易受伤害风险越大，同时风险意识中的错误知识和恐惧成分越多。造成这一重合现象的根本原因是社会分层的作用。总之，“泰坦尼克定律”是本文分析途径的向导，“风险社会学说”则属于本文对艾滋病风险予以社会解释的引擎，两者为互补关系。

**关键词：**艾滋病 泰坦尼克定律 风险社会

## 一、理论框架

也许我们还记得，联合国驻北京机构曾在 2002 年联合发表了一份措辞严厉的报告，它以“艾滋病：中国的巨大灾难”之醒目标题告诫中国政府：中国已经有 100 多万艾滋病病毒感染者，而不久的将来会成为世界上艾滋病患者最多的国家。这一标题中的“巨大”一词是英文“Titanic”的意译。换言之，我国艾滋病流行趋势被比喻成为当年驶向灾难的“泰坦尼克号”客轮。虽然我国卫生部随后断然否定了这一判

---

<sup>\*</sup> 潘绥铭、李强、庄孔韶、翁乃群、张北川、李鹏、程锋等人对这篇文章的初稿提出了宝贵的修改建议，我按照他们提出的具体建议修改了文章的一些重要细节。这些建议不但涉及观点的表述，还帮助我澄清了原稿中的一部分事实问题。在此我对他们的帮助表示深深的感谢。同时，我还要感谢中国社会科学院的雷亮中先生为我提供了一部分参考文献。

断, 但该报告的主要内容在国内媒体纷纷刊登, 还是引发了公众对艾滋病问题关注的升温。到了 2004 年“中国艾滋病防治联合评估报告”出台时, 参与评估工作的联合国艾滋病防治规划署和世界卫生组织同意了中国政府所讲的“85 万”感染者数字。到 2006 年第二个“联合评估报告”公布时, 这两个国际组织又同意了中国政府提出的“65 万”感染者数字。考虑到三个不同数字的背后是每次疫情预测和数据收集方法的差异, 这三个数字哪个更准确还是一个可以探讨的问题。

本文所要讨论的核心问题不是中国艾滋病感染人数问题, 而是一个纯社会学问题, 即泰坦尼克沉船事件所说明的社会等级、风险差异与伤害程度之间的密切关联。我将这种关联称为“泰坦尼克定律”, 并以此作为我对艾滋病在中国流行的风险分析之框架。虽然在我所查阅过的相关文献中, “泰坦尼克定律”一词还没有出现过, 但一些历史学家和社会科学家很早就注意到社会等级与沉船所至死亡率的关联。由于保留下来的乘客记录存有张冠李戴和登记疏忽等问题, 学者们计算该船乘客、死亡和幸存者的具体数字也有相当差异。我在下面引用的一组数字(见表 1)取自一个参考了不同历史档案和几个不同数字来源的综合性研究。这项研究表明, 当时泰坦尼克号的一等舱有 319 人, 二等舱有 269 人, 三等舱有 669 人。在这 1287 名乘客中, 798 人死亡, 509 人幸存(Henderson, 2004)。<sup>①</sup>

表 1 泰坦尼克定律的依据——舱位等级与死亡和幸存的关联

舱位信息	各舱位人数	死亡数	幸存数	死亡率	幸存率
三等舱	699	527	172	75%	25%
二等舱	269	152	117	57%	43%
一等舱	319	119	220	37%	63%

我们从表 1 可以看出乘客按舱位分类的死亡率差异和幸存率差异。如果我们将舱位等级视为社会等级的标志, 那么其根据何在? 历史学家告诉我们, 当时泰坦尼克号一等舱船票最低价格是 30 英镑一

<sup>①</sup> 需要说明, 汉德森提供的数字不是绝对的。在乘客和船员人数以及救生艇等具体数量上, 不同人有不同说法; 但这些说法都不影响我在这里所讲的舱位等级越高幸存率越高的基本结论。

张，最高价格为 870 英镑一张，相当于当时一辆豪华轿车的价钱。二等舱最低票价是 12 英镑一张，三等舱最低票价 3 英镑一张。以各舱最低票价计算，一等舱最低票价几乎是二等舱最低票价的两点五倍，同时等于三等舱最低票价的十倍。泰坦尼克号头等舱的乘客人数虽然最少，但只要坐入头等舱，其生存几率显然最高，高出二等舱乘客存活几率的 20 个百分点、三等舱乘客存活几率的 39 个百分点。虽然二等舱乘客比三等舱乘客少一半之多，但其生存几率比三等舱乘客的生存几率还是高出 18 个百分点。

难道社会等级差异在巨大的突发灾难降临之时仍然决定着人们的命运吗？事实的确如此。这主要是因为在设计轮船的时候，造船厂的设计师通常要按照轮船公司的要求将安置救生艇的地点放在头等和二等舱附近，以降低属于富人和中产阶级的乘客对航海风险的担心。泰坦尼克号也不例外。当时船上有许多救生艇，足以搭救全部乘客。但這些救生艇都分布在一等舱、二等舱和船务官员舱附近，三等舱一条救生艇也没有。另外在触及冰山出现险情后，泰坦尼克号船长和其他船务长官组织救生艇分十六批下水，前八批全部是一等舱乘客和需要操作救生艇的船务人员。后八批下水的救生艇以二等舱乘客为主并包括一部分三等舱乘客。在活下来的三等舱乘客人中，许多人是迫不及待跳入水中被打捞到救生艇上面的。

救生艇的分布和下水安排保持了一个相同的逻辑，即舱位等级优先，而不是后来盛传的“妇女儿童优先”。<sup>①</sup> 仅以儿童计算，一等舱有 7 名儿童，死一人；二等舱的儿童共 25 人，全部幸存；三等舱的儿童有 75 名，死亡 55 名。作为社会等级标志的舱位显然成了生命的筹码。当然，一等和二等船舱中还是有一些人没有能够逃生。这是因为这些乘客中有一些人还不太相信赫赫有名的坦泰尼克会沉到水下，在观望中失去了上救生艇的机会。另外一些高等级舱位中的乘客为了与在混乱之中分散的家人一起逃亡而放弃了及时登上救生艇的机会。还有一些高等级舱位中的乘客自愿投入了救助工作，被耽搁在船上。但最终的统计结果还是证明，舱位等级越高的乘客逃命的机会越大。相比之下，

<sup>①</sup> 根据盖拉格 (Timothy Gallagher [www.scsv.nevada.edu/~neese/titanic.html]) 提供的数字，一等舱有 143 名妇女，死亡 4 名；二等舱有 93 名妇女，死亡 15 名；三等舱有 179 名妇女，死亡 81 名。

三等舱的乘客大多是经济拮据的移民和难民,其逃脱轮船没顶之灾的几率最小;这些人的死亡率为75%,幸存率为25%。

社会等级决定风险的差异并决定风险降临之后的伤害差异。这就是我所讲的“泰坦尼克定律”。将这一定律用于分析艾滋病问题时,我们还需要加入另外两个补充性分析纬度,即社会偏见和人们对社会偏见的恐惧必然加剧社会等级的杀伤力。我举这个例子是为了说明中国艾滋病问题即使会造成巨大灾难,它也是要按照上述三个纬度所组成的“泰坦尼克定律”而发生。这一定律其实已经决定着中国艾滋病流行的客观风险。我还要说明,这一定律可以极大地帮助我们分析中国艾滋病在主观层次存在的风险,即风险意识。由于我在使用“泰坦尼克定律”分析中国艾滋病问题时涉及到大量有关风险问题的论述,我认为有必要在此首先回顾一下德国社会学家乌尔里希·贝克(Ulrich Beck)关于“风险社会”的论述。

自从乌尔里希·贝克于1986年用德文出版的《风险社会:向新现代性迈进》一书在1992年被译成英文之后(Beck, 1992/1986),发达国家的社会学界有关风险的讨论必然涉及“风险社会”概念。贝克在《风险社会》一书中提出,工业社会的科技发展带来一系列重大的社会问题,人们对风险的敏感变为一种社会心理并成为一大意识形态特色。贝氏的“风险社会”概念与以往有关风险的观点的区别在于他借用了马克思对资本的论述以及韦伯(Max Weber)对理性的分析。在贝克看来,维持当代工业资本主义制度的根本是新兴科技支持下的商品生产和流通,其主要调节杠杆仍然是短缺。这一制度的设计以保护“良好物品”作为理性选择,但缺乏对付“糟糕物品”的能力。贝克将这一反差视为“良好物品生产流通”与“糟糕物品生产流通”之间紧张和矛盾的渊源。<sup>①</sup>同时,他将“糟糕物品”定义为工业生产带给社会的风险或造成公害的隐患。他认为,工业生产的风险从工业社会一开始就已经显现,只不过保持在隐性状态或仅仅被直接接触风险的群体所感受,而没有被大众所认识(见Van Loon, 2003: 45—51)。

资本主义工业生产的负面影响由隐性变为显性的过程是一个认知意义上的量变到质变过程,而且可以追溯到上个世纪70年代西方社会

<sup>①</sup> “良好物品生产和流通”的英文是“production and distribution of goods”;“糟糕物品生产和流通”的英文是“production and distribution of bads”。

所发生的“限制增长辩论”（Limits to Growth Debate）。通过这次由著名的“罗马俱乐部”作为组织发起者并包括公众参与的大辩论，政府机构、大众媒体以及知识界越来越敏感地认识到工业资本主义包括严重的“糟糕物品”之产出和流通，例如工业污染、职业病、生态恶化等问题，所以越来越多的人支持限制增长的主张。这一原来仅仅在少数人中持有的观点通过公开辩论发生了质变，变为一种公共认知并导致工业管理和经济发展的理念危机。贝克认为，这一危机时期就是现代工业社会转变成为一种新型社会的过渡期。在此时的社会即“风险社会”。贝克之所以将这一期间的西方社会视为“风险社会”，缘于他对风险的两大分类：第一大类风险是客观存在的风险，即实际的、有形的风险。在工业社会的全部历史中，客观风险始终存在，而且随着科学技术的发展变得越来越复杂，同时具备更大的不确定性。第二大类风险是主观意义上的风险，即心理和意识层次的风险，或称为风险意识。在工业社会进入媒体与通讯业更为发达的时代，主观意义上的风险比客观存在的风险更具有影响立法和舆论的力量。许多反对公害风险和抗议公害事故的民众运动主要依靠主观意义上的风险作为推动力。风险认知将客观的风险变为风险政治，而风险政治正是发达工业社会中社会生活形态的标志之一。<sup>①</sup>

尽管贝氏的“风险社会”概念的渊源在于贝克对资本主义工业社会的解析，但它还是很适用于对当代中国的分析。自从我国加入世界经贸组织之后，我国经济体制越来越彻底地被纳入全球资本主义的工业生产体系。如果没有多年来巨大的进出口贸易差额，我们很难想象我国的经济增长指数会成为全世界为之惊讶的现象。而我国外贸主要以工业产品出口为龙头，虽然是劳动力密集的工业产品。同时，我国经济体制严重缺乏对付“糟糕物品”的机制和能力。从1985年中国城市改革开始以来，我国公害事故逐步增多，生态环境的恶化、假货和危险商品，尤其是危害人们健康的食品的大规模生产和流通都暴露着我国经济制度的设计问题。因之，我国政府的一些部门近年来日益感到处理突发危机的能力不够，委托学术界开始了危机处理的研究。此类研究必然涉及对风险的判断和分析。另外，我国部分学者和官员已经看到

<sup>①</sup> 有关贝氏理论与主流社会理论的关系可见：Mythen, 2004 Adam et al., 2000. 中国学者对“风险社会”理论的看法可见：周木国, 2004 李建华, 2004 年, 陈忠, 2004.

中国工业化快速发展的巨大环境和健康代价,同时媒体对相关问题的报道也日益增多,在小范围内已经出现了对高增长的质疑。虽然我们还没有一次由公众参与的“限制增长辩论”,普通人对伴随高速增长而出现的种种风险已经变得十分敏感并将这种敏感性付诸日常生活的话语实践。可以说,政府部门和公众的风险意识已经在一部分领域导致了以风险分析为核心的决策过程和相关行动。其中也包括我国政府和民间防治艾滋病的努力。

## 二、差异逻辑与客观风险

我们对艾滋病的客观风险分析有必要建立在流行病学信息之上。目前,我们可以得到的此类信息来源主要包括我国在1985年启动的“艾滋病病例报告系统”以及在1995年启动的“艾滋病哨点监测系统”。所谓艾滋病病例报告系统指所有抽血检测发现艾滋病病毒感染者之后必须上报卫生部的规定和制度安排。严格地讲,病历报告系统由三个部分组成:(一)艾滋病病例报告系统;它分为初筛、确认、上报三个步骤,报告内容包括人口学资料、危险行为归类、健康状况和检测结果。(二)重大传染病病例报告系统;按照中国传染病法的规定,艾滋病作为法定上报的重大传染病之一。(三)性病病例报告系统;艾滋病被卫生部定义为性传播疾病之一,因而也被当作性病上报。总体的艾滋病病例报告系统之重要在于它记录着每年新增报告病例数和历年累计的报告病例数。从这些信息中可以了解到感染者的感染途径分布以及感染途径的逐年变化(当然也包括一部分感染途径不详的信息)。

所谓艾滋病哨点监测系统则指采用定点抽样的方法追踪艾滋病疫情变化的制度化设置。它包括对被调查人群实施艾滋病病毒检测,同时对这些人中的一部分人予以行为监测,以研究感染途径和行为的关联。到目前为止,最能够帮助我们了解我国艾滋病流行趋势的信息渠道当属哨点监测(景军,2005;邹艳等,2005)。它的目标人群包括六类人:(1)吸毒人群、(2)暗娼、(3)男同性恋、(4)长卡司机(被视为嫖客的替代人群)、(5)性病病人(被视为易感者的代替人群)、(6)孕妇(被视为普通人的替代人群)。之所以在1995年建立哨点监测,主要是基于这样一个判断:我国艾滋病的流行还集中于那些所谓的“高危人群”。

国际组织当时不断告诫卫生部, 中国艾滋病仍处于低度流行阶段, 易受伤害的人主要是吸毒者、暗娼、男性同性恋以及有多性伙伴的人们。在接受以“高危人群”为重点的预防理念之后, 卫生部逐年扩大了哨点监测系统。2002年的国家级监测哨点一共有158个, 到2004年曾至247个。与此同时, 省级哨点超过了400个。按照规定, 每年的监测分为两轮实施, 每一个监测点涵盖250到400人。

从90年代中期开始, 越来越多的“艾滋病流行病学调查”在全国各地启动。这些研究分为三大类, 一是临床医学研究, 二是流行趋势分析, 三是知识态度行为调查。近年来, 一部分社会学和人类学调查研究也为我们了解和分析我国艾滋病流行趋势起了一定作用。这些调查研究以社会环境分析、人群互动模式分析、社会组织分析、文化象征分析和社会分层分析为主线, 以社会学的问卷调查和人类学的参与观察方法为基本工具。从它们的启示作用来判断, 这些社会学和人类学调查研究具有相当重要的意义, 但到目前为止数量还很少。

上述几个信息来源为我们提供了许多可以量化的数据和一些只能做定性分析的材料。这些数据和材料同时为我们提供了诸多警示, 其中之一就是人们所面临的艾滋病风险在程度上有很大不同。例如, 地域差异、民族差异、城乡差异、性别差异、年龄差异、人群之间差异、人群内在差异、贫富差异, 以及教育程度上的差异都决定着我们所面临的艾滋病风险之大小。简单地讲, 文章开头提到过的“泰坦尼克定律”提醒我们, 社会差异决定风险程度差异和伤害程度差异的说法将构成下面讨论的基本论点。在诸多的社会差异中, 我将集中探讨空间差异、民族差异、人群内在差异和身份差异。

**空间差异** 我所讲的空间差异指艾滋病风险的社会地理分布。我国卫生部于2005年11月公布, 全国共有三个省和两个自治区的艾滋病累计报告数已经超过一万人。虽然卫生部并没有提供更为具体的分省数据, 但这些数据由地方卫生官员提供给媒体后在互联网上均可以查到。我们可以用这些病例报告数将艾滋病流行最严重的五个省区排列起来(见图1)。

更具体地说, 列为第一位的云南共有累计报告数37040例(截至2005年9月底); 列为第二位的河南有35000例(截至2004年12月底); 排在第三位的广西有16876例(截至2005年10月底); 第四位的广东有11925例(截至2005年10月底); 第五位的新疆有11303例(截至2005

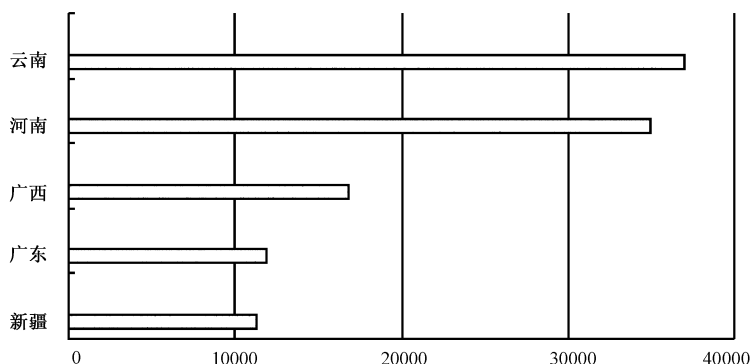


图1 目前我国艾滋病累计报告病例超过一万人的省区排序

年9月底)。从地理分布看, 流行最严重的地方分为三个地域中心: 南部以云南连同广西和广东形成一个中心, 河南为中部中心, 新疆为西部中心。

从社会地理的角度看, 河南是我国农民人口最多的省区, 同时也是全国贫困农民数量最多的省份。河南艾滋病问题之所以严重, 其主要原因是1990年到1995年间政府和私人血站在收购当地贫困农民血浆时采用的不安全措施, 并外延到周边的省份。以云南为主的南部中心邻接缅甸金三角毒品输出地。以新疆为主的西部中心临近阿富汗毒品输入地和中亚毒品走廊。这样的地理位置构成了这两个中心的艾滋病疫情以吸毒为主要驱动力并外延周边省区的事实。在南部和西部中心, 吸毒所造成的艾滋病问题和相关的社会问题远远大于其他省区, 而且对这两个多民族聚居的省区中的少数民族构成相当大的威胁。

谈到艾滋病流行趋势, 卫生官员、相关国际组织(如联合国艾滋病规划署)以及流行病学家时常会提到四个数字。一般人(包括一些新闻记者)对这些数字常常感到迷惑。这四个数字就是: (1)病例报告数; (2)根据哨点监测数据推算出来的人群感染率; (3)人群感染的增长率; (4)根据报告数、感染率、增长率和人群规模计算出来的所谓感染者估计数。我国的艾滋病病例报告数到目前超过了13万人, 比卫生部对感染者的估计数低得多。有些国际组织则宣称我国艾滋病感染者人数实际在一百万以上。我国政府已经停止使用“实际数”这个概念, 因为这里的所谓“实际数”反而是猜测的数字。考虑到上述背景, 我们可以把



艾滋病病例报告数看作一个“基本数”，一个可以称为“起码有多少感染者”的数字依据。例如，病例报告数起码在空间分布的意义上可以帮助我们绘制一张艾滋病严重流行区域图。我们可以根据这个区域图参考其他数据对艾滋病流行做进一步的分析。所以我们如果再以全国吸毒人群数据作为依据就会看到，吸毒者感染率在 2004—2005 年已经高达 10% 以上的地区一共有五个省区（见图 2）。按严重程度排序，新疆第一（30%）、云南第二（22.5%）、广西第三（20%）、四川第四（13%），湖南第五（12%）。

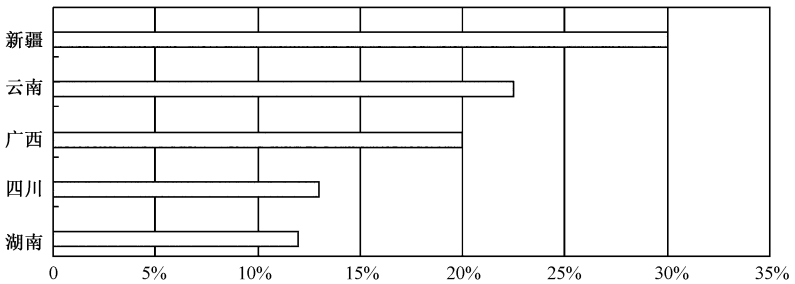


图 2 2004—2005 年我国吸毒人群艾滋病感染率超过 10% 的省区排序

特别值得指出的是，吸毒导致较高感染率的省区在地理分布上与暗娼人群感染率比较高的省区基本重合。这充分说明卖淫与吸毒关联密切，其主要根源是女性吸毒者常常靠卖淫获得毒资的行为和男性吸毒者在嫖娼或正常性生活中常常忽视安全套的行为。按照我国暗娼人群感染率的高低来判断，则广西排在第一位，其暗娼人群的感染率从 2001 年开始一直维持在 10% 左右；云南排在第二位，其暗娼人群的感染率在 2002 年以后保持在 5% 左右并有上升趋势；新疆、广东、湖南、四川排在第三位，其暗娼人群的感染率在过去几年内徘徊在 1—2% 的水平（见图 3）。在其他省份和自治区内，暗娼人群的整体感染率还没有凸现。<sup>①</sup>

① 我提到的“哨点监测数据”均为国家性病艾滋病预防控制中心提供，特此感谢。但这些数据以 2004 年为截止时间，所以我还借用了一些地方疾病预防控制中心 2005 年公布的数字。

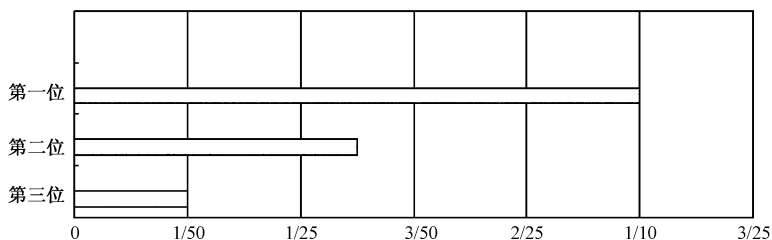


图 3 我国暗娼感染率列为前三位的省区排序

(注:第一位是广西、第二位是云南、第三位是广东、湖南、四川、新疆)

民族差异 这里所说的民族差异首先指在一个具体的地域内少数民族和汉族在社会经济发展中所呈现的差异。这种差异必然折射到文化层面,包括少数民族对艾滋病的认知和对艾滋病侵袭的文化反应模式。在讨论空间差异的部分,我们已经看到,根据报告病例数排列出来前五个艾滋病严重流行省区(云南、河南、广西、广东、新疆)中一共有三个少数民族地区(云南、广西、新疆)。如果以吸毒人群艾滋病感染率在2004—2005年达到10%以上的五个省区来计算(即新疆、云南、广西、四川、湖南),还是有三个少数民族地区进入排序(即新疆、云南和广西)。再按照2004年暗娼人群感染率的高低来判断,排入前三位的6个省区(即广西、云南、广东、湖南、四川、新疆)中仍有三个少数民族区(即广西、云南、新疆)。将报告数连同吸毒和暗娼感染率重叠考虑之后就会看到(见表2),病例报告数与上述两类高危人群感染率同时都名列前茅的省区还是那三个少数民族聚集的省区,即云南、广西和新疆。在这三个省区的人口构成中,少数民族都超过一千万,各占当地全部人口的34%、38%、59%,同时占全国少数民族总人口的40%之多。

表 2 病例报告数与两类高危人群感染率都进入三项排序的省区

累计报告数排序	云南(第一位)	广西(第三位)	新疆(第五位)
吸毒者感染率排序	新疆(第一位)	云南(第二位)	广西(第三位)
暗娼感染率排序	广西(第一位)	云南(第二位)	新疆(第三位)

但是,到目前为止,少数民族在我国艾滋病感染者总数中到底占多大比例的问题还未澄清。我与一名合作者在2002年曾引用过北京大

学于欣先生在一篇网络文章中提供的—个以 1999 年底为截止日期的数字, 即少数民族感染者在 1999 年占我国感染者总数的 36% (Kaufman & Jing, 2002)。这个数字到今天还被学者引用, 但它已过时。根据从事艾滋病疫情监测的专家估计, 少数民族中的感染者到 2004 年占我国全部感染人数的 20%, 即每五个感染者中就有一个是少数民族。当时我国政府估计全国尚存活的感染者人数—共 84 万, 那么其中就有近 17 万人是少数民族。考虑到少数民族仅占我国总人口的 8.41% (据 2000 年人口普查), 这种严重的比例失调显然应对我们有所警示。然而, 我国防治艾滋病的策略制定过程到目前仍然缺乏对民族问题的深思熟虑, 这可能是由于民族问题的敏感性所导致。在少数民族地区, 当地干部深怕由于艾滋病问题的张扬而影响投资环境, 因而多年采取捂盖子的做法。<sup>①</sup> 甚至—些国际组织也对提出重视少数民族预防艾滋病的问题有所顾虑, 认为—旦将这个问题提出势必造成对少数民族的另外—层歧视。这些顾虑阻碍着我国民族地区抵御艾滋病侵袭的能力建设。而我国民族地区抵御艾滋病的能力在相当程度上决定着我国抗击艾滋病的整体能力。

从 2001 年开始, 我国民族学和人类学家就不断指出, 在我国受到艾滋病流行威胁的地区中少数民族地区首当其冲。例如, 四川省社科院民族学研究所马连英、中国人民大学社会学系庄孔韶, 中国社科院民族学研究所翁乃群等人先后就这个问题发出警告 (马连英, 2000; 庄孔韶等, 2005; 翁乃群等, 2004)。这些学者告诉我们, 少数民族聚居区主要分布于边疆和边远地区, 相当—部分位于地面崎岖, 不利耕作的高原、山区。在这些地区, 贫困和艾滋病紧密相连。例如四川凉山州的昭觉、布拖、普格、金阳和美姑等五个国家级贫困县地处高寒山区, 气候恶劣, 山高路陡, 生产结构—单, 经济发展缓慢, 自然生态环境制约着当地经济的发展和群众生活水平的提高。这五个县的一部分人为了改变匮乏的生活状态, 铤而走险加入获取利润高的贩毒者行列。部分贩毒分子往往由于鉴别所进“货物”的真伪, 纷纷陷入吸毒成癮的深渊。这使凉山州的艾滋病感染率远远超出四川其他地区 (侯远高、张海洋等,

<sup>①</sup> 例如, 云南省德宏傣族景颇族自治州瑞丽市于 1989 年就检测出 146 例艾滋病感染者。但此后 10 余年间, 地方政府因怕影响当地的改革开放形象, 缺少正视毒品和艾滋病的勇气而紧紧捂住盖子。后来毒品泛滥成灾, 艾滋病感染者日趋增多, 酿成大祸。

2003)。又如,云南旅游业的迅速发展一方面为云南少数民族地区的社会经济发展带来机遇,同时也增加了有高危行为人群感染艾滋病的风险。一些娱乐媒体作家对少数民族女性充满着性开放的幻想,并将这一幻想变为旅游文章发表,鼓励着男性游客对少数民族女性的猎奇心理。个别地方领导私下认为要搞活经济、扩大对外开放、发展旅游业,所以色情服务无碍大局,只要不破坏地方治安。所以色情发廊、洗脚店、路边店等发展迅猛,其中有不少以少数民族妇女作为诱饵的色情场所。而在这些场所发生的性交易中,安全套使用率比较低,构成了对暗娼和嫖客感染艾滋病的风险因素(杨慧等,2001)。同时,少数民族地区的医疗卫生整体状况仍然处于滞后状态。许多少数民族地区的医疗设备陈旧,医务人员的技术达到标准的比例也很低,为艾滋病的侵袭提供了机会。

当然,如果仅仅使用“汉族和少数民族”的二元结构来分析问题,我们有可能将我国多元的少数民族群体同质化。<sup>①</sup> 换言之,不是所有少数民族均处于相同的边缘和脆弱地位,这是因为我国少数民族在政治、经济和文化上具备较大的多样性。在艾滋病传播问题上也是如此。以云南为例,2003年云南艾滋病感染者的累计数字中少数民族占了32%。但只占云南全省人口2.7%的傣族,其艾滋病感染者反而占了全省感染者总数的13%;同时占全省人口仅仅0.31%的景颇族,其艾滋病感染者则占全省感染者总数的6%;其余少数民族占了13%。又如,四川省少数民族的感染率远远高过其在州上所占的人口比例,但这并不代表所有四川少数民族都受到了艾滋病的严重威胁。更为准确地说,四川艾滋病高发区在四川凉山彝族自治州。截至2005年6月,该州累计发现感染者2271人(其中含彝族和其他民族),占全省感染者人数的40.5%。户口在凉山州的彝族感染者一共1854人,占了全州感染者的81.64%,远远高出彝族占全州人口43.7%的比例。即使不算凉山州以外发现的彝族感染者,彝族也在四川省的艾滋病感染者总数中占了33%,远高于彝族占全省人口2.6%的比例。

高危人群的内在差异 每当国内外专家提到艾滋病预防问题时,

<sup>①</sup> 在对这篇文章的初稿予以评议时,中国社会科学院的翁乃群先生提醒我不要将中国少数民族“同质化”,并为我提供云南傣族和景颇族以及四川彝族的感染数字。对此,我深表感谢。

“高危人群”这个词几乎必然出现。我国艾滋病防治策略规定要予以大规模教育和行为干预的“高危人群”包括吸毒者、暗娼、男同性恋。从教育和干预的角度看,属于其中任何一个人群的全体成员都会被假定为具备极大的同一性,可以使用基本相同的方式予以教育和干预。久而久之,我们对这些人群的内在差异变得十分麻木。我们为研究这些人群而设计的“知识态度行为调查问卷”(所谓“KAP 问卷”)也变得千篇一律。如果仔细审视这些问卷,我们会看到问卷的问题基本大同小异。比如,针对暗娼的问卷中有关知识的问题会问:你认为从外表上能否看出来一个人已经感染了艾滋病病毒吗?有关态度的问题会问:你愿意做艾滋病自愿咨询检测吗?有关行为的问题会问:你在最近一次性活动时是否使用了安全套?无论到了东北还是海南,我们仍然问着同样的问题;无论面对中档歌厅的小姐还是拉客于街头的暗娼,我们仍然问着同样的问题。提出相同的问题有好处,因为这样可以使用一个统一的研究工具和统一的指标对问卷结果给予系统的定量分析。但是这种定量分析往往会无视一个目标人群中所存在的内在差异。解决这个问题的出路在于对目标人群的深入访谈和参与观察,用定性材料和社会学以及人类学的想象力来丰富我们从定量分析中得出的结论。我将以全国艾滋病哨点监测 2004 年两轮调查中有关暗娼的数据为例说明我的观点。

这一年的暗娼哨点监测数据一共包括有效样本 21771 人。从分组数据看,年龄较大的卖淫妇女(36—45 岁和 46 岁以上)比年龄较小的卖淫妇女(26—35 岁和 25 岁以下)更容易受到艾滋病的伤害。这是因为我们可以注意到,25 岁以下和 26—35 岁的卖淫妇女占总样本 56.18%,其感染者人数只占全部感染者人数的 40.58%。相比之下,36—45 岁和 46 岁以上的卖淫妇女只占总样本 43.82%,但是她们中间的感染者人数却占了全部感染者人数的 59.42%。从各年龄组具体的感染率看,36—45 岁的暗娼感染率最高(139/10000),46 岁以上的暗娼处于第二位(96/10000),26—35 岁的暗娼为第三位(77/10000),25 岁以下的暗娼为第四位(58/10000)。四个年龄组的感染率总和是 95/10000。我国卫生部目前的说法是我国暗娼人群总体感染率为 0.94%。下面我要讨论的是所谓“大龄暗娼”感染艾滋病的问题(参见图 4—图 5)。

大于 36 岁的暗娼仅占全部暗娼的 44%(见图 4),但是她们的感染率却占了近 60%(图 5)。为什么即将进入和已经进入中年的暗娼比年

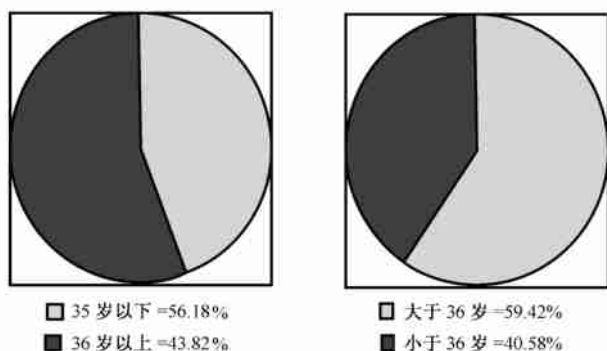


图 4—图 5 “大龄暗娼”的比例以及她们所占暗娼总感染人数的比例

龄相对较小的卖淫妇女更容易受到艾滋病的伤害？我认为主要原因如下。第一，这里有一个数字累计问题。就是说，这些妇女性生活活跃时间比年龄小的暗娼要长，所以她们患性病和生殖道感染的可能性更高，受到艾滋病伤害的可能更大。同时，她们中间有一定数量的人是在过去感染艾滋病病毒，直到最近才被发现。第二，现有社会学和人类学调查证明（潘绥铭，1999、2001；向能强等，2005；储全胜等，2005），在我国性产业中那些有相当资金投入、有严密管理手段并且接待消费额度较大客人的色情场所一般会根据年龄和姿色排斥这些妇女。由于她们大多拖家带口、有相当的经济负担，她们比年龄小的卖淫妇女的挣钱欲望更为强烈，更多地从事着低价格性交易。她们面对的嫖客更多地来自社会底层群体，因而往往不能成功地劝说嫖客使用安全套，所以更容易受到艾滋病的伤害。第三，现有社会学和人类学调查同时证明（倪晓峰，1997；潘绥铭，2000），这些妇女中有相当数量来自婚姻破裂或出现婚姻危机的家庭。她们与一些熟悉的男人或自己的配偶保持着性关系，在与这些男人发生性关系时她们不能或不好意思劝说对方使用安全套，因此增加了另外一层感染艾滋病的风险。第四，现有社会学和人类学调查还提示我们（郑淳福等，1994；黄盈盈、潘绥铭，2003），这些妇女大多来自农村和城市贫民阶层，而且有孩子或其他需要她们在身边的家庭成员。她们一般需要有弹性的工作时间和就近卖淫的场所；而她们所能选择的卖淫地点（如街头、菜市场附近、建筑工地和路边店）没有基本的人身安全保障，受到性迫害或性伤害的比例更大，导致艾滋病感染的几率也更高。第五，现有涉及卫生服务可及性的调查证明，近年来农

村和城市社会底层群体越来越缺乏检查和医治疾病的条件。就低价格卖淫妇女而言, 她们面临的经济生活的压力和医疗服务可及性的限制使得她们获得妇科和性病门诊检查的机会十分稀少, 即使她们怀疑自己有生殖道感染或患性病也缺乏就医的条件; 结果是她们感染艾滋病几率的增加。除了性健康所面临的风险外, 她们中还存有一定数量的共用针具吸毒者, 因而增加了另外一个容易受到艾滋病伤害的风险因素。总之, 这些可以简称为“大龄暗娼”的妇女作为一个特殊群体所面临的艾滋病风险最大。

身份差异 我在这里要讨论的身份差异将集中于男同性恋群体, 而且指公开身份和隐蔽身份的男同性恋者之间的差异。所谓公开身份者指两类人: 一是对同性恋群体之外的人已经公开身份; 二是虽然没有对外公布但是积极参与相关健康教育活动。我们可以将这两类人称为“完全公开身份者”和“半公开身份者”。从艾滋病防治的角度看, 公开身份有益于男同性恋者的信息获得并改变不安全行为, 但也对他们的日常生活带来诸多不便乃至人身威胁。这是由于我国公众对同性恋现象还很不理解同时不断表露出歧视态度。长期从事同性恋研究的张北川教授在一次研究中发现, 至少 30% 的男同性恋者由于受到歧视曾有过强烈的自杀念头, 至少 9% 有过自杀行为; 同样因为歧视和排斥, 21% 的同性恋者在身份暴露后受到异性恋者的伤害, 包括当面侮辱、殴打、敲诈等(见胡敏, 2003)。考虑到歧视问题, 我们可以理解为什么大多数男同性恋者不愿意暴露身份。但我们不大了解为什么有的男同性恋者敢于公开和半公开身份。我想其原因一定很多。单从他们的背景看, 这些人一般受过比较好的教育, 家庭背景和亲属的理解或所从事的工作的性质(比如教育界、卫生口、文艺界、出版业、私人企业等等)都可能有利于他们下决心公开身份。但这些人毕竟是极少数。如果我们以 2001 年发表的一篇比较扎实的调查报告为基本依据, 在接受调查的 426 名男同性恋者中 32% 为专业人员、8% 为管理人员、22% 为蓝领、15% 为学生、2% 为军人、21% 做其他工作。总的来说, 他们中“脑力劳动者”为 55%, “体力劳动者”为 45%。也就是说, 男同性恋者除了处于社会边缘和容易受到艾滋病伤害之外, 还是一个受到社会分层影响的群体, 其中包括大量生活在社会底层的人和一部分生活在农村的人(上述数字引自张北川等, 2001a)。所以我认为, 职业类别、家庭背景和社会等级对男同性恋者的身份公开有着相当影响。

至于谈到更为具体的客观风险,自从1992年社会学家李银河和王小波合著出版《他们的世界:中国男同性恋群落透视》之后,相关学术著作和文章开始逐步增多。2000年前后,男同性恋人群被放入预防艾滋病的视野内讨论。李银河和王小波的研究时间是1989—1991年之间,全部深入访谈和问卷调查样本共49人。在接受这个调查的人中,性行为方式发生频率为第一位的是抚摸,第二位是接吻,第三位是相互手淫;承认口交的人比较少,承认肛门交的人更少。虽然这些人中有少数人说遇到过专门为男士提供性服务的男同性恋,也就是我们今天所说的“Money Boy”(可直译为“金钱男孩”),但这种现象在当时还很少,同时受到男同性恋秘密社区的抵制和谴责(李银河、王小波,1992)。潘绥铭于1993年在中国四个城市调查165名男同性恋者的结果与李银河和王小波的调查发现相比呈现出一些重要差异。例如,潘绥铭的访谈对象中有一半有过肛门性交经历,在一年内发生的口交和肛交中有五分之三的人不使用安全套。他还发现,这些人中有六分之一曾感染过性病,三分之一认为自己面临着艾滋病风险(潘绥铭,1995:418—593)。在李银河、王小波、潘绥铭的研究之后,中国男同性恋研究当以青岛医学院的张北川教授为领衔人物。在1999年的一次调查中,他发现426名男同性恋者中有一半有过肛门交行为,平均累计的男性性伙伴9人,只有两人坚持使用安全套(张北川等,2001a、2001b)。至于Money Boy现象,张北川在2004年的一篇调查报告中指出,他所调查过的57名男同性恋性工作首次性交年龄时间(即17岁)比一般男同性恋者提早一年;这些Money Boys平均累计性伴侣60人,肛门交时不用安全套的人占70%(张北川等,2004)。张北川、吴绍文等人在2004年的一篇文章中(吴绍文、张北川等,2004)还提到,1026名接受调查的男同性恋者在一年内平均有4名男性性伙伴,最近一次性交时没有使用安全套的比例是45%,有15%的受访者曾得到来自男性的性服务,同时有5%的受访者承认男人提供过性服务。<sup>①</sup> 相比李银河和王小波90年代初的发现,以金钱交易为基础的性活动有所上升,但绝大多数男同性恋者并没有染指商业性交易。

从上面分析中我们好像可以认定男同性恋在艾滋病时代的易受伤

<sup>①</sup> 还应该注意,这些男同性恋者中有将近一半(48%)与女性有过或保持着性关系,虽然在与女性的性活动中他们使用安全套的比例比较高(84%)。



害状态就在于他们的特殊性行为方式。其实这种看法很不全面。他们的易受伤害事实首先在于他们的性取向不被社会所接受,使得他们的性活动和同性恋身份处于不得不隐蔽的状态。虽然近年来社会和法律环境对同性恋行为有了比过去更多的宽容,<sup>①</sup>但公开和半公开的同性恋者还是少数。这使得各地能够经常参与男同性恋社区举办的健康活动的人数远远低于需要接受教育的实际人数。当然,他们可以通过互联网和热线电话得到预防艾滋病的信息,但是同伴教育可以更直接、更直观、更利于互动。无论广义的同伴教育还是针对男同性恋的同伴教育都受到两个医学社会学理论的影响。第一个是“健康信仰理论”,它说明人们的理念与健康的关系。这里所讲的“健康信仰”包括人们对疾病的感知、对疾病严重性的认识、对行为转变要付出代价的了解,以及对行为转变所带来好处的期待。这些涉及疾病的理念与行为转变的努力有很大关系。例如,一个男同性恋者如果能够认识使用安全套的好处,那么他就可能想办法劝说他的性伴侣使用安全套。支持健康理念理论中的一个重要概念即人们所感知到的和所能做到的有很大距离,需要通过不断劝导、激励和群体互动来缩小这个距离。第二个理论是“社会识别论”,它将行为转变阐释为“学习与模仿”的后果。在培训过程中,受教育者要建立改变原来行为的信心并掌握具体的行为改变方法。例如,由同伴教育者演示正确使用安全套的方法、使用角色扮演的方式教授劝说性伙伴使用安全套的说辞,以及关于如何解决即可达到既安全又可以相互信任的演示,都可以使接受教育者提高对安全性行为的信心。要达到学习和模仿的目的就需要面对面的交流,需要“潜在水下”的男同性恋者敢于“浮出水面”参与。而目前,即便在大城市,男同性恋者中敢于公开身份者也还很少。例如,一家学术机构于2005年披露了南方一座城市男同性恋人群规模数字之后,当地的“同志关爱小组”马上表示这个数字仅仅相当于公开和半公开身份的男同性恋者人数,而隐蔽身份的人数远远多于公开身份的人数,同时他们也正是该小组急于开展同伴教育的对象。当然,影响男同性恋群体面临艾滋病客观风险的因素还很多,但身份的公开和隐蔽的确是决定风险程度的一

<sup>①</sup> 可以两个例子说明。第一,2001年第三版《中国精神障碍分类与诊断标准》将原来对同性恋的“性变态”定义改为“性心理障碍”;第二,近几年来新闻媒体对同性恋社群客观报道的增多标志着某种程度上的宽容。

一个重要变量。在其他变量相同的情况下,前者享受着更多的性安全信息和更多的群体支持,后者则相反。

按照张北川教授的估计,我国目前成年人中大概有 800 万男同性恋者由于性行为不安全因素而处于健康意义上的危险环境之中。我国卫生部的相关估计是最少 500 万人,最多 1000 万人。在从 1998 年到 2001 年期间的三次调查中,张北川等人发现的男同性恋者的艾滋病感染率分别是 2.5%, 4.2%, 5.5% (张北川等, 2002; 吴绍文、张北川等, 2004); 以其中最低的感染率(即 2.5%)计算,我国男同性恋者的艾滋病平均感染率少于同样被视为“高危人群”的吸毒人群(2004 年吸毒者感染率是 6.7%),但多于也被视为“高危人群”的暗娼人群(2004 年暗娼感染率是 0.95%)。即使我们用卫生部 2004 年公布的“处于性活跃期的中国男性同性恋艾滋病感染率为 1.35%”这个数字,它与吸毒者和暗娼感染率相比较出来的上述格局仍然不变,即还是低于吸毒者高于卖淫者。在此我想补充说明:无论公开还是隐蔽身份,男同性恋者作为一个社会边缘群体在整体上仍然属于容易受到艾滋病伤害的群体。由于艾滋病在男同性恋者中已经开始传播,越来越多的局外人把男同性恋者与艾滋病感染者划上了等号。所以在此需要特别说明,男同性恋不等于艾滋病感染者;同时我还要强调他们中有一部分人确实处于较高的艾滋病风险之中。

### 三、艾滋病话语与主观风险

所谓主观风险是指我们对艾滋病在中国流行的种种风险因素的看法和判断。这些看法和判断一方面带有对客观现实的认识,一方面带有人的想象,其背后是我们社会中各种文化概念和社会因素对我们思维方式的制约。我们可以从艾滋病话语在中国的出现和演变入手讨论这一问题。所谓艾滋病话语指直接涉及艾滋病问题的、有结构的、有影响的、不断变化的集体叙事。这一叙事表现着我们对艾滋病风险的认知和想象。在我国,首先参与艾滋病话语建构的人物和组织包括国际组织代表、外国新闻机构、我国政府官员、流行病学专家、社会科学家以及新闻媒体和互联网。而后,参与这个话语建构的人和机构还包括了感染者组织和非政府组织。当媒体对艾滋病问题的报告越来越多之

后，部分公民通过互联网也加入到了艾滋病话语建构之中。这个话语以艾滋病是什么疾病、在什么情况下人们会感染艾滋病病毒，感染病毒后会导致什么后果，以及如何预防艾滋病为主要叙述结构；它以哪些人更容易感染艾滋病、这些人如何预防艾滋病感染，以及这些人对其他人构成什么样的威胁作为叙述内容。

话语对受到艾滋病威胁的人和艾滋病感染者的影响不小于病毒本身。在当代中国和世界范围内，艾滋病比其他疾病更容易激发人们的想象力，乃至人们对于艾滋病的认识更多地来自于它的社会和文化属性。这就是说，我们对艾滋病的认识依赖于我们对生物事实的社会和文化解释。为了说明此点，我们需要首先回顾一下我国艾滋病话语的演变过程。我们可以将这一过程视为一部四幕话剧。第一幕是病毒亮相，它以对病毒渊源的叙述作为台词。第二幕是风险人物亮相，它对高危行为人群予以深度的刻画。第三幕是受害者亮相，它以艾滋病病人和家庭成员的悲惨命运作为警世箴言。第四幕是救世主亮相，它以帮助人类免受艾滋病毁灭的英雄作为舞台人物。无论中国还是世界，上述四幕话剧都已经演到了第三幕。

如果说发达国家的艾滋病话语之第一幕以有关“男同性恋癌症”的说法为开幕词，我国的艾滋病话语的开幕词则是境外说和资本主义生活方式说的结合。我国最早关于中国境内艾滋病问题的新闻报道出现在1985年，那是由于一名美籍阿根廷人在我国境内被检测为HIV阳性所引发。此后《人民日报》一年内连续刊登了二十多篇有关艾滋病的报道。当时AIDS的中文翻译是“爱滋”，暗示着艾滋病病毒源于性乃至性乱。我国媒体对艾滋病的最初反应是将其视为舶来品，一个主要是外国人才会感染的疾病。1986年10月31日的《人民日报》有这样一篇报道：“卫生部有关方面负责人申明我国没有艾滋病发生。有人说上海曾有发生，这是不确切的，那是一名外国患者，来华时在上海被发现的。我国从使用美国血制品的血液病患者中发现艾滋病病毒抗体为阳性的有四例，但这四例并不等于是艾滋病病毒携带者”。显然，这篇文章关于进口血制品有艾滋病病毒的说法还是将中国艾滋病的祸根视为中国大门之外的资本主义国家。同时，该文还显示了文章作者缺乏艾滋病知识，因为既然查出来抗体阳性，那四名受检的中国人必然是病毒携带者。到了1987年卫生部《关于加强艾滋病预防工作的请示》出台时，官方台词仍然是：“随着对外开放，来华工作、学习、旅游、经商的外国人急

剧增多。他们当中就有艾滋病患者或感染者。迄今我国发现的两例病人都是从美国传入的。这是艾滋病传入我国的重要途径”(引自李 2002: 5)。至于危害,我国媒体将艾滋病称为“超级癌症”。《人民日报》的一篇报道说:“人们往往谈癌色变。现在又有一种所谓‘超级癌症——爱滋病,更令人生畏。这种病于 1981 年首次在美国被发现,后来传播开来”(《人民日报》,1985 年 10 月 31 日)。

到 80 年代末 90 年代初,我国媒体对艾滋病的宣传报道逐渐增多,以国际艾滋病消息为主(周敏、李希光,2003)。此时有关中国境内艾滋病情况的说法开始从“资本主义生活方式说”转移到“艾滋病在我们中间”,这使得我国艾滋病话语进入第二幕,即艾滋病在我国少数人中存在。持这种说法的媒体继续将艾滋病同资本主义生活方式联系在一起;我国卫生专家还是认为中国人的道德风尚、生活环境以及受到严格限制的生活方式将限制艾滋病的传播。即便在 1989 年我国居民中首次发现一名性病患者感染了艾滋病之后,有关新闻报道仍然是把艾滋病与资本主义生活方式联系到一起。其中一篇这样说:“据了解,这位艾滋病病毒感染者长期性乱,与外国人有同性恋行为”(《人民日报》,1989 年 11 月 1 日)。到 2000 年前后,中国艾滋病话语中开始出现社会学家和人类学家的声音。这些学者拒绝一并将艾滋病与资本主义生活方式联系起来。他们指出,在我国通常被视为高危行为人群的成员所面临的艾滋病风险来自于他们社会地位低下的事实和属于边缘或弱势群体的社会处境。

从 2003 年起,我国艾滋病的话语进入了第三幕,即涉及感染者及其家属的叙事。其官方主题是“理解和关爱”;其内容以患者和家属的悲惨命运为主。这一幕中“理解和关爱”的叙事以中央领导们与艾滋病患者握手的照片和新闻报道为标志。但是官员、专家、学者、感染者、国际组织代表或国内非政府组织领导有关艾滋病的风险意识和相关话语并不是这些人和组织的专利。普通老百姓有关艾滋病的风险意识和相关行动时常会使得官方台词变得十分难堪。有些艾滋病人受到领导人的探望并被众多媒体报道后,其家乡的地方干部立即要求该艾滋病人的房东将其扫地出门,以免使街坊邻里也感染上艾滋病。

该事件说明此时的艾滋病话语的建构充斥着官方台词和民间台词的紧张。一方面,国家领导人紧紧握住艾滋病人双手的行动代表着对早期官方台词的扭转;另一方面,有些人继续歧视艾滋病人的看法和行

动表现出社会偏见的根深蒂固。由于我国公众对艾滋病的恐惧程度远远大于对艾滋病的了解程度，对艾滋病感染者的歧视往往充斥着严重的恐惧心理。恐惧是我国艾滋病话语建构的基石。对老百姓而言，恐惧主要来自对自己的安全考虑。就官员和专家而言，对艾滋病的恐惧主要来自对它可能给社会经济发展带来负面影响的焦虑。但我认为，无论处于社会底层还是上层，许多人对艾滋病的恐惧都大大地超过了艾滋病在客观层次上存在的风险程度。当然，这并不意味着我们可以忽视艾滋病的威胁。

如果说人们有关艾滋病的知识、态度、行为三者之间有一定关系的话，那么这种关系的密切程度有多大应该是我们关心的问题之一呢？我以两个调查作为讨论这个问题的依据。第一个是零点调查公司完成并由卫生部发布的《2004年中国居民艾滋病常识及态度和行为状况研究报告》。<sup>①</sup>这是一次涉及3240人的调查，在2004年4月于北京、上海、广州、成都、太原、长沙7个城市，辽宁、河北、陕西、广东、河南、云南的6个小城镇以及小城镇下辖的6个农村地区完成。第二个是零点公司发布的《2005年中国居民性安全指数调查报告》。<sup>②</sup>这个调查在2005年9月于北京、上海、广州、武汉、成都、西安七城市完成，涉及2246名14—60岁的当地常住居民。两个调查均涉及如下三大类问题。第一大类问题涉及艾滋病知识，包括知晓率、艾滋病病人与艾滋病感染者区分率、艾滋病的传染性、不可治愈性、传播途径、预防措施、无偿献血知识等；第二大类问题涉及普通居民对艾滋病及艾滋病人的态度，包括对艾滋病与道德品质的关联性认识、对艾滋病病人入学和就业权、对艾滋病人的态度、对感染艾滋病同事及感染艾滋病家人的态度等；第三大类问题涉及防范艾滋病的意识及行为，包括人们的血液安全意识，是否接受过艾滋病病毒检测和安全套的使用等。

在艾滋病知识方面，零点公司2004年的调查发现，受访者的答案十分明显地证明农村居民的正确认知程度低于城市居民。例如，在对“咳嗽、打喷嚏”、“蚊虫叮咬”不会传播艾滋病的正确认识上，农村居民是33%，城市居民是69.9%；对共用马桶、浴室、游泳池等公共设施时

① 这个报告的简写本在国内网站广为刊载；我在这里使用的数字均来自报告的简写本。

② 如果需要《2005年中国公众性安全指数报告》，请读者在零点公司的指标数据库网站（[www.horizonkey.com](http://www.horizonkey.com)）查找。

不会传播艾滋病的正确认识率上,农村居民和城市居民分别为 29.8% 和 48.8%。

在对待感染者态度方面,对所有问题的答案均显示出农村居民比城市居民的宽容度低。例如,受访问者中有 29.8% 认为道德品质问题导致艾滋病病毒感染,其中这样认为的农村居民比例(35.6%)高于小城镇居民(27.6%),更高于城市居民(16.5%)。在对感染者入学或就业的看法上,反对者占 36.1%;农村居民 40.7% 反对;小城镇居民 27.8% 反对,城市居民 29.5% 反对;在对与感染者共事的态度上,59.8% 的受访者表示不愿意,其中农村居民中有 67.9% 表示不愿意,城市居民中有 44.6% 表示不愿意。

在安全行为和意识方面还是城市强于农村。例如,城市居民中经常使用安全套的人是 10.9%,偶尔使用者是 54.8%;而在农村地区,经常使用者仅占 5.4%,偶尔使用者为 71.5%;同时,农民的血液安全意识也很低。在自己或家人有输血记录的农村居民中有近三分之一(29.8%)完全不知道输血有安全问题;这一比例在小城镇和城市居民中仅为 7.8% 和 6.7%。另外,他们主动采取保证供血安全的方式也不一样;42.7% 的城市居民选择了规模较大的正规医院,20.2% 的小城镇居民要求医院出具血液安全证明;51% 的农民表示只能相信医院。

零点公司 2005 年的调查为我们提供了较多的城市社会分层信息。例如,报告撰写人在一个具体的分析中将受访者分为青年学生、白领阶层、底层大众、蓝领阶层(见图 6)。对比发现,白领和学生的安全套使

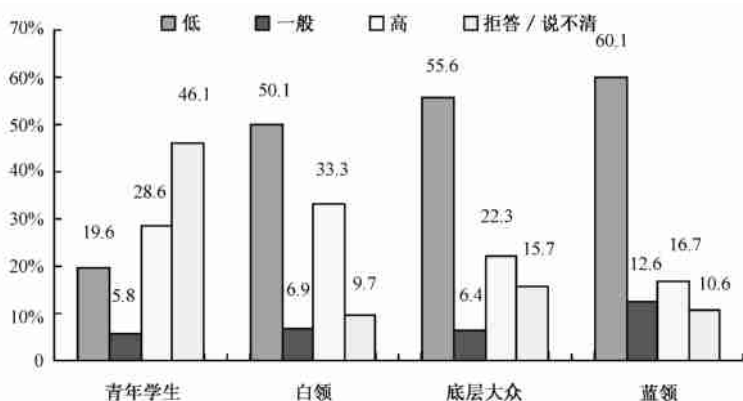


图 6 不同群体性生活中安全套的使用情况

用情况要好于蓝领和底层大众，33.3%的白领经常使用安全套，而底层大众和蓝领中分别只有22.3%和16.7%的受访者经常使用安全套。

需要说明的是，由于零点公司在调查问卷中提出的是“在性生活中使用安全套”的问题，图6所呈现的安全套使用频率差异并不牵扯不同人群性行为发生频率的差异问题。换言之，这次调查关心的是性安全问题，而不是哪个群体的性生活多还是少的问题。因之，这个调查为我们提供了一定的想象空间，即社会等级在一定程度上影响着人们对性生活中不安全因素的不同认知，而这种认知差异可能导致了性生活中采取保护措施的不同发生率。<sup>①</sup>更简单地说，上述白领阶层在性生活中使用安全套频率较高(33%)，说明白领的性安全意识较强，而这种意识与风险认知有相当联系。<sup>②</sup>如果我们将上面所说的白领阶层与更为具体的社会底层人群相比(如在建筑工人、矿工或在城市里做苦活的农民工)，我们可以看到的差异就更大(吴敏等，2005)。例如，2005年发表的一项涉及上海嘉定区六个建筑工地、六个市场和五个工厂的1112名男性农民工的调查发现，受访者的83%已婚，81%同妻子有性生活时不使用安全套，主要怕被怀疑“不忠”；而当问到“与妓女性交是否使用安全套”的问题时，受访者的16.1%回答使用，75.4%回答不使用，8.5%拒绝回答；与妓女性交时不使用安全套的原因是怕“减少快感”。这个研究对我们有三点提示。第一，身处社会底层的一部分男人照样嫖娼，虽然潘绥铭教授告诉我们，社会底层人群嫖娼的频率远远低于老板阶层(潘绥铭主编，2004：54—55)。第二，人对性的认识和感觉差异以及不同的两性关系都会对安全套的使用有作用。第三，由社会地位所标志的性安全意识和性安全认知是导致人们是否使用安全套的诸多变量之一，但它是一个非常重要的变量，一个与社会等级分化有着千丝万缕关联的变量。

① 零点公司2005年的报告并没有说明所谓的“底层大众”到底指哪些人。按照中国社会科学家对我国城市社会底层人群的通常说法，这些人或属于没有固定职业者、或属于有固定职业但由于雇工方原因而没有固定收入者、或属于靠政府救济的失业者、或属于处于非正式就业状态但收入低下同时没有社会保障的人。这方面的书籍和文章浩如烟海，读者可以主要参考李培林、李强、孙立平于2004年经由社会科学文献出版社出版的《中国社会分层》一书。

② 青年学生拒绝回答这个问题的比例过高(46%)，难以作为判断依据。

#### 四、泰坦尼克定律对风险社会学说的纠正

乌尔里希·贝克提出的“风险社会学说”对新型社会理论的形成有着极大的推动作用。但在建构风险理论的过程中,他并不是在孤军奋战。其他社会理论家的相关论述或丰富、或质疑、或批判了贝氏的“风险社会学说”,由此形成了风险理论三大流派。第一个流派是“反思现代性学说”,它是贝克和英国社会学家吉登斯(Anthony Giddens)在合作基础上对现代社会制度的论述,其中涵盖对贝克原有风险社会学说的发展(Beck et al., 1994)。第二个流派是“文化象征学说”,它由英国人类学家道格拉斯(Mary Douglas)首先提出,在时间上早于贝克的风险社会学说,为挑战贝克的学者们奠定了基础(Douglas & Wildavsky, 1983; Douglas, 1992)。第三个流派是“统治形态学说”,它是由一些后现代学者在开发福柯(Michel Foucault)有关权力理论的基础上形成了对贝克的批判。<sup>①</sup>这三个流派都借用了社会建构概念,只不过各流派对它的强调呈现出程度上的差异。“反思现代性学说”在本体论上将风险分为主观和客观存在形态,由此注意到客观和主观的互相作用。“文化象征学说”承认风险的客观性,但更强调风险意识的社会建构和在不同文化情境下人们对于风险理解的差异。“统治形态学说”则将风险在更大程度上视为一个由权利关系、意识形态、国家和社会关系,以及象征意义所决定的认知问题。虽然存有如此之大的本体论差异,这三个流派都认为,风险问题在西方目前的社会生活中已经变为无处不在的政治和文化概念,成为人类意识中的核心内容之一;但由于风险是可以通过人的干预而得以处理的,因而风险必然同人的理性、人的责任感和人的过失密切相关。

本文不是从本体论的角度讨论风险问题,只是希望说明传统的社会学和人类学理论可以继续用于风险分析。例如,我在文章前面所提到的差异问题和话语建构都说明传统社会理论对中国艾滋病风险的分析仍行之有效。我更想强调,在文章开头提到的“泰坦尼克定律”视野之内,贝克的风险社会理论就显得过多强调了社会的整体性以及风险的平均性。从表面看,工业社会中越来越多的风险对所有阶层的人都

<sup>①</sup> 如果需要更多了解风险理论的第三个流派,可以参考 Erickson et al., 1997。



形成了威胁，好似出现了风险均摊的格局。但我们万万不能忘记，风险是可以转移并可以支配的。这正是“泰坦尼克定律”之核心内容。以我国的两个事例来说明：当2005年底松花江被污染之后，哈尔滨全城断水对所有生活在该城的居民和附近的农民都形成了威胁。但实际上，由于附近的许多农民并没有像城里人那样享受到政府紧急调动的水供给，他们只好继续饮用靠近河床并受到一定程度污染的地下水。又如，北京的空气污染使得居住在北京的人都感到难以忍受并考虑到这样严重的空气污染对人们健康的影响；但是每天骑自行车、乘公共汽车和开私家车上班的人们所面临的呼吸道感染风险程度大不一样。这两个事例无非说明，等级与权利、生活方式与经济收入、城市与乡村等差异决定着我们将面临风险程度的多寡。正是在承认社会差异和社会等级的前提下，我在这篇文章中使用了空间差异、民族差异、人群内部差异和身份差异概念，并将这些概念用于讨论中国艾滋病风险差异的社会根源。虽然我们还可以谈论其他许多差异与艾滋病风险程度多寡的相关性（比如中国农民贫困差异与中原地区卖血农民大量感染艾滋病的关系），我所讨论过的空间、民族、人群内在和身份差异已经足以说明这样一个简明扼要的道理：社会的不平等和社会因素导致的易受伤害状态决定着艾滋病风险在客观层次上的差异。换个角度讲，“泰坦尼克定律”很适于对中国艾滋病客观风险的分析。

从客观风险回到主观风险的讨论，我们会发现“泰坦尼克定律”仍然有效。零点公司的调查证明了知识、态度、行为三者之间的密切关联：第一，中国农民在艾滋病知识的掌握程度上远远低于城里人，同时蓝领比白领低、生活相对困难的人比生活相对富裕者要低。第二，社会地位低下者比社会地位较高的人表现出来更多的恐惧艾滋病心理以及对艾滋病感染者的排斥态度。第三，越是社会地位低下的人越缺乏安全意识和安全行动。贯穿三者的主线是社会地位的差异。我的意思是说，在中国人的日常生活中，对艾滋病的恐惧和对艾滋病患者的排斥态度恰好是由社会的不平等所造成。越是处于社会阶梯之下、越是受教育程度低下、越是缺乏生活保障、越是缺乏保护自身权益能力的人对艾滋病的理解错位越严重，因而对艾滋病的恐惧越大。同时，恐惧所导致的社会排斥一旦被道德化——实际上也往往被道德化，排斥就变成理直气壮和理所当然的事情。但这一问题不仅仅是由于人们对艾滋病的认知所造成的，人们的感受和直觉也非常关键。现实生活经验告诉处

于社会底层的人们,他们严重缺乏自我实现的社会资本,同时他们的自我保护系统十分脆弱,需要时时刻刻并小心翼翼地防范外部世界的威胁,以求在最大程度上避免风险。这一易受伤害的事实和这些人对自己易受伤害的认知使他们对艾滋病产生巨大的恐惧并由于恐惧导致社会排斥行动。由于大量生活在我们中间的平民百姓和弱势群体对艾滋病的恐惧心理和对感染者的排斥主要来自他们对自身易受伤害性的明确判断或潜意识,我们可以把这种恐惧和排斥称为“排他性的自我保护”。

民间的歧视和排斥一般以言论和回避接触为主。机构化的歧视和排斥则不然。比如,我国一些医务人员对艾滋病患者的排斥表现在拒绝提供卫生服务上,即便患者前来医院的目的并不是治疗艾滋病而是为了医治感冒发烧等。医务人员中的歧视确实含有类似一般老百姓的恐惧心理表现,但还夹杂着医务人员对公众的恐惧之恐惧。<sup>①</sup>这就是说,医务人员假定,如果其他人知道艾滋病病人到她们的医院看病,那么就会有許多老百姓不再前来就诊或住院,因而会大大影响医院的经济效益。如果接受了艾滋病患者的要求,她们还会违背一种属于医院领导和医院一般工作人员之间心照不宣的默契。该默契的核心是为了最大程度上保护医院的经济效益而要拒绝为艾滋病患者提供服务,其实施方式就是冷静地,客气地,同时又带有一些理解、同情、怜悯的姿态,将艾滋病感染者巧妙地、委婉地、坚决地拒之于门外。所以我说这些医务人员的做法确实带有对艾滋病本身的恐惧,同时含有对来自公众恐惧的恐惧。

简而言之,不同的社会地位决定着不同的客观风险和不同的风险认知。不同的风险认知决定着不同内容的恐惧和人们对客观风险的不同反应。不同的风险反应决定着不同的行动。由于中国艾滋病风险在客观和主观层面上的互动关系受制于我国特有的社会分层结构,因而建立在“泰坦尼克定律”基础上的分析证明,我国弱势群体在客观层次所面临的艾滋病风险与这些群体的风险认知、恐惧心理以及带有歧视成分的态度和行为处于一种孪生状态。

---

① 讨论我国医务人员恐惧和歧视艾滋病感染者的学术文章很多。最新的一篇相关综述文章可见刘军、刘民,2005。

## 参考文献:

- 陈忠, 2004,《危机事件与中国社会共同体理性》,《江海学刊》第 1 期。
- 储全胜等, 2005,《某城市女性性工作者 AIDS 相关人口学和行为学变化情况调查》,《中国艾滋病性病》第 1 期。
- 侯远高、张海洋等, 2003,《凉山艾滋病》,收入中英艾滋病防治合作项目报告汇编。
- 胡敏, 2003,《同性恋群体亚文化透视》,《东方早报》, 11 月 20 日。
- 黄盈盈、潘绥铭, 2003,《中国东北地区劳动力市场中的女性性工作者》,《社会学研究》第 3 期。
- 景军, 2005,《中国艾滋病监测状况评述》,《中国艾滋病性病》第 11 卷第 6 期(总第 63 期)。
- 李建华, 2004,《风险社会中的伦理秩序》,《中国人民大学学报》第 6 期。
- 李 , 2002,《法律评估: 艾滋病防治》,联合国开发计划署和联合国艾滋病规划署项目报告。
- 李银河、王小波, 1992,《他们的世界: 中国男同性恋群落透视》,太原: 山西人民出版社。
- 刘军、刘民, 2005,《中国医务人员 AIDS 相关态度及培训需求调查现状》,《中国艾滋病性病》第 11 卷第 6 期。
- 马连英, 2000,《凉山毒品问题》,《西南民族学院学报》总 21 卷第 3 期。
- 倪晓峰, 1997,《当前女性卖淫罪错行为的自我归因分析》,《青少年犯罪问题》第 1 期。
- 潘绥铭, 1995,《中国性现状》,北京: 光明日报出版社。
- , 1999,《存在与荒谬》,北京: 群言出版社。
- , 2000,《生存与体验》,北京: 中国社会科学出版社。
- , 2001,《中国性产业》,收入清华大学社会学系保存的《2001 年社会科学与中国艾滋病防治工作研讨会论文集》。
- 潘绥铭主编, 2004,《艾滋病时代的性生活》,广州: 南方日报出版社。
- 翁乃群等, 2004,《海洛因、性、血液及其制品的流动与艾滋病、性病的传播》,《民族研究》第 6 期。
- 吴敏等, 2005,《上海市嘉定区 1112 名流动男性民工 STD/AIDS 知识、态度、行为调查》,《中国艾滋病性病》第 11 卷第 3 期。
- 吴绍文、张北川等, 2004,《男同/双性爱者 AIDS 高危性行为监测与比较》,《中国艾滋病性病》第 10 卷第 5 期。
- 向能强等, 2005,《泸州市城区部分女性性工作者安全套使用情况调查》,《预防医学论坛》第 1 期。
- 杨慧等, 2001,《云南民族旅游与艾滋病研究》,收入清华大学社会学系保存的《2001 年社会科学与中国艾滋病防治工作研讨会论文集》。
- 张北川等, 2001a,《中国大陆男同性性接触者的艾滋病高危行为及影响因素研究之一》,《中国性病艾滋病防治》第 7 卷第 1 期。
- , 2001b,《中国大陆男同性性接触者的艾滋病高危行为及影响因素研究之二》,《中国性病艾滋病防治》第 7 卷第 2 期。
- , 2002,《对中国男同/双性爱者人口数量与艾滋病病毒感染率的估测》,《中国性病艾滋病防治》第 8 卷第 4 期。
- , 2004,《中国男性性工作者 STI/HIV 高危行为研究》,《中国艾滋病性病》第 10 卷第 5 期。
- 郑淳福、李伟民、傅冬根, 1994,《浙江暗娼劳教人员调查》,《青少年犯罪问题》第 4 期。

- 周敏、李希光, 2003,《中国媒体报道艾滋病的战略与策略研究》,收入清华大学社会学系保存的《2003年社会科学与中国艾滋病防治工作会议论文集》。
- 周术国, 2004,《基于风险社会的社会政策思考》,《中州学刊》,总第142期。
- 庄孔韶等, 2005,《“虎日”的人类学发现与实践》,《广西民族研究》第27卷第2期。
- 邹艳、杨介者、潘晓红, 2005,《浙江省2004年艾滋病哨点监测结果分析》,《浙江预防医学》第8期。
- Adam, Barbara, Ulrich Beck & Joost von Loon 2000, *The Risk Society and Beyond*. London: Sage Publications.
- Beck, Ulrich 1992/1986, *Risk Society: Towards to a New Modernity*. London: Sage Publications.
- Beck, Ulrich, Anthony Giddens & Scott Lash 1994 *Reflexive Modernization: Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*. Stanford: Stanford University Press.
- Douglas Mary & Aaron Wildavsky 1983 *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. Berkeley: University of California Press.
- Douglas Mary 1992, *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Erikson, Richard, Kevin Haggerty & Edward Andrew 1997, *Policing the Risk Society*. Toronto: Toronto University Press.
- Henderson John 2004 “Demographics of the Titanic Passengers.” <http://www.ithaca.edu/staff/jhenderson/titanic.html>
- Kaufman, Joan & Jun Jing 2002, “AIDS in China: Time to Act Now.” *Sciencæ*, August 28.
- Mythen, Gabe 2004, *Ulrich Beck: A Critical Introduction to the Risk Society*. London: Pluto Press.
- Van Loon, Joost 2003, “Ulrich Beck.” in Anthony Elliot & Larry Ray (eds.) *Key Contemporary Social Theorists*. London: Blackwell.

作者单位:清华大学社会学系  
责任编辑:罗琳

**Abstract:** While pursuing the goal of “common prosperity”, a village characterized by its collective economy inevitably differentiated, both at the structural level and at the personal level. However, such differentiations do not disintegrate the local community. By exploring the case of H village, this article argues that there exists a kind of artificial differentiation of power besides the functional and conflicting differentiation. In the artificial differentiation, power is the main dominant that manipulating stratification as well as the object of differentiation; and through controlling differentiation, it works as an important factor integrating the community.

Non-institutional Paths of Migrants’ Status Attainment: Migrant labors and non-migrant labors in comparison ..... *Li Chunling* 85

**Abstract:** This paper tries to examine the effect of institutional segmentation (Household Registry System) on social mobility by comparing the different paths of occupational and economic status attainments of migrants and non-migrants. Based on the analysis of a national survey data, the paper concludes that Household Registry System has segregated migrants inside certain social and economic spaces that are out of control and influence of normal institutions. That results the special shape of socio-economic stratification of migrants. Migrants have been tracking special paths and following informal rules to make upward mobility. These paths and rules have molded non-institutional pattern of socioeconomic status attainment.

A Study of Floating Rural People’s “Semi-urbanization” .....  
..... *Wang Chunguang* 107

**Abstract:** Utilizing the concept of “semi-urbanization”, this article analyzes how the floating rural people integrate themselves into the urban society. The concept of “semi-urbanization” implies that the floating people are in a state between return to the rural area and complete urbanization. It has three kinds of meanings; firstly, different systems have not been embedded each other; secondly, the floating people can’t integrate themselves into the urban societies in terms of social life and action; thirdly, they don’t identify with the urban society but with their own group. These three aspects consolidate one another and the trend of semi-urbanization tends to become everlasting and permanent. This is a big challenge to the social development and the transformation of the social structure in China.

The Titanic Rule: A risk analysis of the HIV/AIDS epidemic in China ...  
..... *Jing Jun* 123

**Abstract:** This article utilizes the concept of “Titanic Rule” in combination with theories of risk society to guide a discussion of the HIV/AIDS epidemic in China. The so-called “Titanic Rule” as it is applied to the analysis that follows refers to the correlations of vulnerability to HIV/AIDS with social class and social stratification. Theories of risk society are used here for the sake of their power in depicting the interactions or conflicts between objective risks and risk perceptions. By using the concept of “Titanic Rule” in combination with theories of risk society, we would be in a position to see clearly that the association of objective risks and risk perceptions in China’s AIDS epidemic are deeply engraved with the benchmarks of social class and social stratification. The two conceptual tools are complementary to each other and serve as the article’s guiding framework.

### The Structure and Inner Relations of Employee’s Psychological Contract ...

..... *Li Yuan & Guo Dajun* 151

**Abstract:** Employee’s psychological contract refers to the mutual obligation perceived by employees among the reciprocal relationships of employees and organization. It includes two facets: organization’s obligations to employees and employee’s obligations to organization. Based on the data collected from 796 employees, this paper explores the structure of the psychological contract and analyzes the inner relations using confirmatory factor analysis. It is more appropriate to describe the psychological contract of Chinese employees with a three-dimension model, which suggests that the two facets of “employee’s obligation” and “organization’s obligation” both include three dimensions: normal obligation, interpersonal obligation, and developmental obligation. Regression analysis shows that, in the inner relations of psychological contract, the influence of “organization’s obligation” to “employee’s obligation” is not a parallel corresponding relation, but a reciprocal interaction relation.

### Conceptual Representation of Early Adolescents’ Prosocial Behavior .....

..... *Kou Yu & Zhang Qingpeng* 169

**Abstract:** This study focuses on the early adolescents’ conceptual representation of prosocial behavior. The 609 participants (average age= 13.0, SD= 1.49, 331 boys, 256 girls, and 22 individuals did not give their gender information) were asked to assess 43 prosocial items those were nominated by early adolescents in focus group interview with the method of centrality rating. The paper explores the conceptual structure with the method of hierarchical cluster analysis (HCA) and exploring factor analysis (EFA). The results shows: 1. The concept of early adolescents’ prosocial behavior was represented in a prototype model; 2. early adolescents’ prototype of prosocial behavior was constructed of four dimensions, that is, commonweal and rule, personality trait, interpersonal relationship, and altruism; 3. the optimum examples on these four dimensions are kin altruism, faithful, enhancing friendship and helping respectively.