

# 慢性病与人生进程的破坏

——评迈克尔·伯里的一个核心概念

郇建立

1982年,英国社会学家迈克尔·伯里(Michael Bury)发表了他的经典论文《作为人生进程破坏的慢性病》(Bury, 1982)。据统计,这是《健康与疾病社会学》(*Sociology of Health and Illness*)杂志创刊25年以来(1979—2003)被引用次数最多的一篇文章(167次)(Armstrong, 2003: 63)。从这以后,如同美国的安塞尔姆·斯特劳斯(Anselm Strauss)和欧文·左拉(Irving Zola),他已经走在了英国医学社会学的前列(Williams, 2000: 40)。最近20年来,欧美社会学家围绕着“人生进程的破坏”这个核心概念进行了大量的研究。基于此,在本文中,我将系统地考察“人生进程的破坏”这一概念的提出和发展,并在此基础上对它进行评价和反思。我希望这篇文章能够展现20世纪80年代以来西方慢性病社会学的最新进展,并促使更多的社会学家去关注和思考慢性病凸显的社会理论问题。<sup>①</sup>

## 一、人生进程的破坏

在1982年发表的经典论文中,伯里运用30个关节炎病人的访谈资料,重点考察了疾病最近成为其生活重要组成部分的那些人。这篇论文的一个基本观点是,慢性病是一个破坏性的事件,它破坏了日常生活的结构以及作为其基础的知识形式,意味着病人要接受痛苦和苦难,甚至死亡(Bury, 1982: 169)。受吉登斯(Anthony Giddens)的“关键情景”(critical situation)这一术语的启发,伯里明确指出,犹如战争这样的重

<sup>①</sup> 这里所说的慢性病主要是指非传染性的、躯体性的慢性病,包括心脏病、脑血管疾病(中风)、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病,其主要特征是病痛的长期性和不可治愈性(WHO, 2005)。

大事件会破坏既定的社会结构,慢性病也会破坏一个人的人生进程。伯里坚持认为,像类风湿性关节炎这样的慢性病应该被视为一种“关键情景”,一种人生进程破坏的形式。

伯里试图从三个相互联系的方面——认知难题、解释系统和资源动用——来考察慢性病的破坏。首先,慢性病破坏了病人想当然的假设和行为,使他们关注先前尚未进入意识的身体状况,以及是否去看病。慢性病的发作粉碎了未来的希望和计划,标志着“人生进程的改变”。其次,慢性病破坏了病人通常使用的解释系统,从而使他们从根本上反思自己的人生进程和自我概念。这时,病人开始思考“为什么我会现在得病”。最后,病人对慢性病破坏的反应涉及了新情景下的资源动用。伯里指出,慢性病通常会破坏病人的社会网络状况与资源动用的能力。在这方面,伯里的“人生进程的破坏”不仅关注意义,还关注它发生的场景,包括个体及其家庭在面临困境时可以得到的各种资源。

在这篇文章中,伯里在吉登斯“结构二重性”的基础上提出了“医学二重性”的观点。他希望把医学视为一个文化体系:它既是人们摆脱苦难和疼痛的一个重要资源,又是他们寻求患病经历的深层意义的一个约束(Bury, 1982: 179—180)。正是在此种意义上,人生进程的破坏这样的研究思路有助于理解社会结构和患病经历在特定文化背景下的互动进程。一位评论者说,伯里的这篇论文赢得了广泛的认可,它试图把慢性病研究从描述性的互动范畴转向更广阔的结构和文化形式,从而构成了我们理解和讨论普通人慢性病经历的一个至关重要的转折点(Lawton, 2003: 25)。

基于慢性病对人生进程的破坏,几年以后,伯里在另一篇探讨关节炎经历的论文中区分了慢性病的两类意义(Bury, 1988):实际后果(practical consequences)和象征意义(symbolic significance)。首先,慢性病的意义是它对个体及其家庭的实际后果。在讨论慢性病的意义时,许多著作都提到了慢性病的个体后果。米尔德里德·布拉克斯特考察了慢性病和残疾给个人带来的各种问题,并在此基础上指出,残疾的意义就是应对或适应慢性病及其后遗症(Blaxter, 1976)。戴维·洛克概括了类风湿性关节炎病人在适应慢性病的创伤、疼痛和残疾的后果以及治疗方案的冲击时面临的劣势(Locker, 1983)。由此可见,慢性病的后果既导致了活动受限(残疾),又导致了社会劣势(残障)。伯里总结说,“慢性病的意义涉及了它带来的问题、后果和成本”(Bury, 1988: 91)。

其次,慢性病的意义还在于它的象征意义。这意味着不同的疾病有不同的意蕴和形象,而这些差异不仅深深地影响了个体如何看待自己,还影响了他们如何看待他人对自己的评价(Bury, 1991: 453)。因此,在这个层面,我们要关注病情和残疾在特定文化内的象征意义。许多年轻病人之所以很难接受关节炎,并不是因为这是一种令人痛苦的、会引起跛脚的疾病,而是因为关节炎被视为一种老年病,年轻人得了这种病意味着“过早的老龄化”(Singer, 1974)。

在区分了病痛的两类意义之后,伯里试图用左拉的思路去考察病痛的进程(Bury, 1988)。左拉在其经典论文“从人到病人”中指出,一个人之所以去看病,并不是因为疾病本身的加重,而是因为病人在生理、个人或社会方面无法继续适应症状(Zola, 1973)。左拉相信,就一个“病人”而言,当他的人际关系发生危机时,当他感到社会关系(社会交往)受到影响时,当他受到其他家庭成员的督促时,当他感到工作或身体活动受到影响时,或者当他感到疾病总是挥之不去时,他就会去找医生。伯里指出,他在此关注的核心问题是社会因素——而非症状——如何影响了病人寻求医疗帮助的决定(Bury, 1988)。伯里的访谈资料表明,慢性病的发作与发展不仅攻击了身体,还破坏了社会生活;事件的意义不仅源于病情的变化,还源于重要他人的反应。所以,在研究慢性病的意义时,我们应该同时关注疾病的实际后果和象征意义。卡罗琳·桑德斯等人评论说,伯里关于两类意义的区分为考察症状对人生进程的影响提供了一个有用的分析框架(Sanders et al., 2002)。

## 二、慢性病的适应

尽管慢性病给病人带来了许多问题和困难,破坏了他们的人生进程,但他们在病痛面前并非消极被动,相反,他们试图动用各种资源、采用各种手段去适应病痛。许多研究都注意到了病人在适应症状和治疗方案的冲击时所采取的积极行动,也注意到了他们会运用各种资源去提高生活质量。在思考慢性病的适应时,伯里建议从分析的角度更加清晰地区分“应对”(coping)、“策略”(strategy)和“风格”(style)这三个术语,以便我们去关注经历的不同维度(Bury, 1991)。

“应对”是指个体学着容忍或接受病痛后果的认知进程(Bury,

1991:460)。伯里指出,应对有助于个体面对人生进程的破坏时维持个人的自我价值,从这种意义上说,它是减轻慢性病压力的缓冲器。许多学者都把“正常化”(normalization)视为一种基本的应对形式。斯特劳斯等人指出,慢性病人的主要任务不仅是活着或控制症状,而且是尽可能正常地生活,而他们在多大程度上能过上正常的生活,这既取决于他们能够做出的社会安排,又取决于症状、治疗方案及他人的疾病知识对生活的侵入程度(Strauss et al., 1984: 79)。戴维·凯莱赫在研究糖尿病病人的适应情况时指出,“正常化”首先是指从心理上排除慢性病的冲击,以便尽量减少它对个人认同的影响;另一方面,“正常化”还意味着把病痛或治疗方案视为“正常的”,从而把它更加充分地融入个人认同和公众自我(Kelleher, 1988)。

如果说“应对”关注人们逐渐发展出来的意义和态度,那么,“策略”这个术语则关注人们采取的行动,或者说人们面对病痛时的所作所为(Bury, 1991: 461)。就慢性病来说,“策略”是指机智地动用各种资源(包括物质资源和情感性的社会支持网络),以便获得比较满意的结果。在这种情况下,“策略”或“策略管理”要比现存文献的“应对策略”或“社会应对”更为可取。伯里认为,病痛的策略管理不仅意味着熟练地操纵社会场景和自我形象(Wiener, 1975),还意味着在维持日常生活时如何有效地动用各种资源(Locker, 1983)。从这个意义上说,“策略”这个术语意味着动态地看待个体的选择和社会结构的约束。然而,如果我们过分强调选择是在物质背景和文化背景下做出的,那么我们可能会忽视,背景本身在某种程度上也是被选择出来的。例如,为了维护家庭关系,人们可能会退出一些无关紧要的活动,此时,犹如积极参与,退出一些社会活动也是积极的反应。

最后,“风格”这个术语用指向了人们的反应方式,即病人如何对待并呈现他们的病痛或治疗方案。这意味着要考虑人们在呈现他们已经改变的身体外表和社会环境时可能会利用的“文化库”(cultural repertoires)。“尽管这同应对进程和策略行动密切相关,但它有别于二者的重要地方在于,它关注象征意义和社会实践在不同领域的文化秩序内的差异”(Bury, 1991: 462)。艾伦·拉德利在研究慢性心脏病病人及其配偶的病痛适应时发现,经济状况不同的人有不同的适应风格(Radley, 1989)。在他看来,适应风格的差异体现了不同阶级关于身体和自我的话语。他强调指出,“疾病的适应是一套持续的话语和相关实

践”(Radley, 1989: 248)。<sup>①</sup> 5年以后,拉德利进一步指出,要想找到一种适宜的适应风格,病人一定要考虑身体症状的要求和社会的要求(病人的身体要求和社会文化的约束)。在遭遇慢性病或残疾时,自我呈现的适应风格通常需要大量的表演,因为只有这样,他们才能维持积极参与主流社会生活的形象(Radley, 1994: 152)。既然病人有可能采取不同的适应风格,那就意味着,即便在症状和社会背景的约束下,他们也能做出某种选择(Bury, 1997: 133)。恰恰在这里,慢性病和残疾研究同更广阔的社会学问题——如生活风格、身体和健康——联系起来。

伯里总结说,最近的慢性病的解释社会学研究表明,我们需要从多个维度去考察慢性病对日常生活的影响:生物医学的疾病模式是不恰当的,片面强调隔离、污名和残疾标签的单一维度的社会学模型也是不恰当的(Bury, 1991)。伯里特别强调,未来的研究一定要应对解释社会学所遭受的指责:它过分关注意义,而不太关注更广阔的结构因素。在他看来,关注人们采取的积极行动,并不意味着忽视个体的社会地位和资源对慢性病的影响。如果我们能够在急剧变迁的社会背景下研究个体经历和社会地位之间的互动,那么,我们就能够在某种程度上调和解释社会学和结构社会学这两种貌似对立的思路(Bury, 1991: 464)。

### 三、初步的评价

自1980年代以来,伯里对“人生进程的破坏”这一概念进行了持续的思考,他不仅考察了人生进程破坏的三个主要方面(认知难题、解释系统和资源动用),区分了慢性病的两类意义(慢性病的实际后果和象征意义),还从分析的角度区分了慢性病适应的三个层面(认知进程、实际行动和反应方式)。

自伯里的概念提出以后,许多学者都沿用了“人生进程的破坏”这一视角来研究慢性病。斯特劳斯和朱丽叶·科尔宾运用扎根理论的方法考察了慢性病的各种破坏性后果(包括身体的衰竭、自我认同的改

<sup>①</sup> 拉德利和格林曾区分了四种适应风格,而笔者感兴趣的是其中的两种:接受(accommodation)和积极的拒绝(active-denial)。前者意味着把病痛融入人们的生活,其手段是追求调整过的目标,后者是指试图同病痛做斗争,其手段是维持社会活动、尽量减少症状和/或病情的冲击(Radley & Green, 1987: 183)。

变、夫妻关系的变化、日常生活和人生进程的破坏),他们运用“轨迹”和“工作”这两个核心概念详尽研究了病人及其配偶在家中做出的各种病痛管理工作,以及与之相关的日常生活工作和人生工作(biographical work)(Corbin & Strauss, 1985, 1987, 1988)。凯西·查默兹用“自我的丧失”来概括病痛对慢性病病人的影响:他们失去了先前的自我形象,但没有发展出同样有价值的新形象(Chamatz, 1983)。几年以后,她在符号互动论的学术传统下更加详尽地研究了慢性病对自我的影响(Chamatz, 1991)。她的叙述逻辑是,慢性病给病人的日常生活带来了许多困难,这些困难改变了病人对时间的看法,而时间观念的改变则影响了病人的自我形象。在她看来,自我概念总是同过去、现在和未来联系在一起,从这个意义上说,人们总是把过去、现在和未来视为界定和认识自我概念的关键,尽管他们通常意识不到自己的自我概念如何植根于时间。

在慢性病社会学领域,伯里的思想直接影响了中风研究,许多研究者都接受了“人生进程的破坏”这一概念,形成了中风康复的“宏大叙事”(Faircloth et al., 2004: 244)。罗伯特·安德森研究了137个中风病人的患病经历,描述了中风对病人的社会生活、家庭生活和个人的影响,包括活动受限、交流困难、焦虑和抑郁、社会隔离以及工作和失业问题(Anderson, 1992)。人类学家盖伊·贝克尔和沙伦·考夫曼则运用“患病轨迹”(illness trajectory)这一概念集中讨论了老年中风病人所经历的不确定性(Becker & Kaufman, 1995)。考夫曼还曾用现象学的视角,以两个中风病人为例考察了慢性病的广泛影响,借此说明健康、病痛和生命问题是但不仅仅是医学问题(Kaufman, 1988)。在此之后,贝克尔还模仿伯里的术语出版了《被破坏的生活》(*Disruptal Lives*),在此书中,她试图探讨病人在混乱的世界中如何创造了人生的意义(Becker, 1997)。①

在伯里的概念赢得普遍认可的同时,它也遭受了一些攻击,其中最引人注目的批评来自残疾理论。尽管许多研究者都赞成世界卫生组织关于残疾(disability)的经典定义——残疾就是活动受限以及没有能力完成日常任务,尤其是同自我照料有关的任务——但也有一些人认为,

① 需要指出的是,伯里的影响不仅仅局限于社会学家和人类学家,一些护理学家也深受他的影响。瑞典护理学家皮亚·阿斯布林就直接以“慢性病:生活的破坏”为题考察了25个妇女的慢性病经历(Asbring, 2001)。

这个概念需要认真地加以修订。迈克尔·奥利弗在《理解残疾》一书中指出, 残疾作为一个范畴, 不仅是由文化生产出来的, 也是由社会建构出来的。在他看来, “残废(disablement)同身体无关, 它是社会压迫的一种后果”(Oliver, 1996: 35)。如果医学社会学把残疾视为“个人悲剧”而不是社会压迫, 那么, 它就会成为医学化的同谋。总之, 同世界卫生组织的看法相反, 残疾并不是身体病理的结果, 而是社会劣势和压迫的产物。

诚然, 残疾的一些方面是社会期望的产物并受社会结构的影响, 但并非总是如此。在现代社会, 我们很难说严重的活动受限或感官障碍不是残疾。参与障碍的减少并不意味着残疾的消失。况且, 慢性病依然是缺损、残疾和残障的主要原因。伯里评论说, 如果把残疾视为社会压迫, 我们就会忽视社会现实, 就会把个体反应和社会反应的复杂性简化为单一维度的残疾观, 就会忽视绝大多数残疾人仍在遭受慢性病的折磨(Bury, 1997: 138)。我们无法脱离身体来考察慢性病。迈克尔·凯利和戴维·菲尔德在一篇关于慢性病和身体的文献综述中指出, 我们必须关注慢性病的身体基础, 因为它限制或妨碍了身体活动或社会活动, 影响了自我和认同的建构(Kelly & Field, 1996)。“从社会学的角度说, 生物事实和生理事实之所以至关重要, 这是因为: 就患者而言, 1) 它们直接冲击了自我; 2) 它们为认同建构提供了信号; 3) 它们是社会行动的限制性因素”(Kelly & Field, 1996: 251)。

#### 四、进一步的反思

尽管我们不赞同残疾理论家对伯里的批评, 但这并不意味着人生进程的破坏没有任何局限性。西蒙·威廉斯在一篇评论性的文章中提出了如下问题: 在 20 世纪晚期, 伴随着慢性病经历和残疾经历的多样性, “人生进程的破坏”在多大程度上是一个有用的概念? 关注“破坏”是不是在揭示慢性病一些方面的同时, 又掩饰了它的另外的一些方面? 到底是慢性病导致了人生进程的破坏, 还是人生进程的破坏导致了慢性病? 这些进程仅仅是局限于慢性病, 还是晚期现代性的普遍特征(Williams, 2000)? 在此, 我愿意沿着西蒙·威廉斯的思路做进一步的反思。

首先,“人生进程的破坏”这个概念在很大程度上是一个以成人为中心的病痛模型。诚然,大量的病痛都发生在生命的中后期,在这种情况下,人生进程的破坏的确是一个适宜的说法,它意味着从“正常的”健康状态转变为“反常的”疾病状态。然而,当我们把目光转向先天性疾病缺陷或者儿童时期就患有的疾病时,情况就会截然不同。就这些人来说,他们始终忍受着病痛或残疾,始终保持着逐渐建立起来的自我认同。从这个意义上说,他们的人生进程并没有重大的变化,因而也不会出现所谓的“人生进程的破坏”。与此类似,就那些长期生活在逆境状态、患有多种病症的老年人来说,他们似乎并没有遭受“人生进程的破坏”。潘多拉·庞德等人在研究伦敦东区工人阶级的病痛叙述时发现,年龄因素影响了人们对慢性病的反应(Pound et al., 1998)。最近,克里斯托弗·费尔克洛思等人在考察佛罗里达州老兵的中风经历时指出,“如果考虑到了年龄、并发症、先前的中风知识这样的一些减缓因素,中风的影响与其说是人生进程的破坏,不如说是他们在日常生活中必须面对的众多事件之一”(Faircloth et al., 2004: 256)。由此可见,像中风这样的暴病未必导致“人生进程的破坏”,它有可能成为“持续的人生进程”的一部分。

其次,慢性病究竟导致了人生进程的破坏,还是人生进程的强化?如果说庞德等人和费尔克洛思等人的研究迫使我们关注人生进程的持续性问题,那么,达妮埃勒·卡里克布鲁和雅妮娜·皮埃雷的研究则关注男性 HIV 感染者的人生进程的强化(biographical reinforcement)。这两位法国学者运用“人生进程的破坏”(Bury, 1982)、“人生工作”(Corbin & Strauss, 1987)和“认同层次”(Charmaz, 1987)等概念详尽考察了巴黎 44 名因血友病治疗或同性恋而感染 HIV 的男性的患病经历(Carricaburu & Pierret, 1995)。研究表明,那些因治疗血友病而感染 HIV 的病人倾向于把经历 HIV 视为“人生进程的强化”。就血友病人来说,在感染 HIV 很久以前,他们已经围绕着患病轨迹来组织他们的日常生活和人生计划。例如,由于意识到血友病是一种无法治愈的遗传性疾病,许多人已经决定不结婚或者不要孩子;同样,考虑到无法预料的偶然性出血,这些人已经习惯于日常生活的不确定性,许多人都放弃了诸如运动和旅行这样的“风险”活动。“正是在此种意义上,我们可以断定, HIV 感染导致了人生进程的强化”(Carricaburu & Pierret, 1995: 82)。

再次,到底是慢性病导致了人生进程的破坏,还是人生进程的破坏



导致了慢性病？尽管大量的病痛叙述文献考察了慢性病对人生进程的破坏性影响，但也有一些研究记录暗示了人生进程的破坏（尤其是生活事件）引发了慢性病。加雷思·威廉斯运用“叙述重构”（narrative reconstruction）的概念去解释“慢性病的起源”，他详细考察了三个关节炎病人的病因解释，他们分别在政治经济因素、社会心理因素和宗教因素中寻找病因（Williams, 1984）。他指出，病人在解释病因时，不仅关注病因学本身，还试图在其人生经历中寻找病因，如恶劣的工作环境、不愉快的工作经历、家庭成员的死亡、生活事件的压力和自我的压抑。如果说加雷斯·威廉斯的叙述重构暗示了人生经历对个体的慢性病起源的影响，那么，乔治·布朗和蒂里尔·哈里斯则明确考察了生活事件与病痛之间的因果关系，他们的研究表明，生活事件是许多精神疾病和身体疾病的重要的、甚至主要的病因（Brown & Harris, 1989）。此外，哈佛人类学家凯博文的许多案例都涉及了人生进程的破坏和生活事件对慢性病的影响，他坚持认为，我们一定要在更广阔的文化传统和社会背景中寻找病痛的根源（Kleinman, 1986, 1988）。

最后，人生进程的破坏是仅仅局限于慢性病，还是晚期现代性的普遍特征？伯里的观点有一个潜在的假设，即身体和自我之间的关系在发病之前是想当然的，而慢性病的出现破坏了这种想当然的关系，造成了人生进程的破坏。然而，这种逻辑最近受到了挑战。在所谓的“晚期现代性”（吉登斯，2000）或者说“流动的现代性”<sup>①</sup>（Bauman, 2000）的社会状况下，“不确定性”、“反思性”和“风险”已经构成了人类生活的普遍特征。“一切皆有可能”，没有什么是一成不变的，没有什么绝对正常的，也没有什么是一劳永逸的。在这种情况下，个体要不断地反思身体和自我之间的关系，他需要根据现代社会生活的方方面面周而复始地评价自己的人生进程，并在此基础上不断地调整自己的人生计划。由此说来，与其说慢性病导致了人生进程的破坏，不如说人生进程的破坏是晚期现代性的一个普遍特征。10多年前，凯利和菲尔德在讨论“慢性病的概念化”时指出，“由于经济、技术和社会变迁，生活本身已经失去了自身的确定性和连续性……如果生活本身是断裂的，那么，慢性病的破坏性后果可能就不那么明显。在这方面，慢性病仅仅是改变生活

① 笔者曾在《现代性的两种形态》一文中对齐格蒙特·鲍曼的标志性概念“流动的现代性”进行了解读（郇建立，2006）。

风格的众多潜在原因之一”(Kelly & Field, 1998: 17)。这意味着,在一个不那么具有决定性的社会结构中,同过去相比,慢性病经历有可能不那么具有破坏性。尽管两位作者对伯里的经典概念进行了理论反思,建议重新思考过去用来分析和描述慢性病的标准的社会学概念,但与此同时,他们也明确指出,在考察慢性病的影响时,无论如何,我们都不能完全忽视慢性病引起的身体局限和活动受限。

## 五、总结性的评论

在本文中,我以伯里的经典概念“人生进程的破坏”为核心,不仅考察了慢性病对人生进程的破坏性影响,还考察了慢性病人的不同适应方式。伯里的概念在医学社会学领域既赢得了普遍的认可,也遭受了残疾理论的猛烈攻击。本文的观点是,尽管这个概念存在一些不足,但它仍是慢性病社会学的一个核心概念。基于此,我从年龄、生命进程、生活事件和人类状况的角度对这个概念做了进一步的反思。这种反思表明,在研究慢性病时,我们一定要把它融入个体的人生背景和他所处的社会历史条件。皮埃雷在探讨患病经历和社会结构的关系时指出,我们一定要研究宏观社会层面如何影响了患病经历,而不是简单考察影响患病经历的社会经济因素。因此,在研究患病经历时,我们有必要把“主体经历、(人生)背景和社会结构”联系起来(Pierret, 2003: 15)。

事实上,慢性病社会学为考察经典的社会学问题——个人与社会的关系问题,或者说能动性 with 结构的整合问题、微观与宏观的联结问题——提供了一个舞台。病痛既是强烈的个人经历,又具有重要的社会意义(social significance)。伯里指出,病痛至少在两种意义上是社会现象(Bury, 1997: 1-2)。首先,病痛的分布在不同的社会群体之间有很大的差异,从阶级、性别、族群或年龄的角度来说皆是如此。病痛是社会的产物,个人的社会地位会影响他的患病经历。其次,病痛不可避免地会影响我们的社会关系和更广阔的社会。我们的患病经历不仅影响了日常任务的执行和自我的表现,还影响了我们的人际关系和社会的运行。正是由于病痛的双重特征(个体性和社会性),它才处于社会学想象力的核心位置:它既是个人困扰,又是公众问题(米尔斯,2001)。

基于此,在研究慢性病经历时,我们要更加关注社会结构和人类体

验之间的关系；既要关注宏观的结构性因素对慢性病的影响，又要关注病人的主观能动性；既要关注“宏观社会学的微观基础”（Collins, 1981），又要关注“微观社会学的宏观结构”（Burawoy, 1991）。正是在此种意义上，吉登斯的“结构化理论”、布迪厄的“实践的逻辑”、哈贝马斯的“生活世界的殖民化”等概念为慢性病社会学研究提供了方法论基础。与此同时，我们还要在社会变迁的历史进程中研究社会结构与患病经历之间的关系。伯里十分强调在社会变迁的大背景下研究健康和病痛（Bury, 1997）。最近，加雷思·威廉斯在探讨健康的决定因素时进一步指出，“要想理解社会结构对健康（和病痛）的影响，我们既要理解特定结构和场景体现的历史进程，又要理解这些进程对个体的生命进程和人生历程的影响”（Williams, 2003: 146）。正因如此，慢性病社会学有可能把历史的视角、解释社会学的思路和结构主义的思路有机地结合起来。

#### 参考文献：

- 安东尼·吉登斯, 2000,《现代性的后果》, 田禾译, 北京: 三联书店。
- 郇建立, 2006,《现代性的两种形态》,《社会学研究》第1期。
- 莱特·米尔斯, 2001,《社会学的想象力》, 陈强、张永强译, 北京: 三联书店。
- Anderson R 1992, *The Aftermath of Stroke: The Experience of Patients and Their Families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Armstrong, D. 2003, “The Impact of Papers in Sociology of Health and Illness: A Bibliographic Study.” *Sociology of Health and Illness* 25.
- Asbring, P. 2001, “Chronic Illness - A Disruption in Life; Identity Transformation among Women with Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia.” *Journal of Advanced Nursing* 34(3).
- Bauman, Z. 2000, *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Becker, G. & S. R. Kaufman 1995, “Managing An Uncertain Illness Trajectory in Old Age: Patients’ and Physicians’ Views of Stroke.” *Medical Anthropology Quarterly* 9(2).
- Becker, G. 1997, *Disrupted Lives: How People Create Meaning in A Chaotic World*. Berkeley: University of California Press.
- Blaxter, M. 1976, *The Meaning of Disability*. London: Heinemann Educational Books Ltd.
- Brown, G. & T. Harris 1989, *Life Events and Illness*. New York and London: The Guilford Press.
- Burawoy, M. 1991, “The Extended Case Method.” In M. Burawoy, A. Burton, A. Ferguson & K. Fox (eds.), *Ethnography Unbounded*. Berkeley: University of California Press.
- Bury, M. 1982, “Chronic Illness as Biographical Disruption.” *Sociology of Health and Illness* 4(2).
- 1988, “Meanings at Risk: The Experience of Arthritis.” In Robert Anderson & Michael Bury (eds.), *Living with Chronic Illness: The Experience of Patients and Their Families*. London: Unwin

Hyman.

- 1991, “The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects.” *Sociology of Health and Illness* 13(4).
- 1997. *Health and Illness in A Changing Society*. London and New York: Routledge.
- Carricabun, D. & J. Pierret 1995, “From Biographical Disruption to Biographical Reinforcement: The Case of HIV - positive Men.” *Sociology of Health and Illness* 17(1).
- Chamaz, K. 1983, “Loss of Self: A Fundamental Form of Suffering in The Chronically Ill.” *Sociology of Health and Illness* 5(2).
- 1987, “Struggling for A Self: Identity Levels of The Chronically Ill.” In J. A. Roth & P. Conrad (eds.), *The Experience and Management of Illness*. Greenwich, Conn and London: JAI Press.
- 1991, *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick, N. J. : Rutgers University Press.
- Collins, R. 1981, “On the Microfoundation of Macrosociology.” *American Journal of Sociology* 86(5).
- Conrad P. & M. Bury 1997, “Anselm Strauss and the Sociological Study of Chronic Illness: A Reflection and Appreciation.” *Sociology of Health and Illness* 19(3).
- Corbin, J. & A. Strauss 1985, “Managing Chronic Illness at Home: Three Lines of Work.” *Qualitative Sociology* 8(3).
- 1987, “Accompaniments of Chronic Illness: Changes in Self Biography and Biographical Time.” *Research in the Sociology of Health Care* 6.
- 1988 *Unending Work and Care: Managing Chronic Illness at Home*. San Francisco and London: Jossey-Bass Publishers.
- 1991, “Comeback: The Process of Overcoming Disability.” In Gary L. Albrecht & Judith A. Levy (eds.), *Advances in Medical Sociology: A Research Annual*, Vol. 2. Greenwich: JAI Press.
- Faircloth, C. A., C. Boylstein, M. Rittman, M. E. Young & J. Gubrium 2004, “Sudden Illness and Biographical Flow in Narrative of Stroke Recovery.” *Sociology of Health and Illness* 26(2).
- Kaufman, S. R. 1988, “Towards A Phenomenology of Boundaries in Medicine: Chronic Illness Experience in The Case of Stroke.” *Medical Anthropology Quarterly* 2(4).
- Kelleher, D. 1988, “Coming to Terms with Diabetes: Coping Strategies and Non-compliance.” In Robert Anderson & Michael Bury (eds.), *Living with Chronic Illness: The Experience of Patients and Their Families*. London: Unwin Hyman.
- Kelly, M. & D. Field 1996, “Medical Sociology, Chronic Illness and the Body.” *Sociology of Health and Illness* 18(2).
- 1998, “Conceptualising Chronic Illness.” In D. Field & S. Taylor (eds.), *Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Kleinman, A. 1986, *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven and London: Yale University Press.
- 1988 *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and The Human Condition*. New York: Basic Books.
- Lawton, J. 2003 “Lay Experiences of Health and Illness: Past Research and Future Agendas.”

*Sociology of Health and Illness* 25.

- Locke, D. 1983, *Disability and Disadvantage: The Consequences of Chronic Illness*. London; Tavistock.
- Oliver, M. 1996, *Understanding Disability: From Theory to Practice*. London; Macmillan.
- Pieter, J. 2003, "The Illness Experience: State of Knowledge and Perspectives for Research." *Sociology of Health and Illness* 25.
- Pound P., P. Compertz & S. Ebrahim 1998 "Illness in the Context of Older Age: The Case of Stroke." *Sociology of Health and Illness* 20(4).
- Radley, A. & R. Green 1987, "Illness as Adjustment: A Methodology and Conceptual Framework." *Sociology of Health and Illness* 9(2).
- Radley, A. 1989, "Style, Discourse and Constraint in Adjustment to Chronic Illness." *Sociology of Health and Illness* 11(3).
- 1994, *Making Sense of Illness; The Social Psychology of Health and Disease*. London, Thousand Oaks and New Delhi; Sage Publication.
- Sanders, C., J. Donovan & P. Dierpe 2002, "The Significance and Consequences of Having Painful and Disabled Joints in Older Age: Co-existing Accounts of Normal and Disrupted Biographies." *Sociology of Health and Illness* 24(2).
- Singer, E. 1974, "Premature Social Aging: The Social Psychological Consequence of Chronic Illness." *Social Science and Medicine* 18.
- Strauss, A., J. Corbin, S. Fagerhaugh, B. Glaser, D. Maines, B. Sucek & C. Wiener 1984, *Chronic Illness and the Quality of Life* (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis; Mosby.
- WHO, 2005 *Preventing Chronic Disease: A Vital Investment* (WHO global report). Geneva; World Health Organization.
- Wiener, C. 1975, "The Burden of Rheumatoid Arthritis: Tolerating the Uncertainty." *Social Science and Medicine* 9.
- Williams, G. 1984, "The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-construction." *Sociology of Health and Illness* 6(2).
- 2003, "The Determinants of Health: Structure, Context and Agency." *Sociology of Health and Illness* 25.
- Williams, S. 2000, "Chronic Illness as Biographical Disruption or Biographical Disruption as Chronic Illness? Reflections on A Core Concept." *Sociology of Health and Illness* 22(1).
- Zola, I. 1973 "Pathways to the Doctor: From Person to Patient." *Social Science and Medicine* 7.

作者单位：北京科技大学社会学系、清华大学社会学系  
责任编辑：杨可