

# 因果判定与躯体化:精神病学 标准化的医学社会学反思\*

吕小康 汪新建

**提要:**象思维是中国人的传统思维模式,它注重体验联想、以主体意向判定事物之间的联系。这种文化归因模式塑造了中国人特有的身体观、疾病观和治疗观,使得中国人对自身的躯体化求诊方式和躯体形式障碍问题不同于现代西方医学的文化特征。在精神病学诊断的标准化过程中,应结合本民族的文化心理与治疗传统,厘清医学问题的文化脉络,重新定义相关疾病的治疗边界,从而寻找到更适合的躯体化及其他精神疾病的本土化干预途径。

**关键词:**象思维 躯体化 医学人类学 医学社会学 因果关系

## 一、躯体化研究的文化转向及相关争议

躯体化(somatization)泛指医学求诊者以躯体症状表达心理不适的倾向,其躯体不适和症状不能用医学意义上的生理病理发现来解释,但求诊者本人将它们归咎于躯体疾患,并据此寻求医学帮助(Lipowski, 1968)。从医学定义的角度看,躯体化只是一种临床现象,而不是诊断名称;但若其症状表现达到诊断学标准,则可视为一种精神疾病,即躯体形式障碍(somatiform disorder),下分躯体化障碍、疑病症、未分化的躯体化障碍等诊断亚型。躯体形式障碍这一诊断名词已被主要的几个精神疾病诊断手册如美国精神疾病诊断统计手册(DSM)、国际疾病分类标准(ICD)和中国精神障碍与诊断标准(CCMD)所采用,意指对外界应激采用躯体化反应而非认知化反应,临床主诉躯体疾患,但缺乏器质性基础,或过度夸张躯体的不良感受,求诊者据此反复就医,其成因与遗传、个性特征、心理社会因素紧密相关,但具体病理逻辑仍待发现

---

\* 本文为国家社科基金一般项目(09BSH044)、天津市哲学社会科学规划项目重点项目(TJJX10-2-573)。

的一类精神疾病。不过,躯体化和躯体形式障碍,主要是在症状严重程度存在度的不同,类似于“抑郁”和“抑郁症”的区别,普通人在遭受应激时也容易产生抑郁心理,其中只有一部分人会严重到罹患抑郁症的程度,但两者之间总是存在一定的渐变地带,难以截然划清其界限。为简便起见,本文用躯体化研究一词泛指躯体化、躯体形式障碍的相关研究。

作为一个精神医学问题,国内外有关躯体化研究的主流自然是探查其躯体病理机制、探索治疗手段和研发相关药物等医学化的研究。但在临床实践中,人们日渐发现中国人(包括大陆、港台地区居民和海外华人)去普通门诊和心理门诊求诊时,在临床表达上存在高度躯体化的问题。即便是前往心理门诊的病人,一开始的主诉也多是躯体化的,如头疼、胀气、胸闷等,而不是心理门诊“应当”处理的情绪和认知方面的障碍,甚至有些心理门诊病人的惟一主诉就是躯体症状。这一现象自20世纪80年代起已逐渐为世界各地的精神疾病专家和研究者所注意,引起了一系列的跨文化探讨(Kleinman, 1982; Chang, 1985; Liu, 1989; Lee & Wong, 1995; 曾文星, 1998),但由于当时大陆的精神医学对外开放程度不够,多数英文文献较少直接进入国内研究者的视野,港台学者和海外华人心理治疗家的相关工作被引进的节奏也稍嫌滞后。最近10多年来,随着国内医学人类学和本土化心理治疗研究的不断深入,尤其是这一时期医学人类学家凯博文(又译克莱曼)(Arthur Kleinman)的相关著作的首次或重新翻译引入(凯博文, 1998, 2009; 克莱曼, 2008, 2010),国内有关躯体化的探讨才日渐与社会文化挂钩(高永平, 2005; 王焕林、袁国楨, 2005; 田旭升、程伟, 2007; 汪新建、吕小康, 2010; 吕小康、汪新建, 2012; 高媛媛, 2011; 蒙玲莲等, 2012),而不只是从纯粹医学和精神病学的角度谈躯体化,促成了躯体化这一精神疾病研究的文化转向。

所有这些国内研究,几乎都会提及凯博文在20世纪80年代早期于湖南医学院第二附属医院精神科的研究,并以此启发后续的研究思路。当时,凯博文通过访谈发现绝大多数(100人中的87人)被诊断为神经衰弱的中国病人,若根据当时美国使用的DSM-3的标准,应当被诊断为抑郁症而不是神经衰弱;同时,“神经衰弱”在美国是已被停止使用的疾病类别,在中国却仍被广泛应用于临床诊断和治疗。作为医学人类学家,凯博文尝试从中国本土文化出发来解释这一对西方研究

者而言较为“奇特”的现象。在他看来,神经衰弱(神经问题,即躯体方面的问题而不是精神方向的问题)这一躯体化的症状表达同时承担了文化保护(避免精神病的污名)、政治保护(减轻个人责任),以及社会问题医学化(把生病作为从家庭、社会、单位和政府争取自身利益和权利的工具)的功能。患者有意识地以躯体症状陈述病况,而医生也倾向于以精神病症特点不明显的神经衰弱而不是以抑郁症作为诊断结果,以符合当地的医学文化传统。凯博文采用了“权力的弱者和缺少获取当地资源途径的人最有可能躯体化”这一假设,将躯体化更多地视为说服他人以争取稀缺资源、保护自身权益、控制社会关系的特殊手段(凯博文,2009:53-54)。

但是,凯博文的人类学研究发生在一个非常特殊的历史时期,当时的中国社会正处在文革创伤的恢复期,存在许多严重的政治历史问题。凯博文提供的许多个案都是在文革中经受政治冲击或煎熬的人,他们可能更倾向于利用躯体化来逃脱组织强制的义务与控制,从而使得其求诊行为充满了政治博弈的色彩。而对中国情境中的权力关系的关注,也因此成为国外人类学研究者重点探讨的领域。然而,进入21世纪后,文革带给人们的直接创伤已经渐渐消退,没有经历文革或其他严重政治运动的人群也日渐增多。整体上看,社会生活的泛政治化倾向已经逐渐减弱,属于生活和文化本身的内容则日渐凸显。但这些都直接改变中国的抑郁症的发病率,也没有改变抑郁症患者在总体上的躯体化求诊模式。“神经衰弱”的使用率虽然在降低,但仍然普遍运用于临床诊疗。中国人的躯体化似乎成为一个求诊惯习,具有短时的政治因素所不能解释的长久生命力,而这一求诊惯习的维系力量,仍可从医学文化的角度加以诠释。

我们认为,除了凯博文及同类研究提及的文化因素外,传统医学模式下的疾病定义、致病因素与后果之间的因果认知和话语体系,是形成中国人躯体化求诊模式的重要文化根源,也是医学社会学研究者可以着重考查的文化因素。正是对这些长久因素的探查,构成当下躯体化的医学社会学研究的一个重要维度,也是熟悉本土医学文化和医疗资源的国内学者可以有所突破的领域。本文将从传统思维方式入手,探查象思维(又称意象思维)主导下的传统中医治疗模式对医学因果话语的塑造,以及这种塑造如何促成了中国患者的躯体化表达偏好。通过与现代西方医学中疾病因果认知的对比,可以更加清晰地凸显中西

方的不同身体观、疾病观和治疗观,以及这种不同如何使得躯体化的跨文化分歧成为必然。

此外,近几年来,由于 DSM - 4、ICD - 10 和 CCMD - 3 几大疾病或精神疾病诊断手册均在经历重新修订、推出新版的过程(其中 DSM - 5 计划于 2013 年 5 月发布),其中有关躯体形式障碍的诊断标准在医学系统内部也面临着激烈的争议与分歧。关于躯体形式障碍这一诊断名词是否应当保留、诊断标准如何操作、其临床亚型是否需要调整,以及这一诊断名称在跨文化中的适应性问题,正在经历各方的争辩(Rief & Mohan, 2007; Kroenke et al., 2007; Dimsdale et al., 2009; Voigt et al., 2010; Sykes, 2012; 许又新, 2011)。任何一个疾病诊断标准的出台,都涉及各方利益的博弈和各种观点的平衡;而标准一旦出台,不论是否完全合乎现实,都一定会产生相关影响。在这一推陈出新的节点上,对躯体化争议的相关文化研究,既是一个展现医学社会学解释力的窗口,还可为医疗标准制定的本土化导向提供相应的思维基点,具有理论和现实的双重意义。

## 二、“象思维”的因果判定与现代因果推论的比较

“象思维”也被称为“意象思维”,由于“象”本身是个模糊的、整体性的概念,往往并不局限于意象,故在此使用更为笼统的“象思维”而不是“意象思维”这一表述。在象思维模式中,认知主体通过对现实中的具体事物或符号的象征化,表达对周围世界的特定认识,突出某种意义感,并力图在不同的“象”及其所指之间建立关联,以“以象论象”的方式对天、地、人等整体宇宙生态进行比拟和说明。作为一种思维方式,象思维在哲学和中医研究领域已经得到一定的重视,并常作为西方的理性思维、抽象思维、科学思维的比较对象而出现(蒙培元, 1993; 赵继伦, 1996; 刘庚祥, 1997; 王树人、喻柏林, 1998; 王前, 2002; 王树人, 2005; 吕爱平, 2007; 王颖晓, 2007; 刘长林, 2008; 周山, 2010; 张晓芒, 2011)。象思维体现出明显的整体综合性和感性直观性,绵延在中国社会生活的各种角落,形塑中国人的基本认知方式,成为中国人探索世界的基本思维工具,也奠定着中国人的普遍文化心理。本节的重点,在于以象思维的基本特征为起点,着重分析这种思维方式下的因果判定

方式,从而分析这一文化归因模式对中国人疾病认识与治疗的影响。

在天人合一的背景框架和感性直观的思维方式下,如何建立事物之间的共通联系?此时,象思维方式再一次体现出与西方传统哲学的分析推理和近代科学的因果关系观迥然不同的特征。这是目前象思维研究中较少涉及的领域。而正是这种因果判定上的分殊,使得中西医学及其实践者对某些疾病现象产生了截然不同的解释,这正是本文所关注的重点。

西方哲学对事物之间关系的判定,分先于合,即通常以事物之间本不存在任何关系为基本假定,若无充分依据,则不愿承认两者之间存在关联。秉承此理念的西方社会科学,对因果关系的判定条件尤为苛刻。一般的社会研究方法类的书籍均会明确告知,若两个变量之间存在因果关系,则必须同时满足以下三个条件:(1)变量之间必须有数量上的共变或属性上的关联,即两者之间必须相关;(2)在时间序列上,原因必须先于结果发生;(3)两个变量之间的关系不能被第三个变量解释,必须是真正的 $X$ 导致 $Y$ ,而不是 $Y$ 仅在表面上随着 $X$ 的改变而改变,但实际上 $Y$ 的改变却是由其他变量引发的(巴比,2005:89)。在这种因果观中,因和果的位置是线性的、不可逆转的,对无关变量的剔除也是严格的,否则便会造成因果关系的失效。

为了排除无关变量的干扰,西方科学特别引入控制实验的方法,在“反事实”思维框架(Morgan & Winship, 2007; 胡安宁, 2012; 郭申阳、弗雷泽, 2012)的指导下,强调利用控制实验的方法,通过实验组与对照组或多个实验组之间的对比,凸显实验干预的真正影响。医学研究尤其依赖于此。如为证实某一新药能否取得理想疗效,单纯靠选取病例、使之服用新药,然后观察其临床症状是否改善的方法并不能确保因果关系(服用新药导致症状改善)。因为在因果逻辑上依然不能排除其他导致症状改善的可能性存在,如病人服用药物后存在自我安慰心理,即因为自己服药了,所以症状应当得到改善,而这一信念可能正是促使其症状改善的真正动因。为此,必须设置一对照组(控制组),给其成员服用外表与真实药丸无异的糖片(安慰剂),然后观察对照组的症状改变状况并与实验组相比较,以抵消安慰剂效应造成的影响。而为抵消单个个案的特异性,标准的控制实验还要求必须征召多个个案,进行随机分组等策略以消除随机影响,并使用现代统计方式和模式进行严格的假设检验与相关推理。随机化、控制、可复证性成为一

般实验的基本特征,使得对因果关系的界定严之又严,体现出宁缺勿滥的怀疑论情结。

与此相反,象思维对事物之间联系性的判断却抱有“宁可信其有,不可信其无”的先天性信念。与西方哲学传统和近代科学先预设事物之间不存在关系、再力图以足够充分的事实论证关系的存在不同,象思维中“天人合一”的思维框架,已经提前假定事物之间的普遍联系,如无充分依据,则不能判定两者之间不存在相关。而判定相关的方式,也不是严格的控制实验,而主要以主体的内在意向(intention)进行体验联想为依据。主体的感悟能力在查明事物之间关系的过程中扮演了重要角色,是连接因与果的中介变量。这是一种直觉顿悟式的思维模式,“主体与对象的认同方式也很特殊,直觉主体总是直接切入对象之中,以体悟来把握对象及其本质。这种把握通常是一次性完成的,其间无须任何‘中介’,而由最初前提直接跃向终极结论”(蒙培元,1993:332)。如《易传·系辞》中称“易与天地准,故能弥纶天地之道。仰以观于天文,俯以察于地理,是故知幽明之故”(高亨,1998:386)。易的创始者仰观天文、俯察地理,而后就通了“幽明之故”,中间并无笔墨去论证其探明“幽明之故”的过程及逻辑。这在西方思维传统中是无法令人满意的,但在中国语境下,这只是创始者的独特资质所致,它虽难以解释,但并非不合情理,完全可以具有正当的合法性。

对中国人而言,这种因果关系的体验性论证还意味着,对于前人的各种感悟式论断,后人只需在千万次的追随与实践,哪怕仅有一次“体悟”到类似的感悟,就足以证明前人的判断是正确的,而无须再费心统计这一体悟在他人身上的普遍性和同等情境下的重复性,事物间的因果关系也就可以依体验式的联想而判定。在这里,一次即是永恒,或者说,“规律”的一次“应验”,就足以证明“规律”的存在。中国式的因果观,既不是机械的确定性的因果观( $X$ 的出现必定导致 $Y$ 的出现),也不是概率式的因果观( $X$ 的出现可能会导致 $Y$ 以一定频率的出现,但在一次观测中, $X$ 出现后, $Y$ 可能出现也可能不出现;不过随着观测资料的增多,其发生的频次将会趋向于某一固定值,从而体现出规律性),而是中国人特有的个案式因果观。

例如,清代儒家陆世仪(1983:79)曾称:“愚谓人有微疾,最当观看理学书,能平心火。心火平,则疾自退矣。”这种“疗法”的疗效,若以“反事实”思维来衡量,完全不能排除潜在变量的作用(如人体的自愈

能力等),但这种“以心疗身”的养生之道即使在当下依然可以得到许多研究者的认同,其“论证”方式;也是通过例举几位高寿的儒家进行启发式的证明(参见彭国翔,2008:28-31)。这种个案式的因果论和举例式的证明法不仅在现实中流行,而且在其支持者的观点中,这种因果观反而具有“容纳个别,统摄偶然”(刘长林,2008:860)的理论特征,在对奇特个案的解释力上,具有虽注重统计规律但轻视偶然性的西方科学传统所不及的优势。一些中医实践者也往往借此批评现代统计因果观的不足和中医药研究现代化、统计化的荒谬,认为“现代的中医临床报道、研究结果甚至各种各样的获奖成果,虽然都是在科学理论指导下,经过严格的统计学处理而得出的,但却缺乏实际的临床指导价值”(李灿东,2010:55),是科学指导下得出的“不科学”结果。

在这种中国式的因果中,不存在相关与因果的严格区别, $X$ 与 $Y$ 之间因果的存在,无须以排除其他条件的作用为前提;相反,往往正因为有其他条件的参与,才使得 $X$ 与 $Y$ 之间的因果关系得以显现。在象思维的支配下,在推断因果关系时,传统思维模式更注重主体的心理体悟,而不是对事物发生频次的外在统计。对中国人而言,很难相信事物的本质取决于其显现的次数;实际上,因果总是存在的,至于它显现还是不显现,只是时间问题和条件问题,而不是存在不存在的问题。人们常提的“自古邪不胜正”、“多行不义必自毙”、“善有善报、恶有恶报”等观点,并不是基于统计数据(如根据已有资料,邪与正的交锋记录中,邪处于绝对劣势;根据已有记录,做了许多坏事的人,有多大的百分比将“自毙”),而只是基于某些特定的例子,或者仅仅是表明一种道义上、理论上的信心。同时,因与果之间总是相互作用的, $X$ 可以是 $Y$ 的因,也可以是 $Y$ 的果,两者可以相互转化,如老子《道德经》中的名言“祸兮福所倚、福兮祸所伏”;因果不能拆开为两个独立的实体,而只能作为同一个功能状态的两端;没有互动关系的预设存在,就无所谓因与果的单独存在。因此,这种因果观又是循环的,而不是线性的、单维的。这种因果思维,直接影响着中国人的疾病观和诊疗观。

### 三、“象思维”下的医学话语、疾病因果与躯体化

象思维构成了中国人思维领域的强大气场,使得即使是“形而下”

的医学治疗领域,也成为一种医患之间相互用意和会意的意象对话场域,使得医患双方在对疾病的理解、求诊的起点、治疗方式的采用等方面均体现出明显的中国特色。这种特色并不一定是符合“科学”的,或者说并不一定是科学能够解释的,但却是真实存在的、具有实际行为支配能力的文化信念。在传统医学话语中,这种整体性、意象化的思维方式就会使人们对疾病的理解和治疗方式的采用体现出鲜明的中国式因果观。

### (一)疾病的本质

现代西医以器官病理学为准绳,以器官的病理改变为依据,认为病理改变是疾病的原因。而“当人们承认应该用疾病的病理改变来解释疾病的临床症状的时候,用‘病灶’定义‘疾病’的观点即告形成,病理解剖成为医生寻找病灶的必须手段……病理解剖学清晰地提示出在探索疾病的过程中,认识的主体是医生,认识的客体是疾病,这种关系一经确立,在此后(18世纪后)两百多年的时间里没有发生过动摇和改变”(甄橙,2007:193、194)。但中医的疾病观与此并不完全符合。在疾病的本质上,作为中医方法论原典的《黄帝内经》认为,人体疾病的发生在于整体失和,如“血气不和,百病乃变化而生”(《素问·调经论》)、“气相得则和,不相得则病”(《素问·五运行大论》)。<sup>①</sup> 这包括两个方面:一是个体内部以五脏为中心、精气神为基本点的整体功能系统的失衡,二是个人与外在环境之间整体和谐关系的失衡。任何一个方面的失衡,都可以引发疾病(姚春鹏,2008:110)。这种疾病观与现代西医注重探查躯体的结构性病变的疾病说具有显著的区别。在强调整体功能和谐的形象思维视域中,无论身体和疾病都不是独立的实体,而必须作为某一功能关系的承载体或体现而进行考查。同时,既然疾病是一种整体失和的表现,那么无论精气神等心理因素的失调、还是心肝脾肺肾等躯体因素的失调、还是身心之间、身与社会、天地之间的失调,都是“合法”的疾病,有失调体验者,都可以成为“合法”的病人,要求获得相应的医学处理。这就使得传统医学中的疾病范畴要远超现代医学中通过病灶而定位的疾病范畴。而传统中医的角色,也是典型的身心全科综合门诊大夫的角色,而不像现代西医中区分躯体(普通医学)与

<sup>①</sup> 本文所引《素问》如无特别说明,均出自南京中医学院,1991,《黄帝内经素问译释》。



心理(精神医学),同时在各医学内部又细分科室或专科。

另外,虽然人类的身体在解剖学意义上具有明显的跨文化、跨种族一致性,但人类的身体观却并非如此一致。传统中医的身体观也是医家用意建构的结果,而不能简单地还原成解剖学事实。传统中医的脏腑理论已经不是一种客观反映,而是一种思维创造,是意象化的医学模式。它的有效是经验性而不是实证性的,它与疾病与治疗的因果是意化而非量化的、是功能化而非实体化的。如中医中作为六腑之一的“三焦”,医学典籍中建构出来的形态都是偏重功能的论证,并未对其形状与其在人体中的确实位置做出解释,其解剖学上的实体对应为何,至少仍有争议。即使是解剖上有具体定位的器官,在中医的论述中也会有所不同。最著名的如“肝生于左”的诊断:“脏有要害,不可不察。肝生于左……”(《素问·刺禁论》),这与现实中的解剖学位置正好相反。然而即使在西医传入近代中国后,接触过西方解剖医学、提倡中西医贯通,而又笃信中医的近现代名医也不认为这种观点在实际应用中有何不妥,反而竭力为其正确性辩护,如唐宗海称“中医少见脏腑,多失其真,而西医笑之,并谓轩岐先谬。岂知古圣精核,更过西人”;黎伯概称“按肝属木,居左,为吾国医家之言,而西医剖解所验,则肝确居右,于是中医之说破……故吾虽有解嘲之说,究不敢自以为是,并可知五行原为象数之说,只可融会道理,不必拘泥形质”(转引自皮国立,2008:128、139)。这种“只可融会道理,不必拘泥形质”的做法,正是象思维的“精华”之处:因果的存在,需要认识者在“道”的意象层面进行贯通,而不必在具体的形态结构方面追求一致。并且,中医“着重的并非内脏本身为何,而在于内脏在健康或生病时会有什么现象”(Sivin, 1987:121),只要其治疗能够在经验上有效,就不必细究学理上的构造是否真的符合客观事实,这就是古人常说的“征于理而不爽,计于事则有效”。这与19世纪进入中国传播西方近代医学的英国传教士合信(Benjamin Hobson)所说“不知部位者,即不知病源;不知病源者,即不明治法”(合信,1991:1)的西医理念大相径庭。中西医之间的这种争议至今仍未平息,将来也未必能够分出输赢,但这并未从根本上动摇中医在当下中国的地位。经验上的有效而非实验上的证明,仍是支撑中国人对中医药信心的重要来源。这是一种“以既成事实解释合法性”(许倬云,2000:5)的事后弥补型的因果关系论断,它不符合当下社会科学的因果关系判断准则,却在一定领域内比这种学术研究上的“黄

金标准”更直接和有力地支配着人的行为选择。

具体到精神疾病方面,传统中医虽没有躯体医学与心理医学之分,但也注意到普通躯体疾病和精神疾病的不同,并十分重视情志因素对人体疾病的作用。中医认为,人有喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七种情志变化,七情中的喜、怒、悲、忧、恐又称五气,五气与人体的五脏直接相关,所谓“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”(《素问·阴阳应象大论》)。其中心主喜、肝主怒、脾主思、肺主悲、肾主恐;在五脏的功能关系上,又有心主肺、肾主心、脾主肾、肝主脾、肺主肝的循环制约关系。这里的“主”也不等同于现代西方医学中的相关概念。例如,现代西医认为人体内的循环与运动有一个最高的控制中心,在精神活动方面,大脑居于最高地位,是理性的基础,是身体的指挥中心。而在传统中医身体观中,身体器官与情志活动之间有多个彼此平等的主导源头,没有一个居于主导地位,这种主导权是循环分配的。这显然是一种循环论的因果观。

现代西医重视通过解剖理解身体的生理功能,这种因果关系是立即而直接的,如切断神经就会造成瘫痪、堵住血管就会使血液无法流动。而传统中医中的“主”是以不同的方式将机体各个部位联接起来,除上述心主肺的论述外,传统中医又有心主脉、肺主皮、脾主肉、肝主筋、肾主骨的说法,如此可以认为身体瘦弱是由于脾脏的功能不良,皮肤粗糙是由于肺受到了伤害,而脾和肺又与其他五脏与经络相关联,因此,即便脾肺本身都缺少西医病理上的病征,但在中医看来可以是一种疾病,至少也是疾病的征兆。但是,这种致病关系和现代西医认为的疾病产生的直接因果关系不同,并不是那样直接而立显的,其因果关系的结果可能得几天、几个月甚至几年后才能被人们觉察。这种因果关系是解剖上看不出来的,它不仅横跨了不同的部位,同时横跨了不同的时间。这就增加了对因果关系进行“证伪”的难度,而且“拘泥”某一发病器官进行医治的西医化方法,往往被传统中医斥为“头痛医头、脚痛医脚”的片面化治疗,完全违反了整体治疗的基本治则。

例如,有中医实践者这样看待中西医对一个特殊的“躯体”病痛的不同理解:“现代医学也发现了一种奇怪的病痛,名为‘幻肢痛’,就是一些做了截肢手术的人,经常会感到被截去的肢体的某个部位的疼痛。西医觉得奇怪,难以理解。中医认为这是合情理的,《素问·至真要大论篇》中说‘诸痛痒疮,皆属于心’。疼痛是发自内心的感觉,是心神的

问题。它与肉体不见得等同对应”(徐文兵,2007:116)。这种解释是否合理?要回答此问题,首先得辨析什么是“合理”的标准,而这又涉及医学立场。实际上,很难有一个答案背后没有其潜在的假设,答案总是基于假设而提出的、一定程度上自圆其说的解释。从现代医学的角度看,肢体既已截去,便不应存在针对这一肢体本身的疼痛感;反之,若患者报告这种疼痛感,因缺乏承载疼痛之实体的存在,则可能是某种精神上的幻觉所致,此类现象可从精神病学的角度加以解释,而提供这种解释并非普通外科大夫的义务。由此,当代西医将此命名为“幻肢痛”,并承认自身无法圆满解释这一现象,这自然是符合专业标准的做法。而中医则从身心一体的角度将此解释为“痛由心生”,也为这种患者体验提供了一种解释,也能得到一些医学从业者和就诊者的认同,这种解释是不是也有其合理性呢?那么,究竟哪种解释“更合理”呢?这就涉及不同医学解释的话语权力问题——这已经不是狭义医学的范畴,而成为一个医学社会学的问题。躯体化问题,正是在这种医学话语的合法性斗争中,走入了社会学和人类学的研究视野。

## (二) 求诊的模式

象思维下的中国式因果观同时还决定了中国人对于疾病的忧患式认识:“未病”是存在的,表面虽未浮现明显的症状背后依旧可能藏着疾病的隐患。这就使人们倾向于认为能“治未病”的医学才是好医学、能救人于无形的医生才是高明的医生,所谓“圣人不治已病治未病,不治已乱治未乱,此之谓也。夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎”(《素问·四气调神论》)!治疗重心的前移,是传统中医治未病思想的主要特色,也是象思维视域下因果关系在时空上的泛化所必然导致的结果。而中医传统中对人体疾病抵御能力的高度自信,又极大增强了中国人战胜疾病的信心,如《素问·上古天真论》提到的“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”。对身心健康的期盼,对潜在疾病的担忧,以及对治疗有效性的自信,既塑造了中国人躯体的高敏感性,也塑造了他们对追求圆满的医学治疗结果的期待,而不论这种期待是否能由当下的治疗水平而达成。

这使得中国人容易产生这样的观念:你没发现我生病了,不代表我就是没有生病;我确实感受到了不适,因此不管有没有疾病指标,我都希望医生能帮我解决。即便我没有病,我也有权利要求得到医学上的

照顾,以便更好地抵御将来可能发生的疾患。这都是你们医生应当做的。因此,不以严格的生化指标作为自己是否患病的依据和凭证,而更坚信自己的身体体验和主观感受,并凭此进行疾病陈述,是中国人常见的求诊模式。而且,这种要求实际上在中医传统中得到了理念上的鼓励和现实上的默许。传统中医作为一种“关系医学”(申璋,2008),本质上提倡医患合参、形神共诊的诊疗模式。同时,由于古代中医行医缺少统一的行业准入机制和职业上的制度保障,在职业地位上也不处于职业等级体系的高端,中医行诊往往需要听从患者的征召,并依赖患者的口碑而获取案源。因此,现实中的医生也不得不重视病人的自感诉说。而病人在陈述过程中可能还会邀请家人朋友共同参与表述、或是被动地听从家人的表述,医生要做的是以其专业知识进行深入的分析。久而久之,形成中医以患者陈述为临证<sup>①</sup>起点的医学传统。传统中医乐意以求诊者的自我陈述为诊疗活动的起点,并据此进行医学处理。医患的话语权力是相对平等的。这种诊疗模式至今犹存。医学人类学家冯珠娣(2009:68)从一个美国人的视角描述了她在10多年的田野调查中看到的中医治疗模式:

患者明了疾病,他们能毫不费力地依照“主观标准”说出他们接受的治疗是否起作用。鉴于门诊的这个基本特征,没有一个来诊所求医的患者离开时不拿着处方或者没有接受某种治疗。即使患者看的是一个“现代化了的”中医大夫——要求患者检查尿常规和血常规,拍X光片和做B超这些中医的辅助性手段,即使这些现代化检查结果证明患者没问题,但医生也确信患者是生病了,需要接受治疗。因为中药处方是量体裁衣,按患者描述的症状开药,只要患者可以说出症状(我还没有见过一个说不出自己症状的患者),医生就可以对症下药。

然而,这种完全依据患者的自感需要而不是客观标准“下药”的做法,在现代西医里却被认为是违反了诊断的标准程序。显然,病人的自身感觉与医生的观察判断和医学仪器的检测结果之间未必完全重合。

① “证”与“症”的用字区别,暗含中医与西医的疾病定义的区别,中医视角下的“证”不一定有现代西方医学标准下的“症”。

这也就出现了西医里所谓症状与体征的区别。病人的症状(symptom)指病人主观不舒适、不正常的感觉或某些病态改变,如头痛、耳鸣、恶心、腹胀等;体征(sign)则是指医师通过对病人的检查而得到的客观表现,如血压高、罗音、肝脾肿大、血色素低等。尽管有些异常改变病人自己能主观感觉到,医生也能客观检查到,所以既是症状、又是体征,如呼吸困难、发热、水肿等;但是,症状与体征在治疗时的地位是截然不同的。在现代西医中,症状只是认识疾病的向导,并能为诊断疾病提供重要的线索,但并不是诊断的根本依据。医生所注重的,是通过仪器诊断和自身观察得到的体征,因为只有后者才是客观的、科学的,因而也是值得信赖的。实际上,正是因为这点,病人才需要看病,因为他们自己缺乏解释疾病的专业能力,只有医生在各种检验结果的佐证下才能做到这一点。

即使是那些排除了器质性病变的精神疾病,也有症状标准和严重标准等客观化的指标,如根据 CCMD-3 的诊断标准,躯体化障碍的诊断要求在胃肠道症状、呼吸循环系症状、泌尿生殖系症状、皮肤症状或疼痛症状 4 组症状之中,至少有 2 组共 6 项以上的症状;同时要求体检和实验室检查不能发现能对症状的严重性、变异性、持续性或继发的社会功能损害做出合理解释的躯体障碍证据;检查结果的阴性和医生的合理解释均不能打消求诊者的疑虑;符合症状标准和严重标准至少已 2 年……如此,才能被确诊为“躯体化障碍”。若躯体化障碍的典型性不够,或符合躯体化障碍的其余标准但病程短于 2 年,则可视为未分化的躯体化障碍(中华医学会精神科分会,2001:108-113)。换言之,即使是成为“病人”,也是有条件的。如果不是病人,则没有接受医学治疗的权利;或者说,医生就没有主动关注这种“未达标”病人的强制性义务。

如此,现代医学要治愈的是“真正”的疾病,而不负责解决所有躯体和心理不适;即使关注这些不适,目的也是为了更好地治愈疾病。在这种医学模式下,个体的求诊行为也要得到相应的规范,病人的角色也需要相应的设计,“不遵医嘱”的躯体化求诊者,就成为不具备病人角色扮演能力的伪患者,自然不需要医学的关注。在现代医学模式下,病人的地位需要由疾病这一实体来定义,他只是作为疾病的载体而出现在医疗领域;在这里,疾病是因,病人是果。而在传统象思维模式中,疾病和人总是作为一个混合体而出现,身与心、生理与病理都是难以分离

的共时性概念,一如阴不离阳、阳不离阴,离开了生理就无所谓病理、离开了人也就无所谓疾病,医生的治疗不能有病而无人。而人与病的相对分离、将疾病独立于人的治疗客体而加以认知,正是西方现代医学文化的基本精神之所在。从传统医疗文化角度看,因所谓的躯体化症状而求诊、但又未能达到诊断标准的求诊者,实际上要接受两次“下放”:一是从关注躯体病变的普通医学门诊下放到精神科门诊,因为其问题不是躯体问题而是“精神”或“心理”问题;二是从精神病门诊下放回普通人群,而只是带回一顶“躯体化”的帽子。他们的主观陈述,在西方现代医学的“铁证”前,总是显得不堪一击,甚至不值一驳。

#### 四、重新定义治疗边界:躯体化问题的医学社会学内涵

吴飞(2009:152)曾在对中国社会的自杀现象的田野调查中提出这样的疑惑:“社会原因导致的精神疾病和完全病理性的精神疾病的意义有何区别?颇有几个人是因为家庭原因导致的精神失常……人们在讨论这些案例时,还是会说,家庭矛盾是导致自杀的原因,而精神疾病不过是间接的原因而已。他们会把精神疾病当作家庭矛盾的一个结果,自杀是同一原因的另一结果,而不是精神疾病的结果。”关于作为临床现象的躯体化和作为诊断标准的躯体形式障碍的争议,正是这种困惑的一个微观缩影,也是日常体验中的因果观与主流医学话语中的因果观反复博弈的具体表现。

就目前的医学研究而言,还很难确定躯体形式障碍的真实病理机制——实际上,这正是它被命名为躯体形式障碍并且被归入精神疾病范畴的根本原因。既如此,人们就很难在纯粹病理层面讨论躯体化和躯体形式障碍问题,而更应注重分析这一治疗过程中所附着的社会文化内涵。而传统与文化的作用,就在于给予社会成员一种思维倾向上的导引和行动因果上的支撑,而不论这种导引和支撑是否符合“科学”。每一个社会都有其治疗传统,这种传统自成逻辑,也在既往的经验中提供了相应的医学解释和因果说明,虽然未能治愈某些疾病,却也能衍生出自圆其说的弥补性解释。这种已经在社会中深深扎根的传统,并不会因科学知识的传播而立即消灭,而会以各种形式与现代医学共存。这种共存而不共融的关系,仍将持续很长一段时间。

当然,当下中国的医疗场域已不可能不具备现代性的因素。作为医疗现代性的内含要求,诊断过程和治疗过程的标准化,也会不可避免地成为医疗体系的常规模式。这对于提高诊断的准确性和治疗的有效性具有不可否认的积极作用。但是,标准化过程并非总是百利而无一害的。那些无法满足诊断标准和治疗要求的症状,究竟应当如何处置?如何看待此类“不合标准”的求诊者的求诊行为?医学的治疗边界到底在哪里?个体医学求助权的边界又在哪里?这些问题,不只局限于躯体化问题,而是精神医学和整个医学体系所面临的问题。这也使躯体化问题的探讨,可以超出医学本身的范畴而具备深远的社会学内涵。

在现实的治疗过程中,医生的眼光和病人的体验、医学的标准和文化的诉求之间,并不总是时时一致的。从医者的角度看,如果严格遵守医学的专业标准无法发现自感症状的具体病理机制,当然不能进行随意的医学处理,这正是医学的严肃性所在。而从求诊者的角度看,不论病患的表达以何种形式出现,都是躯体或精神不适的一种表现,医生为什么就不能透过现象看本质,倾听自己的痛苦并对症下药呢?于是,代表专家系统的现代医学观点与优先关注病人体验的医学社会学、医学人类学观点之间就发生了严重的分歧。医学追求本质上的精确化、过程上的标准化,社会学和人类学则看重感知到的真实和人文上的关切。当然,随着标准化诊断手册的不断出台与更新,后一种观点自然总是因专业医学话语的强势笼罩而失声。那些被传统医学话语塑造的求诊者往往被认为是“高躯体化”的代表,被排斥在现代医学的治疗方式之外。传统的疾病因果链条和求诊逻辑已经不再得到主流医学体系的承认。依据传统模式而行动的求诊者反而可能要承受要求过度治疗、频繁试医换医、浪费医疗资源、恶化医患关系的污名。这就是精神病学以及一般意义上的医学在现代化和标准化过程中产生的一种伴随现象:求诊过程中,病人自我陈述的“医学”地位日渐被专业化的医学标准与诊断准则所取代,医学话语既定义了什么是“合理”的疾病,也定义了什么是“合理”的求诊行为和“合理”的病人角色。

然而,一旦涉及具体治疗层面,这些被压抑的声音又成为临床工作者不得不面对的棘手问题。由于医患之间的要求总不完全重叠,“视域”总不能融合,两者之间的潜在分歧和显在冲突,被多种外界作用放大,也会使一个医学领域的问题演变为一种社会问题。这并不是说医学不需要标准化,而只是说标准化的结果并不总是好的,尤其是当这种

标准化推行到具有文化异质性的社会中的时候。或者说,标准化过程总会伴随着一些有违医学的治病救人之初衷的问题。而解决这些问题,则需要整个医学模式的变革,或者至少在既有医学模式内的适应性改良。

最后不得不提到一个令人痛苦的事实:学术化的探讨,往往需要借助一些恶性事件的发生,才能为更多人所关注,并真正体现为一种改变意愿和行为。当下的中国社会对抑郁症的认知度和关注度,比起凯博文进行研究的20世纪80年代初,已经有了显著变化,对抑郁症污名的消解和对抑郁症患者自杀倾向的干预措施正日渐得到重视。这与抑郁症患者的高自杀率以及自杀事件的高曝光率有着密切的关系。相对而言,那些虽可能造成个体实实在在的身心痛苦,但又“查无实据”,同时又上升不到生命丧失这种严重地步的躯体化问题得到的关注却依然较少。这种医学关注上的优先权和不平等,同样也是值得医学人类学和医学社会学警惕的区域。了解既有的治疗传统,贴近患者的心理诉求,重新探讨医学的治疗边界,引入多种视角、多种力量探讨医学的变革方向,或可在一定程度上避免重复走上“先出事后关注”的老路,是值得鼓励的研究方向。

#### 参考文献:

- 巴比,艾尔,2005,《社会研究方法》,邱泽奇译,北京:华夏出版社。
- 冯珠娣,2009,《饕餮之欲:当代中国的食与色》,郭乙瑶、马磊、江素侠译,南京:江苏人民出版社。
- 高亨,1998,《周易大传今注》,济南:齐鲁书社。
- 高永平,2005,《现代性的另一面:从躯体化到心理化——克雷曼的医学人类学研究》,《国外社会科学》第3期。
- 高媛媛,2011,《中国人躯体化心理问题文化探源》,《山东理工大学学报(社会科学版)》第6期。
- 郭申阳、弗雷泽,2012,《倾向值分析:统计方法与应用》,郭志刚、巫锡炜等译,重庆:重庆大学出版社。
- 合信,1991,《全体新论》,北京:中华书局。
- 胡安宁,2012,《倾向值匹配与因果推论:方法论述评》,《社会学研究》第1期。
- 凯博文,1998,《谈病说痛:人类的受苦经验与痊愈之道》,陈新绿译,广州:广州出版社。
- ,2009,《苦痛和疾病的社会根源:现代中国的抑郁、神经衰弱和病痛》,郭金华译,上海:上海三联书店。
- 克莱曼,阿瑟,2008,《道德的重量》,方筱丽译,上海:上海译文出版社。
- ,2010,《疾病的故事》,方筱丽译,上海:上海译文出版社。



- 李灿东,2010,《身在中医:走近中医的世界》,北京:中国中医药出版社。
- 刘长林,2008,《中国象科学观》,北京:中国社会科学出版社。
- 刘庚祥,1997,《“象”与中医思维的研究》,《医学与哲学》第1期。
- 陆世仪,1983,《思辨录辑要(卷九)》,北京:中华书局。
- 吕爱平,2007,《论象思维在构建中医理论体系中的作用》,《中华中医药学刊》第8期。
- 吕小康、汪新建,2012,《意象思维与躯体化症状:疾病表达的文化心理学途径》,《心理学报》第2期。
- 蒙玲莲、沈春琼、倪红梅、沈红艺、何裕民,2012,《躯体化概念的争议及本土化审视》,《医学与哲学(人文社会医学版)》第8期。
- 蒙培元,1993,《中国传统哲学思维方式》,杭州:浙江人民出版社。
- 缪绍疆、赵旭东,2008,《疼痛表达与中国人表达的躯体化》,《医学与哲学(人文社会医学版)》第3期。
- 南京中医学院,1991,《黄帝内经素问译释》,上海:上海科学技术出版社。
- 彭国翔,2008,《儒家传统的身心修炼及其治疗意义——以古希腊罗马哲学为参照》,杨儒宾、祝平次编《儒学的气论与工夫论》,上海:华东师范大学出版社。
- 皮国立,2008,《近代中医的身体观与思想转型:唐宗海与中西医汇通时代》,北京:三联书店。
- 申璋,2008,《中医今解与关系医学》,北京:社会科学文献出版社。
- 田旭升、程伟,2007,《抑郁症的隐喻》,《医学与哲学(人文社会医学版)》第7期。
- 汪新建、吕小康,2010,《躯体与心理疾病:躯体化问题的跨文化视角》,《南京师范大学学报(哲学社会科学版)》第6期。
- 王焕林、袁国桢,2005,《中国抑郁症患者的躯体化障碍及其相关问题》,《中国行为医学科学》第10期。
- 王前,2002,《论“象思维”的机理》,《中国社会科学院研究生院学报》第3期。
- 王树人,2005,《回归原创之思:“象思维”视野下的中国智慧》,南京:江苏人民出版社。
- 王树人、喻柏林,1998,《论“象”与“象思维”》,《中国社会科学》第4期。
- 王颖晓,2007,《取象思维对藏象学说建构的作用》,《辽宁中医杂志》第1期。
- 吴飞,2009,《浮生取义:对华北某县自杀现象的文化解读》,北京:中国人民大学出版社。
- 徐文兵,2007,《字里藏医》,合肥:安徽教育出版社。
- 许又新,2011,《躯体化障碍的诊断和性质》,《中国心理卫生杂志》第7期。
- 许倬云,2000,《从历史看组织》,上海:上海人民出版社。
- 姚春鹏,2008,《黄帝内经——气观念下的天人医学》,北京:中华书局。
- 曾文星,1998,《华人的心理与治疗》,北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社。
- 张晓芒,2011,《先秦诸子的论辩思想与方法》,北京:人民出版社。
- 赵继伦,1996,《论“象”的思维机制》,《东北师范大学学报(哲学社会科学版)》第4期。
- 甄橙,2007,《病与证的对峙——反思18世纪的医学》,北京:北京大学出版社。
- 中华医学会精神科分会,2001,《中国精神障碍分类与诊断标准(CCMD-3)》,济南:山东科学技术出版社。
- 周山,2010,《中国传统思维方式方法研究》,北京:学林出版社。
- Chang, W. C. 1985, “A Cross-Cultural Study of Depressive Symptomatology.” *Culture, Medicine,*

and *Psychiatry* 9.

- Dimsdale, J. , F. Creed & DSM-V Workgroup on Somatic Symptom Disorders 2009, "The Proposed Diagnosis of Somatic Symptom Disorders in DSM-V to Replace Somatoform Disorders in DSM-IV-A Preliminary Report." *Journal of Psychosomatic Research* 66.
- Kleinman, A. 1982, "Neurasthenia and Depression: A Study of Somatization and Culture in China." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 6.
- Kroenke, K. , M. Sharpe & R. Sykes 2007, "Revising the Classification of Somatoform Disorders: Key Questions and Preliminary Recommendations." *Psychosomatics* 48.
- Lee, S. & K. C. Wong 1995, "Rethinking Neurasthenia: The Illness Concepts of Shenjing Shuairuo among Chinese Undergraduates in Hong Kong." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 19.
- Lipowski, Z. J. 1968, "Review of Consultation Psychiatry and Psychosomatic Medicine III: Theoretical Issues." *Psychosomatic Medicine* 30.
- Liu, S. X. 1989, "Neurasthenia in China: Modern and Traditional Criteria for its Diagnosis." *Culture, Medicine, and Psychiatry* 13.
- Morgan, S. L. & C. Winship 2007, *Counterfactuals and Causal Inference: Methods and Principles for Social Research*. New York: Cambridge University Press.
- Rief, W. & I. Mohan 2007, "Are Somatoform Disorders 'Mental Disorders'? A Contribution to the Current Debate." *Current Opinion in Psychiatry* 20.
- Sivin, N. 1987, *Traditional Medicine in Contemporary China*. Ann Arbor: University of Michigan, Center for Chinese Studies.
- Sykes, R. 2012, "Somatoform Disorder and the DSM-V Workgroup's Interim Proposals: Two Central Issues." *Psychosomatics* 53.
- Voigt, K. , A. Nagel, B. Meyer, G. Langs, C. Braukhaus & B. Löwe 2010, "Towards Positive Diagnostic Criteria: A Systematic Review of Somatoform Disorder Diagnoses and Suggestions for Future Classification." *Journal of Psychosomatic Research* 68.

作者单位:南开大学社会心理学系  
责任编辑:罗琳

administrative polity through the analysis and anatomy of a case of the withdraw of villages. Our studies show that the administrative polity is illustrated by two kinds of logic; one is the active logic—the power lies in the pursuit of economic development, fiscal expansion, and weak external constraints under the “omnipotent” administrative capacity; the other is blamed for the helpless plight of the residents’ appeal—the residents always blame the government for their hardships and constantly demand the government to help them out. The social logic of administrative polity leads to strong government, weak society and the government’s unlimited liability. Accordingly, this paper proposes the basic path to get out of the rough situation of administrative polity: the administrative resources are used in cultivating the social self-organizing powers, and administrative action is restricted by social organizations, then a healthy mutual cooperation and restraint system between government and social self-organizations is created. This is the ultimate goal of social construction.

## **PAPER**

Determination Modes of Cause-and-Effect Relationship in Medical Situation and Somatization: A medical sociological reflection on the standardization of psychiatry ..... *Lv Xiaokang & Wang Xinjian* 29

**Abstract:** Image thinking is a prototypical Chinese thinking style that emphasizes individual’s active association and personal intentionality in the determination of cause-and-effect relationship. This cultural attribution mode has shaped Chinese’s mindset on body, disease and treatment, which means the somatic complaints and somatoform disorders of Chinese patients have distinctive features and connotations that differ significantly from the Western medicine. During the process of the standardization of the diagnosing of mental illnesses, it is recommended that practitioners and researchers should consider the cultural psychology and local medical traditions, analyze the cultural context of medical problems, and redefine the boundary of medical treatments to find more practical intervention methods to somatoform disorders and other mental illnesses.

Is Society an Artificial Thing or a Natural Thing: On Durkheim’s critique of the social contract theory ..... *Chen Tao* 47

**Abstract:** In the view of social contract theory, the society is deduced from the individual, so society is an artifact, which is created by the will of the individuals.