

复旦-哈佛医学人类学合作研究中心通讯

Newsletter of Fudan-Harvard Medical Anthropology Collaborative Research Center

# 人類學之友

醫學人文專刊

## 本期主題

- 医患观念与伦理实践
- 谈病说痛
- 健康、身体与科技“常识”

復旦大學

社会发展与公共政策学院

NO.5 2013

总第六期

## 卷首语

医学人文是文史哲、伦理、人类学、心理学、社会学、健康科学、戏剧、电影和视觉艺术等领域在研究风格、视角和方法等方面互相渗透、借鉴及应用的产物，对国内外医学教育和诊疗实践正在产生深远的影响。当代人类学这一极具跨学科特质的桥梁学科，以其基于田野体验的人文情怀、科学态度和反思精神，成为医学人文领域持续扩展的源泉和动力。

本期《人类学之友》为医学人文专辑。它秉承公共性、前瞻性和植根性原则，以田野感悟和遭遇为棱镜，力图呈现出复旦文化人类学教研团队师生对于老龄化、护理关爱、临终关怀、器官捐赠、全球化与中医实践、医患理念及其生命伦理等议题的初步研究成果和思索过程。

潘天舒 于花园城

2013年12月23日

# 人類學之友

特邀顧問：肖澤萍 徐一峰 梁鴻 彭希哲 錢序 嚴非

海外顧問：凱博文(A. Kleinman) 法莫(Paul Farmer)

古德(B. Good) 陳宏圖 邵鏡紅(J. Shea)

宋柏萱(P. Song) 詹梅

顧問（以姓名首字母為序）：

陳虹霖 程文紅 程遠 高晞 顧東輝 何燕玲

劉欣 納日碧力戈 瞿鐵鵬 任遠 孫時進

徐珂 張樂天 朱劍峰 朱偉

主編：潘天舒

責編：雷婷

版面：鄒駿飛 黃彥閩 李銀涵

校對：張小星 沈悅菲 沈高明 馮然 馮錦錦

2013年第5期

（總第六期）



# 目录

## 本期话题：医患理念与伦理实践 1

---

---

- 人类学医患理念浅述：从凯博文到法默和金墉……………2
- 志愿者视角中的临终关怀实践：基于社会医疗化情境的探讨与反思……………8

## 谈病说痛 22

---

---

- 面对失智：从伴侣到护理者……………23
- “疼痛”的人类学：社会文化角度的阐释……………28
- 中医西化：融合还是二元分立……………35

## 健康、身体与科技“常识” 49

---

---

- 中医全球化：医学人类学与科学技术研究的交汇……………50
- 地方道德世界的器官移植：田野视角的价值与意义……………56
- 在大寨做田野研究：体验与反思……………58
- “被颠倒”的“文明人”……………60

## 书目推介 65

---

---

- 高危人生……………66
- 站街女的日常生活：爱滋病时代的卖淫问题……………68
- 成为医生：医学院入门之旅……………70
- 想象世界：跨国视角内的中医实践……………72
- 整疯：一项关于美国社区精神病人的田野研究……………74



---

※·医患理念与伦理实践·※

## 人类学医患理念浅议

——从凯博文到法默和金墉

复旦-哈佛医学人类学合作研究中心主任 潘天舒

凯博文(Arthur Kleinman)、法默(Paul Farmer)和金墉(Jim Kim)是医学人类学哈佛学派的三个符号。医患理念是贯穿三者学术、诊疗和政策实践的一条红线。学派创始人凯博文以临床医学、精神病学和人类学家三重视角对医患理念所进行的系统论述，是其四十年跨学科教研生涯的一个标志性成果。在哈佛医学院担任社会医学部主任期间，凯博文着力将医学人类学塑造成为一门紧密连接人类学、心理学与公共卫生和社会医学，并且打通学理探究和应用诊疗环节的综合学科。凯博文创设的医学和人类学双博士训练体系，不但为哈佛学派造就了法默和金墉等新一代领军人物，而且也使他阐发的医患理念在经院体系之外的现实世界得到更为充分的表达和弘扬。



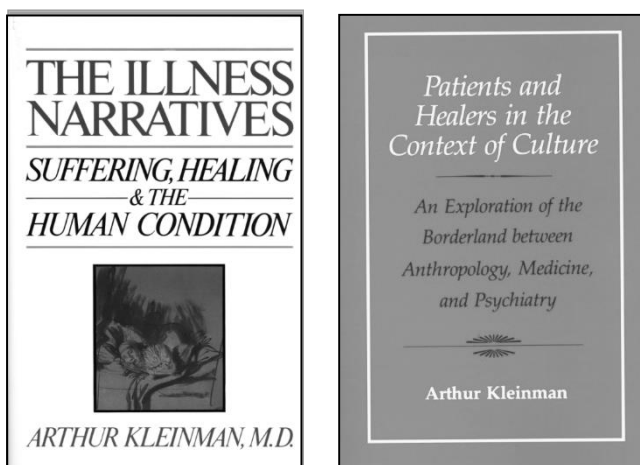
2011年3月4日，法默(中)和金墉(左)在哈佛亚洲

中心主持凯博文学术庆生活动。(摄影：潘天舒)

医患理念可以说是凯博文的首部专著《文化语境中的患病者与愈疗者》的聚焦点(Kleinman 1980)。此书的副标题展露了作者在人类学、医学和精神病学这三门学科的边界地带进行开拓性研究的企图心。此外凯博文在书名中用的愈疗者(healers)一词也揭示了他对于医生(doctors)职责和功能的一种认定。凯博文在中国台湾获得的田野体验和实地调查的基础



之上，尝试将医疗制度作为富含意义的（地方）文化体系进行深度观察、比较和评述。他指出：疾症（disease）和病痛（illness）是存在于社会现实特殊布局中的构建物，必须在特定社会关系组成的环境中理解和领悟其蕴含的丰富意义（Kleinman 1980: 73）。所谓医学概念也是植根于文化和历史语境之中的“解释模式”（即 Explanatory Models）。他认为在所有健康照护体系中都有着为医患双方所扼守的解释模式，是在个人和社会层面上理解病痛体验并选择诊疗手段的途径（Kleinman 1980: 105）。在解释模式的框架之内，凯博文匠心独运地提出了让患者谈病说痛的问诊方式，后来被称为著名的凯博文八大问题（即“Dr. Kleinman’s Eight Questions”，参见 Kleinman 1980: 106）。作为愈疗者的医生有必要从病患者的角度了解病因、病史以及病人对于诊治方法选择的看法和期待，从而共同寻找出有效的解释模式。凯博文这一强调医患双方在治疗过程角色互动作用的想法，在一定程度上修正了社会学权威帕森斯对病人和医生的制度化角色所做的功能主义论断（Parsons 1951）。《文化语境中的病患者与愈疗者》为凯博文在 1988 年后出版的《疾痛叙述》（Kleinman 1988a）和《重新思考精神医学》（Kleinman 1988b）两部旨在反思西方文化中医患关系以及社会医疗化和职业化对于诊疗实践影响的专著，提供了必要的铺垫和伏笔。<sup>1</sup>



人类学不但为凯博文重新审视西方社会医患关系提供了认识论和方

<sup>1</sup> 限于篇幅，本文主要评述凯博文的《文化语境中的病患者和愈疗者》一书的影响。对于医患关系在认识论和方法论层面上的思考在凯博文不同时期的学术作品中都有不同程度的体现。

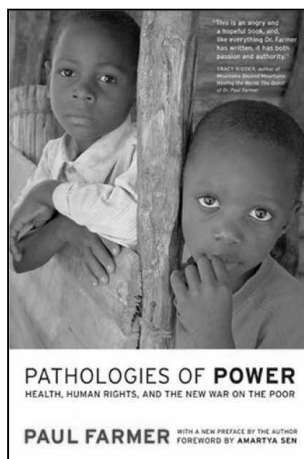
法论的工具，而且始终是他将人文和伦理全面引入哈佛医学院社会医学部教研体系的动力。在凯博文的学生中，那些攻读医学和人类学双料博士候选人（MD-PHD）的不但有天分，更有那种完成不可能任务的勇气。与一般的 MD PHD 项目不同的是，凯博文主持的医学和人类学双轨制培养计划，要求修课学生穿梭于文理研究院、医学院和实习医院之间，在完全不同的专业空间，运用不同的思维方式和“跨界”工作手段，来修成一门门课程。法默和金墉作为凯博文主持的医学和人类学双博士项目最富传奇色彩的学生，从担任住院医师起就尝试以社会科学理念，对医学实践的文化性以及西方决定医患关系本质的诊疗模式进行了质疑和反思。在凯博文的启发之下，以他们为代表的一批青年医学人类学学者不但对医学实践的文化层面以及西方医疗范式进行质疑和反思，而且还尝试将医学人类学的观念应用于全球性的疾病预防和治疗，为许多发达国家和发展中国家卫生政策的制定提供了坚实的学理基础和实证依据。

在内心人文理想的驱动下，法默与金墉于 1987 年成立了健康伙伴（Partners in Health）。这个以社区为基础的非盈利健康组织的服务对象是在美国、海地、秘鲁和墨西哥的缺医少药的穷人。作为融学术探索与医药服务为一体的平台，健康伙伴成功地将凯博文的医患理念从精神病和慢性病引入急性流行病的救治过程，同时也为长期以来困扰当代人类学者的理论-应用二元论展示了一种可能的解决方法。普利策奖获得者基德（Kidder）所著的 *Mountains Beyond Mountains: Healing the World: Dr. Paul Farmer's Quest* 一书中，详尽记述了健康伙伴成长壮大的艰辛历程（Kidder 2003）。

值得注意的是，在法默刚入人类学门槛时，就已经形成了对这门学科所应具备的现实意义和功用的独特见解。法默在阅读马尔库斯和费希尔《作为文化批评的人类学》一书时，特别注意到两位作者极易被人忽视的一个观点，即：诠释人类学尚需担当起对历史和政治经济学全面负责的重任（Marcus & Fitcher 1986: 86）。长期在拉美加勒比海做研究的明茨（Mintz）是除了凯博文和古德（Good）之外对法默最具影响力的资深人类学者。明茨于 1985 年出版的《甜蜜与权力》一书以历史唯物主义者的敏锐洞察力构画了蔗糖这一寻常食品从生产、分配、交换到消费的轨迹，并且分析蔗糖在西方人社会和文化生活中的功能和意义的演变过程，突出了糖的商品

化本身与殖民主义和垄断资本主义的发展扩张之间紧密关联性（Mintz 1985）。在法默眼里，明茨就是一位值得他效仿的对政治经济学和历史负责任的诠释人类学家（Farmer 2010: 30-31）。

通过在实践中运用凯博文和古德倡导的疾病解释模式（EMs），法默以案例分析手段，揭示出令人深思的田野现实：在海地、秘鲁、卢旺达和墨西哥等地接受救治的那些缺医少药的病人是他称之为“结构性暴力”的受害者。“结构性暴力”一语出自挪威社会学家加尔通（Galtung）以及拉美解放神学家，泛指以贫穷、种族主义和性别不平的为特征的“罪恶”社会结构所施加的制度性暴力（Farmer 2010: 354）。法默认为：要理解其苦难（suffering）根源，不仅仅要考虑包括性别、种族和社会经济等级等西方学者津津乐道的因素，必须将他们的病痛体验置于全球化的广阔语境之中，并且在深邃的历史维度中审视大规模经济社会结构性的力量在殖民掠夺、战争、饥荒、暴乱等事件对于生命个体造成的惨绝人寰的未可预期的后果（Farmer 2005: 29-50）。



在“健康伙伴”实践过程中，法默的医患理念变得日益明晰：对于医疗人员来说，罹患艾滋恶疾的穷苦病人是“结构性暴力”的受害者，也应该是得到健康救治过程中必须信赖的伙伴（一如其组织的字面含义）。如果说药品价格是病人得到有效治疗最大障碍的话，那么健康伙伴就会在一些项目同时提供医药、食品和基本社会服务。法默把“健康伙伴”所实施的政策前提简述如下：这些人病了，我们是健康照护的提供者，医药治疗是全球经济的一部分。而正是这样的全球经济创造了海地这样一个向欧洲

提供蔗糖、咖啡和其他热带作物的殖民地。如果艾滋病成为海地成人死亡的主要流行病因，那么它也将是海地和世界其他地方无法回避的公共卫生挑战。因而任何权威（尤其是发达国家和国际组织）势力都应该把艾滋病的防治视为公共产品，而不是资源占有者才能购买的商品（Farmer 2010: 140）。

在良师凯博文和益友法默的眼里，金墉无疑是一位认同“健康伙伴”理念并且坚决加以贯彻执行（deliver and implement）的同道。金墉同时具备学术造诣、医疗水平和领导能力（以及自然流露的幽默感），这在亚裔美国人中非常罕见。他在不到 20 年的时间内从住院医师和讲师成为哈佛医学院全球健康和社会医学研究院院长、世界卫生组织干事、达特茅斯学院院长和世界银行行长。<sup>2</sup> 金墉的功成名就，使学界人士有理由期待：哈佛医学人类学的医患理念能够最终走出象牙塔之外，通过有效的健康服务传递，运用于全球性的疾病预防和治疗以及反贫困实践过程之中，并为决策部门提供坚实的学理基础和实证依据。

## 参考文献

- Dunham, S. Ann. 2009. *Surviving Against the Odds: Village Industry in Indonesia*. Duke University Press.
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power*. University of California Press.
2010. *Partners to the Poor*. University of Californian Press.
- Kidder, Tracy. 2003. *Mountains Beyond Mountains*. Random House.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.
- 1988a. *The Illness Narrative*. New York: Basic Books.
- 1988b. *Rethinking Psychiatry*. Free Press.
- Marcus, George, and Michael Fischer. 1986. *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental Moment in the Human Sciences*. University of Chicago Press.

---

<sup>2</sup>笔者在与凯博文和法默私下交流时得知：获提名之前金墉在白宫与总统会面时，曾以奥巴马已故母亲 Ann Dunham 的人类学博士论文（Dunham 2009）为例，讨论人类学者研究的现实意义。

Mintz, Sidney. 1985. *Sweetness and Power*. Penguin Books.

Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. Free Press.

# 志愿者视角中的临终关怀实践

——基于社会医疗化情境的探讨与反思<sup>3</sup>

复旦大学 07 级社会学系本科生 沈蓉

## 一. 问题的提出

对于大多数人来说，面对死亡而产生的恐惧像一个巨大的千斤顶压在身上，早已压垮了原本就不太坚强的神经。仔细想来，这实在是一件太正常的事情了，从小接受中国传统文化的我们向来忌讳这个问题，能回避决不面对，更不用说进行所谓的“死亡教育”了，于是当真正需要面对这一问题的时候，除了有强大的学习能力、无比乐观、自信和理性的“超人”，能够迅速学会如何面对死亡，留下万言抗癌日记，比如我院的于娟老师，其他人便只能瞪着空洞的双眼惊恐地等待不多的明天。

临终关怀的出现，似乎给这个严肃而严重的问题带来了一线曙光。临终关怀其实是个“外来词”，在英文中被称为 hospice 或者 terminal care，是指对生存时间有限（6 个月或更少）的患者进行适当的医院或家庭的医疗及护理，以减轻其疾病的症状、延缓疾病发展的医疗护理。也就是说，是针对身患绝症的临终病人（以治愈为导向的治疗不再有效）进行疼痛控制、舒缓疗护、心理支持的服务。（富晓星、张有春：2007）作为一种为走向生命尽头的绝症病人提供尊严、人道和专业服务的理念，临终关怀至少可以追溯至 11 世纪十字军东征时期所固定场所和设施，使无望治愈的患者得到归宿。此后在 14 世纪和 17 世纪，临终关怀在西欧各地都有不同程度的发展。

促使临终关怀走向进一步的机构化和商业化的动力，则是在 19 和 20 世纪西方医学科研领域有识之士基于临床经验发表的观点和见解。英国的圣克里斯多费医院（ST. Christophers' Hospice）是举世公认的临终关怀运动的发祥地。在上世纪 50 年代，注册护士桑德斯（Dame Cicely

---

<sup>3</sup> 编者注：此文为复旦大学 07 级社会学本科生沈蓉同学本科毕业论文。

Saunders)在她长期从事的晚期肿瘤医院中，目睹垂危病人的痛不欲生的苦难境遇，下定决心改变这一不人道的状况。为了实现为绝症患者提供优质人道待遇的目标，桑德斯在 1967 年她创建了世界著名的临终关怀机构 (ST. Christophers' Hospice), 使垂危病人在人生旅途的最后一段过程得到需要的满足和舒适的照顾，从而点燃了临终关怀运动的灯塔。在医疗专业人士看来，桑德斯的极具启发性的洞见就是：尽管没有任何医学干预手段能使病入膏肓者起死回生，但这不等于说濒死者就是完全无助的。因为惊恐、忧郁和错乱同样在折磨着垂危病人。为了缓解这些症状，一些常规手段如用药、输氧和注射等，也可酌情使用(参见 Gillick 2006: 89)。

桑德斯这位现代临终关怀运动先行者的真知灼见和身体力行，引领着世界上许多国家和地区的临终关怀服务实践和理论研究。临终关怀传入美国后立即生根开花，成为妇孺皆知的一项人道主义医疗项目。1974 年，美国首家临终关怀医院建立。1982 年，国会颁布法令在医疗保险计划（为老年人的卫生保健计划）中加入临终关怀内容，这为病人提供了享受临终关怀服务的财政支持，同时也为美国临终关怀产业的发展奠定了基础。政策的变化使得各地立即出现临终关怀浪潮。十多年来，美国的临终关怀服务在处理复合性疼痛和症状方面的能力逐步增加，服务机构从小的、自愿组织发展到各种正规的非赢利和赢利机构。

虽然在一些发达国家，临终关怀早已是平常之事，但中国临终关怀只有二十多年的发展历程，台湾谢美娥首先于 1982 年撰文介绍“Hospice。”许多学者对 Hospice 和 Hospice Care 的中文翻译无法真正表达其内涵和外延而烦恼。Hospice 曾被译为“济病院”或“死亡医院”。Hospice Care 则被译为“安息护理”或“终末护理”等。香港的从业者称之为“善终服务”，在台湾地区则被称为“安宁照顾。”1988 年 10 月天津医学院在美籍华人黄天中博士的资助下，成立了中国第一个临终关怀研究中心。此后，天津、北京、上海、广州等全国各大城市及地区纷纷因地制宜地创办临终关怀服务机构。

尤其值得一提的是《临终关怀》一书的出版。由孟宪武撰写的《临终关怀》是我国迄今出版的最为全面、系统而实用的临终关怀专著。此书经著名临终关怀专家崔以泰教授审阅，具有相当的实用价值。作

者根据十余年临终关怀理论研究成果和临床实践经验，参考了最新文献资料和相关学科进展信息，从医学、护理学、心理学、伦理学、社会学等方面，系统地对临终关怀的基本理论、管理原则、教育实施、疼痛等躯体症状的舒缓疗护、各种舒缓疗护的技术操作、心理关怀，以及对临终病人家属的居丧照护等问题做了详细的论述。此外，《临终关怀》中对死亡学的基本概念、安乐死、脑死亡、濒死体验等问题也进行了深入探讨。《临终关怀》对广大医护人员在疗护临终病人的临床工作中具有重要的指导意义，同时也可作为医学院校开设临终关怀课程的试用教材

可以说，临终关怀在中国落地生根之后，正逐渐走入普通人的视野。而与此同时，“人口老龄化”、“养老”以及对此类问题的关注让人们倡导“人性”的临终关怀寄予厚望，一时间，临终关怀被作为一个关乎民生与社会稳定的热门词汇，发展被推向了一个新的高度。

然而，事实似乎远不如想象的那么美好……，尤其是在参与临终关怀志愿者们眼里。

“‘他们需要我们吗？’感觉‘被冷落’的志愿者小徐在参加一次活动后，提出了这样的疑问，病人们其实很累，不想聊天，我感觉他们是‘被服务’的”（参见《青年报》2010年5月18日）。记者在采访时听到了这样的疑问：

“志愿者的需求不如我们想象得那么大，也不那么急切，甚至不那么需要，混乱无序的志愿者甚至可能成为负担。因为对于很多病人来说，减轻病痛是最重要的，他们可能根本无暇顾及心理上的问题。”无独有偶，在闸北区临汾社区医院安宁病房参加临终关怀服务的志愿者小王在写服务感想时也发出了这样的感慨。

作为临终关怀的直接提供者之一，“他们到底是不是真的需要我们？”这样的疑问几乎存在于每个志愿者的心里。

其实在这里，“志愿者”只是一个符号，象征着“人文关怀”，志愿者们与其说是对自己存在的价值感到怀疑，不如说是对临终关怀所倡导的



“人文关怀”是否确实有必要而产生怀疑。甚至对临终关怀本身是否有必要存在而产生怀疑。

如上文所述，桑德斯不仅是临终关怀的实践者，而且是一位具有护理人员、社会工作者、医疗人员和药学研究者多种视野的专业人士。她通过阐发“整体病痛”（total pain）这一概念，来描述处在由生理性、情绪性、社会性和精神性因素所编织的复杂之网中的垂危病者的境遇，并颇具前瞻性地提出以跨学科团队协作的方式来完善临终关怀的专业化过程（参见 Gillick 2006:89-90）。作为对桑德斯洞见的呼应，Elizabeth Kubler-Ross 在《论死亡和濒临死亡》（On Death and Dying）这一死亡学的开山之作中，曾有关于临终关怀的明确阐述。她认为，临死之际的病人“常常被人回避，没有人对他们诚心诚意”，因而无法真正接受死亡，因而在讨论如何对待临终者的问题上，她主张坐在病人身边，倾听病人诉说他们的心里话，这种对临终者心理需求的了解使得照顾他们的过程更人性化、更符合他们真正的需求（参见 Kubler-Ross 1969）。可以说，Kubler-Ross 对于临终关怀的本质没有任何怀疑，这就是一种心灵的沟通，有助于人们真正接受死亡，而只有接受，才有可能使人活得有尊严。

医学人类学哈佛学派的代表人物凯博文（Arthur Kleinman）则从医生的角度强调了治疗过程中对于病人的疾痛经验理解的重要性。他认为，医学的目的既要控制疾病过程，也要治疗疾痛的经验（Kleinman 1988: 303），而当医药治疗已经无法制止疾病的发展时，医生的工作成了帮助患者善终（die a good death）。但凯博文同时认为，这种理念“已被医学科技不惜任何代价要维持患者生命的使命所侵占”（Kleinman 1988: 181），因此“在特定意义上，尽管当代生物医学在控制疾病上有巨大的进步，却已背弃了医学的目的（Kleinman 1988: 304）”。

如果说 Kubler-Ross 为临终关怀奠定了理论基础，那么凯博文则让我们清晰地看到了这一个现实困境：在濒临死亡的过程中，临终病人的生命时间压倒了生命质量。而这不得不说是现代医疗体系与临终关怀理念的巨大的冲突。日本学者五十岚靖彦和张长安将这种现实困境归结于为“医疗化社会”现象，并更细分出了“诞生与死亡的医疗化（medicalization of birth and death）”现象：“几乎所有的婴儿都在医院出生，几乎所有

的老人都在医院或医疗机构中去世……出生与最终死亡都要委托听任于专业医疗机构”，才导致了冲突的产生。

值得注意的是，近年来医务科研人员以观察家和护理者双重身份，对医疗社会化语境中包括临终关怀在内的疾病护理领域的过度专业化和机构化现象进行抨击，已经成为一种强大趋势。其中最具代表性的成果包括：贝克（Baker）完成于2007年以促成美国养老机构转型为宗旨并荣获普利茨奖的《新时代的老年》（*Old Age in a New Age*）；由两位医学领域的专业资深人士凯恩和威斯特（Kane & West）写于2005年的《不该是这样：长期护理的失败》（*It shouldn't be this way: the failure of long-term care*）等。

以中国儒家文化为思想核心的东亚社会，曾被国际学界视作一个老有所养的孝道盛行的人类理想世界。按常理来说，临终关怀的人文精神与中国传统文化中倡导的善始善终原则是并行不悖的。也就是说，中国的理应具备接纳临终关怀的丰厚的文化土壤。然而东亚社会近20-30年间在人口、家庭组织和社会福利方面正在经历的剧烈转型，使得作为文化理念的孝道规范与具体的老年护理和临终关怀实践之间产生了难以调和的矛盾。在她于2004年适时推出的《论孝顺：当代东亚社会的实践与话语研究》（*Filial Piety: Practice and Discourse in Contemporary East Asia*）一书，著名都市人类学家和中国老年问题专家艾秀慈（Ikles）通过田野实地考察和亲身体验来获取第一手数据的方法，对于以中国为代表的东亚社会现代化进程中人口结构转型所带来的地方性变革与孝顺理念之间的张力，进行了深入细致的描述和讨论。艾秀慈的研究对临终关怀领域的从业人员揭示了一个令人不安的冷峻事实：早在上世纪90年代，孝顺这一令国人无比珍视的传统，正在日常护理实践中所不断面临的被削弱和抛弃的趋势。

凯博文在《文化语境中的病者与疗者》（*Patients and Healers in the Context of Culture*）、《疾痛叙述》（*Illness Narratives*）和《道德的重量》（*What Really Matters*）中所阐发的对于“护理”和关爱（即 *care-giving*）的洞见，即护理不仅是一种存在于专业技术机构之中的、可以单纯地依赖药物和仪器制度化来应对复杂症状的理性安排，更是存在

于地方道德世界中的动态的体验过程，一种需要随时平衡和调护理人和被护理人之间关系，并且以人文情怀和科学精神来实施关爱和照料的伦理实践。在2010年3月19日凯博文所做的题为《人类学视野中的关爱》（复旦当代人类学讲坛之一）的主题演讲中，他又进一步指出：无论是在后工业化高度发达的欧美社会，还是在经济飞速发展而“未老先富”的中国城市，对于特殊需要群体的护理研究仍然存在着下列亟待解决的问题：对于关爱护理（care-giving）的现象学研究；对于家庭和社会网络的田野观察和分析；对于关爱护理的道德意义的进一步解析；对于护理实践动力的跨文化比较；对于决策的服务。

本文所力图呈现的，不仅仅是护理实践中“到底发生了什么”（what really happens），更是对一系列由各类病例所组成的“社会事实”背后所揭示的道德和伦理层面多层含义（what really matters）的阐释和解析。基于田野体验、观察和分析而获得的信息和资料，笔者希望通过对以上问题进行讨论，最终解答志愿者心中“我会是否被需要”的问题。如果临终关怀是对现有社会医疗化的一个矫正，并且确实承担着生命人性化的责任，那么志愿者们是被需要的，因为正是他们提供了人文的关怀，弥补了医生、护士在实践中无暇顾及被护者的不足。

## 二. 田野体验

最初接触临终关怀纯属偶然，抱着简单的好奇心和真诚的愿望，大三时我曾对上海地区临终关怀的发展状况进行调研，并试图了解临终关怀对象的心理需求。由于临终关怀的对象是一个特殊的群体，他们不同于健康人能够清楚、完整地表达想法，甚至无法表达，因此需要更多的时间进行田野调查，调查的方法也更具技巧性。本研究以质性方法进行，主要通过参与式观察和深度访谈两种方法收集经验资料。

由于临终关怀的病人大多已无法完整表达自己的想法，而特殊的情形也使得要对他们进行直接访谈时不可能完成的任务，因此参与式观察是笔者认为最合适的手续经验资料的方法。我在大学三年级进行项目调研时，加入了上海“手牵手”心理关爱中心，这是一个由国家心理咨询师和心理

学领域工作者为主体组建的公益组织，立足上海社区，致力于心理疏导与人文关怀等服务，他们的其中一个项目是与复旦大学附属肿瘤医院姑息治疗病房合作的“守护天使”临终关怀项目。我作为一名临终关怀志愿者，在两个月志愿者生涯中多次进入病房与临终关怀病人进行面对面的接触，此外也有机会观察病房中的病人家属、医护人员等相关人士。同时，我也走访了上海闸北区临汾社区服务中心安宁病房以及新华医院宁养院。这些经历以及随同收集整理的田野笔记组成了经验的资料的大部分，将多次出现在之后的文章中。

前述业已提到，直接对临终关怀对象进行访谈不合适且无法完成的，因此笔者转而通过访谈医护人员、病人家属以及项目的组织者、志愿者，试图了解他们眼中的临终关怀，尤其值得一提的是组织者与志愿者的访谈，因为他们是除了家属以外最直接感受者，并且由于是局外人，对于社会医疗化有更客观的感受，因此笔者非常重视。访谈基本以一对一、面对面的形式进行，并且一般在非正式的场合下进行，比如闲聊，咨询等，也有少部分是借助QQ、MSN等聊天工具进行的。

### 三.“临终关怀”的困境

“安静，病房里比我想象地安静地多，在走廊上除了护工和家属走动的脚步声之外，几乎听不到任何声响。临汾地段医院的安宁病房里，我们几个志愿者面对寂静无声的病房面面相觑，不知该如何开口进行志愿服务。”

——摘自笔者临汾社区服务中心安宁病房田野笔记

据护士小姐介绍，这里没有级别较高的医疗器械和设备，一般都只是常规的吊水和氧气瓶，医生的工作量也不大，每天例行的巡房与为数极少的交谈——病人有些已无法说话，有些则已不愿说话。就是工作的大部分内容了。言下之意，病人与医生间的互动几乎为零，而病人的家属似乎对此也没有异议，默认了这种“等死”的状态。

“临走的时候又和那位热心的家属聊上几句，她脸上露出了不忍之色：

想想他们，进了病房之后就再也出不来了阿。”

——摘自笔者临汾社区服务中心安宁病房田野笔记

可以说，一旦进入这个病房，就相当于变相地宣判死亡，此时病人与病人家属显示的是一种极端消极的情绪，而医生也未加以引导，任由消极情绪的蔓延。这是医疗化社会的一种副产物，人们对于专业的医疗知识和技术有着几乎信仰的崇拜以及完全的依赖，当这些专业知识和医疗技术无用时，人们便失去了最后的救命稻草，无论是病人本人还是家属就都变得十分消极。

而在另一边，其他病房的病患们同样忍受着折磨，有些折磨来自疾病本身，有些则来自治疗过程的伤害。

病房里安静地很，只有偶尔传来呻吟声提醒着人们这里是医院。

“哪怕多活一个月也好啊！”

“哎，就是看他每天吃不下饭睡不好头发都掉光了还浑身疼，心里不好受。”

“这也是没办法的事情，多拖一天是一天吧……”

病房门口走廊上两个病人家属的对话若有似无地飘进我的耳朵里，有些刺耳，更多的是无奈。我不自觉地向病房里望去，看到的是触目惊心的景象，躺在病床上的人消瘦地只剩个人形，深陷的眼睛暗淡无光，微微张着嘴却不似在说话。他也认为“哪怕多活一个月也好吗？”他愿不愿意做化疗？愿不愿意为了延续一个月的生命而忍受无尽的痛苦？我不得而知。不忍驻足，我快步下了楼。

在人们的眼里，这种带来巨大伤害的化疗是被需要，甚至是必需的，因为有效的化疗多少可以延长患者的生命，也许几年，也许几个月，但“哪怕只有一个月”，也是好的。但他们似乎并未考虑过躺在床上的那人的想法，他愿不愿意做化疗？愿不愿意为了延续一个月的生命而忍受无尽的痛苦？大多数时候病患也许是有答案的，但却没有机会表达。

“民意调查显示，大多数绝症患者宁愿死在家中，……，在自己的床

上，被家人和朋友的爱环绕着。然而这些人绝大多数在医院里度过最后的时光，全身插满管子，与各种监视仪器连在一起，照顾他们的则是一些陌生人。”（约安克利斯多福 阿诺德：2007）这已经成为了普遍的情形，患者仍在接受治疗但却很痛苦，为了延长生命牺牲了最后的生命质量。从这些情形中，我们可以明显地看到病患的被忽视和无力感；主观感受的牺牲，权力的失去……

面对这样的现实，我开始思考，如今医疗化社会的触角早已延伸到医疗领域的各个角落，占据了人的整个生命周期：出生、成长、生育、死亡……与古代、甚至于几十年前相比，我们越来越离不开医疗机构，我们生命的每个周期都由医疗机构定义，并且这种定义是高度专业化的。“也许，对人的尊严最具有毁坏性的例子要数把人的精神问题统统归入医药专业化的过程：常人的不幸，忧愁和正常的生离死别悲伤被当作临床待诊的忧郁症；对生存的担忧变成了焦虑失调；政治动乱引起的社会问题被说成是创伤后压力心理障碍症。这既是把人的痛苦重新定义为精神的或心理的疾病，由医药专业人员用医疗器械和药品来治疗。……这不能不使我们惶惶不安，因为这些人生活中的道德灵魂被摈弃了”（Kleinman 2006：9）正如凯博文所说，医疗化社会不但囊括所有生命周期，更企图囊括生命的所有方面，而这种企图正逐渐把人作为一个由“精密零部件”组成的“仪器”，“仪器”发生任何“故障”都是由于“零部件”出现了问题，只要逐一修复，就能恢复正常运转。然而当“故障”无法被排除、“零件”也无法被修复时，“机器”就被直接报废。

在这样的情景下，虽然临终关怀以“医疗化社会的人文救赎”姿态最初出现，但不可避免地承受着被纳入整个主流医疗体系的巨大压力。相对于抽象的大环境，我们可以从医生与病人两方面更具体地探讨。

“这里的医生一般每天会巡房两次，基本上就是问问‘你觉得痛不痛？’或者‘你今天感觉怎么样？’有时候调整下用药……偶尔也说两句话，但是都是有一搭没一搭说两句而已，没什么实质的交流”

——某医院安宁病房护士

可以看到，这时临终关怀的操作定义已被简化，在理论定义“疼痛控

制、舒缓疗护、心理支持”中仅抽取了“疼痛控制”一项，注重生理上减轻痛苦，至多也只能做到兼顾“舒缓疗护”，却无法覆盖“心理支持”这一项，医生与病患之间互动极少，而只是依赖于医疗技术和止痛药所带来的生理上的安宁。造成这种情况的原因，笔者认为这是由于医疗制度对于医护人员评估体系的不合理设置。管理学中的关键绩效指标法（KPI）被大量地应用于医护人员的工作考核，而关键指标的设置必须符合 SMART 原则，即具体性（Specific）、衡量性（Measurable）、可达性（Attainable）、现实性（Realistic）、时限性（Time-based），（余霖：2004）显然相比疼痛控制和舒缓疗护，心理支持虽然具体但难以衡量，无法确切地考核。

美国的一家养老院有一个奇怪的现象，经常受到上级机构嘉奖的“明星护理员”不受老人们的欢迎，而受到欢迎的反而是 KPI 等绩效考核比较差的护理员，原来，护理员的 KPI 指标设置为单位时间护理的老人人数等，为了加快速度，明星护理员们通常都流水化作业，机械地为老人擦拭身体、换衣裤，较少有时间陪老人闲聊，而绩效考核比较差的护理员则花费了较多时间陪伴老人，因而受到欢迎，却在指标考核中败下阵来（参见 Baker 2007）。

与养老院的例子相似，临终关怀病房的医生护士们虽然没有 KPI 考核的压力，但对于“心理支持”这一难以衡量的“指标”，实际操作中便被心照不宣地忽视了，当这种简化慢慢积累，成为正确的“指标”时，变化也随之产生了。

当我询问参加临终关怀服务的志愿者小王之所以会引发“到底是否需要志愿者”的疑问时，他的回答让我对于临终关怀的转变有了新的认识：

“心理学是我的业余爱好，平时也经常参加些相关的活动，但是这次虽然号称是‘心理疏导与人文关怀’服务，但我却感觉心理上的所谓关怀几乎没有什么运用”。

不由地他提到了他的这次志愿服务。“比如这次我的服务对象，可能是身体受到病痛折磨，他的要求还停留在减轻身体的痛苦上，对我的心理疏导服务好像不感兴趣，我都不清楚他们是否真的需要。”

如此看来，不仅是医生，连志愿者都已在不知不觉中看低了心理支持的重要作用，他们认为，既然病人没有需求，就不需要提供，而患者在这个过程中“被迫”说服。

#### 四. 实践临终关怀：成为志愿者

这是个有些悲观的看法：临终关怀虽然在最初出现的时候试图在临近死亡的这一环节矫正医疗化社会所产生的生命时间大于生命质量的现象，但却在实践中被慢慢异化。那么，当被问到最初提出的问题“临终关怀中志愿者是否被需要”这个问题中，是否就能回答“否”？我想答案是否定的：

谈话可能显得尴尬，但不能因为尴尬就否定他的作用。如果没有志愿者的这两个小时，老人可能一个下午不过是安静的坐着、躺着，没有身体的不适护工们也就乐得清闲。在谈到一些话题的时候，老人还是有兴趣和感到开心的。我们不能因为收获比我们预期的少，就下结论志愿者的需求度和作用实质上很小。我们不能因为收获比我们预期的少，就否定志愿者巨大的作用，至少我是这么认为的，如果不是志愿者，老人们的生活将会更加枯燥乏味，毫无快乐可言。或许，志愿者的作用就是这么隐性、这么看起来没多大作用。甚至老人自己也不觉察到，但是笑声是实在的，快乐的产生是可以被我们看到的。

因此，我们并不能否定志愿者在临终关怀的作用，更不能因此而否定临终关怀，而是应该思考的，在现有的情况下如何能够遏制这样的情况继续发展？如何避免这样的现象发生？

在我的志愿者活动中，我看到了这些志愿者作为相对客观的第三方，其实是能够相对较好地担负这个使命的。也确实有一些组织、个人都在努力尝试和推动这项志愿者服务的发展，2009年笔者展开相关调研时上海地区有上海交通大学“守望”临终关怀志愿者协会，“手牵手”心理关爱中心两个较有名的组织等，新闻媒体对此也不遗余力地报道，从较早的《鲁豫有约》对北京松堂医院负责人的访谈，到之后的SMG《深度105》节目，



《中国青年报》对临终关怀志愿者的专题报道……志愿者服务看似正“蒸蒸日上”地发展着、推广着。

然而，当我为本论文再次进行调研时，发现“守望”已销声匿迹，而“手牵手”则已转做其他方向的公益项目。“临终关怀”就像是一个普通的新闻热点，如同发烧般来得快去得也快，却鲜有人默默地支持。对此，作为“手牵手”心理关爱中心临终关怀项目负责人的沈轶滨老师并不惊讶，她向我表达了她的看法：

“对于临终关怀项目来说，把人招来没问题，做一件事没问题，但核心有问题，这个核心是志愿者与患者心灵上的默契，真实的能引发共鸣的生命体验。……学生、小白领很容易被动员，但没有真正的灵性上的需求。由于没有经验情感和历史所以组织很无力，核心是空的。”

在沈老师看来，一些临终关怀的志愿者之所以能够与患者达成良好的互动，多数是由于宗教的背景使得他们一些关于“生死”的想法在价值体系里本身就存在，而不是像我们那样单纯的家里人过世的体验。因此对大部分志愿者来说，都难以真正符合志愿者的条件，以至于最后，志愿者虽然是好心，提供的志愿服务却变成“强买强卖”的行为。

此外，沈老师认为即使能够有足够数量的志愿者，推广这项志愿服务也未必是好事：

“临终关怀需要的由人到人的经验传递，出发点还在于个人，而个人的自然和本真，一旦变成规模式的，性质会发生变化。……当组织提供一体化的培训时，服务就变成组织的需要而没有很强的情感动机，更多是功利的、组织的动机。”

她特别强调，从微观层面来说，临终关怀所需的经验积累都散落在每个人的生命中，存在于单独的个体中，因此无法“批量生产”，更无法盲目地组织化和推广。

“世界上不存在一种单一、不变、对每个临终的人都最适用的死亡方式。”（Kleinman 1988：182）因此也没有适合于每个人的临终关怀，每个人对待死亡的态度都不一样，因此笔者也认为，临终关怀服务虽然可

以期待制度化和普遍化，但对于志愿服务的态度最好是任其发展而不要“揠苗助长”，给予其更多的发展时间，最终才能担负起改善医疗化社会的责任。

“致命的疾病……会使人们睁开眼，打开门，激励人们与现实的威胁人类的事物及其社会根源作斗争。然而，这种效果大多数是不可能出现的，除非人们更进一步关闭个人的没有前途的痛苦孤立，和无效的自我专注，否则，悲痛不会使修复和重建自我和世界的可能性成为现实。”（Kleinman 2006: 138）。希望随着社会的发展，自发进行临终关怀服务的志愿者成为那个“推力”，而志愿者们关于“我们是否被需要的疑问”也将不复存在。

#### 参考文献：

1. 富晓星、张有春：《人类学视野中的临终关怀》，社会科学 2007 年第 9 期
2. 孟宪武 2002 《临终关怀》 天津科学技术出版社
3. 艾秀慈 《论孝顺：当代东亚社会的实践与话语研究》
4. 余幂：《企业绩效考核指标的缺陷及改进》，甘肃农业 2004 年第 7 期  
文历阳：《医学导论》 人民卫生出版社, 2001
5. 约安克利斯多福 阿诺德：《不要惧怕——面对丧失和死亡的智慧》，译者：杨基，江西人民出版社，2008
6. 段志光、卢祖洵：《病人角色的社会心理学思考》，医学与哲学 2004 年 9 月第 25 卷第 9 期
7. 韩修英、李玉萍：《临终关怀之探讨》，实用护理杂志1999 年第15卷第3期
8. Baker, Beth. 2007. *Old Age in a New Age: The Promise of Transformative Nursing Homes*. Vanderbilt University Press.
9. Gillick, Murial R. 2006. *The Denial of Aging: Perpetual Youth, Eternal Life, and Other Dangerous Fantasies*. Harvard University Press.
10. Kane, Robert L. & Joan C. West. 2005. *It Shouldn't Be This Way: The Failure of Long-Term Care*. Vanderbilt University Press.

11. Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narrative*. New York: Basic Books.  
中文译本：《疾痛的故事——苦难、治愈与人的境况》，方筱丽译，上海译文出版社 2010 年 4 月版，2006. *What Really Matters*. Oxford University Press. 中文译本：《道德的重量》，方筱丽译，上海译文出版社 2010 年 4 月版
12. 五十岚靖彦：《医疗化社会的伦理思考》，中国医学伦理学 2002 年 6 月第 16 卷第 3 期，张长安译
13. Kubler-Ross, Elizabeth. 1997 [1969]. *On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their Own Families*. Simon & Schuster.

## 致谢

在本论文完成之际，谨向我的导师复旦大学社会发展与公共政策学院社会学系潘天舒老师致以我最衷心的感谢和最诚挚的敬意。在本文的前期调研过程中，潘老师在百忙之中对论文进行了方向性的指导，避免了我走许多弯路；在撰写过程中对理论部分的指导使论文的理论更充实，对具体撰写部分也提出了许多宝贵的修改意见。更让我感动的是，潘老师在生病期间仍然坚持一丝不苟地指导我修改论文，发烧 39 度挡不住他的敬业精神，更让我这个后生感受到潘老师对学生的爱护以及对学术严谨的态度。

我要感谢在临终关怀调研项目中一起合作的三位同学：王坤、沈一冰和吴维琦，他们来自不同的学校和专业，为了这个项目凝聚在一起，并且奉献了许多时间和精力，使我的论文获得了扎实的田野资料，为我的论文做了良好的铺垫，不同的学术背景也使得我们在调研过程中擦出火花，开阔了我的学术视野；特别感谢徐珂老师在工作之余热心地对我“知行杯”的项目提出意见；感谢“手牵手”心理关爱中心的沈轶滨老师在论文选题过程中的中肯意见，以及“手牵手”所有工作人员对我项目、论文的支持和鼓励。

最后我要衷心感谢社会学系全体老师，他们在我本科学习期间“传道、授业、解惑”，才有了今天这篇论文的诞生，尽管我暂时没有攻读研究生的计划，但四年的学术熏陶教会了我严谨治学的态度，在将来的工作和生活中都将大有裨益。

2011 年 6 月 沈蓉

---

✘·谈病说痛·✘

## 面对失智：从伴侣到护理者

复旦大学人类学专业 2010 级硕士生 沈艳

三年前，毫无准备地闯入人类学。都说社会学和人类学不分家，但说来惭愧，学社会学的我对人类学的想象依旧停留在其对异域生活的猎奇，对风俗、宗教、仪式的钟爱。记得当时选课的时候，医学人类学出现在选课表上，我对它没有表现出任何的兴趣。后来去上这门课，还是因为师姐的推荐。

当时上课的时候，面对凯博文的八大问，我最有疑惑的是为何要问被访者把疾病叫做什么、被访者认为疾病是怎么得的这些问题，只是在当时那个对这八大问充满热情的课堂，我的疑问始终没有问出口，但一直隐约觉得疾病的社会文化因素在课堂上被放大了。类似 *The Spirit Catches You and You Fall Down* 以及 *No Aging in India* 这样的案例并没能将我完全说服，只觉得那只是一些极端的个案，是对遥远的异邦的研究，而非实实在在的身边的故事。生活于当代社会，我已对疾病的科学主义的解释以及生活的医学化已经习以为常了。当时有一项课程作业是做一个访谈，写一个疾病的故事。我苦于找不到合适的访谈对象，对表婶的故事做了一番描述，她是一场意外事故的受害者，那时刚结束长达七八个月的住院生活。由于总想着拿那八大问来对号入座，她的故事很简单，高楼意外坠落、半身不遂，这种“简单”的病情以及她对自己遭遇的淡然和乐观竟让我不知如何下笔。

直到一年以后，我在外滩街道遇到了一对老人，我才深深感受到当事人对于疾病的独特解读。老先生是阿尔茨海默症患者，患病已经有三年了，病情已属中期，判断能力、认知能力已经严重受损。老太太不仅仅是老先生的主要照料者，同时还兼顾着楼道组长等社会职务。约好的那天，老太太临时接到通知开会，没能跟她深聊。后来再约，双方也没找到合适的时间。老太太眼中对老先生疾病的看法很有意思，一直找寻机会希望能再次拜访。过了年，邵老师的项目开始时，我试图回访，可惜的是，老太太病

重住院，老先生住到了女儿家，第一次拜访的地点——他们儿子家，已经搬迁。没能和老太太深聊，是我的遗憾。

那次拜访，是 11 年冬天的一个下午，约好了两点见，到达老人家里的时候早了十来分钟。老太太原本陪着老伴睡午觉，听到我的到来，收拾着从房间出来，留下老先生一人在房间休息。自从老先生病了以后，对老太太十分依赖，睡觉必须老太太陪着，老太太一离开，老先生也会立刻醒来。果不其然，三五分钟后，房间里便传来窸窣窸窣的声音，老人试图自己穿衣服起来，但是裤子只套了一条外裤，也已经没有能力将裤子穿整齐，没有穿袜子，鞋子也穿反了。行走对他来说已经显得困难，跌跌撞撞地挪动着脚步。老太太赶忙走进屋子，帮老先生穿戴整齐，扶着他走到外屋在他专用的椅子上坐下。这时候，老先生患老年痴呆已经近三年了。

其实一开始，家人都对老先生逐渐的迟缓和木讷当做正常的衰老，并没有太在意。老先生是做财务工作的，在家人看来，脑子是极其的灵活。退休以后，老先生又去做审计，直到 70 岁。用老太太的话说：“阿拉老杨是聪明人。”正式离开工作岗位以后，老先生最喜欢的就是打麻将，每天上午、下午两场麻将，多年的习惯雷打不动。老人家的打麻将纯粹只是为了消遣，每次三五块钱的输赢往来只是为了增加游戏的趣味性。老人麻将打得不错，有时候能赢个二三十块，每当这时，他路过菜场总会提点小菜回来，烧上几个小菜，小酌几杯。可是，突然有一天，在麻将桌上，老人举着一张麻将牌问别人“这张牌是什么”，打了几十年的麻将竟然不认得了，吓得其他老人将他送回了家。这时候，家人才将他日益的迟缓和木讷与老年痴呆联系在一起，开始四处求医问药。

老人的病，使家人眼中的老人形象有了一百八十度的转变。老太太至今都不敢相信：“阿拉老杨这么聪明的人怎么会得这种病。”儿媳也在旁边说：“都说打麻将的人不大会痴呆的，因为天天用脑的。”在确诊老年痴呆之前，老人身体健康，虽有九十高龄，却连小毛小病都难得，到现在也是，除了腿脚不好，其余都很健康。反而老太太倒是一身的病。“他除了脑子不好，其余都好，我呢，除了脑子好，糖尿病没有，其他的病我都

占全了”，老太太如此表达他们两人之间的反差，并向我展示自己每天要吃的药。她肾脏、心脏都不好，还有高血压、贫血，天气寒冷，对老太太来说非常难熬，那几天还天天在挂水。

与老太太相比，老先生的气色倒是确实好很多，精神也不错，老人坐在凳子上不说话，丝毫看不出是失智的老人，但残酷的现实是，他的认知、判断功能的严重受损已经使他完全不能自理了。正值隆冬，几天前，老先生醒来看到老伴不在身边，穿着短裤就往外跑；老先生落座的时候也已经无法判断凳子离自己的距离，运气好时，能坐上椅子的一个角，很多时候就坐了个空摔倒在地；日常饮食似乎也不会判断自己是否吃饱了，手指伸到他嘴边就会张口。这样一个老人，怎么也无法和曾经那个精明能干、管理账务从不出错的形象相联系。

说起老人的病，老太太并不认为老伴是别人严重的“脑子坏掉了”，而是因为人情往来造成的精神上的压力。老人的四个子女都挺孝顺，孙辈也开始工作了，家里没什么经济负担，虽然不是什么富贵人家，但生活还是挺宽裕的。老人 89 岁时，子女们想着给老人好好过个生日（虚岁 90 岁的生日），在他们看来，老人已经 90 了，整十的生日或许就这么一次了，打算为老人好好庆祝一番。四个子女、孙辈，甚至远在外地的亲戚朋友都特地赶来为他祝寿，在饭店吃了好几桌，放了鞭炮，也带来不少礼物。原本是开开心心的一件事，但是老人天生是沉稳、内敛的性格，一直放在心里想着这件事。他觉得别人老远过来很不好意思，总是拿着别人送的礼物，一件件问值多少钱，琢磨着要怎么还礼。到后来，晚上也不肯睡觉了，总是在想着这么重的礼，他要什么时候才能还。“都是过生日做坏掉的”，老太太这么总结着老先生的病源。他是聪明，但是他的病也是聪明害的。老太太说自己看事情看得很透，有什么事情会说出口，不会像老先生一样放在心里，所以她这样的人是不会痴呆的。老太太向我诉说着老人得病的过程，丝毫没有理睬儿媳在一旁说她迷信的话语。

说到这里，老太太开始自责，为她的快言快语后悔。老先生工作、生活一向非常体面，他也是一个很好面子的人，但是那时候老太太被老人无

止尽地询问价格和还礼弄得烦不胜烦，便总会数落他，说他三更半夜不睡觉尽想些没用的事情脑子坏掉了。包括一开始被诊断为失智的时候，老太太一时无法接受原本她以脑子好引以为豪的老伴成了痴呆老人，她总在老先生面前说你怎么会痴呆的啦。在老太太看来，老先生本来是一个不肯被人家数落的人，她一再的责怪让老人的病情越来越糟糕。

或许是带着一丝后悔和弥补的心情，现在老太太虽然自己身体不好，但照顾老先生尽心尽力。儿媳告诉我说，老太太以前脾气很暴躁的，遇到不高兴了就会发火，脸说拉就拉下来了，但是现在为了照顾老先生，现在脾气好多了，不仅仅是对老先生“现在拿他像块宝”，对家里其他人也是如此，因为凭老人一己之力无法照顾好老先生，她需要别人帮忙。用老人的话说，“现在就是尽量给他吃得好些，照顾的好些，让他多活几年”，蛋白粉、各式营养品，她都为老先生准备着。同时，虽然老人知道现在医学上对老年痴呆依然束手无策，但是她并没有放弃寻医问药。她见到我时，隐约带着我应该对失智有一定了解的假设，一见到我便向我抱怨说现在没有药物可以治疗，当我跟她提到其他失智老人在用的一种药物时，我分明看到她眼中闪烁着的希望，她让我写下来，即使我告诉她这个药并不好配，也坚决表示会试一试。

另外一个让老太太十分挂心的事情是自己身体不好，目前她自己在挂水，其实按照医生的嘱托，住院对她调养身体更好些，但是她走不开。老先生的生活现在完全依赖于她。早上她醒来，除非依旧躺着，要是她起来了，隔不了多久老先生必定会摸索着起床，晚上睡觉也是。她不在他身边，他会到处寻找。有一次老先生在医院住院，白天都有人陪着，晚上家里人都回来了，身边只有护工，老先生发现老伴不在，不管天气多么严寒，光着屁股就往外跑，护士怎么都拉不住，最后被绑在病床上，到了第二天，老人挣扎的都没有力气了，也吃不下东西。老太太哭着责怪医院虐待老人，第二天就把老先生带回了家。老太太不敢想象自己离开以后老先生的生活会怎么样，吃饭担心他饿着，睡觉担心他冻着。老太太想训练他基本的生活能力。晚上，老太太故意把被子掀掉，老人倒是知道自己拉被角，老太



太太用一种近乎自豪的口吻告诉我，他还是知道冷的。前两天，老太太在喝汤，老先生向她讨来喝，老太太解读为老伴还知道饿了。“冷知道的，要吃东西也会讨的”，如果有一天老太太不在，至少他还不会被冻着、饿着。

第二年春天，我想再去看看他们，但是从志愿者口中得知，老太太果真住院了，心脏不好，挺严重的，想做手术又怕年纪大了不知能否承受手术带来的考验。无奈之下，老先生去了女儿家，女儿退休了，由她照顾。之前他们住的儿子家，也因为儿子住房改善搬走了。以前由老太太主导的对老先生照顾的状态已经崩塌了，我不知道老先生在没有老伴照顾的情况下生活会变得怎么样，或许在女儿的悉心照顾下，老人的生活会很不错，也有可能，他还是会半夜跑出去寻找伴他一生的妻子。

或许，我已经很难再见到这对老人，再跟他们说说话。只是在这里，寥寥数语，记下这对老人的故事，也希望他们能生活得更好。

## “疼痛”的人类学

——社会文化角度的阐释

复旦大学社会学系本科生 李书恒

很多人都不会忘记，刘翔在去年伦敦奥运会男子 110 栏预赛上，在跨越第一栏时，右脚不堪伤病的重负，整个人意外摔倒的情景。刘翔随后缓缓站起，左脚单腿跳到场边，强忍着疼痛沿着场边一路向终点跳去，并深情亲吻最后一组栏架的画面依然深深地印在大家的脑海中。尽管刘翔曾经给无数的中国乃至亚洲人赢得了自豪与荣耀，但以这样的方式告别奥运赛场，仍让无数的粉丝为他感到无比心痛。最终医学诊断发现，刘翔的右脚跟腱发生了断裂，和北京奥运会退赛一样，他再次遭遇“阿克琉斯之踵”的困扰。



荷马史诗中的英雄阿克琉斯，英勇善战，全身刀枪不入，只有脚踵是最脆弱的地方，也是全身唯一一处“死穴”。特洛伊战争中，太阳神阿波罗用毒箭射中阿克琉斯的脚踝，阿克琉斯轰然倒地，尽管目光依然坚定刚毅，但致命的伤痛最终让英雄溘然长逝。在传说之中，阿克琉斯之弱踵的形成，是因为其母忒提斯倒提他浸进冥河中的神水，以练就金刚不坏之身时，脚跟不慎露在水外，从而留下这处软肋所致。而到如今，几乎不会真的有人相信这样的故事，随着科学的不断进步，医学、心理学等学科的日益发展和逐渐强势使人们对于疼痛的有了更深的认识。因此，尽管阿克琉斯的

传说依然流传至今没有变化，人类关于疼痛的解释却愈发多元。

传统生物医学的诊断和治疗模型将疼痛视为组织受到损伤的一个症状，疼痛作为一种现象是医生临床诊断的依据和治疗的对象。但生物人类学家认为还应该考虑心理和认知因素的影响，Melzack 和 Wall 以此提出了闸门控制理论。他们认为在人体背部脊髓背角的神经胶状质处存在一个痛觉的闸门，控制着周围神经纤维的神经冲动传述到大脑中央神经系统中的强度。在产生疼痛知觉和反应产生之前，躯体的疼痛输入要受到这个闸门的调节作用的影响。而闸门增加或减少疼痛感觉传输的程度则取决于大小直径神经的相对活动程度，以及来自大脑向下传导的影响，而这种影响则可能与认知系统或更高级的中央神经系统的处理有关——例如注意力，焦虑，预期和过往的体验等，都有可能对疼痛的处理产生重要影响。

在进化人类学家看来，背痛、难产、脚酸和智齿疼痛等则是人类因为进化面临的痛苦。大而复杂的脑袋和双脚直立行走等特征使得人类成为这个地球上最成功的灵长类动物，但与此同时也留下了进化导致的创伤。例如，大脑的容量变得越来越大，使得脑壳的结构随之发生变化，智齿无处可长，只有以痛苦的方式冒出牙床。直立行走解放了我们的双手，让我们得以使用工具，虽说这是人类成功的关键因素，但直立行走导致的重力对脊柱的压迫作用导致了人类特有的背痛。从四脚着地到两脚着地也带来扁平足、脚趾囊肿和踝关节扭伤等多种足部问题。直立行走还使人类的分娩比其他任何灵长类动物都危险，同时也更复杂和疼痛。尽管大多数人不会像运动员那样，因为高强度的训练和过于密集的比赛，加上竞技性的要求，经常出现跟腱断裂等严重的足踝损伤。但一般的脚踝扭伤带来的酸痛，以及女性分娩带来的痛苦，则是几乎总是会访问我们人类群体中的每一个成员。

但疼痛从来不只是一个只在个体层面有意义的概念，也不仅仅建立在生物学、医学与心理学的基础上。社会文化系统中特殊的价值观、信仰、理念和习俗，均会影响一个人的疾病行为，包含对疼痛的预期及对疾病的反应。显然，仅仅从生物医学、认知理论和进化人类学的角度研究和阐释疼痛是不够的。疼痛体验不仅是一个生理过程，也是一个文化过程。而针对 Melzack 和 Wall 提出的闸门控制理论，Bates 便认为这一理论缺乏对于

文化与疼痛之间关系和相互作用的讨论，他试图将社会学系理论和社会比较理论整合到其中去。他认为对人们于疼痛的态度、期待，对于疼痛涵义的认识和如何正确表达疼痛的情感都是人们从观察周围相似身份的人的反应和行为中学习到的。不同的种族、处于不同文化团体中的人们对于疼痛的认识也均不相同。因此，建立一个加入文化因素的生物人类学模型是非常有必要的。

而日常生活中，我们经常可以看到，对于不同的社会角色，人们会表现出对于疼痛表现的不同期望。儿童在玩耍时不慎摔倒，哇哇大哭寻求父母的保护与抚慰；女性在分娩、老人在疾病治疗中表现出极度的痛苦，并向他人寻求帮助往往是普遍接受的。相反，对于成年男性而言，如果因为伤痛而哭泣，表达出忧郁痛苦的情绪，则往往被认为是软弱无能，不符合其社会角色的表现。同样是遭遇到伤痛，刘翔在北京奥运会和伦敦奥运会中采取了不同的应对策略，而大众也对他的两次表现作出了不同的评价。认为前一次刘翔顾忌伤痛直接退赛是退缩的、缺乏勇气的、难以令人接受的，而后一次在伦敦奥运会上刘翔不顾伤痛单脚跳至终点则是英勇的、让人感动的和体现奥林匹克精神的。

事实上，在不同的文化和社会中，对于疼痛的预期、表达以及疼痛的意义均不尽相同。西非的巴里巴人生活在非洲国家贝宁北部和尼日利亚的部分地区。根据华盛顿大学医学人类学教授 Sargent 的一项研究显示，在巴里巴人的文化中，对于疼痛的正确反应是镇静、坚忍克己，且不表现出任何的痛苦。而这与巴里巴文化中对于荣耀与耻辱的强调是分不开的，讨论荣耀与耻辱二元对立的文化符号对于人们对疼痛的认知和隐忍行为比讨论疼痛本身更为重要。在巴里巴人的口中，有这样一句谚语“sekuru ka go buram bo”，翻译过来是“在死亡与耻辱之间，死亡更加美好”。一个人表现自己的痛苦会被认为是缺乏勇气和懦夫的体现，懦夫是耻辱最核心的体现，而与其生存在耻辱之中，一个真正的巴里巴人会选择自杀。在巴里巴社会中，社会期待女性在分娩过程中，不应该表现出丝毫的不舒服，同时应独自生产，不向朋友和亲戚展现这一过程，只有在剪断脐带时才会寻求他人的帮助。而如果产妇表现出痛苦，则会认为给所在的家庭带来耻辱。对于男人而言，在遭遇事故，或者在战争中受伤时，也应表现出

和平时一样，没有丝毫的痛苦，像正常人一样行动。如果一个巴里巴人表现出痛苦的神情、声音和举止，则会招到身边人的嘲笑和鄙视，相反如果他能够忍受痛苦，并且不表现出任何的不适，则他的事迹会传遍周边整个乡里。巴里巴人认为他们这种对于痛苦的隐忍并不作任何表现的行为，使得他们能够获得比他们的邻居部落的人更高的地位。同样，巴里巴文中，能够用来讨论和表达痛苦的词语屈指可数，与之相对的是，人们创造出更多的词语来讨论荣耀与耻辱。

Sagrent 还发现，巴里巴人的这种对于疼痛的消极反应与其社会文化系统中的社会化过程有着密切联系。从人类学的意义上来说，这种反应的形成离不开巴里巴社会的文化濡化（enculturation），以及巴里巴人从儿童开始经历的种种生命礼仪（rites of passage）。其中，对于男性来说，包皮环切向男童提供了学习应对痛苦体验的合适行为的最初经验；而对于女性来说，阴蒂切除则是大多数女性在整个人生中形成她们对痛苦的反应的关键事件。例如，9 至 11 岁的男童在包皮切割术实施之前，就被告知要在过程中保持沉默，否则会给他家人带来无尽的羞耻。在包皮切割术实施过程中，他的叔叔或舅舅还会瞪着他的眼睛，强迫他不要眨眼和哭出来。而过程结束之后，男童家族的唱诗人还会以唱歌的形式来表扬男童的勇敢行为及其家人。而女童则在阴蒂切开术中会遇到类似的情况，同时她们还会在成长过程观察到产妇在分娩时不表现出其生产时的痛苦，装作若无其事的样子，听到亲友对于她们忍受痛苦，在没有他人在场下分娩行为的赞扬。因此，在巴里巴人的案例中，勇气的表现对于疼痛不表现出任何反应，人们从这类正确的行为中积累得到荣耀，避免因为痛苦和懦弱的行为而招致耻辱，这些都组成了巴里巴民族特征的内在维度。巴里巴人的社会系统通过文化濡化和生命礼仪的方式，从儿童时期开始对其中的每个成员施加影响，不断维持和传承巴里巴人的这一民族性。

而在转换了的社会和文化背景中会怎么样呢？Johansen 的一项对于挪威的索马里难民中的女性的研究发现，同样对于阴蒂切开术，她们的疼痛体验的反应和描述在不同的文化背景中大为不同。对于这些古老的割礼传统所带来的疼痛，在挪威社会的文化背景下，她们将这种仪式描述为极为痛苦，难以忍受。而在她们的母国，这种对于疼痛的厌恶的在很大程度

上是无人诉说，也是被予以谴责的。在流亡过程中，他们处于在远离亲人的条件下，处在一个全新的，无论道德还是法律上都谴责这种仪式的社会。不同的文化背景的对比促使这些女性开始反思自己幼年时期遭遇的阴蒂切开术，思考这种手术的必要性与其合理性。但她们思考的角度不是处于宏观层面，例如这种文化传统应该保留还是废除，而是非常个人化的，从对于身体、性和生命体验的角度来感觉、思考这一问题。因此，尽管遭遇了同样的痛苦的手术，从个人体验和情感上来说，这些难民妇女在母国中时会将这种疼痛体验一直压抑，不表达出来，而到了流亡的新的挪威社会中，新旧文化的对比促使了这种疼痛表达的公开化，以及越来越个人化的体验与思考。

现代文明的发展使人类逐渐认识到割礼对于女性的伤害与摧残，现代医学的发展则使得人们有机会能够减轻甚至去除诸多疼痛的感觉与体验，镇痛药的发明就是其中一例。随着第一个非甾体抗炎药阿司匹林的诞生，百余年间已有百余种此类止痛药进入临床应用，减轻了无数患者的病痛。但不少类似药物同时存在潜在的副作用和风险，对于有些人来说，服用止痛药物并不是他们所期望的。文化人类学家 Zborowski 曾做过一项有关疼痛与文化族群关系的跨文化比较，他分析了意大利人、犹太人、爱尔兰人和美国人四个族群在不同的社会文化价值观影响下，有关疼痛经验的差异。值得一提的是，其中意大利人和犹太人虽然有着相似的疼痛表现行为，例如允许大声哭喊、呻吟、使用情绪字眼，以及寻求家人和医护人员的关心和同情，但他们控制疼痛的方式和目的并不相同。意大利人在面对急性疼痛时，会要求使用止痛药来缓解疼痛，且如果医生能成功地处理疼痛，则对医生的信任会增加。相反，犹太人却不愿意接受止痛药，认为止痛药会影响健康，使得人们成瘾。即便退一步接受了止痛药，疼痛缓解之后他们依然对止痛药的应用表现出担心和忧虑，同时他们对医生一直保存有怀疑态度，往往会进一步询问诊断和治疗方案。因此，在疼痛态度上，意大利人注重现存情境下身体所感受到的疼痛，希望疼痛的感觉能够立即缓解，并期待家人和医护人员同情自己身体的疼痛感受。其疼痛态度较偏向现在取向（Present-oriented）。而犹太人较倾向于希望他人关注自己的健康状况，同情疾病的遭遇，而非表面上的疼痛。面对治疗，他们更关心治疗的长期效果。并期待家人和医护人员能够治愈自己的疾病，使身体达

到完全康复的状态。其疼痛态度较偏向未来取向（Future-oriented）。Zborowski 的研究结果提出两个重要的概念：一是不同文化族群有着相似的疼痛反应并不意味着他们有着相同的疼痛态度。二是不同文化族群对于疼痛可能有相似的反应，但这些反应在不同的文化中有着不同的功能及目的。此外，Zborowski 的其它研究还表明，社会化程度、社会经济地位、教育程度、宗教以及职业等社会文化因素，都会直接影响人们疼痛的态度和反应方式。

根据最近的新闻报道，英国凯特王妃预产期临近，她正考虑通过学习催眠术以掌控分娩进程，减轻顺产带来的阵痛。据称，催眠术可以帮助她分娩时产生更多的催产素，使得不借助药物也能够依靠自身激素的作用，降低全身对疼痛的体验。如果按 Zborowski 的标准来看，英国凯特王妃显然更像犹太人，相比于意大利人那样追求疼痛体验的及时消减，她更希望避免止痛药给自己带来的副作用。事实上，西方社会近些年来掀起了一股“自然生产运动（natural birth movement）”，很多参与其中的人认为应该接受顺产所带来的疼痛。这些人相信疼痛是自然的，是与分娩不可分割的一种体验，因而他们将分娩的疼痛视为一种非病理化的现象，拒绝使用止痛药来帮助减轻分娩的痛苦，而是寻找针灸、催眠等的替代疗法。然而，这种对于止痛药的拒绝，对于疼痛医学化的否定似乎会将人们带入前现代文明社会的阴影之中，在那个时代，疼痛是一种缠绕人们挥之不去的恶魔，或者干脆被认为是由于魔鬼附身所引发了人们的疼痛体验。因此，很多人会不理解在不断进化的人类和科学的历史背景下，为什么依然存在着这种对于疼痛的“向往”，以及对于医学“背弃”的行为。对于很多处于西方文化和东亚文化的圈子中的人来说，大部分人更无法理解巴里巴人对于疼痛近乎极端的掩藏和克制，进而认同他们通过割礼等一系列活动塑造一个人对于疼痛隐忍的认同与内化的行为。但其实只要我们认识到文化的多样与复杂性，以及疼痛及疼痛体验与文化之间的重要关系，秉持着整体论和文化相对主义的信念，我们会明白无论是古老非洲的巴里巴人，还是当代英国的凯特王妃，他们解决和应对疼痛的方式与策略都能够在文化人类学的框架和得到解释，一切看似特殊的行为与体验都会在人类学的视角下变得富有意义。

参考文献：

- [1]Bates, Maryann S. "Ethnicity and pain: A biocultural model." *Social Science & Medicine* 24.1 (1987): 47-48.
- [2]Choi, Charles. "Aches and Pains: You Can Thank Evolution for Them." *Live Science*. 15 Feb. 2013. 25 June 2013 <</span><http://www.livescience.com/27189-human-evolution-pains.html>>.
- [3]Bates, Maryann S. "Ethnicity and pain: A biocultural model." *Social Science & Medicine* 24.1 (1987): 48-49.
- [4]Sargent, Carolyn. "Between death and shame: Dimensions of pain in Bariba culture." *Social science & medicine* 19.12 (1984): 1299-1302.
- [5]Sargent, Carolyn. "Between death and shame: Dimensions of pain in Bariba culture." *Social science & medicine* 19.12 (1984): 1302-1304.
- [6] Johansen, R. Elise B. "Pain as a counterpoint to culture: toward an analysis of pain associated with infibulation among Somali immigrants in Norway." *Medical Anthropology Quarterly* 16.3 (2002): 312-340.
- [7]Zborowski, Mark. "Cultural Components in Responses to Pain." *Journal of social issues* 8.4 (1952): 21-24.
- [8]陈怡懋. "以医学人类学观点论述疼痛与社会文化之相关性." *慈济护理杂志* 3.4 (2004): 19-23.
- [9]Infante, Francesca. "Is the Duchess of Cambridge thinking of using hypnosis to ease pain of childbirth?" *Mail Online*. 13 June. 2013. 25 June. 2013 <</span><http://www.dailymail.co.uk/health/article-2340708/The-Duchess-Camb-ridge-thinking-hypnosis-ease-pain-childbirth.html>>.
- [10] Hadolt, Bernhard. "The Making and Unmaking of the World: Considerations on Medical Anthropologists' Recent Contributions to the Anthropology of Pain." *Viennese Ethnomedicine Newsletter* 11.2 (2000): 18-19.



## 中医西化：融合还是二元分立

复旦大学社会学系本科生

杨 溢 李克非 赵欣珉 王谨婕 吴宇洲 方晓倩

**摘 要：**随着科学主导地位的确立，中西医关系发生了质的变化，西医逐渐反客为主，成为我国的主体医学，而我国的传统中医则走上了“西化”之路。我们组通过访谈法、田野观察的方法对“中医西化”的结合点进行了研究。分析国内“中医西化”结合的实质实则是为了迎合大众的需求，通过西医直观、标准化的特点弥补了中医晦涩难懂、好的老中医少的现状。通过进一步研究，我们发现中医通过疏通经络诊治和西医“头痛医头”的方法治疗，导致“中医西化”实则是貌合神离的。最后，我们通过自己在研究中的经历，提出作为科学从业者进行中医研究的立场问题。

**关键字：**中医 艾灸 中药 中医西化 田野观察 访谈法 无菌性股骨头坏死

### 一、问题的提出：

我们组对“中医西化”现状的研究源自于我组杨溢同学的母亲。她是一名西医，但是笃信中医，是一位中医爱好者。受到母亲的影响，杨溢自幼便对中医有着浓厚的兴趣。近年来，中西医之间的关系似乎发生了质的变化，中医正逐步向西医靠拢，走上了“西化”之路。从中医的教学、病理的研究方法、诊治手段，甚至中医中的用词，西医所代表的科学性及严格的标准化正逐渐进入现代中医的范畴。表现在外显上如，中医开始身着白大褂这种只有在西方医学引入“细菌”这一概念后才有的服饰；运用一些西方的医疗仪器来诊断病例；甚至出现“一方治百病”的趋势。体现在内隐上如，教育模式的西化，学院派与传统拜师学医之争。而传统中医背后的哲学和文化、就诊时所能体验到望闻问切的温情和量身定制的人性化服务等特征，则渐渐退让、淡出。面对这样的现状，杨溢十分困惑，这完全有悖于他自幼认知中，母亲身为西医却崇尚中医的现象。这种认知矛盾

的产生，使他对“中医西化”现象产生了兴趣，并决定与我们几个中医爱好者一起就这一研究问题进行探索，深入考察“中医西化”的现状及未来的发展趋势。

## 二、理论框架

### 2.1 “中医西化”的历史研究

中西结合的现象，自古有之。追根溯源应从唐朝孙思邈(541—682年)肇始，他吸纳古印度吠陀医学精华融入中医之中，将其“地、水、风、火”四气并入五行，并用中医理论解释之，可谓中西医结合之先驱（贾运滨，魏江磊，2011）。

16世纪以后认识论出现由综合向分析阶段的转变，诞生了西方现代医学（温长路，2010）。而据史料记载，明代中后期西方医学知识开始传入中国，主要涉及人体解剖知识、生理病理、临床药物等方面。

随着鸦片战争爆发和西方文化大量涌入中国，从近代起，西医的学术和医疗实践地位在中国本土迅速提高，科学和实验的新思想迅速占据学界主流。彼时，西医才真正开始给中医带来冲击和威胁。

洋务运动时期，在“中体西用”的主流价值观念下产生了中西医汇通学派，主张以中医理论为主体、结合西医知识和西医方法进行中医创新，借助“先进”、“科学”的方法改进中医的理论形式，试图以此证明中医的科学内涵及价值；在医疗实践领域，则提出中西医合治、中西药并用。

新文化运动起，受更为极端的科学化思潮的影响，中医科学化被认为是“解决传统中医前途和命运问题”的唯一路径，甚至存在“全盘西化”的主张，全面否定传统中医的价值。中医背后的玄理遭到一致的否定，将中医纳入西方逻辑之“科学”的努力十分常见。

新中国成立之后，面对中西医之间愈发加剧的隔阂与对立，政府要求“团结中西医”、“中医科学化”，肯定中医疗效价值，但明确指出中医缺乏生理、病理、药理的科学知识，必须接受科学的医学知识、改进医疗方法，发展出一种“新医学”；创办中医进修学校，让中医和中医学生接受现代医学教育。

## 2.2 人类学视角下的中西医研究

人类学方法对研究中医文化现象和中西医理论本质的区别有很大的应用价值。在西方学术界，对中医研究最感兴趣的学科之一就是文化人类学。文化人类学家长期以来注重于研究传统医学的理论体系，医疗实践，以及患病经历，并发展出来医学人类学这一分支。一般研究不承认传统医学的科学性，但在文化人类学看来，以现代科学的标准来衡量研究对象是不全面的，没有注重该对象自身的概念和理论，这也是在对中医进行研究时要注意的一点。世界各地的传统医学发展必然和当地的历史文化的发展具有关联性，而中医就是其中最突出的一支。

从文化认可的角度来说，中医和西医的差别十分的明显，是否能达成本质意义上的融合依然是一个难解的问题。

在理论层面上，西医的快速发展得益于自然科学庞大体系的建立，资本主义制度和工业革命在全世界的推行，这样的统一对世界医学发展起到了推动作用，但也一定程度上威胁了各民族的多元性医学文化的存在。而中医因为流派林立而缺乏一个系统，完整的理论体系，难以研究，而不得不作出一些改变或“妥协”而避免被时代边缘化。

在技术层面上，现代西医的技术体系在严格意义上是工业革命后形成的，秉承的是西方实验科学体系。而中医起源于古老的中国文化基础，传统中医以简单，有限的行医手段进行治疗，与西医的方式相差巨大。（冯文广，2007）

而就目前而言，医学人类学对中医的研究做的还不够深入，但其对西医的研究和批判对中医也有较大的意义。如迈克尔·陶斯格在《病人的物化与意识中》指出，在西医的医疗过程中，患者被简化和物化为一个“病”，而非一个“人”。这一点上和中医“天人相应”的理念是不同的。这些观点都能够为中医及其西化的研究提供启发。

同时，也有学者指出，文化翻译理论对中医西化研究有着重要意义。在中西医术语翻译的过程中，因为中医处于弱势地位，会产生权力上的不平等，也就是“文化暴力”现象，甚至可能对整个中医理论产生负面的影响（冯珠娣，2001），这一问题同样是值得注意的。

许多人认为医学归于自然科学的范围，应以现代科学的方式进行研究，但这样往往是不全面的，尤其对中医等民族传统医学来说本身就存在着一种偏见。而以人类学的角度进行研究，能够跳出西方自然科学的视角，有助于我们进一步地了解中医文化，和现代中医存在的问题，并发掘其背后蕴藏着的真正本质。

### 2.3 “中医西化”的当代研究

现今，西医在中国发展强势，很有一种反客为主，成为主体医学的架势。中医的发展似乎越发达地趋向“西化”，这种变化主要体现在以下几点：

从医疗实践领域，有：1、中西医综合诊断治疗、2、中西药联合运用；3、中西医分临床阶段结合诊治；4、西医诊断病名、5、采用中医药治疗；6、中西医结合诊断后再进行中医分型辨治；7、制药、给药途径的中西医结合；8、中医诊断客观化、标准化、规范化

从理论学术领域，有：1、借助现代西医学的实验室实验和临床实验方法，研究中医的基础医学理论（针刺作用机制），包括对阴阳学说、脏象经络学说、气血理论、体质病理学等中医理论本质的实证化研究；2、科学化认识中医视角下的传统经验现象；3、以西医科学体系中的术语代替中医阴阳、肺腑之理来“翻译”中医古籍中的病理、症状，以及中医疗法和药剂的治疗机制；4、中西医结合、中西医对比的研究

可以从这一系列的现象看出，“中医西化”发生于各个方面。那么，这是否是中医未来发展的一种有力趋势呢？根据文献资料来看，人们对“中医西化”的发展方面并不苟同。

当代不少学者认为，中西医存在本质上的区别，包括理论依据、诊断手段、治疗法则、药物性质的不同。毋庸置疑，中医和西医是两门不同的科学，中药和西药的对象及其产生、发展的规律截然不同。而“中医西化”将会遏制对中医玄妙的探究、阻滞中医技巧的进步、妨碍中药优势的发挥、影响中药的治疗效果、影响中医人才的培养（秦芳，2012）。

中医药在向其它国家传播过程中，使用一些西化词汇，被一些学者指出认为破坏了中医原有的文化概念，如五行阴阳内在的中华传统哲理（Nigel Wiseman, 2006）。在我国，中医不断向着西化方向改革，而在国

外，人们却坚持维护传统的中医文化。这个现象值得我们反思。

### 三. 假设

根据我们检索的文献，回顾“中医西化”的历史与现状，中医未来的发展趋势究竟会如何呢？

对此，我们组提出的假设为“和而不同”。根据文献的阅读，我们可以看出，人们普遍对于这种“西化”的影响表示忧虑。中医与西医在疾病的认识上有着明显的差异：西医诊断疾病的特点为标准化，依据的是构成论；中医对疾病的诊断，则是在整体观的指导下的实现的，依据的是多元并存、和谐适中的生成论。虽然中西医的结合体现在多个方面，但是中医的实质却不容改变或被吞噬。现代医学文化鼓励提倡多元性。面对当今强势的西医，用一种宽容开放、兼容并包却又坚持自我本质的态度才是我们说的“和而不同”。

### 四. 研究方法

#### 4.1 田野情况

这次研究的田野主要是中医诊疗的现场，具体包括瑞金医院的中医科以及艾灸治疗现场。

由于杨同学的母亲本身就是一位医务工作者，同时杨同学也是常年进行中医的艾灸调养，所以我们很容易进入相关田野进行研究。本次研究不是采用一种客观的外部观察者的身份进行研究，而是作为参与者，融入田野进行研究。研究者与田野是一种相互影响的关系。由于中医本身就具有文化的性质，所以作为“insider”的研究形式会更加容易获得良好的效果

#### 4.2 研究手段

##### 4.2.1 参与观察

本研究最重要的研究手段就是参与观察。我们花了三天时间在瑞金医院的中医科对于医师的行为（诊断以及治疗）进行有重点的观察。同时，我们每个月都会进行艾灸现场的观察。艾灸现场主要是关注王医生（资深

老中医)的相关治疗手段。

我们在参与观察中进行了资料的总结，并且为后续的访谈提供线索，并且与田野中的人员建立起了良好的互动。

#### 4.22 深度访谈

本次研究选取医学界专业人士：王医生（资深老中医），小王医生（王医生的女儿，科班出生的中医），马医生（西医不过现在信奉中医）以及普通中医爱好者 1 名进行了数次的特约访谈，并做好详细记录，获得基本资料。

由于我们事先已经做了多方面的准备，包括文献检索，讲座田野观察以及中医诊疗的田野观察。所以经过小组讨论，我们打算使用半开放型访谈。在进行访谈之前，我们事先准备了一个粗线条的访谈提纲，根据我们的研究设计对受访者提出问题。访谈提纲主要作为一种提示，这种形式的访谈便于我们对访谈结构进行控制，同时根据访谈的具体情况对访谈的程序和内容进行灵活的调整。

在访谈进行的过程中，为了捕捉受访者的语言与当时的情境，便于日后分析资料和撰写报告，我们请示了受访者，并获准进行录音和田野记录。

根据我们在访谈中的提问、追问、观察、倾听及互动，我们得到了关于“中医西化”研究课题的第一手资料，并与受访者建立了彼此信任的友谊。

## 五. 田野发现与分析

我们不会采用讲故事的方式来诉说我们的田野发现，而是会将一次次观察以及访谈的内容进行提炼总结，将我们发现糅杂在一个个小的主题中进行叙述。详细田野场景可以参考附录。

### 5.1 中医西化现象的广泛存在

在田野中的前几天，通过观察以及初步的访谈，我们很明显的发现中医西化的现象渗透到了中医科的各个层面，从中医的诊断到治疗，到相关的日常规范，甚至中医的教育之中。

### 5.11 中医科中诊断，治疗以及日常规范的中医西化

当我们第一次进入田野的时候，就直观的发现了很多中医西化的现象。

“白大褂”是最直观的现象，这种象征着西医文化的东西已经占领了中医科。每一个医生都是佩戴着西医的标准装配：听诊器，体温计，圆珠笔。中医科中的每个病人在接受检查的时候都需要量血压，量体温，拍片子。医生的诊断书上会使用西医的通用词汇，比如解剖学名词以及化学式等等。治疗中许多传统的医疗手段也加入了西方的技术，比如中成药的提取以及电动灸，姜片灸等等。中医科单单从外表上看来，其实与传统的西医科室是没有很大区别的。

### 5.12 中医教育的西化

这些都是很直观的发现，在后续的与小王医生访谈中，我们更加发现了中医在教育形式上的绝对西化。

小王医生是科班出身的中医生，她认为现在的中医教育西化非常明显，而这种趋势其实是有利于中医发展，不过需要接受教育的医师在后续进行更多的临床训练。

首先我们现在的中医教育中需要学生对中医和西医都有一个比较充分详细的认识。教育的方式也是大学的授课方式。中医教材编写的也十分利于学生理解和学习，为他们日后行医就诊能够打下坚固的基础。中医药大学中教的是不同流派的中医理论，这点与传统中医完全不同。传统中医只是学习一派的理论。这个是现代中医教育很大的进步，博采众长，才会有更加好的发展。

不过临床上，传统的中医学习与这种大学式的教育模式则是截然不同。传统的中医采用师傅带徒弟的方式进行言传身教，白天老中医带徒弟四处就诊，通过亲身体验这种治疗的过程，学生可以看到师傅是跟病人怎么沟通的，怎么针对病人的症开不同的药的。

毕竟，学医之后最后还是要回归到给人看病上的，因此这种亲身的经历对于学习中医来非常重要。因此从大学毕业之后，中医师在医院进行就诊就是在累积这种经验。很多学生毕业之后会选择继续拜师学习，去学习老中医的那些珍贵经验。

所以说，西化的中医教育对于医师本身是有利的，同时从宏观层面，也在培养医师的效率上远远高于传统的中医培养方式。

在这里，我们观察以及了解到了中医西化的现象，所以我们部分研究假设已经得到了证明，在后来的研究中，我们更多地是观察中医西化的具体内容。

## 5.2 中医西化很大程度上只是是为了迎合大众的需要

然而在田野中呆得越久就越觉得，中医西化的情况并不是如表面上那么简单。通过多次的深入访谈以及对于医师更加细致的观察，我们认为中医西化很大程度上只是为了迎合大众各个层面的需要。

### 5.2.1 诊断中的中医西化是为了更加客观地反映病情，从而更加易于为大众接受

前面已经提到过，我们观察到中医在诊断书中会使用西医的词汇，不过我们小组的李同学很敏感地发现：其实诊断书中会有两段对于病症的描述。第一段是西医的病症描述，而第二段则完全是中医的描述。比如同样对于感冒，中医可能是风寒型感冒、风热型感冒、暑热型感冒之类的症状描述。在这里，中医的诊断其实是对一种“症”的诊断。又比如，在小组中王同学进行颈椎病的中医科诊断时，医师会先拍一个 X 片子作为诊断依据。不过就算有拍到的片子，医师还是会亲自用手来摸王同学的脊椎，来感受颈椎的情况。

我们小组对于上述两个现象感到非常好奇，既然已经有了西医的检测手段，那么为什么医师还要进行相关的中医检测。

在与小王医师以及其他医师的访谈中，他们坦言：其实中医师更多的断“症”的依据还是通过中医的手段得来的。比如，对于感冒的诊断，中医还是按照自己独特的分类，对于颈椎病的诊断也是凭着自己的手感。并且，中医师之间在讨论病情时也绝对是按照中医的规范来的。

而那种西化的诊断手法更多的是为了迎合大众的需要。因为对于病人来说，西医的规范是更加直观的，可以通过化验单，知道自己究竟是那些治标超标了，比如血糖过高，那么就知道自己是患了糖尿病，通过心电图，可以知道自己心脏出问题了，这些直观的东西中医里面都不会告诉你。并



且这种西化了的诊断手段可以证明给病人看，西医确实对于他们的病情有帮助。

西医的指标不仅是一个很好的直观的诊断结果，对于病人来说，也是一个很好的检查自己身体是否好转的依据。就像做实验需要前测后测一样，通过详细具体的指标，可以让病人发现通过中医的治疗，自己的病情是否得到好转。比如颈椎病治疗前后的两张片子很能够反映治疗效果，而中医需要病人对于中医治疗效果的信心。

但是当中医在为这些病人治疗的时候，他们往往不会用到西医的那些诊断结果，好的中医还是会遵循“望闻问切”的方法来诊断病人，再通过自己的一套方法来治疗病人，针对病人风多还是寒多，是肝不好，还是脾出了问题来开出不同的药方，更加符合中医的一套辨证论治的理论体系。

5.22 标准化的中医治疗手段在缺乏有水平的中医的情况下可以规范治疗方法，迎合更多人对于中医的需要

医院中的中医科，对于来就诊的病人，通过病症的描述，都有一套标准化的药方开给病人。其实在古代，我们是有很多不同的中医流派的，对于相同的一个病症会用许许多多不同的诊疗手段，根据病人的体质、天气、心理因素，都会有一味最适合这个病人的药。当时当我们把这些药方标准化了之后，难免不同于古代时根据每个人的特殊情况开药的方法。

但是由于现今病人的数量巨大，医院数量有限，好的中医更是不多，标准化的药方至少可以让更多人受益于中医治疗。虽然不会像那些好的中医那样“药到病除”，但是根据症状开出标准化的药方，还是会让绝大部分人的病情好转的。

比如“电动灸”，其效率非常之高，我们往往可以看到来一个人，调整好参数之后马上就可以进行，速度非常之快。

5.23 中成药通过西医的研发，开发出更方便的服用片剂

现今市场上的好的中成药，很大一部分是古代流传下来的，比如牛黄上清丸，藿香正气丸等等，如果用的对都是会有很好的效果的。但是不同的是，古代的中药的形式有很多，药丸、膏药、煎药、汤药、片剂等等。但是随着现代生活节奏的加快，很多类型的药已经不适应现代都市生活的

快节奏。通过科技的研发，标准化的中成药成为现在中药的主流。通过研发，中成药具有便于服用，剂量合适，便于吸收，便于保存等优势，使服用中药更加便利。

这里我们找到了一个中医西化的原因，这是假设中没有想到的。这里的发现其实与原来的假设没有冲突，所以我们只是修正了相关的结果，将这个发现作为补充加入了原来的假设。

### 5.3 中医西化的貌合神离

很自然的，在田野里面呆的久了就会慢慢地去融入田野中的文化。在与老中医的一次次交谈中，我们很大程度上已经成为了“局内人”，我们更加了解中医的文化，并且深深意识到，中医西化的貌合神离。中医本身有自己的体系，而西化的中医其实是对于中医精髓的一种破坏。

#### 5.3.1 经络以及阴阳五行是中医诊断的深邃

由于中医和西医从病因、诊断、治疗都有一套自己的体系，因此中医在实际就诊过程中，西医的诊断指标并不是一个主要的治疗依据。中医中认为人会生病是一种体内经络不通的表现形式，经络不通影响了阴阳失衡，五行失调。比如外感病因“风寒暑湿火和戾气”进入人体后，会对人体内的五行“金木水火土”代表心肝脾肺肾五大系统造成影响，从而会有特定的病症表现。经络既是成因，也是治疗的切入口。人全身上下十二条经络，是人体的“排污管”，而经络上的穴道就是这些人体的“排污口”，不管是用推拿，针灸，艾灸，放血，刮痧等方法，都是在人体的经络和穴位上做文章，通过这些“排污口”排除毒素，从而疏通经络，从根源入手，改善培育疾病的“土壤”。甚至连中药，虽然看起来是口服的，其实跟经络也是有很大的关系。中药中的药引，就是把中药引入经络的一个方法。

经络的概念，在西医中具有“不可证伪”性，也就是说作为中医的基础的这个东西，在西医中没有这个概念，造成了中医和西医的本质的差别，中医和西医真正的融合从这个角度来看是十分困难的。

西医对于病症的治疗观点和中医是非常不同的，西医治疗的根本是“头痛医头”式的方法。就拿肿瘤来举例子，最开始西医采用的是化疗或者切除的方法来对肿瘤动刀子，一例成功的切除癌症的手术可以让病人在

五年内平安的度过，但是很多时候五年之后甚至不用五年又会复发。是因为肿瘤之所以会对人体造成危害，从中医的观点来看是因为这个人的体质就是一种适合肿瘤生存并造成危害的环境，因为有这样的土壤，才会开出这样的花，而这种花的种子几乎存在于我们每个人的身体中。近些年西医有了长足的发展，通过研发一种叫做“阻断剂”的药物，可以阻断给肿瘤输送养分，就像不给花朵肥料，阻断它生长的原理一样，但是相比于中医的改善土壤本身环境的手段来看，还是停留在治表的层次。

### 5.32 过度市场化、标准化的中医治疗手段缺乏中医辨证论治和中国传统文化的精髓

我们在田野观察中走访的一些养生会所，和中医科，我们发现了许多标准化的针灸、姜片灸、艾灸等等。就拿针灸来举例子，医院中现在有很多电动针灸仪，通过仪器来给人针灸，虽然可以极大节约人力成本，也可以便于病人接受治疗，但是传统的针灸与这种电动灸是极大的不同的。

传统的针灸讲究的是中医的手上的气的运用，就像搭脉一样，粗浅的通过手指感受脉搏的跳动只能大致的感受到脉象的稳定与否。但是通过气来搭脉，就可以清楚的发现病人身体内哪些经络不通。不仅如此，人体的穴位其实是会走动的，并不是说通过“小腿前外侧，当犊鼻下3寸，距胫骨前缘一横指”就能找到足三里这个穴位的，而是要通过中医本身的经验来找到的。

简单的用仪器来复制传统中医的治疗手段只能失去它本来的神髓，很多人会抱怨那些姜片灸、针灸没有效果，但是在不考虑环境、天气、人的体质的因素下，仅仅通过一台仪器在病人身上扎针又能有什么效果呢？标准化的仪器的确让更多人接触到了中医，但是如果不能抓住中医的神髓，做再多的治疗效果也是微乎其微的。

### 5.33 中成药作用不大，规模化种植的中药药性不同于古时候的野生药材

现在的中成药，效果的确不是非常好了。除了个别药房能够得以保留的中成药比如牛黄上清丸，银翘片等等之外，绝大部分的中药效果已经是大打折扣了。古时候的中药采用的是野生采摘的方式，并不像现代的规模

化种植。中药的药性很大一部分取决于中药的产地、环境、采摘的时机等等。

现代的中药种植，有的时候会过量的使用农药、催化剂等化学药品，还没到规定年限就进行采摘，中药药性不如野生中药材就在所难免了。

这里的发现与许多文献中的研究是相符合的，中医西化确实很大程度上存在着貌合神离。而我们的发现从某种程度上更好地证明了这个观点，并且从中医精髓的角度找到了，对于这个问题更好的切入点。

#### 5.4 科学从业者的反思

这次我们组员在访谈和田野观察中，受到了很多来自中医和中医爱好者、病人的阻力。当我们向他们发问的时候，比如：“中医和西医本质差别在哪里？经络是什么？”这类问题的时候，会受到他们或是反问，或是类似于“你不相信就不要问我”这类回答或是笑笑不说话。

我认为当我们这些所谓的科学从业者在对中医进行研究的时候，我们应该仔细的认清我们的位置，应该以怎样的态度去面对那些从事中医工作的人。就拿经络来说，当我们问他们经络是什么的时候，几十年来，医学界各种最尖端的人才都在研究经络是什么但是也没研究出个所以然来。对于这些中医从业者来说，他们接受过无数所谓科学从业者的人的研究，最后因为西医科学手段的局限性，被无奈的戴上一个伪科学的帽子。中医是很讲究一个信任的，当病人相信中医的时候医生才会为他治病。做研究也类似，当研究者相信中医或者至少心里面不会有一个先验的反对假设的时候，那些中医才向研究者表达一些观点。

通过这次研究，我还发现中医的体系是十分庞大的，在完全不了解中医的情况下，被访者告诉我的每一句话我都难以理解，但是当我自己尝试翻阅了中医的书之后，对他们的话我就能够隐隐约约的理解了。

当我们在对中医学进行研究的时候，以一种人类学研究的方法来进行观察研究是很有必要的，这不是一种完全旁观者的心态去做研究，而是参与性的观察，去仔细的揣摩医生与病人之间的沟通交流，去细细分析这个过程中究竟发生了什么。也许在研究中，我们有时候已经很难做到一个完全客观，我们对于中医的认识其实已经受到了田野的影响。

## 六. 结论与展望

通过这次研究，我们发现了许多中医与西医的结合点，比如西医的检查手段引入中医、中医引入西医的规范、标准化的中医治疗、西化的中成药、西方大学式的中医教育。

而这些结合点其实很大程度上是为了迎合大众的需求。西医的特点在于标准化、直观、市场化，这些能够很好的弥补中医晦涩难懂、一症一治、从业人员少的特点，可以让更多的人获益于中医。

但是通过更深入的研究，我们发现中医与西医的结合实则是貌合神离的。我们发现中医与西医的结合也仅仅停留在表面上，对于核心问题如：治疗、诊断、中药等方面是不存在结合的。归根到底还是因为中医和西医对于病因的理解不同，治疗方法的本质不同。中医辨证论治的方法和西医“头痛医头”的方法，使它们始终没能真正融合在一起。我们认为，虽然中医西化在很多方面是未来趋势，但是中医的神髓会以它自己的方式保存下来。

最后，对于研究中被访者的态度引起了我们作为科学从业者的反思。究竟以一个什么样的态度去研究中医，完全抛弃我们之前根深蒂固的所谓“科学性”的先验思维是否有必要，是否可能，究竟怎么样才能真正做到以一个局外人的身份进行研究，中医和病人之间沟通的过程究竟发生了什么。这几个问题，应该是之后研究者做中医研究之前必须弄清楚的。这是我们研究中的伦理问题，同时也应该引起其他研究中医的学者的注意。

另外本次研究其实只是一个小范围的人类学研究，所以在信度以及效度上还需要未来更多的定性或者是定量研究的支持。由于本次的研究主要是从中医从业人员入手进行观察，所以未来研究的角度可以从患者以及普通大众的角度来看待中医西化这种趋势。

## 参考文献

- [1]冯珠娣 艾里克 赖立里，《文化人类学研究与中国》，北京中医药大学学报，2001（11）

- [2]冯文广,《科学社会学视野下的中医和西医》,成都理工大学学报,2007  
(6)
- [3]马伯英,《人类学方法在中医文化研究中的应用》,医学与哲学,1995
- [4]王振华,《走出求同的怪圈——对中医现代化可能性的质疑》,中国中医  
基础医学杂志,2004
- [5]杨云松,《中西医结合研究史论》,黑龙江中医药大学博士论文,2009
- [6]王振华,《中医西化与中医现代化——兼谈如何认识中医的科学性》,中  
国中医药报,2004
- [7]秦芳,《浅论中西医的区别及“中医西化”的危害性》,中国中医药现  
代远程教育,2012
- [8]贾运滨,魏江磊,《中西医结合之思考》,时珍国医国药,2011
- [9] Nigel Wiseman,《Concerning the Use of Western Medical Terms to  
Represent Traditional Chinese Medical Concepts Answer to Prof. XIE  
and His Colleagues》, Chin J Integr,2006
- [10]温长路,《关于中医“西化”的文化思考》,环球中医药,2010

---

※·医学人文与田野实践·※

## 中医全球化：医学人类学与科学技术研究的交汇

——第三届“复旦人类学日”詹梅演讲小记

在今年复旦人类学日下午的讲座中，美国加州大学人类学教授詹梅讨论的议题是以中医与现代医学之间的交接，知识的产生，人对世界的看法和定位。并结合医学人类学与 STS（科学技术研究）最近的交接。

### 研究缘起

詹梅教授在美国读本科时主修人类学，辅修生物和经济。她的生物学老师主攻对 small cell（小细胞）肺癌的基因疗法。詹梅起初跟随生物学老师做研究，首先在美国南加州 Monterey Park City（华人和华裔主要聚居区）的一家中药店采集中草药。然后返回实验室研究半枝莲，白花蛇舌草和昆布三种中草药对于细胞培植的作用。詹梅老师认为，实验室研究实际是结果已知，过程有一套标准的程序流程，只要按部就班就可以了。而詹梅作为一位来自中国的留学生，对中医和中药有很基本的概念，知道中医并非完全这么一回事。她看到实验室研究实际有非常多不确定因素，读数据的时候往往会有许多的理解（interpretation）。例如，一副中药处方通常有十六七种不同的中草药。所以里面到底发生了什么样的化学反应我们都不清楚。把中药带回家再自己熬到底要熬多少小时，在什么温度下面，每一次，每个人都是不同的。而在实验室，这些因素都是被排除出去的，最后的研究结果到底说明了什么，是说明中药里面有有效成分呢，还是说明中医或中药有用。这些问题都没有绝对科学的答案。通过对实验室研究的反思，詹梅教授非但没有转到生物学，反而对当时刚刚起步的 STS（科学技术研究）产生了浓厚的兴趣，即怎么样做科学，而不是怎么样从课本上学科学。另一方面对中医本身也产生了浓厚的兴趣。进而确定了博士论文的题目：中医的全球化。



## 从实验室走向田野

在这一部分，詹梅老师简要介绍了自己的田野经历。一开始她只是想做一个传统意义上的 *single site* 的田野研究，主题是中医药在美国的发展。最初在田野点选在旧金山。很好玩的是有一次美国中医基金会的创始人和主席来斯坦福大学做了关于中医的讲座，詹梅听她讲了很有趣的逸事，比如 80 年代中期请了很多上海的中医师在她的诊所落户，那个时候当地的主流社会对中医并不很了解，邻居看到诊所里面在燃艾条，以为他们在吸大麻就立刻报警了。同时詹梅通过她也认识了很多研究针灸和中医草药的医生。但在 90 年代中詹老师开始做自己的中医研究时，中医在美国已经非常流行。她在美国特别是加州做中医演讲的时候，听众中很多人会举手说我去做过针灸，或我吃过中药，或我本人就是针灸师等等。这个课题很有意思的地方是很多人会主动来找你，说你应该来采访我，因为我在这方面很有经验。而最有意思的詹老师发现很多的报导人经常为了学习和传播中医而跑遍美国甚至世界各地。因为这些人本身一直在“多边走”，所以詹梅认为必须要跟随他们，使他的研究走向全球化：先从美国开始，然后在上海开始做田野研究。詹梅老师强调，我自己的中医全球化历程实际上是先从美国开始，再往中国扩展，并不是走出中国到美国这样一个过程。

## 西医东传与中医的职业化

在这一部分詹梅老师主要介绍了西医在中国的传播和中医的职业化（科学化）过程。实际上在美国甚至在中国，中医在历史上有过很多不同的名字。目前在美国通用的是 *traditional Chinese medicine*，传统中国医学但在历史上也有 *oriental medicine*，叫做东方医学，也有人将中医等同于针灸，另外还有一个简写 *TCM*，是现代化和科学化的中医学，经常用来指代中国大陆 50 年代以后产生的中医。以前中医有一段时间被称为旧医和国医。在美国中医经常被归为替代医学或补充医学的范畴，所以当我们讲到中医，不同的人对中医的理解和应用都是很不同的。詹老师介绍说中医在美国的发展还是非常快而且比较乐观。一些比较资深的中医师会非常有经验，因为中医的生存斗争并非一天两天的事情。当时我会说是我把中医当做一种文化现象来研究，而大多数医生可以接受这种解释，但年青一

代（大概 30—40 岁）也会提出，中医不是一种文化现象，而是一种科学，不能将中医与替代医学相提并论，因为如果将中医定位于替代医学，就永远不可能与西医平起平坐。其实中医与西医，或是中医与科学之间的接触是有一段很长的历史。一般人会认为中医与西医是两种互不相容的医疗体系。詹老师首先研究的问题是中医成为职业医学的历史过程。



虽然中医起源的历史可以追溯到古代的西汉甚至更早，但中医成为现代意义的职业医学要到 19 世纪末 20 世纪初才初现雏形。大量的西医和生物学开始进入中国，特别是在洛克菲勒基金会等帮助下，很多大城市建起了现代的大医院，中医作为一门实践则受到了相当大的冲击，特别是新文化运动的革新者将中医视为是中国文化的糟粕甚至是罪人，有很多东西是封建迷信，站在了中国现代化潮流的对立面。当时中医界的压力非常大，反对中医的称中医为旧医，西医为中医，新医当然是要替代旧医，折射出一种线性的发展观。当时中医界对旧医这个称谓并不认可，而是称自己为国医（national medicine），解释为中国文化的医学作为回应。为了与西医对抗，一些中医师开始在上海建立早期的中医院校。例如丁甘仁是近代很有名的一位中医师，他与几位同事和徒弟一起于 1915 年至 1917 年期间在上海建立了第一所中医专科学校，甚至可以说是第一所比较系统化的中医医学学校，形成了规范化的课程和职业的教师授课体制，取代了传统的带徒和家传式的传承方式。不仅如此，传统的中医元老还自发组织起来向当时的国民政府请愿。所以中医的职业化是在与中医的交流和碰撞之中

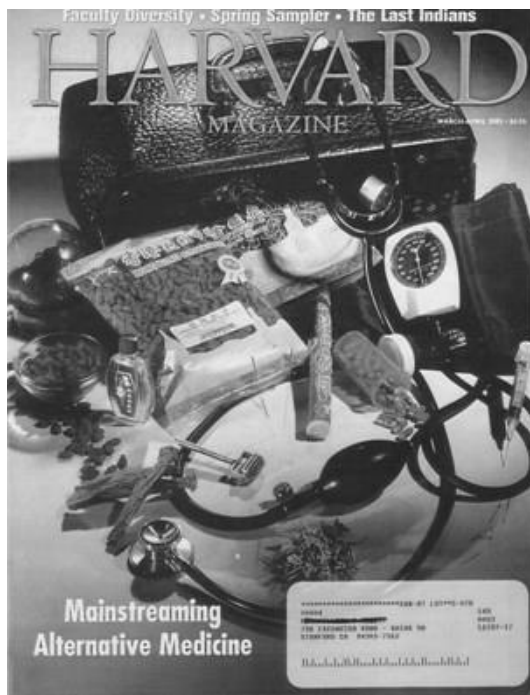
形成的。可以说西医的引进威胁了中医的地位，而中医的形成一开始也借鉴了西医的模式，包括课程，对人体和疾病的理解等等。

新中国成立后，中医在 1954 年到 1956 年经历了新一轮的规范化和职业化。要注意的是，中医的职业化并非指在偏僻落后的边缘地区，而是在上海这样的大都市，所以中医职业化本身已经是一个国际性的事件而不是在一个很孤立的世界。在 1949 年到 1956 年，毛主席接连做出重要批示，强调要发展保护和发发展中医药，并把中医视为祖国伟大的文化遗产。在新形势下，北京、上海、广州和成都四所大都市于 1956 年建立了首批公立的中医院校。师资主要由当的老中医和上海的西医组成。在当时叫做西医学中医。主要有两个目的：一是帮助中医建立现代医院和学校，如上海的曙光医院前身就是西医院。一是参与中医的基础研究，如肾本质的研究。詹老师认为，中医的身体观与西医的身体观是完全不同的，中医甚至没有一个“body”的概念，而是有身，有体，有形。另外中医所讲的“五脏六腑”并不是用来描述器官，而是隐喻着功能，使医生能够在具体的医疗环境中做出正确的判断和疗法。但是在当时特殊的政治环境下，中医科学化被应用到农村医疗的普及上去。在文化大革命的时候流传着一根针，（针灸）一把草（中草药）还有一双手（推拿）的说法，都是将中医应用到中国的农村地区的实例。



## 中医的全球化

60至70年代（改革开放之前），在冷战的世界格局之下，中国、美国和苏联将目光投向了第三世界。在“输出革命”的推动下，中国对第三世界的国家实施了大量援助，包括派驻医疗队到第三世界，特别是非洲、拉美、东南亚国家。虽然其他援助一直备受争议，但中国的医疗队特别是针灸在亚非拉国家取得了很大的成功，当地的很多媒体都报导了中国医疗队在非洲创造的各种“奇迹”，比如摘取十公斤的肿瘤等。不仅如此，当地的居民很喜欢针灸，“有病就去找针灸师”成为当时流行的医疗观念。于是，中医对第三世界国家的输出再造了一种特定的中医：中医作为一种预防医学服务于农村和低收入人群。而中国在毛泽东时代的世界观是无产阶级的世界观，全世界无产者要联合起来。在种族和阶级上要联合所有亚非拉国家的有色人种。



中医和替代医学称为《哈佛杂志》的封面专题报道（Cover Story）

1972年美国尼克森访华，中美关系解冻，世界形势再次发生变化，美国医学界开始对中医产生兴趣，之后分别在1974和1975年派了两个团到中国专门研究针灸和中药，之后中医很快在美国扎根。詹梅老师提到，

在中美关系正常化之前。美国的中医主要活跃于西海岸和东海岸。美国西海岸的中医民主要依赖中国移民和华人社区，既有中药也有针灸。而美国东海岸华人和华裔较少，很多嬉皮士对生物医学非常反感，想找替代医学，但中美没有正常邦交，只能跑到英国学中医，英国的中医是从法国传入，而法国的中医则是从越南传入，使得东西海岸的中医呈现出一条完全不同的全球化路径。事实上，在很长一段时间里，东海岸的中医与西海岸的中医有着不可调和的矛盾，东海岸的中医坚持讲五行，认为只能讲针灸不能讲中草药，而西海岸的中医与中国大陆比较接近，认为现有中草药然后才有针灸。很多欧美专家非常热衷于针灸麻醉，随着中医在美国的发展，中医服务的主要人群也相应发生了变化，由原来的农村贫困人口到美国的主流社会，逐渐成为美国中产阶级的生活方式。在美国有这样一句谚语“take two herbs and see your acupuncturist in the morning.”，很好的说明了当时被视为替代医学的中医在美国社会的主流化。当下在中国，中医也不再主要服务于农村的贫困人口，可以应用于治疗白领阶层、知识分子和工薪阶层普遍存在的“亚健康”状态，还用于生物医学束手无策的一些慢性疾病和绝症。

综上所述，詹梅老师认为，中医虽然是一门传统医学，但并非是一成不变的古老的医学，中医，我们今天之所见，已经成为全球化的产品并且会继续变化。要理解中医也不能仅仅从医学人类学的角度而要从文化人类学的角度，其中也包括对科学和技术的理解和批评。

复旦大学 2012 级人类学专业硕士研究生 张小星（整理）

## 地方道德世界中的器官移植

### ——田野视角的价值与意义



2013年11月4日上午，来自中山大学社会学与人类学学院的余成普老师为我们带了题为《地方道德世界中的器官移植：田野视角的价值与意义》的讲座。

余老师首先就今年暑假他带领学生在湖南侗族聚居区做的田野调查研究经历作为开场。他提到他的几个女学生为了拉近与当地老乡的距离而拿起了香烟。孰知，这点令反而令当地老乡感到讶异，认为女大学生不应该吸烟。当余老师把缘由与他们解释后，他们才明白原委，但仍然觉得女大学生不应抽烟。因此，余老师提出了田野研究方法并不能一概而论，而是应该因地制宜，才能有的放矢。一般来说，在农村“入场”的难度比在城市要小一些。

然后，余老师结合自己的经历，向我们阐述了他选择器官移植作为其博士后的研究课题的原因：由于他的博士论文是关于血液捐赠的，受到器官移植新闻的启发以及身处广州这一器官移植比较发达地区等综合因素的影响，最终他选择了器官移植作为他博士后研究课题的研究方向。

但是当研究课题选定后，随之而来困扰他的则是如何进入田野调查的现场。由于这一话题比较敏感与隐私，无疑给田野调查带了许多困难。他通过网络找到了二十五身处广州的从事器官移植相关工作的医生的电子信箱，并给他们发送了邮件，阐明了自己准备做一个关于“器官移植病人手

术后的生活质量”相关内容的课题研究。此后，有五位医生给了他回复，其中一位还留了联系方式，并约其见面。

见面后，余老师发现整个科室都是他的老乡，因此他也得以顺利地进入田野调查现场，与三十多位病人进行访谈。而整个调查过程也是比较顺利的，许多病人愿意与其倾诉其生命历程以及患病与器官移植后的种种事情。余老师特别指出，在整个田野调查过程中，空间的选择也是非常重要的。例如，他的学生选在在医生办公室与病人进行访谈，囿于环境因素的影响，病人不大肯告诉别人其生命历程。而选择在病房里进行访谈后，病人则愿意与别人倾诉自己的故事。通过与三十多位病人的访谈与调查，余老师完成了《器官移植病人的后移植生活：一项身体研究》的博士后论文。并获得了专家好评。此后，广州军区总医院的某位医生找到了他，想让他参与器官捐赠的一个国家重大课题的研究。通过此次研究，余老师对器官捐赠有了更深的理解与认识。

最后，余老师谈及了器官移植与器官捐赠的理论回顾与文献研究。他认为：与其他不同，无论是话题的敏感性，以及田野调查与文献的受限，应当从不同角度来看待这一话题；其理论基础是“机械论”，植根于特定的文化前提和认识论基础，并镶嵌在具体的历史背景之中。这些不仅是技术，而且还是一套完整的文化理念。针对器官移植病人的后移植生活，余老师则提出了“抗拒的身体”、“被管理的身体”、“隐喻的身体”与“全球化下的身体”的见解。余老师认为“身体是作为生物和文化的双重存在”；“器官移植技术治疗的仅仅是生物性身体，移植只是治疗，而非治愈”。我们应当关注“器官移植”背后的社会与文化问题，思考背后的成因。

加州大学尔湾分校的詹梅老师、社政学院的潘天舒和陈虹霖老师以及社政学院的朱伟老师也参加了讲座，并与余老师一起与同学们展开互动和交流。

复旦大学人类学专业 2013 级硕士研究生 沈高明（整理）

## 在大寨做田野研究：体验与反思

2013年10月22日，来自哈佛大学人类学系的常姝博士为我们带来了题为《在大寨做田野研究：体验与反思》的演讲。主持人为朱剑峰博士，评议人为张乐天教授。复旦大学社政学院的潘天舒和高隼博士与会。参加工作坊的还有社会史专家孙沛东教授和博士候选人何潇、何煦以及复旦人类学和其他院系的研究生。



常姝博士首先为我们介绍了她的博士论文研究的田野点大寨村的历史背景与变迁。但她此次讲座着重论述的则是田野调查过程中的相关研究方法。

在去大寨做田野研究之前，她在当地的档案馆查阅了相关的历史文本与官方资料。她也收集了当年对大寨进行过采访的记者所写的文章书籍、驻村工作过的干部所写的回忆录、以及有关大寨的音像制品等。

在大寨做田野研究期间，她对村民进行了口述史访谈（主要是了解村民在集体化时期的生活体验），并对其生活进行参与式观察。

基于对既有方法论文献的阅读以及她在田野研究中的访谈经历，她提出研究者在与被研究者进行互动的过程中需要缩短几个层次的“距离”，以求获得被研究者对自身体验的真诚讲述、以及研究者对此体验的准确理解。比如，研究者应与被研究者缩短人际关系的距离，建立良好的友谊和信任



关系，从而使得后者愿意分享自己的人生经历和内心世界；为了尽可能准确地理解被研究者的体验讲述，研究者应当注重学习当地方言中的地方性概念，并且可通过亲身参与他们的生活活动、来用自身体验靠近性地体会他们的体验。

她提到，虽然自己做的是历史人类学的田野研究，但也可以把对村民当下生活的参与式观察作为追问历史的线索。比如，她通过观察到的村民当下日常生活的细节，来以今追古，请村民以前后对比的方式来讲述过去生活的点滴；她通过一些实物或地理的遗迹，激发村民对过去的回忆讲述。另外，她观察到寨的老年村民们因为过去的高强度劳动而导致身体病痛，她也以对身体现象的追问来打开他们记忆的阀门。

常姝博士也提到了如何基于田野中发现的现象，来寻找适当的理论工具来解释现象、在理论指导下更进一步地收集事实，并在此基础上进行理论创新。

最后，常姝博士就自己的研究经历与论文写作，归纳了在整个过程中两个重要的环节：研究者不仅要不断地逼近现象靠近事实，同时也要在此基础上，根据特定的现象做出自己在理论上的革新与推进，而非仅仅以既定理论套用于现象。

此次工作坊吸引了大量对田野研究有着浓厚兴趣的师生，可谓济济一堂(一些同学席地而坐)。活动结束后主讲人与意犹未尽的听众继续进行友好互动，交换看法。

复旦大学人类学专业 2013 级硕士研究生 沈高明（整理）

## “被颠倒”的“文明人”

——读 *Body Ritual among the Nacirema* 有感

复旦大学社会学系 2010 级本科生 郭金铸

刚刚读到这篇文献的时候首先是被这个部落奇怪的名字所吸引：

“Nacirema”，在网络上似乎也很难找到关于这个民族的任何信息。后来当我读过整篇文献，再回过头来细细品味这个名字时才恍然大悟，原来

“NACIREMA”就是将“AMERICAN”颠倒过来，这个名字是不是也是学者在和我们开的一个小玩笑？也许所谓的原始民族 Nacirema 人和我们哪怕是最文明的民族 American 美国人也没有什么不同。所谓“原始人”，其实他们只是被我们的文明“颠倒”了的“文明人”。

Nacirema人是生活在北美的一支的部落。尽管传统意义上来讲他们来自于东方，但是他们的起源事实上鲜为人知。根据他们的神话传说，他们的民族缘起于一位他们的文化英雄Notgnihsaw(即：华盛顿)，据说Notgnihsaw曾经把一个贝壳扔过Pa-To-Mac河，还砍倒了真理之神居住的樱桃树。从这里我们也许可以看出一些Nacirema人对于身体与健康的崇拜的端倪。Nacirema文化是以从优越的自然条件中发展出来的高度的市场化经济为特点的。尽管当地人的许多时间都用在了经济追求上，但是他们还是把大量的时间和财富消耗在了神秘仪式活动之上。而这神秘活动的核心很特别，是反映了人内心精神的人的健康、外貌和身体。在整套神秘体系之下的信仰基础是当地人相信人的身体是丑陋的，并且它天然地倾向于衰弱和疾病。这些不好的倾向都被囚禁在人的身体中，而利用神秘崇拜和仪式典礼的强大力量去祛除邪灵是人避免这些特点的唯一希望。

在这个崇尚神秘仪式的民族，甚至家家户户都为神秘仪式贡献出了一块或者更多的空间作为“圣地”。而在社会中掌握了更多权力的人则会在他们的房子里安排更多的“圣地”，事实上，那里的人们正是通过拥有“圣

地”数量来判断一个房子的奢华程度的。由此，Nacirema人对于神秘仪式的推崇可见一斑。

神秘仪式的焦点是一个被设置在“圣地”墙壁里的盒子或者箱子，在箱子里放着当地人认为他们生存所必需的咒符和魔药。这些“必需品”都是由一些特殊的专业人员提供的。他们中最有权力的人是“药师”，人们要花费大量的财物作为礼品才可以请到这些“药师”。然而，事实上“药师”并不会为他们的顾客提供有效的药剂，而是像我们的社会中那些开处方的医生那样决定病人应该用哪些“药品”并且用一种古老而神秘的语言将这“药方”写下来。和我们的“处方”相类似，这些字迹只有“药师”和提供药品的“草药商人”才会认识。当然，去“草药商人”那里“拿药”时，你还要再准备一份礼物。魔药和咒符使用过之后并不会被处理掉，而是被放进了每家每户“圣地”墙上的咒符盒中。因为每种或者每几种魔法材料只能治疗一些特定的疾病，而人们真正的疾病和他们想象中的疾病却是很多的，所以咒符盒子经常会装满甚至溢出。慢慢的，魔法药方太多了，以至于人们忘记了这些药方的作用，所以人们不敢再次使用这些药方。我们可以猜想这些用过的魔力物品也许有着类似于“平安符”的功效。在每家咒符盒的下方还有一个“圣水池”，每天家里的每一个成员纷纷进入“圣地”，对着咒符盒鞠躬，然后在池子里面混合各种圣水，进行一个简短的“洗礼”仪式。当然对于“圣水”也是要有特殊要求。这些水是由每个社区的专门的“水殿”提供的，在那里会有“牧师”通过复杂的仪式来保障那水在仪式意义上是纯洁的。

而在巫术工作者的阶层中，威望比“药师”要低一些的是“圣嘴人”。Nacirema人对嘴有着一种很特殊的情结。“嘴”被认为对于一切的社会关系都具有不可思议的“超自然”的影响。他们相信如果没有这些神秘仪式，他们的牙齿就会脱落，他们的牙龈就会流血，他们的咽喉就会紧缩，甚至他们的朋友也会遗弃他们，他们的恋人也会背叛他们。他们也相信“嘴”和道德之间有着很强烈的联系，为小孩子洗嘴的礼仪被认为可以提高小朋友的道德水准。他们每个人每天的身体礼仪都包括一个“嘴礼”，就好像我们每天刷牙一样用牙刷和牙膏一样，他们向他们的嘴里面插入一捆猪毛和一些特定的魔法药粉，之后按照特定的规范的动作去移动那捆猪毛。如

同我们找牙医做口腔保健，作为“嘴礼”的补充，Nacirema人每年会找“圣嘴人”一到两次。这些“圣嘴人”有一系列设备，包括各种各样的螺丝刀、锥子，探针和触头。这些工具在为嘴“驱邪”的过程中对客户造成了极大的折磨。“圣嘴人”打开客户的口腔，用上面提到的工具扩大所有腐蚀出来的牙洞。然后他们把“魔药”放进这些牙洞之中。如果有些人的牙齿上没有天然的牙洞他们就用一些利器材把人的一颗或几颗牙齿上凿出一些大的断面这样就可以使用那些“魔药”了。尽管这些“圣嘴人”的行为甚至可以说是有些施虐倾向在里面的。但是在顾客看来这些服务的意义是让他们远离衰败甚至可以帮助他们吸引来更多朋友。虽然他们的牙不会因为这些“圣嘴人”的“功劳”而停止衰败，但是人们还是愿意每年去找“圣嘴人”，可谓乐此不疲，这大概就是“信仰”和“传统”的魔力吧。

而在每一个大大小小的社区中“药师”都有一个壮观的叫做Latipso的庙宇（意即：现代社会的医院）。对病情很严重的病人进行的更为复杂的“治疗”只能在“医院”中进行。这个仪式不仅仅包括“药师”还包括一些可爱的少女来充当助手，这就好像医院里面的护士一样。Latipso里面的“治疗”是很残酷的，很多人甚至不能活着出去。尽管如此，人们还是愿意去Latipso里面接受仪式，当然前提是他们付得起“医疗费”。无论疾病是多么严重或者多么紧急，如果他们付不起高价的礼物的话是不会被“卫士”相当于医院的保安人员允许进入Latipso的。甚至当一个人拿到了“出院许可”如果他不再交一笔“出院费”的话“卫士”也是不会允许他离开的。

在Latipso里面的仪式过程也是相当残酷的，人们要经历肉体和精神上的双重折磨。当然，在这过程中少不了“医院工作人员”：有化验病人排泄物的“预言家”以及充当我们社会中心心理医生角色的“倾听者”。尽管Latipso总是无法让人回复健康就好像医院总是不能把病人治疗好一样，但是“巫术”或者“医学”的权威却是相当稳固的。

以我作为一个“文明人”的视野来看，那些“仪式”与“魔药”当然不能治病救人。但是，你一定也能在我的描述中找到我们“文明社会”的影子。其实“药师”就是我们的“医生”，“圣嘴人”就是我们的“牙医”，“嘴礼”就是我们刷牙的习惯，而“Latipso”就是“医院”，那些“少女”

是“护士”，而“卫士”则是医院管理系统。想到这里，我看到了老师在这篇文献给出的最后一个思考题：“WHO are the Nacirema?” Nacirema人是谁？某种意义上，Nacirema人就是我们！

文献的结尾说：“从高远处看，从我们现代文明的更安全处可以很轻易地发现巫术的粗糙和离奇，但是如果离开它们的力量与指导先民们不可能克服他们生活中实践中的种种困难，也不可能迈向更加文明的社会。”“巫术”看起来为我们的现代文明生活提供了基础和推动力。不过如果反过来想想看的话，以“巫术”为基础的现代文明生活，特别是医学又真的比“原始人”好很多吗？“野蛮”与“迷信”也许从未离我们远去。在这里我又想到了卢梭在《论科学与艺术》中的观点，科学奴役人、科学腐化人。也许科学就是我们现代的“迷信”，就是我们现代的“巫术”。卢梭说科学是奴役的根源，这句话也许有些激进，但是在我看来却并非全无道理。

既然我要批判科学，那么首先要做的就是要把科学赶下神坛，让大家明白科学并不一定是天经地义的，它是以社会为前提的，并非本源性的。科学无时无刻不受到社会的影响，在这里以物理学为例，为什么在物理学的研究中有些方面的研究往往会很多，而有些方面的研究则会很少？或者说在科学的殿堂中有着这样那样的“客观”存在，可是世界上的“客观”有很多，为什么只有其中的一些成为了科技而另一些却没有呢？科技就像这样一个巨人：他的一只手臂很强壮而另一只手臂却很瘦弱，而决定他哪只手臂变得强壮的力量就是社会。也就是说科技的发展方向是受社会左右的。既然是受到社会左右那么就免不了要掺杂进人的因素，根据其渊源以及目的我们就可以说世界上有“善的科技”也有“恶的科技”了，它并不是一味地服务大众。之后，我要进一步为科技“祛魅”。有人说科技的生命是“客观”，更有人认为科技和宗教是势不两立的。然而，科技却确实确实是作为一种“宗教”至少是一种“信仰”而存在的。举个例子，学生们从课本上学到的物理学知识都是以他们信以为真作为基础的，很少有科学的金科玉律是被学生亲手证明过的，即便证明的那些有时往往还会和规律相违背。所以科技的传续是以“信”为前提的，我们都是相信权威的基础上再进行科技研究的。所以我们研究的物理世界中并没有真正的客观。

物理学的本质是“句子”而不是物体。科技也是如此，我们研究的是“句子”与“句子”的关系，是所谓“第三世界”的范畴而不是客观世界。因而我们可以认为科技研究的对象是具有“社会性”的。撕掉了科技“客观”与神圣的外衣，下面我就要沿着卢梭的思路来批判它了。科技对于社会的副作用主要有两点：一是它会奴役人，科技看似把人类从神学的奴役中解放出来，但同时它又为人类铸造了新的铁笼。科技里面充满“话语”，这些“话语”用“繁文缛节”让你相信科技是客观的、永远正确的，这样科技可以使自己从自己的历史身份中跳出来，和它自己的“社会性”决裂，从而一跃成为“真理”。“话语”又用“从心之志”来让你相信科技是神圣的、是唯一正确的，这样科技可以使自己从自己的社会身份中跳出来，和它自己的“可选择性”决裂，从而成为“权力”。于是专家不再有道德关怀仅仅关心自己的专业技术与业务；官吏不再有历史视野仅仅关心自己要处理的文件与升迁的机会，可是他们却都认为自己是敬业的是天经地义的美德，殊不知他们在奴役人，他们自己也被奴役着。这样就出现了韦伯所说的可怕景象：人人都被科学所奴役，却又自认为自己处在人类文明的顶峰。二是科技会腐化人，就像卢梭所描绘的那样我们把过多的时间消耗在了科技为我们提供的闲暇之上，勤劳却由此腐化了；我们把过多金钱投入到了科技带给我们的奢华上，简朴却由此腐化了。当我们每天用着各种各样的电子产品，吹着空调坐在办公室的沙发里处理财务报表的时候谁又能肯定那些勤劳简朴的先人们一定没有我们今天幸福呢？

感谢学者的这个把 American 倒过来拼写的玩笑，他所讲述的并不仅仅是一个让人毛骨悚然的野蛮民族由于“迷信”而通过“身体仪式”疯狂地戕害自己身体的故事。不消改动很多，只要把几个字母颠倒过来，那就是我们“文明人”为“新迷信”而自大的故事。

### 参考文献

Miner,Horace.1956.Body Ritual among the Nacirema. *American Anthropologist* 58 (1956): 503-507.

---

※·书目推介·※

## 高危人生



**标 题:** Fast Lives

**副标题:** Woman Who Use Crack Cocaine

**作 者:** Claire Sterk

**出版年:** 1999

**出版社:** Temple University Press

在这个看似愈发透明开放的时代，吸毒者、妓女、小偷等这些游走在社会边缘的“风险人群”仍然生活在这个世界的阴暗地带。如果没有足够的耐心和策略，想要走进他们的世界，甚至从他们的角度来打量这个世界是非常困难的。FAST (Female Atlanta Study) 是由医学人类学和公共卫生专家斯特科 (Claire E. Sterk) 和她的同伴共同发起的一项关于女性可卡因吸食者的研究，这位出色的女性人类学家通过与她们“朝夕相处”，最终得以成功的走进“他者”的意义世界。

区别于以往关于吸毒的社会科学研究，在这项研究中你将不会读到关于可卡因吸食的流行率与发生率的流行病学报告，也不会找到吸食可卡因与犯罪或艾滋病感染的数据对比分析，Claire E. Sterk 决心呈现给读者的是由这些女性吸毒者亲口叙述自我的生命故事。149 名可卡因的惯常吸食者 (Active crack cocaine users) 参与了这项研究，可卡因在她们的 高危短促的生命中扮演了核心角色。这些女性对于自身处境的解释经常是充满矛盾的：一方面她们责怪社会简化了她们的 问题，忽视了导致她们吸毒的社会原因，没有在政策上提出有效的解决措施；另一方面，她们也承认吸食可卡因是一种个人行为，需要自己承担责任。Claire E. Sterk 通过研究发现，低教育水平、经济水平低于贫困线之下、生活在单亲家庭、非裔美国人这些特征都能在这 149 名研究对象的身上找到，种族、阶级、性别与家庭问题无疑都是促成女性成为可卡因吸食的一些重要因素。除了这 149 名女性之外，出租车司机、商人小贩、社区组织人员等也是该项研



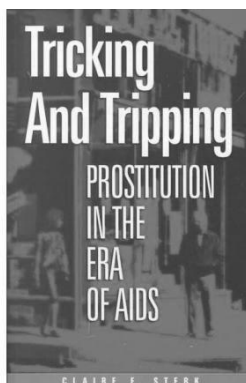
究的资料来源。

一开始, Claire E. Sterk 将研究的主题聚焦在: 女性对她们日常生活的描述, 她们的人际交往与社会身份认同以及对未来的展望。但随着研究的深入, 有关戒毒体验、暴力遭遇以及艾滋病感染等问题逐一进入她的视线。全书八章涉及到女性是如何初次接触到毒品, 从最初的“间歇性吸食者”(occasional users) 过渡到“经常性吸食者”(regular users); 四种类型的女性可卡因吸食者, 在权力地位与身份认同上的差别; 女性的吸毒嗜好对一段稳定婚姻关系形成的影响; 女性在面对怀孕、生育与成为母亲时的选择; 女性的戒毒体验; 女性吸毒者对艾滋病毒的恐惧, 拒绝艾滋病测试(HIV testing); 较为普遍的暴力体验; 女性回顾过去, 面对现状, 以及对未来的期许。

Claire E. Sterk 认为今后的女性吸毒者研究应当超越个人层面的解读, 而是要将个人的性格特征、家庭动力学(household dynamics)以及社区影响因素运用到对吸毒、成瘾问题的解释之上, 同时也可以依此来探求一些可行的补救措施。

复旦大学 2013 级人类学专业硕士研究生 雷婷 (推介)

## 站街女的日常生活：爱滋病时代的卖淫问题



标 题: Tricking and Tripping

副标题: Prostitution in the Era of  
AIDS

作 者: Claire Sterk

出版年: 2000

出版社: Social Change Press

在全球范围内，贫病妇女正成为罹患 HIV/AIDS 顽疾的高危人群。其中，性工作者由于其从事行业的特殊性，是被时常污名化和歧视的对象，是艾滋病危机中被某些知识精英误读和误解的替罪羊。在这一以美国纽约和亚特兰大市站街妓女为主要观察对象的都市民族志中，作者斯特克（Claire Sterk）试图采用人类学田野研究的方法来探讨艾滋病这一学界内外高度关注的公共卫生难题。著有《高危人生》一书的斯特克一直关注女性健康与性行为的关系。以站街女的角度来描述她们的日常生活是斯特克的写作宗旨。为此，斯特克在长达十年之久的田野研究中付出了常人难以想象的努力。除了日臻完善的观察和访谈技巧之外，她更需要耐心、同情、信任、好奇以及中立的态度来完成这一高质量的实地研究课题。尽管语境迥异，斯特克始终坚守马林诺斯基当年设立的田野工作原则，在缓慢的“入场”过程中，逐渐赢得站街女的信赖，熟悉她们的一言一行，发现她们出没的场所，以及试图用她们的目光来凝视其地方道德世界。斯特克的田野研究表明，站街女作为贫穷和暴力的受害者，走上卖淫道路决非一般意义上的职业选择。

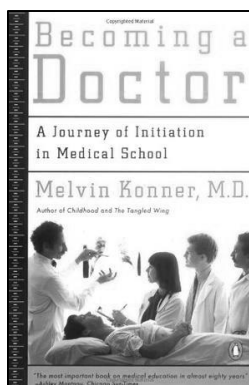
本书的一大贡献是斯特克总结出的妓女民族志应该关注的六大焦点：1) 妓女对自身处境的描述和为何“入行”原因的解释；

2) 与吸毒者比较而形成的站街女身份认同类型; 3) 拉皮条者的视角; 4) 艾滋病对于卖淫女生活的影响; 5) 站街女经常遭受的暴力侵害; 6) 已经放弃卖淫的“从良”者。

如何针对特殊人群, 在特殊的场合和时段, 采用对于人类学和社会学研究者来说并不太特殊的田野考察和分析手段, 来达到倾听被访者心声并且与之神聊深谈的目标, 斯特克提供了一个相当专业的基准点。

潘天舒老师 推介

## 成为医生：医学院入门之旅



**标 题:** Becoming a Doctor

**副标题:** A Journey of Initiation in Medical School

**作 者:** Melvin Konner

**出版年:** 1988

**出版社:** Penguin Books

孔纳 (Melvin Konner) 是《尼萨》作者肖斯塔克的丈夫和研究伙伴。尽管他著述颇丰，但在象牙塔外的名气却远远比不上以一书成名的妻子。在人类学比较有名的夫妻档中，这样的情形似乎不少见，如：写出畅销田野笔记 *Return to Laughter* 的 Laura Bohannan（其丈夫是著名人类学家 Paul Bohannan）和半学术性作品《台湾农村的妇女与家庭》的 Margery Wolf（其前夫为 Arthur Wolf）都要比自己的伴侣拥有更多的忠实读者。

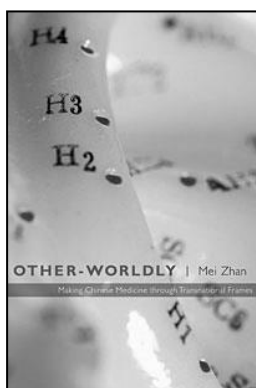
《成为医生》可能是孔纳获得学界内外关注最多的一部带有自传式民族志色彩 (auto-ethnography) 的医学院经历实录。作者于 1973 年获得哈佛大学生物人类学博士时年仅 25 岁。在担任哈佛正式教职六年后，又出人意料地考上哈佛医学院，在 1985 年获得医学博士。本书着力描述的是他在医学院第三年临床实习期间所遭遇的困境。作者以人类学家、医学院学生、丈夫和父亲多重身份对“成为医生”这一过渡仪式 (rite of passage) 进行了剖析，对医学院体系中倚重技术力量却忽视人性因素的教学倾向，提出了尖锐的批评。作者以他多年前研究昆人部落的视角和方法，为体察和反思自身文化语境中造就医学职业的一系列日常习俗提供了全新的洞见。

孔纳应邀为凯博文 (Kleinman) 的《疾痛叙述》(The Illness Narratives) 书评中有这样的感言：如果有更多的大夫能够具备凯博文医

生的那种随时注意到病人的需求并做出回应的能力，那么我们的社会就不会存在对医生普遍不信任的情况。尽管孔纳与凯博文接受医学院教育所走的路径完全相反，但两人殊途同归，最后都放弃了医生职业，选择成为人类学家。

潘天舒老师 推介

## 想象世界：跨国视角内的中医实践



标题: Other-worldly

副标题: Making Chinese Medicine through  
Transnational Frames

作者: Mei Zhan

出版年: 2009

出版社: Duke University Press

这是一本以跨地方知识生产视角考察中医全球化的当代民族志。从理论和方法论脉络来看，作者詹梅从女权主义人类学(Feminist Anthropology)科学技术研究(Science and Technology Studies)汲取养分，反思现代性对秩序、纯净的追求，强调知识生产过程的复杂性、片段性、变化性，借用海德格尔的 worlding 取代被普遍滥用、过于简单化、完美化的全球化(globalization)说法。

阅读这本书时，读者不必试图寻找作者对中医全球化宏大图景的描绘，她想要展现的本就是许多激发我们想象的、破碎而又充满联系的故事。1960年代，中医针灸被赞誉为服务于第三世界国家农村穷人的预防医学，象征着中非友谊和种族化的无产阶级世界，而1980年代以后，“与世界接轨”的中医传播转向东亚、欧洲和北美，针灸被重塑为一种关注全面健康的中产阶级生活方式。更加有趣的是，上海的中医很快融入这股新潮流，创造出“亚健康”这一被普遍误以为来自西方的概念，并为新兴中产阶级勾勒出一幅值得追求的美国式中产阶级生活景象。“仁心仁术”是传统中医实践的核心价值，商品化、市场化以及与西医的交锋对整体观的、人性化的传统中医实践提出了挑战。面对西医主导的边缘化处境，传统中医经常通过“医学奇迹”即强调中医在西医无力之处的高效用来展现自身的合法性。在与国际学生的教学互动中，翻译并非中立的跨文化媒介，而是建构着跨地方的知识和身份认同。三位女性选择进入或离开中医的生命史帮助我们审视亲属关系和性别因素所扮演的角色。跨地方的碰撞并没有在“中国”与“美国”之间形成统一的中医群体，尽管“美国”在中国对世界的

想象中占据着亲密位置，“中国”对于许多非华裔的中医行医者来说在时间和距离上依然遥远。

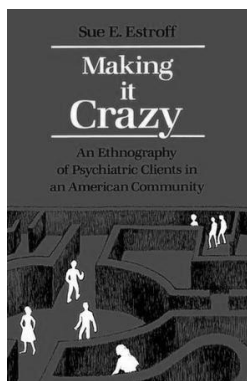
作者认为，所谓“传统中医”（Traditional Chinese Medicine）是产生于中西医相互碰撞纠缠的动态形式，相伴而生的是我们关于世界以及我们在其中所处位置的无定型的想象、理解和实践。作者并非意在提供一部传统中医的社会史，因为“社会”史的概念已经假设存在一个相对稳定、持久的知识核心的边界。她关注的是“行动中的”中医，中医的日常世界不仅仅局限于诊所和课本上的教条，还包括知识、身份认同、社群如何被建构的竞争性过程。

采用多点民族志的田野方法是本书的一大特色。作者最初只是计划在加州湾区做单点的田野，但她逐渐发现不能把研究对象从社会网络中强行摘出来，于是自然地被迫转向多点民族志。在这里，多点不仅仅是指加州湾区和上海两个地方，还涵括了中西医诊所、院校、病人、NGO 等各种有助于理解“传统中医”从何而来的网络。

本书最值得人类学专业学生细细揣摩的亮点在于故事与分析的紧密联系。这体现了一种人类学家的气质：强烈的兴趣驱动、对冲突的敏锐捕捉、活跃的思维、丰富的想象……正如詹梅老师与我们分享的经验：人类学的精华不在于大的理论，而在于始终贴近人的方法，每一次田野都是全新的设计。田野的目的不是为了证明你已经知道的东西，而是打破常识。捕捉意外惊喜之处，在看似没有关联的现象之间构建贴切的分析，而非宏大的理论。

复旦大学人类学专业 2013 级硕士研究生 沈悦菲（推介）

## 整疯：一项关于美国社区精神病人的田野研究



标 题: Making it Crazy

副标题: An Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community

作 者: Sue Estroff

出版年: 1981

出版社: University of California Press

如何用人类学的视角和方法来了解精神疾病患者的日常生活？被认定为“疯子”的人群如何得以在社区生存？他们自身又是如何看待所处文化环境？如何采取维持生计的策略？他们是如何体验和评价那些旨在提高生活质量并实现“非机构化”的治疗康复项目？文化和社会因素是如何在治愈和“整疯”过程中起作用的？人类学田野研究会为读者呈现何种伦理困境？作者埃斯特洛夫（Sue E. Estroff）综合参与式观察、结构式深度访谈、问卷、个人生命史和随机即兴调研等多种研究手段，进入到当地社区以及精神疾病的治疗机构，通过对 43 位精神疾病患者的研究，试图向我们反映他们的所思所想以及还原他们的世界。同时，又向我们揭示了那些“正常人”对精神疾病患者的认识。

在本书中“疯”的意义至少有两个层次。首先是病理学意义上的一个被科学定义和标签化的症状。其次是被“确诊”和认定的患者在人际互动和各类文化社会情境下与病共存的一个荒谬和矛盾的“整疯”过程。全书分为三个部分，作者在第一部分向我们介绍了她的研究缘由与田野调查经历。值得一提的是，作者在这一过程中，以设身处地的姿态与研究对象进行交流以获得更为翔实的数据。第二部分，作者从精神疾病患者与精神疾病治疗组织之间的关系、精神类药物、就业与社会救济等角度入手，向我们展现了精神疾病患者在与外部世界的互动过程中，所面临的



问题与挑战。而在第三部分，作者向我们回顾了社会文化语境中对精神疾病的认知与知晓度。

二战后，美国政府对精神疾病患者的关注程度逐渐加大。每年在精神疾病上的公共财政支出也与日俱增，各类社会保障与社会救济也覆盖到了这些群体，各类精神疾病治疗机构以及社会公益组织也加大了对这一群体的投入力度。但是，由于社会与文化的原因，精神疾病患者的自我认同以及与社会的融入程度却没有得到很大的改善。本书作者埃斯特洛夫基在美国威斯康星州麦迪逊市某一社区的精神疾病患者的深度研究，无论是在田野体验、入场策略还是分析质性数据方面，会给包括中国学者在内的诸多同行带来灵感和启示。

复旦大学人类学专业 2013 级硕士研究生 沈高明（推介）



(封底照片由复旦人类学潘天舒老师拍摄于波士顿科学博物馆)



Good Health Herb Shop  
健康藥房

Traditional Chinese Medicines 中國草藥

People classified things for centuries before science was invented.

