

# 医学人类学与四种社会理论之互动

景 军, 薛伟玲

**摘 要:** 医学人类学研究同人类学其他分支学科的研究一样, 需要清晰的理论框架, 同时需要结合人类学学科自身和其他社会科学学科发展出来的理论和方法, 展开研究的设计和实施。在诸多的社会理论中, 有四种理论与医学人类学的研究有较紧密的关联, 对医学人类学研究有指导意义, 分别是社会阶梯理论、社会建构理论、生物权力理论以及未预结局理论。在具体案例中, 这四种理论的内涵和意义得以展示。

**关键词:** 医学人类学; 理论框架; 社会理论

## 一、引 言

医学人类学并非生物医学的一个分支, 而是以人类学特有的视角和方法, 研究人类的健康问题, 包括人类的疾病、健康行为或理念、卫生保健制度以及人类的生物文化适应过程或结果。作为应用人类学最为活跃的一个学科分支, 医学人类学尤其关注社会和文化如何影响人类的健康, 同时还关注健康问题对社会和文化的作用。因而, 医学人类学关心的宏观问题, 是人类健康与社会或文化之间的互动。

严格地讲, 过去 20 年是中国医人类学的蓬勃发展期。之前, 只有个别学者通过介绍性文章倡导中国人类学对医学人类学的重视。进入 20 世纪 90 年代后, 医学人类学在中国的发展迹象开始明显, 千禧年后更为如此。到中国人类学民族学研究会召开 2011 年和 2012 的年度会议, 所举办的诸多专题和圆桌会议, 包括了 3 个属于医学人类学范畴的论文宣读会议, 共收到论文 40 多篇, 而且绝大多数论文以田野调查为基础。

从中国大陆业已发表的医学人类学研究之选题判断, 两大领域受到高度关注, 一是与少数民族紧密相关的健康理念、医疗多元化、民族医学、村医与现代医学的实践, 以及生态环境与健康的关联。二是与艾滋病相关的风险观念、风险行为、人口流动、高危人群的社会组织、血液买卖、吸毒与戒毒等问题。目前, 在这两个领域中所发表的论文为最多, 高度体现了研究议题的社会相关性。其他相对比较集中研究过的题目, 包

括就医行为、自杀问题、疾病歧视以及临终关怀。毫无疑问, 推动中国医学人类学发展的力量, 不仅限于中国大陆, 而且包括港台同仁、外国学者, 以及大多数时间在海外做研究的大陆学者。海外的推动力表现在大量翻译著作、介绍海外研究的文章、合作研究项目、机构建设或共同发表的期刊论文或论文集之中。

同其他社会研究一样, 医学人类学研究需要清晰且实用的理论框架, 还需要结合人类学学科自身发展出来的理论和方法, 展开研究的设计和实施。本文将社会阶梯理论、社会建构理论、生物权力理论以及未预结局理论为例, 说明医学人类学借鉴社会理论的途径和必要性。

## 二、社会阶梯理论

自从集约农业出现, 严苛的社会分层一直存在, 不断引发暴力冲突。《圣经·新约》第六章第五节曰“奴隶们, 你们要战战兢兢, 以诚实之心, 听从你们在尘世的主人, 如同听从基督一样”<sup>①</sup>。基督即替众受难的耶稣, 因提倡普爱, 宣讲天国福音、教人爱神敬主、鼓励爱人如己, 因而得罪僧侣既得集团以及罗马帝国统治者, 最终被钉死在十字架上。在中国商代, 以贵族为大, 百官为核心、平民为中间、奴隶为底层的社会等级制度, 同样充斥着强权暴力。在辅佐武王灭掉残酷的纣王之后, 周公下令开仓济民、聚贤下士, 以防社会等级的极端化。无独有偶, 古代印度种姓制度的等级森严, 但主张平等慈悲的佛教

作者简介: 景 军, 清华大学社会学系教授、博士生导师, 清华大学公共健康研究中心主任; 薛伟玲, 清华大学社会学系博士后流动站驻站研究人员 (北京, 100084)。

①《新约》新修标准版 (New Revised Standard Version), 见 <http://www.biblegateway.com/passage/?search=Ephesians+6&version=NRSV>, 2014 年 1 月 7 日。

却应运而生,而且力推四姓平等。所谓四姓即按种姓分为高低社会阶层的婆罗门(即祭司)、刹帝利(即武士)、吠舍(即庶民)、首陀罗(即被征服的土著居民)。达力特(即贱民)则属于“在外种姓”。<sup>①</sup>

现代印度的等级制度,大致沿袭婆罗门教遗留下的教种姓制度。在印度政府制定的社会保护政策中,公民分为“上层种姓”、“中层种姓”、“受保护种姓”、“受保护部落”、“其他落后阶层”。前两类包括社会的中上层。后三类分别指贱民,山地土著民族,苦力、皈依其他信仰的贱民、游牧民族以及乞丐。在印度总人口中,受保护种姓占15%,受保护部落占7.5%,其他落后阶层占50%。合在一起,社会底层人群占印度人口72.5%。所谓社会保护政策指大学招生或公务员招聘的配额,其中15%留给贱民,7.5%留给土著民族,27%留给其他社会底层。虽然中上层种姓仅占印度人口27.5%,但得到的配额却近一半,可见鼓励弱势群体子弟上大学或进入政府工作的配额,并不完全按各阶层所占总人口的比例实施分配。<sup>②</sup>

印度等级制度体现在日常生活诸多方面,在等级之间的通婚禁忌中尤为如此。为了考察等级制度留下的躯体烙印,一名印度学者2006年公布了不同种姓成年男性身高的研究结果。该研究基于,印度人类学人体测量数据库在1961~1965年期间收集的数据,所包括的两万多名研究对象出生在1915~1944年期间,年龄在20~50岁之间。分析结果显示,上层种姓的成年男性发育最好,平均身高在164~166厘米之间。贱民中的成年男性平均身高在162~163厘米之间;土著民族中的成年男性平均身高在160~162厘米之间。如果比较两个极端,上层种姓成年男性的合计平均身高比土族民族高出2.9公分。鉴于上层种姓乃是素食者,尤其有不吃牛肉的文化禁忌,社会阶层之高导致的躯体之高显得更为突出。<sup>③</sup>

社会经济地位越高,人们的健康水平越高,反之则越低。对这一规律的把握,即社会阶梯学说关于健康理论之核心,可以用营养水平、婴幼儿死亡率、人群患病率、期望寿命或其他健康数

据加以证明。此类研究当然需要设置在一定的地理范围或社会空间之内,需要可比较的社会、政治、经济条件,以及一定程度的文化共享性,而不能泛泛而言。例如,印度北部锡克教徒中的成年男性身高,在印度人中为最高的事实,与锡克人的社会相对平等程度,以及印度北部农业产量相对较高所保证的营养供给有关。在可比较的条件之下,即便在高福利国家或已建立免费医疗制度的国家,人类健康的社会阶梯依然明显。让我们以英国白厅研究为例。

白厅研究的第一期发生在1967~1977年期间,研究对象包括18000名年龄在20~40岁之间的男性公务员。该研究将公务员职务分为4类,依次为高级行政官员、专业人员或主管人员、一般职员、其他雇员。研究者首先调查了影响健康的生活习惯,在10年后进行了死亡率调查,尤其关注了心血管疾病的发病率和死亡率。研究结果揭示,标志社会地位的职业阶层之高低与死亡率之高低有着非常重要的相关性。处在较低职位的公务员面临较高死亡率的威胁,而且大多数死于心脏病。公务员中最低阶层的人群死亡率,比最高阶层几乎高出3倍。这一健康水平的悬殊,比英国整个社会最低阶层与最高阶层的差距还要大。<sup>④</sup>

白厅研究第二期发生在1985~2008年期间,研究对象包括10308名年龄在35~55岁之间的英国公务员。这些人来自20个政府机构,男性6895名,女性3413名。二期研究利用了体检报告和健康自评报告。研究结果再次证实20年前得出的结论。无论男女,较高的死亡率发生在职位较低的公务员中,而较低的死亡率则发生在职位较高的公务员中。在患病率方面,如心脏病、癌症、慢性肺病、肠胃病、抑郁症的患病率,社会阶梯之倾斜程度仍然惊人。针对成因问题,研究者调查了工作压力、在工作岗位能够得到的上级或同事支持、自我报告的工作能力和信心、饮食习惯、体育锻炼的频率、吸烟历史以及生活满意度。<sup>⑤</sup>

在上述影响健康的因素中,研究者认为与工作有关的“可控感觉”最为重要。白厅研究报告的撰写者,并没有过多地讨论所谓可控感觉的

①刘欣如《印度种姓制的渊源》,《史学理论研究》1998年第2期。

②Zwart, Frank, “The Logic of Affirmative Action: Caste, Class and Quotas in India”, *Acta Sociologica*, vol. 43, part 3, 2000, pp. 235~250.

③Guntupalli, Aravinda Meera, et al., “The Development and Inequality of Heights in North, West and East India 1915~1944”, International Economic History Congress, Helsinki, Finland, 2006.

④Marmot, Michael, et al., “Employment grade and coronary heart disease in British civil servants”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, no. 4, vol. 32, 1987, pp. 244~249.

⑤Marmot, Michael, et al., “Health Inequalities among British Civil Servants: the Whitehall II study”, *Lancet*, no. 8754, vol. 337, 1991, pp. 1387~1393.

社会成因，甚至没有仔细讨论为什么女性公务员的可控感觉低于男性公务员，而女性公务员的总体健康水平却高于男性。报告撰写者还需要讨论的问题包括，工作性质的可控感与涉及日常生活的可控感是否一致。由于前两期研究解答了一部分问题，同时提出了更多问题，白厅研究第三期正在进行。

涉及工作或生活的可控感觉之形成，确实是一个复杂的社会文化问题。但我们也许可以用某些简约方式审视这个问题，以便达到画龙点睛之目的。

第一种方式是利用马克斯·韦伯提出的社会分层分析“三分法”。它的核心关注点是财富、声望、权力的交互作用。财富代表经济地位，以土地、农庄、房地产、工厂为载体；声望代表社会地位，以人们得到的尊重或其他人对某些地位的期望为体现；权力代表个体或群体可以在面临阻力时仍然可以现实自我目标的能力，以政党的影响力或个人在政党中的影响力为标志。<sup>①</sup>我们可以设想，这三个主要分层部件会对人们的健康产生相当的影响。我们起码可以认定，社会等级较高者，具备较高的工作或生活控制能力，因而表现出较高程度的自信心。

第二种方式是利用弗朗克·帕金在《马克思主义与阶级理论》一书中提出的“社会闭关”理念。<sup>②</sup>之所以要考虑帕金提出的社会闭关理论，是因为，韦伯对社会等级的解释框架主要针对“获得性地位”。顾名思义，获得性地位意味着财富、声望或权力的获得途径处在开放形态。以出身或生而有之的社会因素形成的“指定性地位”则完全不同。指定性地位源于祖辈的宗教信仰、自身认定家族或民族归属、或他人认定的种族类别。例如，在古代中国，被官府划为贱民的乐户，其后代不得参加科举。<sup>③</sup>又如，在当代中国，农民工子弟在城里受教育的权利，受到二元户籍制度的限制。这两个事例提醒我们，向上层社会流动会受到公开的限制，也会受到变相的制约。正如帕金所言，社会闭关的关键是少数人对资源或机会的控制。<sup>④</sup>鉴此，闭关意味着排斥，其结果之一是，多数人被剥夺控制自身命运的条件。我们可以想象，个人命运控制力，由于阶层原因而被剥夺的相对程度，会影响到人们有

关工作或生活的相对控制感。

### 三、社会建构理论

无论是精于文化符号解释的人类学家，还是善于统计学分析的社会学家，都对健康问题的社会建构发生着极大兴趣。其动力来自挑战人们习以为常的认知。这些学者大致关心两类问题，一是社会性知识，一是科学性知识。早在20世纪20年代，德国学者卡尔·曼海姆在《意识形态与乌托邦》一书中，就讨论过人类价值理念的社会建构。但在功能主义盛行的时代，知识建构学派一直处在学术界的边缘。<sup>⑤</sup>直到20世纪60年代中，知识建构学派才得以抬头，这是因为《现实的社会构建》一书的出版。作为联合作者，彼得·伯格与汤姆斯·乐格曼极大地推动了社会科学界对“社会建构”理念的接受和使用。两人提出的核心观点如下：第一，人们在一段时间内的互动中，会导致相互之间的固定看法。第二，这些看法，会逐渐地将人们之间的互惠方式变成一种惯习。第三，当其他社会成员进入既定的社会互动时，也需要遵循已有的互惠惯习。第四，惯习的制度化，使得人们将已有社会互动的特有形式，视为一种现实。这种现实有主观成分，同时也有客观成分。我们可以从这段描述中看出，《现实的社会构建》涉及的知识问题属于社会范畴，即影响人们考虑，如何做人或如何看待他人的认知基础。<sup>⑥</sup>

当人们的知识和认知涉及健康问题时，我们会发现一部分疾病要比其他疾病更具有引发社会想象与社会判读的能量。以藏人对麻风病的认识为例。

麻风病在人类历史上，曾是一种常见的慢性传染疾病。耶稣倡导的仁爱即包括自己身体力行地关爱患有麻风病的贫民。另据史料记载，麻风病在西藏地区流行，已有1400多年的历史。<sup>⑦</sup>时至今日，西藏麻风病的发病率仍远高于全国水平。在藏区，一种民间观点认为，麻风病是有人污染了圣水所招致的惩罚。例如，在水的源头洗手、洗衣、清洗动物内脏或拉屎撒尿，都会得罪鲁神（即龙王爷）。在山上乱砍滥伐而得罪树神，也在民间被视为患麻风病的主要原因，这是

①Weber, Max, "The Distribution of Power within the Community" (translated by Dagmar Waters), *Journal of Classical Sociology*, no. 2, vol. 10, 2010, pp. 137 ~ 152.

②Parkin, Frank, *Marxism and Class Theory*, New York: Columbia University Press, 1979.

③潘光旦,《中国伶人血缘之研究》,北京:商务印书馆,1941年。

④Parkin, Frank, "Strategies of Social Closure in Class Formation", in Frank Parkin ed., *The Social Analysis of Class Structure*, London: Tavistock Publications, 1974, pp. 1 ~ 18.

⑤[德]卡尔·曼海姆《意识形态与乌托邦》,黎明等译,上海:上海三联书店,2011年。

⑥Berger, Peter and Thomas Luckmann, *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*, New York: Anchor Books, 1966.

⑦詹洪中《西藏麻风病防治三十年》,《西藏医药杂志》1996年第4期。

因为森林中有神树。两种解释,都将人们生病的原因归结为冒犯自然界神灵。人们因敬畏神山圣水形成一系列禁忌。因而,麻风病患者被视为触犯大忌的罪人。这样的罪人在生前或死后都需要隔离。其中一种隔离方式,要求患者搬入在荒野建起的石屋,由家人定期将粮食及生活用品放在石屋门口。患者死后,石屋封门变为石柩。<sup>①</sup>

在针对科学性知识建构展开的研究中,学者们主要关注两个问题。一是社会因素在科技发展过程中起到了什么作用。二是社会因素在科学知识体系形成过程中起到了什么作用。第一个问题并不难回答,因为很少有人否认,社会作用对科技发展的巨大影响。例如,很多科技政策,其实属于社会政策范畴,原因在于这些政策,旨在创造科技发展的社会环境,包括为科技工作者提供特殊待遇。但第二个问题比较难以回答,这是因为,社会因素对科学性知识的形成所起到的作用,常常很难识别。人们常认定,科学知识的建构本身,是一个纯学术过程,与社会无关。为此,我们要特别提到英国爱丁堡科学知识社会学派。该学派认为,科学知识并非完全取决于人们对自然现象的观察和总结,而是受制于各种各样的社会因素。尤其在医学发展中,人们希望利用医学改造社会的期待,所以社会因素直接作用于医学知识建构。<sup>②</sup>

爱丁堡科学知识学派提出的观点被许多人类学家所接受。一部分人类学家,还特别考察了某一身心问题如何被医学化,或某一社会问题如何被盖上疾病或生物学的标签加以处理。例如,北美人类学家马格丽特·洛克的研究显示,在日本传统文化中,人不断气就仍然算活人。但脑死亡的概念在日本医学界得以承认之后,科学权威对公众的新说法是,大脑功能失去的人等于死人,等于没有生命意义的人,因而可以作为器官捐献的源泉之一。从此可见,器官移植的医学奇迹,在日本医学实践中的落定,是科学权威对生与死的理念之改造。<sup>③</sup>

另以创伤后应激焦虑综合症为例。该医学名称,在越战之后出现在美国精神科学界,并很快被视为一种天经地义的精神疾病。但人类学家阿伦·杨通过研究发现,该综合症的出现有一个建构过程,与越战老兵利用心理疾病问题赢得更多的社会支持有关,同时与精神科专家争取更多患

者的企图,有着密切联系。在这两股力量的交互作用下,创伤后应激焦虑综合症不但在医学界得以承认,而且经过媒体再次建构后,成为公众普遍承认的精神医学问题。<sup>④</sup>

如果外国的事例听起来不够过瘾,让我们以一个在中国极为时髦的健康理念为例。

目前,小学生感到压力大而出现的心理压力,被称为亚健康;人们起居不规律,被称为亚健康;老年人身体机能退化,也被视为亚健康。亚健康概念在中国深入人心,家喻户晓,商家也纷纷献策献力,电视保健品广告层出不穷。最终,卫生部也居然在上海开始亚健康干预研究。

让我们用知识考古分析法来回顾亚健康概念的形成。首先,中医有“已病”与“未病”之分,前者指阴阳平衡,阴平阳秘,正气富余,邪气未侵,后者指养身之道倡导的“不治已病治未病”之理念。其次,前苏联学者曾提出在疾病与健康之间存在一种“第三状态”,认为生活中有许多人存在着一种似健康非健康、似病非病的中间状态。再有,世界卫生组织提出,健康不仅是躯体没有疾病,而是一种心理、社会适应及生活满意度都处于良好的状态。按照这种说法的逻辑,只要有一些心理障碍,或生活困难、或在人际关系中遇到冲突,一个人的健康状态就要被划上一个问号。

亚健康理念的最初推力来自青岛医学院的中医教授王育学。

20世纪90年代初,王育学根据中医提出的“未病”理念、前苏联学者提出的“第三状态”理论以及世界卫生组织对健康的定义,结合《国际疾病分类》,自创出亚健康名称。按照他的说法,亚健康的英文名称应该是“subhealth”。虽然后来协和医学院的研究者使用了“sub-healthy status”(即“亚健康状态”)一词代替,但两者并没有实质性差异。到1996年,亚健康理念开始走红。该年,《健康报》专门开辟亚健康学术探讨栏目。在专栏编者按中,王育学指出,亚健康尚无规范性的明确定义。他特别指出,造成亚健康的主要原因是疲劳症。此外,王育学提出的亚健康概念中,还有众多身心征兆属于焦虑症或情绪类疾病。<sup>⑤</sup>

值得一提的是,王育学曾以青岛海尔药业集团为后台展开研究。海尔药业一度打算推出一种

①岳小国《西藏麻风病患者的生死隔离》,中国人类学民族学会年会宣读论文,2011年。

②Latour, B. & Woolgar, S., *Laboratory life: The Construction of Scientific Facts*, Princeton: Princeton University Press, 1985.

③Lock, Margaret, *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley: University of California Press, 2001.

④Young, Allan, *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton: Princeton University Press, 1995.

⑤王育学《疲劳综合症与亚健康状态》,《健康报》1996年2月23日。

保健品,用于抗疲劳、防健忘、治失眠、通排泄,苦于没有找到特定人群作为市场依托。为了将具有不同健康问题的人们归拢为一类,统领在亚健康概念之下,海尔药业出资帮助王育学完成基线调查,最初发现七成中国人处在亚健康状态的“科学依据”。在王育学于2001年出版的《亚健康:21世纪健康新概念》一书中,作者修正了患亚健康的人群比例,认为中国人亚健康的发生率为58.18%。即便如此,近六成中国人为亚健康的说法,足以鼓动媒体炒作在中国建构的21世界健康新概念。<sup>①</sup>

鉴于目前医学研究的主要成果首先在英文期刊发表,我们在不知情的情况下还会以为亚健康概念来自海外。但用美国国家医学图书馆在线字典查不到subhealth一词。用Google搜索器查阅subhealth,sub-health或subhealthy status所找到的网页,没有一个属于权威性医疗机构。在英文医学主流文献中虽然能找到零星报告,但皆出自国人之手。相比之下,用中国知网医疗科技文献分类目录搜索亚健康,可查到找到3143篇文章;用中国知网所有文献分类目录合并搜索亚健康,可找到5225篇文章;用中国知网硕博学位论文类别合并查询亚健康,可找到695篇论文;用中国知网的中國主要报纸数据查阅亚健康文章,可找到1255条结果。

可见亚健康概念的知识生产之全部过程发生在中国。

有的外国学者认为,亚健康概念的流行,脱胎于中国举国上下对国民素质的高度关注,尤其体现在计划生育政策提倡的人口素质论。笔者反而认为,它的流行,与集体性健康焦虑更为相关。造成集体性健康焦虑的主要原因,是各类不安全感之总和。但首当其冲是环境的污染、食品有害添加剂、医疗费用的上涨、医生职业伦理水准的下滑、生存竞争压力的增大。

当然,人口老龄化的速度、养老负担的加重、交通事故成倍的增加,以及健康期待值的大幅度提高,也起着打造集体性健康焦虑的作用。这种蔓延全国城乡的焦虑,推动着亚健康说法的升级。例如,亚健康已被一部分学者视为医学研究的新视野。一旦成为医学话语的一部分,亚健康被一部分媒体作为报道健康问题的切入点、被一部分企业转化为市场营销的话语、被一部分卫生服务机构作为解释看病难的托词、被一部分政

府部门列为干预公民健康行为的理由,最终被众人视为一种客观存在。

由此可见,集体性健康焦虑早已如同干柴,等待着学界、政府以及盈利组织来点燃。

#### 四、生物权力理论

生物权力理论或学说,起源于学者们对生物政治的关注。换言之,广义生物学知识的建构和运用包括活跃的政治因素。任何有良知的科学家都不会否认,与生物学密切相连的遗传学、优生学、临床医学、体质人类学、人种概念以及社会进化论,在人类历史上曾充当过暴力强权的帮凶。其集大成者,当属纳粹知识分子借用生物学和体质人类学的研究成果,建构“霸主人种”话语,甚至使用人体测量方法,识别雅利安人与非雅利安人的区别,最终以此为依据,采用残酷的手段迫害第三帝国统治下的吉普赛人、残疾人、移民、精神病患者,以及犹太人。<sup>②</sup>

在人类学和社会学研究中,学者们常常使用的生物权力概念,基本来自具有反叛精神的法国学人米歇尔·福柯。尤其在人类学界,福柯的影响之深入,如同人不能离开空气一般。在福柯几乎所有的学术论著中,权力如同幽灵一样到处游荡。为此,人类学家马歇尔·萨林斯感叹而言:“权力、权力,无处不在,符号越变越小;权力、权力,到处可见,思绪无法接招”;萨林斯其实并不讨厌福柯,否则他也不会花费时间撰写《仍然等待福柯》一书。他所不满的是福柯不很注重因果关系,而偏偏强调一大套复杂权力关系的互动。<sup>③</sup>

另一位人类学家——保尔·拉波诺——深知道福柯常常摆脱社会科学的既定术语,习惯另起炉灶,公然藐视大家公认的话语形式。但拉波诺坚定地站在福柯一边,认为人类学的很多既定概念,如时代、文明、文化、社会等理念,几乎等于毫无意义的套话。拉波诺在《法国DNA》一书中特别指出“在社会科学的名义下,大量精力花在将新生事物解释为已有事务所导致的结果。我们太缺乏将新奇的、甚至可能是非凡的新生事物,加以概括归纳的工具。”他继而指出:“对当今世界事务之解释,已不能再归因于某个时代或某一文化制度。”<sup>④</sup>

作为福柯在美国人类学界的灵媒,拉波诺在《法国DNA》一书中讨论了法国政府为什么拒绝

①王育学《亚健康——21世纪健康新概念》,南昌:江西科学技术出版社,2002年。

②Bachrach, Susan and Dieter Kuntz, *Deadly Medicine: Creating the Master Race*, United States Holocaust Memorial Museum, 2004.

③Sahlins, Marshal, *Waiting for Foucault, Still*, Chicago: Prickly Paradigm Press, 2002, p. 20.

④Paul Rabinow, *French DNA*, Chicago: University of Chicago Press, 1999, pp. 180~181.

向美国生物科技公司提供法国人的DNA数据。由于法国人的糖尿病和肥胖病患病率在西方国家为最低,美国人希望从遗传学的角度找到美国人糖尿病和肥胖病高发的原因。在解释法国政府的决定时,拉波诺采用了福柯分析法,不急于找到超过其他因素的首因,而将各类人群和势力的态度及利害关系逐一加以解剖,目的在于解释连锁的、多重的、互动的反应链条,而不是用简单的归因,说明法国政府的决定。但我们知道,法国政府的确屈服于法国学界和媒体的压力,虽然学界和媒体的考虑并非一样。前者基于发现如何共享的考虑,后者更多的基于法国媒体对美国文化的成见。为此,法国政府做了一个基于生物主权的决定。<sup>①</sup>

我们也许仍然想知道,福柯所说的生物权力概念到底指什么。在《性史》第一卷,福柯对生物权力的界定如下:“一套涵盖力量关系的矩阵,将生命和生命的机制纳入明确的演算之中,并以知识型权力作为改变人类生命的动力”。<sup>②</sup>但这句话到底又是什么意思呢?难道利用新型知识改造人类生命有何不妥吗?为此,我们需要了解福柯治学的几个特点。第一,福柯质疑线性历史观念,希望凸显历史的偶然。第二,他高度关注现代权利的运作和社会控制功能。第三,他强调知识以及话语对现代权利的构建。第四,他努力在文字表达中彰显知识、话语、权利的社会空间。第五,他以叛逆者的姿态看待学术和社会问题。在福柯看来,现代权力弥漫于现代社会之中,充斥在监狱制度、教育制度、卫生制度、统计制度、审计制度之中,致使个人的私有空间成为被国家和社会紧紧监视,并不断规范的暴露性空间,致使个人的偏好、身体、行为、思维、乃至于人类的性欲,都成为被规训的对象。

现代权力有别传统权力之处是,现代权力依附的现代科学知识体系。以临床医学为例。在传统历史学家看来,临床医学的诞生,是文艺复兴运动以来解剖学、生物学、病理解剖学的最终结果,即人类理性进步的结果。福柯则否认这种看法。他认为,到18世纪,所有临床医学的理论都已经具备,但是缺乏实践,更重要的是缺乏一套可以将医学知识体系中的“能指”(signifier)变为“所指”(signified),比如,书本描述的肝硬化与病人躯体发生的肝硬化并不一样。在福柯看来,法国大革命前,身居医学院的大专家是医学话语的编制者,但往往讲的是“能指”知识。

福柯还认为,临床医学的立足,源于法国大革命对医学机构的重组,它使得过去由大学教授垄断的医学话语不复存在,同时创造出来一套新的、连接临床实践的医学话语。这一过程源于革命政府的务实精神,依靠老医生带着新医生,将临床教学和临床医学实践紧密地结合到一起。在过去,临床教学发生在大学课堂上,而不是在救死扶伤的第一线。<sup>③</sup>

鉴此,革命的背景和医学话语的转变,才是法国临床医学诞生的机遇。由于临床医学的诞生,法国医生具备了以往没有的社会影响力。以临床医学为依托的医疗机构,开始参与社会控制,包括防止病人中的坏人领取救济、监督食品质量、预防疫情、解析犯罪原因等等。

可惜,福柯对生物权力的关注,并没有引导他撰写出来一部有关预防医学如何诞生的著作。以笔者之见,预防医学比临床医学,更能彰显现代国家以及现代权力的能动性。这是因为,预防医学最重要的标志即以人群为对象,通过疫苗接种、检疫隔离、断绝传染源、垃圾粪便处理、保证水源与食品安全等措施,将个体健康问题上升到公共卫生的高度加以应对。

回顾历史,预防医学形成于19世纪,动力来自于微生物学的突破、免疫学的新发现、流行病学的诞生,以及有识之士对公共卫生理念的积极倡导。尤其是爱德华·琴纳于1798年发现的牛痘疫苗、埃德温·查德维克于1842年开始推动的公共卫生运动、约翰·斯诺在1854年调查霍乱传染源期间使用的流行病方法及路易斯·巴斯德于1880年发现的霍乱菌苗,这些都对现代预防医学的形成起到了至关重要的作用。如能说得更为直白,预防医学为现代国家定义国民整体健康,而不是个体健康。如同现代国家需要统一语言、统一法规、统一教育制度、统一军事力量或统一意识形态的道理一样,预防医学将个体健康问题上升到国家统一层面。

福柯所言的生物权力之诱惑,在以往中国知识分子复兴中国荣耀的梦想之中可见一斑。“五·四”运动的发生,使中国传统文化遭到了全方位的攻击。但在“五·四”运动之前,对西方科学的仰慕之心就已出现。例如,思想家梁启超认为,中国的振兴,需要西医助一臂之力。这是因为,中国在列国竞存中可能会亡国灭种的看法,一直萦绕于梁启超的心头,故而他把政府对医学

①Paul Rabinow, *French DNA*, Chicago: University of Chicago Press, 1999, pp. 180 ~ 181.

②Michel Foucault, *History of Sexuality: The Will to Knowledge*, New York: Penguin, 1998, p. 143.

③[法]福柯《临床医学的诞生》,刘北成译,南京:译林出版社,2011年,第35~38页、第49~52页、第77~95页。

和公共卫生的支持，视为民族救亡的先决条件。<sup>①</sup> 康有为更为大胆地宣称，全新的中国，必须任用受过医学教育的官员监视人民生活。<sup>②</sup> 力推西医的理由，可见陈独秀发表的如下言论：“医不知科学，既不解人身之构造，复不事药性之分析。菌毒传染，更无闻焉”。<sup>③</sup>

在西方或经医学传教士训练过的学生，也自得地深信西医优于中医。1913年，奉行西医的中国大夫敦促政府废除中医。对这种废除呼声的反应，是一场中医自救运动，总算挽救了中医被废除的命运。1929年，对中医持批评态度的余云岫医生，在民国政府中央卫生委员会正式提出“废止中医案”，建议政府只承认当年满20岁的中医行医资格，此后不再接受中医医师注册。这个议案虽然获得一致通过，但引发较大规模的中医集体请愿事件，最终致使提案搁置。如果没有中医抗议运动，我们今天很有可能生活在一个中医被彻底铲除的国度。<sup>④</sup>

在当代中国，以惟科学主义为依托的生物权力，仍然将中医以及少数民族传统医学视为“替代医学”，而所谓的替代医学之说法，无非是说中医以及少数民族传统医学，无法与科学的现代医学媲美，因缺乏与现代医学对话的概念或对比的手段，而必须处在医疗体系的边缘。因而，一些积极倡导使用中医和中药，以及少数民族传统医学的知识分子，试图将传统医学“科学化”，用现代医学的词汇、概念、理论、药物试验手段、统计学原理证明传统医学的功效。但由于话语的不平等、手段的不对应、理论的不匹配，以及人体健康认知基础的天壤之别，这种努力的结果，充其量为现代医学优于传统医学的说法，再次提供一些貌似科学的脚注而已。

有关中医的争执说明，医学中大有政治，而政治一定有权力关系问题。合二为一，即福柯提出的生物权力概念，以及从这一概念衍生出来的生物公民权概念。生物公民权的核心是选择权。而有关健康的选择，有一个文化权威问题。尤其值得指出，人们认同什么样的健康理念、接受什么样的治疗手段或采取什么样的养生之道，是一个文化权威问题，即制度、群体、或机构，通过影响人们的思维方式而影响其行为方式的能力。

文化权威对人的行为方式之左右，源于它有能力影响，甚至塑造人们的知识结构和内容、人们的欲望与需求，以及人们对一种或多种象征符号体系的认同。对文化权威的了解，有助于我们解读公众健康观念与健康行为的关系。

## 五、未预结局理论

未预结局充斥在医学实践之中。从健康教育、高危行为干预、疾病筛查到临床用血、手术或分娩，没有预想到的结果到处可见，而且与医学实践本身密切相关。但我们如何使用“未预结局”理念指导社会医学研究呢？在这里需要首先说明，笔者使用的“未预结局”一词是英文“unintended consequence”一词之翻译。在汉语成语中有“凡事预则立，不预则败”之说法。“预”就是有明确的意图、目标、计划或准备。反过来说，“不预”指没有明确的意图，没有目标、没有计划或没有准备。

考虑到“预”与“不预”的对立，笔者认为“未预结局”一词比较贴切。早在20世纪30年代，美国社会学家罗伯特·默顿就将自己的一篇短文题名为《有意图的社会行动之非预料结局》。<sup>⑤</sup> 在这篇短小精辟的文章中，默顿讨论了“总想行善、却又总是作恶的力量”。默顿在此有意颠倒《浮士德》中那位魔鬼标榜自己的一句话“我总是作恶、却又总想行善。”默顿之所以将此话颠倒的原因在于，使用一个正好相反的结果说明未预结局，大有节外生枝的特质。他认为这种特质在目标明确的社会行动中有以下五个成因：

有限认知——人们不可能预先知道所有变数，因而对可能出现的结果分析不到位。

判断失误——人们可能根据以往认知或习惯，因而做出对目前或未来的错误分析。

急迫利益——人们可能出于个体或机构的利益考虑，因而无视很可能出现的问题。

价值取向——人们可能用某一价值取向定位行动，而最终结果却与价值取向相反。

预言作用——人们可能会预言某一行动的负面结果，而预言恰恰促成负面的结果。<sup>⑥</sup>

如果前三种成因非常容易理解的话，后两种

①Ralph Croizier, *Traditional Medicine in Modern China*, Cambridge: Harvard University Press, 1968.

②郭颖颐《中国近代思想史上的唯科学主义》，南京：江苏人民出版社，1989年，第54页。

③转引自郭颖颐《中国近代思想史上的唯科学主义》，南京：江苏人民出版社，1989年，第54页。这段文字最早出现在《敬告青年》一文，刊载于1915年9月15日《青年杂志》，第1卷，第1号。

④黄顺基《从现代科学技术看中医存废之争》，《辽东学院学报》（社会科学版）2007年第3期。

⑤Merton, K. Robert, "The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action", *Sociological Ambivalence and Other Essays*, 1976, New York: Free Press, pp. 145 ~ 155.

⑥Elster, Jon, "Merton's Functionalism and the Unintended Consequences of Action", in Jon Clark, Celia Modgil and Sohan Modgil, eds., *Robert Merton: Consensus and Controversy*, London New York: Falmer Press, pp. 129 ~ 135.



也许需要一些解释。例如，立法人士可能出于价值观念的考虑，惟恐人们在互联网寻找色情刺激，因而促成政府采取严密的网络监控措施，结果是，不但色情内容在互联网被禁，而且网速大大降低，致使人们通过互联网获得其他信息的通道严重受阻。又如，有些老师为了教育学生，经常使用标签化方式，预言不好好读书的学生，将来必然出现这类或那类问题，其目的原本是鼓励学生努力读书，但常常使部分学生出现破罐破摔的想法，甚至导致最初的预言，逐步真的变为老师原本不愿意见到的结果。

让我们以中国公民的抗生素依赖以及医务人员对抗生素的滥用为例。

英国细菌学家亚历山大·弗莱明在1928年发明盘尼西林。从此，各类抗生素的出现挽救了无数生命。在很长时间内，西方国家限制中国进口抗生素，中国必须依靠自己的力量生产，从而逐步变为抗生素生产大国。在中国，最为人们熟知的抗生素当属青霉素，即盘尼西林。说起青霉素在中国的历史，我们要提到三位科学家：樊庆笙、汤飞凡、童村。

樊庆笙在1940年由金陵大学选送去美国威斯康星大学留学，主攻微生物学。1944年回国时，他带着3支盘尼西林菌种赶赴设在昆明的一个医疗机构。在昆明，他结识了中央卫生署防疫处处长汤飞凡。作为具有政治抱负的病毒学家，汤飞凡正领导研究小组，利用从印度弄来的两支盘尼西林菌株研制可以注射的制剂。相识后，两人将5支盘尼西林菌株合在一起，研制出第一批瓶装制剂。抗日战争胜利后，樊庆笙遇到在美国留学时已认识的微生物学家童村。两人决定为盘尼西林起一个中国名字。他们认为，中国人得到的盘尼西林菌株呈青黄色，可用“青”字标志。由于战乱，青霉素在中国的工业化生产未能实现。中华人民共和国成立不久，樊庆笙在昆明结识的童村先生，受命担任华东人民制药公司青霉素实验所所长。经过10多年的努力，童村与同事一起解决了青霉素发酵、分离、提纯、结晶等问题，最终于1951年3月试制成功青霉素钾盐结晶。1953年5月1日，专门生产抗生素的工厂在上海开工。<sup>①</sup>

能够成批生产青霉素之后，中国大批生产过的其他抗生素，包括普通民众熟知的磺胺素、链霉素、氯霉素、四环素、万古霉素。

在传染病横行的年代，抗生素即灵丹妙药。但改革开放之后，医疗制度的商品化程度不断提高，抗生素的滥用问题也变得日益严重，结果之一是，医源性耐药菌株的严重性已经达到触目惊心的地步，甚至部分婴儿出生后，立即对一半以上的抗生素有耐药反映。如果不能抑制，抗生素的滥用，势必将意味着抗生素时代在中国的结束。耐药性肺结核即为一个生动的事例。

中国疾病预防控制中心于2012年6月，在《新英格兰医学杂志》发表一篇讨论耐药性肺结核的文章，其基础是中国卫生部门首次针对耐药性肺结核展开的全国性调查。调查对象为4000名肺结核患者，其中新发病例占三分之一。在过去已经接受过治疗的肺结核患者中，一半出现耐药性问题，四分之一受到多重耐药霉菌的困扰。在多重耐药患者中，近一成出现“大面积耐药问题”。所谓“大面积耐药”指患者同时对四种抗生素——利福平、异烟肼、氧氟沙星、卡那霉素——均有耐药反应。如此严重的耐药性肺结核几乎不能治愈。如果坚持医治，时间少则几年，合计药费至少10万，住院费用则更高。虽然新发病例中也有多重耐药问题，但目前中国的大多数医院很少为肺结核患者做耐药反应检查，因而继续让患者使用早已出现耐药反应的抗生素。这一问题使得多重耐药结核菌的传播无法得到控制。所以，国家人口在占全球人口五分之一之际，中国却占全球耐药性肺结核患者总数的四分之一。<sup>②</sup>

究其原因，抗生素在中国的耐药问题可以追至五个源头。

一是医生和医院。这是因为合理使用抗生素的意识和能力在医生中低下。另外，在经济利益的驱动下，部分医生不断给患者开出不需要的高档抗生素，从而加速耐药病菌的繁衍。

二是患者和家属。由于迷信抗生素，部分患者或家属在医院经常点名要求使用抗生素。例如，免疫功能正常者患感冒时，不需要抗生素，因为抗生素杀死病菌，却不能杀灭病毒。但一些患者或患者家属主动要求使用抗生素的现象，在诊所或医院经常能见。我们还知道，很多家庭将没有服用的药品打包保存，以备后用，其中很多药片是抗生素。

三是食品产销。由于在鸡鸭饲料中掺杂抗生素，或在在鱼塘底部施撒喹诺酮类抗生素的问题

①青宁生 《我国农业微生物学之主要奠基人——樊庆笙》，《微生物学报》2011年第4期；青宁生 《我国抗生素事业的先驱——童村》，《微生物学报》2008年第10期。

②Zhao, Yanlin, et al., "National Survey of Drug - Resistant Tuberculosis in China", *New England Journal of Medicine*, vol. 366, 2012, pp. 2161 ~ 2170.



时而发生，并在销售环节难以发现，所以导致家禽或鱼类身体内残留的抗生素转移到人体，同时还导致家禽产生的抗生素耐药菌传播给人类。这种从动物传到人类的传染，尚需更多的研究，但发现恐怕只能让人寒心，不是感到意外。

四是药厂和代理公司。在很多国家，抗生素药品不允许打广告。而在中国，药品企业一度曾经可以任意地在大众媒体大肆刊播抗生素广告，夸大治疗作用，误导消费人群。同时，药物公司的代理遍布全国城乡，仍然可以直接对医院或诊所兜售抗生素。

五是国家政策和政府监管。在西方国家封锁下，中国政府决定建立中国自己的药品工业，尤其希望普通公民也能享受抗生素的奇妙。“文革”期间，在送医上门送药下乡以及建立赤脚医生队伍的国家政策指导之下，抗生素经国家派到乡下的城市医生，以及 100 多万赤脚医生，从城市迅速遍布农村。改革开放之后，抗生素广告铺天盖地，直到 2001 年才被国家禁止。

在中国抗生素滥用的历史过程中，医院和医生的责任紧紧地与有限的认知、错误的判断以及急迫的利益驱动连在一起。患者和家属的责任也在于，错误的认知与自身利益的结合。而药物公司和食品生产单位的责任主要在于，对商业利益最大化的急迫追求。政府的责任，可以用默顿所说的，价值取向以及预言作用加以概括。具体解释如下。

在“文革”期间，为人民服务的口号响彻神州大地。受极“左”思潮的干扰，农村医疗政策进行调整，制订了以赤脚医生队伍为核心的政策。由上海中医学院等单位集体编著的《赤脚医生手册》，于 1969 年出版。这本深紫色塑料皮封面的医学手册风靡全国，发行量仅次于《毛主席语录》。该书所列的常用西药包括抗生素。

另外，既然毛主席已指出中国传统医药学是一个伟大的宝库，可以发掘出来大大地造福于广大群众，赤脚医生必须按照伟大领袖的指示精神，学会自种、自采、自制各类中草药。

但在医学实践中，伟大领袖有关传统医学为医药宝库的预言，虽然推动了乡土医生对中草药的利用，然而在遇到疑难病症或急诊病人时，西药仍占统治地位。青霉素被视为万能药的普遍现象即为例证。我们还应该知道，西药的处方权，

在“文革”时期下放到仅仅经过短期培训的赤脚医生手中，所以据一位赤脚医生当时投信反映“有些公社卫生院和个别大队，虽然也采集了不少中草药，可是放着不用，治病时还是光开西药，动不动就是几大素。”<sup>①</sup> 这位乡村医生所说动不动就使用的“几大素”，就是各类抗生素，当时的流行名称为“消炎素”。

改革开放后，中国制造业的能力大幅度提高，抗生素生产量也快速加大。目前先后上市的抗生素有 10 余类 300 余种，临床治疗感染性疾病的常用抗生素达 153 种。<sup>②</sup> 因行业潜规则影响医生的合理使用抗生素，中国真正需要抗生素的患者不到 20%。<sup>③</sup>

抗生素滥用的最终代价，是每年几万中国公民的死亡。据统计，中国每年有 8 万人直接或间接死于抗生素滥用，由此造成的肌体损伤，以及病菌耐药性，更是无法估量。<sup>④</sup>

## 六、结 语

上述讨论说明，社会理论即为在实证经验的基础上研究和解释社会现象的分析框架。作为社会科学家的工具，社会理论既强调对社会结构的分析，同时注重人们的主体性。在过去 30 ~ 40 年，社会理论越来越关心主体性问题，因而对基于理性选择及社会结构的各种决定论加以了质疑。尤其在女权主义思潮、后结构主义反思、酷儿理论、后现代主义，以及后殖民主义学说的影响下，社会理论的发展出现了百花齐放的局面。

所以，本文提出讨论的社会理论，属于四种实证型的社会理论。如用另外一种方式表达，医学人类学研究的理论视角是多元的，而不仅仅限于本文所讨论的四种社会理论。例如，医学社会研究，完全可以将女权主义思潮影响下的社会性别理论纳入研究的设计和实施之中。

尽管如此，笔者认为，本文提出讨论的四种社会理论，与人类学对健康问题的研究有着密不可分关联，可以有针对性地将社会不平等、医学知识建构问题、镶嵌在现代医学中的权力关系问题，以及医学干预的未预结局中清晰地展示出来。

(责任编辑 陈 斌)

①梁兆松 《要充分利用中草药》，《赤脚医生杂志》1973 年第 2 期。

②曾化松 《抗生素滥用的现状及应对策略》，《中国卫生事业管理》2012 年第 5 期。

③李学菊 《抗生素滥用后果分析》，《临床合理用药》2012 年第 4 (B) 期。

④刘玉平 《抗生素滥用的危害及防范》，《中外医疗》2012 年第 1 期。