

# 在人类学“田野”中反思精神医学

李荣荣

**摘要：**人类学相关研究可以用来增进对精神健康及现代生物精神医学的理解。不论是重视疾痛叙事与主体经验，还是探讨医生对疾病的认知及其医疗技艺的形成；不论是挖掘精神苦痛的社会根源，还是将研究视线从疾痛延伸至照护；人类学研究在揭示精神苦痛真实存在的同时，反思了生物精神医学忽视疾病背后的生活世界与社会脉络的医学化单一思维。在以全部人口为关注对象的社会精神医学渐趋显现的今天，人类学研究既可为现代人理解精神健康提供一种有别于生物精神医学病理化表述的深厚叙事，又能以其在医疗现场展开的、关注个体经验的研究，丰富和修正将精神疾病完全视为社会建构的强烈建构论。回顾人类学相关研究有助于我们在更宽广的语境中理解精神苦痛作为身体事实、医学事实、社会事实与历史事实的多重维度。

**关键词：**精神医学 精神苦痛 医学化 社会精神医学

作者李荣荣，中国社会科学院社会学研究所副研究员（北京 100732）。

## 引言

精神健康不仅是构成个体生命经验的私人话题，也是当前引起广泛关注的社会议题。在这样的语境中，精神医学作为抚慰人们身心苦痛的一种重要途径，重要性日益彰显。此时，我们尤其需要医学之外的视角对之加以检视以深化对它的认识。近几年，国内学者开始梳理与精神健康、精神医学相关的社会学研究，如回顾当代美国心理健康社会学的研究脉络与争论要点，<sup>①</sup>探讨精神卫生领域的变迁历程及公共性问题，<sup>②</sup>本文尝试通过梳理人类学经验研究来增进相关理解。事实上，精神医学界认为精神医学的生理基础是神经科学，心理基础则与心理学、社会学、人类学等学科密切相关。<sup>③</sup>那么，来自这些学科的讨论也将有助于精神医学自身的发展与完善。

在进入人类学研究之前，下文先简要回顾精神医学在当代的发展演变及其曾经面临的批判与争议，以此作为理解人类学相关研究的背景信息。随后，文章将主要从关注患者的疾痛叙事与主体经验、挖掘精神苦痛的社会根源、分析与精神苦痛相伴而来的照护及其公共性、探究医生对疾病的认知及诊疗技艺的形成过程、揭示医学实践天然蕴含的道德维度等不同角度出发，

① 梁樱：《心理健康的社会学视角——心理健康社会学综述》，《社会学研究》2013年第2期。

② 杨程：《“反精神医学”的谱系：精神卫生公共性的历史及其启示》，《社会》2014年第2期。

③ 陆林主编：《沈渔邨精神病学》，北京：人民卫生出版社，2021年，第1页。

来理解人类学观照精神医学的具体思路。后文将这些不同角度的研究简单归类为从患者经验切入的研究与从医生经验切入的研究，但这仅是出于叙述清晰的考虑，医患双方在诊疗实践中事实上是联系在一起的。文章希望通过这些梳理来表明，人类学研究既批判了将本身具有社会、文化与政治内涵的精神苦痛简化为生物医学范畴的还原论思维，也有别于社会理论聚焦抽象思想体系而忽略具体生命的做法。同时，人类学研究对精神医学的近距离考察使其在反思生物精神医学还原论思维时未落入以社会结构解释取消医学主张的强建构论视角。总之，在生物精神医学“见病不见人”的还原论思维与“反精神医学”思潮认为精神疾病不存在的强建构论视角之间，重视在诊疗现场或疗愈经验中进行讨论的人类学研究起到了某种“平衡”作用。换言之，人类学研究可以避免二者在各自的方向上走得太远。最终，精神苦痛作为身体事实、医学事实、社会事实和历史事实的多重存在在人类学研究中能够得到较为充分的呈现与反思。

## 一、现代精神医学：发展与争议

### （一）生物精神医学的兴起

精神医学是研究精神疾病的病因、发病机制、临床表现、发展规律、治疗、预防及康复的一门临床医学。<sup>①</sup> 19 世纪初，作为一门学科的精神医学开始出现。在经历了一段漫长曲折的发展变化，并见证了弗洛伊德精神分析及相关心理治疗的流行和退隐之后，精神医学领域自 20 世纪 50 年代以来发生了巨大变革。首先，抗精神病药物氯丙嗪、抗抑郁药异丙烟肼和米帕明相继出现，促进了精神分裂症多巴胺假说和抑郁症单胺能假说的建立，由此奠定了现代生物精神医学的理论基础。随后，分子遗传学和神经影像学技术的运用，又进一步促进了生物精神医学的兴盛。<sup>②</sup> 近几年，西方国家与中国提出的“脑计划”更是为生物精神医学的未来发展指出了方向，从分子生物学探索精神疾病的病因将会是未来研究的重点。<sup>③</sup> 简言之，今天的精神医学越来越植根于生物医学模式与科学模式，一方面摒弃了视精神疾病为心灵结果的精神分析观点，转向从遗传学和大脑生物学角度寻找病因；另一方面则以精神药理学为疗法基础，以药物为主要治疗方式。

生物精神医学的发展为缓解人们的精神苦痛提供了重要途径，无数人在精神药物的帮助下告别了抑郁、焦虑、强迫、幻听、幻觉等诸多问题，甚至因此而摆脱了可能发生生命悲剧。当然，今天的生物精神医学尚未完全理解精神疾病的病因机制，其诊断与治疗仍然是以症状而非病因为依据。不过，尽管精神医学仍然存在诸多不足，其回归生物学思想，应用系统和科学的方法治疗精神疾病，仍被视为是科学的胜利。<sup>④</sup>

### （二）精神医学面临的争议及批判

当生物精神医学高举科学旗帜一路前行时，反思与批判的声音便不断出现。如医学社会史

① 陆林主编：《沈渔邨精神病学》，第 1 页。

② 陆林主编：《沈渔邨精神病学》，第 1 页。

③ 陆林主编：《沈渔邨精神病学》，第 6 页。

④ 参见爱德华·肖特：《精神病学史——从收容院到百忧解》，韩健平等译，上海：上海世纪出版集团，2017 年，第 8、9、14 页。在肖特看来，尽管精神病学的确如人们所批评的那样试图行使规定何为“癫狂”的权力，并且患者如何经历病症以及社会如何赋予病症意义也的确受文化习俗的影响，但确实存在着精神疾病这样一种东西。它是一种独立于性别和阶级习俗的实体，并且这种实体可以被勘察、被理解、被科学地治疗。

学者安德鲁·斯卡尔就认为,历史不甚久远的现代精神医学只是人类社会对待疯狂的一种方式。将大脑视为非社会或前社会的器官,并试图从大脑中寻找造成精神疾病的原因,将如同等待戈多一样漫长且无结果。<sup>①</sup>此外,也有批评声音指向生物精神医学在全球的扩张:如大幅扩展的诊断界定将数量上前所未有的成人与儿童纳入精神疾病范畴,作为标准照护方式的药物治疗增加了他们成为慢性病患的可能,最终我们迎来了精神疾病的大流行。<sup>②</sup>又如美国生物医学模式的解释与治疗抹平了不同文化对于心理痛苦的表达差异,原本多样的疗愈形式以及独特的心理保健文化在美式标准下变得不断扁平化。<sup>③</sup>

其实,在现代生物精神医学初露端倪时,对精神医学(包括历史上的精神医学)的严厉拷问就已出现。20世纪50—70年代,既是精神医学开始转向生物精神医学的初期,恰好也是精神医学陷入危机的时期。当时,精神医学领域内部就出现了不少批判声音,如精神分析学家托马斯·萨斯曾指出精神疾病不是一种切实之“物”,或者说不是一种客体对象。<sup>④</sup>在萨斯看来,“精神疾病”这种说法本身就是一种隐喻,至于“精神医学”关乎的也是道德与政治而非医学事业。<sup>⑤</sup>那一时期拍摄的好莱坞经典电影《飞越疯人院》也对精神医学曾经使用过的、让人不寒而栗的“前脑叶白质切除术”以及精神病院的暴力性、管控性做了生动诠释。电影是虚构的,但无疑也是社会思潮在大众文化层面的一种生动反映。

实际上,当时的西方社会掀起了一股挑战与解构传统精神医学的“反精神医学”思潮。总的来说,该思潮强调跳出传统精神医学的窠臼来揭示精神疾病的实质及其社会后果。或者说,该思潮强调的是“精神症状”的社会根源以及精神卫生实质上是一个社会政治问题。<sup>⑥</sup>确实,在“反精神医学”思潮背后就存在着深厚的社会理论基础,而戈夫曼与福柯的研究便是其中的代表。

戈夫曼曾于1955—1956年间在华盛顿特区伊丽莎白医院进行实地调查,在其著作《精神病院》中,他将这家收容了数千名精神病患的医院视为“全控机构”的代表。在尤为重视“由各种琐碎的偶发事件所串起的日常生活”的戈夫曼看来,“全控机构”瓦解了现代社会不同领域间的疆界,使得被收容者不得不与其过去的自我角色发生断裂,并在一种被监控的状态下重新塑造其角色与自我。即便被收容者自愿接受精神病院的“修剪”或“编程”,即便精神病院的管理本身可能是为了被收容者的福祉着想,自我的贬损都实实在在地发生了。在“全控机构”待较长一段时间之后,被收容者很有可能丧失了在外面世界生活的技能;打上了“精神病人”标签也可能令其蒙受社会的区别对待。最终,精神疾病就是被机构塑造的一种标签化的结果。<sup>⑦</sup>

如果说戈夫曼是自下而上地关注特定机构或制度内人与人之间的日常互动,与之形成互补的福柯的考古学研究则是自上而下地关注抽象“思想体系”。<sup>⑧</sup>福柯关于疯癫的谱系学研究揭示

① 参见安德鲁·斯卡尔:《文明中的疯癫——一部关于精神错乱的文化史》,经雷译,北京:社会科学文献出版社,2020年。

② 参见罗伯特·惠特克:《精神病大流行——历史、统计数字,用药与患者》,王湘玮、廖伟翔译,新北:左岸文化,2016年。

③ 参见伊森·沃特斯:《像我们一样疯狂——美式心理疾病的全球化》,黄晓楠译,北京:北京师范大学出版社,2016年。

④ Thomas Szasz, “The Myth of Mental Illness,” *American Psychologist*, vol. 15, 1960, pp. 113-118.

⑤ Thomas Szasz, *The Medicalization of Everyday Life*, New York: Syracuse University Press, 2007.

⑥ 杨程:《“反精神医学”的谱系:精神卫生公共性的历史及其启示》,《社会》2014年第2期。

⑦ 参见厄文·高夫曼:《精神病院》,群学翻译工作室译,台北:群学出版有限公司,2012年。

⑧ Ian Hacking, “Between Michel Foucault and Erving Goffman: Between Discourse in the Abstract and Face-to-Face Interaction,” *Economy and Society*, vol. 33, no. 3, 2004, pp. 277-302.

出疯癫不是一种自然现象，而是权力—知识捕获、禁闭、展示、治疗、压制并最终制造的产物。当疯癫最终被归结为一种精神疾病以及精神病院诞生时，医疗实践不过是代表秩序、权威与惩罚的道德实践。<sup>①</sup> 随后，福柯继续从精神医学鉴定切入揭示了以“不正常的人”为对象、既治疗又惩罚的医学—司法连续体的出现，并由此展开对规范化权力技术的谱系学研究。<sup>②</sup> 概言之，精神—心理领域成为福柯剖析权力—知识如何塑造现代主体的一个重要场所。福柯的洞见对社会理论批判现代性及各种权力配置的不言自明产生了深远影响，也成为“反精神医学”思潮及精神疾病建构论中的重要思想源泉。

戈夫曼与福柯的研究深刻影响“反精神医学”思潮时，精神医学尚未完全显露出今天这样向生物医学、神经科学深度靠拢的走向。当尼古拉斯·罗斯进行批判时，“反精神医学”思潮已经落幕，其批判矛头开始明确指向将精神疾病归因于大脑内的某种化学失衡的生物精神医学模式。受福柯影响，罗斯较为关注精神科学及学科（psy sciences and disciplines）的知识与技术对形塑“自我体制”（regime of self）、构造“可治理的主体”的过程中发挥的关键作用。<sup>③</sup> 在将精神科学及相关的专家知识视为一种治理自我的装置时，罗斯犀利地捕捉到了生物精神医学兴盛现象背后的一种深刻变化，即现代人自我认同的基础发生了改变：人们越来越认为自我是由生理因素所决定。换句话说，一度被认为是“心灵”表现的各种心理问题如今无非是大脑内某种化学失衡的后果。最终，某种“神经化学自我”以及支撑它的新的真理话语及真理技术开始出现。<sup>④</sup>

总之，围绕精神医学的社会理论批判不曾停歇，这些批判为我们理解精神医学提供了深刻洞见。不过，具体个体的精神苦痛，以及精神医学本身如何作用于个体、个体如何回应精神医学实践在这些批判声音中似乎并未得到充分观照。庆幸的是，人类学研究补足了这里缺失的内容。

## 二、人类学的路径

人类学研究始终未曾忽视社会理论的批判性洞见，对于将精神医学知识视为不言自明之科学的做法亦始终保持警惕。不过，在医疗现场展开田野调查的人类学研究更多是在关注具体经验的基础上推进社会理论的抽象批判。下文分别从侧重患者经验与侧重医生经验的研究来说明。

### （一）从患者经验切入：疾痛叙事、苦痛根源与照护实践

赋予患者的疾痛叙事及主体经验以重要地位，是人类学研究挖掘精神症状的深刻内涵的关键步骤。在人类学看来，诠释患者的疾痛叙事本应是医生的核心工作，遗憾的是现代医学系统将其边缘化了。疾痛叙事之所以重要，在于它既能阐明围绕着疾痛而出现的实践与经验，又能将具体的人及其生命史而不仅是生物医学意义上的病理带到诊治中。换言之，患者的疾痛叙事清楚地揭示出

① 参见迈克尔·福柯：《疯癫与文明：理性时代的疯癫史》，刘北成、杨远婴译，北京：三联书店，1999年。

② 参见迈克尔·福柯：《不正常的人》，钱翰译，上海：上海人民出版社，2018年。

③ 罗斯将精神医学、心理学、精神分析、心理治疗等都归拢为精神科学与学科。Nikolas Rose, *Inventing Our Selves: Psychology, Power and Personhood*, Cambridge: Cambridge University Press, 1998; Nikolas Rose, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London, Free Association Books, 1999.

④ 尼古拉斯·罗斯：《生命本身的政治——21世纪的生物医学、权力和主体性》，尹晶译，北京：北京大学出版社，2014年，第223—267页。

疾病不仅发生在身体之内，更坐落于生活之中。<sup>①</sup>即便是那些看似混乱、松散、跳跃、与现实脱节的述说和经验，在人类学研究者看来都有可能蕴藏着重要意义。举例来看：

林淑蓉指出，被精神医学视为“错误知觉”的幻觉实际上是患者诠释个人的患病历程，以及理解自我与生活世界的一种重要途径。唯有将患者的感官经验与妄想内容置于日常生活的脉络中，方能理解其意欲传递的信息；同时这也有助于深入理解疾病形成的原因，以及社会文化因素如何影响患者的自我建构。<sup>②</sup>李舒中的研究呼应了林淑蓉的观点。其研究中讨论到的一位精神分裂症患者的临床表现包括被害妄想与宗教妄想及幻听等症状。但人类学者回顾这位患者的生命与疾病历程后发现，这位患者从小在农村贫苦生活中长大，尽管家族内部有精神疾病遗传史，但患病的他始终未能得到家庭支持。多年游走于地方庙宇的经历使他习得了信仰知识并获得了一定庇护。与此同时，作为长子，他一直坚信自身具有维系家族绵延的义务。最后，在遭遇亲人过世与离婚等压力事件后，他濒于崩溃并被医院收治。总之，看似怪异或毫无意义的症状其实可能与患者复杂的主体经验有关，只是生物精神医学将其化约为了“异常”的客体。李舒中正是在此意义上指出，“当代精神医疗透过对于精神症状的选择性认识、命名与建构，塑造一种独特的病症主体。然而，这种主体与病患本身的主体性之间，存在着无法跨越的鸿沟”。<sup>③</sup>

重视疾病叙事与主体经验的人类学研究也讨论了现代医学所说的患者依从性问题。如蔡友月的研究从精神失序者不遵医嘱的现象切入，指出患者遵医嘱与疾病复原之间并不必然存在因果关系，不遵医嘱也并不必然是一种需要矫正的偏差行为。实际上，一旦进入精神失序者的生活世界便能发现，不遵医嘱不仅与现代医疗科层体系下医患沟通流程及模式有关，也与何谓疾病、健康与疗愈不存在单一定义和理解有关。例如，对于生活在中国台湾地区偏远小岛上、以捕鱼和耕种为生、有着恶灵世界观的达悟人来说，出现幻听或幻觉都不是“病”——只要还能劳动就是“正常”。而一旦服药、打针的副作用影响了劳动和日常生活节奏，达悟人就很难再遵医嘱。人类学研究正是由此揭示出，现代精神医学对特殊社会文化与生活脉络的忽视，恰好暴露了其在制度、组织及知识上的限制与盲点。<sup>④</sup>马志莹的研究则叙述了精神分裂症住院患者及其家人诉诸佛教、传统中医等资源来抵制现代生物医学的药物化处理方式的故事。其研究表明，现代精神医学在当代中国并未完全取代关于精神疾病的其他解释及治疗实践，人们在部分接受现代精神医学治疗的同时，也从其他资源中寻找替代性疗愈途径以及塑造自我的资源。<sup>⑤</sup>

① Byron Good, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge: Cambridge University Press, 1994, p. 133; Linda C. Garro and Cheryl Mattingly, "Narrative as Construct and Construction," in Cheryl Mattingly and Linda C. Garro, eds., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley: University of California Press, 2000, pp. 1-49; 阿瑟·克莱曼：《疾病的故事：苦难、治愈与人的境况》，方筱丽译，上海：上海译文出版社，2010年，第277页。

② 林淑蓉：《身体、意象与变异的自我感——精神分裂症患者的主体经验》，蔡友月、陈嘉新编：《不正常的人？——台湾精神医学与现代性的治理》，新北：联经出版，2018年，第167—210页。

③ 李舒中：《妄想、主体性与精神病房：思觉失调（精神分裂）的临床民族志研究》，蔡友月、陈嘉新编：《不正常的人？——台湾精神医学与现代性的治理》，第211—256页。

④ 蔡友月、陈嘉新编：《不正常的人？——台湾精神医学与现代性的治理》，第22—78页。

⑤ Ma Zhiying, "Psychiatric Subjectivity and Cultural Resistance: Experience and Explanations of Schizophrenia in Contemporary China," in Andrew B. Kipnis, *Chinese Modernity and the Individual Psyche*, New York: Palgrave Macmillan, 2012.

20世纪90年代以来,从苦痛(suffering)视角出发的人类学讨论逐渐多起来。<sup>①</sup>在关注苦痛的研究者看来,医学与政治、道德之间有着不可分割的关联,疾病、抑郁、创伤等苦痛问题,均须置于宽广的社会历史语境中方能获得理解。在此,从苦痛的角度切入,聚焦不同诊断名称背后的苦痛实质,也是人类学研究超越医学化、病理化处理的一种方式。例如,凯博文曾指出,罹患同一种疾病时,处于不同社会、文化、历史环境及个人状况中的人可能有不同的疾痛体验。例如中国患者和医生倾向于从身体症状,也即“神经衰弱”而非“抑郁症”来解释内心苦痛。但不论是“神经衰弱”还是“抑郁症”,都应该被理解为一种文化概念,或被看作一种社会建构的临床现实。<sup>②</sup>这里的关键在于,不少患者的症状在接受精神科药物治疗与心理治疗后得到减轻,但由于造成这些疾痛的社会境遇并未改变,故这些患者未必真正走出了疾痛。凯博文由此进一步指出,不论是躯体化的解释还是心理学化的解释,都只看到了苦痛的部分轮廓。换言之,这两种解释都是在对交织了社会、政治、道德因素的苦痛问题进行医学化或病理化处理,并在这种处理过程中取消了苦痛的道德内涵。<sup>③</sup>对于这种关注苦痛之社会根源的研究,拜伦·古德(Byron Good)曾指出,这既体现了医学人类学中解释路径对疾痛意义的“深描”,又不失批判路径对存在于生死细微处的社会政治、权力关系的批判。<sup>④</sup>

医疗所涉及的不仅是诊断与治疗,亦是与之携手而来的照护。凯博文夫妻在揭示关于苦痛的各种医学化、病理化处理导致了“经验的变形”时就曾指出,倘若只是简单聚焦于个体患者而忽视其照护者的照护实践,就会稀释苦痛所指向的那种稠密的道德经验。<sup>⑤</sup>这也恰如凯博文本人的亲身经验所呈现的那样,苦痛犹如一张网,把疾痛中的个体与其具有亲密关系的他人连接了起来。<sup>⑥</sup>事实上,在反思医学化、病理化及药疗化的基础上,从不同角度出发对作为某种关系实践、道德实践的照护实践展开讨论,也是人类学探讨精神医学与精神疾病时浮现出的一种思路。例如朱剑峰曾聚焦重度精神疾病患者的照护实践,并对既有“控制”内涵又有“照护”内涵的“管”的政治文化在国家、社会、家庭三个层面的不同具体表现做了细致分析。<sup>⑦</sup>朱欧·毕尤(João Biehl)则在沉入个体生命史的基础上,对巴西社会公共健康照护系统改革遭遇新自由

① Cheryl Mattingly and Jason Throop, “The Anthropology of Ethics and Morality,” *Annual Review of Anthropology*, vol. 47, 2018, pp. 475-492; Arthur Kleinman and Joan Kleinman, “The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times,” in Kleinman, Arthur, Veena Das and Margaret Lock, eds., *Social Suffering*, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1997.

② 换言之,“抑郁症”不仅是生物精神医学所处理的某种疾病实体或自在之物,还带有历史、社会及经济的建构成分。日本人类学家北中淳子曾考察日本传统医学所界定的“郁证”,到现代精神医学所定义的“抑郁症”的变化历程,这也为我们的理解提供了一种案例。参见北中淳子:《郁之病》,王文基、巫毓荃主编:《精神科学与近代东亚》,新北:联经出版,2018年,第59—87页。

③ Arthur Kleinman, “Culture and Depression,” *New England Journal of Medicine*, vol. 2, 2004; 凯博文:《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,2008年;阿瑟·克莱曼:《疾痛的故事:苦难、治愈与人的境况》,第117—141页。

④ 古德指出,医学人类学中的解释路径以意义为中心,关注的重心是文化与疾痛的关系;批判路径则关注政治经济力量对地方性健康状况与医学制度的影响,试图在分析疾痛表述与医学知识时引入批判的或新马克思主义的视角。参见Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, pp. 52, 56, 59, 193 注释 37。

⑤ Arthur Kleinman and Joan Kleinman, “The Appeal of Experience; The Dismay of Images: Cultural Appropriations of Suffering in Our Times,” p. 14.

⑥ 参见凯博文:《照护——哈佛医师和阿尔兹海默病妻子的十年》,北京:中信出版集团,2020年。

⑦ 参见朱剑峰:《医学人类学十二论》,上海:上海教育出版社,2021年。

主义拆解的过程及其后果做了深刻批判。在其触动人心的民族志中可以看到，当国家压缩医疗照护基础设施的建设资金，将照护重担转移到照护资源与能力匮乏的社区与家庭身上，并以药物治疗作为根本照护方式时，困于身心苦痛且得不到正确诊治的个体在各种人际关系、家庭事件与体制环境的共谋下，被视为缺乏生产力的多余成员或是“不值得治理的身体”，进而被遗弃在所谓的生命疗养院里自生自灭。<sup>①</sup>

总之，以患者为对象的人类学研究重视疾痛叙事与主体经验，并将疾病背后的生活世界、苦痛的社会性以及对待苦痛的照护需求等议题都带到了医学视野之中。人类学研究反对放之四海而皆准的诊断与治疗标准，并重在指出现代精神医学对于精神疾病的解释与治疗很可能忽略了患者的主体经验，以及疾痛与疗愈背后的社会文化脉络乃至政治经济原因。换言之，在人类学看来，医学将其治疗对象简化为了没有历史背景的、不受时间影响的、非社会性的医学化身体。<sup>②</sup> 当我们发现疾病不仅位于生物身体之内，更嵌入在生活世界与社会历史脉络之中时，人类学关于精神医学的讨论便显出了意义。

当然，在此也可看到，人类学的多重反思的意图更多是反对“见病不见人”的还原论思维，而不以取消或否认精神疾痛本身的真实存在为目的。探讨关于精神疾病的社会与文化建构性，为的是更透彻地理解疾病的出现及其治疗是如何嵌入在特定语境之中，而不是为了取消精神医学的合法性。景军就曾对“用社会学解释去替换甚至排除关于（精神）病症的医学主张”的社会病理学叙事提出批评。<sup>③</sup> 后文将要提到的谭亚·鲁尔曼（Tanya Marie Luhmann）也指出，将精神疾病视为社会对“越轨行为”的一种命名忽略了人们承受的苦痛，实则是一种“错置的自由主义”。<sup>④</sup> 可以说，在相当程度上，正是因为研究者怀着“沉入日常”的信念，重视聆听患者的疾痛叙事并理解他们的具身经验、自我认知与生命史，才使得人类学在没有“天真”地信奉精神医学为“科学”的同时，也未止步于“反精神医学”所形塑的强烈建构论路径。

## （二）从医生经验切入：知识建构、治疗模式与结构影响

考察现代生物医学的形成过程，包括它如何建构、阐释医学对象，乃是从内部对其加以拆解剖析的一种关键步骤，如福柯的“考古学”研究就曾对医学话语如何生产医学对象做了深刻揭示。在重视日常经验的人类学这里，除了借鉴福柯将当下习以为常之事置于其历史中加以检讨的方法外，关注具体的每一位医生如何理解医学、如何进入医学世界，也是了解医学如何建构其对象、如何阐述人的身体与疾病的关键。

古德曾以哈佛医学院的学生为研究对象，通过考察他们在医学培训及临床场景中如何观看、记录与陈述，来探讨医学生如何进入现代医学的专业世界，以及现代医学的诊断与治疗行为如何一步一步抛开生活世界，而仅将疾病建构为医学的对象。<sup>⑤</sup> 在此可以看到，医生医学视角的形

① 参见朱欧·毕尤：《卡塔莉娜——关于生命疗养院，以及人们如何被遗弃的故事》，叶佳怡译，新北：左岸文化，2019年。

② Byron Good, “‘Fiction’ and ‘Historicity’ in Doctor’s Stories,” in Cheryl Mattingly and Linda C. Garro, eds., *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley: University of California Press, 2000, pp. 50-69.

③ 参见景军：《中文版序言》，伊莎贝尔·顾丹、王思萌主编：《精神健康与心理苦痛》，蒙田译，北京：社会科学文献出版社，2021年。

④ 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，张复舜、廖伟翔译，新北：左岸文化，2021年，第48页。

⑤ Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, pp. 65-87.

成存在一种渐进变化的过程：从最初学习大体解剖、细胞结构、分子结构、基因结构来养成一种天真的现实主义，到隐约察觉医学诊断的任意性从而对其心生失望，再到服膺医学的效用与权威，最后又再到对医学叙事、人的身体与患者经验之间的关系形成复杂认识，医学世界里的医生变得越来越成熟老到。然而，也正是在此过程中，医学的技术维度与人性维度日渐分离，并且疾病的物质属性越来越成为医学视角中的唯一“现实”。在古德看来，这实乃医学世界被经济与行政理性所渗透、被工具理性所“垄断”的过程。<sup>①</sup>

聚焦医生受训过程及临床实践来剖析现代医学如何阐释疾病的思路，在讨论精神医学的人类学研究中亦有出现，如谭亚·鲁尔曼以精神科新手医生为对象所展开的研究就是其中代表。<sup>②</sup> 1989年至1994年间，鲁尔曼先后在以生物医学模式为主导的公立医院、以精神分析为取向的私立医院开展田野调查。这期间，她不但访谈精神科新手医生、精神科住院医师训练计划负责人以及医院管理人员，还跟随精神科新手医生听课、巡房、参加医疗会议，甚至还亲自参加心理治疗师培训，并作为志愿治疗师对八位就诊者进行了心理治疗。

精神医学的复杂在于，精神疾病的发生受到遗传因素、身体压力、社会环境、文化诠释、个人气质等生物—心理—社会因素的共同影响。换言之，尽管精神方面的问题通常有器质性的因素，但这些因素往往缠绕于社会脉络之中。因此，在鲁尔曼看来，“疾病”和“疾痛”的区别在此尤其模糊。<sup>③</sup> 事实上，对于医生而言，精神疾病的致病途径难以精准锁定。并且，精神科也无验血、核磁共振之类客观检查指标来辅助诊断。很大程度上，精神科医生依赖测评问卷、诊断问卷等主观测评指标以及行医经验来做诊断。由于“如何观看”疾病与在疾病中“看到什么”难以清楚区分开，理解精神科医生如何学习从不同的“透镜”来观看精神疾病就变得非常重要，而这也正是鲁尔曼民族志研究的根本问题。<sup>④</sup>

20世纪90年代，精神医学领域的景观发生了显著变化。一方面，精神卫生医疗资源紧缺，病床数量急剧减少。另一方面，精神医学领域内部主张从生物学角度诠释精神障碍的起因，认为精神疾病源于“大脑生病”，药物是根本解决之道的生物医学模式，压倒了曾在20世纪中期兴盛一时的精神分析及精神分析取向的心理治疗。精神医学史学者爱德华·肖特、<sup>⑤</sup> 安德鲁·斯卡尔<sup>⑥</sup>等都曾讨论过这两种相互对峙的诠释与治疗模式的此消彼长。鲁尔曼亦将这两种模式称为精神医学领域内的“两种心灵”。<sup>⑦</sup> 与史家宏观视野不同的是，鲁尔曼的关注中不仅有对范式转

① Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*.

② 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》。

③ 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，第60页。医学人类学家区分了疾痛(illness)与疾病(disease)，指出疾痛是受文化影响的病患经验，疾病则是身体器官或系统的结构及功能异常。参见 Arthur Kleinman, L. Eisenberg and B. Good, "Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research," *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, no. 2, 1978, pp. 251-258; 阿瑟·克莱曼：《疾痛的故事：苦难、治愈与人的境况》，第1—4页。凯博文本人后来曾反思疾病与病痛的二分，指出患者也会受到医生语言的影响，越来越多地吸纳生物医学和其他疗愈体系对于疾病的解释，并同时使用这些解释来认识并对待自己的健康问题。参见凯博文：《照护——哈佛医师和阿尔兹海默病妻子的十年》，第102页。

④ 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，第45—46页。

⑤ 参见爱德华·肖特：《精神病学史——从收容院到百忧解》。

⑥ 参见安德鲁·斯卡尔：《文明中的疯癫——一部关于精神错乱的文化史》。

⑦ 恰如身心二元并不存在那样，“两种心灵”在鲁尔曼看来也是一种虚假划分。在她看来，在政治经济因素影响下此消彼长的这两种模式，本应被理解为通用工具箱里相形益彰的不同工具。



移过程及影响该过程的结构因素宏观讨论,也有将医疗本身视为一种文化实践,进而关注精神科医生获取知识的机制与途径,或者说精神科医生“主体性转变”如何发生的微观探讨。

科学社会学家曾指出,医学与其说是逻辑与事实的组合,毋宁说是一种专家技能,甚至还充满了手工艺的一面。<sup>①</sup>这样的专家技能带有默会致知与手艺般的性质,远非书本学习所能完全支撑。精神医学在人类学家眼中也是如此:“精神医学是一门技艺。它涉及一种知行并重的实践知识……一名年轻的精神科医师若是技巧娴熟、能干、能言善道,她将学会做精神医学(do psychiatry),但并不会学到太多关于如何去描述自己所做的事”。<sup>②</sup>于是,要理解精神科医生如何观看疾病、如何获取知识,就要探讨他们如何“在做中学”。在相当程度上,医生的“主体性转变”就发生在“在做中学”的过程中。

来看一名已经具备各种书本知识的新手医生如何日益成为生物医学的坚定拥趸:在生物医学取向的医院,新手医生第一年要作为住院医师常驻病房。此时,受训的首要要求便是以最快的速度学会独当一面。生物医学体系看重的是高效地收治患者入院、迅捷地书写病案,以及在清单式的诊断标准与患者枝蔓丛生的诉说之间迅速准确地辨识问题所在。虽然教科书提供了关于入院病例的清楚陈述,但患者不一定能提纲挈领地诉说自己的病情,或者不一定愿意吐露自己的故事。换句话说,教科书上的抽象概念未必能帮助新手一下就抓住“重点”——症状背后的疾病是什么。此时,有没有临床直觉,便成为医生群体里判断“好”医生的重要标准。随着时间的推移,新人渐渐上手,他开始谈论疾病给人的“感觉”或“意会”。这时,书本知识渐渐转化成了一种趁手的技艺。并且,大量撰写入院病历及做诊断等经验的积累,越来越让新手产生一种感觉,即每个诊断背后都“有一种潜在的本质,这种本质可以被看见、被命名,而且可能有办法被控制”。<sup>③</sup>简言之,疾病的物质属性日益凸显。

药物在治疗疾病的过程中也令疾病的物质属性得以凸显。从数量上讲,精神疾病的症状不算多,不同的疾病还有可能出现相同的症状,而生物医学模式教导精神医生的正是症状取向的用药方式。虽然无法透过客观检验来诊断疾病,但药物却可以锁定横跨多个诊断类别的目标症状。于是,即便新手曾一度怀疑精神医学的某种模糊性,甚至批评诊断只是制定诊断手册的委员会设想的标签,但用药(另外,保险公司的支付政策也在推动用药)却能让它们相信症状来自“真实的”生理机制,而自己处理的也只是和其他科的疾病一样的器质性疾病。最后,当一位患者希望和一位医生聊聊自己母亲的故事时,这位医生想要知道的却是新药如何在患者身上发挥作用:“这个病人告诉医师她灵魂的历史,而他则透过这些话听到了她大脑的样貌和平衡状态”。<sup>④</sup>总之,恰如古德在哈佛医学生那里所见,治疗目标是参照深层的本体秩序理解表层的症状表现;<sup>⑤</sup>在鲁尔曼的观察里,新手的成长也意味着疾痛的疾病模式日渐得到强化。

曾有史家将精神医学的文化变迁概括为“从收容院到百忧解”。<sup>⑥</sup>人类学也关心这种宏阔变迁,不过却是在近距离参与观察医生临床工作的基础上参与讨论。透过鲁尔曼的研究可以看到,将精神医学实践视为一套嵌入在历史与社会语境之中的社会技术体系,解剖生物医学模式日渐

① 哈林·科林斯、崔佛·平区:《科伦医生吐真言——医学争议教我们的二三事》,李尚仁译,新北:左岸文化,2016年,第23页。

② 谭亚·鲁尔曼:《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》,第43页。

③ 谭亚·鲁尔曼:《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》,第98页。

④ 谭亚·鲁尔曼:《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》,第238页。

⑤ Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, p. 76.

⑥ 参见爱德华·肖特:《精神病学史——从收容院到百忧解》,2017年。

兴盛的过程以及导致该过程发生的政治、经济等结构性因素，也是人类学以医生为对象进行研究时的一种具体思路。在弗吉尼亚州一家倚重心理治疗的私立医院里，鲁尔曼发现，与生物医学模式要求医生排除情感而专注器质性疾病不同，心理治疗要求医生学会的是建构病患生活的复杂叙事，并根据患者与他人的关系、使患者自伤的情绪以及无意识动机来进行思考。在这里，健康与疾病之间没有明确界线。不过，虽然这里医护人员多、患者少、每位患者都能得到充分的心理治疗，但心理治疗的成效有赖于患者的信任与医生的直觉，并且这种成效难以量化。更何况，在“管理式照护”政策下，保险公司并不打算给心理治疗买单。<sup>①</sup> 简单讲，长期住院及高昂收费早已将中下阶层排除在外。于是，在生物医学模式的公立医院人满为患的同时，心理治疗的空间也在日益缩小。更可怕的是，即便是在生物模式占据主流地位的公立医院，穷困潦倒的患者只要在服药脱离紧急状况后就得立即出院。用鲁尔曼的话来说，“精神疾病也深陷在美国阶级结构的丑陋现实之中”。<sup>②</sup> 最终，在鲁尔曼看来，虽然生物医学模式的迅猛势头离不开精神科药物快速发展为之提供强力后援，但精神分析的衰落却是社会经济因素所造成的。

在观察临床实践的基础上揭示精神医学内在蕴含的道德维度，也是人类学深入剖析精神医学实践的一种思路。古德的研究曾揭示，尽管道德维度被现代医学所遮蔽，但它依然深嵌于医学实践以及医生的“内在生命”之中。<sup>③</sup> 鲁尔曼也对精神医学内部的生物医学模式与精神分析取向的心理治疗所表现出的不同道德感受力作了分析。在她看来，从“理想型”的角度讲，生物医学模式建构出了“单纯同理心”，精神动力模式则建构出了“复杂同理心”。换言之，生物医学模式推崇的是关于神经传导物质与脑部机制的知识，如此便将患者从污名中解放了出来。然而，认为患者所有痛苦均来自器质性疾病，而解决之道也在于药物的观念，很大程度上简化了人性的复杂与深度。倘若药物无效而“疾病”仍在，那么患者也失去了完整人格，不再是能对自己负责的、道德上完整生命。<sup>④</sup> 精神动力模式则不然。痛苦固然有偶然的、身体的原因，但更与一个人独一无二的生命历程捆绑在一起，由此也就意味着疾病也可能是某种患者能努力掌握的事物，患者也不再是不能对自己负责、道德上不完整生命。<sup>⑤</sup> 弥漫于医学实践中的道德维度，显然表明仅将疾病的物质属性视为医学唯一“现实”的做法实际上并不现实。

总之，以医生为对象的研究通过剖析医生诊断技艺及疾病思维的形成过程、治疗模式转变与结构性因素的关联、医学模式蕴含的道德维度等从不同方向表明，不仅患者的身心苦痛嵌入在社会脉络之中，精神医学所主张的疾病的物质属性以及精神疾病的诊断与治疗过程也同样与社会体系及道德价值相缠绕。可以说，人类学对于医生如何、为何以某种特定风格来观照人的身体与疾病的剖析，推动了对生物精神医学唯科学主义思维的反思。与此同时，因其具体呈现了临床发生的精神医学实践，在此也未出现全然以结构解释来取消医学视角的强建构论主张。

## 结语：作为多重存在的精神疾痛及人类学研究的意义

从上面的回顾可知，人类学始终将人们承受疾痛、追求疗愈的个体生命经验置于更加宽广

- 
- ① “管理式照护”指患者医疗照护费用受到事先与保险公司签订的合约“管理”。在收治患者住院前，医院或医生必须打电话给患者的保险公司并取得住院及住院天数的授权。参见谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，第396页。
- ② 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，第271页。
- ③ Byron Good, *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*, p. 66.
- ④ 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，第458页。
- ⑤ 谭亚·鲁尔曼：《两种心灵——一个人类学家对精神医学的观察》，第445—447页。

的社会文化语境之中进行理解。当从患者经验切入时,人类学研究尝试以一种开放的、现象学的态度来理解被精神医学视为“异常”“失序”的精神症状,同时亦致力于挖掘精神疾痛背后的社会根源与道德内涵,并对个人、家庭、社区、国家在医疗照护中的角色展开讨论。当从医生经验切入时,人类学研究则尝试将现代精神医学本身视为一套嵌入在历史与社会语境之中的社会技术体系,对医生专业知识的建构过程以及影响学科变迁的政治、经济等结构性因素展开讨论。不论从哪种方向切入,人类学研究均对医学化、病理化的还原论叙事做出了深刻反思,同时也因对精神医学本身的近距离考察而避免了将精神疾痛完全置于社会领域来讨论的强建构论思路。总之,透过人类学研究可以看到,精神疾痛不仅位于没有历史的、非社会性的生物身体之中,更嵌入在生活世界之中;诊断和治疗精神疾痛的医学实践不仅是价值无涉的科学实践,也嵌入在社会结构之中。归根结底,人类学讨论为我们理解精神疾痛具有身体事实、医学事实、社会事实、历史事实等多重维度提供了一种途径。

甯应斌和何春蕤曾指出,对情绪进行理性管理与控制的要求,已经隐约成为一种时代氛围。<sup>①</sup> 医学社会史学者罗伊·波特也曾说到,当精神医学的重心从机构转向社区,将视线转向“较轻微”与“边缘性”的个案时,一种以全部人口为关注对象的新的社会精神医学便开始形成了。<sup>②</sup> 事实上,有研究者就以抑郁障碍为例指出,单纯以症状为诊断标准、忽略症状发生的生活脉络的精神医学诊断以及在此基础上形成的筛查量表,带来了将正常悲伤误判为抑郁症,并将社会大众病理化的趋势。<sup>③</sup> 对生物精神医学相对持乐观态度的肖特也指出,当精神病学通过病理化特定行为(如扩大抑郁症边界、将注意力不足界定为多动症等)来与心理学竞争时,前所未有的增加了患者基数,而这其实是精神医学作出的一种超出自身限度的行动。<sup>④</sup>

然而,倘若我们有机会坐在精神科医生的诊室里,望着桌子对面那些焦急、紧张、担心又或者没有表情的面孔,听着那些低沉、高亢、急切又或者颤抖的声音,又会发现,尽管患者的症状与叙事嵌入在社会文化的脉络中,尽管医生的诊断也嵌入在一套被打造为科学的文化实践里,但精神疾痛总会存在。面对复杂的现实,我们或许还会发现,在某些层面我们的生活被过度医学化、病理化、药疗化,甚至出现了专家话语“垄断”日常生活的情况,但在某些层面又存在医疗资源有限、专业知识不足的情况。

可以说,医疗化过度扩张与疾痛真实存在之间的复杂面向非常值得人类学去捕捉与呈现,而以民族志为基本方法、重视具体经验的人类学研究也有能力完成这一任务。无论如何,随着精神—心理话题及相关实践在我们的生活中日益常见,回顾人类学研究将有助于我们重新审视精神医学这一在未来可能会被我们习以为常的事物。如果说精神医学为现代人提供了一套认识自我的方式与技术,那么人类学研究则意在揭示精神医学与社会、历史、文化脉络的纠缠交织,剖析精神疾痛与医学、政治、经济、道德等诸多要素的联结,从而为现代人提供一种有别于生物精神医学病理化表述的深厚叙事。

〔责任编辑:李文珍〕

① 参见甯应斌、何春蕤:《民国愁城》,台北:台湾社会研究杂志社,2012年。

② 罗伊·波特:《疯狂简史——谁定义了疯狂》,巫毓莹译,新北:左岸文化,2018年,第236、241页。

③ Allan V. Horwitz and Jerome C. Wakefield, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*, Oxford: Oxford University Press.

④ 爱德华·肖特:《精神病学史——从收容院到百忧解》,第379—385页。

which is enlightening for the canonization of modern and contemporary Chinese language literature.

**A Reflection on the Naming of the Discipline of Overseas Chinese Literature: Centered on “*Huayu Yuxi Wenxue*” and “*Hanyu Xin Wenxue*”** Shen Qingli • 49 •

The debate on the naming of overseas Chinese literature has never been separated from the positioning of the discipline itself, and refers to the various entanglements of Chinese cultural psychological affiliation at home and abroad. The term “*Hanyu yuxi wenxue*,” translated from the English term Sinophone literature, not only is linguistically unsustainable, but also intentionally evades and obscures the “sameness” and “universality” of Chinese. The proposal of the term “*Hanyu xin wenxue*” (Chinese language new literature) is intended to be the most powerful rebuttal and “resistance” to “Sinophone literature” in the form of theoretical construction, and at the same time emphasizes the cultural and historical significance and value of the “New Literature” tradition since the May Fourth New Culture Movement. Although the concept of “*Hanyu xin wenxue*” has opened up a new way of theoretical dialogue in the Chinese critical circles at home and abroad, it is still difficult to replace the disciplinary name of “modern and contemporary Chinese literature”; “world Chinese literature,” which features a “cosmopolitan” character, and the lengthy “Chinese literature of Taiwan, Hong Kong, Macau and overseas” will also coexist for a long time. Behind the complicated naming of the discipline, there is the vitality of academic innovation and the “blossoming of a hundred flowers” in the academia.

**Emotional Justice from the Perspective of Emotional Psychology** Tang Fenghe • 56 •

The so-called *qingli* (emotional justice) is the emotional reason, which is based on the legitimate desire, and emerges through the accurate cognition and evaluation of the facts. The process of emotional development is one that includes the operation of the rational process. The so-called *tianli* (natural reason) in Chinese culture, as a kind of emotional ontology culture, is this emotional reason. The so-called emotional justice is a judicial mode which is based on the spirit of this emotional justice, takes the legitimate desire as a precondition, builds on the accurate cognition and evaluation of the facts of the case, uses the rational ability of cognition and evaluation, and adopts the value of conforming to natural reason. In order to achieve the harmony of emotion and reason in judicial decision, we must make correct cognition and evaluation of the facts of the case, avoiding wrong emotion and irrelevant emotion; we must base our emotion on legitimate and lawful desires, avoiding excessive and numb emotion.

**Rethinking Psychiatry in the Anthropological “Field”** Li Rongrong • 66 •

Anthropological research can be used to improve the understanding of mental health and modern biological psychiatry. Whether it is focusing on the narrative of suffering and subjective experience, or exploring doctors’ perceptions of illness and the formation of their medical skills; whether it is exploring the social roots of mental suffering, or extending research from suffering to care; anthropological research reveals the real existence of mental suffering while reflecting on the medicalized single-mindedness of biopsychiatry that ignores the life world and social context behind illness. Today, with the emergence of social psychiatry that focuses on the whole population, anthropological research can provide a deep narrative for modern understanding of mental health that is different from the pathologized representations of biopsychiatry, and it can also enrich and modify the strong constructivism of mental illness as an exclusively social construct by focusing on individual experiences in the medical field. A review of relevant anthropological research helps us to understand the multiple dimensions of mental suffering as a bodily, medical, social, and historical fact in a broader context.

**Reflection on and Approaches to the Communication Studies in China** Sha Yao and Li Bin • 77 •

In the field of communication academia, there is a general consensus that Wilbur Lang Schramm’s visit to China was a milestone for the development of communication studies in China. As a Western imported discipline, China’s communication studies is difficult to detached the influence of Western theories since its beginning. On many issues, a research path of “Western theory + Chinese experience” has been formed. Through reflection on the development