

多元医疗：一个侗族村寨的个案研究

余成普

【摘要】自20世纪70年代初莱斯利提出“多元医疗”概念以来,学界的相关研究在不断深入。基于一个侗族村寨的鲜活案例,本文试图呈现多元医疗本身复杂的运行状态,回归多元医疗研究的基础性问题。案例表明,多元医疗不同体系的发展前景处于不断变动之中;多元医疗不同体系之间处于互补共生的状态,这种互补共生与当地的疾病分类具有动态契合性;多元医疗同一体系内部表现为相互竞争的状态,这种竞争依赖于乡土人情社会中日常医患关系的维系。多元医疗的现实运行,是当代乡土人情社会的一种折射,为多元医疗理论研究提供了不可或缺的视角。

【关键词】多元医疗;人情社会;疾病分类;医患关系

【作者简介】余成普,中山大学人类学系副教授(广州 510275)。

【原文出处】《民族研究》(京),2019.4.68~79

【基金项目】本文系国家社科基金青年项目“乡村慢性病人患病经历的人类学研究”(项目编号:15CSH031)的阶段性研究成果。

20世纪70年代初,莱斯利(C. Leslie)在研究亚洲医疗体系时,提出了多元医疗或医疗多元论(medical pluralism)的概念,意指一个区域内多种医疗体系并存、竞争的格局。^①在此之后,虽然多元医疗的概念不断遭遇批评,^②但以多元医疗为框架的相关研究在日益增多。概言之,这些研究主要集中在以下方面:一是在承认多元医疗的前提下,重点研究某一种医疗体系。如在民间信仰视野下开展的仪式治疗研究,^③在亲属和社会网络视角下讨论民俗医疗的文化逻辑,^④以及将生物医学作为一种文化体系的人类学探索。^⑤二是试图发现多元医疗共存的原因,即回答为什么这些理论来源、治疗方式、文化意义迥异的医疗体系能够并存在同一社会。已有研究大体上认为,文化的多样性、患者需求的多样性,乃至社会结构的复杂性决定了医疗体系的多样性。^⑥三是探求多元医疗的相互关系。在多元医疗总体格局下,有学者发现各种医疗体系并非均衡地发展,而是表现出等级性。代表全球化的、西方的、科学的生物医学在国家权力和现代性的推动下,在多元医疗中占据

霸权地位;但是,生物医学并没有完全替代地方的传统医学,而是与地方医疗体系处于竞争、共存和互补的状态之中。^⑦上述研究以不同医疗体系为中心,展现了多元医疗的复杂性以及它的人类学意义。本文基于一个侗族村寨的鲜活案例,试图呈现多元医疗本身复杂的运行状态,回归多元医疗研究的基础性问题。

笔者选择一个侗族村寨(化名为上寨)为田野点,并非意味多元医疗只存在于此地,只是希望在一个多元医疗更为突显的村寨里充分展现其运行状态,为多元医疗探究提供具有典型意义的鲜活样本。目前,上寨既存在本民族传统医学(侗族草医学,简称草医),也有仪式治疗(通常由巫师主持),还有生物医学(常称西医学,简称西医)。自2013年至今,笔者与上寨保持着持续的联系,在此开展田野调查的时间累积起来近四个月。^⑧

上寨位于湖南通道侗族自治县西南部,地处湘黔桂三省交界处,坐落在海拔1336米的圣山——三省坡——脚下。据村委会的公告栏显示,2018年全

村共有675户,总人口2941人,其中97%为侗族。在这个近3000人的寨子里,有两家定点医疗机构,即乡村卫生室,以西医学为主,负责村民常见病的初级诊治,以及承担诸如疾病预防、妇幼保健、健康教育等公共卫生的职责。村里还有两家私人诊所,也以西医学为主,由两兄弟开设,不承担公共卫生的职责,村民也不能在这里享受医保。村里的草医有30位以上,擅长巫术的村民至少有6人,他们分布在不同的房族^①里,以60多岁的老年人为主。在这个村寨里,可以看到不同医疗体系之间以及同一医疗体系内部的复杂关系,以及它们与地方社会的关联。

一、多元医疗不同体系的发展前景

学界对多元医疗体系的划分不尽相同。最常见的是将医疗体系分为两块,一端代表科学的西方生物医学,另一端则是其他地方医学,即所谓的传统的、替代的、补充的,甚至是“落后”的医学。^②20世纪70年代末到80年代初,凯博文(A. Kleinman)基于对台湾和波士顿的调查,将医疗体系(他倾向于用健康照顾体系这一概念)划分为三个相互区别又交叉的部分,分别为大众部分(popular section)、专业部分(professional section)和民俗部分(folk section)。^③张珣对台湾汉人尤其是农村地区汉人医疗行为进行研究时,把台湾汉人多元医疗分为世俗的、神圣的和西方的医疗体系三个部分。其中,世俗的医疗体系着重在长期的身心保养上,神圣的医疗体系在病人疑虑的心理上提供了一个超自然的病因解释,而西方的医疗体系则在效率及经济上见长。^④上寨现存的侗族草医学、仪式治疗和西医学更符合张珣的划分,笔者将它们分别归属为世俗医疗体系、神圣医疗体系和西方医疗体系。

(一)世俗医疗体系:从主导地位走向边缘角色

上寨处于亚热带季风湿润气候区,这里四季相对温和,春少霜冻,夏无酷暑,秋乏苦雨,冬缺严寒。该地区森林覆盖率近70%,水源充沛,除了极少的几个夏季会因为干旱而稍有缺水之外,总体上该地区的降水量比较充足,适合水稻、林木、水草等植物生

长。海拔1336米的三省坡更被当地人看成是圣山,这里生长着各种珍稀的树木、草药和动物。大自然提供了人们丰富的生计来源的同时,也馈赠了人们预防和治疗各种疾病的草药。

村民成为草医,有些是祖传,有些是拜师学艺。村里的多数草医所拜之师为他们的族人或者亲戚。拜师之前,由本人或者中间人转达学习的意愿,假如师傅愿意接收,那么徒弟就准备酒、肉、米、香纸、鞭炮等物品,拿去师傅家,向师傅行礼,也向祖师爷们祭拜,之后他们就正式成为师徒关系了。正如其他民族医学的传承研究所显示的,^⑤侗族草医师傅看重的主要是学徒的人品,比如诚信、助人的品性等。

学习草医学,需要从认识草药开始,熟知各种草药的名称、药性以及采药的技巧。比如有些药草需要连根拔起,有些则只需取其茎叶。熟悉药性的草医们知道,哪怕就在田间地头,也能够找到他们的所需。侗族医药里有很多药方,个别为家传秘方,只在房族,尤其是家庭内传递;大多数药方则为普通药方,一般草医都较为熟悉。在掌握各种植物(偶尔也包括动物、矿物等)药性的基础上,学徒还得学习怎么诊断。在给病人看病时,与中医类似,他们也讲究望闻问切。望是看五官、闻是闻呼吸、问是问症状、切是把脉。

村里的老人们回忆,他们年少时生病了,主要都是草医诊治。一位近80岁的石爷爷告诉笔者:

那时候(新中国成立前),村里没有这么多人,也就千把人吧,具体多少不知道。以前看病没有医院,没有卫生室,都是看草医,找草医,拿草药。你看看这里(坐在鼓楼)的这几个人,他们的祖辈好多都是草医。每个房族(这里共6个房族)都有十几个。有些出名一些,有些可能没那么大名气。出名的也会去别村看病,还有些跑到贵州、广西去看病。治疗小病小痛肯定没问题,大病草医也治不了。

在西医没有进入村寨之前,草医学无疑是地方社会最为重要的医疗来源。虽然人们有时候也会求助于巫师,但正如上文所言,很多草医本身就精

通巫术,所以只不过是“神药两解”而已。新中国成立后的相当长时间内,村里的主导医疗仍然是草医学。在20世纪60年代末至70年代末的赤脚医生时期,几位赤脚医生也是草医出身。当年的赤脚医生杨爷爷说:

赤脚医生主要用的还是草药,由他们吩咐下去,由卫生员去采药,然后拿回来煮水。在疾病流行时,分发给在田地干活的社员们。由于草药成本很低,村民每人每年交五角钱,每次看病挂号费五分钱,可以保证一年在卫生室的医药开销了(这是新中国成立初期的农村合作医疗制度)。

20世纪80年代后,草医学衰落和边缘化的迹象逐渐显现。一个明显的特征是后继无人,很多老草医都没有将他们毕生的医术传给子女或者其他,或者说年轻人不愿意学习草医,而宁愿外出务工以获得生计。这些年由于村里和镇里都有草药的收购站,一些稀有的草药,现在越来越难采到。有时候草医为了配够一服药,需要几次上山才能完成,但交付给病人时,往往只能收获微小的报酬。在经济匮乏时期,他们给别人看病,一般是一把草药一块钱,有时候虽然患者不给钱,但日后他们也会通过人情来偿还。这不仅让草医们赢得了尊重,也获得了一笔相当的收入。如今物价和人力普遍上涨的情况下,十几元的草药费相对于其他劳动的收入,实在悬殊,这自然挫伤了草医们的积极性。初步统计村里健在的草医有30余位,但仍然坚持给人看病的草医不足10位。一位老草医向笔者抱怨道:

今年太累了,不给别人看病了,看病的人一次给十多块钱,有些人不给钱的话自己也不好意思要,都不够工钱。现在帮忙给人盖房子,一天(出苦力的)小工能拿120元,(掌握技术的)大工可以拿200元。我有时候去采药,花几天时间才配好,就十多块钱。你说还干什么!

草医学的边缘化并不表示草药完全退出村寨的舞台。一方面,人们仍然相信草药可以治病“断根”,一些久治不愈的疾病,患者及其家属还是寄希望于

草医,希望草医能给他们治愈的可能。另一方面,在长期与草医打交道的过程中,普通村民大多熟知各种植物的药性,他们在日常保健中践行着基本的草药知识。在上寨,走进每一户家庭,随处都可以看见日常保健的痕迹。在一些村民家的一楼或是顶楼,也晾晒着各种不同的草药。笔者去村里调查,正值暑期,经常可以喝到有淡淡药味的凉茶。村民告诉笔者,因为天气太热,为了防止家人中暑,他们会在田间地头拔些草根回来煮水喝。这里的老年男性喜欢抽生烟叶,用晒干的大艾叶引火。他们将大艾叶搓成艾绒,点燃,放在身体疼痛处燃烧(烧灸),据说可以治疗风湿性关节炎、跌打损伤、慢性疼痛等身体不适。这是他们随身的日常的保健。草医学曾经的主导地位已不复存在,然而它作为一种世俗医疗体系的成功之处在于,它让草药知识日常化和生活化,成为健康、养生和日常保健的主要知识来源。

(二)神圣医疗体系:从压制状态走向活跃状态

1937年出生的杨连爷爷,身材矮小,年轻时在贵州当过老师,新中国成立后回到村里务农,20世纪90年代后去附近乡镇街头摆摊,给人算命、看相。他在鼓楼休息时,经常被村民戏谑为“迷信头子”,他也并不介意,反而不厌其烦地将他的“风光”经历讲给大家听:

信点迷信也好。就是那些吃药也不好,打针也不好的病,就找迷信。在播阳(镇)时,一个政府机关秘书,他老婆在医院治疗,花了一万多,也没有治好,还借了一些钱。后来找到我,我算后,(他老婆)犯了短命关和阎王关。逢凶化吉后,过一段时间,(他老婆的病)就好了。后来他说感谢我,请我吃饭,我没有去。

当笔者追问他为什么拒绝邀请时,巫师们曾被打压的历史浮现了。

我们还是少和政府的人打交道,不给他们找麻烦,我们也安全。现在是好了,没怎么管,将来不知道……那时候批斗的啊。我也被打。拉到鼓楼去,也在这个(戏台)前面被人打。好多人都被打过。有

些是因为搞迷信,有的是因为地主家庭。

在经历“破四旧”等一系列运动的“严打”之后,村里所谓的“迷信”活动受到完全的压制。在这个村寨侗族传统的“萨”信仰已难寻踪迹,仅仅保留了“祖宗节”,几个破旧的土地庙也只是在逢年过节时才有一点香火。那时候草医们给人治病,只用草药,不敢或者偷偷使用仪式;曾经的“迷信头子”在经历严打之后,更不敢轻举妄动。20世纪90年代之后,农村的民间信仰渐渐获得宽松的发展空间,草医们才重拾仪式治疗,几个巫师也活跃起来。

目前健在的巫师大多年事已高。村里当下最为活跃的巫师杨义其实是一位52岁的芦笙师傅。杨义虽然是芦笙制作师傅,但他的名气不在芦笙上,而是最近三年从事的仪式治疗。据说,因为机缘巧合,他遇到“大神”,被赋予了特殊能力,可以预测凶吉、化险为夷。笔者每次去他家,屋里总是点着香、烧着纸,熏香浓郁,烟雾弥漫,杨义就坐在这种烟雾缭绕中,周围则是好远道而来的求助者。这些求助者多是广西、贵州或者附近村寨的村民,他们有时候凌晨三四点就过来排队。杨义告诉笔者,他现在根本没有时间制作芦笙了。相对于人们给草医的低廉费用,这些求助者支付给巫师的费用,都以20元、50元、100元为主,甚至有几百元的。粗略算下来,杨义每天的收入差不多有300到500元,甚至更多,自然无须再依靠制作芦笙度日了。

杨义有商业头脑也有公益理念,在获得高额收入的同时,他雇人开办了村里的茶厂。当村里修一条去贵州的水泥路时,他以个人名义捐赠了20万元。然而,富有和公益并没有抵消村民们对他的负面评价。笔者在鼓楼提及杨义时,村民们总觉得这是一个笑话,认为他是一个骗子,从来不知道他有什么特殊本领,突然就成为“高人”了。一位村民不无恶毒地评论杨义:

他就是运气好,骗外地人。我们(本村人)是不相信的。好运是不会长久的,他早晚要出事。你看他儿子,傻傻的,就知道报应了。

杨义大概也知道村民们对他的不好印象,当笔者问及本村人是否也相信他时,他略有一些不屑,也有些傲气:

他们平时是不相信,有问题了就信了。你问问,他们哪一家没有找过我(做仪式)!

杨义将巫术作为职业为什么会遭遇村民的反感,但村民又不得不在遇到困境时求助于他呢?矛盾之处显示了人们对巫术本身的暧昧态度——“半信半不信”。当家庭祥和,成员安康时,他们很少与巫师打交道;当发生不幸,又没有其他破解之策时,假如巫术能提供一线希望,他们也不会放弃。当尚存希望时,人们总要做点什么,不会轻易地拒绝其他可能的救治措施。^①然而,当有人借助巫术开展神圣医疗——这种曾经被打压的“迷信活动”——而获取高额报酬时,人们对其的负面情绪也会表露无遗:相对于普通村民每日辛苦的血汗钱而言,这种收入近乎“不义之财”。村里的巫师看似风生水起、时来运转,却也面临着尴尬的道德困境。

(三)西方医疗体系:从补充角色走向强势地位

西医进入中国无疑是中国现代化进程的一部分,而西医在中国乡村社会的渗透,则与国家权力和现代性密切相关。^②1965年,毛泽东主席发出了“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的号召,拉开了西医进入中国广大乡村的序幕。在20世纪60年代末,当时的上寨大队有了自己的卫生室。大队卫生室的医务人员仍持农村户口,“半农半医”,即所谓的赤脚医生。在大队下面,每个生产队还配有1至2名卫生员。正如前文所言,当时的赤脚医生仍然是草医出生,那时候草医依然占据着主导地位。在谈到西医时,一位赤脚医生告诉笔者:

当时虽然学习了西医和西药知识,但那时的西药很少,分配到大队卫生室的西药更少,整个大队只有一条注射管,先要通过水煮消毒后才给病人使用。当时主要是预防疾病和缓解病痛,而不是治疗疾病,因为根本没有条件去治疗疾病。

虽然当时赤脚医生的药箱里已经有退烧、退凉、

止泻的西药,还有止痛散、青霉素,但相对于草药来说,西药一来紧缺,二来成本也高,在赤脚医生时代仅仅充当补充的角色。20世纪80年代初,开始包产到户,原先的赤脚医生开始转变为“乡村医生”。乡村医生与赤脚医生的半医半农相比,一个显著的特点是逐渐脱离农业生产,进行专门化的医疗工作。与草医相比,乡村医生一般经过专门化的西医学培训,并获得由卫生部门颁布的资格证书后,方能行医。

与草医和巫师在家的临时治疗不同,西医的治疗具有特定的空间,他们有自己的“门面”,并在显眼的位置上悬挂着行医的资格证明和医疗机构的名称。在西医诊所里,一些明码标价的非处方药分门别类地摆放在橱柜里,在隔间还安排了注射和临床观察的诊疗空间。这些空间上的安排,突显了西医诊所与其他医疗体系相比所具有的规范性和合法性。然而,乡村的西医诊所和城市的西医院相比,不仅空间布局上没有明确的分科,在日常的坐诊中也表现出乡土性的一面。比如他们一般用本地话和患者及其家属沟通;在坐诊时,不穿“白大褂”;其他村民家有红白喜事时,医生也会作为村民中的一员前来帮忙。诸如此类的行为表明,乡村的西医诊所既通过空间、符号的设置表明它们与其他医疗体系的不同,也通过西医的日常生活化拉近与普通村民的距离。

笔者的观察发现,乡村的空心化虽然导致草医的衰退,但对西医诊所几乎没有构成什么威胁,甚至在一定程度上助长了后者的门诊量,尤其是抗生素使用的比例。外出务工的青壮年本来就处于身体最为健壮的时期,他们平时很少生病,偶尔生个小病,甚至不用吃药,自我保健就能挺过去。最容易生病的两个群体——老人和小孩——反而都留在村里。笔者每次去村里的卫生室观察,都能见到老人和小孩挂吊水(输液)的情形,甚至一些刚刚满月的婴儿,也在额头上插上了针,注射抗生素。已有学者从医生权力、市场利益、村民用药习惯等方面讨论了滥用抗生素的问题。^⑥在笔者看来,村庄的空心化及其造

成的伦理压力成为推动老人、儿童使用抗生素不容忽视的力量。对家里的青壮年来说,对父母(公婆),他们在传统伦理下要求尽孝;对子女,他们需要好生喂养。但外出务工,显然使得尽孝和养育子女的问题都没能落实:尽孝的问题变成一位老人照顾另一位老人;而养育子女的重担也交给了老人们。如果小孩生病,父母又不在身边,老人们最大的愿望就是小孩能快点好起来,省得远在外地的小孩父母担心,自己也少点白天和夜晚的折腾。如果老人们自己生病,他们如果不快点好起来,一来没人照顾孙辈,二来远在外地打工的子女知道了,也担心他们的健康,甚至不督促他们去看病,左邻右舍还会责备说子女们不孝。在这种伦理的双重压力下,在就近的诊室,选择快速的疗法,自然成为人们首选的治疗手段。西药与草药相比的高效、快速、方便正好契合了人们消除病痛的迫切心理和伦理需求。乡村的空心化无形中进一步推动了西医在乡村的强势地位。

二、多元医疗不同体系之间的互补共生

民族志调查发现,不同人群采取多元的医疗体系基本上是一个普遍的事实,差别在于人们在何种情况下倾向于选择何种医疗体系而已。^⑦疾病类型、患病状态、民间信仰、治疗效果、交通便利、医疗费用、言语沟通等都将影响到人们对具体医疗体系的选择。^⑧上寨村民选择何种医疗体系也与上述变量相关,但疾病的划分成为人们选择不同医疗体系的基础。

在长久与草医、巫师打交道的过程中,村民与治疗者共同建构着有关疾病的两大分类:身病和命病。草医(以及后来的西医)主要提供药物治疗,处理的是身病问题;而巫师则通过仪式治疗,负责处理命病。村里有位80多岁的老草医,不仅擅长巫术,在赤脚医生时代还曾学习过西医,三种医疗体系融入一身并没有明显的冲突。在谈到身病和命病时,他说:

侗医给人看病时,关注心、肝、脾、胃、肾、命六大致病原因。前五种导致的是身病,后一种是命病。命病主要是看三关,即头关、腰关和肚关。如果命过

三关,那这个人就危险了。如果是命病,你只用药物去治疗,不起效果,还会被同行笑话的。

身病比较容易判别,主要包括常见病(如感冒、腹泻等)、劳作损伤(如腰肌劳损、骨折等)和慢性病(如高血压、关节炎等)。轻微的身病处理比较简单,甚至在家庭内部就能得到自我处理。有些较为严重的身病如果影响了他们的生活和劳作,人们要么找草医治疗,要么去卫生室,吃药、肌肉注射、静脉注射。如此这般折腾后,如果还是不见好转,那必然不属于地方医疗体系所能治疗的范畴了,他们不得不去上一级的卫生院和医院看病,甚至求助于仪式性的治疗,将其当作命病来处理。

有经验的村民对于日常发生的不适,也大体能判断是属于普通的身病还是命病。比如一个健硕的村民,早上还能吃两碗饭(村民经常以能吃饭作为身体健康的标志),但傍晚下山回来后,大汗淋漓、面色苍白、浑身乏力。在村民的观念中,他可能是“遇到鬼”了,需要驱鬼治疗。小儿夜惊,经常也被认为是小儿自身的火力不足,容易受邪气侵蚀,自然也需要请巫师作法,或是佩戴一些驱邪之物。侗人就像许多汉人一样,认为人死后,或是变成鬼,或是投胎变成人。鬼有善恶之分。^⑨那些意外死亡的,比如夭折的、溺水而死的、吊死的、被人打死的、难产死亡的人,以及单身汉死后,一般都不能葬入祖坟里,只能埋在乱坟岗里,接受不了子孙的祭拜,成为孤魂野鬼。这些鬼经常骚扰人间,成为导致人们不得安宁的主要原因。一般来说,祖先不会给后代带来不利,但也可能“捣蛋”。对于这种情况,做做法事,把祖先用过的东西烧给他们,就会安宁。村民们还认为,人有三魂,魂丢了,身体就不健康,这时候,也需要找巫师判断魂丢何处,然后举行叫魂仪式。^⑩

笔者曾观察一位村民求助巫师杨永治疗“肚子疼”的仪式过程。2013年7月21日早上7时许,一位60多岁的阿姨拎着一个大包,风尘仆仆地赶到杨家。她的大儿媳在福建打工,最近一直肚子疼,去了医院检查,也没检查出什么结果,他请求杨永探求到

底是什么问题。由于双目失明加上年事已高,杨永的行动多有不便,待他完成个人的洗漱,大概已经八点半了。好在他爱人已经帮他准备了施法的案桌和香纸。求助者拿出准备的物件:一小包米、一条咸鱼、一个鸡蛋,十六元钱、大约两斤的腊肉、两斤米酒,外加患者的上衣(这是她大儿媳的贴身衣物,颇有“接触律”^⑪的意味)。杨永的爱人把酒倒入三只碗里,放在案桌前方,另外一只碗里倒入水放在案桌后方,案桌中间则用碗盛上求助者带来的鱼、肉、米、鸡蛋和钱。随后她点燃三支香放在桌上的小香炉里,准备几叠待用的黄色冥纸。万事俱备,只待巫师作法了。经历过算卦(确认所犯何关),请神(土地公公、土地婆婆、飞山神、萨^⑫、巫师自己的诸多师傅),过阴(与鬼魂直接对话),喷水(在众神的帮助下驱除邪鬼)等仪式过程后,最终巫师将施法后的衣服返回求助者,让她带回去给亲人穿上,仪式治疗就算完结了。

仪式治疗通常由巫师主持,然而,草医们在治疗严重疾病时,也会举行诸如“请师傅”的小型仪式。比如正骨师在面对严重骨折的病人时,要求病人家属准备好肉、酒、鸡蛋、米、香和纸。倒上五碗酒、一碗水,正骨师开始邀请他的师傅和祖师爷们,请求他们给予帮助,共同医治病人,然后念符咒、喷水、驱鬼,不让邪恶力量干扰整个治疗过程。这些仪式过后,正骨师才能抚摸、正骨、上药。过些时日,当病人康复之后,还有一次“断根”仪式,以保证病痛不再反复。

毫无疑问,上述仪式的细节异常丰富,充分展现了侗族人的世界观和鬼魂观。^⑬某些一般性的身病(如肚子疼),一旦其他方式无解时,人们也将求助于巫师的作法。有些草医在治疗严重身病(如骨折)时,在药物之外,也会辅助于仪式治疗。卫生室的西医虽然受到现代医学的训练,但应病人要求,也会开出草药,在救治无望的情况下,甚至建议病人去请巫师“搞点名堂”(仪式治疗)。

上述案例展现出,命病没有清晰的边界,每种身病都可能因为难以治愈,久治不愈而变成所谓的命

病。那些草医治不好,西医也无奈的病,人们就会想到这可能是犯了命关的缘故。他们会找到村里或者周边村庄的巫师,通过仪式治疗,确认所犯何关,然后再行禳解之法,或是送鬼,或是驱邪,或是祈福,或是招魂。然而对于命病及其相关的仪式治疗,村民大多又“半信半不信”,认为不能完全依靠仪式治疗,而是需要辅助于其他药物手段。仪式治疗和药物治疗并非是排斥的关系,面对人们的疑难杂症,它们通常双管齐下,交错登场,共同处理人们的病痛。进一步说,每一种医疗体系,都可能应对多种疾病;反过来,每种疾病,也有多样的治疗方式。这说明疾病分类与医疗体系之间并非确定的一对一关系,更可能表现出动态化的谱系特征,各医疗体系之间呈现互补共生的基本状态。

三、多元医疗同一体系内部的相互竞争

在当下的医疗环境中,西医无论在合法性还是在资源上,必然具有更多的竞争优势,因为地位相差悬殊,他们甚至不屑与草医和巫师竞争。如果说多元医疗存在竞争关系,主要的竞争不是来自各个医疗体系之间的竞争,它们互补共生的关系已经将竞争消解到最低,更多的竞争其实来自同一医疗体系的不同执业者,因为他们共同具有所属医疗体系本身的优势和劣势,大体上也服务于同一个群体。谁将争取更多的患者,医术和费用自然是两个最为要紧的因素。然而,与城市医院将医生分为不同的职称等级(患者常用职称作为判断医生医术的依据),乡村医生几乎没有这种职称划分,他们也只是对常见病做出初级的诊治,医术上难见高下。在乡土社会里,医术和费用并非单独起作用,它们总是和乡土人情社会的运行逻辑联系在一起。

(一)内部竞争的砝码之一:医术的人际信任

上寨有四家西医卫生室,笔者在调查期间也经常去卫生室观察病人,和医生互动。很明显的一个现象是,杨家的卫生室每天都有很多病人前来问诊,有时候卫生室的空间不够,病人不得不在卫生室外边的空地上打着吊针;石家卫生室偶尔有些病人;黄

家两兄弟的私人诊所建立至今已有十余年,有相对稳定的病人群体。村民也直言,杨家现在差不多已经是村里的首富:他在县城买了房子,家里有小汽车,在村里也建了装修最为高档的三层砖房。这些外在的符号成为人们判断贫富的标准。与上文村民对巫师的恶言恶语不同,村民对他没有什么仇富心态,在言谈中,总是给予杨医生最高的评价,他们不仅信任他的技术(尤其是给小儿扎针的技术),更相信他的为人。比如,杨医生态度好,轻声细语,无论男女老幼,去他那里看病,他总能耐心地听病人抱怨病痛;有求必应,无论刮风下雨、白天黑夜,有病人(尤其是老年人)不方便前来卫生室,他都尽快赶到村民家里问诊;费用相对较低,童叟无欺,不会随意加价。正是由于他的美名远扬,附近的村庄,有老人小孩生病了,宁愿多走几十分钟路程,也要来找杨医生看病。

村民对草医的评价要随意很多,似乎更看重他们的人品,有时候,反而因为人品问题降低了对其医术的预期和信任。村里有位草医的名声不太好,甚至有好心的村民提醒笔者别和他来往,以免上当受骗。这是一位49岁的草医,他和一个10岁的养女相依为伴,住在简陋的房子里。他和笔者说了他的悲惨经历,年轻时在广东打工时,右臂被机器碾压,不得不截肢,后来媳妇也跑了。他说他很聪明,很多东西一学就会,小时候就学会了编织各种篮子,后来还跟随自己妹婿的父亲学习了接骨、治疗胃病和风湿病等医术,甚至也略懂风水。但他从来不在村子里给人看病,认为村子里的人太势利,都瞧不起他,说他太穷。他宁愿去广西、贵州的村子里卖卖篮子,顺便给那里的人看病。当笔者把他的情况和几个村民聊起时,他们对此不屑一顾,觉得这个人人品不好,建议笔者以后少和他打交道。村民对他的截肢另有判断,认为这不是在广东打工造成的,而是在贵州偷牛被发现了,被当地村民打断的。有了偷盗的恶名,人们对他的信任度降到最低,甚至有些讨厌他。

61岁的杨全年轻时曾在上寨担任过短暂的赤脚

医生,然后去了广西,承包别人的茶园,靠摘茶为生,偶尔也给当地人治疗疾病。他50岁时才娶上一个20几岁的老婆。这个年轻老婆生了三个小孩,在生最后一个小孩时,据说是因为难产而死亡。后来他自己也因脊椎问题做了大手术。出院后就回到了上寨村里。他回来后,开过理发店,但因无人问津,很快就关门大吉。为了生计,他自己也摘茶叶,而这在当地,主要是女人的工作。农历逢二、五、八日的赶集时间,他都会带上他的招牌,去集市上售卖草药以及少量中药。他的招牌上写满了各种疾病的名称,从胃病、风湿病,各种癌症到妇科病,大有包治百病的可能。有一天,笔者发现他把草药铺摆在了村委会前的空地上,但笔者观察了近两个小时,也没有一个人买他的药。

在村里,男人30岁还没娶上媳妇,就已经被列为光棍的候选人了。光棍的背后是一套相关的话语:懒惰、眼高手低、家境贫寒,或者自身的其他毛病。杨全到50岁才娶上媳妇,差不多已经背负了20几年的光棍污名了。他和媳妇的年龄相差之大,村民对此也愤愤不平,每每谈起他时,都认为是他使了伎俩,“老牛吃嫩草”,为他的年轻老婆抱不平。他老婆因难产而死亡,被看成是凶死,这又加深了人们对他的反感。其他草医对他去集市卖草药也极为不屑,认为草医不是为了赚钱,是为了帮助他人,不能以此为生计。甚至他的邻居也直言:

他就是一个江湖骗子,假如他的药真的那么灵验,他还用到处去兜售草药?他自己也不会被疾病缠身了。本村的人是不会上当受骗的,要骗也只能骗其他村的人。

上述案例展现了在村庄,良好医患关系中医术、名声、做人和信任的复杂关联。评价一个医生,不仅在其医术,更在其人品,所以无论草医、西医,甚至巫师,都尽量避免做有损名声,不懂规矩的事,否则他们将背负恶名,自然在与同行竞争中处于劣势。吉登斯(Anthony Giddens)在讨论信任时,虽然区分了人际信任和系统信任,但他更强调系统的信任。^③具体

到医患之间的信任来说,在现代性的浪潮下,病人不是对某个医生的信任,而是对医生作为一个职业或者说一个抽象的专家体系的信任。^④本文的研究发现,村庄里医患之间的信任首先更多的是建立在人际信任上的,这种信任有赖于医生在村庄里的做人态度和行为以及相关的舆论导向。它是建立在日常生活的细节和事件之上的,不是绝对抽象的,而是可以触及、可以描述的。做人^⑤不仅影响到他们的日常交往,更影响到人们对其医术的判断,从而将人际信任和技术信任糅合起来。^⑥建立良好的信任关系,进而发展为良好的医患关系,才能在同一医疗体系内部赢得美名,并获得竞争的优势。

(二)内部竞争的砝码之二:费用的人情化处理

在同一医疗体系内选择哪位执业者,除了看他或她的医术和品行,费用自然是患者考虑的另外一个重要因素。在西医门诊里,一部分摆在柜台里的常见药明码标价,容不得讨价还价,另一部分处方药(主要用于肌肉注射和静脉注射)则全凭医生划价了。有时候,当费用超出了病人的支付能力,病人不是要求药品降价,而是祈求医生能不能减少一些非关键的药。医生自然也要考虑到病人家庭的支付能力,开了大处方,一来病人支付不起,倒头来赊账,甚至成为死账,最后还是由医生自己承担;二来费用太高,医生也容易背负乱收费的骂名,很难赢得美名。

四家卫生室的一些常见药,就像烟酒一样,村民清楚哪家的药品贵点,哪家要便宜一点。有时候,哪怕就是便宜几角钱,人们也极为重视,因为这显示了医生之间的差别。在村里,多数家庭只有老人和小孩留守。很多老人不识字,也根本不知道这些药品的价格。有时候,年轻人外出之前,交待村医,让他们先记账,等过年回来时一并结账或者到时直接刷医保卡结账。在这个乡里乡邻,大家不是同一个房族,就是多少沾亲带故的村寨里,村医们没法拒绝村民的这些请求。实际上,他们也愿意因此而带来更多的病人来源。他们需要做的就是记录好哪一天、什么病、怎么治疗、花了多少钱的详细情况,以备家

里年轻人年末来结账。笔者在村里调查时,还没有听说过村医乱记账、多刷医保卡而出现的纠纷。医生们也坦言,他们不会为此承担道德的风险,但他们会为赊账太多、太久而苦恼,有些十年前的赊账,病人还没有还清,这无疑增加了他们的垫付负担。所以当这些长久拖欠医药费的患者再来求助时,他们只能开点便宜的药,以缓解暂时的病痛。

上文曾提及,上寨有四家以西医为主的卫生室,其中两家是定点医疗机构,村民可以在这里刷医保卡消费,还有两家是私人诊所,由两兄弟主诊,村民不能在私人诊所里享受新农合医保。如此比较,这两家私人诊所并没有什么优势,但它们在村里都存续了十余年,各自都有一些稳定的服务对象。在谈到经营私人诊所的经验时,其中一位主诊医生告诉笔者:

我们这里主要是靠服务。病人什么时候有需求,电话打过来,我们就会过去。这还不够,来我这里相对都是固定的,我也会在费用上有所考虑。比如刚才走的这位病人,他上山时,砍柴刀掉到脚上,伤到了骨头。他现在每天要来打吊针,消炎。现在有8次了,按照正常收费,得600多元,70多元一次。我们是表亲,我只收了他300元。

后来笔者也去了这位患者家。在谈到选择医生时,他表示会倾向于这家私人诊所,因为他们有亲戚,收费也低一些。于患者来说,选择一个有亲戚关系(和其他关系)的医生看病,是照顾他的“生意”,但医生并非不懂人情,也会从费用或者其他服务上体现出某种回馈。

与之相比,草医给人看病,并不是他们生计的主要来源,更多的是助人和人情。一些草医告诉笔者,他们原本学习草医,主要是为了不求人,用于处理家人的疾病,但久而久之,左邻右舍、亲戚朋友生病了,也会求助于他们,他们自然不好拒绝。与西医的明码标价不同,草医给人看病,不讲价,费用完全由病人自己做主。“给多不嫌多,给少不嫌少”,这是草医们经常在谈到费用时说的话。过去村民找他们看病,一把草药一块钱,有时候一起给三块六元钱,现

在也就十几块钱。偶尔,有家境好的患者,病治好了,也会支付上百元。当然,还有一些亲戚邻居来拿药,一分钱也不给。这些亲邻当然熟知乡村的人情来往,也会通过其他方式(如帮工、送点自家的米酒)来偿还这次的免费医疗,以为回礼。村里的一位正骨师告诉笔者,他最近一次治疗骨折,是邻村的一位患者慕名而来。由于腿脚不方便,这位患者在他家吃住了一周,待伤势好转后才回家。期间,正骨师并没有收患者一分钱,吃住亦是免费。待患者回家后,没过几天,患者和家人一起过来,带来了酒、猪肉、鸡蛋、大米、侗布以及其他仪式用品,请求正骨师做一次“断根仪式”,同时也表达对正骨师的感谢。

在乡土社会里,支配人与人、家庭与家庭之间关系最为核心的机制当属人情伦理。^⑥在城市的制度化医疗里,医生面对的往往是一个个陌生的、甚少私下联系的病人,而上寨的医生本身就是地方社会的一分子,他们面对的患者基本上是同村人或同房族的人,沾亲带故在所难免。这就意味着,在地方社会里,医患之间除一般性的治疗关系外,在这背后还需处理村寨内人与人、家庭与家庭、房族与房族之间的关系,人情伦理成为这种关系的黏合剂。将人情带入医疗中,使得村寨的医患关系不是冷冰冰的规则呈现,也不完全被金钱和费用所主导,总有一些人情味。这种人情来往,使得不同的执业者各有自己的病患资源,形成了村寨里相对稳定的医患关系结构。

四、分析与讨论

基于一个侗寨的调查,本文较为立体地呈现出多元医疗复杂的运行状态。第一,随着时代的变迁,不同医疗体系的发展前景处于不断变动之中。世俗医疗体系(主要指草医学)从主导走向边缘,既与西医的进入有关,也源于村寨的生计转型,但它并没有完全退出村寨,而是成为人们日常保健的重要知识来源;神圣医疗体系(主要由巫师主持)在经过历史上的压制之后,表面上风光活跃,但也面临着一定的道德

困境;西方医疗体系(即西医学或西医)从过去的补充角色到如今的强势地位,与国家的现代化进程有关,也来自西医本身的优势,它适应了村寨的社会结构以及村民对医疗效率的追求。

第二,从目前来看,各医疗体系处于互补共生的状态,这种互补共生与当地的疾病分类具有动态的契合性,而多元医疗同一体系内部则表现为相互竞争的状态,这种竞争依赖于乡土人情社会中日常医患关系的维系。在上寨,人们将疾病分为身病和命病。然而从身病到命病,从药物治疗到仪式治疗,并非一一对应,而是一个连续谱。任何身病,只要它难以治疗,或者久治不愈,都可能被认为是命病,求助于仪式。在仪式治疗过程中,巫师也会辅助于草药,甚至西药。身病和命病界限的模糊性和连续性,决定了多元医疗互补共生的基本状态。而在同一医疗体系内部,不同的医疗执业者则主要处于竞争状态,他们竞争的砝码表面上看是医术和费用,深层次则和乡土人情社会的运行逻辑密切相关。

上述研究显示日常伦理(ordinary ethics)^②可能成为多元医疗理论研究中的一个重要切入点。日常伦理关注的不是宗教的善与恶、人权、职业伦理、生物伦理等特殊的领域,也不是那些事先规定好的规则,更不是哲学家讨论的抽象主题,它更为关心人们的日常行为和日常理解。将日常伦理引入多元医疗研究,就会发现,一方面,多元医疗处理的就是生老病死这些老生常谈的日常事宜,人们对疾病和医疗体系的分类和选择不是来自刚性的标准,而是携带了日常生活本身的实用性、随机性、动态的特征;另一方面,多元医疗不仅受制于一般的所谓医学伦理(如知情同意、不伤害等),更处于人们的日常交往和日常生活的伦理范畴内,这调节着医患之间的关系,影响着人们的就医选择及对治疗方式的评判,从而使得地方的医患关系不是制度化规定的形态和结果,而是日常交往在医疗上的一种具体显现。在呈现多元医疗运行状态的同时,可以看到多元医疗并不是地方社会中的孤立事项,它与疾病类型、信仰体

系、国家权力、生计转型,乃至与乡土社会的伦理原则紧密相关。正如冯珠娣(J. Farquhar)所言,多元医疗开启了一扇了解当地文化经验与日常生活的窗户。^③多元医疗的现实运行,是当代乡土人情社会的一种折射,为多元医疗理论研究提供了不可或缺的视角。

对匿名评审专家、《民族研究》编辑部及刘海涛副研究员的意见和建议表示衷心感谢。

注释:

①参见C. Leslie, "The Professionalizing Ideology of Medical Revivalism," in M. B. Singer ed., *Entrepreneurship and Modernization of Occupational Structures in South Asia*, Durham: Duke University Press, 1973; C. Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley: University of California Press, 1976。

②比如有学者认为这一概念过于简单化,没有置于特定的社会理论里,没有反思权力和结构等在多元医疗上的影响。参见A. Broom, A. Doron & P. Tovey, "The Inequalities of Medical Pluralism: Hierarchies of Health, the Politics of Tradition and Economies of Care in Indian Oncology," *Social Science and Medicine*, Vol. 69, 2009。

③参见李永祥:《彝族的疾病观念与传统疗法》,《民族研究》2009年第4期;刘宏涛:《仪式治疗新解:海南美孚黎的疾病观念和仪式治疗的文化逻辑》,《民族研究》2013年第1期;孟慧英:《人类学视阈下的医疗——基于萨满文化医疗的思考》,《民族研究》2013年第1期;徐义强:《哈尼族治疗仪式的医学人类学解读》,《中央民族大学学报》2013年第2期等。

④参见汪丹:《分担与参与:白马藏族民俗医疗实践的文化逻辑》,《民族研究》2013年第6期。

⑤参见B. Latour & S. Woolgar, *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*, Princeton: Princeton University Press, 1986; A. H. Goodman, D. Heath & M. S. Lindee, *Genetic Nature/Culture*, Berkeley: University of California Press, 2003; E. F. S. Roberts, *Gods Laboratory: Assisted Reproduction in the Andes*, Berkeley: University of California Press, 2012。

⑥参见张实、郑艳姬:《治疗的整体性:多元医疗的再思考》,《中央民族大学学报》2015年第4期;徐义强:《哈尼族多

元医疗体系与行为健康的医学人类学讨论》，《青海民族研究》2012年第3期；段忠玉、李东红：《多元医疗模式共存的医学人类学分析》，《学术探索》2014年第9期；乌任其格：《多元医疗模式与人类健康》，《中央民族大学学报》2009年第1期；李沛良：《全球化、现代化与文化多样性：分析香港中、西医药体系的互动》，马戎、周星主编：《21世纪：文化自觉与跨文化对话（一）》，北京大学出版社2001年版，第384-409页。

⑦参见 M. Lock & Vinh-Kim Nguyen, *An Anthropology of Biomedicine*, Oxford: Wiley-Blackwell, 2010; C. R. Ember & M. Ember, *Encyclopedia of Medical Anthropology*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004, pp. 109-115.

⑧文中凡未明确注出出处的材料，均来自上述田野调查。

⑨侗族的房族，又称“补拉”，类似于汉族的宗族。参见石佳能：《侗族的“补拉”与款》，《中南民族学院学报》1993年第3期。

⑩参见 C.R. Ember & M. Ember, *Encyclopedia of Medical Anthropology*, New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004, pp. 109-115.

⑪参见 A. Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley: University of California Press, 1980.

⑫参见张珣：《台湾汉人的医疗体系与医疗行为》，张珣编：《疾病与文化——台湾民间医疗人类学研究论集》，台湾稻香出版社2000年版。

⑬参见程瑜、黄韵诗：《被遮蔽的妇科病：广西柳州侗寨妇女的就医选择》，《民族研究》2014年第6期；杨付明：《需求与认同：土家族医药传承探析》，《广西民族大学学报》2014年第6期。

⑭参见[美]莎伦·考夫曼著、余成普译：《老龄社会的长寿制造：伦理情感与老年医疗支出的关联》，《广西民族大学学报》2014年第1期。

⑮参见杨念群：《再造“病人”：中西医冲突下的空间政治（1832-1985）》，中国人民大学出版社2006年版。

⑯参见景军、黄鹏程：《医患关系对农村抗生素滥用的作用：以五个乡村诊所为例》，《贵州民族大学学报》2016年第3期；余晓燕：《医学化的技术轨迹：云南乡村抗生素滥用现象考察》，《思想战线》2014年第5期。

⑰参见余成普：《地方生物学：概念缘起与理论意涵》，《民族研究》2016年第6期；C. R. Ember & M. Ember, *Encyclopedia of Medical Anthropology*, pp. 109-115.

⑱参见刘志扬：《西藏农民在就医行为选择上的文化观

念》，《开放时代》2006年第4期；张有春：《一个乡村治病过程的人类学解读》，《广西民族大学学报》2011年第4期。

⑲侗族人关于鬼、神与祖先的观念，类似于武雅士(Arthur P. Wolf)的研究，详见 Arthur. P. Wolf 著、张珣译：《神，鬼和祖先》，《思与言》1997年第3期。

⑳关于侗族人的叫魂仪式，参见赵巧艳：《侗族灵魂信仰与收惊疗法：一项关于B村的医学人类学考察》，《思想战线》2014年第4期。

㉑参见[英]弗雷泽著、徐育新等译：《金枝：巫术与宗教之研究》，大众文艺出版社1998年版，第36-43页。

㉒有关飞山信仰和萨信仰，参见张应强：《湘黔界邻地区飞山公信仰的形成与流播》，《思想战线》2010年第6期；石开忠：《侗族萨崇拜的祭坛与仪式研究》，《宗教学研究》2016年第1期。

㉓本文的重点不是仪式治疗及其象征意义，所以这里没有重点描述仪式的过程，而仅仅试图表明，在上寨，仪式治疗确实是人们面对疑难杂症的求解之策。

㉔参见[英]安东尼·吉登斯著、田禾译：《现代性的后果》，译林出版社2000年版，第69-87页。

㉕参见余成普、姚麟：《糖尿病人的临床境遇、家庭伦理与依从性问题》，《广西民族大学学报》2016年第5期。

㉖“做人”是一个人在私人交往生活的范围内处理日常交往实践事务的方式与行为倾向的观念，关乎人的名誉的清白，具有某种平凡的基础性的德性。参见廖申白：《我们的“做人”观念——涵义、性质与问题》，《北京师范大学学报》2004年第2期。

㉗参见余晓燕：《HIV/AIDS防治中的医患交往艺术》，《开放时代》2010年第3期。

㉘参见阎云翔著、李放春等译：《礼物的流动：一个中国村庄中的互惠原则与社会网络》，上海人民出版社2000年版。

㉙有关日常伦理的更多研究，参见 v. Das, "Ordinary Ethics," in D. Fassin ed., *A Companion to Moral Anthropology*, MA: Wiley-Blackwell, 2012; M. Lambek, *Ordinary Ethics: Anthropology, Language, and Action*, NY: Fordham University Press, 2010; 李荣荣：《伦理探究：道德人类学的反思》，《社会学评论》2017年第5期。

㉚参见赖立里(问)、[美]冯珠娣(答)：《中国传统医学的人类学研究——人类学学者访谈录之七十二》，《广西民族大学学报》2014年第6期。