



西方医学化研究脉络

——兼论中国本土医学化研究图景

赵婷婷¹, 郝新鸿²

1. 新疆大学马克思主义学院, 2. 历史学院, 新疆 乌鲁木齐 830046

摘要:自医学化概念被提出以来,其学术研究历程经历了从对医学知识扩张及专家统治的指认,到对医学化成为社会控制机制及制造医源病的反思,再到对医疗商业化与利益竞逐的回应三个阶段,在一定程度上搭建出了西方医学化的研究脉络,但仍然存在着明显的缺陷和不足,尤其是西方中心主义研究模式和一边倒的批判态度。此外,随着全球化的推进,医学化也并非一种在西方医疗和社会体制架构内的“地方性”产物,而是不可避免地与其他国家产生互动,在中国传统中医学文化和“以人民为中心”制度原则的影响和调适下,作为舶来品的医学化被赋予了理论和实践上的新理解。

关键词:医学化研究;西方;本土化

中图分类号:R-02

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2023)02-097-008

doi:10.7655/NYDXBSS20230201

“医学化”(medicalization)是指由于医学科学在社会政治、经济各方面的支持下形成一种巨大力量,且不断向社会、日常生活领域进行渗透和扩张,使那些原不属于医学范畴的问题被纳入了医学的管辖范围,并被赋予了医学解释和解决方案,其中也包括道德上不可接受或社会所不期望的个体偏离行为的被动医学处置。医学化作为“20世纪下半叶西方社会最为深远的社会转型后果之一”^[1],在全球化背景下,随着中国经济发展与科技进步,也逐渐引起了国内学者的关注和反思。西方学术界关于医学化的研究成果丰硕,但一直缺乏一种全球视野。如康拉德(Peter Conrad)这样的重量级学者虽然提出了医学化会扩散至全球范围,但其所秉持的还是一种以西方为中心的研究思路,即将西方医学化研究经验等同于当代全人类的经验。如果完全照搬套用这种西方医学化论述来研究中国本土医学化,可能出现巨大偏颇。鉴于此,秉承医学化是特定社会与文化背景下的产物与建构,为应对和引导医学化在我国的快速发展,亟须从西方医学化研究的精髓出发,立足于中国现实,吸收其中的合理成分,从而进行医学化的中国本土研究及思考。

一、医学化在西方的研究脉络

欧美的医疗商业化程度与医药支出水平最高,而处方药广告规范程度却较低^[2],因此,医学化现象最先在这些欧美国家出现和发展,西方学者也最先注意到这一现象并将其纳入学术研究的视野,在经过了数十年间不同阶段的建构后,积淀了较为丰硕的研究成果。

(一)萌芽期:对医学知识扩张及专家统治的指认

在医学化研究的初始阶段,医生及医学专业的权威是医学化的主要动力,社会学家们主要对医疗知识扩张与专家统治进行指认,关注点集中在精神病学领域。

1951年,塔尔科特·帕森斯(Talcott Parsons)提出病人角色理论^[3],认为疾病是一种社会性的约定和制度化的角色类型,病人在患病期间的社会角色就是“病人角色”,应享有一定的权利和优先权,包括无须履行某些社会义务和责任,且为了恢复健康,可以主动寻求专业技术支持。在此情境下,医生控制着病人角色门槛,担负着将病人角色合法化的义务。这种将社会关系引入健康与疾病问题,通过医学对病人角色存在的建构以及确认病人角色

收稿日期:2023-02-07

作者简介:赵婷婷(1994—),女,甘肃平凉人,硕士研究生在读,研究方向为科学技术哲学。

合法性的手段,开启了探讨医学社会功能的新路径。因而,帕森斯被视为最早将医学概念化为一种社会控制机制的学者,他奠定的理论基调使西方学界继续深入研究医学化议题成为可能。

随着医学化研究的推进,20世纪60年代,医学专家“诊断”出的精神疾病成为西方学者关注的焦点。然而,托马斯·萨兹(Thomas Szasz)指出,精神疾病不是一种疾病,精神病学为我们贴上的标签是既非精神的亦非疾病的,用来矫正的措施也不是治疗,而是使不安定的人平静、顺从的努力^[4]。当然,这并不是说他否认精神疾病所指涉的行为存在或表现出这些行为者的存在,也不否认病患所承受的痛苦或对家人带来的困扰,他仅是以一种不同于那些将“精神疾病”视为疾病者所使用的方式来分类“精神疾病”^[5]。在萨兹看来,“精神疾病”是用来将经济、道德、个人、政治和社会问题加以医学化的一种语义学策略,目的在于掩盖社会不可接受的行为,若某人被贴上精神疾病的标签,则会被排除在社会规范体系之外,这进一步会为社会控制的医学化,特别是精神疾病的强制治疗和犯罪开脱提供辩护^[5]。因此,他认为医学伦理学家和医学哲学家应该反对专家对界定精神、心理疾病的垄断,或是反对专家否定疾病的科学观念,而以一种独立于身体病理学之外的方式来界定疾病,将诊断作为法律政治工具来控制无辜者或为犯罪开脱。但是,当时的主流医学伦理学家与医学哲学家却选择了前者,由此出现了多种对疾病定义的界定,特别是精神疾病^[5]。鉴于疾病定义范围的不断扩大以及医生对他们作为专业人士权力的争论,1970年艾略特·弗雷德森(Eliot Freidson)提出“专业宰制”命题,公开质疑专业知识是否正在成为特权和权力的面具^[6]。

(二)形成期:对社会控制及制造医源病的反思

20世纪70年代,随着医学化进程的进一步推进,除医生外,社会运动和利益团体,以及各种组织活动或跨专业活动也成为医学化背后重要的推动力量。在多方力量的介入下,医源性疾病的数量日渐增多,医学社会控制随之进一步扩大,从而使医学社会学界对医学化关注的焦点从精神病学扩大到了整个医学领域。

欧文·左拉(Irving Zola)从宏观角度对社会医学化作了清晰描述,他指出“医学潜力与社会需求一拍即合的直接后果就是社会的医学化,医学化作为一种社会进程的主要表征,已经成为继宗教和法律之后一种主要的社会控制机制,即越来越多的人类境遇被现代医学贴上了‘健康’或‘疾病’的标签,人类日常生活中更多方面被医学化”,医学不仅直接处置身体上的疾病,而且以健康之名,干预人们的生活方式和日常行为习惯^[7]。伊万·伊里奇

(Ivan Illich)也对医学肆意干预及管控日常生活进行了批判,他认为“生活的医学化”和“社会医源病”是“超工业化社会”的产物,指出医疗体制的工业化和官僚化,使医疗机构通过医疗实践产生的副作用对健康构成了重大威胁^[8]。伊里奇这一激进的主张肇始了学界之后对健康和疾病界限的批判性考察,医学界所承诺的有效性和安全性也逐渐成为人们讨论和质疑的指向点。

如果说左拉和伊里奇在医学化的宏观趋势判断方面别具慧眼,那么康拉德则在医学化研究的经验具象层面作出了巨大贡献,他以美国多动症(ADHD)诊疗范畴从儿童到成人的扩展历程为核心案例,夯实了医学化研究的实证经验基础。而且基于对各类越轨行为医学化经验的总结,他发现每当某种偏离行为成为医学社会控制监管仲裁的对象时,就会出现一种全新的病原学解释,即在特定情境下,即使医生无意主动涉足,有关问题仍可能被医学化的原因在于它们都是社会、政治同盟下的产物而非医学科技进步的成果,如酗酒问题、“冲动性购物”及病理性赌博等偏离行为问题的医学化过程都展现了相似的社会运作逻辑。

由此,康拉德开始重视医学权限扩张和发展的社会基础及社会内涵,并认为考察医学化的重点不在于被看作是疾病的某种问题,就事实而言是否为医学问题,而在于它是被社会需要而被界定为医学问题,医学化的关键在于定义问题,即以医学词汇来定义,用医学术语来描述,采用医学架构来理解,用医学手段来介入^[9]。因而,他曾多次在具体问题的层面上总结医学化的概念,起先将医学化定义为把某种行为状态界定为医学问题或疾病问题,并授权或许可医学界提供某种方式的治疗^[10],后又进一步凝练为非医学问题被界定成医学意义上的疾病问题或障碍问题,且对其加以治疗的过程,并认为医学化的产生是概念层面、组织层面和医患互动层面三个维度共同起作用的结果^[11]。

(三)发展期:对医疗商业化与利益竞逐的回应

20世纪80年代后,伴随经济和科技的飞速发展及各项卫生政策的出台,医疗的产业化、商业化趋势愈加明显,医疗机构、学术界、政府及健康相关企业间的利益竞逐也愈演愈烈,医学化成为特定的科技与社会模式的医疗秩序化过程。这一时期,卫生保健政策和制度发生了转变,美国政府出台了各种促进医学化发展的政策,如在制药产业,医生固然还是诸多药品的把关者,但药厂已成为医学化的主要参与者。自从1997年《食品药物现代化法案》与后续的法令通过后,之前限制药厂的推销活动在产品说明、赞助医学活动以及在医学杂志上刊登广告的状况发生改变。美国食品药品监督管理局(FDA)进行

法规修订,助长了广告投放^[9]。

在新自由主义的潮流下,健康相关产业与医疗单位、政府及学术界的复合体进一步推动了医学化进程。学术界提升技术和创新能力,医疗专业增加疾病的种类,药企、医疗器材商作为利益支撑,政府则为增强经济竞争力扶持企业或提出支持健康产业的政策,促进知识经济与新核心科技的发展,并引导更多厂商从中获益。医疗愈倾向于集团化与企业化,在医疗服务的集团整合化与绩效竞争趋势下,医疗服务与市场竞争加剧,压缩专业自主执业空间,医生也趋向成为医疗企业家,且医疗专业之间的收入差距扩大^[12]。在生物技术产业、药厂、高科技仪器主导的影响下,医疗更受到研究、产业与技术发展的引导。此外,市场在供需之间具有实质的物质力量,能促使这个复合体不断运作。

随之在医学知识与医疗组织中凸显出潜在在日益医学化之下的三个重要力量——生物科技、消费者与医疗保险制度下的管理式照护^[9]。新兴的生物医学知识和技术持续向人类生命和生活进军,除越轨行为外,人体的某些自然生理过程和功能状态,如生死、饮食、睡眠、外貌等也被医学化了。2003年,美国加州大学旧金山分校以克拉克(Adele E. Clarke)为核心的学术团队受到福柯生物权力理论的启发,开辟了一条融合生物资本、技术及生物政治经济学的整体性研究进路,即生物医学化,更好地支撑了医学化研究的综合性特征^[1]。而亚伯拉罕(John Abraham)则针对在社会文化方面医药消费的独有特征提出了药物化的概念,即身体、心理、行为或社会的状况被医生、患者用药物治疗或认为需要药物干预的过程^[13]。随着遗传学的深入研究,生物科技推动基因检测会创造一个“有可能发病”的新医学化状态,从而模糊了健康、治疗与增强之间及遗传与环境之间的界限,将医学监控与医学凝视超越对个人健康或身体的医疗行为,扩张至国家、非政府组织和健康相关产业。

此外,在变动的美国医疗体系里,医疗保险公司已经主导美国的健康照护,就某种程度上而言,管理式照护将医疗商业化是诱因也是约制,此时的选择权则掌握在患者(消费者)手中,由消费者选择保险方案,在医疗市场里购买医疗服务。尤其近年来在消费主义文化和健康主义的影响下,无论是出于医疗权威下的被迫还是健康观念转变下的自愿,抑或是为了减轻某种“病耻感”(stigma),大众最终接受并推动了原本不被医疗专业介入的个人或社会问题演变成了医学问题,理所当然地认为这是该由医学专业介入的人类境况,医学化也从医学单向度的扩张转变为在多元行动者的互动下医学与消费者的双向建构,从客观实在的社会现象上升为人

们思考和行动的范式,进而演变成了一种带有默契的集体行动。

二、从西方研究到中国经验:医学化研究的局限

自医学化现象被纳入学术研究,经历了从对医学知识扩张及专家统治的指认,到对医学化成为社会控制机制及制造医源病的反思,再到对医疗商业化与利益竞逐的回应三个阶段,西方学界已基本形成了能解释本地医疗、政治和社会体制架构的较为成熟的医学化研究成果。无论是宏观层面的概念界定还是微观层面的经验案例,西方医学化研究都取得了较大进展,已能基本把握西方医学化的特征。

医学化研究的首要议题是关于医学权力的扩张。医学专业最早被指认为医学化的推动者和受益者,认为医学扩大了疾病类属,使道德、社会价值甚至生活或生命形态的差异,都被化约为客观病理事实^[9]。医学知识扩张了对疾病或不健康的定义,包括致病风险转化为疾病、社交问题、个性问题,以及原本无关疾病的美容整形与为健康增值的养生产品和预防性药品等,并将充满争议与诸多不确定性的生理、心理、精神乃至生活形态,甚至是潜在基因相关问题或状态,如衰老、脱发、社交恐惧及道德问题等,均试图化约为客观中立的疾病与健康议题^[6]。医学的治疗范围由疾病扩展到生活形态,除了成为个人生活健康认同的基础,也成为行动者面对社会认同、解决特殊困难的策略和手段^[14]。如特殊人群为去除污名,患者团体与消费者团体协同推动对疾病的认定,尤其近年来医疗美容整形的兴起,人们愈倾向于采用医疗手段来满足个人形象认同,并以此为借口逃避生活中所遇到的困境。

这不但在认识论与文化意义上使社会大众臣服于医学的治理,更因为医疗与政治、法律、经济等制度的联系,助长了医学权力扩张。一方面,医学化将原本非医疗问题归属为医疗问题,增强了医学的专业权威和话语权,使医学逐步演变为管理社会存在的体制,或借医学科技的发展,医疗体制和药商、媒体的复合体系,以健康和公共卫生的名义牟取利益^[8]。另一方面,医学化将社会问题冠之以疾病之名,只从个体生理层面入手,试图以医疗意识形态消弭对潜在社会问题的批判,并不能从根本上解决社会问题。

不仅如此,在医疗逐渐趋向集团化和企业化的过程中,国家也扮演着越来越重要的角色。在萨兹的治疗型国家理论^[5]中,犀利地指出二战后美国的社会控制系统逐渐依赖某种政治化医疗的原则,医学与国家在医疗服务即公共卫生方面进行政治和利益结盟,通过疾病及医学专家来合法化和界定疾

病及治疗的权威,模糊疾病与非疾病之间的界限以及国家以群体健康之名对个体自由可能产生的威胁。这些都揭示了美国作为治疗型国家与医疗产业复合体间错综复杂的关系,以及“健康”作为资本积累场域的发展趋势,使医学逐渐脱嵌于社会控制的范围。

但值得注意的是,知识生产牵涉特定时空的因缘际会,是在特定的文化、社会价值观、政治经济制度和由此造成的立场和环境产生的,并非抽象或普遍存在,而是存在于由各种异质性因素所构成的体制脉络中,与真实世界相嵌合^[15],既产生于“地方”又不同于“地方”,具有杂合性和异质性的动态互动过程与跨国过程中的流通和交流。数百年来西方国家在武力、政治、经济与文化扩张过程中,使实证科学知识以其普遍性认识论与技术能力,潜藏自身知识脉络的单一建构、线性扩散与同质化世界的问题,从而抹杀了其他知识的正当性,创造了全球性的同质、普遍知识空间,无视东西方之间的科学交流。与此相符合的是,医学化产生于以科学世界观占主导地位,崇尚智性文化的现代西方工业社会,在医学化研究中,康拉德、左拉、弗雷德森等研究者均立足于西欧北美,尤其是美国社会的案例经验,却将本地的医学化经验等同于当代全人类的经验,完全没有讨论本地与全球的互动,使西方医学化存在着全称性和普遍性的研究局限。然而,对于21世纪的全球社会而言,随着时间的推移,医学化早已渗入非西方工业化社会,中国与其他国家一样对医学化并无先天免疫功能,但由于中国与西方社会的经济发展程度、文化环境和制度背景的不同,医学化的程度不同,西方的医学化论述并不完全符合与适应中国的实际情况^[16]。

与西方发达国家医学化研究论述的情境不同,目前中国仍处于社会主义初级阶段,农村简单现代化和城市高度现代化的社会形态并存,相对于西方的高度医学化,中国社会的医学化处于初、中度兼具的混合状态。尽管当前在一定时间、范围和程度上难以消解医学向社会生活领域的持续侵袭,但社会主义社会在本质上是对医学化中医学权力宰制、医学产业化、健康商品化等医学异化现象的消解。而且,基于中国坚持以公有制经济为主体,多种所有制经济共同发展,市场在国家的宏观调控下对资源配置起基础性作用,因而医学化实践过程中的医生、药商除了谋求物质财富外,也有为中国特色社会主义建设作贡献的一面,并不完全由市场体制和资本逻辑所主导,如某植发医疗机构在将脱发进行医疗干预的同时,也为贫困地区头部瘢痕伤者提供免费治疗。此外,中国文化以“和”为贵,崇尚和谐,蕴含着天人合一的宇宙观、协和万邦的国际观、和

而不同的社会观、人心和善的道德观^[17],这就意味着虽然对现代社会文明而言,科学技术理性是其生成和发展的内在动力,但不同于西方在科学技术上的无限追求,对“物”的用力,中国社会发展的制度和前提使医学在权力扩张的过程中也注意与社会关系的协调。

另外,在医学化的态度和应对方面,西方医学化的评论者一向只关注医学化将日常生活的多面向转为病态,而窄化了原先被认为可接受的范围,忽略了医学化的观点对医疗保健事业中以患者为中心模式的推动和对社会问题的反映,多数医学化研究者常从批判的立场入手,聚焦于将医学化作为一种支配力量,在过去半个世纪以来,大大扩展其凝视和控制范围,强调过度医学化的问题或其后果。鉴于医学化发展现状,康拉德提出,无论医学化背后的动力引擎是医生职业团体、大型制药公司、保险公司、生物技术产业还是消费者组织,如何唤醒公众和社会有意识地遏制医学化肆意蔓延的势头是当务之急。中国学者受西方医学化批判论调影响,尽管一些学者对医学化也持批判性的态度,却具有辩证性色彩,他们进行批判的并非医学化本身,而是其应用过程。随着现代医学的飞速发展和扩张,将医学渗透到社会乃至生活情境,用以预防疾病、维护健康是有益的,但若用医学对人类身体和生活过度控制,以“发明”疾病谋取利益就背离了医学维护和促进人类健康的宗旨,由此所引发的健康恐慌则更有悖于医学的人道主义初衷。但不论是医学化这一趋势的促成因素,还是医学化过程中多元行动者的应对,批判者都忽略了一个重要因素,那就是人的需求,医学化的产生及发展并不是单纯的医学权威下的被迫消费和资本运行下的市场推动,而是在一定社会条件下人的需求的推动,但不可避免的是人们错误的健康认知观念。对此,国内有学者提出“整体健康观”,即整合健康概念,将医学社会化转化为健康社会化,社会医学化转化为社会健康化^[18],并以此为基础,在中国特色的“举国体制”下推行“大卫生”“大健康”理念,实现“健康中国”的美好愿景。

三、中国本土医学化图景

医学化作为特定政治经济背景下的产物,西方已形成了较成熟的医学化研究成果,但仍然存在明显的局限,特别是其西方中心主义的研究模式,忽略了其他国家的经验。中国尚处于医学化建构的初期,但业已具有医学化研究的本土特征。此外,由于中国历史悠久,有着博大精深的中医学文化和“以人民为中心”的制度原则,西方医学化扩张至中国的过程中,受本土文化抑制和价值的引导。

(一) 医学化研究的本土特征

随着我国经济发展和科技进步,人民生活水平不断提高,公众对健康服务的需求也与日俱增,以致人民生活领域的诸多领域都显现出了社会医学化现象,国内对社会医学化的研究也逐步从概念性的解读和辨析延伸至对社会控制和身体政治分析等深层次的学理性讨论,主要集中在以下四方面。

1. 某种生命过程及现象的医学化

如生物学在介入孕产行为的文化权威过程中,将优生优育与“国民性”话语结合在一起,从医疗阐释角度出发建立孕产行为与国家建设的新型关系,孕产经验被专业人士用新的医学知识或医学模型进行解释,孕妇被界定为需要生物学干预的对象,当育龄女性逐渐接受关于孕产的全新知识及医疗体系时,孕产行为的医学化便应运而生,而与孕产行为相关的如“接生婆”“吉祥姥姥”等民间知识体系则被彻底边缘化,孕产行为从最初的自然生理过程发展到由国家干预、科学主义和市场驱动等多种社会力量共同交互作用下的医学过程。除孕产医学化,还有诸如绝经、经前期综合征等身体经验的医学化,以及反思是否应该完全由医学来决定人何时死亡、以何种形式死亡甚至是否死亡的死亡医学化。

2. 特定人群的生活状态中对医学与健康追求的变化与体现

从社会变迁的视角分析我国特定人群的生活状态中对医学与健康追求的变化与体现。如邹涛等^[19]认为利用医学手段优化老年生活,是提高老年生活质量的必要选择,可以使老年生活获得医学专业性、系统性的指导和管理;刘仲翔^[20]认为在生活环境和政策环境医学化的影响下,对健康的追求作为一种意识形态亦开始逐步成为农民的思想观念。

3. 从医学社会学视角对某些精神健康问题的社会病理学分析

如程瑜等^[21]在跨文化视角下通过对亲人离世者悲伤情绪的社会意涵分析,并结合中国国情,在社会文化内涵中探索疾病和苦痛的解决之道。田旭升等^[22]探讨了我国传统社会规范、医学观念及社会心理支持与家庭关怀对抑郁症患者心理的影响。张蕾^[23]关注城市弱势群体的精神健康,认为城市弱势群体一旦遇到突发事件,引发精神疾病的概率将大大增加,进而会影响他们的生活质量。林光祺等^[24]从角色偏离角度对“精英症”进行了分析,认为其实质是精英人群对超负荷社会压力消极回应的结果,并提出了矫正的社会控制手段。

4. 越轨行为的医学化研究与实践,以“网络成瘾”为代表

网瘾的医学化实践是互联网行业飞速发展和电子产品广泛普及的产物,网民中尤其青少年更

易沉溺于网络世界,这成为无数家庭的困扰。对于网络成瘾,陶然等^[25]认为,网络成瘾是个体反复过度使用网络导致的一种精神行为障碍。寻知元等^[26]则认为将网络成瘾归为精神疾病的科学依据不足,容易引起误解和误导,可称其为“网络不健康使用”。韩俊红^[27]认为尽管网瘾医学化的专业合法性远未达成共识,但就社会层面而言,它已经成为一种外在于个体和社会的涂尔干意义上的社会事实,并反过来作用于个体和社会的社会建构产物。这是因为网瘾医学化的背后隐藏着施加在青少年身上的双重社会控制,一方面,受国内“家长制”家庭模式的影响,在网瘾医学化的建构过程中,网瘾青少年的家长发挥着主动作用,而青少年不过是这一过程的被动接受者。一些家长以自身既有的认知和想法形成一种事实确认,把网络使用的弊端持续放大,将上网和学习成绩下降、熬夜、人际交往障碍等联系在一起,认为青少年就该被管制,并以家长的权力垄断和争夺着规则制定权。另一方面,社交媒体起着催化剂的作用,当家庭层面的控制失败后,家长们就会寻找另一种权威系统即医学对其进行干预。时至今日,对于网络成瘾的理论研究和医学干预虽仍存争议,但中国在网瘾医学化干预的力度和规模方面俨然居于首位。当然,这并不代表其他国家不存在网络成瘾的医学化问题。

通过总结国内医学化研究现状可以得知,中国的医学化除了有市场资本逻辑推动外,更呈现出自上而下和自下而上的双向互动过程,即国家和民族层面对国民健康身份的构建,和在现代观念意识下个人在自主性增强下的行动。而且也从一些方面凸显出了人本意识,由于我国人口众多,部分地区已提前迈入老龄化社会,医疗保健服务在日常生活中占据着日益重要的位置,从医学干预和健康管理方面进行积极老龄化对老人生活有一定的改善和照拂,同时,现代社会压力加大,对上有老下有小的中青年人来说,身体的健康成为个人的责任和生活的本钱。除此之外,还有人民的忧患意识和对风险的关注及预防。总的来说,中国医学化的进程从侧面反映着中国社会转型及变迁的特征和趋势。

(二) 中国本土制度与文化的调适

在医学化讨论中,往往预设的是现代生物学扩张的医学化,因此,生物学预设的实证身体观和本体论观点,逐渐成为理所当然的事实。然而,在对医学化进行中国本土研究时,本地历史悠久的中医药传统与社会生活紧密结合,也混杂在本地生物学大幅扩张的过程中,形成不同于以生物学为单一主流的社会医学化样貌,即中医背景下的医学化与现代医学背景下的医学化相交织。由于现代生物学无法理解中医这种“另类”医学,难以对

如“天人合一”及对应四时五味的藏象学说等中医药学理论冠之以科学之名,这在一定程度上也阻碍了中医药的发展,促使其不得不走向了现代化的道路。在今天,现代医学和传统医学之间存在着部分的交流和转译,但在转译过程中,中医药发展面临的最大瓶颈是知识碎片化和思维西化,中医医学化实质上是中医西化的表征,其在治疗和养生层面将中医“治未病”“养生固本”的治疗和养生理念片面理解,造成各种药膏贴、药膳、药丸等中医产品消费量持续上涨。

但中医药植根于中华传统文化的土壤,其蕴含的哲学智慧、价值观念、思维范式与中华优秀传统文化一脉相承,在中医药“传统”与“现代”的对话中,应以传统中医药文化作为中医学传承的载体。近年来,文化自信带动了“传统”的复兴和回归,人们开始更多地从文化角度挖掘中医药的价值内涵,发现它的文化价值远远大于医疗价值,尤其是其所展现的“天人合一”整体医疗观、“辨证论治”治疗理念和“德”医疗人文精神,对医学化进程具有一定程度的抑制作用,因而在面对医学化时应选择中医药文化精髓部分去应对,而不是被动地被规训。此外,我国“以人民为中心”的制度原则也对医学化进行着调适。

1. 传统中医学文化具备抑制医学化的内在属性

中医学本征是以本体论预设的气化身体观和阴阳五行的认识论为根基的关系哲学,而医学化总是与原子论和实体主义为基础的现代医学联系在一起,将医学实践置于现代医学的科技理性模式和规范中。受西医机械论思维和还原论方法的影响,医学化在实践逻辑上具有简化和还原的二元论色彩,一方面将个体疾病简单归因于生理病理因素,运用医疗技术进行诊断和治疗,向人体细胞乃至基因领域迈进,而忽视疾病产生的社会及文化原因;另一方面则将复杂的社会问题还原为自然现象,简化成人体生理、心理问题,只针对个体层面的身心机能障碍展开直接干预,复杂社会问题的结构性成因则被悬置,似乎只要治好了人体疾病,社会问题也会随之消解。然而,中医文化以古代哲学为基础,超越了自然与社会的二元对立,在人与自然、人与社会、人与自身三重维度的统一关系中,构建了人与自然、形体与精神意识和谐统一的天人互动模式,体现了自然、生命、社会之道的内在统一。“天人合一”作为人与自然和谐的哲学和生命整体性思维,认为人乃天地之物,人体的生理及病理变化无不受四时气候、地理环境等自然因素的影响,强调人与自然的和谐、统一、融合,而非将人与自然对立,一味地征服、控制、驾驭自然。

因而,与医学化将疾病定义客观化以治疗更多的“人的病”不同,中医是以“病的人”为主,从天人

相应和人的情志出发,以分辨阴阳、辨证论治作为中医诊治疾病的总纲,注重从人与自然、人与社会的关系中去认识和把握健康与疾病,依循阴阳变化之道对人体的调理和辨证论治使有机整体恢复“阴阳和合”“阴平阳秘”,从而从根本上恢复健康。所谓辨证,是指不仅要系统地辨别机体的症状和体征,更要把握疾病的属性及特征,针对发病的起因、时间、地区、机体反应及疾病发展的不同阶段而采取不同的治疗方式,将整体观念与个体差异贯穿诊疗治疗全过程。

无论是诊断抑或治疗,作为医疗主体的医生都扮演着极其重要的角色。中医学以人为本,“人”“仁”思想是中国传统医德的核心内容,认为人的生命是世间最宝贵的,救死扶伤是医者的本分,医者不仅要有精湛的医术,也要有对生命的仁爱守护之德,医以德为本,医德是行医的根本。如孙思邈所言,“凡大医治病,必当安神定志,无欲无求,先发大慈恻隐之心,誓愿普救含灵之苦……”诚然,现代医学也具有相应的医德标准与规范,但由于现代医学的理性逻辑思维、实证实验研究方法和原子主义理论框架,现代医学在发展过程中一方面必然会将人体细化成孤立的器官、组织等物质实体,另一方面也更容易受科技发展的影响,走向以工具理性为主导,技术为主体的治疗与研究趋势,使医学目的与手段发生转换,从而忽视医学的人文价值理性。因此,面对当今医学在技术主义、医疗商业化过程中个别医生医德的迷失,或可将中医学的医疗文化、医德规范厚植于心,以此双重约束来应对。

2. 国家制度原则具备引导医学化的价值导向

“人民性”是我国国家制度和政策最鲜明的底色和一以贯之的价值追求,是我国现代化的方向。中国共产党始终以为人民服务为宗旨,坚持群众路线,形成了一套“发展为了人民,依靠人民,成果由人民共享”的制度和政策体系。这种“以人民为中心”的国家制度原则,坚持了人民性的本质要求,从根本上否定着所谓权势集团和利益团体特别利益的合法性,强调了国家的“公共性”,这对我国现实医学化进行着调适,也有助于引导我国医学化的未来发展方向,协调医学与社会的关系。

在与人民健康密切相关的医疗卫生事业中,我国政府发挥着积极作用。虽然医药市场以及背后广大的投资机构,是医学化扩张的主要推手,但不同于西方的自由主义市场经济,我国在利用市场机制配置医疗资源提高效率的同时,也注重政府的宏观调控。在医疗体制层面,我国坚持以公有制医院为主体,多种所有制机构并存发展,以维护广大人民群众的健康需求作为医疗卫生事业的出发点和落脚点。在这种制度优势下,我国能尽量合理规制

医疗市场化和私有化的限度,协调医学与社会关系健康向善发展,使医学服务于民,造福于民,以实现健康中国的战略目标,也希冀为全人类的健康贡献中国智慧和方案。在医疗保障层面,建立一个符合中国国情、与全民医疗需求相适应、把医疗服务与经费管理相结合的多层次医疗保障体系是政府的责任与功能定位。在医疗改革层面,鉴于市场化方向的必要改革使整体的医疗服务质量仍然不能满足人们需要,甚至出现了将医疗服务等同于商品,使其使用价值和价值背离的现象,故而我国医疗改革的根本方向和根本标准,是改革医疗服务生产方式,尽可能地实现“去商品化”,并激励医务人员以维护人民健康为目标。

(三)中国本土医学化的建构

尽管我国目前并没有达到高度社会医学化程度,但确实已显现出医学化发展的态势。无论是将医学化作为社会控制手段抑或社会发展的趋势,对其进行中国本土研究都有助于理解和认识我国正在经历的全面深入的社会变迁。此外,由于医疗保健服务在人们日常生活中占据越来越重要的位置,庞大的社会需求很有可能成为医学化的强大推手。因此,基于西方医学化理论建构的中国本土研究可以在一定程度上把握国内社会医学化的进程,做到未雨绸缪。

医学化由西方传入中国至今,作为舶来品的医学化在中国的本土化进程中不断取得了新的理解和新的境界,已展示出中国医学化研究与演进机制的独特性,并对西方医学化研究不断进行着调适和修正。首先,增加了医学化的本土经验理解,而且在医学化呈现医疗专业发明知识、扩张疾病类属,与社会资本磨合中创造疾病的批判论调上,增加了医学专业本身的发展与人们日益增长的健康需求之间的关系内容。其次,辩证地看待医学化。除认识到医学化的弊端外,亦正视其带来的正面效应,如发现之前未发现的疾病、对特殊人群的关注、满足人们提升生活水平的需要等。最后,重视医疗专业、社会文化、政府体制的关联。受政府政策制度和社会文化的影响,医学化可能呈现出适用于本土民众与医疗现实的知识架构和实践处境,避免了对西方医学化研究经验的不自觉套用。

但需要注意的是,尽管国内的医学化研究取得了一定进展,但它的发展趋势尚需引导。知识面应当更为充分地研究国外经验,结合本地因素,避免片面引用;政策面应尽量控制医疗私有化和商业化;组织面应完善医疗体制,防止过度医学化的发生。此外,也有学者认为由于目前医疗商业化、产业化,加上医疗保险的介入,医疗高度科技化、网络化,民众自主医疗权益意识提升,医患冲突、医疗诉

讼增加等,使医疗专业在实际决策、专业自主性,甚至社会影响力上都受到影响,从而出现社会及生活的“去医学化”趋势。

医学化不单纯是医学知识、科技或专业的地方性扩张,在全球化背景下,我们更应该以国际性、整体性的视野去审视医学化,关注医学化在不同国家、不同地域之间的流动和研究,强调追溯特定政治经济背景及社会体制层面的意义,以此来进行社会医学化“西方/中国”“普遍/在地”的对话和理解,厘清西方医学化与中国医学化研究的关联和区别,并以此为基础积极参与全球对话,发出本土声音。同时,伴随着中国式现代化进程的推进,具有中国特色的中西医融合医学之路也在加速发展,习近平总书记在全国哲学社会科学工作座谈会上强调,“要立足中国实际,以时代为观照,解决中国问题,洋为中用、古为今用,着力构建中国特色哲学社会科学,在指导思想和话语体系等方面充分体现中国特色、中国风格与中国气派”^[28]。如果说“全球本土化”铺设了中国医学化研究的来路,“在地全球化”则重构着中国医学化研究的去路。

参考文献

- [1] CLARKE A E. Biomedicalization: technoscience, health, and illness in the US[M]. Durham, NC: Duke University Press, 2010: 94-161
- [2] 尤格·布雷希. 发明疾病的人——现代医疗产业如何卖掉我们的健康[M]. 张志成, 译. 台北: 左岸出版社, 2013: 1
- [3] PARSONS T. The social system[M]. 2nd ed. London: Routledge, 1991: 292-295
- [4] SZASZ T S. The myth of mental illness[J]. Am Psychol, 1960, 15(2): 113-118
- [5] SZASZ T S. Pharmacracy: medicine and politics in American[M]. Westport Conn: Praeger Publishers, 2003: 5-114, 119, 123-124
- [6] FREIDSON E. Profession of medicine[M]. New York: Dodd, Mead, 1970: 44
- [7] ZOLA I K. Medicine as an institution of social control[J]. Sociol Rev, 1972, 20(4): 487-504
- [8] ILLICH I. Medical nemesis: the expropriation of health[M]. New York: Pantheon, 1976: 13
- [9] (美)彼得·康拉德. 社会医疗化——论人类境况如何转为可治之症[M]. 许甘霖, 成令方, 徐华卿, 等, 译. 北京: 巨流图书出版社, 2015: 7, 21, 206-207
- [10] CONRAD P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior[J]. Soc Probl, 1975, 23(1): 12-21
- [11] CONRAD P. Medicalization and social control[J]. An-

- nu Rev Sociol, 1992, 18:209-232
- [12] 萧易忻. 新自由主义全球化对“医疗化”的形构[J]. 社会, 2014, 34(6):165-195
- [13] ABRAHAM J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions[J]. Sociology, 2010, 44(4):603-622
- [14] MCKEVITT C, MORGAN M. Anomalous patients: the experiences of doctors with an illness [J]. Sociol Health Illn, 1997, 19(5):644-667
- [15] 林文源. 医疗化理论的后进国批判: 以台湾慢性肾病治理的知识、专业与体制转变为例[J]. 台湾社会学, 2012(24):1-53
- [16] 韩俊红. 21世纪与医学化社会的来临——解读彼得·康拉德《社会的医学化》[J]. 社会学研究, 2011, 26(3):229-242
- [17] 唐钧. 生活方式与整体健康观[J]. 哈尔滨工业大学学报(社会科学版), 2020, 22(1):38-44
- [18] 习近平. 在中国国际友好大会暨中国人民对外友好协会成立60周年纪念活动上的讲话[EB/OL]. [2022-07-08]. http://www.gov.cn/xinwen/2014-05/15/content_2680312.htm
- [19] 邹涛, 姚树桥. 从心身医学观看老年生活的医学化[J]. 医学与社会, 2007, 20(4):13-14
- [20] 刘仲翔. 论农民生活的医学化[J]. 江海学刊, 2010(3):135-141
- [21] 程瑜, 林晓岚. 丧亲之痛的社会意涵: 对医学化的人类学反思[J]. 医学与哲学(A), 2017, 38(10):43-46
- [22] 田旭升, 程伟. 医学社会学视野下的抑郁症变奏[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2006, 27(7):26-27
- [23] 张蕾. 精神健康与生活质量——城市弱势群体的社会学关注[J]. 武汉大学学报(哲学社会科学版), 2007, 60(2):292-297
- [24] 林光祺, 赵敏. “精英症候群”: 社会病理分析及对策——医学社会学的解释视角[J]. 医学与哲学, 2005, 26(9):46-48, 54
- [25] 陶然, 王吉囡, 黄秀琴, 等. 网络成瘾的命名、定义及临床诊断标准[J]. 武警医学, 2008, 19(9):773-776
- [26] 寻知元, 杨桂伏. 由网络成瘾列为精神疾病反思医学化倾向[J]. 医学与哲学(人文社会医学版), 2009, 30(9):35-37
- [27] 韩俊红. 专业合法性与社会合法性之间: 网络成瘾医学化的实践悖论[J]. 浙江学刊, 2018(5):82-90
- [28] 习近平. 在哲学社会科学工作座谈会上发表讲话[EB/OL]. [2021-05-18]. <http://politics.people.com.cn/n1/2016/0518/c1024-28361421-2.html>

(本文编辑:姜鑫)

The context of Western medicalization

—On the research landscape of local medical research in China

ZHAO Tingting¹, HAO Xinhong²

1. School of Marxism, 2. School of History, Xinjiang University, Urumqi 830046, China

Abstract: Since the introduction of the concept of medicalization, its academic research process has gone through three stages: from the identification of the expansion of medical knowledge and professional domination to the reflection on medicalization as a social control mechanism leading to the creation of iatrogenic diseases, to the response to health care commercialization and interest competition. The research context of Western medicalization has been built, but there are still apparent deficiencies, especially the Western-centric research model and one-sided critical attitude. In addition, with the development of globalization, medicalization is not only a “local” product within the Western medical and social systems framework but also inevitably interacts with other countries. Under the influence and adaptation of traditional Chinese medicine culture and “people-centered” institutional principles, medicalization as an imported product has been given a new theoretical and practical understanding.

Key words: medical research; Western; localize