

多元医疗及其整合机制

——以青海互助县一个土族村落为例

周爱华 周大鸣

基于在青海省互助土族自治县某村落的田野调查,本文发现当地存在西方医疗、中医藏医和本土性仪式性医疗三种医疗体系。在日常实践中,这三者在不同情形下被分别、先后或同时使用。当地村民在生病时基于文化背景通过反思自己的患病经历和体验,在认知上整合西医或中医藏医与本土性仪式性治疗;中医藏医和本土性仪式性医疗的治疗者通过“分工”和“跨界”为村民提供混合治疗方案,由此实现对多种医疗体系的功能整合;西方医疗中病人和治疗者之间较远的“社会距离”使得村民在病情不严重的情况下倾向于选择“社会距离”较小的本土性仪式性治疗和中医藏医治疗。三种医疗体系在广义的医患关系层面上存在分化,为村民提供了多种医疗选择的可能。

关键词:多元医疗 土族 医患关系

作者周爱华,中山大学社会学与人类学学院博士研究生;周大鸣,中山大学历史人类学研究中心副主任,教授。地址:广州市,邮编 510275。

一、问题的提出

20世纪70年代,医学人类学领域开始出现对治疗方式的多元理解,莱斯利(C. Leslie)系统提出多元医疗或医学多元主义(medical pluralism)的概念,认为多元医疗体系是不同类型从业者和制度规范的多元化结构。^①多元医疗此后逐渐成为医学人类学的一个重要研究领域。

国外关于多元医疗出现了三种主要的理论视角,分别是文化解释主义、医学生态学和批判医学人类学。文化解释主义认为人们对医疗方式的选择是基于地方性文化逻辑,不同的医疗体系背后是不同的疾病认知和意义诠释,持此种观点的学者以凯博文(A. Kleinman)为代表。^②医学生态学侧重考察疾病、环境及人类文化三者之间的动态关系,提出物理环境及人类对环境的适应是疾病与治疗的首要决定因素。法夫雷加(H. Jr. Fábrega)提出,疾病与治疗的结合是人类生物和文化进化的副产品,不同类型社会的疾病和治疗存在差异,也构成社会进化

^① C. Leslie, "Introduction," in C. Leslie ed., *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley: University of California Press, 1976, p. 9.

^② A. Kleinman, "Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Culture Systems," *Social Science and Medicine*, Vol. 12, No. 2B, 1978.

的可能阶段;他还引入了“模因”(meme)的概念,这是一种引导、思考和应对疾病和伤害的机制,它存储在个体的大脑中,通过文化适应传递给他人。^① 批判医学人类学强调健康与疾病的政治经济向度,认为多元医学倾向于反映基于阶级、种姓、种族、民族、区域、宗教和性别差异的等级关系。^② 这些理论视角为我们今天理解多元医疗现象奠定了重要的基础。相对而言,文化解释主义与批判医学人类学的影响更为广泛。

在国外社会的不少相关研究中,不同医疗体系之间较多呈现的是一种相互孤立的状态,常见的是传统医学(或表达为非西方的、民间的、本土的)和西方医学(或表达为现代的、都市的、科学的)的冲突。^③ 这些论点与中国的现实情况并不完全符合。日常的多元医疗图景并非医疗体系之间“剑拔弩张”的冲突,也非在一个社会中相对独立的共存,而是不同医疗体系在长期实践中相互补充、相互耦合,形成整体。也有研究者认为,中国的多元医疗模式最显著的特点是多种医疗方式相互渗透,是一种“渗透的多元”。^④ 因此,用整合的视角来理解多元医疗现象更加契合中国的现实语境。所谓多元医疗的整合,指的是不同医疗体系相互渗透和混合,以此协调不同医疗体系之间的矛盾和冲突。同时,医疗体系之间不是均衡地共存,而是存在等级关系。批判医学人类学强调生物医学在现代世界的主导地位。贝尔(H. A. Baer)曾提出“支配性医疗系统”(dominative medical system)的概念,这个概念即指在多元医疗体系中生物医学对其他医疗制度发挥支配作用。^⑤ 在我国民族地区的医疗实践中,西方医疗较其他医疗体系存在明显的优势。那么,其他医疗方式如何与之整合,从而在民间获得生存空间? 本文基于青海土族的个案研究,试图展现民族地区不同医疗体系之间在日常实践中的复杂关系,探索多元医疗的现实整合机制。

本文的田野点是青海省互助县的一个土族村落(以下简称土村)。^⑥ 长期以来,该地区族群杂居和互动使得当地土族的社会结构、民间信仰等更加多元,这也使得当地多元医疗的现象较之其他地区更为显著和典型。笔者在土村展开了长期田野调查,2017年7至8月、2018年7月两次到土村进行实地调研,之后,又通过视频、电话等方式不断进行回访和追踪调查。^⑦

土村地处互助县东部,距西宁市约60公里,距县城威远镇24公里,距所属的五十镇政府2公里。据土村村主任提供的数据和相关统计,土村有4个自然村,12个村民小组,现有农户462户1647人,其中劳动力950人。村内居住有土族、汉族、藏族等民族,其中土族1380人,汉族255人,藏族12人,少数民族占全村总人口的84.5%。当地村民多信仰藏传佛教,村里

① H. Jr. Fábrega, *Evolution of Healing and Sickness*, Berkeley: University of California Press, 1997.

② H. A. Baer, M. Singer & I. Susser, *Medical Anthropology and the World System*, Westport: Praeger Publishers, 2003.

③ E. J. Saethre, "Conflicting Traditions, Concurrent Treatment: Medical Pluralism in Remote Aboriginal Australia," *Oceania*, Vol. 77, No. 1, 2007.

④ JM. Shim, "Three Plural Medical Systems in East Asia: Interpenetrative Pluralism in China, Exclusionary Pluralism in Korea and Subjugatory Pluralism in Japan," *Health Policy and Planning*, Vol. 33, No. 3, 2018. 作者在文中提出,中国、韩国和日本社会都存在多元医疗现象,但分别是“渗透的多元”“排他的多元”和“压制的多元”。在中国,西方医疗和其他替代医疗是相互依赖和对等的关系;在韩国,这两者是严格相互排斥的;在日本,西方医疗和其他替代医疗是非对等的,其他替代医疗依赖和从属于西方医疗。

⑤ H. A. Baer, *Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, Ethnicity, and Gender*, Madison WI: University of Wisconsin Press, 2001.

⑥ 按照学术惯例,文中地名、人名都使用化名。

⑦ 文中凡未明确注出出处的材料,均来自上述田野调查。

有3个寺庙,距佑宁寺较近。土村平均海拔2700米,昼夜温差大,地势陡峭,土壤干旱。现有耕地7140亩,人均耕地4.3亩。农作物种植主要是油菜、小麦、洋芋。老人和妇女是农田耕作的主要劳动力,青壮年男性多数都到西宁市等进城务工,从事建筑、餐饮、保洁、保安等工作。2015年,全村人均纯收入4500元,建档贫困户64户213人,该年被确定为全省精准扶贫一般贫困村。2020年,土村实现脱贫“摘帽”。总体而言,全村的家庭经济收入属于中下水平。目前,土村存在西医、中医、藏医和仪式治疗等多种治疗方式。

二、多元医疗体系与实践

(一)多元医疗体系

凯博文将台湾当地卫生保健体系分为三部分:专业的方式(professional sector)、民俗的方式(folk sector)及大众的方式(popular sector)。^①这成为许多学者对医疗体系进行分类的基础。多数情况下多元医疗表现为西医、中医、少数民族医学、仪式治疗等共存,但研究者对医疗体系的分类有着多种标准和名称。台湾学者张珣把台湾汉人的医疗体系划分为三种类型,即西方的、世俗的、神圣的,分别指西医诊所、药房、医院,中药铺和接骨所,仪式治疗。^②刘志扬将西藏医疗体系分为三类,分别是西医和中医为主的医疗体系、藏医院和民俗医疗。^③段忠玉、李东红概括出可供西双版纳傣族村寨村民选择的医疗模式:传统医疗(包括傣医、中医)、现代医疗(以西医为主)、民间医疗(包括民间治疗仪式、大众知识)等。^④

目前土村村民遇到疾病而诉诸的治疗方式有西医、中医、藏医和仪式治疗等。基于土村的现实情况和过往相关研究,本文将当地的医疗体系大致分为:西方医疗体系,中医藏医医疗体系,以及依托民间信仰的本土性仪式性医疗体系。这里强调的是,不同体系之间存在相互重叠,这里的划分方式只具有相对意义。

1. 西方医疗体系。西方医学体系,或称西医学、世界医学、现代医学和生物医学,旨在探索身体的结构及其化学成分,认为疾病是人体生理机能与器官出现的异常状态。^⑤1949年新中国成立之后,西方医疗体系伴随着我国的行政体制的建立而发展。^⑥西方医疗占据支配地位的局面开始逐步出现。20世纪50年代中后期,随着农业合作化的发展,为满足集体保健的需要,地方挑选人员到县卫生学校进行业务培训,培养半农半医的保健员。公社设卫生院,在大队设卫生室,生产队也配有保健员。60年代以县级医药卫生机构、公社卫生院、大队卫生室(保健站)为基础的农村三级医疗预防保健网基本确立,生物医疗和健康观念在基层得以迅速普及。这种情况,在土村亦有突出的表现。

改革开放以来,西方医疗在土村继续获得长足发展。自2005年开始,新型农村合作医疗制度逐渐覆盖土村村民。土村的参合率从2005年的40%上升到2017年的99%,政府公共卫生服务的投入从2009年每人25元上升到2017年每人55元。随着扶贫工作的开展,人们的

① A. Kleinman, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley: University of California Press, 1980, p. 15.

② 张珣:《疾病与文化:台湾民间医疗人类学研究论集》,台湾稻乡出版社1989年版,第101—148页。

③ 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。

④ 段忠玉、李东红:《多元医疗模式共存的医学人类学分析——以西双版纳傣族村寨为例》,《学术探索》2014年第9期。

⑤ 余成普:《地方生物学:概念缘起与理论意涵——国外医学人类学新近发展述评》,《民族研究》2016年第6期。

⑥ 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,第311—318页。

收入水平在提高,同时也有了更好的医疗保障。近年来,随着交通条件的改善,村民都偏向去互助县、平安县和西宁市的医院就诊。县市级以上的大医院,越来越受到当地群众的认可。

现在,以生物医学为中心的标准化医疗卫生机构包括村社、乡镇、县三级卫生机构,以及市地级医院、省级医院。本文所说的当地的西方医疗更多指向县级以上的医院。土村村民对村卫生室和镇卫生院的医疗水平评价不高。

据镇卫生院工作人员介绍,镇卫生院是1952年成立的,没有科室,只有综合门诊和中医,有15张病床,六年前卫生院的门诊收入是四十多万元,这几年逐步提升到一百多万元。就诊人次比以前增多,但业务范围逐渐缩小。这位工作人员介绍了一些相关情况:

这几年业务萎缩。七八年之前镇上的娃娃都是在这边生的,那时每年平均接生250个。到2016年,只有5个,2017年只有1个,而且这个是因为特别紧急。卫生院是有接生资质的,但是怕承担责任。大家现在都喜欢到大医院看病。

土村村卫生室的乡村医生老李,在互助县读了三年卫校,又去青海读了三年卫校。他的妻子初中读完之后继续读了三年卫校。夫妻两人都是汉族。乡村医生平日主要的工作是看病,配合村委会做好新农合的收费,以及完成镇卫生院下发的公共卫生服务工作。村卫生室只能治疗简单的疾病,比如感冒、肠胃炎等日常疾病。

一位1994年出生的村民李永德讲述了他母亲患肺结核的就医经历:

我们大部分都看西医,就像你们大城市要是有钱的话就到国外看病,西宁的人有钱就到北京好医院去,像我们没办法,只能到西宁市医院。现在互助县的医院人都很多,住院要排队四五天。县医院也没有西宁市的那么好,很多病看不出来。我们这里比较好的就是西宁二医院(笔者注:青海省第二人民医院),是三甲医院。我妈妈两年前生病了,到县医院查说是肺炎,打了十五天点滴出院,还是不舒服。我到二医院挂的专家号,专家看了片子说你是肺结核,后面又住了二十九天。后面我们生病都到西宁看了。

需要说明的是,镇卫生院设有中医门诊,县市亦有专门的中医院、藏医院。人们到卫生院和医院更多的是接受西医治疗。这也说明当地不同的医疗方式是相互渗透的。

2. 中医藏医医疗体系。历史上土族、汉族和藏族等兄弟民族互通有无,中医和藏医在土族地区广为流传。1949年前,互助县威远镇有4家中医门诊部,在佑宁寺等设有医明扎仓即藏医学院,由喇嘛应诊,同时有一些民间医生。村民在一定程度上认可中医和藏医,但大部分人在日常生活中并不会严格区分中医和藏医,对两者的原理和用药等更是不求甚解。土村的汉族和藏族只占总人口的16%,这种人口结构也使得中医和藏医的受众较少。

此类医疗方式的特点是主要依托诊所、药房等游离于制度之外的非正式机构或个人,通常设置在乡镇,中医、藏医和西医等各种医疗方式杂糅在一起。土村所在的镇上有几个诊所,一个是喇嘛开的藏医诊所,一个是中医藏医诊所,人们还经常找一个佑宁寺的老藏医看病。村民较少到互助县中医院、西宁市中医院、青海省藏医院等这种中医和藏医的专业医疗机构就医。他们如果看中医或藏医更多是到镇上诊所看病。上文提到镇卫生院开设的中医门诊,是自2011年开展的特色门诊,主要治疗风湿、腰椎间盘突出等,平时病人寥寥无几。

中医藏医诊所是由一对夫妇开的。丈夫是来自北山巴扎乡的藏族,初中毕业之后在甘肃天柱藏医院学习三年,在青海省藏医院又学了两年。妻子是来自互助县边滩乡的汉族,初中毕业读了三年卫校,被分配到巴扎乡计划生育办公室,后辞去工作与丈夫一起开诊所。妻子学的是中医,主要看妇科和儿科,丈夫学的是藏医,主要看关节炎等。自2016年10月开业至今,这家中医藏医诊所生意很好,有时病人最多一天有70多个人,病人主要来自附近乡镇村民,也有从甘肃、新疆等外地来的。

佑宁寺的藏医是青海省藏医院退休医生,也是一位当地的活佛,他退休之后回到佑宁寺开藏医诊所,开的是藏药,也会拔火罐和针灸,人们相信他能看出人身上有不干净的东西。这位藏医擅长治疗带状疱疹(当地人称之为蛇缠腰,认为如果蛇在腰上缠了一圈就会导致人死亡)。村民李永德介绍了这位藏医的治疗过程:

我带我大妈去看过,这些红色的疱疹会连成一片,要找到最先开始的那个,用一个烧热的东西烫几次,皮就缩掉了。这个去西宁市和县医院,严重的话要治十几天,不严重的话七八天,但是这个藏医三四天就治好了。大妈是我带过去的,最后也没收钱。

另一个藏医诊所的经营者是一位喇嘛,师承佑宁寺的藏医,但村民不大认可其医术,很少到这里看病,诊所时常关着门。2019年笔者再次调查时,发现这位喇嘛因生意冷清打算关闭诊所,佑宁寺的藏医因年纪较大也有了退休的计划。中医和藏医对土村村民的影响越来越小。

3. 本土性仪式性医疗体系。本土性仪式性医疗体系的发展与当地民间信仰有极大关系。“破四旧”和“文革”等打击迷信的运动使土村的本土性仪式性医疗遭到严重打击。20世纪90年代,民间信仰逐渐复兴,土村的本土性仪式性医疗也随之活跃起来。土村主要信奉保护神“切什羌”和“勒木”(骑骡天王)。村落保护神“切什羌”以“神箭”形象示人,用柏木或铁制成箭的形状,村民每有疾病灾祸,专司神箭的“什典增”向护法神箭祈求禳解之法。骑骡天王是一位法力高强的女战神,其画像多出现于唐卡,土村每年春节前后供有骑骡天王的家庭都要从佑宁寺请喇嘛念端茶经。^①

土族主要信奉藏传佛教中的格鲁派,同时还信奉萨满教、苯教、道教、地方神,以及藏传佛教中的萨迦派、宁玛派、噶举派等。宗教信仰为人们提供了日常活动的准则和价值观,比如要求人们行善,平日里磕长头、转经塔、到寺庙点灯,带粮食、茶叶或钱给寺庙。喇嘛则有义务为人们提供念经等服务。喇嘛是专门的神职人员,在土族社会中有较高的威望。土族地区的民间信仰主要帮助人们解决疾病和意外等问题。

土村现在有两位“什典增”、三位“宦爹”,他们在为治疗疾病举行的各种仪式中发挥着重要作用。“什典增”被土族认为是人神之间的中介,可以通过作法与神沟通,这种行为被当地人称为“发神箭”。他们除了请神,没有其他特殊能力,在请神时无特殊装束,人们通过观察神箭的摇动方式来领会神的暗示。^② 据一位“什典增”说,如果请神成功,他们会不受控制地抖动神箭;并不是每次请神都能成功。“什典增”没有直接的传承机制。“宦爹”,是对藏传佛教宁玛派在家修行者的称呼,汉族也称他们为“奔本子”。他们在夜间去泉边等地方静坐修炼,以收徒的方式传承“技艺”,这些“技艺”包括诅咒、念经驱鬼、招魂等。

相较而言,叫魂这一治疗疾病的仪式较为简单,具有自我治疗的特点。丢失魂魄带来的不幸,主要是使人患上不明病症。为了使患者尽快恢复健康,招魂就成了人们常用的手段之一。^③ 叫魂方法有几种,分别使用公鸡、红枣、酥油等生活中常见的食物。如果是小孩受惊吓、跌倒等情况,家里的女性长辈可以自己尝试叫魂;而遇到严重的情况,比如老人或小孩久病不

^① 鄂崇荣:《村落中的信仰与仪式——土族民间信仰的宗教人类学田野个案调查》,《青海社会科学》2005年第6期。

^② 神箭一米余长,平时供奉在寺庙里,可以被“什典增”请到庙外作法。当村子有人生病找他帮忙,他在作法前先洗净双手,拿着神箭,念经叩头请神,紧闭双眼,如果神来了神箭就慢慢颤动。病人说出姓名和病情,一般由经验丰富的人在旁边帮忙提问,如果答案是肯定的神箭会强烈颤动,若为否定则慢慢晃动。由此人们就可以得知得病的原因。如果是有不干净的东西,就由他问神箭念什么经,再由病人的家属请喇嘛或“宦爹”到家里念经。

^③ 王继英:《民间信仰文化探踪》,民族出版社2007年版,第129页。

愈,则要请“宦爹”帮忙叫魂。

总体上,土村的医疗特点是多种医疗方式并存。西方医疗体系占据主导地位,村民对基层卫生机构信任度低,县级以上医院日益权威化,同一种医疗方式内部有不同的选择,不同医疗方式之间相互渗透。

(二)多元医疗实践

在不同的情境下,当地的不同医疗体系会被人们分别、先后或同时地运用到日常医疗实践中。

村民往往根据病情的轻重程度和治疗经验来判断分别使用哪一种医疗体系。村民遇到小病小痛,比如感冒,往往通过自行购买药物等方式自我治疗或者到镇上诊所看病,一般不会借助仪式治疗。遇到较为严重的身体不适或紧急状况,“到大医院去”已经成为村民的共识。随着西方医疗的普及,人们对疾病的认知越来越多样,对西方医疗提供的病因解释和诊断的接受越来越快。由医院明确诊断并给出治疗方案的疾病,比如高血压、肺心病,村民会前往正式医疗系统就医并遵循医嘱。当地的乡村医生提到高血压的例子时说:

以前高血压认识的比较少。村子里有人得了高血压,总是头痛也不来看,磕长头也好不了,在卫生室量他不相信,又去卫生院量了一次才相信。大家开始知道这叫高血压,吃降压药才有用。前年村子出了两个脑出血,他们害怕了就开始定期吃药。

先后使用的情况要考虑的是个体选择不同医疗体系的顺序。人们寻医问药的过程具有层级性,面对多种医疗手段,他们总会有一个优先级最高的选择方案。当这个方案无效时,他们会转向其他方案。在土村,不同人群对西方医疗体系的优先级排序不同。土村约有一半以上的劳动力到西宁等城市务工,受外出务工的影响,青壮年普遍信任西方医疗,在看病时会优先考虑西医。如果遇到医院检查不出来的疾病,一时治不好的慢性病,以及解决不了的绝症,就会求助本土性仪式性医疗和中医藏医。四十岁以上的中老年人尤其是妇女,文化水平普遍不高,现代医疗知识缺乏,他们对民间信仰较为虔诚,遇到疾病往往首先想到的是通过超自然手段攘解,或尝试中医、藏医等。

同时使用的情况较为常见。即同时使用中医藏医和本土性仪式性医疗,或同时使用西方医疗和本土性仪式性医疗,看病和念经几乎同时进行,这种情况有时是病人自己的决定,有时是治疗者的指示。上述案例中李永德的母亲生病时,“什典增”帮忙请神,按照神谕将猪头和刀子埋在家中,要念六十万遍经,同时要到医院看病。一家人都同意到医院看病,但是李永德因念经花费高不想请人来念经。

李永德解释道:

我妈这一辈是真的很相信的,当时吧,我妈病了在医院花了六万多,因为那个肺结核药是有很大的副作用,所以我们用白蛋白,还有血浆。那个经文我是不想念的,因为自己赚的那些钱没了。后来还是念了,长的经三十万遍,短的经三十万遍,白天喇嘛念,晚上“宦爹”念,念了二十几天花了四万多。

总之,在土村,人们并不是单一使用某一种医疗体系,而是穿梭在不同的医疗体系之间。多元医疗不仅仅意味着一个社会存在多种医疗体系,也表明这些医疗体系共同构成了多样化的治疗方案,帮助人们应对生活中各种各样的情况。一般来说,土村民众只使用本土性仪式性医疗而不去看病的情况较少,他们普遍认为生物学在治疗疾病的效率上具有明显优势,大部分疾病都通过西方医疗解决;总结来说,目前土村在疾病的诊断和治疗上形成了以西方医疗为主,本土性仪式性医疗、中医藏医为辅的格局。

三、多元医疗的整合机制

医史学家西格里斯(H. E. Sigerist)曾说:“每一种医学行为始终涉及两类当事人:医生和病人或者更广泛地说是医学团体和社会,医学无非是这两群人之间多方面的关系。”^①本文认为研究多元医疗应当从医疗行为所涉及的主体出发,从病人和治疗者的双重视角去研究他们如何理解和整合不同的医疗资源。

(一)认知整合:病人的反思

作为病人的村民在认知上将不同医疗体系进行整合,是基于文化背景通过反思自己的患病经历和体验来完成的。他们重新审视自己的身体和定位自己与周围环境的关系,以此判断病因,选择不同的治疗方式。这种反思嵌在一整套既有的社会文化体系中。佛教讲究业报,身体不适是佛教所说的“果”,而背后的“因”则可能是触犯人神关系、社会规范等。人们在得病后、就医前会进行自我反思,在不得其解的情况下会依靠“什典增”,在“神箭”的帮助下判断病因和选择治疗方案。这里的反思具体包括两个部分,一是人们会区分自己身体的不适属于哪一种情况,是普通的疾病,还是冲撞了鬼邪、得罪祖先或神灵、前世冤孽等导致的疾病;二是人们会反思自己是否做错了事情,这关系到人们是否破坏了原有的社会规范。

首先,遭遇疾病时人们审视的是自己的身体,关注疾病的外在表现特征和自我的病痛体验,基于这两者病人对自己的疾病会有一个基本的判断。笔者询问了众多村民关于他们如何判断自己得了什么病,总结来说他们判断自己是否得了“特别的病”有三个标准:一是事出突然,比如平时活蹦乱跳的孩子变得不吃不喝了,年轻力壮的小伙子没有力气干活了;二是病灶不明,一般是浑身不舒服,没有力气,自己也说不上来哪里疼;三是病情较重,比如带来较强烈不适的肺炎和一些难以治愈的重症比如癌症。人们认为如果是普通的病只需看病吃药就行,而“特别的病”就要同时看病吃药和求助超验力量。

其实人们的判断标准是较为模糊的,侧重主观感受,很多时候村民都会或多或少认为自己的病是“特别的”,所以土村同时使用不同医疗体系的情况很常见。一位24岁的女大学生就是在一次发烧中同时使用了藏医和本土性仪式性医疗,她跟笔者讲述了她的治疗经历:

去年我找了藏医看病,我当时发烧,浑身不舒服,听说这个佑宁寺的活佛很厉害,对这种不干净的东西管用。问了活佛我才知道是因为我动了不该动的东西,就是家里从寺庙求的宝瓶。后来吃了藏药,家里去佑宁寺经堂念经就好了。藏医如果判断病人没有不干净的东西就开藏药,比村医开的药贵一些,如果他认为有不干净东西则让病人去经堂念经,说明念哪种经书。如何发现有不干净的东西,这个很容易发现的,这个情况下感觉到处不对劲,躺一会儿就会说胡话,整天想睡。

其次,人们会对自己所处的生活世界进行反思,将自己在生病前的行为和生病这个结果联系起来。比如,回顾过去一段时期是否做错事情,去过什么不该去的地方,吃过什么不该吃的东西甚至是脑海中出现的非分之想。人们往往是在无意中打破社会规范,于是需要反思自己,通过自身或者神职人员的力量重建社会规范。村民们跟笔者讲述了会导致人们患病的几种情形,包括偷盗、在厨房烧塑料、未看时辰拆房、未兑现跟神的诺言等,共同之处都是违反了当地的社会规范,没有履行人神关系所规定的义务,引发的后果包括生病、死亡、残疾、意外事故等。

^① 转引自席焕久编:《医学人类学》,人民卫生出版社2004年版,第210页。

一位在家务农的中年男性说道：

10年前，有个人偷酥油灯的纯金托子，后来家人都死了，自己也残疾，每个人都诅咒他。

一位在西宁务工的小伙子说：

妈妈去年生病了，后来是知道因为厨房有灶神^①不能烧塑料，妈妈不小心烧了塑料，惹了神灵生气。

来自土村的一位在读女大学生这样讲：

爸爸帮忙叔叔盖房子，叔叔没问佛什么时间拆房子就拆房子，导致爸爸就从屋顶上摔下来，腰折了。

一位27岁的已婚妇女说：

奶奶到班彦新村自愿修庙，突然就被砸伤了，因为她心里想着给神点个灯又没去，心里不能乱想，不能随便跟神许愿。

如果是患上癌症这样的不治之症，或者发生车祸等重大意外，人们就会联系到上辈子做了什么坏事，这辈子遭到报应才会得这样的病。一位男性村民说：

我们这边的人都说人死有三善道，有三恶道。要是发生车祸，没有人见到就没人救，这是佛不管了，有人路过来救是佛打发人过来。这都是上辈子决定的，没办法。只能积德行善为来世做准备，下辈子做人，做得好一点。

人们清楚自己得病了，有时得了什么病和怎么治病都知道，人们反思的是“为什么是我得了病”和“为什么我是在这个时候得了病”。在认知层面上，西方医疗和本土性仪式性医疗并不冲突。西方医疗只能解释人们得的什么病和为什么会得病等这些一般性问题，无法解释特殊性问题；而当地人们则追溯“因果链中缺失的环节”——人触犯了鬼神，鬼神使人生病。李永德的母亲在西宁市医院诊断出是患了肺结核，接受西医治疗之后痊愈出院。但她认为自己和家里的人一起生活，吃一样的东西，为什么只有她一个人得了这么厉害的病，于是她把生病的原因归结于自己冒犯了鬼。这种情况下，土村村民会求助本土性仪式性医疗，将神或鬼送走。李永德的母亲说：

人运气有高低，低的时候就会遇到鬼。有鬼操纵就要请喇嘛和“宦爹”念经，准备好吃的喝的，让鬼吃饱喝足打发了。

由于人们面临的是一个复杂而不确定的世界，村民对疾病的认知有限，人们在选择治疗方式之前会进行对患病的情境进行反思，由此确定病因和治疗方案。如果人们通过反思断定自己患的是“特别的病”，是由于自己做错事情导致的，就会在治疗实践中融合西医或中医藏医以及本土性仪式性医疗，最终人们收获的不仅是自身身体的痊愈，也是人和周围环境的关系的修复。

（二）功能整合：治疗者的“分工”和“跨界”

能够对患者实施诊断、治疗、保健等的个体都可以统称为治疗者。民间中医和藏医诊所、本土性仪式性医疗的从业人员也有判断疾病、对患者进行解释说明和诊治等权利和义务。这里的功能整合是指不同医疗体系的治疗者通过“分工”和“跨界”两种手段使得不同医疗体系能够在功能上实现整合。中医藏医和本土性仪式性医疗的治疗者运用地方性经验和超验性话语建构了不同医疗方式的职能“分工”。比如，他们会跟病人说，西医是治重病，中医和藏医是专门治不轻不重的病，本土性仪式性医疗能让看病和吃药起作用等等，创造性地化解了中医藏医和本土性仪式性医疗这两种医疗体系与西方医疗之间的竞争和冲突。

中医和藏医诊所是土村近十年出现的补充医疗方式，主要特征是从业人员专业程度低，但

^① 土族受汉文化影响较深，土村也有道教的灶神崇拜、山神崇拜等。

看病方便、相关费用不高,医生基本都是当地人。这些诊所里设备简单,治疗者通过望闻问切来诊断疾病,不能做全面的检查,只能治疗部分疾病。前面述及的中医藏医诊所,丈夫主要治疗老年人的关节炎,妻子治疗妇科病和儿童常见疾病,可以开中药、藏药和西药。佑宁寺的藏医和镇上的藏医则主要使用藏药。这些治疗者认为医院能治重病,他们能治不轻不重的病,西药见效快,但是副作用也大,中药和藏药见效慢,但副作用小。笔者在调研时发现多数村民都能认同这种观点。

本土性仪式性医疗的治疗者则普遍认为,如果有鬼作祟的话,仅仅依靠“看病”是无法成功的,或者见效慢,须借助超验手段使吃药和手术等起作用,以加速恢复。从德令哈市嫁到土村的李金花,丈夫是村里的“宦爹”,她讲述了自家孩子的治疗故事:

如果有鬼,手术不成功,吃药不成功。我六岁的孩子,在跟同伴玩耍时脚踝被石头割伤了,全身水肿,从县上的医院转到了西宁的医院,又转到了北京的医院治疗,念了七天的经配合着医院才好起来的。

后来笔者通过村医获悉,该儿童是因伤口感染导致水肿,但李金花坚持认为是有鬼作祟,如果没有丈夫念经一同配合,医院的治疗是不起作用的。

此外,本土性仪式性医疗的治疗者内部也有“分工”。“什典增”负责诊断,告知村民病因和念什么经,因为他们可以请神,将“神箭”从庙里请到村民家里供他们询问,但“什典增”本身不念经;喇嘛和“宦爹”可以通过念经驱邪,喇嘛所有的经都能念,但“宦爹”有的经不会念,或者没有资格念。村民认为喇嘛治疗严重的病,“宦爹”只能治疗较轻的病。村民病情轻时一般不会去请“什典增”和喇嘛,而是就近请“宦爹”。如果是重病的话,村民认为请喇嘛和“宦爹”一起念经效果更好,喇嘛在家里面,“宦爹”在外面。笔者调研期间恰好遇到一位患癌症的村民到医院求治无果之后,请喇嘛和“宦爹”到家念三天经。村民一般在病情不严重不紧急的情况下则求助于“什典增”。

今年45岁的李公却才让是村子受人尊敬的“什典增”,他总结道:

来问的人们不问轻的病,感冒发烧自己解决,也不问重的病,比如癌症,来了也是白来,医院治不了,来了就是给人难堪,你明知道治不好的。

治疗者会运用超验的逻辑来界定本土性仪式性医疗的职能,来解释为何念经、拜佛、问“什典增”有时治疗疾病不起效果。在他们看来,本土性仪式性医疗是对小病有用或者是用于平时预防疾病。

笔者在土村听一位“宦爹”说:

佛祖对小病有用,大病没用。

笔者在佑宁寺遇到一位喇嘛,他说:

如果吃药吃不好,可以到大殿的药师佛那里拜,世界上的药都是他发明的,吃药就有效果。平时可以花钱到大殿买个灯,20元一盏,这个要平时点,生病了就没用了。

事实上,中医藏医和本土性仪式性医疗的治疗者也认可西方医疗体系在治疗疾病上起着关键作用,他们所做的工作成为西方医疗体系的重要补充或者辅助。

传统医疗和现代医疗的二元区分将治疗者生硬地分为两个阵营,但许多治疗者并非只有单一的治疗手段。作为医疗体系的运用者,治疗者往往通过不同渠道掌握多种知识,不断跨越不同医疗体系的边界。他们可以在同一治疗过程中同时运用不同医疗体系,融合不同医疗体系的功能。研究者发现,加纳南部的传统治疗师通过家庭传承、精神指引、医学教科书和谷歌搜索等方式获得“本地”和“外来”的治疗知识,他们明显跨越了治疗的界限,他们利用跨越这些

界限的话语使他们的做法合法化。^① 同样,在土村,传统的或民间从业者不断调整他们的治疗方式,以满足病人的不同需求。受过西方医疗专门培训的治疗者也会使用一些传统的医疗手段诊治病人,他们当中的有些人同时也是传统治疗者。

镇上的中医藏医诊所是个典型案例。从业的夫妻以中医和藏医为主要的治疗方式,他们同时也受过西医的训练,他们给村民治病时同时使用西药、藏药和中药,也能注射肌肉针和打点滴。他们的病人是附近村庄的老人、女性和儿童,一些病人主动提出要西药和打点滴。这位藏族的治疗者信仰藏传佛教,他的诊所供奉着药师佛的唐卡,不过他坦承自己不会看“不干净”的病”。丈夫介绍了运用多种医疗体系为村民治疗关节炎的过程:

我什么都会一点,但不会看不干净的病,这个要算命占卜,要另外学,老藏医一般都会。我把砖头加热,藏药敷在关节上,可以治疗关节炎,不同的病敷的藏药不同,加上打肌肉针和针灸,需要四五个小时。10天1个疗程,600元治疗费加住宿费一共1000元,需要三个疗程才能见效。病轻可以治愈,但是病重了只能缓解。

镇上西医诊所是某个卫生室的退休乡村医生开的。他是当地的土族,他告诉笔者他每年要去西藏朝拜。在当赤脚医生和乡村医生时,他融合了西医和中医;在自己开西医诊所的时候,他又融合了西医和本土性仪式性医疗。在当医生之前,他是农民。1972年,因为有初中学历,村里的干部派他到卫生院报名学习。他在卫生院学了中医的针灸、中草药治疗,也学习了西医治疗,学成后成为赤脚医生。作为一名赤脚医生,他先用针灸,其次用中草药,然后用西药,因为在当时西药昂贵稀缺,中草药便宜且便利获得。20世纪80年代,他通过考试获得乡村医生资质,在村里开卫生室直到2012年退休。现在,自己开诊所帮人算命和看病。他的父亲以前是“宦爹”。他自己会看藏文,五年前开始给人算命,一般是先看病再算命。打吊针吃药不起作用了,就帮病人算一算,看看有什么不干净的东西。然后,他让病人请人来念经,如果念经了病情还是没有好转,他再让病人去医院。

综上,中医藏医和本土性仪式性医疗的治疗者建构了不同医疗方式之间的“分工”,通过“跨界”为社区成员提供了混合的治疗方案,在同一治疗过程中发挥不同功能。土村的多元医疗整合是基于分化的整合。在这里,分化和整合是一对协调而非对立的关系。在土村,基于长期互动,中医藏医、本土性仪式性医疗与西方医疗共存互补。

(三) 关系整合:病人与治疗者之间的社会距离

西方医疗已经成为人们对抗疾病的主要手段。但是,村民到医院尤其是县级以上的医院看病,不仅受限于医院所处地点的远近、交通条件和自身经济能力,也需要适应治疗环境中人情味缺乏的疏离氛围。总体而言,在西方医疗中病人和治疗者之间的社会距离^②较远,村民在病情不严重的情况下倾向于选择社会距离较小的中医藏医和本土性仪式性医疗。这种社会距离的差异使得多种医疗方式在医患关系层面上实现整合。

由于经济收入、交通条件等的限制,加上青壮年外出务工,人力资源缺乏,村民去大医院看病并非一件容易的事。村民对疾病的忍耐程度较高,不少村民在病情刚开始的时候不重视或想不到医院看病,选择替代医疗,等到病情严重了才会选择就医,这时医疗费用较高。村民普

^① K. R. Hampshire & S. A. Owusu, "Grandfathers, Google, and Dreams: Medical Pluralism, Globalization, and New Healing Encounters in Ghana," *Medical Anthropology*, Vol. 32, No. 3, 2013.

^② 卢国显:《中西方社会距离的研究综述》,《学海》2005年第5期。卢国显提出社会距离可以理解为个人与个人或群体与群体之间的理解和亲密的程度和等级,包括空间距离、心理距离等。在本文中,社会距离指的是病人与治疗者之间的理解和亲密的程度,是广义意义上的医患关系。

遍反映“医院看得好但是收费高,到大医院检查一天几百块甚至一两千块就没了,到医院要做各种检查和拿贵的药”,对收入有限的村民来说,这就陷入了“小病怕花钱不上医院——病重了上医院花大钱——下次生病怕花钱不上医院”的不良循环。近年来公路修建使得土村村民到县医院和市医院的时间缩短:2003年以前,村民到互助县人民医院需要1.5小时,204县道修好之后只需要半小时左右;2013年以前村民到西宁医院需要2.5小时,平大公路修好之后只需要1小时左右。但是,对缺乏交通工具的村民来说到大医院看病依然不便。尤其当劳动力外出打工时,留守的妇女、儿童、老年群体存在明显的就医困难。村里一位老奶奶去年患上带状疱疹,她左腹约有六处蛇头状疤痕,她先去镇卫生院开了五六百块的药没治好,她又自己想了办法用蒜、葱、姜捣碎了敷上去,当笔者问为什么不去县医院,她说没钱而且不懂怎么去医院看病。

在西方医疗体系中,医生和病人往往素不相识,在疾病的诊断和治疗过程中处于“主动—被动”关系,病人被动接受和服从医生的安排。土村村民对制度化、程序化的就医模式适应程度不高,他们普遍反映到医院就医会有紧张的情绪,因为医院一系列挂号、检查、排队和拿药程序相对复杂,加上普通话不好很难和医生沟通。女大学生李金莲和父亲暑假在西宁打工,中途被母亲叫回家,是因为奶奶关节炎发作需要到县医院看病,而母亲不懂怎么到医院看病,也不会说普通话。另外一个信仰上的障碍。据卫生院的工作人员介绍,前些年土族村民不愿意进到卫生院或医院的大门,需要买药就在门口让别人帮忙买。他们认为医院因为有产房和太平间,是不干净的。如果去了医院,一个月内就不能进有“神箭”的佛堂和寺庙。“什典增”本人忌讳到医院,担心对神灵和自己都不利,去过医院的村民也不便找“什典增”问事。土村村民时常依赖“神箭”获得日常行动的指南,小至小孩起名、拆建房子的时辰,大至墓地选择、庄稼求雨等。

基于以上两点,村民在病情不严重的情况下会尽量避免去医院,而会选择社会距离较小的中医藏医和本土性仪式性医疗。西方医疗的治疗者以非本地人为主,医患的沟通语言是普通话,开诊的时间、地点和收费都是固定的,有时会与当地信仰发生冲突,与土村村民之间的总体社会距离较远;本土性仪式性医疗的治疗者以本村人为主,病人和治疗者用本地话沟通,就诊的时间和费用灵活,通常在自己家中就可以完成治疗,本土性仪式性医疗符合当地信仰,医者与患者的社会距离较近;中医和藏医的治疗者以本地人为主,不一定是土族人,就诊时间相对固定,村民要到镇上就诊,用本地话沟通,通常不收取诊金,只是收取药费,中医和藏医不会与当地信仰冲突,医者与社会距离介于前两种医疗方式之间。

中医藏医的治疗者和病人相互之间没有充分的了解,但两者有相同的生活环境、民间信仰、语言等,沟通效率高,是“指导—合作”的关系。病人往往对自己的病情有所了解,在治疗者的指导下治疗和用药。笔者在镇上的中医藏医诊所观察了村民就医的过程,在下午两小时内共有五位村民买药,他们大概都知道买什么药,买的是便宜且见效快的药,偏好电视广告宣传的药。一位村民发烧头痛来看病,简单询问了自己的病因之后,她主动提出打点滴的需求。买药看病的过程无须排队挂号,流程简单,病人和治疗者的互动较为轻松随意。

本土性仪式性医疗的治疗者通常是本社区里的人,在心理层面上更具有认同感。他们了解社区内的医疗条件和社区内人们常见疾病的过往病史和应对措施,能给出令病人信服的病因解释和治疗方案。“什典增”一般需要到他家里去请过来。“宦爹”有本村的,也有外村的,给人念经需要收费。村民给他们的报酬要少于喇嘛,喇嘛是一人一天150到200元,“宦爹”是一

人一天 80 到 120 元。村民给“什典增”的钱不固定,往往根据家庭经济条件给钱或麦子,“多少给一点”,也有些“什典增”不收取报酬。村民往往要共同参与到仪式治疗的过程中,比如准备食物,请喇嘛,问“什典增”等。

库贾夫斯卡(M. Kujawska)发现,阿根廷当地的波兰移民依靠草药和当地治疗师进行自我治疗(self-medication),部分原因是该地区生物医学保健薄弱。^① 土村的案例亦是如此,造成村民与镇一级以上的医院社会距离远的根本原因还是社会经济基础薄弱,西方医疗资源分布不均。即便近年来土村因国家扶贫和村民外出务工人员收入得到提高,同时新型农村合作医疗能覆盖部分看病支出,但是到大医院看病对多数村民来说依旧是一个负担。在这个层面上,中医藏医和本土性仪式性医疗能够弥合这个断层,以一种村民能接受的社会距离在基层社区实现治疗疾病的目的。

四、结 论

从上述多元医疗及其整合的民族志描述中可以看出,多元医疗的整合是一种有机的整合,包括了认知整合、功能整合和关系整合等多个层面的整合。本文以一种整合的视角超越了多元医疗的不同分类,回到不同医疗体系相互交织的复杂现实之中。由此,也增进了对“多元医疗”这一概念的深入理解。

第一,在当地社会中,共同存在西方医疗、中医藏医和本土性仪式性医疗,在日常实践中这三者在不同情形下被分别、先后或同时使用。多元医疗不仅仅可以理解为一个社会存在多种医疗体系,也可以理解为这些医疗体系共同构成了多样化的治疗方案。第二,当地多元医疗的形成与民间信仰、人口构成、地方传统、经济发展水平、政策等外部社会因素息息相关。这些要素在社会发展进程中的此消彼长,使得西方医疗日益在土族社会占据主导地位,而中医藏医和本土性仪式性医疗成为西方医疗的补充和辅助方式。第三,村民在生病时通过反思自己的患病经历和体验,判断不同的疾病类型和病因,在认知上整合西医或中医藏医与本土性仪式性治疗,这种认知是土族社会文化在个体身上的映射;中医藏医和本土性仪式性医疗的治疗者建构了不同医疗方式之间的“分工”,同时通过“跨界”为社区成员提供了混合的治疗方案,不同医疗体系之间得以在同一过程发挥不同功能,由此治疗者通过“分工”和“跨界”实现了对多种医疗体系的功能整合;西方医疗中病人和治疗者之间较远的社会距离使得人们在病情不严重的情况下倾向于选择社会距离较小的本土性仪式性医疗和中医藏医。这三种医疗体系在广义的医患关系层面上存在分化,为当地群众的就医选择提供了多种可能性。

〔责任编辑 刘海涛〕

^① M. Kujawska, "Forms of Medical Pluralism among the Polish Community in Misiones, Argentina," *Anthropology & Medicine*, Vol. 23, No. 2, 2016.