

多元医疗的女性实践^{*}

——基于凉山布拖彝族的田野调查

冯琳 袁同凯

基于凉山布拖彝族的田野调查,本文以女性的主位视角对多元医疗的女性实践进行了深入揭示:凉山彝族女性有着不同于男性的疾病认知与分类;在治病实践中,凉山彝族女性发展出了一套与主观疾病分类动态契合的“择病而治”的治病策略,并据此形成了以家为中心、追求家庭效用最大化的治病逻辑;当地彝族女性的多元医疗实践,是一个囊括了不同疾病分类、多样医疗方式、灵活治病策略及多重治病诉求的整体关联过程。多元医疗的性别维度,为多元医疗后续研究提供了可供对话的新视角。

关键词:多元医疗 女性 凉山彝族

作者冯琳,女,南开大学周恩来政府管理学院助理研究员;袁同凯,南开大学周恩来政府管理学院教授。地址:天津市,邮编 300350。

一、问题的提出

医学人类学自诞生之日起即关注人类疾病与健康的相关面向,将健康与疾病嵌入生物—社会—文化的整体图景中予以检视,展现出强烈的应用性与批判性倾向。在医学人类学的视野中,医疗体系是社会建构的产物,并植根于具体的历史文化背景中。^① 美国医学人类学家古德(Byron Good)认为医疗体系应该包括一个群体所能利用的全部医疗资源;^②美国医学人类学家福斯特(George Foster)等则进一步指出,一个地区的医疗体系不仅应该涵盖所有促进健康的信仰、活动及科学知识,还应该包括该群体成员对这个体系所贡献的技能。^③ 作为医学人

* 本文系教育部人文社会科学研究青年基金项目“多元医疗情境下凉山彝族疾病照护研究”(项目编号:21YJC850002)、中国博士后第69批面上资助“凉山彝族女性疾病照护研究”(项目编号:2021M691664)的阶段性研究成果。对中央民族大学巫达教授、中山大学余成普教授、匿名评审专家、《民族研究》编辑部及刘海涛研究员的意见和建议表示由衷感谢。

① 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。

② [美]拜伦·古德著,吕文江、余成普、余晓燕译:《医学、理性与经验:一个人类学视角》,北京大学出版社2009年版,第87页。

③ [美]乔治·福斯特、安德森著,陈华、黄新美译:《医学人类学》,台湾桂冠出版社1992年版,第54页。

类学的重点关注方面,多元医疗(medical pluralism)^①“几乎能适应所有社会的需要,因而得以蓬勃发展”,^②成为当下全球医疗的整体发展趋势。在我国,多元医疗发展很快,在不同地区呈现出诸多具体面貌。^③

近些年来,医学人类学在本体论转向的影响下,对多元医疗的探讨开始转入更为具体的“实在”(reality),^④不再拘泥于类型学的简单划分与关系呈现,而是进一步深挖其内部的多异性(equivocation)。^⑤ 具言之,医学人类学不仅需要将多元医疗视作多重医疗结构体系,诠释不同医疗体系间的关系样态及运作机制,更应该将其视作一个动态的医疗实践过程,探索具体社会情境中不同行动者医疗实践的多重本体性与生成性。^⑥ 这种重视异质性与过程性的研究视角为本文从内部探析凉山彝族地区多元医疗的微观机理提供了极具启发性的理论洞见。

在凉山彝族地区,以传统彝医药、现代西医以及现代中医^⑦为代表的“药解”,以及以仪式治疗为代表的“神解”,共同构成了凉山彝族多元医疗“神药两解”的现实样态。^⑧ 有学者关注凉山彝族地区现代生物医学的诊疗与服务能力;^⑨ 也有不少学者以文化阐述(cultural interpretivism)的取向和路径,聚焦仪式治疗的作用机理与象征意涵;^⑩ 更有学者沿着批判医疗人类学(critical medical anthropology)的进路,检视疾病治疗背后的医学模式、在地的文化逻辑与政治经济结构之间存在的张力。^⑪ 这三种相互补充的研究路径从外部视角展示了凉山彝族地区多元医疗的整体状况与运作特点。

事实上,日常生活中凉山彝族乡民的治病实践存在诸多差异。其中,无论生理抑或文化层面,女性有着显著区别于男性的疾病体验。^⑫ 这种男女有别的医疗实践引出了本文的分析视角,即打破“性别无涉”(gender-free)的研究预设,立足当地女性的主位视角,剖析多元医疗的女性实践。具体而言,本文力图从内部探究多元医疗的性别差异是如何生成的? 她们如何在日常生活中利用可及的多元医疗资源展开治病实践? 其背后所隐含的治病逻辑是什么?

文中未注出处的经验材料与数据,来自笔者在凉山州布拖县^⑬累计近两年的田野调查。^⑭

① C. Leslie, *Asian Medical Systems: A Comparative Study*, Berkeley: University of California Press, 1976.

② [美]莫瑞·辛格著、林敏霞译:《批判医学人类学的历史与理论框架》,《广西民族学院学报》2006年第3期。

③ 余成普:《多元医疗:一个侗族村寨的个案研究》,《民族研究》2019年第4期;周爱华、周大鸣:《多元医疗及其整合机制——以青海互助县一个土族村落为例》,《民族研究》2021年第1期。

④ 朱晓阳:《中国人类学本体论转向及本体政治指向》,《社会学研究》2021年第1期。

⑤ E. V. de Castro, “Who is Afraid of the Ontological Wolf? Some Comments on an Ongoing Anthropological Debate,” *The Cambridge Journal of Anthropology*, Vol. 33, No. 1, 2015.

⑥ A. Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham: Duke University Press, 2002.

⑦ 当地习惯将生物医学称为西医,在此沿用这一叫法。这里的中医是狭义的中医,主要指汉民族医药,并不包括少数民族医药。

⑧ 刘小幸:《彝族医疗保健:一个观察巫术与科学的窗口》,云南人民出版社2007年版。

⑨ 张琳洁等:《深度贫困地区乡镇卫生院医疗服务能力现状研究——以凉山彝族自治州为例》,《现代预防医学》2021年第5期。

⑩ 巴莫阿依:《凉山彝族的疾病信仰与仪式医疗(上)》,《宗教学研究》2003年第1期。

⑪ 刘绍华:《我的凉山兄弟:毒品、艾滋与流动青年》,台湾群学出版有限公司2013年版;周如南:《折翅的山鹰:西南凉山彝区艾滋病研究》,中国社会科学出版社2015年版。

⑫ 冯琳、袁同凯:《生命时长还是生命质量?——凉山州B县HIV/AIDS感染女性抗病毒治疗的地方性构建》,《西北民族研究》2020年第2期。

⑬ 文中涉及的布拖县内具体的乡/镇、村、人名均为化名。

⑭ 田野调查时间跨度为2016年10月—2019年1月,2019年6—8月,2021年6—7月。

凉山彝族地区的多元医疗构成大致相同。笔者采取多点民族志的研究方法,以吉拉乡为中心,辐射布拖县县城与拉子镇,主要围绕当地彝族村民、医生、护士、毕摩和苏尼^①等不同群体,以长时间的参与式观察为基础,结合深度访谈、口述史、结构式访谈等研究方法。调查期间,笔者穿梭于县医院、乡/镇卫生院、私人诊所、患者家中甚至田埂间、溪流边,从不同侧面捕捉当地彝族女性鲜活立体的多元医疗实践。

布拖县是久负盛名的“中国彝族火把节之乡”,也是彝族阿都文化保留最完整的地区。作为国家级贫困县,布拖县已于2020年实现全面脱贫。从地理区位来看,布拖县位于凉山彝族自治州东部,地处横断山脉东麓,全县以山区地形(山区面积达89%)为主,县域海拔落差大(最高海拔3891米、最低535米),全县山路居多,复杂的地形与“一山分四季,十里不同天”的小气候制约了当地居民的交通出行。全县户籍人口21万人,其中彝族占97.5%,农业人口87.9%,是凉山州典型的彝族聚居地与农业大县。布拖县有公办性质的县人民医院(1953年建立,2014年成为县内唯一一家二甲综合医院),中彝医医院(2014年建立、2021年搬迁新建)以及妇幼保健院(2017年建立)。同时还有1所私营医院和3家私人诊所。^② 据《四川卫生健康统计年鉴(2019)》提供的数据,当时全县共有全科医生37人,执业医师131人,注册护士336人。^③ 距布拖县城30公里的吉拉乡,平均海拔2700米,全乡9240人均为彝族,其中劳动力4252人,绝大多数以务农为主,在外务工人员约占劳动力的10%(435人左右),几乎都是18—35岁左右的青壮年男女。吉拉乡有1所卫生院,其中有1名男性全科医生与4名女性护士。乡卫生院是当地乡民最便捷的治病场所,但当地乡民也会前往县城的医院和私人诊所治病。距县城约21公里的拉子镇全镇14823人口中,98.8%为彝族,其余人口以汉族居多,集中居住在拉子镇镇上。相比于吉拉乡,拉子镇卫生院无论在人员配置还是医疗设施条件上都更为完善,共有医护人员35人,其中3名男性临床科医生、2名男性中医,9名女护士与3名男护士,居民一般到镇卫生院即可满足日常治病需求。

二、多元医疗中的性别差异

1953年布拖县才算正式拥有现代医疗体系。^④ 在此之前,乡民治病更加倚重“神解”的仪式治疗。^⑤ 由于“彝医药大都限于家支内部运用,很少对外”,^⑥加之整个阿都地区彝医药知识不成体系,传统彝医药的使用相对匮乏。^⑦ 当然,这并不是说彝医药在当地生活中不重要。吉

① 毕摩和苏尼是彝族社会中主要的仪式专家:毕摩是专事念诵经文仪式活动的人,苏尼是专事击鼓舞蹈仪式活动的人。参见巴莫阿依:《彝人的信仰世界——凉山彝族宗教生活田野报告》,广西人民出版社2004年版,第52页。

② 笔者于2021年6—7月重返布拖县进行补充田野调查时,3家私人诊所均已关闭。据多方反映,私人诊所关闭的原因一方面归因于当地社保医保体系逐渐完善,医疗花费大幅度降低,医院本身医疗质量提高;另一方面则是因这些私人诊所的“地下性质”而被取缔。

③ 四川省卫生健康委员会:《四川卫生健康统计年鉴(2019)》,西南交通大学出版社2020年版,第102页。

④ 凉山州开始实施并推广现代西医是1951年。布拖县拥有西医是以1953年建立布拖县人民医院为标志。

⑤ 凉山彝族的仪式治疗是彝族人治疗疾病的一种方式。传统彝族观念认为,疾病是一切非人力量对人们正常秩序的干扰,疾病产生的根源源于自然界(花草树木等自然事物与风、雷等自然现象)与超自然界(鬼、祖先、神)。疾病通常被视为有鬼干扰或灵魂走失所呈现的身体表征,由毕摩或苏尼进行的诤鬼/驱鬼与招魂是最为重要的治疗方法。

⑥ 阿子阿越:《彝族医药》,中国医药科学出版社1993年版,第83页。

⑦ 唐钱华:《宗教民俗与生存实践——凉山彝族阿都村落的民族志研究》,宗教文化出版社2014年版,第267页。

拉乡的彝族女性在日常生产生活中,摸索并掌握了不少动植物的药用价值。对日常小病的各类“土方子”,她们总是信手拈来:拉肚子的时候烤大蒜吃,稍微严重的话可以用“波哈”(一种四季常绿草药)泡热水喝来缓解;鹅油、野猪油、鸭子油可以祛疤;关节痛的时候可用“楚乃腊欧”(一年生草本植物)泡水洗脚并擦洗疼痛处;蛇皮裹腰可以治疗腰痛;“赫克”(艾草)捣碎敷在外伤伤口上可止血;骨头错位时,将“尺地”(一种较为稀少的树种,一般在深山里能找到)用水煮沸后敷于患处可正位;“苏仔莫书勒夫”(一种长在山间的野生草本植物)捣碎后热敷可治疗淋巴结发炎。这种强大的识药辩药能力,已经潜移默化成一种“身体技术”(body technique),^①让当地彝族女性能够快速有效地应付自身及家中成员身体所出现的小症状。

此后20多年的时间里,布拖县大力推行的现代西医虽有所发展,但并未“如愿”挤压仪式治疗的生存空间。^②吉拉乡的乡民对西医的接受程度并不高,仪式治疗仍然是绝大多数彝族人“心头好”。关键性转折点发生在1979年。

65岁的么有则奶奶回忆道:^③

那年我23岁,生老二。隔壁日呷村我们家支的一个老人刚好死了,在办葬礼。当时我(怀孕5个月,笔者注)不舒服,(所以)就没去,他们(死者家人,笔者注)弄了3头牛,1头羊1头猪,当时不晓得有一头死的,然后就宰了煮坨坨肉分给来送葬的亲戚(1500多人,笔者查证),说是有好多人(600多人,笔者查证)吃了过后就开始拉肚子,上吐下泻的,吓人得很,那个肉我阿达(爸爸,笔者注)也拿回来了的,还好(我)没吃哦,不然就遭殃了(遭殃)。那时候卫生所还有乡里头的卫生院好多人(治病),还死了人的(8人,笔者查证)。要不是那个时候有医疗队,都不晓得要死多少人。^④

本次事件后经查实,系食用不干净的牲畜所引发的沙门氏菌感染集体食物中毒。无论是作为亲历者还是旁观者,经此一事,当地乡民在亲眼见证了西医的“神奇”疗效之后,迅速且毫无保留地接纳了这一治疗方式,尤其是以输液为形式、以见效快著称的抗生素治疗,受到当地乡民的集体追捧。不仅如此,现代西医的进入还带来了意外的“副产品”,即当地彝族乡民开始逐步认识到,治病存在男女差异。这一认知对女性的冲击尤为明显。

育有2个子女的么科则跟笔者绘声绘色地讲述了她第一次去医院治病的经历:

现在说出来都有点好笑。(想起来)好笨哦(笑)。第一次(得妇女病)也不晓得自己爪子了(怎么了),就是痛,忍不起了就问了阿莫(妈妈,笔者注),阿莫说是尼茨^⑤搞的,让我找毕摩做迷信。^⑥做完了还是难受,后面莫日(姨妈,笔者注)说去医院管用,子黑(么科则丈夫,笔者注)就带我去。那时候出去麻烦得很,坐个车我吐得哦,简直了。第一次去(县医院)(我)啥都不晓得,别个(导诊台护士,笔者注)问我哪里痛,子黑说肚子,^⑦她就喊我去了一楼第二个房间(内科,笔者注),是个男医生,他问我哪里痛,我又说肚子,他就上手来摸,把我吓倒了(大笑),后来才晓得是要确定痛的地方在哪里。你也晓得我们彝族做迷信很少摸人的嘛,把我吓安逸了。他边摸边问我“这里痛不痛”,肚子这一圈摸完了我都不痛。医生就冒火(发火)了,说你到底哪里不舒

① [法]马塞尔·莫斯著、畚碧平译:《社会学与人类学》,上海译文出版社2003年版,第301页。

② 汪丹:《分担与参与:白马藏族民族医疗实践的文化逻辑》,《民族研究》2013年第6期。

③ 凉山彝族地区的姓名可以区分出性别。在女性的姓名构成中,一般都会在姓和名中间加一个“么”或“莫”或“嫫”字。例如,么有则的全名是吉次(姓)+么+有则(名),本文特意将“么”放在名前面以示性别区分。么有则奶奶使用的是阿都土语进行表述,这是经过翻译后的转述。文中凡未经注释说明的,均是以四川方言进行的表述,特此说明。为增加可读性与连贯性,笔者在转述的基础上精简删减了部分语句与不连贯的表达,同时根据《布拖县志》就有关内容进行了勘正。

④ 资料源自笔者2019年7月23日在拉莫村4队么有则奶奶家的访谈。

⑤ 尼茨(nyit cy)是凉山彝族地区对鬼的统称,所有的鬼均可用尼茨来代指,也可专指男鬼,女鬼叫莫尼茨。

⑥ 做迷信是当地对仪式治疗的俗称,也称为“干迷信”,是个中性词汇。

⑦ 由于么科则不会说汉语,这里是子黑的转述。

服哦?哎呀丢死人了,我头都抬不起来,后头(后面)有个(等着看病)女娃子(患者)就问我,是不是女的病,我点头了医生才明白的,让我去挂妇科,那里是专门看女人的。我才晓得,啊跟做迷信不一样,去医院看病是要挂号的嘛,原来看病还要分男的女的嘛。^①

么科则的治病经历在当地彝族女性中并非特例。久而久之,这些女性意识到西医治病不仅需要辨别疾病的“性别”,更需要据此挑选医生的性别。谈及个中经验,辗转于各个医疗场所,“久病成医”的么此歪就此打开了“话匣子”:

去卫生院吊瓶子^②就不存在(没什么),都认得到,护士也都是女的。去(私人)诊所也还可以,医生是彝族人嘛,懂得起,一来二去的熟了,看你是个女的,都会让女的(护士)来给你打(吊针)。县里头(医院)就有点日龙(难办,笔者注),(我)去了好多次还是摸不到火门(掌握不了),女的病,好多检查,之前听不懂,恼火(看病困难),现在多少听得懂了,也觉得恼火(不好意思)(笑)。^③

针对当地女性在治病过程中普遍存在的性别顾虑,笔者也有针对性地询问了医院的相关领导。一位医院的领导这样解释:

关于这个我们也晓得,其实嘛性别差异这个事情在哪里都是存在的,这边稍微突出一些。我们这儿特殊就特殊在医生汉族多,男的多,挂职支援的多,女医生的确是比较缺,尤其是像妇产科这些。(今后工作)大方向是多解决老百姓的实际(就医)问题,像补全科室、有针对性地偏向本地专业技术人员,照顾性别比例,这样不管在交流,还是这个(身体)接触上,都更方便(跟女性患者)打交道。^④

2019年布拖县进入脱贫攻坚的关键阶段,全县交通基础设施得以大幅跃升,实现了“乡乡通油路、村村通硬化路”。吉拉乡到县城的道路由颠簸土路变为了平坦沥青路,近2小时的车程缩短为30分钟,极大地改变了乡民对于乡/村与县城之间距离的想象。得益于交通便利所带来的“时空压缩”,^⑤吉拉乡乡民前往县城治病的频率大大提高,县域内的医疗资源也被巧妙地整合进他们多元医疗的可及性范围中。不仅如此,2021年布拖县陆续在全县的乡镇卫生院设立中医馆,^⑥当地乡民也开始不拘形式地尝试“新鲜玩意”。拉子镇卫生院的中医门诊是布拖县最早投入营运的中医门诊之一。中医门诊自6月运营以来便门庭若市,尤其受当地女性欢迎,占到总就诊人数的90%左右。

作为当地的“明星医生”,同时拥有中医与临床医学执业资格的吴医生在谈及看病的男女差异及最近的变化时说:

我在这工作已经10多年了,刚开始这就只有西医,可以输个液打个针啥的,来看病的清一色是男的。那时候我还纳闷为啥子(全是男的),后来才晓得是因为我们这没得女医生(笑),女的不好意思来(看病),尤其是那个妇科病,我这又是全科,啥子病都看的,有时候把我都给整别扭了(不好意思)。现在好多了,今年响应国家号召开了这个中医馆,我就发现吧,找我看中医的女的多了,你看这些(指着病历)吧,几乎都是(女的)。像这个(病人)是回头客,不到2个月来过2次了。现在她们这个保健意识起来了,晓得像胃病这些,是要慢慢调的,不是打一次吊针就可以的了。等你下次来看,看中医的(人)会越来越多的。^⑦

当前无论男女,凉山彝族乡民在治病过程中广泛采用多样的医疗方式已是普遍共识。这种混杂着传统草药常识、仪式治疗、西医治疗与中医治疗的多元医疗存在状态并非一蹴而就,

① ③ 资料源自笔者2017年4月16日在尾子村村委会坝子上围绕“女性咋看病”所进行的焦点组访谈。

② 当地彝族人喜欢把输液称为“吊瓶子”或者“打吊针”。

④ 资料源自笔者2021年7月24日在布拖县中彝医院专家门诊室对张院长的采访。

⑤ 白美妃:《撑开在城乡之间的家——基础设施、时空经验与县域城乡关系再认识》,《社会学研究》2021年第6期。

⑥ 布拖县此举一来是相应国家《“健康中国”2030规划纲要》建立健全覆盖城乡中医医疗保健体系的号召,二来也是布拖县深入推进“健康布拖”建设的应举之措。

⑦ 资料源自笔者2021年7月21日在拉子镇卫生院门诊室对吴医生的访谈。

而是由当地乡民具体的医疗实践所形塑,是一个有着“先来后到”顺序并逐步展露性别差异的动态过程。事实上,对当地彝族女性而言,植根于本土社会的“神与药”,无论是以交感巫术^①为基础的仪式治疗,抑或掌握在自己手里的传统草药治疗,都较少顾及男女间的性别差异。性别维度的凸显,实质是随着现代西医的进入而逐渐生成的结果,由此形构了当地多元医疗“同中存异”的性别样态。

三、女性的疾病认知与分类

凉山彝族男性在长期与疾病打交道的过程中,将疾病依据不同的治疗方式分为了做迷信的病与看医生的病。^② 笔者在长期田野调查中发现,这种以治疗方式为导向的疾病分类与彝族女性所秉持的疾病认知有所出入。相较于男性,当地女性更关心的不是哪些病去医院看,哪些病做迷信解决,而是认定什么病可以看,什么病不能看,什么病不得不看。

曾得过急性尿路感染的么小莫跟笔者讲述了自己对疾病的看法:

像脑壳痛(头疼)、“色色那”^③啊都好说,你去卫生院(看病)还是做迷信都无所谓(可以),一说出来都晓得拉闷(怎么)回事。我们女的嘛,就是命苦,有些病是不好说出来的,就是见不得光。一般也莫哪个关注肚子痛腰疼啥的,忍一下就过了。我上次(尿路感染)是实在痛得莫办法了,(没办法了)才跑去卫生院的,医生说是(尿路)感染了嘛,还说我可以(厉害)哦,憋了那么久才来(治病)。^④

当地彝族女性对于疾病的分类,以身体能见度、文化能见度与认知能见度为连续统,可以放置在“见得光的病”“见不得光的病”与“见不了光的病”的疾病光谱上。顾名思义,“见得光的病”无论在身体部分还是文化上都是可以明确表述出来的能认知的疾病,比如胃病、“色色那”、感冒、肚子痛等。“见不得光的病”则是当地女性难以启齿的病。这种难以启齿具有双重意涵,一是身体患病部位的难以启齿,二是文化道德层面的难以启齿。妇科疾病是其中最为典型的代表。

妇科疾病一方面主要涉及女性生殖系统方面的疾病,在身体部位上具有隐蔽性。鉴于仪式治疗“在魂不在身”的超自然病因观与整体观,加之传统彝医药的相对缺位进一步加剧了女性特有疾病治疗方案的缺失,妇科疾病在传统治疗上同样具有隐蔽性。另一方面,当地针对女性的文化禁忌也增加了女性罹患妇科疾病的风险。

已经在广东读大学二年级的么什各就对女性的文化避讳颇有微词:

虽说现在年代不一样了,我们这些个年轻的,也还是不敢(违反文化习俗)。回到家后还是要守家头的规

① [英]詹姆斯·乔治·弗雷泽著,徐育新、汪培基等译:《金枝:巫术与宗教之研究》,大众文艺出版社1998年版。

② 唐钱华将此归纳为“彝族的病”与“医院的病”。参见唐钱华:《宗教民俗与生存实践——凉山彝族阿都村落的民族志研究》,第299—302页。根据来自笔者田野地点的相关调查,“做迷信的病”与“看医生的病”更贴近他们日常生活中的表达习惯。

③ 不同于高度概括的专业化医学术语,日常生活中当地乡民对疾病的表达多以外在症状为线索,往往难以对疾病进行抽象化的标定,是一种结合了个体自我感知、生活常识与当地文化表述的“散装组合”。其中,“色色那”在民间解释中是彩虹导致的疼痛。当地乡民认为,彩虹喝水时会到地上来,而如果这时人们在洗衣服、喝水、洗脸或者干活被彩虹遇到就会患上“色色那”。彝医理论书籍认为,“色色”指的是游荡不定的神灵,“色色那”就是由于风、寒、雨、雪、雷电、雾等外邪侵袭人体而招致的病。也有学者指出,“色色”是彝族人人神鬼世界观中来自地下的神鬼,而根据方言不同,“色色那”也可译作“斯色那”。参见阿子阿越:《彝族医药》,中国医药科技出版社1993年版;李小芳、王梓安、唐钱华:《神药两解的“斯觉都”:凉山彝族民俗医疗仪式与治疗机理》,《民族学刊》2021年第4期。

④ 资料源自笔者2017年3月18日在尾子村5队么小莫家中的访谈。

矩。在我们这,女生的贴身衣物这些,就不能晾在外面让别个(别人)看到。你看外头太阳多大的,就是不能晒出去,只能阴干。这边又潮湿,好容易长细菌那些的,对女生(生殖系统)都不好的,所以才会有那么多妇科病。不过怎么说嘛,在家头还是要避讳一下,哎,我也没得办法(反抗)。^①

见得光的病与见不得光的病都是当地彝族女性有着明确疾病认知的主观分类结果。相比之下,“见不了光”的病则更为复杂一些。一种是难以定义的病。这类病“见不了光”的主要原因在于她们无法对其不适的身体状况进行准确的表述与归因。这样的事例不在少数。

刚40出头的么土作陈述了她正在经历的一次“反常状态”:

你要喊我说(哪里不舒服)啊,就是胸口闷得很,喘不上气,心慌慌的,晚上睡觉全身冒汗,也不晓得爪子了(怎么了),而且干啥子都觉得不对头(做什么都不对劲)。来看医生(私人诊所,笔者注),医生说你没得啥问题啊,(因为)我也说不上来(哪里不舒服),就是(身体)不得行,(医生)就说给我吊个瓶子看哈(试一下)。整迷信也没弄好,李子毕摩说不是鬼的事。你说医生和毕摩都搞不清楚(我的病情),我拉闷(怎么)晓得啊(叹气)。^②

另一种是无意识的病,即当地彝族女性根本没有意识自己患有此类疾病。肛肠类疾病便是其中一种。有研究显示,彝族男性女性患肛肠类疾病病的性别比大致为3比1。^③但是据笔者的观察与了解,吉拉乡男女肛肠类疾病的患病率应大体相当。一方面,从解剖学和生理学角度来说,肛门直肠作为消化道的末端,其上皮细胞相对脆弱,极易受到胃肠道细菌、真菌、病毒和原虫等的感染。这从当地居高不下的胃肠疾病患病率^④中可见端倪。另一方面,由于吉拉乡公共卫生设施相较落后,女性如厕极不方便,大多数女性采取的策略是憋着,能忍则忍,其产生的不适感不易被认定为肛肠类疾病。

刚从外地打工回家的么牛扎便向笔者诉说了自己便血的经历:

我们村就只有卫生院有一个(厕所),之前乡小学里还有(厕所),后来拆了说是重新修,我都(打工)回来了但是还没弄哦,这都好久了,回来(上厕所)多不方便的。(采取的策略)就是憋起,晚上少喝水,这样不起夜。之前也是一样的,这次不晓得为啥子(为什么),肚子又鼓又涨,过了好几天哦,才屙出来,还痛得很,妈哟一看还有血,就回头(用手机上网)查了一下,不查还好,一查吓一跳。说是便秘久了容易(肛门)破裂便血,之前也有过(此类经验),但都没觉得是病。^⑤

这“见不了光”的肛肠疾病不仅是当地大多数女性没有意识到的疾病,也是被公共卫生数据所被遮蔽的病。^⑥

县医院肛肠科的夏医生进一步证实了笔者的这一论断:

来我们科(就诊的)的确是男的比女的多。按理说这边卫生条件比较落后,县城头厕所这些都没好多,乡坝头要上个厕所更不方便,就更别说女的(上厕所有多麻烦了)。你看嘛,经常憋到起(不上厕所),肛肠再怎么也遭不住(不会好)。好多(女的)其实都意识不到,不代表没得病。像长期便秘啊、痔疮、便血这些她们不认为这是病,但好多严重的是需要治疗的。^⑦

① 资料源自笔者2019年8月20日在西昌东客运站对么什各的访谈。

② 资料源自笔者2019年5月4日在布拖县县城私人诊所对么土作的访谈。

③ 饶佳、张石则等:《凉山彝族自治州 HIV/AIDS 合并肛肠疾病的流行病学调查分析》,《中国性科学》2020年第11期。

④ 拉子镇的吴医生给出的数据是当地超过60%的人不同程度地患有胃肠疾病,这与当地彝族人规律的饮食习惯有关。吉拉乡无论男女的诊疗疾病中,肠胃疾病也均位居前列。

⑤ 资料源自笔者2017年11月18日在吉拉乡小学门口小卖部与么牛扎的访谈。

⑥ 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。

⑦ 资料源自笔者2019年5月11日在布拖县县医院住院部二楼对夏医生的访谈。

疾病的分类本质是一个主观建构的过程。当地彝族女性面对疾病时,问题化(problematization)的第一步不是对疾病进行归因,反思自己“好端端”的身体是如何得病的,^①也不似当地彝族男性那样直接考虑究竟是诉诸做迷信抑、看医生抑或混合使用的多元治疗行动,而是先根据疾病的能见度将其细分,据此来决定下一步的治病走向,并依据不同的治病策略,形构出不同于男性的多元医疗治病实践。

四、女性的治病策略

在吉拉乡卫生院的诊疗花名册中,^②女性与男性所看之病各有侧重。当地男性最常因胃肠炎(35.5%)与关节炎(11.5%)前来诊疗,而长期占据女性疾病榜前两名的是女性盆腔炎(30.3%)与急性上呼吸道感染(25.4%)。乡卫生院的罗医生对此加以了佐证:

我们这里看得最多的(疾病)主要是炎症,肠炎胃病、上感(急性上呼吸道感染,笔者注),关节炎这些,都是最常见的(疾病)。男女没啥大区别,不过还是不太一样,女的主要妇科多,男的肠胃这块多一些。一般女的来看病都是急性的,男的不一定。^③

表面上来,男女间不同的诊疗疾病不过是性别生理性差异的简单映射。然而细究下来,这种男女有别的疾病谱实则折射出当地文化对女性的想象,进而牵扯出彝族女性对待疾病不同的治病策略。医学民族志的调查发现,人们通常会围绕“如何治病”而采取“择医而治”的治疗策略,即何时何地选择何种或多种医疗方式以实现最优的治疗效果。^④基于当地男女有别的疾病认知与分类图示,这种“择医而治”的治病策略更加契合彝族男性的整体治病风格。相较而言,比起“如何治病”,当地彝族女性明显对“能否治病”更为关注,并基于其对疾病的分类基础,依据身体与文化能见度两个维度,衍生出多种“择病而治”的治病策略。其中,基于身体能见度的治病策略最为简单明了。据笔者长时间的田野观察,当地女性大多都不同程度地“带病生活”。对于许多慢性病,比如风湿、慢性胃肠炎等,其共性在于病程缠绵反复,难以根治,但发病时症状不似急性病那般剧烈。对此,她们采用“大病化小,小病化了”的治病策略。

患有慢性胃炎的么惹洛是实践这一策略的典型代表:

我们这边吃饭莫得啥数的(没有规律),有汝(肉,笔者注)就莽起吃(使劲吃),莫得(肉)就少吃些,(女性)要干活嘛,就经常有一顿没一顿的,饱一顿饿一顿的,不规律。(我)后来有一次实在不舒服得很了去卫生院(看医生),(医生)说是胃病,要慢慢调,(每天都在干活)哪有时间嘛。好多人都有(胃病),平时也习惯了,一吃多就不消化,要打嗝,最多肚子不舒服,也莫得啥子(没什么),这些小病就不用老去管它,莫得啥(没什么)大问题。^⑤

相较于这些“见得光的病”,显然“见不得光的病”尤其是妇科病更令当地女性困扰。除了胃病、风湿这些常见地方病之外,当地妇科类疾病的发病率也一直居高不下。^⑥吉拉乡卫生院

① 何雪松、侯慧:《“过坎”:终末期肾病患者的疾痛体验》,《社会学研究》2020年第5期;周爱华、周大鸣:《多元医疗及其整合机制——以青海互助县一个土族村落为例》,《民族研究》2021年第1期。

② 统计数据资料时间段为2019年10月—2020年10月,共统计527份样本数据。

③ 资料源自笔者2021年7月20日在吉拉乡卫生院对罗医生的采访。

④ 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;吕小康、王丛等:《多重不确定风险及其应对——儿童血液病病房中的医患信任研究》,《社会学研究》2021年第6期。

⑤ 资料源自笔者2019年6月17日在补莫村2组么惹洛家中与么惹洛的访谈。

⑥ 刘小幸:《彝族医疗保健——一个观察巫术与科学的窗口》,第96页。

疾病谱中颇具张力的地方在于,既然妇科病是当地女性认知中“见不得光的病”,那么吉拉乡的女性为什么还能且经常去卫生院治疗妇科病呢?事实上,妇科病在当地卫生院具有能见度也是最近10年的事情。在这之前,虽说是女性常见病,但缺乏文化能见度,妇科疾病是她们避而不谈的文化忌讳。凉山彝族传统文化中对女性的态度颇为矛盾:一方面认为少女是神圣纯洁的,神话传说以及民间故事中均流露出对少女的崇拜;^①另一方面认为女性是危险和不洁的,因而衍生出诸多女性禁忌的习俗。^②这种发轫于传统彝族文化中的女性意象投射到现实生活中,同样展现为一种模棱两可的态度,即对女性生育能力的重视以及对女性生殖疾病的忌讳。

“多子多福”^③一直以来都是彝族地区乃至整个中国语境中的传统文化理念。彝族人认为女性的生育能力由专门的生育魂“古日非日”^④所决定。生育魂不在女性体内,则容易不孕不育、怀孕后总流产或孩子总是夭折。生育魂较弱的女性,就会出现几代单传,家里只有一个儿子或只生育女儿的情况。在传统彝族社会,人丁兴旺是家支力量的重要体现。因此,涉及生育的事宜往往是家庭甚至家支内部的头等大事。

育有三个子女的么此作对笔者讲述了自己的故事:

(生)大儿子前面掉(流产)了三个。第一个还没觉得有啥,后面又连续莫得(没有)两个,(我)就吓到了,生怕自己有问题,不能生了。就是(全家人)都干着急,啥子(方法)都在搞(在用)(边掰手指边说):你看哈,吉克毕摩、阿子苏尼都做过迷信,还跑到西昌的医院去(做过检查)。那个时候路不像现在这么好,我又晕车吐了一路。亲戚些都出主意,说汉呷(汉族)的那个中药有用,我也喝了好多。还好(后面)怀起了,也不晓得哪个(治疗方式)有用,反正(这一胎)就注意得很,生怕又没得(流产)了,后来生大女儿和二儿子的时候就顺多了。^⑤

一旦涉及女性生殖系统方面的疾病,则呈现另一番景象。比起对生育能力的担忧而积极应对治疗,当地女性对待妇科疾病的态度则消极得多。么此作对此也流露出复杂的神情并补充道:

说实话,医生说炎症重,要治疗还要注意卫生,说这个会影响生娃娃,把我吓到起了,才晓得(要重视妇科病)。现在年轻的也开始注意这个(预防妇科疾病)了。之前我们这边(女性)很少把这个(妇科疾病)当病(去治),(得了妇科病)不舒服是不舒服,就觉得是女的要生娃娃该的嘛,就是有(妇科病)也不晓得拉闷(怎么)开口。^⑥

在当地彝族女性眼中,承载着文化上“不洁”意象的妇科病,只要不影响正常生活,即便不适也是可以忽略不计的“小事”。而象征家支力量的生育能力一旦出现问题,那就是必须要尽力治疗的“大事”。进一步而言,凉山彝族女性对于妇科疾病“能不能治”的主要策略,是彝族社会文化形塑的产物。当然,这种治病策略会根据疾病的生命周期而时刻灵活调整。至于何时妇科病才具有能见度,当地女性以疾病的轻重缓急为依据,发展出一套自治的治病策略:那些

① 例如彝族史诗《勒俄特依》中《支格阿鲁》所记载的,家喻户晓的英雄支格阿鲁(阿都地区称为支格阿尔)便是少女濮嫫列依玩雕时,被滴落的三滴雕血滴中所生。参见胡素华:《彝族史诗〈勒俄特依〉译注及语言学研究》,中国社会科学出版社2020年版,第141—143页。

② 例如,女性不能爬楼梯上屋顶,不能参与家支事务,不能跨过男性衣服,不能杀做迷信的牲畜,不能送自己的首饰给别人等。

③ 彝族人“多子多福”的观念是一种多子即圆满的人生实现。在彝族人的观念里,一个人需要生儿子以延续父系血脉,这样才算尽到父母的义务。如果没有儿子就不能为父母做搓毕、搓合仪式将魂送入祖地,这被彝族人视作人生最大的“失败”。

④ 古日非日也可音译为“惹日尔日”。

⑤ ⑥ 资料源自笔者2019年7月2日在菲达村么此作家门口与么此作的访谈。

急性的、难以忍耐的甚至影响正常生活的妇科病,她们会迅速去卫生院进行治疗,而那些不怎么舒服但是不影响正常生活的,她们会置之不理,直至症状缓解或消失。当地彝族女性正是通过这种谨慎的方式来维持妇科疾病在身体能见度与在文化能见度光谱中的平衡。

妇科病在吉拉乡卫生院的诊疗记录上之所以能逐渐显现,主要归功于当地女性之间独特的“信息分享网”。在乡卫生院门前开小卖部的么友扎称自己最有发言权:

我天天都在这(小卖部),她们一般吊瓶子都到我这儿来坐起(聊天),(所以)我最晓得(知道)。刚开始没人来,这儿罗医生是个男的嘛,不方便。后头是且沙家的什莫(媳妇)有次据说是痛得打滚了,她男人在这(卫生院)当禁毒防艾宣传的,就赶快送来了治病了,具体是啥子病我搞忘了嘛,反正是急性的女人病,就是吊瓶子,痛得抬进来的,不到一天就可以自己走回去了,就这么神奇。然后后来嘛,女的聚在一块就会摆起了(聊起来),后头一下就传开了,之后就来的多了。^①

可即便如此,妇科疾病对于当地女性而言仍然是一种难以启齿的疾病。对于如何诊疗这种“见不得光”的妇科疾病,罗医生进一步解释道:

我们这儿没得(没有)女医生,就我一个全科(医生),我在这也有8年了,她们一般来(看妇科病),你问她哪里痛,她支支吾吾半天,然后说腰痛、腰酸啊,我就差不多懂起了(知道了),一般我再追问一下:“女的痛哇?”,她点头了,就差不多确定是妇科病了。至于是具体啥子妇科病,也就诊断不出来了,她们不(具体)说我也没得(没有)办法,我们这也没得妇科,仪器也缺,白带常规这些都做不了,要做只能去区上或者县里头。大多数来这的,都是急性炎症,只要消炎就可以了,她们一般也晓得(知道),输完液没好的也不会再过来(卫生院)。^②

当地彝族女性的这些具体的经验性实践,一方面展现出与男性“择医而治”所不同的“择病而治”的女性策略;另一方面则表明,女性灵活多变的治病策略与其本身的生命历程、疾病的生命周期以及凉山彝族的文化习俗息息相关。诚如许烺光所揭示的,个体的医疗实践始终嵌于他们所属的社会和文化逻辑中。^③

五、女性的治病逻辑

呷莫村的么阿扎今年46岁,跟丈夫子聪都在家务农。两人育有4名子女。大儿子土日25岁但尚未成婚,2020年前在东莞电子厂打工,疫情后返乡在家无所事事。大女儿么俄作6年前已出嫁,目前育有两个女儿。二儿子土呷正在县高中念高三,成绩在上大学的最低分数线上徘徊。最小的女儿么牛作目前还在乡小学读四年级。4月之后,么阿扎开始头疼,一开始是间断性的、“扯着头皮地痛”,后来逐渐演变为持续性头疼,么阿扎的精神气色每况愈下。连续头疼近一周后,无论笔者怎么建议,么阿扎拒绝采取任何治病措施并强烈表示“自己莫得问题”,随即解释说之前她也有过类似状况,是春耕太劳累了没有休息好,再过几天便会缓解。乍看之下,么阿扎将持续性的头疼归咎于太过操劳而非病理性因素,进而拒绝治病并无不妥。

自从跟么阿扎打交道以来,笔者经常听她自述身体状况良好,“没毛病”。然而真实情况却是,么阿扎是一个身患子宫内膜癌的HIV/AIDS感染者。在笔者与她的日常接触中,无论跟

^① 资料源自笔者2019年7月23日在吉拉乡卫生院前小卖部与么友扎的访谈。么友扎所说的是阿都土语,这里使用的是经过翻译后的汉语转述。

^② 资料源自笔者2021年7月20日在吉拉乡卫生院对罗医生的采访。

^③ 许烺光著,王凡、徐隆德、余伯权译:《驱逐捣蛋者——魔法、科学与文化》,台湾南天书局有限公司1997年版,第82—85页。

她聊什么话题,尤其是聊到她身上的疾病情况,么阿扎总能顾左右而言他,东扯西扯地最后扯到家务事上来:土日还没娶到什莫(媳妇)让她焦心,接着就开始抱怨跟土日订下娃娃亲的女方家又要涨身价钱,担心凑身价钱的日子何时是个头。^①刚一说完话锋一转,她又开始操心土呷到底能不能考上大学,如果考上了会不会又要花很多钱?如果考不上,之前花的钱是不是就白费了?接着又转而忧心嫁出去的么俄作到现在都还没生儿子,会不会被婆家嫌弃?是不是应该带她去检查检查、做做迷信?对她而言,持续性的头疼远不如眼前家中杂事更能引起她的注意。更进一步来看,么阿扎“扛病不治”的例子触及当地彝族女性治病的核心逻辑,即以家为中心的整体性治病诉求。

当然,这种以家庭为中心的治病逻辑虽有类似么阿扎消极扛病的一面,但更多地则指向当地女性积极治病的一面。当地女性付诸积极治病的诉求是多层次的,既包括身体诉求,也包括社会诉求。治疗效果无疑是当地彝族女性最为核心的治病关切。她们不纠结造成她们身体不适的病理性原因,让症状快速消失才是其首要目的。

么扯则就强烈表示出对治病时效性的偏好:

之前不晓得为啥子全身没得(没有)力气,锅碗瓢盆都端不起来,拉闷(怎么)干活嘛。搞快(赶快)跑去(卫生院)打吊针,那个(治疗时间)快,几个小时就回来了。主要是家头没人弄得,猪要喂、牛要喂,地头的附子(一种中药材经济作物,笔者注)还等到起除草,他们男的又不管这些,不我来弄哪个来弄嘛。^②

然而,过于追求方便快捷也会产生“病急乱投医”的负面效果。2019年7月的一天,平日身子利索的么日扎在割草回家的路上,突然腹痛难忍,痛到全身冒汗,后来虽然有所缓和但依然痛到直不起腰。事发突然,丈夫尔作在接到么日扎的电话后迅速叫上侄子子沙,让他开面包车^③送么日扎去县城诊治。^④经过近2小时的车程,么日扎让子沙直接将她送到了平日习惯去的私人门诊。这时候么日扎的疼痛感已没起初那般强烈,跟诊所里熟识的王医生进行简单交流后,王医生在没有进一步详细诊断的情况下,直接给么日扎开了抗生素进行输液治疗。这一次,常规性操作却并没有如么日扎预期般有效。4小时后,么日扎腹部再度疼痛难忍且伴有呕吐与轻微发热。见情势不对,王医生立马让么日扎转去县医院。急诊的古医生通过结肠充气试验,^⑤结合加急出来的血常规检测^⑥与外显症状,迅速做出了急性阑尾炎的诊断,并通知内科进行阑尾切除手术。

事后么日扎回忆的时候,还心有余悸:

哎,之前也(这样)肚子痛过,吊瓶子了就好了,(所以)就想到快点整完(症状消失)回去,哪晓得这次那么

① 冯琳、袁同凯:《凉山彝族婚俗的当代变迁与社会适应——以身价钱与婚姻缔结为例》,《民族研究》2019年第6期。

② 资料源自笔者2019年7月23日在吉拉乡卫生院前小卖部与么扯则的访谈。

③ 由于呷莫村在2020年前没有公共交通,直达县城需要依靠私人运营的面包车。么日扎的侄子子沙便是村里四个开私家车营生的人其中之一。

④ 实际上,吉拉乡卫生院就在呷莫村,按道理应该直接送往乡卫生院。之所以去县城里诊治,部分原因是因为吉拉乡卫生院里的医务人员“凶得很”“整天游手好闲的”,在当地村民们中没什么好口碑。而直接原因是么日扎发病时间是下午6点,乡卫生院的医务人员下午4点就下班,卫生院大门紧闭。

⑤ 结肠充气试验是诊断阑尾炎的主要方法之一。方法是让病人仰卧,先用右手压迫左下腹,再用左手挤压近侧结肠,结肠内气体可传至盲肠和阑尾,从而引起右下腹疼痛的则为阳性。另外还可以通过腰大肌试验和闭孔内肌试验进行阑尾炎诊断。

⑥ 此时么日扎血常规检测中白细胞WBC为20.01(单位10⁹/L),正常参考值区间为4.00—10.00;中性粒细胞数为18.9(单位10⁹/L),正常参考值区间为2.0—7.0。白细胞以及中性粒细胞的增加临床意义上都意味着体内存在高度的急性感染等病变。

恼火(严重),真的是痛到以为自己要死了……“信科学”还是得承认医院(比私人门诊)先进些。^①

在凉山彝族大部分地区,“男主外女主内”的社会性别分工模式左右着当地女性的时空半径。相较于男性弹性灵活的时间安排与不受地域空间限制的空间移动,女性大多匍匐于以家为中心的固定地域空间中,根据每日的家务与农务活安排时间与活动。因此,家中女性一旦生病,的确是一个家庭性的重大公共事件。

么日扎这次治病,前后折腾了近10日,不仅么日扎自己身体遭罪,家里也是一团乱麻:苦荞叶子没人采,被成堆压弯;家里的鸡丢失1只、幼崽被路过的车撞死1只;原本留着孵鸡仔的受精蛋被丈夫尔作当作普通蛋炒来吃了;院子里种的绿叶菜因无人照看已经焉掉;附子还未除草,等等。么日扎身体的不适引发的不仅仅是身体的疼痛,更意味着家庭的“失序”。

进一步来讲,当地女性之所以追求“短平快”的治病疗效,是因为家庭生活秩序的维持需要她们以身体秩序来度量:身体状况差,便不能正常应对日常生活中繁重的农活与家务。因此,无论是么扯则还是么日扎,对于她们而言最为重要的是如何快速地让身体的症状消失从而让家庭恢复“正常”秩序。就这个意义而言,当地女性的身体不再是个人生活中的隐私范畴,而是超越身体维度的关联自我与家庭、社会的更为开放的系统。^② 当地女性所认为的疾病,也不再是单纯的生命体征出现病理性变化的身体状态,而是关联着一种偏离家庭正常运作的异常状态。

实现治病的社会效益是当地彝族女性治病的另一大驱动力。50岁的么惹果患有慢性胃炎,平日里除了偶尔反酸、腹胀之外,没什么大毛病。8月中旬在参加了隔壁村亲戚的一场葬礼后,突然胃病严重了起来:开始无规律地上腹绞痛,甚至恶心、呕吐。为此么惹果去到卫生院,罗医生先是给开了阿托品、铝碳酸镁片和阿司匹林进行药物治疗。在么惹果强烈地要求下,直接改为输液治疗。3天后,么惹果的症状基本消失,但是小儿子子沙^③跑车时出了车祸,幸而只是轻度擦伤,并无大碍。巧合的是,么惹果的丈夫尔日也在跟村里人聊天时发生口角,差点动手。无独有偶,2天后子沙的什莫(媳妇)么小歪摘苦荞叶子回来路上不慎扭伤了脚。全家人都接连遭遇倒霉之事,于是尔日打电话请来了吉克毕摩。吉克毕摩认为家中流年不利,需要做尼茨斯。^④ 此次仪式前来帮忙的亲戚和邻居络绎不绝,一大群人围坐火塘边,各司其职。仪式一直从晚上7点持续到凌晨2点,最后在热络的气氛中各自带着分得的坨坨肉散去。这次举全家之力做尼茨斯仪式,么惹果也有自己的“小算盘”,她坦白道:

我(身体)倒是莫得啥子(没什么大问题),用不着搞那么复杂。如果光是我的话无所谓了,就是最近家头背时(倒霉)得很,各个都遭殃了。还是得做个迷信,安心嘛。还有就是,这次不是尔日跟别个(别人)吵架了嘛,丢脸得很,做迷信别个就觉得是鬼缠上了,不是故意(吵架)那种。(凑到笔者身边)悄咪咪给你说(实话)嘛,还有就是上次黑日家做迷信在我们家弄了只羊过去,黑山羊我也只有一头,想着都是亲戚,就让他们拿走了。这次尼茨斯也要(黑山羊),我就想着反正也要叫他们(黑日家的亲戚,笔者注)来(帮忙),这下好意思找他们要回来了,我们也要用,不吃亏(笑)。^⑤

① 资料源自笔者2019年7月28日在补莫村4组么日扎家中对么日扎的访谈。么日扎使用阿都土语混杂着一些四川方言进行了讲述,这里笔者全部转述为四川方言。

② [美]克莱曼著、方筱丽译:《疾病的故事:苦难、治愈与人的境况》,上海译文出版社2010年版,第11页。

③ 么惹果的丈夫尔日跟么日扎的丈夫尔作是两兄弟,子沙是么日扎的侄子。

④ 尼茨斯是彝族社会中较为大型且复杂的仪式。这里行文目的不在于展示仪式过程,而在于突出大型仪式需要众多亲戚前来帮忙,因此具体仪式过程从略。

⑤ 资料源自笔者2019年8月30日在去挖土豆的路上与么惹果的交谈。

仪式治疗的效果往往取决于一个家庭社会关系的动员与参与的情况。之所以“大费周章”地做迷信,么惹果身体出现的病况只是一个导火索。更主要的是据此治病事件可以实现物质与精神上的多重诉求:在求得全家的平安、让全家人心安的同时,顺带借由人情关系层面的“有来有往”促成物质层面物的交换与流动。

通常情况下,人们遭遇疾病会依据自我的疼痛体验和疾病的身体表征来判断是否进行治疗。与之相比,当地女性进行治疗时需要考量的因素则更为多元。表面来看,“扛病”与“病急乱投医”是当地彝族女性“择病而治”动态衡量过程中的两个极端,实际上都是当地彝族女性试图将病痛努力控制在“正常”的日常生活中,让生活依然可控而不至于发展为一种无法掌控的“异常”状态。与此同时,无论是追求治病效用性的身体诉求,抑或达致治病的社会性诉求,当地彝族女性治病的总体诉求都是以家庭为中心,力争实现家庭效用最大化所进行的一系列关联性道德举措。她们会依据各自家中的实际情况,结合自己手头可及的治病资源进行整体盘算并合理配置,进而彰显出其对家庭的责任与贡献。^① 这种多元诉求的背后实则隐含了一种“效用至上”的实用主义行动逻辑。对她们而言,这种实用主义的行动逻辑意在表明,对待疾病不采用或采用怎样的手段和方式并不重要,重要的是哪种解决问题的方式是可及的与可行的。进一步来说,凉山彝族女性的多元医疗过程始终嵌于自我的身体秩序、家庭的生活秩序以及在地文化秩序中。这种对于可控性的追求,这种对于秩序的异常在乎,让这些女性的治病行为自带道德属性。正是在此意涵下,当地彝族女性所呈现的多元医疗实践,是一种生物—社会—文化三位一体的道德体验(moral experience)。^②

六、结 论

已有研究显示,女性往往比男性更倾向于重视疾病。^③ 凉山彝族女性也不例外。只不过她们所重视的疾病,是一种关联着身体秩序、家庭秩序、社会及文化秩序的多样性存在。凉山彝族女性在日常生活中的多元医疗,是一个具有性别差异度并框定(framing)^④了不同的疾病分类、多样的医疗方式、灵活的治病策略以及多重治病诉求的整体性关联网络。

具体而言,其一,凉山彝族女性治病实践中出现的性别分化是伴随着现代西医的进入而逐渐生成的过程,并形成了当地多元医疗“同中存异”的性别样态。其二,正是依托男女有别的疾病认知,当地彝族女性以自己的方式将疾病按照能见度区分为“见得光的病”“见不得光的病”以及“见不了光的病”,成为她们后续开展多元医疗的前提基础。其三,围绕“能否治病”的疾病分类,当地彝族女性派生出灵活多变的治病策略。这种“择病而治”的治病策略植根于当地的社会与文化逻辑,并依据病症的轻重缓急来平衡身体能见度与文化能见度间存在的张力。其四,“择病而治”治病策略背后所体现的,是当地彝族女性多元的治病诉求。无论是身体诉求还是社会诉求,均展现出她们以家为中心、以维系家庭正常生活秩序并实现家庭效用最大化的实用主义治病逻辑。

① 涂炯、程瑜:《食管癌患者的疾病解释:理解、合法化与意义追寻》,《思想战线》2016年第3期。

② [美]阿瑟·克莱曼著、方筱丽译:《道德的重量:在无常和危机前》,上海译文出版社2008年版,第26页。

③ 郇建立:《乡村慢性病人的生存策略——基于冀南沙村的田野考察》,《思想战线》2014年第3期。

④ C. Rosenberg & J. Golden, *Framing Disease: Studies in Cultural History*, New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

值得注意的是,“泰坦尼克定律”^①以一种更为隐蔽的姿态嵌入当前凉山彝族女性的多元医疗实践中。这种以家庭为中心的关联性逻辑并不是孤立生成的,而是当前凉山彝族女性所处的社会地位与性别角色双重边缘化的产物。它与医疗资源的可及性、经济地位、政策制度、地方权力与在地文化密切相关。这意味着凉山彝族女性多元医疗逻辑的形成,不仅依赖于其社会地位所决定的医疗资源的多寡,也有赖于传统彝族文化中性别角色的约束与期待。这种双重边缘化以社会复杂领域中家庭生活的语言来告诫女性对疾病的认知,^②并进一步影响其对疾病的处置。多元医疗的性别维度进一步印证了疾病不单是个体生理上的身体体验,更是一种基于地方性情境知识(situated knowledges)^③的文化感知与社会结构的“在身化”或“具身化”(embodiment)体现。^④

更为重要的,上述对凉山彝族女性多元医疗的民族志描述,显示出性别维度可以成为多元医疗理论与实践研究的一个可行切入口。就目前而言,多元医疗中的性别差异是一种“显而易见的不在”(manifest absence)。^⑤以“性别之眼”观视凉山彝族地区多元医疗的现实运行,一方面可以生动地展示出被多元医疗地区文化差异所遮蔽的性别差异内核,另一方面可为多元医疗相关研究增补可供继续探究的对话视角。

〔责任编辑 刘海涛〕

① “泰坦尼克定律”旨在说明社会等级、风险差异与伤害程度密切相关。参见景军:《泰坦尼克定律:中国艾滋病风险分析》,《社会学研究》2006年第5期。这里意在强调凉山彝族女性的疾病感知差异与社会地位和等级之间的关联性。

② [美]费侠莉著、甄橙译:《繁盛之阴:中国医学史中的性(960—1665)》,江苏人民出版社2006年版,第6页。

③ D. Haraway, “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective,” *Feminist studies*, Vol. 14, No. 3, 1988.

④ 张剑源:《疾病的意义阐释、医学回应与制度追问——以滇西北D县“小孩夜哭”个案为中心展开》,《广西民族研究》2014年第1期。

⑤ M. Zhan, *Other-Worldly: Making Chinese Medicine through Transnational Frames*, Durham: Duke University Press, 2009, p. 256.