

生命醫療始研究室編，《「中國十九世紀醫學」研討會論文集》
台北：中央研究院歷史語言研究所，2000年
頁 47-93

「地方感」與西方醫療空間在中國的 確立

楊念群**

內容提要

本文探討的主題是，中國人如何接受原本較為陌生的西方醫療空間。歷史資料顯示，中國人自古並沒有把親人委託給家庭外的成員進行護理的傳統。「醫院」作為一種空間形式嵌入中國社會是近代以來發生的事。本文認為，中國民眾接受西方醫院並非完全受精英知識論和國家權力干預的支配，而是中國的地方傳統與西方的醫療空間在多方面達於妥協的結果，中國的醫療空間與西式的醫療空間一直存在著某種張力關係。這項研究有別於一般的醫學史的方法是，把外來空間與傳統空間的碰撞與契合放在較為廣闊的社會語境中加以審視，並以惠愛精神病院為例，仔細考察了地方社會對西方醫療體系採取的本土化應對策略。

* 作者感謝耶魯大學神學院圖書館特藏室主任 Martha Lund Smalley 女士在資料方面提供的諸多幫助；感謝香港道風山漢語基督教文化研究所道風基金對本文寫作的支持；感謝香港中文大學中國文化研究所同仁對本文的構思提出的批評意見。

** 北京人民大學清史所副教授。

論西方醫療空間在中國的確立

楊念群

關於近代中國人如何接受西方醫療與保健體系，國內傳統醫學史的權威看法基本上秉承的是一種政治經濟學式的分析架構，這套架構概括起來大致包涵兩個核心要素：一是基本認定西方醫療與保健體系是廣泛波及全球的現代化擴張過程的一個組成部分，中國人對醫院組織中的現代性因素的被動認同只不過是諸多「衝擊—回應」大潮中濺起的一朵小小浪花而已；二是中國人對醫療空間的接納基本上是一種精英化操作行為，其具體表現特徵是：近代受西學影響的新知識階層通過一種「知識論」式的建構過程（最為典型的是所謂「中體西用」思想框架的確立），由上而下地直接強行推導出醫療制度的變遷圖景。而下層醫療制度的變遷彷彿理所當然地可由新型知識群體設計的思想脈絡中延伸出來，構成一體化的變革範式。¹這套框架還認為，從洋務運動開始，中國近代化的歷程基本上是由上層精英變革話語經由國家系統運作向下層展開，變革在國家制度中的體現大體上是與知識精英的話語相疊合的，所以知識話語的設計似乎完全是一種國家變革得以實現的藍本與依據。不難想像，這種觀察實際上把基層社會中普通百姓對外來事物的接受策略和變通取向完全摒棄在了研究視野之外，或者乾脆把普通百姓對醫療空間的認知方式混同於知識階層的言述策略，從而先驗性地認定了二者的同一

¹ 參閱李經緯：《西學東漸與中國近代醫學思潮》，湖北科技出版社 1990 年版。

性質。

本文認為，儘管在現代化過程中，國家制度與精英話語的導向無疑佔據著知識生產和制度建設的主導地位，近代知識論推導出的制度化力量也不能說不起著相當強勢的支配作用，比如新式學堂的設立在基層社會中的影響即是突出的例證。但是，如果我們從基層社會的角度觀察普通百姓如何接受新的事物，包括以醫院體系為代表的西式醫療空間，也許它們所依據的理由恰恰與知識精英設計推導出的自足性觀念有相當大的歧義性。具體言之，基層社會有可能憑恃自身獨有的價值判斷，意識趣味和認知取向去審視西方醫療空間在中國的存在與拓展，這種獨有的感覺與認知體系，就是空間社會學所說的「地方感」的認同現象，按照新人文地理學的看法，對於基層的民眾來說，地方（place）絕不僅僅是知識精英任意審視和操作的客體，它被每一個個體視為一個意義，意向或感覺價值的中心；一個動人的，有感情附著的焦點，一個令人感覺到充滿意義的地方。²

布迪厄（Pierre Bourdieu）曾經有一個關於「地方感」的簡明解釋，他說社會空間的構造方式，乃是佔有相似或鄰近位置的作用者，會被放置在相似的狀況（condition）與限制條件（conditionings）下，並因此很可能有相似的習性（dispositions）與利益，從而產生相似的實踐，佔有一位置所需的習性，暗含了對於這個位置的適應，這就是高夫曼（Goffman）所說的「地方感」（sense of one's place）的涵義。³如不迪厄所述，區別於知識精英認知體系的民眾擁有的「相似的習性」與「相似的實踐」及由此構成的「地方感」，很可能使他們並不一定按照知識精英設計的理性脈絡去理解與接納類似醫院之類的西方事物。比如歷史上的西醫傳教士運用「疾病類型學」的灌輸方法推廣西醫治療技術，就未必在民間百姓中達至預期的效果。本文所要論證的是，基層民眾由於大多秉持傳統「地方感」意識，他們在接受西式醫療空間時不一定完全受上層知識論推導出的變革策略的支配，他們之所以認可西方醫學及其治療系統，可能恰恰是認為，這一外來事物

² 參閱愛蘭 普瑞德：《機構歷程和地方——地方感和感覺結構的形成過程》，載夏鑄九、王志弘編譯：《空間的文化形式與社會理論讀本》，第 86 頁，明文書局 1994 年增訂再版。

³ 布迪厄：《社會空間與象徵權力》，載《空間的文化形式與社會理論讀本》，第 435 頁。

與「地方感」中包涵的價值理念有相吻合至少是不相衝突之處，同時我們也會在下面所舉的個案中看到，西醫之所以能夠在中國基層社會中立足生根，也恰恰在於多方面迎合了中國民眾「地方感」結構中的價值判斷與心理取向。本文認為，只有充分估計基層民眾「地方感」在近代社會變革中的有效作用，才能較為全面地理解中國人接受西方醫療空間的真實動機和原因。

第一節 「地方感」與現代醫療體系的切入方式

1. 「委託制」在西方的歷史淵源：

想要了解中國人接受西方醫療空間的真實動因，就必須首先有比較地鑑別中西兩種醫療制度存在的歷史形式和社會基礎。從歷史記載來看，中國人的頭腦中自古就缺乏外在於家庭的醫療空間的概念，更遑論保健與護理的現代醫學意識。一般而言，中國的醫療與護理程序均以家庭為單位，治療過程也是圍繞家庭得以進行，現代醫療系統的嵌入，則是再在「家庭」之外另立了一個對於普通中國人來講完全是陌生的空間。其形式具有不相容於中國傳統社會的邊緣性質。據醫學史家研究，中國傳統社會的醫事制度基本上市圍繞王權的需要而設置的，歷代的太醫院系統雖分科頗細，如元明兩代太醫院均分十三科，但都是就中央官醫的需求而定⁴。李約瑟從維護中國科學在世界中的先導性地位出發，認為有關醫院的比較完整的概念至少在漢代時期就已經出現。第一個附帶有診所的救濟機構是由公元491年的南齊君主建立的。公元510年，第一個政府管轄的「醫院」也隨之建立，省一級半官方半私人的「醫院」在隋代似已出現。比如公元591年，隋代有一位退休官員就曾出家資為感染流行病的數千平民提供藥品和醫療服務。李約瑟特別提到蘇東坡在1089年任職杭州時，為自己在杭州建立的政府醫院提供了豐厚的捐

⁴ 廖育群：《岐黃醫道》，第282頁，遼寧教育出版社1991年版。

助，從而為其他城市樹立了榜樣。⁵

查考史籍《南齊書 文惠太子傳》，其中確曾記載，南齊有「六疾館」以養窮民。《魏書 世宗紀》稱有收治京畿內外疾病之徒的醫館，由太醫署「分師療治，考其能否，而行賞罰」。再往後則唐代有「養病坊」，宋代有養濟院，安濟坊，福田院，慈幼局，漏澤園等。《元史 百官四》則稱，元代有「廣惠司」，除「掌修制御用回回藥物」外，亦「和劑以療諸宿衛士及在京孤寒者」。元代的「大都惠民局，秩從五品，掌收官錢，經營出息，市藥修劑，以惠貧民」，燕京等十路曾設過「惠民藥局」，「官給鈔本，月營子錢以備藥物，仍捧良醫主之以療貧民」。⁶以上舉示的這些片段史料似乎已能連綴出一幅古代醫院頗具規模的空間效果圖。如果細究其特徵，不難發現這些機構大多緊密附屬於太醫院體系，如大都惠民局秩從五品，受太醫院轄制，實際是御藥院的一種。由於為王權服務的職能所限，而且這些機構「施醫給藥」的行為並未從古代慈善網絡的功能中分化出來，從而並非是近代意義上醫療專門職事的表現，極易受人亡政息世事變動的影響。

中國由私人運作的醫療空間出現於晚明時期，據Angela ki che leung的研究，到了明代，帝國社會福利責任的一部份已經轉移到了地方，官方在公共健康事物方面表現出的能動主義傳統漸呈萎縮狀態，晚明國家已基本停止在醫療照顧方面作為人民福利的中樞系統發揮正常的作用，明清之際，地方私人組織逐步替代了國家的職能。⁷晚明學者楊東明曾在家鄉河南創設了廣仁會，專門為地方民眾的需要提供藥方和醫療救助。他說動地方富紳作為贊助人，每天接待病人約七百人，最突出的例子是鄉紳祁彪佳的作為，他從官位退休八年以後組織了一個慈善診所，診所的成立正值飢荒與傳染病威脅其家鄉紹興的時候，在兒子死於天花後的

⁵ Joseph Needham, *Clerks and Craftsmen in China and West*, Cambridge University Press 1970, pp. 277-278.

⁶ 廖育群：《岐黃醫道》，第287-288頁；又參見陳邦賢：《中國醫學史》，第208頁，商務印書館1937年版。

⁷ Angela ki Che Leung, "Organized Medicine in Ming-Qing China: State and Private Medical Institutions in the Lower Yangzi Region", *Late Imperial China*, Vol. 8, No. 1, June 1987, p.145.

第十天，祁彪佳與十位有名望的地方醫生達成協議合力運作診所。診所坐落於城裡最古老寬敞的大廈之內，每天有兩個醫生提供醫療服務，每個醫生六天一換班輪值，在1636年六至八月的時間裡約有一萬人獲救。隨著時間的流逝，診所組織日趨複雜，成員已包括一個總管，一個會計，一個登錄員和一個醫療總監。兩間隔離男女病人的房間也建立了起來。由十二名醫生輪流負責。明末清初，這類診所已成為城市基礎制度的一部份。⁸

通過以上觀察，我們注意到明末清初地方精英雖在相當程度上使醫療程式擺脫了王權控制的模式，並順利轉移為一種「地方性事物」，但是地方精英所支持和運作的診所體制仍沒有擺脫傳統慈善事業的形象，比如1693年江南成立的一個診所，其主體功能主要是在六至七月份分發藥品，掩埋屍首，常年派發棺材等等慈善活動。⁹診所系統也沒有像西方社會那樣真正從醫學專門化的角度界定出基層社會與醫學空間的嚴格界限。十八世紀歐洲醫學革命的一個最突出的成就就是利用醫學空間把病人與他的家庭和社區組織徹底分割開來，醫療空間實際具備了某種「虛擬家庭」的作用。¹⁰從十三世紀到十九世紀，西方醫院功能尚有一個被層層剝離的過程，例如在十三世紀的時候，除了圈禁麻瘋病人外，醫院的目的根本無法明確界定，它可能是養老院，避難所，未婚母親教養院，旅遊者的客棧，也可能是治病的地方，最為重要的是，醫院也許會包容全部這些目的和功能。十三世紀以後，醫院才開始慢慢拒絕收容並無真正病因的社會人員，它兼具療流浪漢旅館和招待所的時期才得以終結，醫療空間由此完成了與一般慈善組織的分離，明清之際的中國診所顯然還沒有出現這種近代式的分化現象¹¹。按照福科的說法：現代醫療空間必須具備兩大相關要素，即展布（distribution）和分析（analysis），人們在醫院中會觀察到怎樣分配病人使之相互隔離，醫院空間如何被分割和疾病如何在分析程式中被系統地加以分類。行為和組織化的程序在醫院中逐步代替了

⁸ 同註 7。

⁹ 同註 7。

¹⁰ 傅柯：《瘋癲與文明》，劉北成，楊遠嬰譯，第 224—226 頁，桂冠圖書公司 1992 年版。

¹¹ Frederick F. Cartwright, *A Social History of Medicine*, Longman Inc, 1977, pp. 30—31.

簡單的身體行動。所謂現代人道主義的誕生正是伴隨著醫療空間中知識，身體，計劃，統計數字的日益完善而達致的¹²。很顯然，在明清之交的江南地方性診所中，雖有對病人醫療空間進行「分割」與「分析」等現代功能萌芽的出現，但是對病人治療程序的控制與護理，以及對病人實施專門化的隔離等措施尚處於不健全狀態，無法從身體發展中達致類似西方醫療空間形式化的監控標準。從這一層面來看，地方性診所仍是社區運作的一個組成部分而無法獨立出來。

因是之故，中國江南乃至其他地區的地方性診所不可能成為與社區服務暫時分隔的受託機構，最明顯的例子是，中國人根本無法接受把親人託付給陌生人照顧這種絕情的方式，而西方醫療空間的現代性真諦恰恰就是對所謂「委託制」的默認，身心的交付成為進入現代醫院的基本前提，關於「委託制」的理念，西醫傳教士巴慕德（Haroll, Balme）曾經有一個非常精闢的說明，他認為，現代醫學有兩項革命性的突破：一項是對「準確真實性」（exact truth）的尋求，由於生物化學等學科的出現，人體已可被展示為一個清晰的圖像，觀察這類圖像，醫生可以解釋病人機裡的變化，通過顯微鏡的儀器，就可盡量避免錯誤地作出決定，使治療高度接近於真實。第二個革命性事件是「託管制度」（trustee-ship）的出現。「託管」的信念是「國際聯盟」（the League of Nations）所表述的國際責任最新思想的直接產物，但它最早起源於對個人的尊重，「託管」的理念已經成為醫生護士對待病人的基本準則。這種信念基本表述是，與病人相關聯的每一件事如健康，生命等等會依賴一種宗教的信任委託給醫生，而醫生則會把醫療行動作為對上帝及其追隨者的回答。這一中心思想已貫穿進現代醫療與護理系統之中，包括現代醫院，診所，紅十字會，救濟院與收容所。¹³

其實，巴慕德所講的醫學在「準確真實性」與「託管制度」兩方面的突破在社會史意義上是相互聯繫的，「準確真實性」的尋求有些類似於福柯所講的「檢查」（examination）程序，在這一程序中，每個個體被文件技術所環繞而成為一

¹² Michel Foucault, *Discipline and Punish: the Birth of the Prison*, Vintage Books, New York 1977, pp. 145-156.

¹³ Haroll Blame, *China and Modern Medicine: A Study in Medicine Missionary Development*, 1921, Press, p. 19.

個個案 (a case)，每個個案只能被置於非常專門化的條件下加以分析，這是家庭和社區所不具備的，其結果就有可能使病人暫時脫離社區與家庭的控制，在一種極為陌生的「公共空間」中得到專門化的檢視。「委託制度」正是此類控制的形式化說明。形式化的空間區分可以由西醫傳教士胡美 (Edward Hicks Hume) 博士所舉示的一個例子加以驗證。二十世紀初葉的湖南地區有一家姓梁的父親病重時，其子特意邀請了當時任湘雅醫院院長的胡美博士和一名姓王的老中醫共同會診，這在湖南地界是破天荒頭一次，梁家公開聲明是想借此檢驗中西醫的治療結果。王醫生歲數大，被首先邀請進行檢查，他彎腰仔細傾聽每一種病人發出的聲音與不規則的呼吸，以及低聲的呻吟，然後開始問診和把脈，並仔細檢查舌頭和眼睛。輪到胡美時，他按照西方病人昏迷時的檢查程序工作了一遍，如把脈，檢查瞳孔，舌頭和反應能力，然後用聽診器和溫度計進行診斷，再捲起病人袖子量血壓，雙方都檢查完畢後，王醫生根據王叔和的理論分析說，病人可能有嚴重的腎病，如果發展下去會牽連到心臟。胡美基本同意王醫生的結論，只是必須待實驗結果出來後，才能證實自己的結論。從空間意義上看，二者的診斷程序反映出了場所的差別和作用，王醫生可以完全在家庭範圍裡和病人親屬的監控下完成診治的全過程，而胡美則須在家庭之外的另一個空間中檢驗診療結果。¹⁴這種檢驗是無須在家庭成員的控制下完成的，這個例子生動地說明中西醫在社區與醫療空間分割方面的差異性。

醫療空間與社區範圍的相對隔離既可成為現代醫學程序運作的基礎，又可成為「委託制度」得以在醫院貫徹的必要條件。這是就形式而言觀察到的現象，如果深究「委託制度」的起源，我們發現它與基督教對宗教生活與世俗世界的劃定有關。基督教共同體與世俗生活相衝突的根源，往往在於如何在宗教生活的規範背景下處理社區的倫理關係，韋伯曾明確地指出：「凡是未能與家庭成員，與父親，母親為敵者，就無法成為耶穌的門徒。」¹⁵這句話暗示了宗教空間與家庭空間

¹⁴ Edward Hicks Hume, *Doctors East, Doctors West: An American Physician's Life in China*, W. W. Norton/Company, Inc, New York 1946, pp. 192-196.

¹⁵ 馬克斯·韋伯：《中間考察 宗教拒世的階段與方向》，《宗教與世界：韋伯選集（II）》，康樂，簡惠美譯，第110頁，遠流出版公司1989年版。

的對峙關係，韋伯接著闡明這種對峙關係的宗教學涵義：「依據先知預言創建出新的社會共同體，特別是形成一種盼望救世主降臨的教團宗教意識時，自然血緣與夫妻共同體關係的價值，至少相對而言便會被降低。在氏族的巫術性束縛與排他性被打破的狀態下，新的共同體內部裡，宗教預言開展出宗教性的同胞倫理。此一倫理，便是徑而取代『鄰人團體』——無論其為村落、氏族、行會共同體或從事航海，狩獵，征戰冒險事業者的共同體——所提示的社會倫理性行動原則」¹⁶。

韋伯這段話十分清晰地澄清了「委託制度」發生的宗教學源流與基礎。如果轉移到醫療空間的「委託」性質上加以理解，我們仍然看到韋伯的判斷是同樣有效的，因為近代西方醫療空間的產生從根本上而言是脫胎於宗教空間的制約的，這從任何一部西方醫學史中都可以得到證實。在十七世紀以前，西方的醫院完全不是如常人想像的那樣，是病體治療的專門機構，然而卻是病體有可能得到關懷的場所。一些社會史學者認為基督教對病人強調的是關懷(care)而非治療(cure)；在基督教中，疾病的發生被設定為超自然的原因，治療則被視為一種病人心理由躁動趨於平和的超自然式的安撫方法。病人棲居於教堂，由此被明顯賦予了「委託」的特徵，交付身心以減輕痛苦是一種非世俗社區的行為，與之相應的是，早期的醫院與教區的教堂幾乎是一體的，而且經常相互模仿，教堂既然是社區的中心自然就要經常承擔社會義務。例如疾病難民的安置，神父儘管沒有什麼醫療訓練，卻要承擔繁重的社區工作。在空間上而言，完全可以說西方醫院與世俗區隔離的「公共空間」性質，可直接比附移植於教堂在社區中的位置。歷史還記載，英國最早的醫院亦是由Battle Allsey的僧侶於1076年建立的。痲瘋病院隔離於家庭的冷峻設置更是基督教原罪觀懲戒形式的世俗表現，醫院成了聖堂的外延形式。¹⁷由此可見，現代醫療制度中委託制度的形成是與基督教共同體與世俗社區隔離的歷史現象有頗深的淵源關係，也正是有這種傳統作為支撐，當西方人把自己的親人委託給醫院進行治療護理時，並不覺得有什麼異常怪誕之處，也就是說，「委託」理念是建立在社區對醫療空間源於宗教生活的信任感之基礎上的。

¹⁶ 同註 16。

¹⁷ 同註 11。

2. 「地方感」對委託制度的排拒：

從醫學人類學的角度觀察，現代醫療體系中「委託制度」的產生既然與傳統的基督教生活方式密切相關，那麼也就必然在治療的行為程式上可以找到相似之處，比如日常醫學治療與教堂活動都具有隱密的特徵。威爾遜（Wilson Robert, N）曾經將醫生和病人的關係與教士和教區居民的關係作了比較，闡明了兩種關係都具有隱密性的觀點：「假定要對付拯救靈魂和醫治疾病的活動，必須簽定訂個人之間契約。自我啟示對於探究靈魂或者自己對受保護的環境的需要是如此重要，醫生的診室是中世紀大教堂不受侵犯的聖殿的合適的現代類似物。」¹⁸也就是說，教堂生活的隱密性有可能直接影響到了醫療空間相對封閉的結構特徵，與此同時，這種隱密性在委託制度發展的脈絡裡亦是必不可少的自足條件。

然而，如果把治療過程的隱密性放在非西方的社會語境下考察，其合理性卻並非是自明的。在非西方社會中，診斷與治療通常都有公開的方面，這在西方人來說似乎是非常陌生的，有時簡直變得不可思議，如哈柏（Harper, Edward B.）在對印度南部麥索爾（Mysore）邦的薩滿集會作出研究後，曾經指出，只有九個病人參與的集會中，卻有三十五個人參加，地點是在神殿內，薩滿當著會眾的面開出醫治處方。¹⁹治療活動的公開性在中國社會的表現似乎也並不鮮見。把道、佛教術士請至家中進行招魂降魔的表演已為人們所熟知，雖然尚沒有充分的材料證明中國普遍存在著如印度般的大規模薩滿式集會治療，但是以家庭為單位的治療程序仍足以證明有相當公開的透明度，其基本特徵是醫生全部的治療過程需在病人家屬或朋友目光可及的觀察範圍之內連續性地加以完成。上面所舉王醫生與胡美在梁家斗法，除了在治療技術上的差別外，我們仍可注意到，王醫生的基本診療程序完全可以在家屬的目光監控下不間斷地完成，而胡美的工作則必須在與家庭

¹⁸ Robert N. Wilson, Patient-Practitioner Relationships, in Handbook of Medical Sociology. H. E. Freeman, S. Levine and L. G. Reeder, eds. p. 289, Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall 1963.

¹⁹ Harper Edward B: Shamanism in South India, *South Western Journal of Anthropology* 1957, pp. 267-287, 轉見喬治·福斯特等著：《醫學人類學》，第167頁，桂冠圖書公司1992年版。

分割開的實驗室中結束。這不僅關涉中西醫學體系的差異，而且關係到中西醫療空間感的巨大差別，這種空間感的差別就集中表現在治療過程是在一個熟悉和公開環境下展示連續性的技術動作，還是在一個陌生空間裡的隱密性行為。我們這裡所說的「地方感」很大程度上就是空間位置的差異表現。中國人在地方上的內在經驗通過累積的過程已經完全適應了在公開性的空間中審視醫療操作，從而構成了一種相似的習性（dispositions），而西方治療過程的隱秘性特徵則顯然不在中國人地方感經驗的範圍之內。

揆之於相關的史料，西醫傳教士在中國所遭受的誤解，就均與中國人對西醫治療的隱秘性特徵發生懷疑有關，因為西醫傳教士設立的醫院基本上按照現代醫學的規則而建，其內部管理與社會生活是完全隔離的，因此，醫療過程並不具有公開性，也無法滿足中國人的地方意識對醫療過程的傳統體驗，尤可注意者，早期有西醫傳教士開設的醫院大多與教堂活動聯為一體，是基督教宣教活動的一個組成部分，醫院也往往是教堂的附屬機構。教堂相對刻板而又隱秘的宗教靈修生活與治療肉體的醫學過程幾乎無法分開，在西醫傳教士的頭腦中兩者也恰恰是一致的。可是在外人看來，如此的安排恰恰超越了中國社會的經驗可及之處，十九世紀的史籍中大量記載的教案糾紛相當一部份材料反映出普通百姓早期根本無法分清教堂與醫院的真實區別，而僅僅一致地把它們視為強行嵌入社區生活的神秘空間。由於「神秘空間」往往出現於地方經驗可判斷的範圍之外，諸多謠言對「神秘空間」的誇大描述往往是因為它與正常的社區生活有相當的距離，比如我們發現大多數謠言敘說的荒誕故事均與清律嚴禁的所謂「采生折割」的殘生行為有關。據《大清律例增修統纂集成》卷二十六《刑律人命》輯注的解釋，「采生折割」被判定為是一種「巫術行為」，輯注稱：「有為妖術者或取人耳目或新入手足，用木刻泥塑為人行，將各件安上，乃行邪法，使之工作。又有採取生人年月生辰，將人迷在山林之中，取其生氣，攝其魂魄，為鬼役使 更有剝人臟腑及孕婦胞胎室女元紅之類，以供邪術之用，皆是采生折割。」

又云：「采生折割人者謂將人致死，取其官窮，以行妖術或使術法邪道，採取生時年月，將人迷入深山僻處殺死，割取形骸，剝其五臟生氣，攝取魂魄，為

鬼役使。今兩廣豫閩等處所市鬼葛，即是又一術也。又或誘拐幼童，炙其五官百骸，配藥以神醫治各窮之妙，又一術也。又或藥迷孕婦於深山，取婦內胎為一切資生藥，又一術也。又或用人祭邪神，又一術也。」²⁰

按《大清律例》的定義，「采生折割」顯然歸屬於妖術傷生的重罪之列，需予嚴懲。在清代的日常生活中，似乎也出現過類似的真實事件，如乾隆十四年江蘇潘鳴皋案稱：「潘鳴皋既刨掘孩屍，給顧景文煉熬合藥，復為拜師求術，得受孩方，即自覓孩屍煉賣。」嘉慶十六年十一月，張良璧采生斃命一案則稱：「此案張良璧吸嬰女精髓前後共十六人，致斃女孩十一人，成廢一人。」²¹

又有廣東香山縣采生案稱：「民劉公岳染患痲瘋，有方醫曾言人膽制米可以愈疾，劉公岳轉向劉瑞徵提及，嗣劉瑞徵圖騙，向劉公岳捏稱現有膽米，詢其出價若干，劉公岳知其誑己，聲稱如果有效，願出銀一百二十兩，而劉瑞徵即思謀取人膽，遂將阮亞珠剖膽，檢膽無獲，阮亞珠越二日殞命，將劉瑞徵依采生折割律凌遲處死。」²²

有趣的是，翻檢清代教務教案檔卷宗，內中所涉中國民眾對傳教士和醫生的誤解，其謠言內容大多數似於「采生折割」的敘事手法，例如著名的《江西合省士民公檄》中就稱天主堂「拐騙男女幼孩。取其精髓，造作丸藥，數月以來，致死童男不下數百十人」。並稱「復於該堂後進天井青石板下，起獲嬰孩發辦髓骨一捆。其骨皆截數段，骨內之髓，概行吸去，並有血糕血酒等物，其一犯禁之具，不一而足」。²³又如揚州教案中的領頭人葛是就指認英國內地會醫師戴德生「誑騙嬰兒，挖目破腹，吸食腦髓，幽囚小孩」。²⁴同治八年十一月初一日，湖北巡撫郭柏蔭函述「天門教案」發生經過時，指出民間迷失子女，常常會聯想到教堂神秘空間的作用，以致釀成教案。函稱：「先因該縣民間有迷失子女之事，很留心訪

²⁰ 《大清律例增修統纂集成》卷二十六《刑律人命》。

²¹ 同註 20。

²² 同註 20。

²³ 《教務教案檔（同治六年 九年）第二輯（二）》，中央研究院近代史研究所編，第 866 頁，第 598 601 頁，第 1019 頁。

²⁴ 同註 23。

拿，擒獲用藥迷人之黃玉城一名。詰據稱，係隨州人田三才傳給藥方，並告以此方得自外洋，且有符咒傳授大眾，因縣境除教堂之外，別無洋人，約同前往教堂盤問，並稱還要搜查，人眾勢洶，教民紛紛走避。由於閑人愈聚愈多，不知因何失火，致燒教民住屋，延及教堂。」²⁵教堂在社區中被視為日常生活中所不可經驗的陌生場域，人們無法感知教堂內活動的真實情景，自然首先被疑為進行神秘活動的場所。甚至醫院廚房內發現了一些雞骨頭，都被懷疑是棄兒屍骨，並導致診所的被毀。²⁶

認真比較這些大小案例，我們發現反教揭帖和民眾的口頭敘述語式有驚人的相似性，不外乎騙取骨髓，挖眼剜心，奸取女紅之類。這說明普通民眾製造謠言的想像力畢竟是有限的，其基本的構造來源很有可能借自以往文告與判詞中對巫術之事的指控，基本上屬於被律例化了的影響地方安全的反叛行為。可也正是因為依據了以成判案依據的案例事實，所以攻教時就顯得頗為振振有辭，儘管謠言可能依據的是歷史事實而不是現實真相。況且一般反教文告均由通文墨的士紳起草，他們很可能參照清律大典的案例推导出傳教士「采生折割」的妖妄行為。江西巡撫沈葆楨在咨送總署的「委員密訪（百姓）問答」中，談及南昌育嬰情況，當地百姓就直接使用了「采生折割」這個詞，原話為：「我本地育嬰，都是把人家才養出來的孩子抱來哺乳，他堂內都買的十幾歲男女，你們想，是育嬰耶？是借此采生折割耶？」²⁷對於中國人以育嬰比附於「采生折割」的謠傳，西方人曾為自己進行辯護，如同治元年法公使致總署照會中說：「見有遺棄嬰孩，不忍聽其死亡於犬之口，必收養堂內，稍長各授以業，及時婚嫁，而後遣之。各堂行此已久，並非創舉。在傳教士，舉泰西各國義助之財，竭心力以布之中國，方恐為善之不足，何至窮凶極惡，等於采割之流。」²⁸

²⁵ 同註 23。

²⁶ Edward H. Hume, *Doctors Courageous*, Harper\Brothers Publishers, New York 1950, p. 231, p.244, p. 245.

²⁷ 《同治朝籌辦夷務始末》卷十二，第 33—34 頁，江西巡撫沈葆楨奏，附密訪問答。

²⁸ 《教務檔 江西教務》，同治元年八月二十二日總署收法國照會，轉引自呂實強：《中國官紳反教的原因（1860—1874）》，中央研究院近代史所 1986 年版。

上引數例強都涉及的是對教堂及育嬰堂作為陌生空間的誤解，中國百姓對西方醫療空間的疑慮卻與其有頗多的相似點，原因已如前所述，教堂與醫院在十九世紀的中國往往結為一體，在肉體與靈魂的救治上起著功能互補的作用。中國百姓對醫療空間的疑懼可以從西醫傳教士的各種信件，回憶錄與報告中反應出來，一個在滿洲從事醫療服務達十年之久的醫學傳教士曾經講了一個有趣的故事。1884年夏季的一天，一位法國天主教神父來醫院拜訪，他身著普通的黑色長袍，乘馬車匆匆而來，在醫生的房間裡聊了一段時間就離開了。在神父到訪的這段時間裡，診所裡擠滿了病人，神父的到來很快傳遍了診所變成一則新聞。一兩天後，擁擠的人群開始聚在了傳教士的門口，情緒顯得喧囂而激動。令人驚異的是，一個荒謬的謠言就在如此短暫的時間裡散佈開來，人們居然深信不疑地哄傳，天主教士與診所合謀串通，不惜以重金獲取幼童的眼睛和心臟，當這位法國教士到訪時，人們確信他的黑袍下就挾帶著一個小孩，然後同診所醫生退隱到一間黑屋子裡把孩子稱了重量，挖出眼睛和心臟，商定了買賣的價錢，這項交易已進行了相當長的一段時間，不久將有輛馬車載著幼童的眼睛和心臟離開這座城市。上述謠言中所講的三個平常事件都曾發生過，這三件事分別是一個穆斯林小孩神秘地失蹤，法國神父拜訪了診所和一個洋人曾乘馬車離開了這座城市。這三個絕不相關的事情被民眾出奇的想像力拼合起來，賦予了新的神秘意義，在深層意識中又與采生交割的傳說圖景相銜接，就形塑出了一幅令人恐怖的教士劫子圖。²⁹

另一個故事大約發生在這則謠言流行的同時，一位母親帶著她的年輕女兒來醫院治療，在母親向醫生詳述病症的過程中，女孩由於害怕洋人和陌生的環境，自己溜出了房間，當母親滔滔不覺的訴說平息下來後，回顧四周發現女兒不見了，她一激動闖入候診室尋找，仍不見女兒的蹤影，在院子內外搜查一遍後，母親開始懷疑醫生偷了她的女兒去作了謠言中所說的試驗品，於是開始暴跳著讓醫生把人交出來，經過一番喧鬧，最後才打聽到女孩跑到了醫院外的一個小客棧中，經

²⁹ Dugald Christie, *Ten Years in Manchuria: A Story of Medical Mission Work in Moudoen* (1883-1893), London. p. 13-14.

派人查找，這個「小逃亡者」果然正在慶幸安全逃脫了洋人的手掌。³⁰

由以上的分析可知，「采生折割」作為被律例化了的異端行為，雖然最早出現於官書的判詞與呈文之中，卻在十九世紀中葉以後逐漸通過反教渠道泛化為一種地方性體驗，這種地方性體驗在謠言鼓動下採取的行動呈出驚人的一致性，也頗可視為地方社會中相似的習性促成相似的實踐結果。與此同時，教案謠言中所透露出的對醫療空間頗為雷同的疑懼性表述，也映現出地方社會對醫院委託制度的不信任態度。

第二節 「地方感」 家庭空間 醫療空間

1. 「叫魂」儀式與疾病類型學分析：

當西醫傳教士初次進入中國設立醫院時，他們常常面臨在西方人看來是不可思議的怪現象。其中最感困惑的是中國人「靈魂」「肉體」的分合觀念很難兼容於西方的疾病類型學體系之內，特別是對所謂「叫魂」等巫術儀式的迷戀直接影響到中國人對西方醫療空間的接受程度。胡美博士對此深有體會。當年他初掌湘雅醫院院長時，一個男孩的病情日漸惡化，男孩的父親馬上請求醫生送他回家，這使胡美大為不解，他極力勸說這位父親：「現在可是關鍵時刻，我正想用最現代的治療手段全力挽救他的生命。」父親回答說：「先生，我知道我居住的那條街道的人對此會說些什麼，我對他們的想法瞭如指掌，而您卻不會明白，如果他死在醫院，你過去所作的工作有可能廢於一旦。」胡美最終未能阻止住男孩歸家的企圖。教胡美中文的劉老師告訴他，讓孩子回家是正確的選擇，相反，如果把他留在醫院將鑄成大錯，孩子死在醫院的消息讓全城人一旦知曉，他們會襲擊並搗毀醫院。更為可怕的是死訊可能擴展至每個街道，一直蔓延出省，在這個保守

³⁰ 同註 29。

的省份裡，西醫的進步將遭受嚴重挫折。³¹胡美驚問為什麼會引起如此大的騷動，劉老師解釋說，按中國人的習俗，身體一旦死亡，應置於家中等待靈魂的歸來，死亡時脫離家庭是一項很嚴重的錯誤，因為徘徊在外的靈魂也許再也找不到身體作為自己的歸宿，靈魂可以在一個「等候的閣樓」（pavilion of waiting）中重返身體，意即返回的靈魂有一個容易接近身體的通路。所謂「等候的閣樓」的具體名稱在書中沒有明確披露，但從字面和上下文推斷應是「家庭」的隱喻性說法，這個「等候的閣樓」與醫院空間顯然是對峙的。³²按劉老師的描述，靈魂回歸肉體是一個儀式化的過程，即普通百姓所說的「叫魂」，按照孔斐力（Philip A. Kuhn）的意見，「叫魂」是一種職業，內容包括死亡儀式和對孩子疾病的治療。「叫魂」的一般方法是，先呼喚孩子的姓名，然後說：「你在哪玩兒呢，回家吧」，或者說：「你害怕嗎？回家吧」，在屋外人呼喊的同時，屋裡另一個人則把病孩的衣服挑在掃帚柄上，放置於房間周圍或門廊上，觀察附近的葉子或草叢是否發生了移動，或有昆蟲飛掠而過，這些都是靈魂歸來的標誌。³³

湘雅醫院的劉老師向胡美解釋了類似的叫魂程序，他說當小孩已經沒有知覺的時候，母親就試圖喚醒他的意識，如果不成功，母親就會採取出門叫魂的方式，她一再向空中揮舞著孩子的外套，希望召喚回失落於旅途中的靈魂，使之認清自己的衣服。這位母親堅信，孩子的靈魂已經離開了身體，她自己是連接孩子身體與靈魂的媒介。在一次路過長沙城門時，胡美聽到一位母親的喊聲：「我的孩子阿寶，回來吧，你的衣服已準備好了，床也準備好了」，這個女人隨即爬上屋側的梯子開始揮舞一支竹竿，竹竿的一頭綁著小孩的衣服。另一個家庭成員則敲響

³¹ Edward H. Hume, *Doctors East, Doctors West*, pp. 61–63, pp. 209–210. 有趣的是，在東亞其他國家如朝鮮，家人也十分害怕病人會死在醫院，但擔心的原因與中國人有所不同甚至相反，他們不是擔心靈魂無法和肉體會合，而是擔心病人的精神（spirit）將糾纏住自己，他們寧可讓病人死在路上，而不是死在一個陌生的地方。如果病人還能說話或尚清楚自己在何處，他自己也會堅持回家。此外，如有病人死在醫院，會使其他人因害怕死人靈魂纏住自己而拒絕再住下去。參閱 Florence J. Murray, *At the Foot of Dragon Hill*, E. P. Dutton Company, Inc. New York 1975, p. 2.

³² 同註 31。

³³ Philip A. Kuhn, *Soulstealers: the Chinese Sorcery Scare of 1768*, Harvard University Press 1990, p. 99, pp. 96–98, pp. 114–115.

銅鑼，好像要引起靈魂的注意。³⁴

「叫魂」的方式當然不止一種形式，西醫傳教士維魏林（William Lockhart）曾經詳細描述了上海人的另一種叫魂方法。在1846年上海發生地震時，一天晚上大約十一點鐘，人們注意到一個人站在門口，手裡拿著一個燈籠，不時晃動著他的腦袋，用最悲切的語調向漫不經心的行人叫喊。一個聲音在屋子裡用同樣的方式加以回應，原來屋裡正有一個孩子神志昏迷發著高燒，用當地話來說就是：「他的靈魂已經被勾走了，正在外面徘徊」，在此情況下，孩子的父親開始在屋子的一頭掛起一個紙佛的形象，然後燒著它，再點燃燈籠裡的蠟燭，站在門口呼喚魂兮歸來，直到昏迷的孩子平靜下來或有其他變化發生，人們才會認為在外面遊蕩的靈魂看到了光亮，聽到了叫喊，回到了他原來的住所。³⁵

透視上述叫魂儀式的過程和結構，大致可概括出如下幾個鮮明的特點，其一，叫魂儀式的發生無一例外地是在家庭環境或較為熟悉的社區地點進行；其二，叫魂儀式的運作主體全部由病者的親屬或朋友加以承擔。如果細加區分，肉體與靈魂在一些場合下的分離可分為自願與非自願的兩種。³⁶關於前者，人們相信一些巫師有能力派自己的靈魂去訪問死者，引導死者的靈魂返歸肉體，借助巫師的神力是因為擔憂靈魂發現不了返歸身體的路徑，非自願的丟魂則意味著靈魂被某人或某超自然的力量偷去了。偷魂者常被稱為「走馬天旺」或「半天秀才」。要想召回靈魂需通過道家或其他巫術儀式方能實現，如道家的所謂「搶精神」，就是使靈魂從被偷竊的不可見狀態中復現並回歸肉體。民間傳說，偷魂鬼常常夜間在路邊等候送上門來的私人夜行者，因為他們是孤獨無助的。³⁷

值得注意的是，所謂肉體與靈魂的分離過程最明顯的表現就是丟魂人的不正常狀態，丟魂並不一定意味著死亡，卻一定意味著病人具有不正常的行為，這種

³⁴ 同註 31。

³⁵ William Lockhart, *Medical Missionary in China: A Narrative of Twenty Year's Experience*, London: Hurst and Blackett, Publishers 1861, p. 256.

³⁶ Steven Harrell, The Concept of Soul in Chinese Folk Religion, *Journal of Asian Studies*, May 1979, p. 521, p. 527.

³⁷ 同註 33。

行為也一定與普通社區中的正常生活狀態是有區別的。對這種行為的解釋遠遠超出了病因學所能把握的範圍，人們必須通過一種儀式直接體會宗教性的真實，這與通常所說「大傳統」涵義下的控制方法如中西醫診斷等均不合拍，「大傳統」的精英取向基本上是通過概念和分析性的框架來對非正常人的狀態加以推斷而不是通過類似叫魂的行為示範。

更明確一點說，丟魂並非僅僅是一種可用病因學推導分析的病症，沒有靈魂的身體缺失的不是生命而是人的屬性，這類屬性是由中國人語境所接受和規定的，是由恰如其分的文化行為模式所限定的³⁸。換言之，丟魂是病人失去社區與家庭中正常位置的一種表現。而叫魂儀式實際上是正常人幫助病人找回其原本在家庭空間乃至社區氛圍中的原初位置的一項基本措施，以防止病人被徹底逐出社區與家庭認同之外，更準確而言，「叫魂」作為象徵儀式是把病人從陌生化的空間重新納入家庭空間之中的一種嘗試，此類象徵性行為恰恰是促使病人重新社會化的過程，在這一過程中，醫院作為陌生的空間被加以拒斥就變得十分自然了。

病人的重新社會化既然不是一種陌生化的行為，其操作者自然也不能由陌生人承擔。孔斐力曾發現，在廣東地區的社區環境中，薩滿巫師的人選必須經過社區慎重擇定，此人必須具備村社運行的基本知識，對其中道德人際關係亦要十分熟悉，優秀而可靠的祭祀專家必須是社區成員。³⁹孔菲力還注意到，和尚，道士往往得不到地方民眾的真正信任，原因在於他們不是家庭系統中的人，而是「出家人」，儘管清代要求廟宇和尚登記註冊，卻總是無法全面控制出家人的行為走向和流動方式，那些「游方僧」的無根狀態很容易引起社區民眾的懷疑從而受到排斥。⁴⁰同樣道理，社區與家庭空間的伸縮消長也大致劃定了民間社會對陌生化事物接受程度的界限，同時決定了基層百姓對類似於醫院這類新型空間的認識程度。

參照醫學人類學的看法，在許多非西方社會中，疾病的特徵具有社會因素，人們通常不認為社會因素是科學病因學的組成部分，也無法用疾病類型學進行刻

³⁸ 同註 36。

³⁹ 同註 33。

⁴⁰ 同註 33。

板的劃分。病人與自然環境和社會環境之間的和諧可能受到破壞，他們的不舒服經常被解釋為反映壓力和社會結構的破裂，⁴¹因此，醫治的目的遠遠超出使病人恢復健康這個有限的目標，在此前提下，叫魂儀式就會構成對整個群體的社會治療作用。儀式的公開性如叫喊，敲鑼的表示是使所有旁觀者放心，導致不舒服的人際間壓力正在和解。喬治·福斯特進一步強調：「在用擬人論術語來解釋不舒服的社會中。人們把不舒服歸因於神、鬼、妖經和巫婆的發怒，醫治者公開表演自己的能力，使公眾放心地認識到，人類並非沒有辦法防衛自己，去對付塵世間和超自然的邪惡力量。」⁴²叫魂儀式也起著類似的作用，在整個的公開性步驟中，「家庭空間」無疑具有核心的象徵意義。儘管叫魂等療治疾病的方法在中國民間具有不證自明的合理性，可是西醫傳教士對這套認知系統卻是如此的陌生，以致於超出了其經驗判度的範圍。這些西醫傳教士大多數接受的是西方醫學體系的正規訓練，對疾病採取的是較為純粹的病因類型學的分析方法，這套框架被確信是建立在科學合理化與治療護理的正當性基礎上的。「家庭空間」在他們的頭腦中從未具有自明的正當護理意義，相反，他們根據病因學作出的判斷卻總是把家庭空間視為疾病的淵藪，從而歸入了被排斥之列。例如，西醫傳教士對於「瘋癲」狀態的界定，就常常把家庭空間對病人的控制視為導致病痛的一大原因，在西醫傳教士的視界裡，造成瘋癲的原因頗為複雜，但或多或少與家庭的內耗有著密切的聯繫。例如中國的一夫多妻制現象經常使婦女在空間壓抑下導致家庭糾紛。傳教士告訴我們，一位婦女如果是男人十個妻子中的一個，人們可以想像，嫉妒和病態的感覺肯定會常存腦中。⁴³

「家庭」也是抑制正當信仰，妨害心理健康的罪魁，下面就是一則醫院如何從家庭中拯救中國弱女子的故事：一個健康如花的十六歲少女，進了教會學校並成為基督徒，當家庭迫使他放棄信仰時被嚴正拒絕了，家庭於是把少女驅趕出學校乃至盡毀其書，斷絕她與基督教朋友的來往，這些做法在女孩堅定的信仰面前

⁴¹ 喬治·福斯特等著：《醫學人類學》，陳華，黃新美譯，第168頁，第182-183頁，第251頁，桂冠1992年版。

⁴² 同註41。

⁴³ Charles Selden, "A Wort for the Insane in China", *The Chinese Recorder*, May 1909, p. 264.

歸於失敗，但少女的代價卻是慘重的，她精神失常了。在如此狀態下，家人仍堅決反對少女進入基督教醫院進行診治，經傳教士出面干預，家庭成員最終認識到自己對孩子的要求過於嚴苛殘酷。故事的結局自然是圓滿的，在醫院的護理環境裡，少女得到了很好的恢復治療，重現了青春與美麗。其家人也居然大受感動而皈依了基督。⁴⁴這則故事的架構實際早已預設了「家庭空間」與「醫療空間」的對立關係，家庭空間的昏暗污濁和強霸專制與醫院空間的潔淨光明恰成鮮明的對比。其潛在的話語是，要想擺脫病態的生活，獲得身心的解放，就必須衝破家庭的束縛，進入新型的醫療空間，家庭空間的自明合理性在醫療權力的示範作用下被象徵性地瓦解了。

尤為重要的是，在家庭空間中司空見慣的日常生活問題，進入醫療空間後卻會被進行病因學的處理，納入醫療體系的監控程序。一個突出表現是對「手淫禁忌」的態度。按西方的理論標準衡量，中國的家庭空間缺乏對隱私權的保護，這是構成精神病態的溫床，比如手淫在當時中國很普遍，中國人的習慣卻傾向於阻止婦女進行手淫，每個婦女都希望結婚然後作母親，但是如果丈夫發現她手淫，妻子將被羞恥地送還父母，她在眾人面前將成為不潔婦女的形象，一點也得不到寬恕，所以很少有婦女敢冒在家人和世人面前丟臉的危險繼續手淫。與家庭控制相對應的是，醫院對手淫禁忌採取了寬容的態度，有的西醫傳教士發現，醫院中的婦女雖也有沉溺手淫者卻大可不必如在家庭中那樣承擔沉重的道德壓力，而是被納入了醫療處理的合理程序。⁴⁵

西方醫生對中國瘋癲現象所作的一系列分析，是以排斥家庭空間和運用病因學作為基礎的，疾病類型學的出發點由於強調疾病的器質性病變的特徵，似乎多少忽視了傳統中國治癒疾病的社會學的一面，從而有可能絕對地把醫療空間與家庭空間對立起來，這套醫療話語經過進化觀的論證，有可能為上層知識份子所接受，這已為民國時期醫療觀念的全面轉變所證實。但是從基層社會的情況來看，

⁴⁴ 同註 43。

⁴⁵ Chas C, Selden, Conditions in South China in Relation to Insanity, *American Journal of Insanity*, vol LXX, No. 2, October 1913, p. 418.

普通百姓對醫療空間的認知卻未必深受這種醫療進化觀的強制影響，至少在醫院進入中國的初期是如此。他們有自己獨特的地方感受作為認知起點，這種感受儘管不易用理性語言加以概括，其基本的意念還是頗為清晰可見的，那就是疾病的治療過程必須滿足社區行為和儀式公開性的要求，最重要的是要使治療過程變為社區普通生活的一個組成部分，克服和消除因疾病類型學設計所人為構成的家庭與醫院之間的界限，循此而觀，西醫傳教士的疾病類型學雖大力排斥中國家庭對治愈疾病的價值，然而有些傳教士的看法並非局限於狹隘純粹的醫學病理分析，而是把透視範圍擴大到了社會領域，這又使得家庭與醫院在理念上的對立，有可通過西醫傳教士與中國民眾在社會層面上達致的部分共識而化解，這一點我們在下面會作些具體分析。

2. 「道德異鄉人」如何接受醫療空間的控制：

如上節所示，西醫東傳在中國社會中面臨的最突出問題是，中國人如何接受西方理性架構形式下的醫學倫理？西方近現代醫學的發展表明，在社會中日益瀰漫著一種「泛醫學化」的趨向，此類趨向經常把社會中不屬於肉體疾病範圍的內容也納入到醫學的視野之下進行觀察，或予以純粹的疾病類型學分析。這種方法如果被置於東方社會語境下，或面臨種種詭異奇特的地方性治療系統時，則顯然會變得無所適從。那麼，中國人在西方醫療日益滲透入傳統社會的大變局下，會採取何種應對的策略以適應其異質的特徵呢？在進行詳細論證之前，我們不妨把結論先敘述如下：中國人經驗主義與實證主義相混合的思考模式⁴⁶，可以相當自覺地把「宗教理念層面」（包括祭拜偶像，社會禁忌等等）與「社會技術層面」（包括一些傳統倫理規範）有意識地加以形式化的區別。比如近代中國人很難在終極意義上接受基督教的儀式和信仰，這使得醫學傳教士的工作常常變得舉步維艱，然而中國人在形式上接受陌生的醫療空間的速率卻要快得多，這是因為「宗教理性層面」和「道德程序與倫理」上的不可通約性（incommensurability），可能在

⁴⁶ 林宗義：《精神醫學之路：橫跨東西文化》，趙順文譯，第 23 頁，稻鄉出版社 1990 年版。

公開的醫療活動的試錯過程中得到消解。具體地說，中國人可能把中國本土宗教與社會的傳統理念區分開來。結果也許是一個腫瘤被摘除了，或者是眼睛由盲瞎而復明。需要說明的是，對道德結果的認同並非是由疾病類型學直接推導而出的。

我們不防再換個角度，站在西方人的立場上檢視醫院植根於中國的有效程度。西方醫生如果要想真正在中國立足，他們就必須多少要調整自己與中國社會的溝通策略，最重要的是要修正自身純粹從病因學觀察問題的方法，甚至要向中國的道德倫理觀念進行有節制的妥協。恩格爾 哈特（H. Tristram Engelhardt, Jr）⁴⁷曾經為這種妥協提供了一種生命倫理學的解釋，他由此區分出「宗教的倫理學」與「俗世的倫理學」兩種概念，「宗教的倫理學」中的「宗教」是在廣義上使用的，它並不僅指持有神論的倫理學體系，而是指任何一種對於對與錯，善與惡和好與壞提供實質性的系統性道德學說，它是充滿內容的（content full），在一個共同體持有同一種具體的倫理學的人是道德的朋友，可以共享相同的基本道德前提，而那些持有不同的道德前提的人則是「道德異鄉人」。因此應用「俗世的倫理學」處之。它能夠超越由不同的傳統，意識形態，俗世的理解和宗教所形成的具體的道德共同體來得到辯護。⁴⁸

哈特進一步定義說，俗世的生命倫理學提供可以進行相互辯護的道德結構並在這種結構內實施保健，因為醫生，護士和患者一般來說具有無法融合的多種多樣的道德觀。如果一個人不想被窮根究底地強迫性地強加一種具有宗教的或形而上學基礎的道德觀（例如，一種充滿內容的生命倫理學觀點），包括一種具體的俗世傳統或意識形態，那麼在所有的人都平和地轉向正確的道德觀之前，他應該滿足於一種缺乏那種充滿內容的精神場所的一般道德框架。⁴⁹就我的理解而言，對所謂「缺乏充滿內容」的道德框架的最形象表現，就是醫療過程展示出一種實際效果對身心的影響，這其中自然包括增加醫療過程的透明度，使之易於了解；對地方性醫學倫理的妥協以及醫療工作與社區工作的融合等等。其具體表現集中

⁴⁷ 恩格爾 哈特：《生命倫理學的基礎》，范瑞平譯，第 27-28 頁，第 72 頁，湖南科學技術出版社 1996 年版。

⁴⁸ 同註 47。

⁴⁹ 同註 47。

反映在如下的幾個過程中。

A. 醫療過程的公開化：

上文曾經提到，西方的醫療系統之所以遭到中國百姓的疑懼，一個主要原因在於西方醫院治療的隱密性與中國醫療過程的公開性具有很大的不同。西方醫生要想得到中國人的充分信任，就必須被迫使西醫技術認同於這種公開性的特徵，以克服中國病人的陌生感與距離感。西醫傳教士也確實在醫療的公開性方面屢有動作，英國長老會報告中曾經提及一位名叫Howie的醫生，他於1889年開始進入中國工作。這位醫生的第一例手術就是在一棵大樹下公開舉行的，目的是讓旁觀者看到手術沒有什麼害人的圈套和秘密。在切除一位婦女的一顆病眼時，他不得不小心翼翼地將病眼裝在一個酒精瓶中歸還給病者，否則自己的行為一不留神就會印證流傳甚廣的用病人眼睛做藥引的神話。Howie工作的地區，教會曾付出許多努力卻很難平息當地人對外國人的反感，然而當Howie為倒在自己門口瀕臨死亡的一名乞丐作了一例公開的截肢手術後，他終於贏得了當地人的尊重，人們既驚訝於手術的成功，又吃驚地看到一名洋醫生對乞丐的關懷態度⁵⁰。在1904年一份報告中曾紀錄過一家新診所進行第一例全身麻醉手術的情況，手術過程是在上百個鄰居和過路人重重疊疊的環視下完成的，這例手術是剔除腿部壞死的肌肉，手術的最終成功使環視的人們感到欣慰，也使醫生們鬆了一口氣。他們在報告裡說，如果出了事故，「這則故事也許會講得更長」。⁵¹

在江西一帶的山區，西醫傳教士所作的一例公開手術演示甚至也遭到了懷疑，在手術過程中，圍觀的病人家屬非常懼怕看到鮮血湧出，紛紛躲避回家靜等結果，只剩下兩三位醫生留下來繼續照顧病人，手術後，Bousfield醫生拿著髒衣服到溪流中沖洗，病床也按病人的要求被置放於屋外予以展示，這些行動都是為預防村民們傳言，鬼（devil）要來騷擾他們，因為村民看見血跡出現在病人的繃

⁵⁰ M. S. Bates Papers: RG10, *China Drafts*, Yale Divinity Library, New Haven.

⁵¹ The Thirty third Annual Report Ponasang Missionary Hospital for the Year Ending December 31st 1904, Reel 242, Yale Divinity Library.

帶上，認定鬼會尋跡而來，結果鬼終於沒有出現，住院病人的病情也漸漸好轉了起來。村民對治療過程留下了深刻印象，消息很快傳遍了村莊。⁵²

醫療的公開化儘管在相當程度上消除了中國人對醫院的陌生感，但是醫院在植根於中國的過程中仍遇到了不少曲折，下面的故事即是一例。福州的一所醫院收留了三個患關節病的男孩子，其中一個來自遙遠的農村，是由奶奶背著走了很長的路才趕到醫院的。最初孩子對醫院的陌生環境很不適應，當他被固定在一張特製的床上進行治療時，由於害怕而大哭大鬧。經過一段時間，孩子終於習慣了這種治療方式，但他的奶奶並不高興，她不明白為什麼需要花這麼長的時間才能顯示治療效果，要求醫生每天使用更有效的藥物促使男孩盡快恢復。幾個星期以後，奶奶因想家，再也不願意呆下去，她整夜哭喊，第二天早晨對醫生說孩子死去的父親將要下葬，男孩必須在旁穿孝服守護，否則即是不孝，最終還是堅持把男孩背回家了。醫生明知道她在說謊，卻又無可奈何，只是感到非常失望，因為孩子尚未完全恢復。⁵³

一個發生在貴州安順府的個案則形象地說明了中國人接受醫療空間的艱難過程，西醫傳教士在描述第一位住院病人時，了解到在此之前已有六個本地醫生使出渾身解數試圖治愈女孩的重病，均以失敗告終，病人的父母只好把孩子送到這方圓兩週路程之內唯一可找到的外國醫生手中，醫生描述說，女孩待的房子只有唯一一個緊閉的窗戶，陽光與空氣根本無法進入，病人彷彿被裹在帳篷裡或被封於玻璃瓶中。經過檢查，女孩幾乎已無復原的希望，她的父母對女兒是否能痊癒也深表疑慮。在房間的通風問題上醫生和病人的父親意見無法達成一致，幾經磋商，父母抱著無可奈何的態度同意女孩轉往傳教士醫院。按醫生自己的形容，從女孩入院那一刻起，自己的心情就變得極度緊張，每天的時間幾乎都要在祈禱中度過，「幾乎無法用筆觸表達我們的感覺」，醫生感嘆地說道。作為第一例住院病人，女孩入院的消息此時已傳遍安順府周圍的地區，街上的人們都在不斷把此

⁵² Lillie Snowden Bosfield, *Sun Wu Stories*, Shanghai, Kelly and Walsh, Limited 1932.

⁵³ Report of Woman's Hospital, Foochow City, *Papers of the American Board of Commissioners for Foreign Missions*, unit 3, Reel 1242. Yale Divinity Library.

事當成茶餘飯後的談資加以議論。醫生寫道：「中國醫療技術在經過公平較量之後被棄至一旁，人們開始想，那麼外國人又能怎樣呢？我們聽到各種議論，如果外國醫生能夠救活女孩，他將在本地區贏得巨大聲望。可是我們感到信心是如此的虛弱，心情又是那樣的悲觀，因為在一週之後，我們的病人仍是那樣衰弱，持續昏迷不醒，肺部的感染仍在擴大，我們差不多要放棄最後的希望了」。這位醫生向護士建議，如果女孩沒有顯露任何恢復的跡象，她最好被送回家去等死，以免引起猜忌，女孩聽說後堅持要留下來，以後幾天，儘管她的恢復是緩慢的，並有其他併發症出現，但還是慢慢復原了，信任危機終於就這樣平穩地度過了。

在女孩住院期間，有位福音傳道人拿給醫生一張從街道上顯眼的地方摘下的揭帖，這張揭帖是一些仇視外國人的人張貼的，內中宣稱，住院的女孩是被一個張貼人所求拜的偶像應答治愈的，是偶像指點迷津的結果。這張揭帖不僅說女孩的恢復與西醫的努力沒有關係，而且認為病人的痊癒在任何情況下都是一個自然事件，企圖由此證明西方醫藥和治療沒有任何效果。⁵⁴從內容而觀，這則反西醫揭帖的出現與以往的反教揭帖有所不同，它已不是從正面通過謠言直接攻擊西醫傳教士的工作，而是在公開治療成功之後與西醫爭奪終極治愈權。這說明，醫療過程的公開化已經基本摒除了中國百姓頭腦中原有的恐怖神秘的圖像，西醫多少可以站在與宗教偶像崇拜和傳統治療的同一水平線上參與合法性的爭奪。

B. 醫院空間陌生感的消除：

我們已經反覆論證過，西方醫療制度由於建立在基督教委託制度的信念基礎之上，其構造具有隱秘而非公開性的特點，故而與非西方治療過程的儀式化規制是迥然不同的，這是因為傳統中國人往往把不舒服或嚴重的不適看作不僅是病人身體內的機能障礙，而且也是病人與社會之間關係出現了不和諧，所以他們認為疾病不可能通過臨床治療完全加以解決，一般的疾病類型學分析也無力推導出病

⁵⁴ E. S. Fish, Anshunfu, Kweichow: "Our First In Patient", *China's Millions*, February, 1916, pp. 25-27.

因。與此相反，家庭氛圍內親屬與朋友的在場即使無法真正在疾病的機能診斷上發揮作用，也可通過儀式性和象徵性的「在場」，協調病人與社會的關係。⁵⁵

西方醫院制度是作為陌生的空間強行嵌入中國社會的，在此我們不打算深究這種滲透過程的政治與社會原因，本文所試圖揭示的是，陌生的醫療空間如果要真正得到中國人的認可，就必須考慮在純粹臨床治療的理性監控之外，設法保留或者模仿出病人原有的家庭環境及人際關係，從而最大限度地消除病人的疏離感。

其實，有些人類學家如弗里德爾（Friedl Ernestine）早已注意到一些農村地區醫院中模擬家庭狀況的情形，他觀察一所典型的希臘農村醫院，在一間有四個床位的狹小病房中，病人自己攜帶床鋪和衣服，並一直由家庭成員陪伴著，並由他們來餵食。在希臘傳統中，住院治療象徵著病人被家庭所拋棄，與大多數美國人不同，希臘人認為，人類的伴侶關係對於危重病人和健康人是同樣的重要，用當代醫學的觀點看，這種不正規的，髒亂的和擁擠的醫院，可能受到批評，但是，這種醫院對希臘文化來說，很可能有較高的治療作用。⁵⁶

類似於希臘農村醫院的情況在中國十九世紀末二十世紀初的西式醫院裡可謂屢見不鮮。胡美曾經指出在伯駕醫生初入中國時，中國人根本不知道「護士」這個詞意味著什麼概念，無論何時只要一提到護士，人們都會驚奇地問：「你說什麼，讓我們的女兒去為男人服務，誰聽說過有把一個外人引到家裡來照顧病人這種規矩？」他們堅持說，母親姐妹或親戚是最合適的護理人，外人不可能知道家庭內部的生活方式。⁵⁷在1884年，Elizabeth Mckechnie作為第一個新教護士來到中國以前，即使是基督教醫生也沒有採取嚴格的護理病人的措施，病人在醫院中睡眠時常要帶自己的衣服床褥，並且由自己的朋友和家人護理和餵飯。⁵⁸⁵⁹福州醫院的一份報告中說，一個官員的小兒子被帶來作手術，他們專門租用了一間房，由

⁵⁵ 同註 41。

⁵⁶ 同註 41。

⁵⁷

⁵⁸

⁵⁹ Jenshow, sze: "the Doctor's Helper", *the West China Missionary News*, March, 1918, p. 32.

母親陪同住了幾個月，直到完全康復。⁶⁰我們在朝鮮農村的醫院中會發現同樣的情況，文獻中說：「在醫院裡，每個病人都有一個或多個親戚陪同，有時病人單獨在床上，有時陪同者乾脆也一起睡在床上，以致很難分清誰是病人。家庭用自己的方式照顧病人，因為他們不信任護士，如果醫生或醫院機構反對這樣，他們就把病人帶回家。」⁶¹

醫院在開始時只是無可奈何地被動接受中國人護理病人的特殊方式，到後來則是有意識在醫院中創造出病人療養的家庭式環境，如有一篇文章在題為「病人應盡可能在醫院中被安置得舒適」這一節中，作者寫道：「我們經常看到婦女入院時忘了帶洗臉盆，梳子，洗臉毛巾，枕頭，衣物等等，這並非是因為他們窮，而是剛到醫院顯得陌生而激動，以致於把這些事置諸腦後。如果為他們準備好這些必需品，我想病人將很快感到醫院與家庭是一樣的，也許思想上會因舒適而有所觸動。」⁶²有證據表明，伯駕醫生在廣州時最初曾試圖把治療限制在眼病範圍之內，理由是大多數眼病病人都是非住院者，眼病治療是一個最少感染危險的領域，比截肢與腫瘤手術恢復要快的多。伯駕還有一點考慮是，他希望病人在手術前有一個很好的健康狀態，經常要經過一兩個星期的護理以增強對傳染的抵抗力，一旦承擔起外科手術，伯駕就不得不在大多數的護理工作方面允許家庭介入醫院而不是招聘付費的護士，只要有空床位，就必須允許家庭成員入院陪床。⁶³

事實證明，家庭與親戚關係的引入，使得醫院縮短了與傳統社區之間的距離，也使得病人的家庭成員有機會了解西醫治療的全過程和異於中醫的方法，打破空間上的神秘感。住院人數也由此而不斷增加。伯駕曾認為接受婦女住院病人最為困難，因為婦女進入租界是非法的，她們留院也必須由親屬陪同，結果925個病人

⁶⁰ Report of Woman's Hospital, Foochow City, 1901, *Papers of the American Board of Commissioners for Foreign Missions*, Unit 3, Reel 1242. Yale Divinity Library.

⁶¹ Florence J. Murray, *At the Foot of Dragon Hill*, E. P. Dutton Company, Inc. New York 1975, pp. 136-137.

⁶² J. Preston Maxwell: "How Best to Obtain and Coscrve Results in the Evangelistic Work Amongst Hospital Patients, *the China Medical Journal*, vol, XXVI November 1912, p. 341.

⁶³ Edward V. Gulick, *Peter Parker and the Opening of China*, Harvard University Press 1973, p.163, p. 57.

中仍有270個女病人同意住院，讓他感到很驚訝。⁶⁴

需要提醒的是，中國人在形式上接受醫療空間，並非是接受西方病因學分析的自然結果，而是家庭護理習慣的自然延伸，所以總會在護理過程中帶進原有的傳統思維和行為方式。例如在一個以St. Elisabeth命名的醫院裡，由地方傳統支配的信仰與風習仍起著相當有力的支配作用。由中國人擔任的護士總說在晚上能聽到惡神（evil spirit）在周圍徘徊發出的聲音，探訪醫院的人經常被發現在病人床下燒紙錢或放置食物以取悅餓鬼。有的陪床者則好念咒語驅魔逐妖。如一位女病人的丈夫說他燒紙錢是為了平息惡鬼的憤怒，使之不再跟蹤其妻子進入醫院。⁶⁵ St. Elisabeth醫院發生的最令人吃驚的事情是婦女病房買賣嬰兒的現象。每年婦產醫院均有700多個嬰兒出生，其中無疑有不少漂亮的孩子，最嚴重的問題出在孩子的性別上，如果一個女孩降生，母親往往會棄之而去獨自回家，除非家裡已有了幾個男孩。婦產醫院經常成為嬰兒交易與買賣的場所，如果一個男孩掌得非常漂亮，他一般會值15至20元（dollar），如果一個婦女已有一些孩子，她經常會樂意卸下新生兒這份額外負擔，把男孩賣給一位生下的嬰兒沒有成活的母親，她自然不會泄露自己把親生兒子處理給了別人這一秘密，死嬰的母親也不會告訴家人她帶回家的不是自己的骨肉，這樣雙方都會感到滿意。⁶⁶儘管發生了如此多的弊病，西方醫院對家庭與社區人際倫理關係的有限認同與移植，畢竟縮小了西方醫學與中國百姓之間的距離，至少在雙方之間形成了一個「談判的場域」。

C. 社區生活與醫療空間的趨向：

醫療空間的引進與中國傳統家庭與社區的契合在十九世紀尚處於相對被動的狀態，由於醫生及護士的缺乏，護理條件和醫療設備的落後，再加上傳教活動的艱辛，使得一般的地區性診所或醫院只能為了爭取基層百姓的信任相應採取（更

⁶⁴ 同註 63。

⁶⁵ Maurice E. Votaw, *Our Hospital for Women and Children in Shang-hai Crowded to the Doors, the Spirit of Missions*, February, 1926, p. 117.

⁶⁶ 同註 65。

多地是容忍)一些與傳統習俗相關的行為,以極力消除社區與病人家庭和醫院空間的隔閡狀態,暫時還談不上與社區家庭進行主動的溝通。進入二十世紀以後,情況逐步發生了變化,不少西醫傳教士認為,通過疾病類型學的方法推導而出的病因並不足以揭示疾病過程發生的全貌,特別是容易忽略疾病產生的社會因素,一所醫院猶如一架龐大的機器,各個部門由不同的構件組成,在這個構架裡,經過特殊訓練的人可以診斷病痛機理的發生,但是有一些病態因素和身體無序只能通過病人的頭腦以及他們身處的社區生活才能了解。一個呈個體狀態的醫生有機會自由接近病人的家庭,知曉他是富有還是貧窮,可以經常洞悉病人生活中的秘密。反之,處於醫院中的醫生在進入病房時卻只看到整齊劃一穿著病服的病人,他無法獲知病人入院前的種種與病情相關的情況。

因此,有的醫生已經指出,必須主動收集病人的信息進行綜合判斷,盡可能使之與社區資源的運用聯繫起來,醫院並非是治病的終點,醫療系統有責任協助病人完好地返歸社區,這就是二十世紀初開始流行於中國西醫界的所謂「社區服務」(the Social Service)的完整概念。⁶⁷

嘗試把醫療活動擴大至社區範圍,從而摒棄單調的病因學分析的努力,體現於以「社區服務」概念為核心的全方位診療實踐之中,這方面的一個病例是,一位李姓的女病人經常出現胃痛的病症,在進行了日常診斷後,醫生發覺她應被歸入神經失常之列,並懷疑其病因的形成另有背景,醫院於是派遣「社會服務」人員設法去探查干擾這位病人正常生活的社會因素,「社會服務」人員首先在病房裡與她進行了長談,然後再約見她的丈夫了解相關的情況,結果發現丈夫家裡的其他妻妾是導致病人發病的重要原因。這一故事的梗概是這樣的,李姓女子在被丈夫娶進門之前是個寡婦,而丈夫在娶她之前隱瞞了自己的已婚身分,李姓女子在過門後似乎並不反對丈夫佔有眾多的女子,只是暗懷野心要在眾妻妾中脫穎而出,爭得丈夫的最大寵幸。可是在結婚兩年後的一天,一個女人突然出現在她的生活中,新來的陌生女子聲稱她是李姓女人丈夫的第一任妻子,他們在農村很小

⁶⁷ Ida Pruitt, Hospital Social Service in Diagnosis and Treatment, *The China Medical Journal*, vol XLII, June 1928, pp. 432-443.

時就已經結婚，這個女人比李姓病人更顯年輕卻未受過什麼教育，根據農村的習慣，她似乎理所當然地命令病人叫她大姐，服從她的指使，李姓病人當然拒絕了這一要求，仍堅持自己的大姐身分，處處搶佔上風，持續不休的爭吵終於使李姓病人的神經瀕於崩潰。這一信息立刻反饋到醫院，社會工作者馬上設法安排病人找到一份合適的工作，以暫時脫離家庭環境，同時說服其他女人把注意力集中於家務，丈夫則被規勸以更嚴格的手段管理家庭。⁶⁸

下面舉出的病例則涉及的是所謂病人的「社會適應」的問題，一個十七歲的男孩被送進了醫院，入院時他精神恍惚，呼吸十分困難，經過精神科的檢查，發現病人呈示出病的症狀。男孩一口咬定他的叔叔揍他，醫院認為，發現男孩出現癔病的原因有利於其未來的治療，於是社會服務人員開始拜訪病孩的叔叔，探望他的親戚和一位來自病人家鄉熟知其家庭情況的商人，調查的資料顯示男孩的叔叔並沒有虐待這個孩子，他只是對男孩感到不耐煩而已。各方面的情況表明，這個男孩是個弱智兒，在四個月前，他一直生活在農村簡樸單調的環境下，幫助另外一個叔叔在田裡幹活，有時則隨季節變化打些石匠的零工，他們相處得很好，但是當他的另一個叔叔把他帶到北京學習經商時，男孩卻不能調整好自己的位置，無法適應新的環境。城裡的這位叔叔感到進退兩難，有時發脾氣責備他太笨什麼也學不會。社會服務人員建議城裡的叔叔把病人送回鄉下的叔叔那裡去，以恢復其原有的環境，男孩的病情最終有所好轉。這則例子表明，中國的社區環境已在某種程度上成了醫療空間的延伸，「社會服務」的理念也拉近了社區與醫療空間的距離。

另一方面，「社會服務」的重心仍會放在醫療程序的運作上，在已經獲得了個人，家庭與社區的信息後，「社會服務」的下一步計劃就是和擁有醫療信息的醫生合作進行病人的治療，使之與家庭空間的合理因素相互配置發生作用。如他們曾發現在有眾多孩子的家庭中，母親因忙於家務，很少能全面顧及孩子的營養及均衡調節食品的攝入量，從而導致飢餓的產生，「社會服務」人員有時就會為母親和嬰兒準備食品。社會服務人員所作的另一項工作是增加醫生操作過程的透

⁶⁸ 同註 67。

明度，他們有責任確切地監控和認定醫院的全部力量都以投入病人全面的診治與恢復工作中去了，必須做到讓病人清晰明白地了解醫生治療的計劃，並保證這些計劃得到貫徹。

「社會服務」的最後也是最為重要的步驟是使病人有能力返回社會成為其中正常的一份子，這有點類似於現在的社會保障工作。如社會服務人員有時要安排病人出院後的工作，為暫時付不起錢的病人安排床位，或者收留被棄的女嬰，尋找合適的照顧人家等等。社會服務人員曾經與慈善救濟機構聯手合作安排病人的未來生活，如曾收留一位曾跟隨父親學習補鞋的乞丐，使他終能重操舊業；又如曾把一位傾家蕩產尋求醫治而不歸的盲人送至救濟機構工作。⁶⁹總之，「社會服務」概念和行為系統的引進擴展了醫院空間的伸縮範圍，也使得醫療空間與社區之間的陌生界限逐步被打破，同時也拓寬了普通中國人認知醫院功能的渠道。

第三節 瘋癲與禁忌：在國家與社會之間

1. 「虛擬家庭空間」與「實質家庭空間」：對瘋癲禁錮策略的比較考察

許多史實證明，西方醫療空間移植進中國社會使得中國人的治療觀念確實發生了明顯的變化，這只是問題的一個方面；與此同時，醫療空間的切入在某種程度上必須相應地與中國人可以接受的地方空間習慣相適應，亦是其能否在中國社會中立足的一大關鍵。對瘋癲觀念的認知及其空間禁閉的處理在中西社會中的表現，就更能昭示出這種相互協調的過程。

在中國古代，癲狂的概念早已被視為病態行為，據《黃帝內經 素問》卷五之《癲狂》所述，癲狂的表現是失眠，食慾不振，誇大妄想，自尊心強且常吵鬧不休，甚至「棄衣而走，登高而歌，或至不食數日，逾垣上屋」。⁷⁰至於中國人對

⁶⁹ 同註 67。

⁷⁰ 《黃帝內經 素問》卷三。

於瘋癲的態度，據 Vivien Ng 的研究，基本上趨向於「有機體論」的觀點，中國醫生普遍把瘋癲的許多形式理解為機體性失調，他們用於解釋「癲」和「狂」的語言與解釋其他疾病沒有什麼區別，對於古典的中國醫學來說，區別肉體與精神，把他們看作相異的東西是不可思議的，類似行為失調的癲狂病狂症被認為只是生理機能失調的一種表現。在醫療的紀錄中，沒有證據涉及把瘋癲原因歸結為道德墮落的倫理性行為，這與十八世紀晚期的英國乃至西方把瘋癲與道德聯繫起來加以考慮的取向是迥然有別的。⁷¹

從地方傳統的角度而言，普通百姓和司法部門的觀念趨於一致，都是比較忽視癲狂的個人因素，而只是著眼於社會和法律方面的問題，特別關注的是癲狂的非理性態度較易轉化為破壞性的行為，凝聚成對社會正常秩序的侵擾。因此，對癲狂的判斷與處置往往都是出於司法而非醫學的態度。癲狂的醫學與司法術語甚至可以相互置換。⁷²據學者考證，古代中國社會對待瘋子實施法律原則的確實證據最早見於《後漢書 陳忠傳》。⁷³在公元100年左右，陳忠向皇帝建議「狂易殺人，得減重論」，他的建議得到批准，成為第一個專用於瘋人的法律，尤其是對犯有殺人重罪的瘋子。以後歷代律例雖屢有變化，如《唐律》甚至把瘋癲與癡瘋，失明及喪失雙足等殘疾並列為「篤疾」，⁷⁴但對瘋癲的法律化處理仍佔上風，只是在拘禁與處罰的寬嚴程度方面有所變化。清代則經歷了早期「治罪甚寬，嚴於監禁」，到後期「治罪從嚴，疏於監禁」的不小變化。值得我們留意的是，處置瘋人的空間儘管屢有伸縮，卻始終搖擺於「法律空間」和「家庭空間」之間，只是無論搖擺到哪一類空間之中，瘋癲禁閉的最終目的都是從社會安全與穩定的角度出發而實施的，與醫學意義上的疾病治療無關。這一論斷可以從《大清律例》對「瘋癲」的禁閉條款的變化中得到證實，1689年，清政府頒布法律，清楚地界定了瘋人親

⁷¹ Vivien W. Ng, *Madness in late Imperial China: From illness to Deviance*, University of Oklahoma Press 1990, pp. 25–62.

⁷² Martha Li Chiu:《中國帝制時代的瘋狂行為：法律個案的研究》，載林宗義，Arthur Kleinman 編：《文化與行為：古今華人的正常與不正常行為》，柯永河，蕭順義譯，第 62–66 頁，第 82 頁，香港中文大學出版社 1990 年版。

⁷³ 同註 72。

⁷⁴ 同註 72。

屬，地方系統和官方的責任，清律中首先規定如家庭中出現瘋人必須立即向地方申報，同時需立即承擔起禁閉的責任。條例中規定：「瘋病之人如家有嚴密房屋可以鎖錮的，當親屬可以管束及婦女患瘋者，俱報官交與親屬看守。」⁷⁵地方官甚至被勒令「親發鎖鑊」，配合家庭的禁閉行動，如果親屬鎖禁不嚴，致有殺人者，則會將親屬嚴加治罪。除家庭外，對瘋人禁閉的責任進一步擴大至社區宗族，如果痊癒不發，報官驗明取具，族長地鄰辦過具結手續，瘋人就會獲得釋放。如果不經報官及私啟鎖封者，都要受到嚴厲處罰。比較引人深思的是如下數款規定：「若無親屬，又無房屋者，即於報官之日，令該管官驗訊明確，將瘋病之人嚴加鎖錮監禁，且詳之案。」⁷⁶也就是說，只有在家庭已全無能力控制瘋人對抗的情況下，才會考慮轉至法律空間中進行監督，換言之，法律行為只是家庭禁閉的一種補充形態。

這裡需要略加申明的是，瘋人的禁閉儘管在國家與社會功能的意義上是出於安全的考慮，特別是滿人作為異族入主中原以後，出於安全考慮的禁閉大思路又增加了一份理由，但是，禁閉的主體空間既然落在了家庭之內，禁閉的外在法律規條就有可能內化為普通的家庭倫理。瘋癲病人至少是在親情監護的環境下仍具有實質性的家庭成員的地位。家庭空間禁閉病人的核心傳統一直延續到當今的華人社會中，林宗義教授提供的一份對溫縣華人社區的調查結論顯示，中國人的家庭對瘋人有一種特別的處理方式，即從容納到逐漸向外排斥的過程，這個過程分為五個階段，第一階段是家庭內部的處理時期，也就是拖延，有時候甚至延遲十年到二十年之久。家人在家庭內部動用所有能想到的治療方法，也僅可能動員家庭全部力量參與，一直到無法維持才轉入第二階段，就是拜託可信賴的外人比如親近的友人或是地方上的長者，希望藉此力量幫助矯正瘋人的異常行為。第三階段是請來家庭外的以治療為業的人員，比如藥草治療師，內科醫生及神媒道士等，希望這些人有助於治療，這時患者仍保留在家庭的範圍內。第四階段是從患者被內科醫生等外人確定為精神病，而且家人也承認時開始的，被貼上精神病標

⁷⁵ 《大清律例增修統纂集成》卷二十六，「刑律人命」。

⁷⁶ 同註 75。

籤，同時也意味著家族內部對於處理精神病患者的力量已經到了極限，經過門診與住院治療，發現患者康復的希望愈來愈渺茫，在經濟上和心理上都已無法再承受獨立照顧患者的重壓時，才最後進入了排斥患者的第五期，家人們放棄了希望，只好認命說家庭內有一位治不好的精神病患者是上天注定的安排的，然後將患者送到遠方的精神病院，並盡可能不去想患者的事情。⁷⁷這五個階段的變化特徵說明，瘋癲治療是由家庭為原點，逐步似水波一般地推向社區，再從社區由內及外地推至社會上更廣闊的範圍。即使是在承認精神病院作用的情況下，中國人仍會認為家庭治療的倫理作用具有優先性，這顯然不是從醫療角度推導出的結論，因此，精神病院要想贏得中國人的好感，就不僅需在治療效果上有獨到之處，而且在醫院的組織方式上也要符合中國人的倫理習慣。以下我們將以惠愛醫院為個案檢驗這一觀點。

與中國傳統社會對瘋癲觀念與禁閉的處理背景有所不同，十八世紀末瘋癲在西方世界裡的基本內涵是一種非理性（irrationality）而非動物性（animality），在 George Jenson 所發展出的「道德治療」（moral treatment）的觀念影響下，⁷⁸病人逐步像一家人一樣生活在一起，相互幫助，相互支持，他們在高度發展的管理系統中重新得到社會化。在中世紀的歐洲，瘋人的照顧要靠家庭支持，到了十八世紀初期，瘋人收容所仍然規模狹小，運行分散，很少存在有目的的建構（purpose built），⁷⁹十八世紀末，十九世紀初，精神病現象開始被視為醫學處理的問題，病人與其他人口開始隔離開來並接受醫生的監管，實現了所謂「異常的『醫學化』」（medicalization of deviance）過程。⁸⁰這一轉型過程的實現基礎簡單地說是受到福音派教義（Evangelicalism）和邊沁主義（Benthamism）⁸¹兩重哲學思想的交互影

⁷⁷ 林宗義著：《精神醫學之路——橫跨東西文化》，第 179—180 頁。

⁷⁸ Anne, Digby, *Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat*, 1796—1914, Cambridge University Press 1985, pp. 16—27.

⁷⁹ Andrew Scull, *The Most Solitary of Afflictions: Madness and Society in Britain, 1700—1900*, Yale University Press, 1933, pp. 10—93.

⁸⁰ 同註 79。

⁸¹ 同註 79。

響。福音派教義推崇人道主義和家長式統治，邊沁則強調專門化和效率的影響；福音派僅僅滿足於使現存社會框架之內的個人道德化，功利主義者則尋求社會框架自身的道德教化，強調要提供一個排除社會惡行的制度機構，他們認為在許多方面這比自我正義（self righteous）的福音派觀點更為有效。⁸²瘋癲的文化涵義由此開始轉變，並影響到十九世紀一些改革家的觀點。人們普遍認為，社會作為一個整體是一個自由發展的過程，瘋人不再是一個動物，或被剝奪了全部人類的殘存特徵，相反，他具有人的本性。儘管瘋人缺乏自制和秩序的觀念，但仍是一個完整的人，他缺乏的本質也許經過恢復後，個人仍能成為裡性的公民發揮作用。⁸³福柯曾形象地把「瘋人院」稱之為「模擬的家庭」，其特點是它不是真正由實際的家庭氛圍和人員所構成，而是由各種符號和動作構成的虛擬的家庭氛圍。⁸⁴這種虛擬狀態與中國的家庭空間完全不同，表現出的是一種外在於家庭的理性控制形式。

十九世紀末葉，虛擬家庭結構伴著西醫東傳的陣陣塵煙，悄然步入了中國。早在1872年，美國長老會醫學傳教士嘉約翰（John G. Kerr）就已向教會表達了一個信念，及由基督教會主持對中國精神病人實施「理性治療」（the rational treatment）的時刻將要來臨。⁸⁵但他的建議卻遭到了廣東醫學傳教士協會的反對。在1886年慶祝廣州醫院開辦十五週年的紀念慶典上，嘉約翰再次強調建立精神病院的重要性。四年以後，1890年在上海的傳教士工作會議上，嘉約翰的計劃終於得到了回應。1892年，嘉約翰在廣州城郊的芳村自費出資200美元購得17畝土地建立的病院。病院的頭兩所建築物是用一位不願透露姓名的醫學傳教士捐贈的500美元蓋起來的。嘉約翰夫人曾興奮地寫道：「1895年2月28日，一個男人身背一個精神病人站在了醫院的建築前，這是中國歷史上第一位入院治療的精神病患者。」在病人的家裡，他被鎖在一塊巨石旁達三年之久，入院前已喪失了步行能力。第

⁸² 同註 79。

⁸³ 同註 79。

⁸⁴ 同註 10。

⁸⁵ Chas, C, Selden, the Story of the John G. Kerr Hospital for the Insane, *the Chinese Medical Journal* vol 152, November, 1937, pp. 706-714.

二位入院的病人是位婦女，她被發現坐在一個木屋裡的地板上，鎖鏈的一頭纏繞著她的脖子，另一端被釘牢在她身後的地板上。⁸⁶關於惠愛精神病院創建的目的和功能，嘉約翰明確指出其具有家庭所不具備的醫療條件，其目的是為那些被她們的家庭和朋友帶來的精神病人能有一個棲身之地，這裡比他們在自己的家中有更好的條件，得到更周到的關懷。在家庭裡，病人經常遭受不明智和粗暴的待遇，有時甚至被置於死地。⁸⁷另一位傳教士恂嘉理則有同樣的觀點，他說：「創設此等醫院，有數大緣因，雖然癲人之中，未必盡皆狂態，然比較在家庭中修養，不若在醫院更為合宜。因離別環境而入院留醫，有痊癒之希望，且狂態發動之時，殺人放火，毀物拆屋之事，在在堪虞。」⁸⁸對醫院所謂「離別環境」的定義，已經把醫療與家庭空間有意作了界分。

惠愛醫院的管理方式基本上是英國約克郡診所的一種移植和翻版，嘉約翰曾經明確倡導理性治療方法，並親自把它濃縮概括成三個治療的具體原則。在提出這三個治療原則之先，嘉約翰特別提出三種有別於法律處理的對待精神病人的原則：一、凡入院者皆為病人，如果他們的言行表現出非理性的特徵，那並非他們的過錯；二、這是醫院，不是監獄；三、儘管完全處於瘋癲狀態，這些病人仍是男人或者女人而不是野獸。有了這三條原則作為先導，嘉約翰進一步提出了相當變通靈活的治療程序：1 盡量選用勸說的手段，在必要的情況下最低限度地使用力量管理；2 給予病人自由在必要的情況下才實施最低限度的監禁管束；3 在溫和的態度下使病人伴以休息，熱水浴，戶外活動，身體鍛鍊和職業勞動在必要的情況下最低限度地實行藥物治療。在這套原則中，對理性與非理性界限的有效甄別被作為管理的基礎而得到了推廣。⁸⁹

在建築地點的選擇上，嘉約翰則嚴格遵循西方精神病院虛擬家庭的型構原

⁸⁶ 同註 85。

⁸⁷ C. C. Selden, The Need of More Hospital for Insane in China, *The China Medical Journal*, Vol XXIV, September, 1910, p. 326.

⁸⁸ 恂嘉理：《廣州惠愛醫院小史與概況》，《中華基督教會年鑒》第八期，中國教會研究中心印行，1925年。

⁸⁹ Charles C. Selden, A Work for the Insane in China, *The Chinese Recorder*, May, 1909, p. 262.

則，惠愛醫院盡量避開喧囂煩擾的環境，為病人提供舒適的治療空間，經過一段時間的發展，醫院租用了周圍的大片土地建設供療養用單棟村居式系統（the cottage system）。⁹⁰這些住所設計成微型的分散是家居型建築，而不是大型的機構式建築物，對於敏感的病人療養更為適宜。單居型建築也可造成使吵鬧的病人與安靜的病人相互隔離的效果。病人分散其間亦可參與種植花草，蔬菜，從而做到自食其力。

在中國，人們習慣於把私人和公共機構用高牆環繞起來，禁閉於高牆中的病人很難有居家的感覺，為了製造出充分的「家庭感」，隨著征地的不斷擴大，醫院周圍只是簡單地圍起了約一人高的籬笆。⁹¹

新病人在入院時要立即除去鎖鏈和腳鐐，在病房中迅速進行甄別，觀察其否情緒失調，是否有不潔習慣，脾氣屬於喧躁還是安靜，是否有癩癩或其他疾病，在區分出情緒不穩和具有危險傾向的病人之後，就會給予其他人以自由。由於病人總是確信自己被不公平地禁閉在監獄之中，惠愛醫院往往要付出很大努力來解除病人這種被監禁的感覺，醫院管理員堅持不穿制服，目的是避免病人把他們當作士兵和警察。

惠愛醫院道德空間的建構還反映在內部的裝修設計上，比如建築地面原先使用磁磚，但病人經常予以破壞，用碎片來傷害自己，所以新建築的地面改用水泥混凝土取代磁磚，既潔淨又安全防火。又如窗戶的安裝，全部用筆直的鐵條裝飾。為了使病人克服被囚禁於監獄中的感覺，而有在家裡的印象，醫院對窗戶的形狀和構圖刻意進行了改造，鐵條被裝飾彎曲為帶花的圖案，有的鐵條呈十字交叉形狀，十字周圍均鑲以薄玻璃，鐵條之間的空隙十分狹小，容不得人體穿越而過，但漂亮的窗戶裝飾卻不會給人以蹲監獄的感覺。⁹²

儘管惠愛醫院在模擬家庭氛圍方面作了大量努力，但是就醫院報告中的統計數字來看，病人的恢復率並不算高，相反死亡率卻相對較高。自1898年正式建院

⁹⁰ The John G. Kerr Refuge for Insane, *The China Medical Journal*, vol XXII, March, 1908, pp.83-84.

⁹¹ 同註 90。

⁹² C. C. Selden, Treatment of the Insane, *China Medical Journal*, July 1909, pp. 221-223.

以來，到1910年止，惠愛醫院已收留1458位病人，僅1909年一年即有239位病人入院，198位被釋放回家。病人入院治療的情況如下表所示：⁹³

治療	97人或佔入院者40½%，佔釋放者的49%，
恢復	16人或佔入院者的6½%，佔釋放者的8%，
沒有恢復	37人或佔入院者的15½%，佔釋放者的18½%，
死亡	48人或佔入院者的21%，佔釋放者的24%。

從上表觀察，沒有恢復和死亡的病人比例仍很高，這一現象的出現乃是因為病人在家庭中長期消耗，以致於到達醫院時不少人已到奄奄一息的地步，有的親屬甚至聽任其自然死亡，病人被鎖在屋外院子裡的大石頭上，暴露於風吹日曬之中無聲無息地死去。在精神病學和精神病院傳入中國以前，對精神病人使用家庭暴力常常是因為多年內耗，親屬們已承受不住如此巨大的精神壓力不得已而採取極端行為，放逐病人於醫院之內則已相當於林宗義所說精神病人管理的第五階段，在這一階段中，病人已被強行排斥於家庭之外，以防其進一步對範圍更大的社區生活造成影響。有一個例子頗能說明問題，為了對付一個有暴力行為的男精神病患者，他的母親竟僱用了流氓暴徒打斷了親生兒子的一條腿和一隻胳膊，目的僅是為了使兒子喪失恐嚇鄰居的能力，這位可憐人的痛苦是如此地巨大以致於最終想要自殺，此實例說明中國人對瘋癲狀態的界定與處理方式在相當程度上受社區環境的支配和影響。在一般中國人的頭腦中，並沒有把精神失常當作疾病之一種的概念，也就是說，西方的疾病類型學分析在普通百姓中完全是一種陌生的認知體系，這一點與溫哥華華人社區的情況尚有區別，後者是在承認精神病治療的有效性前提下採取自我保護的行動的。普通中國人在家庭中禁閉精神病人，往往是考慮到病人對社區安全與利益的威脅，而不是醫療氛圍的營造，一旦精神病

⁹³ C. C. Selden, The Need of More Hospitals for Insane in China, *The China Medical Journal*, Vol XXIV September, 1910, pp. 323-330. 按照沈家本的說法，清政府在1908年已承認清律強迫家庭或鄰居登記圈禁瘋癲病人的條款在實施過程中已宣告失敗。參閱前引書 *Madness in late Imperial China: From Illness to Deviance*, University of Oklahoma Press 1990, pp. 74-75. 也正是在1908年以後，惠愛醫院接受的政府病人數量開始超過了私人病人的數量。

人對社區構成威脅，家人就寧可採取放逐的策略，以重新爭取社區對其自身位置的認同。不少病例證明，中國家庭對病人的態度是受群體取向而非個人的疾病因素影響的，有一個例子是，北京教會學校的一個青年學生臨近畢業時得了精神分裂症，他被帶到協和醫院進行檢查治療，當時協和尚無精神病院，學生的精神狀況變得越來越壞，當他騷擾鄰近的病人時，引起了普遍的反感，他的父親被要求對此負責，父親一氣之下試圖把兒子沉入離家不遠的河裡以保護自己，這位父親即是明顯感受到了團體壓力的威脅才試圖作出如此過激的選擇。

正是因為中國人對精神病人的態度受群體利益取向所左右，所以他們對精神病人禁錮空間的選擇往往搖擺於家庭與監獄之間，只是出於安全角度的考慮，他們採取的禁閉與鎖囚的暴力方式才是基本一致的，甚至精神病人和刑事罪犯常被關在一起。二十世紀初，北京有一間名目上是精神病人收容所的地方，其囚禁方法和監獄無甚區別，禁閉過程中也時常使用鎖鏈，無人關心他們的身體是否舒適，許多人在惡劣的生活條件下得了肺結核病。據傳教士的報告，這間收容所同時關押著150個罪犯，因為沒有其他監獄可以收容他們。⁹⁴

據惠愛醫院歷年的報告記載，不少送往醫院的病人並不是完全出於病情輕重的考慮，而是因為病人已嚴重威脅了社區的正常生活秩序，或者已威脅到了家人在社區中的合理位置。因此，病人的恢復與否並不完全取決於醫學意義上的病情是否好轉，更重要的是取決於病人是否為整個社區環境所接納。如惠愛醫院1916至1917年的報告中曾列舉了幾位病人的例子，有一個男子經過醫院治療，身心兩次得到了恢復，兩次被釋放回家，但是在第二次回家後的兩三個星期的時間內他又被送回了醫院，原因是病人在醫院之外的環境下無法控制自己而經常犯病，更明白些說，病人在經過醫院模擬家庭氛圍的薰陶後，反而已不適應社區的生活空間，在此情況下，惠愛醫院決定再次收留他，安排他負責醫院的蓄水及排水系統，在三年療養的時間裡，這名男子最終康復了。⁹⁵

⁹⁴ J. H. Ingram, The Pitiableness of the Insane in North China, *The China Medical Journal* vol XXXII, March 1918, p. 153.

⁹⁵ *The John G. Kerr Refuge For Insane, Report for 1916 and 1917*, pp. 1-14, Yale Divinity School Special Collections.

另一個例子是，一位男病人被他的兄弟送到了醫院，病人的兄弟請求醫院不要把病人送回家，因為他害怕病人會被村裡的人殺掉，因為在發病的時候，病人曾發生不正常的暴力侵害行為，惠愛醫院接納了這位病人，讓他負責醫院的洗滌工作，病人曾經舊病復發，連續一兩個星期陷入深深的煩躁消沉狀態，甚至想要自殺，經過洗浴治療法的持續醫治終於恢復了正常，情緒變得開朗起來，不但恢復了原有的工作能力，而且兼職部分福音傳播工作，這一病例明顯地說明，精神病院成為社區與家庭對非正常人進行監控的延伸機構。站在普通中國人的立場來看，惠愛醫院與監獄的功能沒有區別，普通中國人甚至認為入院可能有去無回。1922至1923年的報告中講述了一個已婚婦女在自己心愛的兒子死亡以後，因悲痛過度導致精神失常而入院，在她恢復後回到家中時，發現丈夫已經死去了，她的房子和全部家產都被其他人瓜分，人們所持的理由是，他們不信她能活著回來。婦女由此感嘆道：「村裡人真是太沒有良心了。」⁹⁶

1924年的報告中有一則故事值得在此評述，這年有個男子帶著極大的煩惱來到惠愛醫院，看看是否能把侄子的媳婦帶回鄉下，他告知醫生下列緣由，他侄媳的家庭發現病人消失了，遂懷疑她的丈夫把妻子趕出了家門另娶新歡為妾，侄媳的家屬並不能接受她已犯了精神病這一解釋，當建議他們去醫院自己驗證時，家屬們根本聽不進去並且態度十分粗暴。妻子的宗族比丈夫的宗族勢力強大，丈夫向自己的宗族企求幫助是無效的，事態越來越嚴重，侄媳的家屬有一天一起湧入丈夫家中，藉口他不好好招待客人，找茬兒宰殺了他家的豬和各類家禽，設宴招待了自己，並且還威脅說要殺了他。醫院無奈只好動員病人回家，但遭到病人的堅決拒絕，叔叔最終也無法把她帶走。約六個月後，這位婦女死在了醫院，故事也就此結束。⁹⁷

這一病例說明，一個人如果不幸患有精神病，只要他（她）本人不足以構成對家庭或社區日常生活的威脅，或者人們對其評價按社區的標準尚屬於正常範圍，那麼，他（她）就仍會被社會所接納，在此情況下，如果病人消失於社區公

⁹⁶ *Report for the Years 1922 and 1923*, p. 4.

⁹⁷ 《廣州芳村惠愛醫院徵信錄》，第5頁，Yale Divinity School Special Collections.

眾的視野之內而進入了精神病醫療空間，卻反而顯得不那麼正常了。這恰恰昭示出，中國人即使到了近代，對精神病類型的認知仍舊時刻受社會因素包括地方感覺的強烈支配，而不是從醫學分類的現代性知識系統出發的。

2. 瘋癲治療與地方政治：

惠愛醫院自從1898年正式接納第一個病人起，基本上為私人家庭的病患者服務的，與地方和公共機構沒有什麼關聯，可是在1904年的一天，廣州衙門的一個皂吏帶著一位病人出现在了惠愛醫院門口，他隨身帶來一封信，信中說希望醫院與地方衙門合作，接受送來的病人，條件是由地方政府每月負擔這些「公家病人」的醫療費用。結果這個病人被醫院收留了，隨著一封回信被帶進衙門，由此開始了政府與惠愛醫院長達23年的合作交往。這一天可以說是瘋癲治療與地方政府發生聯繫的重大轉折，其意義首先在於精神病院的存在得到了地方政府的正式認可，其次是惠愛醫院由治療家庭病人為主體的功能隨著政府病人入院數字的不斷增加而發生了轉變。自此之後，醫院和地方紳士達成協議，他們負責選定和購買地皮，通過地方官府審批再交付給醫院，並應允每年向醫院提供部分幫助。官府從此開始大量向醫院輸送病人。⁹⁸

到1909年，惠愛醫院內收容的194名病人中，有99名是被官方送來或接受官方資助的。這99名病人中約有一半來自香港，這些人最初被送到英國殖民地中的政府精神病院收容所（Government Lunatic Asylum）接受監管，然後又按團體規模整批移交給了廣州的中國官員，最後在轉到惠愛醫院。而也就在幾年前，這批精神病人中的嚴重者照例會像普通罪犯一樣被投入監獄，那些明顯具有非攻擊性特徵的瘋人則會被趕到大街上四處遊蕩，這99名中的另一半人是廣州地方政府從大街上收集起來送往醫院的，這批人在街上流浪時往往不能照顧自己，並有潛在的暴力傾向。⁹⁹到1910年，醫院內已收留了122名由官府送來的病人，他們大部分是從

⁹⁸ 同註 93。

⁹⁹ 同註 89。

廣州街道上撿來的。¹⁰⁰

隨著1911年辛亥革命的勝利，廣州地方政府處於政權交替的過渡時期，維持這些「公共病人」的費用來源暫時中斷了，但民國政府成立之後，所有病人的費用即被全部付清，沒有再行拖欠。惠愛醫院接納政府病人的功能亦沒有什麼明顯的改變，按醫院報告中所說，地方政府和醫院的關係從1904到1922年保持得最為和諧，1922年在北方爆發戰爭時，日常資助的時間卻被推遲了，也就在這段時間內，政府提供的病人數目卻有了持續增長，醫院每天的費用越來越難以為繼，最困難的年份是1925年，500多個病人滯留院中，醫院約需\$3,365,715元金額的資助，而政府只能付出\$63,000元的數目，在這期間，一百位病人已被迫由官方移置於新開設的政府收容所中。¹⁰¹

面對如此的困難，香港政府主動承擔了港島赴粵者的費用，部分緩解了資金運轉的緊張狀況，但是仍有300多位病人的費用供給不足，到了1927年政府欠款已高達\$8,979,823元，1924年，為了擴大醫院的建設規模，惠愛醫院的助理醫生和中國職員曾遠赴香港，夏威夷群島及美國西海岸尋求中國華僑的幫助，得到了熱烈的響應，只是由於政府無力提供病人的日常費用，籌借到的用於建築新址的款項只好用來維持病人日常起居生活的開支。

仔細閱讀惠愛醫院歷年的報告，一個有趣的現象經常縈繞於我的腦際，那就是惠愛醫院有一個從注重個人精神病治療的功能向作為國家安全控制系統的分支機構轉變的過程。在1904年以前，惠愛醫院收納的家庭病人來自不同的地區如福州，上海，威海衛，天津及澳門，香港等地，病人均由親屬或朋友送來，沒有任何家庭外的特殊背景，在建院的早期，大約1892年前後，嘉約翰醫生曾試圖通過遞交一份發展計劃得到封疆大吏如張之洞的支持，張之洞的幕僚曾回有一信，大意是說：「我隨信一道退回這項關於收容所的計劃書，很抱歉地說，總督對此並不感興趣。」¹⁰²

¹⁰⁰ 同註 93。

¹⁰¹ Chas, C, Selden, The Story of the John G, Kerr Hospital for the Insane, *The Chinese Medical Journal*, November 1937, pp. 706 714.

¹⁰² 同註 101。

那麼事隔十二年之後，惠愛醫院為什麼又突然得到地方官吏的青睞和重視呢？如果把惠愛醫院的運作以及地方官吏對其功能的利用，放在清代對「瘋癲」認知的歷史長河中進行考察，答案應當是非常清楚的，廣州地方官吏對惠愛醫院的態度與以往官僚對瘋癲管理的傳統態度是完全一致的，他們都把監管瘋人的任何場所，無論是家庭，收容所，救濟院，監獄還是正牌的精神病院，均看成是維護地方安全，監控社會秩序的一個政治性的環節。在這一前提下，他們根本沒有興趣關注醫院作為空間存在的實際內容，或者去深究禁閉手段的種種區別，例如是醫學治療抑或是法律控制，而只是注重其身心限制的外在形式是否真正有效。

這一判斷取向在清初即已萌生端倪，清政府以外族身分入主中原，從雍正朝起就不斷加強對地方的控制如完善保甲制度等等，力圖把觸角更深入地滲透到基層。對瘋癲行為的控制尺度也是按是否威脅社會秩序的尺度擬定的，與醫療過程無關。清初曾發生過一起瘋人連殺四位親人的慘案，導致了1753年一個針對瘋人的專門律條出台，規定凡瘋者殺人將被投入監獄而非拘禁於家，只有當瘋人恢復後要等待一年多的觀察，確認不會再行犯案，才能重新把病人置於家庭環境之下。¹⁰³這條律令在1756年正式載入《大清律令》。由此之後，監獄幾乎變成了家庭之外收容精神病人的唯一合法空間。

惠愛醫院在廣州的設立，作為一種管束瘋人的新型空間，其有效性是有目共睹的，儘管這種有效性是建立在現代精神病學和醫院管理的共同作用基礎之上，可是從外觀上看，特別是從地方官吏的立場上觀察，這種監控的空間形式卻是和監獄的功能完全一致的，意即都是起著社會安全閘門的作用。可以表明這種意識存在的一個證據是地方政府在收攬街道上的瘋人時，往往缺乏仔細的辨別，有時會把呈現暴力傾向的罪犯也一併納入了醫院收容的行列。

從惠愛醫院的角度而言，當然不希望自己被完全等同於監獄的控制功能，而是要極力使人們意識到精神病院的治療程序與空間安排，是與安全閘門式的監獄制度大相徑庭的，方法之一是公開醫院的管理和醫療系統，歡迎外人參觀。據1916至1917年的報告記載，這兩年參觀醫院的人數逐漸增多，參觀者來自不同的機構

¹⁰³ 同註 72。

和部門，如一些基督教會和政府部門，一些教會團體把參觀醫院作為研究社會學或社會服務的一個組成部分。特別值得關注的是，一個政府法律學校也派出了一個代表團前來參觀，據其中一位教師說是政府建議他們來的。¹⁰⁴這一信息無意間表露出了政府對惠愛醫院的真實態度，那就是仍把它視為法律監控系統的一個組成環節，而沒有視其為病理學意義上的醫療空間。1922年，廣東政府發起組織了第二次精神衛生運動（Mental Hygiene Campaign），人們又紛紛湧入惠愛醫院參觀訪問，因為有太多的參觀者，醫院裡一時變得擁擠不堪，病人大多數只好被關在自己的房間裡。不久，一個與病區隔離的專供參觀者觀望的高台搭建了起來，站在這個台子上，參觀者可俯瞰病人的生活舉動，在這次精神衛生運動進行的短短五天時間裡，大約有五萬到六萬人參與了各項活動。運動過後，惠愛醫院的醫生們得出結論，運動的最大成功之處是人們的注意力開始集中於精神病人本身及其治療過程，特別是病人在醫院中有很多自由這一事實對來訪者亦有所觸動，在這次運動的影響下，回到家鄉的病人也開始被允許有更多的活動自由。¹⁰⁵不過可以斷定的是，這種對瘋癲治療的關注可能是十分短暫的，因為對瘋癲禁閉形式的習慣性看法是地方傳統結構的組成部分，要想從根本上加以改變是非常困難的，至於西方醫學的理念在多大程度上能夠改變中國人根深蒂固的社會傳統，限於篇幅，我們只好留待另文討論。

結論 我們如何挑戰福柯

米歇爾·福柯在《瘋癲與文明》《監禁與懲罰》等著作中反覆申明的一個主題是：知識並非是以完全獨立而純化的形態存在的，知識總會通過各種形式和途徑昭示自身的權力，這種權力的滲透幾乎是無所不在的，是絕對性的，其隱而不彰或被人們視而不見，不過是因為其變通採取了諸如監獄，收容所，醫院，工廠，軍營等等不同的日常表達方式而已，推而廣之，建立在權力位勢之上的現代「知

¹⁰⁴ 同註 95。

¹⁰⁵ 同註 95。

識論」具有一種無所不在的滲透能力，在近代理性化原則的驅動下，大有席捲全球之勢。知識論同樣可以推導出空間控制技術，任何現代空間的確立都與技術控制有關，技術不管被置於何種制度的形式框架中，都在追求一個「可被限制使用，轉化與改進的馴良身體」。其相關方式是可由對身體之范導與訓練（drills and training），經由長期的行動標準化，以及經由對空間的控制加以完成的。紀律來自在空間中不同個體的組織化，因此它必需具備一特定的空間圍場（enclosure），一旦此圍場建立起來，將允許有待訓練與監視之個體的確立分派。醫療空間的確立即是這種圍場的表現形式。¹⁰⁶

福柯對空間與權力關係的判斷顯然基於西方社會的歷史經驗，他的知識論體系直接推導出制度變遷的理論也多可以在西方社會中得到驗證，然而不少中國史的研究者卻常常不自覺地接受了福柯「知識即權力」的認知前提，他們幾乎一致認為，西方醫療體系在近現代中國的普及完全是「知識化」和國家權力綜合作用的結果，其程序是由知識界在輿論層面上率先倡導，經過國家機構的推行而達至基層，基層百姓則完全是通過此誘導過程被動接受了西方醫療空間的支配。可是問題在於，所謂醫療空間在中國的圈地形式卻並非如西方那樣是一種原生的狀態，而是屬於外來的事物。醫療空間的如此移植也不可能像西方那樣自然變成權力網絡中內部操作的自足系統，而是必須面臨「地方感」對其進行合理性的檢視與篩選，而且還面臨地方知識資源（如中醫，巫術等）與外來知識系統如何共享權力的問題。¹⁰⁷換言之，西方醫療空間所具備的權力特徵，一旦到了異地就不一定具有不證自明的合理性，它必須在地方語境的包圍中，在與地方意識的碰撞和較量中驗明其權力控制是否具有普泛的價值。按照福柯的設計，醫療權力在西方的無所不在與無庸置疑，在東方的中國可能就會變成一個屢遭質疑的問題。

以上的研究可以證明，西方醫療空間如果要想在中國民間社會中立足與拓展，就必須經由「地方感」的認同，對於普通中國人來說，這首先是個本土經驗

¹⁰⁶ 戈溫德林 萊特，保羅 雷比諾：《權力的空間化——米歇 傅寇作品的討論》，陳志梧譯，載《空間的文化形式與社會理論讀本》，第 375—384 頁。

¹⁰⁷ Paul U. Unschuld, *Medical Ethics in Imperial China: A Study in Historical Anthropology*, University of California Press 1979, pp. 4—9.

是否認可的問題。歷史上形成的意象，觀念和符號的積累使普通民眾擁有自己對任何空間構成的解釋和經驗，地方感導源於內在熟悉的知識，導源於「在一個實質環境中的關懷領域（fields of care）網絡，導源於週遭環境的整體經驗」。醫療空間嵌入中國社會首先就會與普通中國人的關懷領域相衝突，如對醫療過程透明性的認知習慣，對「叫魂」儀式的家庭性參與，以及把臨床醫學的標準化行為神秘化所造成的恐懼等等。¹⁰⁸

按照瑞夫（Relph）的劃分，地方具有真實感和不具有真實感（authentic and inauthentic）是有很大差別的，「一個具有真實感的地方，最重要的是在個體以及做為某社群的一員來說，它是內在於而且是歸屬於你的場所，知道這種狀況，而不會損及它的存在。然而一個對地點不真實的態度，基本上是缺乏地方感的，因為它無法令人知覺到地點的更深沉的，象徵的重要意義。更不會對其自明性（identity）有所讚賞。」瑞夫接著說，一個真實的地方感，多半是不自覺的，一系列被深深感動的意義，建立在對象，背景環境，事件以及日常實踐與被視為理所當然的生活的基本特殊性的性質之上，它不再被視為是什麼，而是應該是什麼。¹⁰⁹因此，如果西方醫療系統要想做為一種地方不熟悉的空間形式根植於中國的基層社會，就必須對中國百姓的地方空間感的「自明性」有所接觸和了解，並對其中的部分內容有所認同，以增強空間在地方上的真實感程度，否則，醫療空間的技術權力控制就完全是自足性的和封閉式的，與中國社會的基本運作無關。對中國百姓地方感自明性的認同，明顯必須在對家庭空間的模仿與趨同方面，包括臨床護理的家庭化，手術的公開展示以及通過醫院社會服務系統與社區慈善機構進行協調合作，等等。

另一方面，所謂百姓的「地方感」和「感覺結構」¹¹⁰也會受到非地域性宰制制度計劃的影響，這種外在力量常常表示為都市化的空間制約與地方或國家權力的干預。對醫療空間的接受固然首先需滿足百姓克服對臨床醫學頗感陌生的地方

¹⁰⁸ 艾蘭 普瑞德：《結構歷程和地方——地方感和感覺結構的形成過程》，許坤蓉譯，載《空間的文化形式與社會理論讀本》，第 81—103 頁。

¹⁰⁹ 同註 108。

¹¹⁰ 同註 108。

經驗，甚至在技術環節上必須達至某種道德一致性的妥協，但是中國基層民眾的地方意識也會不斷被置於現代性的時空之流中加以鍛造，人與人之間在地方和日常路徑方面形成的類似性在如此劇烈的環境變遷下，必須為不同背景的人們所分享，地方經驗對外來陌生空間的抗拒過程也逐步受宰制性政策的支配，從而不斷修正自身的態度。¹¹¹

綜上所述，如果要重建晚清以來中國基層社會「地方感」與西方醫療空間的對應互動圖景，似應首先考慮地方傳統在哪些細節上與西方醫療空間達成了微妙的認同關係，其次才可能考慮「地方感」在外界權力強制干預下造成的破損及其影響。以往的研究過於注意第二層面的關係，即過多強調政治強制性和知識論范導的作用，以致於無法解釋中國民間社會對西方醫療空間主觀接受的涵義與程度，「中體西用」的變革模式作為國家宰制性計畫的理論概括和「知識論」意義的推導固然可以說明一部份問題，但是這一視角過於拘泥於歷史上制度運作者本身的認知取向，卻忽略了作為社會主體的普通百姓的認知和感覺在接受外來制度與文化時的核心意義。

¹¹¹ Neil Diamant, China's "Great Confinement"? : Missionaries Municipal Elites and Police in the Establishment of Chinese Mental Hospital, *Republican China*, November 1993, pp. 3-9.