

HUMANITIES  
AND  
SOCIETY



人文与社会译丛

SANTÉ ET SOCIÉTÉ

# 健康与社会

## 健康问题的社会塑造

*Marcel Drulhe*

[法国]马赛尔·德吕勒 著 王鲲 译

刘东·主编 彭刚·副主编

凤凰出版传媒集团

译林出版社

# 健康与社会

SANTÉ ET SOCIÉTÉ

ISBN 978-7-5447-0821-0



9 787544 708210 >

定价：35.00 元

HUMANITIES AND SOCIETY

# 健康与社会

## 健康问题的社会塑造

*Marcus DeLillo*

[法国] 马赛尔·德吕勒 著 王鲲 译

凤凰出版传媒集团

译林出版社



## 图书在版编目(CIP)数据

健康与社会/ (法) 德吕勒(Drulhe, M.)著;王鲲译.  
—南京:译林出版社,2009.6  
(人文与社会译丛/刘东主编)  
原著书名: Santé et société: Le façonnement sociétal de la santé  
ISBN 978-7-5447-0821-0

I. 健… II. ①德… ②王… III. 医疗保健制度—研究 IV. R197

中国版本图书馆CIP数据核字(2009)第039149号

Santé et société: Le façonnement sociétal de la santé by Marcel Druhle  
Copyright © 1996 by Presses Universitaires de France  
This edition arranged with Presses Universitaires de France  
Simplified Chinese translation copyright © 2009 by Yilin Press  
All Rights Reserved.

著作权合同登记号 图字:10-2007-120 号

书 名 健康与社会  
作 者 马赛尔·德吕勒  
译 者 王 鲲  
责任编辑 李瑞华  
原文出版 Presses Universitaires de France, 1996  
出版发行 凤凰出版传媒集团  
译林出版社(南京市湖南路1号 210009)  
电子信箱 yilin@yilin.com  
网 址 <http://www.yilin.com>  
集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>  
印 刷 扬州鑫华印刷有限公司  
开 本 880×1230 毫米 1/32  
印 张 11.375  
插 页 2  
字 数 274 千  
版 次 2009年6月第1版 2009年6月第1次印刷  
书 号 ISBN 978-7-5447-0821-0  
定 价 35.00 元

译林版图书若有印装错误可向承印厂调换



## 主编的话

刘东

总算不负几年来的苦心——该为这套书写篇短序了。

此项翻译工程的缘起，先要追溯到自己内心的某些变化。虽说越来越惯于乡间的生活，每天只打一两通电话，但这种离群索居并不意味着我已修炼到了出家遁世的地步。毋宁说，坚守沉默少语的状态，倒是为了咬定问题不放，而且在当下的世道中，若还有哪路学说能引我出神，就不能只是玄妙得叫人着魔，还要有助于思入所属的社群。如此嘈嘈切切鼓荡难平的心气，或不免受了世事的恶刺激，不过也恰是这道底线，帮我部分摆脱了中西“精神分裂症”——至少我可以倚仗着中国文化的本根，去参验外缘的社会学说了，既然儒学作为一种本真的心向，正是要从对现世生活的终极肯定出发，把人间问题当成全部灵感的源头。

不宁惟是，这种从人文思入社会的诉求，还同国际学界的发展不期相合。擅长把捉非确定性问题的哲学，看来有点走出自我围闭的低潮，而这又跟它把焦点对准了社会不无关系。现行通则的加速崩解和相互证伪，使得就算今后仍有普适的基准可言，也要有待于更加透辟的思力，正是在文明的此一根基处，批判的事业又有了用武之地。由此就决定了，尽管同在关注世俗的事务与规则，但跟既定框架内的策论不同，真正体现出人文关怀的社会学说，决不会是医头医脚式的小修小补，而必须以激进亢奋的姿态，去怀疑、颠覆和重估全部的价值预设。有意思的是，也许再没有哪个时代，会有这么多书生想要焕发制

度智慧,这既凸显了文明的深层危机,又表达了超越的不竭潜力。

于是自然就想到翻译——把这些制度智慧引进汉语世界来。需要说明的是,尽管此类翻译向称严肃的学业,无论编者、译者还是读者,都会因其理论色彩和语言风格而备尝艰涩,但该工程却绝非寻常意义上的“纯学术”。此中辩谈的话题和学理,将会贴近我们的伦常日用,渗入我们的表象世界,改铸我们的公民文化,根本不容任何学院人垄断。同样,尽管这些选题大多分量厚重,且多为国外学府指定的必读书,也不必将其标榜为“新经典”。此类方生方成的思想实验,仍要应付尖刻的批判围攻,保持着知识创化时的紧张度,尚没有资格被当成享受保护的“老残遗产”。所以说白了:除非来此对话者早已功力尽失,这里就只有激活思想的马刺。

主持此类工程之烦难,足以让任何聪明人望而却步,大约也惟有愚钝如我者,才会在十年苦熬之余再作冯妇。然则晨钟暮鼓黄卷青灯中,毕竟尚有历代的高僧暗中相伴,他们和我声应气求,不甘心被宿命贬低为人类的亚种,遂把译作工作当成了日常功课,要以艰难的咀嚼咬穿文化的篱笆。师法着这些先烈,当初酝酿这套丛书时,我曾在哈佛费正清中心放胆讲道:“在作者、编者和读者间初步形成的这种‘良性循环’景象,作为整个社会多元分化进程的缩影,偏巧正跟我们的国运连在一起,如果我们至少眼下尚无理由否认,今后中国历史的主要变因之一,仍然在于大陆知识阶层的一念之中,那么我们就总还有权想像,在孔老夫子的故乡,中华民族其实就靠这么写着读着,而默默修持着自己的心念,而默默挑战着自身的极限!”惟愿认同此道者日众,则华夏一族虽历经劫难,终不致因我辈而沦为文化小国。

一九九九年六月于京郊溪翁庄

# 目 录

导言 001

**第一部分 寿命的延长与健康的社会差异的持续 011**

**第一章:健康与进步 013**

1 流行病学转型及其背景 015

2 流行病学转型与社会结构转型 024

**第二章:健康方面无法消减的社会差异 042**

1 “通过死人了解活人” 044

2 透过疾病率来看健康问题 059

3 健康实践和医疗消费 076

4 结论 102

**第二部分 社会惰性制约下的健康:如何理解? 105**

理论和认识论上的准备 107

第三章:健康问题中社会差异的建构模式	125
1 对健康及其社会差异的描述中偏差的溯源	126
2 通过健康进行的社会选择	168
第四章:社会结构对健康的影响	188
1 社会分层与健康:生活水平与角色体系	193
2 社会关系动力、劳动与健康	200
3 生活条件与健康	219
第五章:生活方式及其蕴含的健康问题	230
1 社会分类学行为与价值视角下的健康问题	230
2 身体关系的类型和各种生活方式	236
3 社会群体自身文化对健康的作用	245
第六章:行动者面对健康	261
1 劳动氛围里的健康:互动行为与直面的能力	272
2 日常生活中的健康:从痛苦到对情境的象征性再适应	277
3 社会结构和生活方式制约下的行动者	293
结论	308
参考文献	322
译后记	350



## 导 言

公共卫生事业预算中最大部分是医疗费用，然而只有微不足道的一部分花在了预防医疗上。生物医学的投资状况必定假设了如下的推理：个体的病情越重，他们比健康人群的死亡几率就越高；如果说高发病率导致了医疗系统的频繁使用，那么健康状况的改善就是其必然结果，因为人类的诊断和治疗手段都越来越高明。根据这个观点，医疗活动就完全吻合了马克斯·韦伯的定义，是针对一个目的所采取的理性行动：医疗活动就是使用最适合的科学技术手段，努力恢复失去的健康（治愈疾病），在最理想的情况下，增强健康资本(un capital-santé)，或者，改善、稳定慢性病的病理状态。那么，问题的关键就在于能够获得医疗机构的服务：我们知道，在这种逻辑下，医疗保险的全民性就成为了一个最重要的方面。

健康状况改善的生物医学观点蕴藏着一个象征性和政治性的背景。一方面，彻底消除疾病和借助科学、医学的进步来延长人的生命等乌托邦式的想法总是若隐若现；另一方面，对民主政治体制越来越广泛的接纳要求医疗系统的民主化，以及人人都有均等的机会在现有的最好技术条件下得到治疗。

人类能够彻底征服疾病的想法并没有完全破灭，这一思想嵌入启蒙时代的背景，与现代性的诞生<sup>①</sup>不可分割。我们尚未与现代理性主义所伴生的种种假设决裂，特别是人类要驾驭自然的勃勃雄心。

与此等在学校中传授的投机哲学不同，人们可以发现一种实用哲学，来认识火、水、空气、满天星辰以及一切环绕着我们的物质的力量和行为，当我们对它们熟悉到像了解手工匠人的各种职业的时候，我们就可以像调遣工匠一样，自如地把它们用在各个我们希望的用途中，由此，我们便成为了大自然的主人和拥有者。<sup>②</sup>

不久前，在一些为消灭发展中国家高致死率传染病的国际疫苗接种计划中，我们还可以看到这种充满幻想和理想主义色彩的想法：比如战胜天花之后，世界卫生组织(OMS)1975年发起了疫苗接种扩展计划(PEV)，恰恰证实了人类的这种奢望的存在。在诸如“绿色革命”(反饥饿)或“扫盲运动”(支持教育，以利发展)等众多计划中，同样可以看到这种想法的存在，就好像其他方面的努力完全没有必要。<sup>③</sup>

法国并没有在贝弗里奇的逻辑(一种全国性互助体制。社会权利在议会的管理之下，成为公民身份的天然属性)和俾斯麦的逻辑(社会保险体系，和职业活动联系起来，由劳资双方平等管理)中做出选择，而是赋予了自己的社会保障体系统一性和全民性的特点，且摒弃了其局限性，战后的希望让人们憧憬美好的生活：人人都一样能拥有健康，能够

---

① 米歇尔·福柯，《临床医学的诞生》，巴黎，法国大学出版社(PUF)，1963。

② 勒内·笛卡尔，《方法论》，巴黎，Gallimard，七星文库丛书(La Pléiade)，1953，第168页。

③ 维克多·斯卡迪利，《技术的意义》，巴黎，法国大学出版社，1992，第150—153页。

平等地获得治疗,医学也日臻完善。社会互助的两个密不可分的目标是增加医学知识以及使所有人都能享受这些知识带来的好处。但是,因此就把重点放在医疗体系和它的覆盖范围上,难道不是忽视了医疗介入以前的环节吗?

因为大多数传染病已经被人类战胜(在工业化国家,它们对死亡率的影响微乎其微),医学主要的难题是慢性疾病和变性疾病,目前针对这些疾病还没有十分有效的治疗手段。新一轮的流行病学观察<sup>①</sup>显示出这些疾病和一些消费行为(酒精、烟草、饮食平衡)以及某些生活习惯(缺乏体育运动、就诊不及时等等)有显著关系。医学的人类学基础以研究自由、负责任的个体为中心,“自然而然”地把人视为自身健康的主要责任者。这种人类学的观点虽然没有被医学界全面接受,但是也在一些说法中体现出来,这些说法呼吁重新规范生活方式,社会保险要“因人而异”。著名的《科学》杂志有篇社论佐证了这一说法:

我想健康“权利”这个想法应该改换为维护自我健康的道德义务。这样,个体才有获得信息帮助的“权利”,获得优质服务的“权利”,享受降低各种经济门槛的“权利”。<sup>②</sup>

在给这篇社论的回信中,安塞姆·施特劳斯(Anselm Strauss)指出慢性病经常困扰老人和穷人,一些与其相关的症状因恶劣的生活条件被激化了。社会对他们的命运是否全然没有责任?

由社会保障和医疗系统资金不足问题导致的健康危机日趋减少。

<sup>①</sup> 马赛尔·戈尔德贝格,《流行病学的难以分辨的东西》,刊载于《社会与健康科学》,第1卷,第1期,1982;马克·雷诺,《从社会流行病学到预防社会学:十五年来疾病的社会病源学研究》,刊载于《流行病学与公共健康杂志》,第35卷,第1期,1987。

<sup>②</sup> 约翰·H. 诺尔斯,《健康的责任》(社论),刊载于《科学》,第198卷,第4322期,1977(著者译)。

20 世纪最后的十年里,这种趋势给医护人员、学者和大众带来了众多影响,也使得这种危机成为一个调节医疗供需平衡的问题,一个调整医疗及其泛医疗系统所提供的服务和生病时身无分文的个体之间关系的问题。健康问题似乎陷入了一个社会关系结构模型的困境中,一边是拥有健康财富或者健康价值的专家,另一边是失去或损害了健康、急于找回来却又偏偏不得其门而入的人。

这样,我们就把医疗体系和健康体系放到一起且混为一谈了,就好像健康就是且只是指治疗和避免疾病。然而,如果说健康体系涵盖医疗体系,它的外延却要比医疗体系广得多:健康不仅仅是医疗行业和健康教育计划倡导的疾病预防行动的产品;健康的积极作用体现在日常生活之中和它植根的环境中。人民的安康(bien-être)不仅取决于对医疗和疾病预防的资源投入(至少从狭义上来理解是这样),还和社会如何分配教育和专家资源有关,和社会如何调节经济、就业有关系,和社会如何为弱势群体、贫困人口提供救助,推行摆脱贫困的方案有关系,也和社会如何号召人民完成一个共同的计划有关系。

我们不大可能轻而易举地确定健康危机的问题所在:健康危机不可能简单地归结为诊治手段的问题,它充满了不确定性,说明我们在思考的时候漏掉了一些东西:比如社会保险资金不足。健康危机可能揭示出我们社会中隐含的深层矛盾,还有资源转化中的潜在矛盾。此外还需要彻底放弃缤纷的舞台带来的梦幻感觉,听听高夫曼(Goffman)的建议,到幕后去看看发生了什么……

在古希腊社会中,对医神埃斯科拉庇俄斯(Esculape)的崇拜,在其他诸神的庙宇与祭司消失后,却延续了很长的时间。我们西方文化的这个背景今天仍然如故,无论是在公共领域(关于社会保障中疾病方面预算平衡的争论、矛盾和谈判证明了这一点),还是私人领域,特别是当疾病突然降临的时候。但是人们是否忘记了埃斯科拉庇俄斯有两个女儿:



帕纳凯亚(Panacée)和许癸厄亚(Hygiène)<sup>①</sup>?

这第一个女儿是药神:她教给人类从植物和矿物中提取药物,并合理地使用。尽管人们给医疗科技的定义十分广泛<sup>②</sup>,包括了所有的药品、医疗和手术的治疗方法和手段,还有实施治疗的组织体系,但是我们满腔热情地发明新药、新诊疗仪器、新疫苗不也算是寻找万灵药(panacée)的一种形式吗?从某种意义上讲,不也是对这位女神的现代崇拜吗?不要以为科学理性的世界这么快就把古老神话扫地出门了。

妹妹许癸厄亚,是执掌万物秩序之神:她并没有惊人之处;神话中,她满足于教给人类养生之道,要顺情守礼、清心寡欲。古代对她的崇拜传承至今,体现在我们对卫生(hygiène)和疾病预防的关切中。“顺情守礼”和“清心寡欲”两句话让我们立刻想到了价值和标准,当然不是指法律条文和宗教道德标准,而是说显而易见又很少为人注意的风俗。<sup>③</sup>风俗[有人更愿意叫它“民族特有行为”(éthos),以突出它的限制、要求和压力,以及它的无需思考和无意识性特征]是一些惯例和习俗:虽然没有明文规定的惩罚措施,但是人们都知道如果不遵守这些习俗,不是被敬而远之,就是遭到排斥和驱逐。

如果说许癸厄亚在风俗的定义中占据了重要地位,那么她强调了几个方面。首先,风俗不是一个简单的社会习俗的问题,并非完全脱离于我们生物个体,没有任何影响:相反希腊神话让我们想起,一种生活方式受到了一些特殊用途的影响,从而决定能否保持和延续身体的健康。

① 马克·雷诺,《未来:许癸厄亚对抗帕纳凯亚?》,《人口健康计划》,加拿大高级研究院,1991年10月。

② 在这里我们借用H. D. 班塔的定义,见《医疗科技的社会科学研究:用途与限制》一文,刊载于《社会科学与医学》,17,1983,第1363—1369页。

③ 让·普瓦利耶(主编),《道德思想史》,第1卷,《人类及物质文化的坐标》,巴黎, Gallimard,七星文库丛书,1990年。见前言。

第二点,风俗道德出现在宗教范畴,就有了人们无法忘记的神圣色彩:人们可能永远不能把一些被认为有碍于所谓客观知识传播的习俗做法“扫除干净”。另外,最近欧洲初步的研究成果发现,在信仰和健康实践之间存在紧密的关联,而这些关于健康的实践和受访者的正确医学知识之间,却没有统计数字上的联系;这个不寻常的结果使研究者们惊讶至极,因为其中一些受访者甚至是正在接受高等教育的大学生,人们常常认为大学的科学理性主义教育应该让行为和知识更为贴近,更加一致。<sup>①</sup>

第三点,到底是谁制造出这种信念和风俗道德观念的?在神话里是许癸厄亚,但从社会学来看,这一点还不清楚:规范和调整的程序是怎样进行的?主体和动力又是什么?问题的关键就是找出这些“道德风尚的管理者”。象征互动主义(标记理论,labelling theory)的一个流派认为是规范化、明示和控制的场所。<sup>②</sup>这里不是要假设,在健康问题上,这些“道德风尚的管理者”一定是和那些世俗人群发生外部关系的群体(比如说医疗团体或其中的一部分,亦或是健康教育社团,或者还有专业媒体):个体加入到团体或组织网络之中,人与人之间面对面的关系相对频繁或者相对隔绝,当个体又受到这些群体压力的时候,世俗人群之间的互动可能是非常强烈的。局部地区或全社会都会对人产生一些影响<sup>③</sup>,

<sup>①</sup> 雅娜·瓦德勒和安德鲁·斯特托,《欧洲健康与行为调查:来自英国的基本原理、方法和初始结果》,刊载于《社会科学和医学》,第33卷,第7期,1991年。我们还注意到这些研究结果和达尼埃尔·博伊和居伊·米歇拉的多么吻合:不是因为文化水平的上升,对超科学的信仰就会减弱(《对超科学的信仰:社会和文化领域》,刊载于《法国社会学杂志》,XXVII,2,1986)。认为文化和科学思想的发展会驱散信仰的理智主义假设应该被摒弃,而是要问问为什么现在出现了共存状况(批判理性和接纳无法控制的“确定性”)(参见弗朗索瓦丝·阿斯科维—勒埃尔波,《信仰超自然现象指南:对理智主义假设的批判检验》,刊载于《通讯》,第52期,1990)。

<sup>②</sup> 霍华德·S. 贝克,《局外人:不正常行为的社会学研究》,巴黎,A. M. Métailié,1985。

<sup>③</sup> 罗伯特·K. 默顿,《社会学理论和方法基础》,巴黎,Plon,1965。见第9章,“影响的种类:局部和全局”,第295—321页。

流言蜚语和结伙行骗会左右新邻居、新同事的行为<sup>①</sup>，母亲则会给女儿灌输一些信仰和自身保健或给亲人治病的方法<sup>②</sup>，正是这些构成了我们风俗中约定俗成的东西，其中包含的健康习惯由此就显得合情合理，而且意义深刻。

第四点，把许癸厄亚女神限制在价值与规范的领域里对她来说十分不公平，尽管人们给予这个领域更广泛的定义，把象征的范畴也包括进去，并通过实践来实现部分形式的具体化。许癸厄亚很清楚地知道，因为生活条件的原因，对一部分人而言，她的一些建议是过于苛求了，或者说是毫无意义的：对于每天晚上从田野里归来、累得半死的奴隶来说，生活有节制又有什么好处呢？

存在于个体和/或群体之间的健康差异，很大程度上被归因于大自然、机遇和偶然性。甚至连开创了经典病源学(一个传染因子+一个宿主=一个疾病)的巴斯德微生物学也推崇这种解释，认为是自然原因造成了疾病率和死亡率的人群差异。但是很快，传染病学对这种线性因果关系提出了质疑：宿主和细菌在一定的条件下可以和平共处，宿主不会产生任何被感染的情况。

尽管这个“软因果关系”给生物学、医学、健康与疾病的实证主义观点打上了问号<sup>③</sup>，今天人们仍然难以承认这个事实，即在疾病的进程中，大自然不是唯一的影响因素。虽然在我们的“理性主义”社会中，也存在

---

① 诺贝尔特·埃利亚斯，《流言蜚语评论》，刊载于《社会科学研究学报》，第60期，1985。

② 弗朗索瓦丝·卢，《天主教徒和新教徒家庭的文化传播：夏尔多纳莱地区的健体法》，刊载于《法国民族学》，IV，第1—2期，1974。

③ 安德鲁·C. 特瓦多，《从医学社会学到健康社会学：疾病与治疗的社会学研究中的变化关系》，第12章，汤姆·博托默尔、史蒂芬·诺瓦克、马伽列娜·索卡洛夫斯卡主编，《社会学：最新发展》，伦敦，Sage，1982，第327—328页。



疾病“社会化”的观点(就像在没有文字的社会里,有多少人会因为自己的痛苦,包括最直接的身体上的问题,而指责“别人”)。然而,在相同的生物基因资本条件下,我们看到完全不同的命运安排;另外,人们注意到,同年龄、残疾情况相仿的老年人之间的寿命差别巨大。慢性疾病和变性疾病的流行病学研究表明,大多数情况下,不可能仅仅把一个风险因素和一种特定的疾病联系起来:大多数决定人群健康的因素,而且首先是决定健康差异产生的因素,都属于普通社会生活中最制度化和最具结构性的方面。

最核心、最关键的问题是,而且一直都是,如何确定出一些有益于健康的、最恰当的行动模式。看看我们战后的历史,主要的选择是对医疗系统进行越来越高的投入。但是从历史的角度,人们难道不能评判这一做法的可行性和有效性到底有多少吗?“苏比”报告(《健康 2010》)归纳出如下的观察发现和论据:发达国家人们寿命的延长不能单单归功于治疗医学的进步,也不能说仅仅是医疗体系发展的结果;疾病率和死亡率上的差异和整体生存条件及职业活动之间不无关系(人们获得医疗服务的障碍消失或者减少了,但是要缩小疾病和死亡率问题上的社会差异,作用微乎其微:克罗蒂娜·海茨里希(Claudine Herzlich)提醒报告编写组的人们,要增加活着的机会,去看医生比改变自身社会阶层要简单得多);大多数评价医疗系统有效性的举措都显示出,仍然有很多不尽人意的地方有待改善,这些问题在不同的层次都存在:医疗服务机构的生产效率成问题,部分药品和治疗程序在诊断和治疗中的恰当性还是个“问号”,给医疗服务机构提供报酬时,激励它们提供更好服务的机制不足。所有这些因素都呼唤人们进行思考,研究出一个不同以往的、对健康有利的行动模式来。

这是不是说我们的社会即将迎来这方面翻天覆地的变化,直到把对医学和医疗体系的投入减到很少呢?无论我们彻底消灭疾病的愿望有多强烈,决心有多大,短期都是不可能实现的:在很长一段时间里,我



们仍然需要有效的医学来帮助我们和疾病与死亡做战斗。在经历了许多机制,特别是社会机制以后,当我们落入了一个疾病的风暴世界中,医疗体系就成为了我们最后的救命稻草:它不会对这些造就疾病的机制带来的一切问题进行修复,但是它可以缓解症状,延长生命。

我们已经说过,对医疗科技发展的关注,属于实证主义普罗米修斯式的妄想。另外,针对发展中社会,乔治·巴朗迪耶<sup>①</sup>指出,一些国家在科技实力的角逐中发展迅速,却因此加大了人民之间的社会差距,由于在扫除传统思想的同时,没有新的思想来补充,反而激化了社会关系中的紧张因素和暴力现象。没有任何相似的进程吗?这样的社会与我们果真完全不同吗?韦伯的假设里所说的在工业化社会里的世界幻灭也是这个意思:我们在诊断、治疗疾病方面的电子、信息和制药技术水平的不断提高,对我们有关病痛与健康(bien-être)的意义的求索却是无济于事。有这样一种评论观点,通过比较不同社会而强调,无论是从生物还是行为的角度来说,象征的世界与身体现象的物质性都是密切相连的。

在这类问题的基础上,我们将试图对当今健康问题的台前幕后进行观察。我们将在现代性中首先为健康体制变革定位(流行病学的转型),之后,针对健康命运的社会不平等问题进行考量:收集和分析现有的数据,建立起这些命运的社会异质性。这就是本书第一部分的内容。这些观察发现需要进一步解释:在健康分配不平等的情况下,健康在一些社会机制和进程中完成了自身的社会塑造。我们的目的就是在健康问题进入医学领域和医疗体系之前,发现这些塑造它的社会机制和进程是什么。这不等于说我们就可以不加检查地接受医疗体系自身的明显职能(无歧视地进行预防和治愈工作):分析医疗体系的潜在功能(特别是它在健康状况的社会分化上所起的作用)需要另一种形式的阐

---

<sup>①</sup> 乔治·巴朗迪耶,《意义与力量》,巴黎,法国大学出版社,第2版,1981,第291页。

述。<sup>①</sup>这就是为什么第二部分主要用来探究和解释健康的社会惰性制约问题,而没有过多地考察医学本身对这个问题的影响。

---

① 这个方面在作者的导师资格论文最后一部分有所涉及:马赛尔·德吕勒,《健康问题的社会分化:公共健康、医学与社会》,图卢兹—勒米拉耶大学,1994。同时参见:伊凡·伊里奇,《医学的报复》,巴黎,Seuil,1975;安托瓦内特·舍维耐,《医学供选,阶层医学》,巴黎,法国大学出版社,1978;E. 茹格拉、M. 格勒贝尔、F. 哈通,《发达国家健康状况的进化和健康系统活动的关系》,刊载于《流行病学与公共健康杂志》,第36卷,第6期,1988;J. B. 麦肯利、S. M. 麦肯利、R. 比格霍,《医学措施对美国近期死亡率和疾病率影响之证据评论》,刊载于《国际健康服务学报》,第19卷,第2期,1989。

## 第一部分

### 寿命的延长与 健康的社会差异的持续





## 第一章 健康与进步

“流行病学转型”的概念是由阿布德尔·欧姆兰<sup>①</sup>(Abdel Omran)提出的,为的是解释人口统计历史学家使用的“人口转型”<sup>②</sup>概念。这是18世纪大多数欧洲国家都经历过的一次根本的历史进程。随后欧洲带动了世界其他地区走上这个模式:今天发展中国家的人口爆炸就证明了这一点。

在这一现象之前,死亡率曾经非常高:1周岁前和5岁前,儿童死亡的数字惊人(只有不到半数的儿童能够活到5岁);人的平均寿命(出生时的期望寿命)不到30岁。只有高出生率才能使人群数量达到平衡——在一些较好的时期,也就是经济方面没有饥荒、政治方面没有战争、卫生方面没有瘟疫的时期,人口勉强可以略有增长。然而,这个平衡一直是非常脆弱的,因为它会受到突如其来的、不可预见的大灾难(如以上所举之饥荒、战争和瘟疫)导致的超高死亡率的影响。

---

① 阿布德尔·R. 欧姆兰,《流行病学转型》,刊载于《米尔班克纪念基金季刊》,第49卷,第1期,1971,第509—538页。

② 让-克洛德·舍耐,《人口转型,阶段、形式、经济影响:67国短时系列研究(1720—1984)》,巴黎,法国大学出版社/法国国家人口研究所,1986。

这些大灾难就是人们跳死神舞以及用其他一些文化方式想要驱除的厄运。

在 18 世纪的欧洲,出现了一种完全不同的体制,超高死亡率的大灾难几乎消失殆尽,同时儿童死亡率和人口死亡率有所下降:在法国,19 世纪初(1815—1817),人们的平均寿命达到了 39 岁。这样一个现象也在不同国家地区、不同时刻达到了高峰。这一现象的结果就是导致了人口的饱和,以及由此对土地占有的压力的增加。在这一背景下,诺曼底和加隆河中游成为了两个最早“发明”马尔萨斯式人口自调节模式的地区<sup>①</sup>:由于当时非婚生行为不被认可,而现代的机械、化学避孕手段还不为人所知,“道德约束”制约了所有人,导致生育率的降低。在旧制度下,法国曾经每个妇女平均生育 6—10 个孩子(视婚姻是否被丧偶中断而定)。现在这个数字减小了很多,而后代的数目依然非常可观。

从这一时期起,人们出生时的期望寿命就不断增长,尽管增长的速度并不均匀:19 世纪中叶,法国人的出生期望寿命是 41 岁,20 世纪初这个数字达到了 45 岁,1940 年的时候接近了 60 岁,1958 年达到了 70 岁,而 1990 年更是增加到 77 岁;三个主要停滞时期把这个增长过程截断(如果把历次世界大战的灾难撇开不谈):1820—1840 年,1855—1890 年以及 20 世纪 60 年代(最后这个时期,人们以为已经达到了人类的生物寿命极限)。

尽管生育制度(马尔萨斯主义)已经发生了变化,它的控制更加具有偶然性。法国大革命不仅解放了身体,也解放了土地和职业:没有父母同意的婚姻以及双方协议的离婚加速了人们对马尔萨斯式陈规的忘却(除了那些天主教习俗还完好无损的地区)。由此,与死亡的斗争产生了直接的效果,但对出生的调节却需要更长的时间,因为这需要挑战祖

---

<sup>①</sup> 埃尔维·勒布拉,《三个法国》,巴黎,Odile Jacob,1986,第 86 页及后页。

先留下来的道德观念。在不同国家中,因为两个制度而造成的死亡率和出生率曲线之间的差距需要或长或短的时间才逐渐缩小。但是就欧洲国家总体而言(以及之后的发展中国家),这两个曲线的差距造就了人口的爆炸。从1750年到1950年,欧洲人口(包括苏联)增加了近三倍:(再算上向北美扩张出去的部分)这大约相当于世界人口的三分之一。<sup>①</sup>如何理解这一巨大的变化?

## 1 流行病学转型及其背景

欧姆兰提出的流行病学转型模式在这里体现了它全部的价值,成为了这场名副其实的人口局面大翻转的主要动力,导致死亡因素方面的变化。这是怎样的一个变化呢?

在人口转型之前,死亡因为传染病、寄生虫病及营养缺乏症而早早到来,受冲击最大的是幼儿死亡率。这些病的减少直至消亡转变了死亡的机制:这以后,主要是一些新的疾病导致死亡,但是死亡年龄更大。有些矛盾的是,平均寿命的延长佐证了新死亡原因!并不是说这些疾病以前不存在,而是它们的“竞争对手”没给它们抛头露面的机会。

鼠疫和霍乱是最早让步的疾病,然后是天花、伤寒、白喉、猩红热、麻疹、百日咳、结核病、小儿麻痹症……随后,更多走上台前的是心脏疾病、心血管问题、癌症和其他变性疾病(*maladies dégénératives*),还不算一些和行为有关的健康意外事故(酒精中毒、自杀、性传染病等等),以及各种医原性的疾病(广义),典型地由生产方式发展和“组织”出来的疾病(职业病、工业污染的后果、交通工伤事故……)。

---

<sup>①</sup> 佛朗斯·麦斯雷和雅克·瓦兰,《健康与人口:医学进步的结果》,Villette 科学与工业城,1992,见前注,第237—243页。

从死亡原因的变迁方面考察，在法国，变化是显而易见的<sup>①</sup>：1906年，19%的死亡是由传染病和寄生虫疾病引起的，其中11%是结核病造成的；20世纪80年代初，结核病已经不再是致命的疾病了（后来结核病重新成为致命性疾病，其中一个原因是艾滋病的出现），而所有“急性病”（*affections aiguës*）只占致死原因的1.3%。相反，我们可以观察到导致死亡的变性疾病数量增加（因肿瘤死亡从3.5%增加到24%，心血管疾病致死从12.5%增加到36.4%），而事故死亡和猝死的人数增加了将近两倍。

这样的事实让欧姆兰提出了一个流行病学转型的三步周期模型：

——周期的第一个时期的特点为传染病、寄生虫疾病以及营养缺乏症引起高死亡率，缩短了期望寿命：这是在瘟疫和饥荒的时代。

——第二个阶段是完全意义上的转型时期：过去的致死疾病渐渐让位给了发病年龄较高的其他致死疾病，期望寿命增加。

——第三个阶段是变性疾病的“主导”阶段：这个时期的慢性疾病死亡率不断攀升，既包括成年末期的，也有亚人群中最年长者，在期望寿命上，仍然可以有所进步。

民族社会（*les sociétés-nations*）和本土及其所辖地区，在其各自历史的不同阶段，会有这个周期发展出现。二次世界大战后，日本进入了流行病学转型的第二个阶段（直到20世纪50年代，这个国家的第一死亡原因仍然是结核病），而英国在19世纪下半叶就进入了这个阶段。发展中国家大多刚刚进入到第二个阶段或者马上就要进入这个阶段：有些国家发展迟缓，有些则进步比较迅速（比如古巴和哥斯达黎加）；香港的经历则说明中国人可以迅速地从第一阶段进入到第三阶段。所有工业化国家都已经进入了欧姆兰周期的第三阶段，但这其中的差别是非常显著的。

<sup>①</sup> 亨利·皮舍拉，《流行病学转型地理》，《地理年鉴》，第98年，第546期，1989，第139页及后页。



一定数量的“大”病,比如心肌梗塞、脑血管病变、胃和子宫肿瘤以及糖尿病在一些国家呈减少趋势:心血管疾病、子宫癌和糖尿病的死亡率减少开始于北美;随后是澳大利亚和新西兰;而后,又扩展至西欧,但不包括欧洲的地中海部分和前苏联阵营。换言之,前卫(avant-garde)和后卫(arrière-garde)的游戏在变性疾病领域继续下来。事情的发展有必要给欧姆兰的模型补充一个第四阶段,正如亨利·皮舍拉建议的,就是致死慢性疾病的退缩(特别是45到54岁之间)和下降(55至75岁之间)阶段。

如果说这个第四阶段的特点是相对好地控制了变性疾病的死亡率,这并不表示相应的疾病率有所下降。从某种角度来说,这并不是完全根除这些疾病,就像消除传染病一样,而是“驯服”它们:我们学会了和慢性疾病一起生活更长时间,而由其导致的死亡来得更晚些。20世纪末,人们发现皮舍拉提出的这个第四阶段表现出一定的波动:当我们成功地稳定或击退了某一种变性疾病,另一种却乘虚而入;当我们减少了它们在生命某个阶段的影响,它们却更猛烈地出现在稍晚的下个阶段。

然而,艾滋病出现了,它的某些特点是前所未有的,需要我们重新思考流行病转型的模型。是否应该把欧姆兰的模式延长到第五阶段,“社会病”阶段?当然艾滋病是一种病毒性疾病,但它使其感染者易染上各种传染病<sup>①</sup>,它的传播机理同样不容忽视,因其借助了社会交往的一个重要动力:性交往。尽管1986年到1987年,在法国艾滋病的死亡率有所下降,这种疫病仍在不断传播,而青年成人是受传染最严重的人群。<sup>②</sup>

除了有如上特点的艾滋病,还有其他一些致死原因能够说明已经进入周期第四阶段的社会里流行病学转型仍未止步:1988年,突然死亡

---

① 奥利维耶·硕盖、贝尔纳·莫莱,《健康在法国,变动的行业》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第236页。

② 弗朗索瓦丝·哈通、埃莱纳·米歇尔、阿兰·勒图莱克、维维亚娜·尼科,《艾滋病在法国》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第262—265页。

(la mort violente)是15—24岁人群死亡的主要原因,女性中占到60%,男性中占80%(这其中,死于交通事故的,男性中占2/3,女性中超过半数;从20世纪60年代中到80年代中,这个年龄段的男性自杀率翻了一番还要多)。①这一类型的死亡有一个共同点,涂尔干在阐述自杀现象的时候已经指出:自杀是社会交往状况的一个指数,显示在两个方面,即同化性和调节性。当其他死亡原因稳定和下降的时候,“社会病”就被突显出来,就好像,在流行病周期过程中,从一个阶段到另一个阶段,健康与疾病当中社会活动的那部分变得更加清晰了。

这样的假设并不意味着“社会病”过去并不存在:可以说结核病已经是一种“社会病”了;同样的,梅毒和一切性传染病都需要借助一些社会交往方式。如此,延伸欧姆兰模式的意义在于这一行动本身:这假设的第五阶段强调了社会交往动力是多么能够助长有害健康进程的滋生和蔓延,以至于导致死亡。

由流行病学转型带来人口转型的这第一层面认识或许可以和另一个更有背景的、更结构化的层面相结合。这些重大的死亡原因的连续动荡说明了什么呢?

在18世纪下半叶,传染病和营养不良所导致的死亡数字骤降,同时在更为宽泛的启蒙运动背景下,发生了三个变化。经济方面,无可争议的农业科学进步确保了每年城乡都有基本充足的食物基础。第二,管理部门有了某种计算和预测意识。如果赶上了差年景,管理部门推动和扶植的交通和商业的发展,成为它最初的理性再分配的调节杠杆。饥荒和粮荒的基本消失或缓解使营养不良症减少了,更不用说,吃得好了,身体抵抗传染病的能力也随之增强。第三点,医学本身也即将开始它的

---

① 雅克·瓦兰,《1920年以来的死亡率变化》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1993,第241—242页,克里斯蒂昂·波德楼、罗杰·埃斯塔布莱、萨阿迪·拉鲁,《自杀:社会现象》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987,第456页。

现代革命：从昂布鲁瓦兹·帕雷(Ambroise Paré)到热内(Jenner)，“启蒙时代的医生们”主要受到孔多塞(Condorcet)思想的影响[如卡巴尼斯(Cabanis)]<sup>①</sup>，为“临床医学的诞生”铺平了道路。

可以说18世纪算不上一个医学取得突破性进展的时代，这一时期出现的新一代的医生都是伟大的观察家，致力于向更广泛的大众传播科学知识。天花的案例就是这个方面很好的例子。在当时天花是最可怕疾病之一，人们以1721年开始的接种技术开始了对天花的战斗（人们把天花疱上的脓汁收集起来，放到手臂的切口上，这一接种天花的方法是有效的，但是很危险），热内后来发明了牛痘接种法，并在1798年广泛应用（采用同样的方法，但是用的是从病牛的牛痘上收集的疫苗，对人没有危险）。<sup>②</sup>另外，医生与管理者们联手建立起检疫封锁，挡住了传染病的蔓延：把受感染的人群或地区隔离以限制疾病的传播。无论医生们经历的历程如何，特别是他们的立足点如何（医学院、医院、军队、知识社团等等），他们中的许多人都抱有“干涉主义行动逻辑”<sup>③</sup>，这正应和了其他社会团体也推崇的理性主义文化氛围：“成为大自然的主人和拥有者。”

在大多数欧洲国家，流行病学转型的第二个阶段经历了很长时间：对健康有利的机制还不为人知，直到19世纪才在两个领域里理解了这种机制：一方面是对疾病和研究方法的研究，另一方面，是相继出现的

---

① 让-克洛德·吉奥，《论医学社会学的定义和内容》，国家博士论文，勒内·笛卡尔大学，巴黎，1979。见第一部分第一章。

② 安娜·马克维奇，《热内牛痘接种法的引入，卫生意识形态和政策的标识》，《社会学年刊》，36，1986。

③ 奥尔吉耶·库提，《卫生领域的科学革新（1750—1825）》，接着有让-皮埃尔·古贝尔，《“卫生领域”的生产：一个历史的解读》，刊载于《社会科学与健康》，第3—4期，1983年9月。



卫生计划。<sup>①</sup>

有几个重要的、有代表性的人物,在当时标志着法国医学事业的兴趣和普及,我们可以试着围绕这几个人物综述第一个领域的情况:19世纪上半叶有皮奈尔(Pinel)、毕沙(Bichat)和布鲁塞(Broussais),他们更新并建立了现代医学知识体系;19世纪下半叶,克洛德·贝尔纳(Claude Bernard)和路易·巴斯德(Louis Pasteur)在实验室中将早期的著作做了强化、深入,并且深入了他们对治疗实践的发现(灭菌法、疫苗接种的转变和普及)。前三位医学先驱开创了解剖临床医学:在医院的教学、职业重组之中,皮奈尔定义了临床观察,交替使用口头询问和最仔细的观察对身体各部位进行分析;毕沙引入了病理解剖学,引导医生的目光,从他们的失败之中寻求真相:没有尸体解剖家的解剖刀,机体的损害就无从看见。布鲁塞建立了生理学,总结了炎症、局部和整体形变的关节的各种不同形态,最终建立起作为“对刺激因素的组织反应的复杂运动”的疾病观。<sup>②</sup>

克洛德·贝尔纳发展了实验医学,达到了活体实验的阶段:毕沙的病理学变成了一个生理学的应用。由于贝尔纳的努力,实验不单单是验证的手段(过去的经验主义者间断的工作方法):仅仅诱发现象已经不够了;还应该“把现象放到一个已知的决定论中去”,这样,一个现象的产生同时也是以实践为目的创造知识,用贝尔纳自己的话说,是为了“把活的机体的活力调整到某一个状态”。

路易·巴斯德通过引入生物化学的贡献,以另一个观点加强了实验室的工作:他确认了传染病的“刺激因素”,向人们展示了这些病的细菌起源。在贝尔纳的认识论层面,他把自己对鸡霍乱、羊炭疽病、狂犬病等等的发现加入到了细菌生命和微生物在个体间传播(传染)的普遍性的

---

<sup>①</sup> 为了了解19世纪法国的医学史,参见雅克·莱昂纳尔,《权力与知识之间的医学》,巴黎,Aubier-Montagne,1981。

<sup>②</sup> 米歇尔·福柯(1963),见前注,第194页。



综合理论中。他的研究开辟了无限微观领域,之后在这一领域涌现出了大量的细菌学和寄生虫学的开拓者,还有针对感染的自我保护措施的研究者(继疫苗之后又出现了血清等一些预防、治疗的手段)。然而,尽管有如此多的“奠基性的”发现,临床和实验室却在50年里始终被分开:根据李希滕塔勒(Lichtenthaler)<sup>①</sup>的研究,在1870年左右,是化学的进步使临床进入到实验室。

在这个澄清疾病机理的工作的同时,甚至更早,卫生医学也得到了发展<sup>②</sup>,它的目的既要促进社会组织的改革,又要推动卫生手段的进步,其有效性在当时超过了临床药物治疗“令人怀疑的”疗效:卫生保健主义原般原样地将健康计划和组织社会的愿望结合起来。具体的计划是百科全书派草拟的。直到1829年才出版了第一卷《公共卫生和法医学年鉴》。杂志的题目本身说明了整个计划的内容:卫生不只是一个工具,应该为之立法。这个世纪里第二次,健康在社会的组织计划中成为了行动概念,但这次是由于涂尔干和他的社会学,是通过区分正常和病态来实现的,由此体现了从“逻辑必须到实践必须”的转化的愿望。<sup>③</sup>在两者之间,是圣西门主义画下的红线。

19世纪的卫生主义追求的目标是清洁,它是通过社会改革来实现的:它揭露贫困现象和恶劣的工作、城市、住房条件。在它的周围发展起来社会流行病学的最初形式。这门学科是由林德(Lind,皇家海军医生)于18世纪开创,在法国由布瓦吉伯(Boisguilbert)和德帕尔修(Deparcieux)创

① 引自弗朗索瓦—安德烈·伊桑贝尔,《实践性和代表性的人体实验》,刊载于《社会科学研究学报》,第68期,1987,第26页。

② 我们可以在克里斯蒂昂·谢的《公共卫生和社会秩序》(历史诠释论文,刊载于《现代》杂志,第36年,第142期,1980年11月)中找到公共卫生史的轮廓(和它的解释)。对于我们这个时期,参见第三章,《政治预防和医学预防》,第908—929页。

③ 让—米歇尔·贝特罗,《社会学方法规定或社会学经验推论的确立》,收录于埃米尔·涂尔干,《社会学方法》,巴黎,Flammarion,Champs丛书,1988,第48—50页。

始。让我们再列举几个上世纪这一进程中有代表性的名字：维勒美（Villermé）关于法国东、北部工业纺织工人的研究；英国斯坦威（Stanway）的研究和比利时盖特莱（Quételet）的研究都根据社会经济标准比较了身高体重的发展。<sup>①</sup>我们可以把一系列不同性质的规划行动都归于卫生主义：饮用水和废水的分渠引流就是一个不可忽视的例子。

社会卫生主义不仅仅有一个制度性的影响范围。一部分卫生医学的话语试图定义另一个主体与其躯体关系的空间：不是把它简单地归为传统的健康职责，而是强调了主体是在身体里，也是借助身体在世界中存在，强调了一种恒久的“对自我的忧虑”。这样，卫生就是个感官教育问题，通过寻找提供所有可能的快感的各种形式来训练，原则就是自我调控。<sup>②</sup>

我们看到流行病学转型的第三阶段出现了传染病的消失和变性疾病增多的趋势。20世纪中，西方工业化国家儿童死亡率的曲线证明了第一个现象的存在。这一时期，起步于上个世纪的药理学已经从童年达到了成熟时期：二战前医疗手段方面众多革命性的发现，在现代社会中以最广泛的方式传播开来。到20世纪80年代末，在法国，人们拥有170多种不同的抗生素配方。物理学带给医学多方面的贡献，其中要数伦琴（Röntgen）在1860年的发现（X射线）在现代医学史中推广速度最为迅疾：无论健康与否，人的身体变得透明；放射线照相术革命整整影响了半个世纪，直到超声波造影、扫描照相术、磁共振等技术出现；放射疗法和镭疗法被结合使用在某些癌症的治疗中。

---

① 无论在英国还是在法国，人们都可以找到这段健康与社会调查的历史的原稿。在热拉尔·勒克莱尔的著作《人类观察：一个社会调查史》中，巴黎，Seuil，1979。特别参见第九章第一节，“健康的分配，一个社会事实”。

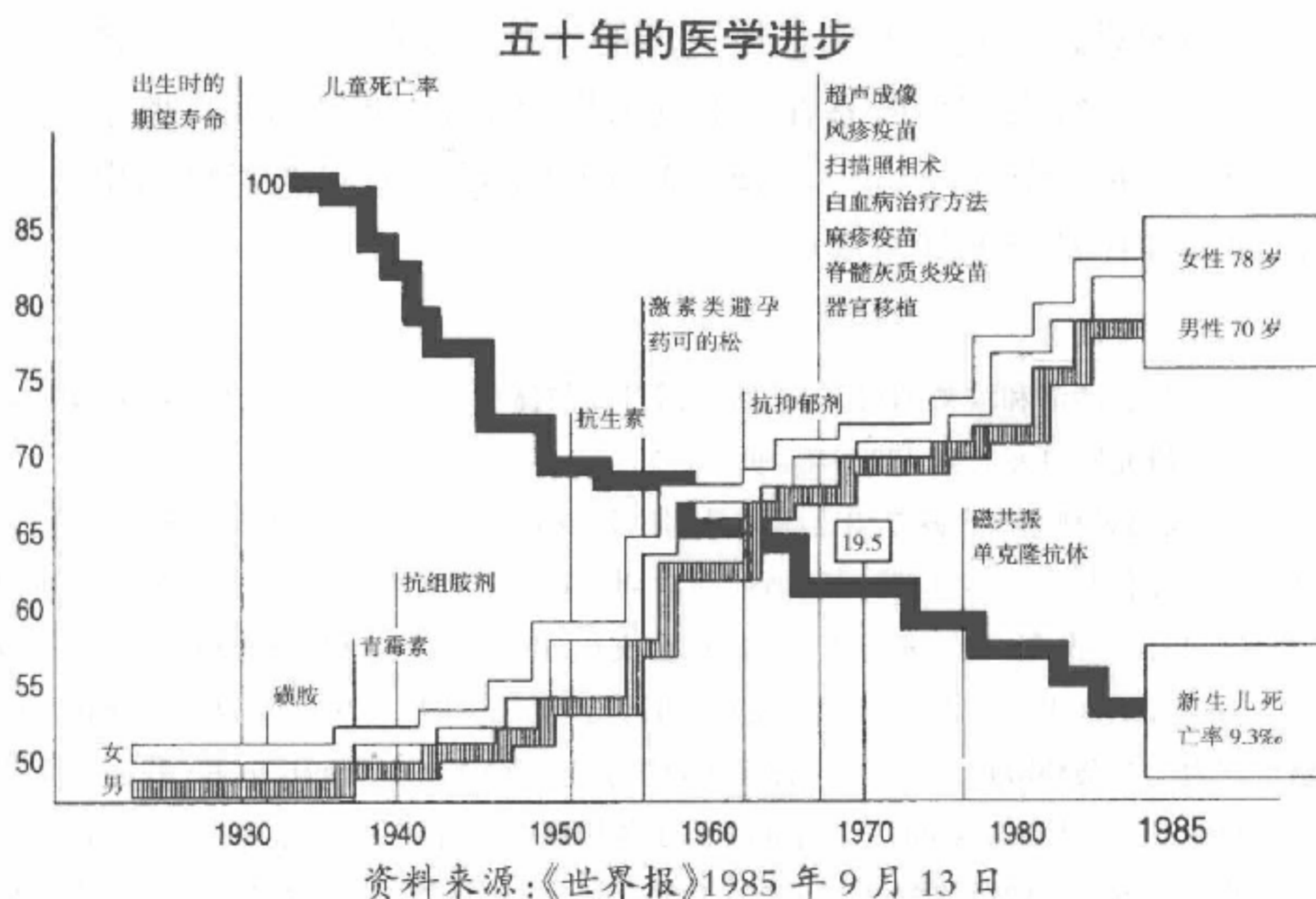
② 罗斯琳·雷，《启蒙运动的医学思想中的卫生与对自我的忧虑》，刊载于《交流》，第56期，1993。

让·昂伯格(Jean Hamburger)认为<sup>①</sup>,从20世纪50年代开始的治疗法的革命是最悄无声息而又非同一般的,它撼动了

治疗学的行动原则,至少在急病和重症的情况下是这样。传统教学认为,除非医生可以去除病因,否则他的介入并没有什么实际作用。[然而人们发现]针对疾病后果而不是病因的治疗,在重症处理中可以起到重要的作用。

这是医疗重症监护根本原则的变化,就是在器官“失灵”的时候,在必要的时间内,对身体的内环境进行控制。

进入流行病学转型的第四个时期,因为变性疾病的原因,死亡率的曲线的增长有微小的变动。这一时期,也迎来了医学科技的进步(如上



<sup>①</sup> 让·昂伯格,《治疗学的革命》,《世界报》,1992年4月16日。

文所述的广义范围):特别是人们能更好地治疗心脏疾病和癌症。

总之,在流行病学转型经历的这两个半世纪里,公众健康不可争辩地得到了改善。明显的指标之一就是身高的变化。同其他的工业化国家居民一样,法国人长高了。<sup>①</sup>在1830—1850年间,新兵的平均身高是1.62米;一个世纪以后,达到了1.72米。但是1850年20岁新兵还没有达到最终的高度:可能在25岁时会长到1.65米;在20世纪70年代,19—20岁新兵已经达到最终身高。这个世纪末的年轻人的身高比上个世纪的要高,而且长成的时间也提前了。当然,这里说的是平均值,还需要在其他标准下继续思考。

## 2 流行病学转型与社会<sup>②</sup>结构转型

高龄人群死亡率下降、平均寿命延长和人群健康状况改善,这样一个普遍现象难道不是文明的整体进步的一种表现吗?这不就是将流行病学的转型和社会转型联系在一起,强调它们的相同动力吗?鉴于人口转型和流行病学转型之间已经建立起来的关系,人们能否总结出第三个长期的现代社会的转型呢?

---

<sup>①</sup> 阿兰·沙洛和埃莱纳·瓦尔德列芙,《身高与体重》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1984,第402—404页。

<sup>②</sup> 我们对制造这个既是语言学又是理论领域的新词汇的辩论有所了解:菲利浦·迪利巴内,《文化和“社会效应”》,《法国社会学杂志》,XXII-4-1991;马克·莫利斯、弗朗索瓦·塞利耶和让-雅克·希尔维斯特,《民族社会文化分析——答菲利浦·迪利巴内》,《法国社会学杂志》,XXXIII-1-1992;弗朗索瓦·埃朗,《与“全社会的”了断》,[后文]让-勒内·特雷昂东,《为一个杂种辩护》,刊载于《法国社会学杂志》,XXXIII-4-1991。这里,我们接受特雷昂东的观点:“‘社会的(social)’这个词充满了各种意思,既有广义的,也有特指的,有关人数最多的社会阶层的命运的意思(……)社会科学缺乏一个直截了当指称有关整体社会的词汇(……)让我们在社会学的东风下,最先斗胆借用英语词汇‘全社会的’(sociétal)吧。”



这样的问题明显不是中性的：为了回答这些问题，有必要先找到并分析它们的前提假设。在改善、进步、文明这些词汇之下，往往隐含有进化的联想与含义，而进化往往伴随有价值观的评价：比如说，人们把野蛮与文明对立起来，并且认为后者是好的<sup>①</sup>。在阿兰·泰斯塔(Alain Testart)的民族学之后，让我们试着澄清几个模糊概念吧。

社会进化论，和尽管也是恶意攻击的目标<sup>②</sup>、但仍更为广泛地被人们接受的生物进化论相反，经常因为它有争议的论据而被人们摒弃。技术的进步其实可以视为一种隐喻说法，因为一个工具不会产生另一个工具，这与一个物种内发生的事情大不相同：如果说，不言而喻社会制造自己的工具，而且在自身繁衍的时候复制这些工具，那么顺理成章地，一个工具之于一个社会就是一副骨架之于某个生物物种的关系。人们还反对观察到现象的同时代性(比如，现代社会里的火箭和行驶在第三世界国家现今城市里的马车是同时代的)使得建立时间序列成为泡影这个说法：这样算来，以乌龟和人是“同时代的”名义，就应该说“爬行”动物比“哺乳”动物出现早是道听途说，这是很荒谬的。

如果达尔文主义让人类和动物类“危险地”接近，那么社会进化论就认为文明人和“野蛮人”或者“原始人”成为了近亲，这就足够“耸人听闻”的了：指出差异、澄清连续的状态，这些做法与表明前后事物间有连续性、去除伪差异性从而消除某种所谓优越性基础的做法，有着同等重要的影响力。但是，当人们掌握了真实的差异性，并把它们重新引入到进化的意识形态中去，使得人们通过一个价值增值/贬值的标准尺度来区分社会阶层或者社会集团，这就显得有些自相矛盾了。然而，进化论并没有包含一个先前状态必贬值的判断；同时，也不是不可能找到让进步概念更客观的标准：在技术方面，效率可以描述客观可见的差距，但

① 阿兰·泰斯塔，《社会人类学中的进化论问题》，《法国社会学杂志》，XXXIII，第2期，1992。

② 皮埃尔·图利耶，《圣经与科学：达尔文打官司》，《研究》，第123期，1981年6月。

是这并不是说技术进步和社会进步、道德进步是同步前进的。

鉴于这些评论,很清楚,我们接下来将随着社会体系转变,试图把不同的、连续的人口和流行病制度状态连结起来,撇开那种认为一些状态和改变比另一些好的成见。在欧洲,存在以上描述的转型观点中的重要社会组织转变吗?

除了第一个由社会进化论主义诠释方法引起的困难以外,还有第二个陷阱,就是关于这些进化的描述和可理解性:这样的转变的动力是什么?用目前经典的方法,两种主要观点产生对立<sup>①</sup>:一些人把社会变化解释成来自计划和具有改革性、革命性个体的行动,这些人逐渐战胜了大多数人的决定,随后征服了所有人,抑或他们建立了一些锁定或限制机制,把他们的设计强加给别人;另一些人对这种解释不屑一顾,并且用另一种观点与之对立,这种观点认为,历史的结构和进程是从一些莫名力量的行动而来,人是这一行动的玩偶,而不是主使。这后一种观点又分成了两个方面:第一个观点,通过与生物学类比,认为人类历史是循环变化的过程(对于衰落的思考起了很大的作用);第二个观点,更乐观、更宏大,在严格的单向进化方向之中,在不可避免的进步方向中,加入了不连贯性,无论历史“结巴”到什么程度。人们可以想象没有社会个体,或者反过来,没有真正的个体的社会吗?这就是人们面对的恶性循环。我们要展示的这个陷阱就是由马上要研究的社会转变所产生的。<sup>②</sup>

对巫术的研究表明这种形式的行动和思想出现在人类想要影响他们不能控制的现象的时候:畜群的繁盛与否,或者收成的好坏、疾病和

---

<sup>①</sup> 在下列著作中,人们可以找到更多的论述:乔治·巴朗迪耶(主编),《变迁社会学》,巴黎,Anthropos,1970;雷蒙·布东,《无序的地位》,巴黎,法国大学出版社,1984;亨利·孟德拉斯、米歇尔·弗尔塞,《社会变化》,巴黎,Armand Colin,1983(特别参见第5章“从决定论到互动主义”)。

<sup>②</sup> 诺贝尔特·艾利亚斯,《个体的社会》,巴黎,Fayard,1991。我们将在下面再引用一些此书的论据,特别是在第二章“自我的意识和人的形象”中,第109—203页。

其他深刻影响他们生活的自然现象。巫术的作用在于缓和甚至是驱除恐惧意识、不安全感和在人们被神秘的、不可控制的力量所挟持的情况下产生的弱小感。巫术让人感到触及了事物的深层意义。

当这样一个模式被整个群体所采纳,这种模式就有了一种力量,使它变成不可动摇的信仰,而在没有采纳另一种形态的知识和行动的时候,很难减少自然现象的威胁。但是人类成功地从他们与自然关系的这个陷阱中逃脱了:通过科学与技术,他们在自己的地方有了介入能力。

这个陷阱长期阻碍了人类建立另一种知识和行动体系来改造自然,而不是成为它的奴隶,但是在思考集体生活的时候,这个陷阱不是成功的吗?我们不是既无法面对我们这个世界的社会问题,又对我们的共同生活中产生的无法控制的张力和矛盾无能为力吗?这正是诺贝尔特·艾利亚斯(Norbert Elias)提出的假设<sup>①</sup>:各种张力和矛盾的广度和密度证明了我们的集体自我约束水平是非常低的。只要感情因素大量介入了观点和行动,对观察和思考的客观性的控制就减弱了:这就成为了改换角度思考我们与他人、与自然之间关系的羁绊。

我们已经指出过,与人口、流行病学转型同时出现的医学进步,它植根于启蒙时代的丰厚土壤。我们已经重新提起过,对自然、人类现象的干涉主义在多大程度上是建立在笛卡尔创始的、全面的知识和进程控制计划之上。

还是笛卡尔,通过他方法严谨的怀疑论,把个体存在的意识放在了世界的中心,并且与传统和教权形成一种全新的、绝对的独立:过去教会定义说,作为神的创造的元素,自我的形象和经验是显而易见的,但是,在中世纪西方的末期,生活条件和权力关系的改变,为消除这种所谓的显而易见性提供了条件。借助于我们和那个时代在时间上的距离,我们可以清楚地看到,一个从屈服在传统宗教权力下的思想到更自主

---

<sup>①</sup> 诺贝尔特·艾利亚斯(1991),见前注,第134—135页。



思想的过渡过程和初露头角的个人主义的腾飞之间有着密切的关系。这表现为商业的发展和地理上的流动性、一种上升的国家化趋势和一个正在富裕起来的城市资产阶级的兴起：关键在于个人意识的更为自主的形成。

与自然科学解放一样，重农主义运动、经济和管理的柯尔柏主义和启蒙医学都属于这个个人化、自主化、企图控制一切当时还属于命运的东西——特别是生育和死亡——的潮流；在商人和银行家云集的城市里，政治权力的弱小（特别是在意大利）引起了算计、野心和个人唯意志论的发展：马基雅维利的《君主论》诞生了。当然，与这些转变同时代的人对他们所处的历史不连续性并无察觉：今天看当时的好处是让我们有这种意识，我们对人的“个人主义”视野不像人们想的那样是永恒和放之四海皆准的，而是文艺复兴的产物。

让我们继续这一分析：这样一种社会文化转变也有其负面影响。作为独立的思想者和观察家，还是一个能够改变世界进程的行动者，笛卡尔在表达他自己的经验的时候，认为自身是众多身体之中，作为他观察到的现实的一部分：这样一个分离行动的另一部分是产生了认知主体和他知识中客体世界的分裂，产生了个体和社会的分裂。身体/灵魂二元论被身体/理性的二元论所取代，后世的哲学努力寻找这个新二元论的关联或者超越这个观点。

这样的一个思想革命伴随着一个同样极端的社会化转变：在孩子的教育中，社会规范化和控制得到强化。“别碰这个”，“不要打她”，“你害不害臊哇？”，“老实点儿”……这些教训组成了众多的命令，使得这些小孩学会区分他们的冲动、他们的感觉或他们的思想和肌肉运动或者这个运动带来的活动：不是按照他们的感觉去行动，按照他们的想法去说话，他们逐渐学会区分欲望、思想、思想的行动和实际完成后果。社会规定逐渐变成了主体的“第二属性”，这个第二属性的原则是禁止一

切即刻的随意行动,就是说,控制一切自发行动的倾向。<sup>①</sup>

在欧洲社会中,从16世纪开始,人们观察到从骑士风度到宫廷社交礼仪的过渡,从忠勇的骑士策马而行背后大量的体力支出到高雅贵族的沙龙里缓慢的动作的过渡。这个长期的“文明”运动<sup>②</sup>使社会地位、社会关系和感性产生变化:在封建君主和诸侯之间的战争和决斗中,在封建主和农奴之间的暴动和农民起义中,虚拟或现实化的身体暴力逐渐变成了象征暴力,直到法制国家保证了每个人和所有人的自由和平等为止。

在社会关系的层面上也有一个渐进的变化:人们之间从混杂过渡到了产生距离,从参与活动的身体介入过渡到了一种旨在发现对方立场和动机的“观察天赋”文化,从“简单而天真”的态度过渡到了多重纷繁复杂的自我表现。感情自身变得细腻了:通过控制冲动反应,人们培养精致的情感;肢体动作占领了更少的空间,遵守正在逐步形成的“触摸的禁忌”,人们更重视通过距离来接受信息的感官(特别是视觉和听觉),人们训练这些感官对愉悦越来越敏感(雕塑艺术、音乐、文学进步了,与过去不同,这些作品的作者们开始留名)。

这种个体存在的新感觉——作为自我,先于作为一个集体或社团的成员——使得身体变成了一个物件,同时也成为了个人化的一个因素:身体借给主体自己的面孔,却与主体相脱离,它逃离了神学的禁忌,神学不允许破坏作为神的造物的人的身体工具;今后身体交给了解剖学家的手术刀;列奥纳多·达·芬奇和维萨尔开辟了实践的道路,并在医学院里普及开来。之后,人们已经记录过,“医学是对身体知识的某种官方记录,它让人或多或少成为了幸福的收藏家,收藏的是一些根据自身

<sup>①</sup> 罗歇·沙尔提埃,《如何思考自我限制?关于诺贝尔特·艾利亚斯的作品与罗歇·沙尔提埃的访谈录》,刊载于《交流》,第56期,1993。

<sup>②</sup> 诺贝尔特·艾利亚斯,《道德的文明》,巴黎,Calmann-Lévy,28,3;《西方的动力》,巴黎,Calmann-Lévy,1975;《宫廷社会》,巴黎,Flammarion,1985。



的生物逻辑运行的身体器官”。<sup>①</sup>

同样引人注意的是,随着期望寿命的增加,准备进入成年阶段的时间也延长了。在青年男女获得社会生活的职能和承担社会生活的责任之前,他们过着一种另类生活:这就是青春期概念的“发明”。<sup>②</sup>自从20世纪70年代,这个青春期变得“没完没了”,因为就学的时间延长了,学业结束后,就业没有跟上,婚姻也和进入职业生活不同时进行,性生活的开始不必等到结婚了,孩子的出生也是如此。<sup>③</sup>

这样长的一个等待时间里,渐渐形成了一个信仰:感觉到的内在世界是对应“自然”的人的,而社会是外部局限的世界。也许这个个体的理想——每个人都要为自己而活着,为了满足跟自己地位、能力和才能相称的个人愿望——构成了人格的根本因素:人格可不是个“自然”因素;它是通过一个必要的社会化形势形成的,并且需要一定的人文历史时期,这个时期里,专业化的活动转变(机器逐渐取代了对人畜肌肉力的

---

① 大卫·勒·布勒东,《二元论和文艺复兴:身体的现代表现的源泉》,刊载于《第欧根尼》杂志,第142期,1988,第43页。同时参见同一作者:《身体与个人主义》,刊载于《第欧根尼》杂志,第131期,1985。

② 大多数没有文字的社会没有这种现象:孩子通过某种过渡仪式被“变”为成年人,没有这个青春期的时段。青春期是那些存在劳动及其成果再分配的社会分工的社会的特点。关于过渡仪式,我们简短点明:阿诺德·冯·盖内普,《过渡仪式》,巴黎,Nourry,1909;约翰·怀廷、李察·克鲁科霍恩和阿尔伯特·安托尼,《男性成年过渡仪式的功能》,安德烈·列维主编,《社会心理学:英美基础文集》,巴黎,Dunod,1972;皮埃尔·布迪厄,《机构的仪式》,刊载于《社会科学研究学报》,第43期,1982。关于青春期社会学,有以下几种书:乔治·拉帕萨德,《进入生活》,巴黎,Minuit,1963;埃德加·莫兰,1963:《嗨!朋友们》,收入《社会学》,巴黎,Fayard,1984;让-克洛德·尚博乐东,《法国社会与青年》,达拉斯主编,《分享福利》,巴黎,Minuit,1966;奥利维耶·加朗,《青年社会学:进入职业生涯》,巴黎,Armand Colin,1991。

③ 埃尔维·勒·布拉,《没完没了的青春期或家庭的诡计》,刊载于《辩论》杂志,第25期,1983年5月,第121页。

剥削)、增加,并且决定了职能分配的不断加速。随着科学技术使人对自然现象控制的增加,个体更明显地意识到,他们无法控制他们自身之间的关系,也就是说无法“和谐地协调”这些关系:对个人欲望和社会要求之间矛盾的这种经验使人更为相信个体和社会之间的差距。

这样的社会组织转变给个体施加了压力,因为转变给个体提出了两个矛盾的要求:一方面,教育让个体把自己和他人区分开来,与他人竞争,接受他人对其成功的称赞,树立自身的独立性;另一方面,这个过程受到了阻止和限制:在这些限制中,人们反而要求妥协,就是说与别人一样遵守同一个社会游戏规则的能力、遵守共同的“普遍”价值的的能力、与别人相似的能力。个体导致的困难不是来自他们自身的“属性”和“外部”社会群体之间的矛盾:困难和社会自身的矛盾有关。这不意味着社会可能有某种优势:这是说“个体/社会”二元性是不能减为其中任何一个词的——而且这种二元性既是中世纪遗留下来的社会文化结构的产物,也是试图思考、改变这个结构的人类的产物。

这个社交活动的新模式,在如此矛盾的要求之下产生,不可能不对人群的健康产生影响:必须管理这样的张力所产生的压力,就会造成身体和精神的劳损。一旦人控制了传染病的致命影响之后,这种劳损在变性病和“社会”病中的增加似乎就不鲜见。这类健康问题的突发事件很久才会转到台前:人们证明,这种社会化的包装过程(个体的自治要求以自我控制为代价,需要压制第一位的冲动,延迟唾手可得的满足)需要一个长长的历史时期。

让我们草草看看另一种方法:社会要求模式,我们的文明与之矛盾,强制个体学习“正常地”去面对这些要求,这不能不使人想起保罗·奥托(Palo Alto)学派的精神分裂症理论。这种精神病,巴特松(Bateson)和他的精神病医师小组解释说,是在双重制约下的家庭体系的产物:一个个体困在一个进行自相矛盾交流的强关系环境下,如果他觉得在他感觉到的事物和他“应该”感受到的事物之间有差距,他就会感到受到

惩罚或者有强烈负罪感。<sup>①</sup>

在这个长长的“文明化”的过程中,医学既是一个见证人,又是一个共同参与者:通过医学技术进入现代知识模式,它协助强化了社会化过程中的社会框架;与此同时,医学给予个人它所发明的办法,用来减小或放松他们破坏性和自毁性的压力。医生慷慨的治疗不仅仅是“恢复”身体的技术动作:医学领域从身体问题扩大到社会问题。皮肤科医生、营养学医生、运动医生、整容医生给我们带来了“梦幻的、幸福的身体”:在看病、住院时,把病人和他的“自然群体”(家庭、朋友网络)分隔开,医学为支持个体独立做出贡献,为此,它创造出大量中介技术对象。<sup>②</sup>

与此同时,医学的知识和活动显得很大程度上被现代时期的文化、政治、经济的形式所决定,医学同时也是一个回溯力量,让个体化达到一个高水平。因此,个体越是能够通过自己单独的力量独立寻找各种特殊形式的满足感和成功,他越是可能冒不满足和失败的危险。医学对他来说时而提供一个适合的方法把他的计划搞好,时而提供一个有效的技术来修复和重建自我;医学既可以帮助个体寻找特殊性和个别性(比如通过整容手术或限制使用的“整容”产品),也可以帮助人解决被别人注意的困扰(医学可以让人控制讨厌的综合征——比如癫痫症——使人完成正常社会角色、避免精神伤害)。

---

① 如果一个个体在一个热情的环境里,在这里人们不断告诉他“自主一些!”,人们就把他放到了一个必须违背才能遵守的位置,或者说是这样一种情况:他要不是,他就是……参见保罗·瓦茨拉维克、雅内·艾尔米克·贝文、唐·D. 雅克森,《交流的逻辑》,巴黎,Seuil,Points丛书,1972,和伊夫·文金(汇编并撰导言),《新交流》,巴黎,Seuil,Points丛书,1981。

② 由此,避孕药普及开来:许多未婚妇女曾经害怕怀孕、担心受到指责和遭到社会排斥,因而节制自己的性关系。今后,无论女性在这个问题上的真实行为是什么,这是每个女性自己的选择,而不会受到社会压力的影响。参见维克多·斯卡迪利,《消费,日常文化》,巴黎,法国大学出版社,1983,第180—181页。



但是这样的“被帮助的个人主义”<sup>①</sup>不只和医学有关。对自身内部空间的开发、社会逃逸或质疑,就像寻找一个更好的适应集体环境的方法一样,都要通过使用酒精——而最近是(至少从它们的使用量来说)使用镇静剂和毒品——来实现。这种使用情况表现出一种对身体痛苦的敏感性的增强。它对健康的危害真实存在,众多社会机构,包括医疗,还是努力控制这些麻醉品的使用,但是这种控制有可能导致将精神病理学和普通痛苦混为一谈。

这样一个“文明化”的模式——在西欧,其逐步实施和人口、流行病学转型同步进行——是否必不可少呢?也就是说,除了几个技术进步以外,没有给我们留下别的方面的进步?<sup>②</sup>对这样一个问题的积极的答案会让我们落入“进化论意识形态”的陷阱:它预先假设了一个价值选择,也就是社会选择。

人们可以赞美人类征服自然的领域不断扩大,或者至少可以从中受益,与此同时后悔和批评对自我的控制和统治大自然造成的短期的对冲动的压制。归根到底,没有人知道,不同民族中通常有些奇怪的对本能和情感的控制、强加给个体的牺牲,这种控制方案是否而且在何种程度上对劳动分工系统的运行是真正必要的?或者是否其他成本更低、更不容易引起矛盾的方案也能奏效?<sup>③</sup>

---

① 我们借用的这个表达法和后边的评论来自:阿兰·艾伦贝格,“为毒品的政治思考辩护”,《解放报》,1992年11月30日。

② 这是柏林墙被推倒以后弗朗西斯·福山的论点,通过“历史的终结”回答了“伟大的夜晚”的社会主义乌托邦:“历史的问题的解决办法自从法国大革命以来就已经完成了”,在一次报纸的采访中他这样说。《世界报》,1992年2月25日。

③ 诺贝尔特·艾利亚斯(1991),见前注,第202页。



与这种欧洲社会变迁的“相对乐观”的模式<sup>①</sup>相反的,是米歇尔·福柯(Michel Foucault)著作中体现出来的更为“悲剧性”的模式。这位作者不反对个人化运动是现代性的特点,但通过检查大革命要求的对主观性形式的发明和对身体的发现二者的结合的规训效果,他追问法国大革命声称给予、“奉献”给这场个人化运动的自由化的范围。

人们已经指出过这一点,其实获得作为个体的自我意识和身体的客观化之间存在着互动。如果说,抛弃了科层组织正式和抽象的层面,人们运用一种实践的考古学的方法,就会观察到各处都有各异的技术(保持每个人的社会阶层的、让个体适应科层或个体任务的严格的训练和学习过程的行为准则,把不正常的人、病人吸纳或重新吸纳到正常的社会群体生活中所应用的纪律恢复训练)被用作社会控制的手段:群体是社会技术的目的,旨在调制特殊的社会关联,即征服个体,把他们按照决定健康属性、能力属性或者财富分配的标准,组成上下级关系。

这些手段的特点是它们征服的能力<sup>②</sup>:它们把个体拴在一起,但是每个人都感觉通过所有与邻人不同的特征与他自身联系在一起,把个体与其同类人关联在一起,并且置于上级之下。与马克思不同,福柯否认这些“关联”来自意识形态:它们是制约和激励、刺激或威胁的行为的产物,反映出每个有隶属性的体制都了解并且造就了个体的身体。营养饮食最初的表格出现在18世纪的英国,它基于一个发现,就是统治集团(贵族和资产阶级)生活富裕,饮食过度,人们认为这会导致他们肥胖和“嗜酒成癖”(1849年才出现酒精中毒这门医学学科),这也引申出不正常、变异的道德含义。针对这样的危险,医生谢内(Cheyne)建议饮食节俭的原则,以利消化,这是头脑清醒和理智的唯一保证,消化良好的

---

① 凯文·怀特,《健康与疾病社会学》,刊载于《当代社会学》,第39卷,第2期,1991年秋,第82页或134页。

② 米歇尔·福柯,《监视与惩罚:监狱的诞生》,巴黎,Gallimard,1975。

“科学必要性”在这位医生的眼里是首要的,因为它保证了体内良好的血液和其他体液循环。<sup>①</sup>

更广泛地,临床医学的眼光就是一种这样的隶属性体制:随着眼光、医学知识和实践的变化,这种体制逐渐延伸变位。大卫·阿姆斯特朗<sup>②</sup>(David Armstrong)曾经试图创造一个关于英国 20 世纪从属性医学体制变迁的历史社会学:“我以为医学知识仅仅是从身体中派生而来(……)关系其实更为复杂(……)医学知识把身体既描述又构造为一个永久的生物学现实。”但是医学知识的进步让这样的定义变得四分五裂:患者被视为“主观躯体”,人们不能仅从一个视角去观察;“整个人是一个多维度的生物,而不是一个单一的组成部分。”这导致了新的观察与评价模式。在一些医学专业中,人们可以观察到体制的变化:例如老年病学(gériatrie)就运用了综合手段,借助老年学(gérontologie)进行研究。

对生病的身体观点增多了,这并不说明过去的“全景式”的监视消失了:在医院里,越来越尖端的医疗技术让人们的注意力集中在对身体越来越细致的分析上。是知识制造了“主观身体”,知识对自身组成部分的检查增加了,在这 20 世纪之末,“主观身体”和“客观身体”共同存在,二者都是来自于一些生物学方面继续不断深化的知识。人们甚至可以区别这两个隶属性体制之间的隐含的或现实的冲突空间:一些综合医学模式和专业医学的对立、医院护理和“社区”照料的对立、围绕怀孕和分娩的管理进行的斗争……

这样的征服性制度把身体放入了劳动、家庭、法律、健康等学科的多样的空间……这是件新鲜事吗?与之相连的个体化是否具体指人口、流行病学变化中的现代社会历史变化呢?社会层面上,什么事情发生了

<sup>①</sup> 布赖恩·S. 特纳,《治理身体:医学摄生法和饮食理性化》,刊载于《不列颠社会学报》,第 33 卷,第 2 期,1982 年 6 月。

<sup>②</sup> 大卫·阿姆斯特朗,《身体的政治解剖学:20 世纪英国医学知识》,剑桥,剑桥大学出版社,1983。

真正的改变呢？

米歇尔·福柯认为，在权力和统治模式层面上产生了巨大变化。在这位作者眼里，这些事实并不可怕或者必然是消极的：这是一些规范的、中性的概念。<sup>①</sup>权力就是存在的能力或做一些事情的能力；它首先是身体的一个特性，因为身体能够移动，在人文层面，身体可以行动。身体的能力，也是一切作用在身体上的事情：人类身体实施的权力也包括他人的行动；当一个身体的行动影响了另一个身体的可能的行动领域，当这个行动成功改变了他人的行动可能性，就存在“行使权力”，这在社会互动中是完全不能避免的。没有权力关系，就不可能存在社会、社会群体、社会关系。

如果一个行为让他人的行为可能性产生了偏离，这并不意味着它的实现侵害了另一方的利益：给某人建议、给他精神支持或经济帮助、传授给他知识或者“诀窍”，这些都意味着“行使权力”，对方并不会觉得难以接受。然而，对权力的定义需要一个修正：权力的行使并不一定带来他人行为的改变，因为他人自身也是权力的主体；这当然就产生了矛盾的可能：福柯否认霍布斯(Hobbes)的假设，该假设认为冲突是社会关系的典型情况。

这样一个权力的定义的效果是把权力相对化：“有权力的地方，就有反抗。”<sup>②</sup>因为，个体是权力的主体，他们总是有反抗的可能。的确，这样的可能性会消失，而这“行使权力”就可能变成单边的、局部的：如此就有了统治，它阻滞、冻结了分配不平衡的权力关系。统治的结果是根据确定的目的对其他人的行为或多或少的控制，比如从别人的行动中获得好处。还应该对这个概念进行规范的解读：统治本身并不坏，因为

---

① 保罗·帕顿，《福柯理论中的权力主体》，刊载于《社会学与社会》，第 XXIV 卷，第 1 期，1992 年春。我们附和这位作者的论证。

② 米歇尔·福柯，《性的历史》，1. 求知的愿望，巴黎，Gallimard，1976，第 125 页。



它并不总是也不必然是从一个方面向另一个方面的能力和利益的传递。

在现代性兴起的时候,权力与统治的模式变成什么了呢?福柯在君权理论的变化中看到了这一转变。直到18世纪,君权的一个根本属性是生死的权利。这就是说主体的生命和死亡权利都只是随国王的心愿。对生存权利的恩赐特别表现在法国、英国传统的“触摸瘰疬”活动\*之中:在比较规律的时间段中,通常在大的宗教节日和仪式中,国王在领完两种圣体以后,触摸每个病人“不可愈合”的伤口,并且口念仪诀。死的权利是一个裁判权:以惩罚的名义施行,就如杀死罪犯的权利。行使这个双重权利在死的方面明显是不平衡的:“触摸瘰疬”并不能给予生命;它只能让人更好地活着。

君权这个古老权利逐渐被另一个反向的权力所削弱、完善:“使人生和让人死的权力”。<sup>①</sup>在政治理论的辩论中表达出的这个权力,出现在实践应用层面:以个体为中心的规训技术的目的曾经是配置个体,并通过训练、练习、临床观察等手段,达到组织它们可视性的目的,在18世纪的下半叶,这个技术被并入了一个更广泛的权力技术,其目标则是活着的人、作为物种的人(l'homme-espèce)而不是作为躯体的人(l'homme-corps)的个体化:这是对人群实施权力,旨在认识和减少会削弱他们能量的因素(减少工作时间、医疗成本),这些人群后来都被用来发展相应的技术工业。这样,对于生命的现代权力有了两种主要模式:规训模式,中心是把身体看作是一台机器,目的是驯化身体,让身体的能力增强,增加身体的有用性和驯服性;规律模式,应用于作为物种的身体,目的

---

\* 英法两国古代有国王触摸瘰疬的习俗,人们当时认为经过国王触摸,此病即可痊愈,寓意国王能赐予臣民生命。——译注

① 米歇尔·福柯,《使人生与让人死:种族主义的诞生》,《现代时代》,第46年,第535期,1991年2月,第39页。



是控制健康和长寿的散播。在人口和流行病学转型中,第二种形式应用特别多。

但是这两种形式共同组成了一个庞大的双面权力技术,而它的一个后果就是逐渐让死亡失去了信誉:死亡变成了禁忌,更多在于权力和目的的实现的模式变化,而不是在于忧虑的转移或者压迫机制的改变。当权力通过控制偶然事件,要增多生命的数目,死亡就是它的界限:死亡在权力控制之外。权力所控制的是死亡率:死亡变成了一件私事,一件隐私的事情。

这样一种权力的控制,以规训和规律的形式出现(在某些方面和艾利亚斯的模式相吻合),是否源自一个令人不能接受的统治呢?这样的问题属于政治伦理学范畴。问题的关键不在于权力的“狡黠”或者远离统治(某些统治的效果可能不是不可接受的):这是权力关系的另一种节约的必要性,抵抗的力量可以证明的一种必要性。对福柯来说,超越现代性的必要性,是因为西方社会自从启蒙时代的变化,就把人的能力的增加和统治关系的加强联系在一起:在反人文主义的领域,形成了一种关于可反转的、非强制性权力形式的思想。他说,无论是理论的还是实践的批判,“都将集中于‘必要事物的当代局限’,就是说,这些局限对我们作为自主主体,不是或不再是必不可少的了”。<sup>①</sup>

无论人口和流行病学转型所进行的历史时期中的描述和解释的模式是什么,他们都是相互和谐的,以澄清社会的变迁,当时这个社会里正在死亡率体制的变化之下,进行着人口体制的改变:我们于是面对三重转型,人口的、流行病学的和社会自身的转型。

我们介绍的这两个模式在变化的可理解性方面部分地相互协调,以同种方式提出现象解释的问题:为了找到现象产生的原因的存在理

---

<sup>①</sup> 米歇尔·福柯,《什么是启蒙运动?》,收于保罗·拉比诺(主编),《福柯读本》,纽约, Pantheon, 1984,第43页,引自保罗·帕顿(1992),见前注,第97页。

由,就要确定这个现象在社会体系中所扮演的角色,它的作用是什么。由此,两种模式让我们理解了“医学的历史不是理性和科学的观点实施的历史;它是欧洲社会中,文化、政治和经济变迁的结果”<sup>①</sup>。

区别来自于,在两种模式中,医学的作用不尽相同:在第一个模式中,个体接受医学卫生规则和求助于效力越来越高的、个人化的医疗,是出现在理论的与实践的、存在的与社会的呈上升趋势的个体化、道德观念温和化与社会关系“修正”的运动之中的,其代价是压制或控制冲动;在第二种模式中,在其他机构之中,医学的发展,以个体身体之规训和人群之规律的名义,成倍地为权力技术做出贡献。

在所有的案例中,未来的问题都是开放性的:对于艾利亚斯来说,对本能和情感的统治迫使人们放弃一些东西,比如个体提出需要另一个成本更低、冲突更少的共同生活模式的问题——而且如果我们把这个逻辑推进一步,这个模式就是对每个人和所有人的压力更小、更利于他们的健康的;对福柯来说,有一个似乎是“客观”的必需,它从机构角度(包括医学)强加给人,对自治主体的能力有损害。通过对这个必需的系统批判的提问过程,个体和集体对权力技术和统治关系强化的抵抗的双重发现使人们隐约看到超越现代性的路径。

这些模式,无论在它们与人口和流行病学转型进程的衔接中,还是从它们解释的和谐性所立足的事实和论据角度,其意义和合理性都是无可置疑的。同样,其批判的开放性让它们躲避开了人类历史的决定论和目的论:个体和集体的未来并不是事先决定了的;通过它们的反抗和批判的想象力,它们可以组织其他的社会化和交往模式,正如它们与健康 and 医疗体系的关系一样。

然而这样一个谱系式的、功能主义的、宏观结构的方法有众多的局限性。人们发现,在这两种情况下,这个程序需要确定一个初始点(文艺

---

<sup>①</sup> 凯文·怀特(1991),见前注,第133页。

复兴时期作为启蒙运动现代性的肇始),从中就体现出了重点:这是一种“社会学意义上的诞生”,包括未来所有的潜在性。在之后的历史中,可以找到这些潜在性的踪迹,并且它们和“被其构筑现在的过去所萦绕着的行为者”相联系。<sup>①</sup>这样一个观点是否落入了默顿指责为“事后行为解释”<sup>②</sup>的复古幻想?

另外,对从17和18世纪起欧洲西方社会变迁,包括对机构特别是医疗机构变迁的疑问都假设这样的变化扮演了一个角色。但是,不是从每个受牵连的行业,通过对它们自身变化的产生和效果的研究来澄清这个角色的,而是相对于整体社会体系而言:两个作者中,尽管艾利亚斯是最反对这个观点的,但是最终社会体系胜过了它的各个部分,无论这些部分是个体、群体或是机构。“了解相对于体系的[组成部分的]效果和[它们的功能],为了认识在现实当中的[这些组成部分]”<sup>③</sup>是否就够了呢?在另一个层面,医学机构和医疗体系的效果:

[对于医学的]社会学分析的目的通常是产生一种批判性的知识,针对一个社会事实的属性:在处理一种偏差(身体或精神疾病)的时候,存在一个专业机构。由于这种分析建立在一个否定性的实践概念的基础上,它先验地使行动者进行的显性的活动成为一个潜在目的的从属,最通常的情况下是指社会控制的思想。而公设这个思想整体地决定了现实意义和行动的进行(……)。[这样一种分析的]建立忽视了[医学]行为的假设的目的和实际的[医生]介入的

---

① 弗雷德里克·德·科尼克、弗朗西斯·戈达尔,《传记体方法经受诠释:因果关系的时间形态》,刊载于《法国社会学杂志》,XXXI,第1期,1989,第34页。

② 罗贝尔·K.默顿(1965),见前注,第36页及后页。

③ 让-米歇尔·贝特罗,《学校陷阱》,巴黎,法国大学出版社,1983,第26页。我们这里参考了该作品的整个第一章,其中作者分析、批评了在入学运动诠释中的“功能主义偏差”。

完成情况的事实条件之间的关系问题。<sup>①</sup>

不认真地阅读这样一段阐述,通过派性的指责,使人往往把它误解成为一种操纵和阴谋的假设。的确,对体系整体性的聚焦和对它各部分的整体考虑最终会掩盖社会力量的游戏,和在观察到的效果产生过程中更灵活的、互动的游戏:对社会群体的注意忽略了“牺牲了的”机构,也忽略了个体之间的互动和关联,那么这种注意是否能够照亮在阴影下的那些方面呢?

---

<sup>①</sup> 阿尔贝·欧吉恩,《精神病学的推理》,巴黎, Méridiens-Klincksieck, 1989, 第 25—26 页。



## 第二章

# 健康方面无法消减的社会差异

在某个整体性的和历时性的分析层次上，我们清晰地认识到一个包括了人口和流行病转型的社会转型。当我们把目光转向社会变化所产生的新社会结构的中心，这个变化是否依然还站得住脚呢？对流行病学转型的各个阶段及与之俱来的社会结构的组成部分之间的关系细致观察给我们带来了什么呢？社会转型的进程是否持续进行？或者“尺度变化”(le changement d'échelle)是否显示出了一种似乎是“社会惰性”方面特有的变化效果。要回答这些问题，就要通过结合社会结构的各个维度中派生出来的变量，来理解健康指标的变化。

健康方面，我们保留了四项指数，世界卫生组织(OMS)为了收集对于健康问题的思考和行动必不可少的数据，也使用它们：死亡率或者叫“生命长度”、疾病率或者叫“生命质量”、风险因素(包括如出生时的体重、动脉压、身高、生牙状况和视力水平)等等变量……但是也有关于个体、群体健康的“自我管理”的问题：消费和娱乐习惯(烟草、酒精、毒品、汽车驾驶……)，有意识的维护行为(监督饮食、锻炼身体和对征兆的一切反应)，还有医疗服务消费和求助模式(医疗服务的充足程度、普及程

度、使用情况及其使用条件,这也包括了社会保障模式)。<sup>①</sup>

让我们重提乔治·巴朗迪耶的划分社会边际的“边界一切口”概念:“社会内动力变成了三维的;它应该越来越多地根据‘社会’的阶层或者其他等价的东西、年龄的‘阶层’和性别的‘阶层’来确定。”<sup>②</sup>萨尔瓦多·胡安(Salvador Juan)也有同样的动态社会学(sociologie dynamique)观点,他向人们展示了家庭总是干预并调节社会地位的获得<sup>③</sup>:首先,婚姻地位构成了这个社会组织的组成部分的指标。我们要补充,大多数西方社会都经历了连续的移民潮:民族归属也是社会建构的一个重要的“边界一切口”。最后,我们也不能轻视两个先驱的、创始的社会学“学派”(法国社会学派和芝加哥学派)展示出其意义和合理性的方面:一个学派把它叫做“形态学”,另一个称其为“生态学”,即个体和群体的社会空间配置。每次在可用数据允许的情况下,我们都会把其特定时刻的事实构成(健康和社会结构指标之间的关系)放入历时性视角去研究,同时在法国社会和其他当代社会之间进行一些比较。

这种方法试图描述人群在其出现和完成的社会环境中的健康状态,这需要假设对所研究的现象进行先验的排列,这个排列方法只是为了介绍的方便起见。<sup>④</sup>对这个现象的理解与解释要求对这种分类进行提问,但是,在此之前,根据现有的数据,让我们针对伴随在转型中的健康现象,试着回答出现的“社会”惰性的提问。这部分的目的是收集、组织和直接对比现有数据:对这些数据的产生的批判性分析被缩减到最少,

① 简·H. 莫纳根,《2000年健康指标和信息体系》,刊载于《公共健康年鉴杂志》,第2期,1981,第299—361页。这里的指标排序并未包括在该文中。

② 乔治·巴朗迪耶,《人类学—逻辑》,巴黎,法国大学出版社,1974,第13页。

③ 萨尔瓦多·胡安,《生命性别社会学:社会地位的文化和动力形态学》,巴黎,法国大学出版社,1991年。

④ 埃德加·安德烈亚尼,《健康政策的工具,社会指标》(第一部分),刊载于《经济与统计》,第71期,1975,和(第二部分),刊载于《经济与统计》,第72期,1975,第38页。

在后文还会再谈及。

## 1 “通过死人了解活人”<sup>①</sup>

死亡是一个不可逆转的“健康状态”的“指示计”：它浓缩了一个个体的健康路径。在另一个层面上，死亡率以它的方式综述了一个人群及其中组成群体的健康历史，无论这些群体的划分标准如何。死亡与死亡率同样的不可逆转性见证了人们想要改变进程时必须依靠的东西。让我们再次比照流行病学转型：从其对人群的健康状况的影响来说，人们的“抵抗”减弱了传染病和寄生虫病的重要性和损害。

死亡率总结了所有积累在身体里的有益、有害机制。这些机制（至少部分地）属于一定的时期，并带有它们产生条件的印记，如果没有人来消除这些机制，则还有它们再次产生的条件的印记。所有问题的关键，我们已经说过，就是了解以何种方式来改变这个历史的遗产，就是说，应该采取哪种行动来制止或然性的出现，使其让位给其他的可能性。尽管个体的死亡是不可避免的，人们仍可以试图拖延它的期限，使人群不过早地屈服于它。在开始解释其进程、让人们了解其各种形态之先，还应当度量其“结果”（死亡率）：正如初期的临床学把目光从病人转向尸体解剖，以了解活体的病理一样，让我们首先关注死亡率问题，以便学会理解人群健康的根源是什么。<sup>②</sup>

---

① 我们这里使用“*Le mort saisit le vif*”（死者财产立即归属继承人）这个继承问题的法律术语，是效仿了马克思和普鲁斯特，但是，以皮埃尔·布迪厄的方式用在社会学的意义上。《死者财产立即归属继承人：物化历史与混合历史之关系》，刊载于《社会科学研究学报》，第32—33期，1980。

② 这样一种进行方式并不是没有问题的：它至少假设了“事实”的收集整理是比较中性的，也就是说，与人们为了理解这些数据所建立的解释模式是相对独立的。的确，真相的“阻力”、所有验证的可能条件对“诚实”的科学家来说都会遇到。而且，就像加斯东·

在这个世纪末,现代社会中,城市化的倾向是不可置疑的,医疗系统的和谐化、健康服务的一体化的趋势正日趋实现,此时,面对死亡,人人平等这个假设是否站得住脚呢?

### 性别视角下的死亡率

在法国,1990年死亡的人略多于50万:相对于1989年,男女死亡数字都有所下降:总死亡率<sup>①</sup>,不分性别,为每千人9.2<sup>②</sup>,这个数字自二战以后不断减少(1950年为12.7‰,1960年为11.3‰,1970年为10.6‰,1980年为10.2‰<sup>③</sup>)。其结果是出生时的期望寿命<sup>④</sup>出现增长。

但是性别之间存在一个差异:男性72.8岁,女性80.9岁,差距达到8.1岁。所有欧盟国家中,男子出生时的期望寿命大致相同。相比较而

---

巴什拉尔所描述的,只有这个真相被“征服”了,它才会给研究者的问题带来答案:收集数据与采蘑菇的性质不同。在事实的所有可能的性质中,需要从中确定出最恰当的,在象征图表中进行分析。然而,就像让—米歇尔·贝特罗在学校的数据中所做的,人们可以显示出“社会问题知识所使用的事实,从它们的解释价值角度来看,既是构建好的,又是中性的”:针对同样一组数据,人们可以进行“可理解度的转化”,就是说使用同样的描述,达到不同的目的(参见《社会问题的智慧》,巴黎,法国大学出版社,1990,第107页及后页。)。我们在此进行一个临时性的假设,认为贝特罗针对学校事实所表明有效性的建议可以嫁接到健康领域。

① 总死亡率是通过年死亡人数和当年人口数的比率得到的。其缺点是被和人群年龄结构联系起来,当年龄结构发生剧烈变动的时候,时间性的比较就会失去意义。

② 米歇尔·勒·图尔杜,《1990年的死亡》,刊载于《法国国家统计与经济研究所最新数据期刊》(INSEE PREMIERE),第182期,1992年2月。

③ Dinh Qang-Chi,《1950—2010的法国人口:近期的变化和中期前景》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987,第23页。

④ 出生时的期望寿命,从死亡表格计算而来,表明了同一代个体所生活过的平均年数。因为在计算的时候从来不可能等到一代人的全部消失,人们建立了一个虚拟的人群,利用当时的死亡系数让他们老去/死亡。



言,美国为 71.3 岁,日本为 75.5 岁,前苏联为 64.6 岁。然而,法国女性寿命较其他欧盟国家女性长。在美国,女性出生期望寿命为 78.3 岁,日本为 81.4 岁,苏联为 74.0 岁。这样一个男女差别的结果使女性丧偶的几率更高:根据 1990 年的普查,在法国,两个女性中有一个在 70 岁的时候已经丧偶,80 岁时是 2/3,85 岁时超过 3/4。<sup>①</sup>

### 婚姻视角下的死亡率

根据婚姻状况,个体之间也存在死亡率的差异。根据对 1967—1969 年的研究,女性方面,所有年龄段的独身女性的死亡率都明显高出,丧偶的女性的死亡率与独身女性相似,至少在 45—85 岁年龄段是这样;在这个年龄段中,结婚或者离婚的女性根本没有区别,而在 45 岁以前寡居和离异女性死亡率特别突出。对男性而言,根据婚姻状况的死亡率的分布情况与女性相同。但是如果我们比较两个性别的婚姻状况对死亡率的相对效果,就会发现男性内部的差距比女性明显得多:婚姻(甚至是要破裂的)对男性来说都是更具保护性的。

结过婚的人的死亡率比没有结过婚或者离异的人要低这个倾向,在英国也观察到了。<sup>②</sup>在美国,研究者也同样强调了不在婚与在婚的人之间的死亡率上的差异对前者不利;而且,除了在最高年龄组以外,再一次表明,这些差异在男性中比在女性中更明显;最后,丧偶似乎对男性死亡率产生负面影响,而并没有显示出对女性死亡率的显著影响。<sup>③</sup>

---

① 居伊·德普朗克,《家庭年历》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987,第 494 页。

② 在文中,我们把“联合王国”和“大不列颠”两个称谓等价使用,而我们拥有的大多数统计数据之中包括英格兰和威尔士,除特殊注明外,不包括苏格兰和北爱尔兰。英国婚姻情况死亡率来源于:A. J. 福克斯和 P. O. 高德布拉特,《纵向研究:人口社会死亡率差异 1971—75》,伦敦,英国皇家文书局,LS 系列,第 1 期,1982。

③ C. A. 内森生,《死亡率的性别差异》,《社会学评论年鉴》,第 10 期,1984,第 207 页。

### 年龄视角下的死亡率

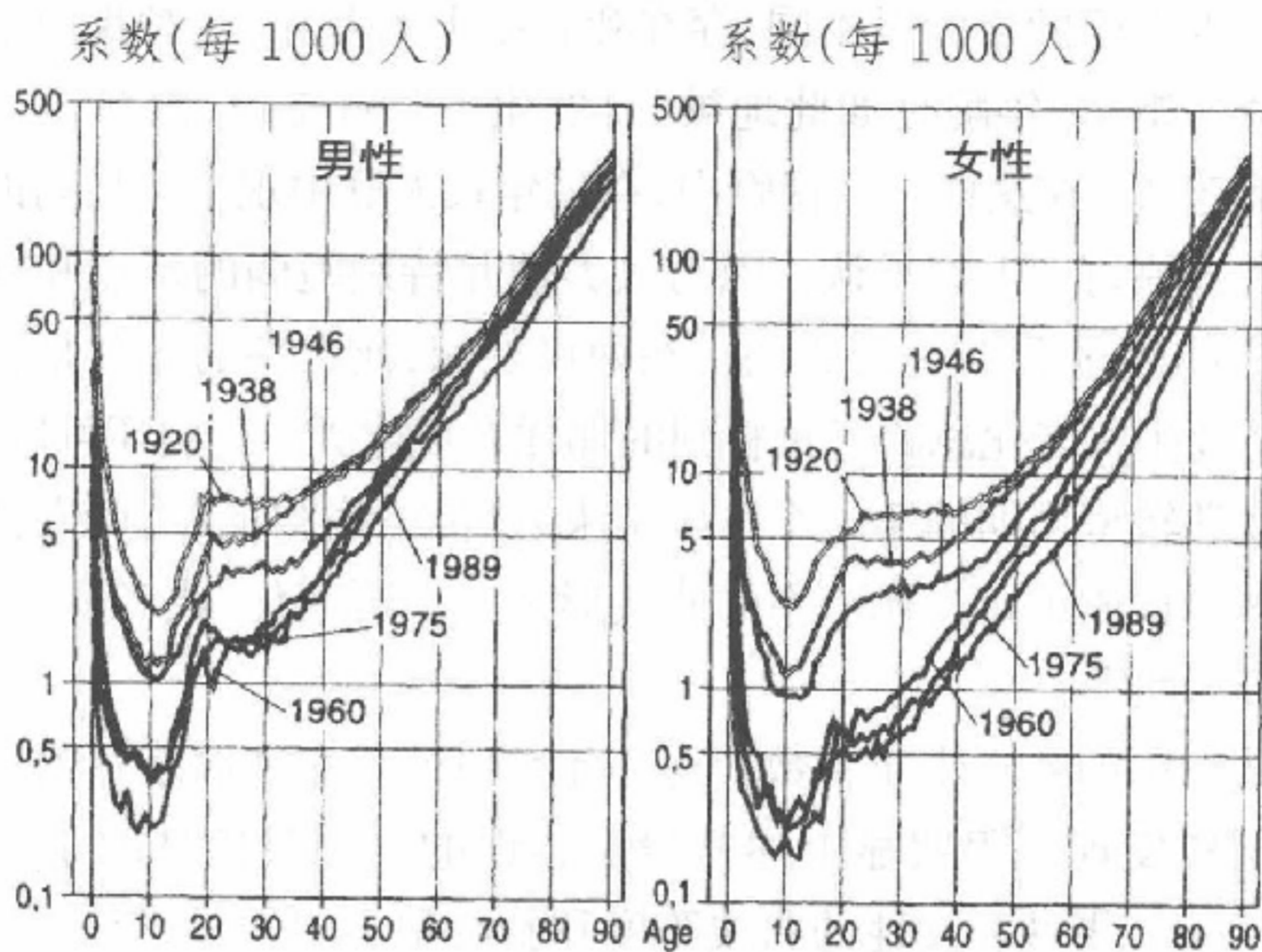
根据考察的年龄段不同,存在死亡率上的差异,这对我们来说是顺理成章的事情,年龄是如此地被“自然化了”,就是说,内在地与生物老化联系起来。在这样一个视野中,在最年长人群中观察到最高的死亡率并不令人惊讶,人们承认,因为人类幼儿特别脆弱的特点和极端依赖性,低龄儿死亡风险是很高的。在两极之间,死亡率的升高是否如人们通过持续生物老化思路所预料到的那样有规律呢?我们还可以假设,在流行病学转型周期的第二个阶段结束后(传染病被征服,而变性疾病和年龄的增长成正比),死亡率的曲线形态就不再变化,或者变动微小:情况是否如此呢?

从法国的死亡十年系数获得分年龄段的死亡率曲线<sup>①</sup>,通过对它们进行比较发现,很明显上述假设是错误的。让我们选取最近的曲线(1989年)。男性和女性的曲线跨度和斜度是不同的:从年龄的角度,我们发现男女死亡率的差异。但是当死亡率系数开始增长时,两条曲线都表现出断裂:男性方面,12至22岁的曲线陡直上升,继而22至30岁趋于平缓,30至40岁开始攀升,40至50岁阶段上升加速,这个倾斜度保持直至结束。女性方面,曲线起伏与男性方面相类似,但是分布在不同的年龄段:死亡系数攀升没有男性方面迅速,而且从20岁开始稳定下来;平稳期延续至40岁,而后的回升也没有男性曲线那么强烈。这样一个分年龄段死亡率的不连贯性是不能和持续生物老化观点做出的严格决定论假说并存的。

---

<sup>①</sup> 雅克·瓦兰(1993),见前注,第239页及后页。同样可以参考雅克·瓦兰,《法国死亡率的最新趋势》,刊载于《人口》,第38年,第1期,1983(该文考察的时期较短:1946—1977)。

### 1920, 1938, 1946, 1960, 1975, 1989 年分年龄段死亡率系数



图中可见:1989年,60岁妇女每千人中约有5人死于61岁生日之前,即当年死亡;80岁妇女中,每千人约有50人当年死亡。

来源:《社会数据:1993》,第240页

自20世纪初开始的不同时间的曲线比较结果也表明了同样的趋势。人们既发现了倾斜中的断裂点,它表明了各年龄段的不同衰老速度,又观察到性别上的差距:20世纪60年代即获得了女童死亡率下降的结果,而男童则要等到1975年才达到这个结果,因此人口增加和寿命延长在女性方面开始更早。

为了细化这种不连贯性,更清晰地根据死亡率类型来界定生命中的年龄段,让我们一起来考察不同的死亡原因所扮演的角色。<sup>①</sup>

<sup>①</sup> 为了建立死亡原因的可信数据,我们相继采用了1883年《国际死亡目录》和1943年《国际疾病排名》(CIM)。读者会在这两篇文章中读到CIM的历史,它修订上的问题,以及人们的对策:雅克·瓦兰和阿尔弗雷德·尼扎尔,《法国的死亡原因》。I. 简单、同质的类型学;《在1968—1974年期间的应用》,刊载于《人口》,第33年,第3期,1978;II. 《第7、第8版国际排名合并,应用于1958—1974》,刊载于《人口》,第35年,第2期,1980。

### 生命各个时期的死亡原因

自 20 世纪初以来,儿童死亡率戏剧性地大幅下降:这个比率在 1920 年时是超过了 100‰;在 1946 年,这个比率还是 72‰,而后逐渐下降,但是在 1990 年时猛然下降到了 7.3‰。只有日本、荷兰成功地再度削减这个比率(分别为 4.6‰和 6.8‰)<sup>①</sup>:这个减少势头在法国持续,特别得益于新生儿早夭(出生 7 日内死亡)率的下降。“产科的进步恰好接过了与传染病斗争的接力棒”,人口学家雅克·瓦兰评论说。但是,这位作者也写道,根据数据,分娩中的母亲死亡率为 10 万分之 20 至 40,这应该能够大大减少:在英国,20 世纪 70 年代中叶,这个比率是 10 万分之 10。<sup>②</sup>母亲的婚姻状况并非没有影响:非婚生子女的儿童死亡率明显高于婚生子女,即便这个差距被缩小了(20 世纪 50 年代末,这个数字是 16‰强;20 世纪 80 年代初,为 4‰<sup>③</sup>)。目前正在发生的配偶地位的改变肯定会让这个最新观点有所改变。

除了战争的影响,15—24 岁年龄段死亡率持续下降,至少直到 20 世纪 50 年代末都是如此:60 年代至 70 年代中期,这个死亡率的回升非常清晰,需要等到 80 年代才开始下降(但能持续到何时呢?我们知道艾滋病主要感染年轻的成年人……)。在战前,青年男女还大量死于传染病和呼吸系统疾病。20 世纪 80 年代末,女青年死亡总数的 60%和男青年死亡总数的 80%都属于突然死亡:其中,死于交通事故的,男性中有

① 自 1960 至 1983 年的国际对比参见:合作与经济发展组织(OECD),《健康数字,1960—1983:支出,成本,效果》,巴黎,《社会政策研究》,第 2 期,1985。

② 雅克·瓦兰,《法国母亲死亡率》,刊载于《人口》,第 36 年,第 4—5 期,1981,第 950 至 953 页。

③ Dinh Qang-Chi,《儿童死亡率的社会分布》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第 246 页。



2/3,女性中有 1/2;从 20 世纪 60 年代中期到 1985 年,15—24 岁男性自杀死亡率增长了一倍半还多:20 世纪 80 年代末,这个不良倾向停止了。<sup>①</sup>在 25—34 岁年龄组,除了战争年份和因为艾滋病引起的 20 世纪 80 年代中期男性死亡率的轻微上升,死亡率的下降是规律性的。

自 1920 年至 20 世纪 80 年代末,除了战争时期,成年女性死亡率明显下降。成年男性死亡率变化节奏完全不同:战前,这个数字停滞不变,而在 45 至 54 岁年龄段甚至出现上升;战后,35 至 44 岁的男性死亡率骤降,与其他年龄曲线断裂,并逐渐稳步下降,直至 1960 年,随后开始停滞,直至 1970 年才开始重新下降;45 岁以上年龄组的死亡率停滞不动,直到 1970 年,与 1958 年的下降幅度比,略为缓和。所以说,20 世纪 70 年代是男性成年死亡率整体下降的转折点,65 至 74 岁年龄段下降尤为明显。

从 35 岁到 54 岁,男女死亡原因主要是癌症,随后依次是突然死亡(*la mort violente*)、心血管疾病和酒精中毒。直至 1975 年,55 至 75 岁年龄段的死亡原因首先是心血管疾病:这个病因的影响在两个性别方面均不断减少(女性心血管疾病在二战后迅速减少)使癌症在 20 世纪 70 年代中期成为了首要死因,尽管女性中癌症致死的比率一直在下降,但是在男性中却在上升。75 岁以上,心血管疾病是主要杀手,但是它们的影响二十年以来持续下降,使期望寿命的延长变得不可忽视。

### 社会阶层视角下的死亡率的几个方面……

死亡率的区别不仅仅与性别差别、婚姻状况或年龄段有关:社会职业群体之间的差别也是十分明显的,因此让我们首先参考这类统计,来

---

<sup>①</sup> 人们要比较法国和其他欧洲国家这个年龄组的情况,可以参考于丽叶特·伊尼赞和玛丽—埃莱纳·布维耶—高勒,《欧洲青年死亡率》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第 251—253 页。

认识和描述“健康问题的社会差异”。<sup>①</sup>其实,即便我们同时还考虑到其他的指标,社会阶层指数还是保有它所有的合理性并对计算死亡率产生各种影响。我们将不再赘述关于该主题研究各个方面的阐述:我们只需记得几个最典型的指标。

在上文中,我们指出成年死亡率在45—54岁年龄段有一个特殊性,至少在男性方面是如此。让我们记住此年龄段,以便根据社会职业阶层和身份状况<sup>②</sup>来比较死亡率的系数。在1956—1960年期间,死亡率系数与社会金字塔结构完全吻合:从高级干部与自由职业者5.4‰的死亡率,到纯体力劳动者10.8‰的死亡率,中间有小学教师、护理人员(不包含医生)和社会工作者,5.6‰,中层干部和技术员,5.7‰,农业种植者,7.3‰,工长和技工,8.7‰,手工匠人和小商人,8.8‰,专门工人,9.1‰,农业工人,9.3‰,办公室雇员,10.8‰。

十年之后(1966—1970),所有社会阶层的死亡率都有所下降,但是

---

① 在法国,关于这个主题的著作并不多,与盎格鲁—萨克逊及斯堪的纳维亚国家相反:我们稍后将有机会再次谈及这个问题。目前让我们指出法国最新的标题中带有这个词语的著作:皮埃尔·阿亚什、卢瓦·卡尔—易尔、萨拉·库尔提、雷蒙·伊斯利,《法国与德国的健康方面的社会不平等:比较分析与研究》,巴黎,法国国家健康与医学研究所(INSERM)与法国资料出版社,1987;资料:《健康方面的社会不平等一瞥》,Agora,第13期,1990年2月;罗贝尔·罗什弗尔和克里斯蒂娜·梅耶,《健康方面的社会不平等》,联合报告第2号,刊载于雷蒙·苏比,《健康2010:体系的平等与效率》,“健康体系的远景”小组的联合著作,巴黎,计划总局和法国资料出版社,1993;皮埃尔·阿亚什、多米尼克·塞布,《健康方面的社会不平等》,刊载于《研究》,第261期,1994年1月。这些作品不仅使用了死亡率作为指标:它们还涵盖了其他指标。我们在这里将不沿用这个说法,因为,就像我们即将展现的,优缺点的交杂是非常复杂的。在一个维度中不可减少,这些优势和缺点可能在一个或另一个方向上积聚:从这个观点看来,这个表达法是合理的。但是,将它们系统地放入到综合的模式中去是否仍然可行呢?

② 克洛德·列维和雅克·瓦兰,《社会职业阶层的死亡率:一篇直接计算论文》,《人口》,第36年,第4—5期,1981,第938—945页。

其间的差异仍然存在：在两个极端的阶层之间，在 1956—1960 年研究中，死亡率系数的最高值接近于最低值的两倍，而在 1966—1970 年的调查中，这个数值已经稍稍超过了两倍。然而，社会阶层底端产生了一些变化：手工匠人和小商人的系数开始低于工长和技术工人的系数（分别为 5.8‰ 和 7.2‰）；专门工人和体力劳动者超过了工长和技术工人（分别为 6.6‰、6.9‰ 和 7.2‰），而办公室雇员以 9.8‰ 的系数垫底（取代了体力劳动者）。我们可以认为这样的变化和社会分层方式本身有关系：在登记死亡的时候，申报人可以“美化”死者的职业（雇员阶层的定义含糊，便成了敏感的中间地带）。

#### 儿童死亡率方面……

社会阶层的影响在儿童死亡率中也能够看得到。<sup>①</sup>四组社会职业阶层在这个方面产生差异并且形成等级。自由职业者和干部（高、中级）占据等级首位：如果我们将婚生儿童死亡率水平定为 100（非婚生儿童父亲的社会职业阶层不可知），1976—1983 年间的几代人中，这个组别的指数相当于 84。第二组包括工商业主、农业开发者、雇员、工长和技术工人，他们的指数接近 90。我们可以观察到，在这个小群体里，收入水平差异明显：这是否说明收入不是决定性因素？第一组的相对文化均质性（至少高中毕业）支持了这个假设。第三组包含农业工人和专门工人：他们的指数达到了 115。最后一位，是矿工和体力劳动者组，他们的指数接近了非婚生儿童的死亡率指数，为 140。

如果我们比较 1983 年（上述）和 1956 年出生的两代人的情况，我们会发现差异是持续的，即使各阶层之间差异在缩小：后新生儿期死亡率（一个月到一年间的儿童死亡）的明显下降，处境最困难的组别从中获益（而排在社会阶层最前列的组别过去已经从中获益）。

<sup>①</sup> Dinh Qang-Chi(1990), 见前注, 第 247—248 页。

### 婚姻状况视角下的死亡率特点……

我们指出过,根据婚姻情况,死亡率存在差异。然而,根据社会阶层不同,通过婚姻状况进行的分配也有所变化。根据婚姻状况得到的死亡率差异是否是由社会职业阶层下死亡率的变化造成的呢?重新看一下法国国家统计与经济研究所(INSEE)的一个研究,它把男性分为两组(有无配偶),法国国家人口研究所(INED)的两个研究员比较了他们50—65岁间的死亡率系数<sup>①</sup>:没有配偶的人的高死亡率随社会等级的下降而升高。但是,“无配偶人群的高死亡率,所有社会职业等级一共为33%,当人们把两种‘婚姻状态’放回到同一个社会职业等级结构中,这个数字就降为29%。但是这个减少是很微弱的。结构的不同只能在很小程度上解释所观察到的婚姻状况之间的差异”。

即使和婚姻死亡率联系紧密的死亡原因也是区别社会阶层死亡率的原因,婚姻死亡率差异也不能够被简化为社会阶级间的死亡率差异。

### 时间和空间上的几个比较

面对死亡,社会不平等是无可置疑的:即使死亡率在每个社会阶层中都有所减少,平均年龄的增长总是有利于死亡率水平已经是最低的阶层。这样的发现经受住了长期的观察和跨国比较的检验。历史人口学的著作<sup>②</sup>表明在16至18世纪,法国精英阶层的死亡率下降,到19世纪趋缓:在那时,产生了一个精英和民众间寿命差距缩小的现象,但是到了20世纪这个差距再次扩大。其他国家进行的研究也证实了这样的结论。

在这个方面,英国收集、解释死亡率的社会不平等数据的传统最为久远:法尔(Farr)、查德威克(Chadwick)和斯诺(Snow)的先驱著作影响

<sup>①</sup> 雅克·瓦兰和阿尔弗雷德·尼扎尔(1977),见前注,第115—117页。

<sup>②</sup> 阿兰·布鲁姆、雅克·乌达耶,《在过去死亡问题上的不平等》,刊载于《医学社会与人口学手册》,第24年,第1期,1989,第5—20页。



深远；自 1911 年人口普查以来，在英国就有了以职业群体分类的死亡率的完整数据。但是 1980 年 8 月“布莱克报告”(Black Report, 由道格拉斯·布莱克爵士领导的工作小组所作的报告。该小组于 1977 年 4 月根据健康与社会服务部门的科学研究主任的要求建立) 的出版激起了关于这些问题的科学辩论。<sup>①</sup>在 15—64 岁年龄组中，在 1971 年，不分性别，第五等级(无职业资质职业)的死亡率风险是第一等级(自由职业者)<sup>②</sup>的 2.5 倍。与前面的结果比较，显示出了差距轻微扩大的趋势。

总的来说，社会阶层间死亡率差异的相对稳定也出现在如瑞典、挪威、芬兰、丹麦等国家中，即使它们之间的比较提供了有趣的差别：瑞典和挪威在健康方面的差异没有芬兰和丹麦明显，但是英国和法国此方面的差异却比所有这些国家大得多。<sup>③</sup>

### 外国人死亡率

众所周知，生活在法国的绝大多数外国人进入到就业市场中最苦最累的部分；另外，许多人来自死亡率很高的国家。有许多理由假设他们在目的国的死亡率会高于该国原住民。根据 1975 年的人口普查结果的节选，这种假设被证明是大错特错的：

30 岁以后，外国人的死亡率比法国人低，但寿命略短，这让他们出生时的期望寿命略高于法国人(70.12 岁，高于法国人的 69.66

---

① 阿拉斯泰尔·麦金托什·格雷，《健康问题中的不平等——布莱克报告：综述与批评》，刊载于《国际健康服务学报》，第 12 卷，第 3 期，1982，第 349—380 页。还可以参考皮埃尔·阿亚什等(1987)，见前注，第 163—169 页。

② 在英国，社会分层的指标为五个等级：I. 自由职业者；II. 企业领导；III. 有职业资格人员；IV. 半职业资格人员；V. 无职业资格人员。

③ 德尼·瓦杰罗，《健康问题的不平等——一些理论和实践问题》，刊载于《科学与医学》，第 32 卷，第 4 期，1991，第 369 页。

岁……)。外籍女性只是在30—50岁年龄段比法国女性死亡率低,而这个阶段的低死亡率也没有男性方面明显。30岁前和50岁后,外籍女性死亡率反而稍高。这后一种倾向更有影响,出生时的期望寿命集中了这两种倾向,且低于法国人(76.23岁比77.15岁……)。<sup>①</sup>

根据国籍对死亡率系数的比较表明了明显的低死亡率与新近的移民潮相辅相成,既包括来自马格里布地区的移民,也有来自欧洲的移民。

在英国,同一时期内这些倾向是相似的:通过年龄段比较<sup>②</sup>,男性移民的死亡率,比他们出生国和英国都要低。唯一的特例是爱尔兰人移民,他们的死亡率比英国人要高。对于女性移民来说,除了欧洲的女性移民,其地区的移民的比较死亡率都要高于英国女性。<sup>③</sup>

### 死亡率与居住区

因为人群并不生活在相同的社会经济环境中(这尤其导致了医疗设施分布的不平等现象),我们可以假设死亡率根据居住区域的不同而变化。在法国,1990年,南北方的死亡率可以大致对立起来。更具体地说,最高死亡率形成了一个圆弧,从布列塔尼到阿尔萨斯—洛林地区,

---

① 米歇尔·卜拉希米,《在法国的外国人死亡率》,刊载于《人口》,第35年,第3期,1980,第604页。

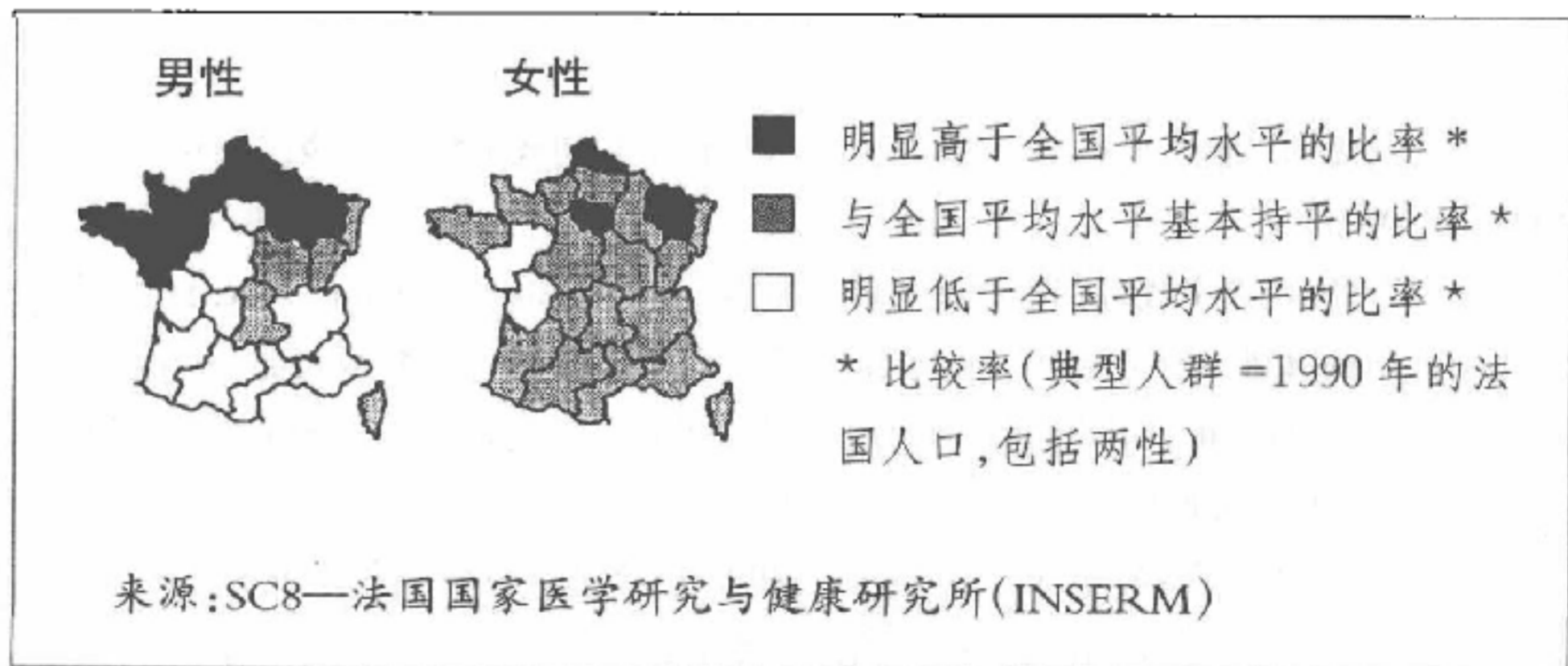
② 比较死亡率或称标准化死亡率(SMRs: Standardised Mortality Rates)在一个固定的年龄结构基础上计算得出,这个结构是人们能够构建一个典型人群(population-type):根据不同标准的、时间性的比较得出的比率的优点就是它们是完全可比的。我们特别可以计算最高和最低极端比率之间的变化指数。

③ M. G. 马尔默特、A. M. 阿德尔斯坦和L. 布鲁苏,《英格兰和威尔士的移民死亡率,1970—1978:医学和人口问题研究》,伦敦,OPCS,英国皇家文书局,第47卷,1984。

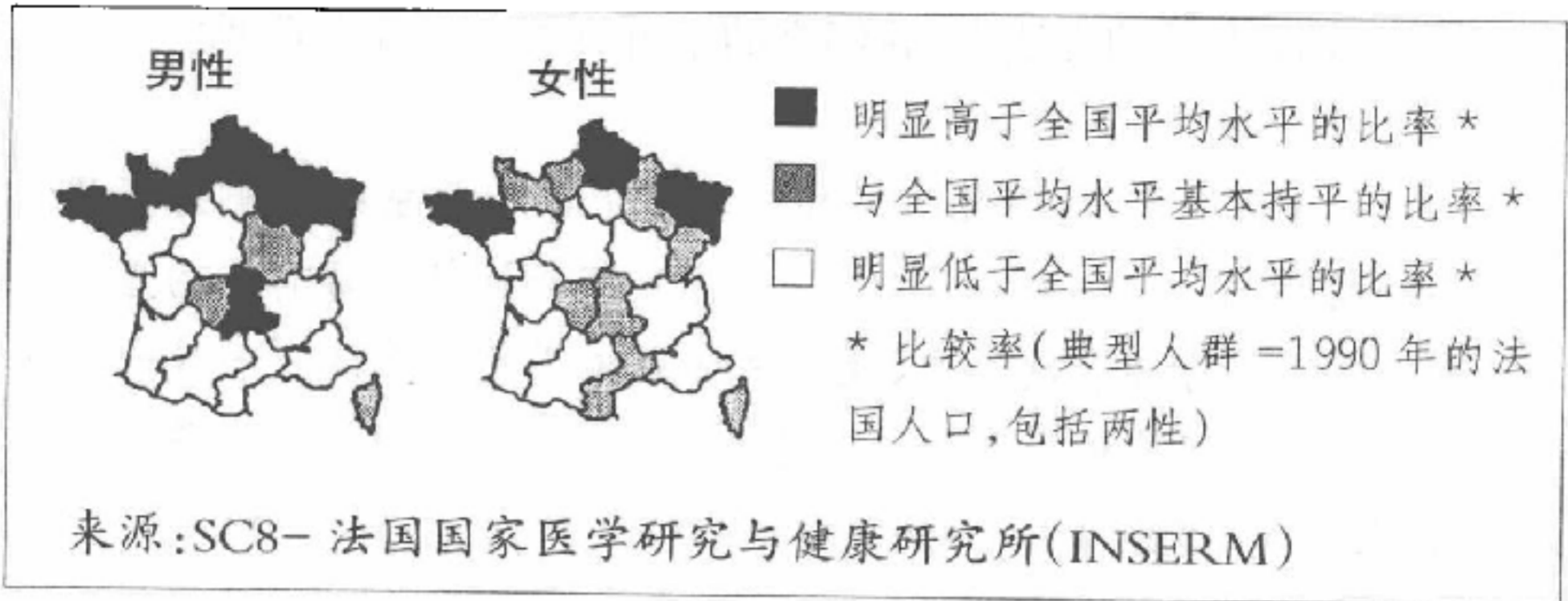
沿着北部国界画出,还应该加上奥弗涅地区(主要因为多姆山省的高死亡率)。在这个地区以南,死亡率最低的大区主要分布在中西部,特别是东南大区 and 西南大区。这种反差在男性方面更加明显,而女性方面,高死亡率的大区要少一些:布列塔尼、北部—皮卡底和阿尔萨斯—洛林。我们发现,对于男性而言,最低的死亡率出现在南方—比利牛斯大区,对于女性来说,在普瓦图—沙朗特大区。

在死亡原因上是否存在地理差异呢?缺血性心脏病的地理分布和总死亡率的分布大致相同,但是脑血管疾病的分布更为分散:男性方面,由布列塔尼、北部—皮卡底、阿尔萨斯—洛林大区与西南大区、奥弗涅和科西嘉构成了死亡率最高的地区;女性方面,分布在“四角”:死亡率最高的地区为布列塔尼大区—北部—加莱海峡大区—阿尔萨斯大区、洛林大区和弗朗什孔泰大区—南部—比利牛斯大区。高于全国平均水平的癌症死亡率,男性方面,出现在整个北部和东北部地区,以及科西嘉地区;对女性而言,在法兰西岛大区、阿尔萨斯大区和普罗旺斯—蓝色海岸大区。酒精中毒和肝硬化死亡把法国分为两部分:对男性和女性而言,最糟糕的地区是法国的北部,从布列塔尼大区到洛林大区(除去下诺曼底省),而男性方面要加上卢瓦尔河地区、阿尔萨斯大区、奥弗涅大

### 总死亡率(1990 年度)

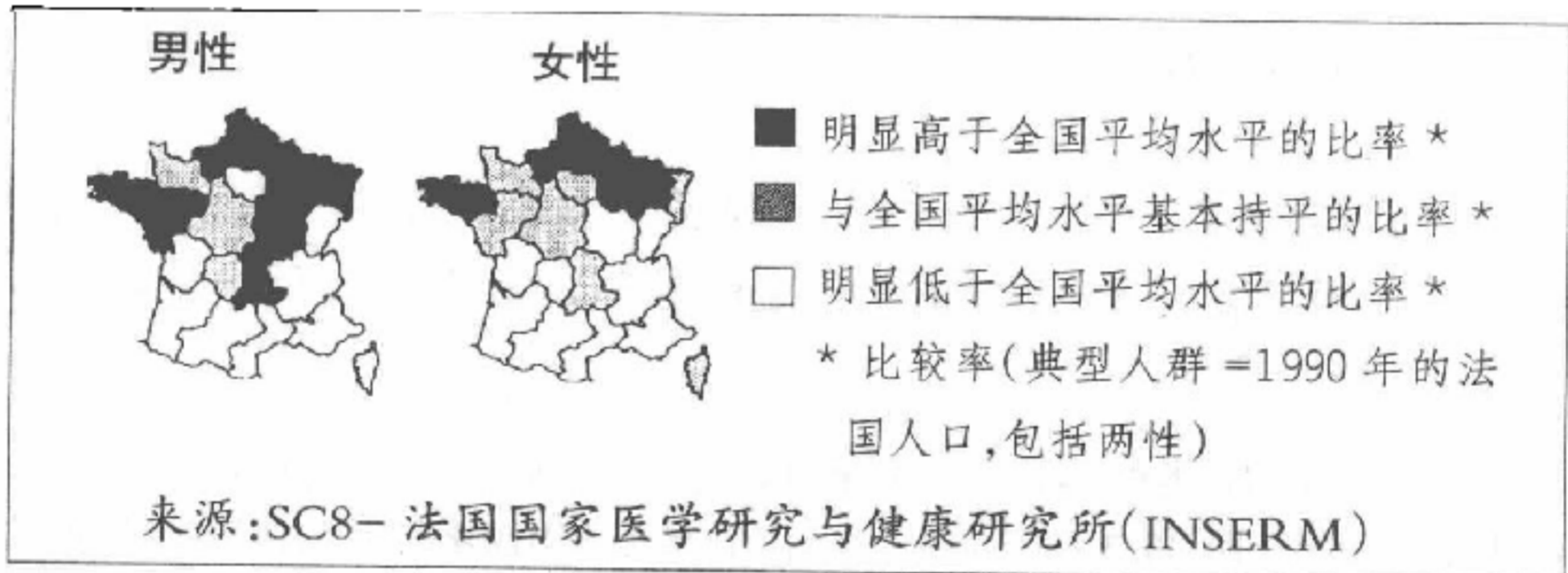


### 上呼吸—消化道癌症死亡率(1990 年度)



资料来源:《团结互助—健康:统计研究》,1,1993,SESI\*,法国健康与城市社会事务部,第 81,83,85 页。

### 酒精中毒与肝硬化死亡率(1990 年度)



资料来源:《互助—健康:统计研究》,1,1993,SESI,法国健康与城市社会事务部,第 81,83,85 页。

区和勃艮第大区。而交通事故死亡的空间分布和酒精中毒的完全

\* SESI:统计、研究与信息系统处(Service des statistiques des études et des systèmes d'informations)。——译注



不同:是西南地区和法兰西岛周围大区最为严重。

从这个图形学的方法中,我们真的了解到了什么新东西吗?

1990年,总的高死亡率和与酒精中毒相联系的疾病的高死亡率是非常平行的。实际上,如果我们重组与酒精中毒有关的直接影响(酒精中毒和肝硬化)以及与消费酒精不无关系的上呼吸—消化道癌症,我们就获得了一张与总死亡率相似的分布图。但并不真正存在一个角色如此广泛的死亡原因。<sup>①</sup>

人们一般认为这是一个典型的法国特性。让我们从英国本身的地区死亡率差异开始探讨:标准死亡率(SMRs)的最高记录集中在诺德的三个地区(诺德、约克夏与亨伯塞德、西北地区),与之相对的是东英格兰、东南和西南地区,那里的标准死亡率最低。这些差异是否与某些特殊的死亡原因有关呢?

《不列颠地区心脏研究》是英国心血管疾病的一个区域研究,它表明了在英国24个被研究的城市里,在社会阶层和心血管疾病

---

<sup>①</sup> 埃丽亚娜·米歇尔,《法国死亡率的地区差异:1990年形式》,刊载于《互助健康:统计研究》,第1期,1993,第87页。我们可以参考法国国家统计与经济研究所根据1968,1975,1982年的普查出版的《地区人口数据》进行死亡率差异的“历史地理学”研究。与玛丽—埃莱纳·布维耶—高勒根据1982年的数据的分析(《法国死亡率地理学》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987)相比较,没有多大的变化。然而,历史性的回溯表明了19世纪以来深刻的变化:塞纳省和塞纳—乌瓦兹省直到1931年都曾经是死亡率最高的省份;今天它们与巴黎周边最近一圈的省份一样,死亡率是最低的。同样,地中海地区与罗纳河谷省份的情况经历了一次改善。相反,北部地区在死亡率方面朝不好的方向发展。一个世纪中,布列塔尼省在这个方面没有任何进退。参见:弗朗索瓦·托纳利耶,《地理不平等与健康:法国19世纪以来的变化》,巴黎,健康经济研究与资料中心(CREDES),1992。

死亡之间存在着联系；然而，这个关系不是太紧密，而诸如吸烟、酗酒行为或者水的硬度较高等因素也可以解释这个现象。<sup>①</sup>

这样的一条评论并不能使法国的情况和英国的等同起来：但它至少引起了人们对死亡原因和与其最“接近”的环境条件的注意。

无论社会结构中的什么因素被选中，似乎人群中的死亡从不是偶然出现的：尽管有了医学的进步，男性的超高死亡率仍然存在于一定的年龄组，存在于金字塔下端的社会阶层中，存在于由来已久的移民潮中，存在于积累了高风险因素的居住区中。死亡面前“天然”平等的假设经常受到舆论的支持，作为对社会经济和文化不平等的一种自我“安慰”，但是这个假设没有被证实。

但是生者是否可以被简化为死者？如果说死亡是一生路径的结果，这个路径的一个组成部分是纯粹的健康问题，我们却不能肯定考察死亡率一个问题能够揭示生命进程的全部秘密。

## 2 透过疾病率来看健康问题

“疾病率之于疾病就是死亡率之于死亡。”<sup>②</sup>它就是描述和度量在一个人群中一个年度内新增加的病人数——这被流行病学家们称为“疾病的影响范围(incidence de la maladie)”；或者是一个具体时间和一段确定的时期中全部的患者和曾经患病的人数，与生病和/或痊愈的时间无关——这被称为“疾病的患病率(prévalence)”。但是如果死亡是无可争辩的(除了极个别情况)，确定疾病则是比较成问题的事情，这表现在

<sup>①</sup> 萨拉·E. 库尔提，《法国和英国死亡率之不平等的地理因素》，皮埃尔·阿亚什等(1987)，见前注，第113页。

<sup>②</sup> 皮埃尔·阿亚什，《发病率》，吉尔·布吕凯尔和迪迪耶·法森，《公共健康》，巴黎，Ellipses, 1989, 第344—363页。

语言本身,表述健康问题的语汇十分丰富:疾病、疾患、紊乱、不适、症状……尽管医学试图强制使用它的疾病概念,病人和健康的人却没有这方面的专门技能,他们在时间和空间的历程中,用自己的方式表述着这个问题。<sup>①</sup>

这里的关键不是分析疾病概念内容真实与否:重要的是知道我们要度量什么。在之前的研究视野中看这个问题<sup>②</sup>,疾病率的理解有四种方法:清点有医学证明的疾病数目(通过诊断及必要的补充检查);清点人们感觉上的疾病数目,不管是否经过了医学诊断(“自称疾病率”);通过疾病产生的限制来评估其严重性(卧床、因病停工、住院多少日;能力丧失和残疾);最后,是人们根据评价要求(从“我的身体好/不好”这样的问题直到有序或无序的复杂列表)进行健康状况(英语国家叫“health status”)的自我评估,或者在各种情况和行为的列表中选择自己的定位。

### 医学证明的疾病率

关于有医学证明的疾病率问题,在法国我们拥有多个资料来源。“公立医院统计”既提供了医疗服务活动的信息,也提供了得到治疗的

---

① 克罗蒂娜·海茨里希、贾尼娜·皮埃莱,《昨天的疾病,今天的疾病》,巴黎,Payot, 1984,和马克·奥热、克罗蒂娜·海茨里希(主编),《病痛的意义:疾病的人类学、史学、社会学》,巴黎,现代档案出版社,1984。

② 我们可以在以下的文献中找到对统计数据源的比较好的描述:雅克·瓦兰,《巴黎大区的疾病率:医疗保险初级中心统计数据的贡献和意义》,刊载于《人口》杂志,第34年,第1期,1979,第110—113页(作者没有引用法国卫生部处理过的欧洲疾病资料与研究所在研究,也没有解释原因……的确这类调查的首要目的是描述医疗实践:也许这就是原因)。

疾病性质信息。<sup>①</sup>它有两个缺点：没有私营医院的数据，也没有生病不上医院的人的统计。有医学证明的疾病率，人们最经常保留的是针对医生进行的调查结果：（自1963年以来，）欧洲疾病资料与研究所（IDREM）针对医生的年度抽样调查，这些医生不包括只在医院内部工作的医生，以及外科医生、麻醉师、放射学医生、生物学家、口腔医生、牙科医生，调查包括一项“医学处方”和一项“诊断”<sup>②</sup>；法国国家健康与医学研究所（INSERM）于1974—1975年针对自由行业中的行医者进行的调查评估出去私营诊所就医的病人比率为90%。在我们询问健康的社会分化的惰性效果的视角下，这些研究能给我们带来什么呢？

让我们从法国国家健康与医学研究所的调查开始。这个调查是横向和点状的：对欧洲疾病资料与研究所调查的比较接下来将带给我们对这个领域的深入思考。

在1974—1975年中，根据法国国家健康与医学研究所的调查，首先发现了性别与年龄方面的差异：看病或出诊的对象中，57%是女性，然而，女性只占1975年人口的51%；一岁以下的孩子占病人数的3.4%（他们占人口总数的1.6%），而超过65岁的人（占人口总数的14%）占到了21%。

<sup>①</sup> 参考如：D. 勒鲁、C. 莱多、M.C. 穆凯，《公立住院治疗机构发病率统计数据》，1977和1978年度，刊载于《健康、社会保险：统计与评论》，第2期，1982；M.C. 穆凯，《全科公立医院治疗的病人，1985年前四个月》，《互助—健康：统计研究》，第5期，1986。在这些行政数据来源之上，还应该加上健康经济研究与资料中心在1981—1982和1991—1992年关于住院的调查：玛丽—周·苏蒂—勒—盖莱克，《住院者调查1991—1992：他们是谁？在哪里？住了多久？》，巴黎，健康经济研究与资料中心，biblio第996号，1994。

<sup>②</sup> 让—伊夫·德拉诺埃、路易·德鲁夫、雅克琳·德弗阿苏—梅拉科奇（介绍调查），《1973年私人行医业患者的发病率：根据关于医疗处方的持续调查做出的统计研究（IDREM）》，刊载于《健康、社会保险：数据与评论》，A卷，第4期，1977；雅克琳·德弗阿苏—梅拉科奇和贝尔纳·莫雷（研究者），《1980年自由行医业的诊断：IDREM调查结果，1980.3—1981.4》，刊载于《健康、社会保险：数据与评论》，第5期，1982。



这种差异在病理方面得到了确认:15岁以下人群中,呼吸系统疾病占据主要位置,男孩中有29.5%,女孩中有26.7%,随后是传染性疾病和耳疾;从15到24岁,男性的呼吸道疾病的比率和外伤基本持平(分别为16.2%和15.5%),远远超过消化系统疾病(9.1%),然而在女性中,首位被生殖—泌尿器官疾病占据(分别为9.1%和9.4%);45岁以上人群,两性的循环系统疾病患病率都是最高的,但是在45—64岁年龄段,男性中,紧随循环系统疾病的是呼吸系统疾病,女性中,则是骨骼—关节系统疾病,但是在65岁以上,男性中占第二位的疾病是营养和代谢疾病。人们能够在观察到的疾病形态和死亡原因中,找到一些相关性。特例是事故和癌症肿瘤在私人行医行业的疾病率状况调查中趋于消失,取而代之的是骨骼—关节系统和精神疾病。

根据社会阶层得到的疾病差异只在两个社会职业阶层中显示,这是代表了社会金字塔两个极端的阶层:工人阶层/自由职业者与高级干部阶层。对于男性工人来说,诊断中最常出现的疾病是:事故、外伤和中毒(17.8%);呼吸系统疾病(16.2%);骨骼—关节系统疾病(11.3%);消化系统疾病(11.2%);循环系统疾病(10.3%);男性自由职业者和高级干部,最常见的疾病是完全不同的:循环系统疾病(16.4%);呼吸系统疾病(11.8%);营养和代谢疾病(11.1%);消化系统和精神疾病(均为10.2%)。女性工人没有发病率特别突出的疾病:13%的循环系统疾病,12.1%的呼吸系统疾病,10.2%的骨骼—关节系统疾病,9.3%的为确诊的病征;与之相反,属于“自由职业者和高级干部”阶层的女性中,精神疾病占据首位(17.8%),随后是生殖—泌尿器官疾病(10.2%),消化系统疾病(9.1%)和循环系统疾病(8.6%)。

通过在性别和社会职业阶层视角下进行的有医学证明的疾病状况比较研究,揭示了当时各社会阶层的疾病率的差异。这一点是否被欧洲疾病资料与研究所的调查所证实呢?这种差异是否长期存在呢?

尽管在早期的分析中就已经做出了这种假设,但却是通过反思和

比较研究数据[和法国国家健康与医学研究所和生活条件研究与观察中心(CREDOC)的调查以及法国国家疾病保险基金管理机构(CNAM)的数据],才发现对1973年欧洲疾病资料与研究所的调查低估了疾病率,特别是对75岁以上人群。如果说这样的低估可能影响了一些类别的数据的话——而且正因为如此,需要考虑到这个因素——那么仍然有一些差异非常显著,以至于完全正确的评价都不能明显地使之降低。

1973年,每人每年的诊断的平均数,男女有别:女性为4.1,男性为3.1(总体为3.6)。1980年,人们注意到两性诊断平均数有所增加,但是女性方面更多(女性增长4.6%,男性增长4%)。如果我们按照疾病组来考察,这样的差异更为明显:1973年呼吸系统疾病在男性方面排在首位,而女性方面,是循环系统疾病最为突出;精神病和生殖—泌尿系统疾病上的差异更大,而在外伤和酒精中毒方面,差异正好反向。与1973年医院(公立)疾病率的比较显示,呼吸系统疾病在私营医业中诊断数量几乎翻了一番,然而人们发现,外伤、癌症肿瘤和酒精中毒在公立医院中诊断较多。

这样的差异与年龄组差异的已知形式相同:呼吸系统疾病直到19岁都占据首要地位,但是从15岁起开始出现一项区别,男性方面,外伤发生率上扬,女性方面,生殖器官疾病发病率增多。从20至30岁,呼吸系统疾病、传染病和未确诊病征占据了前三名;而后,人们发现男性的外伤和女性的精神疾病增加。40—54岁年龄段,骨骼—关节系统和心血管疾病的份额上升,但是前一类疾病的发生在男性中更为普遍,而后一类疾病在女性中发展更快。55岁往上,心血管疾病的比重开始增加:从65岁开始,这类疾病跃居首位。1980年的研究结果没有改变这些倾向:至多是人们观察到,从40岁开始,循环系统疾病变为了第一征候群。

1973年的年人均诊断次数,根据病人的社会职业阶层来划分,在2.4(工人)到5.5(职员和中层干部)之间。使用这个根据社会阶层划分的疾病率指数,我们得到以下由低到高的排序:工人、农业开发者、高级干

部和自由职业者、工商业主(包括手工业者和小商人)、服务人员、非就业人员、雇员和中层干部。在所有的社会阶层里,女性的诊断次数都高于男性,但是变化没有按阶层划分来得大:社会阶层越低,两性间的求诊率的差异就越小。

在1980年,同是这个指数使得社会群体间更微小的差异得以显现。1980年的调查还显示出,根据疾病类别划分的各个领域,社会阶层间的差异明显。如果我们按疾病率高低来取疾病组别,男性中的比例和级别是非常不同的:循环系统和呼吸系统疾病排在首位的人群是农业经营者、工商业主、自由职业者和高级干部(按照占每个阶层的全部诊断数的比例,分别为:21.8%/13.4%—17.8%/14.4%—16.3%/12.8%);在中层干部、职员、工人和服务人员中,是呼吸系统疾病占先,随后是循环系统疾病(中层干部)、未确诊病症(职员)和外伤(工人)(分别为:16.5%/13.7%—17.9%/13.8%—16.3%/12.5%)。精神疾病在自由职业者和高级干部中,比在职员和工人中情况要严重。对妇女来说,循环系统疾病在农民、工商业主、工人/服务人员中疾病率最高;在干部中,是精神疾病占据了首位,呼吸系统疾病在中层干部中、未确诊病症在职员中也是各居首位;未确诊病症在女性工商业主中占第二位,在中高级干部中占第三位;骨骼—关节系统疾病在女性农民中占据了第三位。

我们多次看到,一些疾病,诸如心血管疾病,与年龄相关:考虑到年龄因素是否会改变社会职业阶层间的差距呢?对于循环系统疾病,加入年龄因素减小了阶层间的差距,但是这类疾病的影响在工人中间仍然比在独立职业者和高级干部中要小。同样,如果说事故方面的差距在40岁后略微缩小,我们看到在青年工人中这个因素的影响却是极为可观的。

从1973年到1980年,诊断的增长主要集中于呈上升趋势的循环系统疾病和精神病:所有社会职业阶层是否都同样受到影响呢?我们注意到男性干部方面,心血管疾病的影响比较稳定,然而在工人和服务人



员中,却有上升的趋势,这点上升却没有改变阶层间的差距。然而,精神疾病的份额在两个社会职业阶层中扩大了。我们同样观察到心血管疾病的一个特殊性将干部和工人“分开”:诊断的总数和首次诊断数在工人中同步增加,而对干部来说,初次诊断的年平均增长频率却比诊断总数的增长高出 1.5 倍(是他们更经常地求助于专家,还是更早地对这类病症进行诊断?)。

无论是考察哪些调查<sup>①</sup>,很明显医学证明的疾病率为观察年龄、性别、社会职业阶层间的差异提供了机会。时间概念的引入使人们观察到,某个层面上疾病率的缩减经常被差异的加剧或其他层面上新差距的产生所抵消。和死亡率的数据结合起来,综观这些结果,产生了两点评论:死亡率问题上的不平等是明显的社会问题,这个观察结果在对医学证明的疾病率的观察中得到了明确的回应;在作为死亡原因的疾病的频率和序列上,与自由行医治疗的疾病的频率和序列有所不同,这一点令人惊讶。我们在上文曾经指出,在医院里更为经常地诊断出癌症、外伤和酒精中毒。另外,我们知道“在家中去世的人数似乎从 1980 年起稳定在 30%左右”<sup>②</sup>。在这样的条件下,我们无法拥有关于全部公立和私立机构的、流动救护和医院治疗的、有医学证明的疾病率的具有代表性的调查,所以很难将死亡率和疾病率进行严格的比较。我们能否在全部人群中进行的有代表性的抽样研究中得出的自称疾病率和死亡率之间找到更好的调校方法?

---

① 1962—1974 年,针对巴黎地区,由科马洛夫博士做出的发病率数据,没有反驳这些主要的倾向。“尽管有着明显的局限性,对这些有利于社会保险法第 L.286 和 L.293 条实施的医疗控制意见的统计组成了发病率的数据来源,在一个总体相对贫乏的环境里,能够提供最有益的信息。”雅克·瓦兰(1979),见前注,第 135 页。

② 米歇尔·勒·图尔杜(1992),见前注,第 3 页。



## 自称疾病率

我们注意到人们有自己对疾病的解释,相对独立于医学的概念。所以,了解人群自己的疾病率尺度十分重要。这也让我们能够理解公众自称的疾病率和医生诊断的疾病率之间的差距,如果真的有的话。

在法国,我们有法国国家统计与经济研究所和生活条件研究与观察中心/健康经济研究与资料中心进行的十年度调查,包含了1970,1980,1991年医疗消费和治疗信息:这些调查给出了关于调查第一日的现有疾病信息(视同慢性病)和在之后三个月内进行的随机调查的疾病信息(视同急性病)。另外,在1986—1987年间,法国国家统计与经济研究所把“健康”一项(分为疾病率和卫生记录两方面)加入到它的“生活条件研究”<sup>①</sup>调查中。

我们无需进入每个调查的细节,只要按照我们的提问需要借用最适当的调查结果。我们引用的所有调查都包含了性别疾病率差异,我们在医学证明的疾病率研究中已经注意到,而且这一点与死亡率视角下的观点是完全矛盾的:女性的期望寿命比男性高得多,却自称比男性发病更多。尽管各个调查间存在差异,但是大致的事实是20岁以上人群的疾病率的性别比率相对稳定(在1.2和1.4之间)。让我们看看各性别声称所患疾病的分布,似乎女性更多地声称感觉有多样的、模糊的不适,但是这些病征却很少是致命的,而男性致死疾病的发病比率却较高。

根据社会分层得到的自称疾病率情况怎样呢?让我们取法国国家统计与经济研究所/生活条件研究与观察中心1980年的调查结果。高级干部、职员和技术工人的人均“现有”自称疾病率数目最高(视同慢性

---

<sup>①</sup> 法国国家统计与经济研究所的这个调查是1978—1979年调查的延续,“最不利情况”,旨在改善所有指数。参见安德烈·维尔诺夫,《建立弱势指数:经验研究步骤》,刊载于《经济与统计》,第168期,1984。1986—1987年的调查加入了多维度的“健康”项目。

病),但是他们和其他社会阶层的差异并不大。自称“急症”疾病率最高的是高级干部和自由职业者,随后是职员,而农民和手工业者—小商人却最少自称患有这类疾病。关键是要根据导致死亡方面的重要性来区分这些疾病,以便在面对死亡的社会不平等的思路中发现显著的差异,如果这些差异存在的话。对于无职业资质的工人和农业工人来说,最危险的致死病因(心血管、内分泌和消化道疾病)的值总是不排第一,就排第二;相反,对高级干部和自由、中等职业者来说,这些原因的值是最低的。

无疑,如果我们能够拥有足够的在死亡率上影响最大的疾病的具体案例,那么按照在生命层面的重要性而得出的社会疾病率的差异将变得更加清晰(……)。所以并没有什么神话:面对死亡的社会不平等所表现出来的疾病和我们在社会差异疾病率中观察到的是非常相似的。<sup>①</sup>

把医学证明疾病率的调查数据和各种不同的自称疾病率数据进行比较是完全有道理的。但是,比较的严谨性有些受损,因为采样不尽相同,也不是同一级别。但是有一个针对大量城市聚居人口(布洛涅—比昂固尔地区)样本的法国“本地”调查,就是把自称疾病率记录和这些个体的医疗健康状况进行比较。<sup>②</sup>在影响这类人群的疾病问题上,人们观察到与其他的调查相同的倾向。然而,“似乎医学发现的这些疾病是明显多于自称发病的数目,最大的差别是在慢性疾病上,但是这些病的患

---

<sup>①</sup> 皮埃尔·阿亚什,收录在吉尔·布吕凯尔和迪迪耶·法森(1989),见前注,第355—356页。

<sup>②</sup> D. 曼维耶、P. 阿亚什、A. 勒克莱尔、D. 塞卜和J. 皮埃塞,《健康问题和社会不平等》,《健康,社会保险:数据与评论》,A卷,第4期,1977。

者却很少自称发病”。

一方面,这些声明中的“遗忘”是因为慢性病经常出现(当他们第一次诊断时间较早,而且治疗抑制了这些疾病的妨害和/或痛苦,就不会产生即刻的疾病意识);另一方面,一些病症是“禁忌”,在声明中被有意识地隐瞒下来。<sup>①</sup>在一个英国的调查中,在20世纪80年代中期,英国社会学家米尔杰·布拉斯特(Mildred Blaxter)记录了在慢性病方面,病人的自称和医学的诊断有80%是相吻合的。根据他的调查,不吻合的状况主要来自于一些个人的瞒报,其中有50岁以上的人和体力劳动者。<sup>②</sup>如果说,从“流行病监视”和公共行为的层面上我们能够得到的结果的角度看,这样的瞒报值得最大的注意,但社会学上还是有其道理的,因为这个行为和心理文化过程联系起来,而出现于某些年龄群体和某些社会阶层。

因疾病而产生的健康局限的指数或指标是否与其产生群体的社会分化有着相同的指向呢?关于20世纪80年代初工业化国家误工问题的一项简单比较证明了这个假设是有根有据的:人们每年平均因病假停工的时间在法国是14.9天,德国是12.3天,荷兰是8.5天,美国是4.9天,但是在澳大利亚却是17.1天,瑞典是19.6天,英国是20.0天。另外,这些指数在时间上变动很大:在法国,20世纪60年代初,这个指数是

---

<sup>①</sup> 在评论弗朗西娜·萨扬的作品《制造意义:癌症的语义学网络》时,皮埃尔·阿亚什写道:“如果我们严肃看待‘象征性负担’这个概念,这不应被看作一个简单的联想。换句话说,如果说,事实上最重要的不是疾病,而是字眼儿,那么就应该强调,从认知学和分类学的角度,一些数量的事情能够被叫做癌症,但是人们在这个病不是不治之症的情况下,避免使用这个词。因为,超出我们最有理性的思想之外,说出这个词,会有造成这个病的危险。我们都知道这不科学,但是仍然确有其事。”摘自《社会科学与健康》,VIII,第3期,1990,第44页。

<sup>②</sup> 引自皮埃尔·阿亚什,收录于吉尔·布吕凯尔和迪迪耶·法森(1989),见前注,第350页。

13.2天,1978年达到顶峰,16.8天,然后开始下降;在德国,20世纪60年代这个指数为13.9天,然后有规律性地下降,直到1967年(10.6天),随后增长并重新稳定在每年12至13天之间;同期在美国,这个指数相对稳定(在5—6天每年)<sup>①</sup>。

法国国家统计与经济研究所的调查《生活条件研究1986—1987》使这个初步的认识更加细化,这要归功于它全面的指数构成(通过相关性的事实分析),包括了疾病率、无工作能力、永久能力丧失、健康观以及健康史的认识。其中的一个分析给我们提供了一个初步的构造模式:把无残疾的健康人与病人、自认为重病缠身的人、工作力不从心的人和日常生活中高度残疾的人对比;在这两组之间,是工作劳损的人群,还有慢性疾病、不适应工作人群;从多病组到健康组,经过中间组,医疗跟踪曲线是下降的。作者对这个初步的轮廓进行评论:

这种考察健康的多维度方法令人惊讶,因为它把完全是次要的特性凸现出来,使人明白这方面的不平等,一方面是社会保险层面上的,另一方面是所有关于健康的保护和风险的个人责任问题(……)。我们当然不会总结说,这些变量一点作用都没有。但是更可能的是通过其他因素的媒介使它们的作用体现出来。

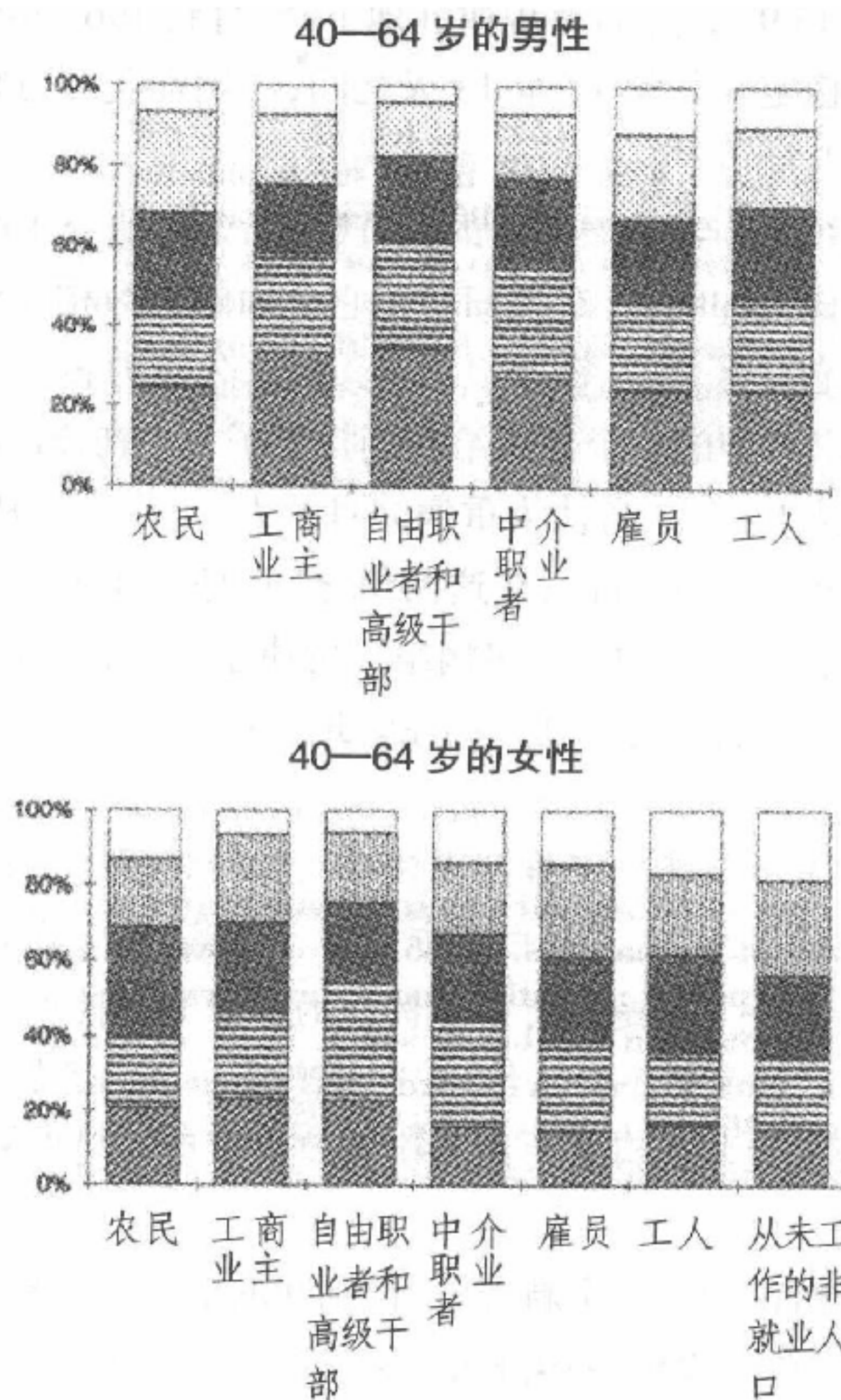
深入的分析说明了几个新现象。性别间的疾病率差异得到确认:1/3的男性和仅仅1/5的女性身体健康。与之相反,7%的男性和11%的女性达到了最高的疾病率。在两性间70岁时,日常生活能力丧失分布是一致的;从这个年龄开始,女性的残疾率更高更严重:女性高寿的代价似乎是大量人丧失能力。然而,与工作相关的能力丧失方面却没有特别

---






<sup>①</sup> 经济合作与发展组织(OECD),《健康数字,1960—1983:支出,成本,效果》,《社会政策研究》,第2期,1985,第137页。



### 疾病率水平



范围：就业和曾经就业者根据社会职业阶层排列

- |                                                                                                      |                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  发病率极低(指数 =0 或 1) |  发病率高(指数 =9 至 12)   |
|  发病率低(指数 =2 至 4)  |  发病率极高(指数 =13 至 16) |
|  发病率中等(指数 =5 至 8) |                                                                                                          |

资料来源：《互助—健康：统计研究》，2, 1992, SESI, 法国社会事务与综合部和法国卫生与人道主义行动部, 第 55 页。

大的差距：在他们的职业生涯中大多数男性和女性都没有经受能力丧失，只有 8.5%的人（两性都有）经历了多次长期停工或者永久停止工作。

在我们加入了社会职业群体因素后，是否观察到了疾病率的社会差距和能力丧失的社会差距相类似呢？完全不是。在疾病率上面，完全不考虑社会职业阶层，两个青年男性中有一个人身体健康。差异随着年龄增长出现并加剧。工人与职员的疾病率水平高。40—65 岁阶段，工人、雇员、农民中只有 25%的人身体健康，而干部与业主群体则为三分之一。65 岁以上，干部的优势很明显：基本上有三分之一的人身体健康或很好。对妇女来说，差异类型是相同的。40 岁的妇女和从没有参与过职业生活的妇女有些特别：她们的疾病率高，接近了女工和女雇员的疾病率。

从 40 岁起，日常生活能力丧失影响最多的是工人、职员、农民，他们中声称职业活动受限的人数比干部高出三倍。65 岁后，差异加大了：工人和农民比干部的残障率高出一倍，而且更为严重。妇女中也有同样的倾向，尽管没有那么明显。与疾病率不同，能力丧失似乎对残疾的风险起保护作用，尽管工人的不工作的妻子的能力丧失发生率也比较高。

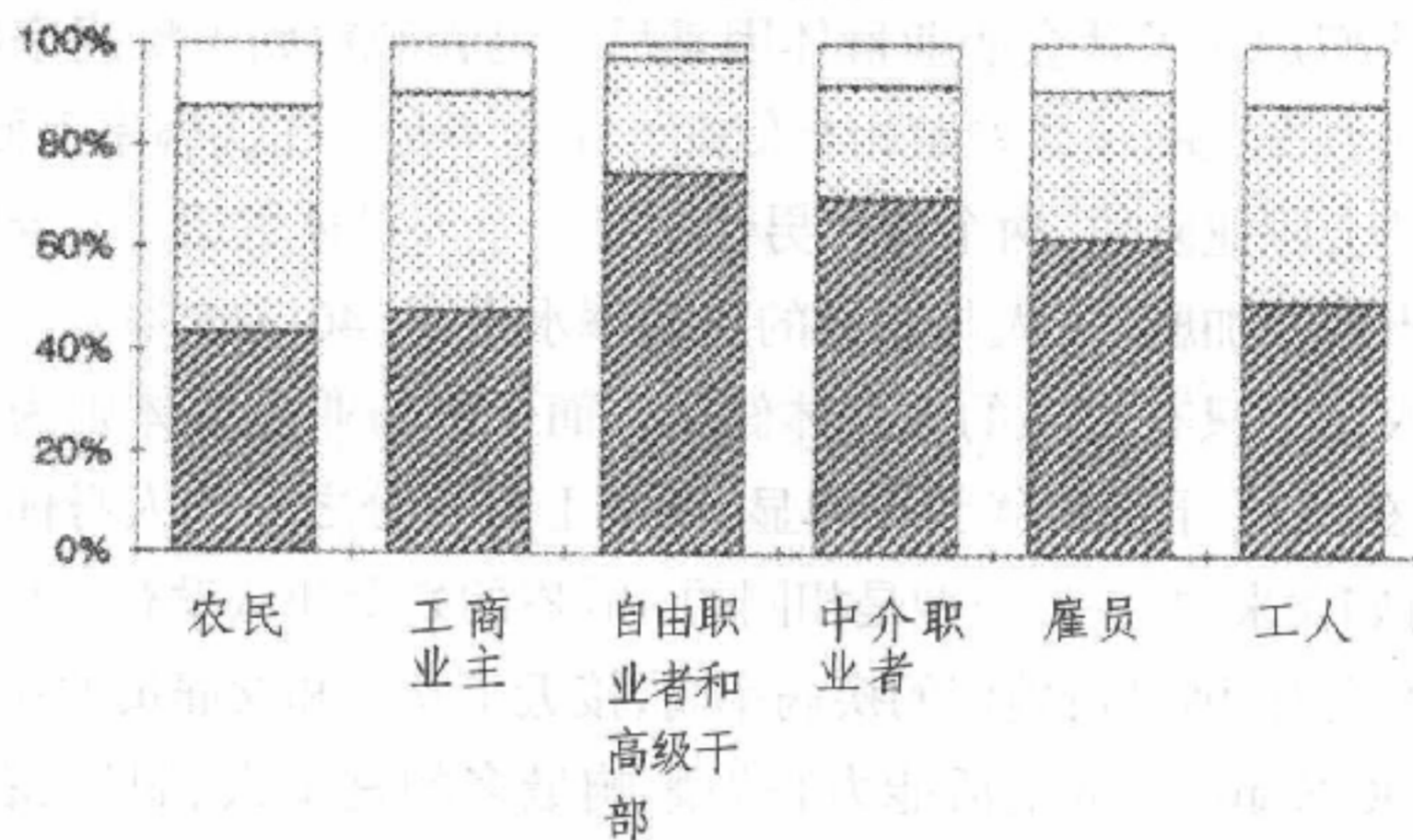
工作能力丧失中的差异体现出同样的社会逻辑：从 40 岁至 64 岁，1/10 的工人彻底停止工作，1/3 的人成为至少一种职业能力丧失的受害者；同样的年纪，只有 1%的干部被迫停止工作，而对于大多数干部来说，进行职业活动没有问题。女性在永久性限制或者阻止职业活动的的能力丧失方面，并没有表现出这样的差别。但是我们要注意，如果说女工比男工的工作能力丧失少，女性高级干部方面的现象则是相反的。在能力丧失方面，这样的结果和十几年前阿兰·沙洛(Alain Charraud)与奥利维耶·朔盖(Olivier Choquet)根据 1980 年的“健康”十年度调查得出的结论相去不远。<sup>①</sup>

---

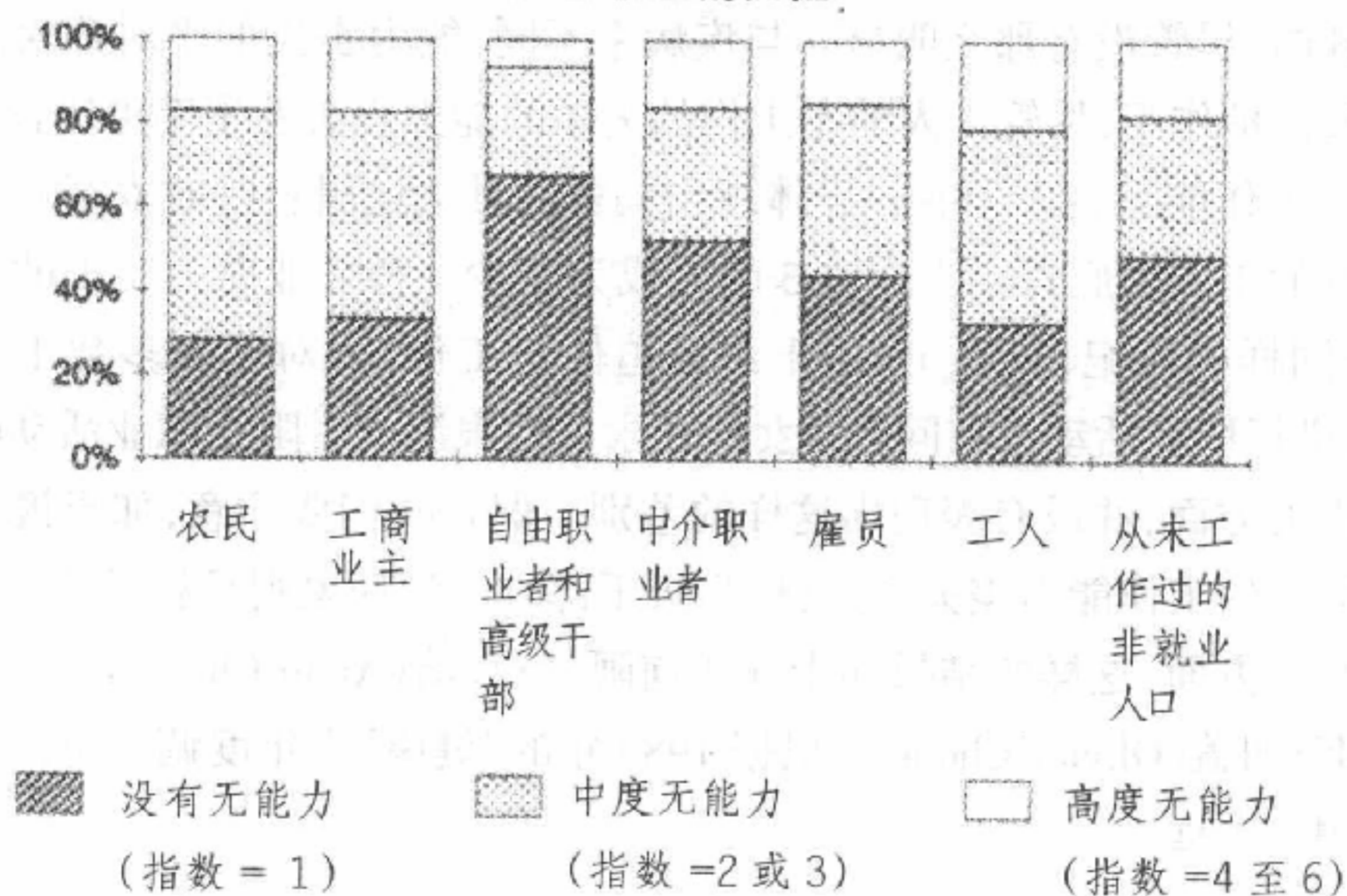
<sup>①</sup> 阿兰·沙洛与奥利维耶·朔盖，《面对肢体无能力的的不平等》，《经济与统计》，第 170 期，1984（引用第 30 页和第 32 页）。作者们承认，青年和成年最严重的残疾，通常是收

### 日常生活能力丧失

65 岁以上的男性



65 岁以上的女性



资料来源:《互助—健康:统计研究》,2,1992,SESI,法国社会事务与综合部和法国卫生与人道主义行动部,第 56 页。



其他国家关于疾病率、能力丧失和健康观的研究证明了社会问题对健康的影响，根据社会分裂大的断裂方向，人们观察到了同类的差距。特别是英国的研究结果，它们是根据“普遍家庭调查”(GHS)得到的，1982年得到的主要倾向如下。<sup>①</sup>关于急性和慢性病，无需职业资质的职业(V类)和自由职业(I类)之间，存在着巨大的差异。男性方面，因病、因事故误工的情况，在半职业资质和无职业资质手工雇员中比自由职业者要高一倍。最后，人们发现民众阶层的属性和糟糕的健康状况是相辅相成的。

通过对死亡率的分析，建立了在外国人群和原住人群之间的特殊差异：那么疾病率呢？因为移民的面貌改变，特别是自从1974年以后，即正式停止“劳工移民”之后，所以回答这样的问题变得十分复杂。此外，现在有关外国人的数据，无论是针对哪一代人的，都不包括已经获得法国国籍的外国人，特别是年轻的所谓“第二代”或“第三代”。<sup>②</sup>在初次移民中，要求避难者和避难者的健康状况十分特殊：到达法国前获得批准的人都接受了系统的检查，发现了各种疾病，60%的被检查者有肠道寄生虫，还有细菌病[肺结核(2—3%)占首位]和其他各种导致残疾的后遗症(包括战争创伤和精神错乱)；来法国前没有获批准的人(1987年90%的避难者)，除非是非政府组织(ONG)介绍来的，到达的时候都没有

---

治在某些机构中，而在家庭调查中没有体现出来。今天我们拥有关于机构和残疾的完整的数据：阿妮·特丽翁芙(指导)，《法国残疾人：社会数据》，巴黎，法国国家健康与医学研究所和CTNERHI出版社，1991。

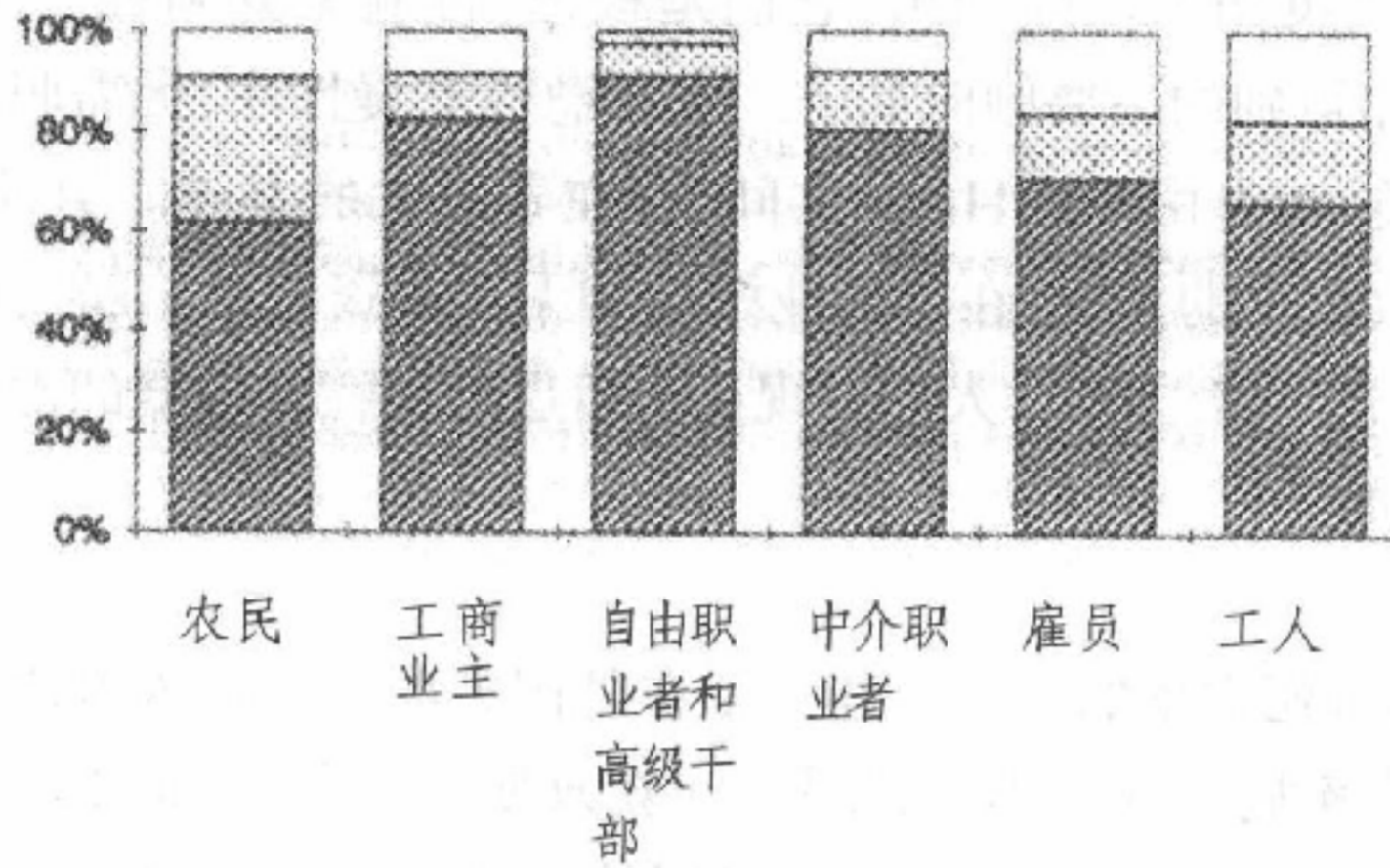
① 人口普查与调查研究所，《普遍家庭调查》，伦敦，英国皇家文书局，1984。

② F. 布尔迪翁、P. 隆布莱耶、M. 安托尼、J. 本莱凯萨、R. 贝内伽迪、M. 勒卢、C. 乌罗—朗都和J. C. 斯科托，《法国的外国移民健康》，《社会科学与医学》，第32卷，第11期，1991，第1219—1227页。关于外国人群的发病率，我们取了这篇文章的主要数据，该文章的参考文献也极为丰富。

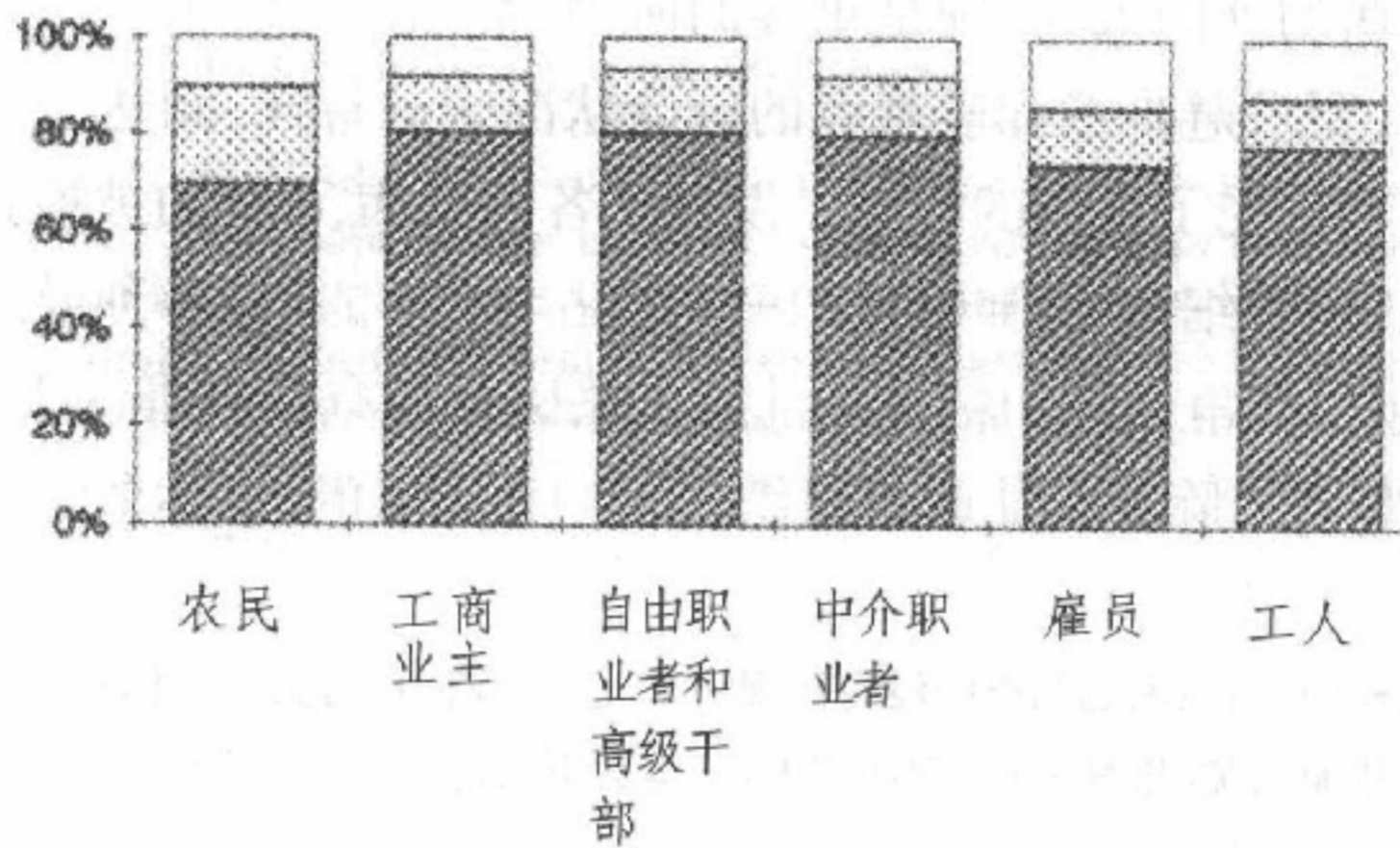


### 工作无能力

40—64 岁的男性



40—64 岁的女性



■ 没有无能力 (指数 = 1)      ■ 中度无能力 (指数 = 2 至 4)      □ 高度无能力 (指数 = 5 和 6)

资料来源:《互助—健康:统计研究》,2,1992,SESI,法国社会事务与综合部和法国卫生与人道主义行动部,第 57 页。

获得医疗照顾:许多人忍受着迫害的结果(包括酷刑)。移民劳工的家属团聚构成了第二类初次移民:除了肠道寄生虫(通常在来自热带的幼年儿童中发现),肺结核也引起了注意(在非洲黑人中的发现率为 5.3%,而在法国人中只有 0.1%),尤其是在移民到达后的 6 至 18 个月中发病——还有少量的乙型肝炎和艾滋病病毒感染。最后,回乡度假的移民形成了一个特殊的类别,因为他们的某些免疫力已经在法国消失了:在 1986 年的法国发现的 38%的疟疾病例涉及到非洲国籍的病人。

最常见、最严重的疾病率出现在劳动事故中:1/6 的外国人在冶金业中遭遇事故,1/4 的外国人在建筑和公共工程中出事故。在一个地区的调查中,帮助移民的社会服务部门总结说:“很遗憾,(在移民潮的头十年里)工伤事故多发是最‘要命’的事情。”

就像死亡率一样,疾病率指标都是根据性别、年龄、社会阶层和外国人地位或移民情况的地位而有所变化。发现的问题是很正式的:健康的忧患是人体和各种物质和文化因素相遇的产物,是它所处的社会的产物;疾患的严重程度和频率根据疾患的属性而不同,根据在一个多维度的社会空间中患者所处的不同位置而有差异,但是总的来讲,差异有增大的趋势(10 年中,根据法国国家统计与经济研究所的十年度调查,声称疾病率明显地增加了,尽管我们要考虑到,由于 1980 年引入新的数据采集流程,一些疾病的所谓“追赶”效应)。健康的“自我管理”和求助于医疗体系是统一地分布吗?个人身体的维护和发展是所有人关心的问题吗?考虑到社会保险系统的存在,所有人都能同等地从医疗体系获得治疗吗?

### 3 健康实践和医疗消费

职业医疗与个人/家庭医疗的对立是一种错误的二分法:一般来讲,

无论个人感觉到生病与否,都要对自己进行照顾,而寻求专业帮助,无论是医学与否,都包含在这种个人行为之内。同样地,我们区分出“健康行为”和“疾病行为”<sup>①</sup>:在感冒的时候给自己做饭,应该算哪一类呢?但是,大多数研究都把“与健康有关的行为”和求助于健康系统代理人分别开来,从来没有人试图从理论上整体考虑这个行为。主要的困难来自于发展、保持和重建健康的实践和其他行为的界限很难划出。最经常的是,人们把所有一切能够和健康好坏变化、症状或疾病的出现(与否)在实践上挂得上钩的行为都归为第一类。这样的行动和经典的病原学概念不无联系,这种理念寻找疾病出现的“那个”直接或间接的原因。<sup>②</sup>然而,没有什么能够断定欣赏一台好的演出或者工作精益求精带来的快乐能给健康的维护和改善带来积极的作用。

由于缺乏一个有效的理论,能够使我们借用可信的标准来对实践行为进行筛选,我们只好,至少在这一初步的描述现有数据的阶段里,重新拾起被称作健康的“自我管理”的东西(这个说法对我们来说,似乎最接近英语中的 self-care):这并不单单是指目的明确、旨在维护或改善健康的有意识的和自愿的行为,这还包括了一些影响健康的不良习惯,清醒地预防、迎战疾病,以及促进舒适程度的行为。

取主要的死亡原因,我们就可以找到一系列行为,我们可以在统计上建立它们和致死或严重疾病明显相关的几率:饮酒、吸烟或吸毒——不“平衡”的饮食——危险驾车——不运动或做运动——职业活动没有相应的防护。

---

① 斯坦尼斯拉斯·V. 卡斯勒和希德尼·考布,《健康行为、疾病行为和疾病角色行为》。第一部分:环境健康档案,卷 12,1966 年 2 月,第 246—266 页;第二部分:环境健康档案,卷 12,1966 年 4 月,第 531—541 页。

② 马赛尔·高德贝尔(1982),见前注,第 60 页。



### 酒精、烟草和非法毒品

从苏利·勒德曼<sup>①</sup>以来，许多作品都努力体现出高龄男性普遍超高死亡率和酒精消费与酒精中毒导致的死亡率之间的互动关系，这个趋势持续存在，并把吸烟行为也吸纳进来。在1986年，根据法国国家人口研究所(INED)学者的研究，在法国，总体的死亡之中有1/6可能是因为酒精和烟草消费，但是在35—64岁间，1/5的死亡是酒精引起的，还有1/5是烟草引起的<sup>②</sup>。这样的一个联系在最近四十年中持续不断，但是有所变化。从20世纪50年代末起，酒精的消费量减少了，而这也表现在精神病和肝硬化的死亡人数减少上。然而，吸烟和肺癌不断增长，直到20世纪80年代：男性中因为吸烟引起死亡的人数开始减少（和烟草的消费同步），然而在女性方面，烟草消费继续增长；在心血管疾病方面，我们应当也能观察到同样的现象（因为它同样和消费烟草有着关系），以至于在两性间这种病的死亡率差距应该减小。上呼吸—消化道和食道癌症是与饮酒加吸烟的双重消费有关联的，这些癌症在男性中呈减少的趋势，在女性中其增长的势头在减缓。然而，和这些原因有关的男性超高死亡率仍然居高不下。

自20世纪60年代初，法国的整体酒精消费量在下降，葡萄酒和苹果酒的消费量大幅下滑，而啤酒消费却因而获益攀升。有习惯经常消费

---

① 苏利·勒德曼，《酒精、酒精中毒和酒精化》，2卷，巴黎，法国大学出版社/法国国立人口研究所，1956和1964。

② 阿尔夫雷德·尼扎尔和弗朗西斯科·穆诺兹—佩雷兹，《1950年以来法国的酒精、烟草和死亡率。1986年酒精和烟草消费引起的死亡数目估测论文》，刊载于《人口》，第48年，第3期，1993；阿尔夫雷德·尼扎尔和弗朗西斯科·穆诺兹—佩雷兹，《1950年以来法国的酒精、烟草和死亡率：死亡率中的酒精和烟草消费指数》，刊载于《人口》，第48年，第3期，1993，第1011页。



酒精的男性比女性多一倍,而从 25 至 55 岁间消费量最大。<sup>①</sup>如果说两性中“可以接受的”消费基本上平均分配在各个社会职业阶层中(从 1982 年,法国国家统计与经济研究所发布的新职业与社会职业阶层列表),那么男性中“过度饮酒者”的比例在不同的社会职业阶层中就相去甚远了:农民中有 25.9%,手工业者、老板和商人 25.5%,有职业资质的工人 24.3%,无职业资质工人 23.3%,技术员 18.1%,私营领域干部 12.5%,私营中等职业 12.3%,私营雇员 10.7%,国家干部 10.3%,这些人每天饮酒 5 杯以上(根据所引用作者文章中的“过度”标准)。

从 1950 年到 1976 年,烟草的销售增加了;从那时开始,人们观察到这个量相对稳定下来。在 1987 年,1/5 的妇女平均每日吸烟 5 支,2/5 的男性平均每天吸 17 支烟;但是有一半的男性吸烟者和 1/3 的女性吸烟者每天吸烟超过 20 支。35 至 45 岁之间达到最高消费量,而且越年轻吸烟越频繁。男性工人,其次是男性雇员吸烟最多,相反的是,在女性方面,办公人员(雇员和中等职业)比工人吸烟多;少吸烟或者不吸烟的主要是男女农民。人们观察到 27%的男性和 5%的女性既吸烟也喝酒(1980 年分别为 32%和 7%);有毒物质的积累增加了风险。

非法毒品的消费对公共健康造成的问题,较少因为吸毒直接死亡(在法国,0.33%的吸毒者死于吸毒过量,英国是 0.11%,荷兰是 0.35%,瑞士是 1.39%<sup>②</sup>),而主要是对希望戒毒的依赖性吸毒者(或者被强制接受“治疗”者)的照顾和必要帮助,以及与毒品使用相联系的传染艾滋病

---

① 尼可·吉农,《酒精与烟草:中毒的快乐》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第 254 页。

② 《欧洲吸毒者:帮助还是惩罚》,刊登于《世界报》,1993 年 1 月 4—10 日(6 篇系列报道,对主要欧盟国家进行了分析)。引用的百分比是从第二篇文章(1 月 5 日)节选出来的。

毒的风险<sup>①</sup>。因为非法，“毒品”的使用是秘密的：我们主要是通过社会针对这种行为的反应（警察逮捕、法律判决、社会医疗治疗）了解到它。通过这些反应我们了解到了什么？毒品使用和使用者是不同的：

因使用毒品而被捕的瘾君子比被判刑的人年纪要轻，而主动求助于医疗社会系统戒毒的人年龄比后者又大一些，[……对这些人来说]吸毒是比较久的事情了，因为人们估计从他们第一次“失足”到求助于健康系统之间，需要经过5至8年的时间。<sup>②</sup>

在1987年，吸食海洛因的吸毒者占被救治的吸毒者中的58.8%，占被捕的吸毒者中的34%；对于大麻，这个比例分别为15.9%和62.5%；对于可卡因，两项均为1.9%。这些不完全的数据需要补充：在公共健康、安全和保证个人自由的要求之间，政治家需要更坚实的基础来做出正确的决定。不要忘记在法国的法律中，所有“怀疑使用者”都将被逮捕：这样一种刑罚使得吸毒潜入地下，也就是说，让吸毒者和医疗机构的交流更加困难，同样也对注射器以旧换新计划构成了主要障碍。

## 饮食方式

如果说一部分循环器官疾病和吸烟是有联系的，大多数情况下却

---

<sup>①</sup> 道格拉斯·S. 古德史密斯和萨姆埃尔·R. 弗里德曼，《街道上的毒品、性、艾滋病和生存：五个妇女的声音》，刊载于《人类学与社会》，卷15，第2—3期，1991；米沙埃尔·C. 克拉茨、谢里·德林和斯特凡尼·托尔图，《一个名字里有什么？在哈莱姆，吸毒者的艾滋病风险的社会建构》，刊载于《人类学与社会》，卷15，第2—3期，1991。

<sup>②</sup> 让-米歇尔·克斯特，《吸毒：一个困难的向成年的过渡？》，《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1990，第259页。还能在以下作品中找到一些补充信息、理论思考和国际参考资料：阿兰·艾伦贝格（主编），《思考毒品，思考药品》，巴黎，笛卡尔出版社，3卷，1992。

和饮食方式联系更多：人们在食用盐、高血压和心血管疾病之间建立了一种联系；我们知道心脏疾病（心肌梗塞和其他缺血性疾病）和动脉硬化病很大程度上是受到了过量食用动物脂肪的影响。<sup>①</sup>人们还发现了一些食品和癌症的发生有关系，特别是消化器官癌症：饮用烫嘴的茶水和食道癌、咀嚼槟榔和口腔癌、饮食中马铃薯、动物脂肪和啤酒比例过大和结肠癌存在联系（罹患结肠癌和食用植物油是负相关的关系，就像食用新鲜水果和蔬菜和直肠癌之间是负相关的一样）<sup>②</sup>。

流行病学观察不仅仅限于法国。从联合国公布的数据中，弗朗斯·麦斯勒表明了“两个最明显的关联是肠道癌症和肉类以及谷物”（前者的关联是正向的，后者是反向的）。但是在饮食中过度食用一种食物的因素比较少：

这样，澳大利亚饮食特点是多肉、多糖、多脂肪，和日本主要消费谷物、鱼、蔬菜正好相反。东欧国家（……）的饮食结构除了鱼以外，接近日本。南欧的饮食结构很特殊，有大量的谷物、水果和蔬菜，但是也有脂肪。然而，地中海国家食用的脂肪主要是植物，而风险也是完全不同的。在澳大利亚—联邦德国为代表的该类型的国家，肠道癌的死亡率很高，而在日本—罗马尼亚为代表的类型国家最少。似乎肉的消费起了决定性的作用，但是也不能忽视在整个饮食环境中，过量饮食是一个规则。<sup>③</sup>

---

① 弗朗斯·麦斯勒和雅克·瓦兰，《1925年来的法国心血管疾病死亡率的组成：历史重建的结果》，刊载于《人口》，第43年，第2期，1988。

② 弗朗斯·麦斯勒，《癌症和饮食：肠道和直肠癌病例》，刊载于《人口》，第38年，第4—5期，1983。

③ 弗朗斯·麦斯勒（1983），见前注，第755页。同时参见居伊·德·泰、阿妮·于贝尔，《生活方式与癌症》，巴黎，Robert Laffont, Pluriel丛书，1988。这后一本著作是一个很好的、有效的、肿瘤学和人类学学科间合作的例子，它在饮食类型、爱泼斯坦—巴尔病毒的激活



饮食模式当然不是偶然形成的：在我们国家，出现了饮食消费的平等化和食品工业的同质化的特点，但是当我们参考一些系统地收集到的数据，它们显示出饮食的社会层级<sup>①</sup>，这些特点就站不住脚了。在法国，肉店所卖的肉、鱼、蔬菜、水果、奶酪被社会金字塔的最高层过量消费；相反，在民众阶层中，出现了过量消费土豆、面条、面包和人造黄油的现象。

就像我们能够假设的，饮食的变化是根据地区传统的逻辑形成的。法国的每个地区都有自己的特产，尽管所有可能的产品都能够流通到法国全国，这些特产继续标志着本地特有的饮食习惯：南方吃植物油，北方吃黄油；西南地区产家禽，中东部地区产小牛肉，东部和布列塔尼地区产猪肉，西部地区盛产海鲜……如果我们把每种产品的全国平均消费组成一个标准菜篮子，我们就做了一次抽象化，但是我们可以借此观察到每个地区与这个平均值的差距大小：巴黎大区、中央大区、普瓦图—夏朗德大区、阿基坦大区和南部—比利牛斯大区最接近标准菜篮子（牛肉、家禽和兔子、牛奶、酸奶占了主要地位）；地中海地区、奥弗涅、罗讷—阿尔卑斯、勃艮第和弗朗什—孔泰大区的特点是对小牛肉和羊肉、野物和奶酪略微有些偏好；阿尔萨斯—洛林、香槟—阿登、北部—加莱海峡、皮卡第、上诺曼底更是突出地消费熟肉制品、猪油、黄油和鲜奶

---

传播、鼻咽癌的发生之间建立了一个因果链，这是通过两个研究实现的：用民族志方法观察中国南部、马格里布地区和格陵兰人群以及对他们具有文化意义的食物进行提取和生物化学研究。

① 克洛德和克里斯蒂亚娜·格里尼翁，《饮食风格和民间口味》，刊载于《法国社会学杂志》，XXI-4-1980；同是二位作者，《饮食实践》，刊载于《社会数据》，巴黎，法国国家统计局与经济学研究所，1984；雷蒙·勒德吕（主编），《饮食实践变迁之定性研究》，图卢兹，ATR2765项目结题报告（油印），社会学研究中心，1979；克洛德·菲舍勒，《杂食动物》，巴黎，Odile Jacob，1990；M. 埃玛、C. 格里尼翁、F. 萨邦（主编），《吃的时间：饮食、时间分配和社会节奏》，巴黎，法国国立农业研究所（INRA）和人文科学之家（MSH）出版社，1993。



油；最后，下诺曼底、卢瓦尔河地区及布列塔尼和标准菜篮子差距最大的地方在于这里消费更多的海鲜和罐头食品。<sup>①</sup>如果我们把1977年根据与标准菜篮子的差距计算出来的大区图与1962年和1982年的综合死亡率地图进行比较（见下两页图），它们的相对类似性令人惊讶！这张饮食的图没有给酒精饮料特别的份额，但是如果我们将这张图与酒精和肝硬化死亡率图（见上文死亡病因图），就会发现一定的相似性。是否一定的饮食模式和一些“饮酒方式”有联系？当然，这样的比较仅仅有些启发的价值……

除了数不清的文化因素（菜肴的质和量、它们的烹饪方法、它们的味道、它们和某种饮料的结合、上菜方式……），饮食的实践也有其他具有决定性的限制：时间安排的限制。色香味形俱全的菜肴不仅仅取决于收入和品味：这更需要有空闲时间。<sup>②</sup>

对时间的管理以另一种方式影响着饮食模式：1967年到1981年，每周不在家吃饭的次数明显增加了，也许和总体富裕有关，但是也和女性工作的发展和越来越多的个人主义生活方式<sup>③</sup>有关。但是这样一个变化是否说明了我们生活方式里的劳累和紧张越来越多呢？我们是否可以假设这对健康有不良影响呢？<sup>④</sup>

无论食物的营养方面是什么，无论它们对机体的“生化”效果是什

---

① 尼古拉·艾尔潘，《饮食与地区主义》，刊载于《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1984，第340—341页。“如果（法国）各个地方分别计算它们与标准菜篮子的差别，并把这些差距取平方，这样的指标可以给出一个地区饮食特点的全面度量。”

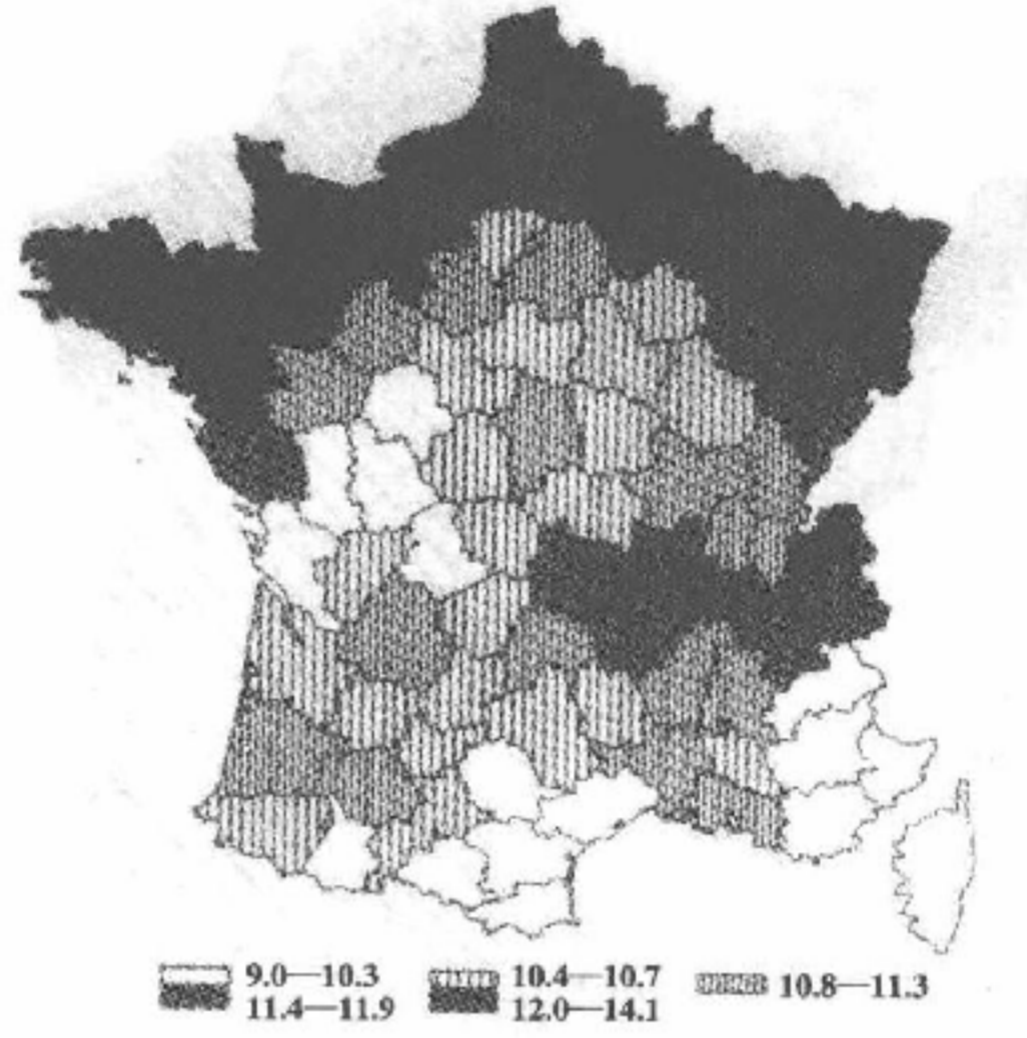
② 尼古拉·艾尔潘，《饮食行为和它对时间使用的限制》，刊载于《法国社会学杂志》，XX-4-1980。

③ 雅尼克·勒梅尔和玛丽—阿妮克·麦西耶，《食品供应》，《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1987，第408页。

④ H. 赛尔耶，《紧张没有松弛》，费城，Lippincott，1974。

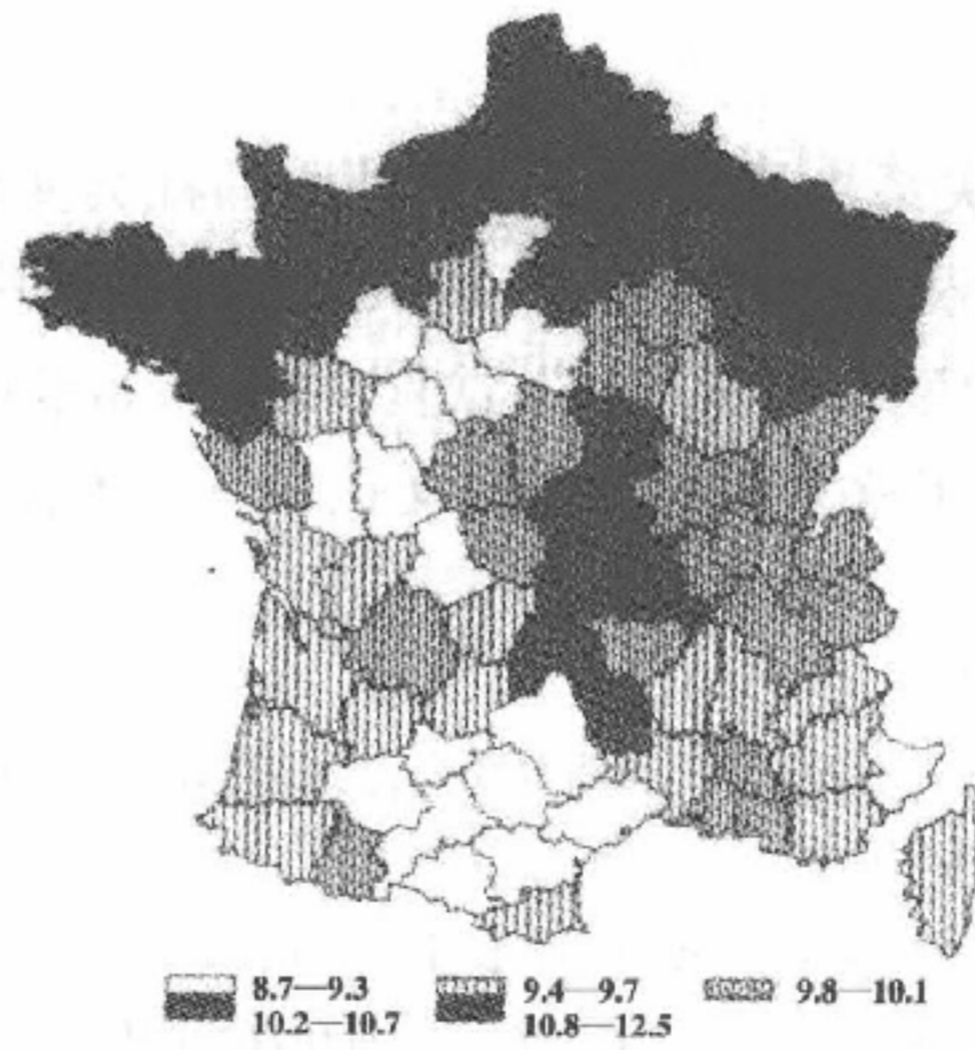
比较率—1962

(每 1000 人比率)

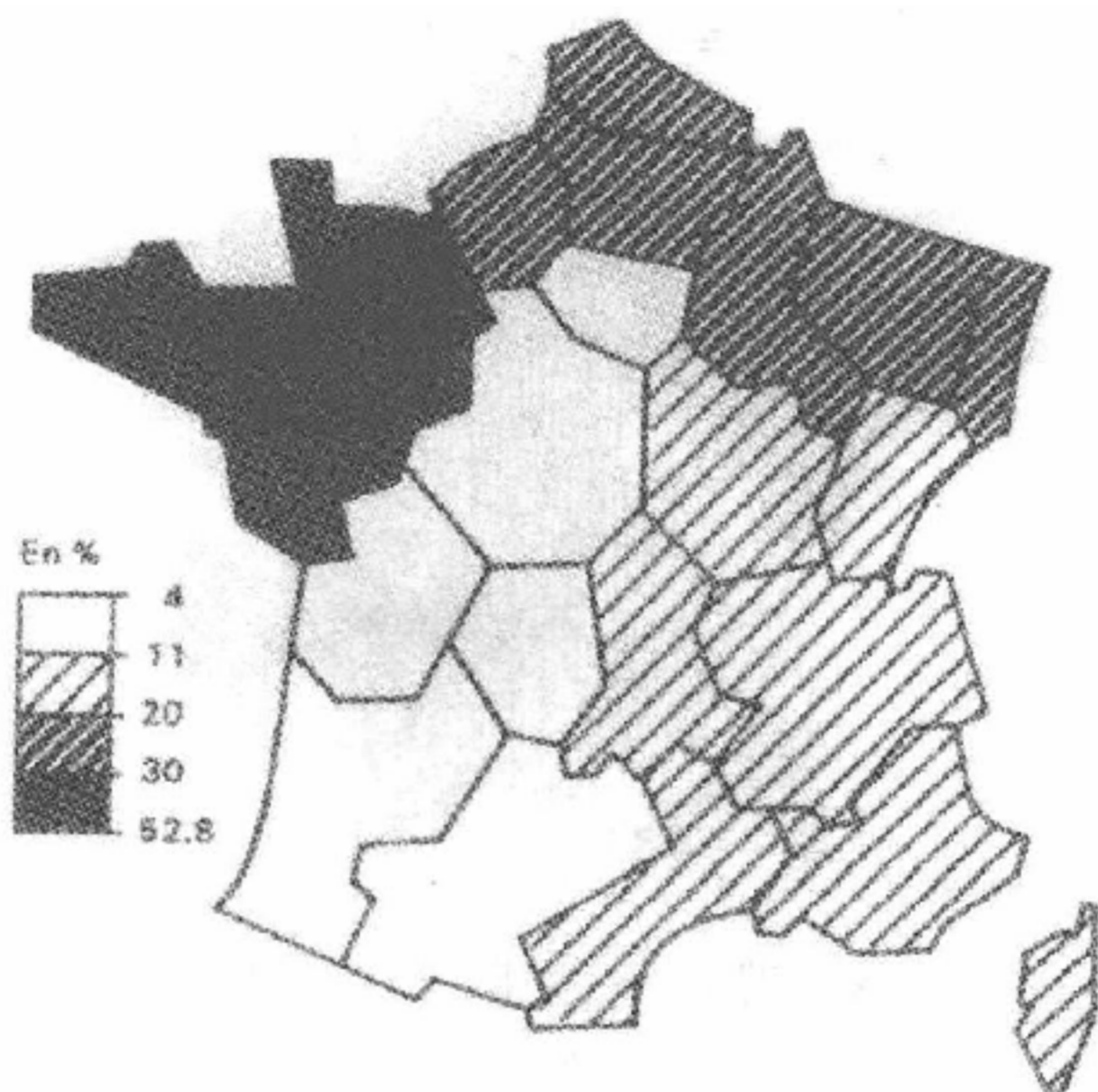


比较死亡率—1982

(每 1000 人比率)



### 根据与标准菜篮子的差距排列的大区



资料来源：左页图：托那利耶，1992，第 7 和 22 页。

上图：艾尔潘，1984，第 340 页。

么，食物和健康的关系也属于我们世界观中的社会文化范畴<sup>①</sup>：所有种类的信仰都把食物和健康联系起来，提供了特殊的使用和烹饪方式，以保持和优化身体健康。“天然产品”、饮食节制（比如素食主义）的异军突起和重新发现见证了这方面的真正的文化，而这不仅限于生物医疗营养学的框架内。<sup>②</sup>

① 马克·索利亚诺，《民众传统和消费社会：法国的情况》，刊载于《文化》，第 2 期，1973 年。特别参见“烧熟和炖煮”小节，第 55—57 页。

② 克洛德·费施乐，《美食主义和“乱”食主义：现代饮食中身体的智慧和生物文化危机》，刊载于《交流》，第 39 期，1979。关于象征方面和食物的信仰问题，参见：斯蒂芬·梅

### 从汽车驾驶方式到交通事故

实践的象征维度在汽车驾驶中特别重要：交通事故对青年或者年轻的成年人的损害性效果我们已经了解，但是如果把交通事故抽象为质量、速度、路径的纯机械效果，或者抽象为违反交通规则的越轨行为，就会阻碍我们理解这个健康方面的特殊现象。也许，以“物质”的标准看，比如道路交通或快速交通流量的增加，如果参照一个相近的参数，说事故的风险降低是完全正确的；同样真实的是，从1980年以来，特别是在安全问题的公共举措的作用下，交通事故的数量开始加速下降。然而，在1990年，有超过16万的人身事故，平均每100起事故中有6.3人死亡，在每10万名事故致残者中，1/6的人是50%以上的永久性残疾。<sup>①</sup>

汽车不仅是制造商之间竞争的物品：从一个双重的观点看，汽车造成了其使用者之间的竞争。通过品牌、外观、内饰、动力、新旧款式，主要目的通常是表达出社会地位、社会成功。但是汽车也被用来进行空间竞争：我们看到，在高速公路上，着急的驾驶者，往往开着马力强劲的汽车，当他们匆匆赶路的时候，就会进行各种远程控制（闪远光灯、鸣笛），以“统治”全部左侧车道，把其他比较慢的汽车赶出去。这是因为驾驶车辆是一种象征性行为，包含了阻止、欺骗、强权以及炫耀、忍让和侮辱的表达等战略中最技术的动作。<sup>②</sup>

---

内尔·安娜·穆尔科、阿奈科·H. 冯·奥特罗，《食物社会学：饮食、营养和文化》，刊载于《今日社会学》，卷40，第2期，1992，特别参见第5章：“食物与健康的信仰与实践：世俗的观点”，第42—47页。

① 让-勒内·卡雷、于贝尔·杜瓦尔、埃莱纳·丰丹、希尔万·拉萨尔，《道路使用者：不平等的风险承受》，《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1993，第283—291页。

② 吕克·波尔坦斯基，《汽车的社会使用：空间的竞争和事故》，刊载于《社会科学研究学报》，第2期，1975，第31页。



驾驶一辆车不能简化为遵守道路交通规则和人们所学习的技术动作：存在多种“汽车文化”，由象征的观点和行为构成，区分各种驾驶者群体，这种文化在家人和同辈人之间传递。根据波尔坦斯基所说的，我们可以假设，随着道路上互动的驾驶者的社会异质化（主要是因为新老驾驶者之间的差异）的增加，交通事故也随之增加。其实，这样的异质化增加了误会发生的风险，就是说对其他竞争者信息的错误解码，因而对象征性的面对面方式产生了分歧：对空间的象征性竞争偶然性地变成了对物质的竞争，在最幸运的情况下是产生物质损失，最糟糕的情况下是重伤甚至死亡。

### 不运动和做活动

心脏病专家和流行病学专家认为，一些心血管问题和“长久不动”有关系：为了预防，他们建议所有人进行体育锻炼，特别是对那些工作职位和居家生活要求长时间静立或静坐的人。但是法国国家统计与经济研究所的“时间安排”调查表明，1986年，2/3以上的法国男性和3/4的女性（除去学校以外）不做任何运动。但是如果我们把这个事实放在一个历时性的观点中来看，我们发现最近二十年来体育运动加强了，但是参加运动的人却没有大量增加。从20世纪60年代末，吸引人的体育运动是网球、游泳、跑步或徒步穿越、自行车或骑车穿越、体操、滑雪和帆板运动（按降序排列）。在诺贝尔特·艾利亚斯（见前文）描述的文化运动意义上，集体运动和竞赛运动减少了：在这方面典型的是田径运动的下滑，演变为独自慢跑，这个运动越来越流行，而“多人参与”的运动却不景气。<sup>①</sup>

人们可以怀疑这样的下滑是一种“前卫”的行为，而且不是所有人

---

<sup>①</sup> 保罗·约奈，《运动、模式、大众，1945—1985》，巴黎，Gallimard，1985，第91—123页。

都接受,下滑的开始仅仅是因为参与运动的人中间存在着明显的社会差异:在参加运动的人中,干部比专门工人多3倍;运动员的社会职业阶层比例和社会阶层划分极其相似:参加体育运动的主要是富裕阶层,尽管体育基础设施充足多样,能够允许中产阶级和最不爱运动的群体(妇女、老人)参与。<sup>①</sup>

体育竞技运动进入健康领域并不只是来自医学专家的建议:它也体现在众多运动参与者对“体形”和身体外观的关注中。1985年法国国家运动与体育教育研究所(INSEP)的调查表明体育运动和个体的外形(通过身高/体重比例确定)有很强的关联:男性和女性中,做运动的人数和“身体苗条”的人数一样多。这不仅仅是一个“客观标准”的问题:正相反,个体自身的形象更重要。自我感觉“正常”或者略微有些“胖”(希望“瘦一点儿”)是参加体育的条件;自认为“太胖”的男女甚至不愿意去做家务。另外,我们注意到,体育锻炼和注意饮食是明确相关的;加上女性方面,爱运动的人去美体中心和使用美容护肤产品的倾向更明显。<sup>②</sup>

### 工作条件:事故和职业病

所有的观察都表现出无论是在社会经济领域,或是在社会文化组成部分中,社会层面上的生活实践和条件都非常不同。在生活条件里,工作条件扮演着一个不可忽视的角色,虽然到目前为止,通过统计分析还不能下一个定论,特别是因为工作的致病效果在不同的时代是

---

<sup>①</sup> 帕斯卡·加利格,《法国人与体育》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第266—268页。

<sup>②</sup> 保罗·伊尔兰热、卡特琳·卢佛、米歇尔·梅图蒂,《体育运动,改变外观的一种形式?》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第269—272页。同时参见:米歇尔·帕热—德龙,《身体与外观:外表的背后》,巴黎,L'Harmattan,1989,特别参见第2,3,4,5章。

不同的(一个领工薪者今天生病可能不是因为现在的工作,而是由于过去的职业经历)。

在生活条件研究与观察中心和法国国家统计与经济研究所1980年的联合调查中,收集到了有关工作时间的信息。尽管差异不是特别大,但是越向工薪阶层过渡,工作时间就会加长(只有男性方面的分析),无论是倒班还是长夜班。工薪族需要加夜班:

定时的的工作,特别是包含夜班的工作,会导致消化紊乱和体重问题,因为吃饭的时间不规律,总是不饿也要吃,甚至只是因为在那个时间可以吃到热的、平衡的饮食。我们还注意到神经紊乱和偏头痛略有增长,还有略高的疲劳感(这次仅限于夜班的工薪族)。①

一些地方调查确认并深化了这些综合结论。1980年法国国家艺术与职业学院(CNAM)劳动生理学和人体工程学实验室进行的一个针对印刷工人的调查(1500个工人样本)是最有力的证明。一方面,人们观察到高血压、体重问题和消化、呼吸问题有所增加,从修改员到排字工,再到制版工,最后到印刷机操作工,增加的程度都是同样明显。另一方面,对工作条件的检查显现出明显的差异:排字工和制版工的夜班比印刷机操作工少,操作工在噪音和有毒的环境中,工作的体力和精神负担都重得多。②

法国国家统计与经济研究所关于工作条件的常规调查说明了职业活动中的限制和危害的范围以及变迁。1984年调查的分析将积累了风险和危害的工人(他们在肮脏、潮湿和多风的地方工作,他们不得不呼

---

① 塞尔日·弗尔科夫,《工作条件与健康》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987,第452页。

② C. 泰热、A. 拉维勒和 M. 洛提,《巴黎印刷工人职业不同的疾病率、死亡率和生活条件》。

吸有毒或不健康的烟雾,还有坠楼或触电的危险,约17.8%的男性和10.4%的女性)与不但没有经历这些危害,反而受益于劳动工程学的、从重体力劳动中解脱出来的工人(21.3%的男性和44.1%的女性)对立起来。第二步,分析让两个极端更加清晰化。第一部分我们遇到的主要是建筑工人,他们经常在中小企业中谋生:这些风险已经如此好地被“接受”,以至于许多人并没有意识到它们的存在,也没有享受到“补偿性”的津贴。第二组包括操作机器或流水线上的工人,经常是女工:是众多大企业发展的泰勒化的工业生产模式;在那里,一切都是精确计时管理的:风险和危害的减小换来的是工作强度的加大和劳动者的孤立。第三组是“加工工业”,要求身体资本力尽其用导致了连续不断的工作:大量的工人根据轮换机制(三班倒)在一个地点工作,根据工作时间安排,有夜班和周六/周日班。多数的风险都被“客观”对待,并且有津贴,一般是接触有毒物质、吸入烟雾和粉尘、烫伤和感染的危险。最后,第四组,是一些为客户服务的工人;他们很少经受劳动风险和危害,但是他们工作的特性主要是诸多限制造成的压力:面包店工人、商店工人、演出辅助人员、长途司机的工作时间很长、很特殊是尽人皆知的,这是为了更好地满足企业顾客的要求。<sup>①</sup>

从1978年到1984年,劳动危害的变化是非常明显的。受呼吸粉尘危害的男性工人数减少,但是女性增多;坠楼、吸入毒气和机械化高强度工作频率,这些危险的变化趋势也是同样的。受承载和运输重物或经常低温作业危害的工人的比率在男女各方都有增加。最后,忍受噪音和经常高温作业的工人比率减少了(两性均是)。在1984年,两个性别的工人经受吸入粉尘和毒气的劳动风险的人数比率比全部雇员阶层高出一倍;对其他的危害和限制而言,差距依然很大而且都是对工人不利。<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 弗朗西斯·克拉玛尔茨,《工人的工作条件》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987。

<sup>②</sup> 塞尔日·弗尔科夫(1987),见前注,情况5,第453页。



尽管要想确立和展现某些工作条件的致病效果是非常困难的,但有两个指标不可置疑地证明了职业活动对健康造成的危害:劳动事故和职业病。法国国家疾病保险基金管理机构(CNAM)计算了劳动事故造成的一天以上的停工(“事故加停工”)。尽管这肯定会导致一定的低估,人们还是计算出1980年有97.1万起工伤事故,其中1500例导致死亡,1/6是恶性事故:

这个数字是很大的:这相当于每个工作小时里就有一个人死去,一分钟就有一起严重事故发生,对所有的领薪人员来说,造成工休的事故每6秒钟就有一起。如果能够把所有申报的事故都考虑进来(就是不论有没有造成停工),人们就可能估计出每3秒钟出一起事故这样的频率。<sup>①</sup>

自1955年以来,人们观察到在所有的行业里,特别是在事故最多的行业里(建筑、采矿和冶金),事故逐渐减少。然而,从1972年起,除了烧窑、冶金、橡胶、造纸—纸箱业以外,其余行业工伤事故趋于稳定。1984年,人们调查到86.6万起造成停工的劳动事故。事故率的下降得到了证实:在1974年到1984年间,劳动事故造成的死亡数目减少了45%,恶性事故的数目(导致残废金发放)减少了32%。<sup>②</sup>

职业病的普查是借助了法律规定的“表格项目”来进行的,这个表格定义了有可能在劳动环境中获得的疾病。另外,为了能够被定性为职业病,需要证明在危险的环境下工作了足够长的时间,或者职业病诊断的时刻和工人离开危险环境的时间间隔不能太长。考虑到这些限制,人们统计出1984年有4085例职业病。或许只能部分地反映劳动疾病的

---

① 安娜—弗朗索瓦丝·莫里尼埃和塞尔日·弗尔科夫,《劳动事故》。

② 塞尔日·弗尔科夫(1987),见前注,第455页。

整体情况,但是却表明了它诊断的变化趋势。或许借助职业风险医疗监控机构(SUMER)的调查,我们能够更好地了解这个事实:从1986年12月到1987年6月,600名职业病医生针对一个有代表性的领薪人群抽样,收集了5000份材料,他们从中总结出几种通常可能导致职业病的劳动因素、物品或情境:

在被普查出的职业病风险因素中(……),高于85分贝的噪音最为常见:包括13%的领薪人员、28%的工人、43%的在铸造厂和金属工业工作的领薪人员和31%的建筑业、民用农用工程和零售商业服务的领薪人员。按照降序排列,人们发现第二位的是在阴极射线管显示屏前的工作造成的危害,9%的领薪人员暴露在这种危险下(1/3的金融、保险业领薪人员);然后是轮班或时间局限性大的夜间工作;传染性疾病(主要是清洁行业);关节周疾病;不舒适的姿态、高温环境的影响、震动等。暴露在化学类的风险中也是比较常见的。<sup>①</sup>

在这个表格里,让我们再加入局部调查中的观察内容:预防措施是为地位稳定的领薪人员而定的,而且一般都针对他们施行,但是这些措施远远没有给分担同样工作的临时工和非正式工以同等的重视,另外这些人对风险的控制能力也没那么好。考虑到所有这些限制,我们可以理智地估计到上边的描述是过分乐观的。

### 失业与健康

如果说劳动条件可能成为疾病的原因,失业是不是就有益处呢?在

---

<sup>①</sup> 玛丽—弗朗士·克里斯朵法利,《职业风险》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1990,第120页。

20世纪60年代中期,雷蒙·勒德吕指出健康状况构成了失业者的弱点和可雇用性的一个重要方面。<sup>①</sup>他从摆脱事业困境的角度来看这个问题。但是相反地,在20世纪20年代,当内尔斯·安德森在芝加哥的“贫民窟”(la hobohème)做研究的时候<sup>②</sup>,他记录下这些无家可归的、过流浪生活的“贫民”的健康状况当时已经很糟糕了,而这种情况在经济低迷的一年中,因为工作难找而进一步恶化。然而,20世纪30年代初,在奥地利马里昂达作调查的作者们说,唯一的工厂关闭两年以后,医生们认为那些曾经在工厂工作的人的健康状况变好了:停止艰苦的劳动对他们来说是有益的,而青少年却忍受着营养不良的后果。<sup>③</sup>在法国,最初的地方性研究是福热尔地区的调查(1974—1978)。<sup>④</sup>如果说不可能在一个相关人群中在失业和某一疾病的发病之间建立一种肯定的因果关系,在与某制鞋厂危机相关的经济事件跟市立医院的病历(特别是一些事故发生率的陡然增高)及收治病人人群结构的明显改变之间,作者们则观察到一个时间上的相关性。此外,失业的影响是通过它的威胁实现的:失业的不确定性带来了焦虑,人们可以在被解雇前一年发现这个病理标记。这还影响到当事者的家人:老人和孩子当中出现与焦虑有关的病症。相反,由于不需要工作,失业也有有益的效果:女性感到轻松,因为

---

① 雷蒙·勒德吕,《失业社会学》,巴黎,法国大学出版社,1966,第78—84页,105—106页,219—223页。

② 内尔斯·安德森,《贫民:无家可归者的社会学》,巴黎,Nathan,论文与研究丛书,1993(原版为美国:1923),第145—154页。

③ 保罗·拉扎菲尔德、玛丽·加霍达、汉斯·采泽尔,《马里昂达的失业者》,巴黎,Minuit,1981,第65—66页。

④ M. 班热内、C. 拉法日—奥雷鲁、M.V. 路易,《失业与健康》,巴黎,Economica,1982。

工作、家庭的双重负担暂时消失了；工作条件特别艰苦的人也从这种被迫休息中得到了益处。

该研究的局限在于它的横向和地域特点：我们是否可以忽略时间呢？或者更确切地说，五年的跟踪调查是否够长呢？再详细一点说，我们是否可以立足于一些理论基础来确定一个病原现象发生的最短时间呢？在另一个方面，能否将这个局部的观察结果推广到所有的人群？根据现阶段了解的情况，难以回答前几个问题。然而，法国国家统计与经济研究所的调查——《1986—1987 生活条件研究》——对解答最后一个问题给出了一些基本要素。<sup>①</sup>

尽管收集数据的过程和方法不同，但是研究结果还是显示出了惊人的趋同性。人们证实了同样的两极分化：一方面，失业者中声称自己健康（没有上述的病症和症状，或二者之一）的人数比就业者中比例高，而与此同时，声称自己健康状况糟糕的人更多，而且出现了多重病理现象。在这个多重病理中，抑郁症是唯一与非失业者有明显区别的方面，这种病表现为一种综合的症状，形成一个通常由明显焦躁、忧虑、恐惧、失眠、不自信、眩晕、昏厥和大便干燥等构成的综合征。另一个矛盾出现了：如果说失业者更多地看普科医生，他们却较少因为抑郁症而就医，“就好像当一个人失业的时候，抑郁的现象不能（不足以）构成看医生的理由”。最后，这些作者点明了失业对全家成员的致病作用：经受了失业打击的家庭中的青年感到找一份工作更加困难，而且更经常抱怨感到十分疲倦。

### 道德观念的演变和艾滋病

从 20 世纪 80 年代初开始，人们面对着另一种全新的风险，但是这

---

<sup>①</sup> 马丁·班热内、加尼娜·皮耶莱，《理解失业对健康状况的影响：对 INSEE 数据的二次分析》，《1986—1987 生活条件研究》，巴黎，给 MIRE 和 CERMES 的报告，1993 年 3 月。



种风险并没有完全跳出我们刚刚讲的领域：这就是艾滋病。<sup>①</sup>我们已经指出，与他人关系、社会关系已经超过了避孕的忧虑，成为了健康的关键问题。直到20世纪70年代初期，发生性关系成为一对配偶关系发展的一个成功确立点：初次性关系可能发生在婚前不久，大多数情况下与婚姻同时发生，也就是说性关系发生在一个较长的、“贞节”的交往关系后，至少发生在做出婚嫁决定之后。道德观念的自由化和其他社会转变同时发生，在某种意义上翻转了这一程序：在一对配偶形成的时候，性关系开始于一对情侣开始“交往”的时候，甚至可能在做出“同居”的决定以前。<sup>②</sup>“品行端正”这个表达被“道德观与时俱进”所代替，该现象证明了这样一个变迁，其特点是对行为多元化的体现和相对承认。今天，“性越轨行为”更多地指性骚扰、强奸、乱伦和猥亵儿童，而不是异性和同性性行为的自由度。<sup>③</sup>

一个青年同性恋者的话，虽然有些突兀，但是总结了性行为模式经历的这个主流变化趋势，无论性取向如何：“先上床，后说话。”<sup>④</sup>那么，发

---

① 在1980年代中期，确诊病例中，66%的人为不吸毒的同性恋者，13%为不吸毒异性恋者，7%为吸毒者，7%为血友病和输血患病者，还有2%是感染艾滋病的母亲的孩子。参见安娜·拉泊尔特，《艾滋病在法国：1982—1992》，《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1993。

② 米歇尔·波宗，《婚姻：一种制度的兴起和衰落》，收于弗朗索瓦·德·森格利，《家庭：知识的状况》，巴黎，La Découverte，1991，第47—57页。这样的一个对结构推翻的呈现，夸张地简化了变迁的缓慢进程和新一代采用新的行为方式的时间差。和“旧模式”一样，“新模式”的存在形式是非常复杂和多样的：我们可以通过读下面这本书而有些发现——阿尔弗雷德·斯皮拉、娜塔利·巴若斯和ACSF小组，《性行为在法国》，巴黎，《法国文献》，1993，§第一次性关系，昨天与今天，第122—128页。

③ 玛蒂娜·卡吕钦斯基，《好的品行：历史方法》，收录于弗朗索瓦·德·森格利（1991），见前注，第334—343页。

④ 引用来自达尼埃尔·希尔维斯特、弗朗索瓦·勒吉、弗朗索瓦丝·里纳尔，《艾滋病，与对象的断裂》，刊载于《社会科学与健康》，卷7，第1期，1989，第88页。

现自己的血清艾滋病检测呈阳性的情况是否把这个说法反过来了？心理医生和心理分析医师观察到，一旦这样的诊断结果为人所知，一般都会导致放弃关系：感情和/或社会关系变得脆弱，直至分手、孤立和隔绝。

站在我们所处的这个历史时期看，健康问题的关键变成了是否采取有感染艾滋病毒(HIV)风险的行为。这个风险，就像所有其他风险<sup>①</sup>一样，成为了一种社会建构的对象，这种建构要求通过知识、道德判断和社会成见来评判风险情况。很明显，在所有的社会问题中，艾滋病风险的社会建构不是统一的、均质的：麦克·珀拉克关于同性恋者的研究，和比利时社会学家团队关于异性恋者的研究，都表明了承担风险模式的多样性和自我保护策略的多样性；年龄、性别和社会文化水平构成了造成差异的重要变量，但是承担自己性身份的方式、感情的发展阶段(吸引、亲密、结好阶段)、进入社会网络的期望和方式等也参与了建构过程。<sup>②</sup>

### 医疗消费与社会保障

在谈过上述这些改善或损害个人和群体健康的条件以及行为以后，健康的“自我管理”(同上文定义)包含了所有旨在修复和预防健康损害、使用服务和利用可用资源的行为：这就是人们试图涵盖在“医疗消费”这个表达法中的意义。

这种消费有很多特点，使得市场成为与之相对应的一个特殊空间。最近一次在悉尼(澳大利亚)进行的调查，表明了求医者完全没有消费主义的态度：远没有寻求信息来评估医生为他们提供的服务的质量，他

---

① 德尼·杜克洛斯，《风险的社会建构：面对工业危险的化学工人的案例》，《法国社会学杂志》，XXVIII-1-1987。

② 麦克·珀拉克，《同性恋者和艾滋病：一种流行病的社会学》，巴黎，A.M. Métailié，1988；达尼埃尔·佩托、让·雷米、吕克·范·坎本霍特和米歇尔·于贝尔，《艾滋病：爱情面对恐惧》，巴黎，L'Harmattan，1992。同时参见于格·拉格朗日，《15克橡胶？》(同性恋者面对艾滋病风险和保护)，《现代时代》，第46年，第536—537期，1991，第117—146。

们更愿意信任医生。他们不把医生视作某种物资或服务的提供者：尽管某些人认为信息不对称是有效评价的一大障碍，但他们首先强调的还是人性方面的品质而不是作为工具手段的质量。一些作者观察到在美国和英国有着相似的结果。<sup>①</sup>

矛盾的是，健康似乎被认为是一种珍贵的财富，值得人们以任何价值去保留，然而似乎到现在为止，它还不是家庭消费的第一位，尽管在上世纪初的时候曾经有人作此呼吁。<sup>②</sup>这是因为对于健康的定义和期待在很大程度上是服从于负载于个体身上的经济逻辑类型的。当收入水平低的时候，家庭首先期望改善物质生活条件，包括对于社会融入来说是既矛盾而又必不可少的“过剩”（比如拥有一台电视或一辆汽车）：保健排在这之后。疾病保险的角色是修正这种等级排列，消除（或减小）了收入对就医的制约。在法国，开小店铺或作坊的小资产阶级、干部和农业种植者曾让旨在向全民普及社会保险的1946年5月法令成为了一纸空文。昔日的对手不久又强烈要求建立疾病保险制度<sup>③</sup>：从1961年起，一系列接连的法律逐步推广了社会保障制度，以至于从1979年起，保障制度覆盖了大部分的人口。<sup>④</sup>在这个基础上，今天的医疗消费行为是否变得一致了呢？

法国国家统计与经济研究所针对家庭健康和医疗护理的十年期调

---

① 戴伯拉·拉普顿、坎·唐纳森和皮特·罗伊德，《缺乏警告还是有益的无知？病人和消费主义风气》，刊载于《社会科学和医学》，卷33，1991，第559—568页。

② 多米尼克·达蒙和菲利普·拉尔迪，《法国人在2000年。消费：健康和娱乐占首位》，《经济与统计》，第190期，1986，第55—69页，特别参见图1。

③ 关于非农业独立经营者在这个问题上的变化，参见：弗朗索瓦·格雷勒，《职业独立和社会保障。小业主的阶层实践和意识形态波动》，刊载于《法国社会学杂志》，XVIII-4-1977。

④ 弗朗西斯·蒙泰斯，《法国社会保障的未来》，刊载于《研究》，1993年2月，第200页。同时参见努玛·穆拉尔，《社会保障》，巴黎，La Découverte, Repères丛书，1993。



查得出的结论不是这样。<sup>①</sup>从1970年到1980年,低频度的消费者和高密度、高花费的集中医疗的高频度消费者都有所增长。即便横向的观点比较的是不同时刻的情况,仍然是比较能够简化问题的,因为事实上,医疗消费对每个个体来说,都是由生命的不同阶段组成的。在55岁到64岁之间,2/3的人至少做过一次手术;如果我们聚焦在死亡前6个月,我们会发现这个时期的平均医疗成本比所有人口群的总体平均消费高出十倍。这就是说年龄首先是产生差异的第一位因素:在1970,1980和1990年的调查中,所有年龄的医疗消费曲线都呈现为“U”型(幼儿期消费高,随后下降直至20—25岁,接着逐渐上升,直到高龄老年);还需要引入性别这第二个差异的组成部分,对这个曲线的外形上稍加区分:在曲线的底部出现了反向的凸起,覆盖了女性育龄的全部时间段,这和自从诺维士(Neuwirth)法令(1967)颁布以来使用现代避孕方式、进行孕期监控和实现产科分娩是相辅相成的。根据消费(普科医生、专科医生诊断和住院治疗)的种类,曲线的形状是相同的:只是倾斜的程度不同。

和我们能够在死亡率问题上观察到的现象相反,对于疾病率的形势和健康的条件与“行为”来说,在1980年和1990年,在职业与社会职业阶层分类的求医行为之间没有重要的数量上的差别(根据性别和年龄修正后的数据)。“白领”(雇员、中等职业者和干部)是最高的消费者,随后是农民、工人家庭,而手工业者与小店主排在最后。但是社会职业

---

<sup>①</sup> 这个问题上的著述颇多。有一本书对直至1970年的现有数据作了综述,列出对数据及来源进行了有利分析的国际参考书,值得一看:安德烈和阿丽埃·米兹拉伊著,《医疗消费微观经济学》,巴黎,法国大学出版社,1982。对于最近的一段时期,参见:雅克琳·德夫阿苏、贝尔纳·莫莱尔,《医疗消费》,收录于吉尔·布吕克、迪迪耶·法森主编(1989),见前注,第244—261页;阿兰·沙罗、皮埃尔·莫尔米什,《医疗消费的差异:1980—1981健康调查》,巴黎,法国国家统计与经济研究所丛书,M-118,1986;安德烈和阿丽埃·米兹拉伊,《医疗消费的长期趋势》,刊载于*Futuribles*杂志,第147期,1990年10月;皮埃尔·莫尔米什,《就医的差异,1991》,刊载于《经济与统计》,第265期,1993年5月。



分类的每一个职业都接近于全国平均数(每人每年看医生 6.5 次)。<sup>①</sup>这与通常的社会阶层化并没有关联,因为以往非农业独立职业者往往与雇员和中等职业者的情况很接近,但是这次却分道扬镳,而干部的医疗消费情况比其他“白领”要低。如果我们仅仅观察收入的效果,我们也能得到同样的结论。

但是医疗消费的数量方面却掩盖了质量方面的实际社会不平等:当人们把目光从这种消费的数量转向所消费的物资和服务的结构上,就会发现惯常的社会阶层区分。一方面,与工人和农民相比,干部们看专科医生的频率高得多(干部占据了 45%,而另两者一共才有 25%)。另一方面,随着 20 世纪 80 年代“自由”收入的医疗行业的出现(2 类医疗行业),人们注意到在全部就诊数量中,该行业所占的比例非常不平衡(干部占 33%,农民和工人占 15%)。在这两个方面之间明显存在着一致性,因为 2 类医疗行业中,求诊于专科医生的频率更高些,但是仍然有一些社会职业阶层的行为特性在里面:干部看自由收入的普科医生的频率比工人高出 2 到 3 倍;在 2 类医疗行业中,雇员、工人和农民更多地选择了价格最便宜的医师。

这些差距在住院问题上得到了印证:对于领薪者而言,他们住院的频率随社会阶层上升而递增;独立职业者,无论是否是农民,他们都处于干部和中等职业之间。另外,在 20 世纪 80 年代,住院随期望寿命而变化。其原因就是医院是一种保护网,原则上讲没有一种严重疾病会被放过,住院率也许能够比较好地反映社会阶层间的疾病率差异。另外,我们知道移民比法国人更经常去医院(以及门诊和劳动医疗诊所)就诊。<sup>②</sup>

---

① 以下除非特别说明,均参照 1990 年的调查结果。

② 国内调查结果。《法国的马格里布移民医疗消费》,刊载于《移民新闻》,第 84 期,1987 年 4 月 8 日。这是根据法国国家统计与经济研究所 1980 年的调查得出的关于移民特性的研究结果综述。

但是也可能是因为更富裕的阶层在某些情况下采取了避免措施，叫救护车出诊和在家治疗，而没有进行住院治疗。

医疗消费方面差距最大的是在看牙医的问题上：干部每人每年就诊于牙医的次数超过总人均次数的 30%，而工人比平均数要少 15%。治疗频率的序列和惯常的社会阶层相吻合。我们可以发现，从工人的嘴里听到诸如忽视或拒绝这类不看牙医的动机的次数比“白领”要多。

然而，我们不能把这些差异简单归咎于个人策略的异同：这些策略的可能性条件取决于医疗服务机构的分布结构。

医生们的位置（普科医生，特别是专科医生）首先是和社会空间结构有关。因此，在普科医生的密度和工人的百分比上存在着一个负相关关系（……），而在专科医生的密度和商业服务在职人口 [包括企业与个人服务，以及汽车服务与维修、咖啡馆、餐馆] 的百分比之间，存在着一个强的正相关关系。同样，在专科医生密度和拥有高中毕业文凭的人口之间也存在着一个很强的正相关关系（……）。在看全科和各个专科医生需要的路程和人口密度之间，相关性是负的，就是说，在人口密度下降的时候，看医生的路程增加（……）。在医疗服务分布上，第三产业再一次超过农业和工业。接受医疗服务的距离，也许是地理上的，但肯定是社会性的。<sup>①</sup>

人们观察到同类型自由收入行业医生设立诊所的一个社会空间结构：在那些“干部”和“手工业者—工商业主—企业主”阶层人口比重最

---

<sup>①</sup> 弗朗索瓦·托那利耶，《医疗地理，经济地理：法国各种地理周线研究》，巴黎，健康经济研究与资料中心(CREDES)，参考资料，第 850 号，1990，第 31, 35 和 41 页。同时参见：《法国医疗消费与服务的地理研究方法，健康的回声》，《健康经济信息公告》，第 9 期，1993 年 1—2 月。

高,而“工人”阶层最少的市镇里,集中了最高比例的自由收入或有高收入权的全科、专科医生。<sup>①</sup>

尽管医疗消费的差异是微小的,但差异的存在及它们的构成方法对疾病保险制度下的社会保险效力提出了质疑:过高和过低的消费不正说明了保险体制对矫正收入差异影响的无能吗?两种事物的顺序似乎为保险体制“开脱罪责”:如果人们观察一些有同等疾病保障的个人,特别是这些人都豁免了调节费<sup>②</sup>,然而就医的差距依然存在;对于家庭申报信息的分析使我们能够看出,在决定是否寻求医疗机构帮助的时候,经济原因处于非常次要的地位。明显地,我们不“追根溯源”就难以理解就医问题上存在的差异。

然而,疾病保障情况的差异的确影响了医疗的总量,特别是在没有互助医保或者私营保险的情况下,这些补充保险可以补足全民疾病保险体制不负责的部分,并促成第三方给付机制<sup>③</sup>(在没有补充保险的情况下,医疗消费比平均水平低15%至20%)。另外人们注意到,没有补充保险和家庭中相关人的失业和高龄(80岁及以上)有关:根据健康经济研究与资料中心与国家职工保险基金会(CNAMTS)<sup>④</sup>自1988年以来每

---

① 塞巴斯蒂安·达尔邦、阿兰·勒图米,《在市镇环境下的全科医生服务》,收录于《健康的地理和社会经济研讨会》,巴黎,1989年1月23—26日,见前注,第218页。

② 调节费这部分指的是被保险人应该自己支付的一部分医疗花费:这部分花费是每个行医者提供的服务的应用价格(常规价格)和疾病保险中心(CAM)实际支付的金额之间的差价。

③ 第三方给付机制是避免被保险人预付医疗过程中产生的全额费用的程序:被保险人只需要支付调节费,因为CPAM或者互助保险集团会直接付款给开具了诊断书的医疗业者或机构。

④ 健康经济研究与资料中心,《1990年法国健康状况与就医情况调查的初步结果》,《健康回声》,号外第1期,1991;A.伯格纳诺、N.格朗菲斯、Ph.勒富尔、An.和Ar.米兹拉伊,《1992年健康、医疗和社会保障》,巴黎,健康经济研究与资料中心,参考资料第982号,1993。



年进行的健康和社会保障调查(ESPS),1992年,相关人员失业的家庭中57%拥有补充保险,而相关人员就业的家庭中这个比率达到了90%。

那一年,五个人中就有一个因为报销医疗费太少而放弃了一些治疗:牙科治疗和配假牙是受限制最多的(44.3%),接下来是配镜(23.2%)和医生的治疗(16.1%,其中12.8%是专科医生,3.3%是普科医生)。毫无疑问,希望控制健康花费的政治意图通过损害最贫困使用者的利益的措施表现了出来。通过增长调节费,缩小报销的疾病的范围,创立2类医疗行业,实施和“酒店费用”不相上下的住院一揽子费用,我们已经逐渐进入了一个医疗消费的“去社会化”阶段。<sup>①</sup>这种政策合理吗?如果说它已经表现出了抑制健康费用上扬的相对功效(对第三方给付制度,也就是说对支付的干预和对调节费的干预明确地构成了一个双重的、有效的“刹车”),那么似乎其他国家却懂得如何控制这样的支出而不需要把疾病保险的保障水平降到如此之低:然而,这些国家是否成功地减小了或者没有加剧就医问题上的差距?尽管对于社会保障的医疗体制进行了多种比较研究<sup>②</sup>,我们今天仍然没有明确的答案。

---

① 克里斯蒂昂·卡尔扎达、皮埃尔·沃洛维奇,《社会保障:80年代的转折点》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1993,第519—520页。我们也可以参考:《资料:社会保障10年》,刊载于《互助—健康:统计研究》,第2期,1992。尽管健康经济研究与资料中心的研究小组指出了,对于社会医疗保险开支的拨款增长已经在1980年停止(该保险在1950年支付44%的医疗费用,1980年时为74.2%,1991年为71.5%),并且要求家庭支付的部分越来越大,在《健康回声》(1992年第6期)的最后一页,这个小组应用的题目却是“支出的拨款的逐步社会化”:这样一个历史观的角度,是否会让人忘记从1980年代开始的治疗疾病费用的“去社会化”转折?

② 大卫·梅卡尼克,《健康护理的提供体系的比较研究》,《社会学评论年鉴》,第1期,1975,第43—65页;多米尼克·波尔顿,《健康系统的非中心化:英国经验的分析》,《法国社会事务杂志》,第38年,第1期,1984;西蒙娜·桑蒂耶,《几国健康体系组织》,收录于《国外健康政策》,巴黎,法国资料出版社,1987;J.C. 亨拉尔、M.N.克雷皮,《健康体系的国际比较》,收录于吉尔·布吕凯尔和迪迪耶·法森(1989),见前注,第165—181页。



## 4 结论

在确认了社会传统伴随并吸纳了人口学和流行病学双重转型之后,下一步就是要给问题寻找一个答案:如果说人们变换了观察的高度,转换了视角,那么从健康不受社会分化影响的角度来说,人口和流行病制度的变迁是否改善了人们的安康状态?阶层差异、性别差异、年龄差异、家庭融合差异、种族属性差异和归属于有明显的社会经济标记的居住地区的差异,我们知道这些差异对工作和生活条件,对消费和娱乐有着各种各样的影响,是否这些差异对健康方面没有影响?从某种意义上讲,健康现象完全依赖我们的能力,去理解其生物学机制,以便更好地控制它们。

根据社会分化的主要轴线而来的我们的生活模式,其结构是难以改变的,它至少从法国大革命以来,一直延续到了今天,尽管无可置疑的进步让运气最坏的人群通过较不痛苦和不危险的方法养家糊口,得到较好的住房,受益于大量产出的物资和服务,更好地分享经验和知识,更多参与民主生活……尽管差距已经减小,以至于在这个世纪末一些观察家只能看到一个庞大的、模糊的中产阶级,但是众多的社会经济和社会文化指标证实了,在某个层面上,存在社会阶层的再生产及其效果,而在另一个层面上,社会行动者为了保持或改变在这种社会空间结构中的地位而做出针对某些关键因素的不同反应。<sup>①</sup>我们通过社会惰性这个提法,聚焦的是以上这些方面的社会再生产和结构延续。直接提出这些问题就变成了:人群和个体的健康是否可以避开这样的惰性?

回答这样的问题需要观察的结果,需要确立一些事实:是要把“无

---

<sup>①</sup> 针对这个辩论,我们可以参考:亨利·孟德拉斯,《第二次法国革命:1965—1984》,巴黎,Gallimard,1989,和让-皮埃尔·杜朗、弗朗索瓦-萨维耶·梅里安(主编),《走出世纪:变迁中的法国》,巴黎,Vigot,1991。

可争辩的”事实(或者说是可以成为真正的科学争论对象的事实)和社会学自身的“常识性”的、没有争论过和不可争论的“事实”对立起来。由此,我们试图通过把健康实践和医疗消费、疾病率和死亡率的指数与指标和构成社会空间结构中的不同位置的指数与指标建立关联,找出健康、疾病和死亡的经验中的社会规律性。

确认社会惰性和健康现象的分布之间的关系不会让 19 世纪的诸多观察家感到惊讶。然而,在法国,很少有人谈及,或者公开谈及此事,以至于大众对这个广泛的现象毫无意识。一切仿佛要停留在死亡舞蹈的魅力之下:尽管死神托身人形,他始终是盲目、残酷的自然界的无上权力的代表。相比之下,好像英国公众在《布莱克报告》公布之后开始像发现一个新鲜事物似的发现各种社会进程能够“驯服”(减弱或推迟)这个“死神权力”的各种影响……确认健康方面的社会惰性存在是一回事:如何理解?社会经济学方面的严格解释却显得很弱。我们通过如下比较来评价:

我们禁不住要想,要不是酒精中毒严重损害了公众健康,法国的出生时期望寿命(在 1981 年,男性在世界上排第 9 位,女性排第 6 位)可能是最好的。然而联邦德国——欧洲经济第一国——的期望寿命排位却很糟(男性第 10 位,女性第 11 位),这使经济水平和健康状况之间的可能关系更加复杂化,并给我们指出介入这层关系中的其他因素。但是,日本经过 10 年的飞跃,达到世界各国期望寿命的首位,它的例子却很好地说明了生活水平和健康之间假设的密切关系。<sup>①</sup>

即使生活水平对理解健康的社会惰性不是毫无意义,它的不足也

---

<sup>①</sup> 皮埃尔·阿亚什等(1987),见前注,第 74 页。

是明显的。这解释了我们在使用“健康问题上的社会惰性”这个词的保留态度，这个表达的缺点是带有专断或低效的不可接受和不公正的隐含意义，这有可能错误地把一个标准化的既定立场带入社会学分析。在我们所在的描述层面上，我们选择了健康方面的社会结构惰性(*inertie sociétale*)这个表达<sup>①</sup>，是因为它清楚地表明了所描述健康现象的分布直接可以归于社会结构，同时至少保留了它理解模式当中的一部分“秘密”。健康的社会分化的确存在：我们还需要进一步尝试解释这个分化现象。

---

<sup>①</sup> 这个表达法是在我们阅读德尼·瓦杰罗(1991)时选用的，见前注，第367页，它使双重转型和“社会学意义上的惰性”(sociological inertia)两个概念并存了下来。

## 第二部分

社会惰性制约下的健康：如何理解？





## 理论和认识论上的准备

通过现有的数据能够建立起一个社会内部关于公众健康的持续的印记,这一点让社会学家对究竟是什么主宰这样一个印记感到疑虑,就像为了描述公共健康的状况,需要选择它的一些特性,怎样选择也会有疑问。说到做总结,许多显著的方面把人们的目光吸引到它的根本问题上:对于需要描述和测量的东西,那些健康和社会地位的指数和指标是否具有“代表性”?把健康状况和社会结构的各种因素联系起来会不会只是一种认知学上的态度?它有点过快地倾向于把“事实”当作“纯粹事实”,就好像现实不需要经过分解,就可以全盘接受。然而,这一观点是被广泛认可的,即健康不能被简化成没有疾病,那么为什么病理学有那么特殊的地位?

第一个问题有双重含义。一方面,许多研究分析了健康的某个领域(比如死亡率)和社会分化的最传统的变量之间的关系,一般需要控制后者各个变量之间的相互影响:难能可贵的是研究中考虑到了全部的领域和能够代表这些领域的指数或指标,并得出最终的全面图景,其中将各有千秋的研究资源和团体叠加、并列起来对比考察(*la mise en perspective*)。

然而我们很清楚地知道，社会空间是多维度的，健康问题也是同样，而每个个体在健康和社会结构的所有维度中，会占据一个或几个连续的位置：这些位置之间的互动的影响是非常关键的（我们在“健康问题上的不平等”这一表达中，间接地指明了这些影响：优点和缺点可以互长互消，因此，在增长和削弱中的脆弱性和顽固性相互交织）。也许是因为缺乏更好的研究手段，我们过快地认为现有的变量是充分的，就好像没有研究到的变量对研究中已知的变量只有一些偶然性的影响（圈定现有研究领域的假设）。

另一方面，如果根据国内和国际的、共时和历时的研究结果的趋同性，认为这些数据的可信度是不容置疑，它们的完整性却不是没有问题的：在概念和指数、指标之间是否存在着一致性？例如，我们效仿了许多作者，使用了身高和身高/体重比作为健康的指数。但是这样的指数是否获得了使用它的研究者们之间一致的确认？也就是说，是否专家的意见一致认为身高是正确的健康指数？

保罗·拉扎菲尔德曾经提出一个解决办法，虽然没有最终解决问题，但是从两个方面进行了缓解，将此问题相对化。他承认所有指标都不能完全表现出一个理念，因此建议，根据指标库测试抽样人群，将一部分“行为”方式一致的指标保留下来，假设它们与其应该代表的理念之间可能有关系。用来确认这些指标的标准是互换性的标准：“唯一值得感兴趣的问题是了解两个不同却同样合理的指标是否会推导出相反变量之间的趋同或相异的关系。”<sup>①</sup>换句话说，人们假设，如果一个人群的分布状况相对于几个属性来说都是相类似的，这个人群很可能是受到一个单一和固定的理论变量的影响，而那几个属性则是这个变量的

---

① 保罗·拉扎菲尔德，《从概念到经验指标》，收录于雷蒙·布东和保罗·拉扎菲尔德，《社会科学词汇表》，巴黎和海牙，Mouton，1971年第3版，第34页。

“经验主义表象”。

这样的论述导致了一个先验的、不可避免的向前方的逃逸。如果一个人群中所有有关联的指标都表达着某一固定的概念，那么它们就被这个概念所“吸收”，并且无法继续进行分析。保罗·拉扎菲尔德避开了这样一个极端的解决办法，在他的建议中引入了一个关键词：“合理”。要确认一个指标或指数是一个概念（或它的某个方面）的具有可操作性的表达，就需要立足于一个事实，即研究者合理地认为那些可以互换的指数和指标是等价的：这不还是研究者的意见占上风吗？

统计测量的理论家把这些过程重复多次也是徒劳无功的，没有一个人能够通过这个方法解决问题。让我们将这个问题带出认识论的死胡同吧，那是一个“理论”与“现实”层叠、相互对应得分毫不差的死胡同：

概念（它们只是作为命题的基础而存在）都是启发式的工具，它们帮助我们理解一个永远具体的现实问题。在这个具体的现实中，从来没有纯粹不能分解的因素，但是各种力量和因素之间关联的表现是我们认识到，却不能从经验角度捕获的。当我们把一个指标孤立起来，它只是某个社会过程的产物之一，必须通过一个概念工具来了解某些经验主义现象，从整体上分析这个社会过程（即我们研究的、包含了这个指标的现象）。这也就是根据某个理论领域来把现实分割成子集，并且根据真实的子集之间的互动建立假设，而不是让这些子集来表达某些概念。这些子集只表达它们自身，而那些概念要帮助我们总结这些永远在变动的具体—现实事物的表现和运动。<sup>①</sup>

---

① 马纽埃尔·加斯泰尔，《社会学方法论的新边界》，《社会科学咨询》，IX-6-1970，第102页。



这样一个立场的贡献在于把注意力吸引到建造描述和测量工具的过程中：它为系统性地探究我们所使用过的指数和指标的构造方式和术语使用的方式开辟了一条道路。关键不在于确定数据来源中的不变量，而是要澄清，在指标的选择方式变换时，在术语的使用方式转变时，到底什么东西发生了改变。但是用唯名论的方式突出这样一种社会学建构主义在认知论上能否站得住脚呢？

在研究这个问题之前，让我们来看第二个问题：在各种指标的影响下收集到的事实是否是“纯事实”？在法国和英美国家，与社会影响有关的研究都在很大程度上受制于社会流行病学。然而，这个学科的结构又大大地被经验和实证主义的病源学模式所影响。在经验主义的逻辑中，病源学理论应该是来自于根据机械的数据分析而进行的诠释：从这个角度来看，这些数据是完全中立的，它们的存在是“客观的”，而分析只是一种用来组织这些直接获得的第一手材料的方法。

如果说现实的“阻力”证实了我们的假说，那么对于建构和验证理论假说的工具的批判分析至少部分地对这些数据的中立性提出了质疑。如果“研究者”没有选择他要测试的“特质”或事实方面，就不可能有数据采集的行动：这就假设了一个预先的分类，无论这个分类是来自另一个科学领域、来自司法行政实践或者来自日常语汇。这意味着，对指标的选择是一个理论推动力，这是一个分段的理论，在现实的分割中，插入了一个意识形态的或隐讳的社会文化观点，实际上如果这个观点是有意识的思考或论证的结果，它就是理论性的。非常明显，只有对切分和分类的理论基础进行解释，才能使人们控制这个切分观念对研究结果的影响。

这个认知的初级轴线和第二个、来自于临床经验的轴线紧密相连，人们还没有真正明白其过程和认知动力：归纳法优越论。自从17世纪的科学革命以来，这个哲学流派在健康领域找到了回应和发展：“让我

们更多询问大自然而不是条文”。这句话的意思是说,所有知识的来源是经验。这样一个立场的主要问题在于从个别陈述(“莱昂先生,每天饮用5升葡萄酒,吸两包‘高卢’牌香烟,他死于食道癌”)的形成到普遍陈述(“过度消费酒精和烟草引起上呼吸消化道和食道癌症”)的形成之间是如何过渡的。这个过渡在三个条件下是合情合理的<sup>①</sup>:在各种条件下,做大量的个别观察,而且不应该有和普遍陈述有分歧的特例。

尽管有了这个控制方法,在几种观点下,归纳论证仍然是有问题的。首先,在社会科学的框架中,我们几乎不可能形成一种普遍化的、严格的推论(如A即B)而不会立刻遇到特例(“阿尔伯特先生,每天饮用8升啤酒,吸2包‘茨冈’牌香烟,他死于肺炎”)。借助于几率理论和统计,这样的反驳可以被转变:我们可以把严格推论变成弱推论(如A可能是B)<sup>②</sup>,这样人们可以计算误差几率;社会流行病学可以进行一个语义的滑动:“风险因素”替换了“原因”一词。

这样一个偏转没有解决根本问题:如何证明归纳的原则是正确的?一方面,观察数量众多的案例不能保证某一天不会出现一个推翻前见的特例。<sup>③</sup>另一方面,因为归纳的原则完美地适用于大量的案例,就说它屡试“不爽”,这本身就是一个归纳推论:谁能保证永远没有特例,还不

<sup>①</sup> 阿兰·F. 夏尔麦,《什么是科学? 科学哲学的近期发展:波普尔、库恩、拉卡托斯、费尔班》,巴黎,La Découverte,科学与社会丛书,1987,第19—41页。

<sup>②</sup> 雷蒙·布东,《社会学中的数学》,巴黎,法国大学出版社,SUP 社会学家丛书,1971,特别参见第2和3章。

<sup>③</sup> 对我们来说,逻辑学家伯特兰·拉塞尔的“归纳法优越论的火鸡”滋味犹存:“在火鸡到达农场的那天早上起,一只火鸡发现人们每天早上9点给它喂食。然而,火鸡是归纳法优越论者,它并不急于下结论。它等待了许久,观察了多次人们早上9点来喂食,它收集了差异巨大的情况下的各种观察结果(……)。它归纳法优越论者的意识终于得到了满足,它借助于归纳法推论说:‘人们每天早上9点给我喂食。’可是,这个结论很遗憾地并无可置疑地成为错误,在一个圣诞节的前夜,人们没有来喂食,却把它变成了盘中餐。”引自阿兰·F. 夏尔麦(1987),见前引,第34页。

用说这是一个循环论证(以归纳来证明归纳有理)? 这样的进程也抵御不住其他的反驳: 比如需要把手伸进火焰里多少次才能总结出火焰会烧伤?

我们是否应该和休谟一起总结说, 因为归纳法的弱点, 科学不能被理性地证明有理。这种怀疑论完全可以被驳斥, 只要说明科学不是来自于观察, 而是在事先详细研究出的理论指导下获得的经验。<sup>①</sup>最后这个观点并不能完全把我们拯救出来, 因为它很有可能落入实证主义视角, 这种视角支持了经典病源学的模式: 一个可观察到的个别因素就是一个影响着既定环境中某些主体的特定病理的原因。当人们在不同方向上观察国际流行病学著作时, 就会发现实证主义在其中占据了主要地位。如何抓住它的特点?

进行这样的工作十分地微妙, 法国现代哲学传统中某些反实证主义的一致主义(unanimisme)观点会掩盖这个流派的复杂性: 实证主义是多种多样的, 不存在抽象唯一的“那一个”实证主义。在这里, 要分析这个始于奥古斯特·孔德的学派的历史就显得过于自大了: 我们满足于回顾孔德思想遗产的几个基础原则和几个元素。

这个实证主义大厦由三个前提假设组成。第一个假设说, 一切万物都可以作为目标对象来研究(objectivable): 世界, 无论是自然的还是人类的, 对于理性来说事实上都是透明无碍的; 这里并不是要思考深层“真实”的概念(本质或要素), 而是发现主导其配置的法则。这个假设有两重后果: 观察者与被观察者的分离; 科学知识 with 常识之间、理性与非理性之间的割裂。第二个假设是决定论的假设: 承认一个现象没有原因, 就是接受它本身没有定数, 就是说否认科学解释的可能性。在非专家(非智者)那里, “无意识”的原则是与决定论相悖的。第三个假设是理性力量无限的假设: 知识进步中的困难与失败是因为没有正确使用知

---

<sup>①</sup> 卡尔·R. 波普尔,《科学发现的逻辑》, 巴黎, Payot, 1984, 特别参见第5章。



识；只有通过科学进步才能使得人类及其历史取得进步：科学知识在自身之中找到其合理性的证据，而任何外部机构（宗教、道德或政治）干预科学知识的生产的企图都是不可接受的。

这最后一个假设，被称作“科学主义”，曾经迅速被批判：试图在科学原则的基础上来调节人类的行为是一种欺诈，历史上多次实践都显示出其破坏性和毁灭性的效果（纳粹的血统论就是其中一个例子）；科学并不自然具有解放性：在开启新的可能性的同时，科学也带来新的忧患；对研究者独立性的忧虑没有使科学完全自主于社会：科学的产生环境明显带有历史的印记。前两个假设也相继受到批评，并且由之带来了改动。人们不能接受有一种观点凌驾于其他观点之上：万事皆知的主体视角的载体对被观察者并非没有影响；在此之上，又加上在人和社会的世界中，不可能把个体缩略为观察的对象：他们同时也是主体（反抗的主体，正如福柯所言）。因此，想在因果关系问题上做到一丝不苟变得难以实现：人类行为所假设的象征性互动和交流，与这些行为可能产生的聚合效应一样，都构成了社会问题领域的属性，而对于理解这个领域的运行和动力源泉来说，考虑这些属性则是至关重要的。

实证主义死亡了，至少是在认知学层面上，它却给我们留下了一份遗产。第一个元素是对一切天真的现实主义的摒弃：客观性远远不是一个来自于观察者的公平决策的果实，它是一个可再现的建构；科学的经验总是借助试验的多种形式中的一种。我们倾向于定义事物、生命或程序的“主流”（“家庭”、“工人阶级”、“妇女”、“健康”……），与这种具有依赖性的倾向相反，这份遗产的第二个元素让我们对实体论者的诱惑多加小心。最后，它还鼓励我们要有宽容心态与智慧勇气：它不喜欢那种希望得到即刻的、戏剧性结果的完全媒体式的焦躁心理，而选择了远离喧嚣、耐心、具体和细致的工作，这要求有更长的时间，并接受批评和据理争辩。

英语和法语流行病学杂志的历程显现出经验主义和实证主义仍旧



很大程度上构成着认知学极端有力的立场,另外,这也影响到了健康社会学的刊物。这类文章的特点之一是,它们通过分析指数和/或指标之间的协调关系,表现了一个中心假设,并且度量了代表一些独立变量的每个指数或指标能够解释的变化部分(最后这个方面尤其体现出英美传统的特点)。最后,我们遇到了经过统计、数量可观的命题,但是,由于缺少一个有整合力的理论模式,我们无法知道这些命题之间的一致性和含义:在一个理论中没有相互依靠、相互支持的假设主体,我们积累了一些能证明智力惰性(*inertie intellectuelle*)的描述,而没有解释健康总体现象。<sup>①</sup>“我们不知道我们说的东西是否有意义,但是我们知道它是真实的”,默顿让极端经验主义者如是说。<sup>②</sup>

描述通常是纯粹经验主义最后的避难所,它也可以是对一个具体的子集的深入研究,借助于一些集成的理论工具,对调查的数据排列提出可行的划分标准。这意味着具体的研究行动形成一个理论内容,而其内部结构决定了自身的局限;为了了解这些局限,以便在需要时改变它们,极有必要说明这些行动所具有的理论走向。在已经得到的健康的社会分化图表指引下完成这样的任务之前,我们要探究第三个问题:要了解人们的健康状态,仅仅从反向入手,了解疾患和病理,这样是否全面呢?

我们知道世界卫生组织的定义(“一个完整的身体、精神和社会健康状态”)经常被批评为乌托邦式的理想:人们甚至说这是没有可操作性的。但是这个定义代表了一次尝试,它的功劳是把人们的注意力吸引到健康的“积极意义”上面:这个定义不可以简化为没有疾病。如何理解

---

① “无可置疑,细化概念与方法是必要的,然而这不足以克服现如今充斥着研究领域的智力惰性”,近来玛丽—安娜·坎德拉克、卡伦·N. 格兰特和亚历山大·西戈尔如此写道,见《与健康有关行为中的性别差异:一些未回答的问题》,刊载于《社会科学与医学》,第32卷,第5期,1991年,第588页(作者译文)。

② 罗伯特·K. 默顿(1965),见前引,第27页。

这个积极意义呢?健康的自我评价(health status)是否够用呢?引人注目的是,在国际调查的结果中,一大部分个体声称自己有慢性或轻微疾病,却同时说自己的身体“棒”或“良好”!

人群之间有着相似的医学知识,却又把它们和自己自有的知识和信仰结合起来。按照象征互动主义的说法,“健康的目标”构成了“外行人”的参照线,我们是否能够把这条线画得更加具体呢?①关于这个问题的早期研究无疑是来自60年代的克罗蒂娜·海茨里希。②由于已经过时,我们将不悉述该作品的细节:在开始看其他更新的研究之前,我们要从中记住两个重要的元素。

首先,与构成一个相对统一的整体医学知识相反,健康的社会表现研究能够确定多个相互和谐的不同形式:从某种意义上讲,不存在“那一个”(绝对的)健康;人们只能观察到“一些”健康。第二点,这些表现通常是由一些表达和概念“编织而成”,这些概念指出健康的关键要点在于个体与社会、与集体、与群体之间的关系:这些表达和概念在生物秩序和社会秩序之间形成了一定的相关性,这个观点在社会学和人类学的研究得以重新发现和深化。③健康的各种“外行”形式总有一个象征性的背景,使得生物学与社会学的各类关系得以一一上演。

---

① 我们在这里特别参考了艾略特·弗雷德森作品的第三部分,《医疗职业》,巴黎,Payot,医学与社会丛书,1984。相对于专家—医生(这个词的规定意义,无论是指全科医师或是指专家),给普通人贴上“外行人”的标签,这种举动就容易引起结构性的反对,但这并不是毫无风险的:在前者的知识和后者的常识/知识之间没有严格的界限。在慢性病的例子中,如果耐心地寻找、阅读专著,这个病人加外行的知识可能远远超过大多数医生……

② 克罗蒂娜·海茨里希,《健康与疾病:社会表现分析》,巴黎和海牙,Mouton,1969。

③ 苏珊·桑塔格,《作为暗喻的疾病》,巴黎,Seuil,1979,和《艾滋病及其隐喻》,巴黎,Christian Bourgois,1989;弗朗索瓦丝·卢,《今天的传统与护理》,巴黎,Interédition,第2版,1990。关于该主题的人类学作品众多,可在F.卢的作品参考书目中寻找。

我们是否能从最近的著作中学到更多东西呢？1980年代初期和末期，法国国家健康与医学研究所(INSERM)的两个研讨会为我们随后要记住的主要元素作了临时性的总结。<sup>①</sup>第一个研讨会时，克罗蒂娜·海茨里希草拟了一个现有著作的综述。贾尼娜·皮埃莱对巴黎远郊区的调查总结出四种“健康”：一种“健康—疾病”形式，其特点是既承认身体因为污染和致病的环境而可能随时受到损害，又有围绕现代化进行的、预防性的标准化属性；一种“健康—手段”形式，健康是在出生时得到的一笔财产，为工作而服务，是生存条件的制造者（“既然人们能工作，所以身体一切正常”）；“健康—产品”形式，这种形式表达了一种意识，即舒适感是对日常行为进行组织的结果，同时也知道人无法控制一切，而且应该懂得将谨慎和冒风险结合起来；最后一种“健康—机构”形式，其基本结构特点是，既与日常生活保持很大的距离，又对全民保障产生忧虑（这里的健康是假设公权力的介入，并将其保有的手段都用于服务一切大众）。

不到十年之后，尽管应用了其他的方法，特别是在阿尔方斯·杜多(Alphonse d'Houtaud)的著作中，人们还是观察到相近的结果。<sup>②</sup>作者进行了一个健康定义的排列，分十组，又分属于四个层次。第一层次包括了一些表达法，把健康说成是大量经历愉悦的事实（“按照快乐主义使用生命，注意平衡，指的是身体”）；第二个层次对第一层次表示有所保留：这是一种可能性，使人充分发展（“生命力，心理健康”）；第三种是把健康的可能性和“偶然”与尊重生活的良好规范联系在一起（“重要的财

---

① 法国国家健康与医学研究所研讨会，《公共健康的概念、手段和行动》，巴黎，法国国家健康与医学研究所，第104卷，1981；法国国家健康与医学研究所研讨会，《健康的表现：现在的总结，新的发展》，巴黎，法国国家健康与医学研究所，第178卷，1989。

② 阿尔方斯·杜多和马克·G. 菲尔德，《健康：社会中健康的表现与功能的社会学研究》，南锡，南锡大学出版社，1989。特别参见表I和II。



富,卫生”);最后一个层次的定义强调了自我控制和医疗机构定期控制的双重必要性(“预防、身体适应和没有疾病”)。

我们在不同的调查中找到了相同的元素,这些元素让健康的各种组成方式之间不同又相近:健康是给予的/收到的一份资本,需要管理、投资或享受,您对自己的健康感到负有责任,或者认为健康不在您的掌握之中(取决于是否“福星高照”或者公权力参与的程度)。各种元素的一些组合方式可能会排斥某些元素,而组合的方式并不是偶然的:工人和干部、手工匠人和小商人、职员或种植者对健康的意义理解不尽相同。

在她的综述中,克罗蒂娜·海茨里希总结了德尼兹·若德莱(Denise Jodelet)为期15年(1960—1963和1975—1976)的比较研究,这个研究首先在高中以上文化水平的人群中进行,随后是各个社会阶层的代表性抽样。如果我们考察两次调查,会发现被研究者看待身体的眼光已经改变,突出知识优先让位给了描述经验和感受解释;与此同时,“所谓的器官的沉默”与享乐主义和享乐行为产生了共鸣;最后,身体反应出主体的特点:人们把自己的疾病和自我的历史联系起来,和质疑社会秩序联系起来。后一个是定量调查,有所差别:疾病、痛苦和疲劳产生的身体意识和建立在整体运作基础上对身体的理解形成对立:躯体“解放”的观念和控制身体的强大忧虑比起来,微不足道;然而,把身体缩略为一个生物机制也是少数观点:该研究表明,生活方式的影响比遗传的影响更多。

如果说健康构成的丰富性、复杂性和多样性是不可否认的,通过这些研究方法,我们究竟描述出了什么?这是1981年研讨会上,皮埃尔·阿亚什提出的中心问题。<sup>①</sup>在要求一个人群表达观点或者对研究者的建

---

<sup>①</sup> 皮埃尔·阿亚什,《健康对象的内容和态度的多样性》,收录于《法国国家健康与医学研究所研讨会》(1981),见前注,第357—376页。



议作出反馈(问卷)的时候,人们假设提供给他们课题是单纯明了(univoque)、没有歧义的:这就是忘记了巴齐尔·伯恩斯坦(Basil Bernstein)<sup>①</sup>对语言使用的社会差异的贡献,语言时而是难以确定的总体经验的表达手段,时而是智慧与知识的比较重要的形式化工具,时而又个体对遇到和/或感知到的区别和差异的渐进表述工具。由此而知,所追寻问题的内容与被调查对象的具体生活经验距离越远,在语言层面上由文化造成的差距就越明显。

在这种条件下,我们可以猜想调查结果完全没有可操作性:关于这一点,英美的研究者也进行了证实,他们指出关于健康的表现和态度是不能通过个别行为预测到的。那么是否应该放弃寻求“积极意义上的健康”(santé positive)呢?

这些研究似乎很少是工具性的,却是非常重要的,它们能够使人们更好地理解公众健康问题,因为唯有它们给该领域专家提供了一种可能,把他们行动的目标和模式与其意义和价值对立起来,而社会也根据这些意义和价值来选择注意或不注意,接受或不接受专家的行动。<sup>②</sup>

如果说健康似乎总是实践行动可能性的条件,这个条件则是双重的:它以生物学、社会经济和心理学的“物质性”名义,给实践提供了开展活动的基础,以社会价值的象征性名义,因其定义了我们与躯体,以及躯体与自然、社会世界之关系的涵义。要点在于对我们称之为“健康”

---

① 巴齐尔·伯恩斯坦,《语汇与社会阶层》,巴黎,Minuit,1975。

② 克罗蒂娜·海茨里希,《用户的观点与代表性:健康、身体、残疾》,收录于《法国国家健康与医学研究所研讨会》(1981),见前注,第349页。

的事实特殊社会建构模式的“理解”，我们不可以把健康省略为疾病和死亡，因为它具有对生命存在进程进行解释的特征。

我们已经说明过，没有“纯粹”的数据：它们都是根据对现实的分割隐含地或者明确地被建构的。习惯上，这个提法暗含了一个限制：对一般人来说，事实是按社会方式建构出来的。一般认为他们对事实的认识是自发地获得的，是自然而然的，然而“智者”会有特权来发展对“客观事实”的认识。试想，一位名人，拥有博士学位（甚至一个以上），著名杂志刊登有其文章，地位显赫，还可能授过勋，获过奖，这个人以其科学研究能力的名义说话，那么要假设其所描绘的、源自于事实的图景也同样是按照社会方式建构的，并且认为“知识社会学必须分析知识产生的内部过程”<sup>①</sup>，这似乎有些令人难以想象。要想分析那些研究健康的社会科学所使用的指数和指标的建构模式，就需要去除这个羁绊，坚定地站到建构主义方法的视野中去。

当我们走上这条道路时，第二个困难出现了。声称使用建构主义方法导致了模糊性，该方法的步骤和目标产生了多重概念。为了突出重点，我们可以说，其中一个概念对科学发现的产生过程感兴趣，而另一个则着重于发明的过程。

在第一种情况下，人们假设存在一个“客观”世界，存在一个相对于观察者而言具有自身独立特点的“数据”。观察者的科学试图越来越接近精确地描述这个世界的产生和现实运作的原则：进行发现的活动具体说就是描述和解释这个“客观”或“自然”世界至今没有被注意到的元素、现象或过程。在这个视角中，建构主义方法的目的是分析这样一个“近似法”是如何进行的，如何校正这些“近似法”，使它越来越细致和精确——揭示“损害”这些近似描述准确性的弱点或错误；另一个目的是

---

<sup>①</sup> 皮特·贝尔热、托马·吕克曼，《事实的社会建构》，巴黎，Mériidiens-Klincksieck，1986，第7页。

展现出社会经济和社会文化环境因素对这些发现的帮助或者形成的障碍。这样建立科学知识的处理问题的方法使用了一种“现实主义”和“客观主义”的认识论。

另一种考察科学产品的方法设立了其他的假设：发现的事实是“创造”出来的。这并不是说科学是一个纯粹的想象产品：与其说形式与过程之间的呼应，或者说接近“客观”模式模型，不如说某种知识或多或少地更“适合”这个世界。与前一种立场相反，现实和人们制造的知识之间的一致性、相似性或同等性不再是问题的关键：知识的社会学家没有证实“某些可能是客观的事物”的存在。

瓦茨拉维克(Watzlawick)试图通过如下故事对这种立场建立教育学解释：一个船长要在一个暴风雨的黑夜通过一个海峡，却没有航标和海图。如果他的船触了礁，我们的船长会发现走错了路。如果他成功通过，这就说明他发现了一条航路，而不知道他所经历的地方的安全或危险的程度：成功通过的路线吻合了未知的地形内容，但是人们不能预言这条路和礁石的现实的地理构成是相对应的。<sup>①</sup>

比这个暗喻更远的是一个社会学史的例子，它可以说明这个双重立场的关键：霍华德·贝克(Howard Becker)的标签理论。<sup>②</sup>作者没有把越轨定义成一个行为的性质，而是把它视为某群体把越轨行为归于一个规则的结果，这个群体将这个行为定义为犯罪，作者区别一个行为的“客观物质性”(如果这个行为没有被执行，则其行为人受指责就是无端的)和针对它的观念/定性(人们发现了这个行为，会确定它究竟是符合规矩的还是越轨的；如果这个行为逾越了规矩，却没有被发现，则是秘

<sup>①</sup> 保罗·瓦茨拉维克，《事实的发明：对建构主义的贡献》，巴黎，Seuil，1988，引自米歇尔·于贝尔的《建构主义方法应用于社会问题社会学：辩论的要素》，刊载于《社会学研究》，第XXII卷，第1—2期，1991，第22页。

<sup>②</sup> 霍华德·S. 贝克，《局外人：越轨行为的社会学研究》，巴黎，A.M.Métailié，1985，特别参见第1,2,9,10章。



密地越轨的)。在他对塔尔科特·帕森斯的批评中,艾略特·弗雷德森(Eliot Freidson)隐蔽地把这个模型和疾病的“外行人”建构进行了调换<sup>①</sup>:一方面,是否存在病理学的进程;另一方面,这个进程是否被观察到。人们由此得到了四种情况:身体健康(个体没有观察到某个进程,这个进程实际上不存在);妄想疾病(个体观察到一个不存在的进程);忽视疾病(个体没有观察到正在进行的病理学进程);最后是“现实”疾病,正如观察到的那样。

这个理论,无论它是如何实施的,都是第一种立场的典范:它是二元论的,假设“客观”或“物质”或“自然”世界存在,并触及我们的感觉器官,另一方面,对个人的和/或集体的感知(或者认为感知到的事物)进行认知建构。在美国社会学历史上,由约翰·齐楚泽(John Kitsuse)和马尔科姆·斯白克托(Malcolm Spector)<sup>②</sup>所代表的第二种立场,质疑此二元论:是个体或集体的定义活动构成了这样的“某些假设条件”下的知识或认识。<sup>③</sup>这些条件和第一个立场的坚持者所称的“客观世界”是相符合的(完成了的越轨行为,现实的病理学进程……)。但是捍卫第二种立场的人只认为这样的世界应该存在(众多行动者已经证明):在他们眼中重要的是知识的产生、保持和抛弃,是个体和群体之间关于他们认为的“事实”和“应该存在的世界”的争论和矛盾。<sup>④</sup>

在这个意义上,说医学和医学知识是社会产品——而不是大自然

① 艾略特·弗雷德森(1984),见前注,第217—228页。作者自己没有提供这里使用的分类:但是他的分析可以让我们得出逻辑的分类结果。

② 约翰·I. 齐楚泽、麦肯姆·斯白克托,《走近社会问题社会学:社会条件、价值—评价和社会问题》,刊载于《社会问题》,第20卷,1973,第407—418页。

③ 约瑟夫·W. 施奈德,《社会问题理论:建构主义观点》,刊载于《社会学评论年鉴》,11,1985,第209—229页。

④ 这种观点曾被扩展到了“科学社团”中:拉图尔(Latour)和伍尔加(Woolgar)对科学话语的内容采取了一种“不可知论”的立场,他们描述了实验室的工作是如何成为了一



进程的某个洞悉万物但非社会性的“观点”——这并不是说它们是“不现实的”或者人造的,也不是说医疗实践是骗术,更不是说明病理学是臆想:很遗憾健康的问题是存在的。但是忍受病痛并不能说明它们必然拥有穿越历史和四海皆准的形式:医学是一种社会实践模式,它的终点在于观察、编码、理解病痛并采取行动,这些行为是在有组织的技术群体,即医疗机构中进行,它们也是处在社会整体之中的。这并不是说医学,或者所有其他形式的科学知识和实践,是会受到各个群体利益的影响的,因此人们呼吁另一种“纯洁”和“非社会性”的医学的出现:承认医学是天然、内在具有社会性的,这仅仅是让自己可以去想象公民更加希望看到的,并且可以选择发展的其他形式的知识和其他模式的行医方式。<sup>①</sup>

然而第一种建构主义还融入了和“启蒙运动”同时诞生的现代性的理性主义,第二种方法则坚决地属于后现代性的理性危机:有一些话语声称确立了解放政治思想束缚和科学的建议必须遵守的表述“规则”,上述危机就来源于去反对话语合法性的流派。

无论伟大叙事(les grands récits)的统一模式是怎样的,它已经失去了可信性:推理的故事、解放的故事(……)。科学的语用学集中在指示性的陈述(……)。但是它的后现代发展把具有决定性的“事实”放到了台前:就算是想讨论一下指示性(dénotatif)的陈述,

---

种集体制造事实的行动的(《实验室的生活》,巴黎,La Découverte,1988);另一种方法,亦即民族方法学,试图更新观念,说明“智力”为什么是在普通人的日常生活中的一种实践完成(参见雷诺·杜隆,《智力现象》,收录于CEMS,《民族方法学论据,社会科学的认知学问题》,第III期,1984)。

<sup>①</sup> 皮特·赖特(Peter Wright)和安德鲁·特里彻(Andrew Treacher)(编者),《医学知识的问题:检验医学的社会建构》,爱丁堡,爱丁堡大学出版社,1982,参考“引言”部分,第14—15页。

也需要有规则。然而，这些规则不是指示性陈述，而是说明性(prescriptif)的。<sup>①</sup>

这样的“解构”不仅在科学行动中实施：它涵盖了所有的人类行为。后现代性肇始了历史的去魅，远远超出了启蒙时代理性的确立给宗教传统带来的危机：如果人们持续行动、预见、谈判，这个进程却缺少任何目的性；进步或解放毫无意义：在人类发展的过程中，给历史赋予意义的伟大叙事，《圣经》的宗教故事，在进步中坚信启蒙运动的故事，马克思主义笃信社会正义最终会实现的故事，都不能为人类社会发展确定一个终点。科学、文化、社会经济和政治系统，缺乏一个“从上而来的”强制模式，于是将修正和改善包括了进来，同时吸收了不同的动机和发明。<sup>②</sup>

后现代立场导致了許多反应：“理性主义内部的战斗”还远远没有结束。我们的目的不是记录它的历史，我们想提醒人们它的关键在于“对理性的完全批判”：进行一个自恰的、对理性的极端批判有可能吗？对阿佩尔(Apel)来说，这个计划只会导致理性的自行瓦解，就是说全面的无序和混乱：理性应该具有的批判需要它的“反思的自动区分”(autodifférenciation réflexive)和对最终基础的探求。<sup>③</sup>

① 让-弗朗索瓦·利奥塔(Jean-François Lyotard),《后现代条件：关于知识的报告》，巴黎，Minuit，批评丛书，1983，第104—105页。

② 这样的立场对社会学工作不是没有影响的。根据马图切利(Martucelli)，社会学从三种方法认识后现代性：分析后现代文化与社会环境之间的相关性；评价后现代性作为排除所有人为赋予的意义的系统—主体(Luhmann)；聚焦于已获经验上，按照不同的“部落”分类，破裂成“无序”的碎片，因此我们无法获得全局的、统一的认识。达尼罗·马图切利，《后现代性的理论解读》，刊载于《社会学与社会》，第14卷，第1期，1992。

③ 卡尔·奥托·阿佩尔，《理性类型的哲学理论草稿》，刊载于《争论》，第49期，1988。

在健康社会学的领域，两种建构主义方法的捍卫者之间展开了同一类型的争论。布里(Bury)对“极端”方法的主要反驳是：如果说知识的所有形式组成了“话语的组成部分”，这些话语的所指对象并不重要，那么号称拥有有效性和多样性的“极端建构主义话语”，它的基础是什么呢？如果知识被抽象为它的产生环境，理性自身也不能被视为置身于社会形式之外的东西：通过什么方法和什么论证方式才能够评价这样一个立场想突出的生产过程呢？这样一个相对主义是深不可测的：怎么肯定“历史世界的力量”不会被建构主义方法所包含呢？或者我们命中注定要对以前的解构行为继续解构。在英美著作中，一个激烈而有据的争论绵延不断。<sup>①</sup>

正是在这个认知学和理论的背景下，才需要涉及到健康状况统计建构问题，正如我们在前边所描述的那样。更确切地说是分析健康数据的社会建构这个“强计划”认为：完成统计工作的人员给数据强加了一些业已存在于解释模式之中的分类方法。案例的认定和编码并不是根据这些案例的“客观”类型进行的；我们在官方统计中观察到的变化完整地来自于解释程序自身的变化。在这里我们辨识出了最极端建构主义方法的极端唯名论：我们已经展示了它所导向的多条“死路”。这样我们隐讳地指出了我们将继续的道路：“弱计划”的道路。

---

<sup>①</sup> 为了初步了解这场争论，我们建议参考：M. R. 布里，《社会建构主义及医学社会学的发展》，刊载于《健康与疾病社会学》，第8卷，第2期，1986；麦肯姆·尼克森和凯瑟琳·麦克劳林，《社会建构主义和医学社会学：答 M. R. 布里》，刊载于《健康与疾病社会学》，第9卷，第2期，1987；M. R. 布里，《社会建构主义和医学社会学：反驳尼克森和麦克劳林》，刊载于《健康与疾病社会学》，第9卷，第4期，1987；麦肯姆·尼克森和凯瑟琳·麦克劳林，《社会建构主义和医学社会学：多种硬化的血管理论研究》，刊载于《健康与疾病社会学》，第10卷，第3期，1988。

### 第三章

## 健康问题中社会差异的建构模式

在针对“极端建构主义”的批判眼光中选择另一种视角（“弱计划”），使人能够认识收集数据手段的影响，而不会全部和绝对地将各种变化归于数据收集方法的影响。在对健康状态进行描述、编码和度量的因素的作用下，无论分割和建构之中的差异是什么，都存在一定数量的、独立于它们的形式而存在的客观特征：这就是我们在上文中所称的“现实的阻力”或者叫数据的“相对中性”。根据这个视角，人们从作为社会事实的精确度和统计建构这两方面来研究描述和测量的进程问题：这样的考察不排除其他的理解模式。

另一个困难来自于需要给健康差距和社会空间位置二者之间的关系赋予一个意义。我们隐含地假设了这层关系应该解释为健康的社会产物：社会惰性似乎决定了健康分配的不平等。但是生物遗传及其在日常生活中健康方面的表现会不会是个体的社会地位的根源呢？通过健康状况实施社会选择的假设推翻了两类指数确定的方向：在健康的社会建构之外，也许还应该存在一个根据健康状况进行的社会建构。这两个假设是相互矛盾的吗？



## 1 对健康及其社会差异的描述中偏差的溯源

建立健康指数和社会结构指标的研究方法给结果造成了多大的偏差呢？我们将逐个检验如下问题：死亡率、疾病率、健康实践（闲暇时和工作中）以及社会人口学对指标与术语的使用、诠释中的关键所在。

### 死亡率的测量问题

死亡率，无论是以净死亡率或者比较死亡率的形式出现，抑或是出生时或者在某给定年龄的期望寿命，都是重要的健康指数，而且它的事实性如此之强，比如亲近的人的骤然离去，似乎是个无可指摘的指数。说到底死亡率不就是个体死亡的集合吗？面对死神，无论人们如何害怕，怎样地抗争，每个人早晚有一天都会成为该指数的一部分。这种完结的经历和感觉是否让我们活着的人听之任之，毫无疑问地接受某个统计表格所描述的死亡率呢？

在法国，死亡证明通过各个市镇的户籍部门(*le service d'état civil*)传达给法国国家统计与经济研究所，与此同时，另一份医学死亡证明密件由法国国家健康与医学研究所转送给各省的健康与社会行动局(DDASS)；借助各种相关指标(省、市镇、死亡的序号、死亡证明的序号)，作为主管部门的法国国家健康与医学研究所很容易就能将死者的医疗与社会特征结合起来。由于体系是如此的简单明了，死亡率统计数据的生产似乎成了“颠扑不破”的技术规程。

第一类的质疑产生于20世纪初，来自针对自杀人数统计数据的批判。涂尔干致力于自杀的“社会学”的定义和分析<sup>①</sup>：哈布瓦赫

---

<sup>①</sup> 埃米尔·涂尔干，《自杀论》，巴黎，法国大学出版社，Quadrige丛书，1986。参见引言第一节，第1—7页。

(Halbwachs)指出自杀的官方统计数据仅仅反映了该现象的通常定义。<sup>①</sup>道格拉斯<sup>②</sup>更加系统地延续和发展了这个批判:当政府将一个死亡者登记为自杀,人们就面对着一个变化的进程;某国某一时期的自杀率稳定并不能保证统计数据的确凿性:它取决于统计工具的持续或变化。

除国家与时期因素以外,按社会阶层统计的自杀率是否比较可信?即便是公布的自杀数量低估了该现象的实际情况,这种低估情况是否在各社会阶层间都平均存在?情况绝非如此:边缘群体的自杀登记毫无问题;如果自杀者深度融入一个群体之中,这个群体就会试图掩盖自杀事实,而且“企图隐藏真相的成功几率直接和死者的融入度及其社会‘地位’有关:自杀者身边的人与政权的关系越近,他们要求隐藏自杀事实所施加的压力就越有效”。因此,天主教徒和新教徒之间的自杀率差异就可以被解释为:天主教徒比新教徒更倾向于掩盖自杀事件;在已婚和单身人群、精英与民众之间也存在同样的逻辑。此外,只有在动机明显的时候,登记自杀才会比较容易,这能够解释在经济危机时期自杀率增加的现象,特别是独立经营者(自杀与破产有关)。

社会影响因素主要作用于统计行为而不是被统计的事实,我们能够沿着一个“极端建构主义”的方向走下去,并同意道格拉斯说的话吗?我们首先可以注意到,由于缺乏对记录条件的详细研究来证实,这些批评意见都是假设的。特别是菲利普·柏纳尔(Philippe Besnard)的研究表明,当人们不是去比较社会阶层,而是考察统计之间的相互影响时,上述批评意见就非常有限了。让我们继续来看他的推论。在我们的社会里,人们认为女性自杀源于家庭圈内部的原因,然而男性自杀是由家庭以外的原因造成的。因此,人们可以假设,一个妻子自杀了,她的丈夫被

① 莫里斯·哈布瓦赫,《自杀的原因》,巴黎,Alcan,1930。

② J. 道格拉斯,《自杀的社会意义》,普林斯顿,普林斯顿大学出版社,1967,引自菲利普·柏纳尔,《反涂尔干主义还是前涂尔干主义?参与关于自杀官方数据的讨论》,《法国社会学杂志》,第 XVII-2-7。

认为对此负有责任,于是他就会掩盖这起死亡事件的本质;长此以往,在人们的统计中,女性自杀率就可能被低估。这个结果就反过来支持了另一个假设,即在自杀问题上,性别和社会身份之间存在互动效果:在已婚的群体之中,男性和女性的自杀数差距应该更明显。然而,无论是在涂尔干那里还是在最新的统计中,事实都正好相反。<sup>①</sup>

其他例子也能说明“极端建构主义”站不住脚。因此,如果说自杀的登记模式受到各种形式社会压力的影响,这却不能解释观察到的总体差距。需要对医生进行研究才能严肃地评估出掩盖自杀事实行为的影响大小,分析社会压力起作用的情况。

在对酗酒死亡的调查中也会发现同类的观察结果。一方面,我们看到,酗酒和肝硬化导致的死亡(并不是所有的肝硬化都源于酒精)并不能代表其他所有酒精(至少是间接)引起的死亡。另一方面,一些数量的家庭认为酗酒是一个“可耻的疾病”:人们可以假设,尽管医疗机构宣称保证患者匿名权,家属仍然施加压力来改写死亡原因(医生可以在死亡证明中含糊其辞)。

自杀、酗酒:这两种死亡原因之间存在着奇怪的关联。当人们考察它们各自的长期演进时会发现,各自比率的变化趋势成反比。一个局部的定性调查<sup>②</sup>可以更好地解释这个过程:有时用酒送服安眠药可能要了人命,而这个时候社会上的宣传和干预活动正如火如荼,那么死亡原因会被声称是意外;有时骤然戒酒治疗也会酿成恶果,人会自杀,那么就作为自杀登记,忽略了他酗酒的背景;有时青年人之间的“吸毒比赛”,比如一边饮酒,同时吸入了三氯乙烯麻醉品,稍稍过量就有可能导致死亡……但是人们会登记为事故死亡。

我们刚刚考察的死亡原因对统计研究来说无疑是最“棘手”的。但

<sup>①</sup> 菲利普·柏纳尔(1976),见前引,第320页。

<sup>②</sup> 热拉尔·普雷麦勒,《莫莱地区酒精的社会影响》,莱纳,LARESS,为莫莱市社会援助中心提供的研究总报告,1992年2月,第102页。



是人们还能找到一些不是这些最主要的原因导致的偏差来“聊以自慰”（至少在法国关于酗酒问题是这样）。这也就是承认比如癌症或心脏病等“清晰”的病例都是来自于诊断和无可置疑的声明。然而在英国有过反复的研究（从 1950 年代末到 1980 年代初），对同一病例的临床诊断死亡原因和尸体解剖结果进行比较<sup>①</sup>：解剖病理学家推翻 27% 的临床医生诊断，并且在补充案例里，他们认为 12% 的医学诊断宣称的死亡原因都是次要的，这难道不令人惊讶吗？人们认为，在法国，无论医学技术如何进步，至少有 10% 的病人生前的诊断都不能得到尸体解剖学的认可。

从声明的精确性来看，通常对发现这样的误差的反驳意见是认为临床诊断的失误对流行病学来说毫不重要，因为失误是偶然出现的。这个论据是建立在对不同种类癌症患者死亡研究的基础之上的：尽管临床医生和解剖病理学家之间存在分歧，人们最终在“无害错误（faux positif）”和“有害错误（faux négatif）”之间找到了平衡。但是这种平衡在肺癌、脑癌和膀胱癌方面已经不存在了（以上病症的发病率在很大程度上没有得到充分体现）。另外，卡梅隆和麦克古甘指出，脑膜炎、腹膜炎、消化道溃疡穿孔、胆囊疾病、肝硬化、肺栓塞和心脏风湿病的诊出率偏低，而脑血管疾病的诊出率却偏高。

人们同样可以发现，诊断的准确性高低是与地区有关系。同样的，有人提出死亡原因诊断的“代际效应”概念（但是没有相应的研究）：年长的医生满足于宣布比较确定的病因，较年轻的医生却追求更高的准确度，至少是在某些疾病的诊断方面。因此，在 1982 年，两个英国的研究者表明，在英国胃癌死亡率的下降可以部分地被解释为老医生的退休：年轻医生在给出这种死亡原因的诊断时更为谨慎。

我们也注意到，至少一部分死亡原因的诊断失误可能与几率的分

---

<sup>①</sup> H. M. 卡梅隆和 E. 麦克古甘，《1152 例医院尸体解剖的实证研究：死亡证明的不准确性》，《病理学报》，第 133 期，1983，由 M. 布鲁尔和 M. 桑皮尔和 L. 普里奥尔，《健康不平等的人为解释：证据评估》，《健康与疾病社会学》，第 9 卷，第 3 期，1987。



配有关,在这个几率中,“无害错误”和“有害错误”达到平衡。问题的复杂性来自于这种几率在社会人口阶层之间的分布不是随机的:如果是这样,对于某些死因,在各社会阶层、性别或年龄之间,死亡率差距应该是人为的。到今天为止,仍然没有研究能够明确指出“无害错误”和“有害错误”以及它们之间是按照社会人口阶层来分配的。卡梅隆和麦克古甘在他们 1981 年的著作中却记录说,在死亡证明中存在着一个明显的倾向,即随着死者年龄渐高,死亡原因也越含糊。有人反驳说老人受到多重病理的影响,想确诊死亡的直接原因也许是件很困难的事情。这样的解释不能够完全被接受,因为死亡原因含糊的迹象从 54 岁就开始了。

死亡证明问题随地域变化,如果不考虑某些地区对某种疾病的倾向,那么其依据应该是什么呢?也许就像我们刚才说的,医生的代际效应,根据他们居住的地区,在一定的程度上实现了现实的分布:我们知道,不同地区的病人平均年龄是不同的。加之各地区之间法医尸体解剖的实际分配也不均衡,一般是根据预审法院法官的要求,对一起原本可疑的死亡案例进行尸检。英国的研究显示,在住院并在医院去世的病人中,女性尸检的比率比男性要低;同样地,女性的死亡比男性更少地成为尸检官调查的对象。在美国,一个研究小组指出,在佐治亚州,非白人(特别是黑人)死亡接受法医尸检的比白人要少,然而在落基山区,非白人(主要是印第安人)死者会更多地接受尸检。另一个美国学者发现,在一家医院里,死亡调查的深入程度直接与死者享有的社会价值有关。

鉴于在死亡的医学证明中发现的以上方面问题,我们还要更加具体地研究其过程。因此,在大城市里,并不是主治医生来填写死亡证明,而是由市镇户籍部门的某个医生来填写的:这些在户籍部门工作的医生是没有办法见到或者联系主治医生的;他们到死者家中去,并根据他们对死者身边的人的“调查”来填写死亡证明。如果我们拿这种临床证明和解剖病理学的死亡原因确定书来对比,会有什么结果呢?鉴于这个

证明有两项(第一项旨在确定直接死亡原因及其起因,第二项则需要详细说明在更广泛的程度上,生理或心理疾病是如何导致死亡的)能否保证这些医生按照预先设计好的疾病分级填写证明?是否存在相当高比例的顺序颠倒呢?

这些问题主要和在家去世的人有关。然而,有三分之二的人是在医院里去世的,这种情况下,理论上是相关科室医生填写死亡证明。英国的研究估计,通常这种工作是由实习生来完成:如果诊断信息的顺序倒置了,疾病编码工作者将会错误地处理,将第一条信息作为死亡原因(诊断条例中的主项)。在这里就可能形成某些疾病被低估的源头。总之,至少在大城市中,开具证明模式的“集中化”会产生一些影响,一方面是因为户籍部门的医生过少,另一方面是因为在医院的一些科室中死亡数量过大。

死亡率的社会建构不止和医学证明的活动有关:它也受到在国际上实施的编码规则的影响(国际疾病分类——CIM)。组织这个“完整的、选择性的和命名性的”疾病实体的列表有两条主要标准:医学诊断结果,独立于要求者的动机,疾病实体首先被分门别类放在17个章节内,这些章节按照20世纪50年代医院专科划分方式来进行(随后又加入了4章);为了使整个体系看起来更合理,人们决定不按照个案病例的表征来分类,而是按照疾病的病源来分门别类:无迹象(SAI)一栏掩盖了知识的局限,这和“症候、迹象和无法确诊的病状”这一章有异曲同工之妙。然而,这种形式化的程式很难运用在实践上,至少在某些层面上是这样。精神病医师和心理分析医师拒绝这种分类:美国精神病研究协会出版了专门的精神疾病分类法,这种方法完全建立在临床描述的基础上,丝毫没有借鉴病源论。<sup>①</sup>

<sup>①</sup> 奥斯卡·罗索夫斯基医生,《医疗权利的基础:疾病分类》,《全景》杂志,第17期,1994。

建构主义者的“极端计划”可能会说,按病因来统计死亡率是根据分类规则“人造”出来的。总之,国际疾病分类(CIM)给了病理学死亡事实一个特殊的表达形式。事实上,根据1912年(《死亡原因国际命名法》出现之时)引入的一个规则,当死亡原因中,循环器官疾病和呼吸器官疾病产生竞争的情况下,编码者都尽力选择循环系统疾病。这样的规则明显地促使心血管疾病是主要杀手的概念成形,而没有考虑由此而被忽视的呼吸疾病。

从国际疾病分类(CIM)的第七个版本开始,一个新的规则要求编码人员必须撇开医原死亡原因(比如术后大出血),而关注手术和医疗介入的病理学原因(这是根据疾病的病源论制定的分类标准的要求)。其效果是什么?我们可以观察到,在一些要求较高手工技艺的行业中,与关节炎有关的死亡比较突出。但是我们能否将这类死亡描述为为了治疗这些疾病、让工人们继续他们的职业活动所开出的药方导致的后果呢?

所有对国际疾病分类(CIM)的修订都会导致各色各样的问题,其中最著名的就是保留“可比时间系列”的问题。让我们来说明一下流行病学著作所称的“多米诺效应”是什么:这就是当人们引入新的类别时,会产生滑动和替换的现象。比如,乳儿猝死这一栏一出现,包括肺炎在内的其他儿童死因比率都极大地下降了。

我们看到,死亡的事实性不能排除程序对死亡的建构,这个程序的实施会带来相对的严密性和准确性。我们今天了解的这方面情况更多的是来自假设而不是研究证明:现有的研究著作大都受到时间上或地域上的局限,在这一点上外国的研究比法国多。鉴于大多数国家都接受了世界卫生组织的规则,不太可能出现系统性的错误。然而,要指出的是,这些规则倾向于突出某些直接死亡原因,而忽视了一些潜在的、影响比较长远的原因。



### 疾病率测量中的问题

我们看到,疾病率是通过多个指数和指标的描述和测量产生的。我们说过,医学证明的疾病率不能忠实反映真实疾病率,这个问题有两个原因:一方面很难找到既上私人诊所又上公立医院看病的病人的有代表性样本;另一方面,存在着很多的疾病,甚至是重大疾病,都没有上医院看医生。

我们可以证明,明显非正常的、“精神病患者”式的行为,在很大比例的正常人群中一直都一直存在,至少是短暂地存在。(……)越来越多地,躯体疾病的征兆大量地在正常人群中出现。最近一项(20世纪60年代初)关于动脉高血压的研究证明,在研究组中有11.4%到37.2%的高血压发病率。<sup>①</sup>

医学证明的疾病率除了这个双重局限之外,又遇到了内容的处理问题。<sup>②</sup>与一个被广泛接受的假设正好相反,医学所承认的所有疾病,在其内容方面,众人意见并不统一,而且这些疾病也不都是通过简单易行的诊断方法就能够诊断出来的。例如结核病或是胃溃疡的诊断,通过临床检查或者是拍X光片就能确诊,而且出错误的几率很小,因为这些疾病都是被清楚定义的,它们的确诊标准也是被医学界普遍公认的,因此,这种疾病就可以被相对可靠地观察到。我们感到惊讶的是,即便对于这样的病,也会有保留意见:但是误诊率从来不会是0。我们并不是要

---

<sup>①</sup> Th. J. 谢夫,《医学诊断中决策的规则,错误的类型和它们的后果》,收录于克洛蒂娜·海茨里希,《医学、疾病与社会》,海牙和巴黎,Mouton,1970,第252页。

<sup>②</sup> 有关疾病率问题的建构的各个不同方面,如没有特别注明,我们均参考如下著作:皮埃尔·阿亚什,《疾病率数据的社会学研究方法》,刊载于《健康与社会科学》,第4卷,第1期,1986;同一作者,《疾病率》,收录在吉尔·布吕凯尔和迪迪耶·法森(1989),见前注,第344—364页。



研究人类的模糊错误率,来为这种质疑找理由。这里说的是诊断的自身逻辑问题。

(在法国)法律认为,没有被宣判有罪的个人都被推定为无罪。医疗诊断活动的潜在规则与法律领域相反,尽管不是像法律规则那样明确和严格,但完全是另一种性质:“如果仍有疑问,就要继续怀疑疾病是存在的。”为什么医学的理性会是这样的?统计学上,人们知道存在两种错误:抛弃一个准确的假设,或称错误 1;接受错误假设,或称错误 2。在医疗活动的范围内,错误 1 就是可能误诊为病人没病,这可能要了病人的命。这就是为什么医生都倾向于冒犯错误 2 的风险,就是说医生们没有确凿证据,却认为一个人是病人。多部美国著作都表明了,事实上如果人们“客观地”研究诊断中的错误,就会发现误诊中错误 2 的比率比错误 1 要高得多。因此,其中一个研究就得出结论说,对某一个给定的 X 光片,错误 2 类型的误诊占 8%,而错误 1 类型的误诊只有 0.2%。关于错误 2 类型的误诊是否就是无害的这个问题,尽管很重要,但在这里先不涉及。

但是有必要考虑到另一种情况:另一个领域的影响也是存在的,也就是一些疾病经常会引起医学界的矛盾、争论和规律性的质疑,比如那些在器质方面无法直接观察到的病变。在这样的情况下,各个医生对于病变给出的定义可能存在着巨大的差异。因此,我们能够发现在老年人精神疾病案例中存在巨大差异:对于一个既定的病例,一些医生认为是阿尔茨海默氏症,而另一些医生就诊断为老龄精神错乱。更广泛地说,精神疾病的诊断通常是差异较大的:谢泼德(Shepherd)和克莱尔(Clare)指出,在英国的医生中,精神病的诊断率为从 1%到 9%。<sup>①</sup>在法国的调查中,阿亚什和科尔维兹指出,这种诊断变化和医生的年龄有关,

---

<sup>①</sup> 麦克·谢泼德、安东尼·克莱尔,《普通实践中的精神病》,纽约和多伦多,牛津大学出版社,第 2 次印刷,1981,引自皮埃尔·阿亚什(1986),见前注,第 80 页。

与其对“精神病人”的兴趣和病人的种类(特别是城乡之间的差别)有关。

因此,这项最新研究表明,为了对精神疾病的诊断进行统计整理,由普科医生进行或含糊或谨慎的表述,再根据国际疾病分类(CIM)进行编码,其影响是“日趋加剧”的。

编码者被置于如下情形之中,他必须在空格中用编码填写一种疾病,他往往无法将一些关于诊断的或多或少的、较为隐讳的疑虑和表述变成编码。因此,“轻微精神抑郁”、“部分抑郁”就变成了没有任何其他注释的“抑郁症”或“神经性抑郁”,而“可能发展为精神病”则变成了严格意义上的精神病。但是,这个强制效应主要是根据在“精神疾病”一栏中所填写的“疾病性质”而来的。如果说,私人诊所(不包括心理医生)的心理性疾病和症状记录中的大多数都被录入到了典型心理疾病临床表,它们自身绝对无法代表一个经典的病情学实体。<sup>①</sup>

在比较欧洲疾病资料与研究所 1973 年和 1980 年所作的两次调查时,我们注意到精神疾病的显著增加,包含所有社会阶层:我们可以怀疑这次增长是否是法国人心理疾病状况下滑的真实结果。

另外,也许最令人惊讶的是,接受诊断的病人比例并没有增加:一方面,根据曼哈顿的研究,在美国,五分之一弱的居民都被认为有精神疾病;另一方面,在欧盟国家中,法国是一个特例,它的精神病类药物消费量出奇的高(法国医生比其他欧洲医生开出此类药物量平均多出一

---

<sup>①</sup> 皮埃尔·阿亚什、因吉博格·阿亚什、阿兰·科尔维兹,《精神病方面的医疗就诊和诊断动机:相关因素分析,流行病学角度的批判研究》,刊载于《医学心理学》,第 15 卷,第 4 期,1983,第 553 页。

到两倍<sup>①</sup>)。在精神疾病的统计数据中出现这样的情况不可能不对社会产生影响:精神病类药品生产商、精神病学专家和临床心理学家都不会袖手旁观的。这里并不是想揭露、批判什么:只是展示出对事实的社会建构过程的分析结果。

无论我们对医学验证的疾病率有多少保留意见,抛弃这些研究结果是可笑的:关键在于如何解释这些结果。这些结果可以为理解就医模式提供基本元素:在法国,精神疾病的数量较少和精神病类药物消费量过多两种现象之间存在着一定的差距,我们可以假设,法国人把他们在心理出现问题时的身体性和功能性的动机向医生表达了出来,这可以部分地解释上述差距的存在。还有,医学验证的疾病率为了了解医疗实践内容的几个方面提供了方便:继续我们的例子,我们可以假设,普科医生因为感觉自身对心理治疗方面知识有限,所以主动回避“精神疾病”的诊断(如果用户在这方面没有特殊要求,何必主动去找麻烦呢?)。

如果过分强调精神疾病问题,我们可能会忽略掉私营医生为药品生产商所做的调查带来的局限性(欧洲疾病资料与研究所年度调查):医生们都是作为开药方者被调查。他们要提供药方的副本并回答一份简单的问卷,其中包括病人的年龄、性别和职业,以及诊断或症状描述和所开药品的预期效果。这表明接受调查的医生是站在他通常行为的反方向的:他要从处方出发来追溯诊断。这样的局限的目的是证明处方的合理性,它却迫使医生对自己的行为建立一个和谐的表述:我们可以假设,这样一个与事实反向的过程会导致一个副作用,就是使得处方反过来“影响”诊断。当人们比较1973年和1980年两个调查中的诊断时,结果证实了这个假设:“诊断中增长幅度最高的疾病(高血压、焦虑症、

---

<sup>①</sup> 尼古拉·格罗,《酒精、烟草、镇静剂、非法毒品……越来越年轻的消费者》,收录于弗朗索瓦·费隆和阿尔迈勒·托拉瓦(主编),*L'Etat de L'Europe*,巴黎,La Découverte, 1992,第62页。



失眠、抑郁症)和与之相应类型的药品的处方率和使用量提高是同步的。”<sup>①</sup>

当通过调查个体来收集信息,了解他们住院、门诊或者自己吃药治病的情况时,自称的疾病率是否会更低呢?这一点我们已经做过比较研究,让“自称患病”的人群接受医学检查:自称的疾病率与医生证明的疾病率之间存在着很大的差距。关键是要理解这个差距产生的机理。我们发现,对疾病的遗忘与两个方面有关,一方面,慢性病患者接受治疗,疾病最难忍受的痛苦已经没有了,因此病人开始习惯了慢性病。另一方面,某些疾病会招致他人的蔑视(被人们称为“可耻”的疾病)。那么在这种选择过程的分析之上,我们是否可以走得更远?

首先,我们假设,根据病人回答调查时的情况,说出的疾病或者症状的数量可能会不同。这要看是否是严格意义上回答个人情况,或者是替自己和其他人回答(比如调查一个家庭主妇,问及全家人的健康状况)。在1960年代末,一个学者估计,对于所有没有自己回答调查问卷的人,大约平均有10%的低估率。然而丹麦一项关键的调查打破了这个假设:当时人们假设,如果直接向个人问及其自身的情况,那么女性的高发病率会消失或者至少会下降,结果却是这个发病率不降反升。<sup>②</sup>

总之,与法国和国外其他的研究相比,皮埃尔·阿亚什的一系列研究使得人们能够了解,在统计声称疾病率的过程中,收集过程起着重要作用。通过对使用了三种资料收集方法的、针对阿斯克新城的一项调查的研究,这位作者表明了,根据收集信息的方法不同,自称疾病的数量

<sup>①</sup> 雅克琳·德福阿苏、贝尔纳·莫莱尔,《诊断:医疗实践和统计数据收集》,刊载于《健康与社会科学》,第15卷,第1期,1986,第66页。

<sup>②</sup> F. E. 林德,《直接提问式全国健康调查。疾病率与死亡率研究:当前的趋势》,《公共健康手册》,世界卫生组织,第27号,1967,和“‘丹麦全国疾病率调查’委员会”,《1971—1954年丹麦疾病调查》,曼克斯·加尔德,哥本哈根,1960,引自皮埃尔·阿亚什,《疾病率》,收录于吉尔·布吕凯尔和迪迪耶·法森(1989),见前注,第352页。



也大相径庭：开放的、回顾式的访谈(问及访谈前两周之内的症状)所获得的自称疾病比例最小；要求两周内每天记病情日记(持续现时法)比口头询问法能够获得更高的疾病声明率；最后，56种最常见疾病症状列表询问法(其中有12种心理疾病症状)，无论是过去还是现在，获得的疾病自称率都是最高的。

另外，调查结果还证实了性别间对疾病的声明存在着显著的差异，而各个社会群体间平均声明疾病的比率是相同的。根据症状不同，差异的大小也不同。将这个研究结果与其他研究比较可以肯定，根据资料收集方式不同，有一个三重效应：“日记效应”、“列表效应”和“时间效应”[最后一个效应是通过与前面引用过的生活条件研究与观察中心(CREDOC)的调查相比较得出的：根据观察的时间和周期，声明的频率也在变化]。

阿亚什为法国国家统计与经济研究所所做的自称疾病率的最新调查印证了此前的观点：“列表效应”中，尽管所列出的症状不是面面俱到，但是列表使得被调查者能够回忆起他们的病症，不至于忘记，无论是无意识地(反复调查的效果)还是有意识地(被调查者认为没必要说明)，也不至于诱使受调查者想象他们没有生过的病，所以这个方法的效果最好。但是这也带来了一个新的因素，也就是作者所说的“过程效应”：把症状列表问卷留在被调查者手中，让他能够在调查人不在的时候“安安静静”地回答，这样做会减少自称疾病的频率。

如果说在调查人的帮助下，让被调查者回答列表中的症状是一个有利因素，能够在人群中更精确地调查出“真实”的疾病率，那么调查人的性别、社会身份对被调查人有没有影响呢？在这一点上，通过比较法国和英国的研究，得出了一些矛盾的、难以解释的结果。

因为症状列表的可靠性是很重要的，它需要尽量贴近疾病的真实情况，尽管没有一个表格可以穷尽所有疾病，我们是否仍然可以找出它的“最佳内容”呢？皮埃尔·阿亚什指明了一个最终的“列表内容效应”：

列表最后的“其他症状”一栏对于回答者来说毫无吸引力。因此,在这个列表中出现的每一项都必须是非常明确的,否则就没有机会被选上:对于研究者来说,关键的一点就是要确定他想要在人群中了解哪些疾病的严重程度和妨碍程度。

在我们纵览了各项研究之后,好像疾病率的证据都处在我们获得它所用的方法这边,而不是在证据的“真实性”和“客观性”一边(无论是从临床、流行病学还是社会学角度上讲都是如此)。到现在为止,我们研究疾病率的建构过程,列举和叠加了不同信息收集工具的使用方式以及它们的影响:这些影响的重要性和影响力度是一样的吗?让我们听听皮埃尔·阿亚什怎么说:

我们应该在本研究过程中观察到的各种“效应”之外,再补充上一个因素,它使得上述各种效应相对化甚至更加复杂化,那就是对于调研的过程和所提问题的类型,每个研究对象组——职业组、性别组——的敏感度是存在着重大的差异的。那些“效应”,针对男性或女性,针对每个“工人”、“职员”或“干部”组的个体,其影响是不同的(……)。除开我们能够某些点上找到的区别以外,我们还发现(……),关于自称疾病率的变化方面,对比1986—1987年和1988年的调查,在性别和组别上,特别是在组别角度上,研究结果具有复现性。<sup>①</sup>

按照列表进行的扩展调查在拥有数据充足这一优点的同时也有缺陷:收集到一个疾病的各类形式的同时,这个调查不能够帮助我们摸清健康的社会职业分化情况,因为良性与恶性的疾病被混为了一谈。相反,不借助列表的开放问卷调查,比如在英国每年进行的家庭调查,则

---

<sup>①</sup> 多米尼克·塞卜、皮埃尔·阿亚什(1989),见前注,第187—188页。

将最严重的疾病反映出来,并且展现出明显的社会阶层不平等。每个描述与度量的工具都赋予真实的疾病状况以一个特殊的外在形式,虽然或多或少都有所变形,但是强调了疾病状况的某些方面:无论是从研究目标的视角,还是从根据一些样本、在一些等效的历史背景中复制出可能相同或相近的结果的视角来讲,对这种变形的估计事关重大。

健康问题的另一个组成部分是无能力。长期以来对无能力的定义存在着很大的误区:从一个人得病开始,他是否就已经失去了工作和正常生活的“能力”了呢?还是说要理解为比较严重的能力丧失,就是说特指一些丧失了部分生理或心理机能的人,以至于他们在中长期的时间内,无法过“正常”人的生活?这也就是伍德(Ph.Wood)的作品的优势,他在其中试图澄清这些概念,并使得世界卫生组织依此提出了一个国际缺陷、无能力和残疾的分类标准。缺陷是指机能的缺失或重要改变;无能力指的是在某个特定社会环境中部分或全部地丧失执行惯常行为的能力(某种缺陷的后果);残疾是一个或多个无能力的后果,残疾人因为身残而无法完成他在某个特定的文化环境中曾经扮演的一个或多个社会角色。

澄清这样一个概念,如果说它把注意力都吸引到了组成这个现象的不同层次上,那也就是过于偏重分析与分类了:很难把生理与心理和社会截然分开,因此这些分级也往往难以操作。这不仅表现在研究的领域,也表现在对这些疾病患者的引导和照料上:1975年当立法者以多学科的形式建立省立特殊教育委员会(CDES)的时候,精神病学家们就抗议道:“这是国家教育部专制主义的操纵行为”。

让我们来考察无能力的状况,因为缺陷本身就是疾病的一个组成部分,而且官方承认残疾的同时就意味着各技术委员会要根据需求做出决策。无能力被定义为日常生活受到限制。问题的关键首先就在于给这些限制界定范围:根据观察家的意见,人们或者只保留日常生活中“最基本的行为”(大小便节制力、如厕、穿衣、进食、行动),要么加入其



他的内容:感官衰退、需要经常性医疗护理或药物治疗、睡眠障碍、交流障碍、认知障碍、心理障碍……甚至包括管理自己的财务、购物,与家人、邻里保持和谐关系的能力……不仅人们考虑到的因素越来越多,而且往往包含了许多差异巨大的观察层面:能够独立上厕所而不在床上便溺,这属于直接观察的范畴,然而要知道认知或心理问题,就必须借助专门的工具来测试“度量”,还不要说这些心理、认知的缺陷更多地属于疾病而不是无能力范畴。

大多数的扩展性调查都考虑到了数量有限的活动限制,关系到日常生活中的“基本”活动,通常还要区分在家里进行的和在外面进行的活动。这个划分有一个隐含的假设,就是鉴于行动距离增长,对环境不熟悉,所以在家以外进行的活动难度较大。一些调查还加入并区分了工作中的行动受限:长期停工,因健康状况不佳而改换工作或调动岗位,因为身体机能的缺陷而导致执行某些任务有困难。不同过程中得出的无能力的指标都比较详尽,又根据测量指数的数量和精细程度,还有对各指数的重要程度是否有区分而有所变化(而区分标准是什么呢?)。

指数的统计本身也有问题。很少有通过直接观察、实时观察进行调查的。而这是否又是一个绝对有保障的方法呢?人类学早就证明了这种信息来源本身是不“客观”的,因为有走向民族中心主义倾向的危险(观察者总是借鉴本族群的道德与标准),这些信息要和其他来源的信息进行比较(三角测量原则)。第二种程序,基本上是唯一使用的方法,就是提问有关人员,调动他的记忆。比如对于自称疾病率的调查,可信度取决于有无遗忘或者有无掩盖事实真相。特别是我们现在提问是从事实过渡到了能力(从真正完成的行动过渡到完成这些行为的可能性),而且我们假设这两种情况是没有差别的。

只依赖于自称活动会显得是过于简单的解决办法。然而确定无能力的程度不仅仅是要将做过的行动集合起来:解释的工作永远是必要的。还有,当一个人说他可以读书(戴眼镜)或行走(拄拐杖)时,是否应



该将辅助工具的作用考虑进来？如果一个人说他不能独立行走，也不能自己上厕所，那么应该填写调查表中的“大小便自理”和“行动”两栏呢，还是干脆都归结到无行动能力里去？当一个人对您说他无法自己上厕所，而很明显没有什么身体的障碍，是否应该拒绝这种方式？因为通过声称自己“需要人帮助”来上厕所，或许是想实现“需要有人聊天”的要求。否认这个事实就是否认了被调查人的寻求次要利好的策略能力。因为一个人对您说他不能够独自穿衣的时候，是否一定并且总是要归咎到某个身体障碍（比如风湿病），或是考虑一下扣衣服纽扣的方式与他的习惯已经不相适合。如果一个运动疗法医师每周要来好几次给病人治疗，这种情况是否也应该被视为是无能力的证据呢？

“客观”无能力存在的事实不能说明对这些情况的描述和度量是“可以吸纳”(naturalisable)的：正相反，无能力的统计数据被纳入理所当然正确的范畴恰恰是社会建构的“附加成分”所导致的，而这个建构的过程最终会使得无能力成为幸运大转轮游戏中不可避免的命运。与此相反，所获调研结果的“科学性”的保真标签，没有更具体的说明（就是说悄无声息地将构造时用的脚手架隐藏起来）却导致了物化的结果：我们可以轻松地说出“无能力需要帮助”，就好像作为疾病，无能力本身能够获得一定的（作为语法中的主语）自主空间，这却损害了无能力者的自主性。

### 疾病的其他意义……

在试图揭示死亡、疾病和无能力问题的建构过程的时候，我们坚定地站在了科学研究的一边。可能的危险则来自于认为那些不参与到科学活动的人，就像柏拉图讲述的山洞中的囚犯一样<sup>①</sup>，只能生活在他们

---

\* 柏拉图的山洞：《理想国》第七卷中讲述到的故事。一些囚犯被铁链束缚于山洞的尽头，背朝洞口，只能在洞壁上看见人、物经过时的影子，他们便把这些影子当作现实。获

的信仰和他们长达数世纪之久的传统的阴影之中：在便利却有失灵活的、现代性与传统对立结构的诱惑下屈服。为了表明没有受过任何专门训练来研究知识的人类与死亡、健康、疾病的关系，仍然受到变化中的建构进程的左右，我们参考了人类学家的著作。<sup>①</sup>

鉴于主题里不包括对这个学科的健康与疾病研究方法所做的总结，所以我们选择了介绍一种与西方生物医学模式相背离的疾病的建构主义方法的要素，这种方法观察的对象不是与“令人担忧的迹象”斗争的个体，而是以疾病这一社会事件为纽带基础建立起来的社会关系体系。这样的方法导致了一个三个词语构成的模式：病理(*la pathologie*)主要指一些“客体”过程；不适(*le trouble*)则主要指的是个体主观感受疾病的方式和意识的获得；疾病(*la maladie*)是指令人担忧的生理或者行为信号被视为病兆的过程，并伴随有明显的社会后果。

这个过程是个翻译的过程：所有的文化都有自己的规则来判断从信号过渡到病征，来决定进行有效、对症的干预，最终根据获得的效果来确认他们的翻译与干预模式是正确合理的。通过这个过程，疾病也无非就是一个病理与不适的社会化模式：无论采取何种形式，疾病都假设社会关系对个体产生控制，因为病理与不适使得各种社会网络介入其中，通过这些社会网络，疾病及与其相适应的干预模式就此形成。这种

---

得自由的囚犯看到太阳的时候，先是双目失明，随后渐渐习惯了阳光。这个故事寓意人应该学习哲学：应该抛开表象，借助辩证方法进入可知世界，学习思想，特别是善的思想，即真正的阳光。——译注

<sup>①</sup> 阿兰·杨(Allan Young),《不适与疾病的人类学研究》,刊载于《人类学年鉴》,第11期,1982,第257—285页。同时参见罗拉·罗马努奇—罗斯(Lola Romanucci-Ross)、达尼埃尔·E. 摩尔曼(Daniel E. Moerman)、洛朗斯·R. 唐克莱蒂(Laurence R. Tancredi),《医学人类学:从文化到方法》,纽约、伦敦,Bergin and Garvey,1991;马克·奥热(Marc Augé),《疾病人类学》,《人类》,XXVI,第97—98卷,1986;塞尔日·热内斯特(Serge Genest),《族群医学导言:综述论文》,《人类学与社会》,第2卷,第3期,1978。

情形清楚地出现在几种护理体系共存的状态下：面对各种征兆，亲属的网络可能决定将其判断为属于何种病症体系，并且决定把他们生病的亲人送到哪类“专家”处去医治。

这种带有区分性的情境可以普遍化：在西方社会，存在着各种疾病的不同社会建构模式；我们花了很多精力来研究疾病的流行病学和社会学建构模式，但是我们并没有忘记各类行动者都以他们自己的方式、根据他们自己的资源（广义）来构建着他们自己对这种事实的定义，并且寻找合适的手段来救治。对于理解我们的研究对象来说，这方面的研究是必不可少的。

### 对健康实践活动的度量问题

我们已经展示出随意性对“健康实践活动”选择的干扰：在无数的个体行为中，选取一部分置于健康的领域中，这样做的根据来自于实际观察，从统计学角度讲，往往这些行为和严重的疾病总是有关联的。这是第一层次的建构，它选择了与个体相关的特性，排除了宏观结构的影响效果，通过描述和度量可以发现，这些宏观因素往往导致选择其他行为。然而这并不能解开所有“自然而然”的、有关饮食或运动、劳动事故或职业病（我们主要观察这四类指标）的实践行为的“谜团”。一旦人们把饮食行为（这里包括一切“吃”和“喝”的行为）和健康联系起来，就不得不区别质和量的问题，这就导致了各种限度的确定，从而也产生了各种节食法和饮酒方式：某些饮食方式被医生认为是危险的。但是确定一个危险的标准就这么简单吗？

在我们前面分析过的国家统计与经济研究所的统计数据中，“肌体对酒精的承受限度”为每日四杯（葡萄酒或含相应酒精量的饮料）。然而完全不像这个数据所显示的似乎是一种具有科学性的标准，这个限度来自于大众观点的普遍看法，往往被用来约束公众。<sup>①</sup>这种观念是从历史变化而来：19世纪主流看法认为葡萄酒是一种“健康饮品”、“酒能暖



身子”或者更有甚者说“烈酒能添气力”，随后，生物化学和生物学的研究结果同时普遍承认酒精对人体存在危险性，但是在一定的安全限度内饮少量的酒是没有危险的。

最近一次生物学基础的革新和现今的流行病学研究都表明，不存在一个普遍的酒精毒性界限，但是对于个体来讲，存在一个持续序列毒性的个体界限：

从理论角度来看，谈论少量、正常或者过度饮酒只是使用了集体性的一般标准(……)。建议给所有人一个所谓社会学意义上的少量饮酒限度是对大众的信息屏蔽，因为这给人造成假象，认为这个限度内就是绝对安全的，对于目前的知识体系来说，这个结论是错误的。“过量饮酒者”一词是不好的，因为它掩盖了某些饮酒者特别脆弱这个概念；使用“受威胁的消费者”一词可能更好，这个词的优点是不排除实践研究的概念。<sup>②</sup>

对于酒精的“过度”消费的评估不仅仅在于它自身产生的准则基础：还需要在其中考虑到计量单位的随意性，就是说一杯酒的量是多少。是不是计算每日消费的酒精为多少克，甚至是随后建立一个饮酒量的分级显得更加靠得住呢？阿尔方斯·杜多就是这样自问的。<sup>③</sup>这位研究人员注意到用这种方法操作，人们就可以清楚地看到，干部中的很大比例消费的酒精量趋近平均值，而专门工人则占据了数据分布的两个极

---

① 约瑟夫·格斯菲尔德，《科学中的文学修辞：对醉酒驾车者研究中的喜剧与悲哀》，刊载于《美国社会学评论》，第41卷，1976年2月，第16—34页。

② B. 比勒芒，《论人对于酒精的不平等和脆弱性》，收录于居伊·卡洛，《从酗酒到健康饮酒》，巴黎，L'Harmattan，卷I，1990，第83—84页。

③ 阿尔方斯·杜多和米歇尔·塔勒加尼（主编），《社会科学与酒精》，巴黎，L'Harmattan，1995。



端(许多工人滴酒不沾,也有许多工人大量饮酒)。

我们可以假设对酒精的消费比例分配也可以推广到其他饮食习惯的研究中:比如,如何“科学地”估量过度食用黄油和动物脂肪的行为呢?在法国西南部地区,特别是加斯戈涅地区,肥鹅肝的消费量是法国其他地区的两倍,是美国的50倍。然而,热尔省和洛特省的心血管病死亡率是全法国最低的,而法国的这个比率比美国要低。当然存在科学的解释:似乎鸭油或鹅油从化学构成上讲,更加接近橄榄油,而不是黄油和猪油。但还是要说明这个解释是“事后”给出的……

我们可以猜到在节食制度及其演进方面,有着丰富的材料可以探究:科学研究和日常规则之间的分隔是这么的大,这两者之间的过渡是如何进行的?此外,许多研究都表明“道德”上的顾虑并不排除经济上的考虑:因此,19世纪末,首批美国的营养学运动领袖特意声明科学的节制饮食可能改善劳动者的生活条件而不必非要提高工资(只需要向他们展示如何经济地“吃好”。<sup>①</sup>如果说现代节制饮食旨在“改革”旧有的饮食传统,它仍然在很大程度上受到了习俗与社会利益的限制,不仅仅因为现代饮食节制所宣布的规则需要再次诠释,也是因为制定这些规则的过程就是确定社会文化(和经济)的要义,而这已经超越了科学知识及其“应用”的内容。

娱乐实践,特别是旨在改变不运动的习惯,而去活动、出行和做体育运动,对它们的观察与计数,和地方饮食特点的繁复研究比较起来,是否简单得多呢?还有什么比统计有多少人跑步、打网球和游泳等更容易的事情呢?这样做就忘记考虑各个体育协会的制度化影响,这些协会

---

<sup>①</sup> 瑞米·阿隆森,《作为社会问题的营养:一个企业主策略的科学个案研究》,《社会问题》,第29卷,第5期,1982,第474—487页。关于规范的社会建构,参见:布瑞安 S. 特纳,《身体的管理:医学养生制度和理性饮食》,刊载于《英国社会学报》,第33卷,第2期,1982;尼基·查理和马里安·基尔,《女权主义思想中的食品》,刊载于《社会学评论》,第34卷,第3期,1986。

自诩垄断了体育的定义权,给各个体育门类下专门的定义,自成体系:这种制度化影响就是强加给人们一个事先就设计好的什么是体育,什么不是体育的概念。这样就建立了一些收集数据的工具,而问卷里也就只有官方体育项目了。

(……)他们最大的缺陷就在于根据一个封闭的、事先拟好的体育项目列表开始调查工作,这个列表列出的都是体育项目的名称,而丝毫也不关心运动进行的方式,分不出竞技型还是休闲型,也不关心运动水平是高是低。这些调查也不关心运动的其他方式:和谁一起? 什么时间? 在什么环境下? ①

法国国家运动与体育教育研究所(INSEP)所做的名为闲暇时间的体育运动的调研的优点在于,它询问了被调查人所有他认为可以算作体育的活动,无论有无制度框架和专业证书。这个调查展现了在协会结构边缘蓬勃发展的体育实践,一些人重新拾起了过去的锻炼项目,“因人而宜”,不需要去遵守什么准则,还有妇女运动的影响(人的躯体趋于“两性化”)。经常“动动”来保健成为了保持体形的不可分割的准则,这还影响到饮食行为。如果我们只把这些“塑身”活动和物质、身体健康联系起来,就无法完全理解它们。

#### 有关职业病的要点和问题……

我们已经阐释过了工作条件好坏对疾病的出现与否有着不可否认的影响:就像所有和生活方式相关联的行为一样,在一个既定工作环境下为了完成任务所采取的必要行为对于健康没有立即的影响,除非遇到事故。鉴于许多调查都具有延展性和共时性,很难说明一些工作和它

① 米歇尔·梅图蒂,《昨天体育的新用途》,刊载于《思想》,第4期,1987,第43页。

们在其中进行的条件会产生疾病。

因此,阿依森(Aanonsen)在英国所做的调查展示出神经、胃和消化系统紊乱的比例和日班与倒班工人的比例是吻合的,但是人们发现在改换过班次的日班工人(以前是倒班工人)那里,这些疾病更加常见。<sup>①</sup>如何来解释这样的结果?倒班工作的影响延后了吗?反向选择的结果吗(如果我们假设是这些疾病让工人们放弃了以前的倒班工作)?没有休息好的结果吗?这些效果是否相互配合呢?它们是否掩盖了其他因素呢?这些提问使得我们认识到横向建构的局限性:时长向度上的数据收集与分析可以让我们在上述解释中做出选择或者说明这些解释各自所占的比重,以及它们之间的关联。

为了揭示这个现实,我们拥有的公共健康的唯一的、规律性的统计工具是我们已经看到过的职业病的统计数据。这是一个完美的对健康事实的社会建构效果:“我们只了解我们补偿了的那些人和事”。这就意味着我们完全没有关于被拒绝的赔偿案例,以及那些没有申报过的案例。让我们尝试着理解这个建构的几方面。

1919年10月法令把1898年为劳动事故所建立的保险的逻辑扩展到了职业病范围。通过各方谈判,这个“保险”逻辑为数量有限的、推定为工伤的疾病确定了一揽子补偿。第一步就是确定在职业病的列表上要登记的疾病。这个问题不是纯粹的科学问题:一种疾病的登记是三方(国家、资方和工会)协商的最终结果。尽管这项法律主要涉及了对结果的处理,但是它没有排除根据已有知识改善工作条件(使用的物料与劳动组织方式)和 workflow,预防疾病的产生。但是认定与补偿体系运作方式的单一性是否对认定与预防职业病毫无影响呢?腰痛病和所有与工作有关的精神疾病都被排斥在外,但是还有许多与长期暴露在致病

---

<sup>①</sup> A. 阿依森,《倒班工作的医疗问题》,《工业外科医学》,第28期,1959,第422—427页,转引自塞尔日·沃尔科夫(1987),见前注,第452页。



诱因之下有关的无法确诊的疾病也不在补偿之列。在一个普遍依靠代理生产的背景下，风险状况的改变在多阶段疾病（les pathologies multi-étapes）发展中起到重要作用。<sup>①</sup>

此类限制被其他的重要过滤体系增强了。在认定疾病的逻辑中，令人惊讶的是人们只把已知的一些诱因和一种疾病联系在一起，而这些诱因可以引起诸多疾病。因此，安妮·蒂博—莫尼在她关于矿工的肺尘症和碎石工人的矽肺病的著作中，发现在1980年通过的认定肺尘病的唯一方法是X光检测（而不是X光和临床诊断结合），这个方法虽然能够检测出早期肺尘病，但是排除了一些患有肺气肿和支气管炎的病人，因为他们的X光检查中没有发现结核的微粒。另外，其他暴露在煤炭灰尘或碎石粉尘中的人的呼吸道疾病没有被考虑进来，也没有进行粉尘损害机理的、开放的毒物学研究。

另一个过滤机制是“审查”：关于风险和赔偿程序的信息缺失，漫长而缺乏可操作性的手续令人心灰意冷，因为担心医生认为不适合继续工作而丢掉饭碗，很多人都害怕就医，所有这些都构成了申报疾病的障碍；也就是，启动职业病的认定程序。手续的确是漫长的，因为医疗保险局的流程必须通过一个“事先辩论”阶段，而没有任何条文限定了这个阶段的时间长短，因此导致了这个程序无限制地拖延下去。

更有甚者，过滤程序还要经过医疗管理的排除逻辑。有哪些机制呢？管理调查要确认申请人的确暴露在危险之中。由于资金有限，这样的调查基本上是基于雇主的诚信。法律要求申报存在危险隐患的产品或程序，雇主们往往不报或者少报。在许多案例中我们都发现了雇主使

---

<sup>①</sup> 安妮·蒂博—莫尼，《职业病的承认》，巴黎，劳动、就业与职业培训部与法国文献出版社，1991，第90页。“多阶段疾病是按照连续阶段发展的一些疾病，它们受风险因素的影响，风险因素在疾病的某一个阶段起到了特殊的作用（例如：癌症中，一些因素‘诱发’癌症，而另一些使癌症‘发展’）。”



用对抗策略否认自己的员工暴露在危险之中。医生方面，他们极其严格地采用法医学标准：对癌症的判断，他们总是质疑初始假设的可靠性。

排斥行为经常发生的另一个原因是在工薪人群中没有一个质疑医疗保险局拒绝赔偿决定的“传统”：对医疗权威的认可如此之甚，使得所有质疑医疗决定的行为都难以成立。最终，这些否决的程序，无论从社会角度还是医学角度，后果都是很严重的，但是没有受到过任何的评估，除了最近一些省份的特殊个案：我们还远远没有达到科学和民主意义上的透明化要求。

职业病的建构模式的另一个结果也是非常重要的：因为这样一个体系致使癌症个案基本上被排斥在补偿之外，结果人们只能更加确信这样的疾病只和个人行为中的“风险因素”有关。然而，在伐木工中常见的鼻炎、在接触砷和铬的工人中常见的皮肤病和鼻隔穿孔都是一些轻微的疾病，但是这些病理也都被认为和癌症的诱发有关。

三十年来，每年确认和赔偿的新案例的数目一直保持稳定（大约4000例，除了1983—1984年出现高峰5000例），人们可以通过职业病风险医疗监控机构（SUMER）的调查间接确认有人被弃之不顾：65%的工薪族都暴露在至少一种被劳动医学确认的危险中。<sup>①</sup>这并不意味着所有的工薪人员都应该接受专门医学监控（SMS），也就是说经常去劳动医学医生那里：只有40%的人应当这样做。<sup>②</sup>

预防职业病危险高级委员会，由企业主、工薪雇员和管理部门的代表组成，它认为接受专门医学监控的雇员应为10%：我们了解企业主的代表指控劳动医学医生因为保护本行业利益而高估职业风险（如果职

---

① 玛丽—弗朗斯·克里斯多法里（1991），见前注，图表1，第121页。

② 尼古拉·多迪耶，《医学专家意见：关于实施诊断的社会学论文集》，巴黎，A. M. Métaillé，1993，第304页。

业病风险医疗监控机构的调查统计数据得到证实<sup>①</sup>,就说明要有更多的劳动医学医生,还要给他们更多的时间来跟踪那些接受专门医学监控的雇员)。那些应该用来进行一个“合理的”谈判的内容都变成了相互抨击的手段。一个劳动部的代表得出了如下结论:

这个调查对我们来说没有意义,因为它展示出……总之得出的数据太大,而我们需要为了我们的表格(职业病表格)和企业主进行谈判,我们每年有4000个职业病病例,我们要谈到超过5000个,我们没法谈到20000或者40000,所以没有必要强调这个。<sup>②</sup>

是否可以简单地说我们已经离开了流行病学领域而进入了社会斗争的领域呢?如果假设所有的统计建构都是脱离市民社会和国家的,那也太草率了。在美国,随着1970年职业安全与健康委员会(COSH)的建立,一些医学专家和流行病学专家就展开了一场关于劳动健康问题(在工作地点的危险产品的信息、工业环境与癌症之间的关系……)的公共论战,而这场论战获得了劳动界(特别是工会)和“极端”政治运动派别的支持;他们获得了联邦政府的资金,研究他们认为是社会要点和紧要的问题。<sup>③</sup>

---

① 研究机构和劳动部的统计研究人员(SES)都对这个比例感到惊讶,他们力图减小这个数字:这个结果和对于铬酸盐的研究结果、“劳动条件”(噪声部分)调查结果和另一个劳动部关于屏幕工作者的调查结果有相似之处。参见尼古拉·多迪耶(1993),见前注,第310页。

② 言论由尼古拉·多迪耶引用(1993),见前注,第306页。

③ 德尼·杜克罗,《作为政治参与行动的主题的劳动中的健康问题:美国职业安全与健康委员会小组经验》,刊载于《劳动社会学》,第26年,第2期,1984,第177—194页。

……以及劳动事故

如果说劳动条件和健康与职业病之间的联系是一个研究的对象，而这个对象的建构特别受到经济、社会、政治压力的影响的话，我们在劳动事故问题上就感到找到了确凿的“实物”证据。当我们看到人们揭露屡见不鲜的种种欺诈和弊端时，社会学的好奇心被唤醒了：在这个问题上是否也存在着“事实”与统计数据之间的差距呢？

初步的关于劳动事故定义的资料研究就足够让人惊讶的了：劳动事故包括所有在职业活动的通常框架内、完成该活动的过程中所发生的一切事故，但是也包括在从家到企业的路上或者在职业活动规律性休息的时间内发生在咖啡馆里的事故；但是本概念不包含工人在罢工期间发生在工作地点的事故，或者工会骨干分子在他们“未履行责任”期间(décharge)发生的事故。换言之，为了将其与家庭事故或是交通事故区分开，劳动事故必须是获得社会承认的对象：它不只是简单地和数字记录有关。

在劳动事故的问题上，我们遇到了在职业病问题上企业使用的同样的策略，这些策略旨在尽可能地降低劳动事故的数量：在最危险的位置上雇用临时工或者转包给代理商（一旦事故发生，就被计算在临时工作企业或者是代理商的头上），雇用急救员或者护士在第一时间给轻伤者救治，从而避免申报工伤，或者减少受伤的严重程度，同时对伤者施加各种压力（威胁辞退、扣除全组人的安全奖金：因此压力也来自于同事……），等等。这些策略的成功当然是由于受伤者拥有对抗的能力，而这个能力往往是工会团结斗争所赋予和支持的。<sup>①</sup>

鉴于 1898 年法案的规定，劳动事故还有另外一个特点：不得追究

---

<sup>①</sup> 雷米·勒努瓦，《劳动事故的概念：斗争的焦点。研究笔记》，《社会科学研究学报》，第 32—33 期，1980。

错误(除了个别情况<sup>①</sup>),劳动事故是劳动风险的后果。这种劳动事故的“客观主义”的定义是法律和判例的结果,这一定义又被绝大多数工业和劳动心理学著作所加强。但是,是否因为人们增加了要遵守的条例,所以这个定义就变得更加“客观”了呢?事故申报和责任追究的领域问题(“技术缺陷”这个词经常出现,然而技能和组织问题却很少提及)是企业中谈判(正式或非正式的)争论的焦点。细致的协议可以减少这种争论。

因此,无论人们采用什么样的健康实践,无论是在工作时间的限制之下或者是在业余时间进行,无论是以统计数据还是其他的形式,这些实践都是描述它们的建构程序的对象。然而区分不同的描述方式还是很重要的。尤其是关于职业病和劳动事故,我们看到了人们的目的是根据问题要点不同而界定不同边界:在政治社会争论的范畴内,是要建立一个“可谈判的”对象;在劳动学、经济学、社会学研究的专家那里……关键在于尽力找到有关事实真相的最为贴近的表达:首先假设学者在学术上是诚实的,争论的问题是他们的工具与协议以及对所采取的行动的批判性解析;其目的是增加必要的保险性,使得描述与度量的可靠性得到保证。<sup>②</sup>我们已经展示出各种压力都可能介入其中,另外这样的争论中客观性并不是自然而然的:这个客观性来自于谨慎思考和学者的斗争,而斗争的目的在于划定他们“科学”辩论的性质的边界,尽可能将一些外界的对于研究范畴有干扰的因素进行客观化和中性化处理。

---

① 在1971年,在导致了病体的一百多万起劳动事故中,只有255起在司法上被裁判为老板和工人的不可不宽恕的错误,由雷米·勒努瓦(1980)引用,见前注,第80页。

② 对于研究对象的争论中不同领域(范畴)的更深入的分析,可参见尼古拉·多迪耶关于职业病风险医疗监控机构(SUMER)调查的研究(1993年,见前引,第284—321页)。



### 社会人口学指数的中性化和形式化危险

死亡、疾病或残疾的统计数据不仅描述了这些健康的组成部分的临时状况或者演进过程，就像健康行为的度量仅仅满足于证明这些行为的存在和频度，但这个描述不止于此：这些统计数据同时也大致地描述了它们带有的不同的社会领域的特征。然而“代表”着社会结构的指数和指标却不能逃避各类建构的程序，这些程序又影响着管理机构中的统计学家、社会学家、人口学家……以及作为这些结构研究对象的个体。我们不能不去研究诸如年龄段、性别和社会层级等划分手段的产生过程以及使用方法。

必须认识到对年龄的连续变量存在着不同的切分方法：能够说一种划分方法和另一种没有什么区别吗？将年龄的算术阶梯分成几段的理由往往只是生物学的顺序，然而生物学家指出有生命的人的发展不完全是单一和线性的，而细胞的衰老从来都是生物进程和环境局限之间互动的结果。<sup>①</sup>老实说，年龄的“中性化”包含了一个相当不确切的背景，这使得划分实践中的方法不一而足，而又各有技术理由（从统计上讲，年龄划分跨度要等长，按照分层体制延续的时间来划分，使其能够与历史资料进行对比）：通常人口学家以5至10年为间隔划分他们的人口层级，然而民意调查者和“政治主义者”使用4年，随后是5年为划分间隔的系统。<sup>②</sup>

这种“年龄”指数的实践和技术基础暗含地将一些没有经过检验、解释的理论作为无需证明的公理：研究者通常使用一种或者另一种分

---

① F. 格罗、F. 雅各布和 P. 鲁瓦耶，《生命科学与社会》，巴黎，法国文献出版社。

② 直到1974年，在法国有20—34岁、35—49岁、50—64岁、65岁以上这种划分方法；然而当成年年龄从21岁降至18岁，人们采取了一个“保守”的改动：过去的20—34岁年龄段被分为18—24岁和25—34岁两部分，这样其他的年龄组不变，而且仍旧能够和过去的数据体系进行比较。

级体系,而且似乎认为这些前提架设的公理都是不证自明的。<sup>①</sup>人们笼统地假设年龄产生社会效应,就是说,年龄层次就应该是决定某些行为、态度和象征的变量:

对于年龄的效果的共同分析基于三个基本假设:1. 效果的线性;随着衰老的临近,根据一些进程的延续,每个人都变得越来越这样而越来越不是那样。2. 在这个进程中存在着一系列的门槛,这些门槛界定了在连续的年龄层次中的各个阶段。3. 在生命的各个阶段中,总有相当一些数量的问题和观点被同一年龄组的人所关注。<sup>②</sup>

我们可以轻易证实这些前提假设都应用在我们的研究之中:如果我们抛开脆弱的幼儿期,随着从一个年龄段到另一个年龄段的过渡,疾病率与死亡率都上升;这个曲线的凹凸不平同样也可以被假设为不同年龄段的疾病与死亡的原因不尽相同;最后,关于健康实践的问题,我们可以假设,比如饮食和娱乐的亚文化在不同的年龄段中是不同的。但是这些假设都能得到证实吗?

如果说流行病学家或者社会学家经常以提供证据的方式展示一些年龄段和某个健康现象之间存在着这样或那样的关系(“就像人们所猜测的那样,年龄似乎……”),他对所期待的关系受到驳斥却没有说什么话说:他可能继续研究下一个统计数据的关联,而不去研究这个让他产生错误的证据的缺失。如果要测验一下先前他所预期的关系,就必须推翻

---

① 一个旨在检验和明晰这些公理的努力可以在以下作者那里看到:阿妮克·贝尔什隆与让·西什合作,《质疑年龄段的划分》,《法国政治科学杂志》,第38卷,第1期,1988。我们沿用了该作品中的论证部分。

② 同上,第111页。

先前的年龄层次而将真实年龄作为分析的单位：这就意味着需要更大范围的取样以避免数据空白或者缺少的情况。这个条件下，我们可能根据直线度、渐进度和连续度的视角，估量出在什么条件下一个年龄和其邻近的年龄可以相合。

由于无法在健康领域举出一个例子，我们将基于阿妮克·贝尔什隆 (Annick Percheron) 的著作进行研究，这部著作中采用了超过 12000 个抽样，询问了关于政治、政治参与行动和他们对政治权利与自由的重视程度。我们将跳过研究的具体细节，只是介绍其结果：对连续的年龄层次的年龄效应分析显示出这个分层不成立，虽然也存在年龄效应，但这至少不是生命周期或者代际效应！

在整理关于价值和标准的态度的同时，我们可以得到两极：拒绝改变、尊重规则或者接受改变、随意纵容。如果我们把每个年龄都和这两个极端联系的话，得出的结果可以导出两件事情：首先，在 38 岁以下接受改变和极端自由的人群与 39 岁以上保卫现状和严格主义者之间存在反差，但是 42 岁和 38 岁以下的人观点一致；第二，升序的分层排列技术能够得出年龄不是按照连续的算术顺序排列的（42 岁和 15 岁的人相近，34 岁和 37 岁的人相近，等等）。总之，相对于这个特殊的对象，已经显示出线性关系不存在，就是说按照连续年龄来分组的方法靠不住。

让我们回到一个重要方面：这个研究使得生命进程中出现了一个既重要又关键的时刻。在研究的框架中，这个时刻处于 30 岁的后半期和 40 岁的前半期（35 到 45 岁之间）。如何来解释这个“转折点”呢？我们可否肯定说，在 20 世纪的下半叶，所有达到这个年龄段的法国人都会经历这样一个从开放和活力转向退缩和顺从的过程呢？换言之，这是否是年龄的效应，即衰老的结果呢？如果是这样的话我们可能会说年龄的增长会在 40 岁左右引起一段质疑，一场危机。

但是这样的解释会有一个双重变化可能。一方面，人们可以观察到



这个“关键年龄”处于成年生命的第二个部分：用经典的“四季”来形容（幼年、青年、成年、老年），是否应该用另外一种模式来进行人的生命进程的“周期划分”（*périodisation*）？也就是说，如果生命周期的概念存在，似乎应该给它找到可执行的标准，而这些标准的可靠性还有待检测。

另一方面，该研究数据的搜集是在 1985 年进行的：这就意味着当时 35—45 岁之间的人在 1968 年的时候正处于 18—28 岁之间。那么是否应该谈论一个代际效应呢？1968 年 5 月风潮应当是代表了一场关于社会文化和政治变迁的社会运动，其效果仍然影响着当时的青年一代，而当时 30 岁以上的人则与此运动拉开距离，保持警惕，拒绝接受。尽管目前还不能在这些解释中做出决断，但这些可能性使我们倾向于关注生命周期和代际的问题。让我们记住这个“经验”：年龄总是包含着这种模棱两可性，这既关系到它自身（衰老及其结果），也关系到生物继承的一个时间（生命周期的效应），还关系到个体在其历史时期中的境遇（代际效应）。

能与年龄的中性化相比的是性别的“生物化”。在女权运动的影响下，“女性研究”的专家根据众多的观点做出研究并指出生物层面上的两性差异化不能涵盖社会性别身份，因为社会化和社会角色分配（*l'assignation sociale*）导致了“性别”的立场分化。

性别差异归属自然科学研究，这继续对承认其社会属性造成障碍，甚至有些学者把两性的死亡率和疾病率差异仅仅归因于生物差异。因此，马迪冈（Madigan）比较了天主教男女教士，假设认为无论男女，都远离现代生活的局限和压力：无论是中年还是高龄，他们的死亡率差异和我们在全社会中的观察结果都是相同的。我们这位作者于是乎就总结说两性之间的死亡率差异有其生物学基础，但由于他缺乏想象力，不会从社会学角度控制各种社会文化领域，因此就无法区别男性和女性，尽管是“教会”中的两性。<sup>①</sup>

这个例子可能会显得有些粗糙和夸张。因为性别的“生物化”所采



取的形式越来越灵活,从医生对男女病患不平等的治疗开始:那个充满引申义、带着野性和冲动的本性的“性别”总是“另一个性别”,即女性。我们尤其可以在疾病与女性的关系的定义这个方面观察到该现象:这个定义里总是包含有生育和情感的内容。

英国的历史社会学研究分析了 19 世纪末“脆弱女性”这个神话的产生:这个神话与医疗职业争夺治疗行业垄断权的斗争同时发生。在这个背景下,“脆弱女性”有双重作用:它让女性显得不合作治疗人员(这消除了很大一部分竞争),它也使得女性变成了特殊的病人群体。<sup>②</sup>历史总会留下痕迹:在现代,心理治疗药物的过量消费主要是女性的行为,这一点难道不令人惊讶吗?为了理解这一点,必须要将两种倾向联系起来:医生的立场是倾向于将女性的不适和生理根源联系起来(普遍的观点认为是神经脆弱或者月经不调),并且对这些女性病人轻易使用镇静药物<sup>③</sup>——而另外一方面,则是妇女的自身要求。她们在“精神兴奋剂”(psychotoniques)中找到一种用以面对自己角色和自己生活不满(由社会结构中她们的地位所造成的社会决定型不满情况)的调剂方法。我们可以在生育功能和育儿功能方面观察到这个双重运动(或者类似的现象):一方面是医疗监视和干预的增加,另一方面是妇女要求帮助的

---

① 由 C. A. 内萨森引用,《死亡率中的性别差异》,刊载于《社会学年报》,第 10 期,1984,第 199—200 页。

② 由乔安娜·N. 克拉克引用,《男性至上主义、男女平等主义和医学至上主义:关于性别与疾病的著作的十年综述》,刊载于《健康与疾病社会学》,第 5 卷,第 1 期,1983,第 63—64 页。另外,这篇文章对社会分化的性别领域进行了“解构”,我们使用了其中的一些论据。

③ 这个倾向中,应该还加上一个由英美社会学家发展出的结构因素:精神病症的统计数据增加并不简单地反映人群中精神疾病人数的增加;它反映了医生对这类疾病的关注程度在增加,而且说明了新的心理疾病药物不断普及。根据这一极端建构主义的观点,精神疾病不是先于治疗而存在的实体:精神疾病只是一个事件链条的最后几节,而这

呼声高涨。

当乔安娜·克拉克(Juanne Clarke)了解到将“性别”变量考虑进来后,关于健康的描述纷繁杂乱,她彻底地怀疑这些结果推而广之的可能性:既然在被认为相同的症状和不适的掩盖下,我们不知道人们看到的东西是否相同,我们不知道医生在诊断不同性别的病人的同种症状的时候,是否有不同的诊断方式……那么男女之间“建立”的疾病率和死亡率差异难道不是人为的结果吗?

使用这个人为论的论述来认识男女疾病问题的差异(这种论述在各类著作中以各种不同的形式得到了发展),高夫(Gove)和休斯(Hughes)指出这个假设似乎是真的,但是这个假设的支柱更多的是引用转述而不是证据。<sup>①</sup>根据对芝加哥居民的一个有代表性的取样研究,他们指出,尽管男女对身体不适的表述不尽相同,但是上述差异并非完全是人为造成的。如何解释这个差异呢?极端建构主义者的假设说:社会普遍接受的观点认为女性比男性更多地抱怨自己的不适,这是女性疾病记录多于男性的主要原因。在他们的研究结果中,高夫和休斯将这

---

些事件也被相关的社会监控机构做回溯式的解释。参见:多罗西·史密斯,《精神疾病的统计数据:他们不会告诉我们什么关于女性的事情及为什么》,收录于《女性看精神病学》,温哥华,Press Gang Publishers,1975,由乔安娜·N. 克拉克(1983),见前注,第67页。

① 在证据产生之前,这个关于疾病的边界的争论,特别是关于肉体疾病和精神疾病界限的争论,是一个至关重要的焦点:承认这个分类界限难道不是因为这将社会学置于医学概念之下了吗?如果我们接受这个分类,那么其中应该包含些什么?一些学者注意到,在我们的社会里,男性比女性更容易找到他们好斗冲动的诱发剂:暴力和事故的效果习惯上是和身体疾病“兼容的”,而男人们不正常和自私的各种行为往往被人忽视。在比较男女精神疾病时,应该将冲动的各种表达方式换算一下考虑进来,这样是否更加公道呢?与此同时,高夫和休斯不无讽刺地写到,人们将“紊乱”的范围扩大,归到精神疾病中来,这和正在受到批评的医疗行业保护扩大介入范围同时发生,特别是精神病医师将各种社会异化现象都视为精神病……

个论述反过来了：女性中较高的不适率导致了她们更多地抱怨自己的疾病，而这个较多的抱怨使得社会普遍接受，就是说，人们觉得女性抱怨自己的疾病多于男性是“正常”的。极端建构主义者假设的观点中，人们很容易就顺着“女性愿意隐瞒”的老调走下去，然而另一个假设让人们认识了，社会接受女性更多的抱怨实际上是接受女性的确有更多的理由抱怨自己的疾病，因为她们忍受的疾病的确多过男性。<sup>①</sup>

社会科学研究者并不能自动地躲避开这种两性分化的“生物学化”风险：将“性别”变量作为一个简单的分类变量，这使得所有其他的区别都落入了生物学阵营，这也潜在地支持了“永远的女性”和“永远的男性”的信仰。如果没有审慎的警觉，对性别的数据解释可能会跌入某个实证主义机制的僵化缺陷之中：

如果人们坚持强调两性差异的例子，这并无任何惊人之处，因为女性在社会关系中处于服从地位，而这个事实一旦被说穿，将把考察对象的社会群体的所有特殊性都取消了。这些特殊性具有一种社会学上的真实性，而这不能完全封闭在一个统驭社会学的决定论的框架里，因为统治关系在最经常的情况下也是交易关系，因为行动者(……)总是保留了一部分策略自由，因为最终这些行动者可以根据他们自身被统治的情况来建立一种特殊身份。<sup>②</sup>

长期聚焦于劳动的社会分化(从参与正式经济活动的意义上讲)，社会学从男性中心论角度思考了社会结构：普通人，或者借用涂尔干的

---

① 沃尔德·R. 高夫、麦克尔·休斯，《两性表象身体健康差异的可能原因：经验主义调查》，刊载于《美国社会学报》，卷44，第1期，1979，第126—146页。

② 奥利维耶·伽朗，《第二次青春？》，刊载于 *Futuribles* 杂志，第109期，1987，第26页。



表达法,制度中人,是成年男性劳动者<sup>①</sup>,而且,由于这个普通状况被分配于不同的社会群体中,问题的关键就在于了解哪个社会群体是未来普遍值的载体。女性主义和“反对歧视老年人”主义的社会运动(例如,美国的“灰豹”运动)使得这种立场的局限性暴露无遗:一方面它忽略了儿童、青年和老年人,另一方面,它也无视妇女的存在。这种立场使得我们无法理解更加复杂的社会再生产与变迁。这些运动对社会科学所提出的挑战是多元的:如何在社会条件的背景下认识这些社会群体所忍受的劣势,从而改变这种自然或生理上低人一等的现状?如何澄清这些群体成员间的共同利益而不会把他们混为一谈或者无视他们之间的重大差别(阶层归属、族群归属等问题)?<sup>②</sup>

与前面见到的指数不同,社会职业阶层(*les catégories socioprofessionnelles*, CPS)在1982年变成了职业与社会职业阶层(*les professions et les catégories socioprofessionnelles*, PCS),这种划分方式引起了许多批判性思考。通过对社会职业阶层的不同形态的调查,多米尼克·梅尔利埃(Dominique Merlié)发现调查的结果能够揭示出理论概念和实践数据中的差异和区别,而这些实践数据本应该和理论相符合,或者使人们放弃使用金字塔型社会结构的数据。第一种情况下有两种态度:对于CPS或者PCS的批评在后来的诠释中被“遗忘”;另外一种推论进一步指出,尽管经验研究数据存在一些缺陷,但一旦假设被证实,人们该如何更加肯定地证明它也符合理论的“纯粹性”?在第二种情况下,无论是在普遍层面,还是在一个特定领域,“粗略的分类”都被指责为社

---

① 尼克—克洛德·马蒂厄,《政治解剖学:性的分类化和意识形态》,巴黎,Côté-Femmes,1991。

② 莎拉·阿尔贝尔和杰伊·金,《关于年龄的不可见的问题:老年的性别与阶层状况》,《社会学评论》,第39卷,第2期,1991年,第274—277页



社会学理论前进的障碍。<sup>①</sup>

在这第二种倾向中我们可以看出极端建构主义的立场(通过建立一种分类方式来反映社会现实,而这种现实的“客观性”受到质疑),或者是一些极为重视个体和市场的学者的观点(他们认为报酬与名声是供求关系的平衡点,受到机制的影响,这种平衡根据历史情况可产生变化)。难道不存在一种力图看清生活条件差异的现实的社会分类方法吗?

一方面,社会阶层来自于社会现实,但是是通过定义和记录的程序产生的,这些程序有属于自身的历史,阶层的创造是各种机构冲突与谈判的结果。从这种意义上讲,社会阶层是过去时间的凝结。但是,另外一方面,就像所有的机构一样,社会阶层不仅仅是历史的产物。社会阶层获得了其独立性,这也在某种程度上使之与自身产生的进程相隔绝。<sup>②</sup>

这样的批判性分析指出了假设社会分类是“透明”的这一观点的错误,就是说,社会分类的使用必须与其正式生成方式完全吻合:如果自问社会分类是否让事实产生了“变形”,就不能不分析在分类的同时所产生的意义的错位。因此,在把南特大学所作的登记编号工作与自己的编号相比较的时候,让·佩内夫(Jean Péneff)注意到“无职业”阶层(包括“未回答”和“其他阶层”)这一项往往是在编号的管理人员一时找不到“正确”答案时被当成了一个万能选项;同样的,“雇员”一项包括了一些

---

① 多米尼克·梅尔利埃,《社会分类及其应用:学生社会出身的统计数据》,《社会科学研究学报》,第50期,1983。

② 雅克·伊翁和达尼埃尔·高勒松,《社会分类:规范化的目标与工具》,收录于菲利普·弗里什(主编),《规范性社会活动》,巴黎,法国国家科学研究中心出版社,1992,第60—61页。

出身是“中层干部”或者“高级干部”家庭的大学生,由此从1979—1980年起,“雇员”的孩子和“工商业主”的孩子有了同等上大学的机会(60%的男性雇员没有高等学历)!<sup>①</sup>

这里并不是指责参与收集数据的人员。要将某个个体归入某个社会职业阶层(CPS)或者某个职业与社会职业阶层(PCS)需要拥有整体的必要信息:行当或职业、所在机构、身份(领薪人员、自由职业者或者雇主)、职业地位(还有在公立机构里的等级地位)、主要职责和文凭(以及对于不工作的人的一些其他信息)。

因此,不了解身份的时候,如何将一个自称是“电工”的人归类呢:工人、手工业者、电器安装或制造公司的老板?如果不了解在公共机构里的等级地位,怎样将一个只是自称“公务员”的人归类呢?如果不了解所在机构的业务,一个人只说自己是“司机”,那么他是“手工业者”(自由职业的出租车司机)、“私车的司机”(私人雇用的司机)或是“中长途运输司机”(某公共工程公司的卡车司机)?所有收集资料的人员都知道这些信息有多么重要,如果没有这些信息,严格地讲,人们就要将此人归类为没有回答。

让我们研究一下各市镇人口部门报送给法国国家统计与经济研究所的死亡声明。如果要将一个去世的人归入职业与社会职业阶层,人们手里只有两个信息:职业与身份(在表格栏目里叫做“身份状况”),另外还有一个关于退休人员退休前所从事的职业与身份的简短说明。法国国家人口研究所的学者将从人口部门获得的结果和从1954年普查抽样之后继续进行的长期调查(这样才能够保证社会职业阶层信息的完整性)得来的结果进行比较。我们又遇到了之前预见过的高估/低估的问题:从人口信息中得出的结论是,社会最低阶层的死亡率没有长期调查

---

<sup>①</sup> 让·佩内夫,《统计制造或者父亲的职业》,《劳动社会学》,第26年,第2期,1984,第207页和209页。

得来的情况那么糟糕，而社会最高阶层的死亡率却比长期调查显得更糟。最经典的机理就是要给死者脸上“贴金”：最常见的就是将工人报告成是职员。这种谎报都是逐级上升，而且各个社会阶层都曾出现过。<sup>①</sup>

如果一个专门研究统计的组织，比如法国国家统计与经济研究所，在其主持的一些调查中，冒着粗糙地混淆社会阶层的风险，减少关于社会职业阶层(CSP)或者职业与社会职业阶层(PCS)指标的数量，那么，诸多流行病学和一些社会学调查中使用法国国家统计与经济研究所的九个阶层划分方法作为指标，就在暗中彻底地改变了信息的性质：“官方”的指标被直接提供给个人，任由他们自己在社会金字塔中寻找自己的位置。

这种使用社会职业阶层(CSP)，随后是职业与社会职业阶层(PCS)分类方法的变化看似处于实际操作层面，却同时带来了理论观点的变化：这个从指数(indice)到指标(indicateur)的变化使我们进入到一个美国文化主义社会学中“状态描述”(status)的领域，这个学派假设“一个个体相对于他人的身份认同(identification)和这个个体自身对他现在的、曾经的或者希望曾经是的、他向别人表述的身份的排序(classement)”<sup>②</sup>。在寻找多元分层标准的同时，这个理论视角在确定社会结构的时候，从实际效果看，排斥了职业作为分层标准(作为就业市场和经济市场中地位的指标)：个人对其在社会金字塔中的地位有自己的看法，这才是决定性的。

“高贵化”的效果是呈减速趋势的：社会结构变为巨大的疑团，由难以区分彼此的中间层次构成，从健康的不同指标角度看，变量失去了区

<sup>①</sup> 克洛德·列维和雅克·瓦兰(1981)，见前注，第940—941页。

<sup>②</sup> 劳埃德·W. 华纳，《社会分层的研究》，刊载于《社会学评论》杂志，1957，第221—258页，转引自让-皮埃尔·杜郎、罗贝尔·维耶(主编)，《当代社会学》，巴黎，Vigot，1989，第260—261页。关于“地位”区隔的逻辑和过程，参见：梅尔万·图曼，《社会分层》，让布卢(比利时)，Duculot，1971，第3,4,5,6章。

分能力。许多学者(其中包括 C. W. 米尔斯)曾经批判这种“抽象经验主义”,因为它省略了对涉及到的众多方面的严谨分析(社会经济地位、文化、权力、名誉……),而且预设了一个“无可避免的且具有积极功能的既有秩序”。

这一整套的评论表明社会分层不是一个简单的排序问题,或者更确切地说,序列中的社会阶层的建立引起了争论和交锋,因为“自然的标准”从文化中获得了意义,也就是说,获得在社会领域中的相互竞争的表征意义:构建“社会阶级”本身就是一个具有社会效果的关键问题,其效果之一就是社会秩序开放或关闭的可能性(社会结构到底是不可避免的和功能性的,还是社会各个行动者有能力让社会结构流动起来或者改变它?)。从这个角度看,这一点也昭示了国际上没有一个标准化的东西:每个国家借助其地方特点和民族的历史来保护其自身的社会阶层划分,并掩饰它与国家组织之间的联系[国际劳工局(BIT)组织建立的国际职业分类方法(CITP)很少受到重视]。<sup>①</sup>在健康问题方面所采用的社会阶层划分方法不仅归纳出了对社会惰性的承认(或不承认),更是对医学角色的定位(即医学的介入是针对个体还是阶层的?)。<sup>②</sup>

社会结构化中的指标和指数是如何构成的?<sup>③</sup>还有那些用来描述人群健康状况的各方面指标和指数是如何构成的?对上述两个问题的观

① 雅克·伊翁和达尼埃尔·高勒松(1992),见前注,第61—65页。

② 医疗介入的两种模式之间的“绝对”对立当然是对问题的简单化:我们只是希望指出一类问题。对此问题的深入了解参见:马蒂纳·班热内,《医疗实践和医疗的社会运行禁锢之下的流行病学》[对马赛尔·高德伯格文章(1982)的评论,见前注],刊载于《社会科学与健康》杂志,第1卷,第1期,1982,第111—122页。

③ 我们在这里只保留了最“经典”的问题。如果读者希望通过应用国际指标和民族指数来继续这个解构的工作,就可以参考以下有用的文献:居伊·尼古拉,《“民族”事实和



察与分析必须保持必要的距离,这使我们对健康方面的社会惰性问题获得了初步的理解。对已经实施的行动的解构把人们的注意力吸引到对要测量现象高估或低估的问题上面,但是不能够得出得失互补的结论。找到确定和测量目标时的一个个陷阱,我们觉得可能抛开这些陷阱的干扰,会发现更大的差距:在绝大多数调查中使用的社会阶层划分指数的弱点,加上死亡率、疾病率和无能力调查中“申报”原则的缺陷,这些因素都让人假设社会结构严重地影响着人群获取健康服务的水平;与社会性别分化相联系的问题和关键因素意味着医生患者之间的关系模式因为性别而不同,这对诊断和治疗都有影响:如果说在死亡率和疾病率问题上,性别差异是确凿无疑的,这个问题的建构模式却让人难以理解;至于与年龄相联系的差异,通常被系统地解释为老龄化效应,却因为可能的生命周期和/或代际归属影响而变得复杂。问题的关键,一方面在于描述和测量的准确性,另一方面在于对结果的阐释<sup>①</sup>,不仅就科学知识的角度而言,而且也从公共健康问题的实际决策出发。

然而是否因此就可以说,有了对方法的细化和进一步的警醒与反思,学者们就可以就此摆脱“差不多”的状态,打开全数学化的严谨之门呢?回答是否定的:即便是有了更强的方法论和理论意识,可以减少武断的结论,但是鉴于对象的属性因素,仅靠这些是无法达到纯粹逻辑必需的严谨要求的。无论健康与疾病,人类都“参与”到数据的收集当中,

---

“民族”概念的使用》,刊载于《社会学国际文集》杂志,第54卷,1973。关于地理区域定义问题,参见尼可尔·塔巴尔的研究,《空间与社会阶层》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1987;还有在健康的不同领域的应用,参见:H. 富尔和 F. 托纳利耶(1990),见前注。

① 如果说我们十分强调对象的确立和它们的确定可能导致的在测量和对证明的差异的理解方面的人为影响,我们也没有忽视另一方面,即对两个变量共同变化的失察所带来的人为影响:有可能存在一个公共变量,它可以使与之相关联的其他两个变量同时变化。

而学者也不是一个能够脱离自身社会文化属性领域的纯粹精神：材料与操作包含了一部分的“不纯因素”，无论认识论的、理论的或者方法论的“纯化”过滤器都无法完全去除这些因素。

这样一个别扭的认识论定位源自于拉波夫(Labov)所称的“观察者的悖论”。<sup>①</sup>这位作者是社会学家也是语言学家，他这样表述：“如何观察人们在不被观察时的说话方式？”这个问题不仅限于直接观察：它存在于所有形式的访谈中，因为研究者处在被观察者对面的位置，使用自己的分类方法和语言表述，这些不一定契合于对话者。观察者的存在必然会激起被调查者一系列的反应：拒绝、回避、抑制、说话审慎、为了使自己的语言和行为更加合理，努力自圆其说、揣度调查者的意图和身份（观察者成为了观察内容的一部分）。

这些多样的因素使我们不能将收集来的材料作为“客体”事实的“表现”来直接处理，而是首先要作为调查情景的效果来处理：就是要自问“参照物”是什么。而这些困难并不构成要消除的障碍：它们构成我们能够依赖的成功手段，因为了解调查情景的影响可以间接地导向被研究人群的“客观”属性。这样，我们就展示了为什么欧洲疾病资料与研究所(IDREM)的调查方法更多地揭示的不是被调查人群的疾病率，而是开处方的医生的行为，这一行为通过与诊断结果保持一致而获得合法性。

受到这些效应的影响，极端建构主义采用了最大化主义的立场，进行了一场对解释性边界的无休止的寻找，就好像调查的所有的材料都只是所使用的研究方法“制造”出来的产品，而与调查者生活的日常情境毫无关系。如果说研究者和他的观察方式的确使被调查者受到打扰，后者并没有被从其生活框架环境中“连根拔出”：调查的影响只在一

---

<sup>①</sup> 威廉·拉波夫，《通常说话的方式》，巴黎，Minuit，1978，第7章，转引自奥利维耶·施瓦茨，《无可减少的经验主义》，内尔斯·安德森后记(1993)，见前注，第265—308页。

定的范围内起作用,因为在绝大多数时间,被调查者没有理由不保持他们原有行动的理性,也不会突然从他们的日常压力中解脱出来。

另外,调查者拥有各种技术资源来扩大他介入的领域,从而减小紧张和说话谨慎<sup>①</sup>带来的效应:如果调查者被顺利接受,他就可以扮演“第三者”(局外人)的角色,就是说一个既贴近又不相干的对话者的角色,被调查者可以说出对别人不说的话。数据收集依赖调查情境,却不影响我们寻找“独立”事实的线索:分析的关键在于区分“内生效应”(les effets endogènes,与观察行为无关的情境下的效应)和“诱发效应”(les effets induits)。无法实现对对象的恰当描述的确很遗憾,但是我们仍然能够通过观察悖论条件的把握,寻找贴近对象的知识。

在这种认识论立场的视角下,我们所走过的路只是向理解健康问题上的社会惰性迈出的第一步:如果分析一部分与数据收集相关的陷阱,使我们能够理解各种人为因素对确定对象以及对象之间关系的影响,这些效应不能够完全解释社会结构的组成因素和人群的健康领域之间是如何结合的。比建构效应更加隐蔽的是社会生活对健康影响的效果形成的“事实”,这个事实呼唤另一种性质的解释。我们还需要提及另一个反对意见:健康会不会是社会不平等的根源?

## 2 通过健康进行的社会选择

一种认为健康被用作选择工具的假设被视为是“反社会的”,因为它预先假定一切社会原因论(广义)都不存在,且一切健康现象都只属于基因王国的范畴:这个假设源于古老的自然与文化的对立。这样的解

---

<sup>①</sup> 在这里我们不可能对解释观察中最合适的“战术”可能性的所有书籍和文章一一列表。对于应用模式的深入思考,我们推荐皮埃尔·布迪厄(主编),《世界的悲苦》,Seuil, 1993,特别是第 903—939 页。



释被众人唾弃：涂尔干对于斯宾塞理论的批判始终是成立的。的确，如果这种替代假说的意义被归结为一个社会选择，实现这个选择的手段是所继承的身体特性的天定性，所有的社会理论都被置于社会达尔文主义或者其变种（如埃德华·维尔逊的社会生物学）之下：在这个视野下，社会结构都源于根据先天属性对个体的划分，健康就是其中一个属性，而社会学不过是生物学的一个分支。<sup>①</sup>

这种生物简化论属于意识形态领域，而不属于科学领域：通过援引生物学知识来证明一种社会组织模式的正确性和另一种模式的不正确性是欺诈行为。人类的现状和未来有其生物学的界限和约束，这一点对专家来说毫无疑问：这个基因和生理的框架为许多可能性留有余地，其选择的基础是独立于生物法则存在的文化导向。

很值得注意的是绝大多数的生物学家的论证与社会科学的理论和经验研究能够完美结合。但是，这里的一致性不是理论观点正确的唯一保障。从这一点，我们能够理解在英国，“布莱克报告”的作者们试图否定通过健康进行社会选择的诠释，这种诠释方法认为在健康的分配问题当中观察到的社会分化的起源是一个自然的进程。由于缺少符合他们观点的数据，他们根据社会阶层进行梯度划分，研究在人的生命历程的不同阶段死亡的主要原因（具体地说是按照十年为一个组进行年龄变量切分）。除了癌症以外，梯度差别（gradients）最突出的阶段是成年的初期，然而差异最小的是在退休后十年阶段。如果说健康选择说具有决定性的影响力，应当在职业生涯结束的时候显现出效应的最大值：越来越沉重的健康问题应该导致向社会金字塔底端滑落，而在退休之后人们应该观察到最高的死亡率属于社会最底层而最低死亡率应当属于社会最优越的阶层。既然结果显示与这个推论相反，这个在理论上已经站不住脚的假设在经验数据面前就更没有合理性。

<sup>①</sup> 德尼·法捷罗(1991),见前注,第370—371页。



那么是否就应该将这个依健康而行的社会选择假设送入恐怖事物的博物馆呢？它“生物学家”式的解读是唯一的方法吗，或者我们还能够有其他的解读方法将选择行为纳入文化之中吗？英国社会学家斯滕（Stern）借用的正是第二种解决方法，他的出发点是“人的资本”理论。在这个视角下，基因条件起到一定的作用（这是继承来的“健康资本”的概念），但它并不妨碍教育的引导和塑造作用，至少在教育进程结束——即获得学位——以前是这样。继承来的“健康资本”没有了“生物学家”式的诠释中所假设的直接影响：它的存在只对确定教育影响力的边界有些作用，而教育培训才是对日后的社会定位有影响的因素。这里说作用，是因为其他方面，如家庭收入、住房、教育计划（无论明确与否）等等，也都在教育的实现中起着各自的作用。依健康进行的选择的文化主义解释开辟了一条重新考察“布莱克报告”结论的道路。<sup>①</sup>

旨在否定健康作为选择条件的假设的验证手段，其背景假设是对流动性的定义：潜在的推理是基于以下概念，即健康的衰退必然导致社会地位下降，然而维持和改善健康状况就能够提升社会地位。如果说该结论过于草率的原因，不排除是因为人们想强调这个特点，那么它主要的局限在于它对社会流动的过于局限的定义。如索罗金（Sorokin）开创性地将社会流动定义为“从一个社会地位向另一个社会地位进行的横向或纵向的、纵向中又分为向上或向下的、个体或集体的运动”<sup>②</sup>，就会将注意力吸引到它具有的两重性方面，即代内和代际的问题。

---

<sup>①</sup> 这样一个假设在英国流行病学、人口学和社会学专家中引起激烈的辩论，在法国是找不到类似的辩论的。我们找到对这场辩论的反馈的内容，收集在皮埃尔·阿亚什（等）（1987），见前注，第43—63页、第72—74页和第123—133页。我们也找到一个历史研究方法的反馈，收集在帕特里克·韦斯特，《健康选择作为健康不平等的解释的在思考》，《社会科学与医学》，第32卷，第4期，1991，第374—378页。

<sup>②</sup> 夏尔—亨利·居安，《社会学家与社会流动》，巴黎，法国大学出版社，社会学丛书，1993，第69页和114—115页。

“布莱克报告”的论述仅仅基于代内流动。要是对它的数据进行代际流动视角下的重新考量,我们就会得到其他的结论:如果依健康进行的选择的影响主要作用于从进入就业市场到退休这一时期,那么我们就应该具体考察成年初期阶段最突出的阶层之间的梯度关系。这个时期也的确是学校和教育从继承的健康成本中汲取最多并在个人“健康塑造”方面产生最多影响的时期,以至于在这个时期里,他们所选择的社会地位与其父辈的社会阶层之间的距离表现得最明显。职业阶层之间的死亡率梯度差异不正是在成年的早期达到峰值吗?这个发现令人震惊却是徒劳,当我们没有考虑原来和跃迁后的社会阶层信息数据的时候,这个假设是没有可能成立的。

在1950年代末和1960年代初,在早期的研究中,有一项关于初产妇女生育的研究,还有一项关于精神卫生的研究。这些研究都在“本地”采样中显示出与健康相关的代际间社会流动效应。伊尔斯利(Illsley)证明了一个三重结合现象:妇女的身高越高<sup>①</sup>,她向社会上层流动的机会就越大(根据比较父亲和丈夫的社会阶层得出的“高攀上嫁”的结论),从而,在她们生育的时候,条件就越好(相对于早产和产前产后期死亡的情形而言);与之相反,妇女身高越低,她结婚并向社会下层流动的可能性就越大(下嫁),她们生育的情况就会变得不利;古德伯格(Goldberg)和莫里森(Morrison)证明在精神分裂症病人中,变化后的社会阶层会比出身的社会阶层低。<sup>②</sup>这至少说明在代间流动和健康之间有不可忽视的事情发生,而转折点就在童年和成年的初期。

为了更好地评价社会流动和健康之间联系的假设,需要区分健康选择的主要进程(即教育)的不同方面:这个机制可能直接运作,即在健

---

① 在流行病学转型的分析结尾,我们曾经指出在工业化国家健康的一般性改善表现为个体身高的增长:根据一个经典的解释,身高是一个在儿童生长期提供食物营养质量的间接指数;身高也同时间接指示了出生家庭的生活条件。

② 这些著作由帕特里克·韦斯特引用,见前注,第375页。

康状况不好的时候,可能阻碍学习或职业培训的完成,影响成绩,这就必然对以后的社会地位有影响;这个过程也可能是潜伏性的和间接的,因为饮食习惯、有风险的举动等等,可能构成学习期间(一般的学习)的标志性事件,而他们对健康有着长期的影响(比如幼儿期营养不良)。通过这个视角的澄清,我们试图将健康对于社会流动的选择效果分成面对就业市场的四种可能的位置:儿童时期及青少年时期、成年初期进入就业市场、职业生涯中心的成熟期和退休以后。<sup>①</sup>

一个儿童可能经历的社会流动的经验是基于他父亲的社会阶层变迁的,因为人们把他和他父亲归于同一个社会类型。由于存在着与社会阶层相关的儿童死亡率的差异,在这个时期基于健康的社会选择进程是如何进行干预的?有多种办法来迎接这个难题的挑战。

首先我们能够假设儿童的疾病对父亲的职业生涯的顺利发展构成障碍,而且这可能导致他向下层的社会阶层流动。根据英国1986年进行的一项调查,并没有发现严重病儿的父亲和其他孩子的父亲在数据统计方面有明显差异,尽管我们可以发现向社会上层流动的父亲拥有健康孩子的几率更大。这与我们从其他途径所了解的相吻合:在家庭劳动的性别分配上,主要是母亲来照顾孩子。为了试验这个假设的可行性,有可能需要研究单亲家庭,分别比较男性家长家庭和女性家长家庭的情况。

让我们暂时绕过这个难题去考虑母亲的问题。婴儿出生体重偏轻和母亲“贫苦的”童年有关联,这个说法是很出名的:这是和短期的、丈夫的社会地位提供的生活条件有关,还是和一个我们可以通过比较父亲和丈夫家社会地位了解到的、长期的选择效应有关呢?通过使用细分人群和长期研究的恰当的指数(包括从1958年3月3日至9日这一周

---

<sup>①</sup> 除非有新的说明,我们在这里沿用了大卫·布拉内、乔治·D. 史密斯和麦尔·巴特利文章中的主要结果,《社会选择:它对健康的社会阶层差异起了什么作用?》,《健康与疾病社会学》,第15卷,第1期,1993,第1—15页。



之内在英国出生的所有人),迈克尔·约弗(Michael Joffe)<sup>①</sup>证明了个子最高和受教育最多的妇女有嫁给社会地位高于自己父亲的男子的趋势,因为这两项优势(个头和良好教育)与生出体重偏轻婴儿的风险成反相关。然而作者提出保留意见,一方面因为现有数据截止到23岁(而根据社会阶层不同妇女建立家庭和生育的年龄会变化),另一方面因为在细分的丈夫人群中,中产阶级的比例虚高。

最后一种反驳儿童和青少年时期通过健康进行选择的假说的方法是证明它没有理由存在,因为它要澄清的对象已经消失了。的确,如果我们抛开幼儿期健康差异不谈,儿童期和青年期的末期并没有表现出健康的社会变化。为了得到这个结论,首先需要解构过于宽泛的年龄段划分(从1岁到14岁或18岁):帕特里克·韦斯特展示了英国10至14岁年龄段死亡率(所有原因)梯度差很低,而且比生命过程中其他任何年龄段都低很多;关于慢性病率在12至19岁年龄段各社会阶层间几乎没有变化,16至19岁年龄段在健康“状态”问题上(自我感觉健康与否)也没有社会差异。其次,没有必要考虑事故死亡,因为这样的死亡和事故发生前的健康史没有关系(除非特例):排除这个因素使得社会差异消失,因为从10岁到义务教育结束这段时期,这些死亡中很少一部分是生物原因所致。

这个分析是根据英国综合调查数据做出的,它又被苏格兰在格拉斯哥城市居住区进行的研究证实<sup>②</sup>:在15岁同年龄青年中,在一组健康指数中,除了身高,没有一项根据社会阶层显现出差异,而35岁组则相反。作者们用通过健康实现的社会选择效应来解释这两组之间的差

---

① 迈克尔·约弗,《新生儿低体重中的社会不平等:效应的计时测量和选择性流动》,刊载于《社会科学与医学》,第28卷,第6期,1989,第613—619页。

② 帕特里克·韦斯特、萨利·麦辛泰尔、埃伦·安南德尔和凯特·亨特,《青年时期的社会阶层与健康:来自苏格兰Twenty-07西部的研究发现》,刊载于《社会科学与医学》,第30卷,第6期,1990,第665—673页。



异:在学业结束后到进入职场之前,出现了一次面向既定职业地位的筛选<sup>①</sup>,而这个选择机制就是后来在成年时期再次出现的死亡率和疾病率梯度差异的基础。

目前,这种解释没有得到证实,但是 1986 年开始,并将延续到 2007 年的研究将可能验证这个解释。<sup>②</sup>作者们也不排除其他的假设:假设出生时的健康差异在儿童期消失,继而在进入职业生活时重新被“创造”出来,这种假设省略了许多重要事实:气管炎、中耳炎、眼科和齿科疾病、中毒等等,有许多疾病影响儿童的健康,而且会留下痕迹,并成为晚些时候(成年时期)健康受损的隐患。然而这些疾病的出现条件和社会经济环境的影响紧密相连。

但是,乔治·梅纳埃姆(Georges Menahem)根据法国国家统计与经济研究所的“生活条件”调查所做的一项研究表明,童年时期的家庭生活条件比受访者现在社会阶层更能够影响声明病征的数目:无论出身哪一社会阶层,不是疾病、伤残或父母一方的严重事故,而是严重的家庭不和或者双亲的争吵与自称疾病较高的平均数有关。另外,瑞典的一项针对初次求职年轻人的长期调查得出如下结论:

在后来失业的人当中,有许多在学校的时候,人们就已经观察

---

① 为了理解这个机理,不应当忘记缺少关于健康的社会分化并不意味着健康状况没有分化或者所有青年都健康:在这个年龄,“好的”和“不好的”健康状况的分配与青年在社会结构中的分布(根据父亲所在社会阶层获得的分布情况)没有任何关系。问题的关键在于:这种健康状况分布的“无社会分化”是如何在几年以后变为健康状况社会分布的“有社会分化”?

② 法国国家医学与健康研究所(INSERM)在法国针对 12391 名 11 至 19 岁青年所做的最新的调查结论与帕特里克·韦斯特的假说相似:根据自称的健康状况调查,马丽·朔盖(Marie Choquet)和希尔维·勒杜(Sylvie Ledoux)指出,学年和家庭状况很少甚至没有影响。参见:《世界报》,1994 年 5 月 26 日,洛朗斯·弗雷阿(Laurence Folléa)的综述文章。

到他们身体不好或者有风险行为(包括过度吸烟和酗酒)。但是统计数据比较表明,失业青年群体的健康指数的下降比其他青年群体要明显。<sup>①</sup>

另外值得注意的是这样一种视角和关于社会流动的研究结果完全兼容:我们知道社会流动很大程度上取决于学校教育的种类、学历和所获得的资格,以及出身家庭的文化和物质资源。因此,即便健康几乎不可能对社会流动和个体在社会结构中的分布有直接影响,我们仍然可以承认事实上存在一种间接的社会选择。但是我们能够具体说明哪些方面决定了社会流动和一生中未来的健康状况吗?

有几个机制起作用,而且从生命一诞生就开始,从成年期直到生命尽头,它们可以促使健康朝一个或者另一个方向变化。如果我们知道出生家庭的资源对于社会阶层的稳定和流动起着决定性的作用,但不总是能够得到应有的结果:这意味着资源主宰着个体能够达到的社会阶层,同时也支配了将要影响个体健康的所有必定要冒的(或不需冒的)风险。

更广泛地,一个过程整体上可以归入代际亚文化,而这些文化本身在一生的各个阶段中也是不同的:在法国,在“荣耀三十年”<sup>\*</sup>,中青年的亚文化与同时期的老年人的亚文化是不同的(假设这两个亚文化各自内部是一致的)。有必要提醒的是,生命中年龄的阶梯(生命周期及其阶段)在不同历史时期,都是各种社会文化所规范的对象:在法国 19 世纪 80 年代,随着退休年龄降至 60 岁,提前退休开始于 55 岁,一场潜在的矛盾斗争就在认为“无论身体能力和智力状况如何,人到 55 岁或 60 岁

<sup>①</sup> 安娜·哈马尔斯特罗姆、乌尔班·詹勒特和托莱斯·泰奥雷尔,《青年失业与不良健康状况:两年跟踪研究结果》,刊载于《社会科学及医学》,第 26 卷,第 10 期,1988,第 1032 页(著者译文)。

\* 指第二次世界大战后,法国连续 30 年经济持续发展时期。——译注

就老了”的人和已经到了这个岁数却拒绝加入第三年龄\*俱乐部的人之间展开。

一个生命阶段界定的变化影响了整个生命周期。萨维耶·高利耶(Xavier Gaullier)和安娜—马丽·吉耶玛尔(Arne-Marie Guillemard)<sup>①</sup>指出了二战后在绝大多数欧洲国家里决定年龄阶梯划分的“社会契约”模式在1973年石油危机之后逐渐终结。然而自从1929年经济大萧条以来,已经公认在经济困难的情况下,新招募进来的人会被开除;而从今天开始,最早供职、年龄最大的人要让位了。职位的贫困化、职业的流动性、退休的分批进行……所有这些都使得包括年龄阶梯在内的坐标变得更加“灵活”:奠基性的、可定位的和系统性的事件的不确定性使得进出职业市场成为一个未确定的进程,因而青年期的结束和老年期的开始都属于一个相对长的过渡时期。

对于青年而言,从童年向成年过渡的关键在于切断对家庭及其他各种负责社会化的机构的依赖,从而获得在驾驭自己生活方面的相对独立。<sup>②</sup>如果过去的模式中,稳定的职业、婚姻、有独立的住房标志着彻底进入成年的话,今天就完全不是这样了:从零花钱到管理一个小账目,不受父母控制地买衣服和娱乐,从初次性经验到“同居”,从越来越多的零散工作到带薪实习……这些都构成许多发生在不同年龄的微观事件(根据性别和社会归属而变化),而且指出了——一个正朝独立化方向

---

\* 第三年龄指60岁以后的退休人群。——译注

① 萨维耶·高利耶,《年龄的变迁》,刊载于《辩论》杂志,第61期,1990;安娜—马丽·吉耶玛尔,《一种文化革新:社会实践的变迁与重组》,收录于《老龄化经济:神话与现实》论文集,利摩日,上维埃纳大区委员会年龄研究所出版,1992。

② 奥利维耶·加朗,《青年社会学:进入职业生活》,巴黎,Armand Colin,1991。同时参见热拉尔·毛热、勒内·邦迪和克里斯蒂昂·冯·佛尔费斯多夫,《青年与社会:法国与德国的研究视角》,巴黎,Armand Colin,1994,还有丹尼斯·P. 霍甘和南·玛丽·阿斯通,《向成年的过渡》,刊载于《社会学年度评论》,12,1986,第109—130页。



前进的趋势。这些事件能够被排列在两条主要轴线之间：“学业—职业”轴和“家庭—婚姻”轴。

只要将这两个轴对调，人们就可以将这两个转型阶段的张力载体转移到老年阶段<sup>①</sup>：职业生涯的后期失业和提前退休标志着一个向新的独立阶段逐渐过渡的过程（退休的人从必须做领薪工作的状态中解脱出来：“领退休金的非劳动状态”让社会保障体制的建立成为可能<sup>②</sup>）；孩子逐步离开父母家庭也让他们从一系列的家庭限制中解脱出来：年轻的一代和老年的一代都逐步独立；在生产活动和再生产活动之间产生了一个断裂。

生命周期是一个永恒的、周而复始的过程，它是相同的、连续不断的、同辈人生命的重复，让我们把这个观念留给神话。生命阶段的确定必须通过根据目前各代人经历的历史背景分析这些阶段的建立模式来实现。然而对世代的社会学定义本身就有问题。<sup>③</sup>在从过去到未来的线条般连续流淌的事物中，有可能孤立出一个物质、体制和象征性存在条件都相对稳定的历史时期：由此可以确定一个特别社会历史条件，其期限或长或短，根据参考指标的数量和属性而定（谈论“荣耀三十年”就等于定义一个特殊的社会历史时期）。在将视线从体制转向人的时候，我们可以定义一代人的情境：人类一出生就被放置于一个既定的社会历史环境中，一代人的情境正是基于这个客观事实。

用涂尔干的话来说，这种“外部”的决定不足以定义一代人：它只是

---

① 马赛尔·德吕勒，《赤字老年还是协商老年：对象选择的方法论后果》，收录于苏齐·古特，《社会融入》，巴黎，L'Harmattan，1994，第163—173页；阿涅斯·皮特鲁，《我们何时变老？年龄，一个不充分的标准》，刊载于《预防》杂志，第15期，1987。

② 安娜—马丽·吉耶玛尔，《社会事务的衰落》，巴黎，法国大学出版社，社会学丛书，1986。

③ 克罗迪纳·阿提亚斯—东福，《世代社会学：时间的印记》，巴黎，法国大学出版社，1988，第10—11页。参见《时代与世代》第三部分。



确定了一些框架，在这些框架中一代人的风格或者一代人的文化能够显现出来，就是说，一代人是一个拥有共同的情感、生活方式、说话、思维和行为方式的社群。为了使这种风格成形，还需要锤炼它所处情境的外部条件，使得这些条件的塑造行为成为决定导向的重新认识的对象。<sup>①</sup>

为了找到在此处起作用的、理解的关键问题，这个漫长的弯路曾经是必须的。在通过健康进行的间接社会选择的假设的框架里，我们寻找能够对一生中社会流动和健康的未来产生影响的因素。我们假设一代人的亚文化，特别是在生命周期初期构成的部分，是其中一个因素。刚刚所做的理论上的澄清，如果说没有排除这样一种可能，却指明了另一个方向：直接代际效应。事实上，如果一代人的情况包括生存条件的恶化或好转，共享这一代风格的一部分人的健康将受到直接影响。

在对格拉斯哥研究的综述中，帕特里克·韦斯特和他的同事指出，15岁的同代人（1970年代初出生）在饮食、住房和社会保障方面经历了生活条件的特别突出的改善：这也许可以解释这一代人在健康方面的无社会差异现象。与之相反，35岁的同代人（生于1950年代初）的童年初期是在二战后的重建中度过的，有可能人们已经发现了他们在15岁的时候健康指标的分布状况和社会分层非常吻合。在通过代际对法国死亡率的研究中，雅克·瓦兰得出了同样趋势的结论。<sup>②</sup>

还要说明的是一代人的风格是如何参与到通过健康进行的社会选择的间接机制中去的。在父母家中和在同龄人互动中习得的态度和行

---

① 考虑到我们的研究目的，在此不再细述代际社会关系的理论。请参见：卡尔·曼海姆，《世代的问题》，热拉尔·毛热后记，巴黎，Nathan，论文与研究丛书，1990。

② 雅克·瓦兰，《法国自1899年以来通过世代进行的死亡率研究》，巴黎，法国大学出版社，收集于《法国国家人口研究所文集》第63号，1973，特别参见第145—146页和第240页。让我们说明一下，作者使用的世代是人口学意义上的概念，就是说在同年经历了缘起事件（出生）的个体的集合。

为方式构成了一些属性,这些属性将一代人所“兜售”的价值观根据它们符合或者有别于传统标准的程度而区分开来。因此,战后青年一代的风格就建立在一个特殊的“分离文化”基础上。其中一个主要特点就是广义的摇滚乐(从滚石到朋克再到之后的音乐)。这个音乐世界的特点是“一个非常特殊、非常独立和广泛而隐蔽的交流体系,(取意于)感觉终于言辞,感官感受胜于语言提炼,气氛或氛围胜于单纯的、理性的象征。”<sup>①</sup>无论变化是什么样的,从耶耶音乐(yé-yé)到朋克,这不仅是追求与童年的断裂,也是新的代际文化的形成过程:

(……)做“酷老爸”的选择是对我们这个社会没落的一种反动,是寻找“自然”价值的过程。他们分享卢梭主义的思想,拒绝他们所生活的社会,而且相信最终会建立一个他们希望的、更好的社会。朋克产生于“坏野人”的角色。他们的发型、他们跳来跳去的“原始”舞蹈、他们吵闹混乱的音乐、他们在面部的涂画、他们精心设计穿着上的混乱效果、他们的小饰物、他们的各种纵酒狂欢和暴力行为,这一切都帮助建立起这个形象。抛弃回归原本的、好的自然,他们同时打出一张非正常的牌<sup>②</sup>。

这个“荣耀三十年”的青年文化领域也经历了许多调整的过程,从强硬到软化:共享的经验与感受的崇拜(我们可以假设存在主义流派是其在知识领域的对应物)可以衍化为追求吸毒、酗酒和使用各种毒品混

---

① 保罗·约奈,《摇滚、流行、朋克? 青年人群的音乐与眩晕》,刊载于《辩论》杂志,第25期,1983,第154页;伊夫·德拉波特,《泰迪熊、摇滚乐手、朋克和有限公司:城市穿着规范几则》,刊载于《人》杂志,第XXII卷,第4期,1982。

② 玛丽·鲁埃,《朋克态度或者一种玩世不恭》,刊载于《人类学与社会》,第10卷,第2期,1986,第54页。

合产生的眩晕感；<sup>①</sup>这种追求可能也会伴随有抛弃学校和所有形式的知识学习的行为，尽管反学校的态度和吸毒成瘾之间没有必然联系。

我们可以看到，这种代际的风格，包含了各种因素，表达了面对存在的普遍性态度，这对未来的健康和代间社会流动必然有影响。只要代际亚文化对社会阶层的稳定或流动的形态以及未来的健康有所准备，就完全可以纳入可能的、间接的、通过健康进行的社会选择的视角：在职业生活和退休后生活中，发现不同社会阶层间的死亡率和疾病率的差异，这一点不会令人感到惊讶。

另一套间接的、通过健康进行的社会选择机制存在于恋爱、婚姻过程里身体的吸引之中：身体的条件和身高等因素是社会判断一个人是否有吸引力的依据，但是也包括不同的“掩盖”策略，旨在尽可能展现出自我最好的一面并且吸引其他人的注意（比如可能会掩藏自己的缺陷）<sup>②</sup>，同时又表现出一定的超脱态度，这保证了一个非利益化的、非唯利是图的婚姻（太多的粉饰和太过纠缠的态度会立刻被视为是卖淫的符号）。

征婚启示将这个自我和被征求方角色化（*la mise en scène*）的过程“放大”了，因为一些“老大难”被排斥在正常的婚姻市场之外，他们被迫将通常隐讳的，或者通常需要小声说的事情尽可能清楚地表达出来。一方面，通过对相貌的描述，吸引对方的行为被仪式化：眼睛和头发的颜色（同时也分别写明眼睛的形状和头发的长度）、身高体重都成为了“客观的”因素，而且立刻被用比较一般化的形容词来表达，通常需要视性别而定（身材好、匀称、阳刚、运动……对比：娇小、漂亮、魅力、感性……），最后还会提出“相应”的“道德品质”的要求。<sup>③</sup>

---

① 玛丽·朔盖、希尔维·勒杜、海德·蒙克，《健康与风险行为》，刊载于《法国社会事务评论》，第41年，特刊：《15—25岁群体》，1987年12月。

② 埃尔文·高夫曼，《互动的仪式》，巴黎，Minuit，1974；埃尔文·高夫曼，《疤痕》，巴黎，Minuit，1975。

③ 佛朗索瓦·德·辛利，《诱惑的操作：征婚启示的分析》，刊载于《法国社会学评



我们曾经指出一些研究认为在女性身高和女性通过婚姻进行的社会流动之间存在着相关性：我们的确认识到存在着通过诱人的外貌进行选择的过程。另外，人类的既定身高和受抑制的或充分发展的健康潜力有关系，特别是关乎于童年及青年期初期的饮食模式：通过健康进行的选择不仅是间接的，也是受到文化符号影响的，因为这直接关系到对身体特征的解释。

根据婚姻状况标准进行的死亡率研究在这一点上提供了评价这个假说的机会。<sup>①</sup>我们还记得已婚的人的死亡率比单身、离异或丧偶的人要低很多。这是否就是肯定了通过健康进行社会选择的假说呢：即我们认为职业生涯不稳定的或者是残疾的人结婚的机会比健康的人少？我们是否可以说，在我们的社会里，求偶首先是男人的事情，如果他们有些健康缺陷，他们结婚是否比同等情况的女性更困难呢？这个进程比较可信，正如根据婚姻状况研究的死亡率表明，已婚女性比男性受到的“保护”作用要小。剩下的就是要证明，男性对可能的、“有缺陷的”配偶更加“宽容”。

假设这是事实。我们能得出的结论就是身体有残疾或者精神错乱的女性比同类男性结婚的人数多。在这个已婚亚人群当中，一部分人离婚或者丧偶。逻辑地讲，从这个角度，如果离异或者丧偶是偶然的，我们应该能够从这些离异或丧偶亚人群中，观察到相比男性更高的罹患身体或精神疾病的女性比例。根据婚姻状况得出的死亡率的数据是否证明这一倾向呢？当一位妇女从已婚状态到非婚状态，她的期望寿命回落

---

论》，第 XXV 卷，第 4 期，1984；迈克尔·帕热斯—德隆，《征婚启示中的体貌特征和诱惑的仪式化》，刊载于《社会学研究中心杂志》（图卢兹），第 4 期，1985。

① 瓦尔特·R. 古夫，《性、婚姻状况和死亡率》，刊载于《美国社会学报》，第 79 卷，第 1 期，1973。我们同意作者在他“讨论”部分中的一些论证，第 61—63 页。



到未婚水平,至少从 45 岁开始是这样,而对男性研究的结果也如是。<sup>①</sup>通过选择来解释这种现象在这里似乎成了默认答案,至少在我们假设这种情况对健康的损害对男性和女性是相当的,而且会对死亡率产生同等的影响的前提下。

这种理论思辨的结论也得到了事实的支持,即当人们结婚的时候,一般他们患有严重疾病的情况较少。在这种情况下,如何承认健康在婚姻中,通过社会流动,起着选择的功用?另外,针对癫痫病人的研究证实了,患者当中的一大部分人都是在婚后才告知他们配偶有关病情的消息。这些因素都至少可以假设糟糕的健康对婚姻的影响及其对社会分化的效果是有限的。

关于自杀率,涂尔干比较极端:他完全抛弃了这种假设。他的推论可以被简述为:独身者比结了婚的人自杀率高;如果我们假设这个差异来自于心理平衡的人能够结婚,而患有疾病的人不能结婚,我们应当在生命的较晚时候观察到自杀问题上这两种婚姻状况之间最大的差异,也就是说在所有的“潜在可结婚者”都付诸行动之后,最小的差异应当处于青年期的末尾,当独身的阶层中还包含有大量即将结婚的人的时候。然而统计数据表明了相反的倾向。对涂尔干来说,是融入家庭使得夫妻双方(对自杀)有了免疫力。<sup>②</sup>

直到现在,我们试图从代间社会流动的角度评价健康的社会选择理论的恰当性:前人的研究使我们转向研究代内社会流动的可能效果。在成年人的生活中,健康对社会阶层间差异的产生作用有多大呢?在职

---

① 我们参照了雅克·瓦兰和阿尔弗雷德·尼扎尔对法国情况的描述(1977),见前注。美国的情况有些不同,至少是在 1960 年代初:已婚男性回到非婚状态后的死亡率比从未结婚的男性要高。参见瓦尔特·高夫(1973),见前注,第 60 页。

② 埃米尔·涂尔干,《自杀论,社会学研究》,巴黎,法国大学出版社,Quadrige 丛书,1986 年。参见第三章,自私的自杀(续),第 174—214 页。

业活动时期,如果我们取肺癌和慢性支气管炎的死亡率比较,就会发现社会阶层的梯度差异是相似的。然而,从肺癌的确诊到死亡之间的时间是以月计的,这就排除了所有因为疾病而向社会阶层下端流动的可能性;与之相反,慢性支气管炎从确诊到死亡之间可能会有数十年的时间:这段时间足够长,以至于对社会流动的影响可以显现出来。相对于前者,我们应该能够在这第二种疾病上获得更大的社会阶层差异梯度:而事实并非如此。

让我们超越婚姻时期,重新谈论之后的妇女社会流动问题。如果我们根据一名妇女的丈夫的社会职业阶层地位来确定她的地位,就如目前绝大多数大型调查和普遍数据统计中所显现出来的趋势,所有的婚后社会流动取决于她丈夫的社会流动,那么就不可能把妇女的社会流动归结为妇女的健康状况特点。还有,根据社会阶层研究的已婚妇女的死亡率差异与男性已婚者的结果近似:为了接受通过健康进行的社会选择的观念,需要假设所有的关键就在结婚。为了将在让人失去能力的疾病和婚姻之间的关系上观察到的事实考虑进来,还要明确的是,良好的健康状况,而不是没有疾病,才是主要的因素。我们曾经说过充分描述健康是很困难的……

在退休后,我们是否有机会观察到通过健康进行的社会选择的例子呢?我们首先遇到的困难是没有一个社会流动模式能够应用到这个阶段:退休人群被划归为非职业人群,他们的社会职业阶层只能根据他们所从事的最后一份职业而定,他们职业生涯最后的社会职业阶层划分就成为他们永久的身份,无论他们的生命延续多久。如果存在退休后社会阶层间的健康差异,那么它也不能够通过健康的社会选择来解释。

弗朗索瓦丝·克里比耶(Françoise Cribier)在1972年进行了一项关于退休的巴黎领薪族的取样研究,并跟踪研究直到这些人的生命结束,这个研究使得我们能够测试死亡率和社会阶层之间存在联系这一观点

的有效性。<sup>①</sup>其中,社会职业阶层不是依靠最后从事的职业确定的:作者根据40—60岁之间从事时间最长的职业加以编号;另外,发放养老金10年前仍然在婚的被调查者被列入了一个拥有四个位置的家庭社会分类,这种方法考虑到了配偶的社会职业阶层:如果家庭的社会分类和男性的社会职业阶层相等,将近一半的已婚女性的社会职业阶层比其丈夫要低。1972—1982年期间的结果如何呢?

在男性那里,存在着三种截然不同的死亡率:对于所有的工人来说,无论有职业资质与否(305个调查对象),死亡率都高于40%,然而他们在此阶段之初的初始年龄比其他退休人员低一岁。对于雇员来说,无论有无职业资质,还有商业主(192个调查对象),死亡率为31%。技术员和干部(165个调查对象)的死亡率为18%。在女性方面,我们也同样观察到三组:工人,其中大多数来自巴黎地区,普通工人和一级技工,因为她们的死亡率高达18%而显得十分突出。女性的最高死亡率出现在“成年主要职业”为工人,且在工厂工作到40岁之后的一组。没有职业资质的雇员和服务人员的死亡率为13%:这些女性中1/3曾经做过几年工人。最后,有职业资质的雇员和中层干部组的死亡率低至10%。

这种男女工人以及雇员的超高死亡率在退休后的14年间持续存在:在这个时期以后,在同性别组的社会职业阶层间死亡率日趋平等。另外,做过“零工”且丈夫的社会职业阶层较高的女性,在不考虑她们向上社会流动是否得到满足的前提下,因为婚姻的缘故而获益较多,生活并不十分艰难,特别是得益于较高的工资和较好的住房。

---

<sup>①</sup> 弗朗索瓦丝·克里比耶,《退休后工人的差异死亡率》,刊载于《老年病学与社会》,第45期,1988,第92—99页。



很明显,社会的差异斜率不可能是通过退休后的健康的社会选择而实现的。女性通过婚姻实现的社会流动,每当她们丈夫的工资允许的时候,她们在职业生活中就寻找更加“清闲”一点的职位,这些都假设退休后死亡率的梯度差异可以和与健康有关的、在职业生涯早期出现的社会流动联系起来。最后,如果说退休后的死亡率差异是由于职业活动彻底结束前的选择造成的后果,我们可以认为受到死亡威胁最大的人早死的可能性也最大,以至于死亡率的差异随着年龄的增进而缩小:这一点从80岁后巴黎地区的抽样研究中可以得到证明。

通过健康进行的社会选择的假说在它的文化主义版本里不缺少论据和力量,即便它无法考虑到一些方面,特别是代内社会流动的问题。在一个实证主义和决定论式的视野中,这些特例足以击垮所有认为这个假设是合理和科学的论调:在英国,在维尔金森和伊尔斯利之间展开的辩论<sup>①</sup>的全部意义就在于此。前者通过对不同资料的展示,试图指出这个结果没有意义:在他眼中,通过健康进行的社会选择的效果不可能解释社会阶层之间如此之大的死亡率差异;对于后者,在如此抽象的层面上推论本身就包含着很多危险:在他看来,健康方面的差异及其形成过程是非常难以把握的,以至于除非有细致严格的情境化(*la contextualisation*)工作,我们无法自称认识了这个事实,而这种前提就意味着放弃所有普遍适用的模式。

考虑到我们所举出的这些相互矛盾的结论,可以肯定的是,通过健康对社会流动的直接或间接的影响来解释社会分层是错误的。与之相反,否认这些影响的存在却和一些观察结果矛盾。正如雷蒙·伊尔利斯所建议的,为了了解一些情境确定的情况,这样的假设可以使用:它不能导出一个健康的社会惰性说的、绝对化的替代理论,因为健康是继承下来的资本,它是社会进程发展的支撑点,但是,它又是一个灵活的资

<sup>①</sup> 帕特里克·维斯特(1991),见前注,第367—377页。



本,被其他的社会进程所塑造:健康在社会生活的中心,它既产生别的因素,又产生于别的因素,它既柔顺又刚强,它是互动进程的起始点和结束点。

斯滕的文化主义视野始终带有“个人主义”方法的烙印,即代际间的社会流动是个体特征结合的结果,而个体特征中基因的优势占有一个较小的地位,它同时带有决定论“知识型”(épistémè)的烙印,因为特点/优点和达到社会地位之间的关系属于因果关系。然而在结果中没有什么必须是和不可避免的:一切都取决于社会评价和诠释特殊的个人优点的方法,以及社会按照这些优点来分配教育和职业的方法。我们知道一些社会利用其部分成员的心理不平衡,留给他们受人尊重的、巫医的位置。通过健康进行的社会选择不可能在社会真空中进行:它是个体特征互动的结果,而特征的价值是社会评判的对象,它也是社会机构所控制的结构性机遇分配的结果。

社会选择的过滤功能不止是群体和机构的鉴别、评价行为和控制一个特定个体,将他的轨迹导向某个方向的事实:这些过滤网也可能是个体本身,即他们可能试图掩盖自己的身体特征。英国一项针对癫痫病人的研究<sup>①</sup>首先指出这些病人和其他人的社会出身没有任何区别;然而,他们本身却有着较低水平的教育,社会地位低下,失业率高。这里边包含了一个相对的劳动市场排斥和代间向下社会流动。根据高夫曼掩饰缺陷的逻辑,这种结果来自于一个双重进程:一方面,对癫痫的传统偏见为许多人所接受,这对教育、职业计划和就业有负面的影响,以至于癫痫病人难以找到一个与自己能力相当的职位或工作;另一方面,他们亲身经历的或者听别人讲述的困难经历使得许多癫痫病人掩盖他们的问题:为了使这种战术成功,他们必须限制自己社会圈子的领域,使自己变得不为人所注意,这也就导致了他们的行动能力范围和期望值

<sup>①</sup> G. 斯坎布勒,《癫痫病》,伦敦,Tavistock-Routledge,1989,由帕特里克·维斯特引用(1991),见前注,第381页。

受到限制。很明显,这些机制可能波及到其他的残疾类型。

换种说法,通过健康进行的社会选择假设是或多或少被社会承认的特点和结构性机遇之间的互动,它使我们认识到其关键因素完完全全是社会问题,从童年到成年的过渡,对于了解健康的社会结构模式及其对代间社会流动的影响而言,是一个具有重大意义的时期。但是这种理解方式并不排斥其他方式:干预的机制可以以积累的方式或者是阶段的方式起作用,并和其他的进程相结合。因此,重新被整合到文化和社会的领域中,这个机制才拥有了健康问题上社会惰性的特点。接下来需要继续分析其他方面,以便进一步澄清这个大的现象。

## 第四章

# 社会结构对健康的影响

如果说社会结构是一个多元空间,由诸多等级化的、个体占据其中不同地位的亚空间所构成,那么有哪些属性是附属于这些地位的、能够决定或者影响健康的呢?社会阶层、年龄阶段、性别和族群等与健康各种指数和指标之间的关系又是通过哪些过程实现的?这些过程所带来的社会断裂和流动是否能够解释人群之间的健康差异呢?

让我们从澄清社会结构对健康的影响这个普遍假设的某些方面开始研究。我们指出了通过个人和家族的社会流动,一些亚群体可以躲避他们出身阶层注定的健康命运(代间流动)或者改变进入就业市场时所占据的第一个社会地位(代内流动)。这是否说明这个过程可以推导出或者至少暗示出对于一个社会团体的、取决于某种特殊的社会力量对比格局(*rapport social*)的归属?让我们提醒一下,社会关系格局是一种社会关系的秩序,而这种社会秩序没有即刻的互动出现:这是一种社会成员之间的关联模式,根据它的形成、活动、关联方式等,归属于整体社会的一些部分,而这些部分拥有相对的独立性,却又在绝大多数情况下

互相依赖(凡是触及一个部分的变化会波及到其他部分)。<sup>①</sup>

通过清楚地区分个体从社会空间中的一个位置到另一个位置的迁移过程(社会流动)和在整体社会空间中这些位置的结构<sup>②</sup>(社会阶层结构,但是也包括性别、代际、族群的层次),一切模糊性也随之消失。这需要假设通过健康进行的社会选择机制是最大化的(这就构成了我们已经证伪的极端模式),我们需要建立一种“自然健康自由主义”,这种机制向每一代人进行再分配,根据基因的类型,随机分配进入社会结构某个位置的机会,使得这个结构不受影响,就是说社会阶层格局不会被改变(至少我们假设社会流动不会改变与阶层结构相联的统治模式和结构本身)。

接下来要澄清另一个含糊的问题。个体分布于社会结构预设的地位之中这个法则,如果社会结构转而遵从于另一个法则,这并不必然引起社会结构的组成方式以及其中每个地位重要性的变化。这也就是先验地假设社会再生产假说是真实的,而这里说的是在每一个历史时期对它的检验:“社会再生产模式是一个计量单位,被用于测量社会变化,从而得出肯定或者否定的结论,说我们仍然处于同一个境况,我们没有脱离我们描述的结构类型。”<sup>③</sup>

在法国,如果我们比较社会职业阶层的变迁,近150年当中(从1850年到1980年)<sup>④</sup>,我们观察到一个就业人数的结构性倒置。在这个

---

① 皮埃尔·法佛尔,《社会关系》,收录于J. 勒内普,《关系与关系:关于思想和关系态度的研究文集》,克里内(比利时),Yellow Now,1982,第123—138页。

② 让-克洛德·帕瑟隆、约瑟夫·施通普特的介绍,《帝国主义和社会阶层》,巴黎,Minuit,1972,第17—21页。

③ 让-克洛德·帕瑟隆,《黑格尔或者非法移民:社会再生产和历史》,刊载于《思想》杂志,第115期,1986,第78页。

④ 奥利维耶·马尔尚和克洛德·特洛,《法国劳动的两个世纪:就业人口与社会结构,劳动时间和生产力》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,研究丛书,1991,参见第4章。



时期的初期,三个阶层拥有就业人口的比例最高:种植者、农业工人和手工业者—小商业者;在这个时期的末期,这些阶层人数降至最少,取而代之的是干部、工人和雇员成为经济中劳动人数最多的阶层。这种结构倒置的完成时间,至少对于干部和雇员阶层来说,是20世纪50年代;这主要推动了“农民的终结”和手工业者—小商业者比例的下降。如果说这些阶层在社会阶梯中的位置丝毫未变(要知道这些阶层形成社会群体始于20世纪30年代末期<sup>①</sup>),它们的地位和人数与往日却大不相同:因此在战后,长久以来以乡村生活为主导的法兰西民族,一跃成为了城市社会。

大量的人口从一个社会阶层向另一个社会阶层转移,这对社会结构的本质是否毫无影响呢?对于亨利·蒙德拉斯(Henri Mendras)<sup>②</sup>来说,社会阶层分裂成各种社会团体,并且聚集在一个中央结构周围,个人主义进一步深化,这使得中间范围的调整增多,而没有威胁到集体的和谐,也构成了法国社会结构变形的基本特点。佩卡·苏尔库南(Pekka Sulkinen)<sup>③</sup>将视野拓展到整个西方社会:人口中的最大部分属于这样一些群体,定义这些群体的最小公约数是,他们既不是农民也不是工人,也不是旧时代精英的成员;他们之间既竞争又团结,而且自身也没有感觉到带有任何历史性的任务。

这种不可置疑的改变是否足以证明的确存在着一个新型的社会结构?在分析消费模式、生产组织模式和技术中的变化时,让—皮埃尔·杜朗(Jean-Pierre Durand)支持新生事物源自于旧社会结构的观点。当然强调这种严格的延续性是错误的:毫无疑问,人们记录下来各种移位,

---

① 吕克·波尔坦茨基,《干部:一个社会群体的形成》,巴黎,Minuit,1982。参见第一部分,《干部身份的发明》,第61—236页。

② 亨利·蒙德拉斯(1988),见前注。

③ 佩卡·苏尔库南,《欧洲新中产阶级:社会大众的个性和部落化》,阿尔德肖特, Avebury, 1992, 第25页。

但是这些移位却没有导致革命,即严格的意义上的一种断裂。生产丰富多彩的物质财富,提供各种服务对于第一产业来说意味着一场平静革命,这种生产带有所有灵活的大规模生产的特点;在第二和第三产业的企业和组织中,一场新的泰勒化运动替换了旧的泰勒化模式:任务分工日臻明细(特别是执行性工作和思考决策性工作的分化)。<sup>①</sup>

但是如果社会结构的属性没有根本改变,那么为了考察健康问题的社会惰性的持续,就必须考虑经济的“第三产业化”、一些社会阶层的人数变化和—些劳动领域职位的女性化。在根据居民身份来统计死亡率的时候,人们根据申报的最后一项职业,把记录的死亡人数和所在阶层普查的人口数量联系起来。这个过程通常遭遇到根据居民身份统计的数据和普查的数据不一致的尴尬。因此,一个普查中的工人在死亡的时候可能会被申报为职员:这可能来自于一种家庭之中的“贵族化”倾向或者来自于退休前职业或职位的改变(一个专业工人,他职业生涯的绝大多数时间都在车间里度过,可能会被调去做同—家企业里的仓库保管员:这种调动通常被视为从工人到职员的过渡)。

这两个不同的数据源的连结通常被“揭发”为“分子分母比例法”。这个弱点可能存在于几种形式:由于家属提供的死者最后职业的详情不足,残留类别的分子被夸大;即便是在死亡证明书的叙述中建议申报最后一项职业,人们往往申报死者职业生涯中最具有代表性的职业(煤矿工人、军人的情况尤其如此);—些职业可能在普查的时候被过低统计(比如海员—渔民);—些个人被视为无业人员,但是在死亡证明书上却被申报为曾经从业。<sup>②</sup>

正是为了消除这一不便,法国很早就开始进行长时调查(des

<sup>①</sup> 让—皮埃尔·杜朗,《后福特主义的福特式真实》,刊载于《矛盾》杂志,第69—70期,1992。

<sup>②</sup> M. 布鲁尔、M. 桑菲尔和 L. 普里奥尔(1987),见前注,第234—237页;C. 列维和 J. 瓦兰(1981),见前注,第938—945页。

enquêtes longitudinales)<sup>①</sup>；其他西方国家也跟随这一趋势。<sup>②</sup>这个方法带有许多的变量，都与统计体系的组织有关，这种方法包括在一个既定的普查中抽取一些具有代表性的个体作样本（在法国，1954年和1975年两次普查），还包括立即将抽样人群的死亡信息纳入普查。与通过居民身份获得的统计数据不同（参见第二章），男性之间的死亡率差异基本与通常社会金字塔结构相同：

总体来讲，社会阶层在最近20年几乎没有变化：高级干部、自由职业者和小学教师原来是而且目前仍是最受保护的职业阶层。普通工人、农业工人和专业工人始终是最不受保护的阶层，因此他们的死亡率下降也是最少的。然而，目前工头的死亡率比技术员和中层干部低。同样的，今天高级干部和自由职业者的寿命比小学教师要长；这个情况在20年前是相反的。<sup>③</sup>

每种方法都有自己的软肋：这个方法的缺点是，1954年或者1975年普查的时候，接受跟踪调查的人员就被固定在当时的社会职业阶层编号中。这种“固定”做法一方面省去了后来的所有社会流动，特别是对

---

① 在法国，推动这种方式的文章是法布维(Fabvey)和奥本克(Aubenque)，《根据社会职业阶层进行的死亡率研究》，刊载于《研究与统计》（《统计月度公报》副刊），第3期，1957，第39—44页。长时调查方式的最初结果公布于G. 卡洛和M. 法布维(Q. Ch. 丹协助)，《根据社会阶层研究死亡率差异：关于在法国实验这种方法的介绍》，《研究与形势》，第11期，1965。

② A.J. 弗克斯，《社会民主的死亡率差异：新长时视角》，刊载于《流行病学与公共卫生杂志》，第35卷，第1期，1987，第20—27页。

③ 居伊·德普朗克，《死亡面前的社会不平等》，刊载于《经济与统计》，第162期，1984，第33—35页。关于这些调查的深入结论，参见居伊·德普朗克，《成年死亡率：两项尝试研究的结果（1955—1980年期间）》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，D102，1984。

于最年轻的人来说,另一方面,普查开始之前的社会阶层变化也被忽略了。<sup>①</sup>换句话说,这里所采用的长时研究方法不能够体现出代内流动(*la mobilité intragénérationnelle*)的效果:尤其像在退休前对非就业人口进行的选择或为了发放“提前”退休金而进行的选择,就是广泛地根据健康的标准进行,单单通过就业人口的死亡率测量的各社会职业阶层死亡率数值总是偏低。这个批评的作用不在于它给此类研究带来的普遍的质疑,而在于它打开了通过健康进行社会选择这个问题的研究道路。

首先澄清问题的这个部分到此为止,现在让我们来看在分裂的社会群体之中的几个潜在方面:社会阶层和健康指数的结合缘何而来?

## 1 社会分层与健康:生活水平与角色体系

如果采取美国社会分层理论学派<sup>②</sup>的立场,我们知道社会阶级与层级的等级化归入其本身功能需要的逻辑前提:社会分层是劳动分工即时的结果,根据不同的重要性,产生了不同的职业;这为物质和象征性报酬的不平等进行了辩护,有利于刺激社会成员完成他们与这些功能相关的义务。各种“回报”系统和各种社会地位联系在一起,构成了义务的有益交换物:报酬的多少根据功能的难易程度而定,也取决于人员的稀缺程度。

无论人们对这样的方式的批评是怎样的,这个方式的功劳在于澄清了不同阶层和不平等的财富分配之间的关系。从这个视角来看,根据贫穷导致剥夺的事实,人们可以支持贫穷是糟糕的健康状况的根源这个论调:工农业发展尚且脆弱的国家就是证明。这个社会经济因素本身

---

① 多米尼克·梅尔利耶(1983),见前注,注49,第15页。

② 雷蒙·布东和弗朗索瓦·布里克,《社会学评论字典》,巴黎,法国大学出版社,1982,“社会分层”条目,第520—521页;夏尔—亨利·居安(1993),见前注,第81—86页。



很简单,但它影响了社会区隔化及其对人群健康的作用:在这里我们是否抓住了上述健康状况差异的主要揭示因素呢?

西方国家的期望寿命比较能够展示这个理解模式的局限性。<sup>①</sup>让我们以英国(英格兰和威尔士)和瑞典作为北欧和西欧国家的代表,希腊作为地中海国家的代表,匈牙利代表东欧社会。在第二次世界大战刚刚结束的时候,瑞典男性出生时的期望寿命就已经很高(70.3岁),而且这个数值在最近三十年间缓步上升(1984年达到73.4岁);与此同时,希腊在20世纪50年代初落后十分明显,但随后追赶上瑞典(1954年66.4岁,1984年73.4岁)。英国和瑞典的模式相同,但是期望寿命要低一些,以至于它被希腊大幅度地超过(1984年71.3岁)。匈牙利和全体东欧国家一样,直到20世纪70年代初,出生时期望寿命都得到改善,而随后重新下降。希腊的飞速跃进是由于新生儿和婴幼儿死亡率的明显下降。但是,如果我们考察45岁和65岁时的期望寿命,希腊在全时期都超过瑞典。

换句话说,如果说人们能够克服新生儿死亡的直接原因(特别是传染性疾 病),和西北欧的西方国家比起来,生活在相对贫穷的地中海国家没有任何的不妥。恰恰相反,英国在20世纪50至80年代之间,45岁和65岁的男性期望寿命不仅比瑞典和希腊要低,而且比意大利和西班牙还要低,直到19世纪70年代才超过了匈牙利,即当东欧国家死亡率重新上升的时候。结论无可辩驳:如果说人们能够将幼年的脆弱归咎于传染病,而传染病归咎于贫穷,那么,一旦度过了幼儿期的困难,生活在相对贫穷的国家里就不会必然导致早死的结果;相反地,生活在富裕国家里增加了年长者提前死亡的风险。

对比同样的国家,女性期望寿命的差异没有这么明显:出生时,瑞典、希腊和英国几乎没有什么分别;在更高的年龄阶段,希腊被英国和

---

<sup>①</sup> 我们这里再次使用的分析结果是使用雷蒙·伊尔利斯和戴伯拉·贝克收集的欧洲数据(1991)得出的,见前注,第362—364页。

瑞典赶上并超过；匈牙利始终排在末位，但是差别比男性小。当然，女性不可能比男性更富裕！这里我们再次触及了关于健康差异的财富分配解释方法的局限。

在 20 世纪 70 年代中期，如果我们根据国民生产总值将欧洲国家分为三大地区，西北欧国家最富裕，仅次于它的是地中海国家，最后是东欧国家。这三个“地区”之间的死亡率差异非常明显：传染性和呼吸道疾病与财富排序相关；在癌症和心血管疾病方面，地中海国家比西北欧富裕国家的死亡率低很多，除了心脏病死亡率一项以外，它与东欧国家相似。明显地，财富分配的不平等无助于理解死亡率的差异。

让我们稍加说明：剥夺现象或者剥夺的加剧不是对健康毫无影响的，但是单独一个因素是不足以解释我们所观察到的差异的。20 世纪 70 年代，人们指出死亡率的变化不仅仅根据社会经济阶层的归属，而且也与住房产权类型和是否拥有一辆或是多辆汽车有关：那些自己是房屋产权人并且拥有一辆或多辆汽车的人死亡率比较低；而相反地，住在廉租房里、并不拥有汽车的人死亡率比较高；加利福尼亚州阿拉梅达县（美国）所做的历时 18 年的（自 1970 年始）流行病学大调查显示出属于低收入家庭的人的死亡风险比中等收入家庭高 1.1 倍。<sup>①</sup>社会阶层和收入之间的联系是很明显的。但是收入趋同和获得财富是否足以缩小健康的差异呢？根据之前的研究结果，我们对此抱有怀疑。问题的关键在于找到在社会地位与健康中间起作用的非经济因素。帕森斯版本的社会分层功能主义理论的好处在于突出了角色的问题<sup>②</sup>，因为现代工业社

---

① 由 M. G. 马尔莫、M. 科戈维纳和 M. A. 埃尔斯通引用自《社会经济地位和疾病》，刊载于《公共卫生年度评论》，第 8 期，1987，第 115—116 页和第 129 页。根据住房产权属性得出的死亡率差异在法国被居伊·蒂斯普劳克的研究证实（1984-a），见前注，第 44—46 页。

② 塔尔科特·帕森斯，《行动社会学的元素》，巴黎，Plon，1955。参见名为“一个社会分层理论的新草图”的章节，第 256—325 页。

会的特点就是一个有等级价值的体系,其中,事业成功占据了第一的位置,职业的角色受到特别的重视:职业角色为经济组织的功能和发展做出贡献,它们构成了扮演这类角色者个人价值实现的主要源泉。

在这个方法的延伸中,沃尔特·高夫(Walter Gove)<sup>①</sup>展示了女性死亡率高于男性,其原因主要是由于她们作为妻子和母亲的角色造成的:结果,这些角色要求的忘我精神和利他主义扰乱了她们的平衡,特别是心理平衡[我们记得诊断和主诉的精神疾病数量,女性成比例地高于男性;至少是在我们不考虑医疗过度诊断和身体主义(le corporéisme)的发展的情况下,身体主义认为从心身医学(psychosomatique)意义上,主观感受健康与否干系重大<sup>②</sup>]。

与其他作者相反,高夫打破了一个“神话”,即家庭妇女支配时间的灵活性很大,因此很闲在,所以能更快进入病人这个角色:一方面,在美国和 11 个工业国家对收入一时间的研究显示出女性无论工作与否,都要比男性劳动时间长;另一方面,笔者的研究证明了与妻子、母亲角色相连的责任与她们自身健康的维护通常发生矛盾:女性规律性地被孩子或丈夫要求做“应急恢复工作”,她们牺牲了自己的睡眠和休息时间来完成这些任务;当她们生病的时候,还必须继续完成一些家务,而没有人对她们“关怀备至”(而家庭其他成员生病的时候,她却花很多时间围着他们转)。换句话说,女性的高疾病率和家务劳动的繁重是明确有关的:妻子和母亲的角色并不是“倾听对方”那么简单。

如果我们从这样一个结论中提取逻辑的结果,这就意味着职业的角色会是更加具有直接伤害性,因为男性的高死亡率,根据流行病传播

---

① 沃尔特·R. 高夫,《精神与躯体疾病的性别差异:既定角色和抚育角色的效果》,刊载于《社会科学与医学》,第 19 卷,第 2 期,1984,第 77—91 页。

② 让·麦松讷夫,《今天的身体与身体主义》,刊载于《法国社会学杂志》,第 XVII 卷,第 4 期,1976,第 551—571 页。



的第二和第三阶段来看,是现代社会的普遍特点,而且与妻子和母亲的角色相连的负担带来的疾病是轻微的,而不是致命性的,因为女性的高疾病率主要是和“未确定的疾病”、“精神疾病”以及“泌尿生殖系统疾病”相关。因此,我们可以假设对于兼具职业角色和家庭角色的妇女来说,对健康的影响应当是最大的。直到20世纪70年代中期,女性职业的一个重要特点是集中在几个有限的劳动领域中:女性职位曾经长期集中在低价值的职业角色,通常使用家庭角色中非正式的技能,这使得女性劳动者处于紧张节奏的压力之下,执行重复性的劳动,几乎完全没有自主性。如此多的因素支持我们的推论:家庭和职业角色的积累会严重地损害妇女的健康。

经验研究的调查没有证实这个假设。在美国进行的绝大多数的横向研究都相反地指出,除了其他角色以外还扮演职业角色的妇女的健康状况好于没有从事带薪劳动的、扮演有限角色的妇女。然而这里有一个重要的细节:工作给40岁以上的劳动女性带来的健康方面的好处大于18—39岁年龄段。由此,到底是职业角色带来了这个好处,还是通过健康进行的社会选择导致的典型效果呢?为了回答这个疑问,朱蒂斯·希巴尔德(Judith Hibbard)和克莱德·波普(Clyde Pope)在温哥华地区开展了一项15年的长时性研究(从1970—1971年到1985—1986年),这项研究采用一个具有代表性的抽样,样本由18至65岁之间的1160名女性和997名男性组成。<sup>①</sup>

为了度量健康状况,二位作者从第一个访谈开始就求助于一个健康的自我评价指标(health status),他们接下来记录了从诊断角度上讲最严重的疾病发生情况,即心血管疾病、脑血管疾病和癌症,以及在此期间发生的死亡。让我们简述一下研究结果。职业活动是女性长寿的源

---

<sup>①</sup> 朱蒂斯·希巴尔德和克莱德·K. 波普,《家庭和职业角色对疾病率和死亡率的影响》,刊载于《社会科学与医学》,第32卷,第7期,1991,第805—811页。



泉：没有工作的女性患病的风险高于测试期结束时始终工作的女性[这种效果在更短时期(第一次访谈后的5年或10年)之内并没有显现出来]。如果说这个疾病率的差异从统计学上讲没有那么明显，但是它和死亡率显示出来的差异是同向的。然而有一个特例：从事较差职业的未婚职业妇女比同职业已婚妇女死亡率要低。

这个结果首先让人改变推论的逻辑：如果说职业和家庭的角色积累在一般规律上对女性的健康有好处，那么什么机制能够揭示这个“矛盾”现象呢？多重角色互相重叠可能带来的负担的加重，或者还有角色间的矛盾冲突带来的负罪感和忧虑，这些比起女性从每个角色中获得的益处来说都是微不足道的。每种角色都带来不同的、给自己提出挑战的机会：成功迎接挑战提高了对自己的信心，带来了许多的满足。职业角色使得女性能够从家长——或者更广泛地说从“保姆”角色的忧虑中解脱出来：多个研究都表明有孩子的家庭妇女发生脑血管急症的风险要高很多。我们看到工作的益处集合起来是很多的：从这个角度上看，这一结果被大大地澄清了。

妇女从参加正式经济活动中获得好处这种解释比选择假说更能够让人理解她们健康改善的原因，但是这并不能否认有些方面还不清楚。第一个潜在的前提假设就是家庭和职业角色是稳定的：即便上班挣钱的妇女越来越不想中断事业，尽管社会政策的各种措施鼓励母亲们休更长时间的带薪教育假期<sup>①</sup>，但是过去的事业模式——即事业当中需要一次或多次停顿——还远没有消失；家庭角色根据家庭生活周期变得起伏不定：特别是根据孩子的数目和年龄，女性各种性质的职责和负担

---

<sup>①</sup> 在法国，这些措施针对夫妻双方都是一样的，但是关于家庭成员间家务分配的最新的调查让人感觉到申请带薪父母假期的女性比男性多。参见米歇尔·格罗德和弗朗索瓦·德·辛利，《配偶角色游戏》，刊载于《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1987，第516—522页。

还是比较重的。<sup>①</sup>

这种解释方法的第二个局限来自于人们按照平均的、正式的、整齐划一的模式来考察每一个角色，却没有考虑到完成这些角色需要的能力。完成某个角色的事实也许没有为了完成它付出努力的程度重要。实现每个角色需要的强度，以及与之相联系自我评价和自我满足感，比起进入一个角色的“物质性”而言，也许对健康更加有利。实际上，数个研究都指出对自身健康的评价（健康状况）是一个预见死亡率方面的强有力指标<sup>②</sup>：为什么对角色的自我评价不会影响健康的自我评价呢？我们可以假设完成自身角色时候的“自我感觉良好”会大大有益于整个生活中一般性的“自我感觉良好”。

这种通过职业和家庭角色的影响来解释健康问题的模式最明显的弱点是它对理解男性高死亡率的问题没有帮助，另外我们也不能够解释从事没有声望的职业的已婚妇女的高死亡率现象。定义物质和符号再分配的社会分层，或者功能角色的社会分层不足以让人抓住左右健康的决定性因素：由这些标准确定的社会等级太过正式了。

---

① 以从职业生涯到退休生活转变为对象的研究通常对于家庭妇女问题束手无策，每当人们对此感兴趣的时候，都会观察到这些家庭妇女也在做出“转变的努力”，这经常是从孩子离开父母家的一刻开始的：如果没有发生转变或者转变的条件很差，被收集在“空巢综合征”名下的身体不适并不少见。这样一个时期是很有意义的，它体现出家庭角色性质的改变，以及这些改变对健康的影响。参见让-弗朗索瓦·巴尔特、塞尔日·克雷蒙和马塞尔·德吕勒，《老年还是老化？老年人生活模式的组织过程》，刊载于《社区行动国际杂志》（魁北克），第23/63期，1990，第38页。关于“转变的努力”，我们找到一个比较瓦来兹和日内瓦地区女性的研究：克利斯蒂昂·拉里夫戴皮耐（和其他人），《老年人：今日老年人状况、路径和生活模式》，圣萨伏兰（瑞士），Georgi，1983。

② G.A. 卡普兰和T. 卡马乔，《感觉到的健康和死亡率：实验人群九年跟踪调查》，刊载于《美国流行病学学报》，72，1982，第292页及后页。在图卢兹乡间进行的一项调查也得出了同样的结论：埃莱娜·博盖等，《能力丧失、主观健康和死亡率：在乡村老龄人群中的三年研究》，刊载于《流行病学与公共卫生杂志》，第35卷，1987，第155页。

## 2 社会关系动力、劳动与健康

尽管十分多样，欧洲社会阶级分析的理论传统首先强调劳动的物质条件和生存条件：马克思的生产和剥削的社会关系，或者韦伯的既定的阶级状况，都是个体的共同情境，而个体在劳动市场中，有着典型的同等机会，有财产，有生存条件，还有个人经历。接着，这种传统强调建立在相互关系的张力之上的社会群体的动力（这个动力可以是各种形式的：冲突只是其中一种可能）：

认真对待社会结构这个概念，就是要假设每个社会阶级，因其在历史上确立的社会结构中占据一个地位，且受到与该结构中其他组成部分之间关系的影响，所以拥有一些地位属性（des propriétés de position），这种属性相比某种职业活动或者生存的物质条件的固有属性要相对独立一些。<sup>①</sup>

阶级条件和阶级关系的这种双重面貌对于理解左右健康的深层机制是非常重要的：劳动中不同程度的损耗。这个因素在绝大多数的科学研究中都没有被提及；这是工业革命初期便出现的一种抑制行为。然而这种对不同工种损耗研究的抑制是与阶级关系相联系的：透明度与公共信息被称为是民主的基本权利，但是因为领导阶层的统治，在企业中，在长达一个半世纪的时间里，这完全不可能实现；通常是在对工人有利的社会运动时期和/或权力滥用丑闻曝光的条件下，工人要求的健康调查才得以进行。<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 皮埃尔·布迪厄，《阶级的状况和阶级的地位》，刊载于《欧洲社会学档案》，第 VII 册，第 2 期，1966。

<sup>②</sup> 阿兰·科特洛，《劳动损耗：质询与压制》，刊载于《社会运动》，第 124 期，1983。



社会对劳动损耗研究的压制不仅仅影响到最直接相关的阶层：它也涉及到整个社会，以至于演变成科学学派上对此种损耗现象的否认。从历史的层面上，最吸引人的例子就是维勒尔梅(Villermé)的知识遗产。19世纪法国大多数的卫生医学家——弗尔克鲁瓦(Fourcroy)、帕朗—杜沙特莱(Parent-Duchâtelet)、达尔塞(d'Arcet)等——都忠实于他们所受的教育，直接传自巴托洛缪·拉马奇尼(Bartolomeo Ramazzini)的著作，他们一方面单纯研究“各职业卫生问题”(insalubrité des professions)，另一方面研究前工业化时代手工业类型的职业(沤麻工艺、矩木工艺、燧石制作)。这些研究的目的是“卫生与安全委员会”确定的，这个委员会是省府的协商机构，专门负责新机构设置申请的审查工作：

[卫生医学家的]第一大忧虑不是保护在某个机构里工作的劳动者的健康，而是确保这些机构对外部环境和周边四邻没有负面的影响。这就是根据外部卫生问题考察的结果，才决定涉及到内部卫生问题(……)。最终，要留神的是不能无心损害了工业机构的发展。<sup>①</sup>

虽然医学思想史只是将维勒尔梅的著作视为科学思想线性、连续发展中的普通一步，然而这位医生的方法预示着一种双重的决裂，这使他成为一个“被忽略的现代人”。这个方法首先和“卫生与安全委员会”的卫生学家的著作彻底决裂，将观察对象转移到制造业方面，就是说和工业劳动相关的职业。第二个决裂来自于他对“职业卫生问题”概念的否定，代之以对“工人状况”的观察与分析：

尽管充满了悲惨世界的情绪，而且日后逐渐被用滥，“工人状

<sup>①</sup> 贝尔纳·皮埃尔·勒居耶，《〈公共卫生和法律医学年鉴〉中的职业病或劳动损耗问题的第一个研究方法》，刊载于《社会运动》，第124期，1983，第49—50页。



况”一词在维勒尔梅的笔下却有着极度精确的含义：他反对所有职业与健康之间直接因果关系的分析。没有一个卫生不利的诱因可以直接地、不经过疲劳、奴化、节奏过度紧张、营养不良、精神“颓丧”的条件而起作用。对他而言，只有某些与工业开发有关的、一般性的偶然条件可以使周边自然环境、处理材料的质地、身体活动的性质变得有害。<sup>①</sup>

这样的视角一度被某些卫生学家和社会调查者采用，但随即被放弃：卫生部管理部门的负责人和统计学家的小圈子在没有亲身去了解工人人群的劳动和生活条件真相的情况下便开了言。

19世纪90年代至20世纪50年代间，最典型的科学否认劳动损耗的形式是关于结核病问题：在这段时间内，流行病学对这种疾病只是做了生态学类型的解释，然而各种数据都显示这个疾病是过劳的结果。这怎么可能呢？德国医生布雷莫(Brehmer)于1854年在西里西亚山脉中创建了首个结核病疗养院，在那里进行了当时唯一可行的治疗：休息保健疗法。在1882年发现结核病杆菌之后，关于死亡原因的卫生统计数据证实了普遍的印象：结核病是一种流行疾病。当领薪员工不能够也不应该离开车间或商店的时候，如何满足休息疗法的苛刻要求呢（在当时，休息是在劳累之后恢复健康的一种资产阶级艺术：温泉疗法、海边旅游……）？“对劳动者实施保健—营养学疗法，就是将世界的等级颠倒过来。”<sup>②</sup>

就这样，一个社会角度无法想象的事情将要产生一个补偿性的衍

---

① 阿兰·科特洛，《劳动损耗，19世纪法国工人文化中男性的命运和女性的命运》，刊载于《社会运动》，第124期，1983，第83页。

② 阿兰·科特洛，《结核病：城市病还是劳动损耗病？对官方流行病学的批判：巴黎的案例》，刊载于《劳动社会学》，第20年，第2期，1978。在后文中，我们遵循了作者的部分论证。

生形式,抗结核病斗争(整顿不卫生的街区、绿地,通过对结核杆菌携带者的隔离,借助诊所的网络进行反结核病普查)被神奇的流行病学证明卓有成效:结核病是城市中缺乏卫生环境导致的疾病。流行病学神奇吗?然而,从1894年起,巴黎建立了一个建筑物和住宅的“卫生档案”,囊括了8万座建筑,人们掌握了这些建筑结构和卫生方面的详细描述,以及其中死于传染病的人的情况。地图非常清楚:在1904年,人们已经可以划出6个“卫生死角街区”。这又有什么神奇的呢?

人们注意到高结核病死亡率的小区都是穷人区,但是这并没有引发进一步的思考:结核病的传染是因为住宅不卫生吗,还是因为生活在那里的人营养不良、过分劳累?当时只有寥寥几个所谓“社会”医生——鲁(Roux)与奈代尔(Netter),他们从不与济贫所中的结核病人接触,却质疑主流的解释,坚持认为某些职业和不卫生住宅之间存在联系。然而“数据”就在那里,那是成堆的文字和统计数据:人们只能找到最基础的数据。这里边已经回避了一个论据:既然结核病被认为是住宅内部传染的疾病,但是为什么患病的男性比女性多呢?如果我们像阿兰·科特洛(Alain Cottureau)一样,通过性别和年龄项来计算结核病死亡率,就不能不产生疑问:男性和女性的结核病死亡率随两性的劳动条件而变化。很明显,结核病只能在衰弱的肌体上发病,紧张的劳动节奏导致的疲劳和整日的工作就是肌体衰弱的源头,而难以果腹的微薄的收入又雪上加霜。直到二战之后,这个社会无法想象的疗法(领薪工人较长的休假)才开始被考虑:我们可以相应地考虑科学中无法想象的课题了,就是说劳动中不同的损耗情况及其对健康的影响。

这是旧话重提吗?至少直到20世纪70年代初期,对劳动的不同损耗的否认普遍存在于各学科的分类、方法和目标之中。每个学科都在观察劳动地点的时候遇到了症状和疲劳的表现,有时候被视为异质的、模糊现象的集合(“抱怨”),有时候被人们视为需要减少的“风险因素”(根据生物学模式的实证主义和因果关系逻辑)。

但是,如果我们不提及社会阶层关系所引起的张力,就理解不了这个“认知学和方法论的危害”。

应用到劳动问题中的社会科学在“自由主义”框架下发展它们的分析和应用模式,对理性的经济人(l'homo economicus rationnel)模式的普适性提出了质疑:企业并不像市场那样运作,在企业中每个人对私利的追求会达成一种平衡;相反地,绝大多数领薪人员被视为可以影响的对象,被激情所驱动。企业中的经理们拥有良好地使用理性的特权,他们应当协调人们的行为,并且建立动员性行动的技术设施。当然,核心问题是生产力:劳动损耗的问题能够在何处存身呢?

一些关于人力使用的经济理论与生产力论(productivisme)完全契合:人们研究了最大限度地使用员工体能极限的可能性,人们非常注意研究企业盈利性之外的这种使用带来的结果。<sup>①</sup>同样地,劳动心理学和人体工程学曾经长期满足于选择适当的人来填补既定的劳动岗位,研究一个职位群体的开发在多大程度上是“可行”的。<sup>②</sup>在多种方式中,统治阶级的利益引导着知识,忌讳和否认像劳动损耗的阶层差异这样的“真”研究对象:人们通过规避、间接的方法才使得这样的禁忌得以扭

---

① 马克·巴托利,《劳动与健康:关键问题》,刊载于《预防》杂志,1980年10月,第15—31页。

② 这是法国国家艺术与职业学院人体工程学实验室所做的研究,指导教授是阿兰·维斯内尔,他在法国20世纪70年代中期,将这些问题颠倒过来:如果人们将这些劳动岗位变得更加适合在此工作的人,情况会如何呢?不久以后,在克里斯多夫·德儒的推动下,劳动精神病理学指出,劳动岗位制约因素的研究中过于“物质化”的方法有其局限:身体在劳动中的物理损耗只是劳动苦痛的冰山一角,即看得见的那部分(如果人们真的想观察到的话)。还需要指出的是,这里所说的研究是大学里进行的,正如米歇尔·维莱特相信的那样,其结果并没有被吸纳到各类组织求助最多的社会工程学当中去(参见米歇尔·维莱特,《社会工程学:一种形式的企业社会交往》,刊载于《社会科学研究文集》,第91—92期,1992)。



转。

劳动的损耗差异，就是说根据一个或多个劳动职位的要求执行不同的任务，健康会受到不同程度的损害，第一种来澄清这个问题的方法就是回到对此问题避而不谈的结构性源头。自 19 世纪上半叶起，通过管理人员、企业主和工人协会等组织对丑闻的抗议活动，人们了解到对劳动强度和劳动时间无度的违法侵占行为：在法国和英国，议会进行了大规模的调查，其结果就是采取立法行动，首先对儿童和妇女的劳动进行了法律规定。但是承认劳动对健康有影响的戏剧性方面掩盖了习惯与日常的方面：对于违法行为的揭发让人们讳言劳动的“风俗习惯”，从而，劳动带来的损耗就被认为是正常与合法的了。

在这个问题上主要的知而不言的内容是过度的劳动总是先于有度的劳动——这就是工业革命的结构特点之一。过度的劳动总是产生于正式或非正式地解除劳动合同的怪圈：19 世纪初，工资体制中连续不断的震荡见证了一个持续的、生产本位主义的压力；在 20 世纪末的现实情况中，“劳动分工”问题的解决受到不可避免的、生产力的限制，就像经济全球化总是以降低成本、提高生产率为名，将东南亚被过度剥削的妇女和儿童与旧工业化国家的、享受一些社会保障体制保护的员工置于竞争之下。

通过应用这种个体之间的竞争，工业体系，无论是在工厂、工地还是家庭里，将领薪员工赶到了一个无尽头的加快劳动节奏、提高任务数量的跑道上，关键问题总是同一个：如何来弥补生产数量和生产效率标准的提高，或者是劳动时间的延长带来的工资下降。在这个趋势下，资本主义生产的模式永远不会停止。只有领薪员工的反抗和国家的强制性立法举措能够，至少是一时地，减缓或者制止这种愈演愈烈的趋势：

从工业革命直到今天，劳动中的损耗问题始终位于一个由过度劳动所引出来的力量角斗场之中。从一个普遍理论角度讲，这个



力量角斗场可以用非常简单的语言来概括：随着工业的革命，持久的生产本位主义压力确立下来，而这个生产本位主义压力的唯一界限就是劳动者的反抗。<sup>①</sup>

对劳动损耗的讳言和否认让我们了解了确定和认识职业病的难度（参见第三章，职业病风险医疗监控机构调查的关键问题和冲突）。根据国家职业安全与健康研究所（美国联邦机构）的研究，每年有将近40万职员染上某种职业病，其中有四分之一的人死亡：这相当于每年爆发一场越南战争！我们看到在法国每年只有4000例职业病获得承认：从各种比例来看，法国的情况非常好的说法似乎难以让人信服……另外，人们指出，在癌症方面，这些数据没有真正考虑到劳动条件可能导致的疾病，这些疾病是当代死亡率问题的主要原因（循环系统疾病和癌症），但是还有特别痛苦的疾病，其原因是这些疾病能够引起疼痛（骨骼关节疾病）。

每年在经济生产循环中使用成千上万的有毒物品：魁北克学者指出美国工业使用15000种有毒产品，并且每年引入3000个新品种（无论替代旧有产品与否）；然而，只有500种产品接受毒性和相关规定的研究。<sup>②</sup>我们怎么能够想象这对健康没有影响？

作为例子，我们来说说美国的一些关于石棉危害的评估活动。在曾经或者正处于石棉危害之下的80万名工人当中，人们估计有10万人将死于肺癌，35000人将死于胸膜癌症，还有35000人将死于石棉肺病。然而，就业人口中的胸膜癌症比例应当为万分之一，与石棉粉尘接触的工人罹患此疾病的比例要高出正常值

---

① 阿兰·科特洛，《劳动损耗，男性的命运和女性的命运》（1983），见前注，第73页。

② S. 多姆和J. 斯泰尔曼，《为了生存，舍弃生命》，蒙特利尔，Partipris, 1979。

700倍！<sup>①</sup>

这种观察就属于维勒尔梅所说的不足：卫生条件。面对有毒物品、机器、姿势和危险机械，让职工们得到保护是否就足够了呢？人们指出，似乎是劳动节奏和强度起了决定性的作用。但是对这种假设的反抗是如此强烈，使得人们不得不首先从导致疾病和死亡的基因因素、物理或化学侵害入手研究。

这种研究的不严谨性表现为拒绝了解卫生条件以外的因素，正是为了反对这种严谨性的缺乏，一门新的社会病源学才得以理论化并应用于实践，特别是对精神压力(le stress)的研究。相反地，看似顺理成章的事情却在理论化中假设了双重的断裂。首先应当承认一种疾病可能来自于无法确定的原因(这与巴斯德以降的经典病源学相悖)：尽管自从1850年以来，通过吉约(Guillot)在比塞特(Bicêtre)进行的解剖病理学研究，人们就了解到住院的老人中有2/3表现出结核病治愈留下的损伤(身体如何能够主动反击，不治自愈?)，但是要等到慢性病的大规模损害出现，人们才真正接受这一观点：线性因果关系解释是不合适的。

20世纪60年代中期，卡塞尔(Cassel)发表了推翻前见的观点：不是从疾病出发来寻找病因，而是假设一个致病过程，并对所能够产生的疾病悉数总结。<sup>②</sup>

第二个断裂产生于人们开始认为疾病不仅仅产生于致病因子的侵犯的时候：当致病因子不是很强，宿主可以抵御它们的侵犯。这就假设个体自身足够强壮，可以产生合适的抵御疾病的机制：吉约所观察的结核病愈后的老年人不经任何治疗，成功地消灭了结核杆菌，创伤结痂。

---

① 让-弗朗索瓦·尚拉，《劳动损耗的差异、社会阶层与健康：当代流行病学研究一瞥》，刊载于《社会运动》，第124期，1983，第161—162页。

② 约翰·卡塞尔，《作为流行病学研究中假设源泉的社会科学理论》，刊载于《美国公共卫生学报》，17，1964，第242—304页。

我们首先假设面对疾病的“可能性”或“脆弱性”和精神压力有关。塞利(Selye)是首位理论家,尽管他考虑到了与环境的互动关系,但仍然给出了一个生物学的定义:精神压力是对环境刺激物的适应中(受到大脑皮层亢奋的控制),心理上所产生的反应;精神紧张在生活中不可或缺,它既有有益的效果也能导致疾病。基于这个定义,有许多心理学的研究将它们的问题核心定位于个体应对能够制造心理压力的因素或生活事件的能力<sup>①</sup>;问题的关键是了解个体如何与威胁周旋,以求避免(或最终导致)心力交瘁,心力交瘁表现为负面自我评价和对活动与关系的消极态度(对工作和交往失去兴趣)。

人们批评这些研究过于强调主观方面,却没有考虑精神压力所导致的组织内部矛盾和冲突。但是另一些研究将精神压力的定义带到研究精神压力产生的社会框架的社会学领域。<sup>②</sup>他们观察的重点在于导致精神压力的社会心理因素,而不是职业疾病。

事实上,尽管很少有研究试图分析糟糕的劳动心理环境和导致精神压力的社会心理因素的共同作用,人们还是有足够的数据来确认导致精神压力的社会心理因素不是白领人群的特权。(……)今天人们热衷谈论“干部和自由职业者”不适症,但这不应该使人忘记精神错乱、神经官能症、偏执狂、精神衰竭、酗酒、吸毒还有其他疾病都更多地侵害着受泰勒化劳动组织形式及其律令影响最深的劳动者。<sup>③</sup>

---

① 多米尼克·勒迪塞尔,《疾病:社会问题部分》,巴黎,CDSH,1985。特别参见第II、III和V章。

② 托马斯·佩里厄,《组织中的健康与身份:文献评论》,刊载于《社会学研究》,第XXIII卷,第3期,1992,第97页。

③ 让-弗朗索瓦·尚拉(1983),见前注,第166—167页。

如果说导致精神压力的社会心理因素不仅仅影响中产阶级，它却是中产阶级专有的致病机制。这与中产阶级的劳动性质有关。乔治·本吉吉(Georges Benguigui)反对劳动是征服自然的行为，他捍卫劳动的二元性概念：人类的行为应当在两个方向上发展，以面对一个双重问题，“如何共同生存(survivre)”和“如何共同生活(vivre)”。

那么我们可以说存在着两种劳动：作用于他人和作用于自然的劳动。劳动是一个双重的理性活动，既作用于人类，也作用于自然的具有改变力的活动，而不仅仅是人们常说的作用于改变人类的大自然的劳动。(……)应当坚持这样一个事实，在每一个圈子中，都存在着与他人关系—与自然关系的区分：在“共同生活”的圈子中，既存在着对人的劳动，也存在着对自然的劳动(比如空间组织的个案)。在“共同生产”的圈子中也是同样。(比如人们会想到指挥的问题)。<sup>①</sup>

从这个角度来看，劳动似乎可以产生不同的致病效果。既然在所有标准中，社会阶层被行业和职业的属性所确定，人们就理解了某些种类的疾病可以更多地影响一部分人。还需要再次提及并延伸两个圈子之间交错的复杂性。在这种交错关系中，个体所处的位置并非不重要：我们可以假设这个位置决定了可以解释阶层内部疾病率和死亡率变化的不同程度的劳动损耗。

通过劳动损耗的不同来解释健康状况的差异也需要解释失业对健康的矛盾效应。一部分失业者在他们被解雇后感到了生活质量提高：人们注意到这种反应涉及到曾经从事艰苦劳动的工人。根据劳动损耗的

---

<sup>①</sup> 乔治·本吉吉，《劳动与中等阶层》，刊载于《国际社会学杂志》，第LXXXIX卷，1990，第258页和265页。



逻辑,很明显地,中止繁重、艰苦的劳动同时也中止了健康状况的下滑进程:于是,失业改善健康状况的悖论就得到了解释(当然是在我们刚才提到的条件下)。这种悖论是针对研究已经确立的经济与健康数据的宏观社会研究方法认为在经济下滑时期和人群总体健康状况下滑时期之间总是存在着稳定的统计关联。<sup>①</sup>相反地,关于精神压力的理论跳出了劳动情境的框架,使人们理解了失业对健康的负面影响:失业的人不能够获得新的职业,自视为“无能”,从而失去对自己的信心和与他人交往的兴趣(社会孤立和孤独使他们滑入抑郁和身心痛苦综合重征的谷底)。另外,即便拥有些许资源的人也被置于被剥夺的境地。<sup>②</sup>

让我们把这些不尽完美的运用精神压力和劳动损耗的实例和工业体系带来的冲击对寿命的影响联系起来。首先,在19世纪,20岁时人的平均期望寿命大约是40岁,从19世纪60年代起,人们便观察到性别之间有利于女性的寿命差别,而这一现象在每个社会阶层中都存在。一旦人们将年龄纳入到考虑范围,就出现了另一个现象:直到30—35岁年龄段,女性工人的死亡率都比同龄男性工人高。阿兰·科特洛通过对现有数据的详细分析,描绘出了一个工人劳动损耗的双重模式:

“对男性而言,长期不断和被迫地置身于就业市场中导致了一个连续和积累性的损耗。当健康状况变差时,却不能及时从劳动中抽身。对于女性工人阶层,面对劳动就业市场的压力也的确很

---

① M. H. 布雷纳,《死亡率和经济不稳定性:英国详细分析和所选工业化国家比较分析》,刊载于《卫生服务国际学报》,13,1983,第581—623页,引自诺埃尔·怀特塞德《失业与健康:历史视角分析》,刊载于《社会政策学报》,第17卷,第2期,第178页。这种全局性方法的主要局限在于,预先假设了经济衰退和国民健康指数崩溃之间的一个时间差(其长度事先确定)。

② 吉赛尔·弗尔尼埃、米歇尔·格罗德和埃马纽埃尔·雷诺,《工人家庭与失业:难以压缩的开支》,刊载于《经济与统计》,第170期,1984,第37—52页。

大,但是退出就业市场的可能性,在某些阶段,当家庭(丈夫、上辈、孩子)收入允许的情况下,还是存在的。”另一个赌注,更多的女性仅仅因为健康的原因而放弃工作;这在于女性比男性更能够被宽容。除其他现象以外的,根据年龄层次得出的、著名的就业率问题上的男女差异和劳动生涯中承受的不同压力是有关系的。<sup>①</sup>

这个机制体现了性别差异,并且对女性有利,因为她们在整个生命中处于劳动制约之下的时间较短,除了这个机制之外,还有其他的、在成年初期对女性不利的进程:青年女工的过劳和交瘁,这对她们未来同居或者结婚后的生育不能提供良好的准备。另外,这些因素都能够降低她们对结核病的抵御能力。

根据性别和社会阶层进行的劳动损耗的双重体制能够让我们理解在整个生命中,平均而言,男性死亡率相对高于女性,还可以理解从事高强度手工职业的已婚女性相对于非就业女性的高死亡率。这种模式历史上已经出现:人们是否能够将它的影响上溯到19世纪呢?

我们可以对此产生怀疑,因为我们观察的只是女性就业曲线不断上升的时期(从20世纪60年代中期开始<sup>②</sup>),男性和女性之间的期望寿命差异不断加大。这种方法明显是肤浅的。通过比较1975—1977年间不同年龄的就业和非就业女性死亡率,玛丽—埃莱纳·布维耶—高勒(Marie-Hélène Bouvier-Colle)观察到非就业女性死亡率总是较高,即便这个相对差异随年龄而变化(年轻时差异小,成年时差异大,接近退休年龄时差异再次缩小)。<sup>③</sup>作者对数据的解释是,通过健康进行选择的效果被劳动的保护作用所加强。许多的细节使我们需要重新考量这个

① 阿兰·科特洛,《劳动损耗,男性的命运和女性的命运》(1983),见前注,第91页。

② 奥利维耶·马尔尚和克洛德·泰洛(1991),见前注,第70—76页。

③ 玛丽—埃莱纳·布维耶—高勒,《女性的死亡率和职业活动》,刊载于《人口》,第38年,第1期,1983,第107—136页。

观点。

就业和非就业女性之间的差异在最初的时候并不大。然而,在生命的这一时期参加职业活动就意味着女性不再接受高等教育,就是说较低的教育程度与无技术含量的、辛苦的职业是相辅相成的。在成年阶段,死亡率的差异最大。然而通过专门调查我们知道女性离开职业生涯是和生育及社会职业阶层有关(从事辛苦、低收入的工作的阶层更多地离开职业生涯):这和阿兰·科特洛为19世纪所建立的模式不是异曲同工吗?

换句话说,如果说非就业女性的死亡率更高,这并不是因为之前的健康状况不佳引起的(健康选择的假设)或者是因为缺乏对职业生活的参与(缺乏劳动的保护效果的假设),而是因为年轻就业女性退出职业活动时已经为她们过早地结束的工作付出了早期健康损耗的代价。如果我们考察25—44岁死亡原因的结构,肝硬化和酗酒是非就业女性最重要的死亡原因,接下来是乳腺癌、交通事故和膀胱癌(相比之下,就业女性方面,交通事故排在第一位,接下来是自杀和乳腺癌)。这个观察结果和让-弗朗索瓦·尚拉(Jean-François Chanlat)的观点一致:酗酒更多地影响到受泰勒化组织劳动约束的职工。另外,他还指出除了一种因家庭环境导致婚姻不稳定造成的女性酗酒类型以外,其他所有类型的女性酗酒都与职业活动有着特殊的联系,在和男性相同的职业活动中,环境让女工灰心丧气,这种职业活动要求女工的自主和独立,从而使她们承受了劳动和生活的最坏条件,导致了宿命论情绪。<sup>①</sup>接下来,我们可以假设许多酗酒的非就业女性都是因为之前的职业活动才走到这一步。就像在阿兰·科特洛的模式中,我们注意到非就业女性死亡率跟随怀孕

<sup>①</sup> 让-米歇尔·贝尔特洛、塞尔日·克雷蒙、马赛尔·德吕勒、若泽·弗尔内、莫尼克·芒布拉多,《女性酗酒》,图卢兹,为HCEIA进行的研究报告,1984年1月,第285页;马赛尔·德吕勒和塞尔日·克雷蒙,《走向酗酒和酗酒者的社会学》,收录于阿尔丰斯·杜托和米歇尔·塔勒加尼主编,《社会科学与酒精》,巴黎,L'Harmattan,1995。



并发症趋势变化,尽管数量很少,却高出就业女性的一倍。

当接近退休年龄的时候(作者在这里考察的是45—64岁年龄段),非就业女性的死亡率逐渐降低:在这个时期中,就业女性从50岁开始就能够享受可返还退休金(*pension de réversion*),而且逐年地,所有就业女性都进入领退休金的队伍。那么此时非就业女性的“高死亡率”是否应下降呢?我们可以做相反的假设,即劳动的损耗此时对退休的就业妇女的影响和对继续工作直到退休年龄的女性的影响方式是相同的。如果说这个年龄段的所有女性死亡的首要原因是乳腺癌,接下来,对于非就业女性是肝硬化和酗酒,对其他人是心脑血管疾病(在缺血性心脏病和膀胱、结肠—直肠肿瘤导致的死亡情况中,就业和非就业女性是相同的)。

我们所提出的另一种解释与19世纪的模式和现有数据都相符合,但是这种解释并没有被证实:这需要跟踪几代人,我们要了解他们的职业、婚姻、健康史。然而一个最终的指数似乎加强了我们的解释。根据社会职业阶层的划分,在就业女性中当然存在着死亡率的差异:死亡率最高的是女性农业工人和服务行业员工;死亡率最低的社会阶层根据递减的顺序是中层干部、自由职业者、高级干部,最后是女性手工业者和商人;在最高和最低中间的是女性雇员—工人阶层。从我们的角度来看,最有意思的是女性农业工人的死亡率高于非就业女性,而服务行业女职工的死亡率非常接近非就业女性水平:我们可以假设,一方面是因为这些行业的工作都是最辛苦、回报最低的,另一方面是因为这些工作的生存条件比起其他职业来,更难以使得女性从业者尽早退休(她们在整个生命中不得不持续忍受劳动的损耗):这个双重进程使我们理解了为什么与其他职业女性相反,她们的死亡率高于或者接近非就业女性。

由于我们努力澄清不同劳动的损耗对健康的不同影响,我们是否因此将社会生活的其他左右健康的方面排除在外了呢?特别是,即便是女性处于就业年龄时,劳动的损耗作用的方式很特殊,在这些进程中,



我们是否可以把劳动和家庭角色的因素视为是不切合的?

萨拉·阿尔贝(Sara Arber)研究的意义在于它检查了男性和女性在两种身份(就业/非就业)的限制下的角色和社会地位(阶层的归属感)<sup>①</sup>;在高德索普(Goldthorpe)和斯坦沃斯(Stanworth)关于女性社会地位确定的辩论之后<sup>②</sup>,她既采用了“传统方法”(approche conventionnelle,将女性划归其丈夫或父亲的社会阶层),也采用了“个人主义方法”(approche individualiste,根据女性所从事的或者曾经从事的职业来划分她的社会职业阶层),旨在比较这个指数在观察到的差异问题上的建构效应。萨拉·阿尔贝再次提及英国1985—1986年针对家庭中20—59岁男性和女性的年度普遍调查的数据,她指出社会地位和长期疾病(被用来测量健康水平)之间的相关性梯度在男性中比在女性中要明显:如果说女性的社会地位决定于传统的观点,就是说根据配偶的社会地位而决定,这个梯度的形态呈线性斜面,和男性的很相近,但是“斜度”较平缓;相反,如果我们认为女性的社会地位决定于她们自身的职业,梯度线呈内曲的形态:从事自由职业或领导工作的女性的健康状况比从事其他非手工劳动职业的女性要差。

从这第一个发现出发,作者指出如果说男性之间的健康差异主要是源于和职业(就业还是失业)与社会阶层相关的进程,人们如果不考虑身份间的互动(就业/非就业/失业)、自身社会地位和家庭角色,就无法理解女性健康差异:患有长期疾病的几率对于被排斥在就业市场之

---

① 萨拉·阿尔贝,《阶级、领薪就业和家庭角色:对结构性弱势、性别和健康状况意义的分析》,刊载于《社会科学与医学》,第32卷,第4期,1991,第425—436页。

② 我们能够在英国杂志《社会学》中找到这个争论,第17卷,第4期,1983,和第18卷,第2和第4期,1984。在路易—安德烈·瓦莱的文章中对上述争论的论证进行了综述介绍和批判,并且应用于法国社会,《已婚家庭的职业活动和家庭社会地位的确定。一个经验研究的测试:1962至1982年之间的法国》,第XXVII卷,第4期,1986,第655—696页。

外(失业或者家庭妇女)的女性来说是最高的,家中有学前或学龄子女的情况除外。

这样一个结论走向了关于自杀保护机制的涂尔干式的解释,但是更具体:对女性而言,不是她的配偶角色而是母亲角色,从做母亲的那一天起,在健康方面就起着保护作用。所以我们可以说与照料孩子有关的家务比职业活动更具积极意义,条件是这样的家务不会过度而引起过早的损耗。我们能否在这两个情况之间找到一个共同的目标呢?

为了这个目的,首先需要采用性别的劳动分工方法。<sup>①</sup>无论哪个行业以及它的技术现代化程度如何,我们发现都有倾向分配给女性最简单、最不需要工具的职位:划分给女性的工作通常是手工完成的、非专业化的、常规性的工作,不止一次地要求同时完成不同的工作,并且受到快节奏的限制。这种趋势首先被玛德莱娜·吉尔贝于20世纪60年代中期发现,到20世纪80年代中期,在法国和英国都还能够观察到这种现象:这属于企业想从女性在家庭领域中获得的“技能”中获取最佳生产效率,却不名正言顺地承认这些技能。

换句话说,从家庭环境到职业活动之间存在着连续性,这些职业活动不包括抽象、推理、发明、自主决策和独立性,为的是更好地完成常规性的工作,更方便监督,作为被动下属,更方便管理人员管理。当职业活动模仿家庭劳动的特点,却又要求提高节奏和强度,对健康有害的影响就开始出现了:那是朱蒂斯·希巴尔德和克莱德·波普在美国的调查中观察到的、参与无声望职业的已婚女性高死亡率现象;那也是玛丽—埃莱娜·布维耶—高勒的数据中得出的女性农业工人和服务人员比非就业女性的死亡率高(或相近)的现象;那还是雅克·布罗达(Jacques Broda)谈到的“3P”综合征,指的是时间压力、等级压力和缺乏职业前途三个因素作用在食品加工工业中女性专业工人心身平衡之上的综合负面

<sup>①</sup> 埃莱娜·伊拉塔和尚塔勒·罗热拉,《劳动的技术、资格和性别分工》,刊载于《法国社会学杂志》,第XXIX卷,第1期,1988,第171—192页。

效果。<sup>①</sup>

反过来,不属于家庭劳动的翻版的女性职业活动和抚育功能之间可能会存在怎样的关联呢?我们在这里将根据北美女性主义运动所揭露的其自身的矛盾来定义抚育功能(*la fonction maternelle* 或美语 *nurturance*)这个词。在这个世界里,独立和成功的理想和人类生活中某个阶段的依赖状态没有任何关系,抚育功能使人能够借助于非常亲近的人的帮助和支持,长期地发展,走完人生:

抚育功能由关心和爱护组成,建立在反对竞争的合作基础上,它是一种无法计算回报的行为,是长期的而不是短期的,由情感和精神状态所决定,不受法律和合同的支配。我们将发现我们的家庭观念的形式来源于对劳动、商业世界的象征性反抗,换句话说,是对“资本主义市场”关系的反抗。<sup>②</sup>

抚育功能被定位于家庭空间中,定位在“女性”的阶层,但是它不能被简化为二者之一:它可以离开家庭而在更广泛的社会领域内实施;比如,当一个男性完全负起教育孩子的责任时,它也得到了实施。它不是一个自然属性,而是后天习得的。

尽管历史上,抚育功能被“收归”女性和家庭的双重范畴,并且被置于性别的社会关系确定的男性统治之下,但是这些都无法改变它潜在的批判范畴,它批判的是市场理性、个人主义和事业压倒一切的观念对

---

① 雅克·布罗达,《“3P”综合征:时间压力、等级压力、没有职业前景》,刊载于《劳动社会学》,第XXX卷,第1期,1988,第19—36页。

② 法耶·D. 甘斯布尔,《美国女性主义运动中抚育功能(*nurturance*)的代表》,收录于《社会科学研究论文集》,第84期,1990,第49—56页。同时参见卡洛尔·C. 穆克帕蒂埃,《重新审视的女性地位的人类学研究:1977—1987》,刊载于《人类学年度评论》,17,1988,§超越再生产决定论,第482—486页。



抚育功能努力编织起来的社会联系的破坏：它构成了一个服务模式，和“等价交换”观念与持续的捕食行径形成了鲜明的对比，因为它支持了所有形式的社会交往，有利于无论贫富的每个人负起对他人的永恒的责任。

如果说行使抚育功能起到保护健康的作用，而相反地，女性职业活动持续不断而且重复家庭劳动的特点会有害于健康，我们也知道存在着起到保护作用的女性职业活动。我们可以假设这种活动和抚育功能之间存在着共同的特点，那就是服务（从接近于抚育功能某个特点的意义来理解）：一些职业的女性化不正好证明了这一点吗？有地位划分的第三产业代表了一部分“公共服务”，在20世纪80年代中期，女性占据了这些职位中的将近2/3：我们知道中层（intermédiaire）职业的女性化是因为医疗和社会服务的迅速增长，其中女性占据了3/4的职位；在教育领域，女性占大多数（1982年统计，63%的小学教师是女性）。<sup>①</sup>如果说是这样，我们能够理解为什么根据萨拉·阿尔贝的研究结果，女性健康—社会阶层的梯度斜面会在自由职业和领导职位的女性部分产生弯曲：这是因为这些职位上的女性在竞争、效率和合同方面和男性有着同等的要求。她们的劳动条件和男性一样，也就是说，至少在这类社会空间里，脱离了抚育功能保护的领域。另外，很有可能女性感觉被迫出色地完成工作，以求在男人的世界里求得合法的席位。

我们看到了，历史的背景造就了一个很强大的趋势，影响了抚育功能、女性功能、家务劳动功能的分配，导致女性承担了大部分的非正式照料负担，不仅照顾孩子，还有各种年龄的残障人（包括老年人）。很明显，根据对象的不同（特别是受照料对象的年龄和依赖的性质），根据提供帮助的可能种类（家人或配偶家庭支持、调整或改善住房的经济资本、个人出资或者公共机构发放补助雇用专业照护人员），再或者根据

<sup>①</sup> 布力吉特·贝洛克、尼可·马克和克里斯蒂纳·蒙梭，《女性与就业》，刊载于《社会数据》，巴黎，法国国家统计与经济研究所，1987，第127—132页。



照护者和被照护者是否同居一处,这样的照料有不同的意义和压力。

弗朗索瓦丝·克里比耶分析了1982年针对依靠退休金生活,或者家庭中至少有一人退休的人群所做的统计资料,她指出不领退休金的农民、商人、寡妇,与同年龄组其他人相比,与照护人同住一室的情况更多,然而退休前领薪的各阶层之间差异不大(但是社会上层这种同住照护的现象还是少些)<sup>①</sup>;在英国针对病人、残疾人和老人的研究中,萨拉·阿尔贝和杰伊·金观察到同住照护的情况多出现在平民阶层,而少见于中间阶层:因为平民阶层物质资源不足,她们所承担的责任就更重,承受的生活的制约就更多;在这些阶层,照护的责任主要由女性承担。<sup>②</sup>

女性生活比同等地位的男性有着某些特殊性,关于此点有很多迹象能证明:从健康角度而言,我们是否能称之为女性的特殊性呢?理由是什么呢?因为,从20世纪60年代开始,人们观察到更多女性参与经济生活,她们对烟草、酒精的消费增加,她们驾驶汽车的数量激增……1966年安斯利·科尔和保罗·德梅尼预见两性之间的期望寿命的差距将缩小。然而事实证明结果是相反的,而且差距迅速拉大!尽管在某些行为上男女已经越来越相似,研究却表明了,尤其是在劳动场所,两性之间的差距还是非常之大。

然而更有甚者,尽管女性采取了男性的风险行为(也许由于传统的、对抚育功能的学习,她们可能行事谨慎),她们却身处一场有利的历史性运动之中:法律和社会的保护(劳动立法、生育期监护)得到加强;如果说女性解放是女性主义斗争的领域,这些保护仍然属于抄袭男性解放的模式:即便在某些时刻异常严格,这些保护措施的目的始终是帮助女性发展最优的特点。尽管也承认有过于简单化的风险,但是雅

---

① 弗朗索瓦丝·克里比耶,《退休时期的同居情况》,刊载于《当代社会》,第10期,1992,第81页。

② 萨拉·阿尔贝和杰伊·金,《研究笔记:阶层与照护——被遗忘的领域》,刊载于《社会学》,第26卷,第4期,1992,第619—634页。

克·瓦兰对这个运动是这样解释的：

对于人体而言，宣扬女性文化与宣扬男性特点所强加的限制不同，却仍是另一种限制。尽管这样说有可能夸张，但是可以说，这里对美的追求和对力的追求是相对立的。在追求美的情况下，身体首先要保持尽可能长时间的年轻和健康；在追求力的情况下，相反地，身体很早就被置于考验和风险之中。<sup>①</sup>

无论这种解释的界限是什么，它至少有一个优点，就是抛弃了涂尔干的旧假设。至今对男女死亡率差别的理解之中，还有这个隐含的前提假设。涂尔干主要的观点就是“妇女参加集体生活较少，受到社会问题影响也较少”；某种流行病学话语认为“女性较低的死亡率是因为影响男性死亡率的因素‘较少地’影响她们”（安斯利·科尔在他的预测中提到了这个论点，保罗·德梅尼也预测了世纪末以前两性死亡率差距会缩小）。相反地，似乎对女性而言，社会的影响，无论对健康来讲有利还是不利，都不一定会更弱一些（女性农业工人的高死亡率就是一个例证）：通常，两性受到的影响是不同的；但是，面对同样的风险，女性和男性的回应方式不同（中止职业活动或者选择其他不那么劳累的工作都是女性回应的例证，目的在于缩短或减少劳动损耗）。<sup>②</sup>

### 3 生活条件与健康

劳动节奏、暴露在特定风险之中、精神紧张所造成的劳动损耗，这

---

① 雅克·瓦兰，《当男性高死亡率的地区变化与时代变化趋势相反》，刊载于《空间、人口、社会》，第3期，1990。

② 关于此点，见 C.A. 内坦森（1984），见前注，第 209—210 页。

些虽然都是理解阶层、年龄、性别健康分配不均问题的中心因素,但是,没有将此现象置于更广泛的框架中之前,我们不能完全理解各种损耗的差异。我们重新使用欧洲的社会关系分析传统,到目前为止,我们的注意力都集中在与劳动相关的地位关系属性和劳动条件的一些内在属性上:现在应当将我们的视野拓展到生活条件方面。在多大的程度上,其他的社会地位组成因素能够参与到健康的衰退、维持或者发展过程中来?

从一些社会群体的劳动条件到其他生活条件的转变,要求不仅考察生存的物质条件和“客观”条件,还要检验劳动以外的生活组成因素(无论是职业生活还是家庭生活),其目的是了解它们对健康的影响。关键问题如下:直到20世纪80年代,人们的假设一直认为了解劳动状况对于理解人们的日常生活是有决定意义的,最近的社会学著作指出将所有社会时间<sup>①</sup>联系起来的必要性。这并不是说在劳动中度过的时间对脱离了职业活动约束的自由时间没有任何影响:这种关联性的确存在,但是它同样也是有区别的,这种区别是通过观察得来的,观察认为,尽管自由时间组成形式不同,但其本身就是针对劳动时间的一种非常强烈的(尽管程度不同)反应源泉。这就是说,单是变化劳动组织方式,尤其是通过减少任务的单调性和分割度、减低劳动的节奏和强度是不够的。尽管危机和失业都将注意力聚焦于劳动时间,但是关键问题仍在于社会时间的构建模式。

不同的观察者将争取自由时间与集体拒绝参与各种进程的扩大化倾向相联系,后者特别是指放弃参与规律性宗教活动或者政治、工会运动。然而是否这样就能够总结说出现了一个下滑的不正常倾向呢?相反地,人们观察到团结合作的其他形式,尤其是参加人道主义事业的形式。这里的关键问题,不是自我封闭,而是在既有管理体制眼中出现了

<sup>①</sup> 威廉·格罗森,《从忍受者到获胜者》,南希,南希大学出版社,1983;让-保罗·布朗谢、阿兰·杜瓦耶尔,《领薪员工的时间观念》,刊载于《劳动与就业》,第3期,1980。

一种对自主性的寻求：个体拒绝被缩略为劳动和机构的行动者。享受时间，就是保持距离：自由时间可以变成一个试验的时刻，在这一时刻的发明创造转移到其他社会时间中去。

(……)社会生活占主导地位的表征与自由时间中不同社会群体经历最多的实践和价值差距越来越大，(……)想要否认存在着一种“穷人文化”或者“被统治”文化，那只是痴心妄想，如果想象人们对娱乐的主流希冀是不同的，那可能就会犯错误，尽管满足这些希冀的手段往往是不同的。<sup>①</sup>

不仅自由时间增加包含有对无度的劳动时间缩减的意味，而且一方面它可以是在劳动实践中抵抗战术磨炼的时间，另一方面也可以是人们照顾自身的时间，既是为了重新恢复自身体力，也是为了将职业活动压制的潜力发展起来。很明显地，自由时间也包含了具有风险的一面：周末交通事故就是例证。还有，据我们所知，研究健康问题的社会科学并没有试图“试验”这些假设的图景：社会时间的建构模式对于人群的脆弱性的区别化作用在哪里呢？什么人提高了自己的抵抗力度，并且改善了健康状况呢？又是谁使得他们变得更加脆弱呢？

我们注意到，劳动时间的框架，从它能够使劳动者暴露在危害健康的物料和风险之下的方面讲，其重要性要低于劳动的组织方式：同样地，住房和生活框架对健康能够有怎样的影响呢？当然，19世纪末经典流行病学给予了城市街区卫生过多的地位，就像早期的卫生学家过于重视劳动场所的卫生一样。如果我们过快放弃这条研究路径，是否会有忽略不明显的进程，从而忽略了重要影响因素的风险？实际上，我们可

---

<sup>①</sup> 若夫尔·杜马泽迪耶，《自由时间的文化革命，1968—1988》，巴黎，Mériidiens-Klincksieck, 1988, 第 212—214 页。



以假设过小的房屋,也就是说许多人挤住在一室,对于其中住户的健康有着重要的影响。影响的方式是怎样的呢?

住所过高的人员密度会导致私密性的减小或消失,还会产生过度刺激。当一所房子里住了太多人的时候,刺激因素激增,原因很简单,就是一个人对其他人的要求同时也不断增加。所有的问题归根到底就是要了解家庭内部成员是否能够控制和规范这些要求,以及对回应的规范是通过何种方式实现的(在什么时候,以何种方式人们回应这种或那种形式的请求)。当然,每个文化在此方面都建立了适当的程序,特别是具有合理性的程序,使人能够从面对面的互动中抽身,旨在用来规范孤立和互动之间关系的模式是千变万化的。

在现代社会中,个体性和私密性变成了基本价值,拥挤变得不可接受,因为它不能够使每一个人拥有孤立的、私密的空间/时间;高夫曼的分析假设自身身份的维护和个人活动的成功完成都需要幕后空间,在那里每个演员都要开发私密资源,以便于接下来在台上“保全面子”。由此我们可以做如下假设:如果一处住房中,房间较少,以至于既定数目的人必须时刻相处在一起,这种人太多的经历会阻止他们自身孤立,并且也许会阻碍他们使用在其他情境下习得的互动规范方法。从这个经验可以得出一个保护性退缩的侵略性趋势(当有人求您的时候,您假装没听见或者冷漠地回答说您没空)、一个未能满足的离开这个地方去“喘口气”的愿望、无法在家庭中计划和组织日常活动,还有一种持久的、“精疲力尽”的感觉。这些都是精神紧张的典型特征,因此可能更多地导致对疾病的抵抗力下降。为了验证这些假设,美国学者设计了一项研究,对芝加哥居民做了有代表性的抽样研究<sup>①</sup>,主要结果如下。在一个小居所拥挤环境里居住的人(有28个问题帮助研究者了解这些经历及其引发的后果)抱怨他们居所中的人际关系恶劣、紧张:夫妻之间完全

<sup>①</sup> 瓦尔特·R. 高夫、米歇尔·于格、奥梅尔·K. 加尔,《住宅拥挤:其可能的病理学后果的经验调查》,刊载于《美国社会学评论》,第44卷,第1期,1979。

没有相互默契、亲近的感觉,他们的关系火药味儿十足,经常争吵,甚至还可能动起手来。拥挤的住房对父母与孩子之间的关系也有影响:父母总是感觉孩子们“缠着他们”,很吵闹,不断地要爸爸妈妈(“我没完没了地忙孩子,他们真让人烦”);因为父母有被孩子们骚扰的感觉,所以他们就显得有侵犯性(他们可能更容易惩罚孩子,而不是鼓励或者安抚),他们离开住所的时候感到轻松,而且对他们在外边的活动和交往丝毫不感到担忧;由于地方小,孩子们没有一个安静休息、学习的角落。

这种拥挤的局面对邻里关系也有着负面的影响,经常导致相互猜忌和侵犯性的行为。柯莱特·贝多耐(Colette Pétonnet)观察了临时居住城(les cités de transit)中的人际关系,得到了同样的结论:

在持续相处在一起的、没有私密、没有秘密的个体之间,既没有社会区别,也没有情感距离。没有人能够治理乱局,每个人都退缩到防守状态,成为了和其他人一样的囚徒。从这种心理混乱产生出了暴力。在这个城里,内部统治的暴力是潜在的、蜷缩的(tapie)、僵持的(larvée)、无法镇压的(irrépressible)且具有传染性的(……)。当一个事件发生的时候,整个城就痉挛。一切皆有可能,一切都不得不防。禁令抵抗不过大潮流,最终会被吞没,如果没有人出来阻止,还会发生凶杀或弑父弑母。这就是为什么每一个人都力图重建和平,因而都介入到邻里冲突中去。但是没有一次介入不是以暴力收场。<sup>①</sup>

在这种拥挤和或明或暗的暴力环境中,人们也观察到了最高的心理紧张度、易怒性(irritabilité)、颓废性(lassitude)、厌恶心态(dégoût)和

---

<sup>①</sup> 克莱特·贝托耐,《众人皆在迷雾中:郊区族群学》,巴黎,Galilée,1979,第168—169页和189页。

疲倦感。柯莱特·贝多耐强调,这些特点并不是一下子就表述出来的:调查者的高傲心理首先导致否认问题存在或者将问题弱化为他们日常生活中习以为常的正常现象。过不多久或者间接地,人们发现这些人开始抱怨休息不足并且表明了他们对糟糕的健康苦捱苦受的态度:为了继续生存,他们不能娇惯自己,但是放在厨房餐桌上的药物说明了他们仍在忍受某种痛苦。美国的研究发现居住环境狭窄的个体比其他人更容易诉称健康状况不佳,并且更容易成为传染病的受害者。

这些因素都证明住房,也许应该更加宽泛地说生活环境,构成了各种社会文化进程的基础,这些进程又影响了健康状况的衰退或保持。我们离社会阶层真的如此之远吗?根据上述美国学者的研究,从统计数据角度讲,住房拥挤和收入水平、教育水平和族群归属没有直接关系。上文我们指出了美国社会分层受到功能主义视角的影响颇大,并且着重强调了社会经济回报和/或既定社会功能带来的角色,但是这个视角忽视了某些与社会关系动力相连的属性:这也许解释了为什么在住房拥挤和社会阶层两者之间缺乏统计数据联系。柯莱特·贝多耐针对巴黎郊区下层无产者(sous-prolétaires)的人类学研究支持了相反的假设。法国国家统计与经济研究所关于法国住房情况的数据证实了这一点。尽管在法国,从1978年至1984年间,拥挤住房的数量在减少,21%的集体住房和6%的独立住房仍然存在拥挤现象。<sup>①</sup>

在法国国家统计与经济研究所1988年的调查中,接受调查的家庭中19%的人认为他们的住宅太小;表达出这种不满的回答中比例最高的是在工人、职员、中等职业阶层,而在工人中,外籍工人比例最高。<sup>②</sup>我

<sup>①</sup> 马蒂娜·艾因斯古腾,《1978—1984年的住房:越来越好、越来越大》,刊载于《经济与统计》,第206期,1988,第37页。住房拥挤的指数是通过房间数和居住人群组成的比例计算得出的(见该文第35页)。

<sup>②</sup> 内丽·德蒙、马蒂娜·艾因斯古腾,《住宅:梦想与现实》,刊载于《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1993,第428页。



们知道移民儿童高窗坠落事故的发生比例特别高：也许住房拥挤和破旧是这个问题的根源。

我们刚刚通过拥挤住宅的邻里关系中潜在或实在的暴力了解到另一个主要的生活条件因素，它与社会交往及其形式、劳动场所与居住社区交叉有关。在 20 世纪 70 年代中期，许多美国流行病学家捍卫社会交往（他们更愿意称之为“社会基础”<sup>①</sup>）对健康有益处这一观点，因为社会交往针对精神紧张的诱因能起到保护作用：跻身于一个网络之中是为寻得认知、标准、情感和物质的坐标和支撑点，这能够减少非组织化和变迁情境所引发的不确定感的影响，或者降低产生于僵化不变情境的窒息感带来的冲击。无论社会交往的源头是什么，它对于精神紧张有缓冲作用。随着这些早期研究论文的公布，其他学者也重新分析了已经结束或者还在进行中的研究数据。<sup>②</sup>

我们从这些研究中学到了什么呢？我们来看一下其中最著名的，即加利福尼亚州阿拉梅达县的研究<sup>③</sup>：这项研究的基础是按照社会分层代表性抽样取得的 6928 名成年研究对象，1965 年他们接受了问卷调查，人们跟踪他们的死亡率情况直到 1974 年为止；根据问卷中包含的四项正式社会交往指标（是否结婚、与亲戚朋友是否往来、是否去教堂礼拜、是否参加正式或非正式的社团群体），研究学者建立了一个“社会网络”指数：人们发现随着社会网络指数的下降，死亡率上升，而且男女皆是，

① 多米尼克·勒迪塞尔(1985)，见前注，第 1.16—1.22 页。该作者将社会基础的流行病研究变成了网络的社会分析（参见 M. S. 格拉诺维特，《弱联系的力量》，刊载于《美国社会学报》，第 78 卷，第 6 期，1973，第 1361—1380 页）。同时参见：M. 鲍曼、S. 布里昂松、F. 布朗沙尔，《“社会网络—基础”系统：健康的概念和研究轴心》，刊载于《国立公共卫生学院杂志》，第 2 期，1988，第 55—63 页。

② 马克·雷诺(1987)，见前注，第 13 页。

③ 丽莎·F. 贝克曼和列奥纳尔·希姆，《社会网络、主人阻力和死亡率：阿拉梅达县居民九年跟踪研究》，刊载于《美国流行病学学报》，第 109 卷，第 2 期，1979，第 186—204 页。



除了 50—59 岁年龄段的妇女(在这个年龄段,社会网络指数中等的女性比该指数较高的女性死亡率低)。

难道我们不能反驳说,一部分人是因为疾病阻碍了他们的社会交往,从而导致死亡吗(即现在已经广为人知的健康的社会选择假设)?在最初的调查中,也遇到了生病的人:如果疾病是社会网络脆弱的原因,人们应当观察到调查后的几年中,最高的死亡率产生在这些病人身上。社会网络指数按死亡年代分配不能印证这个假设:是否有疾病不能帮助我们理解死亡率和社会交往指数之间的关系,至少不比其他的指数更有说服力(吸烟喝酒、不爱运动和其他“健康的实践活动”)。尽管社会交往指标具有描述性的弱点,但是它对死亡率的影响是持久存在的。在密歇根州和北卡罗来纳州进行的其他研究也得出了类似的结论。

我们是否因此就能够将社会交往及其形式视为独立于社会结果和社会关系之外的一个网络之网络(un réseau de réseaux)呢?这就是加州流行病学家根据阿拉梅达县研究结论所捍卫的立场:他们的社会网络指数预言了死亡率与社会经济地位没有关系。但是问题完全来自于这个指数的建构模式:

我们使用了收入和受教育水平两个测量工具来建立一个社会经济地位指数。我们抛弃了职业因素,因为对女性来说,在有些情况下编码比较困难。每个保留的测量指标,比如收入和受教育水平,都被分为五等,以使得它们的分布接近于高斯曲线,并且中间等级包含抽样总数的大约 1/3,与中间等级相邻的两个等级各包含 20%,而最远端的两个等级各包含了抽样中余下的 15%。在结合了收入和教育的度量指标后,就建立起了社会经济地位的五个原初群体。<sup>①</sup>

---

<sup>①</sup> 丽莎·F. 贝克曼和列奥纳尔·希姆(1979),见前注,第 191 页和 195 页。

这是一个社会阶层经验主义建构的典型例子，这里便是用了普通法则的统计模式，预先假设了社会的中间阶层与中间价值之间的关系符合平均值的隐喻线(*selon le fil métaphorique de la moyenne*)。从这种名词上的建设(*une élaboration nominale*)，我们可以假设它与相关人群的生产和生活条件相去甚远：似乎阿拉梅达县的人群大多数属于中间社会阶层，远远超过作者先验地确定的 33% 这个比例。无疑这就是为什么我们在五个社会阶层的每一个中都能观察到社会交往少的人比社会交往频繁的人死亡率高得多。

这个立场和美国最极端的社会学家的立场重合，这些人认为最初的社会现实应当是个体之间的联系，而不是个体的社会文化“属性”(文凭、职业、品位……)：社会结构可以被缩小为一个网络之网络，其中我们可以根据不同网络的性质和其中个体的融入模式来区分不同的群体。法国关于社会交往的研究质疑这样的前提假设：

我们的出发点是认为一个人建立起来的人际关系丛构成了一个对于此人而言跟收入或受教育水平同样具有决定意义的资源，同时也构成了一个他融入这个社会世界的综合指标。但是获得的结果使得我们必须细化这个观点，因为关系资本似乎与经济资本关系足够密切，与文化资本联系过于密切，以至于我们不能将其作为社会生活的一个独立维度。<sup>①</sup>

弗朗索瓦·埃朗(*François Héran*)指出，当人们从按照职业与社会职业阶层标准建构的社会金字塔底端向顶端流动时，其邻里关系、友情往

---

<sup>①</sup> 弗朗索瓦·埃朗，《社会交往，一种文化实践》，刊载于《经济与统计》，第 216 期，1988，第 18 页。对于社会网络方法的极端流派，作者引用 B. 韦尔曼和 S. D. 贝尔科维兹(主编)，《社会结构：一种网络方法》，剑桥，剑桥大学出版社，1988。法国方面的研究，引用了《经济与统计》杂志的《社团世界》文献，第 208 期，1988，参考书目。

来、日常交往和社团活动会变得越来越密集。首先,亲戚关系似乎不符合这个规律:平民阶层更注重维系他们的直系亲属关系。但是如果我们观察整个年度就会发现,在亲属关系方面,上层社群的社会交往达到了平民阶层的水平:这种追及的效果是因为人们在一年内通过相互协调,克服距离的因素,与家庭中绝大多数成员见了面。<sup>①</sup>

如果将这个结果和关于死亡率的长时调查(1954—1975)结果进行比较,至少是试探性地,将会有意义:如果说死亡率的差异遵循了劳动损耗的社会区分,那么它也应该遵循社会交往中的社会阶层差异。我们可以假设,作为一般的规律,应当有一个整体性的积累效应:忍受最艰苦劳动条件的个体也是社会交往最受限制的人。但是这个逻辑并不排斥其他逻辑。

雅克琳·布尔热—德弗瓦苏(Jacqueline Bourget-Devouassoux)和塞尔日·弗尔科夫(Serge Volkoff)<sup>②</sup>试图从工人的一生探究劳动条件的制约,他们指出,工人群体中的相当大一部分人都忍受过最艰苦的、最危险的劳动条件,但是这个阶段往往在退休以前就结束了;然而,矛盾的是,仍然在这种条件下工作的男女工人的健康问题却比他们的同龄工人少:健康的选择假设在这里得到了充分的验证。在这种条件下,如果我们假设这部分工人的社会交往模式和工人阶级中的其他人是一样的,那么很明显社会交往少这一点并没有对他们的健康水平起到决定的作用。但是我们可以假设劳动条件和社会交往之间其他的组合方式,

---

<sup>①</sup> 弗朗索瓦·埃朗(1988),见前注,第17—18页。作者同时也指出平民的社会交往较弱现象(和一些既有的观点相反)不大可能是建立数据收集机制的研究者自身阶层的族群中心主义观念作用的结果:法国国家统计与经济研究中心名为接触的调查的特点是留给被调查者一个小记事本,而一周之内不给他们任何的名单提示。每次交还记事本的时候,调查者再发放一个调查问卷。

<sup>②</sup> 雅克琳·布尔热—德弗瓦苏和塞尔日·弗尔科夫,《工人事业的健康总结》,刊载于《经济与统计》,第242期,1991,第83—93页。

并且相反地假设, 社会交往多会校正或减少糟糕劳动条件所带来的负面影响, 当然是在一定的限度内: 如果让人精神紧张或者致病的因素非常强势, 社会交往也许就会失去它的缓冲作用。

这种研究生存条件的方法清楚地阐明了两个问题, 一方面, 这些条件和劳动息息相关, 另一方面这些因素之间共同作用, 它们可能会对其他的因素对于健康的或好或坏的影响起到增大、限制或减小的作用。我们多次强调这些因素通过行为方式和态度起作用: 劳动的艰苦程度和危险程度诱使人们使用兴奋剂(酒精、烟草、毒品……); 住房的一些特点可以诱发家庭和邻里间的暴力行为, 从而制约了社会交往的发展; 性别社会关系中妇女的地位加强了表面的顺从态度和背地里的抵抗, 至少在女权主义社会运动没有将它们公之于众以前; 亚文化又与生命时期和各个世代相连, 如荣耀三十年期间的青年, 这些亚文化构建了不同世代之间的区别, 其基础是一些危险行为, 比如骑摩托车的青年加入飞车团伙之前的极速飚车考验等……

因此, 在社会地位和健康的结构元素之间存在着态度与实践的媒介, 它使我们必须重新探索健康问题中社会惰性影响的其他理解模式; 另一方面, 考虑个体的行动能力能够让我们理解他们在维护、修复和改善健康状况时采取的策略。



## 第五章

# 生活方式及其蕴含的健康问题

通过生活方式我们能够了解到什么？尽管“生活方式”这个词语经常被社会学家使用，它的理论内涵却远不是统一的；所以应当重新考察这些内涵之间的差别以及这个概念在研究实际操作中的应用方式。

### 1 社会分类学行为与价值视角下的健康问题

第一种确定生活方式的办法是经验研究的方法：从死亡的各种医学原因出发，人们调查了统计学上与之相关的态度和行为，进行了聚合分析，这样做的前提假设是这些态度和行为产生的效果能够累加（合力效应）。除了态度和行为的合力之外，生活方式还经常和社会人口学的变量扯上关系，但是从没涉及到这种牵强附会行为的理论基础问题。

这种方法的一个典型例子就是戴伯拉·温加尔（Deborah Wingard）所做的研究，她对现有的关于生活方式对两性疾病率和死亡率差异的研究做了一个综合调查。<sup>①</sup>为什么已婚的人的死亡率比未婚的人要低？

<sup>①</sup> 戴伯拉·L. 温加尔，《疾病率、死亡率问题上的两性差异和生活方式》，刊载于《公共卫生年度评论》，第5期，1984，第433—458页。

为什么这种差异对于男性比对于女性更明显？这是作者提出的问题。在普查所有认为“社会选择是通过健康进行的”和“夫妻、家长角色对健康有裨益”的假设之后，戴伯拉·温加尔最终回到了行为和生活方式上来：离婚、鳏寡、单身人群的吸烟率比已婚人群高；尤其是，已婚男性的饮食、睡眠、工作、休闲方式都更加有规律和平衡：婚姻使他们有动力来照顾自身的健康，减少风险行为；婚姻是他们采取有利于自身安逸的生活方式的动力源泉。

作者同时也将著名的心脏病突发先兆（更确切地说心绞痛和心肌梗塞）包含进生活方式：A型或者心脏病病人发病前行为模式（Coronary Prone Behavior Pattern）。<sup>①</sup>如果说历史上，早期医生——奥齐尔（Osier）和邓巴尔（Dunbar）——主张患有心脏疾病的患者表现出性格特异性，但人们却没有能够成功展示出这个过程。加利福尼亚人弗利德曼（Friedmann）和罗森曼（Rosenmann）的贡献在于他们抛弃了观察既定环境中研究对象的行为时所使用的心理学方法。但是该研究的历史传承使得大多数普及者对此立场变得不敏感：他们仍将A型视为人格的一个变量。

相反地，戴伯拉·温加尔认为A型描述了一种生活方式的表现行为整体，这是有道理的。这些病人表现出如下特点：他们在最短的时间做最多的事情，他们在所有的延迟情境下（排队受阻、团队其他成员或合作者缺乏能力时）表现出不耐烦、具有攻击性和易怒的特点，他们有长久的竞争和竞赛的行为，他们最大的乐趣来自于“一举成功”。与A型相反，B型的特点是比较放松，竞争性较少。所有的研究，除了一个被称为“最好先生”（Mr. Fit）的“随机”实验以外，都证实了与A型相联系的生活方式是一个心脏病风险因素。这种生活方式更经常与男性而不是女性相联系，而在女性中，与就业女性的联系要多于家庭妇女，但是从事自由职业和领导职位的就业女性比她们的男性同事表现出更多的A型生

<sup>①</sup> 多米尼克·勒代泽尔（1985），见前注，第VI章，第1.29—1.37页。

活方式。这种观察加强了萨拉·阿尔贝的结论,根据她的结论,这一类别的女性的健康状况要差于其他从事非手工劳动、不担负如此沉重责任的其他类别女性。

当然,生活方式不是“从天而降”的:与之相关的各种结构因素或许都促进了它们的发展,但无论如何,都减弱或限制了它们的效果。因此,娶了文化程度比自己高的妻子的A型个体发生心血管疾病的几率比同类型娶了文化程度较低的妻子的男性高出两倍。<sup>①</sup>

在20世纪80年代中期,研究者确定了另一种与癌症相关的生活方式,(根据拉丁字母顺序)被称为C型:此类个体的行为体现为耐心、距离和妥协主义;人们永远也不能从这些人身上观察到任何类型的情感表达行为。然而,这种生活方式的发现与生物学家发表的观点恰巧相遇,生物学家认为抑制或者压抑情感会促使癌细胞的扩散。

这样一种确定生活方式的办法及其对健康的影响是有一定局限性的。我们已经强调过,这些类型是在一个抽象、普通病源学基础上通过实践经验“修补”而成,这其中没有进行任何试图寻找其社会学基础的理论化努力。从行为的效应可以积累或形成合力这个前提假设出发,人们建立了一些指数,其中聚合了在不同情境下具有各种意义和影响力的指标:比如,通常是年轻人和年轻的成年人参与体育运动的几率最大,至少在我们研究“荣耀三十年”这段社会历史情况时是这样,然而与之相反,人在成年生活末期或者退休后饮食方式精致和平衡的几率才最大。<sup>②</sup>

鉴于这些生活方式都是由流行病学家总结出来的,这个研究方向

---

① 马克·雷诺(1987),见前注,第12页。

② 关于体育运动,参见:法国文化部,《法国人的文化活动》,巴黎,Dalloz,1982,第388—393页;关于饮食行为,参见对布迪厄研究的重新解读:尼古拉·埃尔潘,《(皮埃尔·)布迪厄读书摘要,〈区隔〉:评判问题的社会批判》,巴黎,Minuit,1979,《法国社会学杂志》,第XXI卷,第3期,1980,第444—446页。

接下来的探索就导向了生物学，旨在确定这些类型的行为所暗示的潜在生理过程(对于C型和癌症的研究就是其中一个例证)。其结果就是在解释层面上的游移不定和预防层面上人们研究制定的实践计划。与戴伯拉·温加尔相反，一些研究者认为这些生活方式与其所处环境的结构性特点之间没有什么联系：最经常地，以潜在的方式，这些学者置身于实用主义和新自由主义的“理性行动理论”(Rational Action Theory)运动之中<sup>①</sup>，尽管其中有些不协调的地方(与理性行动理论中的“理性人”相反，这些学者的视野在很大程度上还是决定论和因果论的)。

即便是从流行病学和病源学的角度上讲，使用这种方法也是有问题的：我们指出了一个风险因素和一个疾病之间的经典关联受到质疑。——对应的特点没有考虑到个别风险因素可以和多种疾病相联系。如果我们让人们注意到生活方式拥有多元因素，是否我们和反对立场就划清界限了呢？当然不是，因为关联的另外一端，还有某个或某类病理的自身特性。

对行为和态度因素的绝对坚持并不只是因为一些社会流行病学专家的观点：在服务于广告和销售的私人研究中，社会学家确定出了独立于所有社会结构参照系的社会生活方式(*des sociostyles*)：

前沿交流中心(Centre de Communication avancée)的理论家非常情愿做出超越保罗·约奈的假设——“你给我们把这些分分层”。“如果您不喜欢人们把您简单归为某个群体(年老或年轻、工人或资产阶级、知识分子或手工匠人)，如果您觉得已经超越了旧的社会阶层，这本书就是写给您的。他将向您讲述法国人的新社会分层方法”，热拉尔·梅尔美如此承诺。<sup>②</sup>

① 洛易克·J.D. 瓦冈、克莱格·雅克森·加尔布恩，《利益、理性和文化：关于派系理论的近期争论》，刊载于《社会科学研究学报》，第78期，1989，第41—60页。

② 埃里克·讷福，《“社会生活方式”……没有阶级的世纪末》，刊载于《劳动社会学》，第XXXII卷，第2期，1990，第139页。



这种视野不是尖端交流中心的专利：自从使用了应用在“行为、态度、想象和动力”指标上的事实和阶层结构分析统计工具后，国际新社会分类确定运动<sup>①</sup>广泛地接受这种视野。

(……) 我们对与社会文化相关的深层变化没有那么强的意识，就是说，在我们理解这个词的意义上，人们有自己的价值、动力、思维状态、道德标准、他们共有的潜在性宏观表征、非正式结构和他们互动行为所编织的规范性程序。<sup>②</sup>

鉴于社会生活方式的建构是通过大型私营组织进行的，其目的是消费与市场营销，我们不知道这种概念的“积累”是如何被确定下来并变得可操作的，因为这些机构将他们所掌握的关于顾客的秘密和所有公开他们行动详细内容的要求对立起来。然而，值得注意的是他们的研究在很大程度上都是“经验主义的”：这从他们对价值、态度等潜在的“原子化”的观点上能够看得出来。(这些方面被视为相互独立而分别对待，就好像所有的、影响某一个方面的变化不会给这个模式的定义及其与其他模式的关联带来一丁点儿的影响。)

另外，在分类学工具的操控方面，尼古拉·埃尔潘(Nicolas Herpin)指出 CCA 所列出的社会生活方式的类型可以被缩减为相互重叠的、建立在两种不同原则之上的两种分层方法：第一种方法基于社会人口学

---

① P. 瓦莱特—弗洛朗斯，《生活方式的研究方法：概念、调查领域和现实问题》，刊载于《市场营销研究与应用》，第 1 卷，1986，引自埃里克·讷福(1990)，见前注，第 138 页。

② 阿兰·德·维尔皮昂，《社会文化变迁与民主》，刊载于 *Futuribles* 杂志，第 82 期，1984，第 31 页。

的原则,而第二种则基于劳动人口中青年人的历史。<sup>①</sup>最终,在已经发现的“个人主义”趋势的线条中,社会生活方式被完全地与生存条件割裂开来:

(……)风格成就人。为什么不是呢?但是风格谁来定呢?然而,对皮埃尔·布迪厄来说,生活方式象征性地重新诠释了社会地位(……),贝尔纳·卡特拉(Bernard Cathelat)没有提供任何关于思维方式或者生活方式多样性的解释。让我们重提这位作者最爱用的类比——海洋天气预报的类比——CCA的工具让人们能够借助双轴罗盘来辨别方向,确定深处洋流、描述航行的船只。然而,他们没有解释为什么这个或者那个船队由这些或那些人组成,并且选择这只或者那只船。今天如果对陆地上的准备工作一无所知,是否真的能够寻迹一个伟大的航程呢?前沿交流中心和调查机构Cofremca所采用的正是这种方法:他们的立场是向我们详细描述航程并为我们评论船只的名字,却丝毫不向我们透露船队的人员组成。<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 尼古拉·埃尔潘,《社会生活方式》,刊载于《法国社会学杂志》,第XXVII卷,第2期,1986,第265—272页。还有其他许多关于社会生活方式的批判研究。除了我们已经引用过的,我们推荐:伊夫·克里夫和马克·鲁瓦左,《生活方式问题》,刊载于《策略》杂志,第199期,1979,第48—65页;让-弗朗索瓦·贝尔纳-贝沙里和克里斯蒂昂·班松,《生活模式和生活方式:对词汇使用的四项观察》,刊载于《消费—社会经济杂志》,第4期,1981,第73—89页;伊夫·克里夫,《生活方式:流行概念的重新诠释》,刊载于《消费—社会经济杂志》,第4期,1981,第63—71页;帕特立克·勒梅尔,《“生活方式”和“社会文化流派”:何用之有?》,刊载于《消费—社会经济杂志》,第4期,1981,第91—97页;萨尔瓦多·胡安,《社会志调查的几个“经验研究”特点或者行动者的消失》,刊载于《国际社会学杂志》,第LXXXVI卷,1989,第53—74页。

<sup>②</sup> 弗朗索瓦·德·辛利,《生活方式研究》,Universalis,1986,第401—405页。

超越这个批判方式,社会生活方式是否向我们提供了新的因素,或许能够重新诠释的结论?热拉尔·梅尔美的著作<sup>①</sup>令人失望:然而其他大部分章节都包含了根据 CCA 的社会生活方式的专门结构图对各类数据来源进行的重新诠释,涉及健康的一章也是法国国家统计与经济研究所、法国生活条件研究与观察中心以及一些调查机构的数据的堆砌,没有给出任何一点与社会职业阶层分类(CSP)或者职业与社会职业阶层分类(PCS)的相关性。如果说这些将社会生活方式与健康联系起来的结构图真的存在,那么制药工业的复杂机构也许早已经买断它的专属权了。这并不妨碍作者断然地得出结论:“每个人都因此能够将健康问题研究方法‘个性化’并且确认其独特性。”

## 2 身体关系的类型和各种生活方式

但是,也存在其他定义生活方式的方法。从一些对健康有害的态度和行为经验观察出发,人们能够指出,它们只构成了一个更广泛社会经验的一方面,这个社会经验可能对这些有害行为与态度的形成与维持起着影响。对大卫·麦柯奎恩而言,用生活方式这个词汇来分析必须回答三类问题:

- 与健康相关的行为在一生中是否变化?在多大程度上发生变化?
- 这些行为的变化是否是因为某个特定社会环境的影响?
- 这些行为是否专属于一些社会群体?它们的属性是什么?<sup>②</sup>

---

<sup>①</sup> 热拉尔·梅尔美,《法国全景。法国人:他们是谁?他们向何处去?》,巴黎, Larousse, 1985。自该著作首次出版后,又有新版问世。我们此处参照 1985 年版,名为“健康无价”的一章。

<sup>②</sup> 大卫·V.麦柯奎恩,《关于生活方式和健康的研究计划:方法与理论思考》,刊载于《流行病学与公共卫生杂志》,第 35 卷,第 1 期,1987,第 29 页。

在做这些提问的同时，生活方式的概念被重新纳入了社会结构的视角：托马斯·阿贝尔(Thomas Abel)参照了马克斯·韦伯，建立了其理论基础。德国社会学观察到“金钱的赤裸力量”并不总是社会声誉的公认基础，它区分了不同生存条件下产生的社会阶级概念和根据个人在名誉和声望等级中所处的地位所产生的不同社会身份群体的概念。对于韦伯而言，生活方式是通过象征事物的媒介构成，这些象征事物将实质的不同转化为重大的区别，并且重使用、方法或形式而轻功用：尽管社会身份群体与经济秩序相联系，但是它面对阶级仍然拥有相对独立性，因为这些群体建立在生活方式所产生的象征性秩序的基础之上。

与地位相联系的荣誉通常表现为这样一种情况，所有希望属于这个圈子的人都首先被认为应该拥有某种生活方式。这意味着他们的“社会”关系(也就是说那些非经济或“功能”目的的关系)必须遵守某些限制，这些限制可以将比如对配偶的选择约束于某个身份圈子，从而实现一个完全的圈内婚制度。<sup>①</sup>

在经济秩序和象征秩序中间的位置差或称游戏空间使得生活的某种风格化(la stylisation)成为可能，即在结构条件和个人选择的边缘，形成各种生活方式。马克斯·韦伯在其理论的延续发展中，将结构条件概念化为“生活机遇”(或者生存前景)，将个人选择概念化为“生活行为”，他的理论将行为的外部进行和它们的合理动机联系起来，试图理解因果关系秩序和象征意义秩序之间的关联点。<sup>②</sup>

为了将韦伯的视角变得可操作化，托马斯·阿贝尔(Thomas Abel)给

---

① 马克斯·韦伯，由罗贝尔·A. 尼贝尔引用于《社会学传统》，巴黎，法国大学出版社，社会学丛书，1984，第268页。

② 马克斯·韦伯，《经济与社会》，巴黎，Pion，1971，第一章：社会学基本概念，特别参见第10—11页。



健康的生活方式一个有限的定义：群体中的个体，为了回应经济、文化和社会环境的要求，所采取的“与健康相关的态度、价值和行为模式”。1985年在美国和德国进行的两个调研当中<sup>①</sup>，作者指出这两个抽样中四个维度以类似的方式相互结构：对外表的忧虑、对身体和健康的兴趣、对饮食的关注和对休息与康复的追求；对美国的抽样研究而言，出现了同样具有结构意义的第五个维度：步行与散步。

它们的结合，再加上四个指标（烟酒消费、体育锻炼和定期体检），使我们能够从两个国家的情况得出三组生活方式：第一组，除了美国抽样中对身体的关注度一项之外（但是对外表的担忧明显高于其他两个组），最值得注意的是它在每一个方面得分都是最高的，还有比德国抽样中第二组的酒精消费量高；第二组生活方式的特点是对身体和健康的关注得分最高，而对外表的担忧却很少，饮食平衡、休息和体育运动的分数中等，对烟草酒精消费的控制非常强，而且非常遵守规律性体检；最后一组的分数中等，带有略高的对外表和体育运动的关注，而对烟草和酒精消费的控制力是最差的，也不遵循常规的体检（check-up）。

在所有这些情况中，尽管第一组不明显，但是对身体和健康的关注与在很大程度上对外表的关注是相去甚远的。但是尤其应该指出的是，我们认为与健康关系最密切的行为（从不或者很少消费烟酒）和对身体与健康的关注同样有很高的分数。尽管消费酒精的习惯一般来讲在德国抽样中更明显，但是拥有最健康生活方式（第一组）的个体占群体的比例在德国却要高过美国。

即便这些结果的有效性是很有保证的，但是，再强调一遍，它们仅仅是通过对态度和行为的研究获得的。托马斯·阿贝尔意识到了这个局限，但是他满足于提示说这些著作呼唤更长久和更深层的研究，特别是与在社会结构中获得的结论相联系的情况下：一个之前的研究曾经考

<sup>①</sup> 托马斯·阿贝尔，《比较分析方法测量健康的生活方式：理论议题和经验研究结果》，刊载于《社会科学及医学》，第32卷，第8期，1991，第899—908页。

虑到社会人口和社会经济因素,并且指出性别、年龄和家庭大小(收入的影响是微弱的)的重要影响。<sup>①</sup>

我们在上文中曾经指出通过财富(与既定社会角色相关的报酬)进行的社会分层的所有方法是有其弱点和局限的,这些弱点可以经由更加关注统计模式平衡而不是生活条件的真实差距的经验主义建构程序(即阿拉梅达县研究中所用的社会分层研究方法)而变得更加突出:因此所有马克斯·韦伯所指出的、作为“生活机遇”的方面都有待建构,以便建立起它们和“生活行为”之间的关系。从这个角度上讲,这种生活方式问题的可操作化的尝试还是不全面且是跛足而行的。

从这个唯一的美国调查出发,托马斯·阿贝尔和他的团队试图解决这些局限所带来的问题,他们考虑到了劳动的条件。<sup>②</sup>由于没有考虑到社会时间和结构的相互依赖性(参见第四章第三节),他们假设在非劳动情况下存在着一种劳动的训练效应(spillover effect)。然而,考虑到当代对英美国家消费的研究,他们假设这个效果是可以被限制的:我们知道在西方国家,一些上层社会的特点被“传播”到其他的社会阶层,特别是在衣着时尚、休闲娱乐、设备和身体状况的物资消费方面。这并不是说这种倾向在社会阶层方面制造了极端的改变:只是从大众消费方面观察,我们可以假设在西方社会的消费文化中有这种统一化的潮流。

尼古拉·埃尔潘和达尼埃尔·维尔热(Daniel Verger)对法国国家统计与经济研究所的定期调查常规数据进行了细致的分析,并且与其他前欧洲经济共同体(CEE)国家进行了比较,他们质疑这样的解释:如果说在欧洲国家中的确存在一种消费行为的均一化,事实上却仍然存在着各种差异,而且这些差异与民族文化的关联不如其与生产机制的地

① 托马斯·阿贝尔(1991),见前注,第907页。

② 托马斯·阿贝尔、威廉·C. 科克汉姆、金瑟尔·卢申和盖拉尔·昆茨,《美国男性健康生活方式和职业自我导向:训练效应测试》,刊载于《社会科学与医学》,第28卷,第12期,1989,第1269—1274页。

方传统和关税税收政策条文的关联强，同时一些社会阶层的消费模式之间的差异继续存在。

美国的研究显示在收入水平、工作中的自主程度和最健康的生活方式选择之间存在一种相当强的独立性。学者解释说，这种情况是因为最贫穷的人能够较容易地获得医疗服务，这是得益于联邦医疗保险(Medicare)和医疗补贴(Medicaid)两大社会保障机制<sup>①</sup>，这也是因为通过更多地接触照护人员和健康促进计划而受到更多教育：有关更健康的生活方式的信息由此穿越了社会经济壁垒，从而更广泛地在整个社会中传播。然而，正如他们自己指出的，他们只测量了最健康生活方式的有或无：在实践这些生活方式的时候是否存在方法上的差异呢？

拥有较高的自我健康照料能力这一特点的生活方式尽管遍布了从上层到中下层的社会阶层，但是人们仍然对绝大多数平民阶层对医疗照护体系采取依赖的态度感到惊讶。为什么？人们不会如此轻易地改变习惯，而这一系列的习惯做法在日常生活的各个组成部分中重复出现。即便是当经济障碍消失的时候，还有一整套与奥斯卡·刘易斯(Oscar Lewis)称为“穷人文化”的东西相联系的象征事物壁垒<sup>②</sup>：在主要的特征之中，我们正好找到了依赖、宿命论、无能力区分乐趣与满足、对普遍世界特别是对自身健康的悲观视角。当这种文化中的这些移民求助于医药的时候，由于没有及时使用医疗服务，他们通常遇到特别复杂的诊断技术和治疗问题：因为他们缺乏这方面的教育和资质，一般技术领域对他们来讲是陌生的、外部的，以至于他们面对医生和医疗技术不能够采

---

① 这是两个公立机构，照料65岁以上的人士(联邦医疗保险)和最贫困的人(医疗补贴)：前者涵盖了3400万美国人，后者3000万，而2600万人享受企业或者自身购买的保险，3700万人(将近15%)没有任何保险。参见《世界报》，“经济”专刊，1993年9月14日。

② 奥斯卡·刘易斯，《五个家庭：贫穷文化中的墨西哥个案研究》，伊利诺伊大学出版社，1959；奥斯卡·刘易斯，《桑切斯的孩子》，巴黎，Gallimard，1963。



取一个顺从和依赖的姿态。<sup>①</sup>

从这个角度来看,生活的方式是否是民族学和社会学的文化主义(le culturalisme)意义上的特殊文化之外的东西?文化是操作、感知和思考的方式,是存在和生活的方式,它在人类学观察家的研究中通常被卷入一个殖民化的关系当中,因为在由各种社会群体构成的社会当中,无论它们的政府试图将社群均质化的计划是什么样的,社会整体已经是文化多元化的了。每个社会群体梳理自身的经验,建立象征性秩序:

(……)尽管是被统治着,一个文化仍然像文化一般地运作。这里是一个无法描述的象征主义的权力效应,这种权力是韦伯的假说赋予每一个社会群体的,根据这个假说,所有的社会状况都同时是一个组织的地点和原则,这个组织将世界视为一个“被赋予意义的关系的宇宙”。但是在被统治文化的情况中,应当认识到,为了使这个解释性的原则运转起来,我们判处自己将一个方法论的自主化过程转化为一个原则的自主化。这是一个解释性的赌注,就好像为了不错过相对于统治效果的关系特点的任何解释,而忘记它的相对自主性这个反向的赌注。<sup>②</sup>

因此,为了躲避因为参与统治文化的知识分子的民族中心主义倾向所导致的被统治阶级文化的悲惨主义表象,同样也为了避免因为导致极端化的、捍卫和争取权益的激进立场带来的这些文化的民粹主义版本,社会学家可以在描述社会群体的文化的时候,寻找他们生活方式的现实逻辑,也就是说,在现有的生存条件制约当中,他们对一些价值

<sup>①</sup> 威廉·C. 库克兰,《医学社会学》,收录于内尔·J. 斯梅瑟(主编),《社会学手册》,伦敦,Sage,1989,§健康的自我管理上的阶层差异,第587—590页。

<sup>②</sup> 克洛德·格利尼翁、让-克洛德·帕瑟隆,《智者与平民:社会学和文学上的悲惨主义与民粹主义》,巴黎,Gallimard 和 Seuil,1989,第21页。



的坚守和一些态度的坚持。根据这个视角,社会群体的文化包含了他们的物质生存条件(劳动条件和生活条件)和他们的生活方式,或者更确切地说是群体“客观”限制与“常规或者规定的行为此行为(是对生存条件进行回应的基础原则的客观化)”<sup>①</sup>之间关系重建的产物。

从对健康有利和不利的的生活方式过渡到属于不同社会群体的自身的文化,这意味着研究方法的双重拓展:一方面是劳动和生存条件被包括进分析的范围;另一方面,人们不再将研究对象局限在根据社会流行病学意义上对健康有利或有害的概念而事先确定的行为和态度上。生活方式是文化更加宽泛的组成部分之一:它包含了整体的象征性劳动,这个劳动体现了生存条件的意义并将它与态度和行为协调起来。

因为这种扩大的行为提出了研究上可操作化以及可行性的问题,一些对生活方式及其对健康的影响的研究针对的是其组成部分之一:“体质文化”。这是否正好落入了我们曾经强调过其局限性的预先建构当中呢?我们恰好不能对研究对象进行另一番建构:这不再是仅仅考虑人们指出与疾病产生有关的态度和身体行为,而是努力在既定的生存条件框架之下,描述整个身体事件(les événements corporels)及其意义。<sup>②</sup>属于疾病时期的或者是直接与之相关的身体事件被重新放归原位,回归其对诸身体事件整体的沿袭和(文化上所产生的)等级化:身体事件整体包括劳动环境中身体姿态和举动及其完成频率、在饮食和厨艺方面的身体事件、表现为对身体的外表装扮的另一种投入类型的身体事件、通过体育运动来强健身体的身体事件、参与到交往和交流中非语言交流的身体事件……

了解身体各个方面的多元性,目的是建立这些方面在社会群体中

---

① 让-克洛德·帕瑟隆,前言,李察·奥加尔,《穷人文化:英国平民阶层生活方式研究》,巴黎,Minuit,1970,第11页。

② 马塞尔·德吕勒,《身体历史当中作为进程的疾病》,刊载于《社会学研究中心学报》,第9期,1988年12月。

的关系体系,展现出这个关系体系本身适合本群体生存条件的相联性,这是吕克·波尔当斯基给自己定下的双重目标。<sup>①</sup>将信息的多样化和个体的医疗能力用作解释在求助医疗服务上存在差异的理由,更广泛地,作为解释医疗消费差异的理由,这是远远不够的:医疗信息和能力首先是一些潜规则的功能,这些潜规则决定了对身体感受(其中包括病态感受)的关注程度和重视程度,以及决定了何种情况下应当谈论自己的身体,特别是向他人讲述自身不舒适的感受。这个对待自己身体、谈论自己身体的“正确行为规则”对于各个社会群体来说是不一致的:

如果个体对自己的身体不重视,需要更多地参加体力劳动,却没有对自己身体关系的意识,这可能是对身体的反思关系的建立和对身体高密度使用之间是矛盾的。首先,卖力气的劳动使得身体感受的数量大大增加,很难挑选和辨别出病态感受(……);其次,对身体关注的增加,而且相辅相成地,对疾病信息敏感度的增加,必然会导致体力活动时间长度和强度的下降。<sup>②</sup>

根据这个逻辑,我们理解了,在平民阶层,那些统治个体与自己身体关系的规则通常以道德标准的形式被表达出来,它们的作用就是阻止对身体的意识和反思关系的建立,因为这样一个关系会减少这些平民阶层的个体在完成被要求的劳动时(“不由自主”)对抗自己身体的力量。当我们考察上层社会阶层,这些规则就改变了:上层社会的个体对身体的意识更强,在发现和表达身体感受方面受过更多的教育,他们有另外的判断和评价的标准(魅力与苗条、为了追求体形而不惜减少体力,等等)。如果说是这样,那么教育程度提高和就业人口中体力劳动者

<sup>①</sup> 吕克·波尔当斯基,《身体的社会用途》,高等商业学校年鉴,第26年,第1期,1971,第205—233页。

<sup>②</sup> 同上,第222页。

比例减少这两个现象的作用是在减小这些差距。

对于理解医疗消费的社会不平等问题,吕克·波尔当斯基的模式不乏道理:它展示了社会区别化的身体文化是很重要的。他的模式的局限在于他的研究基于多个数据源的二次分析。他组合了十个方面的指标,这些指标的经验研究均质性值得怀疑<sup>①</sup>:其中一个不确定因素是,为了将平民阶层和上层社会对立起来研究,它所使用的职业与社会职业阶层划分方法在不同方面的研究里是不统一的。

在一些针对疾病率差异和就医差异的专门研究的基础上,法国国家医学与健康研究所(INSERM)的学者质疑这个解释模式。首先,存在一个矛盾,根据这个模式,死亡率的社会差异不但没有减小,反而增大了,然而我们已经看到了,按照社会阶层研究的医疗消费状况,几乎没有差别,甚至在工人和最低收入人群方面,求医的次数还要略多:那么如果说教育水平的提高和体力劳动的减少,对身体的感知程度的改变,获得了有助于发现疾病的适当的阶层文化,这些是否就足够解释这个现象了呢?

多个研究结果一致显示,那些差异体现在主诉病症的种类之间,而不是社会群体之间:

(……)看医生的频率来自于发现症状与承认的频率,是面对这些症状的医学行为。但是目前还不清楚的是,平民阶层对某些疾病系统性地抱着宿命论的心态,而且采取更多等待和自我治疗的行为。针对“突出的”症状给出的理论回答向我们指出,这取决于症状的性质,进而取决于对症状的看法。(……)感觉腰疼或者喉咙痛、腿疼、肌肉酸痛或者排尿困难,这些都不需要广泛的体质文化基础就知道要去就医。偶尔的不适或是担忧、去看医生的物质条件

<sup>①</sup> 塞尔日·克雷蒙,《身体的社会学用途》,刊载于《社会学研究中心学报》,第5期,1987年2月,第165—180页。



和愿望、家人的压力、对疾病和死亡的惧怕、获得正确或者错误的信息,这些可能的因素都似乎左右了到底去不去看病。<sup>①</sup>

医疗消费上的巨大差异取决于男女之间的差异:正如我们已经揭示过的,这是因为女性中这些症状的发生频率系统性地高于男性,我们已经部分地对这个现象进行了解释(劳动和生活条件、健康维护者的角色)。

这些著作关于生活方式问题的主要弱点在于定量研究限制了经验研究信息的数量,仅仅度量了一个因素存在与否,并且假设这个因素在所有的调查中的意义都是相同的。另外,由于这些结果能够体现潜在社会文化机制的作用,可以看出,是研究者自身在他们的分析和解释过程中,创造了这些意义。但是,如果我们考虑实际程序和 Related 的人在其既定的生活框架中给自己所做的事情赋予的意义,这种外部立场可以将他们置于岌岌可危的境地。在这个观察层面,如果我们想要避免做出先验的假设,就必须“从内部认识”参与各种生活方式组成的因素:只有密集的调查方式(即将直接观察和访谈结合起来,并且收集整理背景资料的民族志或社会志研究方法)才是达到这个目的合适方法。让我们澄清一下:民族志或社会志的观察并不是定制好的,以至于我们没有大量的、关于某个社群特定文化的专项研究。从目前的研究出发,我们能够得出什么结论?在生活方式和更广泛的对象社群文化当中,健康占据着什么样的地位呢?

### 3 社会群体自身文化对健康的作用

在工业化社会里,工人文化被研究得最多,对它的分析将其归为劳动与家庭文化。它首先是为了判断材料和工具状况而拥有的实际的发

<sup>①</sup> P. 阿亚什、A. 勒克莱尔和 A. 菲利普,《症状学和就医:医疗消费研究方法的立场》,《医疗社会学与人类学学报》,第 20 年,第 4 期,1980,第 179 页。



现、辨别和选择标志的知识：勒普莱(Le Play)就曾经赞许过他们过人的、工程师般的几何知识。

在技术命名上，工人文化对精确度的要求是如此的细致，能否准确地使用术语是判断行家里手最可靠的办法(……)。通过每个人的语汇，我们可以辨识出他的学习经历。每个地区、工厂往往有他们自己的词汇，通常结合了各族群多样性的贡献：地方“熟语”，也叫“俗称”，是行业里的标准用语，成为了技术员、受高等教育者和知识界专家的标准中的常用标准语。也许这些“劳动行话”的使用，就像各种规定手势，会让工人的交流，因为标准规则的制定，少一些开放通用性。但是，这些行话也给了工人标准语言所不能给予的创造性。<sup>①</sup>

这个与职业相关的知识文化伴随有另外一个论战文化。每个工地或者车间里的人要想“得到他人的尊敬”，也就是说既不受制于小工头、老资格、激进分子、阴险小人……同时也要从别人那里获得对自身能力和团结一致的承认：“工作干得漂亮”，就是要完成一件工作，同时因为成功而感到骄傲；“是个好工人”，就是要发展怀疑精神，不做顺民，也不是“好好先生”，就是说尽量做“好事”而不是徒有各种意识形态家所鼓吹的“好思想”。然而正是在这个批判怀疑论的基础上，建立起来工人的诉求文化(la culture de revendication)。

工人文化同时也是对家庭的崇拜，特殊而又专门的崇拜。首先，通过引入爱情的自由思想：自由恋爱和同居首先是对资产阶级和基督教秩序下婚姻契约的反抗，它是爱情承诺的自由宣布，除了感情不受其他约束。如果工人逐渐开始更多地结婚，而资产阶级婚姻逐步失去了对排场的讲究，这都是为了显示他们对自由相互承诺的自豪感。无论结婚与

<sup>①</sup> 米歇尔·维莱，《工人文化》，圣塞巴斯蒂安，ACL，1988，第25页。

否,工人配偶之间的两性关系遵循了兄弟、盟友、亲属间的性别重新分层:兄弟和连襟之间互助找工作,合力装修房子,交换他们之间的技术经验;妻子、姐妹、妯娌之间相互进行着对身体认识的启蒙:性快感和好吃的(尽管有时没有优质的食物)、如何控制怀孕、如何避免和治愈疾病。在家庭环境内,工人的妻子一生通常多次做临时工工作,她在家里“管钱”,打理日常花销:她可以从中获得一定的生活自主性,开展邻里间的社会交往,从中获取身心愉悦。如果工人的妻子带有孩子,孩子们通常没有什么“过去的好时光”可以怀念,未来的发展道路是开放的。

劳动文化和家庭文化拥有着共同的逻辑,特别是通过手势—符号进行“地下”学习的逻辑:因此构成了对身体一致的关系。在劳动中,一切都通过身体,就像在家庭中,一切都是物质化的:远离了工厂生活的限制和明文规定,每个人都能够充分地体味饮食口味带来的信息,就好像母亲和爱人所给的拥抱一样。尽管被置于各种经济和住房的限制当中,工人家庭至少感觉没有受到制度性权力的压力:家庭远离那些充满了建议和要求的陌生话语。<sup>①</sup>

无论是在劳动中或是在家里(其各种特殊的形式,我们还没有来得及充分描述),这种文化都完全伸向一个目的:“走出去”。这就是灵活处世办法从何而来,这是“通过增加用途的多样性达到扩大财富的艺术”。但是在贫困和不幸中,由于对明天的不确定和焦虑,必须有一种“野蛮的”清醒来勤俭持家:贫穷可以让人们团结起来对抗富人,但是在分配少得可怜的剩余的时候,贫穷却肯定能让人们离心离德。当工业流水线 and 大众消费到来的时候,工人们就知道了舒适用品能给身体带来安逸:会买便宜货、会充分享用,新的生活艺术就此立足。生活的艺术通常是借来的,它却束缚住了发明和自由:“修修弄弄”的工人文化会超越租借的标准,游走于生活艺术中间。

<sup>①</sup> 米歇尔·维莱(1988),见前注,第64—65页。

这就是保留空间的逻辑(……)资本主义逻辑是将工人集中于最小的空间,无论是在劳动还是在居住的场所。在这些狭小的空间里,数量的集中使得周边关系更加紧张。这正是集体生活的局限所在,从某些方面来讲,这保护了工人(如此多人在如此狭小的空间,他们完全可以守卫这里),也威胁着他们(如此多人挤在如此小的空间,会引起矛盾冲突)。所有的民粹主义文献都远远地赞美群体的热烘烘聚集、混杂居住之中的色情、刺鼻气味和不羁姿态的文化,在那里小市民首先将自身的拥挤“驯化”,这些并不会向我们掩饰街区被遗忘的另一面:闯入、冲突、暴力、强者当道和普遍不尊重弱者。妇女在其中受害最深,但愿她们在其中能够希望从邻里到街上、从家庭到邻里、从每个人到家庭中所有人之间能够保持一定的距离。这是教会假正经和资产阶级的可敬或者是对被萨林斯(Sahlins)称作分散的个人主义的秩序优势的简单认可?合适的距离通常是和谐相处的最好保障。<sup>①</sup>

在闲暇时,工人的文化是“苦行禁欲”的,而不是“感性”的,是偏重于身体锻炼和运动,而不是明显直白地追求感官刺激和情感的。工人文化对劳动的限制情况是熟悉的,它总是利用被稍稍禁止的小小乐趣的眩晕来麻醉破坏性的眩晕:饮酒、吸烟、开快车……为了获得“爽”的感觉,这就是生活的微醉状态,其终点就是工人的节日。它的主要特点是大混合。人们在其中混合了中意的消费、最受欢迎的商品和广告、人人爱干的布置颁奖台活动、摊位和装饰的义务劳动、人们喜欢观看或参与的游戏、人们聆听或随之起舞的音乐和哼唱的歌曲……完全没有特殊化:工人的节日将生活中变得四分五裂的东西聚合起来。

当然,这几个工人文化的特点并不是其丰富性和复杂性的完全总结:我们知道的东,特别是通过统计与经济研究所的定期调查得到的

<sup>①</sup> 米歇尔·维莱(1988),见前注,第49页。



东西，让我们想到工人文化的均质性更多地停留在表面上而不是实际层面(在第一个层面可以观察到的统一体在其他层面上分裂为亚文化人群的异质性)。<sup>①</sup>但是这足以质疑前面关于最健康的生活方式的传播问题的解释：这些方式是从社会上层“借来”的，但同时也是被“修改适用”过，以远离质疑与争论(“有取有舍”)。让一皮埃尔·卡斯特兰(Jean-Pierre Castelain)关于勒阿弗尔港码头工人的研究是拒绝某种生活方式的很好例子，这是对自己事业有信心的人们带着傲慢和蔑视的拒绝；与此同时，这些码头工人通过自身反抗应对酗酒带来的伤害，他们创造了一个尊重港口的饮酒风俗——当地的社会交往模式的组织与介入方式。<sup>②</sup>

两份工作之间或短或长的休整是改变日常生活中天天下班去港口酒馆一醉方休这一习惯的好机会。饮用酒精饮料并未使港口工人成为受害者：因为这意味着他属于一个男人的群体，属于平等交流、相互帮助的群体，这与女性的家庭空间世界正好相反，在那里，只有“健康的饮料”。在战后，当港口工人的劳动和生活条件改善的时候，当工人群体四分五裂，社会关系变得薄弱的时候，当越来越多的港口工人死于酒精所引发的疾病的时候，他们抛弃了医生、护理人员和慈善人士所建议的“酗酒—疾病”的治疗模式：这些外人强加在他们的生存条件和生活方式之上的反抗酒精的斗争方法对他们来说，就像敌对社会群体派来的特洛伊木马，要强加给他们一种他们拒绝接受的生活方式。

到了1960年左右，他们自己创立了一个“反酒精委员会”，一个港

<sup>①</sup> 尼古拉·埃尔潘、奥利维耶·朔盖、丽丽安娜·卡斯帕利昂和达尼埃尔·韦尔热，《工人的生活条件：一种工人生活模式？》，刊载于《经济与统计》，第208期，1988，第53—59页；雷诺·桑索利欧，《劳动中的身份》，巴黎，政治科学基金会出版社，1977；弗洛朗斯·韦伯，《业余劳动：工人民族志研究》，巴黎，法国国家农业研究所和高等社会科学学院出版社，1989。

<sup>②</sup> 让一皮埃尔·卡斯特兰，《生活的方式，饮酒的方式》，巴黎，Imago，1989。



口工人自己的组织,没有任何外人。当一个港口工人因为别人劝阻他不稳定的饮酒行为而拒绝与其他人交往(工友或者家人)时,其他港口工人就会认出他,并且认为他已经成为了一个“无度的酒鬼”。他这样被指认出来后,就将受到委员会中一名“港口工人治疗师”的问询,这个人也曾经有过同样的经历并且克服了酒瘾:有一位“宣告人”向酗酒者告知集体的“诊断结果”。如果他承认自己“饮酒的罪过”,他将能够通过委员会解救积极分子的联手合作而逐渐被整个港口的工人重新接纳;如果他拒绝承认错误,他的社会死亡将先于生理死亡到来。

同样地,如果认为对医生的依赖和服从是“穷人文化”的特点,这个解释有些过于仓促了。我们已经看到,工人文化为自身发展出来的完美劳动的意义和对他人劳动成果的尊重;我们也已经指出了工人的知识是多么多元、复杂和弥足珍贵,这些都给了分享知识的人某种技术意义。应该说是这种对“优秀工人”的尊敬、价值和技术效率的意识以及对所从事工作尽善尽美的追求导致了这种尊重医生的态度,一个“精通其术”的人,某种意义上是他们的同路人,不过是在他们的“身体—机器”上劳动而已:这不是一种服从,而是对一个像他们一样,懂得解释事物表象的意义、能够判断身体状况的人的信任,就像他们对材料和机器的状态能够了然于胸一样。还有一点,就是社会保险提供了就诊的费用。还有就是需要等到情况足够糟糕,才会接受“上医生那儿去浪费时间”。如果医生胆敢说教,说不定他们心中抵抗的火焰和论战的文化就会重新点燃。

这并不是说最健康生活方式的传播不存在。这里只是澄清它会通过选择和协调起到去文化背景(*l'acculturation*)的作用。<sup>①</sup>为了使一种既定存在条件下陌生的生活方式被人效仿,还需要人们将它视为一个合理的、可接受的参照物,并且接纳这种生活方式不能太昂贵,不仅仅是

<sup>①</sup> M. J. 海尔科维茨,《文化人类学基础》,巴黎, *Petite bibliothèque Payot*, 1967, 第14章,“去文化化:文化转变的进程”,第216—235页。

经济方面,也有身份平衡的考虑。一些隶属于某个阶层或者阶层小圈子的文化因素可能破坏一切可以模仿的参照物。我们有这样一个“穷人文化”特点的例子,是一个桑切斯(Sanchez)地方的孩子口述的。

“生来命里是只锅,一辈子离不开灶台子。”我听这话从我父亲、姨妈、朋友和邻居嘴里说出来不知道多少遍了!①

与之相反,意识形态可以展现一个与现有悲惨的生活方式毫不相干的“乌托邦式的”生活方式,并且证明它存在的道理。这些现有的生活方式构成了负面的典型,人们不应当效仿:从这个观点上讲,让一皮埃尔·卡斯特兰笔下“煽动无政府主义”的勒阿弗尔港口工人就是一例。

换言之,一种生活方式的传播是生活在既定生存条件中的人的相对失落导致的:这种失落感强弱与否取决于群体自身标准带来的影响,或者将注意力从与较走运的邻近群体参照对比中转移开,或者将注意力引向遥远未来种种不确定的参照物。关键在于一个社会群体(阶层、性别、代际、族群……)自身对其与他人之间距离以及他们生活方式合法性的整体的或部分的意识。菲利普·贝内通对这个问题的研究进行了梳理,指出这种意识的取得依赖于七项主要变量:不平等的广度(差距过大使人不愿意做对比);对不平等的观点模式(社会距离可以抑制知晓效应,这使得地理上的贫富混居成为可能,就像奴隶主/奴隶关系中的情况一样);不平等源泉的合法性感受(不平等和不公正的感受缩小了不平等的人之间的主观距离);不平等的不稳定性(这产生了一种差异的脆弱性感受,打开了所有的恐惧和所有的希望);不平等状况的消弭(当韦伯意义上的“地位”因素之间没有和谐一致的时候,不满足感增加,就像我们在“学历过高的求职者”案例中可以看到的那样,他们可以无休止地做临时工);不平等的人之间的距离文化(尽管生活水平接近,

① 奥斯卡·刘易斯(1963),见前注,第549页。

人们的道德观念之间的差异可能会如此之大,以至于比较无法进行);不平等的人之间的“积极”距离(特殊的相似性促进模仿行为的产生)。<sup>①</sup>我们可以补充,平等的价值可以与其他价值之间产生竞争:一些人倾向于某些不平等,比如说,旨在保持某种形式的安全。无论如何,这些不同的变量可能存在积累或相互矛盾的效果。

如果被视为合理地有益健康的生活方式在西方社会的绝大多数社会群体中传播,这种传播的节奏和强度是随情况而不同的。另外,除了有意识的地方文化的衰退(比如在殖民化时期,特别是美洲的情况)之外,没有一个“外来”生活方式是完整地接受的:实际行为可能没有改变,但是价值已经改变了,反之亦然。在通过实际行动和价值的特征来比较研究某诺曼底小村镇的新教和天主教社群时,弗朗索瓦丝·鲁(Françoise Loux)指出家庭传递下来的传统态度和由医学、兽医学以及阅读女性杂志中有关健康的专栏等带来的对现代性的开放态度并存:

传统并不意味着一成不变:并不是因为我们观察到了相对于父母生活方式的变化,就应当认为没有传承:有可能遗留下来的东西——而且通常是遗留了下来的——是一种接受某些生活条件下的价值体系的方法。(……)父母传递下来的变革中接纳的新价值和变革的词汇本身的数量是一样多的。<sup>②</sup>

因此,新的行为和/或新的价值的传播是通过不同方式实现的:人们可以完全接纳自身文化以外的某个因素;人们同样也能够保留家庭传承下来的行为,并赋予这个行为新的价值;人们接纳新的行为因为人们觉得这些行为与旧的价值贴合得更好。弗朗索瓦丝·鲁在其分析的结尾

---

① 菲利普·贝内通,《平等的失落:关于期望相对性和对不平等看法的研究》,刊载于《欧洲社会学档案》,XIX,1978,第74—140页。

② 弗朗索瓦丝·鲁(1974),见前注,第146页。



提出了一个普遍原则：一种文化不能放弃它的关键性价值，除非要自我消灭，它同样也不能够接纳会对其自身平衡系统提出质疑的行为、态度或价值。因此，新教徒，尽管他们对（“神奇的”）传统医学很敏感，但是必须拒绝朝拜圣医者：他们可以借鉴天主教关于自诩有“驱魔天赋”的人的信息（比如能够治疗烧伤），但是不能够屈身向一个圣人祷告。

在影响相对失落感的变量中，我们了解到，中间阶层最急于尽力效仿上层社会的生活方式，甚至是强调某些特点（过度遵守习俗导致的偏离正常效应，通常可以在使用语言时过多校正用词的例子中观察到）。小资产阶级文化的中心特点是它的文化善意，它通过千千万万种形式表现出来，他们用过于微小的事物来夸大自身的“大气”，并且毫无区别地对所有他们认为在文化上有益的东西表现出崇敬，然而他们却不知道，在这种价值提升的基础上，哪些是身份认定的原则。因而产生各种各样的鄙视和混淆：做出通常极不和谐的“高档选择”的顺从会受到想加入令人羡慕的上流社会的热望的刺激。

自命不凡(La prétention)也可以写作“预—张力”(pré-tension)(……)如果自命不凡迫使了小资产阶级必须进入敌对的、自命不凡态度的竞争，且使他们总是过着超越自己经济实力的生活，那么代价就是永久性地忍受压力，总是准备要爆发出攻击性，这种态度也给了小资产阶级必要的力量来汲取自己，通过各种形式来自我压榨，特别是禁欲主义和马尔萨斯论，它们是必不可少的向社会上层流动的经济和文化手段。<sup>①</sup>

但是在这个自命不凡或者预—张力的源头的变量方面，存在着力量和矛盾的多种多样的变化：对唯意志论的过分恪守和自身志向中必

<sup>①</sup> 皮埃尔·布迪厄，《区隔：评价的社会批判》，巴黎，Minuit，1979，第388—389页。



然进入精英行列的人的自我约束有着各种不同的形式。因此,在经济层面上正在没落的部分小资产阶级将自身的恪守主义和自我约束转变为一种系统性地批判一切在他们看来与旧秩序有某种断裂的事物的压制倾向:对现代主义或舒适用品的崇拜、性解放和青年同居、“摇滚”音乐世界、色彩特别夸张的和/或去性别化的时装款式……这些都被视为放任自流者对过去的抛弃;简单、严肃、应用性的劳动、秩序、考究、严谨和细致入微,这些构成了他们价值参照系和行动基准的背景。

与之相反,新的小资产阶级在代表职位、媒体节目、社会文化组织和象征性财产服务等职业中找到自己的位置,在大工业和零售集团试图推广的贷款和消费的新的潜规则之中,找到自己的理想:他们反对可悲的责任禁欲主义,因其质疑娱乐和舒适,一旦失去了矜持与谨慎,就产生负罪感,新的小资产阶级在自己身上试验享乐的责任:“娱乐”、“享受”、通过整个身体表达自我、与四面八方交流沟通……这些是以将统计曲线的“正常值”转变为正常状态的强制要求的科学普及的名义,对个人生理、心理健康进行崇拜的几个方面。<sup>①</sup>

在小资产阶级文化的两种极端形式之间,存在着行政小资产阶级(中层行政干部、技术员、办公室职员)的形态:它严格恪守的文化通常是一个强加于自身与自己人的纪律,旨在给予自己社会跃迁的最大机会;对外来的预见也同样伴随着谨慎的进步主义:尽管在精神上是严格的,但是每当它的转变(比如说人工流产的自由或者未成年人获取避孕药)成为人们能够用于向上跃迁的成功法宝时,行政小资产阶级会毫不犹豫地质疑统治思想。

小资产阶级的文化异质性至少部分地与代际差异有关,这种异质性让最健康生活方式的传播的解释模式有了新的细分:是新小资产阶

---

<sup>①</sup> 我们可以在如下著作中找到此类关于“高潮责任”的行动演示:安德烈·贝冉和米盖尔·波拉克,《性关系的理性化》,刊载于《国际社会学杂志》,LXII,1977,第105—125页。

级的亚文化，通过其对身体的忧虑以及自身通过外表表达自身成功转变为上层社会生活方式的愿望，表现出最强的对健康的欲望。与之相反，其他小资产阶级亚文化的“紧绷”的禁欲主义是否包含了一个有损于健康的紧张因素？在欧洲疾病资料与研究所(IDREM)的调查中发现的高血压和精神疾病的增长是否更多地涉及到中间阶层？如果我们拆解这个阶层，我们能否根据亚文化观察到差异呢(自然要考虑到在死亡率和疾病率建构当中发现的导致偏差的因素)？

我们的研究重点是所有结果都是针对依据统计数据重建的健康的生活方式：我们最终将假设这方面存在一种理想模式。上层社会具有合法性的文化是否包含了最优的健康生活方式呢？其中的因素是什么呢？

我们知道资产阶级文化拥有一个运用象征事物的完美艺术：生来拥有财富的人，因其有优势，可以忽视不安全因素的存在，因而远离获取、积累和储蓄的贪欲，甚至可以对此完全不感兴趣(有产者嫉妒暴政不是源自其事实需求)。重要的是通过挥金如土地卖弄财富来维系其与“同等地位家族”之间的关系，这种行为绝不会与“富足生活”和“家常随意”相混淆。与平民“直言不讳”和“大吃大喝”相反，资产阶级文化将日常生活中的各种形式——而不仅仅是“重要场合”的仪式——的设计和尊崇推向了极致。但是因其与世界的关系的天然合法性得到保障，他们的仪态和矜持则表现为自如、泰然、高雅和洒脱。

似乎三个因素能够澄清这个资产阶级文化：细节的艺术、对自我的把持或者掌握内在、日常生活的仪式化成为从私人圈子到公共圈子之间过渡的组成部分。(……)贵族——在其公共人物的“整体”表征中——极端地重视细节。但是这些细节是整体符号的组成部分，人们可以通过它们立刻辨认出一个人的身份。资产阶级的生活方式细节旨在追求低调和中性：“不求以貌惊人。”(……)这种对构成了一个人整体的细节和细微差别的重视与对自我的把持概念

是息息相关的。(……)资产阶级中的“可以这样做”,和传统上的“一直是这样做的”相等,它意味着对需要永久控制的实践行为周围所产生的文化空间的规划。(……)从学习餐桌礼仪以控制举止、胃口(如果女主人没有礼让,绝对不要自己主动添菜)、言谈(每个人都应当有机会表达),到“仪式拉力赛”,比如,人们必须学习一系列的仪式行为。餐桌礼仪(日常实践)、连续的仪式(特殊实践),它们的作用是加强一个群体之间的联系,传承思想和行为,分配角色和地位,确认一个个体的身份地位。<sup>①</sup>

无论这些最突出特点的变量是什么,都要强调这个文化持久性的来源:变化。在这门细微差别的艺术中,有捕捉和适应现代性变化的灵活度:当最高的文凭变成了加强权力地位不可或缺的手段,人们立刻就观察到了,并且做了必要的安排,让正当读书年纪的一代人获取这些文凭;在心理学和心理分析的影响下,当人们发现过多的严格恪守可能会导致有害的专制保守主义时,人们毫不犹豫地接受了弗朗索瓦丝·多勒托(Françoise Dolto)的建议;当其自身参照系边缘的态度和行为变成了大多数人强烈的愿望时,我们采取其中的一些方面,并且添加了一些形式……

换句话说,在高级住宅区居住的垄断权得到的“自己人之间”并不排斥一个很大的、对于知识分子世界的开放,特别是科学界。事实上,最新的科学发现进展非常快,资产阶级文化也异常迅速地从中获利,无论是在经济或者工业方面,还是在个人方面:资产阶级文化充满了人文理性主义,这给予了它“确信价值”(valeurs sûres)的方向:生物、医学或者流行病学证明了生活方式的危险因素之后,资产阶级就毫不犹豫地改

<sup>①</sup> 贝阿特里斯·勒维塔(Béatrice Le Witta),《没看见、不知道:资产阶级文化的民族志研究方法》,巴黎,人类科学之家出版社,1988,第81—84页。同时参见米歇尔·班松和莫尼克·班松—夏利欧,《在高尚街区》,巴黎,Seuil,1989。



变了它生活的方式。

无论我们关于阶级文化研究的综述到底有什么局限,综述的优点在于它指明了生活条件的氛围(这是研究可以认知的)、行为、态度、价值,在其中也包括了属于健康自身的各种生活方式:我们更好地理解关系体系中与健康特别相关的事情,通过关系体系,把它与结构性相关的文化因素整体相联系。但是对于阶级文化是事实的东西,对性别文化同样也是<sup>①</sup>,对代际文化<sup>②</sup>和族群文化<sup>③</sup>亦然。

这并不意味着这些文化中的每一个都是微观文化,是社会中的小社会:这些文化中没有一个自给自足的;它们之间至少是相互依赖的关系(其中一些文化受到另外一些文化的主要影响)。在1977年分析12—23岁青年受到各方面的社会化影响和状况时,让-克洛德·帕斯隆(Jean-Claude Passeron)和弗朗索瓦·德·辛利(François de Singly)指出,

---

① 从这个观点来看,丹麦有关健康的生活方式的调查着重于性别差异,包含了和我们上文阐述的德、美调查同样的局限性。参见卡特琳·迪恩,《生活方式的自我关怀组成成分:性别的重要性,态度与社会状况》,刊载于《社会科学与医学》,第29卷,第2期,1989,第137—152页。关于农村社会的女性文化,我们推荐伊冯娜·维尔蒂耶,《说话的方式,拆解的方式:洗衣女、女裁缝和厨娘》,巴黎,Gallimard,1979。据我们所知,关于城市社会没有类似的研究。

② 我们是在健康的社会选择框架下来研究代际文化问题的(见上文)。我们亦可参考《人与社会》,第111—112期,1994。有必要指出属于代际文化(但是也包括阶层和性别文化)本身的某些特点在生命的最后阶段发生了转变。参见马塞尔·德吕勒,《文化对于老化的躯体的表征与活动的效应》,收录于克洛德·克拉耐、雷蒙·弗拉斯泰、让-吕克·苏德尔(主编),《身体、文化和疗法》,图卢兹,Presses universitaires du Mirail,1993。

③ 关于西方社会族群文化分析视角及其对健康的影响,我们可以参见:阿赫迈德·安德鲁和尼克·居森,《民族划分与婴儿死亡率:近期统计证据引用支持唯物主义解释》,刊载于《健康与疾病社会学》,第15卷,第2期,1993,§健康统计数据中族群分类问题。更广泛地,可以参见下列综述文章:T. K. 欧曼,《种族、族群和阶层之间的关系》,刊载于《国际社会科学杂志》,第139期,1994,第101—113页。



在每个社会阶层的框架中,性别决定了社会化的方式。考虑到教育作用的方面多样,不能够将某一个阶层认定为最为现代主义或者最为传统主义:根据方面不同,时而是一些阶层,时而是另一些阶层倾向于保守主义而不是革新,倾向于专制主义而不是宽容,而且性别不同,立场会发生变化,因为每个社会阶层或多或少地决定了女孩和男孩的教育,而我们不能够从分析中提炼出存在有男性统治下“铁的工资规律”<sup>\*</sup>的原则:

自从人们开始使用这种方法,经验观察不仅打消了人们将性别(独立于阶层的变化)或者阶层(独立于性别的不同)作为变化原则的念头,而且通过一些在“社会空间”或“行为空间”的一端到另一端统一行动的原则,澄清了这两种变化之间的关系。<sup>①</sup>

尽管这些结论主要涉及到社会化的某些领域(与思想传统主义保持距离、保持与父母的情感独立、一般性知识的水平、关于性问题的道德评判自由主义、公共利益的表达……),人们可以假设,在所有的文化领域都是教育的主体的情况下,这些领域的范围具有普遍性:如何想象健康领域的社会化能够不在其中?因此,对有关健康的生活方式的效果分析应当认真考虑阶层、性别和族群文化交互作用给既定一代人或确定的社会历史情境带来的影响。

阿兰·舍努(Alain Chenu)正是打算做这样一次尝试,他对法国1906—1980年之间的死亡率进行了研究。他的社会历史学时期界定是基于男女在出生时期望寿命差异的浮动变化做出的:直到1950年,这

---

\* 铁的工资规律(Loi d'airain)是拉萨尔关于资本主义制度下工人的工资被限制在最低生活费的理论。——译注

① 让-克洛德·帕斯隆、弗朗索瓦·德·辛利,《差异中的差异:阶层社会化和性别社会化》,刊载于《法国政治科学杂志》,第34卷,第1期,1984,第74页。

之间的差距拉大了一倍(从 2.4 岁到 5.7 岁),然而从 1950 年到大约 1977 年,这个差距拉大的节奏不断加速(在 27 年间,这个差距扩大到 8.1 岁),而后重新稳定下来。对于每个时期,这位社会学家都努力分析左右阶层和性别社会差异的各种具体进程,他将这些进程分为三大类:与身体的关系(包括教育、医学知识的传播、卫生、获得医疗体系的救助)、劳动与生活条件(包括技术能力以及与环境的关系)和对健康具有直接(自杀)或间接(酗酒、吸烟……)破坏效应的行为。

让我们直入他的结论。在第一个时期当中,使用非注册的欣快药和兴奋剂来治疗,使得人们,至少对许多经济上处于被统治地位的人,能够最优地管理他们的被统治经历和阳刚力量所促使的理想之间的差距。这种对男性身份确认的“支持”回避了男性必须向他人和自己承认其自身部分地没有能力维持这个身份标准这一事实,但是鉴于酒精和烟草的毒性,男性将付出期望寿命缩短的代价。在最后一个时期,随着经济第三产业化和女性就业的腾飞,男性开始参与家务劳动,女性更多地从事领薪职业活动。这种转变对老的身份模式提出了质疑:

(……)我们注意到某个非常状态的出现,其中女性通过在家庭圈子以外从事有偿职业活动,获得了新的身份资源,这种经济上的解放工具如果说不是针对她们的雇主的,至少是相对于她们可能的配偶的,女性在整体上似乎比男性更能够在思想上“顺受”这一变化。相反地,家庭妇女忍受着社会歧视,这一点通过她们相对于其他妇女人群的高死亡率就可见一斑。在从事行政性工作的领薪妇女中,在长寿方面,女职员与女工之间的差距基本重复了(……)因为劳动损耗、医疗知识、就医条件的不平等所引起的差距。但是在女性干部中,工作强度超过了其他女性,这与过去女性的形象是矛盾的。(……)女性干部比女职员寿命短这一死亡率统

计数据似乎在佐证：这是与[统治文化的专断性]斗争的代价。<sup>①</sup>

这是一次困难而复杂的探索，困难是因为复杂，在这次关于生活方式及其对健康的影响探索的终点，似乎由社会流行病学所发现并视为“风险因素”的各种态度和行为，包括进了许多更加广泛的，与个别生存条件紧密相连，但有可能包含态度、价值以及与传统相左的标准（只要和体系“核心”不发生正面冲突，而且只要让它们为能够适应其他组成因素而进行转变就可以）的象征性体系。然而不止一次，我们必须面对这些分析的双重局限：由于缺少一个精密的方法，提出含义超出相关人群的解释总是有风险的；这些变化的可理解性缩减为象征结构因素及其功能移位的游戏，人们却不能从中看到其“原动力”。这就迫使我们回到我们曾经临时将行动和行动者视野暂放其中的理论十字路口。

---

<sup>①</sup> 阿兰·舍努，《法国的性别与死亡率，1906—1980》，刊载于《法国社会学杂志》，第XXIX卷，第2期，1988，第321—322页。关于女干部的女性身份问题，参见雅克琳·于贝尔—劳费尔，《女性特征中性化？企业中的女干部》，巴黎，Flammarion，1982。

## 第六章

# 行动者面对健康

到目前为止,我们的目光变得比较清晰,从社会结构转移到社会行动者身上,这需把视角倒置:直到现在,我们一直寻求确定在何种程度上,态度和行为与生活方式相关联,而这些生活方式又必须植根于某个特定的社会地位当中;相反地,转而研究个体的行动能力意味着他们制度化的地位(在涂尔干社会学而不是法律意义上)是他们行动的产物,这些行动又取决于个体的意愿和计划:

(……)如果说社会现象永远是个体行动的产物,那么这些行动必然处于一个情境当中,而这个情境是有结构的:只有通过行动来理解这些结构,而行动又必须通过结构来理解。<sup>①</sup>

如果对于个人而言,所有结构构成一个社会制约的整体,它具体地划出了一个可能的范围,而人们不可能先验地知道哪些制约将被保留下来:这些制约划分了可能与不可能的界限,但是制约不了决策和行动

<sup>①</sup> 雷蒙·布东,引言。齐美尔的“历史哲学问题”:历史学和社会科学中客观性的理论,收于格奥尔格·齐美尔主编,《历史哲学问题》,巴黎,法国大学出版社,1984,第11页。



的事实；制约的重要性和冲击来自于它们与行动及意愿之间的关系。因此，对一个没有打算去看医生的个体而言，谈论有钱没有钱是没有意义的。重新借用韦伯的话，存在（或生活机遇）的客观视野决定了哪些生活行为是可能的，但是是行动者自己在这些可能的行动中选择他们将要实施的行动。相反地，如果个体的意愿和他们执行的行动是一致的，那么将产生一个和谐的效果，这会体现为一个宏观现象：如果，尽管经济上拮据，个体认为他们应当首先保护身体健康，他们会倾向于限制其他方面的消费，而去看医生，这在整体上会导致医疗支出的增加。

这种聚焦于个体及其意识状态的做法不会导致任何的分散状况（atomisme），因为，一方面，对它的理解是在一个结构化的环境下进行的，另一方面，个体可能不是一个自然人：家族群体或者某些个体组成的群体，在处于同样情况下的时候，可以形成这样的一种个体性（une individualité）（从方法论的角度而言）。无论何种情况，关键问题在于了解动员、意识的状态、决定参与到某个既定活动或者某类活动当中去的计划；但是动机和附着于某个进程的意义是不可见的：如何能够理解它们呢？

对这个问题有几类回答，同时证明了这又是一个理论的十字路口。第一个可能性是通过筹划重建意识的内容：当行动拥有了充分的理由，无论这些行动是否可以预见，它都是可以理解的。这种动机的重建并不针对现实主义：它并不奢望，即便是以简化的方法，忠实地反映潜在认知过程的真实性。就像齐美尔所说的，这是一个抽象的或契约式的心理。由此，对理性行动理论（Rational Action Theory）的拥戴者们而言，这个契约式的心理是理性人的心理，尽管关于理性本质的争论始终没有结束。雷蒙·布东（Raymond Boudon）将这个概念作了一个巨大的延伸，同时采用了古典经济学功利主义的模式作为指导性参照：

一种信仰、一个神话、一个“理论”永远是一些根据具体情况，

被社会行动者根据他们对自己环境的理解和解释方法而发展出来或者被接受的解释。从这个意义上,我们可以说这些解释是“理性的”,尽管它们可能对匆匆而过或者立场鲜明的观察者来说显得“不理性”。这一点被涂尔干在他的《基本形式》一书中证明得清清楚楚:他写道,宗教与科学的区别是程度上的,而不是本质上的。两者都应当被社会行动者所做的努力重新诠释,以求得到有效的行动指导。结果是,神话和信仰应当被视为一些适应了多变结构的答案,就是说从根本上是理性的。<sup>①</sup>

确定一个行动的理性程度的困难对于一些与健康相关的行为而言是明显的,比如吸烟或者过度饮酒。情境的结构是完全模棱两可的,因为可能的行为(吸不吸烟,饮不饮酒)在时间上会有完全相反的结果:哪个才是最理性的,及时行乐还是长此以往所冒的风险?同样地,就一个危险工作而言,什么才是最理性的,离开这个岗位保全未来健康,就要冒长期失业的风险(这对健康的影响也不是正面的),还是继续这份危险的工作,从而保证目前的生存条件,却可能会减寿?还有:上班去最好是开车呢(从理性的角度上讲),这会增加交通事故的风险,而减少花在路上的时间,还是乘坐拥挤的公交,线路复杂漫长,增加了疲劳,减少了安宁平静的休息时间,而休息对生理平衡的恢复是必不可少的?我们可以举出很多生存情境的例子,这些情境对个体来说都很难做出“理性”的选择,也就是说最贴近他们的喜好或者价值观的选择,特别是关于健康的选择。

然而,心理的契约模式对于理解西方国家健康系统危机还是有用的。因为社会保障体系覆盖广、开放性强,医疗护理职业的工作效率越

---

<sup>①</sup> 词条:《理性》(Rationalité),收录于雷蒙·布东和弗朗索瓦·布里高编写,《社会学批判词典》,巴黎,法国大学出版社,1982,第452页。

来越高,行动者越来越多、越来越经常地求助于医疗体系是完全合乎理性的。但是接受治疗的人数要多于被治愈的人数,这使得医疗支出大大增加,而效率(公开的标准是治愈)却没有同样随之提高,而个体的失落感增加(对于一种“自吹自擂”、花钱如流水的医学失去了信任,大加批评)。随着医疗体系变得严格,对效能的评价也变得严格,理性行动者将要越来越少地使用效果不确定的治疗,以至于失败者的数量减少(从治愈的角度讲),整体花费下降。

由此,随着[治愈]希望的传播,整体失落感的比例不一定下降:提供机会的增加可能引起行动者及其求医行为的希望大大增加,从而增加失望的人数。<sup>①</sup>

作为契约心理,理性人的模式提供了一个行动动机的建构透明度,但不能妄称拥有美国理性行为理论学者们赋予它的普适性:这个行动者没有年龄,没有代际归属,没有性别……而且他和卡尔·马克思在其《论德意志意识形态》一文中所嘲讽的“处于孤立、完全僵化状态的人”中的某一个出奇地相似。像热罗姆·达维斯(Jérôme Davis)或者皮特·沃尔斯利(Peter Worsley)这样的人类学家指出,最贴近这种(重新)建构的情境是超级市场中的消费者:他通常是个体的行动者(agent)(即使也存在家庭购物的模式),受制于通过媒体传播的消费文化,他可以在诸多选择中做出一些即刻的比较,他的决策来自于单一性的标准;但是我们是否能够将商场的范式拓展到整个社会呢,将其视为一个巨大的咖啡厅或者一场放大的《大富翁》游戏?<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 菲利普·贝内通(1978),见前注,第101页。在这一段里,作者重提雷蒙·布东的一篇文章《相对失望的逻辑》,刊载于《欧洲社会学档案》,XVIII,1977,第3—26页。在括号当中,我们将原用的统称词汇替换为一个更合适的词。

<sup>②</sup> 洛伊克·J. D. 瓦冈、克莱格·雅克森·卡鲁恩(1989),见前注,第52—54页。



的确,格奥尔格·齐美尔从来没有设想过契约心理这一概念,重建这一心理是为了定位个体行动的动机,就像布东所指出的,这些动机似乎都来自于同一个模式。还应当指出的是,所有的“抽象心理”都是来自于旨在分析的、学者的建构:学者对行动者在日常多元化的情境下的实践逻辑到底了解多少呢?阿尔弗雷德·舒茨(Alfred Schutz)将此称为“共识的理性”(rationalité de sens commun),他指出,共识理性和科学理性共用了分类的过程(*la procédure de typification*)。无论重建动机是什么,都是在对单一行为的观察的基础上进行,它的风险是成为研究者的种族中心主义(*l'ethnocentrisme*)的囚徒:这是所有简化到只分析变量的社会学研究的陷阱,研究者通过自己认为“理性的”或“逻辑的”解释进行和谐的重组。因此,多样化的分析使得变量模式的“类型”或阶层得以建立:为了给每一个由此产生的阶层定名,学者轻易地将阶层定名于它们主要的特征,其中包含的个体便由此隶属于某个“主流”意义的世界;通过人为建构的含义给一些个体相对一致的命名,然而许多其他的变量却不同于此属性。象征互动主义(*l'interactionnisme symbolique*)特别注意指出对变量分析和诠释的缺陷:在发表于1950年的一篇文章中,赫伯特·布拉莫(Herbert Blumer)试图作出一个系统性的批判总结。<sup>①</sup>

首先,对变量的选择是根据一个理论传统上的使用或要求提出的,却没有考虑这种选择行为忽视了伴随着对保留变量而来的(必要的)缩减假设的性质,这一点经常是比较显著的:我们曾经有机会指出,由于对调查的经验研究领域不够熟悉,人们会忽略左右健康的非常重要的方面(比如在强调生态环境变量的同时,忽略了对劳动条件的描述性变量)。接下来,与学院研究中对这些变量的分析所假设的相反,应当承认我们并没有一般性的变量,就是说没有能够代表独立于历史时期或者既定文化背景的理论类别的变量:我们指出了年龄、性别、死亡率等这

<sup>①</sup> 赫伯特·布拉莫,《社会学分析与“变量”》,刊载于《美国社会学评论》,第21卷,第6期,1956,第683—690页。



些看起来具有一般性的特点,在使用它们的时候,都是根据它们的建构和应用模式“当场并即刻”改变的。最后,作为具有一个历史时期和既定地方社会特点的结果,还必须要了解背景:严格意义上的变量分析不能够提供这个层面上的理解。

这三个变量分析的主要局限将我们带回主题:如果说社会生活的进行必须通过一些包含了个体赖以决策其行动方向的意愿、定义、解释的进程而实现,这类分析便将其忽视了,除非将其留给假设的、学者的“全知全能”。这大大地依赖于一个前提假设,即现行象征进程是由社会结构之中的社会关系游戏预先确定好的,或者存在着一种非普适的理性,可以应用到同类情况之中。我们曾经指出,事情并不总是如此:比如身体的敏感性和症状的解释不能够给某个社会阶层或者性别阶层特殊的体质文化作参考。在与生活条件和行为相联的经验中,存在着定义和解释的进程,它们并不必然和自然地来自于其自我实现的框架。同样的,我们指出了,存在着多种“模棱两可”的情境,以至于完全不可能适用独一的理性标准。应当屈服于事实:没有一个对象、事件或者情境会将自身的意义主动表达出来;意义是个体根据自己的情感和理性赋予它们的。

也许存在许多能够以同样方式解释的情境,因为已经存在一个建构好的、能够应用于它们的涵义。当诠释达到了稳定和复现——阿尔弗雷德·舒茨称之为世界的可分类性(*la typicalité du monde*)<sup>①</sup>——变量的分析很有可能在有保障的地方进行。虽说分析给意义稳定的变量之间建立了联系,但这并不意味着这种关系就是自然而然和一成不变的:以一种方式定义下来的东西可以用另一种方式重新定义(正如我们根据弗朗索瓦丝·鲁的研究所指出的,个体能够保留过去的行为方式,并赋予它新的价值,或者保留他们的传统却改变行为方式)。在所有这些情

<sup>①</sup> 阿尔弗雷德·舒茨,《研究者与日常问题:社会科学的现象学》,巴黎,Meridiens-Klincksieck,1987,第12—34页。

况中,诠释方法的确定,只有通过经验研究检验意义是如何被建构的,就是说,只有通过走进人的生活,通过他们的眼睛来观察,并抓住以他们的理解方式获得的经验。

从这个观点来说,使用“建构意义”作为“中介”变量是错误的,将他们的统计处理方法放置于一个所谓“唯物主义”的理论模式中的分析家们这样做的企图也是错误的:诠释是一个建构的过程,这个建构会产生某种意义,而这个象征性工作也不是简单地将“客观”生存条件进行誊写或者嫁接的工作;应该更多地是他们的可能性不大的、不确定的、迷茫和复杂的翻译工作。这种观点被推到极端,就是将对变量的分析变为博物馆中的一件展品:人们会忘记社会上存在着生活的不同领域,其中的诠释过程临时地稳定下来。因此,只要不忘记它的局限性,变量分析还是保留着它所有的合理性的。

对变量分析的批判开启了另一种回答问题的可能性:行动者在他们完成了行动的时候,如何理解“目的性意义”(sens visé)? 这种可能是从象征互动主义和现象—逻辑社会学发展出来的:它们的理论特点之一是假设在“理性人”的模式中,存在“理智的”人类的视野(*la perspective d'êtres humains "sensés"*)。

(……)理智的意识,无论是关于行动者或诠释的意识,都和一种简单的、由感官接受者确定的代表行为(就像动物或者控制论中的机器)大不相同,因为理智的意识只有在思考和情感的地平线上才能产生,在这里被观察的事物可以被视为在语义学上可描述、可定性的(无论是否采用命题的形式)。很明显,我们不总是有意识和理智的动物,如果我们否认世界上的人经常是纯粹的动物性的或者控制论主义的,这也是不对的。但是,为了成为理智的人(然而我们有时也是理智的人),如果还没达到理性的人的话,我们应当至少获得关于我们行动或非行动的、过去和现在或者未来的、语义学

属性上的意识。(……)既然只有通过无论成形与否的语义学属性来理解事物,我们看到对他人的理解的可能性完全存在于允许我们中的每个人在他人的世界都清醒地生活的语义资源群体之中。<sup>①</sup>

为了通过他人来理解实现的行动的动机或意图,完全不需要契约心理学:由于没有某种直接进入其他意识的办法,我们总是可以进行“一些语义学上的测试”,就是说,正如帕特里克·法罗(Patrick Pharo)所做的,将“共同涵义联系起来”并且“通过共同涵义中的个别关联”推论出意图。通过意思表达的和谐与不和谐,可以看到一个意图的线条:理解变成了寻找选出的象征表达的共同涵义和用于获取信息的描述之间的一致性。

在一个电视节目中,主持人询问一位女性“性骚扰”受害者,提出如下问题:“我们不会询问细节,因为这很肮脏而且不是我们的目的,但是到底发生了什么?”这个访谈是在一个美国相关主题的报道之后播出,这个报道指出这场官司过后,产生了企业中男女关系的纷扰,有鉴于此,我们可以认为这个主持人想体现出法国案例的不同。但是他的话激发了对未详尽之处的细节探究,这需要进行另一番解释。鉴于在那个场合下,谨慎类别和好奇类别的概念局限是如此之强,我们可以假设他想获得“社交场合放荡言行”的动机。主持人对此意识很强,他感到必须要否认这一点:“我的意思不是要知道放荡的言行”。<sup>②</sup>更广泛地说,每次反驳所使用言辞的类别,都需要寻找一个与明确表达出来的意义不同的意义。

---

<sup>①</sup> 帕特里克·法罗,《行动的意义与他人的理解》,巴黎,L'Harmattan,1993,第9—10页。这种理智人类的理论化过程可以与雷蒙·勒德吕的“存在的情感”概念相提并论:“属于某个文明的‘存在的情感’只是各个相连的领域中社会经验的区分原则”(《隐藏的革命》,巴黎,Casterman,1979,第80页)。

<sup>②</sup> 这是帕特里克·法罗所举的例子(1993),见前注,第251—252页。



当赫伯特·布拉莫在米德(Mead)对“自我”的分析的基础上建立象征互动主义时<sup>①</sup>,提出了一个类似的立场。我们中每一个人能够与自己生气、跟自己辩论、自忖应不应当做某事、给自己打气、为自己建立行动计划……见证了这种拥有意识的自我能力,就是说给自己关于周围环境的指示,这是一些很有必要考虑的指示,以便自己在世界中定位与行动(或者不行动)。个体不会直接以刺激—反应的方式回应世界(对象、他人和他人行动的世界):除了行动—反射的情况,存在着象征物的媒介。

然而,社会学没有被带回到心理学或者社会心理学。一方面,象征物——帕特里克·法罗的、立足于语言分析哲学(*la philosophie analytique du langage*)和民族方法论(*l'ethnométhodologie*)的现象学理论化被缩小为一个语义学——是不可以缩减为个体特殊的意识经验的:相反,象征物是被社会广泛接受的,交流与沟通因此成为可能。如果每个经验与他的象征性表达都是严格意义上个别的,就不可能有“达成一致”的时候,就是说分配给出现的事物一个公认的象征含义。这就是理智个体在共同的、其他个体也能够理解其涵义的象征性空间框架中行动和表达的事实。另一方面,所有的行动,而且可能还有其表达,语言的或者非语言的,在社会背景中都拥有一席之地,就是说,即使在(涂尔干意义上的)制度框架中,这个框架是先前行动及其意义的“沉积”产物(我们称之为一个群体或一个社会的历史),也是在一个互动形态之下,在这个互动中,每个个体都考虑到他人的所作所为或者意图。

满足于行动的意义及其背景并不是说社会学的优先对象是话语、沟通和象征化:行动、互动和它们的含义同样也产生了社会空间和社会关系,即社会秩序。怎么实现的呢?通过分裂为多个可界定的“微观圈子”(le micromonde)的“社会圈子”(le monde social)的多元性之间的交

<sup>①</sup> 赫伯特·布拉莫,《作为象征性互动的社会》,收录于阿尔诺·M. 若泽(主编),《人类行为与社会进程:交互作用的研究方法》,伦敦,Routledge and Kegan Paul,1962,第179—192页。



融实现。一个社会圈子是一个相互合作的行动者的集合,旨在完成一个特殊的行动。安塞姆·施特劳斯(Anselm Strauss)<sup>①</sup>给每个社会圈子定义了四个维度:它是围绕着一个初级活动(une activité primaire)组成的,其他人也可以被联结到这个活动中来(职业活动:治疗、研究等等;智力娱乐活动:读书、去剧院等等;政治活动:宣传活动、集会活动等等;简言之各种特殊的活动领域);这个活动(和可能与之相联的其他活动)在一个或多个地点进行,那是一些比较成形的、划定的空间;活动的完成总是需要技术,哪怕只是身体的技术;还有,活动的组织,或是通过临时劳动的分工(开始的时候),或是通过多少有些复杂的结合形式实现的。

还应该补充,一个社会圈子从来不是静止的:它的每一个组成部分都置身于一些进程之中:找到一个地点,确定它的边界,将边界扩大……学习技能、改变一项技术、革新……将组织扩大、控制它、保卫它……所有这些都通过各种行动与互动进行:局限、学习、操纵、力量、冲突……还有谈判,就是说假设涵义和理解的一些进程。让我们排除这个理论视角的一个错误解释:互动并不意味着意见一致。

正相反,让我们提醒一下,我们要展现的是个体的或集体的,共识的或矛盾的行动方式,而行动者自身应当考虑先前行动结果的方式,而这种同化或者评价自身发生在结构条件之下,而这些结构条件可以与先前谈判的进程以及行动的情愿或者不情愿的结果搭上关系。<sup>②</sup>

---

① 安塞姆·L. 施特劳斯,《社会圈子意义上的视野》,收录于安塞姆·L. 施特劳斯著(伊莎贝尔·巴赞热收集和介绍),《谈判的网络结构:定性研究社会学与互动论》,巴黎, L'Harmattan, 1992,第 269—282 页。

② 伊莎贝尔·巴赞热,《一个美国互动论者的研究》,收录于安塞姆·L. 施特劳斯(1992),见前注,第 48 页。

将社会秩序认为是社会圈子(集邮爱好者、摇滚乐爱好者、酒杯收藏者、天主教徒、病友、医生同行)多元性的交错并不排斥社会空间根据阶层、性别、代际和族群对结构的作用:一些社会圈子和社会地位相联系,而另一些可以穿越各个阶层。文化或者生活方式的传播问题在这里找到了一个新的理解视角。但是关键是针对社会结构的社会学建构应当考虑到行动者为其地位的各种不同方面(性别的、代际的、族群的、阶层的)所赋予的意义。

法国国家统计与经济研究所的学者建立了新的职业与社会阶层分类,他们已经指出了这些阶层分类的许多“客观”特点与相关人给出的涵义和描述是很难分开的,而且对阶层的描述构建了一个社会关键,因为在社会金字塔中的地位可能会有承认或者贬值的效应。<sup>①</sup>这是否就是说社会阶层和它们在经验研究中的对应指数只是描述者的主观经验呢?当然不是,因为这样的诠释会遇到我们从社会分层中获得的经验研究证据:对“中国游戏”<sup>②</sup>的分析(该游戏是给一些既定的人物角色分配东西,如属于政客的东西有几棵树、某牌子的汽车、某种家具、某种发型等)指出个体所做的这些分配不是随机的,而尽管每个个体的最终目的不同,他们所用的排序方式几乎一样。换句话说,分层排序并不仅仅是学者意识中的东西:它也是使用同样的象征性资源来表达所观察到的事实的个人意识中的东西。

在这个进程的源头,必须要在某些既定的背景下针对互动的同伴来确定自己的位置:每次情境要求对自身相对于其他人的位置做出评价,个体都要对他们的“社会位置”(leur place social)作出归类(catégorisation)。当然,对这个位置的表达和描述根据人们身处的情境

<sup>①</sup> 阿兰·德罗希埃、阿兰·古瓦和洛朗·泰福诺,《统计工作中的社会身份:新的职业和职业阶层分类》,刊载于《经济与统计》,第152期,1983,第55—81页。

<sup>②</sup> 皮埃尔·布迪厄,《中国游戏:关于判断问题的社会批判笔记》,刊载于《社会科学研究年鉴》,第4期,1976,第91—101页。

而变化,如身处劳动场所、试图开展爱情攻势或者正在帮助孩子做作业。另外,个体将一些“真实”行动(actions “authentiques”)(根据象征互动主义自己的词汇)附着在这个“位置”上,就是说建立在权利和义务之上的合法行为:因此在劳动的社会圈子里,占据一个位置是不可能被缩减为一个仅仅涉及到职业活动的职位的;所占据的位置必然带来某些盟友关系(甚至是敌对关系),而这些关系的完成意味着规则的执行。<sup>①</sup>

这长长的弯路将我们和如何理解社会惰性对健康问题的支配这个议题暂时分开:但它已经指出,不仅健康的多种情况缩减为环境的“客观”因素(通过态度、行为和生活方式研究的方法已经告诉我们),而且将其视为唯一的物质和社会背景来理解人保护、改善或毁坏健康的行为,这样做是多么的简单化。因此,劳动场所不仅仅是个体可能被置于危险物品和事故风险之下,并且被迫达到一定生产效率的时空框架:它也是个体将自己的、真实或想象的疾病搬上生活舞台的地方,就是说,在他人面前或者隐藏或者展示自己的疾病,他谈论或者闭口不谈,承认或者否认,轻描淡写或者夸大其词,而所有这些都是为了让他的同事,有可能的话还有他的上司,了解他想让他们了解的事情。

## 1 劳动氛围里的健康:互动行为与直面的能力

我们了解关于旷工的社会争论:雇主和高级管理人员立即将这种行为指责为过分的行为,并且抱怨在劳动中缺乏长效的勤勉情绪;相反,员工工会视其为糟糕的劳动条件和体力透支的结果,但也是由于缺乏更加人性化的组织,导致对劳动缺乏兴趣的表现,有时候也是车间或办公室、企业或部门内部社会小环境恶化的结果。社会伙伴之间的分歧

---

<sup>①</sup> 帕特里克·法罗,《劳动与社会布局》,刊载于《劳动社会学》,第 XXVIII 卷,第 2 期,1986,第 155 页。



无处不在,以至于对于旷工的定义极端多样。1979年4月26日,法国劳动部所做的、旨在测量一个参照日中旷工比率的调查给出的定义是:注册人员中未到岗人数所占比例(它的缺点在于包含了已知和可以预见的缺席:假期、企业外培训实习、带薪产假等)。当时平均旷工率为注册职工的5.8%,工人(7.3%)与非工人(4.1%)之间的差距很大,男性(5.1%)和女性(5.9%)之间的差距不大。<sup>①</sup>

在这样一个背景下,我们理解了,作为损害个体完成活动能力的疾病在劳动场所的互动中构成了一个关键问题:疾病是真实还是想象的?医生的证明是否是承认疾病的绝对标准?它对劳动的日常组织和事业的影响是什么?等等。尼古拉·多迪耶(Nicolas Dodier)的研究<sup>②</sup>阐明了企业或者部门中对疾病赋予意义的斗争,这场斗争是通过个体的策略进行的,围绕的是标签的分配:在上级看来,病休是万不得已,也可能是让人瞧不起的原因,这对于同事或者对于领导都一样。这场斗争是怎样进行的呢?哪些背景因素影响了它的进行?它的结果是什么?

在此进程的源头,有一个自我定义标签的过程:感觉到某个状态,个体给它划分一个标签,这导致和其他对这个所谓疾病事实(特别是真实性和严重性)持不同观点者的诠释产生冲突。这到底是“正儿八经的大病”、“真的得了病”、“小磕小碰”还是“小病”?甚至难道我们不能很严肃地说一个人“半病了”吗?一致与冲突取决于在两个不同轴线上的状态评价:疾病的可见性及其对继续劳动的影响。根据可见性原则,就是说根据疾病是显而易见还是含糊不清决定了得病的个体是否能在得病的真实性上说服他人:身体上的直接迹象(脸色不好、失音声哑……)、行动上(咳嗽、步态蹒跚……),还有根据言谈(详细叙述、肯定、否认),

<sup>①</sup> 伊夫·德塔普,《旷工》,《社会数据》,巴黎,法国国家统计与经济研究所,1984,第155和157页。

<sup>②</sup> 尼古拉·多迪耶,《疾病与劳动场所》,刊载于《法国社会学杂志》,第XXIV卷,第2期,1983,第255—270页。



这些都是表露病态的人能够操纵的；然而，个体不在场的时候，就不能控制或至少影响他人对医生证明上所开列的非直接迹象的诠释。第二条轴线根据职业活动的实际条件将身体的可能和极限牵扯了进来：这里是要确定疾病的属性是否使得个体不再能够完成职业活动，就是说将疾病分为“必须休息”（无法继续工作）和“轻微的”（个体虽然生病，但是可以继续工作）。

这种“疾病”意义的分配是个体在既定状态下所要求的，也是被同事和上司或多或少认可的，它根据劳动条件作出，特别是劳动时长、劳动强度和执行任务的种类：在其中一个极端，人们对劳动的执行有持久的监控（预见最低休息时间）；另一个极端，劳动监督是断续的（只要在规定时间内完成工作）。这些条件在工作场所创造了怀疑或信任的气氛，以至于在直接或间接的疾病迹象和要求的标签之间建立起关联以前，对声称生病的个体会产生有利或者不利的预判。其他员工所做的先验的诠释左右着判断，但是其他标准也逐渐被考虑进来。当劳动监控是连续和直接的时，评判会根据一个“病体积累”进行自我调适：个体有休病假自由，如果他愿意，而且在不太过分的情况下（如果病休的日子和长度过长，就会产生怀疑）；断续监控互动模式下，“疾病积累”变为了主要标准：因为一定量和一定类型的工作必须在一定时间内完成，问题在于要了解“过多的”疾病会不会妨碍工作的完成。这两个标准，如果根据互动模式可以独立适用，它们也可以同时被使用：

这两个互动模式之间的联结，在一些较轻疾病发生的时候更容易观察到，个体及其上级都要选择不开医生证明的一两天的病休，或者开病休证明，但是休息时间会更长（一般为一周）。这个选择可以被解释为自由主义互动模式（个体只休息两天，但是对疾病的事实没有任何合法保证）和“断续”互动模式（个体提供医生证明，他可以休息更长时间，但是从法律角度上讲，这个证明可以防

止钻空子)。<sup>①</sup>

这一对标准被个体用来确定他自身面对潜在要求的行动界限,并且根据他过去对某些疾病规律的经验来建立他自身的平衡。要建立的平衡并不是通过协议一劳永逸地获得:它是跟同事和上级互动的脆弱的结果,这让他能够对(大致上)可预见的生物事件(健康问题)及其处理方式(比如在劳动场所睡一下恢复体力)进行某些管理(当然这里说的是部分地管理)。当出现了对病休积累和疾病积累的超越,来自互动的评论是过分的:平衡被打破,矛盾公开化。

打破平衡和冲突开始并不必然和疾病的“事实”联系在一起:在互动的过程中,“疾病”标签可以被用作借口来证明其他来由先于疾病的冲突带来的判断和行为。因此,疾病的关键问题大大超出了它的存在和真实性:它是建立个体“道德地位”的手段之一,就是说评价他的行动和规范劳动场所关系的局部参照标准整体之间的一致性程度。然而,个体“道德地位”不仅仅对他的人际关系产生影响:它也通过得到升迁与否、更换职位甚至是被辞退对正式层面产生影响。

与此同时,对于工作的人来说,不可能将他健康状况的完全彻底的事实和病休的需要和长度对医生和盘托出:这构成了一个问题的关键,个体必须最好地管理互动,保护自己的“道德地位”,使之不会对自己继续在各种社会圈子里活动形成不利影响。总之,正式规定赋予了由医生签署的病休证明的合法性,但是它并没有对这个“道德地位”构成一个系统性的保障:它“客观—合法”的特点不足以排除模糊性和疑虑,这些模糊和疑虑一旦产生,就将让个体失去信誉,就是说降低他的“道德地位”。

从这些互动机制的角度看,个体可以回避立即“就医”,但是也冒着

---

<sup>①</sup> 尼古拉·多迪耶(1983),见前注,第263页。

以后患上更加不利的后遗症的风险。但是我们指出了,先验积极的诠释来自于信任的氛围,并且承认个体有一般合法性。然而这两个方面是与工作条件相联系的,自制最低的领薪员工一般在完成任务时受到最直接、最连续的控制。这里隐藏着与劳动相关的死亡率和疾病率差异的原动力之一。

如果我们将抵抗行为视为影响、宽容或缩小被解释为环境压力苛求的东西的手段,而不是个性特点的表达,那么围绕“面对的能力”(复制行为)概念、“抵抗”概念发展起来的研究流派就能够在这里找到它全部的影响和合理性。<sup>①</sup>因此,假设劳动条件强加给领薪员工一种服从的态度,这种服从往往会变为反抗的暴力反映,假设通过组织强加的限制会内化或者由员工承受,我们反对这两个假设,我们可以展现出既定的上级和组织框架的要求被员工以个体和集体方式重新解释,并将其最初的工具性初衷加以改变。

这并不是要否认生产标准对一个车间或部门的个人真实活动的影响。我们要看到这些标准(它们也是劳动制约的一方面)的象征性重建使得我们能够把它和它的工具理性部分地分离开:在这种理性中员工并不处于一个被动顺从的地位;他们打造的其他涵义,与领导层规划中的涵义产生竞争,改变其初衷,将他们的活动引向其他方向:

重新使用哈贝马斯用过的一个区分,我们可以说社会知识的作用是将劳动——被理解为相对于一个目的采取的理性行动,和一个互动,或交流活动,或者换句话说,和一个社会关系网络扯上关系,劳动局限在其中被重新诠释、被相对化。这里说的是一个转意(……)但是这个转意并不必然带有社会斗争和极端争论可能赋

<sup>①</sup> 弗朗斯·科恩、李察·S. 拉札鲁斯,《健康与疾病复制和适应性为》,收录于大卫·梅卡尼克(主编),《健康手册,健康护理和健康行业》,纽约,The Free Press,1982,第608—635页。

予它的戏剧性特点。<sup>①</sup>

因为这些劳动活动占据了完成劳动的人太多的时间，他们不可能对劳动失去兴趣；正相反，为了给他们的存在赋予意义，他们将劳动的工具性目的转变为道德和公民责任感：道德方面，重新诠释生产活动中的技术要求，将其重新诠释为一个属于群体自身的劳动的局部标准体系（对影响作用的时间的关注、操作执行中的自主性、与领导谈判以求获得尊重……）；公民方面，将生产的要求重新纳入社会交往并衔接在局部集体的整体规则——而不是企业组织的集体纪律——之中（对自己地域的保卫、旨在重新赋予一些行为象征性意义的集体娱乐活动、重新组织劳动程序，将劳动者之间的操作衔接得更好、反对专制主义，团结一致……）。关键问题是将劳动标准分为两类，将生产关键问题转移到生活关键问题当中。很明显，互动的时间与背景能够阻止这些倾向变为抵抗行为：面对的能力更多地取决于互动的情境，特别是劳动条件，而不是个人心理资源。

## 2 日常生活中的健康：从痛苦到对情境的象征性再适应

让我们从劳动中跳出来，更加广泛地谈论生存及其条件和意义的问题。在我们的分析过程中不止一次地假设生存条件对个体的私人生活质量有着影响。如何理解个体生存中连续的行动能够影响他们的健康呢？如果我们停留在对生存条件“客观”因素的描述，我们就不会将自己的意义强加给这些来自某种类型条件框架下的个体。然而，关于劳动条件，我们刚刚指出，在既定的条件中，个体在互动的过程中表达他们

---

<sup>①</sup> 帕特里克·法罗，《顺从与转变：社会知识的实践效率》，刊载于《政治经济批判》，第23—34期，1983，第95页。



生活的意义。我们同样观察到诸如房屋过度拥挤这类生存条件通常和痛苦、疲惫的表达联系在一起：“我精疲力尽了。”我们现在就要来考察伴有特殊行动的苦痛的表达与其背景之间的关系。<sup>①</sup>

痛苦与疲惫的所有表现和表达方式，我们可以归为三大类：不适（虚弱、极度疲乏、头痛、胃酸、手颤、心悸）、焦虑（神经紧张、恐惧、易怒、忧虑、不安、苦恼、烦躁）和抑郁（不幸、绝望、失去价值、孤独、悲痛、忧伤的感受）。研究首先集中在不适及其表达上，以便研究痛苦的情感方面：人们很快发现，当倾听的质量足够开明、宽容、大度，人们比想象中更愿意谈论他们身体和情绪上的感受。接下来，人们能够观察到各种精神苦恼的形式是相互联系的。

无论这些痛苦采取何种形式，它们的特点或相互关系似乎和身处抑郁之中的个体行动的特殊意义有着联系。我们可以将这些行动及其背景的特殊象征意义归为三大类：异化、专制主义和极不公正。异化是在劳动和经济生产的圈子里，企图从一个“客观的”角度定义的对象，特别是在卡尔·马克思那里，以及后来的几个马克思主义流派当中。在20世纪50年代末期，这个概念被美国社会心理学家重新用来描述某些个人经验。<sup>②</sup>在我们所处的视野中，更多的在于在此主题之下汇集主要的、分配给各个行动整体的象征意义类型，这些行动整体表现为断裂、排斥、矛盾，简言之，表现为由于缺乏机体性（une organicité）所导致的与他人甚至与自我之间的陌生，就是说，在行动者所经历的互动行为中，缺乏一种行动者与行动之间真实的和得到承认的互补性。

---

① 分析当中选取了约翰·米洛夫斯基和凯瑟琳·E. 罗丝，《苦痛的社会范式》，刊载于《社会学年度评论》，第12期，1986，第23—45页。这是一篇“经典”的社会心理学文章。我们试图从内涵社会学的角度来解读这篇文章。

② 梅尔文·西曼，《论异化的意义》，刊载于《美国社会学评论》，第24卷，1959，第783—791页，引自罗贝尔·塞维尼，《迈向社会异化的社会心理学理论》，刊载于《社会学与社会》，第1卷，第2期，1969，第193—219页。

由此,在分析老年病治疗的供给与老年人的需求之间的关系时,我们提到了这些老人对于老年病研究机构所作的抱怨,这源自这些服务过于集中在他们的身体及功能上,而损害了老年人赋予他们行为的意义:这要求我们必须了解需要帮助的人的日常生活和圈子。老年人对老年病研究机构的要求,无论其性质如何,本质上都是“以家庭化为本的”(家庭主义的:familialiste):无论是无子女、无家庭的老人,还是有家庭联系的,所要求的事情,都属于在他们眼中具有家庭意义的事物的多样化的替代形式,就是说一种灵活、机动的适配方式,和一个基于交流与谈判的具有机体性和巩固作用的指导思想,这是精神与情感支持的真正动力源。<sup>①</sup>

这种老年医学研究上的供需差距表现出一个特别领域的异化:行动的整体是相对于某人而完成的,而人们没有关心此人的真实期待,就是说,没有关心实际完成的方式是否符合此人生存的结构性和标准。换言之,情况是在异化的,因为对于一个或者一群合作者而言,互动的模式是产生混乱的。被执行的行动,或者被执行的方式,都不会符合参与到情境中的其他人所赋予的象征意义;这个过程是来自于对所有作为参照模式公共资源的集体参照物的摒弃:它的结果要不就是发展为偏执狂倾向,要不就是集体反抗行动。

作为混乱异化的形式源泉,这种差距的典型情况是由生命周期中的转变构成的。这可能是从传统角色向更加平等角色的转变,比如当一个家庭妇女开始一份带薪工作:过去的稳定结构可以导致角色冲突、模糊性的增加和一系列过劳的积累;过去的象征意义被质疑,新的象征意义首先在不可达到的方面形成。这可能是我们知道会在某个确定时刻发生的突发事件:如果他们过早或过晚发生,新的象征意义就不能够在

<sup>①</sup> 塞尔日·克莱蒙、马赛尔·德吕勒,《从理性攻击到多形态要求》,收录于 MIRE 与城市规划部主编,《终老在城市》,巴黎, L'Harmattan, 1992, 第 127—150 页。

预见的时刻生效。因此才有了年轻鳏寡问题：很早成为鳏夫、寡妇，觉得自己的生活被“打碎”了，因为这种分离的形式被预期在很晚发生（当事人没有预见到如此早地丧偶）。还有，过早或过晚的停经：我们已经指出在45—54岁之间的妇女停经会带来较少的精神压抑，相反，早于或者晚于这个阶段就会有明显的抑郁感。在所有这些情况中都产生了互动背景效应：将自己视为“不正常”，而这种变化情况又不能够将您变为一个英雄或者明星，这就会产生自卑感；在一个共同的社会知识背景下，个体不会有信心或者安定感。

在最极端的形式下，整个存在失去了意义，整个世界变得不可理解：个体的“本体安全”得不到保障。

对他人信任感的发展——它构成了基础安全体系最深层次的因素——首先依赖于父母形象建构的关注的、可预见的常规程序（……）当孩子更加自主，他们就了解了被高夫曼称为“保护手段”的东西的重要性，它维系了信任的相互性，正如分寸以及其他礼仪能够保持与孩子接触的他者的风度。这种机制保护了本体安全，尽管它更基础地受到常规程序可预见性的保障。<sup>①</sup>

在危急的情况下，当本体安全得不到保障的时候，焦虑就侵入个体。

异化的第二个维度是由对行动整体在无能为力和僵化保守的意义下进行的解释组成的：个体白白卖力气做事情，他的行为不能够达到他的目的，或者加强他所作的事情，以至于他感觉到无法控制自己的生活。这种无能为力的感觉对痛苦有着不同的作用：个体地或者集体地，

---

<sup>①</sup> 安东尼·吉登斯，《社会的建构》，巴黎，法国大学出版社，社会学丛书，1987，第99页。



它使无力左右自己的生活情况、无法进行“筑巢”(la nidification)、无法影响周围人的个体意志消沉;这会阻止或推迟所有抵抗行为的出现(复制行为, coping behavior):解决问题和困难的动力会逐渐消失。

在罗特(Rotter)的先驱研究之后,美国学者关于控制位点建构的研究都是在这第二个异化的维度框架中进行的。让我们简述一下要点。当个体对自身命运有某种控制感,并且他所做的事情达到了应有的结果,他就有一个内部控制位点;相反,如果他感觉被置于他人权利之下或者需要得到偶然和运气的眷顾,他就有一个外部控制位点。然而,拥有内部控制位点的人退休时精神面貌最好,受到焦虑、高血压和心脏病的困扰也少,年轻时意外怀孕少,积极有效面对失败、生活的考验还有工作中的压力因素。相反地,拥有外部控制位点的人难以自我照顾(“听天由命”),而且他们轻易地求助于医疗救治。但是,当内部控制位点达到极端的时候,健康的风险增加:过于严格使人不能够容忍生活中的不可控因素。<sup>①</sup>

异化的第三个维度和社会交往活动及其象征意义联系在一起:由于没有知己也不是他人知己所产生的孤独。换句话说,如果社会网络保证了与己相关的人和人群的客观性,它并不能保证这些关系有意义。在一个竞争和效益的世界里,每个人都要显示出自己的用处和效率,网络也可以陷入功利主义和策略的理性当中:他人变成了为己服务、达到目的的手段,关系则被简化为其利益形态。这样做的风险是自我的异化:将他人视为巨大棋盘上的一个小兵卒就是否认他人和自身同等的人性地位,但是贬低他人也是贬低了自己。与功利主义理性决裂、强调人性确保了“对作为人类群体称职代表的自我的捍卫”<sup>②</sup>:在与他人的关系中,双方都期待人性的信誉,就是说希望在交流和超脱利益纷争的信任

<sup>①</sup> 马克·雷诺(1987),见前注,第11页。

<sup>②</sup> 弗朗索瓦·德·辛利,《双面人:功利主义理性和人道主义理性》,刊载于《争论》,第61期,1990,第141页。



中找到必要的自信,以便继续确定自己人生的意义和方向。

那么我们可以度量这些关于社会网络或者社会基础的、只考虑了关系的“客观性”的分析的局限性:这些关系的意义依赖于对自我的参与、介入和表达程度。如果个体之间的关系只是停留于“表面文章”,没有谁非常重要,每个人都是可以互换的。相反地,当交流达到了某种深度,建立起相互的信赖,对对方而言,每个人都变得重要:一方消失了,另一方不会无动于衷。同样的,参与到义务社团类型的社会圈子当中(俱乐部、兴趣小组、工会、政党、教会……),这些参与者服务于一个共同的计划:计划的完成,无论成功与否,都由所有人承担。相反地,对自我的脱离和陌生,就是说有利于自身行动与思想之外的感受,是受制于他人的人的共同感受:由于没有一个社会圈子能够让人感到自己是“人类称职的代表”,他们的身份解体使他们落入了痛苦与抑郁之中。

对于总是参照权威和传统来完成行动的个体可能会经受残酷的痛苦考验,因为他们在危急的情境下过于僵化和不信任。他们是自己信念的囚徒,他们的信念是:道德行径和服从传统或长官是一回事,他们不可能想象存在问题解决方法的多元性或者应该比较几种方法——对他们来说,面对困境的最好方法是实施公认的规则,就是说完全服从与顺从。由于缺乏对多元化社会圈子的参与,没有对于世界的其他文化视角,他们所遵从的传统秩序具有一个普适的有效性领域。与无能为力的异化相反,前者打消所有改变正在进行的企图,依附于专制主义之上的僵化性减低了为危急情境想象新的解决问题的能力:它抑制了对事物和情况尽可能宽泛的思考和理解。如果说执行传统标准不能够改善,甚至是恶化了其影响效果,以这种方式行事的个体势必会落入痛苦之中,因为“他们的世界在自己脚下瓦解”。

刻板的失败可能因其对他人系统性的不信任而进一步加剧:无论何时都可能变为对剥削和受害的怀疑的借口。在这种条件下,很难建立一个我们已知对健康有益的信任和合作的关系。相反,由于没有了盟

友,人们变为了可以轻松获取的猎物,而且即便人们成为了受害者,也无法和他人分担他的苦痛;由于拒绝对被剥削和被侵害者施加帮助和援手,群体抵抗并限制恶果的能力也削弱了,就是说预见剥削和迫害的能力。很明显,最终的抑郁感增强了。

最后,当互动被赋予了不公正、不公平或不诚实的意义,痛苦也会出现。当个体或群体按照一个公平的标准行事的时候,另一个个体或群体,以其权力、合法性的名义(以一个机构或一个组织代表人的名义),或者以其强势的地位,负面地制裁这个行动,交流的准则就没有被遵守,并且情境会被加入不公正的意义:个体或群体会申明其行动的恰当性,因为遵守了交流的规则或协议,他们会感到受到了嘲弄,并且处于受害者的地位。

在交流标准不明确的情况下,受害者可以通过自责行为来反抗:他指责自己没有很好理解协议的条款或没有能够将互动置于一个更广泛的、能够更加清晰地呈现性质的背景之下。因此,在夫妻交流的情况下,存在着一种成员(sociétaire)公正原则和集体(communautaire)公正原则之间的张力,这种张力能够在调节平衡的原则中消失。成员的原则要求每个人按任务领薪,按花费付账;集体原则意味着所有资源都应共享,各成员按需索取,无论其贡献如何。通过调节平衡,每个合作者分担一部分报酬,不按其花费,而是根据其资产的比例。围绕这三点,可以创造出各种各样的夫妻交流模式。<sup>①</sup>

问题在于交换的物资不属于同一可比标准范畴:某些交换的模糊性转变为不诚实的感觉,还不提可能做出更坏假设的可能(受害方可以自责没有很好理解交换模式,特别是当模式是潜在运行的)。美国学者

---

<sup>①</sup> 让·盖勒罗(与 F. 格雷提亚、P. Y. 特鲁托和 G. 威尔斯合著),《配偶交流中的规则模糊性:公正规则的问题》,刊载于《瑞士社会学杂志》,第 7 卷,第 3 期,1981,第 311—327 页。

指出,根据他们付出的努力多少,已婚人士会感到苦恼,因为在做饭、做家务和收入问题上,在他们之间还有与孩子交流的质量上,他们配偶所做的努力相对他们而言显得过多或太少。另外,鉴于夫妻结合有私有化的倾向,就是说这种结合自己定义了目标,并在其组织中,取决于双方“唯一”的意愿,某一时刻由伙伴双方所确定的最终目标与组织可以被其中一方质疑:如果“一直到老”这个期限是初始协议的一部分,所有关于原初组织形态的重要质疑都可以撼动这个永久式的期限视角,而且可能成为苦恼的源泉。

在交换的标准更多地带有公共的、法律或道德承认的特点的情况下,不公平的意义的分配将引起公众的抗议或揭发:为了使揭发有结果,对不公正的诠释还需要得到广泛认可。

(……)揭发行动可能无法实现并且失败,如果揭发者拒绝亲自使用暴力,又找不到人来代替他这样做。的确,公众揭发的作者要求有无限的人追随他。(……)这种情况下没有适合这个事件影响力的自然边界,就像法律和政治俚语里所说的,围绕一个有问题的、引起争议的、确定与决策取决于各方阵营能够动员起来的力量的案例,确定所要牵涉和卷带的程序有哪些:这些斗争在其中通过使用的词汇表达出来,一方面希望扩展事件的影响,要将它“扩大”、“放大”、“捅出去”,相反地,另一方希望“回到其本来的面貌”、“缩小”、“扼杀在摇篮里”,等等。这些通过事件完成的行动以他们的方式参与了一些群体的组成与解散,它们也与“特殊案例”和“普遍利益”之间,个体和集体之间的游走相联系。<sup>①</sup>

---

<sup>①</sup> 吕克·波尔当斯基,与扬·达雷和玛丽—昂日·舒尔茨合著,《揭发》,刊载于《社会科学研究论文集》,第51期,1984,第3—4页。



自己感到是不公正的受害者，只有通过将自己的个案普遍化才能使不公正得到公认，并且获得恢复性的制裁，就是说让自己的个案进入到一个一般性形容的正常和有效状态。我们在这里就不进入应用程序的细节了，正如对寄给《世界报》的揭发信所做的分析中指出的那样。我们只提出一点，如果这些揭发失败了，经受痛苦的强度和与羞辱相联系的情感会找不到修复和发泄的方法。更有甚者，受害者感到得不到保护，安全没有了保障：他的烦恼只会更多。

进入一般性也是一种特权，也许是最大的特权。在人们将智者与疯子对立起来的意义上，一种形式的疯狂就是试图以孤立的方式、通过纯粹的意愿征服这个只有通过他人的认可方可得到拯救的灵魂。<sup>①</sup>

最后一种情况涉及到不同政见问题：在参考其他的原则或重读用于证明某类行动合理的惯常原则时，一些个体参与到一些行动或做法当中，这些行动或做法与社会运行的一般标准相冲突。制度圈子负面地制裁这些行为：为了揭露他们认为严重不公正的事情，这些个体成为不同政见者，并且号召“人民起来”，在西方社会，人民被看作社会联系，也是公正的基本原则的守卫者。

由于和一般性标准体系割裂开来，持不同政见者处于一个困难的境地，难以交流他的观点：他的言论通常被视为不适当，以至于经常当他要求社会群体支持他的时候，会冒着被排斥出这些群体的风险。另外，持不同政见者的言论会使自视地位堪危的人和那些只要求复制标准的人感到刺耳：这会导致比较暴力和具有破坏性的力量关系出现。<sup>②</sup>

<sup>①</sup> 吕克·波尔当斯基，与扬·达雷和玛丽—昂日·舒尔茨合作，见前注，第40页。

<sup>②</sup> 玛丽冯·大卫—茹诺，《制度性不同政见：社会学方法》，刊载于《法国社会学杂志》，第XXIX卷，第3期，1988。



如果持不同政见者行动的目的在于使人承认,在失败的制度规则中,基本价值和原则与其具体实施之间存在着多么不可容忍的差距,这一运动的倡导者很有可能会被“击垮”,如果不是从生理上,也至少是从心理上。

我们看到了行动与互动可以采取多元的象征意义,其中某些会质疑存在的意义(直到变成无意义),影响到受牵连的个体的幸福:不适、焦虑或者苦恼的形式,或者是这几种的复合形式,都是被某个维度的异化产生出来的,或者是对传统权威的僵化固守,或者是在某个不公正的观点当中,固守某些既定生存条件当中的互动模式。并不是这种互动的实践客观性,而是在这个互动当中产生的象征意义,造就了疾病的过程和状态。更确切地说,让我们重提广义社会学中胡塞尔现象学的主要贡献之一,即意义和具有此效果的行动之间的“协调”,就是行动的象征意义只能够在活动和/或互动完成的过程中偶然产生:我们刚刚指出,某些类型的此种“协调一致”阻滞或延迟了抵抗的策略(复制行为),并且导致了苦恼形式的增加。

这并不是说这些特殊的协调一致现象的结果可以被归结为“精神错乱”:我们指出了某些协调一致和循环系统疾病有可能存在关联(比如外部控制位点和心脏病);这些协调一致还可能引起对于健康而言危险的抵抗行为,比如对有害物品的消费。同样的,系统地诠释最糟糕的生存条件作为疾病产生的源泉要谨慎:关键问题在于认识这些条件是如何产生的,就是了解它们是通过哪些行为(以及它们的象征意义)实现的。最富有国家的人口健康状况不一定是最佳这一事实(参见前文)在这里找到了特别有利的理解视角。

乔治·梅纳埃姆(Georges Menahem)关于儿时家庭氛围的研究<sup>①</sup>也

---

<sup>①</sup> 乔治·梅纳埃姆(1992),见前注,以及《儿童问题,社会地位与儿童健康》,巴黎,健康经济研究与资料中心,Biblio丛书,第1010号,1994。在两种情况下,那并不是严格意义上的长时调查:学者求助于个人记忆来重现个体从童年开始的生活经历。正是在这些路径的框架内,他们18岁前关于情感问题的回忆被唤起。

是同一个意思：在将法国国家统计与经济研究所做的两个不同调查进行二次分析的时候（1978—1979年弱势状况调查和1986—1987年家庭生活条件调查），他指出个体自述在18岁以前长期经历的情感问题，与其成年后自述患有疾病与病症的风险增长是有关的，而这比与工资、学历或社会职业阶层相关的疾病率申报中发现的不平等关联度要高得多。有可能这些儿时经历的长期感情问题在成年生活中通过缺乏对风险的预见态度而产生作用。这些充满矛盾的家庭氛围及其产生的痛苦的意义和生存条件状况并不相关：我们可以生活在经济贫困但是“幸福”的家庭当中；如果日后产生疾病，有可能更多的是因为生活贫苦。

换句话说，在被统治和被剥削背景下进行的行动与互动并不总是且自觉地带有着异化的意义；在严格的传统名义下进行的行动并不都是源自于专制主义；在某类既定情境中没有按照契约，或者暗含的或反复出现的标准逻辑完成行动，但这并不总是受到了不公正的象征意义的影响。这是否意味着意义的分配将行动及其框架的“真相”掩盖了？我们是否应当跟随着想象和虚假意识的道路前行？

这样做就会遗忘了行动者改变方向的能力：也许最糟糕的社会空间的象征性重建不能够消除这些空间对于健康的局限和危险，但是重建可以将它们置于另一个层面，而不是只需要简单服从的理性类型；梳理情境的内部逻辑直至取消统治社会圈子的特权阶层赋予这些逻辑的象征意义，这就是将所有这些被强加的限制因素变为一场再适应（*une réappropriation*）的对象（即便仅仅是关于拒绝或不承认模式的再适应）。

请愿的斗争（……）可能是在行动中去除异化的手段：但是有时候这些斗争，至少部分地，具有了法团主义及其神经官能方面的特性。这就是为什么通过健康的主题，将劳动关系的个人方面重新

引入,可能是打开一条未经歪曲的抵抗道路的办法。只要劳动健康专家们(……)不拒绝这个领域,不会将职工的痛苦简化为研究区域状态和专业话语的资料,使得积极抵抗“没有话语权”,因为它通常在人们意想不到的地方,通过不适当的方式表达出来。因此,到处都存在着“幸福”或者“健康”的策略,包括在专门工人和备受剥削的清扫工人那里,这些策略通常会显示为挑战某些知识分子潜在的悲惨主义言论。<sup>①</sup>

转变和再适应并不是劳动领域专有的象征性策略:这些策略在所有的社会圈子当中都存在,特别是从一些成员自恃为更“具有代表性”、更“正宗”或更“具有合法性”,以至于可以指引这些圈子基本活动的意义,并可以从以某种特殊的方式来组织其运行的时候开始;那些应当“顺从”领导的命令与组织的人实际上进行着再适应的象征性策略。这些策略可以催生一个包含了新规则导向的集体计划,最终爆发社会运动。<sup>②</sup>为了度量这种自我存在意义重建的有效性,特别是当它还没有达到社会运动的集体力量层面时,让我们来研究老人的“依赖性”案例。

老年病学专家评估老年人健康的组成因素是通过依赖性梯级进行的,这个梯级的目的是描述和度量能否完成一定数量的活动。这些梯级的多元性已经说明了在需要考察的活动的性质和数量上存在着分歧。这些活动的选择来自于对某些老人给他人造成的额外负担的理解(起床、盥洗、穿衣、喂饭等):定义这些负担的方式也是经验式的和可变的,以至于在人们从一个梯级到另一个梯级过渡的时候,无法了解其渐进

---

<sup>①</sup> 德尼·杜克罗,《健康与劳动》,巴黎,La Découverte,Repères丛书,1984,第118-119页。

<sup>②</sup> 阿兰·图海纳,《声音与眼光》,巴黎,Seuil,“永远的社会学”丛书,1978。第一部分,第4章:“社会运动”,第104—132页。



性和积累性<sup>①</sup>；另外，活动的定义以及询问对象关于他们完成活动的方式都包含着一个整体的潜在标准，在选择和确定需要了解的活动意义过程中，证明了护理界的特权地位。<sup>②</sup>然而一个处于依附状态的人的定义（比如高度依赖、中等、低度或轻微），单从发放救济和补助金方面讲，对他的生存就不是没有影响：通过具有偏差作用的分级方法和发放补助方法的应用，我们已经可以看到相关的老年人（或者至少一部分人）并没有处于无活动能力的状态，就是说，他们重新适应环境，增加了自身的自理程度。<sup>③</sup>

让我们离开这个外来的立场来检验一下老年人在缺乏活动能力的背景下的行动结构模式及其变化。<sup>④</sup>第一个需要避免的陷阱就是将老年人的活动简化为他们的指代称谓和标签：在日常生活中发生的事情通常是被一群一般性词汇所表达，每个都包含有一系列的特殊动作和多用性的象征意义。小心地拆解这些词汇，重新找到它们内部的意义，使我们能够了解哪些部分可以放弃或者替换，那些部分构成了中流砥柱，缺少了就一无所成。当我们考察人们在其传记框架中形容为他们的活动的事情时，绝大多数都在其轨迹中下滑：以前的活动被延长了，其他一些迄今为止偶尔为之的事情被夸大了，而有些活动是出于对“游手好闲”或者“沉思”的要求；还有一些更罕见的“迟来的志向”（在“成年生

① 亨利埃特·加尔登，《老年人的依赖与照料的责任：六种依赖类型的共时试验》，巴黎，法国国家残疾与不适应研究科技中心(CTNERHI)，1988。

② 玛丽—克洛德·莱昂纳尔，《调查员—调查之间关系和救助概念》，收录于密歇尔·弗洛萨（等），《家庭劳动、邻里互助和老年人的家庭照护》，莱纳，公共卫生国家学院院刊，1998年3月，第21—23页。

③ 斯瓦奇克·克洛歇，《卫生的仪式：香皂、鸚鵡和社会医疗保险》，刊载于《法国人类学》，第XXII卷，第1期，1992，第19—26页。

④ 此类描述与分析应感谢：帕特里克·法罗，《社会活动的正式结构描述》，收录于W. 阿克曼、B. 科南、C. 吉格、L. 盖雷、D. 维达勒，《描述：必须的选择？社会科学的描述、解释、诠释》，巴黎，高等社会科学学院，1985，第2卷，第159—174页。



涯”主要活动结束后发现了安格尔的一把小提琴)。

这些被延长、被夸大、被发展或者新发起的活动,在它们现时完成当中,却有着自身的时间纬度:它们的循环复现充实并撑起了时间的流逝。在偶然为之的行动(旅游、去老年俱乐部……)之外,我们观察到老人花很长时间来完成有象征意义的任务:这是一个或者几个主要活动,其性质是结构时间的应用和日程表,以及给生命的进行赋予意义。除了这个生存的时空组织视角下的结构性效用之外,这个主要活动(无论是单一的还是多元的)都是自主性(*l'autonomie*)得以建立和维持的手段。自主性和依附(*la dépendance*)并不属于同一个语域。依附是限制和失去身体和/或精神能力的结果,它使得自己进行所希望的活动的可能性变小或消失:因为为了进行一些文化传统上认为应当独立进行的活动,必须求助于他人的帮助,它增加了相互依赖性(*l'interdépendance*)。自主性属于选择和决定的能力。

在完成一个行为时,通常行动者会作为构成意愿或计划的对象,同时也作为执行者来参与。因此,当疾病限制或取消了执行能力,主体对象的功能依然被保留:由于缺乏完成主要活动的的能力,年老的人能够缩减这些活动(在车流不太密集的地方近距离开车……),改变这些活动(花园里的种植活动变为照料几株心爱的花草……),或者用象征性活动来进行一系列换喻式的替代(练习某种乐器变为听最喜欢的乐章……);我们同样可以观察到由于依赖者与帮助者之间关爱和尊重的互动,会产生各种保护性的效应:发现、承认、尊重受助人一生沿袭的习惯、意愿和计划,能够使他保持自主对象的地位。相反,如果这个人被迫放弃他的主要活动,而没有任何替代,他的帮助者又居于一种工具和功利逻辑之中,只考虑维持他的身体机能,我们观察到认为自己无用的情

感会出现并且侵蚀精神,让人面对死亡放任自流。<sup>①</sup>然而,一些流行病学家这样总结他们的一项研究:

一种被削弱的自主性、一种对未来参与的缺乏、产生不中用的情绪(……),这是三年内死亡的风险因素,比发生疾病的风险指标还要高。<sup>②</sup>

对于自主性,即个体构建能够掌控自己存在的象征性表达的能力而言,疾病造成的物质限制不是决定性的。正如身体重度残疾的人士向我们展示的那样,有可能避免过快地越过极度依赖的门槛,而且完全有可能在依赖的情况下,保持自己的自主性。

如此多的因素都质疑所谓完全服从或依赖于医学及其技术的假设。就像乔纳森·嘉博(Jonathan Gabe)和米盖尔·卡尔南(Michaël Calnan)在他们关于女性对医学看法的民族志研究<sup>③</sup>中所指出的那样,如果人们不区分救命的医疗技术(广义)和那些能够缓解、有时也能治愈疾病的技术,就没法理解这个问题:对于前者,存在着与放弃一念之隔的巨大魅力;然而对后者,看法就比较模糊。因此使用镇静剂的女性通常会对开药比较反感:在上述研究中,一旦有可能,女性会求助于其他社会文化资源来舒缓自己(织毛衣、阅读、祈祷……)。

但是,救命的技术和其他技术之间的区分并不属于一种客观的界

① 马赛尔·德吕勒,《衰老与活动》,收录于阿兰·格朗、阿里埃特·格朗—玛丽、雅克·布、让—弗朗索瓦·巴尔特、赛尔日·克雷蒙、马赛尔·德吕勒,《乡村老年人的社会化模式与残疾》,图卢兹,法国国立健康与医学研究所和残疾与不适应研究科技中心结题报告,1989,第79—135页。

② 埃莱纳·布盖(等)(1987),见前注,第154页。

③ 乔纳森·嘉博和米盖尔·卡尔南,《医学的局限:女性事业中的医疗技术》,刊载于《社会科学与医学》,第28卷,第3期,1989,第223—231页。

限,大家的观点可能各异。根据接受调查的女性社会阶层归属的不同,两类技术之间的分界标识会移位甚至消失:中间阶层的女性最相信最现代医疗技术的价值和效率。这个观点近似于皮埃尔·阿亚什关于医疗事务的大众媒体化所造成的影响的一个评论<sup>①</sup>:大量关于健康和疾病的辩论、广告和文章可能会造成不良意识,中间阶层女性是对媒体这种具有侵略性的医疗化宣传最敏感的人群吗?根据竞价效仿的逻辑,她们真的能够达到她们想要模仿的社会精英的医疗水平吗?但是这种假设和抵抗与再适应假设不是矛盾的吗?相反,我们清楚地看到医疗活动的意义及其手段被改变了:能够看最好的专家、去最好的诊所、获得最好的治疗技术是炫耀其社会成功的手段之一,而人们极少过问某种有效的治疗手段与自身疾病的切合性如何。

同样地,观察中女性承认存在着负面的成见,将她们描述成为在心理和生理上比男性更脆弱的人。但是作者们没有找到数据证明就医行为会造成或者加强这类成见。相反,似乎这些女性承认在抽象层面存在两性不平等待遇,但是在其自身与医生关系的经历中,她们拒绝这种不平等出现在自己身上。这里,对性别成见造成的社会文化局限的抵抗是通过超越意识的方式实现的。与医疗技术关系的意义是由保卫和批判两种矛盾的因素构成的:当乔纳森·嘉博和米盖尔·卡尔南问这些女性如何辨识一个“庸医”的时候,无论社会阶层如何,她们的回答都是,庸医就是不听她们的诉说,不与她们详谈病症就开出一堆检查和治疗的人。

认真对待作为理智人类的行动者使我们可以摆脱极端实证主义过度简化的假设:将个体置于多维社会空间中既定的社会地位上(根据特别的社会机制),而这使得他们暴露于会在短期、中期或长期损害(或保护)健康的进程之下,这并不排斥再适应和转变的策略,这要求象征性地远离情境。物质局限的结构惩罚一些人而偏向另一些人,但从来不会

<sup>①</sup> 皮埃尔·阿亚什(等)(1980),见前注,第180页。

完全取消行动能力，就是说为了换种活法而重新赋予象征意义和革新的能力。

### 3 社会结构和生活方式制约下的行动者

即便生活方式穿越了社会阶层、性别、代际、族群阶层，并且将阶层内部的多样性展示出来，因为个体的行动能力也是革新能力，无论是模仿还是借鉴了各种行为、标准或象征意义，这些生活方式的完成形式永远是在(体制和组织、社会环境和文化的)结构框架当中，这些框架是上辈人制造的，也是当代人试图重塑和改变的。在这里，需要抓住的重点是这些结构都是完完全全本地化的，就是说处于空间与时间之中。我们也指明了，死亡率的社会不平等显示出了从一个地区到另一个地区的巨大差异，而这些差异有些随时间流逝而变化。

一个在朗格多克—鲁西戎、布尔格涅或者普瓦图—沙朗特地区教书的小学教师，他享受着35—64岁区间低于行业整体12%的死亡率。他在北方省或布列塔尼地区的同行却有高出平均22%的高死亡率风险。同样地，从事自由职业或高级干部的人在下诺曼底或南部—比利牛斯地区死亡率较低(-13%至-15%)，而在北方省较高(+54%)。我们在阿尔萨斯或者布列塔尼(+33%)某个企业和在利穆赞地区(-42%)某个车间里工作的专门工人之间也观察到同样的不平等现象。至于农业工人，他们的命运在朗格多克(-32%)让人羡慕，比洛林或阿尔萨斯(+43%和+46%)的同行要好。(……)某种意义上，面对死亡问题，与其在北方省和西部省做社会上流，不如在法国南部做社会下层！<sup>①</sup>

<sup>①</sup> 亨利·皮什拉(1989)，见前注，第146—147页。



这样的发现使我们开始考虑特定地理空间中人类行为及其结果的特殊性。由此,我们可以用非常卓越的手段将呼吸道癌症导致高死亡率的城市及地区孤立出来:在勒阿弗尔—奥尔良—慕洛兹一线以北,我们看到阿尔萨斯和洛林、香槟省和阿尔登的聚居区,北方省绝大多数的城市和巴黎的近郊;里昂地区和北阿尔卑斯省(尽管里昂比格勒诺布尔、安纳西和圣埃蒂安的情况要轻)、地中海大型港口(土伦、马赛和赛特)以及波尔多—塔尔伯—阿让三角地带也是此类高死亡率发生地区。然而,这些空间的最大共同特点就是工业化:相比之下,工业化程度较低的第三产业聚居区就受到更好的保护。

为了继续细化这个问题,我们还注意到四类工业在此类死亡率高发地区十分密集:化工(北方省、洛林、阿尔萨斯、里昂地区)、石化(马赛、赛特、勒阿弗尔)、造纸(北方省和下塞纳省)和机械工业(圣埃蒂安、布尔日、塔尔伯,其中运输器材工业:贝勒福尔、蒙贝利亚尔、巴黎郊区)。除此之外,还要加上海运和港务业务:造船厂(布莱斯特、圣纳泽尔、土伦)、渔业和装卸(大型的渔港和商港)。但是我们注意到一些活动与退休年龄前的较早和较快死亡有关(渔业、冶金、化工、纺织),而其他活动的影响是延时出现的(采掘或其他机械工业区 65 岁后死亡率骤然上升,如冈市、巴黎近郊、贝勒福尔……)。

肿瘤的潜伏期也许是解释如敦刻尔克这样在 20 世纪 60 年代接受大规模炼钢和石化工业进驻的城市(这个分析是基于 20 世纪 70 年代初的数据)找不到致病效应的重要因素,但是我们也可以假设人类活动产生了新型工厂,危害性减小了……这些研究结果<sup>①</sup>的优点在于强调了如果我们只将目光聚焦于行为及其象征意义那该是多么大的错误:悠闲自得地吸烟、抽烟斗或者品尝雪茄无疑会增加罹患支气管—肺部癌

<sup>①</sup> 亨利·皮什拉,《法国城市与呼吸道癌症》,刊载于《法国地理学家协会通报》,第 451 期,1978。这个健康地理学的研究基于 1968—1971 年法国国家健康与医学研究所的数据,研究了法国 97 个居住区的男性居民。

症的风险；但是，假设在我们观察到呼吸道癌症导致高死亡率的城市也有最高的烟草消费记录，就需要理解为什么某些工业活动的进行构成了这类消费的框架（或影响）：这是否是抵御劳动造成的损耗或烦恼的最后一种手段呢？

这种将某些看似致病的人类活动的进驻和发展与地区化影响相联系的行为并不能泛化到所有疾病病理：至少在我们目前掌握的知识范围内，似乎不可能说我们拥有了一个普遍的理解模式，让我们能够考虑到关于社会惰性支配健康问题的所有的方面。在我们的研究中一直指出，一般性的主要倾向都被特殊的进程所利用或者传递，无论这个特殊性质是什么。

很明显，与阶层相关联的一般易感性(*la susceptibilité*)理论需要与其他更加特殊的解释和平共存，因为这些解释以更加详细的方式考虑到与阶层相连的因素。否则这些一般性解释就无法继续生存下去……我们也许能够将我们在现实世界里观察到的死亡率、疾病率和健康的分配视为是一般性因素和某些疾病的特殊性因素共同作用的结果，这两类因素时而对立，时而合力互动。澄清这部分事情是一个挑战。迎接这个挑战需要进行详细的个体生平研究和分阶层进行的健康文化模式的历史性研究。<sup>①</sup>

最后，关键问题在于了解历史上确定的本地情境，更好地分析结构性制约如何在其中采用了一种特殊形式，因为个体在其行为和互动过程中重新适应了这些制约，还有制约的这种特殊形式如何以几乎不可能的方式影响了健康，要推理出潜在、滞后、替代和扩大等影响。研究一个既定时期的地方情况有双重优势，既可以将目光集中于行动者的具体互动及其赋予的内在意义，也可以调查构成这些行为和互动的基础

<sup>①</sup> 丹尼·瓦格罗(1991),见前注,第369页(著者译)。

或变化的规律性,无论这种规律性是反潮流的还是顺应潮流的。这样的工作可以延续到考察对健康造成的影响,这又可以通过重现或者传播所获得的初步知识推导得出。

在我们所处的流行病学转型阶段(第四阶段,某些变性疾病被“驯服”的阶段),似乎健康往往成为了各种滞后影响的结果。这就是长时和生平传记研究方法的珍贵所在。但是生平传记研究方法的意义不仅仅在于了解各种影响的潜伏时间:过去的压力在此表现为历史的产物和记忆的产物,就是说作为实践、互动和情境意义的产物,因为用罗歇·科尔努(Roger Cornu)<sup>①</sup>的倒序说法,“用生前解释死后”(le vif saisit le mort)。传记故事中所描述的历程,以及在分歧时的决策和选择过程,都似乎强化了过程的内在意义,但是将所有这些过程产生时所处的所有“客观”外在都留于开放或半开放状态。

为了展示针对历史—传记视角下本地化行动整体的研究方法的有效性,我们将介绍几个能够展示有关健康问题的一般机制和特殊过程具体情境化的典型案例。

首先让我们回到19世纪男女工人健康状况的命运上来,其中我们展示了这些命运与一个双重的劳动损耗有关:对于男性而言,劳动损耗是持续和积累式的,以至于男性的死亡率差异随年龄增长而加大;对于女性,成年生活初期极端强大的劳动压力与初次生育结合,造就了女性工人35岁以前的高死亡率,而女性的死亡率差异继而降低,因为她们一旦有机会(家庭收入,特别是因为孩子就业带来的收入增加,另外,女性因为健康原因提早退出就业是较易被容许的)就退出劳动市场。然而,从相关人的角度来看,情况又如何呢?他们只是忍受、屈从,抑或是像人们说的那样起来反抗?

<sup>①</sup> 罗歇·科尔努,《活人理解死人:社会实践和集体记忆》,收录于劳动经济与社会学研究所,劳动和健康经济学与社会学讲座,1980—1981,普罗旺斯埃克斯,法国国家科学研究所—劳动经济与社会学研究所出版,1982,第183—210页。



里尔市劳工联合会与社会医疗工会合作进行了两项调查,其中一项是关于建筑油漆工的,另一项是在纺织厂进行的,在分析这两项调查时,阿兰·科特洛让我们理解了男女工人生命轨迹的意义,他考虑到了不同情况的客观差异。在建筑油漆工调查中,工人由于接触铅白而暴露在铅中毒的风险之下,疾病和死亡率的曲线呈倒U形:铅中毒和肺结核在45岁以前将工人们逐渐淘汰,继而,超过这个年龄保持健康的工人比例重新复归于青年中健康者的比例(在这里我们看到了选择的效应)。从我们认清在此类工作条件制约下做出的选择——塑造生命历程的选择——那一刻开始,这个曲线变得明朗。这些工人完全了解接触铅白的危险,但是他们挑战这项工作并希望成为幸免的人。为什么?围绕着所从事职业的集体规则制造了强烈的地方职业和谐性:这些工人拒绝抛弃他们的圈子,选择了属于他们职业的特殊社会生活,甚至到了需要挑战风险的地步。我们在这些油漆工的微弱职业间流动中找到了一个相关的间接指数。

在纺织工人中,调查指出并不是卫生条件最差的岗位造成最糟糕的健康状况,而是忍受了更大规模生产的高效率和机械化却不涨工资的岗位。问题变成:劳动生活的故事中过劳的意义是什么?重复性最强的工作和劳动节奏持续的压力影响到纺织厂的部分专业,正好也是青年女工最集中的专业:在短期内,其影响是身体疲劳和日常性的精神紧张;晚些时候,关节和循环系统疾病会出现,还有骨骼变形和神经衰弱。

这是否意味着那些制约的压力统治一切呢?在1876—1877年对巴黎攻读学习文凭的女生进行的调查中,要求学生写出她们的未来职业计划,并且指出她们选择的动机和父母的职业。工人家庭的女儿完成的作业呈现出关于她们未来和女工奴化现象的惊人的清醒,但是如果说她们的生活计划说明她们无法摆脱局限与统治,却显示出她们耍小聪明的意愿。因为她们说希望找到比工厂工作轻松一点的职业(家庭主妇或者车间领导最好是“熟人”),或者希望在商业循环生产之外的行业工



作,总之要找到一个尽量能够抵抗男性统治的劳动条件。她们的目的很明确:尽量“摆脱”卑微的命运。这就证明了外部限制的内化与她们的排斥是并存的。

这仅仅是连篇累牍的废话吗?我们在雇主工会的文章中找到了一个相反的间接指数:在许多行业中,青年女性招聘如果不说是一个失败,至少存在不足。另外,对就业路径的分析指出女工一旦有机会就会离开最累人的岗位,这构成了最基本的对抗劳动损耗的策略。但是,从生活计划的角度讲,这些退缩或者断裂的策略又进入了另一个维度:

对男女工人而言,领薪工人阶层的临时劳动计划经常是相同的,为的是减轻家庭经济压力,或是为了凑一小笔嫁妆,或是为了凑一笔可能与参军有关的积蓄,等等。这些计划对于雇主来说变成了一个矿藏。(……)它们能够成为增加劳动强度的理由(……):从三十年连续劳动的角度来讲,是不可接受的事情,但在几年的临时计划中变得可以接受。如果临时继续下去,这对雇主只有好处,而对青年来说,则是创纪录的过早劳损、结核病或者高死亡率。<sup>①</sup>

与这些“过路的”计划相对的是一辈子都是领薪人员的男女工人的计划:这些计划的“长期”和“临时”的区别是工人之间,也是男女工人之间冲突的源头。

因此,疾病的不同形态(职业内部、职业间、居住地或社会的)构成了社会运动的障碍和阻力:个人的抵抗策略最终成为了集体抵抗动员的阻力;相反,冒着损害健康的风险,选择属于劳动伙伴的地方性生活艺术的整体,而不是优先选择个人生活计划,通过潜在的社会交往,方便组织集体抵抗。如果我们考虑工人家庭的历程,这个模式变得复杂:男人试图采纳自己组织的生活艺术并同自己的伙伴一道捍卫它,然而

<sup>①</sup> 阿兰·科特洛(1983b),见前注,第103页。

允许女性“爱惜自己”，养育孩子，保证家庭生活，这是以家庭内部的劳动为代价的。

第二个关于这个方法有用性的例子，是对法国国立养老保险局(CNAV)1972年支付退休金的一代巴黎领薪员工历程的研究。<sup>①</sup>由于不能详细描述整个研究，我们只选取弗朗索瓦丝·克里比耶论述过的几个要点。得益于关于劳动与生活路径的长时间访谈，研究者能够通过成年主要的、超过四十岁的、从事时间最长的职业情况，详细地构建社会阶层：当我们有了关于劳动性质、劳动条件、连续的职业衔接、一般和职业培训的信息，我们就能更详细地了解被调查对象的“地位”和“地位的获得”（这是帕特里克·法罗的说法）。传记研究方法将劳动的后果放入多元视角研究，而不是集中于观察职业，或者职位，或者情况，或者一种努力：人的劳损不仅在于连续经历的劳动条件，也在于整个生活条件。

巴黎的这一代领薪员工出生于1907年（明显地，这里只考虑活到了65岁的人），青年时每周工作45至60小时，大约在12至30年间每年工作52周；在60多岁时，半数的人还工作45小时以上，而且还有每天上下班花在路上的时间。劳动的组织以及劳动的方式不断地演进：这一代人被迫适应和面对劳动市场上更有资质或更“可靠”的新人；维持自己在市场中的地位成为一种长期的努力。我们在这里看到了已经见过的双重流动：社会升迁的流动给人感觉从事了一个不太损耗人的职业，另一种流动是因为没有资质，所以必须寻找一个更适合自己劳动力和能力属性的工作（离家近、找一个清闲的职位、获得一个技术要求和自身职业经历相符合的职位）。这一代劳动者就是在这样的条件下，通过改善自己的资历，通过寻找不那么累的工作，抵抗着劳动损耗，而一部分人（通常是女性：我们更广泛地重新发现了女性职业生活中的特点）放弃了所有正式经济活动。

<sup>①</sup> 弗朗索瓦丝·克里比耶，《职业路径与劳动损耗：巴黎领薪的一代人》，《社会运动》，第124期，1983，第11—44页。

社会阶层内部资质的程度和性质具有巨大的区分能力，根据这些社会阶层划分，那些路径通过劳动条件、时间和强度，以及从事过的职业及其衔接来划分。根据这些路径，造成的损耗也不同，但是在退休前，2/3的男性和1/4的女性承认在他们职业生涯结束的时候非常疲惫。

劳动中的疲惫不仅影响老资格的劳动者，也影响到了其他人。(……)他们当中的绝大多数人的职业生涯一直都很艰苦，或者在最后时光变得更加艰苦。一些人主要抱怨噪音，另一些人抱怨身体疲乏，绝大多数工人都是这个情况，但是也有集体食堂的厨师，他们需要搬动25公斤一个的锅，鞋店的售货员，她们每天要上下楼梯无数次到库房取货，还有市场的售货员，她整天无论什么时候都必须站着工作；其他人抱怨与责任相连的紧张情绪，不仅仅是干部，而是所有的劳动者：工人、工头、商业或办公室雇员，人们交给他们一个任务，他们很难完成，特别是做好很难。(……)最痛苦的事情就是永远需要“赶快”，因为他们是计件或按完成任务发工资，或者因为必须跟上一个车间或者办公室的节奏，因为被人“推着走”，因为怕自己水平还不够，或者跟不上发展；做坏一件产品、搞错数字、搞乱文件带来的感受总是非常残酷的。<sup>①</sup>

我们理解接受调查的一代人中，约1/5的巴黎领薪员工在他们退休前5年之内，都曾经被迫更换职位，而大约一半的人选择了“更清闲”的职位，即便收入会下降。但是如果我们考虑到这一代人的整体，在他们60岁时，我们发现除了换工作的人以外，还有再也没能找到新工作和长期病休的人：对于超过半数的人来说，职业生涯是在极端困难中结束的。还有，这一现象并不是以同样方式影响所有的职业阶层：干部和有

---

<sup>①</sup> 弗朗索瓦丝·克里比耶(1983)，见前注，第24—25页。



资质的职员中,受影响的只有 1/3,而男女工人中,却有 2/3。

这些倾向和因为缺乏适应能力或疾病原因提前退休的趋势非常相似,这一点相当有意义:后一种现象影响了 48%的工人、34%的无资质雇员以及服务人员,但是只有 18%的有资质雇员、技术员和干部受到影响。然而,最后这条信息难道不是劳动损耗的一个综合指标吗?让我们强调一下,之前所有的定性研究方法都与这最后一点一致。退休 10 年后(1982 年),这一代人中的 22%去世了(男性占 32%,女性占 11%),其中缺乏适应能力的人死得最多。这与经历过非常艰苦的岁月但是晚景较好、自我评价高、永远热爱生活的男女寿星完全相反:他们是对抗生活损耗的最强有力的证据。

我们看到这类方法的优点在于增加了一个关于历史、地域明确的既定人群的健康状况的观点:为了明确健康的动力,运用了多样化的指标(自评健康、病休、体制承认的无能力、精神与身体疲劳的象征意义);社会阶层是根据劳动的历程重建的,这些历程因性别不同各异;对劳动条件的描述与对生活条件的描述是相联系的(上班路程、住房、家庭构成和孩子教育……);对于这些方面中的每一个,受调查个体都动员了自己的记忆,表达他们所赋予的象征意义;我们辨识出选择的影响,但是这些影响并不排斥劳动和生活条件带来的后果;就业市场的压力和制约不排斥规避的策略和迁移的行动:保卫和强化自己的尊严是在最困难情况下生活幸福的基础,这能够控制身体健康的感觉,不管烦扰和疲劳的程度如何。在研究的末尾,尽管劳动是这个问题的节点,但是突出的却是生活的所有组成因素带来的损耗,以及为保持自身意义所作的日常斗争:聚焦于个别病理、职业或者情况的研究就显得过于偏颇和简单。

根据法国国家统计与经济研究所所作的 1986—1987 年生活条件研究,做出了一项补充性研究,它为我们提供了第三个此类方法的例子,因为这项研究的目的是报告(1988 年)40 至 55 岁之间的、属于“职



员”和“中等职业”阶层的妇女的身体健康状况：这个报告本身就被界定于演变当中，定位于这些妇女的社会文化路径。

述说人类与健康关系的历史和生活条件事件，这在一定程度上是由对文化的掌握程度决定的，也是由一方面的希冀和社会文化资本和另一方面真实生活模式之间的差距和协调度决定的。关于对文化的掌握，我们想说的是一个个体为了自身生存和面对事件所能够动员的非严格意义上的经济资源。(……)社会文化差距概念意味着距离，以及一方面的社会地位和生活方式和另一方面的希冀和社会文化资本，还有预期的生活计划之间的异同。(……)所谓“与健康关系”包含了三类数据：1. 包含身心性或功能性病变的健康状况(也包括真正感受到的疾病)；2. 医疗消费实践；3. 代表事物、话语、相对于身体、疾病、医疗和救治的“经历”。<sup>①</sup>

首先，这些历程佐证着这两类生存条件和意义(参见下页图)：第一类按照社会出身卑微和缺少职业资质文凭划分，这一类的生活方式与希冀差距大，有比较无力控制自己生命轨迹的感觉，这表现出某种形式的异化；第二类，相反地，提供了一个职业、生活方式和希冀之间的和谐，通过对生存的极度满意态度表现出来，除非是部分女性必须面对与痛苦事件相连的困难时期(离异、失业)。

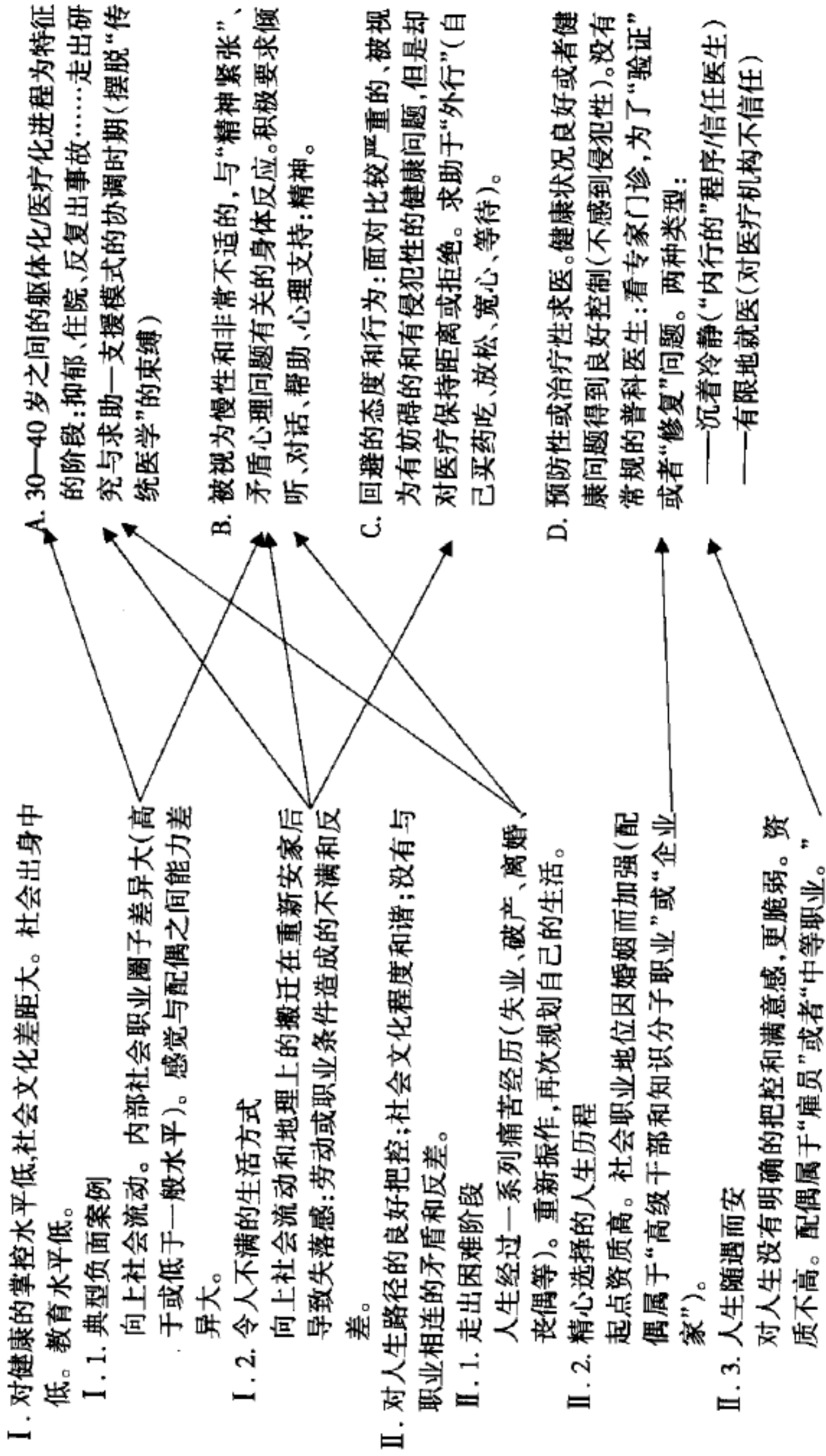
这些群体中，每一个的生活轨迹都不相同。在感到最无力按照意愿安排自己的生活的群体当中，一些女性感到不可能在职业和教育之间达到一致，对于自身能力和丈夫的能力之间的差距感觉越来越难接受(“典型负面案例”)，而其他人的经历包含了失落，建立在对职业的矛盾情感和不满足情绪上，尽管她们实现了地理上流动和社会地位升迁

<sup>①</sup> 弗朗索瓦丝·布沙耶，《健康总结/生命总结：与健康的关系和社会文化历程》，巴黎，法国卫生部研究任务处(MIRE)提交的报告，1989，第2—3页。

## 根据弗朗索瓦丝·布沙耶所著《健康总结 / 生命总结：与健康的关系和社会文化历程》制作的图表

1989年给法国卫生部研究任务处(MIRE)提交的报告

注：“职员”或“中等职业”女性34名，40—50岁，在职或不在职，法国籍。



(“令人不满的生活模式”)。第二组包含了三类经历:第一类的特点是经历了痛苦的决裂,对人生重新规划(“走出了困难阶段”);第二类同样也见证了女性通过表达保留意见和某种紧张感所体现出来的脆弱性:她们满意,却有些担心,好像她们至今成功保持的平衡会受到威胁一样(“人生随遇而安”);第三组女性的资质与其钟爱的职业相符,因嫁给属于上层社会的丈夫,她们的社会职业地位得到加强(“精心选择的人生历程”)。

隶属于“职员”和“中等职业”阶层的女性的生活路径变化多样,其健康历程也是不同的,但是无法将某个生命历程和某种健康关系作一一对应的关联:我们只能观察到每个生命历程排斥某种类型的健康关系,以至于每个健康关系当中,女性都要选择,至少是接受照护和与医疗打交道的时候。如果那些历程是令人满意的,无论经历当中是有保障的或者是脆弱的(“精心选择的历程”或是“随遇而安”),健康状况都是优秀的,即便在这些类型中有些健康问题,也不会被认为是具有侵略性的:人们更多地是去看专科医生来解决问题(有这些经历的女性没有固定的普科大夫);无论在何种情况下,她们都在专科医生那里定期体检,这是“内行的”做事程序,一些女性对医学有着很大的信心,然而另一些人医生的意见持有谨慎的保留。其他的路径排斥这种健康关系的模式:它们都有令人不适的、侵略性的和难以控制的问题(至少是在相当长的一段时期)。

经历中充满了痛苦的妇女(“走出困难阶段”),还有职业活动和家庭、夫妻生活产生矛盾积累的妇女(“典型负面案例”),不是遇到了严重的、重复性的健康问题(特别是在30—40岁之间,她们走出这个经历后就和“经典”医学保持距离),就是经历了非常令人尴尬和难受的身心不适,她们试图通过社会心理和道德的支持来战胜这些不适。最后,那些在生命历程中经历了失意和不满足的女性,特别是因为她们的资质和职业之间的差距(“令人非常不满足的生活方式”),给上述与健康的关系

系模式增加了第三种可能：特别是当病理问题停止在身心或功能层面，她们的治疗行为尽可能地远离医药，表达出对医疗机构的距离感或排斥感，她们更愿意自我治疗、耐心等待和放松休息。

我们所分析的生活路径之间的区别不仅仅在于其恒定的结构环境，也在于是否出现过重要事件的干扰：这种区别是否能够带来与健康关系的不同形式呢？

从我们的研究结果来看，似乎环境层面的“负面”事件可能会产生严重的、影响长久的身体或精神健康问题。然而，我们考察了所研究的人群中所有与这类情况相关的案例，一个“恢复”阶段既与社会文化及职业阶层相关，也与健康有关。相反地，由于不能掌控自己的命运和社会文化差异情境所产生的长期张力与不满，对健康似乎有着更加长期和慢性的影响，还伴随着生理和心理的不适与矛盾。<sup>①</sup>

职业生涯路径使我们能够在生活损耗中定位劳动损耗，并且提醒人们注意按照学科和研究方法分类的副作用（从事某种职业或行业，在某个作坊、某个职位、某个地位的劳动给健康带来的后果），同样地，这次中等阶层女性生活路径研究澄清了将社会载体与某些社会流行病学研究所偏爱的生命事件之间进行“索引化”的必要性：单独考虑生存方面对健康的一个或另一个冲击只会导致矛盾的结论，因为它们的条件和生活路径不同，其所承载的意义和形式也就不同。

在我们刚刚解释过的三个典型例子中，我们很大程度上都是在个人生活层面上定位的，也注意到了一些路径涉及到集体抵抗形式的选择问题。这促使我们改换定位，来研究社会运动如何（或者没有）将健康

---

<sup>①</sup> 弗朗索瓦·布沙耶(1989),见前注,第225—226页。



考虑进来:关键问题是围绕主要影响某些个体阶层的疾病或者某些影响特定人群健康的生存条件(也包括劳动条件)进行的集体行动者的动员问题(协会、工会、政党……)。应当承认,很少有社会运动围绕这些问题来进行组织或者斗争:甚至是行业工会(其中包括工人工会)也有倾向将健康视为细节问题,总之健康问题永远是附属于其他大方向问题的。<sup>①</sup>

我们研究了如何理解人群和个体的健康社会分化带来的影响,在这项关于其方法多元化研究的经历结束的时候,让我们再次提示,健康一词所指内容的含糊性:

它既是收集、组织数据的过程,也是给这些数据解释和赋予象征意义的行为;更具体地说,个体,无论是“外行”还是“专家”,都能够在他们观察到、感受到的现实和其所给出的象征意义之间建立一种“和谐”,我们的工作是在社会学意义上重建这种“和谐”。当然必须保持警惕:“给予疾病和健康一个混合的身份,并且作为社会或人类学家对疾病的生物学事实发言(比如对劳动条件对健康的真实影响发表意见),这可能在某些情况下导致道义上的站队行为,而所用的论据却超越了社会学家或者人类学家的职能范围,或者这些论据会被某些医学理论质疑,并且没有妥协的可能。”<sup>②</sup>

我们所介绍的种种例子是将各种不同的理解模式衔接起来的一种尝试,在这些例子中,介绍的方式可能让人想到存在一种关于健康的路径(还有它所依附的生存条件)的强确定行为:这里说的是一种特殊的理解模式。但是也有可能从生物学的角度(所谓的“健康状况”)和社会制约的角度怀疑证据及其“确凿性”,以便理解对于相关行动者来说,是

<sup>①</sup> 德尼·杜克洛(1984),见前注,第86页。

<sup>②</sup> 尼古拉·多迪耶,《劳动条件的实践建构:健康的保护和车间里工人的日常生活》,刊载于《社会科学与健康》,第3卷,第2期,1985,第26页。

什么让上述两类视角成问题：目的就是描述行动者如何在既定的情境下，用有关健康和共同生活的、有问题的和顺理成章的元素“构建”他们的存在。换句话说，地方性传记研究提供了方法，收集可供各种研究使用的数据，因而使得多种理解模式成为可能：每一种理解方式都能使人看到其他方法的局限性。

因此提出对健康和疾病的社会学理解的问题，使得我们首先能够思考和建议一些模式，这些模式构成了一个充满了令人头昏眼花的数据和统计资料的世界：通过经验或者实证的研究，结果往往是一盘散沙，我们可以替换多种解释方式来整合、定位并提供一个令这种一盘散沙的局面归于秩序的方法。一个集中于个体的理解方式让我们看到了功能主义或者结构主义方法所不能看到的机制和进程；但是拘泥于个体及其行动的意义又掩盖了之前源自于他们互动的、能够划清他们未来选择可能性的局限的结果，也在另一个层面上掩盖了通过社会运动产生的集体团结和社会斗争带来的影响。正如作者在既定的地理环境下所描述的那样，对健康状况及其所处社会框架的证据的诘问，使我们获得了一种工具，能够严谨地描述人们在找到自己问题的解决办法时所使用的方法：从关于“面对疾病的普遍脆弱性”的方法，我们过渡到了一个更加积极的视角，“积极健康”的视角，个体或集体行动者抵抗疾病能力的视角。但是，这个视角将我们带回到了关于建构主义的争论当中：我们是否能够处于一种“不可知论”的立场，满足于记录和分析对于行动者（个体或集体）来说应当存在和/或产生问题的事情，并且怀疑所有参照物的适用性，将关于其形式构成可靠性的争论留给行动者？这不是给行动者对自己所遇到的、经历的和所作的事情所作的唯一叙述赋予了“事实”的地位吗？需要这样的提问来打开健康规范化模式的视野，就是说，一方面关于一些阻碍抵抗困难生活或者向更好生活发展的事物，另一方面关于一些将保养身体的特殊模式的价值提升，甚至提升到必须层面的事物：问题的关键是健康与不健康之间的界限的稳定与否。

## 结 论

让我们重拾高夫曼关于舞台和后台的比喻，我们给自己定下的目的是从社会学的角度澄清那些能够左右健康问题形态的潜在关键因素：这些问题是否像许多公共言论所暗示的那样，可以简化为发展医疗体系(*la médicalisation*)和治疗可及性(*l'accès au soin*)的问题呢？为了实现这一目标，我们完成了一个研究过程，这个过程旨在揭示人群之间健康状况差异长期存在的原因：一些国家希望通过出台政策、建立医疗社会保障体系来缩小人群间的健康差距，却达不到自己的目的，这是为什么？通过批判式地连续研究各种关于健康的社会惰性问题的解释模式，我们指出每个模式在理解上都有优缺点，只有客观研究它们之间的关系，并将它们联系起来才能够达到细致入微地理解我们对象的目的。

我们研究方法的核心可以还病理学的医疗智慧以其本来地位：它不仅使得一种有效的治疗行为成为可能（除了目前医疗技术的局限，而且这种限制还可能被突破），也发展了一种预防行为（历史上比前者更受局限），其目的在于阻止疾病的出现或者在致病过程的微小迹象出现的时候就进行治疗。

在生物学之外，还有一个被称为“田野”或者“环境”的世界，在其



中，源自于病源学视角的流行病学力图将与疾病的出现相联系的因素——“风险因素”——分离出来：流行病学的智慧因此延伸了疾病医学的智慧，但是很大程度上还是处于其框架之中。流行病学的研究不断增加（尽管这种研究方法仍然是医学学科的穷亲戚），但是，尽管社会流行病学做出了各种尝试，由于没能够走出生物医学模式，将“风险因素”置于社会整体当中，还是导致了往往是彼此交杂的统计数据 and 结果的泛滥。

在我们的研究路径中，我们曾经试图置身于社会学方法的多元性之中，并在我们自身的框架中整合与重新诠释流行病学研究的几个重要方面（正如我们在人口学和经济学的结论中汲取养料一样）：健康方面的“应用”社会学的解释性图表一方面让部分矛盾的结论有了秩序，另一方面对死亡率和疾病率的社会差异长久存在（尽管有所改善）有了理解，也对试图缩减这些差距的医疗化趋势的相对强势有了理解，因为面对死亡的不平等、疾病率的差异和各种健康参照系不仅仅是自然基因的不平等，也有各种社会机制和进程的不平等。

为了澄清与社会空间中地位及健康状况指数有关的各个方面之间的关系，必须研究劳动产生的不同程度的损耗以及更广泛的生活条件的不同方面对所导致的损耗的调节作用。但是如果我们不考虑到个体的态度和行为，就不会注意理解这类调节作用。为了给这种解释的可行性奠定基础，我们先后借用了两个理论过程，尽可能地澄清了其衍生状况：生活方式或者性别、代际、阶层与族群的文化逐渐引导我们建立起态度、行为和广泛象征体系之间的相互关系，我们指出了它们对健康影响的积极和消极后果，以及对外来的、可能改变与健康关系的价值、标准和态度在一定条件下的接纳能力；在第一个探索过程出现局限的时候（主要是接受外来意义所带来的风险和考虑所发生变化的能力有限），我们探索了个体在遇到特殊情境时，在既定生存条件下，如何给他们的行动赋予意义，产生新的情境：理智的行动者的意图和计划能够导



致情境的物质和/或象征意义的改变；但是，无论这些情境是被复制还是改变，它们的特征、行动、互动以及意义上的和谐产生出的紧张、抵抗或者转变的进程会影响到相关个体的健康状态与动力。我们强调了从一个视野到另一个视野的过渡需要一个理论的倒置，比如对象的理解模式也是反向进行的。某个视野最纯粹的捍卫者造成的强化现象是否是不可改变的呢？

即便我们从社会结构、机构……和健康的不平等分配都是个体行动的结果这个无需论证的公理出发，我们也可以将个体活动视为“数据”，并且从健康问题的角度寻找在自身框架中产生的行动、互动及其结果的解释：在所有的研究中，可理解性总是动员一些自身没有被解释的因素<sup>①</sup>；每个历史的链接都可以成为向无尽倒退的对象，因此一个开始时候的数据可以变成一个需要解释的对象，这需求助于一个或多个未被解释的数据，等等。相反地，即便行动及其意义不断重复，构成了产生相对稳定的社会秩序的社会规律性，我们也可以认为这些循环复现是来自于某个时刻对革新制度化了的进程：这些循环复现意味着个体有着行动者的能力，肯定是不平等的能力，这些能力让个体能够改变他们的社会情况。行动者有能力通过自身能力与将他“封闭”起来的社会情境保持距离、制造差距：工具手段的力量属于占统治地位的行动者；狡诈、使用科层逻辑、集体质疑……这些是被统治的行动者的创造性手段。<sup>②</sup>这两种视野远不是完全相斥的，而是可以相互关联的。

在另一个层面上，健康与疾病社会学历史的层面上，萨利·马辛蒂

---

① 雷蒙·布东，收录于格奥尔格·齐美尔(1984)，见前注，第18—19页。

② 萨尔瓦多·胡安，《生活性别社会学：社会地位的文化与动力形态学》，巴黎，法国大学出版社，社会学家丛书，1991，第201页和235页。还可以参照我们的文章：马塞尔·德吕勒，《社会化、情境、身体：一个公理的梗概》，刊载于《社会学研究中心杂志》，第4期，1985，第9—20页。

尔(Sally Macintyre)指出 20 世纪见证了两个主要变故:疾病病原学因素方面,我们从对物质生活条件(与劳动、水污染、贫穷、居住环境脏乱差相联系的危险)的观察转向了对生活方式(社会交往圈子、与某些生存领域或生活因素有关的精神紧张、抵抗的模式……)的观察;在干预介入的方面,曾经长期认为社会地位及其导致的健康状况之间的中介进程不在个体的掌控之内,现在我们认为这些进程在很大程度上依赖于社会的每个成员。

在分析过西方中世纪以来健康与不健康的连续历史形式之后,乔治·韦加雷罗(Georges Vigarello)<sup>①</sup>得到了类似的结论:特别是自从艾滋病诞生和流行开始,每个人的责任化和教育都见证了对艾滋病防御的一个180度转变。在集体层面上,不再是控制与排斥艾滋病携带者:不是一味地进行压制和对所有人组织道德宣传,向人们提供最基本的信息,为的是每个人在自我保护的同时也保护了对方。而是更广泛地导向对自己健康的自我监视:每个人都都要在这方面定义自身的存在,媒体信息的增加使得“健康变成了一种新的‘奴隶制(servitude)’”;因此,每个人和所有人的预防责任即将变为群体团结的新空间。这种摇摆不定的状况呼吁我们总结其在研究层面上的影响。在田野中,让我们把发言权留给萨利·马辛蒂尔:

我们需要将这些视角整合,同时研究下列方面的相对重要性如何,如物质方面和社会心理方面孰重孰轻,左右健康和疾病模式的因素起作用时,局限性和主动自愿方面孰重孰轻,以及这些方面之间是如何互动的。这种整合工作很重要,因为相对于一极的集

---

<sup>①</sup> 乔治·韦加雷罗,《卫生与不卫生:中世纪以来的健康与好身体》,巴黎,Seuil,1993。参见《好身体?20世纪》,第289—321页。

中,而排斥另一极,这可能会导致干预行为方向错误,注定失败。<sup>①</sup>

即使这些术语还表明这个计划仍然属于实证主义知识型(une épistémè positiviste)的领域,但是无论如何,术语的使用说明我们仍然有可能因为过分地想让某一个唯一的模式胜利而作过分的斗争,最终导致走进死胡同:对中长期研究获得的结论的调节修正使我们不得不承认对健康现象必须进行多元化的理解。

之所以这样,是因为促进人群和个体健康不是单靠扩展医疗化能够实现的:公共卫生的关键问题之一就是考虑到我们的多元社会学方法试图厘清的、潜在于健康损益背后的、纯粹社会性的机制和进程。这要求公共政策考虑到以往卫生政策的局限性,并且这些新政策应当根据通过现行进程的多元性所构筑的参考元素来制定。<sup>②</sup>

---

① 萨利·马辛蒂尔,《当代英国通过社会地位构建的健康范式:社会学研究方向》,刊载于《社会科学及医学》,第23卷,第1期,1986,第411页(著者译文)。

② 这里我们并不是要捍卫“党派”政治的立场:相反地,社会学的工作为非常不同的具体政策创造了可能。让我们假设其中一个考虑到的参考元素是收入的极端脆弱性,因为研究对象表现出职业与社会的“边缘性”并且传统医疗保险体制可能不提供保障:我们看到,这些特征对健康不是没有影响的(从营养不良到感到生活没有意义的情感异化……)。为了试图解决这一困境,我们至少可以采用两种政策:通过对最富有的人征税实现财富再分配(左派的观点)或者促进经济发展,使得经济总体繁荣,也就改善了最贫穷群体的状况(新自由主义右派的观点)。

我们可以用已经试验过的具体政策手段的比较来代替这种政策幻想。我们看到了年轻人的高死亡率是因为交通事故。这个问题上的传统政策是加强安全,特别是增强巡逻警力:如果说媒体的过度宣传可能会激起一时的对警察的惧怕,这却难以长久保持。我们已经指出汽车的驾驶远不只是一种技术的学习。在发现了“汽车文化”复杂性的基础上,在20世纪80年代初推出了陪驾学习政策:在几个月间,年轻人不仅获得了不可缺少的驾驶技术,也从他们的“教练”(通常是家长)身上学习了一系列潜在的象征性符号。几年后,达到了预期的结果:通过陪驾学习制度获得驾驶执照的年轻人比传统方法获得驾照的年轻



让我们回顾一下我们达到这一观点所逐步经历的各个阶段。

1. 医疗化的力量(以及其各种可能性的条件)来自于它身处的背景——启蒙思想意识形态的解放视野,更具体地说,是它对最经典的实证主义知识型的紧密追随。让我们强调一下其特性以便更清晰地展示这一图景:因为社会在变迁,它制造了现代医学产生的条件;接着,现代医学促进了流行病学转型的循环前进,这又成为人口学转型的基础。这个三重转型处于进步运动背景之下,通过这一运动,人类成为了“大自然的主人和拥有者”。

但是这个鼓吹人类和个人解放的必胜主义(triompaliste)运动是与科学技术进步(其中也包括医学的进步)齐头并进的,它省去了一些问题。我们借用了诺贝尔特·艾利亚斯和米歇尔·福柯模式中最具普遍性的一个说法。随着人类对自然统治的增加,随之而生的个体化进程正教给人们如何对个体冲动和情感进行控制,而这导致社会关系构成出现了问题:(社会和心理)分化和冲突的可能性不断增加。除了看起来是唯一可能和必然的进化论实证主义,难道就没有其他的可能性吗?另一方面,纪律和规则的增加被宣称是解放计划所必需的(医学也参与了进去),但这损害了主体的主权:多重纪律和调控在构建个体的自主性的时候是否永远是必不可少的?

2. 这个人类学的提问在社会学研究中找到了回音,对健康问题的田野研究中观察到解放的行动受到了一定的阻滞:如果说,正如流行病学转型的循环所显示的,改善是毋庸置疑的,然而尽管获得此类医疗的可能性已经大大被拓展,似乎医学发现的利好并没有以同样的方式惠及所有的人。

一方面,尽管所采用的社会人口标准不同(性别、年龄或者生命周期中的阶段、社会阶层、民族归属、居住区域),[以多种方式测量出来的]人事故率低得多,而这并不是筛选淘汰的结果(参见 M. 伊瓦尔蒂、B. 贝洛克和 J.-P. 克雷斯塔,《交通安全与驾驶员培训》,LEREM 最终报告,图卢兹第一大学,1987年)。



死亡率和疾病率的社会不平等还是被证实了；西方工业社会之间的比较证实了这一现象是可以复现的；置于历史视角之下，这些不平等有时候会稍微减弱一点（比如根据社会阶层计算的儿童死亡率），但是通常会在大趋势中保持稳定，甚至激化（比如根据性别计算的期望寿命）。流行病学家已经证明对健康可能具有严重危害的（行为和环境）因素（合法或非法的吸毒、不平衡的饮食结构、高风险的汽车驾驶习惯、带有危害性的劳动条件、失业状况、带来健康风险的性观念）也不是随机分配的：人群划分根据同样的社会人口标准，我们观察到，相比另一些群体，某些群体受到或者更多地受到健康风险因素的影响。

另一方面，人群中对医疗的消费量并未表现出明显的差异，至少在法国近几十年来没有：强制医疗保险的推行带来了明显的效果。但是要对此点进行两个注释：对医疗服务和物资的消费的结构分析得出了与上述差异结论相似的结论；由于最贫困群体没有补充医疗保险，导致其医疗消费水平低人一等。

这个发现是过去已知但是散乱的数据的经典总结。根本上讲，这种数据的重新分析，整体上是两方面的关联，一方面是该领域的专家（为首的是世界卫生组织的专家）认为与健康有关的指标和指数，另一方面是通常被用来度量社会空间分割情况（这是社会契约中社会分化情况的表现方法）的社会人口特点的集合。因此，我们认为谈论健康的社会不平等还为时过早，因为这种表达已经带有了一种单一的解释性视角：我们认为，无论从18世纪末开始的研究中时间跨度如何，将他人所做的、揭露关于健康的社会惰性的影响的研究数据在我们面前逐一展开就已经足够了。也许没有一个描述不是带着对事实的既成观点的：在研究的这个阶段，我们有意识限制了理论范围，力图突出主要现象、矛盾：在总体层面上，随着时间推进，工业化社会中健康的实际改善和相对持久的、社会空间多维度视角下的健康方面的阶层差异之间的矛盾。我们认为这个矛盾揭示了社会惰性对健康问题的支配。

3. 我们如何理解这个支配作用呢? 可理解性(intelligibilité)这个词本身就不是中性的: 它实际上指出了社会学考察研究对象的理论模式和方法不是唯一的。通过使用这个词, 我们假设每个模式都能够让我们解释或者理解我们自己研究对象的某些方面, 而不是将整个对象缩减归并到一种或者另一种理解模式当中。在我们看来, 这个假设也是我们研究核心试图迎接的一个新的挑战: 我们的研究不仅仅是一个叠加、综合或者整理一些挑选出来的数据的研究(既然可参考的东西很多, 选择肯定是随机的), 而且要找出已经获得的结论的价值, 以及认为对该结论的诠释过于泛化的批评的价值, 同时试图让读者看到研究对象或明或暗的每个方面; 同时, 我们的工作也是将所有不完全的解释放在一起对比的过程。我们试图证明对社会惰性支配健康问题进行既具有启发性又有效的多元化解释是可能的。

3.1. 在回顾这个过程的重点之前, 应当回到它的基础的认识论前提。在古典实证主义视角下, 这个假设是无意义的, 因为它的基础公设是客观主义、决定论和进步主义: 多元解释与严格的因果原则是不相符的, 它是“软”关联的(弱因果关系)。回到对它的反对意见中(主要是认为个体不可以被缩减为观察的对象), 我们保存了其中的主要方面: 理论先于事实构建, 首先对既定的理论建议达成一致, 然后对其进行监控检验; 思考事实的时候不是作为实体, 而是属性之间的关系; 开展具体细致的工作, 总是参与批判性辩论。这种建议不再适应一种多元解释的视角。

相反地, 这个建议可以被视为揭示后现代最极端的认识论——即取消所有基础性言论合法性的认识论——的方法: 多元的解释可以涉及到解构行为中无限微小的部分。如果后现代认识论让我们面对理性主义逐渐收起所有的天真, 我们是否能够跟随这个认识论的核心立场, 一个理性无法超越的危机? 我们选择了将我们的假设置于这个立场的边缘, 基于新理性主义的论据: 我们无论如何无法批判理性的全部, 否

则的话哪来的基础？在审慎地对理性进行区别后，我们可以指出，所有唯一意义或者唯一合理的论调都需要一个主体间交流和论证的结构。

3.2. 很明显，这场认识论的争辩远没有结束，并且在健康的社会领域内部仍在继续。它的关键问题之一是：通过研究健康数据的建构方法观察到多种多样的数据，是否应当总结说这是完全人为的结果或者我们可以坚持认为这些数据有独立于其外在形式的“客观”特点？为了澄清社会惰性对健康的支配作用，我们开始试图对“部分研究对象”提问。

为了重新研究健康的社会分化所采用的指标和指数，对它们的建构模式分析让我们能够部分理解那些导致高估或者低估、又不能相互抵消的影响，特别是由于社会空间具有多维度的特性，描述它的工具是有弱点的，这导致了差异的削弱，让一些看似自然的解释顺理成章地被接受。如果说这个初步的成果让人们对事实之间建立的关联保持警惕，那么观察者的悖论使我们总结出，那些结论远不是纯粹简单的人造结论，它们见证了我们期待详细认识的潜在事实：的确存在一个我们试图理解的有关健康问题的社会生活建构。

3.3. 观察到在社会惰性和人群健康分化之间存在某种联系，这引发了一个前者拥有决定后者属性的社会学反馈(*le réflexe sociologique*)：认定(全部意义上的)健康的社会建构不是子虚乌有，考察这种属性—反馈模式是必要的条件。某个社会生物学流派假设个体健康状况和他们整体生物学特点导致了他们以后的社会地位。通过健康进行的选择将社会空间的塑造缩减为遗传基因特点的命定性及其在个体身上的发展：社会的结构和组织模式应当是生物机制的产物。这种假设的极端特点已经表现出与这个学科所获得的知识内容的某种不和谐：虽然说因为我们自由主义的梦想加上了局限和制约，但这并不意味着全人类的命运都是预先设定的，也不意味着文化的形式和内容可以从人类的生物本质推导出来。另外，理论上的这种和谐必须付诸经验研究的检验。



事实上,有可能在文化中重新引入通过健康进行的选择:各种社会机制可能采用这个遗传生物资本来制造某种社会流动效应。主要的社会机制通过教育实现,因为出生时获得的健康左右着教育的路径,而且因为教育学习对个体“健康的塑造成形”起着作用。更间接地,其他进程可能使健康在代间(intergénérationnel)和代内(intragénérationnel)流动中扮演过滤器的作用,无论是通过生理进程的“物质性”(比如幼年营养不良,或者根据代际亚文化归属被置于某类风险之中……)或者通过对身体发展因素的象征性重新诠释(结婚通常是评价所有“遵从习俗”行为的机会)。

有可能存在着独立于各种不同社会空间地位的健康状况的差异,在童年和青年期,这种联系在进入就业市场和/或婚姻市场后又重新出现:我们可以察觉到多种社会文化机制参与了这场根据健康进行的社会选择,并且考虑到了代间社会流动的影响。然而,除了很有限的几点,这种假设不能解释代内流动的进程。

经典实证主义视角可以通过这些特例来排挤通过健康进行社会选择的视角。相反,多元解释的视角使我们能够不排斥某种机制在某些情境下所起的作用:它可以在一个阶段内起作用或者共时性地与其他因素积累,共同造成社会惰性对健康的支配效果。

3.4. 为了深入研究多维度社会空间中的地位与健康差异之间的关系,有必要澄清两点。首先,个体在社会空间的各个组成维度之间游动不意味着社会地位结构就自动受到影响:假设通过健康进行社会选择的机制被人们充分掌握,运用自如,以至于每一代中个体都能够独立于自己的社会出身,重新在社会中找到位置,这需要社会秩序完全静止不变,还要通过自身机制得到加强,获得合法性。第二点,无论社会流动跃迁以及能够影响到社会结构的、可能的向下滑动是怎样的,的确确实存在大量的移位,使得我们难以比较不同的时刻,特别是在中长期进行的比较:这是分子/分母方法的最大问题,长时进程部分地弥补了这一缺



陷,它还有一个优点就是严格地建立了死亡率的社会等级。

为了解释健康的社会等级,根据功能主义方法,参考物质(收入、闲暇、不动产、生活舒适度……)和象征(名誉、荣誉、获得稀有文化资源使用权)补偿体系,或者参照社会主要功能角色体系(生产、教育功能……),这些是否足够呢?通过财富的程度(无论其形式如何)来解释健康的程度和我们观察等级的两个极端(富国/穷国、优势社会阶层/劣势社会阶层)的情况一样都具有合理性:很明显,对维持和延续生命的最基础因素的剥夺对健康有影响。还有,仅有经济解释是不够的:其他的媒介也参与进来,我们引入男女角色分配、职业和家庭角色分配的意义也就在于此。

支持这种理解模式的主要因素是男女疾病率和死亡率之间的差异,尽管此二者的变化趋势是相反的。当我们正准备总结说,职业角色主要是由男性承担的,它具有更大的伤害性时,女性扮演职业和家庭双重角色的案例又质疑了这种解释:相比男性和非就业女性,职业女性的死亡率和疾病率较低(除了已婚从事劣势职业的女性死亡率高于非就业女性)。尽管深入考察认为完成这两种角色时,女性从中获益比付出要多,但是我们不知道如何解释男性和从事卑微职业的已婚就业女性的高死亡率。

如果我们过渡到欧洲传统的社会关系分析,这些关系建立在劳动和生活条件及它们的关系两极之间的张力基础之上,这是让我们能够解释人们如何错误地将劳动条件简化为卫生问题(为时一个多世纪),人们是如何(从没有规定的时期开始)采取措施,逐步确立过度劳动的地位和实施办法的,最后通过疲劳和衰弱、精神紧张和身体透支的问题,解释了劳动可能给寿命带来的负面影响。劳动的双重属性以及性别社会关系状况澄清了劳动损耗的双重体制,远远超越了职业差别这个单一因素给劳动损耗差异带来的解释。但这个模式却无法解释家庭劳动、职业劳动和二者积累之间的差异,以及它们各自对健康的影响:当

我们把这个问题拿到另一个维度中——家庭工作中的优势向职业中的绝对投入与否(持续/断续)以及在家中和工作中是否从事带有抚育功能(nurturance)的工作,上述健康状况差异就得到了解释。

传统假设认为劳动条件对日常生活整体有着强势和绝对的决定作用,但是它却不得不让位于社会时间的相互构成(interstructuration)的假设:单单通过劳动及其多样化的组成部分,不能够解释社会惰性对健康的支配作用。生活条件,特别是住房以及相伴随的居住方式,还有社会交往模式,也左右着健康的好坏。社会流行病学的这一发现认为“社会载体”(le support social)(在其“积极”社会交往方面)保护人们免于过早死亡,这个发现又被解释和细化。每个“客观”方面,根据它们经历的社会时间,赋予社会关系不同的特点,这个方面与其他方面共同作用,时而放大时而限制某些方面对健康的有益或者有害的影响。

3.5. 社会关系的组成不仅限于社会结构中被劳动和生活条件确定的社会地位及其功能:社会关系还包含了物质和象征的双重实践,此二者构成了生活方式。我们展示了它们概念构成上的区别及其结果,旨在理解它们对健康的影响:韦伯关于生活机遇(与生存的物质条件相关联)和生活行为的视角是最有裨益的,但条件是不把生活的行为简化为对健康行为的假设。由于没有找到适当的材料,就是说不带有简化倾向的材料,我们进行了几个阶层文化和亚文化的确立和比较:无论这种方法的局限性如何,它的优点是让我们观察到与健康直接相关的行为、态度和价值以及与之相连的关系体系,也观察到这个体系中所有带有此种文化属性的人在同化/适应外来环境因素中所做的努力及其动力来源。

3.6. 最后回到已经介绍过的韦伯的视角,我们试图测量面对健康的行动者的地位:如果说客观生活机遇描绘了可能的生活条件的边缘,就是说排斥了实现其中某些机遇的可能性,单独或成群的个体能够在这些可能的行为中选择他想实现的那种行为。但是如何了解关于健康

的愿望和动力呢？

我们曾经展示过，理性行动者的模式（在比功利主义预设的意义更广泛的范围内）能够使我们通过医疗化普遍开放的可能性产生相对的失落感，理解医疗消费的膨胀、医疗体系和医疗保险的危机。然而，当我们转而面向其他影响健康的选择时，预设了行动意义模式的契约心理不能够让我们理解行动者的实际行为。相反，理智行动者的模式和象征互动主义的视角使我们了解了行动者赋予其行为的内在意义，由此可以理解完成这些行动的实际意向。

这种新的理解模式使我们首先能够认识劳动的“社会世界”的复杂性：每个人在互动过程中都捍卫一种道德态度，这赋予了健康和疾病与生物医学模式完全不同的意义，以至于一个临床上患病的个体可以在某个时刻认为自己是健康的，无论对其健康的远期影响后果如何；社会流行病学发展出来的“面对的能力”（复制行为）的概念并不是一个个性特点：它针对的是个体和群体，动员其资源，以期规避他们（劳动中）职位的工具性命运的能力，旨在将他们的生产关键性问题转变为自身生活的关键性问题，当然也包括健康福利问题（这种能力当然能够在其他情境下使用）。

接下来，更广泛地，我们试图确定与生存的日常行为相联系的特殊象征意义是如何与以各种形式、各种方法表现出来的痛苦和疲惫的感觉联系起来的。某些行为、互动及其情境带有的这种特殊意义可以归为三类：异化的感觉、对传统权威的经久不衰的、严格的遵守和不公正感；这些分类对生存的意义提出质疑，影响了受牵连的个体的身心健康，阻碍或迟滞了抵御策略和规避程序，妨碍了重新定位象征意义的创造力的发挥。但是物质条件制约的结构永远不会彻底消灭行动的能力：个体的弱点可以被集体的力量以各种动员的形式所替代。

3.7. 这些连续的解释模式远不是矛盾和绝对的，它们可以相互补充：地方情境研究使我们一方面能够聚焦于具体的互动、它们的环境和



行动者赋予的内在意义,另一方面建立能够定义游戏空间的结构性的规律,在这个空间中,行动者可以进行互动。我们介绍了这种观点的几个典型情景:坚持传记研究或者长时研究都非常在意对健康的各种影响不应是立刻的,而是逐步实现的。

尽管工业社会中人群的健康状况改善是不争的事实,但是这种改善并不是以同样的方式分配到社会每个部分和每个成员的。社会保障政策所支持的医疗化的努力遇到了医学自身的局限(当然是可以改善的),但更多地是遇到了无法掌控的社会因素的影响:公共卫生的关键问题不能够被简化为医疗的组织模式或者经费来源模式;还应当考虑到通过健康促进活动,创造更繁荣的社会经济和社会文化条件,以求为个体提供象征性资源,以便重建其互动和存在的象征意义。

如果对健康的社会塑造的社会学诠释是公共卫生的关键问题,它的贡献在于扩大了此问题的通常参照系。什么样的政策维护怎样的公共卫生状况?从社会惰性对健康的支配问题过渡到摆脱支配应当成为公共卫生的奋斗目标:需要建立适当的政策。在健康的领域和其他领域一样,社会学仅仅是一个辅助性学科:社会学的分析结论可能会,但不是唯一的,为关于明天社会的健康体系发展的公开争论做出一份贡献。



## 参考文献

- ABEL T. (1991), Measuring Health Lifestyles in A Comparative Analysis : Theoretical Issues and Empirical Findings, *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 8.
- AÏACH P. (1986), Approche sociologique des données de morbidité, *Sciences sociales et santé*, vol. 4, n° 1.
- AÏACH P., AÏACH I., COLVEZ A. (1983), Motifs de consultation et diagnostics médicaux en matière de troubles mentaux : analyse de leurs correspondances, approche critique sur le plan épidémiologique, *Psychologie médicale*, vol. 15, n° 4.
- AÏACH P., CÈBE D. (1983), La perception dans les symptômes : variation dans les déclarations selon les différentes procédures, *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, XXIII<sup>e</sup> année, n° 1.
- AÏACH P., CARR-HILL R., CURTIS S., ILLSLEY R. (1987), *Les inégalités de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*, Paris, INSERM et La documentation française.
- AÏACH P., CÈBE D. (1991), *Expression des symptômes et conduites de maladie. Facteurs socioculturels et méthodologiques de différenciation*, Paris, éd. de l'INSERM et éd. Doin.

- AÏACH P., CÈBE D. (1994), *Les inégalités sociales de santé*, *La Recherche*, n° 261.
- AÏACH P. et FASSIN D. (SOUS la dir. de), (1994), *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Paris, éd. Anthropos.
- ANDREWS A. and JEWSON N. (1993), Ethnicity and Infant Deaths : The Implications of Recent Statistical Evidence for Materialist Explanations, *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, n° 2.
- APEL K.O. (1988), Esquisse d'une théorie philosophique des types de rationalité, *Le débat*, n° 49.
- ARBER S. and GINN J. (1991), The Invisibility of Age : Gender and Class in Later Life, *The Sociological Review*, vol. 39, n° 2.
- ARLIAUD M. (1987), *Les médecins*, Paris, éd. La découverte, coll. Repères.
- ARMSTRONG D. (1983), *Political Anatomy of The Body. Medical Knowledge in Britain in The Twentieth Century*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ARONSON N. (1982), Nutrition as Social Problem : a Case Study of Entrepreneurial Strategy in Science, *Social Problems*, vol. 29, n° 5.
- ATTIAS-DONFUT C. (1988), *Sociologie des générations. L'empreinte du temps*, Paris, PUF.
- AUGÉ M., HERZLICH C. (sous la dir. de), (1984), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Paris, éd. des Archives contemporaines.
- BALANDIER G. (1974), *Anthropologiques*, Paris, PUF.
- BALANDIER G. (1981), *Sens et puissance*, Paris, PUF, 2<sup>e</sup> édition.
- BANTA H.D. (1983), Social Science Research on Medical Technology: Utility and Limitations, *Social Science and Medicine*, vol. 17, p. 1363-1369.
- BARRÈRE-MAURISSON M.-A. (1992), *La division familiale du travail*.

- La vie en double*, Paris, PUF.
- BARTHE J.-F. (1990), Connaissances profanes des symptômes et recours thérapeutiques, *Revue française de sociologie*, vol. XXXI, n° 2.
- BARTHE J. -F., DRULHE M., QUÉRALTO C. (1984), Symptômes dépressifs et trajectoires de désocialisation : une étude de cas dans le secteur tertiaire, in BEUF P. (coordonnateur), *La santé mentale comme observable*, Paris, éd. de l'INSERM, coll. Colloques de l'INSERM, vol. 192.
- BARTHE J. -F., CLÉMENT S. et DRULHE M. (1990), Vieillesse ou vieillissement? Les processus d'organisation des modes de vie chez les personnes âgées, *Revue internationale d'action communautaire*, n° 23-63.
- BASTIDE R. (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, éd. Flammarion, coll. Champs.
- BASTIN N., STIÉVENARD J.M., VINCHON M. (1977), Epilepsie et hémophilie : la lutte contre leurs effets de stigmatisation, *Revue française de sociologie*, vol. XVIII, n° 4.
- BAUMAN M., BRIANÇON S., BLANCHARD F. (1988), Le système «réseausupport social»: concepts et axes de recherche en santé, *Cahiers de l'Ecole nationale de santé publique*, n° 2.
- BEAUFILS B. (1993), *La mesure de la dépendance et ses risques*, *Revue française des affaires sociales*, 47<sup>e</sup> année, n° 4.
- BECKER H.S. (1985), *Outsiders. Etude de sociologie de la déviance*, Paris, éd. A.-M. Métailié.
- BÉNÉTON P. (1978), Les frustrations de l'égalité. Contribution aux recherches sur la relativité des aspirations et la perception des inégalités, *Archives européennes de sociologie*, vol. XIX, n° 1.
- BENIGUI G. (1990), Travail et classes moyennes, *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LXXXIX.
- BERCKMAN L.F. and SYME L. (1979), *Social Networks, Host Resistance*,

- and Mortality : A Nine -Year Follow -Up Study of Alameda County Residents, *American Journal of Epidemiology*, vol. 109, n° 2.
- BERTHELOT J.-M. (1990), *L'intelligence du social*, Paris, PUF.
- BERTHELOT J. - M., CLÉMENT S., DRULHE M., FORNÉ J., MEMBRADO M. (1984), *Les alcoolismes féminins*, Toulouse, Rapport de recherche pour le HCEIA.
- BERTHELOT J.-M., DRULHE M., CLEMÉNT S., FORNÉ J., M'BODJ G. (1985), Les sociologies et le corps, *Current Sociology*, vol. 33, n° 2.
- BESNARD P. (1976), Anti- ou anté-durkheimisme ? Contribution au débat sur les statistiques officielles du suicide, *Revue française de sociologie*, vol. XVII, n° 2.
- BLANCHET J.-P., DOYELLE A. (1980), La perception du temps chez les salariés, *Travail et emploi*, n° 3.
- BLANE D., SMITH G.D. and BARTLEY M. (1993), Social Selection : What Does It Contribute to Differences in Health, *Sociology of Health and Illness*, vol. 15, n° 1.
- BLOOR M., SAMPHIER M. and PRIOR L., Artefacts Explanations of Inequalities in Health : An Assessment of The Evidence, *Sociology of Health and Illness*, vol. 9, n° 3.
- BLUMER H. (1956), Sociological Analysis and The «Variable», *American Sociological Review*, vol. 21, n° 6.
- BOCQUET H. (et coll.), (1987), Incapacités, santé subjective et mortalité à 3 ans dans une population rurale âgée, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 35, n° 2.
- BODY-GENDROT S. (1982), Luttés de classe et luttés ethniques dans le *Lower East Side à Manhattan*, *Revue française de science politique*, vol. 32, n° 6.
- BOLTANSKI L. (1971), Les usages sociaux du corps, *Annales (ESC)*, 26<sup>e</sup> année, n° 1.
- BOLTANSKI L. (1975), Les usages sociaux de l'automobile : concurrence



- pour l'espace et accidents, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°2.
- BOLTANSKI L. (1982), *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, éd. de Minuit.
- BOUCHAYER F. (1989), *Bilans de santé/bilans de vie. Rapports à la santé et trajectoires socioculturelles*, Paris, Rapport à la MIRE.
- BOUDON R. (1979), *Effets pervers et ordre social*, Paris, PUF, 2<sup>e</sup> édition.
- BOURDIEU P. (1979), *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris, éd. de Minuit.
- BOURDIEU P. (1980), Le mort saisit le vif. Les relations entre l'histoire réifiée et l'histoire incorporée, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 32-33.
- BOURDIEU P. (sous la dir. de), (1993), *La misère du monde*, Paris, éd. du Seuil.
- BOURDILLON F., LOMBRAIL P., ANTONI M., BENREKESSA J., BENNEGADI R., LELOUP M., HURAUX-RENDU C. and SCOTTO J.C. (1991), La santé des populations d'origine étrangère en France, *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 11.
- BOURGET-DEVOUASSOUS J. (1992), Santé et inégalités, *Solidarité - santé. Etudes statistiques*, n° 2.
- BOUVIER-COLLE M.-H. (1983), Mortalité et activité professionnelle chez les femmes, *Population*, 38<sup>e</sup> année, n° 1.
- BOUVIER-COLLE M.-H. (et alii), (1990), *Mortalité et causes de décès en France*, Paris, éd. de l'INSERM et éd. Doin.
- BRAHIMI M. (1980), La mortalité des étrangers en France, *Population*, 35<sup>e</sup> année, n° 3.
- BRODA J. (1988), Le syndrome des «3 P»: pression horaire, pression hiérarchique, pas de perspective professionnelle, *Sociologie du travail*, vol. XXX, n° 1.
- BUNGENER M. (1982), L'épidémiologie prisonnière de la pratique

- médicale et de la fonction sociale de la médecine, *Sciences sociales et santé*, vol. I, n° 1.
- BUNGENER M., LAFARGE-HORELLOU C., LOUIS M.V. (1982), *Chômage et santé*, Paris, éd. Economica.
- BUNGENER M., PIERRET J. (1993), *Appréhender l'influence du chômage sur l'état de santé. Analyse seconde des données de l'INSEE* 《Etude des conditions de vie 1986-1987》, Paris, Rapport pour la MIRE, CERMES.
- BURY M.R. (1986), Social Constructionism and The Development of Medical Sociology, *Sociology of Health and Illness*, vol. 8, n° 2.
- BURY M.R. (1987), Social Constructionism and Medical Sociology: a Rejoinder to Nicolson and McLaughlin, *Sociology of Health and Illness*, vol. 9, n° 4.
- CALNAN M. and WILLIAMS S. (1991), Style of life and the salience of health : an exploratory study of health related practices in households from differing socio-economic circumstances, *Sociology of Health and Illness*, vol. 13, n° 4, 1991.
- CALZADA C., VOLOVITCH P. (1993), Protection sociale: le tournant des années quatre-vingt, *Données sociales*, INSEE.
- CARRÉ J.-R., DUVAL H., FONTAINE H., LASSARRE S. (1993), Les usagers de la route: une exposition au risque inégale, *Données sociales*, INSEE.
- CASSEL J. (1976), The Contribution of The Social Environment to Host Résistance, *American Journal of Epidemiology*, n° 104, p. 107-123.
- CASTEL F., CASTEL R., LOVELL A. (1979), *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Paris, éd. Grasset.
- CASTELAIN J.-P. (1989), *Manières de vivre, manières de boire*, Paris, éd. Imago.
- CÈBE D. et AÏACH P. (1989), *Symptômes et maladies déclarées. Essai de*

- validation du questionnaire Santé de l'enquête de l'INSEE : Etude des conditions de vie 1986-1987*, Paris, INSERM, U. 164, Rapport pour la MIRE et l'INSEE.
- CHANLAT J.-F. (1983), Usure différentielle au travail, classes sociales et santé: un aperçu des études épidémiologiques contemporaines, *Le mouvement social*, n° 124.
- CHARRAUD A., MORMICHE P. (1986), *Disparités de consommation médicale. Enquête santé 1980-1981*, Les collections de l'INSEE, M118.
- CHARUTY G. (1985), *Le couvent des fous*, Paris, éd. Flammarion.
- CHAUVENET A. (1978), *Médecines au choix, médecine de classe*, Paris, PUF.
- CHAUVENET A. (1983), La loi et le corps, *Sciences sociales et santé*, vol. I, n°2.
- CHENU A. (1988), Sexe et mortalité en France, 1906-1980, *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, n° 2.
- CHENU A. (1990), L'archipel des employés, Paris, INSEE, coll. Etudes.
- CHERKAOUI M. et LINDSEY J. (1977), Mesure des classes sociales : des indices du status aux modèles d'analyse du rapport de classe, *Revue française de sociologie*, vol. XVIII, n° 2.
- CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H. (1987), Santé et comportements à risques, *Revue française des affaires sociales*, 41<sup>e</sup> année, n° hors série : Les 15-25 ans.
- CICOUREL A.V. (1964), *Method and measurement in sociology*, New - York, The Free Press of Glencoe.
- Cité des Sciences et de l'Industrie - La Villette (1992), *L'homme et la santé*, Paris, éd. du Seuil.
- CLARKE J.N. (1983), Sexism, Feminism and Medicalism : a Decade Review of Literature on Gender and Illness, *Sociology of Health and Illness*, vol. 5, n° 1.
- CLÉMENT S. (1987), D'un usage sociologique du corps, *Cahiers du Centre de recherches sociologiques*, n° 5.

- CLÉMENT S., DRULHE M. (1992), De l'offre rationalisée à une demande polymorphe, in MIRE et SPPU, *Vieillir dans la ville*, Paris, éd. L'Harmattan.
- COCKERHAM W.C. (1989), Medical Sociology, in SMELSER N.J. (ed.), *Handbook of Sociology*, London, Sage Publications.
- Colloque international de sociologie médicale, *Santé, médecine et sociologie*, Paris, éd. du CNRS et INSERM.
- Colloque organisé par le CREDES et la Commission de géographie de la santé (1989), *Géographie et socio-économie de la santé*. Paris, 23-26 janvier 1989, 2 tomes, CREDES.
- COTTEREAU A. (1978), La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure du travail? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris, *Sociologie du travail*, 20<sup>e</sup> année, n° 2.
- COTTEREAU A. (1983), L'usure au travail : interrogations et refoulements, *Le mouvement social*, n° 124.
- COTTEREAU A. (1983), Usure au travail, destins masculins et destins féminins dans les cultures ouvrières, en France au XIX<sup>e</sup> siècle, *Le mouvement social*, n° 124.
- CRIBIER F. (1983), Itinéraires professionnels et usure au travail : une génération de salariés parisiens, *Le mouvement social*, n° 124.
- CRIBIER F. (1988), La mortalité différentielle des travailleurs après la retraite, *Gérontologie et société*, n° 45.
- CRISTOFARI M.-F. (1990), Les risques professionnels, *Données sociales*, INSEE.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système*, Paris, éd. du Seuil.
- CUIN C.-H. (1993), *Les sociologues et la mobilité sociale*, Paris, PUF.
- DAUM S. et STELLMAN J. (1979), *Perdre sa vie à la gagner*, Montréal, éd. Parti pris.



- DELANOËJ.-Y., DERUFFE L., DEVOUASSOUS-MÉRAKCHI J. (enquête présentée par), (1977), La morbidité en clientèle privée en 1973. Etude statistique à partir d'une enquête permanente sur les prescriptions médicales (IDREM), *Santé-Sécurité sociale. Statistiques et commentaires*, tome A, n° 4.
- DESPLANQUES G. (1984), L'inégalité sociale devant la mort, *Economie et statistique*, n° 162.
- DESPLANQUES G. (1984), *La mortalité des adultes. Résultats de deux études longitudinales (période 1955 - 1980)*, Paris, INSEE, Les collections de l'INSEE, D 102.
- DESROSIÈRES A., GOY A. et THÈVENOT L. (1983), L'identité sociale dans le travail statistique. La nouvelle nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles, *Economie et statistique*, n° 152.
- DEVOUASSOUS-MÉRAKCHI J. et MOREL B. (étude réalisée par), (1982), Les diagnostics en médecine libérale en 1980. Résultats de l'enquête IDREM, mars 1980/avril 1981, *Santé-Sécurité sociale. Statistiques et commentaires*, n° 5.
- DING Q.C. (1990), Le relief social de la mortalité infantile, *Données sociales*, INSEE.
- DODIER N. (1993), *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris, éd. A.M. Métailié.
- DODIER N. (1985), La construction pratique des conditions de travail : préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers, *Sciences sociales et santé*, vol. 3, n° 3.
- DODIER N., La maladie et le lieu de travail, *Revue française de sociologie*, vol. XXIV, n° 2.
- DRULHE M. (1981), *Vivre ou survivre? Les centres d'hébergement pour personnes âgées*, Paris/Toulouse, éd. du CNRS.
- DRULHE M. (1987), Rupture et transition : le devenir des pensionnaires d'un centre d'hébergement pour femmes battues, *Revue française de sociologie*, vol. XXVIII, n° 4.

- DRULHE M. (1988), La maladie comme processus dans l'histoire corporelle, *Cahiers du Centre de recherches sociologiques*, n° 9.
- DRULHE M. (1990), Le poids du passé, *Informations sociales*, n° 6-7.
- DRULHE M. (1991), Présentation générale. Entre offre et demande sanitaire : enjeux de légitimité, *Cahiers du LERASS*, n° 22, «Sciences sociales et santé publique».
- DRULHE M. (1993), Effets de la culture sur les représentations et les activités du corps vieillissant, in CLANET C., FOURASTÉ R., SUDRES J.L. (sous la dir. de), *Corps, cultures et thérapies*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail.
- DRULHE M. (1994), Vieillesse-déficit ou vieillesse négociée : les conséquences méthodologiques d'un choix d'objet, in GUTH S., *L'insertion sociale*, Paris, éd. L'Harmattan.
- DRULHE M. et CLÉMENT S. (1995), Pour une sociologie de l'alcoolisme et des alcooliques, in HOUTAUD (d') A. et TALÉGHANI M. (1995), *Sciences sociales et alcool*, Paris, éd. L'Harmattan.
- DUCLOS D. (1984), *La santé et le travail*, Paris, éd. La découverte, coll. Repères.
- DUCLOS D. (1987), La construction sociale du risque : le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels, *Revue française de sociologie*, vol. XXVIII, n°1.
- DUFRESNE J., DUMONT F., MARTIN Y. (sous la dir. de), (1985), *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*, Québec et Lyon, Presses de l'Université de Québec et Presses universitaires de Lyon.
- DUMAZEDIER J. (1988), *Révolution culturelle du temps libre. 1968-1988*, Paris, éd. Méridiens-Klincksieck.
- DURKHEIM É. (1986), *Le suicide. Etude de sociologie*, Paris, PUF, coll. Quadrige.
- DURU G., ENGELBRECHT R., FLAGLE C.D., VAN EIMEREN W.

(1988), *La science des systèmes dans le domaine de la santé*, 3 volumes, Paris, éd. Masson, coll. de Médecine légale et de Toxicologie médicale.

ÉLIAS N. (1973), *La civilisation des mœurs*, Paris, éd. Calmann-Lévy.

ÉLIAS N. (1975), *La dynamique de l'Occident*, Paris, éd. Calmann-Lévy.

ÉLIAS N. (1985), *La société de cour*, Paris, éd. Flammarion.

ÉLIAS N. (1991), *La société des individus*, Paris, éd. Fayard.

FAINZANG S. (1989), *Pour une anthropologie de la maladie en France*, Paris, éd. de l'EHESS.

FASSIN D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*, Paris, PUF.

FELLOUS M. (1988), *De l'état de fille à l'état de mère. Journal de travail*, Paris, éd. Méridiens-Klincksieck.

FISCHLER C. (1980), Le combat de Richard Lewontin contre la sociobiologie, *Le Monde*, 28 septembre.

FISCHLER C. (1990), *L'omnivore*, Paris, éd. Odile Jacob.

FOUCAULT M. (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF.

FOUCAULT M. (1984), What is Enlightenment?, in RABINOV P., *Foucault Reader*, New York, Pantheon.

FOUCAULT M. (1991), Faire vivre et laisser mourir : la naissance du racisme, *Les temps modernes*, 46<sup>e</sup> année, n° 535.

FOX R.C. (1977), The Medicalization and Demedicalization of American Society, *Dædalus*, winter.

FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Paris, éd. Payot, coll. Médecine et Sociétés.

GABE J. and CALNAN M. (1989), The Limits of Medicine : Women's Perception of Medical Technology, *Social Science and Medicine*, vol.

- 28, n° 3.
- GABE J. and THOROGOOD N. (1986), Prescribed Drug Use and The Management of Everyday Life : The Experiences of Black and White Working-Class Women, *The Sociological Review*, vol. 34, n° 4.
- GALLAND O. (1991), *Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie active*, Paris, éd. Armand Colin.
- GARDEL B. (1982), Scandinavian research on stress in working life, *International Journal of Health Services*, vol. 12, n° 1.
- GARDENT H. (1988), *Dépendance des personnes âgées et charge de soins. Expérimentation de six grilles de dépendance*, Paris, Publications du CTNERHI.
- GARIGUES P. (1990), Les Français et le sport, *Données sociales*, INSEE.
- GAULLIER X. (1988), *La deuxième carrière. Ages, emplois, retraites*, Paris, éd. du Seuil.
- GERHART U., KIRCHGÄSSLER K. (1987), Analyse idéal -typique de carrières de patients, *Sciences sociales et santé*, vol. V, n° 1.
- GINSBURG F.D. (1990), La représentation de la fonction maternelle (nurturance) dans les mouvements féministes américains, *Actes de recherche en sciences sociales*, n° 84.
- GIASER B.G., STRAUSS A.L. (1967), *The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*, New-York, Aldine Publishing Company.
- GOFFMAN E. (1974), *Les rites d'interaction*, Paris, éd. de Minuit.
- GOFFMAN E. (1975), *Stigmate*, Paris, éd. de Minuit.
- GOLDBERG M. (1982), Cet obscur objet de l'épidémiologie, *Sciences sociales et santé*, vol. I, n° 1.
- GOVE W.R. (1973), Sex, Marital Status and Mortality, *American Journal of Sociology*, vol. 79, n° 1.
- GOVE W.R. (1984), Gender Differences in Mental and Physical Illness : The Effects of Fixed Roles and Nurturants Roles, *Social Science and*



- Medicine*, vol. 19, n° 2.
- GOVE W.R., HUGHES M. (1979), Possible Causes of the Apparent Sex Differences in Physical Health : an empirical investigation, *American Sociological Review*, vol. 44, n° 1.
- GOVE W.R., HUGHES M., GALLE O.R. (1979), Overcrowding in The Home: An Empirical Investigation of Its Possible Pathological Consequences, *American Sociological Review*, vol. 44, n° 1.
- GRANOVETTER M.S. (1973), The Strength of Weak Ties, *American Journal of Sociology*, vol. 78, n° 6.
- GRIGNON C. et GRIGNON C. (1984), Les pratiques alimentaires, *Données sociales*, INSEE.
- GRIGNON C. et GRIGNON C. (1980), Styles d'alimentation et goûts populaires, *Revue française de sociologie*, vol. XXI, n° 4.
- GROS F., JACOB F. et ROYER P. (1979), *Sciences de la vie et société*, Paris, La documentation française.
- GROSSIN W. (1983), *Des résignés aux gagnants*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- GUIDEVAUX L., COLVEZ A., MICHEL É., HATTON F., (1975), *Les malades en médecine libérale. Qui sont-ils? de quoi souffrent-ils? Enquête nationale de morbidité. Statistiques de mortalité*, Paris, INSERM.
- GUILLEMARD A.-M. (1986), *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, PUF.
- GUILLEMARD A.-M. (1992), Une rénovation culturelle : la mutation et la réorganisation des temps sociaux, in Actes du colloque, *L'économie du vieillissement. Mythes et réalités*, Limoges, Publication de l'Institut de l'Âge et du Conseil Général de la Vienne.
- GUYOT J.C. (1979), *Essai sur la définition et le contenu de la sociologie médicale*, Thèse pour le doctorat d'Etat, Paris, Université René Descartes.
- GUYOT J.C. (1982), *Quelle médecine pour quelle société?*, Toulouse, éd.

- Privat.
- GUYOT J.-C. (1985), *L'échec scolaire, ça se soigne*, Toulouse, éd. Privat, coll. Mésopé.
- HALBWACHS M. (1930), *Les causes du suicide*, Paris, éd. Félix Alcan.
- HAMMARSTRÖN A., JANLERT U. and THEORELL T. (1988), Youth Inemployment and Ill Health : Results from a 2-Year Follow-Up Study, *Social Science and Medicine*, vol. 26, n° 10.
- HATZFELD H. (1971), *Du paupérisme à la Sécurité sociale. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France 1850-1940*, Paris, éd. Armand Colin.
- Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France. Rapport général*, Paris, La documentation française, 1994.
- Haut Comité de la Santé Publique, *La santé en France. Annexe : travaux des groupes thématiques*, Paris, La documentation française, 1994.
- HÉRAN F. (1988), La sociabilité, une pratique culturelle, *Economie et statistique*, n° 216.
- HERPIN N. (1980), Compte rendu de BOURDIEU P., *La distinction. Critique sociale du jugement*, *Revue française de sociologie*, vol. XXXI, n°3.
- HERPIN N. (1984), Alimentation et régionalisme, *Données sociales*, INSEE.
- HERPIN N. (1986), Sociostyle, *Revue française de sociologie*, vol. XXVII, n°2.
- HERPIN N., CHOQUET O., KASPARIAN L. et VERGER D. (1988), Les conditions de vie des ouvriers. Un mode de vie ouvrier?, *Economie et statistique*, n° 228.
- HERPIN N., VERGER D. (1988), *La consommation des français*, Paris, éd. La découverte.
- HERZLICH C. (1969), *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*, Paris et La Haye, éd. Mouton.

- HERZLICH C. (1970), *Médecine, maladie et société*, Paris et La Haye, éd. Mouton.
- HERZLICH C. (1981), Perceptions et représentations des usagers : santé, corps, handicap, in Les colloques de l'INSERM, *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, Paris, INSERM, vol. 104.
- HERZLICH C. (1985), Sociology of Health and Illness in France, Retrospectively and Prospectively, *Social Science and Medicine*, vol. 20, n°2.
- HERZLICH C, PIERRET J. (1989), *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, éd. Payot.
- HIBBARD J.H. and POPE C.R. (1991), Effect of Domestic and Occupational Roles on Morbidity and Mortality, *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 7.
- HOUTAUD (d') A. et FIELD M.G. (1989), *La santé. Approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Nancy, Presses universitaires de Nancy.
- HUBERT M. (1991), L'approche constructiviste appliquée à la sociologie des problèmes sociaux : éléments d'un débat, *Recherches sociologiques*, vol. XXII, n° 1-2.
- HUPPERT-LAUFFER J. (1982), *La féminité neutralisée? Les femmes cadres dans l'entreprise*, Paris, éd. Flammarion.
- ILLITCH I. (1975), *Némésis médicale*, Paris, éd. du Seuil.
- INIZAN J. et BOUVIER-COLLE M.H. (1990), La mortalité des jeunes en Europe, *Données sociales*, INSEE.
- IRATA H. et ROGERAT C. (1988), Technologie, qualification et division sexuelle du travail, *Revue française de sociologie*, vol. XXIX, n° 1.
- ISAMBERT F.-A. (1987), L'expérimentation sur l'homme comme pratique et comme représentation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°68.

- JAEGER M. (1988), *La psychiatrie en France*, Paris, éd. Syros.
- JAMET M. (1991), *Le sport dans la société. Entre raison(s) et passion(s)*, Paris, éd. L'Harmattan.
- JOFFE M. (1989), Social Inequalities in Low Weight : Timing of Effects and Selective Mobility, *Social Science and Medicine*, vol. 28, n° 6.
- JOUGLA E., GOLDBERG M., HATTON F., avec la collaboration de KLEIN N. et LETOULEC A. (1988), Relation entre l'évolution de l'état de santé et l'activité du système de santé dans les pays développés, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 36, n° 6.
- JUAN S. (1991), *Sociologie des genres de vie. Morphologie culturelle et dynamique des positions sociales*, Paris, PUF.
- KASL S.V. and COBB S. (1966), Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior. Part I, *Archives of Environmental Health*, vol. 12, february ; Part II, *Archives of Environmental Health*, vol. 12, april.
- KATZ A.H. (1981), Self-Help and Mutual Aid : An Emerging Social Movement?, *Annual Review of Sociology*, n° 7.
- KITSUSE J.I., SPECTOR M. (1973) Toward a Sociology of Social Problems: Social conditions, Value-Judgments, and Social Problems, *Social Problems*, vol. 20, p. 407-418.
- KRAMARZ F. (1987), Les conditions de travail des ouvriers, *Données sociales*, INSEE.
- KUTY O. (1983), Les innovations scientifiques dans le champ sanitaire (1750-1825), *Sciences sociales et santé*, n° 3-4.
- LALIVE d'ÉPINAY C. (1982), Persistance de la culture populaire dans les sociétés industrielles avancées, *Revue française de sociologie*, vol. XXIII, n° 1.
- LALIVE d'ÉPINAY (et coll.), (1983), *Vieillesse. Situations, itinéraires et modes de vie des personnes âgées aujourd'hui*, Saint-Saphorin (Suisse),



- éd. Georgi.
- LAZARSFELD P., JAHODA M., ZEISEL H. (1981), *Les chômeurs de Marienthal*, Paris, éd. de Minuit.
- LE BRETON D. (1985), *Corps et sociétés. Essai de sociologie et d'anthropologie du corps*, Paris, Librairie des Méridiens, coll. Sociologies au quotidien.
- LE BRETON D. (1992), *La sociologie du corps*, Paris, PUF, coll. Que sais-je?, n°2678.
- LE DISERT D. (1985), *La maladie : la part du social*, Paris, éd. du CDSH.
- LE WITTA B. (1988), *Ni vue, ni connue. Approche ethnographique de la culture bourgeoise*, Paris, éd. de la Maison des sciences de l'homme.
- LECLERC G. (1979), *L'observation de l'homme. Une histoire des enquêtes sociales*, Paris, éd. du Seuil.
- LÉCUYER B.-P. (1983), Les maladies professionnelles dans les «Annales d'hygiène publique et de médecine légale» ou une première approche de l'usure au travail, *Le mouvement social*, n° 124.
- LEDERMAN S. (1956 et 1964), *Alcool, alcoolisme et alcoolisation*, 2 volumes, Paris, PUF/INED.
- LEDRUT R. (1966), *Sociologie du chômage*, Paris, PUF.
- LEDRUT R. (sous la dir. de), (1979), *L'évolution des pratiques alimentaires sous leurs aspects qualitatifs*, Toulouse, Rapport ronéo, de fin de contrat ATP CNRS n° 2765, Centre de recherches sociologiques.
- LENOIR R. (1980), La notion d'accident du travail : un enjeu de luttes. Note de recherche, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 32-33.
- LÉONARD J. (1981), *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs. Histoire intellectuelle de la médecine française au XIXe siècle*, Paris, éd. Aubier-Montaigne.
- LEROUX D., LESDOS C., MOUQUET M.C. (1982), Statistiques de morbidité dans les établissements d'hospitalisation publics. Années

- 1977 et 1978, *Santé-Sécurité sociale. Statistiques et commentaires*, n° 2.
- Les colloques de l'INSERM (1981), *Conceptions, mesures et actions en santé publique*, Paris, INSERM, vol. 104.
- Les colloques de l'INSERM (1989), *Les représentations de la santé. Bilan actuel, nouveaux développements*, Paris, INSERM, vol. 178.
- LÉVY C. et VALLIN J. (1981), La mortalité par catégorie socioprofessionnelle. Essai de calcul direct, *Population*, 36<sup>e</sup> année, n° 4-5.
- LOUX F. (1974), Transmission culturelle chez les catholiques et les protestants : les soins corporels à Chardonneret, *Ethnologie française*, vol. IV, n° 1-2.
- LOUX F. (1990), *Traditions et soins d'aujourd'hui*, Paris, éd. Interéditions, 2<sup>e</sup> édition.
- LUPTON D., DONALDSON C. and LLOYD P. (1991), Caveat Emptor or Blissful Ignorance? Patients and The Consumerist Ethos, *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 5.
- LYOTARD J.-F. (1983), *La condition postmoderne. Rapport sur le savoir*, Paris, éd. de Minuit.
- MACINTYRE S. (1986), The Patterning of Health by Social Position in Contemporary Britain: directions for sociological research, *Social Science and Medicine*, vol. 23, n° 4.
- MAFFESOLI M. (1979), *La conquête du présent. Pour une sociologie de la vie quotidienne*, Paris, PUF.
- MAISONNEUVE J. (1976), Le corps et le corporéisme aujourd'hui, *Revue française de sociologie*, vol. XVII, n° 4.
- MARCHAND O. et THÉLOT C. (1991), *Deux siècles de travail en France. Population et structure sociale, durée et productivité du travail*, Paris, INSEE, coll. Etudes.
- MARCOVITCH A. (1986), L'introduction de la vaccination jennérienne, un révélateur des idéologies et des politiques de santé, *L'année*

- sociologique*, vol. 36.
- MARMOT M.G., KOGEVINAS M. and ELSTON M.A.(1987), Social Economic Status and Disease, *Annual Review of Public Health*, n° 8.
- MATHIEU N.-C. (1991), *L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe*, Paris, éd. Côté-Femmes.
- McINTOSH GRAY A. (1982), Inequalities in Health. The Black Report : a summary and comment, *International Journal of Health Services*, vol. 12, n° 3.
- McKIMLAY J.B., McINLAY S.M. and BEAGLEHOLE R. (1989), A Review of Evidence Concerning The Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States, *International Journal of Health Services*, vol. 19, n° 2.
- McQUEEN D.V. (1987), A Research Program in Lifestyle and Health : Methodological and Theoretical Considerations, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 35, n° 1.
- MECHANIC D. (ed.), (1983), *Handbook of Health, Health Care and The Health Professions*, New-York, The Free Press.
- MENACHEM G. (1992), Troubles de la santé à l'âge adulte et difficultés familiales durant l'enfance, *Population*, 47<sup>e</sup> année, n° 4.
- MENACHEM G. (1994), *Problèmes de l'enfance, statut social et santé des adultes*, Paris, CREDES, coll. Biblio n° 1010.
- MENNELL S., MURCOTT A., OTTERLOO (van) A.H. (1992), The Sociology of Food : Eating, Diet and Culture, *Current Sociology*, vol. 40, n° 2.
- MERLLIÉ D. (1983), Une nomenclature et sa mise en œuvre: les statistiques sur l'origine sociale des étudiants, *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 50.
- MERLLIÉ D. (1994), *Les enquêtes de mobilité sociale*, Paris, PUF.
- MESLÉ F. et VALLIN J. (1988), Les composantes de la mortalité cardiovasculaire en France depuis 1925 : résultats d'une reconstitution historique, *Population*, 43<sup>e</sup> année, n° 2.

- MESLÉ F. (1983), Cancer et alimentation : les cas des cancers de l'intestin et du rectum, *Population*, 38<sup>e</sup> année, n° 4-5.
- MICHEL É. (1993), Disparités régionales de la mortalité en France. Situation en 1990, *Solidarité-santé. Etudes statistiques*, n° 1.
- MINVIEILLE D., AÏACH P., LECLERC A., CÈBE D. et PIESSET J. (1977), Problèmes de santé et inégalités sociales, *Santé - sécurité sociale. Statistiques et commentaires*, tome A, n° 4.
- MIROWSKY J. and ROSS C.E. (1986), Social Patterns of Distress, *Annual Review of Sociology*, n° 12.
- MIZRAHI A., MIZRAHI A. (1982), *La consommation médicale. Micro-économie*, Paris, PUF.
- MIZRAHI A., MIZRAHI A. (1990), Les tendances à long terme de la consommation médicale, *Futuribles*, n° 147.
- MOATTI J.P. (1991), L'économie de la santé à la croisée des chemins, *Les cahiers du LERASS*, n° 22.
- MOLINIÉ A.-F. et VOLKOFF S. (1984), Les accidents de travail, Données sociales, INSEE.
- MORMICHE P. (1994), Deux décennies d'évolution des consommations médicales, *Solidarité-santé. Etudes statistiques*, n° 1.
- MOSSÉ P. (1982), *Une vue sur les sciences humaines de la santé. France 1975-1981*, Paris, éd. du CDSH.
- MURARD N. (1993), *La protection sociale*, Paris, éd. La Découverte, coll. Repères.
- MURNAGHAN J.H. (1981), Health Indicators and Information Systems for The Year 2000, *Annual Review of Public Health*, n° 2.
- NATHANSON C.A. (1984), Sex differences in mortality, *Annual Review of Sociology*, n° 10.
- NICOLAS G. (1973), Fait «ethnique» et usages du concept d'«ethnie», *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. LIV.



- NICOLSON M. and McLAUGHLIN C. (1987), Social Constructionism and Medical Sociology: a Reply to M.R. Bury, *Sociology of Health and Illness*, vol. 9, n° 2.
- NICOLSON S. and McLAUGHLIN C. (1988), Social Constructionism and Medical Sociology: a study of Vascular Theory of Multiple Sclerosis, *Sociology of Health and Illness*, vol. 10, n° 3.
- NIZARD A. et MUNOZ-PÉREZ F. (1993), Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Essai d'évaluation du nombre de décès dus à la consommation d'alcool et de tabac en 1986, *Population*, 48<sup>e</sup> année, n°3.
- NIZARD A. et MUNOZ-PÉREZ F. (1993), Alcool, tabac et mortalité en France depuis 1950. Incidence de la consommation d'alcool et de tabac sur la mortalité, *Population*, 48<sup>e</sup> année, n° 4.
- NIZARD A. et VALLIN J. (1980), Les causes de décès en France. II. Couplage des 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> révisions de la classification internationale. Application à la période 1958-1974, *Population*, 35<sup>e</sup> année, n° 6.
- OCDE, (1985), *La santé en chiffres, 1960-1983. Dépenses, coûts, résultats*, Paris, Etudes de politique sociale n° 2.
- OGIEN A. (1989), *Le raisonnement psychiatrique*, Paris, Librairie des Méridiens.
- OMRAN A.R. (1971), The Epidemiological Transition, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 49, n° 1.
- OOMMEN T.K. (1994), Les relations entre race, ethnicité et classe, *Revue internationale des sciences sociales*, n° 139.
- PAGÈS-DELON M. (1989), *Le corps et ses apparences. L'envers du look*, Paris, éd. L'Harmattan.
- PARSONS T. (1955), *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, éd. Plon.
- PASSERON J.-C. (1991), *Le raisonnement sociologique. L'espace non*

- poppérien du raisonnement naturel*, Paris, éd. Nathan, coll. Essais et recherches.
- PASSERON J.-C, SINGLY (de) F. (1984), Différence dans la différence: socialisation de classe et socialisation sexuelle, *Revue française de science politique*, vol. 34, n° 1.
- PATTON P. (1992), Le sujet de pouvoir chez Foucault, *Sociologie et sociétés*, vol. XXIV, n° 1.
- PÉNEFF J. (1984), La fabrication statistique ou le métier du père, *Sociologie du travail*, 26<sup>e</sup> année, n° 2.
- PÉNEFF J. (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris, éd. Métailié.
- PERCHERON A. (en coll. avec CHICHE J.), (1988), Classes d'âge en question, *Revue française de science politique*, vol. 38, n° 1.
- PÉRILLEUX T. (1992), Santé et identité dans les organisations : une revue de la littérature, *Recherches sociologiques*, vol. XXIII, n° 3.
- PETO D., RÉMY J., VAN CAMPENHOUT L. et HUBERT M. (1992), *Sida. L'amour face à la peur*, Paris, éd. L'Harmattan.
- PÉTONNET C. (1979), *On est tous dans le brouillard. Ethnologie des banlieues*, Paris, éd. Galilée.
- PHARO P. (1983), Soumission ou détournement : l'efficacité pratique des savoirs sociaux, *Critiques de l'économie politique*, n° 23-24.
- PHARO P. (1986), Travail et mise en place sociale, *Sociologie du travail*, vol. XXVIII, n° 2.
- PHARO P. (1993), *Le sens de l'action et la compréhension d'autrui*, Paris, éd. L'Harmattan.
- PICHERAL H. (1978), Villes et cancers des voies respiratoires en France, *Bulletin de l'Association des géographes français*, n° 451.
- PICHERAL H. (1989), Géographie de la transition épidémiologique, *Annales de géographie*, XCVIII<sup>e</sup> année, n° 546.
- PINELL P., ZAFIROPOULOS M. (1978), La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile, *Actes de la*

- recherche en sciences sociales*, n° 24.
- POLLACK M. (1988), *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, éd. A.M. Métailié.
- RENAUD M. (1987), De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention : 15 ans de recherche sur l'étiologie sociale de la maladie, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 35, n° 1.
- RENAUD M. (1991), The Future : Hygeia Versus Panakeia?, in *Population Health Program*, Canadian Institute for Advanced Research, October.
- ROBINE J.-M. (1994), L'espérance de santé s'améliore: pourquoi? comment? Communication au colloque scientifique organisé par l'INSEE, la CNAMTS, le CREDES, la MIRE et le SESI, *Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*, Paris, 20 juin 1994.
- ROBINE J.-M., MORMICHE P. (1994), Estimation de l'espérance de vie sans incapacité en France en 1991, *Solidarité - santé. Etudes statistiques*, n° 1, 1994.
- ROCHEFORT R. et MEYER C. (1993), Les inégalités sociales de santé. Rapport de l'atelier n° 2, in SOUBIE R. (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), *Santé 2010. Equité et efficacité du système*, Paris, La documentation française.
- ROSSOWSKY O. (Dr), (1994), Au fondement du pouvoir médical: la classification internationale des maladies, *Panoramiques*, n° 17.
- SAILLANT F. (1990), Fabriquer le sens: le réseau sémantique du cancer, *Sciences sociales et santé*, vol. VIII, n° 3.
- SAINSAULIEU R. (1977), *L'identité au travail*, Paris, Presses de la Fondation de sciences politiques.
- SCARDIGLI V. (1992), *Le sens de la technique*, Paris, PUF.
- SCHARF B.R. (1977), Sexual Stratification and Social Stratification, *The*

- British Journal of Sociology*, vol. XXVIII, n° 4.
- SCHEFF Th. J. (1970), Règles de décision, types d'erreurs et leurs conséquences sur le diagnostic médical, in HERZLICH C, *Médecine, maladie et société*, Paris et La Haye, Ed. Mouton.
- SCHNEIDER J.W. (1985), Social Problems Theory : The constructionist View, *Annual Review of Sociology*, n° 11.
- SELYE H. (1974), *Stress without distress*, Philadelphia, Lippincott.
- SÉVIGNY R. (1969), Pour une théorie psychosociologique de l'aliénation, *Sociologie et sociétés*, vol. 1, n° 2.
- SINGLY F. (de), (1984), Les manœuvres de séduction : une analyse des annonces matrimoniales, *Revue française de sociologie*, vol. XXV, n°4.
- SINGLY (de) F. (1986), Etude de styles de vie, *Universalia*.
- SINGLY (de) F. (1990), *L'homme dual. Raison utilitaire, raison humanitaire*, *Le débat*, n° 61.
- Sociologie de la médecine (1973), *Revue française de sociologie*, n° spécial.
- SONTAG S. (1979), *La maladie comme métaphore*, Paris, éd. du Seuil.
- SOUBIE R. (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), (1993), *Santé 2010. Equité et efficacité du système*, Paris, La documentation française.
- SOUBIE R. (Groupe «Prospective du système de santé» présidé par), (1993) *Santé 2010. Santé, maladies et technologies*, Paris, La documentation française.
- SPIRA A., BAJOS N. et le groupe ACSF, (1993), *Les comportements sexuels en France*, Paris, La documentation française.
- STEUDLER F. (1972), *Sociologie médicale*, Paris, éd. Armand Colin, coll. U2.
- STRAUSS A.L. (textes réunis et présentés par BAZSANGER I.), (1992), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, éd. L'Harmattan.
- SULKUNEN P. (1992), *The European New Middle Class. Individuality and*



*Tribalism in Mass Society*, Aldershot, Avebury.

- TABARD N. (1987), Espace et classes sociales, Données sociales, INSEE.
- TAYLOR R. and FORD G. (1981), Lifestyle and Ageing. Three Traditions in Lifestyle Research, Ageing and Society, vol. 1, n° 3.
- TEIGER C, LAVTLE A. et LORTIE M. (1980), *Morbidité, mortalité différentielles et conditions de vie dans les métiers ouvriers de la presse parisienne*, Paris, Rapport ronéo., Laboratoire de Physiologie du travail et d'ergonomie du CNAM.
- TESTART A. (1992), La question de l'évolutionnisme dans l'anthropologie sociale, *Revue française de sociologie*, vol. XXXIII, n° 2.
- THÉ G. (de) et HUBERT A. (1988), *Modes de vie et cancers*, Paris, éd. Robert Laffont, coll. Pluriel.
- THEBAUD - MONY A. (1991), *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, ministère de l'Emploi et de la Formation professionnelle, et La documentation française.
- THOMAS L. (1977), On The Science and Technology of Medicine, *Daedalus*, winter.
- TONNELIER F. (1992), *Inégalités géographiques et santé: évolution depuis le XIX<sup>e</sup> siècle en France*, Paris, CREDES.
- TOURAINÉ A. (1978), *La voix et le regard*, Paris, Le Seuil, coll. Sociologie permanente.
- TRIOMPHE A. (1991), *Les personnes handicapées en France. Données sociales*, Paris INSERM et Publications du CTNERHI.
- TURNER B.S. (1982), The government of the body : medical regimens and the rationalization of diet, *The British Journal of Sociology*, vol. XXXIII, n° 2.
- TWADDLE A.C. (1982), From Medical Sociology to The Sociology of Health : Some Changing Concerns in the Sociological Study of Sickness and Treatment, in BOTTOMORE T., NOWACK S. and SOKALOWSKA

- M., *Sociology. The State of Art*, London, Sage Publications.
- VÅGERÖD. (1991), Inequality in Health – Some Theoretical and Empirical Problems, *Social Science and Medicine*, vol. 32, n°4.
- VALLIN J. (1973), *La mortalité par génération en France depuis 1899*, Paris, PUF/INED.
- VALLIN J. (1979), Morbidité dans la région parisienne : apport et intérêt des statistiques de la Caisse primaire centrale d'assurance maladie, *Population*, 34<sup>e</sup> année, n° 1.
- VALLIN J. (1990), Quand les variations géographiques de la surmortalité masculine contredisent son évolution dans le temps, *Espace Populations Sociétés*, n° 3.
- VALLIN J. (1993), Evolution de la mortalité depuis 1920, *Données sociales*, INSEE.
- VALLIN J. et NIZARD A. (1977), La mortalité par état matrimonial. Mariage sélection ou mariage protection, *Population*, n° spécial.
- VALLIN J. et NIZARD A. (1978), Les causes de décès en France. I/Pour une typologie simple et homogène; application à la période 1968–1974, *Population*, 33<sup>e</sup> année, n° 3.
- VERBRUGGE L.M. (1984), How Physicians Treat Mentally Distressed Men and Women, *Social Science and Medicine*, vol. 18, n° 1.
- VERRET M. (1988), *La culture ouvrière*, Saint-Sébastien, ACL éditions.
- VIGARELLO G. (1993), *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Age*, Paris, éd. du Seuil.
- VILLAC M. (1993), Présentation générale. Les dépenses de santé des Français, *Economie et statistique*, n° 265.
- VOLKOFF S. (1987), Conditions de travail et santé, *Données sociales*, INSEE.
- WACQUANT L.J.D., CALHOUN C.J. (1989), Intérêt, rationalité et culture. A propos d'un récent débat sur la théorie de l'action, *Actes de la*

- recherche en sciences sociales*, n° 78.
- WARDLLE J. and STEPTOE A. (1991), The European Health and Behavior Survey : Rationale, Methods and Initial Results from The United Kingdom, *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 8.
- WATZLAWICK P. (1988), *L'invention de la réalité. Contributions au constructivisme*, Paris, éd. du Seuil.
- WEBER F. (1989), *Le travail à côté. Etude d'ethnographie ouvrière*, Paris, INRA et éd. de l'EHESS.
- WEBER M. (1971), *Economie et société*, Paris, éd. Plon.
- WELMANN B. and BERKOWITS D. (eds.), (1988), *Social Structures. A Network Approach*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WEST P. (1991), Rethinking the Health Selection Explanation for Health Inequalities, *Social Science and Medicine*, vol. 32, n° 4.
- WEST P., MACINTYRE S., ANNANDALE E. and HUNT K. (1990), Social Class and Health in Youth : Findings from The West of Scotland Twenty - 07 Study, *Social Science and Medicine*, vol. 30, n° 6.
- WESTBROOK M.T. and VINEY L.L. (1983), Age and Sex Differences in Patients' Reactions to Illness, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 24, n° 4.
- WHITE K. (1991), The Sociology of Health and Illness, *Current Sociology*, vol. 39, n° 2.
- WHITESIDE N. (1988), Unemployment and Health: An Historical Perspective, *Journal of Social Policy*, vol. 17, n° 2.
- WIENER C., STRAUSS A., FAGERHAUGH S., SUCZEK B. (1979), Trajectories, Biographies and the Evolving Medical Technology Scene : Labor and Delivery and The Intensive Care Nursery, *Sociology of Health and Illness*, vol. 1, n° 3.
- WILLIAMS R. (1990), *A protestant Legacy. Attitudes to Death and Illness among Old Aberdonians*, Oxford, Clarendon Press.
- WINGARD D.L. (1984), The Sex Differentials in Morbidity, Mortality, and

- Lifestyle, *Annual Review of Public Health*, n° 5.
- WRIGHT P. and TREACHER A. (eds.), (1982), *The Problem of Medical Knowledge : Examining The Social Constructionism of Medicine*, Edinburgh, Edinburgh University Press.
- YOUNG A. (1982), The Anthropologies of Illness and Sickness, *Annual Review of Anthropology*, n° 11.



## 译后记

本书的作者德吕勒教授不是一名普通的社会学家。在了解他之前，我始终有一个疑问，像他这样水平和影响力的学者为什么没有到巴黎去做教授。他生在第二次世界大战结束的次年，在法国知识界，这个年龄段的人被划为“六八一代”。他的家乡是法国南部的图卢兹，后来这里成为了他工作的地方。他的母语是法国西南的奥克方言，法语是他的第一外语。这许多的细节，也许部分地解释了为什么从1971年获得社会硕士学位之后，德吕勒教授一直致力于法国社会问题的研究。或许是背景的多元性，使他倾向于留在这个远离学术权威、更贴近民生的地方，使他毕生研究健康这个关乎大众福祉、社会安康的问题。他所著的《健康与社会》可以视作一部总结本学科研究发展趋势的力作，也可以看作他本人学术历程的回顾与总结。

在本书中，德吕勒教授以社会学的视角，为我们揭示了一个问题。这个问题的提出是为了回应一个流行于上世纪末的观念，即：医疗技术的进步必定会带来社会健康状况的改善。其逻辑是，在西方福利社会，公民拥有平等的就医机会，就等于拥有了平等的健康。这个观念让政府更加关注另一个问题：到哪里去找医学发展所需的昂贵经费？德吕勒教

授认为,这大大偏离了健康问题的主旨。他一针见血地指出,恰恰是在法国这个被誉为拥有世界上最好医疗体系的国度里,恰恰是在健康问题上,存在着深层次的社会不平等。这并非教授本人的警世之言,而是总结欧洲各国学者研究得出的不争结论。

2008年是新医改的破题之年,本书的出版应该说是非常有意义的。在这里简单回顾一下这本书的翻译过程:2004年初赶上了非典的余波,由于这场公共卫生危机所引发的思考深深地吸引了我,经朋友介绍接下本书。但是,由于市场的变故使得翻译计划半途搁浅。直到2007年初,在朋友们的帮助下,重新筹划出版,翻译工作才终成正果。但是这样的周折影响并不全是负面的。2003年的非典让当时的中国一度进入全面应对公共卫生危机的局面,随后引发了对公共卫生体系的盘点和反思;继而又经历了2005年对医改成功与否的争论,以及对一些问题的讨论:应该是政府主导模式还是市场化模式?到底应该借鉴哪国的经验?社会各界对中国医改到底应当走什么样的路各执己见,不仅涉及到公共医疗卫生服务的问题,也是反思改革开放以来发展模式的机会;紧接着发生了对宿迁医改模式之辩,把中国医疗卫生体制的未来发展的悬念再次推到了台前;2007年郑筱萸案和上海社保案相继判决,让我们看到了改革的阻力和中央坚定不移继续改革的信心。经过了这些纷繁杂乱之后,再看本书,有了新的认识。

无论是“新三座大山”(教育、医疗、住房)的出现,或者是中国医改二十年历程的坎坷,都不断地塑造、印证着一个观点,即没有一种现成的“国际先进模式”可以照搬:西方福利社会内部的医疗保障也分门别类,且都是依照各自国情而定,而今往往又出现财政上捉襟见肘的情况,故此更多动脑筋、想办法的工作还要靠中国人自己来做。当1977年国际卫生组织提出“到2000年人人享有健康”这个口号的时候,中国正在准备进入一个新的历史时期,没有谁知道在总体改革开放、全面引入市场经济的大背景下,医疗的重生应当从哪里开始。尽管确立和普及基

本卫生保健制度一直是我国政府工作的大方向，但是纵观建国后的历史，中国特有的国情成为了摆在政府面前最大的难题，故而虽然目标始终未变，计划实现的时间却不得不一次次地推后，而与此同时，各种争论和尝试在神州大地上不断进行着。

中国的医改从1985年肇始就面临着发展所带来的新问题：首先是城市化的进程加快，流动人口的增加突显出公共卫生体系建设和应对能力的不足。对城乡二元体制的挑战刚刚开始，而依附于这一体制之上的医疗模式的改革又是首先受到挑战的。其次，财政投入不足，无论是从医改开始的“有方向、无投入”，还是到后来的投入明显不足，公立医院模式已经成为了政府想甩掉又舍不得甩掉的包袱，而在患者一方，这种入不敷出的服务模式已经成为了噩梦的根源，服务不足、质量差、费用高、相应的保险体制缺失或补助无力等，让所有社会阶层的人都感到医疗卫生是一个充满问题的领域。但是由于对全面市场化带来的冲击缺乏预测能力，公共卫生和医疗服务行业始终是掌握在政府手中，尽管在医改当中有鼓励民营医院发展的思想，但是实际操作起来，民营医院被捆住手脚，准入门槛居高不下，政府政策限制太死，完全失去了竞争力。这让人们不得不重提政府办服务的效率问题。

就像中国目前整体的经济体制和社会文化结构是多元化的一样，中国的医疗模式注定是一个多元化的模式。新的医改试图通过完善新农村合作医疗制度与社区卫生保健服务制度，建立覆盖城乡的基本卫生保健制度，为群众提供安全、有效、方便、廉价的公共卫生基本医疗服务，着眼于实现人人享有基础卫生保健。有学者认为中国的医疗模式应当是独具中国特色的，那么美国、德国、英国、法国的模式对我们有什么可供借鉴的地方呢？除了作为前车之鉴供我们参考以外，它们也为我们未来的发展拓宽了视野和思路。本书就是一个很好的例证。

同作者一道回顾本书诞生的过程不难发现，早在战后就建立相对完善的福利制度的西方发达国家，无论是英国、美国还是法国，到了80

年代初,都相继发现了公众健康方面的不和谐音。本以为建立完善的全民医疗保险制度后,社会各阶层的健康水平会趋于统一,健康的社会差异缩小。但是布莱克报告和法国死亡率长时调查都显示出相反的结论。作者由此澄清了自己的观点:较完善的医疗保障体系并不一定能够保证健康方面的社会差距日渐缩小直至消失。这只是一厢情愿的、过于简化的想法,人们习惯于将医疗体系和健康体系这两个词混淆起来,但实际上,健康是一件范围远超过医疗的事情。

通过社会学、人类学的视角,作者为我们揭示了在据称拥有世界最好医疗体系的法国,在这个体制典范的背后,存在着社会深层的健康不平等现象。而问题的根本就在于,消费者在生病就医之前,经济、社会、文化机制当中的多重因素已经对他的健康产生了影响和作用。作者首先驳斥了一个观念,即拥有了公平获得医疗的机会,就拥有了平等的健康。这是来自于笛卡尔启蒙思想中“人定胜天”或者“医定胜病”的一种认识。然而,在法国模式当中,平等获得医疗的问题基本已经解决,但是健康的不平等始终挥之不去。作者首先是从社会机制角度来研究死亡率和疾病率问题,通过性别、婚姻、年龄、代际、阶层、族群以及烟酒消费、驾车、运动、劳动、失业、社会道德观念、医疗消费等生活方式和条件等关键指标来证实了不平等现象的存在。接着进行了认识论上的理论梳理,继而研究社会差异的建构模式、社会结构对健康的影响、各种生活方式的健康内涵。最后,作者指出,面对物质条件、生活方式和社会心理等环境局限,行动者对自身生活的价值、标准和态度的调节,即应对健康风险因素的主观能动性,决定了他的健康状况。作者最后总结说,各个研究模式之间的关系,应当是相互补充,而不是矛盾或互斥的,而社会学视角起到的是辅助作用,帮助我们更深入、更透彻地理解健康问题。

本书对 20 世纪末针对健康问题的社会学、人类学研究的主要视角进行了系统性的梳理,这个综述性研究的独特性就在于它找到了介于



人们习惯谈论的宏观政策调控视角和微观个人行为之间的、对健康起作用的中观层面，并由此证明了社会当中劳动的组织方式、生活的模式、社会阶层的结构无一例外地对健康产生影响，如果人们想仅以医疗建设替代健康发展的话，就会将自己置于一个十分被动的地位。这为我们敲响了警钟：也许多年后，在卫生保健体系逐步完善的时候，我们却没有迎来全民普遍享有健康的时代，那个时候人们的抱怨就不再是看病难、看病贵，而是有钱人拥有健康，是这个社会不平等。

在今后很长的一个时期内，中国的医疗体制建设还要不断努力，各方利益继续着博弈，人们还需要在看病难的表象后面找到合理的解释，寻求自己的理想模式，医生还需要在自我实现和职业道德之间徘徊，医院还要在疲于应付大量患者和技术改进之间进行选择，政府还要在市场和规制之间寻求平衡点，合理的制度安排才会形成顺畅的社会保障模式。就像诺贝尔经济学奖得主斯蒂格利茨所说的：“每个成功的经济，都是建立在市场和政府的合理平衡之上的”，每个成功的社会模式，也应当是建立在充分发育的市场经济和成熟的政府及民间治理之间的平衡之上的。而在中国建立多元适用的医疗体系决不是工作的全部，而是追求社会平等道路上重要的起始，中国人群的健康状况改善，不能全盘依赖政府，或期盼完善的医疗体系出现的那一天，而是要依赖中国改革的均衡发展为国民在经济、政治、社会、文化等各领域带来的全面利好。这也是本书的作者所支持的观点，希望这本书和以后更多的著作能够成为镜子，经常帮助我们审视中国健康问题的改革道路和发展目标。

王鲲

2008年2月20日

于法国普罗旺斯地区艾克斯

# 人文与社会译丛

## 第一批书目

- 1.《政治自由主义》,[美]J. 罗尔斯著,万俊人译 28.80 元
- 2.《文化的解释》,[美]C. 格尔茨著,韩莉译 24.50 元
- 3.《技术与时间:爱比米修斯的过失》,[法]B. 斯蒂格勒著,裴程译  
16.60 元
- 4.《依附性积累与不发达》,[德]A.G. 弗兰克著,高铨等译 13.60 元
- 5.《身处欧美的波兰农民》,[波]F. 兹纳涅茨基、  
[美]W.I. 托马斯著,张友云译 9.20 元
- 6.《现代性的后果》,[英]A. 吉登斯著,田禾译 10.00 元
- 7.《消费文化与后现代主义》,[美]M. 费瑟斯通著,刘精明译 14.20 元
- 8.《英国工人阶级的形成》(上、下册),[英]E.P. 汤普森著,  
钱乘旦等译 54.50 元
- 9.《知识人的社会角色》,[波]F. 兹纳涅茨基著,郑斌祥译 11.50 元

## 第二批书目

- 10.《文化生产:媒体与都市艺术》,[美]D. 克兰著,赵国新译 13.00 元
- 11.《现代社会中的法律》,[美]R.M. 昂格尔著,吴玉章等译 15.20 元
- 12.《后形而上学思想》,[德]J. 哈贝马斯著,曹卫东等译 15.00 元
- 13.《自由主义与正义的局限》,[美]M. 桑德尔著,万俊人等译 15.00 元

- |                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| 14.《临床医学的诞生》,[法]M.福柯著,刘北成译       | 12.20元 |
| 15.《农民的道义经济学》,[英]J.C.斯科特著,程立显等译  | 15.80元 |
| 16.《俄国思想家》,[英]I.伯林著,彭淮栋译         | 18.50元 |
| 17.《自我的根源:现代认同的形成》,[加]C.泰勒著,韩震等译 | 34.50元 |
| 18.《霍布斯的政治哲学》,[美]L.施特劳斯著,申彤译     | 11.80元 |
| 19.《现代性与大屠杀》,[英]Z.鲍曼著,杨渝东等译      | 17.00元 |

### 第三批书目

- |                                           |        |
|-------------------------------------------|--------|
| 20.《新功能主义及其后》,[英]J.亚历山大著,彭牧等译             | 15.80元 |
| 21.《自由史论》,[英]J.阿克顿著,胡传胜等译                 | 27.00元 |
| 22.《伯林谈话录》,[英]I.伯林等著,杨慎钦译                 | 13.50元 |
| 23.《阶级斗争》,[法]雷蒙·阿隆著,周以光译                  | 13.50元 |
| 24.《正义诸领域:为多元主义与平等一辩》,[美]M.沃尔泽著,<br>褚松燕等译 | 24.80元 |
| 25.《大萧条的孩子们》,[美]G.埃尔德著,田禾等译               | 27.30元 |
| 26.《黑格尔》,[加]C.泰勒著,张国清等译                   | 43.00元 |
| 27.《反潮流》,[英]I.伯林著,冯克利译                    | 26.60元 |
| 28.《统治阶级》,[意]G.莫斯卡著,贾鹤鹏译                  | 30.80元 |
| 29.《现代性的哲学话语》,[德]J.哈贝马斯著,曹卫东等译            | 24.60元 |

### 第四批书目

- |                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| 30.《自由论》(《自由四论》扩充版),[英]I.伯林著,胡传胜译 | 23.20元 |
| 31.《保守主义》,[德]K.曼海姆著,李朝晖、牟建君译      | 16.00元 |
| 32.《科学的反革命》,[英]L.哈耶克著,冯克利译        | 15.20元 |

- |                                |        |
|--------------------------------|--------|
| 33.《实践感》,[法]P.布迪厄著,蒋梓骅译        | 22.60元 |
| 34.《风险社会》,[德]U.贝克著,何博闻译        | 17.70元 |
| 35.《社会行动的结构》,[美]T.帕森斯著,彭刚等译    | 43.50元 |
| 36.《个体的社会》,[德]N.埃里亚斯著,翟三江、陆兴华译 | 15.30元 |
| 37.《传统的发明》,[英]E.霍布斯鲍姆著,顾杭、庞冠群译 | 21.20元 |
| 38.《关于马基雅维里的思考》,[美]L.施特劳斯著,申彤译 | 25.00元 |
| 39.《追寻美德》,[美]A.麦金太尔著,宋继杰译      | 18.90元 |

### 第五批书目

- |                                 |        |
|---------------------------------|--------|
| 40.《现实感》,[英]I.伯林著,潘荣荣、林茂译       | 18.00元 |
| 41.《启蒙的时代》,[英]I.伯林著,孙尚扬、杨深译     | 17.00元 |
| 42.《元史学》,[美]H.怀特著,陈新译           | 33.50元 |
| 43.《意识形态与现代文化》,[英]J.B.汤普森著,高铨等译 | 24.50元 |
| 44.《美国大城市的死与生》,[加]J.雅各布斯著,金衡山译  | 29.50元 |
| 45.《社会理论和社会结构》,[美]R.K.默顿著,唐少杰等译 | 48.00元 |
| 46.《黑皮肤,白面具》,[法]F.法农著,万冰译       | 14.00元 |
| 47.《德国的历史观》,[美]G.伊格尔斯著,彭刚、顾杭译   | 29.50元 |
| 48.《全世界受苦的人》,[法]F.法农著,万冰译       | 17.80元 |
| 49.《知识分子的鸦片》,[法]R.阿隆著,吕一民、顾杭译   | 20.50元 |

### 第六批书目

- |                              |        |
|------------------------------|--------|
| 50.《驯化君主》,[美]H.C.曼斯菲尔德著,冯克利译 | 28.00元 |
| 51.《黑格尔导读》,[法]A.科耶夫著,姜志辉译    | 45.00元 |
| 52.《象征交换与死亡》,[法]J.波德里亚著,车槿山译 | 22.50元 |
| 53.《自由及其背叛》,[英]I.伯林著,赵国新译    | 15.00元 |



- 54.《启蒙的三个批评者》,[英]I.伯林著,马寅卯译(即出)
- 55.《运动中的力量》,[美]S.塔罗著,吴庆宏译 23.50元
- 56.《斗争的动力》,[美]D.麦克亚当,S.塔罗,C.蒂利著,李义中等译  
31.50元
- 57.《善的脆弱性》,[美]M.纳斯鲍姆著,徐向东、陆萌译 55.00元
- 58.《弱者的武器》,[美]J.C.斯科特著,郑广怀等译 29.50元
- 59.《图绘》,[美]S.弗里德曼著,赵国新译(即出)

### 第七批书目

- 60.《现代悲剧》,[英]R.威廉斯著,丁尔苏译 18.00元
- 61.《论革命》,[美]H.阿伦特著,陈周旺译 19.50元
- 62.《美国精神的封闭》,[美]A.布卢姆著,战旭英译,冯克利校  
28.00元
- 63.《浪漫主义的根源》,[英]I.伯林著,吕梁等译 18.00元
- 64.《扭曲的人性之材》,[英]I.伯林著,岳秀坤译 22.00元
- 65.《民族主义思想与殖民地世界》,[美]P.查特吉著,范慕尤、杨曦译  
18.00元
- 66.《现代性社会学》,[法]D.马图切利著,姜志辉译 32.00元
- 67.《社会政治理论的重构》,[英]R.伯恩斯坦著,黄瑞祺译 25.00元
- 68.《以色列与启示》,[德]E.沃格林著,李强等译(即出)
- 69.《城邦的世界》,[德]E.沃格林著,陈周旺译 36.00元
- 70.《历史主义的兴起》,[德]F.梅尼克著,陆月宏译(即出)

### 第八批书目

- 71.《环境与历史》,[英]W.贝纳特,P.科茨著,包茂红译 20.00元

- |                               |         |
|-------------------------------|---------|
| 72.《人类与自然世界》,[英]K.托马斯著,宋丽丽译   | 35.00 元 |
| 73.《卢梭问题》,[德]E.卡西勒著,王春华译      | 15.00 元 |
| 74.《男性气概》,[美]H.C.曼斯菲尔德著,刘玮译   | 28.00 元 |
| 75.《战争与和平的权利》,[美]R.塔克著,罗炯等译   | 25.00 元 |
| 76.《谁统治美国?》,[美]W.多姆霍夫著,吕鹏、闻翔译 | 35.00 元 |
| 77.《健康与社会》,[法]M.德吕勒著,王鲲鹏译     | 35.00 元 |
| 78.《读柏拉图》,[德]T.A.斯勒扎克著,程炜译    | 28.00 元 |
| 79.《苏联思想》,[英]I.伯林著,潘勇强译(即出)   |         |
| 80.《个人印象》,[英]I.伯林著,林振义译(即出)   |         |

有关“人文与社会译丛”及本社其他资讯,欢迎点击 [www.yilin.com](http://www.yilin.com) 浏览,对本丛书的意见和建议请反馈至 [renwen@yilin.com](mailto:renwen@yilin.com)。