

# 意象思维与躯体化症状：疾病表达的文化心理学途径\*

吕小康 汪新建

(南开大学社会心理学系, 天津 300071)

**摘要** 意象思维是中国人的传统思维模式, 它通过观物取象和取象比类的方式认知世界、推演联系。这种思维模式塑造了中国人特有的身心不分而非两分的身体观、疾病观和治疗观。在中国人的观念中, 身体不仅仅是一具生理躯体, 还具有气、阴阳、五行等本土概念所体现的弥合物质与精神、联结生理与心理的模糊性与开放性。人们在表达疾病感觉时通常不分生理与心理, 任何一方面出现不适感觉即可认为自己生病, 在面对心理医生时也倾向于同时报告躯体状况与心理感觉, 从而使得临床报告出现较高的躯体化报告率。这正是文化心理影响疾病表达的体现。这也使得疾病不仅是一种医学现象, 也是一种文化现象; 医学不仅需要生理知识, 也需要人文知识。

**关键词** 意象思维; 躯体化; 身体观; 文化心理学

**分类号** B395; B849:C91

## 1 引言

“心理问题的躯体化”是指人们在发生心理不适时, 不是或较少以焦虑、恐惧及情绪变化等心理化的方式呈现, 而是以头痛、腰痛和胸痛等自感躯体症状的方式呈现, 但常规的医学检查又不能证实器质性病变的存在。由于未能发现病理学基础, 因此病人的躯体化主诉便不能进入生理疾病的范畴得到对应的医学处理; 反复体现出这种表达倾向和求助模式的人, 往往被认为潜在的心理疾病患者。躯体化一词遂被以 DSM 为代表的各种标准化精神疾病治疗手册广泛认可, 成为一个通行的心理疾病标签。一定程度上, 正是由于西方医学的高“准入门槛”, 才使得躯体化不能归入生理疾病之门, 只能从属于心理疾病之所; 虽然病人本身并不一定认同, 但依据现行疾病划分标准, 仍欠缺将其纳入医学范围的足够证据。

与此同时, 20 世纪 70 年代以来, 许多跨文化学者和治疗家发现, 东西方人群的躯体化临床报告率存在显著区别: 非西方社会人群的躯体化报告率远较西方人群高, 这一现象在抑郁症患者的临床报告

中体现得尤为明显(Bazzoui, 1970; Binitie, 1975; Chang, 1985; Crittenden, Fugita, Bae, Lamug, & Un, 1992; Mezzich & Raab, 1980; Nikelly, 1988; Orley & Wing, 1970; Racy, 1980; Yen, Robins, & Lin, 2000; 曾文星, 1998)。针对我国大陆人群的相关研究也显示, 我国精神科门诊患者的躯体化报告率自一直居高不下, 以躯体化症状为临床主诉的患者往往达到 70% 以上(Kleinman, 1986; 陈建华, 周淑荣, 1995; 陈黎, 2007; 季建林, 赵梅, 王崇顺, 2005; 任清涛, 李广, 马秀青, 2001)。为此, 也有学者开始尝试从人类学的角度探讨(缪绍疆, 赵旭东, 2008), 但国内目前关于躯体化的文化心理成因的分析, 总体上仍然较为少见。

为从本土文化心理视角考察躯体化现象、尤其是中国病人的高躯体化主诉现象, 就不得不提及中华民族特有的“意象思维”模式。“意象思维”也称为“象思维”; 其中, “‘象’表现着事物类的形象, 建构了思维模拟的范式, 并表征或象征着某种意义。这三个方面有机地构成了‘象’的意义空间, 由此也产生出其特有的思维功能。”(王前, 2002)这种思维方式以天人合一的整体宇宙观为基本出发点, 注重认

收稿日期: 2011-07-14

\* 中央高校基本科研业务费专项资金(NKZXB10153)资助。

通讯作者: 汪新建, E-mail: Wangxj@nankai.edu.cn

知主体的感性直观和体验联想,通过不断地观物取象和取象比类将世界万物构想成一个有机的整体,并以“以象诠象”的方式对事物之间的联系进行比拟和说明。意象思维形塑着中国人的基本认知方式,是传统中国人探索世界的基本思维工具,奠定着中国人的普遍文化心理。意象思维近年来被国内学者提倡(刘长林, 2008; 王树人, 喻柏林, 1998; 王树人, 2005),源自于学界对以工具理性和科学主义为基本特征的“概念思维”的深入反省和对中华民族的原创性思维方式的呼唤。但这些努力多局限于哲学、艺术和中医等传统学术领域,较少在其他新兴学科和论题中得到应用。在心理学的研究中,仍鲜有文献提及这一思维方式对文化心理的建构。本文的重点在于论述意象思维模式下的身体观和医学观如何塑造中国人在疾病表达上的躯体化倾向,以及这对当下医学与心理治疗实践的实际影响。

## 2 意象思维下的医学身体观

中国古代医学传统中的身体观无不体现着意象思维的痕迹,中医的藏象学说是这一思维观的典型体现。“藏象”现也通常写作“脏象”(类似地,“藏府”现通行写作“脏腑”)。中医藏象学说是中医理论体系的核心,也是传统中国人身体观的基本理论形态。它是古代医家运用意象思维方法,结合粗略的解剖知识而建立,综合体现了中国人对人体脏腑的形态、性质、功能的认识和探究,反应出中华民族特有的思维方式与认知方式。

### 2.1 脏腑构成

中医根据五行之象,从直观经验入手,按照功能行为相同或相似则归为同类原则,构建藏象理论。藏象学说的意象思维特征,首先体现在中医所谓的藏象,既与实体解剖脏器有关,又不能完全理解为实际的解剖学器官,而更多地作为一种特殊的功能分类系统。它既是“实指”,又是“虚指”。所谓实指,是指中医的脏腑确实有其解剖学依据,例如五脏六腑,一般而言,五脏即指心、肝、脾、肺、肾,六腑是指胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦。其中,除三焦的具体位置存在争议外,其余各种器官的存在是确定无疑、可感可触的。所谓虚指,是指中医学里的五脏六腑,又不能简单地理解为解剖学器官。否则,既有可能(从西方医学的角度看)找不到对应的实体(如三焦),更可能无法理解中医对脏腑的特有认知方式。

例如,中医典籍中的肝,很难等同于现代医学

解剖视角中的肝。《素问·刺禁论》记载:“黄帝问曰:愿闻禁数?岐伯对曰:脏有要害,不可不察。肝生于左,……”这种“肝生于左”的观点,很难与肝在人体右侧的解剖学事实相匹配。对于这一问题,历代医家与当下学者都有过深入探讨。台湾学者皮国立(2008, p. 128)在细致地梳理这一历史争论后发现,“在近代以前,医家们虽各执己见,发表医论,对《内经》‘肝生于左’的内容有所发挥,但以治疗为主,众人并不认为《内经》所言‘肝生于左’有什么破绽或不完整的地方。”实际上,即便是当下的中医践行者,也不断地强化一个基本理念:中医的五脏不是解剖的五脏,千万不可简单对等;藏象学说的创生虽以原始的解剖学为始基,但在发展过程中逐渐出现了“从实体到功能”的演变,藏象推演认识取代实体解剖认识而成为主流观点,使得中医的身体观是虚拟气化的身体观而非形质化的身体观,其重点在于功能性态而不是形态结构(陈子杰, 2009; 李如辉, 2003; 王琦, 2004; 烟建华, 2005; 严世芸, 2003)。

因此,中医藏象说作为传统中国主导性的医学身体观,在论述身体的组织与构成时,具有极强的灵活性,是一种充满想象力的身体观。同时,中医以阴阳五行为纲,将自然界的各种变化与藏府的生理病理表现相联系,推演与自然界五方、五季、气候、五色、五味、五化、五音、五谷等的对应之“象”,并利用阴阳五行的特性及生克制化,将自然现象与人体的器官与心志相联,构建人体内外环境的整体联动系统。如“夫言人之阴阳,则外为阳,内为阴。言人身之阴阳,则背为阳,腹为阴。言人身之脏腑中阴阳,则脏者为阴,腑者为阳。肝、心、脾、肺、肾,五脏皆为阴,胆、胃、大肠、小肠、膀胱、三焦,六腑皆为阳。”(《素问·金匱真言论》)这是以天人同构的模式,将阴阳赋诸以形体之象。而“东方生风,风生木,木生酸,酸生肝,肝生筋,筋生心,肝主目……神在天为风,在地为木,在体为筋,在脏为肝,在色为苍,在音为角,在声为呼,在变动为握,在窍为目,在味为酸,在志为怒。”(《素问·阴阳应象大论篇》)这是进一步地将躯体、情志与多重意象结合,使得人身成为一个“万象更迭”的小天地。

中医学以意象思维的方式理解人体与世界,以阴阳五行的理论规范脏器功能的内涵,总结和推演各种生命现象与脏腑气血、阴阳五行的关系,建立了比较完整的藏象理论体系。这种理论的创造只能

是意象性的而不是逻辑性的,但它却在事实上奠定了中医生理、病理、诊断、治疗等各方面的理论基础。如吕爱平(2008)所言,“中医学用意象思维和综合方法所获得的脏腑概念已经不是人体脏器实体的简单映像,而是一种思维创造,脏腑概念具有模型性质,是一种思维模型。”在西方近现代的医学思想传入中国之前,中国人并未认真反思这种身体观有何不妥,而是据此指导医学实践并取得了自己的独有成果。这自然而然地加强着民众对这一思维的信心和依赖,至今仍然绵延不绝。

## 2.2 气与经络

藏象学说的意象思维特征,还体现在其经络气血观上。中医论者通常将中医身体观称为“气化身体观”,以“气”这一概念的模糊性、弥漫性和多重性,解释传统身体观的独特性。中医学对气血、津液、经络的认识,都渗透着意象思维的特征。

例如,“天地之间,六合之内,其气九州、九窍、五脏十二节,皆通乎天气。”(《素问·生气通天论》)。这是将整个身体置于气的笼罩之下,建立起气与身体的“必然”关联。“夏三月,此为蕃秀。天地气交,万物华实,夜卧早起,无厌于日,使志勿怒,使华英成秀,使气得泄,若所爱在外,此夏气之应,养长之道也;逆之则伤心,秋为痃疟,奉收者少,冬至重病。”(《素问·四气调神大论》)这是将气与季节相匹配,说明病理的产生。“人有五藏化五气,以生喜怒悲忧恐”(《素问·阴阳应象大论》),这是以气论证五藏的功能。等等。所有这一切,都在于通过观察自然世界的各种物象,应之于各种身体之象,从而使得人身与天地在象的层面上达成动态的协调。

而经络观的出现,更是将五脏六腑、五官九窍、四肢百骸、皮肉筋骨等器官和组织有机地联系成一个整体,成为藏象学说的主要内容。经络学说的成型,也是意象思维运作的结果,是医家用意构建的特殊理论形态。例如,《难经·八难》中认为“诸十二经脉者,皆系于生气之原。所谓生气之原者,谓十二经之根本也,谓肾间动气也。”(王九思,王鼎象,石友谅,王惟一,2011, p. 15),这是将气与脉相结合,论述两者的统一性。《难经·十四难》认为,“上部有脉,下部无脉,其人当吐,不吐者死。上部无脉,下部有脉,虽困无能为害。所以然者,人之有尺,譬如树之有根,枝叶虽枯槁,根本将自生。脉有根本,人有元气,故知不死。”(王九思等,2011, p. 29)这以树木的生长状况来比拟人的脉象。《脉

经·平人迎神门气口前后脉》记载,“右手寸口气口以前脉阴阳俱虚者,手太阴与阳明经俱虚也。病苦耳鸣嘈嘈,时妄见光明,情中不乐,或如恐怖。”(王叔和,2011, p.18)这是脉象与心理症状的关联。诸如此类的意象关联,在医学古籍中举不胜举。

有意思的是,中医的经络理论不仅在理论内容上极具意象性,在表达风格上也是一以贯之,这与西方的医学理论及其表达方式迥然不同。栗山茂久(2009/1999)在比较中医与古希腊的脉博理论后认为,中国古代的医书,其语言风格更类似于文学作品,而非(西方意义上的)医学著作。例如,《脉经·脉形状指下秘诀第一》中有这样的文字:“浮脉,举之有余,按之不足。芤脉,浮大而软,按之中央空,两边实。洪脉,极大在指下。滑脉,往来前却流利,展转替替然,与数相似。数脉,去来促急。促脉,来去数,时一止复来。弦脉,举之无有,按之加弓弦状……”(王叔和,2011, p.1)这里与其说是一位中立的观察者在客观地描述什么是作为实体的各种“脉”,不如说是一位全身心投入其中的治疗者在艺术性表达他对各种脉的感受是什么;认知主体对事物本质的定义,直接等同于他们对事物的观感。这种论述只有在意象思维的论域中才有可能产生和被理解,因为它并不是科学式的抽象与综合,而是哲学式的思辨与体悟。

应当说,通过观感和体悟得到的本质,与通过定义和抽象得到的本质,实际上是截然不同的。中医的这些观点,若衡之以西方科学的眼光,是极不严格、欠缺逻辑基础的,但在中国人的思维方式中,却完全可以欣然接受。实际上,经络是否存在,本是西方医学难以验证的问题;但对中医和许多中国人而言,其存在的充分性几乎是毋庸置疑的。许多中国人对中医的首要印象,便是“脉诊”;而在大陆中小学施行数十年之久“眼保健操”,也从小塑造了国人对经络穴位的认识;平时常用的各种风油精、白花油、风湿跌打膏药等等居家药品,在说明书中也往往附有各种简易的经络穴位图示,指明涂抹或粘贴于某处,会有何种疗效;武侠小说与电视剧的长盛不衰,更是一定程度上促成了经络观(尽管这种经络观往往被赋予了各种艺术性的夸张,如笑穴、哭穴等)在社会层面的非学术化普及;各类针灸、按摩、足疗、拔火罐等养生保健书籍与电视节目,或是为弘扬传统医学,或是受商业诱惑的刺激,以各种案例现身说法,图文并茂、形式多样地倡导传统经络与医学观。这使得现代中国人即使没有正

式学过中医、或看过中医,但依然可以从各种渠道获知粗浅的中医学基本知识。虽然这种教育是非正规的,很可能是一知半解、甚至是以讹传讹的,但它们无一不在强化着人们对传统的身体观与治疗观的有效性的信念,从而成为传统知识传播的不可忽视的一种途径,也成为形塑当下中国人身体观的重要力量。

### 3 疾病之“象”及其诊治

疾病总与身体相联。但由于传统医家眼中的身体,就已经不完全是形质化的躯体;那么所谓的“疾病”,也就不一定“扎根”于具体可见的解剖学脏器,而是以中医的气化身体观为指归,以藏象学说为基本认知框架,从而形成特殊的疾病观与诊治观。正是在这种意义上,疾病并不仅仅是一种躯体现象,也是一种文化现象;疾病的表达方式与诊治方式,会明显地体现出一个民族特有文化心理特征。

#### 3.1 疾病的起因

在中医眼中,疾病的发生发展,与气的运动和变化有关,所谓“百病皆生于气也”(《素问·举痛论》)、“血气不和,百病乃变化而生”(《素问·调经论》)。气有阴阳邪正,随阴阳四时五行的消长变化而盛衰,从而生成疾病并使之传变,所谓“五行者,金木水火土也。更贵更贱,以知死生,以决成败,而定五脏之气,间甚之时,死生之期也。”(《素问·藏气法时论》)同时,中医还通过五行分类模式,将不同性质的病因与不同的时节、方位和脏器等挂钩,例如“阴病发于骨,阳病发于血,阴病发于肉,阳病发于冬;阴病发于夏。”(《素问·宣明五气论》)以及“春伤于风,邪气留连,乃为洞泄。夏伤于暑,秋为痼疟。秋伤于湿,上逆而咳,发为痿厥。冬伤于寒,春必温病。四时之气,更伤五脏。”(《素问·生气通天论》)这都是认为不同季节的不同病因,会产生不同的疾病。另外,中医学的病因说非常注意到社会及心理因素的致病作用,如“尝贵后贱,虽不中邪,病从内生”、“故贵脱势,虽不中邪,精神内伤,身必败亡”(《素问·疏五过论》)、“怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下,寒则气收,灵则气泄,惊则气乱,劳则气耗,思则气结。”(《素问·举痛论》)

总结中医的病因说,可见发现,它们所注重并不是疾病的部位,而是发病背后的“根源”。而对这种根源的最简单、最本质的概括,应当是人体阴阳失调、气血不合,所有这种失调和不合的表现,均可以称为疾病。这种疾病观与当下的西方医学的疾

病观是大相径庭的。西医以器官病理学为准绳,以器官的病理改变为依据,认为病理改变是疾病的原因。于是西医在定义疾病时,必须先找到病灶;找不到病灶,就无法获得“疾病”之合法地位,最多只能冠以“××综合征”之名,以便为找不到病灶的临床现象找到临时的医学归属。反观中医,“中医病因学概念是以具体形象的物质名词来表达抽象概念。因为中医的病因是以具体名词表达抽象概念,所以绝不能将中医的病因概念简单地等同于其名词所代表的具体事物。”(甄橙,2007,p.198)这就使得中医的“疾病”一词所包含的内容,要远远超过西方医学所界定的内容。在中医观点中,致病因素无时无刻不存在,但人体自身也有抵御各种致病因素侵害的能力。当前者的力量强过后者时,疾病就会产生,并可用阴阳五行的理论进行解释。而阴阳五行同时又可以解释自然世界和社会世界的变化,因此,身体疾病与自然与人事也可相通相感,从而使中医学的疾病观天然地呈现出“生理—心理—社会”的综合模式。西医里的各种疾病诱因(如饮食不节、心神不宁)在中医眼中正是疾病的真正病因,而无须管疾病是否体现于躯体的解剖学病变。

因此,中医的这种疾病观本质上是一种开放性的疾病观。这也使得较之于当下西方医学,患者与医家在对身体是否患病的判定上,处于相对平等地位。原因部分在于中医的病因学名词本身多抽象而含糊,即使是医家本身也难以厘清其中的所有概念和脉络。同时,患者可以结合自身日常生活中的各种经历,以自身体验为基准,加之丰富的联想与感悟,生动地描述自己的症状。这就使得病人在求诊过程中出现较为主动的姿态,处于主动解释的位置。而在西方医学模式下,病人是否患病却有严格的诊断标准,且多数诊断均依赖于复杂的医学仪器与测验方法而进行,缺少医学训练和设备支持的病人,很少能够在疾病判断上掌握话语权,也很难由自己主动地阐述患病的生理病因。这就使得病人只能被动地等待医生的解释,处于被动接听的位置。中西两种疾病观对病人求诊方式的不同期待,是显而易见的。

#### 3.2 疾病的诊察

中医对疾病的诊察,在方法论上主要以阴阳应象为理论基础,司外揣内,“以象测藏”。其基本诊断方式是望闻问切四诊,同时强调“生理—心理—社会”的整体诊察,以天地四时相应的意象思维观指导全部诊断过程,在观察身体自身变化的同时也探索个体周围环境的特征,从而断定疾病的病因病

机。因此,《内经》奉行的最佳诊治方式是:“圣人之治病也,必知天地阴阳,四时经纪,五脏六腑,雌雄表里。刺灸砭石,毒药所主,从容人事,以明经道,贵贱贫富,各异品理,问年少长勇怯之理审于分部,知病本始,八正九候,诊必副矣。”(《素问·疏五过论》)在诊治方式上,也要遵循这样的原则:“凡未诊病者,必问尝贵后贱……必问饮食居处……必知终始,有知余绪,切脉问名,当合男女。”(《素问·疏五过论》)医生在诊察时,必须结合人事、饮食、脉象、脏象综合把握,需问清病人的贵贱、贫富、苦乐,结合病人的性别、饮食起居,察本探原,整体辨证。如果不能做到这些,就是医者的过错,“凡此五(过)者,皆受术不通,人事不明也。”(《素问·疏五过论》)可见,治疗的失败,不仅在于医术本身的欠缺,也在于医生的不察人事,将人体置于整体环境中的各种关系之外而单独观察。

中医的这种综合诊治观在后世得到很好的贯彻。例如,唐代的医学大家孙思邈(1955, p. 1)也提出:“凡欲为大医者,必须谙《素问》、《甲乙》、《黄帝内经》、《明堂疏注》、十二脉经、三部九候、五脏六腑、表里孔穴、本草药对,张仲景、王叔和、阮河南、范东阳、张苗、靳邵等诸部经方,又须妙解阴阳禄命、诸家相法,及灼龟五兆、周易六壬,并须精熟,如此乃得为大医。……又须涉猎群书,何者?若不读五经,不知有仁义之道,不读三史,不知有古今之事,不读诸子,睹事则不能默而识之,不读《内经》,则不知有慈悲喜舍之德,不读《庄》、《老》,不能任真体运,则吉凶拘忌触涂而生。至於五行休王,七耀天文,并须探赜。若能具而学之,则于医道无所滞碍,尽善尽美矣。”想要成为“大医”,不仅需要知道狭义的医学所属范围内的知识,还应博学多识,成为一名通晓天文地理、人伦世事乃至命相之学的杂家,这又是意象思维的整体观的体现。医学知识不仅不排斥其它知识,反而欢迎其它知识的参与。在中医的治疗观中,诊治并不仅仅是个医学领域问题,而是整个生活领域的问题。医学绝不能将自己独立其它知识、自立自重,而要匹配着其它知识进行传递和执行。这又与强调自身专业性、独立性和权威性的西方生物医学模式大相径庭。在中医传统中,医生本身的治疗观就对各种知识持相当开放的态度,因此,病人的各种病患话语也就能得到相应的重视,使得患者与医生之间的交流处于相对平等的地位。

在具体的治疗过程中,中医运用意象思维,将

疾病之象与脏腑气血脉象及天地四时相应,区分出丰富的疾病之象,一一对应四时的生长收藏、五脏机能的递相旺衰、脉象的节律变化、面部的神态气色等。医生根据脉象与四时的关系及四季脏气主令,可以判断疾病所在、治疗难易、下药方式甚至死亡时间。例如,《素问·玉机真藏论》认为,“春脉如弦”、“夏脉如钩”、“秋脉如浮”、“冬脉如营”。以春脉如弦为例:“黄帝问曰:春脉如弦,何如而弦?岐伯对曰:春脉者,肝也,东方木也,万物之所以始生也,故其气来软弱,轻虚而滑,端直以长,故曰弦,反此者病。”(《素问·玉机真藏论》)春季的脉象,因春天为万物始苏,处于尚未完全发育的状态,因此正常的脉气也会相应的轻软虚滑。如果春天时人体的脉象不是如此,那么就可测知身体已经患了疾病。另外,人的不同面色也会对应不同的四时五脏。“五色之见于明堂,以观五脏之气”(《灵枢·五阅五使》),“以五色命脏,青为肝,赤为心,白为肺,黄为脾,黑为肾。肝合筋,心合脉,肺合皮,脾合肉,肾合骨也。”(《灵枢·五色》)中医认为,人的面色春天稍青,夏天稍红,秋天稍白,长夏稍黄,冬天稍黑。在病理上,青色多属肝风,赤色多属心火,黄色多属脾湿,白色多属肺虚,黑色多属肾疾。“黄色薄皮弱肉者,不胜春之虚风;白色薄皮弱肉者,不胜夏之虚风;青色薄皮弱肉,不胜秋之虚风;赤色薄皮弱肉,不胜冬之虚风也。”(《灵枢·论勇》)因此,即使不对五脏本身进行解剖分析,医家也可以通过观察不同时节中的人的面色、脉象,就可以对其疾患做出判断。

以脉象、面象等测知病情,是中医的常规诊法,也是以象测藏这一意象思维的医学应用。这种司外揣内的方式,尽管其中的生理学原理至今仍未被完全说明,但许多中医践行者仍然自信满满地认为这是中医治疗方法的高明之处。例如,廖育群(2008, p. 247)认为,“传统的中国医学最精彩的内容在于抓住原因与结果之两端,去分析、处理问题,而将中间的变化细节留给现在和未来的自然科学去加以证实。”这种信心的建立,除了已有中医治疗提供的有效个案外,还必须依靠意象思维的文化心理积淀,这才能使这一方法获得本民族特有的医学方法论的支持,使之即使不断面临诘难,依然能够长盛不衰。

#### 4 意象思维: 躯体化表达的文化心理基础

如果我们顺着文化心理学的分析思路,重新审

视躯体化应当如何归类的问题,就不难发现:躯体化之所以难以归类,并不完全在于这一现象本身难以“解释”,同时也在于当下西方主流的生物医学模式下的疾病观,已经牢牢地将疾病定义在生理病变的维度上。这样,无法找到病理基础的现象,自然就难以找到圆满的“医学解释”。但问题在于,这种疾病观并非唯一存在的疾病观,也难称唯一正确的疾病观。如上文所分析的,传统医学在意象思维的观照下,已经呈现出诸多不同于西方医学的基本特征。在意象思维的论域中,心理与生理并无本质区分,它们分别应对着阴阳五行四时,存在着一系列明显或不明显的因果关联;疾病从来没有心理疾病与生理疾病之别,它们都只不过是疾病的不同层面;生理与心理只是形式的区别而不是本质的区别,只有表象的不同而没有机理的不同。在认同意象思维方式的个体看来,心理问题的根源可能在心理,但至于它的表现是否在“心理”,那是极其次要的问题。实际上,人的五脏六腑总受特定的情志影响,心理疾病也有可能传化成生理症状;相应地,许多生理症状,也总伴随着各种特定的心理表现,需要医生的悉心观察、用心领悟。既然心理和生理只是人之身体的不同侧面,难以断然区分,那么身体的疾病也自然涵盖心理与生理的双重维度,不必再行分家。在这一思维下,躯体化又怎能作为一种“异常”的现象和专门的精神病学名词呢?

同样地,在意象思维盛行的社会中,医学的任务是维持心理与生理的协调,以及自身与社会自然的协调。于是,这种医学所治疗的对象,就不是西方医学下作为独立实体的疾病,而是作为生命整体的人。体现在中医的疾病分类术语中,便是它所处理的对象并非是西式定义中的“疾病”,而是以本土概念表达的“证”。尽管“证”的概念至今依然模糊,但它显然不同于只局限于生理病灶的“疾病”,原因在于“‘证’、‘证候’的概念中,包含了病变的本质和现象两种内涵,从而导致理解和应用的混乱。”(朱文峰,黄碧群,2005)中医的证既是现象的描述,又附有本质的概括。它源于中医的藏象理论,是中华民族意象思维方式的体现,也始终是临床诊断和治疗的根本依据。

例如虚证,它又可以分为气虚、血虚、阴虚、阳虚;如伤寒证,就有表寒、里寒、表热、里热、表里皆热、表里皆寒、表寒里热、表热里寒多种类型。在作为中医辨证基础的八纲证候中,表证、热证、实证可归纳为阳证;里证、寒证、虚证可归纳

为阴证。这些概念究竟是生理还是心理,抽象还是具象?实际上很难分清。而且,在意象思维的观照下,也无须分清。正如甄橙(2007, p. 206)所言,这是因为“与西医学不同,在中医学体系中,生理与病理是无法分开的。在没有病理发生的情况下,无法单独认识和研究生理……举凡脏象、气血、三焦、命门等学说,无一不是生理与病理的统一。离开了病理,单纯的生理对中医毫无意义,因为中医生理只是对客观道理的领悟……”中医眼中的“疾病”,也不是西医眼中的“疾病”。这就是通常所谓的“西医辨病,中医辨证”,前者必须有对应的实体,通过医学指标来验证躯体是否异常;后者却建立在一套意象化的、气化的身体观的基础之上,依赖于主体的感悟和经验进行判定。这种医学理论是特殊的,但未必不是有效的。因此,中医实践者可以认为,“(人们在)感到身体不适时,并不一定有器质性病变与实验指标改变。另外,通过治疗来改善病人的生存质量,也不限于非要改变病理变化。中医在临床上通过辨证论治,常可治疗查不出病变但有症状的人;也可在实验室指标不变即病理改变没有逆转的情况下,使症状改善。”(杨维益 等,1996)。

从医患关系的角度看,中医辨证的方式无疑更为接近患者自身的疾病体验,也更能将本人自身的陈述作为辨证的标准。当然,这种分类模式本身存在诸多模糊之处,其理论基础也不一定完全正确。但是,一个观点是否正确(现在的标准往往是它是否符合“科学”)与人们是否认同之间,并不能划等号。只要人们认同一个观点,那么不管这一观点是否“正确”,就会产生一定的影响力。因此,一个观点是否正确(是否符合科学),与它有没有影响力,也并不完全等同。中医及与之匹配的传统文化在中国数千年的传播,已经根深蒂固地塑造了中国人的身体观、疾病观和治疗观,成为一种潜藏于心的文化心理积淀。现代的中国人虽然通过学校教育和大众传媒的传播,接受了诸多西式的生理学知识和医学名词,但这并不妨碍他们同样通过大众传媒和日常生活经验,潜移默化间传承了许多传统的思想观念,并以混合杂糅的方式看待自己的身体和疾病。例如,一个中国人可能以西方解剖学的观点认识肾这一脏器的有形一面,却又同时认定肾具有中医所谓的强根固本的功能,故而会有意识地通过药材、食物或运动来补肾,所谓“药食同源”、“补气养精”,而这些观念又是西方医学所无法理解、难以认同

的。当然,在个体觉得肾亏时,并不一定见得有器质性的病变,但“病人”本身依然可以通过观察自身的面色、形态、行为,以其粗浅的中西并用的医学“常识”,前往医院求诊并要求医学治疗。

如此一来,中国人的高躯体化报告率也就完全不难理解了。因为中国病人的身体,在认知层面上,既是西方医学中的病理学躯体,又是传统观念形塑下的气化身体。它既有基因、细胞等生理学构造,可以用胆固醇、白细胞、五羟色胺等生理指标来反映;同时也可以气、阴阳、五行等传统理念来解释,并体现为具体的面象、苔象、脉象、饮食起居、行为表现或抽象的精气神。许多中国人骨子里深信生理与心理之间存在某种共同影响,因而即使在表达情绪问题时,也会很自然地联想到“病由心生”、“气坏了身子”等日常用语,或者是“怒伤肝”等中医知识,从而合理地怀疑自己是否已经因情绪和心理问题导致了躯体问题,并要求医学检查和照顾。即使医学诊断的结果未能证实其想法,也不一定能打消其内心对疾病的恐惧和对疾病的潜在性的怀疑。对于许多中国人而言,这种怀疑并非是由于他们患了难以解释的“心理疾病”,而是由于传统思维方式所塑造的医学信念所致。

尽管并不是所有人都会表现出这种怀疑,但是中医学思想的源远流长和广泛传播,仍使我们有理由相信:中国人表面上体现出的高躯体化报告率,并不是真的有这多高比例的中国人罹患了躯体化障碍,而只是他们对疾病的过分敏感、以及身心合一的疾病表达方式所致。当我们使用西式的诊断标准,衡量中国人的躯体化报告率时,实际上已经忽略了不同文化心理对疾病表达的影响,很有可能得出有失偏颇的结论。实际上,近年来涌现的具身认识心理学的相关研究,已经从西方研究内部进一步质疑以往西方学界主导性的主客两分、躯体与心理二分的思维模式,强调躯体状态与认识过程的相互渗透,并提供了相应的实证依据。在具身认识心理学看来,在身体与外部环境互动的过程中,大脑通过特殊的感觉和运动通道形成具体的心理状态;而概念的使用涉及到真实体验的感觉—运动状态的再激活,使用不同的概念系统,可能引发不同的感知觉(Inui, 2008; Schuber & Koole, 2009; Slepian, Weisbuch, Rule, & Ambady, 2011; 叶浩生, 2011)。由此我们可以假设,对躯体和疾病的不同概念化模式,可能不仅仅只体现为医学概念的不同,还有可能导致躯体感觉的不同,进而影响中西方临床病人

的不同躯体化报告率。当然,这一假设还有待验证。但可以确定的是,对躯体化这类涉及不同文化背景的“心理疾病”,必须将之置于相应的文化脉络中细致考查,才能真正厘清其中可能蕴藏的各种“非医学”因素。总之,“医学问题”并非仅仅是个生物学问题,同时还是一个文化心理学问题,需要各种知识的辅助和多重视角的介入。

## 参 考 文 献

- Bazzoui, W. (1970). Affective disorders in Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 117(537), 195-203.
- Binitie, A. (1975). A factor analytical study of depression across African and European cultures. *British Journal of Psychiatry*, 127, 559-563.
- Chang, W. C. (1985). A cross-cultural study of depressive symptomatology. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 9(3), 295-317.
- Chen, J. H., & Zhou, S. R. (1995). The somatic chief complaint among psychological patients in general hospitals. *Chinese Mental Health Journal*, 9(3), 131-132.
- [陈建华, 周淑荣. (1995). 综合医院心理咨询门诊中精神障碍患者的躯体主诉. *中国心理卫生杂志*, 9(3), 131-132.]
- Chen, L. (2007). Somatization of depression patients in general hospital. *Youjiang Medical Journal*, 35(2), 139-141.
- [陈黎. (2007). 综合医院门诊抑郁症患者的躯体化研究. *右江医学*, 35(2), 139-141.]
- Chen, Z. J. (2009). *Different theories and perspectives of viscera and bowels in the Inner Canon of Huangdi*. Unpublished doctoral dissertation, Beijing University of Chinese Medicine.
- [陈子杰. (2009). 《内经》有关脏腑认识不同理论与观点的研究. 博士学位论文, 北京中医药大学.]
- Crittenden, K. S., Fugita, S. S., Bae, H., Lamug, C. B., & Un, C. (1992). A cross-cultural study of self-report depressive symptoms among college students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 23(2), 163-178.
- Inui, T. (2008). Editorial: Experimental approach to embodied cognition. *Japanese Psychological Research*, 48(3), 123-125.
- Ji, X. L., Zhao, M., & Wang, C. S. (2005). A comparing study between somatic complain and effectiveness among depressed outpatients. *Chinese Journal of Behavioral Medical Science*, 14(10), 892-893.
- [季建林, 赵梅, 王崇顺. (2005). 抑郁症门诊患者躯体症状主诉及疗效比较. *中国行为医学科学*, 14(10), 892-893.]
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: Neurasthenia, depression and pain in modern China*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kuriyama, S. (1999). *The expressiveness of the body and the divergence of Greek and Chinese medicine*. New York: Zone Books.
- [栗山茂久. (2009). *身体的语言: 古希腊医学和中医之比较*. 上海: 上海书店出版社.]
- Li, R. H. (2003). *Visceral manifestation theory in Traditional Chinese Medicine: A genetic perspective*. Beijing: China Press of Traditional Chinese Medicine.



- [李如辉. (2003). *发生藏象学*. 北京: 中国中医药出版社.]
- Liao, Y. Q. (2008). *The Dao of Traditional Chinese Medicine*. Haikou: Hainan Press.
- [廖育群. (2008). *歧黄医道*. 海口: 海南出版社.]
- Liu, C. L. (2008). *Chinese image science*. Beijing: Social Sciences Academic Press.
- [刘长林. (2008). *中国象科学观*. 北京: 社会科学文献出版社.]
- Lu, A. P. (2008). Superficial discussion about main role of imagery thinking in theoretical thought of TCM. *Journal of Liaoning Traditional Chinese Medicine*, 35(11), 1639–1640.
- [吕爱平. (2008). 浅议意象思维在中医理论思维中的主导作用. *辽宁中医杂志*, 35(11), 1639–1640.]
- Mezzich, J. E., & Raab, E. S. (1980). Depressive symptomatology across the Americas. *Archives of General Psychiatry*, 37(7), 818–823.
- Miao, S. J., & Zhao, X. D. (2008). The somatization and expression of pain of Chinese. *Medicine and Philosophy (Humanistic and Social Medicine Edition)*, 29(3), 40–42.
- [缪绍疆, 赵旭东. (2008). 疼痛表达与中国人表达的躯体化. *医学与哲学 (人文社会医学版)*, 29(3), 40–42.]
- Nikelly, A. G. (1988). Does DSM–III–R diagnose depression in non-western patients? *International Journal Social Psychiatry*, 34(4), 316–320.
- Orley, J. & Wing, J. K. (1970). Psychiatric disorders in two African villages. *Archives of General Psychiatry*, 36(5), 513–520.
- Pi, G. L. (2008). *Body theory and the transition of thoughts of modern Traditional Chinese Medicine: Tang Zonghai and the era when East met West*. Beijing: SDX Joint Publishing Company.
- [皮国立. (2008). *近代中医的身体观与思想转型: 唐宗海与中西医汇通时代*. 北京: 三联书店.]
- Racy, J. (1980). Somatization in Saudi women. *British Journal of Psychiatry*, 137(3), 212–216.
- Ren, Q. T., Li, G., & Ma, X. Q. (2001). Clinical features and treatment of somatoform disorders in internal medicine department. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 284–285.
- [任清涛, 李广, 马秀青. (2001). 内科门诊躯体形式障碍的临床特征和治疗研究. *中国临床心理学杂志*, 9(4), 284–285.]
- Schuber, T. W., & Koole, S. L. (2009). The embodied self: Making a fist enhances men's power-related self-conceptions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 828–834.
- Slepian, M. L., Weisbuch, M., Rule, N. O., & Ambady, N. (2011). Tough and tender: Embodied categorization of Gender. *Psychological Science*, 22(1), 26–28.
- Sun, S. M. (1955). *Essential recipes for emergent use worth a thousand gold*. Beijing: People's Medical Publishing House.
- [孙思邈. (1955). *千金要方*. 北京: 人民卫生出版社.]
- Tseng, W. S. (1998). *The psychology of psychotherapy of Chinese*. Beijing: Peking Union Medical Collage Press.
- [曾文星. (1998). *华人的心理与治疗*. 北京: 中国协和医科大学出版社.]
- Wang, J. S., Wang, D. X., Shi, Y. L., & Wang, W. Y. (Eds.). (2011). *Compiled Annotations of Classic of Questioning*. Beijing: China Medical Science Press.
- [王九思, 王鼎象, 石友谅, 王惟一 (编). (2011). *难经集注*. 北京: 中国医药科技出版社.]
- Wang, Q. (2002). The mechanism of Image Thinking. *Academic Journal Graduate School Chinese Academy of Social Sciences*, (3), 58–63.
- [王前. (2002). 论“象思维”的机理. *中国社会科学院研究生院学报*, (3), 58–63.]
- Wang, Q. (2004). *Visceral manifestation theory of Traditional Chinese Medicine*. Beijing: People's Medical Publishing House.
- [王琦. (2004). *中医藏象学*. 北京: 人民卫生出版社.]
- Wang, S. H. (2011). *Pulse Classic*. Beijing: China Medical Science Press.
- [王叔和. (2011). *脉经*. 北京: 中国医药科技出版社.]
- Wang, S. R. (2005). *Return to original thoughts: Chinese wisdom in the perspective of image thinking*. Nanjing: Nanjing People Press.
- [王树人. (2005). *回归原创之思: 象思维视野下的中国智慧*. 南京: 江苏人民出版社.]
- Wang, S. R., & Yu, B. L. (1998). On “Image” and “Image Thinking”. *Chinese Social Sciences*, (4), 38–48.
- [王树人, 喻柏林. (1998). 论“象”与“象思维”. *中国社会科学*, (4), 38–48.]
- Yan, J. H. (2005). Study on the five viscera in Internal Classic. *Chinese Archives of Traditional Chinese Medicine*, 23(3), 395–399.
- [烟建华. (2005). 《内经》五脏概念研究. *中医药学刊*, 23(3), 395–399.]
- Yan, S. Y. (2003). *Syndrome differentiation by visceral manifestation theory of Traditional Chinese Medicine*. Shanghai: Shanghai University of Traditional Chinese Medicine.
- [严世芸. (2003). *中医藏象辨证学*. 上海: 上海中医药科技大学出版社.]
- Yang, W. Y., Wang, T. F., Chen, J. X., Zhu, Y. C., Li, F., & Liang, R. (1996). The concept of TCM's Zheng and its connotation. *Journal of Traditional Chinese Medicine*, 37(6): 370–373.
- [杨维益, 王天芳, 陈家旭, 朱迎春, 李峰, 梁嵘. (1996). 关于中医证的概念及其定义的思考. *中医杂志*, 37(6): 370–373.]
- Ye, H. S. (2011). Embodied cognition: A consideration from theoretical psychology. *Acta Psychologica Sinica*, 43(5), 589–598.
- [叶浩生. (2011). 有关具身认知思潮的理论心理学思考. *心理学报*, 43(5), 589–598.]
- Yen, S., Robins, C. J., & Lin, N. (2000). A cross-cultural comparison of depressive symptom manifestation: China and the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 993–999.
- Zhen, C. (2007). *The dichotomy of Disease and Zheng: Reviewing the medicine in 18th century*. Beijing: Beijing University Press.
- [甄橙. (2007). *病与证的对峙: 反思 18 世纪的医学*. 北京: 北京大学出版社.]
- Zhu, W. F., & Huang, B. Q. (2005). Differentiation and standardization of the concepts of syndrome, symptoms and signs in Traditional Chinese Medicine. *Shanxi Journal of Traditional Chinese Medicine*, 21(3), 1–3.
- [朱文锋, 黄碧群. (2005). 证、证候的辨析与规范. *山西中医*, 21(3), 1–3.]



## Image Thinking: The Cultural-Psychological Underpinning of Chinese Patients' Somatic Propensity

LV Xiao-Kang; WANG Xin-Jian

(Department of Social Psychology, Nankai University, Tianjin 300071, China)

### Abstract

Under a cultural psychological perspective, the high somatization report rate among Chinese clients is a reasonable phenomenon that has long and deep cultural roots. In lack of the cultural knowledge that underpinned the cultural-psychological structure of a particular nation, one would find it hard to understand the diverse dimensions of a medical phenomenon. The disputes concerning somatization provide a typical case that we could recognize the paradox and limitation of modern medicine and find alternate accounts.

Image thinking is the prototype of traditional Chinese thoughts. Differing from the western logic thinking, it is an anthropomorphic, analogous thinking paradigm that reveres the notion of *Tian Ren He Yi*, the self-evident harmonic corresponding relations between the structure, physiological functions, pathological changes of the human body as microcosm and the change of the nature environments and social world as a macrocosm. All existing elements in the world are supposed to be orderly interconnected via the force of Yin, Yang, and Five Elements. The disorder of natural and social forces is considered as the final cause of human disease and the ultimate source of all disasters and unhappiness. Human body is part of the interconnected world and thus is subject to disturbance from all possible natural and social forces. It is not only a biological body, but also reflects one's thoughts, emotions, and other psychological aspects. Human diseases, therefore, cannot be distinguished as physical diseases or psychological diseases, since they are interchangeable and almost occur simultaneously.

Traditional Chinese Medicine also employs image thinking to explain, diagnose and cure diseases. According to the classic TCM theory, internal organs are centers of all psychological and physiological functions and emotions are regarded as important etiological factors of mental and physical illness. However, once physiological functions are disturbed, the logical methods of treatment become physiological or pharmacological interventions, together with certain psychological interventions. Though psychological interventions mainly serve as supplementary treatments, it is clear that body and mind are always treated together in the categorization and treatment of diseases, which is a distinct feature of TCM.

A typical TCM practitioner is thus a physiological doctor and a psychotherapist simultaneously. He or she is supposed to listen to a patient's chief complaint carefully and examine the patient's symptom with a holistic view by asking the patient's living habits, diet, stress, sexual life, etc. A doctor is supposed to speculate the real factors underlying the apparent symptoms through looking, listening, asking, and touching, and the patient should be assigned with a customized treatment both pharmaceutically or psychologically. A practitioner that only detect and treat the bodily symptoms are usually referred as inferior doctors, while eminent doctors always know it is the unbalance status of *Yin* and *Yang* that cause any disease in any form and employ their medical knowledge to solve the problem and then restore the body to its normal balanced condition.

The long prevalence of TCM in Chinese society has demonstrated the strength of image thinking. It encourages patients to freely talk about their illness, either in physical or psychological way. Both the patients and doctors have the consensus that the categorization of physical or psychological diseases itself is not important, and it is the doctor's liability to detect the real causes of patients' symptoms, which may be attributed to biological, social, or psychological factors. The patient's main complaint of disease is thus a culturally specified behavior that may differ significantly among different cultures.

**Key words** image thinking; somatization; body theory; cultural psychology