



中華公民人權協會 CCHR 觀察報告

2020.6.18

吃藥能解決精障者殺人嗎？

台灣精神科沒說的思覺失調症秘密

近年來台灣發生多起殺人事件，兇手被精神鑑定為思覺失調，台灣精神科宣稱，思覺失調症必須一輩子吃藥，吃藥就不「起肖」。

真的如此嗎？我們觀察到，台灣精神科對媒體、政府帶風向，趁精障殺人的社會事件，炒作思覺失調症患者一定要用藥的議題，很可能是「藥促」行為。

整理國內外相關主題的研究資料，竟然發現，用藥造成患者嚴重失能，並且許多非藥的治療策略，有成效且受肯定。

本報告稟持國際 CCHR 對心理健康領域一貫的監督態度，並支持良好的醫療實踐，希望可以提供您另一個視野，開啟另一個向度的思維。

【註】

CCHR (Citizens Commission on Human Rights) 國際公民人權委員會是一個成立 50 年的心理健康領域監督團體，非營利，非政治，非宗教的國際組織。CCHR 在台分會為「社團法人中華公民人權協會」。

吃藥能解決精障者「起肖」殺人問題嗎？

思覺失調症患者魔鬼附身似的殺了人，從媒體、輿論看到的解決方案很雷同：

精神科說：思覺失調症，一生要吃藥控制。

法官說：吃藥有機會教化。

廢死人權律師說：思覺失調症是病人需要治療，要求減刑。

民眾說：死刑！否則長期關起來治療。

衛福部說：建立司法精神病院，長期治療。

立委說：超前部署，社區照顧和吃藥。

大部分的人在這個議題上，都聽從「專家」台灣精神科醫生的說法，在用藥治療上打轉。因為少數幾個暴力、反社會人格者，其他的思覺失調症患者，卻被判決必須吃一輩子藥？

看看兩位台灣精神科醫生，參與刑案鑑定時，對思覺失調症服藥的兩種見解：

1. 嘉義台鐵殺警案判決書：須終身服用抗精神病藥物控制症狀

台中榮總嘉義分院精神科醫生沈正哲，為嘉義殺鐵警案的精神鑑定鑑定人。

2020 年 4 月 30 日一審判決書中陳述：

鑑定人於本院審理時之證述，可知被告罹患思覺失調症，**須終身服用抗精神病藥物控制症狀**，停藥將導致病情惡化，然被告卻**未按規律服藥**，以致為本案犯行。

2. 小燈泡命案判決書：1/3 的病人不用吃藥也沒有症狀

台大精神科醫生吳建昌，小燈泡命案被告王景玉精神鑑定鑑定人之一。2020 年 1 月 21 日台灣高等法院刑事判決書中陳述：

關於思覺失調症有沒有可能治癒，以目前的文獻研究，大概有 1/3 的病人，可以達到**不用吃藥也沒有症狀**，可能有 1/3 左右的病人是**有吃藥**，但有**輕微症狀**，還有大概 1/3 左右的病人，**藥物的治療對他們的效果就不是非常明顯**。

同為專業，不同見解。何者為真？讓我們從以下更多實驗及統計的結果，審視這種「不吃藥才犯行」以及「思覺失調症必須終生服藥」的說法，可能是一個巨大的誤導。

腦部失衡假說「沒有」可靠證據

為何思覺失調症患者必須長期服用抗精神病藥物？根據精神科/身心科的說法，

思覺失調症是腦部高多巴胺所致，為了治療它，必須吃藥來保持多巴胺的正常及平穩。然而到 1980 年代晚期，被發現缺失。我們發現，有多位美國精神科學者，挑明這只是假說，沒有可靠證據。

1. 1994 年，美國紐約長島猶太醫學中心精神科醫生約翰凱恩 (John Kane)：「沒有夠好的證據能證明，思覺失調症代表多巴胺功能受到任何擾動」¹。
2. 1998 年，美國密西根大學的神經科學教授愛略特 華倫斯坦著作《歸咎於腦》：「現有的證據並不支持任何精神疾病的生化理論」²。
3. 1999 年，美國公衛署大衛沙契爾(David Satcher)《精神衛生》(Mental Health, 458 頁的報告)：「精神疾病的確切原因(病因)仍不清楚」³。
4. 2002 年，美國國家精神衛生研究院前院長史蒂芬海曼(Steven Hyman)，著作《分子神經藥理學》(Molecular Neuropharmacology)：「沒有任何可靠的證據能證明多巴胺系統的損傷是思覺失調症的主因」⁴。
5. 2005 年，美國精神科醫生肯尼斯坎德勒(Kenneth Kendler)，心理醫學 (Psychological Medicine) 的共同總編輯為精神疾病腦部化學失衡的假說，寫下的結論：「我們為精神疾病追索重大且簡單的神經化學解釋，但毫無發現。」⁵

¹ J. Kane, "Towards more effective antipsychotic treatment", *British Journal of Psychiatry* 165, suppl. 25 (1994):22-31

² E. Valenstein, *Blaming the Brain* (New York: The Free Press, 1998), 96.

³ U.S Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General* (1999), 3, 68, 78.

⁴ E. Nestler and S. Hyman, *Molecular Neuropharmacology* (New York: McGraw Hill, 2002), 392.

⁵ Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature, <http://www.brown.uk.com/depression/lacasse.pdf>

藥物在腦的作用導致「失能」



既然思覺失調和腦內多巴胺找不到確切的關聯，那患者服用的藥物，在腦中會產生什麼作用？以下專家提供給我們的答案是，破壞腦部及「失能」。

根據前美國國家精神衛生研究院院長，神經科學家史蒂芬海曼(Steven Hyman)解釋，藥物一開始，對神經傳導物質的功能**造成擾動**，然而一段時間之後，這些補償機制瓦解了。「長期使用」藥物後來造成了「**神經功能本質上的長久改變**」。就像是以某種方式破壞了神經路徑平常的運行，患者的腦開始**異常運作**。
(詳見附件 p.12)

美國著名精神科醫生彼得布利金(Peter Breggin)在著作《為藥瘋狂》中寫到，精神治療藥物必定會損害大腦。就算聲稱副作用小的非典型抗精神病劑，其作用讓**大腦額葉及附近基礎神經節變遲鈍**，甚至導致**失能**的神經損傷，是施用於人類的藥物中，**毒性最強藥品之一**。(詳見附件 p.12)

國際知名營養學博士威廉威爾許(William J. Walsh)在著作《營養的力量》中提到（第一代）抗精神病劑**惡性症候群**可致命，而非典型抗精神病劑則在 2011 年一項研究顯示，長期使用與**大腦皮質萎縮**有正相關。病人也**很難恢復**到發病前的**能力水準**。(詳見附件 p.13)

分子矯正醫學創立者之一，醫學暨哲學博士亞伯罕賀弗(Abram Hoffer)，本身也是精神科醫生，他說抗精神病劑看似會減弱幻聽幻覺的強度，卻可能誘發來自藥物副作用的**醫源性精神病**，造成生理、心理症狀。例如手抖，全身不自主動作，男性可能會有**性功能障礙**而拒絕吃藥。心理層面上，抗精神病劑可能讓人

失去主動性，沒反應，大多數情況下，**無法勝任任何職務**。⁶(更多藥物副作用，請見附件 p.14)

被台灣精神科集體忽略不提的數字及實驗



其實台灣精神科醫生圈內，對思覺失調症吃藥會好的比例，有的基本概念。就像吳建昌醫生所說，**1/3 吃藥有幫助**，另外的 **2/3**，**其中有一半人不吃也會好，另一半是吃也沒法好**。

但是在媒體上說的話，對政府民代的遊說和對民眾的宣導則口徑一致，單一說法：**不會好，要吃一輩子的藥控制病情**。

問題來了。那實際狀況是什麼呢？

檢視國外的跨國研究或長期追蹤結果，我們發現，思覺失調症良好的治療結果，竟然與用藥無關。特別是首次思覺失調症病發的患者，如果沒有選擇藥物治療，恢復正常且未再復發的比例，比服用藥物的患者高得多。所以，並非所有的思覺失調症患者終其一生都需要用藥。以下是跨國研究或長期追蹤結果：

1. **1969-1997 年世界衛生組織跨文化研究思覺失調。結果：最好的治療結果，與低度用藥有關**。低度用藥的區域，思覺失調恢復正常的結果超過六成。而高度用藥地區，變成慢性精神病患為六成。

⁶ 亞伯罕賀弗《醫生，我有可能不吃藥嗎？精神分裂症患者還不知道的自然療法》美商麥格羅希爾國際股份有限公司，2013，p61-62

2. 美國國家衛生研究院資助的 15 年研究，於 2007 年發表。結果：未使用抗精神病藥物的人，復原比例為四成，使用抗精神病藥物的復原比例僅 5%，不到一成。結果壓倒性的支持，並非所有的思覺失調症患者終其一生都需要用藥。
3. 美國加州大學追蹤首次思覺失調患者 3 年研究，結果：過程中未服藥的患者，回去精神病院的比例低於一成。從頭到尾服用藥物的患者，超過七成回去住精神病院。抗精神病藥並非治療思覺失調的首選。
4. 1992-1997 芬蘭開放式對話療法對精神障礙首度發病患者 5 年研究，結果：2/3 的患者從來沒有使用過抗精神病藥物，八成的患者沒有症狀，有工作、在學或正在找工作，恢復正常。
(以上四項研究，詳見附件 p.14-17)

思覺失調「必須」用藥治療，是信仰還是迷思？



雖然有相關研究顯示，抗精神病藥並非治療思覺失調的首選。然而絕大部分的台灣精神科醫生，對思覺失調症患者仍然開立可觀的藥量。

生活中有無數的信仰，它常常是一套規範，並且支持現狀。信仰並不侷限在宗教主題。那麼，堅持宣稱思覺失調症患者該服藥一輩子，是一種信仰嗎？還是迷思呢？

CCHR 並非醫療機構，也不提供任何治療建議。以下是我們收集到幾位國內外專家言論，舉例說明思覺失調症的非藥物治療可行性。

➤ 菸鹼酸和細胞分子矯正醫學的治療方法

「精神分裂（思覺失調）症的自然復原比率為 50%。使用細胞分子矯正醫學的話，為 90%。使用藥物的話則只有 10%。可以這麼說，假如你僅服用藥物，你真的沒救了。」

「精神分裂症跟情感性精神分裂症的治療重點，就是維生素 B3。我已依此成功治療超過 5,000 個病患。……我一直認為精神分裂症並非多重維生素缺乏，而是屬於維生素 B3 缺乏症，需要大量，甚至是非常大量的菸鹼酸來治療。」⁷

--分子矯正醫學創立者之一，醫學暨哲學博士，精神科醫生，亞伯罕·賀弗

「精神分裂（思覺失調）症是一種維生素依賴症。有一陣子，菸鹼酸曾一度成為治療精神病的處方，但後來問世的各家藥廠出產的『神藥』仗著其便利性與不間斷的廣告，削弱了菸鹼酸的知名度。

接下來在 1970 年代，美國精神病學協會(American Psychiatric Association)，很不科學地摒棄了大劑量維生素療法。因此，現今有大量生理營養缺乏、心智營養失調的美國人對它一無所知。」⁸

--前紐約州立大學及康乃爾大學教授營養學教授，美國學界營養權威安德魯索爾(Andrew Saul)博士

「如果能有更開放的心胸，不只在問題的下流思考症狀，而能回頭審視上游身體的基本運作原理，分子矯正的概念便可以提供觀看疾病更大的視野；對醫療人員而言，分子矯正治療可以是一個更大的診斷架構跟治療模式，除了消除症狀的化學藥物，也使用營養從底層強化，唯有如此才能幫助深受疾病所苦的患者脫離疾病與藥物的雙重桎梏，達到最少的藥物(最少的副作用)與最佳的功能，並重拾人生的希望。」⁹

--台灣營養精神醫學學會／精神專科醫生蘇聖傑

➤ 腸道食療

「在病人消化系統中的異常微生物群所產生的毒素影響了大腦，並且導致思覺失調症的症狀。所以為了幫助患者，我們必擺脫這種毒性。為了達成這個目的，我們必須治療患者的消化系統。

依照我的臨床經驗，我開給 GAPS(腸道與心理症候群 Gut and Psychology Syndrome)兒童的營養管理醫囑對思覺失調症的病患也有非常好的效果。我相信

⁷ 亞伯罕·賀弗，安德魯索爾，哈洛佛斯特《燃燒吧！油脂與毒素：B3 的強效慢性疾病療癒臨床實錄》博思智庫，2014，p.134, 142。

⁸ 安德魯索爾，《無藥可醫》博思智庫，2014，p.180。

⁹ 亞伯罕·賀弗《醫生，我有可能不吃藥嗎？精神分裂症患者還不知道的自然療法》美商麥格羅希爾國際股份有限公司，2013，p.120-121

會這樣的原因是由於這套營養管理治癒了腸道內膜，並重建了正常的腸道菌群。因此，患者開始適當地消化和吸收食物。腸道不再是體內毒素的主要來源，轉而變成營養的主要來源，這是它原本的功能。當營養缺失和毒素散去，精神病的症狀也隨之消失。」¹⁰

--擁有營養學與神經醫學雙博士後學位，娜塔莎坎貝爾-麥克布萊德醫師(Natasha Campbell-McBride)

➤ 身心靈人格整合治療法

「人為什麼會得到精神分裂（思覺失調）症呢？其中一個很大的原因是抗壓性太低，他們缺乏一般人的彈性和社會化，也沒有足夠的『自我偽裝』和『社交技巧』，.....便很容易直接承受外在的壓力，並將之放大或誇大，促使心靈現出分解崩潰的情況。

面對精神分裂病人，應該用什麼樣的心態來看待？這也就是我一直在強調的『身心靈人格整合治療法』：

- 一、透過病人的症狀來了解他的內心世界發生了什麼事。
- 二、打破自我的完美的刻板標準。
- 三、對個案肯定支持鼓勵，但是也溫和並堅定的引導他面對與接受失敗的現實。
- 四、協助他們人格再成長。
- 五、具有家族治療的意義」¹¹

--賽斯身心靈診所院長，家醫科及精神科專科醫生許添盛

¹⁰ 娜塔莎坎貝爾-麥克布萊德，《改善情緒障礙的腸道食療聖經》采實文化，2018，p.83

¹¹ 許添盛，《不正常也是一種正常》賽斯文化，2008，p.7, 285-288

生理-心理-社會三方面，影響心理健康



世新大學社會心理學系主任詹昭能博士，在討論精障患者暴力殺人問題時，除了關照精障患者的生理及心理問題，也拋出第三個面象：「社會」。

詹昭能主任在中華公民人權協會舉辦的公益講座裡強調，他堅信任何人、任何行為，包括精神異常者在內，都是個人因素(特質)與環境因素交互作用結果；換言之，是在先天因素的基礎之下，由後天環境所促成。

另一方面，包括精神異常者的任何人，其行為與表現至少有生理性、心理性與社會性三方面因素的交互作用，即使先天條件(生理因素)具思覺失調的生理「傾向」，只要後天環境「調理」得宜，也未必會發展成「患者」。

詹主任指出，已經發展成思覺失調的患者，「治療」絕對不能只是生物醫療，還要有心理諮商與社會和環境的支持，包括人際上的陪伴、工作與社區環境的支援。即使用藥，也只是一種策略，並非唯一處方。(詳見附件 p.18)

哈佛大學在一個長達七十年的研究指出，**人際關係**是人會不會覺得很幸福的重要關鍵，不是有錢。研究指出，「良好的關係讓我們維持快樂與健康」，主要重點有三：**I. 孤單有害，社交活躍有益健康；II. 友不在數量多寡，而在關係深淺；III. 良好關係不只保護身體，也保護腦力。**¹²

擁有良好人際關係、幸福感與健康的人，是理想的人生，連腦力都很良好。

相反的，一個犯罪個案被診斷為思覺失調症，更進一步觀察，發現他的人脈關

¹²羅伯·沃丁格，TED 演講：什麼造就美好人生？為時最長有關幸福的研究成果
https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness/transcript?language=zh-tw

係薄弱，社會支持力量也很微弱。然而這些環節，是政府、立法委員和台灣精神醫學團體，在關注所謂「超前部署」的時候，被嚴重忽略的重要的策略：人際關係和社會支持力量。

因此，一個真正的超前部署，難道不是當精神障礙症狀首度發生在某人身上時，讓這個人可以在**平靜的環境中恢復**：安排在他周圍的人都理性及友善，他在那裡，身體能獲得正確的營養調理及休養，並且讓他有機會修補過去破碎的人際關係，以便重拾自己先前的能力及自信，當他回歸社會時，可以再度能幹且貢獻社會。

前衛生署醫政處處長薛瑞元曾表示，精神醫學的統計顯示，心智障礙者攻擊他人的比例是一般人的三分之一，而受害的比例高達一百倍。¹³

如今台灣精神醫學界，把殺人案的重點導向思覺失調症要吃藥，但對於暴力行為反社會人格的可能性卻隻字未提。

有沒有這個可能？因為思覺失調症有對應的藥物，而反社會人格無藥可醫。於是趁精障殺人的社會事件，炒作一波滿滿的用藥行銷呢？

希望不是！

CCHR 支持良好的醫療實踐。把改變心智與腦部的抗精神病藥物當成唯一處方，並不算一套適當的治療。它只是掩蓋一個人的根本問題，甚至可能加劇他的狀況。

期待這些重大社會案件造成轟動話題之後，政府醫療單位及社會福利之間，能真正制定出對精障患者和社會問題治本的策略和行動，降低精障患者人數，提高患者回歸社會的比例，以真正杜絕悲劇及憾事再度發生。

¹³ 文／管仲祥，《「精神障礙」真的是兇手？》，公民行動，2016.3.30，
<https://www.civilmedia.tw/archives/45392>

【簡介】



(湯瑪斯·薩茲博士)

CCHR 公民人權委員會是一個心理健康領域的監督團體，非營利、非政治、非宗教的國際組織，由已故的精神科榮譽教授湯瑪斯·薩茲博士（Thomas Szasz）在 1969 年與山達基教會共同創立，總部在美國洛杉磯。之後，這個國際組織一直獨立運作，直至今日，在 34 個國家中擁有 250 個分會。

CCHR 在台分會，「社團法人中華公民人權協會」於 2012 年在內政部登記，之後一直努力倡導精神醫療上的「知情同意權」。

50 年來，全球 CCHR 協助律師與檢察官伸張正義，讓精神科受害者獲得補償，促成了總計數十億美元的判決、和解及罰款，CCHR 也協助多國的立法者制訂 180 多條法律，以保護個人免於心理健康領域中的不當對待或脅迫。

您如果想取得更多資訊，非常歡迎與我們聯絡。

信箱：臺中郵政 36-127 號信箱

市話：04-2380-8331

Email: cchrtwn@cchr.org.tw

台灣官方網站：www.cchr.org.tw

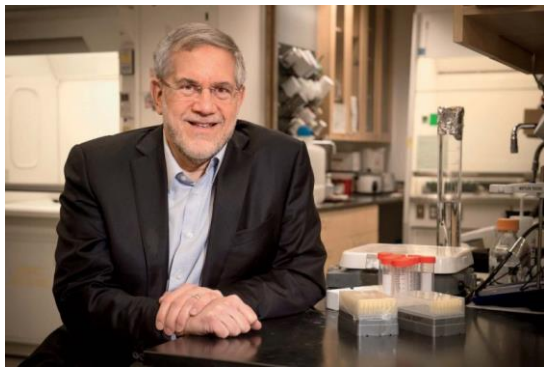
FB： www.facebook.com/cchrtaiwan



【附件】

藥物在腦的作用.....	p.12
抗精神病藥物的副作用.....	p.14
跨國研究或長期追蹤研究及實驗.....	p.14
生理-心理-社會三方面，影響心理健康.....	p.18
中文參考書籍.....	p.19

藥物在腦的作用



（史蒂芬海曼，前美國國家精神衛生研究院院長，哈佛醫學院醫學博士&分子生物學的博士）

前美國國家精神衛生研究院院長，史蒂芬海曼(Steven Hyman)是神經科學家，在 1996 年剛上任院長後寫了一篇論文，標題為〈開始與適應：一個理解精神藥物如何作用的模式〉，發表於《美國精神醫學期刊》，文中講述了精神藥物作用在大腦的方式：

海曼說，抗精神病劑、抗憂鬱劑以及其他的精神藥物，「對神經傳導物質的功能造成擾動」。為了回應上述的改變，大腦便開始進行一系列補償性的適應行為。然而一段時間之後，這些補償機制瓦解了。「長期使用」藥物後來造成了「**神經功能本質上的長久改變**」。細胞內部訊息傳遞路徑與基因表現的改變，都是長期適應過程的一部分。結論是，幾週後，用藥者腦部的運行方式「不管質或量，都於正常狀態不同了」。

原本，用**藥物治療前**，被診斷為思覺失調症、憂鬱症、以及其他精神疾病的患者，並未苦於**任何已知的化學失衡**。一旦使用精神科用藥，就像是以某種方式破壞了神經路徑平常的運行，患者的腦才開始異常運作。¹⁴

美國著名精神科醫生彼得布利金(Peter Breggin)在著作《為藥瘋狂》中寫到，精神治療藥物必定會損害大腦。就算聲稱副作用小的非典型抗精神病劑，其作用讓**大腦額葉及附近基礎神經節變遲鈍**，甚至導致**失能**的神經損傷，是施用於

¹⁴ S Hyman, "Initiation and adaptation: a paradigm for understanding psychotropic drug action," *American Journal of Psychiatry* 153 (1996): 151-161.

人類的藥物中，毒性最強藥品之一。

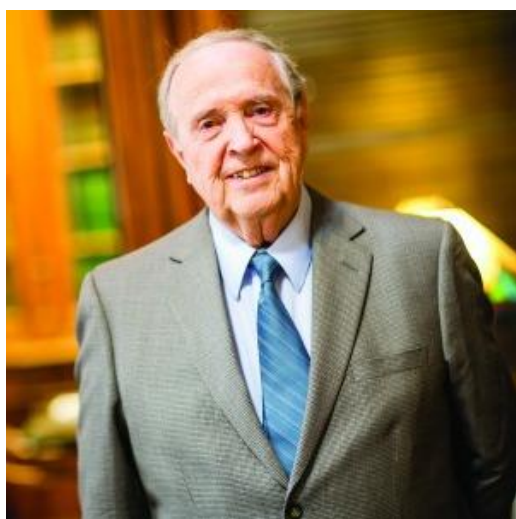


（精神科醫生彼得布利金）

精神治療藥物使得基本的情緒訊號變得遲鈍、混淆。情緒反應有賴大腦功能，而大腦是個複雜卻脆弱的器官，可輕易因藥物的重擊而紛亂。他舉例藥物可能會帶給服藥者錯誤的正面訊息，或是錯誤的負面訊息，而兩者皆可能造成服藥者相當錯亂的行為。

布利金在書中表示，有時，藥物會帶給我們「錯誤的正面」訊息，如人工快感和陶醉感。當我們感到陶醉時，事實上可能仍陷於不滿、挫折的狀態中，和正面臨不切實際甚至巨大的危險。

有時藥物給的是「錯誤的負面」訊息，讓人覺得沮喪、失望、情緒不佳甚至有自殺衝動和暴力傾向。由於一般人總傾向於把負面感覺歸咎於某些事或某些人，所以這些虛假的負面訊息可能會使我們做出不理性及破壞性的行為。¹⁵



（營養學博士威廉威爾許）

國際知名營養學博士威廉威爾許(William J. Walsh)在著作《營養的力量》中提到第一代抗精神病劑惡性症候群可致命。翻譯本書的台灣精神科醫生蘇聖傑，為「抗精神病劑惡性症候群」加入譯註：神經細胞釋放乙醯膽鹼來刺激肌肉細胞收縮，多巴胺則可以拮抗乙醯膽鹼，抗精神病劑可阻斷多巴胺，於是乙醯膽鹼就會過度刺激肌肉，導致肌肉持續收縮，嚴重的話體溫上升、橫紋肌溶解、腎衰竭，死亡率頗高。

而非典型抗精神病劑則在 2011 年一項研究顯示，長期使用與**大腦皮質萎縮有正相關**，很少有病人能恢復到發病前的能力水準，不僅有副作用，而且會造成大腦皮質逐漸減少。¹⁶

¹⁵ 彼得布利金，大衛柯翰《為藥瘋狂》新新聞文化，2002，p.45, 97, 116。

¹⁶ 威廉威爾許，《營養的力量 修復大腦的關鍵元素》博思智庫，2016，p109-110

抗精神病藥物的副作用

抗精神病藥物會破壞極度複雜、調節運動控制的神經纖維網絡，引發肌肉僵硬、痙攣和各種不同的不自主運動。¹⁷

藥物引起的遲發性運動障礙會永久損壞嘴唇、舌頭、下顎、手指、腳趾以及身體其他部位自主活動的能力。5%的病患在接受抗精神病藥物一年內會出現這種症狀。¹⁸

抗精神病藥另一種可怕的副作用就是抗精神病藥物惡性症候群，典型和非典的抗精神病藥物都可能導致這種致命的毒性反應。有這類症候群的病患會產生以下現象：發燒、神智不清、焦躁不安、極度僵硬、脈搏或血壓不規律、心跳快速、過度排汗、異常的心跳等。據估計，約有十萬名美國人死於這種症候群。

跨國研究或長期追蹤研究及實驗

➤ 1969-1997 年世界衛生組織跨文化研究思覺失調

1969 年，世界衛生組織開始在 9 個國家追蹤思覺失調症患者的治療結果。5 年後三個開發中國家的患者，比起美國和另外五個已開發國家的患者，有「明顯較佳的病程與治療結果」。美國和歐洲的精神科社群，不滿意這樣的研究結果。

於是，1978 年，世界衛生組織進行了另一個橫跨 10 個國家的研究。實驗進行了兩年，針對初次發作的思覺失調患者做研究。結果是，開發中國家，2/3 的患者有良好的治療結果，1/3 左右的患者為慢性精神病患。

在富裕國家，37%的患者有好的治療結果，59%的患者成為慢性精神病患。進一步分析，開發中國家的患者只有 16%會規律的服藥，富裕國家的患者規律服藥的比例為 61%。

¹⁷ Ty C. Colbert, "Rape of the Soul, How the Chemical Imbalance Model of Modern Psychiatry Has Failed Its Patients", *Kevco Publishing*, California (2001), p 106.

¹⁸ Dilip V. Jeste and Michael p. Caligiuri, "Tardive Dyskinesia," *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 19, No. 2, 1993, p 304

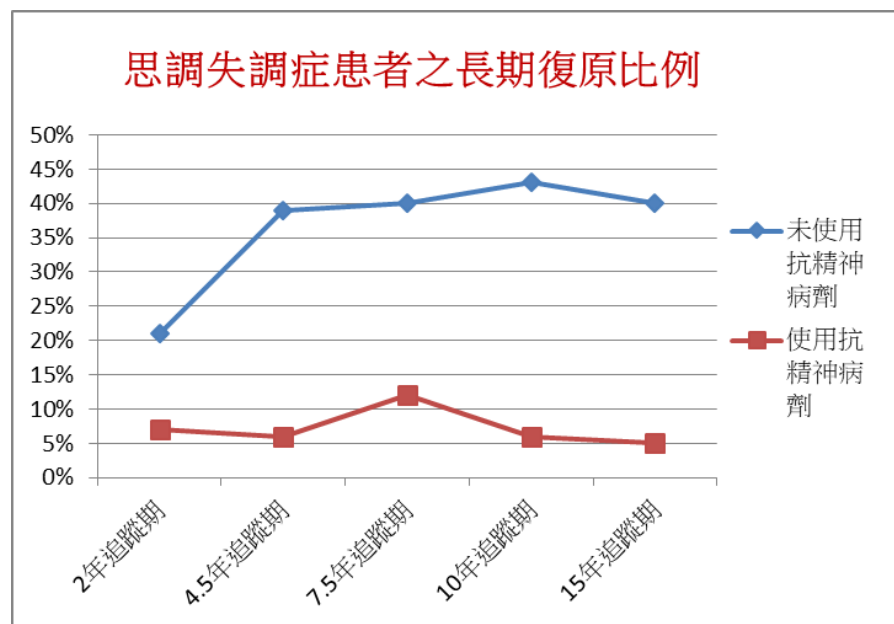
1978 年世衛研究 思覺失調	規律服藥 比例	良好結果	轉為慢性 精神病
已開發國家	61%	37%	59%
開發中國家	16%	66%	33%

這個跨文化研究中，最好的治療結果，明顯與低度用藥有關。¹⁹

1997 年，世界衛生組織再度對前兩次試驗的患者進行訪談。相隔了 15 到 25 年，發現開發中國家的患者，仍然維持較好的表現。²⁰

➤ 美國國家衛生研究院資助的追蹤思覺失調患者 15 年研究

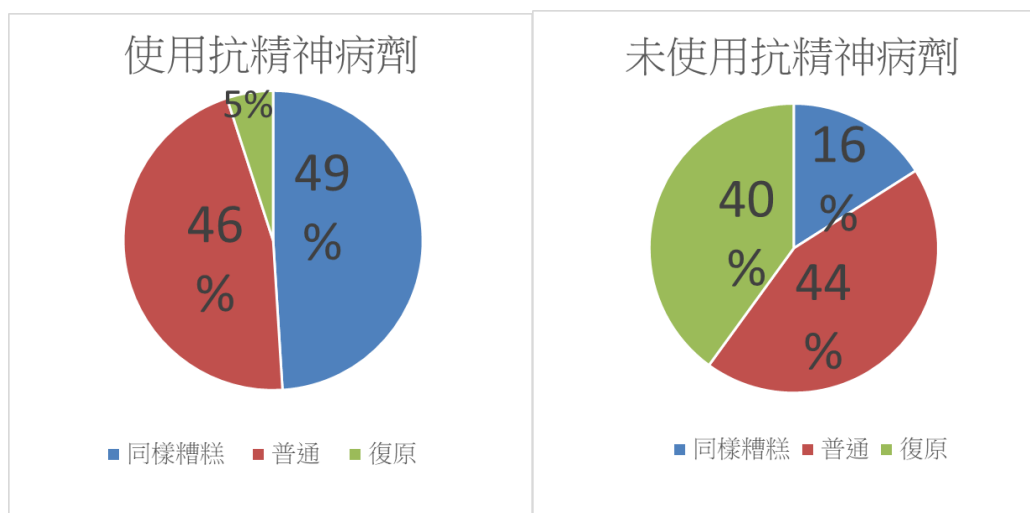
美國國家衛生研究院資助的 15 年研究，由美國伊利諾大學醫學院心理學家馬丁哈洛(Martin Harrow)2007 年在《神經與精神疾病期刊》(Journal of Nervous and Mental Disease)第 195 期，發表了一篇對 64 名思覺失調症患者，15 年追蹤結果報告〈未使用抗精神病劑之思覺失調症患者的治療結果與復原之影響因子〉。²¹



¹⁹ A Jablensky, "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures," *Psychological Medicine* 20, monograph (1992), p1-95.

²⁰ K. Hopper, "Revisiting the developed versus developing country distinction in course and outcome in schizophrenia," *Schizophrenia Bulletin* 26 (2000): 835-846.

²¹ M. Harrow, "Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications," *Journal of Nervous and Mental Disease* 195 (2007): 406-414.



在針對研究結果的訪談裡，哈洛博士表示，「並非不用藥的患者表現較佳，而是（一開始）表現較佳的人後來擺脫了藥物。」他認為研究「壓倒性的支持，並非所有的思覺失調症患者終其一生都需要用藥。」²²

➤ 美國加州大學追蹤首次思覺失調患者 3 年研究

美國加州大學舊金山分校的化學博士莫里斯拉帕波特(Mauric Rappaport)對 80 位新診斷為思覺失調症的男性患者，進行長達 3 年的追蹤。

研究結果顯示，從頭到尾服用藥物的首次病發思覺失調症患者，超過七成回去住精神病院，而過程中未服藥的患者，回去精神病院的比例則低於一成。莫里斯拉帕波特在 1978 年研究報告表示，抗精神病藥並非治療思覺失調的首選，至少對特定患者而言是如此。²³

用藥內容 (六週住院期間 / 出院後)	病患數	疾病嚴重度 (1 表示結果最佳,7 表示最差)	再入院率
安慰劑 / 未用藥	24	1.7	8%
抗精神病劑 / 未用藥	17	2.79	47%
安慰劑 / 抗精神病劑	17	3.54	53%
抗精神病劑 / 抗精神病劑	22	3.51	73%

²² 羅伯特·惠特克(Robert Whitaker), 《精神病大流行》左岸文化, 2016, p.159。

²³ M. Rappaport, "are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated?" *International Pharmacopsychiatry* 13 (1978): 100-111.

➤ 芬蘭開放式對話療法的 5 年研究

芬蘭拉普蘭省(以下簡稱拉省)是耶誕老人的故鄉，位於芬蘭最北方。拉省西部有 7 萬人口，1970 到 80 年代每年會新增 25 個思覺失調症案例，比歐洲其他地區多兩倍到 3 倍。

自從進行開放式對話療法(open-dialogue therapy)之後，拉省西部的思覺失調症如今正從該區域消失，每年僅有 2 至 3 例新的思覺失調症個案，與 1980 年代早期相比下降了 90%。

研究報告〈開放式對話取徑用於首度發作之非情感性精神病的五年經驗〉，《心理治療研究》第 16 期(2006 年出版)記錄了拉省西部，從 1992 年到 1997 年，所有首度精神病發作的結果。5 年結束後，79%的患者沒有症狀，80%的患者有工作、在學或正在找工作。2/3 的患者從來沒有使用過抗精神病劑，只有 20%的患者定期服藥。²⁴

患者總人數	75 人
思覺失調症	30 人
其他精神病障礙症	45 人
抗精神病劑之使用	
從未使用抗精神病劑	67%
五年期間內偶爾使用	33%
五年結束後持續使用	20%
精神病症狀	
五年期間內從未復發	67%
五年追蹤期內無症狀	79%
五年後的功能結果	
工作或在學	73%
失業	7%
失能	20%

²⁴ J. Seikkula, "Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach," *Psychotherapy Research* 16 (2006): 214-228. Outcomes for 2002-2006 study and for spending in western Lapland on psychiatric services from interviews with Jaakko Seikkula and Birgitta Alakare. See also the published papers by Seikkula, or. Cit.

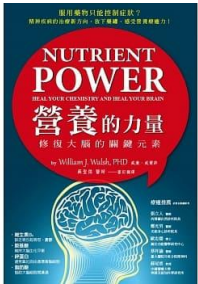
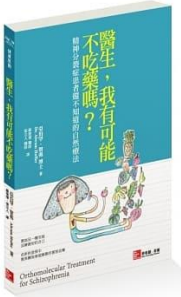
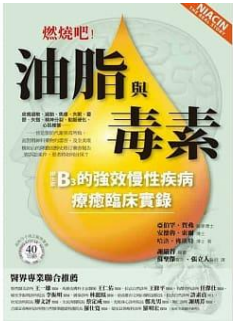
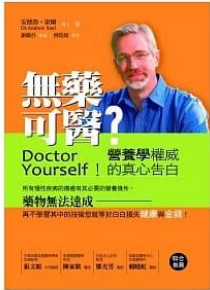
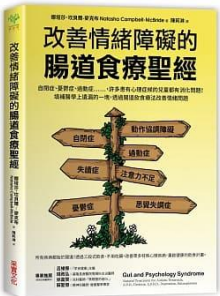
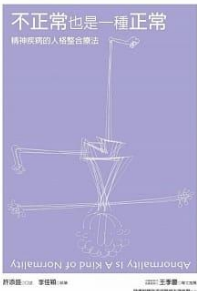
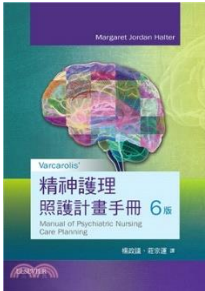
生理-心理-社會三方面，影響心理健康

鑒於疾病的生物醫學模式的不足，1977 年精神科醫師 G. L. Engel 在 *Science* 第 196 期 4286 卷發表了 *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*，提出生理心理社會模式(Biopsychosocial Model)，主張人的社會性、心理性與生理性三方面，對於疾病的發展都扮演重要角色，作為研究、教學與健康照護(醫療)實務的藍圖或參照架構(Engel, 1977)²⁵。

隨著學術研究與專業工作多元學科性(multidisciplinarity)、科際整合性(interdisciplinarity)、超越學科(transdisciplinarity)觀點的發展，在醫學、護理、健康心理學、臨床心理學、社會工作等領域，受到的重視與日俱增。

²⁵ George L. Engel, "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine", *Science, New Series*, Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), p. 129-13

【本報告中文參考書籍】

 《精神病大流行》 左岸文化	 《為藥瘋狂》 新新聞文化	 《營養的力量 修復大腦的關鍵元素》 博思智庫
 《醫生，我有可能不吃藥嗎？精神分裂症患者還不知道的自然療法》 美商麥格羅希爾國際股份有限公司	 《燃燒吧！油脂與毒素：B3 的強效慢性疾病療癒臨床實錄》 博思智庫	 《無藥可醫》 博思智庫
 《改善情緒障礙的腸道食療聖經》 采實文化	 《不正常也是一種正常》 賽斯文化	 《精神護理照護計畫手冊》 台灣愛思唯爾