

# （678）法学博士谈：（一）反对精神病学的案例：为什么精神病学是邪恶的，必须废除

“精神病学没有理性或科学依据。”

——澳大利亚精神病学家 Niall 博士（“Jock”）McLaren

“我在上帝的祭坛上发誓，永远敌视对人类思想的各种形式的暴政。”

——托马斯·杰斐逊，1800 年 9 月 23 日

Wayne Ramsay, J.D.（韦恩·拉姆齐，法学博士）是一名律师和作家，同时也是精神病学权利法律项目（[psychrights.org](http://psychrights.org)）的志愿者（无偿）律师。他撰写了大量关于精神病学及其缺陷的文章。他本人不是一名精神病学家，但他对这个主题有个人兴趣，并参加了许多关于情绪障碍和其他精神病主题的研讨会和项目。他认为精神病学是邪恶的，应该作为一种医学专业被废除。

---

## 前言：

《反对精神病学的案例》始于我 1988 年在约翰霍普金斯大学参加年度情绪障碍研讨会后写的笔记。在接下来的几天、几个月和几年里，我反复重读这些笔记，在我想到的时候添加想法，并阅读许多关于精神病学的书籍和文章。在这个过程中，我参加了 1989 年，1990 年，1991 年，1992 年，1993 年和 1994 年在约翰霍普金斯大学的情绪障碍研讨会以及其他项目。随着时间的推移，我的笔记变成了一份未发表的大型手稿。在 1990 年代，我用笔名或笔名劳伦斯·史蒂文斯（Lawrence Stevens）出版了该手稿的摘录作为小册子。本书是这些小册子和四篇附加文章的更新和扩展版本：《精神病诊断的神话》、《为什么精神疾病的神话仍然存在》、《为什么精神病学是邪恶的》，以及《反精神病学行动主义的未来》。在这些文章中，我收集了我能找到的最可信的反对精神病学的证人。因此，我既是编辑，也是作者。在我能记住事实来源或想法的每种情况下，我都给了作者或演讲者荣誉。这种方法使我能够写出一个更有说服力和令人信服的反对精神病学的案例，而不是简单地陈述我的个人观点。在一些文章末尾的推荐阅读或视频中，我列出了书籍，文章和视频，所有这些都阅读或观看了，关于文章的主题，以及我推荐的网站，供希望了解更多信息的读者使用。

---

## 目录：

- （678）法学博士谈：（一）反对精神病学的案例：前言
- （679）法学博士谈：（二）精神疾病存在吗？<https://zhuanlan.zhihu.com/p/619769952>
- （680）法学博士谈：（三）精神分裂症：一种不存在的疾病 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/619897227>
- （681）法学博士谈：（四）生物抑郁症的神话 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/619935058>
- （682）法学博士谈：（五）精神病诊断的神话 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/619964188>

- (683) 法学博士谈：（六）为什么精神疾病的神话仍然存在  
<https://zhuanlan.zhihu.com/p/620001123>
- (684) 法学博士谈：（七）精神科药物：治疗还是伤害？<https://zhuanlan.zhihu.com/p/620049940>
- (685) 法学博士谈：（八）精神病学的电击治疗危害人类罪 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620145622>
- (686) 法学博士谈：（九）大脑屠宰被称为精神外科手术 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620172107>
- (687) 法学博士谈：（十）反对心理治疗的案例 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620204033>
- (688) 法学博士谈：（十一）为什么精神病学作为一门医学专业应该被废除 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620213210>
- (689) 法学博士谈：（十二）精神污名伴随着你余生的任何地方  
<https://zhuanlan.zhihu.com/p/620229383>
- (690) 法学博士谈：（十三）为什么精神病学是邪恶的 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620276419>
- (691) 法学博士谈：（十四）反精神病学行动主义的未来 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620411763>
- (692) 法学博士谈：（十五）在美国不合理的精神病承诺 <https://zhuanlan.zhihu.com/p/620457807>
- (693) 法学博士谈：（十六）对“精神疾病”或“危险性”的非自愿承诺是否违反了实质性正当程序？  
<https://zhuanlan.zhihu.com/p/620507966>

## （679）法学博士谈：（二）精神疾病存在吗？

本文的缩写版本发表在2019年1月的《国际伦理心理学和精神病学学会公报》上

正如我在早期章节中所述，在自然世界中并不存在精神疾病或缺陷，而只是某些行为模式，在特定社会背景下，我们将特定的名称应用于这些模式，以便我们谈论并影响表现这些模式的人在社会关系中的变化，并影响个人自身的变化。最好的情况是，我们只能通过纯粹武断的标准来选择这些人。——精神病学家菲利普·皆罗沙（Philip Q. Roche）在他的书《罪犯的心灵》（The Criminal Mind）

（Farrar、Straus and Cudahy 1958），p. 253 中说。

“精神疾病，……这个词本身就是无意义的，语义上的错误。在除了隐喻之外的任何情况下，“精神”和“疾病”这两个词都不能放在一起；你不能有精神‘疾病’，就像你不能有紫色的想法或睿智的空间一样。”——精神病学家艾弗勒·托瑞（E. Fuller Torrey）在他的书《精神病学的死亡》（The Death of Psychiatry）（Penguin Books 1974），p. 36 中说。

“在《心理疾病的神话》中，我揪住这个符号学的问题，向它的隐喻棱角分明地表示了它是一堆废话：没有“精神疾病。”——精神病学教授托马斯·萨兹（Thomas S. Szasz）在他的书《精神病学：骗局的科学》（Psychiatry: The Science of Lies）（Syracuse 大学出版社，2008），p. 24 中说。

“我不得不在这本书中使用几个我不舒服的术语，但它们是常用的，更好的术语不存在或没有被广泛理解。...因此，我有时提到‘精神疾病’，尽管我不认为精神疾病被有用或有效地视为疾病。” Joanna Moncrieff, M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, 医学博士，英国伦敦大学学院心理健康科学高级讲师，在她的书《化学治疗的神话——对精神病药物治疗的批判》（Palgrave Macmillan 2009），第 xi 页（命名说明）

“这里没有精神障碍的定义。这是胡说八道。我的意思是，你无法定义它。” 艾伦·弗朗西斯（Allen Frances），医学博士，工作组主席，该工作组创建了美国精神病学协会精神疾病诊断和统计手册的两个

版本, DSM-IV (1994) 和 DSM-IV-TR (2000), 由加里·格林伯格引用, “定义精神疾病的战斗”, 2010 年 12 月 27 日, 连线杂志

“这里没有任何精神或心理疾病这样的东西。”神经学家 Fred A. Baughman, 医学博士, 《多动症欺诈: 精神病学如何使正常儿童成“患者”》(特拉福德出版社 2006 年) 的作者, 他在 2012 年移情治疗会议上的演讲中, “多动症/兴奋剂流行病”(在 33 分 2 秒点), 可在 DVD 上购买 <http://EmpathicTherapy.org>

“.....我们已经证明, 精神疾病的存在从未被证实.....在社会工作研究生院教授心理健康课程 75 年后, 我们已经教授数以千计的学生和从业人员.....经过 10 多年的确定性研究和不可枚举的支出, 没有人能证明疯狂是一种医疗疾病.....当然, 不可预见而又遥远的可能性是, 精神病系统会产生其‘戈尔巴乔夫’, 一个广为人知的领袖和代言人, 他们明确而大声地说, 皇帝没有衣服, 虽然很多人可能需要帮助来缓解他们的痛苦或控制他们的扰乱以维护我们的内心平静, 但不存在精神疾病。”—— Stuart A. Kirk, Tomi Gomory 和 David Cohen 在他们的书《疯狂科学——精神强制, 诊断和药物》(Mad Science—Psychiatric Coersion, Diagnosis, and Drugs) (Transaction Publishers, 2013) 中, 第 195、301、302、328 页(已加下划线)。

“没有人应该被诊断出患有精神疾病。”Paula J. Caplan 博士, 心理学家, 2015 年 8 月 23 日在华盛顿特区举行的全国权利保护和宣传协会 (<http://narpa.org>) 年会上的“诊断之门”演讲

“很多时候, 精神科医生更喜欢谈论精神障碍, 而不是精神疾病, 这是因为精神病学诊断是社会建构。.....并给这个构造物起了个名字, 就好像它存在于自然界中并且可以攻击人一样。”Peter C. Gøtzsche 博士, 内科医师, 哥本哈根大学临床研究设计与分析教授, 在他的著作《致命精神病学和有组织的否认》(人民出版社 2015 年) 中, 第 26 和 145 页

“传统的精神卫生行业不遗余力地试图延续精神疾病的神话..... ISEPP 的目标是消除精神疾病的神话。.....我们称之为精神疾病的问题是相互和个人的、精神的、存在的、经济的和政治的问题, 而不是真正的疾病。”Chuck Ruby 博士, 心理学家兼国际伦理心理学和精神病学协会 (ISEPP) 主任, 在 2018 年 4 月的 ISEPP 时事通讯中

“[M] 精神疾病造成痛苦, 循证治疗很少。事实上, 该领域多年来没有取得重大的药物突破。生物学原因仍然难以捉摸, 生物标志物也不存在。.....以及常见的遗传变异对精神障碍的巨大影响是难以捉摸的。.....美国精神病学协会的精神障碍诊断和统计手册 (DSM).....影响了健康的心理功能。”Adrian Woolfson 博士 B.M., B.Ch. (牛津大学), 博士 (剑桥大学), “精神疾病的生物学基础”, 《自然》, 2019 年 2 月 11 日

---

精神病学中的所有诊断和治疗都以存在一种称为精神疾病、精神紊乱或精神障碍的东西为前提。疾病、紊乱或障碍是什么意思? 在语义意义上, 疾病意味着简单的不安, 与轻松相反。但是, 我们所说的疾病并不意味着任何导致缺乏轻松的事情, 因为这个定义意味着失去工作或战争或经济衰退或与配偶的争吵都属于“疾病”。精神病学家唐纳德·W·古德温 (Donald W. Goodwin) 医学博士在他的书中讨论了疾病的定义, 并得出结论: “疾病是人们看医生的东西。...医生就酗酒问题进行咨询, 因此根据这一定义, 酗酒成为一种疾病”(Ballantine Books 1988, 第 61 页)。接受这个定义, 如果出于某种原因, 人们就如何使经济摆脱衰退或如何解决与配偶或邻国的分歧咨询医生, 这些问题也将被视为“疾病”。但每个人都知道, 当我们使用疾病这个词时, 这不是我们的意思。在对疾病定义的讨论中, 古德温博士承认存在“狭隘的疾病定义, 需要存在生物学异常”(同上)。精神病学教授托马斯·萨斯 (Thomas Szasz) 在他的著作《精神病学——谎言的科学》(雪城大学出版社, 2008 年, 第 33 页) 中说: “疾病是身体的一种异常状况, 会损害其功能。”Szasz 博士对疾病的定义与 Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 第 32 版 (Elsevier Sanders 2012) 中的定义一致。多兰的医学词典是现存最受尊敬的医学词典。多兰用一个词来定义“疾病”(第 914 页), 并对疾病的定义如下 (第 527 页):

*dis.ease* (dī-zēz) 【法语 *dès from + aise ease* 的组合词】身体的一部分、器官或系统的正常结构或功能的任何偏差或中断，表现为特征性症状和体征；病因、病理和预后可能是已知的，也可能是未知的。

按照这个定义，如果身体没有异常，就不存在疾病或病症。关于病因、病理和预后的未证实理论都是猜测。在本文和接下来的文章中，我将展示没有已知的生物或身体异常引起所谓的精神疾病或精神病，并且因此它们还没有被证明存在。同样重要的是，我将展示所谓的精神疾病、病症或疾患甚至在非生物意义上也不存在，除了作为表达对某个人行为或思维某个方面不满的一种方式。

“失调”这个术语常常与疾病或病症不正确地互换使用。2012年1月，我与一个“获得认证的行为分析师”进行了一次对话，这是一种与精神病学、心理学、辅导和社会工作不同的心理健康专业人士，我之前从未听说过。她告诉我她全职在公立学校与自闭症儿童一起工作。当我质疑自闭症作为一种疾病的现实性时，她回答说：“这不是疾病。这是一种失调。”在他的“医学神话、谎言和半真话”课程的第13讲中（在 <http://thegreatcourses.com> 有DVD出售），史蒂文·诺维拉博士，耶鲁大学医学院的神经学教授，提供了这些定义：

*这场讲座的核心谬论在于所有的诊断都是相同且同样有效的，然而事实上我们是用非常不同的方式得出这些标签的。比如，有一些诊断我们会称之为疾病，像糖尿病这样的疾病，它是一种病理障碍，我们能够确定某个特定部位的某些具体功能出现了故障，直接导致了构成整个诊断的这些症状和征象。*

*我们还可能使用术语“障碍”。障碍不一定具有任何细胞方面的病理变化，但有些功能问题可以被识别。因此，多动障碍和注意力缺陷障碍就是一个障碍的例子。*

*综合症：综合症是一组倾向于同时出现的症状和表征的列表相对应。*

精神病学中常用的术语是疾病和障碍。美国精神病学会最新的《精神障碍诊断与统计手册》第五版（2013年DSM-5）的一个引言部分标题为“精神障碍的定义”，其中写道“精神障碍是一种综合症……”（第20页）。正如诺维拉博士所建议的那样，由于缺乏已知的生物学原因或病因，“紊乱”或“综合症”的诊断不如疾病或病症的诊断有效。

蒙特利尔麦吉尔大学精神病学教授乔尔·帕里斯（Joel Paris）在他的书《精神病学的过度诊断：当现代精神病学在几乎所有不幸中创造诊断时迷失了方向》（牛津大学出版社，2015年，第3-4页）中实质上承认了精神疾病和精神障碍的概念的无效性：

**症状聚集在一起时，会形成综合征。但没有特定的病因，综合征就不是疾病。由于大多数精神疾病仍然是综合征，精神病学将其类别描述为“疾病”。换句话说，它们不像大多数医疗条件那样符合疾病。我们有时会忘记，精神疾病仅是方便的标签，缺乏任何终极程度的实质现实。**

“制药公司不从事健康，治愈，康复，和谐”中，前制药公司销售代表 Gwen

Olsen (<http://YouTube.com> 视频，在5分48秒处) 提供了疾病和障碍的相同定义。她还质疑“障碍”这个想法的有效性：

**我们需要了解疾病、障碍和综合征之间的区别。因为如果没有经过科学证明，如果没有测试，如果没有血液测试、CAT扫描、尿液测试、MRI检查，如果没有任何记录表明您患有疾病，那么您实际上没有患病：您有一种障碍，而且这是虚伪地被给出和诊断出的。**

无论是称之为疾病、障碍、失调或综合症，由于信仰生物学原因，治理、治疗、消除或治愈的责任都交给了医生（而不是例如警察、牧师、心理学家、教育家或魔术师）。

**精神疾病，障碍，紊乱或综合症作为生物实体的想法很容易被反驳：**

精神科医生 E. Fuller Torrey 在他的书《精神病医学之死》（1974年，企鹅图书出版社，第38-39页）中写道：“现在我们称为精神‘疾病’的任何情况都没有已被验证为因果的脑部结构或功能变化。”

哥伦比亚大学精神病学教授杰罗尔德·S·麦克斯曼（Jerrold S. Maxmen）医学博士在他的《*新精神病学*》一书中说：“人们普遍不认为精神科医生是唯一治疗疾病的医学专家，根据定义，**这些疾病没有明确的原因或治疗方法**。...诊断应该表明精神失调的原因，但是如后面所讨论的那样，由于大多数精神失调的病因未知，因此当前的诊断系统无法反映它们”（Mentor, 1985, 第 19 页和第 36 页，原文斜体）。

1988 年，哈佛医学院神经科学教授 Seymour S. Kety，精神生物学副教授 Steven Matthyse 表示：“对最近文献的公正阅读未提供所期望的儿茶酚胺假说的澄清，**也未出现强有力的证据证明其他可能表征精神疾病患者大脑的生物学差异**”（《哈佛新精神病学指南》，哈佛大学出版社，第 148 页）。1992 年，美国国会技术评估办公室组织的专家小组得出结论：“**精神障碍的生物学仍存在许多问题。事实上，研究迄今未发现这些疾病的具体生物学原因。...精神障碍是基于症状分类的，因为目前尚无生物标志物或实验室检测**”（《精神障碍的生物学》，美国政府出版办公室，1992 年，第 13-14 页、第 46-47 页）。

在 1996 年 12 月的《精神病学时报》文章“反对生物学精神病学的评论”中，精神科医生 David Kaiser 写道：“**现代精神病学尚未令人信服地证明任何单一精神疾病的遗传/生物学原因。**”

哥伦比亚大学精神病学教授 Jack M. Gorman 在他的书《精神药物必备指南》中说：“**我们真的不知道任何精神疾病的原因**”（圣马丁出版社，1997 年，第 314 页）。

在他的书《责怪大脑——关于药物和精神健康的真相》中，密歇根大学心理学和神经科学荣退教授 Elliot S. Valenstein 说：“**与经常声称的相反，没有找到可靠区分精神病患者大脑的生化、解剖或功能标志。**”

根据神经学家 Fred Baughman 医生的说法（《Insight》杂志，1999 年 6 月 28 日，第 13 页），“没有科学数据证实任何精神疾病。”在耶鲁大学医学院的三位精神病学教授撰写的教科书《精神疾病的神经生物学》（Dennis S. Charney, M.D. 等人，牛津大学出版社，1999 年，第七页）中，他们表示：“**我们迄今为止还没有确定真正的精神疾病基因或为精神障碍精确定义的病因和病理生理基础**”。

在他的书《Prozac Backlash》中（Simon & Schuster 2000 年，第 192-193 页），哈佛医学院精神病学临床讲师 Joseph Glenmullen 说：“**在医学上，确定一个病症时有严格的标准。除了可预测的症状群之外，还必须确定症状的原因或某些理解它们生理学的方法，...精神病学在这一点上非常与众不同...**”

心理学家布鲁斯·E·莱文（Bruce E. Levine）博士在他的著作《常识反叛：揭穿精神病学，面对社会》（Continuum 2001，第 277 页）中说：“**没有发现注意力缺陷障碍，对立违抗性障碍，抑郁症，精神分裂症，焦虑症，强迫性酒精和药物滥用，暴饮暴食，赌博或任何其他所谓的精神疾病，紊乱或障碍的生化，神经学或遗传标记。**”

DSM-IV 工作组主席 Allen Frances 博士（创建美国精神病学协会精神疾病诊断和统计手册第四版的委员会，DSM-IV（1994）和 DSM-IV-TR（2000））批评了本书计划于 2013 年 5 月出版的拟议第五版，指出“**甚至没有 1 种生物测试准备好纳入 DSM-V 的标准集**”（“警告标志”警告标志）通往 DSM-V 之路“，[psychiatrytimes.com](http://psychiatrytimes.com)，2009 年 6 月 26 日）。弗朗西斯博士在他的著作《拯救常态：一个内部人士对失控精神病学诊断的反抗》，DSM-5，大型制药公司和普通生活的医学化，哈珀柯林斯 2013 年，第 10，11，244 页中，弗朗西斯博士说：“**分子生物学，遗传学和成像的强大新工具尚未导致对痴呆或抑郁症或精神分裂症或双相情感障碍或强迫症或任何其他精神障碍的实验室测试.....我们仍然没有一个精神病学的实验室测试。...到目前为止，对数百种假定的[精神疾病]生物标志物的数千项研究都是空的。**”

2011 年，加州大学圣地亚哥分校精神病学教授 Hagop Akiskal 博士承认，“**尽管在过去的 100 年里一直在努力寻找所谓的功能性精神障碍的生物标志物，但没有出现任何具体的东西**”（“精神障碍的生物标志物：一个时机已到的领域”，[psychiatrytimes.com](http://psychiatrytimes.com)，2011 年 11 月 18 日）。

2012 年，康涅狄格州精神病学家 Simon Sobo 博士承认“**我们还没有发现任何 DSM-IV 诊断的病因**”（“循证医学是否阻止了对精神病理学和治疗的更丰富的评估？[psychiatrytimes.com](http://psychiatrytimes.com)，2012 年 4 月 5 日）。

2013年2月25日，英国精神病学家 Joanna Moncrieff, M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, M.D.说：“绝对没有证据表明任何患有任何精神障碍的人都有任何形式的化学失衡……绝对没有“（”乔安娜·蒙克里夫——化学疗法的神话;精神科药物治疗的政治“，[YouTube.com](https://www.youtube.com/watch?v=...)，第53：52页）。

1991年，精神病学家彼得·布雷金（Peter Breggin）医学博士在他的著作《有毒精神病学》中说：“没有证据表明任何常见的心理或精神疾病具有遗传或生物成分”（圣马丁出版社，第291页）。24年后，在2015年2月9日的Coast-to-CoastAM广播节目中，布雷金博士说：“与任何精神疾病都没有已知的身体联系。没有遗传决定的原因。这都是制药公司的宣传，因为拥有数十亿美元（广告）的制药业和医疗行业认为，如果您认为自己患有遗传或生物疾病，您更有可能服用他们的药物。”

2015年，哥本哈根大学内科专科医生、临床研究设计与分析教授 Peter C. Gøtzsche 博士在他的著作《致命精神病学和有组织的否认》中说：“无法证明患有常见精神障碍的人的大脑与健康人的大脑不同”（人民出版社，第26页）。

所以，如果精神疾病、病症或精神障碍或综合征必须有生物学病因或原因才能被归类为疾病、病症、障碍或综合征，那么都没有被证明存在。

发生的情况是这样的：生物学上正常的人可以进行或从事非常广泛的思维和行为，其中只有很少的部分被任何给定社会的人所接受。人们，包括精神科医生，假设没有证据表明任何超出任何特定社会所接受的思维或行为都必须由生物学的异常引起。这种没有根据的假设导致那些思考或做事情让其他人不喜欢的人被认为患有生物学问题，而事实上他们没有。当您错误地将不喜欢的行为或思考归咎于生物学异常时，您就创造了精神疾病的神话。

有人认为精神药物通过“治愈”（停止）所谓的精神疾病、病症、障碍或综合征的思维、情感或行为，证明了这些假设疾病、障碍或综合征的生物学原因的存在。一位心理学家曾对我说：“如果治愈是生化的，那么原因必须是生化的。”这个论点是荒谬的，原因有两个：首先，除了安慰剂效应外，精神药物没有用，就像我在《精神药物：治疗还是伤害？》中讲解的那样。其次，通过给一个人一种有毒的、使其残疾的药物来停止他正在做的任何事情，并不能证明该行为与您试图停止的行为有什么病理学相关：假设有人正在弹钢琴，您不喜欢他这么做。假设您强迫或说服他服用药物，严重残疾他的身体，以至于他不能再弹钢琴了。这能证明他的钢琴演奏是一种紊乱或是由生物学上的异常或疾病引起的吗？大多数（如果不是所有的）精神药物都是神经毒性的，产生总体的神经损伤程度不同。因此，它们确实会停止讨厌的行为，并且可能会让一个人精神上残疾到无法再感到愤怒、不快或“沮丧”。但这种方法是破坏性的，因为在一个人的思想、情感和行为中，它不仅消灭了坏的，还消灭了好的。将其称为“治疗”或“治愈”是荒谬的。因此，从这种荒谬的观点推论出这种药物必须已经治愈了引起不喜欢的情感或行为的潜在的生物学异常同样是荒谬的。

当面对对精神疾病、病症、障碍或综合征作为生物学实体的信仰缺乏证据时，一些精神疾病或障碍概念的捍卫者会声称，即使没有生物学异常引起它，精神疾病或障碍也可以存在并且可以被定义为一种“疾病”（或疾病或障碍）。精神病、疾病、障碍或综合征的概念作为非生物学实体的想法需要更长的反驳，而不是生物学争论。

当他们的思维、情感或行为与可接受的行为相反，即当其他人（或所谓的患者自己）不喜欢他们的某些方面时，人们才被认为是精神病或障碍。要证明将某物称为疾病、病症、紊乱或综合征的荒谬性，不是因为它是生物异常引起的，而只是因为我们不喜欢或不赞成它，一种方法是观察价值观如何从一种文化到另一种文化的不同，以及价值观如何随着时间的推移而变化。

心理学家纳撒尼尔·布兰登在他的书《自尊心的心理学》中写道：

心理学科学的主要任务之一是提供对心理健康和心理疾病的定义。然而，心理学家和精神病医生之间并没有关于心理健康或心理疾病性质的一般共识——没有普遍接受的定义，也没有基本标准可以衡量一个心理状态与另一心理状态之间的差异。许多作者宣称，无法建立任何客观的定义和标准——基本上无法找到心理健康的普遍适用概念。他们声称，由于在一个文化中被视为健康或正常的行为在另一个文化中可能被视为神经质或反常，所有标准都是一种“文化偏见”。持这种观点的理论家通常坚持认为，最接近心理健康定义的方式是：符合文化规范。因此，他们宣称，一个人在多大程度上适应他的文化，他就在心理上很健康。这样的定义引发了明显的问题，例如：如果某个社会的价值观和规范是非理性的，怎么办？心理健康可以由适应非理性来构成吗？例如纳粹德国怎么办？一个快乐地服务于纳粹国家——在

他的社会环境中感到平静和幸福的人——是心理健康的代表吗？（班特姆出版社 1969 年，第 95-96 页，原文斜体）

在这里，布兰登博士正在做几件事情：首先，他混淆了道德和理性，声称尊重人权是理性的，但实际上这不是理性问题，而是道德问题。他是如此地受他的价值观所束缚和迷惑，以至于显然无法看到其中的区别。此外，布兰登博士陈述了他的一些价值观。其中包括：尊重人权是好的；侵犯人权（如纳粹主义）是不好的。他说：违反这些价值观是“非理性”或精神疾病。虽然其从业者不会承认并且经常不会意识到，但心理学和“临床”心理学在它们的实质上都是关于价值观——通过掩盖语言的外表使其听起来像是在推进价值观而是在促进“健康”。回答布兰登博士提出的问题是这样的：在纳粹德国生活并适应良好的人在他自己社会价值观的评判下是“精神健康的”。在一个尊重人权的价值观的评判下，他就像他所处文化的其他人一样“生病了”（比喻意义上）。像我这样的人认为，这样的人在道德上“生病了”，并且认识到生病这个词不是字面上的意义，而是比喻性的含义。对于像布兰登博士这样相信精神疾病神话的人来说，这样的人实际上生病了，需要看医生。不同之处在于像我这样的人认识到我的价值观是道德的。通常，像这个引用段落中的布兰登博士一样相信精神疾病的人，具有与我相同的价值观，但将其与健康混淆了。

其中最能说明问题的例子之一是同性恋。美国精神病学会在 1973 年之前把同性恋作为一种心理障碍进行官方定义，但此后就没有再这么做了，尽管有些精神科医生在这之后的多年里仍然认为同性恋是一种心理或精神上的异常或障碍。比如，在 2003 年，被誉为当代精神病学家罗伯特·斯皮策博士，DSM-III 的首席设计者，曾推荐针对同性恋的恢复性心理治疗。（引自 H. Steven Moffic, M.D., "How to End a Psychiatric Epidemic: The Redemption of Psychiatry", [psychiatrytimes.com](http://psychiatrytimes.com), June 11, 2012）。1968 年出版的美国精神病学会标准参考书《疾病诊断与统计手册》（第二版）的第 44 页上将同性恋定义为一种心理障碍，即“性别异常”。1973 年，美国精神病学会投票决定将同性恋从其官方的心理障碍类别中删除。（见《时代杂志》1974 年 4 月 1 日第 45 页的“一种即时痊愈”文章）。因此，在第三版于 1980 年出版时，该书指出“同性恋本身不被认为是一种心理障碍”（第 282 页）。1987 年版的《默克诊断与治疗手册》表明，“美国精神病学会不再将同性恋视为精神疾病”（第 1495 页；注意“障碍”与“疾病”的混淆）。如果精神疾病确实像生理疾病一样是真正的疾病，那么通过投票将同性恋或其他任何疾病从疾病类别中删除的想法将像一群医生投票删除癌症或麻疹的概念那样荒谬。精神障碍可以通过投票创建或消除，这表明它们更像刑法而不是疾病。精神疾病不是“像任何其他疾病一样的疾病”，因为，与生理疾病不同，精神“疾病”或“障碍”无法通过参照任何生理方面的内容来证明它的存在。与生理疾病不同，精神疾病或障碍完全是价值观、对与错、适当与不适当的问题。有一段时间，同性恋似乎非常奇怪和难以理解，因此有必要引入精神疾病、病症或障碍的概念来解释它。在同性恋者成功要求对其性别取向的容忍之后，再将同性恋解释为一种精神疾病或精神障碍不再必要，也不再适当。2003 年，马萨诸塞州最高法院根据该州宪法规定裁定同性恋者有权与同性伴侣结婚（Goodridge v. Department of Public Health, 798 NE2d 941）。之后，加州（In re Marriage Cases, 183 P3d 384）、康涅狄格（Kerrigan v. Commissioner of Public Health, 957 A2d 407）和爱荷华（Varnum v. Brien, 763 NW2d 862）的最高法院也做出了类似裁定。高达美国民主党的议员甚至如美国总统奥巴马都批评歧视同性恋者或持有对同性恋者的负面态度的人，2012 年民主党大会上也有很多演讲者同样如此。2012 年民主党纲领说：“我们支持同性婚姻平等，并支持为同性伴侣争取法律平等待遇的运动。”2012 年 11 月 6 日，马里兰州、缅因州和华盛顿州的多数选民通过公民投票批准了同性婚姻，这是同性婚姻首次被普选选民授权，而非由法院或州议会授权。2015 年 6 月 26 日，美国最高法院以 5 比 4 的投票结果裁定，各州根据《第十四修正案》的平等保护条款应向同性恋伴侣发放结婚证并承认其婚姻。

在短短几十年的时间里，同性恋从一种精神疾病或障碍变成了一种受人欢迎的社会推动力量。并非巧合的是，我曾经听到的关于生物异常导致同性恋的理论不再听到了。随着我们看更多的例子，文化价值观而不是生物学定义了什么是精神障碍，什么不是精神障碍，这一点将变得更加明显。

生物异常对今天所谓的精神疾病的影响并不比它们现在或曾经对同性恋的影响更大。即使生物异常是导致同性恋和其他所谓的精神障碍，如果我们接受这些差异，我们也不会称它们为疾病或障碍。精神障碍的定义特征就是不赞成（对它们的不认同）。

---

## 精神障碍的定义特征只是不赞成（对它们的不认同）

同性恋并不是唯一被精神科法令废除的精神疾病或障碍：曾经被认为是常见问题的神经官能症，随着1980年DSM-III的出版而被废除。DSM-III的引言（第9页）说，神经官能症的概念被废除了，部分原因是“在我们的领域对如何定义'神经症'没有达成共识。

作为异性恋过于活跃也被认为是一种精神疾病或障碍。在2012年6月19日《精神病学时报》的一篇文章中，“精神病学史——亢进障碍：档案中与唐璜的相遇”，<http://psychiatrictimes.com>，格雷格·埃吉吉安博士说：“唐璜主义，或唐璜综合症，确实是一种公认的诊断，指的是男性亢进的形式。在历史上，它最常被称为色狼病。他引用了医生迈克尔·瑞安（Michael Ryan）的话，他在1839年说：

淫荡症和花痴症是两种疾病，患者表现出无法抗拒的性欲和对生殖功能的滥用。第一种疾病攻击男性，第二种攻击女性。M.Deslandes认为并且我完全同意他的观点，这两种疾病和无节制的自慰没有实质性的区别。它们都应该被视为一种精神病。

将这种19世纪对精神错乱的看法，或者现在通常被称为精神疾病的观点，与20世纪后期对性的态度发生变化后的观点进行对比：1970年代和1980年代见证了一种新的精神病学“诊断”的诞生，它被称为各种名称。这种新的精神或精神疾病更流行的术语之一是ISD。这三个字母代表抑制的。1989年《读者文摘》的一篇文章说：“精神科医生和心理学家说，缺乏-通常被称为抑制（ISD）-已成为所有性投诉中最常见的。文章说，对ISD的研究是不够的，因为“ISD.....仅在过去十年中被确定为临床实体。文章将有这个问题的人称为“ISD患者”（David Gelman, “Not Tonight Dear”, 读者文摘, 1989年6月, 第33页, 第33-34页。另见：Jennifer Knopf博士和Michael Seiler博士, ISD-抑制, 华纳图书1990）。ISD在1980年出版的美国精神病学协会精神障碍诊断和统计手册（DSM-III）第三版中首次被正式确认为精神疾病或障碍。它在DSM-III的“性心理障碍”一章中显示为“抑制”（第278页）和“抑制性兴奋”，手册说“也被称为性冷淡或阳痿”（第279页）。这种假定的障碍被带入DSM-III-R（1987年）作为“减退症”，其中它被定义为“持续或反复缺乏或缺乏性幻想和性活动欲望”（第293页）和DSM-IV-TR（2000年出版, 第539-541页）以相同的名称和DSM-5（2013年出版）作为“男性减退障碍”（第440页）和“女性性兴趣/性唤起障碍”（第433页）。

上述1839年提到“肆无忌惮的手淫.....那应该被认为是精神错乱的一种“，可以与今天对手淫的态度形成对比。1989年一本受欢迎的女性杂志上的一篇文章说：“许多医生和治疗师承认手淫可以改善你的身体健康和精神面貌”（贝弗利·惠普尔和吉娜·奥格登，“学会成为你自己最好的（性）朋友”，《世界》杂志, 1989年9月, 第122页）。正如精神病学教授托马斯·S·萨斯（Thomas S. Szasz）医学博士在他的著作《第二宗罪》（Doubleday 1973, 第10页）中所说：“手淫：人类的主要性活动。在十九世纪，这是一种疾病；在二十世纪，这是一种治愈。”

曾几何时，种族主义很普遍，大多数人都认为这是正常的，但在种族主义态度被拒绝后，“那些犯有种族主义罪的人被认为患有精神障碍”（根据精神病学家H. Steven Moffic, 医学博士, 在他的文章“心理学：定义精神病学的歧视”中, <http://psychiatrictimes.com>, 2012年6月4日）。在1975年3月的美国正精神病学协会会议上，该协会的少数群体儿童委员会说：“种族主义可能是唯一的传染性精神疾病”（A. Herndon, “种族主义据说是美国主要的心理健康问题”，精神病学新闻, 1976年1月21日, 第1, 30页, 引自Szasz, 精神分裂症, 精神病学的神圣象征, 第190和227页）。种族主义可能是由种族主义者大脑中的生物异常引起的吗？精神疾病可能是教学或灌输的结果吗？

一个跨文化的例子是自杀。在许多国家，如美国和英国，自杀或企图自杀甚至认真思考的人都被认为是精神病患者。然而，在整个人类历史中，这并不总是正确的，今天在世界各地的所有文化中也不是如此。心理学家尤斯塔斯·切瑟（Eustace Chesser）在他的《为什么自杀？》一书中指出，“印度教和佛教都对自杀没有任何内在的反对意见，在某些形式的佛教中，自我焚烧被认为具有特殊的价值。他还指出，



“凯尔特人蔑视等待衰老和虚弱。他们认为，那些在权力减弱之前自杀的人会去天堂，而那些死于疾病或衰老的人会下地狱——这是基督教教义的一个有趣的逆转”（Arrow Books Ltd., 英国伦敦, 1968年, 第121-122页）。精神病学家哈维·M·罗斯（Harvey M. Ross）医学博士在他的《对抗抑郁症》一书中指出，“一些文化希望妻子把自己扔在丈夫的葬礼柴堆上”（Larchmont Books 1975, 第20页）。自杀被社会接受的最著名的例子可能是日本。日本人不认为自杀或“切腹自杀”几乎总是由精神疾病引起的，而是认为在某些情况下，自杀是正常的，社会可以接受的事情，例如当一个人“丢脸”或因某种失败而感到羞辱时。另一个例子表明自杀被认为是正常的，而不是疯狂的，在日本人看来，这就是二战中日本用来对付美国海军的神风队飞行员。他们被给予足够的燃料进行一次单程旅行，一次自杀任务，到达攻击的美国海军部队所在的地方，并故意将他们的飞机撞向敌舰。至少，从来没有美国神风敢死队飞行员，没有一个是美国政府正式赞助的。其原因是日本和美国对自杀的态度不同。难道在美国，自杀只有患有精神疾病的人，而在日本却是由正常人自杀吗？或者，在日本接受自杀是否是未能或拒绝承认一个人自愿结束自己的生命必须存在的生物或心理异常的存在？神风敢死队飞行员是精神病患者，还是他们和他们来自的社会与我们有着不同的价值观？即使在美国，在战争期间，为了自己的战友或自己的国家，实际上的自杀行为不被认为是疯狂，而是勇敢吗？正如心理学家施耐德曼在他的书《自杀心理》（牛津大学出版社, 1996年, 第5页）中所说，“在我们所谓的‘自杀任务’中实施的一些自杀行为或实施异常恐怖主义行为的人，如果是我们一方(在战争时期)实施的，就会受到荣誉和奖章的奖励”。为什么我们认为这样的人是英雄而不是疯子？似乎只有当自杀者出于自私的原因(“我再也不受得了”之类的原因)而不是为了其他人的利益结束自己的生命时，我们才会谴责(或“诊断”)他们为疯子或精神病患者。真正的问题似乎是自私而不是自杀。

这些例子表明，人们所说的精神“疾病”、“病症”、“紊乱”或“综合征”只是在任何特定时间任何特定社会中人们想要或期望的偏离，而不是生物学异常的结果。人们所说的“疾病”或“紊乱”是指人类心态中描述它的人非常不喜欢的任何东西。

---

因为精神病学假设生物学问题导致“精神障碍”，所以这个专业是建立在错误的范式之上的。

1986年11月《Omni》杂志的一篇文章恰当地总结了这种情况（Gurney Williams III, “心理时尚”，Omni杂志, 1986年11月, 第30页）：

“疾病来来去去。甚至西格蒙德·弗洛伊德 (Sigmund Freud) 的神经症概念在最初的 DSM-III (1980) 中也被删除了。1973年, APA [美国精神病学协会] 理事投票删除了几乎所有关于同性恋是一种疾病的提法。投票之前, 同性恋被认为是一个精神问题。投票后, 这种疾病被归为精神病学的阁楼。“这是一个时尚的问题,” 布兰代斯大学的约翰·斯皮格博士说, 他是1973年美国心理学协会的主席, 当时关于同性恋的辩论已经爆发。”时尚也在不断变化。”

这种做法的问题在于仅仅因为一个人在着装、行为、思维或观点方面不符合所谓诊断者或他人所设定的标准, 就将他们描述为带有精神疾病、病症、障碍或综合征。当一个人的行为侵犯了他人的权利时, 必须采取各种措施来加以控制或制止, 刑法就是一个例子。但是假设不符合当前盛行价值观的非一致性或不喜欢的行为仅仅是由于生物异常引起, 这是没有意义的。我们这样做的一个原因是我们不知道我们不喜欢的想法、情绪或行为的真正原因。当我们不了解真正的原因时, 我们会制造神话来提供解释。在之前的几个世纪里, 人们使用邪灵或恶魔附身的神话来解释不可接受的思想或行为。今天, 我们大多数人都相信精神疾病的神话。相信邪灵或精神疾病等神话实体会给人一种理解的错觉, 相信神话比承认无知更舒服。因为精神病学是基于生物异常导致被认为是精神疾病或障碍的假设, 所以这个职业是基于一个错误的范式。正如精神病学教授托马斯·萨斯 (Thomas Szasz) 在他的《第二宗罪》

(The Second Sin, Anchor Press 1973, 第99页) 一书中所说, 试图通过让精神科医生在您的大脑上工作来消除精神疾病, 就像试图通过让电视修理工在您的电视机上工作来消除电视上的香烟广告一样。如果问题不是生物学的, 那么生物“治疗”就没有意义, 而精神病学完全无法证明它“治疗”的东西是生物异常的结果。寻找“精神障碍”的生物学原因就像寻找不良电视节目的电子原因一样。

---

寻找精神障碍的生物学原因就像寻找不良电视节目的电子原因一样

如果我们确实发现了所谓的精神疾病、精神障碍或“综合症”的生物学原因怎么办？用精神病学教授托马斯·萨斯（Thomas Szasz）的话来说：

当然，在大多数身体疾病中，有血液或其他生物学测试可用于确定精神疾病的存在或不存在。如果开发出这样的测试（对于此前被视为精神疾病的情况），则如我之前所指出的，该疾病将不再被归类为精神疾病，而被重新分类为身体疾病的症状。【《疯狂术语》，Transaction Publishers, 1993年，第33页】

导致精神变化的实际生物疾病的例子是脑癌、中风和大脑的细菌或病毒感染。这些变化被认为是精神疾病，还是精神障碍或综合症？否：由已知的生物异常或疾病引起的精神变化仅被认为是身体疾病的症状。由于没有生物学异常，任何事物都不可能是真正的疾病、障碍、紊乱或医学综合症，因此“精神疾病”、“精神障碍”和“精神病”以及类似的术语是矛盾的：它们是内部矛盾的、荒谬的术语。

如果精神疾病是一个有用的神话，那么将不被认可的想法、情绪或行为称为精神疾病或障碍可能是可以原谅的，但事实并非如此，因为错误诊断的问题通常会导致适得其反的解决方案。精神疾病的神话不是帮助我们处理陷入困境或麻烦的人，而是让我们远离需要面对的真正问题。我们称之为精神疾病、紊乱、障碍或综合征的不顺从、不良行为和情绪反应不是由“化学失衡”或其他生物学问题引起的，而是人们在满足其需求时遇到困难的结果，也是一些人在一生中了解到的行为。解决办法是教会人们如何满足自己的需求，如何获得满足，并使用一切必要的强制力量来迫使人们尊重他人的权利。这些是教育和执法的任务，而不是药物或治疗。

#### 推荐阅读

Thomas S. Szasz, M.D., The Myth of Mental Disease (Dell Pub. Co. 1961)

Thomas S. Szasz, M.D., The Second Sin (Anchor Press 1973)

E. Fuller Torrey, M.D., The Death of Psychiatry (精装: Chilton Book Co./平装: Penguin Books, Inc. 1974)

推荐视频 Stefan Molyneux, “[没有精神疾病这样的东西](#)”, YouTube.com.

## （680）法学博士谈：（三）精神分裂症：一种不存在的疾病

“另一个使情况更加混乱的因素是‘精神分裂症’一词的使用方式，尤其是在美国和苏联。一些专业人士会将任何看起来有斗鸡眼或穿不同颜色袜子的人贴上“精神分裂症”的标签。使用了“边缘型精神分裂症”、“潜伏型精神分裂症”、“假性神经质精神分裂症”等标签。因此，这个术语已经变得几乎没有什么意义了，它的消亡，连同精神病学本身的消亡，将是对思想清晰性的一个可喜的补充……“精神分裂症”这个术语将会消失在博物馆的书架上，被当做历史上的一件珍品，和古怪的电话一起被人们回顾。”——精神病学家e·富勒·托里医学博士在他的著作《精神病学之死》(企鹅图书公司，1974年，第160页)中，在他开始推广精神分裂症的概念之前

“精神分裂症”这个词有一种科学的声音，似乎赋予了它固有的可信度和一种似乎让人眼花缭乱的魅力。马里兰大学新闻学教授乔恩·富兰克林（Jon Franklin）在他的著作《心灵分子——分子心理学的勇敢新

科学》中称精神分裂症和抑郁症是“精神疾病的两种经典形式”（戴尔出版公司，1987年，第119页）。根据1992年7月6日《时代》杂志的封面文章，精神分裂症是“最可怕的精神疾病”（第53页）。

《时代》杂志的这篇文章说，“全国四分之一的医院病床被精神分裂症患者占据”（第55页）。像这样的书籍和文章以及它们所引用的事实（例如四分之一的医院病床被所谓的精神分裂症患者占用）**欺骗大多数人相信确实有一种叫做精神分裂症的疾病**。精神分裂症是我们这个时代最伟大的神话之一。

精神病学教授托马斯·S·萨斯（Thomas S. Szasz）医学博士在他的著作《精神分裂症——精神病学的神圣象征》中说：“**简而言之，没有精神分裂症这样的东西**”（雪城大学出版社1988年，第191页）。

在他们的书《精神分裂症——医学诊断还是道德判决？》的结语中，加州大学圣克鲁斯分校的心理学教授西奥多·R·萨宾（Theodore R. Sarbin）博士在精神病院工作了三年，纽约州立大学奥尔巴尼分校的心理学教授詹姆斯·C·曼库索（James C. Mancuso）博士说：“我们已经走到了旅程的尽头。除其他事项外，**我们试图确定精神分裂症的不良行为模式缺乏可信度。该分析不可避免地引导我们得出精神分裂症是一个神话的结论**”（佩加蒙出版社1980年，第221页）。

精神分析学家杰弗里·马森（Jeffrey Masson）博士在1988年出版的《反对治疗》一书中说：“**人们更加意识到给某人贴上精神分裂症等疾病类别的标签所固有的危险，许多人开始意识到没有这样的实体**”（雅典娜，第2页）。

2011年，英国威尔士班戈大学临床心理学教授理查德·P·本特尔（Richard P. Bentall）说：“**学术界没有人，我的意思是几乎没有人相信精神分裂症的概念。它几乎快要走了。...它几乎是无用的。它就像星座一样。**”（“精神病诊断有价值吗？”，[YouTube.com](https://www.youtube.com/watch?v=1234567890)1:26）。

2012年，心理学家帕里斯·威廉姆斯博士在他的著作《重新思考疯狂》（Sky's Edge，第17页）中说：“**精神分裂症的诊断极具争议。尽管进行了一个多世纪的深入研究，但没有发现可用于诊断精神分裂症的生物标志物或生理测试，其病因仍然不确定，我们甚至没有明确的证据表明精神分裂症的概念是一个有效的结构。**

荷兰马斯特里赫特大学医学中心精神病学和心理学系正教授兼系主任吉姆·范·奥斯（Jim van Os）在2016年2月2日发表在《[英国医学杂志](#)》上的文章标题中陈述了他的结论：“**'精神分裂症'不存在**”（另见[《科学日报》](#)）。他说：“**日本和韩国已经放弃了这个词。**”

---

精神分裂症不是一种真正的疾病，而是一个非特定的术语，它几乎指一个人可以做、思考或感觉到的其他人或所谓的精神分裂症患者自己非常不喜欢的任何事情。很少有所谓的精神疾病没有一次或另一次被称为精神分裂症。**因为精神分裂症是一个术语，几乎涵盖了一个人可以思考或做的所有事情，人们非常不喜欢，所以很难客观地定义。**通常，精神分裂症的定义含糊不清或彼此不一致。例如，当我问一位担任州立精神病院助理院长的医生为我定义精神分裂症一词时，他严肃地回答说：“人格分裂——这是最流行的定义”。相比之下，全国精神病人联盟出版的一本题为“什么是精神分裂症？”的小册子说“**精神分裂症不是分裂的人格**”。玛丽伦·沃尔什（Maryellen Walsh）在1985年出版的《Schiz-o-phrenia: Straight Talk for Family and Friends》一书中说：“**精神分裂症是地球上最容易被误解的疾病之一。大多数人认为这意味着人格分裂。大多数人都错了。精神分裂症不是人格分裂成多个部分**”（华纳图书第41页）。美国精神病学协会（APA）的精神障碍诊断和统计手册（第二版），也称为DSM-II，于1968年出版，将精神分裂症定义为“思维、情绪或行为的特征性障碍”（第33页）。这种定义的一个困难在于，它是如此广泛，几乎任何人们不喜欢或认为不正常的事物，即任何所谓的精神疾病，都可以适应它。在DSM-II的前言中，美国精神病学协会命名和统计委员会主席 Ernest M.

Gruenberg, M.D., D.P.H.说：“例如，考虑手册中标记为'精神分裂症'的精神障碍，**.....即使委员会已经尝试过，也无法就这种紊乱是什么达成一致意见**”（第九页）。APA的精神障碍诊断和统计手册第三版于1980年出版，通常称为DSM-III，对该术语的模糊性也相当坦率。它说“**精神分裂症概念的局限性尚不清楚**”（第181页）。1987年出版的修订版DSM-III-R包含类似的陈述：“**应该指出的是，没有一个特征总是只存在于精神分裂症中**”（第188页）。DSM-III-R还谈到了相关的（所谓的）诊断，

分裂情感性精神障碍：“分裂情感性障碍一词自首次作为精神分裂症的一个亚型引入以来，已经以许多不同的方式使用，并且代表了精神病学中最令人困惑和最具争议的概念之一”（第 208 页）。

在 1988 年 11 月 10 日的《自然》杂志上，哈佛大学和麻省理工学院的基因研究员埃里克·S·兰德（Eric S. Lander）这样总结这种情况：“已故的美国最高法院大法官波特·斯图尔特（Potter Stewart）在一个著名的淫秽案件中宣称，尽管他不能严格定义色情，但‘当我看到它时，我就知道了。’精神科医生在精神分裂症的诊断方面处于大致相同的位置。在创造该术语以描述涉及思想、情感和行为功能之间精神分裂的破坏性状况大约 80 年后，精神分裂症仍然没有普遍接受的定义”（第 105 页）。

精神病学家 E. Fuller Torrey 博士在 1988 年出版的《幸存的精神分裂症》一书中说，所谓的精神分裂症包括几种截然不同的人格类型。其中包括偏执型精神分裂症患者，他们有“妄想和/或幻觉”，要么是“迫害性的”，要么是“浮夸的”；肝性精神分裂症患者，其中“通常没有发达的妄想”；紧张型精神分裂症患者，其特征往往是“装腔作势、僵硬、昏迷和经常缄默症”，或者换句话说，以静止、无反应的状态坐着（与偏执型精神分裂症患者相反，他们往往多疑和跳跃）；单纯性精神分裂症患者表现出像紧张型精神分裂症患者那样“失去兴趣和主动性”（尽管没有那么严重），与偏执型精神分裂症患者不同，他们“没有妄想或幻觉”（第 77 页）。1968 年版的美国精神病学协会精神疾病诊断和统计手册（DSM-II）表明，一个非常快乐（经历“明显的兴高采烈”）的人可能因此而被定义为精神分裂症（“精神分裂症，精神分裂情感型，兴奋”）或非常不快乐（“精神分裂症，精神分裂情感型，抑郁”）（第 35 页），1987 年版，DSM-III-R，表明一个人可以被“诊断”为精神分裂症，因为他既不表现出快乐也不表现出悲伤（“没有情感表达的迹象”，第 189 页），托里博士在他的书中称之为简单的精神分裂症（“情绪迟钝”，第 77 页）。根据精神病学教授 Jonas Robitscher, J.D., M.D. 在他的《精神病学的力量》一书中的说法，在快乐和悲伤之间来回循环的人，所谓的躁狂抑郁症或患有“双相情感障碍”，也可以被称为精神分裂症：“在美国被诊断为精神分裂症的许多病例在英国或西欧会被诊断为躁狂抑郁症”

（Houghton Mifflin 1980，第 165 页。因此，至少在 20 世纪后半叶，所谓的“症状”或“精神分裂症”的定义特征确实很宽泛，将人们定义为患有某种精神分裂症，因为他们有妄想或没有，幻觉或不幻觉，跳跃或紧张症，快乐，悲伤，或者既不快乐也不悲伤，或者在快乐和悲伤之间来回循环。由于没有发现“精神分裂症”的物理原因，正如我在本文后面解释的那样，这种“疾病”只能根据其“症状”来定义，正如我所展示的那样，这可能是所谓的无处不在。正如律师布鲁斯·恩尼斯（Bruce Ennis）在 1972 年出版的《精神病学的囚徒》（Prisoners of Psychiatry）一书中所说：“精神分裂症是一个包罗万象的术语，涵盖了如此广泛的行为范围，以至于很少有人在这个时候不能被认为是精神分裂症患者”

（Harcourt Brace Jovanovich, Inc., 第 22 页）。沉迷于某些想法或感到被迫执行某些行为（例如反复洗手）的人通常被认为患有与精神分裂症不同的精神问题，称为“强迫症”。然而，有强迫性想法或强迫行为的人也被称为精神分裂症（例如，托里博士在他的书中幸存的精神分裂症，第 115-116 页）。

因为精神疾病，特别是严重的精神疾病，被大多数人认为有生物或化学原因，并且因为精神分裂症被认为是所有所谓的精神疾病中最糟糕的，美国精神病学协会《精神疾病诊断和统计手册》的各个版本中，什么是关于精神分裂症的生理、生物或器质性原因的说法具有讽刺意味和启发性：第三版 DSM-III（1980）中题为“精神分裂症”的章节的第一页说，只有当“这种紊乱不是由于情感障碍或器质性精神障碍”（第 181 页）时，精神分裂症的诊断才是合适的。DSM-III 对“器质性精神障碍”的定义如下：“所有这些[器质性精神]障碍的基本特征是与大脑短暂或永久性功能障碍相关的心理或行为异常”（第 101 页）。因此，DSM-III 说精神分裂症的诊断只有在“障碍不是由于情感障碍或器质性精神障碍”的情况下才合适，DSM-III 将精神分裂症定义为非器质性，而不是由大脑的短暂或永久性功能障碍引起的。这本书的下一版，称为第三版修订版（DSM-III-R），出版于 1987 年，说精神分裂症的诊断“只有在无法确定器质因素引发和维持紊乱时才做出”（DSM-III-R，第 187 页）。1987 年版的《默克诊断和治疗手册》强调了“精神分裂症”的定义，即非器质性或非生物性，因此是非医学性的，该手册说，只有当所讨论的行为“不是由于器质性精神障碍”时，才会对精神分裂症进行（所谓的）诊断（第 1532 页）。

将精神分裂症定义为“只有在无法确定器质因素引发和维持紊乱”（DSM-III-R）或“非器质性精神障碍”（默克诊断和治疗手册，1987）时才可诊断，这与精神分裂症作为一种疾病的想法不一致，这很难证明使用药物作为治疗它的合理性，这是精神病学的标准做法，包括当所谓的精神分裂症患者拒绝并且

必须**被迫**服用所谓的抗精神病药物时，如果他拒绝，要么威胁要被监禁在精神病院，要么是精神科医生的粗暴蛮力，通常是强制注射，如果他在“住院”期间拒绝，有时通过护理人员“协助”被粗暴对待（攻击？社区治疗（ACT）团队来到人们的家中，违背患者的意愿在他或她自己的家中进行注射。）可能正是由于这个原因，1994年出版的DSM-IV和2000年出版的DSM-IV-TR没有像DSM-III和DSM-III-R那样将生物学引起的疾病排除在精神分裂症的定义之外。然而，DSM-IV（1994）和DSM-IV-TR（2000）确实在“精神分裂症的诊断标准”中包括以下排除（DSM-IV第286页，DSM-IV-TR第312页）：

E. 物质/一般医疗状况的排除：该紊乱不是由于某种物质（如滥用毒品、药物治疗）或一般医疗状况的直接生理影响造成的。

有人可能会问：什么是“一般”医疗状况？假设一个人患有大脑细菌或病毒感染，导致脑炎（脑肿胀）或脑癌或中风？这会是“一般”医疗状况吗？不，那将是一种特定的医疗状况（或者更准确地说，是一种**特定的**健康或生物状况或疾病）。DSM-IV（第165页）和DSM-IV-TR（第181页）都说：“术语一般医疗状况是指在轴III上编码的疾病，这些疾病列在ICD的'精神障碍'章节之外。（有关这些条件的简要列表，请参阅附录G。ICD代表世界卫生组织出版的国际疾病分类。DSM-IV和DSM-IV-TR的附录G可能列出了人类已知发生的所有身体疾病或生物学问题：神经系统疾病（例如癫痫，脑出血），循环系统疾病，呼吸系统疾病，肿瘤（癌症，包括大脑），内分泌疾病，营养疾病，代谢疾病，消化系统疾病，泌尿生殖系统疾病，组织疾病，眼部疾病，耳鼻喉疾病，肌肉骨骼系统疾病和结缔组织疾病，皮肤疾病，先天性畸形，变形和染色体异常，怀孕，分娩和产褥期疾病，传染病和过量（命名各种类型的药物，包括激素和合成替代品）。换句话说，仔细阅读DSM-IV和DSM-IV-TR表明，这些版本的美国精神病学协会的精神疾病诊断和统计手册确实承认，如果它是生物学引起的，它就不是精神分裂症。DSM-IV-TR（第305页）也说：“没有实验室发现被确定为精神分裂症的诊断。”

DSM-5中精神分裂症的这种“诊断”（实际上是描述性的）标准可能会也可能不会被解读为表明精神分裂症是一种医学或生物学疾病。因此，为了澄清，我向美国精神病学协会及其DSM-5工作组（[apa@psych.org](mailto:apa@psych.org)和[dsm5@psych.org](mailto:dsm5@psych.org)）发送了以下电子邮件：

2014年7月18日

致美国精神病学协会或DSM-5工作组：

DSM-5（第99页）中精神分裂症的诊断标准“E”是这样的：

E.这种紊乱不能归因于某种物质（例如，滥用毒品、药物）或其他医疗状况的生理作用。

这可以理解为——

这种紊乱不能归因于医疗（生物）状况，例如滥用毒品或药物的生理效应

或

这种紊乱不能归因于精神分裂症以外的医疗状况，例如滥用毒品或药物等物质。

前一种解释表明精神分裂症不是由医学（生物）状况引起的。后者表明精神分裂症是一种医学（生物）疾病。哪个是正确的？

如果后者是正确的，那么确定一个人患有精神分裂症的生物学（医学）标准是什么？DSM-5的第102页讨论了精神分裂症患者大脑的差异，例如“整体脑容量减少”，但在前一页（第101页）说“目前，没有针对该疾病[精神分裂症]的放射学、实验室或心理测试。所有诊断标准（第99页）都是行为性的，而不是生物学的。”

恭敬地，

韦恩·拉姆齐

也许并不奇怪，我没有收到任何答复。精神科医生不能承认精神分裂症不是一种生物学疾病，而不承认精神分裂症概念的无效性，精神分裂症可以说是精神病学最著名和最经典的精神疾病，或者萨斯博士所说的“精神病学的神圣象征”。同时，精神科医生不能在提供医学或生物学标准的情况下声称精神分裂症是一种医学或生物学疾病，他们不能这样做，因为找不到任何生物学或医学性质来准确定义“精神分裂症”一词的含义。

正如我在《精神药物：治疗还是伤害？》和精神病学的《电击治疗：危害人类罪》中所记载的，**据称患有精神分裂症（或其他假设的精神疾病）的人大脑中发现的“整体脑容量减少”和其他变化是由他们服用的药物或电击引起的，而不是他们所谓的精神障碍或疾病。**

精神分裂症的非生物学性质在 DSM-5 中**间接承认**，因为 DSM-5 中精神分裂症的“诊断”标准中没有一个是**有机的、生物学的、医学的或物理性的**。正如我在上面给 APA 的电子邮件中所说，并在本文后面讨论，DSM-5 中精神分裂症的所有“诊断标准”（它们出现在 DSM-5 的第 99 页）是一个人的想法或感知或他的行为方式，以及持续多长时间。**DSM-5 对精神分裂症的定义中没有任何内容是物理或生物学的。**与以前版本的 DSM 类似，DSM-5 中**没有血液或脑脊液测试，没有影像学检查，没有身体体征，也没有任何其他物理或生物学性质的“诊断”精神分裂症。**

由于精神分裂症在定义上是非有机的，至少如果人们接受美国精神病学协会在 DSM 各个版本中的定义和“诊断”标准，**用药物治疗精神分裂症揭示了那些开药治疗精神分裂症的人的不合逻辑的思维。放弃将“药物”作为精神病学最著名和最广为人知的“疾病”的治疗手段，可能会威胁到精神科医生作为医学博士的身份。我认为这是为什么精神科医生继续为“精神分裂症”和其他假定的精神疾病开“药物”的重要原因，尽管缺乏任何假定的精神疾病是生物学条件的证据，也是为什么许多精神科医生继续坚持精神分裂症和其他假定的精神疾病是由脑部疾病引起的，尽管在 DSM 的各种版本中精神分裂症的定义是非器质性和非医学的，并且科学家无法找到任何生物学性质的东西引起任何所谓的精神疾病。**

一个例子是精神病学家 E. Fuller Torrey，医学博士，在他的书《幸存的精神分裂症：家庭手册》中，该书出版于 1988 年，当时 DSM-III-R 仍然有效。你会记得 DSM-III-R 说过精神分裂症“只有在无法确定有机因素引发并维持紊乱时”才能被诊断出来（DSM-III-R，第 187 页）。在《幸存的精神分裂症》一书中，托里博士说：“精神分裂症是一种脑部疾病，现在肯定是这样”（Harper & Row，第 5 页）。但如果精神分裂症是一种脑部疾病，那么它就是有机的。在《幸存的精神分裂症》一书中，托里博士承认“美国精神病学中流行的精神分析和家庭互动理论”，这似乎解释了精神分裂症在 DSM-III（1980），DSM-III-R（1987），DSM-IV（1994）和 DSM-IV-TR（2000）这几个版本中**非有机和非生物学原因的定义，至少在 DSM-5（2013）这个版本中隐含。**

今天，精神分裂症通常被认为是一种精神病，而大多数心理健康专业人员会认为**非精神病性精神分裂症**是一种矛盾，就像“纠正错误”一样。例如，心理学教授 John D. Preston, Psy.D., 精神病学家 John H. O'Neal, M.D.和药剂师 Mary C. Talaga, R.Ph., Ph.D.（New Harbinger Publications, Inc.2010, p.125）的《治疗师临床精神药理学手册》第六版说：“精神分裂症是指持续时间超过六个月的疾病，具有突出的精神病症状”。精神病学家科林·A·罗斯（Colin A. Ross）在他的著作《伟大的精神病学骗局--一个精神科医生的个人旅程》（Manitou Communications 2008，第 243 页）中说：“精神分裂症是一种精神病”。相比之下，美国精神病学协会的《精神疾病诊断和统计手册》第二版（DSM-II, 1968）包括诊断“295.06 精神分裂症，简单类型，非精神病”（第 23 页）。伦敦荷马顿医院和圣马塞洛缪医院的顾问精神病学家特雷弗·特纳（Trevor Turner, MBBS, 医学博士，FRCPsych）在他的书《精神分裂症——你的问题解答》中说：“什么是简单精神分裂症？这是一种不常见的精神分裂症，其中显然没有妄想、幻觉或其他明显精神病特征的证据”（丘吉尔·利文斯通 2003 年，第 15 页）。DSM-IV-TR 是 2013 年 5 月 22 日 DSM-5 发布之前的最新的 DSM，在标题为“精神分裂症和其他精神病”一章的第一页上，这样说（第 297 页）：

尽管这些疾病在本章中被归为一类，但应该理解的是，精神病症状不一定被认为是这些疾病的核心或基本特征.....事实上，许多研究表明，精神分裂症与其他疾病之间存在更密切的病学关联，根据定义，这些疾病不会出现精神病症状（例如，分裂型人格障碍）。

引用的陈述出现在下面，与章节标题“精神分裂症和其他精神病”在同一页上。在一些词典中发现的“精神分裂症”的外行定义在**内部不一致或包含矛盾的特征或品质**。例如，《牛津历史原则英语简词典》第五版（牛津大学出版社 2002 年，第 2694 页）中关于“精神分裂症”的两个定义中的第二个是“以相互矛盾或不一致的元素、态度等为特征”。根据精神分裂症的这种通俗或口语定义，美国精神病学协会在 DSM-IV-TR 中对精神分裂症的定义本身就是精神分裂症。

那么精神分裂症是一种精神病，是？还是不是？答案是**没有人知道**。

阅读 DSM-IV, DSM-IV-TR 和 DSM-5 这三个版本中精神分裂症的“诊断标准”，揭示了这些所谓的诊断标准是多么武断和复杂。DSM-5（第 99 页）中精神分裂症的“诊断”（实际上是描述性的）标准使妄想或幻觉对于“诊断”是不必要的（是的，不是必需的），因为一个人可以通过“言语紊乱（例如，频繁出轨或不连贯）”而没有妄想或幻觉来获得精神分裂症的诊断。一个人可能有妄想或幻觉（不是由滥用毒品或药物等物质引起的），但仍然不符合精神分裂症的诊断条件，因为根据标准 B，以下内容也是必要的：“在紊乱发作以来的很大一部分时间里，一个或多个主要领域的功能水平，例如工作、人际关系或自我照顾，明显低于发病前的水平（或者当发病在儿童期或青春期时，未能达到预期的人际、学术或职业功能水平。此外，根据标准 C，“紊乱”必须“持续至少 6 个月”。因此，即使你看到巨大的粉红色大象穿过你的卧室（而且真的没有），如果你对巨大的粉红色大象的幻觉是你唯一的问题，你也不符合精神分裂症“诊断”的所有标准，但你在生活的重要方面做得很好，比如工作、人际关系和自我照顾，或者您符合所有标准，除了您这样做只有 5 个月的事实。

在《幸存的精神分裂症》一书中，托里博士相当坦率地承认，不可能定义“精神分裂症”是什么。他说

人类大多数疾病的定义已经完成。...在几乎所有的疾病中，都有一些东西是可以看到或测量的，这可以用来定义疾病并将其与非疾病状态区分开来。精神分裂症不是这样！到目前为止，我们还没有一件可以衡量的东西，我们可以从中说：是的，那就是精神分裂症。正因为如此，疾病的定义引起了极大的混乱和争论。“（第 73 页）

令我困惑的是，如何调和托里博士的这一说法与他在同一本书中所作的另一句话，我在上面引用了这句话，更完整地出现如下：“精神分裂症是一种脑部疾病，现在肯定知道是这样的。它是一个真正的科学和生物实体，就像糖尿病、多发性硬化症和癌症是科学和生物实体一样“（第 5 页）。

**但是，当我们对精神分裂症有如此多的定义，而且(正如我在本文后面所描述的)研究没有发现精神分裂症患者的身体（包括大脑）有任何问题时，我们怎么能知道精神分裂症是一种大脑疾病呢？**

在短短 100 多年的时间里，我们一直使用精神分裂症一词，称某些东西为精神分裂症，就像称某些东西为色情或精神疾病一样，表示**不赞成**该术语所针对的内容，仅此而已。像“精神疾病”或色情一样，“**精神分裂症**”不是在**癌症和心脏病存在的意义上存在的，而只是在好与坏存在的意义上存在**。与其他所谓的精神疾病或障碍一样，“精神分裂症”的“诊断”反映了说话者或“诊断者”关于一个人**“应该”**如何的价值观或想法，往往再加上错误的（或至少是未经证实的）假设，即不被认可的思维、情感或行为是由生物异常引起的。考虑到它的多种使用方式，很明显，在人们使用这个术语的大部分年头里，“精神分裂症”除了“我不喜欢它”之外，没有普遍认同的意义。在 DSM-5 中，就像在 DSM 的先前版本中一样，简单地不喜欢一个人说话、行为或生活方式是定义的很大一部分。正因为如此，并且由于在任何不同版本的 DSM 中**精神分裂症的诊断标准中缺乏任何生物学或物理性的东西**，并且由于研究未能发现所谓的精神分裂症的任何生物学原因，当我听到精神卫生专业人员使用精神分裂症这个词时，我失去了对他们的尊重。在某种程度上表明他们认为这是一种真正的疾病。我这样做的原因与我在听到某人羡慕皇帝的新衣后会对他或她的感知力和智力完整性失去尊重一样。虽然精神分裂症的外行定义，内部不一致，在某些情况下可能是有意义的，但使用术语“精神分裂症”的方式表明说话者认为这是一种真正的疾病，等于承认他不知道他在说什么。

---

**“精神分裂症”并不像癌症和心脏病那样存在、只是在好与坏的意义存在**

然而，许多心理健康“专业人士”和其他“科学”研究人员确实坚持认为“精神分裂症”是一种真实的疾病，尽管 DSM 的各个版本中有非器质性、非生物性的诊断标准。受前人的影响，他们就像安徒生短篇小说中观看皇帝新装的人群，无法或不愿看到真相，因为在他们之前有太多人说过精神分裂症是真实的。浏览医学期刊索引“Index Medicus”中“精神分裂症”项下的文章，或在互联网上搜索，可以发现精神分裂症的神话已经变得多么广泛。因为这些被误导的“科学家”相信“精神分裂症”是一种真正的疾病，他们试图找到它的生理原因。正如精神病学家 William Glas ser, M.D. 在他 1976 年出版的书

《积极成瘾》中所说：“精神分裂症听起来如此像一种疾病，以至于当代科学家自欺欺人地去寻找它的治疗方法” (Harper & Row, 第 18 页)。这是一个愚蠢的努力，因为关于精神分裂症定义的问题仍然没有解决，例如精神分裂症是否是由生物学原因引起的，精神分裂症是否必然涉及幻觉或妄想。由于缺乏对精神分裂症的明确和普遍认同的定义，这些理应杰出的科学家正在寻找他们无法定义的问题的原因——或者换句话说，他们不知道他们在寻找什么。

---

### “精神分裂症”听起来很像一种疾病，当代科学家自欺欺人地寻找治疗方法

根据斯坦福大学三位精神病学教授的说法，“两个假设主导了寻找精神分裂症的生物基质”。他们说这两种理论是精神分裂症的转甲基化假说和精神分裂症的多巴胺假说 (Jack D. Barchas, 医学博士等人, “精神分裂症的生物胺假说”，出现在精神药理学：从理论到实践，牛津大学出版社 1977 年，第 100 页)。转甲基化假说是基于这样一种观点，即“精神分裂症”可能是由“甲基化胺的异常形成”引起的，类似于所谓的精神分裂症患者代谢中的致幻快感药物美斯卡林。在回顾了验证这一理论的各种尝试之后，他们得出结论：“在引入转甲基化假说二十多年后，无法得出关于其与精神分裂症的相关性或参与性的结论” (第 107 页)。

哥伦比亚大学精神病学教授杰罗尔德·S·麦克斯曼 (Jerrold S. Maxmen) 医学博士在他 1985 年出版的《新精神病学》(The New Psychiatry) 一书中简洁地描述了什么是，或者直到最近才是所谓的精神分裂症最普遍的生物学理论，即多巴胺假说：“.....许多精神科医生认为，精神分裂症涉及多巴胺受体系统的过度活动.....精神分裂症患者的症状部分是由于受体被多巴胺淹没” (Mentor, 第 142 和 154 页)。但在我上面提到的三位斯坦福大学精神病学教授的文章中，他们说“研究人员仍然无法直接证实多巴胺与精神分裂症有关” (第 112 页)。1987 年，乔恩·富兰克林教授在他的《心灵分子》一书中得出结论：“简而言之，多巴胺假说是错误的” (第 114 页)。

还提出了相反的理论，即“精神分裂症”是由大脑中多巴胺水平低引起的 (Guy Chouinard, 医学博士和 Barry D. Jones, 医学博士, “精神分裂症脑多巴胺缺乏的证据”，加拿大精神病学杂志，1979 年 11 月，第 24 卷，第 661 页)。

用心理学家布鲁斯·E·莱文 (Bruce E. Levine) 博士在 2007 年出版的一本书中的话来说，“不久前，精神科医生确信某些精神病，尤其是精神分裂症，是由过多的神经递质多巴胺引起的。今天，精神病学承认大多数被诊断患有精神分裂症的人没有多巴胺增加的证据，有些人实际上多巴胺水平降低” (Surviving America's Depression Epidemic, 切尔西格林出版公司，第 104 页)。

在《心灵分子》(Molecules of the Mind) 一书中，富兰克林教授恰当地描述了寻找所谓精神分裂症的其他生物学原因的努力：

一如既往，精神分裂症是“指标”疾病。在 20 世纪 40 年代和 50 年代，数百名科学家不时忙于测试精神分裂症患者的身体反应和体液样本。他们测试了皮肤导电性，培养了皮肤细胞，分析了血液、唾液和汗液，并反射性地盯着精神分裂症患者尿液的试管。所有这一切的结果是一系列持续的宣布，这个或那个差异已经被发现。例如，一位早期的研究人员声称已经从精神分裂症患者的尿液中分离出一种物质，这种物质可以让蜘蛛编织出斗鸡眼状的网。另一组人认为精神分裂症患者的血液中含有导致幻觉的肾上腺素代谢缺陷。还有一种观点认为这种疾病是由维生素缺乏引起的。这样的发展成就了伟大的新闻故事，这些故事通常暗示或者直接预测精神分裂症的谜团终于解开了。不幸的是，经过仔细审查，没有一个发现站得住脚。 [第 172 页]

其他证明所谓精神分裂症生物学基础的努力包括将正常人与被认为患有精神分裂症的人进行比较的脑部扫描。这些努力都是令人沮丧的失败，因为正常人之间的差异如此之大，以至于无法从脑部扫描中确定一个人是否患有精神分裂症。根据心理学家 Al Siebert 博士的说法，“少数被诊断患有精神分裂症的人表现出某些大脑异常，但大多数被诊断患有精神分裂症的人的脑部扫描在正常范围内” (“不道德的精



神科医生歪曲了对精神分裂症的了解”，<http://antipsychiatry.org/siebert.htm>，2013年7月19日访问）。

有时，当比较同卵双胞胎的脑部扫描结果时，会发现差异，而其中只有一个是假定的精神分裂症患者，但这些研究中的大多数缺陷是，所谓的精神分裂症患者被服用了名为神经镇静剂的脑损伤药物，作为他所谓的精神分裂症的所谓治疗。任何用这些药物“治疗”的人都会被研究人员错误地认为是精神分裂症造成的脑损伤。用被认为具有抗精神分裂特性的药物(错误地)破坏那些古怪的、令人讨厌的、富有想象力的或精神残疾到足以被称为精神分裂症患者的人的大脑，是当今广泛相信精神分裂症神话的最可悲和最站不住脚的后果之一。

对那些从未服用过或被注射过神经安定剂或其他破坏神经系统的药物的所谓精神分裂症患者的脑部影像学研究也同样无效。精神病学家 E.Fuller Torrey, M.D.在 1997 年的一本书中试图证明精神分裂症是一种脑部疾病，他和合作者承认脑部扫描对于诊断没有同卵双胞胎的人的精神分裂症是完全无用的，因为正常人之间的差异足够大，认为表明精神分裂症的差异“只有在有同卵双胞胎对照的情况下才会变得明显”(Schizophrenia and Manic-Depressive Disorder, Basic Books 1997, p. 114)。他们还承认，即使在有同卵双胞胎的人中，脑部扫描也不能用于诊断“精神分裂症”，因为当比较同卵双胞胎的脑部扫描时，其中只有一个被认为是精神分裂症，有时正常双胞胎的脑部扫描在研究人员看来是精神分裂症，而所谓的精神分裂症患者的脑部扫描看起来正常(例如，同上，第 107 和 114 页)。

根据加州理工学院(Caltech)认知与行为生物学教授兼华盛顿州西雅图艾伦脑科学研究所首席科学官 Christoff Koch 博士的说法，他使用高分辨率磁共振成像(MRI)研究人类大脑，“我们无法区分精神分裂症大脑和自闭症大脑以及正常大脑”(引自 Carl Zimmer, “大脑的秘密”，《国家地理》，2014年2月，第 28 页，第 56 页)。

同样，2012 年，精神病学家丹尼尔·卡拉特(Daniel Carlat)医学博士说：“关于核磁共振成像的问题，大部分都是江湖骗子。...我觉得他们基本上都是，您可以从这种扫描中获得的信息是毫无价值的”(“Daniel Carlat-Unhinged: The Trouble with Psychiatry”，<http://YouTube.com>，上传于 2012 年 9 月 11 日，47: 31)。

精神病学家和耶鲁大学医学院讲师萨利·萨特尔(Sally Satel)医学博士和埃默里大学心理学教授斯科特-O-利连菲尔德(Scott O. Lilienfeld)博士在他们的《洗脑--无意识神经科学的诱惑》(Basic Books 2013, pp. 说，“精神病学家和心理学家几乎普遍同意，[大脑]扫描目前不能用于诊断精神疾病”，“大脑成像技术未能在精神疾病的原因和治疗方面取得重大进展”，这表明那些说大脑扫描可以用于这些方面的人“只不过是进行一场大脑骗局”。他们说：“在我们看来，脑功能成像误导的潜力目前超过了它提供信息的能力”(同上，第 121 页)，“总的来说，核磁共振和 CT[计算机断层扫描]扫描提供了关于固定解剖的宝贵信息，但让我们对大脑的功能基本上一无所知”(同上，第 4 页)。他们认为相反的主张是“21 世纪的颅相学”(同上，第 3 页)。

---

## 脑部扫描据说证明了精神分裂症是 21 世纪的颅相学

对所谓精神疾病(包括精神分裂症)的生物学原因的信念，不是来自于科学，而是来自于一厢情愿的想法，或者是避免与人们的错误行为或痛苦的经验或环境原因达成一致的愿望。美国精神病学会在 DSM-III、DSM-III-R、DSM-IV 和 DSM-IV-TR 版本中把精神分裂症定义为非器质性或非医学性的，而且在 DSM-5 中也没有划定精神分裂症的生物学原因，甚至没有划定精神分裂症与任何生物学性质的东西之间的联系、以及为寻找所谓的精神分裂症的生物学原因而进行的反复和持续的失败努力，表明“精神分裂症”只属于社会/文化上不可接受的思维或行为的范畴，而不是许多人认为的生物学或“疾病”的范畴。

## 推荐阅读

Theodore R. Sarbin 博士，“精神分裂症是一个神话，源于隐喻，毫无意义”，《今日心理学》，1972

年6月，第18页。

Thomas S. Szasz, 医学博士, 《精神分裂症——精神病学的神圣象征》(雪城大学出版社, 1988年)“，特别是第3章，”精神分裂症：精神病综合症还是科学丑闻？

## (681) 法学博士谈：(四) 生物抑郁症的神话

加州许可的家庭治疗师埃里克·麦瑟尔(Eric Maisel)博士在他的书《重新思考抑郁症》(新世界图书馆2012年,第3页,斜体)的导言中说:

本书的目标之一是帮助您将抑郁症这个词从您的词汇中删除,并因此从您的生活中删除。如果抑郁症是一种真正的疾病、病症或紊乱,您将无法仅仅通过从您的词汇中删除它来摆脱它。但是,既然它不是一种疾病、病症或紊乱,您可以在这一秒钟内就放弃它。**我希望您说的是:“我不可能是抑郁症,因为没有抑郁症这个病!”**

同样,伦敦大学学院精神健康科学高级讲师乔安娜·蒙克里夫(Joanna Moncrieff)在她的《直言不讳的精神病学药物介绍》(PCCS Books, Ross-on-Wye 2009, p.65)中这样说道:

.....在此必须指出,目前使用的“抑郁症”一词具有误导性。.....没有科学证据支持这样的观点,即大脑有特定的特征,会导致特定的抑郁感觉。

据称是生物学异常的结果的不愉快或“抑郁”被称为“生物学的”或“内源性的”或“临床的”抑郁。爱荷华大学精神病学教授 Nancy Andreasen 医学博士在她的书《破碎的大脑:精神病学中的生物学革命》中说,“更古老的术语内源性暗示压力‘从内部生长’或者是生物学上引起的,这意味着不幸和痛苦的事件如失去工作或爱人不能被认为是原因”(Harper & Row 1984, 第203页)。类似地,1984年《芝加哥论坛报》的专栏作家琼·贝克声称:“抑郁障碍基本上是生物化学的——而不是由事件、环境状况或人际关系引起的”(1984年7月30日,Sec. 1, 第16页)。《读者文摘》2013年7月的一篇文章(第132-133页)说,“在过去的50年里,许多精神病学家的传统观点是,抑郁症是由大脑化学失衡引起的,比如令人感觉良好的荷尔蒙血清素水平低。”

生物性或内源性抑郁症的概念对精神病学很重要,原因有二。首先,它是最常见的所谓精神疾病。正如医学博士维克多·雷乌斯(Victor I. Reus)在1988年写道:“诊断和治疗忧郁症的历史可以作为精神病学本身的历史”(出现在:H. H. 戈德曼(H. H. Goldman)编辑,《普通精神病学评论》,第二版,Appleton & Lange 1988年,第332页)。第二,精神病学对抑郁症的所有生物学“治疗”--无论是药物、电击还是精神外科--都是基于这样的想法:我们称之为抑郁症的不快乐可能是由大脑中的生物学故障而不是生活经历造成的。**对生物因果关系的错误信念为本来不合理的生物疗法的使用提供了理由,主要是“抗抑郁”药物和电休克“疗法”**(见精神病学的电休克治疗:危害人类的罪行)。对抑郁症这种不存在的“疾病”和其他所谓的精神疾病的生物学治疗方法,也在理论上证明了精神病学作为一门医学专业的存在是合理的,它不同于心理学、社会工作和咨询。

今天,许多专业人士和非专业人士认为抑郁症可能是由大脑中的“化学失衡”引起的,尽管没有抑郁症的化学失衡理论得到证实。正如精神病学教授托马斯·S·萨斯(Thomas S. Szasz)医学博士在2006年所说,“没有证据表明化学失衡会导致精神疾病,但这并不损害该学说的科学地位或受欢迎程度”(“精神疾病作为一种脑部疾病:简要历史课”,<http://szasz.com>)。精神病学教授南希·安德烈亚森(Nancy Andreasen)在她的书《破碎的大脑》(The Broken Brain)中讨论了抑郁症的一些化学失衡理论。

她描述的理论之一是相信“抑郁症”(我韦恩·拉姆齐认为应该简单地称为不快乐或严重的不快乐)是血液中皮质醇过多所表明的神经内分泌异常的结果。对此的测试称为地塞米松抑制测试或DST。然而,该测试背后的理论及其有用性的说法被发现是错误的,因为用Andreasen博士的话来说,“许多患有明确定义的抑郁症的患者都有正常的DST”(第180-182页)。1984年7月哈佛医学院健康信中的一篇文章

也得出了类似的结论。这篇题为“诊断抑郁症：'DST'有多好？”的文章报告说，“对于每三名 DST 异常的办公室患者，只有一个可能患有真正的抑郁症。...[而且]很大一部分因其他标准而抑郁的人仍然会在 DST 上获得正常的结果”（第 5 页）。同样，在 1983 年 11 月《内科医学档案》的一篇文章中，三位医生得出结论：“目前可用的研究数据不支持使用地塞米松 ST [抑制测试]”（Martin F. Shapiro, 医学博士等人，“医学实践中抑郁症实验室诊断中的偏见”，第 143 卷，第 2085 页）。1993 年，Connie S. Chan 博士在她的书《If It Run In Your Family: Depression》中承认，“**抑郁症仍然没有有效的生物学测试**”（Bantam Books, 第 106 页）。尽管它已被抹黑，但一些以生物学为导向的精神科医生（显然）非常渴望为人们的不快乐或“抑郁”提供生物学解释，以至于他们无论如何都会继续使用 DST。例如，精神病学家马克·S·戈尔德（Mark S. Gold）在 1986 年出版的《关于抑郁症的好消息》（The Good News About Depression）一书中说，他继续使用 DST。在那本书中，戈尔德博士声称 DST“被高度吹捧为生物抑郁症的诊断测试”（Bantam, 第 155 页，原文重点）。

在《破碎的大脑》一书中，安德烈亚森博士还描述了她所谓的“关于抑郁症原因的最广泛接受的理论.....'儿茶酚胺假说'。她强调“儿茶酚胺假说是理论而不是事实”（第 231 页）。她说：“这一假设表明，患有抑郁症的患者大脑中缺乏去甲肾上腺素”（第 183 页），去甲肾上腺素是大脑中“主要的儿茶酚胺系统”之一（第 231-232 页）。评估儿茶酚胺假说的一种方法是研究尿液中去甲肾上腺素的一种分解产物，称为 MHPG。患有所谓抑郁症的人“往往 MHPG 较低”（第 234 页）。根据 Andreasen 博士的说法，这一理论的问题在于“并非所有抑郁症患者的 MHPG 都很低”（Id）。因此，她得出结论，这种儿茶酚胺假说“尚未解释导致抑郁症的机制”（第 184 页）。

另一种理论是，严重的不快乐（“抑郁”）是由降低水平或异常使用另一种大脑化学物质血清素引起的。由美国国会技术评估办公室召集的一个专家小组在 1992 年报告了以下内容（精神障碍生物学，美国政府印刷局，第 82 和 84 页）：

关于抑郁症的突出假设集中在称为单胺（即去甲肾上腺素、肾上腺素、血清素、多巴胺）的神经递质组的功能改变上，特别是去甲肾上腺素（NE）和血清素。...对抑郁症中 NE [去甲肾上腺素]自身受体的研究迄今尚未发现异常的具体证据。目前，没有明确的证据表明大脑中异常的血清素受体活性与抑郁症有关。...目前可用的数据不能为神经递质水平的改变或正常受体活动的破坏提供一致的证据。

即使它被证明有一些生物学变化或异常与抑郁症“相关”，问题仍然是这是“抑郁症”的原因还是**结果**。一项脑部扫描研究（使用正电子发射断层扫描或 PET 扫描）发现，简单地要求正常人想象或回忆一个让他们感到非常悲伤的情况会导致大脑血流发生显著变化（José V. Pardo, 医学博士，博士等人，“自我诱导焦虑的神经相关性”，*美国精神病学杂志*，1993 年 5 月，第 713 页）。其他研究可能会证实，是情绪导致大脑的生物变化，而不是大脑中的生物变化导致情绪。

---

在整个人类历史中，从来没有一个案例证明一个人因为大脑中的化学失衡而感到沮丧。

生物学上引起的抑郁症的一个比较流行的理论是低血糖症，也就是低血糖。哈维-M-罗斯医学博士在 1976 年出版的《对抗抑郁症》一书中说：“根据我作为正分子精神病学家的经验，我发现许多抱怨抑郁症的病人有低血糖症（低血糖）。.....因为抑郁症在低血糖患者中非常常见，任何没有明确明显原因的抑郁症患者都应该怀疑有低血糖”（Larchmont Books, 第 76 和 93 页）。但是在 1988 年出版的《您有抑郁症吗》一书中，精神病学家唐纳德·克莱因（Donald Klein）医学博士和保罗·温德（Paul Wender）医学博士在题为“不会导致抑郁症的疾病”的章节中列出了低血糖症（Plume, 第 61 页）。1979 年 11 月《哈佛医学院健康信报》的头版文章也否定了低血糖症是导致抑郁症的原因这一观点，该文章题为“低血糖症-事实还是虚构？”。

另一种导致心理不快乐或“抑郁”的身体疾病理论是甲状腺功能减退症。在她的书《心理治疗师能伤害你吗？》中，心理学家朱迪·斯特里亚诺（Judi Striano）博士中有一章题为“是抑郁症——还是甲状腺功

能低下？（专业出版社 1988 年）。同样，三位精神病学教授在 1988 年断言“弗兰克甲状腺功能减退症长期以来一直被认为会导致抑郁症”（Alan I. Green, 医学博士等人,《新哈佛精神病学指南》, 哈佛大学出版社 1988 年, 第 135 页）。这里的理论是, 位于颈部的甲状腺通常分泌激素, 这些激素通过心理健康感觉所必需的血液到达大脑, 如果甲状腺产生的这些激素太少, 受影响的人开始感到不快乐, 即使除了不快乐之外没有问题导致内分泌（腺体）问题。美国医学协会医学百科全书列出了甲状腺功能减退症的许多症状: “肌肉无力、痉挛、心率缓慢、皮肤干燥和片状、脱发……可能会有体重增加”（兰登书屋 1989 年, 第 563 页）。百科全书没有将不快乐或“抑郁”列为甲状腺功能减退症的后果之一。但假设你开始经历“肌肉无力, 抽筋……皮肤干燥和脱皮, 脱发…体重增加”? 这会让你在情感上有什么感觉? ——可能是抑郁。正如甲状腺功能减退症（hypo = 低）是甲状腺产生的太少一样, 甲状腺功能亢进症是甲状腺产生的过多。因此, 如果甲状腺功能减退症导致抑郁症, 那么假设甲状腺功能亢进症具有相反的效果似乎是合乎逻辑的, 即它使人快乐。但事实并非如此。正如精神病学家马克·S·戈尔德（Mark S. Gold）医学博士在他的《关于抑郁症的好消息》一书中指出的那样: “抑郁症也发生在甲状腺功能亢进症中”（第 150 页）。甲状腺功能亢进症的后果是什么? : Gold 博士列出了大量的出汗, 疲劳, 柔软湿润的皮肤, 心悸, 频繁排便, 肌肉无力和突出的眼球。因此, 甲状腺功能减退和甲状腺功能亢进都会导致身体出现身体问题。两者都会导致“抑郁”。这是合乎逻辑的。当你的身体感觉不舒服或工作不正常时, 除了情绪不好之外, 很难感觉到任何东西。从未证明甲状腺功能减退症会影响情绪, 除了它对受害者感觉身体不健康的经历的影响。

有些人认为与荷尔蒙变化有关的化学失衡一定是“抑郁症”的可能原因, 因为女性在月经周期的不同时间的情绪被认为是生物学原因。我不觉得这个论点令人信服, 因为我认识很多女性, 她们的情绪和精神状态始终不受月经周期的影响。心理学教授 David G. Myers 博士在他的著作《追求幸福》（William Morrow & Co. 1992, 第 84-85 页）中将经前综合症（PMS）标记为神话。当然, 有些女性会因为月经而感到身体不适。感觉身体不好就足以让任何人心情不好。

有些人认为, 由于更年期, 女性会因生物学原因而经历不良的情绪变化。然而, 匹兹堡大学心理学家在 1990 年进行的一项研究发现, “更年期通常不会引发健康女性的压力或抑郁, 甚至会改善一些人的心理健康”。根据进行这项研究的心理学家之一 Rena Wing 的说法, “每个人都认为更年期是一个压力事件, 但我们没有找到任何支持这个神话的支持”（“更年期压力可能是一个神话”, 今日美国, 1990 年 7 月 16 日, 第 1D 页）。

人们还普遍认为, 女性生完孩子后会因生理原因经历一段抑郁期。它被称为产后抑郁症。大卫·维斯科特（David Viscott）博士在他的《精神病医生的诞生》（The Making of a Psychiatrist）一书中引用了做产科住院医师的医生乔治·马斯洛（George Maslow）的话, 他说: “来吧, 维斯科特, 您真的相信产后抑郁症吗? 在过去的三年里, 我可能见过两个。我认为您们（您们精神科医生）想象的很多狗屎来招揽生意”（口袋书 1972 年, 第 88 页）。一位生了八个孩子的妇女, 在我看来, 这使她有资格成为产后抑郁症专家, 她告诉我她所谓的“产后忧郁症”是真实的, 但她将产后忧郁归因于心理原因而不是生理原因。“我不知道生理原因,” 她说, 但“其中很多是心理原因。她说“你对自己的外表感觉很糟糕”, 因为在我们的社会中, 女人“应该”很瘦, 而至少在分娩后的短时间内, 女人通常不是。她还说, 分娩后, 女性会感到相当大的“身体疲惫”。分娩也是新的或增加的父母义务的开始, 如果我们诚实的话, 我们必须承认这是相当繁重的。新的或额外的父母义务的到来以及新的或额外的父母义务将影响女性（或男性）生活的消极方式的实现是产后抑郁症的明显非生物学解释。可能直到孩子真正出生, 父母才意识到为人父母如何使他们的生活变得更糟, 但我的一位女性朋友的一封信表明, 与分娩相关的抑郁症可能在产后很久就出现了: 她说她经常泪流满面, 因为她认为有了孩子, 她的生活永远不会一样, 她会成为一个“囚犯”, 没有时间做她想做的事。这些心理原因往往没有得到坦率的承认, 产后（或产前）忧郁症归因于未经证实的生物学原因, 原因是我们不愿意承认为人父母的缺点。

生物学引起的抑郁症的另一种理论是基于大脑左前部区域的中风损伤导致抑郁症。这似乎是神经原因造成的, 而不是对一个人因为中风而发现自己所处的情况的反应, 据称会导致“过度兴奋”。然而, 仔细阅读有关神经病学的书籍和文章在很大程度上并不支持右前脑损伤会导致过度兴奋的指控。相反, 大多数神经学文献表明, 有时由右前卒中相关的脑损伤引起的是失认症（无知觉症）, 通常被描述为缺乏关

**注或无法了解自己的问题**，而不是快乐或开朗（例如，神经病学教授奥利弗·萨克斯（Oliver Sacks）在《误认为妻子戴帽子的男人和其他临床故事》中，Harper & Row 1985，第5页）。

也许最常听到的论点是，如果抑郁症的原因不是生物学上的，抗抑郁药物就不会起作用。但是抗抑郁药**不起作用**。正如精神病学家 Peter Breggin 医学博士在他的书《回谈论百忧解》（圣马丁出版社 1994 年，第 200 页）中所说，“**没有证据表明抗抑郁药特别有效**”。或者正如英国精神病学家乔安娜·蒙克里夫（Joanna Moncrieff）在她的著作《化学疗法的神话——精神病药物治疗的批判》（修订版，Palgrave Macmillan 2009，第 144 和 152 页）中所写的那样——

..与目前的观点相反，即使在最严重的抑郁症中，抗抑郁药也并不比安慰剂优越。...抗抑郁药对生物过程有特定作用的观点仍然被引用为抑郁症是由生化异常引起的观点的主要理由。...然而，上面回顾的证据表明，抗抑郁药物对抑郁症没有特定作用。

心理学家 Irving Kirsch 博士写了一整本书，驳斥了所谓的抗抑郁药具有抗抑郁作用的说法：**皇帝的新药——打破抗抑郁药神话**（Basic Books 2010）。在《抗抑郁药事实书》（Perseus 2001，第 14 页）中，精神病学家 Peter Breggin 医学博士说：“**‘抗抑郁药’一词应该总是用引号括起来，因为几乎没有理由相信这些药物针对抑郁症或抑郁情绪。甚至有证据表明，所谓的抗抑郁药会让人感到更加沮丧：根据 Moncrieff 博士的说法，“有证据表明，对于没有心理健康问题的人来说，服用抗抑郁药物是不愉快的，让他们感觉更糟。前一章回顾的证据表明，我们也没有理由相信它们会提升患者的情绪“（化学治疗的神话，第 171 页）。换句话说，抗抑郁药是一种医疗保健骗局。它们唯一可能的有益效果是安慰剂效应。**然而，这并没有阻止制药公司销售所谓的抗抑郁“药物”赚取数十亿美元。正如加州持牌家庭治疗师埃里克·麦瑟尔（Eric Maisel）博士在他的《重新思考抑郁症》（Rethinking Depression，第 240 页）一书中所说，“**‘抑郁症的精神障碍’是否是心理健康行业捏造的，目的是将人类的不快乐和人类不快乐的结果变成摇钱树？...您将不得不决定所有这些心理健康标签是医学进步的奇迹，还是出售蛇油的古老嗜好的变化？即使所谓的抗抑郁药确实有帮助（除了安慰剂效应），这也不会证明“抑郁症”的生物学原因，就像使用大麻或可卡因或喝酒会感觉更好一样。**

---

### “抗抑郁药”是医疗保健骗局

仔细阅读精神科医生和心理学家书籍和文章，声称我们称之为抑郁症的严重不快乐的生物学原因通常会揭示出纯粹的心理原因，足以解释它，即使作者认为他已经给出了生物学引起的抑郁症的好例子。例如，在约克大学心理学教授诺曼·S·恩德勒（Norman S. Endler）博士的自传书《黑暗假日：心理学家的个人抑郁症之旅》（John Wiley & Sons 1982）中，他声称他的不快乐或所谓的抑郁症“是生物化学诱导的”（第十四页）。他说“我的情感障碍主要是生化和生理的”（第 162 页）。但从他自己的话来看，很明显，他的抑郁主要是由于当一个与他有情感关系的女人决定“结束”她与他的关系时，他的抑郁主要是由于未回报的爱（第 2-5 页），以及当他遭受事业挫折（失去研究资助）时（第 23 页）。尽管他声称存在生化因果关系，但他没有任何地方引用任何医学或生物学测试表明他有任何生物、生化或神经系统异常。他不能，**因为没有有效的生物学测试可以测试任何所谓的精神疾病的存在，包括据称生物学引起的不快乐（或“抑郁”）。**

同样，在《破碎的大脑》一书中，精神病学教授南希·安德烈亚森（Nancy Andreasen）举了儿科医生比尔的例子，她认为比尔反复发作的抑郁症表明，“患有精神疾病的人患有生病或破碎的大脑[强调安德烈亚森的]，而不是意志薄弱，懒惰，性格不良或不良教养”（第 8 页）。但她似乎忽略了一个事实，即比尔据称在生物学上引起的复发性抑郁症发生在他父亲去世时，当他不被允许按时从医学院毕业时，当他的第一任妻子被诊断出患有癌症并去世时，当他的第二任妻子对他不忠时，当他在与她争吵时因公共醉酒而被捕时，当地报纸对此进行了报道，当他的行医执照因精神病“治疗”的耻辱而被吊销时，他收到了（第 2-7 页）。

对严重不快乐或“抑郁”的生物学原因进行理论化的原因之一是，有时人们不快乐的原因并不明显，即使对他们来说也是如此。发生这种情况的原因是精神分析学家所说的无意识：

弗洛伊德的调查震惊了西方世界.....他将心灵比作一座冰山，大部分被淹没和看不见，他告诉我们，心灵的大部分是非理性和无意识的，只有前意识和意识的尖端露出表面。他坚持认为，更大的、无意识的部分——其中大部分是性的——在指导我们的生活方面比理性的部分更重要，尽管我们欺骗自己相信它是相反的。[Ladas, et al., *The G Spot and Other Recent Discoveries About Human Sexuality*, Holt, Rinehart & Winston 1982, pp. 6-7]

在《精神分析初级教科书》中，医学博士查尔斯·布伦纳（Charles Brenner）说：“大多数心理功能在没有意识的情况下进行.....我们今天相信...在决定个人行为方面具有决定性作用的心理操作.....即使是复杂而果断的——也可能是无意识的“（国际大学出版社，1955年，第24页）。1990年的一篇新闻杂志文章报道说：“研究正常而不是受损受试者的科学家也发现了证据，证明大脑是由在意识水平以下运作的专门处理器组成的。...弗洛伊德关于一个巨大的无意识领域的存在似乎是正确的“（美国新闻与世界报道，1990年10月22日，第60-63页）。2011年6月《今日心理学》杂志的一篇文章告诉我们：“神经科学还证实了精神分析理论的另一个基本原则——我们的动机在很大程度上是无意识的.....“神经科学毫不含糊地告诉我们，意识真的只是冰山一角”（莫莉·奈特·拉斯金，“不会死的想法”，第75页，第83页）。人们的不快乐或所谓的抑郁是由生活经历引起的，并不总是显而易见的，因为相关的心理过程和记忆往往隐藏在他们头脑的无意识部分。

---

**沮丧？这不是你的大脑。这是你的生活。**

人类心理学的这一关键方面在一本优秀的书中被遗漏或忽视了，《悲伤的丧失——精神病学如何将正常的悲伤转化为抑郁障碍》（牛津大学出版社2007年），作者是罗格斯大学社会学教授兼社会与行为科学系主任Allan V. Horwitz博士，以及Jerome C. Wakefield博士，D.S.W.，纽约大学社会工作教授。霍维茨和韦克菲尔德博士**有效地揭穿了美国精神病学协会将抑郁症视为一种疾病的概念，除非在生活经验方面没有明显的原因**。他们错误地假设生活中的经历和导致悲伤的想法总是显而易见的，很容易识别，当没有这种原因可以轻易识别时，深刻感受到或长期的悲伤可能确实是一种真正的生物或心理“障碍”，即使他们像所有支持内源性或生物抑郁症的人一样，无法识别假定的非经验，生物学原因，并简单地假设这些原因必须存在。

我相信不快乐或所谓的抑郁总是生活经历的结果。没有令人信服的证据表明快乐或“抑郁”是由生物学原因引起的。大脑是我们生物学的一部分，但是没有证据表明，严重的不愉快或“抑郁”有时是由生物学引起的，就像糟糕的电视节目有时是由电子学引起的一样。“问题不是如何治愈，而是如何生活”（Joseph Conrad，引自Thomas Szasz,《心理治疗的神话》,锡拉丘兹大学出版社1988年，扉页）。**“当心理健康专家指出抑郁症的遗传和生物化学原因时”，并推荐药物而不是学习更好的生活方式，“他们鼓励心理上的无助，并阻碍个人和社会的发展”，而这种发展是真正避免不快乐或“抑郁症”并过上有意义和幸福的生活所必需的(彼得·布雷金，医学博士，“谈回百忧解”，今日心理学杂志，1994年7月/8月，第72页)。**

## 推荐阅读

Mary Ann Block, D.O., *仅仅因为你抑郁并不意味着你有抑郁症*（Block System, Hurst, Texas 2007）

Allan M. Leventhal 博士和 Christopher R. Martell 博士, *抑郁症作为疾病的神话: 药物治疗的局限性和替代方案*（Praeger, Westport, 康涅狄格州 2006）。这两位心理学家在第 58 节的节题中总结了他们书的中心观点：“这不是你的大脑，这是你的生活”。

# (683) 法学博士谈：（六）为什么精神疾病的神话仍然存在

“精神疾病不存在的观点是由精神病学家托马斯·萨斯（Thomas Szasz）、社会学家托马斯·谢夫（Thomas Scheff）和欧文·戈夫曼（Erving Goffman）以及心理学家西奥多·萨宾（Theodore Sarbin）提出的”（朱迪·钱伯林，拥有我们自己的，国家赋权中心 1977 年，第 8 页）。2001 年 5 月 18 日，神经学家约翰·弗里德伯格（John Friedberg）医学博士在纽约州议会心理健康委员会（州立法机构）的证词中说：

**我不相信精神疾病。...精神科药物和电击以治疗虚构疾病的名义造成真正的伤害。...我的意见是基于我多年的患者经验和作为电击事故案件专家证人对全国各地记录的审查。**

2011 年，加州大学洛杉矶分校贝克斯菲尔德分校克恩医学中心的精神病学家史蒂夫·巴尔特(Steve Balt) 医学博士承认，“有些人令人信服地认为精神疾病本身是一个错误的概念”（“对 DSM-5 的批评是被误导了吗？”，<http://psychiatrytimes.com> & 思想广播。引用精神病学教授托马斯·萨兹的一篇文章。Szasz 博士于 1961 年出版了他的著作《精神疾病的神话》，现在是 2014 年，距今已有五十三年。**如果精神疾病是一个神话，为什么人们仍然相信精神疾病？**

一个原因是随着时间的推移重复的影响。一个人越经常听到一个神话，就越难让自己使用自己的感知和理性来检查和质疑它。我们在报纸和杂志上读到的几乎所有东西，我们在电视上看到的几乎所有东西，我们在广播上听到的几乎所有东西，以及我们在互联网上读到的许多东西，都在讨论“精神疾病”，好像它是一个与心脏病或癌症一样真实有效的概念。我们倾向于相信我们周围的人所相信的，最终“我们存储的大多数错误信息实际上(隐喻地)是在混凝土中铸造的”（唐纳德·g·史密斯，如何治愈自己的积极思维，E. A. 西曼出版公司，迈阿密，1976 年，第 73 页）。

**精神疾病的神话和其他广泛存在的神话仍然存在的另一个原因是，任何质疑几乎每个人都相信的东西的人都有风险。**敢第一个宣布皇帝没有衣服吗？清楚地了解广泛信仰的神话本质的人可能会被其他人不赞成，或者更糟的是，如果他们说出这些神话的真相。历史学家说，那些在 1690 年代塞勒姆女巫审判发生时质疑巫术概念的人冒着被指控为女巫的风险。佐治亚大学历史学研究教授彼得·查尔斯·霍弗（Peter Charles Hoffer）在他的《塞勒姆巫术审判——法律史》（The Salem Witchcraft Trials—A Legal History）一书中说：“在 1600 年代，对女巫的流行或'白话'信仰在最有学问的人的著作中反复出现。...在十六世纪末期，许多受过教育的人认为有一个灵（看不见的）世界，魔鬼和他的女巫可以自由地穿梭在其中。...每个人都相信女巫...在[女巫]审判期间，没有律师站出来帮助被告“，但如果他们这样做了，提出这种指控的人”可能很快就会指控律师巫术“（堪萨斯大学出版社，1997 年，第 4、78、87、89、90 页）。

正如律师在塞勒姆，马萨诸塞州 1690 年代的巫术审判中代表被告发言一样，作为代表或为今天被指控患有精神疾病的人辩护的律师，我有时会得到反应是人们指责我疯了。正如精神病学教授托马斯·萨斯（Thomas Szasz）在他的《禁止自杀——医学的耻辱》一书中所说，“承担纠正这种错位任务的个人冒着在此过程中被摧毁的风险”（雪城大学出版社 2011 年，第 105 页）。

**精神疾病概念持续存在的一个相关原因是所谓的专家 - 精神科医生和心理学家 - 的支持，他们通过使用这个概念赚钱并获得专业声望。**如果精神疾病概念的错误性得到广泛和普遍承认，他们作为专家的地位将丧失，他们的收入将急剧下降。正如朱迪·张伯林（Judi Chamberlin）在她关于精神病学的书中所写的那样，“**将精神疾病是否存在的决定权严格留给精神科医生，就像将占星术有效性的决定权交给专业占星家一样**”（拥有我们自己的，第 9 页）。那些被认为是专家的人对神话的支持，即使他们实际上不是专家，也会使神话更难质疑。

**精神疾病概念的不明确性质也促成了这一神话的延续。**考虑另一个神话：真的可以证明邪灵不存在，并且它们没有附身于人吗？即使那些相信它的人所认为的，**精神疾病的概念与邪灵附身的概念一样无定形，难以具体地确定。**有些人，比如米伦·布兰德（Millen Brand）在 1970 年发表在《当代心理治疗杂志》（Journal of Contemporary Psychotherapy）上的一篇题为“精神疾病是一个神话吗？”的文章，反对“因为'精神疾病'不是医学或身体疾病，所以它根本不存在”（1970 年夏季，第 3 卷，第 13 页）的观点。

心理学家弗农·格兰特（Vernon W. Grant）博士在他的《这就是精神疾病》（This Is Mental Disease）一书中这样说：

同样，在流行思想中有一种倾向，认为精神疾病包括的不仅仅是症状。因此，一个人被称为正在做或说某些事情，因为患有精神病。据说，这种疾病使他像他一样行事和说话。...然而，如果说感觉和感知的异常方式是由“精神疾病”引起的，那就具有误导性了。这些感觉和感知的方式就是疾病。这个词往往暗示着不寻常行为背后的神秘事物。[灯塔出版社 1963 年，第 4 页，原文斜体]

其他心理健康专家认为，在人的行为或所谓的症状**背后有一个神秘的东西**，或者引起某种神秘的东西，而这种神秘的东西是大脑中尚未发现的“化学失衡”或其他一些大脑异常。他们认为，根据定义，精神疾病是一种大脑疾病，即使目前的科学找不到所谓的精神病患者的大脑有什么问题。心理健康专业人员无法就精神疾病是身体疾病还是非身体疾病达成一致。作为一个模糊的概念，**精神疾病的概念比明确定义时更难反驳和拒绝。**

同样有助于延续精神疾病神话的是一些人希望避免对自己的行为和生活承担个人责任。这些人打电话或写信给我，希望我能，作为一名律师，帮助他们证明，由于他们所谓的精神疾病，他们不对他们做的事情负责。这些人也去看心理健康专家，实际上说“医生，让我快乐”：吞下所谓的抗抑郁药比接受更好的教育或更好的工作，或更好的婚姻或亲密关系，或治愈癌症等严重的健康问题要容易得多。忽视或虐待孩子的人有时会依靠精神疾病的概念来减轻他们对孩子成为青少年或成年人的责任。**他们做错了什么？在许多情况下，答案是很多。但他们更愿意相信一种“可能发生在任何人身上”的疾病（精神疾病）介入，并且“这不是任何人的错”。**

我在《[精神疾病存在吗？](#)》一文中提到的另一个原因是我们对无知的不适。当我们不理解某事的真正原因时，我们经常制造神话来给我们一种理解的错觉。相信一个神话比承认无知更舒服。例如，古代人类不明白雨背后的原因，因此创造了雨神的神话。随着人类掌握了气象学知识，从而真正了解了雨背后的原因，雨神就不再需要了，雨神的想法也被抛弃了。在人类历史的早期，由于对某些人的思想和行为感到困惑，人们将邪灵或恶魔的存在理论化，并创造了恶魔附身的神话，即人们的行为奇怪或错误，因为他们被邪灵附身。用医学博士约翰·拉什（A. John Rush）的话来说，“疯狂的行为通常被古人视为来自神的诅咒.....在黑暗时代，西方文明回到了占有和超自然力量的信仰作为精神疾病的解释“（“情感障碍的诊断“，载于抑郁症基本机制、诊断和治疗，吉尔福德出版社 1986 年，第 2 页）。今天，我们将我们不喜欢和不理解的想法或行为归因于精神疾病。然而，精神疾病就像神灵的诅咒或邪灵的附身一样是一个神话。通常，我们只是不知道人们为什么会这样思考或行事。我们没有承认我们的无知，这让我们感到不舒服，而是创造诸如邪灵或精神疾病之类的神话来提供解释。

这句话的意思是为**什么不将所有罪行都视为精神疾病或者由精神疾病引起的行为？**有些人确实说“所有罪犯都生病了”。然而，对于我们这些不同意这种观点的人来说，犯罪和精神疾病之间的区别通常是这样的：当我们觉得我们理解**不赞成**行为背后的动机时，我们会将这种行为定为法定罪行；当我们不了解**不赞成**行为背后的动机时，我们通过创造一个神话——精神疾病的神话——来掩盖我们对这些动机的无知，并说**精神疾病导致了这种行为**（并用非自愿的“住院”或非自愿门诊承诺令来惩罚所谓的精神病患者，以及强迫精神病“治疗”，如“非自愿药物治疗”，或对其人身和财产的非自愿监护）。创造精神疾病的神话欺骗我们，相信我们理解我们实际上不理解的不喜欢行为的原因。

继续相信精神疾病的另一个原因是制药公司的广告，目的是让大家相信精神疾病是由生物学引起的。新英格兰医学杂志的前主编玛西娅·安格尔(Marcia Angell)医学博士在她的书《药厂的真相--他们如何欺骗我们以及如何应对》(Random House 2005, p.88)中赞许地引用生物伦理学家卡尔·艾略特(Carl Elliott)的话说：“**销售药物的方式就是出售精神疾病。**”精神病学家科林·A·罗斯(Colin A. Ross)医学博士在他的自传书《伟大的精神病学骗局--一个精神科医生的个人旅程》(Manitou Communications, Inc.2008, p.xv)中发表了类似的评论：“**凡是使精神疾病成为生物性的，都是卖药的。**”在《拯救正常--一个内部人对失控的精神病诊断、DSM-5、大药厂和普通生活的医疗化的反抗》(HarperCollins 2013 年，第 104 页)中，精神病学家艾伦·弗朗西斯说：“**精神药物现在是药厂最畅销的产品之一。如果不是因为抗精神病药、抗抑郁药、兴奋剂、抗焦虑药、安眠药和止痛药，他们的股票价格将减少一半以上。在制药公司的热门产品中，最重要的是抗精神病药物，每年高达 180 亿美元。**”如果对真相的广泛认识会导致



他们公司的股票价值低于现在的一半，您认为药物公司的高管和广告部门会说出关于他们产品的令人沮丧的真相吗？更有可能的是，他们决心维持精神疾病是生物性的神话，并掩盖精神病药物的危害，以便他们能够继续通过销售精神病药物赚取巨额利润。当精神疾病不是生物性的时候，为了卖出更多的精神科药物而将其宣传为生物性，这可能是不道德的，但正如安格尔博士在《药厂的真相》（第 250 页）中警告我们的那样，“药厂的业务就是卖药。句号”。而且药物公司有庞大的广告宣传预算。

我认为精神疾病的神话持续存在的最重要原因之一是我所说的法治不足。“法治”是美国法理学中的一个神圣概念。在宣誓就任美国最高法院大法官的那天，索尼娅·索托马约尔雄辩地谈到了她对法治的深刻和真诚的信念。除了民事承诺和非自愿监护法外，未能让人们注意到要求或禁止的法律被美国法院宣布无效，因为含糊不清。一个例子是 [Papachristou 诉杰克逊维尔市](#)，405 U.S. 156（1972），其中美国最高法院一致推翻了下级法院的裁决，并宣布佛罗里达州杰克逊维尔的流浪条例违宪模糊。最高法院是这样说的：

这项法规因模糊不清而无效，一方面是因为它“没有明确告知一般智力水平的人，他预期的行为会被该法规禁止”，如《美国诉哈里斯案》所述，347 U.S. 612, 347 U.S. 617，另一方面是因为它鼓励任意和不稳定的逮捕和定罪，如《索恩希尔诉阿拉巴马州案》和《赫尔登诉洛瑞案》所述，310 U.S. 88 和 301 U.S. 242。在法治下生活涉及各种假设，其中之一是“所有人有权得知国家要求或禁止什么。”

根据这个标准，所有授权因精神疾病而进行民事关押，或授权因非自愿监护而失去公民权利（对成年人而言）的法律都因模糊不清而无效和违宪，因为它们不允许普通人预先知道哪些行为、思想表达或情绪外显可能导致他们因“精神疾病的诊断”而被强制住院或门诊治疗或被强制监护而失去自由或公民权利。

有人可能会争辩说，美国精神病学协会的《精神障碍诊断和统计手册》（DSM）描述了什么是精神障碍，什么不是精神障碍，因此哪些言论和行为是允许的，哪些是不允许的，因此 DSM 提供了宪法要求的通知国家命令或禁止的内容。然而，DSM-IV-TR 开头的“警示声明”（第 xxxvii 页）明确否认该手册为法律目的提供指导：

需要理解的是，出于临床和研究目的，此处包含病理性赌博或恋童癖等诊断类别并不意味着该病症符合构成精神疾病、精神障碍或精神残疾的法律或其他非医学标准。将这些疾病归类为精神障碍所涉及的临床和科学考虑可能与法律判断并不完全相关，例如，考虑个人责任、残疾确定和能力等问题。

2013 年出版的 DSM-5 的介绍性章节包括类似的免责声明，标题为“DSM-5 法医使用的警示声明”（第 25 页）：

...值得注意的是，DSM-5 中包含的精神障碍定义是为了满足临床医生、公共卫生专业人员和研究调查人员的需求，而不是法院和法律专业人员的所有技术需求。...当 DSM-5 类别、标准和文本描述用于取证目的时，存在诊断信息被误用或误解的风险。这些危险的出现是由于法律最终关注的问题与临床诊断中包含的信息之间的不完全吻合。在大多数情况下，DSM-5 精神障碍（例如智力障碍）、精神分裂症、重度神经认知障碍、赌博障碍或恋童癖性障碍）的临床诊断并不意味着患有此类疾病的个体符合存在精神障碍的法律标准或特定的法律标准（例如，能力、刑事责任、或残疾）。对于后者，通常需要除 DSM-5 诊断中包含的信息之外的其他信息.....特定诊断的分配并不意味着特定程度的损伤或残疾。...非临床决策者也应注意，诊断不会对个体精神障碍的病因或原因或个体对可能与该障碍相关的行为控制程度产生任何必要的影响。

即使 DSM 仍然被接受为法律判决的有效标准，它也没有提供宪法要求的通知，说明国家命令和禁止的内容，不遵守这些通知可能会导致强迫治疗或失去自由，因为 DSM 没有说明哪些所谓的疾病证明非自愿承诺或丧失公民权利是合理的，而哪些没有。

患有 DSM-5 诊断为“男性减退症”（DSM-5，第 440 页）的男性是否应该非自愿地犯下“持续或反复缺乏（或缺乏）性/色情思想或幻想和”？这是一种官方的精神障碍，但有人会仅仅因为男人对性没有兴趣而主张他非自愿的承诺吗？患有“女性性兴趣/性唤起障碍（DSM-5，第 433-437 页）”的女性呢，其定义与这种假定障碍的男性版本相似？或者回顾一下 DSM-IV-TR（2000 年出版），“315.00 阅读障

碍”的诊断怎么样？：“阅读障碍的基本特征是阅读成就（即通过单独管理的标准化测试衡量的阅读准确性、速度或理解能力）大大低于个人的实际年龄，测量的智力和适合年龄的教育预期”（第 51 页）。阅读障碍被带入 DSM-5 作为“特定学习障碍.....阅读障碍”（DSM-5，第 66-67 页）。DSM-IV-TR 诊断“315.1 数学障碍”（第 53 页）的非自愿治疗怎么样，其定义类似于阅读障碍？数学障碍作为“特定学习障碍...数学障碍”（DSM-5，第 66-67 页）。或者考虑 DSM-IV-TR 诊断编号“315.2 书面表达障碍”定义为“写作技能.....低于个人实际年龄的预期.....[等]“，作为”特定学习障碍.....书面表达受损”（DSM-5，第 66-67 页）。其他例子是 DSM-IV-TR 诊断编号 302.73 和 302.74，“女性性高潮障碍”（第 547 页）和“男性性高潮障碍”（第 550 页），两者都被定义为难以达到性高潮，两者都是官方的精神诊断或紊乱或疾病。“女性性高潮障碍”也出现在 DSM-5 中（第 429 页）。DSM-5 将以下内容定义为精神障碍：“勃起障碍”（第 426 页），“早泄”（第 443 页）和“延迟射精”（第 424 页）。有人会仅仅因为一个男人患有这些性“障碍”而主张非自愿住院或非自愿门诊治疗吗？其他例子包括烟草使用障碍（例如，吸烟过多，DSM-5，第 571 页）、儿童发病流畅性障碍（口吃，DSM-5，第 45 页）、一般人格障碍（“明显偏离个人文化期望的行为”，DSM-5，第 646 页）和噩梦障碍（DSM-5，第 404 页）。非自愿治疗是否适合患有“昼夜节律睡眠-觉醒障碍”之一的人，例如“延迟睡眠阶段类型”（睡得很晚，睡得很晚，直到第二天，DSM-5，第 390-391 页）或“高级睡眠-觉醒类型”（早睡早起，DSM-5，第 393 页）？与 DSM-IV-TR 一样，DSM-5 没有说明哪些或其他所谓的精神障碍使人有资格进行非自愿住院或非自愿门诊治疗。

在《疯狂的制造》（Harper & Row 1970，第 68 页）一书中，精神病学教授托马斯·S·萨斯（Thomas S. Szasz）医学博士说：“精神病学显示出一种明确的倾向，即将各种异常或不寻常的行为解释为精神疾病。”曾几何时，同性恋就是一个例子。在 1973 年美国精神病学协会投票取消同性恋为精神障碍之前，让所有同性恋者接受非自愿治疗是否合适？DSM-II（1968 年出版，第 44 页）说同性恋是一种精神障碍，但没有说如果所有同性恋者拒绝治疗同性恋，他们都应该接受非自愿治疗。然而，这可能发生在同性恋青少年身上，他们的父母对他们的同性恋感到不安。其中一些青少年甚至可能被切除脑叶作为同性恋的治疗方法：在《心理外科——损害大脑以拯救心灵》（HarperCollins 1992，第 21 和 50 页）中，约翰·霍普金斯医疗机构的乔安·埃里森·罗杰斯（Joann Ellison Rodgers）在 20 世纪中叶说：

强奸犯、恋童癖者、同性恋者、暴露狂和易装癖者都是脑叶切除术的候选人。...例如，许多脑叶切除术是在机构化精神病患者身上进行的，以阻止或限制“奇怪”的性行为，这在当时意味着手淫、同性恋，对女性来说，几乎任何公开的性释放欲望。

同样，2005 年，马萨诸塞州总医院和哈佛医学院的 Emad N. Eskandar，医学博士，G. Rees Cosgrove 医学博士和 Scott L. Rauch 医学博士说：

精神神经外科于 1936 年由 Egas Moniz 首次引入作为严重精神疾病的治疗方法。...**尽管缺乏客观的治疗益处**，但精神神经外科被当时的从业者热情地采用。在热情的高峰期，建议精神神经外科治疗或改善精神分裂症，抑郁症，同性恋，儿童行为障碍，犯罪行为和不受控制的暴力。[“精神神经外科”，[neurosurgery.mgh.harvard.edu](http://neurosurgery.mgh.harvard.edu)，2014 年 2 月 5 日访问，下划线添加]

将人切除脑叶作为手淫、同性恋或正常异性恋欲望的治疗方法是精神病学“诊断”造成的伤害的一个例子，这种“诊断”是基于对文化规范或价值观的偏离，而不是表现出的生物学异常。这也是为什么我称精神病学为邪恶的一个例子。

我没有发现 21 世纪的非自愿精神外科手术的报告，但是在美国，每天都有破坏大脑的“药物”和电击在人们反对的情况下进行，其中任何一种都能够造成像精神外科手术那样严重的大脑损伤。

---

脑叶切除术作为同性恋的治疗方法？

在美国，每天都有人因为“自杀意念”而被非自愿地送进精神病院，尽管 DSM 和民事承诺法都没有告诉人们，他们可以考虑一些事情，但不能考虑其他事情。即使在 DSM 中，哪里写着美国人甚至不允许思考结束自己的生命--如果他们这样做，可能会失去自由的后果？

这就撇开了一个同样重要的问题：根据美国第一修正案（通过第十四修正案适用于各州）、类似的州宪法条款（例如德克萨斯州宪法第 1 条第 8 款）或其他国家的宪法条款，**是否存在思想自由的权利，这些权利应该优先于精神病学的所谓诊断性（但实际上只是描述性）分类系统和国家的法定非自愿收容标准。**

很明显，DSM 的目的之一是允许心理健康专业人员向医疗保健保险公司和政府计划（如 Medicare 和 Medicaid）收取几乎任何东西的费用（这是医疗保险费过高的原因之一，也是医疗保健使政府和经济破产的原因之一）。许多正常的人类思维和行为至少可以说属于 DSM 中的精神障碍类别。DSM 中所谓的诊断（但实际上只是描述性的）标准是如此广泛，许多评论家和批评家正确地表示，可能没有活着的人不属于 DSM 的各种精神障碍类别，而且大多数人同时符合几种精神病学诊断的标准。例如，“耶鲁大学精神病学教授杰伊·卡茨（Jay Katz）在宣誓后的法庭证词中承认，‘如果你看看 DSM-III，你可以把我们所有人都归入精神障碍的一个或另一个标题’”（引自 Thomas Szasz，《疯狂——想法及其后果》，雪城大学出版社 1997 年，第 57 页）。董事会认证的神经学家和精神病学家悉尼·沃克三世（Sydney Walker III, MD）在他的书《多动症骗局》中说：“DSM 的另一个主要缺陷，与第一个缺陷有关，是它几乎将所有东西都标记为某种类型的疾病。因此，一个看 DSM 医生的孩子几乎可以肯定有精神病学标签和处方，即使孩子完全没事”（圣马丁出版社 1998 年，第 23 页；斜体是沃克博士的）。根据哈佛医学院社会医学高级讲师、《新英格兰医学杂志》前主编玛西亚·安吉尔（Marcia Angell）博士的说法，弗朗西斯博士在艾伦·弗朗西斯博士的书《拯救正常》的防尘封面上表示赞同，弗朗西斯博士“曾经是美国最有影响力的精神病学家，作为编纂美国精神病学协会最后一版[第四版]的工作组负责人。精神障碍诊断和统计手册（DSM）”。然而，即使是这位备受尊敬的精神科医生弗朗西斯博士也说，他“遇到了许多其他从事 DSM-5 工作的朋友，他们对他们的宠物创新同样感到兴奋，并很快发现我个人有资格治疗他们建议纳入 DSM-5 的许多新疾病”（拯救正常——内部人士对失控精神病学诊断的反抗，DSM-5，大型制药公司和普通生活的医学化，哈珀柯林斯 2013 年，第 xvii 页）。弗朗西斯博士引用了“一项研究发现，83% 的孩子在二十一岁时**有资格获得精神障碍诊断**”（同上，第 177 页：美国儿童和青少年精神病学杂志：“成年早期精神疾病的累积患病率：来自大烟山研究的前瞻性队列分析”，第 50 卷，第 3 期，（2011）第 252-261 页）。三位社会工作和社会福利教授（Stuart A. Kirk 等人）在他们的著作《疯狂科学：精神病学胁迫、诊断和药物》（Transaction Publishers 2013, p. vii）中说：“**根据美国精神病学协会最新的精神疾病诊断方法，近一亿人，占美国人口的 25% 至 30%，在任何一年都有精神疾病，一半的人口在一生中将患有精神疾病**”。同样，2011 年，英国医生弗农·科尔曼（Vernon Coleman）博士写道：“**诊断症状学是如此模糊和深远，以至于我可以毫不费力地在英国的每个人身上找到一些可定义的精神疾病**”（医生和护士杀死的人比癌症更多吗？，欧洲医学杂志 2011 年，第 32 页）。在《法庭的妓女：精神病学证词的欺诈和美国司法的强奸》（ReganBooks 1997 年，第 250 页）中，波士顿大学心理学教授玛格丽特·A·哈根博士说：“**最新的（1994 年）《精神疾病诊断和统计手册》为民事诉讼当事人提供了数百种可能的疾病，每种疾病都整齐地列出了必要的症状。很难想象任何人可以生活在当今社会，而不被诊断出患有这些众多疾病中的至少一种。**”

---

### **DSM 将几乎所有东西都标记为某种类型的疾病**

DSM-5 比 DSM-III, DSM-IV 或 DSM-IV-TR 更广泛地扩大了精神障碍的类别。根据萨拉热窝大学精神病学和政治心理学教授 Dusan Kecmanovic 的说法，“DSM-5 出版后很难恢复正常”（“DSM-5：变化越多，它就越相同”，Psychiatria Danubina, 2013;第 25 卷，第 2 期，第 94-96 页）。（美国人在考虑法律不让枪支落入“精神病患者”手中时应该牢记这一点：由于根据现行标准，几乎每个人都有资格成为精神病患者，因此此类法律在适用时可能是对第二修正案的事实上的废除。玛西亚·安吉尔（Marcia Angell）博士在她的著作《制药公司的麻烦》中说：“**很少有精神疾病有客观的诊断标准**”

（第 88 页）。实际上，没有。模糊、不可靠、不可预测和无效的精神病学诊断使任意“诊断”和任意非自愿治疗成为可能并鼓励。这违反了最高法院在帕帕克里斯图案中规定的宪法标准。

宪法要求政府必须告诉您什么是允许的，什么是不允许的，然后才能因为您没有按照预期行事而对您做任何事情，这是公平的。这就是为什么美国最高法院宣布它是宪法所要求的。

然而，这一宪法要求存在问题，或者换句话说，法治存在问题：我们不能总是提前预测和阐明一个人可能说或做的一切，其他人在意识到这一点后会认为是不可接受的。

这个顿悟是在 1992 年，当时我和当时约会的女子坐在曼哈顿一家餐馆的一张桌子旁。我们的桌子位于窗户旁边，窗户的另一边是人行道。一个看起来像无家可归的人把脸靠近窗户，他盯着我们，指着我们，做鬼脸，跳着奇怪的舞蹈。他的行为令人分心和不恰当，但如何制定一项法律来禁止他正在做的事情？：不要看或太靠近餐厅的窗户？不指着人？不做鬼脸？不在人行道上跳舞？同样，我曾经看到一个男人睡在酒店走廊的地板上，脸贴在肮脏的地毯上。起初我以为他可能已经死了，但经过几秒钟的观察，我可以看到他在呼吸。我建议酒店前台服务员唤醒了那个男人，告诉他他不能在那里睡觉，并让他去酒店房间里睡觉。第二天，在一家地铁三明治店里，一位看起来像无家可归的顾客开始大声唱歌，伴随着商店天花板上扬声器播放的音乐，打扰了店里的每个人。在非自愿承诺和非自愿监护听证会上提出的证据中，这样的例子比比皆是。在我认为我已经听到并看到了一切之后，一个被提议的病人在非自愿承诺的所谓精神疾病中的行为或想法，或者在非自愿监护审判中提议的成人病房的行为或想法，让我面对另一个不可接受的想法或行为的例子，如果我被赋予编写州刑法和其他法律的工作，我不会想到。很大程度上正是因为这种困难，我们才有了精神疾病的概念。社会学家托马斯·谢夫（Thomas Scheff）将精神疾病定义为“残余的破坏规则”：“在犯罪之后，”他的两位批评者写道，“变态、醉酒、不礼貌，总有那些文化没有明确标签的各种抓袋违规行为——那些被认为是精神病的人打破的‘残余规则’”（[雷尔·让·艾萨克和弗吉尼亚·C·阿马特](#)，[街头疯狂](#)，自由新闻/麦克米伦，1990 年，第 49 页）。精神疾病的概念允许我们作为一个社会对守法的人实施制裁，即惩罚（称为“治疗”），这些人没有按照我们对人们应该和不应该从事什么行为的期望生活，以及人们应该或不应该表达什么信仰或思想。正如精神病学教授托马斯·萨斯（Thomas Szasz）在 1994 年所说，“当我在匈牙利长大时——1920 年代、1930 年代——非常非常清楚，精神病学本质上是一种监狱职能。有蓝衣警察和白衣警察。（“[Thomas Szasz on Socialism in Health Care](#)”，[YouTube.com](#)，1: 24: 42）。在“精神疾病作为脑部疾病：简史课”中，Szasz 博士说：“精神疾病是脑部疾病的论点与精神病学本身一样古老：精神病学是医学和治疗的一个分支，而实际上它是法律和社会控制的一个分支，这是大谎言的一个组成部分”（[szasz.com](#)，2014 年 8 月 2 日访问）。同样，在 2011 年，包括心理学教授马克·拉普利（Mark Rapley）和精神病学家乔安娜·蒙克里夫（Joanna Moncrieff）在内的三位作者称精神病学为“监管人类行为的企业”（[Rapley 等人](#)，[医学化痛苦](#)，Palgrave Macmillan 2011，第 4 页）。英国精神病学家苏曼·费尔南多（Suman Fernando）说：“精神病学……从一开始...一直关注社会控制”（同上，第 50 页）。伦敦大学学院医学社会史教授罗伊·波特（Roy Porter）在《[疯狂——简史](#)》一书中说：“对许多人来说，精神科医生似乎已经沦为社会的警察或守门人，保护它免受疯子的侵害”（[牛津大学出版社](#) 2002 年，第 186 页）。路易丝·阿姆斯特朗（Louise Armstrong）的书《[他们称之为帮助——美国儿童的精神病学警务](#)》（Addison-Wesley Pub. Co. 1993）的副标题也强调了精神科医生作为警察的作用。蓝衣警察执行成文法；白衣警察——精神科医生——执行联合国成文法律，禁止我们没有想到要制定法律反对或选择不反对的思维和行为（出于下面讨论的原因），或者我们找不到合适的词（就像我上面的例子）。精神病学作为（1）医学专业的一部分和（2）执行社会不成文法律的事实上的警察的角色被混淆和混淆，导致违反社会不成文法律的人无法享受刑法中存在的保护。违反社会不成文的法律被称为精神疾病或障碍。惩罚是称为非自愿住院的监禁，心理和身体痛苦以及由“非自愿药物治疗”或非自愿电休克“治疗”引起的脑损伤。

奇怪的是，违反我们的不成文法的人往往比违反我们的成文法的人受到更严厉的惩罚：会有人提倡用药物或电击导致的脑损伤作为对银行抢劫甚至谋杀的惩罚吗？我们目前的方法回避了预先确定什么是允许的，什么是不允许的这一困难任务，并允许我们实施特别严厉的惩罚。把人们称为精神病患者并以所谓的精神疾病治疗来惩罚他们要比预测人们可能做的每一件不可接受的事情并颁布法律禁止这种行为容易得多。

## 精神科医生和他们的同事是执行社会联合国成文法的白衣警察

有时，相信精神疾病，或者假装有精神疾病这样的东西，是我们对不喜欢的言论或行为实施制裁的唯一途径，因为如果我们要制定法律明确描述禁止的内容，很明显我们用这样的法律侵犯了被告的宪法权利。例如，人们经常被迫接受精神科“治疗”，包括非自愿住院治疗，因为他们说了什么，而不是因为他们做了什么。这是否违反了第一修正案对言论自由的保障？第一修正案是否只保护其他人认为理智或理性的言论？

当别人认为你应该说话时拒绝说话是另一个例子。2011年，我是一名非自愿承诺听证会的观察员，他的“选择性缄默症”（很少对任何人说一句话，*DSM-IV-TR* 诊断 313.23，第 125 页）是他所谓的精神疾病的主要症状，在那次听证会上（在他可以因刑事指控被拘留的时间到期后），他被非自愿地送往克尔维尔州立医院。在 *Wooley v. Maynard*, 430 U.S. 705 at 714 (1977) 一案中，美国最高法院表示，“受第一修正案保护的反对国家行动的思想自由权既包括言论自由的权利，也包括完全不说话的权利。法律百科全书《德克萨斯法理学》说：“沉默的自由包括在言论自由的保障中”（9 *Tex. Jur.*。《宪法》第 91 条，第 525 页）。**因为这是违宪的，没有人会写一部法律说你必须与人交谈。**然而，几乎每个人都期望与周围的人进行正常的对话。因此，缄默症或选择性缄默症可以成为“精神疾病”，促使进行必要的“治疗”，在这个案例中，尽管宪法赋予了“完全不说话”的权利，用美国最高法院的话说，也确实如此。如果**表面**或假定的原因是“精神疾病”而不是宪法保护的作为或不作为，那么一个人可能因为行使宪法权利而被监禁，例如拒绝说话。

我们可以制定刑法，反对缄默症，或非传统的宗教或哲学信仰，或皈依您的家人憎恶的宗教，或大声表达大多数人不同意的非宗教信仰，或浮夸或令人讨厌，或表明自己过度不快乐（“抑郁”），或与在场的其他人高声自言自语，或承认考虑自杀，或企图自杀。我们没有，因为制定这样的法律似乎不对。在许多情况下，这样的法律将承认我们有时是多么狭隘，不宽容，专制，甚至专制，包括在像美利坚合众国这样的国家，自由经常被吹捧为美国爱国主义的原因。通常，这些法律不可能与美国第一修正案对思想和言论自由的保障或其他民主国家的类似保障以及联合国大会于 1948 年 12 月 10 日在巴黎通过的《联合国世界人权宣言》第 19 条相协调：

人人有权享有见解和言论自由；这项权利包括不受干涉地持有意见的自由，以及通过任何媒体寻求、接受和传递信息和思想的自由.....

在美利坚合众国和其他国家，授权对精神疾病进行民事承诺的州和联邦法律经常侵犯这种见解和言论自由权。在美国，思想、意见和言论自由受到尊重，如果一个人认为耶稣是神的儿子，但如果他认为**他是**神的儿子，或者如果他认为别人在迫害他（其他人不同意），或者如果他认为他的生活不值得活（其他人不同意），或者如果他有其他人认为疯狂或麻烦的其他想法。正如精神病学教授托马斯·萨斯（Thomas Szasz）在 1973 年所写的那样：“如果您与上帝交谈，您就是在祈祷；如果上帝对您说话，您就得了精神分裂症”（《第二宗罪》，Anchor/Doubleday 1973，第 113 页）。我们曾经（在苏联解体之前）被称为铁幕的西方，喜欢认为自己是热爱自由、维护人权的人。精神疾病的概念允许我们违反我们宣称的自由价值观，无视法治原则，而不承认我们正在做的事情。它允许我们违反 1776 年 7 月 4 日的《美国独立宣言》所说的所有男人（和女人）上帝赋予的不可剥夺的权利：“.....人人生而平等，造物主赋予他们某些不可剥夺的权利，其中包括生命、自由和追求幸福。**精神疾病的神话允许我们剥夺守法的人所谓的不可剥夺的自由和追求幸福的权利，并且由于精神科“治疗”的致命影响，例如精神安定药“药物”对心脏的影响引起的猝死，或精神安定药恶性综合症，或电击，或身体约束（导致窒息），有时甚至他们的生命权，通过假装我们正在“治疗他们的精神疾病”。**精神病学家罗恩·莱弗（Ron Leifer）医学博士在 2000 年 12 月 27 日 [critpsynet.freeuk.com](http://critpsynet.freeuk.com) 《伦理人类科学与服务》上发表的一篇文章题为“对精神病学的批判和对话的邀请”的文章中说得很好：

问题在于，社会需要比法律允许的更大程度的社会控制。公众希望受到保护，免受非常规、威胁和危险行为的侵害。因此，公共授权要求一种隐蔽形式的社会控制，以补充法治。**医疗强制精神病学与国家结盟，伪装成医疗诊断和治疗来履行这一职能。...非自愿的、强制性的精神病学通过提供一种补充形式的社会控制来为社会服务，因为它是隐蔽的或伪装的，通过使我们看起来像一个法律上的自由个人国家来维护我们的民族自豪感。另一方面，当隐蔽被揭露时，可以看出它违反了个国家建立的荣誉价值观**

1987年纽约市新闻报道中突出的一个例子是使用精神疾病的概念让无家可归的人离开街头和城市的公园。《纽约时报》的一篇文章称其为“科赫政府的一项计划，非自愿地为居住在城市街道上的严重精神病无家可归者住院”（乔希·巴巴内尔，“纽约下令为无家可归的妇女寻找照顾”，《纽约时报》，1987年11月25日，第B3页）。纽约市市长埃德·科赫（Ed Koch）没有承认真正的动机是摆脱这些人，他们的存在会激怒其他人，而是断言其目的是让他们“住院”（当然是非自愿的），因为据称需要“心理健康”治疗。这是一个典型的伪装成善的压迫案例。纽约立法者本可以制定一项法律，规定无家可归者或睡在公园长椅、人行道或地铁站是非法的，并将无家可归的人扫入某种拘留设施。但他们不能或不想接受这种选择的道德含义，因此更愿意以所谓的精神疾病为借口来证明监禁无家可归者是正当的。这在智力上是不诚实的，因为真正的原因是对无家可归者的**不赞成或烦恼**，而且因为监禁不会仅仅因为它被称为住院而变得良性。

即使有可能预测人们可能做的一切，我们作为一个社会想要禁止的一切，即使我们不在乎制定这样的法律是否清楚地表明我们用这样的法律侵犯了人权和宪法权利，在许多情况下，不可能制定一部法规来禁止我们想要禁止的行为，而不包括我们没有的其他行为。想禁止。一个例子是在公共场合哭泣。一个经常在公共场合哭泣的人，或者出于很少有人同情的原因，或者出于别人不理解的原因，会打扰别人。很少有人会主张在公共场合哭泣是非法的，因为在某些情况下，大多数人认为在公共场合哭泣是可以理解和接受的，不应该被禁止。人们应该直观地知道什么时候可以在公共场合哭泣，什么时候不能。一个人在公共场合哭泣的原因，而别人没有同情心，或者有时别人不喜欢，或者比其他人认为合适的更频繁、更响亮，这是在打破一个残余的行为规则，也就是说，一个没有写在任何地方但人们仍然应该知道并遵守的规则。违反这种不成文的期望可能会导致称为非自愿精神病治疗的惩罚，包括因重度抑郁症或其他一些假定的诊断而非自愿“住院”。如何、何时、多大声地表达自己的愤怒，即使是口头上的，也没有威胁他人受到身体伤害，这也是剩余行为规则的主题，违反这些规则可能导致非自愿的精神“治疗”，包括非自愿的“住院”或非自愿的门诊承诺法院命令，迫使住在自己房子或公寓里的人到诊所每两周或每月注射一次旨在治疗的长效药物 一种所谓的精神疾病，例如不恰当地表达愤怒。

---

## 精神疾病的概念允许我们违反我们宣称的关于自由和法治的价值观，而不承认这就是我们正在做的事情

在2009年10月14日的一封信中，我向退休的精神病学教授托马斯·S·萨斯（Thomas S. Szasz）提出了上述想法，我不久前曾访问过他的家乡纽约曼利乌斯：

我相信精神疾病的神话继续存在的原因不仅仅是，甚至主要是因为人们不了解它的科学无效性，尽管这当然是一个因素。我相信精神疾病的概念继续被法律接受的最重要原因之一是，不可能将所有普遍持有的行为期望以及人们执行这些不成文的期望写入刑法和其他法律。精神疾病是用来惩罚违反不成文规则的人的合理化——惩罚称为非自愿住院治疗，酷刑作为惩罚，但称为治疗所谓的但实际上不存在的“精神疾病”。...我认为克服这个问题是像你我这样的人面临的一个重要挑战，他们希望美国和其他国家受到法治的统治，而不是事后武断地决定什么是对的或错的。

在上述信件中，我给了萨斯博士一盘录音，录音了我在1990年在曼哈顿参加的托马斯·S·萨斯致敬晚宴上的演讲，包括他自己的演讲。萨斯博士在2009年10月19日的一封电子邮件中回复说：“亲爱的拉姆齐先生，非常感谢录音带和您的信，我完全同意。边际规则违规及其惩罚是游戏的名称。最美好的祝愿，托马斯·萨斯”

---

## 边际规则违规及其惩罚是游戏的名称

作为一个社会和民主国家的公民，如果我们抛弃精神疾病的神话，废除我们的民事承诺法，取而代之的是颁布一部刑法，公开承认立法者无法预测并制定一项法律来反对每一个应该被禁止的行为，我们会更加诚实。这样的法律可以命名为“犯罪行为NOS”。似乎我看到的大多数精神疾病的非自愿民事承诺的精神疾病诊断都以字母NOS结尾，例如，人格障碍NOS或精神病性障碍NOS。精神病学家迈克尔·艾伦·泰勒（Michael Alan Taylor）在他的书《希波克拉底哭泣：美国精神病学的衰落》（牛津大学出版社

2013年，第39页）中说：“超过三分之一的精神病患者最终被贴上了NOS（未另行说明）的标签。即使美国精神病学协会的《精神疾病诊断和统计手册》的每个新版本都增加了诊断类别，导致每一版都比上一版有更多的诊断（或描述），精神科医生仍然发现有必要使用“NOS”诊断。如果我们要根据以字母NOS结尾的假定诊断来监禁人们，为什么不制定一部以NOS结尾的刑法来做同样的事情呢？犯罪行为NOS可以定义为“本刑法典中未提及但被告知道的行为，或者如果他是一个具有普通智力的理性人，他会知道他不应该实施的行为。用刑事或刑法条款（如犯罪行为NOS）取代民事承诺法，将代表家庭和政府的权力的限制，以监禁和惩罚人们（否则）合法但令人烦恼的行为，或者萨斯博士所谓的边缘规则违反，与今天授权对假定的精神疾病的民事承诺的法律相比，原因如下：要获得对犯罪行为NOS的定罪，控方将被要求证明被告犯有具体的过去行为，而不是允许监禁（称为非自愿“住院”）和体罚和心理折磨（称为非自愿“药物”或非自愿电击）对于所谓的，任意且通常定义模糊的精神状态，例如抑郁症或精神分裂症或躁郁症或人格混乱，或预测未来的行为——“危险”。美国最高法院在 *Addington v. Texas*, 441 U.S. 418 (1979) 一案中允许的“明确和令人信服”的证据标准，以及美国许多州采用的“明确和令人信服”的证据标准，将被适用于刑事案件的更严格的“排除合理怀疑”的证据标准所取代。大多数美国人有权在民事承诺中接受陪审团对精神疾病的审判，但许多人没有。如果废除民事承诺法，并在每个州的刑法中增加犯罪行为NOS，被告由陪审团审判的权利将得到与其他刑事案件相同的尊重，因为立法者和法官将不再玩文字游戏或使用欺骗性语义来避免尊重被告的宪法权利，包括由陪审团审判的权利，称诉讼程序为“民事”或“特殊”而不是刑事。法官或陪审团将被要求认定被告不仅被指控的行为，而且知道当时他所做的事情是错误的，或者一个具有普通智力的理性人会知道他所做的事情是错误的。为避免将缺乏具有普通智力的合理人的心智能力的人判定为“刑事”罪行，法官或陪审团必须有权认定被告的行为被指控，一个具有普通智力的理性人会知道该行为是错误的，但被告缺乏具有普通智力的合理人的心智能力，拒绝对“刑事”犯罪的判决，并判处被告一种被视为教育或治疗的监禁或计划。有些人会反对这种做法，因为它不允许干预以防止未来的行为。我的回答是，我们无法可靠地预测一个人未来的行为，以证明监禁是一种预防措施。用一位神职人员的话来说，我在2012年1月1日的C-Span上看到了他的主日讲道，“一个人将来会做什么的唯一证据是他们过去所做的事情的记录”（Bill Tvedt 牧师，Jubilee Family Church, Oskaloosa, Iowa）。一个人未来的行为不能用任何举证责任来证明，甚至不能用“优势证据”来证明，除非他说他要做某事，或者他过去有过类似行为的悠久历史。（参见对“精神疾病”或“危险性”的非自愿承诺是否违反了实质性正当程序？用名为“犯罪行为NOS”的刑法代替现行的民事承诺法只是部分解决方案，因为有时人们的行为令人烦恼，但不能证明刑事诉讼是合理的，包括犯罪行为NOS。在某些情况下，执行私有财产权，赋予财产所有者对其财产可以做些什么的权力可能是最好的解决方案。

**总结：**由于没有可信的证据证明任何所谓的精神疾病是由生物异常引起的，所以所谓的精神疾病只能定义为被认为不可接受的思维或行为。如果没有生物学异常被证明是行为或假定症状的原因，所谓的精神疾病就不符合真正的疾病或真正的疾病。“精神”一词意味着非身体：一个人不能患有“精神疾病”，就像他不能患有精神癌症一样。有可能患有脑癌，但不能患有精神癌症。出于类似的原因，有可能患有脑部疾病，但不是精神疾病。同样，患有“精神”疾病的可能性不大，就像患有“宗教疾病”或“政治疾病”的可能性一样。宗教和政治思想是心态的方面，事实上，许多人因为他们认为是宗教的思想而受到非自愿的承诺。精神疾病不存在，除非在相信精神疾病的人的脑海中作为一个概念。非自愿精神病学“治疗”是对人们不喜欢的思想或行为的惩罚，而不是人们喜欢思考以及立法者和法官所假设的医疗保健。如果所谓的心理健康专业人士只允许自己使用脑部疾病（而不是“精神疾病”）一词，并拒绝相信脑部疾病存在，除非找到真正的身体，生物学（不仅仅是精神，情感或行为）证据，大多数（如果不是全部）精神和心理“诊断”（将价值观与健康混淆）将停止。但是，正如精神病学家罗纳德·莱弗（Ronald Leifer）所指出的（上图），我们作为一个社会将被困在法治上，“公众将被剥夺维持家庭安宁的法外手段”（“对精神病学的批判和对话的邀请”，伦理人类科学与服务，2000年12月27日，<http://www.critpsynet.freeuk.com/critique.htm>，2013年3月9日访问）。

由于上述所有原因，对精神疾病的信念仍在继续，从逻辑或科学或法律和宪法的角度来看，这些原因都不是有效的。

# (684) 法学博士谈：（七）精神科药物：治疗还是伤害？

“回想我所接触的所有住院病房（六个）和入院的病人（数千人），我们为许多人做的最重要的事情是停止精神科医生给他们开的不合理的药物。”精神病学家迈克尔·艾伦·泰勒（Michael Alan Taylor）医学博士在他的著作《希波克拉底哭泣：美国精神病学的衰落》（牛津大学出版社 2013 年，第 167 页）

“没有证据表明任何类别的精神科药物通过逆转或部分逆转导致产生症状的潜在物理过程起作用。” Joanna Moncrieff, MBBS, MSc, MRCPsych, MD - 伦敦大学学院心理健康科学高级讲师，“精神病诊断作为一种政治手段”，社会理论与健康，第 8，4 卷，第 370-882 页（2010）

“对于每一类精神科药物，长期研究（几个月或更长时间）仍然没有显示出有效性的证据。...所有精神科药物都有严重的长期不良反应，并倾向于产生慢性脑损伤（CBI）。”精神病学家 Peter R. Breggin, 医学博士，在他的书中 精神病药物戒断 - 处方者，治疗师，患者及其家人指南（Springer Publishing 2013），第 70 和 265 页

“我是一个被精神药物严重伤害的人，只是想重拾生活的碎片，继续生活下去。...我已经停用精神药物 4 年了，但仍然被它们弄得虚弱无力。...即使是现在，我仍然对这些药丸对我生活的负面影响感到震惊。让我觉得，当我恢复健康时，我必须以某种方式从精神病学上帮助他人。” 急诊室，女，35 岁，在密歇根州，在 2015 年给我的邮件中

“我失去了一切。...克洛诺平拿走了一切。” 洛杉矶，女，55 岁，纽约，2014 年或 2015 年与我通电话

“...那么我们如何区分精神药理学和药物骗局呢？” Stuart A. Kirk, D.S.W., Tomi Gomory, Ph.D., & David Cohen, Ph.D., 在他们的书《疯狂的科学——精神病胁迫、诊断和药物》（Transaction Publishers 2013），第 275 页

精神药物伤害大脑，通常是永久性的。精神药物对服用者没有任何益处(除了有时的安慰剂效应，如果服用的剂量足够低，其毒性作用不明显；又或者当试图减少剂量或停止服药时，用于戒断症状的缓解)。精神科药物和开处方的医生、医生助理、执业护士和(在美国的一些州)心理医生以及下令给药的法官对您的健康构成危险。制定法律授权用精神药物“治疗胜于反对”的立法者和州长，批准非自愿精神“药物治疗”命令的法官，以及执行这些命令的人，正在使人们遭受痛苦和往往不可逆转的脑损伤，他们正在侵犯人权。由于政府对医疗保健从业人员的许可是为了保护公众免受有害或不科学的治疗，因此**法律应禁止有执照的从业者使用精神科药物** - 除了已经对精神科药物上瘾并需要缓慢戒断的患者，或者必须终生继续服用药物以避免无法忍受的戒断症状的患者。

您需要知道的关于精神科药物或“药物”的大部分内容，都可以在 2008 年出版的一本 457 页的书中找到，作者是 psychia trist Peter R. Breggin 医学博士，第二版《精神病学中的脑失能治疗》(Springer 出版公司)：

...除了由精神药物引起的大脑功能障碍和生化失衡，定期向精神科医生寻求帮助的人的大脑中没有已知的异常...对于这本书的这个版本，脑功能障碍治疗的概念已经被更新和扩展...所有抗精神病药物的神经毒性和细胞毒性的新信息.....。所有的生物精神疗法都有一个共同的作用模式：破坏正常的大脑功能。...所有主要类别的精神药物——抗抑郁药、兴奋剂、镇定剂(抗焦虑药)、情绪稳定剂和抗精神病药——都具有神经毒性。它们毒害神经元，有时甚至摧毁它们。...目前可用的生物精神疗法并不专门针对任何已知的大脑疾病。首先，它们扰乱了正常的大脑功能，没有纠正任何大脑异常。...即使有一天一种或另一种精神疾病被证明是有生物学基础的，这也不能证明对这些病人使用精神药物是正当的，从而使他们的大脑疾病与药物毒性相结合。...具有讽刺意味的是，精神药物并不能治愈或改善中枢神经系统疾病；反而这些疾病是药物造成的。[第二十三、二十七、二、七、八、四十三页]

正如布雷金博士在他的网站 <http://breggin.com> 和 <http://YouTube.com> 上的视频中进一步指出的那样，“关于精神病学的简单真相——精神科药物如何真正起作用？”（第 2 部分，在 8 分 18 秒），“如果您



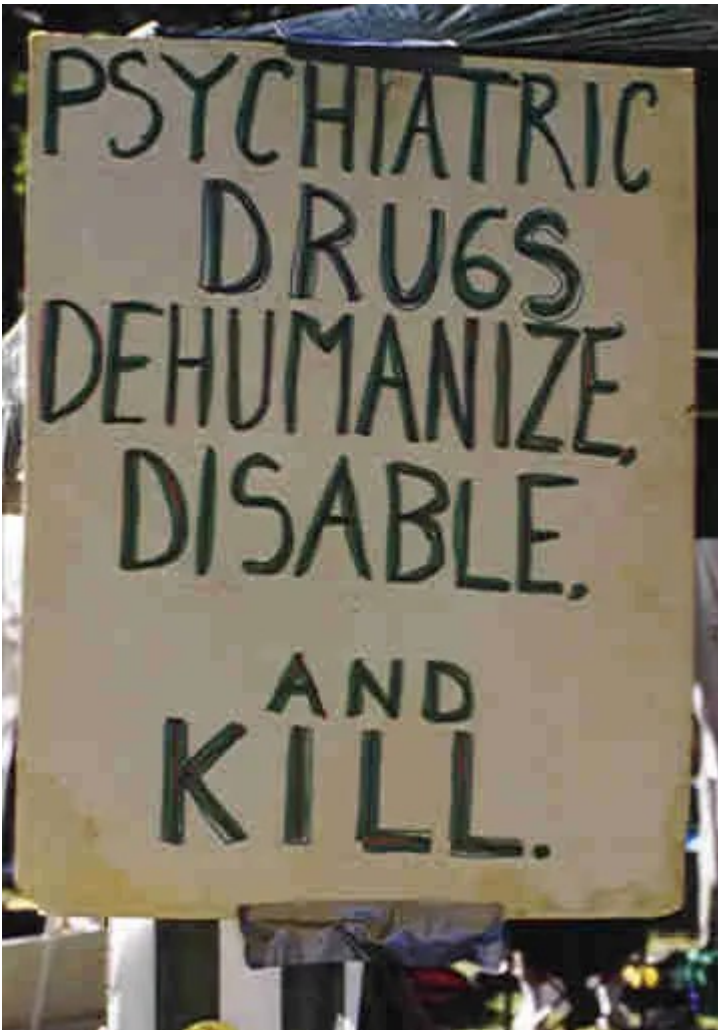
从精神科药物中获得效果，那就是致残效果。”在《抗抑郁事实书》（Perseus 2001，第 168 页）中，布雷金博士说：“如果一种药物对大脑有影响，那就是在伤害大脑。科学尚未发现或合成任何改善正常大脑功能的精神活性物质。相反，所有这些都会损害大脑功能。”2011 年，哈佛大学精神病学教授布莱斯·A·阿吉雷（Blaise A. Aguirre）医学博士在一次关于边缘型人格障碍（BPD）的讲座中说，“几乎所有”进入麦克莱恩医院（马萨诸塞州一家精神病医院）青少年治疗室的病人都是“多药治疗”，正因为如此“他们被关闭”并且是“僵尸”，帮助他们进行心理治疗的唯一方法(即通过与他们交谈)是让他们停止服用精神药物。他说“大约四分之一的(他的病人)离开(他的精神病治疗单元)时没有服用任何药物，只是感觉好多了”，而且“没有证据表明(精神病)药物会增加你本来不必开始的能力”（“青春期 BPD：早期检测和干预”在亚特兰大举行的全国教育联盟边缘型人格障碍会议上，格鲁吉亚，2011 年 11 月 4 日，<http://YouTube.com>, 35: 15 至 36: 30）。不管是有意还是无意，阿吉雷博士的言论承认，精神药物总是减少或降低精神功能，而从来不会增加或改善精神功能，也不会让人感觉更糟而不是更好。

---

如果您从精神科药物中获得效果，那就是致残效果。

正如布雷金博士在《精神病学中的大脑致残治疗》和其他几本书中明确指出的那样，正如记者罗伯特·惠特克（Robert Whitaker）在《流行病剖析》（Anatomy of an Epidemic）中所记录的那样（见本文末尾的推荐阅读），正如我将在下文中更详细地展示的那样，“**精神病治疗没有药物（medications）。精神病治疗只有毒品（drugs）**”。虽然从他们的医学词典定义中看不出来，但随着这些词的使用，“药物（medication）”和“毒品（drug）”并不完全是同义词。“药物（medication）”一词意味着益处。“毒品（drug）”这个词不一定。例如，海洛因和可卡因是毒品（drugs），但我从未见过或听到有人称这两种毒品为药物（medication）。这就是为什么精神科药物（drugs）的倡导者通常称它们为“药物（medication）”，而批评者通常称相同的物质为“毒品（drugs）”。所有药物（medications）都是药物（drugs），但化学物质或化合物可以是毒品（drug）而不是药物（medication）。所有精神药学的药物(drugs)都不属于药物(medication)治疗这个词的通常含义，因为它们没有帮助，而且在许多情况下(如果不是大多数的话)会造成伤害。精神药物（drugs）不是药物(medications)的另一个原因是，根据通常的定义，药物(medication)治疗可以治愈或减轻疾病的症状(疾病或病症是损害身体功能的身体异常)，而没有精神药物(drug)可以做到这一点。正如彼得·布雷金博士所说(在上面缩进引用的最后一句话中)，在精神病学中，“**药物（medication）**”是给您带来疾病的东西。

精神病患者“通过药物稳定下来”的想法是制药公司制造的神话，这些公司试图通过销售更多的“药物”来实现利润最大化，以生物学为导向的精神科医生和心理学家开出他们的处方，制药公司资助的宣传团体如全国精神疾病联盟(NAMI)，以及电视节目和电影的编剧，他们在虚构的叙述中将精神病患者描述为停止服用“药物”时的暴力或非理性。现实是，今天被称为精神病患者的人并不是“靠药物稳定下来”，而是因药物而致残。由于其镇静作用，精神药物可以暂时抑制暴力、刺激或烦恼的思维或行为，但它们也会对大脑造成暂时和永久的损伤，并最终导致行为问题，并增加服用者的死亡风险。精神药物不仅具有神经毒性，而且具有细胞毒性（这意味着通常对活细胞有毒），通常不仅会伤害大脑，还会伤害身体的其他部位。精神病学家 Peter Breggin 和临床社会工作教授 David Cohen 在《你的药物可能是你的问题——如何以及为什么停止服用精神病药物》（Perseus Books 1999，第 81 页）中表示，抗精神病药物“几乎会使身体的每一个系统受损。包括最近的一项研究在内的研究表明，这些药物对细胞普遍有毒。”



精神科医生和患者在非自愿民事承诺和治疗反对听证会上的证词给人的印象是，今天大约 90% 的医院精神病学由试图强迫人们进行所谓的药物治疗的精神科医生和试图避免药物治疗的“患者”组成。大多数精神药物使人感到痛苦，所以大多数人抵制服用它们。精神药物的危害如此之大，以至于任何人都**不应该服用，但是精神病院的患者却被迫服用**。许多住在医院外的人被法院命令在住在自己家里时服用精神药物，或作为离开精神病医院的条件。

通过强迫人们服用使他们感觉不好并损害健康的精神科药物来惩罚他们，同时错误地相信或假装这些药物正在治疗疾病，可能会迫使人们改变他们（外在表达的）想法或行为以避免这种惩罚，但这不是医疗保健。

在他的文章“精神病学的批判和对话的邀请”（发表于《伦理人类科学与服务》，2000年12月27日）中，精神病学家 Ron Leifer，医学博士，问道，“如果精神疾病是一种社会建构而不是身体疾病，那么使用精神药物的问题自然会出现。为一种隐喻性的疾病开一种药意味着什么？”这意味着精神药物的使用是**伪科学和庸医**。因为精神药物会干扰大脑（因此也干扰了思维）和人体其他部分的正常功能，并且不会治疗任何真正的疾病，所以它们的使用是**医疗保健骗术，而不是医疗保健**。

---

### 精神病学有有害的毒品，但是没有真正的药物

20 世纪 70 年代，当我和一个学医的朋友一起上精神病学课时，教授告诉我们“研究表明我们不需要睡觉，但我们需要做梦。”根据圣母大学心理学副教授兼睡眠、压力和记忆实验室主任杰西卡·佩恩博士的说法，“在睡眠期间，你的大脑和身体实际上非常活跃，对您的身心健康至关重要。...睡眠对您的健康和饮食、锻炼一样重要”（引自《真实简单》杂志，<http://realsimple.com>，2014年8月，第105页第106页）。睡眠的做梦阶段，称为快速动眼期(REM)阶段，是至关重要的部分。与诸如主要和次要镇静剂、所

谓的抗抑郁药和情绪稳定剂等精神药物被用作安眠药的说法相反，它们的真正效果是抑制或阻止真正的睡眠，特别是关键的快速眼动或做梦阶段。在一篇题为“抗抑郁药对睡眠的影响”的文章中，康涅狄格大学精神病学教授兼精神药理学主任 Andrew Winokur 博士和康涅狄格大学助理临床教授兼辉瑞公司雇员 Nicholas DeMartinis 博士说，“事实上所有的 SSRIs[选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂抗抑郁药]都被认为可以抑制快速眼动睡眠”。他们说“大多数 TCAs(三环抗抑郁药)明显抑制快速眼动睡眠”，并且用作抗抑郁药的 MAOIs(单胺氧化酶抑制剂)苯乙肼和反式环丙氨嗪“已被证明产生快速眼动抑制”。他们还说“选择性 SNRIs[血清素和去甲肾上腺素再摄取抑制剂，这是另一类据称的抗抑郁药物]，报道的一般效果模式是...睡眠连续性的中断和快速眼动睡眠的明显抑制”(<http://psychiatrictimes.com>, 2012 年 6 月 13 日)。阿拉斯加州朱诺市的精神病学家和精神分析学家道格拉斯·C·史密斯医学博士在 2011 年纽约锡拉丘兹移情疗法会议的演讲中说：

事实证明，做梦对生活是绝对必要的。没有梦想，我们无法生存。有实验表明，您可以剥夺人们的快速眼动睡眠，他们会很快发疯。如果您在实验动物身上这么做——因为所有的哺乳动物都有快速眼动睡眠梦——如果你剥夺实验动物的快速眼动睡眠，它们会比饿死更早死亡。所以比起吃饭，我们更需要做梦。...我担心精神药物，因为——出于很多原因，但还有一个原因，如果您没想到这个的话——所有精神活性物质都会影响做梦。它们都在某种程度上抑制或削弱了正常的做梦过程，即快速眼动周期。您可以从脑电图和睡眠研究中看到。甚至安眠药也会影响正常睡眠。

一本自助杂志建议：“除非在医生的命令下，否则不要服用安眠药，然后连续不超过 10 晚。除了失去效力和上瘾之外，诱导睡眠的药物还会减少或阻止心理健康所必需的睡眠的梦境阶段“（Go Bonkers? 杂志，首发刊，第 75 页）。普利策奖得主威廉·斯泰隆（William Styron）在他的自传中说，在服用了纳尔迪尔、哈尔西翁和阿蒂万之后，他“好几个月”都没有做梦了（《可见的黑暗》，兰登书屋 1990 年，第 60、70、71、75 页）。对正常人的睡眠剥夺实验表明，如果持续足够长的时间，睡眠不足会导致幻觉（根据玛雅·派恩斯在她的书《大脑改变者》，Harcourt Brace Jovanovich 1973，第 105 页）。那么，服用抑制或阻止真正睡眠的药物（如精神科药物）的可能后果之一是什么？在精神病学中，单词和短语暗示或显示与事实相反，抑制快速眼动或睡眠的快速眼动或梦境阶段，使人更容易产生幻觉的药物被称为“抗精神病药”！许多精神科药物会诱发一个不知情或受过错误教育的观察者（似乎包括大多数心理健康专业人士）看起来像睡眠，但这些药物实际上诱导了一种无梦的无意识状态——而不是睡眠。通过损害快速眼动睡眠，精神科药物导致而不是治愈通常被认为是精神疾病的东西，正如罗伯特·惠特克（Robert Whitaker）在他的《流行病剖析》（Anatomy of an Epidemic）一书中所记录的那样（Crown Publishers 2010），在精神病学的精神药物时代，从 1950 年代和 1960 年代开始并持续到今天，精神疾病已经成为流行病，而不是减少或消除。

---

### 在精神病学中，“药物”给你一种疾病（而不是治愈或治疗一种疾病）

精神病学家道格拉斯·C·史密斯（Douglas C. Smith）在上述讲座中也说过：

如果您看看对被剥夺快速眼动睡眠的实验室动物的研究，它们会变得有点精神病。它们变得好斗。它们可能很暴力。它们实际上变得更加暴力，更加本能地驱动。它们更想要性，无秩序地。它们吃得更多。它们变得更加好斗。这让您想起了谁。您知道，服用精神药物的人。我今天(在这个会议上)听到了一些关于一些人变得极端暴力的故事——自杀或攻击性(在服用精神药物时)。...精神病学文献中出现的一件事是，现在有更多的意识，特别是抗抑郁药物——我认为可能是所有的精神药物，精神活性物质——但有数据显示，长期使用抗抑郁药物会导致慢性失眠。天哪，我真的看到了，越来越像是我看到的(在我的临床实践中)。

精神药物危害的最引人注目的例子是它们导致的死亡，例如精神抑制药恶性综合征、精神药物毒性导致的神经和心脏问题，以及在精神药物影响下变得暴力或有自杀倾向的人，如果让他们处于正常的无药物状态则不会这样。精神药物对睡眠快速眼动期期的影响是精神药物诱发冲动、暴力、自杀和杀人的一个解释。另一种叫做额叶综合征。哈佛精神病学教授、麦克林医院青少年辩证行为治疗中心的医学主任

Blaise A. Aguirre 医学博士在他的著作《青少年边缘型人格障碍》( Fair Winds Press 2007 年, 第 82 页)中这样描述大脑的额叶:

### 额叶

额叶是大脑中赋予执行功能的部分。这包括完成以下操作的能力:

- 认识到当前行为对未来的影响
- 在好行为和坏行为之间进行选择
- 坚持并权衡相反的观点
- 推翻和抑制不可接受的社会反应
- 确定事物或事件之间的异同.....

发生过额叶损伤的事故或创伤的人经常表现出易怒、冲动和愤怒的爆发。

精神科药物是否会损害或禁用大脑的额叶, 导致服用它们的人以暴力、凶杀和自杀的形式表现出“易怒、冲动和愤怒爆发”? 精神病学家格蕾丝·杰克逊(Grace Jackson) 医学博士在她的著作《重新思考精神科药物》(Rethinking Psychiatric Drugs, AuthorHouse 2005, 第 125-127 页, 原文粗体印刷)中提出了这一点:

抗抑郁药相关自杀的第二种可能机制涉及额叶内活动受损。这些大脑区域被认为是人格、冲动控制和执行功能的关键中心。几个临床医生团队一直是记录接受 SSRIs[选择性血清素再摄取抑制剂, 一类所谓的抗抑郁药物]治疗的成人和儿童出现可逆性无动机综合征的开拓者。最终被著名的精神病学教科书认可, 冷漠综合征是指接受 5-羟色胺能药物的患者行为改变的延迟表现, 其症状包括冷漠, 情感平淡, 动机减弱和去抑制行为。这些特征提示**额叶综合征**发生在药物治疗开始后 8 周或更长时间, 或许多患者在剂量增加后发生。一组研究人员使用神经影像学研究证实了该综合征, 该患者接受了氟西汀(百忧解)治疗强迫症。在他们的研究中, 在每天服药四个月之前和之后获得的 SPECT[单光子发射计算机断层扫描]扫描结果显示额叶血流量减少了 108%。血流的这些变化与动机、注意力和记忆力的减少以及旨在测量额叶功能的神经心理学测试的减少平行.....其他理论已被提出作为抗抑郁药相关暴力的可能机制。这些包括酒精和药物之间的协同作用, 其中两种物质的去抑制作用阻碍了冲动控制。其他人则注意到抗抑郁治疗可能引发各种各样的精神症状, 包括躁狂、偏执、幻觉、惊恐发作或强迫性反刍——所有这些都可能导致自杀和/或杀人行为。

精神病学家彼得·布雷金(Peter Breggin)在他的书《药物疯狂——精神科药物在暴力、自杀和犯罪案件中的作用》(St. Martins Griffin 2009)中举了例子, 说明那些在未服药状态下变得暴力或自杀的人, 这些方式对他们来说不合时宜。数以百万计的人被开出精神科药物, 这增加了他们变得暴力或自杀的风险, 也许是因为干扰了快速眼球运动或睡眠的快速眼动阶段, 也许是通过禁用大脑中通常会抑制他们对愤怒或暴力或自杀冲动(如额叶)采取行动的部分。YouTube 上一段长达 11 分 20 秒的视频“精神科药物和大规模枪击事件”包括许多精神科药物似乎会导致凶杀和自杀的例子。

在她的书《预测者量表: 预测与理解行为》(克利夫顿遗产出版 2013 年, 第 98 页)中, 费伊·斯奈德(Faye Snyder)说: “我们已经了解到, 有些人对抗精神病药和抗抑郁药的反应使他们变得疯狂的精神病, 包括表现出自杀和杀人的幻想。”

人们在精神科药物影响下的暴力和自杀不是正确认识到处方精神科药物的问题, 而是增加了“让精神病患者继续服药”的需求。制药公司的广告和生物精神病学宣传非常成功, 虚构的电视犯罪节目和电影如此具有误导性, 以至于在许多情况下导致问题的原因被认为是治愈方法。

---

制药公司的广告和生物精神病学宣传如此成功, 虚构的电视犯罪节目和电影如此具有误导性, 引起暴力的精神科药物被认为可以防止暴力

今天对精神疾病与暴力之间的认知, 也以另一种方式混淆了因果关系: 人们不是因为他们患有精神疾病而变得具有暴力倾向, 而是因为他们具有暴力倾向而被称作患有精神疾病。

如果精神药物有害，为什么精神科医生要开？首先，他们被教导这样做。第二，他们需要用医学来建立和维持他们作为医生的身份。正如英国精神病学家乔安娜·蒙克里夫(Joanna Moncrieff)在她的书《最苦的药丸——抗精神病药物的令人不安的故事》(Palgrave Macmillan 2013年，第112页)中所说的那样，诸如(所谓的)抗精神病药物之类的精神药物是“精神病学正在将其自身建设为真正的医学专业的形象的核心。”第三，使用药物使精神科医生免于与不能开处方的非医师心理治疗师竞争。第四，通过开处方，精神科医生(和其他有处方权的人)可以证明他们的收费是合理的，即使他们不了解一个人在心理或情感上发生了什么，也不能提供任何有帮助的建议。

精神药物对精神科医生和其他处方者有好处。它们对患者有害。

看到精神科“药物治疗”造成的伤害，道格拉斯·史密斯博士帮助人们慢慢戒断退出。在2011年的移情疗法会议上，他还说：

在我的工作中，最令人愉快的事情之一就是看到人们在停药后苏醒过来……我是说，这太棒了！您知道，让一个28岁的年轻人长期服用抗精神病药物，然后逐渐让他戒掉，看着他活过来，**这是非常有意义的**。这是我所做的工作中最好的事情之一！但是，心理学家试图获得开处方的特权，这让我感到困惑。

---

## FDA 批准的毫无价值

您可能想知道，如果精神药物像这里指出的那样有害，它们是如何获得政府机构如美国食品和药物管理局(FDA)的批准的。有几个原因：

一个原因是，前制药公司高管似乎对前雇主比对公众更忠诚，他们在FDA身居高位。

另一个原因是，从未为制药公司工作过的FDA官员默许制药公司的提议，希望获得青睐，并被他们在FDA任职期间(理论上)监管的公司以令人瞠目结舌的薪水聘用。用普林斯顿大学经济学教授保罗·克鲁格曼在2012年出版的一本书中的话说——

比如，想想旋转门，政客和官员最终会去他们本应监管的行业工作。那扇门已经存在了很长时间，但如果行业喜欢您，您可以获得的薪水比以前高得多，这不得不促使您去适应那扇门另一边的人，去接受那些会让您在后政策职业生涯中成为有吸引力的雇员的职位，这比30年前要强得多。[现在结束这种萧条！，W.W.诺顿公司，第87页]

生命延长基金会联合创始人威廉·法隆(William Faloon)在他的书《药剂》(Praktikos Books 2011, 第153页)中引用了美联社的一份报告，称“创纪录数量的FDA员工正在离开该机构，为制药公司工作。他说，“FDA的职能主要是保护制药业的经济利益，而不是公众的健康”(第152页)。在2007年发表的一篇文章中，哈佛医学院高级讲师、《新英格兰医学杂志》前编辑Marcia Angell博士说：“FDA现在的行为就好像制药业是其用户，而不是公众”(“收回FDA”，波士顿环球报，2007年2月26日)。FDA顾问小组的专家通常同时是制药公司的付费顾问。根据英国医生弗农·科尔曼博士的说法，“政府说他们找不到任何没有利益冲突的医生来参加评估药物的委员会”(医生和护士杀死的人比癌症多吗？，欧洲医学杂志2011年，第34页)。直到制药公司与FDA之间的这种关系被法律制止，禁止近年来受雇于制药公司的任何人在FDA服务，并禁止FDA官员在离开FDA后多年接受制药公司的工作，并禁止FDA顾问小组的专家在担任FDA顾问之前和之后多年接受制药公司的资金，FDA可能会继续促进和保护制药公司的最佳利益，而不是公众的最佳利益。

不良药品获批的另一个原因是药品审批标准不足。必须有两项药物研究表明，正在测试的药物比安慰剂(不含活性成分的药丸)更好，并且对可能进行的研究数量没有限制，以获得所需的两项有利研究。制药公司是否必须进行100项研究才能得出2项表明拟议的新药优于安慰剂，这并不重要。其他98项研究显示，正在测试的药物并不比安慰剂更好或更差，这不会阻止药物的批准。正如Peter R.

Breggin, M.D.和David Cohen, Ph.D.在他们的书中所说《您的药物可能是您的问题 - 如何以及为什么停止服用精神科药物》(DaCapo / Perseus 2007, 第7页)：“为了批准一种药物，FDA只需要两

项积极的研究，但制药公司总是必须进行许多临床试验，然后才能提出几项积极的临床试验”。精神病学家丹尼尔·卡拉特（Daniel Carlat）医学博士在 [YouTube.com](https://www.youtube.com/watch?v=...) 的一次演讲中说：“FDA 的有效性证明标准是您能想象到的最低标准之一”（“Daniel Carlat-精神错乱：精神病学的麻烦”，上传于 2012 年 9 月 11 日，24: 19）。

许多批评者还声称，允许制药公司控制 FDA 批准该公司药物所需的研究允许制药公司操纵结果。例如，哈佛医学院临床系的约翰·艾布拉姆森（John Abramson）医学博士在他的书《过量的美国》（Harper Perennial 2008，第十七页）中，在平装版的封面上描述为“制药公司如何腐蚀科学，误导医生，威胁您的健康”，他说：“操纵医学研究，歪曲发表在最有影响力的医学期刊上的研究结果，隐瞒对赞助商不利的整个研究结果都已成为商业赞助医学研究中的公认规范。”在《您的药物可能是您的问题 - 如何以及为什么停止服用精神科药物》（Perseus Books 1999，第 189-190 页）的第一版中，Breggin 和 Cohen 博士说：

但是精神病学不是科学吗？对精神病学的信仰不是基于事实吗？关于研究？难道不能“相信研究”吗？可悲的事实是，在精神病学领域，“信任研究”是不可能的。这一领域几乎所有的研究都是由制药公司出资，由那些尽可能为制药公司提供最佳服务的人来进行的。...可悲的是，即使是见多识广的人也常常相信精神病学和精神病学研究。这就相当于把他们的信心寄托在一家制药公司身上。

艾莉森·巴斯（Alison Bass）在她的书《副作用——检察官、举报人和畅销抗抑郁药在审判》（Algonquin Books 2008）中展示了药物研究是如何被故意伪造的，目的是让无用或有害的药物获得批准和销售。她提供的事实证明“从制药商那里获得咨询或其他个人收入的医生比没有从该行业获得资金的研究人员更有可能报告对特定药物的积极发现”和“精神病学是接受制药公司付款的医生人数最多的专业”（第 224 页）。

精神病学家艾伦·弗朗西斯（Allen Frances）在他的书《拯救正常——一个内部人士对失控精神病学诊断的反抗》（DSM-5、大型制药公司和普通生活的医学化）（哈珀柯林斯 2013 年，第 212 页）中说：“合法的精神药物行业通过错误信息的积极传播而蓬勃发展。”

---

人们不是因为他们患有精神疾病而变得具有暴力倾向，而是因为他们具有暴力倾向而被称作患有精神疾病。

如果药物研究不是由寻求批准的制药公司资助或控制的，则更有可能显示药物无效或有害。其结果是许多不应该被批准出售给公众的药物。政府对一种药物的批准很少或根本不能保证其有效性或安全性。这对所有的药物都适用，不仅仅是精神药物。

表明精神药物有帮助的研究可信度不高，这不仅是因为制药公司不诚实的操纵行为，还因为从事精神药物测试的精神科医生存在专业偏见。所有或几乎所有精神科药物都具有神经毒性，因此会引起诸如口干、视力模糊、头晕、嗜睡、思考困难、月经不规律、尿潴留、心悸以及其他神经功能障碍的后果等症状和问题。精神科医生欺骗性地称这些为“副作用”，即使它们是当今精神科药物唯一真正的效果。安慰剂(或糖丸)不会导致这些问题。由于这些症状(或它们的缺失)对于精神科医生在所谓的盲药物试验中评估精神科药物是明显的，药物试验并不是真正的盲，因此不可能公正地评估精神科药物。这使得专业偏见歪曲了结果。

精神病学家 Colin A. Ross 医学博士在他的著作《伟大的精神病学骗局——一个精神科医生的个人旅程》（Manitou Communications 2008, p. xii)的序言中说：“我将向您证明，超过 90% 的精神病住院患者的药物处方没有科学依据。”

Joanna Moncrieff, m.b.b.s., m.s., MRCPsych, M.D, 英国伦敦大学学院心理健康科学系高级讲师，在她的书《化学治疗的神话-精神药物治疗的批判，修订版(Palgrave Macmillan, 2009, p. 242)中说：

回顾 20 世纪中期的物理治疗，如胰岛素昏迷疗法和额叶切除术，被揭露为以“医学进步的名义”对弱势群体实施的危险和有辱人格的手术。同样地，对现代精神患者进行多次和长期的药物治疗，总有一天会被认为是一种危险的欺诈行为。

---

## 按类型回顾精神病学的“药物”

**“抗抑郁药物”**：1985 年出版的综合教材《精神病学第四册》中说“三环类药物是最有效的一类抗抑郁药物”(Williams & Wilkins, 第 1520 页)。但是在他 1981 年出版的《战胜抑郁》一书中，英国内科医生安德鲁·斯坦·威博士说：“如果抗抑郁药物真的像人们想象的那样有效，那么抑郁症的入院率肯定会在二十年内下降。唉，这还没有发生。...许多试验发现，三环类药物仅比安慰剂稍微有效，有些甚至发现它们不如假药片有效”(Hamlyn Publishing Group, Ltd., 第 159-160 页)(Hamlyn Publishing Group, Ltd., 第 159-160 页)。精神病学家彼得·布雷金(Peter Breggin)在 1983 年出版的《精神科药物——大脑危害》(Psychiatric Drugs-Hazards to the Brain)一书中断言：“关于最常用的主要抗抑郁药，最基本的一点是它们没有特定的抗抑郁作用。就像与它们密切相关的主要镇静剂[精神安定药]一样，它们具有高度的神经毒性和大脑致残性，并通过破坏正常的大脑功能来实现其影响。...只有药物倡导者的“临床意见”支持所谓的抗抑郁药物的任何抗抑郁作用”(Springer Pub. Co., 第 160 和 184 页)。在 30 年后出版的另一本书中，不仅评论了 1983 年可用的较旧的假定抗抑郁药，如三环类药物(TCA)和单胺氧化酶抑制剂(MAOI)，还评论了较新的所谓抗抑郁药，如选择性血清素再摄取抑制剂(SSRI)，如百忧解，血清素和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRI)，并受益于另外 30 年的研究来支持他的说法，布雷金博士说：“现在非常清楚的是，长期抗抑郁药会使人们更加抑郁，并且经常残疾”(精神科药物戒断，施普林格出版社 2013 年，第 137 页)。在她的书《化学疗法的神话——对精神科药物治疗的批判》(Palgrave MacMillan 2009)中，Joanna Moncrieff, M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, M.D., 英国伦敦大学学院心理健康科学系高级讲师，包括关于所谓的抗抑郁药“药物”的三章(第 118-173 页)，其中包括题为“有没有‘抗抑郁药’这样的东西？”的章节，她得出结论没有。心理学家欧文·基尔希，博士在他的著作《皇帝的新药——爆炸抗抑郁药神话》(Basic Books 2010)中提出了类似的论点。

精神病学教授理查德·艾布拉姆斯(Richard Abrams)医学博士说：“三环类抗抑郁药.....是氯丙嗪[Thorazine]的微小化学修饰，并被引入为潜在的精神安定药”(在：B. Wolman, 治疗师手册，第 31 页)。作为精神安定药(作为抗抑郁药销售)，它们具有相同的有害影响和风险。布雷金博士在他的《精神科药物——对大脑的危害》一书中称三环类抗抑郁药为“伪装的主要镇静剂”(第 166 页)。精神病学家 Mark S. Gold 医学博士说，抗抑郁药会导致迟发性运动障碍(The Good News About Depression, Bantam 1986, 第 259 页)。(请参阅下文我对精神安定药的批评。

在一项关于 Paxil (帕罗西汀)的研究中发现了所谓的抗抑郁药使人们感觉更糟而不是更好的证据，Paxil (帕罗西汀)是选择性血清素再摄取抑制剂(SSRI)类别中最畅销的所谓抗抑郁药：研究发现，“服用 Paxil (帕罗西汀)的患者发生‘自杀相关事件’的频率几乎是服用糖丸患者的四倍”(Alison Bass, 副作用——检察官，告密者和最畅销的抗抑郁药审判，阿冈昆图书 2008 年，第 221 页)。

正是由于这种证据，2004 年 10 月 15 日，美国食品和药物管理局(FDA)开始“要求对目前市场上的所有三十二种抗抑郁药发出黑匣子警告，旧的[三环类，MOAI]以及新的[SSRI, SNRI]”，建议医生和患者，所谓的抗抑郁药物使人们自杀的可能性更大而不是更低(Id“，第 218 页)。如果所谓的抗抑郁药具有其制造商和生物学导向的精神科医生声称的有利效果，则不需要这样的警告。

---

## “警告：自杀念头和行为

“在短期研究中，抗抑郁药增加了儿童、青少年和年轻人自杀念头和行为的风险。这些研究没有显示 24 岁以上患者使用抗抑郁药会增加自杀念头和行为的风险.....”

（FDA 要求在广告中警告所谓的抗抑郁“药物”）

---

FDA 警告（见上文）指出所谓的抗抑郁药不会促进“24 岁以上患者”的自杀念头和行为，这显然是胡说八道，可能反映了研究设计不佳或研究人员的偏见：**为什么药物会促进 21 岁的自杀念头和行为，而不是 31 岁的自杀念头和行为？**

在《抗抑郁事实书》（Perseus 2001，第 107 页）中，精神病学家 Peter R. Breggin 医学博士说：“服用 SSRIs 涉及如此多的潜在危害，以至于没有医生能够记住所有这些危害，也没有患者可以在不花费数天或数周时间在医学图书馆中复习该主题的情况下充分了解危险。”

**锂**，经典的“情绪稳定剂”据说对那些情绪反复从快乐到沮丧，然后再回来的人有帮助。精神科医生称这种为躁狂抑郁症或双相情感障碍。锂于 1949 年由澳大利亚精神病学家约翰·凯德（John Cade）首次描述为精神药物。根据一本精神病学教科书：“在进行动物实验时，凯德偶然注意到**锂使动物昏昏欲睡**，因此促使他将这种药物用于几名激动的精神病患者。教科书将其描述为“精神药理学史上的关键时刻”（Harold I. Kaplan，医学博士和 Benjamin J. Sadock，医学博士，临床精神病学，威廉姆斯和威尔金斯 1988 年，第 342 页）。**显然，锂诱发嗜睡的事实是其使用的唯一理由。**锂作为精神病治疗的支持者承认锂会导致“轻度抑郁，通常是昏昏欲睡的感觉”。他称之为由锂引起的“标准嗜睡”（罗杰·威廉姆斯，“仓促的决定？应对躁狂抑郁发作的后果”，《美国健康》杂志，1991 年 10 月，第 20 页）。我的一个堂兄被诊断为躁狂抑郁症，并被开了碳酸锂处方。多年后，他告诉我，“锂使我远离了高潮，但没有远离低谷。”**像锂这种导致昏睡的药物会有这种效果并不奇怪。令人惊讶的是，精神科医生有时声称锂可以抵御压力感，尽管像锂这样的嗜睡诱导药物(像大多数精神病药物一样)会促进抑郁和不快乐的感觉——即使它们被称为抗抑郁药。**

保健科学家和医生经常将锂描述为“有毒的”并且能够造成身体伤害。根据国家肾脏基金会的说法：

锂可能会导致肾脏健康问题。...肾脏损伤的程度取决于您服用锂的时间。在治疗早期可以逆转锂引起的肾脏损伤，但随着时间的推移，这种损害可能会成为永久性的。[锂和慢性肾脏疾病“，<http://kidney.org>，访问 7/21/2015]

**服用锂会使人死亡的可能性增加 30 倍**（D. Ruschena 等人，“窒息死亡：抗精神病药物的作用”，英国精神病学杂志，2003 年 11 月，第 183 卷，第 446-50 页，[ncbi.nlm.nih.gov](http://ncbi.nlm.nih.gov)）。

与精神病学中的所有生物治疗一样，锂作为没有生物学证据的“病症”或假定的精神疾病的“治疗”进行管理。

**次要镇静剂（苯二氮卓类）**：此类别包括 Ativan, Halcion, Klonopin, Librium, Valium 和 Xanax。开处方的医生说它们具有镇静、抗焦虑、恐慌抑制作用或可用作安眠药。任何相信这些说法的人都应该阅读 1993 年 1 月《消费者报告》杂志上的文章“高度焦虑”，或者阅读精神病学家彼得·布雷金（Peter Breggin）的《有毒精神病学》（圣马丁出版社 1991 年）第 11 章，两者都声称相反更接近事实。英国医生弗农·科尔曼（Vernon Coleman）说：“苯二氮卓类药物造成的悲伤和绝望比所有非法药物加起来还要多”（<http://benzo.org.uk>，2015 年 1 月 15 日访问）。**像所有精神科药物一样，所谓的小镇静剂不能治愈任何东西，而只是大脑致残药物。**在一项临床试验中，服用 Halcion（海乐神）的人中有 **70% “出现记忆丧失、抑郁和偏执”**（“Halcion 制造商 Upjohn Co. 为有争议的安眠药辩护”，《迈阿密先驱报》，1991 年 12 月 17 日，第 13A 页）。据 1992 年 2 月 17 日《新闻周刊》报道，“**四个国家已经彻底禁止这种药物**”（第 58 页）。“**Halcion 在荷兰已被断然禁止**”，威廉·斯泰隆（William Styron）在他的书《黑暗可见——疯狂回忆录》（兰登书屋 1990 年，第 71 页）中说。英国于 1991 年禁止了 Halcion（“英国禁止的安眠药 Halcion”，巴尔的摩太阳报，1991 年 10 月 3 日，<http://baltimoresun.com>）。然而，Halcion 在美国仍然是合法的。



在他的书《拯救正常》中，精神病学家和精神病学教授艾伦·弗朗西斯（Allen Frances，医学博士）这样评价 Xanax 和 FDA（HarperCollins 2013，第 216 页）：

Xanax（阿普唑仑）与其说是一种有用的药物，不如说是盈利能力和长寿的奇迹。它的治疗剂量通常高到足以上瘾，其严重的戒断焦虑足以让患者终生上瘾。尝试戒断可能会带来严重的恐慌或焦虑症状，比患者开始时的问题更糟糕。Xanax 还经常与其他处方药和酒精合作，导致医源性过量和死亡。它在适当的医学实践中几乎没有作用，如果有的话。如果有一场针对处方药滥用的适当战争，Xanax 将成为早期的受害者 - 但根据目前的政策，FDA 没有机制来控制弊大于利的药物。

精神病学家彼得·布雷金（Peter Breggin）在他的《有毒精神病学》（Toxic Psychiatry）一书中谈到小镇静剂时说：“与大多数精神科药物一样，药物的使用最终会导致药物本应改善的症状增加”（第 246 页）。

田纳西大学的医生大卫·诺特（David Knott）在 1976 年警告说：“我非常确信安定、锂和其他这类药物会对大脑造成损害。我看到大脑皮层受损，我认为这是由于使用这些药物造成的，我开始怀疑这种损伤是否是永久性的”（引自罗伯特惠特克，流行病剖析，皇冠出版社 2010 年，第 137 页）。

**注意力缺陷多动障碍药物：**像所有精神科“药物”一样，注意力缺陷多动“障碍”（ADHD）的药物是针对一种假定的疾病或病症提供的，没有人可以证明存在生物学意义上的存在。诊断是主观的。尚无针对 ADHD 的实验室检查。“没有令人信服的证据表明服用 ADHD 药物的人在认知能力或学习成绩方面的短期或长期改善”（Peter R. Breggin，医学博士，精神病学中的脑致残治疗，第二版，施普林格出版公司，2008 年，第 285 页）。据称治疗多动症的药物的有害影响包括精神病，躁狂，攻击性，自杀，心血管风险，包括心脏病发作，中风，猝死，脑萎缩，脑细胞破坏，永久抑制身高和暂时抑制体重（同上，第 296，299，307，311，315 页）。

---

**精神安定药：**即使像精神病学的（所谓的）抗抑郁药和锂和（所谓的）抗焦虑药（或轻微镇静剂）和 ADHD 药物一样有害，它们远不及精神安定药，现在最常（尽管不正确）称为“抗精神病”药物。“精神安定药”意味着神经紧张。这些药物曾一度被称为“主要镇静剂”，但随着时间的推移，它们是抗精神病的神话发展起来。此类别包括“较老”或“典型”的精神安定药，如索拉嗪（氯丙嗪）、美拉瑞尔、普利辛（氟奋乃静）、康帕津、司替拉嗪和哈尔多（氟哌啶醇）和“较新”或“非典型”或“第二代”精神安定药，如阿比利弗、克洛扎里尔、乔顿、Invega、拉图达、利培酮、奎硫平 和 再普乐。与经常重复的说法相反，较新的或所谓的非典型或第二代精神安定药比“较老”或“典型”的精神安定药更不可能引起由运动障碍表现的神经损伤，有时称为“锥体外系副作用”，如迟发性运动障碍、肌张力障碍和静坐不能，美国国家心理健康研究所（NIMH）干预有效性的临床抗精神病药物试验（CATIE）在 2005 年的研究发现，“与预期相反，主要与旧药物相关的运动副作用（强直，僵硬运动，震颤和肌肉不安[运动障碍，肌张力障碍和静坐不能]）与新药相比，奋乃静并不更常见”，奋乃静是选择的较老或“典型”精神安定药之一，因为“奋乃静是一种有效的老年抗精神病药，不太可能产生 EPS [锥体外系副作用]”比大多数“典型”或第一代精神安定药。这项研究发现，“总的来说，较新的药物[非典型“精神安定药]与本研究中使用的旧药物[奋乃静，”典型“精神安定药]相比没有实质性优势”（“关于 NIMH 干预有效性研究临床抗精神病药物试验的问题和答案”（CATIE）-1 期结果“，2005 年 9 月，可在 <http://www.nimh.nih.gov>）。

就其心理影响而言，这些所谓的抗精神病药物，或主要的镇定剂，会导致痛苦——而不是安宁。它们降低了一个人思考和行动的能力。通过使人丧失能力，他们可以阻止“治疗师”想要阻止的几乎任何想法或行为。但这只是使人丧失能力，而不是治疗。这种药物会使一个人人格中好的方面和坏的方面一样暂时丧失能力或永久毁灭。用英国精神病学家、伦敦大学学院精神健康科学高级讲师乔安娜·蒙克里夫博士的话说，精神安定药或所谓的抗精神病药物“没有选择性”。它们不仅仅是抑制精神病，它们是在压制

住一切” (“Joanna Moncrieff——化学疗法的神话——精神药物治疗的政治”，2013年2月25日，<http://YouTube.com>，28:35)。

是否以及在何种程度上可以通过停药来消除药物造成的残疾取决于给药的时间和剂量。安定药，即所谓的主要镇定剂/“抗精神病药物”对大脑的损害比精神病学中使用的任何其他药物都更明显、更严重、更持久。记者罗伯特·惠特克在他的书《美国的疯狂：糟糕的科学、糟糕的药物和对精神病患者的持久虐待》(珀尔修斯2002年，第191页)中说，“已经发现精神安定药会导致大脑中一系列令人眼花缭乱的病理变化。”印第安纳大学的精神病学教授Joyce G. Small, M.D.和Iver F. Small, M.D.批评了使用“已知具有神经毒性作用的精神药物”的精神病学家，并谈到“人们越来越认识到精神安定药物引起的脑功能长期且有时不可逆转的损害。在这种情况下，脑损伤的证据并不微妙，但即使是不经意的观察者也非常明显！”(《行为与脑科学》1984年3月第7卷第34页)。芝加哥医学院精神病学教授康拉德·m·斯沃茨(Conrad M. Swartz)博士说：“虽然精神安定药可以缓解精神病性焦虑，但它们的镇静作用会减弱人格的细节，包括主动性、情绪反应性、热情、性感、警觉性和洞察力。...此外还有副作用，通常是永久性的不自主运动，因此是脑损伤的证据”(行为和脑科学，1984年3月，第7卷，第37-38页)。

《精神和身体残疾法记者》的一份报告指出，美国的一些法院已经考虑非自愿服用精神安定药(所谓的主要镇静剂或抗精神病药)药物涉及第一修正案的权利，“因为.....抗精神病药物有能力严重甚至永久地影响个人的思考和交流能力“(“非自愿药物索赔”，1985年1月至2月，第26页，着重号由作者标明)。

在Rennie v. Klein, 720 F.2d 266 (3rd Cir 1983)一案中，三位美国上诉法院法官(Weiss等人)这样说：

“与身体约束的暂时和可预测的影响不同，抗精神病药物的永久性副作用诱发了无法通过停止治疗方案来纠正的病症。这些影响的持久性类似于前额叶切除术等根治性外科手术的结果。”

出于这个原因，精神安定药或“抗精神病药”药物的使用，特别是长时间使用时，被称为“化学脑叶切除术”。

马里兰大学新闻学教授乔恩·富兰克林(Jon Franklin)在《心灵分子：分子心理学的勇敢新科学》(Molecule of the Mind: The Brave New Science of Molecular Psychology)一书中说：“这个时代恰逢人们越来越意识到精神安定药不仅不能治愈精神分裂症，而且实际上对大脑造成了损害。”(戴尔出版社，1987年，第103页)。精神病学教授理查德·艾布拉姆斯(Richard Abrams)医学博士承认，“据报道，迟发性运动障碍仅在短暂的精神安定药物治疗后就会发生”(在：Benjamin B. Wolman(编辑)，治疗师手册：精神障碍的治疗方法，Van Nostrand Reinhold Co. 1976，第25页)。哥伦比亚大学精神病学教授杰罗尔德·S·麦克斯曼(Jerrold S. Maxmen)在1985年出版的《新精神病学》(The New Psychiatry)一书中说：“避免迟发性运动障碍的最佳方法是完全避免抗精神病药物。除了治疗精神分裂症外，它们不应连续使用超过两三个月。犯罪的是，太多的患者接受了不应该接受的抗精神病药物”(Mentor, 第155-156页)。在我看来，Maxmen博士做得还不够：他将服用精神安定药(所谓的抗精神病药或安定药)定性为“犯罪”对所有人来说都是准确的(包括那些被称为精神分裂症的人)，即使这些药物的服用时间不够长，以至于导致的脑损伤表现为迟发性运动障碍。

在《精神药物——对大脑的危害》(斯普林格出版社。Co. 1983，第70、107、135、146页)精神病学家彼得·布雷金医学博士这样说：

主要的镇定剂(安定药)是剧毒药物；它们对身体的各种器官都有毒。它们是特别有效的神经毒素，经常对大脑产生永久性损伤。...低剂量、短期使用可导致迟发性运动障碍...与迟发性运动障碍相关的痴呆[高级精神功能丧失]通常是不可逆的。...我很少感到比精神病学更难过或更沮丧的是，它忽视了数百万患者因使用主要镇定剂治疗而导致不可逆的脑叶切除术效应、精神病和痴呆的证据。

---

## 用武力给人下药的权力就是使他丧失能力或杀死他的权力

在同一本书中，布雷金博士说，通过使用导致脑损伤的药物，“精神病学在世界上引发了一种神经系统疾病的流行病”，这种流行病“每年达到 100 万至 200 万人”（第 109 和 108 页）。在精神病学中的大脑致残治疗，第二版（Springer Pub. Co. 2008，第 62 页）中，Breggin 博士说：“在作者看来，精神安定药的最佳方法是永远不要使用它们。”

在精神病学中的大脑致残治疗，第二版（施普林格出版公司，2008 年，第 112 页）中，布雷金博士说：“处方医生不能完全告知患者与精神安定药相关的风险，因为除了最自我毁灭的患者之外，没有人会故意服用这种有毒药物。”

精神病学的批评者说，改革不会来自精神病学内部，而必须来自精神病学外部，例如来自公众、立法或司法决定。《四位医生》一书的序言作者(William E. Fann, M.D. 等人，《迟发性运动障碍:研究与治疗》, SP Medical & Scientific 1980)含蓄地支持这一观点:

在 1960 年代后期，我总结了有关迟发性运动障碍的文献.....大多数精神科医生要么忽视问题的存在，要么徒劳地努力证明这些运动异常在临床上微不足道或与药物治疗无关。与此同时，受迟发性运动障碍影响的患者数量增加，已经受到这种疾病折磨的患者的症状变得更糟。...很少有研究者或临床医生仍然怀疑迟发性运动障碍的医源性[医生引起的]性质。...很明显，人们对精神安定药对中枢神经系统的毒性作用了解得越多，就越认为迫切需要改变我们目前的吸毒做法。不幸的是，许多从业者继续开出过量的精神药物，相当多的精神病院尚未制定管理和预防迟发性运动障碍的政策。如果这本书反映了该领域专家的意见，能够减轻许多精神科医生的自满情绪，那将是一项不小的成就。[序言: William E. Fann, M.D., et al., Ferrdive Dyskinesia: Research & Treatment, SP Medical & Scientific 1980]

这些有害的所谓抗精神病药物被强加给病人和囚犯，尽管它们对他们所谓的目地无效。在他们的书《您的药物可能是您的问题——如何以及为什么停止服用精神药物》( DaCapo/Perseus 2007，第 101 页)的第二版中，Breggin 博士和 Cohen 博士说“与声称相反，神经安定药对非理性想法(妄想)或感知(幻觉)没有具体效果。”同样，精神病学家 Allen Frances, M.D. 在他的书《拯救正常——一个局内人对失控的精神病诊断的反抗，DSM-5，大型制药公司和普通生活的医疗化》( Harper Collins 2013 年，第 198、199 页)中，精神病学家 Allen Frances, m . d .说，人们认为精神病患者被给予了“非典型的抗精神病药物，但没有被证明有效。最要命的是，这些药物有极其危险的并发症。”在下一页，他说，“没有任何证据表明抗精神病药物能有效预防精神病发作。”

那么，为什么这些药物被称为“抗精神病药物”？

在一些研究中，发现所谓的抗精神病药或神经安定药会引起而不是抑制精神病。例如，在美国食品和药物管理局(FDA)的“2013 年 3 月 14 日对因维加的重点安全性审查”中——Invega（因维加）是一种所谓的“非典型”抗精神病“药物”——发现服用 Invega（因维加）导致出现“最常见的严重 AE[不良事件]”是精神分裂症（”制药公司，美国历史上最大的法律和解和抗精神病药物的非法营销“，斯蒂芬·谢勒律师在彼得·布雷金博士的 2013 年移情治疗会议上，锡拉丘兹，纽约）。精神分裂症通常被认为是一种精神病。

将导致产生精神病的药物，却称为“抗精神病药”，是精神病学中误导性词汇的典型用法。精神病学是一个言语颠倒真相的领域：使人更加抑郁的药物被称为“抗抑郁药”。使人更加焦虑的药物，特别是在戒断期间，被称为“抗焦虑药”。引起疾病的有毒物质称为“药物”。

匹兹堡大学（宾夕法尼亚州）精神病学、统计学和神经科学系的科学家在 2007 年出版的《神经精神药理学》杂志上发表了一篇文章说：“[生命期间]体内和尸检调查都表明，精神分裂症患者的整个大脑和某些大脑区域的体积较小。目前尚不清楚这种较小的体积在多大程度上是由于疾病或抗精神病治疗的效果。因此，研究人员研究了所谓的抗精神病药或精神安定药对猴子的影响，因为只有人类，而不是猴子，被认为能够患精神分裂症。他们发现“猕猴长期暴露于氟哌啶醇[Haldol，一种”典型的“抗精神病药]或奥氮平[Zyprexa，一种”非典型“抗精神病药]，在精神分裂症受试者的治疗范围内产生[血液]血浆水平的剂量下，与显着较小的大脑总重量和体积有关，包括左顶叶灰质体积减少 11.8-15.2%。该研究表明，服

用精神安定药/抗精神病药“药物”的个体大脑尺寸减小是由于“抗精神病药”/精神安定药“药物”，而不是“精神分裂症”（Glenn T. Konopaske 等人，“长期暴露于抗精神病药物对猕猴顶叶皮层细胞数量的影响”，神经精神药理学，第 32 卷，第 1216-1223 页）。

所谓的抗精神病药物的脑损伤作用也在 2011 年 2 月普通精神病学档案的一篇文章中得到证实，该文章报道了一项关于“接受反复神经成像的 211 名精神分裂症患者”的研究。研究发现“较小的脑组织体积和较大的脑脊液体积。更高强度的抗精神病药[精神安定药]治疗与广泛性和特异性脑组织减少的指标有关.....更多的抗精神病药物治疗与较小的灰质体积有关。白质体积的逐渐减少在接受更多抗精神病药物治疗的患者中最为明显”（Beng-Choon Ho, MRCPsych; Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D., Steven Ziebell, B.S., Ronald Pierson, M.S., Vincent Magnotta, Ph.D., “长期抗精神病药物治疗和脑容量：A Longitudinal Study of First-Episode Schizophrenia”, Vol. 68, No. 2, pp. 128-137）。

精神安定药最严重的副作用是死于神经阻滞剂恶性综合征和由这些“药物”引起的其他神经功能障碍，如心律失常（不协调的心跳）。在精神病学中的脑致残治疗，第二版（施普林格出版公司，2008 年，第 83 页）中，Breggin 博士引用了 Gill 等人在 2007 年发现“老年人和非典型精神安定药在所有评估时间（包括 180 天）都与死亡风险增加有关，增加了 1.31-1.55 倍。”

为什么所谓的患者会接受这样的“药物”？有时他们这样做是因为对神经损伤和死亡风险的无知，他们遵循医生或精神科医生的建议服用“药物”。但很多时候，如果不是大多数时候，精神安定药实际上是违背“患者”的意愿被迫进入他们的身体。精神病学家 Peter Breggin 医学博士在他的《精神科药物——大脑的危害》一书中说：“在我的临床经验中，我一次又一次地目睹患者因强加使用主要镇静剂而陷入极度痛苦和愤怒。...这个问题在常规医院实践中是如此之大，以至于很大一部分患者在服用药物之前必须受到强制肌肉注射的威胁”（第 45 页）。

---

## 精神强奸

这不仅是一种暴政，而且强迫服用精神科药物可以在身体和道德上与强奸相提并论。比较性强奸和非自愿地将精神药物肌肉注射到臀部，这是经常注射的解剖结构的一部分：在性强奸和非自愿服用精神科药物时，都使用武力。在这两种情况下，受害者的裤子都被拉下来。在这两种情况下，都会违背受害者（或他）的意愿将管子插入受害者的身体。在性强奸的情况下，管子是阴茎。在可以称为精神强奸的情况下，管子是皮下注射针头。在这两种情况下，都会违背受害者的意愿将液体注入受害者的体内。在这两种情况下，它都在或可能在（或接近）德里尔。在性强奸的情况下，液体是精液。在精神强奸的情况下，液体是氯丙嗪，氟奋乃静或其他一些脑残药物。身体侵犯的事实在这两种情况下都是相似的，如果不是（出于我将解释的原因）实际上在精神强奸的情况下更糟。每种类型攻击的受害者心中的愤怒感也是如此。（被强加给他们的电击或 ECT 的受害者通常也有同样的感觉。一些没有“住院”（即被监禁）的人被要求每两周向医生办公室报告注射像氟奋乃静这样的长效精神安定药，如果他们不遵守，则以监禁（“住院”）和强行注射药物的威胁。

为什么精神强奸比性强奸更糟糕？正如脑外科医生 I.S.库珀医学博士在他的自传中所说：“是您的大脑看到、感觉、思考、命令、回应。您是您的大脑。是您。移植到另一个载体，另一个身体，您的大脑会为它提供您的记忆，您的思想，您的情绪。还是您。新的身体将是您的容器。它会带着您四处走动。您的大脑就是您”（The Vital Probe: My Life as a Brain Surgeon, W.W.Norton & Co. 1982, p. 50, 強調原文）。您最本质和最私密的部分不是您两腿之间的东西，而是您耳朵之间的东西。对一个人大脑的攻击，例如非自愿地给予大脑致残或脑损伤的“治疗”（例如精神活性药物或电击或精神外科手术），是一种比强奸更亲密、从道德上讲更可怕的犯罪。从道德角度讲，精神强奸是比性强奸更恶劣的罪行，还有另一个原因：精神强奸的生物“疗法”的长期管理会导致大脑功能的永久性损伤。相比之下，女性在被强奸后通常仍然有完整的性功能。她们遭受心理伤害，但精神攻击的受害者也是如此。我希望我不会被理解为轻视性强奸的创伤或错误，如果我指出我在我的法律实践中可以出售被性强奸的妇女，

并且我所知道的大约六个被性强奸的妇女中的每一个都有明显正常的性关系，并且在大多数情况下有婚姻和家庭。相比之下，由于“治疗”造成的生理和生物伤害，遭受精神攻击的人的大脑通常功能不全。

---

对一个人大脑的攻击，例如非自愿服用精神药物，是比性强奸更亲密的攻击

在 2013 年 10 月 23 日接受 Joanna Moncrieff 博士采访时，精神病学家 Peter Breggin 谈到所谓的抗精神病药或精神安定药“药物”：

我更强烈地感觉到，我们**确实**知道我们的立场，它们是毒素。它们最终会破坏大脑功能。它们正在**缩短寿命**，一些研究表明，这些药物使人们的生命长期**缩短了长达二十年**。我更强烈地感觉到，事实上它们只是一场灾难，没有它们我们会做得更好，在一个理智的社会中，它们是**非法的**。...[精神病学]专业只是拒绝看这个，因为.....它威胁到精神病学**的核心**，它的身份。这就像从木匠身上**拿走锤子，甚至钉子**。[彼得·布雷金博士在 42: 30 的一小时，下划线是加的]

同样，一年后的 2014 年，英国精神病学家乔安娜·蒙克里夫（Joanna Moncrieff）说：“我发现精神病学机构真的不想讨论其药物实际上在做什么的问题，可能是因为这太危险了，太难反驳了”（“疯狂，毒品和资本主义：乔安娜·蒙克里夫博士的探索” <http://YouTube.com>，十一月 18，2014，at 39:45）。

2006 年 10 月，全国国家精神卫生方案主任协会的一份报告“严重精神疾病患者的发病率和死亡率”以粗斜体字指出，“患有严重精神疾病的人平均比一般人口早 **25 年死亡**。国家研究记录了最近死亡率比以前报告的死亡率上升”（第 5 页）。这些死亡率的增加与精神科药物的使用和增加相对应。在精神病学的大脑致残治疗，第二版中，精神病学家彼得·布雷金说：“在精神安定药出现之前，观察到被诊断患有精神分裂症的患者过着正常的寿命”（第 82 页）。现在，被认为患有严重精神疾病（如“精神分裂症”）的人正在被下药，他们比平均水平早死了 25 年。

精神科医生继续用“药物”伤害和杀死“病人”，而不是承认精神药物是有害的——如果服用足够长的时间，是致命的——因为他们很难承认他们已经造成并继续对他们的病人造成的伤害，也因为对精神药物真正作用的广泛认可将导致精神病学作为一种职业的终结。

既然精神药物没有效果，而且对健康有可怕的，甚至是致命的影响，为什么立法机构和法院授权非自愿使用这些药物？答案是律师和法官真诚地相信精神疾病(A)存在，(B)是由可以通过药物纠正的生物异常引起的。换句话说，他们得到的信息是错误的。立法者和法官应该禁止精神药物的使用，而不是作为非自愿的给药(对已经服用这些药物的人来说，分阶段使用的尝试除外)。

在 1990 年的一档电视脱口秀节目中，精神分析学家杰弗里·马森博士说，他希望那些对有害的精神疾病负有责任的人有一天会面临“纽伦堡审判” (Geraldo, 1990 年 11 月 30 日)。

---

## 在疗养院使用

这些相同的脑损伤（所谓的）精神安定药/抗精神病药物在美国疗养院中常规地 - 非自愿地 - 用于心理健康的老年人。根据 1991 年 9 月/10 月号《In-Health》杂志的一篇文章，“在疗养院，21%至 44%的机构化老年人使用抗精神病药物.....为疗养院居民开出的抗精神病药物中有一半无法用患者图表中的诊断来解释。研究人员怀疑这些药物通常被这些机构用作化学紧身衣 - 一种安抚不守规矩的患者的手段”（第 28 页）。我知道有两个例子，养老院里虚弱的老人几乎无法从轮椅上下来，他们被给予精神安定药/抗精神病药物。其中一人抱怨说，他被绑在轮椅上，以防止他试图用手杖走路。另一个晚上被绑在床上，以防止他在上厕所时起身和跌倒，需要在床上排便。两人都非常残疾，对任何人都没有危险。但两人都敢于痛苦地抱怨他们受到的虐待。在这两种情况下，疗养院的工作人员都以注射 Haldol（氟哌啶醇）来回应对这些投诉 - 使这些人精神残疾，从而使他们无法投诉。

---

## 作用理论：未知

尽管有各种未经证实的理论和主张，精神科医生并不知道他们使用的药物在生物学上是如何起作用的。用哥伦比亚大学精神病学教授 Jerrold S. Maxmen，医学博士的话来说：“精神药物如何起作用尚不清楚”（新精神病学，Mentor 1985，第 143 页）。根据精神药理学研究所网站

（<http://psychopharmacologyinstitute.com> ©2015 年，2015 年 2 月 20 日访问），由门多萨大学精神病学家兼药理学和神经科学兼职教授 Flavio Guzman 博士编辑，“抗精神病药物的确切作用机制尚不清楚。”

今天所有常用的精神科药物都抑制大脑和其他神经系统功能，甚至基本功能，如心跳和运动控制。其结果是服用所谓的抗精神病药物的人死于心脏不规则，以及医源性（医生引起的）神经系统疾病，如迟发性运动障碍、肌张力障碍、静坐不能和药物诱发的痴呆。

今天的精神药物没有一种具有通常声称的特异性(例如，用于抑郁、焦虑或精神疾病)。医学博士 Marcia Angell 在《制药公司的真相》(兰登书屋 2005 年，第 82 页)中说，“1987 年，FDA 批准百忧解用于治疗抑郁症；1994 年，用于治疗强迫症；在 1996 年，为暴食症”。密歇根大学心理学和神经科学荣誉退休教授 Elliot Valenstein 博士在他的书《责备大脑——毒品和精神健康的真相》(自由出版社 1998 年，第 105 页)中说：

精神科医生开出百忧解和其他选择性血清素再摄取抑制剂，不仅用于抑郁症，还用于强迫症、恐慌症、各种与食物相关的问题（包括厌食症和贪食症）、经前期焦虑综合征（PMS）、注意力缺陷/多动障碍（ADHD）、边缘型人格障碍、药物和酒精成瘾、偏头痛、社交恐惧症、关节炎、自闭症以及儿童的行为和情绪问题，在许多其他条件下。

2011 年 2 月在《药物流行病学和药物安全》上发表的一篇文章（“美国抗精神病药物的超说明书使用增加，1995-2008”，第 20 卷，第 2 期，第 177-184 页），作者是芝加哥大学医学助理教授 Caleb Alexander 医学博士和斯坦福预防研究中心医学副教授 Randall Stafford 博士等人，说：“虽然最初批准用于精神分裂症，但抗精神病药物也用于许多其他疾病，包括其他精神病、双相情感障碍、谵妄、抑郁症、人格障碍、痴呆和自闭症。2011 年 11 月 4 日，在佐治亚州亚特兰大举行的全国教育联盟-边缘型人格障碍（BPD）会议上，精神病学家 Kenneth Silk 医学博士表示，SSRI 抗抑郁药，情绪稳定剂以及典型和非典型抗精神病药等多种药物已被用作 BPD 的“治疗”（“药物：积极和消极 - Kenneth Silk，医学博士”，<http://YouTube.com39:55-41:10>）。在《我们有问题——药物时代的儿童和父母》（Riverhead Books 2010，第 171 页）中，朱迪思·华纳回忆说：“在 1970 年代后期.....抗焦虑药物被给予 - 正确或错误 - 作为包括抑郁症在内的各种问题的治疗。如果精神科药物具有任何特定类性（特异性）而不是一般的致残作用，为什么“抗焦虑”药物会用于抑郁症？阅读或听到精神科医生和其他心理健康专业人员和其他观察者的此类评论，或关注精神科药物的广告，并看到一些最初被宣传为抗精神病药，后来被宣传为对抑郁症有用的药物（例如，Abilify），或者所谓的抗抑郁药被宣传为对戒烟或抑制强迫症或其他问题有效，最终很难避免这样的结论：即任何一种精神药物都被用来治疗任何一种所谓的精神问题。所有的精神药物通常都是精神残疾的，因此可以用来减少人类思维或行为中的任何东西(好的和坏的)。那么，为什么有些被称为“抗焦虑药”，而另一些被称为“抗精神病药”、“抗抑郁药”或“情绪稳定剂”？答案是推销术。声称任何特定类型的精神药物对任何特定类型的精神问题都特别有效是推销术，而不是科学。”

---

## 精神科医生如何决定开哪种药物：猜测

根据精神病学家丹尼尔·J·卡拉特（Daniel J. Carlat）医学博士在他的著作《精神错乱——精神病学的麻烦》（Free Press 2010，第 83、84、86 页）中的说法——

事实是，精神药理学主要是反复试验，一种混淆不同的候选药物，直到我们找到一种有效的药物。...我们在很大程度上依靠无形因素来做出这些决定。...在这种情况下，第一种药物失去效力怎么办？选择第二个代理的过程是猜测。...这就是现代精神药理学。纯粹在症状的指导下，我们尝试不同的药物，没有真正了解我们试图解决的问题，或者药物是如何起作用的。

在他们的《疯狂科学——精神病胁迫、诊断和药物》（Kirk 等人，交易出版社 2013 年）一书中，三位社会工作教授得出了类似的结论：

此外，我们共同积累了超过七十五年的社会工作研究生院为数千名学生和专业人士教授心理健康课程的经验.....另一方面，在我们看来，临床精神药理学——医学上认可的使用精神活性药物来治疗医学上合法的痛苦和不当行为（称为精神障碍）——**一直是一个伪科学事业**。...几乎所有的精神药物类别最终都会为所有疾病组开处方.....没有证据表明任何药物可以“治愈”所讨论的精神障碍的生物学异常。...没有基于遗传知识的激进创新引领着在精神病学中寻找任何治疗化合物的方式，**因为根本不知道当人们遭受痛苦或行为不端时，身体的哪个特定部位（如果有的话）需要修复**。...让我们注意到，**精神活性药物是在没有证据的身体病理学情况下开的**。[第 301、250、262、251、254、255 页]

根据医学博士杰克·戈尔曼（Jack M. Gorman）在他的著作《精神药物基本指南》（The Essential Guide to Psychiatric Drugs, 4th Edition, St. Martin's/Griffin 2007, p. 6）中的说法，**精神科医生根据“临床知识、经验和直觉”而不是真正的科学来决定开哪种药物**。

这可以称为“**精神药理学的神话**”：“.....“学”的意思是知识。例如，“肾脏学”是关于肾脏的知识，“心理学”是关于心理或心灵的知识。但在“精神药理学”的情况下，知识是缺失的。换句话说，“**精神药理学**”是一种庸医。

治疗师选择开哪种精神科药物的随意方式也至少被默认在《治疗师临床精神药理学手册》第六版（John D. Preston, Psy.D.等人，New Harbinger Publications, 2010, 第 179-180 页）中被承认，由心理学家，精神科医生和药剂师撰写。对于抑郁症，他们关于选择所谓的抗抑郁“药物”的建议主要是为了避免所谓的副作用。他们承认“没有抗抑郁药被证明始终优于另一种抗抑郁药”（第 170 页），并且“尽管我们知道这些药物的一些重要作用机制，但我们仍然不知道它们如何缓解抑郁症”（第 169 页）。他们说“无论首先选择哪种抗抑郁药，如果第一种不起作用，就可能出现尝试什么的问题”（第 179 页）。他们建议“转换抗抑郁药的类别（即，如果首先用 SSRI[选择性血清素再摄取抑制剂]治疗，则改用去甲肾上腺素或多巴胺再摄取抑制剂，如安非他酮）与在类别内转换（即，从一种 SSRI 切换到另一种 SSRI）”（第 179-180 页，斜体）。

**药物处方者没有合理的方法来知道一种所谓的抗抑郁药会比另一种更有效，因为既没有生物学测试也没有心理学测试表明**，例如，一名患者患有一种抑郁症，可以通过三环类抗抑郁药缓解，但不能缓解 SSRI，另一位患者患有一种抑郁症，可以通过 SSRI 而不是三环类药物缓解， 另一名患者是一种抑郁症，可以通过 SNRI（血清素和去甲肾上腺素再摄取抑制剂）缓解，但不能通过三环类或 SSRI 缓解， 另一名患者是一种抑郁症，只能通过 MAOI（单胺氧化酶抑制剂）缓解。**所有精神科药物的情况都是一样的，例如所谓的抗精神病药和所谓的抗焦虑药。正如戈尔曼博士所说，这都是“临床知识、经验和直觉”。这是猜测，不是科学。**

---

### 喜欢服用胰岛素治疗糖尿病？

人们经常断言，服用精神药物就像服用胰岛素治疗糖尿病一样。尽管精神病药物被持续服用，胰岛素也是如此，**但这是一个荒谬的类比**。糖尿病是一种已知物理原因的疾病。目前还没有找到任何所谓精神疾病的生理原因。胰岛素的作用方式是已知的：它是一种激素，指示或导致细胞摄取膳食葡萄糖(糖)。相比之下，精神病药物的作用模式尚不清楚——尽管精神病药物的倡导者和批评家们都认为它们通过阻断大脑中的神经受体来阻止正常的大脑功能。如果这个理论是正确的，这是服用胰岛素和服用精神药物之间的另一个对比：胰岛素恢复正常的生物功能，即正常的葡萄糖(或糖)代谢。**精神药物干扰正常的生物功能，即正常的神经受体功能**。胰岛素是人体内天然存在的一种激素。精神病学的药物通常不会在体内发现。胰岛素赋予糖尿病患者的身体一种在没有胰岛素的情况下所不具备的能力，即正常代谢膳食糖的能力。**精神药物有一种相反的效果：它们剥夺了一个人在没有药物的情况下应有的(精神)能力**。胰岛素影响的是身体而不是大脑。**精神药物使大脑失去能力，从而使头脑失去能力，而头脑是真正自我的本质**。

---

## 精神科药物没有正当用途

归根结底，“精神药物的使用没有正当理由” (Joanna Moncrieff 博士,《化学治愈的神话——精神药物治疗的批判》,修订版, Palgrave Macmillan 2009 年, 第 15 页, 总结了 Peter Breggin 博士的观点, 她说该观点“有益地强调了精神药物的一般特征”)我相信成年人应该有权使用任何他们想要的药物。然而, 有执照的专业人员使用精神药物是医疗专业人员未能充分监管自己的一个例子, 也是州立法机构、国会和监管机构(如美国食品药品监督管理局(FDA))未能保护公众的一个例子。哥本哈根大学临床研究设计和分析教授、内科专家 Peter c. GTZ sche 在他的著作《致命药物和有组织犯罪——大型制药公司如何腐蚀医疗保健》( Radcliffe, 2013 年)中专门用了两章来讨论精神药物。他用下面的话来结束这两章的第二章, 他用缩进和斜体来强调, 我将用这些话来结束这篇文章:

*如果我们把所有的精神药物从市场上撤走, 我们的公民会好得多, 因为医生无法处理它们。不可避免的是, 它们的可用性弊大于利。[第 233 页]*

---

**谨慎:** 突然停止服用精神科药物会导致严重的, 甚至危及生命的戒断问题。有关如何戒断精神科药物的建议, 请参阅精神病学家 Peter R. Breggin, M.D.的精神病药物戒断 - 处方者, 治疗师, 患者及其家人指南 (Springer Publishing 2013), 或 Breggin 博士和临床社会工作教授 David Cohen 的“您的药物可能是您的问题: 如何以及为什么停止服用精神科药物” (Da Capo Press 2007)。

## 推荐阅读

### 书籍

约翰·艾布拉姆森, 医学博士, 过量的美国——美国医学的破碎承诺 (Harper Perennial 2008)

Marcia Angell, 医学博士, 《制药公司的真相——他们如何欺骗我们以及如何应对》 (兰登书屋 2005 年)

艾莉森·巴斯 (Alison Bass), 《副作用——检察官、举报人和畅销抗抑郁药》 (Algonquin Books of Chapel Hill 2008)

Peter R. Breggin, M.D., Psychiatric Drugs—Hazards to the Brain (Springer Publishing Co., New York, 1983)

Peter R. Breggin, 医学博士, 毒性精神病学——为什么治疗, 同理心和爱必须取代“新精神病学”的药物, 电击和生化理论 (圣马丁出版社 1991)

Peter R. Breggin, M.D., Talking Back to Prozac (St. Martin's Paperbacks 1994)

Peter R. Breggin, 医学博士, 抗抑郁事实书: 你的医生不会告诉你关于百忧解, Zoloft, Paxil, Celexa 和 Luvox (Perseus 2001) [书评](#)

Peter R. Breggin, 医学博士和 David Cohen 博士, 你的药物可能是你的问题 - 如何以及为什么停止服用精神科药物 (Perseus 1999)。我读了 1999 年的第一版。2007 年出版了“全面修订和更新”版本 (由 Da Capo/Perseus 出版)。 [书评](#)

Peter R. Breggin, 医学博士, 精神病学中的脑致残治疗, 第二版 (Springer Publishing Co. 2008)

Peter R. Breggin, 医学博士, 精神病药物戒断 - 处方者, 治疗师, 患者及其家人指南 (施普林格出版公司 2013)



Vernon Coleman, M.B.Ch.B., D.Sc. (hon), 如何阻止你的医生杀死你 (欧洲医学杂志 2003 年), 特别是题为“为什么精神卫生保健并不总是值得拥有”的章节。

艾伦·弗朗西斯 (Allen Frances), 《拯救正常——一个内部人士对失控精神病学诊断的反抗》, DSM-5, 大型制药公司和普通生活的医学化 (哈珀·柯林斯 2013)。我推荐这本书, 尽管我不同意作者关于精神障碍概念的有效性以及他相信精神病学有真正的治疗。

Joseph Glenmullen, M.D., Prozac Backlash (Simon & Schuster 2000)

Peter C. Gøtzsche, 《致命药物和有组织犯罪——大型制药公司如何腐蚀医疗保健》 (Radcliffe 2013), 尤其是第 17 章 (“精神病学, 制药业的天堂”) 和第 18 章 (“用快乐药丸推动儿童自杀”)

Peter C. Gøtzsche, 《致命精神病学和有组织的否认》 (People's Press 2015)

Stuart A. Kirk, et al., Mad Science—Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs (Transaction Publishers 2013)

Irving Kirsch 博士, 《皇帝的新药——打破抗抑郁药神话》 (Basic Books 2010)

Joanna Moncrieff, M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, M.D., The Myth of the Chemical Cure—A Critique of Psychiatric Drug Treatment, Revision Edition (Palgrave Macmillan 2009)

Joanna Moncrieff, M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, M.D., A Straight Talking Introduction to Psychiatric Drugs (PCCS Books 2009)

Joanna Moncrieff, M.B.B.S., M.Sc., MRCPsych, 医学博士, 最苦的药丸 - 抗精神病药物的令人不安的故事 (Palgrave MacMillan 2013)

Colin A. Ross, 医学博士, 《伟大的精神病学骗局--一个精神科医生的个人旅程》 (Manitou Communications, Inc., Richardson, Texas 2008)。

Colin A. Ross, M.D., and Alvin Pam, Ph.D., Pseudoscience in Biological Psychiatry (John Wiley & Sons, Inc. 1995) [书评](#)

Elliot Valenstein 博士, 《责备大脑——关于毒品和心理健康的真相》 (Free Press 1998)

罗伯特·惠特克, 《疯狂的美国》 (珀尔修斯 2002)。在这本书中, 作者记录了这样一个事实, 即在现代生物精神病学 (精神药物、电击和心理外科) 发明之前, 被认为精神错乱或患有精神疾病的人更有可能康复并过上美好的生活。

罗伯特·惠特克 (Robert Whitaker), 《流行病剖析——魔术子弹、精神病药物和美国精神疾病的惊人崛起》 (Crown Publishers 2010)。在这部《疯狂的美国》的续集中, 罗伯特·惠特克 (Robert Whitaker) 审查了每类精神科药物造成的伤害证据, 并记录了使用精神药物而引起的精神障碍和疾病的增加。

## 文章

Ginger Ross Breggin, 《[On Being Human](#)》, [empathictherapy.org](http://empathictherapy.org)

Peter Breggin 博士, “[新研究: 抗抑郁药会导致长期抑郁症](#)”, 赫芬顿邮报 ([huffingtonpost.com](http://huffingtonpost.com)), 2011 年 11 月 16 日

莫妮卡·卡萨尼, “[抗抑郁药 \(和苯并\) 如何毁了我的生活: 卢克·蒙塔古](#)”, 2015 年 7 月 18 日 — 超越药物: 精神病学的替代品, <http://beyondmeds.com>

"[高度焦虑](#)", 1993 年 1 月《消费者报告》杂志

Siphiwe Sibeko, “[精神科药物每年杀死 50 万西方成年人，几乎没有积极的好处——领先的科学家](#)”，rt.com, 2015 年 5 月 13 日;原文: “[长期使用精神科药物弊大于利吗?](#)”，《英国医学杂志》，2015 年 5 月 12 日。

朱莉娅·卢埃林·史密斯, “[抑郁症药物浪潮使生活毁于一旦](#)”，《每日电讯报》（英国），2014 年 4 月 27 日

## 推荐视频

“精神科药物比你想象的更危险”，[YouTube.com](#) 和 [breggin.com](#)。这是彼得·布雷金博士（Dr. Peter Breggin）拍摄的一段精彩的 9 分钟视频，任何服用、开处方或提倡使用精神科药物的人都应该看到。

“精神病学会造成伤害，而且被广泛否认……”，[YouTube.com](#)。在这段不到 2 分钟的视频中，伦敦大学学院精神病学家兼心理健康科学高级讲师乔安娜·蒙克里夫（Joanna Moncrieff）总结了证据表明精神科药物对人有害，而她的大多数精神科医生同事并不关心。

精神科医生对抗抑郁药的看法（Kelly Brogan, 医学博士），[YouTube.com](#)。

彼得·布雷金博士在美国众议院退伍军人事务委员会就[新型（SSRI）抗抑郁药导致自杀](#)作证;也可在[YouTube.com](#) 上找到。

凯文·P·米勒（Kevin P. Miller）的《Rx 世代》（Generation Rx）以 <http://amazon.com> 的 DVD 形式提供，通常也有 <http://eBay.com>，不要与同名的 A&E 电影混淆。请参阅 [amazon.com](#)。

“The Drugging of Our Children”，A Gary Null Production, <http://garynull.com>，可从 [amazon.com](#) 获得。

“麻木：一部纪录片，关于抗抑郁药的令人沮丧的真相”。在开始或停止服用 SSRI 抗抑郁药（如 Paxil）之前，请观看此纪录片。这部纪录片说明了一个事实，即 SSRIs 等精神科药物通常比停止更容易，即使慢慢减轻它们也可能是不成功的。影片的结尾是电影制片人从 Paxil 切换到百忧解，但无法停止服用 SSRI“抗抑郁药”而没有无法忍受的戒断症状。请参阅 [numbdocumentary.com](#)。

“精神科药物和大规模枪击事件”，[YouTube.com](#)。这段视频提供了精神科药物导致暴力行为的证据，这与关于精神病患者需要“稳定药物”以防止暴力的普遍观点相反。我推荐这段公民人权委员会（CCHR）的视频，既不赞同 CCHR 本身，也不赞同 CCHR 的创始人，山达基教会：请参阅[《反精神病学行动主义的未来》](#)中的评论。

## （685）法学博士谈：（八）精神病学的电击治疗危害人类罪

“可以肯定的是，历史将把电痉挛疗法（ECT，又叫电击疗法）视为神经科学家兼作家埃利奥特·s·瓦伦斯坦(Elliott S. Valenstein)所说的‘伟大而绝望的疗法’之一，其倡导者与前脑叶切除手术的倡导者是近亲。”彼得·斯特林博士，神经科学教授，宾夕法尼亚大学佩雷尔曼医学院，“如果您寻找，ECT 损伤很容易发现”，《自然》，403 卷，2000 年 1 月 20 日，第 242 页

Electroconvulsive “therapy”，通常缩写为 ECT，是一个误导性的术语。ECT 不是一种疗法，与其支持者的说法相反。ECT 会损害大脑，但不能治愈任何东西。它在一些国家已被禁止，包括意大利，斯洛文尼亚和瑞士的一些州（根据 Larry Tye 在他具有讽刺意味的书中的说法 电休克：电休克疗法的治疗能力，企鹅 2006 年，第 22 页，与 Kitty Dukakis 合著）。2011 年 1 月 28 日 WebMD 的一份报告称，“在美国，每年有多达 10 万名患者接受 ECT，主要是严重的抑郁症或其他对药物没有反应的疾病”

(Todd Zwillich 和 Laura J. Martin 医学博士的“新审查下的电休克疗法”) 心理学家 Harold Sackeim 博士是世界上最著名的 ECT 研究人员之一, 他估计全世界每年有 200 万人患有 ECT (“Sackeim 说每年有 200 万人患有 ECT”, <http://YouTube.com>, 2012 年 7 月 12 日访问)。

1999 年美国卫生局局长的一份报告说: **“ECT 发挥其治疗效果的确切机制尚不清楚。**在 2010 年出版的一本书《精神错乱: 精神病学的麻烦》一书中, 精神病学家丹尼尔·J·卡拉特 (Daniel J. Carlat) 医学博士说: **“ECT 的主要问题与精神科药物的问题相同。虽然 ECT 有效, 但我们不知道如何或为什么”** (自由新闻, 第 167 页)。2013 年 1 月 11 日更新的 WebMD 报告称: **“目前尚不清楚这种大脑刺激如何帮助治疗抑郁症。ECT 可能通过改变大脑化学物质起作用……”**

**事实上, ECT 的工作方式是众所周知的。声称其作用机制未知掩盖了 ECT 的实际作用模式:它对大脑的损害足以损害“患者”正在进行的任何思维。**因此, 它可以被用来消除人类心理中不喜欢的任何东西, 不仅是抑郁症, 还有(所谓的)精神分裂症、躁狂、紧张症、双相(或躁狂抑郁)障碍、妄想、焦虑——**无论什么。**一个例子是, 我在 2013 年向纽约一家法院提交了一份法庭之友辩护状, 她的精神科医生试图对她进行 ECT 治疗, 因为她认为自己患有癌症, 这位精神科医生说这是一种错觉。因为 ECT 不是选择性的, 它还会减少或消除人类心态中好的方面, 包括智力、记忆和正常的人类情绪。当用于治疗抑郁症时, ECT 使“患者”不再记得他(或更多情况下, 她)不开心的事情, 并破坏了“患者”清楚思考困扰他的事情的能力。

精神科医生经常声称严重的不快乐或所谓的抑郁症, 经常使用 ECT, 是由大脑中未知的生物异常引起的, 并且通过某种未知的作用方式 ECT 纠正这些未知的生物异常。**这种荒谬的说法充其量只是猜测, 没有有效的证据。**心理学家欧文·基尔希 (Irving Kirsch) 博士在他的著作《皇帝的新药: 爆炸抗抑郁药神话》(Basic Books 2010, 第 100 和 177 页)中说: **“抑郁症可能是由正常运作的大脑引起的……抑郁症甚至可能根本不是一种疾病。抑郁症不能被“治疗”, 因为它不是一种疾病。这是对悲伤事件或未满足需求的正常反应。**人们变得抑郁是因为他们过着令人沮丧的生活, 而不是因为大脑中的化学失衡或其他故障。

ECT 还用于恐吓或折磨“患者”, 使其符合他人的期望。

ECT 通常被称为电击或休克治疗, 包括低至 20 伏 (Carlat, 精神错乱, 第 162 页) 到数百伏特通过大脑: Thymatron System IV 电击机规格规定“刺激输出”限制为 450 伏, 恒定电流为 0.9 安培, 持续时间长达 8 秒。2013 年 1 月 11 日更新的 WebMD 题为“电休克疗法 (ECT)”报告说: **“持续长达 8 秒的电刺激会产生短暂的癫痫发作。八 (8) 秒是很长的时间, 最高可达 450 伏的电压在您的脑海中涌动。**如果您曾经从 110 到 120 伏的电源插座 (在北美, 在其他国家高达 240 伏) 获得震动, 您不会怀疑这一点。电极放置在头部的每一侧太阳穴左右, 或者有时放置在头部同一侧的两个地方, 因此电流将仅通过大脑的左侧或右侧 (称为“单侧”ECT)。精神科医生错误地声称 ECT 由通过大脑的非常少量的电组成。例如, 爱荷华大学精神病学教授南希·安德烈亚森 (Nancy Andreasen) 在她为非专业人士撰写的书中将电击描述为“通过大脑传递非常少量的电流” (The Broken Brain, Harper & Row 1984, 第 207 页, 斜体添加), 在她的书中, 她没有提到任何数字表明使用了多少电力。美国精神病学协会的模式“ECT 同意书”说, ECT 中使用的电量是“少量的, 精心控制的电量”, 并且还省略了实际数字 (电休克疗法的实践: 治疗, 培训和特权的建议 - 美国精神病学协会 1990 年工作组报告, 附录 B, 第 156 页)。ECT 中施加的功率远不小。如果电流不限于头部, 它可以杀死“病人”。ECT 中的电力非常大, 可以烧伤放置电极的头部皮肤。正因为如此, 精神科医生使用电极果冻, 也称为导电凝胶, 以防止皮肤因电而灼伤。通过大脑的电流会导致癫痫发作, 以至于所谓的患者有时会在癫痫发作期间折断自己的骨头。为了防止这种情况, 在所谓的治疗之前立即施用肌肉麻痹药物 (称为肌肉“松弛剂”) (参见, 例如, Carlat, 精神错乱, 第 163 页)。

1977 年 9 月, 精神病学教授马克斯·芬克 (Max Fink) 在《美国精神病学杂志》上说: **“癫痫发作也可能由没有电流的麻醉吸入剂氟西诱导, 这些治疗与 ECT 一样有效”** (第 992 页)。在同一页上, 他说, 通过将药物戊四唑 (Metrazol) 注射到血液中引起的癫痫发作具有与 ECT 诱导的癫痫发作相同的治疗效果。

**为什么这些非常不同的方法——通过防毒面具吸入的气体、通过头部的电流或注射到血液中的药物——诱发的癫痫发作同样具有“治疗作用”?**

一个答案可以在理解大脑中找到，这门课程由范德堡大学医学院细胞与发育生物学教授、范德堡大学艺术与科学学院神经科学教授珍妮特·诺登博士的 18 小时录音讲座组成。她说“**每次癫痫发作时，神经元就会死亡**”，因此“**控制癫痫发作非常重要**”（教学公司 2007，第 6 讲）。**精神科医生通过诱导癫痫发作和杀死神经元来消除“坏”（但也很好）的思维和行为。**

什么是神经元？维基百科告诉我们“神经元是神经系统的核心组成部分，包括大脑”（维基百科，“神经元”，2011 年 4 月 5 日访问）。医学院教科书《基础临床神经科学，第二版》（Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins 2008）也提出了同样的观点，该教科书由三位圣路易斯大学医学院教授撰写：Paul A. Young 博士，解剖学和神经生物学系教授兼前主席，Paul H. Young，医学博士，神经外科临床教授，和 Daniel L. Tolbert，博士，解剖学和外科教授。在第 1 页上，他们说“神经系统的基本功能单位是神经元。同样在第 1 页上，他们说“神经元对刺激做出反应，传达信号并处理信息，从而能够意识到自我和周围环境；心理功能，如记忆、学习和言语，以及肌肉收缩和腺体分泌的调节。在第 9 页和第 10 页，他们说“中枢神经系统的所有功能，即对感觉的意识，对运动或腺体分泌物的控制，以及更高的心理功能，都是由于神经元上的兴奋性和抑制性突触的活动而发生的”。他们还说“神经细胞非常脆弱”，“大脑和脊髓也非常脆弱”（第 2 页）。

在她的“了解大脑”课程的第 9 讲中，Norden 博士说：“**异常放电可能会在大脑中引起癫痫发作，甚至可能杀死神经元**”。丹麦奥胡斯奥胡斯大学医院神经病学教授 Mogens Dam 博士说：“**不仅惊厥性癫痫发作被认为会损害大脑。新的研究表明，伴随轻微发作的异常电活动，如部分性癫痫发作也可能导致细胞死亡**”（“大脑如何工作”，<http://www.epilepsy.dk>，2011 年 7 月 1 日访问）。根据密歇根大学医学院神经学教授兼神经发育与再生实验室主任 Jack M. Parent 博士的说法，“**在一些实验中，电刺激用于诱导大鼠癫痫发作（称为‘电点火’）。这些研究表明，某些脑细胞群体可能会在单次或反复的短暂癫痫发作后死亡**”（“**癫痫发作会损害大脑吗？**”，也在[http://www.epilepsy.com/articles/ar\\_1064856376](http://www.epilepsy.com/articles/ar_1064856376)，2011 年 7 月 1 日访问）。

---

## 每次癫痫发作时，神经元都会死亡

一些神经科学家认为，丢失的神经元永远不会被取代。其中包括三位圣路易斯大学医学院教授，他们撰写了上述引用的神经科学教科书：

人体中的所有细胞都能够繁殖，除了神经细胞。结果，神经元的损失是无法弥补的；一个神经元一旦被摧毁，就永远无法被替换。...神经系统中任何部位的神经元细胞体的退化和中枢神经系统轴突的退化是无法弥补的。[基础临床神经科学，第 2 版，第 13 页]

在《了解大脑》一书中，珍妮特·诺登教授博士说：“神经元是非有丝分裂细胞，这意味着如果它们受到了损伤并死亡，它们就不会被取代”（第 7 讲）。神经外科医生小弗兰克·维尔托西克博士在他的《当空气击中你的大脑：神经外科故事》一书中说：

与身体的其他部位不同，大脑和脊髓几乎没有自我修复的能力。如果一名普通外科医生在腹部手术中伤到了一段肠，她只是简单地缝合伤口，或者如果不可能，就切除受伤的部分。有了 8 码的肠子，还有很多剩余的。即使是破烂的心脏或肝脏也是可以替换的。但当我割断一根神经时，它还是被割断了。神经外科医生做的事情无法挽回。

有神经科学家认为脑细胞（神经元和称为神经胶质的支持细胞）可以再生。美国国立卫生研究院（NIH）于 2005 年 12 月 8 日更新的题为“神经元的生与死”的出版物是这样说的：

直到最近，大多数神经科学家还认为我们生来就拥有了我们将要拥有的所有神经元。...对于一些神经科学家来说，成人大脑中的神经发生仍然是一个未经证实的理论。...尽管大多数神经元在我们出生时已经存在于我们的大脑中，但有证据表明神经发生（神经元诞生的科学术语）是一个终生的过程。[NIH 出版物编号 02-3440d，[http://www.ninds.nih.gov/disorders/brain\\_basics/ninds\\_neuron.htm](http://www.ninds.nih.gov/disorders/brain_basics/ninds_neuron.htm)，2011 年 7 月 1 日访问]

如果脑细胞实际上可以再生，这也许可以解释为什么接受电击的人在所谓的治疗经过足够长的时间后，会恢复一些思维和学习能力以及他们在“治疗”中失去的记忆。然而，接受电击的人的经验表明，这种记忆和能力的恢复不是完全的，而只是部分的。

精神科医生 Lee Coleman 博士对 ECT 这样说：

电击的基本原理以前是用精神分析的术语表达的，惩罚性的超我有时需要反复电击 110 伏特才能安抚。只有这样，内疚才能得到缓解，不满才能得到缓解。现在听到同样荒谬的神经生理学解释要普遍得多，这一次的想法是，这些电攻击以某种方式重新安排了大脑化学，使其变得更好。然而，大多数理论家都同意这些是猜测；事实上，他们似乎对休克治疗所谓的未知作用模式感到某种满足。然而，事实是，电击通过一种简单，直接的机制“工作”，并且许多经历过它的人和任何真正想要找出答案的人都能理解。不幸的是，电击的倡导者（特别是那些管理它的人）拒绝承认它的作用，因为这样做会让他们感觉不好。电击通过损害大脑起作用。支持者坚持认为，这种损害是可以忽略不计和短暂的 - 许多接受过该程序的人对这一论点提出异议。此外，其倡导者希望将这种损害视为“副作用”。事实上，人们在电击时看到的变化与任何急性脑损伤完全一致，例如锤子对头部的打击。从本质上讲，发生的事情是个人感到茫然、困惑和迷失方向，因此无法记住或欣赏当前的问题。然后电击持续几周（有时一天几次），以使程序“采取”，也就是说，充分损害大脑，使个人至少几个月不记得导致他首先受到电击的问题。脑损伤越大，某些记忆和能力就越有可能永远无法恢复。因此，继发于脑损伤的记忆丧失和意识模糊不是电击的副作用；它们是家庭（也许在不知不觉中）和精神科医生有时选择处理陷入困境和麻烦的人的手段。[《休克治疗史》，伦纳德·弗兰克编著，第 xiii 页。

管理 ECT 的精神科医生声称没有证据表明 ECT 会导致脑损伤。例如，精神病学家迈克尔·艾伦·泰勒（Michael Alan Taylor，医学博士）在他的书《希波克拉底哭泣：美国精神病学的衰落》（牛津大学出版社 2013 年，第 94 和 98 页）中这样说：

与 ECT 的公众形象相反，经过多年治疗患有情绪障碍的患者和其他严重行为综合征的患者，其中许多患者也接受了 ECT 治疗，参与了 ECT 研究，并考虑了所有替代方案，我在我的医学高级指示中详细说明，如果我患有其中任何一种行为综合症，我不想要任何其他通常开的治疗方法，我想要 ECT。...一些接受 ECT 的患者也会失去对治疗开始前几周发生的事件的记忆。这种信息的丢失是断断续续的，但却是永久性的。它从未广泛存在，也不涉及未来的长期信息存储。患者不会忘记他们的生活、他们的传记信息、他们的技能或他们的知识储备。个性不会改变。没有脑损伤。那些说有损害的人要么是无知的，要么是被误导的，要么是故意误导的。

同样，美国国家医学图书馆和美国国立卫生研究院（NIH）的出版物令人放心地指出，“电休克疗法（ECT）是一种非常有效且通常安全的治疗方法.....”（电休克疗法：Medline Plus 医学百科全书，2012 年 8 月 1 日更新）。

但事实上，在 1938 年 ECT 发明后不久，尸检研究揭示了 ECT 引起的脑损伤，开始出现在医学期刊上。这种脑损伤包括脑出血（异常出血）、水肿（液体积过多）、皮质萎缩（大脑皮层或大脑外层萎缩）、大脑血管周围空间扩张、纤维化（增厚和瘢痕形成）、胶质增生（异常组织生长）以及稀疏和部分破坏的脑组织。精神病学家 Peter R. Breggin 医学博士在他的著作《电击：大脑致残效应》

（Springer Publishing 1979）中仔细记录了 ECT 引起的每种类型的脑损伤的证据。卡尔·沃克，法学博士，医学博士，德克萨斯州贝克萨尔县法医，是我在圣玛丽大学法学院的法律医学教授。在一次课堂讲座中，沃克博士说，在对 ECT 患者的大脑进行尸检时，他在电极放置点之间发现了瘢痕组织的纤维带，正常脑组织已被破坏并被瘢痕组织取代。在评论 ECT 造成的脑损伤程度时，神经外科医生 Karl H. Pribram 医学博士曾经说过：“我宁愿做一个小的脑叶切除术，也不愿进行一系列电休克。...我只知道在一系列电击后大脑的样子，而且看着不是很愉快”（APA Monitor, 1974 年 9 月至 10 月，第 9-10 页）。神经学家 Sidney Sament 博士这样描述 ECT：“电休克疗法实际上可以定义为通过电方式产生的受控类型的脑损伤。毫无疑问，一些精神症状被消除了.....但这是以脑损伤为代价的”（临床精神病学新闻，1983 年 3 月，第 4 页）。尽管他是 ECT 的捍卫者，但杜克大学精神病学教授 Richard D. Weiner, M.D., Ph.D. 承认“数据作为一个整体必须被认为与 ECT 后额叶萎缩的发生一致”（行为与脑

科学，1984年3月，第8页）。负责高级心理功能的额叶在ECT中获得大部分电力，并随着脑细胞死亡而收缩。Weiner博士还承认“布雷金博士关于ECT总是产生急性器质性脑综合征的说法是正确的”（同上，第42页）。有机脑综合征是有机脑疾病。在精神病学中的大脑致残治疗，第二版（施普林格出版社2008年，第237页）中，布雷金博士说：“还有广泛的文献证实了ECT造成的脑损伤。许多大型动物研究、人体尸检研究、脑电波研究和偶尔的CT扫描研究都证明了这种损害。他的结论是“ECT是一种完全不合理、不公正的治疗”（第226页）。

在《英国精神病学杂志》的一篇文章中，三位心理学家说：“ECT患者的表现在WAIS（韦氏成人智力量表）上也较差”和“ECT患者较差的Bender-Gestalt表现确实表明ECT会导致永久性脑损伤”（Donald I. Templer博士等人，“给予许多电休克治疗的精神分裂症患者的认知功能和精神病程度”，第123卷（1973年），第441页起，见第442、443页）。

在她的教学公司课程“了解大脑”的第36讲中，神经科学家和范德比尔特大学医学院教授Jeanette Norden博士说：“除了巨大的脑损伤，我们所谓的智商不会改变。因此，如果ECT造成的脑损伤小于大规模，则接受ECT的人的智商（IQ）前后测试将显示智商没有变化。然而，对接受ECT的人进行前后智商测试通常显示损失20到40分。精神病学家彼得·布雷金（Peter Breggin）在他的《精神病学中的大脑致残治疗》（第二版）一书中，包括了一个他称之为“被ECT摧毁的生活”的女性的案例研究，他在ECT之后说“她的整体智商下降了20点”（第220页）。琳达·安德烈（Linda Andre）在她的书《欺骗医生——他们不想让你知道的休克治疗》（罗格斯大学出版社2009年，第8、181页）中引用了她自己和其他人在ECT前后进行智商测试的案例：“我们这些在比较前后有智商测试分数的人发现我们失去了大致相同数量的智商点 - 三十到四十。在我们所有的案例中，结果表明获得性脑损伤。接受ECT的人的智商（IQ）降低强烈表明ECT引起的脑损伤既不是微不足道的，也不是短暂的，正如那些促进ECT的人声称的那样，而是巨大而永久的。”

根据神经学家John Friedberg博士在他的书《休克治疗对你的大脑不利——神经学家挑战精神病学神话》（Glide Publications，1976年，第29和31页，斜体原文）中的说法，“休克疗法受试者的脑电图[electroencephalographs]总是异常的。...当应用仔细的测试和客观测量时，ECT的唯一一致效果是脑损伤。”

在《理解大脑》一书中，Jeanette Norden博士谈到阿尔茨海默病时说：“这种疾病真正可怕的事情之一是，它剥夺了人们自己的感觉，因为它剥夺了他们生活的记忆”（第33讲）。ECT也是如此。一位患有ECT的女性描述了ECT对她记忆的这些影响：“我不记得我永远不想忘记的事情 - 重要的事情 - 比如我的婚礼当天和谁在那里。一位朋友把我带回了举行婚礼的教堂，它对我来说毫无意义”（引自：Peter R. Breggin，医学博士，电击：这是大脑致残效应，第36页）。另一位妇女发现“ECT让她忘记了从女儿最近的生日派对到她是否有丈夫的一切”（Larry Tye, Shock: 电痉挛疗法的治愈能力，第x页，斜体添加）。1980年的一篇文章说，休克治疗的效果之一是“毁掉生命的长期记忆丧失；有些患者甚至忘记了他们有孩子”（Carlyle C. Douglas，”电休克疗法使患者受苦，医生富有“，Moneysworth，1980年8月，第14页）。2001年，我听到一位也是注册护士（RN）的州代表告诉新罕布什尔州的一个立法委员会，在ECT之后，她的一个病人不记得自己的名字。寻求抑郁症治疗并患有ECT的专业人士已经为这种所谓的疗法失去了一生的专业知识和技能。（例如，参见Berton Roueché在下文《推荐阅读》中的文章）。一位在圣安东尼奥州立医院接受过ECT的女性告诉我，ECT摧毁了她的整个大学教育。在德克萨斯州，州法律要求警告那些考虑ECT的人“关于ECT的有效性”及其“永久性不可逆转的记忆丧失”的风险“存在意见分歧”（德克萨斯州健康与安全法§578.003）。但在大多数州，接受ECT的人自愿这样做，没有任何关于他们即将遭受的脑损伤和相关记忆丧失和智力障碍的警告 - 精神科医生通常是最不可能发出ECT损害警告的人。精神科医生通常会欺骗患者及其家人，说ECT的唯一不良反应是“治疗”之前和之后不久的事件健忘症。

ECT倡导者欺骗公众、患者、立法者和法官，声称今天的ECT与过去不同且危害更小。其中一种说法是添加麻醉，一种肌肉麻痹药物和氧合（使“患者”呼吸空气或100%氧气）防止ECT引起的脑损伤。

事实上，无论是麻醉、肌肉麻痹药物，还是呼吸氧气，都无法阻止电击对大脑的损害作用。尸检研究、脑电图和对接受 ECT 的患者的观察表明，在麻醉、肌肉麻痹药物和强制呼吸空气或氧气的情况下接受 ECT 的患者与未接受这些修改的 ECT 患者经历相同的脑损伤、记忆丧失和智力障碍。

一些 ECT 倡导者声称，今天使用的新型电力，短脉冲，比旧类型的正弦波（这是标准的 120 伏交流家用电源插座）造成的伤害更小。相比之下，一位著名的 ECT 支持者，精神病学教授 Richard D. Weiner，医学博士，博士引用的研究“证明正弦波和双向脉冲刺激产生了等效的遗忘变化”（行为与脑科学，1984 年 3 月，第 18 页）。根据芝加哥医学院精神病学教授理查德·艾布拉姆斯（Richard Abrams）医学博士在他的教科书《电休克疗法》中的说法，400 伏是较新的短脉冲 ECT 设备产生的典型峰值电压（牛津大学出版社 1988 年，第 113 页）。这是旧正弦波机器产生的最高电压的两倍多。下面一张较旧的 MedCraft 电击机的照片显示，最大电压（最右旋钮）为 170 伏，而不是 400 或 450，最大电击持续时间（右下旋钮）为 1.0 秒，而不是较新的 ECT 设备提供的长达 8 秒。电压是原来的两倍多，电击持续时间要长很多倍，这表明今天的电击或 ECT 设备造成的危害更大。

在精神病学中，官方声明陈述与事实完全相反的情况是典型的。一个例子是美国国家医学图书馆和美国国立卫生研究院的上述文章，“电惊厥疗法”（2012 年 8 月 1 日更新），其中说“自 1930 年代引入 ECT 以来，手术中使用的电力剂量已显着减少”（斜体添加）。

声称新的“单侧”ECT 中的电流仅通过头部的一侧，损害较小也是错误的。将电流集中在大脑的较小区域可能对大脑的受影响区域造成更大的损害（Breggin，毒性精神病学，第 438 页；Breggin，“非显性 ECT 的脑损伤”，美国精神病学杂志 143: 10（1986 年 10 月），第 1320-1321 页）。

另一个问题是精神科医生通常使用更高剂量的电来治疗“单侧”而不是“双侧”ECT：在一项研究中，精神科医生对双侧 ECT 使用了 11/2 倍的癫痫发作阈值，对“单侧”ECT 使用了 6 倍的癫痫发作阈值（Kellner 等人，“ECT 中的双额叶，双颞和右侧电极放置：随机试验”，英国精神病学杂志（2010）196: 226-234）：这是“单边”ECT 的 4 倍。有时给出的解释是，当大脑的一小部分受到电击时，需要更多的电流来引起抽搐。

“单边”ECT 背后的想法是保留大脑中负责语言（言语）和数学技能（非情感，类似计算机的智力功能）的部分。这些功能被认为位于被误导性地称为大脑的主导侧或半球。在大多数人中，这个所谓的主导大脑半球是左半球。然而，根据心理学家 Sally P. Springer 博士和神经病学教授 Georg Deutsch 博士在他们的书《左脑，右脑——认知神经科学的观点》，第 5 版（W.H. Freeman & Co. 1998，第 22 页）中的说法，大约 5% 的右撇子和 30% 的左撇子并不是真的。因此，一个问题是很难确定在任何特定个体中对大脑的哪一侧进行电击。有时，精神科医生在试图放过大脑时，会无意中震惊大脑中所谓的占主导地位的言语/数学半球。

通常，旨在获得单侧 ECT 电的大脑一侧称为非优势侧。大脑中这个所谓的非优势侧主要负责我们的情感和性行为，艺术，创造力和音乐能力，视觉和空间感知，运动能力，无意识心理功能以及记忆的某些方面。根据心理学家莎莉·P·斯普林格（Sally P. Springer）和神经病学教授乔治·多伊奇（Georg Deutsch）在他们的著作《左脑，右脑——认知神经科学的观点》（第 5 版）中的说法，大脑优势的概念“低估了右半球的作用”（第 15 页）。他们说“将右半球视为小半球或被动半球是不恰当的”（第 18 页）。根据纽约大学医学院神经病学教授奥利弗·萨克斯（Oliver Sacks）的说法，这个所谓的非优势半球“具有最根本的重要性”，因为它提供了“角色，自我的物理基础”，没有它“我们变得像计算机一样”（误以为妻子戴帽子的男人和其他临床故事，Harper & Row 1985，第 5、20 页）。在所谓的非优势半球单侧 ECT 中电击的大脑一侧对我们来说至少与我们大脑的其他部分一样重要。

如果情绪比理性更能指导我们的行为，正如许多证据和观察所表明的那样，这个情绪化的，被认为是非主导的大脑半球（无论是在任何特定个体中是左还是右）实际上可能是主导半球。位于所谓的占主导地位的大脑半球的语言、数学和推理能力只是我们使用的工具，而不是我们的基本自我。

理查德·艾布拉姆斯（Richard Abrams）医学博士在他的教科书《电休克疗法》（牛津大学出版社）2002 年版中，主张相反的方法，如果患者的生计依赖于那些（他假设的）右脑，据说是非主导功能。虽然承认许多精神科医生说“单侧治疗电极应该放在右半球，以避免言语区域”（第 131 页），但他说“在我看来……左单侧 ECT“是”音乐家、艺术家、建筑师和其他依赖右半球功能不受损害的人的可行替

代选择“（第 136 页）。没错，他说“没有受损”，承认电痉挛“疗法”会损害大脑中遭受电击的部分。但正如萨克斯博士在《误把妻子当帽子的男人和其他临床故事》中所说，那些所谓的非主导性大脑半球功能对每个人来说都是“最基本的重要”。

ECT 的另一种行动模式是它激发的恐惧。对“治疗”的恐惧和对大脑的有害影响也解释了为什么胰岛素昏迷“疗法”和在没有电流的情况下诱导的癫痫发作，例如通过将药物戊四唑（Metrazol）注射到血液中，或强迫“患者”吸入癫痫诱发气体（如氟甲状腺素）可以与电击一样有效。精神分析学家杰弗里·马森（Jeffrey Masson）博士在他的《反对治疗》一书中问道：“为什么精神科医生要折磨人，称之为电击疗法？”（雅典娜，1988 年，第十五页）。我在圣安东尼奥州立医院的一位客户告诉我，他过去曾对生活发生的事情不满意，因此他“退出”并被诊断（实际上被描述）为紧张症。他说，作为对他的紧张症的回应，他接受了电击（ECT），之后，他说，“我马上就出来了。我问他为什么。他回答说：

“因为我意识到，如果我不这样做，他们就会杀了我！”心理学家诺曼·萨瑟兰（Norman S. Sutherland）在他的《崩溃》一书中指出，在他的观察中，ECT“被广泛恐惧”，“有许多患者的报告将 ECT 被施用的日子里医院的气氛比作处决当天的监狱气氛”（Signet 1976，第 196 页）。

ECT 的捍卫者说，使用麻醉使 ECT 无痛。这种说法没有抓住重点。这是精神迷失，记忆丧失，失去的心智能力，从“治疗”中醒来后意识到，一个人的自我本质正在被“治疗”摧毁，这是可怕的。正如 Lothar B. Kalinowsky 博士和 Paul H. Hoch 医学博士在他们的书《休克治疗，心理外科和其他精神病学中的躯体治疗》中所说：

然而，对 ECT 的恐惧是一个比最初意识到的更大的问题。这是指仅在一定次数的治疗后才  
会发展或增加的恐惧。这与患者不熟悉治疗的恐惧不同，在第一次应用之前。...“破碎的自我  
的痛苦经历”是对后期对治疗的恐惧最有说服力的解释。[格鲁恩和斯特拉顿 1952 年，第  
133 页]

拉里·泰（Larry Tye）在他的《休克：电休克疗法的治愈力量》（Shock: The Healing Power of Electroconvulsive Therapy）一书中承认，ECT 可以“抹杀人格”（第 ix 页）。

ECT 实现其效果的一种方式，这种假定疗法的受害者改变他们的行为、情绪表现和表达的想法，目的是劝阻精神科医生实施或继续 ECT，希望避免被 ECT(进一步)伤害。拒绝接受电休克疗法通常是不起作用的，因为精神科医生可以而且确实会不顾所谓的病人的反对强行进行电休克疗法。在《精神病学的力量》一书中，埃默里大学教授乔纳斯·罗比特·谢尔，医学博士，说“有组织的精神病学继续反对法令、规章或法庭案件对其‘权利’的任何限制，以使处于昏迷状态且不愿接受治疗的患者休克”（霍顿·米夫林 1980 年，第 279 页）。在德克萨斯州，给 16 岁以下的人或 16 岁以上不情愿的人进行 ECT 治疗是非法的，除非他或她有法院指定的监护人，并且监护人同意，即使被监护人在有能力时表示他或她不想进行电击也是如此：参见德克萨斯州健康与安全法规 578.002 和德克萨斯州民事实践与补救法规 137.008 (c)。出于这个原因，所有人(在德克萨斯州和其他地方)都应该有一个预先精神病学指令(或“精神健康治疗声明”)，拒绝 ECT(和所有精神药物，见精神科药物：治疗还是伤害?)。2014 年，美国许多州(如果不是大多数州的话)仍在实施法院下令实施的电击。我知道最近在纽约和明尼索塔发生了法院下令对不情愿、持反对意见的“患者”实施 ECT 的案例。2013 年，康涅狄格众议院第 5298 号法案“要求遗嘱检验法院在发布非自愿电休克治疗令之前遵循某些程序”被康涅狄格立法机构审议但未通过，导致康涅狄格的非自愿电休克法保持不变。苏格兰精神福利委员会 2011-2012 年度报告指出，“去年(2011 年 4 月至 2012 年 3 月)，根据《精神卫生法》，在苏格兰有 203 例授权对未同意的患者进行电休克疗法。在 129 个案例中，患者被描述为反对或抵制“ECT 的实施”(2011-12 年苏格兰未经同意的 ECT，2014 年 8 月 26 日访问)。爱尔兰精神病学学院 2011 年 9 月的“关于电休克疗法(ECT)的立场声明”(2014 年 8 月 26 日获得)称，“根据 2001 年[爱尔兰]精神卫生法的规定，患者可以在未经同意的情况下接受 ECT。”

即使是政府批准的、法院命令的暴力行为，如强行实施电击(或精神药物或精神外科手术)，也会让任何正常人而不寒而栗。正如精神病学教授 Thomas S. Szasz 曾经说过的，“暴力就是暴力，不管它被称为精神疾病还是精神病治疗”（《暴力与精神病医生》，《自由》杂志，1986 年 1 月，第 26 页）。



这种针对那些悲伤或其他想法或行为被贴上精神疾病标签的人的日常暴力行为经常被不诚实地否认。例如，美国国家精神卫生研究所(在 NIH 出版物第 11-3561 号，2011 年修订版)错误地指出，“患者在接受 ECT 之前总是提供知情同意书”。

由于“患者”对 ECT 的恐惧是 ECT“起作用”的一个原因，精神科医生仅仅通过用 ECT 威胁人们就能得到“治疗”。正如精神科医生彼得·r·布雷金(Peter R. Breggin, M.D.)在他的书《电击：这是大脑致残效应》中所说：“对于那些亲眼目睹这些(大脑致残)效应而自己却没有接受 ECT 电击治疗的患者来说，ECT 的效应仍然是引人注目的。他们尽其所能进行合作，以避免类似的命运”(第 173 页)。

在他的书《如何阻止您的医生杀死您》(欧洲医学杂志 2003)中，英国内科医生 Vernon Coleman, MB, ChB, DSc(hon)在他的“为什么精神卫生保健不总是值得拥有”一章中用了 4 页来批评 ECT。他说：

几十年来，我一直强烈批评 ECT。在我看来，这一直是一种原始、野蛮和粗糙的“治疗”形式。作为一名医科学生，我曾经不得不看着它被实施。我记得对自己准备从事的职业深感羞愧。[第 119 页]

实施电休克疗法的一个重要动机是利润：根据 Larry Tye 在他的书中的说法，每个费用为 2,000 至 3,000 美元（典型的 12 个系列为 36,000 美元）（第 14 页）。精神科医生和他们实施 ECT 的同事正在从事医疗保健庸医骗局，在伤害和恐吓所谓的病人的同时致富。

然而，大多数精神科医生都做过电休克疗法。精神科医生通常需要实施 ECT 来完成精神病学的住院医师培训，这使他们很尴尬，因此他们很难在后来承认这种“治疗”有多有害：此后，他们必须否认，否认，否认他们对所谓的病人造成脑损伤的明显事实。对电休克脑损伤或“ECT”的广泛理解甚至可能导致对医生和他们实施电休克的同事的刑事起诉。歌手迈克尔·杰克逊的私人医生康拉德·罗伯特·默里博士在他的治疗导致迈克尔·杰克逊死亡后受到审判和刑事定罪并被判处四年徒刑，这是这方面的一个先例。(参见《康拉德·默里的审判》，<http://wikipedia.org>，2014 年 2 月 5 日获取)。

---

## 对 ECT 的广泛理解可能会导致对实施它的医生提起刑事诉讼

当 ECT 在得到法官授权后以武力实施时，尽管受到司法豁免的保护，但法官在道德上同样负有责任。投票支持非自愿治疗法的立法者尽管受到立法豁免权的保护，但在道义上对这些危害人类罪负有责任。经法律或法院命令授权，以武力或武力威胁对不情愿的人施用 ECT（或精神科“药物”或心理外科手术）可以免除肇事者的刑事责任，但不能免除他们的道德责任。这种强制武力在道义上是没有道理的，仅仅因为它是法律或法官授权的。

与一些国家不同，美国各州未能履行其保护人民免受 ECT 等残忍、非理性和破坏性“待遇”的责任。因此，如果您居住在美国或其他政府不保护您的地方，您可以尽最大努力保护自己和您所爱的人，让自己和您所爱的人远离实施 ECT 电击的精神科医生。

## 推荐阅读

琳达·安德烈，[欺骗医生——他们不想让您知道的休克治疗](#)（罗格斯大学出版社，新不伦瑞克，新泽西州，2009）

Peter R. Breggin, 医学博士，电击：其大脑致残效应（施普林格出版公司，纽约，1979 年）

Peter R. Breggin, 医学博士，“非显性 ECT 的脑损伤”，美国精神病学杂志 143: 10（1986 年 10 月），第 1320 页。

Peter R. Breggin, 医学博士，毒性精神病学：为什么治疗，同理心和爱必须取代新精神病学的药物，电击和生化理论“（圣马丁出版社，纽约，1991 年）

Peter R. Breggin, 医学博士，[精神病学中的脑致残治疗](#)：药物，电击和精神药物复合体，第二版

（Springer Publishing Co., 纽约 2008 年），第 9 章：“抑郁症的电休克疗法（ECT）”，第 217-251 页。

约翰·弗里德伯格，医学博士，“电击疗法：让我们停止爆破大脑”，《今日心理学》杂志，1975 年 8 月，第 18 页

约翰·弗里德伯格，医学博士，“休克治疗、脑损伤和记忆丧失：神经学视角”，《[美国精神病学杂志](#)》，第 134 卷，第 9 期（1977 年 9 月），第 1010 页；也可在 [PsychRights.org](#) 和 [ResearchGate.net](#)

Berton Roueché，“医学年鉴，如夏娃一样空虚”，《纽约客》杂志，1974 年 9 月 9 日，第 84 页。这篇传记文章以可怕的细节描述了电击“疗法”引起的记忆丧失的程度和持久性。

Don Weitz，[“电击必须作为危害人类罪加以禁止”](#)，[thestreetspirit.org](#)，2005 年 8 月

### 推荐视频

Peter R. Breggin，医学博士，简单的真相 10：电击是脑创伤，[YouTube.com](#)。在这段于 2015 年 4 月 8 日上传的视频中，Peter Breggin 博士揭示了 2015 年电击的流行情况，以及这种所谓的疗法是脑损伤，而且只是脑损伤的事实。

“病人恳求：请停止我的休克治疗”，上传于 2007 年 2 月 13 日，[YouTube.com](#)：“一名在精神病院接受电击治疗的但尼丁[新西兰]妇女公开请求她的医生停止治疗”。这个视频是一个机会，看看非自愿电击的人有多正常。

“宪法律师乔纳森·埃莫德——必须禁止电击治疗”，上传于 2018 年 8 月 9 日，[YouTube.com](#)

我推荐的网站：[ECT 资源中心](#)，[ect.org](#)，[德克萨斯州废除电击联盟](#)，[MindFreedom](#)，[全国权利保护和倡导协会](#)

## （686）法学博士谈：（九）大脑屠宰被称为精神外科手术

大多数人认为精神外科手术已经过时了。不幸的是，这不是真的。虽然精神外科手术在 20 世纪的最后三四十年里做得不太频繁，但它从未被完全放弃，现在在 21 世纪初，精神外科手术正在卷土重来。

什么是精神外科手术？密歇根大学心理学和神经科学名誉教授 Elliot S. Valenstein 博士将精神外科手术定义为“**在没有任何神经病理学直接证据的情况下，为缓解严重精神疾病而进行的脑部手术**”（今日行为，1976 年 6 月 28 日，第 5 页）。以下定义出现在精神病学教科书中：“心理外科手术是切断连接大脑一部分与另一部分的纤维或移除、破坏或刺激脑组织的外科手术，目的是改变或改变行为、思想内容或情绪的紊乱，无法证明其有机病理原因”（约翰·唐纳利，医学博士，Sc.D.，在：Kaplan & Sadock，精神病学综合教科书/IV，1985 年，第 1563 页）。

**“精神外科手术”这个词和其他精神医学中的许多词一样不合逻辑。**关于“精神外科手术”不合逻辑的地方在于，**心灵不是身体的一部分，因此不可能通过手术来治疗它。说精神科医生或外科医生要对某个人心灵进行手术，就像说他要对那个人的灵魂进行手术一样不合逻辑。**虽然“精神外科手术”显然是在大脑上进行的，但有充分的理由不称其为“大脑手术”，因为与精神外科手术不同，大脑手术涉及已知的大脑异常，如良性或恶性脑肿瘤、感染或颅内出血。而**“精神外科手术”这个词中的神奇之处在于，它似乎证明了精神科医生或外科医生对大脑进行手术是合理的，据所知，这些大脑在生物学上是完全健康的！这是非常荒谬的！**（托马斯·萨兹，M.D.，《心理治疗的神话》，Anchor Press 1978，第 6-7 页）

精神外科手术有各种名称，大多数人称之为脑叶切除术。因为脑叶切除术这个术语有这样的耻辱，并且因为 20 世纪末和 21 世纪初的精神外科手术至少据称比 50 年前进行的精神外科手术的破坏性要小，所以今天进行或捍卫精神外科手术的人通常使用脑叶切除术以外的术语来描述它。这些术语包括尾状下牵引

切开术、前颅切开术、边缘白质切开术、前囊切开术和行为手术。布朗大学精神病学教授兼罗德岛州普罗维登斯巴特勒医院门诊服务主任本杰明·格林伯格博士说：“我们不再喜欢称之为精神外科手术了……这是严重精神疾病的神经外科手术”（引自 Benedict Carey, “控制行为的新手术”，洛杉矶时报，2003年8月4日，<http://mindfully.org>）。在1990年《神经精神病学杂志》的一篇社论中，医学博士 Stuart Yudofsky 和医学博士 Fred Ovsiew 写道：“我们建议通过提出一个新术语来减轻所谓的精神外科手术负担，从这个称谓的多种局限性中解脱出来：**精神疾病的神经外科和相关干预（NRI）**”（第2卷，第3期，1990年夏季，第253-255页，原文粗体印刷）。当**脑叶切除术**成为一个贬义词时，它变成了“**精神外科手术**”。当**精神外科手术**造成的伤害广为人知时，一些人试图将名称改为**行为外科**、**精神疾病的神经外科**、**NRI** 或其他术语。

一些评论家对新名称不以为然。例如，在1991年12月8日发表的给《纽约时报》编辑的一封信中，社会工作者 Graceann V. Inyard 对11月3日一篇题为“40年代和50年代脑叶切除术的挥之不去的影响”的文章表示“愤怒”。她说：“这篇文章给人的印象是，在精神安定药出现后，这个国家没有进行脑叶切除术。这不是真的。他们只是在‘精神外科手术’的总称下被赋予了不同的名字，其中包括立体定向和扣带切除术。”

---

## 现在在 21 世纪初，精神外科手术正在卷土重来

我记得第一次学习精神外科手术是在我大学里上过的一门心理学课上，当时我们的教授，一位精神科医生，在课堂讲座中描述了它。他描述的一种类型是在前额两侧的“患者”头骨上钻两个洞，大约在发际线附近，以便进入大脑的额叶，在那里可以进行智力、思维和情感的活动。他说，在一个版本中，一个类似于苹果核的圆柱形装置入大脑的每一侧，每个额叶的圆柱形部分被移除。他说，在其他版本的手术中，插入手术刀以切断额叶或额叶与大脑其他部位之间的连接。在一种类型的心理外科手术（跨眶脑叶切除术）中，不是在头骨上钻孔，而是将手术刀或类似于冰锥的仪器戳穿或锤击每个眼窝中称为眼眶的颅骨的薄部分进入大脑的额叶，我们的教授说，“手术刀像这样移动”，当他左右摆动手指时。马里兰州新闻学教授乔恩·富兰克林（Jon Franklin）在他的《心灵分子：分子心理学的勇敢新科学》一书中将同样的操作描述为“强迫一个薄的冰锥状仪器穿过病人的眼窝，然后在脑中挥舞着这个点”（戴尔出版社，1987年，第64页）。在1988年出版的教科书《精神病学概要》中，精神病学教授哈罗德·I·卡普兰（Harold I. Kaplan）和本杰明·J·萨多克（Benjamin J. Sadock）说，用于跨眶脑叶切除术或白细胞切开术的“手术”仪器不仅“像”冰锥；他们说这是冰锥（第531页）。根据精神外科手术的两位支持者的说法，这种精神外科手术方法的发明者是沃尔特弗里曼博士，“他[弗里曼博士]最初的手术工具实际上是从厨房抽屉里取出的冰锥”（雷尔·简·艾萨克和弗吉尼亚·C·阿马特，街头疯狂：精神病学和法律如何放弃精神病患者，自由新闻/麦克米伦公司，1990年，第179页）。虽然我的心理学教授没有使用这个具体的类比，但他明确无误地表明，他认为这种**精神外科手术就像试图通过在机柜上钻一个洞，插入砍刀，然后在电视柜内嘎嘎作响来修理一台出现故障的电视机一样不科学和毫无意义。换句话说，这些类型的精神外科手术，通常被称为前额叶切除术，是不分青红皂白地对大脑额叶造成损害。**Bantam 医学词典说，今天所做的所谓的“现代”版本的精神外科手术更加精致，涉及“在大脑的较小区域进行选择性病变”（“白细胞切开术”，Bantam Dell 1981，第405页）。爱荷华大学精神病学教授南希·安德烈亚森（Nancy Andreasen, M.D., Ph.D.）在她的书《破碎的大脑：精神病学中的生物革命》（Harper & Row 1984，第214页，斜体添加）中描述了现代精神外科手术：

较旧的“前额叶切除术”技术涉及切割大量白质束，而现代精神外科手术技术强调选择性切割连接扣带回和边缘系统其余部分的非常微小且非常特定的部分。这种技术被认为可以打破边缘系统的回响回路，从而停止情绪刺激的自我延续循环……

**使用假设**这个词是承认精神外科医生不确定他们从生物学角度在做什么。在《破碎的大脑》一书中，安德烈亚森博士还说：“虽然我们对运动、感觉和语言系统了解很多，对记忆系统也了解很多，但额叶系统仍然是一个知之甚少的前沿领域”（同上，第118页）。她将大脑的这一部分称为“神秘的额叶”（同上，第95页）。然而，尽管我们对额叶的作用和工作方式一无所知，但正是在大脑的这个区域完成

了“精神外科手术”！在2007年出版的一本书中，心理学家 Bruce E. Levine 博士说，G. Rees Cosgrove，医学博士，前哈佛医学院外科副教授，现任神经外科教授和布朗大学沃伦阿尔珀特医学院神经外科系主任，“也许是美国最著名的精神外科手术医生”（幸存的美国抑郁症流行病，切尔西绿色出版公司，2007年，第74页）。安德鲁·所罗门（Andrew Solomon）在他的著作《正午恶魔——抑郁症地图集》（The Noonday Demon——An Atlas of Depression）中引用了科斯格罗夫博士对精神外科手术的以下承认：“我们不了解病理生理学；我们不了解为什么这样做的机制”（Scribner 2001，第164页）。Cosgrove 博士和 Scott L. Rauch 博士，哈佛医学院精神病学教授和麦克莱恩医院精神病学主任医师，在马萨诸塞州总医院和哈佛医学院网页上的一篇文章中，最后修改日期为2005年3月2日（当我在2014年9月22日检查时仍然在线）说：“精神疾病的手术治疗对某些重度患者有帮助，致残和治疗难治性主要情感障碍、强迫症和慢性焦虑状态。在那篇文章中，他们承认如下：

尽管健康和疾病中情绪的神经解剖学和神经化学基础仍未确定，但有证据表明，该系统及其与皮质纹状体丘脑回路的相互联系在主要情感疾病，强迫症和其他焦虑症的病理生理学中起着核心作用。...因此，相信以情感和认知表现（例如抑郁症、强迫症和其他焦虑症）为特征的精神疾病可能反映了边缘失调的最终共同途径，这是直观的吸引力。...神经化学模型表明，情感和焦虑障碍可能通过单胺能系统介导。...尽管抑郁症，强迫症和其他焦虑状态的确切神经解剖学和神经化学机制尚不清楚，但人们认为基底神经节，边缘系统和额叶皮层在这些疾病的病理生理学中起主要作用。[\[http://neurosurgery.mgh.harvard.edu/functional/psysurg.htm\]](http://neurosurgery.mgh.harvard.edu/functional/psysurg.htm)

正是基于这种暗示性的证据和猜想，精神外科医生切割、移除或破坏了人类大脑中的纤维或组织，据任何人所知，这些纤维或组织是完全正常的。

用 Andreasen 博士的话来说，“切割连接扣带回和边缘系统其余部分的非常微小和非常特定的部分”可能有什么影响？根据圣路易斯华盛顿大学的神经科学家和 PET 扫描先驱 Marcus Raichle 的说法，扣带回通过正电子发射断层扫描或大脑 PET 扫描研究显示是解决单词问题的中心。每当“受试者被告知要注意.....当研究人员要求志愿者[他们的大脑正在通过 PET 扫描进行研究]阅读用“错误”颜色墨水书写的颜色（红色，橙色，黄色）时，它也闪耀着活力，例如用蓝色写的“红色”（*新闻周刊*，1992年4月20日，第70页）。换句话说，扣带回负责智力的某些方面。

---

### “我们不了解为什么会这样起作用的机制”

选择大脑中扣带回或边缘系统的其他部分作为现代精神外科手术的目标是基于这样一种信念，即边缘系统负责通常被认为是精神“疾病”的主体或身体或物质的情绪。然而（忽略损害大脑这些部分的人文成本），破坏一个人体验情绪的能力并不一定那么简单。1988年发表的一篇文章指出了以下几点：

...当涉及到恐惧、愤怒、爱、悲伤或任何我们给情绪贴上标签的感觉和身体反应的复杂混合时，一个松散的下脑结构和神经通路网络（称为边缘系统）似乎是关键。...然而，最近的研究表明，情绪的体验与大脑中的特定位置关系不大，而更多地与将它们互连的复杂电路以及它们之间传播的神经冲动模式有关。“这有点像您的电视机，”斯克里普斯诊所和研究基金会的神经科学家弗洛伊德布鲁姆博士说。“有单独的管子，您可以说它们的作用，但如果您把一个管子拿出来，电视就不工作了。”[《美国新闻与世界报道》，1988年6月27日，第53页]

这似乎可以解释为什么“精神外科手术”的受害者往往因手术而丧失能力，即使他们在手术前能够做得很好，但他们再也无法在精神外科手术后住在医院或疗养院之外。

在1992年出版的《精神外科手术——损害大脑以拯救心灵》（Psychosurgery——Damage the Brain to Save the Mind）一书中，约翰霍普金斯医疗机构媒体关系主任乔安·埃里森·罗杰斯（Joann Ellison Rodgers）为精神外科手术辩护，但承认“在边缘系统中，有形的根源使我们本质上是人类。她说：“边

缘系统中调节情绪、驱动力和情绪反应的一切，实际上创造了我们的意识世界，我们每天都必须面对的'真实'世界。然而，她和其他精神外科手术的倡导者为精神外科医生辩护，他们破坏了同一边缘系统的一部分或与其与大脑其他部分的连接。**现代精神外科手术比前额叶切除术破坏的大脑更少，但更具体地针对破坏使我们成为人类的大脑部分。正是出于这个原因，精神外科手术有时被称为切除人类灵魂的手术。**罗杰斯女士说：“脑叶切除术更安全，更少残缺的近似，杏仁核切开术和鞘翅切开术.....效果一直很好“，并且”心肌切开术和相关手术帮助了数百名精神病患者”。她引用哈佛医学院的精神病学家迈克尔·杰尼克（Michael Jenike）的话说，精神外科手术的“副作用”“非常小”。她引用了H. Thomas Ballantine的话，她说他是“美国最直言不讳的精神外科医生之一”，他说“我们至少知道关于心肌切开术的一件事是它是安全的，即使它并不总是有效的”（HarperCollins，第 xi, 29, 31, 129, 184, 58, 192, 177, 181 页）。

**关于前额叶切除术，即最初的精神外科手术，也有类似的错误主张**（除非你算上史前人类的钻孔，这是在头骨上凿孔，让恶灵逃脱）。前额叶切除术现在已经完全不可信了。就连乔安·埃里森·罗杰斯（Joann Ellison Rodgers）在她为精神外科手术辩护的《精神外科手术——损害大脑以拯救心灵》中也承认前额叶切除术有多糟糕：她说：“脑叶切除术和所有早期的精神外科手术都是失败的实验”（第 219 页）。然而，一本备受推崇的医学参考和医学院教科书，人体解剖学，也被称为格雷的解剖学（亨利格雷，F.R.S.，第 28 版，由 Charles May Goss, A.B., M.D., Lea & Febiger 1966 编辑，1970 年重印，第 849-850 页，斜体原文），我在法学院法律医学课上的必修课，这样说：

[大脑]的额叶区域...包含与皮层其他部分和丘脑的广泛关联。*脑叶切除术*的外科手术将该区域与大脑的其余部分（尤其是丘脑）隔离开来，已被用于治疗严重精神病，结果普遍良好（Freeman&Watts ' 48）。

很明显，一个假定的疗法被广泛使用的标准医学参考书或我们最受尊敬的人类生物学、卫生保健和医学专家认可的事实并不是一个可靠的指征。格雷的《解剖学》说，脑叶白质切除术具有“普遍有利的结果”，这说明了为什么我有时更相信常识，而不是那些写医学教科书的所谓专家。

**现代精神外科手术的结果有多糟糕，现代精神外科手术有多不安全**，这可以通过玛丽·卢·齐默曼的案例来说明，她是一位 58 岁的前簿记员，1998 年在俄亥俄州克利夫兰诊所接受了扣带回切开术和晶状体囊切开术，以缓解严重的(所谓的)强迫症(经常洗手和洗澡)。这种精神外科手术“让她无法控制自己的肢体或身体功能。”2002 年，陪审团判给她和她的丈夫 750 万美元的损害赔偿金(彼得·佩奇，“750 万美元——陪审团抨击克利夫兰诊所”，《国家法律杂志》，2002 年 6 月 24 日-7 月 1 日，A4 页；本尼迪克特·凯里，“控制行为的新手术”，《洛杉矶时报》，2003 年 8 月 4 日；《750 万精神外科裁决》，<http://breggin.com>)。

**精神外科手术是脑损伤，除了脑损伤什么也不是，这比精神药物和电击更明显。**这些“疗法”中的每一种都达到了大致相同的目的，尽管手段不同。当我开始在图书馆搜索精神外科手术时，我认为精神外科手术更糟糕，但证据表明这不一定是真的：这取决于使用什么药物，持续多长时间，进行多少次电击“治疗”，使用的电压和电击持续时间，以及精神外科医生做多少切割(或烧灼)。

根据《治疗师临床精神药理学手册》第六版(New Harbinger Publications 2010, Preston 等人，第 5-6 页)“在 20 世纪 40 年代，数千人进行了精神外科手术，对激动的精神病患者进行了相当有效的行为控制，但付出了巨大的人力成本。**许多(如果不是大多数的话)接受脑叶切除术的患者变成了无能的、被动的、情感上死亡的人。**”乔治·华盛顿大学神经病学临床教授理查德·m·雷斯塔克医学博士在他的书《大脑》中写道：“**精神外科手术的代价是不可接受的！许多患者的变化如此之大，以至于他们的朋友和亲戚很难接受他们是手术前认识的同一个人。**”这导致了他所谓的“精神外科手术的衰落”(矮脚鸡图书公司 1984 年，第 151 页)。不幸的是，它是，或者曾经是，一个衰落而不是废除。在他的书《第二宗罪》中，精神病学教授托马斯·萨斯说“当一个人吃得太多时，他的肠道就会短路：这被称为‘肥胖旁路手术’。”当一个人想得太多时，他的大脑就会短路：这被称为“前额叶脑叶切除术””(《双日》1973 年，第 61-62 页)。

霍华德·杜利（Howard Dully）在前《新闻周刊》记者查尔斯·弗莱明（Charles Fleming）的帮助下撰写的自传《我的脑叶切除术——回忆录》（My Lobotomy-A Memoir）中描述了1960年在加利福尼亚州被切除脑叶的情况，当时他12岁，不仅未经他的同意，而且在他不知情的情况下。他提到了医院的记录：

[沃尔特博士]弗里曼（精神外科手术医生）对[医院]护士发出警告：“避免逃跑。这个病人到处都是把戏。护士在任何时候都不要让他一个人呆着。除了检查之外，不知道他为什么要住院。”

逃跑？我为什么要试图逃跑？我该去哪里？我是一个12岁的孩子，穿着医院的长袍。我的父亲、继母和医生都告诉我，我在医院做检查。我没有理由相信他们在骗我。他们把我当恶魔岛的鸟人一样对待，但我只是一个一直期待着果冻（晚餐）的孩子。。。我记得第二天醒来，那应该是星期六（额叶切除术后）。我感觉很糟糕。我的头疼。。。

弗里曼的笔记讲述了这个故事：“霍华德15日进入医生医院，昨天我做了跨眶脑叶切除术。...”[皇冠出版社2007年，第96-97页]

霍华德的继母与他有着不愉快和敌对的关系，他联系了脑叶切除医生沃尔特·弗里曼博士，之后他被切除了脑叶。沉闷地说“我父亲认为我很好。卢(他的继母)认为我疯了(《我的脑叶切除术》，第79页)。他回忆起这件事(Id.，第30页)：

卢在给所有的男孩理发。我是最后一名。我坐在一个小凳子上，等待她。她在打扫卫生，用一台旧的伊莱克斯吸尘器清理头发。出于某种原因，她拿起吸尘器软管的金属端，用它打我的头顶。

我退缩了。

她说，“哦，疼吗？”

我说不。我不会承认有什么伤害。

所以她又打了我，但这次更狠。我感到头晕目眩。我又退缩了。

她说，“那怎么样？疼吗？”

我没有回答。我想如果我再说，不，她就会再次打我。我以为她会把我击倒。

霍华德谈到他的继母时说，“她恨我”（同上，第31页）和“我记得卢一直在生我的气”（Id.，第81页）。就连他的继母图亚利·卢也提出了一个她认为可行的解决方案：

卢在1960年春夏会见了六位精神科医生。她想知道我出了什么问题，她应该怎么做。

但后来我才知道，六位精神科医生都说我的行为是正常的。其中四个人甚至说房子里的问题出在她身上。他们说她是可以从治疗中受益的人。...这不是她要找的答案。...所以她一直在寻找一个同意她的医生。

那年秋天的某个时候，有人把她介绍给一位名叫沃尔特·弗里曼的医生。[同上，第60页]

在弗里曼医生那里，残忍的继母找到了一位医生，这位医生同意她的观点，认为问题不在于她，而在于她的继子，他们决定通过对他进行脑叶切除来解决问题。霍华德的父亲起初反对手术，但最终还是同意了，屈从于妻子的意愿。

**对任何人，尤其是12岁的孩子，因为他喜怒无常、凌乱、暴躁和挑衅（或任何其他原因）进行脑叶切除术，是我称精神病学为邪恶的一个例子。**

沃尔特·弗里曼（Walter Freeman）博士为霍华德·杜利（Howard Dully）做了脑叶切除术，是美国心理外科的主要倡导者和实践者。根据霍华德和他的合著者的说法，是弗里曼博士“提议将手术名称从白质切开术改为脑叶切除术”（同上，第65页），这成为大多数人知道精神外科手术的名称。霍华德和他的合著者告诉我们，弗里曼博士在1946年“进行了美国第一个跨眶脑叶切除术”，也称为冰锥脑叶切除术，这是或曾经没有钻孔或切入头骨，而是用冰锥穿过眼眶后部的细骨，称为眼眶，并在大脑中挥舞冰锥（Id.，第70页），因此称为“跨眶”脑叶切除术。这种类型的脑叶切除术非常简单，弗里曼博士“开始在他的办公室做脑叶切除术”（同上）。他乘坐一辆他称之为“Lobotomobile”的特别装备的车辆环游美国（同上，第71页）。[YouTube.com](https://www.youtube.com/watch?v=...)上播放的一部关于沃尔特·弗里曼的“公共广播系统”纪录片说：“到1967年，弗里曼博士亲自进行了超过二千九百（2,900）例脑叶切除术。弗里曼博士的传记说，他在美国做了第一次脑叶切除术，“仅在美国，在接下来的四十年里，脑叶切除术患者的数量将飙升至

约四万人，弗里曼将参加近三千五百例这样的手术（杰克·埃尔-海，脑叶切除术师——特立独行的医学天才和他摆脱世界精神疾病的悲惨追求），John Wiley & Sons 2005，第1，14页）据报道，弗里曼博士甚至违背患者的意愿对他进行了脑叶切除术：

弗里曼随时随地准备做手术。他的助手之一乔纳森·威廉姆斯后来讲述了一个故事，讲述一个患者被带到弗里曼进行脑叶切除术。然而，在手术的前一天，患者犹豫不决，拒绝进行手术。他把自己锁在旅馆房间里。患者的家人联系了弗里曼，他驱车前往旅馆，说服患者让他进去。他使用了自己设计和制造的便携式电击机器，给患者传了几伏电以使其冷静下来。据威廉姆斯说，“患者被压在地板上，而弗里曼进行了电击。然后他想到，既然患者已经失去意识，并且他口袋里有一套白质切刀，那么他可以在那里做经眶脑叶切除术，于是他就这样做了。”（《我的脑叶切除术回忆录》，第72-73页）

**违背一个人的意愿进行额叶切除术是邪恶的吗？这是一种比性侵犯更亲密的侵犯吗？如果大脑被电或神经毒性和细胞毒性“药物”破坏，违背“患者”的意愿，就像今天很常见的那样，是不是更容易被接受？如果患者在得到不会造成伤害的错误保证后，同意接受损害大脑的“治疗”，这是否更容易被接受？**

乔安·埃里森·罗杰斯在她的书《精神外科学——损害大脑以拯救精神》（第54、141页）中说：“俄勒冈州和加利福尼亚州在1973年和三年后宣布精神外科学为非法……俄勒冈州和加利福尼亚州通过了建立精神外科审查委员会的法律，这导致自愿和非自愿手术几乎不可能进行。”（一个精神外科审查委员会，甚至是一个法院，是否应该被授权批准非自愿的精神外科手术？）俄勒冈州的医生执照法规§677.190规定：

俄勒冈州医学委员会可以出于以下任何原因拒绝授予、暂停或撤销执业许可：1（a）不专业或不光彩的行为。...（a）进行精神外科手术。...“精神外科手术”是指旨在产生不可逆转的病变或破坏脑组织的任何手术，其主要目的是改变人类的思想、情绪或行为。

**根据其术语，即使不是有意的，俄勒冈州对精神外科手术的上述定义包括电痉挛“治疗”（ECT）。**

美国广播公司2011年3月3日的一篇新闻报道说，澳大利亚新南威尔士州的法律已经禁止精神外科手术。该报告包括对皇家墨尔本医院神经外科医生Richard Bittar和澳大利亚和新西兰精神病学院的Dennis Velakoulis的采访，对新南威尔士州的精神外科手术禁令表示遗憾，并倡导对严重抑郁症患者进行精神外科手术。

世界其他地区也存在相反的趋势：2014年出版的一本名为《精神外科手术：脑部疾病的新技术》的精神病学教科书说：“精神外科手术，或精神障碍的手术治疗，在过去10年中得到了惊人的复兴”（施普林格国际出版社，封底）和“精神外科手术是一个迅速发展的领域”（同上，第xi页）。2010年3月4日《科学日报》的一篇文章说：“精神外科手术正在卷土重来。2012年的一篇Medical Xpress文章包括对马萨诸塞州总医院63名成年患者的研究结果，这些患者在1989年至2010年间接受了一种称为立体定向前颞膜切开术的精神外科手术，用于治疗强迫症（OCD）。上述2014年出版的关于精神外科手术的精神病学教科书和2012年出版的四篇关于精神外科手术的医学期刊文章，验证了精神外科手术重新崭露头角的悲惨现实：

《精神外科手术：脑部疾病的新技术》（Psychosurgery: New Techniques for Brain Disorders），作者：Marc Leveque（施普林格国际出版社，2014年）

• “行为手术回归的策略”，作者：Eljamel S., Surg Neurol Int. 2012: 3（增刊1）;S34-9.Epub 2012 1月 14

• “杏仁核作为行为手术的目标”，作者：Langevin J.P., Surg Neurol Int. 2012: 3（增刊1）;S40-6.Epub 2012 1月 14

• “心灵，情绪和意识状态的手术：进化中的思想”，Robison R.A.等人，World Neurosurg. 2012 5-6月;77（5-6）;662-86.Epub 2012 3月 21

• “精神外科手术：最新概念和应用回顾”，作者：Aydin S. & Abuzayed B., J Neurol Surg Cent Eur Neurosurg 2012 年 10 月 26 日。（Epub 提前打印）

像大多数庸医疗法一样，“精神外科手术”不仅在其从业者中得到支持者，而且至少有少数接受过它的人——或者我应该说至少有少数人在身体和心理上幸存下来。我曾经遇到过一个做过脑叶切除术的女人，乍一看很明显，因为她额头两侧在发际线处都有凹痕。她告诉我，当她需要所谓的“脑部手术”时，她的丈夫离开了她。当我问她做什么样的脑部手术时，她回答说：“脑叶切除术。她看起来出奇地正常。霍华德·杜利（Howard Dully）在脑叶切除术后保留了足够的心智能力和记忆力，在合著者的协助下写了他的自传《我的脑叶切除术——回忆录》。他还制作了关于他经历的视频，你可以在 [YouTube.com](https://www.youtube.com) 搜索“霍华德·杜利”找到。所谓的精神外科手术造成的损害程度差异很大。损伤的程度取决于大脑被切断或受损的程度和哪些部分。精神外科手术会杀死一些人。安德鲁·所罗门（Andrew Solomon）在《正午恶魔——抑郁症地图集》（*The Noonday Demon-An Atlas of Depression*）一书中说：“在脑叶切除术的鼎盛时期，美国每年约有五千例脑叶切除术，每年造成 250 至 500 人死亡”（第 163 页）。死亡率在 5% 到 10% 之间。精神外科手术使一些人瘫痪，少数人癫痫发作，许多人的情绪、个性和心态消失。然而，如果精神外科医生切除或破坏的大脑很少，除了暗示的力量或安慰剂效应之外，它可能对“患者”的影响很小或没有明显的影响。就像那些相信冠状动脉搭桥手术延长了寿命的人一样，与科学证据表明大多数接受手术的人没有增加寿命相反（参见托马斯·摩尔，*心力衰竭：对美国医学和心脏护理革命的批判性调查*，兰登书屋 1989 年，第 113-125 页），“精神外科手术”的幸存者有时会从手术的折磨中走出来，有强烈的心理需求相信他们有从手术中受益，因此可以声称他们有。但很难相信他们真的，出于同样的原因，很难相信计算机编程错误不是通过改变编程而是通过禁用计算机的一部分来纠正的。

虽然精神病学药物或“药物”造成的脑损伤可能从一开始就不明显，但对于任何具有正常智力和常识的人来说，电击和精神外科手术对大脑的损害应该是显而易见的。因此，电击和精神外科手术是精神病学历史上特别悲伤的篇章，他们毫无意义地寻找物理原因和物理治疗尚未被证明是身体或生物学问题或异常的结果的问题。正如放血说明了过去正确的理论和卫生保健的无知状态一样，脑损伤“疗法”如“精神外科手术”、电击疗法和精神病学药物揭示了当今精神病学中许多不正确的理论和无知。精神病学历史上精神外科手术部分的可耻性——在某些方面，它的现状——被普遍承认，甚至被大多数精神病学家所承认。

就像精神药物和电击疗法一样，如果“精神外科手术”消除了所谓精神疾病的所谓症状，对某些人来说可能是有帮助的。如果一个人有足够的残疾，他或她所有的“症状”（包括理想的人格特质）都会被“治愈”。但是，改变或损坏计算机的硬件并不是对计算机正在运行你不喜欢的软件这一事实的逻辑或合理的回应方式，同样，因为电视上有太多令人讨厌的商业广告而雇用电视修理工来修理您的电视机也不是一种逻辑或合理的回应方式。同样，尽管没有生物学异常的证据，但改变一个人的大脑并不是一种逻辑或合理的方式来回应他正在思考、感受情绪或做出您不喜欢的行为的事实——无论您使用药物、电击或“精神外科手术”。

## （687）法学博士谈：（十）反对心理治疗的案例

“我们需要的是更多友善的朋友，更少的专业人士。”

——精神分析学家杰弗里·马森博士在他的书《反对治疗》（雅典娜，1988 年，第十五页）

谈论生活中问题的最佳人选通常是好朋友。有人说，“治疗师是昂贵的朋友。同样，朋友是廉价的“治疗师”。与流行的看法相反，也与精神卫生专业人员的宣传相反，对精神科医生、心理学家和其他精神卫生专业人员的培训几乎没有或根本没有使他们更好地成为辅导员或“治疗师”。对于心理学博士学位或精神科医生的医学博士、D.O.、M.B.B.S. 或 M.B.CH.B. 学位或社会工作者的 M.S.W. 学位等正式证书来说，这似乎是合乎逻辑的，以表明他或她具有一定程度的能力。然而，事实往往恰恰相反：一般



来说，一个提供咨询师服务的人在正式证书方面越少，他或她就越有可能成为一名优秀的咨询师，因为这样的咨询师只有能力（而不是证书）可以站立。一般来说，最适合您交谈的人是一个在生活中遇到同样问题的人。如果您避开那些声称自己的价值来自他们多年的学术研究或专业培训的“专业人士”，您通常会受益。Peter Breggin，医学博士，一位只做咨询或“心理治疗”的精神科医生，从不推荐精神科“药物”（除非在停药戒断退出时）或电击或精神外科手术，他在一本关于如何进行心理治疗的书中这样说，乐于助人的心（施普林格出版社 1997 年，第 69 页）：

一个解决方案需要认识到成为一名优秀的心理治疗师所需的真正素质。高级学位，如医学博士或博士学位，对一个人的治疗能力几乎没有贡献。相反，当代的学术培训和监督会扼杀直觉技能和自发的关怀。学术过程的竞争性使更多善解人意的人转向更痴迷和竞争的人。获得专业证书所需的艰苦且基本上无关紧要的培训鼓励毕业生要求更高的服务价格。获得所需学位的难度以及学位自动赋予专业知识水平的神话使专业人士能够创建许可垄断以强制执行其更高的价格。

布雷金博士在他的著作《精神病学中的脑致残治疗》，第二版（Springer Publishing Co. 2008，第 440 页）中也提出了类似的观察：

成为一名有效的治疗师首先要成为一个其他人可以信任的人，他们最脆弱的感受。在这方面，通过创造一种专制和操纵的态度，大多数当代心理治疗培训计划弊大于利。他们几乎总是教导一种相对主义的、自我保护的伦理（做有效的事；与精神科医生合作；在治疗的同时使用药物；做出千篇一律的诊断；将绝望或自杀的患者转介给药物、电击或监禁）。

当我问一位不久前在精神病院工作过的社会工作硕士学位（MSW）的持牌社会工作者，她是否认为与她一起工作的精神科医生对人们或他们的问题有任何特别的见解时，她的回答是响亮的否定。我问了一位在法庭上与精神科医生有丰富经验的法官同样的问题，他给了我同样的答案，并同样强调地提出了观点。同样，我向一位高中老师征求意见，他是一名辅导员，帮助年轻人克服对非法快乐药物的成瘾或习惯，他作为教师和毒品咨询师对精神科医生和咨询他们的人都有丰富的经验。我问他是否觉得精神科医生比他自己或其他不是心理健康专业人士的人更了解人性或人类问题。他想了一会儿，然后回答说：“不，事实上，我没有。”

精神分析学家杰弗里·马森（Jeffrey Masson）博士在 1988 年出版的《反对治疗》（Against Therapy）一书中谈到了他所谓的心理治疗师的“训练神话”：

治疗师通常吹嘘他们的“专业知识”，即他们所接受的“精心培训”。在讨论能力时，人们经常听到诸如“他受过良好训练”或“他受过专门培训”之类的短语。人们对心理治疗培训的性质相当模糊，治疗师很少鼓励他们的患者详细询问。他们这样做是有充分理由的：他们的培训通常非常有限。...最复杂和最冗长的培训课程是经典的精神分析计划，但这并不是因为必须涵盖的材料数量。我花了八年时间接受精神分析培训。回想起来，我觉得我可以在大约八个小时的集中阅读中学会基本思想[雅典娜/麦克米伦公司，第 248 页]。

阿拉斯加精神病学家道格拉斯·C·史密斯（Doug Smith）在 2011 年在纽约锡拉丘兹举行的移情治疗会议上的演讲中说，他个人接受过精神分析培训，这是一个单独的项目，与典型的精神科医生在精神病学方面的三四年住院医师培训无关，但史密斯博士说，心理治疗或谈话治疗的培训，不包括在典型的精神科医生的培训中。史密斯博士说：“你没有接受过精神病学的治疗培训。没有人这样做。你只得到一点点，但你甚至没有学会人际交往技巧，更不用说精神科训练中的治疗了。精神病学家 E. Fuller Torrey，医学博士在他的著作《精神病学之死》（企鹅图书 1974 年，第 65 页）中说：“因此，精神病学家之所以成为优秀的‘心理治疗师’，尽管而不是因为他们受过医学培训，但他们还是这样做了。精神病学家 Peter Breggin 医学博士说，精神科医生接受的培训实际上适得其反：

我们从人性中得到训练，即使我们有很多事情要开始。然后我们学到了什么？现在作为一名精神科医生，我们不学会做治疗。这将由社会工作者完成，你看，因为精神病学在试图与社会工作者和心理学家竞争治疗时破产了：我们收取了两倍的费用，但没有那么好。所以它被社会工作者、心理学家和家庭治疗师接管了。我们甚至不再接受这方面的培训。我是，但我已经 70 岁了！年轻人[年轻的精神科医生]没有接受过治疗方面的培训。那么他们将如何改变呢？他们什么都没有！我的同事拥有的唯一工具是药物和休克治疗以及偶尔的脑叶切除术。

[Peter Breggin, 医学博士, 改变我们的想法——关于抑郁症, 毒品和健康心灵的替代途径的清晰思想, 生活电影 (DVD), 2004/2010, “临时演员”访谈]

精神病学家丹尼尔·卡拉特 (Daniel Carlat) 医学博士不同意, 但他对心理治疗培训的描述可能会让你质疑它的价值:

在所有的精神病学项目中, 都有一个很大的心理治疗部分, 这通常意味着你真的被扔进了房间——这有点像被扔进狮子窝, 这是你第一次做治疗时的感觉, 因为你不知道该说什么——你基本上被扔进了一个患者的房间, 你四处游荡, 尽量帮忙, 然后你离开, 你和主管交谈, 你以这种方式学习。[“Daniel Carlat-Unhinged: The Trouble with Psychiatry”, <http://YouTube.com>, at 33: 41, 上传于 2012 年 9 月 11 日]

在同一次演讲 (6: 45) 和《精神错乱: 精神病学的麻烦》(第 189 页) 一书中, 卡拉特博士在 2005 年的一项调查中发现, 29% 的精神病学就诊需要心理治疗, 只有 11% 的精神科医生为所有患者提供心理治疗。**精神科医生现在所做的绝大多数事情都是开出适得其反的“药物”。**

精神科医生对心理治疗是否是精神病学培训的一部分的看法可能取决于它是否是他或她培训的一部分。

精神病学家威廉·格拉瑟 (William Glasser) 在他的书《警告: 精神病学可能对你的心理健康有害》

(HarperCollins 2003, 第十八页) 中说: “许多医学院, 如著名的约翰霍普金斯大学, 不再要求他们的精神病学实习生学习心理治疗。在约翰霍普金斯大学参加的情绪障碍研讨会上, 被媒体关系总监乔安·埃里森·罗杰斯 (Joann Ellison Rodgers) 称为“生物精神病学之家”, 我听到约翰霍普金斯大学精神病学教授雷蒙德·德保罗 (Raymond DePaulo) 医学博士说“**药物**”和 ECT 电击, 以及 (心理治疗少量或甚至没有) 是他治疗患者的主要方式。”

我听说的一些关于精神科医生和心理学家没有有用专业知识的承认来自我认识的朋友, 他们碰巧是执业心理学家。1970 年代一位博士心理学家的言论很能说明问题, 他告诉我, 他的家人对人们每小时付给他 50 美元只是为了和他讨论他们的问题感到非常惊讶。他承认这真的没有任何意义, 因为他们可以免费与许多其他人做同样的事情。“当然,”他说,“我明天还要去我的办公室, 每小时收取 50 美元与人交谈。由于通货膨胀, 今天的成本通常远高于每小时 50 美元。”

精神病学家李·科尔曼 (Lee Coleman) 医学博士在 1984 年出版的《错误的统治》(The Reign of Error) 一书中说: “**精神病学家没有有效的科学工具或专业知识**” (灯塔出版社, 第 ix 页)。

英国精神病学家 Garth Wood 医学博士在 1986 年出版的《神经症的神话》一书中包括以下陈述:

人们普遍认为, 精神科医生有能力“看透我们的思想”, 了解心理的运作, 甚至可能预测我们未来的行为。当然, 在现实中, 他们没有这样的技能。...事实上, 精神病学中的疾病很少, 成功的治疗方法更少.....在假设心理和生化因果过程时, 精神科医生倾向于对一个不容置疑的事实进行烟幕弹, 即在现实世界中, 识别或治疗绝大多数精神疾病并不难。聪明的外行需要一个漫长的周末来学习如何做到这一点。[Harper & Row 1986, 第 28-30 页;原文着重号]

1979 年《时代》杂志的一篇封面文章题为“精神病学的抑郁症”, 发表了这样的观察: “**精神科医生自己也承认, 他们的职业经常带有现代炼金术的味道——充满了行话、混淆和神秘化, 但真正的知识却很少**” (“沙发上的精神病学”, 《时代》杂志, 1979 年 4 月 2 日, 第 74 页)。

我曾经问过一位受雇为问题青少年提供咨询师的社工, 她的背景包括个人和家庭咨询, 她是否觉得她作为硕士学位的一部分接受的培训和教育使她比没有它更有资格做她的工作。她告诉我, 她的一部分想答应, 因为毕竟, 她在教育和培训上投入了大量的时间和精力。她还提到了接受培训的一些小好处。然而, 她总结道, “**我认为如果没有教育, 我所做的大部分事情我都可以做到。**”

然而, 大多数心理健康专业人员在承认他们已经在研究生或专业教育中投入了几年的生命, 并且没有比开始时更能够理解或帮助他人时, 他们有一种可以理解的情绪或心理障碍。许多人知道这一点, 不会, 或者很少向别人承认。有些人甚至不能向自己承认这一点。

伦敦大学心理学教授汉斯·艾森克博士在1988年12月号的《今日心理学》杂志上被该杂志的高级编辑描述为“世界上最著名和最受尊敬的心理学家之一”（第27页）。这位备受推崇的心理学家陈述了关于心理治疗的结论：“我过去曾争论并引用了许多实验来支持这些论点，几乎没有证据表明心理治疗的实际疗效……这些观点所依据的证据相当有力，并且每年都在增长“（“学习理论和行为疗法”，在行为疗法和神经症中，佩加蒙出版社1960年，第4页）。艾森克博士在1960年这样说。1983年，他说：“心理治疗的有效性一直是婚宴上的幽灵，成千上万的精神科医生，精神分析师，临床心理学家，社会工作者和其他人庆祝这一喜事，却没有注意到需要证据来过早结晶他们的虚假正统观念”（“心理治疗的有效性：盛宴上的幽灵”，行为与脑科学6，第290页）。

在《皇帝的新衣：关于新心理学的赤裸裸真相》（Crossway Books 1985）一书中，波士顿学院（Boston College）教育心理学教授威廉·柯克·基尔帕特里克（William Kirk Kilpatrick）认为，我们将专业知识归因于心理学家，而他们并不具备。

1983年，康涅狄格州卫斯理大学的三位心理学教授在专业期刊《行为与脑科学》上发表的一篇题为“心理治疗与安慰剂研究的分析”的文章中质疑“心理治疗”的价值。文章的摘要以这些话结尾：“……没有证据表明心理治疗的益处大于安慰剂治疗的益处”（Leslie Prioleau 等人，第6卷，第275页）。

心理学家乔治·R·巴赫（George R. Bach）博士和合著者罗纳德·M·多伊奇（Ronald M. Deutsch）在他们的《配对》（Pairing）一书中提出了这样的观察：“没有足够的治疗师来倾听这些夫妇中的一小部分，此外，治疗也不是太成功。相反，当治疗师（如婚姻咨询师）举行会议时，一个主要话题几乎总是：为什么他们的治疗只在少数情况下有效？”（Peter H. Wyden, Inc. 1970年，第9页；原文着重号）。

伊利诺伊大学厄巴纳分校心理学系教授 K. Edward Renner 博士在他的书《心理健康运动出了什么问题》中，在他题为“心理治疗”的章节中提出了这样的观察：“当包括对照组时，这些患者的恢复程度与接受治疗的患者相同。…尽管结果是负面的，但治疗师对他们的有效性所表达的热情信念说明了治疗师的问题，他每天必须多次做出重要的人类决定。除非他相信自己正在做的事情，否则他处于一个非常尴尬的境地”（纳尔逊-霍尔出版社1975年，第138-139页；强调原文）。

这方面的一个例子发生在加利福尼亚州奥克兰凯撒基金会医院的精神病诊所。在寻求心理治疗的150人中，除23人被列入等候名单外，所有人都接受了心理治疗。六个月后，医生检查了那些被列入等候名单的人，看看接受心理治疗的人比没有接受心理治疗的人好多少。相反，该研究的作者发现“治疗患者并没有比等待名单对照组显着改善”（Martin L. Gross, 心理学会，兰登书屋1978，第18页）。

在1988年出版的《酗酒是遗传的吗？》一书的第二版中，医学博士唐纳德·W·古德温（Donald W. Goodwin）说：“几乎没有任何科学证据表明酗酒或任何其他疾病的心理治疗对任何人都有帮助”（Ballantine Books 1988，第180页）。

英国医生弗农·科尔曼（Vernon Coleman）博士在他的书《如何阻止您的医生杀死你》（欧洲医学杂志2003年，第115页）中题为“为什么精神卫生保健并不总是值得拥有”的章节中批评了心理治疗：

心理治疗师是做什么的？问得好。基本上，他们倾听（偶尔与患者交谈）。  
他们有什么好处吗？我不这么认为。  
我怀疑与理发师或酒保聊天对患者的好处与心理治疗师聊天一样好，接受心理治疗的患者比没有接受心理治疗的患者更容易患上精神疾病、酗酒或犯下重大罪行。

英国精神病学家加思·伍德（Garth Wood）医学博士在他的著作《神经症的神话》（HarperCollins 1986，第2-3页）中批评了现代的“心理治疗”：

这些被误导的神话制造者鼓励我们相信，心灵的无限奥秘就像管道或汽车发动机一样适合他们所宣称的专业知识。这是垃圾。事实上，这些谈话治疗师，美容精神病学的从业者，在生活艺术方面没有相关的培训或技能。他们愚弄了我们这么久，真是太了不起了。…我们被他们作为科学界人士的身份所吓倒，听从他们的学术头衔，被他们名字后面的首字母所迷惑，

我们这些容易上当受骗的人，把他们自命不凡的胡说八道当作福音真理。我们必须学会认清他们的本质——对人类心理没有特殊知识的拥有者，尽管如此，他们选择通过传播他们确实知道心灵如何运作的神话来谋生。

与朋友交谈优于专业心理治疗，芭芭拉·戈登（Barbara Gordon）在她的书《詹妮弗·发烧》（Jennifer Fever）中采访的一位女性的言论中得到了说明：

对于弗朗西斯卡来说，心理治疗是喜忧参半。“这很有帮助，但远不如几个激烈的好朋友那么多，”她说。“...我付钱请治疗师听我说话，在四十五分钟结束时，他说：“这就是我们所拥有的一切；我们下周继续。另一方面，朋友，你可以随时打电话说：“我需要和你谈谈。”他们在那里，他们真的很爱你，想帮忙。[哈珀与罗 1988 年，第 132 页]

在同一本书的同一页上与另一位女士的访谈中，戈登女士被告知了这一点，她指的是失去丈夫所带来的痛苦：“好的心理医生可能可以解决这个问题；我去看的那两个心理医生帮不上忙。”

马丁·L·格罗斯（Martin L. Gross）是新社会研究学院（The New School for Social Research）的教员，也是纽约大学社会历史的兼职助理教授，他认为“一个受过医学训练或心理学博士学位的人对人性有特殊见解的概念是错误的”（引用于“ACLU 插话：精神病治疗可能毫无价值”，《今日行为》，1978 年 6 月 12 日，第 3 页）。

1986 年 6 月号的《科学 86》杂志刊登了心理学家伯尼·齐尔伯格尔德（Bernie Zilbergeld）的一篇文章，该文章指出“当与朋友交谈时，我们也会迷上治疗。他引用了范德比尔特大学的一项研究，该研究将专业的“心理治疗”与感兴趣但未经训练的人讨论一个人的问题进行了比较：“患有花园各种神经症的年轻人被分配到两组治疗师之一。第一个由该地区最好的专业心理治疗师组成，平均经验为 23 年；第二组由大学教授组成，他们以善于交谈而闻名，但没有接受过心理治疗方面的培训。治疗师和教授看他们的客户不超过 25 小时。结果：“接受大学教授心理治疗的患者显示.....在数量上与经验丰富的专业心理治疗师治疗的患者一样多的改善”（第 48 页）。齐尔伯格尔德指出，“前面提到的范德比尔特研究远非唯一揭穿专业优势主张的研究”（同上，第 50 页）。

同样，心理学教授、俄勒冈州心理学会前主席罗宾·M·道斯博士（Robyn M. Dawes 博士）在他的著作《纸牌屋——建立在神话上的心理学和心理治疗》（Free Press 1994，第 8 页和第 101-102 页）中说：

几乎所有的研究——本书将参考三百多个实证调查和调查摘要——发现这些专业人士声称作为治疗师具有卓越的直觉洞察力、理解力和技能是完全无效的。...评估心理治疗的有效性使我们得出结论，专业心理学家并不比其他任何受过最少培训的人是更好的心理治疗师——有时比那些根本没有受过任何培训的人更好；专业人员只是更贵。

精神病学家 E. Fuller Torrey 在 1986 年出版的一本书中为心理治疗辩护时提出了这样的论点：“说心理治疗不起作用就像说卖淫不起作用；那些享受这些个人交易好处的人将继续这样做，无论专家和研究人员怎么说”（巫医和精神病学家：心理治疗的共同根源及其未来，杰森·阿伦森公司，第 198 页）。如果您真的渴望有人倾诉，那么“心理治疗”实际上可能是令人愉快的。但是，如果您有一个良好的朋友或家人网络，他们会秘密地与您交谈，并将您的最大利益放在心上，则无需“心理治疗”。就像一个婚姻幸福的男人或与稳定的女友有良好性亲密关系的男人不太可能有理由雇用一样，与他人有良好友谊的人也不太可能需要“心理治疗”。

如果您需要有关如何解决家人和朋友无法帮助您的问题的信息，该怎么办？在这种情况下，通常最适合您交谈的人是经历过或正在经历您面临的相同问题的人。有时，找到这些人的一个好方法是参加一个小组的会议，以处理您遇到的问题。例子（按字母顺序）是匿名酗酒者、阿尔茨海默氏症支持小组、广场恐惧症自助小组、Al-Anon（酗酒者的亲属）、截肢者支持小组、厌食症/贪食症支持小组、失语症小组、关节炎一起关爱、酗酒者的孩子、应对癌症，匿名债务人，离婚调整小组，父亲权利协会（针对离婚男子），匿名赌徒，疱疹支持和社会团体，如 HELP，没有监护权的母亲，Nar-Anon（针对麻醉品滥用

者的亲属），匿名麻醉品，匿名暴饮暴食者，匿名父母，共同监护的父母，没有伴侣的父母，匿名吸烟者，Resolve, Inc.（处理不孕和流产问题的支持小组），购物狂有限公司，单身团体，匿名吸烟者，口吃支持小组，妇女团体和未婚母亲援助组织。当地报纸经常有这类组织的会议清单。一个和您有类似问题的同志，因此他一生中的大部分时间都在试图为这些问题找到解决方案，他比一个“专业人士”更有可能知道如何处理您的情况的最佳方式，而“专业人士”据说是解决各种问题的专家。然而，专业心理治疗培训和技能的神话是如此普遍，以至于您可能会发现您在自助小组中遇到的人可能会推荐或推荐您给特定的精神科医生、心理学家或社会工作者。如果您听到这个，记住您读到的（上面），忽略这些建议和转介，并从小组中的非专业人士那里得到您需要的任何咨询，他们在自己的生活中有直接的经验，有困扰你的问题。您可能会得到更好的建议，重要的是，您会避免精神上的耻辱。

纽约市心理学家阿尔伯特·埃利斯（Albert Ellis）博士和罗伯特·A·哈珀（Robert A. Harper）博士在他们的著作《理性生活新指南》（A New Guide to Rational Living）中说，他们遵循“一种教育而不是心理动力学或医学心理治疗模式”（Wilshire Book Co. 1975，第219页）。在他的书中准备好，准备好...准备让心理治疗成为您的成功经历，心理治疗师和心理学教授 Harvey L. Saxton 博士说：“什么是心理治疗？心理治疗只是一个再教育问题。再教育意味着放弃过时的东西，学习新的和可行的。从某种意义上说，患者就像学生；他们需要有能力和意愿参与再学习的过程”（美国大学出版社，1993年，第1页）。心理治疗师曼迪·阿夫特尔（Mandy Aftel）和罗宾·拉科夫（Robin Lakoff）教授在他们的书《当谈话不便宜，或者当您不知道从哪里开始时如何找到合适的治疗师》中说：“治疗.....是一种教育形式”（华纳图书1985年，第29页）。由于所谓的心理治疗是一种教育形式，而不是治疗，因此您不需要医生或治疗师，而需要一个有资格在您遇到困难的生活领域进行教育的人。寻找可以与之交谈的人的地方是您可能会找到具有此知识的人的地方。声称专业知识是“专业”心理治疗培训计划的人很少能为您提供最好的建议。

## 推荐视频

Peter R. Breggin, 医学博士, 移情疗法, 心理治疗培训电影, 可在 [breggin.com](http://breggin.com): 在这部电影中, Breggin 博士展示了任何人, 包括没有受过专业培训的人, 都可以成为有效的“心理治疗师”。应用布雷金博士 22 分钟介绍中的原则将使你成为比许多（如果不是大多数）最专业的“心理治疗师”更好的人。

[前治疗师对心理治疗的批评](#) 丹尼尔·麦克勒, 理学硕士

# （688）法学博士谈：（十一）为什么精神病学作为一门医学专业应该被废除

“事实是，这个精神病学机构在其几百年的存在中造成了巨大的、不可估量的伤害。” Peter R. Breggin, 医学博士, 精神病学家, “Peter Breggin 博士小时 - 10.03.18”（2018年10月3日 58:45点）

“精神病学正在失败，因为它到处都被揭露为轻率和破坏性的骗局。” 心理学家菲利普·希基博士, “精神病学抨击”, 行为主义与心理健康, 2016年3月7日。

“精神病学是一个穿着新衣服赤身裸体的皇帝。它努力了70年，成为皇帝，与其他医学专业成为兄弟。现在它站在那里，光彩夺目。但是它没有穿衣服，更糟糕的是，没有人告诉过它。告诉一个皇帝他没穿衣服从来都不是赢得朋友的最好方法。然而，另一种选择同样痛苦，因为你必须成为普遍错觉的那一部分。” ——精神病学家 E. Fuller Torrey, 医学博士, 在他的书《精神病学之死》（The Death of Psychiatry, 企鹅图书1974）的序言中

“精神病学仍然一如既往地不愿意认识到其治疗对患者精神和大脑的破坏性影响。” 精神病学家 Peter R.

Breggin, 医学博士, “在开放医院中强迫自愿患者”, 普通精神病学档案 10 (1964): 173-181 (1982 年注释), 可在 <http://breggin.com>)

精神病学作为医学专业应该被废除, 因为医学院的教育对于进行咨询或所谓的心理治疗是不需要的, 甚至没有帮助, 因为将精神疾病视为生物实体的看法是错误的, 因为精神病学的咨询或心理治疗以外的“治疗”(药物、电击和精神外科手术)伤害而不是帮助人们, 因为非精神科医生比精神科医生更有能力治疗真正的脑部疾病, 并且因为非精神科医生接受精神病学作为医学专业是对整个医学专业的不良反映。

用西格蒙德·弗洛伊德 (Sigmund Freud) 在他的《外行分析的问题》(The Question of Lay Analysis) 一书中的话来说:

第一个考虑因素是, 在他的医学院, 医生接受的培训或多或少与他作为精神分析[弗洛伊德的心理治疗方法]所需的准备相反。...神经质确实是一种不受欢迎的并发症, 对医疗、法学和军事服务说都是一种尴尬。但它们存在, 并且是医学上特别关注的问题。然而, 医学教育对它们的理解和治疗没有任何作用。如果医学教育仅仅无法为医生提供有关神经质领域的定位, 那就还能让人容忍。但事实上它不仅如此: 它给予了医生错误和有害的态度。...分析学的指导需要包括各种知识领域, 这些领域与医学疗法迥然不同, 医生在实践中不会遇到: 文明史、神话、宗教心理学和文学科学。除非他对这些学科非常熟悉, 否则分析医师不可能从大量的材料中获得任何有益信息。作为补偿, 医学院教授的大量内容对他的目的毫无用处。了解跗骨的解剖结构, 碳水化合物的构成, 颅神经的病程, 掌握医学揭示的所有疾病刺激原因和对抗它们的方法, 血清反应和肿瘤 - 所有这些知识本身无疑具有最高的价值, 但对他来说却无关紧要; 这与他无关; 它既不能直接帮助他理解神经质并治愈它, 也不能有助于提高他的职业所要求的最大的智力。...如果一个人想把别人从恐惧或执念的折磨中解救出来, 试图强迫他走上医学课程的迂回之路, 这是不公正和不恰当的。这样的努力也不会成功……[Anchor Books 1964, 第 71、72、73、93-94、95 页]。

在 1927 年这本书的后记中, 弗洛伊德博士写道: “前段时间, 我分析了一位同事, 他对允许任何人从事医疗活动的想法产生了特别强烈的反感, 而他自己不是医学家。我可以对他说: '我们已经工作了三个多月。在我们的分析中, 我什么时候有机会利用我的医学知识? 他承认我没有这样的场合“(第 107-108 页)。虽然弗洛伊德博士对他自己的心理治疗方法, 精神分析发表了这些评论, 但很难看出为什么任何其他类型的“心理治疗”或咨询会有所不同。在他们关于如何购买心理治疗师的书中, 曼迪·阿夫特 (Mandy Aftel) 和罗宾·拉科夫 (Robin Lakoff) 博士提出了这样的观察: “从历史上看, 所有形式的'谈话'心理治疗都源于精神分析, 正如西格蒙德·弗洛伊德和他的弟子所发展的那样……最近的模型或多或少地偏离了精神分析, 但它们都反映了这种起源。因此, 它们都比不同之处更相似“(《当谈话不便宜时, 或者当你不知道从哪里开始时如何找到合适的治疗师》, 华纳图书 1985 年, 第 27 页)。

如果你认为精神病学作为医学专业的存在是由所谓的精神或情绪疾病的生物学原因的存在来证明的, 那么你就被误导了。所谓的精神或情绪“疾病”是由不幸的生活经历引起的, 而不是生物学。精神或情绪疾病的概念没有生物学基础, 尽管你可能会听到推测性的理论。大脑是身体的一个器官, 毫无疑问它可能患有疾病, 但我们今天认为的精神疾病并没有追溯到大脑疾病。没有有效的生物学测试来测试任何所谓的精神疾病的存在。我们今天所认为的精神疾病是心理上的, 而不是生物学上的。今天精神病学中的大部分治疗都是生物学的, 但除了倾听和提供建议之外, 现代精神病治疗就像试图通过硬件来解决计算机软件问题一样毫无意义。正如精神病学教授托马斯·萨斯 (Thomas Szasz) 医学博士曾经说过的那样: 试图通过让精神科医生在你的大脑上工作来消除所谓的精神疾病, 就像试图通过让电视修理工在你的电视机上工作来消除电视上的香烟广告一样无意义。(第二宗罪, 锚出版社 1973 年, 第 99 页)。由于缺乏健康不是问题的原因, 因此医疗保健不是解决方案。

精神病学以外的医生、医学院毕业的年轻医生、知情的非专业人士以及精神科医生自己越来越认识到精神病学“治疗”的无用性。精神病学家马克·S·戈尔德 (Mark S. Gold) 医学博士在 1986 年出版的一本名为《关于抑郁症的好消息》(The Good News About Depression) 的书中描述了这种日益增长的认识。他说“精神病学病了, 快死了”, 1980 年, “不到一半的医院精神病学职位可以由美国医学院的毕

业生填补。他说，除了有兴趣成为精神科医生的医生太少之外，“人才已经下降到一个新的低点。他称之为“精神病学的全盘放弃”。他说，最近的医学院毕业生“看到精神病学与其他医学不同步，没有可信度”，他说他们指责精神病学“不科学”。他说：“精神科医生在医学的收入图腾柱上已经跌入谷底。他们可以预期比普通医生少赚30%左右”。他说，当他选择成为一名精神科医生时，他的医学院教授认为他正在抛弃自己的职业生涯（Bantam Books, 第15, 16, 19, 26页）。在1989年出版的另一本书中，戈尔德博士描述了“精神病学如何进入今天的状态：被最优秀的医学人才忽视，往往无效。”他还称之为“精神病学今天所处的悲伤状态”（The Good News About Panic, Anxiety, & Phobias, Villard Books, pp. 24 & 48）。

在1993年11月/12月的《今日心理学》杂志中，精神病学家M. Scott Peck医学博士被引述说，精神病学经历了“五大失败领域”，包括“研究和理论不足”和“声誉越来越差”（第11页）。同样，《华尔街日报》1985年的一篇社论说，“精神病学仍然是目前所有医学专业中受到威胁最大的”，引用了“精神科医生是美国收入最低的医生之一”，“相对较少的美国医学院毕业生进入精神病学住院医师”，以及精神病学“失去公众尊重”（Harry Schwartz, “精神科医生的复出？”，华尔街日报，1985年7月15日，第18页）。

在2012年6月11日发表的《精神病学时报》的一篇文章中，医学博士H. Steven Moffic说：“人们担心，因为想要进入精神病学的医学生人数很少，尤其是美国医学院毕业生；精神科劳动力正在老龄化，可能没有足够的替代品“（“如何结束精神病学流行病：精神病学的救赎“，<http://psychiatrictimes.com>）。他还指出：「除了对山达基反精神病学的批评之外，消费者团体的批评似乎正在增加.....显然更像是一种流行病，除了现在我们领域的管理人员的流行病数量之外，是对精神病学和精神科医生的批评，通常是尖刻的“（同上）。在另一篇文章中，莫菲克博士说：「山达基人的反精神病学运动似乎正在扩展到觉得自己受到精神病学伤害的前患者和他们的家人。虽然一些愤怒和批评肯定是有道理的，但尖刻和呼吁结束精神科医生似乎与仇恨言论接壤“（“心理学：定义精神病学的歧视“，2012年6月4日，<http://psychiatrictimes.com>）

在从事真正医疗保健的医生（即精神病学以外的医学专业的医生）眼中精神病学的低尊重在《精神科医生的形成》中得到了说明。大卫·维斯科特（David Viscott）博士于1972年出版的自传书，讲述了成为一名精神科住院医师（即接受培训成为精神科医生的医生）的感觉：“我发现，无论我与其他住院医师多么友好，他们都倾向于认为成为一名精神科医生有点像江湖骗子或魔术师。”他引用了一位做外科住院医师的话说：“你们（你们精神科医生）真的是这个职业的一个糟糕的借口。他们应该把精神病学从医学院带出来，和其他巫术一起放在考古学或人类学系。“我也有同样的感觉，”产科住院医师乔治·马斯洛说。“（第84-87页）。

精神病学家科林-A-罗斯(Colin A. Ross)医学博士在他的自传《伟大的精神病学骗局--一个精神科医生的个人旅程》中，就他在加拿大读医学院时，医学生对精神病学的看法提出了类似的观察：

**我非常小心，不告诉任何人我要进入精神病学。如果你告诉任何人你要进入精神病学，你会立即被逐出，再也不会被你的同学认真对待。对精神病学的态度非常明确。精神病学是米老鼠。精神病学是不科学的。精神病学不是真正的医学。唯一进入精神病学的人是那些需要精神科医生的人。这就是真正的医学生的想法，那些将成为真正医生的人。[曼尼通通信公司，2008年，第45页]**

医学生罗斯从弗雷泽博士那里遇到了同样的对精神病学的消极态度，弗雷泽博士是他在外科临床轮换期间遇到的外科医生：“弗雷泽博士在我[手术]轮换即将结束时从一名实习生那里得知我将进入精神病学时，他深感失望。他认为这完全是浪费我的才能。”

成为精神科医生后，罗斯博士发现这些对精神病学的消极态度是合理的。在他的自传《伟大的精神病学骗局--一个精神科医生的个人旅程》的序言中，他写道：“.....这些页面中的启示是对患者护理的一般状况和精神病学整体缺乏质量的悲惨陈述“（第X页）。在同一本书的同一引言的第十二页上，他是这样说的：

精神病学中有很好的个人。...但整个领域是一团糟。精神病学的思维、研究和学术标准是可悲的。...日常临床精神病学的科学数量为零。...我会向你证明，超过90%的精神科住院患者的药物处方没有科学依据。...二十一世纪精神病学的信仰体系和宣传并不比任何其他邪教的信仰和行为更科学。精神科医生嘲笑那些相信外星人绑架的人，但他们自己的信仰体系不再科学或基于现实。精神科医生被洗脑进入一个群体妄想系统，该系统控制着他们如何理解精神疾病和治疗患者。这种妄想系统对患者来说是个坏消息。

在第127页，罗斯博士说：精神病学不是基于科学的。精神病学是一种冒充医学分支的信仰体系。

2012年，塔夫茨大学精神病学教授赛义德·纳西尔·加米（Seyyed Nassir Ghaemi）医学博士，公共卫生硕士在他的“给年轻精神科医生的信”中说：

我教无知。四年制医学院；以及4年的居住时间。...我教我们不知道...知识是两刃剑：它阐明了一个事实或经验的一部分。通常，通过这样做，它表明以前看似阳光普照的真理现在完全黑暗。当你学到一些东西时，你意识到你“知道”的大部分实际上是错误的。...年轻的精神科医生首先需要学会他们是无知的。他们需要知道他们的长辈更加无知.....寻找教条。无论大多数人相信什么，都可能是不真实的。真相不是民众投票的问题...[<http://psychiatrictimes.com>, 2012年6月28日]

同样，在他的书《反精神病学：庸医》（Antipsychiatry: Quackery Squared, Syracuse University Press 2009, p. ix）中，精神病学教授托马斯·萨斯（Thomas Szasz）医学博士说：“精神病学——对医学的模仿——是一种庸医。”

阿拉斯加朱诺的精神病学家和精神分析学家道格拉斯·C·史密斯（Douglas C. Smith）医学博士描述了他和他的精神病学住院医师所教的内容与他们在纽约锡拉丘兹举行的2011年移情疗法会议上观察到的“暮光之城”之间的对比：

我认为，作为精神科住院医生，我们都经历了一种，有点昏暗的状态，因为我们可以看到这些药物并不起作用。我们会以住院医生的身份在彼此之间非常公开地谈论这个问题。“你见过百忧解奏效吗？”“不，我想我没有。”但我们不会用这种方式跟老师说话。

精神病学家 E. Fuller Torrey 博士在他的著作《精神病学之死》（Chilton Book Co. 1974）中也承认了类似的情况。在那本书中，托里博士以不同寻常的清晰感知和表达指出“为什么目前形式的精神病学是破坏性的，为什么它必须死亡。”（这句话来自本书防尘封面上的提要。托里博士指出，许多精神科医生已经开始意识到这一点，“许多精神科医生至少在某种程度上有一种令人不安和困惑的感觉，即他们所做的事情基本上毫无价值，他们职业生涯所依据的前提部分是欺诈性的”（第199页，着重号是后加的）。据推测，大多数医生都想做一些建设性的事情，但精神病学不是一个他们可以做到这一点的领域，至少不是以医生的身份——就像想要提高电视节目质量的电视维修工不能以电视维修人员的身份做到这一点一样。在《精神病学之死》一书中，托里博士认为“精神病学的死亡并不是一个负面事件”（第200页），因为精神病学的死亡将结束一种误导的、愚蠢的、适得其反的方法来解决人们的问题。托里博士认为，精神科医生只有两个科学上合法和建设性的选择：要么将他们的实践限制在诊断和治疗已知的脑部疾病（他说这些脑部疾病“不超过我们称之为精神‘疾病’的人的5%”（第176页），从而放弃精神病学的实践，转而采用真正的医疗和外科实践，治疗真实的而不是假定的，但未经证实的，可能不存在的脑部疾病——或者成为什么托里博士在生活的艺术中称“导师”（我称之为辅导员），从而放弃了他们作为医生的角色。当然，作为医生的精神科医生也可以通过成为家庭医生或获得真正的医学专业资格来回归真正的医疗保健实践。

在1991年《美国健康》杂志关于托里博士的一篇文章中，引用他的话说，他仍然认为精神病学应该被废除为医学专业：

他称精神科医生为巫医，称西格蒙德·弗洛伊德为骗子。近20年来，E. (Edwin) Fuller Torrey 博士也呼吁精神病学的“死亡”。...难怪53岁的托里被美国精神病学协会（APA）开除，并两次被国家心理健康研究所资助的职位免职.....在《精神病学之死》一书



中，托里提出了一个观点，即大多数精神病和心理治疗患者没有医疗问题。”...心理治疗师看到的大多数人都是“忧郁者”。他们有人际和内心问题，他们需要咨询，但这不是医学，而是教育。现在，如果你把患有大脑疾病的人交给神经病学，把其余的交给教育，那就真的不需要精神病学了。”[美国健康杂志，1991年10月，第26页]

Richard P. Bentall 是英国威尔士班戈大学临床心理学教授。在他的著作《医治心灵——我们目前对精神疾病的治疗真的好吗？》（纽约大学出版社2009年，第十四、十五页）的序言中，题为“理性的反精神病学”，他说：

从来没有任何反肿瘤学家、反心脏病学家、反胃肠病学家甚至反产科医生。因此，精神病学在一定程度上是独一无二的，它在聪明人中间既产生了魅力，也产生了不信任。也许这是因为，在医学专业中，只有它有力量迫使人们接受治疗，也因为对精神病患者的一些治疗似乎比疯狂本身更可怕。...传统精神病学可能会受到合理的批评，不是因为难以定义的人文主义理由(尽管这些理由很重要)，而是因为它非常不科学，同时也不成功。

心理学家 Al Siebert 博士在他的著作《精神分裂症突破》（实用心理学出版社2003年，第163页）中说：“精神病学是唯一必须安排警察保护的医学专业，以防止前患者举行全国会议的示威活动。”

---

精神病学的独特之处在于有一场反精神病学运动。从来没有任何反神经科医生、反儿科医生、反肿瘤医生、反心血管医生、反肠胃科医生或反产科医生。

当我向皮肤科医生咨询一颗我认为疑似恶性黑色素瘤的痣的诊断时，我意识到了将精神病学视为合法医学专业对整个医学界的不利影响。皮肤科医生告诉我，我的痣确实看起来可疑，应该被移除，他告诉我几乎没有风险。这发生在我研究电击疗法的时候(我在《精神病学的电击治疗：对人类的犯罪》中做了总结)。我发现了压倒性的证据，证明精神科医生的电击治疗会导致大脑损伤、智力下降和记忆力丧失，并没有像声称的那样减少不快乐或所谓的抑郁症。几乎与此同时，我对精神药物的阅读加深了我的印象，即大多数(如果不是全部的话)精神药物对其预期目的无效，我了解到许多最广泛使用的精神药物不仅对精神有害，而且会造成生物伤害，包括在假定的治疗水平上使用足够长时间的永久性脑损伤，因为它们不仅得到精神科医生的批准，而且得到他们的坚持。我在《精神药物：治疗还是伤害》中解释了我得出这些结论的原因。我有一部分倾向于认为皮肤科医生是专家，相信他，让他按照他的建议当场做小的皮肤手术。但随后，一个想象的场景闪过我的脑海：一个人走进另一种公认的、委员会认证的医学专家的办公室：精神科医生。患者告诉精神科医生，他一直感到情绪压抑。专门给门诊病人电击的精神科医生回答说：“没问题。我们会处理好的。我们会在一个小时左右让你感觉好多了。躺在电击台上，我用头带和一些电极膏把这些电极贴在你的头上……”事实上，今天这样的场景没有理由不能在精神科医生的办公室里发生。一些精神科医生确实是在门诊患者的办公室里进行电击。意识到其他专业的医生，真正的医学和外科专业的医生接受生物精神病学，它所代表的所有骗术都是合法的，这让我怀疑其他专业的医生是否也不值得信任。我没有把痣去掉就离开了皮肤科医生的办公室，不过在我听取了其他医生的意见并阅读了一些相关资料后，我又回来让他把痣去掉了。另一方面，医生是真正的医疗保健专业，他们接受生物心理是合法的，而且他们没有认识到非生物精神病学(心理治疗或咨询)是医疗保健之外的其他东西，这不仅让人质疑心理医生的理性和合理性，也质疑所有医生的理性和合理性。

1990年11月30日，热拉尔多电视访谈节目中有一组前电击受害者讲述了他们是如何被电击和精神药物伤害的。同样出现在节目中的还有精神分析学家杰弗里·马森博士，他说：“现在我们知道，没有其他医学专业的病人会痛苦地抱怨他们正在接受的治疗。你不会在这类节目中发现糖尿病患者说‘你在折磨我们’！你在伤害我们！你伤害了我们！住手！”精神科医生不想听到这些。

哈佛大学法学教授艾伦·M·德肖维茨(Alan M. Dershowitz)曾表示，精神病学“不是一门科学学科”（“欣克利审判中的证词冲突让精神科医生担心形象”，《纽约时报》，1982年5月24日，第11页）。这种所谓的医疗保健专业不应该在医学界被容忍。

---

## 精神病学不是一门科学学科

不需要像精神病学这样的医学专业。当真正的脑部疾病或其他生物问题存在时，真正的医疗保健专业(如神经病学、内科、内分泌学和外科)的专业医生最有能力治疗它们。有过类似个人问题经历的人最适合就如何处理这些问题提供咨询。尽管 Torrey 博士断言，精神科医生可以通过将自己限制在 5% 或更少的精神病患者中来选择实践真正的健康护理，他说这些精神病患者确实患有真正的脑部疾病，甚至 Torrey 博士自己也指出，任何时候发现任何以前被认为是精神病的疾病的物理原因，该疾病就会从精神病学中脱离出来，而由真正的健康护理专业的医生来治疗：

事实上，有许多已知的大脑疾病，结构和功能都发生了变化。肿瘤、多发性硬化症、脑膜炎和神经梅毒就是一些例子。但这些疾病被认为是神经病学的领域，而不是精神病学的领域。两者之间的界限是清晰明确的。...精神病学的标志之一是，每次发现精神“疾病”的原因时，这些条件就会从精神病学中移除并重新分配给其他专业。由于精神“疾病”被证明是真正的疾病，蒙古弱智症和苯酮尿症被划入儿科；癫痫和神经梅毒成为神经学关注的问题；由于传染病引起的谵妄由内科医生处理。...一种看法是，精神病学是所有疑似大脑“疾病”的仓库，而这些疾病的病因尚不清楚。事实的确如此。我们现在称之为精神“疾病”的所有疾病都没有任何已知的大脑结构或功能变化，没有变化已被证实是因果关系。至少可以说，这是医学的一种特殊之处。[精神病学之死，第 38-39 页]

神经外科医生弗农·H·马克（Vernon H. Mark）医学博士在他的《脑力》（Houghton Mifflin Co. 1989，第 130 页）一书中提出了相关的观察：

大约在世纪之交，两种常见的疾病导致许多患者被送往精神病院：糙皮病和脑梅毒。...现在这两种疾病都是完全可以治疗的，它们不再属于精神病学的范畴，而是被纳入普通医学的范畴。

重点是，如果精神科医生想要治疗真正的脑部疾病，他们必须作为神经科医生、内科医生、内分泌学家、外科医生，或者作为另一个真正的医疗保健专业的专家，而不是作为精神科医生。真正的脑部疾病的治疗属于其他专业的范围。真正的脑部疾病的治疗不在精神科医生通常的实践范围内。是时候停止伪装精神病学是一种医疗保健了。用急诊室医生安娜·劳（Anna Law）医学博士的话来说——

如果所有真正行医并真正试图帮助人们的医疗专业人员，基于科学事实以及他们能为改善他人生活所做的最好事情，如果他们能认识到，能够看到这个事实——这很难看到，但看看这个事实——并且是道德的，诚实的，并通过消除这个行业中的欺诈性部分来清理这个行业：精神病学，这将是一件好事。《DSM：精神病学最致命的骗局》，<http://YouTube.com> 1 小时 15 分钟观点，2012 年 8 月 15 日获取

英国医生弗农·科尔曼（Vernon Coleman）在他的书《医生和护士杀死的人比癌症多吗？》（欧洲医学杂志 2011 年，可在 [vernoncoleman.com](http://vernoncoleman.com) 年获得）中，连续八页（第 28-36 页）对精神病学进行了毁灭性的直言不讳的批评。以下是他的一些评论。斜体是科尔曼博士的：

有人会把精神病学描述为一门科学的想法是完全荒谬的。精神科医生声称的“事实”不能用科学家认可的任何手段来证明.....精神病学是伪装成科学的黑魔法。...精神病学是地球上最大的骗局。据官方统计，英国每两个人中就有一个患有无法治愈的精神疾病。显而易见的事实是，精神病学和巫术一样都不是科学。这是伪科学横行的典型例子。...没有证据表明任何精神疾病真的存在。...许多精神科医生声称(显然是这个意思)我们*都是*精神病患者，*我们都*需要治疗。...可悲的事实是，精神病学是一个荒谬的专业，它的所有治疗方法都是未经证实的垃圾。

在我以小册子的形式出版了这篇主张废除精神病学作为医学专业的论文的第一版十八（18）年后，我参加了心理学家布鲁斯·E·莱文博士的讲座，主题是“精神病学作为一个机构可以改革还是需要废除？”

“莱文博士的结论是，虽然”在 1970 年代精神病学本可以改革“，今天，“精神病学已经变成了精神

病”，因为精神科医生与现实脱节，精神科医生已经成为“对他人的威胁”，精神病学作为一种职业“需要被废除”（全国权利保护和倡导协会会议，俄亥俄州辛辛那提，2012年9月8日）。

美国精神病学和神经病学委员会应该更名为美国神经病学委员会，精神病学不应该再有专业认证。其他那些正式代表医生的组织（如美国医学协会和美国整骨协会以及其他国家的类似组织），应该停止承认精神病学是医学专业的一部分。

## 推荐阅读

Richard P. Bentall 博士，[《医治心灵——我们目前对精神疾病的治疗真的好吗？》](#)（纽约大学出版社 2009年）

James Davies 博士，[Cracked-The Unhappy Truth About Psychiatry](#)（Perseus 2013）

菲利普·希基博士，[“精神病学抨击”](#)，行为主义与心理健康，2016年3月7日。摘录：“...精神病学是一种破坏性的、有害的、简单的分类活动，它分配所谓的诊断，并将神经毒性药物分发给那些本质上不是医学问题的人。”

Stuart A. Kirk, D.S.W., Tomi Gomory, Ph.D. & David Cohen, Ph.D, [Mad Science—Psychiatric Coersion, Diagnostic and Drugs](#)（Transaction Publishers 2013）

Colin A. Ross, M.D., [The Great Psychiatry Scam—One Shrink's Personal Journey](#)（Manitou Communications, Inc., Richardson Texas 2008）

Colin A. Ross, M.D., and Alvin Pam, Ph.D., [Pseudoscience in Biological Psychiatry](#)（John Wiley & Sons, Inc. 1995）

Thomas Szasz, [《精神病学：谎言的科学》](#)（雪城大学出版社，2008年）

E. Fuller Torrey, M.D., [The Death of Psychiatry](#)（精装：Chilton Book Co./平装：Penguin Books, Inc. 1974）

## （689）法学博士谈：（十二）精神污名伴随着你余生的任何地方

在咨询心理健康专家，或者鼓励或强迫其他人这样做之前，你应该考虑的一个问题是，接受所谓的治疗会带来污名化耻辱。如果你向精神科医生或心理学家寻求咨询或“治疗”，你将如何回答有关申请职业或专业执照、驾照、申请健康或人寿保险以及申请学校和大学的问题，如“你曾经接受过精神或心理治疗吗？”当你申请工作或职业执照或驾驶执照，或申请保险或入学教育计划时，你经常会被要求回答这个或类似的问题。当你坦率地回答这类问题，承认接受过精神或心理上的“帮助”时，结果往往会失去重要的机会：对这类问题回答“是”往往会导致拒绝就业或执照或大学或其他教育项目的录取，或拒绝保险范围。有时你会被迫要求你的“治疗师”通过写一份关于你的报告来破坏你与他或她的通信的机密性，以便你得到一份工作、执照、保险或学校的录取。如果你通过回答“不”来隐瞒你的精神病学或心理“治疗”的经历，此后你将不得不小心注意你说的话和对谁说的话，而且你可能会有充分的理由担心被发现——因为你冒着被解雇或被学校开除的风险，或者如果你的欺骗被发现，就会被吊销执照。你最终可能会发现你多年来一直支付保费的保险单毫无价值，因为你几年前在保单申请中隐瞒了什么。

埃默里大学法学院和医学院的法学和行为科学教授乔纳斯·罗比彻博士在他的著作《心理尝试的力量》中指出，“佐治亚州的律师考试申请，就像许多其他州的申请一样，是本州所要求的...他们是否曾经被诊断出...情绪障碍、神经或精神疾病，或接受过任何这些疾病的常规治疗。虽然没有已知的利用这一信息阻止

申请人参加考试或被佐治亚州律师协会接纳的例子，但在其他司法管辖区有拒绝申请人的例子” (Houghton Mifflin Co. 1980, 第 234 页)。

在同一本书中，罗比彻博士描述了一个医学院申请人的案例，她以优异成绩从大学毕业，被 Phi Beta Kappa 录取，并在医学院入学考试中取得了百分之九十九的高分——但由于寻求过精神病治疗而被拒绝进入医学院(第 238-239 页)。他说，这是典型的“不录取或重新录取已经接受或正在接受心理治疗的学生

的偏见政策” (第 239 页)。

一名航空公司飞行员告诉我，他被美国联邦航空管理局禁飞了七个月，因为他透露，他一直在看精神科医生（用于所谓的门诊心理治疗），这是他被要求填写的医疗史问卷的一部分，这是他要求航空公司飞行员进行的例行定期体检的一部分，其中涉及刑事处罚（最高 10,000 美元的罚款和/或最高五年的监禁），因为隐瞒所要求的内容信息。他告诉我，他喜欢看精神科医生，但是他这样做带来的麻烦，因为它引起了对他的工作资格的质疑，超过了看精神科医生所带来的任何好处。他说，所有因素都考虑在内，“这不值得。在进行体检时，美国的飞行员必须“列出过去三年内对医生、医师助理、执业护士、心理学家、临床社会工作者或药物滥用专家进行治疗、评估或咨询的所有访问。提供咨询的卫生专业人员的日期、姓名、地址和类型，并简要说明咨询原因。...常规牙科，眼睛和 FAA 定期体检可能被排除在外” (FAA 表格 8500-8, 斜体添加)。这表明，与某些人的想法相反，任何咨询心理学家或临床社会工作者的人都被认为是可疑的。也就是说，污名化耻辱不仅适用于咨询精神科医生，还涉及心理学家或社会工作者的人。常规牙科或眼科检查不涉及污名或怀疑被取消资格，因此不需要报告。

1988 年民主党总统候选人，马萨诸塞州州长迈克尔·杜卡基斯，用《新闻周刊》的话说，“被指控接受精神病治疗”（“高速谣言工厂”，《新闻周刊》，1988 年 8 月 15 日，第 22 页。另见安德鲁·罗森塔尔，“杜卡基斯发布医疗细节以阻止关于心理健康的谣言”，《纽约时报》，1988 年 8 月 4 日，第 1 页）。这些指控被证明是错误的，但新闻报道给人的印象是，如果杜卡基斯曾经咨询过精神科医生或心理学家的说法被证明是真的，那么仅仅这个事实就注定了杜卡基斯的总统竞选。1972 年，美国参议员托马斯·伊格顿在民主党全国代表大会上被提名为美国副总统，但随后被民主党全国委员会从票上除名，因为得知他接受了精神病治疗，包括住院和电击治疗。

美国公民自由联盟 (ACLU) 律师布鲁斯·恩尼斯 (Bruce Ennis) 曾代表因精神科污名而被剥夺工作的人，他认为“在就业市场上，做一个前罪犯比做一个前精神病患者更好。他说：“很少有雇主会故意雇用前精神病患者。他指出，“几乎所有的公共雇主和大多数大公司都会问求职者是否曾经因精神疾病住院”，“如果答案是肯定的，申请人几乎肯定不会得到这份工作”。恩尼斯先生还指出，“如果申请人撒谎说不，他就有最终被发现的风险”。在此基础上，恩尼斯先生认为，“现在是精神科医生和法官面对残酷事实的时候了。当他们把一个人送进精神病院时，他们不仅剥夺了他的自由，而且剥夺了他未来可能过上体面生活的任何机会。根据他作为精神病患者辩护律师的经验，他认为“即使是自愿住院也产生了如此多的问题，关闭了如此多的大门，以至于一个老笑话变成了新的真理——一个人只有真的疯了才会把自己送进精神病院” (Bruce J. Ennis, 《精神病学的囚犯：精神病人、精神科医生和法律》，Harcourt Brace Jovanovich 1972 年，第 143-144 页)。恩尼斯先生在 1972 年写下了这些评论，但是如果有人倾向于认为精神病学上的耻辱在 20 世纪 70 年代和 80 年代已经大大减少了，那么再想想 1988 年媒体和公众对总统候选人迈克尔·杜卡基斯州长曾咨询过精神科专家这一明显错误的指控的反应。这竟然是一个如此引人注目的问题，这表明作为一个精神“病人”的任何经历都是一种耻辱。公众的这种反应尤其值得注意，因为事实上 Du 迈克尔·杜卡基斯州长只是被指控在他的办公室咨询了一位精神科医生，而不是精神病医院。

曾经寻求过精神病学或心理“治疗”所产生的不可靠性、不可信性和情绪不稳定的假设不仅困扰着那些有责任的人，如医生、律师、航空公司飞行员以及总统或副总统候选人：在他的书中，精神病学的囚徒，美国公民自由联盟律师布鲁斯·恩尼斯 (Bruce Ennis) 报告了许多因过去的精神治疗而被拒发出租车司机执照的案例，尽管“他们中的大多数人从未住院过”，也从未做过任何表明他们是危险的事 (第 160 页)。

精神科医生艾琳·沃肯斯坦 (Eileen Walkenstein) 医学博士在她写的一本书中说：“精神病诊断就像一个监禁，是你记录上的永久标记，无论你走到哪里，它都会跟随你” (不要缩小以适应！《精神病学和

心理学中与非人化的对抗》，格罗夫出版社 1975 年，第 22 页）。如果你咨询心理健康专家，你可能会得到某种“诊断”，特别是如果健康保险支付咨询或“治疗”费用，因为精神科医生或心理学家可能需要向保险公司提供“诊断”以获得任何（假定的）服务的报酬。至少在一些州，专业许可法要求包括心理学家在内的心理健康专业人员保留“诊断”和“治疗”的书面记录。

1992 年，在评论《美国残疾人法案》（ADA）时，身体残疾人促进委员会主席彼得·曼海默（Peter Manheimer）说：“最合适的是，ADA 保护正在康复的吸毒者、酗酒者、艾滋病患者以及精神和心理残疾者，因为他们构成了残疾人社区中最容易被误解和恐惧的部分。他们遭受的歧视最大“（彼得·曼海默，”关于残疾人的报告“，给编辑的信，《迈阿密先驱报》，1992 年 7 月 24 日，第 16A 页-斜体是后加的）。

“美国国家精神卫生研究所 1993 年的一项研究发现，即使是前罪犯在社会接受度上也高于以前的精神病患者”（Chi Chi Sileo, “Rip-offs Depressing Mental Health Care”, *Insight* 杂志, 1994 年 1 月 24 日, 第 14 页。这篇文章引用了一位精神病院患者的话说：“污名化耻辱令人难以置信……忘记告诉雇主！有时他们还是发现了，突然间你不适合在那里工作“（同上）。肯尼斯·唐纳森（Kenneth Donaldson）在他的自传中说，在他被送进精神病院后，人们“接受了精神病学的诊断，这种诊断永远占据了我的生活结构。从那以后，不仅整个社会，而且我的家庭成员都不会看到肯恩的儿子、父亲和朋友，而是肯恩的精神病人。由此而来的将是难以想象的痛苦，一种笼罩我们所有人生活的迷雾。当然，我们的情况只是数百万人的代表。迷雾将渗入我的工作，我与医生的关系，我与律师和法庭的联系。我所从事的每一项事业都会被这个标签所毒害。它困扰着我，也吓坏了其他人”（《精神错乱里里外外》，皇冠酒吧，1976，第 321 页）。

在 2012 年 6 月 4 日发表的一篇文章中，医学博士 H. Steven Moffic 写道：“我认为到今天为止，毫无疑问，对那些被认为有某种重大精神问题的人存在严重的歧视和偏见。很多时候，这导致试图将这些人排除在主流社会之外，无论是住院治疗，无法在某些社区居住，还是不被雇用工作。...我们对那些被称为“疯子”的人持续有污名化”（“心理主义：定义精神病学的歧视”，<http://psychiatrictimes.com>）。

埃默里大学教授乔纳斯·罗比舍尔（Jonas Robitscher, J.D., M.D.）在他的《精神病学的力量》一书中这样说：

精神科医生因其标签过程中的错误或含糊其辞而受到如此批评，因为标签产生了一种新的残疾，这种残疾往往在导致标签的症状消失后很久仍是一种负担。一项对一个小镇的态度的研究表明，与帮助来源的专业化和专业化有直接关系的是，镇上的其他成员拒绝接受社区其他成员的帮助，当向牧师寻求帮助时拒绝最少，向物理学家和精神科医生寻求精神帮助的拒绝百分比增加，而向精神病院寻求帮助的拒绝百分比最大。一项对工作主管的研究表明，知道员工正在看心理医生，很可能会排除晋升的可能性，即使该员工的工作做得很好……对精神患者和前精神患者造成的伤害和潜在伤害不仅限于那些患有重病、住院或不得不中断职业或学校生活的人。精神科医生知道，许多在门诊咨询他们的人比许多或大多数普通民众的病要轻得多。如果这些人决定不当病人，而是成为客户或教区居民，并把他们的问题带给社会工作者、牧民或宗教治疗师，他们就不会蒙受耻辱。无处不在的问题是，你是否曾就身体、情绪或精神状况咨询过医生？不要考虑那些应该得到和没有得到的人，或者那些因为把自己的问题带到一个聚会小组、一个敏感性培训会议、一个科技研讨会或一个提高意识的小组而能够回答不的人，因此他们逃脱了寻求帮助的歧视效应。[第 230、232、233 页]

1990 年 8 月出版的《消费者报告》在一篇题为“健康保险的危机”的文章中提到，在寻求精神病或心理“治疗”甚至婚姻咨询之后，获得健康保险的困难：“实际上没有商业保险公司，只有少数蓝十字和蓝盾计划会向任何患有心脏病、内癌、糖尿病、中风、肾上腺疾病、癫痫或溃疡性结肠炎的人出售保险。酒精和药物滥用、抑郁症的治疗，甚至是去婚姻咨询师那里也可能意味着拒绝。如果你的病情不那么严重，你可能会得到保险，但条件不利”（第 540 页，斜体字补充）。在美国，被称为“奥巴马医改”的“患者保护和平价医疗法案”包含一项于 2014 年生效的条款，禁止健康保险公司以已有病史为由拒绝申请人。时间将会证明，美国众议院通过的废除医改法案的努力是否最终会成功，以及保险公司是否会通过寻找方法歧视已有疾病(包括所谓的精神疾病)的人来限制风险。

专栏作家达雷尔·西福德（Darrell Sifford）在 1990 年 6 月 10 日发表在《夏洛特观察家报》（北卡罗来纳州夏洛特）上的一篇题为“你应该对精神病护理撒谎吗？”的文章讨论了获得精神病“治疗”所涉及的污名化耻辱感，第 4E 页。一位母亲写信给西福德先生，询问她即将申请大学入学的十几岁的儿子是否应该如实回答他 15 岁时接受的有关精神病治疗的问题。她写道：“这些[大学申请]表格中的许多都要求提供有关任何精神病治疗的信息。一旦他进入现实世界，大多数工作申请表都会要求提供相同的信息……我们[坚持让他接受精神病治疗]是否注定了他的未来会因为害怕失去所申请的职位或大学而在申请表上撒谎？我们该怎么办？这位报纸专栏作家意识到这位女士的问题就是他所谓的“一个严肃的问题”。非常严重。他与美国精神病学协会前任主席保罗·芬克（Paul Fink）分享了这封女士的信。这是芬克博士的建议：

我会告诉他们躺在表格上...耻辱就在那里，否认它并通过说实话来牺牲自己是没有意义的。...对于广大公众，我努力减少污名耻辱感，但对于个别患者，我给他们留下了深刻的印象，这种污名耻辱感是多么广泛和根深蒂固。...如果两个资历相等的人申请一份工作，其中一个接受过精神病治疗，那么这个人就会受到歧视，他将成为竞争中的输家。...即使接受治疗的人有更好的资历，他很可能仍然会输给另一个人。这就是污名的根深蒂固。...我不会鼓励任何人承认他们接受过治疗。

心理学家宝拉·卡普兰（Paula Caplan）博士在 2012 年 2 月 11 日接受采访时说，她维护着一个名为 <http://psychdiagnosis.net> 的网站，其中包括真实的生活故事，展示了“人们的生活被贴上精神病学标签所摧毁的各种各样的方式”。在同一次采访中，她说（“MindFreedom（MF） Live Free Web Radio: Paul Caplan v. Psychiatric Labeling!”，David Oaks 采访，存档于 <http://blogtalkradio.com>）：

几个月前，伊桑·沃特斯（Ethan Waters）在《纽约时报》杂志上发表了一篇精彩的文章，他看了一下研究显示，这听起来很奇怪，但一旦你仔细想想，他就会发现，或者他谈到研究表明，当有反对污名化的运动时，猜猜污名化的程度会发生什么？！：它上升了！现在，这是为什么呢？这是因为这些活动的性质是这样的：嗯，是的，他们与我们不同，但不要反对他们。因此，任何增加我们这些没有精神疾病的人的感觉，然后还有那些“其他人”增加了精神污名的普遍性和强度。

反对精神病污名化的运动提高了对所谓精神疾病的认识，从而增加了对所谓的精神病患者的歧视。

你想带着这种问题度过一生吗？你觉得一辈子躺在申请上有什么感觉？如果你正在考虑接受精神病“治疗”的是你叛逆的青少年或陷入困境的配偶，问问自己：你真的对叛逆的青少年或配偶感到不安，把这种问题强加给他或她吗？这是正确的做法吗？促使你对你的家庭成员强加所谓的治疗的问题可能是短期的，但精神上的耻辱会持续一生。

美国于 1990 年颁布的《美国残疾人法案》（ADA）禁止拥有 15 名或更多雇员的雇主在就业申请中提出有关前精神病治疗的问题。然而，可能需要完整的工作经历，其中的空白可能会带来问题，正如 Jonas Robitscher, J.D., M.D. 在他的书中所说 精神病学在 ADA 颁布之前：“一个人是或曾经患有精神疾病的披露可能导致拒绝，并且总能找到拒绝的其他原因。...强迫私人雇主雇用残疾人将引起侵犯隐私和执法问题。污名化将继续是一个问题，歧视将继续存在“（第 241-242 页）。在《美国残疾人法》涵盖的领域，利用其保护可能需要花费大量时间进行诉讼，并支付大量律师费，结果不确定。

还有许多污名化和歧视领域，ADA 和其他法律没有涵盖。一个例子是精神科污名对人际关系的影响：保守秘密会隐藏你的部分身份，并防止大多数人想要与朋友，尤其是与配偶的情感亲密，但分享这个秘密会让你容易受到勒索或类似的压力。向雇主隐瞒精神病“治疗”（这可能是找到工作所必需的），但向配偶或朋友透露，可以让配偶或朋友知道，如果你们的关系变坏，这些知识可以用来对付你。如果你被置于一个必须对你的配偶或朋友撒谎的位置，以保密你所谓的精神病或心理“治疗”的历史（例如，如果他或她应该问），你就会在一段关系中引入欺骗，如果你能诚实和真诚，那会更好。即使你不告诉你的配偶或你正在考虑结婚的人，离婚现在发生在近一半的婚姻中，在离婚中——特别是如果你在子女监护权甚至探视权方面发生争执——你配偶的律师可能会在宣誓后问你，当你受到伪证的处罚时，如果你曾经接受过精神科或心理治疗“治疗”——也许让你面临犯伪证或通过说实话危及你的工作的选择。无

论您是承认接受过精神病学或心理“治疗”，还是以其他方式被发现，由此产生的污名耻辱都可能导致你的孩子在监护权之争中丧生，并且威胁要向你的雇主透露它可能会被用来迫使你同意财产分割或赡养费（或缺乏赡养费）或不适当的子女抚养费。在思考结婚或离婚的智慧时，你可能不得不考虑这些问题——你本可以通过简单地避免精神或心理“治疗”来避免这些问题。如果你被要求履行陪审团职责，你可能会面临类似的困境，因为在审判的陪审团选择阶段，潜在的陪审员经常在宣誓后被问到他们是否曾经接受过精神病“治疗”。家庭票房（HBO）电影“美国公民：50州公路旅行”说，寻求在美国永久居留的人被问到的问题之一是他们是否曾经被定罪，是或被关在精神病院。

如果所谓的治疗有足够的帮助，那么可能值得解决因获得精神或心理“帮助”而造成的污名耻辱所带来的问题。然而，假定来自精神病学和心理“治疗”的好处（本身是一个可疑的假设）被接受它所带来的耻辱所抵消。看精神科医生、心理学家或精神科社会工作者所带来的耻辱感是一个强有力的论据，**支持咨询朋友、家人或非专业咨询师，他们的专业知识来自生活而不是“专业”培训，或者只是试图自己解决问题。**

## （692）法学博士谈：（十五）在美国不合理的精神病承诺

“大多数承诺只是由法官盖上橡皮图章……我们只想要与其他人一样的人权和公民权利。我们不想在没有犯罪的情况下被关起来，借口是为了我们自己的好处。事实并非如此。被剥夺自由本质上是有害的，从来没有帮助——除了机构、专业人士、制药公司和其他所有人从关我们中获利的人。……没有需要强迫治疗这样的事情；如果某人是被迫的，那就是为了他人的利益而进行的社会控制。”琳达·安德烈 (Linda Andre) 在她的书《欺骗医生——他们不想让您了解休克治疗的事情》（罗格斯大学出版社 2009 年，第 5、16、17 页）中

“在中世纪，当教会的医生通过酷刑和溺水的诊断和治疗技术驱除他们认为会导致精神疾病的恶魔时，这是虐待精神病学。在苏联时期，强制精神病学被用来镇压政治异见者，称他们疯了，将他们长时间关闭在精神病院里。”精神病学家 艾伦·弗朗西斯 (Allen Frances)，医学博士，杜克大学精神病学系前任主席，以及创建第 4 版美国精神病学协会精神障碍诊断和统计手册 (DSM-IV, 1994 年和 DSM-IV-TR) 的工作组主席 2000 年)，在他的文章“A Clinical Reality Check”中，2012 年 8 月 12 日，[Cato Unbound—A Journal of Debate](#)

“人人享有正义是我们国家立国之本的基本原则。” Harry M. Reasoner，德克萨斯司法委员会主席，在 2014 年 12 月 9 日给支持者的电子邮件中

1992 年，美国众议院儿童、青年和家庭特别委员会主席、美国众议员帕特里夏·施罗德 (Patricia Schroeder) 举行了听证会，调查美国精神病院的做法。众议员施罗德将她的委员会的调查结果总结如下：

我们的调查发现，成千上万的青少年、儿童和成人因不需要的精神病治疗而住院；医院雇用赏金猎人绑架有精神健康保险的患者；患者被违背自己的意愿，直到他们的保险福利用完；精神科医生受到医院的压力以增加利润；医院通过向送学生的学校辅导员支付回扣来“渗透”学校；向包括精神科医生在内的医院员工支付奖金，以保持医院床位满员；军人家属因其慷慨的心理健康福利而成为目标。我可以继续说下去，但你明白了。[引自：Lynn Payer, *Disease-mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurances Are Make You Feel Airck*, John Wiley & Sons, Inc. 1992, pp. 234-235]

1986 年 7 月 6 日《加州论坛报》的头版头条写道：“青少年挤满了私人精神病院，但他们中的大多数会在那里呆很久吗？”根据报纸上的文章：

...精神病患者倡导者说，私立医院的许多青少年并没有严重的精神病，而只是叛逆。倡导者说，通过关押那些经常不喜欢住院治疗的青少年，私立医院可以获得利润并取悦父母。...一些县级精神卫生官员和私立医院的精神科医生承认，理想情况下，有住院的青少年不应该在那里。...“看到孩子们在这些设施中，我感到很痛苦；看到利润持续增加下去，我感到很痛苦，”患者权利倡导和培训的杰伊·加勒两周前在康科德公共论坛上说。“这是一项热门业务，”康特拉科斯塔县缓刑部青少年安置主管蒂姆·古尔斯比（Tim Goolsby）后来表示同意。“如果你的孩子喜欢性、毒品和摇滚乐，那就是安置他们的地方。我不确定保险公司是否知道发生了什么，但他们正在被敲诈。”古尔斯比估计，康特拉科斯塔私立精神病院80%的青少年没有精神病。南加州大学社会学家帕特里夏·古特里奇（Patricia Guttridge）和卡罗尔·沃伦（Carol Warren）说，这些青少年已经从犯罪者变成了情绪紊乱的儿童。在研究了洛杉矶地区四家精神病院的1,119名青少年后，他们发现只有不到五分之一的人因严重精神疾病入院。[苏珊·斯特恩，论坛报（加利福尼亚州奥克兰），1986年7月6日星期日，第A-1和A-2页]。

艾莉森·巴斯（Alison Bass）在她的书《副作用——检察官、告密者和最畅销的抗抑郁药在审判》（阿冈昆教堂山书籍 2008年，第182页）中讲述了这个故事：“.....十七岁的托尼亚布鲁克斯...2004年，德克萨斯州奥斯汀的一家儿童和青少年精神病院西顿浅滩溪（Seton Shoal Creek）住进了医院。医生诊断她是躁郁症；根据托尼亚的说法，他给每个人都贴上了躁郁症的标签。“我在那里遇到的百分之九十的孩子，他们没有错，”她后来告诉我。

托尼亚关于医生将每个人都诊断为躁郁症的观察似乎不太可能。然而，在他的书中《拯救正常：一个内部人士对失控精神病学诊断的反抗，DSM-5，大型制药公司和普通生活的医学化》（哈珀柯林斯 2013，第232页），精神病学家艾伦·弗朗西斯，医学博士，杜克大学医学院精神病学系前主席，以及撰写两个版本的美国精神病学协会“诊断”（实际上是描述）手册的小组负责人，说：“我的经验是，一些临床医生做出相同的诊断，并为他们看到的几乎每个患者提供相同的治疗。”2013年2月25日，英国精神病学家乔安娜·蒙克里夫（Joanna Moncrieff）在新英格兰大学的演讲中，一位精神病院员工给出了这样的观察结果：

我职业生涯的前6年在一家私立精神病院工作.....早上我们有“早间报告”，我们听到前一天的入院情况，随着时间的推移，我意识到我可以预测诊断，不是基于所描述的症状，而是根据收治病人的精神科医生的个性，我的意思是：我的预测，非常准确。[“Joanna Moncrieff—The Myth of the Chemical Cure: The Politics of Psychiatric Drug Treatment”，[YouTube.com](https://www.youtube.com/watch?v=102510532) 1: 02: 51 和 1: 05: 32]。

这些观察进一步证明了我在《精神病学诊断的神话》中记录的精神病学“诊断”无效性。这些不可靠和不科学的精神科“诊断”成为非自愿精神病“住院”、强迫精神科药物和其他所谓治疗的理由。

在1988年2月的《斯坦福法律杂志》上，弗吉尼亚大学前心理学教授Lois A. Weithorn博士说：“儿童和青少年精神病收治率的上升反映了越来越多地使用住院治疗来管理通常不适合这种干预的人群：没有严重精神障碍的‘麻烦’青年”（40 Stanford Law Review 773 at 774）。

1992年发表的一篇杂志文章批评了将麻烦青少年关起来的趋势，声称今天的青少年被关在精神病院比过去更多，因为“忙碌的父母不太愿意处理他们的行为，因为住院精神病业务代表了医疗保健领域的有利可图的市场。其结果是精神病院的数量“从1984年的220家增加到1988年的341家”。精神病院数量的增加导致医院和精神科医生之间对患者的激烈竞争：

让这些精神病床都坐满至关重要，管理人员正在积极确保他们能填满。硬性销售的电视、广播和杂志广告（根据梅斯的说法，过去几年高达十倍）无处不在.....一些机构甚至向员工和其他机构支付每次推荐500至1,000美元的奖金。...叛逆的青少年曾经被禁足。新的他们正在承诺。越来越多的父母将他们不守规矩的孩子关在私立医院的精神科病房里，因为他们从事许多治疗师所谓的正常青少年行为。霍莉·梅茨（Holly Metz）在《进步》（1991年12月）上报道，自1980年以来，青少年精神病学的入院率上升了250%或400%，但这并不是因为青少年突然比十年前更疯狂了。事实上，儿童保护基金表明，这些青少年入院中至少有40%是不合适的，而家庭治疗网络（1990年7月/8月）青年专家认为



这一数字为 75%。 [Lynette Lamb, “布谷鸟巢里的孩子, 我们为什么要把美国麻烦的青少年关起来?”, *Utne Reader*, 1992 年 3 月/4 月, 第 38、40 页]

路易丝·阿姆斯特朗 (Louise Armstrong) 在 1993 年出版的《他们称之为帮助——美国儿童的精神病学警务》(And They Call It Help——The Psychiatric Policing of America's Children) 一书中哀叹道：“**私立营利性精神病院中 65% 的孩子根本不需要在那里, 但仍然被贴上了听起来很严重的标签**” (Addison-Wesley Pub. Co., 第 167 页——原文斜体)。

在 1980 年代和 1990 年代, 不合理的非自愿承诺精神病院变得如此公然, 《读者文摘》在 1992 年 7 月号上发表了一篇文章, 揭露了这种不道德的做法:

类似的乌云正在心理健康领域上空出现。由于费用激增, 保险公司开始更加仔细地审查付款——并最终缩短了患者的平均住院时间。结果, “曾经赚了很多钱的私立医院现在急需病人,” 美国精神病学协会前主席艾伦斯通博士说。

**这种绝望为欺诈打开了大门。在被指控的虐待行为中, 有: 被“赏金猎人”绑架的病人; 其他人违背自己的意愿住院, 直到保险用完; 量身定制的诊断和治疗, 以最大限度地提高保险报销; 招募患者的回扣; 不必要的治疗; 严重超额计费。**

最臭名昭著的指控发生在德克萨斯州。1991 年 4 月 4 日, 两名私人保安人员出现在 Live Oak 的哈雷尔家中, 接走 14 岁的杰拉米·哈雷尔, 并将他涉嫌滥用毒品为由而送往圣安东尼奥的私人精神病院——科隆山医院。

家人认为这些特工是执法人员。特工们说, 如果杰拉米不合作, 他们可以获得逮捕令, 将他拘留 28 天。“他们的行为就像盖世太保一样,” 男孩的祖母 - 和法定监护人 - 后来告诉德克萨斯州参议院委员会。

根据该证词, 杰拉米在 6 天内被剥夺了与家人的任何联系, 在一位州参议员 [弗兰克·特赫达 (Frank Tejeda), 后来当选为国会议员] 的干预下才被释放。州政府官员发现, 这个男孩是在他不安的弟弟谎称杰拉米涉嫌吸毒后, 被一名主治医师下令拘留的。把他带进来的警卫在一家私营公司工作, 每接诊一位病人, 科隆山医院就会支付费用给那家私营公司。...

在磨难之后不久, 哈雷尔收到了杰拉米 6 天住宿的账单, 惊人的 11, 000 美元。医院老板否认有任何不当行为。

**哈雷尔案导致了德克萨斯州参议院的听证会, 这反过来又揭露了涉及德克萨斯州其他 12 家设施和至少 3 家其他全国性连锁医院的其他欺诈和滥用指控。**新泽西州、佛罗里达州、阿拉巴马州和路易斯安那州的医院也受到类似的指控; 三个联邦机构已展开调查, 十几个州正在进行调查。 [戈登·威特金, “小心这些健康骗局”, 《读者文摘》, 1992 年 7 月, 第 142 页, 第 144-146 页]

另一个例子是 1996 年《国家评论》杂志报道的:

约翰·大卫·迪顿 (John David Deaton) 走进达拉斯的一家国家医疗企业 (NME) 精神病院时, 他还是一个普通的 17 岁少年。在他的女朋友抛弃他后, 一位医生说服他去那里寻求抑郁症的帮助。迪顿不知道这位医生在医院的工资单上, 这位医生的工资完全取决于他在填补医院床位方面的表现。.....四天后, 当迪顿试图离开时, 他被皮革工具捆绑住了。...事实上, 约翰·迪顿最不正常的的事情是, 他父亲的雇主为精神疾病提供了非常丰富的保险。...只有当迪顿的保险用完时, 他才被允许摆脱束缚带。...“我曾因保险金而被囚禁。”“医疗欺诈让我的保险公司损失了大约 25 万美元。它让我损失了一年多的时间。”

现在, 由于美国参议院最近的投票, 我们都可能更容易受到这种精神病学海盗行为的影响, 如果不是作为“病人”, 那么作为必须支付更高保险费来支付许多疾病“治疗”的人, 其中许多疾病都是想象或伪造的。 [尤金·h·梅思文《布谷鸟的巢》, 1996 年 7 月 15 日, 第 38 页]

在 1991 或 1992 年, 一位精神病院的管理人员告诉我, 精神病院之间的竞争是她所谓的“残酷竞争”。这可能会导致不必要地收治人们, 包括在所谓的“病人”拒绝时使用强制手段。

最需要的是广泛认识到“精神疾病”是无效的概念。精神科“诊断”只不过是对于一个人思维或行为的价值判断。精神科“诊断”与医学无关，除了做出价值判断的人是精神科医生这个事实之外。这些价值判断与健康无关。

---

## 没有陪审团，就没有正义

2015年3月26日，我问宾夕法尼亚州一位负责代表被告进行非自愿精神疾病民事承诺的宾夕法尼亚州公设辩护人，宾夕法尼亚州法官是否会释放此类案件中的人。“他回答说：”偶尔，但很少见。”在一篇反对所有非自愿精神病治疗的题为“强迫治疗的双重标准”（<http://psychcentral.com>，2012年11月26日）的文章中，心理学家 John M. Grohol, Psy.D.说：

强制治疗患有精神疾病的人已经有很长的虐待历史，无论是在美国还是在全世界。 .....20世纪70年代和80年代的改革法律剥夺了[精神病学]职业的权利，防止他们违背人们的意愿禁锢人们。这种强制治疗现在需要法官的签名。但是随着时间的推移，司法监督--它应该是我们制衡系统中的制衡--在很大程度上变成了医生认为最好的东西的橡皮图章。...法官根本无法对强制治疗进行检查，因为他们没有任何合理的依据，无法在短短的时间内做出实际的判断。

事实上，当然，法官可以花他们想要的所有时间来听取和评估支持和反对强迫治疗的证据，并就强迫治疗在任何特定案件中是否合理形成自己的观点。问题不是他们不能，而是在大多数情况下他们不会。根本没有办法迫使法官行使他们自己的独立判断，而不是照例服从承诺的精神科医生、内科医生或心理学家的判断。用一位法律期刊评论员的话来说，“尽管对承诺有法定保护，但研究发现，非自愿承诺的程序往往是敷衍了事的，是一种法律上的把戏，只是‘橡皮图章’精神病学的建议”（Douglas S. Stransky, “民事承诺和拒绝治疗的权利”，50 迈阿密大学法律评论 413, 417, 注 29）。

然而，一个被授权决定一个人是否应该被终身监禁的非专业陪审团的出现改变了这一点。陪审团审判为被告提供了释放的真正机会，或者在门诊患者住院的情况下，提供了避免法院下令门诊患者服用精神药物或电击的真正机会。这就是为什么一位纽约精神卫生法律服务律师在我2013年参加的一次讲座中，在他的观察中说，每当他们的一位非自愿患者要求陪审团审判时，精神病院的工作人员就会“发疯”。

根据州宪法或州法规，大多数美国人目前确实有权在守法人员因所谓的精神疾病而做出民事承诺时接受陪审团审判。然而，尽管美国最高法院在 *Humphrey v. Cady*, 405 U.S. 504 at 508-510 (1972) 一案中一致认为，在美国许多州，陪审团审判的权利目前在美国许多州没有得到承认：

在 *Baxstrom* [383 U.S. 107] 一案中，一名被定罪的囚犯提出了基本相同的论点，该囚犯在服刑期满时，根据纽约法律被强制治疗，没有陪审团审判。该法院认为，国家已经作出了陪审团裁决，普遍适用于被强制接受治疗的人，因此，根据平等保护条款，不能任意拒绝少数人作出裁决。[引文省略]法院承认，在评估犯人的精神状况和确定最适合其状况的护理和治疗类型时，犯人的犯罪记录可能是一个相关因素；然而，这不能成为剥夺陪审团对他是否患有精神病和是否是某种强制治疗的适当对象这一基本问题的裁决的理由。

自1880年以来，威斯康星州一直依靠陪审团来决定是否对一个人进行强制精神病治疗。像大多数(如果不是全部的话)有类似立法的其他州一样，威斯康星州对这种监禁的条件不仅仅是基于被告患有精神病并可治疗的医学判断，而且还基于社会和法律判断，即他对自己或他人造成伤害的可能性大到足以证明如此大规模剥夺自由是正当的。在作出这一决定时，陪审团的关键作用是在这一过程中引入一种非专业的判断，反映出社会普遍持有的价值观，即国家有理由限制一个人接受强制治疗的潜在伤害的种类。[斜体是后加的]根据威斯康星性犯罪法案，强制治疗的承诺似乎需要完全相同的决心，包括医学和社会或法律判断的混合。如果是这样的话(这是还押候审调查的恰当主题)，那么恰当的做法是调查剥夺根据《性犯罪法》犯下罪行的人根据《精神健康法》被给予的陪审团裁决权的正当理由。

加利福尼亚最高法院在 *Mabel Roulet*, 590 P2d 1 (1979) 一案中裁定，加利福尼亚宪法的正当程序条款要求陪审团一致同意对守法但患有精神病的人进行民事拘留。其他州的最高法院说，精神病民事拘留中由陪审团审判的权利受到州宪法条款的保护，这些条款保留了普通法中或州宪法通过时存在的陪审团审判的权利:密苏里州诉 *Holtcamp* 案, 138 SW 521 纽约在 *Sporza* 诉德国国家银行案, 84 NE 406 中的

解释见 Coates 案, 8 AD2d 444, Arnold 诉 Sanchez 案, 634 NYS2d 343 和 Robert C. v. Wack 案, 635 NYS2d 677 田纳西在约翰逊诉内尔姆斯案, 100 SW2d 648 穿白衣服的德克萨斯对怀特, 196 SW 508 埃勒恩的华盛顿, 160 P2d 639 和 Quesnell, 517 P2d 568。在奎斯内尔案中, 华盛顿最高法院是这样说的:

首先, 在华盛顿州精神病诉讼中由陪审团审判的权利受到宪法(华盛顿州宪法第 1 21 条)和法规(RCW 71.02.210)的保障。...陪审团在防范错误承诺方面发挥着重要作用。...在民事拘留诉讼中, 由陪审团审判的权利显然是一项基本权利。

正如 Sprecher 法官在 Lessard 诉 Schmidt 案,《联邦判例补编》第 349 卷, 第 1100 页(1972 年)中所说的那样, “陪审团审判的权利已被证明是至关重要的, 许多研究表明, 行使这一权利很可能意味着释放和监禁之间的区别。”

在没有陪审团审判权的州, 对于因所谓的精神疾病而进行的不合理的非自愿民事拘留, 没有任何有意义的辩护, 因为大多数法官不愿意在这种情况下行使自己的独立判断; 而在法官是选举产生的州, 法官担心他释放的人在被释放后犯下暴力罪行, 可能成为下一次选举的竞选议题。就像精神健康专业人员对他们对其未来行为有丝毫怀疑的人进行监禁, 因为如果他或她可以监禁但没有监禁的人后来犯罪, 该专业人员将承担数百万美元的责任, 同样, 当选的法官必须(为自己)"安全起见", 监禁任何法官甚至隐约怀疑可能以后会做一些会危及法官连任前景的人。陪审员不面临这种风险, 因此, 当被告受到非自愿民事拘留的威胁时, 由陪审团进行审判通常是保留或重获自由的唯一现实希望。

在 2015 年 3 月 2 日发给律师的专栏中, 德克萨斯州律师协会主席特雷·阿普菲尔 (Trey Apffel) 写道: "由陪审团审判的权利是我们自由和自由的基础。... 对我来说, 没有比由陪审团审判的权利更高的理想了。... 亚历山大·汉密尔顿 (Alexander Hamilton) 曾称**民事陪审团是'自由的宝贵保障'**。我们决不能让这种自由消亡"。不幸的是, 在美国的许多州, 因所谓的精神疾病而被民事拘留的自由**都已经死亡**。

---

## 律师的“协助”？

另一项重要和必要的改革是, 聘用和解雇精神健康公设辩护人, 指定律师代表精神病患者或被告(住院病人和门诊病人, 以及非自愿监护)出庭的法官以外的人。我对民事拘留程序中的律师的观察使我很难避免这样的印象:(1)法官只任命那些他们从经验中了解的人作为辩护律师, 不会为民事拘留中被指控患有精神疾病的人提供真正的帮助;(2)大多数作出这些任命的法官不可能容忍律师在这种情况下为他的委托人做所有他应该做的事情。专职精神健康公设辩护人通常比那些主要从事其他法律领域的律师做得更好。精神健康公设辩护人至少熟悉适用的法律, 有时还能胜任工作。法院指定的律师很少出现这种情况。当由法院指定的律师代表时, 并且当由精神健康公设辩护人代表时, 在对精神疾病的民事拘留中, “律师援助”往往成为用来对付被告的武器, 而不是被告的权利。有人说“有十个敌人总比有一个假朋友好。”重要的是要知道谁是你的敌人。被指定的“辩护”律师和精神健康公设辩护人往往是被提议的病人的敌人之一, 但他们是伪装的, 是披着羊皮的狼。这方面的证据可以通过观察民事承诺听证会来看。内布拉斯加州一项关于精神病的非自愿民事承诺的研究发现, “由私人律师代表的被告的承诺比例上少于由指定律师或公设辩护人代表的被告的承诺”(Virginia Aldige Hiday, “民事承诺中律师的玫瑰”, 60 North Carolina Law Review 1027 at 1031 (1982)。2014 年, 阿拉斯加律师詹姆斯-戈特斯坦 (James Gottstein), 精神病权利法律项目的主席/首席执行官说: “当我代表某人参加承诺听证会时, 我告诉他们, 我至少需要一两天的时间来准备。我告诉他们, 如果他们不想等那么久的听证会, 他们可以使用公设辩护人, 而且几乎肯定会被送入精神病院, 或者他们可以使用我, 等上一天左右, 就有机会不被送入精神病院” (“心理权利组织应该要求美国最高法院审理对阿拉斯加最高法院裁决的上诉吗?”, [madinamerica.com](http://madinamerica.com), February 15, 2014)。

律师代理被用作对抗被告的武器的一种方式拒绝允许被告代表自己发言或向证人提问, 因为他是由律师代表的: 律师的协助不应成为禁止一个人为自己辩护或向证人提问的借口。

另一种做法是, 让一名律师在一天的听证会日程中有太多的客户无法代理, 使他没有时间为每一名客户的代理做好充分准备。

律师代理成为对抗被代理人武器的另一种方式是向辩护律师支付每个被代理人的固定费用，无论案件是在 30 秒的形式听证会上重新解决，还是在长达一周的陪审团审判中解决，这使得律师代表其客户做任何会延长诉讼时间并占用律师更多时间的事情在经济上是不利的。这种补偿计划鼓励律师尽其所能劝阻客户行使他们的权利，例如陪审团审判的权利。

在大多数情况下，由于假定的精神疾病而被民事承诺的拟议患者或被告将得到更好的保护，因为没有指定律师代表他们，而是得到一本小册子或小本子，其中包含他们被实施的法规副本、关于民事承诺法的重要法院裁决摘要，关于上一年司法管辖区民事承诺案件结果的统计数据，包括陪审团和法官承诺和释放的百分比，以及在无律师“协助”的情况下出庭的百分比。由于这类案件中的辩护律师通常对适用的法规和司法判例知之甚少，因此即使被告由律师代表，也应该要求向被告提供此类信息。

**这看起来一定是夸大其词吗？法官和律师真的会那么糟糕吗？不，这并不夸张，是的，在这一领域，法官和律师通常都那么糟糕。这不仅仅是我的观点：我发现的每一项关于精神疾病民事承诺的研究都得出了类似的结论：**

在 903 页的教科书《法院的心理评估：心理健康专业人员和律师手册》（Guilford Press 2007，第 348、350 和 352 页）中，一群医学院和法学院教授（Gary B. Melton 等人）发表了以下观察：

对这些听证会的实证研究表明，它们往往是**形式上的练习**，其中**很少为被告付出努力**。...[担任案件法官]的裁判鼓励辩护律师的被动态度。一些裁判明确不鼓励对证人进行盘问.....**结果是，承诺听证会只不过是主治医生意见的认可**。...这些类型的发现在其他几项研究中得到了回应。几乎所有人都发现，律师在承诺听证会上很少以对抗的方式行事，实际上经常协助国家完成证明可承诺性的任务**[也就是说，是拟议病人的敌人之一，但伪装]**。...许多律师不了解民事承诺的法律道德方面，他们可能会对呈现给他们的临床现象感到困惑。即使律师既不天真也不懒惰，他们可能会发现司法对他们的工作存在阻力。

在一篇题为“面对民事承诺的人的有效律师：调查，论战和提案”的法律期刊文章中，私人执业的法学教授和律师 Elliott Andalman 和 David L. Chambers（以下简称“**Andalman & Chambers**”），45 *Mississippi Law Journal* 43 at 54, 74 & 83（1974）这样说：

也会有法官憎恨勤奋的律师破坏以前和平的承诺程序，他们会通过微妙地传达如果律师提出程序论点，甚至是实质性论点，她和她未来的客户将遭受损失，从而混淆律师的热情倡导努力。...律师的行为--她辩护的热情--在一定程度上是由她对法官将容忍的热情程度的看法决定的。在大多数刑事、少年和精神健康案件中由法院指定的律师制度中，任命的权力掌握在律师出庭的法官手中。任命权一直是滥用的一个源头，它既被用作赞助，也被用作一种方法，以获得“不会制造麻烦”的律师。作为最低限度的保护，我们认为，任命应脱离作出承诺的法官的控制，并置于一个不受法官约束的机构或律师委员会的管辖之下。

1986 年，在 *Rivers v. Katz*, 67 NY2d 485 一案中，纽约最高法院裁定，非自愿精神病患者不得被强行下药，直到司法裁决他们没有能力自己决定，服用“药物”符合他们的最佳利益。一项题为“精神卫生法法院监督项目...布鲁克林法院里弗斯听证会的审查”（纽约），1997 年 6 月至 10 月，发现除了几乎总是批准精神科医生提出的非自愿”药物治疗“请求外，还损害了纽约最高法院在 *Rivers v. Katz* 一案中创造的权利，**法官通常尽其所能防止被指控患有精神疾病的人得到法律顾问的良心代理**：“虽然人们有权由私人律师代理，但如果他们可以聘请，我们只看到过一次请求，而且受到法院的严重阻碍.....本报告涵盖的所有[被告或被告]听证会均由 MHLS 代表“，该服务代表精神卫生法律服务，即公设辩护服务。法庭监察员提出以下意见：

提倡强迫服药[一种或多种神经毒素]的精神科医生不会被仔细询问，他们是如何决定一个人缺乏行为能力的。他们不会被要求详细说明与神经安定剂相关的许多风险，通常也不会被要求详细说明所寻求的利益或他们对这个特定人的风险与利益的权衡。大多数情况下，结案陈词既不提供也不要求。... 被告人对作为他们认为是非法监禁的一部分的精神药物的抵制，被视为他们缺乏能力的证据。... MHLS 似乎并不精通主流的精神病学文献，这些文献记录了不良影响以及对所谓的好处提出质疑。他们似乎也不精通 PDR[医生桌面参考书，一本总结药品用途和危险的书]，而且据我们观察，他们没有使用 PDR 或任何科学文献来挑战精神科医生的断言。... MHLS 的盘问有很多地方需要改进。它似乎没有被发展为对敌方证人

的对抗性检查……。有时，MHLS 的律师似乎是在为反方辩护。[也就是说，“辩护”律师往往是他所谓的客户的敌人，而伪装成辩护律师]……当律师确实代表他们的客户所主张的立场时，他们通常被法庭[指法官]所阻挠。... 与里弗斯相反，“独特的司法”（能力确定）的决定实际上已被拒绝行使独立实况调查职责的法官退回到“医学”专业。...[听取大多数非自愿精神科药物请愿书的法官]告诉每日新闻记者鲍勃·利夫，她“严格遵循精神科医生的调查结果”。在当事人拒绝的所有情况下，只有“治疗”精神科医生作为专家证人作证（赞成强制吸毒），命令都会被批准。这种对精神科医生的尊重抵消了里弗斯在支持[里弗斯]决定中承认的拒绝宪法权利方面的影响。...由于几乎每个人都在法庭上败诉，而且行政听证会很少推翻原精神科医生的意见，这意味着很少有人成功拒绝[被下药]。

---

### 协助律师处理精神疾病民事义务已成为对付被告的武器

我对德克萨斯州非自愿民事承诺和强制精神药物听证会的观察使我相信，现在德克萨斯州的情况与 1997 年布鲁克林的情况相同：法院继续授权任何人都不应服用的精神药物的“非自愿治疗”。（见《精神科药物：治疗还是伤害？》）

此外，在一些州，例如得克萨斯州，实际上无权对法官授权强制用药的决定提出上诉：得克萨斯州《精神卫生法》第 574.108 (b) 条规定，“在对命令提出上诉之前，不管病人是否拒绝，授权用药的命令仍然有效。”因此，在上诉法院裁决所需的时间内（通常以月或年计算，而不是以天或周计算），所谓的病人在违背其意愿的情况下被下药，这实际上使得县法院或遗嘱检验法院的法官不仅是初审法院，也是终审法院。（参见《为什么精神病学是邪恶的——酷刑作为治疗》）

在“非自愿民事承诺中的律师规则”，60《北卡罗来纳法律评论》1027，第 1033 页(1982 年)，弗吉尼亚·阿尔迪格·希戴博士，一位北卡罗来纳州立大学社会学教授和北卡罗来纳大学医学院精神病学客座教授，引用了发给审理精神病民事承诺的法官的一份调查问卷的答案：“不到 20% 的法官表示赞同对抗模式”或精神病民事承诺中的辩护律师名册(同上，第 1037 页)。她说“一名积极主张释放其委托人的公设辩护人因未能认同法官和其他公设辩护人的家长式观点而被解雇”（同上。在 1033）。

2011 年，我亲眼目睹了一个全职的精神健康公设辩护人被她经常审判精神健康民事承诺的法官恐吓的有力证据，因为她告诉我，像她所代表的那些病人，如果由陪审团审判，比由法官审判，有更好的机会被释放。当我告诉她她在其他州的精神疾病民事拘留中没有陪审团审判的权利时，她似乎很震惊。她说，在没有陪审团审判权的州，对精神疾病的民事拘留没有陪审团审判权是很可怕的，因为很多人在违背自己意愿的情况下被拘留，“他们甚至没有生病”。当我告诉她，我努力说服州立法者在现在还没有这种权利的州建立民事拘留中的陪审团审判权时，她感谢我，说“我感谢你的工作”。后来，她经常出庭的法官得知她认为如果由陪审团而不是他法官本人来决定，释放的可能性更大，他似乎被暗示任何人需要陪审团才能在**他的法庭上**得到公平对待的说法所冒犯。他（法官）打电话给我，告诉我她否认了这一说法。当我再次与她交谈时，她似乎很紧张，与之前不同的是，她说她不愿意与我讨论有关民事承诺的问题，以免她所说的被“误解”。然后，她说出了与她之前所说的意见相反的观点，法官显然更喜欢这种观点，即，如果由法官而不是陪审团来审判，被拟议的病人有更好的机会被释放，因为，她现在说，法官可以判断一个人是否真的有病，但陪审团会将任何与自己不同的人送入监狱。

我询问了在她的办公室担任兼职的、替代性的精神健康公设辩护人的情况，当其中一个全职的辩护人生病或休假时，他们就会介入。在被告知作出这些任命的首席或行政法官的名字后，我参加了由该法官讲授的法律继续教育课程。课后，我把我的简历交给了该法官，并要求进行任命。我的请求被忽略了，尽管我提出可以免费或无偿地做这件事。我不禁要问，原因是否是我明确表示我打算为我的客户提供真正的代理和有力的辩护。

我认为精神健康公设辩护人很可能是由同一位法官雇用的，而这位法官是被精神健康公设辩护人关于陪审团审判的优越性的言论所冒犯的同事，他也可以解雇他们。我想知道精神健康公设辩护人是否必须限制他们的宣传以保护他们的工作，因为他们可以被雇用他们的同一位法官解雇，而且他们有时会在该法官面前出庭，这使我去了一位首席或行政法官的办公室，我问她的秘书或办公室经理，她把我转到

县专员办公室，我被转到法庭管理员那里，后者把我转到公设辩护人办公室。我从来没有得到过答案。尽管如此，我怀疑这位精神健康公设辩护人改变了她对外宣称的关于在精神疾病的民事拘留中由陪审团审判的价值的观点，因为她害怕失去工作，就像发生在希迪教授上述引用的文章中的精神健康公设辩护人身上的情况一样。如果是这样，她可能也不敢在代理客户的过程中像她希望的那样兢兢业业。这是一个问题，因为正如我和其他观察家所指出的，许多审理民事承诺的法官似乎想在几分钟或甚至几秒钟内处理好这类案件，如果辩护律师妨碍了这种流水线式的正义，他们会非常恼火。我见过许多关于精神疾病的民事承诺听证会，持续时间为一分钟或更短，只有少数人甚至持续五分钟，允许在不到一个小时内将**20 或 30 名被告送入监狱**。在一个案件中，法官无视一名拟议的病人要求由陪审团审判的要求，直到我在听证会后与他交谈并对他说：“你会让法官侥幸逃脱吗？”我毫不怀疑那天我在法庭上的存在，只是作为观察员，而不是案件的律师，是被告得到他要求的陪审团审判的主要原因。

在希代教授的文章中，她报告说：“在六个州的各种研究中，被调查者的律师被描述为沉默寡言、效率低下、准备不足、大多沉默寡言、缺乏兴趣、很少做出任何努力、只提供敷衍了事的代理、很少或不做任何事情来争取客户的释放、很少挑战证人的不利陈述或不利的精神病学证词”（60 North Carolina Law Review 1027 at 1030（1982））。在安达尔曼和钱伯斯对代表被提议的病人的律师的有效性的研究中，他们说：“我们发现，令我们感到懊恼和专业尴尬的是，法院以名义上的费用指定的律师代表被指控的病人，很少为他们的客户花费任何努力”（第 44 页）。佛蒙特法学院教授 John J. Brunetti, J.D., LL.M. 在一篇题为“在民事监禁程序中获得律师帮助的权利、放弃权利和有效的律师帮助”的文章中，29 Southwestern Law Journal 684 at 709, 712, 713 (1975)，这样说：

大量关于律师在承诺过程中的作用的文章暗示了对私人执业者的能力和职业操守的质疑。.....真正的负担在于立法机构，在这个很少有律师是专家的实践领域，让律师的权利真正有意义。... 诚然，在法律上规定这种[辩护律师]职责的必要性是对法律职业的能力和自觉性的侮辱，但研究的结果掩盖了这样的论点，即指定的律师在民事承诺过程中总体上是有能力代表他们的客户。

用布鲁内蒂教授的话说（同上，第 707 页），其结果是“指定律师可能或实际上已经成为一种单纯的程序性仪式，它有助于使承诺的判决神圣化，而不提供任何实质性保护”。安达尔曼和钱伯斯在观察几个州的民事承诺程序时说，代表因精神疾病而被民事承诺的被告的律师“除了被动地站在听证会上，为程序添加一种虚假的令人放心的体面外，几乎没有做任何事情。我们有理由担心，什么都不做的律师的存在不仅对她的客户没有用处，而且事实上可能会恶化客户的释放机会”（45 Miss.L.J. at 72）。

我进行了查询，但没有发现任何法学院要求学生从法学院毕业时必须学习哪怕是一门有关精神疾病的民事监禁课程。许多，也许是大多数法学院甚至不提供此类课程作为选修课。

我在 1974 年参加的德克萨斯州律师考试中没有关于民事承诺的问题。目前，律师考试通常为期两天，包括多州律师考试（MBE）和特定州的法律考试委员会的论文问题。2013 年 7 月 5 日，我打电话给 Ameribar 公司的副执行董事，这是一家提供律师考试准备课程和材料的公司。我问他，各州的律师考试中是否有关于民事监禁的问题，无论是精神疾病还是所谓的性暴力犯罪者（见我在《因“精神疾病”或“危险性”而非自愿入院是否违反了实质性的正当程序》中对所谓性暴力犯罪者的所谓“民事”监禁的讨论）。他说，关于 MBE，答案是“肯定不是”，而关于各州不同的作文问题，答案是“有可能，但可能不是”。同样在 2013 年 7 月 5 日，我向德克萨斯州法律考试委员会的雇员提出了同样的问题。德州律师考试主管告诉我，他不记得德州律师考试中有任何关于民事承诺的问题。他让我去看法律考试委员会的网站，他说在那里我可以找到过去十年德克萨斯州律师考试的作文题。看到 2013 年 2 月德克萨斯州律师考试的问题之一是“什么是‘Pugh’条款？”（在一份石油和天然气合同中），我在谷歌高级搜索法律考试委员会的网站，<http://www.ble.state.tx.us>，以测试谷歌对法律考试委员会网站的索引情况。律师考试问题“什么是‘Pugh’条款？”出现在我的搜索结果中。在验证了谷歌对法律考试委员会网站的索引后，我又搜索了“承诺”一词，这将适用于对所谓的性暴力倾向者的民事承诺，以及对守法但据称有精神疾病的人的民事承诺。除了有关刑事定罪或被解雇的问题外，我的搜索结果显示，在《学习法律的意向声

明》和《德克萨斯律师资格的一般申请》中，有问题询问申请人是否曾是收容程序中的被告，**但没有关于民事收容的律师考试问题**，无论是对精神疾病还是所谓的性暴力倾向者。

在美国大多数（如果不是全部）州，律师必须完成最低小时数的继续法律教育（CLE）以保持执照。2013年8月23日，我通过电子邮件写信给一家提供CLE课程的公司，<http://Lawline.com>，说“我有兴趣继续接受关于民事承诺（精神病患者和性暴力/性危险者，包括门诊承诺）和非自愿监护/保护成年人（包括马萨诸塞州罗杰斯监护权）的法律教育。同一天晚些时候，我收到了一位<http://Lawline.com>员工的回复，说：“不幸的是，我们现在在德克萨斯州没有任何这些学科领域的课程可供您使用。”我回信问：“贵公司在德克萨斯州以外有民事承诺或监护课程吗？”<http://Lawline.com>代表回信说：“我能找到的唯一课程与弗吉尼亚州的监护权有关。”在50个州中，他找不到关于民事承诺的继续法律教育课程，也没有关于成年人非自愿监护或保护的继续法律教育。

律师从法学院毕业时不需要学习民事承诺，许多法学院甚至没有民事承诺的教学课程作为选修课，整个科目在州律师考试中被省略，以及不存在民事承诺的法律继续教育课程，部分解释了为什么Andalman和Chambers说“大多数律师不熟悉承诺程序”（45 Miss. L.J. at 50）是正确的。他们在1974年发表的一篇律师杂志文章中这样写道，但几十年后的今天，这仍然是事实。

大多数被任命代表因精神疾病而被民事拘留的被告的律师也对精神病学知之甚少，而且他们认为自己对精神病学知之甚少，且大多数都是错误的。但也有例外，作为一个作为私人聘请的律师代表精神病院的“病人”，阅读书籍，现在又写了一本关于精神病学和心理健康法的书，我想我就是其中之一。然而，一般来说，将因所谓的精神疾病而被民事拘留的被告所能得到的律师援助限制在律师范围内，就会使那些受到非自愿拘留威胁的人无法得到合格的、认真的律师援助。然而，只有律师被允许在民事拘留程序中担任辩护律师。不是律师的人，以及在诉讼程序进行的州里没有执照的律师（称为pro hac vice，或为这个场合的例外）都不允许这样做，即使他们比现在在民事拘留中担任辩护律师的大多数律师更了解精神病学和精神健康法。在我看来，被告获得律师协助的权利作为一项宪法权利，应该优先于未经授权的法律执业法规，因为这些法规将代表拟议中的病人的律师限制在某一州或任何州的执业律师，因为这些法律阻止这些被告获得真正的律师协助。我的观点得到了安达尔曼和钱伯斯的支持，他们说：“在法律和程序方面接受过额外培训的社会工作者或经过专门培训的律师助理可以充分履行这里为律师规定的许多、甚至所有的职能[在精神疾病的民事承诺中]。我们真正的观点是，我们需要的是一个知情的倡导者，无论头衔或正式教育如何”（45 Miss.L.J. at 53）。

---

## 保险公司在减少不合理的精神病治疗承诺方面的作用

远非法律或对人权的关注等理想主义的东西，在美国，减少不合理的非自愿精神病“住院”的主要力量是保险公司，其动机不是理想主义，而是需要停止或至少减少保险欺诈。正如蒂姆·古尔斯比（Tim Goolsby）在1986年（上图）所说，“他们（健康保险公司）正在被敲诈。”最终，健康保险公司意识到他们正在支付不必要的（和有害的）精神病治疗。根据1992年8月3日发行的《投资者商业日报》的头版文章：

上周四...八家主要保险公司起诉NME（国家医疗企业）涉嫌欺诈，涉及数亿美元的精神病院索赔。他们在华盛顿联邦法院提起的诉讼指控该公司实施了一项“大规模”计划，无论他们是否需要护理，都要收治和治疗数千名患者。...一些机构为患者转诊或误诊患者支付“赏金”以获得最大的报销。[Christine Shenot, “国家医疗保险公司的出血者哭泣'欺诈'重新打开了一个大伤口。《投资者商业日报》，1992年8月3日，星期一，第1页]

《时代》杂志后来报道，NME以创纪录的3亿美元解决了此案（1994年4月25日，第24页）。一篇关于在德克萨斯州达拉斯提起的类似诉讼的文章发表在1992年9月15日的《纽约新闻日报》上：

该国最大的两家保险公司昨天对一家全国连锁私立精神病和药物滥用医院提起诉讼，指控其非法收治不需要治疗的患者，然后在保险福利用完之前不释放他们。[Michael Unger, “被称为作弊的医院——保险公司说医疗保健连锁店在全国范围内进行了骗局”，1992年9月15日，星期四，商业部分，第33页]

心理健康行业的倡导者对这些保险公司试图减少精神卫生保健保险欺诈的回应，他们成功地游说州和联邦法规，称为“心理健康平等”法律，要求健康保险政策在相同的基础上和相同的条件下涵盖精神病和其他所谓的心理健康治疗，例如住院时间，因为他们在对真正的疾病进行真正的治疗。美国联邦患者保护和平价医疗法案（“奥巴马医改”）要求所有人（监狱囚犯和其他少数人除外）购买的健康保险要贵得多，因为法律规定包括所谓的精神疾病和其他所谓的心理健康问题的治疗，如成瘾（一位批评者讽刺但真实地说这是一种你可以决定不患有的疾病）。法律要求医疗保险公司支付所谓的精神卫生保健以及真正的医疗保健，奥巴马医改要求购买健康保险，提供资金来支付非自愿的精神“治疗”，否则将无法获得。这鼓励了健康保险欺诈，包括不必要、有害、非自愿的假定心理健康治疗。

涉及精神科医生非自愿地“住院”和“治疗”不想或不需要治疗的人（好像精神病学有真正的治疗）的保险欺诈说明了一个尚未得到充分解决的严重潜在问题：在一个声称受法治统治或声称尊重每个人权利的国家中，基于精神科医生的意见而不是被告的非法行为而丧失自由是没有立足之地的。

### 推荐阅读

路易丝·阿姆斯特朗，*他们称之为帮助——美国儿童的精神病警务*（Addison-Wesley Pub. Co. 1993）

Bruce Ennis, J.D., *Prisoners of Psychiatry—Mental Patients, Psychiatrists, and the Law*（Harcourt Brace Jovanovich 1972）

C. Peter Erlinder, “论文：失去的权利和发现的权利：明尼苏达州民事承诺诉讼中陪审团审判权的即将恢复”，29 *William Mitchell Law Review* 1269（2003）

## （693）法学博士谈：（十六）对“精神疾病”或“危险性”的非自愿承诺是否违反了实质性正当程序？

".....只要一个人不被精神病学控制系统所纠缠，不直接接触它的实际运作，他就不可能体会到它对基本人权的威胁。" 精神病学教授托马斯·萨兹(Thomas Szasz)医学博士在他的《自杀禁令--医学的耻辱》(Syracuse University Press 2011, p.15)

"与暴力行为的发生最密切相关的因素似乎是过去的暴力行为、年龄、性别、种族、社会经济地位以及鸦片剂或酒精滥用。估计的智商、居住流动性和婚姻状况也与暴力行为有关。然而，在没有暴力行为史的情况下，精神疾病似乎与暴力行为没有关系。... 没有暴力逮捕记录的精神病人，如果有的话，比一般人的暴力程度要低"。约翰·莫纳汉，博士，弗吉尼亚大学法律和心理及法律医学教授，被许多人认为是世界上预测未来行为的主要学者，也是许多法律案件的专家证人或顾问，包括美国诉小约翰·欣克利一案，在他的《暴力行为的临床预测》（Jason Aronson, Inc.1995），第 89-90 页。

根据 Lockhart, Kamisar & Choper 的教科书《宪法》，美国宪法所保障的实质性正当程序是 "对州和联邦政府立法行为的实质限制"（West Pub. Co. 1970, p. 454, emphasis added）。1887 年美国最高法院由哈兰大法官撰写的多数意见是这样说的：

根据我们的制度，该权力属于政府的立法部门。它属于该部门，以行使所谓的国家警察权力，并主要决定哪些措施对保护公共道德、公共卫生或公共安全是适当或必要的。... [但是，这并不意味着表面上为促进这些目的而制定的每项法规都可以被接受为国家警察权力的合法行使。必然有一些限制，立法不可能合法地超越这些限制。虽然一切可能的推定都是有利的



于法规的，但法院必须服从宪法，而不是政府的立法部门，并且必须根据自己的责任，确定在任何特定的情况下，这些限制是否已经超过。... 法院.....负有庄严的责任，每当他们开始调查立法机构是否超越了其权力的界限时，都要审视事情的实质。因此，如果一项法规声称是为了保护公共卫生、公共道德或公共安全而制定的，但与这些目标没有实际或实质性的关系，或者明显侵犯了基本法[宪法]所保障的权利，法院就有责任作出这样的裁决，从而使宪法生效。[Mugler 诉堪萨斯州，123 U.S. 623 at 661]

我在我的论文《精神疾病存在吗？》、《精神分裂症：一种不存在的疾病》、《生物抑郁症的神话》、《精神病学诊断的神话》以及《为什么精神疾病的神话仍然存在》中记录了精神疾病、失调、障碍或综合症概念的无效性。在这篇文章中，我将揭露有可能准确预测（因此可能防止）未来的暴力行为的信念是神话，我将提出在美国（以及世界上每个国家）建立法治的论点。认为可以足够准确地预测人类未来的行为以证明监禁或其他歧视是美国所有 50 个州的法律、美国联邦亚当-沃尔什法案以及其他国家的类似法律的基础。

---

## “精神疾病”

我们首先考虑授权对所谓的精神疾病患者进行非自愿收容或其他歧视的法律：如果不存在精神疾病这一实体，也就是说，如果精神疾病是一个神话，那么授权监禁人们或以任何方式区别对待他们的法律，不是因为他们的非法行为，而只是因为他们有“精神疾病”，是否符合宪法？假设今天的人们不相信精神疾病，而是相信邪灵附体，把他们不喜欢的思维或行为归结为邪灵附体。假设美国的一些或所有州都颁布了法律，授权监禁（或以其他方式歧视）被邪灵附身的人（而不是所谓被精神疾病附身的人）。这是否是对立法权的适当和宪法的行使？邪灵附体只存在于相信邪灵的人的想象中。精神疾病也只存在于相信精神疾病的人的想象中，即使他们是今天活着的绝大部分人。用神经学家约翰-弗里德伯格(John Friedberg)医学博士的话说--

大脑可以有疾病，可以通过测试来证明。心灵不可能有任何疾病，只是在隐喻的意义上。“精神分裂症、双相情感障碍、人格不健全”以及精神病学词典中的所有其他无意义的音节都只存在于信徒的心中。[<http://www.idiom.com/~drjohn/ect.html>, 2012 年 7 月 9 日访问]

今天，因精神疾病而对守法的人进行民事拘留，在这方面类似于 1690 年代马萨诸塞州的塞勒姆女巫审判：巫婆和巫术，就像今天的精神疾病一样，几乎被所有人接受为事实。然而，它们只存在于信徒的头脑中。但想法是有后果的，相信巫术的后果就是对所谓的女巫进行审判和处决。今天，相信精神疾病的后果是监禁（非自愿“住院”）和非自愿“治疗”那些没有违法行为的人，把他们关在伪装成医院的监狱里，法院命令强迫他们摄入或授权他人给他们的身体注射称为“药物”的神经毒素和细胞毒素。这种做法不仅适用于那些被监禁在“医院”的人，也适用于那些住在自己家里的人，这被称为门诊承诺或有条件释放。（“有条件出院”在几乎所有的案例中都是指一个人被允许离开他被非自愿关押的精神病“医院”，条件是他在离开“医院”后必须服用有神经毒性和细胞毒性的“药物”。）

1690 年代塞勒姆的女巫比今天被指控患有精神疾病的人得到了更多的程序性正当程序：根据佐治亚大学历史研究教授彼得·查尔斯·霍弗（Peter Charles Hoffer）在他的《塞勒姆巫术审判--法律史》（Univ. Press of Kansas 1997，第 87 页）中的说法，被指控为巫术的人由大陪审团起诉，由审判陪审团审判，而且“判决必须是一致的”。我在各州的统计中发现，美国 46.8% 的人口在因所谓的精神疾病而被民事拘留时没有陪审团的审判。即使在民事拘留中存在由陪审团审判的权利，反作用的法律指导和律师代表也确保这个权利很少被行使。在美国，大多数非自愿的精神病治疗都是由法官盖上橡皮图章的，他们没有试图对任何特定案件的事实形成自己的看法，而是同意所有非自愿“住院”或强迫“用药”或其他治疗的请求，听从提出请求的精神科医生或心理学家的所谓“专业知识”。在世界上许多国家，被指控患有精神疾病并受到非自愿“住院”或其他非自愿精神病“治疗”威胁的人，也无法获得陪审团的审判。

今天，美国所有州的法律都允许人们因精神疾病而非自愿的民事承诺，而无需证明该人曾经犯下过非法行为。使用“精神疾病”作为监禁（或其他歧视）的理由，就像解释我们不喜欢和不理解的行为是邪灵附身的产物，并为被邪灵附身的人制定承诺法（或其他歧视）一样不合逻辑和不合理。

沃伦·伯格（Warren Burger）当时是美国哥伦比亚特区巡回上诉法院的法官，后来担任美国最高法院首席大法官，他在 [Blocker v. United States](#), 288 F.2d 853（1961）一案中表示同意：

在我看来，我们的...意见...倾向于将没有根据和可疑的精神病学理论视为科学知识。...我们也知道，精神科医生对什么是“精神疾病”，甚至对是否存在这样一种可定义和可分类的疾病，意见不一。正如获得美国精神病学协会艾萨克·雷奖的《犯罪心理》一书的作者菲利普·q·罗奇博士在1958年所说的：“我要说的是，既没有‘精神错乱’这种东西，也没有‘精神疾病’这种东西。“这些术语并不表示其本身独立存在的实体。...精神疾病导致一个人犯罪或它产生犯罪的想法有一个来自鬼神学的明确无误的血统。”

根据威利·萨顿（Willie Sutton）在他的自传《钱在哪里》（Viking 1976，第174-175页）中的说法，医学博士菲利普·罗奇（Philip Q. Roche）“是费城领先的精神病学家之一。他有广泛的私人执业，是一些医院工作人员，他还在宾夕法尼亚大学任教。”萨顿还说，罗奇博士是费城东部州立监狱的“监狱精神病学家”，萨顿是那里的一名囚犯，并担任罗氏博士的秘书。作为州立监狱的精神科医生，罗奇博士可能有足够的机会直接了解人们因“精神疾病”或“精神错乱”而犯罪的信念的有效性，甚至在1961年托马斯·萨斯博士的著作《精神疾病的神话》出版之前，他就得出了类似的结论。

伯杰法官总结道：

.....任何法律规则都不可能是健全或可行的，它取决于另一门学科[精神病学]的术语，而该学科的成员对这些术语的含义存在非常大的分歧.....。我认为，这些因素显示，像“疾病”这样的术语[在上下文中是指精神疾病]在被要求提供专家证词的学科中没有固定的、商定的或接受的定义，正如我们所看到的，字面意思是“如有通知而改变”，这是一个脆弱的、确实危险的模糊术语，不能成为法治的关键部分.....

1963年，萨兹博士说：“由于没有明确或普遍接受的精神疾病标准，寻找这种疾病的证据就像寻找异端的证据一样：一旦调查者进入适当的心态，任何东西对他来说都可能是精神疾病的症状”（Thomas S. Szasz, M.D., *Law, Liberty, and Psychiatry*, Collier Books 1963, p. 225）。由于精神疾病概念的模糊性，对精神疾病的非自愿承诺不能满足Papachristou诉杰克逊维尔市案（405 U.S. 156）（1972年，见《为什么精神疾病的神话长存》）的模糊性测试。

与几乎普遍认为精神疾病是一个有效概念的观点相反，实际上不存在并且不可能有精神疾病。因此，以“精神疾病”为理由进行监禁、法院下令门诊服药或法定歧视的法律违反了实质性正当程序。

---

## “危险性”

在刑法下，必须证明被告犯了违法行为。一个人不得仅仅因为有做非法事情的倾向而被剥夺自由。假设一个州立法机关颁布了一项法律，允许人们因“杀人倾向”（类似于“危险性”）而被监禁，而不是为谋杀罪而被判刑。我们将假定，“杀人倾向”根据法规的定义是指有可能犯下谋杀罪，尽管被告承认自己从未犯下过谋杀。判定被告有“杀人倾向”比被判定为谋杀要容易得多，因为想要确定被告未来可能会犯下谋杀罪只需要法官或陪审团得出这样的结论即可。

目前，现行法律对于非自愿的“民事”精神病院收治也做了类似的事情：被告或被建议收治的患者，不是因为过去做错了任何事而被剥夺自由，而是因为“危险性”，这是一种对未来行为的预测。强制关押一个人因为“危险性”与因为“杀人倾向”监禁一人一样错误。根据这些法律，一个人被强制“住院”，基本上就是被囚禁，因为他们认为他可能会在未来做出暴力或“危险”的行为。一个例子是新罕布什尔州RSA（修订法典批注）135-C:34中的以下条例内容：

## 非自愿治疗标准

法院、医生或精神科医生在确定某人是否应被送入接受机构接受**非自愿治疗**时使用的标准应是该人是否因精神疾病而处于精神状况，以致对自己或他人造成潜在的严重危险。

通常，所谓的“危险性”是被告或“拟议患者”将或可能自杀的预测。根据厄尔·A·格罗尔曼（Earl A. Grollman）在他的《自杀》（Beacon Press 1971，第5页）一书中的说法，“几乎每个人都在某个时候考虑过自杀。...《自杀与大规模自杀》一书的作者约斯特·梅尔洛（Joost Meerloo）博士宣称：“百分之八十的人承认自己‘玩’过自杀念头。但实际上每100人中只有1人自杀。”根据维基百科（“自杀”，2013年6月19日访问），“大约0.5%至1.4%的人死于自杀。梅奥诊所的一项研究发现，一般人群的自杀率为1%，接受抑郁症治疗的门诊患者为2%，而那些“处于最高风险水平”的人，即那些“自杀未遂或有自杀念头后因自杀而住院”的人，为8.6%”（[“抑郁症患者的自杀率被夸大”](#)，2月7日更新，2013）。

根据2017年3月10日《新闻周刊》杂志的一篇文章，“一项新的研究得出结论，自杀预测的科学令人沮丧，既定的警告信号与茶叶一样准确。在这项研究中，研究人员发现“在预测自杀意念、尝试或完成方面，没有一个单一的风险因素具有临床意义。先前的自杀未遂可能是一个人最终会死于自杀的最强烈迹象。然而，在这项研究中发现

在某一年，每10万美国人中就有13人死于自杀。即使那些企图自杀的人死于自杀的可能性是其他人的两倍，他们的概率仍然只有23/100,000。因此，如果我根据之前的尝试猜测你今年会自杀身亡，我仍然超过99.9%的时间是错误的。“知道有人事先进行了尝试是有帮助的，就像购买两张彩票是有帮助的一样，”佛罗里达州立大学（FSU）的心理学家，该论文的主要作者约瑟夫富兰克林说。赔率提高了，但你不会把你的房子——或者昂贵的干预——押在上面。

文章说：“临床医生往往对预测短期内的自杀念头和行为最感兴趣 - 比如，在一周内 - 但没有研究解决这个问题。研究人员发现，“一些最受欢迎的研究因素，包括情绪障碍，药物滥用和人口统计 - 是最弱的预测因素。文章引用了佛罗里达州立大学的另一位心理学家杰西卡·里贝罗（Jessica Ribeiro）的话，她说：“临床预测真的很糟糕。

尽管“自杀未遂或有自杀念头后住院自杀”的人有90%以上的可能性永远不会真正自杀，即使在遥远的将来也是如此，尽管在不久的将来对自杀的专业预测是正确的概率不到1%，尽管自杀应该被视为一项人权，尽管（在美国）第一修正案的思想自由权应该适用于“自杀意念”以及所有其他意念，尽管非自愿的精神科“治疗”使一个人自杀的可能性**更大**而不是更少（正如我在《自杀：一项公民权利》中记录或论证的那样），**承认“自杀意念”**（即所谓的**思想犯罪**）往往导致非自愿的民事承诺进入精神病院。在那里，一个人不仅基本上被监禁并被剥夺了他所谓的不可剥夺的自由权和对幸福的追求（通过努力实现他认为重要的任何目标），而且还经常受到“非自愿药物治疗”形式的精神攻击，精神科药物影响的折磨，通常是非自愿的电击疗法电痉挛性脑损伤（称为电休克“治疗”），还有四五点身体约束，这是一种“非伤害性酷刑”，被关在精神病院寻求我作为律师建议的人告诉我，这是经常对他们进行的，而且是出于微不足道的原因。

当法律剥夺人们的自由，或以其他方式歧视他们时，因为**预测的未来行为**，如“危险”，他们把这些人代表他们的律师置于不可能的位置，试图证明他们不会在明天、下周、下个月或明年做一些“危险”的事情。无论一个人多么无害，都不可能证明他将来不会做某事，除非他从脖子以下完全永久瘫痪，或者由于其他原因在身体上是不可能的。

为什么精神科医生认为某人将来可能“危险”的“专业”意见被认为是可信的？在没有任何科学或经验依据的情况下，国会议员、州议员、美国总统、州长、法官和陪审员都接受了精神“健康”方面的“专业人士”可以预测一个人未来行为的观点。这是一个完全没有根据的信念，正如心理健康专家自己有时承认的那样。在 *Barefoot v. Estelle*, 463 U.S. 880 at 921 一案中，三位持不同意见的美国最高法院大法官这样说：

APA（美国精神病学协会）的最佳估计是，精神科医生对未来长期暴力的预测中有三分之二是错误的。...APA 还得出结论，见 APA 简报 9-16，研究该问题的研究人员也是如此，[脚注 3/3]精神科医生根本没有预测未来长期危险性的专业知识。

Robyn M. Dawes 博士，俄勒冈大学前心理学教授和心理学系前主任，俄勒冈州心理学会前主席，卡内基梅隆大学社会与决策科学系教授，在他的书《纸牌屋——建立在神话上的心理学和心理治疗》（Free Press 1994，第八页）：

当我看到我的前同事根据他们在对他人生命至关重要的环境中的“多年临床经验”做出直率的断言时，我感到愤怒——例如承诺听证会，或关于监护权安排的法庭听证会，或关于可疑的儿童性虐待。...法庭环境中的专家应该有能力以合理的确定性提出意见。但是，对单个个体未来可能的行为(例如，参与暴力行为)表达自信观点的心理健康专家，从定义上来说是不称职的，因为研究表明，无论是心理健康专家还是其他任何人，都无法准确地做出足以保证足够自信的预测。

在 2012 年 8 月 3 日发表的一篇文章中，精神病学家艾伦·弗朗西斯（Allen Frances）医学博士，创建了美国精神病学协会《精神疾病诊断和统计手册》DSM-IV（1994）和 DSM-IV-TR（2000）两个版本的工作组主席，他说：

精神病学没有办法预测大屠杀，也没有办法阻止它。许多大规模谋杀在进行弹道之前从未见过精神卫生工作者。即使是那些这样做的人，也像大海捞针一样难以识别。暴力思想在精神病患者中并不少见，但几乎没有人会付诸行动。未来的大规模谋杀太罕见了，不可能在行动完成前从人群中被挑选出来。精神病学...在预测或防止暴力方面的失误。[“大规模谋杀心理胡言乱语错过了枪支政策要点”，<http://HuffingtonPost.com>，2014 年 12 月 20 日获取]

在他的《精神病药物：对大脑的危害》一书中(Springer 出版社 1983，第 267 页)。精神病学家彼得·布雷金说：“法律界越来越多的人意识到，精神科医生无法预测危险。”

在《今日心理学》杂志的一篇文章中，哈佛大学法学院教授艾伦·M·德肖维茨说：

...我们的研究表明，对于暴力的每一个正确的心理预测，都有许多错误的预测。[《精神病学家在民事承诺中的力量：一把双刃剑》，《今日心理学》，1969 年 2 月，第 43 页，第 47 页]。

华盛顿特区的精神病院圣伊丽莎白医院公共辩护人服务的患者倡导项目主任赫伯特·西尔弗伯格说：

对于精神科医生来说，预测危险几乎是不可能的.....似乎很少有研究证明假阳性预测的必然性。[“民事承诺程序：基本考虑”，载于《弱智者的法律权利》，执业法律研究所，1973 年，第 103 页起，见第 105-106 页)]

2012 年发表在《英国精神病学杂志》上的一项研究《在涉及 24,827 人的 73 个样本中预测暴力和反社会行为的风险评估工具》发现：

...风险评估工具产生很高的假阳性率(被错误地识别为再次犯罪的高风险的个人)。我们的评估表明，在目前的形式下，风险评估工具只能用于在群体层面上对个人进行粗略的分类，而不能安全地确定单个案件的刑事预后。[引用自 2013 年 6 月 28 日访问的医学 <http://xpress.com> 《对预测重复犯罪风险的工具的准确性的担忧》)。

哥伦比亚职业与法医中心的一项研究发现：

精神科医生无法预测患者何时或是否真的会自杀或杀人。精神科患者无法预测未来的有害行为。“<http://belbiaforensic.com/Violence.html>，2014 年 12 月 20 日访问]

1972年，加利福尼亚州惩教部和犹他大学的研究人员在《犯罪与犯罪》杂志上发表了一项题为“暴力可以预测吗？”的研究发现，“对于每一个正确识别潜在攻击性个体，都有326个不正确的识别”（引用于约翰·莫纳汉，暴力行为的临床预测，杰森·阿伦森公司，1995年，第68页）。

2009年11月5日，美国陆军精神病学家尼达尔·马利克·哈桑（Nidal Malik Hasan）少校在德克萨斯州基林附近的美国陆军基地胡德堡开枪打死13人，打伤至少30人，目标是穿制服的战友，美国国防部特许成立了一个国防科学委员会特别工作组，以调查预测和预防类似未来发生的方法。工作组于2012年8月发布的题为“预测暴力行为”的104页最终报告在“总体结论”标题下说：“**没有有效的公式可以准确预测暴力行为。**”

急诊室精神病学家 Paul R. Linde 医学博士在他的书《与急诊室精神病学家的前线》（加州大学出版社2010年，第100-102页）中提出了同样的观点：

**精神科医生现在被赋予维护公共安全的责任，这一责任更符合警察权力而不是医疗权力。精神科医生的任务以前涉及评估一个人的治疗需求，现在突然转变为建立“危险性标准”，并试图预测谁可能对自己构成危险或对他人的危险。...与此同时，不断发展的司法先例或多或少地宣布，精神科医生应该能够预见“可预防的”自杀或暴力行为。我们的工作是以某种方式将这些危险的人关起来，防止自残和混乱。我称之为水晶球标准。...预测自杀、袭击或凶杀仍然几乎是不可能的——尽管有相反的法律意见。**

精神科医生和心理学家可以而且有时在法庭上对他们所谓的患者的行为负责，他们应该有而且应该预测和预防但事实并非如此的暴力行为。2015年，佛罗里达州坦帕市的一位精神科医生告诉我，在她所做的每一次精神病学评估中，如果她对这个人未来行为有“**丝毫怀疑**”，她就会不由自主地承诺她正在评估的人，因为她说，如果她不这样做，而这个人后来做了一些暴力的事情，“我有责任。”在 Mertz 诉坦普尔大学医院（25 Pa. D. & C. 4th 541（1995））一案中说明了精神科医生或心理学家评估并未能承诺潜在患者会发生什么的一个例子：“菲莉斯·利托斯坦斯基（Phyllis Litostansky）去了坦普尔大学医院的精神病急诊室，试图让她的丈夫理查德·利托斯坦斯基（Richard Litostansky）非自愿地承诺。...然而，莱文博士选择让利托斯坦斯基先生出院。...在坦普尔检查17天后，利托斯坦斯基先生在家中装满天然气并点燃天然气自杀“，造成他人受伤。莱文医生和另一名医生以及医院被判对据称疏忽未能非自愿地承诺利托斯坦斯基先生负有超过500万美元的赔偿责任。

让精神科医生和心理学家对他们所谓的病人的行为负责的后果是，这些精神卫生专业人员不必要地将人们监禁，因为他们担心如果他们释放的人后来犯罪，他们会承担责任。精神卫生专业人员不太可能因不必要地犯下或扣押一个人而承担责任。因此，承诺或拒绝释放人是精神科医生、心理学家或其他评估者的安全选择。为了保护他们免于承担法律责任，他们预测大量人会暴力或自杀，如果允许他们保持自由，他们不会做任何暴力或自杀的事情。**其结果是对大量无害个人的预防性监禁。**1975年，纽约州精神卫生部心理健康研究部门的代理主任 Henry J. Steadman 博士和高级研究科学家 Joseph J. Coccozza 的结论是，“每有一个将犯下暴力行为的人，就有多达20名无害的人被监禁”（“我们无法预测谁是危险的”，《今日心理学》，1975年1月，第32页，第35页）。

精神科医生和心理学家对未能非自愿地承诺人的责任创造了一种全新的举证责任，这在美国法理学中是前所未有的：**关于未来行为，由精神科医生和心理学家在非自愿的“民事”承诺中判断，人们不是根据刑事案件中使用的排除合理怀疑标准来判断的，甚至也不是根据明确和令人信服的证据来判断的。**美国最高法院在 *Addington v. Texas*, 441 U.S. 418（1979）一案中批准了民事承诺的标准，甚至连民事诉讼中使用的**证据标准的优势**。现在，人们失去了自由，忍受了一辈子的精神污名，因为精神科医生或其他医生或心理学家对他或她未来的行为只有一丝怀疑。我们可以称之为**最轻微怀疑举证责任标准**。

多年来一直如此，但未能保护我们免受暴力，甚至大规模谋杀。2012年，纽约怀特普莱恩斯焦虑和恐惧症治疗中心主任、精神病学家弗雷德里克·诺伊曼（Fredric Neuman）医学博士得出结论：“没有可以采取任何措施来防止未来的暴力行为”（“是否有可能预测暴力行为？”，<http://psychologytoday.com>）。

所有这些关于人们未来行为的精神病学证词的一个问题是它是无效的。精神病学家马克·S·戈尔德（Mark S. Gold）在他的著作《关于抑郁症的好消息》（Bantam Books 1986，第 34 页）中批评法院，因为他们——

...继续听[甚至精神病学的证词]，因为证据堆积起来反对精神病学算命。1984 年发表的一项研究表明，甚至没有人知道“危险”意味着什么。精神科医生和非精神科医生被要求对十六名罪犯的危险性进行评分。193 名评分者中几乎没有人同意对方的观点；只有四个案例有高达 60% 的同意。精神科医生没有达到比其他任何人都更高的共识。...具有讽刺意味的是，尽管作为专家证人的表现不佳，但法院不会让精神病学下台。美国精神病学协会在 1984 年宣布精神病学不属于法庭。尽管在几项法院判决中对精神病学证词的合法性进行了攻击，但**最高法院已经确定精神科医生可以而且应该作证，即使他们的意见是假设的.....**

律师布鲁斯·恩尼斯（Bruce Ennis）在他的《精神病学的囚徒》（Prisoners of Psychiatry）一书中说：“一些精神科医生认为，如果一个人吃得太多（或太少）或抽烟，他就会'对自己有危险'。其他人将标签限制在试图自杀的人身上”（Harcourt Brace Jovanovich 1972）。

在上面引用的 1975 年《今日心理学》杂志文章中，两位研究人员这样说：

人们会认为，随着[国家承诺法规]的广泛使用，“危险性”的含义将是明确和具体的。不幸的是，事实并非如此：关于什么构成危险行为的意见几乎与精神科医生和法官思考这个问题的意见一样多。[Henry J. Steadman, Ph.D., & Joseph J. Coccozza, “We Can't Predict Who Is Dangerous”, *Psychology Today*, January 1975, p. 32 at 33.]

在一个人的银行账户中开出没有足够资金的支票被裁定为对自己和社会的危险，足以证明美国上诉法院在 Overholser 诉 Russell[联邦判例汇编]第 283 卷第 195 页(哥伦比亚特区巡回法庭 1960 年)一案中的非自愿精神犯罪是正当的。上诉法院表示：“我们认为对公众的危险不必是可能的身体暴力或暴力犯罪。只要有足够的证据表明他可能犯下任何犯罪行为，就足够了，因为任何此类行为都会伤害他人，并使此人面临逮捕、审判和定罪的风险。”上诉法院推翻了下级法院的裁决，即在合理的未来，请愿人不会对自己或他人构成危险，即在没有足够资金的情况下开具任何支票。下级法院和上诉法院都承认，“关于请愿人可能对自己和他人构成危险的唯一证词是，如果获释，请愿人可能会重新开具空头支票，就像他过去所做的那样。”这个案例表明，在实际应用中，“危险”几乎可以表示任何你想要的东西。它还表明，在精神承诺的情况下，举证责任几乎为零，即相信被提议的囚犯或非自愿患者“可能”或“可能”做了“危险”的事情就足够了。

亚历山大·D·布鲁克斯的文章《关于定义精神病人“危险性”的笔记》中，对于“危险（danger）”和“危险性（dangerousness）”这两个术语在民事承诺中使用的模糊性进行了优秀的讨论。

定义“危险”这一概念的问题从未得到解决。因此，将可能性危险或类似的词语作为关押或其他权利丧失的标准的承诺法规未能符合在帕帕克里斯图诉杰克逊维尔市案中所提到的模糊空洞标准，该标准已被美国最高法院和其他案件引用，详见《为什么精神疾病的神话会持续存在》。

预测和防止暴力或“危险”的愿望是如此强烈，以至于定义我们所说的“危险”的难度和预测未来人类行为的不可能性似乎并不重要。立法者、州长、法官、陪审员和公众继续要求心理健康专业人员做不可能的事情。

如果你认为有其他研究表明专家可以准确地预测未来的人类行为，我建议你在互联网上搜索“精神科医生可以预测未来的行为”或“精神科医生可以预测暴力”，看看你的搜索结果中会出现什么。如果你仔细阅读你的发现，你甚至不会发现任何研究证明精神科医生或其他任何人可以准确预测人类未来的暴力行为，如杀人或自杀。

我发现密歇根大学医学博士艾伦·特奥（Alan Teo）的一项研究说，“资深精神科医生在预测如果”大喊大叫“被认为是暴力的情况下，精神病房里的哪些病人会是暴力的，”身体攻击事件“的准确率为 70%。以及针对医院工作人员的大喊大叫“（”简单的工具可以帮助没有经验的精神科医生更好地预测患者的暴力风险“，<http://medicalxpress.com>，2012 年 9 月 4 日）。这项研究的缺陷是，几乎每个人

都会生气，有时会向某人扔东西或大喊大叫，所以如果你等待足够长的时间，你对这些行为的预测最终对几乎任何人都是正确的——尤其是那些被囚禁并遭受“非自愿药物治疗”等暴力的人。

你可能会发现误导性陈述，例如精神科医生“大约70%的时间可以识别潜在的暴力患者”（Melissa Healy，“预测暴力行为：不是猜测，但远非确定”，2012年12月17日，<http://articles.latimes.com>）。如果你读得很快，你可能会认为有人说精神科医生可以识别大约70%的暴力者，或者精神科医生预测某个人将来会犯下暴力行为，大约70%的时间是正确的。使引用的陈述变得无稽之谈的是“潜在”一词：除了那些身体或精神严重残疾的人之外，每个人都是潜在的暴力。此外，当然，70%的时间是正确的不符合合理怀疑标准，也可能不符合明确和令人信服的证据标准。

你的互联网搜索会告诉你的是，以杀人、自杀或对自己或他人造成严重身体伤害的形式对未来人类暴力行为的预测通常是错误的。

既然精神科医生和心理学家被认为是我们对未来人类行为预测的最佳选择，那么监禁、非自愿门诊治疗、枪支购买或其他方面的歧视，怎么能用他们的预测来证明是合理的呢？如果精神科医生关于“危险性”（未来行为）的预测在三分之二的情况下是错误的，正如美国精神病学协会所承认的那样，他们关于谁将在未来犯下行为的预测如何满足宪法对可靠性的要求？立法者根据所谓的专家（通常是精神科医生或心理学家）预测未来人类暴力行为的能力来制定法律，是基于事实错误的一厢情愿来制定法律。维护这些法律为宪法的法官要么不知情，要么放弃其司法责任。当目标不是惩罚过去的行为，而是防止未来的伤害时，刑法中经常听到的原则，即十个有罪的人逍遥法外，而不是一个无辜的人被定罪，就颠倒了。相反，态度似乎是监禁两个（或十个）无辜的、没有危险的人比允许一个真正危险的人在未造成伤害要好。一个人准确预测和预防“危险性”（通常不定义严重程度）是否证明错误拘留两个无辜的、没有危险的人是正当的？那些说“是”的人可能会说：“想象自己是一个真正危险的人的受害者。”那些说“不”的人可能会说：“想象自己是两个无辜的、没有危险的人之一，他们不必要地遭受了长达一生的预防性拘留。”

允许剥夺自由或丧失其他权利的法律，或由于某人被认为是“危险的”或因为假定的专家认为他“潜在严重的可能性”而授权非自愿“治疗”的法律，如果不被监禁或强行“对待”或以其他方式区别对待，他将给自己或他人造成伤害，这些都是违宪的剥夺自由，因为它们是基于对未来行为的预测，而这些行为不可避免地是不可靠的。它们既不合理又违宪，就像因为占星家或掌上读者对未来行为的预测而剥夺人们自由或其他权利的法律一样不合理和违宪。《波士顿学院法律评论》上的一篇文章部分标题为“为什么专家对死刑案件中未来危险的预测是违宪的”（Eugenia T. La Fontaine，“对未来危险的危险的关注：为什么专家对死刑案件中未来危险的预测是违宪的”，44B.C.L.Rev.2007（2002）。对未来行为的不可靠的“专家”预测在死刑案件中是违宪的，但在其他案件中是违宪的吗？

然而，美国的每个州和世界上大多数（如果不是所有国家）都允许守法的人非自愿地承诺，他们反对成为精神病患者，因为精神科医生，有时是心理学家，预测他们未来的行为。有时是“住院”承诺或非自愿“住院”（监禁）。其他时候是“门诊承诺”，一种法院命令，要求一个人每周或十天自行服用精神科药物或出现在社区精神卫生中心进行精神科药物注射或监督精神科药物的口服给药，以防止假定的患者将“药物”藏在嘴里并在以后吐出。有时，“辅助门诊”团队会出现在人们的家中或公寓，在他们自己的家中给他们打针，如果他们拒绝，就会受到非自愿“住院”的威胁。人们甚至被法院命令接受门诊电休克损伤（或“治疗”）。美国法院经常下令对被关进精神病院的人进行非自愿电击。是的，这一切都发生在美国，它以“人人享有自由和正义”结束了对美利坚合众国国旗的效忠誓言。

---

## “性暴力掠夺者”

美国联邦政府和美国五十（50）个州中的二十（20）个州现在也对罪犯进行非自愿和出于实际目的的终身“民事承诺”，如果他们被认为将来可能犯下强奸或性虐待儿童等性犯罪，则在刑事定罪刑期即将结束时，出狱后。美国联邦亚当·沃尔什法案（18 U.S. Code §4247）由乔治·W·布什总统于2006年签署成为法律，规定在联邦监狱系统中的人因任何类型的刑事犯罪（不一定是性犯罪）而做出所谓的民事（非刑事）承诺，如果他们是“性危险人士”，定义为“从事或试图从事性暴力行为或猥亵儿童的人，并且对他人有性危险”，由于精神疾病。美国最高法院在 *United States v. Comstock*, 560 U.S. 126（2010）一案中维持了这一法律。用最高法院在 *康斯托克案* 中的话来说，根据《亚当·沃尔什法》犯

下的“五名”被告中的“三名”“先前曾在联邦法院承认拥有儿童色情制品”，并且没有被判犯有其他罪行，这一事实表明了“性危险者”的定义有多广泛。显然，拥有儿童色情制品被视为“性暴力行为或猥亵儿童”，在实际应用中应判处无期徒刑。根据“亚当·沃尔什法案学习指南”（<http://oncefallen.com/adamwalshact.html>，2012年2月16日更新）“在色情案件中.....专家必须检查计算机机箱中的硬盘驱动器，以查看图像是故意下载的还是由其他人放置的”，好像专家真的可以确定这一点。计算机操作系统通常在硬盘驱动器上保留以前查看的图像和以前查看过的网页的副本，以便更快地进行后续查看，而无需计算机用户执行任何命令。网站在没有请求的情况下出现，隐藏在您正在查看的网页后面，直到您关闭正在使用的程序、页面或窗口并惊讶地发现您未请求的网页或网站以某种方式出现在您的计算机屏幕上，这也是司空见惯的。您未请求的网站可能缓存在网络浏览器的内存中，并存储在您的计算机硬盘上，或包含在您的互联网服务提供商保存的您访问过的网站列表中。因此，有了这样的法律，点击网页上的错误超链接，也许不知道你会得到什么，或者一个没有你请求就出现的网站，或者允许其他人使用你的互联网连接的计算机，可能会让你终身监禁（或“住院”）。

美国有“性危险者”或“性暴力掠夺者”民事承诺法的二十个州是亚利桑那州、加利福尼亚州、佛罗里达州、伊利诺伊州、爱荷华州、堪萨斯州、马萨诸塞州、明尼苏达州、密苏里州、内布拉斯加州、新罕布什尔州、新泽西州、纽约州、北达科他州、宾夕法尼亚州、德克萨斯州、弗吉尼亚州、南卡罗来纳州、华盛顿州和威斯康星州。在大多数这些州，它们被称为“性暴力掠夺者”承诺法。显然，立法者称这些罪犯为“性暴力掠夺者”，选择了他们能想到的最煽动性、最具煽动性的语言。与联邦《亚当·沃尔什法案》不同，根据这些州法律犯下的人必须被判犯有与性有关的罪行，尽管各州显然可以自由地采用类似于联邦《亚当·沃尔什法案》的“任何罪行”先决条件，甚至开始将人们作为性危险者，尽管被告从未犯下任何罪行。根据精神疾病民事承诺法，这实际上已经是可能的，因为它们不要求刑事定罪作为承诺的先决条件。

根据这20个州的“性危险者”或“性暴力掠夺者”法律，因性相关定罪而即将服刑期满的罪犯可能会受到名义上的“民事”（非刑事）承诺，实际上这是终身监禁，基于假定的精神疾病和预测他（或她）如果他（或她）从监狱释放可能会犯下另一项与性有关的罪行。

新罕布什尔州甚至为没有精神疾病的性暴力掠夺者颁布了民事承诺法。这是新罕布什尔州 RSA 135-E:1（2007年1月1日生效）的确切语言：“存在少量但极其危险的性暴力掠夺者，他们没有精神疾病或缺陷，不适合非自愿治疗”，但“具有反社会人格特征，不适合现有的精神疾病治疗方式，这些特征使他们有可能从事犯罪，性暴力行为。该法规授权他们出于实际目的终身监禁。2010年7月13日生效的一项修正案删除了根据法律犯下的人“没有精神疾病或缺陷”的措辞，这可能是为了防止法律被宣布违宪，因为美国最高法院支持民事承诺法，包括性暴力掠夺者或性危险者，只有当这些人患有“精神疾病”时。

我看到一篇文章，其中引用了一位州立法者的话说，超过90%的性犯罪罪犯如果从监狱释放，将犯下另一次犯罪，他声明或暗示了这些法律的合理性。德克萨斯州卫生服务部网站上的一篇文章总结了相关研究：

15年后，73%的性犯罪者没有被指控或被判犯有其他性犯罪（Hanson 2004）。...Hanson 和 Bourgon（2004）在一项对31,216名性犯罪者的研究中发现，平均而言，观察到的性累犯率为13%，暴力非性累犯率为14%，一般累犯率为36.9%。研究表明，性犯罪者的累犯率远低于一般犯罪人口。[《性犯罪者待遇-性犯罪者待遇-累犯规制委员会》，[http://dshs.state.tx.us/csot/csot\\_trecidivism.shtm](http://dshs.state.tx.us/csot/csot_trecidivism.shtm)，2012年4月30日更新]

尽管非性犯罪者的累犯率高于性犯罪者，但各州尚未为犯罪与性无关的罪犯制定“承诺”法。如果他们这样做了，也许它被称为“刑事危险人物”承诺，被称为“民事”和“治疗”，因此不受宪法保障“刑事”被告的权利的约束。

在2012年对性暴力掠夺者（SVP）的民事承诺的审查中，精神病学家艾伦·弗朗西斯（Allen Frances）医学博士说：

最令人不安的是决策的随机性。...我的经验表明，SVP法律正在以高度武断和特殊的方式实施，法官和陪审团很容易被误导性的专家证词所混淆。...坏消息是，SVP评估人员所做的大



部分诊断工作都是错误的，并误导了陪审团和法官 - 导致 SVP 的决定是武断的，并且符合宪法。[“我对 28 起性暴力掠夺者案件的回顾”，<http://psychiatrictimes.com>，2012 年 4 月 2 日]

精神病学家李·科尔曼（Lee Coleman）在他的著作《错误的统治——精神病学、权威和法律》（灯塔出版社 1984 年，第 6 页）中说：

几十年来，人们一直认为精神科医生至少可以预测危险行为，就像其他医生可以预测疾病一样。最后，在 1960 年代和 1970 年代，研究确定地证明，精神病学对危险的预测并不比**抛硬币**更好。事实上，他们更糟...

同样，贝勒医学院神经科学家大卫·伊格曼（David Eagleman）在他的著作《隐身——大脑的秘密生活》（万神殿图书 2011 年，第 178 页）中回忆道——

几年前，研究人员开始询问精神科医生和假释委员会成员，个别性犯罪者出狱后复发的可能性有多大。精神科医生和假释委员会成员都有与有关罪犯以及他们之前的数百人打交道的经验 - 因此预测谁会直接走，谁会回到[监狱]并不困难。还是不是？令人惊讶的结果是，他们的猜测与实际结果几乎没有相关性。精神科医生和假释委员会成员具有**抛硬币**的预测准确性[强调]。

在律师布鲁斯·恩尼斯（Bruce Ennis）和心理学教授托马斯·R·利特瓦克（Thomas R. Litwack）的法律期刊文章中，法院根据精神科医生和心理学家对未来人类行为的预测做出决定也与抛硬币进行了比较，“精神病学和专业推定：在法庭上**抛硬币**”，《加州法律评论》，第 62 卷，第 3 期（1974 年 5 月）。

所谓的罪犯刑期满的民事承诺是错误的，因为他们已经为犯罪服刑，因为这些法律中的“精神疾病”标准是基于一个无效的概念（见《[lass="nolink">精神疾病是否存在？](#)》），因为“承诺”（监禁）是基于对未来行为的预测，这些预测必然是不可靠的，而且因为累犯率表明，**在大多数情况下**，这种预测是错误的。

---

### “民事”与“刑事”应该重要吗？

到目前为止，法院在很大程度上被立法者给真正的刑法贴上的“民事”标签所欺骗。刑法是惩罚人们违禁行为的法律。正如我在《为什么精神疾病的神话继续存在》中指出的，惩罚人们被禁止的行为，或者防止预期的未来有害行为，是所有精神疾病法律民事责任的真正目的。如果立法者试图废除被告的宪法权利，称法律为“民事”，称违法行为为“疾病”，称惩罚为“治疗”或“疗法”，这都没有关系。任何导致监禁的行为，包括被称为非自愿住院的行为，都应被视为宪法意义上的“犯罪”。如果监禁条件像监禁在监狱或精神病院那样严格，那么即使是传染病患者的隔离也应根据刑法标准进行判断。

根据 <http://deathpenaltyinfo.org> 出版的“无罪名单”，从 1973 年到 2018 年 2 月 18 日我检查时，美国有 161 名死囚无罪释放。在 20 起案件中，新的或被忽视的证据在审判时没有 DNA 证据，表明他们实际上对他们被定罪并判处死刑的罪行是无辜的，或者证人撤回了他或她的证词，或者后来确定对他们不利的证据不可靠，或者在上诉时推翻了原来的死刑判决，并在随后的重审中宣告无罪。这些错误的死刑定罪发生在 27 个州：阿拉巴马州、亚利桑那州、阿肯色州、加利福尼亚州、特拉华州、佛罗里达州、佐治亚州、爱达荷州、伊利诺伊州、印第安纳州、肯塔基州、路易斯安那州、马里兰州、马萨诸塞州、密西西比州、密苏里州、内布拉斯加州、内华达州、新墨西哥州、北卡罗来纳州、俄亥俄州、俄克拉荷马州、宾夕法尼亚州、南卡罗来纳州、田纳西州、德克萨斯州和弗吉尼亚州。这些错误的死刑定罪证明，美国的刑法标准足够宽松，无法对无辜者定罪。如果 161 人在被定罪后从死囚牢房获释，或死后被无罪释放，那么在同一时期内可能还有数十人是无辜的，但被错误地处决。此外，错误定罪不太可能只发生在死刑案件中：由于法官和陪审团在死刑案件中往往特别小心，这些错误的死刑定罪表明，在美国被错误定罪和服刑的人可能达到数千人。由于美国（毫无疑问是其他国家）刑事司法系统的不可靠性，即使你是无辜的，以换取轻判，认罪通常是最明智的选择，因为拒绝认罪并接受审判的被告在拒绝轻判以换取认罪后被判处多年或终身监禁。因此，在许多情况下，被告即使无罪，也会认罪。根据 2014 年 10 月 14 日的

新闻报道，“在 97% 的联邦刑事案件和 94% 的州刑事案件中，根本没有审判，案件通过辩诉交易解决”，换句话说，通过有罪或“无争议”认罪。

---

首先他们来找“精神病人”，我没有说出来，因为我没有精神疾病。然后他们来找“性暴力掠夺者”，我没有说出来，因为我不是性犯罪者。然后他们来抓“恐怖分子”，我没有说出来，因为我不是恐怖分子。但后来他们来找我，却没人站出来。

如果任何人的宪法权利受到侵犯，任何人的宪法权利都不安全。

---

由于立法者选择称诉讼程序为“民事”程序而放弃更严格的刑法标准，允许无辜者的定罪或“承诺”比刑法下更多的定罪或“承诺”。

### 非自愿承诺虚构的待遇违反了正当程序

在 *Wyatt v. Stickney*, 325 F.Supp. 781 (M.D. Ala. 1971) 中，首席法官约翰逊写道：

布萊斯醫院的病人大多是通过非刑事诉讼程序非自愿地被送入的，没有在刑事诉讼中给予被告的宪法保护。当病人如此致力于治疗目的时，他们无疑有宪法权利接受这种个人治疗，这将使他们有一个实际的机会被治愈或改善他或她的精神状况。...以治疗为目的的非自愿住院的目的是治疗，而不仅仅是拘留或惩罚。从宪法的角度来看，这是允许对布萊斯等精神病院进行民事承诺的唯一理由。...以利他主义理论为由剥夺任何公民的自由，即监禁是出于人道的治疗原因，然后不提供适当的治疗，违反了正当程序的根本原则。[见 Michael L. Perlin, 《精神残疾法——案例和材料——第二版》，卡罗来纳学术出版社 2005 年，第 335-336 页]

非自愿住院或门诊承诺是不合理的，违反了美国（或任何民主国家）对自由的承诺，并且根据法院在怀亚特诉斯蒂克尼案中的推理，如果非自愿承诺的目的是“治疗”，并且实际上没有真正有效的治疗可用，则违反了正当程序。正如我在文章《精神科药物：治愈还是庸医？》、《精神病学的电惊厥休克治疗：危害人类罪》、《称为心理外科的大脑屠宰》和《反对心理治疗的案例》中所记录的那样，情况确实如此：**精神病学对任何事情都没有真正的治疗。**在他们的书《治疗的妄想》，对所谓的心理治疗的批评中，一位社会学教授和记者得出结论：“对治疗有效性的清晰和一般的理解确实会导致治疗权威的普遍崩溃”（Ethan Watters 和 Richard Ofshe, Scribner 1999, 第 136 页）。在华盛顿大学公共卫生与社区医学学院副教授 Mary L. Durham 博士和普吉特海湾大学法学教授 John Q. La Fond 博士 1988 年的一篇法律期刊文章中，题为“寻找非自愿治疗承诺的缺失前提：对精神病患者的有效治疗”，40 *Rutgers Law Review* 303 at 310 (1988)，作者得出了以下结论：

本文研究了评估各种情况下精神病患者治疗有效性的现有经验数据。它的结论是，没有可靠的证据表明精神病学可以有效地治疗非危险的精神病患者，这些患者被强行限制在国家设施中。相反，有证据表明，强迫住院实际上弊大于利。因此，本条认为，应废除为治疗目的对非危险精神病患者进行强制承诺。

2012 年，精神病学家彼得·布雷金（Peter Breggin）在纽约锡拉丘兹举行的移情治疗会议上，向英国医生雷切尔·宾厄姆（Rachel Bingham）博士提出了这个问题，他刚刚做了一个关于人们自愿接受精神病住院治疗的演讲，只是因为受到非自愿精神病住院治疗的威胁，如果他们拒绝：“你有没有发现任何试图证明非自愿治疗甚至住院治疗曾经帮助过任何人？有吗？我从来没有找到研究。宾厄姆博士回答说：“这将是一个非常简短的答案：没有。布雷金博士接着说——

现在，想想看：基于科学的医学？没有研究表明，将人关起来会降低他们的自杀率。这将是一件非常容易的事情。看看一个医院的队列，找一个门诊病人，看看他们的自杀率，或者其他任何东西，都是非常容易的。不是一项艰苦的研究。如果它们正在完成，它们就不会被发表，因为它们没有表明在[精神病]医院或非自愿地被监禁有任何好处。

在《致命精神病学和有组织的否认》（人民出版社 2015 年，第 320-321 页）一书中，专门研究内科的医生、哥本哈根大学临床研究设计与分析教授 Peter C. Gøtzsche 博士说：

我发现关于强迫治疗的法律非常成问题。在许多国家，被认为精神错乱或处于类似疾病的人可以非自愿地住进精神病房，否则治愈或病情实质性和显著改善的前景会受到严重损害。但事实真的是这样吗？有没有任何治疗方法可以治愈精神病患者，或者可以导致如此实质性的改善，以至于如果不强迫她立即去医院，患者的病情会受到严重损害？我不这么认为，而且，考虑到精神病房发生的虐待，这一条款应该从所有国家的法律中删除。

波士顿大学心理学教授玛格丽特·A·哈根（Margaret A. Hagen）博士在她的著作《法庭的妓女——精神病学证词的欺诈和美国司法的强奸》（里根图书，1997 年，第 312 页）中说：“精神病院除了为工作人员提供就业外，没有提供任何有效的服务。”

---

## 精神病学对任何事情都没有真正的治疗

所有以精神健康治疗为目的的非自愿承诺都是违宪的，因为在精神卫生领域没有有效的治疗。

## 美国对自由的承诺

有几组人，可能比性犯罪罪犯更倾向于成为美国非自愿精神病承诺法的目标。其中包括年轻人、老年人和无家可归者。有时老人被安置在精神病院只是为了让他们离开。在大多数情况下，养老院会更合适，但通常养老院不是家庭的首选，因为它们更昂贵，必须由家庭支付。非自愿精神病承诺法被用来让无家可归的人离开街道和人行道。青少年被父母承诺作为在家庭内部冲突中将权力平衡转向父母的一种方式，父母通常是有钱聘请精神科医生来监禁他们的家庭成员对手并将他们的反对观点和不喜欢行为定义为疾病的人。在一些州，父母有法定权力在没有司法程序的情况下将未满 18 岁的孩子送走，这在很大程度上是因为美国最高法院在 *Parham v. J.R.*, 442 U.S. 584 (1979) 一案中的裁决。最高法院在 1979 年的这项裁决可能在很大程度上要归功于这样一个事实，即在紧随其后的几年里，“私立医院精神病院的青少年入院率在 1980 年至 1984 年间急剧增加了四倍”（Lois A. Weithorn 博士，“麻烦青年的精神住院：对飙升的入院率的分析”，40 斯坦福法律评论 773 (1988)。根据另一份报告，“青少年私人精神病院入院是医院行业中增长最快的部分。...从 1980 年到 1987 年，从精神病院出院的 10 至 19 岁人数增加了 43%，从 126,000 人增加到 180,000 人。原因之一是营利性精神病院使用的积极广告“（克里斯蒂娜·凯利，”她不是疯了，但 14 岁的萨拉无论如何都承诺了“，《时髦》杂志，1990 年 3 月，第 44 页）。根据另一份报告，在 1971 年至 1991 年期间，“住院接受精神病治疗的青少年人数从 16,000 人增加到 263,000 人”（《时代》杂志，1991 年 8 月 26 日，第 12 页）。根据密歇根大学教授艾拉·施瓦茨（Ira Schwartz）的说法，“精神病院正在变成儿童的监狱”（《时髦》杂志，1990 年 3 月，第 44 页）。这是错误的一个原因是，在童年或青春期，错误地非自愿精神病“住院”的耻辱感不会在达到成年年龄后消失，而是跟随一个人，最终成为成年人，贯穿一生（见《精神污名伴随着你余生的任何地方》）。

当然，精神病“医院”是关押所有违背自己意愿被拘留在那里的人的监狱。此外，在这些地方，人们可能被监禁，没有证据表明先前的非法（或其他有害）行为只是“精神疾病”，并且需要治疗或预测“危险”。然而，授权非自愿承诺精神疾病的法规并没有说明哪些所谓的精神疾病是合理的，哪些不是。正如我在《精神病学诊断的神话》和《为什么精神疾病的神话继续存在》中所展示的那样，美国精神病学会的《精神疾病诊断和统计手册》中有如此多的疾病，定义如此广泛，很少有人属于本书对精神障碍的定义。除了所谓的“性暴力掠夺者”或“性危险者”的民事承诺，即被判犯有性犯罪（或根据联邦亚当沃尔什法案，任何罪行）的人在其刑事刑期届满时是民事犯罪，“精神疾病”的法定定义和其他承诺标准不包括违反法律。如果受到适当的宪法审查，这些法律将因含糊不清而无效，就像允许因所谓的“犯罪”而被监禁但未能定义犯罪的法规一样 - 让潜在的“罪犯”怀疑大麻或酒精使用是否合法，在高速公路上以 65 英里/小时的速度行驶是否合法，在法规存在的情况下被称为法定强奸的同意年龄是否为 16 岁或 18 岁或其他年龄，或者是否必须在众目睽睽之下挥舞致命武器，如枪，并在使用武器夺走攻击者的生命进行自卫之前从攻击者手中撤退，并允许每个检察官在事后确定特定行为是否可以定义

为“犯罪”，就像精神科医生经常在事后确定特定行为或思想表达是否构成可犯罪的“精神疾病”。难道我们忘记了美国应该是一个所有守法者都得到自由保障的国家吗？如果法律没有明确规定，一个人怎么知道禁止什么行为？像我这样坚信个人自由的人认为，侵犯他人权利应该是法律禁止的唯一行为；其他人将捍卫无受害者犯罪法。无论哪种情况，违反法律都应是剥夺某人抗议自由的唯一依据。一名14岁的女孩在与父母争吵后被非自愿地送进了一家私立精神病院，她说“我的父母总是用医院威胁我”（《Sassy》杂志，1990年3月，第82页）。但是，不仅仅是青少年和老年人在与家人的冲突中受到精神监禁的威胁。女演员弗朗西斯·法默（Frances Farmer）在她的自传《真的会有早晨吗？》中讲述了即使在她30岁的时候，她的母亲似乎在每一次纠纷中都会威胁她，要她去华盛顿州西雅图家附近的西部州立医院：

“我和你差不多要走到尽头了，”她警告说。“我几乎已经拥有了我能接受的一切。我已经忍受了你很多年了，我能得到什么？无！绝对没有！但你是我的女儿，你要完全按照我说的去做，或者回到[精神病院]你去。你理解我吗？你回去！而这次是为了保持！...你是个恶心的小子！”她轻蔑地吐了口唾沫。  
“我是个三十岁的女人，”我苦涩地回答。“而且我知道该死的好，很好，你会一有机会就把我送回去。”我无法应付另一场战斗。“我要回去睡觉了，”我断然地说。“这整件事太荒谬了。”  
我开始上楼梯，但她的回答阻止了我。“我送你回去，弗朗西丝。”我被她突如其来的平静吓了一跳。“这一次，”她继续说，“我会看到你留下来。”  
那是早上，我听到妈妈起床了。当她轻轻敲我的门时，我吓了一跳。  
“弗朗西丝，”她平静地说。“我想让你穿好衣服，下楼。这里有一些人想见你。”  
我母亲和两个穿制服的男人在客厅里.....我知道！...他们跨在我身上，我感到紧身衣的粗糙帆布包裹着我并扣到位。[戴尔出版公司，1972年，第15-33页]

根据威廉·阿诺德（William Arnold）的传记，弗朗西斯·法默（Frances Farmer）“几乎可以肯定”在“住院”期间未经沃尔特·弗里曼（Walter Freeman）博士同意就接受了跨脑髓叶切除术（Shadowland, Berkley Books 1978, 第168页，另见第8-9, 155, 161, 166页）。弗里曼博士的传记作者杰克·海（Jack El-Hai）在《脑叶切除术师》（Whiley 2007, 第241-242页）中不同意，但承认西部州立医院的医生确实建议对弗朗西斯·法默进行脑叶切除术。他引用弗朗西斯·法默（Frances Farmer）的妹妹伊迪丝（Edith）的话说，西部州立医院的医生“考虑给[她的妹妹弗朗西斯]做脑叶切除术”。他还引用了弗朗西斯·法默（Frances Farmer）的父亲的话：“我及时赶到那里，阻止他们从她身上的一些悬而未决的实验性脑部手术中解脱出来。”

在美国和其他声称珍视自由和捍卫人权的国家，制定“心理健康”法律的立法者以及那些就如何处理所谓的精神病患者或个人做出司法决定的人应该记住，美国对个人自由的保障是美国爱国主义的基础。正如精神病学教授托马斯·萨斯（Thomas Szasz）在2011年所写的那样：“如果有一个词可以捕捉美利坚合众国的思想，那么这个词就是自由”（《禁止自杀——医学的耻辱》，雪城大学出版社2011年，第19页，原文为斜体）。例如，听一首爱国歌曲的歌词，“上帝保佑美国”：

如果明天所有的事情都消失了，我工作了一辈子，我必须重新开始，只有我的孩子和我的妻子，我会感谢我的幸运星今天住在这里。“因为国旗仍然代表着自由，他们不能把它带走！我为自己是一名美国人而感到自豪，至少我知道我是自由的。我不会忘记那些死去的人，他们给了我这个权利。我很乐意站在你旁边，今天仍然为她辩护。“因为毫无疑问，我爱这片土地。上帝保佑美国！

同样，一位移民到美国的俄罗斯移民在1991年发表在《读者文摘》上的一篇文章中说：“我抬头看着[美国]国旗，在微风中飘扬。...突然，我明白了...美国不是关于学校毛衣或约翰尼·马西斯唱片或闪亮的新车。这是关于自由和机会——不仅对特权阶层或土生土长的人——而且对每个人“（康斯坦丁·加尔斯科伊，”我如何成为美国人“，《读者文摘》，1991年8月，第76页）。1776年7月4日的《美利坚合众国独立宣言》宣布——

我们认为这些真理是不言而喻的，人人生而平等，造物主赋予他们某些不可剥夺的权利，其中包括生命、自由和追求幸福——为了确保这些权利，政府在人中间建立.....

美国的官方国歌“星条旗”将美国称为“自由之地”。效忠美利坚合众国国旗的誓言以“.....人人享有自由和正义。美国最受欢迎和最突出的标志之一是自由女神像。另一座雕像，这座位于华盛顿特区美国国会大厦圆顶上的雕像被称为自由女神像。从1950年代到1980年代，美国最畅销的高中历史教科书之一，名为《自由人民的历史》（Henry W. Bragdon 和 Samuel P. McCutchen 著，Collier MacMillan Publishers ©1954, 1956, 1958, 1960, 1961, 1964, 1973, 1978, 1981）。1987年，美国最高法院大法官小威廉·J·布伦南（William J. Brennan, Jr.）在一篇讨论宪法正当程序的法律期刊文章中说：“每个州的每一部法律.....可以在法院律师协会受到质疑，理由是这种行动，这种立法，是在没有正当法律程序的情况下剥夺自由.....这些人类尊严的理想——所有人的自由和正义——将继续激励和指导我们，因为它们在我们的宪法中根深蒂固”（案例与评论，1987年9月至10月，第21页）。

---

**所有守法者的自由似乎要求太多了，即使在美国也是如此。**

想象一下，这些爱国文章和歌曲的文字，效忠国旗的誓言，国歌，独立宣言，美国宪法，美国国家纪念碑的名称，以及那本呼吁美国人民的高中历史教科书的标题，对于一个因所谓的精神疾病而被监禁（非自愿“住院”）并被强行“治疗”的守法者来说，是多么空洞和毫无意义，或法院命令在美国门诊接受精神科“药物”或电击守法者的非自愿精神病承诺违反了宪法保障的实质性正当程序，因为它违背了美国和其他民主国家声称代表的最重要的价值观。与这些价值观不一致的立法和法院判决破坏了美国爱国主义的正当性。对于未满足任意定义的成年年龄的人来说，情况和成年人一样如此。1989年1月20日，第一任总统乔治·布什在就职演说中说：“伟大的国家和伟人一样，必须遵守诺言。当美国说些什么时，美国是认真的——无论是条约、协议还是在大理石台阶上做出的誓言。相信精神疾病神话和精神病诊断神话的后果之一是美国未能履行其最基本的承诺之一：所有守法美国人的自由。

## 推荐阅读

书

Bruce Ennis, J.D., *Prisoners of Psychiatry—Mental Patients, Psychiatrists, and the Law* (Harcourt Brace Jovanovich 1972)

John Monahan 博士, 《暴力行为的临床预测》 (Jason Aronson 1995)

Thomas S. Szasz, M.D., *Law, Liberty, and Psychiatry* (Collier Books 1963)

文章

C. Peter Erlinder, “明尼苏达州的古拉格：对‘政治病’的非自愿治疗”，19 *William Mitchell Law Review* 99 (1993)

艾伦·弗朗西斯，医学博士，“我对28个性暴力掠夺者案件的评论”，<http://psychiatrictimes.com>，2012年4月2日

艾伦·弗朗西斯，医学博士，“大规模谋杀、疯狂和枪支管制”，<http://psychiatrictimes.com>，2012年7月30日

艾伦·弗朗西斯，医学博士，“大规模谋杀心理喋喋不休错过枪支政策点”，<http://psychiatrictimes.com>，2012年8月3日

## 推荐视频

《弗朗西斯·法默：这就是你的生活》（Frances Farmer: This Is Your Life, 1958），[YouTube.com](https://www.youtube.com/watch?v=...)。这是 1958 年播出的电视节目，让你看到和听到女演员弗朗西斯·法默（Frances Farmer）讨论她曾经是美国最著名的非自愿精神病患者的经历。