

疯狂医学：精神健康行业如何制造有害的治疗陷阱，以及你如何摆脱它们

萨米·蒂米米（Sami Timimi）是英国的儿童和青少年精神病学家，他从批判性精神病学的角度撰写有关心理健康和童年的主题。你可以在 www.samitimimi.co.uk 上找到有关他的更多信息。

前言：[我为什么写这本书](#)

第一章：[心理健康的医学模型已经结束](#)

第二章：[精神病学的科学主义（第 1 部分）](#)

第三章：[精神病学的科学主义（第 2 部分）](#)

第三章：[注意力缺陷/多动症 \(ADHD\) 的产生（第 1 部分）](#)

第三章：[注意力缺陷/多动症 \(ADHD\) 的产生（第 2 部分）](#)

第四章：[自闭症谱系障碍的产生（第 1 部分）](#)

第四章：[自闭症谱系障碍的产生（第 2 部分）](#)

第五章：[儿童抑郁症的产生（第 1 部分）](#)

第五章：[儿童抑郁症的产生（第 2 部分）](#)

第六章：[新自由主义和比较竞争社会](#)

第七章：[工业化心理治疗市场西方民间心理学（第 1 部分）](#)

第七章：[工业化心理治疗市场西方民间心理学（第 2 部分）](#)

第八章：[治疗陷阱以及如何摆脱它们（第 1 部分）](#)

第八章：[治疗陷阱以及如何摆脱它们（第 2 部分）](#)

第九章：[忧心忡忡的父母（第 1 部分）](#)

第九章：[忧心忡忡的父母（第 2 部分）](#)

第十章：[范式转变是不可避免的](#)

[结语](#)

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668814283>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

前言：我为什么写这本书以及它的内容

在一次教学后的讨论结束时，我的一位精神病学培训同事与我打赌，在 25 年内将会有一种用于精神分裂症的生理测试。随着我的培训进展，我逐渐看清了真相。我对精神病学技术即将实现的承诺越来越怀疑。

那是 20 世纪 90 年代初，“大脑的十年”的演讲让我们的老师们非常兴奋。狂热的学术讨论指向大脑的这个或那个区域，或者这个或那个神经递质受体，与我在工作的精神病房存在着

不同的世界。病人常常是恐惧、厌恶或家长式同情的对象。精神病医生扮演着被美化的药剂师的角色，通常会将药物和诊断添加到某人的健康记录中，而护士则努力应对这些深度无疗效环境中的情感强度，试图找出哪些病人有行为问题(因此是“人格障碍”)，以游说他们出院，哪些病人是“有病”，因此值得同情和更多的药物治疗。

为了成为一名精神科医生，我的几位高级主管警告我，我需要学会如何在与病人打交道时切断自己的情绪。客观地说，我必须变得没有同情心。我一直没能掌握这项技能。

这25年已经过去了。目前还没有针对精神分裂症或任何其他所谓的精神病诊断的测试出现。我成为一名儿科精神科医生是为了逃离虚假诊断和脑部麻醉药物的压迫性世界，只是发现儿童精神病学也被卷入了伪科学的科学主义，孩子们成为了我们创造的残酷、暴力和非人性的心理健康系统的最新受害者。

我写这本书是为了警告所有正在考虑从事心理健康服务的人、已经参与心理卫生服务或继续参与心理卫生服务的人，以及那些爱护和关心他们的人。

请注意：心理健康服务可能不利于你的心理健康。

我希望这本书能帮助你理解其中的原因，为你提供一些心理健康技术的科学、历史和文化背景，并提供一些在你试图理解自己的旅程时需要牢记的提示。本书还针对那些从事心理健康服务工作的人、政治家、媒体和广大公众：**心理健康问题和治疗方法并不像你想象的那样。**

我希望这本书能帮助你重新想象这个实践领域，并以任何微小的方式影响你可能做的任何事情，以帮助理论和实践摆脱它所陷入的黑暗时代。

这本书深入挖掘了人造塑料花园下面腐烂的灌木丛，我们称之为心理健康护理——这些花园表面看起来和闻起来都很漂亮，但如果你把头伸得太远，就会释放出恶臭。随着地基的腐烂和崩塌，我们建造的这座巨大大厦的真相就显露出来了。我希望读者在面对主流心理健康服务所创造的可怕现实时，能够感到一些喘息和摇头。

但这本书不仅仅是一篇批评；更是一篇评论。这也表明希望的萌芽正在我们周围聚集。是的，我们需要彻底改革支配我们系统中意识形态的基本假设，但现在许多人知道正在发生的事情的真相，变革性的方法已经在人类创造力的肥沃土壤中有机地萌芽。

这不是一本批评个别精神病学家、心理学家或治疗师的书。我认识许多不同意我观点的人，并与他们一起工作。尽管如此，除了极少数例外，我发现那些从事心理健康服务工作的人都是善良、体贴、真诚地乐于助人。

我认为心理健康工作吸引了具有利他倾向的人；毕竟，这既不光彩，也不特别赚钱（除非你决定成为制药行业的苦工）。像大多数体制一样，当你成为它机械装置的一部分时，它将吞噬你，你将不得不遵循它的逻辑。站在体制外或拒绝与其他机械齿轮同向旋转可能导致个人痛苦、批评，甚至危及你的职业和生计。

然而，在那些幕后的时刻，我与同事们进行的对话使我相信，我在这本书中呈现的观点与大多数从事心理健康工作的人的观点并没有太大的出入（也许除了那些担心改变会削弱他们权力的精神科医生）。大多数人也理解，我们的心理健康受到支配我们物质生活逻辑的政治和经济体制的影响。几乎普遍（至少在我在英国工作的地方），心理健康工作者支持的政治立场，像我一样，是左翼的财富再分配政策。

我也不视自己为反精神病学医生。反精神病学是一个标签，用来对抗批评者，以轻松的方式使他们保持沉默，忽略令人不适的事实。

我理解为什么精神病学成为受批评的焦点，考虑到它相对于其他专业的权力。精神病学有一个黑暗的历史，使它卷入了一些最严重的侵犯人权行为，包括积极勾结优生学运动，然后是纳粹，其中精神科医生首次建造和操作毒气室，消灭他们认为不值得活的生命。

我们作为精神科医生有责任不去掩盖这些不便之事，而是去面对它们，理解它们，并从中汲取教训，以便我们永远不会重复那些可怕的经历。虽然自那以来没有陷入那种可怕的非人道水平，但精神病医学实践仍然是协助关押人员和监管人口的共谋者，这使得临床努力无法从政治体制对监管和权威的方法中解脱出来。

然而，我个人对我遇到的精神科医生的经验是，有一小部分坚持生物学思维的精神科医生；有一大群人，他们大多对本书中至少一些观点表示同情，但感到疲惫不堪，不知道该怎么办，也不知道如何改变任何事情；还有一小部分但正在增长的“批判性”精神科医生，像我一样，对体制提出更深刻的问题，并保持对变革的希望，认为变革不仅是可取的，而且也是可能和不可避免的。

我不是反精神病医学；我反对糟糕的精神病医学，并相信我有责任在我看到它的任何地方揭示它。精神病学不仅仅是虐待和侵犯人权的历史。医生（精神科医生首先接受医学培训，然后专攻精神病学）经常带头努力揭示疏离和边缘化群体的生活。大多数主要的心理治疗学派都是在医生的影响、观察和深思熟虑的基础上发展起来的。

在最近几十年里，商业化、狭隘的生物医学模型占据了主导地位，但这个行业也有与哲学、人类学、社会学和文化研究以及自然科学等多种研究领域合作的悠久历史。批判性思维一直是被接受的理论和实践中不可或缺且充满活力的一部分。在所有医学领域中，精神病学，或许与公共卫生一样，有着将塑造我们生活中幸福感的多种影响聚集在一起的最大潜力。

对我而言，一种经过改革的心理健康系统将把改革后的精神病学实践置于核心位置，不仅因为这将改善对那些精神困扰的人的护理，而且还因为这将改善整个卫生和社会保健服务的护理。

科学哲学家托马斯·库恩（Thomas Kuhn）理解科学和知识是由人类构建的，因此容易受到那些有权告诉我们科学“真相”的人对他们喜爱的理论的情感依恋的影响。他指出，一组科学家工作的现有理论框架（我们通常称之为“范式”）有时会产生异常，即与框架预期的不符的结果。这些通常被忽视或解释掉。

然而，当这些异常的积累达到一定程度时，它们对当前范式的可行性和解释能力构成了困扰。它们开始侵蚀该框架的生存能力和解释能力。最终导致了信心的危机，最终导致了革命，此前占主导地位的范式被丢弃，因为它无法支持新发现。

但要使一场革命成功，它必须取代、推翻或彻底改革支持并对维持失败范式具有利益的现有机构。这意味着在没有明确权威的时期，存在一段不确定性，团体分裂为各种阵营，一些人捍卫旧机构，而其他人主张新机构或对旧机构进行重大改革。正是在这种两极化发生的时刻，革命要么发生，要么反对派被镇压（至少有一段时间），因为没有共同的语言可以进行辩论。

这是因为不同范式的拥护者无法理解彼此的观点，因为新旧理论框架之间的意义转变是如此深刻，以至于新范式使用的概念在前革命时期使用的术语中根本无法表达。

你是否理解了这种思维方式？库恩对被接受的科学真理如何改变的观察使他与社会变革的发生方式进行了比较。科学似乎并不免于困扰任何有组织的人群的社会动态。他用“革命”一词来描述一个主导的理论框架如何被另一个替代，这告诉你这种变化并不是因为科学告诉你的。这涉及到权力、等级制度以及在今天的世界中，金钱等多种因素。失败的范式在最终成功进行革命之前可能保持主导地位很长一段时间。

这种革命产生的紧张和冲突是不可避免的。当前的心理健康体系现在正因为批评而震荡。已经在许多地方运作的拒绝当前主导范式的服务和个体已经存在。一些服务使用者和系统的幸存者已经组织起来，发出了无法轻易忽视的异议。

这些抵抗的局部将在某个时刻形成一个无法移动的临界质量。变革即将来临。一场地震正在形成。我们应该准备好拥抱并帮助塑造它朝着人性和开明的方向发展，将人们的真实生活背景和关系（包括与服务的关系）置于我们所做的一切的核心。然后，我们可以对下一代批评家如何看待我们创造的新形式的实践中的漏洞和问题感到兴奋。

这本书的前半部分大部分解释了为什么我们在心理健康实践中使用的当前主导范式是破碎的、经验证据不可持续的，以及它错得危险。它解释了为什么从科学和伦理的角度来看，它是一个失败的范式。在书的中间部分，我研究了政治和文化在塑造我们对心理健康问题和治疗的观念中的作用。在最后几章中，我分享了一些对一些人和寻找不来自主导诊断模型的理解的父母可能有帮助的思考。

第一章向读者介绍了书的其余部分的景观，提出了一个观点：与其说是启蒙进步的画面，不如说是心理健康行业和意识运动将我们引向了与我们的情感生活的深度疏离和对苦难缺乏好奇心的道路。

第二章质询了向公众呈现心理健康的含蓄假设：从心理健康意识运动到心理健康大流行、缺乏服务和早期治疗的重要性。这一章挖掘了隐藏在西方心理健康推广中的语言和意识形态，这些推广假装心理障碍/疾病就像其他医学“事物”一样是具体的对象，例如断腿或糖尿病。我解释了在技术意义上，精神病学诊断实际上不存在。

我对比了一些东方和西方的关于自我和童年的哲学立场，并探讨了我们对自己和孩子期望的构建方式不同所带来的后果。我还向读者介绍了关于我们在科学上或临床上在改善对被标签为精神功能障碍的人的理解或治疗方面取得多么小的进展的实证文献。

第三章是三个案例示例章节中的第一个，每个案例示例章节都遵循类似的结构：主流观点、概念发展的历史、对概念的文化和政治驱动的讨论、对科学证据的检查，以及对这一审查告诉我们的概念的结论。因此，第三章探讨了注意力缺陷多动障碍（ADHD）的概念的假设、证据和后果，第四章则对自闭症谱系障碍（ASD）的概念进行了同样的研究。

在案例示例章节的第三章也是最后一章，第五章摆脱了我们对儿童行为的文化关注，转而关注我们对苦难以及医学化心情和心理困扰迁移到童年的文化态度。我审视了我们在过去一个世纪里对成长的态度变化以及与成长相关的挑战和不确定性逐渐（我称之为）“麦当劳化”的儿童发展，其中与成长相关的挑战和不确定性可以被归类为个体儿童中的事物“有问题”，然后通过简单、一刀切、易于消费、短期满足的方式进行修复。

我检验了抗抑郁药在年轻人中的使用和有效性的实证证据，展示了这些药物在儿童和青少年中的使用是与关于儿童抑郁症与成人抑郁症相似、普遍存在并且可以用药物治疗的叙事的崛起同步发生的。在检查了导致童年抑郁症叙事的扭曲和转折的实证和文化基础之后，我得出结论，我们应该抵制对成长进行“麦当劳化”。

第六章探讨了新自由主义政治以及它对创造“比较与竞争”社会的推动作用。它将讨论移向了精神健康意识形态的发展和持续存在的政治背景。从描述新自由主义政治和经济的起源和基础开始，我探讨了这种系统对人类的概念以及它所推动的概念是什么。

新自由主义将达尔文式的竞争视为人际关系的决定性特征。它重新定义公民为消费者，认为通过购买和销售来实现最佳的民主选择。我们与彼此的渐进疏离，因为我们建立社会联系的

本能被重新塑造为获取个人优势的工具。竞争是新自由主义经济的关键推动因素，因此成为一个突出的社会和文化价值观。随后，许多人都面临着不断落后并被定义（和/或自我定义）为“失败者”类别成员的持续恐惧。将人们定义为“脆弱”或“患病”允许这种文化产生的心理痛苦进行市场化和剥削。

在第七章中，我解释了由服务使用的、并在服务中推广的大多数心理治疗实际上只是打包和市场化了西方的民间心理学。我们所谓的“心理学”存在固有的偏见，因为它实际上是西方社会心理学和在很大程度上是西方受过教育的社会心理学。主流心理学实际上是哲学的一个分支，阐述了一种关于心灵的特定的西方中心主义观点。

我检视了使用从主流心理学中提取的思想的不同心理治疗模型的有效性的证据。心理治疗模型的繁殖并没有改善结果。我还讨论了转向“工业化”（大量被导入标准化的“护理途径”）形式的心理治疗以及它们产生的令人震惊的糟糕结果。

这些平庸的结果是可以预料的，因为我们使用的主导治疗模型的理论基础只是西方“常识”的延伸。我认为，心理健康从业者最好被看作是哲学导师，他们采用解释框架（范式），用来构建描述问题性质和变化过程的特定叙述。

第八章主要是根据我数十年的临床经验提炼出来的。我概述了一些帮助我发展特定哲学以指导实践的见解。这个框架的中心方面包括：

1. 解构诊断，
2. 了解心理伤害的相关性，
3. 在治疗关系上努力，
4. 意识到文化和背景，
5. 问题一旦确立就在一个我称之为“问题成为问题”的过程中自我延续。

这最后一个见解要求治疗焦点从试图解决、摆脱，甚至改变问题（不管如何定义）转向帮助个体及其周围的人改变他们与问题的关系和/或感受。这个“问题成为问题”的过程可能解释了为什么心理健康诊断和治疗（无论是药物还是心理治疗）都存在嵌入问题、使人与其合法的情感体验疏离、破坏其韧性并将其变成长期患者的风险。

相反，我尝试采用一种范式，让人们通过他们的逆境经历和困扰体验到成长和意义，使他们能够应对改变过的和令人困扰的心理状态。我还讨论了药物治疗，并提出了一个与药物合作的工作模型的建议，不会导致接受药物的人变得无力和疏离于他们的自然韧性。

在第九章中，我概述了一套针对担心或对他们孩子行为感到沮丧的父母的想法的“工具箱”。我描述了一些概念和框架，可以以灵活的方式适应不同的情境。许多想法都是从我多年来成功使用的一种称为“关系意识计划”（RAP）的方法中提取的。

RAP 侧重于优先改善父母关心的孩子的关系方面，而不是行为表现。它使用一套类比系统帮助父母更好地理解他们与孩子关系中发生的“情感流”。然后，该章节指导父母通过一系列看似简单的叙述，帮助他们构建更有用的方式来理解和干预在充满压力和冲突的家庭生活中已经发生的问题。

最后的第十章提出，心理健康护理的范式转变是不可避免的。我列举了一些人、项目和组织的例子，它们改变了对心理健康的理解以及服务的交付方式。他们所创造的动力正在积聚。

理性、真理和伦理都站在批评者的一边。我们不知道何时批评者将达到足够的临界质量。一旦达到，变革就可能迅速发生，一场革命将会发生。我们必须为此做好准备。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668818119>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

尝试一下下面的问题。只需根据你通过你关注的任何来源或媒体听到的内容来看看你的想法：

1、总体而言，以下哪一项因素对常见心理健康问题的治疗结果影响最大？

- 治疗师和患者之间关系的质量
- 治疗之外的因素，例如患者的社会环境
- 进行针对诊断的治疗，无论是药物治疗还是心理治疗
- 参加的治疗次数

2、以下哪个因素（治疗特定因素中）对结果影响最大？

- 进行针对诊断的治疗，无论是药物治疗还是心理治疗
- 从业者/治疗师的专业培训
- 从业者/治疗师的多年经验
- 从业者/治疗师与患者之间关系的质量

3、根据研究，进入美国社区心理健康中心的人中有以下百分比对治疗没有反应或在护理期间病情恶化：

- 20-30%
- 30-40%
- 60-70%
- 70-80%

4、促进人们了解精神疾病与身体疾病相似的公共教育计划有助于减少耻辱：

- 真的
- 错误的

5、在西方人群中，心理健康治疗的使用与因心理健康状况导致的残疾福利津贴索赔之间的关系是：

- 更多地使用心理健康治疗与残疾索赔率下降有关
- 更多地使用心理健康治疗与残疾索赔率上升有关
- 两者之间不存在一致的相关性

6、在比较不同疗法有效性的试验中，总体而言，认知行为疗法（最广泛推广和推荐的心理疗法形式）被发现在治疗抑郁症方面优于其他心理疗法：

- 真的
- 错误的

7、精神病学诊断是通过适当的医学科学研究确定的生物学疾病：

- 真的
- 错误的

8、自闭症并不是一种由大脑和神经系统发育异常引起的既定疾病：

- 真的
- 错误的

9、没有可靠的测试可以确定你是否患有注意力缺陷多动障碍 (ADHD)：

- 真的
- 错误的

10、有一种可靠的方法可以区分临床抑郁症和普通悲伤：

- 真的
- 错误的

11、根据 2015 年发表的一项英国国家项目的研究，该项目旨在改善参加社区儿童和青少年心理健康服务的患者的治疗结果，显示治疗“临床改善”的百分比为：

- 16-43%
- 26-53%
- 6-36%
- 36-63%

12、根据 2018 年的一项研究，重新评估了在英国 NHS 国家门诊心理治疗服务中完成治疗的患者，评估为“康复”的百分比为：

- 33%
- 9%
- 6%
- 53%

13、在 2019 年对英国 1000 名年轻人进行的一项调查中，以下百分比的人认为他们当前或以前患有精神障碍：

- 38%
- 68%
- 58%
- 48%

14、根据 2019 年的一篇研究论文，比较了 1960 年 1 月至 2017 年 5 月研究中常见儿童精神疾病的治疗结果，近 60 年的研究结果如下：

- 2017 年之前，20 世纪 60 年代的研究结果在改善率方面是相同的
- 更多患者在后期研究中比早期研究中病情好转
- 在后来的研究中比早期的研究中好转的患者更少
- 随着时间的推移，没有明显的模式

15、根据世界卫生组织国际精神分裂症试点研究，就恢复率和功能水平而言，最佳结果是：

- 美国
- 印度

- 丹麦
- 法国

16、临床抑郁症是由化学物质“血清素”水平低引起的，抗抑郁药可以纠正这种现象：

- 真的
- 错误的

17、作为“抗精神病药”销售的药物与大脑大小之间的关系是：

- 脑组织萎缩与长期服用较高剂量的抗精神病药物有关
- 脑组织的增加与较长时间服用较高剂量的抗精神病药物有关
- 精神病患者脑组织损失的逆转与长期服用较高剂量的抗精神病药物有关
- 脑组织大小与较长时间服用较高剂量的抗精神病药物之间没有关联

18、那些被归类为患有长期严重精神疾病的人平均存活时间：

- 比人口平均水平短 5-10 年
- 比人口平均年龄短 10-15 年
- 比人口平均年龄短 15-25 岁
- 比人口平均水平长 5-10 年
- 与人口平均水平相同

19、精神病学并没有帮助增进我们对精神困扰的科学理解，也未能发现任何基于大脑的异常：

- 真的
- 错误的

20、临床精神病学有助于改善精神困扰治疗的结果：

- 真的
- 错误的

继续阅读以开始寻找上述问题的答案。（答案详见：[第十章：范式转变是不可避免的](#)）

心理健康医学模型已结束

心理健康服务陷入了灾难。问题不在于资金不足或社会中心理健康挑战的规模。问题也不在于社交媒体、社会污名、缺乏教育、培训不足、医生不足或治疗师不足。

在真正改善心理健康服务的任何机会出现之前，必须解决的问题是主流意识形态。心理健康、精神健康、精神疾病和精神障碍等概念充斥着我们的公共辩论。这就是我们谈论和思考心理健康的方式。这是公众日复一日接触到的叙事，它们普及了一种扭曲、科学无知的想法，即我们知道精神障碍是一种怎样的“事物”，它是普遍存在的，需要诊断，以便提供有效的治疗。这是所谓的精神诊断不断扩大和商业化，使它们成为有利可图的品牌，而不是有助于建立知识和改进临床实践的合法类别。它是指导组织心理健康服务和从业者培训的意识形态。

对这些主流意识形态和由它们产生的系统进行调整不会有所帮助。为了清理这一可憎的混乱，我们必须首先在我们的培训、服务和文化中摆脱伪科学，这种伪科学已经导致了可怕的结果，我们的服务更擅长于创造长期病人，让他们慢慢被错误地贴上“药物”标签的神经毒素毒害，而不是减轻可以理解的痛苦。

情况甚至比这更糟。我们的主流意识形态每天都在渗透到我们的意识中，将我们变成潜在的病人，使我们远离普通而可以理解的情感，让我们相信我们需要专家治疗的精神障碍，并让我们害怕我们的经历（或我们所爱的人的经历）是我们破碎、功能失调的心灵中潜藏着深刻问题的标志。

除此之外，你如何解释最近对 1000 名年轻人的一项调查，发现有 68% 的人相信他们曾经或现在患有精神障碍？忘掉广为宣传的虚假的四分之一吧，这正在接近一个点，即只有四分之一的人在年轻时不会经历精神障碍。我们用占星学、观星的心理健康意识形态创造了一大群人，他们认为自己已经崩溃了，他们认为自己的情感强度是危险的，是需要切除的异物，而不是一种需要更普通理解的人类体验。

心理健康服务已经成为一个将伤害、恐惧、悲伤和愤怒脱离情境和个性化的行业的代言人，把这么多的人变成了我们给他们贴上的漫画的化身。心理健康行业制造并固化了它声称要缓解的精神障碍。它病得很厉害。它忽略了人们面对各种逆境时天生的韧性(相信韧性是可以传授的，而不是与生俱来的，等待被发现)，而是在傲慢的家长式作风和同情的基础上，开辟了脆弱的鸿沟。

我们使用的治疗方法(也许除了精神分析和系统理论的某些方面)只是西方“民间心理学”的系统化版本；用一些规则和语言的变体来创造一种聪明、专业和科学的氛围。从挑战你的“功能失调的思维”到面对你的恐惧；从创造一个无条件的积极关注的空间到平静你的情绪(比如通过“正念”)，从关注积极的事情到识别创伤；用更简单的日常术语来说，这些都是我们在日常西方文化中认为的常识。

到目前为止，最糟糕的模型是认为我们的精神障碍根植于我们的基因，并通过我们的生物学对我们大脑的外来接管来表达。这只是我们会因为其他文化的愚蠢迷信而批评的占据状态的粗糙版本；只有在西方开明的版本中，某种无形的东西才会从你的生物体中爆发出来，并接管你的身体和思想。我们的现代主义巫术理论可以说更加险恶，因为至少外部精神接管你的思想和身体的想法为恢复自主的自我创造了潜在的空间。

但这个问题不会持续下去。目前占主导地位的“诊断+针对性治疗模式”已经结束。无论需要 5 年、10 年还是 50 年，这些模型都无法挽救。挑战和替代方案正在从四面八方涌现，尽管诊断“品牌”的商业化仍然可以赚取巨额资金，因此涉及强大的既得利益，但欺骗不可能永远持续下去。

就像新自由主义经济通过其滋生不平等而造成的矛盾来书写它自己的墓志铭一样，精神病学和心理健康产业的丑陋秘密正在被揭示，皇帝的伪科学胡言乱语正在变得明显。没有测试，没有标记，可怕的结果，药物导致早逝，越来越多的人在接受精神健康治疗后变得残疾，文化对精神疾病和精神健康的定义变得混乱。这样的记录无法使其机构永远保持不变。它不会永远。

我们的意识形态基础是建立在“精神病诊断”这样的观念之上的。除了痴呆症（其中也存在一些有问题的问题，但我不会在本书中讨论它们）之外，从技术上讲，不存在精神病诊断之类的东西。它作为一种文化事实存在于我们的日常话语中，塑造了我们如何想象“正常”、“普通”或“可理解的”功能和体验。它的存在方式与断腿或肺炎等自然事实不同。

当你继续阅读时，你就会明白为什么我将其表述为事实，而不是观点。这种可怕的基本错误已经产生了巨大的后果，决定了我们对健康和不健康、正常和异常、预期和无序的二分观念。没有更多的争论或辩论了。无论你使用什么衡量标准，你都可以看到这种意识形态已经失败。不仅是失败，还让事情变得更糟。是时候继续前进并开始想象后医疗/技术模型心理健康范式了。

我们拥有品牌，而不是诊断

精神诊断并非真正的诊断；它们是品牌。它们作为品牌的作用就像任何其他商品在以利润为驱动的消费剥削市场中的产品。它们吸引顾客，承诺如果你购买（字面和比喻意义上），并与这个或那个品牌产生共鸣，你的生活困扰将在某种程度上变得合理，并有所改善。

与大多数市场消费品一样，它们是幻想和欲望的对象；必不可少，但寿命有限。为了保持市场增长，你必须说服你的顾客他们需要你的商品，并继续需要它们，希望进行定期升级，以保持幸福感。市场然后围绕精神品牌发展；有些品牌从制药产品到“专家”服务，再到特定疗法，研究机构，课程，培训，书籍，其他自助材料等，发展成了价值数十亿的庞大市场。如果让你的品牌涵盖一个公众普遍关心的领域，那么金钱和客户就会源源不断地流动。

在这种麦当劳化的文化中，有一些即时的满足，但大多数人正确地怀疑，使用这些产品来满足是长期问题。

一些精神品牌更加特定和难以推广（比如人格障碍和精神分裂症），但在市场能够以足够数量达到专业阶层，以允许品牌扎根的情况下，它们可以在某种程度上影响公众话语。然而，以成年人情绪、压力和对自我的不安全感为目标的品牌具有巨大的潜力。同样，以儿童行为和发展为目标的品牌也具有巨大的潜力（除非它们与照顾者的责备有关）。

因此，像躁郁症（又名双相情感障碍）、抑郁症、注意力缺陷多动障碍和自闭症这样的强大品牌通过没有任何科学上可感知的发现的情况下迅速扩张，展示了它们的受欢迎程度。

正是社会和文化上的意义空白，对人类奋斗的普遍性的否认，好莱坞“你可以拥有梦寐以求的一切”的幻想，在以绩效为驱动的经济、因此也是价值体系中，为这些本来失败的心理健意识形态注入了生命力和活力。它们利用我们对痛苦和苦难的普遍人类体验，从平凡到灾难性，用我们同样人类的对愉悦和无痛苦的渴望进行超级充电。

是的，你永远不需要受苦。我们的情感、意图、思想和信仰的世界只是可以改变的神经递质，可以调节的失调情绪，可以矫正的功能失调思维。行为是这些内部过程的表现，因此可以受到专业操作。心理痛苦和行为“异常”可以被治愈和消除。可以将更强烈和令人困扰的人类经历附着的多重含义简化为简单的类别，为其发现通过应用正确治疗进行特异性矫正的个别异常提供合理的基础。

尽管我在简化现代心理健康话语和实践的过程中对其进行了夸张描绘，但这实际上是它在过去一个世纪里试图转变的东西；一种基于原因（即诊断）的技术、科学的分类系统，它为个体的心理痛苦或异常行为提供了解释，因此有了通过应用正确治疗为诊断发现的特定异常矫正的合理基础。

毫无疑问，多年来在服务中工作并为发展产生的概念、研究和实践做出贡献的许多人，都有真挚深切的愿望，要改善人们的生活。但正如著名的说法所说：“通往地狱的道路是由善意铺成的。”

那些一生努力试图实现这一目标的“关键意见领袖”无法面对他们帮助创造的怪物的现实。他们拼凑在一起的弗兰肯斯坦，诞生于希望帮助的愿望，但现在在世界各地肆虐，无论走到哪里都播下破坏（而且是“他”），难以直面。所以我们没有。避免看到这种破坏造成的混乱不再是可以原谅的，但继续捍卫这样一种破坏性的力量，并辩称应该进一步扩大它，更糟。当我们设想美好生活的样子时，我们只有意识形态。虽然意识形态可能解放我们，但它们也可以奴役我们。在这本书中，我将阐明我们当前主导的心理健康意识形态如何在我们工作的系统中奴役了我们，从向服务提供者交付服务的专业人士到接收端的患者。这不是因为与患者一起工作的人有或曾经有恶意或希望做任何其他事情，而是因为组织我们对人们困境、挣扎和困惑的响应的思想假设，远非允许人类多样性的繁荣，而是让个体陷入怀疑、不信任和疏离的棱镜中。

忽视证据

有两个主要标题可以说明我的论点：我们当前的系统已经失败，而且失败得非常严重。首先是科学/知识缺乏进展，第二是临床实践结果缺乏进展。在本书中，我利用经验证据来展示我们在科学和临床实践中如何以及为何未能证明当前的系统具有良好的科学基础或有效的临床实用性。

我将通过与其他医学领域的对比来展示，诊断系统（其定义是基于对患者表现的解释）在精神病学中是如何失败的。尽管在所有医学领域仍然存在深刻而重要的争议，这些争议与我们对技术的颂扬和跨学科医疗化的推动有关，但精神病学和心理健康有一个独特的案例需要回答。

医学的其他分支在理解导致患者症状的生理机制方面已经取得并将继续取得进展，因此可以进行一系列医学测试和程序来深入了解这些生理过程的潜在影响体现在任何特定的身体中。这些是经验性工具，可以对生物事件提供某种测量或洞察，而与医生的主观意见无关。

当然，此类调查需要解释，并且需要医生发挥主观推理的作用，但测试本身提供了对客观世界的事实发现。各个医学分支的医生可以安排 X 光检查、不同类型的扫描、进行血液检查以寻找各种标记物、检查活组织检查、培养痰液、测试尿液中的各种物质等等。

这并不意味着医学的其他部分本身就不存在深刻的问题。日常医疗实践中使用的许多诊断并没有经验证据的支持；慢性病的管理存在许多问题，对某些人群的过度治疗和对其他人群的治疗不足的问题，边界的困惑，利益冲突导致了许多可疑的干预措施，而长期结果和整体安全性的证据不足，以及对医生如何停药或合理用药的培训很少。

尽管如此，至少在其他医学中存在诊断基础，使得了解近因、研究疾病和评估特定治疗的特异性成为可能。

精神病学希望并花费了大部分研究资金来证明我们所归类的精神病诊断是大脑功能异常的产物。这主要依赖于两种类型的研究，试图通过指向身体过程来建立与其他医学类似的因果框架。第一类研究是遗传学，第二类是各种类型的脑成像研究。

这些努力塑造了科学的形象，并有助于普及这样的信念：我们在精神病学诊断实践中所做的工作有坚实的科学基础。但是这些研究路线完全失败，无法产生任何对精神病学有用的东西，本书将通过例子进一步讨论。

这种失败的明显迹象是缺乏具体的分子遗传学发现来解释任何精神疾病的遗传因素（尽管有数万名患者的样本），而且我们没有识别特定大脑异常或差异的脑部扫描技术与任何特定的精神疾病相关（除了痴呆症，可以通过某些类型的脑成像技术看到证据）。

事实上，这是医疗实践的一个领域，无论医生的意见如何，我们都无法进行生理学或其他测试。因此，精神病学和心理健康的实践完全是主观的。它依赖于临床判断，而不是其他任何东西。这意味着，与其他医学不同，不仅存在关于病症边界的争论，而且在精神病学中，定义病症的参数也需要主观解释。

精神病学现象不能通过利用独立于从业者解释的可验证证据来测量。肾脏对于痛苦的本质没有野心、梦想、怀疑和信念。但在试图界定是否存在精神疾病时，你无法逃避这些主观现实。精神病学实践中没有任何部分使用测试来提供独立于从业者意见的数量的经验证据。

我们用来对精神病学症状进行分类的现象与我们为它们设定的界限一样主观。情绪、冲动行为、害羞、强迫行为；这些可能是“医学”症状吗？持续的低落情绪可以成为人类经历的正常组成部分吗？事实上，对于许多文化来说，个人的成长和洞察力不可能在没有痛苦的情况下发生。因此，在某些情况下，情绪低落是否可以被视为是可取的，而不是任何严重程度的病态？

心理健康实践只能是社会构建的。假设从业者遇到的现象是由大脑功能障碍引起的，就像希腊医生假设他们面对的现象是由四种体液——血、黄胆汁、黑胆汁和痰——的不平衡引起的一样科学。

还有一个更深层次的问题

在西方社会，心理健康服务的治疗结果在整体水平上令人不安。无论我们看哪里，都可以看到一个令人痛心的景象，即更发达的心理健康服务和/或更发达的市场经济系统似乎与更糟糕的结果有关。

我将从多个来源概述，被认为由于心理健康状况而被视为残疾的人数已经上升。我还将查看有关实际心理健康服务结果以及我们对所使用药物类别的一些证据的数据。与其他医学领域不同，那里的研究和知识的不断增长通常会导致患者结果的改善，在心理健康领域的结果研究并没有显示出这样的改善。事实上，一些研究表明，在过去接受治疗后，结果实际上比今天更好。就像任何科学突破都失败一样，依赖医学/技术范式来塑造心理健康服务也是一次深刻的失败。

我对科学和临床结果文献的认识，加上我多年来作为儿童和青少年精神病学家顾问的经验，唤醒了我对更深层次问题的认识。我们的语言一直在陷阱我们，使我们对自己的情感生活的丰富和强烈感到害怕和疏远。我们谈论精神健康的方式，好像这是一种我们知道的“东西”，或者至少是医生知道的，鼓励人们相信我们的情感经历（特别是当它们变得强烈时）是异常的迹象，是某种不正常的东西，是症状，是衰弱的表现，是某种失调、功能障碍和紊乱的体现。

我们已经相信这样的经历是危险的，没有意义的，应该消除、抹去、忽略、分散注意力，甚至面对，但特别是它们是需要“治疗”的东西；它们超出了寻常。我们已经远离了痛苦、不快乐和奋斗的普通性，我们创造了一个以乐趣道德为特色的文化，在这个文化中，如果你不快乐，如果你没有以一种肤浅的好莱坞式幸福为特点，那就是有问题的。

而且我们认为除了我们以外，其他人都是。我们独自一人在这种不敢承认的可怕方式中受苦。即使文化上的指示要谈论自己的感受，也带有一种机械的肤浅感——谈论它们，但不要表现出来。

用伪诊断标签给我们的经历贴上标签，加深了我们对情感经历的恐惧和疏远。它提取了意义的可能性，并与自我的各个方面建立了对立关系。我们的心理健康教育活动使情况变得更糟。

我们非但没有使我们情感体验的多样性正常化，也没有帮助我们认识到对生活中发生的所有事情的各种反应是普通的和/或可以理解的，即使在那些更极端的状态下，我们反而让更多的人怀疑他们的经历表明他们存在严重问题。他们需要医疗保健专业人员了解问题所在并提供正确的干预措施。现代医生比牧师更擅长治疗吗？

我们使用的概念已经削弱了我们的自然弹性，使我们对自己的脆弱性产生敏感，并鼓励我们将我们的行为权利转移到使用系统的从业者身上，好像这个系统具有科学的有效性并且在临床上是有用的。在我看来，毫无疑问，我们已经创造了一个整个系统和语言，善于制造更多的长期患者，而不是帮助人们对困扰进行创造性的理解。这是一个必须被对抗和扭转的灾难。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668823128>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

【注：科学主义，是指一种将科学的观点和方法论扩展到除科学领域之外的其他领域，并认为科学是解决所有问题和获取所有知识的唯一可靠途径的观点。这种观点通常表现为对科学方法的过分推崇，将科学的证据和理论看作是唯一有效的知识形式，而对其他形式的知识或解释持怀疑或拒绝态度。

科学主义可能表现为对非科学领域观点的轻蔑，以及对科学方法的过分信赖。有时，这种立场可能导致对哲学、艺术、宗教等领域的忽视或贬低。

值得注意的是，科学主义不同于科学本身。科学是一种强大的知识获取和问题解决方法，但科学主义是一种过分推崇科学并将其应用于所有领域的哲学观点。在许多情况下，科学主义的态度可能引发对其他形式知识的排斥，而不是促进对多元化知识来源的尊重。】

每周都有关于心理健康的新闻标题，关于社会上心理健康问题的流行，尤其是年轻人，谈论心理健康的重要性，以及我们的服务如何因缺乏资源而捉襟见肘并处于崩溃边缘。

任何听到这些的人都会原谅他们认为心理健康问题正在深深地埋葬我们的人口，因为我们在压力、焦虑、抑郁、自残等问题下瘫倒。在每个教室里和每个角落里都能找到心理疾病。你可能还会原谅自己认为对于这些真实的医学状况有真实的治疗方法，而通过专业人员提供的治疗，人们会好转。

你可能会认为我们在心理健康方面的问题在于我们没有足够的服务，问题在于可怜的资金投入和长时间的等待名单，丑闻是对于那些被精神障碍击倒的人而言，迅速获得足够的治疗和支持的快速通道的缺失。

但这里是一个令人不安的困境。在任何地方，只要发现心理健康服务扩展，有更多的人接受被认为是心理健康治疗（无论是心理还是药物），你会发现被视为因心理健康障碍而残疾的人数也在相应增加。

当然，很多人受益。有很多一位开明的心理健康服务可以提供并应该提供的东西，对比今天可以帮助更多人。然而，事实是，我们目前拥有的有关实际心理健康服务结果的数据表明，目前情况并非如此。我们面临的第一个问题是，当人们（媒体、专业人员和公众）谈论心理健康时，他们实际上并不知道他们在说什么——字面上意思。

什么是精神障碍？

当人们谈论精神障碍、精神健康或精神疾病时，他们指的是什么？什么样的“东西”是精神障碍？它的边界在哪里？行为何时变得异常、无序或病态？谁根据什么做出决定？

大多数医学界都在努力解决普通与非普通之间界限的问题。当谈到精神障碍时，我们需要先弄清楚潜在的困惑、不确定性和意义，然后才能断言某些东西是不寻常的、异常的或无序的。在精神病学中，整个现象都需要解释，而不仅仅是边界。

举例来说，在相当简单的情况下，我们对正在处理的“事物”类型的困惑很少。有人遭遇事故，腿部极度疼痛和肿胀，无法行走。在医院，X光检查显示胫骨（胫骨）骨折。在这种情况下，医疗模式发挥了最佳作用。

胫骨骨折是所谓的“自然骨折”，因此就分类而言，诊断解释了人的身体异常，可以通过经验验证和测量。作为一种可见的自然种类，它存在于我们主观假设之外的世界中。这是一个可验证的自然事实，我们可以开发与这种可验证的自然现象现实相关的知识库。

正如我所坐的椅子可以通过各种经验方式进行称重、测量和分析，因为它存在于外部现实中，所以我们可以比较许多患有胫骨骨折的人来建立有关胫骨骨折的技术知识。相同的情况，尝试不同的治疗方法和组合，对不同类型的严重程度进行分级，研究可能影响对不同治疗反应的各种因素（骨折、人的身体、事故类型等）。

医学尤其擅长处理这些已发现异常且治疗时间相对较短的紧急情况。在这里，我们可以使用可验证的经验证据收集有关疾病、治疗、恢复、并发症等的的数据。我们知道胫骨骨折是一种什么样的“东西”。一旦在X光片上看到，我们就能解释（诊断）导致患者疼痛、肿胀和无法行走的原因。

并非所有向医生进行的演示都遵循这种易于理解的想法，即我们正在处理什么样的事情。我们以糖尿病为例。症状和根本原因之间的联系可能不会那么明显。在糖尿病中，诊断是指糖代谢异常，这主要可以通过血液检查来测量，但也可以通过其他方式来测量，例如通过测试尿液中的“酮”物质来测量。

某些血糖代谢异常可能会存在一段时间，但患者没有出现任何明显症状。他们可能只是出现一些非特异性症状，例如全身疲倦或注意力不集中，尤其是二型糖尿病，当身体对胰岛素产生抵抗或胰腺无法产生足够的胰岛素时，这种疾病会在晚年发病。

II型糖尿病可能表现为对感染的易感性，因此对某些人来说可能数月甚至数年都未被注意到。尽管如此，还是有一个可以测量的物理参数，并且存在于身体中的生理过程，并且存在于诊断者的外部世界中，并且可以用独立数据来验证。

因此，在这个例子中，虽然症状和疾病之间的联系并不那么清楚，而且实际上可能涉及糖代谢以外的其他因素，并且可能会在早期阶段被忽视，或者被训练有素的医生遗漏，但诊断仍然是有解释性的。它指出一种可能导致患者出现症状的异常情况，如果不及时治疗，可能会导致更多症状。

但对于糖尿病的诊断和治疗存在很多分歧；例如，何时考虑血糖已超过诊断合理的阈值、是否仅使用饮食方法以及持续多长时间、何时使用药物、如何处理并发症、患有慢性疾病的心理影响、社会影响长期护理的维度等等。但我们仍然知道糖尿病是一种什么样的“东西”。

到目前为止，一切都很好。现在我们开始讨论一些医疗状况，这些状况可能有可识别的症状，有时还有身体体征和一些客观的测试，但其最初的原因或解释却存在谜团。许多类型的头痛，例如偏头痛，都是此类头痛的好例子。偏头痛等诊断主要基于症状描述。我们现在正在走向

描述性而非解释性的系统。然而，考虑到有特征性的身体症状（在偏头痛中，你可能会出现视力模糊、脸部一侧眼睛后面疼痛），很可能存在身体病理。

该表现往往具有特征性，具有身体症状，因此可以合理地假设它涉及生理过程。因此，我们多少知道偏头痛是一种什么样的“东西”，尽管我们现在正进入一些更加模糊的领域。随着疼痛和神经系统的参与，心理方面变得更加突出。但诊断的想法仍然存在，即使它的结论是，虽然偏头痛是一种诊断（因为它解释了身体症状），但它可能是由心理因素引起的，有时甚至是由心理因素模仿的。

一旦我们开始谈论精神障碍，我们就会开始陷入一系列问题，以支持我们有一个可以被视为诊断的“东西”的想法。我们所说的精神障碍“症状”现在是指具有意义的经历和行为，不同的文化、不同的时代和不同的环境可能对它们有不同的解释。

这意味着我们正在转向一个实践领域，其中不仅存在关于边界在哪里的分歧和争论，而且我们还必须考虑到这些症状可能附加的不同含义的重要性和相关性，这样它们在一种情况下被解释为症状，但在其他情况下则不然。我们没有任何迹象，没有测试，没有物理关联，因此完全依赖于该人和/或其重要他人的观察和报告。

争议不再仅限于边界，还涉及到参数；实际上，还涉及到它们是否可以被视为问题，如果是的话，是否可以被认为是医学性质的问题。我们现在已经误入了一个不同的概念领域。

在我面前的这位病人，她报告说她感到极度的悲伤，难以入睡，每晚在凌晨5点之前醒来，无法重新入睡，食欲不佳，并在几个月前结束了一段长期关系后经历了可理解的心碎和悲伤。这是因为“抑郁症”还是因为在几个月前结束了一段长期关系后经历了可理解的心碎和悲伤呢？如果你认为两者都可能是真的，那么从技术上讲，可以对患者说他们同时患有抑郁症和悲伤。

然而，其中一个不能算是诊断（抑郁症），因为它并没有解释任何事情，只是描述了患者经历的一些方面；另一个（悲伤）可能是一种诊断，因为它具有解释的倾向。在这种情况下，悲伤（与抑郁症不同）被用作解释。但我无法进入患者内在的心理活动；我们都不能。

无论是悲伤、抑郁还是两者兼有，我仍然不知道我正在处理的是什么样的“事物”。这是她大脑中的一种医学疾病吗？是悲伤的心理过程吗？是她与那个伴侣的社交网络的丧失吗？是她担心这会如何影响她的儿子吗？是在长时间离开后害怕返回工作吗？是所有这些事情吗？

事实上，我对导致她出现这种情况的原因一无所知。我无法摆脱主观性，或者说患者也是如此。我只能猜测“诊断”（最接近的解释），附上“重度抑郁症”（MDD）这个词是无法提供的。

当涉及到我们的情感体验时，我们只有具体的体验。然后，我们使用与文化意义制定系统相关的词汇来附加到这种体验上。我们随后使用的含义脚手架本身可以改变我们对经验的体验。“你心碎了”与“你抑郁了”创造了不同的脚手架，这本身就与“你正在从痛苦的经历中存活和康复”有所不同。

心理健康、疾病和障碍不能被看作是存在于自然界中的某种东西，不是存在于个体的身体中，以一种可以确定为具体“事物”的方式。它不像断腿、糖尿病甚至偏头痛那样可以以因果方式定义。

然而，这却是我们谈论心理健康和疾病的方式，似乎我们知道这是什么“事物”，并且假设它存在于一个人的身体内，而不考虑他们的背景；它作为客观现实中已知的“事物”存在，超越了个体或从业者的主观性。

如果你听说四分之一的人口中有一个人患有或将患有心理障碍，请谨慎。这是一个令人震惊的错误，对于患者和专业人员都有可怕的后果。四分之一的人口中有一个人患有有什么样的“事物”？这个“事物”在哪里，我该如何找到它？如果我无法将其定位为可以经验知晓的“事物”，我怎么能真正发展出一种准确的“测量”方式呢？

不存在精神病诊断这样的事情

在医学中，诊断是确定哪种疾病或病症可以解释一个人的症状和体征的过程。因此，诊断指向因果过程。进行准确的诊断是一种技术技能，能够有效地将治疗与特定的病理过程相匹配。

伪诊断，例如“双相情感障碍”，不能解释行为，因为只有症状是行为或经历的描述（而不是解释）。甚至使用“症状”这个词也是有问题的，因为在医学中，“症状”通常指的是由于潜在疾病过程而导致的患者的痛苦/经历，并因此与在我们的思想中与症状的解释相关的医学程序。

我们是寻找意义的生物，因此已广泛使用分类系统来对各种事物进行分类。语言本身就是一个具有符号化各种现象的分类系统。但不同的分类具有不同的功能。诊断分类是一种解释性的分类——换句话说，是通过原因来分类。这就是为什么我们会说“我的医生说，我的胸痛是胃酸逆流引起的，而不是心脏病发作。”我们通常去看医生是为了回答“为什么”的问题，希望这将引导我们走向正确的治疗。

但是精神病学的诊断不能解释症状。考虑以下例子：如果我问“什么是抑郁症？”我无法通过参考特定的已知病理异常来回答这个问题。我不能说抑郁症是由于大脑中的血清素水平异常低而导致的疾病。我不能这么说，因为没有人发现这一点（尽管进行了大量研究），因此没有测试可以用来证实或反驳这一点。

相反，为了回答这个问题，我必须提供一个描述，比如“抑郁症是低落情绪和负面思维的存在”等等。将此与询问“糖尿病是什么？”的问题进行对比。如果我以同样的方式回答这个问题，只是描述症状，比如需要过度排尿、口渴和疲劳，我可能会成为一名医生，因为还有很多其他可能最初表现为这些症状的情况，而糖尿病本身可能不会以可识别的方式表现出这些症状。

为了回答“糖尿病是什么？”的问题，我必须提到涉及糖代谢异常的病理，如“糖尿病是一种血糖（也称为血糖）过高的疾病。”为了从一个假设的诊断转变为一个确认的诊断，我将获得独立于我的主观意见的实证数据，以支持我关于可能导致患者所描述经历的原因的假设（比如检查尿液以检测酮体和/或检测血液中的空腹血糖水平）。

因此，在大多数其他医学领域，我的诊断解释并与患者的经验/症状有某种因果关系。因此，诊断处于一个“技术”解释性分类框架中。

使用像“抑郁症”这样的分类来解释一种经历（即作为诊断），可以通过提出另一组问题来说明问题。如果我被问及为什么有人感到低落，我回答说这是因为他们有抑郁症，那么一个合理的问题是“你怎么知道这种低落是由抑郁症引起的呢？”

我能给出的唯一答案是，我知道这是抑郁症，因为他们感到低落。换句话说，如果我们试图使用只能进行描述的分类来进行解释，我们最终将陷入哲学上所称的“循环论证”的陷阱。循环论证是一种循环思维的陷阱。一个描述无法解释它自己。低落情绪和抑郁是同义词；你不能用一个来解释另一个。

当医生使用描述性的类别如抑郁症来进行解释，并且看不到这种循环论证问题时，这是令人不安的。使用抑郁症来解释低落情绪就像说我的头痛是由头痛引起的或者我的咳嗽是由咳嗽疾病引起的一样。因此，在精神病学中，我们所谓的诊断只能描述，但不能解释。

如果其他医学领域像精神病学一样实践，那么当你去看家庭医生（GP；这是英国初级医生的称号）因为你有反复咳嗽时，GP 将不会检查你；他们只会询问你有关咳嗽的问题，然后询问一些与你的相关历史相关的问题。然后，他们会宣布你患有“反复咳嗽障碍（RCD）”，并给你一支每天吸入一次的类固醇吸入器。

吸入器具有非特异性效应，将打开气道，因此对于许多人来说，短期内症状会有所改善。然而，如果你患有胸部感染，它最终可能会恶化，即使最初你可能感觉更好。此外，如果足够量的长期使用类固醇可能会产生各种令人不愉快和危险的副作用。

如果“反复咳嗽障碍（RCD）”是家庭医生“诊断”的一部分，那么总会有一些患者对此深信不疑（因为他们的咳嗽确实有所改善，因此他们希望继续长期服用类固醇），而对其他患者来说后果可能是可怕的，甚至可能是致命的。

但你不会指望你的医生会这样做。至少你会希望他们能用听诊器听听你的胸部，寻找体征，并且如果他们对咳嗽的原因仍然不确定，可能会安排进一步的测试（如胸部 X 光片）。在其他医学领域，诊断真的很重要。它将引导医生朝着治疗初发原因的方向发展。

关于数十年来的基础科学研究未能揭示任何特定的生物或心理标记来识别精神病学诊断的失败是公认的事实。与其他医学不同，其他医学领域已经制定了建立在因果和生理框架上的诊断系统，而《精神病学诊断手册》未能将诊断类别与任何原因或生理标记相连接。因此，在任何精神健康诊断手册中都没有提到可以用于帮助建立真实诊断的任何物理测试。

尽管有信仰认为精神疾病具有显著的遗传负担，但分子遗传学研究未能发现任何精神障碍的具体遗传特征。可能的遗传异常似乎仅占可能相关因素的微不足道的百分比，并且已经找到的任何遗传贡献都横跨了诊断类别，而不是每个诊断类别都有一个独特的轮廓。

同样，脑成像研究也一无所获，特别是在可能存在学习困难的情况下。我将在后面从我的儿童精神病学领域的一些例子中看到，媒体所吹嘘的“科学突破”的修辞与研究实际发现的情况是矛盾的。

在精神病学中没有遗传筛查、脑扫描或其他任何物理测试的原因是没有人能找到可以充当物理标记的东西。尽管在生物学研究中拨款了数十亿美元，但证据库是空的。找不到任何证据的最有可能的原因是没有导致我们所谓的精神诊断的任何遗传或其他脑部异常。

《精神病学诊断手册》的制定没有遵循被公认的科学协议，相反，出现在其中的诊断是由一些有影响权力的（主要是白人男性）个体的幻想制定出来的。

精神病学诊断的概念不仅缺乏有效性，而且也不可靠。可靠性是指如果你去找不同的精神科医生并就你遇到的问题给出完全相同的说法，他们会同意你的“诊断”是什么的可能性有多大。

对这些可靠性研究的分析发现，没有任何一种精神病诊断类别的可靠性是一致高的。发现可靠性范围很广，有些情况下可靠性范围从偶然一致到完全一致，而在案例总结研究中（在这些研究中，临床医生被提供详细的书面病例历史，并被要求做出诊断，这种方法最接近临床实践中的情况），可靠性水平最低。

2013 年，美国精神病学协会出版了《精神疾病诊断与统计手册第五版》（DSM-5）。这对他们来说是一个巨大的赚钱机器。在《精神疾病诊断与统计手册第五版》（DSM-5）的领域

试验中，可靠性的测量普遍较差，一些常见的诊断，如重性抑郁症和广泛性焦虑症，存在着相当差劲的评定者间一致性水平，以至于诊断更多地取决于是谁在进行诊断，而不是问题的本质是什么。

总之，精神病诊断无效（无法解释），可靠性水平低，甚至不是真正的“诊断”。

我们将自己的行为和经验与什么“正常”进行比较？

我们如何理解“正常”？这是一个至关重要的问题。我们对无序行为和经验的分类取决于一个人的表现超出想象的正常范围的想法。这是如何定义的、由谁定义、在什么背景下定义？

我们在这里谈论的不是可以用与肾脏功能相同的方式来测量的状况。肾脏没有梦想、野心、恐惧和生存困境。心理健康涉及所有这些主观性，这些主观性与我们对人类意义的理解有关。

让我们以“自我”这个概念为例。它驻留在哪里？到底有没有“真实的自己”？如果是这样，我们如何找到它？这对于那些我们不认为是真实自我一部分的经历和行为意味着什么？那么它们是否不属于我们，无法为我们提供任何东西，并且应该成为我们试图摆脱的东西？

几千年来，哲学家、神学家、社会学家、人类学家和许多其他人一直在努力解决这些问题。这些“自我技术”强调了各种被认为影响我们如何体验和理解我们在世界上存在的现象。从祖先和神的超自然力量的无形之手，到告诉公众正常/常识应该是什么的社会权力结构，到个人对主导信仰的代理和抵抗的潜力。我们在尝试理解主观性时无法逃避主观性。

正因为如此，我们思考自我本质的方式并不是固定的，而是流动的、多变的，不同的文化和不同的时代有不同的理想来解释和理解我们的自我体验。例如，可以对比塑造西方与东方人关于自我的观念的一般倾向（表 1）：

表 1：自我技术的对比趋势

这些并不是绝对的立场（因为当我们将这些转变为总体现实时，我们面临着刻板印象的风险），只是更普遍的趋势，因此可能会影响不同人群成长过程中的观念。

我们还可以通过观察不同文化用来描述现象的词语来了解它们如何处理自我和个人问题。我有一半伊拉克血统（我的父亲来自伊拉克），并在那里长大直到我 14 岁，所以对阿拉伯语（主要语言）有一定的了解。

阿拉伯语中没有直接表示“心理”的单词，更不用说心理健康的概念了。有几个词可以用来描述心理的概念：也许最接近的是“nefseeyah”这个词，它大约意味着灵魂自我（从阿拉伯语翻译回英语，找到一个确切的词也不容易）。这个词的根源是“tenafos”，意思是“呼吸”。

你是否已经看出自我和心智化的概念有着不同的根源？阿拉伯语中表示“疯狂”的常用词是“majnoon”，其根源在于“jinn”一词，指的是超自然的灵魂，暗示着一种附体状态；而英语的“madness”源自“mad”，也有愤怒的意思。

在西方，我们倾向于以更逻辑、理性的方式思考自我，通常使用科学的语言，我们认为心理学是科学的一个分支（因为它使用研究和数字的语言），帮助我们理解人类状况。自我的问

题（在西方被称为“心理健康”）然后由专家处理，他们使用这种科学和逻辑的语言。在西方媒体中，寻求牧师或伊玛目以宗教/精神术语解释患者的痛苦会显得很奇怪。

西方科学信仰塑造了我们对自我的理解，精神病学和心理学据此创造了异常的定义。我们看到的结果是对个体作为一个独立于其背景的实体的关注，并认为出了问题的地方可以被定位为属于该个体（无论是心理上还是生物上）。

这种错误是用物质科学术语来看待的——换句话说，可以通过应用我们在自然科学中使用的相同原理来理解这种错误。这种思维方式假设我们可以通过测量和实验来阐明被认为“异常”的经历/行为，以理解支配我们个人主义生物学和心理学的规则。因此，我们使用“精神病理学”、“功能失调”、“失调”、“紊乱”等词语来描述和分类被认为有问题的心理现象。

许多后果都源于这种试图理解“正常”和“异常”的方式。例如，它导致人们痴迷于将分类作为有意义的起点。我们使用的过程首先分析个体是否有“精神病理学”、“失调”等迹象，然后利用这些迹象将其归入“类型学”（正如我所讨论的，我们错误地将其称为诊断）。

我们使用的方法也重视逻辑和思维，并将情感视为理性生活方式的障碍。因此，许多精神病学和心理学技术都对情绪对我们的影响持怀疑态度，并使用干预措施，其存在的理由最终是控制情绪。

这种构建“人类意义”的方式的另一个后果是，我们概述、分类和宣传了人类可能在精神上出错的各种方式。在我们的精神科诊断手册中，我们可以给出的诊断数量随着每个新版本的增加而增加，诊断这些疾病的界限也随之增加。这给我们所有人带来了一种脆弱感，因为混乱潜伏在每个角落。

对提出的心理健康流行病的广泛媒体报道，引用“四分之一”等抽象数字，反歧视运动以及像我的学院（精神病医学皇家学院）这样的特殊申辩，都旨在与身体健康平起平坐，获得更多的资金，并没有指出我所强调的定义和结果问题，这都加剧了对惊慌和对我们个体心理脆弱性和脆弱性的信仰的火上浇油。

我们如何概念化人类状况及其问题，离不开塑造我们主观性的强大力量。哲学家和社会学家将此称为“社会建构”。我们对世界如何运作以及我们如何在其中工作的理解是通过我们接触的故事以及它们如何与我们的现实生活经历互动而建立的。

按照这种理解方式，我们的心理学是我们的具体体验（我们毕竟也是具有荷尔蒙和本能的生物体）与我们从社会世界接收到的体验和atory之间的交汇点。我们无法以无限的方式来理解这种经历，但不可避免地会利用与我们一起成长的人的理解努力以及我们所受到的其他影响（例如媒体）。

在任何社会、任何时候，都会有多种方法来解决任何困境，但有些方法会比其他方法更占主导地位。那些更有权力推销自己的现实版本的人将对主导故事的内容产生更大的影响。

正如我们在社会上构建我们所认为的正常、健康的个体，以及隐含的，一个紊乱的个体是一什么样子一样，我们也在社会上构建我们认为的童年、成长以及我们认为良好的养育方式。与我们如何构建自我一样，我们使用的构建的选择也会影响我们注意到什么、如何注意到以及我们随后做什么。在表 2 中，你可以看到西方和一些东方哲学在育儿方法上的一些不同倾向。

表 2：育儿理念的对比倾向

总体而言，东西方对待儿童的方式存在差异。在许多东方文化中，婴儿期往往更为延长，人们并不期望婴儿表现出独立性和做出选择，但却早早地承担起类似成年人的责任（例如照顾年幼的兄弟姐妹和为家庭办事）。

因此，在西方文化中，对独立性、自力更生和自我控制的追求几乎从出生时开始。在东方文化中，你更有可能遇到对被感知需要的即时满足，以及对儿童情感依赖的鼓励。随着孩子在西方文化中的成长，鼓励独立思考、口头交流和公开表达情感。

与许多非西方文化相比，在西方文化中，体力劳动和接受职责和责任要到较晚的时候，以至于儿童发展出了一个新阶段，即我们称之为青春期的阶段，介于童年和成年之间。在许多东方文化中，青春期作为一个明确的生命阶段，拥有自己的文化，不如在西方那样明显，责任和以及对灵性生活的早期介入在青春期开始之前就已经显现出来。

西方文化更注重行为控制和早期展示理性决策的期望，远早于大多数非西方文化。这只是你可能会遇到的一些差异，它们在我们理解和应对儿童行为方面都产生了影响。

精神病学、社会和国家

精神病学的逻辑经常反映了它所起源的社会的社会动态。在殖民主义和奴隶制的时代，精神病学领域的发展中渗透了种族主义的信仰和实践，这并不令人意外。

到 19 世纪末，人们普遍认为“非洲”种族的成员大脑较小，体力劳动的本能更自然，而且与“欧洲”种族的成员相比，心理上更为原始。“Drapetomania”（逃奴症）是对导致非洲人逃离奴隶囚禁的所谓精神障碍的诊断。20 世纪 50 年代和 1960 年代的民权运动领袖和抗议者经常被贴上精神障碍的标签，因为他们的情绪不和谐、敌意和攻击性的所谓“病态”反应。

【注：Drapetomania（逃奴症），是一个历史上被用来描述一种被认为影响奴隶的精神障碍的词汇。在 19 世纪，美国南方的一些医生声称，Drapetomania 是一种使奴隶渴望逃脱奴役的疾病。这一概念反映了当时的种族主义观点，认为奴隶试图逃脱是一种不正常的行为，需要通过医学方式治疗。

具体而言，这一诊断的概念认为，奴隶试图逃脱是一种病理反应，而非理性的反抗或寻求自由。这种观点反映了当时美国南方社会中对奴隶制度的合理化，同时也揭示了社会和医学观念如何被用来支持和维持种族歧视和奴隶制度。

今天，Drapetomania 被视为历史上的一种伪科学和不当的医学理论，反映了当时社会中的种族偏见和不公正。】

精神病学的历史揭示了它在勾结和推广盛行的优生学、种族主义和其他社会趋势方面所扮演的令人震惊的角色。德国精神科医生埃米尔·克雷佩林（Emil Kraepelin, 1858-1926）被认为

是生物精神病学之父，他的精神病学表现分类系统仍然是当今使用的诊断系统的基础，他是一位热心的优生学家和种族主义者。克雷佩林抱怨文明人的精神疾病不断增加，同时认为精神疾病在“原始”种族中仍然相对罕见。

他认为，“白痴、癫痫患者、精神病患者、罪犯、妓女和流浪汉”等大量来源于酗酒和梅毒父母的人，他们将他们的劣势传递给他们的后代，其影响是无法估量的。克雷班林的学生和继任者恩斯特·鲁丁（Ernst Rüdin）（1874-1952），他的影响力也持续到战后时期，同样提倡了退化的优生学理论，声称进入基因池的坏基因是所谓的精神障碍日益普遍的主要因素。克雷班林和鲁丁都是“种族卫生”的倡导者，开始将患有精神疾病的人看作是社会的负担。

鲁丁参与了 1933 年纳粹“预防后代遗传性疾病法”的制定，该法允许对一系列人进行强制绝育，其中包括那些被诊断患有精神分裂症或躁狂抑郁症的人。这项法律为精神科医生最终卷入其历史上最可耻的事件——系统性地消灭他们的患者铺平了道路。

纳粹时代的精神科医生是推动并经常热情支持确定、通报、运输和杀害成千上万，甚至可能是数十万患有精神疾病和“种族”或“认知”受损个体的系统的关键人物。他们的角色对纳粹政策、计划和原则的成功至关重要。

许多参与其中的人是学术界的高级教授，他们在制定安乐死流程的规划委员会上担任职务，并为所发生的事情提供了理论支持。他们发展了用于大规模谋杀的第一批气体室，这是在计划消灭犹太人、吉普赛人、同性恋者和其他“不受欢迎者”之前的事。精神病患者的杀害是促成导致大屠杀的优生学逻辑和技术发展的关键中介。

这种制度化和机构化的种族主义的遗产今天仍然存在。例如，在美国和英国等国家，黑人患者中精神障碍的诊断率、使用精神健康法、强制治疗和剥夺自由的情况在今天仍然持续存在，尽管在加勒比海地区或非洲的黑人主导国家中没有看到类似的高发率。

精神病学中使用的概念不仅在制度上是种族主义的，而且通过“心理化”的过程，社会政治问题变成了心理问题。种族主义和歧视的毁灭性后果，以及社会中持久而普遍存在的不平等，被转化为需要“心理保健”而不是政治行动的精神障碍。

在过去的四十年中，精神健康产业综合体继续压迫被剥夺权利的人群，同时通过对他们的精神痛苦进行个性化和心理分析而获得数十亿美元的收入。

同性恋曾被认定为一种疾病，直到 1973 年，当时它在《美国精神疾病诊断与统计手册》（DSM）中被勉强投票移除。在那次决定中，有 17,910 名有资格投票的人，其中 32% 投票赞成从 DSM 中删除，21% 反对，47% 未投票。

精神障碍的普遍性也与社会阶层呈负相关。此外，社会中不平等程度越大，精神障碍的患病率就越高。我甚至还没有开始讨论性别问题。

我们无法逃脱成年人和儿童心理健康意识形态创造出的领域的社会建构性质。在精神病学和心理学这两个主导职业中发展起来的理论和实践并非源于对大脑或思维机制有新认识的科学努力。它们是当时西方民间心理学的一种封装、术语繁多的版本，作为社会尊重的职业，具有塑造我们理解正常和问题的方式的巨大权力，以及由于它们优先选择的社会建构所产生的所有后果。

我不再使用这些虚假伪科学的误导性语言。“正常”和“有问题”是主观且有问题的术语。实际上，我们在谈论和分类患者向我们提出的问题更多地是创造而不是发现一种障碍。相反，我使用“普通的”和“可理解的”这两个术语作为我首选的构建。在我作为精神科医生工作的三十多年里，几乎所有我见过的情况都可以轻松地用这两个起点词来描述。

我们将在第 2 章的第 2 部分中继续讨论。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668836233>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

【注：科学主义，是指一种将科学的观点和方法论扩展到除科学领域之外的其他领域，并认为科学是解决所有问题和获取所有知识的唯一可靠途径的观点。这种观点通常表现为对科学方法的过分推崇，将科学的证据和理论看作是唯一有效的知识形式，而对其他形式的知识或解释持怀疑或拒绝态度。

科学主义可能表现为对非科学领域观点的轻蔑，以及对科学方法的过分信赖。有时，这种立场可能导致对哲学、艺术、宗教等领域的忽视或贬低。

值得注意的是，科学主义不同于科学本身。科学是一种强大的知识获取和问题解决方法，但科学主义是一种过分推崇科学并将其应用于所有领域的哲学观点。在许多情况下，科学主义的态度可能引发对其他形式知识的排斥，而不是促进对多元化知识来源的尊重。】

精神病学科学主义

主流精神病学至少受到两种类型的科学主义的影响。首先，它模仿科学作为意识形态，喜欢用科学语言谈论，使用基于证据的医学（EBM）的语言，并进行“看起来”科学的研究（如脑部扫描）。精神病学希望被视为与其他医学一样存在于相同的科学宇宙中。然而，所有这些研究得出的实际科学和临床相关的发现仍然是空洞的。

其次，它忽视了许多真正的科学，而是继续支持和延续那些缺乏科学支持的概念和治疗方法。这是一种更有害和具有欺骗性的科学主义形式：这意味着精神病学喜欢用科学的语言来谈论，并将这看作比实际科学更重要的事情。

我已经就实际证据基础的许多方面与其他精神病学家进行了辩论。对我来说，已经变得很熟悉两种辩护方式。第一种是使用轶事——某个患者通过某种治疗变得更好，因此，这种治疗“有效”。但是轶事正是基于证据的真实医学（EBM）试图避免的。

第二种是要求我采取“平衡”的观点。当然，每个人对什么是平衡的看法取决于他们坐在哪里。我们对什么是平衡立场的看法来自于文化上占主导地位的观点，而不是科学告诉我们的观点。纳尔逊·曼达拉（Nelson Mandela）曾一度对很多人来说是一名暴力恐怖分子。后来对于更多的人来说，他成为和平和解与宽恕的化身。对他的平衡看法几乎是截然相反的，这取决于你从何时何地审视他。

此外，在科学中，事实就是事实。当然，我们的解释是基于我们对这些事实的阅读。提供与事实一致的解释比任何个人对“平衡”立场的看法更为重要。

实际证据表明，主流心理健康服务在现实世界中的效果堪忧。尽管过度诊断和不必要的护理被认为是医学各领域中不断增长的问题，但其他医学领域处理的许多疾病的短期和长期结果已经改善，通常反映了真正的技术进步。

心理健康方面并非如此。多个国家的研究发现，尽管心理健康服务的可用性持续增长，但从长远来看，只有约 15-25% 的患者得到显著改善或恢复。这种惨淡的景象在儿童和成人心理健康服务中都存在。缺席率和退出治疗的人数也很高。

在大多数西方国家，被归类为精神病残疾的青少年和成年人人数急剧上升。在英国，最近的研究发现，精神障碍已成为获得残疾福利的最常见原因，从1995年到2014年，精神疾病的福利申请人数量增加了103%，而其他病症的福利申请人数量减少了35%。

大多数参加标准社区心理健康服务的人似乎都没有经历持久的改善或恶化。为了“掩盖”这种灾难性的状况，我们创造了一个想法，即我们所处理的情况是“慢性的”。这提供了一个框架，让我们可以接受越来越多的被归类为精神疾病的人，尽管我们进行了治疗，但他们似乎没有好转或不断复发（可能是因为？），而不觉得这至少在一定程度上是我们的概念和治疗方法上的错误。

因此，我知道成人服务部门的精神科医生同事处理了数百名患者的病例。他们不知所措，所能做的就是每六个月左右对从未出院的患者进行一次20分钟的药物检查。

精神病学中的“科学主义”标志之一——相信存在精神病诊断这样的东西——加剧了现实世界的糟糕结果。正如前面所讨论的，证明精神病学诊断的概念是科学主义是相当简单的，因为从逻辑/技术的角度来看，不存在精神病学诊断这样的东西。

回顾一下：在医学中，诊断是确定哪种疾病或状况可以解释一个人的症状和体征的过程。因此，诊断指向因果过程。做出准确的诊断是一项技术技能，可以有效匹配治疗以解决特定的病理过程。伪诊断，例如注意力缺陷多动障碍（ADHD），无法解释行为，因为只有“症状”是行为的描述（而不是解释）。在精神病学中，我们所说的诊断（例如ADHD，多动症）只能描述，而无法解释。

精神病学中“诊断”概念的问题不仅在于它缺乏有效性，而且会导致疯狂的同义反复，我们实际上是在说一种经历（比如情绪低落）是由其自身造成的（就像你的情绪低落是由抑郁引起的）。因为我们作为心理健康的传教士，教导人们我们感知到的异常感觉可以神奇地导致它们自己发生，所以我们训练——不，催眠——数百万人屈服于无助于应对强烈情绪状态的教义。我们破坏了人们的自然适应力、自主性以及调整、接受或抗议他们所面临的社会条件和权力失衡的能力，从而削弱了他们产生更有用见解的潜力。

此外，即使作为描述性分类，诊断也很差劲，因为它会让你关注什么，又遗漏什么。当面对“自闭症”的诊断时，我们会对这个孩子的性格产生一些刻板印象。然后我们可能会停止记录他们的家庭状况、父母、家庭和个人历史、他们擅长的事情、他们的兴趣、抱负等等。

即使我们这样做了，它们现在也被降到了次要地位，人的独特性消失在“彩虹之上”幻想的烟雾和镜子后面，“自闭症”帮助我们理解年轻人。

精神病学诊断对人们造成了暴力，强加了一种令人着迷的建议，损害了我们所有人所拥有的想象力潜力，无法重现我们的困境，也无法更深入地认识我们的学习、发展和改变的能力。它是一种转向科学主义并作为商品出售的文化的产物，与新自由主义在我们文化中根深蒂固的幼稚倾向密不可分。我们可以通过购买最新的诊断品牌和随之而来的简单疗法来缓解我们的焦虑和不确定性。你可以拥有任何你想要的。上帝保佑你没有玩得开心。上帝禁止你不得不面对你的欲望的挫败。

当然，我在这里讽刺了一种趋势，并不是否认痛苦和磨难需要帮助和理解。然而，我质疑我们可能需要哪种类型的帮助——一种更倾向于消除/抑制或麻木痛苦（医学诊断技术提倡的症状减轻方法），或者一种鼓励参与痛苦以及随之而来的新发现潜力的帮助以及自然复原力的出现。

我毫不怀疑精神病学诊断的科学主义是不可改革或可挽回的。这是一种江湖骗术，必须（并且将会）被废除。

应该很容易看出，一旦我们开始质疑支持精神病诊断等幻想概念的基本假设，那么许多建立在此类假设之上的文献就缺乏有效性。由于多动症（ADHD）不是医学诊断，而是描述性分类，因此我们没有可靠的经验方法来定义病例。

因此，作为病例资格的定义是任意的，并取决于诊断者所采用的标准，受其对诊断的任何主流意识形态的影响。因此，我们无法消除与“诊断”实践相关的广泛差异，这更多地与个体从业者的培训和品味有关，而不是他们识别有关其患者的任何真实信息的能力。

尽管存在这些明显的缺陷，精神病学仍然对科学主义保持信心，因为我们生活在一个科技和技术成就备受关注和推崇的文化中，因为这与希望用科学解释一切的更广泛的宇宙观相一致。为了在我们的社会中具有比喻性和字面上的优势，我们倾向于使用听起来技术/科学的语言。

随着这种类型的科学主义（科学作为一种信仰体系）的流行，最终科学说什么几乎变得无关紧要，只要你看起来像在做你所谓的科学，并且你可以以一种说服他人的方式胡说八道（那些被排除在语言 and 实际发现之外的人相信你所拥有的知识基于“真理”，“因为你是科学家，你从事科学”）。

当你重复“多动症是……”、“多动症是由……引起的”、“多动症的治疗是……”等短语时，隐藏的假设就会消失，并被视为理所当然。正如哲学家米歇尔·福柯等人所指出的，这就是制度权力如何建立并获得建立“真理政权”的权力的方式。在这种制度下，你所做的只是不断重复诸如“证据说……”、“研究发现……”、“基于证据的实践是……”等短语。证据实际上是什么并不重要。重要的是我们相信说这就是证据的人，因为他们是高级祭司——科学家。

随着对精神病学诊断最终将被证明与任何其他医学诊断相同的承诺不断落空，这一点变得很明显。这一点在2013年美国《精神疾病诊断与统计手册》第五版（DSM 5）的出版中变得明显，作者承认尽管《精神疾病诊断与统计手册》最初是为了允许研究揭示潜在原因从而使标签具有诊断性，但并未找到任何原因。

《精神疾病诊断与统计手册》诊断的可靠性数据实际上已经降低了许多诊断类别。美国精神病学协会（APA）通过发布新的《精神疾病诊断与统计手册》版本为其组织赚取了大量收入。只要这种情况存在，那么它所体现的科学主义对他们来说可能就不重要了。不过，这对其他人来说应该很重要。

美国国家精神卫生研究所（NIMH）前所长托马斯·英塞尔（Thomas Insel）在2013年因精神科机构无法在护理或对精神科问题因果关系的理解方面做出重大改进而感到沮丧后写道：

“它的弱点在于它缺乏有效性。与我们对缺血性心脏病、淋巴瘤或艾滋病的定义不同，《精神疾病诊断与统计手册》的诊断是基于对临床症状群的共识，而不是任何客观的实验室测量。在其他医学领域，这相当于根据胸痛的性质或发烧的程度创建诊断系统。事实上，基于症状的诊断曾经在医学的其他领域很常见，但在过去的半个世纪里，我们已经认识到单独的症状很少能指示最佳治疗选择，因此这种方法已经被大部分淘汰。患有精神障碍的患者应该得到更好的待遇。”

尽管因塞尔仍然主张以生物为主的理解精神健康问题，但他意识到《精神疾病诊断与统计手册》和我们使用的所有其他诊断手册在准确捕捉任何生物类别方面做得很差。

《精神疾病诊断与统计手册》基于对“症状”的分类，即使是在这种情况下，它的分类也是广泛的网，捕捉了许多不同的诊断。例如，在“重度抑郁症”下列出的症状的长列表意味着被诊断为这种病的任意两个人可能有非常不同的症状。正如前面讨论的，甚至症状的概念都

是误导性的，因为它假设最好使用医学视角来捕捉正在被分类的经验。因塞尔最终理解到这种情况的灾难性：

“我在美国国家精神卫生研究所度过了 13 年，真正推动了精神障碍的神经科学和遗传学研究，当我回顾这一切时，我意识到尽管我认为我成功地让很多非常酷的科学家发表了很多非常酷的论文，成本相当高——我认为是 200 亿美元——但我认为我们在减少自杀、减少住院治疗、改善数千万患有精神疾病的人的康复方面没有取得任何进展。”

但像许多在学术界意识到这一点的人一样，他并没有采取最合乎逻辑的做法，放弃通过使用自然科学范式研究生物现象来捕捉精神痛苦和差异的想法，而是选择了加倍努力，并开启了一个新的诊断结构（研究领域的标准[RDoC]），希望这将在《精神疾病诊断与统计手册》及其同伴无法做到的地方取得成功。就像《精神疾病诊断与统计手册》失败一样，RDoC 也终将会失败。

药物魔法与创造患者产业

在我的临床实践中，我遇到已经成为或即将成为长期患者的患者并不罕见，因为（至少部分）心理健康服务的方式赋予了他们的痛苦和困境以意义。就像转交给我照顾的 14 岁女孩一样，她从 10 岁起就开始服用精神药物，并逐渐增加剂量以帮助缓解“焦虑”和“抑郁”。她被告知一种是抗抑郁药，另一种是抗焦虑药，尽管这种抗焦虑药实际上在书中被归类为抗精神病药。

一年前表达自杀念头后，她在住院部住了几个月。她还接受了一些个人心理治疗和一些家庭治疗课程。她相信她可能需要终生服药。她的父母认为没有人对他们女儿的问题“追根究底”。

尽管进行了所有治疗，父母还是觉得她“不敞开心扉”，对治疗师不诚实，而他们对缺乏进展的沮丧常常导致他们指责服务机构“没有做任何事情”并且没有提供帮助。

在上述相当常见的场景中，每个人——父母、他们的女儿和专业人士——都陷入了一场构建的噩梦中，这场噩梦不但没有发现问题所在以帮助改善问题，反而使问题永久化、固化和恶化。不必要地创造了一个长期病人。不是因为心理健康专家没有尽最大的同情心，不是因为女孩装病，也不是因为父母不关心或不知道如何正确地爱她。因为他们都陷入了一个关于什么是心理健康和疾病以及谁有能力影响这一问题的故事中。这个故事正在使世界各地数百万人患病并丧失权力。

关于治疗模式与结果之间关系的证据支持“共同因素”而不是治疗模式因素。共同因素是指所有治疗共有的东西，而治疗模式因素表明不同的治疗模式（如不同类型的心理疗法）具有特定的技术，对于特定的诊断比其他技术更有效（比如认知行为疗法比心理动力疗法更有效治疗抑郁症的观念）。

几十年的结果研究得出的结论是，几乎所有影响结果的因素都由共同因素而不是特定治疗因素解释。

其中最具有影响力的是与治疗无关的因素，通常被称为“超疗法”因素。这些是患者在走进咨询室时携带的有关治疗之外生活的一切。这包括他们的历史、童年、教育水平、文化背景、社会支持网络、财务状况、对治疗的信仰等等。

一旦进入咨询室，由患者评估的治疗联盟的质量占据了对结果的大部分影响。联盟是一个有趣而多层次的对象，远不止是一种开放和无判断的共情立场（尽管这很重要），还包括在目标上的达成一致、建立信任和信心的能力，以及解决分歧的能力。

自“治疗”开始以来，改善的百分比在研究中并没有比几十年前进行的研究更高，也没有取得任何技术突破。

这些证据似乎告诉我们，我们用专业的听起来像专家的语言包装的东西与日常人类经验有更多关系，而不是导致准确分类和由此产生的特定治疗的任何特殊知识。基本上，我们都有独特的环境、历史和对此的解释，我们会发现一些人（包括治疗师在内）比其他人更有帮助。

然而，大多数研究都是指通常持续几个月的研究，或多或少地表明一些疗法总体上比没有疗法更好。更长期的情况更为令人担忧。不仅那些没有接受治疗的人最终会赶上，而且对许多人来说，越是在服务中待得时间长，尤其是如果药物是干预的一部分，平均而言前景就越糟（术语长期而言，某些模型比其他模型更差而不是更好）。

在使用精神科药物治疗时，还发现非特异性因素的重要性。正如乔安娜·蒙克里夫教授、彼得·布雷金博士和许多其他人所指出的那样，证据无疑支持这样一种观点，即精神科药物最好被概念化为诱导特定的心理状态，而不是以特定的方式作用于疾病以纠正化学失衡。这反映了临床实践，其中精神病学中使用的几类精神活性药物以非诊断特定方式使用。

例如，通常被称为“抗抑郁药”的选择性血清素再摄取抑制剂（SSRI）据称对多种疾病有效，例如边缘性人格障碍、广泛性焦虑症、强迫症、贪食症、恐慌症、社交恐惧症等等。作为一种精神活性物质，SSRIs似乎会对人的精神状态产生某种影响，但这种影响并不针对特定的诊断。

就像酒精会让被诊断患有精神分裂症、强迫症、抑郁症或没有精神病诊断的人产生醉酒一样，SSRI也会以非特定于诊断的方式影响个人。同样，被称为“精神安定药”（精神病学将其错误地称为“抗精神病药”）的一类药物类别也被用于治疗精神病、抑郁症、焦虑症、躁郁症、人格障碍等，这个清单与SSRIs的清单有相当多的重叠。

这些药物的治疗依赖于非特异性因素而不是疾病特异性的治疗效果。例如，对于SSRIs，证据指出，安慰剂效应比任何神经药理效应更为重要。例如，与开具药物的医生保持良好关系比仅仅服用药物的患者更容易对“抗抑郁药”产生积极反应。

事实上，许多证据表明，“抗抑郁药”最好被视为增强型安慰剂。SSRIs在研究中比安慰剂取得的微小（且无临床意义）平均改善很可能是通过“揭盲”来解释的。

这指的是，在研究中，当你将一种药物与糖丸安慰剂（安慰剂是一种不含活性化学成分的药丸）进行比较时，你会对研究中的患者和评估他们的人保密，哪个患者是服用SSRI或安慰剂。当然，患者想猜测他们是否正在接受积极治疗，因此，如果你出现副作用或感觉不同，你可能会意识到自己处于试验的SSRI一侧。当患者正确猜测他们正在服用活性药物而不是安慰剂时，这被称为“揭盲”（他们不再对自己所在的研究组“盲目”）。在“抗抑郁”研究中，揭盲似乎很常见。

这一切都意味着不存在“抗抑郁药”、“抗精神病药”、“情绪稳定剂”等药物。这些都是危险的概念，就像“精神病诊断”一样，通过营销和机构自我推销已经在我们的文化中确立起来。就科学而言，这些方法并没有纠正任何化学失衡。精神药物，如酒精或街头毒品，会让你感觉不同，然后你必须解释它对你的意义。

人们在神经科学领域投入了大量的时间和金钱，对信息丰富的生物标志物进行了深入的研究。这项研究的产量是一个很大的零。即使是乐观主义者也承认，临床上仍然没有有用的方法来评估患者对为他们开出的精神药物的反应。从人口层面来看，毫无疑问，它们的广泛使用弊大于利。

安慰剂反应的问题在于它们不会持久。我们知道酒精可以让一些人在压力或沮丧时感觉更好，我们有一个常见的短语来解释它的作用：帮助你“淹没你的悲伤”。从文化上来说，如果一个人继续以此作为应对机制，从长远来看，我们并不认为这是一件好事。我们认识到，在某些时候，酒精可能会让人上瘾，不仅不能解决原来的问题，而且可能会成为一个新的问题，因为它会导致一种生活方式，使人们更难发挥作用。

如果我们采用类似的叙述方式来解释酒精如何帮助他们应对困扰，就像我们有时“推销”抗抑郁药一样，那么医生可能会说：“你应该每天晚上 10 点定时饮用 250 毫升这种名为葡萄酒的酒精，如果让你感觉更好，那就是酒精在发挥作用，纠正了在你身上产生的化学失衡。它正在治疗抑郁症，所以你可能需要服用这个疗程一年。”

如果几个月后你回来说最初感觉好了，但后来又觉得更糟，也许医生会增加剂量，比如说增至 350 毫升。一年后，你尝试停药，因为你注意到注意力不集中，功能下降，而且似乎不太关心失业的事实，所以想知道你是否最好停止服用这个处方。

停药几天后，你感觉更糟，手抖，头痛，感到沮丧。医生现在解释说，这证明你需要继续服用酒精抗抑郁药，可能是终身需要服用。他们将你恢复到 350 毫升的葡萄酒酒精剂量，但几个月后你又说感到抑郁。医生决定加入一个名为“伏特加”的新型酒精抗抑郁剂，剂量为 30 毫升。你明白了。

是的，酒精是一种不同的化学物质，以不同的方式消耗，具有不同的心理和生理效应。但基本原则是相同的。影响中枢神经系统的物质，无论是合法还是非法购买，与医生开的药物之间的主要区别主要就是这一点：换句话说，主要区别在于它们是否由医生开出。

有一个众所周知的生物学原因，为什么任何对大脑有影响的物质都可能开始减弱其效果，如果你服用足够长的时间和足够的规律，可能会在停止后导致戒断综合症。

与大多数身体系统一样，大脑具有各种稳态机制，试图使生物系统在特定范围内发挥作用。神经细胞释放化学信号（神经递质），这些信号被与之通信的神经细胞中的受体接收。作用于大脑并让你感觉“不同”的物质以某种方式作用于该系统，通过各种机制增加或减少神经细胞之间传递的特定神经递质的数量。

如果神经递质的数量持续发生变化（例如，如果你每天喝酒、服用可卡因或服用“抗抑郁药”），接收神经细胞就会开始做出反应，在稳态的情况下关闭受体机制感知到过多的这种神经递质正在通过，或者如果它感知到没有足够的特定神经递质进入其神经细胞，则会打开额外的受体。

这就是为什么那些滥用可卡因的人发现，在经常使用可卡因后，他们需要比刚开始获得相同“快感”时更多的剂量。此时大脑已开始关闭“多巴胺”受体（主要神经递质可卡因增加），因此需要服用更多药物才能获得快感。这也意味着如果你突然停止，会出现强烈的戒断症状。

不同的物质在这种稳态反应的速度和深度上存在差异，但即使是像咖啡这样作用相当轻微的物质，如果你每天喝足够的量然后突然停止，仍然会引起头痛和烦躁。

治疗特异性的缺乏不仅限于焦虑和抑郁等更常见的表现。尽管作为“抗精神病药”销售的药物经常声称可以逆转精神病患者的化学失衡，就像抗抑郁药一样，但尚未证明这种失衡。这就是为什么你通常不会接受任何身体测试。

因为没有人能发现这些化学失衡，所以没有血液测试或脑部扫描或类似的东西。这里的研究结果也支持我的结论，即虽然精神药物可以产生短期改善，但从长远来看，那些最终坚持使用这些药物的人的前景是严峻的。

由世界卫生组织在 1970 年代初开始，历时 30 年的研究发现，被诊断为“精神分裂症”的患者，如果他们生活在美国和欧洲以外的地方，复发率要低得多，而且在几年后的跟踪中，他们更有可能完全康复，显示出较低程度的障碍，尽管大多数人几乎没有或根本没有获得“抗精神病”药物。

世界上似乎拥有最多资源用于治疗精神疾病的地区——最好的技术、药物以及资金最充足的学术和私人研究机构——拥有最麻烦和社会边缘化的患者。

越来越多的证据表明，特别是在功能结果方面，那些设法戒掉“抗精神病药物”的人比继续服用“抗精神病药物”的人有更好的长期结果。这只是有效性数据。所谓的“抗精神病药”会对你的神经系统、心脏和内分泌系统产生可怕的副作用，并且很可能是导致“严重精神疾病”（SMI）患者寿命平均比其他人短大约 15-25 年的原因之一。与酒精的比较似乎再恰当不过了。

这种医学模式使人污名化

由于推动了诊断思维，我们开始相信大部分人口中有相当比例的人患有某种心理障碍，这构成了一项重大的经济负担，因此有充分理由投资于改进这些障碍的筛查、检测和治疗机制。

为了提高诊断和治疗的比率，进行了各种宣传活动。例如，在英国，20 世纪 90 年代初，英国精神病学学院和全科医学学院推出了他们的“战胜抑郁症”运动。对这一运动的评估并未发现它导致任何临床结果的显著改善的证据，相反，与抗抑郁药物处方的迅速增加有关。

同样，评估澳大利亚“Beyond Blue”运动的研究表明，1998 年至 2008 年间，人们对抑郁症的医学模式信念有所增加，重度抑郁症的诊断率也有所增加。该运动旨在提高人们对抑郁症和其他精神障碍的认识。还指出，这十年来，与心理健康相关的生活质量有所下降，并且被归类为“差”或“一般”的“心理健康素养”（即相信抑郁症是一种需要治疗的医学诊断）是对重度抑郁症的康复具有重要的保护作用！换句话说，那些否认自己的精神痛苦是由疾病造成的观点的人更有可能康复。

与精神障碍患者获得积极结果的可能性也受到了与精神困扰是由于脑部医学故障的观念所带来的污名化的进一步阻碍。几乎所有关注公众对精神疾病态度的研究都发现，精神疾病的医学模式（“精神疾病是一种与任何其他疾病一样的疾病”）与负面态度增加、对患者更大的恐惧以及更大的可能性相关。想要避免与他们互动。

相比之下，认为精神痛苦（以各种不同的方式表达）是不良经历的结果，这一观点与同理心和帮助的愿望有关。

现实生活中的结果

现实生活中的心理健康服务怎么样？当我们查看那些参加心理健康服务的人（而不仅仅是参加研究项目的人）的结果数据时，证据是什么样的？

虽然其他医学治疗的大多数疾病的结果都得到了改善，这通常反映了真正的技术进步，但对于那些使用心理健康服务的人来说，却没有看到这样的进展。发达国家现实心理健康环境中治疗结果的数字简直令人震惊。

美国的多项研究得出结论，只有 20-25% 的患者在常规心理健康服务方面有所改善。在英国，对全国改善心理治疗服务 (IAPT) 服务有效性的审查发现，与公布的数据不同，只有 15% 参与该项目的人在离开时实现了“康复”，一项研究发现在完成 IAPT 治疗过程后不久，不到 10% 的患者可以被归类为“康复”。

在澳大利亚，尽管在过去的二十年里在心理健康服务方面进行了大量投资，但并未发现成年人心理健康状况相应改善。所有这些服务都依赖于将治疗与诊断相匹配的模型，并假设这是正确的、基于证据的进行的方式。

在实际的儿童和青少年心理健康服务中也发现了类似的不良结果。研究人员报告说，对于在社区接受传统治疗的人来说，与那些没有接受治疗的人相比，参与社区儿童和青少年心理健康服务 (CAMHS) 的整体变化效果几乎为零。一些研究还发现，从各种指标来看，那些持续参与社区儿童和青少年心理健康服务 (CAMHS) 的人在自我评估的困扰/问题水平上比与之匹配、但没有长期接受 CAMHS 治疗的社区样本更高。

无论你往哪里看，标准的心理健康服务的效果都很差。他们似乎更擅长创造病人而不是治愈病人。

获奖记者罗伯特·惠特克 (Robert Whitaker) 对我们社会中精神科药物泛滥所造成的持久负面影响进行了艰苦的研究，令学术精神病学界蒙羞。他记录了近几十年来美国被归类为残疾精神病患者的人数增加了两倍。

同样，美国因精神疾病而被归类为残疾的青少年人数从 1987 年的约 16,000 人跃升至 2007 年的 560,000 人。在英国，精神疾病也已成为领取福利的最常见原因，申请人数量也不断增加。从 1995 年到 2014 年，这一数字上升了 103%，而具有其他疾病条件的索赔人则下降了 35%。

这些数字所讲述的故事与我们经常听到的庆祝心理健康方面的进步和发现的故事相反。我们一直在倒退，我们的文化反应是警报、呼吁提供更多服务、反精神病污名化运动等等，这让事情变得更糟。它们都提倡一种危险的、错误的理解和应对痛苦的方式。

我们创建了一个系统，将人们引向一条造成层层伤害的路线，越深入泥潭，就越难以看到伤害。你可能会从现实生活中的一场不幸事件引发的危机开始，这件事使历史的伤害浮出水面。如果你幸运的话，一位善良的全科医生会让事情保持低调，注意到你仍然在运作，有优势，并且现有的社交网络可以动员并提供一些温和的支持。

然而，更有可能的是，他们可能会让你服用“抗抑郁药”。你会暂时感觉好一些，但几个月后，那些现在被称为“抑郁”的感觉又回来了。现在抗抑郁药的剂量增加了，医生建议你去看看英国国家医疗服务体系 (NHS) 心理治疗服务的人员进行一些治疗。这些有帮助，你感觉好多了，你决定停止服用抗抑郁药。医生建议减少剂量并停药几周。

几周后，你去看医生，说你感觉比以前更糟糕了。他们没有识别出戒断症状，而是告诉你这是你的“抑郁症”复发，看起来你需要继续服用药物，可能需要终生服用。接下来的几个月情况会变得更糟。随后转介去看精神科医生。他们诊断你患有双相情感障碍，并在其中添加“抗精神病药”。你出现副作用，他们会添加“抗胆碱能药”来缓解副作用。

又过了十年。你现在已经尝试过几种不同的抗精神病药、抗抑郁药、安眠药、抗胆碱能药和锂盐，追求一种似乎即将到来的神话般的完美组合，但几个月或几年后它都失效了。

你前途无量的事业已没有了，人际关系不稳定，生活条件恶劣，你现在的的生活与这一切开始之前相比已经面目全非。我们的心理健康系统正是为了实现这一目标而建立的。它破坏了人们自然的适应力和自我发现的潜力，让他们走上一条屈服于专家的道路，而专家除了让人们相信这个人真的病了之外，根本不知道如何做任何事情。

超越精神病学科学主义

我经常思考，如果我们对实践和结果的差异更加好奇，可能会发生什么。例如，在英国，作为社区儿童和青少年精神科医生，我负责一个特定的地理区域，该区域有很多贫困，我是负责的顾问。我负责大约 50 个案例，每次与年轻人和家庭见面一个小时，对一些人来说，有时是每周一次。

我看到的大多数（但不是全部）人都得到了改善并出院，因此我可以自由地与更多人一起进行治疗工作，并且有时间接受并提供与我一起工作的团队的监督和支持。很少有人接受药物治疗，而那些接受药物治疗的人，往往是因为我从另一位已经开始使用该药物的临床医生那里继承过来的。我更多地致力于帮助人们戒掉药物，而不是开始使用任何药物。

我通过与许多儿童精神病学同事聊天得知，上述描述的情况在英国社区儿童和青少年精神病学的大多数顾问同行中，如今已不再被认可，尽管这是我在上世纪 90 年代初和中期接受培训的许多顾问的情况。

与成人精神病学的同事一样，当今的儿童精神科医生通常也会积累病例，其中大多数最终将被开具药物处方，因为不幸的是，这越来越被视为精神科医生的角色。陷入了这种设定方式的系统中，我认为从专业内部很难实现变革。我怀疑精神病学最终将因外部压力而被迫改变，特别是如果焦点转移到强调“医学”干预的高成本和高危害的不良结果上。

像我这样的批评者和批评性组织（比如我所属的英国批判性精神病学网络）面临的问题至少有两个。首先，我们无法与像制药行业这样资源丰富的机构带来的力量和影响相匹敌；因此，我们只能做出微小的差异。

其次，作为个体，我们这些违背被视为精神科医生标准机构期望的人，可能会因为其实践而受到雇主迫害的风险。我以前曾不得不坚决为自己辩护，反驳比我更有权力的同事对我的无能指控，我知道其他具有批判性思维的顾问也有过相同的经历。

尽管如此，正如那句老话所说：“你可以永远欺骗一些人，也可以暂时欺骗所有的人，但你不可能永远欺骗所有的人。” **抵抗运动通常会持续数十年，直到一个重要时刻到来，此时，有足够的“临界群体”可以扭转平衡，有利于变革。**

我们不知道那一刻何时或如何到来，但我们需要为其不可避免的情况做好准备，因为这座特殊的纸牌屋最终将不得不倒塌。我们还必须做好准备，应对房屋因错误原因而倒塌并带来潜在有害后果的情况。如果主要是为了省钱，那么对患者的重要支持可能会被取消。如果患者在不了解这样做对他们产生的生物学和心理社会后果的情况下突然停药，就会造成伤害。

关注科学告诉我们，我们需要超越正式服务。无论人们是否经历了我们与精神疾病相关联的心境，他们都是人。人们需要连接和意义，以及安全、住房和工作等基本需求。在服务中，证据告诉我们关系至关重要。服务将不得不放弃诊断，重点是优先考虑和实施协作模型。

科学已经指出，对于遭受痛苦的人来说，什么可能是最有帮助的。挑战在于实现所需的变革。这可能并不像听起来的那么困难。

参考来源：

Angermeyer, MC, Matschinger, H. (2005) 对精神分裂症患者的因果信念和态度。基于德国两项人口调查数据的趋势分析。英国精神病学杂志，186，331-334。

美国精神病学协会（APA）。(2013)精神障碍诊断与统计手册，第五版 (DSM 5)。APA。

Bickman, L.、Guthrie, PR、Foster, EM (1995)评估管理心理健康服务：布拉格堡实验。全会。

Bickman, L.、Lambert, EW、Andrade, AR、Penaloza, R. (2000) 布拉格堡儿童和青少年护理连续体：五年内的心理健康结果。咨询和临床心理学杂志，68, 710-716。

Bickman, L.、Summerfelt, WT、Firth, J.、Douglas, S. (1997) 斯塔克县评估项目：随机实验的基线结果。D. Northrup、C. Nixon（编辑），《评估心理健康服务：儿童计划在现实世界中如何“发挥作用”？》圣人出版物。

Bracken, P. (2002)创伤：文化、意义和哲学。呼呼出版社。

Bracken, P.、Thomas, P.、Timimi, S. 和 25 名合著者。(2012)超越当前范式的精神病学。英国精神病学杂志，201，430-434。

Brüne, M. (2007) 论人类自我驯化、精神病学和优生学。医学中的哲学、伦理学和人文学科，2, 21。

Budd, R., Hughes, I. (2009) 《渡渡鸟判决——有争议的、不可避免的和重要的：对 30 年荟萃分析的评论》。临床心理学和心理治疗，16, 510-522。

社会正义中心。(2012)完成革命：委托有效的谈话疗法。社会正义中心。

Cooper, M. (2008)咨询和心理治疗的基本研究结果：事实是友好的。智者。

Davies, J. (2013)破解：关于精神病学的不幸真相。图标书。

Davies, J. (2016) 投票和共识如何创建精神障碍诊断和统计手册 (DSM III)。人类学和医学，3, 1-15。

英国心理学会临床心理学部。(2013)与功能性精神病诊断相关的行为和经历分类：范式转变的时间。DCP 立场声明。英国心理学会。

Drury, N. (2014) 心理健康是一团糟：心灵和自然是一个必要的统一体。新西兰心理学杂志，43，5-17。

Duncan, BL、Miller, SL、Wampold, BE、Hubble, MA（编辑）（2010）《变革的核心与灵魂：提供有效的治疗》（第二版）。美国心理协会。

Fernando, S. (2017)精神病学和临床心理学中的制度种族主义：心理健康中的种族问题。帕尔格雷夫·麦克米伦。

Foucault, M. (1965) 疯狂与文明。矮脚鸡。

Francis, A. (2012) APA 会议新闻快讯: DSM-5 的可靠性测试未通过。赫芬顿邮报, 2012 年 5 月 8 日。

Garcia, JA, Weisz, JR (2002) 当青少年心理保健停止时: 治疗关系问题和结束青少年门诊治疗的其他原因。咨询和临床心理学杂志, 70, 439-443。

Goldney, RD、Eckert, KA、Hawthorn, G、Taylor, AW (2010) 1998 年至 2008 年间澳大利亚社区样本中重度抑郁症患病率的变化。《澳大利亚和新西兰精神病学杂志》, 44, 901-910。

Gøtzsche, PC (2015) 致命精神病学和有组织的否认。人民出版社。

Greene, EM (2019) 心理健康产业综合体: 三个案例的研究。人本主义心理学杂志, <http://doi.org/10.1177/0022167819830516>。

Hansen, N、Lambert, M、Forman, E. (2002) 心理治疗剂量效应及其对治疗服务的影响。临床心理学: 科学与实践, 9, 329-343。

Harrow, M. (2007) 影响未服用抗精神病药物的精神分裂症患者的结果和康复的因素。神经和精神疾病杂志, 195, 406-414。

Hopper, K、Harrison, G、Janka, A、Sartorius, N. (编辑) (2007) 精神分裂症康复: 国际视角。牛津大学出版社。

Horwitz, AV (2015) DSM-5 和正常悲伤向抑郁症的持续转变。情感评论, 7, 209-215。

Horwitz, VA, Wakefield, J. (2007) 悲伤的丧失: 精神病学如何将正常的悲伤转变为抑郁症。牛津大学出版社。

亚布伦斯基, A. (1992)。精神分裂症: 不同文化中的表现、发病率和病程。心理医学 (增刊), 20, 1-95。

詹姆斯, A., 普劳特, A. (编辑) (1997) 《构建和重建童年》。法尔默出版社。

Johnsen, TJ, Fribourg, O. (2015) 认知行为疗法作为抗抑郁治疗的效果正在下降: 一项荟萃分析。心理通报, 141, 747-768。

Johnstone, L. (2014) 精神病学诊断的直白介绍。PCCS 书籍。

Jörg, F、Ormel, J、Reijneveld, SA、Jansen, DE、Verhulst, FC、Oldehinkel, AJ (2012) 研究“现实世界”青少年心理健康服务结果的令人困惑的发现: TRAILS 研究。公共科学图书馆, 7, e44704。

Jorm, AF, Reavley, NJ (2012) 1995 年至 2011 年间澳大利亚成年人心理困扰的变化。《澳大利亚和新西兰精神病学杂志》, 46, 352-356。

Kirk, S., Kutchins, H. (1992) 《DSM 的推销: 精神病学中的科学修辞》。阿尔丁·德·格鲁特。

Kirsch, I、Deacon, BJ、Huedo-Medina, TB、Scoboria, A、Moore, TJ、Johnson, BT (2008) 初始严重程度和抗抑郁益处: 对提交给美国食品和药物管理局的数据进行荟萃分析。公共科学图书馆: 医学, 5, e45。

Lambert, MJ (ed.) (2004) Bergin 和 Garfield 的心理治疗和行为改变手册 (第五版)。威利。

- Lambert, MJ (2010)治疗失败的预防：在临床实践中使用测量、监测和反馈。美国心理协会。
- Luty, J. (2014) 精神病学和阴暗面：优生学、纳粹和苏联精神病学。精神病学治疗进展, 20, 52-60。
- Miller, S.、Wampold, B.、Varhely, K. (2008) 青少年疾病治疗方式的直接比较：荟萃分析。心理治疗研究, 18, 5-14。
- Moncrieff, J. (2009)化学治疗的神话。帕尔格雷夫·麦克米伦。
- Moncrieff, J. (2013)最苦的药丸：抗精神病药物的令人不安的故事。帕尔格雷夫·麦克米伦。
- Norcross, JC、Beutler, LE、Levant, RF (编辑) (2005)心理健康的循证实践：关于基本问题的辩论和对话。美国心理协会。
- Parker, I. (2007)心理学革命：对解放的异化。冥王星出版社。
- Pickett, KE, Wilkinson, RG (2010) 不平等：精神疾病和痛苦的一个未被充分认识的根源。英国精神病学杂志, 197, 426-428。
- Read, J.、Haslam, N.、Sayce, L.、Davies, E. (2006) 偏见和精神分裂症：对“精神疾病是一种与其他疾病一样的疾病”方法的回顾。斯堪的纳维亚精神病学学报, 114, 303-318。
- Rizq, R. (编) (2019) 护理工业化：新自由主义时代的咨询和心理治疗。PCCS 书籍。
- 卢瑟福, BR, 沃尔, MM, 布朗, PJ, 等人。(2016) 抗抑郁药临床试验中患者期望作为安慰剂效应的中介。美国精神病学杂志, 174, 135-142。
- Scott, M. (2018) 改善心理治疗的可及性 (IAPT) – 彻底改革的必要性。健康心理学杂志, 23, 1136-1147。
- Strous, RD (2007) 纳粹时代的精神病学：现代专业人士的道德教训。《普通精神病学年鉴》, 6, 8。
- Sparks, J.、Duncan, B.、Miller, S. (2008) 心理治疗中的常见因素：常见的手段导致不常见的结果。J. Lebow (主编), 《21 世纪心理治疗》。威利。
- Timimi, S. (2002)病理儿童精神病学和儿童医学化。劳特利奇-布伦纳。
- Timimi, S. (2005)顽皮男孩：反社会行为、多动症和文化的作用。帕尔格雷夫·麦克米伦。
- Timimi, S. (2014) 不再有精神病学标签：为什么应该废除正式的精神病学诊断系统。国际临床与健康心理学杂志, 14, 208-215。
- Timimi, S. (2018) 诊断是正确的，但 NICE 指南是问题的一部分，而不是解决方案。健康心理学杂志, 23, 1148-1152。
- Timimi, S., Begum, R. (编辑) (2006) 儿童和青少年心理健康的批评声音。免费协会书籍。
- Viola, S., Moncrieff, J. (2016) 英国因精神障碍而提出的疾病和残疾福利索赔：1995 年至 2014 年的趋势。《英国精神病学杂志》, 2, 18-24。
- Wampold, BE (2001)心理治疗大辩论：模型、方法和发现。埃尔鲍姆。
- Wampold, BE、Imel, Z. (2015)心理治疗大辩论：第二版。劳特利奇。

Weiss, B.、Catron, T.、Harris, V. (1999) 传统儿童心理治疗的有效性。咨询与临床心理学杂志, 67, 82-94。

Weiss, B.、Catron, T.、Harris, V. (2000) 对传统儿童心理治疗有效性的两年随访。咨询和临床心理学杂志, 68, 1094-1101,

Weisz, JR、Donenberg, GR、Weiss, B. (1995) 弥合儿童和青少年心理治疗实验室与诊所之间的差距：儿童和青少年心理治疗研究的功效和效果。咨询与临床心理学杂志, 63, 688-701。

Weisz, JR、Kuppens, S.、Ng, MY 等人。(2017) 五年的研究告诉我们关于青少年心理治疗的效果：多层次的荟萃分析以及对科学和实践的影响。美国心理学家, 72, 79-117。

Weisz, JR、McCarty, CA、Valeri, SM (2006) 心理治疗对儿童和青少年抑郁症的影响：荟萃分析。心理学通报, 132, 132-149。

Whitaker, R. (2010) 流行病剖析。王冠。

Wierzbicki, M., Pekarik, G. (1993) 心理治疗退出的荟萃分析。专业心理学：研究与实践, 24, 190-195。

Wunderink, L.、Nieboer, R.、Wiersma, D.、Sytema, S.、Nienhuis, F. (2013) 早期剂量减少/停药或维持治疗后 7 年随访中缓解的首发精神病的恢复治疗策略。美国医学会杂志：精神病学, 70, 913-920。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668845641>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

注意力缺陷/多动症（ADHD）是什么？对这个问题的传统回答是，它是由主要根植于遗传和大脑发育异常的神经功能障碍引起的多动、注意力缺失和冲动行为。因此，它经常被称为与自闭症一起的“神经发育障碍”。这种对这些行为意义的想象方式，首先在儿童中，然后（经过重要修改）在成年人中开始在北美流行，并且已经被输出到世界各地。

与这种“神经”范式密切相关的是使用兴奋剂药物，如利他林（Ritalin）、阿德拉（Adderall）和择思达（Strattera）的药物治疗，这些药物同样主导着被诊断为多动症（ADHD）的儿童的治疗，并在构建多动症（ADHD）具有神经起源方面发挥了重要作用。

被诊断患有多动症的人存在一些特征性的大脑异常或差异，以及所使用的药物具有针对疾病过程的特定特性（如化学失衡）的想法都是错误的。极其虚假。

多动症（ADHD）的主流构建

精神病学文献中多动症的标准结构是这样的：

多动症的特征是一种行为模式，至少存在于两种环境（例如学校和家庭）中，并且可能导致社交、教育或工作环境中的表现问题。症状可分为“注意力不集中”和“多动和冲动”两类，包括无法密切关注细节、难以组织任务和活动、说话过多、坐立不安或无法在适当的情况下保持坐姿等行为。

根据最新定义，个人的多动症症状必须在 12 岁之前出现（直到 2013 年发布新定义，症状必须在 7 岁之前出现）。

多动症被描述为一种常见的精神疾病，影响 3% 至 7% 的儿童（主要是男孩），并且许多人不会随着成长而消失（即，这将是一种终生疾病）。多动症主要有遗传基础，会导致“神经发育”异常，也会导致大脑化学物质失衡。治疗通常是兴奋剂药物和行为疗法的结合。

现在让我们更仔细地审视这些说法。

一个简短的历史

被认为构成 ADHD 诊断的行为直到以这种方式构想出来之前，并不构成 ADHD。确切地说，直到有人称之为 ADHD（或其前身名称）之前，并没有 ADHD。在 ADHD 被发明之前（或之后），在科学发现中从未有过任何根据，表明我们所称之为 ADHD 的东西是由已知的足够特征性的异常或差异引起的，以将其视为一种自然种类——一种在自然界以可识别的方式发生的事物，就像肺炎或糖尿病一样。

在一百多年前，英国儿科医生弗雷德里克·斯蒂尔（Frederick Still）首次将儿童的过度活动、注意力不集中和冲动行为概念化为可能的医学现象。他描述了一组表现出他认为是对持续注意力的贫乏、不安和烦躁的儿童，并进一步主张这些儿童有“道德控制异常”，尽管他普遍认为这是由于先前存在的影响大脑的疾病，如脑肿瘤、脑膜炎、癫痫、头部受伤、伤寒或智力障碍引起的。

尽管斯蒂尔列举了一些更适合于行为障碍类别（如残忍、嫉妒、无法无天、不诚实）的行为，而不是 ADHD，但 ADHD 的热心支持者经常将他在 1902 年在《柳叶刀》上发表的文章描绘为对 ADHD 医学综合症的早期识别的例子。

ADHD 热心支持者引用的下一个重要发展环节可追溯到 1937 年布拉德利的一篇论文。该论文描述了在一家治疗神经障碍儿童的机构中，通过使用苯丙胺（Benzedrine）兴奋剂进行治疗，据称在短期内改善了这些儿童的行为、注意力和学校表现。这些儿童经常表现出不安、性格变化和学习困难，而且许多人以前曾患过脑炎。

斯蒂尔和布拉德利的论文在发表时没有引起太多关注，如果不是几十年后 ADHD 的前身在文化和政治圈中开始获得关注，它们可能会像医学和科学文献中其他千篇一律的想法一样消失。

在第二次世界大战后的年代，精神病学开始参与治疗许多受创的男性、女性和家庭，因此开始扩大其兴趣范围。儿童的心理生活——直到那时并未引起精神病学界太大兴趣的一个群体——变得更受关注和好奇。一些医生开始猜测，呈现出多动症状的儿童可能具有引起他们多动的大脑有机病变。

1947 年，斯特劳斯（Strauss）和莱蒂宁（Lehtinen）提出了最小脑损伤（MBD）的诊断，以解释在没有明显脑损伤证据的情况下出现多动症状。他们认为，经历了可识别的脑损伤（例如脑炎、出生创伤和癫痫）的儿童有时会呈现多动症状，他们提出，在没有容易识别的脑损伤的情况下呈现多动症状的儿童可能有一些尚未确定的脑损伤。

20 世纪 50 年代，一群医生以及一些教育家、政治家和家长开始对那些具有我们现在与 ADHD 相关的行为的儿童更加警惕，并想知道这些行为是否是潜在的 ADHD 的表现。需要医疗干预的病理学。

正如历史学家马修·史密斯（Matthew Smith）通过搜索医学数据库发现的那样，这些关切在 20 世纪 50 年代晚期达到高潮，尤其是在 1957 年，当时在美国罗德岛的埃玛·彭德尔顿·布拉德利之家的一组儿童精神科医生中，提出了“多动症冲动障碍”这一术语来描述一组儿童。这是我们现在认为的 ADHD 正式被发明的时候，一组主要由（任何父母或老师都会告诉你的）男孩表现出的儿童行为受到了医学的关注。当时和至今都没有生物学上的发现来证明 ADHD 具有“神经”基础。

1957 年之后，关于表现出 ADHD“症状”的儿童的医学文章在美国呈指数级增长，后来在其他国家也是如此。在之前的半个世纪里，医学文献，尤其是受精神分析思想影响的文献，更关注于内向、害羞、“神经质”的儿童。然后，五十年代末标志着一个转折点，人们的兴趣更多地转移到表现出犯罪、暴力和其他反社会行为的儿童身上。

这种转变背后的原因是什么？根据马修·史密斯的说法，这可能与对于苏联在 1957 年秋季发射“斯普特尼克”卫星的恐惧有关，有人担心，如果不改变美国的学校系统来纠正这种情况，他们可能会彻底输掉冷战。这导致了课堂结构、教学方法和对学生表现的期望的变化。

我并不完全相信这一点，并认为此类事件与当时文化中发生的其他变化相交叉，包括（但不限于）青少年文化的增长和恐惧、家庭结构和社区根源的变化，有抱负的中产阶级规模不断扩大，以及对作为肇事者和受害者的儿童的更多关注。

这里更重要的一点是认识到多动症之所以出现并变得流行，是因为有文化而非科学的原因使其成为一种可销售的品牌。公众和政治关注点的变化将改变兴趣、对话、资金、服务提供等。

诊断发展

到了 20 世纪 60 年代，MBD 一词受到批评，逐渐失宠，因为并未找到显示表现多动症儿童存在潜在有机病变的证据。此外，在大多数精神疾病类别中（而不是任何特定类别），大脑损伤的发生率较高，而许多具有大脑损伤证据的人并未表现出多动症状。

相反，牛津国际儿童神经病学研究小组建议重新定义 MBD 为“最小脑功能障碍”。最小脑功能障碍的概念更广泛，指的是具有从轻微到严重的学习或行为问题，并呈现出感知、概念化、语言、记忆、注意力、冲动或运动功能的“偏差”的儿童。

随着医学文献中越来越多地认识到多动症状的存在不能被视为某种大脑损伤的证据，人们开始理解它作为一种行为综合症的一部分，可能起源于有机病理，但也可能在没有病理的情况下发生。因此，从因果关系定义转向基于行为的定义。因此，在 1966 年，北美版的《精神障碍诊断与统计手册》第二版（DSM-II）创造了“童年多动症反应”的标签，以取代 MBD 的诊断。

【注：MBD（Minimal Brain Dysfunction）是一个术语，最初用于描述一组儿童的症状，这些症状包括学习或行为问题，以及对感知、概念化、语言、记忆、注意力、冲动或运动功能的“偏差”。最初，MBD 被认为是一种可能由大脑有机损害引起的病理状况，其症状范围从轻微到严重。然而，随着时间的推移，这一术语逐渐受到批评，并在诊断多动症（ADHD）的发展历程中被取代。】

与此同时，心理学家的兴趣逐渐增加，心理机制被假设为潜在因果影响和随后行为表现之间的中介。注意力的作用成为一个新理论的焦点，该理论提出维持注意力的问题是多动症的驱动因素。

因此，当《精神障碍诊断与统计手册》第二版（DSM-II）在 80 年代初被第三版（DSM-III）取代时，该疾病现在被称为“注意力不足障碍”（ADD），反映了这种强调的变化。这可以诊断有无多动症，并使用三个维度（三个独立的症状清单）来定义：一个用于注意力缺陷，一个用于冲动，一个用于多动症。ADD 现在为在西方儿童精神病学实践中进行革命奠定了基础，因为药物利他林加入了越来越受欢迎的使用精神药物来应对生活挑战的行列。

当《精神障碍诊断与统计手册》第三版（DSM-III）在 80 年代末修订（成为 DSM-III-R）时，所有症状被合并成一个列表（一个维度），ADD 现在被更改为“注意力不足/多动症”（ADHD），注意力、多动症和冲动现在被假定为同一障碍的一部分，因此 ADHD 这一标签诞生了。

在 1994 年发表的《精神障碍诊断与统计手册》（DSM-IV）第四版中，标准再次发生变化，这次是倾向于一个二维模型，注意力缺陷是一个子类别，而多动症和冲动是另一个子类别。随着每一次修订，被诊断为此病的儿童数量都超过了诊断的门槛。例如，从 DSM-III 变为 DSM-III-R，同一人口中被诊断为该疾病的儿童数量翻了一番多。从 DSM-III-R 到 DSM-IV 的变化使患病率进一步增加了三分之二，因为现在的标准有潜力诊断学校环境中的大多数有学业或行为问题的儿童。

2013 年，《精神障碍诊断与统计手册》（DSM-5）第五版发表，一些关键标准已经被放宽，使更多的青少年和成年人有资格获得诊断，例如将症状的起始年龄要求提高到 12 岁或更早，而第四版中是 7 岁或更早。由于被诊断为 ADHD 的人数迅猛增长，截至 2016 年，在美国，估计有 9.4%（610 万）2 至 17 岁的儿童曾被诊断为 ADHD。

童年的生物化

长期以来，主要的治疗建议是使用兴奋剂药物，即使用苯丙胺（安非他明）类药物，例如利他林（Ritalin）和右旋苯丙胺（Dexedrine）。多动症有特定的治疗方法的想法已经成为这一概念普及的强大兴奋剂（双关语），特别是在那些以市场为基础的经济价值体系占主导地位的国家，在这些国家中，对特定治疗方法的感知可用性已经下降。实现了诊断的商品化和商业化。

20 世纪 50 年代末至 70 年代初，一种意识形态逐渐盛行，即精神障碍是化学不平衡的结果，而存在特定药物可治疗这种不平衡。这一理念与向医生直接推销药物的市场营销同时出现，与美国政府对使用精神药物治疗多动症的价值产生兴趣相吻合。

此外，精神药物在治疗多动症方面的广泛应用发生在“科学”育儿方法在西方在 20 世纪中期到晚期变得时髦的时候。科学化对于儿童、儿童发展和育儿的谈论方式取代了早期时期特有的更自然主义的育儿方法，将儿童养育的任务更多地推向专业群体的所有权。

以前在美国，孩子们被认为基本上是强壮和有弹性的。费希尔（Fischer）的 50 年代末/60 年代初新英格兰城镇研究就是一个例子。根据这项研究，家庭将孩子的问题行为理解为大多数孩子都会经历的“阶段”。以这种方式看待问题意味着父母没有义务为他们寻求专业帮助。事实上，这样做会违背另一个普遍的观念，即父母不应该强迫孩子，以免损害他们的“潜力”。因此，儿童的“不良”行为通过规范的视角被解释为预期的和暂时的。

这种变化的动态，将儿童行为问题从父母的“常识”领域移开，转向专业阶层的所有权，以及更强调使用精神药物来控制情绪和行为，导致过去几十年来在大多数后工业国家（尤其是在北美、北欧和澳大利亚等地）儿童心理障碍的诊断和药物处方急剧增加。

虽然这一事实没有受到争议，但根据学者和专业人士的不同理论假设，人们对这一迅速变化的实践有许多不同的解释。那些认为科学进步是这种实践迅速变化背后的原因的人认为，过去简单地“低估”了 ADHD 等障碍。根据这一观点，过去一直有儿童患有这类障碍，但只有在最近的临床和科学进步中，我们才发现这些症状是可以引起异常发展的医学状况的症状。

像我这样的批评者指出，缺乏证据支持这样一个观点：有临床或科学发现导致了这一进展。

到了本世纪初，ADHD 的概念不再仅仅是儿童发育障碍的概念，而是成为一种终身障碍，因为成人 ADHD 的概念开始蓬勃发展，不可避免地始于全球资本主义市场，尤其是在美国。成人 ADHD 的重点从对外部行为的观察转向对内部调节的认知缺陷，强调“自我概念”的问题，基本上忽视了多动症在其诊断框架中的作用。

西方文化更加注重个人，强调内心生活的脆弱性，将欲望转化为商品化的需求，并教导人们通过竞争成就来衡量自我价值感。以将问题归咎于生化功能障碍的诊断方式，似乎可以提供一条缓解在缺乏成就或个人满足感的情况下保持积极的自我意识的斗争的途径。

成人精神病学对“内心生活”（例如抑郁和焦虑）的关注占主导地位（而不是儿童精神病学对行为的关注占主导地位），导致女性成为社区精神病学服务的主要“客户”。也许不足为奇的是，成人多动症定义的重点从行为特征转向内在特征，伴随着被诊断患有成人多动症的女性人数的增加，并且在许多国家，患有这种标签的女性人数超过了男性，尽管事实上，儿童多动症的诊断与男性密切相关。

然而，这种尝试性的解决方案仍然脆弱，因为它还包含了永久性的、基于生物学的残疾的概念，因此也包含了“损坏的物品”的概念，从而造成了一个更长期的问题——被诊断的人可能会陷入终生的斗争中。控制和防止他们的“多动症”毁掉他们的生活。

制药业似乎在成人多动症的兴起中发挥了重要作用，尤其是在过去的几十年里。例如，2004 年，药品营销公司明确将成人多动症视为兴奋剂和相关药物的一个不断扩大且利润丰厚的市场。

几家公司在美国开展了直接面向消费者的广告活动，通过暗示常见行为（例如忘记车钥匙）可能是这种疾病的症状来推销这种疾病。公司网站还包含筛查问卷，鼓励人们在认为自己患有这种疾病时寻求帮助。此外，据透露，一些最大力宣传成人多动症概念并进行许多药物试验的研究人员未能披露他们从制药公司获得的数百万美元收入。

我们今天所定义的多动症是这些既得商业、政治和机构利益的产物。在多动症的出现和普及的故事中，没有任何地方——我的意思是任何——重大的科学发现。

并非每个地方都认同 ADHD

将各种被认为是社交困扰的儿童行为放入生物医学范本的努力导致了文化意义、特定行为的地方意义以及处理这些行为的地方信仰和实践的排除。

当我们通过地方文化信仰的透镜来看待儿童行为时，即使在那些承认并广泛提供 ADHD 诊断和治疗服务的国家，实践中也可以找到不同的做法。

例如，在一个高度重视对侵略或挑衅作出自我控制的背景中，缺乏自我控制更有可能被解释为一种障碍。同样，在重视学校成功的环境中，较差的学业表现更有可能被解释为障碍的结果。

因此，在英国和美国之间在实际实践中发现了 ADHD 的概念存在显著差异。在这两个国家之间，流行病学研究和儿童/家庭访谈研究发现，在导致 ADHD 诊断和随后治疗的问题类型上存在相当大的差异。

在英国，诊断和治疗更有可能适用于社会阶层较低的儿童（主要是男孩），并且与更高水平的行为问题相关联；而在美国，中产阶级儿童（同样是男孩），特别是在学业成绩较低的地区，更有可能被诊断和治疗。

在英国和美国被诊断为 ADHD 的年轻人的访谈发现，他们对 ADHD 的看法与流行病学研究的发现相符，在英国，儿童更有可能将 ADHD 视为自我控制障碍，导致他们发脾气和打架，而在美国，儿童更有可能认为 ADHD 是一种导致他们在学校失败的障碍。

跨文化的 ADHD 研究发现，来自不同国家的评估者在评价哪些行为是问题行为时存在重大而显著的差异。当评估者评估来自不同少数民族背景的儿童时，也存在显著差异。一些早期的研究发现，在中国和香港的儿童中，多动症的发生率惊人地高。在这些研究中，被评为多动症的中国儿童几乎是英国儿童的三倍。

然而，对这些关于中国和英国评估者和儿童之间多动症评分差异的调查表明，大多数“多动症”中国儿童在大多数英国评估者看来可能并不被评为多动症，事实上，他们比被评为“多动症”的英国儿童要不太多动。关于中国和英国评估者和儿童之间多动症评分差异的一个解释是，这可能是由于在中国文化中，学校成功的重要性更大，导致对较小程度的破坏性行为的不宽容。无论原因如何，这表明多动症和破坏性是**文化构建的实体**。

另一项在 2003 年发表的医学人类学研究调查了墨西哥一个有 200 多名学生的中产阶级学校的一群儿童。使用标准问卷，研究人员得出结论，大约有 8% 的儿童可能被诊断为 ADHD，然而在那所学校里只有一个孩子被诊断为 ADHD。通过对那些未被诊断的更活跃儿童的父母和老师进行访谈，研究人员发现，这些照顾者认为 ADHD 类型的行为在这些儿童（尤其是男孩）这个年龄段是正常和预期行为范围内的。

在任何文化/社会中，ADHD 都表现出不同的分布模式，可以追溯到社会和文化动态。因此，在英国，ADHD 诊断的社会分布遵循一个基于阶级的梯度。表现出任何情感或行为障碍症状的儿童，包括表现 ADHD 症状的儿童，更有可能贫困，由单亲和/或失业父母抚养，生长在贫困的社区，并在早期生活中经历压力事件。

父母与法律有纠纷是这一梯度中的最高超额；父母出庭几乎使 ADHD 诊断的风险增加了近 200%。在美国找不到这种阶级梯度；在英国，经济上最有利的儿童比他们在美国的同行更受保护，免受 ADHD 诊断的困扰。

种族和民族也是在国内找到诊断模式差异的另一个领域。在美国东北部都市地区对被诊断为 ADHD 的儿童家庭进行的人类学研究发现，“欧裔美国”家庭和非裔美国家庭之间存在相当大的差异。

虽然欧裔美国家庭提出了生物医学解释，并倾向于使用“障碍”和“病症”的临床词汇，或特定的诊断类别来描述他们的儿童的行为问题，但非裔美国家庭抵制将他们儿童的经历病理化，这反映在使用更散漫的词汇，如“问题”、“挑战”和“困难”来描述他们儿童的问题行为和感受。这些非裔美国家庭对精神健康干预，无论是药物治疗还是心理治疗，都表现出积极的质疑和怀疑。

所有这些例子提醒我们，在观察儿童行为和附加给它们的意义，包括何时以及何时使用 ADHD 作为标签时，观察者的行为和意义之间的差距是巨大而深不可测的。在这个空间里，

我们构建我们的文化偏见解释，然后从我们的选择中流出的后果。那么关于 ADHD、它的原因和治疗，实际科学揭示了什么呢？

科学和基于证据的医学（EBM）

科学通常被认为是通过观察和实验对物质和自然界进行系统研究的智力和实践活动。科学是一种方法论，包括假设生成（提出理论）然后通过实验证明该假设的过程。最优秀的科学家能够接受不确定性作为追求知识客观性的前提。

在自然科学中，大多数医学依赖于其发展的一种基于原因（诊断）的分类体系，知识是通过进行一种特定类型的研究来发展和建立的，该研究旨在证明所谓的“零假设”不可能是真的。零假设是一种陈述或默认立场，即某些测量现象之间没有关系。在现代科学实践中，拒绝或证明零假设是错误的，并因此得出有理由相信存在关系并且实际假设可能为真的结论，是一个中心任务。

但在任何发现被接受之前，你需要其他独立的研究团队使用相同或相似的方法复制结果。这是因为一个团队可能存在偏见，样本量不足，设备准确性有技术问题，分析错误，有时甚至可能操纵结果。

“可复制性”危机是精神病学和心理学研究的一个主要问题。一个团队宣布发现了某事（比如说，ADHD 患者的大脑区域与健康同龄组相比较小），但进行相同研究的接下来的两个团队得出了不同的结果。

科学方法要求从一个假设（理论）不成立的假设开始，即零假设。在你可以继续允许其他研究团队进行相同或类似的实验以查看他们是否得到与你相同的结果之前，必须证明零假设不成立——因此有证据表明你的理论可能是真的。

如果在这个过程的任何阶段你的理论没有得到支持，你必须回到“零假设”，假设你的理论是不成立的。要求某人证明零假设是真的不科学的。你应该始终假设它是真的，直到通过上述所有步骤证明它不可能是真的。

当前精神病学概念的一个主要问题可以通过回到这些基本假设来理解。为了科学地评估“注意缺陷/多动障碍”（ADHD）这一“神经发育”的自然类别的命题，我们必须从零假设开始。也就是说，我们必须假设，除非被证明否定，我们所定义的 ADHD 与某种可识别的可测量的生物/神经特征之间没有特征性关系。

这是通过科学方法发展知识的基础。应用科学方法是 EBM 的基础。在我们证明这个基本零假设不可能是真的之前，从科学上讲，我们不能进行假设 ADHD 作为一个概念对描述其行为的任何具有解释力的研究。

【注：EBM 是 Evidence-Based Medicine（循证医学）的缩写。它是一种医学决策和实践的方法，强调使用科学方法和最新的研究证据来指导医学决策。循证医学旨在通过整合来自系统性研究的证据，结合医生的临床经验和患者的价值观，为医学提供更科学、更有效的基础。其目标是促进医疗实践的质量、效果和效率。

循证医学的主要原则包括：

- 1. 证据层级：** 将不同研究类型的证据进行层级分类，以确定其在决策中的权威性。系统性回顾和随机对照试验通常被认为是最高水平的证据。

2. **患者价值观：** 强调在医学决策中考虑患者的价值观和偏好。患者参与决策的概念被视为循证医学的一部分。
3. **医生经验：** 通过整合医生的临床经验，将科学证据与实际患者状况相结合。
4. **决策的个体化：** 强调在制定治疗方案时要考虑患者的个体差异，而不是仅仅套用通用的治疗指南。

EBM 的目标是确保医学实践是基于最佳的科学证据，并且与患者的需求和价值观相一致。它在医学界得到了广泛的接受，并在医学教育和实践中产生了深远的影响。】

在其最广泛的形式中，循证医学（EBM）是一种利用科学方法进行决策的改善医疗保健的方法。在其历史的大部分时间里，医学更多地依赖于“临床判断”的主观性，医学生学习这位或那位教授的喜爱理念。随着对病因和治疗研究的关注增加以及像 Cochrane（科克伦）协作这样的国际机构的发展，这些机构致力于系统评估对重要临床问题的研究证据。新的分析方法（如荟萃分析和系统综述）使研究人员能够整合大量研究的结果，促成了全面证据基础的发展。

循证医学（EBM）是发展更具科学可信度的医疗保健方法的重要一步。然而，像所有伟大的思想一样，它存在于更广泛的政治框架内。科学努力最终是一种人类活动，因此“科学”和我们如何解释它是由更广泛的文化和政治过程塑造的。

作为一个例子，制药公司能够通过各种策略使证据基础偏向于他们制造的产品。循证医学（EBM）本身也受到这些更广泛的市场权力政治力量的影响，导致以盈利为重点的组织和专业行会之间的腐败勾结。市场战胜了科学。

循证医学（EBM）也变得容易受到“科学主义”的影响。在西方文化中，科学已经成为一种宇宙观——即一种相信科学在看待和理解生活和世界的所有其他方式中具有不可否认的首要地位的意识形态/信仰——使我们容易被科学主义所蒙蔽。我们希望相信存在简单的解释和缓解痛苦的简单方法。在销售精神病学诊断和药物治疗的承诺方面，似乎相对容易。

即使是 Cochrane（科克伦）协作——与循证医学（EBM）的发展最相关的机构——**也已经成为偏向于市场而不是科学的牺牲品。**彼得·格切（Peter Gøtzsche）教授于 2018 年 9 月被从 Cochrane（科克伦）中驱逐。在他的著作《告密者之死和 Cochrane（科克伦）的道德崩溃》中对发生的事情进行了生动的叙述。这是一个生动的叙述，描绘了—旦陷入财务和营销担忧的等级制度，组织是如何腐化的。

彼得·格切教授是 Cochrane（科克伦）协作的最初创始人之一，是将其发展成为一家备受尊敬的研究网络的关键人物。他创造了 Cochrane（科克伦）综述中使用的许多方法论工具，并且从不回避让数据自己说话的作风，尽管这些发现可能会令一些医生、研究人员，特别是制药和其他医疗设备制造商感到不满。

彼得·格切教授的才华和无畏的态度赢得了他许多敌人。他是丹麦最著名的研究人员之一，在各地的研究界都受到尊敬。但多年来，他已经记录了制药行业和医疗设备制造商推动的许多产品可能导致的危害大于好处的的工作，详细分析了这些公司的研究如何通过误导、混淆或有时直接说谎来保护和推广他们的产品。

他在精神药物方面的工作表明，这些药物在为服用者提供更好的生活方面效果很差，同时对数百万人造成巨大的伤害，这让他成为整个精神病学机构的公愤，并可能是 Cochrane（科克伦）的层级决定将其驱逐的最有影响力的原因之一。

如今，循证医学（EBM）的理念被以一种类似宗教的方式引用。你经常听到人们反复说，就像在吟唱咒语一样：“我们遵循循证指南”，“这是一种循证治疗”，“我们是一种循证服务”，就像早期人们可能会说，“圣经上说”，“根据圣经”然后随便说些废话。

我们使用这种语言作为我们实践的社会正当理由，而重要的零假设周围的原始假设和背景就消失在充满虚张声势和渴望走向聚光灯的教授们的烟雾和镜子之后。

我第一次真正接触注意力缺陷多动障碍（ADHD）现象是在 1990 年代中期，我当时是儿童精神病学的培训医生。当时在英国并没有对 ADHD 进行诊断；事实上，儿童精神病学是一个主要以系统性为导向的专业，不使用诊断标签，儿童精神科医生很少开处方药。

我们意识到美国正在不断地医学化，而在英国，一些在有影响力的职位上的儿童精神科医生受到了吸引。到了 1990 年代中期，他们的影响开始显现。因此，我的一位主管医生对进行一项关于 ADHD 及其与我们在伦敦市中心一个民族多元、贫困地区服务人群的相关性的“项目”表达了兴趣。他问我是否想加入。

作为一名热切学习的实习生，我迫不及待地加入了。我的主管医生尚未制定研究问题，因此要求我进行文献综述，总结有关 ADHD 的关键数据（诊断、患病率、原因、城市与农村等）。

这证明是一次启发性的经历——只是不是我主管医生所想象的那种。我阅读了许多研究和评论，但我对这个概念无法把握让我感到困扰。我无法回答“ADHD 是什么”这个基本问题。

我一直在想，它到底是什么，肯定不仅仅是“注意力不足”和“多动”，——只是它的名字，后面再加一个“障碍”吗？我感到非常沮丧，因为我阅读的文献没有解决这个基本问题。相反，它们假设 ADHD 存在为“事物”，而且这个“事物”具有实际的现实性，这意味着你可以对其特征、影响、原因、患病率、治疗等等做出权威性的陈述。

我惊讶地意识到，ADHD 是通过一些人的想象力创造出来的，而没有这一关键方面的证据基础。

我阅读的文章避免了科学方法，并忽视了零假设。这让我感到不安。如果这个构建物被当作一个真实实体对待，而它并没有反映出具体、可测量、可识别、自然存在的实体（正如零假设所预设的那样），那么使用 ADHD 是一个“事物”的概念构建的所有数据都是可疑的。这是在沙土上建造的城堡。

在我随后几年审查 ADHD 文献的各个方面时，我对这种基础不牢的现象有了进一步的确认。正如我将在本章后面解释的，以 ADHD 为名进行的研究已经提供了 ADHD 是一种自然实体的有力证据相反。遗憾的是，在精神病学思维被准宗教主义的科学主义主导的时代，在那里你只是不断重复循证医学（EBM）风格的短语，这并不是大多数人接收到的信息。

相反，你在谷歌搜索“[What is ADHD?](#)”（什么是多动症？）时，你会得到这样的信息：

“ADHD 代表注意力缺陷多动障碍。这是一种医学状况。患有 ADHD 的人在大脑发育和脑活动方面存在差异，影响注意力、保持静止的能力和自我控制。ADHD 可能影响儿童在学校、家里和友谊中的表现。”（Kids Health）。

或者“如果你患有注意力缺陷多动障碍（ADHD），你可能有很多能量，很难集中注意力。控制言行可能会很困难。ADHD 是儿童中最常见的行为障碍。通常在 18 个月左右开始，但症状通常在 3 至 7 岁之间变得明显。我们不知道 ADHD 的原因，但专家认为它在家族中遗传。它也可能是由于大脑化学物质的不平衡。”（Young Minds）。

或者“ADHD 表现为冲动、多动和注意力不集中的时期，但它不仅仅是一个白日梦想家或坐立不安的问题。ADHD 影响我们中约 2-5% 的人，主要是遗传的，尽管环境因素可能会使情况变得更糟。”（BBC Advice

如果你谷歌搜索 “What causes ADHD?”（是什么导致了多动症？），你会得到类似以下的信息：

“ADHD 往往在家族中流行，而且在大多数情况下，认为你从父母那里继承的基因是发展这种病症的重要因素...研究已经发现了患有 ADHD 的人与那些没有这种病症的人脑部可能存在一些差异...其他研究表明，患有 ADHD 的人可能在大脑神经递质水平上存在不平衡。”（NHS Choices）。

或者“科学研究发现 ADHD 存在强烈的遗传联系。这不是一种通过社交学习或社会传递的障碍...专家们确定为 ADHD 发展可能做出贡献的许多基因是控制某些类型神经递质的基因...科学研究表明，在患有 ADHD 的人中，一些重要的大脑部分发育较慢，沟通较差。”（Netdoctor）

如果你谷歌搜索 “ADHD treatment”（多动症的治疗方法），你会得到类似以下的信息：

“治疗范围从行为干预到处方药物。在许多情况下，单独使用药物是 ADHD 的有效治疗。”（Healthline）。

或者“治疗注意力缺陷多动障碍（ADHD）依赖于药物和行为疗法的组合。使用药物的治疗取决于你的孩子的年龄。第一步是对 ADHD 进行准确的诊断，了解你的孩子的优势和劣势。了解 ADHD 将帮助你和你孩子的兄弟姐妹更好地理解如何帮助孩子。”（Webmd）

这些网站大多旨在提供可靠、无偏见、不受制药公司影响的信息。你可以看到，在大多数关于该主题的搜索中，你可能会遇到许多听起来很科学的东西，告诉你 ADHD 是一种可以识别的“东西”，而且这个“东西”与你的基因和大脑（化学物质和结构）有关，并且可以通过药物治疗以及一些行为疗法进行治疗。

科学主义将 ADHD 从一个模糊、难以捉摸的概念变成了文化事实，伪装成自然事实。

由于 ADHD 没有达到被视为“诊断”所需的证据基础，因此并不奇怪没有找到任何特定和/或特征性的生物异常，例如特征性的神经解剖学、遗传学或神经递质异常。与推动 ADHD 产业的神话不同，科学的现实是我们的橱柜里没有证据，而是充满了“垃圾”科学主义。

在本章的第二部分中，我们将探讨有关 ADHD 的实际科学证据，包括遗传学、脑成像和 ADHD 因果关系的“化学失衡”理论。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668854361>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

然后让我看一下支持多动症是一种通过遗传和大脑问题而产生的“东西”的证据。

ADHD 遗传学：原假设被推翻了吗？

ADHD 是遗传性的说法主要是从双胞胎研究中推断出来的，因为同卵双胞胎比异卵双胞胎更常同时被诊断出患有 ADHD。在双胞胎方法中，假设当同卵双胞胎被诊断出患有相同疾病的比例高于异卵双胞胎时，这是由于遗传因素而不是环境因素。这是因为同卵双胞胎将共享 100% 的基因，而异卵双胞胎平均将共享 50% 的基因。

研究员杰·约瑟夫（Jay Joseph）在他的书籍和文章中详细研究了精神疾病（包括多动症）的遗传性问题，他的批评说明了支持多动症是一种具有高水平遗传性的疾病的证据的问题。

对于同卵双胞胎来说，由于共享相同的基因而更有可能患上疾病，你必须假设同卵双胞胎和异卵双胞胎的心理和社会环境是相同的。这就是所谓的“平等环境假设”或简称“EEA”。人们早已确定，在比较同卵双胞胎和异卵双胞胎时，EEA 并不成立。同卵双胞胎通常会受到更相似的对待（例如穿着相同的衣服）并经历独特的心理环境（例如交换角色以迷惑他人）。

作为同卵双胞胎之一与作为异卵双胞胎之一是一种不同的经历，因此心理和社会因素本身可能导致同卵双胞胎与异卵双胞胎相比具有更大的行为或情感相似性。这意味着双胞胎研究方法无法将精神病表现的遗传因素与环境因素分开，因此无法通过该方法来估计遗传因素对多动症的影响。

还有其他用于估计遗传性的方法，例如家庭研究（查看家谱中多动症症状的患病率），这些方法也无法将环境与遗传的贡献分开。另一种更具挑战性的方法是领养研究。多动症收养研究将涉及比较养父母家庭中多动症的发生率与被收养并随后被诊断患有多动症的儿童的亲生家庭中的多动症率。

目前还没有针对多动症的真正的收养研究。无论如何，收养研究中的方法论问题很多，从大多数被收养者在收养前已经在原生家庭或寄养安置中度过了相当长的时间，到被收养者作为一个群体的父母与普通父母可能存在的差异。

因此，领养研究与家族研究一样，不能区分环境与遗传的贡献，因此所有这些用于估计遗传性的方法，无论是单独使用还是结合使用，都不能证明零假设，即 ADHD 与具有特征性遗传异常或与获得 ADHD 标签的人相关的差异不存在。

确切证明 ADHD 具有特定遗传贡献的唯一方法是通过分子遗传学研究。自从更快速、更便宜的全基因组扫描变得可用以来，分子遗传学的证据一直在积累。这种越来越大量的 ADHD 基因研究并没有显示出任何特定的发现，无论是与异常基因还是与一致的遗传关联有关。这并没有阻止不道德的研究人员提出相反的说法。

2010 年，《柳叶刀》医学杂志发表了一项研究，声称已经找到了 ADHD 是一种遗传疾病的具体分子遗传证据。这项研究一直被引用为证明我们可以确信 ADHD 是遗传性的杰出研究。在当时的新闻发布会上，研究团队负责人安妮塔·帕尔（Anita Thapar）教授毫不含糊地表示：“现在我们可以自信地说，ADHD 是一种遗传疾病，并且患有这种病的儿童的大脑发育方式与其他儿童不同。”这才是他们真正发现的：

这项研究涉及对 366 名“患有 ADHD”的儿童的整个基因组扫描与 1047 名“非 ADHD”对照儿童的比较，寻找一种被称为拷贝数变异（CNVs）的东西。拷贝数变异（CNVs）是基因代码的异常部分，它们在不应重复的地方或应删除的地方被重复。

研究人员发现 57 名 ADHD 儿童中有 15.6% 的 CNVs，而非 ADHD 对照组中有 78 名儿童中有 7.5% 的 CNVs。这使 ADHD 组多出 8%，几乎不是一个显著的数字。如果我们接受标准的

“主流” ADHD 患病率，这也意味着如果你遇到患有 CNVs 的年轻人，他们更有可能没有 ADHD 的诊断而不是有。

然而，欺骗并没有就此结束。患有多动症的儿童的平均智商（用于评估学习水平，包括学习困难程度的心理智力水平测量）为 86，比一般人群的平均水平 100 低 14 分。此外，当 33 名智力受损的多动症儿童（智商低于 70）被排除在 ADHD 组之外，剩下的 333 名儿童中只有 11.4% 有 CNVs（现在仅比非 ADHD 对照组高 4%）。33 名患有 ADHD 和智力障碍的儿童中，39% (13) 患有 CNVs。

这个证据更多地表明 CNVs 与智力障碍（39%）之间存在关系，而不是 CNVs 与 ADHD（11.4%）之间存在关系。因此，这项研究的作者应该已经控制了智商，因为智商对于具有 CNVs 的可能性有不成比例的影响，但他们选择不这样做。

如前所述，ADHD 组的平均智商明显低于对照组（我们可以假设对照组的平均智商为 100）。作者应该从其 ADHD 患者中选择一个平均智商为 100 的亚组。这将使其成为对照组的更合理比较组。我不禁想知道他们是否这样做了，因为我怀疑他们可能没有发现或仅有微小差异，因此选择不公之于众。**这种高调且引人注目的出版物比垃圾科学更糟糕，因为作者在结论中误导了医学界和普通公众。**

从那以后，对 ADHD 进行了大量的有资金支持的基因研究。成千上万被诊断为 ADHD 的人已经接受了他们整个基因组的扫描，以检测所谓的“DNA 变异”——与患有某种疾病的人相比，这些 DNA 的位点在其他人身上是不同的。这些研究被称为全基因组关联研究（GWAS）。

在 GWAS 中，每个人都提供 DNA 样本，从中读取每个人携带的数百万个基因代码，寻找在患有某种疾病的人中比其他更常见的基因。如果发现某个基因在患有该疾病的人中更常见，就说它与该疾病相关。GWA 研究调查整个基因组，这使它们在从事假设的方法开始假设特定基因可能与（在这种情况下）ADHD 相关的方法上根本不同。

一种基于假设的方法提出了这样一个理论，即某个特定基因或基因组，例如编码神经递质多巴胺或神经细胞中其受体的基因集，是异常的，然后比较患有诊断的人群和非 ADHD 对照组中的这些基因。这种后一类型的研究是调查 ADHD 中分子遗传异常或差异的主要方式，但是却没有任何发现。

GWA 研究不是基于假设的，而更像是数据挖掘的练习。如果它们揭示可能与研究条件相关且似乎相关的区域，它们可能导致可以进一步调查的假设。但单独来看，它们更多地告诉你有关什么不相关而不是相关的信息，尤其是如果比机会更频繁发生的基因分布在基因组的许多不同部分。

这里研究的数量特别重要。最初的 ADHD GWA 研究并未发现任何达到全基因组显著性的 DNA 变异，即使在将这些样本大多数合并在一起的荟萃分析中，包括三千多名患有 ADHD 诊断和/或其父母的患者。

后来，使用数以万计的更大样本，GWA 研究显示 ADHD 与大量常见变异相关，每个变异都具有微小效应，分布在基因组的各个部分，与其他所谓的精神疾病诊断（如自闭症、精神分裂症、双相情感障碍）有交叉，并且通常没有控制学习障碍的影响。

这意味着为了找到在 ADHD 患者中与健康对照组相比出现的基因，你必须有一个非常庞大的样本量（至少一万人）。大多数被诊断为 ADHD 的人中没有一个人具有在大规模 GWAS

样本中发现的任何个体基因差异，而我们也没有任何合理的生物学理论来测试这些微小而几乎不相关的发现。

基因病因学爱好者将未能找到可靠的分子遗传异常或差异称为他们所谓的“遗传学缺失谜题”。因为他们认为 ADHD 必须是遗传的，他们想象遗传问题必须存在于某个地方；只是我们还没有找到而已。对于“遗传学缺失”的最有可能的原因当然是，它一开始就不存在。

从科学角度来看，我们必须假设在基因学方面，这个柜子是空的，零假设成立：不存在与多动症相关的特征性可识别遗传异常/特征。

ADHD 脑成像研究：零假设已被证明是错误的吗？

与基因研究一样，ADHD 脑成像研究也未揭示任何特定或特征性的异常。出现的图像是一系列一贯不一致的发现，这些发现是统计偏差（放射科医生不会将这些脑部视为临床异常），来自样本较小的研究，不总是准确匹配年龄（当我在下面评论出生日期研究时，你会看到为什么这很重要），通常不控制智商水平，也不考虑药物可能的影响。一个研究团队发现大脑的某个部分比“健康”对照组小，而下一个团队却没有发现，甚至发现那个部分稍微大一些。

但是，正如我一直在解释的那样，科学不应妨碍专注于科学的人！2017 年，《柳叶刀精神病学》发表了一项研究，作者声称提供了确凿的证据，证明患有 ADHD 的年轻人 的大脑与他们的健康同龄人不同且较小。

与基因垃圾科学一样，首席研究员胡格曼（Hoogman）博士发表了大胆的言论，宣称在一份被主流媒体报道的新闻发布会上，“我们研究的结果证实了患有 ADHD 的人的大脑结构存在差异，因此表明 ADHD 是一种大脑障碍。”对他们的发现进行仔细分析显示了他们的研究更多地揭示了作者迫切寻找某种东西的绝望，而不是他们能够进行对其发现进行适当科学检验的能力。

作者将他们的研究称为“超大分析”，因为他们从许多先前的研究项目中获取了数据，并将所有不同地点的发现“数字化”，好像它们只是一个大研究。这个过程有时是启发性的，但也可能使偶然的发现看起来比它们实际上更重要。

总共，他们收集了来自全球 23 个研究团队的 1713 名诊断为 ADHD 的患者和 1529 名没有这一诊断的个体的脑部扫描数据。他们声称他们发现了在一些（而非全部）特定脑结构中微小差异，当他们将所有可用的特定结构在 ADHD 组与非 ADHD 组中的记录体积相加时，这些差异在统计上变得显著。

使用某些统计变量的测量使他们能够对这些微小到没有临床相关性的差异提出这一主张。这种方法使他们能够隐藏一贯不一致的发现。

例如，对于一个名为纹状核（NA）的微小脑结构，发现的最大差异。因此，这个超大分析声称患有 ADHD 的儿童 NA 比没有 ADHD 的儿童小。然而，如果你查看按站点分类的数据，你会发现有 10 个站点发现 ADHD 组中 NA 的平均值较小，有 4 个站点发现 ADHD 组中 NA 的平均值较大，还有 6 个站点发现没有差异。

这是该研究中差异最大的结构的情况。继续关注 NA，你还可以看到在解释扫描时存在主要技术问题，这是由于不同研究小组使用的不同设备和/或分析算法。例如，挪威卑尔根的个体 NA 体积平均为 758 mm³ 对比 805 mm³（ADHD 对照组），而在德国吴兹贝格，他们的个体 NA 体积平均为 462 mm³ 对比 449 mm³（ADHD 对照组）。

也许挪威儿童的 NA 与德国儿童相比更惊人，按这个标准来说，所有德国儿童必须都有 ADHD。然而，考虑到挪威组是控制组体积较大的组之一，而 ADHD 组在德国中心的体积较大，这种巨大的变异——在中心之间比在中心内更大——如果（事实如此）那些总体积较大的人更多地倾向于控制组具有有利于控制组具有更大 NA 的差异，这进一步偏向于发现。

最后，这是另一项没有控制 IQ 差异的研究。已经在一系列成年人和儿童的研究中显示了大脑体积与 IQ 之间的关联。当这项研究的作者发布了正确的 IQ 表格（令人尴尬的是，他们最初发表了一个错误的版本）时，一个独立的小组重新分析了他们的数据，考虑了 IQ 的潜在影响，并得出结论在控制了 IQ 差异的情况下，在大脑的任何调查区域，ADHD 患者与对照组之间没有显著差异。

因此，从科学角度来看，这里也是一片空白。没有人接近找到特征性异常，因此在诊断 ADHD 时没有生物标志物或脑部扫描。零假设依然存在——没有与 ADHD 相关的特征性脑部异常。

ADHD 是由化学失衡引起的吗？零假设是否被证伪？

不乏“专家”声称多动症与神经递质“多巴胺”的化学物质缺乏或不平衡有关。这个想法完全基于这样的发现：药物（如利他林）能够刺激多巴胺的释放，从而增加大脑突触中多巴胺的水平，似乎可以改善多动症的“症状”（稍后会详细介绍）。

几十年前，研究发现，如果你服用兴奋剂，无论诊断如何，它都会提高你保持专注于任务的能力，至少在短期内如此。然而，由于尚未有人证明被诊断为多动症的个体是否缺乏多巴胺，因此化学失衡理论能够随着药物制造商的积极营销而传播，这些药物可以增加大脑中这些化学物质的水平。

时不时就会出现一项挑战公认观点的研究，因此得到的宣传有限。2013 年发表了一项此类研究。其研究结果对“之前关于注意力缺陷多动障碍 (ADHD) 是多巴胺传递基本异常结果的说法”提出了质疑。研究人员发现，给健康成年志愿者以及表现出注意力缺陷多动症症状的人服用哌醋甲酯（更常见的品牌名称是利他林）会导致他们大脑中化学物质多巴胺的类似增加。在测试他们的注意力集中能力时，两组患者都因药物而获得了同等程度的改善。

我们不应对这一发现感到惊讶。利他林等兴奋剂对神经系统的作用与可卡因几乎相同。大多数兴奋剂药物是安非他明的类似物，实际上有些是安非他明衍生物。安非他明被广泛非法使用，因为它们会给你一种狭隘的视野，让你高度专注于你正在做的事情；因此，它们除了具有娱乐作用外，还可以用作考试学习的辅助工具，因为它们可以提高注意力并让你保持清醒。就像我们在精神病学中使用的所有其他药物一样，它们对每个人都有普遍的影响。它们不会纠正任何基于疾病的“化学失衡”。

这里的橱柜也是空的。零假设成立——不存在与多动症相关的特征性化学失衡。

班上年龄较小的孩子更有可能“患上多动症”

在不同国家进行的几项研究发现，同年级最小的孩子（与同年级最大的孩子相比）被诊断患有注意力缺陷多动症和接受注意力缺陷多动症药物的风险显著增加。这些研究发现，无论你身处诊断或处方率高的国家（如美国）还是低率的国家（如芬兰），这种模式仍然很明显。

这种识别多动症的模式强烈暗示了这样一种观念，即与同龄人相比，相对不成熟是获得这一标签的一个重要风险因素（即，成年人注意到并质疑孩子的注意力集中能力及其活动水平——他们的“喧闹”）。无论是超过 6% 的儿童（在冰岛的研究中）服用处方兴奋剂，还是少于 1%（在芬兰的研究中），这种模式仍然存在。不管怎样，对这些行为提出问题的文化规范是什么，班级中的相对不成熟不断成为一个风险因素。

当然，孩子们的成熟速度不同，这就提出了一个重要的问题：即使对于班上年龄较大的孩子来说，多动症的诊断是否也可能反映了他们相对较慢的发育轨迹。请记住，这是主要针对男孩的诊断，男性平均发育速度慢于女性。

有一段时间以来，我一直认为像 ADHD 这样的伪诊断的增加反映了西方新自由主义对儿童多样性的不宽容，从小孩子就被传达出这样的信息，即他们因为他们所做的事情（他们的“表现”）而受到重视，而不仅仅是因为他们的存在。这些研究结果进一步支持了我对于类似 ADHD 的诊断的普遍性，表现出我们在现代文化中对儿童和童真的不宽容，就像是一个衡量我们对儿童和童真的不宽容程度的晴雨表。

ADHD 治疗：说服父母让他们的孩子服用类似可卡因的物质

在 20 世纪 70 年代、80 年代和 90 年代，ADHD 作为一个概念开始流行，这在很大程度上得益于安非他明衍生物使用的增长。这组物质被称为“兴奋剂”，因为它们会增加某些神经递质的释放（即刺激神经系统），尤其是多巴胺。**利他林是这些药物中最知名的品牌名称，并成为最畅销的药物，为诺华制药带来了巨额利润。其他公司很快意识到儿童行为医学化所带来的巨大潜力，特别是那些给父母和老师带来压力的行为，因此现在有各种短效和长效制剂可供选择。**

将儿童讨厌、令人担忧或令人困扰的行为贴上伪医学标签，为开辟巨大的潜在市场敞开大门，因此虽然向儿童开具危险且容易上瘾的兴奋剂的处方最初并且在几十年来几乎只发生在美国，但它已经全球传播，接受药物治疗的人数不断增加。

这一趋势并非没有争议。毕竟，我们知道苯丙胺（安非他明）等兴奋剂像可卡因一样，具有很高的成瘾性，具有明显的生理和心理依赖的潜力，以及许多严重的健康风险。作为中枢神经系统兴奋剂，它们提高生命功能，如血压、体温和心率。使用苯丙胺的人通常需要更少的睡眠，食欲减少，并且更加专注。我们如何可能为孩子们提供一种我们因为知道这可能对身体、大脑和一个人日常生活的许多方面造成可怕的长期影响而警告成年人不要使用的物质呢？

这就是化学失衡理论的需要之处。ADHD 药物爱好者编织了一个神话，不是基于证据，而是作为他们所倡导的辩护的一种方式。论点是，那些患有 ADHD 的人对兴奋剂的反应与那些没有 ADHD 的人不同，因为在 ADHD 中存在多巴胺的缺乏——因此，兴奋剂只是替代了一开始就不存在的东西。这意味着它是一种矫正，而不是会导致所有已知可怕效果的东西。因此，如果你没有 ADHD，兴奋剂是危险的，但如果你有“正常”功能，它可能是安全且可能是必要的。

或者如药物爱好者的论点所说。正如前面讨论的那样，关于 ADHD 中的化学失衡的零假设尚未被证伪，因此，这一理论是不可支持的。

与精神病学中使用的大多数药物一样，它的使用是基于轶事的，并且在对它们是否安全有效进行研究之前就开始了。人们认为，因为兴奋剂似乎能让这些孩子冷静下来，它一定是以一

种不同于那些娱乐性使用的方式起作用，后者似乎更有活力。然而，当在 20 世纪 80 年代进行研究时，实际上发现无论诊断如何，它的效果都是相似的。

在建议的剂量中，它的主要作用是产生一种心理上的视觉隧道效应，使你专注于正在做的事情。表面上的镇定效果与这种增加注意力的效应相关。当你看到你的孩子坐下来，明显专注于学校作业，并按照之前未曾做到的方式遵循指示，似乎这是一种变革性的治疗时，它似乎是一种短期的普遍效应。它对大多数服用的孩子都会产生这种效果，而不论他们有什么标签。支持使用兴奋剂作为治疗的研究几乎都是由制药公司进行的，持续时间仅为几周或几个月，重点放在评估 ADHD 的“症状”而不是其他生活质量指标上。然而，一旦孩子被开具了兴奋剂的处方，处方通常不仅仅是几周或几个月，而是通常持续多年。这就是我们需要证据的地方。几年后会发生什么？

考虑到苯丙胺（安非他明）是极易上瘾的，生理耐受性很可能会发生。就像身体中的许多系统一样，神经突触（神经细胞之间的连接）具有稳态特性。这意味着它们喜欢保持其化学信使在一个狭窄的范围内以实现最佳功能。如果由于定期摄取苯丙胺而释放的多巴胺等物质的量超过正常量，突触将开始关闭多巴胺受体，实际上减少多巴胺总量，使其恢复到其通常狭窄的范围内。这就是为什么经常使用可卡因的瘾君子发现，为了达到相同的效果，他们必须服用更多可卡因的原因——因为以前让他们感到兴奋的那个量现在已经不起作用了。

由于这种稳态机制，一段时间后，随着兴奋剂增加注意力的效果开始减弱，问题行为又开始在孩子身上出现。这就是我们所说的对苯丙胺（安非他明）剂量的“耐受”。这意味着突触已经关闭了一些多巴胺受体，因此你不再获得相同的效果。

然而，如果你现在停止使用安非他明，你就会产生戒断效应，因为由于工作受体数量减少，神经细胞现在获得的多巴胺太少了。突然或过快地戒断兴奋剂可能引起的躁动状态看起来就像“多动症”卷土重来，让所有人，包括医生——似乎很少有人理解上述过程——相信孩子真的确实需要安非他明来实现更“正常”的功能。

因此，现在剂量将增加，并且启动将是一个增加身体（儿童）和心理（父母和老师）依赖性的过程，导致剂量随着时间的推移逐渐增加，并出现暂时的改善，最终，这种影响会逐渐消失，导致剂量再次增加，同时人们也更加确信孩子患有一种名为注意力缺陷多动症（ADHD）的大脑疾病，需要安非他明来控制病情。

睡眠干扰通常意味着添加助眠剂（如褪黑激素），并且在某些时候通常会导致持续的行为困难，同时添加非常重的“抗精神病”药物。因此，几年后发现患有多动症的年轻人正在服用多种药物（通常是高剂量），并且问题不断出现或永远不会完全消失，这种情况并不罕见。

但研究证据对长期结果有何说法呢？

1999 年，一项著名的美国 ADHD“治疗”研究被发表。那时，在美国，对兴奋剂药物的处方非常普遍。当这项研究发表时，它受到了广泛的公众和专业关注。我记得在 2000 年，我参加了英国精神病学皇家学院下属的儿童与青少年精神病学学院年度会议，当时学院主席向英国儿科精神病医生的观众解释说，这项研究的涵义是我们将不得不为任何被诊断为 ADHD 的人开具兴奋剂的处方，而且可能（考虑到资源有限）仅凭兴奋剂处方就足够了。

那么这个著名的研究发现了什么呢？这个被称为“MTA”研究（多模态治疗儿童 ADHD）的研究是一项为期 14 个月的多中心试验，年轻患者被随机分配到 4 个治疗组：仅药物治疗（兴奋剂）、仅行为疗法、联合药物治疗和行为疗法，以及例行社区护理。

作者得出的结论是，在 14 个月的治疗后，仅药物治疗和联合药物治疗组的 ADHD 症状减轻比仅行为疗法组更多，而仅行为疗法组的结果又优于例行社区护理组。

正如你可能预测的那样，这项研究存在相当多的问题，这使得这样的结论值得怀疑。例如，例行社区护理组的三分之二也在接受研究药物组相同的药物治疗，但效果最差。此外，行为治疗组包括一个为期 6 周的密集课程，可以在 14 个月内的任何时间完成，因此在 14 个月评估时，接受行为疗法干预的一些家庭在 14 个月评估前多达 9 个月已经完成了它，而药物治疗组则一直包括在 14 个月内的定期约会。

这引发了药效反应可能是药物治疗组和联合治疗组获得更好结果的主要原因的明显可能性。在那个时候，大多数期刊并未强制执行利益冲突声明。可预见的是，当这些声明被公之于众时，许多主要作者都拥有一长串与制药公司有联系的名单。

14 个月的 MTA 研究迅速成为 ADHD 治疗中引用最多的研究，经常出现在许多国家的治疗指南中。根据目前仍被引用为最佳可用证据的内容，你可能认为 MTA 研究就此结束了，没有更多的发言。但即使你对这些结果毫不怀疑，14 个月并不等同于大多数人被开具药物治疗的多年时间。那么 MTA 研究仍然无法解决那些长期使用兴奋剂的人会发生什么的问题。或者可以吗？

事实上，MTA 研究的故事并没有在那里结束。在我于 2002 年参加的凤凰城一次会议上，我碰巧坐在一位我发现是 MTA 试验评估的心理学家旁边。他告诉我，他所在中心的团队刚刚完成了 3 年后的跟踪数据分析。

我记得他对我说：“一旦这些发现被公布，没有人会再愿意让他们的孩子服用药物了。”我对他的结论的清晰和确定感感到吃惊。他解释说，在他的中心，继续使用药物的孩子病情逐渐恶化，并出现了许多不良反应，而那些没有服用药物的孩子现在状况好多了。他告诉我，他们的结果与其他中心类似，并且不久之后将会公布。

我不得不等待另外 5 年，直到 2007 年才发表了 MTA 的 3 年随访。与 1999 年的原始研究不同，这篇文章是 8 年后发表的（为了让兴奋剂处方成为 1999 年论文提倡的常态，这段时间足够了），几乎没有相关的新闻报道或专业报道。在研究参与者在 14 个月后被允许选择他们的持续治疗之后，它实际上已经变成了一项自然研究，类似于在一般门诊环境中发生的情况。

3 年的结果无法支持药物在 ADHD 症状的初级严重程度不论的情况下继续优越性的观点。此外，在这 3 年中，那些在 3 年内使用更多药物的人比那些没有服用药物的人，会更有可能经历 ADHD 症状的恶化，犯罪率更高，身高（平均减少 4 厘米）和体重（减轻 3 公斤）显着较轻。

因此，在 3 年内，继续服用兴奋剂的人状况较差，经历了比那些没有服用药物的人更多的负面影响。这证实了我早期的直觉，即安慰剂在 14 个月的发现中起到了重要作用。5 年前那位心理学家告诉我的是正确的。在阅读这篇文章的人中，谁会想继续给任何孩子服用兴奋剂呢？

但这（停止给儿童开兴奋剂处方）并没有发生。在自由市场经济中，科学无法战胜市场营销。在这项随访研究发表后，兴奋剂的处方几乎没有受到影响。人们继续引用 14 个月的 MTA，并忽视了 3 年的随访。3 年的 MTA 随访研究与其他长期随访研究有类似的发现。

其他研究同样未能显示长期使用兴奋剂与那些未服用兴奋剂的被诊断为 ADHD 的人相比有任何改善的结果，而且在有差异的情况下，通常是服用兴奋剂的儿童症状比不服用兴奋剂的儿童更糟：在服用长期药物的儿童中，生理问题（如血压）、精神问题（如情绪“障碍”）和学业问题更常见。

如果这些药物的使用与其相关的危害很小，或许我们可以容忍它们有时与处方相关的小幅初步改善，即使没有证据表明在更长时间内有改善。然而，**目前被开处方的兴奋剂是苯丙胺或类似苯丙胺的物质，其药理特性与街头毒品，例如“speed(速度)”和可卡因几乎相同，我们经常警告其他人不要使用它们，极其危险。**

如果这些药物仅被开给患者一年或更短的时间，也许可以提出基于证据的论点，支持在这种有限且受控的情况下使用它们。不幸的是，一旦开始，处方很可能会继续数年。由于使用这类强大且容易上瘾的物质存在相当大的危害，你确实需要在接受这些药物和不接受这些药物之间有明显的差异。我无法想象有一个合理的伦理论据（可能是因为没有），来证明长期开处方的兴奋剂是合理的。

如果你搜索与兴奋剂被分类为滥用药物相关的问题的信息，你将得到如下信息：

“所有兴奋剂都共享一组可能对用户的系统造成严重破坏的副作用。效果包括心率增加，血压升高，体温升高，肌肉颤抖或震颤，烦躁。所有这些效果都很常见。不管怎么说，长期以来，甚至在短期内，滥用兴奋剂都可能对用户产生灾难性的后果，导致高热，心血管异常和猝死。

然而，当一个人长时间滥用兴奋剂时，他们会增加经历其他一些毁灭性的身体和心理健康问题的风险，例如幻觉，妄想，持续的焦虑，妄想症，抑郁，体重减轻，性功能减退，胃肠问题，肌肉退化，心血管损害，呼吸问题，头痛和癫痫。

慢性兴奋剂用户还面临着对兴奋剂产生耐受性，依赖性，最终对兴奋剂上瘾的高风险。此外，当停止或减缓药物使用时，依赖的个体可能会经历兴奋剂戒断综合症。兴奋剂戒断过程虽然不是致命的过程，但可能会令人不适。兴奋剂戒断有身体和心理两个方面，可能难以应对。兴奋剂戒断的常见症状包括精神和身体的疲惫，失眠，无愉悦感（无法感受愉悦），烦躁，焦虑和不安，过度睡眠，强烈的饥饿感。兴奋剂戒断最大的风险之一是伴随着自杀念头的抑郁，其严重程度可能因物质而异。有时，这种抑郁可能持续超过急性戒断阶段。”

没有理由相信上述警告对合法开处方的兴奋剂不像对它们的非法滥用那样相关。

开处方的兴奋剂的危险性不仅限于上述描述，因为患者可能在数十年内继续服用这些药物，而这对大脑中的化学物质可能产生潜在的后果。例如，在一项对被开处方的患者进行了数十年的追踪的研究中，研究人员发现这类患者患神经系统疾病（如帕金森病）的可能性增加了8倍以上。

帕金森病是一种由于患者的神经系统中多巴胺神经递质不足而引起的疾病。这很可能与长期使用兴奋剂有关，因为兴奋剂主要通过刺激细胞释放比通常更多的多巴胺来发挥作用。

ADHD 不是一种诊断，不能作为基于证据的构建来支持

无论你认为构建 ADHD 为一种具有生物起源并可通过药物“治疗”的“诊断”是否有优点，科学的真相是它不能被视为一个有效的科学实体，并且通常优先考虑药物而不设时间限制的当前治疗建议并不基于证据。

多动症是学术精神病学受到科学主义影响的一个例子，这很可能导致了难以估量的伤害。将注意力缺陷多动症想象成一种诊断，会让儿童、父母、教师、医生和其他从业人员忽视各种与背景相关的因素，包括不成熟、学习困难、学校教育问题、欺凌、暴力暴露、饮食、生活方式、缺乏家庭支持、对养育孩子缺乏信心等等，这可能是相关的。

这也让他们看不到孩子气的平凡性以及孩子激怒成年人的能力。多动症更多的是对我们对儿童成长方式多样性的文化不宽容的评论，以及我们对他们和他们的父母施加的压力，要求他们遵守我们设定的狭隘的年龄相关标准。

作为一名执业儿童精神病学家，我经历了多动症的岁月，从一种兴趣有限、通常以系统术语构建的罕见病症，到它扩散为最常见的儿童期病症并主要以生物学术语构建。大约五年前，它达到了饱和状态，当时新来的孩子正获得不可阻挡的新的“疾病”势头——自闭症，这是我下一章的主题。

参考来源：

美国和精神病学协会。(1966)精神障碍诊断统计手册，第二版 (DSM-II)。APA。

美国和精神病学协会。(1980)精神障碍诊断统计手册，第三版 (DSM-III)。APA。

美国精神病学协会。(1987)精神障碍诊断和统计手册，第三版修订版 (DSM-III-R)。APA。

美国精神病学协会。(1994)精神障碍诊断和统计手册，第四版 (DSM-IV)。APA。

美国精神病学协会 (APA)。(2013)精神障碍诊断与统计手册，第五版 (DSM 5)。APA。

Bejerot, S.、Nilsson, G.、Humble, MB (2017) 儿童和成人注意力缺陷多动障碍参与者的皮质下脑容量差异。柳叶刀精神病学，4, 437。

Bradley, C. (1937) 接受苯丙胺治疗的儿童的行为。美国精神病学杂志，94, 577-585。

Brewis, A., Schmidt, K. (2003) 墨西哥儿童精神症状识别中的性别差异。医学人类学季刊，17, 376-393。

Carpenter-Song, E. (2008) 陷入精神病网：美国不同家庭群体中 ADHD、儿科双相情感障碍和心理健康治疗的意义和经历。文化医学和精神病学，33, 61-85。

Conrad, P. (1975) 运动过度的发现：异常行为医学化的注释。社会问题，23, 12-21。

Curtin, K.、Fleckenstein, AE、Keeshin, BR 等人。(2018) 有注意力缺陷/多动症病史的患者患基底神经节和小脑疾病的风险增加。神经精神药理学，43, 2548-2555。

Danielson, ML、Bitsko, RH、Ghandour, RM、Holbrook, JR、Kogan, MD、Blumberg, SJ (2018) 美国儿童和青少年家长报告的 ADHD 诊断和相关治疗的患病率，2016 年。临床儿童和青少年杂志心理学，47, 199-212。

De Campo, N.、Fryer, TD、Hong, YT 等人。(2013) 关于注意力背后的黑质纹状体多巴胺能机制的正电子发射断层扫描研究：对多动症及其治疗的影响。大脑，136, 3252-3270。

Faraone, SV, Larsson, H. (2019) 注意缺陷多动障碍的遗传学。分子精神病学，24, 562-575。

Fischer, J., Fischer, A. (1966) 果园镇的新英格兰人。约翰·威利父子。

Gøtzsche, PC (2019) 举报人之死和科克伦的道德崩溃。人民出版社。

Hoogman, M.、Bralten, J.、Hibar, DP 等。(2017) 儿童和成人注意力缺陷多动障碍参与者的皮质下脑容量差异：横断面大型分析。柳叶刀精神病学，4, 310-319。

- Jenkins, H. (编辑) (1998) 《儿童文化读本》。纽约大学出版社。
- Jensen, P.、Arnold, L.、Swanson, J. 等人。(2007) 248 NIMH MTA 研究的 3 年随访。美国儿童和青少年精神病学学会杂志, 46, 989-1002。
- Joseph, J. (2006) 缺失的基因: 精神病学、遗传和对基因的无果搜索。阿尔戈拉出版。
- Joseph, J. (2015) 双胞胎研究的麻烦: 社会和行为科学中双胞胎研究的重新评估。劳特利奇。
- Luk, SL, Leung, PW (1989) 康纳斯教师评级量表 - 香港的有效性研究。儿童心理学和精神病学杂志, 30, 785-794。
- Mann, EM、Ikeda, Y.、Mueller, CW 等。(1992) 儿童过度活跃破坏性行为评级的跨文化差异。美国精神病学杂志, 149, 1539-1542。
- Moncrieff, J., Timimi, S. (2010) ADHD 是成人的有效诊断吗? 英国医学杂志, 340, 736-737。
- Moncrieff, J., Timimi, S. (2011) 成人注意力缺陷多动障碍概念的批判性分析。精神病学家, 35, 334-338。
- MTA 合作集团。(1999) 一项为期 14 个月的注意力缺陷/多动障碍治疗策略随机临床试验。普通精神病学档案, 56, 1073-1086。
- MTA 合作集团。(1999) 注意力缺陷/多动障碍儿童治疗反应的调节因素和调节因素。普通精神病学档案, 56, 1086-1096。
- Rapoport, JL、Buchsbaum, MS、Zahn, T.、Weingartner, H.、Ludlow, C.、Mickelsen, EJ (1978) 右旋苯丙胺: 正常青春期前男孩的认知和行为影响。科学, 199, 560-563。
- Rapoport, JL、Buchsbaum, MS、Zahn, T.、Weingarten, H.、Ludlow, C.、Mickelsen, EJ (1980) 右旋苯丙胺: 其对正常和多动男孩和正常男性的认知和行为影响。普通精神病学档案, 37, 933-943。
- Singh, I. (2011) 愤怒和攻击性障碍: 英国儿童对注意力缺陷/多动症的看法。社会科学和医学, 73, 889-896。
- Storebø, OJ、Ramstad, E.、Krogh, HB 等人。(2015)。哌醋甲酯用于治疗患有注意力缺陷多动障碍 (ADHD) 的儿童和青少年。Cochrane 系统评价数据库。
- Smith, M. (2012) 多动症: 多动症有争议的历史。反应书籍。
- 尽管如此, GF (1902) 儿童中存在一些异常的精神疾病。柳叶刀, I, 1008-1012、1077-1082、1163-1168。
- 施特劳斯, A., 莱赫蒂宁, L. (1947) 脑损伤儿童的精神病理学和教育。格鲁恩和斯特拉顿。
- Timimi, S. (2005) 顽皮男孩: 反社会行为、多动症和文化的作用。帕尔格雷夫·麦克米伦。
- Timimi, S. (2015) 注意力缺陷多动障碍是不良医学的一个例子。澳大利亚和新西兰精神病学杂志, 49, 575-576。
- Timimi, S. (2017) 基于非诊断的方法来帮助可能被贴上多动症标签的儿童及其家人。国际健康与福祉定性研究杂志 12, sup1。

Timimi, S. (2018) 对注意力缺陷多动障碍 (ADHD) 概念的批评。爱尔兰心理医学杂志, 35, 251-257。

Timimi, S. (2018) 反驳 Foreman 博士关于“多动症：诊断和治疗的进展与争议”的文章。爱尔兰心理医学杂志, 35, 251-257。

Timimi, S. 和 33 名共同支持者 (2004) 对 ADHD 国际共识声明的批评。临床儿童和家庭心理学评论, 7, 59-63。

Timimi, S., Leo, J. (编辑) (2009) 重新思考多动症：从大脑到文化。帕尔格雷夫·麦克米伦。

Timimi, S., Taylor, E. (2004) 辩论：多动症最好理解为一种文化建构。英国精神病学杂志, 184, 8-9。

Timimi, S., Timimi, L. (2015) 注意力缺陷多动障碍 (ADHD) 的社会建构。见 M. O'Reilly (编辑), 《帕尔格雷夫儿童心理健康手册》。帕尔格雷夫·麦克米伦。

Whitaker, R., Cosgrove, L. (2015) 影响下的精神病学：制度腐败、社会伤害和改革处方。帕尔格雷夫·麦克米伦。

怀特利, M., 雷文, M., 蒂米米, S., 等人。(2018) ADHD 晚出生日期效应在高处方和低处方国际管辖区中都很常见：系统审查。儿童心理学和精神病学杂志, 60, 380-391。

威廉姆斯, 新墨西哥州, 扎哈里耶娃, I., 马丁, A., 等人。(2010) 注意力缺陷多动障碍中罕见的染色体缺失和重复：全基因组分析。《柳叶刀》, 376, 1401-1408。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668861508>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

什么是自闭症谱系障碍 (ASD)? 这个问题的传统答案是，与多动症一样，它是一种“神经发育障碍”，主要表现为理解人们情绪的能力缺陷，从而导致社交沟通困难。自闭症现在可以与自闭症谱系障碍 (ASD) 互换使用，并已成为儿童精神疾病的后起之秀，并且与多动症一样，已经逐渐成为一个越来越流行的概念，也可以用于成年人。**与多动症一样，自闭症和自闭症谱系障碍 (ASD) 是文化事实，而不是自然事实。**

使用实证主义、假设检验、以测量为中心的追求客观的、关于“外面”世界（超出我们的想象）的价值中立的知识对于受“自然法则”支配的系统和现象非常有效，但不是最合适的理解主观的、产生意义的意识生活的方法。科学的腐败可以通过以下方法发生：重复使用听起来“科学”的语言来提供权威的气氛，同时忽视、不发表、数据钓鱼和最小化与所表达的观点相矛盾的事实或研究。

自闭症谱系障碍 (ASD) 已被精神病学科学主义所笼罩，其中科学和做科学的理念胜过实际的科学发现，并边缘化了理解贴上这一标签的人的心理生活的非经验方法。许多人被这样的想法所吸引，即科学最终将回答“为什么”问题，这将使我们能够像在其他医学中所做的那样做出自闭症谱系障碍（即基于因果解释的分类）等诊断。

由于对自闭症谱系障碍进行研究、分类和制定指导方针的“科学家”找不到任何明确的东西，因此他们诉诸科学主义。随着时间的推移，与这种意识形态（自闭症谱系障碍作为自然事实存在）相关的语言和概念成为机构、书籍、培训的一部分，当然还有我们更广泛的文化“常识”。一旦它扩散到我们的文化常识中，我们就会认为像自闭症这样的概念就好像它们已经

是既定的科学事实一样，而实际的事实和不确定性则逐渐消失在较小的文化空间中（例如这本书）。

这种将自闭症确立为一种文化事实的科学主义和垃圾科学混合物比任何其他所谓的精神诊断都更难以批判。其起源在于将这个罕见的标签应用于那些有明显学习困难的人，其中许多人有神经损伤或基因异常的证据。大多数人无法进行任何有意义的对话，许多人还有其他神经系统疾病，如癫痫。将天才如爱因斯坦（是的，他被给予了自闭症谱系障碍的回顾性诊断）纳入其中，从而横跨智力能力的整个谱系，似乎在学术界的研究中毫无异议地发生了。像电影《雨人》和麻疹、风疹、病毒、疫苗争议这样的文化现象，使这种鲜为人知或被注意到的情况成为舞台上的“残疾”。

我知道有很多对自闭症医学化的批评者，但与我不同的是，他们通过“神经多样性”的故事来看待自闭症，并做了许多积极的事情来帮助那些被贴上自闭症标签的人，使他们能够接受他们是谁，而不是与之抗争。我承认并重视这些活动人士的勇气和洞察力。

但我对“神经多样性”中的“神经”部分感到困惑——证据并不存在。我们都是神经多样化的，所以作为一个概念，它在生物学意义上毫无意义。作为一种文化建构，它造成了不必要的分歧，侵蚀了构成我们精神生活的多样性，并可能将人们重新困在分类中，而不是让他们摆脱成见。

批评自闭症也比多动症等标签更难，因为自闭症没有特定的药物治疗方法，并且因此利益冲突问题并不那么明显。自从自闭症扩展到自闭症谱系障碍（ASD）以来，我们看到了一整套真正五花八门的表现、问题和功能水平。当我看到这样的“诊断”扩展时，我开始怀疑我们并没有处理一个诊断，而是一个具有市场吸引力的品牌商品，因此容易受到我称之为“橡皮筋效应”的影响，其中边界几乎可以无限地拉伸。

对自闭症的描述有“模糊的界限”，容易被主观解读，因为没有物理标记来帮助准确测量和分类任何一个人。

对自闭症的主流构建

很容易对使用的不同术语感到困惑。在不同的体系中，“诊断”标准是不同的，并且随着时间的推移发生了变化，扩大到包括诸如“阿斯伯格综合症”和最近的一个在任何诊断手册中都没有出现的术语“病理性需求回避”（PDA）——对这个最新的赚钱工具说得越少越好。

根据《国际疾病和相关健康问题统计分类》第10版（ICD-10，我们在英国使用的诊断手册），自闭症被列为“广泛发育障碍”组的一种疾病。这些包括：

儿童自闭症，定义为“一种广泛发育障碍，其定义为：（a）在三岁之前表现出的异常或受损的发育，和（b）在三个心理病理领域的所有三个领域中的异常功能的特征性类型：相互社交互动，交流以及受限制的、刻板的、重复的行为。除了这些特定的诊断特征之外，还存在一系列其他非特异性的问题，例如恐惧症、睡眠和饮食障碍、发脾气和（自导向的）攻击。”

非典型自闭症，定义为“一种广泛发育障碍，其与儿童自闭症在发病年龄或未能满足所有三组诊断标准方面有所不同。当存在仅在三岁之后才出现的异常和受损发育，并且在诊断自闭症所需的三个心理病理领域（即相互社交互动、交流以及受限制的、刻板的、重复的行为）中的一个或两个领域中没有足够的可证明的异常，尽管在其他领域存在特征性的异常时，应

使用此亚类别。非典型自闭症最常见于智力极度低下的个体和具有严重的特定发展性接受性语言障碍的个体。”

阿斯伯格综合症，定义为“一种病因学有效性不确定的障碍，其特征是与自闭症相同类型的相互社交互动的定性异常，以及一种受限制的、刻板的、重复的兴趣和活动的定量异常。它与自闭症的主要区别在于语言或认知发育中没有一般的延迟或迟缓。这种障碍通常与明显的笨拙有关。存在这些异常的趋势很强，这些异常往往持续到青少年和成年生活。早期成年生活中偶尔会发生精神病性发作。”

尽管《ICD-10》是英国的官方使用手册，但《美国精神障碍诊断和统计手册》(简称 DSM) 在全球实践中具有影响力，甚至经常被英国的从业者参考。其第 5 版 (DSM-5)，于 2013 年出版，修订了自闭症的标准，并将“感觉行为”作为新定义的一部分。

DSM-5 取消了阿斯伯格综合症等子类别，并将自闭症谱系障碍定义为“社交沟通和社交互动方面的持续困难”和“行为、活动或兴趣的受限和重复模式”（包括感觉行为），从幼儿期就存在，以这些“限制和损害日常功能的程度”。

以上是当前使用的“官方”定义。你已经可以看到自闭症谱系障碍 (ASD) 系列的语义是多么混乱。从广义上讲，自闭症和自闭症谱系障碍 (ASD) 是指从儿童早期就表现出迹象的一种“障碍”，其特征是社交互动、沟通技巧以及受限的重复行为、兴趣和活动的“异常”。**谁来决定、如何决定、以什么标准来决定是否存在“异常”，当然是“专家”。**

在影响精神医学知识的典型令人困扰的循环中，是专家定义了如何识别社交沟通、语言和行为异常，而专家知道它们是什么，因为正是专家定义了社交沟通、语言和行为异常是什么。

一个简短的历史

“自闭症”一词于 1911 年首次用于精神病学，由精神科医生尤金·布洛伊勒 (Eugen Bleuler) 使用，他用“自闭症”一词来表示精神病患者的精神状态，这些患者表现出对社会生活结构的极度回避。这可能是这个词最准确的用法，因为布洛伊勒用这个词来描述一种精神状态，而不是作为一种诊断。

随后，在 1943 年发表的一篇论文中，儿童精神科医生里奥·坎纳 (Leo Kanner) 首次提出“自闭症”作为一种诊断，并用这个词来给 11 名中产阶级家庭的孩子贴上标签，这些孩子在情感和智力上都有缺陷，表现出“极度孤独”，还有其他不寻常的特征，比如拍手和重复说话人对他们说的话。有人认为，坎纳创造了这个新的诊断，是为了在一些父母的压力下有一个不同的词来使用，这些父母不希望他们的孩子被贴上更具侮辱性的“智力迟钝”的标签。

当时，自闭症仍然是一种罕见的诊断，针对那些日常功能严重受损、中度至重度学习困难的年轻人，根据早期的流行病学研究，估计患病率为万分之四 (0.04%)。坎纳提出的概念和描述构成了对英国直到 1990 年代初诊断自闭症的基础。

坎纳首次提出“自闭症”作为诊断的第二年，维也纳儿科医生汉斯·阿斯伯格 (Hans Asperger) 于 1944 年发表了一篇论文，当时该论文在很大程度上被忽视了。他在文中描述了四个孩子，他们没有明显的智力障碍，但有社交沟通问题。阿斯伯格在纳粹占领的奥地利工

作，在一个由纳粹意识形态组织的社会中，由于纳粹专注于对人类类型进行分类的任务，阿斯伯格的论文应该被理解为这一努力的一部分。

阿斯伯格在纳粹政权下成功地发展了他的职业生涯。这尤其是由于 1938 年奥地利并入德国后的政治动荡所创造的机会，其中包括几名犹太医生被驱逐出该行业。阿斯伯格于 1931 年 5 月加入维也纳大学儿童诊所，当时该诊所的负责人是狂热的纳粹分子弗朗茨·汉伯格 (Franz Hamburger)。

1935 年，阿斯伯格负责了诊所的 Heilpädagogik（特殊教育）病房。阿斯伯格当时还没有取得儿科专业资格，只发表了一篇论文，这引发了一个问题，即为什么阿斯伯格更有经验的同事乔治·弗兰克尔 (Georg Frankl) 没有被提升到这个职位。在阿斯伯格晋升两年后，弗兰克尔移民到美国，有趣的是，他在那里加入了里奥·坎纳 (Leo Kanner) 在约翰霍普金斯大学的团队，导致一些人猜测他是否向坎纳介绍了自闭症作为一种诊断的想法。

【注，Heilpädagogik，德语词汇，译为特殊教育、康复教育。指的是专门针对有特殊需求或障碍的个体进行的教育和康复活动。】

当时，奥地利大学是狂热的反犹太煽动的地方。犹太医生在获得大学职位方面面临越来越大的困难，一些诊所和科室对犹太人几乎是关闭的。随着汉堡 (Hamburger) 1930 年被任命为主席，维也纳儿童诊所在纳粹接管之前就成为反犹太政策的旗舰。

无论当时汉堡决定任命阿斯伯格为 1935 年 Heilpädagogik（特殊教育）病房负责人的具体动机如何，阿斯伯格的晋升都受到了当时主导奥地利社会和政治生活的反犹太压迫女性主义的倾向的支持。虽然阿斯伯格没有加入纳粹党，但他与汉堡和他的关系网在意识形态上有相当多的共同点，这使他能够融入纳粹党而没有明显的摩擦。

美国历史学家伊迪丝·谢弗 (Edith Sheffer) 引用奥地利研究员赫维格·捷克 (Herwig Czech) 发现的记录，详细记录了阿斯伯格对至少 42 名患者的完全贬低的描述，将他们转移到臭名昭著的 Am Spiegelgrund 诊所 (AS 诊所)，在那里近 800 名儿童被蓄意放任死于忽视或致命过量的药物。阿斯伯格积极支持强制绝育法，认为有些人对社会构成负担，他的行动暗示他支持那些被认为“生活不值得”的人的安乐死。

【注：Am Spiegelgrund，是一个位于奥地利维也纳的精神病院，曾在纳粹时期成为了一个可怕的地方。在那里，进行了一系列残酷的实验和屠杀，包括对儿童和精神病患者的谋杀。】

作为儿科医生，阿斯伯格在儿童诊所的一个任务是筛选出潜在可教育的儿童，以防止他们成为秘密安乐死“T4 计划”的受害者（导致数十万残疾和收养机构的人被谋杀）。当时他写下关于 4 名年轻人患有“自闭症心理病理”的论文的重要性在于，他相信这些年轻的问题患者是有教育潜力的，因此可以避免被送到死亡医院。自此，自闭症扩展为自闭症谱系障碍 (ASD) 的过程始于纳粹的儿童谋杀医院和诊所。

到 1955 年，坎纳已经报告了总共 120 例他所描述的“婴儿自闭症”病例。他将这种病症与儿童精神分裂症区分开来，因为他认为自闭症几乎从出生就显现出来。1956 年，肯纳与艾森伯格 (Eisenberg) 合作，对病因学进行了假设，并得出结论，试图将病因学仅仅与生物或环境原因联系起来是无益的，这表明反对“遗传”与“环境”的论点是无益的。

到 1960 年代，坎纳对婴儿自闭症的诊断已经成为一种公认的诊断，被认为是一种罕见的疾病，主要发生在有中度到重度智力障碍的儿童身上。

在 1970 年代末，精神科医生洛娜·温格（Lorna Wing）在她所见过的一些人和阿斯伯格症患者身上发现了相似之处。温格博士的想法与另一位精神科医生迈克尔·鲁特(Michael Rutter)产生了交集，并为将自闭症的概念扩展到自闭症谱系障碍(ASD)奠定了基础。

重新审视温格和鲁特的开创性论文揭示了自闭症概念的扩展在某种程度上不是任何新的科学发现的结果，而是新的意识形态的结果。例如，在 1981 年提出“阿斯伯格综合症”诊断的论文中，温格描述了 6 个病例的历史，这些病例与阿斯伯格在 1944 年的论文中描述的 4 个病例似乎没有什么共同点，除了共享社会互动的缺乏。

温格的病例中有 4 个是成年人，而所有阿斯伯格症患者都是儿童；其中两人有一定程度的学习障碍，而阿斯伯格则没有；温格的大多数病例说话较晚，而阿斯伯格症患者的大多数病例说话较早；温格的大多数案例被描述为缺乏分析思维能力，而阿斯伯格的案例则被描述为高度分析能力；温格的案例中没有一个被描述为操纵性的、撒谎的、厚颜无耻的、对抗性的或报复性的（阿斯伯格在描述他的案例时使用的术语）等等。

在他 1978 年关于这一主题的开创性论文中，著名的英国儿童精神科医生迈克尔·鲁特（Michael Rutter）建议，自闭症可能存在于一个谱系上，并对其表达具有强烈的遗传因素贡献。他制定了沿用至今的症状三元模型：沟通障碍、社交技能受损、想象力受限导致兴趣狭隘。这些症状与温格的阿斯伯格综合症一起，构成了对扩大自闭症谱系新的“想象”基础。

然而，所有这些发展并没有伴随着对那些现在被认为患有自闭症的人的身体和大脑进行新的科学发现，尽管现在自闭症被视为一种遗传决定的、终生的、神经发育性的障碍。

在接下来的几十年里，由于电影《雨人》和 MMR 疫苗争议等大众媒体的报道，自闭症的概念开始吸引更多的专业人士和公众的兴趣。越来越多的人在谈论自闭症这个“东西”。很快就出现了各种课程、评估工具、研究、服务、纪录片、专家和机构，它们都致力于增进我们对自闭症的认识和理解，了解自闭症的原因，以及如何识别、治疗或预防自闭症。自闭症现在是一种文化现象。诊断率上升，导致更多的服务、研究和讨论(等等)。

现在出现了一群成年人，他们认同自闭症的概念，但不认为这是一种疾病。这些积极分子开始将自闭症视为一种差异——一种不同的，但同样有效的看待世界和与世界互动的方式，这是一种不同的神经“线路”的结果。后一组人自称是“神经多样性”的一部分，而另一组人(通常是父母)正在努力应对确诊儿童的行为，他们往往急于找到“治疗方法”，并感到事情有“混乱”的一面，两者之间有时会出现紧张关系。

自闭症已经成为一个可见而生动的话语，现在人们简单地认为它代表了一个真实、具体、可辨别的“事物”，可以与其他潜在问题区分开来（如果你认同障碍的一方），或者与“神经典型”主体产生根本性的不同（如果你认同差异的视角）。在我看来，似乎没有人问一个显而易见的问题：基于何种证据你能得出自闭症代表一个可以与其他自然类别区分开的自然类别的结论，无论是障碍还是差异？

当我在 1990 年代初至中期接受儿童精神病学培训时，我在整个四年的培训过程中只遇到了两个被诊断为自闭症的儿童。两者都有明显的功能障碍，不得不上专科学校。根据我最近看到的一些地方数据，我所在地区的学龄儿童中有 1.6%被诊断为自闭症。这意味着在二、三十年的时间里，患病率从 0.04%增加到了 1.6%，增加了 4000%。

如今，我得到的印象是，任何参加我们的儿童和青少年心理健康服务的孩子最终都可能被“诊断”为自闭症谱系障碍。我经常听到，特别是当年轻人对所谓的“正确”治疗没有反应时，自闭症被认为是问题或缺乏治疗反应的可能原因。所以我们最终进入了我所说的“语义

游戏”，一种“我们该怎么称呼它”的游戏，而不是去理解是什么促成了它们的呈现，或者是什么改变了它们。

可以理解的是，命名在很多人中间很流行，比如其他专业人士、教师、父母和一些青少年。但以我的经验来看，这可能会成为一个陷阱，因为人们会(可以理解地)把卖给他们的诊断与实际上的诊断混为一谈。换句话说，他们认为因为他们“患有自闭症”，所以这有助于他们理解问题的原因，因此专业人士现在知道如何最好地帮助他们。

我的门诊中有许多人走过这条路，但是事情再次变得糟糕，现在他们认为必须有另一种诊断，因此需要另一种治疗，因此他们进一步滑向了一条失去权力、无助的患者/家长的道路，任由医生开出更多、通常是无用的治疗(无论是药物还是心理治疗)，从而进一步失去权力。这对所有人(职业、孩子和家庭)来说都是一个很难走出的循环。

那么所有这些自闭症谱系障碍（ASD）是从哪里来的呢？

考虑到自闭症的概念是由坎纳（Kanner）最初提出的一个新提案而产生的，没有支持的科学证据，并且在过去二、三十年里呈指数级增长，同样没有任何支持的科学证据，一个合理的问题值得思考，那就是为什么会发生这种情况，以及是什么推动了我们社交能力和读别人情绪的关注。以下段落是我对潜在的社会、文化和政治驱动因素的一些推测。

直到正常标准正式化并缩小范围，并且对儿童发育的关注延伸到儿童的最早几年，以便可以“识别”患有自闭症的儿童，一种称为自闭症的独特医学/精神疾病才可能出现。这并不是说历史上没有人表现出我们现在认为的自闭症行为，**而是提醒读者，将其称为自闭症只是分类的一种“把戏”，而不是新的科学知的结果。**

儿童发展和学校

随着上个世纪教育和心理权威机构的发展以满足社会调整的不断变化需求，被认为是正常和“病态”的边界被创造并逐渐扩大。随着社会趋势的变化和新的情感或行为领域成为关注的焦点，这些边界也发生了变化。心理学家、精神科医生和儿科医生因此越来越多地参与到在他们调查的儿童中“发现”越来越多疾病迹象的过程中。

我们对儿童及其问题的看法的这些发展与西方过去几十年来出现的政治、经济和社会变化相互作用，其中一些标志是转向更小的家庭和社交网络、父母与孩子相处的时间减少、以儿童对刺激的渴望为目标的侵略性消费主义、专业人士参与儿童抚养活动（以及对儿童抚养的建议）的增加，以及对男孩发育感到恐慌的感觉。

精神病学和心理学很容易成为政治工具，正如它们过去曾经这样，不仅在极权主义社会，也在民主社会中。服务型经济的需求与以制造为主导的经济不同。在服务型经济中，劳动力中浅层次社交技能的（表面性质的）不足被认为会使经济处于不利地位。因此，灌输早期社交技能和“情商”成为统治阶级、教师最终是父母关注的问题。

尽管现代西方社会的很少有学校类似于 19 世纪欧洲更为严格的权威学校，对于纪律化儿童的机制并没有消失，只是采取了更加微妙的形式。例如，在诊断和用药治疗患有注意力缺陷多动障碍（ADHD）的儿童的实践中，我们看到了监视和识别，然后试图干预以纠正和“纪

律化”不符合教师和父母期望的儿童，这是可以理解的，因为他们开始担心孩子没有符合社会期望的行为标准。

虽然学校可能承认每个孩子的个性，但它们不太可能摆脱被认为是某个年龄段“正常”的定义，这将决定他们对课堂上的儿童期望什么，以及当他们确定一个他们担心未能达到这些狭窄、依赖于年龄的阶段中的任何一个的个体时，他们会采取什么行动。教师和父母，就像他们将这些儿童转介给的心理学家、精神科医生和治疗师一样，现在成为施加一种不同形式的纪律的一部分，以使儿童足够温顺、服从，以便教师完成他们的工作或父母经营一个家庭，而不会通过更明显的惩罚形式来违反有关儿童福利和权利的法律。

西方精神病学和心理学构建了一系列儿童理应经历的“正常”发展阶段。然后，教师成为了系统中的监视者之一，以找出那些被认为未能充分实现任何这些狭窄、依赖于年龄的阶段的儿童，并将他们转介以获得额外的“帮助”（比“纪律”这个词更好听）。

然后，你得到的专业和专家护理将通过具有我在本书中一直在描述的所有不科学意识形态的系统和服​​务来提供。它们很可能会确立和巩固儿童被认为患有的疑似“疾病”，从而满足教师和父母的怀疑。这样做的意外后果是给儿童贴上一个可能终身的标签，限制了他们、他们的父母和他们的老师现在可能从他们身上期望的东西，同时使照顾者不再依赖自己的知识、技能和直觉，因为现在这些“专家”有责任知道发生了什么以及该怎么做。

我们对待儿童观念随着时间而变化。曾经，在维多利亚时代，当经济需要大量进行需要指导而不是广泛学术学习的手工任务的工人时，儿童劳动被视为儿童的正常状态，是一种教导他们纪律、计数能力，并为在强烈基于阶级的关系的时代承担责任的成年人生活做准备的方式。我们现在回顾当年的想法，对于把孩子送到矿井或烟囱工作的想法感到恐惧，将这样的生活视为“剥夺”孩子的“童年”。然而，大约 150 年前（在人类历史的尺度上并不久远），在欧洲和北美，儿童劳动是对儿童的正常期望。

将来的几代人回顾今天的童年，会对我们创建的这些儿童必须在生命的前 18 年中的大部分时间里参加的强制性机构感到何等残酷，他们在这里接受一次又一次的测试，被期望符合日益狭窄的年龄行为期望等等？至少，合理的猜测似乎是关于当前经济力量和生活方式选择如何影响我们对童年的看法，以及这可能会如何影响我们思考和抚养今天的孩子，进而可能影响他们实际的行为。

随着父母面对更长的工作时间、双职工家庭、更长的通勤距离和更少的家庭时间，先前被视为普通的，仅仅是坐立不安、害羞或说话过多的孩子现在被认为患有精神疾病。对儿童应该在结构化的集体环境中表现出对注意力、合作以及展示独立性和同理心的期望，现在被视为我们儿童更为重要的“需求”，而这在几十年前可能并非如此。

自我观念的变化

随着“福利主义”在 20 世纪 80 年代撒切尔政治后的式微，以及更具侵略性的竞争自由市场意识形态的增长，现代西方政府推动了“自由”个体的理念，这些个体能够在自由市场中竞争获得最好的工作。社会范围的保护减少，社会团结被视为可疑，一个叙述占据主导地位，即我们的社区由两类主要人组成：奋斗者和懒汉。

将个体划分为天使或恶魔已经并且仍然是一种强大的分散我们集体注意力的方式，使我们远离结构性不平等带来的痛苦，远离注意在危机时期（如 2008 年金融危机后）变得更加明显的基本阶层结构。

我正在撰写这篇文章，此刻正处于英国，在 Covid-19（新冠病毒）大流行危机中。我们又一次重演了这一幕。尽管现在已经普遍认识到低薪劳动力对社会运转的重要性，但媒体报道似乎大部分时间都在播放有关个体的故事，这些个体要么是“英雄”（在前线作战，庆祝捐赠了一些百万美元等等），要么是“恶棍”（自私地没有正确遵守封锁的不明确规定）。

大多数一线工人宁愿有适当的个人防护装备，而不是成为英雄；大多数恶棍只是试图在一个疯狂的世界中保持理智。我期待着看看在这场危机之后，我们的经济体系的脆弱性和不公正性以及由此产生的价值观是否变得足够明显，以至于很难继续保持这些无休止的分心。

个体化的羞辱或赞扬故事意味着治安不再仅仅涉及军队、法律和监狱。在通过同意治理的系统中，更强调让人们自我管理。我的一位在铁幕时代波兰长大的同事评论道，她觉得自己知道会发生什么，也知道冷战社会主义波兰的规则是什么，可以让你远离麻烦。在英国生活和工作多年后，她逐渐感觉到英国的个人生活更加不稳定。

无论是在工作中、在公共场合还是在家里，她都觉得自己的行为举止、态度、言语和表达方式等都有很多不成文的规则和期望。她感到在英国的自我监控负担比铁幕波兰倒塌前要重得多。人们普遍认为，个人一直在表演并试图不让人们看到他们普通人类的缺陷。

定义谁符合和不符合我们的社会标准的大部分工作都是由个人自己完成的。在资本主义、市场驱动的经济中，大众消费对于维持体系至关重要，因此成为我们意识的重要组成部分。在这样的社会中，甚至人际关系也被“比较和竞争”的价值体系所笼罩。就像典型的消费者妻子将自己床单的白度与邻居的床单进行比较一样，消费社会中的人们也不不断地将自己的不足之处与他人的不足之处进行比较。

这种自我审视的做法导致了对自我意识的崇拜。这样做可以创造内在品质，包括个人成长的一切，每天人们都在努力让自己成为更好的产品——新的、改进的、最好的和最聪明的。这种内部监控可能会变得像秘密警察一样严厉：要么你监控自己，发现自己在某些方面不够充分，所以继续消费来填补你发现的任何漏洞，从而保持经济发展并适应，或者如果你不这样做，你可能会面临各种专业人士担心你的健康的风险。

由于自我实现和满足的目标如此难以实现，并且消费文化促进了我们对人际关系的竞争性不信任，不难看出为什么越来越多的人开始担心自己的心理状态或他们的孩子的心理状态。随着政府意识到同理心和缺乏同理心的问题，人们对基于这种缺乏或由这种缺乏引起的状况的兴趣也随之增加，并且对那些声称对早期检测、预防和治疗感兴趣的研究人员和服务机构的支持也在增长。

服务经济的兴起使得满足人类欲望和需求变得越来越重要，尤其是通过广告的推动。服务经济的运作依赖于销售，其中包括个体的自我推销。在这样的体系中，对于“真理”或无法通过操纵面部表情和肢体语言来推销产品的能力来说，有何处可容身呢？在这样的社会中，不能“得体”地完成这一点会使个体变得不那么高效，从而成为这种经济体系平稳运行的一个潜在问题。

将自闭症作为适用于这些疏远和被标记为“怪胎”、“怪物”和“怪人”的标签的选择，提供了一种将这个问题从人类问题上转移开的方法，而这个问题在很大程度上是由人们所处的社会政治体系产生的。问题转向专家将其转化为可以品牌化和销售的商品的方式。因此，我们看到了围绕诸如多动症（ADHD）和自闭症（ASD）等流行“诊断”的专家、治疗、书籍、课程、研究、机构等组成的产业的崛起。

个性化的消费主义提高了人们对外观和风格的意识。媒体和广告图像的入侵创造了一个梦想世界，一个可以幻想的虚拟现实，因为广告向我们出售他们附加到产品上的理想生活方式的图像。我们的文化已经被这种永恒的意象所吞噬，以至于当我们换衣服、化妆、鞋子等时，我们实际上可以脱掉一种身份，穿上另一种身份。以至于可以接受长时间的外科手术来改变我们身体的形状和外观。

在这个消费资本主义的世界里，一切都成为剥削和利润的潜在对象。孩子们从很小的时候就开始接受针对他们的广告。专门针对儿童的广告补充了玩具、食品、教育装备、时装、运动服等市场。**事实上，心理“健康”观念的主导地位至少部分是市场经济消费资本主义的产物。**

将问题构想为“健康”，将痛苦个体化（从而消除和神秘化社会因素的作用），并创造新的市场（例如通过制药工业）。在创造这种分裂、肤浅的身份的思想体系中，我们发现了与由现代制度裁定为精神病患者或以某种方式失序的人一样肤浅的身份标签。

这种文化环境的一个结果是，我们逐渐远离基于深度理解、与物理现实和日常功能紧密相连的文化，而转向一种更注重表面因素的文化，如形象、外表、短期和即时效果，这些因素变得更为持久和显著。这影响了我们对待儿童及其行为的观点（因此更有可能受到表面迹象的影响，如将自闭症谱系障碍作为一种简便的解释标签），同时在意识层面产生了更深层次的影响，即影响我们认为重要的东西给我们的生活带来一些满足感。。

我们经济的市场化，尤其是金融经济的增长，导致了制造业的衰退和服务业的兴起。传统社区，比如围绕煤矿的社区，逐渐凋零。那些通过辛勤的体力劳动并共同社交的男性社区不复存在。围绕工会和社会正义原则形成的团结和工人之间的友情的观念被个体化问题所取代，表现为需要咨询的职场“压力”。

公司以提供员工福利服务、正念课程和心理健康休息日为代价，交换了工作稳定性、安全性和有工会的劳动力。焦虑、压力、抑郁成了发生在员工身上的事情，而我们开明的心理健康方法现在可以治疗，让你能够毫无怨言地回到我们提供的那些虚假、不安全的工作中。

这种假装关心心理健康的新世界，强调职场需要拥有强大“人际技能”和工作场所中男性角色的变化，意味着现在存在对男性拥有以前不需要的增强社交和情感灵活性的更大政治和个人需求。

与自闭症相关的一个有趣的悖论是，该诊断的核心特征之一是缺乏同理心。然而，提高劳动力“情商”的目的是成功利用同理心，剥削和操纵顾客和员工，使其按照你个人的利益行事。

令人感到奇怪的是，那些在理解情感细微差别方面遇到困难但却可以表现出同情心的人被病理化，而那些可以利用对他人情感状态的理解来以自私的目的操纵他们的人却受到奖励。这正是银行业和许多其他行业正在发生的事情，立法、经济监管和支持这一体系的价值观实际上鼓励了通过追求利润而不考虑社会责任的那种自恋行为，这种行为曾通过合法手段摧毁了整个经济体系。

现代西方文化，尤其是通过广告和服务行业对（伪）友好和热情的需求，要求更为错综复杂和复杂的社交方式，与过去或其他文化相比，现在你必须善于推销自己，让顾客为你提供的最新无用之物感到放心购买。

在这个“讨好者生存”的文化中，对于那些在这种技能上表现不佳的人被标记为有“问题”并不奇怪。我们大多数人内心深处都知道这不是一种好的文化。这种文化让我们很容易被欺骗，因此让我们怀疑他人的动机。对我来说，这种大男子主义新自由主义文化的伪女性化所产生的社会期望比我们潜在拥有的社交风格的多样性更令人不安。

男孩的问题

与大多数所谓的精神病诊断一样，我们无法逃脱一个在生物学上存在深层次差异的社会构建的人群——那就是性别。精神状况通常遵循这样一个模式：在儿童中，有行为问题的男孩是主要的受众群体；在青春期，女孩出现情绪问题的情况逐渐增多；然后一旦进入成年，女性就成为主要的顾客。**虽然性别当然是一个生物学事实，但我们如何构建关于男性和女性期望的信仰是社会构建的，并且存在广泛的争论。因此，性别文化是社会构建的。**

与多动症（ADHD）一样，自闭症（ASD）在儿童时期以男孩为主，随着我们进入青春期和成年，认为自己是自闭症的女性人数增加。那么，男孩和男子气概（男孩时期的社会构建）究竟是怎么回事呢？

虽然全球大多数社会仍然是父权制的，但将男孩的行为作为社会和医学关注的问题是相对较新的，而且主要局限在西方，尽管西方价值观的输出也意味着被识别为这些儿童“疾病”（如自闭症）的人数正在上升。

在一些文化中，男孩由于各种原因比女孩更受重视。因此，男孩在更有特权的地位中长大，通常对自己的看法反映了他们所受到的优待。父母可能对监管或担心这些男孩的行为担忧较少。相反，人们可能会更加关注新兴的女性性行为，而女孩和年轻女性更有可能成为注视和控制的目标。

这种文化上制度化的偏向男孩的性别歧视显然会影响男孩和男性对自己的看法。但在西方文化因性政治更先进和解放而沾沾自喜之前，我要提出的是，西方文化更隐秘地受到男性（大男子主义）理念的驱动，并且有时提供了更糟糕的作为男人的形象。

关于“成为一个男人意味着什么”的模式存在于所有文化中。在大多数文化中，从幼儿期（通常是从出生起），男孩和女孩的期望就存在差异（因此，男孩穿蓝色衣服，女孩穿粉色衣服等）。在许多西方文化中（与大多数其他文化不同），男孩进入的机构（特别是学校）对大多数事情（例如行为、学习方式、教学方法等）都有非性别期望。然而，在同龄人小组的操场文化中，性别化的信仰和期望仍在不断塑造。

我们生活在一个时代，儿童通常以关于他们面临的风险以及他们构成的风险的两极化焦虑的特征。这些焦虑通常带有性别偏见，女孩被视为“处于风险之中”，而男孩则被视为构成风险（通过不守规矩、暴力和冲动的行为）。这种对男孩有可能成为缺乏同情心的小偷和暴徒的担忧在媒体和全国各地的家庭中得到了体现。

它从很小的时候就开始了。现在，你可以在孩子上幼儿园或刚开始上学的父母和照顾者或老师之间的对话中听到它。几乎总是男孩的父母对他们的行为表示担忧。机构看护者（如托儿所和学校老师）对他们提出了如此多的要求，并规定了他们能做什么和不能做什么，以至于在他们能够说出一句话之前，关于男孩的社交技能和攻击性行为的问题就开始了。

自闭症似乎是目前最受青睐的潜在解释。并不是说他们年轻，发育速度不同，他们更有活力，或者好奇，或者只是男孩，不是，他们之所以这样行为可能是因为他们“患有自闭症”。在一个父母和有年幼孩子的对话中植入这个想法，然后看着它生长。即使你不相信它，你能够放下那个想法吗？它将如何塑造你对孩子的焦虑，以及它将如何影响你与孩子的互动？

一旦这些备受关注的男孩进入学校体系，他们将经历不同的压力和期望，必须了解并协商。在操场上，他们将接触到“做一个男人意味着什么”有各种各样的方式，但会有一个主导模式，一种主要的理解男孩和男人应该是什么样子的模式。在西方，通常在电影、故事和日常情境中看到的主导模式是建立在这样一种观念基础上的，即男人通过身体能力（在运动和运动技能方面的表现）、不表达情感（除了愤怒）、控制能力以及竞争表现来展示权力。

这是与所谓的“父权红利”相关的模式，即社会期望男性比女性处于更强大和有影响力的地位。违背这一主导模式的男孩可能成为同龄男性同伴欺负、嘲笑和排斥的目标。

因此，我们得到了这样一个描绘：男孩是自闭症诊断的主要对象，年幼时家长和其他照顾者（如老师）对他们的行为表示关切和审查，而在操场和同龄人小组中，他们遇到的男子气概模式强调“超级男子气概”——力量、权力、竞争表现和控制是主要的追求模式。但这并不是主要由女性照顾者及其工作机构希望他们追求的模式。

自由市场资本主义可以被视为基于男性价值观的政治、社会和经济体系最完整、最有组织的例子。其社会和心理价值观基于积极的竞争力，将个人的需求置于社会责任之上，强调控制（而不是和谐），使用理性（科学和经验）分析以及不断突破界限。这样的制度造成了严重的不平等（国家内部和国家之间），降低了养育的地位和重要性，从而降低了对母亲角色的尊重。

随着越来越多的女性进入职场——这是增加劳动力以满足市场经济对持续增长的需求的经济必然性——需要发展新的自我，以便使女性社会角色的这种转变能够持续下去。因此，与在个体主义社会中越来越失去其文化价值的母性角色相比，现在女性的职业生涯更受重视。这种从家庭领域进入公共和工作领域的运动并没有与男性从公共和工作领域转向更多家庭和养育角色的相应反向运动相匹配。

与此同时，成年人开始离开家庭；托儿服务已成为一项专业活动（主要是女性低薪工人）。因此，在童年的心理空间中似乎正在发生的是某些方面的日益女性化，特别是教育方面的女性化，以及抚养孩子的任务的专业化。

现在有一系列文献表明，目前在大多数西方学校使用的教育方法（如连续评估和以社交为导向的工作表）更受女孩欢迎。这在国家考试结果中得到了反映，女孩现在在大多数科目中的成绩通常比男孩更高。男孩在特殊需要服务中也占主导地位，他们被认为存在大量阅读不佳和行为不良的问题。

由于学校面临着市场经济政治压力，需要在全国排名中竞争，而男孩比女孩更能阻碍学校的表现，因此他们面临更大的被排斥和学业成绩不佳的风险。毫不奇怪，男孩成为“失败”的性别，引起了他们（主要是女性）的照顾者和老师的焦虑。

我们生活的男性资本主义文化中，某些方面的女性化也对我们的教育所准备的工作环境产生了影响。在 20 世纪 90 年代，培养管理和工作关系中的“情商”等理念开始变得更加流行。

这并不是走向一个培养和关爱社会的明智之举，而是开发“更好”的方式来激励劳动力和操纵消费者的一部分。因此，现代西方文化要求更为错综复杂的社交形式（在一个注重形象的时代），而这在过去（或许在许多其他文化中）是不存在的，同时家庭规模的减小导致了这些较小单元的成员之间更加紧密的情感联系，与更广泛的人群接触的机会减少。

寻找技术解决方案

现代经济发达的消费社会之一的特征是技术不断进步，我们在现代生活中对技术的依赖日益加深。当技术正常运行时，它们在背景中运作，其效率、功能和使用因此被视为理所当然。技术越先进，我们就越不需要考虑它——它就在那里，在我们意识之外运作，并让生活变得更加轻松。

因此，在我们努力从 A 点到 B 点的过程中，我们首先有了自行车，然后是汽车，使旅行变得更加轻松和高效。汽车随后演变为更快、更安全、更顺畅、更舒适的形式，而技术则继续发展，于是我们得到了自动汽车、卫星导航、自动开关的灯光、控制气氛的空调等等。

技术进步的吸引力对我们的日常生活和意识产生了很大影响。发展中的技术似乎让生活变得更加轻松、高效和简化，以至于几乎找不到一门学科没有在某种程度上转向技术寻找新的创新解决方案。

在这方面，医学是一个很好的例子，其核心价值体系已经从对护理伦理的主要关注转向了对更注重技术的伦理，其核心是效率、准确性、功效和经济性。现在关注更多的是技术方面的问题，而关于突破和进展的消息被赋予比工作的人文因素更高的地位。

生活的这种普遍技术化鼓励我们寻找简单的解决方案，我们依赖各种技术专家的技术专业知识。这些专家运用他们的科学知识，设计出一个用户需思考最少、在应用时能够解决问题并使其转入背景的简单技术解决方案，这正是所有良好技术应有的特征。

生活中不可避免的人际关系问题可以归结为一种简单的潜在障碍（如自闭症谱系障碍），可以由诊断出问题本质的专家来解决，这种想法的吸引力显而易见。我们也很容易理解，为什么在这样的文化背景下，需要思考、反思、付出心智努力，以及更深度地参与随时间演变和变化的主题，而逐渐越来越不受欢迎。

但是，也许有充分的理由相信科学已经带来了突破，证明了这种技术化的合理性，也许我们可以根据科学理由证明将自闭症谱系障碍（ASD）作为一个类别是合理的？

下一章，我们将探讨自闭症谱系障碍的科学基础。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668869310>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

自闭症谱系障碍（ASD）遗传学：零假设是否被证伪？

如前所述，正确的科学立场是假设我们所称之为自闭症或自闭症谱系障碍（ASD）的情况在自然界中并不存在，直到我们能够证明这一零假设不成立。如果我们希望将自闭症谱系障碍（ASD）归类为一种基因决定的神经发育障碍，我们必须证明零假设——即不存在特定的基因或神经学异常或差异——不成立。

【注：在统计学中，零假设（Null Hypothesis）是一种假设，通常表示没有效应或者没有关联。它是一种默认或初始假设，用于与备择假设（alternative hypothesis）进行比较。

在实验或研究中，零假设通常表示实验组和对照组之间没有显著差异，或者两个变量之间没有相关性。通过对实验结果进行统计分析，研究者可以得出是否拒绝零假设的结论。

在具体应用中，零假设的形式取决于研究问题。例如，在比较两个平均值的情境中，零假设可能是两个平均值相等；在相关性分析中，零假设可能是两个变量之间没有相关性。零假设的否定通常由备择假设提出，研究者的目标是通过实验证据来判断是否拒绝零假设。】

自闭症是一种强烈遗传性疾病的论点主要基于双胞胎研究。我在关于多动症（ADHD）的最后一章中解释了为什么使用双胞胎方法估计遗传性并不能帮助你区分环境原因和遗传原因。

确定遗传成分相关性的唯一可靠方法是通过分子遗传学研究，其中有一个不断增长的数据库，涉及数千名带有自闭症标签的儿童的全基因组扫描。

尽管已经寻找了各种与自闭症特定相关的候选基因、连锁研究、基因组扫描和染色体研究，但尚未发现任何特定、特征性、罕见、常见或多基因的自闭症基因。随着失败的累积，遗传解释范式的支持者越来越绝望地谈论自闭症遗传学是“复杂的”，必定存在某种神秘的多基因相互作用，解释了“遗传因素的缺失”。

这一发现，或者更确切地说，找不到这样的导致自闭症的基因的事实，似乎仍然是不可言说的。

持续未能找到具体信息似乎导致了人类染色体的大多数部分被认定为潜在的自闭症基因，而主要的专家综述通常得出结论：“许多研究小组一直在寻找可能涉及的基因。他们尚未找到任何主要候选人，只是找到了数十、甚至数百个配角”（Hughes 在 2012 年撰写），以及“随着下一代测序技术的出现，与自闭症谱系障碍（ASD）相关的基因数量正在增加到 800 多个基因；因此，要找到这些基因之间的统一解释和功能关联变得更加具有挑战性”（Al-jawahiri 和 Milne 在 2017 年撰写）。

自闭症谱系障碍（ASD）诊断中男性与女性的高比例也给遗传理论带来了问题。遗传机制需要解释这一点（比如自闭症通过 X 染色体传递），到目前为止，没有分子遗传学研究发现 X 或 Y 染色体的联系。

与其面对基因没有显现因为它们不存在的可能性，我们反而进入了一个时代，多个研究小组联合起来创建“大数据”库，希望这能揭示微小的关联。面对这一大量研究资金可能已经导致了徒劳无功的可能性是困难的，因此他们继续获取大部分被浪费的研究资金，因为“测序技术迅速证实自闭症谱系障碍（ASD）的病因是多基因和高度异质的，少数相同的病理变体存在于受影响的个体中的”（Rylaarsdam 和 Guemez-Gamboa 在 2019 年撰写），因此“在科学界真正了解这些调节因子如何影响自闭症谱系障碍（ASD）病因之前，可能需要更多几十年的研究。然而，了解这一点对于制定有效疗法至关重要。”

是的，请继续向我们投入你的研究资金。迄今为止我们失败了，但我们需要几十年的这些失败来真正了解我们失败得有多糟，因为我们不理解科学方法的基本原理。但是嘿，我们是科学家，我们看起来像科学家，说话像科学家，所以你应该相信我们。

那么，从科学角度来说，我们必须假设，就遗传学而言，在这里也是一片空白。零假设成立：不存在与自闭症谱系障碍相关的特征性可识别遗传异常/特征。

自闭症谱系障碍 (ASD) 脑成像研究：零假设被推翻了吗？

在对神经影像轮廓进行任何分析时需要考虑的一个重要因素是“神经可塑性”。这指的是神经系统（尤其是在儿童中）对环境刺激做出生长和变化的非凡能力。人类大脑的惊人可塑性使得在生活经历不同的个体之间，难以确定确切的因果关系，而后者随后显示出神经结构或功能上的差异。这一不便使得研究人员难以确定儿童展现出的任何神经异常或差异引起的行为特征。

我们看到这种神经可塑性以各种方式发挥作用，从儿童随时间对脑损伤进行补偿的能力，到伦敦出租车司机的研究结果，他们在与导航和空间意识密切相关的大脑区域的体积上几乎比其他人都大。因此，发现的任何大脑差异可能是由影响大脑发育的环境因素（如心理创伤），

成熟速度的差异（例如，我们知道女孩平均发育速度比男孩稍快），以及研究对象其他特征（例如智力水平）造成的结果。

这意味着我们不能假设我们发现的任何差异都是由预先存在的生物问题引起的。毕竟，大脑是一个器官，其功能是使有机体适应环境。如果大脑不受有机体经历的经验的影响，那将是令人惊讶的。

然而，与多动症（ADHD）一样，自闭症研究面临的最大问题来自于缺乏一致复制的发现。这种持续的不一致困扰着这个领域的研究。例如，一些关注“小脑”的研究已经记录下在被诊断为自闭症谱系障碍（ASD）的儿童中小脑体积增加的情况，而其他研究发现小于平均小脑体积的情况；还有其他研究报告称，在患有自闭症谱系障碍和非自闭症谱系障碍对象的儿童之间没有显著差异。

同样，对另一个称为“杏仁核”的区域的研究也存在很大的不一致，包括一些研究发现其体积存在显著差异，而另一些研究则发现没有差异。这是这项研究得出的结果。一组研究人员按部就班地宣布了他们的最新发现：“我们发现自闭症患者大脑两半球之间的连接更小，这表明自闭症谱系障碍是一种大脑连接障碍”，然后这一消息传遍了世界媒体，但随后我们从未听说后续的研究团队无法复制这些发现。

当我在2017年3月的一次学术活动上与同事就自闭症展开辩论时，我深刻地感受到了这种混乱、困惑和矛盾的现实。我们每个人都必须提出支持自己观点的论文。我与之辩论的同事认为自闭症是一种“已知”的神经系统紊乱，通过足够的研究我们将发现其神经基础，他提出了三篇支持他观点的论文。它们是：

1. “自闭症谱系障碍的新图景：遗传学和病理学”，Chen及其同事于2015年发表的一篇论文。本文提出，研究指出边缘系统和小脑在自闭症谱系障碍中起主要作用。
2. “自闭症谱系障碍的神经影像学：整个生命周期的大脑结构和功能”，Ecker及其同事于2015年发表的一篇论文。本文重点关注额叶、颞叶以及大脑皮层作为引起自闭症谱系障碍的主要部位。
3. “自闭症谱系障碍：临床特征、理论和诊断综述”，Fakhoury 2015年发表的论文。本文阐述了自闭症谱系障碍（ASD）的主要问题是兴奋性突触和抑制性突触的平衡。

这真是一团糟。这三篇“最新研究”综述中没有出现共同的主题。它们支持的理论几乎没有重叠。这些论文没有正确讨论环境或可能的其他因素（比如研究样本中智力损伤水平）对结果的影响。

理论时来时去，没有人真正知道这种明显的神经发育异常或差异是什么、如何产生，或者在哪里。这是一群自诩为科学家的人，他们无法面对一个可怕的事实——他们的科学没有达到科学方法所要求的基本要求。大多数人似乎都不愿意陈述显而易见的事实——零假设成立，他们的研究可能正在一条又一条地走向死胡同的喧嚣之中。

最后，一些研究人员开始意识到，也许他们不会发现任何东西。一篇名为“ASD有效性”的2016年论文，其中包括著名的自闭症研究者克里斯托弗·吉尔伯格教授在内，得出结论：“综述的研究结果表明，ASD诊断缺乏生物学和建构效度”，他们建议解散以ASD诊断为基础研究。不幸的是，他们随后建议使用更广泛的神经发育构建。然而，所有这些证据（或者说缺乏证据）似乎对继续增加ASD标签的人数或存在一种被称为自闭症的自燃事物的假设没有丝毫影响。

因此，就科学而言，在这里也是一片空白。没有人接近找到一个特征性的异常，因此也没有生物标记或用于诊断自闭症的脑部扫描。零假设成立——不存在与自闭症谱系障碍(ASD)相关的特征性脑部异常。

到底什么是自闭症？

自闭症谱系障碍（ASD）并不是从任何科学发现中发展出来的，它是通过社会和政治驱动力创造和普及的。

我们不应在发现生物学基础方面的缺乏进展感到惊讶。我们实际上不知道如何制定一个可用且具有独特定义的病例。如果我们对病例的定义包括以不同方式在不同群体中传播的各种特征，那么当研究发现显示出类似的广泛变异时，就不应感到惊讶。

如今，同样的行为定义综合症（自闭症谱系障碍）被应用于那些几乎没有独立生活希望的机构的居民，以及包括莫扎特、梵高、爱迪生、达尔文、爱因斯坦在内的众多杰出人物——他们与许多其他人一样，被事后诊断为患有自闭症谱系障碍（只需在 Google 中键入“患有自闭症的名人”并查看结果）。

从“损伤”角度来看，这是整个人类谱。那些支持自闭症谱系障碍（ASD）是一种可识别的状态的人是否认为：对于这些文化偶像来说，与对那些语言功能有限的机构居民一样，是否应该得到相同的支持？

拥有大量可以导致诊断的表现行为和功能水平的问题被称为“异质性”问题（定义为特征或内容多样化的质量或状态）。不仅是“核心”特征，比如社交沟通困难，在许多不认为自己患有“障碍”的人中有很大的交叉，而且被认为是自闭症症状的东西也常常在各种心理健康诊断中列出——从多动症到抑郁症和焦虑症再到精神病。

在有关自闭症的“主流”出版物中，异质性被广泛认为是一个问题。然而，人们并没有将其视为该概念的科学和医学有效性方面的主要问题，而是经常将其解释为自闭症“复杂性”的反映。这导致了一种可笑的情况，在我参加的一次会议上，一个新的自闭症评估单位的顾问，自豪地谈论他们在新国家诊所诊断出的前 100 名患有自闭症谱系障碍的患者，以及“如果你把这 100 个人聚在一间屋子里和他们交谈，你很难看出他们有什么共同之处。”

这被提出是为了解释自闭症在真实人类中呈现出多样性，但这位演讲者似乎没有意识到给那些没有共同之处的人贴上同一个标签的无意义和荒谬（从常识的角度，更不用说从科学的角度）——大多数在自闭症行业的专业人士中都丧失了这一点。

无论你往哪里看，关于什么是自闭症的异质性和缺乏概念清晰性都是显而易见的。在检查其他常见“诊断”的“诊断标准”时，这种混乱是显而易见的。例如，在“行为障碍”的标准中，你可以发现“无法与同伴建立联系和自我中心主义，表现为随时准备操纵他人以获取好处而不做出任何回报，以及普遍缺乏对他人的感情”。这个描述可以说与汉斯·阿斯伯格（Hans Asperger）写过的病例的描述更接近，而不是如第一部分中所讨论的洛娜·温格（Lorna Wing）的病例。

自闭症谱系的一个核心特征应该是缺乏共情，这种缺乏应该导致在社交互动中持久困难。这种类型的“缺乏共情”该如何与行为障碍中发现的缺乏共情以及“人格障碍”罪犯中的缺乏共情区分开来呢？其他“障碍”，比如“依恋障碍”，也描述了缺乏共情和具有所谓的“社交互动功能失调”的儿童。

依恋障碍通常与某种形式的忽视、虐待或创伤有关；然而，在没有关于引起依恋障碍或自闭症的强有力证据的情况下，在行为障碍、依恋障碍或自闭症谱系障碍的上下文中区分“社交功能失调”变得几乎只是由诊断者主观意见所驱动的语义问题。这种症状交叉的混淆不仅限于行为和依恋障碍，而且可能涵盖整个精神疾病诊断的范围。

那么，“受限和重复的行为”这个“症状”怎么样？在强迫症障碍、强迫人格障碍、分裂人格障碍、多动症（例如与电子游戏有关）、重度抑郁障碍（对生活负面方面的病态沉迷）、饮食障碍（对食物或体重的固执）等的标准中，你会找到这个症状的各种版本。

在摆脱手册和医学化症状的环境中，你还可以在大多数男性中找到这一点（例如足球！），体育运动员（以他们的运动和训练计划为特征），以及整个人类，因为对受限领域的强迫兴趣不仅是一种抑郁状态的特征，也是为发现和探索所需的应用。因此，大多数高成就者都有“固执”于他们感兴趣专业领域的的能力。在奇怪的推理循环中，这随后成为给前文提到的一长串取得巨大成就的人贴上自闭症谱系障碍（ASD）标签的动机——他们对主题的专注能力成为了他们据称“患有”患有自闭症谱系障碍（ASD）的证据。

那么，“缺乏共情”的“症状”呢？正如前面提到的，你可以在许多正式的诊断中看到这一点，比如行为障碍和依恋障碍，但也包括在抑郁症、精神病、多动症、人格障碍等中。它也可能是社交场合中缺乏自信心的结果。在竞争文化中感到成就不佳或自卑感可能导致人们远离一系列常见兴趣。实际上，如果你仔细想一想，与专注于自己问题的经历有关的任何事情都会减少对他人生活和兴趣的兴趣。你能够假装对所有主题感兴趣或对所有困境产生共情的程度是有限的。随着社交共情的期望（例如在学校和工作场所）的增加，看似缺乏这种能力的人可能越来越多。

因此，被认为是自闭症谱系障碍（ASD）主要症状的“社交沟通困难”、“缺乏共情”和“受限和重复行为”等，不能被看作是孤立的个体病理差异，而没有了解它们出现的背景。当你开始深入挖掘构建我们对自闭症概念的底层时，就会发现它是如此肤浅；在那里真的什么都无法真实存在。毫不奇怪，我们所拥有的一切都是将自闭症作为概念支持的科学主义。如果我们找不到任何（甚至是模糊的）边界来将概念结合在一起，那么我们到底如何期望找到生物关联或标记呢？我们找不到任何东西的原因是显而易见的。那么，**根据真正的科学，自闭症谱系障碍（ASD）是文化的事实，而不是自然的事实。**

因此，自闭症谱系障碍（ASD）甚至不能很好地作为描述性分类。这就是叙事治疗师所说的“单薄描述”，因为它忽略了人们生活中可能很重要的其他事情(家庭、社会环境、学校、创伤等)，以及他们的技能、能力和他们擅长的事情。与更为突出的“诊断”相比，这些其他特征变得不那么重要，通过“诊断”，其他描述符和事件现在可能被视为次要的。

不仅“症状”是脆弱的结构，而且在许多情况下，你不需要像自闭症这样的神秘概念来描述这种表现，因为相当普通和相对容易理解的过程可能在起作用。

例如，自闭症谱系障碍（ASD）在移民儿童中更为常见。一个人的家庭背景在文化上与当地社区的其他成员存在很大程度的差异，以及伴随着人们环境发生如此巨大变化的压力和社会心理逆境，特别是如果没有一个已经存在的社区能够提供支持和文化熟悉度，这会不会导致自闭症类型的“症状”，例如缺乏社会互惠、退缩等？

同样，患有各种“缺陷”（运动协调性差、面部畸形、言语困难等）的儿童和青少年也可能会发现自己很难交朋友，并且出于必要而退缩而追求孤独的兴趣。生活方式的改变也可能导致社交模式的改变，类似于自闭症谱系障碍症状所描述的改变。广泛使用基于屏幕的技术，尤其是在早年，可能会降低人们面对面社交的兴趣，反而会形成对电视、电脑游戏和YouTube中逃避现实的偏好。

我与法国和北非的一群从业者（包括精神科医生和治疗师）保持着联系，他们一直在记录这种关联并制定干预措施，其中包括取消或限制屏幕时间，据报道，在几周或几个月后，大多数自闭症谱系障碍（ASD）“症状”都出现在一些儿童身上。

因此，除了与被认为表明自闭症的行为相关的意义的社会建构之外，我们还对可能导致经历此类行为的潜在途径有多种可能性。对于一些人来说，大脑异常导致学习以及身体和神经系统正常运作困难，可能会导致难以跟上同龄人、交朋友，或者，在更严重的脑损伤情况下，无法理解基本知识的语言和沟通。一个更加孤独的世界是可以理解的结果。

对于一些人来说，严重的环境损害（例如许多人在臭名昭著的罗马尼亚孤儿院所经历的贫困）可能会损害发展。对于许多人来说，涉及生物和心理因素相互作用的一组独特情况可能是相关的。造成身体特征（包括手眼协调和感觉处理）的微小生物学差异可能会产生重大的心理影响，特别是如果在激烈的社会竞争氛围中经历整个童年。一个笨手笨脚的男孩将很难与其他玩流行球类游戏的男孩相处，这些球类游戏需要良好的精细运动控制和视觉空间技能。

可能存在一系列微妙的区别因素。一个孩子可能来自一个文化上不典型的家庭，并且由于一些笨拙，无法融入当地社区的同龄人群，使她容易受到排斥。一个没有朋友的孩子可能会退缩到一个离散的世界，有时以电子设备的诱人吸引为中心，这使得对幻灭的人来说，简单地加入一个平行的虚拟宇宙变得比人类历史上任何时候都更容易。

当我们谈论某物处于“光谱”上时，还有另一个值得一提的问题。光谱意味着我们都在某种程度上位于这个光谱上。然而，被分类为“自闭症谱系障碍”的人被归入与我们其他人不同的类别。诊断是一个二元分类。你要么有它，要么没有。将某物称为“障碍”将一个光谱变成了在某个点上不再是光谱的东西，而是存在为一个单独类别的东西。

在其他医学领域找不到这种情况。你不会听到有人说你有“哮喘障碍”或“糖尿病障碍”或“心力衰竭障碍”。通过在末尾添加“障碍”一词，我们将其变成了一种病症，因此当我们某人分类为自闭症谱系障碍时，我们并没有说“你处于光谱的百分之九十”，你只是有一个障碍或没有。

不管怎么看，自闭症谱系障碍（ASD）都是毫无用处、非科学的、具有限制性的，并且我认为是一种破坏性的构建。

但我们肯定是在“测试”自闭症，对吗？

自闭症的商品化导致了现在被欺骗性地称为“测试”的东西的增长。使用这种医学化的“测试”语言赋予了它一种科学和医学的感觉，好像正在进行一些能够给出准确结果和测量的东西，可以回答“我的孩子患有自闭症吗？” 这些测试要么基于观察和评分一个人完成一些任务，要么基于对问卷的回答。每个问题或任务都以某种方式得分，因此最后你会得到一个总分和一个答案，说明他们的得分是高于还是低于截止点。

使用数字在公众眼中使它们更加可信，因为看起来评估者正在测量某种东西。但他们所做的只是编写一个数字，该数字对应于他们对某个特定人在特定时间点给出的答案的解释，或者对某个特定人在特定环境中在特定时间点做出的观察的解释。然后将这个任意的数字与另一个任意的数字（假定的截止点）进行比较，以确定他们是否患有自闭症。这些“测试”不提供有关心灵或身体内部功能的任何实际数据，因此不能被视为具有与测量身体特征并作为诊断辅助的医学测试相同地位的东西。

如果我们以同样的方式进行身体医学，那么与其在你的手臂上戴一个血压计来测量你的血压，我们会有一个问卷和一些观察，我们会在过程中得分，然后如果你的得分高于某个数字，

我们会说“你有血压障碍”。按照大多数自闭症谱系障碍评估单位现在的运作方式，这将是你的任务完成：“我们已经测试过你，并发现你有血压障碍。这是一种终身障碍。这里有一些关于血压障碍的传单和一些网站的链接。祝你好运，再见。”

2017年，我参加了一个为期两天的培训，内容是如何使用其中一种自闭症测试工具（有时称为“仪器”）——《自闭症诊断观察表》（简称 ADOS）。这可能是最广泛使用的自闭症“测试”之一。第一个版本于 1989 年首次发布，之后进行了多次更新。

在课程中，《自闭症诊断观察表》（ADOS）被宣传为一种“半结构化的标准化措施，用于与自闭症谱系障碍（ASD）相关的沟通、社交缺陷和游戏”。“标准化”、“措施”和“缺陷”的语言都有助于营造这是一种经验验证和可量化地识别医学问题的假象。共有 5 个模块可供选择。每个模块评估类似的现象，但对于不同年龄或智力水平，会使用一些不同的活动。

值得记住的是整体背景，反映了几个层次的假设。这包括 ASD 作为一个离散的、自然的“东西”存在，这个“东西”可以被识别和量化，识别和测量可以通过特定的评估工具来有效可靠地完成，ADOS 是这样的工具之一，ADOS 的项目包含并识别构成 ASD 的“症状”的项目，ADOS 具有足够好的可靠性，使您不会得到假阳性（被给予 ASD 标签但实际上没有“得到”它的人），并且您可以接受培训以“标准化”方式进行 ADOS 管理，以使 ADOS 受到很少的评定者差异。每个假设层次都是一个悬而未决的问题。如果这些假设中的任何一个是不合理的，那么 ADOS 的有效性就会崩溃。

ADOS 评估涉及一个采访者（我将其称为“检查员”）和一个受试者（我将其称为“患者”）。检查员为患者提供一系列在有限时间内完成的任务，然后在此时间结束时将每个任务移除，并继续进行下一个任务。整个过程的标准化时间为 40 分钟，最长为 60 分钟。观察患者的行为并给予数字评分，检查员将其记录在观察手册中。

检查员不得根据患者的行为更改或修改他们的方法，包括按顺序产生所有任务的要求。任务包括自由玩耍；描述一本图画书的故事；与微型人物玩耍；完成拼图；对于年龄较大的患者，还包括关于他们的社交生活、对关系的理解和对未来的希望的问题。在整个评估过程中，检查员正在寻找特定的“症状”或“正常”行为的缺陷，然后将用于完成数字评分系统。

为了学习如何使用 ADOS 进行评估，课程参与者（包括我在内）观看了一些录制的 ADOS 评估会话的视频，对我们观察到的内容进行了评分，然后由课程组织者教导我们“正确”的评分是什么，以及如何使用这些评分进行诊断（或者不进行诊断）。

所使用的语言基于在课程期间未被注意到（或者如果被注意到则没有评论）的假设。没有承认这些评估是在特定的背景和环境下的（例如在某人对儿童表达担忧后进行的医疗诊所），也没有承认检查者的行为可能会对患者随后的行为产生影响。假设是评估室中的背景和检查者方面的关系动态并不重要，因此评估期间出现的情况纯粹是患者生物学的结果。

只看到患者“真实”内在品质的准自闭症僵化是一个反复出现的主题。我在课程中提出的大部分问题都源于真正的困惑，即我们观看的评估访谈视频中的某些患者行为如何可以被解释为仅仅是患者症状的结果。这导致了逻辑的循环，即课程组织者坚持认为正在观察到的只能被理解为 ASD 的表现，因为评估员在进行标准化评估时具有的专业/经验。

因此，在组织者引导我们进行评分时，他们一直提到这个或那个症状的“事实”。非病理性的解释是不可容忍的。我们都在接受培训，成为对患者的“不正常”每一个细微之处都敏感的检查员。

从中产生的是一种机械化的社交互动观。这些情景/任务被设置得好像检查员、他们的行为和环境存在为可控变量，以便在评估中出现的东西无可辩驳地证明了患者的社交异常。在一个例子中，课程组织者在讨论之前一个患者与他的母亲的互动时展示了这种单方面的社交互动观。在这个例子中，她讲述了一个由一位将孩子带到他们诊所的家长告诉她的故事。

显然，这位母亲曾问她的孩子：“你为什么从不看着我？”然后孩子开始看着她。现在，母亲抱怨道：“你为什么盯着我看？”困惑的男孩现在决定也许他应该学会看着她，然后又看着她。他的母亲现在抱怨道：“你为什么把眼睛从一个地方移到另一个地方？”根据这个故事，男孩最终制定了一个关于看她和远离她的时间的复杂公式。在讲述这个故事时，组织者没有对母亲在这种关系上产生的不适感的角色进行任何评论——一切都是这个孩子（当时未诊断出的）ASD的结果。

ADOS 中的活动/问题没有考虑到性别或文化相关性。当你看到要求你评分的措辞时，客观性的幻觉开始消失。例如，对于“**单词或短语的刻板/特殊使用**”的评级，如果患者“经常使用刻板的话语或奇怪的单词或短语以及其他语言，则给予2分（表示高度异常）”。1分（表示某种程度的异常）是“在表达性语言水平相同的情况下，单词或短语的使用往往比大多数人更加重复，但并不明显奇怪。”

“**社交邀约的质量**”中，1表示“一些社交邀约的轻微异常。邀约可能限于个人需求或与孩子自己的兴趣相关，但有一些尝试让评估员参与其中”。2表示“大量不适当的邀约；许多邀约缺乏融入上下文和社交质量。”请注意，像“经常”，“不寻常”，“质量”，“一些”，“显着”等词语。所有这些都需要评估员进行解释，不能用来建立客观事实。所有的评分都是这样的。

你究竟怎么能决定“一些社交邀约的不寻常质量”是什么样的？哦，等一下，当然是一个知道如何看到这一点的专家！好吧，那么你如何成为专家呢？通过学习管理 ADOS，笨蛋。

你究竟怎么能决定“一些社交邀约的不寻常质量”是什么样的？哦，等一下，当然是一个知道如何看到这一点的专家。那么，你怎么成为一个专家呢？通过学习如何进行《自闭症诊断观察表》（ADOS）测试。这真是蠢到家了！

对评估员的解释性偏见的依赖经常显露出来。例如，在我们观察到的一个视频评估中，我看到孩子经常微笑，但课程主持人说这不是微笑，而是“冷笑”。即使这是“冷笑”，很难理解为什么这应该被认为是一种医学“症状”。

其他评分包括：“不寻常”的用词方式；孩子试图发起互动的质量；孩子是否向评估员提出要求；不主动把玩具或其他物品还给评估员；不向评估员展示玩具或其他物品（例如通过举起它们）；缺乏灵活、创造性地以具象的方式使用物品(如玩偶)；不寻常的感官兴趣；等等，所有这些都可以通过解释性变异。

所有这些评分都是这种性质的。它们引发了关于谁有权威，以及他们如何得出关于什么应该被认为是适当/不适当、正常/异常、健康/症状等的结论的问题。

我使用《自闭症诊断观察表》（ADOS）评分系统的真实解释与主持人解释的正确的“客观”分数相当不同，特别是对于视频中的两名较年轻的患者。实际上，当播放第一个视频时，我确信这是为了展示正常儿童评估的对比，但事实证明所有的视频都展示了被诊断为自闭症谱系障碍（ASD）的人。

我发现一些评估视频看起来很痛苦。评估员快速从一项活动转移到另一项活动，给每项活动几分钟的时间。在 3 岁和 5 岁左右儿童的两段视频中，他们的行为客体化更多地与权力和对真相的特权建构有关，而不是发现与孩子本质相关的任何东西。在我看来，这两个孩子似乎都变得不舒服，并且在不同方面不合作，至少部分是由于评估员（他们刚刚认识的陌生人）不寻常的背景和行为引起的。

我们只能评论并编码患者的行为，但不能解释患者可能的感受或互动/情境性质。在我看来，这种对社交沟通的“测试”是通过设置一个故意挑衅的环境，期望这些年轻患者顺应评估员的不寻常的要求而进行的。

因此，在视频中，《自闭症诊断观察表》（ADOS）看起来更像是顺应一个爱发号施令的成年人不断变化要求的社交测试。在一个视频中，在考官在会话开始后对一个 5 岁的患者移除了一些正在玩的玩具，之后，患者背对着考官站着说：“你不是我的朋友。”评估会话的其余部分展现出一个复杂的互动，部分是患者有趣的反叛，部分是参与，部分是令人沮丧的观看：考官的压力和冷漠。

对我来说，考官重复的提问，有时夸张的不自然微笑，以及尖锐的尖声儿童般的声音，看起来比孩子的反应更不寻常。然而，使用《自闭症诊断观察表》（ADOS）测试，这个孩子就“患有自闭症”。考官显然才是这两个人中更“异常”的一个。

在对年龄较大的孩子进行评估的视频中，我对使用的玩具、文章和问题的年龄是否合适产生了疑问。我不确定在我年轻时（像视频评估中的 12 岁和 17 岁的孩子必须回答的那样）我会如何回答类似“朋友对你意味着什么？”“你是否考虑过长期的关系或结婚？”“你是否照顾自己的钱？”“你对未来有什么计划或梦想？”这样的问题。

根据我们的评分标准，有正常和病理的回答这些问题的方式。文化、性别、社会阶层，这些都不重要。这两个年龄较大的孩子都谈到了被欺负的经历。甚至这也被看作是他们无能的进一步证据，暗示 ASD 是他们受欺负的原因（即他们的“障碍”导致别人对他们不友好）。

这些评估形成了一个严密的漏斗，在这个漏斗中，你不可避免地会把你对发生的任何事情的解释作为一个潜在的“症状”：他们是否参与，他们如何参与，他们如何交谈，他们说了什么，他们没有说什么，他们看起来如何，他们做了什么，他们没有做什么，等等。

ADOS 是一个陷阱。对于它的创造者、培训者和推广者来说，这是一个巨大的摇钱树。一种虚构的评估，针对一组虚构的症状完全是主观的，缺乏对环境的作用和关系的主体间性本质的洞察力。它试图识别关系的“缺陷”，同时证明工具本身缺乏对关系本质的认识。它坚持不懈地寻找“异常”的证据，并创造一个审查员很容易发现的环境。

这是一个捕捉许多人的大网陷阱——从不按照考官的指示和考官认为应该的方式行事的年轻孩子，到用词有趣的年长者。它是一种建构知识而非发现知识的系统——创造者、销售者，以及现在进行 ADOS 评估的众多考官相信他们知道普遍的、与文化、性别和性取向无关的人应该以及不应该如何运作。它无耻地在世界各地推广和销售，让越来越多的儿童和成人接受其变态的正常化/病态化议程。

自闭症已经过了“使用期限”

我相信，自闭症和自闭症谱系障碍（ASD），就像注意力缺陷多动障碍（ADHD）一样，不仅仅是一个泛滥的科学主义的例子，它已经殖民了精神病学和心理学领域，而且更进一步，我们应该停止使用它们。

我很高兴看到一场运动的兴起，重新找回了某种被自闭症的“紊乱”范式所偷走的自我价值感。然而，我不相信神经多样性运动可能会导致我所设想的那种转变。虽然有些人可能会声称，创造“神经典型”和“神经多样性”的替代类别是一种从病态医学中解放出来的有趣的方式，但它仍然延续了“我们”和“他们”的动态，并进一步巩固了为新自由主义政治提供营养的个性化。它用神经认同领域的市场化取代了自闭症作为一种障碍所开启的市场化。

正如我所讨论的，这里没有可测量的特征“神经”部分。那些相信我们已经找到它的人是在撒谎。我们每个人都是独一无二的，因此我们都是神经多样性的。

自闭症是医学化、病理化和个体化范式的一部分，很好地服务于新自由主义政治和经济学。人们、家庭和社区在追求理想的创业、竞争、高效、情商（推销自己或服务，或巧妙地操纵他人）品质的过程中必须忍受压抑和不安全的环境，这些品质被认为是“正常的”，意味着当个人无法跟上时，我们的社会构建可以将这种被认为是失败的归咎于他们的内在性。

自闭症是可以被品牌化的“缺陷”之一，可以被赋予科学（科学主义）的徽章，并被市场化。焦点随后转移到了失败的个体身上，这个人可以被“支持/治疗”，而更广泛的社会背景则摆脱了更深层次的审查。政治家、官僚、慈善机构和政策制定者在“同情地”谈论那些受到这一残疾影响的人以及他们如何帮助和支持这些人时，看起来好像他们真的很关心。

但是，我们继续扩大自闭症谱系障碍（ASD）网络的代价是什么？谁查看了那些被困在这个网络中的人的数据？有证据表明诊断是否改善了那些被诊断者的现实世界结果吗？为什么我们不研究这个基本问题？有多少人被警告有关与诊断相关的潜在负面结果？

例如，我知道某些职业不会接受有自闭症谱系障碍（ASD）诊断的人，但我不知道这个问题可能有多普遍。我最近读到，全国“15%的ASD患者是全职就业。”我不知道这意味着什么，但对我来说这似乎是一个令人担忧的统计数字。标签具有一些我们很少能够超越的联想和刻板印象。当我们被告知“她有自闭症”时，有多少人停止只是看到并试图了解

““Jane”（简，女子名）或其他人？”

我知道有很多人发现命名行为很有帮助。父母可能会对他们的孩子产生新的同情，而成年人可能会觉得他们的生活现在变得有意义。但以什么代价？这种最初的宽慰感持续多久？在使用一个不能解释的标签解释一个人时，这个人的叙述中缺失了什么？

我担心这些问题，以及为什么我从未在主流文献中看到有关这些问题的提问。我担心因此标记的人可能遭受的一种微妙的暴力，这可能会限制他们自己、他们家庭和许多人对他们能做什么和不能做什么、他们需要保护什么和不需要保护什么的信仰。我担心标签化为自闭症提供了一种残酷的希望。家长现在可能感到理解了一些事情，专家将知道如何帮助。随着时间的推移，事情没有改善，这对家长对他们的“有障碍”的孩子的感觉有何影响？这些是在咨询室里经常看到的困境。

在我的实践中，我经常遇到那些有一个被诊断为自闭症的孩子的家庭，情况没有改善，或者在一段时间的改善后恶化，父母感到无助，因为他们认为自己没有专业知识知道该怎么做，而且似乎找不到有这方面专业知识的专家。我经常遇到年轻人，他们自己的困境没有得到充分的倾听，人们假设他们之所以感到这样是“因为他们是自闭症患者”。

对于一些人来说，“自闭症”是一个门票，让他们可以获得学习支持（例如）；而其他没有“自闭症”的孩子则被拒绝获得这种支持。但我也经常看到例子，其中自闭症标签排除了本可以从中受益的孩子。例如，他们的社交焦虑被构建为“因为他们患有自闭症”，因此告诉他们我们对此无能为力。

自闭症已经成为那些不符合日益狭窄的预期行为边界的年轻患者的新的应对一切，以至于我们忽视了显然对他们的表现产生影响的历史。自闭症现在在会议和临床审查中一再提出“也许他们患有自闭症”的建议，好像这会解释我们关心、挫败或愤怒的行为。

自闭症谱系障碍（ASD）的诊断可能会意外地使父母和教师感到无助，因为人们假设他们没有专业知识知道如何干预，也不知道支持他们的孩子的正确方法是什么。普通的事情可能会被抛在脑后，因此我看到了一些家庭，因为父母担心他们如果以任何方式干预年轻人的生活，他们可能会使事情变得更糟。他们最终在年轻人周围像踩着蛋壳一样行走，同时对他们的未来感到恐慌，导致家庭氛围非常紧张。这种假设可能使父母和其他人瘫痪，让他们感到失去了技能，等待更多“有资格”的专业人士来提供建议，甚至更好的是提供“正确的专业治疗”来与他们的孩子沟通。

自闭症与任何其他精神病学诊断一样，不是一种真实医学诊断。它没有解释力，因此无法告诉你什么对任何特定个人、家庭或社区有帮助或没有帮助。最好忽略它的相关性。

参考来源：

Al-Jawahiri, R., Milne, E. (2017) 大数据时代可用于自闭症研究的资源：系统评价。PeerJ, 5, e2880。

美国精神病学协会（APA）。(2013)精神障碍诊断与统计手册，第五版 (DSM 5)。APA。

Baudrillard, J. (1981)拟像与模拟。半文本（e）。

Chen, JA、Peñagarikano, O.、Belgard, TG、Swarup, V.、Geschwind, DH (2015) 自闭症谱系障碍的新情况：遗传学和病理学。病理学年度评论，10，111-144。

Czech, H. (2018) 汉斯·阿斯伯格，国家社会主义和纳粹时代维也纳的“种族卫生”。分子自闭症，9, 29。

Ecker, C.、Bookheimer, SY、Murphy, DG (2015) 自闭症谱系障碍的神经影像学：整个生命周期的大脑结构和功能。柳叶刀神经病学，14，1121-1134。

Fakhoury, M. (2015) 自闭症谱系障碍：临床特征、理论和诊断的回顾。国际发育神经科学杂志，43, 70-77。

Hughes, V. (2012) 流行病学：复杂疾病。自然，491，S2-S3。

洛德，C.，里西，S.，兰布雷希特，L.，等人。(2000) 自闭症诊断观察表-通用：与自闭症谱系相关的社交和沟通缺陷的标准衡量标准。自闭症和发育障碍杂志，30，205-223。

Lord, C.、Rutter, M.、Goode, S. 等人。(1989) 自闭症诊断观察表：交流和社会行为的标准化观察。自闭症和发育障碍杂志，19, 185-212。

Lotter, V. (1966) 幼儿自闭症流行病学：I. 患病率。社会精神病学，1，124-137。

Nadesan, M. (2005)构建自闭症：揭开“真相”并理解社会。劳特利奇。

Runswick-Cole, K.、Mallet, R.、Timimi, S. (编辑) (2016) 重新思考自闭症：诊断、身份和平等。杰西卡-金斯利。

Rutter, M. (1978) 儿童自闭症的诊断和定义。自闭症和发育障碍杂志, 8, 139-161。

Rylaarsdam, L., Guemez-Gamboa, A. (2019) 自闭症谱系障碍的遗传原因和修饰因素。细胞神经科学前沿, 13, 385。

Sheffer, E. (2018) 阿斯伯格的孩子：纳粹维也纳自闭症的起源。WW 诺顿公司。

Timimi, S.、McCabe, B.、Gardner, N. (2010) 自闭症神话：男孩和男性的社交和情感能力的医学化。帕尔格雷夫·麦克米伦。

Timimi, S., Milton, D. (2016) 辩论：自闭症有本质吗？网址：

<http://blogs.exeter.ac.uk/exploringdiagnosis/debates/debate-1/>

Timimi, S.、Milton, D.、Bovell, V.、Kapp, S.、Russell, G. (2019) 解构诊断：诊断工具的多学科视角。自主权 1(6)。

Waterhouse, L.、London, E.、Gillberg, C. (2016) ASD 有效性。自闭症和发育障碍评论杂志, 3, 302-329。

Wing, L. (1981) 阿斯伯格综合症：临床说明。心理医学, 11, 115-129。

世界卫生组织。(1992) ICD-10 精神和行为障碍分类：临床描述和诊断指南。WHO。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668876891>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

20 世纪 90 年代初到中期，当我在英国接受儿童精神科医生培训时，儿童抑郁症被认为很罕见，与逆境有关，而且通常对药物治疗没有反应。当然，孩子们会感到悲伤、烦躁、不安和焦虑，但这些被认为是对生活中发生的事情的普遍可以理解的反应。

从那时起，在很短的时间内发生了很大的变化。甚至日常语言似乎也被医学术语所殖民，年轻人使用临床语言（“我感到沮丧”）而不是更普通的语言（“我感到不快乐/悲伤/痛苦”）来描述他们的感受。

今天的儿童和青少年精神病学学员，就像大多数在新千年接受培训的儿童精神病学顾问一样，通常会向儿童和青少年发放选择性血清素再摄取抑制剂（SSRIs——最常见的“抗抑郁药”类型），例如氟西汀或舍曲林。

这种对我们普通且可以理解的情感生活的医学化导致了可怕的文化转变，导致我们所有人，尤其是我们的年轻人，对我们的情感变得疏远和怀疑。童年抑郁症概念的泛滥导致青少年的自然恢复力逐渐受到削弱，因为他们和周围的人对情感的力量感到震惊，并全神贯注地监视自我是否有破碎的迹象。

像对待医学化的儿童行为问题一样，将情绪医学化创造了巨大的商机。从书籍到疗法，对于担心的父母或紧张的青少年来说，可以销售的产品不胜枚举。就像他们推广一种观念，即困扰父母的行为可以通过简单地吃一颗药片来解决一样，制药业理解到通过推广抑郁症的概念，将其视为一种与成年人同样影响儿童的方式，可以创造潜在的利润。

对儿童情感生活的问题化也为各种疗法打开了大门，从情感急救到正念疗法。市场上充斥着各种治疗方法，争相进入心理健康商店的橱窗，提供治愈和缓解痛苦的服务。

就像我们通过用“诊断”标签来改变对儿童行为的期望以及解释感知问题的方式一样，通过将情绪医学化，我们对于痛苦和适应力的理念和感知也可能受到影响，潜在地使当年轻人远离可能在经历痛苦和逆境中获得的学习和洞察，与此同时，远离看到社会和政治现实中潜在的苦难根源。

儿童抑郁症的主流建构

以下是英国国家卫生研究院（NICE）对儿童抑郁症的定义，自 2005 年首次制定儿童抑郁症指南以来，这些指南于 2019 年最近一次更新，仍在使用相同的基本定义：

在临床上，抑郁症一词指的是围绕三个核心体验的一组症状和行为：情绪变化、思维变化和/或活动变化，足以导致个人和/或社会功能受损。情绪变化通常包括伤心和/或烦躁，伴随着对甚至是珍爱的兴趣的丧失。认知变化通常导致思维效率低下，通常具有明显的自我批评焦点。在生理上，抑郁的人变得较不活跃，尽管这可能被焦虑或不安的存在所掩盖。

尽管成年人抑郁症和年轻人抑郁症之间存在许多相似之处，但在这三个领域中各有重要的发展差异。

与成年人一样，情绪从愉快转为不快，相对广泛，持续时间和地点都足够长，并且足以中断日常功能。一些儿童会否认感到伤心，但会承认感到“低落”，另一些会承认感到“脾气暴躁”或“易怒”。在相当大比例的病例中，抑郁的年轻人对生活的乐趣不再感到那么多（丧失愉悦感）。这种特征在大约 15%到 20%的患有抑郁症的青少年女性中发生。

通常，年轻患有抑郁症的患者自尊心较差，当被问及他们的优点时很少有话可说。他们可能表示自己“一无是处”，生活中的事件和社交世界中的困难是他们的错。他们可能对自己看不到未来，认为生活毫无希望，无法对任何变好的事情产生任何改变，感到无助。他们可能抱怨注意力不集中，注意力差，无法做出决定。这可能是由于对自己能力的信心丧失或思维困难。在严重病例中，患者可能感到内疚，甚至邪恶，并表示他们应该因过去的过错而受到惩罚。有些病例可能有自杀的念头，这尤为严重。应该注意，对父母分居感到内疚是儿童和年轻人的正常感觉。极少数年轻患者会描述妄想或幻觉。

顺便说一句，你是否注意到在创建精神类别时通常遵循“三分法”的一般规则？多动症（ADHD）有 3 个核心症状，自闭症（ASD）也是如此，抑郁症也是如此！

儿童抑郁症的定义使用了成年人抑郁症的定义，然后将其调整为在儿童中可能具有类似表现的概念。从上述任何一句话中提取任何内容，看看有多少“客观”可测量的特征。它非常模糊，有可能在青少年成长过程中的某个时期涵盖大多数人。谁在某个时候不会感到易怒、脾气暴躁、伤心、情绪变化、自我批评、决策困难等？我们真的希望我们的孩子在成长过程中不经历这些事情吗？

抑郁症与成长

在第二次世界大战爆发之前，西方社会主要以纪律和权威的角度看待父母与子女之间的关系。这种行为主义方法强调形成对于积极生活所需的习惯和“良好”行为的重要性。

第二次世界大战后，人们对纪律和权威对儿童的影响感到担忧。在关于纳粹德国噩梦社会的原因的辩论中，受到精神分析理论日益尊重的影响，有人提出，威权主义的行为方法可能导致人变得攻击性、敌对和凶残。

有关儿童作为个体的专业和学术观点开始流行起来，支持更加民主的育儿方法。从严格的纪律转向通过指导和理解实现更人道形式的纪律，逐渐在政治圈和日常文化中变得更受欢迎。

此外，尽管战前的模式是在资源有限和消费品匮乏的社会中为儿童准备进入职场，战后经济蓬勃的年代意味着儿童正在成长的社会中，寻求快乐的消费主义很快就会变成新的“正常”。

战后“宽容”模式看到父母与子女的关系越来越以快乐和游戏为中心，而不是服从和尊重。父母现在必须放弃传统的权威，以便孩子能够发展自己做出选择的能力，并支持他们的自尊心。

这种文化转变还意味着随着这些战后一代成为父母，他们对父母责任和责任的强调也减少了，他们希望为自己提供更充分表达的机会。父母的责任正在为所有人的文化期望铺平道路，期望是享受乐趣和宽容。

经济结构的变化也导致家庭生活组织发生重要变化。更多的母亲进入职场，家庭内权力的重新协商正在进行中。新的“郊区”社区的增长和市场经济的经济需求导致了更大的流动性，家庭生活的减少，以及根植于社区网络的地理上连接的扩展家庭的减少。

许多家庭（特别是由年轻女性领导的家庭）与传统的育儿支持和信息来源隔离开来。因此，各种育儿指南的重要性增加，育儿建议开始从主要是扩展社区和老一辈人的领域迁移到了专业阶层的领域。

在 20 世纪 80 年代和 90 年代西方发生的反对宽容文化的反弹继续将个体置于中心。越来越多的父母不得不工作更长时间，国家对儿童和家庭的支持特别是减少，导致普遍存在的儿童贫困，这种情况在 2008 年金融危机后也得以重演。在我写这篇文章时，我们尚未看到这将如何影响后 COVID-19（新冠病毒）时代。

随着对如何最好地抚养儿童的不安感的增长，育儿建议和干预变成了一门大生意。以科学的语言包装，对如何成为“好”父母的知识的所有权被专业阶层所获取。现在有一种正确的方式来爱护你的孩子，有一套标准，通过这些标准可以判断孩子是否正确发展，有一套（白人、中产阶级的）规则，父母、老师和其他成年人必须遵循，以避免“伤害”孩子。对童年应该摆脱磨难而充满乐趣的命令仍然存在，但变得越来越难以实现。

关于育儿的书籍和课程层出不穷，对我们年轻人群体的多种监视方法已经成为一种制度化的现象。在较小的家庭、较少的社区和扩展家庭支持、两名工作父母经常为保持稳定的收入而感到紧张，以及对父母有很高的要求以确保他们的孩子有趣的情况下，育儿的专业化导致许多父母担心与成长的痛苦相关的问题应该留给专家来处理。

家长中焦虑水平的增加，他们可能担心自己的行为可能带来的后果已经达到了一个程度，许多人害怕任何可见的影响都可能被视为不当的影响。这增加了一些父母感到更安全将必要的社交和引导留给专业人士的可能性，因为在这种将童年和育儿描绘为充满风险的叙事中，他们对自己的能力失去了信心。

童年抑郁症概念从一种罕见的诊断发展成为一种常见的诊断反映了这些更广泛的文化动态。在这里，我们有一个关于小成年人（应该能够管理他们的情感状态的自治个体）的个性化概念，他们沦为类似于影响成年人的内部心理疾病，而在这种文化中，如果你不能玩得开心，就说明你出了问题。然后，医疗和其他卫生保健专业人员被视为了解这些问题的专家，建议

父母向他们寻求关于子女心理状态的“客观”意见，因为人们认为这些专业人员拥有最适合解决子女困难的技能。

医学界、制药业、心理学家、治疗师以及一群充满主观见解的意见提供者的政治和经济自身利益已经找到了一个理想的文化前提，可以用来推广一个非历史性的、文化盲目的、个性化的、生物医学解释童年不幸的文化。这现在将先前被视为普通的相对常见的成长经历，孩子们自己或他们的父母会处理，引入到需要医学意见和可能需要被称为“治疗”的医学问题的范畴中。

自然的人类反应（即使是不受欢迎的反应）变得太危险，不容许，父母及其更广泛的社交网络也不太愿意相信他们拥有知识和技能来帮助他们的孩子经受、成长和通过（有时是因为）情绪的波动。

大多数文化都理解情感痛苦是作为人类生活和发展的一部分。痛苦有潜力提供并加深我们对人类潜力和韧性的连接、经验和理解。因此，痛苦不是我们应该假定没有价值、我们必须设法消除的东西。但在这种婴儿般的幻想中，我们可以在生活中不受痛苦的影响，是有钱可赚的。

除了文化上远离与子女情感生活的亲密关系和对痛苦的文化恐惧之外，抑郁症的概念本身也是人类想象的产物。作为一种诊断，“抑郁症”并没有源于能够定位我们的生物学或心理学中的疾病的科学见解，而是源于一组具体文化的思想。抑郁症中的许多关键精神症状（例如关注我们的思考方式和罪恶感的感觉）涉及受西方哲学思想影响的概念。在不同哲学传统有影响的的文化中，这些经历可能是不存在的、荒谬的或具有不同的含义。

正如我们对成长的看法发生了变化，我们对儿童问题的概念也发生了变化。在美国，直到相对较近的 1990 年代初期到中期，我们对儿童抑郁症的理解才开始发生深远的变革。在此之前，儿童抑郁症被视为一种非常罕见的疾病，与成年人抑郁症不同，且不适于用抗抑郁药物治疗。这是我在成为一名儿童和青少年精神病学顾问的培训中学到的。在我大部分的培训地点，儿童抑郁症的概念从未被提及过。

在 1990 年代，有影响力的学者和从业者开始写文章和书籍，声称儿童抑郁症比以前认为的更为常见，类似于成年人抑郁症，并且可以用抗抑郁药物治疗。媒体文章谈到了正在我们眼前发生的隐藏痛苦，但我们却没有看到。我们被告知，这种沉默的痛苦是那些不仅仅是悲伤，而且患有疾病的儿童所经历的，只是因为他们是孩子，我们忽视了他们的痛苦，没有用“抗抑郁药物”等适当的安全治疗来帮助他们。

反映了我们对童年、育儿和父母的观点发生的更广泛文化变化，儿童抑郁症已经到来。我们已经准备好扩大童年问题的市场化。

成长过程中的麦当劳化

我经常想知道有多少人意识到，随着我们屈服于“麦当劳化”观念，关于儿童、童年、儿童发展、家庭生活和教育的理解已经发生了变化，与成长相关的挑战和不确定性可以被归类为“有问题”的儿童，然后通过简单的、一刀切的干预来解决。就像麦当劳一样，市场经济和文化利用我们对即时满足欲望的渴望，以迅速、及时的方式提供，并且对产品的参与除了消费之外几乎不需要。如果你的产品和信息传递正确，你可以在消费者年轻时吸引他们，然后让他们成为终身的潜在顾客。

孩子们最终依赖成年人为他们做出大多数决定。但现在我们已经使成长的过程专业化到这样一个程度，以至于许多父母和其他担任照顾职责的成年人（如教师）害怕积极干预指导他们

照顾的儿童。他们可能觉得自己需要一个“专家”最能理解应该做什么是正确的，而其他人可能会因为孩子的行为而感到受到评判和尴尬。父母（特别是母亲）经常因为糟糕的育儿而受到“咄咄逼人”和扬起的眉毛的责备，但很少因为良好的育儿而受到赞扬。其他人被迫长时间工作，几乎没有时间陪伴家人，而由于减少了当地社区和扩展家庭联系的结果，往往没有得到足够的支持。

这些天要做一个“正常”的父母很难。如果你被认为与孩子太近，你就陷入了困境，如果你离得太远，你就太冷淡，不知道如何以正确的方式爱你的孩子。当然，虐待和伤害确实会发生，无论是故意还是意外，但成为父母已经成为一种引起焦虑的经历，充满困惑，往往缺乏情感和实际支持，特别是对于继续承担大部分抚养子女责任的母亲。从利用这种焦虑以及父母希望为他们的孩子改善情况以及缓解他们感到的焦虑的必然欲望中获利，有很多钱可赚。

与此同时，孩子们在学校、体育、外貌、社交媒体等方面都受到测量、测试、排名和评论，从小就学会了他们的价值来自他们的所作所为，而不仅仅是存在。就像生活在持续进行的“X因素”比赛中，他们可能会觉得自己作为个体的表现更受关注，而不是他们对共同利益或成为他们周围的家庭和社区的一部分的贡献。他们可能有满满的时间表，然后有很多分心的东西，如电视、智能手机、垃圾食品和各种五光十色的玩具。这些天要做一个“正常”的孩子也很难。

如果你被认为太活泼，你就是“多动症”，太安静你可能是“抑郁症”，有点害羞，你可能是“自闭症”。当然，孩子们确实会遭受虐待和创伤，并通过他们的行为传达出来，但在许多西方社会，如今要成为一个孩子就意味着要被密切监视和审查你的表现水平。当事情被某人判断为“不对劲”时，你可能会接受各种评估和程序，以确定在你身上发生了什么、出了什么问题 and 功能失调。从辨识你的功能障碍并向市场承诺这将导致某些事情（标签、治疗）会变得更好的角度来看，有很多钱可赚。

童年抑郁症是这些成功的现代品牌之一，它帮助货币化并深化了从重新构架伴随成长的普通奋斗和痛苦中产生的与自我和他人的疏离状态，以及在一个害怕干预儿童生活的普通文化中产生的差距和紧张增加的文化。它与其他两个成功的类别 ADHD 和自闭症一样，在商业上取得了巨大的成功。

而多动症和自闭症开始作为儿童疾病，很快发展成为可以销售的品牌，因此向成年市场扩展；童年抑郁症则是相反趋势的结果。抑郁症在成年人中是一个大市场，因此它最终向下市场化到童年是不可避免的。

早在 1996 年，世界卫生组织预测到 2020 年，抑郁症将成为全球第二大疾病负担的原因。从那以后，我们不断地传达了一种看法，即我们正面临着心理健康问题的不断上升，尤其是抑郁症，以至于今天，许多西方社会都认同一个观念，即我们正在面临一场心理疾病和精神卫生紧急情况的流行。我们经常听到，年轻人被认为是一个特别脆弱的群体，他们据说受到未被诊断和未被治疗的精神障碍的摧残。

学校已经成为这种宣传的关注和焦点的一个突出场所，因为心理健康问题被认为从小就开始。这种思维方式保持对这样一种观念的关注，即患有这种疾病的是个体，因此应该识别并接受治疗。他们周围的系统的角色是调整以帮助管理他们的障碍。只有提高检测率并提供更多的服务才能提供早期干预。当我们被训练去同情“生病”的孩子时，我们就不再关心学校的设立方式、考试制度、工作保障、经济保障、社区支持等。

流行病的形成发生在我们随意传播标题，如“英格兰 19 岁以下的八分之一的人有心理健康障碍”和“14 岁之前所有心理健康问题的 50% 已经确立”的时候，以及阅读关于年轻人心理健康问题的“显著增加”、“急剧上升”或“危机”以及缺乏为他们提供服务的报道。

然而，在这些来自媒体和代表心理健康专业人士的科学无知的专业机构（比如我是其会员的皇家精神病学院）的文章中，他们没有明确心理健康“障碍”、“问题”或“疾病”一词的含义。精神障碍是这些专家所定义的，并且正如你所发现的那样，由于无法逃避的主观性，它们可能会出现截然不同的解释。你不能仅仅通过说某件事是客观的并且因为你声称知道那是什么而使某件事变得客观。

年轻人、他们的父母和他们的老师读到这些标题，逐渐意识到这些疾病无处不在，你可能是受影响的人之一。你开始注意到有时你感觉很糟糕，想知道为什么你会感觉这样。难道你正在发展一种精神障碍吗？

我在写这篇文章时，正坐在 Covid-19（新冠）大流行中的家中，每一条新闻都在警告。我们周围爆发了一场心理健康问题的流行。将可以理解的焦虑、孤独和失业恐惧定义为“健康状况”将个性化并引导人们认为你身上有什么问题，然后寻找基于健康的解决方案。

如果新闻也充满了关于自封锁以来许多人感觉到竞争暂时中断了，他们可以更加注意世界和周围的人的故事，关于被迫一起花时间的父母和孩子们是如何重新学会相互交流和共同做事的，以及互联网如何通过视频链接帮助我们重新与很少有时间交流的家人和朋友建立联系的故事，会怎么样呢？

与此同时，随着这些媒体报道，心理健康也成为英国政府教育议程的焦点，因为在过去的十年中，政府在计划、倡议和支持方面投入了更多的时间和资金，尤其是在学校，以“改善”年轻人的心理健康。2018年，英国政府宣布额外提供14亿英镑，用于“转变”儿童和青少年的心理健康服务，主要重点是增加培训和建立在学校和学院已经进行的工作之上的访问。

一个“道德恐慌”的强化循环已经形成，其中问题有效地放大了自己。我们在心理健康专业领域越多地谈论年轻人心理健康存在危机的问题，我们就越多地注意到它，结果我们就越多地谈论它。媒体然后报道这一点，称之为丑闻，因此政府以更多的资金回应，进一步突显这一流行病。年轻人、他们的父母和老师暴露于此，因此他们开始以新的方式注意自己的情绪和行为，寻找这一流行病的迹象，对其存在和早期干预的重要性进行了敏感化。

扩展对心理健康问题（如童年抑郁症）构成什么样的“事物”以及何时何地可能需要专业知识的讨论或理解的缺乏，再加上对早期识别心理障碍的敏感性的增加，导致认为需要专业帮助的学生数量增加，而教师、父母和朋友无法提供这种帮助。然后进行更多的转诊，尽管外部服务扩展，但他们难以处理转诊数量，导致访问问题，进而导致更多关于“年轻人心理疾病丑闻”的媒体报道，以此类推。

因此，也就不奇怪了，2019年对一千名年轻人进行的一项调查发现，68%的人认为他们曾经或目前经历过心理健康问题，其中62%认为“去除污名化”运动帮助他们识别它。调查还发现，在过去的两年里，18岁以下青少年的心理健康转诊增加了45%。

这些数字令人眼花缭乱，但与2019年的一篇学术论文并不相去太远。该论文使用了儿童自我报告问卷的方法，得出了11到15岁儿童心理健康问题的患病率为42%的数据。

对成长中带来的情感波动的疏离和恐惧是对心理健康的这场道德恐慌的可怕结果。一项来自新西兰的2020年研究表明，这些数字可能被低估了！他们报告说，到了45岁时，86%的人将符合精神病诊断的标准，其中85%将符合至少两项诊断的标准。确切地说，有一半的人口在18岁时将符合“疾病”的标准。对普通事物的医学化真的已经来临了。

这种情境已经完美地为将在我们在成长和发展过程中所经历的挑战、困惑、强度和变化，特别是在我们的青少年时期，转化为潜在的障碍、功能障碍、失调和疾病，提供了条件，可以将它们整齐地打包并提供“治疗”以摆脱它们。这种意识形态非常适合将童年抑郁作为一个简

单的品牌，鼓励年轻人识别并消费，以及他们可能希望在其余的生命中断断续续或持续地采取的简单疗法。

抑郁症已经成为青少年及其照顾者寻找解决办法的主导品牌，他们寻求停止感觉糟糕的麦当劳化解决方案。通过与这个标签产生的一点安慰，他们打开了与这种消费的后果进行潜在终身斗争的大门。多么悲剧。

下一章中，将探讨“抗抑郁”药物及其在儿童中的使用的证据。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668880313>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

卖一剂灵丹妙药

现代医学在减轻不必要的痛苦和降低发病率方面取得了一些惊人的成功。有些疾病，如天花，已被彻底根除；其他会迅速杀死大多数人的疾病——从细菌性肺炎到1型糖尿病——现在都可以得到治愈或有效管理。但这种进步唤醒了更深层次的、幼稚的欲望和幻想，即所有痛苦或不愉快的经历都没有价值，而只是我们可以而且应该从人类经验中消除的东西。

伊万·伊里奇 (Ivan Illich) 1974 年出版的经典著作《医疗复仇》警告我们，医疗化改变了我们与困难和痛苦的关系，并最终可能损害我们的健康和福祉。随着各种止痛技术的出现，我们开始想象，疼痛和痛苦可以从人类必须理解和应对的一长串不可避免的经历中消除。

痛苦的行为此前已被文化塑造成具有意义的东西，可以被陈述和分享。医疗化导致痛苦脱离其文化和社会基础。

对于伊利奇来说，医疗“文明”取代了文化决定的承受痛苦的能力，因为每个人对疼痛的机构管理的需求不断增长。然后疼痛就变成了抱怨清单上的一个项目——我们不应该处理的事情。

结果，出现了一种新的恐怖。虽然这种经历仍然是痛苦的，但对我们情绪的影响却被放大了，因为现在我们觉得这是毫无价值、不透明和非个人化的东西。当疼痛变得不必要和可以避免时，疼痛就会变得难以忍受。它已经变得毫无意义、毫无疑问的折磨。

痛苦中意义和价值的丧失会改变你与痛苦的关系，以及你对痛苦和其他类型痛苦的感受。认为精神痛苦毫无价值、毫无意义、可以通过技术手段简单地消除和消除的想法中潜藏着更险恶的东西。不快乐和精神痛苦是普遍的经历。是的，它们可能是毁灭性的，造成重大损害，许多人可以从一系列专业和非专业的支持中受益，以帮助引导他们度过那些黑暗时期。但这并不是毫无意义的经历。我们必须以某种方式来讲述它。

当我们将这种体验描述为大脑中的化学失衡，这种失衡是我们的生物学所爆发出来的，并且我们无法控制这种失衡，我们并不是在陈述一个医学事实，而是在赋予这种体验一种意义。我们赋予的意义会产生后果。

如果将痛苦描述为一种疾病，一种无价值的、非个人的、没有任何东西可以教给我们的东西，会导致精神痛苦变得更加严重，因为它转变为不断出现的无意义的折磨，该怎么办？如果这个故事让我们与苦难的关系主要是敌对的，是值得恐惧、控制和压抑的东西，而不是以某种方式参与其中，该怎么办？

当我们将疼痛的医疗化扩展到所有精神痛苦时，某些品牌将自己视为理想的工具，在文化上麦当劳化消除痛苦的过程。抑郁症已成为制药行业、精神科医生、心理学家、治疗师和许多

其他参与者的生意。几十年来，它一直被宣传为一个利润丰厚的品牌（尽管我毫不怀疑大多数宣传它的人都是出于帮助人们的真诚愿望）。

自 1988 年首次推出选择性血清素再摄取抑制剂 (SSRI) 百忧解（通用名氟西汀），由礼来公司（生产该药的制药公司）作为一种新型抗抑郁药上市后，品牌抑郁症的推广才真正开始腾飞。它被宣传为一种几乎没有副作用的新型抗抑郁药，并以“快乐在泡片中”的口号推广。

礼来公司 (Eli Lilly) 于 1971 年首次合成了这种药物，最终成为百忧解 (Prozac)，并最初看到了它完全不同的未来。它首先被测试作为高血压的治疗方法，对一些动物有效，但对人类无效。然后他们尝试将其作为抗肥胖剂，但这也不起作用。当对精神病患者和因抑郁症住院的患者进行测试时，它没有明显的好处，许多患者的情况变得更糟。最后，礼来公司在被认为患有“轻度抑郁症”的患者身上进行了测试。五名招募的患者尝试了它，五名患者说在服用后感觉更好。剩下的就是历史。

百忧解很快成为一种重磅药物，通过彼得·克莱默 (Peter Kramer) 的《倾听百忧解》等书而被提升为名人，他在书中谈到了他的一些患者在服用百忧解后如何变得“比健康更好”。全国性运动（由礼来公司支持）提醒医生和公众注意抑郁症的危险，并资助印刷数百万份有关抑郁症的小册子和海报。百忧解被宣传为完全安全、不会成瘾、副作用极少的灵丹妙药。

随着巨大利润的潜力变得显而易见，其他制药公司很快也生产出了自己的 SSRI 药物。大部分营销努力都用于宣传“抑郁症”作为一种临床病症。由此产生的教育活动通常得到精神病学机构的支持和合作，导致被诊断为抑郁症并随后服用“安全、非成瘾”SSRI“抗抑郁药”的人数大幅增加。

例如，在 1992 年到 1996 年之间，英国皇家精神病学学会和英国全科医生学会推动了“战胜抑郁症运动”。使用医学化的语言，它旨在教育全科医生 (GP——在英国是初级医疗医生的称号) 和公众更好地认识和管理抑郁症。该运动包括使用调查，发现：公众似乎对抑郁症患者持同情态度，但不愿就此进行咨询。

85% 的人认为咨询有效，但反对抗抑郁药，78% 的人认为抗抑郁药会上瘾（我们现在知道，事实确实如此）。目前，大多数在初级保健机构接受抗抑郁药物治疗的患者由于担心产生依赖而放弃服用。

鼓励医生向患者传达的主要信息之一是教育他们依赖性不是问题。处方很快就猛增。在英国，1991 年至 2001 年间，抗抑郁药处方从每年 900 万张增加到 2400 万张。

因此，公众被洗脑，相信抑郁症是一种与任何其他医学疾病一样的疾病，大脑化学失衡导致抑郁症，全科医生缺失且诊断抑郁症的频率不够高，药物治疗是安全有效的。将我们的精神状态解释为神经化学物质作用结果的时尚已经扎根，这为所有类型的精神痛苦成为药物治疗的目标开辟了道路。

每一颗药都有一种疾病的文化日益盛行，通过与制药业的勾结，宣扬了精神疾病的语言和精神病学的腐败。这影响了全科医生的处方习惯和公众对精神功能本质以及如何理解各种精神痛苦和不适的信念。

儿童抑郁症概念的普及始于 20 世纪 90 年代初，并在接下来的十年中迅速加速，从一种罕见的疾病到类似于成人抑郁症并适合个体化药物和心理治疗的常见诊断。

理论（以及实践）发生了转变，因为有影响力的学者声称，儿童抑郁症比以前认为的更为常见（引用了 8-20% 的儿童和青少年的数据），与成人抑郁症类似，是成人抑郁症的先兆，适合接受抗抑郁药物治疗，并且需要早期干预以防止未来出现问题。

这发生在任何表明“抗抑郁药”对 18 岁以下青少年有益的研究发表之前。因此，开始向青少年开出以“抗抑郁药”名义销售的药物处方，假设青少年以与成年人类似的方式经历这种称为“抑郁症”的疾病，并且他们对相同的治疗有反应。

美国的精神病学家开始尝试给儿童开 SSRI 处方，促使制药公司生产和推广针对青少年的产品，例如正在生产的百忧解液体版本，其处方剂量低于标准的 20 毫克胶囊。

英国很快跟上了这一新趋势。在 1992 年到 2001 年之间，为 18 岁以下儿童开具的 SSRI 处方数量增加了十倍，尽管这些药物并没有在儿童中使用的许可证。但是，对于 SSRI 的声誉，尤其是在年轻人中的使用，即将遭受潜在的灾难。

万能药受到质疑

在 20 世纪 90 年代末和 21 世纪初，首批关于 18 岁以下儿童使用 SSRI 的研究问世，所有这些研究都由制药行业赞助。它们似乎支持使用这些药物的新实践，作者得出的结论是这些药物在这个年龄组是安全而有效的。

关于如何“操纵”结果以隐藏这些研究揭示的真实发现的典型例子是 SSRI 帕罗西汀的研究（通常称为 329 研究），该研究由史克制药公司（SKB）也即后来的葛兰素史克（GSK）制药公司资助，并于 2001 年发表。原始研究得出的结论是“帕罗西汀在青少年的重度抑郁症治疗中通常耐受良好且有效”。

在对该试验进行的独特的后续重新分析中（之所以独特，是因为能够获得制药公司持有的原始试验数据非常罕见），使用原始 329 研究数据的研究人员发现，事实上，帕罗西汀在治疗“青少年的重度抑郁症”方面并不比安慰剂更好，但服用帕罗西汀的组的危害要大得多——与最初的 329 研究试验报告的相反。

新兴文献中有关年轻人抗抑郁药安全性和有效性的虚假说法，进一步推动了向 18 岁以下青少年开出抗抑郁药处方的比例不断上升，这种情况基本上一直持续到今天，但有一个重要的例外。

2002 年，英国广播公司（BBC）在英国黄金时段播出了一个关于 SSRI 抗抑郁药 Seroxat 的纪录片节目（称为 Panorama），探讨了虚假营销、成瘾潜力以及表明该药物导致自杀倾向增加的证据，尤其是在年轻人中。节目播出后，BBC 接到了数千个观众的电话，报告了与节目中描述的类似反应（激动、攻击性和自杀念头）。随后的媒体报道迫使英国医学安全委员会（CSM）调查这些所谓的危险。

2003 年 12 月，英国医学安全委员会（CSM）向英国医生发布了新指南，指出 SSRI 抗抑郁药（除氟西汀外）不应给 18 岁以下年龄组开处方，因为现有证据表明这些药物无效，并且存在以下风险：严重的副作用，例如自杀倾向增加。当时的几项审查发现，这些新型抗抑郁药在年轻人中的试验方法和报告存在令人不安的缺陷，并得出结论，制药公司支持的研究人员隐藏了不利的数据，夸大了益处并最大限度地减少了副作用，特别是增加了年轻人自杀的风险。

英国医学安全委员会（CSM）指南发布后，对年轻人开出“抗抑郁药”的比例产生了初步影响，当时估计英国约有 50,000 名年轻人开出“抗抑郁药”。几年来，除了氟西汀之外，向 18 岁以下青少年开出这些 SSRI 的处方有所减少，氟西汀是唯一没有明确禁忌的 SSRI（尽管在可疑的情况下，因为这个 SSRI 与其他药物在其性质上没有真正的区别），其处方率保

持稳定。然而，到了 2006 年，除了帕罗西汀以外的所有 SSRI 抗抑郁药物对 18 岁以下人群的处方率开始恢复，并且自那时以来一直在增加。

在美国，从 20 世纪 80 年代末到 2004 年，18 岁以下青少年的 SSRI 处方数量迅速增加。英国发生的事件最终导致政府支持停止向年轻人开 SSRI 处方的建议，并且发表的几篇评论显示由于这些药物缺乏疗效并且出现自杀等不良事件的可能性增加，包括美国在内的许多其他国家发现自己被迫重新审视其做法和指南。

在美国，2004 年 10 月，美国食品和药物管理局 (FDA) 对 18 岁以下人群使用的所有 SSRI 抗抑郁药发出了所谓的“黑框警告”，从而对 18 岁以下人群的 SSRI 药物安全性发出了警告。“黑框警告”是指包装说明书上出现的文本周围的方框或边框，表示医学研究表明该药物具有严重甚至危及生命的不良反应的重大风险。

美国食品和药物管理局 (FDA) 对 9 家制药公司的 23 项试验进行了自己的研究，发现接受 SSRI 治疗的 18 岁以下青少年的平均自杀风险为 4%，是安慰剂组 2% 风险的两倍。与英国不同，美国的处方率在黑匣子建议发布后并没有显著下降，而是在警告发布后的几年内显示出处方增长率趋于平稳，18 岁以下青少年的处方率有所上升，2008 年之后再次快速增长。

显示 18 岁以下青少年潜在危害大于潜在益处的证据此后并没有被反驳，而是在后续研究中得到进一步支持。根据年轻人或其父母的评价，目前尚无一项研究表明任何 SSRI 都比安慰剂更有效。尽管如此，年轻人 SSRI 处方的短暂下降或趋于平稳并没有持续下去。事实上，2005 年至 2012 年间，在每个进行过研究的西方国家中，儿童和青少年的 SSRI 使用量均大幅增加。

SSRI 声誉的另一次打击发生在 2008 年，当时著名研究员欧文·柯希 (Irving Kirsch) 及其同事发表了一篇重要论文，并被媒体广泛报道。他们的研究表明，在治疗成人抑郁症方面，抗抑郁药并不明显优于安慰剂，这引发了诸如“科学家说抗抑郁药不起作用”之类的头条新闻。”

研究人员汇总了截至 1999 年提交给美国监管机构 FDA 的所有研究，以批准四种 SSRI 药物。与安慰剂相比，抗抑郁药总体上对抑郁症状的减少非常小，这使得制造商能够声称抗抑郁药和安慰剂之间存在统计学上的显著差异。然而，这篇 2008 年的论文得出的结论是，抗抑郁药和安慰剂之间的统计差异非常小，没有临床意义，并且几乎不会被所有患者或其医生注意到。

最近，经过多年的患者指出，抗抑郁药会“上瘾”，人们终于承认这一点。2018 年 2 月，英国循证精神病学委员会致信《泰晤士报》，批评一项受到媒体广泛报道的抗抑郁药疗效审查。他们强调“这些药物对许多患者造成的致残性戒断反应，通常会持续多年。”

时任皇家精神科医学院院长的温迪·伯恩博士和时任皇家精神科药理学委员会主席的大卫·鲍德温博士在一封信中回应道：“我们知道，在绝大多数患者中，停药后会出现任何不愉快的症状。*抗抑郁药物在停止治疗后两周内就消失了。*”

这种不屑一顾的反应引发了皇家学院对这一声明的投诉，他们否认记录的症状，并报告称，大量患者在试图停止服用“抗抑郁药”时遭受痛苦。

在接下来的几个月里，媒体争论不断，指责和反指控不断，直到 2019 年 9 月，英国公共卫生部门发布了一份历史性文件《与某些处方药相关的依赖性和戒断：证据审查》。

该文件详细记录了显示抗抑郁药物戒断问题严重程度的证据，并提出了一系列重要建议。其中包括提供更多服务来帮助人们戒掉抗抑郁药和其他精神药物、更好的研究以及更准确的国家指南。

2019年10月，英国国家健康与护理卓越研究所 (NICE) 更新了其指南，指出抗抑郁药的戒断症状可能会持续很长时间且很严重，现在应该在患者开处方之前与患者讨论这一点。

这种夸大好处、最小化风险（包括依赖性问题）的故事，一直是过去几十年来所有精神科药物推广的标志。

是的，它是灵丹妙药

但是，你不应该让证据妨碍你。有太多的钱可以赚，而当权者知道，现在对于那些受过训练的人来说，重新思考整个企业可能太困难了。

到目前为止的故事：直到大约三十年前，儿童抑郁症还被认为是一种罕见的疾病，可能与环境压力有关，并且不适合用药物治疗。在20世纪90年代，在获得有关安全性和有效性的证据之前，开始使用较新的SSRI“抗抑郁药”，同时出现了一种新的说法，即儿童抑郁症很常见，是成人抑郁症的前兆，而且诊断率极低。药物治疗的早期干预通常是必要的、有效的和安全的。

既然通过开辟“抗抑郁药”新市场有可能创造巨大财富，制药公司开始发表研究报告，声称他们生产的药物对这个年龄段的人来说是安全有效的。

2002年BBC全景纪录片、2003年英国医学安全委员会 (CSM) 指南以及2004年美国食品和药物管理局 (FDA) 黑框警告都威胁到通过将药物推向未成年人而获得的利润，这可能会导致致命的打击。而且在短时间内，它们确实起到了作用。2008年显示SSRIs只是增强型安慰剂的研究对这种药物在各个年龄段的声誉造成了进一步的损害。

但是有钱就有影响力。在这场市场危机之后不久，开始出现了（并一直在继续的）一些试图成功恢复对18岁以下人群开具SSRIs处方的研究，并在总体上恢复对它们的信任。

拯救SSRI（选择性5-羟色胺再摄取抑制剂），将其用于18岁以下的患者

在英国药物安全委员会 (CSM) 发布警告，不建议使用SSRIs治疗18岁以下患者的一年后，一项大规模的美国多中心研究关于青少年抑郁症被发表了。我记得在这项研究发表后，驾车赴临床任务途中，我在汽车收音机上听到一位“专家”说，根据去年发布的指南，我们对于给予年轻人这些抗抑郁药物要保持谨慎，这项开创性的研究表明，最好的效果来自抗抑郁药物与心理治疗的结合，这是我们现在应该为抑郁的年轻人提供的。

该研究得出结论：“氟西汀与认知行为疗法 (CBT) 的结合为患有重度抑郁障碍的青少年提供了最有利的效益与风险之间的平衡。”作者进一步得出结论，尽管有呼吁限制抗抑郁药物的使用，但应广泛提供氟西汀对年轻人进行重度抑郁障碍的医学管理，而不是劝阻。实际上，正是这项研究在维持氟西汀是唯一被证明有效的SSRI的观念方面产生了重大影响。

该研究是一项大规模的多中心试验，将被诊断为“重度抑郁障碍”的青少年参与者随机分配到四个治疗组：1. 仅SSRI抗抑郁药物（氟西汀），2. 仅安慰剂，3. 仅认知行为疗法 (CBT)，4. 氟西汀加CBT。最明显的问题来自于研究方法。该研究实际上包含两个独立的

随机研究：氟西汀与安慰剂的双盲比较——因为这些受试者不知道他们是否正在服用 SSRI，以及仅 CBT 与氟西汀加 CBT 的非盲比较——因为这些受试者知道他们正在接受什么治疗，CBT 单独组中有一个主动治疗，而 CBT 加氟西汀组中有两个主动治疗。

实际上，这实际上是三个研究：一项比较氟西汀和安慰剂的双盲研究，第二项仅 CBT 的研究，以及第三项 CBT 加氟西汀的研究。在研究 1 中，我们有一项经典的“随机对照试验”（RCT），其中有一项主动治疗和安慰剂，而参与者和评估他们的人不知道谁正在服用药物或安慰剂（这被称为“双盲”因为患者和评估者都不知道谁正在服用药物或安慰剂）。

在研究 2 中（CBT 单独），我们有一个主动治疗，所有参与者都知道他们正在接受治疗。在研究 3 中，参与者正在接受两种主动治疗，并知道他们正在接受治疗。因此，跨四个组进行比较的结果是具有误导性的。至少，他们应该有一个 CBT 加安慰剂的组，以便在确保受试者不知道他们是否正在接受 SSRI 或安慰剂的情况下，他们可以将受试者随机分配到 CBT 加氟西汀或 CBT 加安慰剂。

在摘要中没有提到的是，研究人员发现在我上面称之为“研究 1”的主要测量中，氟西汀单独与安慰剂相比没有统计学上的优势。那么，不良事件呢？在氟西汀组中发生的心理不良事件明显更多。研究发现在服用氟西汀的人中出现更多的自杀行为的趋势（15 对 9，服用氟西汀对不服用氟西汀），这与其他 SSRIs 试验的结果一致。因此，与其他更为客观的 SSRIs 分析一样（比如上面讨论的 Study 329 的再分析），该研究的相关数据显示安慰剂与氟西汀同样有效，但氟西汀产生更多的不良事件，包括更易产生自杀行为的倾向。

我相信读者不会感到惊讶，虽然这项研究是由美国国家精神卫生研究所资助的，但其中许多作者都披露与制药行业的联系，包括格雷厄姆·埃姆斯利教授，他在儿童抑郁症的前两项氟西汀研究中担任首席研究员。这似乎是作者设计了一项非常有可能偏向于具有两种主动治疗（CBT 加氟西汀）的研究的原因，从而使他们能够将这种方法推荐为新的“黄金标准”——这种方法使得 SSRIs 能够在实践中保持显要地位。

因此，CBT 加氟西汀的论据在这项研究中并未得到证实。

2007 年，另一篇备受关注的论文发表。作者们检查了美国和荷兰有关儿童和青少年 SSRIs 处方率和自 2005 年以来的自杀率的数据，并且在 2004 年 FDA 黑框警告发布之前和之后的时期，以确定抗抑郁药物处方率和自杀率之间是否存在关联。

主流新闻媒体报道了作者的结论，即在 FDA 发出警告后，美国和荷兰的青少年 SSRI 处方降低，随后青少年自杀率上升。他们进一步提出，FDA 黑框警告因此导致“重度抑郁障碍”未经治疗，导致自杀率上升。这篇文章仍然经常被那些认为给 18 岁以下患者开具 SSRIs 不会导致自杀率上升，实际上拯救生命的人引用。

这篇文章是一次非常明显的欺骗尝试。令人难以置信的是，它竟然通过了期刊的审查过程，并以 FDA 警告导致年轻人自杀率增加的信息被发表。最明显的欺骗在展示有关处方和自杀率的数据的图表中。仔细观察图表，你会发现在美国自杀率上升的那一年，SSRI 处方没有显著下降。

他们对美国处方率的图表显示，2004 年抗抑郁药物的处方没有显著减少，但当年青少年自杀率增加了 17%（与 2003 年相比）。图表显示，据称处方下降发生在 2005 年（而不是 2004 年）。关于 FDA 警告后抗抑郁药物处方率下降的论点是基于 2005 年的处方水平（与 2003 年相比）；然而，在撰写该论文时，2005 年的自杀数据尚不可用，因此未显示。

这意味着该论文的主要结论基于对 2005 年处方率的降低，并将其与 2004 年发现的自杀率上升联系起来。实际上，当 2005 年的自杀数据变得可用时，它们显示 2005 年的自杀率较 2004 年有所下降，并且自 2007 年以来，自杀率在美国达到了历史最低水平，这显然是处方减少后的结果。

自 2008 年以来，青少年的自杀和抗抑郁药物的开具量再次增加，但显然这种关联并不值得强调。

关于荷兰的图表显示混杂，没有明显的模式，并且基于非常有限的数字。例如，2002 年与 2001 年相比，自杀率增加了 25%，然而它也是给儿童和青少年开具抗抑郁药物的比率最高的一年。至少对于荷兰的数据，作者们比较了正确的年度开具率与自杀数量，但仅仅挑选出处方率下降（在 2003 年至 2005 年之间）以及 2004 年和 2005 年自杀率的较小增长（比如在 2002 年），与 2003 年相比，这是武断的。

这篇文章引起了荷兰的精神科医生对荷兰数据误导的投诉。使用荷兰的数据还引发了质疑，即为什么在所有其他可以获得处方和自杀率数据的国家中，他们选择了荷兰。显然，他们需要在国家搜索数据，以某种方式符合他们的叙述。

可预测的是，当你查看利益冲突声明时，包括主要作者在内的几位作者都披露了与制药行业的金融关系有关的利益冲突。

减少向年轻人开具 SSRIs 的处方率会导致更多的自杀，这个想法显然是荒谬的，但这并没有阻止那些希望为抗抑郁药物开脱罪责的人散布无用的科学来为有害的实践辩护。

同样，关于 SSRIs 在成年人中几乎与安慰剂一样有效的发现一直受到像英国皇家精神病学学院这样的权威机构的抵制。最著名的挑战来自安德烈亚·奇普里亚尼（Andrea Cipriani）及其同事于 2018 年发布的一项研究，广泛报道的标题如“抗抑郁药非常有效，应该向患有心理健康问题的数百万人开具，研究人员认为。”

研究人员声称进行了有史以来最大规模的抗抑郁药试验回顾，发现其中的 21 种药物都比安慰剂更有效。英国皇家精神病学学院的一位发言人对此的反应称，该分析“最终为抗抑郁药的争议画上了句号，清楚地显示了这些药物在改善情绪和帮助大多数抑郁症患者方面的功效。”

但并没有登上头条的是其他一些大规模研究，得出了与之前提到的 2008 年基尔希（Kirsch）及其同事的论文类似的结论，或者对 2018 年奇普里亚尼（Cipriani）及其同事的论文进行了重新分析但得出了截然不同的结论。这些综述得出的结论有：

“抗抑郁药物在减轻抑郁症状和增加严重和非严重不良事件风险方面似乎有极小的益处...抗抑郁药物的益处似乎微不足道，对于患有重度抑郁障碍的普通患者可能没有任何重要性。在有效证据显示潜在益处大于有害效果之前，不应该为患有重度抑郁障碍的成年人使用抗抑郁药物。”

“奇普里亚尼（Cipriani）等人的系统回顾中，抗抑郁药物证据基础中存在的一些方法上的局限要么未被认识到，要么被低估...根据 GRADE 的评估，对于安慰剂对照比较的证据的确定性应该非常低，因为存在高风险的偏倚，证据的间接性和出版偏见...证据不支持关于抗抑郁药物对成年人抑郁症的益处的最终结论。目前尚不清楚抗抑郁药物是否比安慰剂更为有效。”

因此，根据现有的证据，SSRIs 在短期研究中在统计学上具有轻微但显著的优势，但这种小差异可能在临床上没有实际意义。在年轻人中，这种差异甚至没有统计学上的显著性。

SSRIs 存在一系列令人担忧的不良反应，包括导致焦虑状态增加，可能引发自杀冲动，尤其在年轻人中更为明显。这些研究没有考虑到长期结果或患者在试图停药时所面临的问题。

我们应该抵制成长过程中的麦当劳化

我一直在描述的是当我们传播一种信仰，即在精神病学中有能够解释的诊断，并且这些诊断导向我们朝着简单易消化的慰藉方向发展时，我们所创造的一种非理性的妄想。将这种类型的对精神病学化和将痛苦和成长困境麦当劳化的传播对年轻人造成的伤害远远超过了好处。

科学在我的结论方面站在我这一边。支持另一方论点的是大量的垃圾伪科学科学主义。随着时间的推移，这将被揭露，它所支持的范式将被致命地破坏。

参考来源：

Bridge, JA, Iyengar, S., Salary, CB 等。(2007) 儿科抗抑郁治疗中报告的自杀意念和自杀企图的临床反应和风险：随机对照试验的荟萃分析。美国医学会杂志，297，1683-1696。

Caspi, A., Houts, RM, Ambler, A. 等人。(2020) 对达尼丁出生队列研究参与者 40 年来心理健康障碍和合并症的纵向评估。美国医学会杂志 公开，3，e203221。

Chen, SY, Toh, S. (2011) FDA 关于青少年自杀风险的咨询前后抗抑郁药处方的全国趋势。精神病学服务，62，727-733。

Cipriani, A., Furukawa, TA, Salanti, G. 等人。(2018) 21 种抗抑郁药物对成人重度抑郁症急性治疗的疗效和可接受性比较：系统评价和网络荟萃分析。柳叶刀，391，1357-1366。

Craig, J., Whittington, CJ, Kendall, T. 等人。(2004) 儿童抑郁症的选择性血清素再摄取抑制剂：对已发表与未发表数据的系统评价。柳叶刀，363，1341-1345。

Currer, C., Stacey, M. (编辑) (1986) 健康、疾病和疾病的概念：比较视角。伯格。

Davies, J. (2011) 苦难的重要性：情感不满的价值和意义。劳特利奇。

Davies, J. (ed.) (2016) 镇静社会：面对我们的精神科处方流行病。帕尔格雷夫·麦克米伦。

Davies, J., Read, J. (2019) 对抗抑郁药戒断反应的发生率、严重程度和持续时间的系统评价：指南是否基于证据？成瘾行为，97，111-121。

Deighton, J., Lereya, ST, Casey, P., Patalay, P., Humphrey, N., Wolpert, M. (2019) 学校心理健康问题的患病率：英格兰 28,000 名青少年的贫困和其他风险因素。英国精神病学杂志，215，565-567。

Delate, T., Gelenberg, AJ, Simmons, VA, Motheral, BR (2004) 1998 年至 2002 年全国商业保险儿科患者样本中抗抑郁药使用趋势。精神病学服务，55，387-391。

埃克莱斯顿, K., 海耶斯, D. (2008) 治疗教育的危险崛起。劳特利奇。

吉本斯 (RD)、布朗 (CH)、胡尔 (K.) 等人。(2007) 关于监管机构的自杀警告对 SSRI 处方以及儿童和青少年自杀影响的早期证据。美国精神病学杂志，164，1356-1363。

- Hacking, I. (1999)什么是社会建构? 哈佛大学出版社。
- Hammad, TA、Laughren, T、Racoosin, J. (2006) 接受抗抑郁药物治疗的儿科患者的自杀倾向。普通精神病学档案, 63, 332-339。
- Hammad, TA、Mosholder, AD (2010) 自杀和抗抑郁药。谨防从生态数据中推断。英国医学杂志, 341, c6844。
- Haslam, N. (2016) 循环效应和精神障碍概念的扩展。精神病理学杂志, 22, 4-9。
- Horwitz, VA, Wakefield, J. (2007) 悲伤的丧失: 精神病学如何将正常的悲伤转变为抑郁症。牛津大学出版社。
- 伊利奇, I. (1976) 医学复仇者。兰登书屋。
- Jakobsen, J、Gluud, C、Kirsch, I. (2019) 抗抑郁药应该用于治疗重度抑郁症吗? BMJ 循证医学。doi: 10.1136/bmjebm-2019-111238。
- Jakobsen, J、Katakam, K、Schou, A. 等人。(2017) 重度抑郁症患者的选择性血清素再摄取抑制剂与安慰剂: 荟萃分析和试验序贯分析的系统评价。BMC 精神病学, 17, 58。
- Jenkins, H. (编辑) (1988) 《儿童文化读本》。纽约大学出版社。
- Jureidini, J、Doecke, C、Mansfield, PR、Haby, M、Menkes, DB、Tonkin, A. (2004) 儿童和青少年抗抑郁药的功效和安全性。英国医学杂志, 328, 879-883。
- Keller, MB、Ryan, ND、Strober, M. 等人。(2001) 帕罗西汀治疗青少年重度抑郁症的功效: 一项随机对照试验。美国儿童和青少年精神病学学会杂志, 40, 762-72。
- Kirsch, I、Deacon, BJ、Huedo-Medina, TB、Scoboria, A、Moore, TJ、Johnson, BT (2008) 初始严重程度和抗抑郁益处: 对提交给美国食品和药物管理局的数据进行荟萃分析。公共科学图书馆: 医学, 5, e45。
- Kirsch, I. (2009) 皇帝的新药。博德利头。
- Kleinman, A、Good, B. (编辑) (1985) 文化与抑郁症。加州大学出版社。
- Kramer, P. (1993) 聆听百忧解: 精神科医生探索抗抑郁药物和自我重塑。维京出版社。
- Krause, I. (2001) 家庭治疗的文化和系统。卡纳克。
- Le Noury, J、Nardo, JM、Healy, D. 等人。(2015) 恢复研究 329: 帕罗西汀和丙咪嗪治疗青春期重度抑郁症的疗效和危害。英国医学杂志, 351, h4320。
- Mahase, E. (2019) 抗抑郁药戒断指南必须更新以反映证据。英国医学杂志, 365, 12283。
- Maitra B. (2006) 文化与儿童心理健康: 专业知识的前沿。S Timimi、B Maitra (编) 《儿童和青少年心理健康的批评声音》。免费协会书籍。
- March, J、Silva, S、Petrycki, S. 等人。(2004) 氟西汀、认知行为疗法及其组合治疗青少年抑郁症。青少年抑郁症治疗研究 (TADS) 随机对照试验。美国医学会杂志, 292, 807-820。
- Moncrieff, J. (2018) 关于抗抑郁药, 最新的荟萃分析真正告诉我们什么? 流行病学和精神病学, 27, 430-432。

Moncrieff, J., Kirsch, I. (2015) 经验得出的标准对抗抑郁药与安慰剂差异的临床意义提出了质疑。当代临床试验, 43, 60-62。

Munkholm, K., Paludan-Müller, AS, Boesen, K. (2019) 考虑抗抑郁药治疗抑郁症证据基础的方法学局限性: 网络荟萃分析的重新分析。英国医学杂志公开, 9, e024886。

Murray, CJ, Lopez, AD (1996) 全球疾病负担。世界卫生组织哈佛大学出版社。

国家临床卓越研究所 (NICE)。 (2005) 临床指南 28。儿童和青少年抑郁症。好的。

Pamer, CA, Hammad, TA, Wu, YT 等。 (2010) FDA 行动期间美国抗抑郁药和抗精神病药处方模式的变化。药物流行病学和药物安全, 19, 158-174。

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R. 等人。 (2016) 解决精神、神经和物质使用障碍的负担: 《疾病控制优先事项》的关键信息, 第三版。柳叶刀, 387, 1672-1685。

Paykel, ES, Hart, D., Priest, RG (1998) “战胜抑郁症运动” 期间公众对抑郁症态度的变化。英国精神病学杂志, 173, 519-522。

Paykel, ES, Tylee, A., Wright, A., Priest, RG, Rix, S., Hart, D. (1997) 战胜抑郁运动: 公共领域的精神病学。《美国精神病学杂志》, 154 (增刊), 59-65。

Read, J., Cartwright, C., Gibson, K. (2014) 1,829 名新西兰人服用抗抑郁药时报告的不良情绪和人际影响。精神病学研究, 216, 67-73。

Read, J., Cartwright, C., Gibson, K. (2018) 1,829 名抗抑郁药使用者中有多少人报告戒断症状或成瘾? 国际心理健康护理杂志, 27, 1805-1815。

Rix, S., Paykel, ES, Lelliott, P. 等人。 (1999) 全国运动对全科医生教育的影响: 对战胜抑郁运动的评估。英国全科医学杂志, 49, 99-102。

卫生和社会关怀大臣和教育大臣。 (2018) 政府对儿童和青少年心理健康服务转型磋商的回: 绿皮书和后续步骤。皇家版权。

Sharma, T., Guski, LS, Freund, N., Gøtzsche, P. (2016) 抗抑郁治疗期间的自杀和攻击行为: 基于临床研究报告的系统评价和荟萃分析。英国医学杂志, 352, i65。

Sparks, JA, Duncan, BL (2013) 《黑匣子之外: 重新评估儿科抗抑郁药处方》。加拿大儿童和青少年精神病学学会杂志, 22, 240-246。

Spence, R., Roberts, A., Ariti, C., Bardsley, M. (2014) 关注: 抗抑郁药处方: 初级保健中抗抑郁药处方的趋势。健康基金会和纳菲尔德信托基金。

Spielmanns, GI, Gerwig, K. (2014) 抗抑郁药对青少年整体健康状况和自我报告抑郁症状严重程度的功效: 一项荟萃分析。心理治疗和心身学, 83, 158-164。

Spielmanns, GI, Spence-Sing, T., Parry, P. (2020) 警告义务: 抗抑郁药黑盒自杀警告在经验上是合理的。精神病学前沿, 11, 18。

泰勒, S., 安南德, F., 伯金肖, P., 等人。 (2019) 与某些处方药相关的依赖性和戒断: 证据审查。英国公共卫生。

Timimi, S. (2004) 重新思考童年抑郁症。英国医学杂志, 329, 1394-1396。

Timimi, S. (2007) 年轻人应该服用抗抑郁药吗？英国医学杂志，第 335、751 期。

Timimi, S. (2015) 儿童心理健康：是时候停止使用精神病诊断了。欧洲心理治疗与咨询杂志，17, 342-358。

Tsapakis, ME、Soldani, F.、Tondo, L.、Baldessarini, RJ (2008) 抗抑郁药治疗青少年抑郁症的功效：荟萃分析。英国精神病学杂志，193, 10-17。

Viola, S., Moncrieff, J. (2016) 英国因精神障碍而提出的疾病和残疾福利索赔：1995 年至 2014 年的趋势。《英国精神病学杂志》，2, 18-24。

Whitaker, R., Cosgrove, L. (2015) 影响下的精神病学。帕尔格雷夫·麦克米伦。

Whittington, CJ、Kendall, T.、Fonagy, P.、Cottrell, D.、Cotgrove, A.、Boddington, E. (2004) 儿童抑郁症中的选择性血清素再摄取抑制剂：对已发表与未发表数据的系统评价。柳叶刀，363, 1341-1345。

Wijlaars, LP、Nazareth, I.、Petersen, I. (2012) 儿童和青少年抑郁症和抗抑郁药处方的趋势：健康改善网络 (THIN) 中的一项队列研究。公共科学图书馆 7, e33181。

Wolfenstein, M. (1955) 有趣的道德：对近期儿童训练文献的分析。见 M. Mead、M. Wolfenstein (编辑)，《当代文化中的童年》。芝加哥大学出版社。

Wright, B. (2019) 纪录片报道了年轻人的心理健康危机。检索自 <https://happiful.com/documentary-reports-mental-health-crisis-amongst-young-people/>，访问日期：2020 年 6 月 16 日。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668890601>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

研究结果的重复性是科学的决定性标志之一。为了使一个研究小组的发现被更广泛地接受为可靠的发现，其他小组应该遵循类似的方法并得到类似的结果。结果的重复是成为科学知识一部分的必要步骤。

这个过程防止了所谓的“假阳性”，即研究人员宣布一个其他研究团队也找不到的结果，因此原始发现很可能不是真实的发现。

关于精神疾病的生物学研究如何面临复制危机，我已经给出了几个例子。事实上，整个心理学都面临着复制危机。事实证明，许多心理学研究——包括著名的和被高度引用的研究——都不能充分复制。

为了让你了解心理学发现的不可复制性程度，由弗吉尼亚大学心理学家布莱恩·诺塞克领导的一个团队在 2015 年报告说，仅有约三分之一的心理学研究在顶级心理学期刊中能够复制。

这个问题在社会心理学中尤为突出。心理学研究遇到的一个问题是所研究的人群存在偏见。几乎所有的心理学研究都发生在欧洲、北美或澳大利亚等发达地区。即使在这些地方，像大学生这样的特定人群在研究中占据了不成比例的比例。

这种固有的偏见意味着我们所说的“心理学”实际上是西方社会的心理学，很大程度上是西方受过教育的社会的心理学。所谓的心理学科学难以克服这个重要的局限。生活在内罗毕贫

民窟的人的思想与生活在伯明翰一个以白人中产阶级为主的郊区的人有重要的差异，后者与他们相邻的由巴基斯坦移民主导的伯明翰中产阶级也有显著差异。

心理学根植于主观性并且无法摆脱它。虽然有一些更为机械的方面，如反射、知觉和运动控制，因此更适合于自然科学的调查方法，但我们大多数的心灵存在于一个我们无法纯粹通过客观方法进入的主观空间。

试图建立难以捉摸的心理法则的研究对我来说比那些承认并调查我们的差异的研究更加无趣。这些差异来自于影响我们心灵的多种主观性来源，从个人历史到我们接触到的文化信仰。

例如，理查德·尼斯贝特和增田隆彦在他们的经典研究中涉及了日本人和美国人在感知世界方面的一些广泛差异。这包括这样的观察：当要求美国和日本的参与者拍摄一个人的照片时，美国人最常拍摄特写，显示所有的面部特征，而日本人更有可能拍摄一个显示人在他或她的环境中，人物相对较小的照片。他们从这些和类似的研究中解释他们的发现，认为美国人更倾向于关注某个焦点对象，分析其属性并对其进行分类，而日本参与者更倾向于关注广泛的感知和概念领域，注意关系并根据家庭相似性而不是类别成员身份对物体进行分组。不管原因是什么，正是这些不同的主观性塑造了我们对存在其中的世界的体验和解释。

因此，大多数心理学无法简化为可以用中立客观的眼光测量的容易量化的普遍规律。我们真正能用自然科学的经验方法测量的只有对个体的输入（环境刺激）和输出（响应中的功能）。在输入和输出之间发生的事情对于任何揭示性和“客观”分析都是不可得知的。通过巧妙的神经影像学或给人们复杂的难题解决方法，我们无法真正了解心灵中正在发生的事情。

通过检查电流活动的模式来了解《绝命毒师》的故事是不可能的。我们无法测量意义。“认知”本质上是一个构建。我们对输入和输出之间发生的过程没有可靠的洞察力。我们对心灵没有窗户。我们无法摆脱主观性。

我们拥有的只是能够构建意义的不同哲学。心理学只是哲学的一支，阐述了对心灵的一种特定的西方中心主义的看法。

根据研究，一些心理疗法是否比其他疗法更好呢？

答案是否定的。

正如在心理学总体上一样，心理健康领域越来越面临对其传统治疗和成果的质疑，因为服务使用者、研究人员、学者和其他人对其道德立场和科学地位提出了质疑。已记录了 500 多种不同形式的治疗方法，而每年都有新的方法涌现。

这种模型的激增不仅没有改善治疗效果，而且研究还表明，心理疗法对那些贫困、少数群体或正在服用抗抑郁药物的人效果较差。

该领域并未受到复制危机的困扰，而是重复发现缺乏进展。在 1970 年代，用我们现在承认并在研究中经常使用的方法开始测试疗法的功效的对照试验。自那时以来，使用不同治疗方式进行的研究并没有显示由于治疗而康复的比率有所提高。一些比较甚至表明，在控制试验中进行治疗的结果随着时间的推移略有恶化。

心理疗法一直依附于精神病学范式，将自己作为特定诊断的特定治疗方式销售。这是它们现在被分类和研究的方式。但是这场“品牌之争”并没有揭示出任何一种心理疗法，与另一种被认可的由受过培训的治疗师实施的疗法进行适当比较时，优于其他疗法。

那么，研究的结果表明了什么呢？

好消息是，自愿接受心理疗法的人会比等待名单上的人表现更好。但最有影响力的治疗因素实际上更为谦逊和人性化。影响治疗结果最大的变量是疗法之外的因素。这些是来接受治疗的人所带入的一切事物，从他们的个人历史到他们的社会经济地位、财务状况、社会网络、对提供的治疗的信仰等等。

据研究人员称，治疗之外的因素占据了治疗常见心理健康状况结果影响的 40%到 85%。研究结果使用基于“症状”的问卷来追踪改善；这是一个可疑的关注点，不一定能够告诉你有关功能或生活质量的太多信息。

在治疗中，对结果影响最大的因素是患者评价的治疗联盟。治疗联盟是一个复杂的结构，不仅涉及同理心（或无条件的积极关注）——这一点很重要，还包括治疗师对患者的真诚感和兴趣——而且还涉及诸如对某个问题有一些共同想法之类的事情。治疗的目标是什么，改变可能如何发生，并相信治疗者知识渊博且有效。

这甚至不是同意的问题。一些研究表明，能够修复所谓的“治疗性破裂”——换句话说，在争吵后能够和解——与积极的结果尤其相关。

这两个因素——治疗之外的背景和治疗联盟（治疗师和患者的匹配）——是相互交织的。例如，患者的期望，特别是对治疗将会有帮助的先前信念，可能是最大的“治疗之外”因素，但也对随后的治疗联盟产生很大影响。毫不奇怪，对治疗将有帮助的积极期望预测了积极的治疗联盟，而后者又预测了治疗的积极结果。都相当显而易见。

你看，真实的人际关系是复杂的。因此，治疗关系也是如此。关系是我们理解和构建主观性的核心，心理学和心理疗法无法逃脱这个非常人性的现实。**因此，这就是治疗世界未被言说的肮脏秘密：问题不在于任何正式的治疗比其他正式的治疗更好，而在于有些治疗师比其他治疗师更好。**

是什么让一个治疗师比其他人更好似乎很难捕捉。研究显示，治疗师的风格、职业、种族、性别、年龄、经验等因素与他们取得的结果之间没有一致的关联。每个人/治疗师的搭配实际上是独特的，会产生自己独特的动态，因此泛化很难。你不能逃避人类相遇的主观性。

正如影响治疗师联盟一方的因素难以轻松识别一样，患者联盟的一方也是如此。患者参与治疗的质量似乎是患者方程中治疗结果的最重要内在决定因素。这基本上是说，准备好并愿意做出改变的患者更有可能建立积极的治疗联盟，因此在治疗中表现更好。

难道只有我觉得这一切似乎相当明显吗？“科学”是否只是告诉我们，我们从人际关系而非技术角度判断的最重要的东西实际上是最重要的？

就研究结果对影响治疗结果最重要的因素地发现而言，这就是大致情况：治疗模型（心理疗法品牌）不是关键中介因素。治疗之外的因素（你的真实生活历史、背景和对治疗的态度）具有最大的影响力，在治疗中，治疗联盟（治疗师和患者的匹配）具有最大的影响力。

基本上就是这样。其他试图深入挖掘和提炼更具体因素的尝试都遇到了可复制性的问题。

这并没有阻止声称品牌优越性的说法。相信某种（或多种）治疗在特定情况下会优于其他治疗的观点在进行适当调查时几乎没有得到支持。早在 20 世纪 80 年代末，当整体上看到的大量数据开始揭示心理困扰的各种治疗模型之间在效果上几乎没有临床意义的差异时，这一点就变得越来越明显了。尽管出现了许多新技术，但 50 年前进行的研究所取得的结果在广泛方面仍然与现在取得的结果基本相似。

认知行为疗法（CBT）已经成为“心理疗法之王”。它经常被宣传为许多状况的首选治疗，如“抑郁症”、“焦虑症”、“强迫症”甚至是精神病心理治疗的一部分。然而，当进行适当的对照研究将其与其他治疗品牌（如心理动力学疗法或人际疗法）进行比较时，它的效果并不更好也不更差。

此外，一些研究显示，认知行为疗法（CBT）的大多数具体技术可以被舍弃而不影响治疗结果。换句话说，如果去掉标准 CBT 模型的任何一个特征（例如要求完成某些类型的家庭作业），你得到的结果与如果包含了它们是相同的。其他疗法也是如此。那么，为什么 CBT 被认为是“之王”呢？我认为这与时尚如何通过“我比你强大”的营销过程进入专业和公共“常识”有关。

“我比你强大”现象只与出版物、专业关注、媒体关注和培训课程的数量有关，进而促进更多的培训、研究、出版物和媒体关注。CBT 开始在 20 世纪 70 年代崭露头角，当时它开始取代（直到那时为止）更受欢迎和成熟的心理分析方法。由于它强调思维模式，它更容易研究，早期的 CBT 研究人员制定了许多直到今天仍然用于调查各种精神疾病治疗反应的研究问卷。因此，在治疗结果研究中，CBT 领先于其他治疗方式，并迅速建立了一个显示 CBT 比等待名单效果更好的“证据基础”。

随着对 CBT 的研究量增加，它在培训和研究中的受欢迎程度以及它的声誉也上升。当研究人员最终进行了适当对照试验，直接比较 CBT 和其他已建立的治疗方式时，它们之间没有差异这一事实并不重要。CBT 已经确立了自己作为“唯一”治疗的声誉，并且它的触角已经扩展到四面八方。就像一家当地的汉堡店试图在市中心超越麦当劳一样，现在要让你的品牌在这个众所周知的巨人旁边得到认可就更为艰难。在资本主义市场中，“我比你强大”通常是赢家。治疗模型的等效性的发现延伸到治疗的各个领域。因此，儿童、青少年和家庭的治疗也以现实生活历史和背景具有最大的结果为特征，其次是治疗联盟。

因此，尽管各种治疗相对于不治疗更为有效（至少在大多数研究持续时间的短期内，通常是几周到几个月），认知和非认知方法之间没有结果差异。同样，组成研究发现理论上宣称的青少年 CBT 的“关键”要素并非特别必要，因为完整的 CBT 治疗在全模型的部分组成与之相比并没有明显的好处。

临床环境中的结果如何？

尽管一些研究发现某些临床（现实生活）环境中的治疗结果与研究环境中的治疗结果相当，但大多数研究却并非如此。那些检查过接受标准社区心理健康服务治疗的患者的结果的人发现，他们的结果确实非常差，这些患者因此将受到我已经讨论过的所有医疗倾向的影响。

当我们观察参加此类服务的患者时，出现的令人无法接受的情况是，只有 15-25% 的患者报告临床持续改善，远低于研究显示的 50-80% 的水平。

在儿童和青少年心理健康方面，一些证据表明，研究和临床实践之间的结果差异甚至比成人更大，一些研究发现，具有相似痛苦水平的人之间甚至不存在短期差异（根据评级问卷）参加服务的人和不参加服务的人。其他研究表明，那些接受服务时间较长的人可能比那些不接受服务的人结果更差。

一些研究提出了雄心勃勃的“服务转型”目标。“布拉格堡”评估是 20 世纪 90 年代美国的一项著名研究，涉及设计一个全能唱歌、全能跳舞、最先进的示范项目，耗资 9400 万美元，旨在改善儿童和青少年的心理健康结果谁被转介接受心理健康治疗。

布拉格堡项目是一个强化的治疗途径模型，具有所有附加功能。换句话说，它的设计围绕着通过做出诊断来优先考虑技术方面，然后根据特定诊断需要特定治疗的想法来分配特定的疗法，无论这是特定的药物还是心理治疗的品种。

收集了有关儿童及其家庭的大量数据，评估持续了数年。尽管产生了相当大的额外成本，但实验服务的结果并不比那些参加邻近比较服务的人更好。研究人员随后认为他们可以解决一些问题，因此继续在斯塔克县设计了更好的服务。将该服务与另一项没有收到所有这些额外资金的服务进行比较，再次发现结果没有差异。

扩大现有的诊断和治疗途径并不能改善结果。问题不在于如何扩大护理的技术层面。问题在于错误的、非基于证据的范式，它无法摆脱我们在技术方面取得进步的幻想，因此忽视了人的方面的中心地位——现实生活背景、主观性和人际交往。

还有许多其他原因导致临床实践中的患者表现不如研究中的患者，包括：研究往往将更难治疗的患者排除在外（例如，有多种问题的患者）；治疗师之间的差异是规则而不是例外；参与研究的患者往往对改变更有动力和乐观；那些去诊所就诊的人更有可能“复发”，并最终接受包括药物在内的多种干预措施，这些干预措施可能会恶化而不是改善长期前景。

这意味着你的典型心理治疗研究患者可能与你的典型心理健康服务患者不太一样，特别是当患者已经获得服务一段时间后。

心理健康服务的设置优先考虑了一种技术幻觉，即基于证据的实践方式是做出诊断，然后进行特定的治疗，无论是药物治疗还是特定品牌的治疗。作为一名执业精神科医生，我曾与许多其他精神科医生一起工作过，并接触过各种心理健康团队，从危机到住院，从门诊到专家团队，我可以确认，服务的设计方式完全不了解证据。

诊断服务范式，以及标准化的“治疗途径”，简单地复制并嵌入了这样的信念：我们拥有一种技术，可以准确地对患者的投诉进行分类，以便提供一些具体的纠正措施。正是这种外科手术模式占据主导地位，并使人们成为幻想熟练专家干预的被动接受者。我所说的外科手术，是指人为因素，就像良好的联盟一样，是麻醉剂，让患者处于你的魅力之下，这样你就可以用正确的治疗品牌“进入那里”，并切除或操纵出现故障的单位。这就是我们的工作方式，也是大多数服务运作的主导方式。这种类型的剥夺创造了长期的患者。

工业化治疗

标准心理健康服务的研究成果与现实生活中的临床实践之间存在差距，这说明了它们对科学的功能失调和盲目性的严重程度。这被错误地归咎于心理健康服务过于紧张，这意味着我们变得过于依赖药物并且没有提供足够的“谈话”治疗。

为了回应这一批评，英国政府于 2007 年启动了一项雄心勃勃的项目，以扩大英格兰心理治疗的可用性，为患有焦虑和抑郁等疾病的人提供更好的支持。

该项目名为“改善心理治疗的可及性” (IAPT)，计划大幅增加获得这些治疗的机会，目的是减少等待时间，让更多患有常见心理健康问题的人康复。在服务方面，IAPT 不断壮大，年复一年地扩大，让越来越多的人能够获得他们提供的治疗，2019 年转诊到该服务的人数已增至超过 150 万。然而，从一开始，IAPT 在意识形态和成果方面都背负着相当大的包袱。其褒贬不一的声誉并没有削弱其持续扩张。

IAPT 也犯了同样的错误，即重视技术方面而不是人的方面。就像主流心理健康服务一样，他们不理解，或者也许不想理解证据基础的含义。因此，某些疗法，尤其是认知行为疗法（CBT），受到人们的追捧，并且构成了 IAPT 提供的大部分疗法。

第二个问题与其起源于莱亚德勋爵提倡的经济模型有关。经济学家莱亚德认为，焦虑和抑郁等常见病症是广泛的自然现象，就像其他疾病一样影响个人，并导致因病损失的日子造成生产力的严重损失。莱亚德认为，扩大对这些疾病的治疗将导致更多的人重返工作岗位，从而提高国家生产力，从而超过政府在服务方面的大量投资。

这样，通过治疗这些“病”人就可以“神奇”地解决一些经济问题。这不仅掩盖了许多人焦虑和抑郁的社会根源（例如，恶劣的工作条件或长期的工作不稳定），而且为个体化经济困境和心理化资本主义下失败的社会条件的经济后果铺平了道路。

第三个相关问题是 IAPT 使用心理健康模型，该模型有助于针对各种心理社会压力提出的解决方案进行个性化、医疗化和工业化，这些压力已被证明与增加发生心理健康问题的可能性有关。结果是改善福祉的颠倒战略，当时为政府提供心理健康咨询的莱亚德勋爵宣布，在英国，精神疾病现已取代失业成为我们最大的社会问题。

在这样一个模型中，无论是有意还是无意，当可能与其政策和实践相关的困扰或功能障碍从一个社会政治空间——一个公共和集体问题——转移到一个心理空间——一个私人 and 个体问题时，政治和经济秩序都会受益。

这也可能掩盖其他无助和压迫的来源，比如与儿童虐待和其他逆境有关的问题，提供的公式化疗法可能会无意中强化一些人的信念，即他们所经历的逆境是他们的错。

毫不奇怪，IAPT 项目负责人报告说，他们的服务取得了良好的成果，并声称完成治疗的 50% 以上的人正在康复。然而，他们的报告不包括与非 IAPT 服务的成本和成果的比较。他们也没有自然的对照组；因此我们不知道有多少人会随着时间的推移而变得更好。

最后，他们的数据没有考虑那些拒绝治疗或在一次治疗后退出的人的情况。例如，2019 年，IAPT 接诊的患者中有三分之二没有完成治疗。一旦你开始深入研究他们的数据，就会出现类似于其他主流心理健康服务的不良结果的情况。

对最初的 IAPT 试点地点的第一次独立评估发现，IAPT 地点和比较服务之间几乎没有差异，但每个患者的 IAPT 治疗费用比邻近行政区提供的治疗费用更高。根据 Artemis Trust 2011 年编制的报告，通过 IAPT 服务治疗时以固定支出实现康复的患者平均人数远低于接受 IAPT 前初级保健咨询服务或志愿部门咨询服务的患者。此外，IAPT 服务的康复率（以转诊患者的百分比表示）低于同类服务。

查看 IAPT 自己的数据还可以发现 IAPT 服务之间存在相当大的差异。他们的数据显示，在贫困地区，心理健康问题的患病率更高，而且这些地区从 IAPT 治疗中获得的平均康复率较低。

但情况可能比这更糟糕。2018 年发表的一篇文章描述了对一组接受 IAPT 治疗后出院的患者的详细评估，可以将这些患者的 IAPT 数据与各种其他指标进行比较。IAPT 的数据称，其中 44% 的患者“正在康复”。当地全科医生数据显示该组患者的康复率为 23%，而作者自己的研究数据发现，当使用更深入的标准半结构化访谈时，这些 IAPT 后患者中只有 9.2% 可以被视为康复。

研究人员还记录了患者对 IAPT 互动的描述，这支持了这样的印象：他们接受的治疗对他们的问题在现实世界中几乎没有什么影响。

与其他主流心理健康服务一样，IAPT 未能改善结果。

但也许 IAPT 通过提供广泛的谈话疗法帮助减少了医疗和药物的使用？答案再次是否定的。抗抑郁药的处方量持续增加，但几乎没有证据表明引入 IAPT 对这些趋势产生了任何有意义的影响。自 IAPT 在全国实施以来，抗抑郁药物的处方量稳步上升，2008 年之后增长加速，恰逢金融衰退。

获得大肆吹捧的 IAPT 计划与抗抑郁药物处方的程度无关，IAPT 服务的可用性对抗抑郁药物处方率的持续增加没有影响。由于该服务无效，并且由于它牢牢地停留在诊断和特定治疗的技术模型中，因此它无法减少或挑战持续的痛苦医疗化。

2011 年，IAPT 诞生了“儿童和青少年改善心理治疗机会” (CYP-IAPT) 项目。CYP-IAPT 的职责范围比 IAPT 更广泛，重点是提高现有儿童和青少年心理健康服务 (CAMHS) 劳动力的技能，并通过培训 CAMHS 工作人员实施特定疗法来实现这一目标；主要是认知行为疗法 (CBT) 和一种特定形式的“家庭工作”。

此外，CYP-IAPT 还包括在全国范围内改造整个 CAMHS 服务的更雄心勃勃的目标。成人 IAPT 是作为一个单独的项目设立的，为标准社区心理健康服务提供单独的服务，与此不同，CYP-IAPT 旨在成为提供社区儿童和青少年心理健康服务的典范。CYP-IAPT 大致符合 IAPT 的原则，并于 2016 年对英格兰所有社区儿童和青少年心理健康服务实施，现在要求这些服务拥有一个基于诊断“护理路径”的复杂官僚结构的标准化国家服务模式”。

2014 年和 2015 年，我通过《精神病学通报》杂志与 IAPT 和 CYP-IAPT 的国家项目负责人进行了一场关于 CYP-IAPT 的辩论。在我最初的论文中，我指出这些服务的证据基础很差，并质疑他们所使用的范例的合法性。Peter Fonagy (CYP-IAPT 负责人) 和 David Clark (IAPT 负责人) 在回复中未能解决他们依赖基于诊断的指南的问题，而是认为他们的技术方法支持协作工作。通常，他们的合作模式是我之前描述的手术前麻醉，其中合作是让患者处于你的咒语之下，以便提供“正确”的治疗。

他们忽略了患者不想要 CYP-IAPT 方案告诉他们应该接受的治疗模式的问题，或者如果该疗法没有帮助会发生什么。他们引用了各种基本不相关的数据（例如符合 CYP-IAPT 原则的服务百分比、使用常规结果数据的临床医生百分比等）来支持他们的观点，即 CYP-IAPT 正在改善服务。

值得注意的是，他们没有引用任何患者结果数据，尽管收集这些数据是该项目的核心特征。我后来发现临床结果数据可能已经掌握在他们手中，但他们在回复中显然没有提及这一点。对 CYP-IAPT 数据的第一次国家审计于 2015 年 9 月悄悄发布。它显示，全国试点地点的临床“改善”率（由于 CYP-IAPT 服务治疗）在 6% 到 36% 之间。不同的治疗途径。

难怪他们在回复中没有提及结果。

下一章，我们将探讨如何使用西方“民间心理学”作为“技术”基础治疗。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668893652>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

西方治疗品牌是西方民间心理学的延伸

与一般的心理学一样，构建心理治疗模型的“技术”本质上是在特定的西方文化背景下发展起来的文化建构，并在主要是西方社会中进行研究，这引发了关于它们在与来自其他背景的社区合作时是否适合的问题。

我们使用的几乎所有模型都是在西方环境中开发的。有些可以追溯到非西方文化，例如“正念”，但为了成为“心理疗法”，它必须被麦当劳化。稍后会详细介绍。

特定群体（例如来自低社会经济或少数族裔背景的群体）心理健康治疗的高退出率可能反映了心理健康专业人员所采用的含义系统与这些群体更普遍持有的含义系统之间的不匹配。

事实上，将这些心理疗法称为“技术”，赋予了它们比应有的更多合法性。目前还没有任何突破或创新可以改善治疗结果。事实上，大多数只是西方民间心理学的版本。它们基本上构成了西方资产阶级的常识观念，具有排他性的语言和规则（创建一个有界限的行会），然后厚颜无耻地称他们的模型为“科学”（好吧，他们必须这样做，为了适应与西方占主导地位的宇宙学一致）。

以疗法之王 CBT 为例。谷歌搜索 CBT，你会得到一些听起来很奇特的东西，“认知行为疗法 (CBT) 探索思想、情绪和行为之间的联系。它是一种指导性的、有时间限制的、结构化的方法，用于治疗各种精神健康障碍。它旨在通过帮助患者发展更具适应性的认知和行为来减轻痛苦。”

CBT 基本上侧重于思维模式，鼓励患者分析他们的思维如何影响他们的感受和行为。它寻找“功能失调”的想法的例子，这些想法导致患者感觉更糟，然后做出无济于事的行为。所以，如果你感到沮丧，你会想到事情有多糟糕，注意到事情出了问题，并对大多数事情做出消极的解释，这证实了你的感觉有多糟糕，所以你感到绝望，因为你感到绝望，你就不会做一些可能会让你感觉更好的事情，比如出去见朋友。

因此，治疗包括教你认识这些“功能失调”的想法并挑战它们。去掉所有花哨的伪装、语言和仪式，归根结底就是“停止关注消极的一面”。

不仅如此，它还包含某些流行的以西方为中心的思想。它认为情绪是一种可疑的东西，需要通过促进理性、逻辑、科学的思维方法来管理和控制，然后可以用来控制我们的情绪和行为。提高你的思维和逻辑是你重新控制那些讨厌的非理性情绪的方法。它还具有管理风格，其思想是分析问题的组成部分（想法），并本质上利用你的意志力将更好的想法应用于情况。

现在，CBT 本身并没有什么问题。正如我所说，证据表明它并不比其他疗法更好或更差，但技术方面对结果的影响可以忽略不计。然而，这只不过是西方常识的一种“修饰”形式。

举另一个流行的例子——行为疗法。这用于治疗恐惧、恐惧症、强迫现象和其他焦虑。与 CBT 一样，它也有针对大多数精神疾病的版本。例如，如果你有狗恐惧症，则可以使用两种形式的行为疗法。

一种称为“分级（或“系统”）脱敏”，包括逐步让人们接触与狗有关的事物，可能从图像开始，然后是玩具狗，然后远远地看着狗，然后靠近，直到你先抚摸一只性情温和的小狗等。“治疗”的每一步都离你害怕的物体越来越近，让你逐渐适应。

另一种方法被称为“淹没法”（flooding）。在淹没法中，基本上是一次性地进行全面暴露，让个体面对所害怕的对象（在这种情况下是狗），并支持个体在其恐惧水平降低所需的时间内留在狗附近。行为疗法简而言之是一种治疗，深度不超过“直面你的恐惧”这个常见短语。

心理咨询涉及共情倾听。许多疗法都有一种宣泄的理念——是忏悔的延伸。简化到它们的本质，**我们最常用的疗法只不过是西方民间心理学的花哨版本**。它们并不包含什么特别的东西。因此，在这个大规模疗法的时代，我们并没有看到特别能够彻底改变结果的突破。

这引出了正念（mindfulness）。这难道不是一个来自东方哲学的流行心理治疗方法的例子吗？正念是指训练思维远离思考（比如过去和未来），而是集中充分关注当下的体验。

作为一种治疗方法，它已经成为一种独立的治疗，作为促进“健康”、治疗工作压力的一部分，以及作为所谓的“第三波”认知行为疗法和其他正规疗法模式的组成部分。它被其支持者声称已经经过研究，被证明是“有效”和“革命性”的。

在我们这个不公正的社会，任何不试图改变它就能取得成功的东西都不是革命性的。它可能有助于一些人应对，但也可能意外地让其他人处境变得更糟。正念含蓄地表明，痛苦的原因在我们内部占有不成比例的地位，因此加入了心灵修复者的市场，满足了我们在应对我们的环境时我们是功能失调的这一说法的兽头。

并不是说正念练习不能帮助一些人。远离心理反刍可能有助于减轻压力，让人感到更加冷静和潜在地更加仁慈。然而，在正念中，我们看到了当来自另一个文化的思想被征用时会发生什么。正念来源于佛教，但已经被剥夺了有关伦理、哲学和体现在其中的灵性的教导，后者促使了对虚假自我的附着的解脱目标，同时实现对所有其他生物的慈悲。

正念在佛教中并不存在作为独立的实践，但在其西方心理治疗形式中，它已经被从其根源中提取出来，贴上标签以便品牌推广，并打包成一种离散、易于摄入的“麦当劳式”形式，并以盈利为目的在市场上销售，以使个体消费者能够更好地生活。在这种形式中，它滋养和振奋了个体主义的自我，而不是溶解它。

通过实践正念，个体自由据说可以在“纯正觉察”中找到，不受外部腐蚀性影响的干扰。我们所需做的就是闭上眼睛，专注于呼吸。在撤退到私人领域时，正念变成了一种自我的宗教。

与佛教的整体理念是扩展我们对嵌入其中的世界的连接感的理念不同，西方版本的“正念”鼓励我们对个体自己怀有同情心。西化挖掘了一种佛教实践，将其从其根源中分离出来，并将其放入一个西方民间心理学的范式中，强调个体并淡化他们的环境和社会世界。正念，就像许多积极心理学和更广泛的幸福产业一样，使压力非政治化。

术语“麦当劳正念”是由佛教老师和心理治疗师迈尔斯·尼尔（Miles Neale）创造的，他描述了“一场提供即时营养但没有长期滋养的心灵实践的疯狂狂潮”，以描述这种粗俗的西化对东方实践的市场化。

这是非西方、特别是亚洲文化传统自 18 世纪以来一直受到殖民化和商品化的最新例子，产生了一种完全适应主导文化价值观并不需要实质性生活方式变化的高度个体主义的灵性。这样一种个体主义的灵性与新自由主义资本主义的私有化议程很好地契合在一起，尤其是在正念文献中使用的专属和神秘的语言掩盖了它。

根据研究，正念是否比其他疗法更好，或者作为其他疗法（例如 CBT）的一部分添加时是否可以改善结果？不。

科学告诉我们，几十年来对其有效性的研究并没有改善心理治疗的效果。事实上，一些研究发现，在正式的治疗结果试验中，像 CBT 这样的流行疗法在几十年前进行的试验中比最近进行的试验具有更好的结果。

在大多数医疗保健领域，结果可能会逐渐改善，有时甚至是突然改善。几十年前，大约一半的心脏病发作者在几天内死亡。如今，由于对生理学的了解不断深入，只有大约 10% 的人会在早期阶段死亡，从而获得更好的治疗方法。大多数癌症的平均癌症生存年数有所改善，疫苗接种计划降低了许多疾病的患病率和致死率。当护理的技术方面对结果至关重要时，就会发生这种情况。

心理治疗的结果——事实上，所有精神病学表现的结果——并没有因为技术突破或创新而得到改善。对这一发现的合理解释是，心理健康治疗不应被视为属于技术领域。因此，其他医学中的诊断、治疗指南和流程标准化并不是为我们标记为心理健康的疾病设计服务的理性或循证基础。

那么，当我们“治疗”所谓的心理健康状况时，我们实际上在做什么呢？如果我们使用的模型不能被认为是技术性的，而是民间心理学的延伸，那么心理健康从业者必须扮演什么角色？

在本章前面，我提出心理学不属于自然科学领域，而是属于哲学领域。哲学通常被定义为对有关存在、知识、价值观、理性、心灵和语言的一般和基本问题的研究。对于我们这些从事心理健康领域工作的人来说，当我们遇到一个经历精神困扰或行为改变的人时，这不是一个合理的定义吗？

鉴于我们没有技术进步使我们能够看到工作中的思维机制，因此我们无法凭经验捕捉输入（环境刺激）和输出（行为和功能）之间发生的任何事情，那么我们所拥有的就是对什么的解释可能正在发生以及变化将如何发生。我们拥有的只是有意义的框架。

因此，在我看来，思考我们作为心理健康从业者所做的事情的最合适的方式是，我们充当哲学指南。我们的治疗模型是用于解释患者经历的意义构建框架，也是用于想象变化如何发生的符号系统。不同的意义创造系统有不同的含义。

我们使用的常见哲学体系，如 CBT、医学模型和正念，都是西方民间心理学的派生，其中承载着该哲学的假设，如个体化、理性化、情绪怀疑、情绪控制和表面意义。这些方法塑造了我们进行的研究和提供的治疗。它们无缝地融入了商品驱动的市场经济。它们对短期缓解有好处，但像大多数“麦当劳化”消费品一样，无法提供长期维持。

市场经济需要持续的销售来维持自身。它需要消费者感觉好一点，但不是以任何持续的方式，所以他们会不断回来购买更多。西方民间心理疗法很好地发挥了这一作用。更广泛地说，药物、心理治疗和健康产品的市场继续扩大，但没有证据表明人口范围内持续改善。这对于盈利市场来说是完美的。

我确实说过大多数心理疗法。并非我们在治疗中使用的所有哲学体系都符合我所描述的麦当劳化版本。精神分析方法深入探讨了人类心灵，揭开了我们日常意识之外的宇宙中正在上演的伟大戏剧。

精神分析思维对我们的文化产生了比相反更多的影响，它使我们对不同层次的意义更加敏感，当我们的动物本能自我与我们的文明通过我们的照顾者施加的限制发生冲突时，这些意义就会发展起来，从而引发内部冲突和紧张。

通过我们使用的语言、我们拥有的昼夜梦境以及我们犯的口误，这些更深层次的意义被揭示出来。我们早期的人际关系以及我们对这些早期关系的个人解释创造了一个“蓝图”，它落在我们日常意识之外，但随后构建了我们对他人的情感，从而影响我们的思想和行为。

治疗涉及对这些人际戏剧的深刻认识，这些戏剧从婴儿时期开始，在随后的关系中不断重复，包括与治疗师的关系。作为一种哲学模型，这项工作进展缓慢，可能被顿悟所打断（其中许多可能是虚假的顿悟），涉及对这些深层冲突的“深入”工作，以获得更深刻的洞察力，从而使你能够建立更持久的关系。

我可能与一些精神分析学家产生分歧的地方在于，和其他人一样，他们并没有特殊进入内心运作的途径。它只是像任何其他哲学一样，尽管比西方民间心理学版本更有趣。

超越民间心理学的另一领域是系统哲学。始于 20 世纪 50 年代晚期，受到人类学的影响，系统理论将人类主体置于从家庭延伸到社区和社会的周围关系网络中。受到包括社会建构主义、马克思主义和后现代主义在内的多种哲学立场的影响，它推动了几种治疗模型，考虑到权力、性别、种族、性取向和更广泛的政治等因素的影响。

系统理论表明，我们使用的知识系统是相对的，是由任何社会中有权影响共同社会叙述的人产生的。它理解我们是我们的广泛环境的产物，从个人到家庭再到更广泛的社区历史和实践。这意味着我们通过文化提供给我们故事作为赋予意义的工具，有有限的方式来理解我们的经历。

这种哲学立场对我来说产生了强烈的共鸣，与我对证据和伦理的理解相符，这似乎是适当、人道和能够容忍差异的。在这种想象方式中，“治疗”可能涉及帮助患者超越对护理或治愈的消费主义模式的看法，这种模式可能会不经意地使他们陷入需要无休止的心理健康消费的患者状态。它还让从业者更加关注帮助患者将疾病定位为外部因素，并鼓励社交网络的参与以支持改善。

我没有证据表明我喜欢的任何哲学比其他哲学更能改善结果。不幸的是，系统理论本身已经被贴上了“家庭治疗”或“系统治疗”的标签，并且特定的培训产生了“家庭治疗师”，然后他们建立了家庭治疗诊所，或者患者以与他们可能的方式一样的方式将家庭治疗作为一个品牌提供。提供“CBT”。品牌“家庭疗法”在研究中并不比其他品牌疗法更好或更差。

好吧，或许有例外。

替代方案

“开放对话”是一种精神卫生保健模式，涉及家庭和社交网络方法，通过整个系统/网络会议进行治疗，其中始终包括患者。它既是对经历心理健康危机的人们及其家庭/网络的一种哲学/理论方法，也是一种护理系统。

它首先在芬兰拉普兰西部开发。20 世纪 80 年代，拉普兰西部的精神科服务状况不佳——事实上，这里是欧洲“精神分裂症”发病率最严重的地区之一。那里的心理健康团队借鉴斯堪的纳维亚叙事疗法模式，开发了一种全团队方法来帮助那些出现精神困扰的人，包括那些被认为患有精神病的人。

团队的所有成员：精神科医生、心理医生、护士和治疗师，都采纳了通过人性而非技术挑战的棱镜看待人们经历的哲学。不使用诊断，谨慎使用药物，而且主要是短期使用，从患者护理的早期阶段就参与了有意义的社会网络。大多数会议允许对患者及其周围人所讲述的故事可能产生的意义进行公开探讨，共同努力理解发生了什么以及什么可能有所帮助。

在使用这些原则经营他们地区的心理健康服务 20 年后，他们记录了西方世界精神病症的最佳结果。例如，在两年内，约有 75% 的精神病患者已经恢复工作或学习，而在两年后仅有约 20% 的人仍在服用抗精神病药物。

开放对话特别独特的地方在于，它不是标准精神病服务的替代品或附加组件（比如拥有一个开放对话诊所），而是西拉普兰西部的精神病服务。这为其提供了一个独特的机会，以发展一个综合的方法，具有良好整合的住院和门诊服务。

在患者自己的家中尽可能多地与家庭和社会网络合作，开放对话团队帮助那些卷入危机的人在一起并进行对话。他们的经验是，如果家庭/团队能够忍受危机情况中的极端情绪，并容忍不确定性，那么在一段时间内，对所有人都有用的共享意义可能会浮现出来。没有尝试灌输这种或那种策略，因此患者及其家庭被削弱的风险要小得多。

开放对话令人难以置信的成功导致其在许多国家出口，并发展了日益增长的培训和研究组合。我有信心预测他们不会复制在芬兰找到的发现和成功。这是因为开放对话正在成为品牌化，因此人们正在建立开放对话诊所来接受转诊或进行研究。它们并没有建立为服务。它们并没有以拉普兰地区的方式建立为服务，由该服务的工作人员拥有和创作，并具有与主导其他心理健康服务的技术诊断模型不同的哲学。

值得一提的另一种哲学：2018年发布的“权力威胁意义框架”是由一群英国的资深心理学家和服务用户活动家在五年的时间里开发出来的，旨在作为基于精神病诊断模型的替代方案。

PTMF 总结并整合了关于各种权力在人们生活中的作用、滥用权力对我们构成的威胁以及我们学会如何应对这些威胁的证据。PTMF 可用作帮助人们创造更有希望的叙述或故事，而不是把自己视为应受责备、软弱、有缺陷或“精神病”的模型。

它强调和阐明了更广泛的社会因素（如贫困、歧视和不平等）与创伤（如虐待和暴力）之间的联系，以及由此可能产生的情感困扰或麻烦行为。它还显示了为什么我们这些没有明显创伤或逆境历史的人仍然可能难以找到自尊、意义和身份感。

因此，它是一种与医学化和消费主义友好的方法彻底背道而驰的哲学，创造出不被简化为“症状”或“障碍”的意义。相反，它关注我们如何理解这些经历以及更广泛社会的信息如何增加我们的羞耻、自责、孤立、恐惧和内疚的感觉。

还有其他人已经创建了可行的整体服务模型，采用更富有背景、以人际关系为导向的指导哲学，作为对个体化、技术主导方法的替代。例如，一些反馈型服务，比如亚利桑那州的鲍勃·博汉斯克或挪威的比吉特·瓦拉开发的服务，已经摒弃了诊断，而是使用一种模型，该模型包括来自他们见过的患者和家庭的持续反馈，以便治疗过程不断地作为患者、他们的网络和治疗师之间的共同努力来构建。

替代方案是存在的。证据是有的。在心理健康中，技术诊断的哲学是行不通的。它们使情况变得更糟。它们将患者困在成为长期消费者的陷阱中。是时候将它们彻底淘汰了。

参考来源：

Aaltonen, J.、Seikkulaa, J.、Lehtinen, K. (2011) 拉普兰西部的综合性开放对话方法：I. 非情感性精神病和前驱状态的发生率。精神病：心理、社会和综合方法，3, 179-191。

Andrews, A.、Knapp, M.、McCrone, P.、Parsonage, M.、Trachenberg, M. (2012) 精神分裂症的有效干预措施。经济案例。为精神分裂症委员会准备的报告。重新思考精神疾病。

Bickman, L.、Guthrie, PR、Foster, EM (1995) 评估管理心理健康服务：布拉格堡实验。全会。

- Bickman, L.、 Lambert, EW、 Andrade, AR、 Penaloza, R. (2000) 布拉格堡儿童和青少年护理连续体：五年内的心理健康结果。咨询和临床心理学杂志， 68, 710-716。
- Bickman, L.、 Summerfelt, WT、 Firth, J.、 Douglas, S. (1997) 斯塔克县评估项目：随机实验的基线结果。D. Northrup、 C. Nixon（编辑），《评估心理健康服务：儿童计划在现实世界中如何“发挥作用”？》圣人出版物。
- Bracken, P.、 Thomas, P.、 Timimi, S. 和 25 名合著者。(2012)超越当前范式的精神病学。英国精神病学杂志， 201, 430-434。
- Branson, A.、 Shafran, R.、 Myles, P. (2015) 调查 CBT 能力与患者结果之间的关系。行为研究与治疗， 68, 19-26。
- Budd, R., Hughes, I. (2009) 《渡渡鸟判决——有争议的、不可避免的和重要的：对 30 年荟萃分析的评论》。临床心理学和心理治疗， 16, 510-522。
- Castonguay, LG, Beutler, LE（编辑）（2005）有效的治疗改变原则。牛津大学出版社。
- 社会正义中心。（2012）完成革命：委托有效的谈话疗法。社会正义中心。
- Clark, DM (2011) 实施抑郁症和焦虑症心理治疗 NICE 指南：IAPT 经验。国际精神病学评论， 23, 318-327。
- Cooper, M. (2008)咨询和心理治疗的基本研究结果：事实是友好的。智者。
- Croudace, T.、 Evans, J.、 Harrison, G. (2003) ICD-10 初级卫生保健 (PHC) 精神障碍诊断和管理指南对初级保健检测和结果的影响。英国精神病学杂志， 182, 20-30。
- Dalal, F. (2019) CBT：认知行为海啸：管理主义、政治和科学的腐败。劳特利奇。
- Davies, J. (2013)破解：为什么精神病学弊大于利。图标书。
- Delgadillo, J.、 Asaria, M.、 Ali, S. 和 Gilbody, S. (2015) 关于贫困、政治和心理学：精神卫生保健利用和结果的社会经济梯度。英国精神病学杂志， 209, 429-430。
- Drury, N. (2014) 心理健康是一团糟：心灵和自然是一个必要的统一体。新西兰心理学杂志， 43, 5-17。
- Duncan, B.、 Miller, S.、 Sparks, J. (2004)英雄客户。乔西·巴斯。
- Duncan, BL、 Miller, S.、 Wampold, B.、 Hubble, M.（编辑）（2010）《变革的核心与灵魂：提供治疗中有效的内容：第二版》。美国心理协会。
- Edbrooke-Childs, J.、 Calderon, A.、 Wolpert, M.、 Fonagy, P. (2015)儿童和青少年改善获得心理治疗的机会：快速内部审计，国家报告。循证实践单位，安娜·弗洛伊德中心。
- Evans, R. (2011)根据固定支出的康复患者数量比较心理治疗服务的质量。阿耳忒弥斯信托基金。
- Evans, R. (2011)基于患者康复比较心理治疗服务的质量。阿耳忒弥斯信托基金。
- Finegan, M.、 Firth, N.、 Delgadillo, J. (2020) 社会经济剥夺对心理治疗结果的不利影响：地区收入和犯罪的作用。心理治疗研究， 30, 546-554。

- 福纳吉, P., Clark, D. (2015) 英国改善心理治疗项目的最新情况。评论: 改善儿童和青少年获得心理治疗的机会。精神病学通报, 39, 248-251。
- Gyani, A., Shafran, R., Layard, R., Clark, DM (2013) 提高康复率: IAPT 第一年的经验教训。行为研究与治疗, 51, 597-606。
- Hansen, N., Lambert, M., Forman, E. (2002) 心理治疗剂量效应及其对治疗服务的影响。临床心理学: 科学与实践, 9, 329-343。
- Hawkes, N. (2011) 谈话疗法: 中心能坚持吗? 英国医学杂志, 342, 578。
- 雅各布森 (NS)、多布森 (KS)、特鲁阿克斯 (PA) 等。(1996) 抑郁症认知行为治疗的成分分析。咨询与临床心理学杂志, 64, 295-304。
- Johnsen, TJ, Fribourg, O. (2016) 认知行为疗法作为抗抑郁治疗的效果正在下降: 一项荟萃分析。心理通报, 141, 747-768。
- 约翰斯通, L., 博伊尔, M., 克龙比, J., 等人。(2018) 权力威胁含义框架: 识别情绪困扰、异常经历和麻烦或令人不安的行为模式, 作为功能精神病学诊断的替代方案。英国心理学会。
- Jörg, F., Ormel, J., Reijneveld, SA, Jansen, DE, Verhulst, FC, Oldehinkel, AJ (2012) 研究“现实世界”青少年心理健康服务结果的令人困惑的发现: TRAILS 研究。公共科学图书馆, 7, e44704。
- Longmore, RJ, Worrell, M. (2007) 我们需要在认知行为治疗中挑战想法吗? 临床心理学评论, 27, 173-187。
- Lambert, MJ (2010) 治疗失败的预防: 在临床实践中使用测量、监测和反馈。美国心理协会。
- Lambert, MJ, Kleinstäuber, M. (2016) 当人们发生变化时, 及其与特定治疗技术和常见因素的关系。Verhaltenstherapie, 26, 32-39。
- Layard, R. (2006) 《抑郁症报告: 抑郁症和焦虑症新政》。伦敦证券交易所。
- McPherson, S., Hengartner, MP (2019) 国家健康与护理卓越研究所抑郁症指南试验的长期结果。英国精神病学杂志公开, 5, e81。
- Meyer, B., Pilkonis, PA, Krupnick, JL, Egan, MK, Simmens, SJ, Sotsky, SM (2002) 治疗预期、患者联盟和结果: 国家心理健康研究所抑郁症治疗合作研究计划的进一步分析。咨询和临床心理学杂志, 70, 1051-1055。
- Miller, S., Wampold, B., Varhely, K. (2008) 青少年疾病治疗方式的直接比较: 荟萃分析。心理治疗研究, 18, 5-14。
- Moncrieff, J., Timimi, S. (2012) 精神病学知识的社会和文化建构: 对抑郁症和 ADHD 的 NICE 指南的分析。人类学和医学, 20, 59-71。
- Nisbett, RE, Masuda, T. (2007) 文化与观点。《智力》, 46-47, 153-172。
- 诺塞克 (BA)、阿茨 (AA)、安德森 (CJ) 等。(2015) 估计心理科学的可重复性。科学, 349, 4716。
- Rizq, R. (编) (2019) 护理工业化: 新自由主义时代的咨询和心理治疗。PCCS 书籍。

卢瑟福, BR, 沃尔, MM, 布朗, PJ, 等人。(2017) 抗抑郁临床试验中患者期望作为安慰剂效应的中介。美国精神病学杂志, 174, 135-142。

Sayce, L. (2000)从精神病患者到公民: 克服歧视和社会排斥。麦克米伦。

Seikkula, J.、Aaltonen, J.、Alakare, B.、Haarakangas, K.、Keränen, J.、Lehtinen, K. (2006) 开放对话方法中首发非情感性精神病的五年经验: 治疗原则、随访结果和两个案例研究。心理治疗研究, 16, 214-28。

Seikkula, J.、Alakare, B.、Aaltonen, J. (2011) 拉普兰西部的全面开放对话方法: II。高级社区护理中急性精神病结果的长期稳定性。精神病: 心理、社会和综合方法, 3, 192-204。

Sekkula, J., Arnkil, T. (2014)开放式对话和预期——尊重当下的他人。THL 出版物。

Scott, M. (2018) 改善心理治疗的可及性 (IAPT) – 彻底改革的必要性。健康心理学杂志, 23, 1136-1147。

Sparks, J.、Duncan, B.、Miller, S. (2008) 心理治疗中的常见因素: 常见的手段导致不常见的结果。J. Lebow (主编), 《21 世纪心理治疗》。威利。

Spence, R.、Roberts, A.、Ariti, C.、Bardsley, M. (2014)关注: 抗抑郁药处方: 初级保健中抗抑郁药处方的趋势。健康基金会和纳菲尔德信托基金。

Spielmanns, GI, Pasek, LF, McFall, JP (2007) 焦虑和抑郁儿童的认知和行为心理治疗的活性成分是什么? 荟萃分析综述。临床心理学评论, 27, 642-654。

Summerfield, D., Veale, D. (2008) 大规模扩展心理治疗的提议将在整个社会产生反作用。英国精神病学杂志, 192, 326-330。

Timimi, S. (2014) 儿童行为问题: 一团糟。国际临床实践杂志, 68, 1053–1055。

Timimi, S. (2014) 不再有精神病学标签: 为什么应该废除正式的精神病学诊断系统。国际临床与健康心理学杂志, 14, 208-215。

Timimi, S. (2014) 改善儿童和青少年获得心理治疗的机会: 激发创新还是更多相同? 精神病学通报, 39, 57-60。

Timimi, S. (2015) 英国改善心理治疗计划的最新情况: 作者的回复。精神病学通报, 39, 252-253。

Timimi, S. (2018) 诊断是正确的, 但 NICE 指南是问题的一部分, 而不是解决方案。健康心理学杂志, 23, 1148-1152。

Warren, JS、Nelson, PL、Mondragon, SA、Baldwin, SA、Burlingame, GM (2010) 青少年心理治疗改变了常规护理的轨迹和结果: 社区心理健康与管理式护理环境。咨询与临床心理学杂志, 78, 1441-55。

Weiss, B.、Catron, T.、Harris, V., (1999) 传统儿童心理治疗的有效性。咨询与临床心理学杂志, 67, 82-94。

Weiss, B.、Catron, T.、Harris, V. (2000) 对传统儿童心理治疗有效性的两年随访。咨询和临床心理学杂志, 68, 1094-1101。

Weisz, JR、Donenberg, GR、Weiss, B. (1995) 弥合儿童和青少年心理治疗实验室与诊所之间的差距：儿童和青少年心理治疗研究的功效和效果。咨询与临床心理学杂志, 63, 688-701。

Weisz, JR、McCarty, CA、Valeri, SM (2006) 心理治疗对儿童和青少年抑郁症的影响：荟萃分析。心理学通报, 132, 132-149。

Wampold, BE (2001) 心理治疗大辩论：模型、方法和发现。埃尔鲍姆。

Wampold, BE、Imel, Z. (2015) 心理治疗大辩论：第二版。劳特利奇。

Weisz, JR、Kuppens, S.、Ng, MY 等人。(2017) 五年的研究告诉我们关于青少年心理治疗的效果：多层次的荟萃分析以及对科学和实践的影响。美国心理学家, 72, 79-117。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668932926>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

这一章主要基于我数十年的临床经验。我概述了一些帮助我形成一种特定哲学以指导我的实践的见解。这是一种随着时间发展的哲学，其技术方面不应被视为一种新的或替代性的模型；仅仅是我在临床遭遇的混乱和即兴空间中经常借鉴的一堆收集到的思想。

我有意远离麦当劳化的范式（先诊断，然后进行具体治疗），因为我担心可能会困住患者并不必要地制造长期客户。

主导性的原则包括：

1、解构诊断：正如我后面在本章中所解释的那样，这是一个相对简单的问题。

2、理解心理创伤的相关性：任何在心理健康服务领域工作的人都知道，我们服务的大多数人在经历了比他们应有的更多的困难和令人沮丧的事件中，感到自己几乎没有权力去影响发生在他们身上的事情。我更喜欢心理学家埃里克·库尔克博士使用的“心理伤害”一词，而不是“创伤”，部分原因是我担心创伤会被实体化（这是将一个想法变成一个具体的对象，从而失去了它是一个想法而不是我们可以看到、衡量和操作的事实的理解），另一部分原因是心理伤害保持了经验层面的开放性，在这个层面上，出于各种原因，我们每个人可能会发现不同的事情令我们感到沮丧或情感上不堪重负。

3、建立治疗关系：作为一种与一个人或家庭“在一起”的方式，会与另一个人不同。我见到的每个患者和/或家庭都将与我（和任何共同工作者）形成独特的关系“契合”。获取关于会话中发生的事情是否符合他们期望的反馈，并注意可能的“关系破裂”是建立联盟的重要方面。这意味着所有治疗都是“共同构建的”，需要找到让患者和家庭感到被听到并参与治疗过程的方法。这意味着要根据反馈准备改变方向，有时还意味着如果由于任何原因我们无法使关系契合起作用，就让他们选择去见其他人的权利。

4、文化和背景的意识：始终值得记住，我们专业人士在人们生活的大局中相对不重要。他们真实的生活经历、对可能有所帮助的信仰、支持性社会网络的可用性、文化价值观等等更为重要。此外，我们所服务的机构和我们接受的专业培训本身就嵌入了具有其自己特殊文化信仰和实践的制度结构中。我们不能逃脱治疗/治疗存在于具体背景中的事实，患者的生活也是如此。这些背景在如何构建问题本质的叙述，以及变化如何发生或事物可能被看待不同方面起着主要作用。这些背景是要牢记的事情，帮助想象患者的背景中可能有什么有助或有碍，以及我们服务的背景中可能有什么有助或有碍。当患者改善时，他们拥有达到这一目标的主动性。这也意味着我们不应该将我们自己对他们好转的自恋需求强加给患者。

5、问题一旦确立，如何在一个我称之为“问题变成问题”的过程中不断延续：作为一名顾问，我经常看到那些问题存在时间较长的患者。我意识到“问题变成问题”是我认为精神卫生服务擅长制造的治疗陷阱。我将在本章后面详细展开。

迄今为止，我在书中所做的基于证据的讨论对我理解患者困境以及我对像我这样的专业人士潜在角色的理解有重要影响。你可能已经注意到，我的理解导致了一个重大障碍。

患者和专业人士都期望我以及我所在的服务在已经向公众销售的医学模型框架中运作。他们可以理解地想象，通过获取正确的诊断（提供解释）并在此基础上进行治疗，可以最好地理解和“治疗”患者的困难。如今，这通常包括期望可能会有一些药物治疗，因为精神药物现在已经在文化上被赋予了神奇的力量。

这种被大众宣扬的教条对年轻人产生了更糟糕的后果，因为将问题个性化，并将其视为儿童内在问题，使他们无法从社会网络（包括家庭）中得到理解和帮助。当然，年轻人理所当然地在决定他们生活中的重要事务时具有有限的自治权，因为这些决定将由关心他们的人代为做出。

像我一样，我怀疑大多数心理健康从业者经常感到自己是个骗子。如果他们没有，那么他们应该有。他们知道我们的治疗主要是表面的管理策略，这种策略在我们被企业管理的时候让我们感到分心。尽管存在所有这些缺点、妥协和冲突，我相信仍然有可能创造一个治疗空间，让非病理性且有潜在帮助的对话发生。

解构诊断

在心理健康领域解构诊断模型是一个相对简单的过程。然而，销售一种非诊断性的思考问题的模型则更为困难，尤其是在看到那些已经被诊断并由他们参与的系统培养成医学模型思维的人时。

为了解构精神诊断，你只需要解释一个“真理”，并在有必要时不断重复，特别是当人们再次陷入因果诊断思维时。解释这个真理大致是这样的：

我想向你解释一些关于精神诊断的事情，它们与我们在其他医学领域找到的诊断非常不同。正如你所知，我没有特定的血液检测、脑部扫描或其他任何调查可以帮助我了解你儿子的身体和大脑中是否存在可以解释他有时为何难以交朋友或在课堂上注意力如何集中的情况。

你知道，精神诊断基本上是对问题的简略描述。这个简略描述只是描述某些行为或经历，它们有时会一起出现。

精神诊断不能提供的是这些行为发生的原因。因为精神诊断不能告诉我们有关原因的任何信息，严格来说它实际上并不是一个真正的诊断。这就是为什么称之为诊断会令人困惑，因为在其他医学领域，你可以进行身体测试，比如血液测试或扫描，以帮助了解导致症状的原因。

所以，在其他医学领域，诊断是解释异常情况的一种方式，而你得到的治疗通常是与诊断相关的。如果你有高血压，你会接受降低血压的治疗。如果你有细菌性胸部感染，你会接受能够杀灭细菌的治疗，依此类推。

因为在精神病学中我们实际上没有诊断，我们所谓的诊断并不告诉你有关大脑或身体内部发生的事情。结果，我们的实践完全基于意见。意见是我们唯一拥有的。这也意味着我们的任何治疗实际上都不是特定于诊断的。这意味着对于一个具有特定诊断的人而言可能发生的并且对他有帮助的事情，对于下一个具有相同精神诊断的人而言可能并非如此。

精神病学中的诊断帮助我们描述问题，在我看来描述得并不好，因为拥有相同诊

断的两个人从未完全相同，但它不能帮助我们理解问题或可能有帮助的方法。那是一个更为个体化的事情。

大多数人似乎理解并接受这种解释。有时，它需要进一步的阐述，有时需要以不同的方式重复，特别是对于那些习惯于用诊断方式思考问题的人。对于那些受到以前服务输入而以诊断方式思考问题的人，他们普遍内化了使用诊断来解释问题，比如“他因为自闭症而无法交朋友”而不是使用更普通的推理，比如“他因为害羞而无法交朋友”。

当人们陷入这些基于诊断的解释时，我经常（但并非总是）提供温和的提醒，即诊断（糟糕地）描述了问题但没有提供解释。我经常对许多人能够很好地应对这种可能令人困扰和迷失方向的经历感到惊讶和鼓舞，即从看到一个以诊断框架工作的临床医生转向看到像我这样的人，后者灌输了一个观念，即他们并没有他们以为的解释。

这似乎在一些人身上效果很好，因为人们经常欢迎从围绕管理某些行为和经历构建的临床叙述转向更侧重于每个人及其家庭的独特性的叙述，以及“这不一定是长期的”可能性正在展开。

解开长期陷阱

正如我所描述的，有许多结构影响了指导我的实践的理论框架。我现在将详细阐述两个具体的（而不是一般的）原则，这些原则可以帮助开始勾勒出摆脱长期治疗陷阱的途径。

心理伤害

这是我应对“为什么”问题的主要方式。这是我们能够接近诊断的方式。比“它是否为真”更重要的是，它是否有助于构建一个有益的叙述。

研究证据显示，精神问题的发生与可能的原因之间最清晰的关联是增加我们情绪激动的事件和情境。各种各样的经历，从潜在的创伤事件、各种滥用、歧视、欺凌、生活在暴力社区、失业等，都与更容易经历精神困扰的可能性相关联。

在这里，我发现“心理伤害”的概念很有帮助。似乎人类的构造方式遵循一个简单的法则：“当不好的事情发生时，我们会感到不好。”人们不一定会建立这些联系。通常情况下，在心理上压倒性的经历过去很久之后，痛苦就会更加明显。

当我们试图生存时，我们处于生存模式，我们的精神状态可能没有空间去思考和反思经历。然而，在事后，可能发生的是我们的头脑试图保护我们，它通过预期痛苦的经历、心理伤害将再次发生，从而采取行动来试图避免这种情况。

例如，如果你在一段关系中受伤，然后你可能想再次靠近某人，但非常担心再次受伤。因此，当你开始感觉到与某人亲近时，你的心灵可能会反应，退缩并与他们保持距离。你的本能可能会进一步发展，甚至专注于你与那个你亲近的人不喜欢的方面，甚至幻想他们有这些方面和背叛，因为与一个你不喜欢的人分离比与一个你爱的人分离更容易处理。

对于另一个人来说，你的行为现在可能显得不可预测，甚至是非理性的。在关系中多次重复这种情况，你可能已经失去了与最初的心理伤害（特别是如果它发生在童年时）的联系，而现在似乎证实了关于你有问题的东西。

心理伤害对你的影响越早发生，持续时间就越长。有一个名为“不良童年经历”（ACEs）的研究领域。已发现这些不良童年经历与未来成年后各种不良健康结果的患病率增加有关。

此外，一个人经历的不良童年经历越多，成年后患有不良健康结果的可能性就越大，包括各种精神障碍的出现。

当一个孩子经历心理伤害时，与他们的发展水平有关。儿童在发展上是“自我中心”的，年龄越小，这种情况就越明显。儿童生活在一个基于行动的世界中，周围发生的事情是他们内部世界的延伸。他们的实时情感反应比思考他们的背景的能力更具有强大的影响力。

他们还没有发展出迈开一步，看到正在发生的事情更大局面的能力，比如理解他们父母的争吵不是他们的错。这意味着你经历的对你和你周围发生的不好的事情在某种程度上都是由你引起的。然后，这就为你在感知世界的方式中建立了一个无意识的蓝图，通常在超越语言的层面上体现，你在这个世界中感到糟糕是因为你有什么问题。

作为一个青少年、年轻人和成年人，这种感觉几乎可以带有一种迷信的氛围，你会想象自己注定会吸引不好的事情发生。这种情况导致了自责和自我厌恶，以及迫切希望相信你不是问题的根源，这些感觉互相反弹，并导致各种策略，从使用物质到自我伤害，到撤退，甚至到“狂躁否认”（超级能力的夸大感觉），试图平息这些可怕的冲突性感觉。

请记住，我在这里并不是在勾画一个根本的真相，而是一个至少与证据相容的框架，它允许一种可以“真实地发挥作用”并提供和构建可能有帮助的意义和解释的哲学立场。与“问题变成问题”原则一样，我概述的内容并不独特，与许多实际的治疗模型（例如“权力威胁意义框架”）有很多共同之处。

问题变成问题

“为什么”问题（比如“为什么我会感觉这样”或“为什么我的儿子会表现出这样的行为”）通常被认为是我们专业人员需要回答的最重要的问题，以便知道如何最好地帮助。作为卫生服务的一部分，我们的客户和转诊者通常会认为这是我们首先要做的事情。

但是，在一个医学化、技术化的模型中，如果你不小心，这是一个潜在的陷阱的第一步。过于关注“为什么”问题可能导致长期的患者。一个最初无害的问题可能会倍增、加剧并结晶化。我们的同情心、同理心和帮助愿望可能会意外地给患者增添他们从未需要的包袱。

你如何帮助人们超越“为什么”问题和寻找诊断的探索？除了使用之前讨论过的公式来帮助人们将心理伤害与他们的某些痛苦方面联系起来；简单的解构通常就足够了。因此，你可以解释说：

正如我们所讨论的，作为人类的构造方式意味着当不好的事情发生，我们发现自己情绪压倒时，我们会感到糟糕。感觉不好往往发生在不愉快的经历结束后，因为我们的大脑试图保护我们，防止这些事情再次发生。

然而，我们可能会浪费很多时间和精力，试图准确找出是什么导致我们现在感觉这种方式。然后，我们可能最终会做一些看起来像剥洋葱一样的事情。每剥开一层，都会揭示出另一层，然后又是另一层，再然后是另一层。我们的生活由许多相互作用的因素组成，从我们继承的基因，怀孕，到我们出生时父母的状况，我们家庭、社区中发生的其他事情，然后是学校、朋友等等。

我们远不止于我们生活中许多部分的总和。拆解这个拼图，弄清楚每一部分的贡献就像弄清生命的最终意义一样复杂。然而，不确定确切的原因并不意味着你对自己的困扰无能为力。我们几乎总是不知道确切的原因，只知道一些可能有所贡献的因素。

有一件事我可以向你保证——你的大脑绝对没有任何问题。

我得出的结论是，过度关注“为什么”问题可能导致我们现有的心理健康意识形态设下的一个陷阱，并在你穿过其门时吞噬你。它可能有助于激发我们被告知是某种问题迹象的情绪强度所引起的反应和应对的强化循环。心理健康系统的技术模型的效果是让我们脱离资源，使我们无法欣赏我们经历的人性，并将我们困在一种哲学中，导致我们成为长期患者。

有一些因素影响了我对这种强化循环如何发展以及临床实践如何在无意中复制和强化这一循环的理解。这些见解还帮助我形成了一种可能有助于一些人走出这些循环的替代方法。

首先，这些影响来自早期的家庭疗法先驱。他们开始研究家庭关系和他们周围更广泛的系统中的模式，并想知道家庭正在经历的问题是否不是来自一个明显的原因，而是来自家庭成员对问题的反应方式。

也许，他们认为，问题不是问题，而是家庭试图解决问题的方式。也许他们试图解决问题的尝试无意中强化了问题。将临床注意力从“为什么”问题或直接的问题转移到试图帮助家庭改变它们对问题反应中发展出来的那些模式，代表了治疗目标的根本修改。

另一个影响来自叙事疗法。叙事和解决方案聚焦的模型理解我们不会发现关于我们经历的基本真相，而是通过我们用来理解我们的处境的各种故事的镜头创造它们的版本。这意味着我们“社会构建”我们所相信的东西。

我们从哪里得到我们社会构建的故事？它们将被提炼出我们在生活中接触到的多种故事。我们关于自己的故事将受到其他人对我们说的话（例如我们的父母），他们继续对我们说的话以及我们对这些话的主观解释的极大影响。它还将受到我们更广泛听到的社会故事的影响（例如，来自媒体）。

当我们经历问题时，毫不奇怪我们会转向这些来源，试图理解正在发生的事情，并想象我们可能摆脱这种困扰的方式。在我们的个人和文化环境中通常有多种，但肯定不是无限的故事。我们中的许多人可能会转向医学化的模型，并想知道这是否是我们患有这种或那种疾病的迹象，也许在咨询了谷歌教授后。

叙事和解决方案聚焦的模型意识到这些文化故事是如何忽略权力问题并在其中嵌入各种文化构造和猜疑的，从而强化了有关阶级、性别、种族和性取向的文化刻板印象。

然而，叙事方法还意识到临床空间本身也是文化构建的。它了解医学模型故事是如何鼓励我们的“问题饱和”故事的“加厚”的。作为从业者，我们很容易跳舞到这个框架中，进一步添加层次，强化问题饱和和故事所鼓励的无力感，因为我们进一步深化了病人需要专业知识来识别和治疗的疾病的想法。

描述每种情况的方法不止一种。对我们所处的文化故事和临床空间的认知使从业者还能够“问题饱和”故事占主导地位时注意到其他不太明显的版本。以叙事意识进行实践使我能够注意到患者及其家庭的资源、优势、独特的见解和现有的韧性。它提醒我，苦难的故事也是生存的故事。我们可以作为苦难的见证人，同时也可以作为生存技能和能力的记录者。

人类学对听到声音的研究加强了这一观点。例如，在一篇有趣的论文中，研究人员描述了在世界不同地区居住的人中，听到声音的经历是如何不同的。在他们的研究中，美国的人普遍将他们的声音（或精神科医生将其分类为“听觉幻觉”——对声音的异常感知，这些声音并非来自任何真实的人）视为危险的、不受欢迎的，并且是你应该努力摆脱的东西。

在这个样本的发展中国家，参与者以更多样化的方式经历声音。美国的参与者更有可能使用诊断性的标签，并报告比印度和加纳的参与者更多的暴力命令，后者比美国人更有可能报告与他们的声音之间丰富的关系，并且不太可能将声音描述为心灵受到侵犯的迹象。加纳和印度的样本在日常生活中的功能也比美国的样本要好得多。

随着我在与经历幻觉和其他被认为是病态的现象的人们一起工作时对自己的信心的逐渐建立，我开始意识到，通过帮助人们看到他们的声音在某种背景下并改变他们与声音（或其他病态现象）的关系，可以实现更好的结果。与其将它们视为敌对的东西，认为它们是它们不应该拥有且应该害怕的东西，他们可以找到办法感到恼怒而不是害怕，甚至与它们进行有益的对话。

我遇到的几乎所有经历病态现象的人，无论是听到声音还是其他病态现象，都经历过我在本章前面提到的那些不幸的事件。我学会了向经历这种经历的人解释，当情感上不可抗拒的事情发生时，我们都有独特的应对方式。通常在我们经历它们时，我们都处于生存模式。事后，我们的心智会使用自己特有的方式来试图防止我们再次受到伤害。

这可以通过各种各样的现象表现出来，对于每个人来说都是独特的，因为我们都有不同的“连线”。有些人头痛不断，有些人无法停止说话，有些人发现自己回避人群，有些人开始使用物质来淹没感觉，有些人开始听到告诉他们不要相信他人的声音。

根据听到声音的实践，我尽力帮助人“使每个声音人性化”。我询问他们关于声音的特征，它们是男性还是女性，他们想象它们有多老，他们的情绪是什么样的，声音是什么样的，是否让他们想起了任何人等等。我询问该人对每个声音的感觉以及他们希望改变什么。

因为我看待 18 岁以下的人，这通常是与他们的家庭成员之一（当然，除非这个人因为非常好的理由而不想让家庭参与）一起完成的，因此这些对话涉及到一个可以帮助建立联系、找到新意义并支持帮助个体改变与声音的关系以及他们对声音的感觉的人。当个体感到受到的控制越来越少、被声音折磨的越来越少时，他们对声音的困扰感就越来越少，最终，声音开始失去它们的力量，因为它们变得更加多样化和不那么迫害性。

对我产生影响的另一个因素是我在伊拉克的童年时期长大。在许多受伊斯兰文化影响的文化中，有一种对“命运”的坚定信仰。尽管我不是宗教信仰者，但我在成长过程中接触到的某些价值观和实践对我产生了持久的影响。我经常有一种感觉，即我可能不明白为什么事情会以这种方式发生，但有一种超越我的理解的更高目的/目标。

对于许多伊斯兰文化来说，命运是由上帝预定的，将降临在我们生活中的。它是我们不会理解的意义。我仍然在我内心深处有这种感觉，尽管我不分享这样的信仰。但这种感觉帮助我度过困难时期，因为我内心深处有这种信念，即事情注定要发生，会有好的结果。

这不是“我不能改变任何事情，必须接受事情总是会很糟”的被动、习得无助，而是更加乐观的“我必须相信坏事也有其含义”。对于这些文化中的人们来说，对于逆境和苦难，这种对命运深层次设计的信仰带来了更大的韧性。它使人们能够接受痛苦、悲剧和苦难，而不会将其夸大成个人疾病、功能障碍和绝望的叙事。

另一个帮助我理解问题与我们与之关系对问题如何表现的影响有多大的因素是对失眠的理解。我经常失眠，曾经为此而苦苦挣扎。然后有一天，我的妻子说：“你确实喜欢大惊小怪你的睡眠。”

这只是一句随意的评论。我想它一定在我脑海中留下了影响，因为我记得几天后发生了一些情感上的顿悟（我不知道如何描述）。我理解到，在一个超越语言和智力的层面上，我对失眠的挣扎是因为我在为失眠而挣扎。我理解了，经过一段时间，失眠会导致失眠，并且为了中断这个过程，我必须不要太认真对待它，并且不要试图找到解决办法。

让我解释一下。失眠首先是因为我感到紧张、沮丧并有很多事情在我脑海中，因此我有时入睡困难，或者在半夜醒来，我的头脑会对我所关注的任何事情产生作用，然后我无法再入睡。

过了一段时间，是因为我无法入睡才让我保持清醒。我会担心我是否会再次经历一个失眠的夜晚。我可能会看一下时钟，认为已经过去了一个小时，我仍然没有入睡，但我还有四个小时就要上班了。如果我醒来并看到只有凌晨3点，我会想知道那是否就是今晚了。尽管我对主流媒体持怀疑态度，现在我当然会注意到有关我们都需要睡眠以及缺乏睡眠会引起各种问题的报告和文章。

因此，现在我开始寻找解决方法，因为失眠现在已经成为干扰我日常生活的问题。我阅读了一些关于处理失眠的文章，改变了生活方式的一些方面，下载了应用程序，改变了睡前的例行程序等等。一些方法产生了改善（这可能仅仅是巧合），但过了一段时间，失眠又回来了。

我对失眠的关系——换句话说，我对失眠的感觉——现在正朝着绝望的方向发展。我觉得我有一个无法解决的问题。它开始占据越来越多的心理空间。

我妻子的评论和随后的情感顿悟破裂了我对失眠的催眠附着。失眠并不值得被视为需要解决的问题。作为人类，我们相当有韧性。问问任何有婴儿或幼儿的父母，我们在很少的睡眠上仍然可以有效运作。

现在我能看到，失眠只是一种讨厌的事情，但不过是一种普通的体验。我已经把失眠归类为“问题”，然后是“影响我生活其他方面的问题”，然后是“需要解决的问题”。为了改善我的生活，我觉得我必须消除这个问题。我必须摆脱它。它不再是一种普通而可以理解的体验——现在它是一个需要治疗的症状。

为了提高我的幸福感，我必须停止将失眠视为需要解决的问题。我必须改变我对失眠的关系，我的感觉。失眠只是对一种情况的可以理解的反应。它处于普通的范畴之内。我不需要对它制定策略。我越是寻找解决方案，就越加强失眠是一个问题的信念。这些解决方案越是无法持久，我就越陷入以问题为中心的恍惚状态，对生活可能会变得更好的可能性感到失望。

事实证明事情就是如此简单。一旦我不再将失眠视为不同于普通和/或可以理解的事物，不再将其视为问题，而只是一些我必须接受的东西，失眠就不再导致失眠。现在我确实有时晚上睡得不好，出于任何原因，但其他晚上都还好。我不再盯着表看时间。如果我睡不着，我就睡不着。在得到一个晚上好的睡眠后，我不会欢呼雀跃，也不会糟糕的一晚后变得沮丧。偶发性的失眠只是我生活的一部分，我认为对大多数人来说，这是很正常的。

这些各种影响教会了我许多东西。首先，大多数我们认为并归类为心理健康问题的问题最初都是可以理解和/或普通的反应，通常是对心理创伤的反应。其次，我们都受到文化故事的高度影响，这些文化故事告诉我们我们应该成为什么样。“心理健康意识”的传播使人们对我们的普通和/或可以理解的情绪反应产生怀疑，并在其中看到潜在的疾病、障碍、失调和功能障碍。我们现在仔细审视我们的情感状态，并在其中，或在我们关心的人中，看到可能的心理障碍。

第三，一旦我们开始走上“我的情绪和/或行为有问题”的道路，我们就有可能进入不切实际的仙境，其中问题变成了问题。变得焦虑成为了一种引起焦虑的状态，变得沮丧就是沮丧。我们进入了镜子大厅，在那里，我们的问题被从普通事物中分离出来，嘲笑我们无视它们的尝试。

我们对我们生活的各个方面，尤其是我们的情感生活，发展了一种对抗性的关系，将其视为患有疾病的特质，强调了我们的痛苦，并从体验中抽取了超出可能是潜在医学或心理学“异常”的意义。

第四，你进入了麦当劳化的医学市场，那里提供各种品牌（诊断）和品牌产品（药物和疗法）。一旦被纳入品牌消费，对你的情感生活的疏离和对抗会进一步加强。普通和/或可以理解的变成了无意义的症状或一系列症状，需要治疗来摆脱它们。

你现在进入了危险的领域——被疏离的领域。你被设定为战斗并试图控制、压制、消除你生活的一些方面。如果提供的解决方案不起作用或只提供了暂时的缓解，你对问题的关系和感觉会占据更多的心理空间。

如果是这样，那么你现在准备好迎接第五阶段了：进入慢性患者的世界，等待合适的专家、品牌、药物或疗法来平息一次又一次升起的障碍。最初的问题早已过去。问题已经变成了问题。

这一理解让我更加意识到服务如何意外地使你的心理健康恶化。我开始理解为什么我们的结果如此之差，为什么因“精神障碍”而残疾的人数随着我们提供的治疗数量和种类而激增。心理健康服务似乎经常对你的心理健康有害。

下一章节，我们将探讨使用药物的工作以及如何戒除精神药物。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668934237>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

到目前为止，你可能已经了解到我并不是精神药物（也称为心理药物）的铁杆粉丝。几十年来，医生们一直没有能够以正确的理解来使用它们的局限性。它们最终被过度使用，剂量过大，涉及的人太多。

我们接受的培训方式导致我们医生使用它们相当宽松，但我们并没有接受培训，了解如何在一个人的生活更广泛的背景中看待它们的使用——我们也没有接受培训，了解如何帮助人们停药。

我们还属于一种鼓励我们感觉自己应该为患者提供一些具体东西（比如一张处方）的体系。此外，我们的患者生活在一种使他们想象心理痛苦没有意义且可以通过麦当劳化的治疗方法消除的文化中。这种供需特征导致了对心理药物的大量过度使用，这是导致那些成为长期心理健康患者的可怕结果和寿命缩短的最大因素之一。

这并不意味着药物不能在某些人在某些时刻起到帮助作用，特别是在短期干预时使用。虽然我在使用药物方面的实践大部分涉及帮助某人减少或完全停用最初由别人开具的心理药物，但也有一些场合我是开具处方的那个人。这可能是为了帮助保持治疗联盟，因为受到年轻人和/或他们的家庭的不可理解的压力，或者是因为我建议这样做。

以下是我在使用这些精神药物时牢记的一些背景：

- 1、精神疾病学中的诊断并非真正的诊断，它们只是贫乏的描述，无法解释。**
- 2、同样，精神药物没有特定疾病的效果——“抗抑郁药”、“抗精神病药”、“情绪稳定剂”等等都是不存在的。**
- 3、精神药物，如酒精或毒品，刺激或抑制某些神经递质，从而对我们的心理状态产生一般性影响。**
- 4、它们引起的是化学变化/失衡，而不是纠正任何化学失衡。**

5、精神药物所产生的精神状态改变可以帮助一个人应对某种情况或在短期内改善情况。

6、几乎没有证据表明任何精神药物能够导致持续改善的长期结果。

7、所有精神活性物质在长时间内使用时都可能产生耐受性。用日常语言说，这意味着它们都可能会导致成瘾，如果突然停止使用会引发戒断症状。

这个背景有助于我在与正在服用精神药物的个体及其家庭一起工作时记住的要点。鉴于大部分药物效果与安慰剂相仿，我们在开具处方时使用的叙述对患者随后的体验影响更大，而不仅仅是药物本身的化学效应。这些是我们这些医生自行摸索出来的处方的方面，因为我们并没有接受过这方面的培训。

我在开具精神药物处方时主要使用的叙述是它们是“助推器”，能够创造机会之窗。我提醒患者，药物不能做出决定或启动行动；这是人做的。我解释说，精神药物的作用类似于任何影响我们神经系统化学物质的物质。

它们不会纠正任何化学失衡。没有人能够找到任何证据表明我们所谓的精神障碍是化学失衡的结果。像酒精一样，精神药物会让你感觉有点不同，这在短期内可能是有用的。例如，酒精可能帮助你克服与他人的羞怯，但我们大多数人都会同意，长期使用酒精可能会导致各种问题。这意味着当我们利用感觉有点不同来做出我们力所能及的改变时，药物效果最好。

我使用类比来帮助叙述。如果我希望药物对一个有些自闭的人产生更积极、更有活力的效果，我可能会使用类似“就像某种油，帮助我们的齿轮再次自由转动。齿轮是你，而是你会是推动变化的那个人，而不是药物。”的类比。如果我希望产生更冷静的效果，我可能会使用类似“我们在医学中有许多不直接作用于问题的干预措施。例如，固定在断裂的骨头周围的石膏绷带对骨头没有直接影响，只是帮助骨头保持静止，以便身体可以进行自然的愈合过程。”的类比。

这些对药物工作方式的概念有助于为患者的积极参与作为康复过程中的主体做好准备，并为他们理解为什么他们可能只需要短期内，比如6到12个月的药物治疗，然后可以逐渐停药提供基础。

一旦患者同意了这一框架，你可以通过一个简单的可视化帮助他们发展这种主体性。这就是所谓的“奇迹问题”。当我们被问题压得喘不过气时，我们往往会专注于问题如何主导并使我们的生活变得更糟。可以理解的是，我们认为要改善生活，我们必须摆脱或消除这个问题。

可悲的是，大多数相信这是针对特定诊断的特定治疗方法的治疗强化了这种想法。相反，“奇迹问题”可以帮助你想象如果问题不那么主导的话你希望看到发生什么。它可以帮助你精力从放弃某些东西集中到你所希望的事情上。

因此，作为引入患者主体性的一种方式，我可能会问类似的问题：

“假设我有一种完美的处方，只需在今晚上床前服用一次。当你睡觉时，这种药物发挥其魔力，所以到了早上，奇迹就发生了，你所希望改变的一切都发生了。因为这个奇迹发生在你睡觉时，你没有意识到这个变化已经发生。你可能会注意到什么可能首先让你意识到有些不同？了解你的人可能会注意到什么？你可能会做些什么不同的事情？”

然后，你可以陪伴他们度过一天，确保帮助他们从否定和概括的缺失转向具体行为的存在。例如，“所以你会感到更快乐。我明白了，如果你感到更快乐，我会看到你做些什么？”和“所以如果你没有发脾气，你会做些什么？”等等。这有助于患者开始构想替代的、期望的未来。

这应该给你一个他们设想中会做的不同行为的列表。现在，你可以通过引入另一个概念来帮助他们：当我们想要摆脱一个问题时，往往会尝试做得太多太快。我们在一些日子早上醒来后对自己说：“好吧，今天我要做这个、那个和其他的事情，不再沮丧，重新开始，我必须改变。”

我们可能会坚持一段时间，但在几个小时或第二天内崩溃。这只会强化我们对问题太强大，我们无法战胜它或掌控它的感觉。绝望感产生，并以我们的失败感滋生。

最好专注于具体且易于注意到的小变化。你可以要求患者从他们的奇迹清单中选择一个可能是起点的行为，他们希望在药物帮助下感觉到更自由时集中精力进行微小、几乎察觉不到的改变。

我还注意到他们尽管感觉如何，已经能够做到的功能的任何例子，比如：“尽管你感觉如何，你还是设法带孩子去学校了。这就是我们所说的韧性，即在我们感觉如何的情况下仍能正常工作。显然，你是一个有韧性的人。”

你还可以询问他们的社会支持网络。支持性关系对康复至关重要。询问有谁还能够以什么方式支持他们，是非常简单的。例如，“谁知道你正在经历什么？你希望谁知道你正在经历什么？其中有多少人可能会和我们一起开几次会议？”等等。

在后续的会议中，我努力帮助患者认识到他们和他们的支持者是变革的主体。我寻找他们提供的一些例子，这些例子表明发生了一些不同，无论他们是否报告了他们设定目标的变化，无论他们是否注意到了任何不同之处。

如果你足够仔细地听，通常都会发现一些不同之处。我从不接受任何药物是变革主体的暗示。我会提醒患者，药物没有思考能力，也不能做决定。

我可能会问他们类似这样的问题，“药物帮助你重新建立与自己什么品质的联系？”然后我们可以花时间讨论这个品质（例如决心、勇气、耐心、善良等），以及这个品质如何再次活跃起来，并且在未来几周可能会继续发展。这有助于患者重新建立与他们内在资源和一直存在的、虽然有点潜在的韧性的联系。

停止服用精神科药物

请不要突然停止任何精神药物——这很危险并且可能危及生命。

不幸的是，由于我们对戒断精神科药物的培训或知识很少，医生提供的良好专业建议很少。我的方法综合了临床经验、学术来源和听取那些在戒断精神药物方面遇到问题的人的经验。

当戒断任何精神药物时，你应该记住，可能会出现一些戒断症状。这是因为精神科药物作用于脑细胞的神经末梢，其作用结果是增加或减少某种化学物质的量，该化学物质参与将信号从一个脑细胞传递到另一个脑细胞（一种神经递质）。

神经递质数量发生变化一段时间后，通常会发生的情况是，脑细胞开始发生变化，以适应神经递质的新水平。例如，如果某种药物导致神经递质水平增加，那么随着时间的推移，接收这种神经递质的脑细胞将开始减少其所具有的受体（接收来自这种神经递质的信号）的数量，以应对这种增加。在这种化学物质中。

这就是为什么对于许多人来说，精神药物的心理影响往往会随着时间的推移而逐渐消失，通常会导致逐渐增加剂量。这也意味着不建议突然停药，即“突然戒掉”。

我的一般经验法则是，如果你已经服用精神药物超过几个月，那么请在几个月内逐渐停药，并逐渐减少剂量。你服用药物的时间越长，停药期可能需要的时间就越长。

请记住，戒断症状很容易与原来的问题混淆，通常包括焦虑、烦躁、不安、困惑和睡眠困难等感觉，但有时也包括身体症状，例如感觉得了流感、肌肉疼痛和颤抖、疲劳，以及通常被称为“脑震荡”或“脑电击”的电击。

然而，当患者感觉相对良好时，有时会随机出现明显的戒断症状，并伴有突然的剧烈波浪和窗口。

精神科药物治疗的幸存者往往是这个问题的最佳智慧来源。以下是我发现有用且信息丰富的三个在线资源：

- [“内心指南针”逐渐戒除精神科药物](#)
- [幸存的抗抑郁药](#)
- [《疯狂美国》精神药物如何戒除资源](#)

还有一些有助于摆脱药物治疗的书籍，例如著名研究员彼得·格切（Peter Gøtzsche）的 2020 年著作 [《心理健康生存工具包》](#) 和 [《戒除精神科药物》](#)。

以下是一些可能有提示：

- 公开谈论它。准备好灵活的戒断方案。
- 尽可能与健康专业人士合作，最好是（但不一定）是医生，他们了解戒断现象，可以帮助你识别和管理戒断症状和可能的药物相互作用。
- 让社交网络中值得信赖和支持的人参与到你的讨论和决策中。让人们知道你在做什么，并了解他们可以以何种方式支持你，这一点至关重要。
- 如果有人服用精神药物少于两个月，则可能会在几周内相当快地戒断，尽管即使在服用药物几周后，有些人可能仍然会出现戒断症状。
- 减少戒断症状可能性的一般规则是小量（小幅减少）和缓慢（在较长时间内）的逐渐减少药物。
- 对于那些服用精神药物超过几个月的人，请仔细计划可以持续数月甚至数年的分阶段停药。你服用精神药物的时间越长，戒断阶段可能需要的时间就越长。如果你在减量后出现任何戒断症状，那么你可能希望在再次减量之前恢复到之前的剂量一段时间。通常，每次减少剂量时，剂量都会减少 10%，但你可以在较高剂量时进行较大的减少，并且可能需要在较低剂量时进行较小的减少。
- 作为一般原则，仅在任何戒断症状稳定后才进行下一次每日剂量减少。
- 半衰期较长（例如几天——你可以在谷歌上查找药物的半衰期）的药物往往比半衰期较短的药物引起更少的戒断症状。
- 在处理我们所说的“多重用药”时，即某人服用一种以上的精神药物，请将更多的镇静药物或针对其他药物副作用的药物留到戒断计划的后期。
- 由于精神药物作用于脑细胞受体的方式，当你戒掉较低剂量时，你更有可能出现戒断症状。如果有人最低剂量下开始出现戒断症状，请尝试将剂量步骤减少大约 10%，这意味着你可能需要服用非常小的剂量。这可能意味着切割药片，或拆开胶囊并使用灵敏的天平来称量，尽管如果有液体制剂，这将使这些微小的步骤变得更容易。
- 明智的做法是避免重大转变/生活事件，并在戒断时拥有相对稳定的生活状况。

- 注意反安慰剂效应（与安慰剂效应相反，即患者预计会发生不好的事情，因此寻求确认坏事正在发生）。请记住，药物没有主观能动性；它们不会思考或做决定。
- 注意其他心理影响。当一个人戒掉精神药物后，他们会以一种很长一段时间没有经历过的方式体验自己的情绪。这可能令人兴奋，也可能令人恐惧，或者两者兼而有之，不仅对他们来说，对他们周围的人来说也是如此。
- 我强烈建议在没有任何朋友和/或家人支持的情况下不要停药戒断。

参考来源

RF 安达、CL 惠特菲尔德、VJ 费利蒂等人。(2002) 不良的童年经历、酗酒的父母以及后来酗酒和抑郁的风险。精神病学服务, 53, 1001-1009。

Chapman, DP、Whitfield, CL、Felitti, VJ、Dube, SR、Edwards, VJ、Anda, RF (2004) 不良童年经历和成年后抑郁症的风险。情感障碍杂志, 82, 217-225。

de Shazer, S. (1985)短期治疗解决方案的关键。诺顿。

Dong, M., Anda, RF, Dube, SR, Giles, WH, Felitti, VJ (2003) 童年时期遭受性虐待与其他形式的虐待、忽视和家庭功能障碍的关系。虐待和忽视儿童, 27, 625-639。

Dube, SR、Anda, RF、Felitti, VJ、Chapman, D.、Williamson, DF、Giles, WH (2001) 童年虐待、家庭功能障碍和整个生命周期中企图自杀的风险：不良童年经历研究的结果。美国医学会杂志, 286, 3089-3096。

Dube, SR, Felitti, VJ, Dong, M., Giles, WH, Anda, RF (2003) 不良童年经历对健康问题的影响：来自 1900 年四个出生队列的证据。预防医学, 37, 268- 277.

Dube, SR, Anda, RF, Felitti, VJ, Edwards, VJ, Williamson, DF (2002) 儿童时期目睹亲密伴侣暴力的成年人遭受虐待、忽视和家庭功能障碍：对健康和社会服务的影响。暴力与受害者, 17, 3-17。

Dube, SR, Anda, RF, Whitfield, CL 等。(2005) 按受害者性别划分的儿童期性虐待的长期后果。美国预防医学杂志, 27, 430-438。

Haley, J. (1973)不常见的治疗：医学博士 Milton H. Erickson 的精神病学技术。诺顿。

Jackson, DD (1957) 家庭稳态问题。精神病学季刊增刊, 31, 79-90。

约翰斯通, L., 博伊尔, M., 克龙比, J., 等人。(2018)权力威胁含义框架：识别情绪困扰、异常经历和麻烦或令人不安的行为模式，作为功能精神病学诊断的替代方案。英国心理学会。

Kendall-Tackett, K. (编辑) (2003)受害与健康。美国心理协会。

Luhrmann, TM、Padmavati, R.、Tharoor, H.、Osei, A. (2015) 美国、印度和加纳精神病患者听觉体验的差异：基于访谈的研究。英国精神病学杂志, 206, 41-44。

McNamee, S., Gergen, K., (编辑) (1992) 社会建设和治疗过程。圣人出版物。

Parks, J.、Svendsen, D.、Singer, P.、Foti, ME (编辑) (2006 年) 严重精神疾病患者的发病率和死亡率。国家心理健康项目主任协会 (NASMHPD) 医疗主任委员会。

Satir, V. (1964) 联合家庭治疗。科学与行为书籍。

Watzlawick, P.、Weakland, J.、Fisch, R. (1974) 变革：问题形成和问题解决的原则。诺顿。

White, M., Epston, D. (1990) 治疗目的的叙事手段。诺顿出版社。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668935021>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

上一章中概述的观点可以扩展到帮助那些担心自己子女的父母。当父母为子女的行为或情绪状态（或两者）感到担忧时，这种关系中的情感强度会上升，导致各种连锁反应。

诊断（如多动症或自闭症）给予备受困扰的父母暂时的宽慰，但也邀请所有人开始一种异化过程，鼓励所有人将他们的子女视为感染了一种疾病，使他们在被认为是普通的界限之外运作。

但考虑到育儿已经受到多大关注，父母也面临着自己的困境。在儿童和青少年心理健康服务中，我们与父母合作时最常听到的一件事是，当他们的孩子在公共场合表现不端时，他们感到受到周围人的批判。可以理解诊断如何为父母提供暂时的宽慰，因为父母从被视为失败的父母转变为被视为与残疾儿童搏斗的英雄父母。

我认为我们比较和竞争的文化使得父母和他们的孩子难以感到安全和有能力。未能达到某种期望（无论是对于孩子、父母、孩子对父母的期望还是父母对孩子的期望）时时刻刻都在困扰着我们的生活。成为一个“正常”的孩子或“正常”的父母变得比以往任何时候都更加困难。

这一章不能纠正文化和政治环境；它只能提供一些关于可能改善一些家庭生活方面的思考。我也不是在呈现一个“正常”家庭功能的模型，也不是要对任何人的价值观进行讲课。正如我所讨论的，儿童发展和家庭形式的模型在全球各地都存在差异。

这一章不应该用来对许多生活在不平等、种族主义、性别歧视和其他形式的剥夺中的家庭进行评判。你的父亲因为一次相对轻微的过错被判了长时间的监禁，就像在美国大规模监禁意识形态下发生在许多黑人男性身上一样，这对家庭及其子女产生的连锁效应可能会一直延续到成年。这些问题需要政治行动，而不仅仅是我在本章提到的一些温和的建议。

在我看来，对于儿童健康成长和为成年期的混乱和挑战做好准备，最重要的是一种归属感和感觉到你因为存在而受到爱，而不仅仅是因为做了什么特定的事情。当然，我可以开始解构“归属”等词汇和指标的含义，但现在让我用这个思想开始这一章：在这一章中概述的任何观点都不如你的孩子知道你爱他们并因他们的存在而感到快乐重要，无论他们做了什么让你担忧或生气的事。

关系意识计划（RAP）

我和一些同事一起制定了一种我们用于担心自己子女的家长的方法，这是一种无需诊断的方法，主要采用小组形式，我们邀请担心自己子女的家长及其支持者参加。我们称这种方法为“关系意识计划”或 RAP。关系意识计划最初受到美国心理学家霍华德·格拉瑟的思想启发，

他开发了培育心灵方法（Nurtured Heart Approach，简称 NHA）。RAP 将 NHA 与系统和解决方案为中心的哲学相结合。

我认为 RAP 是一种“工具箱”式的思想。它具有可以根据不同情况灵活使用的概念和练习。它们实际上并不是设计成似乎是唯一可能的“真理”应用的。真实的人比任何单一方法允许的更有创造力和多样性。只有那些在其中生活的人才能真正理解他们的生活包含了什么挑战和机会。在这种方法中，每个父母/照顾者/家庭/学校都需要弄清楚对他们独特情况而言什么是切实可行、有帮助且可适应的。他们被提供一系列概念和框架，然后决定是否以及如何将这些概念应用于他们的生活中。

RAP 不是一个育儿、家长管理或家长培训计划。它更像是一个基于技能的计划，旨在帮助那些与更“激烈”孩子相处的好父母。它不涉及告诉人们他们应该或不应该做什么的具体细节。RAP 提供了一些概念和问题，帮助父母自行决定如何继续，并根据他们特定的情况调整这些想法。话虽如此，多年来我们取得了一些鼓舞人心的成果，一些为子女使用服务多年的父母发现了与他们担心的子女的关系中的新事物，使他们能够创造新的“舞蹈”并以新的视角看待他们的生活。

在 RAP 中，我们更少关注如何控制行为，这对于父母/子女关系充满危险，更关注如何在家庭中建立积极的关系。对于各种儿童照顾者，从老师到寄养父母，都能够很好地发挥作用。在本章的其余部分，我将使用“父母”一词，以免使句子复杂化。在出现“父母”一词的任何地方，你都可以替换为所有其他潜在的照顾者。“他”和“她”交替使用，不是表示特定的性别，而是为了方便，而不是在每个场合都写上 she/he。出于同样的方便原因，在我使用单数（如“父母”或“子女”）时，也可以指代复数（如“父母”或“子女”），反之亦然。

一些假设

以下是一些有助于为关系中父母这一治疗哲学设定基线的假设：

1. 父母的动机是积极的——寻求帮助的父母是“好父母”；他们希望看到子女的情况有所改善。
2. 当子女的行为困扰时，对父母来说很难；他们经常感到受到评判，觉得每个人似乎都对他们的和他们的子女有意见。
3. 所有好父母大部分时间都感到内疚，不确定自己是否应该这样或那样，是否应该更严格或更温和等等。我假设，就像所有好父母一样，无论发生什么，他们都会继续感到内疚！
4. 专业人士拥有一些可能有用的学术知识，但没有人比父母和其他相关照顾者更了解他们的子女。关系意识计划（RAP）的哲学分享思想、思维方式和策略框架，但并不提供如何付诸实践的具体建议。这是每个家庭根据自己的知识和技能自行解决的问题。
5. 任何关系，定义上至少涉及两个人共同塑造它的方式。即使父母在与子女的关系中的贡献不如子女方面的影响大，你认为父母在关系的哪一方拥有控制权呢？在谁身上你能保证能够实现改变？专注于作为父母可以改变的事情更有可能引导关系的变化，而不是试图说服你的子女改变。

以下是为关系中子女这一治疗哲学设定基线的一些假设：

1. 孩子们出生时并不都是相同的。研究表明，婴儿时期开始，孩子们就拥有气质、倾向和与世界互动方式的差异。
2. 一些孩子后来可能会被贴上精神病学和心理学的标签，但这些标签对于任何具体的孩子“有什么帮助”告诉我们很少。
3. 相反，我们只需承认，对于一些孩子来说，他们与世界及其人们互动和体验的强度比大多数其他孩子更大。
4. 这些强烈的孩子往往会引起周围人的强烈情感反应，包括沮丧、愤怒和担忧。
5. 这意味着，对于大多数孩子而言，对于育儿和管理行为的更为普通的方法——有时施加一些后果，有时给予奖励——往往是有效的，而对于那些稍微更为强烈的孩子，我们可能需要“提高自己的水平”并在更大程度上参与他们的情感强度。你可以将这些孩子视为寻求情感的（而不是“寻求关注”）。“寻求关注”这个短语暗示孩子们在逻辑上思考他们做的事情；然而，实际上孩子通常只是回应他们的感觉，并寻求对这种感觉的情感参与。

家庭关系的舞蹈

现在我们可以看一下亲子关系的一些情感驱动因素。以下是一些额外的假设：

1. 情感是具有传染性的！我们往往会“感染”那些我们最亲密（情感上和地理上）的人的情感。不要对情感如何迅速地波及到其他家庭成员感到惊讶。笑容滋生笑容，就像愤怒滋生愤怒一样。
 2. 这种方法的基本哲学是专注于建立功能性关系，而不是控制行为。让我们想要更多的情感溢出并被感染。让我们建立对我们想要更少的情感的耐受力 and 免疫力。
 3. 严格来说，“负面”和“正面”情绪的概念并不准确。我们只是有各种各样的情绪，它们是定向能量的形式，使我们进入“行动”而不是“思考”模式。
 4. 当父母与有挑战性行为的孩子打交道时，他们通常会寻找策略来尝试控制这种困难行为。他们可能希望专业人士能够告诉他们，如果他们先做 A，然后做 B，这种行为就会停止。你可能希望杜绝不良行为。RAP 理念不会告诉你如何消除不良行为——并且有充分的理由。
 5. 专注于控制行为的问题之一是，试图控制行为可能导致与子女的关系进一步紧张，这可能最终导致负面反馈循环，导致进一步尝试控制行为引起与子女关系的进一步紧张等等。年轻人感到越是疏远或“受到指责”，他们可能越会试图保护自己，他们可能感到越愤怒，他们的自尊心可能会降低。随着时间的推移，可能会建立起一种强化的负面循环。
 6. 通过首先关注关系，你可以为更牢固的关系建立更好的基础，其中包括一些相互欣赏。
- 7、RAP 试图帮助创建一种新的、希望更加愉快的关系舞蹈。

情感战争

“情感战争”这个概念旨在帮助父母理解“家庭关系之舞”如何变得棘手。它可以被看作是对更无意识层面发生的事情进行理解的框架。

“W”代表 Wrong（错误）：在情感战争中的第一个假设是，我们被程序化以更多地注意到出现问题的事物，而不是事物的正常运行。从进化的角度来看，我们的生存与我们扫描环境

以寻找危险迹象并对其做出反应的能力有关。由于这是一种本能的特性，这意味着我们感到的压力越大，我们越有可能激活这种本能，试图解决任何被察觉的问题。

对于出现问题的关注意味着，无论是财务困难、婚姻关系问题、学校定期打电话等，一旦我们经历了增加的压力，我们更有可能集中注意力在出现问题的事物上，包括与我们的子女有关的问题。随着时间的推移，它就像一个内部雷达，扫描环境以寻找下一次出问题的迹象，通常忽略了那些没问题的部分。

“A”代表 Attachment（依恋）：下一个基本假设是，儿童是作为“寻求情感”的生物而出生的。通过我们的情感关系创造的附件，我们寻求的是与我们附着的人的情感能量。在婴儿的世界中，不存在良好或不良好的情感。对于婴儿和成长中的孩子来说，存在一种本能驱动，即寻求情感，以便来自父母的任何情感（无论是爱、担忧还是愤怒）都被体验为某种奖励。如果你仔细想想，你对某人生气的时候就像你对某人恋爱时无法忘怀一样多。

情感能量创造连接。寻求情感能量比寻求关注更能描述儿童的做法。这也意味着儿童将更好地在情感上了解父母，而父母将永远不会在情感上了解儿童。父母有很多事情要考虑和思考。相比之下，儿童只会本能地（而非逻辑地）学会从父母那里获得情感能量。

“R”代表 Relationships（关系）：然后通过这些家庭成员之间的情感能量纽带建立了关系动态，随着时间的推移，这将发展成一种动态——一种关系之舞，其中关系遵循某种“节奏”，以便每个人对另一个人做出可预测的反应。

“S”代表 Scripts（剧本）：随着时间的推移，我们在任何团体中都会发展出角色，这些角色很少是我们有意识选择的，而是从关系之舞的集合中浮现出来，这个集合“定居”为一定的可识别的模式，群体中的每个人（通常是无意识的）都能够识别。例如，众所周知，如果你有一个伴侣，其中一个人最终会变得专注于整理，另一个人可能专注于解决账单或早上帮助孩子准备，等等。许多人发现，即使你希望角色发生变化，当你真的这样做时，这种变化似乎并不“对”。

因此，例如，如果你是一个关心保持房子整洁的人，并且你渴望你的伴侣也这样做，当他们这样做时，不知何故他们似乎永远不能以正确的方式做到这一点，所以你必须按照你认为正确的标准重新做一遍！这有点像每个家庭成员都有一个“剧本”，他们遵循其中一个标识其角色的剧本，而如果任何成员提出一个改变其通常角色的新剧本，那么这会让其他所有人感到困扰，因为这似乎不“自然”。

因此，来自其他成员的强大且通常未被认识到的情感力量会推动任何“偏离剧本”的人回到所有人都能够识别的剧本——回到通常的家庭关系之舞。如果一个孩子在家庭关系之舞中扮演挑战性行为的角色（对于他们的父母而言），那么随着时间的推移，家庭关系之舞可能已经安定下来，以一种这是孩子在家庭剧本中的角色的模式。尽管每个人都想要并试图改变这一点，但不知何故（通过这些情感流动的力量），尽管每个人都怀有最好的意图，它仍然不断返回到这个剧本。

你孩子的档案

想象一下，你正在为你的孩子五年后想要的状态编写一份虚构的档案。现在请问自己这些问题，看看会有什么答案：

- 你想在这份档案中看到什么？
- 你认为哪些品质或价值观能够吸引她的情感能量？

- 你想看到他们表现出什么样的行为？
- 请为他们现在展示这些行为/品质/价值观的程度在 1 到 10 之间打分，其中 1 表示从不，10 表示总是。其中哪些行为或品质他们已经具备最多？
- 你是怎么看到的？
- 你什么时候看到他们这样做的？
- 当他们做出这种期望的行为时，即使时间很短，你给了他们多少情感能量？
- 当你看到这些行为/品质的任何小例子时，你可能如何注意并为其提供情感能量？
- 你可能还会采取什么其他措施，以帮助将其中一个得分提高 0.5 分？

机器人父母

在很多方面，孩子们最喜欢的玩具可以是一个人，比如家庭的成员。一个能够做出独立选择、拥有自主意图的人令人非常满足，然而你仍然能够“玩弄”他们，让他们以你知道那个人不想要的方式做出反应，无论是逗弄他们还是让他们同意你提出的要求。

想象一下，作为父母，你就像一个带有很多按钮的玩具机器人。当你按下任何按钮时，机器人（也就是你，父母）就会变得生动起来，开始以你情感激动的方式做出有趣的事情。孩子们早就摸透了你的底细。现在问问自己：

他们做什么让你感到恼火？

- 他们做了什么让你心烦意乱的事？他们做了什么让你情绪激动？
- 当你看到孩子的哪些行为或品质时，会让你以这种方式“充满活力”？
- 这些按钮是你不想再使用的按钮吗？换句话说，这些按钮会激发出你不愿意拥有的情绪，还是你想继续使用这些按钮？这些按钮会激发你喜欢的情绪吗？
- 如果你希望某个按钮停止工作，如果你尝试在按下该按钮时停止反应，可能会发生什么情况？当他们更加努力地让按钮再次工作时，你能处理好自己的情绪吗？你能在不付出情感能量的情况下处理涉及风险管理的情况吗？
- 你想强化那些能带出你喜欢的情绪的按钮吗？你想要更多此类按钮吗？你能否为你看到这些“好”按钮的频率打出 1 到 10 之间的分数（1 从不，10 总是）？你可以采取什么措施将这些“好”按钮的分数提高 0.5 分？

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/668935741>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

丰富情感能量

一旦你理解了情感在关系中的流动概念，你就可以更多地考虑如何使更多令人满意的情感流动更频繁地发生，而不太令人满意的情感流动更少地发生。**这种构建方式更注重情感流动和关系之舞，而不是行为本身。**

我认为这有助于建立更持久、滋养的关系，并允许通过他们（以及你作为父母）的情感来看待儿童行为，而不仅仅是孤立的行为。

以下是一些建议，可以帮助注意和创造期望中关系之舞的情感流动：

1. 当你的孩子做一些你喜欢的事情时，描述他们的行为，就像你在对一个盲人说话一样。无论是在心里还是大声说出来，这都会帮助向你的孩子传递情感能量，丰富你想在他

们身上看到的品质和行为，并向他们证明你在这个时候是连接的并且情感上参与的。与其说类似“做得好，画得很漂亮”这样的话，不如更详细地描述你所看到的，比如“我看到你画了一个有3个窗户的房子，你给草涂上了绿色。那似乎是一个站在草地上的人。我喜欢你如何仔细地给房子的红色屋顶上色。”问问自己，是否有办法定期使用这个想法，以观察你想看到的行为，当你看到其中的小例子时。

2. 我们经常在看到孩子缺乏这些品质时教给他们价值观和品质。因此，“不要不尊重”比“我喜欢你表现出尊重的方式”更常见。你能找到孩子正在做的简单日常事例，可以在其中添加一个关于你的孩子正在展现的价值或品质的陈述吗？也许可以回顾一下你希望孩子身上具备的理想品质的投资组合。你可以制定一份你要注意的清单，比如倾听、表现出同情心、尊重、独立等，这样当你看到其中任何一个行为的最微小的例子时，你就可以评论他们所展示的内容。你可以使用以“我欣赏……”、“我喜欢……”、“我很高兴看到……”等开头的短语，作为介绍你想说出的品质或价值的方式。你可以描述并添加一个价值陈述，比如“我看到你非常好地倾听你姐姐告诉你的事情。看到你对她如此恭敬，我感到很高兴。”不要害怕使用大词或他们不理解的词（你可以进行谷歌搜索以查找同义词），因为这可能会引发关于该词的含义的讨论，为情感流动提供更多机会。
3. 当我们不得不处理具有挑战性行为的时候，通常我们会发现自己的所有精力都被用来应对我们面临的困难情况。一旦这些情况缓解下来，即使只有一小段时间，我们也经常会感到一种宽慰感，然后继续进行在应对困难情况时无法做的所有事情。这意味着情感能量在发生不希望的行为时流向你的孩子，并在发生期望中的行为时停止。你能否颠倒这一点？当发生你不希望发生的事情时，你能否撤回情感能量，并以尽量少的情感互动来处理情况？你是否能够将情感能量集中到主动识别那些更加冷静、行为更好的时刻，并在这些时刻提供情感流动呢？

4. 你能否将这三个想法结合起来，以某种方式增强情感流向更期望中的行为？首先，将你的孩子正在做的事情描述为与盲人交谈。其次，在你的孩子正在展示的事物上添加一个关于他们正在展示的价值或品质的词语。第三，注意那些时候，你的孩子没有违反规则，并将你的情感能量集中在这些时刻。如果你的孩子拒绝你尝试增强正能量流的尝试，不要感到惊讶。如果这不是他们“剧本”的一部分，也不是他们与你“舞蹈”的预期，他们可能会最初拒绝这样的变化，或者至少对你“有所企图”保持怀疑态度！不要因此而灰心。

消除不受欢迎的情绪流动

思考一下规则。你和你的孩子是否清楚了解家里有哪些规则？如果你正在执行一项规则，你能确保你的孩子知道这项规则吗？你是否清楚你拥有哪些规则，并期望你的孩子遵循这些规则？如果你认为你或你的孩子可能不清楚规则，你可以如何向你和你的孩子明确规则？

你是如何向你的孩子提出请求的？你是否有时提出问题而不是发出指示，以求公平？以问题形式提出的请求给予了参与不受欢迎的情感流的广泛空间。例如，你是否说“你能请整理一下你的房间吗？”或者“你打算起床了吗？”当你真正的意思是“我需要你在下一个小时内整理你的房间”和“我希望你现在起床”时？

模棱两可的请求给孩子提供了充分的机会来决定他们是否愿意遵循你的请求，因为他们被问了一个问题。如果本意是提出请求，那么请仔细考虑你是否已经清楚地传达了你的意愿。

一般来说，清晰的规则，包括“不允许”的规则，比边界模糊的规则要容易遵循得多。许多所谓的“积极规则”具有不清晰的边界。像“要尊重他人”这样的规则对于孩子或者实际上

对于成年人来说，很难弄清楚他们何时在遵循或违反该规则。然而，以“不允许”开始的规则，比如“不准打人”、“不准扔东西”，通常更容易理解，因此更容易遵循。

不服从可能是父母的一大压力和沮丧的根源。因此，父母的情感将被推向从你流向你的孩子的高情感能量流。当这种情况发生时，我们通常开始使用“无限”词汇。无限词汇传达了我们在其中以无限方式思考的高水平情感强度。例如，当有人坠入爱河时，他们可能会说出类似“我会永远爱你”的话，而不是“我现在爱你，但到周四我不太确定我会有什么感觉！”

同样，当我们说出像“你从不听话”、“你总是迟到”或“每次我们去超市时，你都会捣乱”这样的话时，我们可能会对不受欢迎的行为表现出高情感强度。如果你听到自己使用无限词汇或短语，这可能是一个警告，说明你处于高情感强度的状态。在这种状态下，我们的生物学推动我们的身体采取行动；在行动之前，而不是在行动之前进行思考。请注意，使用无限词汇是一个迹象，说明从你流向你的孩子的情感能量流强烈。

这对于后果可能意味着什么呢？父母对不同的孩子可能有不同的后果。对于不同的个性，年轻人的参与和动力可能是不同的。对于一个孩子，禁止使用 XBox 一小时可能是一个更令人不悦的后果，但对于另一个人来说，晚上不被允许与朋友出去可能是一个不受欢迎的后果，但不是 XBox 特权，依此类推。以下是一种思考后果的过程和能量动力学的方式，而不是你可能使用的特定后果，因为这些将对每个孩子都是独特的。

- 当我们承担规则和结果执行的角色时，让我们使用橄榄球（如果你是北美人士，则为足球）裁判作为我们的“模型”。足球比赛有规则，但仍然需要解释，而裁判员的工作就是尽可能公平地执行这些规则。裁判执行后果的工作很少得到赞扬。受到处罚（例如任意球）的球队的球员经常抗议裁判的决定不公平。执行规则和后果的工作通常是一项吃力不讨好的任务，很少受到赞扬，也没有引起很多抗议。然而，如果没有裁判，足球比赛就会变得混乱——所以这是一件吃力不讨好的事情。
- 怎样才是一名优秀的裁判？我们这些喜欢观看精彩足球比赛的人欣赏那些善于让比赛顺利进行而不会经常中断的裁判。裁判最重要的任务之一是知道何时不干预，从而让比赛顺利进行。
- 一旦裁判员有必要进行干预，并且他们做出了给予任意球的决定，那么该特定的结果就会被宣布，并且必须得到执行，并且在执行之前比赛无法继续进行。结果（在本例中为任意球）是由裁判以最小的麻烦做出的。通常，球员会围着裁判争论结果的不公平。然而，除了对判罚任意球的原因进行非常简短的解释外，裁判不会就这是否是任意球进行任何长时间的对话、争论或辩论。一个好的裁判，如果不完全确定自己是否做出了正确的决定，可以在决定正确的结果之前与助手（如果有的话）讨论他们的决定。然而，一旦做出决定，就必须承担后果。
- 一旦结果出来，比赛就结束了，裁判又开始专注于保持比赛的顺利进行。你不会看到优秀的裁判在中场休息时跑过隧道继续告诉球员他们在比赛中做了什么或没做什么。无论在场内还是场下，他们都不会进行长时间的讲座或解释。在交付和执行结果时，几乎没有情感能量流动，事后也很少对此进行讨论。
- 就实际后果而言，它们都是在当下、此时此地交付的。后果很少会被延迟。裁判不会说：“好吧，我会确保你在下一场比赛中获得任意球。”延迟的后果让你有充足的时间来协商出路，因此通常对此时此地的影响不大。
- 一个好的裁判不会担心球员是否从错误中吸取教训。他们只会用最少的情绪来实现结果并继续下去。

到现在你应该理解我提出的这个类比了。你可以使用裁判的模型，并根据你自己的环境/家庭和你的孩子在你的环境中执行规则和后果的任务时进行调整。记住，后果更重要的是表明

你已经注意到并且正在干预，因此不需要很长时间。短暂的（比如几分钟）和即时的通常比长时间和延迟的效果更好。

情绪重置

成为对我们关系中情感流动性质更加敏感的最大障碍之一是，它涉及到情感。情感不是逻辑或推理的问题。处理我们的情感强度，尤其是当你发现自己处于一个情感模型中与直觉相抵触的情境中时，可能会相当耗费精力。

一个有用的概念是找到自己的“重置”按钮。这是一个想象中的按钮，当我们按下它时，它会对我们的情感产生作用，将它们从高强度的状态降至较低的状态。我们如何在高情感状态中走出来，回到一个更平静的情感状态？当我们在情感上受到极大刺激时，而我们的孩子正在邀请我们参与不受欢迎的行为时，我们如何在情感上“退出”？如果我们期望孩子从高情感状态回到较为平静的状态，我们是否应该首先展示我们能够做到这一点？

想一想你已经在这方面做的事情，它们可能就像一个“重置”按钮。这些可以是在“瞬间热情”中起作用的事情，也可以是在“瞬间热情”之外的事情。我们都有放松或冷静下来的方法。你可能还想通过与家人和朋友交流，了解他们的方法，学到一些新的策略。

在你的清单中，什么可能在那个即时、当下的“瞬间热情”中起作用？你如何能够访问这些？为提高访问“快速”重置按钮的能力，你可能需要练习什么？

在你的清单中，有哪些是你的“慢速”重置策略；在不受瞬间热情的影响下，能够帮助你冷静下来的想法？

再说说“加油”或“给电池充电”的计划怎么样？与一个强烈的孩子打交道会耗费情感能量。你如何恢复能量水平？你如何创造更多的补给机会？谁可能能够帮助你，以及以何种方式？

抚养孩子总是需要你周围建立一个社会支持网络的任务，从只是找个人聊天，一直到别人能够提供的直接物质帮助。我们作为父母不应该对自己太苛刻。这是一项如此困难的任务，在最好的时候就有很多社会的判断态度，更不用说当我们有一个强烈的孩子时了。

鼓励持续的节奏变化

如果其中一些想法被证明是有帮助的，你经常会发现我之前提到的“脚本”（情感战争中的“S”）会不断地将你拉回到之前不受欢迎的“正常”状态，而你却没有意识到。为了帮助你解决这个问题，你可以：

- 保持敏锐的眼睛和耳朵，留意家里发生的任何不同的事情，无论大小，并对之感到非常好奇。
- 为自己的任何积极成就感到自豪。对发生的任何不同的事情感到“兴奋”。
- 意识到挫折。它们总是会发生。挫折的主要危险在于我们对它的感受，而不是挫折本身。当挫折发生时，我们可能会开始觉得自己又回到了原点，甚至尝试还有什么意义。我们开始对变革能否持续感到绝望。我们可能会觉得我们不再被赋予权力，不再能够相信我们可以继续保持变革。然后我们可以开始相信我们的孩子需要一些特殊的治疗或诊断。事实上，很可能只是“脚本”返回。尽量不要让这种影响你在脚本返回之前所做的任何改变（即使是微小的改变）的成就感。

- 问问自己，你是如何设法以不同的方式做事的。你对自己能做到这一点感到多么惊讶？这让你感觉如何？
- 如果你已经成功地改变了一些关系舞蹈，那么你很可能不得不面对违背你想做的事情——违背你的本能。你是怎么做到的？结果你对自己和人际关系有了什么了解？你从孩子身上学到了哪些新知识？
- 你认为自己已经开始发展哪些新技能？你如何进一步发展这些技能？

一旦你成功地改变了关系舞蹈一段时间，你就会开始开始新的生活，对新的“舞蹈”方式的关注也会开始消退。这会很好，希望你已经取得了足够的进展来建立一个新的“脚本”；一种新的家庭关系舞蹈。

然而，情况并非总是如此，古老的舞蹈可能潜伏着，准备重新占据舞台中心。你如何帮助保护你的未来免受这种影响，并能够应对旧舞蹈的回归而不感到不必要的不知所措或压力？为此，请考虑以下三个问题：

- 当下一次挫折发生时（它一定会发生），你想立即想到什么想法来帮助你克服不可避免的绝望感？
- 如果明天你遇到一位父母，他的孩子和你的孩子一模一样，并且他们的情况与你开始做出改变之前的情况完全相同，你会给他们什么具体建议？
- 如果你要制作一个想象的或真实的情感流动“急救”盒子，你会在里面放什么想象的或真实的物体，为什么？

孩子们的技能

“孩子们的技能”是一种帮助儿童克服情绪和行为问题的方法，是上世纪90年代在芬兰由精神科医生和心理治疗师本·弗曼(Ben Furman)领导的一组心理治疗师和特殊早期教育教师开发的。我认为这是对RAP的一套补充，因为这也将焦点从孩子的行为和试图摆脱问题转移到一种想象的方式，这种方式具有旨在建立有益关系的成分（请参阅<https://www.kidsskills.org/>以获取更多信息）。

一个关键的想法是，你不关注孩子的问题，而是关注孩子需要学习的技能，以克服他们的问题。这种从问题到技能的转变可以提高孩子、父母和孩子周围更广泛的社会网络之间合作的可能性。所有的孩子在成长和发展的过程中都在不断地学习新的技能。对于任何特定的孩子来说，有些技能他们会比其他孩子更快更容易掌握。这种方法的想法是了解孩子可能从学习中受益的技能，这些技能将帮助他们克服他们尚未掌握的情况。

观点的一个重要转变是将儿童的问题转化为技能，供他们学习。与RAP一样，在理性/智力层面上理解它是相对容易的，但在情感层面上说起来容易做起来难。

基本的想法是描述孩子不想要的行为发生的情况，从而了解什么情况对他们来说是具有挑战性的。一旦你知道什么情况是困难的，你继续问，作为一个关心的成年人，你希望孩子在未来学会如何处理这些情况。

父母和其他照顾者谈论孩子难以处理的情况有助于他们形成自己的想法，即他们希望孩子在未来如何学会处理这些情况，进而产生孩子将从学习中受益的技能的想象。

接下来，你把“消极”变成“积极”。这意味着想象你想让孩子做什么，而不是你不想让孩子做什么。例如，不要让孩子学习如何“停止对我大喊大叫”（即学习不做某事），你会希望

他们学习“接受我们做出的决定”的技能，或者任何与经常引起父母担忧的特定情况相关的技能。

一旦你有了一个技能，想想有多少孩子的支持者在他们的社会网络(父母，老师，祖父母，朋友，朋友的父母等)可以加入你和孩子帮助他们发展这项技能。我们的想法是要有创造力。你的支持者小组，和你的孩子，能想出一些简单的仪式，让他们练习吗?你可以给技能起个名字，把它想象成朋友，画张图，等等。然后你需要一种方法来庆祝在发展技能的过程中取得的成就。想想孩子们喜欢的仪式，用来展示他们做得有多好，比如“展示和讲述”的版本或获得证书等等。

你可以将这些想法适用于年龄较大的儿童和青少年。许多青少年表现得好像他们“讨厌”你，不在乎你说什么或想什么，但这通常只是一种可以理解的辩护，因为他们觉得生活中重要的成年人不关心他们，不喜欢他们，或者把他们视为负担。在内心深处，他们渴望得到积极的认可，并为自己的成就感到真正的自豪。

与RAP一样，你可以考虑如何改善期望的情绪流。与其说出一项技能并期望青少年合作(而不是给你贴上傲慢的标签!)，不如想想你想让他们学习什么技能，然后寻找他们展示的小例子，当你看到它时承认它。例如，如果你想让你的青少年学会“尊重”的技能，只要定期注意一些小例子，比如“我真的很感激你今天对你妹妹有多尊重，你们俩早些时候都看了电视。”训练自己注意这些小例子，而不是那些你觉得他们“不尊重”的例子。

其他可以尝试的简单事情

有多少人和家庭需要帮助，就有多少可能被证明有用的想法。每个案例的具体情况各不相同，这意味着找到有用的概念同样会因家庭的不同而有所不同。以下想法可能对某些人也有帮助：

饮食和营养：尝试消除潜在的刺激物（例如人工添加剂），添加每日多种维生素和矿物质补充剂以及富含 EPA 的必需脂肪酸。如有必要，通过去除多余的糖和乳制品来改善饮食平衡。

新鲜空气和锻炼：让你的孩子获得充足的锻炼机会（尤其是户外），包括无组织和无人监督的积极玩耍的机会。

定期积极的家庭时间：寻找定期与家人一起做事的机会。像所有的关系一样，我们必须继续“努力”处理我们与孩子的关系（日复一日，周复一周，月复一月，年复一年……）。

沟通和理解：互相交谈，但更重要的是互相倾听（不是一回事）。尝试了解你孩子的观点并帮助他们理解你的观点。定期为你们创造沟通、倾听并尝试了解每个人的想法的机会。

以下“陷阱”也值得牢记：

过早放弃：通过一些干预措施，不良行为在开始改善之前可能会变得更糟，导致父母过早放弃该策略。

挫折后变得绝望：挫折是任何过程中不可避免的一部分。绝望可能会蔓延，随之而来的是一种失败感，并对带来持久变革的能力失去信心。当不可避免的挫折发生时，请记住这是很常见的，而不是你需要感到压力的事情。

不切实际的期望：如果我们对孩子抱有不切实际的期望，那么无论发生什么变化，我们都会对他们感到失望。你对他们的情绪、行为、学术能力有何期望？

不一致：孩子们通常很聪明，能够发现不一致所产生的机会，以进一步实现自己的愿望，例如，通过父母中的一方来欺骗另一方。

父母之间未解决的困难：不一致等问题可能成为进步的潜在严重障碍。在父母夫妇分居的情况下，父母必须将彼此之间持续存在的敌意放到一边，并让孩子远离他们的任何争吵，这一点至关重要。分居的父母在为孩子做出决定时仍然需要相互沟通。

父母自己童年时期的未解决问题：例如，如果一个父母与自己的父母关系不好，导致他们对那个父母感到憎恨或恐惧，他们可能会以一种旨在避免这种情况发生在自己身上的方式与自己的孩子相处，结果就是害怕孩子也会讨厌他们，因此在强制执行边界方面会遇到困难。孩子需要父母能够承受他们的讨厌，而不是让父母“崩溃”。

愤怒-愧疚-弥补循环：在这个“戏剧”中，父母对孩子的行为感到愤怒，施加某种惩罚（愤怒），然后冷静下来，感到他们的惩罚过于严厉（愧疚），因此他们试图弥补他们感觉已经造成的一些伤害，可能会给予孩子某种奖励或安慰（弥补）。孩子可能会学到任何施加的后果都可能被撤销，并且实际上可能会带来某种奖励。然后，父母会觉得孩子“欺骗了他们”，再次感到愤怒，然后我们又开始循环。

创建“安全区”：我们不断收到信息，告诉我们外部世界有多么危险，特别是对于儿童而言。随后保护我们的孩子免受世界危险的渴望可能会阻碍孩子发展他们在以后的生活中可能需要应对的独立技能的能力。

害怕改变：这可能是家庭任何成员的改变（参见上文有关家庭“脚本”的内容）。变化通常会导致一定程度的焦虑和对未知的恐惧，不仅对个人而且对其他家庭成员也是如此。

缺乏支持：正如非洲古老谚语提醒我们的那样，“养育一个孩子需要整个村庄的努力”。养育孩子对父母的身体和精神要求很高，考虑到他们面临的压力，他们需要值得信赖的伙伴、朋友和其他家庭成员提供情感和实际支持。

缺乏时间：现代生活的另一个特点是我们的忙碌和时间紧张。由于要做的事情太多，而时间却很少，我们可能会感到压力，这通常会影响到孩子、我们与他们相处的时间以及我们与他们相处的时间的质量。

参考来源

Chess, S., Thomas, A. (1997) 气质：理论与实践。布伦纳/马泽尔。

Glasser, H., Easley, J. (2007) 改造困难儿童：培育心灵的方法。值得出版。

Timimi, S. (2009) 儿童心理健康问题的直白介绍。PCCS 书籍。

Timimi, S. (2017) 基于非诊断的方法来帮助可能被贴上多动症标签的儿童及其家人。国际健康与福祉定性研究杂志，12，sup1。

作者：千万不要怕

链接：<https://zhuanlan.zhihu.com/p/669006975>

来源：知乎

著作权归作者所有。商业转载请联系作者获得授权，非商业转载请注明出处。

多年来我一直有写这本书的想法。我想为普通读者而不是学术或临床受众写点东西，将一直困扰我的理论和实践的种种碎片汇聚成一篇有验证支持的辩论性文章。由于日常生活和工作的艰难，以及我一直试图在其中生存的机构泥沼的阻碍，我就是无法获得任何动力。

想法在社会政治景观静态的同时可以长时间潜伏。我们所接受的作为“正确”知识的观念的矛盾、不一致和彻底的谎言可以在数十年内自由自在地传播和无阻地接受。不时会发生足以在广泛范围内引起不确定性的危机，以及先前被压制的思想可能会在这里找到更有利于生长的土壤。好的、坏的、危险的、赋权的、解放的、压迫的——新的想象可能会出现，或者久已消逝的可能会重新诞生（以及对抗这些可能）开始在我们周围翻腾。

就在新冠病毒广泛传播并随之而来的封锁之后不久，评论员及其机构代表开始谈论另一种即将到来的流行病——精神疾病。这次公开谈话中透露出一些信息。如果你触及这个叙述的表面（封锁的连锁反应将是一种精神障碍流行病），就会出现一个明显的矛盾。

一方面，它清楚地表明，精神卫生流行病将发展成为我们必须为了公共卫生原因而居住的新政治和文化景观的社会后果。我们被告知，对我们精神健康的影响将通过隔离、断绝联系、失去生计、失去社交娱乐等方式产生。

我们被警告说，精神疾病是现实生活经历中常见的、可以理解的干扰的副产品，然后我们被告知必须解决这个问题，而不是通过解决这些社会原因和由此产生的逆境，而是通过可以“诊断”和“治疗”由此产生的个人功能障碍的服务。

将社会混乱的影响称为“精神障碍/疾病”，再加上服务将不堪重负的想法，将对这种社会景观的回应放置在存在于耳边之间的非政治化空间中。在心理健康行业，社会问题需要个性化的解决方案，由具有技术知识的专家提供，以识别并以某种方式解决由此产生的“异常”。

我对于这种无序的建构感到愤怒，并受到危机带来的变革潜力的激励，终于准备好动笔（或更准确地说，用手指敲击键盘）。心理健康领域与日常人类现实的脱节现在已经到了荒谬的境地。心理健康意识形态牢牢地掌握在新自由主义/后资本主义系统（或者你可以称之为我们不平等经济体制和它所推动的空洞政治的灾难）的控制之下：个性化、分裂和剥夺权力，因为它将痛苦和差异商品化更多的人类类型。

这些殖民类型（无论是将西方观念强加于非西方人口，还是将西方精英观念强加于西方人口）实际上强加了一种种姓制度，无意中剥夺了大片人口的公民权利——使他们既受到同情又受到不信任。这是一个使人成为受害者并创造受害者的系统（通常并非其从业者的意图），但也通过承诺“从看不见的邪恶中解放你的心灵”而使你对随后发生的奴役无意识（不仅仅是通过其强大的镇定剂）。

我不想写一本只能安静地收藏在一些美好的学术角落，为一些评论家的书架增添色彩的书。有没有办法将这与社会运动联系起来？这如何以任何微小的方式有助于在机构大厦中扩大裂缝，让更多的光（启蒙）照射在一个被神话和幻想所掩盖的主题上？

因此，我决定尝试一些新的东西，看看是否能吸引更广泛的读者。Mad in America（疯狂在美国）网站扩展到数字空间的方式给我留下了深刻的印象，该网站汇集了各种国际批评声音，包括博客、新研究报告以及他们自己的一些优秀报告和分析。[当罗伯特·惠特克同意在 MIA 上以每周连载的形式出版整本书（现在在亚马逊上也有平装本和电子书形式）](#)时，我很高兴。我还要感谢彼得·西蒙斯（Peter Simons），他是我在 MIA 的首选联系人，他帮助我将这个想法变成了现实。

这本书的十个章节现在都已经出版，已经被成千上万人阅读过。我希望读过这本书或其中一部分的人中有一些人发现了一些有用的东西，并且它在某种程度上激励了他们。除了提供进

一步的批评材料外，我还希望它通过一些希望的种子对一些人进行了免疫接种，这可能为一个后心理健康产业世界的新想象提供了更多的空间。

我特别要感谢所有——我是说所有——抽出时间写评论的人，无论是在无论是在 *Mad in America*（疯狂在美国）网站上还是通过个人电子邮件或社交媒体。我确实尽力阅读所有评论。很抱歉我从不回复任何评论。多年前，在我涉足社交媒体和其他在线讨论/辩论之后，我决定远离这些。我得出的结论是，它经常会消耗大量的精神和体力，却并没有真正取得任何有益的成果。希望你能理解和尊重我的理由，但我非常感激所有评论，这些评论帮助我，也希望帮助其他人反思我所写的内容，无论是批评还是支持。

我明白一些评论指出，我写的主题已经被一些更受个人影响的作者所涵盖，作为在这个体系中度过职业生涯的人，我的观点可能不具备与那些经历了主流服务可能提供的剥夺、残酷和压迫的人相同的真实性。我希望来自一个“内部人”的毫不留情的批评仍然具有一些价值。批判性的声音越多，批判性的文献越多，就越好。我认为，来自不同观点、背景和立场的批判性论述都对社会变革运动的发展做出了微小的贡献。

我想在这本书中质疑心理健康理论、研究和实践中普遍存在的假设。当剥离回到基本的构建模块时，你可以看到流通中的经验和哲学范式的空虚。你无法使用测量尿流量的相同方法来测量思想。你无法通过观察大脑的彩色图像来发现意义和意图。

当然涉及到生物学，就像有活跃的生物网络使我能够打出这些句子一样。但我们无法看到、感觉、权衡、校准和计算我如何想出这些句子的标准偏差。我们在理解主观性时无法逃避主观性。我们无法发现我为什么输入特定句子的“真相”；我们只能创建一个框架来从我们所接触到的有限数量的可用知识系统中解释这一点。我们选择的解释框架具有深远的影响。

当我们分析我的尿液中的各种物质时，我的尿液随后不会受到该分析的影响。它不会因我的结论而改变。尿液不会感到高兴、焦虑、生气、决定留在我身边或抛弃我。我们对心理现象的解释却并非如此。如果你告诉我，促使我写下上述句子的是一种精神“障碍”，导致我陷入危险和偏执的心态，那么对我的情绪、思想和行为的影响可能会与你告诉我的情况截然不同。这些句子让人感到“呼吸新鲜空气”。而这个人对我拥有的权力（或者我认为他们对我拥有的权力）越大，这些影响就越明显。

当我们失去这个基本理念时——我们所拥有的只是制造意义的框架，而不是中立真理——我们会变得危险，而没有意识到自己已经变得危险，特别是当我们发现自己处于潜在权力和影响力的位置时。占主导地位的心理卫生意识形态创造了一个现实，他们用心理取代了灵魂。想象你知道并且可以解释出了什么问题，这让医生和患者陷入了类似邪教的宗教范式中，而没有意识到这就是正在发生的事情。

通过诊断，你在从业者和患者的思想中创造了抽象的物体，像恶魔一样被想象成从你的生物学或心理学中爆发出来，现代牧师（精神科医生）将用他们的神奇药剂和告解室来消除。然而，与宗教的赦免不同，这些恶魔是会经常出现的，因为它们不是外部的，而是在基因中、硬连线在大脑的某个地方，需要被抑制/控制。

英国皇家精神病医学院应该改名为英国皇家心灵学院。在这个心灵学的宗教中，心灵的概念是出于信仰而出现的，而不是科学。心灵被认为是一个真实的具体物体，它将通过可信赖的测量和评估方式揭示其“真相”。心理可以客观地理解为没有意义的心灵。灵性已被吸走，留下一锅危险的神经递质，需要使用神圣的《精神疾病诊断统计手册》和其他准宗教手册来研究。

质疑假设使我的论点远远超出了陈旧的心理治疗与精神药理学的冲突。更重要的是制定实践的框架。心理治疗就像精神药理学一样容易嵌入疾病/功能障碍/失调的故事。治疗，包括偶

尔慎重使用精神药物，也可以通过保持批判立场来采用更多赋权模型，并且能够理解我们的模型不能反映“真相”，而是具有后果的工具。

更重要的争论不是我们在心理健康服务中拥有更多或更少的东西，而是它们依赖的意识形态。我们甚至可能不得不放弃心理健康的概念(它不可避免地造成疾病/不健康的两极分化)。我质疑“精神”的概念和“健康”的框架。也许我们最终会有福利服务——无论它是什么，它应该意味着一些不会挑起我们/他们，健康/疾病，正常/异常的分歧的东西。

近年来，我开始明白，我们在心理健康服务中使用的模型的具体性是如何帮助嵌入我们受雇来缓解的问题的。短期的，麦当劳式的快速缓解/即时满足消费者的焦点意味着我们提供了一份商品菜单(诊断及其假定的治疗方法)，我们在销售时承诺，精神上的痛苦和折磨可以消除，没有后遗症。

然后，这开始为那些挣扎的人的生活写下重要的新篇章，这些人的生活大多是我所说的普通和可以理解的经历(即使他们或我们最初无法看到这是怎么回事)。他们现在被意识或无意识影响之外的力量所控制。他们变得疏远于他们的情感生活，看到其中的危险和永无止境的深渊。精神病学的牧师为他们写的新篇章塑造了他们和他们的亲人如何解释他们的感受、行为和思考的重要性。**我必须写点什么来揭露这个恶毒的陷阱。**

这可能让人觉得我所写的内容是反对精神科医生的，但事实并非如此。是的，我是一名精神科医生，而这将影响我的偏见。精神病学，像其他任何社会构建的机构一样，由具有不同权力和影响力的个体组成。他们通过课程接受培训，然后在他们必须工作的专业体系中接受培养。我经常听到我的精神病学同事们说，处理来自患者和其他关切人士的需求非常困难，这些人理所当然地期望精神科医生提供解释(诊断)，然后提供治疗计划，通常还希望包括药物治疗。

大多数人都喜欢做更多的心理治疗，许多人试图将其纳入他们的实践。否认公众、其他医生和其他专业人士所认为的你的角色(作为诊断者和处方者)几乎是不可能的。这是我多年来一直试图做的事情，但这确实是在与外部需求的潮流抗争，而不仅仅是与既定意识形态的内部潮流抗争。

这就是为什么我们需要公共教育：一个改变话语的机会。许多医生会支持这一点，因为他们经历了医疗化的大潮。精神病学应该是一个能够帮助其他医学领域解决医学化问题的专业。相反，制药行业和许多精神病学学术之间像黑手党一样的勾结，使我的职业成为医疗化最严重的罪犯——对个人和公共健康都是不健康、不适当和危险的。

当然，这就需要我也写一些政治方面的内容。麦当劳化只有在鼓励它的政治经济体制中才会出现。因此，对更广泛的政治环境的认识是必要的，这些政治环境影响着谁控制知识生产，他们为谁的利益而行动，这促进了什么样的“人类”模式，以及公众随后将什么理解为“常识”立场。

最后，这让我想到了全球化。近几十年来，随着数字技术的增长，全球化加速发展。这加剧了现有的新殖民主义风险，既包括具体方面(如贸易和军事力量)，也包括抽象方面(意识形态的出口和强加)。但它也创造了新的机会。国际合作、交流和行动主义能够更好地跨越学科、利益团体和国界。

我在英国林肯家里的电脑上写了这篇文章，然后在一个美国网站上发表，然后是附属网站(比如 Mad in Brazil)，然后在社交媒体上分享，几乎任何国家的人都可以阅读、评论和讨论它。在这种新的国际主义中，我们认识到，在我们与一种破碎和腐败的意识形态及其产物的

斗争中，我们与世界各地的许多人共同面临着问题，也共同面临着潜在的解决办法或前进的道路。

谁知道什么时候会有足够的临界质量来进行系统性变革呢？谁知道它会如何、在哪里、何时出现和发生？我只知道我们必须继续相信；因为我们站在科学、道德和未来的一边。正如英国政治家、前国会议员、作家和社会主义活动家托尼·本恩（Tony Benn）所说：

“没有最终的胜利，正如没有最终的失败。只有同样的战斗一次又一次地进行。因此，坚强起来，该死的坚强起来！”