



Saving Normal

An Insider's Revolt Against
Out-of-Control Psychiatric
Diagnosis, DSM-5, Big Pharma,
and the Medicalization of Ordinary Life

失控的精神醫學

Allen Frances
艾倫·法蘭西斯-著
黃思瑜-譯

救救正常人

SAVING NORMAL: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis,
DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life

Copyright © Allen Frances 2013

Copyright licensed by Conville & Walsh Limited

Through Andrew Nurnberg Associated International Limited

Chinese (Complex Characters) copyright © 2015

by Rive Gauche Publishing House, an Imprint of Walkers Cultural Enterprise, Ltd.

ALL RIGHTS RESERVED

左岸 | 社會觀察 220

救救正常人

作者 艾倫·法蘭西斯
譯者 黃思瑜
總編輯 黃秀如
責任編輯 許越智
特約編輯 柯若竹
封面設計 張瑜卿
電腦排版 宸遠彩藝

社長 郭重興
發行人暨 曾大福
出版人總 監
出版 左岸文化事業有限公司
發行 遠足文化事業股份有限公司
231新北市新店區民權路108-4號8樓
電話：02-2218-1417
傳真：02-2218-8057
客服專線：0800-221-029
E-Mail：service@bookrep.com.tw
左岸文化部落格：<http://blog.roodo.com/rivegauche>
法律顧問 華洋法律事務所 蘇文生律師
印刷 成陽印刷股份有限公司
初版 2015年5月

定價 380元

I S B N 978-986-5727-18-5

有著作權 翻印必究（缺頁或破損請寄回更換）

國家圖書館出版品預行編目資料

救救正常人

艾倫·法蘭西斯作；黃思瑜譯。

-- 初版.-- 新北市：左岸文化出版：遠足文化發行，2015.05
面：公分.-- (左岸社會觀察；220)

譯自：Saving normal : an insider's revolt against out-of-control
psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the
medicalization of ordinary life

ISBN 978-986-5727-18-5(平裝)

1. 精神醫學 2. 精神診斷學

415.95

104003782

救救正常人

失控的精神醫學

Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control
Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the
Medicalization of Ordinary Life

艾倫·法蘭西斯 (Allen Frances) 著

黃思瑜 譯

目次

前言 —— 0 0 5

第一部 四面楚歌

第一章 甚麼是正常？什麼是異常？ —— 0 2 1

第二章 從巫醫到心理醫師 —— 0 6 1

第三章 濫診 —— 1 1 5

第二部 精神疾病熱潮有害健康

第四章 過去的熱潮 —— 1 6 5

第五章 現在的熱潮 —— 1 9 1

第六章 未來的熱潮 —— 2 3 3

第三部 回到正常

第七章 不再過度診斷——283

第八章 當個聰明的病人——309

第九章 精神醫學的大壞與大好——327

終章——377

致謝——383

注釋——386

前言

「我可以計算星體的運動，但無法衡量人類的瘋狂。」——牛頓

有時候在雞尾酒會這種場合，謹守本分反而會惹禍上身。時間是二〇〇九年五月，美國精神醫學學會（American Psychiatric Association，簡稱APA）在舊金山亞洲藝術博物館舉行年度大會，這場宴會是辦給與會精神科醫生的聚會。禍首則是一起爭議不斷的公共議題——「正常」的本質是什麼？定義正常時，精神醫學扮演的角色是什麼？這個話題引起激辯，我不巧也被捲進去了。

我只是恰好進城辦事，一點都不想去開會，但可以在宴會上跟老朋友敘敘舊，機會難得。我脫離精神醫學圈將近十年有餘——爲了照顧生病的妻子，管教那群無法無天

的孫子，讀讀書，賴在海灘上，就提早退休了。在那之前，我在職場上衝勁十足，根本就符合過動的標準。一邊帶領第四版DSM的編撰工作小組，一邊擔任杜克大學精神醫學系主任，治療許多病人，作研究，寫書又寫論文，好像老是在跟時間賽跑，屢戰屢敗。光是偷偷讀一下《紐約時報》的運動版都感覺像是偷來的禁忌享受。現在能夠好好放鬆，讀讀修昔底德（譯注：Thucydides，古希臘歷史學家，最有名傳世著作為《伯羅奔尼薩戰爭史》），感覺陽光灑在臉上，微風吹拂我稀疏的頭髮，真是好不愜意。我沒有電子郵件信箱，找我的電話不多，除了照顧家人之外，肩頭無事一身輕。

我只有個迷信——雖然毫無道理，但是我一直堅信均衡法則，也就是最後總會一報還一報。雖然知道並不是這樣——但是迷信是很難破除的。宴會那晚，主掌機率的眾神覺得百般聊賴，決定拿我來找點樂子。他們掐指一算之後嫌我的生活太過無憂無慮，何不如，讓我意外捲入幾場辯論，打亂我的安寧生活？一個小時還沒過完，我就再也無法作壁上觀。這場內戰關乎精神醫學核心，爲了要保護正常人不受醫療宰制，遏阻精神醫學過度擴張，我不得不選邊站，打這場幾乎是大勢已去的戰爭。

爲何挑上我？又爲何挑在那天晚上？那時有幾位朋友興高采烈地說著他們在DSM第五版籌備過程中的關鍵角色，難掩興奮之色。DSM是《精神疾病診斷與統計手冊》

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) 的縮寫。直至一九八〇年，DSM都還是默默無聞、乏人問津的小冊子，實際也該如此。接著第三版DSM一躍出場，這本書非常厚實，迅速成爲文化指標，長年蟬聯排行榜冠軍，還被過度吹捧，成了精神醫學的「聖經」。因爲界定了正常與精神疾病的分野，DSM具重要社會意義，左右各種會對我們生活會造成巨大衝擊的事務——譬如說誰健康、誰有病；醫療院所該提供何種治療；誰支付醫療費用；誰能獲得殘障補助；誰有資格申請醫療、教育、就職等服務；誰獲得聘任，誰可以領養小孩、開飛機或是有資格買壽險；殺人犯究竟是罪犯或是精神病患；官司的賠償要多少等等，族繁不及備載。

二十年參與定期編修DSM（包括第三版、第三修訂版、第四版）工作的經歷，讓我清楚這本手冊的缺點，任何隨修改而來的風險也讓我戒慎恐懼。另一方面，我的朋友們還是新手，對編寫DSM第五版的任務滿懷熱誠。他們想要加入許多新的精神疾病分類，並放寬現有疾病的診斷規定——他們高估了預期的好處，忽視了缺點。

我理解他們滿懷抱負，渴望開拓新氣象。回想一九八七年，得知要主持DSM第四版的工作一週之後，我在海灘上漫步了許久，思前想後不符合我的個性，但有許多事情得想清楚。我忖思著各種革新精神醫學的可能方式，那一小時裡，權力感讓我熱血沸

騰。我擔心精神醫學診斷衝過了頭，變得太快——類別太多，確診的病人太多。我想出了三個好點子，提高原本太過寬鬆的疾患診斷標準，終止或剔除不怎麼合理的疾患，用彈性的數字說明人格，取代僵化的名稱。

到了第二個小時，我開始面對現實，不得不把每個得意的計劃一一戳破。現在回想起來，我領悟到努力解決問題反而會製造新的問題。再者，更重要的是，我發現我（或是其他人）信不過自己跟我偏愛的這些想法，因為毫無依據。任何診斷體系的變更都應該要有科學的支持，以證據為準，不該受我個人或是其他人突發奇想而左右。DSM第四版的編輯方式應該強調制衡，預防個人主觀、專斷、創造疾病。我們要求，新的診斷類別提案應接受科學文獻的檢驗，立意在於關注風險及缺失，要不厭其煩地重新分析資料，進行實地試驗，完全排除風險，或是剔除缺乏科學支持的部分，甚至兩者都做。我當時直覺認為，如此高標準應該能擋下大部分的變動，後來果真如此——最後收到的許多變更提案都沒有足以令人信服的科學數據佐證。神經醫學相關的基礎科學，每天都有讓人興奮的新發現，讓我們更深入了解大腦運作方式，但是沒有任何一項可以應用在診斷病人與治療上。

我知道我們禁不起第四版DSM出錯，哪怕是小錯也不行。DSM影響力過大，不

但危及自身也危及社會，哪怕是再微小的改變也會釀成大禍，現在眼看D S M第五版即將鑄下大錯。這些朋友興高采烈地推動新疾患，總共會創造好幾千萬的新「病患」。我預見D S M第五版的診斷像天羅地網一樣，許多相當正常的人都逃不過，我擔心許多人會接受不必要又有潛在危險副作用的治療。藥廠正磨刀霍霍，盤算著如何施展高明的疾病推銷術，從這些令人垂涎的新目標身上大撈一筆。

因為有過慘痛的切身經驗，我對風險再了解不過——儘管我們努力控制濫診猖獗，仍然不斷有人濫用第四版D S M，灌水診斷。雖然我們把目標設得謙卑平淡，對方法吹毛求疵，成果嚴謹保守，仍然無從預測或預防三大新的兒童精神疾病——自閉症、過動症與兒童期雙極性疾患——的假疫情。我們眼睜睜看著濫診猖獗，將精神醫學疆域擴張至其能力所及範圍之外。如果連內容謹慎、品質基本上很好的第四版D S M都弊大於利了，那麼D S M第五版成書粗糙，不自量力卻野心勃勃想「轉移典範」，又可能會帶來什麼負面影響呢？

被亂貼標籤的新「病患」跟整個社會都要付出很高的代價，我實在是無法視而不見。就是因為濫診，依賴抗憂鬱劑、抗精神病劑、抗焦慮藥物、安眠藥及止痛藥的人口太多，造成一個愛吞藥的社會，美國成年人中，五位當中就有一位使用至少一種精神問

題藥物，二〇一〇年，百分之十一的成人及百分之二十一的美國女性服用抗憂鬱劑¹；將近百分之四的孩子都在服用興奮性藥物²，百分之四的青少年正在服用抗憂鬱劑³；四分之一的安養之家療養者在服用抗精神病藥物⁴。二〇〇五年至二〇〇九年期間，加拿大中樞神經興奮劑的使用率增加了百分之三十六，血清素回收抑制劑（SSRI）多了百分之四十四⁵。

草率的診斷導致舉國藥物濫用，我國有百分之六的民眾有處方藥物成癮問題，比起非法街頭毒品，現在有更多合法處方藥物釀成的緊急送醫事件⁶。如果輕率使用藥廠的產品，製藥公司就跟毒梟一樣危險。給個佐證：二〇〇五年開始，我國現役部隊中開立的精神病處方藥物成長了八倍之多，十分驚人。共有十一萬士兵現正服用至少一種精神治療藥物，令人難以置信，許多人服用不只一種藥物，每年都有好幾百人因為意外過量服用致死⁷。

精神科藥物現在是製藥公司的明星金雞母——二〇一一年，抗精神病藥物帶來超過一百八十億營收（占所有藥物銷售的百分之六，讓人咋舌）；抗憂鬱劑一百一十億，注意力不足過動症（ADHD）將近八十億⁸。抗精神病藥物花費成長三倍⁹，一九八八年至二〇〇八年抗憂鬱劑藥物使用率將近成長四倍¹⁰。開處方的醫生也是越俎代庖，八

成的處方藥物都是由基層醫療醫師開立，他們沒有受過太多訓練，不知如何正確使用這些藥物，藥廠業務跟觀念錯誤的病人又給他們極大的壓力，更別說看診的時間只有七分鐘，過程匆促，缺乏審核機制¹¹。

另外，醫療資源分配失當、顛倒錯亂：太多正常、健康的「慮病者」接受治療、造成自身傷害，那些真的生病急需治療的人，能獲得的協助卻少之又少。三分之二的重鬱民眾沒有獲得治療，許多受精神分裂症所苦的人下場是被關起來。山雨欲來風滿樓，「正常人」極需脫困，生病的人迫切需要治療。但是DSM第五版似乎反其道而行，納入了新的各種診斷，普通日常生活的焦慮、怪癖、健忘、不健康的飲食習慣都成了精神疾病。隨著精神醫學擴張勢力，許多該看成正常的人被劃入版圖，真正生病的人備受忽視。

有人說黃泉路就是由好意跟出乎意料的負面後果鋪成的。DSM第五版工作團隊天真的熱忱讓人駭異，他們看到的黃金機會在我眼裡是重大危機。診斷浮濫對我們——個人及社會——的健康有害。

我和業界的一位朋友討論了一番，我和他的交情最深，目前為止最讓我坐立難安的就是這番討論。這位朋友充滿智慧，經驗豐富，人格高尚，致力於減少精神分裂症帶

來的傷害，並以此為終生職志。他深信DSM第五版可以帶來煥然一新的變革，第五版的編者將成立一項新診斷類別，名為「精神病風險症候群」，鼓勵早期發現，針對可能會精神分裂的青少年投以預防性治療。我的朋友希望可以及早預防取代事後的治療，以求事半功倍。一旦大腦生病，就很難再痊癒了——大腦製造妄想跟幻覺的迴路越常使用，就越難關掉。如果可以一舉預防或阻絕精神分裂症，至少可以減輕這個疾病的整體負擔，豈不是太棒了。

我朋友的目標很崇高，但其中卻有五大嚴重缺陷。缺陷一：「精神病風險」一詞聽起來很嚇人，大部分獲此診斷的人實際上是被貼上錯誤標籤，畢竟照常理來說，只有極低比例的人會罹患精神病。缺陷二：就算這些人真的有罹患精神病的風險，我們也沒有有效、確切的方法可預防發病。缺陷三：許多人會被連帶波及——服用不必要的抗精神病藥物，造成肥胖、糖尿病、心臟病，還可能縮短壽命。缺陷四：這個名詞的言外之意會讓人以為精神病到處都有，想想看這會帶來多少汗名與恐慌。缺陷五：從什麼時候開始，「風險」跟「生病」成了同一件事了？我想改變他的想法，但徒勞無功，連稍稍讓他打開心防也辦不到。現在醫生在診斷實務中已納入「精神病風險症候群」。無疑地，我朋友的夢想產生意料之外的後果，成為一場噩夢般的災難。

我在宴會上四處走動，遇到許多其他參與DSM第五版工作的成員，書中的創新內容讓他們得意洋洋，躊躇滿志，我很快就發現自己也符合他們在DSM第五版裡納入的新診斷類型。大啖美味甘甜的蝦子跟肋排就是「狂食症」(Binge Eating Disorder)；忘記名字跟認不出臉來則是「輕度認知障礙症」(Minor Neurocognitive Disorder)；煩惱憂愁是「焦慮與憂鬱混合症」(Mixed Anxiety/Depressive Disorder)；妻子過世的哀慟屬於「重鬱症」(Major Depressive Disorder)。眾所周知，我老是閒不下來又注意力渙散，都是「成人注意力不足過動症」(Adult Attention Deficit Disorder)的明顯跡象。跟老朋友愉快敘舊了一小時之後，我已經獲得五種DSM疾病診斷。喔，別忘了我的四歲同卵雙胞胎孫子——他們鬧脾氣不只是純粹讓人抓狂而已，還罹患了「情緒失調症」(Temper Dysregulation Disorder)。

DSM第五版顯然會掀起波瀾。該怎麼辦呢？曾有幾次有人請我出面表態，我都拒絕了。DSM三的主要推手羅伯·史匹澤(Robert Spitzer，譯按：美國精神科醫師，主持第三版DSM〔一九八〇年出版〕編撰工作，也是將同性戀從疾病診斷裡移除的關鍵人物，為建立現代精神疾病分類的主要推手)是精神醫學界了不起的開創者，長年來都在向大眾示警，他很不滿美國精神醫學學會為了保障該學會的「智慧財產權」，

強迫DSM第五版的參與人員簽下保密合約。絕不可爲了出版牟利而踐踏了不可或缺的透明度，這樣才能編撰出安全優質的DSM。羅伯對極了，這點我很明白。他常常請我幫忙，一起將DSM第五版導上正軌，我卻一而再再而三地拒絕公開表態，真是羞愧極了。我這輩子總是想要遠離紛爭，更何況是這種絕對吃力不討好的事情。我也覺得，對後繼者的表現發表評論並不妥當，也知道羅伯是位不屈不撓的優秀鬥士，讓他獨當一面就綽綽有餘了。

但是在宴會上的討論讓我坐立難安，我終於動搖了，不得不加入戰局。DSM第五版的編輯流程不僅黑箱作業，更可能編出非常危險的版本。如果DSM第五版納入「精神病風險」，無辜的孩子可能會因爲假診斷服用不必要的藥物，進而患上肥胖症甚至早夭。既然DSM第五版將引起公共衛生問題，大眾應要能表達意見才對。羅伯自己一個人就能挑起重責大任，我發現用這種藉口脫身很自私又窩囊。我得冒著破壞友誼的風險，倒戈挑戰精神醫學組織，還要離開我鍾愛的海灘。羅伯的妻子潔娜·威廉斯（Janet Williams）剛好也在晚宴上，她也深入參與DSM-3的成書過程，我走過去告訴她，羅伯可以算我一份。DSM第五版實在是太重要了，不能讓這本書落入一群心懷好意，但卻走上嚴重歧路的「專家」手上。

再回首已是四年後了，我跟A P A的高層談過，寫了四封示警信給A P A理事，張貼了無數封部落格文章，發表了數不清的社論與論文，在專業及大眾場合演講，上廣播及電視節目，警告大家D S M第五版會給正常人貼上錯誤的標籤，帶動濫診，助長失當用藥。不是只有我一個人想要拯救正常人，許多人包括心理健康組織、專業期刊跟媒體都大聲疾呼，提出相同警告。我們發揮了些正面影響，D S M第五版拿掉了幾項最危險的新診斷提案，不過整體說來，我們還是輸了。D S M第五版把精神科診斷推上了錯誤的方向，將造成新一波的假診斷疫情，以及更加毫無節制的藥物濫用。D S M第五版本來的正確目標應該是約束診斷、抑制濫診，而不是變本加厲毫無根據地灌水診斷及治療。

精神醫學往極端方向發展，這本書是我的回應——一部分在懺悔，一部分批評，並且提出呼籲。透過本書，讀者可得知圈內人的絕望觀點，了解弊端，我也提出務實的發展規劃，讓精神醫學回到安全理性的軌道上。我的目標不只是出一份力「拯救正常人」，也想幫忙挽救精神醫學，這是個神聖又缺之不可的行業，基礎穩固，只要作法得當就能有非常好的效果。這個領域的成果跟其他醫療專科比起來毫不遜色，尤有甚者¹²。能夠擔任心理健康照護者是種榮幸——我們深入了解病人，撫慰他們的悲傷，設法

協助他們自己走出來。我們可以治癒許多人，幫助大部分的人，並提供所有人同理心跟諮詢，但是精神醫學也得謹守本分，堅持這行最擅長的事情——幫助真的有需求、也能夠從我們的工作當中獲得最大益處的人。我們不應該把那些基本上正常的人變成病人，然後忽略那些真正生病的人。

當然越俎代庖的醫療專科不是只有精神科而已——我們不過是美國鋪張浪費國情中的獨特案例。商業利益已綁架了醫療企業，利潤先於病人，貪婪的濫診、過度的檢查跟治療，形成一股狂熱。我們花健康照護上的經費是其他國家的兩倍之多，成果卻普普通通不足稱道。有些國民因為太多的醫療照護而受到傷害，遺憾的是，其他人則是被忽略了而受到傷害。醫藥及精神醫學兩者皆非常需要約束、去蕪存菁，整頓並調整方向。

真正的精神疾患需要立刻診斷，積極治療——病人並不會自行好轉，拖得越久就越難治療。另一方面，我們與生俱來的韌性、時間的療效則是良方妙藥，能解決人生躲避不掉的問題。人類是生命力強的物種，先人們想方設法，熬過艱難每一天，避開無所不在、遠超過我們想像的凶險，經過世世代代，我們成功活了下來。人類的大腦及社會結構已經能因應最嚴峻的狀況——靠自己就能解決生活中大部分的問題了，醫療介入經常成事不足、敗事有餘。當社會開始用批發的方式治療正常，我們也遠離了自己強大的自

我療癒能力，也忘記了大部分的問題都不是病，不是吞顆藥丸就能迎刃而解。

不過寫這本書也有一個非常嚴重的危險，若不是不寫更危險，不然我也不會動筆。我的噩夢是有些人會斷章取義，下了完全錯誤也非我本意的結論，以為我反對精神科診斷及治療。書中對精神醫學執業過當提出批評，有些人可能只看得到批評卻忽略我對精神科治療得宜時的大力背書。DSM第四版的編撰經驗讓我學到一課，任何字眼，只要可能被誤用或誤解，那就一定會有人利用它。書寫者不但要注意該如何正確遣詞用字，也要事先預料到扭曲文意會帶來的結果。山達基教派（Scientology，譯按：創立於一九五二年的宗教團體，以科學旗幟號召信徒，快速擴張，坐擁龐大資產，爭議不斷，美國影星湯姆克魯斯、約翰屈伏塔皆為其信徒）跟其他狂熱反對精神醫學的團體早已大量斷章取義引述我的文章。這本書也會被他們用一樣的手法濫用，嚇阻迫切需要精神科醫生協助的人不要接受治療。假設這些事件環環相扣——有些人對我的本意有粗淺的誤解，需要醫療的人斷然中止治療導致病情復發，併發自殺或暴力行爲。就算沒有直接的責任，我也是會不好受。

儘管有這些現實的考量，我還是決定放手一試，寫下這本書，因為目前我國精神科藥物的濫用情況益發嚴重，社會危機迫在眉睫。本書希望同時達到兩個目的——首先是

警告不需要治療的人遠離醫院，但也同樣鼓勵需要治療的人主動尋求協助並堅持下去。我只批評精神醫學逾越本分，並非批評其核心或精神。「守護正常人」跟「守護精神醫學」實際上是一體兩面。精神醫學應該停下腳步，不該貿然闖入禁區。另一方面，有股強大勢力想說服大家人人有病，我們也該保護正常人，不受影響。

第一部
四面楚歌

第一章 什麼是正常？什麼是異常？

正常的大水池正在縮減成小水窪。

——英國臨床心理學家緹兒·威克思 (Til Wykes)

在我們動手拯救正常之前，我們得先搞清楚什麼是「正常」。各位讀者可能認為正常是個親民的詞，對它的普及程度很有信心，跟異常 (abnormal) 比起來穩穩占了多數優勢。我們不費吹灰之力就可以定義「正常」，當個正常人也應該不是什麼了不起的成就。但並非如此。正常早已式微，四面楚歌，令人不勝唏噓。字典無法提供令人滿意的解釋；哲學家爭辯其意義；統計學家與心理學家量了又量，就是不能掌握其精髓；社會學家質疑正常是否放諸四海皆準；精神分析學家懷疑其存在；治療身心的醫生們又忙著

蠶食其疆界。正常快要站不住腳了——只要我們檢查得夠努力，每個人最後或多或少都有病。本書的宗旨就是要阻止這股風潮勢如破竹、節節進攻，好拯救「正常」。

字典怎麼定義正常？

正常 (normal) 這個詞用在許多不同領域當中。這個字在拉丁文裡誕生，指的是木匠的丁字尺，現在幾何學仍沿用這個詞描述直角及垂直面。順理成章，這個詞就被延伸解讀，用來描述正常心智的各個面向，包括普通、標準、一般、例行、典型、平均、平凡、意料中事、習慣、普遍、共通、守規矩、通俗、正確或慣例。至此，正常又更進一步被用來形容健康的生理及心理功能——無生理疾病也無心理疾病。¹

「正常」一詞在字典裡的解釋都是看似有理的套套邏輯：要知道什麼是正常，就得先認識不正常。猜猜看字典怎麼定義異常——不正常、不規律、不自然、非典型、反常或違反常態的事物。不就是鬼打牆嘛——每個詞的定義皆為另一者的反面，兩者都沒有真正的定義，也沒有有意義的界限劃分。

「正常」及「異常」這兩個相反的詞彙引發一種熟悉的認同感及錯誤的熟悉感，

我們用直覺、空泛的方式理解其意義，但等到要細究的時候，卻發現根本就很難精確掌握。根本就沒有放諸四海皆準、一點就通的定義可以解決現實世界的分類問題。

哲學的看法？

讓人訝異的是哲學界的看法不多。哲學一直以來就不斷深入探究大概念，例如現實與虛幻、如何認識事物、人性的本質、真理、道德、正義、責任、愛、美、偉大、善、邪惡、死亡、不朽、自然定律等等。「正常」就成了遺珠——大概太普通又無趣，無法用哲學深入探討。

到了啓蒙時代，正常終於獲得矚目了，當時的人想要用哲學解決一般生活中的世俗問題。效益主義提供了第一個、也是唯一的務實哲學指南，說明「正常」及「精神疾病」的界線該如何界定，範圍在哪裡。假設的前提是「正常」並沒有放諸四海皆準的意義，也無法靠曠日廢時的哲學演繹得出精準定義——正常大致是見仁見智的，因時因地因文化而變化。按照這個假設，「正常」與「精神疾病」的分野不應以抽象的思考為準，而要看不同選擇的後果好壞來衡量與決定。始終都要追求「絕大多數人的最大利

「益」²，衡量效果最好的方式再作決策。

但就算是務實的效益主義者也不否認，還是有不確定的事情，甚至更糟，搞不好是危險的價值地雷。「絕大多數人的最大利益」說得好聽，但是要怎麼設定量化的方法，又要怎麼決定什麼是利？現在在德國，效益主義是非常不受歡迎的，這也難怪，因為希特勒讓效益主義蒙上洗刷不掉的臭名。第二次世界大戰期間，德國人民的暴行當時在統計學上是正常的，但不論在古在今都是絕對異常的——當時效益主義提供了正當的立場，證明優越種族的最大利益是必要的。統計學的「正常」（基於當下普及的情況）暫時強壓過了先天性的「正常」（世界應然的狀態，或是長久以來的價值）。

效益主義落到了錯誤的人手上，善良的價值被忽略，被惡人給扭曲，但要劃分精神「正常」與精神「異常」的界線，要完成這個艱鉅任務，它仍然是最佳或是唯一的哲學方針。這是第四版DSM採取的方針。

統計學是否可以決定正常？

正常在前面已經把語言學跟哲學耍得團團轉了，接下來也打敗了統計學。大家可能

會覺得訝異，統計學看起來最適合定義正常了，只要改變分析方法，從文字遊戲變成數字遊戲就可以了，答案可能就藏在對稱得極為漂亮的正常鐘型曲線中。但無論如我們如何測量，永遠都不會有絕對完美又能複製的正確答案。就算再怎麼小心翼翼，量尺有多好，每一次測量總是會有或多或少的誤差，讓我們沒有辦法得到一樣的答案。我們根本就不可能掌握絕對精確的事物本質，但是如果厭其煩量測足夠的數量，就會有驚人的結果。雖然沒有一項測量是完全準確的或是可預期的，整體數據加總起來之後，就成爲一條最漂亮的曲線，幾乎可以完美預測出分布結果。曲線的頂端是最普遍的數據，接著曲線雙側照數量遞減下滑，離黃金平均值越來越遠。

鐘型曲線解釋了許多生命運作的方法——大部分與自然及人類相關的事物都按照這個形狀分布，圍著平均值發散出去的曲線也有跡可循。宇宙中每一項可以感知的特性之分布形態都已經被測量過了，被人不辭勞苦地蒐集起來形成了龐大的數據組。奇蹟似地，看起來混成一團的數據最後總是會跑出一樣漂亮的「正常曲線」。這條曲線帶來了非凡的精確預測力量，幾乎囊括一切對人類及世界重要的事物。

人類在身體、情緒、智能、態度與行爲各方面有豐富多元的特色，但是我們的多樣性並非完全隨機出現。「正常」來說，任何延續於人類群體中的特性都呈鐘型曲線分

布。智商、身高、個人特質都集中在黃金平均值周遭，離群值則對稱分布於兩側。

最爲扼要俐落、有條有理的說明方式就是標準差 (Standard Deviation, SD) ——我們用這個統計學術語來描述量數在平均值周遭穩定、規律的分布情況。若某人的身高在平均值的標準差之內 (美國男性爲五呎十吋，標準差爲三吋)，就屬於多數人的區間，屬於百分之六十八的人口；在這些人當中，有一半的人比完全符合平均值的人稍微高一點 (最高至六呎一寸)，另一半的人比平均值稍微矮一點 (最矮至五呎七吋)。身高越來越高或是越來越矮的人就會越來越少——鐘型曲線兩端延伸得越遠就越越來越單薄。只有百分之五的人口落在兩個標準差以外的地方——在遠端區塊有百分之二點五的人爲真的很高的男性 (超過六呎四吋)，矮個子的男性 (五呎四吋以下) 則占百分之二點五。這是鐘型曲線最右側跟最左側的區塊，離大多數的黃金平均值很遠。假設我們再推得遠一點到三個標準差——我們就進入了非常少人的區間，只有少數男性超過六呎七吋或是低於五呎一寸。

現在回到眼前的問題——我們可否用簡單精準的方式以數據定義精神正常？鐘型曲線能不能作爲判斷誰精神正常，誰又不正常的科學準則？概念上來說，答案是「有何不可」，實務來說，答案則是「千萬不行」。理論而言，我們可以斷然判定我們之中困擾

最多的人（百分之五、百分之十、百分之三十等等）符合醫學定義、患有精神疾病，而剩下的人是正常人。然後我們可以開發調查工具、為每個人作評量打分數，畫出曲線，拉出界線，這樣就可以標注生病的人。但這並不是實務的作法。有太多的統計面、脈絡面、價值面的判斷讓簡單的統計解決方法變得複雜重重。

首先，不論劃下了什麼樣的界線，緊鄰界線兩邊的人看起來都完全一樣——說一人有病而另一人健康實在說不過去。六呎三吋的人跟六呎四吋的人都是高個子啊！百分比也是個問題，在發展中國家，臨床心理師人數不多，只有病得非常嚴重的人才算是精神疾患，以此劃出界線，只有百分之一的人口異常。在治療師飽和的紐約市，罹患精神疾病的門檻大幅下修，百分之三十以上的人會被劃入異常。一切都取決於主觀判斷，這條漂亮的曲線沒有辦法告訴我們該如何劃出界線。³

我們必須承認，沒有任何簡單的標準可以用來判斷有多少人異常。上至夸克下至無尾熊，正常曲線告訴我們很多事物的分布狀態，但是並沒有辦法為我們決定正常的界線到哪為止，異常又從哪開始起算。一個大吵大叫的精神病患偏離平均值的程度大到你的姑媽也分辨得出來是精神疾病，但是平常的焦慮悲傷要多嚴重才算是精神疾病，要怎麼判斷呢？有一件事情不言自明。從統計面來看，硬是要撐開精神疾病的範圍，使得接近

平均值的人符合資格，十分荒謬。大部分的人應該都是正常吧！

醫生怎麼判斷正常？

十九世紀晚期之前，醫界還是認為四種體液的相對含量決定了健康與疾病——血液、黏液、黃膽汁與黑膽汁，並把這種理念奉為金科玉律。現今看來怪異又不合常理，但是這是人類留傳最為久遠的理論之一（比太陽繞著地球轉的教條延續得更久）。體液理論是世界上智力超群的人好幾百代以來的共通信念，總共主導了醫術四千年。要成為正常人，入場券就是讓體液達到完美的平衡與和諧——不多也不少。直到十九世紀晚期，生理學、病理學、神經科學好不容易有了破天荒的進展，才把體液理論塵封進古老的醫學百寶箱裡。⁴

只不過，雖然現代醫療科學成就絕倫，卻還無法提供「健康」或「生病」的有效定義——身體與精神領域皆然。嘗試的人前仆後繼，通通功敗垂成。拿世界衛生組織的定義來說好了：「健康不只是沒有疾病，而是生理、心靈及社會關係皆圓滿。」⁵ 如果要符合這個不可思議的高標準的話，有誰敢說自己健康呢？當健康是一種無法企及的概

念，人人或多或少都一定有病的話，健康就失去價值了。這個定義也缺乏包含文化脈絡的價值判斷。誰有資格定義什麼是才是「完整的」生理、心靈及社會關係？如果有人因為努力工作而身體痠痛，他生病了嗎？因為失望、家人失和而難過，是不是生病呢？窮人是不是天生就比較不健康？因為他們資源較少，無法符合「健康」標準，達不到所謂的健全狀態。

當代的健康定義比較實際，它著重的不是生命的完美，而是沒有已知的疾病。這個說法比較好，但是沒有明白定義身體疾病，當然也沒有納入時間、地點與文化等層面。血壓、膽固醇、血糖、骨質密度這種長年的身體狀況要如何定義正常？老人體內緩慢發展的攝護腺癌，視作疾病並積極治療，是否為最佳之道？還是就順其自然，因為治療所帶來的危險比忽視來得更大？大家都知道，老年人普遍記憶力衰退，這算是失智症或是大腦老化後無可避免的退化呢？矮小的孩子只是個子小或還需要注射荷爾蒙？⁶

為何沒人作實驗來定義精神正常？

在已知的宇宙中，目前人腦是最為複雜的，大腦有一千億神經元，每一個神經元都

與另外一千個神經元連接——加起來總共有一百兆突觸連結。平均每秒有一千個訊號透過每一個突觸傳送，每個訊號透過一千五百個蛋白質調控，又由十多個甚至數十個神經傳導物質傳遞⁷。大腦的發展更是不可思議——神經細胞照順序如跳著精心安排的舞步般移動，仿如奇蹟。每個神經細胞就是知道如何找到正確的点，連接對的地方。想到過程中有這麼多步驟，還有各種出錯的可能，你大概會把賭注下在莫非定律跟混沌理論這邊——大腦正常運作的機會並不樂觀。不過奇怪又美好的是，大腦功能如常，精密細微的DNA工程要完成以兆計數的步驟，結果令人不敢置信。但是所有超級複雜的系統總會偶爾混亂出錯，各樣不同的錯誤可能真的會發生，於是造成了各種疾病，而醫學也因此很難有大幅進展。

整部生物學史中，最振奮人心的兩大進展就是解開大腦運作之謎及破解基因密碼。如此快速又長遠的進展真是讓人始料未及，但是同樣也有讓人十分洩氣之處，雖然我們發現了許多大腦運作的知識，卻還沒找到方法把基礎科學應用在臨床精神醫學上。儘管分子生物學、基因及顯影是功能強大的新工具，但目前仍無法進入精神醫學實驗室，協助研究失智症、憂鬱症、精神分裂、雙極性疾患、強迫症或其他精神疾病。希冀破解簡單的一個基因、神經傳導物質、大腦迴路就可以治療所有精神疾病，根本是緣木求魚。

醫學尚未有單一的臨床測試方法可以判別精神病，從正常狀態到各種精神疾病，彼此的差異極大，同一種精神病類別之內的差別更大。儘管生物學一直有突破性的新發現，卻沒有一樣夠格成爲臨床診斷標準。大腦的研究並非易如反掌，針對數百個可能的生物標記，已有數以千計的研究，但目前一無所獲。爲何會有這麼驚人落差——了解甚多，實用的卻很少。如同諾貝爾醫學獎得主羅傑·斯佩里（Roger Sperry）的得獎致詞：「我們學得越多，就更加理解，每個心智皆有獨一無二的複雜特質。我們越來越深信不移，大腦網絡有種與生俱來獨一無二的特性，比起來，指紋或是臉部特徵的獨特之處就顯得粗糙而簡陋了。」⁸要梳理出精神疾病底下的各式運作機制需要花上好幾輩子的功夫。精神分裂症不會只有一種致病途徑，可能會有好幾十個、好幾百個甚至數千個。

大腦的神祕面紗只能慢慢、一點點地揭開。每個讓人興奮的發現後來都是吊人胃口——沒有簡單的答案，這次的研究成果無法複製到下一次，揭露的歧異、複雜特性比解答來得更多。用棒球來作比喻——在這個領域裡，沒有大滿貫也沒有保送，只有數不清的三振出局，最多就是一壘安打，這方便的研究領域是非常緩慢孤獨的苦差事，並非一蹴可幾。除非我們了解各種不同類型的精神病理學以及背後數不清的致病機制，才能找到生物標記界定正常與精神疾病。再也不會有牛頓、愛因斯坦或達爾文一類的人物可

以提出一套一以貫之、關於正常與精神疾病的生物理論——科學家只能保持耐心，加上經年累月的努力，研究上兆片巨幅拼圖中的一小片。這些科學家發現，精神疾病的成因（跟乳癌一樣），只能解釋一小部分的案例而已。我們即將能夠臨床診斷阿茲海默症的失智情況，精神醫學將邁出真正的一步，或許接下來幾年內就會有線上診斷。

缺乏生物試驗是精神醫學的一大缺陷，意味著我們所有的診斷都根據主觀判斷，根本就不可靠，容易說變就變，就像醫生要診斷肺炎，卻沒有任何方法可以檢驗出會引發不同類型肺部感染的病毒與病菌。

心理學是不是救星？

很遺憾，並不是。我們可以拿人來作心理測驗，看看是否能界定誰是正常人，誰不是，但就算測驗到他們淚眼婆娑、臉色發青，依然不會有什麼進展。心理學家用的測驗幾乎都有同樣的限制，也就是結果的分布就跟我們的老朋友——完美的鐘型曲線——一樣。測驗可以告訴我們某個人跟比較組的相對位置，精準的程度讓人佩服。某個人相對於平均值的標準差位置，具有相當程度的預測價值。但是測驗並不會告訴我們正常的切

割點在哪裡，正常取決於脈絡，並非測驗分數。

以智商測驗為例，比平均值一百低兩個標準差的智商數是七十，表示一個人可能在學校跟生活上都有困難，比正常高兩個標準差的智商是一百三十，我們可以預期這個人學業與事業順利，但是我們也沒有任何理由認為智商七十的人跟智商七十一，甚至是七十五的人有任何不同。智力測驗有五個百分點的誤差值，許多因素都有可能影響最佳測驗品質，有些人一生的表現比他們智商的測驗來得更好或更糟。

七十作為特殊的區隔點，到達這個標準就是明顯的智力缺陷，這純粹是爲了主觀方便，跟選擇最低分的那百分二點五人口一樣，沒有特別意義。這些人可能符合資格，能獲得協助或是免除某些責任義務，而分數接近他們或是幾乎一樣的人卻無此資格。但這個區隔點沒什麼神祕之處，不過就是低於一百兩個標準差的七十，在現實世界並沒有意義。依照狀況不同，分界點稍微高一點或是低一點，都一樣合理，甚至更爲公平。如果有更多資源，就可以提供給智商稍微比七十高一點的人特別協助，在某些地方，智商七十的人表現並沒有問題。而且誰說兩個標準差就應該是分界點了？爲什麼不是一、三或一點五個標準差？選擇總是主觀的，按其脈絡發展，並非按照數據。

這種區分法應用在其他方面問題更多。最近有個讓人忿忿不平的例子，最高法院有

項判決，宣布處決智能障礙者違憲。但為何智商標準是七十而不是七十一？攸關生死的大事全靠這種愚蠢、人爲又無鑑別度的方式來決定。¹⁰

如果精神醫學以兩個標準差（百分之二點五）爲分界點，斷然規定，遠離心理健康平均值的人才能確診有精神疾病，會發生什麼事呢？精神科醫生跟其他心理健康工作者很有可能失業，開始領取失業津貼。一百年前，精神治療只限於醫院收容的重症患者，醫院只雇用很少的人照顧他們。從那個時候開始，接受精神治療的人就開始沿著鐘型曲線往上爬，朝平均值靠近——目前有百分之二十到二十五的人口被視爲有精神疾病，超過五十萬的人口在照顧他們。我們可以設計標準的心理測驗，精確比較人與人之間的差異，但是卻無從決斷要不要用百分之二點五的人口數作爲正常與異常的界線。

社會學或人類學有沒有解答？

一樣也沒有。世界各地人類的習俗因時間、風土及文化而有巨大差異，因此並沒有現成、所有地方都通用的答案可以定義正常。列寧格勒圍城戰中，有一百萬左右的人寧可活活餓死，也不願打破常規，吃現成的人肉獲得蛋白質。（譯按：一九四一年德軍部

隊攻打蘇聯，蘇聯軍於列寧格勒擋下德軍攻勢，展開將近九百天的慘烈圍城戰役，直至一九四四年才脫困，估計約有一百二十萬人至一百五十萬人因圍城戰饑荒死亡。）相反地，對新幾內亞人來說，把剛死掉的敵人屍體煮來吃或是吃掉其大腦，則是十分正常，不用遲疑，這樣的情況直到晚近才有所改變。兩百年前，世界各地的正常結婚年齡大概是在青春期（在某些地方仍是如此），但是現在我們的社會則視其為犯罪。人類壽命越來越長，目前正常的結婚年紀沒多久之前還是理所當然的死亡年齡。

文化的普遍性（*cultural universal*）則是特例，也就是那寥寥幾條堅如磐石的文化規範（例如部落裡面禁止殺人、亂倫、某種類型的家庭結構等）。各個文化面臨不同的生存挑戰，對正常的概念也天差地遠。與世隔絕的伊努特人（*Inuit*，傳統生活領域位在北極圈內之民族，聚落分布於格陵蘭、加拿大、阿拉斯加、俄羅斯等地。獵捕海豹、鯨魚、北極熊、馴鹿等北極動物維生）讓妻子與路過的陌生人同床共枕，以避免近親繁殖。相反地，古希臘人及現代阿拉伯人則立下最嚴格的規定，避免女性接觸到陌生基因，好確保財產會照著父系血脈延續、繼承下去。極度需要攝取蛋白質的原住民認為螞蟻是十分正常的食物來源——然而在洛杉磯養成吃螞蟻的習慣可能會符合一項稱為異食症的DSM診斷。脈絡重於一切——殺掉危險的外來者是義舉又正常；在部落裡相殘則

是罪大惡極，不正常。

就算是在特定的時間與地點，也是有衝突矛盾的文化規範。一個世紀前，社會學之父涂爾幹蒐集了有趣的數據，記錄了道德正常與統計學正常間一如預期會有的分歧。¹¹ 各個人類社會都禁止犯罪，但是犯罪卻到處都有——從統計學角度來說非常正常，但是從法律角度來說卻一點都不正常。自殺是非常個人的決定，雖然各個社會都禁止，但驚人的是，各國的自殺率卻年復一年趨近。無所忌憚在黑道跟企業領導者間皆是被看重的特質，但是表現出來的方式卻非常不同，賞罰也天差地遠。

不同的人體內在結構也發展出不同的性別規範。男性較會爭取愛情及榮譽，以回應他們的生存需求：求偶、帶領族人跟別的部落戰鬥、狩獵。女性比較會有天生的哺育、食物採集的技巧。但是不同的個體與文化還是有巨大的差異，男性跟女性的行為更不可能有固定的正常標準。

至少到現在（臉書還沒成功把地球整合成一模一樣巨大、枯燥的社群網絡），正常還只是社會學裡的海市蜃樓，並沒有準則。

佛洛伊德怎麼說？

佛洛伊德絕頂聰明，只是在世的時候被捧得太高，以至於現在付出了代價，被嚴重貶抑。他對心靈運作的分析多少是亂槍打鳥。但是他還是揮出了一支全壘打，也就是強調天生的無意識本能有強大的影響力，主導著最爲崇高跟最爲平凡的日常行爲。佛洛伊德樂於探究夢、藝術作品、神話底下的相似處，以及它們與精神病患的神經及精神症狀的關係。他用夢去發掘症狀的意義，用症狀去發掘神話的意義，以病人的幻想詮釋哈姆雷特與伊底帕斯。文學與神話可以用來解釋病人的情況，病人的病情又可以回頭用來解析文學及神話。

精神分析針對的類型通常無所不包，但是有個明顯的例外——正常在這個領域無足輕重。佛洛伊德強調，我們全在同一條船上，在他眼裡，藝術家跟瘋子並沒有太大的本質差異，平常人每天晚上作夢的時候，跟這兩種人也十分相似。我們全都要壓抑禁忌的衝動，它們時時刻刻都等著在我們的夢裡、症狀或是藝術創作中冒出來——唯一的差異只在於各股衝動的平衡及表達的方式。對佛洛伊德來說，沒有人是完全正常的——每個

人都是神經病患者，需要更多的覺察。我們能企盼最成功的治療就是把神經病的痛苦轉變成日常的人類悲愁。正常並不存在，沒有分界標記指出誰一定要治療，或是治療何時要結束。¹²在精神分析艱鉅的發展過程中，大家心照不宣的最大矛盾就是，最好的病人就是根本就不需要精神分析的病人。

異常也很難定義

波諦斯 (Proetus) 是會變換形體的希臘海神，是命運三女神的護法。命運三女神知曉過去、現在、未來的祕密，但是波諦斯很狡猾，不願意透露他的知識——除非有人可以在他睡著的時候抓住他，而且在他一個接一個變換成恐怖難掌握的形體時都不放手，怒吼的獅子突然間可能變成流水、衝刺的公牛或是任何你想像得到的東西，要牢牢抓住可不是件容易的差事。波諦斯是流動的、虛無的、無定性、善變事物的化身，代表無法明確界定的事物。

「精神疾病」與「正常」兩者都是極度波諦斯式的概念——兩者皆無形無狀，複雜迥異，形態多變，我們永遠都不可能在兩者間建立固定的疆界。精神疾病的定義通常包

括痛苦、障礙、失能、失控或缺陷。¹³不過條列出來容易，真的要逐項檢查卻很難。痛苦、障礙、失能、失控或缺陷要到什麼程度？是哪種樣子的痛苦、障礙、失能、失控或缺陷？我檢視了數十個精神疾病的定義（也親自在第四版DSM內撰寫過一條定義），發現沒有一個能幫得上一點忙，既不能判斷哪種狀況應該視為精神疾病，也不能決定誰生病、誰心理健康。^{14 15 16 17 18}

由於缺乏有用的定義，精神疾病分類的核心就出現了裂口，造成兩個無人能解的難題：診斷手冊要納入哪些疾病？又該如何判斷一個人是否罹患精神疾病？老年健忘是病還是純粹年紀大了？評估一個人的時候，我們缺乏普及的精神疾病定義幫助我們判斷這個人是正常還是病人，瘋子還是壞人。^{19 20}

DSM-5內容包含的精神疾病尚未經過理性的篩選流程，不算正式成立。這些疾病進入醫療體系，沒被淘汰，並非是因為這些疾病符合獨立、抽象的普世定義標準，而是出於實務需求、過去的意外、積沙成塔、已有前例以及疏懶種種原因。^{21 22}這樣一來，DSM內的精神疾病像大雜燴一樣，內容不一致，也沒有井然區隔，就不足為怪了。有些精神疾病是短期的狀態，有些是終生的人格疾患。有些反映了內在的痛苦，其他的則是惡劣的行為。有些呈現的是正常人身上少見或是從來都不曾出現的問題，其他

的則是稍微嚴重重點的日常問題。有些是這個人內在的問題，其他是文化決定的。有些早在嬰兒期就發病了，其他則只在人生後期出現。有些影響思考，其他的影響情緒、行為、人際關係。有些比較可能是生理上的因素，其他比較偏向心理或社會因素。有些有好幾千筆的研究支持，其他的可能只有寥寥幾項研究。有些無疑該列入DSM，其他的可能不該列進去，可能需要刪除。有些定義明確，其他的沒有。這些可能的差異又有複雜的排列組合。

有時候我會打趣說，精神疾病的唯一定義是「臨床醫生治療，研究人員研究，老師們教導，保險公司理賠」。不幸的是，這個務實的「定義」彈性太大又囉嗦，有省事之嫌，只是因循舊習，而非遠矚高瞻。臨床心理醫師越多，會導致心理疾病的環境就越多。十九世紀中期對精神病患的初步調查，當中只列了六種病症，現在則有將近兩百種。新出爐的精神疾病有助於定義、解釋社會的隱憂，因此大眾對於精神疾病有看似永不餓足的胃納（甚至是饑渴），不但照單全收又為其背書。

疾病？迷思？還是另有真相？

趁著定義紛紜之際，有些反對精神醫學的激進批評者主張這個職業應該廢除。他們認為，既然精神疾病找不到明確定義，因此就證明它不是具有實用意義的概念——如果不是解剖學可以定義的疾病，就一定是「迷思」，犯不著大費周章地去診斷。有些自由主義者強調，病患有選擇的自由，應該保護其不受精神醫學魔爪的禁錮，這種立場十分吸引他們。他們極力想「解放正常人」，依此邏輯不斷發揮，甚至不合邏輯地主張每個人都是正常的。

只有那些在現實生活中沒有得過精神疾病、不曾與精神疾病共存或是治療過精神疾病的象牙塔人士才會相信這套老掉牙的理論。就算再難定義，精神疾病對那些受苦的患者跟照顧他們的人來說，仍然是讓他們痛苦不堪的實際處境。²³我們提出「救救正常人」這個口號，本意並非否定精神醫療診斷的價值，而是希望精神醫學能有所節制，發揮所長。過猶不及——不論是擴張精神疾病的概念導至正常人消失或是擴張正常的概念導致精神疾病消失都不好。

了解精神疾病本質——何者為是，何者為非——的最佳之道就是比較三種不同裁判裁示的好球壞球。大部分的時候，各派在知識論上最後的爭點，都是對於真實情況理解多少。

裁判一號：「有好球也有壞球，我說是就是。」

裁判二號：「有好球也有壞球，我看到什麼就是什麼。」

裁判三號：「我說是之前沒有好球也沒有壞球。」

裁判一相信精神疾病是真實的「疾病」；裁判三認為是想像出來的「迷思」，裁判二認為介於兩者之間——只不過讓我們當下多少有個好用的構想，能作最準的臆測，幫助我們分類精神疾病。²⁴

裁判一號認為我們有能力探查事物的本質，對此深信不疑。對他來說，透過科學研究，我們很快就能發現精神疾病的祕密。五十年前，大部分的生物精神醫學家都抱持著這種樂觀的態度，但是除了少數死忠派之外，這種樂觀正迅速退潮。科學家花了好幾十億的研究經費，都沒有辦法提出讓人信服的證據，證明精神疾病是有單一肇因的明確疾病實體。^{25 26 27}他們當時「發現」了好幾十個候選基因，但是後續研究證明，每個候選基因都是魚目混珠。精神疾病在表現跟肇因方面異質性太高，實在無法視其為簡單的疾

病，反倒是當前定義的精神疾病到最後都會演變成許多不同的疾病。到目前為止，裁判一號判定的都是好球。^{28 29}

裁判三號的觀點恰恰相反——出於懷疑論跟唯我論的態度，他們質疑人類是否真的可以掌控變化多端的真實，並理解事物真正的本質。裁判三號主張，精神疾病是反覆無常的「迷思」，有時還是有害的，不公平地限制了精神病患的選擇自由。他擔心發生滑坡現象，最後會影響到其他弱勢群體。^{30 31}實際上這種擔憂並不是杞人憂天，美國現在正濫用精神病診斷預防性羈押強暴犯，中國則是用來對付對腐敗有所不滿的老百姓，前蘇聯則是用來當藉口強制政治異議人士住院治療。

毫無疑問，我們一定要避免法律或政治權威濫用精神醫學為己用，但是裁判三號過度誇大了，精神疾病並非迷思。即使它並非明確的「疾病實體」（例如腦瘤或中風），精神分裂症的確會造成深遠的「不適」（譯按：英文疾病 disease 一詞由字首 dis 與字根 case 組成，前者意思為不、沒有，後者為安適），讓人痛苦及失去行為能力。精神疾病有明顯可以辨認的表現模式，也可以被確實診斷出來，會家族遺傳，與腦部顯影結果相關，病程可以預測，對特定治療有反應。對受精神分裂所苦的人跟其摯愛的人來說，精神分裂是實際的存在，並非精神醫學憑空捏造。

裁判二號對於虛無飄渺的真實掌控得最好，耐人尋味的一點是這是因為他知道並接受我們只能有片面的理解。當然，真實跟海神波諦斯一樣，不斷變形，極難掌握。毫無疑問地，事物真實的樣貌跟我們對事物的認知兩者之間有巨大的鴻溝（並非單單只有精神醫學如此）。我們的感官只能直接感受到已知宇宙的百分之四，剩下的能量與物質仍然是「暗的」。（譯按：美國航空暨太空總署於二〇〇〇三年發表最新測得的研究，宇宙當中只有百分之四是一般物質，百分之二十四是暗物質〔dark matter〕，百分之七十二是暗能量〔dark energy〕。）量子世界跟我們世界的分歧如此讓人驚異，就連可以用數學方法預測量子世界的物理學家也找不到直覺性的關聯。當我們用特定方式觀看光的時候，它就突然間從波變成粒子了。

變化多端的真實並沒有讓裁判二號退卻，我們並不需要完全感知或是充分了解世界背後的本質才能順利跟其打交道。感官知覺跟理解能力演化成如此，是因為那樣就足以應付日常生活中與哲學思考無關的求生任務。內心建構的真實並非盡善盡美，但是為不可或缺途徑，可以組織整理世界上讓人困惑的種種現象。

裁判二號「看到什麼就是什麼」。精神疾病並非一號裁判所希望的是真正的疾病，但也不是二號裁判畏懼的危險迷思。裁判二號捨前二者，主打實事求是的效益主義務實

論。裁判的眼光專注於最行得通的說法，生物化約論或理性主義懷疑論都無法令其分心。他能接受，人類經常在建構認知、尋找有用但從不是百分百正確的短期意義。精神疾病的分類不過就是把不可靠又有限的構想集合起來罷了。我們追求真相，但從來找不到，然而這是我們目前用來溝通、治療、研究精神疾病最好的方法。

精神分裂是實用的疾病構想，不是迷思，也不是疾病，它描述了某一組特定的精神問題，而非對肇因的解釋。有一天我們對同樣的問題會有更為正確的認識及更為精確的描述方式，但是現在來說，精神分裂對我們每天的治療工作很有價值，其他的DSM疾病也是一樣。認識與使用DSM的定義是好的，但是並不應該把這些定義當成實體疾病崇拜。³²

世界各地的精神疾病定義

那麼可能會扭曲所見的文化透鏡呢？精神疾病在任何地方的表現都一樣嗎？每個文化是不是需要自己的診斷系統？看樣子答案是幾乎是一套方法走天涯的。雖然「正常」行為在不同文化裡都不一樣，但精神疾病的表徵差不多都一樣。失智症、精神病、躁

狂、憂鬱、恐慌發作、焦慮、強迫症跟人格疾患古代各地都有紀錄，時至今日，各地的流行病學也都可以發現它們的蹤影。疾病比率的差異（例如在美國黑人診斷出精神分裂症的頻率較高）始於評估者的偏見或是文化盲點，非關其評估患者的實際差異。³³

目前世界各地重覆的診斷系統有兩個，DSM第四版（翻譯成二十二種語言）及世界衛生組織訂定的ICD10（譯按：全稱International Classification of Diseases 10，譯名為《國際疾病統計分類第十修訂版》，被翻譯成四十二種語言）。³⁴DSM-5與ICD-10非常相似，也算意料中事，因為兩者是近親手足，系出同門（DSM第三版），惟稍加修訂而已，它們的籌備時間相同，編者們也稍微協調了兩書的內容。就跟家中手足一樣，兩個體系也會互別苗頭。各版DSM目前影響力較大，但是我們還要幾年才能看出DSM第五版跟ICD第十一版（預計二〇一六年左右出版）在下一輪競爭中的優勝劣敗。現在DSM與ICD明顯各有所長，DSM的研究應用範圍較廣，兩者於已開發國家的臨床領域在伯仲之間，ICD則比較適合需要較簡單診斷系統的開發中國家。

更有趣的問題是，為什麼這兩個診斷系統在世界各地不同的種族與文化間有這麼普遍的應用。顯然我們人類同大於異，攸關正常與精神疾病定義的特質是十分相像的。

精神疾病也不會因為基因造成的種族差異而有所不同。為何會有這種統一的現象

呢？跟其他的物種相比，人類的基因庫同質性高得驚人。基因及地質學證據統合得出了
一個理論，約七萬年前，現今印尼所在的地方有超級規模的火山大爆發，造成人類大規
模相繼死亡。³⁵我們這個物種差一點因為漫長的氣候變遷而滅絕，現在的人類都是少數
幾千個倖存者交配繁衍出來、血緣關係相近的後代。種族差異帶來許多麻煩，但也就真
的只是膚色的差異，歷史並不久遠，就健康與精神問題本身沒有造成太大差異。

文化扮演的角色更爲重要，但它的影響力只觸及表面。短暫的精神病症及身體疾
病在貧窮地區較爲常見，神經性厭食症及注意力缺失則是在富裕地區更爲普遍。臨床工
作者在診斷跟治療時，一定要對文化差異保持敏銳，但還不至於不同地方要有不同的
診斷體系。以人類各方面的基因與文化相似程度來說，一套診斷系統（不論是DSM或
ICD）就具備足夠的彈性能涵蓋所有的可能情況。³⁶

界定個人精神疾病

壞消息是，我們沒辦法爲「精神疾病」這個普遍概念發展出好用的定義。不過有個
非常好的消息可以平衡一下，也就是我們可以相當輕鬆地定義每一個具體的精神疾病。

一九八〇年出版的DSM第三版引入了這個簡單又有效的方法。每一個DSM病症的說明都附加了一套診斷指標，用相當明確的字句寫出定義裡包含哪些症狀，要有多少症狀以及期間要有多久。舉例來說，符合重鬱症發作的定義要有下列症狀當中五項以上，同時持續兩個禮拜以上，引起臨床上明顯的痛苦或障礙：憂鬱的情緒、提不起興趣、食欲變差、睡眠型態改變、疲累、煩躁不安、罪惡感、無法思考及自殺的念頭。三十多年以來，各地的臨床醫師在診斷時都有共識，會使用這個定義。如果在同一組判斷指標中，只有四個症狀成立未達五個，或是症狀持續一週未達兩週、症狀造成的障礙不嚴重，那麼臨床上的憂鬱診斷就不成立。DSM包含約兩百組判斷指標，各疾患皆有一組指標。這些判斷指標劃分了精神疾病彼此間的界線，也釐清了精神疾病與精神正常的分野。每一套指標包含了組成特定疾病（恐慌、廣泛性焦慮、強迫症、注意力缺失、自閉症等）的症狀以及成立門檻。當臨床醫師按照指標工作時，就達成合理的共識了。沒有指標的話就不會有共識，要是每個臨床醫師都照自己的規則來，就會鬧哄哄，各成一家的不同意見互相衝突。

不過有個缺陷。比起紙上談兵，病症的分野在實務上實在是再模糊不過了。DSM診斷門檻一點都不神奇，也不是自然就有的，看似黑白分明的切割點其實有層層灰色地

帶。重鬱症必須要五項症狀持續兩週才會成立，這個標準也是相當主觀的選擇，而非有其科學必要性。要提高評估的數值並不困難，譬如說六項症狀持續四週。門檻提高的話，我們的「敏銳度」就會變差（錯失某些需要診療的病人），不過「具體程度」會變好（被錯貼標籤的正常人會少一點）。敏銳度與具體程度是綁在一起，相互影響的，提升一者就一定會損及另一者。兩者間無可避免要作取捨，恰當拿捏診斷過重與診斷過輕的利弊得失。標準要設在哪裡，最終決定永遠都要靠判斷，研究者從來都沒有得出明確有力的答案，可以強勢排除其他可能，選擇某一特定門檻。

判斷指標一旦建立，要再更動就一定要有合理的理由，不然診斷體系會變來變去、前後矛盾，讓人無所適從，但是這又造成了問題。眼下許多病症類別與門檻都是三十五年前制定的，當年提升敏銳度是比較首要的目標，因為有太多需要診療的人都成了漏網之魚。現在情況已有重大轉變，而模稜兩可成了最大宗的問題。DSM第三版出版前，確診的案例並不多，現在拜濫診之賜，又有太多案例。提高門檻、著重症狀的嚴重性與持續時間，有助於「保護正常人」，也能解決過度診斷的問題，但敏銳度會降低，社會不安因子會增加。魚與熊掌不可兼得。

以分組的判斷指標來界定病症，勢必會伴隨另一些難以拿捏與取捨的問題，也就

是要在「信度」(Reliability)與「效度」(Validity)間作選擇。信度指的是共識與一致性，不一樣的臨床醫師看了同樣的病人能得出一樣的診斷結果。效度指的是真相，診斷結果能讓你得知想要的資訊。理想來說，病症的定義應兩者兼具，既有信度又有效度。但是要爲了顧及信度，定義病症的症狀一定要非常簡單、明顯，在所有罹患這項特定疾病的人身上都可以輕易找到這種症狀。如果判斷指標包含了推論出來的或是複雜的症狀，不同的臨床醫師對於是否有這種症狀就會有不同的意見。DSM崇尚信度，判斷指標越簡單越好，編者蒐集了精神病症中最爲表層及最爲常見的症狀，集成大全。不得不這樣作，但是也不得不犧牲效度，我們只想追求簡單明白，忽視了細緻幽微之處以及個體差異。不同個體的憂鬱經驗不盡相同，充滿豐富的多元性，但是轉成制式標準後（九種指標症狀裡要有五種才能成立），許多東西都佚失了。符合特定疾病指標的患者間有共同點，爲了說明那些特點，DSM定義時就會忽略個體的差異。手冊當中的定義絕不可能考量到個人因素及脈絡，例如憂鬱症狀是情有可原的反應，涉及到我們所面對的損失、重大變故、心理衝突或個人因素。

手冊內容必須簡單，但是精神醫學可就不是這樣了。DSM診斷項目應該只是整體評估的一小部分，評估者要能全面深入考量每一個病患的複雜狀況及個體面向。遺憾的

是，DSM影響力實在太大，主導了精神醫療圈，這絕非我們的本意。審慎入微的精神醫學變成了死板的治療過程，只靠檢查清單治療病人，弭平個體差異，而不是因人而異。這門學科曾經過度特立獨行、紛雜紊亂，現在又變得太制式化、魯鈍簡單。醫學院的訓練課程過分著重在診斷程序，卻不讓醫生嘗試了解病人的其他部分。³⁷大家遺忘了希波克拉底（Hippocrates，西元前四六〇年至西元前三七〇年，古希臘醫師，後世尊為醫學之父，訂立醫生誓詞，為醫療職業倫理依據）的智慧：「了解一個人生了什麼病還不如了解什麼樣的人會生病。」當然，最好的作法就是兩者兼顧。每一次診療評估時，DSM診斷依然有其必要地位，但是從來都沒有辦法提供全貌。

再來還有個問題，要選擇哪套診斷指標？如何預先測試它們的安全性。診斷指標上路前，最保險的作法就是進行臨床試驗。判斷指標試行就比較能確定最後實際成效，降低意外風險，避免一窩蜂濫用。重點在於，讓臨床醫師在接近現實生活的情境下測試新的疾病定義。如果成效良好，此疾病就正式成立，如果效果不好，就修正或刪去。一樣地，百密總有一疏——實地試驗的問題可多了。

首先，就算是最頂尖的實地試驗也只能在當下進行，無法完全預測未來。我們在編寫第四版DSM時，謹慎更動注意力缺失症的定義，並預計只會增加百分之十五的診斷

機率。相關數據是在一九九〇年代早期統計的，以現實狀況來說這應該是相當正確的預估值。沒料到，一九九〇年代情勢急轉，製藥公司讓新研發的昂貴注意力缺失症藥物上市，政府又解禁，讓他們直接向父母與教師宣傳，一夕之間，雜誌、你家的電視螢幕及小兒科醫生診間都在推銷注意力缺失症——讓人措手不及的流行疾病於焉誕生，注意力不足過動症診斷率激增三倍。

再來就是概化問題。進行實地試驗環境的最佳環境應該是在臨床心理醫師及基層醫療醫師的診療室，實際上，大部分的精神科藥物處方都是由後者開立。但是研究人員為了圖方便，卻是從大學研究型醫院中抽樣，可是這些場所跟最後濫診的地方非常不一樣。這種與世隔絕環境的測試結果總是比喧囂繁忙的現實世界來得更好。觀察特定事物時，總是會造成扭曲效果，觀察電子這個舉動就會影響它的動量，所以我們不可能讓我們習得電子的全貌。同樣地，研究人員觀察日常的診斷行為，最終也會造成失真效果。臨床醫師的遴選、訓練與專注的焦點使得他們在研究狀況下的診斷表現優於研究以外的表現。

研究者進行實地試驗時，也會以人為方式，選擇特定病患來增加可靠程度。但現實生活裡，診斷就像是大海撈針，可能的選擇多如牛毛。實地試驗對臨床醫師的挑戰容易

多了，他只需要從幾個可能的選擇裡挑病人就可以了。結論是，實地試驗絕對必要，但是極度不可靠。新的診斷提案在試驗當中的表現會比現實狀況好上許多，因此研究者無法找出端倪，預測可能出現的濫診情況。最順利的狀況下，實地試驗有助於避免一些未來的病灶，但當然是無法完全杜絕。

最後一個有趣的問題：我們應該用名稱還是數字定義精神疾病？DSM系統只用名稱，心理學家則發展出好幾千種衡量表，以數字來定義。就跟大多數事情一樣，這並沒有一個正確答案——全看你的目的是什麼。數字比名稱精準多了——所以我們才會用數字衡量身高、體重、智商或是物理學的波長。要描述一個人在分級表上的位置，給個數字遠比用名字來得精確多了。比起「他很高」這句簡化的描述，「他身高六呎」提供了欠缺的訊息。電腦愛數字，用數字工作的研究人員也是。

但是大部分的人用名稱思考而不是數字。演化壓力塑造了人類的心靈，我們傾向用簡單的命名描述世界，而不是用數字判別。我們適應自然環境的要求，得迅速作出是非選擇，想要靠近掠食者、數清楚牠們的數量，你就可能被活活吃掉。毫不意外，一直到晚近，統計學才成爲數學的學門之一，歷史才不過幾百年。

人類在日常生活中通常偏好使用名稱而非數字。眾所周知，名稱並不準確，人類

發明的電腦也躍躍欲試，準備幫我們消化輸進去的任何數字。我們為某個顏色貼上「紅色」標籤（而非描述其準確波長），因為這樣比較快、容易清楚，通常也有用。比起一堆讓人頭大的數字，一個生動的名字傳達了更為清晰易懂的形象。臨床醫師是很忙的一群人，一般生活跟專業訓練的每一步驟都是用名稱思考，不會隨便就換成數字，再說，病人也不會理解那些數字的含意。以電腦輔助、量化診斷程序，無疑是未來的趨勢，但現在要完整實現則是言之過早，緣木求魚。眼下我們會堅持給予精神疾病名稱而不是編號。

明顯生病跟絕對健康的差異十分清楚，一點模糊地帶都沒有。微恙跟大概健康的差異就模糊多了，容易、也經常被操弄。大部分的正常人偶爾都會出現輕微短暫的症狀（例如悲傷、焦慮、失眠、性功能障礙、用藥過量），很容易被誤認為精神疾病。製藥產業的商業模式，重點都在於擴張疾病範圍，說服大概健康的人，讓他們自以為是微恙的，用創意行銷手法擴張客戶群。販賣疾病是一門藝術，只要推銷精神疾病，油水豐厚的精神科藥物就會跟著賣起來，成效數一數二。在美國操弄市場特別容易，因為全世界就只有我們這個國家允許藥廠直接向客戶推銷，不受約束。

販賣疾病不會憑空出現，藥廠跟開立處方的醫師積極合作、病患開口要求，研究人

員發明新的精神疾病、消費者團體鼓吹更多治療、再加上媒體網路散播訊息。在充裕資金下，各界反覆不斷、四處推廣「疾病意識」，努力創造出以前不存在的疾病。精神醫學缺乏生物試驗，重度仰賴主觀判斷，於是很容易被巧妙的行銷左右、操弄，特別容易陷入正常／疾病的二分法。

所有企業效忠的首要對象就是股東，最關心的是自己的營收，並非大眾福祉。通用汽車賣車，百威啤酒賣啤酒，蘋果賣電腦，毒梟賣古柯鹼，藥廠賣藥都是爲了同一個原因——竭盡所能賺錢獲利。所有企業的獲利率都仰賴市場規模及每次銷售的利潤。藥廠是模範賺錢機器，推銷產品技巧駕輕就熟，維持壟斷價格能力一流。鼓動濫診是製藥公司成功的絕對關鍵。全面滲透必得先將觸手伸得最遠，深入各種人口組成族群，上下涵蓋稚齡孩童及高齡老人。把網張得越大越好，對股東總是有利無害，不過對被貼上錯誤標籤的正常人來說就是噩耗了，他們要接受隨著假診斷而來的不必要治療。

「正常」韌性十足還是脆弱不堪？

答案很矛盾，兩者皆是。個體在生物、心理及社會個方面都天生具有韌性，人類構

造機能優良，但實在是太過複雜，無法時時刻刻都完美無瑕。若有一點小故障就亂貼精神疾病標籤，反而會失去正常。

全面主導生命的原則是「恆定」(homeostasis)——這是一個合併詞，結合了希臘字「homeo」(相同)跟「stasis」(穩定)，二度強調對恆定的追求。從單一細胞到整個社會，大自然在所有層面都會不斷去弭平紊亂，重建穩定的平衡，恢復正常或期望的功能。一個系統面對內外部挑戰與混亂時，要能達成恆定，不然都無法繼續太久。人體的每一個細胞都是一個複雜又勤快的工廠，生死全靠著維持恰當的新陳代謝，當中涵蓋了好幾百萬種化學作用。每一個器官仰賴細胞的合作，身體則仰賴器官的合作，每一個器官的生死又仰賴其它器官的平衡運作。維持體溫、血壓、脈搏穩定就靠著恆定。人類的身體是好幾十億種得失取舍構成的奇觀。

從人際關係來說，婚姻如果缺乏恆定的天賦，難免衝突又無法折衝樽俎，就會以離婚告終。以政治來說，國家如果不能在競爭勢力間找到恆定就會爆發內戰或瓦解垮台。所有持續穩定、無意識的物理或化學過程也都由恆定主掌。若不是處在溫和的恆定平衡狀態，我們就不可能在太陽系裡有個舒適的家園，而現在這個細緻的平衡因為汙染及人口爆炸危在旦夕。

生物體內系統一旦無法維持恆定就會失能、產生疾病，最後（如果嚴重又拖延甚久）甚至是死亡。癌症、糖尿病、高血壓、心臟衰竭、肥胖症還有其他疾病等等，大多數都是因為維持身體恆定的回饋機制失靈所造成。所有疾病的治療目標都一樣，意在恢復因為疾病而失衡的內部系統。

人類大腦是這個世界上最壯觀的恆定表現。身體幾乎所有的機能都由大腦主管，大腦是最複雜機器的操作大師，一切都由它掌握。在精心調控、細緻巧妙的平衡環境中，好幾十億細胞傳遞訊號，過程複雜又驚人，我們的想法、情緒及行為就是這種協調工作的結果。沒有一個電腦工程師能有如此壯志（能力更是不用說）創造出這麼複雜的產物，過程中有太多可能出錯的地方，會出錯更是無庸置疑的。不過大自然已經找到了尚稱良好的方法，讓身體發出各種訊號，以隨時補償平衡。大腦恆定有充分的資源及餘裕因應內外部挑戰，恢復正常，運作照著規矩來。

人類是硬底子的生存者，無論是男性或女性，生命力都很強，身體構造能在任何氣候中工作，尋覓任何想得到的食物，斷糧之後能活很久，能行軍打仗，逃命求生，能愛能恨，感受應有盡有的情緒，有多如過江之鯽的各種行為。人類不僅相似度高，同時也保留了特有的個體差異，這是小族群生存下來的必備條件，才能捱過幾萬年來的嚴峻挑

戰。部落需要維持人力平衡，調配每個人的能力，萬一大家全都是領袖或跟隨者，全是戰士或和平主義者，全是偏執狂或天真好騙的人，都不會是好事。

我們可以感到悲傷、痛苦、擔憂、憤怒、輕蔑及恐懼，因為這些都是適應能力。有時候（特別是要面對人際、心理及現實壓力時），我們的情緒會暫時失控，造成相當程度的沮喪或障礙，但是恆定性跟時間是絕佳的天然治療師，大部分的人都有韌性，能振作起來，回到正常、平衡的狀態。精神疾病由症狀及非自我調節的行為構成，也就是維持正常、恆定的療癒過程被破壞。當我們把每個人人生都有的痛苦誤認為真正的精神疾病（相對來說並不普遍，不論在何時，大約只會影響百分之五到十的人口），就造成濫診。

只有當病徵清楚、情況嚴重、明顯不會自己好轉的情況下，當事人才需要接受精神疾病診斷。人生日常問題的最佳解決之道，就是直接處理，或是等船到橋頭自然直，而不是讓精神醫學把問題病理化，甚至用藥丸治療。尋求親朋好友及社群支持、為生活作出必要改變、解除過高的壓力、發展嗜好、從事運動、休養生息、轉移注意力、改變步調，種種傳統自然的療癒途徑會因為過早仰賴藥物治療而失效。正視當前情況、學習新技巧、親近願意伸出援手的朋友，就能克服問題。一旦開始吃藥，你就会被貼上不正常跟生病的標籤，儘管實際上並非如此。對真正為精神疾病所苦的人來說，必得透過藥物

治療重建恆定性。而對受普通生活問題所苦的人來說，藥物治療打亂了恆定性。

我們在二十五年前作了一項實驗，人類的韌性教了我難忘的一課。當時是愛滋病大流行的高峰期，有效的治療方式尚未問世。一旦檢驗結果為陽性，就幾乎與宣判死刑無異，而且走的時候會相當痛苦。我們發現，一測出陽性，當事人的悲傷跟焦慮指數立刻大幅增加。這個結果不令人訝異，畢竟它可是致命的訊息。相對地，檢驗結果陰性，當事人的焦慮指數就會大幅減低，雖然沒有前者變化來得大，但他們總算可以大大鬆了一口氣了。真正驚人的是，整整六週後，兩個組別的受試者情緒量表又回到了基準線，陽性受試者面對噩耗韌性十足，陰性受試者也沒有因為超級好消息而情緒永遠高昂。恆定性發揮作用，讓兩組人的情緒回到原本的狀態。要是我們立刻搶著用藥治療陽性受試者的痛苦症狀，不僅會打亂了他們的自然恢復過程，還會讓當事人承受額外的負荷。教訓非常清楚——我們對藥物太過信賴，卻不怎麼信任自癒力、時間跟恆定性。

脆弱、不清不楚的「正常」

令人挫折的是，「正常」跟精神疾患實際上非常虛無飄渺，本質上就無法有任何接

近清清楚楚、涇渭分明的定義。精神醫學擴張，輕鬆伸展版圖，「正常」的疆界快速縮水。我兒子鬧脾氣是成長過程還是早期雙極性疾患的徵兆？女兒上課心不在焉是因為她有注意力缺失症，或只是特別聰明、感到上課教的東西無聊透頂呢？兒子對火箭跟科幻小說流露出早慧的興趣，我該開心還是擔心他有自閉症？我現在經歷的是可以預期的憂慮悲傷，還是廣泛性焦慮症？如果我記不得一張臉或是一件事，是不是快得阿茲海默症了？悲痛是有益、無可避免又直接的心碎徵兆還是重鬱症？我家的青春期女兒是創意十足的怪咖，還是快要得精神病、得用危險的藥物治療？老虎伍茲是精神病患還是花花公子？殘酷的強暴犯單純只是壞人還是有可能是瘋子？每個人難免偶爾會出現輕微短暫的精神症狀——這就代表所有人都遊走在精神疾病的邊緣嗎？

什麼是正常、不正常的成因是什麼？這樣的問題從人存在之初就已經存在了。我們的祖先總是找到一些創意十足的答案，就他們時代來說也很合理。現在看起來，當中有些說法明白易懂、高明至極，有些有點蠢，但少量有些是非常惡劣的。先打個岔，快速看一下這段過去，有助於我們了解現在，避免未來重蹈覆轍。

第二章 從巫醫到心理醫師

歷史不會重演，但必雷同。

——馬克·吐溫

人類是愛命名的動物，忍不住要為所有視線所及的事物貼上標籤。創世紀時，亞當只是為動植物命名，就建立了自己的主宰地位，從那之後命名就是人類的特殊天賦，有時候也是詛咒。¹旺盛的診斷力已經寫入我們的DNA。我們強烈渴望找出萬事萬物運作模式，分辨獅子跟綿羊、食物跟毒物、敵人與朋友。

幾乎同等重要的還有精神診斷。我們仰賴部落的和諧，異常的行為總是對眾人的生存構成威脅。我們得命名跟解釋，才能掌控威脅到個人及社群的行為（不論在莽原或

是辦公室都一樣)。貼標籤在過去跟現在一直都是減少不確定感跟提供掌控感(通常是錯覺)的重要方式。找出事物運作的模式，就能把雜亂無章的經驗整理成可以管理的單位，精神疾病的名稱或解釋再怎麼不準確或不正確，總是聊勝於無。

光是命名也滿足不了人類，下一步自然就是把名字集合起來分門別類，之後再分級，最後再想個方法解釋為什麼要用這種方式分類。當然，隨著時空差異，解釋的方式也大相逕庭。以前精神疾病屬於宗教跟鄉野奇譚，相同的好奇心跟對秩序的需求，則推動我們尋求科學解釋。今日看來異想天開的神話過去曾經是最進步的科學，在不遠的將來，現在最先進的科學也會被看作是天馬行空的神話。

精神疾病的標籤隨著時間演變，正如不同的文化視角有不同的焦點，辨識背景圖形的方式也不同。只要發揮想像力，就可以在雲裡看到大象形狀的雲，但是如果鯨魚或兔子跟我們的既有認知更為契合，那麼找到鯨魚或兔子的可能也一樣高。雲不需要變化，人憑著自己的認知就可以看到不一樣的形狀。精神診斷就是尋找已存在的東西，但按照我們預期看到的模式進行。不過，這個領域並沒有絕對的答案，端看當時所盛行的觀念。古代薩滿巫師採用另一種名稱和解釋方式，對他來講很好用，跟現代心理醫生採用的概念和理論有一樣的效果。若要理解目前精神科的診斷方式，我們得迅速回顧一下歷

史。

薩滿跟靈界

精神醫學算是相當年輕的行業，只有兩百年的歷史，但是你也可以說這是最古老的行業。診斷跟治療精神疾病是薩滿或醫者的工作內容之一。他（經常是她）是部落裡第一位有給職、也是採集狩獵之外的唯一專業人士。大家都出門找食物的時候，薩滿可以留在家裡照顧病人，施法評估病因，下咒治療精神及身體症狀。

當然，爲了要糊口，薩滿也要作很多其他的工作。薩滿的意思是「有知識的人」，所以得博學多聞。他設法維持世界的平衡，祈禱打獵豐收；知曉過去，預知未來，背下世界起源跟部落誕生的故事。他掌管聖物，職掌祭儀，找得到神奇的藥用植物。薩滿是醫者、靈媒、法官、知識分子跟藝人（得爲部落唱歌才能謀生），他還能跳舞呢！²

不過心理治療一直都是薩滿的主要業務。我們是社會性動物，要靠良好的關係與合群來維繫生存。異常的行爲不只是威脅到個人，也會影響到部族未來的安危。只要有人精神出狀況，就要馬上作記號、理解原因並設法治療。薩滿有一整套的理論與方法可以

定義、因應異常狀況，可以診斷精神疾病，解釋病因，改善病情。

當時最常出現的診斷結果，不外乎惡靈附身、被下咒或觸犯禁忌。要治療病人，巫師就得進入靈界，方法則為催眠、靈視或作夢，有時還用迷幻蘑菇或植物輔助。治療儀式包括吟唱、舞蹈、齋戒、出汗跟剝奪睡眠。薩滿要求病人離開塵世，暫時進入他的魔法圈，跟鬼靈搏鬥，或是誘騙鬼靈，直到達成協議，化解所有危機。薩滿有至高權威跟治療能力。³民眾對法術與巫師的指示深信不疑，但是除了咒語之外，他務實、通曉情理，有洞察人性的智慧，善用藥用植物。每次療程所費不貲，薩滿是部族中最富有的人。

祭司與神明

過去一萬年來，人類馴化的動物跟培養的植物提升了自己掌控自然界的能力，對自己的存在更有信心。不過，我們對自然界的泛靈信仰從來都沒有銷聲匿跡，其地位一部分由諸神信仰取而代之，這些神明有不死之身跟超能力，言行舉止卻似乎與你我無異。如同鐵匠在今日社會的地位，農業社會成形後，薩滿就過時了，新的職業取而代之——

祭司（男女都有），其工作內容跟薩滿在某些部分大相逕庭，某些地方則相似。薩滿是人間與靈界的橋梁，祭司則是人與神明間的仲介，保留了薩滿的神奇靈力，但又有了神明威權的加持。薩滿隨著部落游牧而居的路線移動，遷徙到哪就在哪治病，四處皆是靈的居所。有錢的薩滿，一生的財產都背在背上帶走，祭司則是定居一處，在神明指定的聖地、神廟內工作，通常附近都有淨化效用的神聖泉水。農業社會繁榮起來後，人們有額外的財富，許多神廟變成典雅的公共場所，有溫泉、圖書館、體育館跟劇院。

但是基本上，祭司的工作內容跟薩滿並無二致，要取悅神明，維持世界的平衡，祈求豐收，避免降罰災難。祭司還要照顧病患，花很多時間擔任心理醫生，許多疾病在現代都被我們歸類為精神疾病。

希臘神話充滿了瘋狂的行爲，證明精神疾病自古以來就一直讓我們困惑。人類任何逾越自身能力的舉動（不論是超出期待或是無法達成期望）都是出於神意。只要有英雄一類的人發狂，標準的診斷就是「女神逼他做的」。從很早開始，異常的行爲都歸咎到一位女神身上，她的名字也恰如其分，叫作 *Menia*（譯按：源自希臘羅馬神話，後在英文作瘋狂之意）。這個原始野蠻又邪惡的神明，在人類尚未出現前就已存在，主要的能力就是讓男人發狂。後來我們耳熟能詳的奧林匹亞眾男神（更常是女神）也攪和了進

來，善妒的希拉更是把男性逼瘋的能手（譯按：Hera，希臘羅馬諸神之后，宙斯之妻，常因丈夫在外拈花惹草而大發雷霆，引起神界與人間巨大災難。被奉為已婚婦女的保護神，主掌婚姻及生育）。

為何女神更可能把男性逼瘋呢？當農業畜牧取代打獵採集時，女權受創甚深。新的權力與土地所有權關係甚是優惠父權及男性神明，把女性變成了家中的裝飾品。復仇女神代表的，是陽剛勢力接手之後被壓抑的恐懼力量。神明的怒火是壞行爲的最佳藉口（通常是男性的藉口）。發瘋是種懲罰，但也是種規避責任的行爲判斷，既能解釋離經叛道的行爲，又能赦免它。如果大力士赫克力斯（Hercules）嗜血殘暴，一定是希拉懲罰他的傲慢與不敬（譯按：赫克力斯是半人半神，宙斯私生子，力大無窮，希拉幾次企圖殺害不果，但終被逼瘋）。埃傑克斯（Ajax）不假思索就屠殺了牛群，一定是因爲雅典娜利用了他嫉妒的怒火（譯按：埃傑克斯是特洛伊之戰英雄，爲了獲得阿基里斯的盔甲與奧迪賽爭執不休，雅典娜下咒讓埃傑克斯以爲，營地的牛群羊隻與奧迪賽及其軍隊，遂大肆屠殺，恢復神智後羞而自殺）。

天啓需要代價，瘋狂也伴隨著特殊天賦。卡珊卓（Cassandra）與德爾菲阿波羅神廟眾女祭司可以預見未來，但在當下一定是瘋狂的（譯按：卡珊卓是特洛伊公主，也是太

陽神阿波羅的祭司，可看見未來。但因拒絕阿波羅求歡，被詛咒無人相信她的預言因而發瘋）。繆思女神們賜予瘋狂時經常伴隨詩歌，酒神戴奧尼索斯的狂熱信徒又多加了一項嗑藥進去。酒、性、宗教狂熱是自尋瘋狂狀態的管道，讓人短暫脫離俗世，更接近神祇。正常人可能也得裝瘋賣傻：尤里西斯裝瘋賣傻逃避特洛伊之戰，但沒有成功，大衛王則是靠裝瘋賣傻逃過一劫。

眾神好妒善變，立下的規則不清不楚又不公平，絕對是偏心的。你需要有位祭司教你如何讓眾神站在你這邊，才不會作出逾矩的行爲。神聖的信仰、禱告、作法儀式跟輝煌的神殿賦與祭司權威。西元前八世紀（荷馬這個時候正在創作他的特洛伊史詩），崇拜醫神阿斯克勒庇俄斯（Asclepius）的信徒爲他蓋了第一座專屬的醫療神廟。只要看到有蛇纏繞的權杖，你就知道那是阿斯克勒庇俄斯，直到現在，蛇都還是醫療的象徵，牠們蛻皮的能力成了永生跟療癒的最好典範。大量無毒的蛇可以在神殿廣場上肆意爬行。醫神信仰發展蓬勃，很快地，古希臘各地就有了三百座專門祭祀阿斯克勒庇俄斯的神殿，通常座落於偏僻又景緻優美的地方，附有聖泉或是山景。一千年來，這樣的機構受到熱烈歡迎，療效驚人。羅馬人也學了起來，把醫神廟帶到帝國所及之地。醫神廟提供全方位的功能——神廟、醫院、旅館、養生溫泉、度假勝地、娛樂中心跟醫學院——

有點像是盧爾德朝聖地（Lourdes）、梅奧醫學中心（Mayo Clinic）跟麗池飯店的綜合體（譯按：盧爾德為法國南部小鎮，因聖母顯靈神蹟而成為絡繹不絕的朝聖之地。梅奧醫學中心是美國頂尖醫療機構，教育、科學研究與臨床服務及醫療管理聞名遐邇）。朝聖得歷經一番長途跋涉，重重艱難才能到達，有嚴重身體或精神疾病的病患根本不可能辦到。神殿治癒的這群患者，有些人的病情只是較輕微的身心症狀，與今日家庭醫生診所見到的病患大同小異。朝聖者用長途跋涉證明自己渴望康復，也深信自己會痊癒。

祭司歸納出新的精神疾病理論、診斷系統跟治療方式。他們認為，人會生病，就是憤怒與嫉妒之神降臨，要透過「夢療」的診斷過程，才能與神靈接觸。淨身之後，朝聖者獲准可以睡在神殿裡最神聖的房間，離聖壇最近。他們應該會在夢中得到啓示或異象，證實神明真的降臨。神明可能會明白地傳達訊息，或賜予清楚的夢境，也可能會保持撲朔迷離。在這些神殿所進行的治療應該有精神分析的效果，祭司穿著長袍、手持醫神杖，用專業能力解夢。他會幫助你發現夢境的意義，解讀神明的訊息內容，了解疾病本質、根源，教你如何安撫神明。如果沒有辦法靠自己作夢或是看到異象，或是病得太重或太忙無法走這一趟，也有專業的夢師能代替你進行夢療。

全套的神殿療程還包括其他的作法儀式及實用設施。為了取悅神明，祭司會舉行儀

式、禱告、念咒及獻祭。祭司也是諮商專家，能給予忠告，還擅長找尋藥用植物，並視需求進行手術。除了這些之外，神廟還有健身房跟溫泉水療，有專人提供飲食諮詢，圖書館提供知性薰陶，劇院提供娛樂，另外還有酒呢！治癒率高也就可想而知了。病患照理要慷慨解囊以謝神明，廟方會準備一塊石板記錄神奇的治癒過程，跟其他石板一起展示在顯眼的地方。廣告對神廟業務有益，讓它的療效遠近皆知。⁴醫神廟以三種非同尋常的形式存續下來：其一是提供信仰治療的現代朝聖地；提倡運動、飲食、美容、自然養生法的溫泉水療中心；現代醫學研究中心。

希波克拉底：醫療之祖（西元前四六〇年至二七〇左右）

人類面對不測風雲跟重重考驗時，用宗教的觀點理解世界，一直是最大的安慰。不論時代、地點，各式各樣的超自然信仰幾乎都很盛行，但是到了西元前第七世紀，古希臘人開始發展出另一套的世俗理論，用以說明世界運作的法則及人類致病的原因，並稱其為自然哲學，我們則稱之為科學。這套新方法提供了強而有力的解釋，開創獨有的門路，讓人折服又迷人。人們仔細觀察自然世界，謹慎思辨其運作原則，減少對無形超自

然力量的崇拜。

古希臘人並不是閉門造車，他們整合了巴比倫、波斯、埃及及印度文化可觀的科學基礎，再以廣袤知識探索拓展疆界。希臘人催生現代世界，進展迅速，豐富了所有領域的人類知識。畢達哥拉斯向世人展現，我們可以用數學語言有系統地描述自然的奧秘。德謨克利特（Democritus）直覺認為，宇宙的複雜表象可以拆解成更簡單、不可分割的原子。希臘人知道地球是圓的，繞著太陽公轉，也準確計算出其圓周周長，甚至還揣想「平行宇宙」的存在。歐基里德為幾何學鼻祖，阿基米德則開創了微積分。

希臘人也發明了現代醫療。希波克拉底帶來了一套完整的身心疾病生物學知識體系，用不著神明，也不用靠崇高的祭司舉行獻祭、祝禱儀式。「大腦是喜悅、快樂、歡笑、趣味、悲傷、痛苦、沮喪、悲嘆的來源，別無其他……同樣地，這個器官讓我們發瘋錯亂。恐懼、害怕侵襲我們……這些都是大腦不健康的時候我們得要忍受的事情。」精神與生理出問題的根源在於四種基礎「體液」失衡：血液、黃膽汁、黑膽汁與黏液。解藥來自於自然，而非超自然。受限於生物現實，醫生只能從旁協助但無法保證痊癒，善於預後勝過改變疾情。此外，醫生還要能安撫人心，提供諮詢、建議，這些也對治療相當重要。

醫學（及精神醫學）以人為度，以人道治療為目標。治療成為俗世的行業，完全只以科學觀察及實務知識為基礎。希波克拉底仔細研究患者，謹慎記錄，把症狀整合成許多新的疾病，每一種疾病都詳細記錄病程、可預測的預後以及具體的染病途徑。他記錄了躁狂、憂鬱、精神錯亂及恐懼症。診斷與治療不受任何一種神祕主義的干擾。疾病並非受報應或是神明上身，僅是自然的一部分。「出於無知及敬畏，人類才會認為疾病的本質、病根與神明有關。」

希波克拉底是預後診斷的奇才，也認為預後是從醫的基本技巧，主張把患者分成三類的重要性：會自行好轉的患者、需要醫療的患者跟介入治療不會有反應的患者。「三分原則」為醫療史上最可靠的創見，現今醫學生仍承襲此法，也應證在現代許多精神疾病上。

治療建議取決於病患預後。如果是第一類患者，不要採用可能會造成傷害的治療方式，只要給予協助，假以時日他們會自行好轉。如果是第三類患者，不要用傷害性的治療方式，這樣只會增加負擔，又無法治癒；相反地，應該要安慰平撫患者。只有第二類患者需要採用特定治療，平衡治療與疾病兩者的風險，要確定醫療介入的幫助比較可能幫助患者而非有害。希波克拉底喜歡慎重、溫和自然的療癒，只有非常狀況時才能採用

非常手段。抗精神病劑濫用、造成身體負荷，這是當代醫療最危險的現象，希波克拉底天上有知，一定會深感困惑與心痛。

希波克拉底謙沖為懷，關心病患與學生，也受他們愛戴。他從來不愛說教，也不高高在上，親自在病床邊，樂衷從自己跟他人累積的臨床經驗裡學習，為俗世醫療教育與診斷流程建立體制。他的學生將他的方法發揚光大，建立了一套傑出的醫療書寫風格，清晰明白又客觀中立。⁵有趣的是，修昔底德便是借用了希波克拉底的行文風格，用宏偉的臨床筆法書寫人類歷史之病灶。

蓋倫：人格理論之父（西元一二三〇年至西元二〇〇年）

蓋倫（Galen）是無一不精的醫學大師，治療身體也修補心靈。論其臨床經驗之豐富，研究疾病之廣泛，發明治療方式之多及著述之深無人能及。⁶蓋倫平常當隨隊醫師幫滿棚的競技鬥士看病，一邊發明白內障手術法，進行直到近代才再現的腦部手術等，閒暇之餘還拓展體液理論的範圍，以解釋人格及對疾病的影響。體液不只說明了疾病的原因，也說明了我們是誰。星象、魔鬼或諸神都不能決定我們的命運，我們的命運根源

於人體化學反應的平衡。蓋倫研究人類性格的生理基礎，與其對行爲的影響，他的理論與現代醫學理論相去不遠，只是把特定的化學反應弄錯了。

古希臘人事事以四爲準，四季、人生四種時期，四大星球，還有四大元素（風火水土），不一樣的組合構成了物質世界、生理構造與心靈。還有四種體液（血液、黃膽汁、黑膽汁與黏液），環環相扣。希波克拉底已經注意到體液失衡會致病，以此爲標準，蓋倫另外補充說明，人格也是同一組體液失衡的結果。血液太豐沛，個性就會過度樂天，黃膽汁過多則會暴躁，黑膽汁過剩則會憂鬱，黏液過多則冷淡。四種體液平衡則讓神智正常，體液排列組合有各種可能，說明並證實人類各式各樣的行爲及傾向。這些現在聽起來像「密醫之談」，但卻主導了醫學發展超過十五世紀之久。相較之下，目前許多理論由盛轉衰都不過數十年，撐不了一百年。

蓋倫所說的性格指的並不只是人格展現出來的行爲面向而已，另外也包括生理表現。身心交互影響，人格與身體健康密不可分。你可以預測某種特定性情的人會有什麼行爲，同時也可以預測他身體的反應，最容易得哪種病，什麼樣的治療才有效。生病可能會好，但是你的性情是天生的，相當穩定。適當的醫療介入，如飲食、活動、草藥、放血、拔罐、清腸胃等能影響性情，帶來平衡。四種體液失衡的組合方式眾多，治療方

式一定要因人而異。

蓋倫知道，除了體液失衡之外，腦部功能障礙及精神疾病病因很多（環境影響或是體質差異）。酒可能會逼瘋一個人。蓋倫從治療競技戰士的經驗裡發現，頭部嚴重創傷、腦膜炎也會有明顯的影響。他也知道，智能遲滯是因為腦部認知功能出問題。他的醫術比之當代毫不遜色，在診斷為人格疾患之前，一定要先排除可能造成行為失常的生理疾病或毒品濫用等情況。只有確定沒有其他原因之後，性情跟體液平衡才會被認為是主因。

要治療體液失衡，重點是要恢復平衡，首先要謹慎診斷，判斷是哪種體液過多或過少，然後改變患者的生活，讓一切恢復平衡。最常見的治療方式有催吐、清腸、逼汗、放血，它們對體液有直接影響。各式藥草、香料、金屬礦物，以及冷熱、乾溼的條件，會有不同療效，可以準確調整體液。治療手法包括泡澡、調整溫度及飲食。另外還有生活哲學，每個人都有各自的性情，要用特定的生活方式才能達到最好跟最健康的狀態。診斷性情後，下一步就是判斷這人生活裡的哪一部分打亂平衡，哪一部分提供助力？處方包括調整環境及日常習慣（讀書、工作、性、飲酒、音樂、家庭關係），矯正體液失衡，進而改善個性，促進幸福，預防身體生病。

蓋倫主宰醫療發展的時間過長，超乎其能力所及，或許也非他本意。後代將其著述奉為圭臬，推崇他的權威地位，卻沒有推崇其獨立觀察與實驗精神。直到一八〇〇年中期，魏修（Rudolf Virchow）證明了細胞在疾病中所扮演的角色，體液理論才被通盤推翻。但是，蓋倫認為天生的人格傾向會影響身心疾病，這點不論在當時或今日都還是真知灼見。

魔鬼的黑暗時代

羅馬帝國瓦解（五世紀）之後，歐洲的精神疾病治療進入黑暗時代，直到十八世紀晚期菲利普·皮內爾（Philippe Pinel，譯按：法國第一位精神科醫師，主張去除腳鐐手銬，人道對待精神病患）出現才告終。黑暗時代不像我們所想像的那樣昏昧（總是有零星的亮點），但是對精神疾病患者來說卻是最糟糕的時空環境。就希臘人的生物理論來看，他們正視精神病患的人性尊嚴，認為可以用從醫學角度理解其怪異行徑。精神病患與我們無異，只是剛好生理失衡罷了，不是他們的錯也無須害怕，單純就是不幸而已。

希臘人在醫學上的啟蒙，到了黑暗時代全被忽略。診斷惡魔附體的教會神學士取

代了診斷化學失衡的醫生。驅魔、宗教法庭、酷刑、釘木樁取代了醫學治療。精神疾病患者被危險、有傳染力的惡魔力量附身，一定要摧毀，這是上帝與惡魔對抗的戰役。當然一定有例外（教團伸出慈善援手、建立醫院），但是整體看來，中世紀的精神病患治療是場大屠殺，是教會歷史上不光彩的一章。基督教神學混入異教魔鬼信仰，編了一套故事，把精神疾病說成是魔鬼的傑作。道德中立的體液理論根本不是這齣宗教戲碼的對手。上帝與魔鬼在打一場永恆的戰爭，瘋子（通常是女性）則是露出敗勢那方的棋子。

西方世界把與眾不同當成邪惡的象徵，害怕被傳染。若有人行爲詭異，他可能正在跟魔鬼交流，威脅全體社會的福祉（及永恆救贖）。某些極端的案例裡，動用酷刑與死刑是完全正當的手段，都是上帝的計劃。比較輕微的案例中，患者有可能復原，不過要先坦承有罪，並願意回到上帝與神威的懷抱。古怪的靈魂診斷體系取代了希臘的科學觀察，各種精神狀態的奇言異行被歸類成不同階段的中邪狀態。宗教妄想籠罩歐洲，神職人員假托神意，內心卻毫無一絲同情，用這種態度治療歐洲最無助的民眾。⁷

精神病患者就連死後也逃不過被羞辱。按照教會法典，自殺是惡魔爲了褻瀆上帝所教唆的犯罪。死者大體正適合繼續懲罰，多種方式相互搭配，包括吊掛、凌遲、毀屍、遊街等。自殺未遂的人也知道，迷信的鄰居能讓他們得償所願。信徒的手段通常殘酷至

極，一定要讓魔鬼罪有應得，還禁止自殺者的遺體埋葬在墓園裡，讓懲罰綿延永世。

一七四八年出版的《女巫之錘》（*Malleus Maleficarum*）收錄了魔鬼之道，使得宗教法庭有正當理由執法審判精神病患。⁸ 慘無人道的教廷官僚以無情的效率剷除精神病患。瘋子被指為女巫及惡魔，得受上帝及人審判，不值得同情也無人同情（少數例外）。

在比較開明的宗教圈內，原罪慢慢取代附身，成為可能的診斷結果，好用來解釋精神疾病。若有人內心蠻橫無理、貪婪淫蕩，他那令人不悅的行為舉止，就是外顯的症狀。精神病患終於從惡魔晉升到罪人，行為反應出的不是魔鬼的直接干預，而是管不住本身缺乏道德感的自由意志。這樣一來，他們就跟普通的罪犯沒什麼兩樣，兩者還經常被關在一起。主事者用嚴酷的方式矯治精神病患，控制他們的衝動，使其行為規矩正直，棄絕自身的罪。他們需要管教、教化與約束。治療方式包括道德勸說，多半是體罰。教會人士試著提升精神病患的屬靈生活，教導他們守秩序、守規矩、有自制力，希望能讓他們更接近上帝，遠離罪惡，但是有些冥頑不靈的罪人敬酒不吃吃罰酒，拒絕改善，那就只好從重量刑。不打不成器，這種病跟相關的驕矜之罪要一併消除。治療者強行灌輸道德教條，手法包括各式各樣的身體束縛、鞭笞，其他體罰還有轉椅子、浸冷水

或暴露治療法。雖然以現在標準來說是極端酷刑，但是教會已經節制多了，不再像對付惡魔或惡魔代理人那樣殘忍、要致人於死。宗教裁判所拋棄刑具，不再把人綁在木樁上活活燒死。現在他們把瘋子當成壞人看，也當壞人對付，但至少已經不是惡魔的化身。

當然，在歐洲黑暗時代，人們還是有其他治療瘋狂的方法。十三世紀時，修道院、朝聖之路各處及朝聖地都建立了基督教慈善醫院，修士及修女們提供房間與伙食，照顧神智不清的人、病患、癲瘋病患、孤兒跟窮人，從宗教立場理解他們的處境，幫他們禱告。修士修女們並沒有真的治療病人，科學觀察及臨床診斷也付之闕如。他們的關懷主要要是出於宗教立場，不是診斷也不是治療，但是比起綁在木樁上燒死人已經是很大的進步了。

但是，還是有人以自然、生物的角度看待精神疾病。在修道院裡，體液醫療法一直占有小小的一席之地。十字軍東征時，粗魯無文的西方入侵者接觸了穆斯林世界先進的醫療文明後，體液論重回寶座。蓋倫的著述之前從希臘文翻譯成阿拉伯文，現在又從阿拉伯文翻譯成拉丁文。城鎮大學開始取代修道院，成為教學中心，各自也都會建立醫學院，並且以自然世界觀為主軸，或多或少都平衡了神學院的魔鬼理論。醫學教授上課時強調，判定病人是邪靈附身之前，要先排除身體與體液造成的瘋狂狀況。不幸的是，教

授們對實務操作的影響微乎其微，醫學只是理論課程。老師們沒有臨床經驗，只是住在象牙塔、空談蓋倫理論的權威。若沒有親力親為的觀察，要他們發揮影響力、推動精神疾病的臨床進展，都是癡人說夢。實際上，醫學教授的自然科學立場有時還會被扭曲，被用來當成惡魔附身理論的生理基礎，研究它如何影響神智。蓋倫的影響力再起後，有趣的附帶效應是，遠東進口的珍貴香料價格水漲船高，它們可是調節體液的良方妙藥呢！

就算在迷信的年代，理智與人道關懷的角度從來沒有完全銷聲匿跡，並不是每個問題都是惡魔造成的，也不是每個病人都被折磨。其他的因素——過勞、暴飲暴食、縱欲過度或是杞人憂天——也開始成為病因，也獲得合理的治療，例如改變行爲、禱告、朝聖、儀式與護身符，還有人靠著「信仰奇蹟」痊癒。驅魔過程不再讓患者受傷、致死，它慢慢成爲象徵性的儀式，以人爲本的醫療方式終將取代魔鬼理論。

阿拉伯人爲現代精神醫學之祖（西元七百年至一千五百年左右）

五百年前阿拉伯世界進入了自己的黑暗時代，毫無疑問地，在那之前它曾是知識與

進步的中心。伊斯蘭世界一開始擁抱科學新發現，當成理解阿拉及其旨意的方式。現代人把可蘭經看成一種部落經典，其實在穆罕默德的時代，知識自由風氣鼎盛，直到十六世紀教士大權在握，阿拉伯國勢衰弱為止。阿拉伯人善用他們便利的數字系統（現在是大家的了），讓計算便利又容易，以前用羅馬數字計算時可是繁瑣費工。阿拉伯人發明了代數、球面幾何跟三角函數，保存整合了希臘、印度及波斯科學的精髓，再善用自己的天才稟賦發揚光大。

隨著阿拉伯的科學進展，他們也創立了精神醫學。精神科醫師術業有專攻，其診斷、治療及理論發展得相當成熟，歐洲直到十九世紀才迎頭趕上。為何是阿拉伯呢？可蘭經對精神疾病有相當開明的觀點，絲毫沒有猶太基督宗教損人的惡魔理論，也沒有希臘羅馬的神話傳統。沒有憤怒的惡靈，也沒有善妒的神祇。精神疾病是實際的問題，要用人類觀點及人道態度處理，不需加上超自然的色彩。

可蘭經上明訂：「施予愚人衣食……當對他們說溫和的言語。」可蘭經給予明智的忠告，別讓有重度精神問題的患者決定財產相關等問題，但也堅持要給予良好照顧及尊重患者，完全俗世，開明的臨床治療方法因此產生。精神病患者由經營完善的醫院監護，這些醫院以記錄、了解患者問題為宗旨。首間專門服務精神病患者的醫院在西元七

○五年於巴格達開幕，開羅於西元八〇〇年跟進，其他的大城市也快速跟進。穆斯林醫院常雇用猶太與基督教醫師，同時附設門診與藥房。

阿拉伯精神醫學進展令人折服，走在時代的前端，一千年後，歐洲才走上完全相同的道路，建立專門收容精神病患者的收容所。精神病院是科學研究的美妙搖籃，精神科醫師可以近身接觸各式各樣的患者，長期觀察患者不同的病程。他們的臨床觀察相當精確，並將症狀分類成症候群，發展出有效的治療方式。阿拉伯精神醫學內涵詳實，達到前所未有的境界，直到一九〇〇年左右才被西方醫學再度超越。

阿拉伯人制定了豐富的精神疾病類別，讓人耳目一新，十九世紀時歐洲也經歷了類似的過程。阿拉伯人創造了完整有效的精神疾病說明，相當於現代DSM，他們按照症狀嚴重程度分級，如同後世所用的精神官能症（neurosis）、精神病（psychosis）概念。阿拉伯人將憂鬱症分為內因型、反應型、激昂型與衰退型，也適切地描述了躁狂、譫妄、失智症、癲癇、腦膜炎及中風等症狀；妄想、幻覺、行為異常、判斷力差則被分類在一起，類似思覺失調症。阿拉伯精神醫學也正視恐懼症、強迫思考、強迫行為、性無能、睡眠障礙、慮病症、相思病的存在。雖然各種流行疾病來來去去，不過顯然基本的精神疾患古今皆然。

醫生解剖大腦、研究腦神經與血管分布後，推翻了蓋倫的某些假設。當時他們追蹤感覺徑路，找出相關知覺在大腦區塊的位置，得知額葉對理智與思考不可或缺，還發現失智症患者的腦室會膨大。

阿拉伯精神醫生研發出一套全面又尊敬患者的治療方式，歐洲還要等上一千年才會達到同等境界。西方病患遭受鞭刑、折磨、火刑的同時，東方患者接受的是有智慧的輔導、認知心理治療、解夢、藥物、沐浴、音樂及工作治療法。阿拉伯人認為身心健康密不可分，兩者交互影響。最終，他們在認知心理學、感知研究、精神治療及神經科學方面累積一套完整的知識體系。⁹

席登漢症候群 (Sydenham Spots Syndromes)

西元十七世紀，克倫威爾 (Oliver Cromwell) 治理的英格蘭剛進入啓蒙時期，出生在這個年代的湯瑪士·席登漢 (Thomas Sydenham) 讓歐洲人再度認識希波克拉底學派倡導的醫藥與精神醫學，也就是從自然的角度研究疾病，沒有惡魔、教條、惡劣危險的治療方式等。病人教導我們認識疾病，而非理論、哲學或宗教教義。在他的朋友哲學家

洛克協助之下，席登漢創造了一套重視經驗與實務的研究方法。席登漢是講求實務、重視常識的醫學泰斗。「一定要自己到病床邊去，在那裡才可以認識疾病。」只有靠著臨床診療、接觸患者，才能學到正確的醫術。

席登漢的特殊貢獻在於讓醫學重新關注疾病分類學。他是敘述症狀與疾病的大師，擅於觀察、分析與比較，辨識會定期發作的各種症狀，研究病程與預後。疾病就像是植物或動物一樣，可以區分、辨別，只要你知道觀察方法，看得夠久夠仔細。一旦找出發病的模式，就有助於找出病因，發現療法。「在自然界中，疾病之生成有一致的過程，也因此，同一種病發在不同的人身上，症狀大致相同；同一種病在蘇格拉底跟呆子身上發作並沒有兩樣。」

席登漢找出的眾多疾病也包括歇斯底里與慮病症。跟兩百年後走這一行的夏科（Jean Martin Charcot，譯按：法國神經學權威，佛洛伊德的老師）及佛洛伊德不同，他沒有那麼容易被誤導，他發現精神病患的身體病症常常因為過度治療而更加嚴重。停止極端治療，以心理治療替代，通常都能幫助患者恢復。「爲了患者的安全及自己的名譽著想，有時候最有效的方式就是什麼都不做。」

十七世紀的英格蘭瘟疫肆虐，恰好是研究熱病的絕佳實驗室。席登漢是流行病學的

先驅，他跟隨祖師爺希波克拉底的腳步，以同樣務實的精神進行研究。了解疾病的生長環境與傳染病源是建立公共衛生與預防疾病的基礎，治本比治標來得有效多了。

席登漢揭開了舞蹈症（Chorea）之謎，患者的身體及四肢會自行收縮、不受控制。他指出，舞蹈症會在感染喉炎之後出現，風濕熱也會——腦部發炎造成肢體不受控制，並非惡魔作祟。此外，席登漢對於疾病的藥物治療作出了三大革命性的貢獻，歷久不衰：他利用含有奎寧的金雞納樹皮萃取物治療瘧疾、推廣用鐵質治療貧血、製作液態鴉片（他非常推崇這種藥物的療效）。但是席登漢開藥都相當謹慎小心，許多同儕醫師熱衷於危險的傷害性療法，他則是抱持懷疑態度。¹⁰

林奈奠定分類學重要地位

活在十八世紀應該會是很有趣的事情。當時的人自認身處「啓蒙時代」，他們有充分的理由寄望，人類知識的穩定進展可以帶來幸福快樂。只不過十八世紀以悲慘的方式結束，理想幻滅，從此一蹶不振。法國大革命與拿破崙戰爭戳破了純真的泡泡。從後來的發展得知，我們若沒有發揮智慧、細心處理前人的知識，就會引起難以想像的災難。

但是生活在一七〇〇年代的聰明人（人數可多了）依然可以相信人類與世界終將臻至完美。唯一的問題只在於蒐集資訊，找到正確的方式加以整理。天文學提供了一種相當誘人的簡單科學模範，能解開自然的謎團。先有哥白尼太陽為宇宙中心的敘述式理論，接著布拉赫（Tycho Brahe，譯按：丹麥天文學家，使用的天文工具遠超過當世水準，若沒有他蒐集的資料，克卜勒就無法發現行星運行定律）兢兢業業地觀察，克卜勒用數學整理數據點，最後終於迎來人類知識最偉大的成果。牛頓（伽利略對他助益匪淺）不只說明了星星及行星的運行方式，還解釋是什麼讓我們的腳能留在地上，加農砲如何命中目標。牛頓的綜合理論掀起探索新知識的熱潮，促使科學家在其他知識領域也尋找根本的真理，找出更好的分類方式。啟蒙時代變成了分類學的時代，而卡爾·林奈（Carl Linnaeus）就是分類學之父。

眾多令人景仰的啟蒙時代天才中，林奈是我個人的最愛。他是執業醫師，也是狂熱的植物學家，這兩個身分有必然的關係。從薩滿巫醫的時代開始，大部分有效的藥物都來自於植物，每間醫學院都以自己的藥草園為中心。林奈並親自採集樣本的範圍沒有超過北歐，況且也沒有這個需要，世界自己送上門來。他鼓勵學生成為「使徒」，擔任船醫或自然學家，踏上冒險及採集植物的征途。十九位學生啟程踏上採集之路，行跡遍布

北美洲與南美洲、非洲、日本及亞洲熱帶地區。全球的大探索競賽開跑了。當然，歐洲人的首要目標是要爭取經濟及軍事優勢，但是地質、生物知識蒐集也相當重要。海軍軍艦另外也兼作科學實驗室，最頂尖的收藏家與採集家經常航行在海上。兩位門徒伴隨庫克（James Cook）船長，從不同的航段環遊世界，還有人因而客死他鄉，但是這場大冒險引發知識大爆炸，人們就此得知多樣的生命形態。林奈的目標是效法布拉赫與克卜勒對天文學的貢獻，為生物學帶來一樣的成就。儘管奧祕複雜，我們還是得將各種生物的原始形態分門別類，才能方便理解。如果我們可以發展出一套清楚透明的方式，分類世界上的動植物，那麼我們或許可以看出上帝的計劃。如果行星看似複雜的運行法則可以簡單用地心引力解釋，或許生命的豐富多元也有簡單的解釋。

林奈發展出一套分類制度，綿延三百年不衰，甚至在現代基因學革命中還派得上用場。他並非每個細節都十全十美，但這一點都不重要，他的方法就是一套威力強大的科學工具。按照相似程度，他按照六階層級法，分類了七千七百種植物與四千四百種動物，一一歸入其適合的界、門、綱、目、屬、種。林奈為看起來混亂的生物世界帶來秩序，也破天荒悖離先前的宗教例外主義，把人類歸入分類體系，與猩猩猴子並列。雖然對我們的自尊是一大打擊，不過卻是往演化論發展方向邁了很大一步。林奈謹慎分類生

物特徵，以此描述複雜的自然界，達爾文才能簡潔地解釋生命如何演化出這麼多的獨特狀態。

他們的探索過程清楚示範了觀察型科學（Observational Science）三階段過程的第二階段。可以用在天文學上的，在生物學上也通用。首先，你得要不厭其煩仔細描述自然世界。再來，按照觀察到的相似點，聰明分類，將看似複雜的特徵化約為可處理的模式。最後，苦心終於沒有白費——獲得一套解釋，簡單又明顯到大家不禁納悶，為何就是從來沒想到過。除非問對問題，不然不可能得到正確解答。所有好的分類方法都會拋出這個問題：「為何自然是這個樣子？」然後希望有人可以看到描述模式中的因果關聯。

一個世紀過後，門得列夫的週期元素表在物理界又再度啟動相同的過程，之後驚人地快速發展。門得列夫進行元素分類時所發現的問題，促成他盡可能深入與簡化因果模型，以說明各種元素原子核的不同結構。對當代醫學及精神醫學來說，最讓人抱憾的就是我們的分類系統尚未成功促成一套清楚明白的解釋模型。身體，特別是大腦，獨到又複雜，似乎所有簡單的因果答案都沒有用。¹¹

菲利浦·皮內爾 (Philippe Pinel) .. 精神醫學之父

精神醫學的文藝復興與啓蒙時代大器晚成——直到十九世紀才開始萌芽，但並不是因為對人類行爲感興趣的人比較笨，是因為主題相當複雜。行星真是簡單多了，其運行比起人類大腦失靈更有規律。科學家很難找出精確的致病機制，相較之下，發現天文與生物的通則比較容易。現代科學家在挑選研究主題時，懂得去找可發展成宏觀抽象理論的主題。引力說與演化論是相當了不起的知識饗宴，但是跟研究思覺失調症比起來，簡直是小菜一碟。

同時對精神病患者來說，他們的生活處境每況愈下。工業革命、人口成長與都市化打亂了舊有的社會管理模式，從前這些責任多半是落在家庭、村莊與神職人員身上。勞動階級家庭面臨新的壓力，可想而知也削減了他們的資源與包容力，無法支持有問題又麻煩的家庭成員。把他們送到設在遙遠地區的機構安置最方便了事，跟其他被社會厭棄的人關在一起——乞丐、罪犯、孤兒、弱智者。救濟院常爲營利性質，毫無治療或科學使命。在龍蛇雜處的環境之下，精神失常者被當成壞胚子，作了壞事才會生這種病，不

值得醫治他們。當時沒有精神醫師的專業，也沒有臨床研究協助診斷與分類。精神失常的人活得不像個人，比較像是需要馴服鞭打、鎖鍊捆綁的野獸，也被迫要像動物一樣公開展示，救濟院才能賺些外快。

皮內爾拯救了精神病患，建立了西方世界的精神醫學專業。我們這一行能有這樣一個祖師爺跟典範，已別無所求。皮內爾是人道主義者，也是科學家，他教導我們如何治療患者，研究問題的同時也保留他們的尊嚴。皮內爾最為人推崇的就是解開精神病患者的鐵鍊枷鎖。巴黎薩皮提耶醫院（Salpêtrière）的精神科現在還相當活躍，至今依然能在原址的舊建築牆上看到他們被拴在牆上的痕跡。但是皮內爾送了一個更大的禮物給這些患者，中世紀人主張精神疾病是魔鬼附身，他破除這個迷信，也破除了大家恐懼，請民眾不要再醜化、忽略這些病人，甚至要把他們綁在木樁上燒死。皮內爾說服（幾乎）每一個人，跟身體疾病的病因一樣，精神疾病的病因也是完全是自然的。他規劃新形態的「收容所」，專為照顧精神疾病患者需求而設。皮內爾認為，患者應該要在舒適安全的環境裡，有尊嚴地接受治療。歐洲跟美國也迅速廣設類似的「收容所」醫院。

皮內爾視患者為一般人，也把他們當成平常人治療。他甚至婉拒邀請，不去擔任拿破崙的私人醫生，而是選擇留下來照顧病人。收容所的院長、顧問及老師從前也是住

院病患，後來都成爲傑出的臨床醫生及管理人。他們一起爲精神疾病發展一套「良心」（或「心理」）治療法，結合教育、認知治療、現實感測驗、勞動、運動、治療活動、支持鼓勵，過程秉持著善心、謙遜及幽默感。皮內爾對每一位患者的生平故事深感興趣，那些特殊的希望、恐懼、動機及經歷型塑了我們的身分。皮內爾想找出他們的人生問題跟疾病間的交互作用。

皮內爾相信，遺傳、腦部精神傷害、心理及社會壓力，加上患者先前經常遇到的惡劣治療，一起造成了精神疾病。他希望能引導患者自然康復，而不是強加治療，放血、通便、毆打或旋轉椅一律禁止。他虛懷若谷，相信患者的韌性與復原能力。只有最暴力、對任何治療都沒反應的患者，才需要用束縛衣跟鴉片來約束其身體與精神狀態。

皮內爾是了不起的人物，也是優秀的科學家。結合了席登漢研究症候群的方式與林奈的分類法，皮內爾把精神疾病症狀分成清楚的類別。精神醫學的診斷標籤奠基於仔細觀察，就如同從事自然科學研究一樣。他在病人身上花了很多時間，仔細詢問、判斷最常共同出現的症狀及病程。他提出的類別跟現在用的不太一樣，但是我們現在用的分類法是他引入的。皮內爾事事都相當謙遜，他說自己提出的類別「目前適用」。

皮內爾開闢了當代精神醫學，終結黑暗時代。十九世紀精神醫學顯著發展，皮內爾

在分類精神疾病上的努力，不只開拓知識層面，也提升了人道精神。當然他主要是爲了臨床用途，但還有另一層考量，若能清楚描述、區隔精神疾病，或許就能發展出更高明的致病理論。進行分類的人是臨床醫師，但是他們同樣也是觀察派科學家，照著林奈分類植物跟動物的方法，爲精神疾病與診斷方式作分類。若是他們能順利達成任務，作出全面的描述，或許某位精神醫學界的達爾文哪天會出現，理出所有頭緒。¹²

許多人追隨皮內爾的步伐，各種讓人耳目一新的創新分類蓬勃發展。十九世紀末期，許多人提出各種分類精神疾病的方式。早期的分類系統源於法國，後來科學研究的重心慢慢轉移至德國，集大成者爲克雷普林（Emil Kraepelin），他區分思覺失調症與雙極性疾患，影響深遠。克雷普林很幸運，恰好有位哥哥是偉大的自然學家，讓他培養了敏銳的觀察技巧。兩人經常到東亞進行田野調查，逼得他得想方設法籌措資金。克雷普林這份兼差工作改寫了精神醫學的歷史。他寫的教科書大受歡迎，影響力十足，書中的索引成爲當時的DSM，後來也成爲我們DSM的基礎。但是克雷普林有個很大的盲點，他是研究型醫生，從來沒有看過一般門診，他對精神醫學的概念，都來自於病情嚴重到需要長期禁錮的病人。今日會被診斷爲精神病的患者，大部分都無法放入他的歸類法。

很幸運地，同時代的還有佛洛伊德，他補上了缺漏。說到佛洛伊德，大家想到的通常都是治療而非診斷，他想出了一套分類方法，來區分門診病人的病況，貢獻不下克雷普林之於住院病人之分類。讓人玩味的是，佛洛伊德也是因為缺錢才開始作分類，他需要錢結婚成家。佛洛伊德生涯早期是位指日可待的神經科學家，率先探索神經元突觸對大腦功能的重要影響，但是因為沒有應徵上大學教職，不得不離開實驗室，自行開業，進入較少受人推崇的精神醫療領域。佛洛伊德心不甘情不願地接下了這份工作，但始終沒有放棄原本的抱負，想在科學界嶄露頭角，於是把研究對象從顯微切片換成人。沒多久他就搖身一變成爲診間裡的達爾文，發揮了敏銳的臨床觀察能力，精確揣測潛意識與天生的直覺如何發揮核心影響力。不論生病或是健康，潛意識都決定了我們的自我、感覺、思考、行爲。雖然佛洛伊德的某些臆測現在看起來相當詭異牽強，但現代認知科學與腦部顯影技術提供了讓人信服的資訊，證實佛洛伊德的真知灼見。

還有更要緊的一點，佛洛伊德也新創了精神科門診，並提供方法分類新的病患。現今精神科的主要收入來源來自症狀較輕微的患者，但當時這可是神經學家主管的領域，當時稱這樣的疾病爲「精神官能症」(Neuroses)，威信病因爲神經疾病。佛洛伊德開創了嶄新的精神分析領域，在過程中他重新定義了「精神官能症」概念，認爲肇因爲心

理衝突。儘管人的情緒受大腦生理結構制約，但精神疾病並非單純腦部出問題。他又進一步細分不同的精神官能症，包括哀慟與憂鬱、恐慌症與恐懼症、廣泛性焦慮症，並描述了強迫症、性變態與人格疾患。佛洛伊德是位受過專業訓練的神經學家，只花了幾個月時間研究精神醫學。矛盾的是，神經學界普遍忽視他，但很快在精神醫學界備受推崇。

早期精神科醫師人數非常少，只在收住院病患的收容所工作，很不幸還要扛著「怪醫」的頭銜，但自佛洛伊德以降就有了全面變化，而且改變得非常快。精神專科的焦點從嚴重的住院病患轉移到了病情較輕的門診患者身上，一批又一批的精神科醫師出走醫院，成立自己的診所。一九一七年，只有一成的精神科醫師在醫院以外地方執業，現在大部分都是了。¹³地位顯赫的醫師逃離納粹到美國避難，加上受過新興心理學與社工訓練的臨床心理師，使得美國精神分析師的人數爆增。治療師人數迅速增加，他們應用精神分析，找到診斷輕微症狀的方法，治療病情較輕、人數較多的門診患者。

同時世界大戰也拓展了精神醫學的領域，使其成爲主流。當時的人認爲，精神疾病對戰爭工作是一大威脅，經常造成士兵無法執行勤務。它也是常見的戰爭傷害，使得返鄉士兵無法恢復正常。當時的分類方式是針對重症住院患者而制定，無法用於診斷

士兵的疾病。精神科醫師奉命讓診斷系統更爲完善，想辦法讓我國士兵作好戰鬥準備。許多醫生在軍隊擔任要職（有一位還升上將軍），握有大權，決定徵召標準、人員去留與治療傷患事宜。¹⁴軍隊制定了一套新的診斷分類，涵蓋內容更多，美國退伍軍人部一修，之後再經美國精神醫學學會二修，於一九五二年出版第一版精神疾病診斷與統計手冊。¹⁵

DSM第二版挽救精神醫學

精神醫學在第二次世界大戰之後蓬勃發展，讓人刮目相看。接下來，它也在平民生活中取得一席之地，舉足輕重。所有醫學院破天荒爲精神醫學成立獨立專科，大部分的綜合醫院都開辦精神科，以精神分析爲主要治療模式，重心都放在治療患者，展現披荊斬棘的專業氣度。但在這波文藝復興風潮下，卻沒有人關注精神疾病診斷的發展，它默默無聞，備受冷落。第一版DSM（一九五二年出版）跟第二版DSM（一九六八年出版）沒人讀，沒人愛、也沒人用。^{16 17}

到了一九七〇年代，診斷研究爆發爭議，變成可能拖垮精神醫學的致命要害。兩篇

被廣為傳閱的論文威脅了精神醫學的存亡，好不容易羽翼長齊了，才剛獲得醫學專科的威信，而今岌岌可危。爆點一：在一項英美跨國研究中，大西洋兩端的研究者評估同一批患者時（透過錄影帶），診斷結果差異卻很驚人。¹⁸爆點二：一位聰明的心理學家揭露，要讓精神科醫師們上當非常容易，他們會作出不正確的診斷，還會施以完全不合宜的治療。這位心理學家的幾位研究生分別到不同的急診室，聲稱自己幻聽。儘管之後行為表現完全正常，每一位學生都被送到精神病院關了一個月以上。精神科醫師表現得像是不可靠又落伍的江湖郎中，沒有資格加入當時即將讓醫療界現代化的研究革命。

要是沒有羅伯·史匹澤（Robert Spitzer）的話，精神醫學很有可能漸漸失去影響力，又變回戰前的無名小卒。一夫當關拯救一整個行業的情況相當少見，但是當時精神醫學危如累卵，而羅伯又是萬中選一的人。雖然當時只是哥倫比亞大學的年輕研究員，羅伯已經踏上了一條讓他終生狂熱追尋的道路，志在改革精神疾病診斷，使其更有條理組織，穩定可靠。要比喻的話，就想想《白鯨記》裡不計代價追獵巨鯨的亞哈船長。

羅伯是建立「診斷研究準則」（Research Diagnostic Criteria）檢查表的先鋒，他訂立基礎標準，分類疾病症狀，讓參與研究的評估人員診斷更為一致。¹⁹他又開發了一套半結構訪談法（Semi-structured interview），先準備一套制式問題，統一提問的順序及

用字遣詞，以評估有無各項症狀，這樣可以避免研究人員評估時莫衷一是。²⁰ 羅伯研究方法的初步結果讓人振奮，評估者問的是相同的問題，診斷時按照同一套規則、逐一檢查症狀，獲得的結果相當一致。這麼一來，那項跨國研究帶來的挑戰就解決了。還有更重要的一點，一套可靠穩定的診斷系統讓精神醫學研究足以結合分子生物學、基因學、腦部顯影、多變量統計學、安慰劑控制組臨床研究等驚人新技術。突然間，精神醫學研究在醫療研究界成了親親寶貝，再也不是繼子了。美國國家心理健康研究院（National Institute of Mental Health）預算飛速成長，在大部分的醫學院裡，精神醫學的研究經費充裕，排名第二，僅次於內科，並遠遠超過其他基礎科學與臨床科別。藥廠也開始大把投資研究經費，競相開發利潤可觀的新精神科藥物。

羅伯為精神醫學研究立下基業，許多人可能心滿意足了，但羅伯本性閒不下來，很快就發現下一個更遠大的志向。如果以準則為基礎（criteria-based）的診斷方法用在研究上那麼成功，何不用到平常臨床工作上呢？真的是張狂至極又膽大妄為的想法，但是美國精神醫學學會給羅伯一個完美的機會著手實現。一九七五年，羅伯獲邀主持第三版DSM工作小組，並獲充分授權，他可以設定自己的目標，選擇方法、挑選合作對象。羅伯精力旺盛、意志堅定、頑固執著、不屈不撓，滿懷熱情真心相信自己的工作。此人

目標非常單純，就是要改變世界各地精神科及所有心理衛生專業執業方式。用他那時候自己說的話來講：「他們把球傳給我了，我就打下去。」²¹第三版DSM終結各自為政的診斷亂象，讓其流程更爲謹慎，畢竟，若要選擇更爲精準明確的治療方式，診斷就是不可或缺的先決條件。此外，臨床研究與臨床醫學間也非常需要精確的診斷搭起橋梁。

22

第三版DSM成書過程面臨一大障礙，當時科學證據非常有限，手冊要納入哪些疾病，要選擇哪些症狀作爲疾病的表徵，難以決定。羅伯爲每種疾病組織了專門的專家小組，集思廣益找出最佳的準則內容，補上了這個大缺口。

但過程慘不忍睹，感覺比較像是才藝競賽，而不是科學討論。所有會議的結果跟流程都一樣令人印象深刻：八或十人一組的專家們被鎖進房間裡，沒有共識前都不准出來。早上又吵又鬧，翻天覆地，專家們大聲駁斥彼此，吼出自認最適合的症狀。他們堅持己見，對自己的主張滿懷熱情。他們憑藉的不是科學數據，而是自己的實務經驗，似乎沒有理性方式可以篩選分歧迥異的意見。羅伯大部分時候都不發一語，坐在角落裡飛快激動打字，努力記錄一切。幾個小時的混亂過去，外頭會送進來一大盤美味無比的餐點，好不容易專家們安靜下來，開始進攻三明治、生菜沙拉、醃黃瓜跟冰淇淋汽水。羅

伯會繼續激動打字，全神貫注，似乎對美食或周遭環境視而不見。很神奇的是，午餐吃完前羅伯就會把早上的混亂消化完畢，整理成一套診斷守則草案，所有分歧意見都被濃縮成貫通定義，乾淨俐落。下午氣氛就比較祥和了，打瞌睡的專家們細修羅伯取捨過後的成品。爭議不退的時候，聲音最大、志在必得、冥頑不靈、最資深或是最後跟羅伯講話的人就會占上風。用這種方式制定診斷系統真的是很糟糕，可能會被各種偏見影響，但是當時這是最好的方式了。讓人訝異的是，這方法跟以前一樣有效，成果一定有缺陷，但也好用到讓人讚嘆。

與羅伯共事、制定診斷準則的這些人，大部分都是精神醫學的青年革命軍（包括幾位心理學者），這一批具有生物學背景的新興研究者團結齊心，視自己為開疆拓土的先鋒，深入其他醫療領域，拋下先前占主流地位的精神分析與社會研究法。第三版DSM的主要訴求為放棄毫無根據的病原理論，此外，不論生物、心理及社會治療皆可以用這本手冊。但終究是紙上談兵，實際上陣卻非如此。診斷標準都是基於表現症狀，無關於病因或治療方式。但表現症狀與精神疾病的生物基礎與醫療模式息息相關，還會增強效果。若我們排除推論式的心理建構法及社會脈絡，就會影響到生物與醫療模式的發展，也為精神醫學套上簡化的緊箍咒。為了避免這個問題，第三版的DSM嘗試加入創

新的「多軸向」系統——患者不僅接受軸向一的精神症狀評估，還有軸向二的人格疾患評估、軸向三的身體健康評估、軸向四的社會壓力因素評估、軸向五的整體能力評估。但很不幸地，大部分的人都忽略了多軸向評估系統。羅伯曾經一度提出「百花齊放」計畫，好強調敘述型診斷以外的因素，讓評估完整，但是計劃從來沒有機會上路，自從第三版DSM出版之後，心理或社會模式的擁護者覺得被排除在外，不斷流失立足之地與影響力。

貫徹一場革命實非易事。羅伯勢不可當，一路與成千上萬看似無法撼動的障礙角力。那年頭的臨床醫師討厭聚在一起（那之後大部分的人都被馴服了）。第三版按照表現症狀相似之處，把患者分成一群群，忽略個體差異。相反地，重視心理學的臨床醫師偏好倚重同理心與創意直覺，理解每一位患者複雜的人生故事、潛意識動機及社會脈絡。他們不喜歡被綁手綁腳，不想不經思考就死守外界強加、無區別的成規。若想讓精神科醫生對診斷結果有共識，簡易的第三版DSM絕對不可或缺，但是它好像把所有關於患者最有趣的部分都拿掉了。羅伯提供了精神學界的共通語言，但是對大部分使用者來說，並沒有非常具吸引力。如果說每一個獨特的患者都像首詩，羅伯在第三版DSM把他們寫成了論說文。

我一開始對第三版D S M就抱著強烈的質疑態度，後來才變得比較保留一點。

第三版D S M成書前，我跟羅伯已經認識十年了，從一九六〇年代晚期他就是我的老師，私交來說我非常欣賞他，但專業上卻大打折扣，因為他全心全意研究的診斷問題，就我看來真是膚淺又愚蠢。當時我一心想學習什麼樣的動機讓人振奮，要怎麼樣透過心理治療讓他們的生活好起來。幾年後羅伯開始編纂第三版D S M，我光長了年紀，沒長什麼智慧，絲毫不感興趣。當時我任職康乃爾紐約醫院（Cornell-New York Hospital），負責門診，閒暇之餘在哥倫比亞大學受精神分析訓練，真是相當昂貴的嗜好，偶爾會在走廊上遇到羅伯，都會寒暄一下。有一次我提了一個現在想起來都覺得很怪的建議，提議第三版D S M納入受虐人格疾患，專指某些人，出於無意識受虐原因，一再破壞人生幸福的機會。那是當時的課堂研究主題，我正考慮要不要以這個為主題寫篇精神分析論文。羅伯很正確地拒絕了，後來編第四版D S M的時候也有人提了一樣的建議，我也拒絕了。羅伯解釋受虐人格疾患的判斷多為推斷，無法可靠評估，而且所有精神疾病本質上就是自我打擊，但是羅伯行事兼容並蓄，只要人願意花時間跟他討論診斷問題，滿足他貪得無厭的求知欲，他不作多想就會把人招募進第三版D S M的工作團隊。沒多久我就忙著編纂第三版D S M，受命編輯人格疾患章節，另外，面對來自不同

精神分析協會同仁的懷疑，我也要解釋、辯護第三版D S M的新工作方法。

隨著我對第三版D S M的認識加深，我更能體會其必要，但也更明白其先天限制。第三版D S M絕對不可或缺，但是被吹捧過了頭，人們太過買帳。當時的印象現在仍感覺是對的。對有科學基礎的精神醫學來說，第三版D S M是救贖，但也截斷了這個領域的發展，導致濫診現象蔓延。當然，第三版D S M不可或缺，它為精神疾病診斷與治療建立系統。從前精神醫學純粹是門藝術，有時很高明，總是特立獨行，整體而言卻是一團混亂。現在精神醫學仍然保留蠻多良好的藝術層面，但是已建立一套標準，多了更為扎實的科學基礎。

但是大肆吹噓第三版D S M的可靠程度，則是過度誇大了。在理想的研究情況下，醫師能達成診斷共識，但換到了平時臨床實務的混亂情況，根本作不到。另外大家也過度「消費」第三版D S M，這是個比喻，也是事實。出乎大家意料，第三版D S M常年盤踞暢銷榜，每年都賣出好幾十萬本，遠超過相關從業人員的人數。這樣的成功也反咬了D S M三版一口。它變成了精神醫學「聖經」之後，讓精神醫學的其他層面被忽略、排擠。但不應如此，疾病診斷應該只是完整評估環節之一，但卻喧賓奪主。本來要全盤了解病人，卻經常簡化變成按表打勾。患者生平敘事弧線、影響症狀生成的脈絡因子，

因為這種變動而消失。並不是因為DSM三版先天就有這種缺陷，而是因為臨床醫師、老師學生、研究人員、保險公司、各級學校、身心障礙機構跟法庭賦予DSM三版過多權威。大眾也是。DSM三版很快就取代精神分析成了雞尾酒宴的聊天話題，大家一副積極的樣子，想拿著書，幫自己的問題（或是老闆的問題）對號入座。

DSM三版最大的後患就是濫診。DSM三版編寫的方式要承擔一部分過失，不過主因還是出在濫用上，特別是藥廠兜售疾病推波助瀾。對主張精細區分的人來說，DSM三版有如美夢成真，對主張統一整合的人來說，DSM三版有如夢魘，而精細區隔本來就會造成診斷浮濫。

爲了提高臨床醫生對特定疾病診斷的共識，DSM三版把疾病診斷這塊大餅切成一片片，又小塊又好消化，但是同時也增加了更多人診斷出疾病的機會。除此之外，DSM三版範圍太廣，裡面描述了許多出現在大眾身上、很正常的輕微症狀。DSM三版突然間引起臨床醫師與患者的興趣，光是這點就刺激更多人去尋求疾病診斷。

考量一九八〇年DSM三版出版當時的狀況，這本書把敏銳程度（避免遺漏需要疾病診斷的人）跟明確程度（避免將不需疾病診斷的人貼上標籤）的平衡把握得剛剛好。當時沒人料到，不出多久，翹翹板上診斷浮濫的那端會變得那麼沉重。DSM三版種下

診斷浮濫的種子，等藥廠施下行銷肥料之後，很快就會長成巨大豆藤。

DSM第三修訂版——過猶不及，操之過快

整整七年後，DSM第三修訂版於一九八七年出版，也就是DSM第三版修訂過後的内容。本來只是要作細部修改，最多就是把第三版出版後這段期間發現的編誤跟缺漏稍稍校訂一下。再度由史匹澤負責主導，但是這次他無窮的精力與熱情失控了。計劃進行時間超出原本安排的兩倍，作了許多重大改變，工作方向是讓人更容易診斷出疾病。我也在DSM第三修訂版的顧問小圈圈裡，但是他迫切想要改變，熱衷擴張範圍，根本約束不住。²³

DSM第三修訂版是個錯誤跟迷障。DSM第三版目標之一為建立林奈一類的分類法（或是「元素週期表」），分類客觀定義的精神疾病，這樣可以刺激臨床與基礎科學研究。這個分類系統照理說要能一再重複使用並能自我補強，也就是說，書中的診斷守則根本不是定論，研究者再以此為出發點，按照他們主張的研究方式確認或是變更內容。要是診斷體系的研究目標按照眾人的主觀意見一變再變、任意更動，那麼修正程序

就永遠不可成有進展。

我學到的教訓是，研究人員暫緩擴張疾病診斷，好讓研究跟上。那些專家只是湊巧在房間裡，光憑他們隨興所至的想法，就創造新的診斷類型或是調整現有疾病標準。他們把描述性精神醫學看成一個房間，一再重新搬動房內的傢俱擺設，根本不合理。DSM第三版所採用的手段是必要的，但不適用於DSM第三修訂版。疾病診斷的更動應該越少越好，直到我們更理解精神疾病的病因，找出最佳定義及治療方式。DSM三大部分的內容大部分來自專家見解，再由史匹澤翻譯成「手冊」，不得不如此，但是未來作法需要更加謹慎，採用更為嚴格的科學標準，減少個人意見，不能爲了改變而改變。

那時濫診的情況還要許多年才會成真，但是已經山雨欲來風滿樓。DSM三修訂版跟百憂解同時於一九八七年上市，百憂解銷售一飛沖天，部分要歸因於DSM對重鬱症定義太過寬鬆。診斷系統不知不覺就成了藥廠的行銷工具，這點不能不提防。

第四版DSM身世

若有人問，爲什麼我會被挑中當第四版DSM工作小組的負責人，我通常都會開玩

笑說是前世造孽的懲罰。正經說來，我不清楚爲什麼會找上我，過程還真是讓人吃驚的隨便。美國精神醫學學會的醫療長當時問我願不願意接受委派，我考慮了一天就答應了，就這麼簡單。一點也不囉哩囉嗦，不用查核、面試，沒有競爭者，不用考核資格、目標或方法。

杜克大學聘我擔任精神醫學系主任的前置作業馬拉松花了整整四個月，兩相對照下來就很明白了，過程包括：三場遴選委員會會議，與院長反覆討論，跟醫院院長、大學校長、財務長、其他系系主任加上系上五十位成員開會。甚至在此之前，遴選委員會的一位代表至少打了三十幾通電話給許多人調查我的背景。聘請我之前，杜克校方已經比我還要了解我自己了。有了小心謹慎的背景調查，可以保證我們能夠共同合作制定計劃，策劃行動。

相比之下，APA聘用我只是出於信任，他們也不清楚我要怎麼著手。選我的原因多半是因爲我參與過前兩版DSM制定工作，同時擔任APA疾病診斷委員會主席。就此說來，我已爲人所知，具備資歷足以勝任這份工作（其實願意接手的人也不多）。當初要是有作過正式調查的話，不但可以證明我是最佳人選，也能讓我的計劃與權責更加明確。那種任意的遴選過程，反而使得我之後的生涯都如履薄冰。

A P A 挑選跟我合作第四版 D S M 的同仁時，也幾乎沒有守則可言，也沒有準備進行的方針。大家的自然反應都會是找自己的朋友來，跟喜歡的人一起合作愉快多了，畢竟要投入那麼多時間完成任務又無給薪，這樣也比較讓人放心。不過我主動決定針對最有爭議性的議題，這樣才能囊括所有不同的聲音。

我們為第四版 D S M 訂下了極度平實的目標：讓診斷的決策流程更加嚴謹、客觀、透明，不開創新局也不用個人風格左右診斷體系。^{24 25}我知道，科學舉證的門檻若設得太高，內容就很難有什麼更動，畢竟提出令人信服的佐證並不容易。數據資料又不會躍出紙上，抓著你的要害逼著你改寫。奇怪的是，A P A 對我的目標所知甚少，對 D S M 四版的工作方向也不太過問。錯了，疾病診斷系統影響力廣泛，不可以就這樣放任一個人獨自決定其未來。D S M 五版問題層出不窮，證明沒有制衡、有特立獨行之嫌的領導作風先天就有風險。

這又帶出了領導作風的問題。我追隨著一位非常有魅力的領袖腳步，他對每個問題都興致勃勃，熱愛各種問題的爭議之處。羅伯要從無到有建立一套激進、創新的疾病診斷系統，面對這樣的任務，他的作法適當，但是 D S M 第三修訂版或 D S M 第四版只需要稍加調整修正，並不適合獨到創新。D S M 三、第三修訂版跟第四版付梓各相隔七年

（一九八〇、一九八七及一九九四年），這幾段時間內，從未出現有力的研究，確立疾病診斷系統需要重大修訂。因此，我把自己的角色看成負責改善、維持手冊，而非創新者。作任何改變前都要達到相當高的科學舉證門檻，這樣人格與領導風格的問題就不會攪和進來。我設了一套客觀的系統，可以自行運作避免並解決爭議。決策照規定走，而非照個人主張一分高下。工作小組成員的角色定位為「共識學者」，他們安安靜靜審視現有數據表格，不倡導理念，也不期許自己當個另闢蹊徑的疾病診斷創意家。

我不喜歡爭議，認為爭議讓生產力低落，總是讓人焦頭爛額，卻甚少讓人靈光乍現。所以我們實事求是，若意見相左、遲遲無法決定數據的詮釋方法，那就表示科學文獻過少，或是模稜兩可，不足以構成改變。除非必要、勢不可擋，同時科學方面又有壓倒性共識，否則絕不變動。這種情況少之又少。若出現如陪審團僵持不下的那種情況，大家就決定維持現狀。我們不用投票的方式，我也想不起來有任何重大歧見。

好幾百位很有主見的專家合作一個案子，很可能會釀成天下大亂。解藥就是建立標準作業程序，確定每一個人都乖乖遵守。DSM四的進度表早在動工前就決定好了，我們辦了一系列的研究方法會議，確保每一道程序執行方法都前後一致。變動手冊的門檻相當清楚一致與嚴謹。我們建立了三階段阻隔流程，意在剔除新建議。第一階段為

蒐集與探討文獻，要不厭其煩蒐集所有現有科學資料，並特別注意所有改變可能導致的風險或出乎意料的後果。第二階段為資料重新分析，由麥克阿瑟基金會（MacArthur Foundation）出資。這樣一來我們可以取得世界各地研究人員已經蒐集好、存在電腦裡但尚未分析的資訊。我們可以提出跟DSM四決策相關，但現有出版文獻尚未回答的疑問。第三階段為美國國家心理衛生研究院（National Institute of Mental Health）出資，由同儕審查的實地試驗，涵蓋考慮更動的十二種疾病。目標在於測試其他的審查標準，比較它們在最接近真實狀況（但無法完全複製）下的表現。

核心領導人物的角色就是負責品質控管。我們的工作不是決策，而是確定大家都守規矩。我們的工作也包括確定能在期限內完成工作。對研究方法採取如此嚴謹態度，結果一如我們預料的好。專家們別出心裁的建議皆被打回了票，因為沒有科學證據支持他們的主張。DSM第四版一直忠於第三修訂版。

我們的工作全部都攤在陽光下，相當開放，任何對DSM四有興趣的人都可以成爲程序顧問。我們鼓勵工作小組成員開誠布公，讓同仁們毫不保留給予意見。計劃中期我們出版了一本選項集，每一個人都有機會查驗、駁斥所有的變更提案，我們也出版了一套內容豐富、達四冊之多的DSM第四版文獻集，內容包括所有的文獻探討、資料重新

分析、實地試驗及決策理路，作為資料典藏之用。²⁶可見DSM第五版出的大問題主要是因為到最後都是祕密作業，拒外界提出修正。

我們把DSM四看成指導手冊，而非聖經——輯錄短期內有用的診斷建構，而非「真正」的疾病大權。我們努力在DSM四序言中充分清楚傳達這點，另外也在DSM四參考指南裡花了許多篇幅著墨，但我知道讀了參考指南的人少之又少。²⁷²⁸大家不應該把DSM分類當成金科玉律，但是有所了解的話，臨床醫師能力會更上一層樓。

DSM四非但沒有拯救正常，甚至連保護都作得不太好。出版後三年，藥廠遊說團大獲全勝，扭轉了合理的法規。美國成了世界上唯一一個讓藥廠直接對消費者打廣告的國家。不出多久，廣播電視與報章書籍充斥著肆無忌憚的廣告，讓大眾以為，日常問題其實都是沒發現的精神疾病。DSM四最後成了相當無力的堤防，有了心懷不軌又高明的藥廠推波助瀾，DSM四根本擋不住如洪水氾濫的不實藥物需求。雖然我們不斷擋掉有利藥廠的更動提案，但沒有料到就連這麼一本保守的手冊，也會變成點石成金的廣告利器。短短幾年內，態勢底定，藥廠勝出，我方落敗。

我們本來可以（也應該）採取某些方式抑制濫診。更重要的一點，我們本來可以把DSM四的疾病診斷門檻拉得更高（症狀更多、症狀期延長、提高損傷程度），變得更

困難，以阻撓藥廠兜售疾病。但是因為我們太講究公平保守，反而作繭自縛。不論要往哪個方向更改，我們都嚴格規定，一定要有豐富有力的科學數據。按照規矩來的話，診斷系統要擴張或縮減都一樣困難。爲了要避免專家們的主觀影響決策，否則他們很容易想要擴張範圍，這些規定是必要的限制。以證據爲基礎，取代主觀意見，雖然避免助長新一波濫診，但卻讓我們無法減少當前的濫診情況。有了後見知明，我才知道這種作法可能是錯的。如果當初能建立一套雙重標準就好了，針對緊縮診斷的提案，不需要那麼多科學舉證，會助長濫診的提議，其門檻則提高。沒有錯，限縮診斷範圍很難又容易陷入主觀，但是如果只看證據的話，就無法抑制濫診及過當治療，這樣比起來，我寧可雙重標準。

我們本來應該努力地警告大眾，也應該要更加主動教育第一線人員跟潛在患者，讓他們知道過當診斷的風險。DSM四有應該要有顯著警語，告知過當診斷危險以及預防方法。我們應該組織專業及大眾論壇、從事教育推廣活動、反制藥廠宣傳，但當時沒一個人想到這些作法。我們作夢也想不到，DSM四出版三年之後，藥廠廣告會如雨後春筍般出現，更想不到會有一大堆人順勢被診斷出過動症、自閉症、躁鬱症，當時根本沒人感到問題迫切、需要防範。我們以爲自己把手冊寫得很好，沒有想到要負起責任，

指導大眾用負責的態度使用手冊。總之為時已晚。就算我們當時聰明了一點、強悍了一點，也不可能力挽診斷過當的狂瀾。巨頭藥廠實在是太大、太有錢、太有政治勢力了，但是我還是挺後悔當初沒有再多努力一些。

所以我給DSM四打多少總分呢？無疑是好壞參半。樂觀來說：我們更動的地方不多，制定了一套一絲不苟的科學檢驗方法，改善手冊編寫的精確程度與編碼，只有犯一個明顯的錯誤。問題是，我們所作的改變直接造成自閉症、過動症、成人躁鬱症誤診盛行。另外七種疾患也因為藥廠灌水而導致過當診斷，我們卻完全沒有採取防範措施。

犯了一個錯誤就會釀成大禍，性倒錯（Paraphilia）一節潦草寫就，導致許多人被以精神病患之名強制就醫，基本人權被侵犯。我們當初犯了不少錯誤，但是至少應該更精準預測會有甚麼意料之外的後果，並加強防範濫診繼續下去。堅守著嚴謹小心及「不造成傷害」的態度，我們進行委派的任務時的確避開了絕大多數的錯誤，但是也逼得我們產生嚴重疏漏。我們沒火上加油，但也無法雪中送炭。大功告成的時候，我對DSM四相當滿意，現在我卻希望當初應該更努力挽救正常，並提高難度，不讓藥廠輕易兜售疾病。

參與DSM四工作的人又有甚麼動機呢？有這樣的質疑也是合理的。之所以放濫診現象一馬，是不是因為有財務關係或利益上的衝突？最近有項研究指出，DSM四專家

裡有百分之五十六的人跟藥廠有財務關係，因此引發質疑。有人認為藥廠是幕後藏鏡人，用直接或間接的方式影響決策，好製造更多病患與治療機會。有這樣的質疑合情合理，因為我們早年的編輯們沒有任何檯面上的利益衝突，也沒有調查彼此的背景。我們粗心大意才導致這種疏漏。百憂解問世前世道還相當單純，一九八七年著手DSM四當時沒一個人想到有這種必要。沒有設下防範利益衝突的機制是我們的錯，責無旁貸，我為此道歉，只不過我不同意財務關係動搖了我們的決策。路遙知馬力，結果證明我們嚴苛的科學檢驗法成功擋下了潛在的利益衝突，效果跟任何一種徹底的背景調查不相上下。數十種有利藥廠的提案都被打了回票，只有兩項決策最後讓藥廠得利——稍微放鬆注意力缺失症的門檻及加入第二型躁鬱症。這兩種疾病在臨床上都有獨特重要的一席之地，並獲得充分科學證據支持，決策當時也看不出有什麼商業價值。很不幸，日後藥廠獲准向客戶推銷，也開發出新的昂貴產品，就濫用這兩點。發生這種事情，我們實在始料未及，也防不勝防。不管怎麼說，藥廠無法插手DSM四編纂過程，但是卻主導了濫用DSM四的方法。我同意，瓜田不納履，李下不整冠，但是很確定這次是冤枉錯人了。

29
30

歷代DSM表現好壞參半，這本手冊提升了精神疾病診斷的可靠程度，發揮了絕對

正面的功效，但同時又造成始料未及的後果，害人匪淺、助長濫診、危及正常，導致大批人接受過度的精神疾病治療。

第三章 濫診

愛麗絲：「但是我不想跟瘋子在一起。」

柴郡貓：「噢，沒辦法啦，這裡的人都瘋瘋癲癲的。」《愛麗絲夢遊仙境》
醫療研究進步到幾乎沒有什麼人是健康的了。

—— 歐德斯·赫胥黎 (Aldous Huxley)

濫診成因相當多，需要多管齊下才能根治。有些是精神醫學先天的問題，需要從專業內部著手，但是也有幾股外部勢力，耀武揚威、耍小聰明，奪走DSM第四版的主權，濫用醫療診斷。他們用超乎我們想像的手段改變了診斷習慣，我們也無反制的工具。過去三十年間我們眼睜睜目睹了一場駭人的惡性循環。濫診造成精神治療藥物使用

量激增，為製藥業帶來大筆財富，他們不但因而更有本錢，也更有動機把診斷泡沫吹捧成不斷膨脹的氣球。精神疾病診斷的價值被貶低，「正常」成了稀有商品。如同通貨膨脹、劣幣驅逐良幣，醫療資源都被錯誤分配。醫聲浪費心力治療沒有生病的人，剝奪了那些真正有病、極需精神診斷與照護之人的福利。

濫診的各種原因：盲目跟隨其他醫療領域的濫診步伐

濫診不是精神醫學發明的，精神醫學只是盲目從眾、跟著把小問題都變成重大疾病。各大醫學領域搶占先機，醫療機構大力推廣，所有人都要定期重複接受一堆篩檢，搶在感覺到任何發病的症狀之前，找出身體哪裡有問題。目標相當誘人——及早篩檢，及早預防，不讓疾病造成傷害。這麼作不僅可以減少人類的痛苦，也能省錢。要在癌細胞擴散前驗出癌症；血壓稍微升高一點就要治療，避免心臟病發作；血糖也要控制，避免全面發展成糖尿病；還要阻止骨質流失，避免造成骨質疏鬆。最明顯的極端狀況就是，大家每年去作全身電腦斷層掃描，把體內每個角落都照得清清楚楚，直到明白檢查其實比疾病本身還有害為止。X光照射致癌的風險遠高於癌症早期發現的益處。如果說

我們可以精準地判斷誰需要醫療介入，當然是最美好不過，但是及早篩檢挑出來的人，大多都不需要去看醫生。¹

及早預防的熱潮蔓延四處，讓人喘不過氣來，每天都有人宣布醫療上有重大突破。專家不斷發明出新檢驗法，舊檢驗法的門檻則越來越低，越來越多人身體異常，病患則越來越多。爲了保險起見，醫生要求每個病人接受所有想得到的成套昂貴檢驗。醫療機構的廣告渲染篩檢的好處，散布疾病的恐懼。恐嚇戰術爲篩檢推動者賺進大筆財富，但是證據顯示，除了吸菸者是否有肺癌或是一般人是否有結腸癌這類篩檢，其他種類的篩檢反而對患者有害，不僅沒有實際改善健康，甚至還用激烈昂貴又不必要的治療加劇他們的負擔。一年造成好幾千億美元社會資源的浪費，這筆錢若是可以花在病情嚴重又沒有保險的病人身上不是更好嗎？預防性醫療立意良好，但卻因爲產業化，成了獲利及熱潮的奴隸，越幫越忙。

明智之士開始逆轉情勢。最近有九個專業團體推動「聰明選擇」(Choosing Wisely) 活動，公布一份檢查及篩檢程序清單，包含四十五項先前被推廣但嚴重推銷過度的項目。² 舉例來說，他們不再建議一般人進行攝護腺癌篩檢，它不但無法拯救性命，還帶來太多不必要的積極手術。他們還刪掉乳癌篩檢的許多細項；頭痛不需要再照

斷層掃描，背痛也不需要照X光。專家後來還發現，對大部分有慢性阻塞性肺病的人來說，支氣管擴張藥跟氧氣並沒有用。³這份清單很長也很清楚。醫界以證據為基礎，明白表示，預防治療已經推過頭，過程太過倉促，科學根據也不夠。

早年醫生要找出疾病非常困難，就像大海撈針一樣。檢驗人員作定期篩檢時，把患病標準設得很低，是因為不想錯漏需要治療的人，但是在過程中難免錯認了許多沒有問題的。人。^{4 5}大量篩檢頂多對少數人有幫助，但抵銷不了對其他大眾造成的傷害。早期盛行的醫療介入誤人誤己。古道熱腸的醫療研究及從業人員積極想幫助患者對抗疾病，但是他們最好聽聽《愛麗絲夢遊仙境》白兔的勸告：「不要採取行動，站在那就好。」

獲利動機也參了一腳。五十年前，艾森豪總統即有先見之明，預測軍事與工業複合體勢力過大，會造成經濟與社會傷害。⁶勢力過大的醫療產業複合體也有相似的發展，組成分子有大藥廠、保險公司、檢驗實驗室、設備及器材供應商、醫院及醫生。相關人等皆企盼創造新一批「即將生病」的健康人士，這些人需要篩檢及治療，預防疾病發生，相關產業也可藉此拓展市場。

美國的人均醫療花費幾乎是世界其他國家的兩倍，造成我國經濟龐大的負擔，政府兩兆美元的醫療投資回報卻很有限。⁷我們的醫療成果平庸，卻用太多資源篩檢、治療

那些沒有需要的人，又無法給眾多待援的人恰當的照顧。不論你怎麼殫精竭慮，恐怕都設計不出一個醫療系統，比現在這個來得更沒有效率、更經不起公評。

同時我們也忽視了最佳的疾病預防之道，例如推廣運動、飲食、飲酒都得適量、戒菸、戒毒品。這些效果絕佳、又便宜得驚人的預防方法對醫療複合體來說無利潤可言，因此得不到醫療複合體強而有力、充足的金援。過去三十五年間，我國國民健康最大的改善，始於一項耗費不高的戒菸推廣活動，推動者並不是擁有鉅資的醫療複合體。如果有類似的推廣活動，勸告大眾避免過度檢查及治療，那麼我們就可以省下許多錢，變得更健康。讓我們一起期盼「聰明選擇」活動可以有效矯正預防醫學的過當情況。

我們也共同企盼，尚未成熟的預防醫學還不要將其狗皮膏藥用到精神醫學上。有些人提倡，專家應該拓展精神疾病的疆界、提高其價值，這樣就能提早發現、治療有輕微精神疾病的患者，預防他們日後惡化。他們指證歷歷，說醫療篩檢及早期介入的成果相當輝煌。⁸可惜這番論調有個嚴重的問題，早期介入的後果大部分都徹底失敗，根本就不能當成定論。但精神醫學界仍固執地要步上美國醫學的後塵，展現它最惡質的一面。當中有些人作各式各樣有害的事情，其他人則是忽略、漠不關心。

充滿壓力的社會是不是讓我們生病了？

有些學者主張，精神疾病患者增加是因為我們社會的生活步調很快，充滿壓力。現代社會快把大家都逼瘋了，要保持正常很困難。我們很難反駁這種論調，但是我認為它一點都不讓人信服。人類先祖經歷了千秋萬世，一代又一代在地球上生活，我們無疑是當中最幸運的一代，極度有幸可以活在此時此地。從前的世代（還有目前處於擁擠地球上不宜人居地帶的同胞）每日都要承受的災禍超乎我們想像。現代人的心靈問題之所以揮之不去，只是因為大部分的人不用擔心下一餐在哪裡，或是飽受被路過老虎生吞活剝的威脅。

還有人提出另一個版本的环境有毒論，認為身體的而非心理的壓力推高了精神疾病的發生率。此種論點最受歡迎的主張就是，預防疫苗造成自閉症，這種說法毫無可信度，但卻揮之不去。⁹ 其他的環境肇因看起來也一樣不足採信，比起毒素，診斷率的變化波動更吻合診斷熱潮的發展。

唯一證實對精神疾病有充足影響力的環境汙染因子是酒精與毒品。這兩者對大腦造

成的衝擊相當大，基本上所有書中記錄的精神疾病症狀都會出現，但是酒精與毒品只能為一小部分的濫診情況負責。很明顯，近期成長得最多的其實是不太受物質濫用影響的童年精神疾病。¹⁰

第三種理論主張，我們並沒有比過去更加不健康，而是更能發現出先前忽略的疾病。診斷次數、人數增加當然有好處，醫生就能找出先前忽略的病患，但是這些人數非常少，影響不大。醫生沒辦法開刀來診斷誰有精神疾病，好區分誰需要診斷、誰不用。身體的重病跟完全健康——兩個極端之間的差異當然很明顯，但是精神疾病跟正常之間的界線就很模糊。快速擴張精神疾病標籤的使用範圍，有助於找出少數需要協助的人，但同時也會誤標出了許多不需要看病的人。

人類的本質是穩定而有韌性的，精神疾病從來不曾大流行過，只差在疾病定義變得相當寬鬆，使得成為健康者的難度更高。人是不變的，是診斷標籤的彈性變大了。過去大家認為人生必得經歷、要忍耐的過程，現在被視作精神疾病，要接受診斷與治療。在這些界線的劃分下，使用或收回某個疾病標籤，端視於我們看待自己是不同的個體，或者屬於同一個社會。如果我們創造了範圍過大的定義，隨意應用，很快就會募集到一批新「患者」，當中有許多人好好的、根本不需要醫療干預。

社會壓力並沒有增加實際的精神疾病人數，但是在其他社會趨勢的推動下，人越來越覺得自己不健康。我們的世界正朝均質方向改變，對於個體差異或是怪異的忍受度越來越低，更傾向把古怪差異當成疾病治療。班上年紀最小的男孩子最活潑，並不是因為他年紀小，而是因為他有過動症，應該要吃藥。¹¹我們的社會也越來越完美主義，過得不夠幸福美滿、不能無憂無慮的人，常被解讀成罹患精神疾病。我們的目標設得太高，期望一點都不實際——特別是關乎自己孩子的時候。

新熱潮帶動濫診

最近精神疾病的診斷熱潮跟搖滾明星、時髦餐廳、觀光景點的人氣一樣捉摸不定。精神正常與疾病的定義缺乏生物試驗基礎，無法明確區分，一切都非常容易受主觀判斷影響。任何時候，只要精神疾病發生率爆炸性躍升，往往可以篤定是熱潮。可想而知，許多新發現的「患者」實際上「堪稱正常」，被貼上錯誤的標籤，也很有可能遭到過當治療。

只要有權威人士或單位大力推動精神疾病，賦予其正當性，潮流就開始了。DSM

系統跟打造DSM的「專家」一直在主導潮流，這股力量帶領民眾認識新的精神疾病，為已有描述之疾病的輕微類型下定義。不幸的是，大部分的專家都會犯下知識分子常有之矛盾，容易有偏見而造成濫診。這些專家一心一意在自己的研究領域上鑽研，反而忽略了大局。他們老是擔心找不到患者需要的某種疾病診斷，卻忽略了其他風險，以致於錯貼標籤給不需要的人。另外也有情感因素。專家一找出某種疾病診斷，會全心相信、愛上自己得意的發現，還想要看到患者增多。只要每一位專家都小小推動一點點，總合起來的力量就吹大了濫診的氣球。就我三十五年帶領專家的經驗，從來沒有人建議提高門檻、縮減患者範圍，減低自己的研究成果。¹²

媒體跟網路靠潮流吃飯，也餵養潮流。在這個層層相連的世界裡，每天二十四小時、一週七天放送，流行病不分真假，馬上就可以如野火般傳播出去。有些焦點訊息相當有價值，能讓大眾更深入了解並接納精神疾病，但是許多報導卻大肆鼓吹人就醫，一刻都不得閒。「每八十人裡就有一人會得自閉症！」「阿茲海默症篩檢法跟解藥就快出來了！」「你的孩子有過動症嗎？」「哈佛醫師表示，雙極性疾患常被診斷出來！」網路也是絕佳的溫床，透過社交互動，訊息一下就傳播出去了，有時它能為某些有精神症狀的人去掉汗名，但同時有些健康的人也會誤以為自己是患者，以獲得團體的接納與安

慰，結果讓人誤以為那是異常狀態。名流也經常插一腳，代言某類型的病症，為醫療機構背書。

當然，近年來推動疾病潮流最不遺餘力的，就是藥廠的行銷部門。我們很快就會講到這個悲傷的故事。

DSM過度重要，弊大於利

人性就是這樣，只要某種精神疾病與有價值的事物相關連，社會上就會有一堆人被診斷出有那種病。過去的世界比較單純，醫療人員進行精神疾病診斷，只是出於明確的臨床需求。但是，現代醫生進行精神疾病診斷時，會連帶產生強大而不受歡迎的影響力，可以左右許多行政與財務決策，而這些決策對疾病診斷率有同等大的影響。只要醫生灌水開出不確實的診斷，幫助患者獲得某些有價之物，例如殘障補助或是學校方面的特殊服務，就是在助長濫診。有些小班級可以讓學生獲得額外的服務，假如就讀的資格是有自閉症、過動症或是兒童雙極性疾患，就會有許多家長硬要讓稍有問題的孩子符合標準。一場疾病熱潮於焉誕生。

同樣地，只要失業率一高，「精神疾病」就會增加。有些人失業後出現疾病症狀，成爲新的確診患者，其他則是因爲這樣才能符合殘障資格。退伍軍人要領某項津貼，就得確診爲創傷症候群，於是就出現一堆濫診情況。矛盾來了，醫生想要幫人診斷疾病，最後卻造成更大的傷害。許多從伊拉克及阿富汗返鄉的退伍軍人被診斷出創傷症候群，卻因這個汗名而沒有辦法找到工作，濫診現象又導致醫療體系內的資源分配不均，最需要的人能獲得的資源及福利變少了。

誇張的是，濫診現象的幕後最大的推手，就是美國醫療保險的運作方式。想獲得保險理賠，一定要醫生開立合格診斷。此舉立意是想預防民眾太常跑醫院，申請太多保險服務，結果卻背道而馳，造成意外的效果。醫生輕率、匆促開立精神疾病診斷，讓患者領取保險金，後果就是，患者本來可以自然康復，卻硬去接受有害、不必要的治療。好的保險政策，應該是補助審慎、耐心問診與諮詢的醫生，這樣對保險單位有利，也能省下許多錢。我們應該獎勵不倉促妄下診斷的醫師，避免長遠下來造成更昂貴的支出。美國之外的許多國家都是採取這種完善理智的解決政策。

錯誤的流行病學數字

報紙時不時就會報導精神疾病的罹患率在攀升，有時候還相當嚴重。目前最好的例子就是自閉症與注意力缺失症。不要相信那些數字。這些「罹患率」是精神流行病學家算出來的，他們所採用的計算法有先天缺陷與系統性偏差，容易浮報數量。

一整個科學領域的工作究竟是如何偏差至此呢？這就要追究到統計者過於錙銖必較。研究單位進行流行病學研究時，必須要在一般民眾中大量採樣，通常都是用電話訪問進行。雇用臨床醫師進行規模如此之大的研究必定相當昂貴，所以就全靠業餘訪談師的便宜勞力。他們沒有臨床經驗，也沒有能力判別症狀是否有臨床意義，單純按照症狀數量判斷受訪者是否有精神疾病，沒有考慮到症狀是否真的很嚴重或是持續得夠久，足以讓診斷或是治療成立。

在這種條件下，研究數字總是經過嚴重灌水，民眾普遍有輕微的精神疾病症狀。每個人總是有悲傷或是焦慮的時候，其他人可能有點難以專心或是怪裡怪氣，但是只有單一或輕微症狀不足以構成真正的精神疾病。症狀要持續夠久、表現為某種行為舉止，造

成嚴重的精神痛苦或失能，才能稱上是患者。流行病學研究一再忽略這些重要的條件，誤將輕微、短暫、缺乏臨床重要性的症狀診斷成精神疾病。¹³

用這種粗糙現成方法得出的結果，最多只是某種精神疾病盛行率的最大值，我們不應該照單全收，以為這真實反映出群體中實際的罹病程度。很不幸，研究機構報導這些誇大不實的數字時，都沒有加注恰當警語，於是一般民眾就會以為它反映了實際的精神疾病盛行率。英國前首相班傑明·迪斯雷利（Benjamin Disraeli）的說法沒有太誇大，他說：「謊言有三種：謊言、該死的謊言跟統計數字。」

流行病學家很會錙銖必較，但是他們並不是臨床醫師，大概也不太清楚狀況。藥廠就沒這麼無辜了，他們利用流行病學的統計結果誤導民眾，讓我們相信精神疾病相當普遍。美國國家心理衛生研究院也很喜歡高比率的數字，好向國會要求經費——精神疾病這麼普遍，就應該投入更加高額の經費，研究成因。¹⁴

藥物越方便，就越容易用藥過量

一九五〇年代之前，精神治療藥物產業規模還很小，市面上的藥物品質低落。鴉片

劑與巴比妥酸很受患者歡迎，但是療效不彰，還造成非常嚴重的成癮及過量問題。溴化物、三聚乙醛、氯醛水化物、眠爾通（Miltown）有用跟沒用一樣，還有難以承受的副作用。

等到一九六〇年代、我開始開立精神藥物處方的時候，這些老一代的藥物大部分都已經被精神科新發現的神奇藥物給淘汰了——托拉靈（Thorazine）治療精神病、鋰鹽治療躁狂、阿米替林及苯乙肼治療憂鬱症，但是讓病人服用這些藥物還是相當新的一種作法，非同小可。我是美國第一批受訓使用鋰鹽的人，老實說我們怕死了，只要過量就會害死病人或傷害腎臟。我們還沒辦法確切知道最有效的劑量是多少，也不知道最安全的血壓是多少。結果，我們使用的托拉靈劑量太高，把焦躁的病人變成了被下藥的行屍走肉。當時所有的抗憂鬱劑對有自殺傾向的門診病人來說極度危險——只要一週的劑量就會致命。這些藥物也讓許多服用的患者的日子痛苦不堪，經常口乾舌燥、很少排便，起身的時候經常會昏倒、造成意外。此外，這些藥物會導致心律不整，施用前還要先作一套複雜的心臟檢查。服用苯乙肼要配合極度嚴格的飲食禁忌，這種藥物跟許多食物、紅酒都會產生交互作用，非常危險，一點點藍起司、蠶豆、奇揚地紅酒都可能讓人一命嗚呼。這些第一代的精神治療藥物全都非常危險，服用起來也很不舒服，只會開給病情最

嚴重的患者使用，也只有受過嚴格訓練的精神科醫師才能放心開立處方。

接下來幾波的「神奇」藥物在一九七〇年代問世。苯二氮平類藥物、利眠寧、煩寧改變了一切，奠定了新氣象。從這個時候開始，藥廠就把重心擺在開發與行銷侵入性副作用較低、服用過量也不太會致死的藥物。這樣一來，醫療照護的重心就從病情嚴重的一小群病人轉移到涵蓋範圍更大、憂心得病的健康人身上。沒多久，美國國民就有相當高比例的人開始服用方便的精神科藥物，用苯二氮平類藥物治療病人不太需要什麼專業能力，大部分開立這種藥物的都是基層醫師。這些藥物很快就大獲成功，還成了美式生活的一部分，藥商發現精神科藥物成了他們的金礦。當然，後來發現利眠寧與煩寧（不只這兩種，還有一九八〇年代新問世、讓人害怕的姊妹藥物贊安諾錠）都很會讓人上癮，服用過量也很危險，特別是跟酒類或其他抑制呼吸藥物混服的時候，這些藥物對藥廠來說是好事，但對患者來說就不是這麼一回事了。

接下來就是一九八〇年代晚期及一九九〇年代早期，SSRI（血清素回收抑制劑）抗憂鬱劑湧入，勢不可當——可謂行銷成功的經典案例。百憂解成爲炙手可熱的暢銷藥，甚至促成一本暢銷書問世，寫書的精神科醫師吹捧百憂解的價值，說它不只是抗憂鬱劑，還是養顏藥物，讓你健康更上一層樓。¹⁵從此以後，每隔一兩年，就會有一種新的

SSRI藥物問世——樂復得、克憂果、喜普妙——一個接一個暢銷狂賣。這些便利藥品的行銷手法跟輕鬆自我診斷精神疾病（按照藥廠的說法）是緊緊綁在一起的。SSRI類藥物很快就被拿來治療恐慌性疾患、廣泛性焦慮症、社交恐懼症、強迫症、創傷症候群、飲食障礙、早洩、強迫性賭博，還有當成一般提神醒腦的藥物。當然是有副作用——有些經常發生（例如性欲降低），有些罕見但很危險（例如激動、企圖自殺及暴力舉止），但是SSRI類藥物是如此吻合日常生活需求，導致有兩成女性在服用。只要藥廠不斷行銷這類方便藥物，我們就永遠無法避免濫診。

新一代的非典型抗精神病藥物（理思必妥、金普薩、思樂康）於一九九〇年代上市，行銷成就更是驚人無比，讓人害怕。起初這些藥物似乎代表了醫學前進了一大步，不是指藥效，而是副作用的效果改善許多。服用傳統抗精神病藥物的患者臉上絕對有特定的表情，大老遠從走廊的一端就能認出來，一目瞭然——目光呆滯、姿態僵硬、顫抖、異常肢體動作跟流口水。改用非典型藥物之後，患者的外表跟自身感覺都正常許多。很快地，這些易開立易服用的藥物爬到排行榜頂端，打破了所有銷售紀錄。光靠狹小的思覺失調症市場根本不可能辦到，藥廠首先得掌握雙極性疾患的蛛絲馬跡，接著要教導一般大眾，雙極性疾患很普遍只是沒被辨識出來。很快地，精神病醫師就開始亂

開抗精神病藥物給有焦慮、失眠及易怒等普通情況的患者，就連基層醫師都可以開處方了。會導致肥胖、糖尿病、心臟病，壽命縮短的危險藥物現在一年帶來一百八十億美元的營業額，相當矛盾。基層醫師開立有潛在危險性的藥物給患者，他們能力不足，患者也不該服用這些藥物。這一切再度證明，好開又好服用的藥物的太容易氾濫，尤其背後還有許多金錢利益。回想起來，早期精神科藥物讓人討厭的副作用還是有價值，能夠預防使用過量，制衡濫診。

大藥廠煽動疾病

大藥廠規模真的相當龐大，經營成功得讓人難以置信。每年全球銷量超過七千億美元——半數來自北美，四分之一來自歐洲。¹⁶ 獲利率高達百分之十七，跟任何產業比都是最高的。¹⁷ 為何規模會如此之大又這麼成功呢？這些藥廠吹噓，自己投入研究、提升醫療科學、協助照顧病患，這些藉口只是爲了合理化昂貴的藥價與鉅額報酬，這番說辭大多是吹牛。藥廠花在推銷的經費（六百億美元）整整是研究經費的兩倍，經常資助有問題的臨床研究，不僅研究方法錯誤，動機也有問題。藥廠所贊助的研究，都會迴避關

鍵的細節，讓我們無法獲得重要的訊息。它們都是「商業性實驗」，大部分目的都是爲了推廣行銷而不是科學發現。¹⁸

萬無一失的獲利辦法就是一而再、再而三「依樣畫葫蘆」。開發出真正能造福患者的藥物，藥廠搞不好就賺不到錢了。爲了高階主管的獎金及股東分紅，最聰明的玩法就是稍稍擺弄一下現有藥物成分，調整到可以申請專利、又跟市面上油水多的藥物成分相近就好了。藥廠只要作些最微不足道的調整，就可以讓專利權壟斷延長一倍，把右撇子藥變成左撇子藥，效果都一樣，要不然就是稍微調整一下藥效長度。還有一種萬無一失的方法，可以增加營收、又延長專利，就是爲現有藥物找到可以征服的新市場——透過研究新發現，讓孩童可服用那些藥物，或讓它們適用於原本核可病症以外的疾病。領導研究的科學天才，而是行銷大師，結果也不出人意料——漂亮的銷售成績，差勁的科學成果。

更過分的是，藥廠所投入的研究不僅過程不嚴謹，發表成果時也是有所偏頗，令人不敢置信。比方說，研究人員絕對不會公開重要資料，保密到家，也一定會掩蓋負面結果。相對地，一有微不足道、雞毛蒜皮或是僥倖的成果，這些學者就被讚譽成彷彿救世主再臨。相關的調查人員嚴重貪腐，有時候連研究報告都是藥廠請寫手代打，到了

要評估副作用及併發症，就敷衍了事，很少寫在報告裡。他們從來都沒有持平的精算與分析，只會誇大效益、減低風險門檻、忽略成本。藥品定價跟真正的成本毫無關係，只是反映出大藥廠的市場壟斷地位及政商關係。最糟的狀況下，藥廠相關研究根本是障眼法，目的在於誘騙、誤導醫生與大眾，而不是發掘新知。藥物所費不貲是因為藥廠投入大量的資源作研究，這種說法根本只是煙霧彈。

快速回顧一下過去六十年的研究發展，就會知道藥廠在精神醫學界根本就沒有令人眼紅的成果。精神藥物學最振奮人心的發現都出現在一九五〇年代，藥廠研究一點都沾不上邊。第一種抗精神病藥物、第一種抗憂鬱劑跟第一種情緒穩定劑都要歸功於科學家研究時的靈光乍現與細微觀察，才能一舉成功找到藥效。有位敏銳的法國外科醫師發現，患者在手術前使用托拉靈可以止吐，還可以緩和患者情緒，讓他們在手術過程中情緒穩定。他把這個天大的發現告訴他的精神科醫師連襟，沒過多久第一種特效精神藥物就問世了。過去用來治療結核病的單胺氧化酵素抑制劑，研究者後來發現它可以讓患者心情變好，於是我們就有了第一種抗憂鬱劑。鋰鹽對實驗室動物有出乎意料的鎮定效果，後來就用來治療躁狂。這些科學上的突破沒有花費高額的研究經費，也不是商業運作的成果，全都是好眼光跟有實力的腦筋發現的。跟盤尼西林一樣，每一種首代藥物

效果都非常好，不太需要好幾百位病人進行雙盲研究，研究者就知道自己有了重大發現。接下來六十年間，藥廠研究帶來的的新產品沒有一樣藥效是超越早年意外發現的新藥物。¹⁹

很不幸地，藥物開發之初好採收的果子都已經被採光了，此後的發展非常有限，聊備一格罷了。大藥廠雖然很晚才到起跑柵門，卻很快就抓住了精神病藥物的潛在商機。一九六〇年代，許多新開發的藥品上市，以三環抗鬱劑為例，它在臨床照護上非常有價值，但是它副作用很多又容易過量致死，所以很難成爲藥廠的印鈔機。等到煩寧與利眠寧成爲居家必備良藥之後，醫藥界的大突破就來了，於是商人真的可以賣藥當暴發戶。究竟，這些藥物對患者是否利大於弊，可說一言難盡，它們讓人情緒平靜，但也常常讓人成癮，導致各種戒斷問題。但是大藥廠倒是從這些藥物學到寶貴的一課，真正會賺錢的藥，關鍵在於「好用」，這樣對大眾消費市場才有吸引力。一九八〇年代SSRI上市，成了完美的工具——藥效沒比起先前的藥品好，但是身體承受度跟服用過量的危險性都大有改善。同樣地，新推出的抗精神病藥物藥效與舊的差不多，長期服用的風險還高上許多，但是當下吃了沒什麼問題。這種情況一再重演——大藥廠從來沒有生產任何藥效超越六十年前藥物的產品，一次都沒有過。它們在行銷上擊出許多全壘打，但是講到研

究則是三振出局。這麼多年來，大藥廠大肆吹噓，終究還是沒有讓人欣羨的研究紀錄。

大藥廠另有長處——講到行銷跟遊說，真的是天賦異秉，效率驚人。一年六百億美金的行銷預算，可以大作廣告，還可順利買通政客。近幾十年來，各大藥廠發揮不當影響力左右醫生、病患、科學家、期刊、專業組織、消費者權益團體、藥師、保險公司、政客、官僚跟行政人員的決策，很有效率地劫持了醫療產業。精神藥物的最佳銷售之道就是銷售精神疾病，手段相當多：電視及平面廣告；攏絡大部分醫師，舉辦醫學研習會（地點常在最昂貴的餐廳及最高檔的度假飯店；實習醫生跟醫學生比較廉價，一片批薩就可以打發了）；資助專業組織、期刊跟消費者權益團體；入侵網路與社群網站；聘請名人背書。每七位醫生就有一個業務負責，藥廠銷售團隊（包括好萊塢這裡數一數二的俊男美女）有時候人數還超過診療室裡的病人。

只有很少的人有嚴重精神疾病，輕微精神疾病的人更多，但是市場銷售的主礦脈是這群憂心忡忡的健康人。大藥廠想要露天開採這條主要礦脈，於是大力提倡，人生許多可以預期的問題，都是腦部「化學失衡」造成的精神疾病，吞藥丸就能解決了。這種作法獲利驚人。頂尖的創意廣告人才，加上灑大錢作出的市場研究，讓新產品四處攻城掠地。廣告公司對消費者提出的訴求是，人生可以盡善盡美，只要採取簡單的步驟、

調整大腦，就可以讓人生圓滿。這些廣告台詞的言外之意就是，除了治療疾病，靠著藥物的化學作用，我們的生活可以過得更好。既然我們都會去看牙醫、矯正不完美的牙齒，為什麼不去精神醫師那裡矯正不完美的大腦呢？誰都可以擁有幸福與成功，不用將就。推銷新的生活風格是最有效的銷售方法，從汽車、啤酒、香水跟名牌衣服都適用，既然如此，何不也依樣賣藥呢？這些訊息透過戲劇性的畫面呈現給消費者：吃下一顆抗憂鬱劑，雨後天晴——窩囊廢成了志得意滿的領袖，電視宅成了肌肉發達的跑步健將。對小孩來說，可愛的皺眉小石頭變成微笑的小石頭。廣告總是叮嚀我們「有問題就找醫生」。當然，藥廠早就已經用類似的訊息給醫生洗腦了，也提供方便的免費試用品，只要你一問起關鍵問題，就可以立刻讓你快速離開診間。²⁰

藥廠行銷新疾病的伎倆無所不在，許多醫生都是知情或不知情的參與者。「教育」與「研究」變成羊皮，披在如狼般的行銷訴求上。藥廠招兵買馬，請了一大群精神醫學界的「思想領袖」助陣，宣揚藥物帶來的神奇好處，掩飾負面效果。現在情況有好一點，但是有一陣子大藥廠常利用思想領袖掌握精神醫學的教育及研究計劃。商業贊助的十多場美國精神醫學學會年度研討會請來的是最頂尖的講者，也是唯一會提供食物的研討會，吸引到人數最多的聽眾。全國大部分醫院及醫學院每週舉行的臨床病例討論都是

由大藥廠贊助，主持人都是「演講人經紀公司」提供的大有來頭的講師，相當方便。

我非常清楚「思想領袖」的問題，因為我以前也是。我個人與製藥工業的接觸要回溯至三十年前，合作的方式形形色色。一九八〇年代時，我擔任A P A計畫委員會副主席，負責組織年會。我遵循眾人的決策，同意舉辦藥廠贊助的研討會，前提是主題跟講者所說的是會員有興趣的內容。沒想到，不久之後，這樣的研討會大受歡迎，讓其他會議完全相形失色，但焦點卻都放在商業，而不是科學研究。我也擔任康乃爾大學醫院門診主任長達十五年，偶爾會出席藥廠出資的研究。我給過千場以上的演講，其中有許多是藥廠直接或間接贊助。我規劃的一系列醫藥指南也是製藥產業資助的。身為杜克大學精神醫學系主任，我管理的科系接受產業界資助，進行幾項研究與教育計劃。參與這些活動的過程中，只要是我個人認為不正確的事情，絕對閉口不提，但我發表的談話，反而經常讓藥廠代表痛苦呻吟。我知道他們別有用心，也知道其中的風險。我自認不會受過藥廠牽制，發表偏頗的內容。但事後回想，參加這麼多可解讀成藥廠間接行銷的活動，其實相當不恰當。我也可以想見，那些涉入程度更深、顧忌較少的人，應該很容易落入陷阱中。

如果人人都有病，那麼人人都應該要吃藥。²¹儘管已經相當龐大，精神藥物的市場

仍持續擴大。成人市場貌似飽和之際，藥廠就推銷產品給兒童，好拓展客戶族群——近期精神疾病在兒童間大流行並不是意外——早點把他們拉進來，就可能終身都是客戶。藥廠也鎖定生命週期另一端的年長人士——安養院裡抗精神科藥物可是炙手可熱。孩童與老人這兩個族群最難精確診斷出疾病類型，最容易受副作用傷害，安養院的老人過度使用抗精神科藥物也增加死亡率，但大藥廠沒有因為這樣就裹足不前。還有更讓人坐立難安的一件事，大部分接受治療的都是最脆弱的孩子——經濟弱勢或是住在寄養家庭。²²

現今有百分之七的美國人對合法精神藥物成癮。²³處方藥濫用的問題已經比非法藥物濫用來得更大。如果有實際的方法能推銷新疾病，讓人們誤以為自己有病，那麼藥廠一定會找出來，大力推動，就算違法也在所不惜。大藥廠似乎覺得自己可以凌駕法律之上，幾乎每一間藥廠都因為非法銷售行為而繳交大筆罰金，甚至是面對刑事罪責。²⁴專門治療精神疾病、經研究證實具充分藥效及安全的藥物，才能被食品及藥物管理局批准上市。雖然醫生可以自行決定開立「藥品仿單標示外使用」(off-label use，編按：醫師不照說明書指示，自行決定某藥的用途)，但法律嚴格規定，藥廠不得煽動這類行為。下表的藥廠「醜聞榜」讓我們知道，藥廠藐視法律的行徑有多令人髮指。十五億美元的

罰款看來很重，但跟不正當行銷帶來的巨額收入一比，不過只是九牛一毛跟作生意的成本而已。只有更重的罰金跟嚴峻的法律可以馴服這頭野獸。政府也應該告誡醫師，藥品仿單標示外使用已經失控了，經常對患者造成傷害，甚至可以看作一種醫療過失。

安慰劑效應讓藥物大賣

英文安慰劑 placebo 一字來自於拉丁文，意思是「我取悅」，而安慰劑總是能讓人開心。「安慰劑效應」意指人們因為正向期待而好轉，與任何治療作用無關。安慰劑效應效果十分好，就算是沒有任何作用的治療，人們還是能覺得有收獲。安慰劑是人類所發明最偉大的萬用靈藥，這麼說一點都不為過——除了病入膏肓的人之外，幾乎任何人都適用，便宜又有效，副作用少之又少。

但是安慰劑效應也帶來嚴重問題，爲了莫須有的問題，許多民眾服用沒必要、昂貴有時又有毒的藥物。醫療史上隨處可見駭人的治療方式，比本來要治療的疾病危險上許多。醫生們異想天開的時候會強加各種治療（患者也接受了），殊不知那會造成嚴重傷害。醫生吹噓各種幻想中的療效，就算完全無效或是讓人痛苦不堪，人們也乖乖遵守醫

藥品	違法行爲
理思必妥 (Risperdal)	鼓勵醫師開立「藥品仿單標示外使用」 ²⁵
克憂果 (Paxil)、威克倦 (Wellbutrin)、梵蒂雅 (Avandia)	鼓勵醫生開立「藥品仿單標示外使用」；安全資訊通報疏失 (梵蒂雅) ²⁶
帝拔癲 (Depakote)	鼓勵醫生開立「藥品仿單標示外使用」 ²⁷
理思必妥	鼓勵醫生針對老人與小孩開立「藥品仿單標示外使用」、廣告誇大不實 ²⁸
理思必妥	鼓勵醫生開立「藥品仿單標示外使用」使用、安全標示不實 ²⁹
除癲達 (Trileptal)	鼓勵醫生針對雙極性疾患、神經性疼痛開立「藥品仿單標示外使用」 ³⁰
立普能膜衣錠 (Lexapro)、安保喜樂膜衣錠 (Celexa)、左旋甲狀腺素 (Levothroid)	鼓勵兒童青少年適應症外藥品使用、藥效標示不實、散布未經核准藥物 (左旋甲狀腺素) ³¹
思樂康 (Seroquel)	鼓勵老年科醫師、主治醫師、小兒科醫師開立「藥品仿單標示外使用」 ³²
哲思 (Geodon)、利瑞卡 (Lyrica)、伐地考昔 (Bextra)、采福適 (Zyvox)	鼓勵醫師開立「藥品仿單標示外使用」 ³³
金普薩 (Zyprexa)	針對失智症、情緒激動、攻擊行爲、懷有敵意、憂鬱與一般睡眠障礙，鼓勵醫師開立「藥品仿單標示外使用」 ³⁴
安立復 (Abilify)、神間寧錠 (Serzone) 等等	非法行銷及標價；鼓勵醫師開立「藥品仿單標示外使用」 ³⁵
奧施康定 (OxyContin)	品牌標示不實，以致申報錯誤療效 ³⁶
鎮頑癲 (Neurontin)	鼓勵醫師針對雙極性疾患、偏頭痛、酒精戒斷開立「藥品仿單標示外使用」 ³⁷

藥廠醜聞榜

梅莉莎·雷文 (Melissa Raven) 博士整理

日期	藥廠	罰款 / 和解金
2012年8月	楊森大藥廠 (Johnson & Johnson)	1億8千1百萬美元民事罰款
2012年7月	葛蘭素史克藥廠 (GlaxoSmith-Kline)	30億美元：10億刑事罰金， 20億民事罰款
2012年5月	亞培 (Abbott)	15億美元：7億刑事罰金，8 億民事罰款
2012年4月	楊森大藥廠	11億刑事罰金
2012年1月	楊森大藥廠	1億5千8百萬
2010年9月	諾華 (Novartis)	4億2千2百50萬美元：1億8千 5百萬刑事罰金，2億3千7百 50萬民事罰款
2010年9月	森林實驗室 (Forest Laboratories)	3億1千3百萬美元：1億6千4 百萬刑事罰金，1億4千9百萬 民事罰款
2010年4月	阿斯特捷利康 (AstraZeneca)	5億2千萬民事罰款
2009年9月	輝瑞大藥廠 (Pfizer)	13億美元刑事罰金，10億民 事罰款
2009年1月	禮來 (Eli Lilly)	14億1千5百萬美元：5億5千5 百萬刑事罰金，8億民事罰款
2007年9月	必治妥施貴寶 (Bristol- Myers Squibb)	5億1千5百萬民事罰款
2007年7月	普杜大藥廠 (Purdue)	近6億3千5百萬美元民事罰款 與賠償金，50萬美元刑事罰 金
2004年	華納蘭伯特 (Warner- Lambert，後與輝瑞大藥廠 合併)	4億3千萬美元：2億4千萬刑 事罰金，1億9千萬民事罰款

囑。譬如讓久病纏身的患者服用催吐劑幫助他們把病都吐出來，用瀉藥讓他們拉出來，放血蛭把病都吸出來，顱骨上鑽孔釋放疾病等等。他們還把患者浸在水裡直到快要淹死，要患者忍受高燒，用冰袋裹住身體，坐在特殊的椅子上，或是把椅子吊在屋梁之下，讓患者坐在上面團團轉。現代人聞之喪膽、毒性相當強的種種物質一度被奉若仙丹。最重要的是，這些看起來愚蠢甚至是惡意的治療方式，千年以來讓本來就生病的人承受不必要的額外痛苦。以前爲什麼會犯下這些罄竹難書的惡行，只有安慰劑效應能解釋。安慰劑效應是種醫療法術，讓醫生獲得名實不符的權威，也讓他們對糟糕透頂的療法深信不疑。

安慰劑效應的神奇效果有幾種不同的因素——有時候互不相關，有時候互相影響。最重要的一個因素大概就是「時間的妙藥」了。時間並非一直都是最好的良方，也絕對無法治療所有傷口，但是面對許多生命中的身心問題時，時間始終是最有效又最安全的方法。許多疾病都是短期的、有條件的，影響有限，所以時間的療效才會那麼好——我們的身體及心靈生來就是充滿韌性，不需要積極努力才有。

下一個因素就是希望及期待的強大力量了。人們如果對某個療法深信不疑，全心相信這種治療會讓他們好轉，那病情就會好轉——就算治療再不著邊際，再危險也都沒有

關係。生命一直都充滿痛苦，危險重重。正面思考的力量賦予了有幸擁有之人強大的天擇優勢，所以成了我們固有的心理能力。或許在演化的賽跑中，敏捷的人一開始占了上風，但是抵達終點線的確是有耐力的人——也活下來成了我們的祖先。藉由無用的藥物恢復生機，戰勝疾病帶來的挫折感與劣勢，是演化成功的不二法門。

腦部顯影證實安慰劑效應在生理跟心理方面都有很深的淵源。我最愛用的例子來自品酒，跟醫療無關。如果告訴人們一瓶酒要價九十美元，而不是十美元，他們會一而再再而三給這瓶酒高上許多的評價，證明了我們有多麼容易受到暗示，但是腦部顯影還透露了一件關於人類本質的事情，更為有趣及切身。當你以為自己喝的是比較貴的酒的時候，你大腦的愉悅中心亮起來的區域會更多。期望不代表經驗的全部，但一定有很大的影響。同樣地，止痛藥安慰劑減輕了大腦對疼痛刺激的反應；抗憂鬱劑安慰劑模仿了大腦對真正抗憂鬱劑的反應；帕金森氏症藥物的安慰劑刺激大腦分泌多巴胺；糖尿病藥物的安慰劑影響血糖量。此外，安慰劑對免疫系統的影響也相當深。我們對所有事情的反應能力包括了安慰劑效應，它是很重要的部分，也深埋在我們大腦的運作機制中——動物也對安慰劑有絕佳反應。

社會因素也相當重要——對安慰劑有反應也有助於維持重要人際關係，支持珍貴

的集體儀式。人類是高度社會化的動物，只有在群體當中才能正常活動，如果活動不正常就會威脅到集體的福祉。巫醫及其患者都需要相信當下流行的理論、儀式、誦經、念咒、診斷及檢查程序、藥物種種療效。就算沒有真正療效，巫醫在治療儀式中作出的承諾，還是能讓個人擺脫自身的病痛，群體也不用再照顧患者。要成為群體當中受重視的成員，對安慰劑有良好的反應就是不可或缺的能力——大家拔營出發的時候，你比較不會因為病得太重被丟下。偉大巫醫或偉大的現代醫師都好，能夠喚起病患的信心及希望始終都是最不可或缺的技能之一。醫療技術的操作面越來越固定，很快地，搞不好由電腦執行的成效更好——但是對患者跟社會而言，巫醫的某些技巧在醫療過程中還是非常重要的。

現代藥廠利用安慰劑效應的力量跟普遍性牟利、大賺特賺。用藥物獲得好療效的最佳方式就是治療實際上根本不需要治療的人——能靠自己自然好轉的人安慰劑效應發生率是最高的。³⁸³⁹真正高明的行銷手法就是說服醫生治療實際上沒有生病的人，同時又說服正常人他們真的有病。藥廠吸收慮病的健康人，擴大市占率，還大幅鞏固客戶群，確保他們是最滿意的客戶。儘管一點療效都沒有，但安慰劑效應使得一般人無從得知，他們的會好轉跟藥物一點關係都沒有。可想而知，那些藥物沒有副作用問題，因此一般

人就會成爲長期忠實主顧。這些因素配合得天衣無縫，藥廠跟股東就這麼創造夢幻的客戶群。

調查發現，很多醫生承認使用過相對無害的藥物當作安慰劑——讓患者離開的時候手上有個具體的東西。⁴⁰如果大家接受安慰劑處方符合執業道德，安慰劑無疑會一躍成爲銷售榜冠軍。用伏爾泰的話來說——關於醫療這門藝術，有時候治病的是大自然，醫生的功用則是娛樂病人。

檯面下，或許沒人注意到，安慰劑已經是藥廠的成功行銷案例了。精神科及其他藥物非常仰賴證實有效的安慰劑效應。跟巫醫時代或中世紀的煉金術相比，現代醫學只有兩種不同。其一，現代人更懂得花大錢行銷的安慰劑產品，資金龐大，遍及全球，效果所向披靡。其二，現代患者需要DSM診斷才能拿到昂貴的藥物處方，而其效果常常跟安慰劑相去不遠——恰恰爲濫診火上加油。最大的諷刺就是跟品酒測驗一樣，價格越貴、越沒療效的藥物效果就越好。對藥廠來說真是天大的喜事。

兩大漂亮行銷的成功案例說明安慰劑在經濟及治療方面的威力。現在美國有百分之十一的人口服用抗憂鬱劑，當中將近四分之三的人目前並沒有憂鬱症狀。⁴¹有些人如果停藥很快就會復發——他們需要藥物的保護作用，以防慢性憂鬱或是憂鬱症復發，但是

許多忠實客戶都是被瞞在鼓裡的安慰劑反應者，他們自行好轉（卻不知道），害怕打破現狀。美國每年花一百二十億美元在抗憂鬱劑上，很大一部分都進了藥廠的口袋，成了藥廠推動抗憂鬱劑普及與濫用的獎勵。但是對許多患者來說，這些藥只是透過假診斷開立、價格昂貴的安慰劑，以強力廣告大舉傾銷。

還有一個明確的例子——百事隆（Bisper）的奇怪成功案例，儘管藥效少之又少，甚至根本沒有，卻出乎意料成了有史以來最暢銷的藥物。百事隆一開始上市的時候，我告訴該藥廠的高階主管這款藥一定會一敗塗地，因為沒有藥效。他一句話都沒有說，但是露出意有所指的笑容，因為知道的事情已經超出我天真的認知。百事隆治療焦慮的藥效很低（如果真的有效的話），但是幾乎沒有副作用，抵銷看似嚴重的缺陷綽綽有餘。完美、好用又昂貴的安慰劑剛剛好就是賺進大把利潤的處方。

我們一起來作個有趣的思考實驗。假設我們可以消除安慰劑效應的神奇力量，或是教導大家它對患者行為的影響。可想而知，它會立即產生有好有壞的效應，一來大幅降低許多藥物成信的藥效，但也大幅減少不必要的診斷與治療。當然這個思考實驗永遠都不會成真——異想天開實在是人性裡不可或缺又相當好用的能力。雖然如此，當藥廠宣稱一般生活裡的憂慮痛苦都只是「化學失衡」、可以用一顆藥丸就治好，大家最好還是

抱持多一點的疑慮。

基層醫療照護越俎代庖

現在大部分的精神科藥物處方都由基層醫師開立：九成的抗焦慮藥物、八成的抗憂鬱劑、六成五的興奮劑、五成的抗精神病劑。⁴²大藥廠好好算過了——美國只有四萬名精神科醫師，不過基層醫師人數約為十倍，何不鼓吹後者開立精神科藥物處方呢？傳達給他們的訊息大聲又清楚，藥廠大肆鼓吹：精神科疾病經常被忽略，只要一顆神奇藥丸就可以輕鬆治療。臨床效果上胡說八道的東西，在行銷時卻變成黃金。民眾很快就接收這些訊息，新藥丸真是太方便了，立即出現的副作用少，醫師交代的服用指示也不複雜。既然藥物都這麼安全了又容易服用，還要精神科醫師幹嘛呢？保險公司也助了一臂之力，因為基層醫師比精神科醫師便宜（至少短期來說），只要把看診時間擠壓成一次七分鐘，就可以降低給付金額，因此保險公司偏好基層醫師。

基層診療的患者中，至少有兩成五至五成的人都有些情緒沮喪的問題，因此才去看醫生。⁴³大部分基層醫療照顧的患者都有輕微疾病——恰恰就是最有可能對安慰劑有反

應的人。一旦恢復之後，患者通常都把自己的康復歸功於某個什麼效果也沒有的藥物，還堅持要繼續服用，要求延長服用期間。絕佳的行銷機會就這麼上門了！大批的患者聽從廣告指示，要求醫生開藥。另一方面，醫生大部分的精神科教育都來自於藥廠樂於助人的業務——這些人剛好手上都有現成的免費試用品，也教會醫生要如何立即回應病人的要求。諸事纏身的基層醫生薪水微薄、工作過量，精神科訓練少之又少，有時爲了圖方便，只好犧牲診療的品質。最快送病人離開診間的辦法就是——伸手去拿處方箋簿或是給免費試用品。若有正確處方，精神科藥物就能大大改善病情，如果沒作完整診斷評估就亂開，必定會造成很大的傷害。

無可避免的結果就是濫診與大眾用藥過量。基層醫療單位負責大多數的精神疾病診斷與治療，這件事一點都不合理。專科醫生才能作出正確診斷，但現在大部分的基層醫師跟病人會診時間只有七分鐘，根本就不可能正確診斷——特別是病人還受錯誤廣告指示、要求開立錯誤的藥方。基層醫師濫開精神科藥物，此事一直威脅著大眾健康，但是卻讓藥廠營收一飛沖天。基層醫生開立抗精神病與抗焦慮藥物毫無正當性，但這種情況屢見不鮮。

大部分的責任都出在體系上，而不是醫師的問題。理想情況下，基層醫療應該是

珍貴的樞紐，所有治療都以此為中心，然而我們扭曲的照護服務，讓專科醫生無用武之地，基層醫療卻因此失去價值、經費嚴重短缺。基層醫師駐守醫療世界的重要入口，不得不處理五花八門的醫療、手術及精神問題，真的是相當艱鉅的任務。基層醫師常常是最熟悉整體問題、時間也最長的照顧者，要面對帶長年身體酸痛的病人。他是健康照護的第一道防線，或許也是最後一道，患者負擔不起或得不到專科診療更是家常便飯。⁴⁴有些基層醫師將「精神科醫師」的角色扮演得非常漂亮，但是許多人都是危險的業餘人才，造成的傷害多過成效——更何況他們還被藥廠行銷的誤導，承受許多壓力，看診時間又被保險業者壓縮，無法三思而後行。

濫診的嚴重後果—— 正常人都去哪裡了？

一九八〇年代早期，約有三分之一的美國人符合資格診斷標準，終身罹患精神疾病⁴⁵，現在人數約達半數。⁴⁶歐洲緊追在後，人數超過四成。⁴⁷有些人認為低估了，實際上，更為謹慎的前瞻性研究中，終身盛行率的數字高達兩倍。如果你相信這些研究結

果，就表示全國人口的精神疾病罹患率幾乎要飽和了。一項研究發現三十二歲之前，五成民眾已經達到焦慮症門檻，三成以上的民眾依賴藥物。⁴⁸另外一項研究的結果甚至更接近精神疾病無所不在的主張——在二十一歲這麼年輕的年紀之前，就有八成以上的青少年少女符合精神疾病的門檻。⁴⁹媒體大肆宣揚、遭到灌水的罹病率更是助長了藥廠氣燄——我們都有精神疾病，只是沒被診斷出來與接受治療。這些因素環環相扣、維持惡性循環。

濫診的證據比比皆是。過去十五年內爆發了四場精神疾病大流行。兒童期雙極性疾患成長了四十倍⁵⁰，相當不可思議⁵¹；自閉症巨幅增加二十倍⁵²；注意力缺失／過動症翻了三倍⁵³。罹患率一飛沖天的時候，增加的人數裡有一部分包含了先前漏診的真實案例——這群人真的需要接受診斷及治療，但是不論診斷再如何正確也無法解釋，為何這麼多人（尤其是孩子）突然間看似病得相當嚴重。

藥物供過於求

精神治療藥物目前盤踞藥廠暢銷排行榜首，要不是有抗精神病藥物、抗憂鬱劑、

抗焦慮劑、安眠藥等等，藥廠現在的股價大概要大減一半以上。光是在美國，每年開立的精神藥物處方就有三億筆。⁵⁴藥廠銷售排行榜第一名為抗精神病劑，一年帶來輝煌的一百八十億美元收入。雖然許多抗憂鬱劑實際上已經過了專利權效期，賣的都是比較便宜的而非專利藥，一年還是穩穩創造一百二十億美元的價值。十五年前，興奮劑銷售量一年只有微薄的五千萬美元，對藥廠來說與捨入誤差值差不多，現在它可以直接向消費者打廣告，強力對醫師行銷，銷售量衝到一年豐厚的八十億美元。⁵⁵因為基層醫師非常喜歡開立抗焦慮劑，於是它在藥品類別的排名也占第八名——雖然抗焦慮劑對健康弊大於利。

最大的謎團莫過於抗精神病藥物的大成功。雖然副作用很危險，適應症也相當有限，還是被當成糖果一樣發送。抗精神病藥物只證實對思覺失調症及雙極性疾患的失能症狀有效，但也這事實擋不住藥廠的欲望，它依舊鼓吹抗精神病藥有各種廣泛的用途，能治療失眠、一般焦慮、憂鬱、易怒、古怪、兒童與青少年情緒爆發到老年人脾氣暴躁。已經有三百多萬美國人買帳了，年成長率兩成（股東心滿意足）。十年內，抗精神病藥物的處方量就已經翻了兩倍，高達五千四百萬筆而且還在成長。藥品仿單標示外使用量也多了一倍——大筆罰款無法嚇阻，想想可以帶來的不義之財收入，相比起來根本

不算什麼。怎麼會發生這種事呢？爲了白花花的鈔票。安立復跟思樂康的藥效相當普通，也不怎麼安全，但是每年二十四億美元的廣告預算讓它們的營業額往上衝，占全美所有市面藥物的第五名及第六名。在這種鋪天蓋地的操作下，基層醫師過當開立處方，其治療的所有焦慮症患者中，就有兩成在服用抗精神病藥物。^{56 57 58}藥廠瘋狂又無恥，如此大規模濫用抗精神病藥物，行銷威力打敗理智及優良的醫療行爲。

我們無從得知處方藥物的使用程度到多少才符合社會需求。狂熱的人主張，高漲的用藥率反映精神科藥物及治療的進步，以前的患者的需求被忽略了，現在他們可以獲得從前沒有的福祉。某程度上來說沒錯，但是虛假的藥廠廣告帶動脫序失控的假需求，醫師容易上當，因而隨意開立處方。在這股風潮下，精神疾病診斷及治療被大量轉手給未經訓練又諸事纏身的基層醫師。我們的社會變成愛吃藥的社會，常常都是不對的醫生開不對的藥給不對的人吃。

對醫療行爲產生不當影響並非大藥廠的錯；錯在我們。藥廠不以非營利或慈善起家或藉此營運，用最快及最有效的方法促進大眾健康，也不是它的目標。恰恰相反。藥廠爲跨國企業，以營利、市場占有率及生存爲目標。股東的貪婪與客戶需求如果有所衝突，肯定是股東爲重。這就是野獸的狩獵本性——老虎是肉食性動物並不是牠的錯，但

是放虎出閘、獵殺弱小是我們的集體錯誤。政府、醫生、患者、媒體、權益團體——通通被藥廠的錢與權買通。藥用得好，精神醫學就能解決所有問題，對受助的患者來說，仿如上天賜福。但是藥物經常被隨便濫用，就跟中世紀鍊金術士的密醫行徑差不多。席登漢說：「對全鎮人的健康來說，一位厲害的小丑勝過二十個背了一大堆藥的蠢蛋。」他講這話的時候，心裡一定想著動不動亂開藥的人吧。

多重用藥過度

令人擔心的是，醫師時常開立多種精神藥物處方，常常無憑無據就給了很高的危險劑量。今日，患者因處方藥物過量而送急診，比例高過毒品，意外醫療傷害的致死頻率也越來越高，一點都不讓人訝異。⁵⁹ 麻醉止痛藥與抗精神疾病藥混在一起，相互影響下產生的鎮靜副作用特別致命（這個問題在軍隊特別嚴重）。⁶⁰

多重用藥情況激增有許多原因，有時候是治療潛變（treatment creep），之前的藥物效果沒有很好，所以醫生一直加入新的藥物，但沒有停掉無效的舊藥。有時候是診斷潛變（diagnostic creep）導致的結果，醫生興致勃勃診斷出多種疾病，接著積極開立多種

藥物。有時候原因是醫師潛變 (doctor creep)，藥罐子患者從不同的醫師處取得各種藥物，而醫師們都被蒙在鼓裡。另外還有藥廠潛變 (Pharma creep)，它積極行銷，鼓勵醫生亂開處方。此外，處方藥物非常容易取得，導致患者常自我診斷、開立各種藥物。一般人日常吃的藥已經過多了，還自作主張把朋友的興奮劑、贊安諾錠或麻醉性止痛藥加進來。

有些醫生不管症狀表現，對每一個病人通通使用相同的藥物組合。處方的劑量有時候高到本身就會造成嚴重問題，要是患者得寸進尺、喝酒嗑藥，甚至又多吃了幾顆就特別危險了。經年累月下來，亂開藥的醫師斷送的生命越來越多，有關單位卻很少進行管制或是嚴格監督。

雖然這樣，多重用藥有時候是理智的、甚至是必要的。治療雙極性疾患或精神症憂鬱時，合併使用抗精神病藥物及抗憂鬱劑比單獨使用的效果好上許多。患者確實對一種藥物有部分反應時，可能就需要另一種藥物發揮全面的效果。在極少數情況下，多吃一顆藥幫助入睡是合理的，但是大部分患者沒有必要多重用藥，一來缺乏相關研究的支撐，也沒有人持續追蹤，所以對身體有害甚至有危險。

心理治療少之又少

心理治療產業並沒有單一的組織，無法砲口一致，旗鼓相當地反擊藥物濫用。心理治療這行是種精緻、具個人特色且未工業化的技藝。藥廠藉著量販、生產標準化作業，從藥物及人身上牟利，但心理治療與此格格不入。心理治療方式千百種，從業者各有所長，但缺乏必要的經濟資源，無法突破重圍，藥廠才因此壟斷媒體。談話不值錢——以心理治療搭配藥物、看一診要四十五分鐘的精神科醫師，收入比起提供三次、各十五分鐘藥物指示療程的精神科醫師，少了百分之四十四。⁶¹一九九六年至九七年，提供心理治療的精神科醫師，其看診人數比例為百分之四十四，二〇〇四年至二〇〇五年掉到了百分之二十九。^{62 63}

另一方面，心理治療界缺乏整齊劃一、朗朗上口的口號，可以勝過藥廠花言巧語、誤人子弟的廣告詞「全都是化學失衡害的」。但是我們確實可以從心理治療領域找到重要而真實的案例，以輕微至中度嚴重的患者來說，心理治療的效果比起藥物絲毫不遜色。^{64 65 66}心理治療需要比較久的時間才會見效，也要先投入比較多的錢，但是療效更持

久，比長期服藥，更省錢也更健康。用藥是種被動的行為。相比之下，心理醫生灌輸新的人生觀及問題處理技巧，讓患者化被動為主動。日本現在抓住了這個優勢。不久前，日本的精神疾病治療都以還以藥物為基礎，但是現在日本政府傾全國之力，推廣認知治療為替代方案，打破藥物壟斷的情況——因為心理治療效果很好，成本划算。

貼標籤的力量就是摧毀的力量

按照《韋氏詞典》定義，英文 *stigma*（汙名）一詞意思為標記、某種疾病的診斷特徵、動植物身上的傷痕或記號。有些詞典甚至還用「精神疾病的汙名」（the stigma of mental illness）為最佳例句，說明被標記的人所承受的痛苦。言行「正常」（normal）、能夠融入群體，為關鍵的生存能力。演化已經把人類的天性設定成冷酷謹慎，對與眾不同、無法符合部落標準的人缺乏同理心。

一個人有了精神疾病標籤之後，身上就留下了會造成第二重傷害的「記號」。汙名有許許多多種，來自四面八方，有時候明目張膽，但也會非常細緻婉轉。惡毒的評語、缺德的嘲笑、群體排擠、丟掉的工作機會、求婚被拒、喪失壽險資格、無法領養小

孩或是駕駛飛機等等，都可能是汙名造成的。此外，降低期望、畫蛇添足的協助、過度氾濫的關懷同情等等，當中也帶有汙名的成分。許許多多的問題都來自於你如何看待自己——感覺自己是廢物、不正常或沒有價值、沒有完全被團體接納等等。

汙名這個字常常讓人聯想到精神疾病，這已經夠糟了，那麼遭假診斷誤貼標籤，承擔隨之而來的汙名更是賠了夫人又折兵，一點都不值得。標籤會形成「自我實現的預言」，如果有人說你生病了，你感覺不太對勁、外表也病懨懨的，其他人就會把你當成病人。若你真的生病，需要休息與關心，那麼扮演好病人的角色，對大家都有幫助。但如果因此降低自我期許、打擊進取心、拋下個人責任，病人的角色就非常具有毀滅效果。⁶⁸

此外，如果我們容許眾多個體被過度診斷為「病人」，就等於大家一起創造了「生病的社會」，而不是堅毅強韌的社會。我們的祖先活過了戰爭跟超乎我們想像的困苦環境——他們可不是靠著亂貼標籤跟濫用藥物走過來的。

把壞人變成瘋子

濫診始終威脅著精神醫學與法律之間的界線。一八八七年，查爾斯·吉托（Charles

(Guireau) 因暗殺美國總統詹姆士·加爾菲德 (James Garfield) 一案受審，他在法庭上對著陪審團高喊：「我寧可像個男人一樣被吊死，也不要被當成傻子而無罪開釋。」⁶⁹ 辯護律師主張以精神失常為理由，但他聲明放棄——他希望眾人把自己當成上帝的使者，前來拯救美國、脫離邪惡的政權。他寧可被定罪也不要被當成精神病患而獲釋，才不會損及主張的可信度。許多醫師在法庭上為兩方作證——有些認為吉托精神錯亂，其他醫生則認為吉托即使誤入歧途、也是神志清醒的罪犯——這個案子為一大里程碑，開啓先例，此後延續至今。

爭論延燒不休沒有答案。大學炸彈客卡欽斯基 (Theodore John Kaczynski, 譯按：美國數學家，一九七八年至一九九五年間，以對抗現代科技之名，持續郵寄炸彈至大學及航空公司等地，造成三死二十多人受傷) 或挪威殺人魔布雷維克 (Anders Breivik, 譯按：二〇一一年挪威奧斯陸報炸案與槍擊事件兇手，造成七十七人死亡，近百人受傷) 之流的政治恐怖分子到底算政治罪犯還是精神病患？只要有刺客襲擊公眾人物、波及無辜旁人，媒體總是想先知道他們是否精神失常，從來沒想過他們是受惡毒的政治論述煽動，或是質疑為何可以這麼容易取得半自動步槍。許多 (或許大部分的) 政治刺客與殺人魔都處在模糊地帶，難以判定他們是純粹異於常人與法定精神失常。要把他們看成暴

力政治犯、宗教極端分子或是腦袋有問題的精神病患，都有道理，就看你抱持什麼觀點。檢方與辯方兩造的精神鑑定專家之證詞對立分歧，因此無可避免效力相抵消。到最後，這種人到底是瘋子還是壞人，終歸為社會的選擇而不是醫療的選擇。許多被告跟吉托一樣，寧可選擇懲罰也不要治療。除了再明顯不過的精神異常，否則法官不應該過度依賴精神診斷，畢竟壞人還是比瘋子多。

為濫診付出代價

沒有人真的算過濫診直接與間接的造成整體社會成本有多高，但是一定會浪費龐大的資源。民眾去看醫生、拿處方，領取非必要、定價過高的藥品，就是首要的社會成本。用藥過度引起許許多多的併發症，患者又得花大錢治療，所以還要算入此下游成本。短期來說，下游成本包括用藥過量導致的昂貴的急診及住院費用。長期來說，治療藥物使用所引發的身心併發症——大部分為續發型肥胖症、糖尿病、心臟病等——也是龐大的隱藏成本。服藥過當帶來長期跟短期的傷害，那些早逝的人所喪失的光陰更是難以計量。

接下來要再加上工作生產力損失。專家認為精神疾病與工作失能相關，導致雙方的人數互相灌水。許多人還誤解，認為有精神疾病的人缺席或是不工作的機率比較高。荷蘭與丹麥研究發現，一旦某種精神疾病或是工作壓力可以當成不上班的理由，全國的病假日與殘障人數立刻飆高。對一般人來說，一旦判定為殘障身分，就是回不了頭的轉捩點，往好處想，獲得殘障補助，短期可以紓解讓人憂心的財務問題，但是長期下來反而會讓當事人越來越沒有工作能力。

那些被誤貼上精神疾病標籤的人，還會使用其他服務，增加更多社會成本，例如爲了身體跟精神疾病求診、額外學校照顧服務、訓練計劃等等。跟一般人計較這些好像很苛刻，而且實際診斷時，基層醫師也會太關心求診的人，忍不住想誇大病情，好讓患者獲得福利津貼。但是社福預算就是場零和賽局，協助低度需求的人，就等於奪走其他人的溺水浮木。

最後一項爲濫診的訴訟及矯正成本。針對疑義極高的精神疾病，原告被告辯個沒完沒了，但大多徒勞無功，光一起死刑判決聽證會就可以花掉五百萬美元。高危險連續性犯罪法（Sexually Violent Predator Act）實施後，被誤判進入精神病院治療一年，比讀一年哈佛還貴。精神賠償民事訴訟如雨後春筍般增生，一件比一件更有創意，幾乎都纏訟

到海枯石爛，耗掉大筆訴訟開銷及專家證人費用。精神醫學與法律通常各自獨立，但是每次攪和在一起就會花掉一堆錢。

相關單位缺乏回饋控制機制，也沒有人提倡謹慎診斷的經濟誘因，導致濫診蔓延，巨額浪費無人聞問。制定DSM的人、使用手冊的人跟從中獲利的藥廠從沒考慮過浪費的問題。想當然爾，家長自然會希望孩子能獲得服務關照，消費者權益團體自然想為支持者爭取福利。反正都是別人在付帳單，沒人要管到底合不合理、分配公不公平。結果無法避免——濫診創造出不必要的需求，資源被胡亂揮霍，迫切待援的人依然被嚴重忽略。⁷⁰

濫診為公衛及公共政策急需解決的難題。平價醫療法案（Affordable Care Act，譯按：又稱歐巴馬健保，美國於二〇一〇年通過的健保改革法案，涵蓋許多健康醫療新規定，立意削減健保支出，提供所有美國人民可負擔的健康保險）上路之後，三千四百多萬美國人獲得健保保障，社會成本會大幅提高，特別是該法案要求，保險要納入完整的精神疾病照顧。這些都是立意良善的政策，我國精神健康體系嚴重被輕怠，的確需要更多的投資來加強改善。但是我們無法預測額外的花費，每年可能會多上好幾十億，在加上濫診現象，這些錢就很難花在刀口上。

根治濫診是個吃力又不討好的任務，本書稍後也會說明該如何改善。但首先我們要先了解，診斷熱潮過去對精神醫學有多大的影響力，現在又造成多大的傷害；在不遠的將來，新熱潮帶來的重大破壞與風險又有多嚴重。

第二部

精神疾病熱潮有害健康

第四章 過去的熱潮

我們眼中看到的不是事物本身，而是我們自己。

——猶太法典塔木德經

精神疾病的診斷熱潮來來去去。一夕之間，大家好像都有了同樣的問題。一堆半吊子的專家解釋疾病爆發的原因，還有半吊子的醫生宣稱有治癒之道。沒想到一夕之間，大流行就到了尾聲，一度普遍的精神病診斷就此消聲匿跡。¹

看似合理的觀念加上我們好模仿、一窩蜂的本能，造就了熱潮。跟股市波動一樣，精神疾病熱潮在動盪不安、充滿變動的時期最爲常見。肇因可能來自於深遠普遍的人類處境，或是來自於相當獨特的歷史事件，例如某本大受歡迎的書或電影出版、上映，或

是新的醫療方法誕生。有些誤人子弟的精神疾病研究方法存在了上千年，有些只延續了數十年。對於奇怪的感覺、想法及行爲，惡魔附身論提供了令人信服又強而有力的解釋，不論在何時何地都會一再出現。多重人格則沒那麼合人胃口——這種熱潮偶爾才會出現一下，而且不會持續很久。

人類本身沒什麼變化，但標籤就是另一回事了。人類的症狀與行爲可能稍微有點變動，但長時間下來相當穩定。相反地，我們辨識症狀及行爲的方式則擺盪不定，瘋狂的程度不下於音樂及裙襬的流行趨勢。症狀與痛苦都是真實的，但有些太貌似成理的解釋會讓我們作繭自縛，無法找到真正原因。

了解過去的熱潮可以幫助我們持保留的態度，質疑時下最流行的診斷。要認清愚蠢的潮流，避免未來再度陷入，最好的方法就是認識先前的流行造成多大的傷害。歷史不會完全重演，各種複雜因素的交互作用，可能的變化方向太多了。但是歷史發展有些相似處，儘管外在環境持續變化，底下形塑歷史的那股力量依然相當穩定。我們對過去相似的事件越了解，不經意重蹈覆轍的可能性就越低。

惡魔附身（過去、現在和永遠）

惡魔附身是股歷久彌新的熱潮，不僅最早文獻就有紀錄，現在的報紙也有報導。惡魔信仰可能是無知的結果，但綜觀人類的信仰，它實在太具吸引力，所以從來沒有消失。理性思考、主流宗教與精神醫學提供的安心感杯水車薪，惡魔信仰始終是個難纏的競爭對手，總是以各種化身如影隨形，經常爆發熱潮，有時甚至造成災難般的後果。²

惡魔附身論的美妙之處在於，這種說法不僅描述了問題，也提供了相當有說服力的解釋說明原因，並當成現成的解法。惡魔附在一個人的身上，控制了他的思考、感覺與行動，造成一籬筐的症狀（至少可以分類成十多種不同的DSM精神疾病）。現代精神科醫師可以描述思覺失調症，但還無法解釋，巫醫或祭司就占了上風，他確切知道造成症狀的原因是什麼，以及哪些有效的治療方法可讓患者脫離疾病。驅魔師與患者如果相信驅魔的效果，那麼驅魔就會很有效。

惡魔控制論對大部分的人來說很合理，所以普及各種文化，歷久彌新。這個信仰利用了人類心理的某個根本之處，以簡單又可信的方式解釋了多數的人類經驗。對抗、

討伐惡魔對信神的人來說很有吸引力，可以治療大多數讓我們不舒服的症狀，安撫了靈魂，讓部落團結。就算不科學，惡魔信仰還是合乎邏輯，可以解釋身心疾病（以及藥物、夢與恍惚狀態）造成的改變。只有我們這些啓蒙之子才會認為，奇怪的行爲都有生理因素，才覺得附身說愚蠢。但是這個相當好用的診斷類別有個無可避免的問題——附身說提供了漂亮的藉口，有心人士因此迫害、折磨及殺害精神疾病患者。對抗邪惡的神聖征戰——憑著這種虛偽的理由，用最不人道的方法治療就變得正當當。

針對有問題的行為，現代精神診斷及惡魔附身論的解釋截然不同：大腦疾病或是魔鬼下手？大部分生活在已開發國家的人們對現代科學比較放心，但不是所有人。超過三分之一的美國人相信，惡魔與天使活躍在一般人的生活中並發揮影響力。現代驅魔師反而擔心，被附身的人被精神科醫師誤當成思覺失調症患者，還在網路上提供了詳盡的診斷手冊，教導如何發現疾病裡的惡魔。天主教會對於惡魔信仰立場較為溫和，只有症狀明顯褻瀆天主、排除精神疾病的可能性之後才會建議驅魔。在戰火頻仍的非洲，惡魔附身的熱潮隨時隨地都在爆發，美國最近的一次熱潮發生在二十年前，為「撒旦儀式凌

虐」(Satanic ritual abuse) 引起的恐慌反應之一。

狂舞症：舞蹈病及聖維特舞蹈病（西元一千二百年至一千七百年左右）

狂舞症有兩種相當類似的形式：義大利南部的舞蹈病（Taranism）及北歐的聖維特舞蹈病（Saint Virus Dance）。症狀綜合了憂鬱、幻覺、頭痛、暈厥、呼吸困難、身體抽搐、失去胃口、酸痛、水腫、預知死亡將近。在義大利南部，人們歸咎這種病是因為被當地特產的狼蛛叮咬所致。病發通常在仲夏高峰，據稱熱度會加劇感染毒性。聖維特舞蹈病則是發生在北歐，彷彿舞蹈病的另一個版本，許多症狀相同，一樣的治癒方式，但是多了一層宗教色彩。

不管病因是什麼，當時公認的治療法都是瘋狂快速的旋轉舞，務必要轉到暈頭轉向、耗盡體力、神智重振為止。咸信跳舞可以祛除蜘蛛的毒素（義大利南部）或是占據靈魂的惡魔（北歐）。十、數百甚至數千人集體染上這種流行病，也集體痊癒。治療時間持續達數小時、數日甚至數週，過程中患者大量服用酒類，並且數日未眠。不過，那些究竟是治療的副作用或是疾病的症狀，兩者很難分辨（在現代也是如此）。人們會出現奇怪的行為，撕碎衣服、大吼、尖叫、失控大笑或大哭、公然調情或是作出動物的姿

勢等等。歷史上大多的流行病熱潮，民間療法不外乎放血、通便、服用有毒的汞，但狂舞症的療法是藉著劇烈的肢體運動、發洩、轉移注意力、融入團體帶來療效。

舞蹈病及聖維特舞蹈病約從西元一二〇〇年延續至一七〇〇年，共四百年，然後就消失了，之後只有傳出零星案例。這段「小冰河期」的生活相當艱鉅，飢荒、蟲害、鼠疫、戰爭、打家劫舍一輪接一輪。狂舞病熱潮對個人的心理健康及嚴重的社會崩毀來說，可能同時是病因也是解藥。³

吸血鬼恐慌（一七二〇年至一七七〇年）

對吸血鬼的恐懼源遠流長，深植人類心靈。人類始終要面對一個根本問題：如何處理死者，又要如何理解他們發生了什麼事？每一種文化都找了自己的因應之道——制定盛大的喪葬儀式，發展民俗理論，試圖掌握生死之間模糊曖昧的界線。

人類從游牧狩獵與採集轉為定居農耕，腳下踩的實際上就是埋著死者的土地。這時，生死的問題便開始如鯁在喉。以前，部族開拔的時候，遺體就自然留在原地，但是不得不緊臨死去的先人生活的時候，敬畏與崇拜之風就開始了。如果有人生病，或事情

不順利，眾人自然就會擔心，活在九泉之下的死者，是否心有不甘、有仇未報或是尚未瞑目，想從棺材裡爬出來一報血仇。

根據吸血鬼信仰，生者生病是因爲已逝（卻沒有離開）親愛之人（也沒有太親）飲人血或吃人肉之故。這股熱潮在十八世紀的中歐開始與結束，前後長達五十年。啓蒙時代知性冷靜的表面只是薄薄的一層蓋子，下方是迷信奔騰的洪流，主要竄流在勉強剛結束封建制度的鄉村地區。隨著奧地利帝國擴張，斯拉夫地區「活死人」的民間故事靠著口耳相傳，傳進了新鄰居的耳裡，吸血鬼信仰隨之興起。哈布斯堡王朝的官員儘管認真，卻容易受騙。他們錯在只想照章辦事，按照塞爾維亞顧問的建議，勤加調查，破土開棺，相當負責地朝屍體打木樁。他們還謹慎撰寫文告，收集各地習俗，教導如何處決吸血鬼。這麼一來等於官方證實「活死人」的存在，恐懼如野火燎原般從一個村莊蔓延到下一個村莊。沒多久作家們也加入行列，火上加油，創作了駭人的吸血鬼作品，彷彿到處都有目擊者。東普魯士於一七二一年，奧地利帝國從一七二〇年代至一七三〇代皆有「攻擊事件」的傳聞。吸血鬼（Vampire）一詞首度於一七三四年由一本中歐旅遊見聞錄進入英語世界。這是史上首度由媒體帶動的熱潮，但絕不是最後一次。

分辨死者與垂死之人並非易事，更是加劇大家對吸血鬼的憂懼。一直到晚近，醫療

科技發展仍有限，究竟斷氣了沒有，只能用猜的，因而經常造成爭端。在沒有聽診器的世界，生死沒有明確分界。人們害怕「活死人」，也害怕會被活埋。在墓旁守靈是常見的作法，不僅是向死者致敬，也是要確認是否還有生命跡象，此外還可以嚇阻盜墓賊。以前的人太貼近觀察屍體，死屍仍有食欲跟力量的傳說便不脛而走。不同的屍體，腐化的速率及方式差別驚人。有人死的樣子會暫時比生前還好看，因為腐化產生的氣體充滿身體，讓原本因病枯槁的身體變得好看。但暗紅的膚色會讓人以為死屍啜飲過了活人的血，若是血從嘴或鼻子流出來，就更能證實這個合理的懷疑。

剷除吸血鬼的行動對生者與死者都相當無情。那些隨便抓來的吸血鬼，會先用極刑折磨之後再公開處決。受害者就是老是被懷疑的那群人——精神失常與智能障礙者、女巫（大概是擅長使用草藥的女性）、有自殺傾向遊走在死亡邊緣的人、反抗教會的異議分子。若是在錯誤的時間地點招惹到錯的人，也一樣會遭殃。

這場狂潮能平息，都要歸功於一個人——奧地利睿智的瑪麗亞·特蕾莎（Maria Theresa）女皇。她的御醫徹底研究了吸血鬼是否真的存在，最後判定這種說法缺乏根據，女皇於是裁定破土開棺違法，違者從嚴處罰，吸血鬼熱就此銷聲匿跡。

小規模、零星的吸血鬼熱有時候還是會迸發。最近這幾十年來，波多黎各、海地、

墨西哥、馬拉威，都發生過，更讓人訝異的是，倫敦也在其中。⁴

維特熱帶來自殺潮（首例發生於一七七四年，此後帶動一股旋風）

歷史上，最能證明偉大文學的力量（或是流行的危險），莫過於歌德出版於一七七四年的小說《少年維特的煩惱》。⁵這本半自傳的小說敘述單戀及浪漫殉情，造成一種新現象——作者成爲名流，小說成了時尚指南。維特熱在歐洲蔓延傳布，影響了穿著、言行，觸發致命的連環仿效自殺事件。很諷刺的是，歌德克服了相思病，安享天年，還與這本作品切割，對它造成的傷害感到遺憾。歌德筆下另一位年紀跟智慧都更勝一籌的男主角浮士德就捨棄兒女之情，換取在荷蘭蓋堤防這種比較安全的滿足感。

自殺模仿潮有兩種相當不同的模式：連續自殺及集體自殺。人們模仿名人、親友、同學或同事而自殺就是連續自殺。美國疾管局害怕自殺的感染力太強，不得不制訂一套媒體報導指南，建議報導要具體、明確，避免煽情誇耀。此外，報導中不宜推崇浪漫愛情，也不得詳細描述自殺過程，以免有人藉由自殺炒作名氣，讓民眾以爲自殺是種合理的選項，或因此得以永垂不朽。⁶

集體自殺則來自於社會認可的動機。打了敗仗的軍隊（或許還有其妻小）寧可集體自殺也不要被殺或是淪爲奴隸，這種案例在歷史上屢見不鮮。還有一種比較少見的集體

自殺為抗議型自殺，一個團體共同決定採取最激烈的手段表達訴求。第三種衍生的類型為捍衛宗教、理念或國家的集體自殺（如神風特攻隊）。此外還有宗教上的集體自殺：聽從救世主的命令，效法教主的行為。

天擇除去自殺DNA的手法相當無情，也非常成功。儘管人有旦夕禍福，每千人裡只有一人會親手終結自己的生命。有自我毀滅傾向的人經常英年早逝，基因一併被荒煙蔓草埋沒。愛惜生命的DNA獨得繁衍大獎，不論有多難多苦，我們還是努力掙扎，一定要留在球場上。自殺大流行時，從眾的本能壓倒了強大的自我求生本能。任何事只要一流行起來就很難阻擋，別的不說，加入群體的衝動，總是勝過求生保命的本能。

神經科學帶動臨床診斷熱潮

神經衰弱症、歇斯底里症、多重人格疾患為十九世紀晚期由人人擁戴的神經科醫師（比爾德〔George Miller Beard〕、夏科、佛洛伊德）帶起的三大疾病潮，用以解釋許多病人身上讓人困惑也不明確的症狀。為何三種疾病潮一次爆發？為什麼都是神經科醫師引起的？這段故事很有警世意義（更是切合當前實況）。神經科學領域的突破固然

可喜，但有時候，有些半調子的臨床理論根本不該被吹捧成權威。當時的情況跟現在類似——科學家對大腦的運作有革命性的了解。當時神經元剛被發現不久，科學家（包括佛洛伊德）忙著追蹤突觸連結的複雜網絡與路徑。從他們的角度來看，大腦為一台電動機械，雖然複雜許多，但是跟許多剛發明問世、成為大眾生活一部分的電動機器本質上大同小異。

從前人們認為屬於哲學與神學抽象範疇的行為，此後都可以用大腦生物學來解釋。我們就算無法探究人類靈魂的深度，還是可以找出人腦的構造及電子連結。我們現在知道，症狀再也不是惡魔附身、詛咒、原罪、吸血鬼或是狼蛛叮咬造成的，而是大腦機器的線路功能異常。這種理解架構非常精準，至今仍獨占鰲頭。但是不論過去或現在，探索這台複雜驚人機器的祕密時，我們都低估了困難度。神經科學非常吸引人，眾人也視為權威理論，一些古怪的臨床概念因此被扶正，進入科學殿堂。

「神經衰弱症」、「歇斯底里症」、「多重人格疾患」熱潮於焉誕生。這些不過是不同的標籤，使用的人還以為掌握了模糊不明的病痛徵狀。但這些診斷沒有一個證實有效，還有害處。疾病的成因與解釋錯誤百出，醫生提出的治療只有安慰劑療效，大多只是讓原本的問題雪上加霜。但是這些疾病標籤很有說服力，有新興的神經學理論背書，

又有人人推崇的思想領袖推廣，正中大眾的需求。人們總想要有個解釋，因此這些標籤盛行了好幾十年。這些往事現在彷彿在重演，我們得到很重要的教訓：世上最聰明的醫生與病人，還是會被一套有力可信、但是錯誤有害的標籤及成因理論蒙蔽。那些顛覆性的概念後來被證實大錯特錯，不過是貌似成理的臆測。這個現象到我們這一世代將會重演。

神經衰弱症（一八〇〇年代晚期至一九〇〇年代初期）

一八六九年開始，美國一位名為比爾德的神經科醫師定義了神經衰弱症——照字面的意思就是虛弱的神經——他也成功推廣這個疾病定義。比爾德當時努力想填滿診斷黑洞。許多人出現了不明的身心症狀如疲憊、失去活力、虛弱、頭暈、暈倒、閱讀障礙、腸胃脹氣、頭痛、一般疼痛，失眠、陽萎、憂鬱、焦慮等等。神經衰弱症貌似解釋了這些廣泛的常見症狀。

比爾德的成因理論貌似合理。他提出一套水力模型，把人體比擬為電動機械，身心耗損就是動力供輸有問題，也就是中央神經系統的能量供給出問題。比爾德將損耗歸咎

於社會因素。日新月異的科技文明、城市化帶來壓力、競爭越來越激烈的商業環境等，讓人們很難調適。人會生病是因為逼自己去承受超出可以忍耐的範圍。大部分的精神病患都是力爭上游的辦公族，大自然要他們勞力工作，他們反而在勞心。佛洛伊德當時為神經科醫師，神經衰弱症的描述相當吻合許多患者的病狀，因此予以採信，用以診斷。但是他發展了一套完全不一樣的理論解釋虛弱無力——原欲（libido）耗損。這種情況可能是先天體質關係或是過多性高潮所致（經常是因為自慰過度）。

神經衰弱症的治療方式千百種，有的令人摸不著頭緒，甚至相當愚蠢。比爾德偏好用電療為神經系統提供生物能量。佛洛伊德嘲笑這種治療是「偽治療」，他反而提倡，患者要減少耗損原欲的活動，例如自慰或是性交過度等。他並沒有提議以精神分析方式治療神經衰弱症，因為病因來自於缺乏原欲，而非心理衝突。其他學者提出的治療方式包括休息療法、泡澡療法、飲食調整法以及轉移對日常煩惱的注意力等。這些治療方式療效見人見智，頂多只能當成優良的安慰劑。

神經衰弱症的診斷相當含糊抽象，治療方式更是毫無效果。儘管如此，神經衰弱患者依然非常普遍，舉世皆然。我們因而得知臨床上的虛談錯構多麼具吸引力。人類總是會想破頭，要找出一個理解解釋事物的方式。我們所發明出來的標籤，不論多麼不正確，

至少是個安慰人的解釋，讓我們得以理解患者的痛苦，找到治療的方向。我們可以把它當成一種描述病痛的比喻，從它可以看出某個時空背景下的科技與世界觀。當時每個人都著迷於電力，醫生就用它來理解病痛，比喻成能量耗損。現在我們著迷於神經傳導物質，用它來比喻病症，就理解成「化學物質失衡」。

神經衰弱症一夕之間銷聲匿跡——或許是因為精神科醫師取代神經科醫師成為照顧患者的主力，治療模糊不明的身心症狀。神經醫學轉成精神醫學後，醫生與患者間偏重的溝通內容，也連帶從身體症狀變成心理症狀。精神醫學的命名法也擴張，專家很快就作出了明確許多的描述。先前患者各式各樣的症狀，通通歸在神經衰弱症之下，這個標籤整齊劃一但其實一點意義都沒有。神經衰弱症的風潮氣數已盡。⁷

歇斯底里症／轉化症（一八〇〇年代晚期至一九〇〇年代初）

所有流行病裡，這一場的根源最為顯赫——四大知名神經科醫師聯手推廣——夏科、簡奈特（Pierre Janet）、布雷爾（Josef Breuer）及佛洛伊德。歇斯底里症指的是病人出現匪夷所思的神經症狀，之所以令人困惑，則是因為這些症狀並不符合神經系統分布

或是已知的神經疾病。最常見的症狀包括麻痺、失去知覺、怪異感覺、舉止誇張、無法言語或說話方式改變、喉嚨哽塞、嘔吐、暈眩或昏迷。

夏科是位表演大師，他講到歇斯底里症時的那股熱情與稟賦早該讓人心生警惕。他找來了一群非常容易受到暗示的患者跟學生（包括佛洛伊德），這些學生來自歐洲各地，齊聚巴黎來看大師一顯身手。研討會出席踴躍，戲劇效果十足，很適合照相。夏科一心沉迷於證明催眠可以同時治癒與創造症狀——他可以催眠癱子讓他們康復，也可以催眠健康的人使他們跛腳。他的許多患者都收容在同一處安養院，就算沒受大師親自指導，也能模仿彼此的症狀到維妙維肖。夏科不知為何忽略了最核心的一點，他的暗示能力超高，患者也爲了取悅他而努力表演，整場研討會變成一場秀。夏科沒有意識到自己扮演推波助瀾的角色，還推演出諸多空泛的腦部疾病理論，擅自推斷腦部疾病會讓人容易受到催眠，也容易得到歇斯底里症。

場景拉回到維也納，布雷爾（佛洛伊德的另一位老師）在這個時候遇上了催眠安娜·歐（Anna O）的難題。安娜·歐是位創意豐沛、聰慧、容易受到暗示又孤單的女性，常見的模糊症狀應有盡有，多數都是神經症狀。在安娜·歐的帶領之下，「談話治療」（或是精神分析）問世，成爲催眠的替代療法。安娜·歐不進入催眠狀態，而是隨

性所至地聯想。她與醫師從心理上剖析這些幻想與無意識的衝動，找出與她過去人生的關聯。這種作法奏效了！症狀立刻改善。但是她很珍惜跟布雷爾的關係，病情一好轉、他們兩人的關係一告終，安娜就會再度生病。這種情況很容易理解：安娜靠著病情好轉取悅布雷爾，以病情惡化避免失去他。這種情況讓布雷爾相當緊張（更別說他的太太醋性大發了，他的妻子大概比布雷爾跟佛洛伊德都還要清楚安娜的意圖）。

很明顯，就跟夏科的催眠療法一樣，症狀會按照患者受暗示影響的程度來來去去。這種暗示在每一段穩固的醫病關係裡都是一股重要的力量。佛洛伊德造了一個詞——「移情作用」（*transference*），用來描述病人跟醫生緊密如親子的關係。病人非常容易受到角色暗示的影響，佛洛伊德沒有理解到這會嚴重影響精神分析的過程。佛洛伊德忙著跟安娜·歐一起分析、發明精神分析手法，他盲目忽視了最根本的一點：安娜的動機。跟接受布雷爾治療時一樣，安娜要佛洛伊德關心自己，好建立兩人緊密的關係。安娜的病情隨著兩人關係的情況而起伏，無關他們洞察能力的高明與否。佛洛伊德理解（但高估了）內在心理衝突的重要性，卻無法理解（並低估了）人際關係的價值。⁸

精神分析治療對轉化症毫無療效，甚至跟催眠療法一樣，反而火上加油。諷刺的是，對安娜來說，巫醫可能是更有效的治療師，更勝精神分析師。巫醫能從神話隱喻的

角度理解安娜的症狀，用更有效的暗示方法排解症狀。安娜的治療結束得很難看，她依然病著，而且對佛洛伊德與布雷爾滿腔怒火。現實生活裡，安娜的真名是柏莎·帕彭海姆（Bertha Pappenheim），後來成爲社工師這行的開山鼻祖。

精神科醫師取代神經科醫師成爲尋求協助之人的照顧主力之後，歇斯底里轉化症與神經衰弱症一樣，跟著銷聲匿跡。容易受暗示影響的患者去看神經科醫師時，自然而然就會出現神經症狀。同樣的病人去看精神分析師，就會表現出深受情緒問題與認知障礙所苦的樣子。如今在一些地區，轉化症依舊存在，因爲當地心理衛生工作者人數寥寥，患者想要獲得協助，最好的方式就是表現出身體有某些症狀。⁹

多重人格疾患

邁入二十世紀時，多重人格疾患率先在歐洲成爲常見疾病。夏科再度成了推手。當時催眠療法變成熱門醫療方式（不再兼爲魔術戲法），他也助了一臂之力。先前拒於意識之外，那些見不得人的感受、幻想、回憶與衝動被催眠帶到檯面上。容易受暗示的患者與容易受暗示的醫生攜手合作，發展出一種觀念：人除了自己以外，可能還藏著另

一個（或多個）人格。藉著「解離」（dissociation）過程，隱藏人格建立自己的獨立地位，甚至有時候會暫時主導一切，作出失控的事情，主要人格甚至也毫無所覺。過去我們用隱喻的方式理解個人的痛苦與難過，現在則轉化成看似成理的疾病，人們就不用再為那些不願承認的情緒負責。

多重人格是藉由解離過程產生。矛盾的是，治療師卻宣稱，治療之道就是透過催眠引起更多解離狀態，讓「第二人格」重見天日，好融合成完全的整體人格。結果令人不意外，就整體療效而言，催眠無法治療原先的症狀，反而會刺激病人，讓隱藏的人格繼續分裂增加。幸好，治療師跟病人最終發現催眠有害無利，熱度才稍減。後來精神分析取代催眠，強調患者要專注於破碎、壓抑的衝動與回憶，而非整合壓抑的人格，多重人格疾患也跟著消失。

一九五〇年代，小說《三面夏娃》（*The Three Faces of Eve*）及改編電影大賣¹⁰，民眾受到間接影響，多重人格疾患又湧現一波短暫熱潮。熱潮並沒有持續，因為大部分的治療師都受過分析訓練，對多重人格疾患毫無興趣。當時沒有一群核心治療師蓄勢待發，有意願也有能力創造、挑選新一批的多重人格病患。一九七〇年代，隨著《西碧》（*Sybil*）一書出版，產生了一波較持久的熱潮。多重人格病歷激增，熱潮生生不息，於

一九九〇年代達到高峰，接著轉瞬消失，就跟其出現一樣突然。當時治療界對催眠跟其他落伍又具暗示性、能夠帶出「第二人格」的療法重拾興趣，因而推波助瀾，再掀多重人格疾患熱潮。各種週末工作坊因應而生，教導民眾發現新人格的最佳方法，也產出一整批治療師。這一大批缺乏訓練、初出茅廬、熱血的多重人格「專家」迅速發明出新人格，讓人心驚。只要去找他們看病，就一定要先進行例行檢查，看看有沒有多重人格疾患。

多重人格疾患最多也只是個發展失控的隱喻罷了。大部分（就算不是全部）的多重人格病例都是那些好心但誤入歧途的治療師誘發出來的，這些治療師對於到底發生了什麼事一點頭緒都沒有，患者也是。一位容易受暗示的治療師治療一位容易受暗示的患者時，把隨便一種尋常的精神疾病變成多重人格疾患，一點都不困難。患者跟醫生召喚出一個或更多的「第二人格」，然後命名，好讓這些破碎又見不得人、與自我期待衝突的衝動與行為變得有條有理。可想而知，接下來就是讓這些人格有獨立自主的身分。¹¹

有好一陣子，多達三分之一或四分之一的患者都說自己有多重人格。網路（剛問世）提供即時資訊與協助後，讓這股熱潮更加升溫。隨著多重人格患者人數攀升，患者的人格數目也跟著成長，演變成一股趨勢，人人競相追求誰有最多的「第二人格」。以

我的經驗來說，打破紀錄的是一位自稱發現一百六十二種獨立人格（多為女性，但包括數十位男性）的女士，這些人格的年紀跟性格差異甚大，每一個都有名字。演變到後來越來越可笑，有些患者（甚至還有些治療師，信不信由你）開始認定多重人格或多或少都跟惡靈附身與撒旦儀式有關。

等到保險不再給付多重人格疾患，治療師也倦怠、看清假象後，多重人格治療的需求也就急遽下滑。熱衷多重人格疾患的人士後來才領悟到，誘發越來越多的人格，其實是在開啓潘朵拉的盒子。患者的病情通常每況愈下，有時候變得相當嚴重，治療跟生活都變得相當棘手。我至少見過一百位自稱擁有多重人格的人。一九八〇年代晚期到一九九〇年代早期，這段期間是此潮流最盛的時候，患者蜂擁而至。新出現的人格主宰了他們的生活。我研究發現，他們要不是曾是熱衷多重人格疾患的心理治療師治療過，就是加入網路聊天社群、遇過某個有這種問題的人，或者看過了相關電影，每一個病例都是這樣。我懷疑多重人格疾患在臨床上到底有沒有自然發生過——就算有，也不可能這麼頻繁。

擔任DSM第四版工作小組主席的時候，多重人格疾患讓我面臨兩難。我覺得多重人格疾患是場騙局（若厚道一點來說，它是種集體的短暫流行病，出自於治療師跟患者

的被暗示性)，肯定構不上精神疾病的邊。不論如何，我選擇不在DSM第四版中強加我的觀點，工作小組依然收錄多重人格疾患，並且特別審慎地努力呈現爭議雙方的觀點，盡可能作到公平有效率——雖然說我認為有一邊的觀點根本是胡說八道。我真是自作孽，不應該這麼這麼保守，應該要按照自己的看法變更內容。總之謝天謝地，各方大眾這當下已經偃旗息鼓，拋下多重人格疾患了，但是我預測未來還會爆發。對易受影響的患者跟治療師來說，多重人格似乎有種歷久不衰的吸引力，現在只是休兵沉潛，伺機捲土重來而已。只等某部賣座電影跟週末治療師工作坊出現，新流行就會爆發。等著看吧，只要新一代治療師忘了記取過去的教訓，不到十年或二十年，另一波流行就會再起。

獵巫行動：托兒所性侵醜聞（一九八〇年至二〇〇〇年）

托兒所性侵醜聞（跟當代多重人格熱潮同時發生，也有點關連）堪稱是撒冷（Salen）女巫大審歷史再度重演。兩股熱潮整整相隔三百年之久，同樣反映人性的卑劣。這些人懷著各種恐懼，發出惡毒的指控，當中有些更是骨子裡淫亂的清教徒。一群

人受到暗示、投射作用影響，感染集體恐懼，輕信一些顯然是兒童編造的幻想證詞。古今兩股熱潮都有這些元素。發生於一六九〇年代的撒冷獵巫事件是由衛道（誤入歧途又害人不淺）的清教牧師們主導；一九九〇年代美國的這場大流行則是好意（誤入歧途又害人不淺）的治療師們醞釀出來的。無可否認，信以為真的家長、警察、檢察官、法官與陪審團也跟著推了有力的一把。故事令人遺憾，司法已死令人怒不可遏，公民社會失靈令人挫折。

案子通通照著同樣的悲慘劇本發展。這場熱潮起於一九八二年美國加州科恩郡（Kern County），此後十年的發展如野火燎原，舉國沸騰（另外也蔓延到世界各地，只是程度較輕）。托兒所的工作人員被指控性虐待托育的幼兒，當中多為極度駭人聽聞、匪夷所思的手法。每一起案件中，證據只有稚齡幼兒誇張、奇特的指控，缺乏物證及可信的證詞。率先發難的指控者都是報復心切或是神智不清的人——通常都是家長、繼父母或祖父母，接著恐慌會立刻在其他父母間流傳，蔓延到整個社區。

在家長及媒體唆使之下，治療師、警察及檢察官惡劣地聯手進行漫長反覆又令人煎熬的調查，添油加醋後，就成了兒童的證詞。調查人員用誘導、暗示的方式辦案，時不時還向證人施壓。他們胸有成竹，已經知道到底發生了什麼恐怖事情——只差讓稚齡受

害者提供驚悚的細節。他們告訴小證人其他孩子說了些什麼，再施以強大壓力讓他們服從、確認證詞。因此，各個小證人說的故事自然就互為補充，接著慢慢融匯成一幅貌似連貫、天理不容的圖像。撒冷再臨。

淫穢現成的細節取之不竭，可以填滿小證人回憶的漏洞與想像的不足。要是偵訊者或孩子創意有限，媒體對這些訴訟撲天蓋地、前仆後繼的報導，也可補其不足。媒體與電視火力全開，把新聞變成娛樂。不管指控多麼荒謬怪誕、多麼超現實，通通都不重要。我們可能會以為，任何一個理性的人都不會聽信，但是民眾已經停止理性思考了。不管什麼案件，若一再重複出現詭異到極點的指控，遲早大家都會相信。這些謠言讓我們更加以為，在全美各州與世界各地、許許多多不同的地方，那些鬧得沸沸揚揚的事件都是真的，甚至還有生動的細節。濃煙四起，就一定有人放火。司法體系短暫失控，相關人員應該道歉以尋求原諒。

這些案子照著兩種虐待主題各有變化——性及惡魔。性虐待包含了各種想得到的性行為（有些超乎想像，甚至不可能作到）、雜交、色情影片照片、賣淫及酷刑。惡魔儀式包括惡魔崇拜、殺害折磨動物、飲血或尿、吃排泄物或是惡魔附身。有些故事的內容顯然出於幻想——與外星人接觸、被機器人虐待、沒有留下傷口的刀刺等等。不知為

何，無論這些指控的多麼荒謬，關心案情進展的人卻沒有警覺與懷疑，當中有許多不合理之處。

據稱，這些惡行都發生在托兒所平常的上課時間，但卻沒有人發現——家長、鄰居、送貨員——都沒人察覺？也沒人解釋，為什麼惡行被揭發前，孩子天天都开开心心地笑著離開托兒所。但審判過程越來越像全民公審，一發不可收拾。各種猜忌、指責蔓延開來，一定有合謀者默許、配合，主犯才能得逞，不然他的惡行怎麼可能沒被發現，搞不好托兒所全體員工都有份。這些可憐無辜的人成了正義人士發洩的對象，還要遭受天真（但是躍躍欲試）公僕殘暴地審問，這些人決心要保護我們的孩子，還要嚴懲害他們失去純真的人。托兒所的同事深陷恐懼中，畢竟被冤枉的人只有兩種選擇——失去榮譽或失去自由。他們被自己照顧的孩子誣陷，指控他們參與荒謬的行動。他們要是認罪，就會拖累到自己的朋友，作偽證害朋友被定罪。要不然他們就得面對很長的刑期，只因爲在錯誤的時間出現在錯誤的地點。

父母們一想到自己的孩子失去純真，就會驚慌失措，發狂般地想保護自己的孩子。他們因此得承受傷人的審問過程，聆聽關於性跟惡魔的怪誕思想，甚至要公開曝光、撒謊作偽證。參與這場混亂後，父母無不懷著罪惡感。想當然，實際上是他們讓自己的孩

子失去純真。參與這些案子的「治療師」立即發展出一套專業說法，分析托兒所性侵事件，定要查個水落石出。這些英雄行徑讓他們聲名大噪。調查人員特別受限於自身的偏見，此外還有暗示與正增強的作用，使得兒童模仿、複製他們先入為主的偏見。治療師讓過程變本加厲，拿出有性徵的娃娃詢問小證人。他們大概是想獲得更多證據，判斷到底發生了什麼事，但反而幫了倒忙，詢問過程變成遊戲治療，小證人跟治療師共同編造性場面，甚至引出更多怪誕奇異的念頭。¹²

托兒所歇斯底里的熱潮為何會發生在此時此地？為何發生於一九八二年？為何在美國？像這樣的事件，受到許許多多不同因素交互影響，從來都不可能精確地評估其成因，但有些因素特別明顯，很有可能是肇因。首先，有托兒所這種機構，才會有托兒所恐慌。隨著越來越多的母親進入職場，家庭成員千里迢迢追逐工作機會，可以幫忙帶小孩的祖母越來越少，托兒所已經成爲美式生活不可或缺的一部分。毫無疑問，親職外包而產生的罪惡感也有影響。有的治療師則是擔心過度，深怕有的孩子曾被性侵，但說過的話沒有被認真看待。也有太多專業程度低落的治療師藉此自我推銷，建立假「專家」權威。對所有想衝動一窩蜂趕上眼下或未來潮流的治療師來說，這段悲傷的故事是我們所能想像得到最明白不過的警惕。

跟隨群體

我們也不應意外，精神科診斷始終是跟著流行走。潮流影響我們一舉手一投足，跟隨群體是人類的本性。好消息在於，潮流來來去去，總會退燒。一百年前，世界上充斥著神經衰弱症、歇斯底里轉化症與多重人格疾患。然後這三種疾病轉眼之間就消失了，讓人摸不著頭緒。現在看似精確有理的精神病熱潮，其實不如表面般強韌，當民眾開始意識到自己的危險，這些潮流就有可能跟著時間消逝。但壞消息是，過去大部分的疾病熱潮都是單一事件，限於當地，影響範圍有限。現代的疾病潮流卻是舉世皆然、規格統一，逐漸成爲社會基礎架構的一部分。

第五章 現在的熱潮

昏鈍蛋用相當不屑的口氣說：「我所用的詞，總是能表達我要說的意思——不偏也不倚。」

愛麗絲說道：「可是，你怎麼能使得詞彙有那麼多不同的意義呢？」

蛋頭先生說道：「這不難，關鍵在於哪個意義是老大。」

——《愛麗斯夢遊仙境》，路易斯·卡羅著（譯按：原文出處應為《愛麗夢遊仙境》續作《愛麗絲鏡中奇緣》〔*Through the Looking Glass*〕）

蛋頭先生不切實際地誇下海口說，自己有能力掌握詞彙，控制詞彙的意義。他的傲慢恰恰好跟他即將從牆上狠狠摔下來相得益彰。愛麗絲在仙境當中不斷發現的幾件事

之一就是，詞彙相當仰賴上下脈絡，容易失去控制，意思大相逕庭也讓人一頭霧水。你「選擇的意思」還比不上其他人對那番話的解讀，跟你的本意可能就會大有出入。

DSM第四版一九九四年出版之際，我們不知道自己跟昏鈍蛋的危險處境有多麼接近。我們跟他一樣志得意滿，相信小心措詞就能避免犯錯，結果當我們措詞也失控的時候，不免會大吃一驚。我們以預防濫診攀升為目標，自以為成功守住陣地。¹我們錯了。²後來證明，診斷系統的影響力並不在於紙面上的措詞，而在於它們怎麼被使用。

DSM第四版應該是一本嚴謹保守的診斷手冊，但一離開專業的編輯小組，就不見得會被其他人小心翼翼地保守使用。每一個可能讓製藥產業有機可乘的新疾病提案，我們都盡量排除，但是我們嚴重低估製藥產業的話術，他們讓從業人員及患者以最為廣義的方式解讀書上文字。比起DSM第四版診斷準則以及生硬的附屬細則，多采多姿的廣告戲劇張力可多了。我們構築好屏障，下了嚴格的診斷定義，以為這樣就能預防濫診，但是行銷團隊屢出奇招，迅速攻破我們的防火牆，輕輕鬆鬆就能誤導民眾。後來，DSM四不知不覺間就造成精神醫學界三波新的假流行病——注意力缺失症、自閉症與成人雙極性疾患，太多人被誤診有這些疾病。根據經驗法則，DSM書中哪處有被濫用的可能，就一定會被濫用。

我們早該想到的。文字與口語傳統的衝突就跟聖經一樣古老，也跟最高法院釋憲一樣現代。一般來說，寫下來的文字本身沒有效力，重要的都是之後的詮釋。同一齣劇，就算一字不改，每次重新搬演都還是可以傳達相當不同的意思。十五年下來的教訓就是，光靠DSM無法建立標準。醫師、其他心理衛生工作者、藥廠、權益團體、學校體系、法院、網路及有線電視都有部分權力，可以決定書寫下來的文字實際上如何利用與濫用。有假先知也有假流行病。我們只能掌控診斷手冊到出版前，等它一進入公共領域，民眾就可以隨心所欲地使用（且經常濫用）。

下列黑名單為目前流行的假性精神疾病，當中都是最有可能被過度診斷與過當治療的精神疾病，希望列於此處可以遏止犯濫。不過我要事先聲明，該項疾病的診斷還是有效的，只是失控了，才造成診斷熱潮。許多、甚至大部分的人被診斷出來，一定有正當的理由。這些疾病會成為「潮流」，一來是社會風氣炒作，診斷過程又過於寬鬆失當，特別是在基層的醫療照護單位。這裡的每一種疾病診斷若是適得其所又正確，絕對能讓我們深入了解精神症狀與並予以治療。任何處在邊緣地帶、被診斷出有病的人，應該再徵詢第二位醫師的意見。總是要抱持疑問，但又不過度猜疑。

注意力缺失症爆發

早上六點，天色陰沉，陰雨綿綿，我開著車前往機場，我沒辦法把敞篷車的頂蓋蓋上，因為已經壞了好幾個月，我老是忘記修。到達機場後，我並排停車，就走去托運行李，車燈也沒關，收音機還大聲放送著六〇、七〇、八〇年代的黃金老歌。一週後回家，我在車庫裡找不到車子，嚇了一跳。但根本不應該覺得意外，因為我又沒把它停在車庫裡。我忘得一乾二淨，托運了行李之後就一派輕鬆地登機。興味盎然的警衛把所有好同事都找來，痛快地拿我取笑了一番。我相當感謝他們把我的車拖到安全的地方，還幫我把電瓶充飽，也拒絕收取任何費用，畢竟難得遇到這麼糗的人，相當有滿足感。

我的祕書譚美也有類似的感受。她的辦公室跟我的辦公室只有三公尺之遙，在這段距離內我也能把文件弄丟。在同一間醫院工作了這麼久，我還是時不時在迷宮般的醫院迷路，回不去辦公室，總會忘記要開會或是跟人有約。我這種神乎其技讓她的生活趣味十足、多采多姿。我的妻子就相當不以為然，不太欣賞這種能力。她毫不留情地說，我總是不注意日常生活的需求與瑣事，這不是有精神疾病需要診斷，而是反映出我的逃避

心態。我有點像是生活在某種庇護工場，善良的好友及陌生人都很照顧我，讓我不會發生嚴重意外。

我到底是位心不在焉的教授還是有精神疾病呢？我該服用興奮劑嗎？還是就照著老樣子糊里糊塗下去？在以前，雖然我有時荒腔走板，但我是正常的。但是現在不一樣了，注意力缺失症像野火燎原一樣。這個疾病以前只侷限於小比例的兒童身上，從很小的時候，他們就出現非常明顯的問題，一定會身陷某些困境。但沒多久，各式各樣干擾上課的行為就都成了醫療問題。人們開始濫用注意力缺失症，十成的孩子都符合患病標準了。現在每個班上至少都會有一兩位孩子正在服藥。注意力缺失症也成了標準答案，用來解釋成人舉止行為上的各種問題。

怎麼可能發生這種事呢？有六大原因：

- 第一：DSM第四版的措詞更動。
- 第二：藥廠大力向醫師行銷，強力向大眾放送廣告。
- 第三：媒體大幅報導。
- 第四：孩子調皮搗蛋，爲了好好管教，煩不勝煩的父母與老師迫切要找到答案。

第五：診斷出過動症的孩子可以得到額外的服務、考試時間也可以延長。

第六：爲了改善舉止態度，甚至爲了娛樂，故意尋求處方、濫用興奮劑。這種情況比比皆是。

關於這一切，一般人總是認爲，注意力及過動問題確實在蔓延，而且情況越來越嚴重。這一點其實大有問題，我們沒有任何理由認爲現代孩子哪裡不一樣。其實，變的只是標籤罷了。過去，我們會把注意力與行爲問題當成人生的一部分，是正常的個體差異，但現在卻診斷成精神疾病。關於這一點，某個大型研究結果提供了最有說服力的證據，卻也令人擔心。事實上，一個孩子會不會被診斷出注意力缺失症，他的出生日期是最有力的預測指標。十二月出生的男孩診斷出過動症的比例比一月出生的高出七成，因爲一月一日是分年級的分界。班上年紀最小，發展最不成熟的孩子診斷出過動症的機率更高。出生日的影響力在女孩間也差不多。我們把因爲年紀太小而發展不成熟當成了疾病，還用藥丸治療。³⁴⁵

注意力缺失症大暢銷，DSM四的貢獻並不大，頂多只是無心之過，發揮的影響力也不大。我們更動了幾個用詞，在疾病定義上對女性更加友善，這是考慮到女孩比起男孩更容易分心恍神，也較不好動。經過豐富的實地測試，專家預估，診斷的成長率只有

百分之十五，但是狡猾的藥廠趁虛而入，藉著行銷讓診斷率翻了三倍。直至一九九〇年代中期，在龐大活躍的製藥企業中，注意力缺失症一直被擱置在死氣沉沉的小角落，絲毫不起眼。治療注意力缺失症的興奮劑專利權已經失效了好幾十年，一顆非專利藥丸幾毛錢就可以買到了。注意力缺失症藥物一年帶來五千萬美元的營收，在藥廠的財務報表上就跟捨入誤差值差不多。藥廠並沒有對患者廣告，或是向醫生推銷。注意力缺失症貌似安全穩當，診斷過程無利可圖，可以安然逃過藥廠的法眼。

DSM四出版之後，情勢大幅改變，幾種剛獲專利的昂貴注意力缺失症新藥上市，恰巧，藥廠也剛獲得向消費者宣傳藥品的權力。他們掌握時機，大作廣告，盡包所有媒體，任何時刻都不放過。他們鼓吹、宣傳的訊息還是老樣子：注意力缺失症相當普遍，很容易被忽略。小明不守規矩，又不好好讀書，就是得了這種病。「洽詢你的醫生」——積極的業務部隊擠滿小兒科醫師、家庭醫師跟精神科醫師的診間，販售藥丸。這藥可神奇了，可以預防孩童在課堂吵鬧，阻止家庭破碎。家長、教師及精神科醫師都被徵召，全員出動，一定要找出過動症、積極治療。⁶⁷

過動症盛行率翻了三倍，我們應該要額手稱慶還是憂心忡忡，或是憂喜參半。有些人認為診斷率提高，主要是反映了過動症診斷有效，找出了先前被忽略的患者。話是沒

錯。無疑對許多孩子來說，診斷範圍擴大是有幫助的，不然他們沒有辦法獲得必要、恰當的治療。診斷正確的孩子接受藥物治療，至少在短期內，學習狀況會改善，不會坐立難安，衝動、情緒爆發的情況減少，較能舒服自處，減少責怪與汗名。對真正有需要孩子來說，興奮劑安全有效。同學、家長與老師都受益，真的是天賜良藥。

但是讓人開心的故事也有讓人不快的一面。功過相抵，有些人受惠，其他人則付出沉重的代價。過動症盛行率提高，多數是「偽陽性」診斷，錯診貽誤了這些孩子。藥廠過度行銷，不必要的治療益加頻繁，相關的藥品會造成有害的副作用，如失眠、失去胃口、煩躁、心律不整還有各式各樣的精神症狀。更嚴重的是，許多人爲了改善言行舉止、濫用興奮劑，導致藥物中毒。爲了考得更好或是在派對上盡興，三成的大學生跟一成的高中生非法取得處方興奮劑。我們真的希望看到這些現象嗎？政府應該監控龐大的非法次級市場，防堵興奮劑在街頭與學校流行，讓藥物合法、適量地供給有需要的人。⁸

我們要如何減少隨便的診斷與藥物濫用？每一個地區，只有少數的醫生需要爲過度治療負責。相關單位嚴格落實管理，處罰這些醫生，就能有效改善他們的執業習慣。⁹醫師也需要教育，跟藥廠教他們的恰恰相反，過動症的最好治療方法是分等級的「階

段式診斷」，而不是「先開槍再瞄準」。患者症狀相當嚴重、危急，表現出典型的言行舉止，才需要及早診斷，迅速開始藥物治療。若症狀輕微或模稜兩可（經常如此），最好先停下來，度過觀察期再說。通常症狀都是短暫的，是家庭、同儕或學校的壓力造成的。有時候問題是孩子不成熟，有時候是物質濫用或其他精神疾病，觀察期間要先排除這些因素。如果問題仍在，但不會嚴重造成生活與學習障礙，下一步就是用教育或心理治療引導。對這些步驟反應不佳的人，才得走到最後一步，經由醫生確立為患者並施以藥物治療。很可惜，我們社會缺乏經費充足的教育活動，無法向大眾與醫師推廣合理的階段式措施。藥廠發出的訊息，都是督促醫生快下診斷，隨便開藥。這種態度主導了輿論，讓許多正常、還不成熟的孩子變成過早用藥的精神病患。

兒童期雙極性疾患

四十五年前我剛開始受精神科醫師訓練的時候，從來沒學過兒童期雙極性疾患（Childhood Bipolar Disorder）。沒有必要，兒童雙極性疾患罕見到沒有人看過任何案例。我曾經評估過一位九歲的男孩，症狀很像雙極性疾患，但是我的主管叫我不再獵

奇了。他給我一個忠告：「如果百老匯大道傳來答答蹄聲，要先認為來的是馬，而不是斑馬。」從前，我們無疑漏診了一些兒童期雙極性疾患，有時候沒有給予可能有效的治療。

但是現在鐘擺卻失控朝著危險的另一端盪去。所有灌水膨脹的精神疾病診斷中，兒童期雙極性疾患情況最嚴重，光十年內，灌水診斷就驚人成長四十倍。兒童期雙極性疾患迅速為社會所接受，因為它滿足了三個先決條件：社會的迫切需求、一呼百諾的先知及引人入勝的故事。診所、學校及輔導機關得處理有狀況又製造問題的孩子，所以有迫切的需求。這些孩子自己受苦也讓身邊的人難過，家長、醫師、教師得想辦法解決。每個人都感到壓力，非得採取行動不可。之前的診斷（特別是行為規範障礙症 [Conduct Disorder] 跟對立反抗症 [Oppositional Disorder]）並沒有帶來多少希望，也無對策。專治兒童期雙極性疾患解釋孩子不守規矩的原因（雖然是錯的），藥物介入治療也就順理成章了。

假先知是一群是一呼百諾又有魅力的「思想領袖」，哈佛的背景更增添他們的威信。他們向許許多多兒童精神科醫師、小兒科醫師、家庭醫師、家長及教師傳偽福音。藥商重金資助這場氣勢勃勃的十字軍東征。藥商是大金主，也是最主要的獲利人。諸位

先知登上山峰，帶著一套新的教條下山——拋下老規矩，過去DSM關於雙極性疾患的診斷就不適用於兒童了。兒童期雙極性疾患不是典型症狀，並非情緒在躁狂與憂鬱間轉換。診斷的類型非常隨性，各式各樣易怒、情緒化、憤怒、偏激或衝動的孩子，通通都可以包含進來。兒童期雙極性疾患的範圍非常大，觸及陌生的領域，先前被診斷為其他疾病的孩子（例如過動症、行為規範障礙症、對立反抗症或焦慮症）或是根本沒有疾病的孩子（「情緒化」但正常的孩子）都貼被貼上了標籤。廣大的新市場開啓，藥廠感不盡。兒童情緒波動相當罕見，所以不是好賣點，但是易怒很常見，足以帶動銷售量扶搖直上。雙極性疾患通常被視為終身疾病，只要把稚齡兒童推進門，藥廠就可能多一個終身主顧。

製藥業大力推動，讓兒童期雙極性疾患的定義更廣，藉著這股新熱潮大賺一筆，這不令人意外。醫師、治療師、家長、教師、權益團體、媒體跟網民卻視而不見，這才令人意外。

眾人把DSM第四版的嚴格規定拋諸腦後，開始濫用情緒穩定劑與抗精神病劑，拿來治療假性兒童期雙極性疾患。這下危害不淺。孩子體重迅速大幅增加，十二週內平均增加十二磅，罹患糖尿病機率增加，也可能縮短壽命。^{10 11 12}最惡劣的不當醫療過失，就

是用大量藥物治療兩到三歲的小孩。年紀那麼小就可以診斷出雙極性疾患，相當荒謬，還有孩子因用藥過量致死。¹³

兒童期雙極性疾患的患者背負沉重的汙名，代表這個病永遠不會好，一輩子都要看醫生。這樣的診斷會阻礙當事人的人生發展，剝奪其實現志向的希望，身旁的人也會誤解，以為患者容易失控，或是無法為不當行為負責。造成情緒爆發的因素都不長久，只需要固定一段時間治療就可以改善。凡遇到暴躁易怒的青少年，首要懷疑的就是否有物質濫用。注意力缺失症的患者經常暴躁易怒，對興奮劑的反應最好，但是如果被錯診成雙極性疾患，就會錯失有效的診療法。

觀察精神醫學四十五年，讓我感到最可悲的，就是兒童期雙極性疾患大流行。這麼多人被錯誤診斷、被施以危險藥物治療，他們等於是在不知情、未許可的情況下，被迫加入大型的公共衛生實驗。

多少讓我寬慰的是，這波流行並不是DSM四的內容所引發的。當時有人提案，要新增兒童雙極性疾患的診斷準則。這一定會助長這波熱潮，但我們否決了。但我真希望當初在雙極性疾患那一節前加上黑色欄位，警告臨床醫師不要躁進疏懶，幼童通常不適用此診斷，下此診斷可能會有這種危險後果。

自閉症蔚爲風潮

過去二十年間，自閉症患者爆炸性成長。DSM第四版出版前，自閉症是相當罕見的情況，每兩千名孩童裡只有一位有自閉症。現在比例躍升，美國每八十位孩童有一位有自閉症，韓國更驚人，每三十八位就有一位。^{14 15 16}第一個引發的反應就是家長恐慌，只要孩子不是百分百正常，家長們就擔心是自閉症。醫學期刊《刺絡針》有篇論文指出注射疫苗可能導致自閉症，更是雪上加霜。實際上，這兩者會同時發生，頂多只是因爲時間巧合——典型自閉症發病的年紀接近疫苗注射的時間。專家研究後，已經駁斥了兩者間有任何因果關連，原始報告後來被揭發是科學騙局，《刺絡針》也因此將論文撤下。¹⁷就算所有證據都指出先前研究有誤，家長的恐懼卻依然不減。在這股假自閉症風潮下，家長逃避現實，不讓孩子注射疫苗，反而讓孩子受到真正流行病的威脅，如麻疹與其他已經有解藥但有時相當危險的兒童疾病。以上種種現象反應出，大眾誤解了精神疾病診斷如何確立，舉例來說，只要一變更定義，就會連帶影響到疾病盛行率。盛行率在二十年内增加了二十倍，原因在於，診斷方式已經有了重大的改變，並不是因爲孩子

們突然之間變得更自閉。¹⁸

自閉症「流行」有三大原因。部分原因來自於醫師、教師、家庭跟患者自己觀察到更多細節、辨識能力提升。大家把自身或他人的問題攤開來看，就可以減少汙名，並找到更多患者。DSM四收入亞斯伯格症，這項新診斷項目大幅拓展了自閉症概念，多少也造成自閉症流行。但是，約有一半的「患者」都是爲了得到服務而「生病」。爲了取得學校體系更多的關照以及更加密集的健康照護，孩童因此被誤診。

會出現典型自閉症失能症狀的人並不多，這些症狀也極度容易辨認。亞斯伯格症的患者則在某些方面與人格格格不入，總有些特定的興趣跟不尋常的行爲，人際關係會有些問題，但是比起典型自閉症患者（包括無法溝通及低智商），亞斯伯格患者失能的程度就差得遠了。許多正常人個性古怪、拙於社交，所以我們並沒有清楚的一條線，可以劃分亞斯伯格症與正常人。我們估計，比起典型重度自閉症，亞斯伯格症患者更爲普遍，人數約爲前者的三倍。但是許多在正常變化範圍（或是其他精神疾病範圍）內的人，被誤診成自閉症，基層醫療單位、學校體系、家長跟患者自行作的診斷尤甚，患病比率因此人爲因素而誇大膨脹。

自閉症開始流行，DSM四只是發動引擎，各方人士卻加足馬力，讓流行病的規模

超乎所有人的預期。政府提供相關的學校扶助與治療計劃，但前提是當事人確診為自閉症，加上活躍的病人權益團體，彼此間形成正向迴路，這或許就是最重要的一股推力。

「自閉症」患者及家庭一變多，就更容易取得權力，推動更多額外服務，有時候也會打官司爭取。額外的福利加強一般民眾就診的動機。越來越多人確診罹患自閉症，就會有更多人要求更多服務。^{19 20}

自閉症的汙名也大幅減輕。網路提供了方便又自在的溝通方式，讓患者可以獲得社會支持及同儕情誼。許多媒體與電視節目用友善的態度報導自閉症，還有人拍電影及紀錄片，當事人的境遇引人同情。許多成功人士在亞斯伯格症的定義裡找到認同，有些人引以為榮。亞斯伯格症甚至有了自己獨特的光環，尤其在高科技人士的圈子裡。知名度有正面的效果，可以彌補患者所受的傷害，但是一如往常，過猶不及。亞斯伯格症從默默無名變成主流疾病，成為個體差異的萬用藉口。若醫師審慎遵循診斷準則，現在診斷出來的孩子裡，約有一半不合資格，若再持續追蹤，還有一半會隨著年紀成長而不符合標準。^{21 22 23 24}

自閉症流行有好也有壞。對真正的患者來說，確診的好處在於，可以請學校提供更多服務，改善治療方式，減輕汙名，家人可以更體諒，孤立感變少，還可從網路尋求支

持。但如果患者被錯貼標籤，個人就會因為汙名、自我及家人期待降低而付出代價。相關資源稀少而珍貴，錯誤的分配會增加社會成本。我們制定精神疾病診斷，初衷為臨床用途，根本不是為了教育用途而設，學校決策最好不要緊扣著精神醫學診斷。許多被錯貼標籤的孩子的確有其他嚴重問題，需要專屬的額外照顧，但他們不需要因為被誤診為自閉症而額外添加汙名。學校所提供的服務，應以全校師生需求為準繩，而不是依靠精神科診斷。

身為DSM四工作小組主席，沒有預見亞斯伯格症不當診斷的熱潮，我難辭其咎。要是能預測診斷率的變化並解釋成因，就能防患未然。我們早該主動採取行動，教育大眾與媒體這些疾病標籤的意義——孩子並沒有變，變的是診斷方式。推動流行相當容易，終結流行就非常困難了。

第二型雙極性疾患

很不幸，整個精神醫學領域中，最重要的疾病分界也是最難劃分的。患者情緒是在兩種極端間起伏不定（低潮與高潮循環）？或只是憂鬱，朝單向端發展（一再低潮沒有

高潮)？抗憂鬱劑治療低潮效果良好，但是服用者會暴躁易怒、情緒高度起伏、心理週期快速轉換，反而使雙極性病程整體惡化。若要降低風險，除了抗憂鬱劑之外，通常治療者會額外開立情緒穩定劑或抗精神病劑（經常兩者同時開立）給雙極性疾患患者。但是要預防抗憂鬱劑的傷害，代價卻是非常沉重。情緒穩定藥物的副作用是體重狂增、糖尿病與心臟病。棘手的問題就在於，要如何在雙極性與單極性疾患間劃出診斷界線，以及判定服用（或不服用）情緒穩定劑的風險。

患者發作的症狀若是典型的躁症（明顯的雙極性疾患），那麼問題就簡單了。躁症一旦發作就錯認不了，令人相當難忘。此人有多不勝數的想法與行為、四處團團轉、講話急促、滔滔不絕發表崇高的理念、表現強烈的創造力、肆意接二連三地提出完全不著邊際的計劃、不斷開玩笑、情緒高昂，但如果被惹到又相當易怒、花錢如流水、感覺有源源不絕的精力、行為不恰當又衝動、明目張膽性欲勃勃、不太需要睡眠。躁症的典型症狀很容易辨認，隔壁三姑六婆都懂。一旦發作，我們都知道要馬上採取行動——抗憂鬱劑一定要有情緒穩定劑作為安全防護措施。

但是若一個人只有部分躁症表現，但情緒會隨著週期起伏，與正常狀態相當不同，我們又該怎麼辦呢？這種部分躁症發作稱為「輕躁症」（Hypomanic），非常難解。憂

鬱與輕躁症定期輪流發作，這樣的患者剛好處在區隔雙極性疾患與單極性疾患的分水嶺上，被分到哪一邊都有可能。如果我們把他們歸類成雙極性疾患，他們就得服用情緒穩定劑，預防快速週期變化，但是如果服用了不必要的情緒穩定劑，就會造成負面效果。如果我們把他們歸類成單極性疾患，就只需要施以抗憂鬱藥物，這種作法又可能引起躁狂發作。遇到這種模稜兩可的情況，我們選擇加入一項新的分類，也就是第二型雙極性疾患，用以描述憂鬱跟輕躁症發作的患者。病程、家庭歷史、治療反應，這些證據指出，相關患者歸類成雙極性疾患較好。服用抗憂鬱劑的患者，情緒穩定劑可以作為防護網，但也會增加額外負擔。我們判斷，不服用情緒穩定劑造成的傷害較大，只能兩害相權取其輕。這樣的決定相當危險，但手冊新增第二型雙極性疾患似乎保險一些。

第二型雙極性疾患的定義與評估標準也有缺陷，給了藥廠很多可以動手腳的機會。輕躁症與單純心情愉快並沒有明顯的區隔，因此廣告商暗示消費者，只要情緒稍為高昂一些或是暴躁易怒一下，就可能是雙極性疾患的輕微徵兆。這種賣點對憂鬱的患者特別有效，他們相當難以辨別何謂興致「高昂」，何謂恢復正常情緒。街頭毒品或抗憂鬱劑都有可能引起短暫亢奮情緒，難道這種症狀就算雙極性疾患嗎？

我們了解，第二型雙極性疾患多少擴大了雙極性疾患的範疇，還伸入到單極性疾患

的領域，但是我們不認為有重疊。對許多先前未確診的雙極性疾患患者來說，我們的決策無疑讓診斷更為正確、治療方式更安全。但是跟所有的疾病大流行一樣，過猶不及，許多單極性患者在證據不足下，被錯診為雙極性疾患，接受不必要的治療，服用過多情緒穩定劑。^{25 26}

何來此一大轉變？老樣子，又是藥廠行銷誤導。雙極性疾患市場的發展潛力比思覺失調症市場龐大，所以藥廠緊抓住第二型雙極性疾患，加以利用。這個疾病的賣點在於，所有易怒、暴躁、情緒化或亢奮的情緒都是雙極性疾患的徵兆，都有藥可醫。學術會議、期刊、電視、雜誌、電影中，處處可見雙極性疾患。精神科醫師、基層醫師、各類心理衛生工作者、患者與家庭不斷被轟炸、警告，說先前雙極性疾患「被遺漏」，情況很危險。

問題來了，如果早知道現在第二型雙極性疾患會帶來大流行，把它加到DSM四是否為明智的作法？其功過優劣相去不遠，但是相當清楚的是，對處於分水嶺上的案例來說，判斷懸於一線。藥廠炒作出來的雙極性疾患熱潮，大家不應該跟著起舞。除非有確實理由，否則服用抗精神病藥物的風險太高了。

社交恐懼症把害羞變成了疾病

社交恐懼症 (Social Phobia) 把一般的害羞變成第三大最常見精神疾病，罹病比例落在百分之七到荒謬的百分之十二之間，端看診斷的方式有多寬鬆。光美國來說，至少一千五百萬的成年人都符合社交恐懼症的描述，所以就成了藥品廣告的主要訴求。害羞是種隨處可見、完全正常的人類特質，還有極度重要的求生價值，護人平安，避免遺憾。在自己的部落裡，你會希望有些人是探索型的，願意在舊水坑乾涸之前外出探勘，跟鄰近的部落關係變得火爆的時候，有些激進的人也是好事。但是在穩定的情況下，日復一日求生存、避免求新求變，絕對是聰明的一招，要不然會讓人變得逃避的DNA不可能保留下來，還如此常見。

當然，有些人的社交焦慮已經完全是種障礙，足以達到精神疾病的定義，但這些只是罕見的個案，這個市場小、不會引起製藥公司的興趣。藥廠厲害之處就是忽略這些稀少數目，把目光放遠，擘劃出一個世界。只要害羞程度超出標準一點點，藥廠就巧妙地把它變成精神疾病，吃藥才能醫好。

就統計數字來說，害羞是種常態，恰好就是因為這樣，藥廠才有了肥美的行銷目標。社交恐懼症這種精神疾病與一般人的害羞性格並沒有明確的分界，所以藥廠開始鋪天蓋地的行銷活動，說服所有害羞的人他們生病了，不治療就太可惜了。剛好，有幾位公眾人物深受害羞之苦，願意為藥廠背書。他們坦白自己的診斷結果，最後接受適當治療，不再受苦。醫師也上鉤，態度軟化許多。潛在的「患者」聽信廣告詞「洽詢你的醫師」前來就診，醫生也願意開立克憂果。原本社交恐懼症還屬罕見、無足輕重的精神疾病，沒過多久就成了人氣旺的診斷界新星，也是最常見，最常被治療的精神疾病之一。²⁷

社交恐懼症還有第二個特點，使其成為行銷業者的美夢，因為大部分診斷出來的人並非真的有病，所以要讓他們變好也很容易。安慰劑對這些人非常有效，令人瞠目結舌。一旦某個人（並非真的有病）因為藥物的安慰劑效應而有所改善，他就可能把藥物當成平安符，持續服用，以免出問題。這個人就成了長期忠實主顧，不僅得不到好處，還會導致不必要的併發症。²⁸

DSM四成書之時，我們並沒有特別注意社交恐懼症。在精神醫學中，社交恐懼症不是相當重要的疾病診斷，也一直不怎麼引人注意。幾年後，不實的廣告誇大、誤導民

眾，此症才有所不同。儘管如此，當初我們也是不願面對現實，才會失算。我們應該為社交恐懼症設下極高的門檻，過濾掉對社交感到不自在的一般人，留下真正有障礙的人。聰明的廣告人還是可能突破我們設下的定義防線，但要是當初能高瞻遠矚一些，這場戰役的結果應該會好些。²⁹

重鬱症本來沒這麼嚴重

重鬱症 (Major Depressive Disorder, 簡稱MDD) 一詞令人不安，但有時又名不虛實。重鬱症嚴重發作時，對患者是殘酷至極的苦難，精神上的痛苦超乎所有想像，就連失去摯愛之痛也無法企及。但是許多重鬱症者的病情並不「嚴重」，也非真的「憂鬱」。診斷標準太寬鬆，帶起了一波假性重鬱症風潮。當下全美國有五千五百萬人符合重鬱症標準。悲傷是理所當然的事，現在卻變成臨床上的憂鬱疾病，害得我們隨時都在吃藥，成為治療過度的族群。

重鬱症在DSM一書中的定義是最為穩定的，基本上從一九八〇年DSM第三版成書以來，就沒有更動。如此歷久彌新，反映這項診斷非常有效。但是它有一項致命的缺

陷，最嚴重及最輕微的憂鬱症，都是沿用同一套標準定義，寫法也兼顧兩者需求。重鬱症的定義對於病情嚴重者相當有用，但令人害怕的是，若是套到病情輕微者身上，普通人會有的悲傷也會被包裝成精神疾病。

輕度重鬱症（Mild Major Depression）一詞古怪又矛盾，敘述詞「輕度」與「重」並置，相當奇怪，內涵也互相矛盾。這種語意拙劣之處正顯出臨床之難題，臨床上的輕度憂鬱與普通人的重度悲傷心情，我們根本無從劃分得一清二楚。若真要去診斷出哪些人是真有重鬱症，無可避免就會有許多人被誤診——他們只是在經歷人生的困頓時期，不需要被貼上患者的標籤，也不用治療。

抗憂鬱劑的效果是否比安慰劑更好，此事爭議連連。在相關研究中，許多接受治療的患者只是輕微憂鬱，甚至完全沒有憂鬱症，實在不需任何積極治療。

憂傷不應成爲疾病的同義詞。並非每種失落都需要診斷，也不是每一種問題皆有藥可解。生命的困頓艱難，如離婚、生病、丟飯碗、財務出問題、人際失和，不是靠制式的程序就可以解決。我們自然而生的反應，如悲傷、不滿、沮喪，不應該從醫療角度當精神疾病處理，也不該用藥物治療。我們通常能堅韌以對。舔舐傷口，找找朋友，探詢各種協助資源，就能繼續過日子。感受痛苦心情的能力跟感受身體疼痛的能力一樣重

要，都是爲了適應環境。這些痛苦是種訊號，告訴我們哪裡出了問題。一旦把所有痛苦的情緒都轉化成精神疾病，就會徹底改變我們的本質，奪去生命經驗的色彩。如果我們無法忍受悲傷，就無法體驗喜悅。赫胥黎的反烏托邦小說《美麗新世界》就是在強調，人一無苦無痛很快就會腦死。

各版DSM太風行，人們很容易被診斷爲重鬱症。最大的問題在於，我們沒有考慮到，過度的生活壓力會總是會造成悲傷。某件壞事發生了，你的反應是陷入悲傷、無精打采、食不下嚥、輾轉難眠，兩個禮拜都不會好。這些症頭聽起來情有可原、再正常不過，但是DSM卻爲你貼上重鬱症的標籤。起頭是DSM疾病定義太鬆散，接著醫界盛行生物化約論，藥廠又只關心別出心裁的行銷，這些皆成爲重鬱症大流行的推手。腦內化學失衡導致憂鬱，需要靠著化學物質（也就是抗憂鬱劑）導正，醫師們對這種說法照單全收。嚴重的憂鬱症的確是如此，但是以輕度憂鬱來說就大錯特錯。事實證明，對輕度憂鬱來說，心理治療的效果就跟藥物一樣好，但這兩者的效果都沒有在安慰劑之上。好幾百萬人根本就不需被診斷爲重鬱症，卻在服用不必要的藥物，這一切全因錯誤的化學失衡理論。

學失衡理論。 30
31
32

我把最能振聾發聵的問題留到最後。我們是否能恰如其分地提高了重鬱症的門檻，

不再包含那些屬於平常生活的疼痛苦難？醫生是否能建立審慎的處方習慣，慎重、嚴格地診斷重鬱症？這樣一來會不會減少百憂解、樂復得、克憂果、喜普妙跟其他氾濫藥物的銷售量？或是說，不論是否有清楚明白的診斷，那百分之十一的國民依然會繼續服用抗憂鬱藥？憂鬱症濫診跟濫用抗憂鬱劑又有多大的關係？

我們無法確知答案。因為DSM四擴大了憂鬱症的診斷範圍，使得抗憂鬱劑可以合法輕鬆取得，這點無庸置疑。但是近代史上有幾起前例足以說明，就算沒有明確的處方依據，亂開處方的情形依然會發生。抗焦慮藥物煩寧與利眠寧襲捲一九七〇年代與一九八〇年代，盛況如同現在的抗憂鬱劑，這些藥物都沒有特別針對哪種疾病診斷。藥廠追求獲利，醫師粗心大意，於是乎，對美國大眾來說，不論DSM決定要寫什麼，不寫什麼，藥依然照吃不誤。

歷史上還有另外一起先例，時間古老到可以回溯至薩滿巫師時代。老祖宗的智慧告訴我們，只要人覺得不舒服，就會特別想吃某些東西，讓自己覺得好點。阿爾卑斯山的冰層完好保存了一具有五千年歷史的男子木乃伊，他隨身帶著一小袋藥草，就是他那個時代的百憂解。我們也已經知道，太初以來，大部分用來治病的藥物再好，藥效也微乎其微，一般來說根本一點作用也沒有，更別說會對人體直接造成傷害，甚至還有毒。

但是薩滿巫師、祭司及醫師還是會開這些藥，病人也乖乖服藥，似乎也有效。儘管沒有藥效、還可能有害，藥物的魔力維持不墜。對安慰劑的熱愛似乎已內建在我們的DNA裡。

我們知道，人活著免不了挫折困頓，處世安身總會遇到困難。精神科醫生斷定、藥廠推廣的「疾病」，實際上就是這些人生問題，好幾百萬人卻因此服用昂貴、有害、多為安慰劑的藥物。我提倡醫療要回歸單純，就要是對抗錯誤的觀念。對大多數只有輕度或短期症狀的人來說，血清素回收抑制劑只是相當昂貴，又可能有害健康的安慰劑。處理悲傷有更好的方法：時間、與生俱來的堅韌特質、運動、親友支持及心理治療都有了不起的治療力。大家應該更有信心，少對化學失衡及藥丸寄予不經思考的厚望。就這點來說，DSM五表現比較好。在外界施壓之下，DSM五的重鬱症診斷較為嚴格，如果悲傷是來自於失去人事物、或壓力過大，就只屬於人的合理反應。

當然，若是憂鬱症狀未消失或更加嚴重，上述說法便不成立。我們應當反省的是，罹患重度重鬱症至失能的人中，有三分之一沒接受任何治療，這是整個社會的悲劇。在迫切需求的人身上，藥物治療的價值無比重要，但是這些藥物反而被不當販售給那些不需要的人。我希望，精神科相關人員能發揮其所長，照顧那些真正生病、有需求、亦能

藉我們的協助獲益的人，而不是浪費時間、金錢跟精力把正常的人變成精神病患。

創傷後壓力症：動輒得咎

DSM四所列出的各種症狀，創傷後壓力症（Post-Traumatic Stress Disorder，簡稱PTSD）最爲矛盾，它最容易沒被診斷出來，也最容易氾濫。面對這種病，醫生非常容易出錯，漏診與誤診比比皆是。我爲何會這麼清楚呢？因爲我自己就兩種錯都犯過。如果有人默默強忍痛苦、掩飾症狀，醫生就檢查不出來。若是能帶來收入，就會有一堆人被診斷出創傷後壓力症。

大概從人類出世一開始，創傷後壓力症就與我們同在了。我們的老祖宗是行動緩慢、弱不禁風的生物。他們生活在水坑邊，毫無屏蔽又非常脆弱，四周危機重重，一生恐怕「卑賤、殘忍又短暫」（nasty, brutish, and short。譯按：出自英國政治哲學家霍布斯著作《利維坦》，描述人的自然狀態）。死神悄悄埋伏在各處，突如其來、防不勝防，手段又相當兇殘。在創傷之前，每個人面對事情的反應都差不多。性格與過往人生經驗有各式各樣的差異，但碰到生死關頭的壓力，我們都會出現同一套症狀，整齊一

致、切合刻板印象，相當驚人。我們會沉浸在深刻的情緒裡，一次又一次，反覆重溫那個時刻。印象、回憶或閃過的畫面重現當時情景，不斷干擾白天的生活，晚上則變成夢魘。任何與事件相像的事物，都會觸發逃避與恐懼的心情。每一位陌生男子的臉孔都教人想起強暴犯；車子引擎逆火教人憶起身處槍林彈雨中。嚴重車禍之後，駕駛要再開車上路難上加難，因為他眼前會不斷出現車禍即將發生的畫面。這套反應一定有非常重要的求生價值，它帶來的教訓既真實又難以抹滅，提醒我們未來要避開類似的危險。老祖宗必須要學得又快又好，因為掠食者通常不會給你第二次機會。

每個人在經歷過驚心動魄的事件後，一遇到刺激，大概都會看到不請自來的影像，並產生情緒反應。這是一種身體的自然狀態，直到最近才被定義成疾病。對大部分的人來說，不請自來的影像會慢慢緩和，刺激也漸漸不那麼恐怖。除非當事人症狀持續不斷、造成嚴重的障礙，才能診斷為「創傷後壓力症」這種精神疾病。最壞的情況下，創傷後壓力症就會變成慢性病，造成生活失能，腦中充滿揮之不去的回憶，也很容易受到刺激產生恐懼感。最後當事人會感到生活空虛、呆板、枯燥、沒有意義。

不快的反應要持續多久才算是短暫而正常？打擊要大到甚麼程度才算精神疾病？判斷的標準是什麼呢？主要以創傷的性質與時間為準。壓力越大、持續得越久、越是頻繁

或緊密接觸到創傷源，此人無助感就越大，也就越可能出現創傷後壓力症。中槍的人比目擊者容易有創傷症，目擊者又比從遠處聽到槍聲的人更容易留下陰影。人類蓄意引起的恐懼，如酷刑、強暴及攻擊行為造成的心理創傷常比意外或自然災害來得嚴重。病程也依人及環境脈絡而有所不同。創傷發生前就有較多情緒困擾的人，產生的反應可能比較糟，延續的時間也可能比較久。創傷也會累積，一個人經歷的創傷越多，罹患創傷後壓力症的風險就更高。家庭、工作、支持系統與治療能幫助人恢復；酗酒或依賴物質則會讓情況惡化。

就文字定義來理解創傷後壓力症，直截了當，特質非常容易掌握，但在現實生活中，醫生要精確地評估症狀，經常困難重重，甚至毫無可能。要定義病症，首先要描述造成創傷的壓力為何。這並不難，絕對是那些可想而知的問題，它們讓人膽戰心驚，嚴重困擾我們日常生活：強暴、攻擊、撞車、天災、酷刑、戰爭、關愛之人慘死或受傷。非屬慘烈禍事的，如離婚、失業、財務觸礁、失戀等，這些並不會造成創傷後壓力症。但是接下來就難了。創傷後壓力症的診斷很不精準，診斷基準完全憑個人的報告，並沒有實驗測試或客觀衡量工具。遇到讓人難以招架的慘事，要讓大家精確回報他們的反應，先天就很困難。不論有意還無意，在許多複雜的心理及環境因素下，他們會用輕

描淡寫或是誇大不實的方式描述症狀。即便戰時經驗相仿，但返鄉退役軍人的創傷後壓力症罹病率大相逕庭，百分比最低到各位數，最高可以到兩成，但無需驚訝，這都要看診斷進行的方以及接受調查的國家是哪個。³³

短期來說，隱藏自己的感受可以降低恐懼與痛苦，但是長遠卻要付出很大的代價。創傷後壓力症的特質就是，受其所苦的患者會試著逃避勾起回憶的事物。誰會想要一再講述、重溫生命裡最糟的時刻呢？有些人會擔心，與人討論後症狀會變得更嚴重，甚至精神崩潰。有些人抑鬱到無法討論痛苦。有些人不講是出於男子氣概，特別是當過兵的人會認為，有這些症狀就代表軟弱，寧可硬撐著等症狀好轉，也不要坦白。

創傷後壓力症也容易出現過度診斷。只要有過恐怖的經歷，人人多少都有相關症狀，不過通常都會淡去，並不會造成長期的障礙或臨床上的疾病。但若患病能帶來可觀收入，那麼症狀就不會好，當事人還會把它說得很嚴重。其他的情緒問題，不論本來就有或是後來才有的，通通都被納入創傷後壓力症。明明就是被其他的事情所苦，患者卻故意用創傷來當擋箭牌，表現出有病的樣子。創傷後壓力症讓原本不符合資格的軍人可領取殘障跟健康補助。至於一般人被過度診斷為創傷症，通常就是爲了爭取薪資補償，或是打官司時求取精神賠償。過度診斷的問題不一定是當事人刻意操弄（雖然鐵定

有作假情況），但只要牽扯到金錢，有的沒的症狀就會越多。³⁴

藥廠並沒特別鼓動創傷後壓力症熱潮。它們不太打廣告，因為藥物效果不太好。再者，患者的曝光率太高，藥廠也擔心一出事自己會更加聲名狼藉。

性革命

對多數世人來說，性始終散發著迷人魅力，但對精神科來說卻很無聊。這個領域只有寥寥可數的幾位專家，幾乎吸引不到任何經費，專業文獻量不足觀，只占臨床應用相當小的一部分。一九八〇年代與一九九〇年代，我在康乃爾大學紐約醫院（Cornell University / New York Hospital）擔任門診主任，因職務關係，接觸此議題的經驗比別人多。同仁之中有位明星學者海倫·辛格·卡普蘭（Helen Singer Kaplan），她是這個領域耀眼的先驅。她的成就有哪些？醫生診斷性障礙時，應該要找出性活動每個階段——欲望、興奮、高潮——的問題，這樣的觀念就是她推動普及的。DSM三中性障礙的定義多半要歸功於海倫，她的影響力始終不墜，此章節在第三版與第二修訂版都維持原樣。

海倫還有更耀眼的成就。她相當有個人風格，在性治療的領域中，她實事求是的態度更令人印象深刻。她的治療方式非常露骨，但也非常有效。她開設私人診所，聘雇了一批「性代理人」（sexual surrogate），這些助理治療師具備令人屏息的美貌，以及充足的性知識與經驗，能指導男性患者，當他們重新燃起快要熄滅的欲望。海倫聲稱，這些性代理人的工作成果非常顯著，當然我也相信她們可以施展魔力。海倫有位家喻戶曉的副手露絲·魏海默（Ruth Westheimer）博士，她是相當傑出的電視及廣播明星。「露絲博士」——這位身材嬌小的老奶奶用著討人喜歡的傳統歐洲人口音，興高采烈講著私密的性行為，吱吱喳喳地描述種種具體細節，節目得到非常高的收視率。

以DSM四而言，性障礙領域形同精神醫學界的一灘死水，無足輕重，不需要花太多力氣編修。我們成立性障礙小組，篩選有限的文獻，提出少量的建議，也沒有進行什麼實驗。手冊裡有一處比較省事，真讓人鬆了一口氣。

一場突如其來的風暴打斷這片寧靜。DSM四出版後沒幾年，性障礙問題大爆發，書頁上平凡無奇的疾病，搖身一變成爲天大的行銷賣點。威而鋼改變了世界，成爲史上最熱賣的藥物，把沒沒無聞的性障礙變成隨處可見的生活問題。世人相信「勃起功能障礙」（Erectile Dysfunction, 暱稱爲ED [艾德]）是相當普遍的問題，就連貌似相當強壯

的人也無法倖免。大家都如此相信，讓威而鋼名利雙收。

藥廠的第一步就是去說服鄉親父老勇敢站出來，承認自己有勃起功能障礙。廣告公司精心規劃，竟然能夠請來世上最貼切的代言人為其背書。一九九六年美國大選，鮑伯·杜爾（Bob Dole）輸給比他年輕許多（顯然精力也更旺盛）的柯林頓。之後杜爾擔任威而鋼的代言人，鼓勵老人們要重振雄風，享受性生活。他的職涯因此展開了第二春高峰。廣告要傳達的訊息是，威而鋼是青春之泉，能滋補精力，讓人常保勇猛，就連年紀老到當不上總統的人也可受益。連鮑伯老爹這種名人都可以上電視坦承自己有勃起功能障礙（還重振雄風），那一般人到私人診所諮詢又有什麼不可以呢？結論就是，沒有發揮全力，你不僅虧待了自己，也虧待了那位可愛的姑娘。有了威而鋼，人生七十才開始。

但是，人生苦短，藥廠還有很多產品要賣，怎麼可以只滿足於老齡客層，市場太小了嘛！沒過多久，不論什麼年紀的人都逃不掉艾德的網羅，魔掌無所不在、伸進每一間臥室，媒體時時刻刻也都在報導。

藥廠要成功行銷艾德，就必須把門檻降得很低。一開始它只是一小群人的疾病，只有陽痿的人才需要服用。但威而鋼很快就成了壯陽藥——弱雞都能起死回生了，生氣勃

勃的人吃了不就一舉能擊出精采的全壘打！藍色小藥丸從一般藥物變成助性品，成了男人的保險，以防突然不舉。不論如何，聰明的男人總是備好彈藥，好能隨時提槍上陣。勃起功能障礙已經突破了精神醫學與一般醫療的狹小範圍，它不只是一種「流行病」，還是值得所有情侶夫妻一起關心的生活問題。威而鋼拯救了一家之主，使其成為真正的男人。藥廠大成功，把勃起功能障礙行銷到全世界。

不過呢，它賣得還不夠徹底。目前為止，關於勃起功能障礙的話術，都還沒談到另一半的人類呢！藥廠的人那麼愛賺錢，他們的行銷才華還沒完全發揮，很難坐視不管。威而鋼的廣告通常有女性的倩影。男人一使用威而鋼、兩人共度春宵之後，女性就會表現出自己都難以置信的滿足感。但是女性本來注定只是配角或獎賞，並非廣告的主要對象。這種事情讓藥廠的面子掛不住——賺這麼點錢怎麼夠！女性一定也有性功能障礙，DSM四裡白紙黑字寫得清清楚楚。如果女性有這種病，一定想個法子把藥賣給她們。

問題是，威而鋼對女性的作用並無實證，藥廠其他強推的產品（例如男性荷爾蒙貼片）效果不好、副作用更多。不過沒關係，我們來發明疾病，客戶就會上門了。雷·莫尼漢（Ray Moynihan）有本研究深入、書名貼切的著作《性、謊言、製藥商》（*Sex, Lies, and Pharmaceuticals*）。此書內容精彩，莫尼漢揭發了藥廠的行銷手法。一般女性都會有

此「普通、常見的性功能問題，藥廠就把這些小問題定義成普遍的「女性性功能障礙」(female sexual dysfunction，簡稱FS D)。³⁶

要推銷女性性功能障礙，最佳的手法就是利用(實際上是濫用)問卷調查，去詢問女性的性經驗。據此，百分之四十三的女性有性功能障礙，這項事實廣為媒體報導，民眾也可接受。這個數據相當驚人，可說是天上掉下來的行銷大獎。以前DSM上寫的性障礙問題沒沒無聞，一經報導後，馬上成爲超級流行病。將近半數女性常見的性功能問題，被藥廠包裝後，就成了女性性功能障礙。

一個症狀不足以讓某疾病診斷成立。但是藥廠提出七個性經驗的問題讓受訪者作答，如果對方勾選其中一項，就判斷對方有病。這種方法若不是出於無知，就是蓄意作假。這種方法無法看出患者是否有必然的症狀群集，也無法判別情況的嚴重程度，是否需要醫療協助。在格子裡打勾的女性，通常也不會太煩惱性生活是否要十全十美。畢竟，不是每位女性都渴望要過得像「慾望城市」的主角一樣。

最明目張膽的性革命，居然是來自藥廠的行銷廣告。它放寬有限的藥品適用範圍，強調它的加強表現性(performance-enhancing)，聲稱它可以「治療」生活，讓人改頭換面。藥品廣告直白而有力，推銷態度、疾病與產品，再高調不過。面對它排山倒海的

攻勢，DSM四根本不是對手，不是被人濫用，就是被丟在一旁。性與人際關係的心理治療可以帶來持久的療效，各種症狀（包括當事人的幻想）都可以改善。但在這場藥丸推銷騙局裡，相關的治療被忘得一乾二淨。

強暴是犯罪不是精神疾病

現在要談的是這則警世寓言，關於漏洞百出的法律、舉棋不定的法院以及DSM四的缺陷。三者造成違憲事件，還導致精神醫學被嚴重濫用。

本來是令人激賞的法律改革，後果卻始料未及的駭人，這則寓言就從這裡開始。

三十年前，公民運動團體開始憂心，儘管犯罪情節相似，但是黑人服刑的時間卻比白人還長。這種擔心是合理的。解決措施就是，讓每一種犯罪類型都有固定的刑期，取代先前曖昧模糊（也可能充滿偏見）的司法裁量。該措施的本意為保障一致、公平，沒有意外。原先每項罪行都有長短不一的刑期，現在取其平均數作為固定刑期，這樣監獄床數就可以固定，避免社會成本提高。以強暴犯來說，固定刑期為七年。以前法官遇上心狠手辣的強暴累犯，考量其惡行，會判他二十五年徒刑，現在刑期受限，只有七年。結

果可以想見，但卻沒人大聲疾呼。心狠手辣的累犯過早獲釋，就利用機會再度犯下強暴案。這些人常常剛放出來沒多久就再犯，犯罪手法也是醜態下流至極。

引起眾怒之後，有人靈機一動，想到可以利用法律漏洞把強暴犯給關起來。美國二十個州跟聯邦政府通過「高危險連續性罪犯」(Sexually Violent Predator, 簡稱SVP)法案，如果犯人被證實有精神疾病，法院可以把他一直關在精神病院。服刑屆滿之時，若犯人成為精神病患，會被強制轉到跟監獄差不多的「精神病院」。事實上，被迫住院的高危險連續性罪犯並沒有接受多少「治療」。他們不論說了什麼，在之後的聽證會上都會成為不利證詞，就算真的完成「治療」了，也只有寥寥可數的人獲釋。

以公共安全的立場來說，終生囚禁是絕佳的解決辦法，有潛在危險的強暴犯就此無法再埋伏於大街小巷。但是有利也有弊，它觸發另一種危機。這條法令直搗憲法的核心，危及它所保障的權利。我們好不容易才取得人權勝利，禁止預防性羈押以及促成一罪不兩罰。法律人有句聰明的諺語說：「難解的案例會促成惡法。」(Hard cases make bad laws)。數以千計令人厭惡的強暴犯被關了起來，立意良善至極，但是手段糟糕至極。憲法所保障的珍貴權利被侵犯、削弱。

接著要談最高法院如何舉棋不定。最高法院作出三項爭議不斷的相關裁決。首先，

大法管支持取巧的高危險連續性犯罪法案，認為它合憲，但又強調，前提必須為強暴犯確實罹患精神疾病。不論罪犯多麼危險、令人害怕，美國憲法禁止預防性羈押，但卻強迫精神病患者要接受長期治療。最高法院預設，我們有能力區分性侵害行為是出自疾病或是犯罪心態。大法官完全仰賴這點，批准高危險連續性罪犯得送精神病院治療。問題是，若無精神疾病，關入精神病院便形同監禁，這顯然有違程序正義，也侵犯公民權。害怕犯人會再為非作歹，於是就把所有即將獲釋的囚犯變成非自願的患者，這絕對不是憲法所允許的。

高危險連續性罪犯法案的根據在於，我們能有效區分心理變態的性犯罪者以及一般的犯罪者。儘管有過三次機會，最高法院卻拒絕提供指引，說明怎樣才是合格的精神疾病診斷。不幸的是，州的法令也相當模糊，一點助益都沒有。美國精神醫學學會的立場倒是十分鮮明。最近四版的DSM（第三版、第三修訂版、第四版、第五版）改版時，編輯小組都考慮過將強暴列為精神疾病，最後提案都被退回。強暴為犯罪，不是精神疾病。³⁷

面對那些等著獲釋又有潛在危險的強暴犯，司法體系又作了什麼呢？這時候DSM四的缺陷就派上用場了。DSM四全書寫得最糟的段落皆集中於性障礙章節。我們沒預

料到，後來在高危險連續性罪犯的聽證會上，DSM四被濫用。書中的措詞不夠精確，無法避免精神疾病的定義被放寬，強暴行為於是被當成疾病。政府花大錢聘雇的評估人員雖有滿腔熱血，但卻誤入歧途，對DSM四的詮釋大錯特錯。他們用奇怪的方式分析強暴行為，認為它代表犯人確有精神疾病，如此一來，強制犯人住院隔離也就非常合理了。評估人員忽略了，引發強暴行為的犯罪意圖非常多，有的人是見色起意、有的人是嗑了藥、有的人無法控制自己的衝動、有人是想展現權力、還有人是要報仇洩恨。此外，性交易、集體強暴的同儕壓力、戰爭也都會導致強暴行為。為了法律及公共安全之便，政府巧妙地將強暴犯醫療化，變相對他們進行預防羈押，剝奪其公民權。

法院將強暴視為精神疾病，不僅違反常識，也與淵遠流長的法律判例背道而馳。強暴一直以來皆被視為犯罪，而不是疾病。《聖經》上這麼寫，更古老的《漢摩拉比法典》也同意。事實上，所有成文法典都有寫到強暴犯，懲罰的方式各式各樣。在部落的法律中，女性是私有財產，被強暴後就失去價值，因此強暴犯得賠償女子的父親或是主人。後來有些法律系統較為尊重女性，立法者認為，強暴不僅是錢財上損失，也傷害了婦女本身，是國家難容的罪行。法律從來不會將強暴視為疾病，也從來不會以精神治療取代刑罰、把強暴犯關在醫院。

強暴犯一直以來都是壞人，甚少為精神失常的人。他們不應把精神疾病當成犯行的藉口，另一方面，法院也不該以強暴為藉口，強迫犯人住院治療。我們應以很長的刑期隔離強暴犯，而不是利用漏洞強制將他們關入精神病院。一旦服刑期滿，就應該像其他的犯人一樣獲釋。

我並不是因為同情強暴犯才憂心。我的恐懼是，對強暴犯不公平，只會加劇憲法精神整體崩盤。我們應當尊重程序正義的神聖價值，才能保障公民權利。其他國家可怕的經驗足以當作借鏡。有些國家的司法單位一直以精神疾病為藉口，打壓政治異議分子，迫害對經濟不滿的人民，還企圖消弭個體差異。司法體系現在為了處理棘手的強暴犯可以曲解憲法原則，未來就有可能變本加厲，利用精神醫學對付討厭的政敵，或是迫害不同宗教信仰或是性傾向的人民。^{38 39}

奧地利作家羅伯特·穆希爾（Robert Musil）七十年前就指出：「醫藥天使聽了太久律師的長篇大論，經常就會忘了自己的使命，唰地一聲收起翅膀，在法庭上表現得像是法官的御用天使。」⁴⁰

教訓

編纂一本診斷手冊，就算大部分的工作都做對了（以DSM四來說，我們的成績還不錯），等到書一出版，精靈從瓶中被釋放出來，這本書要怎麼用、甚至被濫用，我們就管不到了。自閉症、注意力缺失症、成人雙極性疾患大流行，我們要承擔部分的責任。但是大流行背後還有許多強大的力量一起推波助瀾，包括不擇手段推銷疾病的藥廠、不負責任的思想領袖、好騙的患者與醫師、病人權益團體、媒體、各大網站與鄉民。這些幫忙灌水的團體中，有些專門推廣特定疾病。教育單位助長濫診風潮，只要學生確診為自閉症或注意力缺失症，就可以申請額外服務。美國退伍軍人部只提供給創傷壓力症的患者醫療與殘障補助。其他的團體則是人云亦云，許多人有不切實際地奢望自己跟小孩不只要完美，更要自我感覺良好。

DSM四在這股綿延不絕的濫診趨勢裡只是跑龍套的角色，藥廠行銷才是主要的帶頭者。DSM四出版三年之後，大藥廠的說客連哄帶騙，破天荒地讓聯邦法令大逆轉，此後藥廠可直接向消費者打廣告。藥廠得到通往財富王國的金鑰，此後十年，藥品的

行銷費用翻了三倍，用來推銷憂鬱症、注意力缺失症、雙極性疾患、社交恐懼症、性障礙。藥廠熱情積極，就跟可口可樂賣汽水一樣認真。藥品廣告的通常內容不實、誤導大眾，有效地破壞醫學專業。患者替自己亂下診斷，要醫師開給他們神奇的藥丸，好矯正體內失調的化學平衡，醫師也言聽計從。看過廣告的患者很容易從診所拿到處方箋，比一般人機率高上十七倍。鋪天蓋地的廣告把診斷大權交到藥廠手上。眾人興致勃勃，我懷疑到底有多少人去查了DSM四的診斷準則，核對是否吻合。DSM四失去了對醫療體系的的控制權——假設我們真的有過那種權力。沒有人捍衛正常，診斷方式不斷質變，沒有人能阻止。這場戰鬥敵眾我寡，絕對不是蛋頭先生說了算。⁴¹

DSM四本身沒有造太多孽，但是也沒有造福廣大民眾。（當然也可心虛地安慰自己，至少我們沒有讓情況更糟。）在研究與出版領域，我們贏了大多數的戰爭，避免濫診擴散。但我們打不贏外界各大團體，無法決定DSM四的使用方式。我們也許該更積極修訂第四版，比如大幅提高門檻，限縮診斷範圍。行不行得通、會不會有效很難講，但是事後諸葛來看，我後悔自己沒有嘗試。就算不能阻止濫診現象，但是抵抗到最後一刻，也好過袖手旁觀，看著情況變糟。

第六章 未來的熱潮

敗壞之先，人心驕傲。

——《聖經箴言》（第十六章，第十八節）

不管就精神醫學史或我個人來說，DSM五出版的這一刻，並不讓人歡欣鼓舞。第五版冒著風險出版，濫診可能因此更加嚴重，蔓延到每個人身上。更甚者，精神疾病診斷的專業性被貶低，新一波的假流行病隨之爆發。^{1 2}以經濟學來類比，就像物價開始飛漲，政府還大把印製新鈔。DSM五的團隊野心勃勃，但執行力低落，編輯過程閉門造車。幸好，美國精神醫學學會新的領導團隊在最後一刻亡羊補牢，刪掉三分之一糟糕透頂的變更內容，否則閘門將會大開，造成更嚴重的濫診潮。壞消息是，留下的那

三分之二無法矯正眼下過當的診斷與治療亂象，甚至會讓問題變本加厲。³

野心勃勃——伊卡魯斯飛得太高而殞落

作為DSM的編審委員，抱持極度謙卑的心態才是明智的，應少說大話，拼了命地達到高標。DSM五的團隊卻倒行逆施，先是誇下海口，卻連最低的表現水準都達不到。

第五版團隊好高騖遠，希冀影響精神醫學診斷，使典範轉移。他們立下三個工作目標。首先，神經科學的新發現令人興奮，他們認為可以此建立精神疾病診斷的基礎。若是可行的話當然再好不過，但失敗的原因顯而易見，因為科學還沒進展到那個地步。神經科學家按其緩慢穩定的步調，提供一般資訊，協助精神醫學診斷。時機未成熟之前不能躁進，目前絕對還不是時候。

第二大目標就是拓展臨床精神醫學的範圍。精神醫學應效法其他專科，追求美麗新世界，鼓勵病人早期發現、早期治療。不過諷刺的是，DSM五團隊當成典範的醫療專科有許多已不再採用早期篩檢的過當作法。

第三大目標的危險性最低，也最有可能達到。他們打算量化精神疾病，讓診斷更加精準。如果作得好，這會是個好理念，但是DSM五發展出一套畫蛇添足又複雜的向度評分，很難用在臨床領域。^{4 5}

伊卡魯斯飛得離太陽太近，翅膀融化，墜落入海。DSM五的團隊想達成三種精神醫學的典範轉移。但他們好高騖遠，執行過程又亂七八糟。精神醫學的信譽被拖下水，相當冤枉。人們看著DSM五的各項缺點，以為精神醫學沒救了，但事實絕非如此。DSM五企圖宏大，反倒讓它連合格標準都達不到。⁶

工作方法很重要

DSM五成書前，工作小組並沒有先設想好工作方法。成員滿腦子創意奇思，卻不務正業，忽略了效率、守時、前後一致、品質管理這些平凡卻不可或缺的要件。構思DSM並不困難，難就難在要顧及結構與細節，工作小組須經常監督，好確定自己的共同目標，並確保將來的成果連貫一致。羅伯·史匹澤無所不在的領導風格就是關鍵，DSM三與第三修訂版的結構才那麼有條理，頭尾通暢一氣。所有的工作小組都由他主

持，每個細節皆由他醞釀，字字句句皆出於其筆下。而DSM四的凝聚力來自一套標準運作程序。成員進行編修之前，會先詳盡說明準備執行的工作方法。變更準則相當明確，文獻探討、數據分析、實地試驗皆有核心工作方法。DSM五恰恰相反，工作方法如大雜燴般缺乏組織。工作小組受命要發揮創意，但是卻沒有明確的指揮命令，可讓各自的成果彼此連貫一致。這麼一來，不同的工作小組各自有工作方法，進行審查時，完整度、品質、客觀性與明確度天差地遠，也就不意外了。最讓人想不通的，還是DSM五團隊連事先規劃的能力都沒有，無法在截止日期前完工。原訂的出版日期推遲了兩年，就算有了這段寬限期，最後還是虎頭蛇尾。進度嚴重落後，時間不夠，DSM五團隊不得不取消重要的品管步驟。

其實有更好的作法。醫學以證據為基礎，要如何把研究成果具體轉成臨床實踐，今日學界已有長足進步。工作團隊應找來獨立的評估人員進行DSM五文獻回顧。評估人員應具備兩項條件，一方面擅長以證據為準的作業方法，其二是要保持公平公正，不需保護自己的得意提案。工作小組成員都是診斷專家，但並不擅長全面又中立的文獻回顧以及風險效益分析。無法在截止日期前完工，又取消重要的品管步驟，這些缺點團隊成員責無旁貸。

改或不改

談到革命性的研究成果，精神醫學只有基礎科學方面（解釋大腦功能）讓人振奮，至於臨床診斷與治療，不可否認依然坐困愁城。一九八〇年代DSM三出版之後，精神疾病診斷並沒有實質進展，從一九九〇年代早期開始，治療方式也沒有實質進展。精神疾病診斷不太需要更新，更不需要典範轉移。在穩定的狀態下，實事求是的人只會踩著小小的步伐謹慎行動，遇到明顯有價值又低風險的新事物，就好好把握，但是不要只爲了與眾不同而改變。⁷

我們不該玩弄診斷系統，避免各式各樣出人意表的後果。如果無法掌握改變帶來的衝擊，那麼最好維持原樣。你再怎麼小心翼翼地檢視、盤查，未來依舊無法預測。凡事先作好最壞打算，若某件事情有可能出錯，那就別太鐵齒。就最近DSM發展來看，我們要謹記，不論作了什麼改變，總會有人斷章取義，除了藥廠的壓力外，有的人要申請學校服務、符合身障資格，或是法律單位知法犯法，都會濫用疾病定義。哪裡有漏洞可鑽，有利可圖，就一定有人有勇往直前去闖。有些事物已經通過了千錘百鍊的考驗，除

非有非常好的理由，否則不應該更動。⁸

除了風險之外，改變的代價也相當可觀。過去的發現與未來研究的連貫性被打破，就是最昂貴的代價。改變之後，同樣一項診斷的相關研究產生不一樣的結果，又該如何詮釋？對臨床醫師、患者、教師、學生跟行政官員來說，也會被隨意變更弄糊塗。到最後，不論什麼事情，審慎評估、三思而後行比較好。DSM5的領導者一開始就反其道而行，似乎爲了改變而改變，又不想了解事物的來龍去脈。有些人主張，診斷系統應該反映科學的快速進展。這種激進觀點沒有分清楚實況，基礎科學的確有長足的成長，但臨床科學仍是一灘死水。⁹

不及格的實地試驗

外部同儕對科學方法與品質作了廣泛的審查之後，美國國家心理衛生研究院提供DSM四團隊試驗經費。此試驗的設計一絲不苟，進行的方式小心翼翼，可說是無人能企及，史無前例。儘管如此，我們還是沒料到注意力缺失症、自閉症與雙極性疾患大流行。DSM5的實地試驗無法吸引外部研究經費挹注，成員還要自掏腰包三百萬美元。

這些研究是背地裡設計出來的，從來沒經過重要的同儕審查，可能因此導致DSM五顯而易見的缺陷。DSM五實地試驗的問題錯了，方法錯了，設定錯了，截止日期也不切實際。試驗結果無法解讀，浪費時間、金錢、心力與人力。

DSM五一開始方向就錯了，焦點通通只擺在新的診斷項目是否可靠（不論精神科醫師同不同意），完全迴避更重要的實務應用問題。新的診斷項目究竟是幫了病人還是害了病人，要從診斷率、正確度、有效性與安全性等數據來看。我們不能只滿足大學附屬醫院所提供的樣本，它們方便取得，但沒有代表性。所以，我們得在現實環境裡檢視診斷準則行不行得通。DSM五從不針對真正重要的問題，這點我永遠也無法理解。

更慘的是，DSM五團隊設計的實地試驗繁重到難以想像、無法執行，導致他們管理上毫無頭緒，執行時又拖泥帶水。一眼就可以明顯看出，工作時間表硬生生被縮短，該試驗至少需要原本分配時間的兩倍。經過一番拖延，DSM五的實地試驗一拐又一拐地進行到尾聲，結果卻是不忍卒睹。DSM五實地試驗的診斷項目可靠度不佳，比前几版更差，當初能好好執行計劃，現在的結果會好上許多。可靠度低落，使得人們連帶質疑過去行之有年的可靠診斷。以重鬱症為例，這項診斷歷經四十多年數以百計的試驗，屹立不搖，現在卻被DSM五拖累。

DSM五原訂的工作計劃包括品質控管。如果某項診斷在第一階段的可靠度低落（許多診斷皆如此），第二階段會進行矯正（重寫及重新試驗）。但是第一階段的工作太晚才開始，受限於美國精神醫學學會的預算，DSM五手冊要獲利的話，就在二〇一三年出版，因此編輯團隊根本沒時間進行第二階段的工作。DSM五要健全完善，最關鍵、最大的考驗就是後者。^{10 11}

美國精神醫學學會爛透了！它應該否定試驗結果的可信度，並且提出符合過去標準的必要修正之道。學會反而大開方便之門，允許DSM五團隊昭告天下，先前的期望過高，請大家接受評估人員達成的共識。但與其相信那種共識，還不如找兩隻猴子朝著診斷表射飛鏢。團隊偷偷摸摸地取消了最重要的第二階段品管工作，急忙把尚未完成的DSM五送去印刷，好讓銷售起跑、收銀機叮咚作響。DSM五成書歷程令人大失所望，最讓我心灰意冷的就是這個決策。美國精神醫學學會不顧公平正義，不只犧牲了自己的信譽，也置患者的安全於險境，更讓心理衛生相關單位被汙名化。

向錢進：獲利與損失

美國精神醫學學會為DSM五投入了驚人的兩千五百萬美元，我無法想像這些錢都到哪裡去了。DSM四只花了大約五百萬美元，超過一半上都來自於外部的研究資金。就算DSM五的印版不是鉛字而是黃金，兩千五百萬依然是天價，完全不合成本效益。DSM五團隊管理混亂，想必也造成了巨額浪費。

這樣鋪張浪費，美國精神醫學學會負擔不起。學會本身已有財務赤字，準備金已低於非營利組織的建議門檻，會員快速流失，年會的參與者人數變少，還不能仰賴製藥業的補助，免得引人質疑。DSM的出版如搖錢樹，是學會挽救財務的最後一線生機。爲了趕上出版時程，學會只好交出水準之下的成果。

自始至終，美國精神醫學學會多數人皆視DSM五爲私有智慧財產，也不把自己當成公共信託組織。學會與工作人員立下保密合約，保障「智慧財產權」，接著又以失當的激進手段保護商標與著作權，最後又因爲必須填補財務大洞，不顧一切就急急忙忙將尚未完備的手冊付梓送印。學會的角色非常矛盾，得面對兩造的利益衝突，一方面爲提

供診斷系統的受託人（公共信託），一方面又為出版品獲利的受益者。公共利益不應超越任何私人團體，顯然學會的作法是背道而馳。

未來的流行

DSM五中有幾項診斷未來勢必會發展成流行病，共通點是缺乏精確的定義，症狀皆為日常生活的一部分，也是一般人常見的問題。現在我們認為的正常人可能被貼上錯誤標籤，也無從預防起。每一項診斷都沒有已證實有效的療法，甚至可能導致多餘、有害的治療或試驗。這些因素加總起來就會導致過度診斷、汙名氾濫、治療過當、資源分配不當¹²，對我們的個人與社會觀感造成負面衝擊。¹³

亂發脾氣變成精神疾病

兒童精神科醫師經常勇於深入尚未有人涉足的領域，但是要付出代價的卻是孩子們。這些醫師不斷發明新的方法胡亂診斷兒童精神疾病。先前我提過，有項研究發現，

二十一歲以下的兒少，有百分之八十三皆符合疾病診斷。現在兒童研究人員又要更進一步引入新的DSM五診斷標準，這麼一來患病人數就將近百分之百。一開始名稱爲「情緒失調症」(Temper Dysregulation)，改名換姓之後變成拗口的「侵擾性情緒失調症」(Disruptive Mood Dysregulation Disorder，簡稱DMDD)，不管用什麼的名稱，把亂發脾氣變成精神疾病，這是非常糟糕的提案。我們根本不該企圖把孩童時期煩人討厭的毛病都貼上精神疾病標籤。

參與DSM五編修工作的專家本意良好，他們正視兒童期雙極性疾患的誤診慘況，希望用侵擾性情緒失調症取代兒童期雙極性疾患。差別在於，前者不帶終身疾病的意涵，也不會讓患者過度服用會引發肥胖症的藥物。一看就知道這種解決方法很傻。這些兒童專家忽略了一項明顯的風險。用侵擾性情緒失調症取代兒童期雙極性疾患會有其他後果。它將來可能會變成包山包海的診斷，可以套用兒童的所有行爲。這些孩子有些根本不需要診斷，有些只需要一項清楚明確的診斷就好。兒童回應世界的方式有限，經常用發脾氣的方式表達憤怒或挫折，這並不是精神疾病的指標。實際上，那是兒童在發展階段的表現方式，或是他面對壓力的反應，也許是個性較強烈，甚至是別種精神疾病的症狀。孩子在「正常情況」下鬧脾氣，通常最好的方式就是不管他，持續不斷的大發脾

氣才需要去給醫生評估、判斷原因，但是光是鬧脾氣，這種情緒不應該成爲正式的診斷項目。普通、無關緊要的症狀變爲精神疾病——侵擾性情緒失調症。這種作法不會減少抗精神病藥物的不當使用，反而可能助長濫用現象。

我們幾乎找不到研究可以證明侵擾性情緒失調症的存在，除了某個研究團隊數年的工作成果。¹⁴ 我們無從得知此項診斷在兒童人口的盛行率爲何，也不知道它與一般鬧脾氣差別在哪裡。其他精神疾病的患者也會情緒大爆發，我們不知道這是否與侵擾性情緒失調有關：病程爲何、如何治療，治療反應與有害的併發症兩者要如何取捨。

侵擾性情緒失調症的診斷準則大部分都是憑空出現，編寫過程說不上嚴謹。兒童專家想拯救目前被誤診爲雙極性疾患的兒童，但有些兒童只是處於過渡期，或只是脾氣不好，並沒有生病，但此項診斷無疑打開誤診的大門。正常與異常的鬧脾氣之間，並沒有清楚的一條界線，不同的家庭、次文化對恰當行爲的認知可說天差地遠，我們對不同成長階段的孩子標準也不同。鬧脾氣之所以如此常見，純粹是因爲具備了重要的求生價值，天擇偏好會吵的小孩，會給他額外的糖果。黑猩猩寶寶就是用一模一樣的方式霸占雙親。

臨床醫師、家庭、學校與同儕團體的包容度會左右侵擾性情緒失調症的診斷結果，

造成非常大的差異。在某些案例中，「壓力」幾乎不會讓人生氣，但有些人對壓力的反應非常驚人，情緒會立即爆發，這也是可以理解的。家庭的紛爭會轉化，成為個人精神病理的影響因素。我們無疑都忘了，衝突再怎麼劇烈，孩子還是會成長，脫離發展階段，克服特定情況下的情緒問題。他們會慢慢學會自我控制，找到更好的方式滿足需求。根據我的經驗，此項欠缺研究基礎的疾病很可能變得熱門，本來好好的正常孩子也會遭殃。

非典型的抗精神病藥物在少數人身上能發揮藥效，有助於減少某些類型的情緒爆發，若不當用在大多數民眾身上，就會產生相當大的危險。我們應衡量這兩者的輕重。是否應該讓病情嚴重的孩子服藥？這還得考量到嚴重的臨床與道德問題。不過在緊急情況下，還是得讓他服用藥物。如果孩子是處於發展階段或在特定狀況下情緒爆發（在「正常」範圍內），或其他理由造成的暴躁不安（例如物質濫用、注意力缺失症），那麼使用抗精神病藥物就不是好選擇，後果一定很嚴重。DSM五引起的流行病熱潮中，侵擾性情緒失調症可能會成為最嚴重的一種。¹⁵我們本來可以有效壓制兒童期雙極性疾患大流行，比如在手冊內加入清楚的警告，發起宣導活動，重新教育被藥廠廣告洗腦的醫師、家長及老師。不然以毒攻毒有時候只會中毒更深。

正常的老年健忘成了病

我的太太唐娜跟我常常開玩笑說，我們正在比延長賽，看誰先失智，輸的人就要當看護。麻煩就在於，這個玩笑其實不是那麼好玩，隨著我們兩個人離終點越來越近，就顯得更殘酷了。我們常常忘記鑰匙、錢包、眼鏡、信件、書籍、報紙、電腦、黑莓機、衣物、電話號碼等等，各式各樣你想得到的東西。我們怪來怪去，指責另一個人搗蛋或是故意亂放。我們想不起來與人約、想不起朋友的生日、昨天看過的電影、剛看過的新聞、車子停在哪或是生活中剛發生的大小事。出遠門的時候我常常迷路，唐娜有時候會在離家幾條街的地方弄不清楚方向。我們兩個人都非常不會記人名，但是至少唐娜還能記臉。

聽起來很不妙，令人蠻悲觀的。有一些小安慰，唐娜還是可以付帳單、處理稅務、預定行程、整理家務、編輯這本書，她也是我認識的人當中見識最豐富、最聰明的人。我還是可以寫部落格、寫書、演講，告訴你伯羅奔尼薩戰爭的內幕。最讓人寬慰的是，我們所認識這個年齡層的人，通通都有相似的哀傷故事。個個視茫茫、耳背，咀嚼無

力、寢不能眠、腳不能跑，身體不堪幾次伏地挺身，樓梯爬不動、膀胱無力，不如過去年輕力壯的自己。年紀變大，身體機能也退化，這不是疾病，因為人注定會有這麼一天。

相對地，根據DSM五，只要人一失去某種心智能力，就符合「輕度認知障礙症」（Minor Neurocognitive Disorder，簡稱MND）。有些人尚未罹患失智症，但已有心智能力退化跡象，可能會發展成失智症，輕度認知障礙症便是包括這個族群。假設我們已有方法可治療輕度認知障礙症，這項診斷真的能預測患者未來的發展，我會誠心誠意為它背書，然而此症並沒有治療方法，預測能力也相當弱。就算我診斷自己罹患輕度認知障礙症好了，也不知道下一步該怎麼辦。除非我們已經有準確的生物測試方法或有效治療，與其把心智能力老化當成疾病，還不如坦然接受。唐娜跟我還不符合DSM五訂出的嚴格診斷標準，還不是輕度認知障礙症患者。不過我猜，就一般醫生的診療過程，一定會忽略診斷準則，用最寬鬆的標準診斷病人。輕度認知障礙定義並不明確，無法確認患者是否為早期失智症。這項診斷的適用範圍很快就會被濫用，心智能力退化這種正常的老化特徵，最後也變成醫療問題。

這並不是發起人的初衷。他們的目標是找出有罹患阿茲海默症風險的人，在全面發

展成爲失智症之前，早期發現早期治療。阿茲海默症的發展大概需要數十年的時間，所以各方專家躍躍欲試，要找出積極預防的方法。例如他們希望類澱粉蛋白可以當成阿茲海默症的標記，如同膽固醇之於心臟病。早期發現早期治療，或許可以預防阿茲海默症最嚴重的傷害。

我們已有快速長足的進展，威力強大的新方法帶著我們更深入了解疾病的原因與機制。¹⁶專家快發展出精確的正子斷層顯影與脊椎穿刺標記，以找出阿茲海默症，相當振奮人心。但是少說也要五年之後，我們才能設計出夠精確的檢驗方式。這些因素完備之後，輕度認知障礙症才能成爲合理的診斷項目。我們不要冒進，誤以爲診斷已有所突破、近期內可能會出現突破性的治療方法。如果沒有以實驗測試爲基礎，一定會有人很容易被誤診爲輕度認知障礙症，拖累許多不會罹患失智症的人。再說，此重大疾病目前也沒有有效治療方法，就算早期發現，又有何用？¹⁷發現自己日後可能會罹患阿茲海默症，這沒什麼好處，反倒會杞人憂天，還要承受多餘的負擔，包括各項檢查、治療、開銷、汗名、保險與失能的疑慮等等。

我們不應該過度吹捧，宣稱近期將有治療上的突破。對阿茲海默症的了解越深入，就越可能加快找出良方或預防方法，但目前看來機會微乎其微。過去三十年來，醫學界

的普遍體認到，雖然我們對某些疾病的理解展現指數級的爆炸成長，但通常神奇解藥不會立即出現。阿茲海默症藥物的開發，目前還沒什麼成功案例，無法鼓舞人心。¹⁸現有藥物雖然讓藥廠賺進大把鈔票，對患者來說，沒什麼功效，就算有也相當少。藥廠投資了大筆可觀的研究經費，欲開發新一代的有效藥物，但卻一無所獲。治療方式仍待努力，沒有辦法一蹴可幾。

阿茲海默專家非常熱情、單純，只想開疆拓土，達成早期診斷的目標。但診斷與治療工具的開發非常緩慢，相關人士都感到很挫敗。大部分的人都以為，相關的實驗室試驗已經非常完備，結果讓人大失所望，藥物開發得一塌糊塗。專家原本希望，把目標放在早期發現，就能一舉征服這個領域，所以才提出輕度認知障礙症，但是這種作法無疑是本末倒置。新疾病診斷對人們的生活方式產生重大的影響，全國有限的健康照護經費因而分配不均。專家得遵循穩固可靠的科學，吸收各方公共政策意見，而非當領頭者。

專家抱著天真善良的信念，提出輕度認知障礙症，以為拓展相關領域有益於患者。他們沒發現自己的判斷可能有錯，也沒想到社會要付出的成本。這些問題不是出於利益衝突，而是他們所受的訓練沒教他們以這些觀點思考。然而，他們的善心沒有感化藥廠，後者依然只想要賣藥，呼籲民眾診斷疾病。如果輕度認知障礙症正式成為診斷項

目，各種多餘又可能有有害的醫療行為就會暴增，包括正子斷層顯影、脊椎穿刺化驗、藥物治療等等。之後醫療與產業複合體就可以肆無忌憚、隨心所欲了。¹⁹ 他們坐收漁翁之利，患者與納稅人依然受苦。

貪吃成了精神疾病

我符合狂食症（Binge Eating Disorder）的診斷標準，從有記憶以來就是這樣子。青春萌芽伊始，我就貪吃。我會偷偷摸摸地造訪家母塞得滿滿的食物櫃及凸出來的冰箱，獨自在夜間狼吞虎嚥，吃掉可觀的食物。大學時代，我以一百七十七磅的體重參加摔角比賽，但是比賽完我就會暴飲暴食連續兩天，等到下週一我的體重就到了一百九十一磅，然後在下週六前就要餓肚子脫水回到一百七十七磅。對自助餐或吃到飽餐廳來說，我一直都是不速之客。我每一週都要來次怪物般的大吃大喝，毫無例外。能讓我維持二十五磅過重的窈窕之道，就是不吃早餐跟午餐，一天運動好幾個小時。我究竟是個普普通通、飲食習慣糟糕、自制力差的貪吃鬼，或者我根本是個精神病患，罹患了DSM五中的狂食症？

當然，我不是個案。狂食症的診斷門檻非常低。只需要連續三個月、每週都暴飲暴食一次，那麼你就符合此項精神疾病。初步統計，狂食症約可涵蓋百分之三到百分之五的全國人口，但初步統計總是低估實際人數。²⁰等到大眾跟醫師上過藥廠贊助的「教育」課程後，明白貪吃現在已經成了一種病（從前是七宗罪之一）。之後再統計，狂食症就占全國百分之十的人口了（不過全國有兩千萬的假性精神病患）。

爲什麼我跟茫茫眾生一樣，會有暴飲暴食的習慣呢？是大自然作的好事。我們的食欲是經完美設計過的，能助我們熬過飢荒，但也害得我們面對盛宴時，很難招架。在食物匱乏的時候，最好的求生之道就是，眾人分食動物屍首之時，當那個最能吃的人。有了冰箱與便宜的速食之後，貪食無疑會導致重大的健康危機，但是我不懂爲何這樣就成了精神疾病。

繼抽菸之後，肥胖成爲最致命的公共衛生問題。精神醫學界提出狂食症，希望可以解決這個問題。不幸的是，我們並沒有解決方法可以治癒狂食與肥胖症。更重要的是，狂食症轉移了焦點，讓我們忽略真正能治癒肥胖現象的方法。公共政策需要大刀闊斧的改革。便宜美味、方便、高熱量、超級不健康的速食、點心與汽水無所不在，這才是我國社會過胖的原因，才不是因爲新制定出來的精神疾病大流行。雪上加霜的是，政府冥

頑不靈，一味補助大農業集團，讓它們成爲公共衛生的不定時炸彈。幾十萬年以來，一般人嘗到甜食的機會總是微乎其微，直到近三百年才有改善。先是蔗糖進入我們的生

活，現在則是果糖，我們就像是養殖場的牛隻，被養得肥肥胖胖。

肥胖的流行原因並不是因爲精神疾病，這種假疾病根本沒得醫，還因此產生愚蠢、無用的公共政策，讓受害者被貼上精神疾病標籤。改變政策才是王道，政府不要再補助業者生產果糖了，也不要再讓學校午餐上有可樂與炸薯條。我們要改善人行道，讓大家都方便走路，並在城市各處設置免費的腳踏車站，還要恢復體育課。每份菜單都應加注食物的卡路里值，相關單位也應補助農民種植蔬菜。減重有成的人可以減稅或是享有較低的保費。簡而言之，站在公共政策的立場，我們要無所不用其極地鼓勵大家少吃多動。

精神疾病標籤無法改變社會現象。狂食症本身集精神醫學錯誤之大成：不精確的診斷、無效治療、藥物副作用。專家設立狂食症時，搞錯了問題的根源，生病的不是個人，而是公共政策。禁菸的教育推廣相當成功，我們需要同一套作法，來改變大眾對飲食及運動的態度。

成人注意力缺失症可能會成爲最流行的診斷項目

兒童注意力缺失症過度氾濫，已經是社會中常見的假疾病。專家們非但沒有學到教訓，還用DSM五鋪好路，準備迎接新一波的流行病——成人注意力缺失症。老樣子，專家們擔心漏掉任何一個病人，卻沒想到，過度診斷更危險。對一般成人以及受其他精神疾病而苦的患者來講，就容易就無法專心跟坐不住，並非特殊的症狀。按照DSM五的診斷準則，一般人很容易就罹患成人注意力缺失症。許多正常人都不同意自己的專注力及工作能力，特別是感到無聊又不喜歡自己工作的時候，不過這會被DSM五貼上錯誤的標籤。有些人無法專注，實際上另有成因，例如感到無聊、濫用物質、雙極性疾患、憂鬱、焦慮症、強迫症、自閉症、精神性失常等等族繁不及備載，他們也會被DSM五誤診。確認上述問題不是主要病因後，才能診斷當事人有成人注意力缺失症，並進行治療，以免患者不當服用興奮劑，導致現有的精神問題惡化。²¹

一般人很容易就被診斷出成人注意力缺失症。完美主義者及五十歲以上的人特別會感受到注意力及專注力問題。專注力低、工作表現差，這些都是不可靠的自我評估，多

為主觀的感受。許多人想讓心思更爲敏銳，但沒有特定或嚴重問題，不符合精神疾病標準。DSM五降低門檻之後，這些人被網羅了。未來，大學生、工作要求高以及努力維持清醒的人（如長程卡車司機），這些人就很容易被誤診有成人注意力缺失症。

醫生在適當監督下開立處方，準確地診斷患者，這時興奮劑就是效果最好也最安全的精神科藥物。但是興奮劑也會帶來嚴重的副作用，被誤診爲注意力不足過動症的人，若他本身有其他的精神疾病（特別是濫用物質或雙極性疾患），病情就會更嚴重。越來越多人拿興奮劑改善行爲舉止或只是找樂子，龐大、非法的地下次級市場因而成形。²²

我常常聽到有人這樣說：「幹嘛這麼擔心興奮劑氾濫，反正那是相對安全的藥物，就算沒有注意力缺失症問題的人，也可以有效改善認知功能。」以個人及社會整體角度來說，這種觀念是錯誤的。我們必須考慮到，興奮劑會使有精神疾病或身體健康問題的人情形惡化。處方藥物在街頭非法販賣的情形已相當猖獗，我們真的要進一步助長這種情況嗎？²³興奮劑流通範圍擴大，這是非常重大的公共衛生與公共政策議題。DSM五的專家關注的議題非常狹隘，只限於醫療診斷，但他們的決定產生了意料之外的後果，造成了當前的亂象。至於正常人爲了提升認知與身體功能、增進日常表現而使用興奮劑，要不要因此取消服藥限制，這是個有趣的問題，我沒有意見。但是我強烈反對放寬

成人注意力缺失的症診斷準則，這等於間接鼓勵沒有精神疾病的人藉「治療」之名服藥。²⁴

有些人主張，社會對人的標準越來越高，先前徵狀不明顯的注意力缺失症，因此一一浮現出來。表現的標準提高，外在的刺激又持續不斷襲來。有輕微注意力缺失症的人本來適應得很好，現在可能快要達到臨床上失能者的門檻，成為精神疾病患者，需要治療。話說回來，我的重點是，若人某些能力無法符合社會期待，不應通通貼上精神疾病的標籤。三成大學生不可能一夕之間通通患上了注意力缺失症。美國職棒大聯盟好不容易靠著藥物檢測，控制球員濫用類固醇。突然間，球員間爆發了注意力缺失症，想必只是因為急著想提升打擊率，而不是傳統上所謂的注意力缺失症的症狀。為了符合社會高度（可能是過度的）要求，我們決定幫助弱勢者加強表現，這很合理，但應該透過公開的公共決策過程，而不是偷偷摸摸在醫療的掩護下，讓醫生亂開處方、藥廠隨便賣藥。

成人初次接受注意力缺失症的診斷時，醫療準則應該更為嚴謹，而非寬鬆。評估任何一個成人是否有注意力缺失症，我們要先確定，造成注意力不集中的各式各樣原因都已經排除了。此外，我們還要確認患者的注意力缺失問題是否是從小就有。所有晚期

發作的注意力問題皆有其他根源，並非注意力缺失症。請繼續把DSM當成精神疾病手冊，不要把它變成提升表現的工具。

哀悼被誤當成憂鬱

DSM五使得喪親的人更容易被診斷為重鬱症，就連喪親後的前幾週也算。儘管臨床醫師、專業人士、媒體、世界各地成千上萬悼亡者一致反對，DSM第五團隊依然固執己見。一般人們在服喪時，短期內都會有符合臨床憂鬱症的症狀。悲傷、無精打采、夜不成眠、食不下嚥、體力不佳、工作困難，這些都是典型悲傷的模樣，相當容易辨識，雖然臨床憂鬱症也有一樣的症狀描述。除非悼亡之人有自殺傾向、出現妄想，或是症狀太嚴重、持續太久導致失能，否則並不需要接受重鬱症診斷。

生命本有自身的步調，精神醫學應該小心翼翼地看待。哺乳類是會悲傷的動物。我們眷戀所愛之人，必然會哀悼他們離去。這是哺乳類的典型特質，是我們不完美的一面，也是愛的代價。我們的生命一開始就需要母親，不只是為了乳汁，也是為了愛。生命由一連串的眷戀與失去所構成，接著換我們離世，其他人為我們哀悼、悲傷。人類並不是

唯一一種會關愛、悲傷的社會性動物，我們只是在發揮哺乳類的本性。

當悲痛成了醫療問題，痛苦本身的嚴肅價值就被貶低了。人生而於世，必然要面對失去親友的傷痛，但現在卻被簡化成疾病。社會有許許多多行之有年的文化儀式，可以撫慰悲傷，如今我們對它的依賴也變少了。哀悼之人還要服用多餘、可能有害的藥物。悲傷並沒有四海皆準的解藥，不同的文化有各自的藥方，種類豐富多元，歷久彌新，包括行為與情感的反應，還有儀式。即便在特定的文化裡，每個人悲傷的情結、症狀、時間長短、造成的傷害、向人尋求慰藉與支持的能力，都會天差地遠。

有些人必須以獨有的方式感受失去親友的悲傷，有些人會沉溺在悲傷中無法自拔，必須尋求專業精神科的協助，這兩種人之間並沒有涇渭分明的區隔。精神科的治疗儀式通常多餘又不當，除非患者有明確的需求，否則不應強迫就醫。悲傷成了醫療問題後，這些被錯置的「患者」及遺族便會得到錯誤的訊息。把悲痛貼上精神疾病標籤，有損逝者的尊嚴，也貶低生者的種種反應。莊嚴、歷久彌新的喪葬儀式是每個文化的核心，不該被未成熟、膚淺、去人性化的醫療哀悼儀式取代。大部分人經歷喪親皆能安好復原，無須醫生插手，也不用吃藥。

有些喪親者會罹患重鬱症，這樣的擔憂其來有自。若哀悼者想自殺、精神失常、

暴躁或失能，當然就一定要接受重鬱症診斷，也要立刻接受治療。有憂鬱症病史的人復發風險很高，理應追蹤、適時治療，但這些皆為個案。哀慟為人生的一部分，我們都是靠著家人的支持及文化的撫慰安然度過。這是最好的，而不是依賴精神疾病診斷與治療。 25 26 27 28 29

熱情變成上癮

這件事其實是今天發生的。不過幾小時前，我一邊走上坡，埋頭看我的黑莓機，大拇指敲打著回覆電子郵件，老婆帶著我避開車子與路障，偶爾會被樹根絆腳。這天秋老虎來襲，風和日麗無庸置疑，只要我願意抬起頭，放眼四周，就能清楚看到我熱愛的海灘與海洋，但是我埋首小小的鍵盤與螢幕，全神貫注，完全無視一切。反方向有個人快速迎面而來，我們差點迎頭撞上彼此。我很快道歉，不過他帶著同情的笑容跟我說：「沒關係啦，我懂，中了『黑莓毒』對吧？」我怯怯報以微笑，很快又繼續打字。

一點都不冤枉。大家都說我的手機是黑莓毒，我也知道自己沉迷其中、不可自拔，被逮到是剛好而已。我弓著背一心一意玩著我的黑莓機，這讓人聯想到大金剛跟他口袋

大小的可愛玩伴玩耍的樣子。雖然我不想張揚家醜，但是我太太都叫我的手機「你的小三」，對於被迫居於次要地位，她的確表現出妒意及惱怒。

這算精神疾病嗎？還是只是我沉迷於一台多功能設備？究竟是「行為成癮」或「熱愛黑莓機」？講到這裡還只是驚腳的笑話罷了。但是自從DSM五引入「行為成癮」(Behavioral Addiction)的概念後³⁰，現在就成了極度嚴重的問題。首先，只有病態性賭博才符合官方精神疾病標準，被誇大的成癮流行病就不用看得太認真，如上網³¹、購物³²、工作³³、性、高爾夫、慢跑³⁴、曬黑³⁵、收集鐵路模型、打掃房屋、烹飪、園藝、看運動節目、衝浪或品嚐巧克力等³⁶。媒體過度關注這些「成癮行為」，但那些可都是要付出熱情投入的興趣。行為成癮清單很長，只要是受歡迎的事物都會被列入。這分明是把個人的生活選擇變成精神疾病。

專家會提出這種激進提案，因為他們認為，強迫行為等同於強迫性物質使用，兩者皆由同一塊大腦快樂中樞造成。這種理論很有趣，值得研究，但是要名正言順、擴大精神疾病診斷範圍，還言之過早。

「成癮」一詞已經擴及引發熱情的興趣或依戀的事物，這個詞過去只限縮於形容身體對物質或酒精的依賴，也就是需索越來越大才能亢奮，停下來就會出現痛苦、戒斷症

狀。之後，「成癮」擴及強迫性物質使用。就算沒有必要性，也得不到樂趣，成癮者彷彿被強迫般，一定服用藥物，就算有嚴重的負面後果，還是停不下來。到了近期，「成癮」的定義變得寬鬆而沒有道理，只要是頻繁使用的藥物就算，就連純粹爲了娛樂用途，還不到強迫階段也算。DSM五踏出最後一步，大大擴展這個定義，只要我們進行最喜歡的活動就是成癮，如同沉迷於吸食鴉片。

「行爲成癮」的概念把我們通通都變成「行爲成癮者」。這種觀念有根本的問題。不斷尋求愉悅是人類的天性，不足以算成精神疾病。DSM五一聲令下，幾百萬的新「患者」就這麼創造出來，各種癖好、熱情都成了醫療問題，只要你投入不由自主的享樂活動，都可以聲稱自己「生病了」。我想像《紐約客》雜誌的漫畫台詞會出現：「寶貝對不起，我就是忍不住（請自行填空），醫生說不是我的錯，只是有癮頭。」在此觀念衝擊之下，個人責任蕩然無存。

大腦短期快樂中樞偏重當下的生存問題，或是我們的DNA如何延續到下一代。我們全都被快樂中樞給控制，這也就是爲什麼人們碰到食色就管不住衝動，尤其是現代社會誘人的機會太多了，魚與熊掌可兼得。直到近代以前，多數人都無法長壽，我們大腦的演化受此影響。壽命延長之後，越能作長遠的打算的人就更有利，但是本能不會這麼

快改變。對大部分人來說，還是無法衡量、取捨短期近利與長期後果，畢竟這種能力不是天生的。我們的快樂系統依然停留在古代，我們的需求跟祖先沒兩樣，但在現代世界卻變成煩惱之一。

「行為成癮」一詞狹隘的定義與適用範圍只限於某些人。一般人的快樂系統是平穩、可預期的，但某些人的快樂系統故障了，既無法給予短期報酬，還可能讓行為者承受相當嚴重的即時懲罰（財務重創、失去家人、坐牢）。即便如此，他們還是一而再、再而三犯錯。行為的負面報酬與風險不成比例，這種身心機制在現在世界沒有任何求生價值（當然在過去也是），確實可以考量是否為精神疾病。若「行為成癮」限於此種狹隘的定義，它應該就是可行的概念。然而，問題就在於，這個概念很快就超越了適當的狹隘定義，變得糟糕而難解。強迫、不愉快的重複行為與衝動性的自我沉溺，兩者相當難（甚至不可能）區分。

有些行為已經沒什麼樂趣、代價又太高，任何有理智的人都不願意投入，但有些人還是感到不得不重複這些行為，「成癮」應只限於這樣的人才對。但是又要如何分辨這種人跟那些尋求快樂的人呢？「行為成癮」的定義一定會變寬鬆，這樣我們才有新潮的理由去作那些會惹上麻煩的衝動性行為。戒癮十二步驟將取代宗教告解與贖罪的儀式。

有時候，你接受自己對「行爲成癮」無能爲力，才會誠心想努力改進，雖然常常只是空談。一個社會要能靈活運作，全仰賴負責任的公民。我們要自覺能約束自己，也爲自己的行爲負起責任。一大群需要靠治療才能學會正確行爲的「行爲成癮者」，無法成爲中堅分子。

編修DSM四時，我們也有類似的討論。依賴咖啡因不應該正式納入診斷項目？咖啡因的成癮性跟尼古丁一樣，會讓人極度興奮，也會引發焦慮症及心臟問題。基於一個原因，我們排除了咖啡因成癮症。現代人普遍依賴咖啡，大多沒造成什麼傷害，所以讓六千萬人每天醒來的時候發現自己早晨的快樂其實是精神疾病，一點也不值得。若DSM五團隊秉持相似的謹慎態度，那麼「行爲成癮」診斷就會被駁回。不管「行爲成癮」診斷帶來什麼好處，只要有被廣泛誤用的疑慮，就不值得成立。

最有可能變成流行病的候選項目就是「網路成癮」(Internet Addiction)。野火燎原的條件都已到位：五花八門的警告書籍，報章雜誌中大聲疾呼的文章、電視節目密集宣導、各色各樣的部落格、未經證實的療程如雨後春筍般出現、好幾百萬唾手可及的潛在病人、初出茅廬的研究者與「引領思潮」的臨床醫師等。DSM五團隊還算有節制，把網路成癮塞到不起眼的附錄裡，而非正式列入精神診斷項目。但是，等著看吧，就算

沒有DSM五全力背書，網路成癮也會自成氣候。那麼多人偷偷摸摸在電影院裡檢查電子郵件，跟網友分開個一時半刻就若有所失，一有空檔就上網、傳訊息或玩遊戲。但我們真的因為這樣就算成癮者嗎？不，通常不會。除非我們的依戀具有強迫性，既沒有報酬或實用性。如果它不會妨礙我們投入現實生活以及取得成就，也不會造成嚴重痛苦或失能，就不是嚴重的問題。對大部分人來說，不論與網路如何強大又讓人耗神，它帶來的快樂或成果總是遠勝於痛苦與無力感。一般人只是熱愛上網，或當成工具，而不是被它奴役，所以不宜當成精神疾病。日常生活與工作中越來越必要的活動，不應該被定義成精神疾病，這太愚蠢了。

但是，還真的有一小群網路使用者，陷在不愉快、強迫性、毫無價值又自我毀滅的生活模式。一天二十四小時、連續七天都不離座，這些遊戲玩家、阿宅、被困在虛擬世界中的人們該怎麼辦呢？成癮的概念或許可以用在他們身上，或許有一天也會出現正確有效的診斷與治療。但是時機未到，我們不知道該如何定義網路成癮，也擔心會誤貼標籤，拖累到那些離不開電子產品、但正常生活的人。網路成癮一成了萬用解答，就會掩蓋了背後的問題。也許有許多的重度使用者是因為另有其他精神問題才離不開網路。目前網路成癮的相關研究少得令人吃驚，資訊也不多。從高明的儀器看來，使用網路跟

藥物時，大腦活動的區塊都一樣。但不要因為這樣就樂過頭，以為有新發現。大腦區塊不分對象，只要是從事高度活動，儀器就會亮起來，但這沒有病理學上的意義。「網路成癮」不應只是媒體上的流行話題，我們嚴正以對，當成研究的目標。南韓是世界上網路普及程度最高的國家，網路過度使用的問題也最為嚴重。該國政府努力透過教育、研究及聰明的公共政策處理這個問題，而推動這些措施不需要宣告「網路成癮」為精神疾病。這是個極佳的典範，世界各國應紛起效尤。

誤標生理疾病為精神疾病

身體與精神醫療的界線很難區分，兩個領域無法獨立存在。就算在最清楚的情況下，我們還是很難區別身體與精神疾病的區別。大部分的內外科醫師不擅長精神科，大部分的精神科醫師也都不擅長內外科，兩種專業間的溝通並不完善，很容易搞錯狀況。受苦的病人夾在兩科之間，只能得到次等的照顧。

四十年前，我初次親身痛苦見識到誤診的風險。當時還是個初出茅廬的住院精神科醫師，一位男子罹患憂鬱症，治療了他兩個月後，才發現他的問題根本是腦部腫瘤造成

的，是我先前沒有發現。從那一年開始，我問診過數十位患者，生理疾病先被錯當成精神疾病，還有好幾十位罹患精神疾病的患者，被誤診為身體的疾病。這兩邊要搞砸都很容易。

犯下錯誤的情況有四種。首先，有些生理疾病會出現嚴重的身體症狀，但是它們並非明確的病狀（典型的例子有大腸激躁、慢性疲勞、纖維肌痛、慢性疼痛、萊姆病以及間質性膀胱炎）。患者常常被告知，這些都是心理作用，背地裡還被稱為「老廢物」。這些慢性病讓人虛弱萎靡，除了疾病造成的傷害、導致失能之外，還會被人羞辱。

其二，生理疾病伴隨的無解症狀可能會持續許多年後病灶才浮出。典型的例子包括多發性硬化症、狼瘡、類風溼性關節炎、周邊神經病變、結締組織疾病，沒錯，還有腦瘤。病因懸而未決，令人難以忍受，但是貿然妄下錯誤又危險的結論、判定為精神問題，更讓人痛苦不堪。

第三，有些人對自己的癌症、心臟病、糖尿病或是其他重症有非常強烈的心理反應。這又有什麼不對呢？當你生病的時候，自然就會擔心自己的健康，一心一意只想努力改善，還會特別小心注意可能的新症狀。誰知道一般的頭痛不是腦部腫瘤復發呢？身體有病的人因為病情而膽戰心驚、不安，我們不該隨便把他們貼上精神疾病的標籤。

第四，有時候我們也會反過來貼錯標籤。許多精神疾病會伴隨明顯的身體症狀，所以經常被誤認為生理疾病。最典型的例子是，恐慌症發作時，會出現暈眩、呼吸急促、心悸等等症狀，患者會因此作多餘、昂貴還可能有有害的醫療檢查，但這些問題的根源其實只是恐慌造成的換氣過度症狀。憂鬱症有時候也會伴隨明顯的生理症狀，特別是體重減輕。

生理與精神疾病的界線本來就已經很模糊了，DSM五又要加入一種新的診斷項目，稱為「身體症狀疾患」(Somatic Symptom Disorder，或譯身心症)，不過它定義寬鬆，一般人很容易符合患病標準。這項診斷讓生理與精神的界限更加模糊不清。結果就是，有三大族群的精神疾病罹患率激增，當中包括：病理症狀清楚的患者（例如癌症）、病灶較為不明的患者（例如纖維肌痛）、生理症狀遠遠無解、但之後病因會清楚的患者（例如多發性硬化症）。

精神疾病的診斷經常出錯，只憑臨床醫師主觀又不可靠的判斷為基準。他們認為，患者只擔心健康，生活完全被這些煩惱占據。其次，患者對不舒服的身心症狀反應過度，無法適度地作出回應。醫師也認為相關對策無法妥善改善病情。這些判斷本質上不可靠，毫無取值的價值，只會大開濫診之門，讓許多人被誤診為精神疾病，生理疾病卻

被忽略。

DSM五團隊自己作的實地試驗結果相當恐怖。每六個癌症與冠狀動脈疾病患者中，就有一位符合DSM五「身體症狀疾患」診斷，腸道激躁症或纖維肌痛患者裡則是每四位就有一位符合。接著請注意，「健康」的人當中，幾乎是每十位就有一位。我們真的要增加多餘的精神疾病診斷，隨便地就加重病人（甚至健康的人）的負擔嗎？就因為他們擔心自己生病？

DSM五的診斷準則高度主觀，無所不包，如果漫不經心隨便亂用，就非常可能造成精神疾病診斷亂象，進而引發更深遠的影響。它可能造成的傷害包括：

- 一、汙名
- 二、醫生漏診生理疾病，不檢查新的或惡化的身體症狀。
- 三、求診者不利找工作或繼續工作。
- 四、醫療與身障給付變少。
- 五、申請社會、醫療與教育服務及職場輔助的門檻降級
- 六、罹患致命疾病的患者若有復發、轉移、繼發病的早期徵兆時，可能不願意告知

他人，因為害怕再被診斷有精神疾病診斷。

七、患者對自己與自身疾病的看法與事實有出入，親友的觀感也會被扭曲。

八、醫師開立錯的精神治療藥物。

DSM五所作的那些變更，承受其不當後果的大部分都是女性。女性身體有症狀時，很容易被忽略，也更有可能拿到不當的抗憂鬱劑及抗焦慮藥物。

黃金守則：判定一人的症狀是否與精神疾病有關，要先排除潛在的生理疾病。身體出問題的患者難過、心情不好，但不能因此就在他們身上亂貼精神疾病的標籤。最後，身體的症狀究竟來自生理或心理因素，又或兩者皆有，這本來就相當難判斷。這時最好忍受不明朗的狀況，遠勝亂貼精神疾病的標籤。

躲掉的子彈——但還是要小心

接下來列出的疾病診斷，差一點就列入DSM五，但還是在最後一刻被拿掉。真是讓人大鬆一口氣，這些診斷成熟的時機都還遠著呢！但是我們依然要慎防這些疾病蔚為

風潮。兒童期雙極性疾患也是被DSM四的團隊駁回了，但是有心人士還是找到方法，造成危險的假流行病風潮。此外，澳洲正要推出一項全國性計劃，政府要花費近五億治療精神病風險症候群，雖然它並非正式的疾病診斷。

精神病風險症候群太過危險

未來的事誰知道，非常難以預測，特別是青少年的成長。他們常常像異鄉人，或是夢遊仙境的愛麗絲。從青少年蛻變為成人過程中，太多令人困惑的事情，令人措手不及：身體變化、性徵成熟、新的角色、新想法、新感覺、新關係、新責任、新的自由、新的誘惑。青少年如初生之犢，問著讓人困擾、成人人都知道卻不肯回答的問題。他們憂慮著生命的意義，想探知宇宙的奧祕，嘴上總說著抽象的話語，使得鎮日忙碌、擔心下一筆房貸的父母摸不著頭緒。青少年常覺得茫然，自我認同脆弱多變、搖擺不定，被生命本有的恐懼感纏著。他們有古裡古怪的奇思幻想，情感極端，自尊心危危顫顫，行為脫序，愛穿奇裝異服，好打電玩。青少年的音樂、電影、休閒的品味等，樣樣都可能讓人心生厭惡。青少年相當容易覺得被迫害、汗辱、排擠與誤解。他們很需要幫忙，但卻

拒絕援手，也常把他人好意關懷當成惡意侵犯。父母親想要了解從前還很可愛的孩子，卻常常束手無策，因此對未來充滿最糟的想像。

要是混亂不安的青少年開始沾染毒品，上述情況會更加複雜。青少年的生活越混亂，毒品的用量可能就越高。吸食迷幻藥物後，成長過程的困難與混沌會放大，造成類似精神疾病的效果。有些藥物會產生唯妙唯肖的效果，吸食者會出現精神疾病的症狀，如看見或聽見不存在的事物，生出奇怪、近似妄想的信念，變得偏執、高度警覺，失去動力，不負責任，忽視個人衛生，成為叛逆的次文化分子。在藥效影響之下，他們的古怪言行會更加嚴重，思考零碎、信念紊亂，光怪陸離的想法也信以為真。家長通常完全不知情，或是低估物質濫用的嚴重性。孩子變得越來越古怪，家長自然會害怕自己的孩子瘋了。

好消息是，青少年階段的種種症頭，影響範圍只限當事人，持續時間也很有限。大部分有困擾的青少年都會長大變成正常人。壞消息是，有些青少年不會，他們青春期的問題只是為後來人生一連串的困難揭開序幕。最糟的噩耗是，青少年人口中約有百分之一會罹患思覺失調症，這是一種嚴重的精神疾病，特徵包括精神妄想、幻覺、古怪的想法與行徑。要是我們能辨識出有罹患思覺失調症風險的人，並在初次全面精神病發作前

及早介入，就可以避免當事人極大的痛苦。這麼一來，不僅可以避免短期嚴重的精神分裂發作，也可以大大改善患者一生的前景。對精神醫學來說，預防精神病發作爲首要任務，也是這個領域專家二十多年來心心念念的目標。但是大海撈針談何容易，許多怪裡怪氣的青少年長大之後會變成正常人，要如何從中找到罕見古怪、之後會罹患精神病的少數人？

DSM五提出了一項新的診斷類別，好應付這項讓人頭疼的任務。它換了兩個不一樣的字，「精神病風險症候群」(Psychosis Risk Syndrome)跟拗口的「輕型精神病症候群」(Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome)。不論用哪個名字，背後終極的目標在於，針對思覺失調症，早期發現早期治療，至少幫助患者減輕終身的負擔。要是這番心血真的成功了，將會是精神醫學史上最輝煌的一筆成就。編輯團隊志在造福大眾，卻反而錯失了早期治療的機會，釀成大害。

只有一番好心是不夠的，也必須要有好工具。早期介入、預防精神病要有效，有三大根本、不可或缺的條件：診斷對的患者、有效的治療方法、更要安全無虞。面對這三位投手，「精神病風險症候群」隨便亂出棒，許多沒有精神病風險的青少年趴著也中槍，常常要服用效果未經證實的非典型抗精神病藥物。最該死的是，這些藥物有極度危

險的併發症。

我們先來處理亂找病人的問題。就算由最專業的醫師（例如精挑細選過的研究型臨床醫師）親自診斷，被診斷出精神病風險症候群的人當中，至少有三分之二的人不會患上精神病。令人意外的是，臨床研究作得越久，命中率就越低。這點非常值得玩味。並不是評估人員變笨了。隨著時間過去、名聲傳出去之後，診所會吸引到一群轉介而來、異質性越來越高的人。這一大群人其實沒有精神病風險，要撈出那隻針就難上加難。

事實是，發病率低到荒謬，十次出手有九次落空。與臨床研究的專家相比，一般的評估人員的專業程度低得多，「患者」也正常得多，要辨別更是難。如果這項診斷類別真的拍板定案，藥廠又採取行動、努力說服患者與臨床醫師特別注意青少年是否有任何異狀，那麼誤貼標籤的情況將會越演越烈。^{37 38 39 40}

明明孩子罹患精神病的風險不高，還得接受預防性藥物治療，暴露在高度風險之下。他們可能罹患肥胖症、糖尿病，各種嚴重健康問題隨之而來。⁴¹最糟糕的是，根本就沒有證據可以證明，抗精神病藥物能預防精神病發作。

還有更嚴重的，「精神病風險」及「輕型精神病症候群」這兩個詞給人帶來不安、威脅感，當然還有汙名。被錯貼標籤的人要承擔不必要的憂慮，對人生不感有太大的抱

負，求職、買保險或找伴侶時還可能遭受歧視。損益比已經完全失衡了，背負這種多餘的十字架只會讓風險係數不斷升高。

所以，我們來算一算這項新診斷的優缺點。被貼上精神病風險症候群的孩子，大多數不會變成真正的患者。他們接受的預防治療也沒什麼效果，還有可能害他們發胖、縮短壽命。最後，疾病標籤會給當事人帶來新的生活負擔。這是一帖可以造成個人悲劇跟公共衛生災難的藥方。

焦慮及憂鬱混合症——人人皆病人

DSM五團隊原本要提出了一項新診斷，它可以讓濫診變成洪水猛獸，還是藥廠有史以來收過最好的禮物。這套診斷準則如此寬鬆，或早或晚，每個人都會符合這個標準。焦慮及憂鬱混合症（Mixed Anxiety Depression）大概是有史以來最誇張的診斷項目，編輯團隊明目張膽地把短暫不明、隨處可見、一般生活中不可避免的悲傷、憂慮變成醫療問題。我們遇到如失業、離婚、生病或財務困難等困頓時，反應都是可以預期的，但現在卻變成精神疾病。想當然，焦慮及憂鬱混合症是項不牢靠的診斷，沒有什麼

預測能力。追蹤研究一年之後，大部分被貼上這項標籤的人要不是已經康復、不需要進一步診斷，就是發展成其他定義更爲明確的疾病。編輯團隊應該更有智慧，安全之道就是小心等待，而不是急就章，亂加根本就沒有意義的診斷。

關於焦慮及憂鬱混合症，只有一點是具有預測效力的，就是它龐大的市場潛力。對藥廠來說，生命無可避免的問題變成精神疾病，就像挖到了大金礦一樣，這項診斷完美發揮安慰劑效應，讓相關藥品具有龐大市占率。焦慮及憂鬱混合症一夕之間憑空冒出，恐怕將變成爲美國最普及的精神疾病。美國已有百分之十一的國民在使用抗憂鬱劑，這下一定會增加。幸好編輯團隊的理智發揮作用，否決了這項診斷，把焦慮及憂鬱混合症束諸高閣，雖然他們心有不甘。

42
43

戀青少年癖釀成憲法危機

「戀青少年癖」(Hebephilia) 這個新穎、又帶著醫學氣息的詞彙是一百多年前創造的，帶著一點幻想與渴望，以作爲「戀童癖」(Pedophilia) 的對照。戀童癖者偏好尚未進入青春期的孩子，看到他們才能感到性興奮。「戀青少年癖」偏好的淫念對象則爲

已進入青春期的青少年。

戀青少年癖從來沒有成爲臨床症狀。這方幾乎沒什麼相關研究，但是在性暴力連續犯（Sexually Violent Predator）的聽證會上，法官把它當成真正的疾病診斷，藉此強制犯人進入精神病院、接受治療。民眾樂觀其成，這樣就可以名正言順地進行預防性羈押。針對公共安全，相關單位如此方便行事，就是在濫用精神醫學，破壞憲法所保障的珍貴權利，違反一罪不兩罰的精神。DSM五團隊考慮把戀青少年癖列入正式診斷項目，這項決定十分不明智，幸好在性障礙及法學鑑定專家一面倒的反對聲浪下，編輯團隊從善如流，剔除此項診斷。支持把戀青少年癖納入第五版的，只有屈指可數的那幾位研究者。此外還有性暴力連續犯評估人員，他們人數較多，靠著誤診，生計或多或少就有了著落。

與未成年的青春期青少年發生性行爲，犯罪者讓人不齒，應該被關，而不是送進醫院裡被當成精神疾病患者。他們被青春萌芽的青少年吸引、產生性欲，這全然無關精神疾病。數不清的研究已經證實，這種吸引力相當普遍，完全在正常男性性欲範圍內。在不同的時空之下，人類對合法性活動的年齡標準天差地遠，但通常視青春期爲分隔線，那是大自然提供的性行爲標準資格。美國性行爲的知情合意年齡一直爲十三歲，直到一

個世紀前才更改。在許多開發中國家，合法性行為的年齡標準都很低，多數西方國家也一直到最近才提高門檻。

演化在男性身上植下了天生對青少年的性欲。我們的壽命很短，又隨時可能喪命，一但性徵成熟、萬事俱備，想當然爾，我們的DNA就會催促我們行動。在求偶的競技場上，保持耐心、不輕舉妄動，就很容易失敗。現在人一般的結婚年紀是古代人的平均死亡年齡，要記得這項驚人的事實。

壽命變長、嬰兒死亡率變低後，最佳求偶策略已經有了翻天覆地的改變。如果你能活到七十歲，太早從事性行為、生養小孩沒什麼好處。時間多得很。等到個體成熟，才能更明智、更安全地進行這兩項活動。有鑒於當前社會環境與一般民眾的期待，法定性行為的合意年齡也相應提高，防止青少年進行不成熟的性活動。

不過，我們的性啟動機制並沒有跟上社會潮流。法律一夕之間可以改變，但要欲望要徹底改變，至少需要幾萬年甚至數十萬年之久的演化。我們的本能不適用於當前社會，但它歷史悠久，但沒有辦法說停就停。廣告業很懂這點，知道許多成年人喜歡青春肉體，於是投其所好，讓外表年輕的模特兒穿著撩人的衣服、擺出撩人的姿勢。性欲容易被性感的青少年挑起，就是罹患精神疾病，這種判斷違反常識、經驗與科學研究。

對剛進入青春期的青少年有欲望並不是犯罪，也不是精神疾病，是人性。但在當前的社會，順著這些衝動為所欲為，是非常嚴重的罪行，足以判處長期徒刑。

DSM五團隊想把「戀青少年癖」列為診斷項目，唯一的理由可能是，他們想研究一些少數人的狀態。這些人有執念，只想對年紀很小的青少年進行強迫性交。但是許許多多專家提出擲地有聲的理由，反對此項診斷放入DSM五。列入這種癖好可作為相關參考依據，但後果會很嚴重，缺點蓋過了優點。關於戀青少年癖（如果真的有這疾病的話），當前並沒有相關研究，我們一無所知，不知道最好的診斷方法是什麼，也不知道是否有任何有效的治療方式。醫療院所也沒有明顯的臨床需求，一定得設立這項診斷。沒有一大批潛在的犯罪者尋求協助、願意接受治療（當然也沒有有效的治療方式）。在法庭鑑定上，檢方隨便濫用這點，誣陷性暴力連續犯，這已經造成司法亂象。真正的戀青少年癖只占少年性侵犯的一小部分。經驗告訴我們，法庭的精神鑑定人員並不會因此就此住手。他們會繼續推動、濫用精神醫學，在性暴力連續犯聽證會上，把這項診斷當成強制監禁的免費入場券。

我們無需為兒童性侵犯掬一把同情淚。但是一旦我們容忍公民權利被侵犯，就會動搖憲法的穩固性，就算是受害者是我們最憎惡的人。今日跟青少年性交就足以構成精神

疾病，後果將不堪設想。未來社會可能變得保守反動，到時候有人去挑戰憲法的底線，重新討論同性戀是否為精神疾病，或是利用精神醫學壓迫政治異議分子、少數宗教信仰，也不是不可能。不論「戀青少年癖」到底有什麼微乎其微的臨床用途，它作為法庭鑑定項目的風險太高，完全不值得考慮。

44 45 46

性欲亢進 (Hypersexuality) ——「都是我的病害的」

這是DSM五另一項不智的診斷提案，幸好編輯還是撤回了。不幸的是，媒體與大眾依然興高采烈地當作一回事。性欲過度最為人所周的典型人物，大概都來自於職業運動界、搖滾樂界、好萊塢跟政治界。美國跟義大利兩國的前總統都在名單內，還有商界與政界其他呼風喚雨的領袖。洋基隊的傳奇米奇·曼托 (Mickey Mantle)、NBA球星張伯倫、魔術強森、老虎伍茲、義大利總理貝魯斯柯尼 (Silvio Berlusconi)、美國前總統甘迺迪、鄰家的花花公子，不論名人或是小老百姓，症頭都一樣。這些男性（女性很罕見）的性愛胃口極大，總是不能得到滿足。張伯倫自吹自擂，聲稱跟兩萬名女性上過床，記者算了這個數字，告訴張伯倫這樣平均下來就是一天三位，張伯倫咧嘴一笑，摸

摸下巴說：「對，差不多就是這樣。」

何謂正常的性行爲？社會普遍缺乏共識，我們很難判定怎樣才是過度。隨著不同個人的觀感與文化偏見，適度性行爲的標準總是因地制宜。在紐約或阿姆斯特丹合情合理的性行爲，在堪薩斯州的托佩加市（Topeka）或聖城麥加就可能是禁忌。現代紐約客認為正常的，一百年前的紐約人則認為離經叛道。職業運動員認定的正常需求，對一般人來說根本是異常。正常與否，個人看法天差地遠，沒有清楚的標準，全看個人際遇。

縱欲過度通常是行爲或觀念上的問題，但是甚少代表當事人有精神疾病。人類（特別是男性）出軌頻率之高，幾乎要讓人認為這是正常行爲、而非疾病了。性之所以這麼愉悅，純然是因為我們DNA的存續完全仰賴性活動。演化設定了大腦的運作方式，讓我們無所不用其極地把精子跟卵子傳給下一代。我們常因為抗拒不了誘惑，把愛、道德、忠誠跟長遠後果拋在腦後。

演化就是要拼數量，有強烈性衝動的人較可能生育比較多的孩子。從我們的DNA來看，屈從於性誘惑有強大的生存價值，所以我們才有出軌、縱欲的行爲。作完之後可能會後悔，但是天擇就是這樣運作的，這是可預料到的正常人性，不是精神疾病。成吉思汗的基因在演化機率賭盤裡勝出，留存在好幾百萬的現代後裔身上。性態度溫良恭儉

讓之人無法承受地土。

DSM專家將不當性行為變成醫療問題，這個錯誤非常嚴重，它減輕了犯罪者個人的責任感，還讓享樂縱欲的人拿精神疾病當藉口。⁴⁷

從濫診到濫診爆炸

通貨膨脹時，政府就不該再增加貨幣供。同樣地，濫診現象已經很常見，再創造新診斷類別是非常不智的。DSM五團隊沒有體認到該有所節制，在原有的診療亂象中，又推動新一批的熱潮。閘門開得更大，洪水湧入。醫師隨意通融，診斷寬鬆，多得是施以不當的治療。在理想的狀況下，DSM五應該發揮煞車的作用，減低濫診現象，讓醫生去治療真正有需求的患者。但覆水難收，大錯已鑄成。唯一的安慰或許是，第五版爭議太大，導致各界普遍質疑其可信度。它敲響警鐘，警示濫診之害。許多臨床醫師會看透DSM五之缺陷，也不再擁戴它的權威地位，視之如「聖經」一般。將來醫師診斷病人跟開立處方時應該會更謹慎，許多潛在患者也心生警惕，不會接受不合理的診斷。

第三部

回到正常

第七章 不再過度診斷

每個複雜的問題都有一個簡單明瞭的錯誤答案。

——美國記者孟肯 (H. L. Mencken)

濫診成因多又複雜，彼此相互作用，要解決的話，也得找出複雜、相互作用的各種方法，會不會有成效還很讓人懷疑。我們需要採取的行動再清楚也不過，但是光空口說白話沒用，也是要有力量去作才行。出於政治與金錢考量，大部分的有力人士都在鼓吹異常，支持正常的力量非常微弱，難以望其項背。但只要心懷希望，有時我們還是可以挽救頹勢。溫柔的人有時候可以承受地土，特別是道理是站在他們那邊的時候。就在眾人覺得不可能的時候，還是會有奇蹟，社會與公共衛生政策大翻轉。舉例來說，經歷這

麼多困難，我們還是選出了一位黑人總統，通過了同性婚姻法。抽菸本來是性感、世故的象徵，現在變成討人厭的癖好。所以，誰說我們不能馴服濫診這隻怪獸，誰說我們不能拯救世界，擊退無所不在的精神疾病潮流。接下來我們要談談怎麼作。

打錯對象的抗藥戰爭

四十年來，我們不斷對抗毒梟，打著一場不可能贏的戰爭。同時，我們還得提防合法藥物的濫用現象，這場仗我們更不能輸。

政府在一九二〇年代頒布禁酒令，成效不彰，現在也一樣，街頭毒品的取締成果幾乎等於零。偶爾抓到個毒販、沒收好幾百萬美元的走私海洛因、古柯鹼、安非他命等等，這些事情適合當頭條新聞，但絲毫無法撼動背後的勢力。非法藥物的價格相當穩定，從不會高到逼走廣大的買家。要是偶爾哪批貨誤了交期，總有新的貨源補上。不論查扣下來的毒品價格多麼驚人，還是有數量驚人的漏網之魚流到市面上。就算警方破獲了最大規模的毒品交易，也不會影響到嗑藥人數。從頭至尾，政府取締毒品行動不啻於打地鼠、自我安慰的遊戲。

警方出動千軍萬馬逮到毒梟大哥，或是毒梟大哥慘死，這些新聞其實沒什麼意義，也不會影響街頭毒品交易。各方人馬依舊準備要搶占地盤，打個你死我活，給社會帶來一連串的負面效應。結果就是更多人死於火拼下，社會更殘破，而毒品吸食人口依舊沒有減少。毒品交易組織制度嚴密，經營有道，跟任何獲利豐碩的大型跨國企業沒什麼兩樣。販毒集團所遵循的商業模式與企業結構，跟其對手合法製藥業並無二致。瑞輝、禮來或楊森藥廠能成功賺大錢，關鍵不在於坐上執行長位子的是誰。這些公司自有一套作業程序與基礎架構，能精準作出業務決策，確保營運長長久久、利潤不墜，誰在哪个時機上當上老闆都沒差。除了曾出不窮的冷血暴力事件外，就管理架構、追求長久利潤的成效來看，販毒集團與大製藥廠不分軒輊。就整體來講，除掉一個毒梟頭子產生的效應很短暫，毒品交易如九頭蛇一般，殺了一個我，還有千千万萬個我。覬覦寶座的競爭者從來不缺，一個比一個更心狠手辣。

毒品對抗戰的最大成果就是——毒梟坐收超乎想像的漁翁之利。這場戰爭讓他們更有動力、更想方設法涉入軍火與政治的領域，毒販彼此進行軍備競賽，也跟政府一爭高下。黃金、鉛彈雙管齊下，毒梟對官員威脅利誘，那些積弱不振、正在打內戰的國家情勢更加混亂。²各種方法我們屢試不爽，現在該接受結果了。抗毒戰打也打了，輸也輸

了，如果繼續堅持，只會屢戰屢敗。

但我們必須正視，合法藥物濫用眼下已演變成比街頭毒品更加嚴重的公共衛生議題。我國達百分之七的人口對處方藥物成癮，目前因服藥過量喪命的人數已經超過毒品，讓人無法接受。³ 禮來藥廠跟瑞輝大藥廠的合法藥物一旦行銷過頭，危險性就會超過毒梟嘍囉在街頭兜售的毒品。這項顯著的公衛與政策難題，我國政府尚未著手挑戰。我們砸了好大一筆錢對抗毒品，輸得一塌糊塗。對抗合法藥物濫用應該可以輕鬆戰勝，但政府連這種舉手之勞都不願意作。⁴

好消息是，只要善用法律，各大合法藥廠就不堪一擊（毒梟就沒那麼好對付了）。只要政府拿出決心，一定可以約束它們。比起墨西哥西納羅亞（Sinaloa）、提瓦納（Tijuana）、華雷斯（Juarez）這些毒窟的販毒幫派來說，禮來、阿斯特捷利康、楊森、亞培、普杜等等藥廠占了很大的優勢，它們可以合法經營，又享有法律保障，可以光明正大地利用電視、網路跟平面廣告行銷產品（或強迫消費者購買）。⁵ 藥品到了下游，讓醫生跟藥局去負責賣藥，不用花什麼錢。藥商還可以合法靠著政治獻金、人事酬庸賄絡政客，不用擔心會被警察抓，或是被對頭企業暗殺。⁶ 水可載舟亦可覆舟，這些合法毒販在法律掌控之下更無抵抗力。只要善用法律，我們轉眼間就可以阻止藥廠可疑

的勾當，終結最爲卑劣的惡行。

要擊退藥廠引發的濫診潮，不需要什麼劃時代的革新技術，也不需要博大精深策略或法學理論。只要我們引用相關規定，請警察適當執法，馬上就會有成效。但是首先，面對大藥廠送到眼前、亮晃晃的誘惑——大筆政治獻金與誘人的未來工作機會——政客得「斷然說不」。

瓦解行銷機器

製藥產業積極散布錯誤的資訊以行銷合法的精神藥物，業務蒸蒸日上。大藥廠憑著無窮無盡的財務資源、政治影響力與行銷實力，貪得無厭地拓展新市場跟追求更高利潤。7 但是只要政治人物們有心去作，就能徹底扭轉局勢。下列每一項政策變革都不難執行，大部分在其他國家都已施行，就算無法全面根除處方藥物濫用，但約束的成效也很好。

馴服藥廠怪獸的幾種方法

- 一、不得利用電視、雜誌或網路直接對消費者打廣告。
- 二、藥廠不得贊助醫師或醫學系學生各項活動，包括公費旅遊、晚餐、進修課程，也不得贈送廣告禮品。⁸
- 三、不得提供醫療專業組織財務支援。
- 四、業務員不得聚集在醫師候診室。
- 五、不得提供免費試用品。⁹
- 六、不得鼓勵醫生進行藥品仿單標示外使用。¹⁰
- 七、不得收買思想領袖。¹¹
- 八、藥廠不得贊助美國食品藥物管理署經費。
- 九、加重藥廠高階主管及藥廠的罰款與刑責。¹²
- 十、縮短違法藥廠的專利保護期。
- 十一、不得金援消費者權益保障團體。¹³

十二、禁止疾病意識推廣活動。¹⁴

十三、禁止無限度，未透明的政治獻金。

十四、曾參與制定或監督藥廠規範法令的政治人物、職員與官僚，在轉任藥廠主管或員工前要有三年避嫌期。

我們不能等藥商主動洗心革面。只要利潤源源而來、股東滿意，他們就沒有改變的動力。藥廠的企業宗旨是，能賺多少就賺多少，不論他們如何狡辯，在優先事項清單裡，為民牟福祉位列後座。政府應保障民眾權益，不受不實資訊跟價格壟斷之害。要遏止貪婪，明文制定法律是不夠的，除非違法的罰款超過獲利金額，或是幾位高階主管去蹲一陣子大牢，不然大藥廠會用盡一切手段，大撈特撈，只能靠外在的力量阻止。比起我國，其他國家更能有效約束藥廠的過當行為，這大概是因為在這些民主國家中，財富轉換成政治勢力的速度沒有那麼快。人民被藥廠敲詐久了，怒火一直消不下來，改革的希望就來了。前總統林肯曾說過：「某些人你可以騙他們一輩子，你也可以欺瞞全部人一輩子，但不可能欺瞞所有人一輩子。」

控制流通：向渣打借鏡

濫診與多重用藥總是形影不離，雙管齊下會置人於死地。要拔除這種致命、讓人失能的禍根其實不是什麼問題。讓人吃驚的，反倒是我們竟然就這樣袖手旁觀。更別說處方過量、藥物氾濫這些危機，只要靠簡單的技術就可以解決。

以信用卡來說，只要出現可疑消費，不論發生在什麼時候，這筆消費就會立刻被偵測到，信用卡會被暫時停權，直到獲得當事人的授權為止。舉例來說，如果你出國旅行時沒有先通知渣打銀行，當你在國外刷下信用卡，防盜刷機制就會啟動，有時候效率好到讓人討厭。我們何不建立一套效率相當、積極又即時的警示機制，管控精神藥物與止痛藥，避免處方猖獗與配方過量。如果我們有技術可以阻止一百美元的詐騙損失，何不拿來預防處方過量的問題，不用白不用啊！

政府花大筆錢，在邊境與街頭不屈不撓地執法，但事實明擺著，我們管制不了非法藥物的流通。不過，要管制合法藥物的流通就很容易。藥品來自藥房，只要建立電腦連線，甚麼都逃不過相關單位的法眼。我們可以建立一套準則，把所有可疑交易都標記

出來（例如同時開立過多不同藥物、劑量太高、太常取藥、開藥的醫師不一樣等），找出習慣連續開立過量處方的醫師。針對特定的異常情況，如果當事人可以提出合理的解釋，那麼就可以取藥（等同於向渣打銀行解釋這筆觸發詐騙警鈴的消費）。如此一來，我們就有機會揪出會害死人的混合藥物或無良醫師，殺他個措手不及。

我只能想到三種反對意見，但沒有一項站得住腳。第一項是花費，誰要出錢呢？真傻，我們砸下重金、在邊境嚴格取締毒品，但是因為邊境太好滲透無法封鎖而一再失敗。但是我們的藥局就像邊境藥頭一樣，是合法藥物的流通點，電腦從來不闔眼，讓它來巡邏就好了，成本低廉又省人力。監視系統的錢要誰出呢？根本就不用傷腦筋，大藥廠獲利驚人，小抽一筆稅金出來當維護經費就可以了。

第二項疑慮，要如何讓所有藥廠跟藥局加入這個機制？開立處方與給藥的單位又多又分散，如何集中管理嗎？完全沒有問題。我們輕而易舉就能強制連鎖藥局與大型網購體系要遵守管制機制，一同防堵處方藥物濫用。

第三項反對意見是唯一有根據的一項：監視系統是否會變成小說《一九八四》裡的老大哥，不僅會侵犯個人隱私，落入惡人手中更會被濫用？這項反對意見本來站得住腳，只不過以現有技術來看，紀錄保存與監視系統都很完備，一定能維護個人的處方隱

私。此外，當下的燃眉之急是遏止合法藥物使用過量，添加一套全民通用的有力警示系統，益處相當大，但額外風險少之又少。

這樣的作法對濫診有沒有影響呢？肯定有，這樣等於掐住這個共犯體系的脖子。民眾想取得藥品，最輕鬆的管道就是得到醫師診斷，自然就會三番兩頭上醫院。一旦他們知道電腦的鷹眼狠狠在背後盯著，那些診斷寬鬆、亂開處方的醫師就會知所節制。

這才是我們打得起的藥品戰爭，只要起身反抗，贏面可是非常大呢！

逼退劣質藥物

美國食品與藥物管理局在核准新藥物上市之前，都會大費周章檢驗一番（雖然杯水車薪），但是此藥一旦拿到了通行證，基本上此後就能通行無阻。除非這款藥的併發症很嚴重或是鬧出人命，不然很可能此後數十年都沒人管。美國食藥局的藥物核准後監督計劃經費嚴重不足，無法監控所有無效、有害的上市藥物。

舉例來說，贊安諾在一九八〇年代上市，以神奇新藥之姿取代煩寧與利眠寧，深受患者喜愛，基層醫師也經常開立。但是除了獲利與長久不衰令人稱奇之外，贊安諾其

實不是非常管用，要產生藥效的話，劑量通常很高，會讓人成癮，戒斷症狀相當嚴重，一輩子都戒不掉，嘗試戒除的話會引起重度恐慌或焦慮症狀，甚至比原本的病況還糟糕。¹⁵ 在醫源性的用藥過量及用藥致死案例中，患者常常一併服用贊安諾與其他處方藥物、酒類等。¹⁶ 就算治療方式是正確的，贊安諾的效果也不大。如果對抗處方藥物濫用的戰爭真的打起來，首當其衝陣亡的就是贊安諾，只不過以現有政策來看，目前食藥局並沒有建立機制，管制弊大於利的藥品。我們需要想出更好的法子抓出劣質藥品，使其下架。

馴服醫師

大部分的醫師開處方都是很負責的，但是少少幾顆老鼠屎可以壞了一鍋粥，他們開立的是合法藥物，但行徑就如街上賣毒品的小混混。靠著醫療監督及稽核機制，政府很容易找出這些「銷售天王」。他們看的病人最多、看診的時間最短，診斷出來的精神疾病患者卻最多。每個患者的診斷及處方都一樣，經常開立多重藥物混合，混用的藥物相同，劑量也很高。他們看診的索費昂貴，可是卻記不起來患者的名字或問題。這些醫生

虔誠無比地參加藥廠的活動，有時候也為幫藥廠演講，吹捧新上市的靈丹妙藥。他們的診間裝飾著藥廠的禮物與器材，像磁鐵一樣吸著藥廠的業務人員，每個業務熟到可以直呼診所祕書的名字。這些能幹的醫師開的都是頂級名車，住的都是最奢華的豪宅。有時有病人因為處方過量死了（可能還有酒精作祟），這些醫師也從來沒被懲處過，依然是專業圈裡的棟樑，人人崇拜他們的醫術。

只要祭出基本的電腦化流程，建立藥物監督系統，我們就能輕輕鬆鬆抓出這些高明醫師，標為偏差分子，以端正行醫風氣。基本的品管措施就可以挫一挫他們的氣燄，逼這些人要合理解釋自己的醫療決定。只要有一位猖狂的醫師受到行規懲戒，名譽掃地，就能達到殺雞儆猴之效。這樣的作法不但可行，要全面展開「合法藥物濫用之戰」時一定用得上，然而現在政府卻什麼行動都沒有。大部分的無賴醫師都可以逃掉懲戒，可是病人卻要付出代價，身心失能、有時連命都賠進去。如果我們可以建立妥當的監督與品管機制，這種亂七八糟的多重用藥情況不用幾個月就可以杜絕。

馴服 DSM

DSM 診斷準則寬鬆，助長濫診，因此需要嚴格約束。這不是一件容易的事情，三十年累積起來的問題，DSM 五出版之後又變本加厲。不過我們還是可以矯正錯誤，亡羊補牢的時機就是現在。有多項診斷需要調高門檻：症狀的數目要高一點，持續時間要拉長，身心失能的嚴重性要提高。除非有逼不得已的理由，否則我們要停止新增診斷項目。

我們應該要慢慢幫 DSM 卸下一些責任。相關單位的某些決策，完全只以使用者是否具備精神疾病診斷為基準，但兩者應該要分開而論。學校單位提供特別服務時，應全面評估學生的教學需求，不是只看有沒有精神疾病診斷。我們定義自閉症與注意力缺失症，是爲了臨床醫療上的目的，而不是讓校方劃出不同的教學環境。就算精神疾病診斷相同，不同的學生的學習障礙還是會天差地遠。同樣地，政府要審核身心障礙與其他補助的資格時，也應該多看此人實際上的障礙程度，是否確診爲精神疾病，應該不是主要考量。法庭鑑定人員作各種判斷時，也不應該這麼依賴各版 DSM。

在過去，精神疾病診斷只是默默無聞的臨床工具，對外界的影響很小，現在DSM所干預的範圍已超出其本分，成爲各種決策的唯一仲裁依據。其實它也有力有未逮的時候。診斷系統的範圍有限，不能解決所有問題，但隨著臨床醫師放寬診斷標準，讓患者獲得額外福利補助，濫診也變得嚴重。減低DSM的重要性，才能讓它發揮更好的功用，帶來更正確的診斷。

精神疾病診斷太重要，不能只讓精神科醫師管

過去一百年來，美國精神醫學學會以行會之姿壟斷精神疾病診斷，這是歷史的偶然，而不是刻意爲之。一直到一九八〇年，DSM三出版時，依然乏人問津，編修工作變成負擔，只有學會願意把責任扛下來，而且實在沒什麼重要性，所以得不到更多的官方資源。但是接下來戲劇性的變化發生了，精神疾病診斷的重要性大幅攀升，美國精神醫學學會的能力卻不進反退。

DSM五是壓垮駱駝的最後一根稻草，也是振聾發聵的警鐘。就管理架構來看，學會證實自己欠缺管理能力。爲了推廣自己的中意的理論，研究人員不顧後果，提出各項

變更，卻沒有作各項評估，考量它對現實的衝擊。臨床照護、流行病學、健康經濟、刑事鑑定及公共衛生領域的專家都不在這個決策圈內。大部分的決策都是精神科醫師爲了自己而作的，他們忽略了，精神科醫師只占了全體臨床心理師的百分之七，他們開立的精神科藥物處方也只占一小部分。學會並沒有把DSM五視爲大眾交託的責任，反而當成出版品跟利潤中心。

DSM五是一齣鬧劇，證明精神疾病診斷的發展已超出學會能掌控的範疇。這本手冊影響生活的層面太廣太深，怎麼能交給一個小小的專業組織，而且這個組織能力有限、又不用負擔公共責任。精神科專家在團隊的重要性始終如一，但不應該再讓學會發號施令，要終止它全面壟斷精神疾病診斷。

下一個問題明顯是，如果學會自作自受，失去了守護薪火的資格，誰應該接手維護呢？很遺憾，並沒有哪一個現有組織擔得起這個重責大任。精神疾病診斷不應該再由另一個精神衛生組織壟斷，就算換成心理師也會失敗。雙方半斤八兩，只是失敗的地方不同。以美國國家心理衛生研究院來講，他們有資源、有人力、腦力、道德權威，但是研究院的重心與專才日漸偏重基礎科學研究，越來越狹隘。研究院不關心臨床實務問題，也沒有這種能力，它弄出來的DSM會成爲研究者夢寐以求的清單，但卻是臨床醫師、

患者跟公共政策的噩夢。世界衛生組織有可能一較長短，但是以前世衛撰寫自家的精神疾病手冊時，也是汗點處處，讓人沒什麼信心。再來就沒有其他現成的組織機構能扛下責任了。

精神疾病診斷需要一套專屬的規範與結構，這是我們值得努力的方向。食藥局的規範是現有模式中最為接近的，用它來建構新規範，難度比我們想像中的還要低。比起新藥物，新的精神醫學診斷項目的潛在危險更多，因為新診斷項目可能會使大量患者接受過當的治療（並承受各式各樣的副作用）。一般來講，新藥物最多就是目前藥物的模仿品罷了。食藥局檢驗新藥物之用心可佳，可是精神醫學界卻沒有獨立、謹慎的審查機制，放任他人創造出有危險性的新診斷項目。我們應設立一套審查流程，仿效審核新藥物時的完善謹慎態度，管理診斷系統，確認每個變更的環節。

但是應該要由誰負責呢？我們可能要在美國衛生及公共服務部之下設立一個新單位，廣納各種領域，涵蓋精神衛生、服務供給、健康經濟、刑事鑑定與教育界專家，搭配各科臨床專業人才。接著我們成立一個團隊，以證據為根本，審查科學文獻，把工作外包給無涉結果利弊的現有獨立組織則更好。風險與效益的分析資料要開放明確，內容包括潛在的意外後果、成本與資源分配影響，最後團隊以這些資料作為決策的根本。團

隊成員也應該包含消費者，所有事項要徹底透明、即時通知大眾。之後持續追蹤新的診斷項目，以防被濫用造成不當意外。

改變要一步一步來，慢慢累積、推展。我們不應該每隔一段時間就隨便將診斷系統改頭換面，這種行徑一點也不合理。編修團隊應該按照新出爐的研究與相關證據，逐一採納新診斷項目，而不是爲了改變而改變。一定要有確鑿的證據，眾人達成共識，才能核准通過。近期診斷系統的變革多是爲了配合公共衛生議題，少以大腦研究爲依據。雖然近年神經科學的革命非常吸引人，相關研究激盪出許多知識的火花。但是這些實驗的證據力還是很有限，無法作爲修改診斷項目的依據，只有阿茲海默症是例外。

分階診斷：根治濫診的良方

我們應該教育臨床心理師及基層醫師另一套精神疾病診斷方法。目前的作法是，第一次看診的時候就下診斷，問診時間也很短。當時患者正處於最痛苦的階段，近期內可能還嗑藥，醫師很難作出精確的臨床觀察。第一次會診能得到的資訊非常片面，不易作出診斷。回診時，患者的病徵常常跟第一次大不相同，等到第五次或第六次回診，病況

穩定下來，醫師才看得清楚明白，這時候診斷正確率就很高。此外，等到那個時候，許多人就自己好了。我想不出來還有比第一次看診更糟的診斷時機，在那種條件下醫師很容易犯錯。

所以爲何醫生們會太早診斷，還習以爲常？他們爲什麼不再觀察一下，等等看之後的變化？答案很簡單——只有出具DSM診斷，保險公司才會給付診療費。這根本就是在省小錢虧大錢，患者的健康因此蒙受其害。一旦診斷確立，醫師通常就會展開療程。這些處置可能是多此一舉。有害健康又花錢，畢竟問題輕微的人有五成的機率會在幾週後康復，不需要任何診斷與治療。

最好是仿照其他許多國家的保險方式，醫師初次看診只是評估，不需要下診斷。這麼一來可以省錢，又可以防範誤診。下一個好方法就是讓臨床醫師進行小範圍的診斷，並放心使用「待分類」這項類別。目前一定要採取這種解決之道，才不會讓求診者染上汗名，還可以避免似假亂真的誤會，排除多餘的治療。

臨床醫師需要學習一套新的分階診斷法，雖然它與保險公司的要求及藥廠「先下手爲強」的作法背道而馳。只有病情清楚或是情況緊急的時候，醫師才可以在第一次看診時就開立診斷，一般情況下，前幾次看診應該都爲了了解實際情況、作衛教，靜觀其

變。等到一切都塵埃落定之後，醫師才開立診斷，這是阻止濫診繼續發展最直接有效的方法。¹⁷

分階診斷

步驟一——蒐集基準資料。

步驟二——視問題為正常情況：鄭重看待，但以正面角度重新解釋。生命無常總會帶來壓力，個人反應是可以預期的。

步驟三——戒慎等待，持續評估，勿自作聰明確立診斷，或是建議積極治療。

步驟四——簡短諮商。

步驟五——確診與治療。

只要落實分階診斷，就能給予患者充分的時間，讓支持團體、安慰劑發揮強大的療癒效果。若非緊急情況，第一線診斷與治療的強度應該最低，只在必要的時候進入下一阶段。分階段診斷可以篩選、淘汰多餘的治療。我們要區分求診者，有些人接受治療後

病情會大大改善，有些人則自己會好起來。這種作法經濟實惠，是個好工具，既可以拯救正常人，不落入精神醫師之手，又可保住精神醫學不致淪為濫診與笑柄。

降伏大張旗鼓的廣告

任何行動都會引起反作用，濫診與處方藥濫用的情形已經嚴重失控，撥亂反正的時機到了。三大力量結合起來之後，就可以發揮威力對抗濫診，甚至還能反轉局勢。這三股勢力分別為專業組織、消費者權益團體與媒體。目前尚沒有任何一方全心全力對抗濫診，部分原因在於，藥廠聰明又有組織，買通了這些團體。如果這個世界公平又理智，這三方就一定會站第一線打擊藥廠的行銷行為，而不是推波助瀾。現在這三方都站在錯誤的一邊，但情勢依然可以馬上扭轉，未來的希望全靠它們。

中世紀行會形成之初，有兩個迥異卻又共容的宗旨，一邊保障行會成員不受外部價格競爭之苦，也保障買家不會買到劣質貨。行會享有壟斷地位，但前提為不可濫權，要維護公眾交託的崇高目標。現代精神衛生專業組織由行會衍生而來，卻背信棄義，只想保障其成員與科層組織，不想盡心維護大眾的最佳利益，罔顧服務社會之初衷。令人難

以置信的是，面對大規模的藥物濫用風潮，每個精神衛生專業組織都很被動。成千上萬人被誤診有兒童注意力缺失、自閉症與雙極性疾患，沒有一個組織出言抨擊。在這種情況下，保持中立就是袖手旁觀，各大組織被動的態度，等於縱容劣質診斷與不當治療。

專業組織應肩負起道德責任，就精神衛生的政策與相關議題，鼓勵公開、資訊充足的公共辯論。有人質疑，專業組織忙著自肥，怎麼可能站出來？濫診風潮越盛，專業工作者就越離不開，因為有更多的患者可以治療，獲得藥廠補助的機會就更多。我同意這是他們被動的原因之一，但是我認為問題更深層，不是用簡單的利益衝突就可以理解。沒錯，專業組織私心太重，但是更糟的是他們的腦袋不太好。從DSM五引發的爭論，我們清楚看到，官僚作風主導了每一項作為，他們眼中只有自己狹隘的利益。令人咋舌的是，面對濫診引發的患者照護與公共政策相關議題，這些組織完全不僅缺乏敏感度，也沒有收集足夠的資訊。

有改善的機會嗎？我認為一定有。醫療組織與藥廠牽連甚廣的關係一旦曝光，就不得不跟藥廠切割，恢復獨立運作。DSM五少數的貢獻之一，就是喚起專業人員的自覺，讓他們知道應該的效忠對象是大眾，不是同儕。行會交不出優良成品，就不應該占著壟斷地位。美國精神醫學學會出版DSM五的時候，沒有妥善考量濫診問題，未來它

應該會更小心注意。組織成員終將看到曙光，坦承當前的疾病診斷太寬鬆，醫生隨便就開立處方藥物。只要願意跟人民的利益站在一起，組織一定可以變得更好、更有力。

消費者權益團體在精神醫學領域貢獻卓著，包括推動照護平權、籌募研究經費、改善公共服務、提供支持、洗清患者汙名。不幸的是，消費者權益團體在無意間也淪為效忠藥廠的遊說團體，一般民眾都不疑有他。更甚者。權益團體完全不懂得要利益迴避，它們有太多經費預算是藥廠贊助的。歐洲的消費者權益團體就堅決反對過度使用藥物，避免助長歪風。

還有另一個更幽微的利益衝突。組織總是要努力爭取更多會員。消費者權益團體規模越大，政治影響力就越大，財力也越雄厚。只要越多人患病，汙名就越輕。自閉症的宣導效果奇佳，但附帶產生的問題是，大半被當成自閉症患者的人其實沒有經由醫生診斷。消費者權益團體發展越趨成熟，應該就更會注意到診斷過當的風險。它們一定有更好的平衡之道，以調和眾多會員帶來的優勢與風險，畢竟有些人不該加入，長期治療的弊大於利。

要對抗藥廠鋪天蓋地的宣傳，最好方法就是媒體的調查報導。但是在我們的媒體業，這種基本工作卻變成奢求。記者常常照著藥廠的新聞稿照本宣科，不去深入挖掘更

為複雜的真實情況。他們寫不出扣人心弦的報導，只會散布錯誤的結論，讓民眾以為科學非常進步，研究證實所有的問題都是腦部疾病。沒有多少人注意到，比起投入科學研究，藥廠實際上更醉心、擅長於行銷與政治遊說。近幾年來，製藥產業都沒有在研發、生產的新藥品，倒是在華盛頓跟各州首府間角逐權力。藥廠違法被處以鉅額罰款，這些新聞的篇幅都很小，甚至被壓了下來。

我們還有幾絲希望。DSM五團隊超乎尋常的失職，又缺乏媒體敏感度。媒體一定知道精神疾病診斷有多危險。DSM五的相關報導很多，資訊充實、內容豐富，全球都有。各地記者不屈不撓地追蹤，直接指陳DSM的問題。不可思議的是，編輯團隊卻不在乎圈外人的批評，覺得不痛不癢。媒體罵得狗血淋頭，他們終於還是讓步了，退回許多爛到底的更動提案。社會最弱勢的族群是孩子¹⁸、老人¹⁹、窮人、退伍軍人，大藥廠的行徑太過火，他們日益深受其害。至此，越來越多人站出來抨擊藥廠，讓社會正視醫界醜聞，有效遏止混合用藥、醫源性用藥過量亂象。

期待有媒體願意挺身而出，對抗藥廠的行銷攻勢，而不是當對方的傳聲筒。媒體應該要監督醫界與製藥業的過當行為，捍衛大眾利益、為民喉舌，對抗濫診及過當治療。²⁰

能不能戳破濫診的泡沫？

或許可以，但絕非一蹴可幾。通貨膨脹很容易發生，但要停下來很難。悲哀的是，浮濫診斷也是如此。當前濫診現象勢不可擋，DSM五讓情況更加惡化，最後人人皆有病。藥廠不會輕易放棄自己的壟斷地位、鬆開對消費者的箝制，畢竟這個市場獲利高，消費者又容易騙。藥廠的遊說團體祭出豐厚的餽贈，政治人物因此動彈不得，不敢訂立嚴格的外部管制條例，連個影都沒有。醫師開處方像反射動作一樣，患者很好騙，照單全收。面對龐大的藥物濫用問題，專業組織要不是默默支持就是袖手旁觀，而消費者權益團體也已經被買通了。

理想上，我們的診斷系統不應該被任何商業團體左右，也不應該是學術爭議的戰場。美國精神醫學學會的出版利潤、藥廠的獲利、專業組織與消費者團體拿到的資料、醫師渴望的藥廠津貼補助、專家得意的研究成果，這些都會造成利益衝突。若基層醫師得處理精神科的事物，就要讓他們再進修，給他們足夠的時間診療病人。

只要我們拿出意志力，作好準備要根治濫診問題，一定能立竿見影。只是意志力

從何而來，與之對抗的動力從何而生？DSM五的負面後果倒是有個正面影響，那就是媒體與大眾開始警惕了，他們知道正確的精神疾病診斷有多重要，弄錯了之後又有多嚴重。這個時候，我們應該展開公共政策辯論，探討如何才能有效改革精神疾病診斷系統，阻擋各種可能的腐敗勢力入侵。爲DSM五找到更好的贊助者或許是個好的開始。下一步很清楚，就是跟上其他國家的步伐——禁止藥廠直接向消費者宣傳。除非人民看重這問題，不然政治人物才不在乎；除非媒體關心，不然大眾怎會知道嚴重性。因爲媒體施壓，美國精神醫學學會的領導者最後才終於清醒，否則DSM五本來會更糟的。我們期望媒體勇於挑戰大藥廠，激起人民的怒火，施壓除去藥廠的政治靠山。醫生進行診斷、研判病情時，應該考慮患者的最佳利益，而不是嘉惠同業、精神醫學學會或消費者團體。

我們作得到，只是我們願意嗎？

第八章 當個聰明的病人

了解你自己。

——德爾菲阿波羅神廟神諭

講到精神疾病，現在是最好的時代也是最糟的時代。爲什麼是最好的時代呢？因爲患者可以獲得許多有效的治療，還有許多醫術高明的臨床醫師。爲何是最糟的時代呢？有太多不需要治療的人卻被過當醫治，有需要的人獲得的治療卻遠遠不足。許多醫師醫術不佳，診斷不精確，用錯的方法治療患者。請注意，健康照護體系絕不會自動提供優良的服務，令人髮指、參差不齊的專業人員充斥其中，什麼怪事都有，就是沒有嚴謹的組織。要根治濫診現象，還得靠專業組織的努力與政府修法，非一朝一夕之功，甚至還

可能一無所成。

當機會與風險夾雜的時候，該怎麼辦呢？所有精明的消費者都會作足功課，我們應該採取這樣態度，小心翼翼——「貨比三家不吃虧」。上醫院前要三思，要像購車、買房、挑朋友或另一半那樣。吃不吃精神科藥物、作不作心理治療，這些決定會改變一個人的的一生，絕對不要亂來，不要糊裡糊塗就接受任何建議。

不要臨陣退縮，要親力親為、自己找到正確的療法，避免接受不當的治療。身為消費者，你已經習慣為其它困難事務作出聰明的決定，這件事也沒什麼不同。消費者的選擇可多了，應有盡有，這是現代社會的特點。同樣的，醫療專家也提供一系列的精神診斷與治療方式。任何一樣東西，如相機、電視、洗髮精都有十幾種選項，超級市場還有一整牆壯觀排開的早餐麥片。選擇如此之多，一則以喜，一則以憂，畢竟糟粕也多。接下來我要提供訣竅，教你如何與醫生協商，決定要不要接受醫療照護。不然看病過程如同逛迷宮，容易暈頭轉向。希望能幫助各位找到適合的選擇。

與臨床醫師合作

你必須跟自己的精神醫師共同合作才能得出正確診斷。醫師無法獨立完成，因為精神科並沒有客觀的實驗測試。如果你不提供協助，不論是誰都沒有辦法為看病者解惑。下列作法可以助你獲得最好的結果。首先，對自己要誠實，對臨床醫師也要誠實。討論精神症狀一點都不好玩，別說是跟陌生人講了，但是正確的診斷完全仰賴你的告白。你得開誠布公，願意分享自己最尷尬的想法、感覺與行爲。不論這些真心話有多麼羞愧、嚇人，請相信那都是人性的一部分，臨床醫師以前就已聽過無數次類似的自述了，還有更奇怪、更尷尬的不在話下。不管你遇到哪個臨床醫師，你的自我批判程度一定都超越對方好幾倍。

精神診斷的關鍵在於自白，你得仔細、持續自我觀察，否則任何醫生都救不了你。請開始記錄、描述每天症狀發生的情形，特別要記下：症狀類型、出現的時間、嚴重程度、持續多久、造成多嚴重的功能障礙、哪些壓力會惡化情況，哪些事情可以讓你放鬆。爲了協助醫生診斷，資料越豐富越好，盡可能完整蒐集過往的紀錄，最好能彙整

一份全面的身心病史紀錄。到前一陣子，要取得這種資料還相當困難，但是現在已經方便多了。這些紀錄有時讓人不開心，也不一定正確，所以讀的時候要拿出勇氣與耐心。記得，如果有任何的錯誤，你有權利糾正。申請這些資料曠日廢時，很容易讓人感到挫折，若能趁早準備好，一開始會覺得比較安心。

如果過去的紀錄太龐大，請按照時間順序，列出服用過的精神科藥物。這麼作很有效，日期、藥量、適應症、服藥反應與副作用都要記下。另外也要列出目前正在服用跟過去服用過的其他類型藥物。最後，請按照時間順序整理出一份清單，列出所有看過的精神科醫師、哪間醫院或診所、該單位的電話號碼與電子郵件地址。自己寫摘要有助於釐清思緒，確保重要的細節不會漏掉。這樣可以幫自己跟醫師省下寶貴的時間，以最高效率的方式，全心全意放在分析當前的狀況，找出背後的意義，而不是一項一項地講過去發生的事情。

你跟你現在的醫師都不應該盲從，過去醫師的診斷印象與治療計劃可能是錯的，也可能因為後來的病情發展而不適用。過去的紀錄沒辦法呈現全貌，總是能提供蛛絲馬跡，讓現在的情況更爲清晰明白。只要花時間蒐集與更新紀錄，之後一定會有豐厚的回報。

盡可能充分認識自己病史中的每種狀況，找出最相關的DSM診斷準則，或比對另一種不同的疾病診斷項目（也許你罹患的是另一種病）。當然，如果你表現得像全能智慧王，醫生有時會感受到威脅、生起防衛心。但除非你太討人厭了，否則醫生一對你產生反感，你最好還是去找別人。療效好不好，唯一的指標就是醫病關係。你喜歡你的醫師，覺得他懂你、也理解你的問題，雖不保證治療就有效，但至少是好的開始。你跟現在的醫師無法自在相處的話，請改去找一位可以溝通的。要記得，醫病關係要透過合作建立，它始終都是一條雙向車道。要有最好的成果，就要用心投入。精神狀況出了問題固然讓人難過，但你可以不要讓它變成一場悲劇。抱持著實事求是、求知求教、講求效率的合作精神，認真準備接受診斷與治療，通常就能獲得最佳的結果。

怎麼確定診斷正確呢？

最輕鬆又最省錢的方法大概就是自己去了解診斷項目。我以前會建議大家參考DSM診斷準則，但現在我對DSM五不太有信心，當中許多建議都會導致過當診斷。網路上有許多優質的資訊，也有許多網站會助長濫診，恐怕是受到藥廠行銷的影響。許

多寫給臨床醫生與患者的精神科診斷指南比較客觀，爲了避免DSM五被嚴重濫用，我自己也寫了一本。¹

你需要確認的主要事項包括，自己的症狀是否密切符合疾病敘述，是不是維持夠久，是否讓你非常痛苦、進而造成失能，症狀是否出於特別的煩惱，還是每天都這個樣子。你不需要立刻確定症狀，只需要寫日記，持續觀察身心的發展情況。如果在合理的時間內，你的症狀自行改善了，答案不言自明。但是如果症狀沒消失、還繼續惡化，造成生活上的困擾，那麼請務必尋求協助。

作了以上研究後，你可能會發現醫師給的診斷與自己的觀察有出入。醫師當然會犯錯，他在短時間內迅速檢查、彈指之間就給了診斷，很難一下就命中要害。要不然就是醫師注意到你沒發現的事情。這時千萬不用客氣，你可以禮貌地請醫師解釋一下，爲何作出這樣的診斷，哪些條件符合診斷準則。不同的醫師提出的診斷意見大相逕庭，很難判斷誰是誰非。這種歧見特別容易出現在年輕患者身上，因爲症狀不夠典型，剛好處於正常與異常界線上。紅中球一看就知道是好球，但投到邊邊角角就很難判了。

只要你心生疑慮，就找別的醫師尋求第二意見、第三、甚至第四意見，聽聽家人的看法也不錯。若是你的初期治療沒有效果或對診斷有疑慮，那麼第二意見就特別有幫助

了。以我的經驗來說，有的醫師對每個病人下的診斷跟治療都差不多。有的醫師參加了藥廠業務進駐的研討會之後，會突然特別熱愛某個疾病診斷項目。太多醫師隨波逐流，被最新的診斷熱潮、最新的上市的「靈丹妙藥」牽著走。各位可以成爲有效的牽制力量。你們得時刻要求醫生，要提供合理的理由，解釋其診斷結果。如果對方拒絕，也要謹慎提出質疑。若醫師心胸狹隘、生氣了，又無法給你合理的診斷解釋，這時最好再找一位醫師。

哪一科的診斷能力最好？

常常有人問我這個問題。還有另外一種問法：請精神科醫師診斷是不是很重要？還是我可以相信我的治療師？答案一言難盡。沒有哪一科能專收優秀或鷓腳的診斷人才。一般而言，專業人員接受的訓練與技巧，程度按照下列順序由高而低：一、精神科醫師，二、心理醫師，三、精神科護理師，四、社工，五、心理諮商師，六、精神科職能治療師。但就我所知，當中最糟糕的一些專業工作者，許多都是精神科醫師，最傑出的反而是護理師與社工。所以各位不能只看文憑，比起不同領域專業上的落差，同一個領

域內良莠不齊的情況更大。我們更該當個聰明的消費者，靠自己作好功課，這樣你跟家人就可以成爲醫生外的第二道防線，收集夠豐富的資訊，就可以協助監督醫療過程。

在上述的專業序列中，基層醫師的位置比較尷尬，有些人精於精神疾病診斷，但大部分的人都知識不足，可能是太忙，要不然就是根本不在乎。問題在於，基層醫師開出的精神科藥物處方非常多，如果他們非常了解病人，提供治療前也花了時間與病人晤談，那麼診斷的正確度應該比較高。但是看了七分鐘後就開了處方，或者一開始就給你免費的試用藥物，這樣的診斷或治療計劃絕對很可疑。天下沒有白吃的午餐，這位醫師可能深受藥廠業務的影響，判斷力被大幅左右，只想方便省事，儘快把你趕出診間。請記得，一般來講，基層醫師開立的藥物太多了，他們看待抗焦慮藥物（例如贊安諾）、抗精神病藥物（例如思樂康、安立復）的態度特別隨便。如果是我，服用前一定會諮詢第二人的意見。

如果你的精神狀況嚴重，也有用藥問題，那麼我建議一定要找專業的精神科醫師。

求診精神科是全家的事情嗎？

多半沒錯，但有時不是。我們看事情一定有偏見與盲點，人性天生如此，特別是我們攬鏡自照的時候，與現實離最遠。我們前面提到自我診斷的功用，但是我們也必須了解，自我診斷效用有限，也會被亂用。

人類這種動物沒有自知之明是天性，但是對精神疾病患者來講，問題就在於沒有自知之明。有些精神問題的基本特質就是洞察能力發生嚴重障礙（例如思覺失調症、躁狂、妄想性憂鬱症、厭食症、失智症、反社會性與自戀性人格疾患），但是其他比較輕微的疾患也會使洞察力受損，其影響難以捉摸多了。患者完全不知道，自己的憂鬱情緒（或者是焦慮、飲酒）正在嚴重破壞生活能力，除非旁人提醒，他也絕不會想到要尋求協助。請記得，接受治療能大幅改善患者的生活，但是精神疾病重症患者中，三分之二的人沒有接受治療。

這時家人就可以派上用場了，親愛之人可以發揮極大的力量，填補資訊與洞察力的缺口。家人可以提醒患者事情的急迫性，這樣他才會去尋求協助。家人才能逐日觀察患

者症狀的變化，了解他的生活能力與人際關係受多大的影響，不然患者自己一無所覺。基於這個原因，只要有患者求診，我都會尋求其家人的意願與能力，在患者同意下，讓家人一起參與診斷評估。如果距離太遠，家人不方便與我進行私人晤談，打電話、用skype也好，遠勝什麼都不作。每一位家庭成員都能提供獨特的訊息與見解，比起單憑醫生自己一人判斷，團隊合作更有可能帶出正確的診斷。理想的情況下，家裡每一個成員都能加入，一同追蹤觀察症狀的性質、病程、嚴重度；進行治療的時候，大家都一樣的認知與共識，同心協力，對病情發展一定有幫助。

這套模式不適用於兩種例外情況。在有些情況下，家人不適合主動參與診斷評估，或是參與之後越幫越忙。坦白說，若是家人不相親相愛，而是互扯後腿，造成家庭恩怨，就會拿精神疾病標籤大作文章，彼此攻擊，牽扯到兒女教養或監護權問題的時候更是如此。家人要先平息糾紛，才能參與診斷並發揮效果。有時候成功治療一個人有助於平息糾紛（個人的精神問題是導火線），下一步再把家人都聚在一起，他們就可以發揮建設性的角色了。

還有第二種例外。青少年正在努力爭取獨立，得靠自己解決問題，不需要家人的參與。但這種情況很罕見，大部分來說，家人都是正確診斷的關鍵要素。

精神疾病診斷何時需要重新評估？

生活中每件事情，第一印象並非永遠是正確的，精神疾病也一樣。遇到下列三種情況時，一定要提醒自己，初步的疾病診斷只是暫時的推論，而不是拍板定案的事實。

第一種情況最爲常見。醫師按照診斷結果，規劃了專屬的治療方法，包括適當的劑量與藥效週期，但個人試驗後效果不如預期。當然，就算醫師下的診斷精確又明白，治療方式也合適，還是會沒效。第一個確認的問題是：患者是否確實服用了處方藥物？是否確實完成醫師指定的治療功課？如果沒有確實執行過一遍，就不應該判定療程失敗。不過，就算有徹底執行，平均來說還是有三分之一的失敗率。接下來，針對這項診斷，醫師可能要找出替代療法。不過，我們一定要放在心上，也許還有別種可能。醫師的初步診斷可能錯了或有缺漏，所以挑錯了有效的治療方式。病人接受治療後，或反應差強人意，就要醫師開立的診斷不夠精確，或是沒找到最佳的治療對策。有時候換個診斷項目，採取更適合的療法，就可以發揮神奇的效果。

醫師診斷失誤常常也是因爲忽略患者（特別是年輕人）可能有物質濫用的習慣，畢

竟它的後果與影響非常複雜，也可能是忽略了患者的健康狀況、藥物副作用（特別是老人）。還有其他幾種因素會造成診斷上的疏漏、錯誤，這些狀況都很常見，包括無能的診斷人員、有所隱瞞的患者、評估時間不夠或是會造成診斷不穩定的環境。初步治療效果不佳的時候，可以翻翻DSM手冊，看是否吻合診斷準則，想想第一輪是否漏掉了什麼。請與你的醫師合作，自己檢查一遍，或是尋求第二者（或第三者）意見，這些作法都是很好的。

病史越完整，醫師作出的診斷就更精確、更穩定。相較之下，患者在初期精神症狀發作時就去求診，診斷的精確度就較差。兒童（發展階段的各項因素會導致劇烈變化）、青少年（毒品、同儕壓力、家庭問題、複雜的成長問題）尤其如此。除非病徵再清楚不過，不然只要患者年紀輕，都不要妄下定論。總不能每次都是「一診斷定終身」，以為症狀會跟隨你一輩子（例如雙極性疾患或自閉症）。若是欠缺足夠的資訊，短期病程、初期症狀都不能當作診斷依據。

診療的過程很漫長，一如電影，而非快照。醫師下診斷不是靠著第一印象，彷彿時間凍結，一切都不會發展。初步診斷就真的全憑第一印象，只是一種推測，還需要靠著日積月累的經驗去驗證與挑戰。觀察症狀的發展，是診斷過程最重要的工作之一，經過

一段時間之後，病程才會完整清楚，所以請敞開心胸，謹慎地自我觀察症狀的發展，比較它與診斷是否吻合。

有些症狀活脫脫像是直接從DSM書頁上跳出來似的，這些典型的教科書案例，任何經驗老道的醫師都不會誤診，你大概也可以自己診斷出來。有些病狀並沒有那麼清晰，需要相當高明的臨床技巧才能挑出來，還有一些病狀非常令人頭痛，不管當今哪位診斷專家醫術多高明，也看不出所以然。症狀越典型，醫師就越有信心診斷出來，並搭配適當的治療（雖然還是可能出錯）。病症越複雜，診斷與治療方式就越因人而異。我們只能靠時間來判斷，隨著病程發展，讓疾病逐漸展現真面目。

重點在於，我們要盡全力釐清現況，讓診斷更爲正確，但有什麼證據說什麼話，不能妄下結論。改變診斷方向會讓人手忙腳亂，但是硬巴著錯誤診斷不放，對患者的傷害更大。你與你的醫師都要勇於糾錯，以循序漸進的態度，重新評估診斷結果。情況不明朗的時候，接受它，不要貿然妄下論斷，避免出錯。

自行診斷的風險

我們要努力成爲知識豐富的消費者，但要小心陷阱跟風險，最容易犯的錯就是聰明反被聰明誤。我們可能過度診斷、重症輕判甚至誤診自己。請保持懷疑態度，自己作的診斷不會百分百正確。要做開心胸，與家人、精神科專業人士參詳，這樣永遠是最明智的作法。

過度診斷常見的原因是，以爲出現一兩樣精神疾病症狀，自己就罹患重度精神疾病。人多少都有精神疾病症狀，有些是暫時的，有些是一輩子的，這是人生，不是精神疾病。請記得，要出現一大串症狀、病情夠嚴重、持續時間夠長才算數，否則別自認罹患精神疾病。

重症輕判最常見的原因就是資訊不足。這點最容易改善，只需要多加研究，針對自己研判的診斷項目，再檢查徹底一點就行了。有些人會覺得丟臉而否認自己有病，有些人個性太逆來順受、超乎常人，更別說有的人心如槁木死灰。這些人都很容易輕判自己的病情。遇上這種棘手的情況，靠自己很難克服，請試著接受親友與醫師的協助。

至於誤診的原因，最可能由於當事人低估酒精與藥物的影響力。有些症狀是來自於物質濫用。你可能忽略了兩者的關聯，或者因為不想要戒癮，所以急著想要否認。最常導致誤診第二個原因就是，你沒忽略了，身體疾病（及相關藥物）也會導致精神疾病症狀。這種狀況複雜又棘手，很難靠自己查清楚，你的身心二科醫師要一起攜手合作，才能找到解決之道。

自行診斷的下一項風險很罕見，但是造成的傷害也很大。對某些人來講，蒐集資訊會造成慮病情緒。請記得，精神疾病症狀非常普遍，是人生無可避免的過程。只要是人，偶爾都會閃現一些失常狀態：焦慮、憂鬱、注意力無法集中、記憶力減退、大吃大喝（這個清單可以一直列，列出好幾十項），但是大部分的人都沒有精神疾病。如果你自己翻閱DSM，覺得好像每個疾病你都命中，那麼你可能什麼病都沒有，只是把手冊讀得滾瓜爛熟。

最後要提醒，一知半解很危險。你找到了貼標籤的樂趣，除了以為自己有病，也不放過你的家人、朋友——特別是你的老闆。特別在是與人爭執時，講對方有病是不負責任的作法。把診斷當成飛鏢一樣亂射，不僅會傷到人，對方也會回敬你，讓人際關係陷入惡性循環。不過對絕大多數的人來講，自我診斷的好處還是勝過風險。

小心流行病

一夕之間，人人都得了某種精神疾病，七嘴八舌不斷討論（不論是注意力缺失症、雙極性疾患、創傷後壓力症或是自閉症）。這種風潮是炒作出來的，不要跟著一頭熱。身邊的朋友當起了鍵盤心理醫生。媒體捕風捉影，哪些名人得了精神病，許多正常健康的人以前太疏忽，現在才發現自己有病。不要被牽著走！每個一段時間就會流行不同的精神疾病，給社會帶來嚴重的負面影響。某個精神疾病開始大流行時，要勇於保持批判懷疑的態度。

提防藥廠

製藥產業會千方百計誤導你。這行就是靠著擴張市場賺錢，當然會不擇手段招攬新客戶。藥廠厚顏無恥，經常提供消費者跟醫生錯誤的資訊，時不時就會被罰錢。但這麼作有利可圖，它們才不會罷休。藥品廣告設計得很高明，要特別提防。爲了推銷產品，

藥廠發明各種大小小診斷方法，連不需要吃藥的人也一網打盡。千萬不要中計，更別把孩子賠進去。面對油腔滑調的二手車推銷員，你知道要保持友善的距離，抵抗藥廠的誘惑也一樣。「洽詢你的醫師」不一定安全，可能還是會得到狗皮膏藥。藥廠的影響力無遠弗屆，你的醫生可能已陷入它的魔掌。千萬要當心，醫生的便條紙、筆、杯子上印著藥廠標誌，業務還提供許多免費的試用品。要保持懷疑，但不用感到絕望。適當服用藥物能改善病情，甚至恢復健康。

有些人提倡，草藥可以改善精神問題。這類食品比合法藥物還猖獗，因為食品與藥物管理局管不到。就算沒有證據支持，草藥商還是把藥效講得天花亂墜。誰知道他們的產品到底純不純、安不安全、有沒有效，若說全都是詐騙集團也不為過。

網路上可以找到關於精神疾病的有用資訊，但錯得離譜的也一大堆。請抱持批判精神，謹慎挑選網站。有些網站擺明就是藥廠的行銷工具，也有許多網站是無意間被藥廠左右，因為有時它會採用隱晦而細緻的行銷手法。吸收網路資訊時，記得要再三確認，不可囫圇吞棗。

自然療癒

時間與復原力是你最好的夥伴，絕對幫得上忙。生活壓力帶來的輕微症狀，是人生本有的經驗，生活或心理上作點調整就會改善，自己就會好起來。我一而再在而三地強調這件事，再多幾句都不會厭煩。不要一傷心難過、焦慮不安，就武斷認為自己有病。船到橋頭自然直，給自己時間，問題總會解決。還有，去作大部分人明知有益卻不愛的三件事：運動、運動、運動，它們是治療身心問題的神奇藥方。睡眠務必充足，否則會產生精神疾病症狀。酒精、藥物請減量服用，或是戒除。去找親朋好友談談，或是尋求宗教上的協助。想一想你最喜歡的事情，讓生活多些愉快的時間；找出讓你痛苦的問題，想一想解決辦法。只要能安心交出去，儘管把壓力卸下。這些方法都是老生常談，沒什麼大道理，但正因如此，才可以解決日常生活大小問題。

如果你的症狀很嚴重，沒有消退的跡象，那麼天生的復原力與老生常談的方法就沒效了。真正的精神疾病需要臨床心理師的照顧，有需要的時候，勇敢尋求專業協助，但沒有必要的話還是省省吧。

第九章 精神醫學的大壞與大好

行醫，先講求不傷身體。

——西方醫學之父希波克拉底

正確的診斷可以救人性命，錯誤的診斷則是毀人一生。對許多人而言，他們第一次被診斷出來的那一天是轉捩點，對未來的發展具有深遠的影響。若是診斷得當，接著有效治療，那麼這天就是美好的一天。可是如果診斷馬虎無感，將會開啓一波又一波的治療惡夢。要確實呈現診斷帶來的強大衝擊，最好的方式就是讓那些有過最糟跟最好經驗的人現身說法。首先分享八個奮鬥不輟的人生故事，他們因為遇到了非常無能的診斷以及逼人發狂的治療而深受其害，後來雖然全都逃脫了精神治療的迷宮，卻還是免不了滿

身傷痕。姑且不論其他現實的問題，單單要面對從扭曲的診斷書所反映出來的那個形象就已經如同夢魘，因為那個人完全不是你，也完全不是你想要變成的樣子。

這些悲慘故事裡的醫生（包括我自己）都忽略了醫學最重要的金科玉律：第一，絕不傷害他人。認知到精神醫學一旦被濫用，就會誤了許多人的大人生而且造成嚴重的傷害這件事，實在讓人痛心疾首。差勁的精神疾病診斷導致差勁的精神疾病治療，兩者合一起鑄下大災難。這些被犧牲的人對精神醫學界來說就是活生生的教訓，也是必要的教訓，正是這些案例給了反精神醫學運動啟發和熱情，使其壯大。精神醫學一定要從這些前車之鑑當中有所反省，並慎重對待那些通常頗有道理的批評炮火。

只不過我認為，反精神醫學這一龐大運動的批評與謾罵太過以偏概全。我不可能是個滿腔熱血、對精神醫學毫不批判的死忠擁護者，但也不可能是個一心一意以拆穿精神醫學假面具為己任的批評者。這兩方的立場各執己見，偏激極端，以致忽略了事實。在精神科執業的這些年來，我確實遇過數以百計受到診斷之害的病人。三十年前剛開始體驗這種事，我寫了一篇論文，引用希波克拉底名言作為標題——「不治療就是一種治療」。當精神醫學處置失當並踰越其合理職權時，任何有責任感的人都一定要嚴加指責（並聲援他人對此事的批評）。

不過請注意這項免責聲明：以下記載的惡質誤診絕對不能代表精神醫學全體的行事作為。各位接下來所讀到的案例，正因為凸顯了診斷的無能與療法的不合理，才會被選來加以探討。但反精神醫學運動卻拿這些最糟糕的案例一竿子打翻一船人，不分青紅皂白地攻擊整個精神醫學界。對那些真的需要治療，也會因治療而大大受惠的病人來講，這種偏激的極端作法反而剝奪了他們的權益。本章後半部將呈現大多數精神病患的治療成果，他們的結局比前半部快樂多了。

每當有人舉出一個因精神醫學而受害的例子，我就會舉出十個因精神醫學而獲得重大改善、甚至救回一命的例子。我最近遇上一樁奇怪的巧合，在同一天早上收到兩個人寄來的電子郵件，不約而同問了幾乎一樣的問題：我怎麼有辦法猛烈批評精神醫學近期的某些趨勢，並如此擔憂DSM第五版的有害影響，在此同時，卻還能對這個領域保持這麼樂觀的看法？我的答案很簡單，精神醫學界受惠於強而有效的治療法（各式各樣的心理治療與藥物），使得我們可以得到優於其他醫療領域的結果。我們的患者大多得到幫助，完全康復的大有人在，有些維持原狀，只有少數變得惡化。身為精神科醫師，只要能力所及就會盡力治療，即使力有未逮，也會以同理心安慰患者。在這段特別的旅程中，我們擅長傾聽、照顧，並應用我們的經驗與人格特質，去幫助其他人康復、適應與

自助。

精神治療作得好，一輩子開心，這是一項實用又能帶來高度滿足感的技能。精神治療作不好，就成了害人不淺的江湖庸醫。一旦給予誇大的保證、過度的治療、結果卻達不到期望，我們這一行就走上歪路了。人生的問題堆積如山，並非全都是精神疾病。也不是所有的精神疾病都是「化學平衡失調」造成，光靠吃藥就可以解決。承認我們依然不清楚精神疾病的肇因並不丟臉，像其他的醫學領域對付的是簡單許多的器官問題，即便如此，他們對於多數造成人體疾病的根源也依然不清楚。雖然我們有一套總體方針，對指導如何治療很有幫助，但是每一個人都獨一無二，只能靠著嘗試錯誤的反覆實驗，才能找到符合個人需求的療法。如果患者與醫師能夠一起努力、用心，通常都會有不錯的效果。

敏蒂的故事：一九六〇年代思覺失調症的濫診熱潮

我們要講兩個故事。故事一：有一位彷徨叛逆的嗑藥青少年被誤診為「思覺失調症」，她在醫院住了痛苦的兩年。故事二：一位年輕的醫生參與了這次的過當診斷與有

害治療，直到少女出院了之後才醒悟過來。敏蒂·路易斯就是這位女孩，她一脫離壓迫她的治療機構就重新振作，蛻變成一位令人欣賞的女性，也成了優秀的作家。說來很丟人，我就是那位年輕的醫師，害她的日子過得更痛苦，我也是幫兇。

十五歲時的敏蒂有著驚人的外表，又長又捲的金髮飛揚，臉上掛著古靈精怪的微笑，眼神透著反叛，行爲意在挑釁。然而她的內在，「極度焦慮，自我意識過剩，自慚形穢。我覺得自己很壞，一無是處，什麼都不是，因為內在感覺不到自己的存在，所以我創造了一個角色，讓人以為我天不怕地不怕。」蹺課對敏蒂來說是家常便飯，她跟著其他嗑藥的孩子在中央公園鬼混。敏蒂的媽媽不懂敏蒂爲什麼會從一個乾淨乖巧、綁著馬尾的小女孩，變成一個頭髮凌亂、外表邋遢、整夜不睡只呼大麻、一下子沉默不語、一下子滿口粗話、還光著腳丫子在格林威治村晃來晃去的陌生人。母女間的衝突越演越烈。「我的母親很強勢，她讓我清楚知道，在她的地盤上只能有一位成年女性。」

接下來的情況變得非常危險，「當我下課回到空蕩蕩的公寓，我會開酒櫃喝酒，或是吸聞浸泡過清潔劑的碎布。有一次我昏倒在樓梯間，有幾個混混餵我吃巴比妥，硬是把手伸到我的內褲裡要讓我『醒過來』，之後的好幾天我都覺得很痛苦很羞恥。」呼大麻又讓她更加困惑：「因爲感官的共同作用，我的思緒都活過來了：我看得到、聽得

到、嘗得到也感覺得到它們。但並不全然是愉快的想法。通常是自責的念頭：我又醜、又笨，又膽小、又沒主見，根本是個小鬼、假貨、非人類。」

敏蒂開始看精神科醫師，但是兩人的討論毫無進展。「最後，就像在證明自己有膽一樣，我吞了一大把阿斯匹靈。」敏蒂的母親把監護權轉給州政府，好讓她住進有名的紐約州立精神醫院進行長期治療。然而根本的錯誤診斷卻導致接下來沒完沒了的治療惡夢。這間醫院的主任恰好就以「假神經性思覺失調症」(Pseudoneurotic Schizophrenia)

一詞的共同發明人而聞名。這個詞一聽就知道很亂來：就算沒有典型症狀，只要病人個性古怪，醫師又是受過主任那種探測方法特訓的「診斷專家」，就可以「發現」某個人的「內在思覺失調症」。「假神經性思覺失調症」根本就是個騙局，但是在一九六〇年代卻獲得全國廣泛認同，那時候的我是個生嫩愚蠢的醫生，也信了。

敏蒂開始進行在當年稱之為治療、其實根本是一場恐怖秀的過程，而我是主導治療的團隊成員。「大家排隊領藥，一天三次，我拿的是托拉靈，一種精神病標準用藥，如果我把藥丸藏在嘴側，護士會檢查我的嘴巴，然後我就要喝苦苦的藥水。反正效果都一樣：藥物會讓你動彈不得，吸乾你的活力，讓你口乾舌燥，滿腦子都是絕望的想法。我每吞一次藥，都會希望這些醫生也可以自己嘗嘗這種行屍走肉的滋味。」這種治療的環

境毫無治療效果：「就算你起先沒有憂鬱症，這種治療也會讓你得憂鬱症：閒坐在病房裡抽菸，身上穿著病人服，沒辦法外出，吃了藥以後昏昏沉沉，吃了都是澱粉類的醫院伙食，再加上吃藥的副作用，就越來越胖。爲了打發單調無聊的時間，我們踱步，打乒乓球，偷帶毒品進來，解開病服的扣子以方便性愛探索。」

我們這些醫生還以爲自己在「分析移情作用」，告訴病人自己的真知灼見，「導正情感經驗」，敏蒂卻另有一番見解。「對青少年來說，去看病是件大事，就像去約會一樣，我會解開病人服最上面的扣子，擦上廣藿香精油，賣力表現，越怪越好，讓醫師印象深刻。這圈子裡，生病就是貨幣，讓你買到注意力，我做的每一件事，說的每一句話都貼了症狀的標籤，每種轉瞬即逝的情緒都會引起警覺，我在自己的小劇場裡身兼編導二職，心裡有個地方知道自己沒有問題，我想找出來，但是健康的自己已經成了遙遠的記憶，醫生們說不定是對的，我有個問題是治不好的。」

古德太太拯救了敏蒂，她是位了不起的英文老師，負責管理學校，也是在住院病房裡少數幾位明理的工作人員。「她把我當成一個人看，而不是病人，她上課的時候教我們從閱讀文學的共同經驗裡找尋意義。最重要的是她對我們全心全意，我們是她的『聰明的孩子』，她對我們的健康、智性與精神有信心。雖然她從不直接與醫師們唱反調，

但是當其他工作人員不懂我們的時候，她卻是站在我們這邊的。」

敏蒂遇到了第二個醫師，她的好運來了，這位醫師「自己也很內向，講到我覺得自慚形穢的痛苦時，他很有同理心，會深入理解。我們一起合作爭取更多的自由。我免不了會退步惹麻煩，但R醫師也會為我爭取第二次機會。他對我的信任發揮了效果，我漸漸得到更多的自由，然後就出院了。」

敏蒂克服了種種挫折，一步步建立了幸福成功的人生與平面設計事業，後來她發現自己的志向在寫作，目前已經出版了兩本書：《住院生活》（*Life Inside: A Memoir*）與《灰塵：作家務的怪癖、習慣與熱情》（*DIRT: The Quirks, Habits and Passions of Keeping House*，詳見<http://www.mindylewis.com/>）。敏蒂現在於紐約市開設寫作工作坊，她根本就沒有思覺失調症的體質，從來都沒有。我從她身上學到兩大教訓。第一，她寬大為懷，原諒我愚蠢地參了一腳，害她被關在精神病院裡。第二，她教會我要時時尋找人們本質上正常之處，而不是只看貌似有病的地方。我們兩個人最後各用不同的方式，順利飛越杜鵑窩。

陶德的故事：現在流行的自閉症濫診熱潮

陶德十五個月大的時候快樂又活潑，除了還沒開口說話之外，一切正常。他的小兒科醫師反應過度，轉介陶德去做進一步的評估。他真的大錯特錯。測驗結果發現陶德的語言接受與表達能力「重度」遲緩，顯示有自閉症或心智障礙的可能性。「我們一開始以為兒子是個開心又正常的孩子，結果沒多久就因為有問題而嚇壞了。」

陶德到了兩歲，開口講話了，但是還不會使用兩個字的句子。那時自閉症診斷當紅，陶德的小兒科醫師又一次反應過度，這一次他轉介陶德到一間非常特別、車程三小時遠的中心去作更為繁複的「跨領域評估」。各位要注意，陶德已經進步到會說兩個字的句子了，但是為了保險起見，他向來老實的父母還是聽從醫師的吩咐赴約。他們一錯再錯。陶德在車上的時候沒有睡覺，到了之後醫院人員把他最喜歡的玩具拿走，這樣才不會讓他「分心」，結果他表現得更加任性，哭哭啼啼地做了四個小時的測驗。陶德從來沒上過幼稚園，也不習慣父母不在旁邊。測驗後回來的陶德身心俱疲，悶悶不樂，無精打采。

測驗的結果讓人心碎，陶德每種能力領域的發展都重度遲緩，包括：說話、語言、精確運動技巧、認知、適應力，就連大肌肉運動技巧也是（雖然他很快就會爬會走，會攀爬），評分比他在十五個月大時做的測驗還低，診斷是典型自閉症，預後非常不令人看好。陶德的情況可能會惡化，他會喪失現有的語言能力，再也無法離家自立，再也不能上普通的學校。有人建議他的父母辭掉現在的工作，帶著陶德搬到離治療地點較近的地方，去上專門的密集治療班，一週四十小時，一年要價美金七萬五千元。至於要如何申請州政府補助，也有鉅細靡遺的介紹。

「我知道測驗的分數不可能正確，那些分數顯示出來的是另一個孩子。評估人員聲稱自己有許多年的經驗，是測驗專家，是我們拒絕接受現實。我指出陶德在家裡表現出來的能力好太多了，但是他們告訴我熟練的技巧是指在任何環境中都能表現出來。我不希望因為自己無法接受，就害得我的兒子得不到幫助，所以我沒有否定測驗結果，只是我不懂，測驗結果跟陶德不符。」

陶德的父母都是教授，所以他們開始做功課，發現幼兒應該在安心舒適的環境下接受測驗，而不是在脾氣暴躁、睡眠不足、又沒有父母在身邊的時候進行測驗。幾個月後，陶德在另一間不同的中心重新測驗，除了語言接受能力在邊緣之外，其他評分結

果都正常。爲什麼會差這麼多？因爲陶德的媽媽在場安撫他，所以新的測驗比較沒有壓力。到了三歲，陶德每個領域的功能測驗出來都正常。五歲的時候，他順利進入一般幼稚園，也通過學區評估，評估結論顯示他不會有就學障礙，無庸置疑。

爲什麼第一批專家錯得這麼離譜？「我一直認爲，如果可能有問題，那麼最好嘗試治療看看，但是你很難把評估過程跟申請治療的資格拆開。測驗我兒子的評估人員真心相信他們是在助人，都是爲了他好，他們希望可以確定我兒子會獲得盡可能充分的治療，以得到最大的好轉機會。我則希望治療是按照每個孩子的需求來判定，而不是照著誤導人的標籤跟標準配套的建議來進行。對我兒子最好的方法就是必須有所選擇，該拒絕的治療就要拒絕。」

陶德的父母曾經被「專家」誤導，也嚇壞了，這些專家只要看到一點點社交互動或語言障礙的蛛絲馬跡，就緊咬著自閉症不放，這是他們最擅長的事情。但另一位更能讓人信賴的專家給陶德父母的建議就優質多了，因爲他理解到個體差異在發展過程中所扮演的角色。「就像看牙齒一樣：以前只要牙齒健康，牙齒不完美也沒關係，但是現在的人卻要求牙齒全都要整齊白皙。」

儘管被診斷出自閉症只有短短一段時間，但是除了一開始的憂心忡忡，之後的負

面效應也持續不斷：「還是有人對我兒子有成見，對他的期望也比較低，他們看到陶德竟然能講話，在校成績也優異，感到非常驚訝。有些人否定第二位專家的建議，還是繼續勸導我們，彷彿我兒子正在面對諸多挑戰，但其實並非如此（這些建議包括開始不同的治療法、採用特殊飲食、參加特殊營隊、申請他資格不符的獎助計畫、購買不必要的溝通設備、治療根本就子虛烏有的感覺障礙等等）。就連某些已經聽過陶德完整經歷的人，還是用哄小孩的口氣跟他講話，他們不懂陶德能跟他們好好溝通。其他人則安慰我們說陶德會跟他們認識的科學家或工程師一樣沒什麼差別。每次聽到這種話我都不禁思考，到底爲什麼那些能力良好、順利成功的人會被診斷爲有病？」

蘇珊的故事：成人雙極性疾患濫診熱潮

蘇珊三十一歲，婚姻幸福，生了兩個兒子，年紀都還小，她在中學任教，喜愛登山、划獨木舟跟滑雪。直到第一個孩子出生前她都非常正常，而現在也非常正常了。

「我一直都知道自己會當母親，我想要自己的孩子，也想要領養，但是我從沒預料到當母親是那樣地困難。」蘇珊的大兒子艾瑞克在六個月大的時候老是哭個不停，怎麼哄都

沒有辦法。蘇珊從早到晚都在安撫他，但是一點用都沒有。「作為媽媽，我很沒有安全感，我本來以為自己想要很多孩子，現在卻連唯一的一個孩子都哄不好。我本來以為自己會是很有能力、又自信滿滿的媽媽，但我不是。」

最後小兒科醫師勸她讓艾瑞克「哭個夠」。經過痛苦磨人的一個星期後，有了效果，夜裡的大半時間艾瑞克都在睡覺，但是蘇珊還是很狼狽、睡不好：「我不知道我不是為了兒子才一直撐著，還是不睡的時候打亂了我的睡眠節奏，總之我晚上沒辦法好好休息，我覺得完全被榨乾了。」所有正確的睡眠養生方法她都試了：不碰咖啡因、小心飲食、白天運動、放鬆夜間睡眠的規律，但還是調不回來。蘇珊擔心這是產後憂鬱症，去諮詢了家醫科，醫師在五週內就開了百憂解、贊安諾、恩比安（Ambien）、魯內斯達（Lunesta）這些藥。混合藥物服用使得病情惡化，「我還記得自己邊哭邊向艾瑞克訣別，不是因為我想自殺，而是因為我覺得自己快死了。」

蘇珊接下來要求看精神科醫師。「晤談快結束的時候，A醫師用輕鬆的語氣說，『我認為妳有輕微雙極性疾患。』我嚇到哭了，A醫師解釋原因：我吃了抗憂鬱劑之後病情惡化，失眠，還有輕微雙極性疾患的家族病史。她開了兩種非典型抗精神病藥物；安立復跟思樂康。」

蘇珊的親友都無法接受醫師的診斷。這完全違背他們的經驗，蘇珊跟雙極性疾患一點邊都沾不上。她讀了雙極性疾患的相關書籍跟網站，也認為自己並不符合診斷的描述。「我無法接受診斷結果，但是我信任醫生。」

她不應該信的。這位醫師一定是好意，但卻錯得離譜，她沒搞清楚就亂槍打鳥，結果根本不準。一如「思覺失調症」是一九六〇年代流行的疾病診斷，雙極性疾患近來也因為藥廠積極地以行銷誤導而爆紅起來。A醫師上當了，她看到的「輕微雙極性疾患」根本就不存在。流行就是這樣，當然，要是A醫師知道自己當初誤診所造成的傷害持續了多久，她當初就會更加謹慎小心。

蘇珊的自尊率先成爲炮灰：「我要跟新生出來的這個身分角力。我再也不覺得自己是正常人。我到底都做了什麼瘋狂的事情啊？如果A醫生不消幾分鐘就看出來了，那麼別人也一定注意到了。我害怕有一天兒子會發現這件事。他值得擁有一位更好的母親、正常的母親——總有一天他會意識到自己也不正常。」這樣她怎麼有辦法再懷第二胎呢？停止服藥可能會讓「雙極性疾患」復發，但繼續吃藥可能會傷到寶寶。

謝天謝地，A醫師退休了。新來的精神科醫師極度質疑A醫師的診斷，說她認為每個人都有「輕微雙極性疾患」。蘇珊卸下了精神上的包袱，也斷了所有不必要的藥物。

她很快懷上第二胎，生了一個很好照顧的小男嬰，產後憂鬱症沒有復發。

這應該是個皆大歡喜的結局，但是雙極性疾患陰魂不散，留在了她的病歷中，依然跟蘇珊的人生糾纏不清。其一就是蘇珊想買壽險，如果有個萬一，孩子也會有保障，但是已經有四間公司拒保了，因為雙極性疾患被認定為風險。接著她發現不能領養小孩，即使她跟丈夫是理想的養父母人選——婚姻幸福、受過良好教育、工作穩定、有自己的房子、積極向上、個性穩定、有愛心等等，說也說不完。「雖然一切都對我們有利，但是因為我的診斷，使得我們從來就沒有領養的機會。」

按照病患權益保護法，錯誤診斷要更正，但是就算其他幾位精神科醫師去函堅持蘇珊沒有罹患雙極性疾患，醫院依然拒絕承認誤診。還好也有雨過天青的地方：「當我的精神科醫師第一次跟我說，對我的孩子來講，我是最棒的母親了，我真的說不出話來。我當然也有缺點，但是能夠當這兩個小天使的媽媽，我覺得很感恩也引以為傲，我會繼續努力，把我的病歷更正過來。」

我們在這裡學到許多教訓。熱潮跟風造成診斷隨隨便便。臨床醫師應該力挽狂瀾，而不是隨波逐流。錯誤的診斷會留下長久的傷害，而這些傷害並不會自動過期。診斷過輕永遠比診斷過重好得多。而且，醫生決不應該聽信藥廠業務的片面之詞。

麗姿的故事：兒童期雙極性疾患與注意力缺失症濫診熱潮

麗姿二十三歲，大致上過得開心快樂，現在正展開一段作公共服務、四處旅行、人際關係良好的人生。「我也是有好有壞，跟別人沒什麼不同，但是我不認為這就代表我腦袋特別不正常。能夠這樣講出來，而且真心如此認為，可是花了我好長的時間。」

麗姿是個難搞的小孩，有過動毛病，又容易大發脾氣，抗拒權威。五歲的時候作了神經心理測驗，發現她的智商很高，但是口語及表現的分數之間有落差，判定是注意力缺失症及學習障礙的證據。立得寧（Ritalin）改善了她的書寫能力，但是也留下類似咳嗽的肌肉痙攣、強迫行為、憂鬱這些討厭的副作用。

「我在六歲的時候，會到廚房拿切肉刀抵住喉嚨，我並不是想自殺，只是好奇如果我做了會發生什麼事而已。我跟媽媽講了這件事之後，她帶我去看Y醫師，她是一間知名醫學院的兒童行為與雙極性疾患專家。」

Y醫師很快看完診，開了樂復得。「接下來就是重複上演一連串爛劇碼，我到現在依然覺得很憤怒、無法理解，一位頂尖的精神科醫師怎麼會讓一個孩子經歷這種沒必

要的創傷，令人難以置信。原本是用來治療注意力缺失症的立得寧導致了憂鬱症，所以他們開給我樂復得，結果又讓注意力缺失症惡化。他們沒有讓我停掉樂復得，或是嘗試別的藥物，而是增加立得寧的劑量，結果讓憂鬱症更加惡化，然後樂復得劑量又再度增加。」

這種只咬著副作用不放以致不斷增加藥量的愚蠢作法，害得麗姿的行為越來越古怪、越失控、越脫序。「我在媽媽把車開出家裡車道的時候跳車，我打破玻璃，想踏過碎玻璃。這不是我，我從來沒作過這種形同瘋狂的事，以前沒有過，後來也沒有過。但是我只有七歲，兩種高劑量的強效藥物讓我承受不住。」

在Y醫師的建議下，麗姿中斷學業，被送去參加惡夢一般的日間治療計劃。藥物讓她的反抗行為越演越烈，他們就懲罰她，逼得麗姿更加反彈。「我記得最清楚的一件事，就是我一邊踢一邊叫，被他們拖進一間上鎖的白色小房間，房間牆上都鋪了墊子。如果說我之前不知道什麼叫做發瘋，現在知道了。」

幾天過後麗姿的父母很明智地把她從療程裡救出來，讓她停藥回去上課。她的行為改善，但是還是繼續因為家庭作業以及行為問題跟父母衝突，進入青春後情況更加惡化。他們再度諮詢了Y醫師，雖然先前介入產生了負面效果，但是他的國家級知名度讓

人放下疑心。新的診斷是兒童期雙極性疾患，這是Y醫師跟他來自知名醫學院的同仁一起捏造出來並大肆宣傳的疾病。他們告訴麗姿的父母可以用抗精神病藥物治療麗姿，開出來的處方不是只有一種，而是兩種藥物混合。謝天謝地，麗姿的父母自己狠不下心讓她吃這個藥，麗姿也拒絕再服用任何藥物。

「雖然我還是常常跟父母老師吵架，但我也交了很多朋友，成績很好。上高中以後，我就是一個陰晴不定、無病呻吟的青少年，跟其他高中生沒什麼兩樣。我逼自己去選修高階課程，結果作業量超出能力範圍，非常吃力。學業上遇到的困難，再加上我給自己的壓力太大，讓我越來越不開心，吵了很久之後，母親說服我再去看Y醫師。」

儘管有過痛苦的經驗，很不幸地錯誤的信任又占了上風。Y醫師沒幾分鐘又興奮得建議了兩種新藥。「藥物已經讓我太痛苦了，我拒絕吃任何藥。高中畢業離開父母家之後，我再也沒有以前的那些衝突。如果他們不要求所有事情都要井井有條，一絲不苟，我小時候的問題就不會那麼嚴重。那種方式根本不適合我。我的確有過動症，但這樣生活也沒有問題。醫生們想用藥物治療我的成長痛苦，反而留下了無法完全抹去的心理傷疤。我年紀還小、還在發展的時候，他們卻讓我覺得自己不正常。諷刺的是，他們想要治療我的頑固，但正好就是因為我冥頑不靈，才能讓我突破那些經驗，過著充實而『正

常』的生活，不論正常到底指的是什麼。」

布魯克的故事：情感思覺失調症濫診潮

布魯克十一年級的時候，像中了邪一樣經歷了六個月的悲傷時期，家庭醫生跟他談了幾分鐘以後，診斷他得了「臨床憂鬱症」，於是布魯克開始吃藥。「被貼標籤的打擊就像遭到一噸重的磚頭擊中一樣，我覺得自己腦袋不好，有缺陷，我開始深深厭惡自己。」

八個月期間，布魯克試了無數的抗憂鬱劑，全都沒有效，反而又多了一項躁症發作的負擔，部分原因出自於藥物治療。「我覺得自己來到世上是有特殊原因的，總有一天我會成爲大人物。我怎樣都想不通，爲何會被診斷出得了情感思覺失調症（Schizoaffective Disorder）。這使得現實跟虛構的界線對我來說變得相當模糊。」

在布魯克的病歷紀錄裡，他妄想自己破解了一串密碼，拯救了地球，他計劃要寫一本以治療爲主的書，要分享給城裡的醫院。接下來一年，他的妄想越來越少，醫生們終於診斷他爲雙極性疾患，這項診斷比較正確，汗名也比較輕微，但是換標籤又常常

改治療對他造成痛苦難當的打擊。「我相信自己是錯的，就是這樣沒錯，其他人都是對的。」

連續好幾年，布魯克都過得心驚膽跳，被焦慮困住，心情痛苦，感覺跟朋友家人格格不入。他擔心數不清的藥物已經重組了他大腦裡的化學物質，只有讓他快速惡化一途。這種進退兩難的情況逼他得下定決心，到底是要自殺還是全心全意對抗病魔。

「我靈魂裡面還有一絲不滅的火花，我說不，我是自己的主人，正不正常要由我來決定，我拒絕繼續過著沒有意義的生活。」布魯克開始深入研究認知行為療法，創造了自己專屬的情緒與認知狀態分析技巧。他把這些集合起來統稱為「鏡片（The Lens）」。「以鏡片來做比喻的話，我知道形塑我的感知、信念、情緒狀態的鏡片問題驚人，我開始矯正這些鏡片，這樣才可以透過鏡片看得更清楚，然後康復。」

這種作法有效了。布魯克利用「鏡片」跟過去十二年來學到的方法，定義出自己想要過的人生，他也覺得自己狀態不錯，可以放手去做。他成了電影導演，開始公開分享自己的經驗。在他的第一部劇情片《肯谷鎮驚魂》（*Kennysville*）裡，他就使用了許多精神病經驗的隱喻。布魯克也認真想寫書，就快寫完了，書名就叫《鏡片》。「人生當然還是有好有壞，但是我已經掙脫了從前的強烈恐懼、妄想偏執、悲傷與焦慮。我感謝

生命裡的一切，也包括這段體驗，讓我更爲堅強，跟自己還有其他人建立了更緊密的關係。」

鮑伯與莎拉：混淆哀慟與憂鬱症

莎拉三十三歲的兒子鮑伯把抗憂鬱劑跟安眠藥混在一起吃自殺了。開藥給鮑伯的醫師只看過他幾次，時間加起來大概只有三十分鐘。八個月以來，醫師既沒問鮑伯發生什麼事，開藥也開得很隨興，開藥後也沒有用心監督。鮑伯的離婚過程非常痛苦又拖得很久，還要打一場監護權的硬仗，這讓他感到沉重的哀傷。鮑伯極度需要諮商以協助他面對情緒壓力跟實際問題，但從來沒有人給過他這樣的協助，只有越來越多的無用藥物，不斷變化組合，最後成了結束自己生命的工具。

莎拉眼睜睜看著鮑伯一天比一天痛苦，她已有不祥的預感，可能有一天會導致悲慘的結局。但是她的諸多努力到頭來都是一場空。可想而知，莎拉遭受很大的打擊：「我覺得麻木，每天都像在夢中一樣，一直哭，睡不著，吃不下，定不下心，沒有辦法工作。直到失去了生活之後，我才知道以前過得有多幸福。我的家人也幫不上忙：我父親

是虔誠的天主教徒，但是跟我不親；我的妹妹自己有酗酒問題。」

莎拉過了哀慟欲絕的兩個星期，她的朋友建議她去看醫生，告訴她醫生會幫她解除痛苦，讓她重新開始。短暫的會晤之後，醫師說明莎拉患有臨床憂鬱症，開了立普能，然後讓她三十天後回來複診。「我告訴醫生我的兒子吃過立普能，還吞立普能自殺，我對於服用藥物很不放心，因為我親眼看到他對藥物的反應有多糟。這位醫師是臨床醫師，對我的恐懼跟喪親之痛完全不當一回事。我需要一個人來理解我、分擔我所經歷的痛苦，而不是把我的痛苦貼上冷冰冰的醫療標籤。」

莎拉吃了兩個星期的藥，情況嚴重惡化。她變得很暴躁，很想一死了之去跟鮑伯團聚。醫師卻告訴她不可能是藥的副作用害的。「他說我想死的念頭都是心理問題，如果我繼續吃至少三十天的藥，這種感覺就不會再冒出來了。我立刻斷藥。藥一斷，想自殺的念頭就消失了，但是痛苦、對兒子的思念並沒有消失。」

想要活下去，莎拉就必須靠自己想办法解決。「我開始諮商，積極參與悲傷支持團體，依靠虔誠信仰跟投入教會來獲得慰藉，作瑜珈，從事體力活，投身工作，為社區服務。我的兒子有個小兒子，我認為傑森的愛跟他需要我，拯救了我的人生。我每天繼續跟自己的哀傷相處，未來也不會變，但是至少我感覺自己還活著，兩年之後，我終於又

能感受到喜悅跟大笑了。」

米拉的故事：處方藥讓病情惡化

米拉是紀錄片導演，有一次受邀參訪一位藝術家的工作坊兼度假屋，在那裡遇到了作家珍。兩人開始聊起珍的強迫症，米拉擔心自己可能也有一樣的問題。「有一位經驗豐富的心理治療師正在跟我進行憂鬱症的談話治療，我從來沒有吃過藥。但是珍描述了自己的強迫症情況，我的耳朵就豎起來了。我也是這樣！四歲的時候我養成一個習慣，要聽著音樂搖啊搖地才會睡著，長大後變本加厲，只要到了交報告的期限，新交了男友，或是有棘手的事情，就會像被逼著一樣不去想都不行。然後我老是像中邪一樣想著那個蠢男友，我一定是有強迫症。」

米拉也去諮詢了珍的精神科醫師，他自以為是強迫症專家，許多患者都被他（亂）貼了強迫症標籤。沒多久，亂七八糟的診斷、藥、副作用通通開始一個接一個地來。Z醫生信心滿滿地證實米拉罹患強迫症，還補充說她可能有邊緣型人格疾患的徵兆。他開了抗憂鬱劑，讓米拉的憂鬱情況減輕，但是也讓她暴躁易怒、活力過盛。Z醫生爲了要

對付這些副作用，開了抗精神病的處方好讓她情緒平靜，但同時也讓她昏迷不醒、流口水、看見疊影，她覺得自己好像行屍走肉。

「我會把所有的副作用都告訴我的精神科醫師，然後他每次都會調整。立得寧讓我清醒，思樂康讓我睡著，或許該減輕哲思膠囊的分量，但或許該增加劑量，他還告訴我，很奇怪，有時候增加藥物劑量反而會杜絕副作用。或許我們應該再多開安立復或理思必妥？通常都是加藥不是減藥。接下來幾年，我一直聽著這套奇怪的邏輯，吃著這些藥，在這段期間我糊里糊塗的，很難清楚發生了什麼事。」狀況越來越糟，Z醫生判定米拉罹患第二型雙極性疾患，又多加了許多藥。

米拉的心理治療師非常存疑，她沒有看到任何強迫症、雙極性疾患的跡象。Z醫生從來沒有詢問過她對米拉症狀、背景的看法，也從來不回應她打電話去詢問為什麼會作出這樣不合理的診斷，而且開的藥還引起許多副作用，讓情況更加惡化。「我知道我得在自己的心理治療師跟精神科醫師之間二選一，感覺好像一個父母在辦離婚的孩子，夾在兩種不同的理論中間，對我的問題各有主張。停止服用安樂喜樂所出現的戒斷症狀，讓我的憂鬱症越來越嚴重，我想我得抓住某個浮木才行。我陷在黑暗的漩渦裡，有自殺傾向，夜不成眠，晝不清醒。我一直想著這輩子做錯的事情、所有可以重做決定的機

會，腦中一次又一次，無止盡地播放著過去的片段及不好的回憶，停不下來。我走投無路，只能選擇繼續看精神科醫師。」

這不是明智的選擇，但情有可原。米拉急著解脫，Z醫師總會有新的建議，這個可以讓她冷靜，那個可以讓她重新啟動。他們被副作用牽著走，不斷用藥，然後引起更多副作用。謝天謝地，這個故事有個圓滿的結局，米拉去看了另一位精神科醫師，讓她慢慢脫離以前服用的藥物。她現在只吃低劑量的樂命達（Lamictal）跟威克倦，沒有副作用。

「我根本就不知道這些藥到底有沒有效，但是又不敢試著過不吃藥的生活。幸好，藥減了很多，我再也沒有自殺的衝動，只是偶爾會因為短期失業沒事做而覺得憂鬱，這是電影電視產業的常態。我不會再讓別人逼我去吃那些亂加在一起的藥了，而且自從Z醫師之後，沒有醫師認為我有『注意力缺失症』、『雙極性疾患』、『邊緣型人格』這些病。現在我靠運動、朋友、打坐冥想、營養的飲食與維他命過生活，如果手頭夠寬裕，時間也固定下來的話，我還想再做心理治療。那些碰到什麼都說有病、還亂開藥的專家真是讓我憂心。」

儘管發生了這些事，米拉緊緊抓著工作當成救生筏，堅持撐過副作用，如今事業發

展得非常成功。她獲得一筆獎金拍了一部紀錄片，被選進日舞影展，成爲一位炙手可熱的導演。現在她已經更有能力在這個競爭的產業裡穩定接案，也更有能力面對精神疾病診斷與治療。

瑪麗亞的故事：疏忽嗑藥

瑪麗亞的父母脾氣火爆，讓她的童年很艱難。「我的父親白手起家，很上進，脾氣很差，對『情緒化的女人』很不耐煩。不幸的是，我的母親就是個非常情緒化又脆弱的女性，長期罹患憂鬱症。」瑪麗亞的雙親經常不在，父親是出差，母親則是週期性的精神崩潰。父親難以相處的個性跟母親不穩定的情況使得兩人的婚姻難以維繫。瑪麗亞八歲的時候，父母親離婚了，兩人苦苦爭奪監護權，結果瑪麗亞的父親帶著她搬到別的國家去，立刻解決了監護權戰爭。整整二十年，瑪麗亞再沒見過她的母親。監護權聽證會上，心理醫師說明雖然有這麼多問題，但瑪麗亞適應良好，個性溫暖。她的父親接二連三地請了許多保母，「我後來幾乎是她們養大的。」

瑪麗亞在青少年時期嘗試嗑藥：一開始是大麻，然後是迷幻藥，接下來是安非他

命。她的行爲越來越離經叛道，課業表現一落千丈。「藥物讓我有歸屬感，也可以暫緩緊張的家庭狀況。」高中畢業之後她離家自立，找到一份全職工作，進入社區大學就讀。

「到了二十歲，我開始睡不著，覺得心力交瘁，我去看了一位家醫科醫師，問診十五分鐘後，他診斷我罹患憂鬱症。診斷再度證實我內心深處有『問題』，但是知道問題的名稱以後，我就放心了，不是我的錯。」這位醫師開的處方也跟診斷一樣隨便，不需要複診，只要再回來拿藥就可以了。「第一天，我吃了半顆克憂果，效果好像冰毒，上課的時候我的腳一直顫抖，停不下來，我有種幾乎克制不住的衝動想要站起來，拼命往前衝。我會半夜驚醒，全身是汗，擔心自己快死了。爲了要找到一種『緩和』藥物對抗這種焦躁，我第一次試了海洛因，在我認識的藝術家跟音樂家的圈子裡，這種毒品多得不得了。一開始是偶一爲之，後來嚴重到變成每天的習慣。我也嗑弄得到手的處方藥物：贊安諾、克癩平錠（Klonopin）、煩寧、維可汀（Vicodin）、二氫嗎啡酮（Dilaudid）。」

瑪麗亞去看的心理醫生進行了一系列的測驗，確立診斷，「他說我得了『慢性憂鬱症』跟『廣泛性焦慮症』，我又放心了，人生亂七八糟並不是我的錯！我沒有問嗑藥、

或人生沒有解決的（非常實際的）問題會不會影響測驗結果。」瑪麗亞被轉介去看精神藥學家。「看診大概都是十分鐘，他開給我的藥物越來越多。以前只是吃著玩的藥物現在直接開成處方，對我這種嗑藥的人來說真是太爽了，但我的人生卻每況愈下。」

沒人發現瑪麗亞嗑藥是問題的根源，也沒人試著幫她解決這個問題，他們反而一直給新的診斷跟處方，已經混吃很多藥了還火上加油。如果她對某一種藥物沒有反應，那麼就換一種診斷，再試一種新藥，很快她就被診斷為雙極性疾患，給了更多處方藥。

「我那時混吃了許多非法的跟合法的處方藥，陷入嚴重憂鬱。我早上很難起床，於是我輟學，而且自十四歲以來，第一次沒有工作。我再也不接電話，窗簾從不拉開，只有買藥的時候會離開家，生活就是一直坐著看電視。我處在重度成癮狀態，愚弄我的精神藥學家好拿藥，特別是克癩平錠，放鬆的藥效讓人很舒服，作用很快，只要我說我睡不著，就能讓醫生開更多『娛樂藥物』給我。」

如果你的醫師超級聽話，比藥販還盡責，誰還需要毒犯呀？瑪麗亞上癮了：「如果吃了藥還這麼糟，那萬一停藥的話不是更慘？我的人生越來越混亂，一無是處，我失去了希望。」

什麼藥都沒效之後，瑪麗亞的精神科醫師建議她進入禁閉型精神病院。醫師告訴瑪

麗亞的父親她的病是遺傳性的終身疾病，會一直需要密集醫療照護與服藥，醫師還勸他要「放手」。另一位顧問精神科醫師確立她先前的診斷是對的，甚至還多加了三種：強迫症、邊緣性與被動攻擊性人格疾患。「我那時二十四歲，被診斷出八種疾病，一天要吃十五顆藥，一副完全沒救的樣子。」

幸好瑪麗亞的父親是一位成功的企業家，專長就是解決棘手的問題，他不接受醫生告訴他沒有救了，他安排瑪麗亞進入一間專門治療成癮的長期治療機構。「我很確定兩件事，一，我需要繼續吃藥，二，我不用幾個月就會離開。」

兩種預測都錯了。瑪麗亞戒了街頭毒品，處方藥的服用量則慢慢減輕，療程也持續進行。她不敢相信自己會這麼健康。「我竟然變正常了，真是匪夷所思。我有時難過有時開心，就跟其他人一樣，但是我學會接受，這就是人生。十二年過去了，我現在三十七歲，有份讓人很有成就感的工作，身旁有個超棒的男人。我常常這麼想：如果我父親放棄我，選擇聽從醫師的建議，那我會變成怎樣？我也會想自己實在很幸運，沒有被那些街頭藥物和處方藥給害死。戒了那些街頭藥物和處方藥之後，我完全正常，這跟我原先以為的完全相反，也跟精神科醫師告訴我的完全相反。」

以瑕掩瑜

凡愛敬醫道之地必也慈善愛人。醫者偶能癒疾去病，行醫療傷為常，安神撫痛則為終身之責。

——希波克拉底

本章後續篇幅會特別舉幾個例子，佐證精神醫學的日常成功之處。補上恰當脈絡，平衡一下少數的幾處敗筆及惡劣事蹟是絕對必要的。

羅貝塔的故事：寵物幫她活下來，藥物治好了憂鬱症

羅貝塔是一位五十八歲的高中英文教師，她笑著說自己是「老姑婆、老太婆、妖怪怪這三個詞的最佳體現。」但是她不是孤零零地過生活，她有許多知心好友，住在自己出生的心愛老家，還有可愛的寵物陪著：一隻小豬、三隻狗、四隻貓、一隻蜥蜴、八

隻雞跟十二隻鳴鳥。父親突然過世的時候，她年僅八歲，母親久病纏身，很需要費心照顧，三年前也走了。一直以來，羅貝塔都帶著從容不迫與很有感染力的幽默態度面對壓力。

完全沒有人料到羅貝塔的精神會出狀況。起因在於她的哥哥爲了給自己買一艘船，把母親的珠寶與珍藏的骨董賣掉，既沒事先商量，也沒經過同意，連一點歉意都沒有。她無法原諒哥哥，也難以釋懷這件事情對兄妹關係的打擊。一直以來，哥哥就是她最好的朋友，也是唯一僅存的親人了。「我覺得很孤單，現在了解爲什麼但丁會把地獄最深的那一層留給那些背叛者。我非常震驚，陷入深深的憂鬱。」

羅貝塔常常以淚洗面，吃不下，睡不著，無法專心，沒辦法跟朋友說話，也笑不出來。起床都要掙扎一番，每天去學校上課像永無止境的酷刑一樣。她很煩躁，「胸口有種很不舒服的感覺」，醒著的時候備受折磨，睡覺的時候輾轉難眠。「每沉淪一時，我想死的欲望就更強烈，有一天在洗衣間，我趴跪在地上，祈禱能夠死掉。俗話說，生死關頭無人不信神，或許對重度憂鬱的人來講也是一樣。在家的時候我會一直走來走去。」

羅貝塔遇到一位很有同情心的治療師，正確診斷她得了憂鬱症。「但是她似乎不懂

我到底有多痛苦。我需要一位願意幫助我的人，馬上！不是講講話而已。」然後情況開始變得危險。「到了那個地步我已經準備好要自殺了。我會告訴自己，只要等到下班回家，我就可以吞掉全部的心臟病藥物，來個用藥過量。我靠著這種想法撐過一天：我隨時可以結束悲慘的生活。這樣想讓我平心靜氣。唯一讓我活下去的一件事就是抱著我的寵物，想著我不忍心拋下他們。決定要生或要死是我每天都要想的事情。朋友們團結起來，用各種溫暖的方法支持我，即便如此，我還是一直覺得憂鬱跟孤單，而且越來越嚴重。我以爲自己永遠都不會好起來。」

羅貝塔的故事有個美滿的結局。一位同樣也罹患憂鬱症的朋友說服她去看醫生。「她提到一種抗憂鬱劑，說這種藥需要好幾週才會見效，但是跟我保證我一定會好起來。」八週以後，羅貝塔看了四次醫生，劑量增加了三次，她感覺自己開始好轉，很快就完全恢復了。「有一天在校務會議上，我跟坐在旁邊的朋友講了一句機車的話，她跟我說『妳恢復了！』，沒錯，我又可以大笑，又可以微笑了。吃東西的胃口跟過生活的欲望也回來了，再也沒有那種心往下沉的感覺。我能用比較客觀的角度看事情，也能規劃未來。回想起來，寵物、至交好友們、藥物合起來讓我恢復正常。我拿回了人生，覺得非常感恩。現在我擔心的是某一天，出於某種原因，憂鬱症又復發，我再也不想體

驗那種感覺。不過至少下一次，我會知道該怎麼做。」

比爾的故事：控制住情緒翹翹板

雙極性疾患沒有拖累比爾，他是擁有三十五年愉快工作經歷的都市計劃師。比爾在二十九歲的時候是天之驕子，擔任一項大型都市更新計劃的專案經理，這個工作壓力十足但卻是「夢幻工作」。然後一切驟變，經費被砍，飯碗丟了，「輕躁症的活力變成了憂鬱症。」由於藥物與心理治療相當成功，比爾找到新的工作，接下來六年都很順利，這段期間他不需要服用藥物。

但憂鬱症的復發來得很突然，讓比爾的情況更加危險。「我拖著身體去上班，但是覺得麻木，了無生意，心不在焉，自殺念頭強烈。我住進醫院，接受電擊治療，幸好抗憂鬱劑及時生效，憂鬱感消失了。但接下來我的病情失控，朝另一個方向發展成重度躁狂：我的思緒飛快，規劃了好幾個誇張不切實際的專案，生出種種怪異的念頭。我覺得所有人都在偷窺我，然後呈報給警察或FBI。接著我開始做一些怪事，例如買了三十本關於宇宙及人類史的大部頭專書，根本沒想到這些書太重了，我扛不回家，也太難

了，根本不可能去讀。謝天謝地，鋰鹽治療發揮了效果，我很快就恢復平衡。」

後來的十五年，比爾的情況都很穩定，他自己跟妻子還有醫生一致認為可以試試看停用鋰鹽，因為已經很長時間都沒有發作，而且這種藥似乎會讓他的個性變得陰鬱。結果嘗試失敗。「三個月不到，我的輕躁症又發作了，我才領悟自己終身需要服藥，所以我們換了一種情緒穩定劑，十七年來的藥效非常神奇。我認為自己永遠無法康復，但是藥物能讓我穩定。」

比爾六十五歲的時候退休，不再做都市計劃，他開啓了事業第二春。「現在我是實習心理治療師了，負責十五位患者，大部分的人在我的治療之下情況都不錯。」

蘇珊的故事：控制恐慌症與特定場所畏懼症 (Agoraphobia)

蘇珊三十五歲，擔任看護，她也做志工、寫作，用她自己的話來說，她也是大學文憑收藏家。蘇珊二十歲時還是個憧憬光明未來的大學生，長袖善舞，交遊廣闊。但是一夕之間，她的生活無緣無故陷入煉獄，恐慌症不斷發作，因為急著避開任何可能引起恐慌的事物而壓力很大。

「第一次發作得很突然，我打算約朋友去看電影，然後腦中開始出現我會在電影院裡吐，或是在大家面前抓狂這些奇怪的念頭。我沒有辦法呼吸，心臟砰砰跳，頭暈目眩。我完全不知道發生了什麼事，非常害怕自己快要瘋了。」

發作的次數越來越頻繁，只要蘇珊想去看場電影、吃晚餐或是參加派對，這種她害怕起來卻沒辦法一逃了之的社交場合都會讓她發作。「漸漸的，我要避開的事物清單越來越長，越來越長，直到我完全足不出戶，除非必要或者有一位朋友陪著，否則絕對不離開我的公寓。我只想一死了之。」

八年中，蘇珊看了二十一位家庭醫師，吃了幾十種藥，做了多到過頭的核磁共振與其他檢查，還是找不到答案。醫師們經常會忽略對恐慌症的診斷，因為他們不知道恐慌症的生理症狀是由換氣過度造成的，以致做了多餘的檢查，針對各式各樣想得到的疾病進行沒必要的積極治療。

蘇珊走投無路，終於去見了精神科醫師S，一個小時之後她聽到了清楚的答案，了解是什麼造成她的生理症狀，只要緩慢呼吸就可以控制。S醫師告訴蘇珊說她一定會好起來的時候，她的世界重現光明。S醫師說得沒錯，蘇珊藉著治療慢慢減輕恐懼，重拾人生。「現在我會跟朋友出門、逛商場購物、看電影、搭乘大眾交通工具，一個人想做

什麼就做什麼。我持續進步，每一年都會設下務實的目標。當壓力增加的時候，懼曠症會復發，但是我知道那是怎麼一回事，所以發作的時間變短，我也知道要如何對抗，停止逃避。我熱愛人生，希望跟其他人分享自己的經歷，幫助他們不要像我一樣遭受沒有必要的痛苦。」

保羅與珍奈特：克服創傷後壓力症

汽車失控撞上了一棵樹，十五歲的麥可斯當場死亡，這家人在前往瑞士滑雪途中，在一條滑溜的彎道上發生這樁家庭悲劇。因為麥可斯最會暈車，他坐在沒有防護的前座上。他的父母跟妹妹安妮身受重傷，但是都活了下來，花了幾個月的時間康復。

保羅與珍奈特從來沒有談過這場意外，可是他們的心靈始終沒有康復。麥可斯的房間保持得像是紀念他死亡的祭壇一樣，維持他往常一貫混亂的特色，一張紙都沒被動過，每雙鞋或棒球帽都亂放，最後一份寫到一半的作業就留在原位。父母不斷思念麥可斯，但是不敢提起他，也不敢在別人面前哭或透露他們的痛苦，擔心會讓其他人難過。「我們兩個人進入休眠狀態，雖然過著生活，但是很麻木，像是行屍走肉。我們越來越

疏離，責怪自己也責怪對方，我們兩個人不太能照顧安妮，我們的心碎了，腦筋混亂了，能量被掏空了。」

麥可斯的雙親乍看之下很堅強，但是內心很煎熬，夜裡噩夢連連，白天麥可斯無力、傷痕累累的畫面揮之不去。保羅再也不能開車，他害怕再度失控害死人。兩人儘可能避免開車出門，不然就是要提心吊膽。出事一年之後，車子的喇叭聲、打滑聲或加速聲還是會讓他們嚇一大跳。兩個人渾渾噩噩，吃不下也睡不好，脾氣暴躁，生活有如烏雲罩頂，如履薄冰。

安妮暗自悲傷，時不時會哭泣，但是她精神受創的程度遠遠輕於她的父母，她想念哥哥，很心疼哥哥及爸媽，但是她不記得車禍的經過，情況比較好，能回到學校跟朋友身邊過以前的生活。對保羅跟珍奈特來說：「麥可斯生命中止的時候，我們的也跟著中止了，死的應該是我們，不是他，他還有大好前程，我們沒有什麼活下去的盼望。去滑雪還開不熟的路真是好蠢好蠢。」

保羅是心臟科醫師，珍奈特是手術房護士。保羅花了四個月的時間讓身心作好回去上班的準備，珍奈特則花了三個月，對兩個人來說，工作是救贖，這是唯一一個讓他們能勉強正常運作的地方。但是治療創傷病例的時候，珍奈特會恐慌發作，以致她只能參

與非緊急手術。保羅則是無法治療青少年。

「我們兩個人都不想要精神科的協助，但是都清楚有這個必要。我們的家庭醫師盡力了，但是抗憂鬱劑跟安眠藥沒有效果。精神科醫師說失去麥可斯的痛苦永遠都不會過去，但是我們可以找到走出來的的方法，也非這麼做不可，這是我們虧欠安妮、虧欠對麥可斯的回憶、也虧欠彼此的，所以我們要按照治療所要求的做出大犧牲。我們必須要完全正視麥可斯不在的事實，也要分享這種痛苦，再也不要壓抑感情，或是暗自哀悼。也就是說我們要一起回憶麥可斯的種種，最後清空他的房間，接受他的死亡。我們後來領悟我們依然可以坦誠面對麥可斯的回憶，不需要停止時間，或是假裝他還活著。我們也應該要面對那場意外帶來的恐懼，而不是逃避。也就是說，要討論，看著嚇人的照片，再度開車。治療是種折磨人的恐怖經驗，但是的確讓我們找回過去部分的自己跟人生，雖然不是全部。我們從中得到釋放，能夠再度相愛，當安妮的父母。」

痛苦沒有解藥，創傷後壓力症的治療藥物不但藥效不佳，有時候還越幫越忙。人人都有屬於自己哀悼跟面對生命重創經歷的方法。對許多人來講，長痛不如短痛。想要接受與抒發，就必須把恐怖的回憶與撕心裂肺的感覺拿出來重新回想並分享。要獲得一定程度的控制能力與心靈安寧的方法通常就是面對，而非逃避。我們可以靠著親友的陪伴

克服，但是如果把感受藏得太深，那麼找治療師會很有幫助，有時也非常必要。

彼得的故事：戰勝憂鬱與自殺的家族詛咒

彼得好像可以對抗命運，雖然他父系與母系家族都有嚴重的憂鬱症家族史，而且兩邊都有數人自殺，他還是幸福地度過被詛咒的人生，事事傑出。四十六歲時經營一間大公司，有個幸福美滿的家庭，也是教會與社區的中流砥柱。但是發生一次相當微不足道的事業挫折之後，一切快速分崩離析。

「不知道爲什麼，但是我慢慢失去所有的自信心，不相信自己有能力做出正確的商業跟家庭決策，我開始反芻過去曾經犯過的錯，覺得我讓所有的同事跟家人失望。我開始小題大作，輾轉反覆想著未來失敗的慘況。體重掉了十五磅，又暴躁又害怕。」

彼得的哥哥是醫師，建議他去作完整的健康檢查，並去看精神科醫師。彼得接受健康檢查，但是反對去看精神科醫師。他是個獨立又重視隱私的人，害怕這個造成他家族許多苦難的疾病也會打倒他。他希望可以撐過去，靠自己重振人生跟事業。

健康檢查結果都正常，但是彼得的症狀惡化了。「我講到錢就失去理智，雖然我

太太跟會計師不斷讓我看資產負債表上情況良好，我還是深信我會害自己跟公司瀕臨破產。我堅持國稅局會上門稽查，我最後會去坐牢。我開始覺得毫無希望，想要自殺，如果我有那個力氣跟方法，搞不好真的就一死了之。我深陷痛苦之中，瘋狂的執念揮之不去，我深信自己犯了法，必須被懲罰。我不想要變成家人的負擔，害他們因為我而蒙羞。這些都是瘋狂的念頭，但是我深信不移。」

家人團結起來，說服彼得去看精神科醫師。醫師聽完他的情況之後，告訴彼得說他沒想錯，診斷的確是憂鬱症，但是他錯在以爲預後並不樂觀。治療或許需要時間，但是只要彼得收起質疑，確實全心投入，心懷希望，那麼治療肯定有效。服用藥物爲第一步，等彼得準備好了，下一步再增加認知治療。自殺這種選擇是想都不用想的，自殺會對家人造成非常沉重的負擔，而且康復的機會如此樂觀，自殺更是沒有道理。

「真是讓人鬆了一口氣。我跟醫生一見如故。經過這麼多個月，我第一次重新感到有希望。我好不容易才走出憂鬱症，從此再也沒有跌到谷底，而且我學會了最深的恐懼就只是恐懼而已，不是現實。三年過了，沒有復發。會不會再度罹患重度憂鬱症很難講，但是我至少可以早一點對症下藥。」

克麗歐的故事：一心一意對抗治療注意力缺失症

克麗歐還是小女孩的時候好愛講話，大家都開玩笑說她吃了一台收音機。她精力旺盛，常常跌倒弄得青一塊紫一塊，不然就是會撞到牆。上學的時候，她坐在位子上，椅子搖來搖去，也無法跟上老師講課，但還是可以拿到第一名。

克麗歐的爸媽都是黎巴嫩裔的教授，兩人在克麗歐襁褓中就移民到了澳洲。他們對自己的女兒束手無策，於是雇用了一位保母，保母唯一的工作就是管好克麗歐。克麗歐的爸媽也決定不再生小孩了。「我沒有去做診斷，因為我父母有文化偏見，不能接受精神疾病，而且我功課很好，學校也沒說什麼。他們連正常的阿拉伯人都沒看過，更別說不正常的阿拉伯人了。」

病情在克麗歐十五歲的時候惡化，她開始出現憂鬱情緒，自我懷疑，害怕失敗，覺得家人疏離，沒有朋友，也有自殺的念頭。「我的父母又一次不承認我有精神疾病，所以我只能獨自面對。在父母過度保護之下，我毫無準備，脆弱不堪，無法面對看似非常殘酷的世界。就連看到快樂的人我都會眼眶泛淚，我好想跟他們一樣，想得不得了。」

雖然內心很痛苦，克麗歐還是提早六個月從高中畢業，進入大學就讀，她希望深入認識自己，幫助別人，所以主修了心理學。但是當時她只有十七歲，還沒有準備好。

「我再也拿不到A了！每一個科目都難上加難，我這輩子第一次變成拿C的學生，再無聊的事情都會讓我分心，心思不斷從一個念頭跳到另一個。我才一開始做筆記，就發現講師已經換了投影片了，句子斷斷續續，我已經忘了他剛剛說了什麼。一頁書都讀不下去，接著就找不到自己讀到哪裡，因為我不斷找不到讀到哪一句，只好拿著尺一行行對著。腦袋裡不斷出現其他念頭，我一直起身去做其他事情，然後才想起來我應該要讀書的。不論怎麼努力，就是拿不到以前的成績，我覺得自己是個窩囊廢。」

有人介紹克麗歐去做治療，但是她不喜歡自己的治療師。「診斷不清不楚，也缺乏討論，我沒有辦法接受，也覺得很不舒服。我搞不清楚自己的病到底闖了什麼禍，要治療之前，我必須先知道是什麼病才行。」

克麗歐找了第二意見諮詢，新的治療師解釋了注意力缺失症以及這種疾病對克麗歐生活的影響。「獲得確實的診斷讓我有鬆了一口氣的感覺，我覺得終於有人懂我了。我也知道自己不是怪胎，還有其他人跟我一樣，我會惹火其他人也不是我的錯。我的治療師幫助我理解罹患注意力缺失症是什麼意思，介紹我許多處理策略與讀書技巧。他借我

看注意力缺失症的相關書籍，介紹我許多有用的網站。我開始自我學習，研究自己的疾病，對自己的症狀更敏銳，更清楚知道要怎麼處理。」

克麗歐病情大為改善，也從大學畢業了，但是她依然有相當嚴重的專注困難，於是服用立得寧改善。「結果非常驚人，我的注意廣度與集中力大幅成長，我發現自己能夠坐下來打電腦三小時之久。」克麗歐順利取得文憑，成績優異。「十年來，我的實力跟我的課業表現始終有落差，我現在終於覺得自己發揮潛力了。藥物與心理治療雙管齊下的效果非常完美，正確的診斷幫助我面對自己的挫折，負起責任，覺得能夠掌控自己的人生。」克麗歐現在是教育心理學家，幫助其他人發揮自己的潛力。

亨利的故事：與思覺失調症共處

亨利是個害羞內向的小孩，長到青少年階段，他徹底變成了一位古怪青少年，滿腦子都是靈異觀、科幻小說跟各種陰謀論。到了十八歲，亨利生出了一種不容質疑的執念，他深信自己可以跟死去祖先的靈魂溝通，祖先會對他說話下達命令，他也可以解碼他們透過網路傳來的特殊訊息。亨利相信自己背負著特殊的使命，要保護美國的白種人

血脈繁衍，也要對抗外國勢力或聯合國奪權。亨利很害怕，戰戰兢兢，片刻都不放鬆戒心。他的敵人已經控制了許多政府機構，獲得可以監視他舉動的科技，監控他的思想，控制他的行動。

亨利白天睡覺，晚上讀陰謀論文獻，上網作研究。他輟學，跟現實世界漸行漸遠，跟他聽到的那些聲音斷斷續續聯繫著，完全沉溺於幻想之中。亨利的父母跟他的政治傾向大致相同，但是他越來越極端怪異的思想與行為讓他們覺得不對勁，而他們卻無能為力。「亨利縮到另一個我們進不去的世界裡。我們試著跟他講話，或是叫他做事的時候，他就勃然大怒，對我們大吼大叫。他拒絕去看醫生，我們真的很怕他，怕他可能會有暴力傾向，就把家裡的槍處理掉了。」

當亨利的母親覺得他的房間已經造成嚴重的衛生及火災危險而想要打掃時，危機爆發了。亨利認定這是惡意的行為，他的母親現在已經受敵人指揮了，他粗暴地把她推出房門，用刀威脅她，但接著又感到深深的罪惡感，開始失控大哭，吼著要自殺。

救護車被叫來，亨利被送進精神病院，診斷出思覺失調症，並開始服用抗精神病劑。藥物效果很好，亨利很快就冷靜下來，但是讓他回到現實卻是個相當緩慢的過程，五年了還沒結束。「我還是會幻聽，特別是當我有壓力或是無所事事的時候，但是我通

常都可以分辨出這些聲音不是真的。不再隨時隨地覺得自己被監視控制真的是大鬆一口氣，不過有時候，想到自己並沒有擔負救國的特殊使命也挺難過的。雖然再也沒有明確的目標挺讓人失望的，但我正努力找其他的事做，設法讓自己忙碌。」

亨利跟他的精神科醫師建立了信任關係，治療方式除了藥物，再加上以現實測試及社交技巧訓練為重心的每週心理治療。高中畢業後，亨利只有一次短暫住院，他很努力進行治療，也很努力為自己開拓美好人生。他把自己對科幻小說的長久興趣變成一大優勢，在網路上買賣紀念版小說，在科幻小說大會上交朋友，最近開始跟一位也是科幻迷的女孩交往。

布蘭蒂的故事：擺脫邊緣型人格障礙症的雲霄飛車

布蘭蒂是一位情緒緊繃、衝動又有自我毀滅傾向的年輕女性，她的人生問題百出，亂七八糟。她可以輕而易舉就找到對象，但是每一次分手都只能以憤怒與受傷告終，同樣的模式一而再、再而三地重演。布蘭蒂期望太高，太快陷進去，又害怕被拒絕，於是帶著滿腔憤怒操縱對方，搞到她最害怕的事絕對成真。「然後當我被甩了之後，我失控

了，做了蠢到家的事情。男友跑了，讓我覺得自己陷在黑洞裡，支離破碎，而割傷自己可以讓我冷靜下來，因為身體的疼痛隨時可以蓋過心痛。」

布蘭蒂的課業、家庭跟社交生活跟她的感情生活差不多，都亂七八糟。她真的很聰明，但是沒辦法堅持做完手頭上的工作，永遠都讓人失望，也對別人失望。二十五歲的時候，她總共讀了四所不同的大學，在每一所學校都跟人起衝突，還缺三十個學分不能畢業。除了一位妹妹之外，布蘭蒂跟家人連話都不講，和別人的友誼通常也只維持幾個月，然後就如狂風暴雨般地結束了。心理治療一點用都沒有，許多療程都是一開始很有希望，最後慘淡收場。

後來布蘭蒂的情況跌到了谷底，衝動之下她吞了十顆安眠藥自殺。她被送到醫院住了一晚，轉到辯證行為治療（Dialectic Behavior Therapy，簡稱DBT）的專門門診療程。「DBT從一開始就給我不一樣的感覺，大家懂我也接受我，同時也期望我改變，更能夠為自己跟自己的行為負責。我沒辦法操控或是騙過他們，但是我感覺到他們真的關心我，也知道如何幫助我來幫助自己。我喜歡我的治療師，我想要跟她一樣。」

布蘭蒂學到了減低自我毀滅傾向的具體作法。她用套在手腕上的橡皮筋彈自己，而不是用小刀割手腕。她練習循序漸進地開始一段關係，降低期待，和平分手。布蘭蒂大

學畢業了，現在攻讀諮商碩士。「我的脾氣還是很火爆，也有脆弱的時候，但是我成熟得很快，也覺得自己差不多準備好可以用我的經驗去幫助其他人了。」

亞當的故事：克服強迫症

亞當是永久的「尚缺論文」博士候選人，他的研究計劃作了七年，好像永遠沒辦法完成。每一次他的指導教授說論文已經可以交了，他就會執著於自己看來惹眼的瑕疵，始終深信論文需要做很多調整跟修正。他會一整個晚上煎熬焦慮擔心失敗，只有開始大幅修改的時候才會平靜下來，他要加新的素材，刪除與新增章節和參考資料，基本上確保他絕對無法完工，然後把論文交出去給人評估。

「我知道不斷重寫論文很瘋狂，也沒有建設性，但是我覺得被困住了，束手無策。不斷重改很蠢，但是如果不改就會很焦慮。而且不是只有論文而已，每天都要花上一個小時穿衣服。我有一套複雜的儀式，如果其中一個步驟沒做好，就要從頭到尾再做一次，做到完美為止。日常生活也充滿了各種愚蠢的飲食與睡眠儀式，還有必須花很多時間禱告。」

亞當的儀式從童年就開始了，後來漸漸累積起各種生活的儀式，多到幾乎占據他所有的時間。他始終抗拒治療，擔心儀式一旦被干擾，只會變得更加焦慮。但是他的論文指導教授警告他，再錯過下一次繳交論文的期限，就要把他踢出博士班，亞當終於沒有退路了。

「醫師人很好，他理解我面對的壓力。他說明唯一打敗強迫症的方法就是面對焦慮，而不是靠著儀式解決。拿到博士學位很簡單，但是也很可怕，我只需一頁都不要讀，把最新一版的論文交出去就好了。他教我處理焦慮的技巧，在走投無路的情況下，我只能豁出去了。那幾週過得好可怕，但是委員會很快就通過了我的博士資格，我畢業了。」

亞當還有許多更為頑抗的儀式，因為這些儀式已經深入他的日常生活，破壞力也比較不明顯，但是經過兩年的心理與藥物治療，他的人生終於慢慢恢復正常了。「我還是有有一些小儀式，但是不會占掉太多時間，這麼多年來我第一次覺得自己是自由自在的。」

步入正軌

精神疾病如果亂下診斷，將如同災禍肆虐，導致過度治療，帶來恐怖的併發症，粉碎一個人的人生。有些臨床醫師犯了極度惡劣的錯誤，無知又狂妄，不知道自己在做什麼，卻又裝得像那麼一回事地輕率處理。這些人常常被流行病熱潮給誤導，愚蠢地應用自己喜歡的小理論，而不是傾聽自己的患者。他們只在患者身上看到（或是想像）疾病，而無視患者的健康，以致診斷過當。訓練不足、資格不夠的人，也經常胡亂診斷而犯錯。精神病診斷是件鄭重的大事，後果嚴重，常常影響終生，所以診斷需要訓練、經驗、時間、同理心，還有，最重要的是謙虛的態度。

精神疾病診斷做得好，等於開啓了成功的療程，足以改變人的一生。診斷正確的關鍵要素並不玄奧：醫生要有正確的訓練、經驗跟人際關係技巧，患者要誠實完整敘述問題，醫生與患者間要建立正面的治療關係，要有足夠的時間探索過去，研判至今的病程發展。如果情況不明朗，就要晚一點才確立診斷，寧可不確定也不要判斷錯誤。每一次診斷應該都要小心慎重，要有確實的證據支持，經過徹底全面的考量之後才能下判

斷，有了新的證據時也要能夠順應改變。在正確的診斷出來之前，那些接受治療的人都是惶恐徬徨的，每一個人都覺得無助，弄不清楚發生了什麼事情，覺得自己遭到天譴，當下很孤單，未來沒有希望。診斷對患者是一種幫助，讓他們知道前因後果，找到一群同病相憐的人，鼓勵他們採取行動，給他們可預期性，讓他們對未來感到有希望。原本失控的問題突然間好像可以掌控了。正確的診斷（再加上細心理性地讓患者了解診斷這回事）會讓患者如釋重負，這也是朝著康復方向邁出的第一大步。不論何種治療，最佳的成功預測指標就是臨床醫生與患者間的關係是否良好。融洽的關係當然不能保證快速復原，彣扭的關係當然也不代表就不能快快康復，但是普遍來講，關係越好，效果就越好，而準確的診斷是確保治療關係牢靠穩固的最佳方法。

終章

上帝一定特別鍾愛甲蟲，因為祂創造了這麼多不同的甲蟲。

——十九世紀英國生物學家霍爾丹 (J. B. S. Haldane)

甲蟲絕對會承受地土，只要看一下計分表，就知道牠們的優勢。甲蟲種類達數十萬種，超級多元，但人類只有一種，而且同質性越來越高。要賭誰可以撐過新的千禧年，聰明人就知道該下注在甲蟲上，而不是比牠們高等的生物。

大自然丟了數以兆計次的骰子後，才找到演化的常勝軍——生物多樣性。一英畝的雨林有成千成百的物種，遺傳基因豐富多樣、差異奇大。學過相關知識後才知道，這些樹木爭先恐後要在樹冠層占到小小的一席之地，是爲了曬到太陽。只有一個物種看似簡

單省事，但是大自然願意下重本，開放各種選擇機會。我們永遠不知道最後什麼物種會出線。哪種基因有潛力面對不同的環境挑戰，誰也沒把握。

大自然眼光放得很長遠，人類則目光淺短；大自然選擇多元豐富，我們選擇統一標準；我們把作物都變一樣，也把人類變得一樣。

人類忽略雨林消失帶來的警世寓言，把自己的命運都賭在巨型農業上，鐵定會輸光。我們的農業曾經有各種不同的樣貌，現在食物的供應只仰賴全球大規模的單一農業，種的養的都是基因相近的動植物，完全沒有從愛爾蘭馬鈴薯大饑荒的噩夢中學到教訓。我們蔑視大自然充沛又歷久不衰的力量，還引發了物種危機，總有一天人類的糧食都會消失。

大藥廠也採取相仿的途徑，各自創造旗下的人類樣版。野心勃勃的精神醫學專家助紂為虐，把所有的個體差異都當成體內化學失調，要靠唾手可得藥丸來治療。把差異變成疾病，是當代行銷天才最偉大的傑作之一，與蘋果及臉書並列，但是益處很少，危害又太大。

我看過一幅概念藝術作品，傳遞的是如《美麗新世界》般讓人毛骨悚然的訊息。這位藝術家選了一幅筆觸豐富細膩、色彩瑰麗的文藝復興畫作，大費周章測量了這幅畫散

發的色彩波長。平均計算波長之後，她不用顏色代表這些平均值，依比例畫在一大片如排泄物般的咖啡色畫布上。要洗刷掉鮮明的差異是如此簡單，但是結果多麼讓人心驚肉跳啊！神話、小說、戲劇的偉大角色之所以能歷久彌新，就是因為他們活得多采多姿，遠遠偏離平均值。我們真的想要讓伊底帕斯去看心理醫師、哈姆雷特接受短期行為治療、李爾王服用抗精神病劑嗎？

我想不會吧。人類的多樣差異自有其道理，不然怎麼可能經得起演化下無止無盡的競賽。我們的祖先能活下來，就是因為部落裡有各式各樣的人才與人格傾向，有相當自戀的領導者、也有心甘情願依附他們的追隨者，有神經兮兮的人可以察覺潛藏的威脅，也有衝勁十足的人能夠達成任務，也有愛現的人能吸引伴侶。部落裡有些人會趨吉避凶，有些人會冒險犯難，這樣就很好。那些能平衡所有特質、接近黃金平均值的人，就是健康的人。但是對群體來說，最好的生存機會在於，隨時有異於常人者能挺身而出，一如各色各樣不同品種的甲蟲以及雨林裡的樹木。

達爾文很快就想到，我們大腦的各種功能以及受其指導的行為，就是天擇的成果，一如身體的形狀、消化系統的運作方法。達爾文建議我們，如果要認識自己，應該是要研究狒狒，不是去讀哲學或心理學書籍。憑著自然學家所受的專業訓練以及鉅細靡遺的

觀察力，達爾文看著自己的孩子一天一天成長。他領悟到，悲傷、焦慮、恐慌、討厭或憤怒的能力之所以存在，那是因為它們都有生存價值，是人類生命無法避免、本然具有的一部分。我們必須要為摯愛的離世而哀悼，否則對他們的愛就不完整。要擔心自己行為的後果，不然就會讓自己惹上麻煩。我們需要建立環境秩序，不然混亂會隨之而來。疾病離黃金平均值很遠，處在極端的兩側。我們大多數的行為自有其原因，大部分的人都是正常人。

我喜歡稀奇古怪的特質與怪裡怪氣的人，英文裡古怪eccentric這個詞來自希臘幾何學，意思是「偏離中心」。這個詞進入英文時是天文用語，描述天體運轉的軌道，現在則用來形容與眾不同的人——多半帶著貶抑的意思，很少人用這個詞讚美別人天賦異稟。大自然就是欣賞古怪多元，厭惡同質單一。我們應該慶幸大部分的人或多或少都有古怪之處。我們應該接受自己本來的樣子，好壞全收。個體差異的存在，並不是為了被簡化成精神醫學手冊裡隨意又冗長的疾病診斷清單。部落要繁榮昌盛，各色各樣的人都要有。就個人而言，只有體驗過各種情緒，才稱得上是充實地生活著。我們不應該把差異變成醫療問題，還妄想用類似「蘇麻」(Soma，譯按：《美麗新世界》裡的一種迷幻藥，吃了之後，悲傷苦惱的記憶會被愉快的幻象取代)的現代迷幻藥治療差異。今日

醫療問題最矛盾之處在於，最需要的人通常得不到治療，得到治療的人卻不需要。

我們該如何救救正常人、保護多樣性、更爲合理地分配稀少的資源呢？這當然難以說是易如反掌，但真的有可能。我們相關工作者應該拿出專業能力，發揮長才。精神科醫師應該謹守本分，也就是治療真正有精神問題的病人，別擴張領域，連擔心自己有病的正常人也不放過，這些人不去理他們也會好好的。基層醫師應該謹守自己的本分，別再充當業餘精神科醫師。藥廠別再表現得跟毒梟一樣，不負責任地推銷產品，也不管傷害會不會大過益處。消費者權益團體應該爲消費者喉舌，而不是爲了團體自身。媒體應該揭發誇大不實的療效，而不是糊里糊塗大肆宣傳。

我們是不是真的有機會能扭轉濫診歪風呢？或者歷史會重來，一波又一波的假流行病會一再侵襲？我的理智告訴我，濫診終將成爲常態，我們永遠也救不了正常人。對抗濫診的人又少、又沒權力。我們資金不足又缺乏組織，很難打贏。這時我想起莎士比亞《亨利五世》裡那支士氣不振的軍隊——「我們人很少，我們是快活的少數人，我們是同袍兄弟」——這支隊伍當時與敵軍人數懸殊，要以一敵六，但是受到鼓舞，以雷霆萬鈞之勢贏得亞金庫（Agincourt）戰役。不論機會再怎麼小、局勢再怎麼惡劣，也絕對不要放棄。瘦小如大衛之人，也是可以成功挑戰看似不可爲之事，無敵的巨人歌利亞真的

會輸。

我們這邊有個很大的優勢——公理在我們這邊，有時公理就是權力。抱持一點希望，期待最後一定能討回公道，這絕不是痴人說夢。誰又能料到，一度看似無敵的菸草大廠竟然這麼快就被打倒了？上一次你跟叼著菸的人在一起又是什麼時候了？大藥廠顯然也走上了同一條崩壞之路，永遠都有沒穿新衣的國王。

人民與政策制定者終究會清醒過來，發現自己並不是一群有病的人。「人人都有一堆精神疾病，社會也有病」，這是野心過盛的精神醫學專家跟貪得無厭的大藥廠創造出來的迷思。大多數人都很正常，也不用改變。

我有兩個目標：「救救正常人」跟「救救精神醫學」，它們實際上是一體兩面。挽救精神醫學，我們才能拯救正常人。我們得約束自己，了解精神醫學的適用範圍，這樣才能拯救它。不論是現在或是兩千五百年前，希波克拉底傳承下來至理真言永遠不會錯：謙沖自牧，知道自己能力的限度在哪。行醫，先講求不傷身體。

我們應當一起努力救救正常人，還有精神醫學。

致謝

我所有精神醫學的知識（還有我大半對人生、群體跟自己的認識）幾乎都來自於我的病人。感謝他們，也要謝謝那十八位貢獻出自己動人回憶錄的朋友，描述了自己有時可怖、有時美好的求診與治療經驗。還有謝謝好幾百位同仁，你們在我擔任精神科醫師的生涯中，用許多不同的方式給我一臂之力。我無法一一道出各位的姓名致謝，但是你們都知道我說的是你，也知道我會終身感激，深以為念。還是有少數幾位是我一定要提到的。我天生只顧自己又愛玩，不可能心甘情願地背起艱鉅的包袱，挺身整頓精神醫學，特別是在人生晚年間雲野鶴的時候。但是有幾位賢能的前輩以身作則，讓我心生慚愧，不得不動手作事。

三十五年前羅伯·史匹澤帶我進入精神疾病診斷這行，他幾乎把所有沒睡覺的時間

都投注在改善、提升精神醫學。Barney Carroll孜孜不輟地努力，讓精神醫學符合最高標準，讓眾人知道它現下的表現多不及格，我也不得不挺身而出。Paul McHugh自己不知道，但是看到他多次勇敢站出來，我也不敢再安逸坐擁海灘美景。剛逝世的Tom Szasz的觀點非常極端，我非常不認同，但我私下非常喜歡他，也一直欽佩他。爲了捍衛自己的觀點，他願意付出龐大的代價。

我的朋友Yuraka One慷慨地提出建議，讓這本書變得比較感性、不那麼浮誇，否則照我的個性一定不是這樣。Suzy Chapman幫我們把DSM五與ICD二龐大的相關資料整理歸檔，這真是了不起，對他人也有助益。Gary Greenberg的著作*Book of Woe*太棒了，指出了DSM五的愚蠢錯誤。

我也要特別向在網路上結識的臨時隊友致謝（許多人我從來沒見過），他們幫我整理出DSM五有哪些亂七八糟問題，也提供許多寫作意見，特別是Melissa Raven、Mickey Nardo、Dayle Jones、Joanne Cacciatore、Jack Carney、Donna Rockwell、Russel Friedman、Marianne Russo、Martin Whiteley、Jon Jureidini、Chris Kane、Margaret Solmana和James Phillips。

謝謝我的小孫子，當我無止盡地一個又一個小時在我親愛的黑莓機（他們老說那是

我的壞朋友）上打字跟編輯這本書的時候，平常愛吵鬧的他們一反常態，驚人地乖巧。謝謝我的經紀人Carrie Kania，她不僅幫我賣出版權，也一起跟我發想書的雛形。感謝美國版編輯Perer Hubbard、德國版編輯Laurenz Bolliger、荷蘭版編輯Michiel ren Raa，他們給了數不清又相當受用的建議。最重要的是，要感謝我的妻子唐娜，她是一位優秀的讀者，讓我變成更好的作家。

注釋

前記

- 1 Medco, "America's State's of Mind" (2011). <http://www.toxicpsychiatry.com/storage/Psych%20Drug%20Us%20Epidemic%20%Medco%20rpt%Nov%202011.pdf>.
- 2 S. H. Zuvekas and B. Vitiello, "Stimulant Medication Use in Children: A 12-Year Perspective," *Am J Psychiatry* 169, no.2 (2012)
- 3 B. Vitiello, S.H. Zuvekas, and G.S. Norquist, "National Estimates of Antidepressant Medication Use Among U.S. Children, 1997-2002," *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45, no.3 (2006).
- 4 G. Epstein-Lubow and A. Rosenzweig, "The Use of Antipsychotic Medication in Long-Term Care," *Med Health R I* 93, no. 12 (2010).
- 5 T. Pringsheim, D. Lam, and S. B. Parren, "The Pharmacoepidemiology of Antipsychotic Medication for Canadian Children and Adolescents: 2005-2009," *J Child Adolesc Psychopharmacol* 21, no.6 (2011).
- 6 Centers for Disease Control and Prevention, "Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Levels," (2011); http://www.cdc.gov/media/release/2011/p1101_flu_pain_killer_overdose.html.
- 7 Kim Murphy, "A Fog of Drugs and War," *Los Angeles Times*, April 7, 2012, accessed September 16, 2012; <http://articles.latimes.com/2012/apr/07/nation/la-na-army-medication-20120408>.
- 8 IMS Institute for Health Informatics, "The Use of Medicines in the United States: Review of 2011" (2012).
- 9 M.N/ Stagniti, "Trends in the Use and Expenditures for the Therapeutic Class Prescribed Psychotherapeutic Agents

- and All Subclasses, 1997 and 2004" (2007).
- 10 Laura A. Pratt, Debra J. Brody, and Qiuping Gu, "Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008," in NCHS Data Brief (Hyattsville, MD, 2011).
- 11 T. L. Mark, K. R. Levit, and J. A. Buck, "Datapoints: Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty," *Psychiatr Serv* 60, no.9 (2009).
- 12 Stefan Leucht, "Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses," *British Journal of Psychiatry* 200, (2012): 97-106 doi: 10.1192/bjp.bp.111.096594.

第一章

- 1 *Oxford English Dictionary*, Oxford University Press, <http://oxforddictionaries.com/definition/english/normal> (2012).
- 2 Jeremy Bentham, *Utilitarianism* (London: Progressive Publishing Company, 1890).
- 3 Jagdish K. Patel and Campbell B. Read, *Handbook of the Normal Distribution* (New York: Marcel Dekker, Inc., 1996).
- 4 Vivian Nutton, *Ancient Medicine* (New York: Routledge, 2004).
- 5 Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, June 19-22, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2 p. 100) and enter into force on 7 April 1948. The definition has not been amended since 1948.
- 6 ABIM Foundation, "Choosing Wisely"; <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx> (accessed August 18, 2012).
- 7 "Neuron," http://en.wikipedia.org/wiki/Neuron#Neurons_in_the_brain (accessed August 18, 2012).
- 8 "Roger W. Sperry-Nobel Lecture: Some Effects of Disconnecting the Cerebral Hemispheres." Nobelprize.org. 26 Sep

2012; http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1981/sperry-lecture.htm.

⁶ N.J. Macintosh, *I.Q. and Human Intelligence* (New York: Oxford University Press, 1998).

⁷ *Atkins v. Virginia* (00-8452) 536 U.S. 304 (2002) 260 Va. 375, 534 S.E. 2D 312.

⁸ Emile Durkheim, George Simpson, and John A. Spaulding, *Suicide* (New York: The Free Press, 1951).

⁹ Sigmund Freud, *An Outline of Psychoanalysis* (New York: W. W. Norton 1949).

¹⁰ Jerome Wakefield, "The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values," *American Psychologist*, 47 (1992):378-88.

¹¹ R. M. Bergner, "What is psychopathology? And so what?" *Clin Psychol Sci Pract*, 4 (1997): 235-48.

¹² D.F. Klein, "Harmful dysfunction, disorder, disease, illness, and evolution," *J Abnorm Psychol* 108 (1999): 421-29.

¹³ T. A. Widiger and L. M. Sankis, "Adult psychopathology: issues and controversies," *Annu Rev Psycho* 51 (2000):377-404.

¹⁴ J. C. Wakefield and M. B. First, "Clarifying the distinction between disorder and nondisorder: confronting the overdiagnosis (false-positives) problem in *DSM-V*." In *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, ed. K. A. Phillips, M. B. First, H. A. Pincus (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2003), 23-55

¹⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.) (Washington D.C.: American Psychiatric Press, 2000).

¹⁶ R. L. Spitzer and J. B. W. Williams, "The definition and diagnosis of mental disorder." In *Deviance and Mental Illness*, ed. W. R. Gove (Beverly Hills, CA: Sage, 1982), 15-32.

¹⁷ D. J. Stein and others, "What is a mental/psychiatric disorder? From *DSM-IV* to *DSM-V*." *Psychol Med* 40 (2012)" 1759-65.

¹⁸ J. C. Wakefield, "The myth of *DSM*'s invention of new categories of disorder: Hour's diagnostic discontinuity thesis disconfirmed," *Behav Res Ther* 39 (2001)" 575-624.

¹⁹ S. A. Kirk, ed., *Mental Disorders in the Social Environment: Critical Perspectives* (New York: Columbia University Press,

- 2005).
- ㉓ Jeffery A. Schaler and others, "Mental Health and the Law," *Cato Unbound*, August 12, 2012 edition; <http://www.cato-unbound.org/issues/august-2012-mental-health-and-the-law>.
- ㉔ James Phillips and others, "The Six Most Essential Questions in Psychiatric Diagnosis," *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, February 2012; <http://www.pch-med.com/content/7/1/3>.
- ㉕ D.S. Charney and others, "Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system," in *A Research Agenda for DSM-V*, eds. D. J. Kupfer, M. B. First D. A. Regier (Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2005), 31-84.
- ㉖ S. Hyrman, "The diagnosis of mental disorders: the problem of reification," *Annu Rev Clin Psychol*, 6 (2010): 155-79.
- ㉗ T.R. Insel, "Translating scientific opportunity into public health impact. A strategic plan for research on mental illness," *Arch Gen Psychiatry* 66 (2009): 128-33.
- ㉘ K.S. Kendler, "Toward a philosophical structure for psychiatry," *Am J Psychiatry* 162 (2005): 433-40.
- ㉙ J Paris, "Endophenotypes and the diagnosis of personality disorders," *J Personal Disord* 25 (2011): 260-68.
- ㉚ T. Szasz, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct* (New York: Harper & Row, 1974).
- ㉛ M. B. First and A. J. Frances, "Issues for DSM-V: unintended consequences of small changes: the case of paraphilias," *Am J Psychiatry* 165 (2008): 1240-41.
- ㉜ A. J. Frances and Others, "DSM-IV: work in progress," *Am J Psychiatry* 147 (1990): 1439-48.
- ㉝ A. Barnes, "Race, schizophrenia, and admission to state psychiatric hospitals," *Administration and Policy in Mental Health* 31 (2004): 241-52.
- ㉞ *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (Geneva: World Health Organisation, 1992).
- ㉟ A. Frances, "Integrating DSM-5 and ICD 11," *Psychiatric Times*, November 2009.

- 36 Richard Dawkins, *The Ancestor's Tale: A Pilgrimage to the Dawn of Evolution* (Boston: Houghton Mifflin, 2004), 416.
- 37 Paul R. McHugh, MD, and Phillip R. Slavney, MD, "Comprehensive Evaluation or Checklist?" *New England J Med* 366, no. 20 (2012): 1853-55.

第二章

- 1 Genesis 2:20, Holy Bible, King James Version (Cambridge Edition, 2000).
- 2 *Encyclopaedia Britannica*, online edition, 2012, s.v. "Shamanism," <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/538200/shamanism>.
- 3 Jerome D. Frank and Julia B. Frank, *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1961).
- 4 M. Fornaro, N. Clementi, and P. Fornaro, "Medicine and Psychiatry in Western Culture: Ancient Greek Myths and Modern Prejudices," *Ann Gen Psychiatry* 8 (2009): 21.
- 5 Hippocrates, *The Corpus: The Hippocratic Writings* (New York: Kaplan, 2008).
- 6 Galen (edited and translated by Ian Johnson), *On Symptoms and Disease* (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2011).
- 7 Roy Porter, *Madness: A Brief History* (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2002).
- 8 Heinrich Kramer and James Sprenger (translated by Christopher Mackay), *Malleus Maleficarum* (Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 2006).
- 9 "Medicine in the Medieval Islamic World," Wikipedia, last modified August 18, 2012, http://en.wikipedia.org/wiki/Medicine_in_the_medieval_Islamic_world.
- 10 Joseph Frank Payne, *Thomas Sydenham* (Charleston, SC: Nabu Press, 2010).

- 11 Wilfrid Blunt, *Linnaeus, the Complete Naturalist* (Princeton, NJ: Princeton University Press, 2001).
- 12 Jan E. Goldstein, *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century* (Chicago: University of Chicago Press, 1987).
- 13 E. Shorter, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac* (New York: John Wiley, 1997).
- 14 Hans Pols, PhD, and Stephanie Oak, BMed, "War and Military Mental Health," *Am J Public Health* 97, no. 12 (2007): 2132-42.
- 15 Walter E. Barton, MD, *History and Influence of the American Psychiatric Association* (Washington, D.C.: American Psychiatric Association Press, 1987).
- 16 *DSM-I: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association, 1952).
- 17 *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington D.C., American Psychiatric Association, 1968).
- 18 John E. Cooper and others, "Cross-national Study of the Mental Disorders: Some Results from the First Comparative Investigation," *Am J Psychiatry* 125 (1969): 21-29.
- 19 R.L. Spitzer, J. Endicott, and E. Robins, *Research Diagnostic Criteria (RDC) for a Selected Group of Functional Disorders*, 3rd ed. (New York State Psychiatric Institute, 1978)
- 20 J. Endicott and R. L. Spitzer, "A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia," *Arch Gen Psychiatry* 35 (1978): 35,773-82.
- 21 *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. (Washington D.C., American Psychiatric Association, 1985).
- 22 H. H. Decker, *The Making of DSM-III: A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry* (Oxford, U.K.: Oxford University Press, 2013)
- 23 *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 3rd ed., rev. (Washington D.C., American Psychiatric

Association, 1987).

²⁴ *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Washington D.C., American Psychiatric Association, 1994).

²⁵ A. J. Frances, T. A. Widiger, and H. A. Pincus, "The development of *DSM-IV*" *Arch Gen Psychiatry* 6 (1989): 373-75.

²⁶ Thomas A. Widiger, PhD, and Allen J. Frances, MD, *DSM-IV Sourcebook*, volumes 1-4 (Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994).

²⁷ A. J. Frances, M. B. First and H. A. Pincus, *DSM-IV Guidebook* (Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1995).

²⁸ A. J. Frances and Others, "DSM-IV: work in progress," *Am J Psychiatry* 147 (1990): 1439-48.

²⁹ L. Cosgrove, S. Krimsky (2012) "A Comparison of *DSM-IV* and *DSM-5* Panel Members' Financial Association with Industry: A Pernicious Problem Persists," *PLoS Med* 9(3): e1001190. doi:10.1371/journal.pmed.1001190.

³⁰ L. Cosgrove, H. J. Burszajn, and S. Krimsky, "Developing unbiased diagnostic and treatment guidelines in psychiatry," *N Eng J Med* 360 (2009): 2035-36.

第三章

— R. Moynihan, J Doust, and D. Henry, "Preventing Overdiagnosis: How to Stop Harming the Healthy," *BMJ* 344(2012): e3502.

² "Choosing Wisely: Five Things Physicians and Patients Should Question" (2012) ABIM Foundation, http://choosingwisely.org/?page_id=13.

³ Paul Enright, "A Homeopathic Remedy for Early COPD," *Respiratory Medicine* 105 (2011): 1573-75.

⁴ U.S. Preventive Services Task Force, "Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Service Task Force Recommendation

- Statement," *Ann Intern Med* 151, no.10 (2009): 716-26.
- 5 R. Harris, "Overview of Screening: Where We Are and Where We May Be Headed," *Epidemiologic Review* 33, no. 1 (2011): 1-6.
- 6 Andrew J Bacevich, "The Tyranny of Defense Inc.," *The Atlantic* (January/ February 2011) <http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2011/01/the-tyranny-of-defense-inc/308342>.
- 7 Organisation for Economic Co-operation and Development, "Why Is Health Spending in the United States So High?" (2011); <http://www.oecd.org/unitedstates/49084355.pdf>.
- 8 P.D. McGorry, "Is Early Intervention in the Major Psychiatric Disorders Justified? Yes," *BMJ* 337 (2008): a695.
- 9 Brian Deer, "How the Case Against the MMR Vaccine Was Fixed," *BMJ* 342 (2011), <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c5347>.
- 10 L. Barstra and others, "Childhood Emotional and Behavioral Problems: Reducing Overdiagnosis Without Risking Undertreatment," *Dev Med Child Neurol* 54, no.6 (2012): 492-94.
- 11 R. L. Morrow and others, "Influence of Relative Age on Diagnosis and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children," *CMAJ* 184, no.7 (2012): 755-62.
- 12 Peter Parry, "Paediatric Bipolar Disorder (Pbd) and Pre-Pubertal Paediatric Bipolar Disorder (PPBD)-a Controversy from America," (2009) Black Dog Institute. <http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PaediatricbipolarorderacontroversyfromtheUSA.pdf>.
- 13 A. Frances, Editorial: "Problems in Defining Clinical Significance in Epidemiological Studies," *Arch Gen Psychiatry* 55, no. 2 (1998): 119.
- 14 Substance Abuse and Mental Health Service Administration, "Results from the 2009 National Survey on Drug Use and health: Mental Health Findings," (Rockville, MD, 2012).
- 15 Peter D. Kramer, *Listening to Prozac* (New York: Penguin, 1993.)

- 91 S. J. Williams, P. Martin and J. Gabe, "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis," *Socio Health Illn* 33, no.5 (2011): 710-25.
- 92 Rick Newman, "Why Health Insurer Make Lousy Villains," *US News & World Report*, Money Section, August 25, 2009, accessed September 25, 2012: <http://money.usnews.com/money/blogs/flowchart/2009/08/25/why-health-insurers-make-lousy-villains>.
- 93 M. A. Gagnon and J. Lexchin, "The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States," *PLoS Med* 5, no. 1 (2008), <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0050001>.
- 94 Jeffery Lieberman and others, "Effects of Antipsychotic Drugs in Patients with Schizophrenia," *New England J Med* 335 (September 22, 2005): 1209-33.
- 95 F. S. Sierles and others, "Medical Students' Exposure to and Attitudes About Drug Company Interactions: A National Survey," *JAMA* 294, no.9 (2005):1034-42.
- 96 R. Mojrabai and M. Olsson, "National Trends in Psychotropic Medication Polypharmacy in Office-based Psychiatry," *Arch Gen Psychiatry* 67, no. 1 (2010).
- 97 J. S. Comer, M. Olsson and R. Mojrabai, "National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in Office-based Practice, 1996-2007," *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49, no. 10 (2010).
- 98 Substance Abuse and Mental Health Service Administration, "Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings," NSDUH series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Service Administration. 2012.
- 99 Tracy Staton and Eric Palmer, "Pharma's Top 11 Marketing Settlements"
- 100 Fierce Pharma (June 26, 2012) <http://www.fiercepharm.com/special-reports/top-10-pharma-settlements/top-10-pharma-settlements>.

- 25 Bill Berkror and Pierson Randell, "J&J to pay \$181 Mln to Settle Improper Marketing Claims," Thomson Reuters News & Insights, August 30, 2012, <http://www.reuters.com/article/2012/08/30/us-johnsonand-johnson-settlement-idUSBRE87T10X20120830>.
- 26 Department of Justice, "GlaxoSmithKline to Plead Guilty and Pay \$3 Billion to Resolve Fraud Allegations and Failure to Report Safety Data" (2012); <http://www.justice.gov/opa/pr/2012/July/12-civ-842.html>.
- 27 Department of Justice, "Abbott Labs to Pay \$1.5 Billion to Resolve Criminal Civil Investigations of Off-Label Promotion of Depakote" (2012); <http://www.justice.gov/opa/pr/2012/May/12-civ-585.html/>
- 28 Bill Berkror and Pierson Randell, "J&J to pay \$181 Mln to Settle Improper Marketing Claims," Thomson Reuters News & Insights, August 30, 2012, <http://www.reuters.com/article/2012/08/30/us-johnsonand-johnson-settlement-idUSBRE87T10X20120830>.
- 29 Ed Silverman, "After the Risperdal Trial, J&J Looks More Like Humpty-Dumpty," *Forbes*, 20 January 2012, <http://www.forbes.com/sites/edsilverman/2012/01/20/after-the-risperdal-trial-ji-looks-more-like-humpty-dumpty>.
- 30 Department of Justice, "Novartis Pharmaceuticals Corp. to Pay More Than \$420 Million to Resolve Off-Label Promotion and Kickback Allegations" (2010); <http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1102.html>.
- 31 Department of Justice, "Drug Maker Forest Pleads Guilty; to Pay More Than \$313 Million to Resolve Criminal Charges and False Claims Act Allegations," (2010); <http://www.justice.gov/opa/pr/2010/September/10-civ-1028.html>.
- 32 Department of Justice, "Pharmaceutical Giant AstraZeneca to Pay \$520 Million for Off-Label Drug Marketing" (2010); <http://www.justice.gov/opa/pr/2010/April/10-civ-487.html>.
- 33 Department of Justice, "Pfizer to pay \$2.3 Billion for Fraudulent Marketing" (2009); <http://www.justice.gov/opa/pr/2009/September/09-civ-900.html>.
- 34 Department of Justice, "Eli Lilly and Company Agrees to Pay \$1.415 Billion to Resolve Allegations of Off-Label Promotion of Zyprexa" (2009); <http://www.justice.gov/opa/pr/2009/January/09-civ-038.html>.

- 35 Department of Justice, "The Accomplishments of the U. S. Department of Justice 2001-2009", <http://www.fas.org/irp/agency/doj/2001-2009.pdf>.
- 36 Department of Justice, "Justice Department Recovers \$2 Billion for Fraud Against the Government in Fy 2007; More Than \$20 Billion since 1986" (2007); <http://www.justice.gov/opa/pr/2007/November/07-civ-873.html>.
- 37 Department of Justice, "Warner-Lambert to Pay \$430 Million to Resolve Criminal & Civil Health Care Liability Relating to Off-Label Promotion" (2004); <http://www.justice.gov/opa/pr/2004/May/04-civ-322.html>.
- 38 J. C. Fournier and others, "Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis," *JAMA* 303, no. 1 (2010)
- 39 I. Kirsch, "Antidepressant and the Placebo Response," *Epidemiological Psychiatr Soc* 18, No. 4 (2009): 318-22.
- 40 M. Fassler and others, "Frequency and Circumstances of Placebo Use in Clinical Practice-a Systematic Review of Empirical Studies," *BMC Med* 8 (2010); <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/8/15>.
- 41 Laura A. Pratt, Debra J. Brody, and Qiuping Gu, "Antidepressant Use in Persons Aged 12 and Over: United States, 2005-2008," in *NCHS Data Brief* (Hyattsville, MD, 2011).
- 42 Ryan Du Bosar, "Psychotropic Drug Prescriptions by Medical Specialty," *ACP Internist* (2009), <http://www.acpinternist.org/archives/2009/11/national-trends.htm>.
- 43 Leslie Russell, "Mental Health Care Service in Primary Care," monograph, Center for American Progress (October, 2010); <http://www.americanprogress.org/issues/healthcare/report/2010/10/04/8466/mental-health-service-in-primary-care>.
- 44 Peter J. Cunningham, "Beyond Parity: Primary Care Physicians' Perspective on Access to Mental Health Care," *Health Affairs* 28, no.3 (May/June 2009): 490-501; doi: 10.1377/hlthaff.28.3.w490.
- 45 L. N. Robins and others, "Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites," *Arch Gen Psychiatry* 41, no. 10 (1984): 949-58.

- 96 R. C. Kessler and others, "Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication," *Arch Gen Psychiatry* 62, no. 6 (2005): 593-602.
- 97 R. de Graaf and others., "Prevalence of Mental Disorder and Trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2," *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 47, no. 2 (2012): 303-13.
- 98 T. E. Moffitt et al., "How Common Are Common Mental Disorders? Evidence That Lifetime Prevalence Rates Are Doubled by Prospective Versus Retrospective Ascertainment," *Psychol Med* 40, no. 6 (2010): 899-909.
- 99 W. Copeland and others, "Cumulative Prevalence of Psychiatric Disorders by Young Adulthood: A Prospective Cohort Analysis from the Great Smoky Mountain Study," *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 50, no. 3 (2011): 252-61.
- 100 C. Moreno, G. Laje, C. Blanco, H. Jiang, A. B. Schmidt, and M. Olfson, "National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth," *Arch Psychiatry* 64 (2007): 1032-39.
- 101 CDC estimates 1 in 88 children in United States has been identified as having an autism spectrum disorder (accessed October 8, 2012); http://www.cdc.gov/media/releases/2012/p0329_autism_disorder.html.
- 102 B. Bloom, R. A. Cohen, and G. Freeman, "Summary health statistics for U.S. children: National Health Interview Survey, 2010," National Center for Health Statistics. Vital Heal Statistics, Series 10, no. 250 (2011); http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_250.pdf.
- 103 T. A. Ketter, "Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder," *J Clin Psychiatry* 71, no. 6 (June 2010): e14.
- 104 Richard A. Friedman, "A Call for Caution on Antipsychotic Drugs," *New York Times*, Health Section, September 24, 2012 (accessed September 25, 2012); <http://www.nytimes.com/2012/09/25/health/a-call-for-caution-in-the-use-of-antipsychotic-drugs>.
- 105 B. L. Smith, "Inappropriate Prescribing," American Psychological Association; <http://www.apa.org/monitor/2012/06/prescribing.aspx> (accessed September 19, 2012).

- 96 Michael Kleinrock, "The Use of Medication in the US: Review of 2012," IMS Institute for Health Informatics, p. 28 (accessed September 25, 2012): http://www.imshealth.com/imshealth/Global/Content/IMS%20Institute/Documents/IHIL_UseOfMed_report%20.pdf.
- 97 Jonathan S. Comer, Ramin Mojtabai, and Mark Olfson, "National Trends in the Antipsychotic treatment of Outpatients with Anxiety Disorders" *Am J Psychiatry* 168 (2011): 1057-65.
- 98 G. Caleb Alexander and others, "Increasing Off-Label Use of Antipsychotic Medications in the US, 1995-2008," National Institute of Health (January 6, 2011): doi: 10.10021pds.2082.
- 99 Centers for Disease Control and Prevention, "Drug Overdose Deaths-Florida, 2003-2009," *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 60, no. 26 (2011).
- 99 Peter W. Chiarelli, "Army Health Promotion Risk Reduction Suicide Prevention Report 2010," U.S. Department of Defense, American Force press Service (2010), <http://defense.gov/News/NewsArticle.aspx?ID=60236>.
- 15 Gardiner Harris, "Talk Doesn't Pay, So Psychiatry Turns Instead to Drug Therapy," *New York Times*, March 5, 2011.
- 92 J. C. West and others, "Economic Grand Rounds: Financial Disincentives for the Provision of Psychotherapy," *Psychiatr Serv* 54, no. 12 (2003): 1582-83.
- 93 R. Mojtabai and M. Olfson, "National Patterns in Antidepressant Treatment by Psychiatrists and General Medical Providers: Results from the National Comorbidity Survey Replication," *J Clin Psychiatry* 69, no.7 (2008): 1064-74.
- 95 M. W. Otto and others, "A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia," *J Anxiety Disorder* 14, no. 4 (2000): 345-58.
- 95 B. Rochanaei-Moghaddam and others, "Relative Effect of Cbr and Pharmacotherapy in Depression Versus Anxiety: Is Medication Somewhat Better for Depression and Cbr Somewhat Better for Anxiety?" *Depress Anxiety* 28, no. 7 (2011): 560-67.
- 99 G. I. Spielmans, M. I. Berman, and A. N. Usitalo, "Psychotherapy Versus Second-Generation Antidepressant in the

- Treatment of Depression: A Meta-Analysis." *J Nerv Ment Dis* 199, no. 3 (2011): 142-49.
- 79 N. R. Silton and others, "Stigma in America: Has Anything Changed? Impact of Perception of Mental Illness and Dangerousness on the Desire for Social Distance: 1995 and 2006," *J Nerv Ment Dis* 199, no. 6 (2011): 361-66.
- 80 R. Smith, "In Search of Non-Disease," *BMJ* 324, no. 7342 (April 13, 2002): 883-85.
- 81 Charles Rosenberg, *The Trial of the Assassin Guiteau* (New York: The Notable Trial Library, 1996).
- 82 P. S. Wang and others, "Use of Mental Health Service for Anxiety, Mood, and Substance Disorders in 17 Countries in the WHO World Mental Health Surveys," *The Lancet* 370, no. 9590 (2007): 841-50.

第四章

- 1 Hilary Evans and Robert E. Bartholomew, *Outbreaks, The Encyclopedia of Extraordinary Social Behavior* (San Antonio, TX: Anomalist Press, 2009).
- 2 I. M. Lewis, *Ecstatic Religion: A Study of Shamanism and Spiritual Possession* (New York: Routledge, 2003)
- 3 John Waller, *The Dancing Plague: The Strange True Story of an Extraordinary Illness* (Naperville, IL: Sourcebooks, 2009).
- 4 Mark Collins Jenkins, *Vampire Forensics: Uncovering the Origins of an Enduring Legend* (Washington, D.C.: National Geographic Society, 2010).
- 5 Johann Wolfgang von Goethe (Translated and edited by Michael Hulse), *The Sorrows of Young Werther* (London, U.K.: Penguin Books, 1989).
- 6 CDC, "Suicide Contagion and the Reporting of Suicide: Recommendations from a National Workshop on Reporting on Suicide" (accessed August 22, 2012): www.dcd.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm.
- 7 Isaac G. Briggs, *Epilepsy, Hysteria and Neurasthenia: Their causes, Symptoms, Treatment* (Charleston, SC: Bibliobazaar, 2007).

- ⁸⁰ Josef Breuer and Sigmund Freud, *Studies in Hysteria* (New York: Basic Books, 2000).
- ⁸¹ Harold Merskey, *The Analysis of Hysteria*, 2nd ed. (London, U.K.: The Royal College of Psychiatry, 1995).
- ⁸² Corbett H. Thigpen, MD, and Hervey Cleckley, MD, *The Three Faces of Eve* (New York: McGraw-Hill, 1957).
- ⁸³ August Piper, MD, and Harold Merskey, DM, "The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder Part II: The Defense and Decline of Multiple Personality or DID," *Canadian J Psychiatry* 49, no. 10 (2004): 678-83.
- ⁸⁴ Debbie Nathan, *Satan's Silence: Ritual Abuse and the Making of a Modern American Witch Hunt* (Lincoln, NE: Author's Choice Press, 1995).

第五章

- ¹ H. A. Pincus, "DSM-IV and new diagnostic categories: Holding the line on proliferation," *Am J Psychiatry* 149 (1992): 112-17.
- ² Laura Barstra and Allen Frances, "Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure," *Nerv Ment Disease* 200, no. 6 (June 2012): 474-79; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4a2.
- ³ Richard L. Morrow, and others "Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children," *CMAJ*, March 5, 2012; <http://www.cmaj.ca/content/early/2012/03/05/cmaj.111691.full.pdf+html>.
- ⁴ S. Boyles, "Study confirms ADHD is more common in boys," *WebMD Health News*, September 15, 2004; <http://www.webmd.com/add-adhd/news/20040915/study-confirms-adhd-is-more-common-in-boys> (accessed March 10, 2011).
- ⁵ K. Bruchmüller, J. Margraf, and S. Schneider, "Is ADHD Diagnosed in Accord with Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis," *J Consult Clin Psychology* 80, no.1 (February 2012): 128-38;

- 9 Howard Wolinsky, "Disease Mongering and Drug Marketing," *EMBO Reports* 6, no. 7 (July 2005): 612-14, accessed September 4, 2012; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1369125>.
- 10 C. B. Phillips, "Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD," *PLoS Med.* 3, no. 4 (2006): 433-35.
- 11 "Short-Supply Prescription Drugs: Shining a Light on the Gray Market," Democratic Press Office, July 25, 2012; http://commerce.senate.gov/public/index.cfm?p=Hearings&ContentRecord_id=0c41d6c9-ccc9-4f59-bb82-fb19bfd057dc&ContentType_id=14f995b9-dfa5-407a-9d35-56cc7152a7ed&Group_id=b06c39af-e003-4bca-9221-de668ca1978a.
- 12 Martin Whiteley, *Speed up and Sit Still: The Controversies of ADHD Diagnosis and Treatment* (Perth: UWA Publishing, 2010).
- 13 Carmen Moreno, MD, and others, "National Trends in Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth," *Arch Gen Psychiatry* 64, no. 9 (September 2007): 1032-39.
- 14 Joyce Nolan Harrison, MD, and others, "Antipsychotic Medication Prescribing Trends in Children and Adolescents," *J Pediatr Health Care* 26, no. 2 (March 2012): 139-45.
- 15 Mark Olfson, MD, and others, "National Trends in Outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs," *Arch Gen Psychiatry* 63 (2006): 679-85.
- 16 Shelly Murphy, "Doctors Is Sued in Death of Girl, 4," *Boston Globe*, April 4, 2008 (accessed September 25, 2012); http://www.boston.com/news/local/articles/2008/04/04/doctor_is_sued_in_death_of_girl_4.
- 17 Centers for Disease Control and Prevention, "Autism Spectrum Disorders: Data and Statistics"; <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (accessed September 4, 2012).
- 18 Young Shin Kim, MD, and others, "Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample," *Am J Psychiatry* 168 (2011): 904-12.

- 91 E. Fombonne, "Epidemiological studies of pervasive developmental disorders," in F. R. Volkmar, A. Klin, R. Paul, and D. J. Cohen, eds. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 3rd ed. (Hoboken, NJ: John Wiley, 2005), 42-69.
- 92 Richard Horton, "A Statement by the Editors of *Lancet*," *The Lancet* 363, issue 9411 (March 6, 2004): 820-21; doi:10.1016/S0140-6736(04)15699-7.
- 93 A. Frances, The Autism Generation, Project Syndicate, July 19, 2011; <http://www.project-syndicate.org/commentary/the-autism-generation> (accessed September 19, 2012).
- 94 M. Ghaziuddin, "Should the *DSM-V* drop Asperger syndrome?" *J Autism Dev Disord* 40 (2010): 1146-48.
- 95 Alan Zarendo, "Warrior Parents Fare Best in Securing Autism Services," *Los Angeles Times*, December 13, 2011, Local Section; <http://www.latimes.com/news/local/autism/la-me-autism-say-two-html,0,3900437.htmlstory>.
- 96 Christine Fountain, Alix S. Winter, and Peter S. Bearman, "Six Developmental Trajectories Characterize Children with Autism," *Pediatrics* 129, no. 5 (May 1, 2012): e1112-e1120.
- 97 V. Gibbs and others, "Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcome for Autism Spectrum Disorder Under *DSM-IV-TR* with the Proposed *DSM-5* Revision," *J Autism Dev Disord* 42 (2012): 1750-56.
- 98 J. Mcpartland, B. Reichow, and F. R. Volkmar, "Sensitivity and specificity of proposed *DSM-5* diagnostic criteria for autism spectrum disorder," *Psychiatry* 51 (2012): 368-83.
- 99 M. Mordre, B. Groholt, A. Knudsen, E. Sponheim, A. Mykletun, and A. Myhre, "Is long term prognosis for pervasive development disorder not otherwise specified different from prognosis for autistic disorder? Findings from a 30 year follow up study," *Journal of Autism and Development Disorders* (2011); doi: 10.1007/s10803-011-1319-5.
- 100 M. Zimmerman and others, "Is Bipolar Disorder Overdiagnosed?" *J Clin Psychiatry* 69 (2008): 935-40.
- 101 A. M. Kilbourne, E. P. Post, M. S. Bauer, and others, "Therapeutic drug and cardiovascular disease risk monitoring in patients with bipolar disorder," *J Affect Disord* 102 (2007): 145-51.

- 72 R. C. Kessler, W. T. Chiu, O. Demler, and E. E. Walters, "Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)," *Arch Gene Psychiatry* 62, no. 6 (June 2005): 617-27.
- 73 C. Blanco, C. Garcia, and M. R. Liebowitz, "Epidemiology of social anxiety disorder," in B. Bandelow and D. J. Stein, eds. *Social Anxiety Disorder* (New York: Marcel Dekker, 2004), 35-47.
- 74 Christopher Lane, PhD, *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (New Haven: Yale University Press, 2007.)
- 75 U.S. Census Bureau Population Estimates by Demographic Characteristics. Table 2: Annual Estimates of the Population by Selected Age Group and Sex for the United States: April 1, 2000, to July 1, 2004 (NC-EST2004-02) Source: Population Division, U.S. Census Bureau Release Date: June 9, 2005. <http://www.census.gov/popset/national/asrh>.
- 76 Gordon Parkers, "Is depression overdiagnosed? Yes" *BMJ*, August 16, 2007, <http://www.bmj.com/content/335/7615/328>.
- 77 A. V. Horwitz and J. C. Wakefield, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* (New York: Oxford University Press, 2007).
- 78 Lisa K. Richardson, M.App.Psy., Christopher Frueh, PhD, and Ronald Acierno, PhD, "Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical review," *Aust NZ J Psychiatry* 44, no.1 (January 2010): 4-19.
- 79 PTSD and the Law: An Update <http://www.google.com/url?q=http://www.pisd.va.gov/professional/newletters/research-quarterly/v22n1.pdf&sa=U&ei=RmxHUPWMLMusqQCGsYGICa&ved=0CBQQFjAA&usg=AFQjCNH0Vr0GCP0YsK8HOvry7P2H-Dvrfng>.
- 80 Helen Singer Kaplan, MD, *Sexual Desire Disorders: Dysfunctional Regulation of Sexual Motivation* (Levittown, PA: Brunner/Mazel, 1995).
- 81 Ray Moynihan, *Sex, Lies, and Pharmaceuticals: How Drug Companies Plan to Profit from Female Sexual Dysfunction* (Vancouver, BC: D & M Publishers, 2010)

- 37 A. Frances and M. First, "Paraphilia NOS, Nonconsent: Not Ready for the Courtroom," *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law* 39, no. 4 (2011): 555-61.
- 38 S. Sreenivasan, L. E. Weinberger, and A. Frances, "Normative and Consequential Ethics in Sexually Violent Predator Evaluations," *J Amer Psychiatry and the Law* (Analysis and Commentary) 38 (2010): 386-91.
- 39 Robert Musil, *A Man Without Qualities* (New York: Alfred A. Knopf, 1995).

第六章

- 1 A. J. Frances, "A Warning sign on the road to *DSM-V*: Beware of its unintended consequences," *Psychiatry Times* 26, no.8 (2009): 1-4.
- 2 A. Frances, "Opening Pandora's Box: The Nineteen Worst Suggestions in *DSM-5*," *Psychiatric Times* (March and April 2009): <http://www.psychiatrytimes.com/print/article/10168/1522341>.
- 3 Laura Baistra and Ernst Thoutenhoofd, "The Risk That *DSM-5* Will Further Inflare the Diagnostic Bubble," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 260-63.
- 4 Joel Paris, MD, "The Risk That *DSM-5* Will Give Personality Dimensions a Bad Name," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 268-70.
- 5 A. J. Frances, "Dimensional diagnosis of personality-not whether but when and which," *Psychol Inq* 4 (1993): 110-11.
- 6 Dayle K. Jones, PhD, "The Risk That *DSM-5* Will Reduce the Credibility of Psychiatric Diagnosis," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 277-80.
- 7 A. Frances, "Whither *DSM-5*," *British journal of Psychiatry* 195, no. 5 (November 2009): 391-92.
- 8 A. Frances, "The First draft of *DSM-V*," *British journal of Psychiatry*, March 2, 2010, <http://www.bmj.com/content/340/bmj.c1168?tab=responses>.

- 6 James Phillips, MD, and Allen Frances, MD, "The Seven Biggest Risk Posed by DSM-5," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 257-59.
- 7 Dayle K. Jones, "A Critique of the DSM-5 Filed Trials," *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no.6 (June 2012): 517-19; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c699.
- 8 A. Frances, "Limitations of Field Trials" *American Journals of Psychiatry* 166, no. 12 (December 2009): 1322.
- 9 Martin Whirely and Melissa Raven, PhD, "The Risk that DSM-5 Will Result in a Misallocation of Scarce Resources," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 281-86.
- 10 Gary Greenberg, PhD, "The Risk That DSM-5 Will Affect the War We See Ourselves," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 287-89.
- 11 F. Leibenluft and others. "Chronic vs. episodic irritability in youth: A community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations," *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 16 (2006): 456-66.
- 12 S. Crystal, M. Olfson, C. Huang, H. Pincus, and T. Gerard, "Broadened use of atypical antipsychotics: Safety, effectiveness, and policy changes," *Health Affairs* 28, no. 5 (2009): 770-81.
- 13 Bradley T. Hyman and others, "National Institute on Aging-Alzheimer's Association guidelines for the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease," *Alzheimer's & Dementia: The Journal of Alzheimer's Association* 8, no. 1 (2012): 1-13.
- 14 L. M. Schwartz and S. Woloshin, "How the FDA forgot the evidence the case of donepezil 23 mg," *BMJ* 344 (2012): 1086.
- 15 Worst Pills, Best Pills, "Aricept," *Public Citizen*, September 2012 (accessed September 5, 2012); http://www.worstpills.org/results.cfm?drug_id=217&x=34&y=6.
- 16 Ethical Issues in Diagnosing and Treating Alzheimer's Disease; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990623>.
- 17 J. I. Hudson, E. Hiripi, H. G. Pope Jr., and R. C. Kessler "The Prevalence and Correlates of Eating Disorder in the

- National Comorbidity Survey Replication," *Biological Psychiatry* 61, no. 3 (2007): 348-58.
- 12 Joanna Moncrief and Sami Timimi, "Critical analysis of the concept of adult attention-deficit hyperactivity disorder," *The Psychiatrist* 35 (2011): 334-38; doi: 10.1192/pb.bp.110.033423.
- 13 A. G. Harrison, M. J. Edwards, and K. C. Parker, "Identifying students faking ADHD: Preliminary findings and strategies for detection," *Archives of Clinical Neuropsychology* 22, no. 5 (2007): 577-88.
- 14 C. A. Quinn, "Detection of malingering in assessment of adult ADHD," *Archives of Clinical Neuropsychology* 18, no. 4 (2003): 379-95.
- 15 B. K. Sullivan, K. May, and L. Galbally, "Symptom exaggeration by college adults in attention-deficit hyperactivity disorder and learning disorder assessments," *Applied Neuropsychology* 14, no. 3 (2007): 189-207.
- 16 Jerome C. Wakefield and Mark F. Schmitz, "Recurrence of Depression After Bereavement-Related Depression: Evidence for the Validity of *DSM-IV* Bereavement Exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study," *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (June 2012): 480-85; doi: 10.1097/NMD.0b013e318248213f.
- 17 "Living with Grief" (editorial) *Lancet* 379, no. 9816 (18 February 2012): 589; doi: 10.1016/S01406736(12)60248-7.
- 18 Arthur Kleinman, "Culture, Bereavement, and Psychiatry," *The Lancet* 379, issue 9816 (18 February, 2012): 608-609, doi: 10.1016/S0140-6736(12)60258-X.
- 19 Richard A. Friedman, MD, "Grief, Depression and the *DSM-5*," *N Eng J Med* 336 (May 17, 2012): 1855-57.
- 20 Joanne Cacciatore, "Blog Post Goes Viral: MISS Foundation + Over 75K Readers Denounce *DSM-5* Changes to Bereavement Exclusion," PR Web, posted March 6, 2012; http://www.prweb.com/release/DSMV_EthicalRelativism/Gacciatore/prweb9258619.htm (accessed September 5, 2012).
- 21 Ron Mihordin, "Behavioral Addiction-Quo Vadis?" *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no. 6 (June 2012): 489-91; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c503.
- 22 R. Collier, "Internet addiction New-age diagnosis or symptom of age-old problem?" *Canadian Medical Association*

- ⁸² Wikipedia, "Oniomania," last modified August 4, 2012; <http://en.wikipedia.org/wiki/Oniomania>.
- ⁸³ Wikipedia, "Workaholic," last modified August 22, 2012; <http://en.wikipedia.org/wiki/Workaholic>.
- ⁸⁴ Wikipedia, "Exercise Addiction," last modified June 29, 2012; http://en.wikipedia.org/wiki/Exercise_Addiction.
- ⁸⁵ Wikipedia, "Tanning Addiction," last modified August 2, 2012; http://en.wikipedia.org/wiki/Tanning_Addiction.
- ⁸⁶ Jane Collingwood, "Does Chocolate Addiction Exist?" PsychCentral.com, <http://psychocentral.com/lib/2006/does-chocolate-addiction-exist>.
- ⁸⁷ Alison Young, MD, "Should attenuated psychosis syndrome be included in *DSM-5*?" *The Lancet* 379, no. 9816 (18 February 2012): 591-92; doi: 10.1016/S0140-6736(11)61507-9.
- ⁸⁸ Peter J. Weiden, MD, "The Risk That *DSM-5* Will Promote Even More Inappropriate Anti-psychotic Exposure in Children and Teenagers," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 271-76.
- ⁸⁹ C. M. Corcoran, M. B. First, and B. Cornblatt. "The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the *DSM-V*: A risk-benefit analysis," *Schizophr Res* 120 (2010): 16-22.
- ⁹⁰ Colin Ross "DSM-5 and the 'Psychosis Risk Syndrome': Eight reasons to reject it," *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 2, no. 2 (2010): 107-10; <http://www.randfonline.com/doi/abs/10/1080/17522431003763323>.
- ⁹¹ A. Jenne and D. M. Gardner, "Monitoring and management of metabolic risk factors in outpatients taking antipsychotic drugs: a controlled study," *Can J Psychiatry* 53 (2008): 4-42.
- ⁹² Neeltje M. Bateiaan, Jan Spijker, Ron de Graaf, and Cuijpers, "Mixed Anxiety Depression Should Not Be Included in *DSM 5*," *Pim Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no.6 (June 2012): 495-98; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4c9.
- ⁹³ K. Walters and others, "Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care," *Br J Psychiatry* 198, no. 6 (June 2011): 472-78.

- 44 A. J. Frances, "The forensic risks of *DSM-V* and how to avoid them," *J Am Acad Psychiatry Law* 38 (2010): 11-14.
- 45 P. Good and J. Burstein, "Hebephilia and the Construction of a Fictitious Diagnosis," *Journal of Nervous & Mental Disease* 200, no.6 (June 2012): 492-94; doi: 10.1097/NMD.0b013e318257c4f1.
- 46 Allen Frances, MD, "The Risk That *DSM-5* Will Exacerbate the SVP Mess in Forensic Psychiatry," *Current Psychiatry Reviews* 8, no. 4 (November 2012): 264-67.
- 47 A. J. Reid Finlayson, John Sealy, and Peter R. Martin, "Sexual Addiction and Compulsivity," *Journal of Treatment and Prevention* 8, no.3-4 (2001): 241-51; doi: 10.1080/107201601753459946.
- 48 R. C. Kessler, K. R. Merikangas, P. Berglund, W. W. Eaton, D. S. Koretz, and E. E. Walters, "Mild disorders should not be eliminated from the *DSM-5*," *Arch Gen Psychiatry* 60 (2003): 1117-22.

第七章

- 1 Mark Thornton, "Alcohol Prohibition Was a Failure," Policy Analysis (1991); <http://www.cato.org/publications/policy-analysis/alcohol-prohibition-was-failure>.
- 2 "The Drug War Spreads Instability," *The Globe and Mail*, April 26, 2012, last update September 6, 2012, Editorial Section; <http://theglobeandmail.com/commentary/the-drug-war-spreads-instability/article4104311>.
- 3 Centers for Disease Control and Prevention, "Prescription Painkiller Overdoses at Epidemic Levels," (2011); http://www.cdc.gov/media/release/2011/p1101flu_pain_killer_overdose.html.
- 4 Global Commission on Drug Policy, "The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic," http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf.
- 5 Melissa Raven, "Direct-to-Consumer Advertising: Health Education or Corporate Spin?" Healthy Skepticism

- International News (2004): <http://www.healthyskepticism.org/global/news/int/hsin2004-09>.
- 79 Lee Fang, "When a Congressman Becomes a Lobbyist, He Gets a 1,452 Percent Raise (on Average)," *The Nation*, March 24, 2012. <http://www.thenation.com/article/166809/when-congressman-becomes-lobbyist-he-gets-1452-percent-raise-average#>.
- 80 Marcia Angell, "The Truth About the Drug Companies," *New York Review of Books* 51, no. 12 (2004): 52-58.
- 81 K. Abbasi and R. Smith, "No More Free Lunches," *BMJ* 326, no. 7400 (2003): 1155.
- 82 A. Fugh-Berman and S. Ahari, "Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors," *PLoS Med* 4, no. 4 (2007), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17455991>.
- 83 "An Unhealthy Disregard," *Nat Med* 16, no. 6 (2010): 609.
- 84 R. N. Moynihan, "Kissing Goodbye to Key Opinion Leaders," *Med J Aust* 196, no. 11 (2012): 671.
- 85 John Kaplan, "The Cost of Doing Business? Pharmaceutical Company Fines," *Bioethics Today*, August 2, 2012, <http://www.amc.edu/bioethicsblog/post.cfm/the-cost-of-doing-business-pharmaceutical-company-fines>.
- 86 B. Mintzes, "Should Patient Groups Accept Money from Drug Companies? No," *BMJ* 334, no. 7600 (2007): 935.
- 87 B. Mintzes, "Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?" *PLoS Med* 3, no. 4 (2006): <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030198>.
- 88 A. J. Fyer and others, "Discontinuation of Alprazolam Treatment in Panic Patients," *Am J Psychiatry* 144, no. 3 (1987): 303-308.
- 89 David Rosenfeld, "Jackson Case Highlights Medical Ethics," *Pacific Standard* (2012) <http://www.psmag.com/health/jackson-case-highlights-medical-ethics-3572/>
- 90 L. Batstra and A Frances, "Diagnostic Inflation: Causes and a Suggested Cure," *J Nerv Ment Dis* 200, no. 6 (2012): 474-79.
- 91 J. S. Comer, M. Olfson and R. Mojtabai, "National Trends in Child and Adolescent Psychotropic Polypharmacy in

Office-based Practice, 1996-2007," *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 49, no. 10 (2010): 1001-10.

19 E. R. Hajjar, A. C. Caffero, and J. T. Hanlon, "Polypharmacy in Elderly Patients," *Am J Geriatr Pharmacother* 5, no. 4 (2007): 345-51.

20 V. Barbour and others, "False Hopes, Unwarranted Fears: The Trouble with Medical News Stories," *PLoS Med* 5, no. 5 (2008) <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0050118>,

第八章

— A. Frances, *Essentials of Psychiatric Diagnosis* (New York: Guilford Press, 2013).

「每個人有各樣的生活經驗，有各種情緒起伏：壓力、失望、傷痛、挫折。這些都是作為人類會陷入的低潮狀態，不應當作精神疾病。」

今日，數百萬人整天擔心自己生病，也被診斷出精神疾病，還接受許多不必要的治療。在《救救正常人》一書中，法蘭西斯醫生警告，我們把日常生活問題貼上標籤，當成心理疾病，普通人被汙名化，醫療資源因此大量被浪費。其實，我們天生有恢復能力，能自我療癒，千百年來都靠此保持正常運作，現在卻把這些責任交給大藥廠，讓它們賺進大筆白花花的鈔票。

在過度診斷下，正常人都變成精神病人：悲傷就是重鬱症，老年人忘東忘西就是輕度認知障礙，發脾氣就是暴烈性心情失調，貪吃就是狂食症，更別說大部分人都有成人注意力缺失症。

法蘭西斯醫生巧妙地列出幾波精神疾病的熱潮，他強調，如果我們一再把正常情緒貼上疾病標籤，就等於一點一滴放棄人類的適應能力與多樣性，把正常人生變成黑白。《救救正常人》就是要喚醒我們珍視人性的全貌。

救救正常人

Saving Normal



讀書共和國
www.bookrep.com.tw

ISBN 978-986-5727-18-5



9 789865 727185

0GGK0220

NT\$380