

## 《圣辅家书问与答 45》为何上帝允许我得抑郁症？

### （十一）抑郁者服用精神病药与 DSM 议题

当一个人身体不舒服时，他会到医院就诊；医学上的疾病是可以根据仪器扫描或身体血液检验等等而确定生理问题的所在。至于个人精神问题，**迄今精神病学界对于脑分泌不平衡或神经解剖尚未有一致性及可辨识性的结论**。（若读者对精神疾病学有兴趣，请参看《都是脑神经惹的祸》一书。）

当抑郁症被视为精神疾病之一种，被精神病医生根据 DSM（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 精神疾病诊断与统计手册）作出诊断并开出精神病药物时（例如“百忧解”），读者有必要了解 DSM 的来龙去脉，**因为精神病药物与生理医药不同**。一般医药的药效是针对身体的某一部位，例如胃药是针对胃，眼药是针对眼睛；然而精神病药是针对脑部所有化学分泌、所有的脑神经，而非某一具体部位，它们没有某一特定药效医治的部位，**因此考虑是否服用精神病药物，是需要智慧来决定**。

倘若抑郁者已经服药，我们当明白：服药不会使当事人抑郁得医治，不服药也不会使当事人抑郁恶化，**因为抑郁背后有其灵性问题，非药物可根治**。倘若服用精神药出现副作用，需要考虑减量而停用。

若当事人信心和顺服有所成长，而药物对生理症状若无帮助，则可以考虑减量、停用。

若当事人尚未服药而考虑要用药，则须考虑当事人的**生理症状**是什么？若是失眠，可酌予安眠药物，让当事人身体先得到休息，同时予以心理辅导。再度强调：**服用精神病药物（非生理医药）是智慧问题，服药既非不属灵，不服药也非属灵**。

倘若当事人灵命成长，但仍“感到”抑郁，而药物未有任何作用，需考虑其他医药问题，因为其他医药也可能引致抑郁的感受。（精神药物部分，请读者参考本会《生理与心理》课程。）

以下为 DSM 发展简史，读者当留意 DSM 的“本质”以及其不可信，但却支配专家、医疗保险业、政府、社会大众信念之“偶像地位”！以下内容译自医学博士 Karl Tomm 的文章，请参照《A Critique of the DSM》。

**今日美国对当事人所谓精神疾病的诊断，几乎是根据《精神疾病诊断与统计手册》（DSM）而来的**。DSM 第一版是 1952 年出版，当初是为了稳定美国精神病学界的命名，并澄清精神疾病症状的描述，**其基本目标乃是要借着“核准”某些诊断的专门名词来鼓励临床医师之间沟通的一致性**。第一版的影响力还算适度，但以后随着每个新版问世，该手册逐渐获得更高的影响力。

DSM 第二版于 1968 年问世，该手册从第一版描述精神症状乃是“反应”，转移到定义精神症状为“疾病”，此一转移就使美国精神疾病学与其余医药紧密合作。第二版另一个焦点，乃是将与世界卫生组织（WHO）第八次修订的疾病国际分类（ICD-8）有关的美国精神失调的分类予以标准化；这就为 DSM 的国际接纳度及潜在影响力奠定了根基。

第三版的修改是大规模的，包含了“诊断标准的新特色”“评估的多轴方法”“失调的膨胀描述”及许多额外的范畴（DSM-III，第 7 页）。诊断时，精密和正确性就成为优先重点，此乃根据医学假设而来，认为治疗计划方案必须始于准确诊断的评估。令人好奇的是：如果要计划治疗性反应，必须是始于移情和怜悯。若根据这种人文主义之假设，DSM 会进展到什么方向呢？但参与改写 DSM 的作者群对经验主义学科的兴趣，已超过对人文主义的兴趣；因此，第三版预备过程中，带着“（症状）客观的资料”的研究调查者之影响力增加了，而带着“治疗经验”的临床医生之影响力却减少了。

到了 1980 年，第三版最后终于出版，它在呈现给精神健康学界时，宣称是吸收了最佳及最新的科学知识。此宣称及其“客观精确”的错觉，对大多数西方临床医生和研究学者而言，证明了是无法抗拒的魅力。随之而来的结果是第三版被广泛采纳，其影响力也高涨，甚至被各地政府及第三方的医疗保险业者所接受。1987 年第三版的修订版（DSM-III-R）都承认“第三版的影响力是卓越非凡的”，且留意、到第三版，已经被翻译成 13 种各国语言。第三版修订版与第三版的基本要点相差不大，但更致力于细致明确地诊断。

第三版及第三版的修订版都宣称是根基于描述诊断的方法，据称它们是“普遍地在理论之上”；然而两者皆明确地表达出强烈且确实的个人主义偏见：“每一个精神失调都被概念化为在临床上具有重大意义的症候群或模式，那是发生在个人里头的”，以至于个人和社会之间的冲突，其本身并非是精神失调（参见第三版及第三版的修订版前言部分）。这些作者们似乎没有注意到他们个人主义预设的理论之重要性，也丝毫未提及另类观点的可能性；他们就是忽视根基于另一种可供选择的假设之主要知识，即人类行为、心理及其失调；就其根本而言，可能更多是基于社会现象，超过基于个人现象。

有趣的是：第四版和第五版的轴线（“心理压力源”之严重性与适应功能的最高程度）毫不保留地承认个人的社会环境之重要性，但两者依旧坚固，且根深蒂固地扎根在个人主义的假设上。第三版和第三版修订版的一个重要反常现象是与此理论性议题有关，就是当一个处境需要临床关注或治疗，但引起精神失调的社会影响力的证据太强烈以至于不能被忽略时，这个状况就被定义为“不可归因为精神失调”，但提供编码“V”来加以分类之。此一矛盾，就彰显了描述和明了精神问题的纯个人主义导向之不足性。

DSM 已经进展成为把人分类，并贴上深具权威的精神问题标签的文档；此一事实并未引起广大的注意，但已使得有识之士担忧。DSM 实际上已经成为“精神病学的圣经”并被“忠实信徒”虔诚地应用，北美大多数精神健康系统在很多环境中已经采纳 DSM；若未提

**交诊断编码，就得不到医疗保险给付。**然而对于将已有社交与心理创伤的人贴上精神疾病的标签，而此精神标签是如何当做一种疾病治疗来操作？却几乎少有讨论。

DSM 的免责声明——即失调分类并未将人分类。在我个人看来，并没有太大的可信度。在实际操作中，**DSM 的诊断几乎总是使得被如此诊断的人衰萎**，例如“一个有精神分裂的人”被指“是一个精神分裂者”；“一个有妄想、难以抑制的失调（OCD）的人”已经变成是“一个强迫症者（an OCD）”。通常精神病专家会先这么做，然后是家人，几个朋友，整个社会大众，最后是被“病人”自己这么认定。

**此贴标签的过程，开始了社交互动的永久烙印模式。**而被如此贴标签的当事人是深深嵌入在人际关系网脉里；一旦一个人被权威性武断地贴上“一个精神分裂者”之标签，在其社交网脉里，就不再像从前那样被对待了；人们看他的眼光，就是不再一样；这样的人，也不再像从前那样看他自己。逻辑上，随着整个 DSM 系统在理论架构的兴起，这些定义身份的操作就很自然了，亦即失调是在这个人里面。这引起很多人的惊恐，**因为使用 DSM 这个诊断手册的临床医生、研究学者、政客以及保险业者们，积极地将此种分类并贴标签的操作推广在我们当今的文化中；结果，对人和社交关系所造成的损害是巨大的。**

DSM 将“人的精神问题归于疾病”的解释所造成的后果，尽管我认为是疏忽所造成的——因为我把 DSM 所出版将人分类的《免责声明》当作是他们否定有将“精神问题归于疾病”的解释及烙印之意图；但这些疏忽所造成的影响，并未使其产生的伤害因此变小。**要减少 DSM 所产生去人性化的影响，就需要有勇气挑战其巨大可怕的权威，然后采取立场反对从那权威来的自动操作。**如果一个人现在采取如此立场，就需要某些论证来削弱 DSM 的权威性。以下某些具体的评论，是我用来限制 DSM 在我思维习惯和临床作为上的影响力：

### 经验上的评论

1. 失调的本质、诊断标准以及范畴的界限，是在美国精神学会委员会中所判定，而非被描述的现象所判定。
2. DSM 无法包含许多临床上的处境（即编码“V”是不足的）。
3. DSM 没有人际间、家庭、文化或机构的“诊断”条款。

### 政治上的评论

1. 组织章程上“定义人的本质之权力可能很容易被滥用”。
2. 贴标签是对谁有利益？（专家、病人、其他人，如家人、保险业、政府等等？）
3. DSM 在精神健康领域促进了“医学模式”及精神疾病学的优势地位。
4. 性别偏见可能机制化（例如第四版考虑了“经前综合症”），如同随着传统刻板印象强化之异性恋偏见（例如“同性恋”被包含在第二版内）。

### 人道主义的评论

1. 人们因着被改变成为科学“凝视”下的对象而被去人性化。
2. 人们经由贴标签，整体化和隔离而被当做疾病治疗。

3. DSM 借着专注于悲剧和个人失败而促进“不足之导向”，而非专注在资源和能力的“解决之导向”。

### 实用主义的评论

1. 过度强调笼统的症候群，而不重视关于当事人的具体经验和个人背景。
2. DSM 借着强调长久性特征而非短暂状况，促进了静态而非动态的观点。
3. DSM 在关于精神健康问题的人际和文化方面的因素上，增进了愚昧和轻率。
4. DSM 在决定具体治疗计划上，很少是有用的。

### 存在论的评论

1. 关于精神现象的本质，其基本假设似乎是有问题的（例如：精神失调是“存在于人里面”，对比“存在于人和其背景互动里”，对比“存在于人们之间互动的协调里”）。

### 讽刺的评论

1. DSM 未能包含“DSM 症候群”的诊断——一个灵性方面的精神变态，具有想把人客观化，并根据先前已决定的精神病学范畴来加以贴标签的强迫性欲望之特征。
2. 这些“现代精神病学”意识形态的“受害人”优先考虑的，是关于明确描述的知识，而非关于治疗互动的知识，这彰显在过于关注轻蔑的形容词、内含和排除之标准等等方面。