

# 真的有精神病嗎？一個跨文化、跨領域精神 醫療研究取徑的定位與反省

蔡友月

精神醫學所診斷的精神疾病是一種「病」嗎？它是來自生物學上的醫學證據，還是後天環境產生的問題？1960年代開始，對於精神疾病究竟是什麼，精神醫學與反精神醫學形成激烈論戰，兩個陣營近乎各說各話，毫無交集。對照1960年代之後、半世紀以來雙方的這種爭論狀態，1977年至今一個涵蓋社會學、人類學、精神醫學等跨領域學者研究群所推展的精神醫療研究新取徑，他們努力進行跨文化、跨領域的合作溝通與知識建構，相當值得重視。本論文分四部分，前兩部分「無心靈精神醫學的發展」、「對疾病本質存而不論的反精神醫學取徑」，分析精神醫學與反精神醫學兩個對立陣營各自的發展。第三部分針對Arthur Kleinman及其同仁為首的跨文化、跨領域精神醫學的研究取徑，從本體的預設、方法論、知識與實踐的貢獻，定位這個取徑的集體研究成果。第四部分從理論化程度、知識實用性格與專業權力批判、全球政治經濟轉型與精神疾病等三方面的問題，分析這個取徑的限制與負面效果。最後綜結本文提出前瞻性的思考與提問，本文指出面對全球化的時代，必須從「跨文化精神醫學」（cross-cultural psychiatry）進展到「超越文化精神醫學」（trans-cultural psychiatry）。

**關鍵字：**跨文化精神醫學、反精神醫學、本體論、建構論、專業權力

---

蔡友月：中央研究院社會學研究所助研究員（Email: free123@gate.sinica.edu.tw）

《科技、醫療與社會》第15期，頁11-64，2012年10月出版。

投稿日期：2011年1月24日；修訂日期：2011年4月9日

接受日期：2011年5月22日

# Is There Really Mental Illness? Positioning A Cross-Cultural and Interdisciplinary Approach in Psychiatry

Yu-Yueh Tsai

Is mental illness defined by psychiatry really “disease?” Is its existence biomedically validated or derived from environmental factors? Since the 1960s, this has been the subject of heated debate between those who are for and those who are against psychiatry. Against a background of the continuing debate, my article reviews a significant approach in the study of mental illness advocated by a group of sociologists, anthropologists, psychiatrists, and suchlike. Their efforts to promote cross-cultural and interdisciplinary research cooperation and communication merit appreciation. The article consists of four parts. The first two parts on the development of mindless psychiatry and the anti-psychiatry approach that brackets off the essence of disease examine the evolution of the divided camps of pro- and anti-psychiatry. The third part positions the collective contribution of the cross-cultural and interdisciplinary research approach led by Arthur Kleinman and his colleagues in terms of its ontology, methodology, knowledge building, and social engagement. Focusing on their research findings, theorizing achievement, and pragmatic orientation and pointing out the importance of critiquing the professional power of modern medicine, changing global political economy, and transforming phenomena of mental illness, the forth part analyzes the limitations

---

**Yu-Yueh Tsai:** Ph.D. Assistant Research Fellow, Institute of Sociology, Academia Sinica  
(Email: free123@gate.sinica.edu.tw)

*Taiwanese Journal for Studies of Science, Technology and Medicine*, Number 15  
(October 2012), 11-64.

Received: 24 Jan 2011; Revised: 9 April 2011; Accepted: 22 May 2011

of this approach. I conclude with a recommendation for a way forward involving a movement from a cross-cultural psychiatry to a trans-cultural psychiatry that is vital in the era of globalization.

**Keywords:** cross-cultural psychiatry, anti-psychiatry, ontology of psychiatry, constructivism in psychiatry, professional power of modern medicine

精神醫學所診斷的精神疾病是一種「病」嗎？精神疾病的致病機轉為何？如果它是一種病，這是來自生物學上的醫學證據，還是後天環境產生的問題？先天（nature）還是後天（nurture）至今仍是一個爭論不休而無解的問題（Gallagher III, 1995: 80-87; Castillo, 1997: 1-2）。1960年代開始；精神醫學與反精神醫學兩個陣營，對於什麼是精神疾病雙邊形成激烈的論戰，光譜的一端是越來越走向生物範型的現代精神醫學，另一端則是反精神醫學陣營所形成的強烈建構論取徑，兩者對於精神疾病究竟是什麼，近乎各說各話，毫無交集可言。這樣的爭論擴大來看，可以說是來自醫學與人文社會科學對於何謂精神疾病，採取不同的本體論與認識論立場所產生的歧異與衝突。

面對精神醫學與強烈建構論取徑這兩個陣營知識上的不可共量性，一個以哈佛大學學者為主的研究群，包括來自精神醫學的Leon Eisenberg，社會學的Mary-Jo DelVecchio Good，人類學的Byron Good、Alex Cohen、Theresa D. O’Neill等，以及一些擁有精神醫學與人文社會科學雙學位的學者，如Arthur Kleinman、Anne Becker等，自1977年起，試圖另闢蹊徑地從理論的預設、方法論的定位與實踐上的可能性，開創一個跨文化、跨領域精神醫學的研究取徑，來探究精神醫學與人文社會科學兩者相互溝通的可能。對照1960年代之後、半世紀以來精神醫學與反精神醫學陣營雙邊近乎沒有交集的狀態，環顧全球的精神疾病研究的學術社群，這個以哈佛大學學者為主的學術取徑，近三十年在試圖進行跨文化、跨領域合作、溝通上的努力，一直是相當值得重視的一群。雖然這些成員之間並非完全同質，但他們在相當程度上有著共同的研究取徑與知識目標，因此我們可以將他們放在一起，加以歸納討論。他們所提倡的跨文化、

跨領域精神醫療研究取徑的貢獻與限制，有助於我們深化對精神疾病的瞭解。

究竟，這個研究群自1977年以來三十幾年的研究成果，在針對精神疾病的認識論與方法論上共同開創了什麼不同於以往的新視野，對於當代精神醫學發展提供了什麼貢獻，又有什麼限制與缺失，我們如何給予這個取徑適當的定位與反思。本文將分四個部分反省上述問題，前兩部分「無心靈精神醫學的發展」、「對疾病本質存而不論的反精神醫學取徑」，筆者將介紹精神醫學與反精神醫學兩個對立的陣營。第三部分筆者將針對這個以Kleinman為首的跨文化精神醫學的研究取徑，從本體的預設、方法論與知識實踐的貢獻，定位他（她）們集體的研究成果。第四部分筆者將從理論化程度、知識實用性格與專業權力批判、全球政治經濟轉型與精神疾病等三方面的問題，分析這個取徑的限制與負面效果。最後，筆者將以「跨文化精神醫學」（cross-cultural psychiatry）到「超越文化精神醫學」（trans-cultural psychiatry），綜結本文對這個取徑提出前瞻性的思考與提問。

## 壹、邁向無心靈的精神醫學

十八世紀啟蒙時代（the Enlightenment），讓人從傳統蒙昧的桎梏中解放出來，科學與理性點亮了世界，除魅的歷程開啟人類自由的可能性。法國哲學家Descartes的「我思，故我在」，鏗鏘有力的揭櫫了西方啟蒙時代以來主客二元對立的主要思想，理性／自然、心靈／身體等分類範疇，理性、心靈在這樣的歷史場景逐漸被賦予一定的優位性，Descartes的思想也深遠地影響了實證傳統下的

醫學。啟蒙理性化與世俗化的過程，伴隨著實證醫學的科學知識進展，Margaret Stacey就表示，各式各樣的文化、社會與經濟因素都可幫助我們瞭解現代醫學的發展，而這些因素都是起源於十八世紀的啟蒙時代（1988: 47）。

精神醫學在現代醫學以生物醫學模式為主的發展過程中，一直較難建立起主流、正統的科學地位。原因無它，與具有明顯的病理特徵的疾病不同，當代精神醫學定義的診斷至今仍沒有定論，一些有關疾病的病名與診斷，主要是立基於病人在臨床上所呈現的徵狀（symptoms）。Susan McPherson與David Armstrong就提到：

根據某些具清楚定義的生理特徵，不同國家間都能同意何種肺炎、盲腸炎或癌症。但在精神病學上，卻沒有這種外在的生理指標可以做為診斷的依據。精神病學的分類主要是根據病人的症狀模式，但有可能會因為引發這些症狀以及詮釋這些症狀的方式不同而有很大差異。（McPherson and Armstrong, 2006: 50）

以「精神分裂症」為例，精神分裂症所指涉的實體，截至目前為止，都還是一個不斷變換定義的病徵，是一個可以應用到相當多症狀的類別。例如十九世紀緊張症（catatonia）是精神分裂症定義的一部分，但這種看法到了二十世紀就絕跡了。因此，如何有效的確立診斷與病因成為當代精神醫學努力確立其自身專業地位的方向之一。二十世紀中期後，標準化的診斷手冊成為精神醫學界的一項革命。1952年「美國精神醫學會」（American Psychiatry Association，簡稱APA）出版編印的《精神疾病的診斷與統計手冊》（*Diagnostic*

*and Statistical Manual of Mental Disorders*，簡稱DSM），以及「世界衛生組織」（World Health Organization，WHO）在1948年開始編印的《疾病的國際分類》（*International Classification of Disease*，簡稱ICD），這兩個診斷手冊基本上差異不大。標準化的診斷不但大力提升了精神醫學的「科學地位」，精神醫學開始走向實證傳統的醫學，也為精神醫學界找到了一個「症狀分類」和「病名共識」的基礎。醫學院精神科的教科書討論精神疾病的病因學、診斷與治療，大都宣稱生物、心理、社會三個層面彼此關連，必須同時重視（Desjarlais et al., 1995: 66），反映在臨床診斷與治療方向上，在當代社會中所呈現的事實是：生物醫學範型不僅具有獨尊的地位，而且影響力日益擴大（林信男、劉絮愷，2002：16）。回顧DSM從第一版到現今的第四版，我們可以發現，在科學論述下，從DSM-II版開始，精神疾病的界定與生物性的歸因兩者之間有相當的親近性。人類學家Richard J. Castillo分析DSM不同版本中論述的演變，指出1952年DSM-I版大部分立基於Adolf Meyer所定義的「生物心理社會模式」（the biopsychosocial model）。在這個模式中，心理失序被當成一個連續的過程，只有在緩和到嚴重上「量」的差別，而不是一個獨立的實體。到了1968年DSM-II版，受到1950-1960年代鋰鹽與類神經病症藥物（neuroleptic medications）影響，漸漸往生物取向精神醫療的「疾病模式」（disease model）移動，開始了一個典範模式的轉移（Castillo, 1997: 8）。1980年DSM-III版促使了精神疾病診斷標準的標準化與操作化，也宣告了美國精神醫學邁向生物精神醫學（biopsychiatry）以及建立科學醫學地位的里程碑。在DSM-III版中每一個診斷，都是由一組系統化可觀察的標準所定義，並賦予特定失序（specific disorder）某一個明確的診斷。在生物精神醫學的模式

中，精神失序是大腦與生物上的失調，取代了原先精神分析強調無意識的衝突與環境壓力的社會心理面向；把生物性的干預（主要是藥物），視為唯一有效的治療策略，認為每一個疾病的診斷，都有獨特對應的治療方式（Orr, 2010: 354-364）。亦即，從DSM-III版開始，失序不再被當成一個連續的過程，正常與不正常之間是有明顯的區別。

什麼原因造成當代精神醫學越來越走向生物醫學的模式？社會學家Bernard J. Gallagher III指出，二十世紀生物模型逐漸在精神醫學佔有主流的地位，主要受到兩個原因的影響：第一，當時精神科醫師接受醫學院的訓練，使他們朝向器質性的觀點（organic view）；第二，從1950年代開始，治療精神異常藥物的發明與迅速發展（Gallagher III, 1995: 16）。此外，Jackie Orr指出電腦模擬的精神失序診斷（computer-stimulated diagnosis of mental disorders）或診斷的資訊學（informatics of diagnosis），這些新技術的出現，形塑了跨國精神醫學流行病學出現的條件，也是促成生物精神醫學（biopsychiatry）的關鍵（Orr, 2010: 355-357）。事實上，在二次大戰後，美國醫療開始經歷第一波醫療化的轉型。<sup>1</sup> 1985年後，隨著當代的科學技術的進步，造成了第二波的生物醫療化（biomedicalization）的發展。<sup>2</sup> 在生物醫療化的過程中，一方面強調生物科學對生物醫學

1 1970年代，醫療化（medicalization）一詞進入社會科學文獻，原先這個詞是來自對精神醫學的批判。早期「醫療化」用以描述非醫療問題被定義與對待為醫療問題的過程，例如Illich（1976）使用「the medicalization of life」概念，指出生命的生、老、病、死等自然經驗被納入醫學管理的過程。而後，為了維持社會規範，減輕違反社會規範的困擾，醫療逐漸從眾多方法中脫穎而出，成為適當地監控處理那些困擾，使之不致惡化或蔓延的一種重要工具和手段。

2 生物醫療化（Biomedicalization）環繞著五個關鍵且相互影響的過程而被組織起來：1.一種醫學、健康、疾病、生命和死亡有關的新的生物政治經濟，形成一個生物醫學知識、科技、服務和資本更為相互形構（co-constituted）的競技

的重要性，另一方面生物（bio）涉及了生物權力（biopower）與生物政治（biopolitics）的問題。醫療化到生物醫療化的轉變，也涉及了一個根本的認識論轉變，使得十八世紀開始出現的臨床凝視，逐漸走向由分子層次重新理解生命（Clarke et al., 2010: 1-2）。整個精神醫學的發展，受到這波生物醫療化的影響，使得著重臨床、強調症狀為主的傳統精神醫學，其研究開始往生理、基因層次推進。腦液中的神經介質、內分泌、血清等，成為研究精神疾病致病因的重點。隨著1980年代分子生物學的發達，研究者又更進一步向DNA分子層次推進，以基因角度來推論精神疾病的致病因，確認某些特定人口的風險，並以此做為劃定正常與不正常的判準。一旦精神疾病致病因的研究開始關注遺傳所扮演的角色，關連到生物或基因的科學宣稱也越來越多。隨著1980年代分子生物學的進步，許多研究發現更明確地宣稱基因與精神疾病的關係，而其發展速度也越來越快（Conrad, 2001: 225）。

在這個過程中，原先著重的精神分析與心理行為治療，都逐漸被藥物為主的生物性治療所取代。精神科醫師Leon Eisenberg就憂心指出，如果精神醫學只朝向某單一向進步，反而會帶來其他更大的災難（1986: 498）。人類學家Byron Good（1992）也指出，1980年代開始精神醫學在歐洲與北美經歷了這個世紀的典範轉移，在發表的期刊、研究經費與治療取向上，開始由重視心理分析的論述走向生物模型的解釋、由強調心理過程走向著重症狀分類、由社區精

場；2.重點是放在健康，透過科學科技的樂觀化與強化，在個人、團體（niche group）和人口層次上進行風險與監控；3.生物醫學實踐的治療與增進，是大量依賴科學和技術，被以此想像，並大量快速應用；4.生物醫學知識的生產、資訊管理、分配和消費上的轉型；5.以及強調身體的轉型與新的個人、集體和人口層次在科學技術（technoscientific identity）認同層次上的生產（Clarke et al., 2010: 1-2）。

神醫療到生物學的研究與藥物治療的方式。

1980年代後，當代精神醫學發展越來越強調生物基因模型，臨床上也相對地重視疾病的生理特徵，並以藥物治療為主。Richard J. Castillo就批評指出：「精神疾病相當不同於糖尿病或肺炎之類的疾病，因為精神病人的自我明顯受到影響。因此，即使我們能發現精神疾病的生物性因素及其所帶來的損害，精神疾病的社會的、象徵性的意義，以及對自我認同的影響仍不應被忽視」（1997: 2）。這種朝向無心靈的生物精神醫學的發展，研究的重點在於如何發現生物上的標誌，強調病人的徵兆必須是以生物上的名詞界定與治療，才會被視為具有科學的合法性；相反的，如果是以人文社會科學的語言描述問題，在科學上則是令人懷疑的。在這樣生物醫學化的過程中，疾病的心理與社會文化面向落入較不受重視的邊陲位置，忽略精神病人做為一個人在疾病歷程中掙扎的受苦經驗與自我認同混亂的焦慮。美國重要的研究經費來源——國家心理衛生機構，開始把重點放在分子生物學，以及疾病的基因組成。這個趨勢也反映了在精神醫學專業與公共政策上，大眾對於與精神疾病相關的社會、文化面逐漸喪失興趣。這樣的生物醫療化發展，也使得至今大部分精神醫學的研究都被窄化到生物與基因面向，朝向一種無心靈的生物精神醫學（mindless biological psychiatry）（Desjarlais et al., 1995: 36）。

## 貳、對疾病本質存而不論的反精神醫學取徑

相對於精神醫學論述所界定精神疾病的客觀性，以及越來越朝向生物性精神醫學模式的發展，1960年代一些人文社會科學的研

究，對於何謂「精神疾病」進行認識論的反省，不再將「精神疾病」視為如精神醫學所強調客觀存在的實體，並對精神疾病的本體提出深刻的批判。以Michael Foucault、Erving Goffman、Sander L. Gilman、David L. Rosehan、Thomas S. Szasz等重要的研究者為例，綜合他們的理論來看，大致都抱持強烈的解構取向，企圖挑戰精神醫學的本質論觀點。他們認為精神疾病的成因，以及人們看待「精神疾病」的方式是受到社會、文化因素影響而建構出來的。這個取徑重視不同時期精神疾病概念的演進，也強調詮釋、生產、製造精神疾病的社會互動過程，行動者看待、定義精神疾病的特定方式，以及「精神疾病」這個標籤對人們的意義，並將分析的重點放在社會與文化的結構層面。

Foucault在《精神疾病與心理學》（*Mental Illness and Psychology*, 1987[1954]）一書，認為器官醫學對有機體正常與不正常的因果機轉說明，這種科學的宣稱在精神疾病病理學並不成功。他認為：「也許有身體的科學，但沒有自我的科學；也許有關於DNA、人類複製、性衝動客觀性的理論，但並沒有關於什麼是人的本質客觀性的回答」（Foucault, 1987: 11）。Foucault也批評心理分析之類的理論忽視資本主義文化，以及社會關係所產生的矛盾，卻把這種矛盾的經驗簡化成本能的衝突（ibid: 80）。

Foucault在接下來的《瘋癲與文明》（*Madness and Civilization*, 1971[1961]）一書中，從歷史變遷的脈絡指出，中世紀的瘋人經常出現在社會的日常生活。在十七世紀中葉以前，人們論述「瘋狂」，並不會從現代理性的角度來看待它，在中世紀末期和文藝復興時期，反而有人將瘋狂與知識上的聖潔聯繫起來看。到了1656年，巴黎建立了總醫院，於是拉開了對瘋狂病人實施大禁閉的序

幕，「瘋狂」開始遭受排斥與禁閉。但如同排斥與禁閉窮人、流浪漢、好逸惡勞者一樣，人們只是著眼於被歸類為沒有「生產能力」的人。十八世紀開始，在社會經濟的變遷下，由於瘋人相較於其他的他者（other），更欠缺穩定工作的生產能力，於是他們又從這些他者中被區隔出來，Foucault認為這種新的區分代表一種強大的政治意識，而非人道主義所讚揚的慈善意識。到了十八世紀，「瘋狂」已漸漸被視為一種需要矯治的疾病，現代意義的精神疾病被確認，「瘋狂」成為精神醫學領域定義的「精神疾病」，一種新的社會類別因此出現。

Foucault強調，隨著時代的不同，正常與不正常的界定方式也有所不同。精神醫學在建立其正統的科學地位中，關於「精神疾病」的定義與所施加的治療，牽涉到現代社會結合精神醫療而產生的複雜權力與知識系統。Foucault的研究讓我們看到西方社會的文明進程如何透過精神醫學、透過所謂人的科學出現，在一定的社會條件的配合下，如收容所、醫院、司法系統等，架構起一個逐漸理性化的社會。

Foucault關注歷史過程的論述分析，讓我們意識到社會結構的整體轉型，才讓現代醫學所界定的瘋狂成為可能。他不重視微觀行動者個別的感受，在他的研究中，個人僅僅被概念化為論述或社會結構的產物。相較於Foucault對歷史論述的宏觀分析取向，Erving Goffman在《庇護所：關於精神病人與其他被收容者的社會處境之論文》（*Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, 1961）一書中，則是以民族誌田野研究方式，觀察醫院內精神病患的日常生活安排，重視行動者的社會互動。對Goffman而言，精神疾病是社會、文化建構的，而不是一種本質性的疾病。

Goffman對精神疾病研究所抱持的立場，是一種強烈建構論代表的社會學研究取徑。他明白地強調：「精神病人被宣稱古怪或生病的行為，大部分是主張他有病的人與病人之間的社會距離所造成的結果，精神病人不是精神疾病的結果」（1961: 130）。Goffman認為，精神疾病並不是生物上的疾病所導致，而是在社會網絡中被貼標籤的結果。「精神疾病」如同社會加諸於病人的「汙名」（stigma），這種汙名是一種社會標籤，並在許多人身上造成了「自我實現預言」的作用。Goffman指出一個人會不會成為精神病人，他所處的社會網絡可能是重要決定因素。他指出有三種人，最有可能成為精神病人的見證者（witness）。第一、對病人而言是親密、可信的人：他們經常是病人的親人，也往往最先懷疑病人是不正常者。第二、抱怨者：對病人最初的行為反應提出抱怨的人，例如朋友、同學、同事。第三、仲裁的人：警察、社工、教師、律師等（ibid: 137）。Goffman認為，病人人際關係上越是親近的人，越容易察覺病人的病徵，因為很多病徵在醫師診斷時並不會表現出來，或是病人的自述往往不受醫療人員所採信。「關係」不但是專業人員求證的依據，也是醫師定義病人正當性的來源。Goffman分析指出，這也使得許多人因此被貼上精神疾病的標籤，並且落入「精神疾病自我實現」的預言陷阱中。

David Rosehan（1973）引起極大爭議的假病人實驗，某個程度回應了Goffman的論點。Rosehan和其他七個「假病人」，謊報自己聽到奇怪的聲音，到不同的精神病院要求入院，雖然入院後他們不再假裝有任何症狀，但是除了一人以外，其餘七人都被判定有精神分裂症而分別住院7到52天，之後則因症狀減輕而出院。Rosehan因此主張：「精神疾病的標籤本身有自己的歷程和影響。一旦形成病

人是精神分裂症的患者形象，一般人也期待他將繼續是精神分裂症患者。因此，精神疾病的標籤，經常成為病人及家屬、朋友自我實現的預言。在其他人的期待下，病人最後也承認這種診斷，表現出相應行為」（1973: 253）。Rosehan也對精神醫學眼中的精神病人提出質疑：「……我們持續去標籤病人，彷彿在這些話語中，我們已經捕捉了瞭解的本質。事實是，我們很早就知道診斷不是有效的或值得信賴的」（1973: 257）。

原為精神科醫師的Thomas S. Szasz（1970），將精神疾病比擬為中世紀的巫術，認為精神疾病如同巫術一般，是被製造出來的。他指出從本質、內容、到被對待的方式，精神疾病與巫術二者都十分雷同，不同的只是迫害巫者的為宗教法庭，而迫害精神病人的是醫學。對他而言，巫者與精神病人都不是志願的，而是被定義的和被對待的。最終，巫者或精神病人就會恰如其份也表現出別人定義他們的那種角色。Szasz（1974）更進一步探究精神疾病的「發明過程」，指出精神疾病和生理疾病不同，主要是新創造出一套標準來滿足疾病的症狀表現。他指出，只要假定有一種精神疾病存在，就會創造出一套標準來衡量；生理疾病可以被驗證與檢驗，而精神疾病的症狀是主觀的、取決於社會規範，所以精神疾病是一種被宣稱的神話。身為精神科醫師Szasz為精神疾病提出一個革命性批判的觀點，他認為精神疾病不是「病」，因此不應該以醫學觀念去看待或治療。

Foucault、Goffman、Szasz等人的強烈建構論研究取徑，雖然彼此的立場仍有差異，但是基本上都對何謂精神失序的本體存而不論，拒絕去評估任何宣稱的正確性，以避免對於本體的不當劃分（ontological gerrymandering）。這樣的取徑如果不是對精神疾病的

生物病因與疾病的存在抱持懷疑的態度，就是對「何謂本體」堅持一種存而不論的立場。無論是Foucault強調歷史脈絡轉型的論述分析，還是Goffman重視象徵互動的微觀研究取徑，基本上對於當代精神醫學所定義的精神疾病，都抱持著一種強烈解構的觀點，對於精神醫學與現代性的發展提出了更深刻的反省與批判。這樣的立場，使得Foucault、Goffman、Szasz等人在1960年代都被劃為反精神醫學的陣營。反精神醫學的知識潮流，也間接的促成歐美社會精神醫學的處置由「機構化」到「去機構化」的轉變。

總括而言，強烈建構論出發的研究，幫助我們從認識論的角度來理解人類社會所謂的正常與不正常，多半取決於主流社會行為與價值標準，而這樣的標準會因歷史、社會、文化背景而有所不同。這種對本體問題存而不論，以及與精神醫學認識論不同的立場，使得它未能進一步探究精神醫學近一、兩百年所累積的科學知識的內部邏輯，無法如實地面對現代精神醫學在界定、診斷、治療、緩解精神疾病上可能的貢獻與限制。簡而言之，強烈建構論解構了精神疾病存在的真實性與本質性。此外，這樣的理論立場未能正視現代精神醫學知識的進展與治療方式，是否有助於緩解精神疾病的痛苦，因此對於如何面對患者與家人因為失序所衍生的問題，也無法提出積極的建議，這使得強烈的建構論很容易陷入相對主義（relativism）的窠臼。

Alex Cohen就提出反省：「醫療人類學家與社會學家，太常指控精神醫師將社會問題窄化到醫療狀況。但是，社會科學家把疾病完全置於社會領域來討論，也無視於疾病受苦的個人經驗」（Cohen, 1999: 28）。從建構論或社會標籤論的角度，確實可以理解這些失序者在不同的詮釋典範中，如何被不同的方式歸類與處置。但是

將他們確實異於大多數人、異於過去的自己而使本身與家庭都深受磨難的言行，僅僅歸諸於社會的規範與他人的標籤，事實上對於理解他們生存所面臨不確定的危險處境，以及精神疾病過程中的受苦經驗，都少有幫助。

### 參、建立一個合理的溝通情境：理論、方法、實踐上如何而可能？

當代精神醫學越來越走向生物範型，而反精神醫學陣營的強烈建構論取徑解構精神疾病做為一種疾病範疇的本體存在，這兩邊的發展漸行漸遠。精神醫療與精神疾病的研究者是否仍有可能在雙邊不可共量中，尋求一個可以溝通、合作的共識基礎？1977年哈佛大學出現了精神醫學、人類學、社會學等優秀學者跨領域所組成的研究群，<sup>3</sup> 他（她）們集體開創了一個新的跨文化精神醫學的研究取徑。這個取徑也為當代精神醫學與人文社會科學在理論、方法、實踐上相互溝通、合作建立了一個值得參考的模式。這些學者的研究，大多以文化詮釋的方式深入非西方國家。相較於一些民族誌研究過度集中在個案的特殊性，不自覺的落入另一個稱頌他者的相對主義困境，這個研究群有意識的避免這種缺陷，透過集體所累

3 1975年開始，由Arthur Kleinman等人主持的「文化、醫療和精神醫學」研究群，主要是由一群來自人類學、社會學、精神醫學與醫療史的學者，組成的一個跨學科取向的研究群。1980-1984年這群學者在哈佛醫學院成立Department of Health Care Policy，1984-2008年改為Department of Social Medicine，這個時期除了增加了跨文化精神醫學、醫療史、社會和健康政策、人文科學與醫學倫理等研究與教育計畫，也特別著重把心理健康的議題提升到國際層次。2008年再度更名為Department of Global Health and Social Medicine，主要是反映了該系在國際取向上的定位，也表示對全球健康議題的研究興趣漸增。相關介紹參見 <http://ghsm.hms.harvard.edu/about/history/>。查詢時間：2012年1月1日。

積的研究成果，將在地民族誌研究提升至全球健康議題的層次來反省，試圖對精神醫學的認識論、方法論、乃至於實踐層次，開創出一個新的取徑。過去這些年不管在協助世界衛生組織發展健康計畫、還是在拓展精神醫學論述與醫學教育的改革上，這個跨文化、跨領域的研究群累積了重要的研究成果。以下筆者將從認識論、方法論與實踐三個層次介紹這個研究取徑的定位、它與當代精神醫學發展的關係，以及他（她）們的研究成果。

#### 一、精神疾病的本體論與認識論

這個由哈佛醫學院人文社會科學學者，所開創精神疾病的跨文化、跨領域研究取徑，雖然對於現代精神醫學走向生物醫學模式、極度忽略文化的議題，採取一種嚴厲批判的立場。但是對於反精神醫學所代表的強烈建構論取徑與現代精神醫學毫無對話的傾向，更抱持高度反省的態度。這個跨文化、跨領域研究取徑與強烈建構論不同之處，在於它並沒有完全解構精神醫學教科書上有關精神疾病的病因學、診斷與治療上認識論的基礎。一方面，這個取徑在本體的層次接受精神醫學對精神疾病的預設，認為生物、心理、社會三個層面彼此關連，但是反對走向生物醫學獨大的趨勢。另一方面，這個取徑強調人文社會科學的研究者，必須深入精神醫學診斷的知識脈絡。Kleinman在《再思考精神醫學：從文化分類到個人經驗》

（*Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*, 1988a）一書中，對於何謂精神疾病的本體，有著不同於強烈建構論的立場，他說：

精神疾病是真實的，就像真實世界其他的形式，它是透過生理成分與象徵性意義互動，所形塑一組經驗的結果。……精神醫學的概念、研究方法，甚至資料都是鑲嵌到社會系統中。精神醫學的診斷範疇，是同時受到歷史、文化與生物學所形塑。（Kleinman, 1988a: 3）

具有心理學、精神醫學與文化精神醫學訓練背景的Laurence J. Kirmayer就指出，這個研究群試圖在主流的精神流行病學，與1930到1960年代北美人類學流行的文化與人格理論中，開創一個截然不同的跨文化精神醫學取徑（2006: 127）。該研究群成員，曾任哈佛醫學院社會醫學系系主任的Byron Good，也曾批評美國早期著名的人類學家Ruth Benedict以文化相對主義的形式來劃分正常與不正常，並且反駁Benedict影響日後人類學界強烈建構論的一些基本命題。Good認為Benedict文化相對主義的命題，持續的困擾了醫療與病理人類學的討論，有必要進一步的釐清。首先，Benedict所假設的精神官能症與精神病文化變異的程度，並不符合於經驗的研究。例如她認為psychoses是人類行為的一部分，是正常的，甚至在某些社會具有高度的價值，Good批評這往往與人的性向（temperament）混淆了。其次，Good認為Benedict的研究忽略了重大疾病的嚴重性，以及造成個人生活與家庭的傷害。Good認為，「把精神病理學」當成調適問題來理解，在今日已不適用。最後，Good強調，Benedict使用精神病理的標籤，例如誇大狂、偏執狂去描述整個文化，意圖指出我們對病理的標籤是有文化基礎而且是相對的，於是透過這些修辭將所研究的文化本質病理學化（1994: 32-35）。

基於以上的批判，這個跨文化、跨領域的精神醫學取徑，並不

完全解構精神醫學知識典範下所界定的精神疾病本體，並特別強調研究者必須把焦點放在精神醫學診斷下特定類型的精神疾病，以詮釋取徑進入不同的社會、文化進行深入的研究，來補充當代精神醫學下診斷架構的不足。

以Kleinman的跨文化的憂鬱症（depression）與神經衰弱（neurasthenia）研究為例，他在台灣、美國和中國進行研究，發現文化和憂鬱症之間的密切關係。在西方世界被診斷為憂鬱症的患者，在中國則以神經衰弱的診斷出現。非西方病人在抱怨病痛時，也多傾向以身體症狀、體質化的形式來表現，而不會直接陳述心理的疾病。Kleinman認為，精神疾病的病痛描述、症狀和情緒的說詞，以及正常、異常的判斷等，都和文化息息相關（1986: 429）。事實上，這種體質形式失序（somatoform disorder）的診斷首度出現在DSM-III。體質形式的失序是具有明顯的身體徵兆，與神經衰弱在中國脈絡被對待的方式有很大的不同。Kleinman與香港中文大學精神醫學教授Sing Lee的研究，進一步從歷史演變將中國神經衰弱的轉型分成三個階段。在第一階段，1980年代之前，根據調查1950年代到1980年代，80%-90%在中國精神疾病出院的病人都有神經衰弱的診斷。當時神經衰弱的診斷涵蓋了所有非精神性的疾病（nonpsychotic disorders），包含了西方的精神官能症（neurosis）與一般精神官能症的症候群（general neurotic syndrome）。Kleinman與Lee認為，中國脈絡下的神經衰弱與DSM-III所指涉的體質形式的失序事實上並不相同，把DSM-III所指涉體質形式的失序應用到中國社會不僅缺乏效度，也會產生範疇的謬誤（category fallacy）。第二階段（1980-1995年代），受到Kleinman對中國憂鬱症與神經衰弱的研究成果與DSM-III診斷標準的影響，這個階段中國精神醫學界再度概念化

「神經衰弱」的定義。根據調查，87%罹患神經衰弱的病人重新被診斷為憂鬱症，並開始採用藥物治療。雖然Kleinman的研究在中國精神醫學界曾引起爭論，但後來的研究指出30%-70%神經衰弱的病人後來被證實為憂鬱症。此外，受到藥物市場對憂鬱症的影響，神經衰弱在中國逐漸被視為一種錯誤的臨床診斷。第三階段為1995年代之後，《中國精神疾病分類》（*Chinese Classification of Mental Disorders*，簡稱CCMD）的第一版在1981年、第二版在1989年、第二版修正在1995年、第三版在2001年發行。CCMD第二版曾指出神經衰弱引起了國際爭論，中國也不斷發生過度診斷的情況。中國的精神科醫師原不熟悉體質形式的失序，但中國的精神科為了將中國精神疾病分類（CCMD）統合於國際可接受的系統（如DSM-IV、ICD-10），因此促使了體質形式的失序首度出現在中國的CCMD第三版。神經衰弱雖然在CCMD第三版成為第43.5的編碼，但它的重要性已經低於體質形式的失序與體質化的失序（*somatization disorder*）。相較於農村，居住中國城市的精神醫師現已很少採用神經衰弱的診斷，國際精神醫學的專業發展對城市醫師的影響遠超過農村醫師，這也反映中國城鄉差距的問題（Lee and Kleinman, 2009: 57-61）。

畢業於哈佛人類學系，也曾是這個研究群成員Theresa DeLeane O'Neil，在《規訓的心靈：一個美國印地安社區的歷史、認同與憂鬱症》（*Disciplined Hearts: History, Identity, and Depression in an American Indian Community*, 1996）一書分析北美印地安Flathead族的高比例憂鬱症現象。她的研究指出精神醫學「憂鬱症」的診斷對理解印地安人的不足之處。就Flathead族而言，所謂情緒、情感的表達，都必須鑲嵌在人與人的文化邏輯中。如果在原住民研究中未經

檢視地使用DSM的標準，這種醫療化的過程會把原住民社會對正常的定義病理化，或者將人類深層的痛苦零碎化。O'Neil強調人類學家與其他研究者雖然可以使用DSM做為跨文化研究的基礎，但是研究者要有批判的眼光，去評估DSM標準的文化相關性，努力偵測那些也許沒有含括在DSM中的徵兆與徵狀，而精神醫學的專業發展更應該接近詮釋取徑的認識論（1996: 184-207）。此外，也有研究指出，許多美國印地安人相信，當摯愛的人死後，已死的人的靈魂會回來看他。因此，經歷親人死亡悲傷的美國印地安人，通常會經歷這種文化上普遍的感覺，聽到親人的靈魂不斷呼喚他，擺在印地安的文化脈絡下，這並不能被當成不正常的症狀。精神科醫師如果不具備這種文化的知識與素養，也許會把悲傷的印地安人誤診為妄想症的病人，給予精神科藥物或住院治療，往往會造成更負面的結果（Kleinman, 1988a: 150）。

具有精神醫學與人文社會科學雙學位，也是該研究群成員之一的Anne E. Becker，她認為世界各地對身體心像、身體經驗、飲食缺乏共同一致的標準，相較於其他類型的精神疾病，在精神醫學診斷上文化變異對飲食失序（*eating disorder*）的影響，必須要特別注意。例如：香港、日本、新加坡、馬來西亞、印度厭食症的患者，普遍沒有肥胖的恐懼症。因此，她過去研究指出，香港罹患厭食症但是沒有肥胖的恐懼症的患者，在厭食症的態度測驗中常常容易遭受錯誤的判定，無法給予厭食症正確的診斷。此外，跨文化的研究，也涉及到外在（*etic*）觀點與內在（*emic*）觀點彼此的論辯。內在觀點由立基於在地的疾病的範疇開始，外在觀點強調如何正確評估不同文化所具有普遍性的疾病範疇。Becker透過在斐濟與原住民部落的飲食失序研究，強調社會經濟轉型如何影響斐濟年輕女孩

的健康風險行為。斐濟年輕女孩使用瀉藥，以及飲食習慣的改變，是關連到她們認為身材苗條會增加社會、經濟的機會，獲得薪資待遇較好的工作，也突顯出社會文化因素對飲食失序與身體心像的影響。Becker認為飲食失序的跨文化研究特別困難，因為飲食失序的診斷範疇包含相當異質的症狀表徵。她主張一個具有彈性的分類系統將有助於提升文化敏感度，降低族群健康照顧的不平等（2007: S111-S116）。

Byron Good與Devon E. Hinton合編的《文化與恐慌失序》（*Culture and Panic Disorder*, 2009）一書，從深入的文化史角度探究從十九世紀至今西方醫療恐慌的相關症狀（panic-like disorders），指出精神分析學者與1980年代生物取向的精神科醫師，二者不一樣的認識論立場如何形塑並改變恐慌症的概念。在DSM-III中恐慌症開始被建構為一個真實的實體，使得以生物取向研究與藥學治療恐慌症的情形迅速增加。這本論文集集中的研究者透過美國、泰國、盧安達、西藏與中國等不同地方的恐慌症研究，企圖補充與超越DSM-IV生物性的取向，強調理解恐慌症的認知過程與文化脈絡的重要。他們分析為何特定的感覺，在某個社會具有特別的意義與威脅性，因而形構了當地的恐慌症候群。透過這些非西方的經驗研究也指出，許多DSM的標準事實上無法應用到當地特殊的情境，這些研究有助於我們反省有關恐慌症以及相關的創傷後壓力症候群（posttraumatic stress disorder, PTSD）的診斷，以及DSM中焦慮症（anxiety disorder）的分類。

對於什麼是精神病？該採取什麼樣的研究方法？上述以哈佛大學學者為主的精神疾病研究，透過跨文化的比較，挑戰了某些精神醫學的診斷標準與範疇，例如Kleinman以體質化的模式來說明中國

特殊的憂鬱症經驗。基本上這個取徑接受當代精神醫學的認識論角度，承認精神疾病是有生物性的本質存在，但強調歷史、社會、文化因素的作用。這種本體論、認識論的立場，也成為這個跨文化、跨領域精神醫學研究取徑的基本命題。

當代精神醫學診斷標準與分類系統，主要是立基於北美與西歐社會，跨文化研究使我們可能挑戰放諸四海皆準的診斷標準。少數族群往往是精神醫學誤診的高危險群，跨文化精神醫學研究成果有助於我們理解「正常」與「不正常」在不同文化中的定義、非西方社會對精神疾病的解釋與治療方式，以降低文化偏誤所造成誤診的可能。綜括來看，這些學者深入不同的國家、區域與部落進行跨文化的民族誌研究，包括台灣、美國和中國三地的憂鬱症與神經衰弱的比較（Kleinman, 1988a, 1986; Kleinman and Lee, 2009）、美國印地安的憂鬱症（O'Neil, 1996）、斐濟與原住民部落的飲食失序（Becker et al., 2003; Becker, 2004, 2007）、印尼的精神失序（Good and Good, 2008）、焦慮症（Good and Kleinman, 1985）、恐慌症（Good and Hinton, 2009）、精神分裂（Jenkins and Barrett, 2004）、創傷後症候群（Young, 1995）等。他們針對DSM診斷系統中某一個特定的精神疾病，進行深入的跨文化比較研究，分析文化對某一精神疾病詮釋與病痛經驗的作用，藉此重新形塑與反思DSM診斷系統的定義。

這個取徑更擴大的把DSM當成一種文化產物——一種屬於西方後工業社會下醫療專家所形塑的特定文化產物來分析（Good and Hinton, 2009: xvii）。它關注精神醫學診斷的信度與效度問題，探究精神醫學診斷下的精神疾病類別，在不同的社會、文化中是否一樣、社會關係與文化意義對精神疾病發生與歷程的影響等。這個研

究取徑試圖在生物普同性與在地文化之間尋求共識的基礎，強調精神醫學與人文社會科學應該合作，針對生物、社會文化致病因彼此的交互影響，以便對精神病人發揮有益的作用。

## 二、病人敘事、現象學與民族誌的詮釋方法

相較於臨床醫學越來越重視從生物醫學模式，以客觀實證的診斷標準來檢驗「病」，忽略病人做為一個「人」的真實存在處境，使得當代精神醫學逐漸發展成無心靈精神醫學，以及反精神醫學強烈建構論的取徑，完全把精神疾病當成社會文化建構的結果，這種對疾病本質存而不論的態度，並無法正視精神疾病是否會造成思考、情感與認知個人性向的改變，帶給當事人與家人極大的痛苦。這個跨文化、跨領域研究取徑，為了彌補上述兩個取徑的缺陷，特別著重精神疾病主體經驗的呈現，在方法上強調進入病人敘事與生命史、受苦的疾病經驗、主觀經驗與主體性等，從意義為中心（meaning-centered）、跨文化觀點（cross-cultural perspective）的現象學與民族誌方法來研究精神疾病的經驗與內涵

敘事（narrative）的基本性質，是以具有開頭、中間、結尾的順序安排來陳述經驗、行動、或事件發展，而使其具有「情節」的一種論述形式。重視病人生命史與敘事的理論化發展，逐漸在晚近的醫療社會學（如Williams, 1988; Frank, 1995, 2002）與醫療人類學（Kleinman, 1988b; Cain, 1991; Mattingly, 1998）等領域受到重視，這些研究都共同指出了病痛意義創造（meaning-making）面向的重要性。Kleinman在《疾病敘事》（*The Illness Narrative*, 1988b）一書中，區分了疾病（disease）與病痛（illness）兩個不同的概念，藉此

批判實證醫學過度重視生物面向的盲點。「病痛」指的是病人和家屬或更廣大的社會網絡對身體症狀如何理會、共存與反應，病痛經驗涉及對身體作用的評估（1988b: 1-8）。Kleinman透過疾病與病痛二分，以凸顯病人敘事的重要。當代精神醫學走向生物性的模型，造成身、心二分，會忽略病人活生生的受苦經驗。他強調必須在醫學教育的過程中，更重視患者和家屬病痛經驗的敘事。

Good（1992）進一步指出研究精神疾病，在方法論上必須注意的事項：第一、必須關注特定的精神疾病，而不是普遍性的苦難。第二、我們必須以「現象學的實體」來研究心理病理學（psychopathology as phenomenological reality）。亦即重點應放在疾病的經驗，諸如受干擾的時間、空間、情感、思考等，以及其身體化的經驗，並結合不同社會的心理病理學研究，釐清文化在此扮演的角色。第三、Good認為，應該將瘋狂當做一種「被詮釋的失序」（interpreted disorder）來研究，重視疾病徵兆背後所代表文化象徵性的意義，並從患者主觀經驗與互為主體的詮釋意義來理解精神疾病。第四、同時我們也應該將瘋狂當作一種「失序的詮釋」（disordered interpretation）來探討，理解這些臨床疾病對患者的自我、社會關係、環境造成什麼樣的改變。亦即從個人生命史探討精神疾病的歷程，以及探討疾病經驗如何重新形塑個人的生命史。第五、我們也應把瘋狂當作根植於情境的論述（situated discourse）。受苦的病人、家庭成員的疾病敘事、醫療文本、本土治療者的臨床論述與儀式、專業醫師的正式臨床會談等等，不同的論述形式與文化符碼都是分析的來源。第六、把瘋狂當作由生命史產生，並且會重新形塑生命史。因此，不同於後現代的論述分析，把作者／文本、敘事／敘事者、論述／參與對話者的經驗二分。第七、釐清文化因素對心理病理學

的歷程與結果。一方面研究活生生的經驗、宏觀的社會安排、文化形式與家庭關係之間與病痛歷程的相互關係。第八、研究心理病理學做為社會的、歷史的產物，以民族誌與詮釋的方式分析政治與經濟結構如何作用在生病經驗（1992: 196-201）。上述Good的八個論點，大致歸納了這個研究取徑關於意義為中心、跨文化、跨領域觀點的現象學與民族誌方法的立場，相當有代表性。

最後，這個取徑也特別重視病患的經驗與主體性，一方面，它強調活生生經驗的重要性，重視近距離的經驗（*experience-near*），以及對主體經驗的深入描述。另一方面，對經驗的強調，也意味著在文化建構過程中主體的主動涉入，透過相互主體性的觀念，來連結個人經驗與社會實體。例如Kleinman就指出「經驗是完全的相互主體性。它涉入我們與連結他人的運作、協商與爭論。它是集體與主觀過程混合的中介。我們是生在經驗流動的世界。在象徵意義與社會互動之中，我們的感覺進入模式化的感知，我們的移動遇見抗拒與發現方向，我們的主體性浮現，反身地形塑了我們當地的世界。」（Jenkins and Barrett, 2004: 8-9）

Kleinman、Good等人批判精神醫學過度強化生物模式與科學化的治療策略，同時質疑強烈建構論或文化相對論忽略了精神疾病的患者在思維、情感和行為上的實際障礙，無法重視精神失序對當事人及家庭帶來的痛苦。因此，在方法上，他們所推動的跨文化、跨領域精神醫學的詮釋取徑，以現象學、民族誌的方式呈現一個個案例的生活世界、病痛受苦的真實經驗，正視精神失序者的受干擾的時間、空間、情感、思考等，厚實地描述出不同社會文化脈絡下症狀與異常的意義，以避免將人類經驗的多元面貌同質化。

### 三、跨文化精神醫學與WHO的心理健康計畫

這個取徑試圖將跨文化精神醫學帶入更寬廣的視野，一方面結合精神醫學流行病學、醫療人類學、醫療社會學、認知科學與社會心理學等跨領域的知識，打破自然／文化二分，建立一個相互整合的觀點。另一方面，過去人類學對文化與人格的研究，重視文化如何被內化，容易以唯心主義的方式理解生病的再現，陷入過度浪漫主義的主觀詮釋，而從形塑疾病意義的社會歷史力量當中抽離出來。雖然這個跨文化、跨領域精神醫學的研究群從事民族誌的個案研究，但是他（她）們嘗試避免這種限制。他（她）們致力將小區域民族誌所累積的研究成果，放在全球精神醫學集體的層次進行對話與社會介入，企圖建構一個更有系統的知識標準，尋找共識、溝通的基礎。因此，除了民族誌深入的資料，這個研究群也企圖結合各種方法與資料，包括生物科學、流行病學、實驗法與臨床研究，進行「方法論上的多元結合」。例如Desjarlais與Kleinman等人合著的《世界心理健康：低收入國家的問題與優先性》（*World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*, 1995）一書，結合跨國流行病學的資料，促使心理健康提升到國際公共健康的重要地位。

此外，這個研究群的一些重要領導人，1977年開始發行出版《文化、醫療與精神醫學：跨文化健康研究國際期刊》（*Culture, Medicine and Psychiatry: An International Journal of Cross-Cultural Health Research*）。<sup>4</sup> 該研究群的成員也針對世界心理健康的問

4 這份期刊1977年創刊成立至今，一年出版四期。企圖結合醫療人類學、跨文化精神醫學和跨文化臨床及流行病學研究。除了有關特定社會的健康、疾病和健

題，從性別、族群與區域的角度，完成一系列世界衛生組織的重要報告，並進行不同區域的社會介入工作。一個例子是1999年Alex Cohen由世界衛生組織出版的報告*The Mental Health of Indigenous Peoples: An International Overview*。這份報告針對世界各區域原住民，在經歷人口減少、暴力、遷移與貧窮等，所產生各式各樣心理問題的詳實分析報告。Cohen 2001年的另一份重要的研究報告為*The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: The View from the Developing World*。這份報告則指出，世界衛生組織該如何有效建立健康照顧資料的重要性，以便有效評估健康服務的政策與計畫。這些評估資料，對於心理健康照顧資源缺乏的國家，尤為重要。1975年世界衛生組織針對七個發展中國家，亦即巴西、哥倫比亞、埃及、印度、菲律賓、塞內加爾、蘇丹，執行了一個擴展心理健康照顧的合作計畫（WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care）。這個計畫的目標包括發展精神醫學的問卷以調查該區域精神疾病的程度與狀況、訓練初級健康照顧者對精神失序的確認與處理、在初級健康照顧層次設立心理健康計畫、以及對這些計畫進行完整的評估。最後，世界衛生組織的研究報告指出：一、心理健康計畫的優先性必須符合當地的特殊情境與需要，例如非洲HIV/AIDS的流行，必須特別注意孤兒心理創傷的問題。心理健康服務勢必產生社會介入，因此當地文化與社會心理的環境必須納入到治療與照顧的考量。二、在初級健康照顧中的心理

---

康照護外，這份期刊鼓勵跨文化比較的出版，包括非西方和西方社會的比較，以及不同社會中正常與偏差行為比較的研究。頭幾期包含的文章關心的主題，涵蓋文化與疾病的關係、醫療系統的教研究、在健康照護和療癒過程的文化影響。創刊號主編為Arthur Kleinman（1977-1985），繼任主編為Byron J. Good（1986-2004）、Mary-Jo DelVecchio Good（1992-2004）、Anne E. Becker and Peter J. Guarnaccia（2002-2004）、目前主編為Atwood D. Gaines（2004-）。

健康服務並沒有單一的模式。例如執行擴展心理健康照顧合作計畫的七個國家，就非常不同於非洲波札那模式。前者初級的健康照顧成員是接受計畫訓練與專家的監督，協助評估精神失序的確認與處理。在非洲波札那則是由護士承擔臨床的心理健康服務，護士與當地其他健康服務者一起工作，提供心理失序的確認與處置。因此，非洲波札那健康照顧者不必承擔太多責任，他們只需協助精神科護士工作。三、不同國家或區域的初級健康照顧者心理健康訓練的狀況，差異仍很大。例如哥倫比亞的護士接受185小時，印度則少於10小時的訓練。但是並沒有明確的證據，知道那一種訓練計畫會產生有效的治療與較好的結果。四、計畫的發展受到各種力量所形塑，例如心理失序是否受到重視、當地心理資源接近性等。需要利用鄰近精神醫學設施的資源以及專家的計畫，就不適合於偏遠地區以及心理健康專家不足的國家。在經歷快速社會變遷與政治變動的國家區域，其心理健康計畫就不同於相對穩定的社會環境。一些計畫強調社區層次的介入，有些則必須把重點放在臨床工作。「對」的計畫是根據它所服務社區的需要，而非遵循一般的原則。五、心理健康計畫往往受到更廣泛的社會經濟力量所形塑，心理健康研究必須檢視變遷中健康系統的政策執行與治療，而不應該被限制在某些與外在社經環境無關的架構。最後，沒有單一服務與介入的模式是適合全部的國家，或是同一國家的所有區域。非洲波札那的計畫，降低了國家精神醫院的病人人數，但這是否就可被視為治療的有效性，仍有待質疑。美國去機構化的結果，仍值得注意，並沒有足夠的資料評估病人出院後的狀況，僅僅減少精神醫院的數量，不能視為成功的策略。必須有長期追蹤與結果評估才能夠回答這個問題（Cohen, 1999: 29-33）。

上述這些WHO的研究報告，也都指出在全球不同區域心理健康計畫的評估資料仍極為缺乏，以致我們很難發展出針對特定狀況不一樣的介入方式。Kleinman、Eisenberg、Desjarlais、Good、Cohen等學者在WHO的心理健康的分析報告，就是企圖結合精神醫學的流行病學與民族誌的資料，以彌補這樣的不足，並透過這些研究發現，促進有效的社會介入。

#### 四、研究與實踐：人文社會科學介入醫學教育

過去人文社會科學之於醫學，一直是屬於非常邊陲的位置。在醫學的專業領域與教育中，人文社會科學的作用並不受重視。這個由人文社會科學學者所組成的跨領域研究群，以人文社會科學的研究介入醫學的教育與改革。Kleinman就認為，除非人類學、社會學、心理學、歷史、倫理和文學研究變成醫學研究真正的一部分，否則我們要將病痛經驗和意義做更有系統的概念化，將會缺乏必要的知識（1988b: 266）。Kleinman也直接批判啟蒙時期以來實證醫學具有工具理性的科學知識性格，他這麼說：

採用醫學或科技的觀點並不能幫助我們應付苦難的問題：當代生物醫學和其他救人的專業中，對病痛沒有目的論（teleological）的觀點，無法用來表達人類狀況本身的挫敗、秩序與邪惡問題相關的苦難成分（1988b: 28）。

換句話說，如何面對、處理人類的病痛，涉及了生命意義與價值的問題，但是生物醫學模式與高科技只能幫助我們面對「如何」

（how）、有效地達成目標，卻無法解決「為何」（why）等終極救贖的生命意義問題。儘管醫療科技逐漸介入我們處理生、老、病、死的過程，但是面對生物醫學模式的發達，我們需要更多人文社會科學的知識，幫助我們從詮釋的角度來思索生命苦難、道德、意義與價值的問題。

在1984-2008年期間，哈佛社會醫學系（Department of Social Medicine）透過一些重要獎學金的制度，積極介入哈佛醫學教育的設計與規劃。例如MacArthur基金會所支助的獎學金，提供醫學系的學生去追求藝術與人文社會科學的博士學位。<sup>5</sup> 哈佛醫學院在這個階段也開始投入醫學教育的課程改進，第一年的醫學院學生必須修習「社會醫學導論」（Introduction to Social Medicine）與「醫療倫理與專業」（Medical Ethics and Professionalism）的必修課程。<sup>6</sup> 透過教育學程的規劃，這些來自社會醫學系的人文社會科學學者，也開始在哈佛醫學院的教育改革扮演更關鍵的角色。他們強調現代醫學與人文社會科學應該合作，彼此創造更積極對話的空間，以便對醫學的教育發揮更大的作用。<sup>7</sup>

5 此外，還包括The National Institute of Mental Health (NIMH) 著重在博士與博士後文化與心理健康服務的訓練計畫，以及醫療史計畫。Carnegie獎學金所資助的東非的健康與行為計畫，每年提供不同國家博士後與訪問學者來此機構進修與交流，特別著重社會科學、醫療人類學與醫療史領域。以及1996-2004年Freeman基金會的獎學金，則是資助許多亞洲的臨床精神科醫師與人文社會科學學者來此機構進修與交流，這些跨國的合作計畫也增進更多跨文化精神醫學的討論與研究。

6 參見網址：<http://ghsm.hms.harvard.edu/about/history/>。查詢時間：2010年10月25日。

7 1996-2004年這個階段也呈現在傳染病和社會變遷計畫的成長（包括如Paul Farmer、Jim Yong Kim等成員）。在這段時間的後期，由Byron Good主持與醫院合作的臨床計畫，開始參與一些全球性問題的研究，如HIV/AIDS、心理問題等。

除了研究上重視病人的受苦經驗，這個研究群也透過醫學教育養成與醫院臨床運作的研究，進一步發揮影響力。Good曾訪問了50個哈佛醫學院的學生，以他們的學習歷程為觀察對象，指出醫學院的學生進入醫療領域，開始學習一種看、寫、說的獨特形式。這種特殊的文化氛圍形塑了醫師看待病人的身體與疾病經驗的特殊方式。例如在醫療的生活世界，身體被當成一種醫療的身體，不同於日常生活的身體。學生進入解剖室這樣一個儀式化的空間，學習用解剖學的「醫療注視」方式來思考，這是一種不同於日常生活注視身體的經驗。在臨床中，醫師與病人交談的時間很少，醫療陳述大部分在寫病歷、呈現個案，普遍不重視病人的生活世界（1994: 65-83）。Good認為我們需要一個以意義為中心的詮釋取徑，這個取向承認關於醫學的語言是一種文化的語言與一種歷史的形構。而不是僅僅是把病痛（illness）當成一種生物性的客體。此外，民族誌不僅是一種研究方法，民族誌觀察與詮釋的方法也應該普遍地應用在醫院的臨床，幫助醫師從詮釋的角度更理解病人的處境、病痛的經驗與生命史。

歸納上述，這個跨文化、跨領域精神醫學的研究取徑近三十年累積的成果，提供我們一個新的視野，以「文化」的面向擴充精神醫學的診斷範疇。在本體論、認識論、方法論、乃至於實踐層次也促使了精神醫學與人文社會科學重新尋找知識共識與溝通的起點，建立一個雙邊的合理溝通情境。但是這種往精神醫學合作靠攏的實用主義的性格，是否潛藏什麼限制、帶來那些負面的效果？這同時是值得反省的問題。

## 肆、跨文化、跨領域精神醫療取徑的再思考

Kleinman疾呼，「病痛和醫學的問題太重要了，絕對不能單獨留在醫學專業人員手中（1988b: 267）。」這與晚近興盛的STS研究強調「科學問題太重要了，絕對不能完全交給科學家處理」，可以說異曲同工。本文基本上肯定Kleinman等人為主的研究群的立場，亦即強調人文社會科學研究必須深入醫學或科學知識內部邏輯。但是相較於反精神醫學陣營對當代精神醫學嚴厲批判與強烈解構的態度，這個新的跨文化、跨領域精神醫療的研究取徑發展至今，強調與精神醫學合作實用主義（pragmatism）的認識論立場與行動策略，筆者認為仍有所限制與不足之處。本文以下將分三方面來討論。

### 一、理論化程度不足的問題

在本體層次，在這個以Kleinman為首的跨文化、跨領域精神醫療研究取徑，基本上接受精神醫學教科書上的宣稱，亦即精神疾病的成因涵蓋生物、心理與社會的。不同於強烈建構論取徑對於何謂精神疾病抱持存而不論的態度，這個取徑基本上同意生物因素對精神疾病的作用，但它強調研究者必須掌握精神醫學診斷分類的知識邏輯，把它放在更廣泛的社會文化脈絡來分析，以文化詮釋的方式來補充當代精神醫學診斷的不足，以避免範疇謬誤的問題。

過去的跨文化精神醫學主張，不同社會嚴重精神疾病（psychosis）的發病率一樣，但是文化的因素會影響精神疾病的表現形式。Laurence Kirmayer則認為強調生物性是放諸四海皆準、具有普遍的共同性，而文化是在地的，這種靜態的二分看法會忽略Kleinman所

強調生物與社會文化彼此雙向的影響（2006: 127）。Kleinman本身就非常反對以X→Y變項間的簡化因果（causation）機制來探討精神疾病的致病因。他認為：「精神疾病的因果，是脆弱的生物、心理、與那種容易使人陷入突發事件的險境之社會來源之間彼此複雜的互動。往往某一類型的脆弱性會被其他類型所強化，這並不是孤立分離的風險因子，而是一個系統性彼此相互關連的網絡，因果這個詞本身就是一個誤導」（1988b: 58）。

事實上，生物性是人類差異的主要來源，生物性不僅來自基因的差異，也是環境、飲食與人類生命其他面向差異的結果。已有研究證實文化差異會對更年期症狀造成不同影響，例如：熱潮紅的頻率也許不僅是因為文化期待與文化分類架構的差異，還包括飲食差異的影響。事實上，飲食與生活方式也會對更年期的生物性因素有所影響，這個發現超越了自然／文化的二分，指出文化所決定的行為模式又重新形塑了人類的生物性（Kirmayer, 2006: 127）。或者，Michael Klag等人的研究指出，皮膚顏色越黑，有較高比例的高血壓，例如美國黑人高血壓的比例較高。Klag等人認為這樣的結果不是來自生物上或基因上的因素，而是因為黑人在面臨就業、升遷、住宅等社會不平等所造成相關壓力的結果（Klag et al., 1991: 599-602）。

綜合來看，採取這種生物與社會文化共同促成（co-production）的取徑來看待精神疾病，打破自然／文化的二分，強調精神疾病的診斷與致病因，同時受到歷史、社會文化與生物所形塑，開啟了精神醫學與人文社會科學跨學科合作的可能性。當涉及到具體分析與理論化程度的問題，這個跨文化精神醫學取徑的貢獻就相對地有限。它一方面未在精神疾病的具體經驗研究上，實際釐清生物

與社會文化如何相互作用，提升到理論與概念上更具體的分析與反省。例如Steven Epstein《容納：醫學研究的差異政治》（*Inclusion: The Politics of Difference in Medical Research*, 2007）一書中，是晚近以生物與社會文化共同促成（co-production）開展的重要著作，Epstein提出「容納與差異典範」（inclusion and difference paradigm）理論概念，分析美國1980年代中期以前的生物醫學試驗中，白人、中產階級、35歲左右的男性成為唯一的代表性生物樣本，以此樣本推論到所有人口。1980年代中期美國社會逐漸出現對差異政治的重視，這樣的轉折促使FDA與藥品的臨床試驗，開始強調不同性別、族群、年齡的樣本多樣性。Epstein的分析指出生物醫學採用性別、族群等社會認同的指標，所產生的種種負面後果與危機，他強調過度著重在生物上的差異，無助於健康、社會不平等的解決。透過容納與差異典範的理論架構，Epstein對美國生物醫學試驗由標準化的人進展到利基的標準化（from Standardize Human to Niche standardization）其中的歷史進行細緻的社會、文化分析，並提出生物政治公民權（Biopolitical Citizenship）的概念，指出未來生物與社會文化共同促成的可能性。Margaret Lock（1993, Lock and Kanfert, 2001）針對更年期研究，指出同一生理現象在不同文化下的異質多樣性呈現之間的互動關係，發展出在地的生物學（Local Biologies）的概念。透過在地的生物性這個概念，闡釋文化影響生理現象的可能性，不過這是個還在發展中的概念，也引發後來諸多的討論。Merrill Singer與 Hans Baer（2007）則以貧窮生物學（Biology of Poverty）擴展Margaret在地的生物學概念，指出貧窮會在一個人或族群身體上造成某種脆弱性，亦即罹患某種疾病是有貧窮的線索可尋。另一方面，由於這些針對非西方社會的經驗研究，未能提升到明確

的理論與概念定位，如上述Epstein提出的包含與差異的典範（inclusion and difference paradigm）、Margaret提出的地方生物學（local biologies）、Merrill與Hans的貧窮生物學（biology of poverty）等概念，理論化程度不足，以致於無法對精神疾病先天VS.後天持續的爭論提出新的貢獻。

## 二、缺乏專業權力批判與知識實用性格的問題

精神醫學發展成一門實證醫學的專業、科學的論述，著重的是一個放諸四海皆準、普同性的診斷標準，以及診斷、治療的有效性。1970年代「醫療化」的一詞進入社會科學文獻，最早是由Thomas S. Szasz（1963）所提出。這個概念原先用來批判精神醫學或者醫療帝國主義（medical imperialism），如今醫療化論述所針對的範圍更大。Peter Conrad與Joseph W. Schneider 在《偏差與醫療化》（*Deviance and Medicalization*, 1992）一書，以許多實例討論偏差行為定義機制的歷史變化，分析西方社會如何由過去宗教的「原罪」（sin）、法律中的「壞」（bad），轉變為精神醫學定義下的病。二十世紀後，由於精神醫學的蓬勃發展，也讓早期視為犯罪的行為，如同性戀、酗酒、藥癮等，均被解釋為心理疾病，開始被納入精神醫學的管轄範圍，使精神醫學專家開始具有界定「社會偏差」的權力。1970年代社會學家針對「偏差醫療化」累積了大量個案研究，如Conrad（1975）針對過動的小孩、Scull（1975）針對心理疾病、Pfohl（1977）針對受虐的小孩、Schneider（1978）針對酒癮視為一種疾病等，這些研究讓我們看到這些偏差如何在醫療化的過程中成為「病」的過程。這些過程都反映了醫療專業的擴張與社會控

制的力量。歷史學家Roy Porter就批判，DSM-I不到百頁，到了DSM-II版增加到134頁，DSM-III版時已有500頁，最後一版的DSM-IV-TR（2000）多達934頁。相較於以前，越來越多人被診斷為精神疾病。Porter質疑：「這是一種進步嗎？」（2002: 102-108）。

相較於上述的研究成果，幫助我們從DSM這套源自美國精神醫學會所建立的診斷系統來反省「精神疾病」概念的轉變、精神醫學專業知識與權力的擴張。這個以哈佛學者為主的跨文化、跨領域精神醫療的研究取徑，並不同於強烈建構論完全解構精神醫學論述下精神疾病的診斷系統，他們試圖深入精神醫學診斷標準，以文化面向來修正而不是解構精神醫學放諸四海皆準的標準與診斷範疇，重視建立人文社會科學與精神醫學知識溝通的橋樑，呈現了與精神醫學合作的知識實用性格。這種實用主義的方向，使它遠離強烈建構論解構的取徑，但對於當代精神醫學專業化過程、權力宰制的論述與社會機制等，也較缺乏整體的分析與批判。

更重要的，這樣的取徑也忽略了任何行動者可以根本顛覆「精神疾病」診斷的可能性與能動性。例如1960年代以前，同性戀一直被認為是一種需要醫學矯治的疾病。1960年代之後，社會對同性戀的態度改變了，部分要歸功於「同志解放陣線」（Gay Liberation Front）這類團體所發起的運動，以及同性戀者反抗警察挑釁騷擾的「石牆」（Stonewall）事件，促使1973年美國學會將同性戀的診斷由DSM移除（Conrad and Schneider, 1992），這也是精神醫學史上由行動者改變精神疾病診斷分類的一個例證。

### 三、全球政治經濟轉型與精神疾病

以哈佛學者為主的研究取徑在本體論上接受精神醫學的診斷架構，針對某一特定診斷疾病進行跨文化的比較研究，這樣的研究方式也陷入Ian Hacking (1995, 1999) 所謂的「人的種類的迴圈效應」(looping effect of human kind) 的問題。對Hacking而言，劃分世界的概念範疇，是一種支配我們行為與經驗的社會實體，而這些分類在人們身上的效果也會反過來影響或改變分類本身。精神醫學理論的診斷範疇擁有它自己的生命，可以形塑症狀的經驗，詮釋與求助行為，也可變成溝通、人際互動與經濟交換的基礎，是一個具體的社會實體。基於這種迴圈效應的結果，透過跨國公司與組織的協調，精神醫學知識與運作開始納入全球化的循環，並以某種方式影響當代社會現代人的病痛經驗 (Kirmayer and Blake, 2009: 38-39)。以Kleinman憂鬱症 (depression) 與神經衰弱 (neurasthenia) 的研究為例，他的研究指出，在中國憂鬱症的病人被不適當的以身體症狀、體質化的形式的神經衰弱呈現，使得這些病人的心理問題並沒有給予適當的處理。亦即Kleinman從精神醫學專業結合人類學的訓練出發，相信把重點回歸到心理問題，接受憂鬱症的專業治療，對於這些原來被誤診為神經衰弱的病人是有幫助的，Kleinman並不會如強烈建構論者一樣，根本的質疑精神醫學所創造的憂鬱症或神經衰弱診斷範疇的合法性與有效性。Kleinman長達二十年的研究，進一步擴充了不同地區與文化相關症候群 (cultural-bounded syndromes) 的社會歷程，也讓我們瞭解精神醫學全球發展的力量與當地文化如何互動。以中國精神醫學發展為例，它明顯受到DSM診斷系統與藥物治療市場所建構、以及西方文化為基礎的精神疾病所

影響，逐漸成為中國臨床上的標準。不過Kleinman的研究並沒有進一步分析中國憂鬱症診斷增加，是否關連到全球藥廠推動抗憂鬱症藥物的龐大商機。此外，憂鬱症診斷可能代表家庭暴力、政治迫害以及社會受苦各種面向。憂鬱症診斷的流行，是否促使中國臨床上精神醫學權力的擴張與濫用，掩蓋眾多社會受苦，使人們迴避社會政治問題？這些研究議題都還缺乏更進一步的澄清與分析。

對照憂鬱症在日本的發展，更凸顯上述研究議題的重要性。原先日本採用抗憂鬱用藥SSRI的比例很低，因此，GlaxoSmithKline藥廠花了龐大的經費資助討論憂鬱症的跨文化變異、跨文化精神醫學的工作坊。藉此在日本提升憂鬱症的概念，市場化的努力也促使日本重新再詮釋體質化的徵兆 (somatic symptoms) 與社會焦慮 (social anxiety)，以符合抗憂鬱症治療。這導致抗憂鬱的用藥，在日本逐年成長 (Kirmayer, 2006: 137)。事實上，在2002年抗憂鬱藥物的販賣全球性成長5%，抗精神疾病藥物的販賣全球性更顯著成長19%。在所有全球藥廠販賣的藥物種類中，抗憂鬱藥物排行全球第四，抗精神疾病藥物排行全球第五。在2003年全球前十名藥品公司，獲利是每年營業額的14.3%，遠遠高過其他的產業。全球基金、私人的基金會、以及對藥物研究與發展的公私合夥，已經促使疾病的健康研究與技術的投資大為增加 (Petryna et al., 2006: 2)。

1950年代抗精神病劑 (chlorpromazine, CPZ) 的發明，使得精神疾病的治療方式往生物性模式靠攏。在生物醫療化的時代，全球生物科技產業、藥廠利益介入等政治經濟因素，在形構精神疾病現象上，都扮演了更重要的角色，全球藥廠在龐大商機與利益推動下，不斷地研發新的抗精神疾病藥物，對於精神疾病診斷範疇與治療方式的影響更是逐漸加大。例如：各種新藥的出現，可能改變不

正常的定義。一些研究也指出，藥廠不僅控制研究與知識生產，對於醫療教育與運作影響力也逐漸加大。許多精神醫學的會議來自藥廠資助，使得一些想要舉辦精神醫學會議的相關組織必須拉攏藥廠，而藥廠關注的只是如何增加它們的產品銷售量（Applbaum, 2004）。一些精神科住院醫師的核心訓練，開始受到藥廠的影響（Brodkey, 2005）。藥廠開始影響臨床研究的走向，追求新產品的最大價值與利潤，隱藏某些負面的發現。

雖然後來Kleinman與同僚合編的《社會受苦》（*Social Suffering*, 1997）一書，提出社會受苦的啟發性概念，企圖連結個人病痛經驗與社會宏觀結構。<sup>8</sup> 社會受苦的概念強調疾病的社會根源，與早期Kleinman強調針對精神疾病的診斷類型所進行深入的民族誌研究（例如上述的中國憂鬱症或神經衰弱的研究），在分析單位上已經有所轉變，開始關注結構暴力對疾病、病痛與苦難的整體影響，而不是專注在單一的精神疾病診斷。但是Kleinman等人以非西方社會跨文化精神醫學的民族誌研究所累積的成果，相對上仍比較欠缺全球政治經濟因素的宏觀分析。<sup>9</sup> 以台灣的精神疾病現象的研究來說，

8 Kleinman認為疾病受苦的經驗，基本上是社會的。首先，受苦本身是「相互主體性」的（intersubjective），譬如癌症、憂鬱、心臟病等疾病，事實上都涵蓋人與人之間的某種經驗，是一個具有關係性的受苦類型。其次，所謂受苦是社會的，意味著心理或社會健康問題有其社會結構的根源，因此社會受苦強調一種整體性的分析視野，而非將受苦窄化為一些可測量的變項。最後，社會受苦一方面既源自於政治、經濟、制度的權力如何作用於人們，另一方面也是人們回應這些社會因素及其變遷的方式所造成的結果（Kleinman, 1995: 396-397; Kleinman et al., 1997: ix-xxv）。

9 見Kleinman與同僚合編，*Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press, 2006。雖然他們也有意識到全球藥廠的重要性，但這本書主要是根據2002年在哈佛舉辦的一個相關的研討會發展集結成書，書中不同作者涵蓋世界各地的經驗研究，整本雖然他們也有意識到全球藥廠的重要性，整本書對於將全球政治經濟宏觀力量對精神醫學專業發展的影響提升到概念性、理論化的反省明顯不足。

蔡友月（2009）曾經針對蘭嶼達悟原住民，藉助於Kleinman的社會受苦的概念，但避免受限於單一精神疾病觀察、以及忽略政治經濟因素的缺陷。書中指出達悟人高比例精神疾病的現象反映出來一個不易察覺而卻影響深遠的問題，亦即處在快速社會變遷的過程中，一個傳統原住民社會結構瀕臨解組、導致迷亂的現象。當達悟人的獨特的社會組織型態、制度、規範逐漸被外來的力量所侵蝕，於是為升學就業而遷移來台、家庭功能解組、個人與集體認同的改變等，都帶來挫折與壓力。當個人無法妥當處理如此巨大的挫折與壓力，導致罹患精神疾病，這些失序者精神醫學診斷可能同時涵蓋了酗酒、憂鬱症、雙極性情感精神疾病等等不同的類別，或者一個人同時具有兩個精神醫學的診斷。如果我們僅以單一的精神醫學的診斷為分析單位，進行跨文化的比較研究，很容易簡化了分析單位與問題，忽略少數族群精神疾病受苦的歷史社會根源。

## 伍、結論：回顧與展望

針對「真的有精神病嗎？」當代精神醫學的知識發展以及強烈建構論的觀點，二者對是否真的有精神病、什麼是精神病，彼此本體論與認識論的角度大相逕庭。面對本質論與建構論的持續論戰，本文所討論以哈佛大學學者為主的跨文化、跨領域精神醫學的取徑，它並沒有如強烈建構論完全解構精神醫學對於精神疾病本體的存在，亦即，這個取徑接受精神醫學診斷下的精神疾病，但是強調文化面向的理解，修正、擴充而非完全解構精神醫學診斷的標準，以文化詮釋的方式進行小區域的民族誌研究，反對走入文化相對論的窠臼。在方法上，他們追求一個以多元面向理解精神疾病、分析

精神醫學診斷與發展的新策略。他們主張研究者不應該落入單一解釋的圈套，採用一種跨學科、多元整合的方式，結合各種研究方法與資料，尋求精神醫學與人文社會科學、全球化與區域性溝通共識的基礎。本文從精神疾病的本體論與認識論、文化詮釋的方法、知識與實踐的關係等，來反省這個跨領域、跨文化精神醫學研究取徑的貢獻與定位。在前面的討論中，筆者已經從精神疾病的生物性與社會文化的辯證上指出他們在理論化程度不足，忽略精神醫學專業化權力的宰制與擴張的影響，以及缺乏全球政治經濟學的分析等面向，呈現這個取徑的限制。

近年來以人文社會科學知識介入台灣醫療領域的研究增多，這個跨文化的精神醫學取徑針對精神疾病診斷、精神疾病的經驗、以及全球心理健康的介入與發展等集體的研究成果，相當值得我們參考。跨領域、跨文化的精神疾病研究取徑，在台灣仍是一個有待灌溉的土壤。筆者在此有三點前瞻性的建議，做為期待未來深耕的方向。

**第一、跨領域、跨文化的研究取徑，有助於我們未來發展理解醫學、精神醫學與精神疾病更多元而有效的觀點。**哈佛大學學者共同開創的研究取徑，雖有其限制，但確實讓我們看到不同學科知識（流行精神病學、醫療人類學、社會學、認知科學與社會心理學等）的合作與擴充，結合不同的經驗資料，增進了我們對各種精神疾病的理解。這種勇於跨越知識藩籬的取徑，有助於我們探討台灣本土精神疾病的特性與精神醫學發展的問題。

精神科醫師林憲根據臨床觀察到，第二次世界大戰後，大量移民流入台灣的五、六年之間，也就是大約1955年，門診的妄想患者開始逐漸增加。1960年代到1970年代，因赴美留學適應不良而產生妄想型精神分裂的患者也增多（2007：14、24）。而台灣輕度憂

鬱症的增加，大約是從1980年代初期開始。當1989年台灣開始使用SSRI（選擇性血清素再回收抑制劑）的同時，發現年輕患者的比率也愈來愈高。（林憲，2007：27）。此外，林憲也指出早期華人文化上常見的縮陽症、畏寒症等文化結合症候群的精神疾病，目前已從臨床上消失。一些以現代精神醫學診斷系統無法分類的症候群，在台灣也逐漸減少。林憲認為我們所處的現代社會，不再呈現有如文化結合症候群之類變化多端、超越以往診斷分類的症狀。而這種變化的本質應該是由於現代社會中，人們的思考或是行動都歐美化、單一化的結果（2007：73-74）。精神科醫師林憲的這些觀察，相當具有啟發性。值得我們追問的是：促成這種單一化（包括精神醫學診斷的單一化）方向的力量為何，又會帶來那些正、負面結果？台灣的現代性發展與本土精神疾病的特性為何？文化結合症候群的相關精神疾病減少、憂鬱症的增多等，反映了台灣社會文化在經歷現代化過程中的什麼問題？精神醫學在其中又扮演什麼樣的角色？事實上，二次大戰後台灣的精神醫學發展主要是以美國的動力精神醫學為中心，著重於心理衛生之提升。1940年代左右，國立台灣大學精神科開始以比較文化精神醫學為重心，投注於精神疾病流行病學方面之研究（林憲，2007：9）。台灣早期林憲醫師強調的社會、文化精神醫學，1980年代後生物精神醫學的強勢發展下，「文化」的關注逐漸從精神醫學專業化的過程中，逐漸不受重視，在精神醫學領域式微，這或許也反映了生物精神醫學專業化權力的宰制與擴張的影響，特別是晚近分子生物學的興起，基因假設的研究開始增多。台灣人文社會科學研究者投入精神醫療、精神疾病的研究，一直屬於少數。未來如何帶入更多社會、文化、心理面向的思考，加強跨學科知識的合作與整合，建立台灣社會文化與精神疾病

關係的探討，並提升到對台灣社會變遷與現代性轉型對台灣人心理健康影響的反省，是未來值得努力的目標。

**第二，探討社會文化與精神疾病的關係，必須意識到「文化」不是處在靜止不動的真空。**以1973年與1979年世界衛生組織所進行精神分裂症跨國的前導研究（The International Pilot Study of Schizophrenia, IPSS）以及1978年嚴重精神失序結果的決定因素研究（The Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder, DOSMD）為例，這兩個研究總共包括19個國家、30個地點。研究結果一致發現，西方工業化國家比起發展中的國家，那些臨床診斷為精神分裂症與相關失序的患者，有較不好的癒後（Hopper, 2004: 62-80）。不過Kim Hopper就批評在世界衛生組織的研究計畫中，「文化」的意涵不清。他指出WHO這方面的研究文獻，都以一種那裡（there）對照於這裡（here）的方式來指涉文化。那裡意味著非洲、亞洲、拉丁美洲，這裡指的是歐美各國，而這種區分，亦即晚近常見的「發展中國家」與「已發展國家」的二分法。Hopper批評，用已發展、發展中國家的二分法從事精神失序的研究，並以大範圍國家為單位，在分析上是否令人信服，不無疑問（2004: 62-67）。這種將發展中、已發展國家完全對立，而將文化過度二分所造成的問題，上述蔡友月（2009）的研究也曾經加以討論。透過達悟族精神失序的研究指出，從1948年基督長老教會進入蘭嶼宣教，到1992年第一位精神科醫師開始在蘭嶼服務，這些都顯示外來力量對達悟部落的影響。目前達悟人對精神失序者的詮釋與對待方式，交錯了達悟傳統文化、基督宗教與現代精神醫學三個世界觀。晚近達悟人如何理解與處置精神失序者，深受這三個世界觀變遷過程的影響，而老、中、青三個不同世代面對不同階段的社會變遷，因此分別經歷主要世界觀的

轉換，也形塑其不同的疾病經驗。因此當我們思考到「文化」因素對精神病人的影響，必須意識到當代各種社會變遷力量對原住民社會文化的形塑與改變，避免流於對文化的某種過度「本質化」與「同質化」的不恰當假設。

**第三、全球化的時代來臨，開啟了我們對社會文化與精神疾病關係更豐富多變的視野，全球的政治經濟學、生物科技產業、跨國藥廠等力量也重新建構在地精神醫學的發展。**例如 Andrew Lakoff（2005: 63-92）以診斷的流動性（diagnostic liquidity），說明全球化下生物醫學的研究與在地文化，如何形構雙極性情感性精神疾病的診斷範疇在阿根廷浮現。Lakoff指出1997年一個法國生技公司Genset希望招募阿根廷雙極性情感性精神疾病的病人進行基因研究，由於阿根廷社會很少會採用這樣的診斷，使得雙極性情感性精神疾病的診斷範疇，一直無法有效的進入阿根廷社會招募到足夠的樣本。後來透過全球化脈絡下全球與在地資訊、資本以及實驗樣本的交流與溝通，促成了阿根廷當地對雙極性情感性精神疾病診斷的重視，開始形塑了雙極性情感性精神疾病的診斷範疇的浮現，也間接凸顯了全球與在地生物醫學倫理治理的問題。此外，全球化更促使我們重新思考當代的「文化」概念。長久以來，文化一直只限於特定地區內的一個概念。「文化」這個理念表達了特定地區的生活意義累積，展現該地的特質。然而全球化的興起動搖了長久以來對文化的制式看法，因為在打破文化侷限於一地的意義累積的同時，更將我們向來將文化和其產生地區之間密不可分的關係摧毀殆盡（Tomlinson, 1999: 27-28）。在全球化的時代，我們必須面對在地（local）開始變得高度流動、彼此滲透，在地開始以某種新的方式連結到橫跨距離遙遠區域的全球化過程。如何以社會變遷的視野重新回應全

球政治經濟學與在地文化的融合與交匯，台灣該如何面對全球化人口遷移、流動所產生新的心理健康與精神醫學問題，這也是未來「跨文化精神醫學」(cross-cultural psychiatry)到「超越文化精神醫學」(trans-cultural psychiatry)所要面臨的新的挑戰。

### 致謝

這篇文章的源起，是我在2004-2005年參與美國哈佛大學醫學院的社會醫學系該系「跨文化精神醫學」的研究計畫所醞釀的想法，我很感謝該系 Mary-Jo DelVecchio Good、Byron Good、Arthur Kleinman、Alex Cohen、Terry O' Nell，以及2009年過逝的Leo Eisenberg那一年帶給我在知識上的刺激、提昇與挑戰。本文曾發表於2010年4月16日，陽明大學主辦的「精神醫學、歷史與社會」研討會，感謝評論人陳嘉新先生與在場諸君寶貴建議。兩位匿名評審，主編陳瑞麟、副主編林文源、編委會的指正與建議，都使筆者獲益良多。最後，特別感謝王文基、林淑蓉、吳建昌、曾凡慈的對話與討論。本文部分研究經費來自國科會專題研究計畫（計畫編號：NSC97-2410-H001-111-MY2）。文中內容若有疏漏，概由作者負責。

### 參考文獻

- 林信男、劉絮愷（2002），〈精神醫學史〉，見李明濱主編，《實用精神醫學》。台北：國立台灣大學醫學院，頁13-18。
- 林憲（2007），《文化精神醫學的贈物：從台灣到日本》。台北：心靈工坊。
- 蔡友月（2009），《達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源》。台北：聯經。
- Applbaum, Kalman (2004). How to Organize a Psychiatric Congress. *Anthropological Quarterly* 77(2): 303-310.
- Becker, Anne E., Rebecca A. Burwell, Kesaia Navara, and Stephen E. Gilman (2003). Binge Eating and Binge Eating Disorder in a Small-scale Indigenous Society: the View from Fiji. *International Journal of Eating Disorders* 34(4): 423-431.
- Becker, Anne E. (2004). Television, Disordered Eating, and Young Women in Fiji: Negotiating Body Image and Identity during Rapid Social Change. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28: 533-559.
- (2007). Culture and Eating Disorders Classification. *International Journal of Eating Disorders* 40 Suppl: S111-116.
- Brodkey, Amy C. (2005). The Role of the Pharmaceutical Industry in Teaching Psychopharmacology: A Growing Problem. *Academic Psychiatry* 29: 222-229.
- Cain, Carole (1991). Personal Stories: Identity Acquisition and Self-Understanding in Alcoholics Anonymous. *Ethos* 19(2): 210-253.
- Castillo, Richard J. (1997). *Culture & Mental Illness: A Client-Centered*

- Approach*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing.
- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer Ruth Fosket, and Janet K. Shim (2010). Biomedicalization: A Theoretical and Substantive Introduction. In *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.*, edited by Adele E. Clarke, Laura Mamoand, Jennifer Ruth Fosket, and Janet K. Shim. Durham, NC: Duke University Press, pp. 1-44.
- Cohen, Alex (1999). *The Mental Health of Indigenous Peoples: An International Overview*. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization.
- (2001). *The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: The View from the Developing World*. Geneva: World Health Organization.
- Conrad, Peter (1975). The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior. *Social Problems* 23: 12-21.
- (2001). Genetic Optimism: Framing Gene and Mental Illness in the News. *Culture, Medicine and Psychiatry* 25(2): 225-247.
- Conrad, Peter and Joseph W. Schneider (1992). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Desjarlais, Robert, Leon Eisenberg, Byron Good, and Arthur Kleinman (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Eisenberg, Leon (1986). Mindlessness and Brainlessness in Psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 148: 497-508.
- Epstein, Steve (2007). *Inclusion: The Politics of Difference in Medical*

- Research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Foucault, Michel (1987[1954]). *Mental Illness and Psychology*. Berkeley: University of California Press.
- (1971[1961]). *Madness and Civilization*. New York: Vintage Books.
- Frank, Arthur W. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- (2002). Why Study People's Stories? The Dialogical Ethics of Narrative Analysis. *International Journal of Qualitative Methods* 1(1): 109-117. (Retrieved from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/IJQM/article/view/4616>)
- Gallagher III, Bernard J. (1995). *The Sociology of Mental Illness*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goffman, Erving (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday & Company.
- Good, Byron J. and Arthur Kleinman (1985). Culture and Anxiety: Cross-Cultural Evidence for the Patterning of Anxiety Disorders. In *Anxiety and the Anxiety Disorders*, edited by A. Hussain Tuma and Jack D. Maser. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 297-323.
- Good, Byron J. (1992). Culture and Psychopathology: Directions for Psychiatric Anthropology. In *New Directions in Psychological Anthropology*, edited by Theodore Schwartz, Geoffrey M. White, and Catherine A. Lutz. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 181-205.

- (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Mary-Jo DelVecchio and Byron J. Good (2008). Indonesia Sakit: Indonesian Disorders and the Subjective Experience and Interpretive Politics of Contemporary Indonesian Artists. In *Postcolonial Disorders*, edited by Mary-Jo DelVecchio Good, Sandra T. Hyde, Sarah Pinto, and Byron J. Good. Berkeley: University of California Press, pp. 62-108.
- Hacking, Ian (1995). The Looping Effect of Human Kinds. In *Causal Cognition: A Multidisciplinary Debate*, edited by Dan Sperber, David Premack, and Ann J. Premack. Oxford, UK: Oxford University Press, pp. 351-383.
- (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Hinton, Devon E. and Byron J. Good, eds. (2009). *Culture and Panic Disorder*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Hopper, Kim (2004). Interrogating the Meaning of “Culture” in the WHO International Studies of Schizophrenia. In *Schizophrenia, Culture, and Subjectivity*, edited by Janis Hunter Jenkins and Robert J. Barrett. New York: Cambridge University Press, pp. 62-80.
- Illich, Ivan (1976). *Limits to Medicine; Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Marion Boyars.
- Jenkins, Janis H. and Robert J. Barrett, eds. (2004). *Schizophrenia, Culture and Subjectivity: The Edge of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kirmayer, Laurence J. (2006). Beyond the ‘New Cross-Cultural

- Psychiatry’: Cultural Biology, Discursive Psychology and the Ironies of Globalization. *Transcultural Psychiatry* 43(1): 126-143.
- Kirmayer, Laurence. J. and Caminee Blake (2009). Theoretical Perspectives on the Cross-Cultural Study of Panic Disorder. In *Culture and Panic Disorder*, edited by Devon E. Hinton and Byron J. Good. Stanford: Stanford University Press, pp. 35-56.
- Klag, Michael J., Paul K. Whelton, Josef Coresh, Clarence E. Grim, and Lewis H. Kuller (1991). The Association of Skin Color With Blood Pressure in US Blacks with Low Socioeconomic Status. *Journal of the American Medical Association* 265(5): 599-602.
- Kleinman, Arthur (1986). *Social Origins of Distress and Disease: Neurasthenia, Depression, and Pain in Modern China*. New Haven: Yale University Press.
- (1988a). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- (1988b). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- (1995). Pitch, Picture, Power: The Globalization of Local Suffering, Subjectivity and the Remaking of Human Experience in a Disordering World. *Harvard Theological Review* 90(3): 315-335.
- Kleinman, Arthur, Veena Das, and Margaret Lock (1997). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Lakoff, Andrew (2005). Diagnostic Liquidity: Mental Illness and the Global Trade in DNA. *Theory and Society* 34: 63-92.
- Lee, Sing and Arthur Kleinman (2009). Are Somatoform Disorders

- Changing with Time? In *Somatic Presentations of Mental Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*, edited by Dimsdale, Joel E. et al. Arlington, Va.: American Psychiatric Association, pp. 53-62.
- Lock, Margaret (1993). *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, Margaret and Patricia Kaufert (2001). Menopause, Local Biologies and Cultures of Aging. *American Journal of Human Biology* 13(4): 494-504.
- Mattingly, Cheryl (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- McPherson, Susan and David Armstrong (2006). Social Determinants of Diagnostic Labels in Depression. *Social Science and Medicine* 62: 50-58.
- O'Neil, Theresa D. (1996). *Disciplined Hearts: History, Identity, and Depression in an American Indian Community*. Berkeley: University of California Press.
- Orr, Jackie (2010). Biopsychiatry and the Informatics of Diagnosis: Governing Mentalities. In *Biomedicalization: Technoscience, Health and Illness in the U.S.*, edited by Adele E. Clarke, Laura Mamo, Jennifer R. Fosket, Jennifer R. Fishman, and Janet K. Shim. Durham, NC: Duke University Press, pp. 353-379.
- Petryna, Adriana, Andrew Lakoff, and Arthur Kleinman, eds. (2006). *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. Durham: Duke University Press.
- Pfohl, Stephen J. (1977). The 'Discovery' of Child Abuse. *Social Problems* 24: 310-323.
- Porter, Roy (2002). *Madness: A Brief History*. New York: Oxford University Press.
- Rosehan, David L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science* 179: 250-258.
- Schneider, Joseph W. (1978). Deviant Drinking as a Disease: Deviant Drinking as a Social Accomplishment. *Social Problems* 25: 361-372.
- Scull, Andrew T. (1975). From Madness to Mental Illness: Medical Men as Moral Entrepreneurs. *Archives of European Sociology* 16(2): 218-251.
- Singer, Merrill and Hans Baer (2007). *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. New York: Altamira Press.
- Stacey, Margaret (1988). *The Sociology of Health and Healing: A Textbook*. London: Unwin Hyman.
- Szasz, Thomas S. (1963). *Law, Liberty and Psychiatry: An Inquiry into the Social Uses of Mental Health Practices*. New York: The Macmillan.
- (1970). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper & Row.
- (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row.
- Tomlinson, John (1999). *Globalization and Culture*. Cambridge, U.K.:

Polity Press.

Williams, Margaret A. (1988). The Physical Environment and Patient Care. *Annual Review of Nursing Research* 7: 61-85.

Young, Allan (1995). Reasons and Causes for Post-traumatic Stress Disorder. *Transcultural Psychiatric Research Review* 32(3): 287-298.