

【書摘】精神疾病「國際化」後，在中國和台灣發展出的新問題

歷史學家長期爭論世界衛生組織的結構和其他政治因素對其計劃所產生的影響。

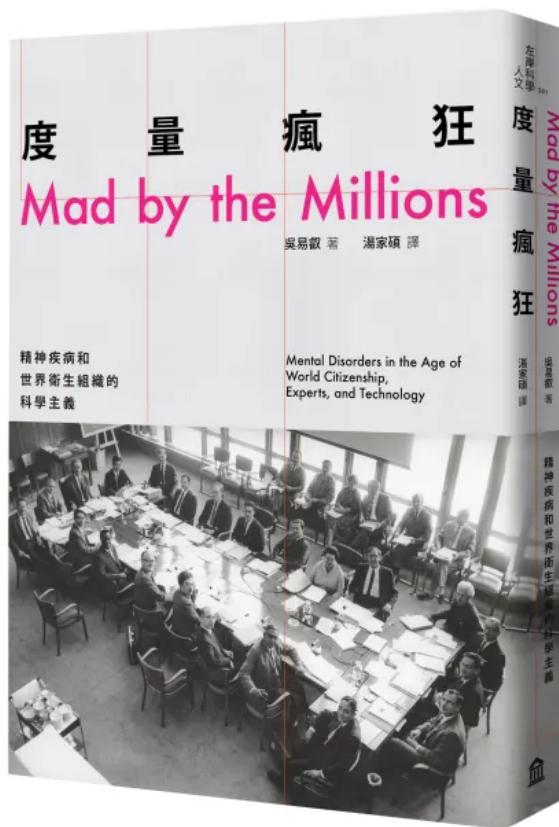


China Photos/Getty Images

【編者按】《度量瘋狂：精神疾病和世界衛生組織的科學主義》是台灣學者吳易叡的新書，它主要談到一個問題：精神／心理疾病是否放諸四海皆同？成就了什麼，又失落了什麼？這段歷史又如何引領出當今精神醫學、全球公衛的樣態？本書於今年10月由「左岸文化出版社」出版，端傳媒獲授權轉載其中反思「精神疾病國際化」一章的部分內容。

分類謬誤以降

國際社會精神醫學計畫其中一個遺緒是精神疾病的國際分類系統。然而，這些新的分類似乎無法充分解釋人們精神受苦的內容。有趣的是，所謂的文化依存症候群，包括林宗義所觀察到的症狀，並沒有被納入一九七五年ICD第九版所發佈的世界衛生組織研究結果。這種發展情形有幾個可能的原因，其一是當時世界各地已經在進行精神疾病統一症狀的識別；其二是世界衛生組織提倡的「世界公民身份」意識形態和對國際科學烏托邦是曇花一現的。在結構層面上，原本創立宗旨是要對世界衛生組織與文化相關心理衛生議題提供建議的世界心理衛生聯盟，卻逐漸在國際社會精神醫學領域中被邊緣化。此外，在疾病分類系統中，「文化作為心理病理學決定因素」此概念持續擱置，直到下一版ICD系統的修訂時，文化依存症候群才在一九九〇年獲得世界衛生大會的認可，並在一九九四年被世界衛生組織成員國正式採納，以「文化專有疾患」（culture-specific disorders）稱之。因此，ICD第十版應驗了流行病學暨人類學家羅伯特·漢恩（Robert Hahn，一九四五一）的論點，即所有疾病都與文化有關。然而，一九五〇年代中期的ICD系統，當時仍然囿於科學國際主義的樂觀理念、以及支持這樣理念的組織文化。



因此，當IPSS、DOSMED和ICD第九版的修訂結束，新的疾病分類和診斷標準開始獲各地使用時，與（這些研究計畫背後的）世界公民身份理想相關的各種問題，開始浮上檯面。儘管如此，世界衛生組織的專家在一九六〇年代和一九七〇年代持續分析世界各地所觀察到的疾病，其中有些研究者承襲了殖民時期種族科學的遺產，有些人則反映出「去殖民」脈絡下新興的國家身份認同。舉例來說，有些人仍然認為非洲人在遺傳和文化上都是與眾不同的，這種假設與J·C·卡洛瑟的著作中呈現的殖民種族主義有關，主要是針對非洲人的生物建構論。有些精神病流行病學的專家們還批評世界衛生組織的精神疾病分類未能解釋具有跨國特徵的精神受苦樣貌，最終，在心理衛生領域中對精神疾病發生率的量化測量逐漸停止。相反的，為了提供衛生介入的基礎，研究者們探索精神疾病可能的基因、環境、階級和文化決定因素。直到一九九〇年代族群健康問題在美國引起關注時，針對特定種族或族群健康情形的統計系統才達成標準化的共識。然而，從一九七〇年代開始，進行田野調查的人類學家們便發展出了許多新方法，這些方法強調了全球精神疾病研究中的文化因素。

「某些精神疾病乃是在文化因素調節之下的展物」此觀點最著名的支持者之一是凱博文（Arthur Kleinman，一九四一一），他是哈佛大學的精神病學家和人類學家，一九七〇年代先是研究了台灣的結核病，隨後又進一步發展了他在中國對「抑鬱症」和神經衰弱的著名研究。身為首位進入仍處於共產鐵幕中國的美國精神科醫生，他認為跨文化精神醫學研究所使用的標準化方法會產生分類上的謬誤。凱博文強烈批判世界衛生組織在疾病分類系統的發展過程中忽視了大中華地區。他在台灣和中國進行的田野調查中，發現社會性的受苦經驗會鑲嵌於身體形式的病症中，並且依循特定的社會和政治脈絡表現出來。此外，他進一步發現相較於使用「抑鬱症」一詞，中國人使用的是存在更久且更被社會接受的「神經衰弱」，即使它們指涉的是同一種病症。凱博文的學生之一、來自香港的李成（Sing Lee）又進一步指出，在後毛澤東時代的中國，神經衰弱是深植在複雜的歷史、社會、政治和經濟發展過程裡多重利益交織而成的一種產物。「改革開放政策、DSM的話語霸權、個人經驗的去政治性、以及受苦經驗的跨國商業化」這些因素都促成這些「新發現」的疾病分類的誕生。

面對凱博文的批判，世界衛生組織也提出了自己的反駁。但無論如何，在中國被「重新發現」的神經衰弱指出了一個根本性問題。在世界衛生組織的早些年，將臺灣認定為代表中國的國家，這導致了中國人口在研究中樣本不足的問題。然而，這個問題要直到一九八〇年代跨文化精神醫學成為現代精神醫學發展中的重要環節時，才獲得深入的探討。一九七〇年代中期，儘管只有思覺失調症的普世性特徵得到了跨文化流行病學證據的驗證、且世界衛生組織沒有計畫對其他精神疾病使用相同的方法進行研究，診斷標準仍被認為是一種國際準繩。從一九七〇年代中期到二〇〇〇年代，世界衛生組織逐步利用文獻回顧和在不同國家出產的有限和孤立研究，來評估各種精神疾病對人類健康

造成的負擔。世衛還進一步聲稱：精神疾病已成為世界上治療成本最高的疾病。與此同時，也有一些大規模跨國流行病學研究，開始利用改良過的診斷工具來進行。

最終，批評世界衛生組織流行病學方法的人們提出了結合主觀和客觀角度的方法，來打造更能包容文化因素的疾病分類標準。根據語言人類學家肯尼思·派克（Kenneth Pike）的說法，所謂客觀角度所仰賴的，是對於科學觀察者而言具有意義、外於被觀察對象的概念和類別。世衛總部的心理衛生專家所採用的方法論，其哲學基礎可以說是客觀角度的經典範例，因為它尋求借助先進科技實現絕對客觀性和數字理性。相比之下，主觀角度則聚焦於對社會成員而言有意義的文化內容獨特性。此角度所產生的研究方法吸引了希望能測量個體主觀感知的精神病流行病學家。一九六〇年代以來，康乃爾大學的流行病學家一直在嘗試結合主客觀角度的混合方法，雖然他們的工作曾經有一段時間不受歡迎，但是對於精神病流行病學家來說，這些方法（與純粹客觀方法相比）同樣重要。

在兩個「中國」所發展的精神醫學

雖然來自台灣的精神科醫師將自己定位為世界衛生組織早年最優秀的模範生，但也對精神疾病診斷和樣態的國際標準提出了批評。林宗義的學生林憲認為，ICD和DSM系統內存在的混淆會妨礙精神醫學教育和服務。在台灣的中華民國神經精神醫學會慶祝成立二十週年時，他建議要全面檢討國際標準的適用性，並建議華人社群應考慮發展自己的分類系統。另一位當時在美國加州大學洛杉磯分校任教的台灣精神科醫師林克明（一九四六一），則對台灣在學術知識生產方面的角色表示擔憂。在台灣本地的精神醫學期刊上發表的一篇評論中，他批評台灣的學者在驗證來自發達國家的理論和方法的適用性時，忽略了在地的需求。他認為，台灣的臨床研究人員對於本土的資料並不關心，並強調台灣和其他非西方國家的學者需要發展出自己的視野、對自己的文化特殊性保持警覺，才能避免建立對在地人有負面影響的學術知識「出口加工區」。

相對於台灣，當時被世界衛生組織忽略的中國大陸，精神醫學又呈現什麼樣貌呢？儘管在共和中國時期，傳教士和高等教育為中國大陸的精神醫學奠定了基礎，但在二戰後，現代精神學醫學仍然是一種慈善或學術事業。一九五〇年代，精神醫療服務在新成立的中華人民共和國的二十多個省份中穩定增長，並且也進行了幾次精神病流流行病學調查，樣本大小從兩百萬到一千萬人不等，藉以提供心理衛生規劃的基礎。雖然這些研究一開始進展順利，但後來因文化大革命（一九六六—一九七六）而乍停。在這段期間，國家忽視心理衛生問題，精神醫學研究也被孤立。因此，當時的中國（中華人民共和國）不願意協助國際精神醫學研究的全球擴張。到了「改革開放」的一九八〇年代初期，中國面臨採用西方精神醫學理論和方法的外部壓力。那時已經離開世界衛生組織的林宗義，也曾受邀協助中國發展其心理衛生計畫。他與哈佛大學精神醫師李奧恩·艾森伯格（Leon Eisenberg，一九二二—二〇〇九）共同規劃了一份針對中國的心理衛生工作藍圖，並且與中國的國家經濟發展計畫相互呼應。他們共同著作《給十億人的心理衛生計畫》，詳細介紹了一九八〇年代初期中國既有的心理衛生服務和精神病流行病學調查。他們還描述了可能導致中國公民心理問題的中國社會因素。當他們提出前述規劃時，大多數中國醫學專業人員仍然對精神醫學高度存疑。所以兩人儘管抱持著美好的願景，這些計畫都沒有被付諸實現。這有部分是因為林宗義後來儘管願意與中國大陸合作，但他同時也支持台灣獨立運動。另一部分的原因，則是中國需要一套源自本國的精神醫療系統，藉以因應其獨特的社會、文化和政治背景。

在經過文化大革命、與外界隔絕了這麼長的時間之後，中國的精神醫師開始意識到他們需要一套有效的分類系統來解釋中國人的精神疾病。最初於一九七九年提出的《中國精神疾病障礙與診斷標準》（CCMD），最近已經進行了三次重大修訂，這個診斷標準的最初目的是要解釋只在中國觀察得到的精神疾病。一九八〇年代初，世界衛生組織曾經同意協助中國精神科醫生將CCMD整合到全球分類系統中，並於一九八一年在北京協和醫學院成立了疾病分類協作研究中心。然而，四十多年來，無論是跨文化還是中國國家論述中對精神病症的詮釋，仍然都存在著詮釋上的灰色地帶。CCMD系統額外加入的疾病類別已經將社會文化脈絡納入考量，但與蘇聯以意識形態為基礎的精神疾病分類不同，中國的分類體系反映了現代化過程中，對新科學理性工具的迫切需求。舉例來說，在一九九四年CCMD第二版修訂中，「旅途精神病」被認為是由於鐵路交通狀況的惡化所導致。客觀來說交通基礎設施不斷進步，這樣的疾病類型可以視之為中國人在面對經濟快速增長的時期所產生的心理反挫。此外，CCMD在第二版中也增加了「誘發性精神病」這一概念。該概念也被稱為

「氣功偏差」，旨在解釋與氣功練習時產生的相關心理「偏差」問題。但是，此類診斷後來被大規模用於政治目的上，例如在人權組織於一九九〇年代的報告中，就指出氣功偏差被中國政府用於合理化將法輪功學員強制關入精神病院的行為。



China Photos/Getty Images

過去三十年間，中國政府和中國精神科醫生已經意識到要提高精神醫療服務和學術研究的品質，才能達到世界上其他（已開發）地區的標準。因此，中國的學者不斷進行各種流行病學研究，來界定中國精神醫療服務應有的涵蓋範圍，以及發展心理衛生相關政策。中國在一九八二年和一九八三年進行的研究遵循世界衛生組織所發展出的方法，同時使用ICD和CCMD第二版分類進行疾病診斷。這些研究得出的結論是所有精神疾病的點盛行率（整個研究族群中在某時間點上的盛行率）和終身盛行率分別為百分之十一・一八和百分之十三・四七。除了憂鬱症盛行率顯著較低之外，中國其他主要精神疾病的盛行率與世界衛生組織的研究結果相似。但是正如凱博文所觀察到的那樣，在中國，神經衰弱和抑鬱症的診斷標準幾乎雷同，只是神經衰弱會有相當多的身體症狀表現。要直到二十一世紀初，中國精神醫師才在DSM系統的全球影響之下，逐漸開始用「準抑鬱症」來取代「神經衰弱」一詞，以滿足臨床實作和專業培訓中對於做出精確診斷的實際需要。

為了提高對公共心理衛生基礎建設的投入，中國在二〇〇〇年代高速展開了一系列計畫，以滿足超過十億人口的龐大需求。舉例來說，「六八六全國精神疾病救助康復工程」在二〇〇三年嚴重急性呼吸道綜合症（SARS）疫情之後啟動。該計畫旨在加強社區服務、提高專業訓練、建立經驗資料庫以實現成功改革。在二〇一二年，中國政府也執行了全國性的「中國心理健康調查」，以分析整體心理衛生照護的狀況。該計畫的領導者們採用了當代精神病流行病學研究中常用的最新調查工具，例如「國際複合性訪談量表（CIDI）」、「結構式臨床晤談量表（SCI）」、以及DSM第四版的診斷標準。

中國對世界標準的追求也體現在其後社會主義的公共衛生治理模式之中。二〇〇〇年代初獲得的資料，成為大多數後續研究所使用的參數。官方文件中，據此估計出需要精神醫療照護的精神病人數為一千七百五十萬，其中八百五十萬人被診斷為思覺失調症。然而，公共衛生史學者觀察到，經由國家認可的分析結果，強化了一種實證主義，這種概念源自於為了達成社會團結、追求數字表現的國家樣態。舉例來說，鄭州的衛生行政部門在二〇一三年，要求當地衛生機構要在所有精神病人中診斷出百分之二的嚴重精神病人，結果增加了診斷錯誤的風險和不合理住院的可能性。從一九八〇年代開始，中國的精神醫學研究計畫開始成為世界衛生組織和世界上其他機構的審視對象。但正如這個例子所示，在一個推崇量化評估方法的系統裡，一個人仍然可能成為其工具理性意識形態的受害者。

用於達成世界性標準的工具與其生產過程

我們應當如何描述世界衛生組織和參與其中的發展中國家之間的關係？在戰間期進行的國際公共衛生工作，曾經是由一系列「行政的朝聖」所構成。這些朝聖乃是由既有的各種跨區域連結所塑造，例如印度、緬甸和錫蘭與大英帝國的聯繫。在二次世界大戰結束後，公共衛生計畫取代了朝聖行動。新成立的世界衛生組織，也打造了一個彼此有所互動的關係網絡，裡面由多重行動者所組成，遵循特定的發展路徑。因此，心理衛生小組所策動的國際社會精神醫學計畫，不僅源於明確理念的科學產物，而且也是由歷史偶然性所塑造的一個複雜系統。世界衛生組織既是一個冷戰時期的官僚體系，也是一個跨國社會網絡。透過該網絡，國家和非國家的行動者，包括科學家、技術專家，甚至技術工具都被關聯在一起。

歷史學家長期爭論世界衛生組織的結構和其他政治因素對其計畫所產生的影響。其中最早獲得注目的是賈韋德·西迪奇（Javed Siddiqi）對世界衛生組織垂直模式的批評，他認為此模式限制了瘧疾根除計畫的進展。在評價布洛克·齊澤姆擔任世衛組織主席的表現時，約翰·法利（John Farley）描述了齊澤姆創造「世界衛生」一詞以取代「國際衛生」的過程、世界衛生組織早期的內部政治爭端，以及隨後齊澤姆在一九五三年七月的離去。齊澤姆辭職時，感到十分沮喪，認為其對於和平的渴望完全徒勞無功，他感嘆世界已經分裂成兩個強權的陣營，其中一個彰顯史達林主義的邪惡，另一個則彰顯麥卡錫主義的瘋狂。正如藍道·帕卡（Randall Packard）最近所提出的論點，世衛組織在國際舞台上的霸權地位可能會擴張其對世界各地人口行使治理權的能力，並確保人們的「心靈和思想」不受共產主義的影響，同時也讓更多人成為高效的勞動者。

作為一個跨國組織，世界衛生組織在一些國家引起了不安，因為不確定其公民是否仍然為國效忠。對於那些希望公民更重視身為「國民」而非「世界公民」的政府來說，參與計畫的科學家之間的同質性是一個主要的關注議題。例如，正如約翰·法利所描述，在世衛組織早年時期，美國希望對受雇於世衛組織和其他聯合國機構的美國公民進行忠誠度查核，並要求他們簽署效忠宣誓。而世衛組織的一些參與者也確實曾公開批評他們政府的政策、或反對政府的利益。舉例來說，臺灣在社會精神醫學計畫的早期階段，林宗義就因反抗國民黨政府，被列入黑名單。一九七二年，他和其他兩位學者在美國合作發起了臺灣人自治運動。在那之後，林宗義想要獲取簽證時就遭遇許多困難，使他寧願使用聯合國通行證（UNLP）而非臺灣護照進行國際旅行。除了追求事業發展之外，林宗義從日內瓦再到北美的移居過程，也讓他獲得了長期以來渴望的自由。這種自由不僅是旅行自由，還包括免於被他自己的政府不斷監控的自由。

政治鬥爭和冷戰分歧可能會削弱全球性的衛生計畫，但參與心理衛生的科學家和醫生，卻共享了對國際合作的信仰觀點，以及對「研究時採用共同的評估標準和語言」所抱持的願景。世衛組織從現代精神醫學的系譜中取經（包括新克雷佩林學派和新弗洛伊德學派），招募了致力於預防醫學和新社會性介入手段的科學家，無論他們屬於哪一派的精神病學派系或是屬於哪個國家。即便在國內遭到反對，這些科學家仍與彼此建立起緊密的連結，維持著一種被科技與社會研究者描述為「夢景」的團隊精神（詳見本書第五章）。作為針對二次世界大戰所造成毀壞的回應，專業主義促成了世界衛生組織內的各種計畫，也滋養了那些共同打造社會精神醫學計畫的人充滿韌性的意志。

但不幸的是，儘管抱持跨國合作的理念，世界衛生組織在戰後早期的關注焦點仍然具有濃厚的歐洲中心主義色彩。雖然有努力納入非西方地區的專家、或在非西方國家進行專題研討會，但組織中垂直化的政策導入模式意味著發展中國家泰半僅能試圖遵從總部制定的標準。因此，國際間的和諧一致終究只是一種幻見。舉例來說，思覺失調症的特徵在所有參與計畫的國家間成為不變的公理。各種精神疾病也被重新分類，並被視為舉世皆然的存在。即使文化依存症候群在全球各地都被發現，相關的討論卻因為與精神疾病普世性的主流意見相左，因此暫緩。



China Photos/Getty Images

世界衛生組織總部的運作方式就像一家公司，參與的會員國則像是加工出口區，從邊緣地區貢獻密集的人力，來執行世界衛生組織的計畫。這種外包系統自一九六〇年代以來便促進了跨國生產網絡的形成。舉例來說，IBM提供技術協助和設計，並尋求（外國）供應商為其生產個人電腦。又例如：在第二次世界大戰後，世界衛生組織基於「健康可以作為『魔術子彈』刺激全球經濟增長，尤其是發展中國家和後進國家」的理念，希望開發簡單的工具調查健康和疾病狀況、以及建立公共衛生介入的標準程序。

然而，在這樣的過程中，西方和較發達的國家常常低估了發展中國家的公共衛生成就。事實上，發展中國家所進行的醫療化和建立新基礎設施，都促進他們更向目標邁進。舉例來說，世界衛生組織最大規模、在預算上最為揮霍的是瘧疾根除計畫。但在許多國家，瘧疾的根除並不完全是世界衛生組織從上而下垂直發號施令的結果。在台灣，消除瘧疾的工作早從日本殖民時代已經開始，但為了要與世界衛生組織的瘧疾根除計畫啟動的時間同步，因此在一九五六年噴灑DDT完成之後，又將噴灑期間延長了兩年。這樣的決定是為了要讓台灣的公共衛生政策與世界衛生組織瘧疾計畫的時間表相符，以表現發展中國家與日內瓦計畫協同工作的決心。

如果我們仔細觀察發展中國家所謂專家的「夢景」，我們也會看到其中過度重視「專家追求世界性標準」的情形，或是不願意調適自身來因應全球衛生領域不斷變化的現實。例如，到了二十世紀末期，儘管世界衛生組織已將其處理傳染病的模式從根除轉向控制，台灣卻還在利用過去瘧疾根除的成就來做為重返世界衛生組織的籌碼，忽視了瘧疾的全球根除已經成為經典失敗案例的事實。這在心理衛生領域也不例外。「可行的計畫」於一九五八年仍在發展階段時，五個被認為亟需心理衛生發展的重點國家裡，中國有最高的優先性，但林宗義認為台灣可以做出重要貢獻，因此改變了世界衛生組織的優先順序。類似的改變也發生在國際社會精神醫學計畫的執行過程中，當新成立的國家例如以色列尋求參與時，世界衛生組織也根據其缺點、問題和新的國際發展，滾動調整了計畫內容。