

# 抑鬱症在中國

● 劉國香

同是心情壓抑、身心疲憊、對社會活動無興趣，在美國被界定為「抑鬱症」(depression)，而在中國則被認為是「神經衰弱」(neurasthenia)。症狀相同而診斷卻不同，看來對健康和疾病的界定是由文化說了算，不單是由醫學說了算。在中國，心情抑鬱、不願社交等狀態原本只被視作因個人意志脆弱、自制力和自我調整能力差而造成的情緒問題。當下，學術、媒體、公眾意識領域正日益普遍將其看作是一種精神疾病——抑鬱症。

本文試圖通過考察非疾病性問題的疾病化過程，即「情緒問題」是怎樣演變成「抑鬱症」，以及人們對疾病歸因認識的改變，進而想要表達的是：中國人對「抑鬱症」的認定過程並非單純的醫學變更，而是一種文化現象。

## 一 作為一種文化現象的「抑鬱症」

1995年，抗抑鬱藥物「百憂解」(Prozac)在中國上市的時候，「抑鬱

症」這個名詞還未流行。人們既不願意推測自己情緒上的低落可能是抑鬱症的症狀，也不認為情緒和精神方面的問題需要吃藥解決。在大眾的心目中，抑鬱症患者等於瘋子。

更早之前，在1980年代，美國學者凱博文(Arthur Kleinman)在湖南醫學院第二附屬醫院精神科發現，該醫院精神科的常見病是神經衰弱，而如果按照《精神疾病診斷和統計手冊》(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*，以下簡稱DSM)第三版(DSM-III)的診斷標準，這些病例中的大多數患者可以被診斷為抑鬱症<sup>①</sup>。之所以有這種診斷差異，原因之一是由於中國文化對精神疾病的「污名化」(stigmatization)，使得精神疾病患者會遭受歧視，因此，患者和醫生都迴避精神性疾病名詞的使用。於是，大家都把焦點轉移到抑鬱症的軀體化(somatization)結果——失眠、健忘、虛弱等症狀，並將這些軀體化的症狀診斷成「神經衰弱」<sup>②</sup>。即使是有相似的症狀，相仿的病理，某一種身體的痛苦在不同的社會情境下會產

在中國，心情抑鬱、不願社交等狀態原本只被視作因個人意志脆弱、自制力和自我調整能力差而造成的情緒問題。當下，學術、媒體、公眾意識領域正日益普遍將其看作是一種精神疾病——抑鬱症。

生迥異的診斷：在西方語境中被認為是精神性疾病(抑鬱症)；在中國語境中則被認為是神經官能方面的紊亂(神經衰弱)。

無獨有偶，相似的情況在巴西社會中也能找到。例如，在1980年代，巴西朋傑蘇斯(Bom Jesus)地區的嬰兒死亡率相當高，母親在解釋自己孩子的死因之時，通常歸結為疾病——腹瀉、麻疹、肺炎等等；她們甚至能夠根據孩子糞便的顏色、氣味、黏稠度來判斷屬於哪種腹瀉，需要吃哪種藥。實際上，當地的食物供應不足，人們吃不飽飯，奶粉不夠，孩子只能喝水，以致營養不良，這才是導致很多孩子死亡的根本原因<sup>③</sup>。我們認為有飯吃就能解決的問題，在巴西卻被當成疾病來醫治，說明疾病是一種文化現象。

總而言之，一種身體的苦痛到底算不算病，和特定文化場景下的多種因素相關，不單單是由醫學斷定的自然或生物學問題。不僅對疾病的認定是文化現象，疾病的病因學邏輯也是文化現象。福斯特(George M. Foster)通過跨文化比較，發現不同的文化對同一種疾病有着不同的歸因。在利比里亞的馬努人(Mano)和象牙海岸的阿布朗人(Abron)的信仰體系裏，疾病是由身體外界某種超自然力量(active agent)施法所致，他們持一種人格化的病因學邏輯。與之相反，中醫強調「陰陽調和」，認為導致疾病的原因是身體的平衡狀態被打破，這是一種自然化的病因學解釋<sup>④</sup>。

以上的例子足以向我們確證：無論是對症狀的醫學診斷，還是對疾病的歸因，都受文化影響。身體的苦痛是否由疾病引起，由甚麼樣的病因引起，不同的文化有不同的說法。對此，需要放置到特定的歷史和社會結構中加以討論；而醫學上的研究和發

現只是諸多社會因素中的一個，遠遠不是決定性的因素。

「抑鬱症」就是這樣一種文化現象。在中國的語境下，它曾經被稱為「神經衰弱」。隨着文化對精神性疾病歸因認識的改變和西方醫學研究及醫藥事業發展對中國的影響，「抑鬱症」這個名稱才逐漸被愈來愈多的中國人接受和使用。

## 二 抑鬱症的歸因之變

### (一) 得了抑鬱症是誰的責任？

2008年5月12日，四川省汶川縣發生大地震，傷亡慘重。震後，媒體不再全力塑造沒有弱點的英雄形象，而是鼓勵個人情緒的表達，承認在大的自然災害面前，人們精神上遭受的打擊和創傷是真實的。國家總理當眾落下眼淚，人們開始承認作為「人」的脆弱性。「中國政府網」專訪了社會與組織行為研究方面的專業人士，就災後心理援助的相關問題，與網友在線交流。專業人士呼籲社會各界關注災後人們的心理創傷，宣傳應該從生理、心理、行為三方面考慮災後人們心理的安撫，並引用一些專用術語，例如創傷後的心理障礙(Post-traumatic stress disorder, PTSD)來解釋正在發生的事情<sup>⑤</sup>。有專家指出，「在經歷一種大的災難引發的時候，一個是親歷者，一個是旁觀者，都可能引發一種焦慮狀態，它的特徵體現為痛苦的回憶、夢境、幻覺等」<sup>⑥</sup>。媒體一方面鼓勵受災群眾發洩心中的痛楚，另一方面用科學的解釋為精神和情緒上的紊亂正名。抗災不僅僅是經濟和人身安全上的救助，更是心理和情緒上的援助。

「抑鬱症」是一種文化現象。在中國的語境下，它曾經被稱為「神經衰弱」。隨着文化對精神性疾病歸因認識的改變和西方醫學研究及醫藥事業發展對中國的影響，「抑鬱症」這個名稱才逐漸被愈來愈多的中國人接受和使用。

媒體對災後人們心理健康和精神性疾病的關注，讓人不禁想起中央電視台《實話實說》節目主持人崔永元的故事。2002年，崔突然離開了《實話實說》節目，直到2005年，才在央視欄目《藝術人生》上解開觀眾心中的疑惑。他坦言自己不辭而別的真正原因，是因為患了重度抑鬱症。這次公開亮相之後，崔不斷在公眾場合呼籲大家不要歧視身邊的抑鬱症患者，鼓勵患有抑鬱症的人勇敢地承認自己的疾病，要看醫生、吃藥，甚至宣稱「得抑鬱症的人，基本上都是天才」，如海明威 (Ernest Hemingway)、川端康成等。但在那個時候，崔遭到的不理解還是很多，甚至家人和領導也會誤解他，「他們都覺得沒有這種病，就是想不開，就是小心眼，就是太愛算計了，就是以前火，現在不火了，所以現在受不了了，都是這樣想。」<sup>⑦</sup>

無論是面對崔永元案例，還是面對汶川大地震，媒體的基本立場沒有變，都在努力消除普通大眾心中對精神性疾病的誤解和忌諱，但「5·12」之後媒體以各種方式強調心理健康的重要性，對精神性疾病實行「去污名化」的傾向更加明顯。在經過這場災難之後，那些懷疑崔永元的病不是病的人的疑惑相信會大大減少。較之1980年代的「神經衰弱」患者，崔永元是勇敢的，在身邊的人還不能接受他患病的時候，他能站出來承認自己實際上是抑鬱症患者。在其勇敢的背後，其實隱藏了文化對精神性疾病歸因的改變：從前是個人意志不堅定、自制力不強，才會產生長時間的情緒紊亂；現在變成工作壓力大、社會節奏快、提供傾訴和發洩渠道的支持網絡正在消解等所有這些外在的、社會性的因素，導致個人的精神紊亂。因此，情緒不好不僅有可能是疾病——抑鬱

症、狂躁症，而且可能是一種社會性疾病。得了病就要治，情緒紊亂這種本來通過和坐在小區花園裏納涼聊天的老太太傾訴一番就能解決的問題，變得需要通過醫學干預來解決<sup>⑧</sup>。

類似的改變也發生在世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 對「健康」的定義的演變過程中。最初，健康僅涉及個人的生理和心理狀況<sup>⑨</sup>。1970年代的世界性經濟大蕭條使人們遭遇失業、貧窮，個體對自身的生活現狀失去控制，健康的生活方式無法保證。之後，人們發現社會生態的不平衡才是導致不健康的更重要原因之一<sup>⑩</sup>。

早在1980年代，中國就有學者嘗試探索疾病的社會性原因，考察在中國特定的歷史情境下的政治法律問題、家庭紛爭、職業困難和經濟因素對疾病的影響，認為社會問題對個體的人格、自我評價以及生理能夠產生影響<sup>⑪</sup>。改革開放以後，經濟結構的變化和經濟發展的加快產生大量的工作機會，對勞動力的需求使社會流動性增大，原本相對穩固的社會支持網絡——建立在血緣和地緣基礎上的共同體被打破。與此同時，經濟的發展愈快，對速度和效率的要求愈高，個人承受的壓力愈大，精神上的負擔也愈重。

當我們將疾病歸因在個人生活習慣和自我約束的時候，精神病人身上因此揹上「污名化」的標籤——意志不夠堅定、心態不夠平衡，人們會因此羞於承認自己的疾病。但是，健康標準的轉變使人們更敢於面對精神疾病，因為既然外在的客觀原因也是導致個體疾病的重要因素，個人行為和習慣不良不再是造成疾病的唯一原因，承認疾病就沒有那麼可羞恥了。這也是崔永元能夠站出來承認自己得過重度抑鬱症的社會性因素。

世界衛生組織對「健康」的定義，最初僅涉及個人的生理和心理狀況。1970年代的世界性經濟大蕭條後，人們發現社會生態的不平衡才是導致不健康的更重要原因之一。

DSM對抑鬱症的標準化定義放棄考究病因，只關心症狀，即個人責任被免除，個人的生活習慣不再被視為病因。這些變化導致精神性疾病的「污名」得以去除。人們開始敢於承認自己是抑鬱症患者。

## (二) DSM：不關心是誰的責任

醫學對精神性紊亂的診斷標準經歷過一個過程。自希臘時期以來，人們通過對症狀的觀察來臨牀診斷各種形式的紊亂。到十九世紀末、二十世紀初，人們將目光聚焦在病理研究，因為精神紊亂和機體紊亂一樣具有基本的身體病理。但進一步的研究又發現，個體在不同時間的不同症狀其實反映了同樣的病理。在這個邏輯下，醫學界對抑鬱症的診斷回到症狀本身，擱置成病的過程、持續時間以及致病的原因背景，依靠一套新的統計方法對症狀進行因素分析，發現大多數抑鬱症都或多或少具有促發原因，因此具體的背景原因就顯得不那麼重要了<sup>②</sup>。

為了整合歷史上對一些精神性疾病的各種診斷方法，到了二十世紀後期，出於給精神病學科正名的需要，人們試圖努力制訂一套可信的、去情境化的、建立在症狀基礎之上的準繩，一套能夠被精神病學家和精神病醫師共享的語言——專業的、科學的語言。於是對「抑鬱症」的DSM定義應運而生。

WHO對健康的定義由強調良好的個人習慣轉向強調社會狀況的保障作用，對不健康狀態的歸因從個人轉向社會。而DSM對抑鬱症的標準化定義已經放棄考究病因，只關心症狀。這些變化，與抑鬱症這類精神性疾病的歸因改變過程相似，即個人責任被免除，個人的生活習慣不再被視為病因。這些變化又導致了另一個效果，即精神性疾病的「污名」得以去除。人們開始敢於承認自己是抑鬱症患者；也為「情緒不好，心理調解一下就行」向「這是病，該去看醫生」的認知轉變打下基礎。

在病人感受到的軀體疼痛和醫生確診之間的複雜關係<sup>③</sup>以及疾病的不確定性的情況下，WHO及DSM等西方醫學文化權威的力量在於，它們可以使另一些文化的語言中原本沒有的疾病表達被創造出來，形成新的疾病名稱。國際上對健康的標準界定發生改變，DSM給予抑鬱症以科學的定義，「抑鬱症」這一新的疾病名稱伴隨着學術交流和信息交換的過程在中國生根發芽。

## 三 抑鬱症在中國

既然現在已經廣為接受的抑鬱症其實是個進口貨，那麼它是如何被翻譯、介紹到中國的呢？這裏，我們有一個大膽的假設：「抑鬱症」這一術語在中國的推廣首先與凱博文在中國的一系列研究有很大的關係<sup>④</sup>。在此之後，中國的精神科醫生以及學者開始關注抑鬱症問題。他們介紹凱博文的研究成果，討論神經衰弱和抑鬱症的關係<sup>⑤</sup>。

### (一)「抑鬱症」概念的傳播路徑

1980年代以前，幾乎所有的中國醫生都不知道有「抑鬱症」這個病。中國第一所國立神經精神病專科醫院叫做「衛生部南京精神病防治院」；由於人們忌諱「精神病」這個稱謂，後來改成了「腦科醫院」。在其他的綜合性醫院，抑鬱症的治療主要是根據症狀分布在各個科，例如，抑鬱症引起的心臟方面問題，被稱為冠心病；引起的胃部問題被診斷成胃炎。甚至到1990年代中期，因情緒上的抑鬱、焦慮影響工作和生活而去醫院就醫的患者，依然通常被診斷為「神經官



「旭日工程」的推廣活動

能症」<sup>⑥</sup>，治療方式多為建立在貝克 (Aaron T. Beck) 的認知研究基礎上的認知治療方式<sup>⑦</sup>。

1996年，出產「百憂解」的禮來公司 (Eli Lilly and Company) 與WHO在全國範圍內啟動了一項名為「旭日工程」的項目，對全國上千家醫院的醫生進行了集中培訓。大量的系統性培訓，使一些醫生開始關注抑鬱症。1990年代中期之後，類似於「旭日工程」的培訓如雨後春筍般多起來，這類培訓通常是由各個醫藥公司贊助或組織的醫學研討會，培訓資料也是由相關行業中較大的公司編撰和印刷的，內容涉及病因、病理介紹、診斷、治療選擇、藥物性能和用法用量。經歷了大規模的培訓之後，並非精神科專業出身的醫生突然發現，對於一些用其他藥物治不好，或者找不到生理性病變的疾病，如果使用抗抑鬱藥物，效果非常好。

受訪者許醫生就是這些醫生中的一個。他在1990年代經過了一系列培訓之後，就開始問診抑鬱症病人。筆

者在南京市一家綜合醫院的神經科找到許醫生，向他了解有關培訓的情形，他非常爽快地答應筆者的請求，並很快委託朋友從北京寄來一套現在正在使用的培訓教材。其中有一份《惠氏藥品部培訓課程》，裏面除了列出抑鬱症的臨牀表現、病因和治療以及診斷標準<sup>⑧</sup>外，還重點介紹了三種國際通用量表。但這些只會作為醫生自身的基礎知識儲備，在實際的臨牀診斷之時，許醫生又有自己的方法。

通常許醫生會先讓病人填寫一份包含睡眠是否好、飯量如何、頭疼與否等的簡單量表(但並非以上三種量表)，了解病人的基本情況；然後，在問訊、觀察、查看病歷和一些基本檢查之後，倘若發現量表分數接近或者超出度量值，也查不出具體的器官性病變，他就會診斷病人可能患有抑鬱症。如果病人不承認自己患抑鬱症，許醫生也有他的辦法。他告訴筆者<sup>⑨</sup>：

我曾經有過一個病人，我說他是抑鬱症，他拿出病歷給我，說，「我做

如果說，對於1990年代大多數中國人來說，「抑鬱症」還是個陌生的概念，那麼跨國醫藥公司—醫生—病人的互動是「抑鬱症」這個名詞在中國傳播開來的重要途徑，媒體的宣傳也起了推波助瀾的作用。

過胃鏡了，明明是胃的問題！你怎麼說我是抑鬱症呢？」遇到這種情況，我們說話的時候就需要技巧了。我就會說，「是，是胃的問題，你看，已經給你開了一些胃藥，再加一點治抑鬱症的藥，一起吃，效果會更好。」等病人來覆診的時候果然說好轉了，也就能夠接受我們的診斷和藥方了。

和許醫生一樣，近幾年的醫學研究也在積極主動地討論抑鬱症的診斷。精神心理科專家楊放如醫生分析了在一些綜合醫院造成抑鬱症誤診和漏診的情況和原因，指出由於抑鬱症常作為某些軀體疾病的併發症，而中國的醫學院校精神科教學時間短，並且多數精神科醫生在獨立的精神病院工作，和其他各科交流或溝通較少，臨牀醫生本身對心理障礙的識別知識缺乏，這些都導致非精神科醫生中普遍存在對抑鬱症早期識別的困難<sup>②</sup>。

1980年代的學術研究將「抑鬱症」這個名詞帶進中國。在1990年代中期之前，這個名詞主要停留在學術研究領域被應用。自1990年代中期以後，經由以「普及精神性心理疾病科學知識」為旗號的醫藥公司對醫生的大量培訓，很多相關科系的醫生搖身變成了抑鬱症主治醫師，積極地應用新興的專業知識，對無法找出器官性病變的軀體化症狀做出「抑鬱症」的診斷。在就診過程中，通過和醫生的互動，加上抗抑鬱藥的療效，病人也漸漸願意接受「抑鬱症」這個診斷。如果說，對於1990年代的大多數中國人來說，「抑鬱症」還是個陌生的概念的話，那麼跨國醫藥公司—醫生—病人的互動是「抑鬱症」這個名詞在中國傳播開來的重要途徑。此外，媒體的宣傳在這個過程中也起了推波助瀾的作用。

## (二) 作為「替罪羊」的抑鬱症

對抑鬱症的社會歸因使它不再是需要遮遮掩掩的疾病，病人也用不着矢口否認，而它只是和其他病症一樣普通。那麼，普通大眾對「抑鬱症」的認識究竟有多少？人們可以根據咳嗽、流鼻涕來推斷某人得了感冒，但是怎樣判斷一個人是否得了抑鬱症呢？

人和自己的軀體是一種既熟悉又陌生的關係。生理機能運行不悖的時候，你似乎熟知自己的身體，熟悉得甚至忘記它的存在；恰恰正是這個時期，你對它一無所知。而當生理機能發生紊亂的時候，你才承認在浩瀚的生理知識領域，自己所知甚少，才發現自己的軀體是那麼陌生。人對自己的身體這種既熟悉又陌生的感受給了醫生發揮的空間。醫生背靠的是一套醫院體系和人們對醫療技術的魔幻般想像，驗血、透視、B型超聲檢查等技術是醫生的科學依據，醫生用這些測量結果和數據說話。另一方面，身體是自己的，病人成為自己軀體最權威的代言人，人總在不斷地質疑醫生的診斷。事實上，病人從來都有做醫生的願望，正是所謂「久病成醫」。人們不僅敢於自我診斷，甚至敢於運用經驗和常識對其他人和事進行分析和診斷。

上海電視台娛樂頻道在2008年7月21日《情滿浦江》節目裏播放了一則市民生活故事：一名已婚中年男子有了外遇，並與情婦私奔，但幾天後情婦因為捨不得原來的家庭，離他而去，回到原先的家庭，且搬了家，斷絕和他的任何聯繫。於是他也只得回家，原配妻子原諒了他，並依然對他百般忍耐和照顧。但是，他整天茶飯不思，無精打采，思念着那個和他私

對於一些不願意承認或者無法理解的事情，總需要給它找一個名頭。「抑鬱症」就是一個好的「替罪羊」——把追究原因置換成對付病症，利用藥物作為一個分界點，把過去和將來劃開。

奔過的女人，因無法找到她而唉聲嘆氣。家人認為他得了「抑鬱症」，並帶他去醫院，醫生開了藥，家人力勸他吃下去，但他執意不肯吃藥，說：「我又沒病，吃甚麼藥？」

無論是這個電視欄目的製作人，還是這名男子的家人，都對「抑鬱症」有一個模糊的認識。對於一些不願意承認或者無法理解的事情（例如這名中年男子的過度痴情），總需要給它找一個名頭。這個時候，「抑鬱症」就是一個好的「替罪羊」。把追究原因置換成對付病症，利用藥物作為一個分界點，把過去和將來劃開，冀望過去的就讓它過去，吃完藥繼續明天的生活。這是為甚麼這名男士自己不願意吃藥的原因——他還沒有打算從以前的感情沉迷中清醒過來，他選擇仍然沉浸在那段感情裏面。這也是其家人堅持要他吃藥的原因——家人已經等不及了，妻子和女兒快失去耐心照顧他的情緒。這時候，抑鬱症和抗抑鬱藥物彷彿是一個鬧鐘，鬧鈴響完，就該收拾收拾，開始新的生活了。

## 四 結語

對疾病的界定是一個文化過程。對抑鬱症作一番考證，才發現在中國，它的前身是「小肚雞腸」的人想不開的問題，慢慢地變成「病」，這居然是最近一二十年的事情。「抑鬱症」在中國看上去是醫學問題，其實是一個文化事件。在醫學界、文化研究領域，甚至社會傳媒以及普通民眾的認知領域，人們對「抑鬱症」的定義及其症狀的理解、表述和稱呼都具有較大的歷時連續性，隨着文化、心理、宗教和道德對身體以及社會的詮釋的改變而改變。

凱博文於1980年代在中國的研究成為一個引子，在中國學術界埋下了「抑鬱症」這個醫學名稱的種子。抗抑鬱藥進入中國市場後，醫藥公司發現中國人對抑鬱症的排斥，於是設計和組織培訓，首先對醫生進行專業訓練，教他們認識「抑鬱症」。與此同時，凱博文在中國學術研究領域埋下的種子漸漸發芽，學術準備和醫學培訓遙相呼應。受過培訓的醫生在臨牀診斷過程中對專業知識的應用，使「抑鬱症」這個名詞得以真正進入老百姓的日常話語系統。醫生和病人之間的互動、媒體的追捧，使「抑鬱症」被傳播到普通大眾的知識領域，成為人們的常識。

經歷這個過程之後，當下的情況顯然已經和1980年代非常不一樣了：人們對「抑鬱症」不再諱莫如深。一些明星借助媒體公然承認自己患抑鬱症，並鼓勵大眾勇敢面對相似的心理和精神方面的疾病。特別是汶川大地震發生之後，主流媒體不再僅僅塑造堅韌不拔的英雄形象，而是更多地呼籲人們承認人的軟弱，站出來表達負面的情緒，勇敢地向外界尋求專業的心理援助，而不是靠自我意志去克服情感困難。在這樣的突發事件之後，表達痛苦、發洩情緒被積極鼓勵，個人可以抱怨、可以批判。個體精神上的壓力不是個別的，而是非常時期社會共有的問題。這一認知的改變強化了抑鬱症這類精神性疾病的科學性，抑鬱症的「污名」得到進一步的清洗。

有待進一步考察並可以大膽推測的是：這種傳播是否正好暗合了西方醫藥市場（抗抑鬱症藥物的銷售）在中國的擴張？「抑鬱症」傳播的背後是否存在獲利者推動的因素？這有待另文探討了。

汶川大地震發生後，主流媒體呼籲人們承認人的軟弱，站出來表達負面情緒，向外界尋求專業的心理援助。「抑鬱症」傳播是否暗合了西方醫藥市場在中國的擴張？背後又是否存在獲利者推動的因素？

## 註釋

① 依照1980年發行的《精神疾病診斷和統計手冊》第三版，持續兩周以上並發現以下九個症狀中至少五個且一定包括1或者2，就可以診斷為抑鬱症：1. 心情壓抑；2. 對社會活動的興趣和樂趣減少；3. 體重大增大減或胃口大變；4. 失眠或嗜睡；5. 情緒反應過激或遲緩；6. 疲憊；7. 自卑；8. 注意力不能集中；9. 有自殺意向。參見*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3d ed. (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980); Arthur Kleinman, *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China* (New Haven, CT: Yale University Press, 1986)。

②① Arthur Kleinman, *Social Origins of Distress and Disease*.

③ Nancy Scheper-Hughes, *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil* (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1992).

④ George M. Foster, "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems", *American Anthropologist* 78, no. 4 (1976): 773-82.

⑤ PTSD，又稱「創傷後應激障礙」，DSM-III將它定義為人對多種諸如戰爭、火災、集中營和自然災害等不同類型的災難性應激源所產生的一種共同的、最終的反應結果。

⑥ 〈中科院管理學院副院長、社會與組織行為研究中心主任、研究員時勘談災後心理援助相關問題〉(2008年5月22日)，中國政府網，[www.gov.cn/zxft/ft116/](http://www.gov.cn/zxft/ft116/)。

⑦ 〈崔永元：得抑鬱症的人基本都是天才〉(2005年3月2日)，新華網，[http://news.xinhuanet.com/newmedia/2005-03/02/content\\_2636476.htm](http://news.xinhuanet.com/newmedia/2005-03/02/content_2636476.htm)。

⑧ Peter Conrad, "Medicalization and Social Control", *Annual Review of Sociology*, vol. 18 (1992): 209-32.

⑨ 1946年世界衛生組織對「健康」的定義是：健康乃是一種在身體上、心理上和社會上的完滿狀態，而不僅僅是沒有疾病和虛弱的狀

態。參見<http://zh.wikipedia.org/w/index.php?title=健康&oldid=9683377>。

⑩ 在1986年發布的渥太華憲章(The Ottawa Charter for Health Promotion)中，認為健康不僅僅是個人行為和生活方式以及得到合適的醫療幫助，還必須包括解決貧窮、污染、自然資源短缺、社會異化和工作條件等問題，涉及經濟、社會環境、生態自然領域。這些領域相互影響，相互交錯，決定着健康狀況。參見[www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2)。

⑪ Allan V. Horwitz and Jerome C. Wakefield, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* (New York: Oxford University Press, 2007).

⑫ Leonard Eisenberg, "Disease and Illness: 'Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness'", *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1, no. 1 (1977): 9-24.

⑬ A. Kleinman [凱博文]著，戴梓壽整理：〈美國精神病學界關於抑鬱症、軀體化障礙及神經衰弱的近代觀點〉，《國際精神病學雜誌》，1980年第4期，頁211-13；Arthur Kleinman, *Social Origins of Distress and Disease*.

⑭ 鍾友彬：〈神經衰弱解體了嗎？〉，《國際精神病學雜誌》，1983年第2期，頁65-68。

⑮ 陳遠嶺：〈抑鬱性神經症的認知治療〉，《臨牀精神醫學雜誌》，1994年第1期，頁54-56。

⑯ 唐秋美等：〈一例腦梗塞後抑鬱狀態患者的認知護理〉，《中華護理雜誌》，1995年第12期，頁735-37。

⑰ 這些診斷標準基本是按照DSM-III改寫而成。

⑱ 根據筆者於2008年5月的訪談記錄整理而成。

⑲ 楊放如：〈軀體疾病與抑鬱障礙(3)〉，《中國醫刊》，2006年第1期，頁55-56。