

南 華 大 學
應用社會學系社會學研究所
碩士論文

憂鬱症的機構化社會建構及其權力效果之論
述分析

The Institutional Construction of Depression and its Power Effects--A
Discourse Analysis Approach



研 究 生：徐子婷

指 導 教 授：周平

中 華 民 國 100 年 12 月

南 華 大 學
應用社會學系社會學研究所
碩 士 學 位 論 文

憂鬱症的機構化社會建構及其權力效果之論述分析

研究生：徐子婷

經考試合格特此證明

口試委員：
王士哲
郭川雄
周平

指導教授：周平

系主任(所長)：周平

口試日期：中華民國 100 年 12 月 29 日

中文摘要

憂鬱症為目前社會大眾所熟知的精神疾病，本論文以 Foucault 的觀念為基礎，思考現代社會如何透過「疾病」規範我們的言行舉止，認為「疾病」本身未必是一個既定客觀的事實，而是透過許許多多的文本建構的「客觀事實」。以憂鬱症為例，目前主流論述認為憂鬱症是極為嚴重的精神疾病，因此需要透過藥物給予治療，使我們從「不正常」的狀態透過「醫療化」的過程轉變為「正常」，因此筆者欲以各式文本為研究對象透過「論述分析」探討憂鬱症知識的形成與論述背後的權力關係，首先，將社會中的結構性條件分成四類，分別為市場〈藥商〉、專家知識〈精神醫學領域〉、政府〈國家監控系統〉與媒體，透過文宣、書籍、網站等文本分析四者的憂鬱症論述為何。其次，四者如何結合形塑憂鬱症論述，更以「反精神醫學」的觀點出發，指出憂鬱症論述中藥商、專家與國家間的合作關係，將醫學、利益、意識形態結合產生的權力效果。

關鍵字：憂鬱症、社會建構論、意識形態、醫療化、互為文本性、論述分析、反精神醫學

章節目次

第一章 研究動機與方法	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究方法	4
第三節 研究樣本	7
1-3-1 市場	7
1-3-2 政府	8
1-3-3 專家知識	8
1-3-4 媒體〈新媒體〉	9
第二章 文獻探討	10
第一節 何謂憂鬱症	11
第二節 精神疾病的復原	13
第三節 媒體汙名化	15
第四節 憂鬱症藥物的行銷	21
第五節 目前論文觀點	26
第六節 反精神醫學論述如何解構精神醫學	31
2-6-1 關於反精神醫學〈Anti-psychiatry〉	32
2-6-2 精神科藥物史	34
2-6-3 精神疾病診斷與統計手冊〈The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 簡稱 DSM〉	36
2-6-4 資本主義的運作	37
2-6-5 政府〈國家監控〉、專家知識〈精神醫學界〉、市場〈藥廠〉的「旋轉門」關係	43
第三章 主要理論	50
第一節 社會建構論〈social constructivism〉	50
第二節 瘋癲不同時期的轉變	52
第三節 「醫療化」〈medicalization〉之定義與演變	55
3-3-1 「疾病」〈disease〉與「生病」〈illness〉	55
3-3-2 「醫療化」〈medicalization〉的背景與問題	56
第四章 研究發現	62
第一節 市場	64
第二節 政府	70
第三節 專家知識	72
第四節 媒體〈新媒體〉	75

第五章 結論	79
第一節 社會建構與意識型態	79
第二節 反精神醫學如何解構精神醫學	80
第三節 市場、專家知識、政府、媒體形成的憂鬱症論述	81
第四節 總結	83
第五節 研究困難與建議	85
參考資料	87
附錄	92

表目次

【表 2-5-1】憂鬱症論點論文領域	27
--------------------------	----

圖目次

【圖 1-3-1】研究架構	7
【圖 2-4-1】藥費成長因素解構〈1999 年至 2008 年 10 年比較〉	22
【圖 2-6-1】利益循環圖	43
【圖 2-6-2】2008 年「台灣憂鬱症防治協會」藥廠與非藥廠捐獻比例	46
【圖 2-6-3】2009 年「台灣憂鬱症防治協會」藥廠與非藥廠捐獻比例	47
【圖 2-6-4】2010 年「台灣憂鬱症防治協會」藥廠與非藥廠捐獻比例	48
【圖 3-3-1】「醫療化」一詞的演變	57
【圖 3-3-2】國家、藥廠、醫師〈專家〉三方循環圖	61
【圖 4-1-1】症狀表現	65
【圖 4-1-2】輝瑞藥廠衛教網站橫幅	70

第一章 研究動機與方法

第一節 研究動機

「最近心情不好、很多事情都不想做、總覺得這個世界容不下我…」當自己有這些疑問，或是周遭朋友有這些問題的時候我們會怎麼做？「會不會是憂鬱症？還是去醫院檢查一下比較好。」或是「請醫生開藥好了，這樣比較好。」上述只是研究者想像的對話內容，但是不能否認的是，這樣的想法出現在許多人的身上，也是一個對於憂鬱情緒的「標準流程」，當自覺有不尋常的問題產生時，自然而然會尋求醫師的幫助，然而研究者疑惑的是，為什麼我們可以自己判斷是不是憂鬱症？而且我們為什麼知道要尋求精神科醫師的治療？

目前許多論述告訴我們，憂鬱症是現代社會的文明病，而憂鬱症帶來的自殺現象也層出不窮，常需要依靠藥物的治療，但是曾幾何時我們的心理狀況、我們的不快樂情緒需要外在的醫療與藥物控制。

黃姓婦人長期服用安眠藥成癮，一次吃 10 顆仍無法入睡，一個月前跳海自殺獲救，被送到郭綜合醫院身心科住院治療。醫師陳金柱診斷婦人罹患更年期憂鬱症引起失眠，光吃安眠藥沒有效果。…3 年前，丈夫帶她到陳金柱醫師門診時，陳醫師開給抗憂鬱藥及安眠藥，但是她認為身心科是看精神病，她沒有精神病，陳醫師開的抗憂鬱藥根本不吃，只吃安眠藥。陳金柱表示，黃婦的病根在憂鬱症，但是抗憂鬱藥效要持續服用 2、3 個星期才有明顯作用，因此前 2 星期黃婦須戒掉藥癮，過程很辛苦。等到抗憂鬱藥發生作用，她的安眠藥就逐量減少，第 4 星期只給 2 顆安眠藥，黃婦說已一夜好眠。〈聯合報，2004 年 12 月 25 日〉

上述新聞表面上為服用安眠藥成癮的個案，但是實際上帶出另一重點：「憂

鬱症需要藥物治療，且藥物治療是有效的。」在同年，惠氏藥廠以全球第一個抗憂鬱藥劑-EFEXOR〈中文藥名：速悅〉獲得 2004 年國家生技醫療品質獎。

無論醫學專業領域或是學術界等，在目前主流論述中，皆顯示不分性別、年齡、族群，都有可能患有憂鬱症，因此我們必須透過自我檢查判斷是否有憂鬱症傾向，然後藉由醫師的專業判斷給予治療，而患者必須持續服用藥物直到症狀緩解，這是大多數患者的治療流程，但是為什麼「尋求精神科醫師幫助」的觀念會深植在我們腦中？

憂鬱症在目前被視為以大腦因素為主的精神疾病，但是疾病本身並非單純為「科學性」的產物，疾病的背後也包含著「社會性」的因素，換句話說，「有病」除了生理上的解釋之外，也是維持社會規範的手段。以「疾病」合理化不符合常理的行為，因此可以假設「疾病」本身未必是一個既定客觀的事實，而是透過許許多多的文本建構的「客觀事實」，無論是專業的醫學期刊、研究報告，或是社會大眾隨手可得的文字、書籍、廣告，都同時彼此影響形構了憂鬱症的形象，尤其是市面上出版的許多關於憂鬱症書籍，將專業精神醫學以簡單明瞭的文字告訴社會大眾什麼是憂鬱症；憂鬱症該如何處置等觀點，藉由這些大量的文本使憂鬱症成為有系統、客觀的事實，我們在無形中理所當然的接受這樣的觀念，並不會懷疑精神醫學的權威性，而此篇論文正要反省這個一直被認為「理所當然」的觀點，希望透過分析憂鬱症相關書籍與廣告中的內容，試圖描繪出憂鬱症之圖像，思考憂鬱症的出現是否為社會建構下的產物，假若社會建構是事實，則這套知識背後可能藏有龐大的利益，再者，可進一步思考憂鬱症知識與市場利益之間的關聯，是有了知識才產生利益，還是為了利益而創造知識。

本篇論文以社會建構論與政治經濟學兩面討論，首先社會建構論是以文化為出發點，認為事件或是個體的發展是受社會情境與文化脈絡的影響，因此本論文以 Foucault 對瘋癲的轉變研究為基礎，討論憂鬱情緒在現代社會中背後所隱含的

文化背景與社會價值觀，將憂鬱情緒「醫療化」成為疾病，例如，法官藉由精神科醫師的鑑定報告，決定犯人的行為是否出自理性，而給予不同程度的判決。

另外討論政治力量與經濟力量如何建構憂鬱症，國家應為人民的健康、用藥安全把關，透過由上而下的權力施展制定相關政策，但是當國家受到經濟活動影響或是相關組織行使他們的權力時，例如贊助、投票等，國家在決策過程也必須考量到這項因素，進而影響國家政策的走向。另外，不能否認的是當資本主義追求利潤的觀念影響過於龐大時，追求市場的利益則成為首要目的時，因此，在這樣的時空背景之下，市場為了追求利益創造許多疾病，並且讓人們相信自己生病要接受治療，使得市場上藥物的利潤大增。

研究方向為下列兩點：

一、 將社會中的結構性條件分成四類，分別為市場〈藥商〉、專家知識〈精神醫學領域〉、政府〈國家監控系統〉與媒體。資本主義市場需要創造利益，如何說服人們消費憂鬱症藥物；精神醫學如何說明憂鬱症的病因與治療方式，而這套知識從古至今如何運作成為現代社會中的治療主流，並且邊緣化民俗療法，例如，民俗藥籤等非西方精神醫學系統；國家作為監控的行政系統，如何監控市場、藥物與相關政策；媒體做為傳播工具，如何詮釋憂鬱症相關知識與訊息，並使得憂鬱症論述深植在我們身上。

二、 分別分析上述四者對於憂鬱症的論述內容與四者之間如何結合影響憂鬱症的論述，並且使之成為疾病。

第二節 研究方法

西方精神醫學領域、國家行政機構與市場彼此間互相建構了憂鬱症為一個客觀的事實，透過多方的文本形塑憂鬱症意象，本研究欲透過對文本的分析進行論述分析研究。

在進行文本論述分析時，必須先了解何謂「論述」，Foucault 認為的論述有以下意義：

第一，「論述在表面上似乎是有具體的說話者和聽者，並傳達清晰可辨的訊息，但實際隱藏在每一段論述下的意義結構卻指涉龐雜，因此論述的特色之一在於『稀釋』〈rarefaction〉，就是賦予訊息或知識一個開端和結束，進而製造一個「完整」、有中心思想的幻象，以供聽者的迅速接納。這也暗示著多數的論述，所指示的事物多被孤立化、簡單化。」

第二，「由前述引申得知，某一論述的指涉面必然與其他論述息息相關，『互文性』〈intertextuality〉是論述形構中的一大要項。也就是組成論述形構的陳述，必須在其它陳述、命題或句字中行程的關係網絡中才能體現意義。」

第三，「論述的本質是動態、意有所圖的〈intentional〉，被論述所含括或排斥的事物狀態是處於相對立競爭的局面中，如瘋狂與理性，並隱含了權力的過程。因此論述是一個社會團體根據某些成規以將其意義傳播確立於社會中，並未其他團體所認識、交會的過程。」〈Foucault 著，王德威譯，1972〉

論述包含社會脈絡與歷史，藉由許多文本，包括文字、語言、圖像、建築等，彼此之間緊密的結合，透過不同的立場產生論述，並非單獨只是文字、詞句上的意思，而是背後含有其他的意義與規範，而文本是不會單獨存在的，是由許多文

本交互影響之後的產物，各式文本彼此互相連結，形成龐大的交織網，即是所謂的「互為文本性」〈intertextuality〉，透過論述形構社會事實，讓人有信以為真的效果，因此進行論述分析研究時，研究者必須探討事實與論述之間的關聯。

論述的生產過程中扮隨著建構社會事實的效果，我們的日常生活中有許多「習以為常」或是「理所當然」的事，例如，本研究欲探討的憂鬱症，我們認為憂鬱症是疾病必須接受治療的說法，憂鬱症被視為「疾病」，這是一個很理所當然的觀念，而且也被視為「事實」，但是「事實」的背後可能並不是語言或是文字表面上的意思，可能包含許多的權力關係，而這正是論述分析關注的部份，「論述分析主張，沒有論述建構就沒有社會實相。若不能了解論述的性質，我們就無從了解生活週遭的事實、我們的經驗和我們的身份是如何形成的。」〈周平，2010〉當論述形成之後，對於不同的時間、性別、群體等可能有不同的意義，產生不同的「意識形態」〈ideology〉，例如過去的社會認為女性裹小腳是美的，或是同性戀在過去是精神疾病，但是這些說法在現在卻不合理。

根據 Phillips, N. & Hardy, C. 〈2002〉將論述分析分成以下四種途徑：「社會語言學分析」〈social linguistic analysis〉；「詮釋結構主義」〈interpretive structuralism〉；「批判的論述分析」〈critical discourse analysis〉；「批判的語言學分析」〈critical linguistic analysis〉。

本研究採用的方法為「批判的論述分析」〈critical discourse analysis〉，主要著重在分析論述活動如何建構和維持不平等的權力關係〈Fairclough & Wodak, 1997〉也就是主要著重於論述中的權力關係，分析各種文本產生的意識形態與權力效果，可視為較宏觀的面向，不只侷限語言、文字的修辭，而是包含論述背後的社會脈絡，特別是解釋優勢團體如何以論述影響其餘非主流團體之思想、行為。

以憂鬱症的論述為例，當西方醫學成為主流，國家系統、專家知識系統、市

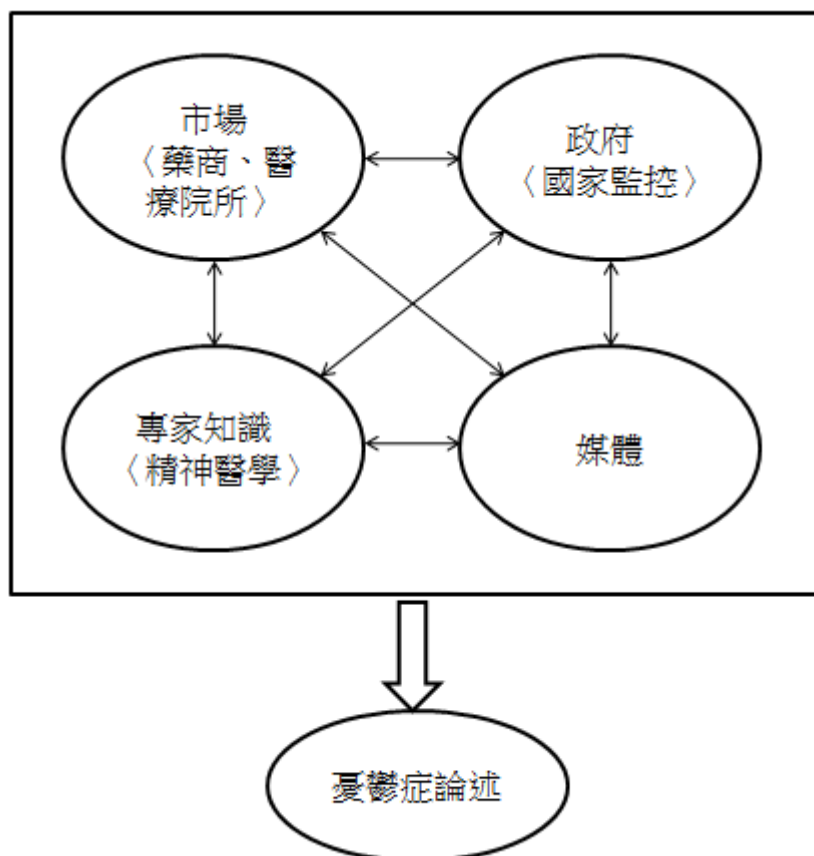
場彼此建構出人的憂鬱情緒達到某種程度時需接受精神醫學治療的觀點，透過文字、圖像等傳播方式使這樣的觀念成為主流論述，告訴我們憂鬱症是危險的疾病，尋求精神科醫生的幫助是最明智的選擇，因此許多人逐漸相信這套知識，甚至為了要維持自身的權力掌握，我們看到憂鬱症患者的年齡層越來越廣，引發憂鬱情緒的因素越來越多，似乎人的一生都處於精神醫學的監控範圍內，而透過論述分析思考論述背後的政治經濟關係，也就是當專家知識與政府、市場結合時，如何使西方精神醫學成為憂鬱症主流論述，其背後的權力關係又如何結合，政府與專家知識是否受藥商的影響而改變政策與研究走向。因此透過批判的論述分析進一步探討主流論述背後的權力形成是本研究欲探討的目標。

藉由蒐集關於憂鬱症的各式文本，包括廣告、大眾心理學書籍等，根據不同的文本分析彼此如何形成龐大的論述，且在眾多文本彼此交互影響之下如何建構社會事實，換言之，國家行政機構、醫療消費市場、精神醫療體系彼此間如何結合，如何透過文本建構憂鬱症，如何使人們相信西方精神醫療是有效的，並且實踐精神醫學的治療方式。

第三節 研究樣本

本論文研究架構如下：

【圖 1-3-1】研究架構



資料來源：研究者自行整理。

根據研究架構圖產生憂鬱症論述的四項領域中，筆者將分別選取數筆樣本，以論述分析解釋這類書籍對於憂鬱症的觀點，包含憂鬱症意象、作者角色、患者家屬的幫助行為、是否該就醫、憂鬱症為社會影響或是個人特質問題等：

一、市場：

以藥商與醫療院所憂鬱症宣傳文宣為樣本。輝瑞藥廠與禮來藥廠皆為國際大藥廠，二者皆生產了許多的藥物，包括幾種經常使用的抗憂鬱劑，輝瑞藥廠的素

悅〈Efexor XR〉與樂復得(Zoloft)；禮來藥廠的千憂解〈Duloxetine〉與百憂解〈Fluoxetine〉，這些都是常見的憂鬱症藥物，藥廠在網站上除了介紹藥物之外，還另闢一區塊介紹有關憂鬱症的訊息，藉此可了解藥廠如何解讀憂鬱症。而醫療院所本身是藥物銷售與消費的主要來源，因此將醫療院所歸類在市場類別，醫療院所的相關診別或機構常放有相關文宣供人取閱，因此關於憂鬱症的論述更容易獲得。

- 〈一〉 輝瑞藥廠憂鬱症衛教保健¹。
- 〈二〉 禮來藥廠健康話題—憂鬱症²。
- 〈三〉 佛教慈濟綜合醫院台北分院文宣—關於憂鬱症。
- 〈四〉 佛教慈濟綜合醫院台北分院文宣—如何預防更年期憂鬱症。
- 〈五〉 行政院衛生署桃園療養院文宣—憂鬱與自殺。

二、政府：

以行政院衛生署之衛教文宣為樣本，因行政院衛生署為政府組織。

- 〈一〉 專訪臺灣憂鬱症防治協會理事長李明濱--打開心窗走出憂鬱³。
- 〈二〉 衛生報導季刊第 107 期—[特別企劃] 做好情緒管理，勇敢對抗憂鬱症⁴。
- 〈三〉 行政院衛生署文宣—走出失業憂鬱，希望就在眼前。

三、專家知識：

坊間出版許多關於憂鬱症的書籍，將精神醫學以淺顯易懂的語言出版，較醫

¹ 參考自輝瑞藥廠網站，<http://www.pfizer.com.tw/mediacalinfo/2010/14/>，瀏覽日期：2011 年 5 月 21 日。

² 參考自禮來藥廠網站，<http://www.lilly.com.tw/healthy/depression.cfm>，瀏覽日期：2011 年 8 月 10 日。

³ 林莉(2004)，〈專訪臺灣憂鬱症防治協會理事長李明濱--打開心窗走出憂鬱〉，《衛生報導》117：12-15。

⁴ 參考自行政院衛生署網站，http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM1_p01.aspx?class_no=98&now_fod_list_no=8664&level_no=3&doc_no=47541，瀏覽日期：2011 年 8 月 14 日。

學期刊容易接觸社會大眾，在眾多的憂鬱症書籍中，筆者特別選擇圖片較多的書籍，生動的圖片較能夠吸引讀者的注意，需傳播的訊息也更容易達到效果。

- 〈一〉 圖解憂鬱症完全指南⁵。
- 〈二〉 給陷入憂鬱的你/圖解憂鬱症小百科⁶。

四、媒體〈新媒體〉：

在此研究類別中，筆者將研究對象歸類為「新媒體」，與一般我們所認知的媒體〈新聞、報紙等〉有所差別，以非政府組織〈例如，財團法人董氏基金會、台灣憂鬱症防治協會〉網站與文宣為研究樣本，因目前資訊非常發達，若單以報紙、雜誌等文本為研究樣本是不夠豐富多元的，加上網站所提供的資訊是快速且直接的，因此筆者選擇網站文宣為研究對象。關於憂鬱症的網站非常多，包括個人部落格、民間團體部落格等，但是筆者選擇下列四種網站為分析對象，原因在於四者為較有規模且有組織的團體與部落格，因此選擇下列四個網站：

- 〈一〉 台灣憂鬱症防治協會網站⁷。
- 〈二〉 財團法人董氏基金會憂鬱症主題館網站⁸。
- 〈三〉 康健雜誌—男人小心憂鬱症⁹。
- 〈四〉 中時健康部落格—鬱挫鬱勇¹⁰。

⁵ 平安良雄著、蘇惠齡譯(2009)，《圖解憂鬱症完全指南》。臺北：原水文化。

⁶ 野村總一郎著、李曉雯譯(2008)，《給陷入憂鬱的你/圖解憂鬱症小百科》。台北：新自然主義。

⁷ 參考自憂鬱症防治協會網站，http://www.depression.org.tw/news/news_list.asp，瀏覽日期：2011年10月23日。

⁸ 參考自財團法人董氏基金會網站，<http://www.jtf.org.tw/psyche/>，瀏覽日期：2011年10月23日。

⁹ 參考自康健雜誌網站，

<http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?id=5017477&page=1>，瀏覽日期：2011年10月23日。

¹⁰ 參考自中時健康部落格—鬱挫鬱勇部落格網站，<http://health.chinatimes.com/blog/blue/>，瀏覽日期：2011年8月14日。

第二章 文獻探討

在本章節中，筆者將先介紹憂鬱症常見的症狀與成因論述，首先在本章先討論憂鬱症視為一種精神疾病，而精神疾病的治療過程是需要一連串的「時間」，但是從發病、治療、復原這一段時間中，透過「藥物」縮短治療的時間；透過醫師短時間的目視診斷疾病。表面上看來是透過藥物解決問題，但是筆者認為「時間」與「效率」有關，在現代追求最大利潤的社會中，不正常可能代表的是無法勞動、無法獲得資本的累積，也就是不符合社會所期待的形象，因此不正常的狀態需要在快速的時間下回復正常，而透過藥物治療才能快速將「不正常」拉回「正常」的軌道中。其次，因為精神疾病被認為是與常人不同的狀態，因此常受到歧視與汙名，藉由媒體汙名化的研究可發現憂鬱症在媒體中的論述轉變，也證明 Foucault 對於「瘋癲沒有絕對本質」的論點。

目前主流論述中認為憂鬱症是因為神經傳導物質失調而導致，因此視為生理問題，治療生理問題最有效的方式便是藥物，但是藥物治療所令人詬病的問題是，藥物為國際藥廠帶來相當龐大的獲利，藥廠透過各種推銷方式、贊助醫學研究、醫師進修，將自家藥物成功的推銷給醫師，為了擁有更多的消費者，型塑憂鬱症的普遍性與危險性，並且將藥物治療塑造成重要且必要的治療方式，透過針對藥廠行銷的論文可發現藥廠如何生產憂鬱症知識、如何成功將藥物推銷上市，又如何讓醫院、醫師選擇自家的抗鬱劑。

在最後，筆者目前蒐集有關憂鬱症的碩博士論文，與本論文不同之處在於目前論文的出發點已經認同憂鬱症是客觀的事實，是已經本來就存在的疾病，再藉由不同領域的研究進行個人化的討論，也就是以個人為中心，如討論職業對於引發憂鬱症的影響，或是生活在哪些家庭環境下的孩童容易罹患憂鬱症等議題，將憂鬱症視為既定的事實，而透過研究產生更多憂鬱症的論述，但是本研究著重在於透過文本分析憂鬱症論述的形成，將憂鬱症視為社會建構的事實，更透過文本

論述的分析，討論論述如何影響我們對憂鬱症的認識。

此外，本論文中將憂鬱症視為社會建構下的產物，因此在文獻的最後提及反精神醫學的相關論述，以反精神醫學的立場出發，試圖證明精神醫學、市場、政府間的利益關係。

第一節 何謂憂鬱症？

憂鬱症是目前社會大眾所知的精神疾病，社會大眾可透過許多媒體資料獲得相關知識，根據精神疾病診斷準則手冊第四冊〈DSM-IV〉對於憂鬱症狀之診斷為下列九點〈孔繁鐘、孔繁錦(合譯)，2006〉：

1. 憂鬱心情，幾乎整天都有，幾乎每日都有，可由主觀報告(如感覺悲傷或空虛)或由他人觀察(如看來含淚欲哭)而顯示。注意：兒童或青少年可為易怒的心情。
2. 在所有或幾乎所有的活動，興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天都有，幾乎每日都有(可由主觀報告或他人觀察而顯示)。
3. 非處於節食而明顯體重下降，或體重增加(如一個月內體重變化量超過 5%)；或幾乎每天都食慾減少或增加。注意：在兒童，無法增加預期應增的體重及應考慮。
4. 幾乎每日失眠或嗜睡。
5. 幾乎每日精神運動性激動或遲緩(可由他人觀察得到，而非僅主觀感受不安定感或被拖滯感)。
6. 幾乎每日疲累或失去活力。
7. 幾乎每日有無價值感，或過份或不合宜的罪惡感(可達妄想程度，並非只是對生病的自責或罪惡感)。
8. 幾乎每日思考能力或專注能力減退，或無決斷力(indecisiveness)。

(由主觀陳述或他人觀察而顯示)

9. 反覆想到死亡(不只害怕自己即將死去)、重複出現無特別計劃的自殺意念，有過自殺嘗試，或以有時行自殺的特別計畫。

上述症狀至少兩周內同時出現 5 項(或 5 項以上)，並且 1. 憂鬱心情與 2. 失去興趣或喜樂此兩項症狀至少應有其中一項。

透過 DSM-IV 界定的判別標準可發現，症狀用詞並非淺顯易懂之詞句，所以通常我們所見之症狀陳述都已經過修改，例如，根據財團法人董氏基金會網站的症狀描述為：

根據 DSM-IV，憂鬱症常見的症狀主要如下列 9 項，憂鬱症必須包含下列第 1、2 項，且具備以下其他幾項症狀。

1. 情緒低落。
2. 明顯對事物失去興趣。
3. 體重下降或上升。
4. 嗜睡或失眠。
5. 動作遲緩。
6. 容易疲倦或失去活力。
7. 無價值感或強烈罪惡感。
8. 注意力不集中或猶豫不決。
9. 經常出現負面想法。

如果只是暫時具備這些症狀，不代表是得了憂鬱症。但是要判斷是否得了憂鬱症，需要從很多的方面作評估，並進一步尋求醫師的專業分析。〈資料來源：財團法人董氏基金會網站〉¹¹

¹¹ 參考自財團法人董氏基金會網站，<http://www.jtf.org.tw/psyche/melancholia/what.asp>，瀏覽日期：2010 年 1 月 11 日。

透過 DSM-IV 的診斷標準與董氏基金會的解釋之差異可發現，新媒體雖然將症狀解釋較淺顯易懂，但是卻忽略症狀必須持續的時間範圍，僅提供「症狀」，而真正的判斷還是由醫生主導，所以民眾在「對號入座」之後則會尋求醫師幫助，而醫師再以主觀判定是否為憂鬱症，並給予治療。

目前憂鬱症的病因眾說紛紜，大致可分為兩大部分：

一、來自患者本身因素：

〈一〉生理〈內因性〉：生物、遺傳、基因、內分泌異常、神經傳導物質異常。

〈二〉心理〈非內因性〉：性格、情緒。

二、非患者本身因素〈非內因性〉：社會、環境。

西方精神醫學認為大腦內的物質分泌異常是主因，而環境或社會才是導致病發的誘因，因此必須透過藥物調節大腦物質正常分泌，才能使患者復原。在此前提之下，精神醫學最有效的方式就是使用藥物，才能有效率的將患者的症狀解決。

第二節 精神疾病的復原

筆者回顧相關論文，以「憂鬱症」為關鍵字不限欄位的搜尋「台灣博碩士論文知識加值系統」¹²，發現共有 2142 筆資料，關於憂鬱症的研究是相當的龐大，雖然關於憂鬱症的文章不在少數，不過大都強調憂鬱症的治療方式，或是量化憂鬱症對於各年齡層的影響，所以本篇論文想要以社會建構論觀點出發，探討憂鬱症為多方建構的產物影響大眾對於憂鬱症的觀點。

精神疾病除了藥物治療，社會支持也是復原的因素之一，許多相關研究大多數著墨於這兩部份，但是精神疾病「復原」的定義為何？根據孔健中〈2008〉的

¹² 參考自「台灣博碩士論文知識加值系統」網站，<http://ndltd.ncl.edu.tw/cgi-bin/gs32/gsweb.cgi/ccd=31.f7H/webmge?Geticket=1>，瀏覽日期：2011 年 1 月 22 日。

研究發現，「精神醫療團隊只在乎『藥物』與『穩定』的關係，卻忽略時間框架才是基礎。」〈孔健中，2008〉

研究發現，當醫療團隊區分出「不正常」時，透過「隔離」進行一連串的治療，在這段隔離的時間裡，醫療團隊必須給予個案評估，「首先須維持患者現有的功能，不再繼續衰退；再者，增強患者的社會適應能力，獲得其家人與社會的肯定，最後得以出院與回診。」〈孔健中，2008〉也就是患者不需要長時間的住院治療，只需透過藥物抑制病情，並且快速的回歸社區，即便患者已出院，但是藥物治療卻不能中斷。但是孔健中認為，在治療過程中不能忽略「時間」因素：

第一、為了確定某種精神狀態是一種生物—生理上的疾病而進行排除疑慮的一個過程時間。第二、一種讓醫生的目視經驗能「一下子」就能讀出個案大腦的可見病灶，按照標準化的精神疾病類型的客觀知識而展開的連結時間。第三、在調藥過程中讓瘋狂擁有一段表達自我的自由時間。第四、藉由一種儀式習慣的簡單重現，人隨時可以回返到內心的「治療室時間」¹³。〈孔健中，2008〉

西方精神醫療成為主流，無論是何種疾病都必須以藥物進行治療，而其他治療方式只是輔助，服用藥物是希望患者能在最短的時間內回復「正常」的生活，透過孔健中的論文，讓筆者反省我們的一生都在追求如何符合「正常」標準，不能工作、受教育是不正常；不能與其他人一樣的生活是不正常等。許多的標準不斷的再提醒我們規範自己，因此生病時要盡快接受治療，精神疾病也是如此，病發時不能與其他人一樣的在社會中生活，因此要接受有效的藥物治療，快速的回到正常生活，甚至透過機構規訓自己，即便是出院了，在院中學習的規訓方式也

¹³ 整個行為治療過程是要建立起一些「連結」，以便個案能夠「過渡」到「治療的時間」。個案在日常生活期間，也能夠連貫起治療室期間所學會的處理模式，不斷的增強連結的力量與速度，最後連結成為習慣，個案可以不斷重複治療室期間的教導，治療才算是有效的。引自孔建中(2008)，頁 113-114。

內化成自我管控的手段。

憂鬱症透過藥物治療，以便快速回歸正軌，定期接受醫師的診斷，甚至我們也可以透過量表輕鬆的檢查自己是否患有憂鬱症，但是為何我們會懷疑自己是否患有憂鬱症；為何我們懷疑患有憂鬱症時會選擇向醫師尋求幫助，這一連串的疑問都在提醒我們，到底是什麼因素影響我們對於憂鬱症的觀感。

此篇文獻讓筆者了解關於精神疾病療養院的處置方式，進一步反省上述之問題。此外，筆者對於西方精神醫學的論述並不是採取反對的立場，而是希望透過多方的對話了解為什麼精神醫學對我們的影響這麼的深刻。

第三節 媒體汙名化

媒體是論述快速傳播的原因之一，但是對於精神疾病的討論大多為「污名化」的影響，忽略論述形成的原因。

王美珍〈2004〉針對台灣報紙對精神疾病之烙印化進行研究，過去許多文獻表示，媒體報導是最主要的消息來源，因此媒體所呈現的精神病患會影響社會對於患者的觀感，而媒體偏頗、負面的報導加強了精神病患的烙印，而許多先進國家已經意識到這樣的問題，因此透過許多團體的監督，可能減少烙印化的情形。

王美珍在新聞的選取上，蒐集精神衛生法頒布¹⁴之後的中國時報與聯合報新聞〈民國 80 年至民國 92 年〉，以「精神病患」做為關鍵字搜尋，並透過系統隨機抽樣法共取得 313 篇新聞為研究樣本。每篇新聞報導以報導版面、報導性質、報導主題、消息來源、報導語氣、精神病患特質呈現、報導中出現的缺失，七大項做為分析的方向。〈王美珍，2004〉

¹⁴ 精神衛生法於民國 79 年 12 月頒布。

因政策的影響，健保對於精神病患的住院治療有所限制，因此社區復健體系成為治療精神疾病的趨勢，但因媒體對於精神疾病的烙印化影響，民眾對於精神病患大多感到恐懼，甚至害怕就醫治療，使得社區復健體系難以落實，但是只要即時治療都是可治癒的。

研究發現，媒體於精神病的烙印表現多半於將精神病呈現為一種危險而暴力的形象，透過研究者的統計資料發現，新聞版面大多為「地方新聞」，以「純新聞」為主，消息來源主要為「警方」，並非專業人士或是患者本身，而且往往缺少平衡、正面的報導主題、語氣與態度，甚至常不必要的提及患者身分，或是貼上許多負面的標籤，證明報紙的確有烙印的傾向。但是觀察十三年來的烙印化程度有逐漸改善的趨勢，只有中間仍有三年的烙印程度升高。〈王美珍，2004〉透過大量的新聞文本與清楚的細項分類，可發現台灣媒體或閱聽人對於精神病患的印象似乎不是這麼的友善，而受到這些論述影響時，同時也增加施行社區復健的困難度。

當精神病患在論述中屬於不被重視、背負汙名的同時，患者與患者家屬也會努力擺脫這樣負面的包袱，組織成各式病友團體，除了病友互相支持的功能外，還有監督媒體與政府的功能。在王晴美論文中，作者挑選特定的精神病患暴力的報導做為案例，訪談由家屬組成的康復之友團體、由病友組成的團體、由專家學者組成的心理衛生團體之領導人，探討不同團體是否有不同觀點；媒體對精神疾病患者的烙印是否影響患者康復的機會；有哪些資源可維護精障朋友的權益。〈王晴美，2002〉

雖然王美珍進行詳細的內容分析，但是筆者不只是想探討文獻量化的意義，而是必須關注論述背後的意義、脈絡，因此這樣的研究方法對筆者而言是不足的。再者，文中的新聞樣本為隨機抽樣取得加上只選取中國時報與聯合報，可能遺漏某些重要的訊息。筆者認為受訪者〈團體社工、家屬、病友等〉似乎只相信

西方醫療的看法，所以他們接受這類論述的同時，也會向其他人覆誦精神醫療的這一套說法，精神醫學的論述就在這樣不斷循環的建構中成為龐大的知識，也證實論述分析中互為文本的觀念。

以王馨儀的論文為例，透過 Foucault 的系譜學與權力觀，分析 1950-2007 年報紙憂鬱症論述所呈現的憂鬱症知識權力和技術的情形¹⁵，以及台灣報紙憂鬱症論述所反映出台灣社會解讀憂鬱症的視角。〈王馨儀，2008〉

台灣早期對於精神疾病患者以傳統的藥方或是宗教療法治療，直到日治時期西方精神醫學才引進台灣，80 年之後逐漸的蓬勃發展，王馨儀透過許多文獻發現，台灣憂鬱症的論述與台灣的歷史背景有極大的關聯，日治時期接受德國式的精神醫學，戰後則受美援的支持，醫學也隨之改變，至今西方精神醫學仍影響著台灣。〈王馨儀，2008〉由此可知，台灣精神醫學的發展與國家政治有著極大的關聯，直到現在醫學與國家政策都是密不可分，健保政策的改變牽動著醫療體系的走向也牽動著醫師的處方行為。

藉由蒐集 1950 年至 2007 年中國時報與聯合報關於「憂鬱症」之相關報導進行研究，在 70 年代之前憂鬱症不是疾病，而是一種低潮的情緒，但是 70 年代之後，台灣報紙開始出現憂鬱症是疾病的論述，直到 2007 年為止憂鬱症逐漸有清楚的症狀界定與意象，精神醫學也逐漸成為知識/權力場域中的主導，強調憂鬱症的成因不是只有個人心理因素，社會因素〈例如：選舉、經濟、婚姻...等〉也可能導致憂鬱症，而且任何年齡層、階級、性別、職業都可能患有憂鬱症，必須接受藥物治療。

王馨儀雖已詳細的整理 1950 年至 1999 年的報紙論述，但是 2000 年至 2007 年的新聞卻以抽樣的方式選取樣本，可能忽略當中重要的事件。報紙雖然為社會

¹⁵ 請見附錄一。

大眾主要的訊息來源，不過筆者也想了解更多憂鬱症相關書籍中的意象為何。

除了精神疾病的汙名化討論，初步的資料蒐集中還發現精神疾病的「性別」議題，女性在某些精神疾病中占較多的比例，根據鄧惠文〈2004〉的研究發現，因為女性患憂鬱症就醫的機率較男性高，所以目前全球的憂鬱症防治對象為女性為主，在憂鬱症診斷成立的論點下，許多的個人問題被歸為醫療問題，例如，婆媳問題、婚姻問題等，加上許多患者可能透過報紙資訊，在就醫之前對憂鬱症或症狀已經有既定的認知，所以鄧惠文想探討的是在憂鬱症的論述下，台灣媒體如何形塑憂鬱症女性論述。

在文獻中，認為精神疾病診斷與統計手冊中對憂鬱症症狀的定義只能說明這些表現會造成「失能」、「脫離社會文化預期的常態」，並不能證實產生憂鬱症的原因為何，因此「憂鬱症只能稱做『症候群』而非『疾病』。」〈鄧惠文，2004〉換句話說，我們目前所認知的憂鬱症嚴格的來說並不是疾病，透過手冊的定義只能瞭解憂鬱症的外在表現，而不能像感冒或是癌症一般，透過精確的科學、研究儀器證明它的成因為何，而最後的主導權仍掌握在醫師手中。

鄧惠文透過隨機選取聯合報 2002 年共 129 篇關於憂鬱症之報導進行內容分析與論述分析，鄧惠文〈2004〉將研究結果整理為下列三點：

〈一〉媒體上的觀念並非專業知識，而是社會成見。報導中忽略手冊定義的症狀，包括症狀的項目種類與持續時間，也可說明，讓讀者獲得醫學知識並非首要目的，而是透過報導證明憂鬱症的存在。

〈二〉個人沒有詮釋權。個人經驗的詮釋交由專業醫療知識，忽略主體性，而醫師與社會大眾之間仍存在著知識落差。

〈三〉憂鬱症論述中的父權展現。報紙文章中女性為主要論述主角，較男性容易被標籤為病人，而且透過憂鬱症論述規範女性的行為，必須符

合父權社會觀點下的期望，例如，母職、女性形象等。正因如此，女性的一生終將受憂鬱症困擾著，正常的生理狀況〈經期、生產、更年期〉皆與憂鬱症產生連結，也就是女性的行為、形象不符合社會標準時，都可能與憂鬱症有關。

雖然報導中呈現的女性在憂鬱症論述下是弱勢的一群，但是女性未必是受父權主義壓迫的，而是透過許多論述有效的建構主體、展現權力，而較弱勢的下位者在無形中也接受了論述，透過貼上疾病標籤合理化行為，使女性能降低對於「不盡責」的罪惡感。文本中也證明了這一點，雖然在憂鬱症的論述中女性的正常生理狀況，或是因外在壓力影響而不符合父權社會中母親、妻子等應有的角色形象時，常常歸咎於女性自身問題且與憂鬱症產生連結，例如，妻子因為患有憂鬱症所以對丈夫產生不信任；亦或，養育幼兒為母親的責任，所以要預防「產後憂鬱」的狀況發生等。

這樣的論述影響了女性的行為，甚至透過貼標籤的方式減少女性不符合社會期望的罪惡感，雖然女性主義者認為憂鬱症是社會掌控女性行為的一種手段，但是女性卻受到龐大的論述影響，在無形中接受了這樣的說法，論述成為有效的控制手段，比過去的暴力壓迫更為有效。

透過王馨儀的報導整理可發現憂鬱症的女性論述是存在的，但藉由鄧惠文的論文可更清楚報導中的女性論述為何，雖然二者的研究方法與研究者之方式雷同，但是前二者的研究對象仍以報導為主，報導分析只是做為筆者描繪憂鬱症意象的初步方法。

藉由四者的研究可得知，媒體對於形塑精神病患佔有極大的影響力，因此媒體的敘述方式與脈絡是必須受到重視的，國家政策的監控之外，媒體本身的自治才能有效的降低精神疾病的污名。此外，媒體傳播的不只污名化的問題，筆者更

想了解西方精神醫學如何藉由媒體傳播訊息，無形中影響社會大眾接受精神醫學的觀點，成為主流的醫療論述。



第四節 憂鬱症藥物的行銷

藥物不斷的推陳出新，藥商如何將新藥推廣上市成為醫師的處方為筆者關心的議題，不單只是藥物副作用對患者的影響，而是須了解更上層的問題——醫師為何願意使用抗憂鬱劑；以及患者如何接收訊息，願意接受西方精神醫學的治療，論述背後的脈絡為何？

根據行政院中央健康保險局九十九年藥費監控報告¹⁶的統計資料發現，抗憂鬱藥劑在近十年的藥費有明顯的成長：

¹⁶ 參考自行政院中央健康保險局網站，
<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/155%E6%AC%A1-%E5%81%A5%E4%BF%9D%E8%97%A5%E8%B2%BB%E6%94%AF%E5%87%BA%E6%88%90%E9%95%B7%E5%9B%A0%E7%B4%A0%E5%88%86%E6%9E%90%E5%8F%8A%E6%94%AF%E5%87%BA%E7%9B%AE%E6%A8%99%E6%A1%88.pdf>，瀏覽日期：2011年5月12日。

【圖 2-4-1】藥費成長因素解構〈1999 年至 2008 年 10 年比較〉

藥品分類名稱	88年藥	97年藥	成長率	年化成長率	成長貢獻度
	金額 (百萬)	金額 (百萬)			
抗癌藥品	1,768	9,753	452%	20.90%	17.9%
免疫調節劑(移植抗排斥)	806	3,556	341%	17.94%	6.2%
罕見疾病用藥	69	1,440	1989%	40.17%	3.1%
凝血製劑(血友病)	750	2,347	213%	13.51%	3.6%
抗精神病藥	1,252	3,687	194%	12.75%	5.5%
高血壓藥品	10,252	19,465	90%	7.38%	20.6%
糖尿病用藥	2,236	7,240	224%	13.95%	11.2%
降血脂用藥	1,370	5,587	308%	16.91%	9.5%
治療骨鬆用藥	292	1,100	277%	15.88%	1.8%
抗血栓製劑	1,063	2,708	155%	10.95%	3.7%
抗癲癇症藥品	576	1,884	227%	14.07%	2.9%
抗憂鬱劑	1,025	2,455	139%	10.19%	3.2%
安眠及鎮靜劑	473	1,469	211%	13.42%	2.2%

資料來源：行政院中央健康保險局。

從上述【圖 2-4-1】統計資料發現，1999 年至 2008 年，抗憂鬱藥物費用成長了 139%，費用增加的原因有許多，可能是藥價改變、使用人口增加等因素，但是有需求才會有供應，以目前現有的藥物行銷研究發現，「抗憂鬱劑藥物要上市須有成功的行銷手段，而這背後由許多複雜的因素組成，若以行銷觀點而言，除了藥物本身的藥效之外，也必需有醫師的背書才能有效的將藥物銷售。」〈邱瑞棋，2006〉換言之，就算藥物已通過檢驗而上市，如果醫師不採用、不開處方，銷售過程就會中斷。

邱瑞棋以禮來公司為例，透過新藥上市模型解釋禮來公司的 Cymbalta〈中文藥名：千憂解〉如何使藥物上市並成為暢銷藥物，研究發現，千憂解的療效可滿足醫師與患者的需求，但是要「成為暢銷藥物有三大步驟：一、加速醫院的採購；二、讓病人接受千憂解治療；三、讓病人接受千憂解的完整療程。」〈邱瑞棋，2006〉

除了提高藥物的療效與降低副作用之外，還必須說服非精神科醫師使用，增加醫院的採購速度，透過樣品與醫學文章是與醫師最有效的溝通方式，因此禮來公司的業務代表除了頻繁的拜訪醫師送上新藥樣品外，另外也幫醫師整理相關的研究報告供醫師參考。針對廣告的部份，文中指出基本抗憂鬱藥劑的廣告對醫師並無太大的影響，反而是對病患更有說服力，說服閱聽人至醫療診間接受檢查、治療。

醫學知識的生產不只是侷限在醫學領域，而是各領域交鋒後的產物，廖庭瑋〈2006〉以「藥廠」的角度切入，描述醫學知識在生產及傳播當中，惠氏藥廠的抗憂鬱劑—EFEXOR〈中文藥名：速悅〉，如何被視為較舊藥更有療效，藥廠如何行銷，最後醫師如何使用速悅治療憂鬱症。

透過蒐集醫學臨床文獻，探討國內外醫學期刊如何呈現速悅的療效、研究人員與贊助者的關係、媒體呈現的速悅形象、抗憂鬱藥劑的爭議等問題。初步了解之後，再對精神科醫師、藥廠業代、藥劑師、求診者進行訪談，了解在知識形成中各方的角力關係；藥廠與醫療體制如何影響醫師處方行為；病患如何接收醫學知識。〈廖庭瑋，2006〉

醫學知識和其他資本主義下的科學一樣，都受到實證主義的影響，科學成為解釋疾病的方式，而藥物治療成為主流，但影響醫師處方行為不單只是療效的問題，有更多的面向影響這整套系統的運作。

根據文本的解釋，以經費而言，許多研究指出因為研究經費的不足，所以研究單位必須向商業醫療產業爭取經費，因此研究結果傾向不公開，而且利於藥廠。在台灣，健保總額制度也是影響醫師處方的因素之一，因預算限制，醫師可能選擇價差較大的藥品，也必須在有限的藥物裡選擇處方。再者，以行銷而言，藥廠業務代本身就有廣告的功能，無論是補助相關研討會、無所不在的廣告等，

業代的服務更甚於這些廣告，醫師在開藥時除了考慮病人、預算之外，還有與業代之間的人情。但是，醫師不完全是受到上述因素而影響處方，有更多的原因導致醫師的處方不同，例如，「藥物副作用、病人用藥經驗、藥物劑型、醫師習慣、診斷侷限等。」〈廖庭璋，2006〉雖然並非所有的醫師都受藥廠的影響，但是在結構下，醫師的行為仍受限於經費與政策之下，並不能完全擺脫市場與國家政策的影響。

文本的最後則是說明患者如何接收醫學知識，除了醫師的解釋外，廖庭璋「認為患者也必須自行多與醫師討論、了解藥物知識，才能保障自己的權益。」〈廖庭璋，2006〉但筆者認為，患者能接收的訊息仍有所限制，醫學對大多數民眾而言是非常專業的領域，只能了解基礎的常識，但是更深入的知識卻是民眾無法碰觸的，因此最後又回歸聽從醫師的指示，在知識/權力的關係下是不對等的，醫師掌握知識的同時也掌握管控我們身體的權力。

研究者以憂鬱症為主要探討對象，文獻中提及許多筆者欲探討的問題，第一、無論是在論文中或是報紙論述皆提及醫學研究顯示精神病只要及早發現，按時吃藥並持續復健，復原回歸至健康的比例也相當高。換句話說，無論何種精神疾病都應該就醫治療，只要按照醫師的處方都是可以復原的，而西方精神醫學的觀點在研究論文中也是主流治療方式。由此可知，西方精神醫學的論述無處不在，透過媒體不斷的傳播，任何專業場域可能都將西方精神醫學視為首要的治療方式。

第二、我們可發現除了藥物本身的療效之外，藥廠、國家政策與廣告佔有極大的影響力。藥廠以贊助研究、活動、樣品、醫學文章等方式進行推銷，皆在無形中影響醫師處方，並且再次教育精神科與非精神科醫師憂鬱症並非只有情緒上的症狀，也可能反映在身體上，所以可開抗憂鬱藥劑緩解患者症狀；再者又因國家政策〈健保總額制度〉，限制藥品預算，醫院採購成本較低的藥物，或是受行

銷影響，採購「服務較佳」的藥廠的產品，醫師只好在有限的藥品中開藥給患者，最後患者接收訊息，知道憂鬱症必須就醫接受長期的治療，並且服用藥物可治癒憂鬱症。

第三、抗憂鬱藥劑能夠成功上市不單只是行銷的問題，而是在醫療領域中，藥物治療是有效率的，透過醫學期刊說服醫師使用藥物，而醫師所受的醫療訓練中是希望患者能夠在短時間內解決問題，因此在這樣的背景之下，醫師選擇開藥給患者，並且還要找出潛在的憂鬱症患者，最好的方式是教育社會大眾什麼是憂鬱症、應該怎麼治療，藉由許多淺顯易懂的文章、書籍讓社會大眾了解，非常艱深難懂的專業知識透過這樣的方式傳播出去，無形中影響我們對於憂鬱症的印象與處理方式。

不斷的循環之下，抗憂鬱藥劑有著極大的市場，澳洲藥學家形容販賣疾病有五方式：「第一、把生命正常過程當作醫療問題；第二、把個人問題和社交問題當作醫療問題；第三、把致病風險當作醫療問題；第四、把罕見症狀當作四處蔓延的流行病；第五、把輕微症狀當成重病前兆。」〈李源德，2004〉憂鬱情緒是每個人都會有的現象，而因為不快樂的情緒導致人際產生問題，或是因為人際關係帶來的壓力導致憂鬱情緒，且在主流論述中憂鬱情緒嚴重容易導致自殺的行為發生，若以澳洲藥學家認為販賣疾病的方式觀點，憂鬱的情緒是否也被過度強化成為每年獲利上億的疾病。

第五節 目前論文觀點

無論藥物成效如何，「憂鬱症」視為疾病似乎為理所當然的事，但在憂鬱症知識生產的階段中，若以資本主義利益的追求來假設知識的生產與利益有關，或許透過憂鬱症相關論文的觀點可發現憂鬱症的知識生產是如何產生。筆者透過博碩士論文加值系統之論文以「被引用次數遞減」之方式蒐集「憂鬱症」相關之論文，探討「憂鬱症」病因在各學術領域中的解釋為何？選擇「被引用次數遞減」方式的原因，是因為筆者假設越多人引用的論文，表示其憂鬱症觀點的影響越廣，目前預設二大可能性：

一、生理因素。憂鬱症為「實在論」，換句話說，「憂鬱症」的產生為大腦物質分泌出現差錯，所以導致人體的不適，視為「疾病」，是因為醫學領域研究發現憂鬱症的存在，而生產許多研究知識，無意中導致藥商龐大的利益產生。

二、社會因素。「憂鬱症」是社會建構的產物，因為有利可圖，所以正常的生理現象透過專家知識的建構，賦予疾病的範疇，使得大量利益產生。

無論何種因素，專家知識皆必須透過「論述」讓社會大眾接受，因此透過論述分析進行文本的解構。目前論文之蒐集，筆者將論文出版的系所大致分成六種領域：

【表 2-5-1】憂鬱症論點論文領域

領域	學年度	論文出版系所
醫療相關領域	87~94	包括流行病學、醫學、護理、行為醫學、環境醫學。
教育相關領域	88~96	教育相關學校與系所，包括教育大學諮商與輔導相關系所。
非師範體系諮商與輔導相關領域	93~95	非師範大學與教育大學之輔導與諮商學系。
社工、兒福相關領域	89~90	包括社會工作、社會政策與社會工作、兒童福利。
心理相關領域	87~90	包括心理學領域。
其他領域	87~93	包括犯罪防治、統計學、生活應用科學、生死學、高階經營管理、衛生政策與管理。

資料來源：研究者自行整理。

各領域之樣本學年度與樣本數並無刻意選擇，因透過國家圖書館博碩士論文網「被引用遞減」之功能篩選較多人引用之論文，所以篇數的多寡可能與社會變遷與研究領域發展的時間長短有關。透過不同領域關於「憂鬱症」的論點整理，可看出「憂鬱症」論述對各領域的影響是非常深遠的。以下以不同領域進行探討。

第一，醫療領域將年齡分成三階段，兒童、青少年與老年。雖然年齡層分布廣，但是對於憂鬱症狀的診斷項目中並無特別註明不同之處，「DSM-IV 的兒童疾患中，並沒有憂鬱症的診斷項目，但基本上兒童憂鬱症狀的表現與成人雷同。」〈邱郁雯，2003〉由此可知，精神醫學雖為科學理性下的產物，卻對於判定是否為憂鬱症之準確度無法像感冒或是癌症般，給予精確標準。

此外，許多因素會影響憂鬱症的發生，例如老年人除了身體健康、社會支持、家人支持等原因之外，退伍軍階與經濟狀況良好與否也存在著關聯，「憂鬱症之有無，會因退伍軍階及經濟狀況之不同，而出現統計上顯著差異。」〈趙珮璇，2003〉或許與社會變遷、歷史背景有關，退伍軍階對於大多數榮民是過去的回憶，也是彼此人際溝通的共通點，當離鄉背井來台之後，家庭因素被抽離原有的生活，互相扶持的可能不是家人而是有共同遭遇、生死與共的同袍，官階、軍隊、上司、下屬對他們而言就可能成為重心的依託。

第二，因屬於教育相關領域，因此論點大多為在學學生之憂鬱傾向與因素，且認為外在壓力〈同儕、課業、工作等〉與家庭教養態度是影響各年齡之憂鬱程度的原因，「在社會因素之外，家庭排行、父母親教育方式也可能導致精神方面問題。」〈郭芳君，2003；徐世杰，2003；王黛玉，2005；楊錦雲，2005〉並且皆會討論該如何篩選憂鬱傾向之學生，「學習克服憂鬱之方法，並且透過測驗、評量工具檢視憂鬱症狀。」〈陳柏齡，2000；徐世杰，2003〉並且要透過學校資源給予改善憂鬱症狀。

在此類別中性別也成為討論對象，女性憂鬱感仍然高於男性，例如「婦女對孩子有高度依附感，日後與子女分離恐怕會有憂鬱情形產生。」〈黃千慈，2004〉或是「女性憂鬱症大於男性。」〈蕭雅竹，2004〉起因可能為女性的角色衝突、或是與子女的依附關係改變等，易造成婦女產生憂鬱傾向，甚至在中小學教師憂鬱感的討論中更提及未婚的女教師憂鬱感偏高，「中小學教師、兼任行政工作之國中教師、國小資源班教師，因工作壓力大，憂鬱感較高。」〈馮美珠，2008；鄭媛文，2005；陳秀玉，2003；邱從益，2004〉換句話說，我們可以推論女性在憂鬱症論述中仍然必須「回歸家庭」，有家庭支持才能降低憂鬱感，但是矛盾的是在職場工作之婦女容易因角色衝突或期待而產生憂鬱感。

且筆者發現教育相關領域之論文篇數是最多的，可以推論因民國八十三年教育部推動「師資培育法」開始，一連串的法令規範下，許多教師踏上在職進修這條路。「原本的師範學院、大學等機構在民國八十一年起即陸續開辦研究所，而在職進修最後的提倡也希望教師能繼續參與研究進修為主。」〈陳姿潔，2008〉在這樣的時空背景之下，即可解釋為何教育相關領域之論文產出是最多的。

第三，非師範體系諮商與輔導相關領域之論文數量被引用較少，或許與成立時間或論述形成時間較晚有關，與「教育相關領域」不同的是小學生憂鬱傾向的性別差異不同，教育相關領域中，女生的憂鬱傾向高於男生，而在此領域中則是「小學生『整體憂鬱傾向』中，男生高於女生。」〈黃曉雯，2007〉，不過壓力依然是造成憂鬱傾向的原因。

第四，社工、兒福相關領域中則會探討高風險家庭中主要照顧者之壓力來源，青少年依然與課業壓力、不當教養、家庭關係脫離不了關係，外在因素仍然是導致憂鬱傾向的主導者，「外顯偏差行為或是內隱性的憂鬱症狀，本質上都只是一種回應壓力的行為。」〈陳杏容，2001〉

第五，心理相關領域出現兩種與上述其餘領域不同的說法，一為壓力對發病有密切關係〈非內因性〉，「對非內因性憂鬱症患者而言，生活壓力與其發不發病有密切關係。」〈柯慧貞，1989；郭肇元，2003〉；二為壓力與發病無顯著關聯〈內因性〉，「對內因性憂鬱症而言，生活壓力與其發病則無顯著關連。」〈柯慧貞，1989〉，不過兩者皆必須接受藥物治療。

第六，其他領域的觀點與前五項領域並沒有太大的差別，壓力與家庭背景、教養態度依然是主要誘因，但在此分類中，不再只侷限兒童、青少年與老人的憂鬱傾向，首次發現受刑人的憂鬱傾向探討，不過主要因素仍然為壓力導致憂鬱症產生。

憂鬱症之論述目前仍以「實在論」為主，就是憂鬱症是既定存在的事實，與建構論的立場不同，實在論並不覺得憂鬱症是「發明出來的疾病」，而是認為憂鬱症是因為大腦分泌物質或神經傳導物質出現錯誤，而因外在壓力、環境等因素引發的生理疾病。若以實在論的觀點而言，引發憂鬱症的外在因素種類繁多，大致可分為下列幾點：

一、壓力。不同年齡層、職業有不同的壓力，學生時期大多為課業、同儕相處；出社會之後則是工作、家庭、經濟壓力；直到老年仍然必須面對身體逐漸衰老、何處去的壓力。

二、家庭。包括父母婚姻、家中排行、經濟狀況、父母教育程度等因素。家庭對兒童與青少年有很大的影響，因此無論哪個領域皆探討家庭對子女的影響，且憂鬱傾向是否與家庭有關。

三、角色衝突。角色衝突論述最常出現在職業婦女身上，婦女職場工作可能導致家庭無法兼顧，家庭無法得到完整的照顧，因此造成的壓力可能導致憂鬱傾向。

最後，不同領域討論憂鬱症的篇數不同，尤其是教育相關領域之論文篇數是最多的，可以推論因民國八十三年教育部推動「師資培育法」開始，一連串的法令規範下，許多教師踏上在職進修這條路。在這樣的時空背景之下，即可解釋為何教育相關領域之論文產出是最多的。

在眾多論文中，不難發現不管是何種研究領域，皆認為憂鬱症是「疾病」、是「生理狀況」，所以必須接受治療，也就是「實在論」的觀點，正符合目前的主流論述。除此之外，論文中有些特定論點與論述的對象，讓人不禁懷疑憂鬱症是為了符合社會規範中的理想狀態而建構出來的疾病，也就是「社會建構論」的觀點。

第一、認為憂鬱症是可以透過量表測驗的，因此學校輔導單位必須讓學生填寫量表或問卷，掌握每個學生的情緒狀況。型塑有憂鬱傾向的孩童是不健康的、是需要矯正的，所以透過測驗，篩選不健康的孩童。

第二、外在壓力是憂鬱症主要來源，所以不分年紀，每個人要有舒解壓力的管道，否則後果不堪設想。

第三、表面上是為了我們的心理狀況設想，但是這些論述的背後卻隱藏著社會規範，提醒我們要符合社會規範中的理想狀態，例如，婦女應盡家庭責任，不能只有投入工作；單身的女性較非單身女性易患有憂鬱症；有幸福家庭的孩子不容易患有憂鬱症；老年人的晚年生活不快樂或是身體不健康易患憂鬱症等觀念。間接都在提醒我們理想的女性、幸福的家庭應該是什麼樣子，且子女應盡義務，使老年人有無憂無慮的晚年生活。

這些社會規範透過醫療的手段監督著我們，不符合社會中的理想狀態，可能就患有憂鬱症，必須透過治療有效率的回復「正常」生活，這正符合「醫療化」的概念。

第六節 反精神醫學論述如何解構精神醫學

透過上述的文獻發現目前精神醫學的主流論述已經認定情緒問題是一個生理上的疾病，以生物學觀點來解釋人的情緒問題，也就是主張生理〈內因性〉的因素，例如，生物、遺傳、基因、內分泌異常、神經傳導物質異常等因素，而環境或社會才是導致病發的誘因，例如，負面的生活事件、挫折的人際關係等，但是有些反精神醫學論述的組織〈例如，公民人權委員會〉認為精神醫學根本是不科學、不存在的。

現代西方醫學自恃專業，為一霸權領域，而將現代社會中的許多現象視為精神方面問題，所以每個人都必須依賴精神科醫生來解決問題，而反精神醫學論者的觀點大致可分成三部分：政府〈國家監控〉、專家知識〈精神醫學界〉、市場〈藥廠〉，這三者的循環造成一個龐大的利益市場，而這是令人所詬病的。

一、關於反精神醫學〈Anti-psychiatry〉

在 1960 年代出現反精神醫學的組織與相關理論，他們質疑精神科學的普遍性與客觀性，主要是受 Michel Foucault(1926-1984), RD Laing(1927-1989), Franco Basaglia(1924-1980), Thomas Szasz(1920-)四人的影響¹⁷，但是「直到 1967 年『反精神醫學』(Anti-psychiatry)一詞才由 David Cooper(1931-1986)提出」。〈Cooper, 1967〉反精神醫學的主張分為下列幾點：

- 〈一〉 精神疾病的定義或診斷過於模糊。
- 〈二〉 精神醫療所帶來的傷害大於治療。
- 〈三〉 以過度醫療概念和工具將人的正常行為定義為精神疾病。
- 〈四〉 不科學的診斷分類，例如，精神疾病診斷與統計手冊。
- 〈五〉 以未經過驗證的方式排除精神困擾。
- 〈六〉 濫用權力在病人身上，且通常是違背病人意願的。
- 〈七〉 病人和精神科醫師之間的權力關係，透過制度〈機構〉有效的控制病人。
- 〈八〉 精神醫學與製藥公司或保險公司有財務上的往來，而忽略醫療道德。
- 〈九〉 透過公權力強迫所有人接受精神醫學的預防與治療，剝奪患者選擇其他方式的權利。

¹⁷ 參考自維基百科網站，<http://en.wikipedia.org/wiki/Anti-psychiatry>，瀏覽日期：2011 年 5 月 6 日。

在反精神醫學陣營的眼中，精神醫學是不科學、不客觀的領域，透過沒有根據的診斷分類〈如 DSM〉與醫療機構〈如醫院、療養院〉將人的情緒及行為醫療化，且透過公部門的公權力將精神醫學的觸角延伸出去，將自己視為正統的醫療方式，邊緣化其他的處置方式，迫使所有人相信並接受精神醫療，而精神醫學與製藥公司間的合作關係更令人震驚，既然精神科被視為不科學的領域，又如何能夠以藥物「對症下藥」呢？使人不禁懷疑使用藥物帶來的龐大經濟效益才是精神醫學發展的原因。

反精神醫學認為精神醫學的分類中包含著社會因素，反映著當時社會的道德觀，以 Foucault 對瘋癲的研究可以發現瘋癲在不同時期有不同的形象，在 15 世紀時，瘋癲代替麻瘋病人成為社會排除的對象，透過愚人船將被視為瘋癲的人流放至其他地方，但是當時瘋癲是存在於人們的日常生活中的，他們的行為或是語言可能代表神的旨意，甚至出現在許多的文學作品當中。

到了 17 世紀，瘋癲成為被監禁的對象，不符合當時社會規範者即為所謂的「不正常」的人，包括「道德敗壞者、揮霍家產的父輩、放蕩的不肖子孫、褻瀆神明的人、想放縱自己的人、自由思想者、貧困、懶惰、邪惡和瘋顛。」〈Foucault 著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961〉監禁並不是出於醫療的需求，而是出自於管理的方便，這些不符合道德規範者即放入監禁的機構中。直到 18、19 世紀，因臨床醫學的出現，瘋癲成為「精神疾病」，既然是「疾病」就必須接受治療，過去對待瘋癲的方式是不人道，須透過專業的精神醫療給予人道的治療。

透過上述瘋癲的轉變可發現，精神疾病背後包含著社會因素，不符合「正常」者可能被冠上精神疾病的標籤，但是卻可能因為隨著觀念改變而有不同標準與分類，並不是客觀科學的發現結果，因此反精神醫學陣營會批評與懷疑是很合理的。有疾病就會有對應的治療藥物，反精神醫學認為精神醫學與資本主義市場有很大的利益共謀關係，透過由 Thomas Szasz 創辦的公民人權委員會(CCHR)提供

的資訊可發現政府、專家知識與資本主義市場三者之間的關連非常密切，當追求利潤的觀念影響過於龐大時，專家知識成為賺錢的工具，監督的政府組織卻不再有監督功能，而是成為精神醫學論述的推手。

二、精神科藥物史

首先，先大概了解精神科藥物的發展歷程，目前許多人都認為藥物是最有效率的治療方式，但是精神科藥物與精神疾病的關係就像是「先有雞還是先有蛋」的問題，主流論述認為精神疾病是因為生理因素所產生，因此先有疾病之後才針對病徵，發明對應的治療藥物，但是持反精神醫學論述者則認為，是因為藥物帶來的利潤相當高，因此藥廠需要製造疾病讓他們所發明的藥物治療，也就是「先有藥物才有疾病」，這與主流論述「先有疾病才有藥物」的觀點相當不同。

精神醫學從 19 世紀的瘋人院開始就已經出現了，但是當時的精神科醫生只是療養院的看護，他們並沒有治癒心理疾病的方法，所以在主流醫學中，專業醫生並不把它們視為「真正」的醫生，而為了提升自己的地位，所以必須證明這是科學的領域。

早期為了控制療養院裡病患的行為，醫生使用沒有任何的治療功效的藥物，而且還很容易上癮，造成更多需要照顧的人，許多藥物更是我們現在所認為的毒品。「抗精神病藥物原被稱為重鎮定劑〈major tranquillizers〉，後又稱為精神治療劑〈neuroleptics〉，最早出現的是 1950 年代晚期用於臨床的…直到 1954 年史克藥廠的冬眠靈〈索拉辛〉上市才有了轉變，原本是人工染料，後來發現它可以關閉人的運動控制系統。」¹⁸根據上述文獻可發現，反精神醫學隱射藥物的發明並不是因為疾病而產生，而是先有了藥物之後才發現它可以抑制某種精神狀態。

¹⁸參考自公民人權委員會網站，《精神失常行銷術》影片，
<http://www.cchr.tw/videos/marketing-of-madness.html>，瀏覽日期：2011 年 4 月 22 日。

因為在過去治療精神疾病是以「腦葉切開術」為主，自從冬眠靈上市之後，代替了風險極高的手術行為，因此史克藥廠大力宣傳，並且請具有影響力的醫生代言，這是全球大型藥物行銷的先例。「在 1954 年之後的 20 年內，藥廠的收入成長了 5 倍以上，全球有 25,000 億人曾使用冬眠靈或是同種類的藥物。」¹⁹

同樣的，藥物有它的副作用，被規定只能在療養院中使用，因此銷售對象有限，所以「在 1955 年發明了新藥物以提供廣大的一般大眾使用—眠爾通，是一種輕型的抗焦慮劑，藥廠同樣的展開一連串的行銷策略，訊息散播到整個醫療界，60 年代眠爾通營業額達 2 億美元，是有史以來銷售額最高的一次」²⁰，也是因為有眠爾通這個例子，所以導致之後陸陸續續出了許多針對一般民眾的精神科藥物，但是同樣的，這些藥物都會對人體產生極大的傷害，但是精神病學界忽視這些訊息，因為這些藥物使得精神科醫生的地位大大提升，心理問題與心靈沒有關係而是成為「精神疾病」。

從反精神醫學的文獻中發現，自從百憂解的出現，越來越多的人被診斷患有憂鬱症，並且形塑抗鬱劑是安全、適用於每個人的生活用藥。憂鬱症成為當時重要的話題，但是當藥物專利到期之後，精神科醫生和藥廠承認百憂解會導致自殺與暴力行為的產生，根據估計，「光是百憂解的負面案例就有 390 萬件。」²¹。

新藥推出、疾病診斷率上升、專利到期，這三階段不斷的循環，媒體與精神醫學界也都稱新藥的推出是「突破」，但是這循環的過程中牽扯許多的利益，但這是一個不科學的判斷過程，精神科醫生在反精神醫學人士的眼中，只是一群會開藥的業務員，既然沒有科學測試，又怎麼能夠證明心理問題的存在。

¹⁹ 同上註。

²⁰ 同上註。

²¹ 參考自公民人權委員會網站，《精神失常行銷術》影片，
<http://www.cchr.tw/videos/marketing-of-madness.html>，瀏覽日期：2011 年 4 月 22 日。

三、精神疾病診斷與統計手冊〈The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱 DSM〉

需要有「疾病」才能使用藥物，因此精神醫學界界定了人們許多情緒或是必須符合社會規範的標準，不在常態分佈中的就被視為生病了，這些都被納入精神疾病診斷與統計手冊〈The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱 DSM〉當中。精神疾病診斷與統計手冊是精神醫學界的聖經，由美國精神醫學學會〈American Psychiatric Association，簡稱 APA〉出版，自 1952 年至今已經歷 4 次改版，2012 年 5 月將會出版第五版，內容記載了各式各樣的心理疾病與症狀。

1952 年出版了 DSM-I，共 130 頁，內容有 112 種心理疾病，由 APA 組織中 20% 的醫生投票決定有哪些是疾病、哪些可以放進手冊中。1968 年出版 DSM-II，疾病數量增加至 145 種，由於當時眠爾通與煩寧大受歡迎，所以必須在手冊中找出可以開這兩種藥物的疾病，根據精神失常行銷術影片中的描述，發現當時 APA 的成員在自己的文章中指出精神疾病的原因假設，「在精神科醫生約瑟夫史卓特的論文裡，找到他無法證明人腦的化學成分為何，但他假設心理疾病可能是大腦神經素傳導的失衡所引起的。」²²這樣的說法成為精神醫學界採用的基礎，雖然只是假設的論點，但是卻成為日後精神醫學界發展的合理根據，可是這樣不合理的論點在 1972 年時曾被揭穿，當時心理學家羅森漢醫生與 8 名健康的自願者走進一家精神病院，都向醫生陳述同樣的症狀，醫生馬上將他們送進醫院並給予治療，羅森漢被醫生診斷為「偏執型精神分裂症」，而其餘 8 名健康的同伴也被診斷為精神分裂症，之後因為這 9 人表現出「正常」的形象，隔沒多久他們就被醫生宣布可以出院。當精神醫學界得知這樣的實驗結果之後便向羅森漢下戰帖，要他再送健康的人進去，他們可以分辨出假病人，隔了幾個月之後他們宣稱他們一

²² 同上註。

共找出 41 個假病人，但是有趣的是羅森漢並沒有送任何人進去。根據羅森漢的實驗可以發現，事實上精神醫學界並沒有辦法分辨理性與瘋狂的區別，對於大腦神經傳導失衡的說法也只是假設的觀點。

1980 年出版 DSM-III，確立以人腦為焦點的生理理論，與前兩冊不同的是，它假定心理疾病導因於人腦的生理異常，且不討論導因為何，只提供醫療人士症狀的清單，但是描述的症狀太過於廣泛，人的一生中都有可能遇到，加上疾病的背後包含許多社會因素，如同性戀在第一版與第二版中原本被視為精神疾病，但是因社會輿論的改變，使得在第三版中就刪除了同性戀。但是像同性戀的案例並不多，通常只要列入手冊中就很難刪除，所以使得手冊越來越厚。1994 年出版 DSM-IV，裡面共有 347 種疾病，頁數達 886 頁，列出的疾病數量是第一版的三倍以上，無論是醫學界、醫藥界，甚至是法律界等，皆將這充滿疾病分類的手冊視為圭臬。DSM 每年改版的同時，都會增加新的族群、新的疾病，範圍會不斷的擴大。而 APA 表示，「決策小組中有許多人與藥廠有利益關係，因為精神科醫生每年開的處方可以讓藥廠獲利 800 億以上。」²³

四、資本主義的運作

上述之精神科藥物與精神疾病診斷與統計手冊在精神醫學中被認為佔有重要地位，而透過疾病數量不斷增加的精神疾病診斷與統計手冊，使得能夠銷售的藥物也越來越多，而在本章節一開始即點明政府〈國家監控〉、專家知識〈精神醫學界〉、市場〈藥廠〉三者之間有龐大的利益往來，這與資本主義的發展有關，利益的追求成為資本主義的首要目標，透過資本主義之討論，思考醫療商品化與市場化的現象。

在資本主義出現之前的社會已經有買賣行為的發生，生產商品的目的是為了

²³參考自公民人權委員會網站，《精神失常行銷術》影片，<http://www.cchr.tw/videos/marketing-of-madness.html>，瀏覽日期：2011 年 4 月 22 日。

換取其他東西，而不是自己消費，是小規模的商品生產，但是這個時候的商品生產還沒有像資本主義社會中那樣的普遍，馬克思認為這個時期有兩種經濟活動在進行，「商品—貨幣—商品；貨幣—商品—貨幣」〈Mandel, Ernest 著，張乃列(譯)，1998〉初期的行為是生產者將商品販賣成為貨幣，而在用貨幣去購買自己需要的商品，例如，果農到市場販賣水果，再用賣水果的錢去買米，以供自身所需。但是有另外一種人身上帶的不是商品，而是貨幣，以貨幣購買商品，再以高於買進的金額賣出，透過這樣的方式不斷的累積資本，利潤的累積成為一切經濟行為的目的：

現在我們來給資本下一個定義，他是一個由剩餘價值來增值的價值，不論這種增值係發生在商品流通的過程中，……凡是賴剩餘價值來增加的價值都是資本；既然如此，所以資本不僅存在於資本主義社會中，也存在於所有小規模商品生產為基礎的社會裡。〈Mandel, Ernest 著，張乃列(譯)，1998〉

有了資本與市場還不能滿足這些資本家，還必須保證他們的利潤不會受到損失，國家就必須干涉經濟活動，「國家對經濟生活的干涉，管理經濟、經濟計劃、指導性的設計等，是一點也不中立的。」(Mandel, Ernest 著，張乃列(譯)，1998) 國家遊走在不同資本家之中，國家視利益關係給予資本家好處，例如，美國食品藥物管理局的審查小組雖然是政府組織，同時也是監督者，但是也可能同時身兼藥廠顧問與研究專家。

在追求利潤的前提下，任何經濟行為皆必須以最低的成本以達到最高的利潤為目標，醫療也受此種觀念的影響而成為資本主義的產物之一，西醫壟斷醫療市場建構自身的專業，透過證照制度、國家政策排擠其餘的醫療行為，知識成為買賣的商品，不斷的擴大疾病範圍、建立健康標準，使我們處在更大、更廣的醫療框架之中，每個人都是醫療產業的消費者，且國家以「國民健康」為理由的健康

保險制度也成為醫療產業日益龐大的因素。

在公共衛生的觀念下，政策的主導者為了民眾的健康，投入大量的資源擴建醫療院所、培養專業醫療人才、發明更多有效的藥物減少疾病的發生，但是疾病是因為醫療發展、醫藥科技而減少的嗎？「在 1976 年的『麥克翁論述』〈Mckeown Thesis〉中發現，在英國的傳染病死亡率下降與醫藥介入無關，在死亡率下降時，藥物和疫苗的發展才發生。」〈胡幼慧，2001〉可見藥物的發明與疾病本身並無絕對的關係，但是目前主流論述仍相信是因為醫藥的介入才使得疾病減少、使得公共衛生品質提高，認為為了全民健康福祉著想，我們必須藉由醫療的介入預防疾病的發生，因此有越來越完善的制度與產品保障我們的健康，但是「現今的醫療制度的發展模式已經大大影響人類的健康，成為製造疾病的產業〈sick-making enterprises〉。」〈胡幼慧，2001〉

醫療產業並非想像中的完美，它的副作用可能使本意由維護民眾健康的藥品，成為危害健康的來源，當醫師在藥廠的贊助下到世界各國開會，發表藥廠新藥物或是新醫療儀器時，媒體更是將這些產物視為醫療上的新突破，大肆的報導，而民眾完全的接受這套從政治、經濟等全面的論述控制，成為主要的消費者。

國家健康保險政策也與資本主義有關，健康保險須以國家稅收為基礎，且必須在收支平衡的狀況下給予最高的保障，因此健康保險當中的支出，包括藥物、醫療器材等都算是成本，以台灣為例，健保局限定醫院醫療支出預算，因此醫院為了維持運作，必須考量醫師開出的藥物價格高低，因此醫院當然會以低價格的藥或是有合作關係的藥廠為主要購買對象，盡量將成本降到最低。此外，因為制度的關係，醫師必須考量醫療服務的營收，導致「三長兩短」²⁴〈劉梅君，2008〉的情況發生，在短時間內診斷大量的病患可能導致醫療服務品質的下降，患者權

²⁴ 指台灣民眾求診的普遍經驗，所為「三長」指的是掛號排隊時間長、等候問診時間長、領藥檢驗時間長，「兩短」則是指看病問診時間短與解釋病情時間短。〈劉梅君 2008：154〉

益受損，這也是近年來許多學者批評的一點，從上游健保局的成本考量至下游醫療院所的生存，這一切都是以資本主義「利潤最大化」的觀念為圭臬，如此才能確保一切運作正常。

同樣的，藥廠也必須追求利潤，現在的製藥產業已經成為龐大的跨國產業〈transnational companies, 簡稱 TNCs〉，不僅利潤高，更有政府給予合法的幫助，透過法規或是獎勵補助條款，鼓勵藥廠開發新藥等方式，使製藥業更能蓬勃發展、更有競爭力，而新藥的發明更因為「專利權」使得藥品利潤更高，「全球主要藥物大部分經由富裕國家的藥廠研製和生產，這些藥廠集中研製富裕國家有能力支付且利潤高的藥物，由於它們受到西方「專利權法」的高度保護，因而能將藥價訂的很高。」(胡幼慧，2001) 因藥廠財力雄厚，也成為國家收入的一部份，使得政府組織在制定相關法規時必須考量這一層因素。

在前面的章節中提過藥廠如何行銷藥物，研究者認為「商業行銷」也是資本主義下的一種產物，透過行銷的方式將產品販賣給越多的人越好、獲得的利潤越高越好，所以商業組織必須有一套推銷的「戰略」，無所不用其極的將自家的產品推銷出去，任何產品皆是如此，業務員首先必須了解消費者的背景與需求，例如，藥廠的業務員在推銷產品之前須了解醫師的執業方式、屬於什麼科別、喜好使用的藥物、醫師的嗜好或興趣、是否閱讀臨床文獻等，推銷的對象也必須慎選，有的醫師可能是所屬領域中的領袖，假若向他們推銷成功對於其他的醫師較有說服力，藉由業務員的觀察，或是同業對醫師的評價等方式，盡量去開發新客源，在藥界有個有名的巴瑞特定理：「20%的醫生，創造我們 80%的生意。」(Cebedo、賴宗成，2001) 將大多數的精力與時間花在具有潛力的醫師身上才能事半功倍，但是「醫師與藥廠業務互動越頻繁，欲傾向藥品的『廣告』訊息，而不注重藥品的『科學』見解。」〈Moynifan and Cassels 著、張艾茜(譯)，2006〉

醫師也不是完全接受業務員的推銷，可能會考量藥物的副作用等負面影響，

因此業務員在說明產品時必須整理大量的臨床研究文獻說服醫師藥品是安全且有療效的，並附上試用品，除了為自家產品打廣告，有時候具有教育的功能，醫師可以透過試用品教導患者如何使用，但是試用品並不是送的越多藥品銷售量就會越高，「不應該超過整體銷售額的 5%。」〈Cebedo、賴宗成，2001〉對醫師而言，藥廠業務的推銷是無處不在，除了醫療場所之外，醫療展覽會場、進修會議等也是推銷的好時機，無形中影響醫師的認知，接受藥廠的產品，但是有許多人並不是真的需要這些藥物，而是受到不當行銷的影響，又或者是因為藥廠與醫師間的利益勾結，使得藥物的銷售量每年不斷的攀升。

回到本論文的主角憂鬱症為例，憂鬱症目前被視為是一種普遍的精神疾病，任何人都有可能患有憂鬱症，精神醫學界認為最可能的原因是因為腦中血清素的不平衡所導致，因此必須使用最有效的藥物—選擇性血清素再吸收抑制劑〈SSRI, Selective serotonin reuptake inhibitor〉，包括百憂解、樂復得等。業務必須向醫師大量的推銷這類藥物，「在 1990 年代，有些國家這類藥物銷售量竟然竄升 3 倍，使治療憂鬱症藥物成為銷售量很高的藥物之一，為藥廠帶來 200 億美金以上的收入。」〈Moynifan and Cassels 著、張艾茵(譯)，2006〉如此龐大的利潤，藥廠業務當然會努力推銷自家產品，但是透過業務的行銷，也將憂鬱症形成的生物觀點與化學解決的治療方式傳播出去，邊緣化其餘的論述。

在資本主義的觀念下，醫學產業不只是為了人類健康而存在，而是成為具有廣大消費群與我們不得不遵從的領域，正常的生理狀況成為「疾病」、成為被販賣的「商品」，面對人群感到害羞成為「社交焦慮症」；月經來臨前的不適感成為「經前不悅症」等，尤其當專家知識與市場結合，監督系統也不再完全獨立時，則容易發生利潤為目標的共謀行為，但是做為「消費者」的我們又怎麼願意去消費精神醫學呢？

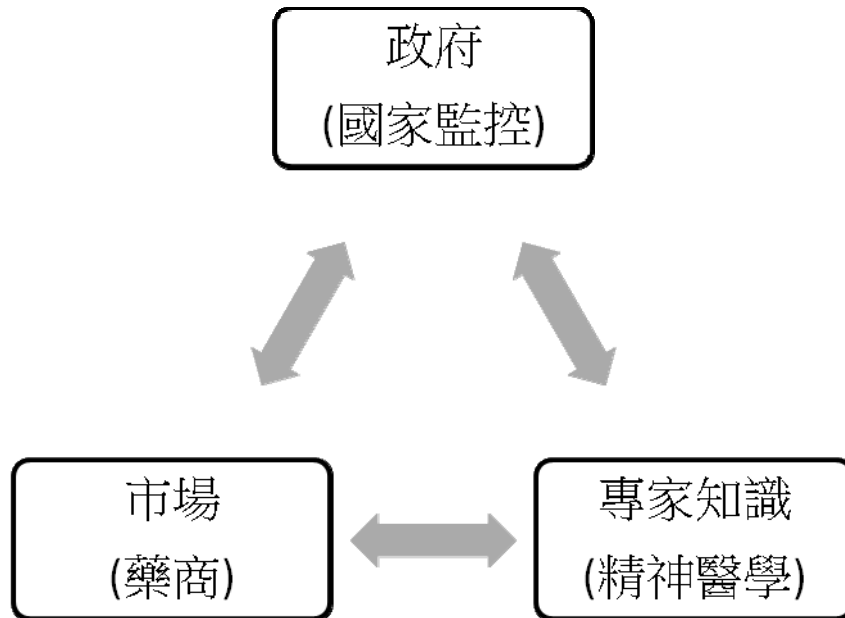
當精神醫學的觀點透過各種方式滲透進我們的日常生活時，這些觀念在無

形中成為所謂的「意識形態」〈ideology〉。社會中都會有些被認為理所當然存在的想法或觀念，成為大眾行事的基礎，在生活世界中，我們的經驗或思想通常會有意識或是無意識地表現在這種文本當中，例如，宗教信仰。成為主流的意識形態會以自己為標準，不論真實與否，排除其他的作法，並且這些組織包括政府等，為了掌握權力會影響社會大眾的想法，也就是建立一套新的意識形態。

以精神醫學為例，精神科醫生一直想要像專業醫生般得到重視，所以透過精神科藥物來治療人們的心理問題，並且告訴所有的人心理問題必須靠藥物治療，透過各種方式將訊息傳遞給所有的人，直到精神醫學的觀念深植人心，變成理所當然、眾所皆知的論述。「疾病」也成為社會規範的工具，在「醫療化」的觀點中「為了達到維持社會規範的目的，為了減輕因為違反社會規範而衍生的困擾，醫療取向逐漸從眾多做法中脫穎而出，成為適當地監控處理那些困擾。」〈張苙雲，2009〉例如，我們可能會因憂鬱情緒而無法工作或是無法成為稱職的母親，這是不符合社會形象的，所以精神醫學告訴我們是因為患了「憂鬱症」，要接受醫生的治療，透過易懂方式才能使母親回復正常的母親形象。

五、政府〈國家監控〉、專家知識〈精神醫學界〉、市場〈藥廠〉的「旋轉門」關係

【圖 2-6-1】利益循環圖



資料來源：筆者自行整理。

反精神醫學界認為政府〈國家監控〉、專家知識〈精神醫學界〉、市場〈藥廠〉三者之間有著不單純的合作關係，彼此互利共生使得精神醫學論述對人們的影響越來越深。

因資本主義追求最大利益的概念太過於龐大，使得精神醫學也成為資本主義下的產物，在反精神醫學的觀點中精神醫學是一門販賣疾病的領域，美國食品藥物管理局〈簡稱 FDA〉的審查小組為精神科醫生，而這些醫生與藥廠間有利益衝突，遊走在政府組織、精神醫學界、藥廠之間構成「旋轉門」²⁵，這些醫生同時是監督者，卻同時又是行銷者，「1990 年『處方使用者付費法』通過之後，FDA 查藥物工作經費，有一半以上都是直接來自製藥界贊助。」〈Moynihan and Cassels

²⁵參考自公民人權委員會網站，《狠狠撈一筆》影片，<http://www.cchr.tw/videos/making-a-killing.html>，瀏覽日期：2011 年 4 月 22 日。

著、張艾茜(譯), 2006) 在每種藥之中收到一筆不小的費用, 以確定精神科藥物會快速的通過核准程序, 而新藥越快核准, 就越快可以賺錢, 即使 FDA 要求藥廠必須支付新藥的申請費用, 但是這跟藥物上市後的獲利比起來, 根本不足以掛齒。

在藥物行銷的部分, 必須先以開藥者—精神科醫生為推銷的對象, 精神科醫生在醫學院期間就會因為藥廠對學校或研究的贊助, 使得學校課程會安排關於精神科藥物的療法上。另外, 醫生可透過醫學期刊獲得訊息, 在期刊中有許多關於醫療產業的廣告, 藥廠也會贊助期刊發行, 除了供同業閱讀, 也提供給媒體引用, 因此這些研究報告就算研究過程證據不足, 也會被採信。例如, 因精神醫療不是科學性的領域, 所以無法以客觀的方式進行測量, 或是不考慮中途退出的受試者, 玩統計數字上的遊戲, 只需要保留對藥物有利的結果即可, 只因研究計畫是由藥廠所資助, 而這些訊息本身就不是客觀的訊息, 在媒體的傳播之下影響閱聽人的認知。在向精神科醫生推銷之後, 他們還必須向其他科別醫生推銷, 並且在由政府要求的在職訓練中, 活動大多為由藥廠雇用的醫藥教學公司主辦, 「美國每年要花費 10 億美金在這方面, 但其中有一半左右是來自製藥業。」(Moynifan and Cassels 著、張艾茜(譯), 2006) 藥廠聘請有名望的精神科醫生主持, 或是藥廠贊助活動、交通費等, 讓醫師在活動學到如何使用新藥與多少人需要用藥, 這是對醫療界最有效的行銷方式。

即使向醫生推銷藥物成功, 沒人消費也是白忙一場, 因此在醫療專業之後的推銷對象為「一般社會大眾」。藥廠透過廣告促銷最賺錢的品牌, 銷售對象不再侷限於醫療界, 透過廣告延伸至一般社會大眾, 不只是販賣藥品, 同時也將疾病的觀念介紹給閱聽人, 「針對消費者的大量廣告宣傳, 說服人們服用他們其實不需要的藥物, 來治療他們其實沒有罹患的疾病。」(Pogge 著、楊惠君(譯), 2008) 越來越多的廣告把我們的日常生活常見的現象當成需要藥物治療的疾病, 「自

1998 年開始，藥廠向美國國會施壓，要求准許精神科藥物可以在電視上打廣告，只需要列出藥物的一些副作用就好。」²⁶開始有一些精神科醫生定期出現在電視節目中，告訴我們目前流行的心理問題有哪些，在電影、電視劇中提到精神科藥物，也就是所謂的「置入性行銷」，而且除了專業的醫學期刊之外，醫生也會在一般社會大眾能夠接觸的一般期刊、雜誌上投稿，甚至將醫療專業語言透過淺顯易懂的白話方式出版許多心理衛生相關書籍販售，讓一般社會大眾更容易取得資訊。在台灣，就筆者所知，因精神科藥物屬於管制藥品，因此並不能在媒體中廣告，但是不難發現憂鬱症常成為談話性節目中的議題，治療方式成為節目內容之一。

除了上述這些方式還不夠，「根據研究指出，全球有 2/3 的病人支持團體有部分收入是由藥廠或器材廠商贊助。」²⁷因此這些病友團體當然也鼓吹藥物治療，並且透過這些團體很容易拿到關於精神疾病的篩檢問卷，透過這些問卷就可以很容易的辨別我們是否患有精神疾病，但是人的情緒本來就是有高低，如果在低潮時做了篩檢問卷，很可能就會被貼上疾病的標籤。

既然藥廠與精神科醫生彼此間的利益是這麼的龐大，作為監控系統由政府組織不是應該介入管理嗎？透過精神失常的行銷術影片指出一個現象，FDA 作為美國食品把關的最高機構，精神科藥物的審核過程幾乎由藥廠所接管，審查小組的精神科醫生幾乎都與藥廠有利益關係，包括藥物在上市之前的實驗階段會發生實驗結果造假的現象外，新藥審核的過程因為監督者都是「自己人」，理所當然就會減短藥物實驗的時間，從 1 至 2 年變成幾個禮拜的臨床試驗，藥物就上市了，而需要長時間觀察的副作用的結果，卻因此而忽視了，受害的依然是長期使用精神科藥物的社會大眾，且在 FDA 核准新藥的過程中，除了「有助於創造一個新

²⁶ 同上註。

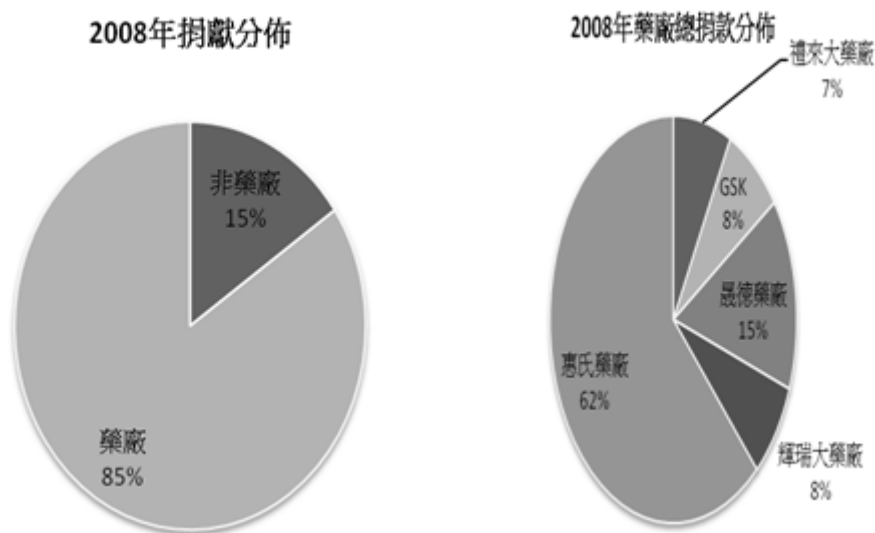
²⁷ 參考自公民人權委員會網站，《精神失常行銷術》影片，<http://www.cchr.tw/videos/marketing-of-madness.html>，瀏覽日期：2011 年 4 月 22 日。

藥品的消費者市場，同時也形塑了有關何謂「正常」(normality)的觀念。 (Fishman 著、陳慈慧、陳奕曄(合譯)，2004) 透過藥物的適用症分類，無形中除了增加疾病的數量，將疾病商品化，同時也將正常與不正常進行分類，加上國家願意助藥廠一臂之力，透過立法使精神醫學更加蓬勃，雖然是由國家立法規定的國民健康政策，但是背後在支持這項計畫的可能是藥廠。

在台灣，筆者在「台灣憂鬱症防治協會」的網站發現 2008 年至 2010 年的捐獻名冊²⁸中，經費來源有不少是來自藥廠，且協會中的理事成員多為精神科醫生、大學心理學教授、心理衛生主任等。下列為捐獻分佈圖，分成非藥廠與藥廠兩類，依捐獻名冊中的「姓名」判斷是否為藥廠，其中非藥廠為個人或是其餘公司行號。

〈一〉 2008 年捐款狀況：

【圖 2-6-2】 2008 年「台灣憂鬱症防治協會」藥廠與非藥廠捐獻比例



資料來源：憂鬱症防治協會網站。筆者繪圖。

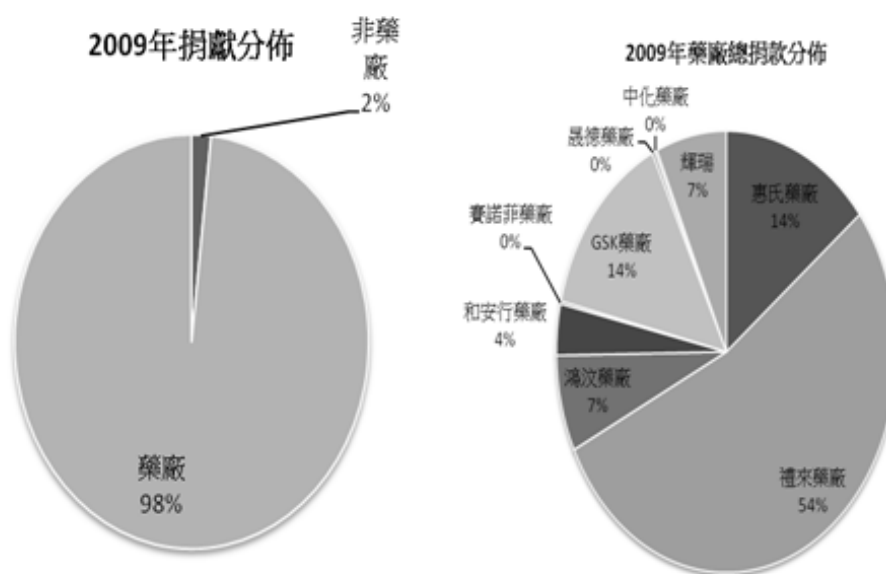
2008 年總金額為新台幣 774,200 元，藥廠的捐款佔當年全額的 85%，共新台

²⁸參考自台灣憂鬱症防治協會網站，http://www.depression.org.tw/love_thx.asp，瀏覽日期：2011 年 3 月 21 日。詳細內容請見附錄。

幣 655,000 元，非藥廠為 15%，其中藥廠的捐款中，金額最多的為惠氏藥廠，佔藥廠總捐款的 62%，共新台幣 405,000 元。

〈二〉 2009 年捐款狀況：

【圖 2-6-3】 2009 年「台灣憂鬱症防治協會」藥廠與非藥廠捐獻比例

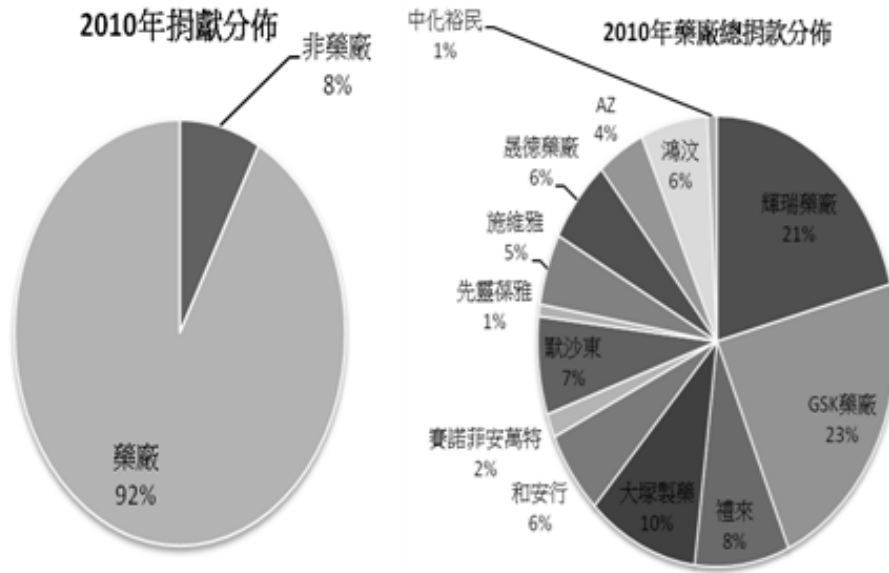


資料來源：憂鬱症防治協會網站。筆者繪圖。

在 2009 年，捐款的總金額較 2008 年高，共新台幣 1,442,798 元，藥廠的捐獻比例還是偏高，佔 98%，共新台幣 1,417,648 元，藥廠數量也增加了 4 家，其中最大的捐款者從去年的惠氏藥廠變成禮來藥廠，佔藥廠捐款的 54%，共新台幣 756,500 元。

〈三〉2010 年捐款狀況：

【圖 2-6-4】2010 年「台灣憂鬱症防治協會」藥廠與非藥廠捐獻比例



資料來源：憂鬱症防治協會網站。筆者繪圖。

2010 年的捐款金額較 2009 年少，共新台幣 1,325,630 元，藥廠佔總捐款的 92%，共新台幣 1,221,000 元，依然佔總捐款的大多數，捐款的藥廠數量也比前 2 年更多，主要以葛萊素史克藥廠〈GSK〉、輝瑞藥廠為主，兩家藥廠的捐款額佔所有藥廠捐款的 44%。

透過這三年藥廠對台灣憂鬱症防治協會的捐款可發現，筆者認為只能懷疑彼此間的旋轉門關係，藥廠的捐款為主要來源，且這三年主要捐款的藥廠〈惠氏藥廠、禮來藥廠、輝瑞藥廠、GSK 藥廠〉皆有生產抗憂鬱藥物，因此他們對於協會的捐款是理所當然的，且透過台灣憂鬱症防治協會的例子可證明，藥廠對於病友團體的贊助是事實，更可懷疑，因協會成員多為精神科醫生、大學心理學教授、心理衛生主任等，難道不會因為藥廠對協會的資助而改變他們對相關藥物的使用量或觀感。

從源頭的精神醫學是不科學的觀點到藥廠、精神醫學界、政府三者之間的利益關係，加上藥廠的行銷策略，使精神科醫學從非科學變成科學；精神科醫生從「照顧者」變成「真正」的專業醫生；使我們正常的人生經驗變成了疾病，當資本商業利潤超過醫療倫理規範，我們作為健康論述的主要乘載體時，卻已經將主流精神醫學視為理所當然，無形中接受這一系統的論述。

第三章 主要理論

本論文以「社會建構論」〈social constructivism〉為基礎，筆者認為憂鬱症雖然為科學下的產物，但是科學實驗結果在被認可的決策過程中，不僅僅是以客觀的數據研究為辨別標準，在研究的過程中，包含著研究者當下的社會價值觀與政治權力影響，透過 Foucault 由歷史檔案中對於「瘋癲」不同時期的轉變觀點討論不難發現憂鬱症不同時期有不同行為模式，隨著當下政治背景、社會演變以及價值觀的差異，而這樣多變的瘋癲狀態，直到近代開始被套上了「精神疾病」的外衣，所有不符合目前社會規範的行為、思想，透過「現代醫療」的診斷，針對瘋癲形式的展演類型，被戴上不同種類的神經疾病帽子，並透過醫療進行矯正，這正符合社會建構論的觀點，而在此前提之下，後續再以「疾病」、「醫療化」概念與台灣醫療歷史的演變討論憂鬱症在台灣之現象，而研究方法與樣本之選擇也將在此章節說明。

第一節 社會建構論 〈social constructivism〉

本研究所主張憂鬱症為「社會建構」〈social constructivism〉下的產物，社會建構是指「一件事物是否為真，並不在於事物本身的內在本質，而是來自社會群體的定義或共識形成。當人們共同相信某事物為真時，其結果就會對人們產生信以為真的效果。」〈周平，2010〉以憂鬱症為例，目前社會上流傳著一套憂鬱症的論述，即使致病原因與治療方式還沒找到真正的、正確的答案，可是目前憂鬱症論述卻是眾人所知且相信的，因此可以說憂鬱症論述是社會建構下的產物。

另外，目前社會論述以科學的角度解釋憂鬱症，但是科學知識的產生不只是經過實驗室科學家的研究而得到的結果，而是在一連串的實驗決策過程中，受到當事者的利益關係、意識形態、價值觀等多重因素的影響，「科學知識的形構，必然受利益、權力、意識形態等種種社會因素的影響。」〈陳瑞麟，2001〉也就

是科學知識在社會建構者的眼中是一系列受社會因素互相商討後的結果，科學家個人的生活文化、社會地位、價值觀等多重因素會影響個人的喜好與選擇，因此科學家在實驗的過程中未必會完全採信科學實驗的結果，除此之外，科學知識也受到政治權力的影響，如同哥白尼的天體運行論觀點一般，因受到當時社會觀感、政治的影響，導致哥白尼的觀點被認為是異端邪說，因此科學知識必須符合社會價值觀才能夠被認可。

我們對於事物有一定的判斷標準，所謂的社會價值觀事實上是「意識形態」〈ideology〉的展演，透過教育、教會、文化、傳播、家庭、政治、法律等機構，教導與傳播許多思想，例如，正確的工作態度、正義的想法等許多普遍被接受的觀念，甚至我們我認識的「自我」也是由意識形態所建構的，阿圖塞〈1990〉在《列寧與哲學》一書中提到「一切意識形態都是通過主體範疇的作用，把具體的個人呼叫或建構成具體的主體的。」換句話說，我們認為自己是有自主權的主體，但是阿圖塞認為我們所認識的自我、個人，是由意識形態建構的。

透過阿圖塞的觀點，我們可以思考的是論述對象中的主體是如何產生，若以阿圖塞觀點為基礎，我們所認識的「健康的人」、「正常的人」都是一種理想中的模型，社會中存有一種我們判斷正常與不正常的標準，無形中成為我們心中的意識，可是我們卻不知道這些思想並不是由個體「自主的」、「自然的」發展成的，而是透過教育、文化、傳播等意識形態機器型塑出一套又一套的標準，而背後所代表的可能是佔統治地位者為了自身權力的掌握而形塑的意識形態，使我們誤以為我們是「自主的」。

因此，與上述論點結合，憂鬱症在目前主流論述中被視為是科學研究發現的產物，包括憂鬱症的病因與治療方式等相關論述，若以社會建構論的觀點而言，憂鬱症的發現背後包含著現今社會對於人的憂鬱情緒有一套標準，且患者可能會因為憂鬱情緒的影響而無法勞動，但是以目前意識形態而言，勞動、養育家庭是

重要的社會價值，有勞動、有健康的國民才能使國家富強、有競爭力，如果暫時因為疾病關係而無法符合社會價值觀時是可以接受的，但是需要盡快恢復正常的活動功能，以重新回到正常的生活軌道，因此若是將無法從事勞動的憂鬱情緒賦予疾病的標籤，這是可被社會價值觀接受的，因為疾病是違背個人意願的事件，因此當「憂鬱情緒」成為「憂鬱症」時，除了賦予疾病標籤之外，同時也反映憂鬱症背負著龐大的社會價值觀，提供無法勞動或是無法兼顧家庭與職場的患者一個正當的理由。

當社會價值觀與疾病產生關聯，必須產生符合這套觀點的論述，透過國家制度、市場廣告以及媒體將專家知識建構出的憂鬱症論述表現在各式各樣的文本上，彼此的論述觀點著重的角度不同，卻又彼此相互影響，成為一張憂鬱症論述的大網，將我們壟罩在這張大網之下，文本既然為社會架構下的產物，當我們也將憂鬱症論述內化成理所當然的知識時，我們與文本間也是相互影響的，因此這張大網不僅僅是由眾多的文本所構成，我們也成為構成這張大網的因素之一，彼此互相影響建構出憂鬱症論述。

第二節 瘋癲不同時期的轉變

透過 Foucault 根據歷史文本討論瘋癲的研究發現，瘋癲在不同時期有不同的形象與處置方式，在 14 世紀之前，癲瘋病人是歐洲社會最早排除的對象，透過空間的設置進行隔離，15 世紀左右，癲瘋病人的數量逐漸減少，隔離的空間依然存在，因此出現了另一群人取代癲瘋病人的位置，成為被「社會排除」〈social exclusion〉的對象，這種人被認為是「瘋癲」，是與「理性」對立的「非理性」。

「瘋癲」在不同時期有不同的處置方式，早期歐洲透過「愚人船」將瘋人趕上船，順著河水漂流至其它地方，希望愚人能離開這個社會。另外，瘋癲也在日常生活中出現，例如，文藝復興時期很多的人物、文學作品，都會存在於日常生

活當中，這時瘋癲與日常生活是重疊的，認為瘋癲的語言、思想是超過我們經驗，甚至是神的理性，因此當時瘋人說出來的話語可能被認為是神的奧秘，對於當時社會而言是神祕、神聖的。

直到 17 世紀古典時期，西方進入現代化，不斷的向海外拓展，將理性與瘋癲做了切割，除了瘋癲之外，不合理性、「正常」者皆是被排除的對象，創造理性與非理性的二元對立。非理性的人成為被監禁的對象，以勞動與否、工作能力做為區分理性與非理性的標準，在 Foucault 發現的非理性分類中，大多的類別為無法從事勞動者，包括「道德敗壞者、揮霍家產的父輩、放蕩的不肖子孫、褻瀆神明的人、想放縱自己的人、自由思想者、貧困、懶惰、邪惡和瘋顛。」〈Foucault 著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961〉這些不能從事勞動的人就成為非理性，必須隔離在所謂的醫院或是收容所。在 17 世紀之前，瘋癲出現在日常生活中是正常的，但是古典時期開始，瘋癲歸類在由勞動與否為判別標準的非理性當中。

直自文藝復興時期，對瘋癲的情感還是與天馬行空的想像聯繫在一起。到了古典時代，人們的一次通過對遊手好閒的譴責和在一種由勞動社會所擔保的社會內含中來認識瘋癲。勞動社會獲得了一種實行隔離的道德權力…。〈Foucault 著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961〉

Foucault 強調，在 17 世紀監禁非理性其實並不是出於醫療上的需求，而是行政管理上必須隔離非理性的元素，「所有與非理性沾邊的罪惡，都應密藏起來。」（Foucault 著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961）因此是為了行政效率的展現，並且透過禁閉的手段，顯示非理性是羞恥的、是避之唯恐不及的，但是矛盾的是，「古典時代用一種全面的非理性經驗把瘋癲包圍起來，重新接納了它的各種特殊型態。」〈Foucault 著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961〉非理性中瘋癲這個形式卻成為被關在柵欄展示的對象，瘋人像野獸般失去人性，理性的人認為瘋癲與自己有明顯的差別，因此並不畏懼瘋癲，敢將瘋癲展示出來。隱藏瘋癲以外的非理性

形式，使得瘋癲以外的非理性形式逐漸消失，造成現代人們對於非理性的認識只剩下瘋癲而已。

18 世紀以後西方出現「臨床醫學」，並且在 19 世紀成為非常強大的知識權力體，瘋癲被重新定義為「精神疾病」〈mental illness〉，成為醫療問題，所以瘋癲的人本來被視為野獸，現在被重新認為是「人」，瘋癲成為「精神疾病」的範疇，所以瘋癲轉變到近代，產生一種新的內涵—精神疾病，它所對應的是一門專業知識，這門知識將我們當作觀察的對象，這門知識就稱做「精神醫學」。在這樣的知識建構下，精神疾病患者必須安置在專屬的機構當中，就是精神療養院。

在 Foucault「瘋癲沒有絕對本質」的觀念中，瘋癲從中世紀以來直到臨床醫學的出現，社會一直都有不同的解釋方式與對待方式，Foucault 透過當時的文獻發現，當時認為憂鬱症的產生是因為人的身體裡的黑膽汁分泌過多，所以導致憂鬱症的產生，這一套液體說的概念並不是現今醫學研究的結果，而是透過液體的性質與憂鬱症症狀連結得到的結果：

液體的倦滯，動物元氣的消沉及其散播在物象上的暗影，在血管中艱難流淌的血液的黏滯，變得黯淡、有毒和有腐蝕性的氣體愈益濃密，內臟功能的減慢等等，構成了一個象徵性統一體。這個統一體與其說是思想、理論的產物，不如說是感覺的產物。是這個感覺的產物給憂鬱症打上了特徵的烙印。正是這種研究，而不是忠實的觀察，重新編排了憂鬱症的症狀和表象模式。〈Foucault 著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961〉

而現在這樣的觀點依然影響著今天的精神醫學對於憂鬱症的解讀，換句話說，現在醫學所認識的憂鬱症，其實是承襲過去認識事物性質的方法，並不是經過長期觀察、統計得到的科學結果，而是經由性質概念的感知所認識的，但是，「一旦闡釋神話消失，體液、元氣、固體、液體等說法不再流行，留下的就只會

是相關聯的性質的系統。」〈Foucault著，劉北成、楊遠嬰(合譯)，1961〉也就是當過去判別憂鬱症產生的方法消失之後，現在我們只能以液體說呈現的性質來認識憂鬱症，將「憂鬱症」醫療化，以血清素、神經傳導物質為主的生物性解釋，使憂鬱症成為一種「疾病」。

若以上述為基礎，可以發現憂鬱症並不是一個科學產物，而今天以科學為首的醫學領域卻以這個不科學的結果為圭臬，並且發展出一套強而有力的憂鬱症論述，既然瘋癲沒有絕對的本質且不是理性科學得到的結果，又如何以科學方式處理這個不明朗的狀態？目前主流論述認為憂鬱症是既定存在的事實，所以視為疾病，而疾病就必須接受治療，不得不懷疑，假若以Foucault的對於瘋癲的觀點為基礎，憂鬱症便可視為社會建構下的產物。

第三節 「醫療化」〈medicalization〉之定義與演變

根據上述第一節與第二節的概念為基礎，憂鬱症被認為是社會建構下的產品，再藉由高度權威的醫學知識將憂鬱現象轉變為「憂鬱症」，這種轉變的過程也就是「醫療化」的過程。在了解醫療化之前，必須先釐清「疾病」與「生病」的差別與可能包含的社會因素，而現今被視為疾病的憂鬱症其背後的社會因素可能代表著社會道德之規範。

一、「疾病」〈disease〉與「生病」〈illness〉

「健康」一直是我們所注重的問題，因此健康也成為醫療介入的理由，透過許多儀器的檢查，量身高、體重、視力、血壓等，都是為了要確定我們是否生病，但是我們的行為也以疾病做為理由時，似乎就不是這麼的單純。

在文獻中，將「疾病」〈disease〉與「生病」〈illness〉視為兩個概念，「疾病」強調的是「生理或心理失調所造成的。」〈謝博生，2003〉也就是在醫學的

脈絡中進行，可以透過醫學研究或是臨床試驗證明的生理狀態；而「生病」則是「疾病引起的個人心理或社會反應。」〈謝博生，2003〉是由疾病衍伸出的社會心理狀況，除了醫學的介入，還包括自身所處的環境，生病可能使病人偏離社會道德的正常規範，但是同樣的生理現象可能在不同時空背景之下會有不同的解讀，且我們的許多人生經驗成為醫療問題，例如，生產、情緒、肥胖等，生病除了是生理上的問題，更成為規範人類行為的手段與理由。

但是，「疾病」與「生病」未必會產生絕對的關聯，因「生病」是病人本身的主觀感受，對症狀的感覺也會依自身的經驗而有所解釋，因此患者會決定是否尋求醫療幫助，產生一連串的「生病行為〈illness behavior〉。」〈謝博生，2003〉這是複雜的決策過程，中間包含了個人的經驗與對於疾病的感受，可能還包含社會的文化價值，因此有許多的因素會影響病人的決定。

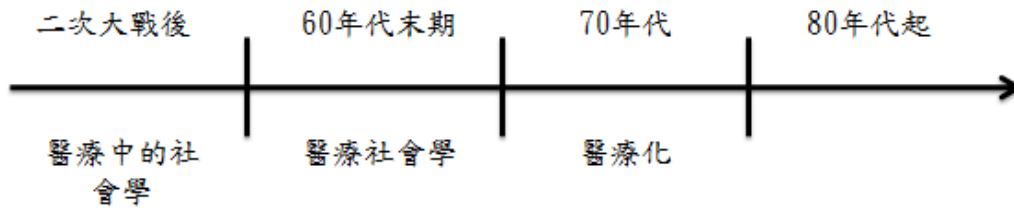
根據上述對於「疾病」的定義而言，「憂鬱症」被視為疾病的說法似乎還有待商榷，根據精神疾病診斷與統計手冊〈DSM〉的分類與說明，無法解釋憂鬱症是因為生理因素所產生的，只能證明憂鬱症的外顯行為會造成失能、偏離社會文化預期，因此如何能將憂鬱症歸類為「疾病」呢？又是否因為憂鬱的情緒會影響人的日常生活，是不符合社會規範的，因此我們必須將憂鬱情緒賦予疾病的標籤？

二、「醫療化」〈medicalization〉的背景與問題

透過醫療歷史演變，發現「醫療化」現象日益嚴重，醫療在過去被視為須要有「道德倫理」的領域，但是當經濟進步，同時資本主義的觀念進入醫療體系，醫療成為可放在市場上買賣的商品，「以人為本」的道德觀反而退居次要。

首先，先簡單說明關於「醫療化」一詞的演變：

【圖3-3-1】「醫療化」一詞的演變



資料來源：參考自林文源〈2001〉，筆者整理。

二次大戰之後，英美兩國實證醫療體系快速發展，美國醫療協會〈AMA〉大力整頓醫療教與相關組織，建立起專業標準，加上戰爭時需要大量的醫療幫助，使得實證醫學得以發展、擴張。英國則是在戰後發展福利制度〈國家健康服務〉，由於是國家強制介入，因此更為有力的驅逐其他醫療方式。醫療體系的擴張也影響英美兩大國的學術發展，研究的焦點大多在於醫療資源分配問題、人民求醫行為、國民健康調查等相關研究，也就是「醫學中的社會學」〈sociology in medicine〉時期。

直到60年代末期，英美兩國的醫療產業遭受質疑。美國因放任醫療市場發展，使得國家財政入不敷出，而英國則是因為福利醫療的品質沒有提升，引起民眾不滿，加上許多社會運動的發起，使得社會學界出現大量的醫療相關批判輿論，進入「醫療社會學」〈sociology of medicine〉階段。

「醫療化」〈medicalization〉一詞最早由Szase, T在批判精神醫學中使用，主張「精神疾病是一種神話，它的功能便是要偽裝以逃離人際關係中的衝突和不愉快的事件。」〈張苙雲，2009〉直到70年代更發展成為對醫療體系的整體批判。而80年代開始，Foucault的作品逐漸受到重視，他的觀點也因為對身體、醫療、疾病等議題有關，因此許多學者開始引用Foucault的概念，使「醫療化」的概念與意涵更加複雜。同時，台灣「醫療化」的情況已非常常見，特別是「將個人情緒狀態或反應歸類為疾病現象。」〈張苙雲，2009〉因此也必須以醫療方式來處

理。

「醫療化」〈medicalization〉的意思有兩個層面，一為「從健康的和疾病的角度，界定人類的某些行為和狀態，而以醫療意義詮釋這些行為的主體。」〈張芷雲，2009〉其二是「為了達到維持社會規範的目的，為了減輕因為違反社會規範而衍生的困擾，醫療取向逐漸從眾多做法中脫穎而出，成為適當地監控處理那些困擾。」〈張芷雲，2009〉簡單而言，就是以健康和疾病為理由規範人類行為，不符合社會規範時則貼上「生病」的標籤，必須接受醫療的介入，例如，酒癮、老年痴呆症、婦女更年期等。

不過，醫療化卻是一把雙面刃，首先，當行為貼上疾病標籤之後，使的社會邊緣人得到出口，因為我們知道「病人」無法控制自己的狀態，所以人們需要採取比較人道的方式對待他們，給予較多的社會福利，不能否認的是，因為「醫療標籤」使得人們的態度轉變。第二、因為醫療領域被視為專業領域，且醫療語言又與大眾語言有隔閡，所以在醫療的範圍內人們無法得到充分的討論，只能聽從醫師的專業判斷，但是當醫療領域介入社會問題時，許多問題的意義也隨之改變，例如，當「殺人」冠上「精神疾病」的疾病標籤的時候，則可免除道德上的問題，甚至免除法律上的責任，疾病的標籤填補了所有不正常的範圍，可再次證明，醫學不完全是科學性的，也是社會性的。

在台灣，討論醫療化的同時，或許會好奇為什麼在現代社會中，西方生物科技為主體的醫療體系為什麼如此的深植人心，絕大多數的人求醫行為仍偏向西醫為主，而其餘醫療行為〈中醫、民俗療法等〉則是輔佐的角色。除了醫學本身的歷史發展外與台灣的歷史以及政權轉變有關，簡單來說，台灣在政權轉變的過程中，西方醫療體系進入台灣，透過傳教士、教會的傳播與國家政策的主導，使得西方醫學逐漸成主流，根據張芷雲〈2009〉在醫療與社會中的解釋：

國家以大眾利益的名義，進行一系列的分化與背書的工作，從醫療人員的定位、醫療場所的規範和醫療業務的劃定等問題的剖析上，可以很清楚地體察到西醫和科學之間劃上了等號，不僅賦予西醫正面的標籤，且在制度上給予特殊的地位。〈張苙雲，2009〉

可是一開始的台灣並不崇尚西方醫療，從醫療歷史可得知，在基督教傳教士尚未來台之前，民眾如果有醫療需求大多採用的方式為求神問卜、偏方等民俗醫療。直到1860年，西方傳教士馬雅各將醫學概念帶進台灣，才開啟現代化醫療的大門，先不論傳教士來台施行醫療服務的目的為何，在台灣醫療史上一直都被認為是重要的里程碑，不過對於台灣原有的民俗療法卻是很大的衝擊。

傳教士將西方醫療帶進台灣之後，對於日後的醫療影響非常大，即使是經歷日據與國民政府的政權皆是如此。1895年日本殖民台灣，當時日本政府為了鼓勵來台日人，因此著手規劃建設台灣醫療衛生設施，創立了衛生制度、體系、醫學教育等，使得台灣人口快速增加，對於日後的台灣而言，這無非是一大進步，同時在此時期，日人設置了不少醫療機構，包括「收留精神病患的『養神院』。」〈陳永興，1997〉這些都是西方醫療理性、效率的概念，透過醫療機構的設置將疾病分門別類，以達到更有效率的管理。

1945年日本戰敗投降，國民政府接收台灣，因人口增加、環境日趨複雜、經濟的起飛等因素引發更多原本沒有的醫療需求，越來越多人需要醫療照顧，社會對於醫療的需求使得醫療院所的數量蓬勃發展，「在1972年至1994年之間，醫療院所更有如雨後春筍般林立…。私人財團興建大型醫院，更是帶動了醫療事業發展…。」〈陳永興，1997〉醫療機構不只是國家擁有，民間私人、企業團體也能夠創辦醫療機構，例如，1976年王長庚創立的長庚紀念醫院。企業界投資的醫院同時也將企業管理的概念融入醫院經營，但是醫療院所在快速的增加之下，也引發許多問題，例如，醫療資源分配不均、小醫院無法生存等。

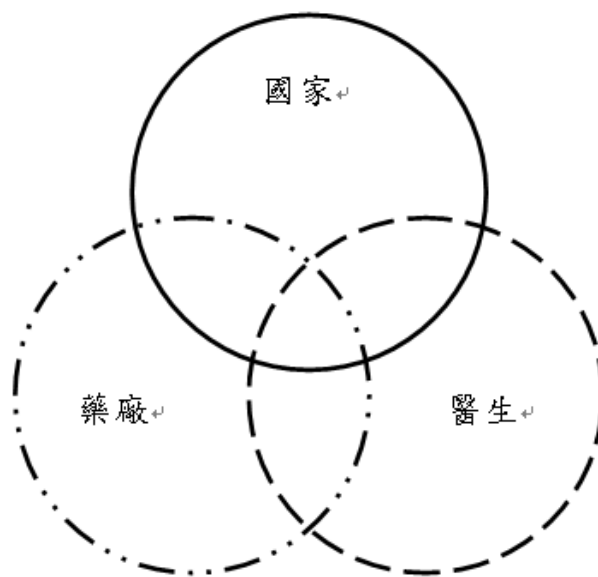
同時，因經濟發展快速，於是國家開辦了許多保險制度，包括勞保、農保、公保，但是並不是全國人民皆納入這三大體系的保險，直到1995年「全民健康保險法」上路，才將之前未加入保險的民眾納進來，雖然健保提高了人民的健康保障，但是卻也有著許多的問題，健保財務吃緊、支付制度導致醫師偏向選擇某些科別、小醫院萎縮、醫藥無法分業等問題，尤其飽受批評的「總額預算制」〈global budgets or expenditure limits〉一直被認為雖然能將健保預算控制在一定額度內，但是卻也導致「醫療體制企業化、私有化與市場化的趨勢。」〈葉秀珍，2008〉醫療院所的增加，與政策的不足，導致醫療體系的惡性競爭，為了市場需求，提供的服務逐漸偏向能夠符合健保給付之內容，至今，在資本主義運作之下的醫療，仍然跳脫不出醫療商品化的困境。

透過上述的醫療歷史我們可以思考憂鬱症在這背景之下的發展為何？首先，因患憂鬱症可能導致生活脫序無法工作，甚至自殺，產生的後果是不符合目前社會規範與價值的，因此與許多「疾病」一樣成為醫療處理的問題，貼上疾病標籤之後帶來的商業利益非常龐大，已經是跨國資本發展的重點。其次，西方醫學的引入將原有的民俗醫療邊緣化，憂鬱的情緒成為「疾病」，過去可能會尋求宗教的協助，但是現在則是透過醫療、藥物就能解決問題，且醫療化之後，經過醫療檢查、藥物發展、知識建構等多方的影響，利用許多的傳播方式使得憂鬱症論述成為自我內在規訓的標準。

回歸Foucault的觀點來思考，憂鬱症在之前可能被認為是神祕的經驗，因此可以透過宗教信仰等方式尋求解決的方法，但是在西方醫療引入台灣之後，所以有的身體問題與心理問題成為「疾病」，憂鬱情緒醫療化成為「憂鬱症」，若以Foucault對「瘋癲」的觀察來看，憂鬱症經歷不同的時期有著不同的論述，直到現在憂鬱症囊括的範圍、對象越來越廣，被視為「疾病」的論述更加的根深蒂固，不斷轉變的論述，正是證明「瘋癲沒有絕對本質」的觀點。

最後，筆者認為在醫療化的過程中，不單單只是以醫學的進步為理由，造成許多疾病的發現，而是疾病的背後包含多種權力的拉扯，進而造成現今醫學的發展，以本文的觀點而言，在憂鬱症的醫療化過程中，國家的介入、醫生〈專家〉的權威，甚至是藥廠的影響，造成近幾年來精神醫學的蓬勃發展與精神科醫師的地位提升，國家以醫學研究為基礎，發現憂鬱症需要高度重視的疾病，因此推行相關政策以提升精神疾病患者的福利，但是提供研究單位資金或是提供相關研究資料的單位背後贊助者可能是藥廠，藥廠贊助醫療單位進行研究，醫療單位研究出支持藥廠觀點的研究報告，而國家再以這些符合藥廠利益的研究報告為政策推行基礎，而藥廠再藉著國家政策與研究報告替自家產品背書，三者彼此獨立卻又彼此合作，在不斷的循環之下逐漸建構出龐大的憂鬱症論述。

【圖3-3-2】國家、藥廠、醫師〈專家〉三方循環圖



資料來源：研究者自行整理。

第四章 研究發現

本章將分析本論文第三章提及的四個面向的樣本，包括，市場、政府、專家知識與媒體四大部分，可以發現文本中可歸納出下列幾點現象，憂鬱症症狀表現、憂鬱症成因、處置方式、論述對象等現象，另外也將其他不在上述分類的其他小眾變數分為一類，本章節便是希望以上述這五類分析角度來進行討論。以下筆者將解釋上述五類分析內容：

第一、**憂鬱症症狀表現**。內容包含情緒、思想與認知、身體表現或感受等，文本中會提及患有憂鬱症的患者可能會感到情緒低落、悶悶不樂等負面的情緒，患者也會陷入極度負面的想法中，嚴重則出現想要自殺的念頭，且憂鬱症患者也常會出現身體化的現象，可能會頭痛、胸悶等，但可能因為身體化現象明顯而忽略是因為憂鬱症導致的身體疼痛，使得就醫時常常看錯科別而延後治療。

第二、**憂鬱症成因**。導致憂鬱症的原因非常多，目前可區分出幾種原因，包括生理因素、心理因素與環境因素。首先，生理因素以腦中神經傳導物質失調觀點為主，不過遺傳與女性荷爾蒙的改變也可能是導致憂鬱症的原因。再者，文本也會提及擁有某些人格特質的人比較容易患憂鬱症，例如，要求完美、做事一板一眼、替他人著想等人格特質者。最後，以環境因素而言是較複雜的致病原因，可能是因為經濟、家庭、學校、職場等多方面的壓力，依每個人生活環境的不同而有不同的壓力來源，因此致病原因也就有所不同。

另外，上述的成因不會是單獨存在的，可能是因為環境因素誘發本來就有的憂鬱症因子，使得憂鬱症的產生，因此目前仍然無法很確切的找出導致憂鬱症的原因到底為何。

第三、**處置方式**。也可視為治療方式，但是因為治療是以醫學的觀點出發，憂鬱症的處置方式不只是藥物治療，還有許多的心理療法、認知行為治療等方

式，因此以「處置方式」做為分類。目前主流論述認為憂鬱症是生理因素造成的疾病，因此需要以醫療方式解決問題，所以藥物治療是最有效的方式，其他方式只是輔助加速復原的速度，因此在文本中不難發現藥物治療的觀點是相當有說服力的。

第四、論述的主體。目前的論述認為每個人都有可能患有憂鬱症，不分年齡、性別、社經地位等因素，因為現代社會壓力過於龐大，任何人都有可能患有憂鬱症，尤其是女性，因為女性荷爾蒙的關係，使得女性可能因為賀爾蒙在人生不同階段的改變而導致憂鬱症的發生，加上女性在社會中必須適應多重角色，外在的壓力更容易罹患憂鬱症。在憂鬱症論述中，筆者認為論述的對象背後包含正常與不正常的標準，透過疾病的分類規範人們符合社會價值觀，因此主體的產生是受意識形態的影響，正如上述的女性形象一般，目前我們對女性應有的形象並非原本屬於女性的自然發展，是受到論述的影響而發展的「主體」，但是我們卻不曾發覺論述對我們的影響不只是行為上的改變，更包含我們的思想與價值觀，一直以來我們認為理所當然的思考方式、個性等自我的發展皆是受到意識形態的影響，因此筆者將此處論述的主體認為是「論述建構的主體」。

第五、其它。不同的文本著重不同的重點或是提及某些特殊的觀點，例如，有的會附上憂鬱症評估測驗，有的則是以失業者為論述對象，依文本的訴求而有所不同。

此外，文本的外觀與編排方式也列入此列，例如，單張文宣內容較簡潔，編排也較簡單、制式，而書籍的內容則較豐富，圖片也較多，分類也比單張文宣更仔細，加上書籍中都會有「序」的部分，不難發現這些作者皆與精神醫學有所關聯，可能是醫療院所的相關醫師，或是相關機構的負責人等，更能增強書籍憂鬱症觀點的說服力。

以下將四類研究樣本分析之後分成上述五類解釋：

第一節 市場

「醫療」看似一個專業領域，但是當與資本主義市場結合時，無形中產生龐大的利益，即使目前主流論述認為憂鬱症是腦部出現問題的生理疾病，因此需要使用大量的藥物進行治療，但是仍有人認為，是因為藥物帶來的利益非常龐大，因此藥廠才會想盡辦法與國家、專家、媒體結合，互相合作創造更多需要使用藥物的疾病，而憂鬱症便是如此。筆者藉由分析市場文本整理出上述四個面向的共通性，藉此觀察市場領域如何解釋憂鬱症。

市場文本分成兩個來源，一為藥廠文宣，二為醫療院所文宣。藥廠以輝瑞藥廠與禮來藥廠為主，兩者皆為國際性大藥廠，出產幾種耳熟能詳的抗憂鬱劑，包括輝瑞藥廠的素悅〈Eflexor XR〉與樂復得〈Zoloft〉；禮來藥廠的千憂解〈Duloxetine〉與百憂解〈Fluoxetine〉，兩家藥廠皆在網站中以衛教資訊的方式介紹憂鬱症。

醫療院所的部分較為特殊，醫療院所的組成相當複雜，因為醫療院所是藥物主要的流通管道，對藥廠而言是一龐大市場，因此筆者將醫療院所文本歸類在市場類，加上無論是單張文宣或是小冊子皆放置在診間，供人自由選取，因此是任何人都可以輕易拿到憂鬱症相關文宣。選取文本的方式並無特別選擇哪間醫院，以筆者目前身邊現有的文本為分析對象。

廠網站或是醫療院所單張文宣，針對憂鬱症症狀表現的論點可分成生理、情緒、思考三個部份，詳細症狀說明差別不大，患者可能有睡眠障礙，可能是失眠或是嗜睡，長期處於低落、負面的情緒中，並且容易產生自殺的念頭。以輝瑞藥廠的症狀表現為例：

【圖 4-1-1】症狀表現

■ 憂鬱症有何症狀？
憂鬱症的症狀可分為下列四個層面描述：

1. 情緒方面
鬱悶、悲哀、愁苦、缺乏興趣、不快活，
但有些人會出現煩躁不安、易怒、甚至有敵意。



2. 認知及思想方面
出現悲觀、灰色思想、無能、無望與無助感、
自責、死亡念頭、自殺意念、思考緩慢、
罪惡及自我懲罰之妄想及幻覺。



3. 行為方面
說話少且音調低、速度慢、動作少且慢、嚴重時僵呆，
但有時出現激躁行為，甚至有自殺行為。
很多時候，憂鬱症的一些輕微症狀，如疲勞、失眠、腸胃不適、持續的頭痛及背痛等等可能被誤解為其它的疾病。



4. 生理方面
性興趣降低、食慾降低、睡眠障礙、體力降低。



圖片來源：輝瑞藥廠網站²⁹。

以筆者擷取的圖片可發現，症狀的表現背後隱含著我們對於情緒、認知、行為與生理有著一套什麼模樣才是健康的標準，若以輝瑞藥廠的標準而言，健康的人不能對人產生敵意；不能有自殺念頭；動作要有活力；甚至連個人的「性趣」都屬於管轄的範圍。或是行政院衛生署桃園療養院文宣—憂鬱與自殺文宣中對於症狀的表現也有一套標準，例如，「不快樂，生活中沒有感覺到樂趣，不太會笑，甚至常流淚或哭泣！」；「常想到死，以解脫一切。」〈引自憂鬱與自殺〉形容症

²⁹參考自輝瑞藥廠網站，<http://www.pfizer.com.tw/mediacalinfo/2010/14/>，瀏覽日期：2011年5月21日。

狀的用詞相當白話、直接，似乎更能使讀者感同身受，在正常的人生當中，快樂、樂觀是必備的條件，因此不快樂與想自殺不是正常人生中應該出現的因素。

筆者認為，這些症狀的界定非常的廣泛，從人的身體、外顯行為，至內在的情緒、認知，甚至極度私密的性行為都成為規範的對象，透過論述塑造「正常人」應該有的行為與表現，另外，當「性興趣」成為判斷標準時，其實背後隱藏的是華人社會中的傳宗接代觀念，先不管現代社會中如何使用避孕或是其他受孕方式，在傳統觀念中傳宗接代是非常重要的任務，展演至今，雖然目前關於生育的論述已經與過去有些許不同，但是透過現代對於性行為的論述仍可發現些許蛛絲馬跡，例如夫妻性行為一星期應有的次數等論述，皆在闡述傳宗接代的觀念，只是論述的方式不同。

憂鬱症的成因相當複雜與多元，大致可分為生理因素、心理因素與環境因素，生理因素目前的主流論述為腦部神經傳導物質—血清素與正腎上腺素失調所造成，正因為這樣的觀點，同時也影響憂鬱症的治療方式，除此之外，些觀點認為憂鬱症跟基因遺傳也有關係，認為家中有憂鬱症病史者，罹患憂鬱症的機率也會增加。另外，依女性而言，荷爾蒙的變化也是女性罹患憂鬱症的原因之一，據筆者蒐集文本的過程中發現，婦女荷爾蒙改變造成的憂鬱現象正是近幾年來興起的新論點，正常的生理現象成為憂鬱症論述的主角，而女性終身似乎終生都必須隨著荷爾蒙的改變而陷入憂鬱症的浪潮中，因此女性罹患憂鬱症的原因又更加的複雜。

另外，心理因素也是導致憂鬱症的因子，心理因素同時也包含「個人特質」，文本指出擁有某些特質的人容易罹患憂鬱症，例如，做事負責、講求完美、替他人著想等人格特質，不難發現這些性格在現今社會中是被大家所認同的，但是卻可能因為這樣的性格使得自己的壓力越來越大，最後引發憂鬱症。

憂鬱症成因中最複雜的應該為環境因素莫屬，因為無論性別、年齡或階層，每個人的生活環境不同，因此會引發憂鬱症的因子也就不同，例如，婦女更年期憂鬱除了生理因素外，或許因為隨著子女長大成人，加上屆齡退休年紀，太多的外在環境改變，使得更年期婦女無法適應改變太多的生活，壓力的累積造成憂鬱症，據筆者蒐集文本的過程中發現，婦女荷爾蒙改變造成的憂鬱現象正是近幾年來興起的新論點，正常的生理現象成為憂鬱症論述的主角，而女性終身似乎終生都必須隨著荷爾蒙的改變而陷入憂鬱症的浪潮中。又例如青少年可能會因為學校課業壓力、人際受挫、家庭等因素，造成青少年承受龐大的壓力，可能也造成罹患憂鬱症，我們的生活周遭有太多的因素能夠引起憂鬱症。

因為太多的因素會導致憂鬱症的發生，因此必須尋求最有效的治療方式，目前論述對於憂鬱症的成因以生理性因素為主，也就是將憂鬱症視為腦部疾病，因此「醫療」的觀點也成為主要的解釋，目前對於憂鬱症處置的方式以「藥物治療」為主，而其他心理治療、住院治療等方式則為輔助，但是輝瑞藥廠在網站中也提到，「真正的原因迄今並不是十分清楚，沒人知道為什麼有人會得到憂鬱症，而有些人則不會。」〈引自輝瑞藥廠網站〉既然如此，憂鬱症是否成為「天生的疾病」，每一次的病發都只是透過各種治療方式將症狀「壓住」，並不是完全的「拔除」。

輝瑞藥廠在一開始就說明造成憂鬱症的真正原因是什麼並不清楚，除了無法找出原因，也無法證明哪些人會得到憂鬱症，不禁使筆者懷疑，既然無法釐清上述的問題，為何藥廠能夠發明抗鬱劑？又為何能夠說服醫師使用藥物？同時藥廠卻又將責任推卸給醫生，「醫師相信可能和腦中的一些化學物質有關。」〈引自輝瑞藥廠網站〉文句中呈現許多的不確定與猜測，但是藉由權威角色——「醫師」為憂鬱症論述背書，即使無法提出更確切的證據證明憂鬱症的成因也無妨，只須證明憂鬱是高危險性的精神疾病即可。

但是在禮來藥廠的論述中，憂鬱症是否為可根治的疾病與輝瑞藥廠觀點不同，禮來藥廠認為「所幸的是，憂鬱症是一種可以治癒的疾病。據估計，80%至90%的憂鬱症患者可以經專業治療而痊癒。專業治療包括藥物療法 and 心理療法，也可以二者並用。」〈引自禮來藥廠網站³⁰〉根據網站論述，認為憂鬱症是可以治癒的疾病，同時也不像輝瑞藥廠般強調藥物治療的好處，但是不斷強調「很多患有憂鬱症的人沒有得到治療。針對憂鬱症的定期健康普查是發現早期症狀或嚴重病症的一種快捷方法。」〈引自禮來藥廠網站〉認為有許多人罹患憂鬱症卻不就醫治療，加上認為憂鬱症是危險的疾病，所以透過「定期健康普查」隨時監控自己的心理健康，規訓自己是否符合「正常」的心理狀態。

但是若以輝瑞藥廠的論述為例，假若憂鬱症藥物這麼的有效，為何不能完全根治憂鬱症，且服用藥物是抑制症狀並非治療，患有憂鬱症的患者每年服用的藥量是非常的龐大，因為患者需要長時間的利用藥物控制自己的狀況，加上文宣中若提及藥物治療時，常會附上一句「憂鬱症是慢性病，需要長期的治療，因此要依照醫師的指示服藥。」或者是「憂鬱症藥物平均需要服用兩個星期才能見到效果，而一次的療程平均需要六個月。」這是一段非常長的時間，以這樣的論述而言，憂鬱症患者數量龐大、服藥時間長，我們可以懷疑藥廠每年銷售憂鬱症藥物的利潤是非常的龐大，更可進一步反省，假若藥廠發現這是一個龐大的市場，以目前追求利潤為首的社會裡，藥廠難道不會為了獲取更多的利潤想辦法開發更多的消費者？而社會的組成並不是只有市場一個領域，論述也是如此，若以資本主義追求最大利益的想法為概念，在其他領域中難道不會因為追求利益也跟隨藥廠腳步？尤其做為國民健康把關者的國家組織是否與市場領域隨波逐流，忽略國民健康的重要性。

依文本內容可以發現，憂鬱症並不會針對特定的對象，也就是任何人都可

³⁰參考自禮來藥廠網站，

<http://www.lilly.com.tw/healthy/depression.cfm>，瀏覽日期：2011年8月10日。

能患有憂鬱症，只是機率的高低而已，不過依性別區分的話，女性罹患憂鬱症的機率高於男性，目前的說法為因為女性除了天生的生理構造外，女性在社會價值中背負著龐大的壓力，必須是為人妻、為人母，同時又為人子女，多重角色使得婦女背負著龐大的重擔，以職業婦女為例，平時上班有著職場上的壓力，下班後必須趕回家做家務、照顧小孩，嫁做人婦必須重新適應一個新的環境、新的家庭成員，也是壓力來源，太多的因素壓得婦女喘不過氣。

文本中還提及關於婦女的生涯規劃，「培養自己的興趣與嗜好，更年期之前，女性都是為了家庭在打拼，…學會欣賞這個階段的自己，更年期的婦女雖然擔心青春不在，…要知道家庭與社會國家都不能缺少你這一環。」〈引自如何預防更年期憂鬱症〉這當中除了顯現女性一生中都在追求自己的美貌外，更隱藏著傳統社會價值觀中女性為家庭與國家付出是理所當然的社會規範，筆者認為女性的一生不斷的被教導著「付出的重要」，勞動不只是為了生活、為了家庭，甚至是為了國家的富強，在台灣經濟起飛的時期，許多家庭婦女投入職場，對婦女而言是為了養家活口，但是對國家而言卻是龐大的生產力，因此筆者認為，憂鬱症論述中更存有統治階級需要龐大生產力造就富強國家的價值觀。

此外，文本中對於憂鬱患者所產生的自殺行為認為是非常嚴重的後果，憂鬱症患者因為想法過於負面，因此容易有一走了之的想法，因此在文本中常會提及罹患憂鬱症對於個人、社會與經濟造成嚴重的傷害，最嚴重的後果就是會有自殺行為的發生。既然憂鬱症會危及個人生命安全，因此需要及早發現及早治療，平時我們應該自我評估與多關心他人情緒狀況，隨時監督自己與他人是否處於正常範圍內，假若不在安全範圍內，要盡快尋求專業人員的幫助，最好、最有效的就是精神科或身心醫學科，「如有疑問請與您的醫師討論」的字樣與「就診須知」，直接告訴我們醫師還是掌管一切的人，透過服用藥物以控制憂鬱症狀的發生。

在文宣的編排與設計中也可發現憂鬱形象與健康形象的差別，網站設計〈外

觀)鮮豔,不時插入生動的圖片吸引瀏覽者的目光,尤其以網站橫幅的設計為例,直接說明憂鬱症症狀,再以鮮豔的花園與快樂的人群為背景,做為反差的效果:

【圖 4-1-2】輝瑞藥廠衛教網站橫幅



圖片來源：輝瑞藥廠網站³¹。

由上述網站圖片欲傳達的訊息而言,憂鬱症是「藍色的憂鬱」,包含無望與無助感、煩躁不安、灰色思想、食欲降低、鬱悶、悲哀的情緒與感受,接受藥物治療之後,就能像蒲公英這麼的輕鬆自在;像向日葵般的充滿陽光朝氣;更能像樹木般的健康茁壯,而這樣才是幸福、快樂的人生模範。

第二節 政府

國家政府組織有義務為人民的健康把關,所以國家掌握的權力是非常有力量的,醫學本身是專業領域,社會大眾未必了解什麼是自己需要的資源,因此需要政府以強迫或與符合公平分配的方式將資源提供給國民。憂鬱症既然被世界衛生組織認為是嚴重的問題,國家當然就會重視以維持國民健康,因此藉由國家政府組織出版之文宣,以了解目前憂鬱症論述中,國家做為監控者對於憂鬱症的觀點為何,最後在思考當憂鬱症論述被國家組織強而有力的介入時,對社會大眾、對市場領域產生什麼樣的效果。

在成因的部份將中點著重在生物因素與壓力兩部分,腦中神經化學物質失

³¹參考自輝瑞藥廠網站, <http://www.pfizer.com.tw/mediacalinfo/2010/14/>, 瀏覽日期: 2011年5月21日。

調依然是主流論述，但是國家領域中有趣的是認為經濟不景氣或失業帶來的壓力是近幾年罹患憂鬱症主要原因，「經濟不景氣、失業率攀升、天災不斷，民眾痛苦指數升高，憂鬱症已成為二十一世紀最重要的文明病之一。」〈盧成，2001〉筆者認為，國家組織並不是不重視醫學觀點，而是針對國民健康的解釋更加的多元，社會中有著追求最大利潤的論述存在，也就是受資本主義的影響，因此當經濟不景氣、失業率上升等因素浮現檯面時，代表的是追求利益最大化的價值觀受到打擊，所以無法勞動時則被視為「不正常」的一群人，「勞動」也成為論述中建構主體的要素之一，「疾病」成為歸類這些人的說法，因為最終這只是「暫時」的棲身之所，最後還是需要接受醫學治療脫離「不正常」的狀態回歸職場，繼續完成追求最大利益的任務。

政府對於憂鬱症的處置方式「主要以藥物及認知行為心理治療為主，目前新一代抗憂鬱劑的副作用較傳統抗憂鬱劑大為減少，持續服藥治療六週，患者的症狀就有明顯改善。」〈盧成，2001〉文本介紹的治療方式以藥物為主，但是筆者認為文章不只說明治療方式，而是廣告抗鬱劑，以筆者擷取的文字可發現作者正在為新的抗憂鬱劑背書，告訴讀者新型抗鬱劑的副作用更少、更有效，雖然並無直接說明產品的名稱，但是讀者透過文字就可以知道目前有更新的藥物，精神科藥物屬於管制藥品，因此不能在電視、媒體中廣告，但是在政府組織出版的文宣中卻出現為藥物廣告的詞句。

國家的發展需要經濟的支持，假若國民因為憂鬱症而導致無法工作，而國家又必須支付這些醫療費用時，長期下來對個人、對國家無非是一大傷害，這所有的發展依然是以資本主義追求最大利益的觀點出發，失業、經濟不景氣、國民罹患憂鬱症的醫療照顧等元素都是影響國家經濟與國家發展的原因，但是現代國家卻依然將重點放在國民有健康的身體，才能有好的經濟發展上，而不是思考為何國民容易罹患憂鬱症，而影響經濟發展，且因著重的點為國民因為罹患憂鬱症

而影響國家經濟，因此罹患憂鬱症時應盡速接受治療，最有效、成本最低的方法就是藥物治療，使得藥物利潤增加，先不論藥廠與國家彼此間的利益關係，光是國家治標不治本的做法就已經讓藥物利潤大增。加上接受治療的對象不只是失業的人，任何人都可能會患有憂鬱症，因此服用藥物的人口越來越多，無論原因為生物性因素或是環境壓力引起，有太多的因素容易使得我們罹患憂鬱症，因此有越來越多的人成為憂鬱症患者。

憂鬱症論述在國家領域中常會引用權威組織或是相關研究報告做為證據，「憂鬱症被世界衛生組織認為，是將來影響人類的三大疾病之一，現在，幾乎沒有人沒聽過『憂鬱症』三個字。」〈林莉，2004〉以增加論述的說服力，但是筆者懷疑，國家所引用或支持的研究計畫背後是否有藥廠的支持，假若如此，研究計畫的結果是否會因藥廠的支持而有所不同，而國家引用的同時也將藥廠認同的觀點再次承認、背書，正因為國家對人民有一定的權力控制，也因為國家是受國民信任的，因此當對藥廠有力的論述受到國家認可時，這一切關於憂鬱症的觀點並不會遭到懷疑，成為理所當然的「社會事實」。

第三節 專家知識

專家知識以書籍為主，筆者發現坊間關於憂鬱症的書籍非常的多，作者多為精神醫學相關人員，主要為精神科醫師，內容不較上述文本的更為詳細，甚至也特別著墨陪伴者與職場的角色，利用淺顯易懂的文字、大量的圖片，將專業知識成為淺顯易懂的常識，因此，在數量龐大的憂鬱症書籍中，筆者隨機選擇了二本圖片較多的書籍，認為圖片較文字能夠吸引讀者的注意力，作者皆為日本精神科教授，而審定者皆為台灣精神科醫師，更能夠為憂鬱症知識背書。

專家知識文宣與上列市場、政府的文宣不同之處在於，專家知識文本提供的相關知識與訊息較詳細，但是專家知識本身的論點有些許不同，以筆者選擇的兩

本文宣為例，症狀表現的部分大致可分為生理狀況改變、情緒低落、身體不適與負面的思考，且兩者皆也討論容易與憂鬱症有關與可能成為憂鬱症的相關疾病有哪些，但是在行為表現上，《圖解憂鬱症完全指南》一書提到患者在行為上如果病情嚴重可能會有自殺行為的產生，但是《給陷入憂鬱的你/圖解憂鬱症小百科》卻沒有特別強調患者的自殺行為。

另外，《圖解憂鬱症完全指南》在症狀的部分特別提出三個論述的對象特有的症狀與成因，首先，老年人在症狀的呈現以身體不適與生理症狀的表現為主，大於心理與情緒上的症狀表現，因此可能容易被誤解為是正常的老化現象。其次為女性，因為荷爾蒙的變化因素，導致在人生不同階段都可能罹患憂鬱症，女性在經過生產後的荷爾蒙快速下降，加上環境的改變、養育子女的辛苦而導致憂鬱症，或是在更年期因為荷爾蒙的分泌減少，與環境、人際、身體變化等多重因素，而引發憂鬱症的發生。最後為青少年與兒童，這個階段的患者較特殊的一點為症狀的表現與一般憂鬱症患者有所不同，一般憂鬱症患者可能表現出自責、極度的罪惡感，但是青少年與兒童未必會表現出如此的症狀，而是變得憤世嫉俗，沒有極度的罪惡感，卻是認為所有的不順利都是他人的過錯。

在憂鬱症的成因部分，腦中神經傳導物質失調仍是主要的原因，而人格特質〈性格〉、疾病與壓力都只是造成憂鬱症的導火線，但是以人格特質而言，「憂鬱症與個人的性格有很大的關聯。做事認真、一板一眼、責任感強烈、拼命工作，越是這樣的人，越容易得憂鬱症。」〈野村總一郎，2008〉文本指出的性格大多是為人所推崇的處事態度，也就是我們所認為的模範，但是在專家眼中這些性格卻是罹患憂鬱症的高危險群，這與我們所推崇的處事態度有很大的落差。

不過在《圖解憂鬱症完全指南》中提出一點相當有趣的論點，無論是何種領域的論點，能夠確定的只是「腦中神經傳導物質失調」而引發憂鬱症，但是在《圖解憂鬱症完全指南》中則認為引發憂鬱症的原因並不能夠確定，因為無法確定是

「血清素或正腎上腺素分泌失調」所引起，還是由接收「神經傳導物質的受體異常」所引起，因此筆者認為，既然無法確定是哪方出現異常，又如何「對症下藥」呢？且如果以女性憂鬱症為例，女性罹患憂鬱症似乎不單是神經傳導物質功能失調的問題而已，反而應著重在荷爾蒙改變為致病原因，如此一來，以腦部為主的論點似乎有所漏洞了。

目前主流論述認為是因為壓力與神經傳導物質失調而導致憂鬱症，「不是心情的問題，而是腦中的麻煩。」〈野村總一郎，2008〉作者利用「腦中的麻煩」來形容憂鬱症的複雜性，相較「心情的問題」而言，可以讓人感覺憂鬱症是實質可見的物質，而且是難以解決的困擾，而心情只是情緒上的感受，是容易解決的問題。因此在治療的方式上以藥物治療與心理治療，外加完全的休養為主，離開職場才能遠離壓力來源，但是需要依靠藥物來處理，在文本中皆介紹許多關於抗鬱劑的種類，無論何種抗鬱劑都有副作用，且副作用可能比藥效還早出現，而患者皆需要服用一段時間的藥物後才能感受的療效，但是藥物對有些患者沒有效果，因此就需要其他的物理療法。

專家知識文本並無特定的論述對象，可視為任何人都有可能罹患憂鬱症，只是引發憂鬱症的因素不同，若是以筆者選擇的文本為例，因為作者皆為日本精神科教授，因此會以日本的狀況討論，而日本目前的經濟結構大部分勞動人口皆為受雇者，而龐大的經濟壓力與緊張的人際關係造成壓力的累積，而引發憂鬱症，「在責任感最沉重的事業高峰期，因為承受不了工作壓力而罹患憂鬱症的病例已經越來越多。」〈野村總一郎，2008〉大多數的人在工作上都希望能夠展現最好的狀態，希望得到上司的重用，因此上司給予的任務我們要負責任的完成。

另外，還特別強調憂鬱症不僅是個人因素，也可認為是公司的責任，因此公司有責任提供患者順利回歸職場的環境，「職場上的支援，就是從擁有憂鬱症的知識開始。之後，還要盡早掌握同事與部屬狀況的變化。」〈野村總一郎，2008〉

以文本的觀點發現，憂鬱症知識是需要被普遍認識的，因為憂鬱症是非常危險且需要他人協助的疾病，正因為是危險的疾病，所以我們也需要隨時觀察身邊的人是否出現憂鬱症狀。最後，在文本中皆提供台灣地區的諮商、醫療資源相關機構的連絡方式，供讀者能夠方便的取得相關資源。

第四節 媒體〈新媒體〉

本論文的媒體以非政府組織出版相關文宣、網站為主，例如，財團法人董氏基金會、台灣憂鬱症防治協會等，與一般所認知的媒體〈新聞報導、電視等〉有所不同，因此筆者將之歸類為「新媒體」，因網站的內容更加的多元，而這類非政府組織除了介紹關於憂鬱症相關資訊外，更由偶像藝人拍攝相當多的短片隨時在網站中更新或在電視廣告中出現，憂鬱症論述的影響想必比文字資料還要更廣。

首先，在憂鬱症成因中，與上述國家、市場、專家知識中的論點無太大差別，生理、情緒、思想是一直都有的症狀，有爭議的在於身體與行為症狀，身體症狀多呈現不明原因的疼痛，是近幾年較被重視的症狀，尤其是老年人憂鬱症的症狀反應中，身體症狀會較心理、情緒等方面更為明顯，但是因為容易被誤解為是機能退化帶來的不適，因此近幾年特別強調身體症狀的發生，以免延誤就醫的時間，另外，行為的改變會因罹患憂鬱症的年齡層不同而有不同的表現，例如青少年在行為上可能帶有責怪他人、暴力的行為，與一般我們所認知的行為症狀有些差別，可能被認為是青春期所帶來的叛逆行為，或是以男性為例，「相較於女性較願意透過姊妹淘聊天訴苦解鬱，男人不太往內看待情緒變化，即使聚眾聊天，話題多與工作、政治、國家大事有關。累積久了，情緒堆在心底，形同『悶燒鍋效應』。」〈林芝安，2003〉文本除了解釋男性不願意尋求幫助而導致憂鬱症的情形外，更可透過作者文字發現女性是屬於願意分享、示弱的，而男性為了表現自己強壯、堅強的一面並不會輕易將情緒表現出來，這與我們對於男性的教育有很

大的關連，就連談論的話題也有所差別，男性就應該事關心國家大事、工作，要有較女性更廣闊的視野，累積到一定的程度就會像「悶燒鍋」般，鍋內溫度越來越高，壓力越來越大，如果沒有即時解除而導致崩潰，患者可能將憂鬱的情緒轉變為酗酒或是較有「男子氣概」的行為，同時也可能發生家暴等影響他人生活的行為，這時候也必須要懷疑是否為憂鬱症的影響。

第二，目前主流論述認為形成憂鬱症的原因非常多元，包括生物性因素、心理因素、環境（社會）因素、壓力、人格特質、遺傳基因等因素。主要由生物性因素為重要形成因素，因為人體腦中神經傳導物質的失調，同時遭遇龐大的壓力影響，無論是經濟、人際、家庭、疾病等許許多多的壓力，而引發憂鬱症。雖然遺傳、基因也被認為是導致憂鬱症的原因，但是這點是尚未確定的。

不少文宣都指出現代人因為壓力大，因此容易影響身心健康，不同年紀有不同的壓力事件，在學學生的課業壓力、人際關係；青壯年的職場壓力、家庭壓力、經濟壓力等；中老年面臨退休、家庭成員改變、身體漸漸退化等狀況引來的壓力。不同性別也有不同的壓力來源，男性面臨較多職場、人際、經濟的壓力，而女性則是面臨養育兒女、家庭、職業婦女等多重身份的壓力，筆者認為，能夠引發這麼多壓力的原因與整體經濟結構、背景、價值觀有關，經濟結構的轉變，使大部分的勞動人口成為受薪階級，面對許多與自己不同類型的同事、上司，人際關係成為壓力的來源，加上可能面臨經濟不景氣、裁員等職場上的挫折，擔心自己不能符合社會規範中應有的模範角色，或是不符合社會期待中的角色，許許多多的因素導致現代人的壓力過大，因此許多人逐漸重視壓力與憂鬱症的關係。

第三，任何人都有可能是憂鬱症患者，因為每個人面臨的壓力或是致病原因不同，若是以憂鬱症的成因為出發點而言，任何人成為憂鬱症患者的可能性相當高。文宣中則會特別針對各個年齡層與性別，分別說明不同對象特殊的症狀或是致病原因，對象的多元、症狀呈現的多元、引發憂鬱症的原因多元，例如，傳統

的教育方式「容易造成女性比較沒有自信，容易附和別人的想法，這可能是造成女性罹患憂鬱症的原因之一……譬如同時擔任比較被動、內向的角色如媳婦、太太，及需要強勢及主導地位的母親、職業婦女的角色。」〈引自董氏基金會網站³²〉可發現網站中所提到的婦女角色與形象是非常傳統的，媳婦與太太是「被動、內向」的，但是當角色轉換為母親與職業婦女時，卻又要變的「強勢」，因此一直以來對於女性角色的定位會因人生階段與身份不同而有不同的論述。又或是「身體或精神有被嚴重虐待、疏忽經驗的兒童。」或「有家族憂鬱症、酒癮、藥癮或精神疾病史。」〈引自董事基金會網站〉生活在不快樂環境中的兒童容易引發憂鬱症，這當中隱藏著「幸福家庭」的圖像，家庭成員是健康、有正當職業的；孩子是受到非常多關注與疼愛的，完整家庭中的孩子才能健康的成長，這正是符合社會意識型態中的家庭模樣，透過兒童憂鬱症論述藉以傳達理想家庭的意識形態。

最後，因為研究樣本為網路資源，因此呈現的內容相當豐富，甚至連網站中的插圖也呈現出愉悅、輕鬆的狀態，似乎想表達憂鬱症並不可怕，但是文宣中常以「憂鬱症會導致自殺」或「自殺者多患有憂鬱症」等說法呈現憂鬱症是相當危險的疾病，所以如果想呈現圖片中開心、愉快的模樣，就要接受治療，才能符合「正常」的樣子。

筆者選擇的四類樣本皆為非營利組織，但是在研究的過程中發現雖然為不同的非營利團體彼此間卻有關連，例如，台灣憂鬱症防治協會的網站中採用的憂鬱量表是由董氏基金會所提供，還有中時健康部落格中的諮詢單位是台灣憂鬱症防治協會，同時發現中時健康部落格中協力單位是台灣禮來公司，甚至也會出現「禮來藥廠研究醫師 000」或「禮來藥廠關心您」等相關字眼，筆者認為，非營利組織彼此間有交流、資源共享的情形是很正常的，但是當藥廠介入成為提供資訊

³²參考自財團法人董氏基金會網站，<http://www.jtf.org.tw/psyche/>，瀏覽日期：2011年10月23日。

的來源，不禁讓人懷疑網站提供的憂鬱症論述的可信度，更何況部落格當中撰寫文章的成員中包含藥廠的研究醫師，或許背後存在的是彼此的利益關係，當藥廠有自己的醫師時，在網站中發布的訊息是否會偏向藥廠本身的立場，同樣形成憂鬱症論述的一部份，尤其當使用藥物為主要治療方式時，藥廠本身即是最大的受益者。

筆者發現，台灣憂鬱症防治協會與董氏基金會製作相當多的短片與文宣，且董氏基金會製作的憂鬱量表使用率非常高，在許多文宣或是許多機構中都可發現董氏基金會的憂鬱量表。筆者認為量表的功能不僅是規訓自己的工具，透過量表上的症狀陳述，還能監控他人是否也患有憂鬱症。

第五章 結論

本論文以「社會建構論」為基礎，討論社會大眾認為理所當然的疾病如何透過四類社會中的結構性條件結合形成一套強而有力的憂鬱症論述，使憂鬱情緒成為擁有龐大利益的「憂鬱症」，四者結構性條件分別為市場〈藥商〉、專家知識〈精神醫學領域〉、政府〈國家監控系統〉與媒體，彼此之間看似單獨的個體，但是卻又互相結合，影響我們對於憂鬱情緒的認知與行為。

第一節 社會建構與意識型態

筆者以 Foucault 「瘋癲沒有不變的本質」觀念為基礎，Foucault 透過文獻資料發現不同時期的人們對於「瘋癲」有不同的解讀方式，不過背後所代表的都是與當時社會價值觀相抵觸的「不正常」。Foucault 發現早期將瘋癲視為神聖的，之後瘋癲成為失去理性的「野獸」，直到 18、19 世紀瘋癲成為「精神疾病」，一直到現在精神疾病的種類越來越多，因為行為或情緒反應與普遍一般人不同，被歸類為「非理性」、「不正常」，因此以 Foucault 的發現為基礎可說明憂鬱情緒成為疾病的範疇、成為需要被治療的對象是社會建構的結果。

透過憂鬱症論述可發現社會中存有某種理想模型，我們對於事物有一定的判斷標準，所謂的社會價值觀事實上是「意識形態」的展演，我們會給予某些態度、行為、想法高度的評價，例如，要求完美的處事態度、勤儉持家的婦女、活潑開朗性格等，無形中我們也會期望自己或週遭的人能夠符合這些正常標準，甚至認為這些想法與觀念是「原本」就存在我們身上的，但是以阿圖塞的觀點而言，我們所認識的事物是透過許多的意識形態機器傳播而成的，如學校教育孩子正確的處事態度；教會教導信徒要透過積極勞動榮耀上帝；國家要求人民遵守法律以維持統治者合法地位等觀念，這些並不是本來就存在我們思想中的意識，而是藉由許多的組織、文本將這些論述烙印在我們身上，使我們以為這些標準是我們自己

自然發展而成的。

同樣的，以社會建構論與意識型態觀點思考憂鬱症論述的形成，我們可以認為憂鬱症的背後包含著現今社會對於人的憂鬱情緒有一套標準與意識型態，患者可能會因為憂鬱情緒的影響而無法勞動，但是以目前意識形態而言，勞動與養育家庭是重要的社會價值，有勞動、有健康的國民才能使國家富強，因此若是將無法從事勞動的憂鬱情緒賦予疾病的標籤，這是可被社會價值觀接受的，因為疾病是違背個人意願的事件，且患者本身也透過疾病的賦予，將無法符合「正常」的行為給予合理的理由。

當社會價值觀與疾病產生關聯，透過國家制度、市場廣告以及媒體將專家知識建構出的憂鬱症論述表現在各式各樣的文本上，彼此的論述觀點著重的角度不同，卻又彼此相互影響，成為一張憂鬱症論述的大網，將我們壟罩在這張大網之下，文本既然為社會架構下的產物，當我們也將憂鬱症論述內化成理所當然的知識。

第二節 反精神醫學如何解構精神醫學

由上述社會建構論的觀點出發，反精神醫學的立場認為精神疾病是由政府〈國家監控〉、專家知識〈精神醫學界〉、市場〈藥廠〉，三者共謀產生的龐大的利益市場。主流論述認為是因為有精神疾病，所以藥廠發明藥物，但是反精神醫學論述認為是因為疾病背後龐大的利潤，所以藥廠與精神醫學界發明了各種精神疾病，並且透過政府政策以保護他們的「發明」。

筆者根據公民人權委員會製作的《精神失常行銷術》影片發現，19 世紀精神醫學原有的開刀治療方式被藥物治療取代，精神科醫師的地位逐漸上升，並出現藥廠不斷的推出新藥，新藥能夠治療的疾病診斷率就上升，例如 1980 年出現治療憂鬱症的「百憂解」，之後被診斷為憂鬱症的病人越來越多，而身為監督角

色的政府審查小組成員同時卻可能是受到贊助的精神科醫師，政府更是透過制訂法條、補助條款、專利權等方式鼓勵藥廠發明更多的藥物，理由是為了全國人民衛生健康著想，但是國家卻也從藥廠苛了不少的稅收，這三者雖然是不同的團體，但是卻又有高度的重疊性，因此反精神醫學派認為精神疾病跟本是為了藥廠資本利益所發明的疾病。

第三節 市場、專家知識、政府、媒體形成的憂鬱症論述

在憂鬱症的醫療化過程中，國家的介入、醫生〈專家〉的權威，甚至是藥廠的影響，造成近幾年來精神醫學的蓬勃發展與精神科醫師的地位提升。國家以醫學研究為基礎，發現憂鬱症需要高度重視的疾病，因此推行相關政策以提升國民心理健康與福利，但是提供研究資金或相關研究資料的單位背後贊助者可能是藥廠，而國家再以這些符合藥廠利益的研究報告為政策推行基礎，而藥廠再藉著國家政策與研究報告替自家產品背書，三者彼此獨立卻又彼此合作，在不斷的循環之下逐漸建構出龐大的憂鬱症論述，再藉由媒體的推波助瀾下成為「社會事實」，藉由市場、專家知識、政府、媒體四者的文本分析憂鬱症論述中憂鬱情緒的形象與論述背後所隱藏的意識形態。

筆者將四類文本中提供的訊息分成憂鬱症症狀表現、憂鬱症成因、處置方式、論述的主體、其他五類，因文本形式與角度差別而有不同的觀點論述，筆者整理的觀點如下：

第一，「藥物治療」的重要性。在四大研究對象中皆提及藥物治療與其他物理治療的方法，但是最後都會告訴讀者藥物治療才是最快、最有效的方式，其餘心理治療、電氣等療法只是輔助，甚至在文宣中表面上是衛教宣導，但是卻無意透露藥物種類或是為某醫療院所打廣告，如「較新的抗憂鬱劑 WELLBUTRIN 等藥物比較不會有這種副作用〈性功能障礙〉。」〈引自憂鬱症防治協會網站〉但是

筆者卻也從輝瑞藥廠的網站中發現憂鬱症並沒有根治辦法的論述，只能透過藥物控制病情，主流論述中崇尚藥物治療，但是生產抗鬱劑的藥廠卻認為憂鬱症無法根治，是種非常矛盾的現象。

第二，憂鬱症是腦部疾病，因此任何人都可能是憂鬱症患者。目前主流論述中認為憂鬱症是因為腦神經傳導物質的失調所造成，其他如壓力、疾病、環境等因素只是誘發的因子，依每個人不同的生活環境、背景而有所不同，不分年齡、性別的所有人都有可能罹患憂鬱症，某些文本中會特別論述職業的影響，如《圖解憂鬱症完全指南》與《給陷入憂鬱的你/圖解憂鬱症小百科》特別注重上班族，或是針對不同年齡層特別補充症狀表現與致病原因，如董氏基金會網站另外分別討論女性、男性、老年人、兒童與青少年。

論述中尤其是女性常成為論述的對象，最常提到的觀點為女性因為女性荷爾蒙的改變，又加上與傳統價值中的多重角色有關，導致比男性容易罹患憂鬱症，但是也有些學者認為可能與女性容易示弱、發覺自己的情緒有關，因此求診的比率較男性高。

第三，市場、專家知識、政府、媒體彼此合作的關係。筆者在蒐集文本的過程中發現研究對象彼此間存在著合作的關係，例如，台灣憂鬱症防治協會的網站中採用的憂鬱量表是由董氏基金會所提供，還有中時健康部落格中的諮詢單位與協力單位分別是台灣憂鬱症防治協會與台灣禮來公司。甚至可發現憂鬱症防治協會網站中提供的捐獻名單中，藥廠的捐獻金額超過總金額的一半。

第四，專家與權威組織的背書。文本中常以「世界衛生組織」或是「某某醫院 000 醫師指出」等字樣為自己的觀點背書，以增加論述的可信度。

第五，造成憂鬱症的原因。目前主流論述認為影響憂鬱症的發生是因為腦中神經傳導物質失調，加上外在因素誘發所引起的，但是筆者在整理文本時卻發現

禮來藥廠與輝瑞藥廠的說法不同，禮來藥廠認為憂鬱症是一個「有真正誘因的醫學疾病」，但是輝瑞藥廠卻認為「真正的原因迄今並不是十分清楚」，筆者認為，藥廠既然無法確定病因，為何又能發明藥物？還是者只是為了說服更多人成為「患者」、成為抗鬱劑的「消費者」的說法。

第六，憂鬱形象與健康形象的形塑。在大量的文本中皆形塑憂鬱症患者與健康者的形象差別，除了文字之外，網站的設計、文宣的插圖、背景等皆有很大的不同，憂鬱症的形象是不快樂、沒有前途、急迫需要幫助的，但是健康的人代表的是較鮮艷的顏色、有歡笑、幸福、事業順利的形象，給與讀者第一印象即是明顯的印象差異，而健康的形象才是符合現今社會論述的，文本透過最簡單的外觀設計同樣在傳遞正常與不正常的論述。

第四節 總結

本論文在第二章文獻探討中提到與其他研究論文不同之處在於筆者以「社會建構論」為出發點討論憂鬱症論述的形成，並非將憂鬱症視為既定存在的事實，在眾多的研究中，作者並不思考憂鬱症論述背後的知識權力關係，只是將憂鬱症進行個人化的討論，例如透過問卷研究學校教師憂鬱症現象或是研究哪些職業容易引發憂鬱症，諸如此類的研究非常的大量，卻忽略憂鬱症論述所要形構的社會價值觀與權力關係，並且忽略做為知識承載體的我們所受的身體與思想規訓是多麼的徹底。因此本研究著重在於透過文本分析憂鬱症論述的形成，將憂鬱症視為社會建構的事實，藉由文本的分析討論論述如何影響我們對憂鬱症的認識。

筆者蒐集四類面向的文本，分別為市場〈藥商〉、專家知識〈精神醫學領域〉、政府〈國家監控系統〉、媒體，筆者認為四者為分別不同的單位，形塑出的憂鬱症論述卻是互相影響的，藥廠引用專家知識為自家產品背書，政府藉由專家知識發現憂鬱症是嚴重的疾病，媒體中的非營利組織也大量引用專家知識提醒我們憂

鬱症是高危險的疾病，而我們做為研究者在分析、批判論述或是引用相關資料時，卻也同時在傳播憂鬱症論述，文本看似是單獨存在的個體，可是卻透過各式各樣的方式將憂鬱症觀點將我們罩住，各個領域、專家，不斷的在製造、傳播憂鬱症知識，憂鬱症論述成為一張我們都逃脫不了意識形態大網，在批判的同時，卻也成為被監控、規訓的個體。

筆者認為這套主流的憂鬱症論述背後除了心理衛生健康的觀念外，其實所隱藏的是我們對於社會價值觀的實踐行為。首先，主流論述中將人區分為「正常」與「不正常」，透過給予「疾病」的分類突顯理想形象的重要，並且除了要自我規訓，也需要監控他人是否符合「正常」。其次，既然是疾病，就應該要接受治療，透過醫療行為將「不正常」的行為拉回「正常」，也就是透過醫療行為治療疾病。

換言之，在憂鬱症論述中，對於症狀、對象等判斷標準的論述包含著主體的建構關係，透過症狀的介紹、設定門檻，表面上是介紹憂鬱症的症狀，提醒我們什麼樣的身心狀態是正常的，例如規範我們體重是否過重或過輕、不快樂的情緒維持多久等，但是同時卻也形塑我們對自己〈主體〉的認識；形塑什麼才是健康的人。回到 Foucault 對瘋癲的研究，在不同時期有對「正常」不同的社會論述，而現今社會對於正常的論述反映在精神醫學上，透過「疾病」的框架建構健康的人，建構我們對於身體、認知、行為等的形象。

分辨正常與不正常的判斷標準是現代人受意識形態的影響而產生的。例如，文本中的女性憂鬱症代表著女性在社會中扮演的多重角色，同時是母親、女兒、媳婦、妻子，社會價值中認為女性應該有的堅毅的母親形象、孝順的女兒形象、逆來順受的媳婦形象與溫柔持家的妻子形象，因此會不斷要求女性朝這些標準努力，但是當女性所扮演的角色無法對應這些形象時，我們認為這是錯誤的，可能給予負面的稱呼或形容詞，但是卻忽略這些形象是本來就存在女性身上的嗎？認

為女性在產後應該要養育孩子，但是女性在生產之後帶來的可能是身體不適等許多壓力的累積，無法呈現理想母親的行為，這時精神醫學賦予這樣的情況一個合理的解釋，認為是因為女性荷爾蒙的改變，而導致產後憂鬱症，為了要恢復應有的母親形象，因此要透過抗鬱劑來治療這個「不合理」的情況。

筆者認為憂鬱症除了是規範個人行為符合正常的手段外，背後也隱含資本主義市場勞動與追求利潤的觀點。可區分為二種角度，當做為論述對象的個體時，以是否可「勞動」為判斷標準，因為現今社會認為只有透過勞動才能證明自己的重要性，因此失業的人需要趕快再找到工作、畢業生要快速進入職場等太多的論述皆說明勞動的重要，而罹患憂鬱症者因身體不適而無法工作，無法從事勞動行為，因此被視為不正常。勞動這時除了是判斷一個人正常與否的標準外，更是判斷憂鬱症患者是否「康復」的指標，許多文本認為回歸職場代表的就是逐漸康復的跡象，才是恢復「正常」的生活。

再以藥廠的立場出發，社會規範中有太多的理想模型，並不是所有的人都能符合所謂的「正常」，這點提供藥廠龐大的商機，不符合正常的行為貼上藥廠發明的疾病標籤，並透過專家告訴我們藥物是最有效與能使我們符合正常的方式，因此不符合理想模型的人貼上各式各樣的疾病標籤，需要的藥物越來越多，藥廠的利潤就越來越豐厚，藥廠本身也不過是在履行資本主義社會中追求利潤的價值觀而已。

第五節 研究困難與建議

筆者在討論國家、市場與專家知識共謀中，一直很難蒐集強而有力的證據來證明彼此間的利益關係，只能藉由藥廠透過捐獻、提供知識等方式發現些許合作的蛛絲馬跡，在這個部分是需要由能夠與藥廠直接往來的研究者挖掘的。另外，在做為研究對象的文本中，筆者認為種類不多元，即便目前蒐集的文本中對於憂

鬱症的論述大同小異，但是筆者認為或許相同領域中還是存在著不同觀點的憂鬱症論述，因此在對於憂鬱症論述的分析上略顯不足。最後，筆者在研究的過程中，無法很徹底的將自身拉出憂鬱症論述之外，不斷的反問自己：「憂鬱症如果是社會建構的疾病，但是為什麼身邊周遭卻又有這麼多人為憂鬱情緒所困擾著？」在不斷的反覆思索之下，認為論述並沒有絕對的答案，透過不同觀點的交織，才能構成這豐富的社會，因此筆者並不強調憂鬱症的存在與否，只是將目前主流憂鬱症論述整理，發現論述背後的權力關係。

參考資料

英文書目

- Cooper, David. (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Paladin, London.
- Fairclough, N. and Wodak, R.(1997). *Critical discourse analysis: An Overview*. T. A. van Dijk (ed.). *Discourse as Social Interaction*. London.
- Phillips, N., & Hardy, C. (2002). *Discourse analysis: Investigating processes of social construction*. Thousand Oaks, London & New Delhi: Sage.

中文書目

- Althusser, Louis 著、杜章志(譯)，2006，《列寧與哲學》。台北：遠流。
- Cebedo, Perri、賴宗成著，2001，《醫藥行銷—醫藥專業行銷人員必備手冊》。台北：城邦。
- Foucault, M 著、劉北成、楊遠嬰(譯)，2007，《瘋癲與文明》。台北：桂冠。
- Foucault, M 著，王德威(譯)，1993，《知識的考掘》。台北：麥田。
- Jennifer R. Fishman 著、陳慈慧、陳奕曄(合譯)，2004，〈製造慾望：女性功能障礙的商品化〉。頁 175-219，收錄於楊倍昌(編)，《資本主義與當代醫療》。台北：巨流。
- Mandel, Ernest 著、張乃列(譯)，1998，《馬克思主義經濟學簡論》。台北：台灣社會研究雜誌社。
- Moynifan, Ray and Cassels, Alan 著、張艾茜(譯)，2006，《藥你生病—藥廠製造疾病的真相》。台北：世潮。
- Pogge, Thomas 著、楊惠君(譯)，2008，〈藥物取得管道〉。頁 33-54，收錄於楊倍昌(編)，《資本主義與當代醫療》。台北：巨流。
- 孔健中，2008，《臨床精神醫療的技術結構與時間結構：以一個慢性病房的復健過程為例》。台北：國立政治大學社會學研究所博士論文。

- 孔繁鐘、孔繁錦(合編)，2006，《DSM-IV 精神健康疾病診斷準則手冊》。台北：合記圖書出版社。
- 王美珍，2002，〈台灣報紙對精神病患烙印化之初探〉，《2004年中華傳播學會年會》。台北：國立政治大學傳播學院。
- 王晴美，2002，《媒體報導精神疾患事件之分析與對策》。台北：國立台灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。
- 王黛玉，2005，《高雄市國中生父母教養方式、同儕關係與憂鬱傾向之相關研究》。高雄：國立高雄師範大學教育學系碩士論文。
- 王馨儀，2008，《不願面對的非理性—台灣報紙憂鬱症論述之權力運作、主體建構與社會意涵》。台北：世新大學新聞研究所碩士論文。
- 平安良雄著、蘇惠齡譯(2009)，《圖解憂鬱症完全指南》。臺北：原水文化。
- 吳明良，2004，〈憂鬱症失眠 安眠藥吃上癮 婦人一度拒吃抗憂鬱藥 治療後一夜好眠〉。聯合報，雲嘉南綜合新聞，12月25日。
- 李源德，2004，〈顛覆醫學的另類思考〉，《發明疾病的人—現代醫療產業如何賣掉我們的健康》。台北：左岸文化。
- 周平，2010，〈論述分析〉。未出版文章。
- 林莉，2004，〈專訪臺灣憂鬱症防治協會理事長李明濱--打開心窗走出憂鬱〉，《衛生報導》117：12-15。
- 邱郁雯，2003，《家庭功能、父母管教態度對4-6歲學齡前兒童行為與情緒問題之影響》。台南：國立成功大學行為醫學研究所碩士論文。
- 邱從益，2004，《高雄市國民中學兼任行政職務教師工作壓力與學校組織氣氛關係之研究》。高雄：國立高雄師範大學成人教育研究所在職專班碩士論文。
- 邱瑞祺，2006，《台灣新藥上市行銷策略探討—以抗憂鬱劑為例》。高雄：國立中山大學國際高階經營管理碩士班論文。
- 柯慧貞，1989，《內因性憂鬱症與非內因性憂鬱症在腎上腺皮質素抑制反應、認

知偏差及生活壓力上之比較》。台北：國立台灣大學／心理學研究所博士論文。

胡幼慧，2001，《新醫療社會學：批判與另類的視角》。台北：心理出版社有限公司。

徐世杰，2003，《青少年憂鬱與社會畏懼、雙親教養態度之相關研究》。彰化：彰化師範大學輔導與諮商系碩士論文。

張苙雲，2009，《醫療與社會—醫療社會學的探索》。台北：巨流。

郭芳君，2003，《父母教養方式、自我韌性與內在性自我控制、少年偏差行為之關係研究》。台南：國立成功大學教育研究所碩士論文。

郭肇元，2003，《休閒心流經驗、休閒體驗與身心健康之關係探討》。台北：國立政治大學心理學研究所碩士論文。

野村總一郎著、李曉雯譯(2008)，《給陷入憂鬱的你/圖解憂鬱症小百科》。台北：新自然主義。

陳永興，1997，《台灣醫療發展史》。台北：月旦。

陳杏容，2001，《青少年因應壓力行為之探討-憂鬱情緒與偏差行為》。台北：東吳大學社會工作學系碩士論文。

陳秀玉，2003，《人事人員工作壓力、社會支持與身心健康之研究》。高雄：國立高雄師範大學成人教育研究所在職專班碩士論文。

陳姿潔，2008，《教師在職進修研究之批判論述分析》。嘉義：南華大學教育社會學研究所碩士論文。

陳柏齡，2000，《國中生生活壓力、失敗容忍力與憂鬱傾向之關係研究》。高雄：國立高雄師範大學教育學系碩士論文。

陳瑞麟，2001，〈社會建構中的「實在」〉，《政治大學哲學學報》7：97-126。

馮美珠，2008，《國小教師人格特質、生活壓力、因應策略與憂鬱傾向之相關研究》。屏東：國立屏東教育大學心理輔導教育研究所碩士論文。

黃千慈，2004，《空巢期父母親子關係與生活適應之研究》。嘉義：國立嘉義大學

家庭教育研究所碩士論文。

黃曉雯，2007，《國小學童自我概念、情緒能力、依附關係與憂鬱傾向之相關研究》。台南：國立臺南大學諮商與輔導研究所碩士論文。

楊錦雲，2005，《國中學生父母管教態度、同儕關係與解釋風格關係之研究》。彰化：國立彰化師範大學輔導與諮商學系碩士論文。

葉秀珍，2008，《總額預算之醫療成本控制對醫師公義及病患的影響》。嘉義：國立中正大學社會福利研究所博士論文。

廖庭瑋，2006，《醫師，你在開什麼藥？—抗憂鬱藥劑的知識生產與爭議》。台北：臺北大學新聞研究所碩士論文。

趙珮璇，2003，《老榮民自覺健康狀況、憂鬱狀態及生活品質相關性之探討》。台中：中國醫藥學院護理學研究所碩士論文。

劉梅君，2008，〈走向「商品化」的醫療服務〉。頁 152-158，收錄於成令方編，《醫療與社會共舞》。台北：群學。

鄧惠文，2004，《憂鬱症論述的性別政治：台灣近年平面媒體憂鬱症報導之內容分析》。台北：台北醫學大學醫學研究所碩士論文。

鄭媛文，2005，《桃園縣國小資源班教師工作壓力與工作滿意度相關之研究》。桃園：中原大學教育研究所碩士論文。

蕭雅竹，2004，《護生靈性健康與實習壓力、憂鬱傾向及自覺健康狀態之相關性研究》。台北：國立臺灣師範大學衛生教育研究所博士論文。

謝博生，2003，《醫療與社會：拓寬醫業執行的社會視野》。台北：金名。

網路文獻

什麼是憂鬱症，財團法人董氏基金會，

<http://www.jtf.org.tw/psyche/melancholia/what.asp>

Anti-psychiatry，維基百科，<http://en.wikipedia.org/wiki/Anti-psychiatry>.

藥費支出情形及成長因素分析、藥費支出目標報告，行政院中央健康保險局，

<http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/155%E6%AC%A1-%E5%81%A5%E4%BF%9D%E8%97%A5%E8%B2%BB%E6%94%AF%E5%87%BA%E6%88%90%E9%95%B7%E5%9B%A0%E7%B4%A0%E5%88%86%E6%9E%90%E5%8F%8A%E6%94%AF%E5%87%BA%E7%9B%AE%E6%A8%99%E6%A1%88.pdf>

憂鬱症衛教保健，輝瑞藥廠，<http://www.pfizer.com.tw/mediacalinfo/2010/14/>

憂鬱症，禮來藥廠網站，<http://www.lilly.com.tw/healthy/depression.cfm>

台灣憂鬱症防治協會，http://www.depression.org.tw/news/news_list.asp

林芝安，2003，〈男人小心憂鬱症〉，康健雜誌，

<http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?id=5017477&page=1>

鬱挫鬱勇部落格，中時健康部落格，<http://health.chinatimes.com/blog/blue/>

《精神失常行銷術》影片，公民人權委員會，

<http://www.cchr.tw/videos/marketing-of-madness.html>

《狠狠撈一筆》影片，公民人權委員會，

<http://www.cchr.tw/videos/making-a-killing.html>

盧成，2001，〈[特別企劃] 做好情緒管理，勇敢對抗憂鬱症〉，《衛生報導季刊》：107。

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM1_p01.aspx?class_no=98&now_fod_list_no=8664&level_no=3&doc_no=47541

文宣

行政院衛生署文宣—走出失業憂鬱，希望就在眼前。

行政院衛生署文宣—走出失業憂鬱，希望就在眼前。

行政院衛生署桃園療養院文宣—憂鬱與自殺。

佛教慈濟綜合醫院台北分院文宣—如何預防更年期憂鬱症。

佛教慈濟綜合醫院台北分院文宣—關於憂鬱症。

附錄

附錄一 報紙憂鬱症論述 1950 年至 2007 年之演變

	1950 年~1960 年	1970 年~1979 年	1980 年~1989 年	1990 年~1999 年	2000 年~2007 年
憂鬱症論述的背景	政權改變，因政治因素，所以言論受限。	因經濟發展，所以患者增加，報導也隨之增加。	人們生活型態改變，憂鬱症報導大量增加。	社會環境的因素，導致出現更多不同年齡層的憂鬱症患者。	社會環境導致自殺人口增加，同樣反映在憂鬱症論述中。

<p>知識的內容</p>	<p>憂鬱症不算是疾病，心理的症狀轉移為身體的病痛，但是當所要規訓的主體為女性時，則將憂鬱症成為疾病。</p>	<p>從疾病角度探討症狀，認為憂鬱情緒到達某一程度即為疾病，並且認為憂鬱症是因為社會環境所造成。</p>	<p>以精神醫學為主導，認為憂鬱症為疾病，談論者多為精神科醫師，閱聽人從這些論述中學習分辨憂鬱症，並且將憂鬱患者形塑為中上階級。</p>	<p>精神醫學為主導，刊登憂鬱症藥物的名稱、功能、副作用等，強調藥物治療是萬能的，另類療法也需配合藥物治療。憂鬱也與睡眠有關，人們的生活作息都在睡眠知識權力的管轄下。</p>	<p>說明憂鬱症的症狀、失眠與憂鬱症的關連，以及憂鬱的情緒常態與病態區分的更清楚、仔細。憂鬱症是可以治癒的，必須以藥物與心理治療雙管齊下。</p>
--------------	---	--	--	---	---

<p>知識／權力施展的場域</p>	<p>報導中多未載明撰稿者及受訪者的身分或背景，並且尚未有任何一個領域主導憂鬱症的論述權力。</p>	<p>非疾病的瘋顛論述(強調憂鬱症的社會意涵)。疾病的瘋顛論述(從疾病的角度出發),精神科醫師與心理學家的出現。</p>	<p>精神科醫師寫專欄,建構精神醫學是可以有效治療憂鬱症的。</p>	<p>在報導中開始可見心理學領域的觀點。</p>	<p>更多領域的「專家」出現,雖然對精神醫學的藥物治療產生質疑,但是精神醫學仍是主導。</p>
-------------------	--	--	------------------------------------	--------------------------	---

<p>知識、權力的技術</p>	<p>台灣未有具體的規訓手段，但是以美國為例，如何進行自我監管。</p> <p>有關婦女憂鬱症表面上協助治療，可是卻是加深傳統家庭價值觀念的重要，並且說明憂鬱症是需要矯正的。</p>		<p>強調運動可以治療憂鬱症，所以報導中規範人們的生活作息。矯正思想以達到正常人的標準，並且將憂鬱症分等級，以方便行使規範。</p>	<p>休閒成為必須學習的知識和落實的行動。</p> <p>提供憂鬱症的症狀，閱聽人可同時監視自己與他人。</p> <p>知識權力施展於客體上，而客體也實踐出來，並且主動複誦這套知識的內容。</p>	<p>透過量表的檢查，將情緒分等級，在標準之外就必需矯正。</p> <p>透過普及的量表檢查，人們的情緒狀況受到自己或是他人監視，但是否為憂鬱症仍由精神科醫師診斷。</p> <p>人的身體與心理皆受到規範，必須學習正確的運動或情緒。</p>
-----------------	---	--	--	--	--

<p style="text-align: center;">憂鬱症的意象</p>		<p>精神疾病被視為非理性，尚未劃歸為瘋癲，並且認為是因為生活富足，所以造成憂鬱症。</p>	<p>仍認為憂鬱症與社會環境有關。民眾視憂鬱症為非理性，精神科醫師則將憂鬱症視為瘋癲。</p>	<p>數據顯示憂鬱症患者的增加，警告國人應重視憂鬱症，尤其是特定職業。憂鬱症被塑造造成自殺或其他瘋狂行為形成的原因，而忽略其他可能的因素。患者漸漸接受憂鬱症為瘋癲的觀點。</p>	<p>指出環境才是影響憂鬱症的主因。將自殺原因歸咎於憂鬱症，忽略社會因素。憂鬱症仍存有非理性的羞恥感，所以在報導上以不同的字眼消除羞恥感，引導民眾將憂鬱症放置在 Foucault 「瘋癲」的位置，等同於疾病，所以必須就醫治療。</p>
---	--	--	---	---	---

憂鬱症論述的客體	報導中呈現較多的女性。	即使經濟提升，傳統的父權觀念仍然存在，所以婦女在家庭與勞動的雙重壓力下導致憂鬱症。	持續強化憂鬱症患者為女性的形象。並且報導中指出憂鬱症患者多為中上階級、已婚女性和未婚男性，但是離婚或分居者也可能發生憂鬱症。	將憂鬱症歸究在女性身上，即便是婚姻中的不順遂，似乎也是女性造成的，並且將女性的心理狀況醫療化，給予藥物治療。不同結構人口成為憂鬱症危險群。	論述中的客體不斷增加，甚至許多藝人明星也願意公開自己為憂鬱症患者，接受憂鬱症為瘋癲的觀點。
----------	-------------	---	--	---	---

資料來源：引用自王馨儀，2008；研究者整理。

附錄二 台灣憂鬱症防治協會捐款名冊

2010 年捐獻名錄

日期	姓名	捐款金額	備註
2010/1/7	莊雅閔	1,500	個人捐款
2010/1/8	鄭邦彥	10,000	個人捐款
2010/1/12	輝瑞大藥廠	45,000	團體捐款
2010/1/13	古洪龍	500	個人捐款
2010/1/13	曹新萍	100	個人捐款
2010/1/15	李崑明	5,000	個人捐款
2010/2/8	古洪龍	500	個人捐款

2010/2/24	陳仕倫	1,000	個人捐款
2010/3/8	GSK 藥廠	82,000	團體捐款
2010/3/9	張育智	200	個人捐款
2010/3/15	賽諾菲藥廠	10,000	團體捐款
2010/3/16	曹新萍	100	個人捐款
2010/3/29	無名氏	1,200	個人捐款
2010/4/9	卡浦洛國際有限公司	35,530	團體捐款
2010/5/6	盧陣	30,000	個人捐款
2010/5/6	黃圭嫦	500	個人捐款
2010/5/11	先靈葆雅	10,000	團體捐款
2010/5/17	古洪龍	800	個人捐款
2010/5/25	GSK 藥廠	100,000	團體捐款
2010/6/17	許明燕	1,000	個人捐款
2010/6/17	曹新萍	100	個人捐款
2010/6/20	賴德仁	3,000	個人捐款
2010/6/22	古洪龍	1,000	個人捐款
2010/6/25	和安行	50,000	團體捐款
2010/7/1	吳妹娣	3,000	個人捐款
2010/7/6	曾玉金	2,000	個人捐款
2010/7/12	輝瑞藥廠	50,000	團體捐款
2010/7/16	曹新萍	100	個人捐款
2010/7/22	曹新萍	100	個人捐款
2010/7/22	大塚製藥	46,000	團體捐款
2010/8/2	彭笑	1,000	個人捐款
2010/8/4	曹新萍	100	個人捐款

2010/8/11	禮來	50,000	團體捐款
2010/8/12	曹新萍	100	個人捐款
2010/8/13	曹新萍	100	個人捐款
2010/8/20	曹新萍	100	個人捐款
2010/8/27	曹新萍	100	個人捐款
2010/9/2	周詣淨	2,000	個人捐款
2010/9/6	吳育智	200	個人捐款
2010/9/8	禮來	50,000	團體捐款
2010/9/9	歐忠貴	1,500	個人捐款
2010/9/21	劉應炎	1,000	個人捐款
2010/9/30	施維雅	60,000	團體捐款
2010/10/11	游美惠	100	個人捐款
2010/10/11	輝瑞大藥廠	50,000	團體捐款
2010/10/13	和安行	71,000	團體捐款
2010/10/19	晟德藥廠	71,000	團體捐款
2010/10/20	GSK 藥廠	82,000	團體捐款
2010/10/27	AZ	50,000	團體捐款
2010/11/3	鴻汶	71,000	團體捐款
2010/11/5	賽諾菲安萬特	10,000	團體捐款
2010/11/15	中化裕民	10,000	團體捐款
2010/12/1	大塚	71,000	團體捐款
2010/12/2	默沙東	82,000	團體捐款
2010/12/10	輝瑞	100,000	團體捐款
2010/12/17	李剛	1,000	個人捐款
2010/12/20	游美惠	100	個人捐款

2009 年捐獻名錄

日期	姓名	捐款金額	備註
2009/1/6	惠氏藥廠	40,000	贊助捐款
2009/1/22	賽諾菲藥廠	3,000	贊助捐款
2009/3/25	禮來藥廠	339,000	贊助捐款
2009/3/26	謝庭韡	300	個人捐款
2009/4/6	羅曉萍	1,500	個人捐款
2009/4/6	王曉嬪	200	個人捐款
2009/4/22	和安行藥廠	3,000	贊助捐款
2009/4/28	閔聖貞	1,100	個人捐款
2009/4/30	毆忠貴	3,000	個人捐款
2009/4/30	簡李素珍	500	個人捐款
2009/5/13	林哲平	200	個人捐款
2009/5/15	吳敏興	500	個人捐款
2009/5/15	陳錡峰	100	個人捐款
2009/6/3	劉詠涵	300	個人捐款
2009/6/24	禮來藥廠	367,500	贊助捐款
2009/6/26	曾明輝	1,000	個人捐款
2009/7/17	鴻汶藥廠	50,000	贊助捐款
2009/7/17	鴻汶藥廠	50,000	贊助捐款
2009/7/17	和安行藥廠	50,000	贊助捐款
2009/8/21	李臣儀	1,600	個人捐款
2009/8/25	禮來藥廠	50,000	贊助捐款

2009/8/26	陳信伊	1,000	個人捐款
2009/8/26	石沛瑄	600	個人捐款
2009/8/31	賴德仁	5,000	贊助捐款
2009/9/10	GSK 藥廠	200,000	贊助捐款
2009/9/18	惠氏藥廠	49,990	贊助捐款
2009/9/18	惠氏藥廠	50,000	贊助捐款
2009/9/30	惠氏藥廠	10	贊助捐款
2009/10/12	陳朝中	1,000	個人捐款
2009/10/12	林孟蓉	200	個人捐款
2009/10/27	惠氏藥廠	63,148	贊助捐款
2009/10/29	晟德藥廠	4,000	贊助捐款
2009/10/29	中化藥廠	3,000	團體捐款
2009/10/29	十方菩薩	50	個人捐款
2009/12/1	曾子旂	200	個人捐款
2009/12/11	輝瑞	95,000	團體捐款
2009/12/22	陽曜玉	5,000	個人捐款
2009/12/25	溫子才	1,800	個人捐款

資料來源：台灣憂鬱症防治協會。 http://www.depression.org.tw/love_thx.asp

2008 年捐獻名錄

日期	姓名	捐款金額	備註
2008/3/11	丁紫東	300	贊助捐款
2008/3/13	禮來大藥廠	50,000	贊助捐款
2008/4/22	GSK	50,000	贊助捐款
2008/5/13	晟德藥廠	100,000	贊助捐款

2008/5/13	輝瑞大藥廠	50,000	贊助捐款
2008/5/15	謝曉慧	3,000	贊助捐款
2008/6/2	張琪慧	32,700	贊助捐款
2008/6/6	惠氏藥廠	295,000	贊助捐款
2008/6/23	達琳結婚精品有限公司	5,000	贊助捐款
2008/7/2	吳亞君	3,300	贊助捐款
2008/8/1	張琪慧	1,000	贊助捐款
2008/8/21	盧陣	60,000	贊助捐款
2008/9/1	惠氏藥廠	50,000	贊助捐款
2008/9/8	呂佳容	3,000	贊助捐款
2008/9/8	林宏熾	1,000	贊助捐款
2008/10/9	曾玉金	3,000	贊助捐款
2008/10/23	侯鄧彩珠	1,000	贊助捐款
2008/10/24	侯淑雯	200	贊助捐款
2008/11/4	梁政強	500	贊助捐款
2008/11/12	陳朝中	500	贊助捐款
2008/11/12	吳莉莉	200	贊助捐款
2008/11/13	賴德仁	1,665	贊助捐款
2008/12/4	賴德仁	2,835	贊助捐款
2008/12/24	惠氏藥廠	10,000	贊助捐款
2008/12/23	惠氏藥廠	50,000	贊助捐款

資料來源：台灣憂鬱症防治協會。 http://www.depression.org.tw/love_thx.asp