

直面受苦：人文臨床心理學的心理病理學芻議

彭榮邦 翁士恆

研究目的：在台灣，心理病理學被視為臨床心理學的三大專業領域之一，不過在教育訓練中，幾乎等同於DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)這個精神疾病診斷系統。然而從歷史上來看，DSM做為心理病理學的近乎同義詞，也不過是相當晚近的事情。因此DSM不是一個不能被挑戰的知識系統，也不應該被臨床心理學視為唯一的心理病理學。**研究方法：**本文是以批判－歷史取向(critical-historical approach)和傅柯式論述分析(Foucauldian discourse analysis)為方法，進行文獻反思與典範對話。**研究結果：**本文首先從批判歷史的角度描述DSM的發展，並且以Foucault(1980)的「部署」(*dispositif*)概念，檢視DSM如何在短時間內成為佔據精神醫學核心位置的重要實務手冊，並討論這個歷史轉變對精神醫學臨床工作造成的影響。在這個基礎上，本文接著討論臨床心理學在精神疾病診斷及治療的後DSM-III部署中的位置，並提出以「直面受苦」為核心的心理病理學為回應。**研究結論：**本文主張：(1)一個「直面受苦」的心理病理學承認受苦經驗在本體論上的不可化約性和屬己性，因此在知識論上會是「人文科學取向」的心理病理學；(2)一個「直面受苦」的心理病理學也涉及了知識與倫理關係的逆轉，它不是一套關於精神疾病的普遍性知識，而是在治療關係中展開、對受苦經驗的殊異性理解；(3)一個「直面受苦」的心理病理學，是向「心理病理學」原初意義的回歸：它是來自精神受苦者的「我說」，於其中他/她的「靈魂」如何「受苦」，得以向我們展現。

關鍵詞：心理病理學、DSM、部署、直面受苦、人文科學心理學

彭榮邦：慈濟大學人類發展與心理學系助理教授；美國杜肯大學臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為現象學取向的心理治療與心理衡鑑、精神分析、現象學心理學、批判心理學史。(通訊作者；E-mail: rongbang@mail.tcu.edu.tw)

翁士恆：國立東華大學諮商與臨床心理學系助理教授；英國愛丁堡大學諮商與心理治療博士；專長領域與研究興趣為早期療癒、兒科心理學、詮釋現象學、存在哲學。

收稿：2018年1月30日；接受：2018年8月2日。

一、前言：「然後呢？」

在台灣想要應考臨床心理師證照的人都知道，考選部公布的「專門職業及技術人員高等考試心理師考試規則」條文中，有一個被簡稱為「九六六」的應試資格規定。所謂「九六六」的規定，意指應試人必須修習並通過心理病理學領域相關課程至少三學科(九學分)、心理衡鑑領域相關課程至少二學科(六學分)、心理治療領域相關課程至少二學科(六學分)，才能被認定為「主修臨床心理」，符合應考臨床心理師的課程修習規定。這個行之有年、一體適用於所有應試人的「九六六」規定除了是考試規則，其實也意味著台灣臨床心理學界認同或至少默認考選部的看法，將心理病理學(psychopathology)視為三大專業領域之一。

心理病理學的基礎和進階課程，因此一直是台灣臨床心理學相關系所組的重點授課項目。如果檢視各校心理病理學(或稱精神病理學)的授課大綱，我們會發現，多數都以美國精神醫學會(American Psychiatric Association，以下簡稱為APA)所出版的《Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders》(以下簡稱為DSM)為主軸，展開心理病理學的教學與討論。有些系所組甚至把心理病理學的概論課程「外包」給具有教師資格的精神科醫師，背後的理由大概是畢竟DSM來自精神醫學，由精神科醫師教授並不為過。對於修課學生來說，這樣的安排也有額外好處，他們或許有機會藉由跟診一窺精神科門診之堂奧。¹

在實習安排上，許多機構的臨床心理督導也把DSM的熟練度視為訓練重點之一。這麼做背後的預設是，唯有熟悉DSM，才能夠在衡鑑或治療過程中盡快形成診斷，以便安排後續處遇。²從現實面來看，這麼安排的確有其必要性，因為目前DSM是不同醫事人員之間便捷的溝通語言，而熟悉DSM並協助精神科醫師進行鑑別診斷，也是臨床心理師的重要工作之一。然而，對於心理治療這個最能夠帶給臨床心

1 從各校的課程網站資料來看，目前的15個臨床心理學相關系所組中，有3個學校(台大、長庚、慈濟)的心理病理學課程由精神科醫師來教授。

2 在筆者任教的這幾年來，機構督導最常向學校方面反映的有兩件事情，第一是學生的診斷知識，另一是個案概念化能力。

理師成就感及滿足感的自主性臨床工作來說，以DSM為核心的心理病理學卻不見得能發揮多大的用處。

筆者在督導實習臨床心理師的這幾年，常常聽他們提及這樣的一個時刻：在晤談室裡，個案在面前訴說著他/她的難處，心理師試著從中抽絲剝繭，腦子加速運轉，跑著幾個可能相關的精神疾病診斷。好不容易形成一些想法，回神時發現個案的話還沒停，甚至臉頰上還帶著淚漬。在這樣的時刻，眼前個案的臉倏地浮現，成為讓心理師手足無措、甚至突兀的存在。他/她看著心理師，彷彿在問：「然後呢？」在他/她的眼神穿透下，心理師也焦急地問自己：「然後呢？」

本論文在經驗上的思考起點，正是這個被筆者稱為「然後呢？」的尷尬時刻。或許有人會覺得筆者小題大作，過度放大了這件事情，因為只有新手心理師才會讓自己這麼不知所措，稍有經驗的心理師早就不會拿這件事情來折磨自己。是的，我們當中有些人憑著在臨床經驗中琢磨出來的本事，讓自己安坐當下、聆聽個案說話；有些人則以為這是在心理病理學方面的「無知」所造成的「無能」，因此學會用更多的專業知識來豐富自己，好避免這樣的狀況再次出現。筆者承認上述兩種(或許還有其他)方式都可以暫且擺脫那樣無知又無能的尷尬時刻。然而，如果我們選擇不擺脫、而是以「返回現象自身」的現象學態度，來面對這個經驗呢？會不會這個「然後呢？」的尷尬時刻，還有些未被發掘的意涵，是足以重新打開我們對心理病理學的理解呢？

二、DSM：還原、忽視與遺忘

在前言中，筆者已經簡要指陳了心理病理學這個領域的重要性，以及在台灣的臨床心理學教育訓練中，它幾乎等同於DSM這個精神疾病診斷系統的現況。然而從歷史上來看，DSM做為心理病理學的近乎同義詞，也不過是相當晚近的事情。對於歐美學界來說，DSM從來就不是一本宛若「聖經」的書，也不是一個不能被挑戰的知識系統；相反地，如果檢視DSM本身的歷史，自從DSM-III在精神醫學實務上取得前所未有的重要地位之後，關於它的各種爭議就從來沒有間斷過。而DSM-5在各界抗議聲中的強勢出版，更是讓所有爭議變得更加檯面化，試圖取代DSM的各式方

案也紛紛出籠，例如美國國家精神衛生院(National Institute of Mental Health [NIMH])就以研究領域標準(Research Domain Criteria [RDoC])取代DSM做為資助精神疾病研究的新準則，³其他學者也提出更為激進的替代方案。⁴在這一節，筆者將從「批判歷史」(critical history)的角度描述DSM的發展，並從Foucault(1980)在後期論述中所發展的「部署」(*dispositif*)概念⁵，檢視DSM如何從一本原本不甚重要的小冊子，在短時間內成為佔據精神醫學核心位置的重要實務手冊，以及這個歷史性轉變對精神醫學的臨床工作造成的影響。

首先，對任何一種「病理學」(pathology)來說，都涉及了對所謂「正常/非正常」(normal/abnormal)的界定，精神醫學當然也不例外。精神醫學史家Shorter(2013)就把當代精神醫學之「疾病分類學」(nosology)的開端，遠推至19世紀初期的Philippe Pinel與August Heinroth，並且把疾病分類的系統化視為精神醫學逐步進展為一門科學時必然的歷史進程。不過相較於自然科學，精神醫學往科學之路的進展算是慢的，DSM-IV編修小組的主持人Frances(2013)就指出，精神醫學的文藝復興和啟蒙時代來得比較晚，一直到19世紀初才開始有顯著進展，各種創新的疾病分類方式才紛紛出現，而最終在19世紀末集各家大成的，是德國的精神科醫師Emil Kraepelin(1856-1926)。Kraepelin所撰寫的精神醫學教科書在他生前改版了8次，相

3 NIMH的院長Thomas Insel在DSM-5出版前不到一個月，於NIMH的官方網站宣稱不再支持以DSM系統為基準的研究，而開始以研究領域標準(Research Domain Criteria [RDoC])為精神疾病的研究方針(Insel, 2013)。NIMH對於DSM的不滿意，主要來自研究效度上的問題：亦即，傳統的DSM診斷類別和新近研究結果所呈現的疾病類別並不吻合。因此NIMH希望在研究上以RDoC來取代DSM為標準，以期建立一個更可靠的疾病分類系統。從NIMH所公布的網頁資料看來，RDoC的提出，在相當程度上，是美國精神醫學更朝著「以研究為基礎的生物醫學觀點」邁進的重大里程碑。

4 加拿大的精神醫學史家Shorter(2015)也在DSM-5造成的混亂局面之後，大膽提出一個以歷史為基礎(history-based)之精神疾病診斷系統的可能。

5 Foucault(1980)在1977年的一篇專訪中提到，相較於「認識型」(*episteme*)對話語的單方面關注，「部署」(*dispositif*)這個概念更廣泛地包含了話語和非話語的層面，而「部署」就是在話語及非話語等異質性元素之間所構成的關係系統；這些異質性元素彼此間的關係有歷史滑動和轉移的現象，它在特定歷史階段的形構，往往是為了應付緊急的需要而產生。

當程度地主導著當時的精神醫學思維，而他所建立的精神疾病分類方式也一路影響至今(Frances, 2013; Paris, 2013)。值得注意的是，在Kraepelin主導著當時主流精神醫學思維時，Sigmund Freud(1856-1939)也開始活躍並發揮影響力，以精神分析的理論與實踐為精神醫學另闢蹊徑。Frances(2013)在回顧精神醫學的發展史時，就刻意強調了當時由Kraepelin及Freud所開展出來的兩條迥異路線，並且把建立以治療症狀較輕微的「精神官能症」患者的精神科門診歸功於Freud。由Kraepelin及Freud分別為代表的「描述性精神醫學」(descriptive psychiatry)和「心理動力取向精神醫學」(psychodynamic psychiatry)路線，成為精神醫學中兩股在心理病理學的設想上迥異、而且相互較勁的勢力。

在20世紀初期，精神醫學關注的主要是異於常人的嚴重精神疾病患者，精神科醫師也多在收容醫院工作，願意投身這個工作的人數有限。不過，第二次世界大戰之後，精神醫學在美國卻出現以精神分析療法為主幹的蓬勃發展。⁶歸咎其因，除了精神分析在治療第一次世界大戰傷兵的心理創傷展現不錯的成效外(Brunner, 1991)，還有其他重要的歷史條件和現實因素。首先，從第一次世界大戰以來就出現的兵源篩檢需求、戰爭造成的身心創傷與照顧等問題，使得精神醫學在20世紀的前半葉受到重視，在國家資源的挹注之下得以快速發展；⁷其次，Freud所開展的精神官能症門診，使得精神專科的焦點從嚴重的住院病患轉移到病情較輕的門診病患，多數精神科醫師從醫院出走、自行在外開診，比以往擁有更好的收入及更崇高的社會地位；再來，精神分析取向的臨床工作者也因為歐陸醫師往美國移民的避難潮，以及來自心理學與社會工作的新興專業人士的參與而大幅增加(Frances, 2013; Paris, 2013)。結果，病情較輕微的「精神官能症患者」(neurotics)接受門診治療，「精神病患者」(psychotics)及其他較為嚴重的精神疾病患者以住院治療，成為美國精神醫學界的標準作法。

對於多數以精神分析進行治療的精神科醫師來說，精神疾病的診斷分類向來不

6 台灣的精神醫學在二次世界大戰之後受到地緣政治的牽制，主要還是受到美國精神醫學的影響，因此本文對精神醫學史的回顧將以美國精神醫學的發展為主。

7 心理學在美國的蓬勃發展，也和兵源分類篩檢、社會普遍希望理解戰爭的心理根源、戰後士兵的心理創傷處理，以及伴隨而來的國家資源挹注有密切關係(Richards, 2010)。

是太過緊要的事情，懂得從聆聽中建構病患的個人歷史，洞悉並處理其內在衝突才是要務。精神疾病診斷系統重新受到重視，一開始是來自機構工作上的需求。依據 Shorter(2013)所述，DSM的前身(Medical 203)是第二次世界大戰期間任職於美國陸軍的精神分析師William Menninger所草擬，用以協助處理軍中繁重的診斷篩檢任務。而DSM-I及DSM-II的出現、甚至DSM-III的改版，則是美國公共衛生體系為了使國內的精神疾病分類系統接軌世界衛生組織(World Health Organization [WHO])的國際疾病分類標準(The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD])而生。既是如此，為什麼DSM這個原本不甚重要的精神疾病診斷系統，會一躍成為精神醫學實踐中的關鍵角色？

Mayes與Horwitz的著名論文《DSM-III and the revolution in the classification of mental illness》(2005)從歷史的角度回答了這個問題。他們認為，以精神分析療法為主的美國精神醫學，在1970年代面臨了「正當性危機」(crisis of legitimacy)⁸，迫使精神科醫師們必須重新考慮如何界定精神疾病，以及什麼才構成精神疾病的適當治療。Mayes與Horwitz把這個正當性危機歸結如下：(1)在整個醫學專業中，精神醫學長期被認為是邊緣專科，因此在內部出現要求更科學化的壓力；(2)政府及保險公司不願意支付長期談話治療的費用，逼迫著精神疾病的治療必須以診斷為基礎，而且要求評估療效；(3)去機構化運動使得醫院釋出大量嚴重精神疾病患者，他們需要在社區裡接受治療，但是門診精神科醫師卻不見得有意願或能力治療這些患者；(4)精神疾病的藥物治療興起，越來越多的精神科醫師對病患進行藥物治療，即使原本以精神分析進行治療的精神科醫師亦是如此；(5)精神科醫師的專業性受到臨床心理師、諮商心理師、社工師等其他臨床專業的挑戰，他們認為談話治療無關醫學訓練，不應該由精神科醫師所壟斷。這林林總總來自精神醫學內部及外部的壓力匯流在一起，迫使美國精神醫學界不得不正視危機，而創造一個新的精神疾病診斷系統就成了從中解套的方式，因為這個新的DSM(亦即後來的DSM-III)將「從根本上重新界定什麼是精神疾病，它們該如何被辨識、診斷以及治療」(Mayes & Horwitz, 2005,

8 另外一篇評述這段歷史轉變的論文《DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history》(Wilson, 1993)也是以「正當性危機」來描述美國精神醫學在1970年代的困境。

p. 257)，從而重新確立精神醫學做為一門嚴格科學的地位，以及有別於其他臨床專業的存在理由。

在這個意義上，Mayes與Horwitz(2005)指出，DSM-III的出版在相當程度推動了精神醫學的「典範轉移」(paradigm shift)，致使強調神經科學、大腦化學、藥物治療的生物觀點一躍成為主流，取代了之前主導精神醫學數十年、以精神分析為主幹的心理社會觀點。對於科學性的要求，使得這個新的診斷框架把焦點放在精神疾病可供觀察衡量的症狀表現，而非它們眾說紛紜的肇因，強調療效較快又易評估的藥物治療，而非耗時而且療效難以評估的談話治療和行為改變。不僅如此，向科學研究的檢證思維靠攏，也為製藥公司研發新的精神科藥物提供了強大的誘因。換句話說，為了處理自身的正當性危機，美國精神醫學界以推動精神疾病診斷及治療的標準化為因應，而這個因應的策略性產物，DSM-III，最終成為精神疾病診斷及治療的標準化平台，讓所有相關人或群體的利害關係，以這個平台為中心重新洗牌。⁹

雖然Mayes與Horwitz(2005)在文中把DSM-III的出版及後續效應稱為「典範」轉移，但嚴格地說，他們所描述的現象其實更接近Foucault(1980)意義上的重新「部署」：與精神疾病相關的各種產官學異質性權力，以DSM-III這個標準化平台為中

9 DSM從第三版之後，就以其科學性為主要宣稱。然而正如比利時學者Stijn Vanheule所指陳，即使以科學論科學，DSM做為一個診斷系統的可靠度也是被過度評價的(Vanheule, 2014)。因此筆者才不滿足於Mayes及Horwitz將DSM-III的出版單純視為精神醫學的「典範轉移」，而進一步借用Foucault的「部署」概念進行更為批判性的解讀。借用Foucault的「部署」概念來解讀DSM的歷史崛起，主要是向生物精神醫學論述中昭然若揭的「線性進步史觀」提出質疑與挑戰；例如，DSM-5就在簡介中就將精神醫學從DSM-IV之後的發展，描述為科學持續進展的過程(American Psychiatric Association, 2013, p. 5)。然而筆者認為，精神醫學在1980年代之後以DSM為標準化平台的心理病理學走向，並不能被單純地描述為「科學進步」的過程，而是一個圍繞著精神醫學正當性危機(亦即Foucault所言之緊急需要)的重新部署，其中涉及了專業權力競逐、知識典範轉移、社會條件變動、經濟利益誘因，甚至精神醫學全球化的複雜歷史過程，也因此本文才以這些異質要素之間的關係連動，來描述DSM的歷史性崛起。而唯有從這個更複雜的批判歷史視角，才能看到精神醫學在進步的表象之下，如何窄化了對受苦現象的關注。下文會有更詳細的闡述。

心構成了新的部署。這個部署，Sadler(2013)將其稱為「精神衛生醫療產業複合體」(Mental Health Medical Industrial Complex，簡稱MHMIC)，並指出DSM-III及其後續版本之所以能夠大行其道，正是它在這個部署中做為核心平台的功能性角色。不過Sadler也強調，他並不是要妖魔化這個產業複合體，因為他知道MHMIC在發展、測試及推動有助於精神科醫師幫助病人的產品上，是目前唯一可信賴的資源。但是他明白指出，就像愛森豪總統在卸職演說中提出「軍事產業複合體」(Military Industrial Complex)的說法，是為了警示美國社會一個可能的潛在危機，「精神衛生醫療產業複合體」的提出也是一種警示，因為這個產業複合體涉及了龐大的利益，而其中的菁英分子所掌握的巨大力量，一不小心就足以毀壞「精神醫學、精神衛生，以及其附屬機構所秉持的其他重要價值與任務」(Sadler, 2013, p. 32)。

Sadler(2013)的說法並非危言聳聽，因為自從DSM-III出版以來，圍繞著這個精神疾病診斷系統的許多爭議，其實都和Sadler所謂的「其他重要價值與任務」逐漸被漠視、甚至遺忘有關。例如，哈佛醫學院的精神科醫師/教授Vaillant(1984)對於DSM-III之所以「弊大於利」的評論中就指出，DSM-III是偏狹的地域主義產物，它是美國精神醫學界的得意之作，卻根本漠視其他文化及不同時代的價值。關注精神醫學教育的精神科醫師Reise(1988)也憂心忡忡地表示，能夠培養出具備精神動力取向診斷及治療能力的教育訓練環境，在後DSM-III的時代正快速萎縮中。他語重心長地呼籲精神醫學的教育者們，不要讓未來的精神科醫師「放棄對人心的照顧」(give up the mind)，更不要「從根本上就忘記了心為何物」(lose it by default) (Reise, 1988, p. 148)。

如果以DSM-III在1980年的出版為指標性事件，這個以DSM為標準化平台對精神疾病的診斷與治療所進行的重新部署，在1980年代中期的美國就已經完成了歷史性的轉變(Mayes & Horwitz, 2005)。到近幾年，MHMIC這個複合體更形強大，而做為這個部署關鍵平台的DSM也數次改版，並被翻譯成不同語言，成為全球各地精神科醫師的診斷及治療指引。然而受到這波精神疾病診斷標準化波及的所謂「其他價值與任務」，看來似乎受到更大的忽視、陷入更深刻的遺忘。美國記者Watters(2010)就以《Crazy like us: The globalization of the American psyche》為題，以厭食症、創傷後壓力症、思覺失調症、憂鬱症等精神疾病為引，檢視DSM的全

球化對人類心靈地景所產生的扁平化效果。曾以精神病患被濫用藥物的報導而獲得普立茲獎提名的另一位記者Robert Whitaker，也以數本著作(Whitaker, 2002, 2010; Whitaker & Cosgrove, 2015)批判了美國精神醫學界長期以來對精神病患的不當對待，以藥物治療為主的模式使得精神疾病加速擴展，精神科藥物處方開立的標準作法受到不當影響等弊端叢生的現況。最引起眾人注目的，應該是DSM-IV編修小組主持人Allen Frances對DSM-5編修小組的諍言，Frances(2013)在《Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life》一書中警告，DSM-5會給正常人貼上錯誤的標籤，帶動業已嚴重的濫診，以及更加助長不當的用藥。

這個歷史性的轉變，對於精神醫學的臨床現場到底意味著什麼？或許我們可以藉由美國心理人類學家Luhmann(2000)的精神醫學民族誌《Of two minds: The growing disorder in American psychiatry》以及她對這個歷史轉變的詮釋，更深刻地理解當代精神醫療的臨床現場在這個新的部署中忽視、甚至遺忘了什麼。1980年代末期Luhmann在醫院進行精神科訓練的田野工作時，正是精神疾病診斷及治療的後DSM-III部署在全美國逐漸成為常態的時期。在田野工作的一開始，她有幸見到「診斷及精神藥物學」與「精神動力心理治療」這兩套對「局外人」來說相當不同的訓練模式，如何不可思議地在精神科訓練中並存。不過，這些未來的精神科醫師們對藥物治療感到興致沖沖，對心理治療漸感不耐、甚至不屑，也讓她感到憂心。

因此，Luhmann(2000)特別在最後一章討論了與精神疾病相關的道德責任問題。且讓筆者在此先以稍長的篇幅引述Luhmann語重心長的一段話：

我們整個社會設想精神疾病的方式是攸關緊要的。它影響到人在處理精神疾病時是如何經驗到「精神疾病」這件事情。它影響到我們會支持什麼樣的醫療衛生政策，影響到我們會如何對待在街頭露宿的遊民，影響到我們會如何照顧罹患精神疾病的親人，影響到我們會如何處理自己的焦慮、憂鬱和絕望。尤其重要的是，我們設想精神疾病的方式，會影響到我們如何看待自己的為人，特別是面對他人的傷痛時，如何還覺得自己是個好人。它影響到我們身為人的道德本能。(Luhmann, 2000, p. 266)

Luhrmann(2000)指出，人們在面對精神疾病時，往往和在面對一般身體疾病時有很不一樣的態度。精神疾病患者經常會出現一些被他人認為是「咎由自取」的行為(例如自殘自傷)，或是言行舉止怪異到不被認為是「人」，因此在面對他們時，多數人沒有辦法同理共感地予以回應。Luhrmann在此所談的「道德本能」(moral instincts)，並不是平常意義上的「道德原則」(moral principles)，而是在面對他人的精神受苦時，我當如何回應才不失為人的一種倫理關係。她特別強調，這樣的道德本能涉及了判斷(眼前的人為何受苦)，而判斷又和我們如何同理共感地回應密切相關，因此人們對於精神疾病的設想才變得如此攸關緊要。

Luhrmann(2000)借用了馬丁路德對於「上帝為什麼讓我們受苦」的思考，將人的受苦區分為兩類：(1)本質性的受苦(essential suffering)，意指那些我們無法避免、只能盡力熬過來的痛苦，例如生離死別等我們無從掌握、亦無法離開的生命困境；(2)非本質性的受苦(inessential suffering)，意指那些我們可以處理的痛苦，例如生病挨餓等，只要處理完就沒事。Luhrmann指出，在猶太—基督宗教的文化裡，本質性受苦傳統上是屬於宗教的範疇，神職人員以宗教力量撫慰人心、幫助受苦者看見困境中的意義；非本質性受苦則是屬於醫療的範疇，醫者從人身上分辨出疾病，並加以治療；而經常被視為「咎由自取」的精神疾病，往往得不到宗教的撫慰，也沒有藥物可以治療。她認為，精神醫學的臨床工作正好落在宗教施為與醫療救治之間的灰色地帶，它的「兩個心靈」所代表的是兩種對精神疾病的不同設想方式。生物醫學觀點將精神疾病設想為非本質性受苦(亦即，有疾病實體可以標定治療)，在診斷知識的襄助下，藉由症狀表現區辨疾病，並以藥物或其他技術加以治療。持生物醫學觀點的醫師在面對病患時，並不需要涉入太多人與人的深刻互動，「簡單的同情共感」(simple empathy)就足以回應；精神動力觀點則將精神疾病設想為本質性受苦(亦即，不全然受意識掌握的生命困境)，面對病患的醫師需要透過聆聽打開對病患生命的深度理解，探入有時連自己都被捲入其中的複雜糾葛，這就需要「複雜的同情共感」(complex empathy)才足以回應。總而言之，生物醫學觀點及精神動力觀點代表著美國精神醫學中兩種心理病理學設想，也對應著面對精神受苦者的兩種回應方式，兩者雖然立場迥異、甚至相互較勁，但在對受苦的回應上卻是彼此互補、維持著一種巧妙的平衡。

不過，DSM-III的出版以及後續圍繞著精神疾病診斷及治療的重新部署，卻打破了這個彼此互補的巧妙平衡。目前主導精神醫學思維的生物醫學模式把精神受苦外化為可以被測量標定的精神疾病實體，精神藥物學迄今為止的成就證明了它的威力，而神經科學、基因標定等新學理技術的陸續加入，加上研究經費的大量挹注，讓生物醫學模式的歷史動能沛然。對於那些精神症狀可以被藥物治療或其他技術緩解、甚至解決的患者來說，這是個莫大的福音，但對於那些找不到解方的患者來說，那他們幾乎就是被詛咒了。更值得深思的是，如果人的精神受苦在根本上並不能全然被外化為精神疾病實體來處理呢？那麼僅剩生物醫學思維的精神醫學，就不再懂得如何在面對面的倫理關係中以深度的聆聽來回應精神受苦者，讓他們藉此形成某種受苦的轉圜空間，這正是Luhmann(2000)的憂心所在。

DSM-III的出版，不僅標誌著心理病理學的典範轉移，也意味著與精神疾病及診斷有關的各種權力關係進行了新的部署。這個新的部署，將人的精神受苦外化為可以被測量標定的精神疾病實體，以精神衛生醫療複合體的龐大資源及研究動能，推動以藥物治療或其他更新穎技術為主的治療。這個歷史性的轉變的確解決了美國精神醫學在1970年代後所面臨的正當性危機，但正如Wilson(1993)一針見血指出的，它同時也大幅窄化了精神醫學的「臨床凝視」(clinical gaze)，亦即只關注精神受苦的而非本質面向，而忽視、甚至遺忘了精神受苦的本質性面向。下一節，筆者將在這個基礎上，討論臨床心理學在這個新的部屬中的位置，並提出以「直面受苦」為核心的心理病理學為回應。

三、朝向一個以「直面受苦」為核心的心理病理學

在DSM-III還在進行田野調查的階段，羅格斯大學的臨床心理學教授Schacht與Nathan(1977)就在美國心理學會的官方期刊《American Psychologist》中以「但這對心理學家來說是件好事嗎？」為題撰文提醒同僚們，以生物醫學為主要觀點的DSM-III將大幅改變精神疾病的診斷與治療方式，從而擠壓到臨床心理學及其他心理衛生專業的空間。筆者認為，這個30多年前的警語，在目前DSM-5或RDoC都明白以神經科學及遺傳科學為基礎來進一步發展的情況下，更值得臨床心理學界認真看待與深思。

雖然台灣的臨床心理學界把心理病理學、心理衡鑑以及心理治療劃定為臨床心理學的三大專業領域，但這三者之所以能夠成為臨床心理學的專業領域，其實並非理所當然，而是在各種機會及限制下的歷史辯證結果，不僅在美國是如此(Benjamin, 2005; Buchanan, 2003)，在台灣也不例外(柯永河，2008)。更進一步說，不僅專業領域的形成是歷史辯證的結果，心理病理學的知識框架亦是如此，正如我們在DSM於精神醫學中崛起的歷史中所見。美國精神醫學在1980年代後以生物醫學模式為主的發展，其實已經對精神科醫師在進行心理治療的能力造成了負面的效應，不僅精神科住院醫師的心理治療訓練的品質良莠不齊，而因為藥物治療的便捷，門診的精神科醫師提供心理治療的比例也在這30多年內大幅降低(Mojtabai & Olfson, 2008; Olfson & Marcus, 2010; Olfson, Marcus, Druss & Pincus, 2002; Olfson, Marcus & Pincus, 1999; Sudak & Goldberg, 2012)。在台灣方面，由於對目前精神科專科訓練的評估研究極少(張明永，1994；龍佛衛等人，2006)，因此當代以生物醫學模式為主的發展對於精神科醫師進行心理治療的能力有無影響尚難論斷，但據筆者有限的瞭解，台灣在這個部分的現況並沒有太大差異。精神醫學朝著生物醫學的方向發展，固然有其歷史及現實條件，但在相當程度上是這個專業社群對其醫療實踐方式做出的集體選擇。但是臨床心理學界，特別是台灣的臨床心理學界，是否應該把DSM這個以生物醫學觀點為基礎的精神疾病診斷系統，視為在臨床心理上(特別是心理治療)毋庸置疑的心理病理學依歸，就非常值得商榷了。

以台灣的現況來說，臨床心理師有將近七成的比例在醫療機構工作，他們的主要業務以由精神科醫師轉介的心理衡鑑為大宗，而較具專業自主性的心理治療工作，則經常是在業務排擠的情況下勉力而為，這和他們選擇從事這個工作的原因(喜歡助人工作及自我成長)，對於工作的期待(有獨立自主及發揮的空間)，都出現了不少落差，在工作缺乏專業督導、執業收入偏低及專業耗竭等因素下，只有約略四成對於未來前景保持樂觀(許秋田、黃創華與鄭志強，2009)。如果仔細推敲許秋田等在2009年的這篇研究，我們會發現，不管是對專業自主性的要求、對專業督導的渴求、對助人工作的喜愛、對自我成長的期待等，幾乎都和心理治療脫不了關係，這意味著心理治療對於臨床心理師而言，是較能夠帶來成就感及滿足感的臨床心理工作。事實上，有不少臨床心理工作者之所以入心理學的門，往往是基於對心理治療

的想像，吳英璋教授在2014年專訪(台大心理學系季報，2014)的自我坦露，¹⁰應該會讓不少人覺得心有戚戚焉。然而，相關資源的匱乏(缺少在職訓練及專業督導)、治療給付的不合理(臨床心理師只能執行給付偏低的治療項目)，以及其他繁重業務的排擠，都讓臨床心理師在目前的條件下很難做好心理治療的工作。除此之外，筆者認為還有一個更棘手的問題：DSM其實並不足以做為臨床心理工作在心理病理學上的知識基礎。

誠如Wilson(1993)所言，DSM-III及其後續版本改變了精神醫學的臨床凝視，「以研究為基礎的生物醫學模式」(research-based biomedical model)取代了「以臨床為基礎的生理心理社會模式」(clinically-based biopsychosocial model)，成為精神醫學設想精神疾病的方式，亦即其心理病理學的認識。然而，這個「取代」到底是如何發生？對臨床心理工作的影響又是什麼？首先，Frances(2013)有一段描述與此密切相關：

DSM-III以不對病因學採取任何理論立場為主要訴求，因此不論生物觀點、心理觀點及社會觀點的治療都可使用。白紙黑字寫的是這樣，但事實並非如此。診斷標準是基於表現症狀的描述，隻字未提病因或治療，這的確是事實。然而，描述表現症狀這個方法有如為精神疾病的生物醫學觀點量身打造，大大地推動其進展。排除了較為推論式的心理建構和社會脈絡，使生物觀點外的其他觀點處於相當不利的地位，從而讓精神醫學穿上化約主義的緊身衣。(Frances, 2013, p. 67)

Frances也提到，為了避免化約主義的問題，DSM-III選擇引進多軸向系統，讓表現症狀之外的其他向度也能夠被納入心理病理的考量。不無諷刺的是，這個用來平衡生物醫學過度簡化觀點的多軸向系統「儘管被廣為使用，甚至被某些保險和政府機構採用」，在新的DSM-5也被像闌尾一樣切除了，因為它，根據編修小組的

10 吳英璋教授在專訪中是這麼說的：「會嚮往心理系，是因為我上大學前曾經在父親的醫學書中讀到佛洛伊德，那是我第一次接觸到精神分析，加上我的表哥當時念輔大哲學系，很喜歡看佛洛伊德的書，所以我高中的時候就跟著讀了一些，誤以為心理系是在做這方面的研究，因此非常感興趣。等到進來後，才發現心理系沒有教精神分析，甚至還在課堂上批評精神分析的不科學，這讓我非常挫折。」

說法，並「不是作出精神疾病診斷的必要條件」(American Psychiatric Association, 2013, p. 16)。

丹麥學者Hjørland(2016)也直接針對DSM-III「不對病因學採取任何理論立場」的說法提出質疑。他指出，DSM所謂「不採取任何理論立場」(atheoretical)的分類系統，說穿了是一種自相矛盾的說法，因為這個「不採取任何理論立場」的分類系統背後，其實有兩大意識形態支撐著：一個是生物化約論，另一個則是「信度優於效度」的信念。加拿大麥基爾大學精神醫學系教授Paris(2013)與Hjørland有相近的看法。他指出，真正推動DSM-III及後續進展的，是生物醫學觀點對「精神疾病可以藉由神經科學得到完整解釋」的堅信，而這樣的堅信本質上是一種意識形態，支持的證據相當有限。

從以上論述我們可以發現，接受了DSM-III(及其後續版本)為心理病理學的依歸，對於臨床心理學及其他心理衛生專業來說，宛如一場「木馬屠城記」：表面上是各觀點共存共榮的進展，但實際上心理社會觀點卻被逐步邊緣化，臨床心理工作的主體性及正當性也變得岌岌可危。筆者不禁要問：臨床心理學為什麼要接受一個將臨床心理工作邊緣化的心理病理學為「唯一」的心理病理學呢？

筆者認為，我們必須從精神疾病診斷及治療的後DSM-III部署中，重新找到臨床心理工作者的實踐位置，而一個有別於DSM的心理病理學，正是臨床心理學重新建立其專業主體性的知識起點。不過，這樣的主張並不表示筆者放棄或反對諸如DSM或ICD等疾病診斷系統的使用。以DSM為核心的精神疾病診斷及治療部署涉及了一個利害關係交織而龐大的產官學複合體，宣稱「放棄」或「反對」有如螳臂擋車，對於身處一線的臨床心理工作者也不切實際。相反地，筆者承認一個標準化的精神疾病診斷系統有其實用功能，DSM就曾經扮演了醫療研究的平台，也提供了跨專業溝通所需要的基本語言。¹¹然而對於臨床心理工作來說，以DSM為依歸的最大問題在於，它造成心理工作者在臨床現場的「意向性瓦解」(disruption of intentionality)，從

11 不過值得注意的是，即使是上述的實用功能，DSM系統也不是沒有受到挑戰。例如 Insel(2013)就指出，從醫療研究的角度來說，DSM是個效度有問題的研究平台。而在跨專業溝通方面，DSM工作小組在擬定診斷系統上的獨斷獨行，也讓臨床心理界感到相當不滿(Kinghorn, 2013)。

而無法適切回應個案受苦的困境，而這正是筆者在前言中試圖以「然後呢？」這個尷尬時刻為例所描述的經驗。¹²

現象學家Toombs(1992)對於「醫病會談」(patient-physician encounter)的現象學闡述，正好可以做為理解筆者所謂「意向性瓦解」的基礎。Toombs本身是多發性硬化症的患者，她從自身的經驗中發現，診間裡的病人和醫師即使面對面，卻經常在話語中錯身而過，彷彿身處兩個世界，彼此溝通困難。透過現象學的還原操作，Toombs發現，病人和醫師雖然同在診間裡，但他們往往處在不同的「意向場」(field of intentionality)，彷彿身處於兩個「世界」，而「病」(illness)在這兩個意向場裡有全然不同的意義。醫師在面對病人時主要是「以疾病為焦點」(disease-centered)的意向性運作，亦即，眼前的病人是「帶著疾病的人」，醫師並不是以病人的生活經驗來理解他/她說的話，而是不斷地把話語轉譯為生物醫學觀點對「疾病狀態」(disease state)的認識，在醫療器具的襄助下辨識疾病的類別，並給予病人適當的治療。而病人去看醫生時，則是「以生病為焦點」(illness-centered)的意向性運作，把病治好對病人來說固然很重要，但更重要的是他/她「生病的生活經驗」(illness-as-lived)也必須得到尊重，並且被仔細地聆聽。Toombs強調，醫病關係是一種特別的面對面關係，它根基於病人的生病經驗，而且是為了療癒才形成。「療癒作為」(healing act)可以包含「治療疾病」(curing the disease)，但不並受限於此。換句話說，身為療癒者的醫師不能只是「以疾病為焦點」，如果不也「以生病為焦點」來關注病人的生活經驗、理解他/她的存在困境，療癒就不會出現在關係之中。

Toombs(1992)在這裡指出了幾件重要的事情。首先，醫師在「看病」時宛如科學家，他/她把病人的受苦經驗轉譯到生物醫學的理論微世界，藉此標定「疾病」並加以治療。這種把受苦經驗外化為疾病實體的方式，是生物醫學模式解除病人苦痛的方式，有其知識典範下的不得不然。不過，Toombs也指出，在「醫—病」這個特殊的面對面關係中，醫師不能只扮演科學家，同時必須也是個療癒者，否則將無益

12 意向性瓦解(disruption of intentionality)是筆者受S. Kay Toombs啟發所提出的概念。這個概念主要用來指陳以下現象：在臨床現場，心理師如果採取醫師「看病」般的意向性運作，由於專業位置的差異，會在疾病診斷形成後落入處遇上無以為繼，無法適切回應個案受苦的困窘處境。下文會有更清楚的闡述。

於這個關係的療癒本質。總的來說，一個好的(有療癒能力的)醫師，在診療現場必須既扮演好「科學家」的角色(以疾病為焦點)，也扮演好「療癒者」的角色(以生病為焦點)，在「看病」和聆聽「生病」經驗的雙重意向性中穿梭運作。不僅如此，好的聆聽者往往造就好的科學家，因為可以有足夠的訊息進行更精準的診斷。

讓我們回到臨床心理工作的現場。以DSM為依歸的心理病理學設想，使得臨床心理師在面對個案時不得不進入以「看病」為焦點的意向性運作：診斷分類的病理學思維迫使心理師對個案的話語進行轉譯，因為不這麼做就無法形成明確的疾病診斷。問題是，任何的病理學知識都有其對應的治療方式，DSM雖然宣稱沒有特定的理論立場，但骨子裡卻是生物醫學的設想，心理師即使有醫學的相關知識，也沒有進行醫療處遇的資格。醫師可以在形成診斷後直接進行醫療處遇，心理師在形成診斷之後卻無以為繼。從臨床現場的現象學還原，我們會發現，「然後呢？」這個讓人感到不知所措的尷尬時刻，其實是心心念念於診斷分類的病理學思維在受苦者面前遭受挫敗、被強迫繳械的時刻。身為心理師，我們在診斷和處遇的思維裂隙中所遭遇的，是個案做為說話主體(*speaking subject*)，一個活生生、面對著我們說話的人，在他/她自身苦難中的回望。「然後呢？」的眼神是他/她做為一個人(而非診斷類別)對我們的召喚，等待著我們的適切回應。

如果我們同意Luhmann(2000)對於美國精神醫學的看法，也接受她對「本質性受苦」及「非本質性受苦」的區分，那麼目前以生物醫學觀點為主流而發展的精神醫學，在對精神受苦者的回應上出現了一個很大的空缺：把精神受苦外化為精神疾病實體來加以治療，只處理了非本質性受苦的部分，而本質性受苦的部分(亦即，受苦的無法避免、造成的煎熬等)在精神醫學的臨床凝視中只能出現在邊緣視野。¹³這

13 況且，Luhmann(2000)對於「本質性受苦」及「非本質性受苦」的區分，主要還是為了闡述她對美國精神醫學在猶太—基督宗教的文化中如何在實踐上分化為「兩個心靈」，來回應精神受苦者的一種歷史性理解，對於受苦經驗的「本質」與「非本質」區分，從「受苦現象學」(*phenomenology of suffering*)的角度來看，還不夠究竟。簡言之，受苦做為一種普遍性的人類經驗，在本體論層次上是無法化約為「本質」或「非本質」的；Luhmann提出的兩種區分，屬於「如何界定及回應」精神受苦的知識論及方法論層次，它涉及將精神受苦「外化」(*externalize*)的兩種方式，而非受苦經驗的根本區分。

意味著，在精神疾病診斷及治療的後DSM-III時期，人做為受苦經驗的主體在這個部署中是被忽視、甚至是被遺忘的。如果精神醫學選擇了一個將精神疾病實體化的心理病理學設想，那麼臨床心理學更應該選擇承擔，面對精神受苦者在自身苦難中的回望。因此筆者主張，臨床心理學有必要在DSM之外另行琢磨出一個能夠「直面受苦」的心理病理學，才能夠給予精神受苦者適切的回應。

小 結

提出一個以「直面受苦」為核心的心理病理學，我們不能忘卻Toombs(1992)的貢獻。當Toombs強調「醫—病」做為一種為了療癒而形成的「特別的面對面關係」，醫師不能只是扮演「科學家」，也必須注意其「療癒者」角色時，她已然點出了醫師在臨床現場的兩個「主體位置」(subject positions)，一個是「面向疾病」的科學家位置，另一個是「面向受苦」的療癒者位置，而這兩個主體位置各有其不同的意向性運作。不僅如此，Toombs還指出，醫師如果忘卻其「療癒者」角色，而僅止於扮演「科學家」角色時，療癒將不會出現在關係之中。這也就是說，Toombs認為，「面向受苦」的主體位置以及其面向，在以療癒為目標的特別關係中實屬不可或缺。Toombs的真知灼見，對於當代的臨床心理工作而言也是一個很重要的提醒，筆者以「意向性瓦解」所揭櫫的，正是「直面受苦」這個在以往的臨床心理工作模式中被遮蔽、然而卻對受苦者的療癒有著根本重要性的主體位置及面向。

然而，什麼樣的心理病理學是一個能夠「直面受苦」的心理病理學？首先，「受苦」(suffering)做為一種普遍性的人類經驗，它在本體論層次上的不可化約必須得到承認。這也就是說，一個能夠直面受苦的心理病理學，絕對不會把某個人的「受苦」化約為這種「病」或那種「痛」，它總是「某人」的病痛。其次，受苦經驗在本體論上還有一個重要特性，受苦的「屬己性」(mineness)；這也就是說，某人的受苦，他人無法代受。

對於一個心理病理學來說，承認受苦經驗在本體論上的不可化約性和屬己性，在知識論上就得做出選擇。如果受苦做為一種主體經驗，是不可化約而且是屬己的，那麼當我們要接近某人的受苦經驗，就無法帶著預設的概念或理論對受

苦現象進行「解釋」(explain)，而必須不帶預設地投入對受苦經驗進行「理解」(understand)。誠如Gantt與Williams(2016)所指出，「解釋」的知識策略是把非原生性的概念或理論強加在現象上，因此無可避免地會導致現象的化約及破碎化；而「理解」的知識策略則將主體經驗放在主位，忠於所要探究的現象，對意義的可能性保持開放。因此，一個能夠「直面受苦」的心理病理學，在知識取向上會是「人文科學取向」(human-science oriented)的心理病理學，而不是「自然科學取向」(natural-science oriented)的心理病理學。

不僅如此，對於臨床心理工作來說，對受苦的理解不單只是知識層面的事情，而是一種受到倫理性的召喚而促發的認識行動，它總是、而且早就發生在「面對面」(face-to-face)的倫理關係中：一個精神受苦的人，在自身的苦難中回望著我們，等待著我們的理解與撫慰。上述的「總是、而且早就……」的面對面關係，涉及了法國哲學家Emmanuel Levinas(1906-1995)關注的核心議題：我們在理解他人時，倫理關係之於知識關係的優先性。¹⁴ Levinas(1996)認為，理解一個「人」，和理解生活世界中的「事物」，在本質上是相當不同的事情。我們對「事物」的理解，來自於生活日用中對它們的默會之知，而語言可以使默會之知成為明白的知識。但我們對一個「人」的理解，對於他/她的意向性整體的把握，並不存在著類似「人—物」關係的默會之知¹⁵，他人必須願意成為我們的「對談者」(interlocutor)，我們對他的理解才有機會在這個先於理解的、面容相對的「原初關係」(original relation)中展開。

因此，一個能夠「直面受苦」的心理病理學就涉及了知識與倫理關係的逆轉，我們不是帶著成套的病理學知識進入治療關係，將病理知識套用在我們對眼前這

14 Levinas在1996年(原文1951年出版)的《Is Ontology Fundamental?》這篇論文中首度明白展現出他對於Heidegger的存有論之批評。這個倫理優先性的主題，後來在《Totality and Infinity》一書中發展為「面容」(face)的倫理現象學。Levinas對他者「面容」的強調，也啟發了本文以「直面受苦」做為標題。

15 我們的確會和他人之間形成「默契」，但這個「默契」和上述的「默會之知」(tacit knowledge)並不相同。我們平常說的「默契」，指的是一種在共同事務上的合拍，但不是對於他做為一個「人」的意向性整體有所掌握。例如，我們可以和一個伙伴在工作上非常有「默契」，但卻對他這個人的其他面向毫無瞭解。

個人的理解，而是在臨床工作中讓精神受苦者願意進駐「對談者」的位置，形成余德慧等人(2004)所謂的「倫理療癒」(ethical healing)關係或宋文里(2014)所謂的「療遇」(healing encounter)關係，讓受苦經驗得以在此倫理關係中形成話語，進而促成受苦情態的改變。在這個意義上，所謂的「心理病理學」就不再是一套關於精神疾病的「普遍性知識」(universal knowledge)，而是在面對他人受苦的倫理召喚下，於主體間際逐步展開的、特屬於此人受苦經驗的「殊異性理解」(singular understanding)。對於臨床心理工作者而言，這也意味著我們對於所謂的「現場」得有完全不同的認識：「現場」不是一個「應用知識」的場域，而是一個允許於未知中「萌生知識」的場域。正如Levinas(1996)所言，不管我們自認對他人的理解有多麼周全，在究竟意義上，「他者」(the other)總是「溢出」(overflows)我們對他/她的理解，所謂的「普遍性的知識」只存在於人與物的認識關係之中，或存在於將人予以物化的認識關係之中。

行筆至此，筆者已經提綱挈領地描繪出一個「直面受苦」的心理病理學在本體論、知識論、倫理性，以及現場性上的考量。總的來說，「人文科學取向」的臨床心理學意味著我們對臨床心理工作必須有全面的重新認識，對於心理病理學的重新思考只是其中的一個重要面向。不過，這並不是說我們在知識上得從零開始，也不意味著我們得和「自然科學取向」的心理病理學劃清楚河漢界，從此分道揚鑣。從知識論的基礎來說，「做為人文科學的心理學」(psychology as a human science)雖非主流，但做為為一個堅持「以屬於人的方式來理解人的生活」(understanding human life in human terms)的異質性學術社群，雖然知識傳承各異¹⁶，但對於人的本體論設想，確實存在著一些彼此共享的預設，長期以來也一直維持著相當的學術活力(Brooke, 2016)。強調回歸生活經驗、倫理原初性的現象學心理學、從臨床經驗對語言現象及人的「主體性」(subjectivity)進行重新思辨的精神分析、對語言的系統性效應及權力—知識關係進行激進反省的後結構主義、關注殖民之歷史效應的後殖民主

16 若以人文科學心理學在美國的大本營杜肯大學(Duquesne University)為例，其最早也最核心的知識傳承為現象學心理學，而後逐漸有精神分析、後結構主義、後殖民主義等不同的知識傳承。

義等這些不同的知識傳承，在筆者撰寫本文時都帶來關鍵性的啟發，也會是未來持續深化心理病理學思考的思想資源。在台灣，「人文科學取向」的臨床心理學也不是筆者的創見，而是本土臨床心理學學者們在長期的思想工作中逐步顯露的方向(例如，余德慧，1998，2005；余德慧、余安邦與李維倫，2010；余德慧等人，2004；宋文里，2007，2014；李維倫，2004，2011；李維倫、莫少依，2005；林耀盛，2002，2011a，2011b；許敏桃、余德慧與李維倫，2005)。本文提出以「直面受苦」為核心的心理病理學，是在「人文臨床」思想方向上的承繼，也是在此方向上進行心理病理學思考的嘗試。

另外，對於臨床心理工作者來說，「人文科學取向」的心理病理學和「自然科學取向」的心理病理學也不是一個「二選一」的問題。長期以來，「自然科學取向」的臨床心理學以科學家－實務者模式來設想臨床心理工作的教育訓練，然而林耀盛(2011b)在反思台灣臨床心理學的前瞻議題時指出，以往被奉為主臬的科學家－實務者模式，實為一種未經反思的、素樸實用主義的觀點，不僅使得研究與實務之間長期斷裂、難以對話，也無法適切回應受苦現場的森羅流變。他主張應當逆轉「科學家－實務者」模式為「實務者↔科學家」模式，讓臨床的人文實踐具有優先性，再與科學操作進行辯證性的循環對話，讓兩者之間維持著一種「人文為體、科學為用」的反思性實踐關係，藉此展開對於臨床心理工作的全面重新認識。

最後，筆者將以對「心理病理學」(psychopathology)的重新解讀做為本文的結束：一個「直面受苦」的心理病理學，是向「心理病理學」原初意義的回歸；它是來自精神受苦者的「我說」(*logos*)，於其中他/她的「靈魂」(*psyche*)如何「受苦」(*pathos*)，得以向我們展現。面對精神受苦者在自身苦難中的回望，我們需要的並不是一套精神疾病的分類系統，而是懂得如何藉由聆聽與其締結。

參考文獻

台大心理學系季報(2014年)。人物專訪－吳英璋教授。台大心理學系季報，103年10月。擷取(2018/01/14)自<http://www.psy.ntu.edu.tw/circulations/201410/interview.html>。

- 余德慧(1998)。生活受苦經驗的心理病理：本土文化的探索。**本土心理學研究**10，69-115。
- 余德慧(2005)。華人心性與倫理的複合式療法—華人文化心理治療的探原。**本土心理學研究**，24，7-48。
- 余德慧、余安邦、李維倫(2010)。人文臨床學的探究。**哲學與文化**，37(1)，63-84。
- 余德慧、李維倫、林耀盛、余安邦、陳淑惠、許敏桃、…石世明(2004)。倫理療癒作為建構臨床心理學本土化的起點。**本土心理學研究**，22，253-325。
- 宋文里(2007)。臨床／本土／文化心理學：尋語路(錄)。**應用心理研究**，34，75-112。
- 宋文里(2014)。療遇時刻：理心術與療癒的多重文化交叉論述。**哲學與文化**，41(12)，47-74。
- 李維倫(2004)。作為倫理行動的心理治療。**本土心理學研究**，22，359-420。
- 李維倫(2011)。反思臨床心理學訓練：探究美國「科學家－實務者」模式與專業能力學習的本質。**中華心理衛生學刊**，24(2)，173-207。
- 李維倫、莫少依(2005)。生活世界取向的心理衡鑑：一種本土化的可能性。**本土心理學研究**，24，85-135。
- 林耀盛(2002)。性別識盲及其不滿：以精神病為論述對象。**女學學誌**，14期，119-171。
- 林耀盛(2011a)。本土化、西方化與全球化：本土臨床心理學的研發進程。**本土心理學研究**，35，145-188。
- 林耀盛(2011b)。科學、人文與實務之間：析論臨床心理學的訓練和發展。**中華心理衛生學刊**，24(2)，279-310。
- 柯永河(2008)。台灣臨床心理學的濫觴、發展與願景。**應用心理研究**，40，29-58。
- 張明永(1994)。精神科專科醫師之養成：檢討與瞻望。**中華心理衛生學刊**，7(1)，51-64。
- 許秋田、黃創華、鄭志強(2009)。台灣臨床心理師執業與工作現況調查。**應用心理研究**，41，43-55。

- 許敏桃、余德慧、李維倫(2005)。哀悼傷逝的文化模式：由連結到療癒。 **本土心理學研究**，24，49-84。
- 龍佛衛、呂宜靜、沈孟樺、曾冬勝、顏永杰、高千雅(2006)。精神科專科醫師對訓練學程之意見。 **臺灣精神醫學**，20(3)，192-200。
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Benjamin, L. T. J. (2005). A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future). *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 1-30.
- Brooke, R. (2016). Some common themes of psychology as a human science. In C. T. Fischer, L. Laubscher, & R. Brooke (Eds.), (pp. 17-30). Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.
- Brunner, J. (1991). Psychiatry, psychoanalysis, and politics during the First World War. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 27(4), 352-365.
- Buchanan, R. D. (2003). Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists, and competing claims over psychotherapy in the 1950s. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(3), 225-249.
- Foucault, M. (1980). The confession of the flesh. In C. Gordon (Ed.), *Power/knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977* (pp. 194-228). Brighton, Sussex: Harvester Press.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow.
- Gantt, E. E., & Williams, R. N. (2016). Explanation versus understanding in psychology: A human science approach. In C. T. Fischer, L. Laubscher, & R. Brooke (Eds.), *The qualitative vision for psychology: An invitation to a human science approach* (pp. 31-48). Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.
- Hjørland, B. (2016). The paradox of atheoretical classification. *Knowledge Organization*, 43(5), 313-323.

- Insel, T. (2013). Transforming diagnosis. Retrieved (2018/01/17) from <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Kinghorn, W. (2013). The biopolitics of defining “mental illness”. In J. Paris & J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5* (pp. 47-61). New York, NY: Springer.
- Levinas, E. (1996). Is ontology fundamental. In E. Levinas, A. T. Peperzak, S. Critchley, & R. Bernasconi (Eds.), *Emmanuel Levinas: Basic philosophical writings* (pp. 1-10). Bloomington: Indiana University Press.
- Luhmann, T. M. (2000). *Of two minds: The growing disorder in American psychiatry*. New York: Knopf.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2008). National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 962-970.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1456-1463.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the use of outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159(11), 1914-1920.
- Olfson, M., Marcus, S. C., & Pincus, H. A. (1999). Trends in office-based psychiatric practice. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 451-457.
- Paris, J. (2013). The Ideology behind DSM-5. In J. Paris & J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5* (pp. 39-44). New York, NY: Springer.
- Reise, M. F. (1988). Are psychiatric educators “losing the mind”? *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 148-153.
- Richards, G. (2010). *Putting psychology in its place: Critical historical perspectives* (3rd ed.). London; New York: Routledge.
- Sadler, J. Z. (2013). Considering the economy of DSM alternatives. In J. Paris & J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5* (pp. 21-38). New York, NY: Springer.

- Schacht, T., & Nathan, P. E. (1977). But is it good for the psychologists? Appraisal and status of DSM-III. *American Psychologist*, 32(12), 1017-1025.
- Shorter, E. (2013). The History of DSM. In J. Paris & J. Phillips (Eds.), *Making the DSM-5* (pp. 3-19). New York, NY: Springer.
- Shorter, E. (2015). *What psychiatry left out of the DSM-5: Historical mental disorders today*. New York; London: Routledge.
- Sudak, D. M., & Goldberg, D. A. (2012). Trends in psychotherapy training: A national survey of psychiatry residency training. *Academic Psychiatry*, 36(5), 369-373.
- Toombs, S. K. (1992). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Dordrecht ; Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Vaillant, G. E. (1984). The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry*, 141(4), 542-545.
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and the DSM: A critical review*. New York: Palgrave Macmillan.
- Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche* (1st Free Press hardcover ed.). New York: Free Press.
- Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad science, bad medicine, and the enduring mistreatment of the mentally ill*. Cambridge, MA: Perseus Pub.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown Publishers.
- Whitaker, R., & Cosgrove, L. (2015). *Psychiatry under the influence: Institutional corruption, social injury and prescriptions for reform*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399-410.

Coming Face-to-face with Suffering: Toward a Psychopathology for the Human-science Oriented Clinical Psychology

RONG-BANG PENG, SHYH-HENG WONG

Purpose: In Taiwan, psychopathology is considered to be 1 of the 3 professional domains in clinical psychology. However, in educational training it is almost always equated with the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder). Equation of psychopathology with the DSM is recent. However, the DSM is not an unchallengeable system of knowledge, nor should it be treated as completely encompassing all forms of psychopathology in clinical psychology. **Methods:** We applied a critical-historical approach with a Foucauldian discourse analysis in order to critically reflect on the current status of psychopathology. **Results:** We first supplied a critical-historical description of the development of the DSM, and then used Foucault's (1980) concept of *dispositif* to examine how the DSM quickly occupied a core position in the practice of psychiatry, thereby affecting clinical work. On this foundation, we then discussed how clinical psychology should be positioned in the post DSM-III era with regard to the diagnosis and treatment of mental illness. We proposed a form of psychopathology that situates coming face-to-face with suffering at the core. **Conclusions:** We propose that a human-science oriented psychopathology is: (1) a psychopathology that comes face-to-face with suffering. It recognizes the ontological status of the suffering experience, its irreducibility and its personal uniqueness. Therefore, it is inherently human science oriented; (2) a psychopathology that also involves reversal of the priority of ethics and knowledge. It is therefore not a system of universal knowledge about mental illness, but a singular understanding of the suffering experience unfolded in the therapeutic relationship; (3) a return to the original meaning of the word *psychopathology*. It comes from the "I say" of the sufferer, in which the suffering of the soul is unfolded to the therapist.

Key words: psychopathology, DSM, *dispositif*, suffering, human science

Rong-Bang Peng: Assistant professor, Department of Human, Development and Psychology, Tzu Chi University.
(Corresponding Author, e-mail: rongbang@mail.tcu.edu.tw)

Shyh-Heng Wong: Assistant professor, Department of Counseling and Clinical Psychology, National Dong-Hwa University.

