

釐清創傷後壓力失調

創傷後壓力失調的界定標準混亂，
在美國精神醫學界以及退伍軍人之間
已引發爭議。

撰文／多布斯（David Dobbs） 翻譯／黃鈺敏

在2006年伊拉克戰爭最慘烈的時期，美國佛蒙特國民兵部隊的史蒂文斯上尉退伍了，他從伊拉克瑪迪返美，但不久後就出現「創傷後壓力失調」（post-traumatic stress disorder, PTSD）的問題。史蒂文斯的問題並不在於他有PTSD，而是他開始質疑PTSD：病情夠真實，但是就診斷上來講，他看到PTSD被隨意、甚至危險地過度引用。

史蒂文斯曾領導醫護人員照顧一個有800位士兵的裝甲旅，他的團隊幾乎每天都在照料受傷的美國士兵與伊拉克百姓，他也因此看到許多怵目驚心的景象。一回到家，他說自己也開始「多次在半夜裡醒來，而且很清楚自己無法再入睡。」

他不感到驚訝，「我想人們回家後，將會有一段時間一直做噩夢。」但隨著他開始追蹤他的團隊回到美國後的情況，他看到這些成員面對的大環境與醫療文化（尤其是美國退伍軍人管理局），似乎反射性地把不好的回憶、噩夢以及其他憂慮苦惱等跡象當成是PTSD的指標。

史蒂文斯指出：「醫生並未將那幾個確實罹患PTSD的人，與其他正經歷抑鬱、焦慮、社交障礙、重新融入社會等問題，或是只需要一些時間恢復的人區別開來。」他擔心有很多人正被拉進一個治療

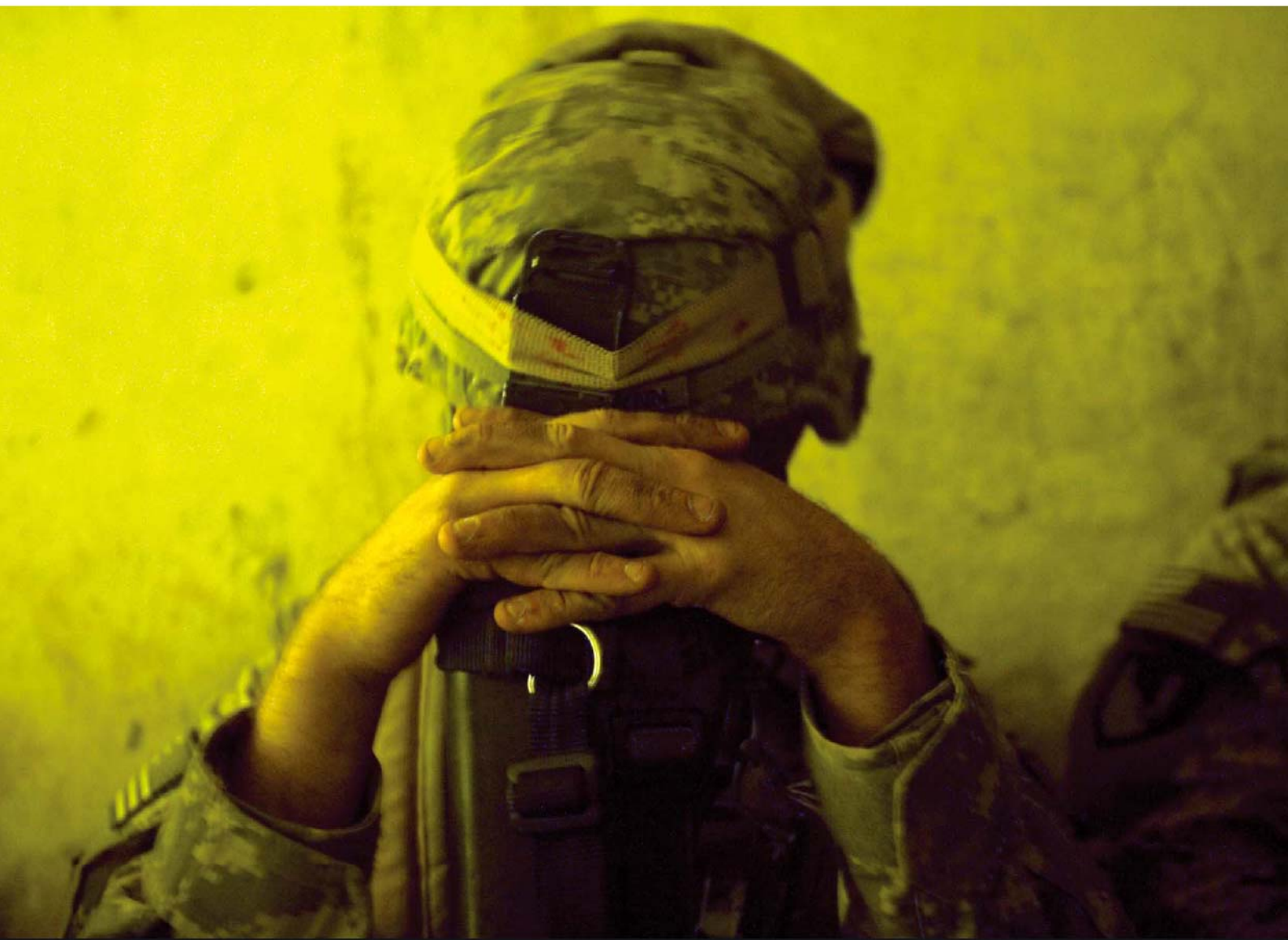
與殘障福利的體制，而陷入腦袋被重組、心靈被永久糾纏的自我景象當中。

史蒂文斯現在是位醫生助理，同時也是後備役的少校軍官。他不是唯一憂心PTSD涵蓋範圍太廣的人。在過去五年，長久以來對PTSD的基礎概念與發生率的學術爭辯越演越烈，這些爭辯讓創傷心理學的工作分歧，也攪亂了軍事文化。起初由軍事歷史學家與一些心理學家提出的評論，現在則有不同領域的專家來推動，包括心理學、精神病學與流行病學界的大人物，在這當中有哥倫比亞大學的史畢哲（Robert L. Spitzer）與佛斯特（Michael B. First），他們曾參與審訂美國精神醫學協會的《精神疾病診斷與統計手冊》（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*）第三與第四版，還有約翰霍普金斯大學精神病學系的前任系主任麥克修（Paul McHugh）、密西根州立大學的流行病學家布瑞斯勞（Naomi Breslau），以及哈佛大學的心理學家麥克納利（Richard J. McNally），他是記憶與創傷動力學的權威，可能也是這些評論家當中最具說服力的一位。他們主張：PTSD的診斷標準有缺陷且過時，而這個架構被過度引用，所以習慣將抑鬱、焦慮，甚至正常的調適過程，都誤診為一個獨特且格外頑強的疾病。

重新界定PTSD的定義及適用範圍，將影響數十億美元的經費、精神病學的診斷架構，以及大規模提供治療與殘障福利的效能，更重要的是，這將會對美國數十萬名退伍軍人及其他PTSD患者的心理健康

重點提要

- 由於創傷後壓力失調（PTSD）的界定標準過於寬鬆，導致越來越多的誤診，這標準也因此受到質疑。
- 因為PTSD的概念有瑕疵，美國士兵在戰爭後回歸平民生活的自然調適過程，可能被誤認為是精神失調。
- 遭到誤診的美國士兵接受了錯誤的治療，但身處退伍軍人管理局的慢性失能照護系統，他們也一籌莫展。



與未來生活產生重大影響。這項改革的阻力來自傳統觀念、頑固的文化抗拒，以及創傷心理學的基本概念。然而，就如史畢哲最近強調的，該是「將PTSD從自身拯救出來」的時候了。

撒下一張較大的網

1990年發表的美國越戰退伍軍人再調適調查（NVVRS）是PTSD發生率的重要研究，但批評者認為，從研究中的病患人數就可看出PTSD的診斷標準過於寬鬆。這項調查在1988年結束調查，對象涵蓋了1000多位男性越戰退伍軍人，結果顯示，15.4%的人在調查當時有PTSD，31%的人在越戰後的某段時間曾有PTSD。自此之後，31%就成為退伍軍人PTSD發生率的標準值。

然而在2006年，哥倫比亞大學的流行病學教授多倫文德（Bruce P. Dohrenwend）為了解決與這項研究有關的惱人問題，重新整理了研究數據。當他篩除內容不完整的診斷記錄之後，發現在調查當時的PTSD發生率為9%，一生中的發生率則為18%。

麥克納利和其他人一樣對多倫文德的研究相當讚許，但在多倫文德的研究發表後不久，麥克納利堅稱多倫文德的數據還是太高，因為被多倫文德列為PTSD病例的人當中，有些只有輕微症狀，並不足以列為PTSD，這些人通常被視為「大致而言精神狀態相當良好」。如果只計算那些「在臨床上出現嚴重傷害」（這是大多數心理疾病的診斷及保險給付成立的條件）的人，則PTSD的發生率甚至更低，

苦惱可能是對痛苦或傷亡的正常反應，也可能是心靈創傷無法完全痊癒的徵兆。對PTSD診斷標準提出批評的人（包括許多士兵）認為，退伍軍人的自然調適過程，經常被誤貼上失能的標籤。

PTSD：由起因來界定問題

在目前美國精神醫學協會出版的《精神疾病診斷與統計手冊》第四版中，診斷PTSD的第一個標準是經歷了創傷事件：

「經歷過創傷事件，且當時曾面臨以下兩種狀況：（一）經歷、目睹或遭遇一個或一個以上導致死亡或接近死亡、嚴重受傷，或是曾危及自己或他人身體完整性的事件；（二）產生強烈恐懼、無助或震驚的感覺。」

PTSD的定義為患者出現三類症狀，包括因做噩夢或回憶而再次體驗創傷事件、麻木或退縮，以及過度反應而明顯易怒、失眠、具攻擊性或注意力不佳，且時間超過一個月，並因症狀嚴重而「在社交、工作或其他重要功能運作方面，產生臨床上嚴重的苦惱或障礙」。

對這個診斷架構提出批評的人認為，這些症狀也可能在許多其他身心失調症上看到，也可能出現在未經歷過創傷事件的人身上。

PTSD的定義始見於1980年出版的美國《精神疾病診斷與統計手冊》第三版，這是因應反越戰的精神科醫生與退伍軍人而出現的診斷名詞，用以確認他們在越戰士兵身上看到的罕見痛苦症狀。

的治療，有些人則受到阻礙或遭到拒絕，這或許是一個負荷過重的醫療系統的失措舉動。

批評者認為，仔細檢視PTSD的診斷與美國退伍軍人管理局的照護系統後，將能確保對真正的PTSD患者以及遭誤診的人提供較佳的照護。可是，這些自許為改革者的人卻遭受強烈反對。麥克納利說：「這個爭論很容易真的惹惱某些人。」他收到退伍軍人寄來的恐嚇電子郵件，還受到同事的指責，認為他有辱退伍軍人、枉顧苦難、不重視戰爭的代價。南卡羅來納醫學大學創傷心理學家暨國際創傷壓力研究協會（ISSTS）前主席基爾派翠克（Dean G. Kilpatrick）有一回甚至直接稱麥克納利為騙子。

有問題的診斷

最新的《精神疾病診斷與統計手冊》第四版是在1994年出版，其中對PTSD的定義是出現三類症狀，包括因為做噩夢或回憶而再次體驗過去；藉由麻木或退縮來逃避；以及過度反應而明顯易怒、失眠、具攻擊性或注意力不佳，這些都是生命安全遭到威脅時會出現的反應（見左上〈PTSD：由起因來界定問題〉）。

這個定義的架構是問題所在。首先，在根據外因來定義的複雜精神疾病診斷中，PTSD因為與創傷事件連結而顯得獨特，這也讓PTSD特別難解，因為它實際上與人們對事件的記憶有關。當PTSD在1980年首次被納入《精神疾病診斷與統計手冊》第三版時，對創傷的記憶被合理地認為是對真實事件的忠實記錄。但是在那之後的研究一再顯示，記憶其實並不可靠甚且可以捏造。我們習慣在記憶中增減人物、細節、場景與行動，還會合併、創造與編輯。

華盛頓大學的記憶研究學者羅夫塔斯（Elizabeth F. Loftus）領導的一項研究顯示，告訴成人受試者他們小時候曾經在購

在研究調查期間為5.4%，一生中的發生率則為11%。這代表並非每三名退伍軍人當中就會有一人罹患PTSD，而是每九名退伍軍人中才有一人，而且在特定時間內，每18名退伍軍人中只有一人罹患PTSD。換言之，NVVRS顯然把越戰退伍軍人的PTSD發生率高估了將近三倍之多。

麥克納利表示：「無庸置疑的，PTSD確實存在。但在診斷上已變得過於寬鬆且過度延伸，並成為醫療文化的一部份。我們幾乎可以肯定的是，有其他問題被誤診為PTSD，也因此提供了錯誤的治療。」

PTSD的診斷標準過於寬鬆的質疑，似乎與美國軍方以及退伍軍人管理局的報告相衝突（這些報告指出PTSD的鑑別受到阻力，包括診斷結果與殘障給付被否決、軍醫不治療士兵反而讓他們出院，以及中東戰爭退伍軍人的自殺率增加這個令人不安的現象。）不過，兩者的趨勢卻是一致的。2000年以來，美國退伍軍人管理局的PTSD病例數已經增加了兩倍以上，這主要是因為有些越戰退伍軍人一直到最近才被診斷出罹患PTSD。對現役軍人與剛退伍軍人的診斷品質不佳，而且缺乏一定的標準，使得有些人很快就被納入PTSD

關於作者



多布斯在*Scientific American Mind*擔任特約編輯，他也是www.SciAmMind.com網站Mind Matters部落格的創刊編輯。同時也固定在《紐約時報雜誌》、Slate.com、《奧杜邦》撰寫有關醫藥、自然、教育與文化的文章。多布斯出版過三本書，分別是《暗礁狂熱：達爾文、阿格西斯與珊瑚的意義》、《大海灣：漁夫、科學家與振興全球最重要漁業所做的奮鬥》，以及與歐博（Richard Ober）合著的《北方森林》。多布斯的神經細胞文化部落格網址：<http://scienceblogs.com/neuronculture>

PTSD確實存在，這是無庸置疑的。但就臨床上而言，診斷標準過於寬鬆且過度延伸，這種情形已成為醫療文化的一部份。可以肯定的是，有其他身心失調症的患者被誤診為罹患PTSD，並因此接受錯誤的治療。

物商場中走失，每四個人當中就有一人相信那是真的，甚至在真相揭穿之後，仍有一些人堅持「走失事件」真的發生過。之後的眾多研究證實，這類不真實的記憶是很普遍的。

對於這樣的傾向，士兵也未能倖免。一份1990年的研究，以康乃狄格州新哈芬市榮民醫院裡的59位波斯灣戰爭退伍軍人為對象，分別在他們回到美國的一個月後以及兩年後詢問他們的經歷。研究者問到大約19種可能造成創傷壓力的特定事件，諸如目擊死亡、失去朋友以及看見人們的肢體支離破碎。在兩年後的訪談中，70%的軍人指出自己至少經歷了一個創傷事件（但他們在返國後的一個月內並未提到這些事件），24%的人則首度指出自己經歷了其中至少三個創傷事件。而列舉出最多「新記憶」的退伍軍人，也出現了最多的PTSD症狀。

對麥克納利而言，這類結果顯示某些經歷了「晚發性」PTSD的退伍軍人，可能把抑鬱、焦慮或其他細微的精神異常症狀，歸因於被仔細構築且給予新重要性、或甚至是無意識杜撰出來的記憶。

麥克納利表示：「這與玩弄或操弄體制、還是刻意尋求同情無關。我們都是這麼做的：以我們了解生命的敘事方式來刻劃我們的生命。一名生活困苦退伍軍人可能記得某個可能有、也可能沒有讓他實際受創的事件，而且記憶中的所有情節都很合理。」

為了讓PTSD的診斷更嚴謹，有些人建議使用血液化學、腦造影或其他可能測試出PTSD生理特徵的方法。一些研究針對幾群PTSD患者進行壓力激素的測試，結

果顯示，患者與正常受試者之間的確有差異，但因為相同之處也很多，因此個人檔案對診斷毫無助益。腦造影也有類似的限制，因為PTSD出現異常變動的腦區，與沮喪和焦慮出現異常變動的腦區也有太多重疊之處。

由於記憶不甚可靠，生物標記又捉摸不定，因此必須仰賴臨床症狀來診斷。但如同2007年一份研究報告所凸顯的，PTSD的症狀與可能的生物標記一樣不可靠。哈佛大學醫學院附設麥克連醫院的精神科醫生博德金（J. Alexander Bodkin）針對90位患有憂鬱症的病人，分別進行PTSD與創傷的篩選，然後比較結果。首先，博德金與同事使用了標準的篩選面談來評估症狀。接著，再由兩位診斷PTSD的專家在不知道先前評估結果的情況下，透過另一種標準面談方式，來判斷哪位患者經歷過符合《精神疾病診斷與統計手冊》第四版所述的創傷。

如果PTSD是由創傷所引起，出現症狀的患者應該會有遭受創傷的經歷，而在有創傷經驗的患者當中，則應該有更多人患有PTSD，但情況並非如此。儘管在這90位患者當中，症狀篩選診斷出70人患有PTSD，但真正遭受過創傷的卻只有54人。也就是說，被診斷出PTSD的病例比實際經歷過創傷事件的人還要多。在博德金進行一對一的診斷比較時，情況更糟。如果PTSD必須有創傷背景，那麼在70位有PTSD的患者中，大多數應是那54位曾遭受過創傷的患者，但事實上，有PTSD症狀的患者卻平均分散在有創傷經驗與無創傷經驗的兩群人當中，也就是說，PTSD的檢出率與創傷經驗的比例無關。博德金



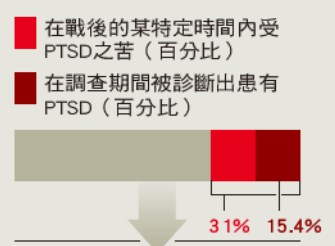
美國哈佛大學的麥克納利

診斷上的矛盾：

士兵中的PTSD發生率之所以常常被誇大，原因包括診斷標準不夠明確，以及對評估調查的問題（與答案）所做的解釋也非常容易因人而異。例如針對1990年的「美國越戰退伍軍人再調適調查」所獲得的資料，進行較嚴謹的分析後發現，PTSD的發生率只有原本研究結果的1/3。

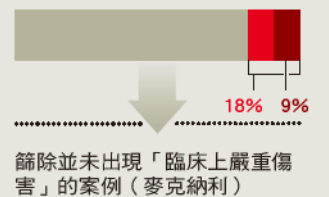
1990年的美國越戰退伍軍人再調適調查（NVVRS）

調查人數：1000人



2006年對 NVVRS資料再次分析

篩除診斷記錄不完整的案例（多倫文德與其他研究者）



篩除並未出現「臨床上嚴重傷害」的案例（麥克納利）



拒絕差異

2009年1月，美國國防部宣佈將不會頒贈紫心勳章給診斷出有PTSD的退伍軍人。這項決定部份基於生理傷害能被客觀評估，而心靈創傷則通常來自主觀認定。大眾對這項決定所出現的分歧反應，凸顯出這個診斷在情緒與文化上的重大意義，以及PTSD的診斷架構問題。

另一方面，近來的神經科學清楚指出，當病患出現嚴重的精神異常，若非確實遭受創傷事件，就是腦部的機能失常。因此，像考量生理傷害一樣地把戰爭所造成的心靈傷害都納入考量，看來才是公平的。同時，由於在PTSD與其他抑鬱或焦慮症之間缺乏明確界線，再加上有力證據顯示PTSD被過度診斷，因此在PTSD的本質獲得澄清，並在科學家確認出一些不具爭議性的生物標記前，頒贈勳章給PTSD者的提議將變得非常有問題。



指出：「這在科學上是無法接受的。」

比較切合實際的做法，是如同麥克納利所說的：「在給予最好的治療之前，先有正確的診斷。」

針對症狀來自創傷經驗的患者，最有效的治療方法是經歷式的認知行為治療法，藉由讓患者反覆在控制之下經歷創傷經驗，努力改變患者對特定創傷記憶的反應。麥克納利表示：「這個方法真的有效，若確實患有PTSD的人找到一位很會進行這項治療的人，好轉的機會就很大。」相反地，認知行為治療法在治療抑鬱時，則是教導患者去辨識出思考與情緒的不良迴路，並對當下的正常事件做出新的反應。麥克納利說：「一個抑鬱的人如果被診斷為PTSD，並接受了經歷式認知行為治療，將會錯失良機，把時間花在追逐這個記憶上，卻未能及時處理對事件的曲解。」

最近的研究顯示，常見於伊拉克服役的士兵、因炸彈爆炸而造成創傷性腦損傷的症狀，幾乎難與PTSD區分開來。這下子又多出了一組相同的症狀，讓事情變得更為複雜。

華盛頓大學的精神病學家羅森（Gerald M. Rosen）長期密切接觸PTSD患者，他表示：「我非常擔心這個症狀相同的問題。我們必須問為什麼會這樣，我們必須問：『我們從這個診斷中得到了什麼？』」

殘障的條件

羅森提出「得到」這個問題時，心裡想的是醫生這方面。但退伍軍人究竟可以從PTSD診斷中得到什麼？我們當然希望這將使患者得到有效的治療與支持，但是這個期望並未成真。在不具軍人身分的人當中，2/3的PTSD患者接受治療後有所起色。然而，1990年代早期到2006年間在美國退伍軍人管理局進行PTSD研究與診治的心理學家弗勒（Christopher Frueh）指出：「在美國退伍軍人管理局對退伍軍人

所進行的兩份最大型研究中，都未顯示出治療效果。從退伍軍人管理局那裡獲得治療的退伍軍人，不會比那些靠自己的退伍軍人更可能好轉。」

弗勒認為，原因在於反覆無常的PTSD診斷架構與美國退伍軍人管理局的殘障福利制度相抵觸，而每一項福利似乎都阻礙了患者的復原。

第一個福利是健康照護。在所有心理健康的診斷當中，PTSD顯然是最容易宣稱與「執行公務有關」的一種，這個名詞通常意味著若不是「很少或完全沒有健康照護」，就是「廣泛而持續的健康照護保障」。與執行公務有關，讓退伍軍人得以領取每個月最多3000美元的殘障給付。這可能解釋，為什麼在美國退伍軍人管理局，大部份獲得PTSD治療的退伍軍人症狀都惡化了，直到他們被認定是百分之百殘障，到了這個時候，他們對退伍軍人管理局心理健康服務的使用也減少了82%；這或許也能解釋，為什麼因為創傷事件而罹患PTSD的風險會隨著時間而降低，然而申請PTSD殘障給付的越戰退伍軍人的數目，卻在1999-2004年增加了幾乎兩倍，使得美國每年對PTSD殘障給付的總金額超過40億美元。

最不幸的可能是，只有在你生病時才會得到這些給付。不像失去一條腿的退伍軍人，患有PTSD的退伍軍人只要復原或開始工作，就會失去殘障給付。這個體制的設計看來就像是在鼓勵長期失能。弗勒表示：「在我任職美國退伍軍人管理局的PTSD診所那幾年裡，我想不出任何因為病情好轉而停止治療的PTSD病人。但問題並不在退伍軍人身上，問題在於美國退伍軍人管理局這套殘障福利制度已經用了60年，其設計並未考量到我們對於恢復力、期望的力量、誘因與阻力等影響治療的一切研究。有時候，我認為他們應該推翻這個制度，然後重新開始。」但從哪裡開始？

在派駐伊拉克的士兵當中，經常可見因為炸彈攻擊而造成的創傷性腦損傷，最近的研究顯示，它所產生的症狀與PTSD幾乎無法分辨。

來自澳洲的PTSD研究者暨臨床醫師布萊恩特（Richard A. Bryant）建議，採用類似澳洲地區現行的殘障福利制度。一個在戰爭中受傷的澳洲士兵，終身可領到每個月300-1200美元的「非經濟性殘障」給付。如果這個傷害讓他無法工作，他將同時收到一份「失能給付」，以及職業訓練與就業輔導。最後重點來了：在他回到職場後，他還可以繼續領取這些津貼兩年，之後失能給付將在五年內逐漸縮減至零，但非經濟性殘障給付則好比財務上的紫心勳章，將永遠持續下去。而且和所有澳洲人一樣，退伍士兵也享有終身免費的健康照護。澳洲的退伍軍人回家後擁有的是一個完全不同的支持系統，好似有個鷹架可以支持他們往上爬；美國士兵的支持系統則是一個掛得低低的「安全網」，容易困住掉進去任何人。

攜帶步槍的兩個方法

一名士兵回到家後，他必須試著調和他的戰爭經驗與參戰前的自己、他所回歸的社會與家庭，這就是研究PTSD的紐約市布隆克斯榮民醫院心理學家耶胡達（Rachel Yehuda）所謂的「再脈絡化」，也就是將創傷與正常經驗結合的過程。這是我們在分手、失去工作或所愛的人過世時都會做的事，只是程度不同。剛開始時，創傷事件看起來就好像不可能發生的異常狀況，然後我們慢慢地接受它是生命複雜脈絡中的一部份。

史蒂文斯少校認為這個調適過程需要時間，即使在返家兩年後，他還是經常夢到戰爭裡的事物。例如，有時候他夢見自己在做一件完全正常的事，身上卻扛著

步槍。「有一天晚上，我夢見自己和妻子在賞鳥。在我們看見一隻鳥的時候，她拿起了她的望遠鏡，而我則拿起我的步槍，透過準心看著那隻鳥。我沒有想要把那隻鳥射下來，但就是用它來看那隻鳥。」

我們很容易把史蒂文斯的夢解讀成PTSD的症狀，以為它表達了恐懼、過度警戒與逃避。然而，這也可視為史蒂文斯成功將經驗再脈絡化的證明：將那個曾經使用槍械的人，與那個不再使用槍械的人融為一體。

史畢哲、麥克納利、弗勒與其他評論家表示，將PTSD的診斷「拯救出來」也需要類似的轉換：將大多數的戰後焦慮視為正常但痛苦的復原過程，而非精神異常。這個轉變首先必須修改PTSD的診斷標準，將記憶的不可靠納入考慮，並清楚分辨出抑鬱、焦慮和恐懼與真正的PTSD有何差異。目前新的PTSD診斷標準正在審查當中，將納入2012年出版的《精神疾病診斷與統計手冊》第五版。心理健康評估也需要類似的修改，如此才能篩檢出真正的PTSD患者，而不會讓患者硬把創傷敘事放到其他的心理健康問題上。最後，美國國會應該廢除退伍軍人管理局現行的殘障福利制度，以具有證據支持的方案來替代，去除那些阻礙PTSD患者痊癒的因素，以及無論退伍軍人是否受傷都給予終身健康照護的制度。

在一個極度抗拒「PTSD不是戰爭所造成的常見或無法避免的結果」的文化中，是很難去推動這些改變的。大部份的人誤把對PTSD的恐懼當成普遍性的證明，而



在伊拉克拉瑪迪路邊的炸彈攻擊事件

以為PTSD是一種流行病，卻忽略了所有顯示事實相反的證據。

把PTSD從其自身拯救出來

針對從伊拉克回到美國的士兵所進行的最大型研究，由美國退伍軍人管理局的研究人員米利肯（Charles Milliken）所領導，並在2007年發表結果。這份研究似乎肯定了美國民眾對於PTSD應該會有高發生率的預期。這項研究在戰鬥部隊剛由伊拉克回到美國時立即進行，然後在六個月後再調查一次，結果發現20%的士兵出現可能是PTSD的症狀，但是這些在第一次調查中表示有症狀的士兵，半數在第二次調查時已有改善。然而，許多在第一次調查時表示只有一些或完全沒有症狀的士兵，在六個月後的調查中卻表示有嚴重的症狀出現。在那些早期的「症狀」中，有多少只是正常的調適？在稍後出現的那些症狀裡，又有多少是把創傷敘事放到進其他問題上？

史蒂文斯很確定，那些篩檢把許多正在經歷正常調適過程的人，誤認為可能患有PTSD，以他本身為例，他在工作、家庭與社會中的表現都很正常，但在這兩次調查中的結果卻都有症狀反應；換言之，他是那20%可能罹患PTSD的士兵之一。然而奇怪的是，在那些確實曾經尋求諮商協助的人當中，這兩次篩選都漏掉了其中的75%，這個發現為研究的正確性引來許多質疑，可是這個研究結果仍然受到媒體的大力報導，強調PTSD的發生率可能被嚴重低估了。

數個月後，另一份研究提供了更清楚且一致的狀況。這是首次針對所有參與伊拉克及阿富汗戰爭的美國士兵所進行的的大規模追蹤研究，由美國海軍研究員史密斯（Tyler Smith）領導，在2001-2006年監測五萬名美國士兵的心理健康以及在戰場中的狀況，並發表於《英國醫學期刊》。研究者將士兵的症狀與暴露的戰場類型加

以連結時，格外地小心。在大約1萬2000名去過伊拉克或阿富汗的士兵中，有4.3%出現了能診斷出PTSD的症狀；在曾上戰場的士兵中，出現PTSD症狀的比例為8%，但在那些未曾上戰場的士兵中，則只有2%。

這些數字大約是米利肯研究結果的1/4，但與英國參與伊拉克戰爭的退伍軍人PTSD發生率接近，也接近麥克納利針對越戰退伍軍人計算而得的比例。與米利肯的研究相反，再加上與英國研究的結果以及麥克納利對NVVRS的計算一致，應該會讓史密斯的研究成為大新聞。但是美國媒體、退伍軍人管理局與創傷心理學界卻幾乎完全忽略這項研究。麥克納利表情冷淡地說道：「他們根本就沒有反應。」

這樣的沉默可能只是因為好消息沒有受到注意，但選擇性的注意支持了麥克納利認為美國大眾對創傷有文化情結的論點，也支持了軍事歷史學家兼PTSD評論家謝伯德（Ben Shephard）的觀點，亦即美國社會從1970年代後期所產生的PTSD診斷中，獲得了一些東西：藉由將戰士視為受害者，美國民眾看到了戰爭的代價，讓他們宣告自己見識過戰爭的恐怖，並寬恕自己將這些士兵送到戰場，因為他們自己也是受害者，被騙去支持事後讓人感到後悔的戰爭。我們應該感受士兵的痛苦，但是對一名痛苦的士兵而言，硬要把「他的記憶是無可避免的，而且他缺乏將過去融入未來的力量」這樣的想法強加在他身上，是以犧牲這名士兵的方式來強調我們的道德感。

PTSD確實存在，既然存在，就必須加以治療。但我們對PTSD的文化情結被放大了，這個情結本身最後或許也變成了PTSD，以致長期以來失去條理並遭受集體攻擊，這可能是我們自己的戰後精神官能症。

SA

黃鈺敏 台灣師範大學教育心理與輔導研究所畢業，現旅居英國。

延伸閱讀

A War of Nerves: Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century. Ben Shephard. Harvard University Press, 2001.

Progress and Controversy in the Study of Posttraumatic Stress Disorder. Richard J. McNally in *Annual Review of Psychology*, Vol. 54, pages 229-252; February 2007.

Saving PTSD from Itself in DSM-V. Robert L. Spitzer, Michael B. First and Jerome C. Wakefield in *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 21, No. 2, pages 233-241; February 2007.

Posttraumatic Stress Disorder: An Empirical Evaluation of Core Assumptions. Gerald M. Rosen and Scott O. Lilienfeld in *Clinical Psychology Review*, Vol. 28, No. 5, pages 837-868; June 2008.