走出抑郁的幽谷

——抑郁症与信仰探讨

徐理强教授

—1

目录

作者引言

赞助者序：蔡元云医生，张路加牧师，李铁牧师，苏永睿牧师， 林国亮院长，余达心院长，黄维仁教授

1． 抑郁症是什么? 如何诊断？

2． 躯体化症状

3． 抑郁症是心理问题？生理疾病？

4． 抑郁症的成因：基因与环境的互动

5． 抑郁症究竟有多普遍？

6． 为什么基督徒可能得抑郁症？信仰对病人有帮助吗？

7． 抑郁症的治疗：接受治疗可能讨神的喜悦吗？

8． 抑郁症的预后：治疗是治标还是治本？为何治疗效果不理想9． 追寻快乐，远离抑郁：如何建造精神健康？

10． 为什么我选择精神科专业？

附篇一：精神病是鬼附吗？

附篇二：如何与一个抑郁症的人谈抑郁

附篇三：沉溺—追寻快乐而导致未曾预料的后果

—2

作者引言

我是一个具有四十五年临床经验的精神科医生，并担任医学院的精神科教授多年。我身为基督徒已近六十年，在过去三十多年里一直担任华人教会的长老。我写这本书主要有两个原因。第一是中国人普遍对抑郁症（亦称忧郁症，英文：Major Depressive Disorder）

不了解，也不注重精神健康。根据世界卫生组织（WHO）的预测，到2020年抑郁症将成为仅次于心血管疾病的人类第二大疾患。可是在中国，超过百分之九十五的抑郁症病人，病情未得到诊断和发现，当然更没有治疗。抑郁症不仅影响患者身体健康和生活素质，而且约有百分之十的病人最终厌世自杀。 中国人的自杀率超过西方国家至少两倍。中国人患抑郁症者通常表现为躯体症状，不少人花大量时间和金钱在医院做各种各样的测试，试图找到药物或其它方法，以治疗诸如心跳过速，胸痛，头痛，胃胀，耳鸣，头晕，失眠等临床症状。当医生告诉他们查不出身体的任何疾病可以解释这些症状的时候，一般中国人仍

然不肯接受这些症状其实是焦虑或抑郁造成的，而且拒绝接受精神科的治疗。我甚至还听闻有些父母不允许患抑郁症的儿女接受精神科治疗，怕传出去被人知道后让家人蒙羞。另一种情况是，当病人去看精神科大夫的时候，大夫却根本不愿多看他一眼，刚听病人讲两分钟就开处方，然后让他离开。这种所谓治疗，哪能有效？而且目前在国外很难找到一个会讲汉语的精神科医生。虽然国外有不少华人医生，可是他们当中很少有人愿意选择精神科这门专业。

最近十多年来，教会也慢慢开始注重基督徒的情绪问题。根据普查，美国教会牧师中百分之四十的人患过抑郁症。目前市面上有不少从基督教信仰角度讨论抑郁症的书。可是我并

不完全认同他们的观点。过去这五十年，我竭力把信仰贯穿到专业上，并且落实在生活里。我深信精神健康有信仰灵性的层面，因此我也常常为病人祷告。可是抑郁症基本上是精神科学的问题，诊断与治疗需要从现代医学的角度来进行。把抑郁症视为犯罪或信心不足的灵性问题，或把它看为只是一般的人生苦难，从而希望用圣经辅导来解决，我认为这一做

法有待更多思考和验证方可以实行。实际上，抑郁症不能单靠圣经辅导来处理，就好像肺癌不能单靠圣经辅导来处理一样。我写此书的第二个原因，即为阐明上述观点，目的是深入探讨精神科学与基督信仰之关系。

本书是写给一般读者的，恕我没有把相关资料的来源一一列出。这本书之所以能完成，是因着很多人的鼓励与帮助。首先要感谢一位不便透露姓名的主内弟兄，是他建议我写一本有关抑郁症的小册子。他的建议让我终于鼓起勇气上电脑来写。这里也感谢我们的教会麻

省华人福音堂多年来接纳我担任长老，同时让我给会众精神健康方面的教导。我深谢何若

珍牧师与众牧长们对我的鼓励，也非常感谢萧钦志牧师，与苏武牧师对初稿的一些宝贵建议。

—3

特别感谢七位为本书作序的主内弟兄。蔡元云医生是我在高中时就认识已经五十多年的好友，他开创香港突破机构的美好见证造就了无数的人，也是华人教会里提倡辅导的开路先锋。张路加牧师是把生命摆上为主付出一切的神的忠心仆人。李铁牧师是一位极有恩赐却坚守服事地方教会异像的牧者。这本书的主要内容是根据我在李牧师带领的主恩教会里的讲座写成的。苏颖睿牧师是我早年在香港大学时就认识的好友，他曾经在美国费城的西敏寺神学院上过亚当斯教授的劝诫辅导课程，他的序言是从他丰富的牧会经验角度来写的，更让我对他感激不已。

初稿完成以后，另外三位主内的知心好友也对本书给予全力赞助。林国亮院长是正道福音神学院的候任院长，也是资深的家庭治疗专家，他从神学与专业的肺腑之言的赞助，给我极大的鼓励。余达心院长刚从中国神学研究院卸任，是当今世界著名的神学家，余院长以学者的身份，对本书真挚热情的认同与赞助让我倍感力上加力，恩上加恩。黄维仁教授是华人教会人所共知的心理学专家，他的由衷之言让我感佩至深。在此谨向上述所有同仁的认同与支持表示衷心的谢忱！诚然，本书中的观点完全是从我五十年专业和基督徒经历里

整理出来的，并不一定代表他们七位的意见。然而他们都是过去几十年在世界各地带领华人教会的神的仆人，也是引领华人教会思想潮流的领袖。盼望他们的全力赞助，可以冰释华人教会内部某些对精神科学的传统偏见。

在此我特别感谢李统铨博士花了不少宝贵时间替我修改了叁拾多次初稿，以增加此书的可读性。如果没有他的耐心帮助，这书肯定不能跟读者见面。最后谢谢我的妻子和儿子：龙绮玲律师跟我结婚将近四十年，她愿意放弃自己事业上的雄心而无怨无悔地作我一生最好的帮手和贤内助；儿子徐浩恩在美国校园团契里的全职服事与摆上带给我很大的激励，我就把这本书献给他们二位。但愿这本书能带更多荣耀归於神，同时也带祝福给神的教会。

本书完稿之后，有些读者提出精神病是否跟邪灵鬼附有关，也提出我们今天如何解读圣经里鬼附的案例。我首先声明我相信圣经是神的话语。虽然一般信徒并不相信抑郁症是跟鬼附有关，我还是认为需要加一个附篇来讨论究竟精神病是否邪灵鬼附造成的问题。其次， 很多人问我应该如何帮助一个患抑郁症的病人接受治疗，我就写了附篇二来讨论这问题。第三，最近网络沉溺的问题好像越来越严重，我就加了附篇三来讨论上瘾的问题。有些基

督徒认为悔改重生就直接可以脱离沉溺的网罗，我却认为沉溺的行为心态，与一般犯罪的行为心态，是有一点差别的。要改变沉溺，悔改重生当然是第一步，却不是唯一的一步。最后，工作与学习带给很多信徒的压力与无奈，直接影响他们的精神健康。所以我以附篇四来讨论基督徒的工作与学习观。华人教会对精神心理的问题，好像有不少的误解，我盼望神使用这小册子，带来一点观念上的更新。

如果你读这本书时，感觉很难按顺序读下去，不妨先读第十章，了解一些我写此书的的来龙去脉之后，再回头逐章读下来就比较容易了。愿神祝福你。

—4

蔡序

徐理强医生是我高中的同班同学，后来我们分别在香港及加拿大进入医学院。当年选择主修精神科的医生并不太多，所以当时他决定踏上这漫长的学路，成为精神科医生时，我亦

有点诧异，在这本书中他深入分享他的心路历程，十分感人。

徐医生在香港、英国、及美国等著名的医学院及医院接受严谨的专业培训，其后在精神科医学领域里进行研究及临床治疗的工作，取得国际的尊敬：特别在“Eating Disorder” 这领域成为全球权威之一，并在美国专业界被认可为最专于运用药物治疗的精神科医生之

一。

我亦曾邀请徐医生到香港及国内主办专题讲座，其中一个课题正是「抑郁症」；因为我已察觉这种精神症在香港及国内相当普遍。再加上大部份人对「抑郁症」一知半解，讳疾忌医，导致不少个人崩溃、家庭关系破裂、什至是自杀的严重后果。

徐医生细心地从脑神经系统的功能，遗传基因的影响，家庭成长的因素等角度阐释抑郁症的成因。进一步更深入浅出地讲述治疗的方法，其中一个环节是一般人最不能接纳的是：为什么要接受相当长期的药物治疗。本书有助我们理解抑郁症的成因，并消除我们对治疗过程的抗拒和恐惧。

本书最独特的贡献是从信仰的角度去看抑郁症，并探讨这症与「鬼附」的分别。有信仰的人容易从信仰的角度将抑郁症「属灵化」：觉得一切都是灵性问题，认为治疗的途径就是祷告及辅导。徐医生没有低估祈祷和属灵群体支援的重要，他只是诚恳及专业地矫正一些错误的观点。

我深信这本书对每个抑郁症患者，或怀疑自己是否有抑郁症的读者会有启导作用。对于有抑郁症的家属和朋友也有帮助，让我们晓得接纳、并与患者同行。对于进行心理辅导、教牧工作、青年工作、社会工作等服务专业的人士亦有一定的参阅价值。但愿这本书都成为徐理强医生委身精神科医生这专业的另一个平台，分享他的专业知识及辅助患者的怜悯心肠。

蔡元云

「突破」荣誉总干事

张序

本书作者徐理强医生是我十分敬重的一位集临床医生、教学研究、专业学者和教牧人员于一身的主内长辈。我多年前在神学院教牧博士班上完他所教授的《精神病患与家属的教牧

—5

关怀》课程后，实在感觉受益匪浅。他让我们不但对精神疾病的成因、症状、治疗及预后等有了相当多的了解，更是改变了我们先前对此的许多似是而非的误解和认知，同时针对教牧关怀，给出了许多切实可行的建议和忠告。我以往虽然多次去过徐医生担任长老的麻省华人福音堂领会，也和他有过不少的接触，但藉着上完整门课程，得以近距离和他相处多日，聆听他对我们的淳淳教诲，对他渊博而严谨的学识学养，以及为着整合基督信仰和精神医学之间的关系而呕心沥血的付出，并那种唯有真正属灵牧者才会具备的对人身体灵魂深切的负担和关爱，使我们学生皆为之深深动容，也更感到作为教牧人员，尤其需要对精神疾病这方面有更多的认识和掌握，以使得主所托付我们的羊群得到更有效的关顾和牧养。以我自己过往二十多年来在教会及宣教工场上的观察和了解，确实我们大多数的华人教会基本上对抑郁症等精神疾病的存在采取比较漠视的态度，容易将之视为单纯的“魔鬼攻击”或是“灵性软弱”，从而对专业的就医治疗加以排斥。信徒们也往往在自身或是面对他人深受精神情绪等方面的困扰时，常显得不知所措，或者认为是一场“属灵争战”而大加达伐，或者是认为自己或他人“不够属灵”，甚至是“有了破口”而深感内疚或交相指责。这些误解和误导常使得病人不仅得不到应有的医疗关顾和正确对待，反而使得病情更趋恶化甚或延误治疗，造成难以弥补的后果。

徐医生的这本小书，就是针对以上的情形，用通俗易懂的科普写法，为华人教会的教牧及信徒们，补上了这方面的缺失，堪称是“及时雨”。书中除了对抑郁症这类精神疾病的简

明扼要的临床介绍和描述外，更有许多的个案及例证，包括作者自己亲人的切身遭遇，令我们读来深切地感受到一位专业而资深的精神科医生背后，那份从基督而来的对主的羊群的爱和负担！也对有志于在基督信仰和精神医学这方面作进一步研究和整合的基督徒医学工作者，传递了异象，提出了挑战。深信神必借着这本书，给我们华人教会和信徒带来极大的帮助和祝福！

张路加

2013/10/23于美国加州

李序

去年我们邀请徐理强老师到我们中间，讲授《精神健康与灵命成熟》系列课程，徐老师丰富的医学专业知识，几十年临床的经验，一辈子信仰人生智慧的积累，给了我们极大的帮助，开启了我们的智慧，引起大家广大的兴趣与回响。今年徐老师在百忙中，再次接受了

我们的邀请，在新成立的城市教会全职工人进修班中，教授《走出抑郁的低谷》系列课程。这次，他不但来了，而且带来了此书，想到这大城里那么多的人即将获得帮助，我无法止息内心的激动，几乎一口气看完了此书，实在受益良多。

十年多来，在国内急遽的城市化、市场经济与其它改革开放的进程下，逾50%的人口移向

—6

了城市。蓬勃发展的城市福音工作也使许多人涌入了教会，他们生活在充满竞争的新环境

里，每天浸沉在像雾霾无所不入的攀比与物质化的社会风气中；工作上的潜规则与道德滑

坡彻底扭曲了人性的尊严与形象。教会里的信徒甚或同工因个人心理或社会因素，罹患抑

郁症的人逐渐增多，这成为牧养的挑战，但教会却屡因错误的医学认知，不当的释经与辅

导技巧，使已为抑郁症所苦的信徒雪上加霜，加深了伤害，延误了病情。徐老师体贴观察

教会极大的需要，深入浅出地写成了此书，深信必将成为众人的帮助，我们衷心祝福每一

位读此书的人，蒙恩受益。

李铁

1. 年11月7日于中国北京

苏序

1990 年，我还在费城的西敏寺神学院(Westminster Theological Seminary) 就读的时候，曾经受教于亚当斯(Jay Adams) 教授。他本来是讲道学的教授，但同时亦开了一课名叫

「Nouthetic Counseling」的教牧学课程。我那时从没有接触过心理辅导，听到他所教导

的「圣经辅导学」感到很有兴趣，特别是他强调我们根本不必用临床心理学或精神科学去

帮助那些在情绪上受困扰的人，因为人一切的情绪困扰和精神问题都是基于人的罪性与罪

行，所以并不是心理辅导学或精神科学可以解决的。既然圣经对精神和情绪的问题已有很

好的教导和指引，以圣经的话语来劝诫和辅导就足够有余了。他的名句「Psychiatry is

the illegitimate Child of psychology」当时曾经影响了不少神学生。想不到隔了几十年，不少基要派的信徒还深信他这一套。

我当时就把我所学到的与昔日在香港大学的弟兄姐妹分享，其中一位是徐理强医生，他一

看到我的分享，反应极大，直斥亚当斯的谬误，以为他对心理学和精神病的无知会带来教

会极大的伤害，想不到事隔了四十多年，虽然在这段时期里精神病学已掌握了不少新的科

学知识，在治疗上也有很大的突破，但在基督教圈子内，特别是在华人信徒当中，还有很

多人对精神科学持不信任的态度，而一般华人社会中的普罗大众也是同样对心理辅导和精

神医学抱着极大的怀疑，以为医疗只是治标不治本，有情绪困扰时往往拒绝去寻医吃药。

这样的误解可以酿成极大的悲剧。记得好几年前，有一位姐妹来到我牧养的教会聚会，我

们教牧同工和她接触以后，都觉得她行为有点怪异，因为她有时表现得非常火热兴奋，但

有时她的情绪却又非常低落。后期当她经历过一段非常低沉的阶段之后，忽然变得非常火

热和狂燥，我们教牧同工，因着她情绪不正常的起伏波动，就劝她要去看医生。她却骂我

们不属灵，对她心灵的情况不了解。我们便与她的丈夫讨论，鼓励丈夫带她去看精神科医

生，他更大动肝火，认为教会没有爱心，故意把他妻子看作「神经病」患者，因此他愤然

带着太太离开教会。未几我们听到消息：这位女士跳海自杀身亡，整个家庭也因此弄到家

破人亡，实在非常可惜。

—7

一般有情绪问题的中国人，对看精神科医生或寻求心理辅导都很禁忌，以为这样会做会影响他的工作，前途和名誉；然而他们却相当乐意去寻求牧师或传道人的帮助。我们这些教牧同工，因此就成为应付教会里情绪问题的前线工作者。假如我们对情绪困扰没有认识，或对精神问题的成因有错解，例如持着亚当斯一派的理论，认为一切精神问题都是犯罪的直接后果，又或者附从灵恩派人士的讲法，以为精神病是鬼附直接造成的问题，因而替来访者赶鬼，这些做法只会带给这病人及其家属极大的伤害。相反的，如果我们能劝导来访者接受专业帮助，也替他转介给合适的专业人士，那么有些我们教牧同工一般不能处理的情绪问题，就可能得到妥善的解决。我以下面的一个个案来解释这做法。

美仪是一位六十岁的老华侨，在我牧养的教会附近居住。一天，她在教会门外听到我们在教会里唱诗，她就被歌声吸引，决定进来观看一下。当时我们的成人团契正在聚会，我是那天的讲员，刚好正要讲解基督徒对抑郁焦虑的看法，她听了很受感动，一面听一面哭。

散会后，我有机会听她的诉说，才知道原来她已经有很长期的抑郁，也正预备在她孙儿三

星期结婚之后便自杀。她以前也曾经路经我们的教会，也一直想进来看个究竟，可是始终裹足不前。当天，她想到再过三个星期她就不可能进来了，于是便鼓起勇气，进来教会看看，想不到我当日正好讲解抑郁焦虑的课题打动了她的心，她便向我打开心门，把她想要自杀的秘密告诉了我。我听后认为她很可能是患上严重的抑郁症，得她同意后便立即打电

话给她的儿子。她儿子是一位内科医生，他正不断在劝母亲要去看精神科医生，但美仪坚决不接受他的建议。我和她儿子那天一同劝美仪，必需接受药物治疗和辅导。结果她居然决心接受治疗。经过几个月的药物治疗、心理辅导，及教会弟兄姐妹的关爱扶持，她的长期抑郁就有很大的进步。痊愈后这二十年来，美仪的抑郁症一直再没有复发。

徐理强医生这本书是一本重要著作，他从一个基督徒精神科医生的角度去讨论抑郁症的诊断与治疗，并提供一些如何实际帮助抑郁症病人的方法。我在此极力推介这书，我肯定一

个患有抑郁症病人，若能接受药物医疗、心理辅导，再加上教会的关爱，支援和教导，三管齐下，就是最有效对抑郁症的处理方法。但愿神祝福徐医生这本书，带给华人教会与社区极大的祝福。

苏颖睿

1. 年2月12日于美国三藩市

林序

1980年前后，我在匹兹堡神学院和匹兹堡大学分别进修神学和婚姻家庭辅导的时候，和徐理强医师夫妇一起在匹兹堡华人教会和查经班事奉。那时徐医师已经在著名的Western Psychiatric Institute and Clinic任教，印象中他当时已是治疗厌食症的权威。他对

—8

事奉的热忱、对学生的关爱、对查经的认真在我脑海中留下极深刻的印象。还记得当年得知他在伦敦求学期间就在我非常敬佩的司徒德(John Stott)牧师的教会聚会，心中兴起「难怪他研经的态度这么严谨」的感受。过去这三十多年来，我们一直有保持联系。令我特别感动的是他们全家始终全心投入于教会的事奉。

徐医师离开匹兹堡后，就转往波士顿Tufts大学医学院任教，同时亦担任其附属医院精神科门诊中心亚裔部门的主管，从而有非常多的机会接触华裔的精神病患及其家属。由于徐

医师基督信仰的真诚、精神医学的专精，再加上临床经验的丰富，使得他在这方面的论点特别值得华人基督徒重视。

在本书中，徐医师除了深入浅出地阐释晚近脑神经科学研究的进展对抑郁症治疗的意义外，最独特的贡献在于他非常正面而具体地回应诸多华人基督徒对抑郁症特有的观点和问题。笔者多年来从事教牧与婚姻家庭辅导。对我而言，华人(包括基督徒在内) 面对抑郁症时一个很重要的问题，不是太相信、太轻易采用药物治疗，而是许多抑郁症患者及其家属基于对药物治疗的无知或面子的问题而讳疾忌医、在服药的过程中擅自改变服药量、甚至停止服药，以致对患者、家属及其支持团体(如教会) 都增加了许多不必要的负担与痛苦，甚至平白地丧失生命。这与美国的情况极为不同，也是我们在阅读相关的翻译作品时，需要特别注意的。

徐医师也针对晚近在华人教会之间引起不小冲击，由亚当斯博士(Jay E. Adams)的劝戒辅导模式所衍生的所谓「圣经辅导」，特别是它处理抑郁症问题的主要代表人物韦尔契博士

(Edward T. Welch) 的立场，有深入的回应。亚氏的劝戒辅导模式源于六、七十年代，当

时教会（包括牧者和基督徒心理学家在内）欠缺批判的能力，即大量采用与基督信仰的世界观不同的治疗模式。亚当斯的论点，在当时基督徒的圈子内，有如旷野的呼喊，唤醒基督徒不要遗忘圣经「使人归正」的功能，同时强调「劝戒」是每一位圣徒的责任，而非少数专家的专利。如今回头看来，亚氏的言论虽有其过度偏激之处，但其对每一个基督徒应当好好研读圣经，转化我们的思想与价值，流露在每日的生活和人际关系中，以致「满有

良善，充足了诸般知识」，得以「彼此劝戒」的呼吁(罗15:24)，在今天有耳可听的仍然

应当听！

亚式的「劝戒辅导」模式后来演变而改称为「圣经辅导」模式。乍看之下，仿佛其他基督徒的辅导模式都不合乎圣经似的，以致许多笃信圣经权威的基督徒很容易就全盘接受它的教导，进而排斥像本书作者徐医师所采用治疗抑郁症的整合模式。对笔者而言，这简直是「矫枉过正，过犹不及」，实在太遗憾了！值得注意的是，晚近这三十年来，神学院和基督徒心理学家在圣经／神学和心理治疗的整合上有非常大的进步，与六、七十年代的光景绝对不可同日而语。当今全美国最大的基督徒辅导协会(American Association of

—9

Christian Counselors) 也使用「圣经辅导」这个名称来推广其整合模式的辅导，不让这

个名称成为亚氏及其门生的专利。

在本书中，徐医生一方面指出他认同韦尔契博士(当今圣经辅导模式阵营中抑郁症治疗的权威) 大部分的教导，另一方面也明确而郑重地强调他与韦氏的重大差异之处，包括(1)抑郁症是一种具体的疾病，是基因与环境互动引起的大脑神经系统功能紊乱造成的；(2)每个疾病都有灵性的层面，不单是抑郁症有；(3)严重的抑郁症是必须治疗的，不能单靠圣经辅导。我特别期待采用圣经辅导的牧者、辅导者和基督徒都可以认真反思徐医生的立场。笔者研读韦氏的著作后，大胆地推测，他大概不会反驳徐医生的立场。毕竟他的最底线（bottom line），也就是他最想纠正的不是所有的药物治疗，而是人们忘了许多抑郁症有其灵性的层面，太轻易接受药物治疗，且视药物为惟一有效的方法而取代圣经教导、群体扶持和基督的救恩。

最后，笔者从自己的背景和经历，也想借此鼓励所有基督徒，包括深受现代精神医学和心理治疗模式影响的基督徒医生和心理治疗专家，能继续虚心而深入地研读圣经辅导的相关著作。重点绝不在它们对基督徒非「圣经辅导」模式的批判，而在它们对圣经所下的功夫和所得的许多亮光。笔者曾专攻婚姻家庭协谈和家庭研究，也取得了神学院的道学硕士学

位。但诚实的说，不论是笔者早期在教会中或在神学院中所得有关婚姻与家庭的圣经教导都相当有限。是后来经过多年事奉的累积，才慢慢有些心得，进而在神学院教授「圣经与家庭」的课程，用社会科学研究婚姻与家庭的结果，来诠释、印证圣经中相关的教训。笔者相信，相同的情况或许也发生在许多敬虔爱主而从事辅导与协谈专业的基督徒身上。谨以此共勉。

林国亮

2014年4月27号 于正道福音神学院

余序

认识徐理强是我初到英国修读神学之时，时为一九七七年，弹指间已近三十七载。打从那时候开始，我一直都从心底里佩服这位弟兄。他为人执着，为整全的信仰执着，为信仰有理有据的表述执着，为探求精神科学与信仰整合而执着，更难得的是，他真的把负责诊治

的病人放在心上。听他讲述病者的个案，我可以看出他对人有极深的关切。另一样佩服他

的就是他对福音的热忱。他在伦敦大学教学时，带领不知多少年青人信主，并非常用心地栽培他们。他对信仰的思考很多时要比教牧，甚至神学工作者，还要深。对教会的爱也不用说了，教会常在他的心间；他往往为教会在牧养中出现的信仰误解或偏执，深感焦急。

圣经辅导对抑郁过于简化的理解与处理，就是一个很好的例子，他写这本书也是为此缘故。

—10

看完这本书的清样本，我非常惊讶，能在短短四万字之内，如此深入浅出地、清晰地，讲解抑郁症的病症及成因，阐释基因与环境的互动，辅以不同的个案加以说明抑郁是具体的疾病，需要药物及情绪、灵性辅导的配合，实不容易，而徐理强却从容道来，使读者在不觉间轻舟渡过万重山，其功力深厚，由此可见。对于圣经辅导派将抑郁极度简化地看为纯粹灵性问题，全归疚于人的罪，徐理强毫不含糊地作出批判。然而他并没有否定灵性及罪在精神健康中的作用，只是强调，要正确地面对一个事实，抑郁是具体的病症，要有效地医治，药物是不可少的。他也倡议以分层及整合的模式去帮助病患者康复，强调教牧辅导在其中有其可以发挥的作用。他在评论圣经辅导派新一代掌门人韦尔契的观点时，可谓中肯非常，在批评中却作出了相当的肯定。

我认为《走出抑郁的幽谷——抑郁症与信仰探讨》这本书对华人教会是一本重要的著作，对应了华人教会在牧养上一个很大的欠缺，不单帮助教牧在牧养抑郁的会友时解开不少疑问与困惑，也帮助一般信徒正确地看待抑郁的弟兄姐妹。对于我来说，这本书的第十章最令我感动，也最能说明，我这位老友是一位有情有梦的人。我衷心推荐这本书给华人教会的弟兄姐妹。

余达心谨序

2014年4月30日于中国神学研究院

黃序

笔者深信，所有的真理都来自神，而科学，理性与信仰是没有冲突的。真正的科学家，会以谦卑，开发的心胸，客观而系统地研究神的创造，而当他们看到与自己当初信念相违的

反证时，他们会像保罗一样谦卑认错，修正有误之信念。这种求真的精神，是神所喜悦的。

笔者服事华人教会与社区多年，看到一个值得担心的现象，就是一竿子打翻一条船，把心理学当做与信仰对立的毒蛇猛兽。其实心理学包罗万象，不合科学之处将慢慢被淘汰。笔

者在美国从事心理治疗超过20年，且因在西北大学医学院任教，有幸接触当代最尖端的

科学研究与治疗技术，深深觉得心理学中真正有用，最具医治性的部分，全都是建立在圣

经真理之上。

好的动机不见得能带来好的果效，当前许多华人教会的问题，在于太注重左脑圣经知识的灌注，而忽略右脑体验性的学习与应用。处理人的问题时，往往是欲速则不达，就像煎冷冻的鱼一般，两面都烧焦了，里面还是冰的。例如，基督徒都知道我们应该要饶恕，然而

最尖端有关饶恕的科学研究却发现，用教条与意志力揠苗助长的结果，反而使人中了撒旦的诡计，表面上饶恕了，而苦毒却愈埋愈深，不健康的情绪反而像火山一样，常常在意想不到的时刻，以意想不到的强度爆发出来。

—11

真，善，美的次序不能颠倒，若不面对负面情绪，舍真而快速求善，往往变成伪善。大家都知道大禹治水的故事，若要心理健康，不能高压，围堵，必须学会倾听，疏导。临床科学实证研究指出，若要有彻底，具持久性的饶恕，就如情绪导向心理治疗学派所发现，必须有勇气去面对愤怒与最深层情绪，经过一次次哀伤的过程来达成。

处理抑郁症与其他心理问题也相似，千万不可认为所有的精神症状都是犯罪的结果，以为只要简单地把圣经的话语像道士的符咒一般，用由上而下填鸭的方式，用力一贴，就药到病除。若病情没有好转，就以为是当事人灵命软弱。狭隘偏误的释经与辅导理念，往往爱之反害之，不但使得已经饱受抑郁症折磨的信徒伤上加伤，甚至因延误病情而导致一些本

来可以得到医治的人因抑郁症自杀，丧失生命。

笔者认为徐理强教授这本“走出抑郁的幽谷”是治疗抑郁症的最佳指南。负责任的治疗方式，就像此书一步步所陈述的，必须本着科学精神，从遗传基因的影响，原生家庭人际关系与成长环境，脑神经系统的功能，身心灵等角度去了解问题成因，运用经科学研究证明有效之心理与药物治疗，加上亲友，教会的关爱，支持与引导，为在痛苦中挣扎的人带来实际上的帮助。

笔者认为徐理强教授这本“走出抑郁的幽谷”是当前华人教会与社区有关治疗抑郁症具有最高品质的，同时也是我们最迫切需要的著作。笔者郑重地将此书推荐给所有牧长，神学院师生，与所有愿意从事助人事工的人。在第十章，徐教授下面这一段话令我深深感动，他说：“一想到姨妈那悲剧的人生我就不禁潸然落泪。可是后来一想，假如姨妈一生唯一的成就就是激励我当精神科医生，那么她的一生，就不能说是白费了吧？在神的计划里，也许没有任何基督徒的生命是枉然白费的”。在此书中，笔者不只看见一位术业专精的精

神科医生，更看见一位满怀爱心、悲天悯人的基督徒。我相信是神呼召徐教授来写此书，要借着他毕生的精华来祝福所有华人。

黄维仁

2014年4月23日于美国芝加哥西北大学医学院

—12

一、抑郁症是什么？如何诊断？

抑郁症，又称忧郁症，是大脑神经功能紊乱而产生的一种疾病。本病主要影响人的情绪、心态、意志和期盼。抑郁症病人感觉情绪低落，郁郁寡欢，缺乏动力，意志消沉，做起事情索然无味，悲观消极，自我形象低落，毫无自信，不堪重负，甚且有轻生厌世的意念。

大多数抑郁症病人表现失眠，难以入睡，或者深夜两、三点醒过来就不能再入睡。偶尔也可能整天躺在床上，缺乏精力，懒得起来活动。多数病人毫无胃口，体重降低。但有些病人相反，情绪化地不停进食。

美国精神科学会和国际卫生组织都明确制定抑郁症的诊断标准。两者有很多相同的地方。现将美国精神科学会颁布的情感障碍诊断标准（DSM-5）一书中关于抑郁症的诊断部分列在表1上：

表1. DSM-5 抑郁症的诊断标准

1. 下列病情持续至少两周
2. 两项主要症状: 确立诊断至少需要有其中之一
3. 情绪持续低落
4. 失去乐趣和兴趣，索然无味

C. 再加上至少三项下列症状：

1. 失眠
2. 沒有胃口, 体重减轻 (有時候相反)
3. 提不起劲, 缺乏动机; 或坐立不安
4. 自觉活着没有意义; 自卑; 罪咎; 心灰意冷
5. 不能集中精神; 不堪重负
6. 想死; 有自杀意念

抑郁症还可能有其它症状，如焦虑、恐惧、担心、惧怕跟别人交往、容易发脾气。大约百分之十的病人有幻听和幻觉。如果病人情绪波动很大，有亢奋燥狂的症状，那很可能就是双向症（也称燥狂抑郁症）。

抑郁症是一种疾病吗？从医学上来说，任何疾病都具有如下特征：一、病症影响健康，降低生活质量，缩短寿命；二、有一致的病症，即每个病人具有同样或类似的症状；三、

—13

这些病症有一致的预后；四、病症对标准的治疗有一致的效果；五、有诱发疾病的病因。抑郁症符合这五个特征，所以它显然是一种疾病。

抑郁症跟一般人的情绪不好或是感情脆弱是不一样的。主要的区别在于后者情绪不好维持的时间短，一般只是几个小时，而且睡眠不好或食欲不振，顶多也不过是三五天。此外，情绪波动或感情脆弱并不影响身体健康，一般也不会缩短寿命，主要影响的是人际关系。下面我以两个个案来描述这两种情况：

个案一：一个二十岁的女生，经常情绪不好，常为了一些小事就闷闷不乐，并容易担心焦虑。跟身边边的女孩子常发生矛盾，也不时跟男朋友闹翻。可是很多男孩子仍喜欢与她交朋友，觉得她很活泼；甚至觉得能逗她欢笑，或博取她对自己好感，就是一种挑战。有时候她发脾气就流泪，甚至摔东西，或躲在房间不肯出来。但过了一阵，她的情绪似乎又好

起来，又谈笑风生。她有时候晚上躺下去睡不着，有时到中午才起床，但一般还是正常的。每天节食为要减肥，胃口正常。跟母亲关系不好，父亲常不在家，平时父母二人常吵架，她觉得家里没有温暖。

个案二：一个三十岁的中学教师，人很稳重，家庭关系很好。六个月前意外怀孕，心里非常不高兴。后来流产，并开始失眠，食欲不振。而且每天深夜三、四点醒过来后就不能再入睡，脑子里很多杂念，胡思乱想。早上起床，很难启动，对着一天要做的事情，自觉不堪重负，白天精神都不能集中。经常独自流泪，却说不出具体的原因来。心灰意冷，有时候不自觉地会想到已经死去的父母。这种情况一直持续了三个月没有改善。

上述个案一不合乎抑郁症的诊断标准。可是她的情感波动，一旦处在压力之下，可能比别人更容易得抑郁症或双向症。个案二是典型的抑郁症，符合抑郁症诊断的标准。

中国人和亚洲人患抑郁症的时候，往往有躯体化的症状。然而这些症状在西方抑郁症病人中比较少見。

二、躯体化症状

躯体化症状是临床表现出与身体某些疾病相似的病状，却未能确诊或发现任何身体疾病。躯体化症状很多，一般来说包括以下这些：头痛，头晕，头昏脑胀，眼花，耳鸣，胸闷，

心痛，呼吸困难，气喘，心跳加速而心慌，胃胀，胃痛，怕冷，冒冷汗，发抖，记忆丧失，健忘，精神无法集中，浑身无力。这些躯体化症状，在东方文化里特别普遍。有些人把这些症状称为 “神经衰弱”，或“植物神经功能障碍。”

专家认为中国人特别容易把抑郁症躯体化，可能有两个理由：

—14

1 面子问题：觉得自己承认有精神问题是羞耻的。以驱体化症状来表达抑郁，比较不失面子。

2．缺乏精神情绪问题的概念，以为抑郁不属于疾病范畴。因此表現出来的症状，基本上

是抑郁症的身体病症。

下面几个个案，描述躯体化症的情況：

个案三：一个四十岁的工程师去找肠胃科专家，主诉过去六个月患有胃胀和胃气，没有胃

口。肠胃科医生开了胃药，用药后情况稍有改善。四周后再去看肠胃科医生时，又诉睡眠

不好。医生开安眠药，效果不显著。第三次就诊的时候，肠胃科医生建议他找精神科医生。病人不愿意。后来因着妻子坚持才找个精神科医生。 精神科医生跟他们讨论病历，病人

开始诉说自己无精打采，精神不能集中，焦虑，情绪低落，也承认已经不是第一次有这些

症状，并且每次发病都跟生活压力有关。精神科医生开了米淡平，病人服了两三周以后，症状消失。

个案四：一个三十来岁的女企管经理主诉胃痛，但各项测试包括胃镜检查都找不到肠胃和

肝胆有什么问题。服几种胃药后也没见效。肠胃专家建议用管子插进胰脏检查，可是病人

的家庭医生认为有风险，建议先找精神科。病人拒绝。家庭医生开给她抗抑郁症药物，告

诉病人说是用来治疗胃痛，不说病人有抑郁症。病人半信半疑，服了三周后胃痛消失。此

时病人开始承认其婚姻有矛盾，且工作压力很大。曾数次想停药，结果胃痛又复发。后来

坚持服药一年，胃痛没有再发。

个案五：一个三十岁的家庭主妇第二次结婚，生小孩后，非常怕冷，大热天也要穿棉袄，

盖棉被。每天躺在床上，无法起床。医生检测后表明病人甲状腺功能正常，身体其它功能

也都正常。医生建议她服抗抑郁症药，可是她拒绝。中医说是产后身体虚弱，可是天天服中药效果不显著。卧床十八个月后，才逐渐好起来。

中国人患抑郁症，至少百分之六十的人抱怨的不是情绪低落，而是躯体化的症状。用抗抑

郁症药物治疗这些症状，通常效果非常好。

三、抑郁症是心理問题? 生理疾病?

过去三十年，在科研方面，对大脑神经功能测试的技术有了显著的进展。以前认为是心理

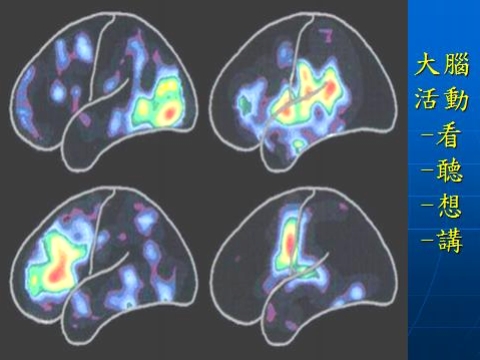
的活动，现在可以用大脑扫描直接看出这些心理活动背后的大脑功能。目前扫描技术如功

能磁共振成像（fMRI），正电子发射断层扫描 (PET scan)等，可以测出一般的心理活动，

—15

如母爱，快乐，惊恐，疼痛等。抑郁症所致的大脑功能紊乱，其中也有一部分可以被测试出来。

—16



最近几项科学发现，加强了心理现象与大脑生理功能密不可分的关系。很多母亲闻到她初

生婴儿的香味，心里不禁产生温馨母爱。这心理现象，是因为婴儿的香味，直接影响母亲

大脑多巴胺的浓度。猫粪便里的弓形虫，进入老鼠大脑后，影响老鼠的大脑功能和网络，

使老鼠不怕猫，因此容易被猫捉到。一些青年人表现有容易犯法的倾向，他们刻意抵触法

律，似乎跟他们天生对惧怕的条件反射偏低有关，他们因而不怕惩罚。而且他们大脑里的

单胺氧化酶不够，因此缺乏调适自己情绪的能力。相反，心理现象也可以改变大脑功能。

学习拉小提琴可增强大脑细胞区域对手指灵活度的操控就是一个例子。另外，认知治疗对

思想模式的改变，是透过改变大脑神经（特別是前脑）的一些网络。

目前，绝大部分专家认为心理现象都是有大脑生理活动基础的。尽管我们还不能完全解释

大脑生理现象如何转化成为心理现象，我们也不理解大脑功能如何造成每个人的自我意识，而且我们也未能找出产生每个心理现象的个别大脑功能。所以我们现在只能说心理现象与大脑功能有密切的关联，却不能说心理现象就完全等同於大脑活动。 可是我们认为，所有心理现象都是建基于大脑的生理活动，这点基本上是无可置疑的。

可是，如果心理活动建基于大脑生理活动，基督徒一定会发问：那么灵魂的功能又如何显

示呢？我看过好几个案例，是曾经灵性很好而且让许多人因着他们的服事而蒙福的基督徒，到老年时却得了老人失智症（例如得爱尔斯莫症），不但记忆丧失，整个人的个性也都改

变了。看到他们那样歇斯底里的喊叫，粗暴失控的行为，毫无自尊的脱衣，让我不禁自问：这以前可爱温柔彬彬有礼的基督徒，他/她的灵魂到哪里去了？这问题且让我留到这小册子的最后一章来讨论。

我们知道，精神现象受大脑活动的调控。那么，有没有一些客观的检测能显示大脑异常的

活动或功能呢？目前，至少有六种可以测试出来的大脑功能紊乱与抑郁症有关。

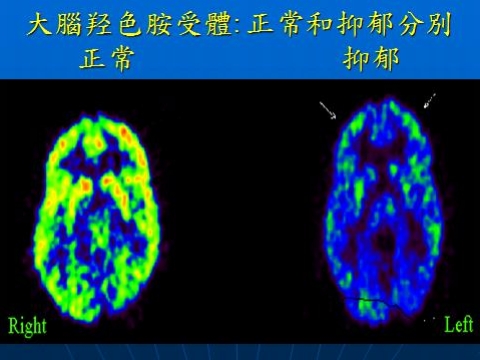
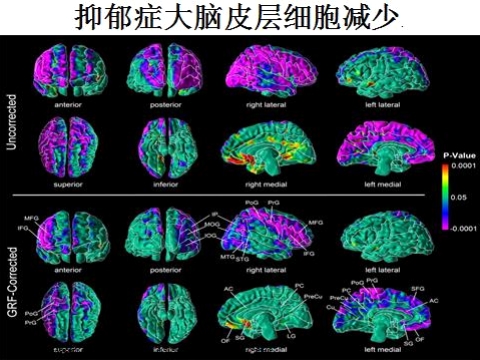
1. 大脑皮层脑细胞减少
2. 大脑神经通路的几种介质功能降低。这些介质包括：多巴胺，五羟色胺，单胺氧化酶。
3. 睡眠脑电波变化：包括“快动眼睡眠”往前移动，“快动眼睡眠”的脑电波幅度

减低。

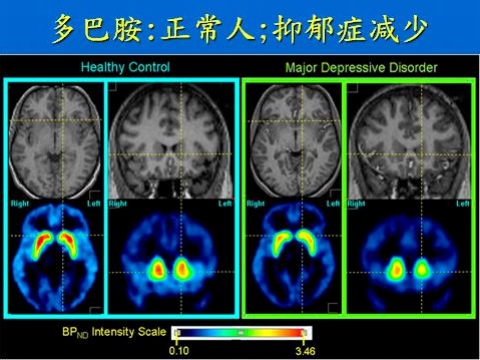
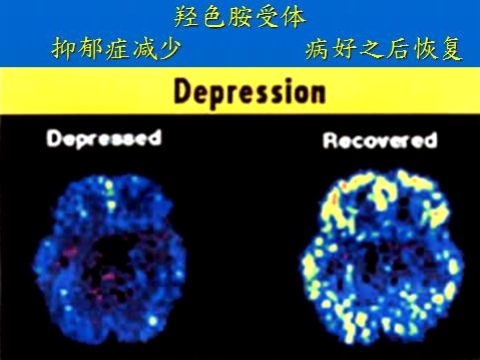
1. 下丘脑-垂体-肾上腺轴功能亢奋。
2. 生长激素在遇刺激后分泌过高。
3. 最近美国Ridge Diagnostics化验室已经发现可以对抑郁症病人进行血液检测，用以证实抑郁症的临床诊断。这项血液检查已获得美国政府食品与药物管理局（FDA）的批准。

—17

—18



从以上各种的测试表明：抑郁症确是大脑神经功能紊乱所致的一种疾病。可是有些基督徒反对这个观点，认为抑郁症病人的症状不是病，而是灵性软弱的表现。我们在下面“为什么基督徒可能得忧郁症”里再回头来讨论这个问题。



—19

四、抑郁症的成因：基因与环境的互动

目前西方医学界认为，绝大多数的疾病，无论是身体的，还是精神的，都是因着基因与环

境互动而产生的。举例来说。肺结核虽然是结核细菌造成的病（从医学上来说，细菌是大

环境的一部分），可是每个人被结核细菌感染的几率，却跟社会经济环境条件与自己免疫

功能有关，而免疫功能就是基因控制的。当然，绝大部分的意外受伤是环境因素造成的，

跟基因没有太大直接关系。可是，如果意外受伤是因为他们急躁，冒险，那么这些人的意

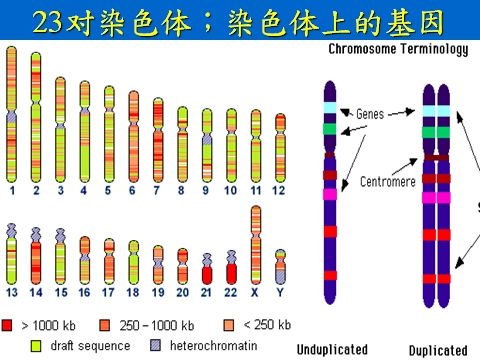
外受伤，也就有基因影响的行为心态的因素在内了。

我们上面已经说过， 精神病包括抑郁症其实都是大脑神经功能紊乱而产生的心理疾病。

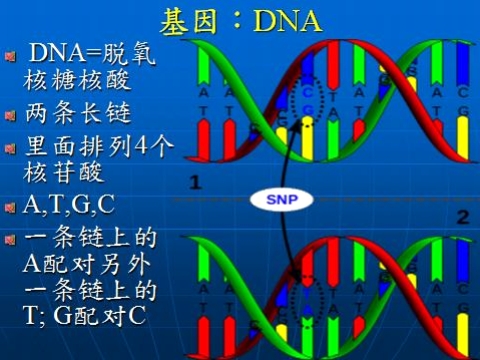
我们先来简单解释一下人类的基因组，然后再来讨论抑郁症的成因。

基因是由脱氧核糖核酸（DNA）组成的。我们知道，人的DNA由两条长链形成所谓“双螺旋结构”，每条链上排列着核苷酸。人有四种核苷酸，为了方便解释，我们简称它们为A，G，T，C。这四种核苷酸排列成两条配对互补的长链，一条链上的 A 配对着另外一条的 T，而G配对着C。DNA通过转录，把遗传信息从一代传到下一代。转录过程极其精确但比较复杂，我们就不在这里讨论了。

—20



人体每个细胞的细胞核里，有二十三对（四十六个）排满了DNA的染色体，每个人从父母亲那里各承受二十三个染色体。另外在细胞质里有线粒体，线粒体里也有少量的DNA，这些线粒体DNA全是从母亲遗传下来的。



上面说过的核苷酸配对（A-T和G-C），每对称为碱基对。人类的基因组一共大概有三十二亿（3.2 Billion）碱基对。可是这庞大的碱基对序列中，只有大约两万一千个基因序列，加上线粒体里还有大约十三个基因。相对来说，大米有大约五万基因，葡萄三万，狗大约两万五千，老鼠两万三千，老虎和猫两万，蛔虫两万，鸡一万六千，果蝇一万三千。

基因的功能，主要是以编码方式在体内制造氨基酸和蛋白质。这些蛋白质，直接影响细胞和身体的各种功能。换句话说，基因并不直接影响人体功能，而是透过编码合成出来的不

同蛋白质来影响机体功能。可是，整个基因组里百分之九十八的碱基对序列之功能不是制造蛋白质的基因。那么这些非基因序列的碱基对的功能是什么呢？目前我们对它的功能还不完全清楚。可是我们知道，它其中的一个功能是控制基因的表达。基因的功能需要经过表达才显示出来，其步骤是指导编码并合成各种不同的蛋白质。人类的基因，有百分之九十八与黑猩猩相似，甚且有百分之五十与无脊椎的低等动物相似。可是，人类基因数目相对来说不算大，但却具有很大而且极其复杂的操纵系统。所以，从生物学的角度来说，人类的形态、心理与行为特征与其他动物截然不同，其奥妙主要在于人类特殊的基因功能操

控与表达，而不在于特别的基因结构或基因的数目上。当然，我不能忽略“灵魂”对人性的影响，这一点我留到最后一章来讨论。

—21

每个人的 DNA，包括各个基因，排列在不同的染色体里，基因在染色体上的位置是固定的，称为位点。人与人之间等位基因（即排列在同一个位点的基因）的差异，少于百分之一。每个基因是由不同的核苷酸配对组成的。如果其中的核苷酸配对的序列与正常的序列有些微小差别，这微小差异称为基因多形性。如果序列差异很大，却是基因突变的结果。此外，基因序列有时候有好几个复制的拷贝，也有时候被删除。这些序列拷贝的复制或删除，不但可能造成人与人之间特性的差异，还可能造成某种疾病。目前，基因序列拷贝数目的差别（Copy Number Variation，CNV）是基因学热门的研究项目之一。

我们怎么知道抑郁症是有基因的因素造成的呢？这就需要从单卵双胞胎（Monozygotic

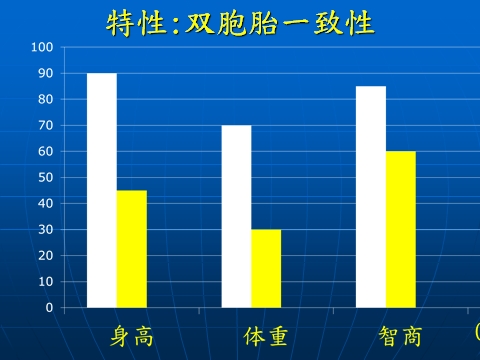
Twin）跟双卵双胞胎（Dizygotic Twin）有抑郁症的一致性的几率（Concordance Rate）来讨论了。双胞胎分两种：从单卵或双卵而来。单卵双胞胎的基因基本上是100%相同的（虽然也因基因突变跟拷贝因素而有些微差异），而双卵双胞胎的基因却只有50%相同。

一致性是指当一个双胞胎有某一个病，另外的那一个也有同样的病。如果某一个病的一致

性，在单卵双胞胎中比双卵双胞胎中要高很多，那么这病的基因因素，就比它的环境因素要大了。目前，由于我们对基因谱跟基因的功能还不太了解，我们就只能以这方法来决定某一个病的基因和环境的因素；将来对基因的了解增加后，就可以比较准确的了区分两者之间的关系了。

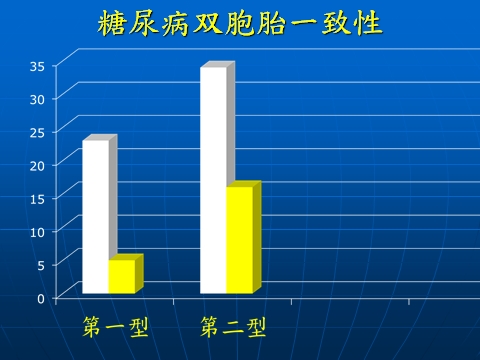
我们先看双胞胎的特征的一致性：这图表告诉我们，体高，体重，和智商都跟基因影响很有关系：（图中白色的数据表示单卵双胞胎，黄色的数据表示双卵双胞胎）：

—22



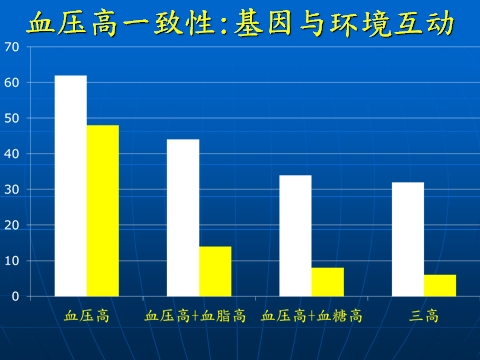
其次：糖尿病第一型的基因因素比第二型要大:

第三：血压高，血脂高，血糖高也是基因因素影响的。三高的话，基因的因素就很强了。

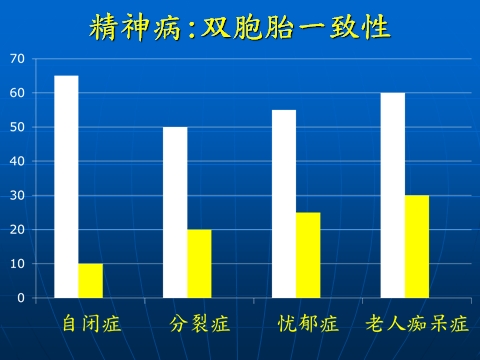


—23

第四：精神病如自闭症，精神分裂症（也称思觉失调症），抑郁症，爱尔斯默症跟基因影响很有关系：



到目前为止，研究已发现三个有可能诱发抑郁症的基因或区域：一、五羟色胺启动体，5HTTPLPR；二、胆碱受体毒蕈碱二，CHRM2；三、染色体3p25-26区域。从目前的发现看

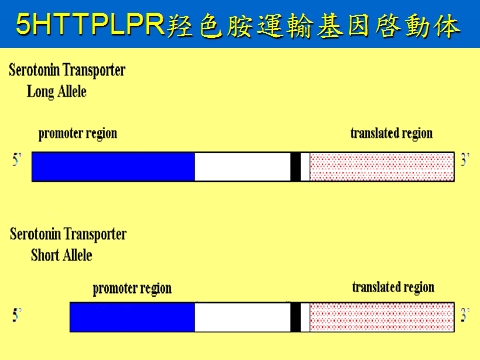


—24

来，在这几处等位基因多形性的人，在压力下情绪比较容易波动，从而导致抑郁和焦虑。

当然，我们需要更多的研究来进一步证实这些发现。而且，这几处的基因差异就算被证实，也只能解释少数抑郁症病人的基因异常。所以我们需要对抑郁症的基因结构与功能更多更全面的了解。

诱发抑郁症的环境因素，一般是一些造成负面情绪的打击。最常见的打击，包括亲人死亡，自己或家人生病，失业（如果是学生，那就是失学，成绩出问题），感情上的问题如夫妻



婚姻矛盾，失恋，或与别人发生矛盾冲突，意外受伤等。其它环境的变化或压力，如搬家、

变换职业、进大学、缺乏扶持、性情孤单，或自己个性造成的孤僻，容易跟别人发生矛盾，或坏习惯如酗酒、吸毒、赌博，都可能诱发抑郁症。

抑郁症是基因与环境互动而产生的，但基因不是决定或控制人们命运的单一因素。一个人虽然带有抑郁症的基因，如若环境良好，他就不会得抑郁症。另一方面，当环境恶劣，压力很大，如果没有抑郁症的遗传基因或基因的变异，也不一定得抑郁症。

在这里附带提两个有关基因与信仰的事情。第一：人类堕落以后，基因产生的身体和心态

行为上的特征，有些是好的，有些是不太好的。举例来说，智商的高低受基因的影响很大，当然也有环境因素在内。明显地，智商低的人不能因此就说既然天生我的智商低，那我就不需要去处理自己的事务。同样，坏脾气有部分是基因影响造成的，可是我们不能说，既然我的坏脾气是天生的，我就可以随便发脾气。抑郁症的病人，不能说既然我的抑郁是天生的，我就不需要接受治疗。纵然我们不能改变基因，我们还是有責任去处理基因带来的后果。換句话说，基因特征跟道德对错是两码事。今天，同性恋是先天的还是后天的是一个很大的争

—25

论话题。根据目前的证据，同性恋的性取向（意思说对同性有性吸引）是有部分基因因素造成的。可是，我们不能因此就认为同性恋行为从道德上来说是对的。

其次：目前基因学的发现，跟圣经并不矛盾。基督徒相信，科学是神自然启示，圣经是神特别启示。既然神是这两种启示的源头，经过考证的科学发现，跟正确的圣经解读，不应该互相有矛盾。举例来说：每个人线粒体的基因是从母亲遗传得来的，这就说明目前在世界上的人类，都是从一个女人而来。男人的 Y 染色体，是从父亲遗传得来的。 这也说明：目前所有男人都是一个男人的后裔。数学上的推算，也说明目前人类的一个男祖先，跟目前人类的一个女祖先，很可能在十多万年前，同一个时期出现在世界上。这些发现，虽然严格来说，不能证明创世记的记载，可是说明圣经与科学并不矛盾。此外，人寿命的长短，与其染色体上的端粒体的长短有关。端粒体的长短，跟适当的营养、锻炼、压力有关。过去一百年间，西方人类的寿命已经比一百年前长了三十多年。换句话说，端粒体的长度跟环境与健康因素有关。创世记里有些人活到九百多岁，也就不是神话或幻想而产生的如此记载了。

五、抑郁症究竟有多普遍



抑郁症的流行率，每个国家有不同。根据国际卫生组织在2002年的统计， 在西方社会里，成年人一生的发病率是百分之五到百分之十。在中国和日本，却只有百分之二。一般行内人士都认为，这偏低的数据并不表示中国人和日本人精神健康特别好，所以不容易得抑郁症；而是因为东方人爱面子，不肯承认自己有抑郁症。这情况在香港人和美国洛杉矶的华人中也很明显，抑郁症的流行率在香港和洛杉矶都偏低。最近这种片面否认自己有抑郁症的倾向已经有所改变。2009年在香港和中国大陆的两个普查中都发现，中国人群中抑郁症的流行率，达百分之八左右。

可是，这些普查的结果并不意味着所有患抑郁症的中国人愿意接受治疗。最近的一项研究

发现，中国的抑郁症患者中，仍然只有很少数的病人（少于百分之五）曾经接受过治疗。

抑郁症若不接受治疗，其结果可能是很严重的，大约有百分之十的抑郁症病人最终因绝望

而自杀。中国人的自杀率，比西方国家多两到三倍。中国人需要正视抑郁症问题，这是现

代社会刻不容缓的事情。

六、为什么基督徒可能得抑郁症？信仰对抑郁症病人有帮助吗？



基督徒有新生命，有圣经、圣灵、以及教会的教导与帮助，为什么还会得抑郁症呢？最简

单的解释：因为他们基因并没有改变。所以，基督徒可能得抑郁症，就好像基督徒可能得

高血压，糖尿病，癌症，或传染病一样。基因的毛病，是世界堕落的结果，只有在天地更新，身体完全得赎的时候才可能改变。当然，坚定正确的信仰可以帮助基督徒减少环境的

—26

诱因，但是不能改变他们的基因。如果基督徒有导致抑郁症的基因，就算灵性很好，信仰非常坚定正确，也可能得抑郁症。

上面已经提过，有些基督徒不认同这想法，因为他们认为抑郁症不是一个具体的病，而只是人生苦难的一种；抑郁焦虑，基本上是因为灵性和内在信念体系出了问题。1970年， 美国著名的改革宗威斯敏斯特神学院实用神学教授亚当斯（Jay Adams）在他写的《能以胜任辅导》(Competent to Counsel) 一书中，提出他对当时美国临床心理学的挑战与质疑。他认为精神病是虚构的而实际上不存在，因为精神病不能被客观的测试如验血或X光验证。在他个人的经验里，他认为精神病院里被诊断为抑郁、焦虑、精神分裂症的病人，大概都是些不愿意面对自己该承担的责任，而躲在医院里逃避现实的人。他认为抑郁，焦虑，情绪波动起伏的症状，绝大部分是与灵性不好或不肯认罪有关。亚当斯还提出应该用圣经辅导（起先亚当斯称这辅导为 “劝戒辅导”，Nouthetic Counseling，后来他的接班人修改了他的一些理论，把名称改为“圣经辅导”Biblical Counseling）来帮助教会里有精神或情绪问题的人，而不是把他们转介给临床心理治疗师。

在这里我们先来讨论抑郁症是不是一个具体的病。至于圣经辅导是否有效，我们留到“抑郁症的治疗”里面来讨论。

精神科学在过去四十年有长足的进步。抑郁症和其他精神障碍所致的大脑功能紊乱，现在可以用脑扫描或血液检查测试出来；有可能诱发抑郁症的基因，也已经找到几个。所以，当年亚当斯对精神科学的质疑和批判，现在已经有些答案。诚然，精神病人是否需要为自

己的病症负责任，所有症状如抑郁焦虑，恐慌，燥狂，幻听，怀疑，错觉等，是否有一部分在病人的掌控之下，仍然是个复杂的问题。简单来说，今天一般精神病医生认为病人还是需要对自己的病状和行为负责任的。可是，也不能认为这一切的症状，都是病人捏造出来为要逃避责任。况且，犯罪或信心不足不可能是抑郁焦虑的主要原因，因为每个人都是罪人，也都经常犯罪，每个基督徒的信心也常常不足，可是只有百分之十的人患抑郁或焦虑。难道其它百分之九十没有抑郁焦虑的人，信心都很足够，也都比较不容易犯罪吗？更明显的，许多人的抑郁，却是别人犯罪造成的结果。一个青年人被酒驾的人撞死，随后他

母亲的抑郁，难道不是这酒驾的人造成的，反而是她自己犯罪或信心不足的结果吗？一个被强暴的女子，或一个被虐待的小孩，遭创伤后遗留的恐慌与焦虑，难道是他们自己的罪或信心不足产生的？

我们承认，每个人自己犯过的罪或信心不足，仅仅是可能诱发抑郁症的原因之一，但并不是最重要或最普遍的诱因。抑郁症是因着基因跟环境互动而产生的大脑功能紊乱。一些基

督徒可能得抑郁症，因为在他们身上仍然还有今生不能摆脱的比较不能承受压力的基因。此外，多数抑郁症病人的确感觉内心黑暗枯干，毫无喜乐，读经祷告敬拜唱诗的时候，味同嚼蜡；在灵修时心里毫无神的同在，心灰意冷，甚至觉得生不如死。可是，这些症状是抑郁症的后果，不是造成抑郁症的原因。可惜今天很多基督徒不分青红皂白，武断地认为

—27

这些抑郁症的心理状况是病人得病的原因，而非得抑郁症的后果，并因此责备病人，要求他们承认隐而未现的罪。这样做不但对病情毫无帮助，反而增加病人的内疚自责，其结果犹如在伤口上倒醋（箴言25:20），而不是照着彼此相爱的原则来帮助病人获得医治。

今天，许多圣经辅导专家，虽然语气不如亚当斯那么强烈自信，可是基本上还是坚持亚当斯的理论，认为所有的精神病（如抑郁症）实际上是灵性的问题，而不是基因与环境互动引起大脑功能紊乱的疾病。举例来说，亚当斯的一个接班人韦尔契博士（Edward T.Welch）在他写的一本书Depression：Looking up from the stubborn darkness《忧郁症：重生之歌》里，详细地讨论了他对抑郁症的看法，也讨论了他如何用圣经辅导来帮助病人走出忧郁。韦尔契博士认为所谓抑郁症只是人类痛苦经历的其中一种而已。他认为虽然抑郁症可以根据美国精神科学会定下的诊断标准来诊断，这却并不代表它就是一种病。韦尔契博士对药物治疗抱着很大的怀疑。他虽然否定抑郁症是心灵犯罪或信心不足直接造成的（在这一点上，我们可以说，韦尔契的观点，比亚当斯的观点进步了），但他却认为所谓的抑郁症，无论轻或重，基本上是一個灵性的问题。他肯定：抑郁症的核心问题，是一个内在信仰体系的问题（p122，137）。换句话说，造成抑郁症的主要原因，是灵性不好造成内在信念体系的扭曲。

韦尔契博士的立论是：抑郁焦虑的诱因虽然很多，但它们并不足够造成抑郁症，因为造成抑郁症基本与核心的问题，是个人的内在信念系统与他跟神的关系扭曲了。换句话说，抑郁症的核心问题是灵性上的，是个人对神的信念，和对神话语跟环境诱因的解读出了问题。因此，他认为辅导应该针对来访者与神的关系，以圣经的话来改变他负面的内在信念以及对事物的解读，也同时帮助他接受抑郁症正面的意义（p137-157）。从这些基础上，他建议以圣经来改变来访者对诱因的解读：比如他们的人际关系，魔鬼的攻击，神的管教，各种社会文化因素，死亡的威胁，心中隱藏的恐惧，愤怒，失望，罪咎等。换句话说，内在信念系统如果圣经化了，病人就有足够低档抑郁症环境诱因的能力。

韦尔契博士在他的书里，的确带给读者很多安慰与鼓励的话。我把他的观点陈述出来，因为我知道他的书在美国华人神学院和教会里，是很受欢迎的。他写的书，也是海外华人神

学院的教科书。虽然我认同韦尔契博士大部分的教导，可是，对这些新一代的圣经辅导学者的观点，归纳来说，有四个方面我不能认同。我坚持认为：

第一，抑郁症是一种具体的疾病，是基因与环境互动引起的大脑神经系统功能紊乱造成的，跟一般情绪不好，感情脆弱不同。换句话说，抑郁症基本上不是一个灵性的问题，就如各种癌症基本上不是灵性问题一样。

第二，每个疾病都有灵性的层面，不单是抑郁症有。我相信疾病是人类堕落的结果。这堕落带来四个关系的破裂：人与神，人与人，人与环境，人与自己的关系，都破裂了。人的疾病是跟这四个关系的破裂有关的（抑郁症特别是人与自己/与别人关系破裂的表征），因此可以说，所有的疾病都有一个属灵的层面。如果说基督徒得抑郁症是重生之歌，那么基

—28

督徒得癌症也应该是重生之歌。因为在疾病过程中，每个病人都应该不仅寻求病得医治，也应该同时寻求对四种破裂关系的修补，灵命因此得到更新。所以，接受治疗与灵性被更新，虽然是两码事，却有时候可能互相产生良性互动。我在下一章再回头讨论这问题。当然，每个人，无论有病无病，都应该靠神来修补这四种关系的破裂；可是，一般健康无病的人，往往没有这种自觉跟意愿，遇到重病的时候才发现自己生命的脆弱，才开始思考人生的意义与问题。

第三，我承认有些抑郁症的病人有负面的信念，他们的负面内在观点，对事物悲观的解读，增加他们情绪的压抑。认知治疗的创始人贝克（Aaron Beck）几十年前就已经提出了从改变负面认知来辅导抑郁症的观点。可是，我认为这负面的信念和对事物的解读，很多时候是抑郁症带来的后果，而不是导致抑郁症的成因。当然，辅导需要针对这些负面的信念，负面信念体系被改变的确很多时候对抑郁症有帮助。尽管如此，负面的信念与灵性的强弱跟得抑郁症，并不是一个简单直接的因果关系。非基督徒的内在的信念体系扭曲，但大部分并不抑郁。反之，很多灵性很好却患了抑郁症的基督徒，他们的内在信念体系并不扭曲。下面我提到教会历史上一些基督徒得抑郁症的案例的时候，再回头讨论这一点。

第四，严重的抑郁症是必须用药物治疗的，不能单靠圣经辅导。我以下面两个个案来强调

这一点，也在下一章更详细的讨论以圣经辅导来治疗抑郁症的困难。

个案六：一个三十岁的姐妹，产后第三天开始非常抑郁，彻底失眠，担心焦虑。她怕接近

婴儿，因为她有一种想要伤害婴儿的不可理喻的冲动。她非常自责内疚，认定自己不是一

个好母亲。教会来为她按手祷告，也有人来替她赶鬼。过了十天，她哭笑无常的情况好像

平静下来，可是脸上毫无表情，眼目呆滞，行动缓慢。这是她的第二胎，因为又是生女儿，男家不满。教会也跟男家做辅导。她姐姐产后也曾经有过同样症状，可是十天之后就慢慢好起来。这次，她的家人也曾经考虑过是否需要寻求精神科治疗，可是最后觉得还是要从好处想，信心不要动摇。结果在产后20天，她从阳台上跳下自杀。

个案七：一个是四十来岁的传道人，忠心服事主十多年，工作结的果子很多。可是他突然

变得非常抑郁焦虑，毫无动力，思想不能集中，彻底失眠，而且竟然常常想到自杀。以前

的信心，奋斗的精神，完全消失。很多基督徒为他祷告，鼓励他要有信心，可是一点不起

效。后来一对美国传道人夫妇，坚持把他带到精神科医生的诊所去看病。他服抗抑郁症的

药几周后，情绪开始恢复正常，他才领悟自己当初失去信心，意志消沉，有自杀轻生的意

念，是抑郁症的病征与后果，而不是他灵性出问题的结果，更不是导致他得抑郁症的诱因。他家族抑郁症历史很强。后来他的抑郁症又复发了几次，并且还带有双向症状，每次都跟

他停止服药有关，也都需要正确的药物治疗之后才痊愈。这例个案的尾声，我在第七章再

讨论。

—29

我必须在这里附带一提，外国基督徒心理学家大部分并不认同圣经辅导的理念。这些学者也提出别的基督徒辅导模式，诸如整合模式，分层模式等，来实际帮助病人。整合模式尝试将心理辅导与精神科学里跟基督信仰没有抵触的理论和实践，与圣经对精神健康的有关教导整合起来，对人类心灵问题提出一个比较完整的答案。分层模式却认为，精神科学和心理学与圣经教导，二者是从不同层面来讨论或探索人的心灵问题，原则上是并不互相矛盾的，因此基督徒可能不需要去刻意把它们的理念整合起来；在实践上，精神科医生或心理咨询师可以跟牧师合作，从不同的层面来帮助病人。以我个人而言，我颇认同这两个模式。在临床上，有时候我采用整合模式，跟病人直接讨论信仰问题；有时候却采取分层模式，跟教牧同工们合作，针对不同的问题，从不同的层面去帮助病人。举例来说，很多病人是先找牧师，等到牧师碰到严重抑郁焦虑或怀疑错觉的时候，才把个案转介给我。从我的临床经验来说，如果有更多的信徒或牧师可以接受整合模式或分层模式，那么华人教会里的精神和情绪问题，就比较容易处理得多了。

其实，教会历史里，很多被神重用的基督徒也曾经得过抑郁症。改教的马丁路德，十七岁就开始有恐惧和焦虑，这么年轻就有焦虑，说明是基因有毛病。二十五岁以后，开始有抑郁的症状（我们今天知道，抑郁跟焦虑经常是相连的）。 三十五岁结婚，同年德国的农民要求马丁路德支持他们抗议德国王子对他们的压迫。农民抗议的理由是根据马丁路德倡导的“人人在神面前平等”这一教义。可是他当时不肯站在农民的一边，结果几十万农民在起义中被屠杀。从此马丁路德的抑郁症变得更严重，很多时候都无法起床。他甚至怀疑自己会不会得救，因而需要请同工在他的耳边大声喊：“你的罪已经被赦免，你已经因信称义了。”当然，马丁路德的抑郁，也跟他与他父亲之间有严重的矛盾有关。

著名的特瑞莎修女，在书信中经常提到她自己心灵深处有一种极可怕、不能忍受、挥之不去，不可理解的黑暗与枯干。在写给主教的信里，她描述这种内心黑暗如同死亡和地狱一

样可怕。她每天在群众面前的微笑，只是她极力要遮盖其内心黑暗与枯干的大斗篷。她六十多年的抑郁，只曾经在短短的几周里得到舒缓。尽管她内心如此黑暗，她的心态与信念却是无比正面，坚强和积极的。最后在晚年的时候，她终于认定和接受这黑暗是神给她的特殊经历，要她可以透过这黑暗的低潮而体会并认同那些在加尔各答的穷苦无助的人的心境。有兴趣的话，读者可以在《来做我光》Come Be My Light 这本书里更详细去理解特瑞莎修女的抑郁。

富勒神学院第一任全职院长肯内尔（EJ Carnell），在二十世纪五零年代曾经被认为是美国福音派新一代最有前途的神学家。年轻时他就开始经常失眠（这是基因毛病的现象），当校长后，在各种压力下患严重抑郁症，接受过电疗，几年后无法坚持而辞职。因着当时对抑郁症的治疗不理想，加上种种放不下的压力，最后他在旅馆里服安眠药自杀。

十九世纪英国的施布真，十七岁就被神重用，二十五岁的时候，在一次聚会里有人捣蛋，大喊“失火了”，一万多会众争相逃命，结果踩死了好几个人。施布真从此经常抑郁，很

—30

多时候几乎不能站起来讲道。多年后，施布真描述自己的抑郁时在日记中写道：“我每时每刻都想痛哭，却说不出理由来。”他去世时才五十二岁。

最近，马鞍峰教会写“标杆人生”一书的华理克牧师的二十七岁很爱主的儿子因长期患抑郁症而自杀，这是灵性最好的基督徒也可能得抑郁症的又一个现实例子。所以，灵性好坏与内在信念体系是没有直接关系的。

对我来说，这几位灵性很好的基督徒心灵里的黑暗，不是因为他们有负面的信念系统，而是他们的抑郁症所产生的后果。从他们描述自己抑郁的经历里，可以看出他们的信念是正

面而且阳光的。我再说：灵性好的基督徒也可能得抑郁症，不是因为他们有扭曲负面的信念体系，或是灵性上有什么隐而未现的问题，而是因为他们有导致抑郁症的基因毛病。

可是，如果灵性好的基督徒也可能因抑郁而自杀，信仰坚定和灵性好对抑郁症有帮助吗？

灵性与精神健康的良性互动，我留到第九章里再比较详细讨。简单来说，既然抑郁症是环境与基因的互动所造成的，基督徒得严重抑郁症还是需要药物治疗的。我相信神迹奇事，但我不认为只要不断恳切祷告，就一定可以平安喜乐，远离抑郁。坏事临到好基督徒，也可能是神的美意。在本书的尾声里，我会把我姨妈得精神病的见证写出来。很多患抑郁症的基督徒都留下美好的见证。基督徒的信仰不是只能在平安顺利的境况下才能践行的。

所以，坚定的基督信仰对精神病患者是有帮助的。过去二十五年的研究已经证明，信仰对抑郁症，分裂症，爱尔斯默症（老人失智症的一种）以及多种慢性身体疾病的预后有很大的裨益。研究资料也表明，信仰可以帮助减少病人的自杀率。信仰之所以对病人有帮助，包括如下几个因素：它赋予病人人生的意义，给予病人心理扶持与力量，以及生活行为规范与指导。虽然大概有三分之一的研究报告发现，信仰对病人的身心健康没有任何帮助，甚至造成伤害。可是，在这类研究报告中病人的信仰一般偏向迷信，例如，他们认定自己

只需要信心与祷告而不需要接受治疗。所以，二十世纪心理学家和精神科学家对信仰的轻视与敌视，到二十一世纪已经被实验研究的证据大大改观。我盼望所有的华人基督徒可以接受这一观念：持守信心与接受精神科学的治疗，并不是互相矛盾的。

七、抑郁症的治疗：接受治疗可能讨神喜悦吗？



面对疾病，基督徒应遵行三个大原则。第一：依靠神，把疾病看为神容许临到自己身上的一种考验，靠着圣经的话语，圣灵的帮助，与教会的扶持来面对。第二：省察检视自己的人生目标与价值观，以及自己与神与人的关系，然后来做合适的调整；因为疾病一般能叫人更体会自己生命的破碎与脆弱，也因此比较愿意去思考人生的大问题，和自己灵性的情

况。第三：基督徒应该照着神交托我们管理世界与管理自己的责任，寻求治疗。这些原则，是每个基督徒无论面对癌症或面对抑郁症，都适用的。

—31

既然抑郁症是环境与基因的互动造成的，治疗就需要针对这两个病因。一方面以药物减少基因带来大脑功能紊乱的症状；另一方面以辅导（也叫咨询或心理治疗）来减少环境的压力，同时增加病人应付压力的能力，与应付抑郁症带给患者的人格标签，进而帮助病人过一个健康正常的生活。当然，抑郁症的症状因辅导与药物治疗而消失，不等于病人所有人生的问题就都解决，或者他跟神的关系就自然好起来。正如一个肺癌或结核病的病人病情好了之后，他生命里，生活里，家庭里的问题，仍然是存在的。我先讨论治疗，仍后再讨论建造抑郁症病人的属灵生命。

抑郁症的辅导一般从几方面入手：一、讨论病症，使病人（也称来访者）对抑郁症有更多

了解。二、讨论诱因，使病人对诱发抑郁症的原因有所了解。三、讨论如何减少诱因。减

少诱因的方法包括改变负面心态（包括改变韦尔契博士书里讨论的负面信仰体系，内在信

念以及对事物的解读），并采取适当的方法改善生活状况。四、了解自己的原生家庭，成

长经历，明白塑造自己心态与个性的因素。五、开始操练如何过一个健康正常的生活，比

如早睡早起，定期锻炼，饮食正常等。六、接受并正确应付抑郁症带给自己的负面标签

（Stigma），淡化那些不了解抑郁症的人带给自己的压力、批评或轻视。

在确定进行药物治疗之前，医生需要跟病人及其家属讨论上述有针对性的辅导项目。不能

病人一进门，还没说几句话就开处方。药物治疗的目的是減少或消除抑郁症症状，帮助病

人改进睡眠质量，改善他们的食欲不振、情绪低落、 缺乏兴趣动力、提不起劲等自觉症

状。药物治疗效果一般需要一两周才显著，所以病人需要坚持服药，知道药物的疗效不是

一两天就可以达到的。也需要知道有时候药物会有副作用，头几天可能特别明显，如果坚

持服药几天后，副作用应该会慢慢减轻。西方的医生开处方通常是按照学科里公认的标准

程序。比如，先用第一线的药物，就是疗效比较显著，副作用比较少，价格比较便宜的药。如果过几周效果仍不明显，再换第二线抗抑郁症的药物。病人需要配合，并及时与医生沟

通。

中国人对药物的副作用相当敏感。的确，早期的抗抑郁药如三环类药物，副作用比较大，用药后容易引起头晕眼花，昏昏欲睡，口干便秘，疲劳无力。现在新一代的抗抑郁症药物，一般副作用比较少。如果医生肯负责任，对症下药，开始的时候用量比较低，病人对药物容易接受，因而治疗效果也比较好。有些人误认为服用抗抑郁药物后会让人变得行尸走肉，肌肉僵硬，手脚发抖，面无表情，整天昏睡，贪吃发胖等等，其实这些并不是现代抗抑郁症药物的副作用，而是过去老的抗分裂症药物影响多处大脑神经系统而产生的副作用。在临床上，抑郁症跟分裂症（也称思觉失调症）的治疗是完全不同的，而且新一代抗分裂症的药物，也已经没有以前那些老一代药物的副作用。“药有三分毒”这想法，对许多现代的精神科药物，并不合适。



在治疗方面，特别提出三个在中国人里面常遇到的问题。第一：忧郁症的失眠，特别是早醒，一般不能也不需要用安眠药治疗，必须用抗抑郁症的药物。当然，有些时候抗抑郁症的药物

—32

不能解决失眠的问题，在这种情况下，安眠药可以用来作为一种辅助治疗。抑郁症病情好转之后，睡眠就会改善，安眠药也可以逐渐减量然后停止。第二：如果对治疗有什么问题，最好跟治疗你的医生讨论。中国病人喜欢到处问别人的意见，而不跟自己医生讨论，这是於事无补的。第三：如果你把药停了，必须告诉医生。很多人把药停了，怕挨医生骂，便不敢告诉医生，这是有危险的。比如说，如果医生以为药量不够因此效果不明显，而把剂量加大，可能对病人会产生严重后果。

基督徒得抑郁症接受精神科治疗可以讨神喜悦吗？这样做合乎神的心意吗？一些基督徒认为只要依靠信心，坚定祷告，加上听圣经的话语就可以摆脱抑郁症。他们还认为接受治疗便是依靠人的智慧和人的做法，是不讨神喜悦的。我完全同意基督徒得抑郁症需要也应该

祷告，读经，接受教会的扶持，寻求神的医治，并且继续追求灵命长进。可是，保罗对提摩太的话，我们应该记住：“由於你胃的问题和常患的那些疾病，你今后不要只喝水，要用一点酒。”（提前5:23）当然，今天胃病的治疗不是靠喝酒，可是，有病应该治疗的原则是清楚的。耶稣说：“健康的人不需要医生，有病的人才需要”（可2:17），也是同样的原则。



当然，轻微的抑郁症可能不一定需要治疗。可是，在几种情况下，抗抑郁症药物治疗是必须的。第一，抑郁症的病人有百分之十会自杀，所以经常想到死亡或有自杀意念的病人，必须立刻寻求治疗。其次，病人如果彻底失眠，没有胃口而体重减轻五公斤以上，或者躺在床上没法起床，这些症状自己好起来的几率很低，治疗是必须的。第三，大概百分之十的抑郁症病人有幻听，怀疑或其它的错觉，也可能病情会转化成双向症（也称燥狂抑郁



症），如果有这些情况，治疗是必须的。另外，抑郁症加上强迫症，恐惧症，创伤后遗症的病人，应该尽快接受治疗。下一章节我们将会讨论抑郁症的预后。



上面我已经提过基督徒整合与分层模式的辅导。这两种辅导模式，与精神科学并没有矛盾。可是，在华人教会里，接受这两种模式的牧师和信徒不多，他们一般倾向于圣经辅导和劝诫辅导。那么，圣经辅导或劝诫辅导对治疗抑郁症有效吗？



从理论的立场来说，圣经辅导是辅导的一种，目的跟一般的辅导是一致的。圣经辅导跟一般辅导不一样的地方，在于它采用圣经的原则为辅导的主要内容，而且辅导师一定是基督徒。可是，究竟圣经辅导有没有确切疗效，需要有研究根据的支持，不能单凭理论。我尚未看到圣经辅导成功治疗抑郁症的研究报告。



我只看过一个“全人治疗”对焦虑抑郁病人个案的长期追踪。这报告的结果说明：在多年圣经辅导之后大部分的病人灵性上有进步，可是只有百分之二十五的病人抑郁焦虑症状有所改善。这说明应用圣经原则治疗焦虑抑郁症，结果对病人的灵性有明显帮助，但对病人症状的作用比较不明显。



—33

其次，圣经教导的都是真理，但是圣经并没有教导所有的真理，而且圣经中有关辅导的经



文不是系统性的，需要经过整理和解读，才可以应用。上面提过的亚当斯牧师对圣经里有



关辅导经文的整理和解读，在西方的教会和神学院里，只得到少数人的认同；并且，亚当



斯门下新一代的圣经辅导师，也已经放弃了他当年提倡的几个基本观念，诸如他所坚持的



灵性犯罪是造成抑郁焦虑的主要原因，以及他认为精神病人绝大部分是捏造病症为要逃避



该承担的责任。可惜的是，亚当斯当年的劝戒辅导，在今天很多华人神学院里还是极受欢



迎的。而且，华人教会好像很难摆脱认为所有抑郁症病人都有某种灵性问题的错误观念。



圣经并没有教导所有真理这一点，很多基督徒很难接受。有一本圣经辅导的书说：抑郁症并不存在，因为圣经里从来没有说过有抑郁症这个病。圣经里没有提心血管病，或癌症，或艾滋病，或肺结核，并不证明这些疾病并不存在。就如圣经里从来没有提过猫和熊猫，并不表示猫和熊猫就不存在。圣经教导的，主要不是健康的问题。耶稣说：“从外面进去的，不能使人污秽，从里面出来的，才能使人污秽”（可7:15）。显然，耶稣并不是说吃饭前洗手对健康不重要，或吃不干净的食物和喝不干净的水对身体健康没有影响。根据世界卫生组织估计，全世界每年因为食物和饮用水污染而死的人超过几百万。既然圣经主要不是讨论精神心理科学，要从圣经的教导来建立一个辅导系统的困难是挺大的。



第三，从我自己的经验来说，教会里一般的感情、人际关系、行为问题，绝大多数（90%以上）情况下只需要牧长和有爱心的弟兄姐妹用聆听，实际的彼此关怀，与彼此鼓励分享，那些小的情绪和人际问题应该可以妥善解决。碰到大一点的问题，如失去亲人的哀伤，或患重病时的挫败低落，也可以用聆听，安慰和祷告，以实际的帮助与关怀（如送饭菜，帮助整理清洁）来彼此扶持；但是要避免讲一些表面的套话（诸如对一个失去妻子正在哀悼的丈夫说：你不需要太难过，她在天堂里等着你），因为这些套话是于事无补的。如果教会真能同心合意来彼此关爱扶持，那么连那些比较严重的问题也可以解决，可能用不上圣经辅导专家。除此之外，大概只有百分之五的问题，例如严重的抑郁、焦虑、强迫、燥狂、怀疑、幻听等症状，是需要精神科专业的治疗，特别是药物治疗。



对这些严重的精神症状，我不认为劝戒辅导或圣经辅导会有效。此外，针对教会里某些沉溺的行为，比如网络成瘾，也需要特别的技巧来处理。当然，对一般情绪低落，容易忧郁焦虑的信徒，进行圣经辅导（如韦尔契博士所教导的）对病人还是有正面帮助的，因为要求华人基督徒接受一般的专业辅导或精神科治疗可能很困难，但建议他们接受圣经辅导就容易得多。此外，对患了严重抑郁焦虑，和那些有自杀倾向，怀疑错觉，或双向症状的基督徒。精神科医师或咨询师应该与牧师合作，以期获得最佳疗效。



可是，圣经辅导与劝诫辅导，一般否定精神科治疗的价值。韦尔契博士在《忧郁症：重生之歌 》里有这段话：“想要立即寻求医学上的解释，有个问题存在，一旦做出这个决定，那么其他的观点就显得肤浅又无关紧要了……如果断定一颗药丸就能提供解脱之道，那何必还要找麻烦，思考个人痛苦带来的人生课题呢？如果忧郁症患者认定他们问题本质是生理性的，

—34

那么，建议他们检验自己的人际关系，或者省察对上帝的信仰，就像给秃头的人开处方又叫他们锻炼身体一样无效。锻炼身体是好的，但是并不会让你长出头发。”（第25页）。

这段话显出韦尔契博士似乎忽略了两个有关治疗的基本问题。第一：治疗需要针对病理病

因，并帮助病人应付病状。抑郁症一般有环境因素，也有器质因素，所以一般需要药物跟辅导配合治疗：药物治疗针对抑郁症的生理（器质）症状，辅导帮助病人应付环境诱因，以及由生活环境带给自己的负面标签与压力。每个病的病理，病因与病状不同，治疗也就不一样。秃头不需要锻炼，因为锻炼跟改变秃头的病理病因（器质与环境因素）或帮助秃头的人正确接受病状无关。秃头一般也不需要辅导来应付它的环境诱因跟病状带给自己的

标签，因为这两个因素并不很强。

再举一个例子来说明治疗的原则：乳癌的病人一般需要进行几种混合的医学治疗（诸如外科手术，化疗，放疗），并且也需要辅导。可是乳癌的辅导重点却不是为了帮助病人应付环境诱因（主要因为我们对乳癌的环境诱因还不清楚），而是为了帮助她接受或应付她的

乳癌以及治疗可能带来的后果，诸如乳癌对患者健康与生命的威胁带来的抑郁焦虑，以及化疗造成的秃头或手术造成的身体改变而引发的自我形象低落等。韦尔契博士既不承认抑郁症是一种疾病所以他讨论治疗并不从病理或病状入手，而且他又没有提出圣经辅导的治疗功效证据，所以他讨论抑郁症的治疗，困难就很多了。

其次，治病，包括辅导，不是传福音，也不是灵命建造。如果我们同意抑郁症是一种病，就如癌症和结核病是具体的病一样，那么韦尔契博士对抑郁症的药物治疗所提出的批评就说不通了。如果有一天乳癌患者可以吃一颗药就治好，为什么不能接受呢？假如有一天抑

郁症的确可以用一颗药就治好，为什么不能或不应该用呢？当然，今天抑郁症的药物治疗，不是吃一颗药就可以解决的，上面已经讲清楚了。可是，有病应该进行治疗，有病应该寻找最有效的方法治疗，这是基本的常识和原则。当然，病好了之后病人不一定就重生得救或灵命更新，因为重生得救是接受福音的结果，灵命更新是生命被造就的结果，这些都不是治疗疾病的直接结果或目标。我们不应该把治疗跟传福音或建造灵命混为一谈。

举例来说，假如一个人因为酗酒跟人打架而打断手，他的骨折需要进行治疗，他也需要有人向他传福音。如果我们断定他的骨折是生理性的（原谅我借用韦尔契博士的话），“那么，建议他检验自己的人际关系，或者省察对上帝的信仰，就像给秃头的人开处方又叫他锻炼身体一样无效”，这话可能说不通吧。我们不能为了要帮助骨折的病人灵命成长，或使他对苦难有深入的洞察，就鼓励他放弃有效的治疗。这种片面的教导，可能对教会造成

很大的伤害。病人需要治疗，也需要灵命改变与更新。两方面都需要，但接受福音不是治疗，治疗也不是传福音。总而言之，治病跟传福音或灵命建造是两码事，病得医治跟重生得救，灵命更新也是两码事。

—35

明确了精神疾病的治疗和基督福音的传扬是不同的两码事，并不否定它们二者有时可能产

生的良性互动。实际上，一般有比较严重的疾病的人，因着面对生命的脆弱与自己陷入的

困境，都可能比较愿意去思考人生价值和苦难意义的问题（一般秃头的人大概不会，除非

秃头是化疗造成的副作用），因此也可能比较愿意听福音。此外，辅导在帮助病人了解自

己的时候，也可能成为一种福音预工，为病人以后接受福音来铺路。我自己见过不少因得

重病包括精神病而信主也同时得医治的案例。

最后，基督徒应该凡事祷告。祷告是跟神沟通，分享，也是谦卑依靠神，在交托里与神同工。所以，如果自己得抑郁症，应该接受治疗，也应该祷告，跟神诉说自己的情况，依靠交托，承认自己的无助，在神的面前省察自己，检视自己的生命。如果你看到一个患了抑郁症的主内肢体，你可以做以下的事情：鼓励（不是勉强）他接受治疗，为他祷告代求，聆听，陪伴，跟他读一些圣经，说鼓励的话，并提供实际帮助。

把灵性与抑郁症混淆，或把抑郁症的后果误当成抑郁症的诱因，在现实生活中会导致不当

后果的。

第六章里提到的个案七的传道人，在第一次得抑郁症的时候，除了那对美国夫妇以外，其他认识他也知道他情绪非常低落的教牧同工，很多是非常资深的，却没有一个人鼓励他去寻求治疗。等到他的双向抑郁症经过治疗得痊愈之后，他教会的主任牧师（一位知名度极高的牧者）对他说，因为他得过抑郁症，以后不能让他再站讲台，也不再让他全职服事教会，并且建议他千万别告诉教会他得了抑郁症，因为这不是荣耀神的事情。他只好转到另外一个姐妹堂去聚会，那教会的牧师容许他偶尔站讲台，也鼓励教会经济上支持他的服事，但是他的生活还是不断出现困难。尽管人生之路如此坎坷，这位传道人倒没有因此再得抑郁，反而服事更有能力。华人教会对抑郁症病人的歧视与误解，恐怕不只这例个案吧。今天，没有人认为有《暗室之后》之称的蔡苏娟女士得了因患疟疾而引起的眼疾就不应该服事神，也没有人会建议宋尚节博士千万别告诉教会自己得了直肠结核症；可是，今天教会却理直气壮地停止一个双向抑郁症已经被治好的传道人在教会里的服事，也禁止他公开承认自己得过抑郁症。耶稣曾对他的门徒说：时候要到，那对你们进行迫害的人，会以为他们这样做，就是事奉神（约16:2）。叫人困惑的是：今天华人教会以为对精神病人采取歧视与排斥的心态及行为，就是事奉神。

八、抑郁症的预后：治疗是治标还是治本？为何治疗效果不理想？



抑郁症病情有轻有重。轻的抑郁症病人可能只有四、五个症状，失眠情况不严重，体重没

有减轻，这种轻的抑郁症经过几个月可能自己慢慢会好起来。比较严重的抑郁症，自己好

起来的几率就比较低了。

—36

抑郁症一般是阵发的（Episodic）。每一次轻的发病，为期一般不超过六个月。严重者阵发时间可能比较长，也有少数抑郁症的症状是长期不断的。上面我提到特瑞莎修女经历过心灵深处如死亡与地狱般极度的枯干与黑暗。在她五十多年的长期忧郁里，只有在1958 年中的几个月里那种负面感觉突然完全自动消失，可是过后又重新回到她的心灵中。这情况可以说是典型的长期忧郁症的表征。抑郁症第一次发作以后，在一两年之内复发的可能性大概是三分之一。第二次发作以后，复发的几率增加到百分之五十。我个人的估计，无论复发了多少次，可能大部分的抑郁症病人过了六十岁会慢慢好起来，除非环境压力诱因一直持续不断。很多病人都畏惧终生服药，其实从治疗数据来看，一般抑郁症病人服药的期限可能在三到五年左右。

一般中国人以为西医的治疗是治标而不是治本。其实所有的治疗都是为了减少或去除症状和环境诱因。如果要彻底治本的话，治疗就需要改变造成病状的基因。可事实上，造成症状的基因，目前一般还无法改变。一些极少数的基因疗法，一般效果也不见得就很好，主要是因为我们对基因疗法的认识还是很初步的。目前在经济发达的社会里，急性的病已经

比较少。一般人的病都是慢性而需要长期治疗的，如糖尿病，高血压，高血脂，心血管病，

各种关节炎，青光眼，多种癌症等。这些病如果不长期持续治疗，其复发率超过百分之五十。抑郁症治疗的效果一般很好，除非病人兼有不良嗜好如酗酒，吸毒，或其它个性行为

的问题。以我个人的经验，中国人使用第一线抗抑郁症药物治疗的成功率在百分之八十以上。

为什么有些抑郁症病人的治疗效果不好呢？有些原因是可以避免的，如医生不负责任，或病人不配合。除此以外，病人若继续酗酒吸毒，或者兼有怀疑、幻听、幻觉等症状，也可能造成治疗上很大的挑战。如果有双向燥郁症状，单用抗抑郁药物治疗效果就不理想，甚

至可能使情绪波动恶化。最后，有些病人的抑郁症，只是他们整个个性或行为心态问题的一部分。举例来说，一个二十岁的男病人，有时候情绪低落，经常不上学，也不做作业。一碰到压力如考试就躲在房间不肯出门，整天上网，听音乐，看电视，孤僻不跟人来往，动不动就大发脾气，做事情不负责任，连拿到交通罚单也不处理。从整个情况来看，抑郁只是整个问题的一部分。如果加上滥用大麻或酒精，治疗效果就更难达到了。

九、追寻快乐，远离抑郁：如何建造精神健康



抑郁症可以预防吗？如何避免得抑郁症？找到快乐就可以远离抑郁吗？如何教自己快乐起来？

二十世纪的心理学受了精神分析学很大的影响。不管佛洛伊德的本意是否要鼓励自我释放和自我追寻，至少在西方社会里，佛洛伊德的利比多理论，驱使人们重视如何释放与满足

自我的欲望，特别是性爱的满足。在这过程中，很多人想极力挣脱他们所谓的“道德与宗教的枷锁”，把人生的意义放在释放和满足自己的感情和欲望上，认定这是通往实现自我价

—37

值的途径。再加上马克思的 “宗教是人民的鸦片”，在追寻实现自我价值过程中，西方社会似乎全盘放弃基督教信仰对人生意义的诠释以及对人们行为道德的要求。

经过这么多年的自我追寻，西方人有没有比较快乐呢?

最近联合国发表了一个“世界快乐报告”，发现的确是西方国家比较快乐。在世界一百五十多个国家里，最快乐的头十个国家，全是西方社会的。排在前二十五名内的，只有五个中南美洲国家和三个中东国家，其它都是西方国家。

快乐不容易衡量。联合国报告的专家们以两个标准来衡量快乐：第一：有多少正面和负面的感觉；第二：对自己生活质量评估的满足度。专家从六个指标来衡量生活质量：国内生产总值（GDP），健康寿命的年数，社会贪污腐败程度，人民对慈善机构的捐献，发生困难的时候是否有地方可以求助，以及人生选择的自由度。从这六个指标可以看出，当代社会科学家们认为，好的生活质量不是完全取决于自己的欲望有没有得到满足，而是需要达到一些基本的社会与个人道德标准：比如有公平公正的社会制度，有自由选择的权利，有彼此扶持的人际关系，有肯付代价去帮助别人的精神。

换句话说，就算撇开宗教不谈信仰，快乐也不是单靠满足自己的欲望而获得，还需要生活得有意义，有爱，有自由，有公平，当然也需要有足够经济收入和身心的健康。

在联合国的快乐报告里，中国排在第九十三位，香港第六十四位，台湾第四十三位，新加坡第三十位。从报告的排名上来看，中国人和海外华人好像不是很快乐。理由在哪里呢？没有确实的数据，我们只能推测。我想到可能的理由包括以下几点。第一、中国人太注重面子，过分注重面子可能造成人际间不透明（妨碍人际间真诚坦然的沟通），对别人的意见顾虑太多（增加对自己的压力，要讨别人赞许可能导致自己心理不平衡），注重外表（导致里外不一致，忽略培养内在生命的成长），为了要面子而放弃争取对自己有益处的事情等等。第二、不善于坦诚公开沟通。中国人似乎习惯于“心照不宣”，“尽在不言中”，“无声胜有声”。把事情埋在心里，把实情隐瞒（特别是不好的消息或事情）好像成为一种美德。在一个这样的环境里生活，心情很难舒畅。第三、在争取成就的时候，把成就定义得太狭窄。争取成就是好的，只要途径正确。可是如果把成就的定义限制在名成利就，争取成功的代价对很多人来说就太大了。人生的意义，不能单单从成就里获得。第四、专顾自己，缺乏爱人的精神。“各人自扫门前雪， 休管他人瓦上霜”。外国人名成利就， 很多时候会把大量的金钱捐给一些机构，如大学、医院、图书馆，或其它福利机构。联合国的快乐报告里，就以对慈善机构的捐款来作为衡量生活质量的指标之一。相对来说，中国的富人好像比较不喜欢慷慨行善，他们宁愿把钱财守住留给自己或子孙享用，顶多也就是捐钱修建庙宇为的是积德。因此，要真正快乐可能比较困难。有关其它生活质量的社会因素，如贪污腐败的程度，我就不在这里讨论了。

—38

当然我们也不要忽略一个事实：西方国家可能比其它国家快乐，可是西方国家的抑郁症流行率似乎并没有减少。西方国家的自杀率，过去十多年间也沒有減少。预防抑郁症，需要减少诱发忧郁症的成因，就是说，需要减少基因与环境的互动。既然基因不能改变，那么我们可以减少环境的诱因吗？从理论上来说，上面提过导致快乐的生活质量因素，如彼此相爱，公义和平，人生意义，身心健康，以及有足够的经济收入，都应该可以减少诱发抑郁症的环境诱因。当然这还是需要实证的。到目前为止我还没有看到预防忧郁症有关的研究报告。当然，我们同时也必须承认，科学只能解决人类一部分的问题，因为科学专注的是机制，而不是生命的意义与人生的终极目的。人生意义与目的属于信仰的范畴。人类的基本问题：我从哪里来，我往哪里去，人活着有什么目的和意义，这些问题只能从神特别的启示里找到答案。我以下面的两个案例来说明这一点。

案例八：一个五十岁的少数民族女人，十七岁开始第一次患双向症。她有很强的家族历史; 父亲和大哥都因着患了双向症而自杀，其他三个兄弟姐妹也都有双向症。她在17岁到40 岁之间，住精神病院接受治疗超过30次。三十五岁的时候她信主，这是她的民族背景不容许的。信主后有喜乐，不再想自杀，可是因为不肯持续服药，信主后头五年，双向症时有反复与复发，还是需要住院治疗。四十岁时，她终于决定接受自己有双向症，需要治疗，并且持续不断服药，跟医生配合，结果十年里没有再发病，不再住院，非常喜乐，并且向丈夫、母亲和妹妹传福音。信仰与治疗配合美好的效果，在她的身上是明显的。

案例九：一个自闭症的小孩，常被父亲毒打。后来母亲跟姨妈信主，带他离开父亲。我在他15岁的时候第一次看他，他的情况非常不好，多动，行为失控，眼睛从来不看人，根本不说话。一个15岁自闭症的小孩在国外也没有好的治疗方案。他母亲和姨妈不断以爱心带领他，教会也给他们很多的帮助。三年后，他有不可思议的改变，跟人有眼目的接触。多动症与行为失控方面也有明显的进步。说话也多了，还能做简单的祷告。他用粘土捏成精致的小动物送给我。虽然他以后大概不能独立生活，可是这自闭症状的显著好转，在国外最好的治疗环境里，也很难获得。

二十世纪的心理学家和精神科学家，普遍轻视基督教，认为基督徒是幼稚不成熟的弱者，需要依靠一个自己内心投射出来的全能上帝。弗洛伊德（Sigmund Freud）与爱里斯（Albert Ellis）敌视基督教的论点，是人所周知的。马克思的 “宗教是人民的鸦片”更成为许多人对基督教负面的评价。

可是，过去二十五年的研究，发现基督教信仰对精神健康是很有帮助的。有一项对一千多个高智商儿童的史丹佛长期（超过五十年）追踪研究发现：有信仰（主要是基督教和犹太

教）而且高智商人，一生中的身心健康与事业成就，比那些没有信仰的同样高智商的同辈高很多。我在第六章里已经提过信仰对精神病与身体其它疾病的帮助，目前灵性与价值观的课题，已经进入精神科与医学研究的主流，不像以前被边缘化了。

—39

十、为什么我选择精神科专业



长久以来，精神科这门医学，在中国的专业人士中，是乏人问津的。这种情况最近在香港好像有所改善。可是在我当医科学生的时候，全香港的精神科医生，屈指可数。我在医学院第二年的时候，就决定选择精神科这门专业。我作这选择有三个理由：第一、精神科的

理论，当时受精神分析学与行为派心理学很大的影响，对我来说，这些学派的理论，不但非常深奥，而且跟我自己的基督教信仰好像有明显的冲突。我有很强烈的意愿，想要去把它们整合起来。对我来说，这是一个很有挑战性的追求。记得那时候，我读了一本叫“人啊，你究竟是谁？（What, Then, Is Man）”的书，这是一本有关整合基督教信仰与心理学的书，看后更增加我对精神科学的兴趣。第二、我有一种叛逆，喜欢做别人不喜欢做的事情。看到只有寥寥无几的华人精神科医生，我就觉得这专业对我特別吸引。第三、我的姨妈患有严重的精神分裂症。看着她那不可理喻的行为和表现，看着我母亲的着急痛苦，一方面觉得难过和无奈，另一方面盼望有一天，可以为她那令人束手无策的疾病提供一个解决方案。对于当时年轻的我来说，为什么像我姨妈这样一个爱主的的基督徒，竟然患了这么可怕的精神病，这实在是一个让我非常困惑的难题，它时刻驱使着我通过科学探索来追寻一个合理的解答。

光阴飞逝，过了这整整五十年之后，回首往事，感触良多。精神科学对于现在的我，还是极具挑战性的。虽然精神分析学已经落伍，行为派的发展也到了尽头，可是现在影响精神科学的大脑神经科学与基因学，更是深奥奇妙。每当读到这两门学科的研究报告时，我深深感到神创造大能的奇妙。可是在美国的华人基督徒圈子里，大脑神经科学，基因学，以及精神科学都是乏人问津的。看到这些现状，我们不禁要问两个问题：难道基督徒可以漠视现代人（或后现代人）精神健康的需要吗？大脑神经科学和基因学，直接探讨人的本性与本质，基督徒如果放弃这些领域，教会如何应付这些学科带给基督教的挑战呢？举例来说，今天在大脑神经科学研究方面，对大脑功能及其运作原理已有很深入的了解，有人也

开始公开质疑人类灵魂的存在。如果基督徒不从事研究，为这些问题找出答案，又如何回应科学的质疑与挑战呢？看到许多充满热情的年轻基督徒，投身圣经辅导，以为可以帮助教会，却放弃这些必爭之地，自感无言以对。

我的姨妈已于十多年前安息主怀了。她去世后，我姐姐打电话给我，她在哭泣中对我说，在姨妈的床底下，发现一个旧皮箱。打开一看，里面是一些旧衣服，还有一个破烂的网球拍。这网球拍是姨妈年轻时一个曾经追求过她的男朋友送给她的。我外祖母是在宋尚节博

士到汕头市布道的时候信主的。以后全家归主，包括母亲和姨妈。姨妈十多岁時因为日本

侵华战争而来投奔我母亲。在她豆蔻年华之时，曾经有一些男朋友追求过她，也向我父母提过亲，可是我母亲对他们都看不上眼，极力拦阻了他们男女情缘的发展。送她网球拍的那个男生是姨妈最喜欢的。我想到姨妈在精神病里虚度了大半生，一事无成，一生中最宝贵的竟然就是一个破烂的网球拍，连同与这球拍相关联的一段破碎的情缘。一想到姨妈那

—40

悲剧的人生我就不禁潸然落泪。可是后来一想，假如姨妈一生唯一的成就就是激励我当精

神科医生，那么她的一生，就不能说是白费了吧？在神的计划里，也许没有任何基督徒的

生命是枉然白费的。

上面讨论过，今天的精神科学，认为所有心理现象，都是大脑生理活动产生的。这个理论，在大脑受伤或爱尔斯莫症的病人里，好像获得了证明。可是这理论，对圣经关于有灵魂的教导，冲击就比较大了。虽然国外有些基督徒学者，最近提出“一元论”，认为灵魂跟身体是混合的，可是我认为一元论的困难太多了。最近一个曾经当过哈佛大学医院的脑神经外科教授，伊本·亚历山大（Eben Alexander），在得脑膜炎后、大脑失去所有功能的7天里，他的灵魂到了天堂，而且7天后，他竟然神奇地清醒过来。在他写的“天堂的证明”（Proof Of Heaven）中，他提出大脑并不可能产生心理现象，因为在他的大脑已经没有任何功能的时候，他的自我却很清醒的活在天堂里。他提出一个新的想法：大脑是灵魂与心理现象之间的过滤渠道（Filter）。如果他的说法成立，基督教的灵魂观，跟科学就没有矛盾了。我上面提过自己对爱尔斯莫症基督徒的灵魂何去的疑惑（就是疑惑他们怎么完全变了个人），似乎也可以得到解答：他们这种极坏的改变，是因为大脑功能失去，渠道堵塞了，灵魂的功能不能显示出来。可惜伊本·亚历山大的想法，并没有任何其他根据，他也没有对这一说法加以清楚解释。在可见的未来，大脑精神科学对信仰的挑战是不可避免的。基督徒必须担负起双重责任，就是神托付我们对文化与福音的责任，来研究这类的问题，深入探讨神在大自然与圣经中的双重启示。

回顾自己当年的初衷，就是立志想把精神科学与基督教信仰整合起来，解決人类心灵与精

神的一些实际问题，并期望能有点成就。如今评估一下自己整合的成果，好像只在一些方

面有所收获。因着对基因与环境诱因互动的了解，我对基督徒（如我姨妈）为什么也可能

得精神病这问题，可以说找到了比较满意的答案。可是其它需要整合的精神与信仰问题还

是接踵而来，花了一生精力，似乎连边际都摸不着。我今年已经七十岁，不可能再继续从

事科学研究。精神科学与基督教整合的下一回合，诸如我提出目前大脑神经科学跟基督教

对灵魂信仰的认识之间的矛盾，以及探讨究竟伊本·亚历山大的想法可否被证明，这些世

纪难题就只能靠有此异像的年轻人去攻克了。

—41

附篇一：精神病是鬼附吗？



华人教会对有幻听和幻觉的精神病人，一般普遍认为是邪灵干扰或魔鬼附身的结果。最近有个资深的基督徒内科医生转介一个宣教士给我，请我诊断这位宣教士的偏执狂到底是因为被鬼附还是精神病的症状。这位宣教士有幻听幻觉，也有怀疑的错觉，其临床病征符合精神分裂症的诊断标准。可是这位内科医生跟病人的家属，都认为很可能是该宣教士在泰国宣教的时候，受鬼附或邪灵干扰而患上幻听幻觉。这观点似乎提示只有精神病才是鬼附造成的结果：因为我可以肯定，如果这位宣教士得的是心脏病，他们绝对不会怀疑他的心脏病是在泰国宣教时被鬼附而造成的。

把精神病跟鬼附挂钩的这种误解，其实是对圣经不了解。圣经里面有几处的经文，告诉我们某些身体的疾病以及精神病是因被鬼附而造成的，特别是在耶稣时代和早期使徒时代。我把这些经文归纳在下面的表中：

经文 症状 跟今天哪些病相似



撒上19-22 扫罗王:整夜说方言;脱衣服;怀 双向症



疑

路11:14;可 哑巴 大脑说话的区域有毛病



9:17

路13:11 驼背 脊柱的病



太12:22 又盲又哑 大脑毛病



可9:17-27 癫痫，哑巴 癫痫症，大脑毛病



可5:1-17 住在坟墓的人 分裂症



徒16:16-18 占卜的女孩 分裂/双向症



徒19:13-16 打伤祭司儿子的人 双向症



从这些经文看来，圣经里有些身体的病，不单是精神病，也是因鬼附造成的。我相信圣经是神的话，所以我相信圣经里记载的这几个病，的确是鬼附造成的。问题是：今天我们碰



到癫痫症，哑巴，瞎眼，或精神病的病人，我们该如何区别他们是否被鬼附呢？更重要的，

我们该如何来处理这些或许是或许不是鬼附的个案呢?

—42

当然，今天教会好像只认为精神病才是鬼附的。更有些传道人认为：如果一个精神病人，力气特别大，需要好几个强壮的男人才可以把他控制得住，或这病人讲话变了声音（比如说一个大男人用女人或小孩的声音说话），那就是鬼附的迹象。也有些人认为：如果那个病人对耶稣是否道成肉身的问题，不作回答或否认，那更证明他是被鬼附的。可是这些所谓鬼附的特征，恐怕不能用来区别一个瞎眼或驼背或癫痫症的病人是否被鬼附。

我个人认为，关键的问题是：鬼附与非鬼附的病，真的有区别吗？严重精神病人力气特大，或变声音说话，或对耶稣是否道成肉身不置可否（因为病人的思维紊乱），在临床上是很普遍的，可能不能用来作为鬼附与非鬼附的病之区别。关键是：鬼附与非鬼附的病，无论是身体或精神的，它们有同样生理，结构，和器质的改变吗？

非鬼附身体的病，诸如瞎眼，哑巴，驼背，或癫痫症，都有器质性（结构，生理）的病理改变。比如说，瞎眼是因为视路神经任何一处受伤或出毛病而影响视觉讯号的传递，比如视网膜或眼球角膜或晶体出问题，也可能是视觉神经，或大脑管视觉的皮层或白层的通道出问题。哑巴一般是因为大脑说话区域受伤引起的，当然也可能是声带或控制说话的功能

出问题（如严重口吃），或因为生下来就耳聋，根本就没有学会说话（这情况在先进国家已经不存在了。在美国，生下来就耳聋的人，可以从语言治疗里学说话或手语）。癫痫是大脑细胞异常放电造成的，而造成这种异常放电可能性很多，例如因大脑有疤痕或肿瘤。驼背是脊柱坍塌或生长不平衡造成的。这些器质性的病理改变现在一般相当容易的就可以测试出来。

上面在书里已经提过，精神病是大脑功能不正常的结果。精神病患者大脑器质性的改变，也已经有一些可以在有高科技设备的实验室里测试出来，虽然目前临床上一般还做不到。可是，一般看起来好像是被鬼附的严重精神病，是可以用药物来治疗的，而这些药物的治疗目标就是为了改善大脑器质性改变而造成的功能紊乱。我以下面的个案来讨论这问题。

个案：一位四十多岁的女士跟着丈夫到美国来已经两年多了。在国内的时候，她就曾经有轻微的抑郁，特别是在她跟丈夫家人有矛盾的时候。到了美国以后，她需要适应新环境，语言沟通方面也有困难，而且她丈夫每天在实验室里长时间的工作，因此很晚才回家，她整天孤独一人照顾小孩。因着这些种种的压力，她情绪的压抑又复发，并且情绪开始有很大的起伏波动。看了辅导和吃安眠药后也没有什么显著的效果。后来她开始有幻听，虽然她是无神论者，并不相信鬼神，却也怀疑是否有鬼跟她说话。邻居带她到教会，她对福音很感兴趣。在她经常去教会以后，幻听也稍有减少。几个月后的一个晚上，她半夜里突然醒过来，感觉非常焦虑，心慌得很；突然看到身边有个好像是鬼魂的怪物，凶神恶煞，她大叫起来，丈夫被她的叫声惊醒，连忙安慰她，那鬼魂似的怪物几分钟后就不见了，可是她整个晚上就不能再睡。这情况一连几个晚上都重复出现。她被转介到一个基督徒的精神科医生那里去接受治疗。医生诊断她是得了双向症（Bipolar Disorder），开处方后也为她祷告，但医生并不认为这是被邪灵搅扰或鬼附的结果。她服了抗双向症药物几周以后，

—43

情绪就开始稳定，幻听和幻视就完全消失了。一年后，她只需要用少量的抗双向症药物情绪就很稳定，不再需要镇静剂或安眠药就能一觉睡到天明，也再没有幻听和幻视；并且还找到一份很好的工作。她非常感恩，也非常喜乐，已经受洗归主。

这个案说明几点：第一，幻听与幻视需要正确的诊断和药物治疗就可以消失，因为这些症状是大脑神经功能紊乱造成的，并不是被邪灵干扰或直接被鬼附的表现；第二，病人需要祷告也需要药物治疗；单靠祷告病情可能只会有暂时的舒缓，单靠治疗病人可能不会信主得救；第三，治疗与祷告可以产生良性的互动，病人因这互动有时候不但病得医治，灵性也可能因此得以更新。

那么，究竟圣经里记载的鬼附造成的精神或身体的病，有没有器质性的改变呢？换句话说，耶稣以赶鬼医治过的那个从小就有癫痫并且是哑巴的小孩，是否有现在医学技术（脑电波，扫描等）可测试出来的某些大脑器质改变吗？从今天医学的角度来看，哑巴从小就有癫痫，很可能是分娩过程中大脑颞叶、顶叶、与额叶交流区域受伤造成的。可是，我们对耶稣以赶鬼来治疗的这小孩究竟是否有某些大脑器质改变的问题却没有答案，因为圣经没有给我们这种资料。

今天我们对发病成因的理解，是身体（或大脑）有了器质的改变，这些器质改变造成病状。器质改变的原因，除了因意外受伤造成以外，一般是因为基因与环境的互动造成的。以一个简单的方程式来代表，这发病的过程是：

基因+环境 器质生理改变 病征/病状



鬼附造成的病，也可能通过这些成因，当然鬼也可能直接造成病状，而不透过任何一般病

因。换句话说，鬼附造成病状，可能透过以下四个途径：1、鬼直接造成病状；2、鬼搅扰器质结构生理机制；3、鬼影响环境；4、鬼搅扰基因功能或结构。

如果鬼附的病，是因为鬼直接造成病状（上面四个鬼附可能途径的第一个），那就跟非鬼附的病不一样了，因为一般医学测试不可能找出这些直接鬼附的病状背后有任何器质改变。举例来说，鬼附造成驼背，不是因为脊椎坍塌，测试上脊椎完全正常。或鬼附直接造成哑巴癫痫，症状跟一般哑巴癫痫没有分别，但是大脑功能测试完全正常。这种鬼附造成的病，跟非鬼附的病不一样，因为没有任何器质改变。这些因鬼附直接造成的病，也无法用医学来治疗。当然，歇斯底里症也是没有器质改变的。在决定某一个病是鬼附造成之前，必须先排除歇斯底里症。下面我们再回头来讨论歇斯底里症的问题。

可是，如果鬼附是透过上面发病的过程其中一个或多个要素，比如说鬼搅扰器质功能，或

环境因素，或基因结构功能（上面鬼附可能途径的第二，第三，跟第四），那么鬼间接造

成的病，跟非鬼附的病就有同样器质，结构，生理功能的改变。这些器质改变在临床上是

—44

可以测试出来的。这些有器质改变的病，是可以也应该用医学来治疗的，因为治疗是针对疾病的器质改变。当然也需要祷告，下面我们再来讨论治疗跟祷告的问题。

那么，我们如何分辨鬼附与非鬼附的病呢？这问题是很关键性的，因为答案直接影响是否需要进行治疗的决定：治疗对直接鬼附是无效的，因为它没有器质改变。可是，我可以肯定的说，今天鬼附直接造成病状而没有任何器质性改变的情形，是非常罕有的，包括精神病在内。但是，我们却不能排除鬼间接搅扰身体功能，环境，或基因。换句话说，间接鬼

搅扰造成的病状，跟非鬼附的病状，实际上是无法区分的。因此，基督徒对每个具体的病，都应该以祷告和接受治疗来处理。

为什么今天因鬼附直接造成的病很少呢？我自己认为直接鬼附的情形，在耶稣道成肉身的时候，跟基督的国度在地上建立的时候，出现比较多，后来就比较少。这很可能跟当时魔

鬼要抵挡基督的救赎与神国度的显现有关。七十个门徒出去宣教回来，圣经有这样的记载：

那七十个人欢欢喜喜的回来，说：主阿！因你的名，就是鬼也服了我们。耶稣对他们说：我曾看见撒但从天上坠落，像闪电一样。我已经给你们权柄可以践踏蛇和蝎子，又胜过仇敌一切的能力，断没有甚麽能害你们。然而，不要因鬼服了你们就欢喜，要因你们的名记录在天上欢喜。（路10：17-20）。

耶稣说的曾看见撒旦从天上坠落，我想这话的意思可能是：撒旦从天上被赶出来，就到地上来抵挡耶稣的工作。所以在耶稣升天和新约教会可以立足以后，魔鬼直接附身造成病状的情况就极少了，因为撒旦直接的抵档已经失败，就无技可施了，虽然它仍然可以装作光明的天使，对信徒的健康情况进行间接的搅扰。换句话说，今天我们看到驼背，瞎眼，癫痫，哑巴，就应该认定这些病人都是有器质改变的疾病，需要治疗。同样，如果我们碰到一个行为失常，胡言乱语，思路错乱，幻听错觉，怀疑偏执，力气特大，脾气粗暴失控，有伤害自己和伤害别人的倾向，变声音说话，对耶稣基督是否成了肉身而来不置可否等等症状的精神病人，我们也应该认定他们的精神病，都有大脑器质改变而需要治疗。同时，因着世界的堕落，撒旦也装着光明的天使（林后11:14），我们大概可以假定许多疾病都有撒旦的间接搅扰，虽然撒旦直接附身的可能性极小。除了歇斯底里症以外，我自己当医生伍拾年，从来没有看过没有器质改变的病。有些坚持自己见过鬼附个案的基督徒，也从来无法提出任何证据，以证明他们所见的鬼附个案，是没有任何器质改变的。因此，我们基督徒应该一概以治疗加祷告来处理自己或别人的一切疾病。当然，祷告不单是因为病很有可能是邪灵的间接搅扰而需要在属灵的层面以祷告来抵挡魔鬼的工作，祷告也是与神同工，是谦卑依靠交托，是心胸开放的向神坦然诉说。在这里就不多讲了。

歇斯底里症，也称癔症，或转化症，是心理病的一种。患歇斯底里症的人，有瞎眼，失去听力，不能行动，甚至癫痫等症状，可是这些症状并没有伴随器质改变。这病二十世纪早期在西方相当普遍，弗洛伊德曾经分析了不少癔症个案。目前的理解，从大脑功能的角度来说，是大脑功能分离的现象（比如说大脑管视觉或活动的区域，独立行动，不受大脑其

—45

它区域的功能所调控）。从心理动力角度来说，癔症是潜意识里有自己不能面对的矛盾，症状是这些矛盾转化而形成的。自己不能面对的矛盾的例子很多：诸如想从症状里得到一些无法得到的回报或同情；或跟依恋有魅力却不关爱自己的父亲的复杂关系有关。最近有用脑扫描来测试一些癔症病人，结果发现：病人有异常的额叶活动，其特征符合感情上的创伤；可是管理记忆的区域活动却降低，这跟病人刻意要压抑创伤的记忆有关，可是额叶创伤后的感情活动却跟大脑管理身体活动的区域有强烈互动，表示病人以身体不正常的活动功能（例如脚不能活动）来处理过去没有解决的创伤，而不是像正常的人以回忆与诉说来处理，这就是所谓症状的转化。1980 年，美国精神科学会正式把“转化型歇斯底里症”（hysterical neurosis, conversion type ）命名为“转化症”（conversion disorder）。

今天华人教会对心理跟精神的问题，理解不多。因此很容易把一些自己不理解的现象，用鬼附或邪灵搅扰来解释。举例来说，有些人晚上睡梦中醒过来，头脑好像清醒，可是身体却有不能活动的感觉，或胸口好像被重压，不能呼吸。一般人称这感觉为鬼压。其实这不能活动的感觉，是因为大脑管理身体活动的功能，还没有完全在睡眠中恢复过来，跟鬼附是没有关系的。胸口有被压的感觉，好像不能呼吸（其实呼吸没有问题），一般跟担心焦虑，精神紧张不能放松有关，是恐惧焦虑症的症状之一。在自己以为不能呼吸的时候，拼命大力呼吸，把身体内的二氧化碳大量排出，手脚会因此有麻木的感觉，也因此会头晕。这头晕跟手脚麻木就造成更大的焦虑。许多有这症状的人，都去找牧师，请牧师为自己赶鬼。一般基督徒对精神分裂的症状也缺乏理解。 有一个教会里很爱主的职事，三十岁时开始有幻听，他认为办公室的人都在监视他，偷听他的电话，偷看他的电邮。后来更说家里的墙里有鬼，把墙打破要鬼出来，也认为墙上电源插座有电波射出来搅扰他的思想。教会从远处请一些有赶鬼恩赐的人，专门来替他赶鬼。后来有两年不能出门，躲在家里，白天躺在床上，晚上彻夜不睡并在房间走来走去，自言自语，自己哭笑。后来脾气失控，开始打妻子小孩，家人不得已报警，送到医院，医生诊断是分裂症，用氯但平治疗后，症状慢慢消失。

对精神问题是因鬼附或邪灵搅扰造成的误解，在华人教会有很长的历史。中国教会三大巨头之一的倪柝声先生，在他的《属灵的人》里就有这样的记载：“晚上做梦是天然或超然的现象……失眠可能是身体的原因，也可能是邪灵的干扰……易忘，心散，失去动机劲力，也都是邪灵的干扰的结果”（《属灵的人》卷16第2章）。当然，倪柝声先生对作梦，失眠，心散，易忘的成因的误解，应该是可以理解的，因为在当时大脑神经科学还没有起步。可是，今天一般华人教会里，不少受过高深教育的专业人士，也仍然认为一切的精神问题都是因为被鬼附直接造成的，而因此否认精神病的具体存在，这就好像有点说不过去了。华人教会对精神问题需要有更多的理解，可能已经到了刻不容缓的地步了。



—46

总而言之，凡有器质改变的病，无论是身体或精神的病，都必须以祷告跟接受治疗来处理。只有在排除癔症之后，或在有病状表现但找不到任何器质性改变的非常罕见情况下，可以考虑单单以赶鬼来处理。我在书中第七章、第八章里已经讨论过有关治疗跟祷告配合的原则，在这里就不再多说了。

—47

附篇二：如何与一个抑郁症病人谈抑郁症



抑郁症的病人一般不愿意面对自己的抑郁，更不愿意跟别人谈自己的抑郁。如果我们看到一个得了抑郁症的朋友或亲人，也知道他不肯就医，我们应该跟他讨论抑郁症，或建议他寻求治疗吗？偶尔有例外的情况，有的抑郁症患者一看到别人开口就讲自己的抑郁，不管对方对他的情况是否感兴趣。我们留待最后才来讨论如何帮助这些过于乐意公开讨论自己情绪问题的人。

如果我们有基督徒的朋友或亲人，向我们抱怨（或在小组分享里抱怨）自己常常失眠，对生活失去兴趣，对人生感觉悲观，体重减轻但医生却查不出任何身体上的原因，或是有焦虑恐惧，睡眠时候觉得有被鬼压的情况，或是有躯体化的疼痛，胃胀，怕冷等症状，我们该如何回应呢？

碰到这种情况，我建议按部就班采取以下的程序。前题是男对男，女对女。千万别男对女，女对男。我在这里的建议，一般只适用于基督徒的身上。要讨论如何跟非基督徒朋友或亲人讨论抑郁症，牵涉的范围就太大了，不是这本小册子能涵盖的。

第一：祷告。一方面为这人祷告，求主的医治临到他身上。其次，为自己求智慧，如何来帮助他。同时，打听好有什么专业辅导和精神科专家的转介途径。第三，在祷告里省察自己，看看神有没有给你足够的情商、智慧、意愿（感动，负担）以及恩赐来帮助他。如果有，可以试着按下面的步序来做；如果没有或不确定，就单为这人祷告，或看情况对他作一些实际的帮助，不需要勉强。辅助心灵困惑的人，的确需要有特别的负担和恩赐，不能勉强自己的。

第二：尝试跟他建立更好更深的关系。等他与你单独在一起的时候（不要有别人在场），邀请他跟你谈话，或是你去探访他。透过交谈，聊天，陪伴，散步，看看他跟你是否合得来，谈得拢。如果不是，不要勉强。可以考虑只做陪伴，和提供实际帮助：诸如替他做整理，购物，预备食物，提供交通上的接送，安排和邀请他参加合适的聚会（例如老人团契）等。

第三：提出几个可以对他的心态有更多了解的问题来讨论。如果他不愿意讨论，不要勉强；接受你对他的帮助只能暂时停留在第二步。如果他愿意讨论，你就作一个聆听者，提出下面的问题，细心听他的诉说，不要也不用给你自己的意见。请注意，在这一步你的回应是专心聆听，你对他的诉说如何以话语来回应，我们下一步再来讨论。

1． 你低落的情绪叫你对神的爱有怀疑吗？ 你觉得神允许这困苦临到你身上，是神不公平吗？你有时候怀疑神的存在吗？

—48

2． 你认为造成这情况（你低落的情绪，失眠等）的原因在哪里？是灵性的问题吗？是神的惩罚吗？是魔鬼的攻击吗？

3． 你想这情况发展下去，将来会怎样？最坏的情况是什么？对你家人（最亲近的人）会有什么影响？

4． 你认为最好的帮助是什么？别人如何可以帮助你？

5． 你绝望吗？你有轻生的意念吗？

上面这些问题，我主要是借用哈佛大学一位精神科教授Arthur Kleinman 和韦尔契博士的有关建议。这些问题可以分开几次来讨论。请注意：对于他的答案，你的意见不管是同意还是不同意，在这聆听的过程里都是不重要的。重要的是增加你对他心态的了解，透过你与他心灵上的联系，建立彼此的关系。请记得，了解不等于同意（当然，同意也不等于了解）。千万别跟他进行神学上的讨论或争辩。如果你对他的看法有意见，请你在神的面前多多祷告，而不是要改变他的想法或责备或批评他。

第四：问他，我可以跟你一起读一些诗篇吗？这是你对他诉说的话语的回应。诗篇里有很多篇告诉我们：神理解并且体会我们抑郁的痛苦。韦尔契博士在他的《忧郁症：重生之歌》里提到，抑郁的人在沉默无声、说不出话来的时候，诗篇可以替他们心中的沉默发声，诗篇好像是神替抑郁的人预先准备好可以在无话可说时诵读的仪文（P53-59）。诗篇13，22，55，69，77，88这些篇章，适合你跟他一起读，或者你读给他听。你也可以读耶稣在客西马尼园的祷告（马太26:36-42；路加22:39-44）。此外，耶利米哀歌第三章也可以读。读完以后，你可以对他说：虽然神好像没有给我们对抑郁的答案，但神了解我们的难过，我们的抱怨，我们的愤怒无助；耶稣已经而且不断继续地在与我们一同承受并且担当我们的痛苦。然后一起祷告，如果他愿意，请他开口祷告，鼓励他向神投诉，好像诗人和先知耶利米一样，不必压抑自己悲伤，迷惑，愤怒的情绪。注意：读诗篇的目的是使他知道神对他的理解，也可以鼓励他向神敞开，尽情诉说心里的痛苦，迷惑，和愤怒，敞开胸怀把心里的疑问向神提出；千万别使他以为你在批评他祷告不够恳切，或是信心不足。

第五，如果他对你已经有了信任，你可以尝试对他提议说：抑郁引起的失眠，和没有胃口的症状，可能需要服抗抑郁的药物，才能对症下药，改善症状的。他为了需要解决失眠的痛苦，可能比较愿意找医生治疗。但是不要太坚持，可以给他时间考虑一下。你也可以在这时建议他找辅导。你先前第一步已经找好转介的途径，现在就可以用得上了。如果你没有预先准备好，你就无法抓住机会，立刻替他安排看医生或辅导了。请注意：向他提出治疗的建议，最好等到你和他建立了互相信任的关系之后才进行。太早提出来，他可能不肯接受。

如果他非常绝望，有自杀的念头，那就可能需要尽早坚持带他去看医生。我在书里已经提过，自杀是抑郁症病人一个严重的问题，是必需要处理的。

—49

以上从信仰的角度来切入讨论抑郁，可能比直接了当告诉他是得了抑郁症，效果会好一点。需要注意的，是你的聆听，给他时间与机会，请他把心里的话说出来；不是你去教训他，给他建议。更要注意避免责怪他，批评他。

如果你认为需要跟他的家人讨论他的情况（我假定他是一个成年人，儿童与年轻人的情况

在这里暂不讨论），你必须先做以下的事情：征得他的同意，搞清楚需要牵进他家人的原

因（例如你认为他有些情况需要家人的协助），想清楚要跟家人讨论的问题；并且必须与

他一起跟家人来讨论，而不是在他的背后，你单独跟他的家人讨论他的情况。跟家人讨论

牵涉很多其它问题，你特别需要避免在他家人面前变成他的代言人，或替他向家人提出投

诉（例如责怪他家人对他的关顾不够）。因为跟家人联系是比较复杂的问题，最好是有经

验的人才做，我就不在这里讨论太多了。

上面提过，有些抑郁症的病人，似乎特别喜欢跟别人讨论自己的症状，也喜欢问你的意见，跟你讨论他的医生的治疗方案，或辅导师对他的建议。在这情况下，我认为你顶多就是照我在第三步里提出来的问题跟他讨论，听他的意见，千万不要加入你自己的意见，或对他的医生和辅导师有任何的批评。你要记得，他跟你讲的只是他的片面之词，很可能不代表整个治疗的情况。如果他有问题提出来问你，你可以请他跟他的医生或辅导师讨论，千万别自作聪明，提出你的看法。无论你认为你的意见多高明，他的想法，或是他的辅导师和医生的做法是多愚蠢幼稚无知，我可以肯定的告诉你，你如果把你的意见说出来，只有会给他和你带来麻烦，对他的情况一点好处或帮助都没有。你如果想要分析他为什么会这么喜欢公开讨论他内心的问题，或猜测他对你提出一连串问题的动机在哪里，这也是一点好处都没有的。这些人需要专家的耐心帮助，请你把精力放在帮助别的有需要的人身上吧。

个案讨论：一个七十岁的寡妇最近很少到教会来。你去探访她，发现她情绪很不好，常常失眠，没有食欲。 她告诉你说她的儿子是一个传道人，儿子把时间都花在别人的身上，很少关顾她。她的老伴去年去世，她有点心灰意冷。她也告诉你，教会里有些人曾经劝她要体谅她的儿子，从神的角度来看事情，为她儿子感谢神。她虽然很同意他们的看法，但却为了自己做不到更加感恩而自责。她很想要到教会来聚会，可是因为她的腿不好，走动不方便，所以不能经常来聚会。因着不能经常聚会，她就觉得更孤单无助。

你听了她的诉说之后，一方面很同情她，另一方面也想：这是一个因为灵性不够成熟所造成的问题吗？ 如果她的确可以为他儿子更感恩，用信心与盼望 把她的困难淡化，是否就可以解决她情绪低落和抑郁的问题呢？她好像已经知道自己该怎么做，为什么又无能为力呢？ 你认为你自己或教会，可以对她提供什么实际的帮助呢？你认为如果你照着我上面所提的五个步骤来帮助她，可能对她有好处吗？ 你认为跟她的儿子一起讨论她的抑郁孤单有好处吗？

—50

在这里附带一提：教导与扶持是不同的帮助人的方法。一般教会里的聚会，大多采取教导的形式，偶尔在小组聚会里，会采取讨论或分享的形式。教导的重点在宣告或解释客观的真理原则，以讨论、分享、聆听的扶持（也可以算是基本的辅导，就是我上面介绍的五个步骤），却侧重在如何应用真理在个别的情况里，负起个人的责任来作改变。下面的表把它们之间的不同点归纳起来：

为什么在以上的个案里，我没有建议我们采取教导：用圣经的真理来告诉这姐妹要为她的儿子感恩，轻看难处，在圣灵里喜乐呢？ 主要是因为我们这样的教导，对该姐妹没有好处，因为在她当时的情况下，她无法接受这种教导。所以，跟心灵有需要的人个人交谈的时候，我建议采取聆听，提问，读诗篇，是因为我相信这样的扶持性的辅导，比教导来的有效。该姐妹在我们聆听而不给意见的扶持下，可能比较容易接受鼓励而负起责任来改变自己。反之，该姐妹听了我们大道理的教导，可能更抬不起头来。在个人交谈的时候，采取扶持而不采取教导，不是对错的问题，而是注重方式方法以及效果的问题。



一般习惯了教导别人的资深同工，有时候很难接受辅导和扶持的做法。举例来说，上面的个案里的儿子，为了自己分身乏术无法花很多时间来照顾母亲而感到困惑。他去找辅导师，交谈了五十分钟，辅导师最后以带着安慰的口气对他说：你就看着办吧。这话后来被主任牧师听到，就非常气愤，认为那位辅导师鼓励这传道人放弃圣经绝对的客观真理，而采取新时代的主观的相对真理。这可能是误会吧。我们仔细来想，这儿子在服事教会、社区、自己的妻

—51

子儿女和母亲之间，的确有很多可以选择的可行之路，而几乎任何一个选择都可以是合乎圣经的。我们作为局外人，有足够资格教导他应该如何选择吗？

圣经里有辅导学吗？这是另外一个让一些人困惑的问题。我自己认为圣经没有系统化的来讨论辅导。所以，如果希望用圣经的教导来建立一套辅导学的理论，困难肯定很大。当然，从圣经里我们看到，耶稣在进行个人谈道时采用的方法与他在众人面前讲道时所采用的方法，是有很大分别的。我们比较一下耶稣跟撒马里亚妇人（约4），或行淫时被捉的妇人（约8）的对话，内容与他在登山宝训里的教导，侧重点就很不一样。我在书里已经提过，神用圣经来启示救赎的真理，也用大自然来启示创造的真理。心理辅导学的发展，虽然不在圣经的领域里面，应用上还是可以合神的心意的。有些基督教的学者，认为心理辅导学是世俗的，因为心理学的前设（Presupposition）是不合乎圣经真理的，所以不能为基督徒所用。笔者不能认同这种想法。

—52

附篇三：沉溺——追寻快乐而导致未曾预料的后果



沉溺（也称上瘾或成瘾）的问题，充分暴露人性问题与其困难的广度与深度。沉溺涉及人性素质，大脑功能，成长经历，人际与家庭关系，社会结构，经济政策，政府管理策略, 国际关系等多层面的问题。沉溺一般从一种简单地为了寻求快乐的欲望开始，最后却可能造成整个人生命的摧毁，家庭关系的破裂，甚至社会的解体。作为一个精神科医生，我只能从一个很小的层面里来讨论这问题。

沉溺的问题严重吗？



根据普查，美国有大约百分之十五到二十的人有毒品或酒精的沉溺，这比例在大学生群体里是百分之二十五。最近两年，美国因海洛因导致死亡的人数，每年增加百分之四十。2013年，在美国死于毒品使用过量的人数，估计有五万以上，已经超过谋杀加上意外死亡的人数。美国每年花于禁毒的经费超过五百亿美元。每年美国因吸毒被发现而失去奖学金或助学金的大学生超过二十五万。从各方面看来，毒品沉溺在美国已经达到一个完全失控的程度。

赌博沉溺很难有准确的数据。澳门2013年赌场投注额是五百亿美元。相对来说，澳门的投注额远远超过美国拉斯维加斯2013年七十亿美元的投注额。澳门政府估计以后每年投

注额增加百分之十五，这估计在中国政府允许自由行的政策下还是相当保守的。因此，一般估计到了2016年澳门赌场的投注额估将超过一千亿美元。

据香港的一项普查，估计百分之十五的中学生有上网沉溺。美国大学生中估计百分之十有上网沉溺。

总而言之，沉溺是现代人的一个严重问题。

沉溺的大脑功能因素



几乎所有宗教都承认人的生命的破碎：孤单没有被了解接纳，虚空没有意义目标，焦虑抑郁恐惧，犯罪不能超越自己，死亡病痛人生苦短。如何解决人生命的破碎，各宗教却没有一致的建议。上世纪中叶，科学家已经发现大脑有控制情绪的网络，而这网络中的杏仁核体 Amygdala，很可能跟造成快乐的情绪有关。在1954年，加拿大麦吉尔大学的两个科学家James Olds与Peter Milner把电极擦进十五只老鼠的杏仁核体，老鼠可以用按键来操纵电流，控制刺激自己杏仁核体的电量和电极刺激的快乐感。这实验背后的假设，当然是想要从科学的角度来寻找一个突破人类困境的答案。

令人惊讶的结果是这些老鼠后来不停地按键，有的每分钟按700次之多，甚至几天不吃不喝不睡，也不罢休。有两只老鼠一直不停地按键，直到几天后休克而死。这实验证明快乐

—53

刺激网路对老鼠行为有极强烈的控制。后来在1970年有一个科学家Heath改用两个人来做同样的实验，初步效果跟老鼠实验结果差不多，可是因着有侵犯人权与缺乏安全保障的考虑，实验很快就被学校禁止，所以实验没有完成。到今天也没有人再作同样的实验，大概与这项实验无法得到“保障实验者安全小组”的允许有关。

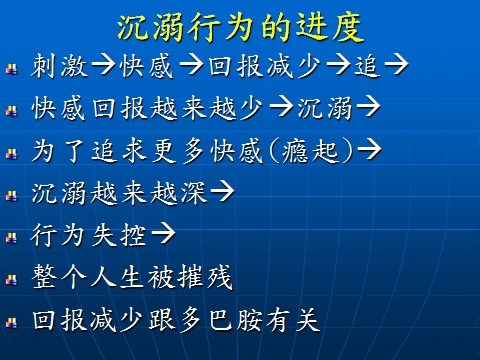
为什么刺激快乐网路对人与老鼠有这么强烈的效果呢？部分理由在于大脑介质多巴胺对行为的影响。简单来说，刺激快乐网路产生多巴胺。多巴胺对行为的启动（Motivation）、习惯的养成（Habit Formation）、以及记忆的形成（Memory）过程及其功能有关。那些可能产生成瘾性的药物（如可卡因，鸦片类药物，尼古丁，酒精，安非他命等），与可能造成上瘾的行为如赌博，都与刺激多巴胺的生成及其功能有关。

可是，大脑网络受到刺激产生多巴胺以后，下一次同样刺激而产生的多巴胺量，就相对比上一次要来得少。换句话说，每一次新的刺激，快乐感觉的回报就越来越少。为了要追求同样的极度快乐的感觉，刺激的密度与强度必须不断增加。倘若刺激的密度和强度没有增加，大脑网络产生的多巴胺量就越来越少，快乐的程度也就越来越低。不但如此，如果刺

激停止，这人的情绪就非常低落难受，甚至想自杀。这是造成成瘾的大脑功能的神经生物学基础。同时也解释了为什么上了瘾的人，必须不停刺激自己，如透过吸烟，喝酒，用可卡因或鸦片类药物，或赌博，看黄色网站，打游戏机，或上网购物，而且刺激的量越来越大，次数越来越多。也因着多巴胺对记忆功能的作用，戒了瘾的人，看到别人用毒品或进行上瘾的活动如赌博或上网，记忆被重新激活，就很容易再掉进上瘾的网罗里。

下面的图表1把沉溺行为的进展归纳起来：

—54



为了快乐而寻找快乐，为了刺激而寻找刺激，是造成沉溺的最大诱因。所以，刺激老鼠的杏仁核体就可能造成沉溺。要得快乐而避免沉溺，就必须在关系与意义里寻找快乐，这样，得沉溺的几率就小了。单单刻意追寻金钱，权力，性欲的满足，吃东西的满足，购物拥有的满足，都可能造成沉溺，就如同用毒品，酒精，赌博，吸烟来得到满足，得到快乐和刺激一样。反之，追寻在意义与关系里得到的满足，不会造成沉溺。我相信这跟神设计与创造人的大脑网络的硬件连接和功能有关。

环境与基因的互动



当然，每个人对沉溺的抵抗力，也是跟基因与环境的互动有关。控制多巴胺功能基因的多型性，影响每个人对沉溺的抵抗力的大小。目前，美国政府对沉溺的大脑功能和基因研究，投入大量的经费和人力，我们盼望在可见的未来，这研究会有一些成果，可以对沉溺的治疗有点帮助。

沉溺的环境因素，不容忽视。今天，造成毒品泛滥的社会因素，似乎不是我们以个人的身份就可以很容易地去改变的。网络上黄色的网站，赌博的网站，每个人都很容易就可以进入。政府更严格的监控可能有效，却不能把这些诱惑完全杜绝。沉溺的个人和家庭因素，会比较容易改变吗？小孩的压力，青年人的苦闷，父母忙碌不在家，父母儿女之间缺乏沟通，小孩片面注重学习而缺乏发展兴趣多元化，孤独没有扶持关爱朋友的圈子，这些个人或家庭的因素都可能推动寻找刺激的倾向，变成导致沉溺行为的诱因。要防范沉溺，实在不容易。我建议教会里的团契与小组，多彼此透明沟通，关怀，扶持，祷告。尽量减少个人孤独与别人的隔膜，防止个别家庭与别的家庭的隔离。如果可以增加彼此的交往扶持与关爱，肯定可以减少寻找刺激的欲望和诱惑。

上瘾就等于是犯罪吗？



从圣经的角度来说，上瘾是被某些物质或行为辖制，的确是犯罪和被罪辖制的表现。可是，上瘾与犯罪也有不同之处，不容忽略。换句话说，上瘾有犯罪的特征，可是也有病态的特征。所以，虽然每个人都是罪人，却不是每个人都有沉溺的病态。上面我已经说过，沉溺的病态是基因与环境互动造成的，因此，只有大概百分之三十的人有沉溺的病态行为。下面的图表2，我把两者的不同归纳起来。

—55



因着沉溺与犯罪的关系，有些上瘾的人，悔改归主后，沉溺的吸引就自然脱落，沉溺的行为也立刻就停止。可是，在我个人的经验里，大概有百分之五十的沉溺的人，虽然已经悔改信主，可是还需要治疗，再加上复建(Rehabilitation)，才可以从沉溺里走出来。此外，我也看过有些基督徒，沉溺行为戒掉以后，因为种种原因，许多年后竟然又回到沉溺里。彼此扶持监督，对防止沉溺复发是有效的。

沉溺如何治疗？



虽然大脑神经科学对沉溺与多巴胺的关系有些了解，可是直到目前还没有研发出有效的药物治疗和方案。这证明多巴胺功能只占整个沉溺过程与成因中的一小部分，也说明我们对造成沉溺的大脑功能紊乱的了解还是非常不完整。此外，虽然心理学对沉溺的心态行为有一些了解，可是临床心理学对沉溺的治疗，效果也非常有限。

从目前来说，只有以信仰为根据的治疗12步骤（Twelve Steps）是最有效的，当然也需要沉溺者的投入与配合。12步骤的功效性是有根据的：美国退伍军人2000年的大型沉溺治疗研究证明，12步骤比认知治疗有效。所以，今天美国精神科专业人士，已经摒弃了以前对12步骤的偏见，从而接纳12步骤进入沉溺治疗的主流。

12步骤是1940 年代三个基督教牧师提出的。本来是为了用这12步骤来帮助酒徒戒酒，可是，现在12步骤的原则已经被广泛采用来治疗各种的沉溺行为：包括酒精，毒品，暴食，赌博，网站的沉溺等。

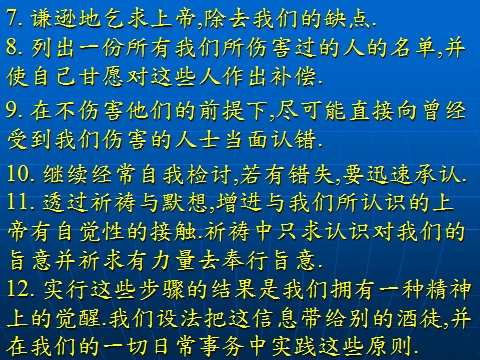
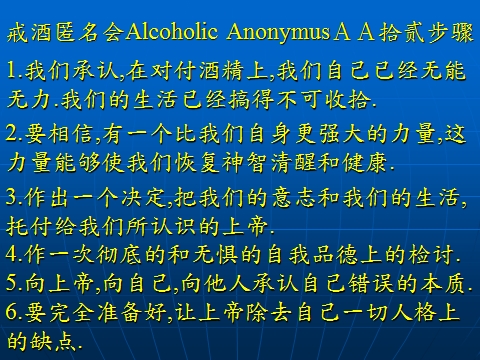
12步骤的治疗原则，归纳起来有几个。第一：把沉溺问题公开承认，不再隐瞒；第二：承认自己对沉溺的改变无能为力，需要依靠神的帮助；第三：悔改，放弃犯罪的生活，过一

—56

个健康更新的生活；第四：每天（或最少每周三次）与其他有沉溺行为却愿意改变的人以小组的方式来进行透明的沟通，检讨，彼此督导，彼此关爱扶持。

下面图表3，我把12步骤列出来。

—57



参与12步骤的人每次小组聚会，都必先同声诵读12步骤，然后一个一个轮流分享自己这几天里的经历，特别是与沉溺行为和诱惑进行争战的成败经历。小组聚会结束以后，有需要的人，可以找在沉溺恢复过程中比较资深的人，对自己每天透过电话来进行督导。因着目前美国社会信仰的多元化，12步骤的宣言，已经把“上帝”改成“上苍”（Higher Power） 。这更改看来并没有减弱12步骤的果效。

沉溺很重很深，或年日很久的人，除了把沉溺戒除以外，可能还需要复建，就如重新建立谋生技能，人际交往，生活习惯等。在复建过程中，基督信仰与主内弟兄姐妹的扶持与帮助，就更不可缺少了。

离开意义与关系，刻意追寻刺激与快乐很可能造成沉溺。要脱离沉溺，也必须从关系和意义里来寻求解脱。脱离沉溺是信仰的落实。很多基督徒以为只要悔改信主，重生得救，沉溺就可以自然解脱。其实，信主重生只是脱离沉溺的第一步。把信仰落实，在关系与意义里寻找喜乐，是脱离沉溺的第二步。

沉溺的问题在西方国家中已到了严重的地步，这是无可置疑的。要彻底处理沉溺的问题，需要在很多层面入手。我们基督徒一般能做的，可能就是在个人，家庭，社区和学校的层面，把信仰落实，切实帮助解决这人生深层的问题。

—58

附篇四：工作与学习中的无奈与压力：信仰有答案吗？



工作与学习是我们生活中一个很重要的部分。可是对很多基督徒来说，工作与学习却带来

很多压力与无奈，直接负面地影响我们的精神健康。一般基督徒对工作与学习，有以下的

看法：

为了生活而“揾食”，不得不工作和学习；既然是神托付的，只好接受；

为了争取升级、成功、赚钱，将工作与学习当作老板；生活的目的就是工作和学习；有些基督徒为了工作与赚钱，连教会也不去了；

得过且过，不要太认真，不要想太多，轻看名利，处之泰然；

工作学习是“世务缠身”最好的例子；能提早退休，尽快放下工作念神学，然后全时间服事神，是很多属灵基督徒的理想。

圣经如何看待工作



圣经虽然对工作没有很详细和系统化的讨论，却有几处的经文是值得我们注意的。圣经对

学习也没有清楚的讨论。在这里，我们简单地把学习看作为工作而装备自己的一个阶段。

神把管理世界的责任交给人。在创世记开头的几章圣经里，最少有三处清楚提到神把管理世界的责任交给人（创1:26-28，2:15，9:1-3）。这管理世界的责任，是基督徒工作与学习的基本目的。换句话说，我们工作是遵从神在创造世界时对人的命令；学习是增加我们对神创造的了解和认识。当然，在管理世界的同时，我们也是在工作中服事别人。无论我们的工作在别人眼里是多么低微，在神创造的计划里，都是遵从神、服事人的一项事奉。

1．工作是神的神性的引申。在工作中我们不但彰显神的创造特性，也同时彰显神公义与慈爱的特性。提多书2:13：“劝仆人要凡事顺服自己的主人，讨他欢喜, 不要顶嘴；不要私取财物，却要显示绝对的诚实，好使我们救主神的道理，在凡事上都得着尊荣。”新约时代的奴隶，虽然工作条件要比美国南部18-19 世纪的黑奴要稍微好一点，可是还是相当辛苦和卑贱的。根据保罗的教导，那些黑奴都可以在奴隶的工作中彰显神道理的尊荣，也就是说彰显神的神性，何况我们今天的工作呢？所以，基督徒应该在日常的工作与学习中，以自身的行为与工作的表现来见证神。

2．工作为了养家糊口，是圣经多处清楚的教训。保罗在帖后3:7 说“我们在你们中间并没有游手好闲，也没有白吃过谁的饭，反而辛苦劳碌，昼夜作工。。。如果有人不肯作工，就不可吃饭。”帖前5:4说“寡妇若有儿孙，就应当让儿孙先在自己家里学习孝道，报答亲恩”。这也是同样的道理。在帖后3:13-15，保罗吩咐教会，不可与游手好闲，不肯工作的人来往，但要劝他如劝弟兄一样，可见保罗非常重视通过工作来养家糊口。



—59

3．基督徒应该在学习与工作中得到满足、快乐、与休息。创2:2-3说“在第七日神歇了他所作的一切工。神赐福第七日，把它分别为圣，因为在这一日，神停了他一切所创造的工，歇息了。”工作虽然辛苦，也带给我们压力与无奈。可是，我们在工作中也应该可以得到满足与快乐，以及因满足而来的休息。神创造天地后第七天休息，也赐福给第七天，把它分别为圣，这充分表明工作与休息的密切关系。

基督徒工作的目的



从圣经对工作的教导里，我们可以看出基督徒工作与学习的目的：基本上是为神、为人、

为己。

为神：是为了遵从神，荣耀神，服事神，见证神。

为人；是为了服事人，养家糊口。

为己：是为了在工作学习中得满足，报酬，休息。

换句话说，如果有人认为读大学只是为了向大学生传福音，工作只是为了赚钱支持教会的

事工，这样的观念就太狭窄了。

举例来说，今天生命科学的研究已经触摸到人灵魂功能的课题。基督徒如果放弃在这课题

上做研究，势必失去一个以科研来见证神的大好机会。

基督徒工作与学习的态度



从圣经对工作的教导里，我们可以看出基督徒对工作应该有的态度。

对神：我们在工作与学习中必需认定，神是我们的工作与学习的大老板。神对我们的要求

是有忠心，要做得对，也就是说要做对的事情。保罗在弗6:5-8教导我们：“你们作仆人的，要存着敬畏，战兢和真诚的心，听从世上的主人，好像听从基督一样。作事不要只作给人看，像那些讨人欢心的一样，却要像基督的仆人，从心里遵行神的旨意；甘心服务，像是服事主，不是服事人。你们知道，无论是奴仆或自由的人，如果作了什么善事，都必从主那里得到赏赐”；然后对主人说（弗6:9）：“你们作主人的，也要照样对待仆人，不要威吓他们；你们知道，他们和你们在天上同有一位主，他并不偏待人”。保罗就清楚的说明了这以神为大老板的道理。换句话说：在工作里必须对神有忠心。

对人：我们在工作中也是服事人。服事人的要求是做得好，做的有成就。除了对神忠心以

外，在工作中我们要考虑：我们的工作是否有成就，有效果。当然，从一个角度来说，成

就与果效是神的赏赐，可是我们必须尽力而为。

—60

对己：我们工作与学习也是为了自己得满足、报酬和休息。如果我们工作得到的只是辛劳，那么我们就应该认真的对自己的工作或学习检讨一下。在工作中对自己的要求是：做得美，有回报。

我以下面的图表来归纳上面的讨论：

对象 目的 态度



神 遵从，荣耀，服事，见证 忠心Faithful；做得对



别人 服事，养家糊口 得成就，效果Productive；做得好



自己 满足，报酬，休息 得回报，满足Rewarding；做得美



基督徒如何选择专业



有些基督徒好像不需要很费力就找到自己喜欢的专业，可是有些却一直无法找到适合自己个性或兴趣的工作。当然，选择专业的特权，跟社会环境有很大关系。经济好的时候，选择的机会就比较多。自身的条件也是一个因素。如果学历与学习成绩好，经验多，选择的机会就可能比较大。其它的因素，例如年龄，性别，或其它的个人特征等也会影响选择的机会。

选择是神给我们的自由。基督徒在选择里有自由，可是也需要根据圣经的原则。我建议从下面六个原则来考虑如何选择专业.

对神：

1．这工作或学科是可以荣耀神的。如果工作中牵涉不道德的任务，基督徒不应该考虑。当然也有一些是“灰色地带”的，例如在赌场的工作，或设计武器的专业。这就要看自己的良心了。信心和良心的强弱是一个大题目，在这里就不讨论了。

2．这工作必须给你有空间可以过圣洁的生活。如果老板要求你每个周末都要加班，叫你不能与家人和小孩在一起，或是不能参加教会的崇拜与团契，这空间就太小了。神设立安息日，就说明工作和学习不能占据我们所有的时间与空间，我们必须过一个有节奏、有敬拜、有家庭教会关系的生活。否则，工作就可能变成我们的偶像。

对人：

3．收入足够养家糊口，报答亲恩。工作或学习不能单单为了兴趣，理想。

4．对社会有益处，有贡献。虽然每个职业对社会的益处大小是相对的，可是应该考虑是否能尽量用出自己的恩赐与能力。这就需要自己衡量了。

对己：

—61

5．与自己的兴趣、能力和恩赐相配。如果这专业可以给你很大的发挥创意的空间，当然就很理想。

6．可以给你有工作后的满足与成就感，也可以给你有满足的休息。

把这些原则归纳起来，还是回到上面的三个原则：这工作可以让我做“对”，“好”和 “美”的事情吗？世界上可能很难找到一个完美的专业。无论我们选择了哪一个专业，我们还是需要在工作上以忠心来服事神，以争取成就来服事人，以谦卑感恩来接受对自己的回报。

工作中的压力与无奈：信仰有答案吗？



解除工作压力最好的方法是找到工作的意义与目标。如果目标清楚，应该对消解工作带来的压力有帮助。消除劳苦中的无奈感，最好的方法是认定并且确信神在你的职业中掌权，并且信靠神可以赐给我们能力与恩典，应付工作与学习中的困难。这就需要有固定的、自己安静与神沟通的时间了。

可是，正因为我们工作是为神、为人，以及为自己，也因着工作需要有忠心，有成就，有满足，这三者之间的张力与需要取得平衡，这本身有时候就可以造成压力和无奈。这是一个大题目。我只能在这里提出一些基本的建议。

应付工作与学习的压力与无奈，可以考虑应用以下的几个原则。

1．坚持过有规律、健康的生活：早起早睡，定期锻炼，饮食适量，有休息、休闲的时间。

2．有固定与神沟通的时间：思想神的爱，万事互相效力，将来的荣耀。

3．学习向神倾心祷告：效法耶稣在客西马尼园的祷告，耶利米在其哀歌的第三章对神掏心的祷告，诗篇里诗人对神的诉说。不要怕对神抱怨，但要谦卑思想神的话。

4．跟主内好友分享、祷告、思想、讨论。定时敬拜，过家庭，团契生活。

5．定时对自己的工作与学习反思：目标，方法，重要顺序。

6．尽量不要同一个时间里想或做很多的事情。

7．短时间可以转移，做自己有兴趣的事情：打球，锻炼，休假，听音乐等。

—62