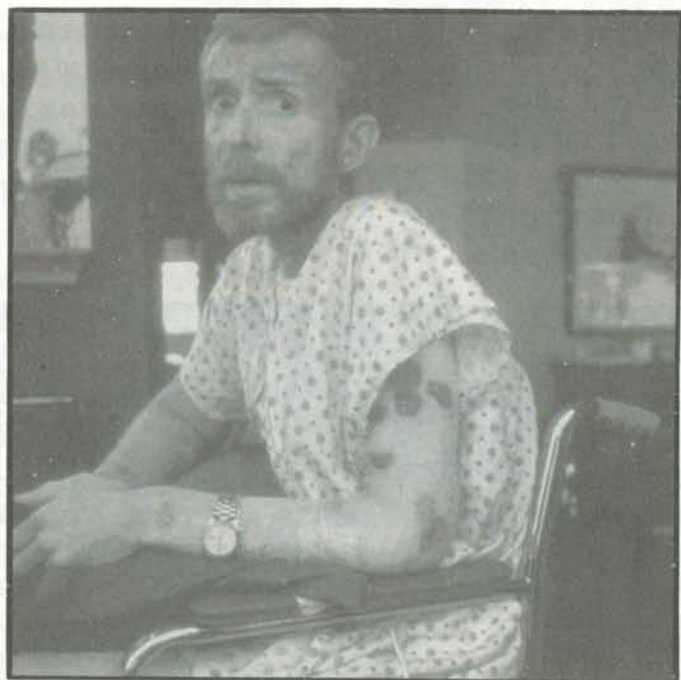


HIV 病毒基因探討

/ 黃碩彥・許如玉



人體後天免疫缺失症病毒(HIV)是一種感染人類的反錄病毒(Retrovirus)亦即被稱為「二十世紀末黑死病」—AIDS的主要病源。有關後天免疫缺失症候群—AIDS的傳染、流行性、病因、常見的症狀、和一般臨床上如何檢驗的問題，綠杏皆曾做過詳細而充實的報導，因此本篇想提供的資訊，是目前醫學界由分子生物的基礎觀點，對HIV病毒進行的最新探討及其發現。

HIV已被證實可以感染OKT₄(+)或稱CD₄的淋巴性及非淋巴性細胞

身心醫學會的進展

1959 創立日本精神身體醫學會	1972 在東大設立心療內科
1960 第一屆日本精神身醫學會總會	1973 設置東北大學心療內科
1961 「精神身體醫學」雜誌創刊	1975 會名變更為「日本身心醫學會」，機關雜誌名稱變更為「身心醫學」
1963 在九州大學醫學部設置講座、設置診療科。在慶應大學設置心身症中心	1979 日本心身醫學會加盟日本醫學會，在日大設置心療內科
1970 發表「身心症之治療方針」	1981 在東邦大學設置心療內科
1971 第一屆國際身心醫學會總會（墨西哥）	1985 日本身心醫學會認定醫制度成立
在秋田大學設置心療中心	

的之醫學」。在這種情形下，身心醫學可說是一種實踐性的翻譯家，它在身體醫學中介紹了正在發展中的「與人有關的各種科學」與「與人類的存在有關的各種學問領域」的概念與用語及它們所發展出來的技術，因此身心醫學也擔負了使醫學概念能符合其用語的任務並使它們能夠利用於醫療技術上。在這種意義之下，各種技法的導入，諸如開發與利用這些能抽出患者心理問題的簡便心理測驗，能容易理解醫療人員與患者關係（精神分析的簡易版）的交流分析、患者能克服緊張的自律訓練法，以及理解與修正在診療上有害的患者的行為模式之類行為療法等等，這些雖未必已完全滲透身體醫學的各個領域，但是我們可以說它們已經達到了某種一定的成果。另外，近年來也有愈來愈多的人關心到身心醫學領域中的家族療法與東洋醫學療法等。

擔負本質論課題的「身心醫學」

其理論的根據在現代化身心醫學的確立上來說，大都是依從當初的精神分析。

18世紀末，Mesmer 最先將「催眠

」採用於醫療技術上。研究發現了歇斯底里症（hysteria）患者所呈現的各種身體症狀會在催眠下消失或產生變化，Freud（從19世紀末到20世紀初）的心理分析然後成立「心靈＝意識」與「身體（症狀）」之間的媒介，即「無意識」的概念，這種概念是依據精神分析對歇斯底里症患者的臨床觀察與研究，並且經過千錘百鍊，才架構了此一與非器質性的、心因性的「精神官能症」有關的精神分析理論。他的後繼者們更把研究對象擴及精神病，以及器質性的、心因性的「身心症」。尤其是在第二次世界大戰之後，許多因為逃避納粹的迫害而從歐洲移民美國的精神分析家們相當的活躍，因此使得精神分析研究從精神醫學的領域擴及身體醫學的領域，於是確立了以七種代表性疾患（本態性高血壓、消化性潰瘍、氣管支喘息、潰瘍性大腸炎、甲狀腺機能亢進症、關節風濕症、神經性皮膚炎）為對象的精神身體醫學 psycho-somatic medicine。

身心醫學的概念也受到精神分析之外的領域的貢獻。其代表性的領域是始

於 Pavlov（與 Freud 同時代）的「條件反射理論」的行為科學，以及從精神生理與腦生理生化學的研究領域所產生的 Cannon 的 homeostasis（恒常性的

維持）概念，還有 Selye 的壓力學說。至於日本的森田療法的「精神交互作用」等概念則是身心醫學的理論支柱。

在這個領域中，假定出與某種身心體疾患的發病有關的特殊的情緒問題，以研究疾患特有的人格特徵。不過即使是同一種疾患，却也未必會出現相同的情緒問題或人格的特徵，並且由於身體醫學治療法的發達，使得即使不懂身心醫學研究法也能夠對前述七種代表性疾患提高一定的治療效果（並且更經濟），因此已經渡過了短暫的停滯期。不過當「身心症」的患者所呈現特異性格特性的「失感情症 alexithymia」的概念被提倡之後，它又以新的面貌再度活潑起來。譬如說，從「身心症」患者的行為模式的研究上，可主張心血管系障礙患者的特徵是A型為模式，而癌症患者的特徵則是C型為模式。（註二）

對身體醫學還沒有充分發揮治療效果之特定身體病患，診斷為「身心症」應該給予慎重的評價。因為對於患者說與其說他之所以罹患該疾病是必然結果，倒不如說是運氣不佳才發生的。這樣比較不會傷害到他的心理。衆所周知，對於精神病與神經症那種根深蒂固的偏見，不必說這個社會上仍然存在的「可恨的精神主義」，而它對「身心症」的患者來說決非毫無關聯，因為一患有身體疾患就很容易得到「差別」待遇，如果再加上精神上的障礙，那就容易得到雙重的「差別」待遇了。

以「心療內科」為對象的「身心症」

1970年時，日本精神身體醫學會目前改名為「心身醫學會」的醫學會策委員會對「身心症」訂下了如下前

義：

狹義的身心症是「它是一種病態，以身體症狀為主，在其診斷與治療中，對心理因子的考慮佔著特別重要的意義」，至於廣義的身心症則是「即使是由於身體的原因所產生的疾病，只要是心理因子在病例的過程中扮演了重要的角色，或則是以身體症狀為主而通常都被視為神經症的病例，都可以視為廣義的身心症」。

可是下坂却（從更專門的身心醫學的立場）對狹義的定義批評如下：「這個定義未能給人一種清晰的印象，或許是它使病因論的觀點曖昧不明確的緣故。我並不否定在這個定義中既然稱為『心理的因子』自然應該包含病因論的意義，可是我們既然無法積極地主張『心理的因子』即病態的成立上扮演著重要的角色，那麼它是否值得稱之為『身心症』自然頗有疑問。……日本精神身體醫學會的定義認為『心理的因子』並不是指某種病態的成立，而是針對病態的診斷與治療有重要的意義。因此它成為一種令人乍看之下毫無排斥的常識性的意見，可是這種簡易的概念却也帶來了不當地擴大的危險」。

在身心醫學的實踐方面來說，自從九州大學醫學部於1963年（這是日本首創的）開設「心療內科」以來，也有數所大學或綜合醫院設置了這個類科。

在身體醫學的領域中，如果有患者傾訴自己的「身體症狀」而這種症狀卻不被認為「器質或機能異常」的話，他仍然被排除於診療對象之外。可是身體疾病的病患即使是合乎診斷標準並且被視為身體醫學的診療對象，如果他較少傾訴自己的症狀就會被認為是優良病患，可是如果傾訴較多的話卻會被醫療人員討厭。另外，治療關係如果難以達成通常所期待的治療效果，那麼這種關係

就會略帶緊張。從患者的立場來說是醫療信心的破滅，而從醫療的立場來說却招致患者對治療動機的不信任而終於退出。

並且如果有患者傾訴著身體症狀，且有「器質異常」，可是却無明顯的精神病異常的話，他仍然被排除於精神醫學領域之外。

看來專門領域在從事各種診療之際，却訂下了排除診斷的草案，以有效排除不適於診療的患者。

被身體醫學放逐的患者不得不繼續尋找容身之處，可是精神醫學的主流也是以精神分裂症為對象，因此對於那些傾訴「身體症狀」却無法證明身體異常的神經症或躁鬱症的患者來說却也不好意思登門求醫，對於身體疾病的患者來說（即使是患者本身已經體認到有必要接受精神醫學的治療）更是如此。

被排除於醫學領域之外的「エヤ患者」們却在這個時代被攆進了民間醫療的沙漠中，因此「心療內科」可以說是站在患者的立場（不管站在醫學的立場可說其是非）所期待的，因為它扮演了擔任身體醫學與精神醫學的中介角色的現實的診療領域。此外還有所謂「假面

躁鬱病」，它雖然受到精神醫學的批評，却不是精神病，但是會傾訴著身體症狀，還有被各種自律神經症狀所困擾的所謂「不定愁訴症候群」，對於這些懷有更加強烈的「不安」色彩的「不安神經症」的患者來說，心療內科的診療領域是當為接受醫療的第一步。

結論

在此謹借用石川針對身心醫學的認同所述言論做為結論：

『身心醫學從 Mesmer 到 Liebault 的催眠療法，Freud 首創的精神分析、Pavlov 的條件反射、森田的森田療法，以及從身心醫學的信條與理論的支柱萌芽以致於結果全都充滿了偏見與誤解，可是身心醫學仍然是應大眾需要所產生的實踐醫學，因此受到當時的正統醫學的排斥而成為在野的醫學，可是却受到開業醫師與學院派之外的醫師的支持直到今日。這正說明了身心醫學處於精神醫學與各科臨床的境界領域中，可說是飽受折磨的醫學的命運，而這正和身心醫學的認同』。

備註

（註一）

關聯精神醫學：綜合醫院中除了精神科之外的診療部門。是包含精神科醫師及關係密切的精神衛生專家們在臨床的、教育的以及研究的活動的精神醫學的領域。實際的服務內容是診斷上的評價、對患者的建議與治療、解決患者的衝突與解決臨床醫療小組之間的衝突，以及對一般診療科的醫師與護士們的教育等等。

（註二）

A 型行為模式、C 型行為模式

：在虛血性心疾患的「心理與社會的因子」的研究方面來說，從性格的特徵為主流（Menninger 1935, Dunbar 1954）直到目前以患者在適應環境之下的行為模式方面的研究為主流。1959 年，Friedman, Rosenman 指出虛血性心疾患的行為特性如下，並命名為 A 型行動模式：

- (1) 對於達成自己所定目標的持續而強烈的衝動。
- (2) 喜好競爭的傾向。
- (3) 永續的名利之心。

- (4) 時間緊迫時的多方面的行動。
- (5) 不斷加快身體與精神的活動速度的習慣。
- (6) 身體與精神上的明顯的過敏性等等。而有相反的行動特性者則稱之為 B 型行為模式。1980 年，Morris 將外表上像 B 型，（B 型是表現憤怒、恐懼與悲傷的負性心情）但，把 B 型的負性感情壓抑而不使它顯露出來的行為稱之為「C 型行為模式」，並認為癌症病患常常有這種行為。文獻（從略）