

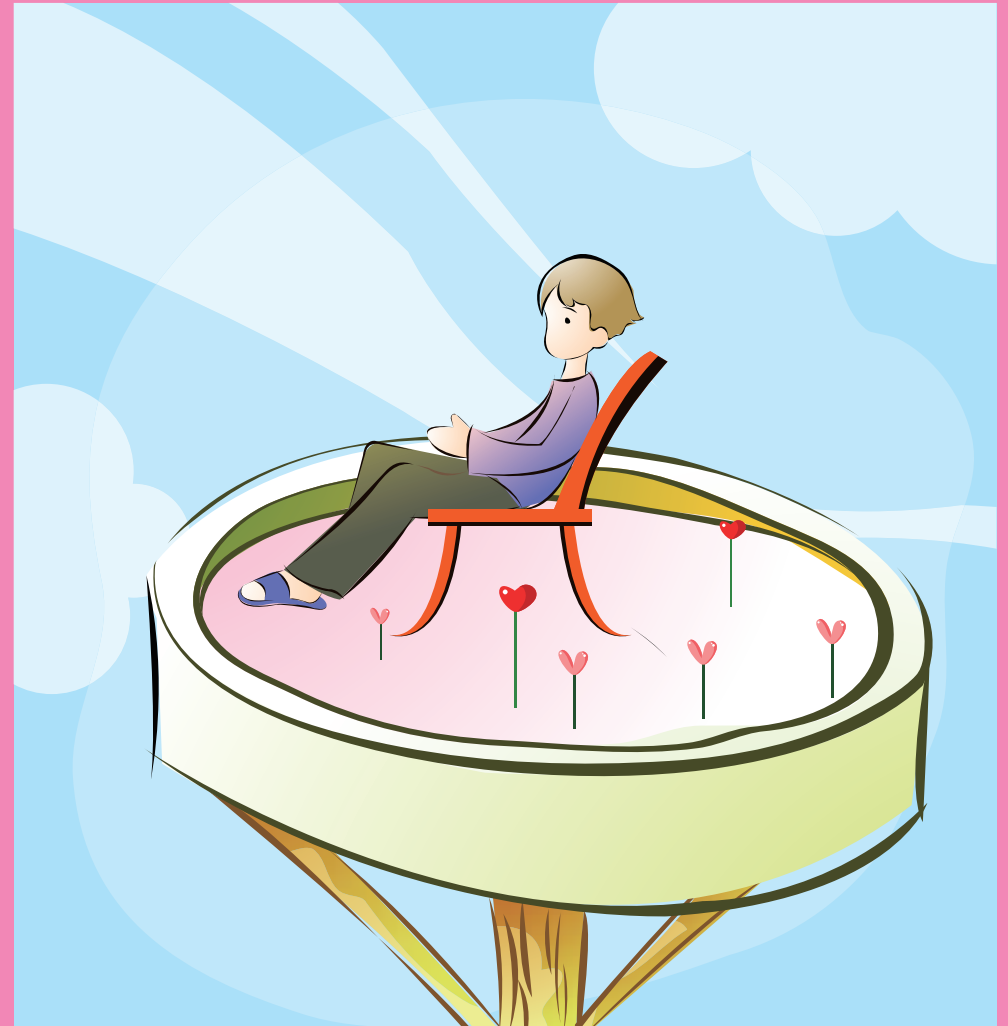
# 認識精神疾病

衛生福利部心理衛生專輯(01)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

衛生福利部 出版





## 目錄

一、什麼是精神疾病：精神、健康與疾病 .....	1
二、精神疾病的範疇與分類 .....	8
三、醫師如何診斷精神疾病 .....	18
四、精神疾病與生物精神醫學 .....	25
五、精神疾病的治療方式與原則 .....	31
六、正向的態度：幫助自己、親友與他人 .....	39
七、關於精神疾病的迷思 .....	44
八、結語 .....	49

## 一、什麼是精神疾病：精神、健康與疾病

「我聽過精神疾病，就像我知道有心臟疾病與腎臟疾病一般。心臟疾病是心臟的毛病、腎臟疾病是腎臟出狀況；精神疾病應該就是精神發生問題吧！心臟與腎臟都是身體的器官，可以理解它們會發生病變、會生病。但是「精神」到底是什麼呢？精神發生病變是什麼意思呢？」

本書談論的主題是精神疾病。雖然在日常生活中「精神疾病」一詞已經廣泛地被使用，但是一般大眾對於精神疾病的認識可能僅限於知道某些疾病的名字，例如憂鬱症與躁鬱症。當一個人開始流鼻水、喉嚨痛並且輕微發燒，他會很清楚地知道自己生病了，而且可能是感冒（上呼吸道感染）。可是當心情低落而且睡不好的時候，他會先感覺到情緒上的困擾，但通常不會認為自己可能生病了（患著某種精神疾病）。畢竟沮喪是一種情緒、是正常生活經驗的一部分；可是要到什麼程度才會被稱之為不正常或是生病了呢？再來，精神怎麼會生病呢？即使是醫療人員，若非從事精神醫療的工作，可能也沒有辦法說得清楚「精神疾病」是什麼。簡單來說，精神是大腦功能的展

現、大腦是精神的器官。精神疾病也就是大腦的疾病。

在解釋「精神疾病」的意義前，如果可以先對於「健康」、「疾病」與「精神」等觀念有所認識，就能更容易地瞭解什麼是精神疾病了。根據世界衛生組織的定義，「健康」是一個在身體、精神與社會上的完全安適的狀態，不僅僅是沒有疾病或是虛弱。這裡強調了兩個重要的概念。第一，健康不只於身體層面，精神與社會層面同樣重要。其中「精神健康」是指一種健康狀態，在這種狀態中每個人能夠認識到自己的潛力，能夠應付正常的生活壓力，能夠有成效地從事工作，並能夠對其社區做出貢獻。雖然在健康的概念上，分為身體、精神與社會，但這三種並不完全獨立，反而息息相關、互相影響。第二，健康不僅是消極地免於疾病和虛弱，其積極意義是要能獲得「完全安適的狀態」。以身體健康為例，最本地我們希望不要常常感冒生病，同時也希望有有靈巧的雙手完成各種精細動作、有好的心肺功能支持自己去從事激烈的運動、有健全的腸胃讓我們可以大啖各種美食。本書雖然旨在帶領讀者認識精神疾病，但要在現代生活壓力無所不在的情況下，能夠保持與促進精神健康才是最根本的要務，也就是實踐精神健康之道。

「疾病」是生物結構或生理功能異常的狀態，會影響

生命體的部分或整體。對人類而言，疾病常常泛指任何導致疼痛、失能、痛苦、心理社會困難或是死亡的情況。在醫療上，疾病被看作一種伴隨特定症狀與徵候的醫學狀況。顧名思義，「精神疾病」是一種精神上的異常，影響並造成人們痛苦與失能。但「精神」是什麼？精神疾病真的有其生物結構或生理功能異常的根源嗎？

一個人的心情、思想內容、呼吸與心跳之生命脈動，以及其時時刻刻的行動，構成了所謂的「精神」，包括情緒、行為、認知與生理驅力四個層面。這四個層面影響了個人如何展現自己、和環境互動，與生活密不可分；其生活方式即反應出個人的精神狀態或精神功能。所以當精神發生問題時，生活功能與生活品質必定受到相當影響。所以世界衛生組織用具有認識自己的能力、應付壓力的能力、工作的能力，與貢獻社會的能力，來定義精神健康。

如同身體疾病一般，精神疾病也會表現特定的症狀與徵候。醫學上所謂的精神狀態檢查，是透過會談與行為觀察，以描述性與系統性的方式評估個案的精神狀態，包括意識、注意力、外觀、態度、情緒、語言、行為、思考過程與內容、知覺、認知功能、驅力和身體症狀等層面。

定義精神疾病時有一個重要的前題，也就是「精神現象」必需有其生物結構或生理功能的根源，才會受到疾病

的影響，也才有所謂的精神疾病。人們一向用「心」來模糊的描述我們所謂精神的概念，例如在別具匠心、安心定志、稱心如意、赤子之心等成語中，心分別被用來代表創意、情緒、思考與性格。從前的人們認為心的功能（精神功能）的器官是心臟，但隨著科學進步現在我們早已清楚地瞭解「腦」才是精神功能的器官，精神是大腦功能的展現。生活中的許多例子都再再說明大腦才是人類心智活動的主宰。車禍腦傷的病人在昏迷一段時間後醒來後，常常被家人注意到有個性改變與認知能力受損的情況；但心臟疾病甚至是接受換心手術的病人，其人格特質並不會受影響，他還是原來的他。

先前所說情緒、行為、認知與生理驅力等四個精神層面，在大腦皆有與其相關的區域。大致上來說，情緒由大腦邊緣系統（limbic system）產生，認知思考源於額葉與顳葉、行為取決於額葉後部、頂葉與錐體外徑，生理驅力來自於間腦（下視丘）與中腦。隨著腦科學的研究，科學家們已發現特定的精神功能與特定的大腦區域不單純是一對一的關係，而是需要大腦不同區域間透過神經迴路密切合作，才能讓人類展現細緻的精神功能，大腦實是精神的器官。既然是人體的一部分，大腦結構與功能也會受到各種病理因素的影響，也就會產生精神疾病了。所以從某些

角度來看，精神疾病也就是大腦的疾病，但為什麼我們不就稱之為大腦疾病呢？其中一個重要原因是臨床上還沒有足夠好的診斷與檢查工具能夠將大腦功能發生病變之處呈現出來，現階段我們仍然得透過詳細評估一個人的精神狀態與病程來做判斷。至此我們已清楚認知到的確有精神疾病的存在，那在醫學上是如何定義精神疾病呢？

根據 2014 年美國精神醫學會出版的『精神疾病診斷準則手冊第五版』（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition），其中定義精神疾病為「一種症候群，病人在認知、情緒調控或行為上有顯著的障礙，且這些障礙反應了精神現象內在所本的心理、生物與發展過程的功能異常。精神疾病常常與社會、職業、或其它重要活動的失能與痛苦有關。但是要注意某些情況雖然也會顯著影響個人的認知、情緒或行為，但是並不屬於精神疾病的範疇。例如面對壓力或失落事件時的反應，如果屬於一般可預期的或社會文化上可接受的範圍，則不是精神疾病。對於在宗教、政治或性的層面上的社會偏差行為，以及發生在個人與社會之間的衝突衝撞，除非可以用前述個人的精神功能異常來說明，否則不屬於精神疾病」。

第一次看到這個定義，一定會覺得抽象而難以理解。「定義」只是用一個名詞來描述它所指稱的事實現象，



也就是說明哪些病理性的精神狀態是這裡所稱的精神疾病。雖然每個人可能對精神疾病的定義有所不同，就像每個人對於「愛情是什麼」這個問題都有各自的看法。可是基於醫學與科學的目的，我們需要有一個統一的（如上述所述）、或至少很類似的對於精神疾病定義的共識，讓臨床家、公共衛生專家與研究家們有所依據，才能應用科學的方法瞭解疾病、進行研究與發展治療方式。

所以根據『精神疾病診斷準則手冊第五版』對於精神疾病的定義，簡單來說精神疾病是一種因心理、生物或發展過程異常而發生的精神功能障礙的現象，這種現象會對病人的社會、職業、家庭等功能造成影響，而且常常導致顯著的痛苦。某些一般的生活經驗如失去摯愛的人也會顯著影響個人的精神狀態，但並不屬於精神疾病。另外對於一些涉及高度主觀價值判斷且沒有絕對正確與否的領域，例如宗教、政治或是性，就不能憑藉個人在這些領域的行為是否與評估者的主觀價值有偏差來做為診斷精神疾病的依據，而是要根據這個人是否有表現出其它的精神功能障礙來判斷。如此一來也能避免精神疾病的概念被濫用於達成非醫療的目的。



## 二、精神疾病的範疇與分類

「我只是睡不好，又不是瘋子，為什麼要去看精神科？如果被別人知道我去看精神科，鄰居一定會認為我瘋了，那我以後怎麼做人？」

許多人仍然認為「精神疾病」就是指表現出混亂行為及胡言亂語等較為嚴重的精神狀態。既然持著這個刻板印象，自然很害怕一但來精神科就診就會被貼上標籤；這種「標籤化」與成見對精神疾病病人來說不但不公平，也帶來許多歧視與誤解。如果您有機會來醫院的精神科門診走一趟，或許會驚訝地發現在候診區的大多數病人，看起來並沒有什麼特殊之處；而那些神情比較特別的病人，也只是靜靜地、和藹地坐在椅子上等待看診。

精神是腦功能的展現，精神現象包括意識、注意力、外觀、態度、情緒、語言、行為、思考過程與內容、知覺、認知功能、驅力和身體症狀等不同層面的展現。可以想像當不同類別的精神功能出現問題時，其精神症狀是很不一樣：有些是以情緒和驅力的不穩定為主要困擾，有些是以思考內容與知覺經驗的失調為特色。雖然每個人都是獨立

且特別的存在，但如果大腦發生同樣的病理變化，則會表現出類似的精神症狀。隨著精神病理學家們對臨床個案做精細觀察與描述，我們愈來愈清楚如何根據病史詢問與精神狀態檢查分類不同的精神疾病，而且這些分類能有效地預測病程與治療反應。換句話說，即使沒有醫學儀器可以對大腦做足夠精細的檢查，根據臨床評估所做的精神疾病診斷仍能在醫學實務上具有分類、預測與指引治療的價值，也能應用於科學研究而帶來精神醫學的進步。二十一世紀是腦科學蓬勃發展的時代，科學知識的進步將使得精神疾病的診斷不全然依賴臨床觀察，現在腦影像學檢像已經被納入認知障礙症（失智症）的診斷標準中，未來客觀的檢驗與檢查將成為診斷精神疾病不可或缺的工具。

精神疾病的分類隨著科學研究進展而與時併進，其奠基於臨床精神醫學、流行病學、神經生物學、分子遺傳學、精神藥理學、認知神經科學、腦影像學與社會學等對於精神病理的瞭解。本書以 2013 年美國精神醫學會發行的『精神疾病診斷準則手冊第五版』（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition）為例介紹精神疾病的分類。雖然是分類，但請謹記許多精神病理現象是連續而難以被類別化的，分類至少有部分目的是為了方便溝通與臨床應用。另外，一個人可能同時患

有好幾類的精神疾病，也就是「共病」的概念。下文謹非常簡單的介紹『精神疾病診斷準則手冊第五版』所列的二十類精神疾病，對於特定精神疾病讀者宜閱讀其它資料以獲得完整的資訊。

### 1. 神經發展障礙症 (neurodevelopmental disorders)

這類疾病發生於「大腦與神經發展」的階段，常常在學齡前就會表現出來，足以影響人際、社交、學業與職業功能。由於是大腦神經發展的問題，所以不同類型的神經發展障礙症時常一同出現。這一類疾病包括了智能不足（廣泛的心智功能缺損）、溝通障礙症（語言及溝通能力的問題）、自閉症類群障礙症（病人有持續的社會互動或社會溝通能力缺損，以及重覆且侷限的興趣與行為）、注意力不足／過動症類群（病人有注意力缺損、過動與衝動控制不佳）、學習障礙症（因特定的訊息接受與處理問題，反應於病人在學習特定領域能力的困難，例如閱讀、書寫或是數學）、動作障礙症（動作協調技巧不佳、過度的重覆動作或是抽搐症）。

## 2. 思覺失調類群和其它精神病症 (schizophrenia spectrum and other psychotic disorders)

這類疾病的病人有下列五個面向中一個以上的症狀：妄想、幻覺、胡言亂語、整體而言混亂或異常的行為，負性症狀（如減少情感表達、對於目的性活動缺少動機、語言減少等等）。這一大類的精神疾病依據症狀面向的多少、嚴重度與持續時間做區分。

## 3. 雙相情緒及其相關障礙症 (bipolar and related disorders)

雙相情緒障礙症就是一般所稱的躁鬱症。與單純的憂鬱症不同，雙相情緒障礙症的病人於憂鬱發作外，還會有躁症或輕躁症發作的情況。躁症發作的特色是情緒高昂、易怒、自尊膨脹、思緒飛躍、多話、睡眠需求減少、過多的目標導向活動，以及衝動魯莽的行為。依躁症發作與鬱症發作的嚴重度、頻率與持續時間區別不同類的雙相情緒障礙症。

## 4. 憂鬱症 (depressive disorders)

與雙相情緒障礙症不同，憂鬱症病人在病程中僅有憂

鬱發作而沒有躁症或輕躁症發作。憂鬱發作時，病人除了經驗持續的悲傷情緒與對事情失去興趣外，也有認知能力障礙與許多身體症狀，會顯著影響個人的功能。憂鬱發作時病人也常常會發現自己變得沒有耐心而且容易發脾氣，所以容易發脾氣並不代表患了「躁鬱症」。依鬱症發作的嚴重度、持續時間與可能的病因區別不同類的憂鬱症。

### 5. 焦慮症 (anxiety disorders)

各種焦慮症的核心症狀是過度的恐懼與焦慮，以及此情緒所伴隨的行為改變（例如過度的躲避反應）。恐懼與焦慮不同之處在於前者源自於眼前的威脅，而後者是擔心未來可能的威脅。雖然焦慮與害怕是正常的經驗，但焦慮症病人的情緒張力太強、持續時間太久，導致病人的痛苦與功能損害。焦慮症依所懼怕擔心對象的不同而分類，例如分離焦慮症、社交焦慮症與懼高症。

### 6. 強迫症及相關障礙症 (obsessive-compulsive and related disorders)

這類疾病的病人有強迫性的思考與強迫性的行為，也就是雖然明明知道這些想法與行為是不合理的，但這些想法就是會反覆出現在腦海，自己也無法抗拒不去做這些行

為。例如典型強迫症的強迫性洗手。相關的疾病還包括：儲物症與拔毛症。

## 7. 創傷及壓力相關障礙症 (trauma- and stressor-related disorder)

當經歷相當嚴重的創傷或壓力事件後，創傷及壓力相關障礙症的病人最明顯的症狀是對事情喪失興趣、憂鬱、憤怒與解離，而不僅僅是焦慮與害怕。包括孩童期的反應性依附障礙症、創傷後壓力症候群等等。這類疾病與焦慮症、強迫症與解離症有密切的關係。

## 8. 解離症 (dissociative disorders)

一般而言意識、記憶、個人身份、情緒、知覺、身體感覺、動作控制與行為等精神功能會一同運作且被良好的整合在一起，但當這個統合出現斷裂或不連續，就呈現出各式各樣的解離症狀。例如失現實感的經驗讓人覺得雖然身處某個環境，但環境經驗讓人覺得不真實或是自己與環境間是不連續的、有隔閡的。多重人格障礙症就是解離症中的解離性身份障礙症。



### 9. 身體症狀及相關障礙症 (somatic symptom and related disorders)

這類疾病的病人都有明顯的身體症狀，而他們對於身體症狀有許多不適當的反應，包括想法、感覺與行為，正是這些不適當的反應造成顯著痛苦並影響功能，而不僅僅是身體不舒服而已。部分病人的身體症狀無法以現有的醫學知識來解釋。

### 10. 餵食及飲食障礙症 (feeding and eating disorders)

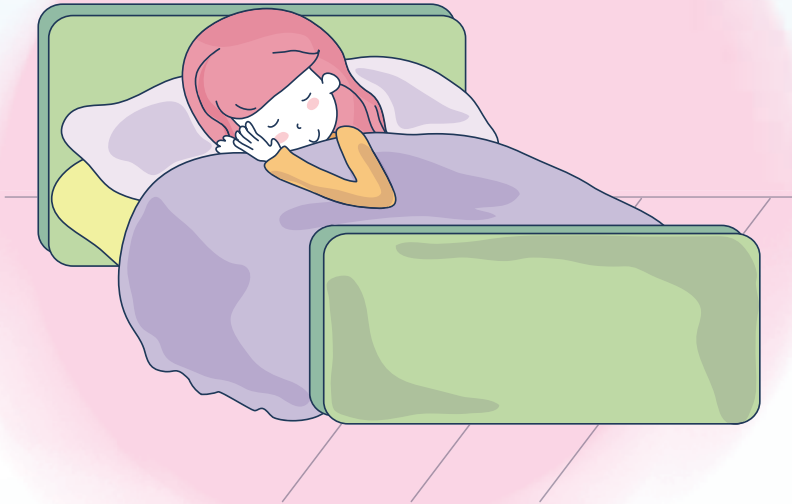
病人有持續的關於進食或進食相關行為的問題，影響到攝取食物及吸收營養，以至影響身體健康與心理社會功能。包括異食症、嗜食症、厭食症與暴食症等。

### 11. 排泄障礙症 (elimination disorders)

顧名思義，這類疾病的病人會一再的在不適當的地方解尿與排便，例如尿床、尿褲子、於地板上解便等。有些病人無法控制其解尿或排便，但有些則是故意的；常常始於孩童期或青春期。

## 12. 睡醒障礙症 (sleep-wake disorders)

這類疾病的病人有睡眠或維持清醒的問題。睡眠障礙可以是其它精神疾病的一個症狀、或受生理因素的影響，但睡眠本身也可能發生問題。猝睡症的病人會無法抗拒睡眠需求而在不應當睡著的時間突然陷入睡眠或小睡。



### 13. 性功能障礙 (sexual dysfunctions)

心理與生理狀態都會影響到性功能，病人在性行為的過程或是從性行為中獲得娛悅的感覺發生困難。

### 14. 性別不安 (gender dysphoria)

性別不安的病人其所經驗或展現出來的性別與指定性別有顯著不一致，而這個不一致帶來痛苦並影響到其社交、學業或其它重要領域的功能。「指定性別」指個人在最初是被指定為男性或是女性，通常是在一出生就被指定；例如根據外生殖器嬰兒被判斷是男生或是女生，並據此報戶口。

### 15. 侵擾行為、衝動控制及行為規範障礙症 (disruptive, impulse-control, and conduct disorders)

病人在對情緒與行為的自我控制有顯著困難，以致於在行為上會侵犯到他人的權利，或時常與社會常規或權威者發生抵觸衝突。依其困難以情緒控制或是行為控制為主做分類，有些病人僅對特定行為特別無法控制其衝動，例如病態縱火症。

## 16. 物質相關及成癮障礙症 (substance-related and addictive disorders)

「物質」是會作用於大腦並改變精神狀態的化合物。物質使用疾患的病人即使知道繼續使用某物質對其有很不利的影響，但仍然繼續使用，並出現相關的認知、行為與生理症狀。即使病人沒有繼續使用該物質，但大腦的某些迴路功能已發生變化，造成其對繼續使用該物質有強烈的渴望。個人在使用某些物質時，會因為物質本身的作用而出現精神疾病；或是在持續使用一斷時間後突然停用，出現戒斷症狀並造成精神疾病。

## 17. 認知類障礙症 (neurocognitive disorders)

這類疾病包括譫妄、認知障礙症（過去稱作失智症）與輕型認知障礙症，臨床上最核心的症狀為病人認知功能的改變，比其先前的水準顯著降低。

## 18. 人格障礙症 (personality disorders)

病人的人格（內在經驗與行為的持續模式）顯著偏離個人所處文化的期待，影響廣泛且沒有彈性，造成顯著痛苦與功能損害。所列的十種人格障礙症可以分為三群。A群

人格障礙症的病人常常讓人覺得古怪與行為乖僻。B群人格障礙症的病人讓人覺得戲劇化、情緒化與不穩定。C群人格障礙症的病人很容易感到緊張與害怕。

### 19. 性偏好症 (paraphilic disorders)

性偏好 (paraphilia) 指強烈且持續的對於非一般性器官刺激或正常人類伴侶的性的興趣。並非所有的性偏好都是疾病，只有在其導致個人顯著痛苦或功能減損，以及對它人造成或可能造成傷害時，才被稱為性偏好症。

### 20. 其它精神疾病 (other mental disorders)

## 三、醫師如何診斷精神疾病

「我朋友心情不好去看精神科門診。醫師花了三十分鐘詢問他最近與過去的情況，就診斷為雙相情緒障礙症的憂鬱發作，並且開立處方。為什麼醫師不用安排任何檢查就能做出診斷呢？」

疾病的診斷有賴於詳細的病史詢問與理學檢查。在以前沒有那麼多的檢查工具時，醫師僅依靠病史詢問與理學

檢查就已經能準確的判斷許多疾病了。大家一定都曾或是聽說家人朋友因為感冒去看病的經驗，醫師常常只是問問症狀、用聽診器聽一下呼吸音、用筆燈與壓舌板看一下喉嚨，就診斷是感冒（或稱上呼吸道感染），然後就處方開藥了。但在某些情況，實驗室檢查及影像檢查對診斷與安排治療是非常必需的。例如一個人告訴醫師他從三天前開始畏寒、發燒到攝氏 39 度、呼吸急促、咳嗽且帶黃色濃痰，醫師聽診發現右胸有濕囉音，X 光檢查顯示右下肺有實質化變化，那他可能是肺炎；至於是哪種細菌造成的感染則需要進一步的痰液與血液培養才會知道。此時醫師會先判斷可能是哪一類型的感染而投予對應的抗生素治療，幾天後再參考剛出來的培養報告決定維持或更換不同的抗生素。經過一系列的評估與檢查，最後的診斷可能是「金黃色葡萄球菌感染所致右下肺肺炎」，包含了致病因（病原菌）、病理機制（肺部感染）、受影響的器官組織（右下肺葉），而且細菌培養與抗生素敏感度測試可以幫忙醫師選出最適合的抗生素。

但要評估一個心情不好的人不容易了。首先，需要有一套可靠的方法可以「描述」這個人有哪些精神症狀，不像發燒這個症狀如此明確，心情不好到底有多不好？是一般的不好還是不正常的不好？要判斷其所呈現的其它精神

狀態是否為症狀，也會遇到同樣的問題。再者，大腦發生了什麼功能上的改變使得他的心情會如此不好？雖然有一些來自科學研究的解釋，但沒有辦法被個別化的應用在「這個人」身上。診斷精神疾病並不容易，這個困境主要來自於兩方面：第一，各種精神現象難以被定義與量化，對於精神現象的評估有賴醫師主觀的判斷；第二，即使腦科學的進展一日千里，精神疾病的病理機制大部分仍然未明，也缺少客觀的檢查工具能偵測這些病理變化。



過去有一段時間，精神疾病的分類基於精神分析學派對於人類心理機制的假設。這是一個頗吸引人的方式，因為是根據致病的機制來分類疾病；但我們其實無法清楚地知道精神疾病的致病機制是什麼，也無法驗證對人類心理機制的假設是正確的。所以近幾十年來，精神醫學家們開始以「現象」做為診斷的依據：這個人表現出來哪些符合定義的精神症狀、病程為何、對功能造成什麼影響。舉例來說，當一個年輕人呈現一個月以上顯著的聽幻覺與被害妄想，這些精神症狀嚴重到足以影響學業與人際關係，而且無法被其它精神疾病或身體疾病所解釋時，醫師會判斷可能罹患思覺失調症。這種取向避免了「病因推論」，實在因為我們還沒有足夠可靠的方法來判斷病因。純粹以醫師的現象學判斷做診斷仍然讓人質疑過於主觀、缺乏客觀測量、未考慮致病機轉。但在精神疾病機制未明，以及缺乏可靠檢查工具的前提下，以現象學診斷的方式至少可以讓不同的臨床醫師能有共通依據，能對同一位病人做出相同的診斷。而且研究已經顯示這種現象學診斷方法可以良好地預測病人的病程、治療反應與預後，在臨床上很有用處。目前臨床家與科學家們仍然持續研究精神疾病，一些客觀的「生物學標誌」如實驗室檢查或腦影像檢查已被應用於診斷某些精神疾病，例如認知障礙症（過去稱為失智



症)。相信在不久的將來，客觀檢查在精神疾病的診斷會扮演重要角色。但至少現在，診斷還是大部分有賴病史詢問與精神狀態檢查。

醫學上所謂的精神狀態檢查，是透過會談與行為觀察，以描述性與系統性的方式評估個案的精神狀態，包括意識、注意力、外觀、態度、情緒、語言、行為、思考過程與內容、知覺、認知功能、驅力和身體症狀等層面。當精神出現問題時，往往不只一種精神功能受影響，所以要从精神狀態的全貌來判斷。以憂鬱症為例，病人不只表現出憂鬱和焦慮的情緒，其注意力可能難持續、言談與行動速度也會受影響，有許多與自責和無助無望感相關的思考內容，可能反覆想到死亡與自殺，在驅力方面會有食慾和睡眠的改變等等。可以想見，被憂鬱症所苦的人，其生活與日常功能會發生許多困難。

以下介紹一般精神科醫師診斷精神疾病的方法。首先，精神科醫師會透過問診與精神狀態檢查，判斷病人表現出哪些精神病理（症狀），以及症狀的持續時間和症狀對功能的影響。接著在鑑別診斷的部分，會特別鑑別這些症狀是否由於身體疾病或精神作用物質（例如安非他命）所致，在這個階段可能會安排必要的血液檢查、影像檢查或尿液藥物篩檢。最後，會根據嚴謹的「精神疾病診斷準

則」做診斷。目前常用的診斷準則為由美國精神醫學會發行的『精神疾病診斷準則手冊』或是世界衛生組織公布的『國際疾病分類標準第十版』中的精神疾病診斷準則。這裡以一位個案為例，很簡單的說明精神科醫師如何診斷精神疾病。

『這是一位十九歲的男性，個性溫和保守，一年前開始舉止愈來愈古怪。有時候會很生氣地和同學抱怨有人故意害他掉東西，有時又很開心的坐在椅子上發笑。他逐漸地沉浸於自閉式的想法中，說出來的話沒有邏輯。成績和人際關係一落千丈。在與精神科醫師的會談時，他表示一直聽到有人在評論他的一舉一動。他相信警察系統一直在監視他，甚至在他牙齒上裝了 GPS 定位系統。他覺得沒有任何隱私，因為別人都能知道他在想些什麼事情。』根據以上資訊，醫師認為他可能患有思覺失調症（schizophrenia）。若要根據『精神疾病診斷準則手冊第五版』思覺失調症的診斷標準來做診斷：

(1) 個案的精神病理需要有有幻覺、妄想、胡言亂語、混亂或僵直的行為、或負性症狀等五大類症狀的兩項以上，而且至少在前三類中有一項。這些症狀若未經治療必需持續超過一個月。

(2) 除了上述活躍期的症狀外，若包含前驅期或殘餘期

症狀，病程前後超過六個月。

- (3)受疾病影響以致主要生活領域功能受損。
- (4)以上表現，無法以其它精神疾病做更好的解釋。
- (5)以上困擾，非起因於精神作用物質（如安非他命）或另一種身體疾病的生理效應。
- (6)若個案本身有自閉症或兒童期發生的溝通障礙症，則需表現至少一個月的幻覺或妄想。

這位十九歲的個案很明顯的有妄想、胡言亂語與混亂行為，時間已經一年以上了，影響到他的成績與人際關係；同時他沒有明顯的其它精神疾病的表現，兒童期也沒有異狀，至此已經滿足診斷準則的前四項與第六項了。第五項是排除條件，也就是診斷精神疾病前要很保守的確認精神症狀不是因為物質濫用或身體疾病所造成，為了這個目的醫師可能會安排相關檢驗，例如尿液毒物篩檢、頭部影像學檢查。由此可知，精神疾病的診斷最重要的還是根據病人所呈現的症狀、其症狀是否持續足夠長的時間且造成功能缺損，以及排除其它的致病因素。

可是精神疾病隨著病程會表現出不同的症狀；有時候醫師需要數個月甚至數年的時間，才能真正確診一位個案是患了哪種精神疾病。例如一個憂鬱發作的病人被診斷為重鬱症，但十幾年後突然出現一次躁症發作，這時醫師才

知道原來他是雙相情緒障礙症的病人，而不是單純的憂鬱症。

精神醫學的進展非常快。隨著科學證據的累積，精神疾病的診斷方法在可預見的將來會不斷進步。

#### 四、精神疾病與生物精神醫學

「精神是大腦功能的展現，精神疾病是大腦的疾病。生物精神醫學的發展引領人們瞭解大腦、這個高度複雜精細而且位於堅固顱骨中難以企及的器官。慢慢揭開覆蓋著大腦的層層面紗，精神疾病不再神秘，精神疾病不再無法治療。」

生物精神醫學是一門以「生物學」為基礎去瞭解精神疾病的成因與治療的學問。一個人的精神狀態，受到天生氣質、後天教養、成長經驗、家庭關係、人格特質、生活壓力，與社會環境的互動等諸多心理—社會因素所影響，這些因素也都在精神疾病的發生與治療扮演重要角色。雖然從很早以前人們就瞭解精神疾病與大腦功能息息相關，但受限於研究工具以及缺少有效的生物學治療方式，生物精神醫學要到最近半個世紀才很始蓬勃發展。

在 1950 年代，chlorpromazine 這個藥物被開發出

來作為一種抗組織胺，但很快的人們發現這個藥竟然能有治療嚴重精神病的效果！其效果不只是鎮靜而已，對於行為症狀、思考病狀與幻覺都有顯著的療效。進一步的科學家們發現 chlorpromazine 的療效來自於其作用在大腦多巴胺接受器上的效果。這是精神醫學、生物精神醫學與精神藥理學發展的轉捩點。在開始談論生物精神醫學時，得先瞭解一些關於大腦的知識。

大腦是一個中樞神經器官，由數量超過十億的神經細胞、與無數的神經纖維與神經膠細胞構成，位於顱骨之中，有豐沛的血流供應大腦運作所需的養份。大腦可分為外層的皮質與內層的白質；皮質是神經細胞的細胞體座落的地方，而白質則由神經細胞的纖維所組成。大腦皮質可以依型態與組織結構被分為許多區域，從前認為每區各司其職、有不同的功能。現在認為大腦的功能性單位更為精細複雜，要由細胞或甚至是分子的層次去瞭解才行，但簡單來說所有的精神與心智活動都源自於腦中的神經訊號傳遞。

外界的訊息會經由周邊神經傳遞到大腦的神經細胞，大腦的神經細胞也能自發性的產生活動。活化的神經細胞能藉由長長的神經纖維將訊號傳遞給下一個神經細胞，一個接一個，訊號在功能性迴路傳遞然後表現出精神反應。就像當電腦接收來自鍵盤或滑鼠的指令後，先在主機中經

過若干運算，然後才輸出為螢幕上的訊息。大腦的神經迴路是一套完整的電信號與化學通路，訊號在神經纖維中是以電信號的型式傳遞，電訊號到了神經纖維末梢會使得神經傳導物質被釋放出來作用再下一個神經細胞的接受器（化學通路），使得訊號可以繼續下去。不同的神經細胞會釋放不同的神經傳導物質，有些神經傳導物質與接受器的組合能興奮下個神經細胞產生反應，有些則是抑制作用。目前許多的藥物是藉由調節特定的神經傳導物質—接受器功能，而發揮治療精神疾病的功用。血清素、多巴胺、正腎上腺素、麩胺酸與 $\gamma$ -胺基丁酸都是廣為人知的神經傳導物質。例如「血清素再回收抑制劑」就是藉由抑制對血清素的清除而達到增強血清素的作用，可以用來治療憂鬱症與焦慮症。

既然精神疾病是大腦的疾病，那大腦究竟是有了什麼樣的病理變化以致於精神疾病的發生呢？這是科學家們一直在努力研究的題目，迄今我們也已經瞭解部分精神疾病的成因並且不斷有新的治療方式被發展出來，可是離真正瞭解精神疾病的大腦病理仍有一段很長的距離。以下僅簡單介紹精神疾病不同的生物學病因，希望讀者瞭解為什麼精神疾病要以醫學與科學的方法審慎去研究。

**1. 精神疾病與遺傳物質息息相關：**許多精神疾病有家族群

聚的現象，也就是若親屬有人患某種精神疾病，那自己生病的機會比一般人要高，而這個現象並不只是因為有共同的生活環境而已。例如思覺失調症在一般人的盛行率約為百分之零點五至百分之一左右，但同卵雙生的手足若其中一人患有思覺失調症，則另一人發病的機會高達百分之四十以上；領養研究更進一步發現即使這對雙胞胎手足在不同的環境由不同的人養育長大，只要一人患有思覺失調症，其手足生病的機會仍然是那麼高。雖然基因大部分的決定了一個人未來是否會得到思覺失調症，但環境因素仍然會影響疾病是否發生，概略來說遺傳因素對生病與否佔有百分之六十五至百分之八十的決定因素，其它則受環境因素影響。雖然精神疾病與遺傳高度相關，但不是說一個人生病與否是父母親的責任、或是父母親的基因不好。雖然思覺失調症的遺傳因素很重要，但臨床上大部分的病人並沒有這個疾病的家族史，他們的父母親也往往沒有生病。這是因為精神疾病是「複雜遺傳的疾病」，不是單一基因的問題，而是數十個以上的基因交互作用以致。所以精神疾病不是遵循孟德爾遺傳的疾病，而是父母親傳給下一代的遺傳物質的隨機組合，恰好增加了孩子患病的機會。

**2. 環境因素也是促成精神疾病發生的重要原因：**除了遺傳

物質外，常常還要再加上環境因素的影響才會造成精神疾病的發生；但有些環境因素本身即足以造成精神疾病的發生，例如慢性鉛中毒所致的智能不足。這裡的環境因素泛指遺傳因素以外的變因，例如懷孕期或周產期的問題（母親濫用酒精或某些藥物、胎兒感染、早產、低出生體重、周產期併發症等等）、幼年與成長期不好的心理社會經驗、特定的感染、不當使用精神作用物質（例如大麻與安非它命）等等。這些環境因素都會影響大腦的發育與功能，但是如何影響仍有待科學家進一步的研究。

3. **神經發展與神經退化**：出生後大腦仍然持續的發育，最近的研究顯示這個發育過程可以持續到三十歲左右。當神經發展的過程出問題，即有可能導致精神疾病的發生；早發型的精神疾病，例如自閉症類群、特定學習障礙、注意力不足／過動症，與思覺失調症，都與神經發展的問題有關。以思覺失調症為例，腦影像學研究發現病人平均而言，側腦室體積較大、大腦皮質與白質的體積都顯著減少，尤其是在特定腦區；不只是體積減小，大腦不同區域間的神經聯結也有顯著改變。除了神經發展外，大腦病態性的退化也會導致精神疾病的發生，例如認知障礙症（失智症）就是大腦退化性的疾病，不同原因造成的神經退化會造成不同種類的認知障礙症，例如中



風與血管型認知障礙症、類澱粉沉積與阿滋海默症。

- 4. 神經傳導物質功能發生問題：**如前所述，許多藥物是透過調節特定的神經傳導物質—接受器功能，而發揮治療精神疾病的功用。以思覺失調症為例，在大腦紋狀體多巴胺 D2 接受器功能太強與幻覺和妄想的產生有關，這是因為多巴胺神經細胞釋放太多的多巴胺作用在 D2 接受器上面的緣故。抗精神病藥（用來治療思覺失調症的藥）具有拮抗 D2 接受器的作用，能有效改善病人的幻覺與妄想症狀。
- 5. 免疫系統與精神疾病：**這兩者間的關係對臨床醫師來說並不陌生。許多自體免疫疾病如紅斑性狼瘡與橋本氏甲狀腺炎，都有機會導致精神疾病；嚴重的感染與發炎也會影響精神狀態。許多精神疾病也被發現病人體內與免疫相關的細胞激素有不平衡的情況。除了大腦本身的發炎反應外，周邊的免疫反應也會影響到中樞神經系統。2015 年美國維吉尼亞大學的研究人員證實淋巴系統竟然也存在於大腦，顯示免疫系統與精神疾病有更密切的關聯。
- 6. 除了前面幾點外，還有許多生物學因素與精神疾病有關，例如營養狀態。缺少維生素 B12 或葉酸可能導致認知障礙症（失智症）；脂肪酸組成不平衡會影響到神經**

細胞膜功能，使大腦神經傳導異常，因而與某些精神疾病相關。荷爾蒙的失調也會造成精神狀態的改變，例如甲狀腺功能亢進使人焦慮不安、而甲狀腺功能不足使人感到疲倦提不起勁，時間久了甚至影響認知功能。許多作用於大腦的精神作用物質，都會對精神狀態造成影響，不只是如海洛因、安非他命、K 他命等管制藥品，長期不當的飲酒也會造成各式各樣的精神疾病，例如憂鬱症、酒精性聽幻覺與失智症。

## 五、精神疾病的治療方式與原則

「我被診斷是憂鬱症，醫師建議我開始吃抗憂鬱的藥。我得在家照顧生病的太太、家裡沒有人有辦法工作賺錢、房屋貸款也壓得我喘不過氣來，我是因為這麼多的壓力心情才會這麼不好。一顆抗憂鬱藥怎麼可能幫我解決這些問題，讓心情好起來呢？」

既然生病了，那該如何治療呢？在醫學昌明的時代，生病時我們不再求神問卜希望以超自然的力量讓身體痊癒，而是尋求醫療專業的協助。隨著全民健康保險讓有需要的人都能很容易地獲得必要的醫療，大家對於看門診、

做檢查、吃藥、打針以及手術這些醫療過程都很熟悉。伴隨而來的，卻有時輕忽了鍛鍊與保養身體健康的重要性。許多疾病如一般感冒，好起來的關鍵是依靠自己的免疫力，藥物只是減輕生病所帶來的不適而已。代謝症候群除了藥物治療外，病人本身良好的生活習慣以及飲食與體重控制，都是改善三高（高血壓、高血糖、高血脂）的重要事項。精神疾病與身體疾病當然很不一樣，但就某些角度而言治療原則是類似的。下一章會介紹保養精神健康的法門，這一章僅介紹臨床實務上各類型的治療方式，以及精神疾病的治療原則

精神疾病的治療有幾個重要原則。第一，是建立穩固的治療關係。精神疾病的治療過程中，病人需要向醫師毫無保留地陳述他非常個人的人生與生病經驗，醫師需要根據病人的陳述與表現做判斷；一個療程往往需要數個星期甚至數個月的時間，考驗病人與醫師的耐心。病人與醫師的相互信任與密切合作是邁向成功的基礎。第二，是避免立即的危害。在精神病症狀嚴重到影響現實感時、情緒太過低落或強烈時，病人或有傷害自己或是他人的風險。此時安全是第一要務，全日住院治療與積極的藥物治療可能是有必要的。第三，精神疾病有許多治療型式，包括藥物治療、其它生物學治療、心理治療、職能治療等等，視疾

病類型與病人需要而定。對於某些精神疾病而言，藥物治療是最主要且必要的治療方式。需要病人與醫師充分討論以擬定符合個人狀況的治療計畫。第四，治療有時需要家屬與重要他人的參與。由於病史與精神狀態表現是診斷精神疾病的重要資訊，來自身邊的人的訊息常常可以補足病人個人的陳述，特別是某些精神疾病會影響到病人對自己及環境的判斷。另外，家屬與重要他人也可以提供情緒上的支持，以及避免成為病人難以承受的壓力來源。第五，許多精神疾病是慢性病，需要長時間治療；治療有時候僅能改善部分症狀。病人需要學習如何與疾病相處共存，找到生活的目標，無礙自己積極地扮演日常生活中的各種社會角色。

精神疾病的治療方式可以分為四大類：藥物治療、生物學治療、心理治療，以及復健治療。以下扼要介紹各種治療型式。

## 1. 藥物治療

精神藥物的發現是件劃時代的大事。很早以前人們即認識到某些嚴重精神疾病的存在，但沒有有效的方法能夠治療它們。所以許多嚴重精神疾病的病人終年受苦於症狀，生活品質與功能低落，必需長期住在機構中而無法回到社區。當科學家們在 1950 年代發現 chlorpromazine

有治療思覺失調症的效用，並且根據藥物的藥理性質瞭解到多巴胺 D2 接受器功能過強在疾病扮演的角色後，愈來愈多能有效治療思覺失調症的藥物被開發出來。同樣在 1950 年代，在瞭解到神經傳導物質失調對精神疾病的影響後，科學家們試著開發能調解不同神經傳導物質平衡的藥物，於是 imipramine 被合成並發現能有效治療憂鬱症。接下來數十年的時間，其它種類的抗憂鬱藥物紛紛問世，它們不只能有效治療憂鬱症，對於焦慮症、強迫症、衝動控制障礙，以及其它的精神症狀都有廣泛的效果。雖然精神藥物的療效很好，但並不是藥到病除。在適當的劑量下，常常需要二周以上的時間，抗憂鬱藥、抗精神病藥與情緒穩定劑才能開始發揮作用；而且需要再持續服藥一段時間，症狀才能逐步減輕。



雖然療效很好，大眾對於服用精神藥物仍有許多顧慮與成見。最常見的擔心是「吃藥會不會上癮」。臨床上，鎮定安眠藥物與某些用來治療注意力不足／過動症的藥物的確有成癮的風險，需要遵循醫師處方切勿自行調藥。其它類的精神藥物大多不具成癮性。另一個也很常見的擔心是「吃藥會有許多副作用，會傷害身體」，這些擔心都是合理的，但要避免因為過度或不合實際的擔心，而拒絕對自己有幫助的藥物。病人需要與醫師詳細的討論可能的副作用、發生的機會（許多副作用發生的機率很低）、一段時間後身體是否就能耐受該副作用，以及替代的治療方式。審慎評估藥物治療的益處及風險後，並確認治療益處高於可能的風險，就可以合理的謹慎的開始藥物治療。於定期繼續門診追蹤時，醫師經確認沒有不良副作用，就更可安心的藥物治療了。

即使藥物很有效，還是得瞭解「有沒有非藥物治療方法」以及「藥物治療是否為必要的」。藥物的角色隨精神疾病種類不同而異，有些疾病的核心症狀可以經由藥物治療改善。有些精神疾病無法以藥物治療，但是藥物能改善其部分的症狀，例如路易氏體失智症的視幻覺可以用抗精神病藥改善，但其核心的認知症狀則無法以藥物治療。有些精神疾病則不適用藥物治療，例如學習障礙。經過眾多

的流行病學研究及臨床試驗後，科學家們認為抗精神病藥對於治療思覺失調症非常重要，而且無法以其它型式的治療取代。精神藥物也對雙相性情緒障礙症與憂鬱症的治療和預防復發有重要角色。其它如焦慮症、強迫症、創傷及壓力相關障礙症、注意力不足／過動症等等，藥物都能有效地改善症狀。

### 2. 其它生物學治療

除了藥物治療外，還有一些生物學療法可以直接改善大腦功能，以達治療精神疾病的效果。在精神藥物問世前，科學家們即開始嘗試不同方式的生物性療法，這些嘗試在今日大部分已經被揚棄了，電痙攣治療是少數被持續使用的治療方式。電痙攣治療利用穿過頭皮的電流刺激大腦，誘發癲癇反應，以達到治療精神疾病的效果。一般而言，電痙攣治療對鬱症、躁症發作、僵直狀態、思覺失調症效果都很好，尤其是對藥物治療反應不佳的頑固型鬱症，電痙攣治療仍能緩解憂鬱症狀。電痙攣治療誘發癲癇是一種較為侵入性的治療方式，但如果能在開刀房以靜脈全身麻醉、注射肌肉鬆弛藥，並監控生命徵象，且其治療用的電流是由特定儀器調整過且控制得宜的直流電，電痙攣治療仍具有相當的安全性。但以全民健康保險對電痙攣治療的給付額，並不足夠開刀房及麻醉的費用。考量到直

接刺激大腦的方式能治療精神疾病，較不侵入性而且安全性更佳的方法逐漸被發展出來，包括穿顱磁刺激術與跨顱直流電刺激。前者是利用磁生電的原理，藉由外界磁場的改變誘發大腦內的電流反應；而後者則是直接對大腦通以低能量的直流電，其電量遠低於電痙攣治療，目的不在誘發癲癇。初步研究顯示這兩種方式都極具臨床應用潛力，國內尚未核准使用這兩種方式治療精神疾病。其它還有光照治療（應用於季節性憂鬱症與某些睡眠疾患）、迷走神經刺激術、睡眠剝奪等生物學治療模式。

### 3. 心理治療

心理治療有許多種型式，其理論根據與操作方式都很不相同，以人數區分可以有個人心理治療、伴侶治療（或家族治療）以及團體治療。以理論根據區分，有以問題解決為導向的短期心理治療、有長期的精神分析，也有認知行為治療、人際心理治療、正念療法、遊戲治療、生理回饋、催眠治療等，還有許多心理治療沒有在這個清單中。這裡不介紹各種心理治療的異同，僅簡述心理治療在精神疾病的治療中的定位。就名稱上而言，心理治療似乎對應著精神疾病，許多人認為精神的疾病本來就該以心理治療來改善。某些疾病的確如此，例如人格疾患或性偏好症，長時間的心理治療才能讓個性的改變逐漸發生。某些疾



病，例如急性期的思覺失調症，病人的現實感已顯著受損，心理治療就不容易發生效果。但對大部分的情況，正式的心理治療、或是應用心理治療的方法，都能協助改善病情。焦慮症的病人不只需要藥物治療，認知行為治療常常也非常有效。對於輕度的憂鬱症，美國精神醫學會的治療指引建議藥物或是心理治療都可以考慮；但到了病情中度以上的憂鬱症，藥物治療成為必要的方法，心理治療則扮演輔助角色。

### 4. 心理社會治療與復健

對於嚴重的精神疾病病人，精神疾病會損害其社會能力與工作能力，使其無法獨立於社區生活。心理社會治療與復健旨在協助病人學習照顧自己的方法、熟練社交技巧、培養問題解決的能力，並提供職業功能復健。治療的場域包括醫院、門診、社區心理衛生中心、日間病房或康復之家，視病人目前的能力決定其接受哪些類型之心理社會治療與復健最恰當而有效。

回到這章一開頭的片段。憂鬱症不只讓人心情不好，也會影響注意力、記憶力、對事情的動機感以及身體機能，顯著降低病人的整體功能；不但無法處理壓力，對壓力也會更敏感，形成惡性循環。吃藥的確無法變一個人正在面臨的壓力事件，但是當抗憂鬱藥物能改善他的情緒狀

態、抗壓性、認知功能以及睡眠食慾後，他就能有效率地安排生活，想出方法處理所面臨的壓力，進一步掙脫現實的困境。即使壓力仍讓他時不時的心情低落，藥物治療讓他重拾解決問題的能力；甚至在治療過程中，經由簡單的諮商與心理治療，以及家屬的關心參與，他能比以前更有方法去因應壓力。

## 六、正向的態度：幫助自己、親友與他人

「無助感充斥著這個家庭，不只是憂鬱症病人本人的感受。為什麼我們這麼努力地鼓勵與陪伴，他卻都開心不起來呢？」

經過前面幾個章節的介紹，相信讀者已經對於精神疾病有相當認識了。但是罹患精神疾病到底是什麼樣的感覺呢？憂鬱症病人感受到的憂鬱，與一般的心情不好有什麼不一樣？思覺失調症病人說一直聽到許多聲音在批評他，大家都知道這不可能是真的，是聽幻覺，但為什麼他總是相信這些是真正存在的聲音？沒有親身經歷過一定無法想像精神疾病如何影響一個人。既然不瞭解，那我們要怎麼幫助他們呢？答案就是「同理心」。「同理心」與「同情

心」不同，同理心指設身處地的站在對方的立場去體會其經驗、情緒與思緒，然後從他的角度去思考與判斷。同理心讓我們能夠神入病人所經驗的世界、瞭解他的困難與苦處、發掘他的需求，於是我們就知道如何有效地提供幫助。當能同理憂鬱症的情緒經驗時，就知道為什麼出門走走也是那麼困難的事情，於是可以釋懷自己努力想帶他出門運動卻總是被拒絕的無力感。藉由不帶價值判斷的傾聽、想像與接近對方的經驗、與細細體察同理過程中油然而生的情緒，同理的能力是可以被訓練的。同理是幫助精神疾病病人的第一步，也是最重要的一步。許多時候只要適當的同理，病人即會感覺被瞭解、被支持、自己不再孤單，於是正面的能量湧現，希望開始萌芽。

在能同理他人之前，必須先瞭解自己。同理心奠基於體悟精神現象與自我覺察的能力，若無法明辨自己的內在狀態，在同理的過程中將無從秉除主觀批判並站在對方的立場。現代人每天忙碌地過日子，像個陀螺轉呀轉的，外面的事情就處理不完了，似乎少有機會停下來反觀自我、關心自己。請熟悉自己的情緒、掌控自己的行為、理解自己的思緒、認識自己的生物驅力。方法很簡單，就是常常問自己「為什麼」。為什麼今天我選了比較貴的餐廳，而不是像平常一樣拉張板凳在麵店坐了下來？為什麼剛剛我能

這麼輕鬆地與主管說話，平時的緊張去哪裡了？為什麼昨天晚上睡得這麼不好？為什麼剛剛與路人眼神短暫的交會，心情就愉悅了起來？當然了，許多時候這些「為什麼」是沒有清楚的答案的，但藉由反思可以更瞭解自己，並且對自己精神狀態更能有所體會與瞭解。在這個過程中理性思考是一個非常重要的元素。許多的「為什麼」是如此天馬行空，就像情緒有時流動地如此無跡可循；理性思考讓我們有所憑藉地理解現在的自己，在未來困惑迷罔時不會忘記自己的根本、自己原來的樣貌。也才能在患了精神疾病的時候，在失控的精神狀態中藉理性思考找回自我，成為復原的基石。

除了理性思考與認識自己外，良好的精神健康也是日後如果得到精神疾病時康復的本錢。我們都知道平時要保養身體健康，多運動、規律作息與避免不良習慣，這樣就比較不會生病，而且就算生病也可以比較快好起來。不只是身體的健康，我們也需要方法來維持精神的健康，也就是精神健康之道。財團法人精神健康基金會董事長胡海國教授提出六個層面的精神健康之道，也就是精神健康的做法：保養頭腦、免於煩惱、豐富自我、善用壓力、堆疊幸福，優築生命。首先是保養好頭腦，讓我們的腦力維持最佳狀況。腦力就是腦功能處理、應付、解決外在事界或內

在心境對個體自我要求的能力，包括對人、事、物種種問題的瞭解、分析、反應與評估能力，及對壓力的耐受力與持久力。「壓力大於腦力」引起腦負荷量過重，是精神疾病之基本病理，所以其次要努力學習一些心理調適的方法，以免於令人煩惱的場景。同時要能汲取當中的經驗，豐富自我，滋長腦力。第四要善用生活中的種種壓力，第五是懂得透過每天生活中各種酸、甜、苦、辣、澀、鹹的考驗與歷練，去堆疊我們生命中幸福的品質，進而從事優築生命的生活建設工程，以向上提昇精神健康。具體的實踐方法請參考精神健康基金會 (<http://www.brainlohas.org/>) 出版的各式刊物。



最後，回到本章的標題，也就是正向的態度，這在幫助自己、家人與他人面對精神疾病時是不可或缺的要素。不同於一般身體疾病，精神疾病直接影響個人的精神狀態並造成失能，這個過程未知而難以控制，漫長而不知終點為何。我們需要也應該持有信心與希望，在自己的努力與他人的幫助下，必能走過低潮迎向美好的未來。可是精神疾病常常帶來負面情緒，讓人專注在負面訊息，如何在這種情況下保持正面的態度著實不易。這時請依循平時所鍛練出的理性思考的能力，必能幫助自己撥雲見日，找到方向。對於家屬來說，除了對生病的親人給予支持與灌注希望外，也要關心照顧好自己。雖然投入許多心力希望讓親人趕快從精神疾病中康復，但是緩慢的改善甚或是惡化，不只讓病人疲憊，也讓照顧者灰心，負面情緒也會相互感染。家屬與親友也需要持有信心與希望。並不是自己做得不對或不夠好，也不是病人不聽勸不努力。我們需要認識精神疾病的本質並且同理病人的生病經驗，藉由精神醫療專業的協助，或參與精神疾病病人家屬團體（例如：康復之友協會等），互相學習與關懷。縱使或有顛簸，正向的態度讓人走遠走穩，一同前行。如果身邊的人精神狀態不佳或患有精神疾病，請以同理心理解他所發生的事情，這會指引自己如何提供協助。有時候您會無法瞭解他是遭遇

了什麼困難、陷於什麼樣的困境，甚至有時候他會造成您的困擾，請以接納與包容的態度與他相處，對他對自己都會很有幫助。這個經驗也能豐富自我，堆疊來自助人的正面情緒，優築自己的生命。

### 七、關於精神疾病的迷思

醫師：「你怎麼睡不好這麼久了，才來看精神科？」。

病人：「如果鄰居知道我去看精神科，他們一定會認為我瘋了，會不敢接近我。我以後沒有辦法做人，家人也會因此蒙羞。要不是已經一整個月沒有睡好了，我今天還真不會來看門診。坐在候診區，我覺得自己好像很不正常。醫師，我是不是真的瘋了？」

由於對精神疾病不熟悉，加上少數案例被廣為報導，所以社會上對精神疾病存在諸多偏見與歧視。於是精神疾病被污名化，病人被貼上許多負面的標籤。病人除了面對自己的精神疾病外，還必須掙扎地適應這不友善的環境，就像是被慢性霸凌一般。這不但對病人非常不公平，而且對於康復是很大的阻礙。就像上一段所舉的例子，病人不敢就醫、就醫時也得躲躲藏藏。有時甚至會內化外界給他

貼上的標籤，認為自己可能真的那麼不好。

這一章只談論五個常見的對於精神疾病的迷思，還有太多的誤解沒有辦法被一一討論。就像要改變社會風氣與提升公民素養、為精神疾病去污名化不是一蹴可成的。期望讀者能抱持開放與同理的態度去瞭解精神疾病，如此許多的錯誤標籤即使不經解釋也能被一眼看穿，逐漸形成對精神疾病病人友善的社會環境。

### **迷思一：精神疾病就是神經病、精神疾病病人是瘋子。**

一般人所稱的「神經病」或是「瘋子」係指行為怪思、想法荒誕，總總行徑處事與現實脫節的人。這是屬於精神疾病中比較嚴重的一種狀況，也就是「精神病」（psychosis）或精神病性狀態（psychotic state）。這裡所說「比較嚴重」是就症狀的類型而言，也就是這些症狀的腦功能障礙會影響到病人的現實感；但並不意味狀況比較差或病情很嚴重。一般人會覺得無法理解那些現實脫節的言行舉止，但是可以或多或少理解憂鬱症的憂鬱、焦慮症的焦慮、創創後壓力症候群病人為什麼一直反覆做同樣的惡夢。

請注意「精神疾病」與「精神病」雖只一字之差，但意義很不同。精神疾病包含各式各樣的腦功能障礙導致的精神病理現象，精神病只是其中的一種類別。如果到精神



科的門診走一遭，會發現大部分候診區的病人看起來都與自己沒什麼不同，與自己印象中的「瘋子」很不一樣。另外，許多有「精神病」的病人經過治療，其症狀與功能可以改善很多，外在表現上也不讓人覺得他們有什麼不同。另外，「神經病」與「瘋子」這兩個辭彙已根深蒂固的被貼上許多負面標籤，所以宜避免使用這些名辭。

### **迷思二：精神疾病病人很危險，是不定時炸彈。**

人因為未知而恐懼。當精神病病人呈現出與現實脫節的想法與行為，身邊的人自然會感到不安與害怕，但這並不代表病人是危險的。另一方面，有些病人在病況不佳時情緒不穩易怒，也會有較衝動與攻擊性的行為。再加上的確有病人因為特別的精神病症狀而傷害自己或它人，經傳播媒體強調渲染，難免在大眾心目中型塑「精神疾病病人很危險」的刻板印象。這當然是錯誤的。

第一，大部分重大刑案的犯人不是精神疾病病人，或是其所患精神疾病與其犯行沒有明顯的關係。第二，某些精神疾病在急性期時，會有傷害自己、自殺、或是傷人的意念；但一般經過治療都能有顯著改善。所以若能營造友善的環境，協助急性期病人接受必要的精神醫療，則可以大幅降低風險。再者，隨著精神醫療的進步與普及，大部分精神疾病病人病情都屬穩定，甚至已達緩解的階段，與

你我並無不同。

### **迷思三：精神疾病是自制力或意志力不夠的問題。**

某些人會偏頗地認為精神疾病病人是敗德的。常常會聽到有人試著開導或教訓精神疾病病人：「你就想開一點，不要那麼緊張」、「那些聲音只是幻覺而已，不要被牽著走」、「你一定是個性太脆弱才会有想自殺的念頭，堅強一點」。請試著以同理心感受，就可以知道這些看似簡單的事情對精神疾病病人來說有多麼困難。如果有困難去同理其處境，可以換個方式想：「能做到早就做了，還需要別人教嗎？實在是因為生病的緣故。而且自制力與意志力也會受到精神疾病的影響，更加深病人自己走出來的困難」。再來，得到精神疾病與品德沒有關係，就如身體疾病一般，每個人都有機會得到感冒。在精神疾病的影響下，病人有時會因判斷能力受損或衝動控制障礙而發生不當的行為，但這不代表他本身的道德低落。

### **迷思四：精神疾病病人工作能力比較不好，或是沒有工作能力。**

精神疾病的確會顯著影響工作能力，就如世界衛生組織預測憂鬱症在未來將會是造成人類失能最重要的原因。但是各種精神疾病不盡然一定會影響到工作能力，例如恐慌症病人在病情穩定或是沒有恐慌發作時，其功能並不會

較發病前差，所以只要想办法避免恐慌發作他還是能勝任職場挑戰。另外，當病人病情緩解時，其能力有時是可以完全復原的。或即使沒有完全復原，經由仔細挑選適合他能力的工作，仍然是可以表現得很好。所以，請勿以一個人是精神疾病病人，而概括的認為他能力一定比較差，而在職場上有所歧視。

**迷思五：精神疾病的藥不能隨便吃，吃了會被藥控制、會需要吃一輩子。**

部分的人對西藥還是有許多成見：吃西藥副作用很多、很傷身體。對精神科藥物當然會有更多的成見：吃藥會上癮、戒不掉；藥會讓自己變笨，大腦被控制住等等。大部分的精神藥物是沒有成癮性的，具成癮性的鎮定安眠藥若能和專科精神科醫師合作，接受醫師指示服藥，謹慎使用，成癮風險會減少許多。某些精神疾病像高血壓與糖尿病同樣是慢性病，需要長期服藥治療，這是因病情的需要，才必須長期服藥，而不代表因為吃藥的緣故，所以變成得吃一輩子。精神疾病影響大腦，常伴隨認知症狀與身體不適的感覺；有些病人認為是吃了藥讓自己變笨，以及有很多副作用讓身體不舒服，但這些其實是疾病本身的症狀，好好治療反而可以獲得改善。

有的精神藥物是需要每天規律服用方能發揮其最大的

效果，例如抗憂鬱藥物、抗精神疾藥物與情緒穩定劑。請鼓勵自己與它人不要因為成見影響服藥的規律性，而影響到藥物的療效。

## 八、結語

二十一世紀是腦科學的世紀。精神疾病是大腦的疾病，可以想見精神醫學的進展將會日新月異。我們會更瞭解精神疾病的本質，新的治療方式將會被接連發展出來。隨著精神醫學進步，這本手冊的部分內容會需要被更新與改寫，尤其是關於精神疾病的分類、診斷方法、生物精神醫學，以及精神疾病的治療。不會改變的，是以瞭解取代污名化精神疾病的客觀態度，是從同理心出發去關懷與幫助精神疾病病人的方法。

如果您是病人，希望這本手冊能讓您認識精神疾病、接納自己生病的事實，並且找到方法克服之或與之共存。如果您是家屬，希望這本手冊能讓您與病人共同生活時知道如何提供協助，不再感到無力。如果您是一般大眾，希望這本手冊能讓您成為社會中支持精神疾病病人的力量。

## 認識精神疾病

---

發行人：蔣丙煌

總策劃：陳快樂

著者：衛生福利部委託國立臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部編製

策劃群：張雍敏、鄭淑心、賴淑玲、傅悅娟、張景瑞  
侯育銘、郭約瑟、張君威、鄧惠文、陳嘉新  
紀雪雲、黃雅文、連玉如、連盈如、吳其妍

執行編輯：胡海國、林奕廷

出版單位：衛生福利部

地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電話：(02)8590-6666

網址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：2015 年 6 月

版次：第一版第一刷

I S B N：9789860454130

G P N：1010401141