

「有了正確的診斷，才有正確的治療」，是醫學界一條金科玉律。

看似簡單，其實複雜得多！

有人比喻診斷為一個偵查過程：從蛛絲馬跡追查病理、病源。也有人比喻診斷為拼圖，把看來大同小異、又沒有意思的小塊，結合成一幅完整的圖畫。事實上，視診斷為一個過程，比較接近事實。

以急症室的經驗為例。病人肚子痛得要命、腹部摸來像一塊硬板、發燒、血壓下降。我們可診視之為「急性腹」，可是他究竟患上腹膜炎，或是胃潰瘍穿了、或是大腸癌被弄破了、或是創傷性內出血？這統統不能確診。我們可要忍耐一些無知，唯一的決定是他需要一個緊急的處理、密切的照料。我們需要為病人作靜脈輸送，穩定血壓，抽血化驗。在等待報告同時，更可能需要使用抗生素，或者外科手術等治療。診斷仍未確實，但摸著石頭還是要過河！

先進的醫療科技可以大大減低無知的焦慮及風險。例如病人可以立刻接受一些掃描的檢查，看有沒有腹部積水，或大腸瘀塞，甚至腫瘤。然而，最終的診斷還是要有待病理報告、細菌培植結果等。

要快、要準，是我們對診斷的要求。然而，相對於身體的疾病，精神醫學診斷——對精神狀態、情緒、思想、行為背後的病理、病源的定案——距離這些標準更遠。

要減低期望的落差，我們必須看一看精神科診斷的一些本質。

首先，精神科診斷，諸如恐慌症、重鬱疾、精神分裂、妄想症等，都屬於描述性的症狀組合，診斷本身並未對疾病背後的成因作出解釋。研究人員用了很多精

力、時間，累積了多年的經驗，釐定了某些症狀組合的條件，要符合這些條件才可判斷該疾病。例如：重鬱的病人不單要有憂鬱心情，或對事物失去興趣或喜樂；還要有列舉的九項症狀中的五項，加上其嚴重性是導致重大個人的痛苦或損害他在社會、職業等功能，還要持續超過二週；並且非因一般的身體疾病、或藥物等因素而產生，亦非僅為哀慟親友離世，才符合重鬱發作的斷症準則。(按美國精神科學會出版之診斷及統計手冊等第四版 DSM-IV)這些準則既協助醫療或研究人員達致診斷的一致性，有助事業溝通及研究，亦可避免一些正常的情緒反應(如哀慟)，被誤診為重鬱症。然而，這診斷本身，仍然只是症狀組合的描述而矣。

引申而及，我們對一位受助者的了解，不能、亦不應停留於診斷。例如一個人突然感到心悸、出汗、發抖、窒息、胸痛、頭暈、害怕自己會猝死，類似的經驗在短期內已經發生了很多次，每次出現都很突然，並且急轉直下，在不出十分鐘之內，他已經感到像無法支撐下去，要急忙求救。他的症狀可被診斷為恐慌發作。如果他沒有可解釋之生理因素(如藥物或甲狀腺亢進等)，沒有其他精神病症，又沒有其他畏懼的表現，他可被診斷為「未伴隨懼曠症之恐慌性疾病」。然而，十個同被如此診斷的病人，卻可能有十個不同的誘因。有人可能在事業上出現了很大的危機，有人可能面對一些重大的取捨，有人似乎找不著誘因，後來才醒起父親就是在這年紀心臟病突發去世，也有人性格畏縮卻要面對重大改變。

有見及此，醫學界亦引用了一套多軸性的診斷模式，藉以能更全面了解及評估病人的狀況。第一軸是我們一般視為診斷的疾患，第二軸是人格及智能的描述，第三軸是相關或不相關的身體疾患，第四軸是心理社會及環境的問題，第五軸是功能的評估。

要完成對病人的評估，作出診斷往往並非一蹴即至。有時醫生要像急診般對病人所呈現的問題作出判斷。例如：一個二十出頭的少女，突發地出現思緒混亂，語無倫次，究竟她是患上狂躁症、類精神分裂的疾狀，屬於歇斯底里般的解離性疾

患、抑或是腦疾？醫療的技術如驗血、腦電圖、腦掃描等，可以幫助我們斷定一些身體的疾病：偶爾地上述的病人可能患上了紅斑狼瘡，但大部份的情況卻要等待事態的發展。此刻，醫生的對症下藥，往往是對「症狀」，而不是對「確診」。精神的錯亂、停不了的思想，或是多天都未曾入睡，都需要用藥物先控制下來。當病人回到較現實的狀態，我們才能進一步了解她當時，或事前的經歷。當然病人家屬提供的資料對斷症也很有幫助，然而她內心的世界，當時的感受卻是別人難以揣測的。

在急性的病患中斷症，需要格外小心謹慎。慢性的疾患，因已經有了一段時間，病徵比較明確，病情的進展，是否有起有伏，是否有後遺現象，是否導致性格及行為的變化等資料，可有助我們作一個更精準的診斷，再者，慢性的病患者已經病了一段時間，對診斷的要求也不這麼著急，可以先建立好治療的關係，慢慢了解病人，才確定病症，了解誘因。急性病症，往往因資料不足，病情未完全顯露，較易「誤判」，最好還是以「臨時診斷」觀之，待日後一步一步澄清作實。

「誤診」確是病人或家屬對精神科診斷的一大恐懼，但問題在於對精神病診斷的標籤恐懼，多於懼怕治療上的出錯。正如上述，用藥可以是對「症狀」而不是對「診斷」，但是背負著「精神分裂」之診斷卻非同小可。經驗中就有一些人因為這診斷放棄了學業、或者不敢成家立室。背後當然是對「精神分裂」的誤解，以為無可救藥，或者不能自我照顧等。其實「精神分裂」的診斷亦是症狀組合，有人預後較好，有人預後較差，需要長期觀察，分析遺傳因素、家庭關係、性格傾向、社會支持、功能狀況、病識感、治療反應、是否有後遺疾狀及復發歷史等，在這些評估過程中，亦要了解病人的反應及感受，作出回應，目的是協助他對於自己的狀況有合符現實的掌握，而不只是接受一個標籤，才能減少他們的恐懼，甚至抗拒。

當然，「誤診」也有另一面，就是不能作出應有診斷。這也往往基於病人對「被診斷」，「被標籤」的恐懼，使他們傾向否認病徵及接受治療，使一些明明可以

醫治、或者最低限度可以受控制而不致惡化的情況，得不到適切的治療，真是可惜！這往往亦累得家人日夜擔心，憂慮成疾。

最後，作為一個小結，我們認為診斷是一個過程。作為醫學的進路，診斷有其重要的價值，亦有其危險性。診斷不應只是一個標籤，亦不應被視為無上權威。以目前的認知程度，精神科的診斷只是症狀組合的描述，有助醫護人員溝通，亦有助我們

對精神、思想、行為、情感的病態有更深入的研究及理解。在面對受助者的申訴時，最重要還是明白他的困擾，協助他了解問題所在，讓他更全面地、更準確地掌握自己的現況，實事求是的解決問題。所以，診斷的結果，不是一個名稱，而是一幅圖畫；診斷不可能是寥寥數字的定案，而必須是多角度、全方位的了解。

日期：2008-01-31