

全人治療常常提及身、心、社、靈。身、心、靈方面我們都談過不少，精神健康的社會性部分又該如何理解？…… 本文嘗試從幾個角度探討人際、社會與精神健康的緊密關係，希望大家對精神健康的問題有另一面的了解。

全人治療常常提及身、心、社、靈。身、心、靈方面我們都談過不少，精神健康的社會性部分又該如何理解？一般精神健康教育觸及的，是如何讓康復者重返社區及回復他的工作能力、人際網絡等，這些都是康復服務的重點。可是，也曾發生不少社區人士強烈反對某些康復設施（如中途宿舍）在該社區設立的事件，可見大眾對精神病的理解仍然十分片面，對精神病人也存着偏見。究其原因，可能是因為有關精神病的資訊及教育不足，更有可能是這方面的教育過分偏向醫學角度，忽略了人本精神。例如：當我們強調精神病只不過是疾病的一種，正如身體其他疾病一樣，要「病向淺中醫」時，接收這訊息的人卻會不以為意，認為這訊息與自己無關，因為「我根本沒有病」。本文嘗試從幾個角度探討人際、社會與精神健康的緊密關係，希望大家對精神健康的問題有另一面的了解。

精神病是社會性的疾病

正如名言『人不是島』（No man is an island entire of itself, John Donne, Meditation XVII, 1624），沒有人是自我完備，不需要別人的。

精神病可能有別於其他的疾病，在於精神病涉及人的情緒、思想、行為，而且無論從成因或結果看，我們的精神狀態都與我們的處境息息相關，我們不可能不影響別人，別人也不可能不影響我們。對環境的刺激，我們很難置身事外，從個人經驗看，大家也不難認同人生很大部分的壓力來源是來自與別人的關係，而且，關係愈密切，傷害也可能愈深。這樣的理解，不是要為自己的問題找一個諸如「這都是社會的錯，與我無關」等卸責藉口，人總要為自己的事負責任，也沒有

人能替你背自己的十字架，反而，我們要想到我會怎樣影響別人，從而做一個負責任的人。

人的個人行為，有時會影響到社會，個人的自由與責任，社會對個人可以實施的制約，甚麼情況下因社會的需要而要對個人的自由作出甚麼程度的規限等等，都不是容易處理的問題。我們的社會在這方面有沒有足夠的討論？實在值得反思。

人的大腦組織是社會性的一個基本的事實，就是人是社會性動物。近代腦神經學研究指出，在我們的身體器官中，大腦是唯一在出生之後才大幅發展的器官，這正是因為大腦神經突觸的聯繫，是因應神經系統所受的刺激而產生，並作為記憶的一部分。此外，研究指在脊椎動物中，一般來說，大腦的體積與身體皮膚表面面積成正比，反映大腦神經與表皮神經末梢及肌肉組織的相關比例，但是，人類大腦的體積與表皮面積的比例卻大得多，神經學家稱之為 encephalization 現象，顯示人類大腦的運作多於單純的神經反射，而是與人際互動有密切關係。人類大腦的發展向度，很大程度上是用於了解別人，建立溝通，產生人際互動。這大腦成長的向度，稱為社會性大腦理論（social brain hypothesis）。

在嬰孩成長初期，照顧者對他的關注及作出適切的回應（attunement），對健康的社會性大腦發展，包括建立信任、安全感、自尊及自我價值等有關鍵的作用，而這些互動的典型對他日後如何與他人建立關係，是否能適切的與人交往、建立親密及信任關係等都有重大影響。當然，影響到個人成長與人際關係的因素還有很多，可以說，在我們一生之中所有大大小小的經驗，都有可能塑造我們的大腦神經連結，從而影響到我們的精神健康狀況。所以，精神健康與我們身處的環境，特別是人與人的互動，關係密切，這正是精神健康的社會性基礎。

精神困擾的經驗是普及性的

另一個基本的事實是沒有人會沒有精神困擾。精神受困，可以是短暫的、自癒的，也可以是長期的、需要別人協助才能走出困境。但是，畢竟，傷心的人會流眼淚，

極度傷痛的人會痛不欲生，這是人類的共同經驗。我會較喜歡用「受傷」來形容身受精神困擾的人士，好比喻為有些人的骨骼較為脆弱，容易折斷，但是，無論你的骨頭多硬，遇到重擊，也不能避免受傷。如果我們能這樣看待「精神病人」，相信更能產生同理心，更能釋出同情（compassion）。

從同理心出發，我們可以較少需要分割式的防衛：「精神病是精神病人才有的，這不是我的問題」。你可能沒有留意，分割其實是標籤的第一步，接着就是污名化，其實無須話別人「精神分裂」才是污名化，簡單至「精神病！」或甚至「你有病呀？」這些說話，已足以令人感到被厭惡，感到被歧視。重要的是，偏見很多時是雙向的，當人感到被標籤時，他也會轉過來標籤你，認為你是施壓者、是迫害他或不相信他的人。

或許你會有這疑問：對情緒的焦慮、抑鬱，你可以產生共鳴，但是，較重性的精神症狀，如妄想、幻覺、自言自語等也是人人都會有的普及經驗嗎？對！重點是處境。人在陌生環境、高度焦慮及警覺的狀態常常會疑神疑鬼；自信心不足時，人常常會感到別人留心自己，甚至會認為他們在指指點點；在長期的孤單獨處中，人會自言自語；在喪親初期，有很大部分的人都會幻覺看見已離世的親人；一個在英國的研究指出喪偶者中有百分之十三的人曾經聽到逝者對他們說話。這些都是常見及可以理解的，但是，我也想指出，可以理解不等同可以忽視這些症狀的重要性。焦慮、過度警覺、對人對己缺乏信任等表現，可能反映出更深的潛在問題，是以佛洛伊德曾經說：「精神病是讓我們了解潛意識的皇道」，值得深思。另一方面，症狀也可能反映大腦神經介質分泌失調，甚至大腦器質性病變等，更不容忽視。

現代心理治療師，相互主體論 (Intersubjectivity theory) 的倡導者之一 George E. Atwood 教授，在他的著作 *The Abyss of Madness* (筆者在此譯作《精神失常的深淵》) 的序言中指出，「那些我們看為精神失常的人，簡單來說，都是常人，他們的生活軌跡，或許也和我們的相似，可否如此說：所謂精神病，也許是我們

生靈的寫照，只是他們來的更為激烈及清晰？…無論那些徵狀如何難以理解，它們都是源於人本處境的人本事件。」我認為他的分析很值得我們深思，從人本的角度看精神問題，才能更徹底的解決對精神病人存有的偏見。

「去疾病化」是好是壞？

近月，有朋友介紹了一部書給我，叫『殘疾資歷——香港精神障礙者文集』。當中作者們談及他們自身在精神困擾及尋求協助中的一些經歷，並認為精神障礙應該「去疾病化」云云。在閱讀這本誠意之作時，我不禁想知道的，是作者們在「去疾病化」後，生活是過得好了？還是壞了？或者是差不多？

一方面，我絕對認同不要標籤別人、標籤自己。所以，如果「去疾病化」能夠令當事人生活得更好，實在亦無不可。但是，「去疾病化」往往成為「去醫藥化」的代號。如果我們對精神病的認知可以超越醫學模式，不一定以診斷先行，把診斷留作醫學研究的編碼，而是從真正了解當事人入手，協助他處理所面對的困難，明白所謂疾病也有身體、心理、社會、靈性的成因，需要各方面的調適，當中也可以考慮適量藥物的好處，那麼，是否「去疾病化」就不太重要了。

在「去疾病化」的過程中，我們也應當留意親朋及社會因着當事人的困難而承受的痛苦。在臨床經驗中，很多不願意接受治療的朋友，只是因為懼怕診斷所帶來的標籤效應，卻拒絕所有協助的途徑，結果，家人，因着血濃於水的關連，為當事人極其憂心，付出極大的代價。

除此之外，與精神狀態不穩相關的不幸事件，無論是「情傷」導致自殺，煤氣爆炸殃及池魚；或是「精神錯亂」導致暴力行為，幻覺指使傷及無辜，都是一件都嫌多的。平心而論，人因為這些不幸的事件而對精神病患者作出「非我」的排拒，是可以理解的。標籤的一個作用就是說：「他是他，我是我。」但也正因如此，當我也受精神困擾時，我就反而因為這標籤而諱疾忌醫，造成延誤。

想像一個沒有偏見的社會，診斷不會帶來標籤作用，不會引起歧視，在精神困擾中的人是否會更願意尋求治療？

請不要迴避

人人都有成為精神病人的可能。如果在人本精神下可以消除一切的標籤作用，受精神困擾的當事人自己要為自己的情況作出選擇，為自己是否接受及接受何種介入作出決定，社會能否提供更多非藥物的治療選擇？如果他選擇過他的生活，待在家中，或者經濟上不能自給自足，需要使用社會的資源，社會是否願意承擔？如果有一天我的失常會導致危害自己或他人，我願意不願意為他人的好處接受（即使是強制性的，因我已沒有能力為自己作出決定）治療？如果有一天我都可能要住進精神病院，我可以住進一所比現有更好的精神病院嗎？為此，我們願意付出更多代價嗎？這些都是社會性的問題，需要由此角度作出思考及討論。

日期：2015-12-31