

要為疾病找尋治療，我們必須先對這疾病的性質有所界定。舉例說，我們常常聽到一些有心人想勸服他的朋友或親戚去看精神科醫生，他們會說：「怕甚麼？精神病就像感冒吧，吃了藥便沒事了。」如果用這比喻說明精神病的普遍性，或者是不能幸免的，也不是人可以完全控制的事情，這倒可以，但是，病人會從經驗中反駁，精神病真的不如感冒般簡單！

### 引言

要為疾病找尋治療，我們必須先對這疾病的性質有所界定。舉例說，我們常常聽到一些有心人想勸服他的朋友或親戚去看精神科醫生，他們會說：「怕甚麼？精神病就像感冒吧，吃了藥便沒事了。」如果用這比喻說明精神病的普遍性，或者是不能幸免的，也不是人可以完全控制的事情，這倒可以，但是，病人會從經驗中反駁，精神病真的不如感冒般簡單！

在往下討論之前，我也想提出另一個「整合」的基本概念：AND——同時、也是、都要、並存……「整合」內涵事實的不同部分、不同角度，並不互相排斥。

不少病人會問：「我的情緒問題是心理還是精神的問題？」我會答：「都是。」

「我這麼抑鬱，是腦部的血清素不足還是壓力引起的？」答：「同時，也是互為因果的。」「吃藥好還是做心理治療好？」答：「如果可以，何不雙管齊下？」

### 精神病是一種功能受損的狀態

很多病人都怕跟別人談及自己的情緒問題。有些抑鬱的病人談到他們的親身經驗，說寧可患上癌症，也不願患上抑鬱症，因為患癌的可以跟別人說，人也看到

他的病狀，會給予支持，稱他為抗癌勇士；但精神問題不能跟人說，別人也未必看得出，還會以為你假裝或無病呻吟。

精神病沒有發燒、骨折、潰瘍、紅腫等可見的症狀，但是，它對人生活所帶來的損害，卻非常嚴重，例如惶惶不可終日、神不守舍、退縮、自困家中、精神不能集中、拿不定主意、連日常生活都可能難以自理等等，其對人產生的折磨，實在是痛苦的。

另一方面，其實很多所謂精神病徵，在某程度上是人共同的經驗，例如：我們在陌生的環境中會變得緊張及多疑；我們的自覺高升時，會感到別人老是在觀察自己；在哀傷期間我們可能會見到已離世的親友，或者聽見他說話；在連續數十小時沒有間斷的工作後，我們的判斷力會減弱，更難控制情緒及衝動等。不過，如果這些徵狀短暫或只在某些特定的環境中發生，我們可不必判別為精神病的表現。那究竟甚麼時候才算是患病？很大程度上要看這些表現是否過度，令到自己的生活功能受損，或別人因我們的表現而有所損害（例如在家庭關係中對配偶或子女產生張力）。

### **精神病是影響思維、情緒、行為等大腦功能的狀態**

精神科的問題，大都與思想、言行、情緒有關，有些人會問：「關於這些人生問題，為何要求教於精神科醫生？」有些基督徒也會這樣想：「有聖經作指引，我們何須心理學？」「現時的精神、心理學對人類行為的理解，是否真實，或只是人本主義的導向，叫人遠離上帝的國？」「為何不能單純地返回聖經，好好的悔改，立志行善？」又或者「看破執着是否就可以解決所有問題？」

人的思想、情感與行為的確是複雜的問題。我見過一些病人用了很多藥物，一些生理症狀是好轉了，例如：他可以好好睡覺，也可以享受一點好的食物；但是，他還是失去了生活的動力。也有些病人的情緒受到一些過去的事情影響，即使抑

鬱好了，還是不能快樂地生活，直至他真的放下了內心的憤恨。也有些人經過心理及藥物的幫助，能夠明白一些他以前不明白的心結，最終能做到一些先前做不到、不敢做、怕得要死的事。

醫學上，我們理解生理的結構，大腦皮層 (cerebral cortex) 有超過 100 億細胞，每一個細胞又與超過 50 個細胞有緊接的突觸 (synapse)，互相連結，腦部細胞之間的傳遞物質 (neurotransmitters) 複雜地影響着我們的記憶、思維，也指揮着我們的行為；可以說沒有這些結構，就沒有我們的「自我」意識，但是，這些生理的結構，怎樣使每一個人都有所不同？人的價值取向、選擇、意志、動力、愛惡、憐恤等等，是否完全受制於生理因素？可以用藥物控制？抑或是人要負責任的意志行為？都是。

近年的科學研究可說慢慢解開了這些謎團，簡單說，我們的大腦結構，細胞如何組織起他們的連結網絡，都受經驗支配，從小的成長經歷，以至生活的壓力與創傷，都影響到腦細胞的分泌及細胞連結的結構，從而產生徵狀，嚴重至困擾生活功能的情況便會被界定為精神病。然而，新的經驗也同樣可以改變一些網絡的結構及細胞分泌，正好說明為何心理治療及藥物治療都有效幫助人，並可以收到相輔相成的效果。

### **精神病既是造成痛楚的狀態，也是叫人尋求意義的狀態**

除了功能受損 (functional impairment) 外，個人感到苦楚 (subjective distress) 也是分辨精神徵狀是否應被視為疾病的另一個指標。痛苦是一個叫人醒覺的狀態。人在痛楚之中很難入睡，因為痛楚是與生俱來的危機訊號；痛苦也做成逃避及防衛的表現，有些防衛行為，如過分檢查家居安全、清潔，或倚賴、退縮等都會造成精神上的困擾。此外，痛苦也是人求助的動力，人必先感到痛苦才會想辦法去解決問題。

精神科處理的問題，往往涉及言行及其中的選擇、後果及責任，也涉及情感、失落、哀傷、苦難、恐懼、焦慮等情緒反應。我們也會想「為何」，想為我們的感覺尋找解釋或意義，也為生活的經驗尋找一些理解的參照，例如那些痛楚是否因為個人的抉擇或犯罪的結果。所以，精神問題也會引發對苦難的反思。（參本期譚日新先生「與哀哭的人同哭」一文。）

宣教士及精神科醫生 Marjory F. Foyle（傅美惠，2012）自述她如何在工場患上抑鬱而尋求治療，也講述她日後回想時，看到這經歷背後所隱藏的莫大祝福。要真誠的達到這結論，而不是理所當然地視所有苦難為隱藏的祝福，往往是要經過長期掙扎的。

### **精神病是一個會引發身分危機的標籤**

我們現時身處的香港社會，對身體的毛病與精神情緒的毛病，仍然存在兩種的標準。很多病人對精神病病徵很敏感，所以只會視軀體的不適，例如頭痛、心驚、手震等為求診的原因，拒絕接受任何與精神病扣上關係的可能，甚至亦因此拒絕由精神科醫生開出的病假證明（即使現時的私隱條例容許不公開所患何病）。精神病成了一個身分危機，這可說是標籤的魔咒。

標籤這現象在 60 年代起受到較大的關注，這是受到社會學家 Erving Goffman 所影響（Goffman, 1968）。他指出標籤是基於某些特徵被形象化及典型化，而這些被標籤的特質往往令人感到丟臉及尊嚴受損。他指出，在云云被標籤的特質之中，精神病的標籤是最為跨越時代、歷史及文化背景的。研究指出，標籤為精神病人帶來無數的不利影響，包括不平等的機會、自信心及自尊受損、生活質素下降、不遵循治療建議等。我們可能都在所認識的朋友、會友中目睹過，也感受過這些負面評價所帶來的影響，不過，我們往往會以為這些標籤只會影響到較嚴重（諸如精神分裂症）的患者。有研究報告比較精神分裂、抑鬱及癌症患者的標籤經驗，卻發覺抑鬱症病人與精神分裂病人所受到的標籤影響非常接近，都比癌

症患者所受到的標籤作用明顯較大 (Switaj, et al., 2011) , 可見社會上存在對精神病的偏見是普遍性的。研究也指出, 標籤的恐懼是求診行為的一大障礙 (Appleby, 1999) 。

### **精神病是一個籠統的觀念**

精神病是一個籠統的觀念, 它涵蓋多種性質的疾患, 由適應失調至精神分裂, 都被收進精神病的範疇, 想當然每種疾患都有不同的成因及病理, 但即使患者同樣是患上精神分裂症, 他們的情況也絕非是一模一樣的。有些患者有明顯的家族史, 遺傳的成分較高, 有些卻沒有; 有些在先進的素描檢查下有明顯的大腦萎縮, 有些並沒有; 有些有明顯的情緒表現, 有些就沒有; 有些對藥物反應奇好, 有些則沒收療效。所以, 我們對精神病人的了解及提供的治療也必須是個人化的。

### **精神病同時是一個可被理解的生理現象, 也是一個需被了解的人生歷程**

在精神醫學的進路上, 我們傾向分辨現象 (form) 及內涵 (content) 兩者。症狀的描述是現象, 例如焦慮引致的心跳、冒汗、坐立不安、失眠、頭痛、肌肉緊張等是現象; 「我好看嗎? 人家會批評我嗎?」等是焦慮的內容。當然, 世事也不是這麼簡單的, 例如在恐慌症中, 我們會有一些負面的思維, 諸如: 「我這一下會死了?」或者「我會發狂大叫麼?」這些非理性的思維很可能是焦慮的現象, 因為很大部分的恐慌症患者都有類似的思想, 但是也可以是焦慮的內容, 因為這思想或許反映了存在 (existential) 的恐懼。

正如前段所述, 很多精神病徵都會出現在日常生活中, 但卻不一定嚴重到以「患病」的角度給予一個診斷, 一切視乎對生活功能的影響程度。我這樣說, 不是認為那些徵狀無關重要, 相反, 那些徵狀絕對重要, 因為它們可能反映了壓力的狀態, 提醒我們在生活上要作出調節; 又例如出現恐慌的情緒表現也可能是身體的

警號，提醒我們反思當下的生活是否太忙了，要否需要調節一下我們的價值取向，或者改變生活的習慣等。

心理學家 Richard Bentall 在其著作 *Madness Explained* 中引述大量的研究及統計數據，指出所謂病徵（異常）與一般經驗（正常）之間往往是一條延續的線，不容易劃分，精神病的診斷也不應以絕對的歸類式（categorization）思維去處理。在日常的臨床工作中，我們可以保持開放、不太迷信診斷、減少武斷的態度，從理解徵狀到了解病人的人生故事，可以增加精神問題的可理解性。

## 結語

基於對精神病性質的理解，我們可以試圖建立一個整合治療的進路。以身、心、社、靈整全人性的角度進行診治，是較接近真相的：人不是一部機器，我們要以多角度理解人。醫學有其範圍及限制，也不是處理人生問題的唯一進路，但身體往往是身心表現的最終載體，醫學所掌握的資料及技術也大多數繫於可觀察及描述的狀況，也應以此為主線。在心理範疇中，醫生要明白成長及經驗對病徵形成的關鍵性，以及各種表態對治療關係的影響。在社會層面，病人的關係網絡及群體角色、康復程度、功能的復原，都需要關注。在靈性的層面，醫生就要從靈性的角度去了解病人，明白他對存在意義及苦難的掙扎，要警覺病人以屬靈化為阻擋治療的可能性，也要慎防利用醫生在病人心目中的特殊地位作出治療界線以外的影響。我相信醫生必須以團隊及合作的精神，從多角度了解及幫助求診者。