



基礎篇

沒有思覺失調人士，是人患有思覺失調症。

Elyn Saks

患有思覺失調的律師

多角度看待思覺失調是本書的一大特色。我們期待讀者從現代醫學、心理學和社會學角度去理解思覺失調的成因和療癒，在認識精神科醫生講解關於思覺失調的診斷、其常見的藥物和非藥物治療等基礎知識的同時，又可以拓闊視野，思考精神分析、認知行為、人本主義、系統家庭等不同心理學派對思覺失調心理成因的解釋。這些知識可幫助我們看到思覺失調所產生的生理、心理和社會因素。罹患思覺失調的起因不單單是個人性的，更是家庭性的和社會性的。同樣地，精神健康領域倡導的「復元」也不只是個人層面，而是延伸至家庭和社會層面的。套用後現代敘事實踐的信念，受思覺失調影響的人並不是問題，問題才是問題。套用Satire家庭治療的信念，罹患思覺失調不是問題，如何拆解才是問題。

第1章 概述

盧德臨

精神科專科醫生
葵涌醫院前行政總監

「思覺失調」雖然是香港一個比較新興的詞彙，但是與之相關的精神病患歷史卻是源遠流長。早在四千多年前的埃及，已經有關於精神病患的記載。歷史上亦有很多名人，包括文藝復興時期藝術家米高安哲羅、現代物理學之父牛頓、音樂之父貝多芬、印象派繪畫大師梵高、諾貝爾數學獎得主納殊……等等，都被認為或確診為思覺失調患者。19世紀初，德國精神病學家克雷丕林(Emil Kraepelin, 1855–1926)收集了大量精神病病人的臨床數據，分析後發現患者出現幻覺妄想，興奮躁動，有的情感淡漠，行為退縮，但到後期大都趨向痴呆，故提出「早發性痴呆(dementia praecox)」這疾病名稱。及後20世紀，瑞士精神病學家布魯勒(Eugen Bleuler, 1857–1938)以精神動力學角度分析有關病理現象，認為其本質是因病態思維引致人格分裂。他於1911年首次提出精神分裂症(schizophrenia)為疾病名稱，特性4A症狀包括思維聯想障礙(loosening of association)，情感淡漠(apathy)，矛盾意向(ambivalence)，內向性(autism)等。思覺失調指向一系列個人心理能力、邏輯思維、情感反應、現實識別及人際交流能力受損的症狀。當中可能包括精神分裂症、躁鬱病、器質性及物質(藥物)所引起的精神障礙，

甚或是一些未病先兆，回應身心壓力而產生的思想及感知覺失調等一系列症候。

由於世界各國對精神病患者存在社會歧視與偏見，導致患者與家庭被標籤。就診率和治療率低下，讓不少患者發展成慢性精神疾患。近年來國際上的學者提倡改變精神病尤其是精神分裂症的術語及名稱，如日本學者提出的「心緒失調」和香港大學學者提出的「思覺失調」就是兩例，希望能減少社會對患者的標籤，從而進一步縮短「未治期」，改善患者疾病方面的臨床參數，逐步消滅慢性症候。由於精神病患不像一般的身體疾病般可以用儀器量度，因此現代精神醫學建立了一種有系統的問診方法，以幫助醫護人員了解病人的情況，確診治療。除了作出確診判斷外，醫護人員亦需要了解思覺失調患者的社會家庭因素及心理因素，以制訂個人化的治療方案，幫助患者踏上復元路。

思覺失調的治療在過往一千多年一直演化。千百來年前，人們以為思覺失調是由惡魔引起的，因此通常都是使用巫術來治療精神病患。在最近一百多年，即使人們明白到精神病是腦部的病變，但基於腦部研究的困難，治療還是一籌莫展。直到1940年代，史上第一種治療思覺失調的藥物意外面世，從此改革了現代精神醫學，亦為精神病患者帶來第一度希望之光。直到今天，已經有數十種不同的抗思覺失調藥物可供使用，讓我們有更大的彈性利用不同藥物的特點去幫助病人。除了使用藥物外，在過去的二三十年間，林林總總的心理治療亦有所發展，讓我們可以從身心靈多方面去照顧康復者的不同需要。

除了照顧思覺失調的康復者外，支援他們的家屬亦是治療過程中的重要一環。畢竟，家人的照顧和關懷對於精神病康復者十分重要，偏偏這些重擔亦令康復者的家屬承受不少壓力。因此我們探討了以敘事治療的手法幫助思覺失調患者的家屬重塑他們自己生命的故事，藉以整合人生、整理情緒，幫助他們繼續陪伴患者走過康復的道路。

另外，近年醫院管理局、社會福利署和其他社區組織亦發展了不少支援思覺失調患者的服務，如個案復康支援計劃、朋輩支援工作員等。期望通過精神健康服務的不斷發展，對於思覺失調康復者的支援可以更加完善及個人化，讓他們及其家人都可以發揮所長，在不同的崗位上活出自己的一片天。

第2章 診斷與治療

盧韞妍

精神科專科醫生

盧慧芬

精神科專科醫生

精神醫學是現代醫學的其中一門專科，是以臨床知識和經驗為基礎，以精神病為主要治療對象的應用科學。精神科醫生要接受基礎醫學的教育及訓練，然後再接受精神醫學的專科培訓，才能成為精神科專科醫生。本章主要從精神科醫生的角度，分三個部分講解如何診斷思覺失調、思覺失調的藥物治療和非藥物治療。第一節「診斷思覺失調」會說明如何從問診會談、精神狀況評估、臨床身體檢查及其他檢驗去為案主作臨床診斷。第二節「藥物治療」則會解釋各類用於治療思覺失調藥物的藥理和作用。第三節「非藥物治療」則會探討心理治療、精神復康訓練及社區支援等非藥物治療的方法。

診斷思覺失調

雖然醫學研究已證實精神病（包括思覺失調）為腦部功能的病理存在，但到目前為止，大部分精神病的診斷仍是主要依靠臨床判斷，而身體檢查主要是為了排除一些可能導致類似精神問題的身體病變。在診斷病人時，精神科醫生會用問診會談的方式了解案主的情況及病歷，同時進行精神狀態評

估、臨床身體檢查及其他有需要的檢驗，以了解病情，並依據精神病患分類的規範作臨床診斷。

問診會談

精神科醫生會利用會談的方式了解案主的病情、主要問題、背景及心理狀態，以達到診斷的目的。問診會談的目的在於收集充足的資料，以作正確的精神醫學診斷。會談的方式主要可分為「主動詢問」及「自然談話」兩種。「主動詢問」是醫生按照所需資料主動提出問題，要求案主按照問題回答。這種會談有助醫生有系統地收集所需的資料，避免有遺漏，亦比較節省時間。不過案主可能只會簡單地回覆，使醫生未能得到詳細資料以作全盤性及有深度的了解。「自然談話」是讓案主因他所需而隨便談他想談的話題，從而讓案主在談話間透露自己內心的思想感覺。這種會談方式能收集較詳細資料，但所需時間較長。因此，醫生會就案主的個別情況選擇採用不同的會談方式，或在會談時按情況交替使用。

首先，醫生會詢問案主的病歷。病歷的內容包括案主身份、主要問題、現在病史、過去史及家族史。醫生亦會在案主同意下會見其家人、朋友或同事，以取得更全面的資料。

「案主身份」包括姓名、年齡、性別、職業、婚姻狀況、籍貫等，這些資料有助了解案主的身份和背景。「主要問題」是指病人來求診的原因，包括發生問題的時間。「現在病史」是指病情發生的經過及其前因後果：包括病人在什麼情況下發病？有沒有誘因？是急性或慢性發病？初期症狀如何？病情有否隨時間改變？有否好轉或惡化？曾否接受治療？等等。「過去史」是指案主自出生至病發前這段時間內，與目前病況有關的各種資料，包括：案主出生及成長的地方、在學期間表現及學業成績、就業情況、婚姻狀況、人際關係、病發前的性格、酒精及藥物使用習慣，以及其他疾病史，例如案主有沒有其他長期病患，如癲癇、腦中風或需要長期服用藥物等。「家

圖2.1 精神科醫生會利用會談的方式了解案主的病情



族史」包括家庭結構，例如家庭成員之年齡、性別、就業情況、家庭氣氛和家庭成員之間的關係，以及家族成員的病史，例如是否有家族成員患過精神病、有酗酒或濫用藥物的問題，以及是否有自殺或其他行為問題等。

精神狀況評估

在問診的同時，醫生會為案主作精神狀況評估。精神狀況評估是指醫生有系統地觀察及描述案主的精神狀態。醫生一開始接觸案主，就會開始觀察他，包括儀表、穿着、待人的態度、注意力、動作反應等。此外，醫生亦會觀察案主所表現的情感，例如憂鬱、焦慮、興奮、其他情緒反應等。最後，醫生還會留意案主的行為有否異樣，例如有沒有奇怪的動作。

在與案主談話期間，醫生會就其言語去判斷其智能程度、思考內容、思考方式及有沒有思考障礙。至於有些精神活動，例如幻覺、妄想、強迫意念及病識感，就要經過特別的詢問才能加以判斷。

圖2.2 思覺失調患者可能會出現幻覺



思覺失調患者常見的症狀有知覺障礙（disorder of perception）和思考障礙（thought disorder）。知覺障礙可分為：

- 錯覺（illusion）
- 幻覺（hallucination）
- 失真感（derealization）
- 自我感喪失（depersonalization）

「錯覺」是指感覺器官受到外界刺激（如看到影子），但腦部錯誤判斷從感覺器官傳來的訊息，以致產生不正確的結論，例如在晚上誤把窗外搖晃的樹影看成有人躲在那裏。思覺失調病人最常見的知覺障礙是「幻覺」。「幻覺」是指沒有外界刺激而中樞神經卻感受到刺激之存在，可分為聽幻覺、視幻覺、觸幻覺和嗅幻覺。「失真感」是指案主覺得四周環境不是真實的，如在夢境。「自我感喪失」是指案主覺得自己不是自己，是另一個人，連自己的情感也感覺不到，自己的身體也好像不屬於自己的。