

你得了 思覺失調症嗎？

請修正對精神分裂症的傳統認知

美國丹尼爾費雪醫師曾罹患思覺失調症，現已復元。他來台演講指出病人要重新與社會聯結，方能重獲新生。

——直以來，「精神分裂症」可能是精神醫學中最為人不解與害怕的慢性疾病。許多民眾不了解精神分裂症到底是什麼？是人格分裂、解離症，還是多重人格？就連有些非精神科的醫療人員都為此感到困惑。事實上，即使是最頂尖的精神醫學專家也很難用三言兩語將這個疾病解釋清楚。

文·圖／精神醫學部 醫師 谷大為



學術、大眾演講之外，亦安排費雪醫師遊覽中部山水，圖為王明鈺醫師與筆者接待費雪醫師至日月潭騎自行車環潭。



(由左而右) 本院鄭婉汝醫師、鄭若瑟顧問、台中市蔡炳坤副市長、費雪醫師、黃美娜局長及王明鈺醫師一起出席於台中市政府舉行的記者會。

別再叫錯了！

精神分裂症已正式更名為思覺失調症

台灣精神醫學會及中華民國康復之友聯盟今年宣布將精神分裂症（Schizophrenia）更名為「思覺失調症」，衛生福利部也於5月正式發函到各地衛生局轉醫療機構正式更名。

為什麼要更名？1995年，日本研究發現精神疾病康復者的回診率低，且中斷治療的比例高，主要導因於民眾對精神疾病名稱有誤解。因此，日本花了7年的時間推動更名，2002年成功地將精神疾病更名為「統合失調症」，而後續研究發現，更名之後確實改善了這類病人因為擔心被汙名化而錯過治療的問題，家屬的支持度也明顯提升。

台灣在台大胡海國教授、本院鄭若瑟顧問（前八里療養院院長）、成大楊延光教授以及許多民間與政府單位的努力下，2012年將Schizophrenia的中文名稱確定更改為「思覺失調症」，除了希望藉此反映Schizophrenia的兩大主要狀態：思考與知覺功能的失調，

「失調」二字也表示此病有「恢復的可能性」。

4月間，本院與台中市衛生局邀請美國前白宮醫療顧問、精神科醫師丹尼爾費雪（Daniel Fisher）來台中演講，費雪醫師正是思覺失調症的復元者，他的康復經驗也一直為人津津樂道。我有幸於今年通過國家翻譯檢定後，在他的演講中擔任逐步口譯人員，他在中部的行程也由我協助相關翻譯工作。費雪醫師帶來一個概念：思覺失調症是可能復元的，而且通往復元的道路可能不只一條。幾天的相處，帶給我很大的衝擊。

丹尼爾費雪醫師

一位曾罹患思覺失調症的精神科醫師

丹尼爾費雪醫師是誰呢？他是一位公開承認自己曾經罹患思覺失調症，並曾多次住進精神病院的精神科醫師。就他自己的說法，他在取得美國威斯康辛大學生化博士之

前，就像很多患者一樣，過度專注在某件事上面，因而斷絕了自己和社會、親友間的往來，長期獨來獨往的結果，造成他開始出現一些不太合理的想法，「正如同諾貝爾獎得主奈許一樣，堅信事物背後隱藏著神祕的訊息」。這樣的狀況越來越嚴重，最後讓他進了精神科急性病房。

費雪醫師表示，在幾次的急性住院中，是照顧他的醫師使他感到自己仍是有希望的，同時也思考「成為精神科醫師」的可能性。後來他考取華盛頓大學醫學系，畢業後進入哈佛大學精神科成為住院醫師，通過專科醫師考試後，在麻州從事社區精神醫學，擔任醫療主任12年，後來更因為他個人的經歷和貢獻，獲布希總統聘任為「總統精神衛生委員會」委員。

eCPR概念

病患要康復必須與社會重新產生連結

本院在鄭若瑟顧問的居中規劃下，除了和台中市政府、草屯療養院聯合舉辦了更名記者會之外，也成功地在4月30日下午，安排費雪醫師對大眾演講。這場演講是費雪醫師在屏東對台灣精神醫學春季年會的專業人士演講，對高雄長庚以及草屯療養院的病友、家屬、專業人士演講之外，來台後的第1場開放式演講。

在演講中，他詮釋過度專注帶來的孤立與去人性化，是引發症狀的起源，而那些「電視裡傳達給他訊息」，也就是精神科醫師所謂「關係妄想」的狀況，他詮釋為是孤立者想要和外界連結，但是連結錯誤的一種信號。從這個詮釋，他繼續講到他所推廣的「Emotional CPR」（Ecpr），CPR這3個

字母分別代表Connection、emPowerment和Revitalization，也就是重新產生連結、賦予病友權力、重新活化得到新生之意。

他認為重新產生連結或許是病患在康復過程中最重要的事。他特別強調，只有來自父母的愛與連結是不夠的，也需要朋友、同儕的協助與連結，「如果身邊的同儕、醫師，甚至家人不夠支持你，不如離開他們！」這麼說雖然聽起來有點無情，甚至未必實際，但在臨床上看到一些把病人丟進醫院就「落跑」的家屬，我有時候也會覺得「難怪這個病人總是不斷需要住院！」



費雪醫師與草屯療養院的職能治療師們合影，費雪醫師認為他們透過治療活動所展現的「人性」本身就像是輔具一般，可以幫助病人走向康復。





演講結束後的晚宴，費雪醫師與本院鄭若瑟顧問、蘇冠賓主任、黃介良主任等人相談甚歡。

人性就是輔具

職能治療師可幫助患者學習人際互動

我從屏東到台中連續參加了3場費雪醫師的演講（一部分原因是因為要在台中擔任翻譯，怕譯得不到位，所以多聽幾場，預做準備），每一場都有人問他「是否還有在服藥？」他一貫的回答是，他沒吃藥已經三十多年了，不過鼓勵患者還是要吃藥，因為吃藥是基礎，藥物像是地基，但是地基上面的房子的是自己蓋的。也有很多人問他「是不是反對精神科？」他則一再強調，他是精神科醫師，也開立抗精神病藥物，他絕不反對精神科，但是他反對「壞的精神科療法」。

基本上，費雪醫師的論述相當著重「人」和「社會」，雖然他也開立藥物，但是他相信藥物只能改善症狀，要走向康復，需要重新與社會產生連結。也因為這樣的概念，費雪醫師認為「職能治療師」是精神科

病房裡最重要的一種職類，也可以說，在病房裡，職能治療師本身的「人性」就是一種輔具，透過他們，患者得以重新學習與人的互動、建立關係、習得能力，最後回歸社會。

病名更改之後

思覺失調症患者會覺得未來仍有希望

因為接待費雪醫師這樣難得的機會，我得以私底下請問他一些問題，透過這些問題，可以發現在精神醫學之外，費雪醫師本人其實和一般具有責任感的知識分子並無不同。有時候在車上，他會告訴我一些美國的歷史、政治、他喜歡的球隊、他的過去，以及他對精神科醫療演進的看法。我發現，基本上他對於「純粹物質」的治療相當反感，或許這也是為什麼有的人（誤）認為他反對精神醫學。

透過費雪醫師，我大量閱讀了精神醫學中與「康復」相關的文獻，意外發現這樣的概念其實從80年代就已展開，而近年來對於思覺失調究竟「會不會好」，也和當年Emil Kraepelin所謂的「早發性癡呆（Dementia Praecox）」，亦即青年時期一旦發病就會相當快速地走向癡呆，這樣的概念有很大的不同。

美國精神衛生總署（National Institute of Mental Health，NIMH）署長Thomas Insel醫師曾在部落格上公開表示，或許思覺失調是一個有多種可能病程的疾病，這個疾病確實有太多還待理解的問題，更名「失調」，讓病人感到有「調整回來」的希望，減少汙名化應該是讓病程朝正向發展的第一步。

DSM-5思覺失調症診斷標準

（僅節錄部分重點供參考，若有類似症狀，建議至精神科、身心科門診接受評估、治療）

- A. 在1個月內（若曾接受治療，時間可能少於1個月）顯著出現以下2項（或更多項）症狀，其中至少有1項必須是A1、A2和／或A3：
1. 妄想
 2. 幻覺
 3. 胡言亂語，如：說話經常離題或不連貫。
 4. 行為混亂或僵直症
 5. 負性症狀，即缺乏情緒表現或做事缺乏動機
- B. 發作以來，大部分時間在1項或多項領域的功能比未發作前顯著降低，如工作、人際關係或自我照顧（若為孩童或青少年，則可能無法達到一般水準的人際、學業功能或工作表現）。
- C. 症狀至少持續6個月，在這6個月期間至少有1個月（若曾接受治療，時間可能少於1個月）符合診斷標準A（指活躍期的症狀，包括前驅或殘餘症狀。在前驅或殘餘症狀期間，可能只表現負性症狀或2項或更多項列在診斷標準A的弱化形式症狀（如：怪異的信念、不尋常的感覺經驗）。

參考資料

1. 美國精神衛生總署署長Thomas Insel醫師的部落格及其在TED的公開演講<http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml>、https://www.ted.com/talks/thomas_insel_toward_a_new_understanding_of_mental_illness
2. 費雪醫師參與更名記者會新聞資料文字：<http://news.ltn.com.tw/news/local/paper/775207/print>、影片：http://web.pts.org.tw/php/news/view_pda.php?TB=NEWS_V2&NEENO=267920
3. 台灣精神醫學會「精神疾病診斷及統計手冊第5版通訊」：DSM-5中思覺失調症診斷標準的改變。http://www.sop.org.tw/Dsm5/Folder/2013_03/003.pdf