

# 精神分裂症的辨證論治之道

曾佩舒

## 前言

現代醫學發達，對於精神分裂病發生的正確原因仍然無法清楚了解，根據研究已知是大腦功能不穩定所造成的影響。但除了身體因素之外，「心理」、「家庭」、「社會」等都可能是誘發因素。許多人誤以為精神分裂症病人生病完全是表面上的一些誘發因素所致，諸如：聯考失敗、感情受挫、婚姻或家庭衝突造成，但如果只針對這些問題加以處理，則往往徒勞而無功，也延誤了治療，更使得精神分裂症患者，在不知不覺中步上危險的境地。（草屯療養院）要了解精神分裂症之前，就不得不先來探究精神醫學的來源。

## 壹、精神醫學的歷史腳步

從中古時代第八世紀，直在現今全世界各地都有療養院的設立。過去由於人類對精神病的了解，大半以超自然的力量作為疾病發生的解釋，因而產生不人道的病患處理方式。到了 18 世紀法國大革命以後，民主自由與人權漸漸被重視，「醫療人員尊重精神病患也是人」的想法因而產生，到了 1793 年皮奈爾（Phillipe Pinel, 1745-1826）更解開巴黎 貝山特男性精神病醫院 的病人枷鎖，這是精神醫學的第一次革新。

到了 1900 年左右，精神醫學進入心理分析的時代。此時，心理學大師弗洛伊德所領導的心理分析學派興起，他不僅用心理學的理論與角度診治病患，並且融入腦科學來建構心理分析理論，因而影響了精神醫學，也造成了第二次精神醫學的革新。

1916 年，日本中村讓先生在台灣基隆醫院擔任院長，成為台灣史上最早有紀錄的精神科醫師。此後第六年，也就是在 1922 年，台北萬華仁濟院設立精神科病床 40 床，正式收容精神病患，開啟了台灣精神病院之先驅。1934 年，台灣第一家公立療養院正式成立，院名叫：「養神院」，也就是後來的「松山療養院」，它位於台北市的五分埔（現在虎林街上於忠孝東路輔導會大樓的後面），收容嚴重的精神病患，只可惜當時並沒有任何精神科治療藥物，僅提供精神病患居住的地方。

直到 1950 年，世界第一個精神科治療藥物 chlorpromazine 正式誕生，此藥原本是用來治療鼻塞的抗組織胺藥物，卻誤打誤撞的對精神病產生了鎮靜效果。雖然鋰鹽在之前已被證實可用於躁症病患，但是大家仍然習慣用 chlorpromazine 作為抗精神病之藥物。此後十年，利用藥物治療病患的治療方式逐漸被接受。隨之而來，精神科產生了重大變化，社區精神醫學與心理衛生的運動，形成了精神醫學的第三次革新，但是精神病的原因此時依然不被明瞭。1971 年，台灣退出聯合國，台灣和國際的合作研究管道也宣告中斷。

值得省思的是，「1986 年 2 月 26 日龍發堂師父帶領住堂的病患 4 天 3 夜的環島之旅（俗稱龍發堂事件）」報紙上斗大的黑白封面——鐵窗與鍊子，讓社會再次對另一處黑暗的角落投以關注的眼神，之後又有「螢橋國小多名學生被潑鹽酸事件」與「關政司長被精神病太太殺死」的事件，整個社會才在社會運動開始前，醞釀台灣精神醫學的改革。

1989 年 12 月 25 日，台灣終於頒布「精神衛生法」，並於 1990 年 1 月 1 日正式實施。1995

年，全民健康保險在爭議中實施，不論他的其中優缺點，但是重大傷病卡制度對精神病患弱勢族群，帶來了正面的價值和關愛，更間接鼓勵醫療人員的投入與訓練。

1991-2000 年是全球腦科學的時代 (brain decade) --人類試著解決精神及神經疾病的困惑。此時，更因為美國雷根總統的阿滋海默失智症，使得醫學界投入更多資源對失智症的研究。2000 年，諾貝爾醫學獎頒給研究多巴胺在巴金森氏症及抗精神病藥的作用假說的學者，再一次肯定了精神疾病是由腦部神經傳導物質異常所引的。此時精神醫學與其他醫學的距離更拉近了許多，也顯示了腦部是精神疾病的病理器官。

## 貳、精神分裂症的概述與特徵

### 一、精神分裂症之概述

精神分裂症 (Schizophrenia) 是一組病因未明的精神病，此症好發於青壯年，常伴有知覺、思維、情感、行為等多方面的障礙和精神活動的不協調。特別是與現實有明顯的脫節，現實感差、不合邏輯的思考、妄想等等，嚴重影響其日常生活。仔細觀察病患，患者常有如：被害妄想，病人整天總覺得有人要害他，或是飯裡遭人下毒等奇怪妄想；甚至奇怪的行為，或重覆某些特定動作；有時又表現出退縮沈默，不與他人來往；有些病患也可能有好爭論的傾向，更甚的有攻擊行為出現；在情感的表現上尤其怪異，無緣無故的哭、傻笑、過度的悲傷或快樂的情境隨時可見；產生莫名的幻覺或錯覺，但以「聽幻覺」最為常見，有時旁邊根本沒有人講話，但病人卻清楚的聽到有人對他說話的聲音，且常受到「聽幻覺」的控制，依照自己聽到的聲音去做事、說話，甚至 自殺等等。

### 二、精神分裂症之特徵

精神分裂症以精神活動脫離現實，和周圍環境不協調，思維、情感、意志活動之間互不配合為特徵。

#### (一) 思維過程缺乏連貫性和邏輯性：

在意識清楚情況下，病人的語句、概念或上下文之間缺乏內在意義上的聯繫，即聯想鬆弛或聯想散漫，重者呈破裂性思維。其邏輯推理荒謬離奇 (邏輯倒錯性思維)，或用一些普通的詞句、名詞或動作表達某些特殊的、旁人無法理解的意義 (病理性象徵性思維)，或對一些符號、自創或拼湊的『字』賦予特殊意義 (語詞新作)。病人的思維活動在無外界因素影響下突然中斷 (思維中斷)，或湧現大量的強制思維 (思維雲集)。

#### (二) 思維異己體驗：

病人認為自己的思想被外力奪走 (思維被奪)；或一些思想是由外力插入自己腦中的 (思維被插入)；感到自己內心體驗已被人知曉 (思維被洞悉) 或被廣播出去 (思維播散)。

#### (三) 情感反應與思維內容難與外界產生共鳴：

病人對外界事物及與切身利益相關的事件缺乏內心體驗 (情感淡漠)；遇上喜事痛苦或遇不幸反而嘻笑 (情感倒錯)；同時有兩種對立的情感體驗 (矛盾情感)；無故獨自發笑、悲啼或暴怒。

#### (四) 孤獨退縮、行為被動伴隨著情感淡漠：

對一些事物產生對立意向 (矛盾意向)；吃一些不能吃的東西或傷害自己 (意向倒錯)；拒絕執行一切要求 (違拗) 或機械式的執行任何要求 (被動服從)。

## 參、精神分裂症的病因與病機

### 一、精神分裂症之病因

#### (一) 基因因素：

「遺傳因素」是精神分裂症最可能的一種素質因素，精神分裂症患者親屬中的患病率比一般非親屬高 6.2 倍，血緣關係愈近，患病率也愈高。遺傳信息幾乎相同的單卵雙生子的得病率，遠較遺傳信息不完全相同的雙卵雙生子為高，綜合近年來研究資料顯示：單卵雙生子的得病率（56.7%），是雙卵雙生子得病率（12.7%）的 4.5 倍，是一般人口共病率的 35~60 倍。說明遺傳因素在本病發生中具有重要意義。以往的研究證明疾病並不按類型進行遺傳，但目前認為基因遺傳方式的可能性最大，當然也有人認為它可能是染色體單基因遺傳或多源性遺傳。

近年來，多國科學家經過長期研究，在探尋精神分裂症的致病基因方面取得重大進展。參與研究工作的德國科學家宣佈說，他們已經鎖定了可能性最大的三個基因。同時，德國薩爾州醫院的彼得·法爾凱教授說，基因致病因素是精神分裂症以及吸食毒品、精神過度緊張等疾病的重要原因。「在過去的十年裡，我們在篩選精神分裂症致病基因方面，幾乎沒有取得什麼真正的成就，但現在我們找到了三個候選基因。」

科學家更宣稱：他們之前曾猜測可能有 50 到 100 個基因參與導致精神分裂症的病理過程。但如今經過多國科研小組各自獨立的研究，現在各國一致認定可能性最大的致病基因為：第 6 號染色體上的『Dysbindin』基因、第 8 號染色體上的『Neuregulin』基因以及第 13 號染色體上的『G72』基因等三個基因。

#### (二) 心理社會因素：

1. 環境因素：(1)家庭中父母的性格，言行、舉止和教育方式（如放縱、溺愛、過嚴）等都可能影響子女的身心健康，或導致個性偏離常態。(2)家庭成員間的關係及其精神交流的紊亂。(3)生活不安定、居住擁擠、職業不固定、人際關係不良、噪音干擾、環境污染等，均對發病有一定作用。而農村精神分裂症發病率明顯低於城市。
2. 心理因素：一般認為生活事件也可能誘發精神分裂症，諸如：失學、失戀、學習障礙、家庭糾紛、夫妻不和、意外事故等，均對發病有一定影響，但這些事件的性質均無特殊性，因此目前心理因素僅屬於誘發因素而已。

### 二、精神分裂症之病機

#### (一) 生化代謝障礙

很早以前，人們就懷疑精神病是起因於毒性物質，並進行了廣泛的研究，伴隨著精神藥理學的發展，使精神分裂症的生化發病機理的研究，取得了很大的進展，比較有意義的有以下幾種假說。

1. 多巴胺 Dopamine 假說：研究發現，苯丙胺能使多巴胺釋入突觸間隙，又能使正常人產生一種類精神分裂症的臨床表現；各種抗精神病藥物能拮抗多巴胺敏感的環腺甘脲，阻滯突觸後多巴胺受體，藥物的這種作用與其臨床效用一致；精神分裂症的尾狀核、殼核及伏隔核內有多巴胺受體密度明顯增多；提出精神分裂症的發生與腦內某些部位受多巴胺活動過度有關。但是，這種假說的直接證據尚不足，還存在著缺陷，部分患者的藥物療效不佳，因此不能都用多巴胺假說來解釋。
2. 甲基轉移假說：精神病藥物南美仙人掌鹼是兒茶酚胺的 3-甲基化產物，二甲基色胺是色胺的氮-甲基衍生物，均能使健康受試者產生類精神分裂症的症狀。推測精神分裂症的發生可能與多巴胺或五羥色胺等神經遞質的過於甲基化，造成體內甲基化毒性產物蓄積有關。

3. 其它：近年來發現慢性精神分裂症患者的血小板內單胺氧化酶（MAO）活性降低，未發病的單卵孿生子女血小板單胺氧化酶活性普遍降低，一般認為酶活性改變是個體遺傳易傷性的標誌。

五羥色胺（5-HT）傳遞障礙假說者發現精神分裂症患者腦液內五羥引朵醋酸（5-HIAA）含量低，血內 5-HT 的合成與緩解力降低，提示精神分裂症可能與患者腦內 5-HT 活性降低有關。有些人則認為精神分裂症發生可能與腦內多巴胺系統（活性過強）與 5-HT 系統（活性過低）之間的不平衡有關。

#### （二）神經活動丘腦異常假說

巴甫洛夫學派認為精神分裂症狀是產生於大腦皮質慢性催眠狀態的基礎上，不同部位、範圍、程度的抑制過程可能導致不同的精神症狀，當抑制過程波及皮質下情感反射弧時，則出現情感淡漠和遲鈍。同時大腦皮質的病理負向誘導，也引發了對妄想的堅信不疑和缺乏批判力。

來自倫敦精神病學院的夏爾馬教授在最近一期的《美國精神病學雜誌》上刊文介紹了自己的研究成果。夏爾馬找來 38 名精神分裂症病的早期患者和 29 名健康的志願者，進行了比對研究。借助最新的核磁共振成像技術，夏爾馬發現，精神分裂症患者的丘腦普遍比正常人要小。

夏爾馬指出，丘腦的作用是接受各種刺激，並對這些刺激進行處理，丘腦體積小，意味著各種刺激可能無法準確傳送到腦部正確的處理區域，從而使大腦皮質部難以向人體其他器官發出指令信號，最具體表現形式就是精神分裂症的症狀。

#### （三）免疫學假說

精神分裂症是某種抗原異常所產生免疫反應。Heath 根據他的研究發現，提出精神分裂症是由抗體引起腦的特殊部位損害所致，但 Heath 的發現尚未被其他研究所證實。另外，一些研究發現患者血清與腦液內不存在抗體，異常淋巴細胞受免疫球蛋白含量異常影響，導致精神分裂症受異常的免疫反應所造成的結果。但目前仍無法肯定這些變化彼此間的關連性。

#### （四）心理學發病機理

心理動力學理論認為精神分裂症是「生命衝力」退縮到依附於自我的地步，使得外界對精神分裂者變的毫無意義。M. Klein 認為精神分裂症的病源在於幼兒期，幼童往往把自我與母親認定為：「完全好的與完全壞的」兩個部分，當幼童經歷的過程中，出現負面或恐懼時，罹患精神分裂症的比率將明顯增加。心理生理學假說認為：精神分裂症患者在感覺和認知方面存在著差異的缺陷，一部分患者屬於「過度警覺」（Overarousal），特別是較為退縮的慢性病例中這種表現更多。另外，Kraepelin 和 Bleuler 都認為精神分裂症狀大都可追溯到注意與感覺能力減弱。

#### （五）大腦半球功能不平衡學說

近 20 年神經心理學發展基礎上發現了一種新的病因學說，其內容有以下幾種說法：(1) 精神分裂症的思維障礙是左半球功能失調的結果。(2) 由於右半球功能減弱，左半球功能過分活躍或減退所致。(3) 胼胝體功能缺陷致左右半球信息交通受阻，或由於其功能亢進，信息傳遞過多，以致左半球活動過度。(4) 精神分裂症可分成相當於妄想型表現的左半球過分優勢綜合症，和相當於非妄想型表現的左半球功能減退綜合症兩種。

## 肆、精神分裂症的類型與症狀

### 一、精神分裂症之類型

精神分裂症根據臨床表現，可分為若干類型。分型對評估治療反應和預後有一定代表意

義。臨床上常見的類型有偏執型、單純型、青春型和緊張型。此外尚有其他類型。茲分述如下：

(一) 偏執型 (Paranoid type) :

又稱妄想型，本型在臨床上最為多見。發病年齡多在二十五至三十五歲之間，起病緩慢或亞急性起病，症狀則以妄想為主，其次為誇大、罪惡、鍾情和嫉妒 等等。此症「妄想」可單獨存在，也常伴有以幻聽為主的幻覺。在情感障礙表現上尚不明顯，其智力亦不受任何影響。患者的注意力和意志力隨之增強，尤以有被害妄想者最為明顯。起初，在幻覺妄想影響下，患者開始保持沉默，以冷靜眼光觀察周圍動靜，隨之而來的疑惑心情逐漸加重，有時更發生積極的反抗，如反覆向有關單位控訴或請求保護等行為，嚴重時甚至發生傷人或殺人的舉動。患者也常感覺已成『眾矢之的』，且在自己無力反抗的情境下，採取消極的自傷或自殺行為。因此，此型患者容易引起社會治安問題。特別的是，此症病程經過緩慢，發病數年後，其工作能力尚能保持，人格變化輕微。患者若刻意隱瞞自己表現或者隱瞞事實、強調理由時，早期往往不易發現，以致造成診斷上的困難。

(二) 單純型 (Simple type) :

此型發病多在青少年期，經過緩慢，初期常有頭痛、失眠、記憶減退等類似神經衰弱的主訴，但求醫心情不迫切，即使求醫也容易被疏忽或誤診，直至經過一段時間後，病情發展逐漸明顯後才引人注意。本型症狀以精神活動逐漸減退為主要表現。情感逐漸淡漠，失去對家人及親友的親近感，學習或工作效率逐漸下降。行為變得孤僻、懶散、被動，甚至有連日常生活都懶於自理。一般無幻覺和妄想，即使有也只是片斷或短暫性而已，此型自動緩解者較少，治療效果和預後差。

(三) 青春型 (Hebephrenic type) :

多在青春期中發病，起病較急。症狀以精神活動活躍且雜亂多變為主。表現言語增多，聯想散漫，幻覺豐富，內容生動，妄想荒謬離奇，人格不健全，象徵性思維，情感多變，行為幼稚，怪異或衝動。此型病情發展較快，症狀顯著，內容荒謬，雖可緩解，也易再發。

(四) 緊張型 (Catatonic type) :

多在青春期中或中年起病，起病較急，以緊張性僵直或緊張性興奮為主要表現，兩種狀態可單獨發生，也可交替出現。病程多呈發作性，預後較好。

1. 緊張性僵直 (Catatonic stupor) : 以運動抑制為突出表現，輕者動作緩慢，少語少動，或長時間保持某一姿勢不動。重者終日臥床，不動不食，緘默不語，對外界刺激不起反應，唾液、大小便滯留。兩眼大或緊閉，四肢呈強直狀，對被動運動有強烈抵抗，稍輕者可能有承順屈曲，不自主服從、模仿動作和言語，重覆動作等緊張綜合症。此症意識並無障礙，就算是嚴重的運動抑制，也能感覺周圍事物，病後均可回憶。一般持續數日至數周，僵直狀態會在夜間緩解或轉入興奮。
2. 緊張性興奮 (Catatonic excitement) : 以運動興奮為突出表現，行為衝動，言語刻板，聯想散漫，情感波動顯著。可持續數日至數周，病情可自發緩解，或轉入僵直狀態。

(五) 其它型 :

1. 未定型：症狀表現不能歸入以上諸型。
2. 殘留型：在發展期的急性症狀緩解後，尚殘留片斷不顯著的幻覺和妄想，或有某些輕微症狀，但並不嚴重，仍可進行日常勞動。
3. 衰退型：病期時間已久，思維極度貧乏或破裂，情感淡漠，意志缺乏，行為退縮幼稚，病情固定少波動。

## 二、精神分裂症之症狀

精神疾病的症狀並不是完全孤立的，其中有不少是由某些症狀組合成為綜合性的徵候形式而合併出現。精神病臨床上存在著許多不同的綜合徵候，有的精神疾病可以有它特有的綜合徵候，但是同一綜合徵候也可能出現於不同的疾病上。例如，情感性精神病具有躁狂狀態和抑鬱狀態，但是這兩種綜合徵候在其他精神疾病中也時常出現。然而，組成綜合徵候的症狀之間往往具有一定的內部聯繫，或某種意義上的關連，例如：情感性精神病的躁狂相，當其情感高漲、思維奔逸和活動增強，便可理解為愉快的心境所致。其次，它們還可以同時或先後地出現和消失。

精神疾病中的綜合徵候，有的是以其組成綜合徵候的症狀而命名的，有的是以提出某一綜合徵候的人名而命名的，有的這兩種形式同時應用，有的還以其他情況來命名的綜合徵候。熟悉精神病的綜合徵候，對於臨床診斷上具有很大的幫助，現將精神疾病臨床中常見的綜合徵候總結如下。

### （一）幻覺症狀（hallucinosi s）：

以在無明顯的意識障礙的情況下，出現大量持久的幻覺為其主要特點。此症患者除聯想、情感障礙、意志減退外，半數以上的患者存在幻覺，最常見的是幻聽，特別是言語性幻聽。患者會有聽到鄰居、親人、同事或陌生人說話的情形，而內容往往使患者不甚愉快，更特別的是患者會常常聽見兩個或幾個聲音談論患者，彼此爭吵，或以第三人稱評論患者。有的語音常威脅命令著患者，如：不讓患者吃飯，讓患者去死等，有時則談論患者的思想，評論患者的行為。

### （二）幻覺妄想綜合症狀（hallucinatory-paranoid syndrome）

以幻覺為主，多為幻聽、幻嗅等。在幻覺的基礎上產生妄想，如被害妄想，影響妄想等。妄想一般無系統化傾向，主要特徵在於幻覺和妄想密切結合，並且相互依存，相互影響。此症患者可能表現出思維散漫，情感淡漠，意志減退，或是思維中斷，思維貧乏，行為異常及幻覺、妄想等等。幻覺多為言語性幻聽，在幻覺的基礎上出現被害妄想，時時認為有人想害他，有人知道了他的思想，有人用某種儀器控制他、監視他，更明顯的，此症患者可能出現異常的動作和行為，如傷人、破壞行為等等。

### （三）精神自動症狀（psychic automatism syndrome）

包括感覺、思維、情感、意志等多種精神病理現象。臨床特點是在意識清晰狀態下，產生的一組症狀。其中包括假性幻覺、強制性思維、被控制感、被揭露感，以及系統性的被害妄想、影響妄想等相互聯繫的綜合症。

精神自動症在精神分裂症在偏執型中為多見，急性發病者不久即出現被控制感，強制性思維，內心被揭露感以及影響妄想。幻覺妄想極為零亂，思考全無系統，不固定，言語無中心內容。行為更是雜亂，生活不能自理。慢性發病者，最先起於多疑、被害和關係妄想，以後出現幻聽、思維冥想、豐富的假性幻覺、強制性思維。患者對假性幻覺加以妄想性解釋時，形成較系統而固定的影響妄想，感到自己的思想、行為、情感不自主，均受外力支配，如受原子能、超音波、電子計算機等支配。

### （四）疑病綜合症狀（hypochondriac syndrome）

患者對自身狀態過分關注，相信自己得了某些實際並不存在的疾病，並對微不足道的一些症狀和體徵過分誇張而終日焦慮緊張。

此症患者早期可能出現疑病觀念，伴發器官幻覺和感覺綜合障礙。患者訴說軀體某處不適或某一器官有病，隨著疾病的加重出現疑病妄想，堅信自己得了嚴重疾病，終日惶惑不安，寢食不思，雖經醫療檢證證實並查無異常也不能消除其不安的症狀，同時具有精神分裂症的其他症狀。

### (五) Cotard 綜合症狀

患者感到自己已不復存在，或是一個沒有五臟六腑的空虛軀殼，並認為其他的人，甚至整個世界包括房子、樹木都不存在了。

此症患者常出現虛無妄想，多認為自己的器官沒有了，以為周圍的事物不存在了，同時更伴有精神分裂症的其他症狀。

### (六) Othello 綜合症狀

以懷疑配偶不貞的嫉妒妄想為核心症狀。患者的個性固執、多疑，好發於 30~40 歲，常巧立許多似是而非的證據證明其配偶另有新歡，但又往往說不出具體的對象，為此反覆偵察、盤問、跟蹤、拷打，此症狀可持續數年，嚴重時也可能產生攻擊行為，甚至殺死配偶，但其他方面的精神活動基本正常。

此症患者有常見的嫉妒妄想，也常採取行動措施以考驗和監督配偶，甚至發動自己的小孩跟蹤。強烈的嫉妒妄想是造成此症患者凶殺配偶的第二位原因，如果患者認為子女並非自己所生，亦有加以殺害的可能。常伴有人格改變，情感障礙及幻覺。

### (七) 神經衰弱症狀 (neurasthenic syndrome)

臨床表現主要有頭昏、頭痛、失眠、健忘、注意力不易集中、焦慮、緊張、煩躁、疲乏，工作效率降低，怕聲、耳鳴、全身不適和精神萎靡等。可伴有植物神經及性機能障礙。尤其學習和工作能力下降，隨著時間的延長，便出現了精神分裂症的特徵性症狀。

## 伍、精神分裂症的治療與預防

### 一、精神分裂症的治療

#### (一) 精神分裂症的藥物治療

近三十年來的精神醫學潮流中，精神分裂症的治療都以藥物為主，特別是症狀明顯影響生活的病人，必須使用藥物才能獲得改善，醫學上常用抗精神藥物來消除幻聽、妄想等症狀。當病人服用之後，藥物會在「大腦」發生作用產生特殊的治療效果。一般人有一些錯誤的觀念，總認為病人吃的只是鎮靜劑，僅能將症狀暫時壓下作短暫的治療而已，至於治本則需要解開病人的心結才行。不過，據醫生表示：「只有在病人服用藥物而不再受奇怪想法影響後，患者才有能力和現實接觸，醫療人員才能和他討論其他適應上的問題，即一般人所說的『心結』。」因此，藥物治療對精神分裂病人而言是首先要考慮的，其次再配合復健、心理及心靈治療 等等。

1. 藥物治療：對於精神分裂症患者的急性症狀發作而言，抗精神病藥物應當作第一線藥物使用。抗精神病藥之劑量應等同於每日 chlorpromazine 當量三百至一千毫克，而且至少要持續六個星期，同時使用最小有效劑量，一但給予大於此範圍之處方時，也必須要有合理的原因來解釋用藥劑量的增加。

當病人正性症狀減少了，但在臨床上如果仍有持續而顯著的焦慮、憂鬱、或敵意時，則應接受輔助性藥物治療。臨床上：Benzodiazepine 或 Propranolol 對於持續性焦慮具有相當的療效。而那些兼具持續憂鬱症狀之患者，應考慮抗憂鬱藥劑。另外，具有持續敵意或有類似躁症症狀之患者，則應輔助以 Benzodiazepine、Lithium 或 carbamazepine 治療。當然，使用輔助性藥物治療之理由應記載清楚。用藥上某些輔助性藥物應避免與 clozapine 併用，以避免加成效應而產生副作用，例如：加上 Benzodiazepine 可能產生呼吸抑制，如加上 carbamazepine 便可能產生骨髓抑制，用藥上不得不小心謹慎。

2. 電器痙攣治療法：對於前述建議之藥物治療無反應之患者，若發病少於一年或大於一年，仍處於急性發作之早期；或具有顯著之情感或僵直性症狀者，應考慮單獨施以電氣痙攣治

療法，或合併抗精神病藥物治療。電氣痙攣治療法之劑量（即治療次數）應與治療情感性疾患之劑量相當（約十二次）。Regressive ECT（短時間予以高劑量之電氣痙攣治療法）但用於精神分裂症患者時，則應特別小心。

## （二）精神分裂症的心理治療

不應以精神動力模式（利用潛意識素材之詮釋以及著眼於移情之治療方式）之個別或團體心理治療來治療精神分裂症患者。針對精神分裂症患者特殊功能退化時，應結合支持性、教育性、行為及認知技巧訓練為導向之個別或團體心理治療，持續施行，直到各項功能改善，並解決某些核心問題，例如：服藥之順從性。

目前的研究結論說：「大多數心理治療都能夠幫助許多的個案，使他們在生活適應上有中等的進步。對於焦慮、恐懼、睡眠，以及增進休閒功能的目標較易改進，但要強迫改善患者想法或行為、憂鬱、工作功能、社會關係，則需要長時間且持續性接受心理治療。」

## （三）精神分裂症的家族治療

對於仍持續與其家庭有接觸之患者，應提供至少九個月之家庭社會心理介入，結合疾病衛生教育、心理支持、危機處理、以及問題解決技巧訓練。這些介入也應提供給非家屬身分之照顧者。運用家庭介入治療不應只侷限於被認定具有高度情緒表露的家庭（批評、敵視與過度干涉），對於因家庭功能異常造成精神分裂症的患者，更不應一昧的認定應採用家庭治療模式。

## （四）精神分裂症的職能復健

具有下列特性之精神分裂症患者應予提供職能服務：(1)將職場之勝任視為個人目標。(2)曾有稱職之受僱經驗。(3)有較少之精神科住院。(4)經由正式之職能評估後，判定具有好的工作能力者。

居住於社區之精神分裂症患者若符合上述之條件，服務系統提供職能服務之範圍包括：(1)職前訓練。(2)過度性就業。(3)支持性就業。(4)職業諮商以及教育服務。

精神分裂症和一般疾病不同，由於病的本身還會影響到社會生活功能退化，所以必須接受復健治療才能恢復的更好。復健在幫助病人重建社會可接受的行為，適應社會生活而重返社會，透過有意義、有目的的活動達到治療與復健的目的。

復健治療的內容包括有：(1)職能治療，如：文書、皮雕、女紅等；(2)團體活動治療如：居家休閒團體、會心團體、社交技巧訓練、求職技巧訓練；(3)娛樂治療如：團康、運動、舞蹈等；(4)產業治療如：在工作訓練場藉規律的作息，培養良好的工作態度與習慣及增進社會功能。

## （五）初期精神分裂症的心靈治療

原古之道曾說：「人類思想的活動是大自然活動的一部分，身體的活動也是大自然活動的一部分，這兩種活動加起來，我們稱它叫做『生命』；而這個生命體跟外界一切人事物的互動，我們稱它為『生活』。」人的一生，就是一個生命加上一個生活，如此而已。

思想是一種活動，身體也是一種活動，我們的身體靠著血液的循環、內分泌、消化系統、呼吸系統，整個循環系統的活動，將身與心緊緊地互相對應的。舉例來說：當一個人受驚嚇時，臉色會發白、發黃；興奮時，臉又變得滿臉通紅，這些都在在處處印證了一個人的思想會改變我們的身體。因此，假設一個人長期有懸而未決的心事，甚至長期不平、不滿，困惑於心，此心便會影響到我們的身體，進而干擾我們身體的基本結構，接著細胞便開始產生突變，身體疾病因而形成了。而這林林總總的疾病，並非都需要靠藥物來治療。

事實上，從醫學的臨床經驗，很多精神分裂症患者能夠走出來，恢復健康，除了醫藥之外，最重要的是他的心改變了，根據醫學臨床的統計，許多的精神分裂症患者，當他們的心改變時，其實已幫助他們漸漸地走出病魔的控制，步上健康之道了。

如何善用心靈治療方法：

### 1. 多靜坐，提升免疫力功能

人體的免疫系統，就像守護城池的部隊一樣，守護著我們這個身體，不讓外界的病菌入侵。如果我們免疫系統的能力降低了，病菌就容易侵略進來，我們的身體便容易遭致感染。提升免疫系統，除了醫學專家勸告的「正常的飲食、充足的睡眠、均衡的營養」之外，多靜坐應該是一項最好的選擇。以下提供一則簡易之靜心禪坐法：

(1)首先，找一張坐墊不要太軟的椅子，然後坐下。椅子只能坐一半，且身體不可靠在椅背上，兩腳平放，雙手掌心朝下放在大腿或是膝蓋上，很輕鬆地坐著。頭要正、背要直、口要閉、兩個手臂和肩膀放鬆。

(2)坐定之後，全身放鬆，眼睛自然地閉起來。接著默念一句口訣：『上通天根，下透地根。』唸完之後，想一下有一股天地靈氣垂直的穿過你身體的正中央，往上通達天上無限遠之處（謂之「天根」），往下穿透地下無限遠之處（謂之「地根」），想一下即可。然後，把身體放心地交給這一股天地靈氣（也就是「天根」與「地根」）支撐。

(3)接著，利用大約三到五分鐘的時間放鬆全身。首先放鬆三個最重要的部位：大腦、小腦、脊椎。再從上到下放鬆全身，也就是從頭頂到腳底，每一個部位都放鬆，從裡而外，從骨頭、器官、肌肉、皮膚，一層一層慢慢的放鬆，就這樣由上到下，由裡而外，全身放鬆。以上是「預備動作」。

(4)做完預備動作以後，就開始練習『靜心禪定法』。請靜心將注意力放在自己的胸腔，也就是「內觀」胸腔、「靜心凝神」在胸腔內。在「觀」自己的胸腔時，要有一個觀念，我們所觀的，不只是我們的肉體，還有一個精神靈體，因此，我們可以觀想胸腔大如虛空，然後就這樣靜靜地坐著，練習靜心。

(5)接著，在胸腔中，用念頭寫一個「靜」字，要一筆、一劃慢慢地寫，慢慢地劃，同時要寫得仔細、寫得清楚，不慌不忙。寫完之後，如果感覺心已經能靜下了，就繼續觀胸腔入靜。

(6)這時，要建立一個觀念：心愈靜，胸腔就愈光明。到最後，將自己完全沐浴在光明禪定中。在這樣的禪定中，我們就可以把自己的心靜下來，然後繼續坐最少十五分鐘以上。隨著坐禪的練習，時間可以慢慢增加，從一開始五分鐘、十分鐘、十五分鐘，到最後坐上一個小時。

假如，寫了一次「靜」字後，心還不能靜下來時，可以再寫第二遍、第三遍，自然心中的那些妄念紛飛念頭便能收攝起來，記得寫「靜」字時，要一筆一劃寫在胸腔，寫得仔細、清楚。寫完之後，繼續地觀照胸腔明亮猶如白晝，心愈靜，胸腔將愈光明。附帶說明的是，這種禪坐方法不限年齡，也不必配合時辰、方位，地點，只要環境通風即可。坐禪時可穿著寬鬆之衣褲，同時不宜於飲食過後、吃得太飽、或身心疲乏時禪坐，易產生昏睡現象；時間太晚亦不宜坐，以免影響生活起居。

至於大家所關心的「走火入魔」問題，事實上它的案例並不多。縱使有發生，多數都是因為禪修者心中有所求所致，或求外道、或求神明來附身，希望神明能來跟自己合一等，像如此的外求法才有機會造成走火入魔。而「靜心禪定法」特別的地方就是這種內觀法並不外求，自然不會有這種現象發生，大家可以放心的練習。至於禪定中所見到的一切境界、現象、過程，都是我們身、心、意識的顯現，就如同夢境是意識顯像一樣，可以不必理會。達摩祖師也說過：「禪定中見佛不必禮佛，禮者不知，知者不禮。」

### 2. 心平靜，避免細胞之病變

再來，會破壞我們免疫系統的還有一個，我們都知道細胞會突變的原因跟：「內心的憂慮、長期的心結、不滿、不平、怨、恨」有關，這些不平靜心態應該盡量讓它消失；如果無法消

失，也要讓它降低。

當我們內心一直保持在不平、不滿、又怨又恨這樣狀態時，身體細胞就會產生病變，防禦系統也會跟隨降低。因此，讓自己的心平靜下來，暫時忘掉那一些讓我們想不通、放不下的事，對細胞本身應該是一件好事，也是提升身體免疫力的最佳方法。

## 二、精神分裂症的預防

精神分裂症是一種身、心疾病，而身、心疾病從廣義的發病學上來看，可以說是一種個人與社會的疾病，因此從個人角度來維護身心健康，以及實施社會預防，是根治精神分裂症等身、心疾病的一項重要措施。

### （一）個人預防方面

#### 1. 培養健全的人格

人格，是指人的整體心理面貌，即人的心理活動的穩定性，具有個人特色的心理特徵，與心理傾向組合成為有層次的整體動力結構。一個人的人格在一定的遺傳因質的基礎上，在特定的社會制度、文化傳統、生產關係、政治背景和家庭、學校、社會教育下，在個人的生活實踐中逐步形成的。培養健全的人格應注意以下幾點：

(1)人格的核心是在人生早期形成的，估計約在 3~5 歲之間，當然以後的經歷也對人格起了作用，但早年生活的影響是很大的。

(2)家庭是人格形成的搖籃，個體總是在與親近的人處學會自我的概念、價值、動機、思維、情緒等。

(3)人格類型是可以改變的，劇烈的生活事件常可引起人格類型的急劇改變。

(4)社會和文化對人格產生直接影響。

#### 2. 鍛煉應對能力

(1)豐富自己的生活經歷，提高自身適應環境的能力，包括應付緊急事件的能力，及耐受持久衝擊的能力。

(2)學會緩解心理壓力的技巧，如自制能力，自我安慰能力，和自我解脫能力等。

(3)掌握正確的認知評價，提高社會容忍力。

### （3）建立良好的人際關係，儲備社會支持力量：

社會由人群組成，人與人之間的關係（人際關係）乃是社會生活中不可缺少的。人際關係的惡化，可能成為心身疾病的一個發展因素，相反的，良好的人際關係，則有助於減輕身心障礙，人際關係是在人的情感、願望、興趣、需要、評價以及人的活動動機和目的中表現出來的。社交的朋友，知心的朋友以及家人、親屬等構成了一支個人的「社會支持力量」。而這股社會支持力量，正可以緩解生活事件所引起的心理衝擊。

### （二）家庭社會預防方面

#### 1. 積極展開胎教

從古代醫典的經驗到近代的優生學，直至當前發展的預產期醫學，都表明醫學母體與胎兒是相互影響的。而胎教正是要求孕婦保持身心健康，給胎兒一個良好的宮內發育背景；同時通過適當的刺激信息，如音樂，觸摸等，以促進胎兒的進一步發育，使胎兒有一個良好的先天素質。

#### 2. 良好的家庭教育

嬰兒一出生所接觸到的人類社會就是家庭。一旦出生，社會化以及人格形成也就開始。整個兒童期便是為兒童未來一生的認知、應對、情感、思維、生活習慣、性格以及各種能力的發展作基礎。

#### 3. 青少年身心健康教育

青少年時期的身心健康，關係著未來的一生，從 11~15 歲的少年期，到 15~25 歲的青年

期，由於是生理、心理的發育轉折，以及從依賴走向獨立的社會生活，常決定個體一生的總方向。這個時期青少年從以家庭為主的管理，走向由家庭、學校、社會、同伴以及自我綜合管理的過程，如何引導青少年正確的態度將影響著他們未來一生。

#### 4. 良好的家庭關係是中年人身心健全的關鍵

成年以後，社會壓力的主要來源是職業，而家庭（夫妻、親子）則是社會支持的主要力量。有一個和睦，相互支持，相互諒解，可以交流思想與情感的家庭，對於鬆弛職業性緊張，以及緩解生活事件的衝擊有著重大的意義。

#### 5. 家庭、社會的支持是老年人身心健全的核心

隨著計劃生育的開展和老年人壽命的延長，社會老齡化正在迅速地發展。預防老年身心疾病包含各個方面，特別是，家庭中及社會上的尊重、關懷等，以及精神與物質的支持，尤為重要。老人面臨的家庭問題是家庭結構的破裂，子女離家、配偶喪亡、過度孤獨所造成的心理障礙。如果家庭和社會肯給予老人適當的關懷的話，相信對老年人心情的穩定一定有正面的意義。

## 陸、結論

人生在世，任何人都難免遭受心靈創傷而情緒波動、心境變化，造成行為暫時偏離常規，甚至出現身體症狀和精神疾病，嚴重的甚至輕生自殺。由於每個人對人生的認識與評價能力的水準不同，加上人生閱歷不同，個人氣質和性格也不同，因此在遭受打擊後復原所需要的時間和程度自然不同。有的人，可能很快復健，並且不留下任何痕跡，每當再談起這些創傷時，總會一笑置之，原來的情緒色彩早已淡化了，甚至對他以後的心理生活及行為也不產生明顯的影響。有的人，雖然也能復健，但需要較長的時間，而且一旦憶及往事，仍耿耿於懷，形之於色，情緒起伏不已。也有的人，根本不能復健，無論在心理上、行為上和身體上都留下嚴重的痕跡。譬如，一個活潑的性格被打擊成呆滯狀態；一個不拘小節的人變得謹小慎微；一個有獨立個性的人變得唯唯諾諾。但不管其預後的情況會是如何？對於曾是精神分裂症的患者，給予比正常人更多的關懷與耐心是絕對必要的，我們真的希望像此類疾病的發生率能在台灣這個美麗的小島上愈來愈低，這不僅是患者之福，同時也是大家之福。