

認識思覺失調症

衛生福利部心理衛生專輯(12)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

衛生福利部 出版





目錄

一、引言	1
二、案例介紹及診斷準則	3
三、盛行率	13
四、病因	17
五、對生活、工作及人際關係的影響	24
六、治療	30
七、自助助人要點	35
八、結語	46

一、引言

在一般人的生活互動之間，遇到他人出現奇特的言行或舉止時，有時會笑著調侃對方說：「你神經病啊？」即使到了二十一世紀的今天，儘管多半已經知道「神經病」指的是「精神病」，要看精神科，更不能隨使用這個字眼罵人，不然有可能要挨告，但許多人可能對於精神病還是懵懵懂懂地不大明白，甚至有很多的誤解。

精神科與神經科在醫學初始時師出同源，近代後，開始分別處理各自專精的治療領域；神經醫學主要處理如中風、癲癇或周邊神經等神經疾病，而精神醫學則主要處理以情緒、行為、及思考知覺等問題為主的心智疾病。

精神疾病當中，某些情緒及行為上令一般人很難理解的脫序現象，其實是伴隨思考與知覺方面的病態扭曲所造成的異常，其中較嚴重而廣為人知的代表性疾病，就是舊稱的「精神分裂症」，現在已改名為「思覺失調症」。

過去社會大眾對「精神分裂症」存在有刻板印象，即所謂的標籤化與污名化，可能是來自少數極端嚴重離奇的病人，經過媒體選擇性報導，讓大家感到特別駭人的案例。事實上，大部分病人在一般時候，不見得就會有自言自語、傻笑、亂發脾氣、或是鬧事、搞破壞，像顆不定時炸彈。多數病情穩定的病人，可以知情達禮、言談適切，也能照常就學、工作、進行與你我一般的日常生活。

將「精神分裂症」更名為「思覺失調症」，就是想除去一般人對這個疾病的負面印象。而

對這個疾病有正確的認識，則是去除標籤化及去除污名化很重要的一步，如此才能避免病友或家屬因為擔心被貼上標籤而排斥就醫，反而讓病情越來越難治療。相對的，若能即早就醫治療，會有較好的機會讓生活走向常軌，在長期治療與康復的過程中，也可免於遭受污名的壓力。

二、案例介紹及診斷準則

就像一般人有時會感到焦慮、失眠、憂鬱一樣，並不一定就代表這個人得了焦慮症、失眠症、或憂鬱症。當一個人太忙太累、壓力太大、吃了某些藥物，或是身體有狀況時，思考和知覺偶爾也會出現失調的現象，也不見得就是患了「思覺失調症」。

醫師在診察是否有思覺失調症時，通常是根據這個人目前精神方面的問題，是否已造成明顯的現實感障礙（一個人在自己的判斷上是否有奇特思想、怪異行為，造成無法妥善處理自身事務），來界定是否達到「精神病」的程度。也就是說，當情緒、行為、認知、基本的睡眠、食慾等生理機能都發生明顯障礙，以致於無法適當辨識現實狀態、無法與他人合理的溝通聯結，嚴重到會影響一個人處理現實中的人、事、物時，很可能就是「精神」生病了。而思覺失調症即是其中最具代表性的疾病。以下讓我們先看幾個實際生活中可能遇到的例子：

案例一

小文是一個正在念大學二年級的年輕人，過去求學過程還算一帆風順；在上了大學之

後，與過去高中差異較大的學習環境帶給小文很大的壓力。大一上學期時努力的上課與學習，還可以拿到不錯的成績。然而，下學期開始之後，小文發現自己的注意力開始無法集中，有時還會有莫名其妙的焦慮感；起初以為是活動多、課業重、常熬夜，作息不正常造成的；然而成績跟上學期比起來是一落千丈。小文漸漸發現自己開始有時會莫名其妙地害怕，覺得似乎有什麼不好的事情要發生了；有時走在路上，甚至會有被人跟蹤的感覺；後來甚至在家裡也會覺得好像有人在用監視器監視他，別人不經意間的一句話，一個眼神，小文都會以為是在影射他或是警告他，四周充滿敵意。小文覺得很害怕，也更少跟其他同學往來。到了大二上學期，小文覺得自己思考很紊亂，有時自己一個人在房間時甚至會聽到有人在他的

耳邊威脅他、嘲笑他；小文覺得很害怕，但他卻不知道如何跟家人或其他朋友求助；他擔心其他人知道他的狀況，會認為他瘋了！

案例二

阿穎十多年間曾因為出現嚴重幻聽、被害妄想，還做出一些混亂危險的舉動，在精神科住院開始接受治療，診斷是「精神分裂症」。阿穎覺得，吃藥後比較不會受到幻聽的干擾，也不會疑神疑鬼，或是發生離譜的行為，但覺得整個腦子變空、動作變鈍了，之前可以輕鬆處理的事情，現在很容易覺得是個負擔。阿穎覺得是藥物副作用造成這些狀況，因此便自己停止服藥。不幸的是，停藥一陣子之後，先前的混亂又像風暴回頭來襲一般，只得再次住院調養，偏偏似乎要用更重的藥才壓得住幻聽和

妄想。恢復的過程更加漫長，也花了一段時間接受復健訓練，才漸漸能和原本的生活及社會接軌。之後幾年間，在碰到家庭生活上有變動、工作上有壓力、或是沒好好吃藥等狀況時，就會開始感覺到思考和知覺不大對勁，病情似乎又要蠢蠢欲動，這時得阿穎便得趕緊調整自己並尋求協助，以避免再一次的風暴，一路戰戰兢兢的走下去。

案例三

大華六十歲了，年輕時原本有在工作，也沒有什麼特別的原因，幾年後開始覺得壓力大，有時愣在那裡，該有反應的時候卻在發呆，有時又太敏感，莫名其妙亂發脾氣，有時不知道是想到什麼，自顧自的傻笑，還會喃喃自語。漸漸變得邋邋骯骯、工作也做不下去，

悶在家裡日夜顛倒，一出門又撿一堆沒用的傳單、別人丟掉不要的東西回來，家人嘮叨幾句就很生氣，不管他卻讓家裡變成垃圾窩，強迫他清理時和家人起了衝突，送醫診斷是精神分裂症。短期住院稍有改善，但一出院就不肯吃藥，也不願回診，每次都是家人受不了他的生活習性，管他時又很兇不可理喻，才又送醫住院一陣子，反覆幾次之後，只好送他到慢性療養院長期治療。在結構性的環境當中規則復健治療，阿華的情況終於有機會穩定而且慢慢進步，不過回家久一點就又故態復萌，加上父母老去，手足之間的感情也淡，往後便習慣以院為家了。

什麼是思覺失調症呢？根據國際廣泛使用的診斷準則，在 2013 年的最新診斷標準中，思覺失調症的診斷標準包含以下重要的幾個層面：



(一) 在沒有接受治療的情況下，有一個月的期間出現下列兩項以上的症狀：

(1) 妄想（指堅持與事實相悖的信念，且即使以與其信念相反的事實挑戰，當事人仍深信不疑；常見的有，被害妄想：堅信有人或集團要對其不利，儘管沒有任何事實根據支持這個可能性；關係妄想：對於本來與自己無關的事物或訊息，例如旁人的眼神、談話、動作、媒體上的文章等等，會覺得是針對自己、和自己有關、或因為自己才發生的）

(2) 幻覺（最常見的如幻聽，即是自己一個人的時候覺得聽到了某些人的聲音，但實際上外在並沒有聲音刺激；而視幻覺是覺得看到了某些影像，但實際上並沒有該物體的存在），有時會因經驗到幻

覺，而產生奇怪的言行舉止或情緒反應。

(3) 混亂的言談（如思考的邏輯鬆散、言談經常離題、失序、前後不連貫、無法理解、很難切題的用言語溝通，或根本像是在胡言亂語）。

(4) 混亂行為或僵直狀態（行為混亂，缺乏條理，令人困擾或擔心其安危；僵直狀態為一種神經性的肢體不活動狀態，包含肢體僵硬、意識混亂、肢體呈蠟狀屈曲等現象）。

(5) 負性症狀（如包括面無表情、缺乏動機、缺乏專注力及持續力、少話、社交退縮、不喜與人互動等）。

(二) 此症狀在發病以來的大部分時間，造成病人在一項或多項領域功能——如工作、人

際關係或自我照顧上，功能顯著比發病前降低。

(三) 此困擾不是起因於物質使用（例如安非他命成癮物質或某些藥物），或另一身體病況(例如腦瘤、腦中風等)的生理效應。也不是童年期即發生的認知發展障礙，例如自閉症類群障礙症等。

(四) 除了當中至少有一個月期間出現明顯的妄想、幻覺、混亂言談及行為等症狀，前驅或殘餘症狀的期間前後至少持續出現達 6 個月。

簡單來說，思覺失調現象便是「思考」以及「知覺」的失調；而每個人由於生活文化背景以及個性不同，表現出的現象也是千變萬化；但具體而言，常見的便是幻覺、各種妄想以及失序的言語和行為。上面三個故事看似描

述很不一樣的案例，卻都用同一個疾病稱呼。其實每位病人的病誌都是獨特的人生故事，對於生了這樣一個看似摸不著邊際的病，若能有正確的認知，才能讓自己學會如何優雅的與病共處。

三、盛行率

幻覺、妄想、失序言行等精神症狀，雖然常發生在思覺失調症的病友身上，但並不一定只限於在思覺失調症的人身上才會發生。例如躁鬱症，現在叫做「雙相情感疾患」，在嚴重躁症發作期間或重度憂鬱期間，皆有可能出現妄想或幻覺；此外短暫性精神病、妄想症、認知障礙症（過去所謂的失智症）等，甚至一些身體疾病，如譫妄、癲癇、腦部病變、內分泌

或自體免疫問題等，以及在一些伴隨物質使用疾患的人身上，如酒精、安非他命、大麻、K他命等的急性中毒、戒斷過程或長期使用下，都可以看到這些症狀。

常有人覺得，現代社會因為比較「亂」，連帶得到「精神病」的人也變的比較多了！的確焦慮症、憂鬱症等常見精神疾病的盛行率近年來有增加的趨勢，然而思覺失調症的盛行率相對還算穩定。一般人口中，一千個人裡大約有3-5個人會得到思覺失調症，男女機會相當，也有的資料顯示男生得病的機會稍高一些。通常男性較早發病，發病的高峰期約在 15-25 歲這段年紀，女生平均的發病年齡大約較男生晚 5-10 歲。這個期間是個人成長階段中很忙碌的階段，要經歷來自聯考、當兵、感情、經濟獨立等重大挑戰，而這些不特定的壓力事件，就

常成為代罪羔羊，被當成是發病的原因。

生病後，有些病友可以恢復得不錯，看不出曾生過一場大病；許多病人生病後，在藥物治療下可以恢復的很好，但仍常有一些殘餘症狀，如認知功能下降、適應能力變差或情緒障礙等，期間也可能遇到急性症狀再度復發需要調整治療，甚至需要住院的狀況；這些過程，或多或少會造成一些社會及職業功能下降，自我照顧能力變差等問題；而有部分病人由於功能退化較大，需長期安置在機構中，如療養院；疾病的影響可能帶給個人、家庭、及社會很大的負擔。



四、病因

為什麼會有思覺失調現象呢？為什麼有些人會得思覺失調症呢？

這真是大哉問，思覺失調現象及精神分裂症在人類古老的歷史上早就多有記載，長久以來許多醫學家、科學家也一直想要找出這類疾病的原因。在過去，人們只會用單純的一句「這個人瘋了」將病患與正常人區隔；甚至中世紀時人們會認為這些疾病是因為這些病患違背神明的指示、施行巫術的後果。然而，隨著人類文明的發展，漸漸有人觀察到，這些疾病，並無法用單純的「瘋」或宗教來解釋。十九世紀時的醫師已經開始理解到，瘋狂不該是被視為丟臉的事，也不是被迫害的結果，而是

生理疾病、腦部疾病，也就是某些腦部生理改變的結果。然而，即使到科學突飛猛進的二十一世紀，思覺失調症的病因卻仍然大多未明。

以目前醫學的觀點來看，精神病的發生，從基因、胚胎發育、神經發展、成長過程中形塑的神經連結網絡、神經化學物質的調控、神經生理功能和神經心理功能的表現，在和外界環境壓力互動中，如果出現錯亂失調的現象而無法即時恢復時，則會在外顯的情緒行為上反應出思考與知覺的障礙。也因此，將「精神分裂症」改名為「思覺失調症」，更能貼切地描述疾病背後可能的機轉。

不過上述的說法一定讓人覺得過於概括模糊。近一百多年來對於精神病理學的仔細探究，以及六十多年來精神藥理學的發展，漸漸地從精神藥物可用來治療各式各樣不同的精神

疾病，反過頭來推論精神病的可能成因。具體的一種說法即是精神病是反應出大腦內部的神經傳導物質的失調，其中，最常被提到的是多巴胺假說。

多巴胺假說

在二十世紀中葉，科學家意外的發現了一些藥物可以用來治療過去被視為「瘋狂」的精神疾病。也就是說，一開始的醫師，雖然知道藥物有效，但卻不知道為什麼有效。隨著時間的發展，可以治療這一類「瘋狂」的藥物種類，在雨後春筍的研究中，逐漸改良、增加，其中包括了著名的多巴胺假說。

在我們的大腦中，有許多的神經元；而在這些神經元之間，存在著許多連結，平時我們接受到外在刺激時，神經元之間都會以電刺激

互相連結；而神經元之間除了以電刺激相互連結之外，大腦中也存在許多神經傳導物質來調整神經元之間的連結，這些物質可以強化神經連結或抑制神經連結；常見大腦中的神經傳導物質包括多巴胺、血清素、正腎上腺素、乙醯膽鹼等。不同的神經傳導物質在大腦中有不同的作用。

目前在精神藥物的發展中，已經發現許多不同種類的抗精神病藥物可以用來治療思覺失調現象，特別是改善幻覺和妄想這一類的症狀；而在成功的治療病人之後，科學家藉由探尋這些藥物的藥理機轉，想要找出究竟思覺失調的起因是什麼；他們發現了一個共通的特性：這些藥物都帶有一定的多巴胺受體拮抗作用，意即服用這些藥物時會有降低腦中多巴胺作用的效果。另一方面的證據，則是觀察到有

些使用具中樞神經興奮作用的毒品，如古柯鹼、安非他命的病人身上，也常發現會產生幻覺和妄想等與思覺失調症病人類似的症狀；而這些物質在腦中的作用也恰好與促進多巴胺的釋放有關。

這些發現，讓科學家與醫學家們提出假說；即在思覺失調症病人身上，大腦中某些傳導路徑上的多巴胺功能是過多的，進而產生許多如幻覺、妄想等症狀。抗精神病藥物之所以有效，即因它們會阻斷多巴胺的作用而減輕症狀。

不過多巴胺假說，也只能解釋部分的思覺失調現象，例如幻覺、妄想等所謂的正性症狀，目前研究看起來是與多巴胺有較高的相關性；然而，對於負性症狀及認知功能障礙等問題，還沒辦法單純以多巴胺的變化來解釋；有些更新的說法是，所謂多巴胺功能過度作用，

其實只是大腦功能調節異常的下游產物，更上游的問題可能和發炎反應，以及在大腦中更廣泛存在的麩胺酸功能失調有關。

而更進一步的問題則是，為何有些人大腦中某些部位的神經傳導會出現異常，有些人不會呢？目前有一個通用的理論模型「壓力-體質模型」，常被拿來解釋為何有些人在某些壓力下會發展出精神病，有些人則沒事一樣，甚至愈挫愈勇。體質是指任何遺傳、生理、或心理上的弱點，造成這個人對於某些壓力特別敏感、以致於比較容易發生某一種精神疾病。而壓力是指任何會影響到個人心理均衡狀態的事件，考驗潛在的弱點；一旦壓力超過體質可負荷的臨界線，就會容易產生精神疾病。

有些人會問到，思覺失調症和遺傳有沒有關係？會不會遺傳？的確在病人的近親當中，

有較高的比例出現思覺失調症或其他精神疾病，但大部分思覺失調個案的父母都沒有生這個病。而思覺失調症病人的子女，的確有較高的機會（大約是一般人的 10 到 15 倍）得到這個病，聽起來似乎有點嚇人，不過一般人生這個病的機會其實不到百分之一，病人的子女同樣發生這個病的機會，大約就是百分之十上下。

目前的研究有找到一些與思覺失調症「相關」的基因，也就是說這些基因在病人身上出現機率較一般人高，然而有些人具有這些基因並沒有生病，也有些人沒有這些基因依然生病，還有些人具這些基因，卻是發生其他的精神疾病，也就是說，生病與否，是基因和環境經過複雜的交互作用下的結果。

當自己或家人遇到思覺失調症時，難免會想找出一個「原因」來解釋，然而往往不是怪

罪某人或歸咎於某個因素就能解決。目前的醫學研究，仍然欠缺更簡單明確的說法，來理解思覺失調症的病因。儘管目前對於這個疾病的致病機轉尚未完全明瞭，藉由了解思覺失調症對個人可能的影響，我們還是能更好的掌控自己的未來。

五、對生活、工作及人際關係的影響

簡單歸納前述的診斷標準，一般而言，思覺失調症常見的症狀包含：

- (一) 正性症狀：**幻覺（最常見的是聽幻覺）、各種妄想、思考結構鬆散、怪異的言語及行為等。
- (二) 負性症狀：**包括面無表情、缺乏動機、少

話、缺乏精力、社交畏縮等。

(三) 認知症狀：如注意力不集中、執行能力下降、記憶力退步變差、推理與判斷的能力變差等。

(四) 情感症狀：情緒的穩定度不好，可能情緒起伏相當大，忽笑忽哭，會有不適當的情感表達，莫名的焦慮、緊張、恐懼等。

上列症狀是屬於「橫斷面」的描述，也就是當病人症狀最嚴重的時期可能觀察到的症狀。而從症狀發生先後的「縱斷面」時間軸的角度來看，思覺失調症的病程，多半是經過一段前驅期慢慢醞釀，累積到一定程度才急性發作。病人多半是在急性期，正性症狀嚴重明顯時才就醫。正性症狀對藥物治療反應一般不錯，但是往往好了又容易再復發；特別是若突然自行停藥，或是碰到新的重大壓力事件時，

復發的機率會比較高。

另外，目前伴隨思覺失調症而來的負性症狀及認知症狀，目前尚未有確切有效的藥物治療可以幫忙，會需要較長期的復健來協助病人。只是若經常復發，可以想像為好比「大腦不斷重複的發炎」，即使治療後將症狀控制下來，仍然會對大腦的功能有所影響；長久下來，不但課業、工作、家庭、人際關係等實際生活會受到很大影響，腦功能及社會功能也會逐漸的退化，對病人及家人都是很大的負擔。

關於精神病的前驅期，近二十年來有很多這方面的研究，對疾病的發展有更多的認識。通常自病人第一次住院或出現嚴重症狀，到正式做出診斷的時間點往回推，有三分之二以上的病人表示，其實感覺自己怪怪不對勁已經有好一陣子了，可以長達幾個月甚至一年左右。

起初可能只是變得敏感、多疑、情緒沒來由的害怕、沮喪，人際互動變得退縮、做事效率變差等，聽起來並不是很特別的症狀，之後才逐漸發展出具體的妄想、幻覺，或是出現明顯失控的混亂言行。

如果能及早辨識疾病即將發生，或是由於對疾病有正確認識，而能在剛發病就儘快接受治療，一般而言可以減少嚴重發病帶來的問題。不過並非所有出現疑似前驅期症狀的人，後來都會發展出精神病或思覺失調症，事實上這樣的比例可能不到三成。所以也不適合在懷疑「快要發病了」時，就趕快投藥避免真的生病了。倒是值得戒慎恐懼，調整期待與步伐，讓自己安定下來，而對於是不是會發病的不確定性，則可以和醫師配合追蹤評估。

而急性發病後的緩解期，可能仍有部分殘

餘症狀，例如對聲音還是會比較敏感、獨處時仍容易聽到幻聽、和人互動有壓力、日夜顛倒、提不起勁、有心無力、眼高手低、衝動控制較差、抗壓性不佳等問題。有時這些問題才更讓人頭疼，因為需要有耐心長期的復健，才能一步步找回失去的能力，而有些能力則似乎怎麼努力都回不到原來的程度了。

緩解期間也可能出現病情不穩的狀況，通常也會有些前兆，比如變得易怒、焦躁、害怕、對小事過度反應、或是反應變得遲鈍、言談不對勁、作息紊亂等，長期相處的人，通常可以看出這樣的情緒行為變化。若及時處理，排除可能讓病情不穩的因素，有機會避免復發，否則往往一次次的復發之後，治療效果會打折扣，功能的損傷加劇，復健之路就更加辛苦，不可不謹慎以對。



大部分的思覺失調症病人，在規律治療下，可以恢復自己原先的生活與功能，可以上學、工作、甚至結婚生子，照顧家人。雖說在急性期的衝動、失控、或混亂行為，確實有造成自己或其他人傷害的風險，一定要謹慎以對，但也不需要反應過度。實際上，即使是處在急性期的病患，出現非常危險的暴力行為者仍屬少數，而且並不難治療這類急性症狀。倒是長久以來由於某些不配合治療或治療效果不佳之病友的行為被過度的放大檢視，讓病友們承受著汙名化的壓力。

六、治療

思覺失調症是可以治療的疾病；但「治療」與「治癒」卻並不代表相同的意義；治療

意味著控制症狀，恢復功能；治癒則意味著將病根移除，不須再接受後續的治療。由於現在我們對思覺失調症的確切致病原因尚未完全了解，「治癒」思覺失調症目前仍有一段漫漫長路需要努力，但隨著醫學進步，治療方法也是不斷地在進步中。

對於首次罹病的病人，一般醫師都會進行完整的病史澄清、精神狀況評估來進行診斷，並考慮必要的檢查；如基本實驗室檢查（血球檢查，生化檢查，尿液檢查）、腦部影像檢查、腦波檢查等，來排除其實是因為身體疾病或物質使用所造成的精神狀況異常，以確認最可能的診斷是思覺失調症。必須注意的是，目前還沒有儀器檢查可以協助「確診」，而這方面的研究則一直持續進行中。

既然致病原因中，神經傳導物質的失調可

能扮演著重要的角色，藥物就勢必在治療中不可或缺。歷史上最早確認可有效治療思覺失調症的藥物（chlorpromazine），發明於 1952 年，距今也不過短短六十多年，這個藥目前臨床上仍在使用。抗精神病藥物的使用，可以減緩症狀，降低住院日數，可大幅減少精神症狀干擾到病人日常生活的程度。

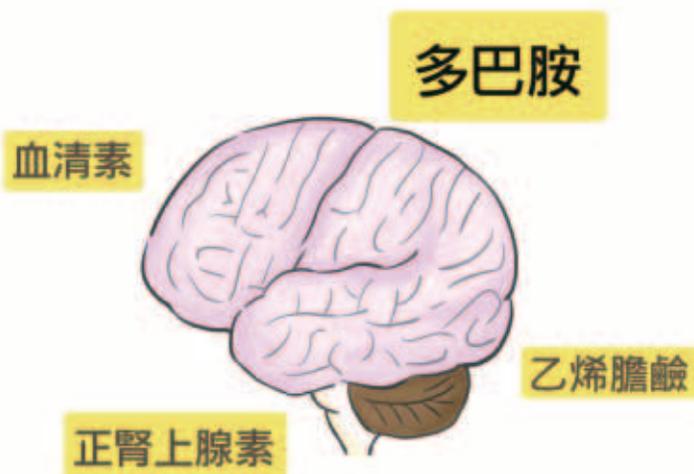
藥物治療下，有些病人可以很快在一兩週內就見到症狀改善，有些則需要較長的治療時間，或者因為副作用需要調整用藥，而部分個案在嘗試多種藥物治療後仍反應有限。

對於病情穩定下來的病人，藥物要持續服用多久呢？在一些研究中發現，雖然規則服藥的病人仍有復發的可能，不服藥的病人也不必馬上就會復發，可以確定的是，按時服藥者在追蹤期間復發的比例遠低於未按時服藥者。

這是否意謂一旦生了這個病就要終身服藥？保守一點的說法，沒錯，最好不要停藥，但不表示藥的劑量不能減少。在病情穩定、生活相對安定的狀況下，跟你的醫師好好討論配合，有機會慢慢降低劑量，但絕對不要一昧求快，以免病情復發時劑量需要加重，反而得不償失。而近來國外幾個從一發病就開始積極及早治療的追蹤研究顯示，似乎有些個案會在病情緩解後不見得需要一直服藥，完全停藥似乎不是絕對不可能，但一定要謹慎對待。

抗精神病藥物依據作用機轉的不同，可以簡單分為第一代抗精神病藥物，以及第二代抗精神病藥物。第一代藥物的特點是具有很強的抗多巴胺接受器作用，常伴有動作遲緩、靜坐不能、泌乳、月經失調、嗜睡等副作用。第二代藥物改良對於抗多巴胺接受器的作用強度，

還合併有許多其他的神經傳導物質調節作用，目的在減少第一代的副作用，但較常出現食慾變好、體重增加，以及相應而來高血糖、高血脂、心臟病等問題。



現今抗精神病藥物有相當多不同的種類，以及口服藥丸/藥片、口服液、長效針劑等不同的劑型，沒有一種藥是完美的，都有其相應的優點以及副作用。在治療時必須與醫師相互配合，規則服藥，才能找到適合自己體質的藥物。有些副作用在藥物使用一陣子之後，身體會適應這些物質而慢慢減輕不適，有些副作用則需要其他的藥物輔助改善，有些太困擾的副作用則只能停藥改用其他藥物。

七、自助助人要點

醫療、照護、社會資源

由於思覺失調症的病人，常因其自身的精神症狀，對於自身疾病的病識感不足，不夠瞭

解按時服藥的重要性，低估停藥的風險，或是對於藥物有錯誤的認知，認為是醫師或家人拿來控制自己的工具，而常有不規則服藥的問題。此外需要長期服藥，也是心理上及實務上的一大負擔。事實上藥物只是復原的基礎，治療思覺失調症更需要病人、家人以及治療團隊的耐心與毅力。

思覺失調症的醫療照護不局限在大醫院或精神科專科療養院裡。症狀輕微，可配合治療的病人，在診所、地區醫院或綜合醫院的精神科就可以治療，最好能固定就診，醫師比較容易幫你掌握病情。初次發病的病人，若對診斷或病情有疑慮，可至教學醫院徵詢專家意見及接受必要的檢查。

病情不穩，有危險疑慮，或是藥物不易調整，很難配合治療的病人，可能需要在急性病

房住院治療數天至數周；病情緩解但功能退步的病人，可到醫院的日間病房或是在社區裡的復健中心，規則接受職能治療並保持人際互動；需要長期住院治療及復健的病人，可安排有慢性病房的醫院安置；而功能無礙但有困難回到家庭的病人，則可考慮社區中的康復之家。

絕大多數思覺失調症的病人需要長期追蹤治療，為避免因負擔過重不願就醫，反而讓病情惡化，造成更大的損害，健保將此症列為重大傷病。因此當被診斷為思覺失調症時，可與醫師討論是否開立申請表，向健保局申請重大傷病卡，以後因思覺失調症就醫時可免除部分負擔，只需繳納醫院的掛號費。但若是為了其他疾病就診時，則不適用這個重大傷病卡的優待。若不想使用重大傷病卡就醫，也沒有強制性，可依個人狀況自行決定是否要申請，或是

申請後要求註銷。

有時在思覺失調症急性發作期間，病人的判斷能力及衝動控制能力受到症狀嚴重干擾，在行為、服藥上無法配合，甚至會對周遭的人有敵意，而在身邊的人想要協助就醫時出現攻擊行為，此時可聯絡警消單位來協助個案就醫。一旦精神症狀導致個案有傷害自己或傷害他人之虞、或已經出現這些行為，醫療單位因安全考量認為有必要住院治療，但個案堅決拒絕或無法配合時，醫療單位可以根據精神衛生法，啟動一個叫「強制住院」的流程，經過「精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會」的審查核可，來幫助病人接受治療。有時個案、家屬、警消人員、醫療人員的認知和判斷會有落差，一定要理性、耐心的溝通，才能得到較佳的解法。

慢性思覺失調症的病人，常因思考和情緒

功能障礙、負性症狀、認知功能退步等，造成社會及職業功能下降。如果經過治療及復健仍難恢復，持續有顯著的功能減損時，可以依規定申請殘障鑑定，取得身心障礙手冊，依不同的殘障等級，獲得一些補助及實務上的協助，例如以身心障礙的身分參加考試、接受職業訓練、就業輔導等。

如果我是病人，自己可以做什麼？

首先，要與家人、醫師建立能夠互相信任的關係。在罹病的初期，可以尋找第二意見的醫師，幫助自己與家人更加了解自己的病情；但長期來說，會建議病友們固定就診的醫師，在長期的關係下醫師能夠更了解你的狀況，當然在治療上也能夠較能發揮成效。

接著，可以嘗試去了解，症狀影響下的自

己，和平常的自己，有什麼不一樣。思覺失調症的症狀在初期，常常不明顯，令人不以為意；但往往在旁人還觀察不到明顯的症狀時，自己可以先開始感受到與自己平常不相同的地方；如此便更能了解自己的狀況，進而與醫師討論治療，也可了解什麼樣的事情對自己可能造成較大的壓力。

當然，在病症嚴重的急性期當下，由於症狀的干擾，不容易好好的有條理的思考，常看到為了不要再繼續住院、或在門診追蹤期間想要可以趕快減藥、停藥，而不斷討價還價、或是粉飾太平，宣稱幻聽在一吃藥之後就都不見了，甚至對治療者或家人產生敵意，徒增治療的困擾。此時只能耐心的對想幫助你的人有信心，才能儘快讓治療真正產生效果。

再來，有些人在治療把混亂的症狀控制穩

定下來後，卻會因為察覺到自己病前病後的明顯落差，感到難以調適，甚至為此抑鬱不已，很難踏出恢復的道路。因此很重要的是，在自己狀況穩定後，在治療團隊、家人的一同協助下，恢復自己原本的生活模式，重建自己的生活重心，如重返職場、尋找興趣、建立規律生活等。生活能夠過的平穩，情緒穩定，除了學習日常生活中應對進退的技巧，而且要學習掌控應對環境時的情緒反應。從日常生活中的應對中，學習情緒的調適，維持日常生活中正向的感受。

周圍的親友與照顧者如何協助

思覺失調症是一個可治療的疾病；然而，要達到症狀穩定並維持大腦功能以及工作能力，非常需要身邊的人幫助。

當發現家人可能罹患了思覺失調症時，親友面臨的第一道難題常是「怎麼勸他就醫？」事實上除了有立即危險可能要緊急處理的狀況，建議先以「關心」為出發點，告訴他有注意到最近的他和之前不太一樣、擔心他是不是哪裡不舒服，是否睡不好、吃不下、心情悶、靜不下、胡思亂想等等，鼓勵他接受協助。切莫自己幫他診斷，甚至先想到最壞的情況來自己嚇自己，也嚇壞了病人。有些親人則是比病人本人更無法接受患了思覺失調症的事實，如此一來反而造成病人的另一重壓力。

有時在思覺失調症急性發作，病情極不穩定時，親友不禁會問，到底發生什麼事了，為什麼我們這麼關心他，他卻完全不可理喻，好像我們是仇人一樣？若是一旁不明就裡的好事者火上加油的評論，「一定是你們怎樣不對，

才會害病人變成這樣」，不管是無知還是惡意，一定讓人很難受。此時最重要的就是對這個病要有正確的認知，明白這些異狀只是「病了」的警訊，才能建立可以透過治療，來恢復正常生活的信念與希望。

協助病人就醫的初期，親友多半都要承擔很大的情感負荷，宜盡力讓抱怨、指責、衝突等負面情緒平息，儘量找到和病人目標一致的契機，記得要「對病不對人」，重要的不是誰對誰錯，而是誰正在受苦，需要大家幫忙，才好借力使力，對病人提供最有效的幫助。

而在病情緩解的康復階段，也有些常見的盲點要提醒周圍的親友與照顧者，因為有時家人太關心或是手段太極端，反而會幫倒忙。例如鼓勵病人一定能靠意志力克服病魔，不要「依賴」藥物；或者過度緊張，漏吃了一次

藥，就以為馬上會復發，急得像熱鍋上的螞蟻；有時過度保護，主動幫他隔絕所有可能的壓力源，卻也可能斷絕了有益的互動；甚至發出最後通牒，告訴病人再不振作、找個工作獨立生活，就要送他去療養院。儘管這些出發點都是善意的，只是在做法上不見得有效。

至於有些在療養院接受較長時間復健治療的病人，親友們也別將他們遺忘。過去醫療及社會資源有限的年代，住進慢性病房似乎暗示著將要在那裡終老一生。其實有些病人的病情是需要較長時間的住院，才能恢復到可以回歸社區，適應社會及家庭生活的程度，太急了會有反效果，但也不必消極地不抱任何希望。慢性療養的過程當中，親友適時的探訪、提供基本的需求、偶爾陪同外出互動、或是短暫回家適應等，對於病情的穩定及復健的進展，一定

都會有正面的幫助。

的確，家屬和病患處在同一艘船上，親友和照顧者所需面對和承受的壓力有時不亞於病人。目前很多地區有家屬自助團體，例如康復之友聯盟及康復之友協會等，可以分享訊息和資源，互相支持鼓勵。建議家屬們也要積極學習、調適、向前看，才能和病患攜手朝康復之路前進。



八、結語

案例四

「醫生，我一年前可能是因為太認真準備考試，給自己太大壓力，睡不好吃不下，愛發脾氣、也不理人，後來竟來出現幻聽在批評我、命令我，還以為新聞上報導的事是故意在影射我，覺得有人要害我，甚至懷疑家人和那群人聯合起來要對我不利，和家人鬧了一兩個月，終於逃家在外遊蕩了一天，被送到警察局通知家人，才帶去看病，說是精神分裂症，要吃藥治療。我們起初不願接受，但去看另一個醫生，也是一樣的說法，才認了乖乖接受治療，現在好多了，沒有幻聽和被害妄想。」

「不過你現在看起來不錯，也很清楚發生了什麼事，今天來找我是想討論什麼？」

「聽說這個病現在改名叫做『思覺失調症』，治療上有沒有什麼不同？我真的要一輩子吃藥嗎？我不要執著在考試，那個對我來說真的有點太難了，是不是就比較不會復發？我想回去原來做得好好的那个工作，怕吃藥會影響表現，雖然目前感覺都還好。」

「改變病的名字當然不會改變這個病的本質，但可以幫忙我們調整對這個病的印象和態度。很高興看到你治療後的反應良好，可不是每個人都這麼幸運，有適合自己又有效的藥物。你願意多瞭解這個病，並試著調整自己的期待和生活方式來避免復發，自然有機會慢慢減藥，至於能不能完全停藥，現在還不急著下判斷。可不要覺得吃藥就表示病還沒好，就像

你現在雖然還在吃藥，連我都看不大出來你有生病呢。」

上面說的是近期的一個案例。對於嚴重精神病能有正面的認識、理解、與態度，是一個社會文明的指標。思覺失調症長久以來因為缺乏好的治療方法，以及人們對於它的無知與偏見，常被不合情理的對待，病人在過去常常無法得到好的照顧，甚至被社會所排擠、不容。所幸近一百年的醫學發展，讓我們對思覺失調症有更多的認識。隨著對疾病的成因、病症的表現、和病程的發展一層層地探究與了解，作用在精神功能藥物的開發研究，職能復健及社會資源的投入，及大眾衛教提高對精神健康及精神疾病的認識，現代人不應再抱著舊時代的偏見，認為思覺失調症的病人是「瘋子」，而應更積極提供可能的協助。事實上，許多思覺

失調症病人的人生軌跡雖然一時受到疾病的影響而偏離，在接受這個病，配合適當的治療，和你我的接納包容下，是可以讓疾病對個人的影響降到最低，在尊重多元文化價值的成熟社會裡，與大多數人一樣過著一般的生活。



認識思覺失調症

發行人：蔣丙煌

總策劃：陳快樂

著者：衛生福利部委託國立臺灣大學醫學院附設醫院精神醫學部編製

策劃群：張雍敏、鄭淑心、賴淑玲、傅悅娟
張景瑞、侯育銘、郭約瑟、張君威
鄧惠文、陳嘉新、紀雪雲、黃雅文
連玉如、連盈如、吳其炘、陳宜明

執行編輯：劉震鐘、徐智罡

出版單位：衛生福利部

地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電話：(02)8590-6666

網址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：2015 年 6 月

版次：第一版第一刷

I S B N : 978-986-04-5425-3

G P N : 1010401148