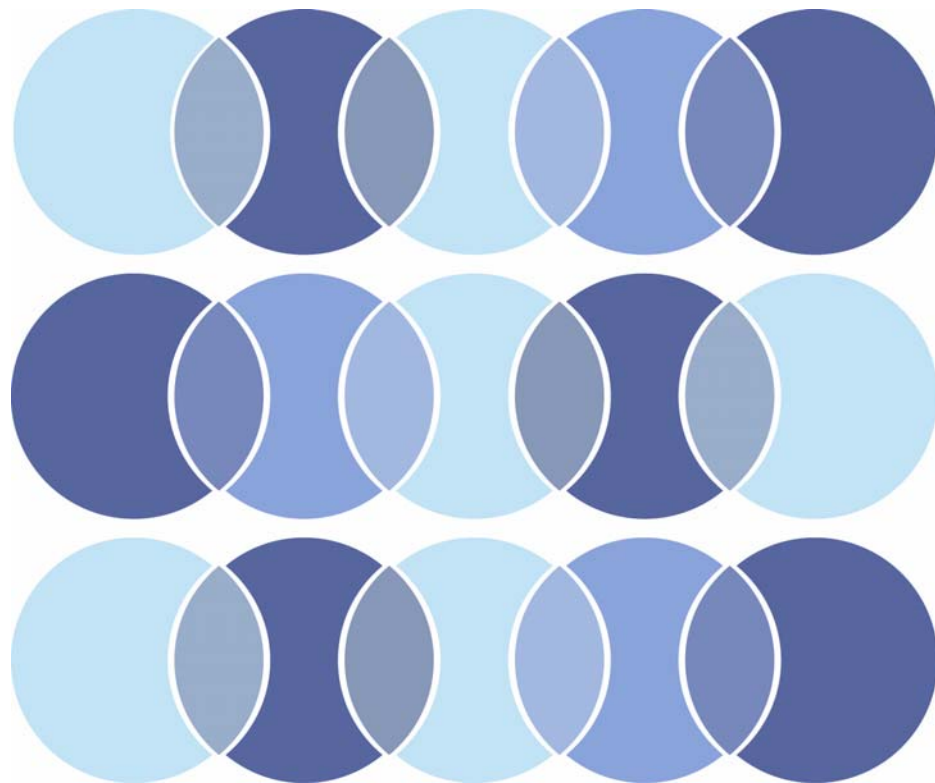


# 早期精神症

醫師指南

EARLY PSYCHOSIS  
A GUIDE FOR PHYSICIANS



# 目錄

有關「首次發作期精神症」(First-Episode Psychosis)的實用指引 .....	4
前言 .....	7
<b>導言 .....</b>	<b>8</b>
首次發作期精神症 .....	9
精神症及早期干預 .....	9
為什麼需要早期干預?.....	10
以「壓力與易致病性」為基本因素的精神症始現模式.....	12
圖一：以「壓力和易致病性」為因素的模式.....	13
首次發作期精神症病程 .....	14
前驅期 .....	14
急性期 .....	16
復原期 .....	18
首次發作期精神症摘要 .....	19
普通科醫師的角色 .....	20
<b>評估 .....</b>	<b>21</b>
典型症狀.....	21
評估框架.....	21
圖一「心理狀況測驗」組成部份.....	22
晤談事項.....	26
家人關注.....	27
調查首次發作期精神症 .....	28
圖表二：與精神症病癥同時出現的一些醫學及神經狀況.....	29
轉介問題.....	31
入住醫院.....	32

<b>治療</b> .....	<b>33</b>
指引 .....	33
開始治療 .....	33
藥物干預 .....	34
抗精神病藥物停用期 .....	34
藥物治療選擇 .....	34
以證據為基礎的非藥物干預 .....	36
心理教育 .....	36
認知治療 .....	37
應付技能和壓力處理方法 .....	37
早期干預策略摘要 .....	38
資料來源 .....	39
其他資源 .....	40
封面設計 .....	41

# 有關「首次發作期精神症」（First-Episode Psychosis）的實用指引

## 早期發現

### *前驅期病癥*

- ☞ 要把病者轉介去精神科醫生或心理健康服務機構,進行徹底的精神病評估
- ☞ 要監察病者進展
- ☞ 要支持和輔導病者及其家人

### *呈現的精神症病癥*

- ☞ 要直接但溫柔地向病者查問精神症病癥
- ☞ 要迅速地把病者轉介去接受徹底的精神病評估

## 診斷

- ☞ 要隨時準備修改暫時的診斷
- ☞ 要考慮由專家再次進行評估

## 合作關係

- ☞ 要致力保持連貫的護理
- ☞ 要把病人視為一位具自主性的成人
- ☞ 要與病人培養合作的關係，來一同處理病症

## 實務問題

- ☞ 要設立病人登記冊
- ☞ 要制定處理問題的規約，來處理有關病人失約、遵從治療規劃等問題
- ☞ 要確保為病人及其家人提供多科性的全面協助

## 要與各心理健康機構聯絡

- ☞ 要與病人的精神科醫生或個案管理人保持聯絡

## 非自願性的入院

- ☞ 盡可能與心理健康組合作
- ☞ 首先要確保病人自己和他人的安全（只有在必要時才涉及警方）
- ☞ 要使用一種非威嚇性及非衝突性的方法
- ☞ 要斷定是否符合「非自願性入院」的準則
- ☞ 要遵守《心理健康法》規定的程序，即：若要發出「醫生證明書」，醫生必須已經為病人作了檢查，且認為病人完全符合下列四個標準：
  1. 病人患有心理疾病，致使他對其周圍環境作出適當反應的能力，或他與人相處的能力，均嚴重受損。
  2. 病人需要入住或透過一所指定的設施來接受精神科治療。
  3. 病人需要入住或透過一所指定的設施，來接受護理、監管和控制，以防止病人的心理及軀體狀況出現嚴重的衰退，或使病人自己或他人獲得保護。
  4. 病人不宜作為一名「自願性」的病者。
- ☞ 要告知病者其法律地位，並予以清楚的解釋
- ☞ 要確保病人在被監管下送往醫院
- ☞ 據臨床需要，可給病者鎮靜藥物

## 藥物干預

- ☞ 要知道自己的有限，並要使用專家及其他資源
- ☞ 選擇抗精神病藥物時，應先考慮其副作用
- ☞ 每次只可使用一種抗精神病藥物
- ☞ 要採用「低量開始，緩慢漸進」的方法

- ☞ 要盡量使用最低的藥量，以使癥狀保持緩解，及避免有副作用產生
- ☞ 要監察病癥
- ☞ 要查究病人不跟從治療計劃的原因

## 非藥物干預

- ☞ 要建立一個有支持感的治療關係
- ☞ 要設定合乎實際的目標
- ☞ 要提供安慰及讓病者有機會去表達其感受
- ☞ 要教育病者及其家人
- ☞ 要鼓勵病人培養自我監察技能及應付技能
- ☞ 要確保提供以多種證據為基礎的干預方法

# 前言

本小冊子是由心理健康評估及社區諮詢組（Mheccu）製作，作為一份支持卑詩省「早期精神症計劃」（EPI）的文件。此計劃的其中一個主要目的，是要提高我們對精神症早期先兆和病癥的識別能力，使有效的治療可更快開始。

在 1999/2000 的財政年度，卑詩省的衛生廳撥出了一筆過渡撥款，來進一步支持一個項目。該項目的目的，就是要為那些按《心理健康計劃》，被認定為極為有可能患上嚴重精神病的年青人，發展預防和早期干預服務。在 2000 年 3 月，兒童及家庭事務廳宣布，要利用一筆一次性的撥款，來促進一些有關這方面的跨部門目標。

與衛生廳及兒童及家庭事務廳一同合作的夥伴，包括：兒童及家庭事務廳、及區域衛生管轄部門的區域代表，教育廳、區域輔導、及特別服務部的代表，卑詩省精神分裂症協會，及加拿大心理健康協會等。省內所有健康區域都有份參與「早期精神症計劃」的策略，以求改善為年青的早期精神症病者而設的服務。

「早期精神症計劃」的承辦單位是心理健康評估及社區諮詢組（Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit –Mheccu），該組是一個隸屬卑詩省大學社區精神醫學系的單位。

欲知「早期精神症計劃」的詳情，或索取本小冊子的方法，請與以下單位聯絡：

**THE EARLY PSYCHOSIS INITIATIVE**  
Mheccu, UBC  
2250 Wesbrook Mall  
Vancouver, BC, Canada  
V6T 1W6

或在以下網址查詢：

*[www.mheccu.ubc.ca/projects/EPI](http://www.mheccu.ubc.ca/projects/EPI)*

## 導言

大約有百分之三的人，將會在某個生命階段中經歷一次精神病發作。通常，首次發作的經歷，最常見於青少年期或成年前期，這些期間是人們發展其自我認同、人際關係、及長期職業計劃的重要時期。

對病者和家人來說，精神疾病首次發作的經歷，都是一個令人感到困惑及不安的過程。由於人們對精神症缺乏瞭解，所以他們經常都延遲求助。結果，這類疾病一直都不為人發現，亦不獲治療。有時即使有人尋求適當的幫助，但是專業人員亦可能因為缺乏適當的技巧和知識，而進一步延遲了診斷及治療。懷疑、恐懼和知識的缺乏，亦可能是妨礙人們與專業人員聯絡的因素。

有些策略能減低精神症對病者、其家人及社區所帶來的個人、社會和經濟壓力；人們對此類策略也越來越注意。對首次發作期精神症（first-episode psychosis）進行早期干預的目的，就是要縮短發作期，及減低首次發作的嚴重性，以盡量減少很多因為精神症未獲得治療而引起的併發症。適當的早期干預可提供重大的長期益處。

當人們對身體或心理健康感到關注時，會向外求助，這時他們最先會接觸到的人通常就是普通科醫師。故此，在確保病者獲得早期干預方面，普通科醫師正是扮演著一個重要的角色。

本小冊子為普通科醫師，簡介一些有關首次發作期精神症的指引，以促進早期和適當的干預。



# 首次發作期精神症

## *精神症及早期干預*

「精神症」是指一種精神狀況，其特徵就是思想歪曲，或脫離現實，但沒有神志不清。精神症的活性病癥包括妄想、幻覺和思想紊亂。

負面病癥可包括感情遲鈍、思想或言語貧乏、及缺乏動機等。通常，還有幾種繼發性的癥狀，例如睡眠失調、情緒激動，行為改變，社會退縮、生活角色功能受損等。它們通常都是顯示有精神症的跡象。

精神症的成因可包括：某些醫學狀況、藥物或酒精濫用及各種精神疾病，如精神分裂症、雙極障礙、精神分裂類精神症及精神分裂情感障礙。

「早期干預」涉及對精神症盡早進行診查，並確保適當的治療得以開始進行。治療應該在首次有活性精神症病癥出現時，立刻開始，但亦可在精神症發作的前驅期內開始干預。至目前為止，抗精神病藥還未曾證實在病發前的前驅期內有效，但心理社交性干預是有必要進行。

若要落實早期干預，則需要提高社會對精神症早期先兆的瞭解，並減低社會對這種疾病的羞恥感，因為這種羞恥感有時令人們延遲求助。此外，亦需要提高醫療人員識別及治療此類疾病的技能及知識。

## 為什麼需要早期干預?

有很多研究顯示，精神症病者，經常延遲很久才開始接受治療。延遲期有長有短。但是，由開始有精神症病癥出現，至開始進行適當治療的相隔時間，通常都超過一年。

由於這種延遲，某個重要的發展階段，往往都會因為病況而受到嚴重的干擾。一些值得擔心的繼發問題也可在此段期間形成。延遲治療的時間越長，病者和家人在心理社交上的遭受干擾的可能性，以及病者患上繼發疾病的可能性也會越大。

精神症通常會孤離病者，使他與人隔絕，亦會損害家庭和社交關係。在學校及在工作上的表現也會出現問題；其他的問題，諸如失業、物品濫用、抑鬱、自我傷害或自殺、非法行為等，也可能會出現，或變本加厲。

有證據顯示，長期延誤治療會減低精神症病癥對治療的反應。延誤治療亦與較慢及不完全的復原有關。假如精神症病.治療前已經出現一段較長的時間，似乎亦會導致較差的預後及較高的早期復發率。有人推論，不獲得治療的精神症，會增加腦內的病態生理變化。病狀一旦復發，就會進一步侵蝕病者的長期功能。

## 延遲治療可導致以下結果：

- ☞ 速度較慢，且不完全的復原
- ☞ 心理及社交發展遭受干擾
- ☞ 人際關係緊張、損失家庭和社會支持
- ☞ 使年青病者擔任父母的角色時出現混亂
- ☞ 對求學或就業造成干擾
- ☞ 使家庭關係更為緊張
- ☞ 預後較差
- ☞ 抑鬱和自殺
- ☞ 物品濫用
- ☞ 不必要的入住醫院
- ☞ 提高社會的經濟成本

## 以「壓力與易致病性」為基本因素的精神症始現模式

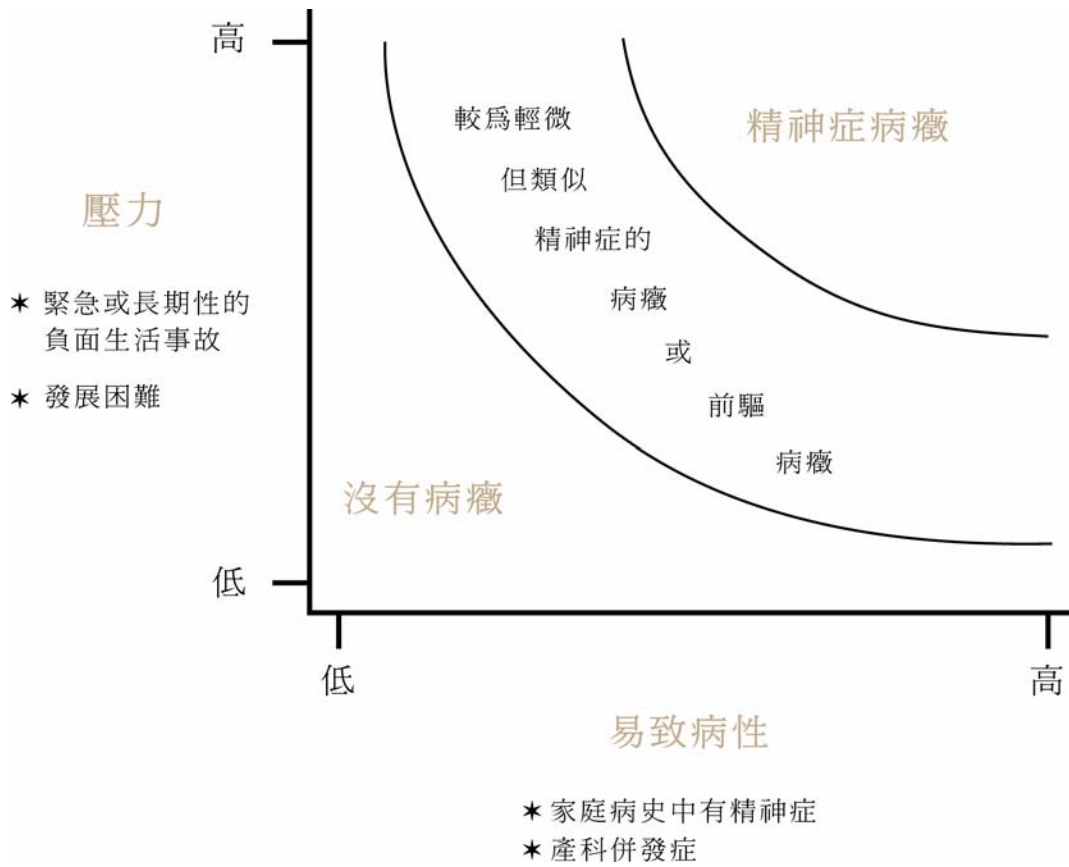
精神症的始現和過程，可透過一個以「壓力和易致病性」為因素的模式來解釋（參閱圖一）。生物偏向（遺傳與神經發育因素）與環境壓力兩者之間的互動作用，可引發主動的精神症病癥。

家庭病史中若有精神症或某種人格異常（即精神分裂型、精神分裂性及妄想人格異常等），病者本人患上精神症的危險則會越大。例如，在一般人口中，精神分裂病引發精神症的機會是百分之一，但是在精神分裂病者的子女中，機會是百分之十三。

精神症病患者中，估計約有百分之八十是在十六歲至三十歲間，經歷首次精神症發作的。

精神分裂症首次始現的中間年齡是十九歲，而女性通常比男性遲兩年至三年，才經歷首次發作。

圖一：以「壓力和易致病性」為因素的模式



# 首次發作期精神症病程

精神症首次發作的一般過程，概念上可分三個階段，即是前驅期、急性期和復原期。

## *前驅期*

在前驅期，病者會經歷某些情感、思想、知覺和行為上的改變，雖然他們尚未開始覺得有明顯的精神症病癥，例如幻覺、妄想或思想紊亂等。

前驅病癥因人而異，有些人甚至可能沒有前驅期的病癥。前驅期的長短也因人而異，雖然通常為期幾個月。一般來說，前驅期沒有固定的規律，病癥會漸漸出現，並且隨著時間變動。在前驅期內，可有某些先兆和病癥出現，其中包括：

### *情緒上的*

抑鬱、焦慮、緊張、躁性、發怒或情緒波動

### *認知上的*

難於集中精神、記憶困難、思想遲緩或加快、有某些奇怪的想法、說話含糊、對某些想法過分執著。

### *有關自我意識、他人意識或世界觀的*

覺得自己與別人不同，周圍的事物亦似乎改變了。懷有疑心。

### *生理上的*

睡眠不安、食慾改變、投訴身體不適、失去精力或動力、及知覺失常。

### *行為上的*

擔任社會角色能力降低、社會退縮或孤立、失去正常的興趣、過分專注於心靈或哲學問題、表現與平常個性不符的反叛性。

這些變化顯然不限於某種特殊的精神病，它們亦可由多種心理社交問題、身體疾病及精神科疾病產生。

遇有年青人顯出此類病癥時，都應該考慮該人或已患上精神症的可能性。這種想法是幫助我們及早對精神疾病進行干預的關鍵。此外，特別重要的，就是要斷定該人的性格及行為改變，是否一直持續或一直惡化。不要立刻把此類性格改變視為一種青少年的屬性。當然對此類改變可能另有解釋；但是，前驅精神症卻是其中一個解釋。所以，我們應該仔細復查這些癥狀，並定期監察顯出病癥年青人。

## 急性期

在急性期內，會有一些典型的精神症病癥出現。活性病癥（例如思想紊亂、妄想、幻覺等）可能變得特別突出。這個階段通常會一直持續下去，直至適當的治療開始為止。

「幻覺」是指在沒有外來刺激下，病者產生感官知覺。最常見的是幻聽。其他的幻覺包括視覺的、觸覺的、味覺的和嗅覺的。這些幻覺較為少見，並可能是由其他醫學因素或藥物引起的。

「妄想」則是一些頑固及謬誤的信念，且是不合乎病者的文化環境的。這些信念通常都非常特異，對病者十分重要，但卻是別人難以理解的。

妄想的嚴重程度通常會漸漸加深。病者在初期仍可以接受挑戰，但其後則會變得較為根深蒂固了。

### 常見的妄想包括以下幾種：

- ☞ 迫害妄想
- ☞ 宗教妄想
- ☞ 誇大妄想
- ☞ 關係妄想
- ☞ 軀體妄想
- ☞ 被人控制的經歷，例如覺得有「思想灌入」、「思想廣播」或「思想刪除」等現象。



思想異常 (thought disorder) 是指一種思想模糊或紊亂的現象。病者說話時，語無倫次，令別人難以明白。思想異常亦可能指以下幾種異常現象：「關係妄想」——認為某些字詞及事件含有特殊意義，且是關乎自己的；「思考中斷」——思考時，突然中斷，病者的解釋可能是意念被人偷走。「思想灌入」——覺得有外來的意念在腦海裡出現，病者的解釋通常是有人把這些意念灌進了他的腦海裡。

妄想、幻覺和思想異常都肯定是精神症的病癥。情緒、行為、睡眠及活動錯亂亦可能是同時出現的病癥。

很多患有心理或精神病的人，初期會有疲倦、累次有頭痛、失眠或不明確的軀體病癥。

病者初期的表面病癥會因人而異的。雖然很多病者都會有常見的活性病癥及行為錯亂，但是我們不應該讓這些常見的病癥誤導我們，使我們忽略那些較為「古怪」，主要有負面病癥的病人。其實，他們的病情可能是稍稍地在惡化中。

在急性期內，負面病癥亦很常見，例如：動機、精力和興趣減低，情感遲滯，內在精神生活變得較為貧乏等。這些病癥，連同一些不明確的軀體病癥，可能會被人誤診為抑鬱，使病者很遲都得不到適當的治療。

## 復原期

透過現有的治療方法，大多數經歷首次精神症發作的病者都會復原得很好。

復原過程受幾個因素影響，即治療環境、藥物和心理治療、個性型格、及某些存在於病者家庭和社會環境內的因素。復原過程的長短，與個人功能的改善程度，都因人而異。

在復原期內需要處理的問題包括：幫助病者和家人瞭解這次疾病經歷、幫助病者恢復自信、及幫助病者回復病前的功能水平。精神症後抑鬱、焦慮症、自尊減低及社會退縮等問題，也需要處理。病者在住屋、理財、就業和求學等各方面，亦可能需要協助。

若要達到最佳的康復效果，則必須採用一個具支持性的合作方法，此方法必須包含各種專科治療，以及一個全面的生物心理社會治療模式。

經歷首次發作的病者，復原後通常仍需要繼續服藥，最少十二個月，然後才可慢慢地停止；在此段期間，病患者需要繼續受到監察。很可惜，有很多人沒有繼續服藥，結果精神症再次發作。

很多經過首次發作的病者，復原後就永不再復發。

有些病者，病情仍會繼續復發，但在每次復原至下次復發的相隔期間內，他們仍然能夠享有豐盛的人生。在復原期內，應該與病人和其家人討論這一點。還要定下一些指引，來幫助他們儘早察覺復發的徵兆及尋求治療。這方面應是病者和家人心理教育中的一個焦點。肯定的預後是沒有可能斷定的。

## 首次發作期精神症摘要

- ✎ 首次發作通常見於青少年期或成年初期。
- ✎ 這種疾病具有破壞性，令病者和其家人都感到困惑和苦惱。
- ✎ 雖然病者可能已有病癥，但很多時他們的疾病很久都不被發現及不獲治療。引致初期治療遲誤的因素很多（例如：缺乏認識和羞恥感等），其中最重要的就是延遲發現疾病。
- ✎ 提高大眾和專業人員對精神症病癥及首次發作過程的認識，將可幫助他們及早發現病症。
- ✎ 首次發作通常分為三個階段，即前驅期、急性期和復原期。
- ✎ 「早期干預」是指在活性病癥最初出現時，立即採取干預行動。
- ✎ 治療應該盡量在一個「最少限制」的環境下進行。
- ✎ 治療方面，需要採用一個全面性的生物心理社交治療模式，以及多種專科治療方法，此類治療方法須針對精神症原發病癥，並幫助病者克服由精神症引起的繼發性個人和社交困難。
- ✎ 經歷首次發作的病者，通常是可以完全復原，不再有癥狀。

### 及早進行適當的治療可以：

- ✎ 減低精神症的破壞程度
- ✎ 減少繼發疾病的發生
- ✎ 令病者更快復原
- ✎ 改善治療結果

## 普通科醫師的角色

雖然普通科醫師會較少遇到首次發作期精神症的病例，但是他們所扮演的角色仍然極為重要。

對大多數人來說，當他們遇有健康問題（不論是身體或心理健康問題）需要向人求助時，他們首先接觸到的就是普通科醫師。

故此，你必須對精神病一般的表面病癥有一定的認識，且應能夠進行初步的精神病評估。你亦需要知道有哪些專門的精神科服務，可對你的病人有助。

若要及早發現病症，關鍵在於保持著一種高度懷疑警覺的態度，尤其是當病人是青少年或年青成人，而又患有持續的心理問題，或有個性或行為衰退的現象。

若懷疑病人患有精神症，即須從速進行評估及治療，拖延的做法對病者不一定有利。很多時，病人被誤診為抑鬱（跟著並接受抑鬱症的治療），因為精神分裂症的診斷常帶來悲觀與羞恥感。

# 評估

## 典型症狀

病者首次發作時，會有多種跡象，是你可能會注意到的。

精神症很少是驟然出現的。病發前，病者的心理社交功能會漸漸改變，其家人通常會察覺到情況可能有點不對，而且可能會開始尋求幫助。

即使病者去見臨床師，但是最突出的症狀可能只包括抑鬱、某些與焦慮有關的問題、及某些與認知功能或軀體不適有關的問題。

到了急性期後，可能會有明顯的精神症病癥，但是病者可能會懷疑它們的真確性，也可能會企圖隱瞞病況。這時可能需要給他們一點安慰，但同時以較為堅決的方法來幫助他們。注意病者家人所關心的問題、向病者查問其觀點等做法，往往都是非常有效的。

## 評估框架

在進行晤談時，最好使用一個評估框架來幫助你探討潛在的問題。

「心理狀況測驗」（Mental Status Exam）就是一種常用的評估框架；此評估框架覆蓋的主要範疇概括如下，並可用英文字母順序代表（即以下「字母記憶法」），以幫助記憶。（參看圖一）

## 圖一 「心理狀況測驗」 組成部份

「心理狀況測驗」是診查精神症病癥的一種方法。下列的「字母記憶法」幫助我們順著英語字母的次序來記著其內容。

### 字母記憶法

外表	要注意病者對自我的照顧、衣著、化妝或個人物品等
行為	要留意不正常的動作、活動程度、視線接觸、舉止和姿勢。
合作性	要注意該人在晤談時的態度。
言語	要留意該人的說話速率、語調、表達能力、和語言理解能力，看看是否有不正常之處。
思想	要對該人思想的形式與內容兩方面都作評估。要留意該人的思想是否連貫及符合邏輯。要查問有關妄想及異常思念等現象。
情感	要留意情感與情況不吻合或過於誇長、對激烈的話題只作冷淡的反應等現象。要斷定情感與思想內容是否吻合。
情緒	要查問有關抑鬱、焦慮和躁狂的病癥。要斷定情緒癥狀的強度和穩定性。
知覺	要查問有關幻覺和涉及各官能的知覺錯亂。
意識水平	留意該人在晤談時的機敏程度，並要留意其意識水平是否有波動。
領悟力和判斷力	要斷定該人對某些具體實際問題的判斷力。要斷定病者對自己的病癥及對自己需要治療的情況有何瞭解。要問及該人對治療的瞭解和態度。

認知功能	<p>考慮使用「簡易心理狀況測驗」（Mini-Mental Status Exam）作為普查工具，來斷定病人是否有任何認知缺陷。</p> <p>辨位能力：要問及日期、地點及人物</p> <p>記憶力：要問及記憶問題。留意該人在回憶近期或很久以前發生的事情時，是否有困難。給該人一張寫有三至五個字的字條，請他在五分鐘後把字背出。</p> <p>注意力和專注力：要留意該人是否留心聽你的問題。要問他在看電視節目時是否能集中精神。</p> <p>閱讀和書寫：要問及該人的閱讀能力。要他朗讀幾句子及寫出一句句。</p>
知識基礎	<p>要留意該人是否缺乏某些明顯的普通常識。要問及一些重要的日期、現今政治人物的名字、或時事等。</p>
結尾事項	<p><u>要問及自殺和殺人的念頭</u>。如果該人有此類念頭，便要對這方面進行徹底的評估。要問及計劃、意圖、及自殺或殺人方法的致命程度。要考慮其他會增加危險性的因素，例如以前曾對自己或別人施用暴力的事件、濫用藥物或酒精、可引發自殺或殺人的近期事故、衝動的性情、嚴重的人格異常、器質或神經癥狀、情緒癥狀和精神症病癥等（尤其是命令式的幻覺）。</p>
可靠性	<p>要留意在晤談中收集的資料及所得的觀察是否可靠。</p>

「心理狀況測驗」只是精神病晤談中一個部份。若要使晤談全面，還必須收集有關其他多個範疇的資料。

## 精神病評估

- ☞ 心理狀況測驗
- ☞ 呈現問題
- ☞ 個人歷史
- ☞ 精神病歷史
- ☞ 身體健康（包括頭部損傷）
- ☞ 發育歷史
- ☞ 家庭歷史（包括家庭的精神病歷史）
- ☞ 人際關係（社交關係和家庭關係）
- ☞ 角色功能（在工作、在學校、在家當父母的角色等）
- ☞ 日常生活功能
- ☞ 藥物及酒精的使用
- ☞ 性



必須深入探討病人提供的提示和線索。病人的焦慮底下究竟蘊藏著一些什麼的因素呢？為什麼病人經常有頭痛呢？為甚麼他經常感到疲倦呢？為什麼她不再見她的朋友呢？

要使用具體的問題，來評估有沒有特別癥候群的存在，例如：抑鬱、焦慮症和精神症等。要查問是否有物品濫用。要評估病人自殺的危險度，以及病人是否會對別人構成危險。

醫師應以實事求是和沒有尷尬的態度，去查問是否有精神症的現象存在。以下的範例說明如何問及和評估精神症思想：

*有時有些人會聽到雜聲或人聲，但其實當時並沒有人講話，亦沒有任何事物可解釋他們所聽到的聲音。你有沒有經歷類似的事情？如果有的話，那些聲音在說什麼？有多少個聲音呢？這些聲音是否好像正在互相對話，一直在談及你呢？它們是否在評論你所做的事情呢？*

*有時有些人會有一些別人實在無法明白的經歷，例如，有時有些人覺得他們好像在受到某人，或某種他們不能解釋的力量的控制... ..或者覺得電台或電視台正在談論及他們... ..或者覺得別人能夠知道他們心裏的意念。*

*現在是否有人正在試圖傷害你，或謀害你？*

*有沒有任何東西正在干擾你的思考？有些人覺得好像有人把一些外來的思想灌入他們的腦海裡。你從來有沒有覺得有人在把你的思想廣播出來，使別人可以聽到你所想著的事情... ..或者覺得有人強然從你的腦裡把一些思想拿取出來？*

如果該人顯然是有精神症，或者神志紊亂，那麼便要把評估的焦點縮窄一點。但是，在任何情況下，評估都要包括以下的成分：對現有問題的評估、心理狀況測驗、及危險度評估。

## 晤談事項

晤談是治療過程的起步點，因此必須在提供評估、給予協助、與建立關係這方面，尋求一個平衡。醫療人員不能與病者建立良好的關係，是導致病人中途停止治療的主要因素。我們亦可利用這個因素來預測較差的治療結果。

要利用具體的問題來探查精神症，以防疾病會繼續不被察覺。

要向病者家人或其他人查取其他助證資料。要向他們解釋，你希望收集更多的資料，來使你可以提供更佳的幫助。要記住你只是要向其他人收集資料，而不是把病者的情況告訴他人。要請病者帶同一位他的家人來與你晤談。

結束晤談時，要討論到你的評估及處理計劃，並要與病者商量所建議的治療、檢討或轉介。與病人建立合作的關係，可幫助病者應付由精神症帶來的低自卑感和士氣低落。

## 保密問題

與新病人晤談時，最好讓他們知道在晤談時討論的事情是保密的，同時亦要解釋保密的限度。

## 減低緊張

要知道病者可能會感到緊張或存有戒心，所以開始討論時要從大家共通的地方談起，然後再漸漸把話題轉至病者的精神症經歷。

如果病者與父母一同到來，最好首先單獨與病人傾談，然後才與他的家人會面。

## 慢慢進行

單靠一次晤談，未必能夠與病者建立好關係，及完成一次詳盡的評估。最好安排幾次晤談在幾天至兩個星期內進行，這樣病者的情況會顯得較為明朗。

每次與病人晤談的時間長短也非常重要。在較短或較為表面的傾談中，病者通常都能夠應付得來，但是在較長的傾談中，或在談及較困難的話題時，他的精神症癥狀就會更為明顯了。

如果病者失約，沒有來晤談，便應主動與他聯絡。病者通常會視之為一種關懷他的表現，而不是一種干涉。

不可讓病人與你失去聯絡，因為在這種情況下，病者自殺的危險度是相當高的。你可能需要在第一次晤談結束時，與病者建立協議，容許你在他失約不來時，主動與他聯絡。

## 家人關注

醫師必須承認，家人的苦惱、迷妄、或否認都是真確的事實。若以一種輕浮的態度來對待他們關心的問題，就等於抹殺了其經歷的真確性，這樣會使家人產生一種否認的心態，繼而會延遲病者再次接受評估、診斷及治療的時間。

要求病者家人提供一些有關病者行為的具體例子

評估改變幅度及持續時間

搜集有關病者的病前個性及功能的資料

澄清家庭病史，包括任何精神疾病的病史

特別要問及精神症的行為癥狀，例如自言自笑、對自己的照顧欠佳、肌動活動量增加或減少、擺姿勢等。

如果家人到來見你，但病人本人卻沒有到來，那麼就要斷定情況有多緊急。如果情況不是太急切，便要鼓勵該年青病者親身來見你。如果情況看來非常嚴重及緊急，便應該安排進行外展評估。

若計劃進行家居評估，必須先與家人諮詢。如有跡象顯示病人可能會對自己或他人施用暴力，那麼便要安排資深的社區精神科工作人員來提供支援。

## 調查首次發作期精神症

最基本的檢查應包括：藥物普查、普通化學檢查、完全的血球計數及尿液檢查。這種身體檢查是非常重要的，因為某些醫學及神經狀況可帶來類似精神症的病癥，這次身體檢查可排除病者患有這類狀況的可能性（參閱圖表二）。但是，在年青的精神症病者中，只有約百分之三的病案是由此類醫學狀況引發的。

如果可以安排的話，應為病人進行腦部影像，及利用神經認知測驗來檢查病者的智力、記憶、注意力、執行功能、語言能力、視覺空間和運動技能。一個好的心理狀況測驗，最少可對病人的認知功能提供一點顯示。

圖表二：與精神症病癥同時出現的一些醫學及神經狀況

疾病	精神病表面病癥	鑒別診斷
甲狀腺機能減退	嗜睡、情緒憂鬱、性格改變、類似躁狂的精神症、妄想狂、幻覺	排除下列疾病：垂體線疾病、嚴重抑鬱、躁狂症。可能因鋰療法而繼發。
腦瘤 (例如：腦前葉、頂葉、枕葉)	情緒改變、煩躁、判斷力受損、譫妄、病兆、幻覺	排除下列疾病：動脈瘤、硬腦膜下血瘤、癲癇、心血管疾病、抑鬱、躁狂症、癡呆
頭部創傷	思考紊亂、性格改變、記憶力受損	頭部曾受撞擊。排除下列疾病：CVD、癲癇、酒精依賴、糖尿病、抑鬱、癡呆
愛滋病	漸進的癡呆、性格改變、抑鬱、失去性慾	如是高危險度群病人，或是有癡呆癥狀的年青人，則必要考慮此疾病的可能性
癲癇	思考紊亂、精神症、神志分離、緊張症	凡有神志分離狀態者，都要考慮複雜性半癲癇。排除下列疾病：發作後狀態、精神分裂症
副甲狀腺機能亢退	抑鬱、妄想狂、思考紊亂	排除以下疾病：抑鬱、精神分裂症
系統性紅斑狼瘡	抑鬱、情緒錯亂、精神症、妄想、幻覺	這種病例中，有百分之五十會有精神病的病癥。排除以下疾病：抑鬱症、妄想狂精神症、精神分裂症
缺乏維他命 B12	煩躁、專注力受損、精神症、抑鬱	可能由惡性貧血引起。排除以下疾病：癡呆、躁狂、情緒失常

## 其他與精神症病癥有關的醫學狀況

- ☞ 腦血管疾病；與後期發作型精神症有關
- ☞ 多分性硬化；尤其是見於有腦室周損傷者
- ☞ 亨丁頓氏疾病；此種病例中，有百分之五至十會有精神症病癥
- ☞ 庫欣氏症後群；同時患上精神症的病者，達百分之二十
- ☞ 甲狀腺機能亢進及甲狀腺機能減退
- ☞ 紫質症；急性間歇性紫質症及斑駁性紫質症
- ☞ 威爾森氏病

## 轉介問題

若懷疑或已証實病者患有精神症，通常都應該把病者轉介給專科人員來進行精神病評估。

雖然前驅期的評估不一定具結論性，但是它仍有一定作用的。

***雖然前驅期病癥不一定會顯示有精神症，但是會表示病者患有某種需要治療的心理問題。***

如果精神科醫師或心理健康組與病者見面時，能給他一個好的印象，那麼他們便能與病者建立一個好的聯絡關係。未曾獲得明確的診斷時，普通科醫師應承認有問題存在，並致力幫助實施專科服務提供的建議。

如果病者不願意去見私家精神科醫師，另一個可能採用的方法，就是由社區心理健康服務單位或流動精神病評估組來進行評估。有時門診治療或家居治療都是可行的選擇，但是這方面卻須視乎病者的病況、現有的社會支援途徑、及病者令自己或他人受損的可能性。有時，由家人緊密監察病者，也是一種可行的選擇。

## 入住醫院

有些病者需要進入醫院，來接受治療或評估。有時，病者可能沒有足夠的社會支持，來接受家居治療，又或需要一段長期觀察，才可獲得適當的評估，這等情況都表示病者可能需要入住醫院了。運送病人入院，及處理收症手續時，必須小心進行。如果在入院過程中，需要施用暴力或強制的手段，那麼病人往往會感到非常羞恥及苦惱。很多時，病者都會接受入院的提議。

拒絕入院的病人，仍可在非自願的情況下被送入院。這種做法可能是因為他們有可能危害自己的健康及安全，亦可能是為了維護大眾的安全。強制入院的理由不必是因為病人會攻擊自己或他人。

根據卑詩省 1999 年的《心理健康法》，非自願性的入院可透過以下三種途徑安排：

1. 透過醫生的證明書（這是較佳的方法）
2. 透過警方的干預
3. 透過法官的命令

若要發出「醫生證明書」，醫生必須已經為病人作了檢查，且認為病人完全符合下列四個標準：

1. 病人患有心理疾病，致使他對其周圍環境作出適當反應的能力，或他與人相處的能力，均嚴重受損。
2. 病人需要入住或透過一所指定的設施來接受精神科治療。
3. 病人需要入住或透過一所指定的設施，來接受護理、監管和控制，以防止病人的心理及軀體狀況出現嚴重的衰退，或使病人自己或他人都獲得保護。
4. 病人不宜作為一名「自願性」的病者。



# 治療

## 指引

藥物及其他治療策略，在幾份刊物中都曾有簡介，其中包括《加拿大精神分裂症治療指引》（Canadian Guidelines for the Treatment of Schizophrenia）及《澳洲早期精神症指引》（Australian Guidelines for Early Psychosis）等兩份。

## 開始治療

一旦決定需要進一步的評估或治療後，便應讓病者及其家人知道他們所有的全部選擇。

由於大多數的精神症診斷方法都需要一段時間，所以在早期階段，最好不要使用具體的診斷。應專心幫助病者及其家人解決已呈現的問題。在等待你作進一步檢查時，病者通常都會很願意就具體的問題（如思考紊亂、睡眠困難等）接受幫助。這種做法可鼓勵病者在精神症的早期階段接受幫助。就道德準則及治療需要而言，應在合理期內為病者提供額外的教育。

越來越多人認為，剛被診斷的病者，其所需要的治療方法，與長期病者所需的治療方法，並不相同。這方面的分別，可以心理藥物治療為例。

# 藥物干預

## 抗精神病藥物停用期

處理首次發作期精神症的一種常見方法，就是提供一段為期幾天的藥物停用期。在這段期間內，激動、煩躁或失眠等癥狀，都可用長效型的 benzodiazepine 處理。

這段期間讓臨床師有機會更仔細地評估病人的情況，以排除有短暫性精神症的可能（如由藥物引起的精神症）。同時，也可讓臨床師與病者建立互相信任的關係。

## 藥物治療選擇

應該轉介病人由專家處理，該專家必須熟識如何使用抗精神病藥物來處理早期精神症。

經歷首次精神症發作的病者，通常對此類藥物的效應十分敏感，而且容易受副作用影響。

必須首先考慮藥物的相對副作用，才可選擇抗精神病藥物。一般來說，低效力的藥物較易產生鎮靜作用、姿勢性低血壓和抗膽鹼性（anticholinergic）副作用，而高效力的藥物則產生較多錐體外副作用。

治療首次病發期的病案時，不論是使用任何抗精神病藥物，開始時必須使用很低的藥量，以便盡量減少副作用。副作用會令病人不大願意跟從治療計劃。使用抗精神病藥物治療時，必須對這個「低量開始，緩慢漸進」的方法加以忍耐。在大多數病案中，病情都會完全緩解，但是這方面需要時間。整體來說，大約百分之六十的病者，到了第十二個星期，通常都會有反應，而另外有百分之二十五，反應會較為緩慢。在此類病人中，低藥量對治療精神症病癥，一般都是有效的。

在最初的幾個星期內同時使用長效 benzodiazepine，可有鎮靜及控制激動的作用；可一直使用這種做法，直至抗精神病藥開始全面生效為止。此外，亦可使用抗膽鹼性藥物（如 benztropine）來預防可能出現的錐體外徑副作用，這種做法也非常普遍。除非病者繼續有錐體外徑副作用，否則此類藥物可在以後的幾個星期內，逐漸停止使用。

非定型抗精神病藥物的問世，對首次病發期的病案特別重要，因為這些藥物較少產生錐體外徑副作用，故此亦減低了對抗膽鹼性藥物的需要。其實，抗膽鹼性藥物本身對身體和認知功能都可帶來不良的副作用。較新的非定型抗精神病藥物，常被人用作「前線藥物」，因為它們較少引起嚴重的副作用。

## 以證據為基礎的非藥物干預

*雖然普通科醫師自己可能沒有時間或這方面的專長，來提供這類治療，但是他/她應該可以向病人提供一點心理教育。*

### 心理教育

針對首次發作期的心理教育，涉及幫助人們（包括病者的家人）認識心理疾病，並同時保持一種持續、互動的心理治療關係。談及精神症時，必須傳遞一個有希望的訊息，但同時不可降低這種病症的嚴重性。心理教育應該針對三個互聯的範疇，就是「闡釋意義」、「提高控制感」及「提高自尊」。所有病者和其家人都應該接受心理教育。

在「闡釋意義」方面，心教應解決由病發經歷造成的紊亂，及應介紹精神症這個概念。一項主要的任務，就是要找出病者自己對精神症的解釋模式，並澄清這個模式與醫學定義之間的差別。

在「提高控制感」方面，則涉及灌輸復原的希望，幫助病者及其家人建立處理壓力技能和應付技能、學習如何識別病情可能復發的先兆、及學習如何在將來獲取所需的資源。

## 認知治療

認知治療是一種有規劃的心理治療方法，它利用矯正歪曲思維及改變行為的方法，來解決當前的問題。這種治療方法的假設，就是思想、信念、態度及知覺上的偏誤，都影響情緒和行為。對思維作出合理的評估及適當的糾正，就可改善情緒和行為。

認知治療可以用來治療非精神症的病癥，及早期精神症病者會遇到的適應問題（例如：抑鬱、焦慮、濫用物品等）。現在有越來越多人同意，這種方法對治療精神症的活性病癥，都頗為有效。對年青人來說，這種治療法特別有用，因為它提供了一種不同的方法來解釋妄想及那些頑固的思念，使年青病者可在它們變得根深蒂固之前，對它們加以分析。

## 應付技能和壓力處理方法

壓力處理方法，幫助人發展應付技能，以減低壓力引起疾病復發的機會。

壓力處理亦教人如何監察壓力，認識潛在的警告病癥，及調整環境或行為來改變壓力因素。

## 早期干預策略摘要

1. 對精神症的早期發現及早期干預，普通科醫師可擔任一個非常重要的角色。關鍵就是要保持一種懷疑警惕的態度。
2. 要與病者建立關係，討論有關保密的問題，減低緊張，及慢慢進行。要對家人的關注作出回應。
3. 要使用一個評估框架來幫助這方面的工作。在你的記錄中，要描述具體的病癥和行為。
4. 要有系統地查診精神病癥候群，並要問及前驅期內出現的改變和精神症病癥。
5. 要評估病者傷害自己或他人的可能性。
6. 要向病人的家屬或同居伴侶，查取其他助證資料。
7. 為病人進行身體檢查及適當的調查。
8. 如果懷疑病者患有精神症，或病況已明顯可見，則要找精神科專家提供協助。
9. 如需要安排非自願的入院，則應參考《卑詩省心理健康法》的規定。
10. 抗精神病藥停用期容許臨床師觀察病癥，以排除有某些短暫性精神症存在的可能。
11. 使用抗精神病藥時，應採用「低量開始，緩慢漸進」的治療方法。
12. 非藥物治療是有益的，所以不應該被忽略。
13. 如果病人不來見診，便要積極地進行跟進。要與病者家人保持聯絡。

## 資料來源

Carr, V J. (1997). The role of the general practitioner in the treatment of schizophrenia: general principles. eMJA [online serial], 166, 91-94.  
<http://www.mja.com.au/public/issues/jan20/carr/carr.html>

Carr, V. J. (1997). The role of the general practitioner in the treatment of schizophrenia: specific issues. eMJA [online serial], 166, 143-146.  
<http://www.mja.com.au/public/issues/feb3/carr/carr.html>

Copolov D. L. (1998). Psychoses: a primary care perspective. MJA Practice Essentials, 9, 50 — 56.

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) for Psychiatric Services Branch, Victorian Government Department of Health and Community Services. (1994). A Stitch in Time: Psychosis...Get Help Early. Melbourne, Australia. H&CS Promotions Unit.

Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC). (1999). Early Diagnosis and Management of Psychosis. <http://www.eppi.org.au/>

Jeffries, J. J. (1996). Is my patient schizophrenic? The Canadian Journal of Diagnosis, 79 - 90.

Macnaughton, E. & Wilkinson, P (1999). New and emerging psychological approaches. Visions: The Journal of BC'S Mental Health, 1, 9-10.

National Program of Education and Consultation in Psychiatry. (1996). Managing the Patient with Symptoms of Psychosis: A Practical Guide. Mississauga, Ontario: CA. The Medicine Group (Canada) Ltd.

Robinson, D.J. (1997). Brain calipers: A guide to a successful mental status exam. London, Ontario: Canada. Rapid Psychler Press.

*本冊子內部份資料乃取材自上述刊物。*

額外資料由心理健康評估及社區諮詢組職員撰寫，作者：Priya Bains, B. Sc.、Tom Ehmann, Ph.D.、Laura Hanson, Ph.D.

## 其他資源

Canadian clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia Canadian Journal of Psychiatry 1998,43 (supplement 2).

The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre

<http://www.eppic.org.au/>

British Columbia Schizophrenia Society

<http://www.bcscs.org/>

Internet Mental Health

<http://www.mentalhealth.com/>

Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit

<http://www.mheccu.ubc.ca/projects/EPI>

B.C Ministry of Health site pertaining to mental health (including guide to Mental Health Act)

<http://www.hlth.gov.bc.ca/mhd/index.html>



## 封面設計

封面相片提供機構：

Emily Carr, SCORNED AS TIMER, BELOVED OF THE SKY  
oil on canvas, 1935

Vancouver Art Gallery, Emily Carr Trust VAG 42.3.15

(攝影：Trevor Mills)

卑詩省大學  
精神醫學系  
心理健康評估及社區諮詢組

THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA

*Mental Health Evaluation &  
Community Consultation Unit*

*Department of Psychiatry*

2250 Wesbrook Mall

Vancouver British Columbia

Canada V6T 1W6

在加拿大印製