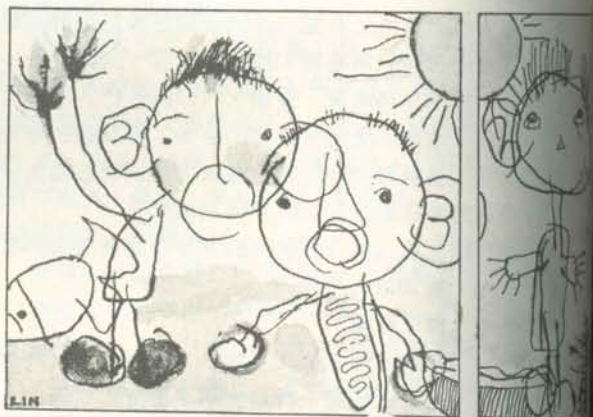


基礎醫學？臨牀醫學？相信這是醫科學生遲早要面臨的抉擇。前者恐怕才智不夠，幹勁不足；然後者則內科？外科？婦產科？小兒科？又是一道難題。精神科如何？可能也有少數的人有過這個念頭。現在我就以一個精神醫學工作者，就個人對本科所感略述如下。

「人取我與，人與我取」一向是我處世的原則，天地何其大，何須你爭我奪？但是，選擇精神醫學這條路，並非根據這項原則。早在醫學院五年級的時候，我就決心走向此時此地不認為熱門的精神科。去年夏天當兵回來，就馬上來到葉英堃博士主持的台北市立療養院當第一年住院醫師。台北市立療養院是一座位於拇指山麓，年僅三歲的開放性治療醫院，在本校附屬醫院習慣性流產聲中，它目前暫時權充有實無名的所謂教學醫院。

根據我個人有限的經驗，第一件令一位年輕精神科醫師焦慮不安的事，就是發現病人所遭遇的問題，往往也很可能發生在自己身上；譬如失眠、失戀、失業、學校功課應付不來、事業挫折、家庭適應不善、人際關係不好等等，這些很平凡的事情很可能發生在自己身上，因此懷疑自己是否會有像病人一樣的症狀出現。後來才慢慢了解，這些心理原性精神症狀的產生，並不完全決定於周遭的環境，而主要在於難以適應的個人。

其次，就是精神科住院病人，病情進步太慢。剛開始時，我們常想要把他們如同內外科病人一樣，在極短的時間內予以治癒，早日回到原來的單位工作。在這個情況下，常常會懷疑對病人的治療是否適當，是否需要採取其他更有效的治療方法。但是後來才逐漸了解到大部份的精神症狀，不像發燒，可以馬上藥到病退，因為每種疾病都有一定的過程：傷口癒合約須一週，肝炎則須數週，而精神病治療所花的時間不幸註定比一般疾病長些。



精神科 住院醫師一年

一般來說，我們所接受的醫學教育，不管是課堂上的或是書本上的，都是以疾病為中心，每講每章大多以診斷的名稱為名。因此每接觸到一個病人，必須心中有個診斷或印象，才能想到病因、病程、症狀、治療、預後及預防等。但在精神科中診斷却往往不能明確而客觀，不可能靠一張X光片或一張檢驗報告就可遽下診斷。目前精神科採用的診斷是以病人表現出來的臨牀症狀，加以歸類而成的，但是所得的診斷對於病情治療，也不能提供絕對的幫助，因為每個病人的背後各有一段扣人心弦的故事。因此治療原則也無一定的常規可循，而必須由其故事中探索尋求



沈武典

醫科第五屆
第十二期總編輯

幫助治療的方法。例如每個被診斷為精神分裂症的病人，着手於藥物或心理方式的治療方法，却又因人而異；這就是說，治療一個病人，不僅要治其「病」，但却也不要忘了這個有病的「人」。

精神科沒有刷手、換藥或繁多的靜脈注射，但是費時的「會談」却是本科的特色。對每位每次來訪的病人家屬，我們儘可能不放棄與他們唔談的機會，並且儘量與他們保持電話連繫，這都是爲了更深入了解病人發病機序，或住院期間外宿的家庭適應情況，以修正治療方針。精神科醫師花在唔談的時間往往極爲可觀，不像內科病人開了藥

定時給藥，或外科病人切除闌尾等拆線外，不必花許多時間與病人及其家屬談話，而我們所要唔談的，往往在內外科被認爲神經兮兮或嚕哩嚕噠的人，因此聽別人說話可說是我們另一項的耐性訓練。

儘管精神病因大體上可以分成遺傳性、生物學性、心理性及社會經濟性等，但是却沒有一定的法則可循。而其病因的探討有人比喻爲一位盲者在一間暗室中，尋找一隻不在的黑貓一樣。目前的情況有如十九世紀中葉時，醫學先輩們在倫敦探索霍亂病因的情況一般，他們只知某幾家水廠有問題，但却無法辨認真正的問題之所在。相信由於精神科醫師們不斷的努力，精神病因在將來可能有更進一步的了解。然而往往屬於精神科的疾病一旦找出了病因，這種病就歸入內科或神經科的領域；因此，病因不能斷然確定，乃是目前精神醫學的特性。

雖然絕大多數的病人在我們的幫助下，在兩個月內都能回到原來的單位繼續工作；但依然有少數的慢性精神病人在病房累積起來，雖然如此較諸一般病房的癌症、肝硬化、心臟衰竭、尿毒症等慢性疾病，精神科病人還是樂觀多了，起碼這種病死不了。目前精神醫學的趨勢，對於預防、個案追蹤、職業治療及復健工作等課題都相當重視，相信在將來可以找出更有效的處置方法。

隨着工業的高度發展，人們的生活日趨緊張，精神所受的迫脅日甚一日。精神病並不就是瘋狂，事實上每個人一生中在每個不同的期間，可能都有或多或少或重或輕的精神病症狀出現的傾向。當然我們也無須像有些美國人，濫用精神分析以爲個人的地位象徵；我們但求有病識感的病人不會譴疾忌醫，無病識感的病人得到照顧，要做到這個地步那就是社區心理健康的途徑，也就是我們目前打算全面展開的努力方向。