

台灣精神醫院

俞錚男

工作概況

及其展望

anxiety



stress

tension

anxiety

stress

tension

精神醫學一向是醫學院學生認為充滿着魅力的一門科學，綠杏歷來對精神分析的學說、派別介紹了許多，筆者這次轉了個方向，將台灣精神醫學之實際應用——精神醫院之工作概況，向大家介紹，或許能有助於大家對我國精神醫學發展的認識。

一、台灣目前之心理衛生概況

據台大醫學院神經精神科於本省平地三個地區所作的深入調查研究報告，全省各種精神疾病之病患，自民國37年之每千人口有9.4人增加至民國52年的每千人口有17.2人之多。所謂精神疾病包括精神病（Psychoses）：如精神分裂症（Schizophrenia）、躁鬱症（Manic-Depression Psychoses）、妄想病（Paranoid Psychoses）老人性精神病、大腦疾病所引起之各種精神病等比較嚴重之精神障礙；及非精神病之各種精神疾病，如：精神官能症（Psychoneuroses）、智能不足（Mental retardation）、人格違常（Personality disorders）等。在這千分之17.2之精神病患中，精神官能症為7.8人約占全數之半，其次為智能不足4.9人，精神病3.1人，人格違常1.4人。由於這項調查僅包括症狀比較明顯之病人在內，若將症狀較輕微之病人也計算在內，則事實上病人之數目可能超此。有一件值得注意的現象，就是精神官能症及精神生理反應（Psychophysiologic reaction），在最近十幾年來有明顯增加的趨勢。而精神病群（Psychoses）則大致無變動。這項發現支持一個學說：精神病之發生可能由於遺傳，生物學之因素，比社會、文化之因素大；相反的，精神官能症及精神生理反應所以會迅速增加，因社會文明之高度變遷，使個人難以適應的因素大於遺傳、生物學的因素。

二、台灣目前精神醫院之分佈概況

根據台大醫學院神經精神科葉英堃與陳珠璋教授之共同調查(1964年)，台灣全省(包括台北市)，計有台大醫院神經精神科，台北市立療養院、台北市立仁愛醫院神經精神科(現尚無病床)、省立台北療養院及省立高雄療養院等五所公立精神專科醫院及精神科，其病床共525床(不包括軍醫院及榮民總醫院病床)外，尚有八所財團法人精神醫院，其病床計691床，及52所私人精神醫院，病床為1666床，另外還有6所私人醫院，僅辦門診而無病床之設施，總計全省共有71所公私立精神醫院及精神科，病床總數為2882床。(筆者註：另有省立台南醫院及彰化基督教醫院於1972年成立精神科門診，彰化基督教醫院預定1973年成立精神科之病房。)平均每萬人口僅有2.4床，這比例為日本之九分之一，美國的十七分之一。在這2882床中大約一半是以長期收容為主之病床，毫無住出院循環率(Turn over rate)可言，這種病床大部分屬於私人醫院及救濟院，而一小部分屬於公立醫院；另一半則屬於治療性病床。而總病床中近一半即1371床在台北市，而其餘1511床則分布在其他17個縣市中，而高雄縣、台東縣、花蓮縣這三個縣卻連一床病床都沒有。除了台大醫院精神科、台北市立療養院、省立高雄療養院之全部為開放性積極性治療病床，及省立台北療養院和數家救濟院之精神醫院之小部分病床為治療性病床而有較高醫療水準外，其餘私人精神醫院之大部分病床則均屬長期收容性，其治療設備及水準均差，尤其是在台北市之私人醫院，極大部份均收容市政府社會福利基金項下施醫之貧困精神病人，由於政府所撥給之經費極為有限，醫院設備簡陋，醫護人員素質差，人力又不足，根本談不上治療，病人所受待遇之劣，實非一般人所可想像。

三、台灣精神醫院之工作概況

筆者這次訪問了台北市立療養院及台大醫院神經精神科，因這二所精神醫院及精神科，醫療水準在台灣堪稱一流。台北市立療養院院長葉英堃先生、副院長莊明敏先生皆為本校的兼任精神科教授，本校醫科6年級的精神科實習皆在此接受。而台大醫院神經精神科在台灣的精神醫療工作上始終是不可或缺的一環。

「台北市立療養院簡介」

1. 組織與宗旨：本院設有成人精神科、兒童精神科、心理衛生科，各有主任一人。另有主治醫師2人，總住院醫師1人，住院醫師4人，各級護理人員34人，藥劑師2人，社會工作者3人，作業治療者2人，心理學技師1人，

檢驗技術人員2人。並有作業治療室(Occupation therapy room)，社會工作室等與之配合。作業治療包括手工藝、園藝、養雞、縫紉等，其目的在藉以提高病人對生活的情趣，人際關係及培養其生活技能以利病人復健。心理學技師主要對住院病人給予各種心理測驗，包括智能測驗及各種投影式(Projective)和問卷式的性格測驗，以進一步了解病人之性格及精神病理。社會工作者則對病人家屬約談，並訪視其家庭以進一步了解個案生活背景及發展史，必要時並進行對家屬之心理輔導或社會福利上之協助。心理衛生科主要工作是出院病人的追蹤(Follow-up)，並與社區內的有關機構，如學校、社會福利機構及衛生所等取得密接關係，建立工作系統，以利精神疾病的早期發現治療及預防，自一年前，每週一下午在大安衛生所舉辦巡迴性的心理衛生門診工作，除了在該所診療病人外，並藉機對公共衛生醫師、護士、社會工作員等有關人員，給予心理衛生方面的知識及技術的訓練，以利心理衛生保健工作在社區內的推行。本院共有病床60床，主要治療方向是門診治療，為了便利病患及家屬就診起見，暫設門診部於市立仁愛醫院內，經過門診認為必要住院的病人才給予短期住院，以期病床的利用率提高。(本院平均住院日為55天。)

2. 治療方式

a. 電氣休克治療法(Electric shock therapy)

為了避免病人在昏迷狀態時嘔吐而阻塞吸呼吸道，或引起吸入性肺炎，必須空腹3~4小時後方能作治療。治療前注射Atropine以減少呼吸道之分泌物，並靜脈注射Sodium brietal等短速性麻醉藥，將病人麻醉後才施以電療。電療的方法乃把兩電極貼靠在頭部兩側顳部，通過70~130伏特之電流0.1~0.5秒，以引發痙攣。由於皮膚之電阻現象，皮膚與電極接觸處易引起輕度之灼傷，故必須使用鹽水於皮膚接觸面，以避現此現象。又因驚厥時口腔痙攣易於咬破舌頭，故必須使用壓舌板或口腔固定器來固定上、下顎。昏迷狀態過後，病人仍呈意識朦朧狀態約20分鐘，此時注射安眠藥讓其睡眠一段時間。電療之次數通常2日或3日一次，若病情嚴重過份興奮或不安時，可每日作一次，通常作3~4次左右即可看到相當程度之效果，若作17次左右仍無甚效果即需考慮停止。這種治療用於躁鬱型精神病及急性精神分裂症(Acute Schizophrenia episode)，尤其是有自殺傾向之病人特別有效。本院由58年11月18日至61年3月31日共作了1600次電療。

b. 藥物治療

自1954年Chlorpromazine被應用於精神病的治療後，迄今已有幾十種的重鎮靜劑Major tranquilizers被

介紹在臨床上使用，因為這些藥物的治療效果確實可觀、安全而使用方便；藥物治療在最近十幾年來一躍成爲精神科領域內最被重視的治療法。藥物治療可以使精神病患門診治療，並可穩定住院病人的情緒，清除精神醫院內的安全保護設備，改變其病房結構，使精神醫院可設在市區內，病人可以和內、外科一樣簡單的住進，內、外科一樣的開放性病房，可以說帶來了精神病治療史上的一個革命性治療。另一方面，這些藥物對何種精神病有效果的機轉（Mechanism），可以直接或間接協助對精神病的病因尤其是精神生理及精神生化學方面的了解。

①重鎮靜劑（Major tranquilizer）

一般用於急性或慢性精神病患（Psychoses）

②輕鎮靜劑（Minor tranquilizer）

主要用於非精神病（Non-psychotic）的精神疾患，如精神官能症、精神生理反應等。

③安眠藥（Hypnotics）

主要用於幫助睡眠，對於精神症狀不發生效果。

④抗鬱藥（Anti-depressant）

主要作用在減除憂鬱情緒，並進而改善憂鬱而產生之附帶症狀。

⑤興奮劑（Psychomotor Stimulant）

主要作用在使病人意識清醒，如對於因大部受傷等器質性（Organic）原因而引起之腦症狀，可幫助意識狀況之恢復。

c. 長期睡眠療法（Prolong sleep therapy）

治療方法爲使用各種藥物引導病人睡眠，每日除了三餐外，保持16-18小時之睡眠，共約2至3週，以求病人精神症狀之改善。作此療法甚耗人力，故只有在病人過份興奮，暴亂或有強烈自殺企圖時，才使用此療法使其安靜下來，以避免意外行爲之發生。本院由58年11月18日至61年3月31日共作了88次持續性睡眠療法。

d. 心理治療（Psychotherapy）

本院由58年11月18日至61年3月31日共作了個別心理治療6903次。其中心理分析性2240次，支持性心理治療4663次。團體心理治療（包括家族治療）524次。

心理分析性的治療特點在於剖視病人的潛意識的心理問題，必須要人格相當穩健的人才能接受這種治療，一般來說精神官能症可以接受心理分析性治療，至於精神病（Psychoses），其本身特點乃在於人格構造不健全，原本資料（Primary thinking process）無法潛抑或控制，不宜作分析性心理治療。

支持性心理治療的主要目的，並非幫助病人了解自己問題的潛在心理因素及成因，而在於支持、協助被治療者

如何去適應目前的環境。故適用的範圍較廣。

e. 作業治療（Occupation therapy）

教導病患手工藝、園藝等工作，提高病人的人際關係及生活技能，以利病人復健（Rehabilitation）。

f. Milieu治療

Milieu是一個單位的意思，就是把這個病房，這個醫院當作一個Milieu的治療的意思。這是在現代化精神醫院或病房內的治療中極強調的一件事。除了這個病房的結構（物質方面），空間、時間外，各級人員的相互人際關係，治療人員與病人的關係，以及病人和病人的人際關係等均被考慮，而有適當而治療性的安排。其最終目的是要使病人經過住院經驗，得到學習如何和別人相處，以利矯正其過去的人際關係方面的挫折，並利於將來出院後的適應，換句話說，今天精神醫院的病房應該是個「治療性的小社會」（Therapeutic community）的意思，根據這大原則我們要講究不單空間、時間的結構，安排，進而講求每一個治療人員所演的角色（Role）及其人際關係中的態度（Attitude）。

g. Team work（集體作業）的強調

今天在精神醫學都是站在集體作業（Team work）的大原則上。因為精神疾病的成因不單在生物，遺傳學方面，還有心理學、社會學方面等因素，因此在治療方面往往要包括整個家庭的治療（Family therapy），及其他生活環境中的關鍵人物外，所參加的治療人員除了醫師、護士外，還要包括社會工作者、心理學者以及作業治療者，以這些不同專業背景的人員的通力合作，才能達到治療的目的。

（表一）住院病人診斷別（58. 11. 18 - 61. 3. 31）

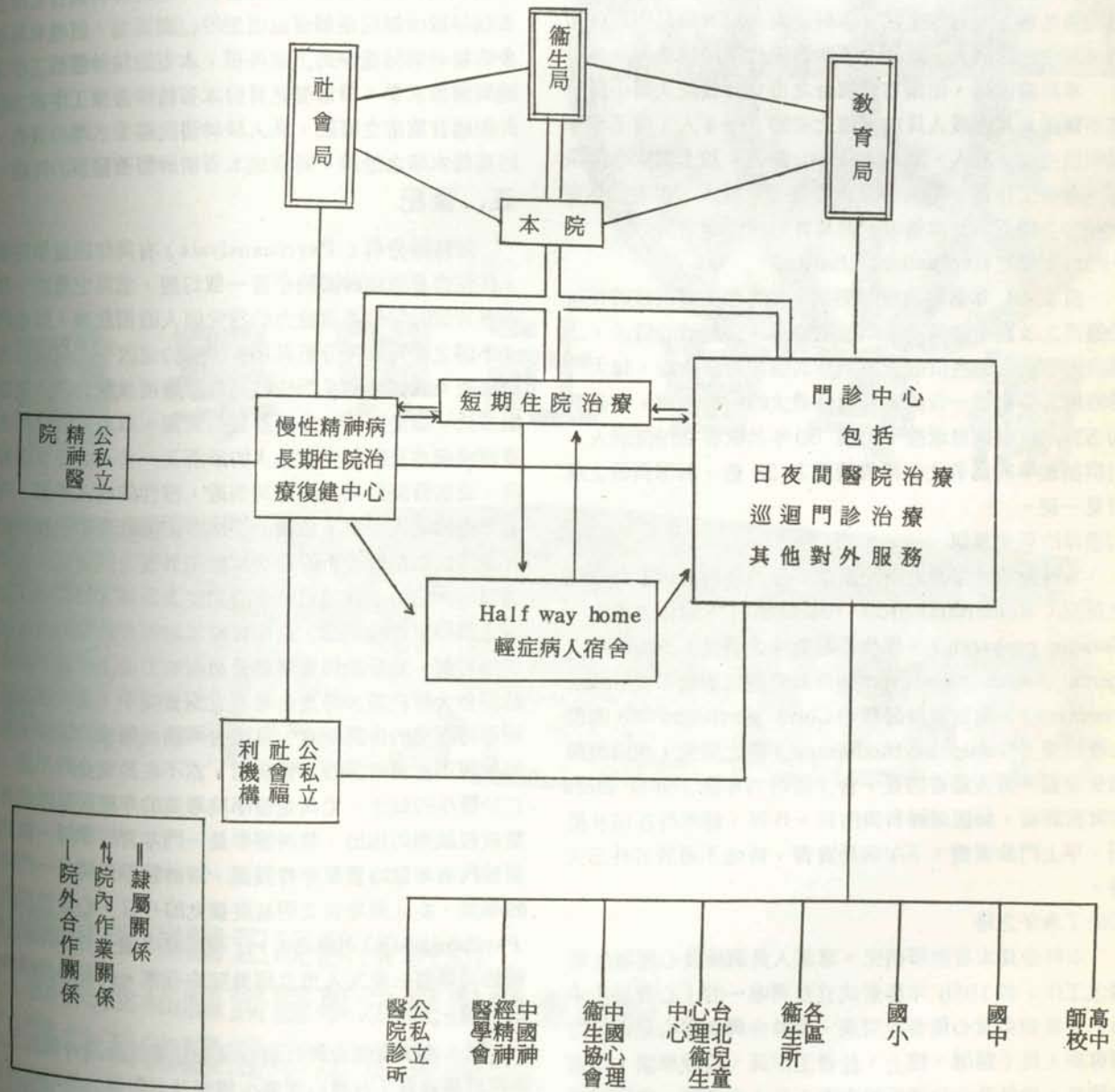
疾病別	男	女	計
I. 精神疾患			
1. 器質性精神病（Organic Psychoses）	10	2	12
2. 精神分裂病（Schizophrenia）	133	120	252
3. 情感性精神病（Affective psychoses）	24	23	47
4. 妄想性精神病（Paranoid psychoses）	5	6	11
5. 精神官能症（Psychoneuroses）	17	10	27
6. 藥癮（Drug dependence）	1	1	2
7. 智能不足（Mental retardation）	1	1	2
小計	191	163	354
II. 神經系統疾患			
1. 癲癇或其他痙攣疾患	2	1	3
2. 腦血管障礙、外傷、腦瘤或內分泌代謝障礙	3	0	3
小計	5	1	6
合計	196	164	360

3 住院病人的診斷別

(表一) 為本院由 58 年 11 月 18 日至 61 年 3 月 31 日所作的住院病人的診斷別，其中精神疾患佔 98%，神經系統疾患佔 2%，而精神疾患中，精神分裂症又佔了 71%

實際需要，決定在現院址傍邊建立 110 床的短期積極性治療床及約 350 床附設復健治療的長期收容床，預定民國 62 年末或 63 年初完成。可以預見的本院若順利推展，可能成為台灣最理想的精神醫院，不過教學、研究的加強也是

(表二) 台北市立療養院業務發展構想圖



%，但這並非表示有心理上疾患者，精神分裂佔如此高的比例，而是表示出，需入院治療者，精神分裂佔的比例極高。

非常重要的問題之一(表二)為台北市立療養院業務發展構想圖。

「台大醫院神經精神科簡介」

台大神經精神科座於台大醫院左側的一棟七層大樓，

4 遠景
目前僅有 60 病床的市立療養院，為了適應台北市的

其一樓為門診，神經與精神科合用，二樓供行政用途，三樓為兒童日夜留院（Day hospital），對兒童自闭症（Child autism）有相當好的治療效果。四樓為病床（神經科 12 床，精神科 20 床），容納症狀較輕的精神病患及非精神病患如精神官能症等，是開放性病床。5 樓全部屬於精神病床，共 33 床，收容症狀較嚴重的精神病者，原則開放，但病者吵鬧時則關閉。6 樓為日間留院制，病人白天來醫院接受治療，晚上回家住宿，這是一種經濟而實用的治療方式，不但替病人節省了不少費用，而且使他不致脫離社會、家庭的生活。本科主要治療對象是門診病患及短期住院的病人，原則上不收容慢性精神病患。

本科的組織、治療方式與台北市立療養院大同小異，茲不贅述。其醫護人員由光復之初的 3~4 人，增至現今各級醫生 20 餘人，護理人員 50 餘人，加上臨床心理學家、社會工作員、作業治療員等共 70 餘人，在主任林憲教授的主持下，是本省唯一最具有特色的精神病院：

(一) 門診治療 (Out patient clinic)

自 1954 年藥物治療的應用，世界各先進國家的精神治療為之改觀，儘量主張門診治療，一為經濟的價值，二為病人的社會適應價值。本科特別強調門診治療，每天門診的病人平均約一百餘人，發揮最大的治療功效，在僅有的 53 床精神病患床位，民國 60 年共收容 289 位病人，出院循環率約為省立台灣療養院之 28 倍，利用價值之高可見一斑。

(二) 濃厚的研究氣氛

本科對精神醫學之研究諸如：台灣精神疾病流行病學之研究 (Epidemiological research)、遺傳之研究 (Genetic research)、學生心理衛生之研究 (Student mental health research)、自殺問題之研究 (Suicide research)、兒童精神醫學 (Child psychiatry)、團體心理治療 (Group psychotherapy) 等之研究，在國際間頗受重視。另人驚奇的是，台大醫科六年級 Senior clerk 的實習課程，神經精神科與內科、外科、婦產科各佔 9 星期，早上門診實習、下午病房實習，絲毫不遜於另外三大科。

(三) 出了象牙之塔

本科兼具本省教學研究、專業人員訓練及心理衛生策劃之工作。於 1956 年協辦成立台灣唯一的「心理衛生中心」，策劃兒童心理衛生問題，推動台灣有關心理衛生方面專業人員（醫師、護士、社會工作員、心理學家、作業治療員、教員及公共衛生等有關人員）之訓練。由光復至今便一直強調社區心理衛生工作的推行、協助訓練省立精神醫院的醫護人員，其他如馬偕醫院、仁濟療養院等私人醫院亦接受本科協助。

四、台灣精神醫院之展望

一個現代性的精神醫院應兼具治療、預防、研究、心理衛生教育、社會服務等多種功能，故除了需要良好的醫療水準和工作人員外，尚應鼓勵研究，造成濃厚的學術氣氛，並與各大專院校有關科系（如醫科、心理系、社會系、公共衛生系、護理科等）合作，接受學生來院實習以培養學生對精神醫學的興趣，以便吸收新血充實人力與提高人員素質，並應與教育、社會福利、公共衛生等機構密切合作，建立一系列之計劃，為其附近的社區提供精神疾病之治療與預防之服務。雖然台大醫科精神科與台北市立療養院等數所醫院是朝着這理想的目標邁進，但唯有其他更多的精神病院能作到上述各項，本省的精神醫療工作才能達到國際水準。筆者管見目前本省精神醫療工作努力的方針即應首重市立醫院，私人精神醫院醫療水準的提高，否則高低水準之懸殊，將造成本省精神醫療發展的障礙。

五、後記

對精神分析 (Psychoanalysis) 有興趣的醫學院學生，往往容易對精神醫院存着一種幻想，認為它是由一群充滿着智慧的醫生不遺餘力的探究病人的潛意識，以他們三寸不爛之舌向病人分析其精神疾病的成因，使病人由內省而痊癒。其實精神分析往往是最費時而效果又不太顯著的治療法，即使在精神分析鼎盛的美國，單靠精神分析來治療精神病亦僅限於少數私人的診所及一些基金會贊助的醫院。這些醫院對病人的選擇很嚴，慢性的病人不要，內省能力差的病人不要，這種治療法多少帶些資本主義的色彩。筆者以為精神分析的最大貢獻在於發覺精神活動的潛意識部分，它給了我們更廣闊的角度去探測人的精神活動，以之為學術性的研究，進而實際幫助精神治療的效果固然前途可觀，過分的倚重精神分析則吃力而不討好。在這次訪問台大神經精神科及台北市立療養院中，葉教授及莊教授不約而同的告訴筆者，目前台灣精神醫療的推動，最大的障礙不在於病房的不敷使用，亦不在於資金的不足，而在於醫生的缺乏，尤其是醫學院畢業的年輕醫師的缺乏。葉教授誠懇的指出，精神醫學是一門年青的學問，在它的領域內有無數的資源等待發掘，精神醫學又將是一門時髦的學問，在人類物質文明高度擴充的今日，心身性疾病 (Psychosomatic disease) 正不斷的增加，他竭誠歡迎北醫的同學將來能加入市立療養院的行列，共同開發這偉大的資源。

附：本文有關台灣目前心理衛生概況及精神醫院之分佈其根據錄自「台灣心理衛生概況及其對策之檢討與展望」，中國心理衛生協會發行，葉英堃著（民國 59 年 12 月）。台北市立療養院的治療統計資料錄自「台北市立療養院三年概況」（民國 61 年 4 月編印），另外台大神經科與台北市立療養院之訪問，多蒙葉英堃教授、莊明敏教授指導，謹致謝忱。