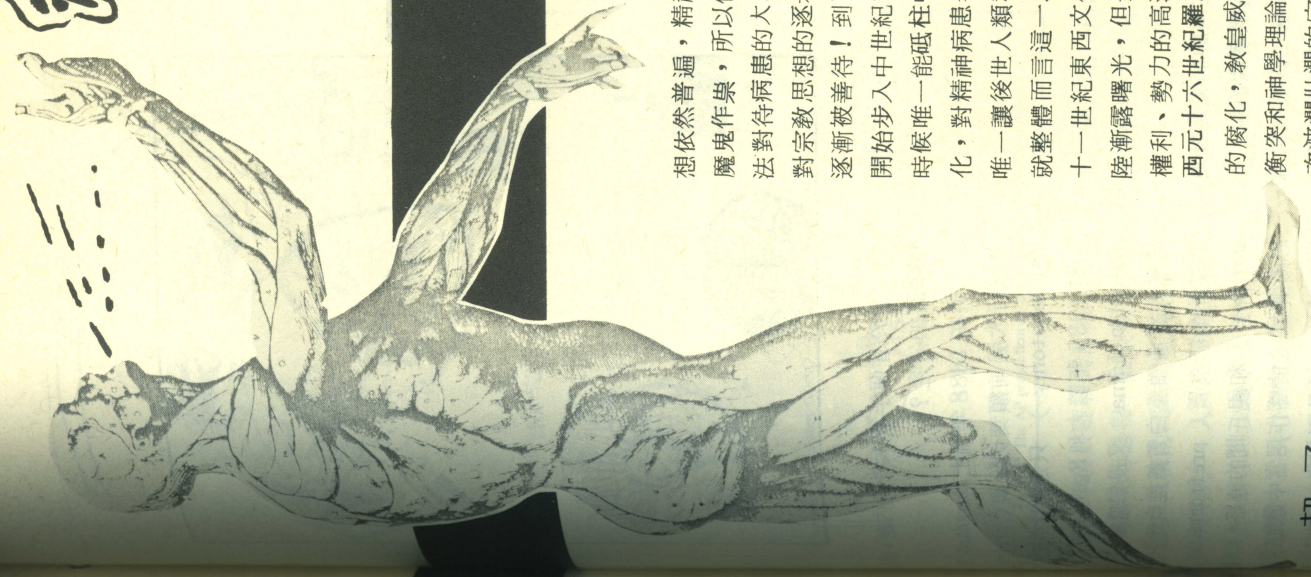


救救我!!



精神疾病的治療

想依然普遍，精神疾患被認為是因爲魔鬼作祟，所以使用咒術與處罰的方法對待病患的大有人在！其後，社會對宗教思想的逐步認同，精神病患才逐漸被善待！到了西元第四世紀歐洲開始步入中世紀前期的黑暗時代，那時候唯一能砥柱中流的只有基督教文化，對精神病患者的待遇而言，這是唯一讓後世人類稍得心安的地方，但就整體而言這一段時期是停頓了！第十一世紀東西文化再次交會，歐洲大陸漸露曙光，但是就基督教本身由於權利、勢力的高漲，逐漸腐化，到了西元十六世紀羅馬教更因教會內部的腐化，教皇威望的低落，政教間的衝突和神學理論的分歧終於發生了一次波瀾壯闊的宗教改革！說到歷史，這當然是轟轟烈烈，可是真正需要的人，在這種餘波盪漾的時代，偏見多於關切。自然不是什麼好事，所以一直到十七世紀後期歐洲啟蒙時代的降臨前，少數的關切與照顧總是被大多數的誤解和錯誤衝動遭踢了！

西元一七九三年Philippe Pinel (1745 ~ 1826) 在精神醫學上留下了輝煌的一筆，他取下了精神養護院中精神病人身上的鐵鍊，繼Pinel之後在法國J.E.D. Esquirol (1772 ~ 1840) 繼續推展精神病人解放運動，並曾試圖用瀉血的方法治療病人，但基本上他是相信了精神病患的了

一、契子

由於疾病的診斷，病因的研究，體的檢查都將導向治療，所以我們把治療作方向來討論身心醫學領域的現況。談到治療，早在西元前兩多年蘇格拉底時代，就有他們對異常的人的一種詮釋概念，因爲這套屬於這種想法的治療理論，經過產生。由希臘、羅馬到第三世紀基督教學時期算是小的上坡期，一個倡導社會安定，經濟富足，二則是精神思想漸俱規模，所以此種病人總要有人照顧，可是由於超自然的思

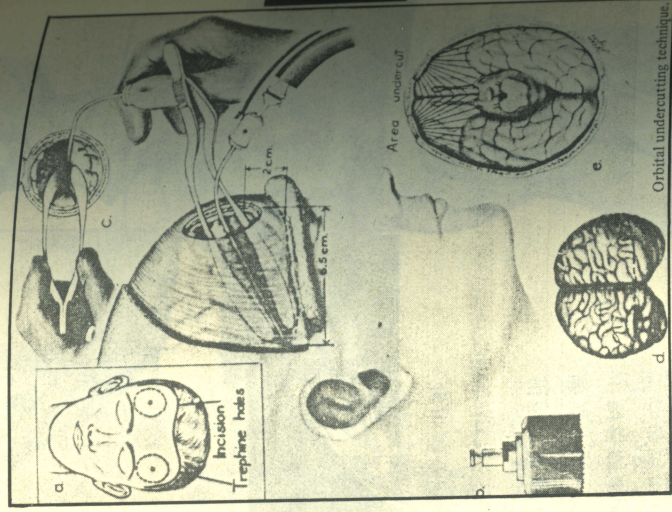
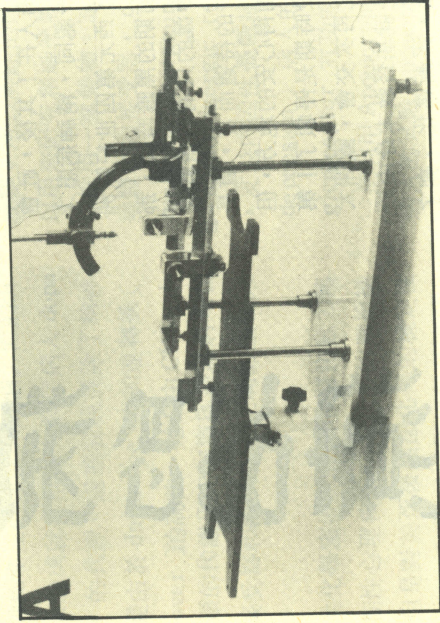
，在治療方法上，1833年法國Ambroise Liobeault 首先使用催眠術 (Hypnosis) 於轉化型歇斯底里的病人 (Conversion hysteria)，其後 Hippolyte Bernheim (1840 ~ 1919) 研究催眠後暗示法及暗示移植的方式在精神官能症患者身上 (psycho-neurosis)，到了1896年 Sigmund Freud (1856 ~ 1939) 創立精神分析學說，自此而後，在精神病患的治療領域內打下了一支有力的鋼柱。

這一個開始，至二十世紀中精神病患始有真正的福音，就像風起雲湧一般，不斷的帶來令人雀躍的訊息！

精神外科手術

Psychosurgery

▲ stereotactic approach technique



至於這個手術本身的內容，意義和發展如何呢？

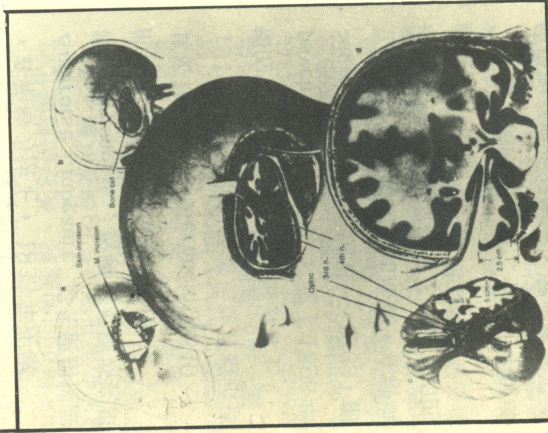
早在 1888 年瑞士 Burkhardt 即曾施行大腦前額葉切除術 (prefrontal lobotomy) 只是當時不被注意。到 1935 年義大利 Egaz Moniz 和 Almeida Lima 又提倡這種手術——切離大腦前額葉白質纖維也就是切離大腦前額葉皮質 (prefrontal leucotomy) 和視丘間的連絡，使病態思考和異常情感作用當中發生中斷以期待症狀的減輕乃至消失。Moniz 即因當時這種連續效明顯而得到諾貝爾獎金。

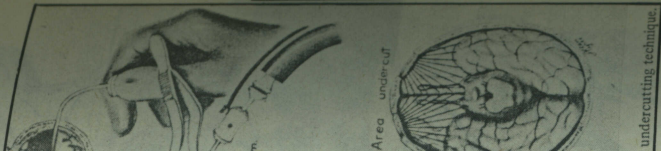
在 1952 ~ 1953 接受此種手術的人經過五年的追蹤研究發現精神症狀的確改善但猶如前面所形容的，患者神情呆滯，行屍走肉，這種痴呆的樣子畢竟是人道上的——大問題，加上此種手術困難而且當時發現有不少手術後的副作用，像：神情呆滯 (apathy) 昏睡 (lethargy)，不能控制性的偶發攻擊衝動，癲癇後遺症發生率高等等，所以其後很快的就被藥物所取代了。

腦部外科手術在精神病患是針對去除症狀所做的一種傷家性治療，可以預見的是要期待大腦在破壞後能像週邊神經纖維般的再生是幾乎不可能的，也就是說它是一種永久性的破壞，如果大家看過飛越杜鵑窩時注意一下男主角最後就是被施行了大腦前葉破壞的手術，那麼一個令人難過、精神呆滯、行屍走肉的樣子，也許有助於大家了解接受這個手術後的結果！！

其實醫學的研究發展，並不止於此，像台灣目前精神科醫院沒有做這種手術，除了台灣本身精神醫學體系尚在茁壯中無暇顧到以外，就是這手術本身干係到“人性、人格”的改變，在道德、人情和法律尚未有明確肯定的此時此刻，沒有任何一個人可以讓別人接受這種改變！！

▲ temporol lobe approach





手術本身的內容，意義

年瑞士 Burkhardt 即

項葉切除術 (prefrontal leu-

1953 接受此種手術

後很快的就被藥物所

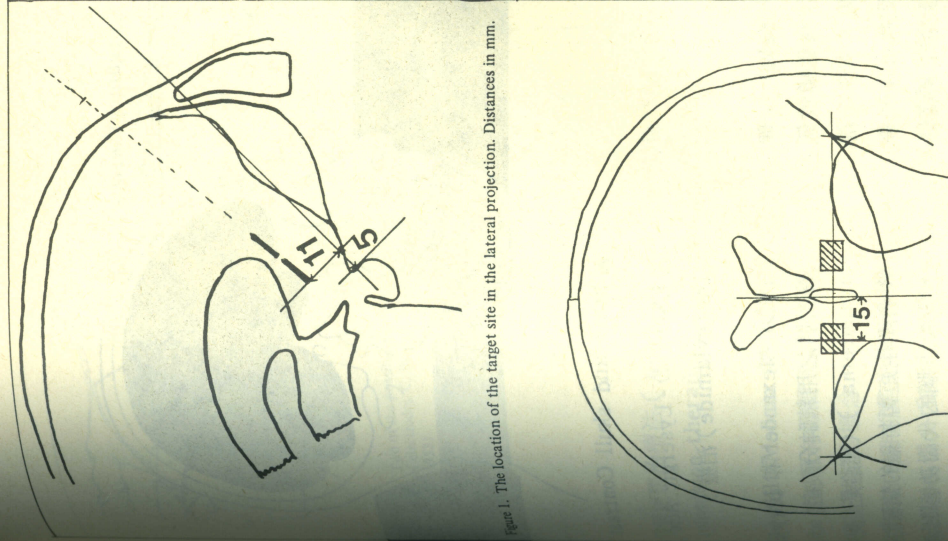


Figure 1. The location of the target site in the lateral projection. Distances in mm.

只是醫學發展有其目標，總也

事實上，科學的腳步常常不是文化

似的像 orbital undercutting 兩個

都是好控制而且具有較高精確度的方法

！
到最近幾年更發展了許多立體接

OPERATION PROGRAM
TYPE OF OPERATION ANTERIOR CAPSULOTOMY BILAT.

PATIENT JONSSON
SURGEON M-T
DATE 3. 4. 1972

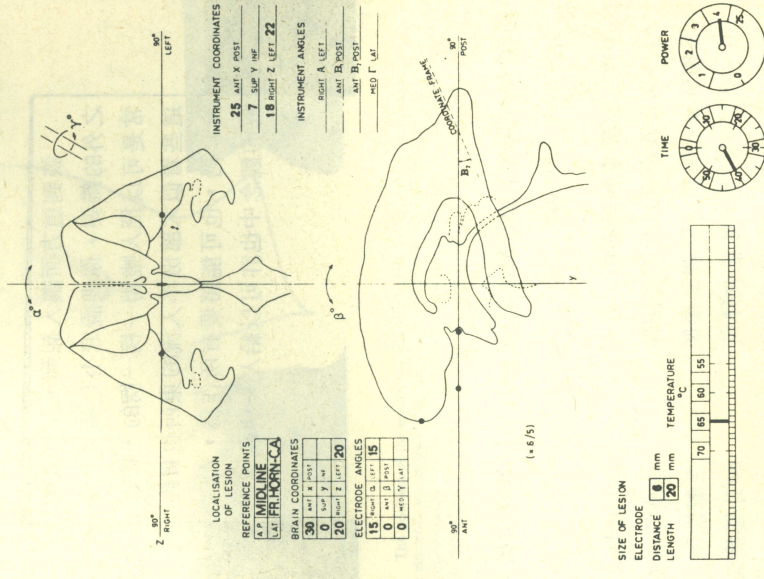


Figure 1. Operation program for anterior stereotactic capsulotomy showing the reference points at the tip of the frontal horn and at the anterior commissure. The target point is located at the level of the intercommissural line.

觸 (stereotactic) 的步驟用在這方面

的外科手術，例如大腦前葉兩側立體接觸纖維束切離術 (bifrontal Stereotactic tractotomy) ，它的方法

是將兩排放射性鈾種 (yttrium seeds) 分別放入大腦第十三區視皮質內的白質中 (white matter of the posterior orbital cortex in area 13) 利用放射線破壞纖維束，另

如果我們能針對病患的選擇，訂定一個合理的選擇標準。諸如極端不穩定、危險、不能修正的人格違常極端歇斯底里人格 (marked hysterical personality) 等等，確是這樣的人或者是在有害社會安全，或者實際上缺乏人的功能為法律和家庭所同意的情況下接受手術治療。

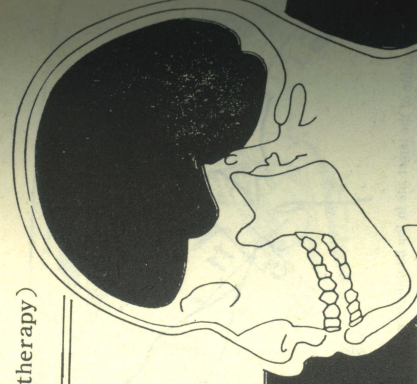
治療後，經由社會作工員，社區護士和家屬的支持，了解，幫助的復健過程，讓病患能獲得相當程度的恢復社會生活力，不管是家屬，在學、就業、結婚等都儘量讓他邁向正常，相信這不會是一個不可努力的方向的！！

精神性的痛苦

(organic therapy)

談到這方面讓人想到，正統武術

之外的雜耍，你要說它不是功夫，它常是可以把人唬得一楞一楞的，總之這些看似大部份不入流的東西也曾經光彩過，也可能將要有所作為，在零散的觀念中也許可以給人一些啟示吧：



(一)改良後的麻醉治療 (Modified Narcosis Therapy) :

1922年發現麻醉療法，可是由於病人長期昏睡狀態的副作用和併發症，曾一度被放棄使用，到了1972年無意中發現將電療 (ECT)，抗抑鬱劑和連續間隔使用的硫酸藥，對於嚴重沮喪，慢性焦慮和恐懼性焦慮而拒絕使用其它方法的患者目前已經治療的很成功了。對於強迫性精神病能症 (ob-
sessive - compulsive neuro-
sis) 和情感分裂性精神病 (schizoaffective - psychosis) 也有了相當的成效。

(二)二氧化碳治療法：

在1929年 Loevenhart at al 首先提出它的理論是：較高濃度的 CO₂ 來刺激中樞神經以改變精神官能症患者的一些症狀，像：焦慮、口吃、痙攣性大腸炎、酒精中毒、同性戀等。曾一度被認為頗適用於這些症狀的消除，但截至目前則認為一種這種效果可能是來自治療實施過程強迫呼吸的結果沒有什麼真正的實效！！

(三)胰島素休克治療：

1936 Dussik by Sakel，理論是：應用胰島素注射導致低血糖性休克的效果，來使得精神分裂症的患者症狀可以改善，由於實效比不上藥物和電療而且發費頗高！加上使用時有一些限制和副作用，目前已不被使用，奇怪的是台灣還有一些私人病院在使用。

在1972年以後胰島素已捨棄鎮靜效果的利用，而擷取它少量使用時可增加病人體重的優點來和電療，抗鬱劑等方式配合！！

(四)一氧化氮和氮氣治療：

1943年偶然發現此法，因為它可以產生短暫而持續的症狀反應，有助於心理治療的過程！在支持者方面覺得它在精神官能症特別異常和酒精中毒和偏差的性行為有令人驚訝的療效，但反對者方面他們認為 LSD 之所以有效果，則另有可能是治療者長時期費心和照顧的結果，因此目前尚處於爭論的階段。

▲ brain and skull Contrast

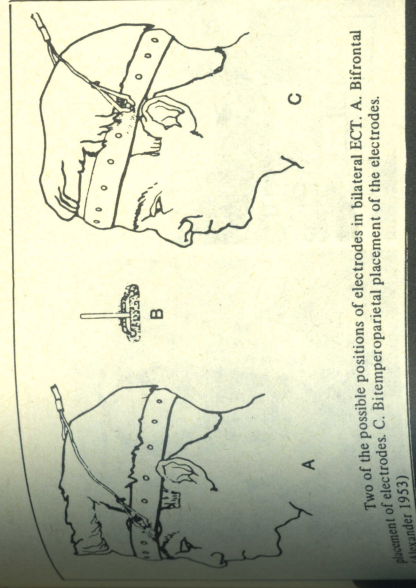
(五) LSD (D - Lysergic Acid, Diethylamide) 治療：

1936 Alexander 和 Him wich 首次將之用精神分裂症 (schizophrenia)，理論是：吸入後會產生短暫持續的缺氧狀態，使得大腦的代謝功能降低才生效的！它比二氧化碳受歡迎是因為不產生失去知覺和呼吸短促的副作用，由於藥物效果較之更佳，所以目前只在東歐有選擇性的使用。

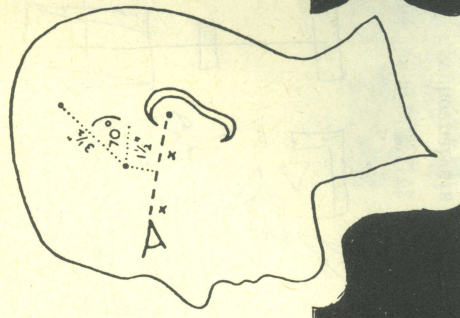
Two
placement of the
Alexander 195

電氣學治
convulsion

是1935年
用，當時曾
是相互拮抗
在使用時，
thiopent
後再
tone
則如 succi
發生骨折或
長期治療兩
期使病情有
方式是兩作
兩個 mast
式的則見
劑和 mast
以後者較
是極端沮
裂本身無
症狀時也



Two of the possible positions of electrodes in bilateral ECT. A. Bifrontal placement of electrodes. C. Bitemporoparietal placement of the electrodes. (Alexander 1953)



The position of the electrodes in unilateral ECT. In the unilateral placement the lower electrode was midway between the lateral angle of the orbit and the external auditory meatus and 1 1/2 inches above this line. The upper electrode was 3 inches higher than the lower and at an angle of 70° to the line. (Slight deviations from these points do

電氣痙攣治療法 (electric convulsion therapy E.C.T.)

1935年Meduna 醫師首先使用，當時曾有癲癇和精神分裂症相互拮抗的概念。使用時，目前是先全身麻醉劑 thiopentone 和 methohexitone 後再加上肌肉鬆弛劑，例如 succinylcholine 使得不致發生骨折或骨脫位。一般是每星期治療兩次大約 7 到 12 星期病情有所改善。它的施用方式是兩側式的是將電極置於兩個 mastoid bone 下緣，單側式的則是將電極分別設在顳和 mastoid 下緣兩個位置，以後者較為看好。適用對象則是極端沮喪的病人，對精神分裂本身無效但若有極度沮喪的狀態時也適用。

(七)極性的療法 (Polarization)

此法十九世紀來就被介紹出來，但 1964 年以後才有人繼續發展它，其方式是：用低於皮膚感覺的電流長期通電數小時，負極在右腳，正極在眉心，就這樣當頭部是正電流時會使得大部份的患者有愉快的感覺，若頭部是負電流時病人會有不愉快的感覺，在理論上認為前者加強學習效果，後者則防止強化學習由於實效不清楚因此尚需研究！

(八)除去睡眠治療法 (sleep withdrawal therapy)

1970 年首先由 Finke 和 Schallte 介紹出來用在沮喪症狀的治療，療效方面有一部份的病人還是需要配合其它藥物治療像 Amitriptyline，而其本身的理論：有人說：因沮喪會使得 REM 加速而除去睡眠後會有一種類似抗鬱劑的效果降低 REM，由於在效率上尚未被肯定，所以還有待努力！

(九)針灸療法：

在這方面的效果具可施用的是藥物成癮的戒斷症狀和酒精中毒的戒斷等方面，理論方面則不清楚！

(十)血液透析法：

1977 年由 Wagomarker 和 Caele 介紹出來說，有改良精神分裂症狀的能力，理論是因爲它可以移除精神分裂誘發物質像 leu-endorphin 和 endorphin 和 leucine，但由於這些物質不被肯定，這種方法也有待研究。

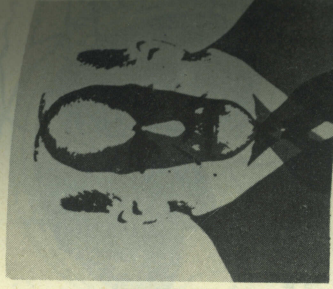
寫到這裡，可以說我們是得到許多可能的啟示和概念，但明顯的發覺這個領域在病因學上還有諸多迷惘，因此，治療方法上也顯得有很多不肯定，也許人之所以一代接續一代的原因就是在彌補這種不足吧！

心理治療

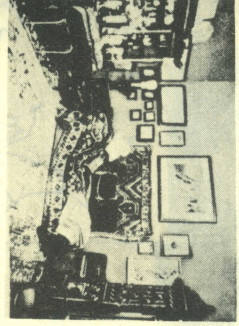
談到「心理治療」，可以溯自弗洛伊德的精神分析 (Psychoanalysis) 但是心理治療並不就等於弗氏的「精神分析」，目前它已經可以說是諸多治療方式的代稱了！由於到現在為止，學者對於「心理治療」一詞有二十餘的說法，至今對這個名詞也尚未有一個公認的定義！甚至有學者主張：目前我們尚不能用「心理治療」一詞，因為至今我們尚不能證明心理學的理論的應用對於心理疾病，會有多大治療效果，這雖是實話，但是，就助人的實效和它有系統的理論根據，「心理治療」的工作畢竟還是相當值得發展推廣的！

柯永河先生在「臨床心理學——心理治療」一書當中指出：歐爾貝爾克 (L. Wolberg, 1967) 所下的心理治療定義具有參考的價值。歐氏認為，此詞的定義應包括五個因素：(1) 治療者的條件；(2) 受治療者的條件；(3) 治療情境；(4) 治療技巧；(5) 治療目標。因此柯先生就為心理治療暫做如下的定義：

「心理治療」是指有心理治療工作經驗及訓練背景的人有意地和困於心理問題的個案建立關心、尊重、瞭解、誠懇及助人的關係，並依個案問題之需要，使用適當的心理學方法、企圖減輕或消除個案的不適應性心理現象 (包括心理症狀、習慣性情緒、動作、思考、態度、信念或價值系統)，並進一步培養更多適應性習慣及促進健全成熟的性格的發展。



Freud's sitting room in his Vienna office. His patients lay on the couch at the right, and Freud sat behind them. (Courtesy Historical Pictures Services - Chicago.)



根據這樣一個定義，大家也許可以假想一下，一個素昧平生的人在無意間來求助，經過了登記的手續後，求助者在治療者引導下兩人先後進入了晤談室，在大約呈 90 度角的面對方式分別坐定，然後雙方進入治療情況，除了心理分析那種權威治療形態外！晤談室頂多多了張空椅，空杯或空碗而已！對整個，治療情境而言，可以說大致就是這個樣子！

了解了治療中的情境，如果再了解一下心理治療的種類，多少更能幫助我們去了解治療的進行！目前心理治療在精神科所使用的大致有：領悟性心理治療 (Insight psychotherapy) 行為治療 (Behavior therapy) 和支持性心理治療 (Supportive psychotherapy) 三種；但以臨床心理學者的觀點則大致可歸成六種：

- (一) 精神分析治療法
- (二) 存在意識治療法
- (三) 重視當場情緒經驗的心理治療法
 - ① 個案中心治療法
 - ② 完形治療法
 - ③ 溝通分析
 - ④ 會心團體
- (四) 行為治療法
- (五) 理性治療法
- (六) 現實治療法

(一) 精神分析治療法

Freud (1856-1939) 創立這種學說，用性需求 (Libido) 來解釋人類行為的原始動機，受到頗大的非議，但它學說本身事實上開啟了一條現代心理的主流，引起後來學者廣泛的爭論，研究，開發，實在居功厥偉。而在這個理論上所使用的神分析治療技術有：

- (1) 自由聯想 (free association)
 - (2) 解釋 (Interpretation)
 - (3) 夢的解析 (dream analysis)
 - (4) 抗拒的分析 (analysis of resistance)
 - (5) 移情的分析 (analysis of transference)
- 雖然 Freud 不斷改變他的理論但是在歷史上却留下以下 4 種始終沒有改變的概念！

- (1) 人類的每一行為均有其原因。
- (2) 人類行為的原因本人可能意識不到，但人類行為為被與本能有關的力量所推動。
- (3) 用一些方法可將不被意識到的力量被變為可被意識到的，而被意識到的力量可被控制。
- (4) 自我瞭解的加強可增加一個人自由度，反之之自我瞭解的減少，會使一個人更受意識不到的內在力量所控制。

目前所使用的心理分析經過大致的修飾改良，還是現在較被認可的治療方式。



治療法

6-1939)創立這個 Libido)來解釋人,受到頗大的非議,實際上開啟了一條現起後來學者廣泛的,實在居功厥偉。使用的精神分析治

association) ation) m analysis) analysis of 移情的分析 (ansference) 變他的理論 留下以下4種 概念!

不被意識到的,而 意識到的,而 可被控制。 可增加一個人 自我瞭解的減 更受意識不到 制。

心理分析經過大 見在較被認可的治



出存在意識治療法 (Extential humanistic approach)

這種療法除代表學者 V. F. Frankl (即~)外,尚有不少人也是用存學故立論點來發展自己的理論。Frankl認為人的問題有生理、心理和傳動不同層面,因此也有各別需要感,心理問題的心理治療法來克,哲學思維困擾由最好用這種療法,當然這種療法絕對有它本身對各名動界定,不過哲學思維畢竟抽象。此法亦有其理論基礎,但它本身治療技術和過程則常借用完形治療法 (Gestalt approach) 和溝通分析 (Transactional analysis) 的技巧。效的治療理論可以這樣說:「心理不良者或靈魂失調者之所以有,乃是因為生活意義的遺失,遺失這意義的人會面臨存在挫折,及生這意義等問題。生活的意義無法得個人對生活的發問,却可以得自個對生活的要求所做的反應。治療者為人根本上受命運的限制,但人却自由選擇對命運所要採取的態度,也就是說如果能讓一個人如此,到個人還是自由的,至少精神上是如效。」

類似這種架構偶而會被主觀的使,但在實際上,除了課堂以外此法被用到。

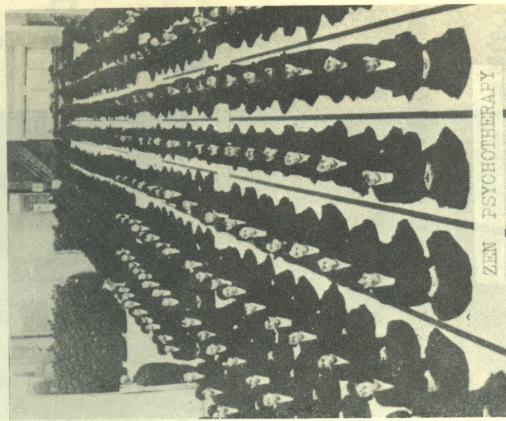
白)重視當場情緒經驗的心理治療

法:

這個領域的療法,在目前頗受注目,而且在很多場合都被拿來應用,雖然沒有人確實預估它們的療效,但在讓一個人認清自己、能好好的成長、自然的參與社會和人羣這方面確實使人受益匪淺。

它包括了:

- ①個案中心治療法 (client center therapy)
- ②完形治療法 (gestalt therapy)
- ③溝通分析 (transactional analysis) (TA) :
- ④會心團體 (encounter group)



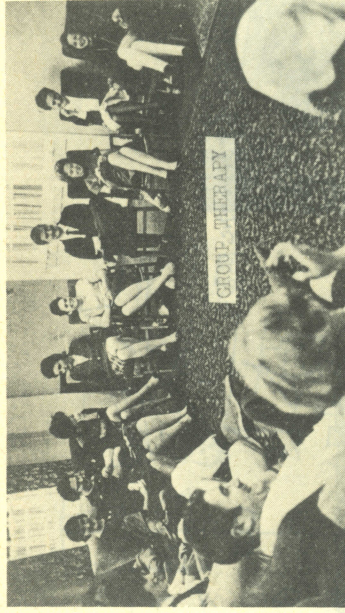
③溝通分析

Eriz Berne 於 1950 ~ 1970年間倡導了這種溝通性的心理治療,他覺得每一個人自其由娘胎呱呱墜地後,受到父母、環境的影響,自幼就寫定了自己未來一生中的生活脚本 (Life script), 它決定了你一生中所以要發生的大小事情。這理論用 P (par out)-A (Adudt)、C.(Child)三個

①個案中心治療法 C. Rogers 於851年創立是許多心理治療理論中最重視人際關係的一支。同理心 (Empathy), 積極的尊重 (Positive regard) 和誠實 (Genuines) 是它的治療理論。

②完形治療法

F. perls 於 1951 年創立, 它的理論有一部份是建立在心理分析上面, 在許多觀點上與 Rogers 的理論相似但是他將 Rogers 的純談話方式做了一些改變, 例如, 他引導患者注意非語言身體反應, 也鼓勵患者用非語言的方式表達自己的感覺和情緒。並利用空椅子 (empty chair) 的技巧來使患者矛盾的經驗回到目前。這個療法在半年前才有人加以推廣, 就其理論的深奧面來看, 相似中國的禪宗頗刺激人們的興趣!



這個理論本身不同於傳統治療法的原因大致有六個：

- (1) 現實治療認為心理病狀的發生是沒有責任所使然的，當然，它並不否認是有器質性 (Organic) 的心理疾病。
- (2) 它重視現在和未來；而傳統則強調過去經驗！

(3) 若有轉移理論 (Transference) 現實治療的轉移對象是病人自己而不是別人！

(4) 它不允許病人以潛意識動機作為自己行為為誤失的藉口，強調現在想做的！

(5) 它於治療之初就要病人接受一些事實——像「你要為你自己的行為負責！」——這是有社會道德和價值的評判意義在當中的。

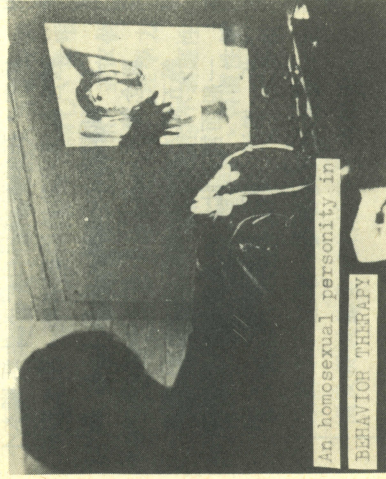
(6) 它會教導個案一些較好的行為方式，使它們能實現應滿足基本的心理需要，因為個案常常不是了解問題之後就能做什麼！

現實治療算是一種折衷式的治療學派！簡單的說就是它很講究實際！目前在台灣也在推廣當中。

(四) 行為治療 (Behavior therapy)

此理論的特色有(1)直接修正使個人發生不適應行為的刺激—反應的聯結(2)使用科學方法來評估其結果並指出治療過程中的變項。

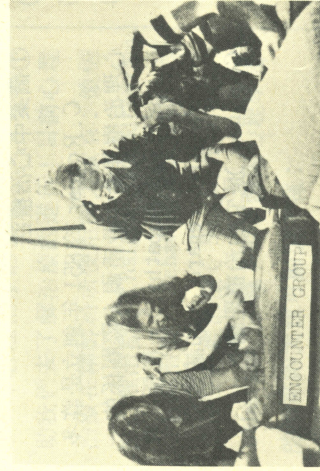
它的治療過程包括了建立治療關係，指示定行為治療的策略，系統減敏法 (Systemic desensitization)，自我表達訓練，嫌惡的刺激等。



(五) 理性治療法 (Rational-emotion therapy) 簡稱RET

經 Albert Ellis 由 1955 ~ 1962

努力推展RET到目前已為大眾所熟知和重視，是心理治療學派中特別強調理智歷程以矯正和學習的學者。他們認為人同時是理性 (rational) 和非理性的動物；他的情緒或心理困擾，大部分是導自於不合邏輯或不合理性的思考；要是一個人學會並擴大利用理性思考而減少非理性思考，則大部分的 A—B—C 理論 (activating event → belief system → emotional consequence) 是這個治療法不同於其他治療法最主要的地方，因為 Ellis 實際的將它施用於輔導治療之上。



(六) 現實治療法 (Reality therapy)

Dr. William Glasser 發展出的一套理論性原則，治療者致力於「現在」和「行為」的層面上，他引導個體在不傷害自己和別人的原則下，去看清楚自己、去面對現實、努力實現自己的需要。有一個主要關鍵就是在於使一個人對自己的行為負責！不論過去的歷史如何，不論現在的環境多麼惡劣、殘酷，導致現在的他，自己是應當負某些責任的，不應該過去種種境遇作為脫身的藉口。

※ ※ ※ ※ ※

寫到這裡，雖然大致歸納成六種，其實在臨床心理學的領域尚有相當多相關研究，只是上述，這些理論在輔導界是頗為知名也有不少人在嘗試者努力推廣，但临床上則較少有只執著於某一學派的治療應用！目前在精神有三種人會使用這些理論：精神科醫師，臨床心理學家和社會工作員，而兩者重治療，後者重輔導。而輔導和治療其實只是程度上的差別而已！在精神科醫師和臨床心理學家的差異是在於藥物的使用！雖然外國精神科醫師都必需接受心理分析、心理治療方面長期的訓練，但是在台灣目前兩者在心理治療方面的理論應用並不太相同，只是目的仍是相似的！心理治療是一項深奧而有趣的學問，想想，幾千年的人類歷史在“心”上的做的學問真是不計其數！

身不同於傳統治療法
個：

為心理病狀的發生
所使然的，當然，
是有器質性（org
理疾病。

和未來；而傳統則
驗！

論（transference
的轉移對象是病人
別人！

人以潛意識動機作
喪失的藉口，強調
！

刀就要病人接受一
你要為你自己的
這是有社會道德
引意義在當中的
去一些較好的行為
們能實現應滿足基
因為個素常常不是
之後就能做什麼！
是一種折衷式的油鹽
就是它很講究實際！
推廣當中。

※

※ 雖然大致歸納成六個
理學的領域尚有相當
皇上述，這些理論在
名也有不少人在嘗試
病床上則較少只有執
治療應用！目前在精
治療理論：精神科
皇家和社會工作員，
受者重輔導。而輔導
程度上的差別而已！
臨床心理學家的差異
目！雖然外國精神專
化心理分析、心理治
康，但是在台灣目前
方面的理論應用並不
仍仍是相似的！
一項深奧而有趣的
上年的人類歷史在
間真是不可其數！

悲哀中的希望

