



精神醫學發展概觀

一、現代生活與社會變遷對人類生活的影響

鄭慧正

現代生活原以充裕物質生活之效果，促使人類以更多的時間與力量增進其精神生活為終極目標。然物質慾望的追求是無止盡的誘惑，往往使人類偏重於物質之獲得，偏離原來的目的而引起激烈的競爭。現代化的過程中，主要經濟結構已逐漸由農業轉變為工商業，在此過程中，由經濟發展所誘發的社會變遷對人類生活影響最大的有三：

一、家庭結構的改變：

1. 由大家庭變為小家庭。優點是人口簡單，人際關係單純，有私人環境，但有人手不足及感情滿足來源減少的缺點，家庭心理功能亦受影響。
2. 由父權變為平權、夫妻平等，對子女的管束力，父母親同等重要，親子關係也由絕對服從的孝順變為尊重子女，鼓勵其個性發展的輔導地位。
3. 由人丁興旺，子孫滿堂變為計劃家庭，由於社會觀點—人口爆炸，個人觀點—經濟問題、子女教養等，多傾向計劃生育，家庭分子減少。

二、知識，技術的增加：

1. 由於科技的突飛猛進，人類對各種事物的知識有顯著增加，對人類生活有振興效果，可以提高人類生活水準與改善生活品質，解決人類問題。
2. 導致個人需要增加學習量與延長學習時間，否則無法獲得充分適應之能力與成就之滿足。然而，有很多的人仍然未能完全理解現代生活的意義，其心理適應自然容易遭到困難，心理負擔也大，以致有青少年迷失，犯罪率提高諸問題的產生。

三、工業化與都市化：工業化與都市化大抵是平行而行，結果農村青年人口被吸引到都市集中，人離開家庭的方式改變了，主要由於求學與就職。人們若有充分學習準備

，動機是正確的，則移居之後適應也較佳；反之，僅對目前環境之不滿或懷有急迫的心理往都市，適應狀況自然較惡劣，精神疾病的發病可能性自然提高，自殺率似乎也與住居的遷移有關。此外還有疏離感的產生：

1. 「人與自然的疏離感」。工業化污染環境，破壞自然，影響生態；都市化人口集中，物質生活提高，將人類與大自然隔絕了，充其量假日到郊外走走，但所到之處又盡是人潮、人工化，如此自然影響到生活的品質。
2. 「人與人的疏離感」。雖然西門町擠滿了人，人與人如此的接近，但人心卻都包著一層保護膜，唯恐被傷害，因為工業化帶來更激烈的競爭，以致放眼於衆多人群，不禁問道「朋友，你在那裏？」密集的人口也更足以使人產生壓迫感。隨著人的增多，人的交往增廣，接觸頻繁，難免有些衝突，意見相左，使得人際關係日趨複雜而膚淺化，人不再相信別人，缺乏歸屬感與安全感而產生了疏離感。
3. 「人與自己的疏離感」。競爭越來越多、越激烈，遭遇挫折也愈大，人不再確認肯定自我的價值，正確了解自我的本質、特長與缺點，以致不能面對自己、面對現實而積極地實現自我。

現代生活的轉變過程中，其變遷是急劇的，一方面個人所受的壓力大，二方面另一新社會制度尚未成形可以宣洩解脫，這種不安或焦慮引起個人心理的不平衡。林宗義與林憲醫師所領導的台灣精神患者研究，也明顯地指出近年來因社會經濟變遷後所看到的精神患者有顯著增加。1969根據台大醫院神經精神科的調查每千人為單位：

	精神疾病 總發病率	精神官 能 症	智能 不足	精神病	人格 違常
民國36 - 38	9.4	1.2	3.4	3.1	1
民國51 - 53	17.2	7.8	4.9	3.1	1.4

在這前後相差十五年的兩次調查期間，台灣在社會、經濟、文化方面的變遷是非常迅速而顯著影響到個人的生活環境，而這對精神官能症的增加是有很大的影響，但對

精神病並無太大影響，這顯示精神官能症之發生由於生活環境——尤其是社會文化環境之變遷的因素，較生物因素如遺傳、體質為重，而精神病可能由於生物因素所占的比例大於生活環境、社會因素。此外青少年犯罪問題與居本省十一大死因的自殺問題，也皆屬社會變遷對人類生活的影響。我們須從精神醫學，心理衛生方面做全盤檢討。

二、一般人誤解精神疾病的原因

1 一般人對於精神醫學專用語彙並無充分了解，誤以為精神疾病便是精神病或精神失常，而事實上凡是 Mental illness 皆屬於精神疾病，例如精神病、精神官能症，行為違常，人格違常，智能不足，精神性之身體疾病 (psychosomatic disease)，另外又分：

organic：藥物引起或神經系統受損所造成的。

functional：到目前有很多仍不了解病因。

2 受傳統觀念的影響：這牽涉到人類對宗教鬼神的看法，

以為中邪、魔鬼附身、受驚、或人犯了罪遭天譴，尤其在鄉下偏遠地區，此說最為流行。

3 一般人對於精神醫學認識不夠，一般家屬對精神疾病的治療與復健仍持明顯的悲觀及拒絕態度，且對病因的不了解，病人在思考上、行為上有爆發性與攻擊性，甚至認知的層面上也有所不同，因此家屬有恐懼及羞恥之心理。

三、社會對精神疾病所應抱持的態度

目前社會上一般人將精神疾病視為身體上的一種疾病，與其他一般疾病同等看待，反視為一種羞恥，這對精神患者是種侮辱，此外對精神疾病有排斥的態度，懷疑其治療效果。家屬有的對治療方式不了解，認為病人最好終生留在醫院；有的經濟負擔不起、人手不夠照顧病人；有的害怕其再有攻擊性、破壞性行為等而拒絕接受病人，使其流落街頭成為路倒病人或遺棄在精神病院不去探望，甚至拒絕接受其回家；有些則怕出醜而將病人藏在家中不帶去就醫。這些因素極影響病患的早期治療和康復後的返回社會，尤其是精神患者的治療很需要家屬積極與醫護人員合作。而這些病人的年齡分布以卅一四十九歲最多，這些壯年本可為國家社會的中堅分子，從事生產，卻因積極治療無法康復，成為國家社會的重擔。

過去衛生當局認為這些是治不好的廢人，由社會局每月以極少數的補助金給予收容院，由他們負責「照顧」病人。精神患者的生活、營養、衛生都是非常不足，更談不

上治療。而近年來精神藥物與復健治療方面大有進展，精神疾病已不再是不治之症。民國66 - 67年市療接受兩批 (114名) 私立精神醫院的病人，從臨床研究，發現幾乎所有患者經治療均有顯著進步，已有一半以上出院重返家庭、社會，可見積極治療與消極收容之別，這也顯示精神疾病患者是有治療價值與返回社區的希望。因此衛生當局對於精神醫學的發展應有所認識；即對精神患者的治療方式改善而積極地給予治療。

社會對精神病所抱持的態度應是：儘可能的早期發現，早期治療，減少復發的可能性以達到預防精神醫學的目標；對精神病人應視同一般病人，是人身上的一種疾病；對癒後的病人應接納他返回社會，以達到社會復健；並吸引更多的人力投入。心理衛生工作帶入社區已成世界潮流和趨勢，並具有肯定的意義。況且心理衛生不只是為少數病人作，而是整個社區的事，與每一個社區裏的人都有關，這也是心理建設之一環。



四、社會對精神病人所應負的責任

我們生活在同樣的一個社會中，當社會中有少數人是不幸的時候，這少部分人的不幸便可能會帶給社會上的不幸，這是個基本概念。個人與團體間的密切關係，就生態學觀點而言也是一樣的；當有一部分資源受到損害污染，便影響到整個生態系，影響到人類生活。

就社會而言當社會中有貧窮的人存在，而沒有得到適當的幫助—消極的福利救濟，積極的輔導就業生產，使其自食其力，這個社會便不是個健全的社會。這些人可能成為社會上一個包袱，甚至是不定時炸彈，影響社會健全迅速發展。且富裕的人也不可能永遠富裕，當社會上有人被奴役之時，自由的人便不能永遠自由，不能算是個自由人；同樣地當社會上有些人是精神患者，而不能得到妥善安排，這就是我們共同的責任。這裡所指的社會大到國家、政府，小到社會民間團體機構，應共同負起這責任，去幫助某些病人。

一般民衆應以更開明的態度去接納精神病人，他可能曾經是病人，但並不表示他永遠是病人；他的社會工作才能可以有些受損，但不能否定他的能力與價值。若社會不能接納他返回社會，則會降低其自我價值，不能產生內心精神力量。如此惡性循環，便可能再復發，這便談到社會對精神病人所應盡的社會復健的責任。社會應提供工作機會與場所，讓癒後病人能盡其所能。復健病人能順利返回家庭、社會，要靠一般社會人士對精神病人有正面而建設性的態度。同時政府有關機關應在社區適當地方設立復旦之家或庇護性工作站，協助病人出院後，不要完全依靠其家屬而能在社區中自食其力。

我們常會想到去幫助些貧苦的人、疾病的人，也認為這是社會上所應做的事，但常忽略掉甚至輕視精神病人所應得的照顧。而事實上他們是不幸的，他們所受的痛苦、折磨比一般疾病有過之而無不及，這是一般人所不知的，而且所受的醫療與照顧卻不如一般疾病。此外他們是無辜的；有人以為他們是故意的，無中生有的，自找麻煩和自己過不去。而事實上，任何事情都有遠因、近因才產生後果。分析他們不幸的原因，社會、家庭是難辭其咎。遠因

：遺傳，個體體質；近因：外顯身體因素，社會環境，所共同導致，病人是受害者，並非自做孽。我們應同情他，並負起責任給予良好的治療，使其早日痊癒，重返崗位，不啻增加人力資源；對個人也是一個重生，能再實現其未竟之業。

精神疾病的存在與人類歷史一樣久遠。但因羞恥觀念與排斥心理，加上精神異常與偏差行為原來就是一種抽象現象，難以客觀科學方法具體加以證實。直到十九世紀，在醫學部門始初次出現，精神醫學之體系也仍屬新而有開發性的領域。

早期因受宗教、迷信、巫術影響，精神醫學神秘色彩濃，且不把精神病人當病人來看待，用咒術與處罰等方法來處理病人。大多數病人與犯人同被監禁在地牢或土牢（見圖），那種環境實屬惡劣不堪而且加重病情。大約十二世紀左右，在歐洲始首次出現專門收容精神疾病患者之養護院，但社會一般人仍相信精神疾病係由魔鬼附身而來，精神醫學的演進：

(1)一七九三年，精神醫學第一次革命，也是現代精神醫學的開始，由法國醫生 Philippe Pinel(1745-1826)在這一年拿掉精神病人身上的鐵鍊。他站在人道的立場上，強調精神病人並非是魔鬼附身，而是病人精神的變態，這與身體上之疾患同樣是種病症。反對虐待病人，開始嘗試治療。此舉完全是基於人類愛的精神，深深地影響到後世精神醫學的發展。Pinel 偉大之處在於一般人棄甚至連醫生亦無意顧慮精神病人之時，能以愛心體諒病人，並肯定精神疾病一定可以治好的信念與一般疾病無異。但因對病因的不了解，幾乎沒有治療，只是給予病人新鮮空氣與自由。所以第一次革命可說是道德良心的治療，觀念的轉變。

(2)第二次革命算是病因論的探討、研究。從十九世紀末到廿世紀初。顯然地，生物學與醫學的發展對精神醫學有影響，尤其是體質病因論，認為大腦皮質受損，行為便可能有異常，即 Organic Brain Syndrome。Carl Wernicke 發現感覺性失語症而發表大腦各部分



功能學說，並發現酒精中毒患者之特異病變。同一時代 Emil Kraepelin 發展一套精神疾病分類法，對精神醫學有重大貢獻。他認為早發性痴呆症以遺傳體質因素為主。德國 Ernst Kretschmer 以其「體格與性格」之研究分三類體型 (Somato-type)，並認為體型會決定精神特徵，而人的氣質深受生化及環境之影響。

另外有些學者認為精神疾患為與心理內在因素有關——即心因論。Adolf Meyer 相信病前人格發展對精神疾病之發生有關。他認為精神官能症是心因性，是適應困難而發病；著重人格因素。Freud 首創精神分析諸論，包括潛意識的心理過程，人格結構發展及心理治療本義，此說對心因論有重大影響。Freud 對精神官能症及歇斯底理症以催眠或自由聯想治療有些效果，並於一九〇〇年發表「夢的解析」。所以廿世紀初是第二次革命，對病因比較了解；同時做大腦解剖，對 organic 了解較多。雖對心因病因的了解可以從心理治療著手，但精神藥物無進展，治療無法突破，停留在物理治療、熱療、水療。電療還是到廿世紀才發展出來。

(3)第三次革命是精神藥物學的發展。五十年代出現重型鎮定劑；以往精神疾病是長期、慢性、治療效果很不好，但有了精神藥物的幫助，可在短期內有很大的改變。如同過去傳染病學對病因了解了，知道是細菌，原蟲所致，但無法有效地治療，直到抗生素的產生，才有重大突破。以往一般人認為精神疾病是治不好的，只能以心理治療、改善環境、物理治療。精神藥物的產生給精神醫學帶來一股新而有力的刺激，它可以改變思想型態、行為、精神狀態，如抗精神病藥、抗憂鬱劑、抗焦慮劑，帶給病人最大的光明，與最積極的效果。

(4)一九六三年，美國通過心理衛生法案，可以說是精神醫學未來的一個方向——與社區心理衛生結合。對象不僅是病人而是每一個社區民衆心理衛生，早期發現，早期治療，透過社會立法保障每個人的心理衛生，可算是第四次革命。

精神醫學的演進所造成的影響：

- (1)整合社會人員來關心社區心理衛生工作。因單靠精神醫師的力量是不足的，且精神醫師又非常缺乏；若能廣泛利用人力資源，與其他非醫護人員——只要是受過專業訓練的人員，共同來做整個社區心理衛生工作，包括預防與早期治療、心理輔導，即可減輕醫師不足的壓力。
- (2)病人不需要長期住院，最好儘早回到社區，以免與社區、家庭隔離。為使病人順利復歸社會，台北市立療養院所辦的復旦之家是個中間治療站。病人出院後並不直接回到家庭，而暫時到一個屬於精神病人自己的社區。這並不算是個醫院，而是個定期有醫護人員照顧的中間站。他們在這裡療養而後再復歸社會。目的在作為精神醫院與社區間的橋樑。更進一步地，精神病人在社區內治療的概念與構想出來了，似提示精神醫學的未來方向，如此每廿五萬人只需 100 張急性治療床便可以。
- (3)對精神分析學派的不足提出挑戰。如行為治療的興起。行為學派認為一個人行為異常是因錯誤的學習所致，產生一些非適應性的行為而造成問題（尤對 psychoneurosis、行為異常、人格異常）並且強調針對目前病人有什麼問題而給予重新學習機會。以行為治療，可以不去探討早期經驗。心理分析學派強調六歲以前的經驗，對整個人行為的影響是沒有錯，但不是每一件事情都可由追溯到六歲以前的經驗所造成。

五、Freud 學說的存在性探討及新理論的產生

無論大家對佛洛伊德學說的看法如何，他的學說對於現代思潮的影響，與使現代人對自我的了解與前人截然不同，其影響力是不爭的事實。改變歷史的書提到：「從哥白尼到愛因斯坦，恐怕沒有一位科學家能像佛洛伊德這樣地對同時代人思想與生活發生如此深切的影響。」

他的學說中如有關意識與潛意識的觀念，神經病與性

的因果關係，嬰兒時期性觀念的存在及其重要性，夢的作用乃至壓制、抗拒、精神轉移等觀念，有些是相當不錯的創見。如對整個人格結構的架構，原我、自我、超我三個心理活動過程的層面以及潛意識與意識的觀念，推翻過去人為意識所控制的說法，對於潛意識之情感及衝突加以解釋。唯事實上潛意識的背景因素只映於意識者仍須加以解釋。



釋方能明瞭其內容。Freud 運用催眠、自由聯想使被抑的問題浮現於意識思考；藉著病人對分析者產生情感轉移之現象，以消除精神官能症及歇斯底理症狀，是有些療效。此外強調早期經驗對人的影響是不錯的，所以引起教育心理學重視學前教育，親職教育。

但 Freud 把一切事情都以心性理論解釋是不對的，也同時導致他的人格發展理論的不足。他將人格發展分成五期：口腔期、肛門期、性蕾期、潛伏期、發展期，而事實

上我們知道一個小孩子的發展並不僅僅如此而已。所以後來法國心理學家 Piaget，提出兒童認知發展，以及美國 Erikson 提出人的生活有八個 stage，如 1—3 歲是 muscular-anal 期，這段時候小孩正在學習爬、走、跑等肌肉骨骼粗動作，而不只 Freud 所謂的 anal 期。又如 3—6 歲是 Locomotor-genital 期，這些小孩子開始學習拿碗、拿筆寫字等精密動作而不僅是佛氏所謂的性蕾期、伊底巴斯情結 (Oedipus complex)。

Chronological stage

I. Infancy (Oral-sensory) (0—1)	Trust vs, mistrust
II. Early childhood (Mascular-anal) (1—3)	Autonomy vs, shame, doubt
III. Preschool age (Locomotor-genital) (3—6)	Initiative vs, guilt
IV. School age (Latency) (6—12)	Industry vs, inferiority
V. Adolescence (Puherty and adolescence) (12—18)	Identity vs, confusion
VI. Young adulthood	Intimacy vs, isolation
VII. Adulthood	Generationty vs, stagnation
VIII. Senescence	Integrity vs, despair

此外他早期的信徒之一阿德勒，脫離了 Freud 學派，因為他認為佛洛伊德過分強調「性的本能」之重要性。因此他提出—人行爲的主要動力，是想要證明他的優越性。由此引申出自卑錯綜，人是爲了要被人「承認」而不得不努力，所以自卑也有積極的一面；鍾士也把 Freud 中性的重要性減至最低，強調遺傳因子對於形成個性極爲重要，每一個人都具有外向及內向兩種不同的性向。

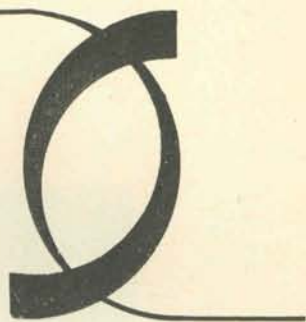
美國名精神病學者華森姆說：「Freud 替研究人格與精神病理學的方法帶來三項基本改革：一他將精神疾病爲一種心理變動過程，打開無意識的領域。二發現童年時期的重要性，使精神病理學進入新的境界。三他對性本能的創見，他的真正發現不是說小孩子有性生活，而是性本能也有兒童期。」佛洛伊德指出無意識如何影響我們，他對「人心」的解說和影響，實是有劃時代的重要性。

六、精神醫院的未來展望

- 1 必須是科技的整合工作：包括社會工作人員，心理學家，行爲治療師，心理測驗人員等加入。現在台灣正往這個方向發展，此爲 team work，臨床心理學家可以做診斷、測驗，行爲治療師可訓練病人的再學習。
- 2 往社區精神醫學發展。集合當地社會人力，有效提早發現，及早治療、預防，精神病人於社區內治療，可以減少很多的病床、設備、經費。今年的行政院科技人員獎二名，其中有一名便是市立療養院院長英堃，也是本

校精神學科教授，因推廣社區精神醫學與學校心理衛生工作有貢獻，可見政府當局也漸漸重視社區心理衛生工作，這是令人振奮的消息。

- 3 生物精神醫學的研究：因精神醫學尚是一個未開發的領域，有許多的病因皆尚未明瞭，尤其是 functional 方面，若能從生物精神醫學著手研究，生化、藥理同時進行，再應用於人類，可能導致精神醫學治療上重大突破，如第三次革命。



七、目前台灣精神醫學的檢討

1. 人力資源的不足是主因：精神科醫師與護理人員質與量的不足，全國合法的精神科醫師總共不超過百餘位，聯合國衛生組織認為開發中國家每兩萬人要有一名精神科醫師，則本省需要850人，可見量的不足程度。質的方面，有三類醫師約各占 $\frac{1}{3}$ ：第一類醫學院畢業受過幾年專業訓練，第二類醫學院畢業但未接受專業訓練，第三類退役軍醫或非醫學院畢業，但有數年經驗並通過國家考試（乙種醫師），此非常值得檢討。在提高素質方面，希望政府能建立專科醫師制，協助第二類醫師受訓，輔導第三類醫師成為專業社會工作人員，繼續利用其經驗專長而並不需淘汰轉業。量的方面給予良好環境，鼓勵吸引更多醫科學生投入。護理人員方面，極大部分私人醫院僅僱用助理護士甚至男性工友；質與量是非常不夠，病人得不到應得的照顧。而醫院若是開放式，治療水準要高，則正式護理需要量更大。臨床心理學家及精神科專門的社會工作人員參加診療工作小組，在台灣歷史尚短，人數不超過廿人。

2. 治療機構不足：

(a) 因精神醫師缺乏，目前公立醫院神經精神科醫院醫生編制名額懸缺甚多，如市療編制廿位駐院醫生，但只招到7~8位。如此若要爭取更多機構、經費是不易的。所以若要改善本省精神醫療現狀，培養更多合格的醫師是第一要務。

(b) 台灣目前的精神病人約有5萬人，而具有積極治療床不到1000床，其餘4000床則純粹是監禁性質。台北市與台灣省的比例懸殊，北市每萬人6.5床，台省只有1.1床，而高雄縣、台東縣、澎湖縣竟連一張都沒有，若能積極做好社區心理衛生工作，則每廿五萬人需要100張急性病床，則台灣只需要6800張積極治療床，所以必須提高治療水準，使病床具有積極治療性，而且應增加中南部的醫院設施，消除分布不均

的現象。

3. 精神科教學的欠缺：

目前台大神經精神科教師一共只有八位，市療兩位。他們實際上負責全國精神科醫生之教學工作，以致無法做到各專門領域完善教學。如市療是本校唯一的精神科教學醫院。另外醫學倫理教育不足，醫科學生對精神醫學的看法與價值觀，及教授是否能有感召力，感召更多學生從事此業。社會大眾輿論應當多給予精神科醫師正面的鼓勵，促使他們奉獻熱忱，使更多的醫科學生走向精神醫學。

4. 社會大眾的偏見：

提高精神科醫師社會地位與待遇、必須透過大眾心理衛生教育，改變一般人對精神病、精神科乃至精神醫師的看法，及精神醫學常識，與治療的普及。

5. 將病人送到不適當的地方：

只是收容而不是治療，這樣無法提高醫療水準。

6. 醫療福利、保險制度對於精神病患者並不公平：目前勞保不接受精神病患住院優待，認為是慢性病，耗費太多。而事實上可以要求醫院積極治療並限定住院期限。必要時得由醫師申請延長。

7. 政府對智能不足的人照顧非常缺乏：尚無公立機構統籌其事，大致說來每個社會約有5%左右的人智能不足，且有一個趨勢，社會愈進步智能不足的比例會增加，而這些人無法與正常人並肩學習。應設特殊教育與輔導“計劃”，以免他們於現代潮流中，被棄置不顧。

8. 過去一段時間，我國所做的社會精神醫學研究工作不少，如前台大神經精神科主任林宗義所發表的有關台灣三社區精神疾病發現頻度之研究，甚受國際重視，後來並受任世界心理衛生聯合會（WFMH）之會長。此國際心理衛生潮流之直接引進，無疑地對我國心理衛生事業得以急速發展有關。