

他不知道 他病了

协助精神障碍者接受治疗

泽维尔·阿玛多 (Xavier Amador)

安娜丽莎·约翰逊 (Anna-Lisa Johanson)

魏嘉莹 译

著

I Am Not Sick,
I Don't Need Help
Helping the seriously mentally ill
Accept Treatment

网
编
收
发
展
报
8008699256或
02586631855或发信箱至
移动33159 联通9319 短信仍
四川
川
大
学
出
版
社

 四川大学出版社

他不知道他病了

协助精神障碍者接受治疗

I Am Not Sick, I Don't Need Help

Helping the seriously mentally ill
Accept Treatment

有很多严重精神障碍者并不认为自己生病了,因而他们拒绝服药和接受治疗。身为精神障碍者的家属、治疗师、邻人和朋友,常为此感到困惑和苦恼,并感到无奈和愧疚。该怎么帮助他们,使他们得到更合理的照护,也让我们自己解除烦恼呢?本书两位作者根据自己治疗精神障碍者并与之相处的经验,提出许多有效的相处技巧和睿智的忠告,教我们如何和精神障碍者建立信任与合作的关系,从而帮助我们走出无助和苦恼。



AGECO 深圳市爱及特文化发展有限公司中文简体版权总代理

ISBN 978-7-5614-3938-8



9 787561 439388 >

定价: 26.00 元

他不知道 他病了

协助精神障碍者接受治疗

泽维尔·阿玛多 (Xavier Amador)

安娜丽莎·约翰逊 (Anna-Lisa Johanson)

著

魏嘉莹 译

**I Am Not Sick,
I Don't Need Help**

Helping the seriously mentally ill
Accept Treatment



四川大学出版社

责任编辑：王 冰
责任校对：马 娜
封面设计：米茄设计工作室
责任印制：李 平

图书在版编目 (CIP) 数据

他不知道他病了：协助精神障碍者接受治疗 / (美)
阿玛多 (Amador, X.), (美) 约翰逊 (Johanson, A.L.)
著；魏嘉莹译. —成都：四川大学出版社，2008. 1
书名原文：I Am Not Sick, I Don't Need Help
ISBN 978 - 7 - 5614 - 3938 - 8

I. 他… II. ①阿…②约…③魏… III. 精神障碍 - 治疗
IV. R749.05

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 206498 号

四川省版权局著作权合同登记图进字 21 - 2007 - 076 号

I AM NOT SICK, I DON'T NEED HELP by Xavier Amador
Copyright © 2007 by Vida Press
Published by arrangement with Writers House, LLC
Simplified Chinese translation copyright © 2007 by
AGECO Culture Development Inc.
ALL RIGHTS RESERVED

国际简体中文版授权/深圳市爱及特文化发展有限公司
<http://www.ageco.com.cn>
本书译稿引用自心灵工坊文化事业股份有限公司

书名 他不知道他病了
——协助精神障碍者接受治疗

著者	[美] 泽维尔·阿玛多 安娜丽莎·约翰逊
译者	魏嘉莹
出版地	四川大学出版社
地址	成都市一环路南一段 24 号 (610065)
发行	四川大学出版社
书号	ISBN 978 - 7 - 5614 - 3938 - 8/R·151
印刷	四川大学印刷厂
成品尺寸	170 mm × 230 mm
印张	11.75
字数	138 千字
版次	2008 年 1 月第 1 版
印次	2008 年 1 月第 1 次印刷
印数	0 001 ~ 4 000 册
定价	26.00 元

◆ 读者邮购本书，请与本社发行科联系。电话：85408408/85401670/85408023 邮政编码：610065

◆ 本社图书如有印装质量问题，请寄回出版社调换。

◆ 网址：www.scupress.com.cn

版权所有◆侵权必究
此书无本社防伪标识一律不准销售

作者简介

泽维尔·阿玛多

(Xavier Amador)

现任纽约市哥伦比亚大学心理学副教授,同时也是全美精神障碍联盟(NAMI)的理事长。他在精神分裂症的研究领域及躁郁症患者缺乏病识感的问题上,是世界知名的专家。他是美国许多政府部门的顾问,接受精神健康研究相关议题的咨询,并在众所瞩目的犯罪案件,包括对大学炸弹客卡克辛斯基,以及“9·11”事件劫机者穆沙维(Zacarias Moussoui)的审判中,担任精神健康专家证人。

安娜丽莎·约翰逊

(Anna-Lisa Johanson)

玛格丽特·玛丽·雷的女儿。玛格丽特因不断跟踪美国著名主持人大卫·赖特曼而闻名。她患有精神分裂症及情感型精神分裂疾患,于1998年秋天自杀身亡。约翰逊女士拥有法学博士学位以及公共卫生硕士学位,她一直致力于精神健康倡导运动,曾在美国国家广播公司(NBC)的节目中现身说法,探讨严重精神障碍对家庭造成的影响,并为杂志撰稿。目前她与丈夫及女儿居住在美国首府华盛顿。

译者简介

魏嘉莹

毕业于中国台湾中兴大学，现就读于纽约哥伦比亚大学临床心理学研究所，并于纽约州精神医学研究中心担任助理研究员。她特别关心精神疾病教育的推动，希望借由知识的普及，促进患者就医，协助家属以正确的方法帮助患者，并打破社会大众对脑部精神疾患旧有的误解及成见。译著有《当所爱的人有忧郁症》。

◆他不知道他病了

- ◇爱上了瘾
- ◇当绿叶缓缓落下
- ◇克服逆境的孩子
- ◇家庭会伤人
- ◇父母离婚后
- ◇别跟情绪过不去
- ◇男人其实很忧郁
- ◇女人的压力处方
- ◇界线对谈
- ◇为婚姻立界线
- ◇过犹不及
- ◇心理治疗入门
- ◇儿童与青少年焦点解决短期心理咨询
- ◇儿童注意力训练手册
- ◇儿童注意力训练父母手册
- ◇游戏治疗技巧
- ◇游戏治疗101
- ◇完形治疗：观点与应用
- ◇人际沟通分析——TA治疗的理论与实务
- ◇团体辅导工作概论
- ◇助人历程与技巧
- ◇西西弗斯也疯狂
- ◇梦的心电感应
- ◇诊疗椅上的谎言
- ◇临床督导工作理论与实务
- ◇弗洛伊德的近视眼

www.scupress.com.cn

E-mail:scupress@vip.163.com

Tel:028-85460736



各界的好评与推荐



终于有人为精神障碍者及其身旁的人写一本书了。阿玛多博士用易读的笔调陈述患者缺乏病识感的本质及他们对帮助的需求，清楚地列出相关研究资料，并在患者轻忽自身状况时，给予家属和治疗人员帮助他们的处方。我强力推荐本书给重大精神障碍者的家属及治疗人员。

亚伦·贝克医师

——美国宾州大学精神医学系退休教授

这是第一本谈论“为什么病人不吃药”的书，这个问题无情地碾轧着精神分裂症及躁郁症患者的家属。阿玛多是一位心理学家，有位罹患精神分裂症的哥哥，在过去十载，他成为研究无病识感的先驱及该领域的权威。他有技巧地调理临床小故事与学术研究，奉献给我们既美味又营养的成果。最重要的是，阿玛多向家属及精神健康专业人员提供具体、有步骤的计划以改善病识感的问题。这本书填补了精神分裂症及躁郁症研究的空白。

富勒·托里医师

——《战胜精神分裂症》作者



各界的好评与推荐



回首往事，最奇怪的不是无所不在的政府探员、令人担忧的辐射武器，而是自己超人般的能力。让我最害怕的是，躁郁症让我坚信不疑大幅震动的是身旁的世界，而非自己的想法或判断力。回想起这样的时光，我便觉得既挫败又难堪，同时也清楚它可能再度发生。

我读了阿玛多博士的书之后觉得好过多了。首先，他具体而合理地表明，抗拒治疗大多只是病征，疾病才是大敌。接着他提出一个有力的战略计划，帮助病人攻破或至少防制疾病造成的缺乏病识感，使病人可以将与治疗的合作极大化。我希望自己当初生病时，关心我的人手上也能有这本书。

乔纳森·斯坦利法学博士

——治疗倡导中心助理总监，一位躁郁症患者

市面上有一些出版物为临床治疗人员提供治疗精神分裂症时最佳的策略，这多半是从治疗人员的角度出发的。也有几本书是精神障碍者或家属所著，但它们却不具有临床省思的价值，特别是无法反应最新的研究发现。《他不知道他病了》最大的价值在于合并了精神障碍者及临床治疗人员的观点，找到两者的共同点，指出精神障碍者与其治疗人员能够团结合作之处。它很实用，易于阅读，并且充满希望。我大力推荐它给任何一位有心帮助那些像我一样，活在一个我们称之为精神分裂症状态下的人。

弗雷德里克·弗瑞斯三世博士

——美国俄亥俄东北大学医学院精神医学心理科临床助理教授，一位精神分裂症患者



各界的好评与推荐



在各式各样严重精神障碍显现出的问题中，阿玛多博士将焦点放在一个最关键的要点上——除非我们解决与抗拒服药和缺乏病识感相关的问题，否则无法在治疗上有所突破。阿玛多博士在《他不知道他病了》一书中，对这个问题予以正面分析，为精神分裂症及躁郁症的患者、家属及治疗师提供重要的信息与实用的建议。这本书将使任何一个人在处理拒绝服药及缺乏病识感的问题时，受益匪浅。

迈克·福洛医师

——爱荷华州心理卫生中心医师

这是一本很棒的书，它结合了一个心理学家与一个平凡的严重精神障碍者家属的个人经验。阿玛多博士在学术与临床上的经验，让这本书充满丰富的信息与实用的建议。在我们的文化中有一个很有益处的特点，经历痛苦的人们会将痛苦转化成正面的事物。因严重精神障碍受害、受压、受挫的人们将发现这本书极有帮助，它包含了新近研究的成果及具体的建议，对严重精神障碍者的家人，及关心障碍者的精神健康专业人员都会有极大的帮助。

贺伯特·帕迪斯医师

——美国纽约哥伦比亚大学长老会医院院长，
前美国国家心理卫生研究院院长



各界的好评与推荐



在家属为了精神障碍者需要的治疗而争战时，《他不知道他病了》是一本不可或缺的读物。阿玛多博士提供了深刻、同理且实用的原则，以解决面对一个生病的人时，会无可避免地产生挫折与罪恶感的问题。就疾病的本质来说，他们并不知道自已生病了。

阿玛多博士将他一直以来为了患有精神分裂症的哥哥而挣扎的个人经验写了进来，也详细地描述了几个案例，让这本书特别能切中要害。他精要地摘录出缺乏病识感或失认症背后，具有说服力的科学理论，厘清了缺乏病识感并不是自我防卫心理机制，而是因为疾病导致的脑部机能缺失。书中探讨如何帮助缺乏病识感的对方接受治疗，或必要的话，如何进行法定强制就医等实用的方法，使读者格外受用。

迈克·福斯特医师

——《精神疾病诊断与统计手册》第四版编辑

对面临着所爱的人、朋友或同辈有严重精神障碍的人来说，这是一本书写得适宜、必读的实用指南。妄想症和精神病患者的想法常超出我们日常的生活经验，因此，绝大多数的人不知道为精神障碍者获取协助的途径与方法，并不令人感到意外。那些患了精神病的人甚至可能不知道自己的行为 and 日常生活机能有何错乱之处，更别提需要治疗。难道只因为疾病是脑部的缺失而非胃痛，就被区分成不正常和正常吗?!

朵洛瑞丝·麦拉丝比那医师

——美国哥伦比亚大学内外科学院精神科教授



各界的好评与推荐



对许多人来说，要接受像泰德·卡克辛斯基或安娜丽莎的母亲这样的人只是有病在身这样的概念是很难的，把他们逐出我们脑海还比较容易，仿佛他们已与我们的社会相隔数个世纪，仿佛他们不像我们一样皆属凡人。在这本书中，阿玛多博士以个人的勇气和杰出的科学研究打破了这些藩篱。

精神分裂症和躁郁症患者的无病识感是他们生病时最糟的症状之一，或许也是最顽劣的，因为当某人不相信自己有任何不对劲时，要治疗他是很困难的。阿玛多博士在过去二十年美好的岁月中，针对这个议题进行研究，成为这个领域在世界上最具影响力的科学家。他在这本书中，以详尽的处方，帮助家人和治疗师处理缺乏病识感，及其为严重精神障碍者造成的许多困难。然而，阿玛多博士并非只是一个关在象牙塔中的学究，他与精神分裂症患者（包括他的哥哥与亲近的朋友）相处的切身经验，穿插出现在这本翔实、动人的书中。《他不知道他病了》对任何一个认识、爱着或治疗着某位精神分裂症或躁郁症患者的人来说，是一本必要的指南。

理查德·凯非博士

——美国杜克大学医学中心精神科心理学教授，
《了解精神分裂症》作者

难得能找到一本兼具精神医学研究的最新发现与实用临床建议的书，更难得的是，作者还能针对家属及精神健康专业人员，以吸引人的形式书写本书。阿玛多博士在《他不知道他病了》中，做到了上述的每一点。

罗伯特·吉尔医师

——美国纽约州精神医学研究中心精神分裂症研究单位主任

推荐序

沈楚文
康复之友联盟理事长

“我没有病，不需要治疗”，这是严重精神障碍者常说的。让关心患者的亲人和热心助人的医疗人员，备感困惑与无助。

我从事精神医疗工作将近四十年，印象里很少有精神分裂症患者承认自己病了；即使是治疗中的病人，也有七八成并未察觉自己的症状，缺乏病识感是很普遍的现象。美国精神医学会的调查研究表明，约有60%的精神分裂患者和50%的躁郁症患者并没有意识到自己的病症，不知道自己病了，而拒绝治疗，使病情恶化。这种情况在我们这里可能有过之而无不及。不接受治疗的可怕结果，可能是个人病症的恶化，家庭悲剧和社会事件的发生，“不定时炸弹”的烙印和污名！了解严重精神障碍者缺乏病识感的成因、现象和应对之道，以达到实际协助病人接受治疗的目的，是非常重要的！

有些人遭受挫折、失败和重大伤病，常基于自尊心、好强不认输和掩饰等自我防御心理，而加以否认，但严重精神障碍者的固执否认似乎过了头，不合常理。因此，有学者认为，严重精神障碍者的缺乏病识感，可能是他们病症的一部分，缘于脑部机能的失常，就如同有些中风病患或中枢神经病变所呈现“失识症”一样的缺乏病觉，尤其是在额叶、颞叶部位的病变。严重精神障碍者不知道自己病了，其实是由于感觉失常、现实感失真、思考偏差、逻辑推理





他不知道他病了

错误等，使他们脱离现实而不自觉。这是他们的病症，不是故意的，应予以理解、接纳和帮助。

本书作者泽维尔·阿玛多博士和安娜丽莎·约翰逊律师，结合自己长期照顾罹患精神分裂症的哥哥与妈妈的心路历程，以及研究病识感的心得，提出具体可行的策略方法，并创造性地提出了协议治疗的四个步骤，即倾听、运用同理心、赞同以及结为伙伴等。还举例说明其亲身经验，现身说法，使本书更具意义。

这是一本难得的实用手册。译者魏嘉莹小姐长年关心精神障碍者，参加了全美精神障碍联盟活动，并帮助康复之友联盟简讯提供最新资讯文章，现特翻译本书，其文笔流畅通俗，虽然环境不同，方法或有差异，但其治疗的基本原则大同小异，应有参考价值，希望能嘉惠更多的精神障碍症朋友、家属和所有关心他们的大众和专业人员。

中文版作者序之一

泽维尔·阿玛多

从未踏进过精神疾病疗养院的我既紧张又难为情，紧张是因为被二十来位严重精神障碍者围绕着，我和大多数的人一样觉得不自在。有些人正在踱步，大声地跟只有他们自己听得见的声音说话，有些人则热切地抽着烟。一个男人安静地坐在我的正前方，视线固定在远方某处。我安全吗？他们安全吗？这里是地狱还是天堂？这些只是在疗养院的第一夜里，部分闪过我脑海的焦虑思绪，这一晚最后延伸成无数待在疗养院里相似的日日夜夜。觉得难为情则因为我知道在某种程度上，自己会为了发生在哥哥身上的事而被责怪——不为他的病，而为我招来了警察、救护车和他所承受的束缚。是的，我确信哥哥不会因为他的病而怪我，因为在他的想法里，他并没有什么不对劲，就像他说的：“我没有病，你才有病！”

很多人生经验汇集，促使我成为一个临床心理学家及精神分裂症的研究人员。但不用说，最重要的显然是对哥哥亨利的爱，他病发之前，我们一直称呼他“安立奎”。

在过去的10年间，同事们和我进行研究时，把焦点放在严重精神障碍者缺乏病识感与拒绝接受治疗的问题上。研究的结果在学术期刊上发表之后，我频繁地受邀到世界各地，为家属团体及背景各异的专业人员发表演讲。家属们和精神健康专业人员拥有一些共同点，其中包括试图帮助某个强烈认定自己不需要协助的人时，同样





他不知道他病了

觉得挫败与无助。事实上几乎每次针对新研究进行演讲时，都会发生同样的情形，我总是很讶异自己分享的信息所唤起的兴奋与希望。

希望听众可以原谅我对他们如此地缺乏同情心。但经过彻底钻研这个问题超过 10 年，读遍所有搜集得到的资料，进行自己的研究，我对这个问题再熟悉不过，它已不具有家属或治疗人员等听众所感受到的突破性。但最近某件事改变了我，或许是一连串精神分裂症患者杀人事件跃上新闻头条，也或许是我在全美精神障碍联盟（National Alliance for the Mentally Ill, NAMI）年会中的一场演讲。发表完那场演讲之后，我被包围在讲台上，跟家属们谈了将近两个小时。他们想得到建议，也想进一步了解为什么他们所爱的人拒绝接受帮助。这些人想知道更多，想把受到的挫折告诉某个能够了解的人。他们的热切启发了我，我也突然认清那些我熟知的学术进展尚未触及很多人，而他们却是最能够从这些新知识中获益的人。所以，我写了这本书。

这本书的对象是严重精神障碍者的家人，以及精神健康专业人员。这些专业人员必须与深受脑部疾患之苦的病人们合作，维护他们的健康、安全与未来。无论你是家属或是治疗人员，在这本书中你将因为新的研究而找到希望；它揭示出精神分裂症及躁郁症中缺乏病识感的问题。对于你关心的人为何否认自己生病，而且拒绝服药，你大概自有解释，但是如果你敞开心胸，可能会因为科学披露的原因感到吃惊。知识就是力量，你越了解这种否认，就越能好好处理它，以及它导致的患者拒绝接受治疗的情况。准备好，你将感到惊喜并且获得新的希望，你可以做很多事来应对这种否认。

我想感谢几个人对这本书的协助。首先，一位年轻精神分裂症患者的双亲在将近 5 年前，第一次要求我写这本书。他们想知道更多关于这个问题的信息，以及处理它的最好方法。那时我能够提供给他们的只有一些学术期刊中的文献，而它们之中没有一篇提供实

际的建议。其次，我指导过的精神科住院医师、实习心理治疗师及社工系的学生们也让我感激。若非他们热切地了解自己护理并且信任自己的那些人，我永远也不会想到将研究发现转化成实用的建议，供他们在临床工作上使用。

我特别想感谢在过去20年中，无数对我敞开心胸，教我了解身患重病感受为何的精神障碍者。他们之中很多人让我了解到，当几乎没有人这么想，可是自己却相信自己没有生病，也不必接受治疗时，会有什么样的感受。

很多组织支持了书里提到的各项研究，我想要感谢他们对严重精神障碍研究的支持与负担的责任。感谢全美精神分裂症与忧郁症研究联盟（National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression, NARSAD）、斯坦利研究基金会（The Stanley Research Foundation）、苏格兰仪式基金会（Scottish Rite Foundation）、美国国家心理卫生研究院（National Institute of Mental Health, NIMH）、全美忧郁症及躁郁症协会（National Depression and Manic Depression Association, NDMDA），和全美精神障碍联盟。我想感谢斯考特·耶鲁，在过去10年中，他扮演了我生命中不可或缺的角色——没有他的专业及努力，很多研究可能至今仍未能完成。感谢裘笛的热心及支持，还有“O. K. 凯蒂”（O. K. Katie）在整个过程中陪伴着我。

也感谢富勒·托里、康妮·利伯、珍·安迪寇特、哈洛·萨坎、杰克·高曼、汤姆·麦格拉尚和南希·安德森对研究计划的鼓励与支持。

史黛西·阿玛多对我和我想传达的事的价值信心十足，这是持续鼓舞我的力量来源。她对亨利的爱，以及在有他做伴时所享受的乐趣，让我更相信人们有能力透视疾病，看到隐藏其中的那个人。路·寇曼对我的想法和能力有信心，在我对这个计划的自信心动摇



他不知道他病了

时，他助我一臂之力。许许多多的人以更直接的方式贡献想法和心力，帮助我完成这本书：玛莉·左丹诺维兹、强纳生·斯坦利、罗莎娜·爱索帕西多和汤姆·布朗多罗。我也想感谢大卫·卡克辛斯基的友谊，以及与我分享他对严重精神障碍相关知识的渴望。他的灵魂寻求着关于泰德病情的解答：泰德小时候是一个善良且愿意助人的弟弟。大卫唤起了我的灵感，让我终于着手开始写这本书。

特别要感谢安娜丽莎·约翰逊辛勤的努力、热切的支持和友谊，如果没有她，这本书将花更长的时间才能完成。她完成了在协助治疗相关章节中绝大部分的研究，并且对整本书广泛地提出意见，进行家庭访问，帮助我完成数个章节。每当我摇摆不定、延误进度时，她便会在一旁敦促我（利用我的录音机、电子邮件、呼叫器）。她担心自己变成讨人厌的家伙，但我却认为她比较像一个教练，只容许我表现出自己最好的一面。谢谢你，安娜丽莎。我们一起工作的这一年来，她也协助我掌握自己工作的重点：为人们提供实用的策略手段，协助他们帮助拒绝治疗的严重精神障碍者。

安娜丽莎的母亲曾被诊断出患有精神分裂症与躁郁症，在一年多前以自杀的方式结束了自己的生命。这个悲剧至少造成了一个正面的影响：安娜丽莎长久以来一直活在羞愧的牢笼之中，母亲的自杀让她获得解脱。我们在电视节目采访她母亲的故事时，因为同时接受访问而结缘。她就像许多其他家中有精神障碍者的人一样，一直因为母亲的病而感到羞耻，更具体地说，她因为母亲发病时做的事觉得难堪，就像很多家属一样，想对朋友、同事隐瞒母亲的病。

安娜丽莎的母亲玛格丽特·玛丽·雷，曾经妄想做出一些让她声名大噪的事。安娜丽莎同意为杂志撰写文章并接受电视节目专访，想平衡大众对母亲的印象：母亲生下她，并且给予她很多的爱。我们同一天在同一个摄影棚接受专访，我记得她在我的访谈结束后，上前问了一些关于她母亲生病的问题，对我强调的问题，即缺乏病

识感以及拒绝治疗特别感兴趣。我很吃惊她对让母亲结束生命的疾病所知不多，但也同样惊喜于她想知道更多的勇气与渴望。安娜丽莎不但是鼓舞人心的源泉，也不断提醒我一点点的知识形成的动力有多大。虽然想让玛格丽特·玛丽·雷接受她极度需要的治疗为时已晚，但安娜丽莎学到的知识却使她能以母亲为荣，而非感到羞耻。她像我一样，觉得自己有义务分享这些也能让别人受益的知识。

2002年3月

中文版作者序之二

安娜丽莎·约翰逊

与泽维尔合作这本书，使我有机会帮助其他人对所爱的人伸出援手，留住他们。因为我自己花了5年的时间，才从母亲去世的阴影中走出，获得平静。母亲于1998年10月过世，之后我没有一天不思念她，至今仍常在夜里哭泣。

母亲死亡的消息在我快要结束紧张而辛苦的大学时期时传来。1998年是我在乔治城大学的最后一年，1月份时我只剩下几门课，包括法文、女性与法律及一两堂专题讨论，因此得以开始在一家小律师事务所担任法律助理。这项工作持续了两年。我和男友伊旺住在我们的第一间小公寓里，他正开始一份新工作，那也是他念法律夜校的第一年。我们两人都一边工作一边上课，如此才可以慢慢为我们的新家买更多的书和地毯。我在1998年5月正式毕业，毕业典礼当天，收到一张母亲从精神障碍医院户头开出的支票，我把支票寄给我的祖母，要她将款项原封不动捐给全美精神障碍联盟(National Alliance for the Mentally Ill)。我在典礼中依稀感受到母亲的精神与我同在。1998年6月27日，我嫁给了伊旺，成为瑞凯太太，除了母亲那边的家人外，所有的亲人都齐聚一堂，庆祝我获得新的美好的双亲及祖父母。

秋天来临，我开始了法学院的课程，立志为无力发言者、精神障碍者及街头游民的人权而战。一切都很顺利，我愉快地白天工作

晚上上课，伊旺也是如此。不久，1998年10月5日，母亲纵身一跃，在火车巨轮下结束了自己的生命。

母亲自杀身亡前，已经患病超过25年，她的妄想之一是以为自己嫁给了大卫·赖特曼，这使她成为国内新闻的头条，吸引大众的注意。我们几个兄弟姐妹必须面对街头巷尾停靠的电视台采访车，以及整日不曾间断的电话铃响，我成为家族的代言人。我很幸运认识了像泽维尔这样的人，帮助我将母亲的去世转化成帮助他人的途径。我因为无法拯救有严重精神障碍的母亲，而很不幸地成为众多无助、悔恨的人之一；但我深深希望这本书能帮助与我有相同处境的人。

母亲初次发病是我出生之前的几年，那时她从未自愿住院接受治疗。如今更令我吃惊的事实是，家族及她的朋友没有一个人送她进医院，在所有爱她的近亲好友中，没有人有足够强的感情和能力将她送医。很多人试着安慰我，告诉我她病得这么重，令人很难过，但是他们不知该如何帮她。爱她的人说，他们尊重她的自由以及掌握生活的权利。

我记得小时候，妈妈和我跟想帮助我们的亲友一起住，他们要求妈妈去见治疗师，以此作为提供资助的交换条件。但那时她病得非常重，对病情缺乏自我意识，因此无法接受治疗。回想起来，其实有好几次人们可以请求警察的协助，让母亲非自愿性地住院治疗。现在我知道即使她住进医院，也未必能获得正确的诊断、适当的治疗以及经过科学实证的药物。即使当时我只是个孩子，也很容易理解身边的大人因为怕遭人怨怼而不愿意当个首先发难的人。这种不情愿，以及不当地尊重她的意愿，使得母亲年复一年流离失所，最后结束自己的生命。

亲友们好心不想危害母亲个人的独立自主，却更加重了她的病情。我当时太小，不知道要怎么帮助她。因为母亲在我12岁时无法



他不知道他病了

担当孩子的监护人，结果童年的最后几年，我转而和父亲同住。

母亲结束自己的生命之前，长年受着躁郁症的折磨，身为她的孩子，我将永远挣扎在罪恶感与愤怒之间；我们没有一个人有足够的的影响力，说服她接受治疗，或在她拒绝自己十分需要的帮助时，试着将她送进医院。当时如果我们比较了解严重精神障碍，或许可以改变些什么。

如今回想起来，我可以看出在她的一生中，许多时候都可以有人介入，让她服药，帮助她对抗病魔。因为精神障碍的本质，患者有逃离家人甚至自杀的倾向，你必须在所爱的人会感到被背叛的恐惧，与自己没有凭着直觉行事导致终身懊悔之间，找到平衡点。

母亲过世之后，我的名字出现在全国的报纸上，家人们努力躲避媒体，跟发生的事保持距离。我试探性地尝试改变母亲在新闻中的形象，我想告诉世人，即使生病，她还是一个很棒的母亲，而非一直是“跟踪大卫·赖特曼的人”。刚开始，我非常害怕人们知道母亲是“疯子”时会如何看待我。后来，我发现有许多遭受精神障碍折磨的人，熟人、朋友甚至是不认识的人，一个接着一个写信告诉我他们自己和患了精神障碍的家人相处的经验。那时我才明白，自己的悲剧其实每天都在上演，我不再因为母亲而觉得难堪，反而以她为傲，替家人和我自己对精神障碍的忽视感到难为情。

每个阅读这本书的人都有属于自己的故事可以分享，我知道在很多方面，这些故事也反映了我的经验，细节或许各异，主题却非常相似。大家比较清楚我的家人因未经治疗的精神障碍而饱受折磨的故事，但同样惨痛的是，在这个国家里还有数以百万计的家庭正面临家人患了精神障碍疾病的问题。我希望完成这本书，是因为我爱我的母亲，并且想要分享我学到的一些教训——付出过很高的代价才得到的教训。即使这本书来不及救她，还是来得及帮助其他人的。妈妈是那种在任何乌云中都看得到一丝曙光的人，我知道她会

为我感到骄傲，因为我为困扰全家人的悲剧找出了希望和意义。即使从未曾相信自己生病，妈妈依然会为我对这本书所作的努力而骄傲，她就是那样的母亲。她留给后世美好的遗产以及五个出色的孩子，个个跟她一样，是拥有天赋、充满爱心的灵魂。现在两个她素未谋面的可爱孙子也相继诞生了。她从前总是告诉哥哥和我，她希望我们长大后，会有和我们自己小时候一样调皮捣蛋的孩子——如今她的愿望已经实现。

我欠泽维尔、治疗倡导中心（Treatment Advocacy Center）与全美精神障碍联盟的情永远都还不清，也感谢每一位我聆听演讲的听众关心我母亲的故事、询问我的状况。我遗传了母亲的疾病，纽约一位很好的精神科医师在我刚满5岁时看出端倪，说我也患有躁郁症。我从那时开始控制自己的病情，至今虽发生过严重的忧郁症，但是除了一次真正算是轻躁狂的发作之外，从未有过躁期。我于2001年1月在约翰·霍普金斯大学攻读公共卫生硕士学位时，将自己的故事发表在《好管家》杂志（*Good Housekeeping Magazine*）上。

我要向伊旺献上我最深的感谢，在我的工作、这本书，以及哀悼失去母亲的事情上，他一直给我坚定的支持与力量。他在我打开新的门扇时，始终陪伴着我，他的爱和鼓励帮助我通过这些门。在这本书的中文版附梓的同时，我们也正庆祝结婚5周年。

最后，我要谢谢母亲全部的爱，她是如此的美丽，赋予我生命。她也给了我一个照顾我的哥哥，可以分享秘密的妹妹，以及两个让我保持年轻的弟弟。当我想她时，想到的是她的笑声，她在孩子们围着她嬉闹时从烤箱取出热面包的画面，或我们在她唱歌给我们听时找麻烦的样子；我想的并不是她的病。我希望这本书也可以帮助你，如我一样对待所爱的人。

我很高兴听到《他不知道他病了》（*I am Not Sick, I Don't Need Help*）将有中文版问世，相信它可以帮助更多的人。能够特



他不知道他病了

别为中文读者重新写序，与你们分享我对这本书的信念是一个美好的经验。我相信你们也会跟我一样感受到这本书的可贵。

2003年7月

译序

魏嘉莹

今夜纽约市大停电。来此不到两年，似乎我便“有幸”参与这些几乎算是“历史性的重大灾难事件”：先有“9·11”事件，这次是美加大停电。《他不知道他病了》下星期就要送印，我手上仍残存些许零星的翻译及校稿工作，如今却完全束手无策。然而在黑暗中呆坐着，思绪却反而变得清晰起来，赫然发现自己已许久未曾如此静心思考了，忍不住就着手电筒微弱的灯光，写下这篇预期之外的序言。

来美近两年，陆续开始学校、学术研究、翻译、全美精神障碍联盟与康复之友联盟的义工工作……在美国四季鲜明的更替之下，忙碌的日子像水流一样快，仿佛只一晃眼，我就将取得硕士学位，仿佛只一晃眼，自己翻译的第二本书已出版在即。然而，却也似乎有一种恍如隔世的感觉。

异乡的生活绝非易事，但我在一度陌生的城市安定了下来，新友变旧朋，遇到许许多多让我大为感动的人、事、物。我一直觉得自己非常幸运地能够出国深造，身为一个公务员的四个子女之一，这原看起来似乎是个遥不可及的梦想，但是家人却支持我的任性。我知道我是幸运的。我抗拒不了心中的一股冲动，它催促我必须将我所学的让大家也能体会。





他不知道他病了

我清楚地记得自己是怎么和翻译工作结缘的。不能否认心理学长久以来都是我个人的兴趣，也无法否认进行这本书的翻译工作还包含许多其他私人的理由，但是最初的动力却真真切切因为我是一个“家人”。妈妈在我出国前，已被诊断出患了忧郁症，一连串的奔波、担忧，看着她受苦，身旁的家人也跟着痛苦，这一直是我生命中觉得最无力的一件事。过去我一直深信自己已经尽力给妈妈最佳的协助，陪她上医院，与医生沟通，敦促她吃药，花费所有我能空出的时间陪她，听她说话……

硕士班的第一个学期里，我修了泽维尔在我们临床心理科开的《精神疾病诊断手册应用与研究》这一门课，学期中时，我们上到忧郁症与焦虑症的部分，一下了课，我躲进一间无人的教室，按捺不住地痛哭失声——原来关于疾病还有那么多我不知道的事。我为了妈妈可能因为我们的无知受了许多不必要的苦而哭泣，也为了从不知道的希望而哭泣，还为自己挥之不去的罪恶感而哭泣。纵然理智上确信自己做了所有能力可及的努力，可是由于你是那么爱着、关心着家人，想为她拂去所有的痛苦，你永远都觉得自己做得不够。我开始体会，如果没有相关的知识，你不但可能事倍功半，或有如身在云里雾中，想帮助你爱的人却心有余而力不足，更糟的是还可能“帮倒忙”。

我已经记不得自己是怎么开始看起《当所爱的人有忧郁症》和《他不知道他病了》的原书，也许只是单纯因为想知道泽维尔教授到底是何方神圣，但我永远忘不了自己读它们时，脑中不断回响的一个想法是：“天哪，我想让家里的人也看一看！”我知道我们需要“学习”，才能明白怎么帮助我们所爱的人，而真的有资源可以帮助我们学习。这是最单纯、最原始的动力，于是我开始了一连串为书找出版社，谈合约及翻译的工作。在过程之中，学到的事不计其数，遇到的人更让我获得宝贵的经验，张老师出版社的总编辑娟秀、寿

成，心灵工坊的总编辑桂花、责任编辑慧明，以及康复之友联盟的西华都是我想感谢的人。而我想，另一个特别要感谢的人无疑是泽维尔。

我绝对相信我只是无数说自己很幸运能认识他的人之一。我在哥伦比亚大学的第一个学期就认识了他，才上了几堂他的课，我便激动万分：“哇，这就是我理想中专业人员该有的想法！”他诠释专业人员的地位与角色，及其在临床上应该有的认知及持有的态度：非常地吸引人，基本上来说坦诚，具有同理心，与病患建立平等合作的关系。这些看似想当然的基础原则，因为他绝佳的幽默感和自信与生动的谈吐，让人有焕然一新的启发。听来或许自大，但是我刹那间真的有遇到知音的感觉，找了他的书来看之后，我更立刻决定要想办法让他的书以中文版问世。如果说翻译《当所爱的人有忧郁症》是为了对家人的爱，那么翻译《他不知道他病了》可以说单纯出于对知识的惊羨。他的专业水平绝对是毋庸置疑的。

去年我有幸专访富勒·托里医师，他是全美最著名的精神科医师之一，也以“直言无畏”，为精神障碍者发声而闻名。跟他聊到泽维尔的研究成果时，他表示：“早在10年前他初次在学术研讨会中发表研究成果时，我就说过，这个小伙子的研究值得注意，未来一定会有所成就……他的研究是心理学与精神医学、脑部科学结合应用非常好的典范，应当是心理学未来在学术研究上的发展趋势。”

他的专业和学识与对无病识感问题独到的见解或许从书中就能一览无遗，但是跟他越来越熟悉之后，才发现更精彩的还在后面。因为译书的关系，我们渐渐变成朋友，总戏称对方为“前”教授或学生。我上过他的课，翻译过他的书和文章，看过他演讲的录像，跟他无所不谈；刚开始时只知道他的哥哥亨利的事，渐渐地发现他还有一位患了忧郁症的家长和躁郁症的手足，而他自己也患有忧郁症。阅读过作者简介后，你大概很难相信我说的话——一个终年演



他不知道他病了

讲不断，场场座无虚席，极受听众欢迎的学者，更别提他还进行学术研究、临床工作、上法庭作证、写书、教课。怎么可能患有忧郁症？

然而，身为一个朋友，我绝对看过他状况不佳的时候，除了心疼之外，心里更升起一股钦佩，还有一股希望。我于是得以鼓舞妈妈：“看，泽维尔也得了忧郁症啊，他得断断续续地吃药，但是还是过得很好，这么有成就。病是会好的！”不论在他的文章或是演讲中，我都听过他谈自己生病的经验，他总是以自身为例子，用轻松幽默的方式让大家明白看似艰深的学术理论。私底下，他也从不讳言自己的低潮期，他总是很坦白地说出他觉得不好受的时候，然后接受朋友的鼓励与支持。一次我们谈到患有忧郁症是什么样子，他耸耸肩说：“什么事也做不成，然后在状况好的时候再加倍赶工。”他学会在生病时容忍自己的无力感，接受治疗，想办法帮助自己，做对自己治疗有益的事。

或许是自己亲身的体验，他说出来的话总那么贴近人心，虽具有专业的身份，却真正地了解患者和家人的感受和需要。一位曾与他共事的朋友有感而发地告诉我：“他真的是一个很有很有耐心的人。与有妄想的精神分裂症患者沟通需要非常大的耐心！”而他也异常明白大众需要的是能“用”的知识，所以他的书、文章、演讲，都以非常实际，能够应用的角度出发。我还记得一次我们聊到临床心理与写书这些事时，他告诉我：“最棒的是我们能帮助他们帮助自己！”是的，最重要的是把我们的专业知识转换成大家能到手即用、帮助自己或所爱的人的实用良方。

我想说的并不是泽维尔是多么与众不同或成就不凡，事实上，我认识的他是一个再平凡不过的人，平凡的、也会生病的人；我感动的是他对疾病处之泰然，把经历过的痛苦转化成正面的历练与动力，在生命中奋战努力，并且把这种体会也传达给其他需要的人。



而他并不是唯一一个这么做的人。

我开始参与全美精神障碍联盟的活动之后，惊喜地发现有这么多的障碍者，家属毫不讳言自己跟精神障碍的渊源，他们之中很多人也同时身为精神健康专业人员，而绝大多数的人都有一段惨痛的人生经历可说——儿子自杀身亡的母亲、弟弟杀害父母亲的姐姐，女儿失踪多年的双亲……但是我认识的他们，却是充满活力与热情的，同时拥有一股坚定的力量与温暖的爱心；他们并不害怕告诉大众所发生的事，反而希望自己的经验对他人有所助益，把自己的人生教训转化成帮助他人的动力。

很幸运地，我也从不觉得自己必须避讳谈论妈妈的病，我意识到，如果我可以坦白告诉我的朋友妈妈会胃痛，也就能向医生直言妈妈患了忧郁症。我清楚地知道，在忧郁症背后，妈妈还是我爱的妈妈。只是，我也知道对大多数的人来说，情形并非如此，患有某种精神疾患经常是一种禁忌，“家丑不可外扬”绝对不是句陌生的话。因此我希望《他不知道他病了》除了可以具体地帮助精神障碍者及家属处理无病识感的问题之外，更能带给我们一些省思，让我们看清疾病背后那个我们所爱的人。精神疾病就像其他疾病一样，不是“丑”，我们所爱的人更不是。打破社会大众根深蒂固的成见在一开始或许困难重重，但是如果我们以我们对家人的爱为焦点，应该会容易一些。而当你知道你的经验也许可以帮助别人时，或许可以让你的态度更坚定。

在刚开始为这本书找出版社时，我心中其实是抱着些许迟疑的：这本书写的是美国的情形，对本土的读者适用吗？但是渐渐地我明白，泽维尔在书中谈的事，其实本着的是“人性”，谁不希望自己受到别人尊重，感受到对方的爱意？这一点并不因为国界或生病与否而改变。医疗条件、社会文化等客观环境或许有所不同，但人们基本的情感与需求却是相似的。因为家人之间紧密的程度与父母的权



他不知道他病了

威，我们或许能够不顾我们所爱的障碍者意愿为何，强制他们就医，但是长远来看，那并不是一个理想的解决问题的方式，对双方之间的关系也不会有帮助。我们需要的是一种更人性、更正面的方法，而《他不知道他病了》所提供的正符合我们的需要。

我只希望所有翻开这本书的读者都能获得一些启发，找到一个方法帮助你所爱的人。我还想特别一提的是泽维尔和安娜丽莎分别为中文版写了新的序，泽维尔甚至是在出海航行的途中，想尽办法，最后才在截稿当天将稿子交到我手中，我非常非常感谢在整个过程之中他们给予我的支持和鼓励。他们都很清楚精神健康是一个全球性的议题，期待他们以英文发表的成果也能以中文版服务更多的读者大众。^①

一篇文章无论如何也道不尽我心中的万千感受，我期望自己在不久的将来也能成为一位懂得关心“人”的专业人员，用像我对妈妈一样的家人之爱，去关心所有有需要关心的人，也协助他们帮助自己与自己所爱的人。而我相信，将有很多很多包括专业人员、家属、患者在内的人一起努力，在世界各地的每一个角落，为所爱的人，也为自己争取到更好的生活。最后，最深的爱和感谢，给泽维尔和我的家人。

2003年8月于纽约

^①如果读者有任何建议或感想，欢迎通过电子邮件与我们联系，来信请发到我们专为中文读者设置的邮箱：mentalillnessandlife@hotmail.com。

原序之一

劳里·弗林 (Laurie Flynn)

全美精神障碍联盟执行总裁

《他不知道他病了》陈述的是提供精神医疗服务时，最困难也最让人情绪激动的问题之一。泽维尔·阿玛多博士和安娜丽莎·约翰逊女士道出个人的痛苦经验来作为面对这项挑战的开端。这本书细致地呈现出一个实用且在临床上很健全的方法，让重症患者接受所需要的治疗。它以充满尊重的口吻，提供家属与专业人员清晰、具体的实行原则，并且有技巧地运用案例，使内容因为充满“现实世界”的难题而生动不少。全书的焦点在建立双方面的了解与信任上，如此一来，得以尽可能避免非自愿性的治疗。

我希望这本书能广为流传；它帮我们在协助身处危机之中的人时，找到极为需要却迟迟未能达到的共同点。



原序之二

康妮·利伯 (Connie Lieber)

全美精神分裂症与忧郁症研究联盟总裁

对我们社会里的家庭成员来说，大概没有一项责任比在孩子、兄弟姊妹或亲人有精神障碍时，更难以达到他们的需求的了。日常生活可能是一场奋斗，未来则充满无法预测的不确定性。为了使受尽折磨的患者和肩挑重担的亲人们获得更好的生活，阿玛多博士指引家属们迎接挑战。他在这项艰巨的任务中，展现了独特的敏锐性。书中结合了他多年广泛的临床执业经验，以及个人的生活体验——他有一个饱受痛苦的哥哥。

这本书反映出他深刻的体会与洞察力，对震惊、困惑与往往绝望不已的亲人们来说，它是一项指引，而非概略性的归纳。它是实用性、步骤性的方法，帮助人们彼此了解，甚至能够在难以传达心意的情形下，表示爱意。

他所达到非凡的成就，提供给大众最佳的帮助。如果能在每个患者开始显现精神障碍的征兆时，把这本书给予他的家人，许多患者及他们所爱的人将因此获得无尽的力量。运用这本书的人会看到它开始形成彻底的改善甚至完全治愈。

原序之三

弗雷德里克·弗瑞斯三世 (Frederic J. Frese) 博士

俄亥俄东北大学医学院，精神医学心理科临床助理教授

也是一位精神分裂症患者

1966年3月，我在美国海军陆战队担任保安警卫，负责看守海军航空基地的原子武器，并且刚被擢升为上校。某天，我经过一段特别沉重的值勤之后，有了一个“新发现”：某些高层的美国官员，试图解除国家的原子能战备。

我揭露这个发现后不久，发觉自己被关进了基地精神病院一个隔绝的房间里，诊断的结果是精神分裂症。这是我生涯中与严重精神障碍为伴的正式起点。

过了大约6个月之后，我从马里兰州贝斯达的美国海军精神病院及海军陆战队中被释放出来。接下来的10年间，我在全国各地各种不同的精神障碍机构里反复进出，绝大多数的住院并非出于自愿。

尽管历经这些精神分裂症的发作，我还是拿到了心理学的博士学位，接着在俄亥俄州最大的一家州立医院，断断续续地工作了20年，照顾跟我有类似处境的人们。有很长的一段时间，除了直属督导之外，我没有告诉任何人自己的状况。

在“隐匿”工作的那段时间里，我常常惊讶地发现，跟我一起工作的人员并不怎么重视病人们说的话，病人的观点几乎总是立即被漠视。他们是来接受照顾的，应该以工作人员认为恰当的方式被



他不知道他病了

照顾。总之，如果病人和照顾他们的人意见不一，病人怎么说并不重要。

大约 15 年前，我们这些来自各地，因为精神分裂症或其他严重精神障碍而接受治疗的人，开始有人走出阴影，说出自己的身份。我们再也不想躲躲藏藏，沉默地遭受嘲笑与敌意，那些行为是别人对严重精神障碍最常有的反应。慢慢地，我们开始组织起来，为病友和同盟成立地方性、州立性然后国家级的机构进行倡导，试图重新找回自己生而为人的权利。大致说来，较为清醒的病友兼倡导者认为不能信任专业人员，因为当我们是病人时，他们轻易地便将我们的观点抛诸脑后。我们之中很多人相信我们可以靠自己。为什么不？我们全都被诊断出有严重精神障碍，但绝大多数并不相信自己有任何问题。诊断出患病的最初几年里，我相当确定自己没有任何不对劲。

然而，在 12 年前左右，一些病友兼倡导者开始表示，我们之中，特别是严重失能者，有很多人无法简单地“只靠自己”。我们认为绝大多数的人的确需要其他人：家人、朋友，通常也需要有经验的专业人员给予协助。只不过，真发现自己需要这些专业人员时，要够幸运才能找到一个愿意把我们当成“伙伴”一起合作的人，用同等的信任与我们建立互相尊重的关系。

虽然理想的伙伴关系听起来是个值得一试的目标，但要专业人员和一个人不相信自己有病的人变成“伙伴”，在实行上可能特别困难。我必须承认在某种程度上，自己对这件事情一直觉得词不达意。我经常警告问问题的人，为了看似妄想或不合逻辑的想法而试图跟病人争执是不明智的，却从来没能说出一个具体的计划，告诉他们，当一个人不知道自己生病时，该如何跟他一起找到彼此的共识。

这是《他不知道他病了》让我印象特别深刻的原因之一。在这本书里，阿玛多博士详细列出具体的计划，说明如何着手解决这个



难题；这个策略可以有效地找出共同点，和患者相互讨论问题，建立信任与合作。从书中对“倾听—运用同理心—赞同—结为伙伴”的阐释和描述听起来，这个人真的曾经“身历其境”。更珍贵的是，书中建议治疗人员及亲友们不要公开质疑精神障碍者相信的事。很不幸地，这样的质疑仍然十分常见，并且经常堂而皇之地被表达为：“你不应该相信妄想症患者的看法。”

心理健康医疗人员不应该有这样的想法，尤其在与患者互动的初期，专业人员能给予接受照顾的人尊严是很重要的，传达尊重是非常重要的——一件事。

我很高兴看到阿玛多博士在书中的建议，不但反映出基本理论，也带来“精神障碍是一种脑部疾患”这项新知，而非盲目依附传统的临床教条。举例来说，他强烈建议应该努力让家属参与治疗活动。无疑地，哥哥患有精神分裂症的经验教会他这个策略的价值。阿玛多博士也建议，如果必须进行非自愿性治疗，应与警方密切合作，特别是假如他们采取行动的态度和田纳西州孟菲斯危机处理小组相似^①，这又是另一个非常好的忠告。

谈论送医的部分特别重要。不幸的是，有时全然为了显然有精神障碍的人着想，违背他的意愿施予治疗是最好的处理方式。的确，虽然当初我无疑是抗拒的，但如果不曾被警察带到医院，或许我今天不会好好地活着。身为心理学家执业治疗 30 载，我看过无数的病人尽管在被强迫就医时固执地抗议，之后却因自己接受了有效的治疗而无比感激。

这本书在最后提供读者大量有用的信息，附录中包含了新近发表的针对病识感在精神障碍中所扮演的角色的学术研究，整理成附

^① 译注：孟菲斯警局于 1988 年与全美精神障碍联盟及社区医护专业人员合作，成立危机处理小组，一直以来是警方有效协助精神障碍者及家属处理问题的模范。



他不知道他病了

有注释的参考目录。

阿玛多博士除了叙述与精神障碍者相处时有效的技巧，以及列出一连串有用的资源之外，也提供了令人眼睛为之一亮的见闻，借此强调他的主旨并阐明建议。在尝试运用他的建议，实际帮助有精神障碍者的家人时，这些内容提供了绝佳的技巧。最后，阿玛多博士与约翰逊女士分享了他们个人与精神障碍者相处的经验，让这本书特别深刻而具有可看性。

我希望你也会和我一样，对书里帮助严重精神障碍者接受治疗的方法大为感动。我深深地为阿玛多博士喝彩，不只因为他成就了这些治疗的策略，也因为他面对的是现代医学领域中最具挑战性也最纠结复杂的角力场之一，他为站在角力场上的人提供了睿智的忠告。

目 录

推荐序 沈楚文 / 1

中文版作者序之一 泽维尔·阿玛多 / 1

中文版作者序之二 安娜丽莎·约翰逊 / 6

译序 魏嘉莹 / 1

原序之一 劳里·弗林 / 1

原序之二 康妮·科伯 / 2

原序之三 弗雷德里克·佛瑞斯三世 / 3

第一章 概述 / 1

第一部分 为什么他们会否认自己生病，且拒绝接受帮助

第二章 你有比想像中更多的同伴 / 9

第三章 不是无端生事 / 18

第四章 了解敌人 / 27





他不知道他病了

第二部分 如何帮助他们接受治疗

第五章 新的方法 / 43

第六章 倾听 / 50

第七章 运用同理心 / 73

第八章 赞同 / 79

第九章 结为伙伴 / 87

第三部分 该不该强制就医

第十章 何时该强制就医 / 97

第十一章 如何进行 / 105

第十二章 处理背叛的感受 / 113

第四部分 暴风雨过后

第十三章 让他们在治疗中永远跟你站在同一边 / 121

附录一 态度及信念检查表 / 123

附录二 病识感相关研究 / 125

附录三 作者介绍 / 148

第一章

概述

多年来，我因为哥哥患了精神分裂症而觉得很羞耻。尽管知道他的病是一种脑部疾患，没有什么好羞耻的，但我还是躲开这类的组织，对同事们保密，不让他们知道哥哥的病。

本书分为四个部分，第一部分针对你即将面对的问题，提供本质与范围上的重要信息。有些读者或许想跳过这个部分，直接进入第五章，在这个部分中我介绍了四个步骤，帮助你“说服”你所担心的精神障碍者接受药物及其他形式的治疗。假如情况比较危急，你可以直接翻到第七章，我提供了实用的指南，介绍该在什么时候，以及如何进行“协助治疗”（assisted treatment）（住院或门诊）。我想，跳跃式地阅读这本书是很恰当的，但如果你这么做，我强烈建议在事情安定下来之后，你还是应该回头读完第一部分里的三个章节。

第一部分里的章节很重要，理由如下：这三章全都在讨论新的研究，它们可以帮助你了解所面临的问题以及最佳的处理方式。在第二章中你将学到问题的概要，还有为什么不应该将问题个人化，或责怪生病的人拒绝接受帮助。第三章叙述的是科学研究对“为什么吃药（药物治疗）对严重精神障碍者的健康、安全和身心的健全不可或缺”的解释。在面对患者无病识感并抗拒治疗时，它将提升



他不知道他病了

你解决问题的意愿。当对方对你的提议完全不感兴趣时，你很难保持坚定的立场，明白治疗的重要性将帮助你坚持下去。

在这本书里，“缺乏病识感”（poor insight）形容的是，严重精神障碍者不知道自己生病了，出现病征，以及治疗能对他有所帮助的情况。第四章提供缺乏病识感研究的概况，你将发现缺乏病识感是抗拒服药的主因。这个章节的目的在于告诉你科学研究的最新进展，让你能够更有效地协助患者。更明确地说，我在这一章里告诉你，患者严重缺乏病识感的基本原因是脑部功能障碍，强调你要面对的敌人只有疾病本身。患了这些疾病的人往往觉得我们（在此我指的是治疗人员及家属）是他们的敌人。从他们的观点看来，我们是敌对的势力，是诽谤他们的人——绝非同盟。另一方面，我们也非常不解——为什么他们似乎不能或不愿意接受我们提供的帮助？在这样的情形下，两方的关系变成互相对立一点也不令人意外。

假如读完这一章后，你对研究结果有更进一步的问题，附录列出了一些其他的信息来源。

有无数次我对专业人员及一般听众（家属和病友/患者）演讲之后，他们告诉我，了解新的研究帮助他们减轻了罪恶感。他们也常说，这个信息帮助他们在面对患者抗拒治疗时，比较不会责难患者或为这种抗拒生气。假如你怪罪自己想帮助的人，并且生他的气（这是很常见也很自然的感受），将无法有效地完成想做的事，也会让你的任务变成不快乐的角力战，而非积极的合作。

一旦明白问题的本质，并且知道急需处理它的理由何在时，你便已准备好面对这本书的第二个部分。第五章依据科学研究及将近20年的个人与专业经验，描述处理缺乏病识感和抗拒治疗的新方法。第六、七、八、九章提供步骤性的技巧，改善患者服药的稳定性以及病识感对其造成的各种影响。你将学到的技巧不仅基于在服药稳定性以及病识感方面的研究发现（你将在第二章和第三章中读到它

们)，也基于最近在一项新型短期心理治疗的对照组研究（placebo controlled studies）中，所得到的调查结果，还有我自己跟患者、家属一同工作，以及指导其他治疗人员的临床经验。我当然无法担保自己告诉你的方法，一定能提高你关心的人对病情的意识，降低他对治疗的抗拒，但我能保证，如果你充分地利用这些方法，一定会有所助益。假若我过去的经验和发表过的研究具有某种意义，你就拥有极佳的机会可以促成非常积极的改变。

在为这个问题努力时，你或许跟其他无数的家属与治疗人员一样，面临进退两难的困境：是否该利用各州精神障碍治疗义务的法令，强制患者服用药物？这有时可能是治疗过程中很重要的一环，加强你与患者之间的同盟关系，而非破坏它，才能最有效地达到目的。本书第三部分的焦点是，什么时候及“应不应该”违背某人的意愿送他住院或接受门诊治疗^①。在这部分中，你不仅会学到如何送病人就医寻求治疗的具体细节，也会学到如何解决在这项行动中遇到的困难。你很可能被安上背叛的罪名，或是觉得有罪恶感。我的主要目的是告诉你处理这些感受的方法，以及最重要的——如何利用这样的机会跟被迫接受治疗的对方建立起信赖和合作的意愿。

治疗常在危急时被迫进行，因此只能顾及眼前的状况；而在患者出院，或成功地提升病识感，能够稳定地服药之后，会发生什么状况，是第四部分的重点。第十三章讨论如何在对方发病时，依然能够维持已经得到的信任以及收获，你也可以从一些其他人常犯的错误中汲取经验和教训。我提供的附录在很多方面有帮助：态度及信念检查表（Attitudes and Beliefs Checklist, ABC）可以帮助你审视患者对自己的疾病和治疗持什么样的态度，让你更了解他；专业

^① 美国一些州的法律规定，接受门诊治疗为义务，某些情形下，这些法律允许家属及治疗人员向法院申请许可，在不用住院的状况下，可以违反精神障碍者的意愿要求他们服药。



他不知道他病了

机构及民间组织一览表可能派得上用场，也推荐你进一步阅读素材。

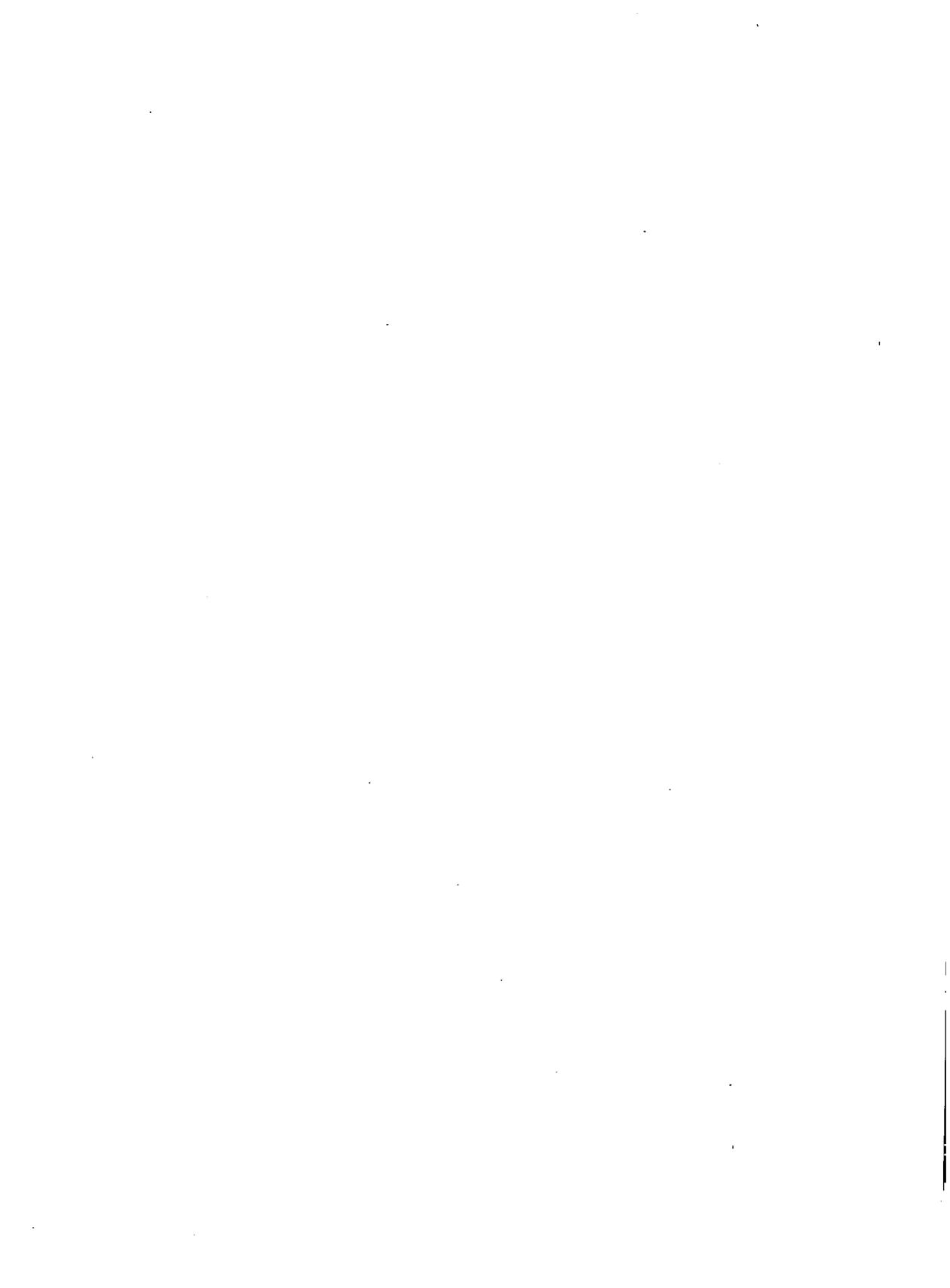
在整本书中，我一直鼓励尚未加入家属及病友组织的家人们开始参与这类组织，理由之一是为了让你在为患者追求更好的生活时，不会太孤单，而且感受到支持。这些组织也能帮助你避免因为家里出现一个精神障碍者而觉得羞耻和难堪，这些情绪没有任何根据，只会阻碍你帮助所爱的人。

协助我完成这本书的安娜丽莎，直到去年才开始参加全美精神障碍联盟与其他家属及病友组织。她的母亲曾先后被诊断出患有精神分裂症及躁郁症，病情的捉弄使安娜丽莎的母亲误以为自己是电视脱口秀名嘴大卫·赖特曼（David Letterman）的妻子。在母亲变成全国电视节目的笑柄时，原来安娜丽莎想将精神障碍当成家庭秘密的冲动放大了一百倍。许多年来，安娜丽莎认定世界上只有自己试图应付有精神障碍的母亲，不曾接触其他虽不为人知、处境却极为相似的人，只加深了她的难堪与羞愧。母亲自杀身亡后，她才发现并加入这些组织，她无数次告诉我，真希望自己可以在多年前就知道并且参与这些组织。她相信如果自己曾这么做，妈妈的病就不会对她的生活造成这么多负面的影响，或许她比较能帮得上忙。我甚至比安娜丽莎花了更久的时间才了解这点——多年来，我因为哥哥患了精神分裂症而觉得很羞耻。尽管知道他的病是一种脑部疾患，没有什么好羞耻的，我还是躲开这类组织，对同事们保密，不让他们知道哥哥的病。直到跟有相同经验的人谈过之后，自己不应该觉得羞耻这个信念才开始变得真实起来。因此，如果你觉得自己还没准备好参加精神障碍的相关聚会或研讨会，我能理解。令人难过的是，正是这种阻止我们讨论家庭问题的直觉反应使很多人无法获得所需的支持和信息来解决问题。不过即使你还在犹豫，依然可以从这些组织中得到许多益处；你不需要参加任何聚会，就能订阅这些团体的简讯，或向他们索取书面资料。安娜丽莎和我从这些组织中



学到很多，也得到很大的安慰，因为我们知道有很多家庭跟我们的一样，也明白有许多力量正在运作，努力改变有关精神健康的相关法律，赞助科学研究，以及改善治疗方式。

对于阅读本书的治疗人员，我的目标是给你希望——即使有严重精神障碍的人或当事人不认为自己生病，拒绝接受帮助，你依然可以拉近与他的距离。不管你是精神健康专业人员或是病人家属，这本书将帮助你驱除绝望，让你不再有想转过头、眼不见为净的时候。它将让你重新燃起希望，相信自己可以促成很大的改变。



【第一部分】

为什么他们会否认自己生病， 且拒绝接受帮助

虽然我们的想法大部分是经由感受出现在眼前的事物而来，但另一个部分（而且很可能是比较大的一部分）往往来自我们自己的脑袋。

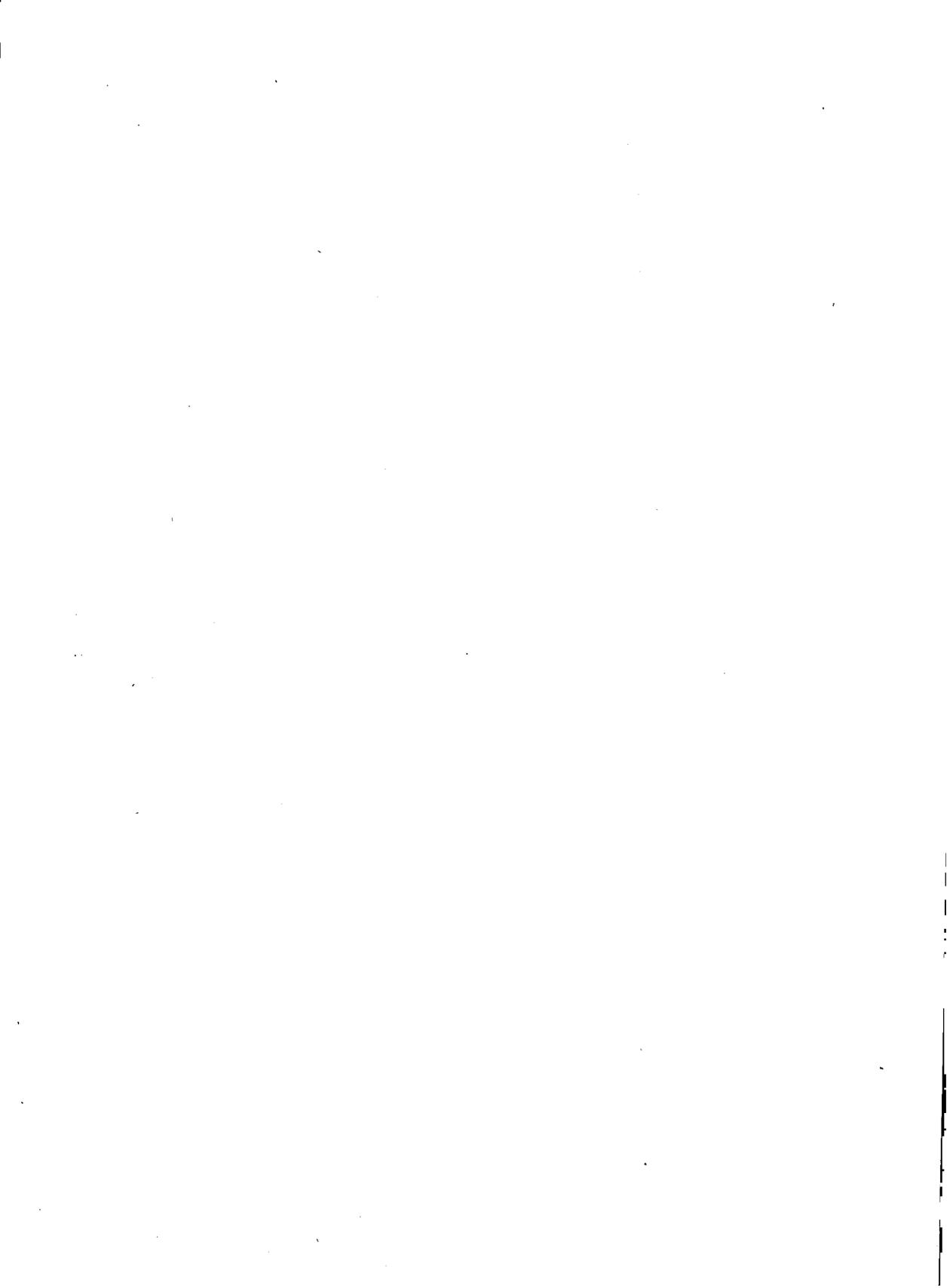
人脑是心灵运作时直接的生理条件，这个事实现今确实受到普遍的认同，使我不用多花时间赘述，只需理所当然将它简单地传递下去即可。

威廉·詹姆斯（William James）

《心理学原理》（*The Principles of Psychology*）

第一册序言，1890年





第二章

你有比想像中更多的同伴

全美有五百万以上的人口患有精神分裂症、精神病性忧郁症以及躁郁症。如果只算病人的双亲，家人的数目也有两倍之多！加上一个手足或子女，数目就变得惊人不已。

“弟弟病得很重，我们试着说服他，但他还是拒绝吃药。”罗素·威斯顿（Russell Weston）的姐姐爱普莉·卡拉罕这么说。罗素因为射杀两名美国国会的保安警卫而被起诉。他的母亲艾芭·威斯顿附和道：“他就是不肯，面对他这个41岁的男人，我们能怎么办？总不能把他丢进车子里吧。”^①

“上次杰夫的躁郁症发作之后，我以为他终于明白自己需要持续服用锂盐。他发病时，会想出天马行空的点子，说要为我们赚进上百万美元，但实际上却是2.1万美元的债务。脑袋恢复正常以后，他觉得很窘，而且非常恨自己，所以我想，如果他最后知道自己需要吃药，我们的积蓄也算花得不冤枉。但是上个礼拜他停止服用锂盐，说自己觉得好多了，再也不需要它！我真的很恐慌，不知道该怎么办。”一位40岁、两个孩子的母亲茉莉亚这么告诉笔者。

“妈妈希望我们在泰德的土地上野营露宿两个礼拜，试着说服他

① 消息来源：1998年7月26日，美联社电报。



他不知道他病了

寻求帮助。在他的想法里，有问题的是我们，不是他。”“大学炸弹客”泰德·卡克辛斯基（Unabomber Theodore Kaczynski）的哥哥，大卫·卡克辛斯基这么告诉笔者。

“我记得她的长相，抱着我的样子，记得我有多爱她，还有我们原本可以快乐地一起生活。然后她成了闯进大卫·赖特曼家里的病人；在那一刻，那不是我妈妈，是她的病魔。她对治疗以及承认自己生病这些事很反感。”安娜丽莎·约翰逊这么告诉笔者。

精神障碍者家庭中发生的故事受到全国瞩目，每每是在它们变成“具有新闻价值”的悲剧之后；我们不甘心地看着报纸以头条新闻向大众诉说这些故事，并且误导他们。虽然茱莉亚的处境未曾变成新闻故事的焦点，但即使他们的名字从未出现在新闻报纸上，但却强调出其他数百万家庭遭遇的问题。这样的故事比暴力或自杀都来得更普遍，就像我提出的其他例子一样，她爱的人不认为自己生病了，也不想吃药。

很多有精神障碍，例如躁郁症或精神分裂症的患者，常常认为自己的病是断断续续的。有那么一会儿，杰夫承认自己生病，并且服用医生开的药，但事情好转之后，他认定自己不再需要服用锂盐。对杰夫来说，锂盐之于他的精神障碍，就如同抗生素之于感冒药一样，药罐子空了，病就好了。但事实上，比较好的比喻应该是锂盐之于躁郁症，如同胰岛素之于糖尿病——它是一种预防疾病复发或加重每天必需的化学药物。即使杰夫并未稳定吃药，他还是在竞赛中领先了一步，很多患者从未认清自己的病情，连吃一次药也不愿意。

大卫·卡克辛斯基告诉我，他收到无数精神障碍者家人寄来的信，他们表达吊唁之意，也理解他的家庭经历的一切。他们就像大卫和他母亲一样，为所爱的人“否认”自己的病并拒绝接受帮助而担心。我们从卡克辛斯基与威斯顿一家人身上看到自己的处境，只

不过我们比较（或看似比较）幸运一些。

那些对家人之间凝聚力与治疗人员道德毅力的考验，远比跃上新闻头条的悲剧来得频繁。每当在垃圾桶里再次找到一瓶药，我们再次被认为是多管闲事、有问题，或预约的门诊再次被错过时，我们就越倾向对绝望投降。而有时候不管我们怎么做，我们所爱的人^①还是选择出走。他们消失数小时、数月，甚至数年，其中一些人跻身游民之列，以无名氏的身份登上新闻头条。这一度是我最害怕的事，哥哥亨利会消失好几天，甚至搭便车到全国各地去。安娜丽莎的妈妈也经常失踪，只是一次为时数周或数月，安娜丽莎只能从报纸、小道消息、杂志，或经由熟人看到妈妈搭便车、出现在卡车休息站时，才得知她的行踪。

全美有五百万以上的人口患有精神分裂症、精神病性忧郁症以及躁郁症。你也许对疾病普遍的程度有点概念，但你是否想过我们^②有多少人？如果只算病人的双亲，家人的数目也有两倍之多！加上一个手足或子女，数目就变得惊人不已。你大概从没想过，对超过半数的我们来说，我之前举的例子是再真实不过的。最近的研究显示，数以百万患有这些疾病的人并不相信自己生病了，并且拒绝服药。

过去10年中，关于精神障碍者缺乏病识感的研究逐渐增加；尽管长期以来医生们一直对这个问题很有兴趣，但令人吃惊的是在相当长一段时间内对这方面的研究却少之又少。下一章中你会看到为什么在近10年之内，会产生如此重大的进展，以及我们对此的了解

① 既然本书是为了协助严重精神障碍者而写，我可以使用诸如消费者、家人、病人、亲属或案主等称呼，为免赘述，以下我将使用“所爱的人”、“家人”或“亲属”，精神健康专业人员则应依偏好以“病人”、“案主”或“消费者”代之。

② 在此，我以家属的身份发言，但我也受患者信任的治疗人员，明白专业人员也因否认生病、拒绝治疗而遭遇挫折与绝望。医生与病人家属之间的普遍界限，在本书中与治疗精神障碍者时并不存在，我持合作的精神，分享自己在抗拒治疗上学到的宝贵教训。



他不知道他病了

和这些知识能对你产生的帮助。眼下，重要的是明白精神病患者缺乏病识感和拒绝接受治疗一样常见。绝大多数的研究发现，半数严重精神障碍者并未服药，而最常见的原因是缺乏病识感。

我和同事们曾与全美各地的研究人员一起研究超过 400 名精神障碍者，这项“实地试验”（field trial）研究由美国精神医学会（American Psychiatric Association）主持，是修订《精神疾病诊断与统计手册》第四版（*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*, 4th edition, DSM-IV）的一部分。我们评估了范围极广的症状，其中包含从不同角度来了解精神障碍者对生病及治疗的概念，希望得知他们不知道自己生病了的情形有多普遍。结果显示受试者中，大约 60% 的精神分裂症患者，25% 的情感型精神分裂疾患（schizoaffective disorder）患者，及 50% 的躁郁症患者基本上并未意识到自己的病。换句话说，他们对自己是否有任何心理、精神或情绪问题的回答是“没有”，他们通常会强调这个“没有”，有时并随之对自己为何身在医院提出怪诞的阐述。他们解释自己在精神科病房住院治疗的原因包括“爸妈带我来的”，或比较奇怪地相信“我只是到这儿来进行健康检查”。这些人和患有忧郁症或焦虑症的患者不一样，不会因为觉得难受而主动寻求治疗；相反，他们除了觉得无辜受家人和医生之害外，似乎不认为自己有丝毫不对劲。

尽管事实是每个旁人都能毫无困难地辨识出他们的病症（例如语无伦次、行为混乱、幻听和负性症状〔negative symptoms〕等），他们对这些使自己“受苦”的症状毫无所觉的比例却很高。或者，即使他们对征兆有所觉，意识到自己的某些行为、想法很奇怪，也并不认为这是某种疾病的症状。假如你回想一些和你所爱的人的讨

论，其“否认”^①的程度可能很令人震惊。

让我们以我的一个病人为例，看看否认可以有多严重。但是别气馁，我选择这个案例是因为如同你在后面的章节中将看到的，我帮助这个患者对疾病建立了一些关键性的认知，最终让他接受吃药，并且主动参与治疗。你不难想像，他和家人间因为拒绝治疗导致无止境的冲突也就此告一个段落。

马 特

马特今年 26 岁，单身，和双亲同住，6 年前第一次出现夸大和偏执的妄想（他认为自己是上帝的特使，认识克林顿总统，并且担心中央情报局想杀害他），被诊断出患有情感型精神分裂疾患。他语无伦次，行为诡异（戴着用铝箔纸包着的破耳机），也有幻听症状。事实上，比较确切地说，他一点也没有因为这些明显的病症而感到困扰，反倒是他的家人、朋友、同学，甚至邻居饱受担忧。自发病以来，他总共入院 4 次。

你在以下的访谈中将看到他自愿进入我们在纽约市哥伦比亚大学里的精神分裂症研究病房，在那之前他因为母亲报警，由警察带往一家市立医院的急诊室，接受了一个月的药物治疗，只是绝非出于自愿。

没有人知道确切的时间，但马特至少在事发的 6 周前便停止吃药，妄想逐渐酝酿，终于在母亲报警的那天晚上爆发。他开始对母

^① “否认”一词暗指对方是自我防卫，没有病识感是意志力之下的行为，在第三章之后我将很少使用“否认”这个词。我希望你即使不是在第三章之后，也会在看完整本书后，相信把问题归咎于“否认”常常是不正确的，因为它一般是源自于脑部机能失常对自我意识所造成的缺陷，而不是自我防卫。



他不知道他病了

亲大吼大叫，指责她干扰他执行上帝的使命。马特相信自己是上帝指派给世界领袖们的特使，偏执地相信母亲试图干涉他传递重要的信息给克林顿总统。他语无伦次，有幻听，一连数天发狂似的写信给克林顿总统，还试图打电话到白宫。让母亲更害怕的是，他说他听到上帝要他将母亲关在衣橱里。

我在精神分裂症研究单位跟他面谈时，他的症状除了妄想之外，几乎全都大有进步。虽然他仍然相信自己是上帝的使者以及中央情报局企图杀害他，但是觉得这些念头不那么有压迫感了，也没那么担心自己的安全。事实上，尽管他显然缺乏病识感，却即将出院回父母家，转而接受门诊治疗。访谈开始时，我要求马特告诉我他是怎么住进医院的。

“我想是……我不知道确切的名词；我还搞不太清楚，他们大概带我来这里进行身体检查吧，想知道我有没有喝酒、吸烟。我告诉警察，我既没喝酒也没抽烟，我们只是微有争执。我想他们比较相信妈妈的说辞，所以带我到诊所，让医生决定我的状况如何。”

虽然马特的言词稍微离题，并且有点怪异，我还是明白了他大概想说的事，问道：“有人在你和妈妈发生争执时报了警？”他点点头。“是你妈妈吗？”

“我想是吧。”

“妈妈为什么要报警呢？”

“我不知道。她希望我进医院。”

“妈妈为什么希望你来这里？”

“她说在发生那样的争执时，她并不是真的想要我进医院，因为我们在讨论我用电话的事。”

“我不太懂你刚刚说的话。”我说，“她为什么希望你进医院？”

“我们发生争执，我想她认为我生病了，需要接受检查。”

“你生病了吗？”

“没有，我们只是有争执。”

“所以警察带你到医院来。”

“对。”

“为什么医院人员要你住院呢？”

“他们没说，有一个很亲切的人告诉我：‘别担心，你要在这里待上一阵子，我希望你整理一下自己的情绪。’从那之后我就一直待在这里。”

“没错，但那是在急诊室里，你进了哪种病房呢？”

“楼上的精神科病房。他们换掉我的衣服，说我要待在那里一阵子。”

“但为什么是精神科病房呢？”

“我想是因为药物和酒精问题很严重，那是他们现在唯一有空位的病房，如果是一般健康检查的诊室，他们可能没办法提供空位。”

“马特，现在我被搞混了。你是说市立医院的医生为了一般体检要你住进精神科病房吗？”

“没错。”他面无表情地回答，仿佛没有任何的不对劲，对自己的状况也没有任何不高兴。

“所以你不认为自己需要待在精神科病房啰？”我顿了一下，接着说：“你不认为自己有任何精神或情绪问题吗？”

“对，但是他们因为制度的关系要我接受情绪检查。他们要我合作，所以我一直相当合作，虽然有些违背自己的意愿，但我还是能合作。”

“你不想留下来，对吗？”

“对。”

“那你为什么留下来？”

“我必须，因为法官判我住院一个月。”

“但是一个月满之后，你可以自己决定要不要来这个精神分裂症



他不知道他病了

“研究单位，对吗？”

“对。”

“而你觉得自己没有任何不对劲？”

“没错。妈妈要我来，但是我没有什么都不对劲。”

只说马特病识感不佳，显然过于轻描淡写，他无法解释对发生在自己身上的事奇怪的陈述。他认定警察限制他并接受母亲的要求送他进医院，只因为母亲年纪较大，比他有资格说话，急诊室的医生让他住进精神科病房纯粹只为“一般的体检”。当他叙述这种种“不公”时，表现出的无所谓让我们不解。被警察戴上手铐，送进医院，违反意愿将他监禁一个月，而他竟然未曾威胁提出控诉，或叫嚷恐怖迫害？很多患者会这么做，有的人则和马特一样惊人的平和。

这是怎么一回事？马特是否对自己的病感到难为情，不想将事实告诉我？有可能，但是找个不那么奇怪的解释不是比较有说服力吗？更重要的是，马特知道我对他住院的一切细节了如指掌，我是被派来照顾他的治疗人员！

往后你会读到更多我和马特的对话，但你可能已经猜到他不觉得自己听到声音有何异常，逆来顺受犹如它们再寻常不过，无须担忧。

想像你在没人的房间里忽然开始听到声音，你会怎么做？绝大多数的人遇到这种非现实的感知时都会很担心，多遇几次便会去看医生。我知道，我在神经内科工作时曾遇过这样的人。幻听有时是脑瘤初期的症状之一，但为什么有些人担心自己的幻听，有些人则否认自己有幻听的症状？这单纯只是否认吗？还是因为有些人比较容易接受自己的问题，有些人却太害怕、骄傲或固执？抑或有另外的解释？

马特极可能并非单纯地否认，我们和他的临床医生们的研究显示，除了思绪混乱的症状之外，马特至少还有一个以上的症状未曾

因为药物获得改善。他对自己身处精神科病房的怪诞解释（因为体检以及其他的病房都被患有药瘾的病人占据了），以及无法看出自己生病了应该吃药，并不是来自否认或骄傲。在这种情形下，缺乏病识感及无法认清治疗的益处显然是疾病的另一个症状，它和自我防卫或固执一点关系也没有。更确切地说，你在第三章中将读到的研究会解释，缺乏病识感应是神经认知缺失或脑部功能异常的症状，此种症状和这些疾病息息相关。这是非常重要的信息，因为只有明白缺乏病识感的成因，你才能有效地处理它所造成的拒绝服药现象。借由了解所踏出的第一步，将矫正你对于病识感可能持有的错误态度。

不管是在指导精神科医师、心理学家、社工或护士时，我都不断遇到一些极度危险的误解，从认为心理分析是治疗精神病的方法时，这些误解便一直存在。其中一个广为家属接受的误解是：“病得那么重时，头脑清楚反而可能害死人。”很多人认定多一事不如少一事，像马特那样的人如果意识到自己的病情有多严重，即使不自杀也会泄气不已。

有头脑太清楚这一回事吗？在此我们可以让新的研究再次发言。下一章中你将学到，问题在质而不是量。换句话说，自我意识有好坏之分，好的自我意识可以增加对治疗的参与度和服药的稳定性，坏的则可能导致气馁或自杀。你将学到逃避面对缺乏病识感以及拒绝服药的问题，通常问题不只不会消失，反而会加重，最明显的后果是反复进出医院。令人难过的是，在我早先提过的那些新闻头条中，反复住院及它所引起的分崩离析还只是悲剧中最小的一部分。

第三章

不是无端生事

我的病已经好了，没有不对劲，你才是那个有问题的人。不要再干涉我，试图想控制我！

“挑战强权而光荣凯旋，即使夹杂着失败，也远胜过那些身处灰色地带的可怜灵魂，因为他们既不享受亦不受苦，毫不知输赢的滋味。”

——西奥多·罗斯福 (Theodore Roosevelt)

如果有时你只想将问题抛诸脑后，我不会怪你。不论你是家人、朋友或治疗师，终究都会厌倦“我没有问题，不需要帮助”这样的话。我们经常觉得很无助。

如同罗素·威斯顿的母亲在儿子开枪射杀两位国会山庄的警员之后说的：“我们能对一个40岁的男人怎么办？你没办法把他丢到车子里，然后载他去看医生。”如果她和丈夫后悔自己不曾这么做，或不顾儿子的意愿将他送医，我不会感到吃惊，只不过这些事情说比做容易。在本书的第三部分，你将学到强制治疗（forced treatment，即协助治疗）。但不要送某人就医，就像你选择读这本书，学习如何处理否认或抗拒治疗一样，是一个很私人的决定。你必须先相信自己的努力会有一定效果，才能着手解决问题，否则还

是顺其自然比较容易。谁不曾想，迟早会有另一次的住院结束眼前的危机，当没有危机时，不要无端生事的念头甚至更诱人。

每当患者在风平浪静时停止服药，我们总免不了想稍作让步，这种感觉在面对对方的指控时来得更加真切。例如，45岁的维琪是两个孩子的母亲，患有躁郁症。她告诉丈夫：“我的病已经好了，没有不对劲，你才是那个有问题的人。不要再干涉我，试图想控制我！”接着，治疗师或家人虽怀疑，却无法证实患者是否早就把药丢掉了。通常我们让步是因为不想让负面的对质破坏仅有的信任，稍后我将说明你如何能在不用让步的情形下建立起信任，说服你所爱的人接受治疗。但首先，我需要打破“有时不要无端生事比较好”这个在面对严重精神障碍时的错误观念。

像很多家人和治疗师一样，我们在病情稳定、事情顺利时，会只想忽略病识感以及吃药的问题，直到下一个危机出现，或希望病魔就此消失无踪（这是我们自己对问题的否认）。多年来安娜丽莎总在母亲发病时试图遮掩，假装事情不如表面上糟糕，因为面对现实既吓人又令人绝望。（你当然可以在事情顺利时无视问题的存在，）但若我们顺其自然，不去面对缺乏病识感的问题，会如何呢？

新近的研究为这个问题找出了答案。研究显示，及早让严重精神障碍者接受治疗并持续下去是非常重要的。固定的观察与治疗对防范自杀、暴力、无家可归以及不顾后果的行为有益，这点一直十分明显，但是及早接受稳定的治疗，对发病期和康复机会的正面影响，却直到最近才厘清。新近的研究也显示，增加某些层面的病识感亦十分重要。了解这些研究将帮助你作出有根据的决定，如果你决定着手处理缺乏病识感的问题，坚定地协助治疗进行，以下的信息将帮助你保持决心。



为何不该害怕无端生事

根据新近的研究，每当患者多发病一次，长期预后就变得更糟。一些学者立论精神病的发作（psychotic episode）^① 会毒害大脑，这是言过其实的。我们认为每次精神病发作时及发作后，大脑细胞都会发生改变或死亡。虽然没有确切的证据，但在针对严重精神障碍者的长期研究上，有为数众多的信息间接支持此种说法。

纽约皇后区的西塞医院（Hillside Hospital）进行过一项划时代的研究，研究人员发现，及早且稳定接受治疗会让精神分裂症患者复原的情形好很多。这项研究结果显示，在初次发病后的短期内施予抗精神药物，并且尽速治疗以缩短其后每次的发病期，可以大大改善未来对治疗的反应与预后。

另一项追踪研究发现了相似的结果。研究人员调查了 276 位年轻的严重精神障碍者，观察某次的精神病发作，并与他们保持长达 7 年半的联络。研究发现，早期发作较多次的受试者在接下来几年病情较为恶化。研究结果再一次坚定地显示，借由抑制完全发病的次数及在病情升高时尽早遏止，患者往后会有较好的生活能力，病症会较轻微。

最后，一项追踪 82 位精神分裂症患者达 15 年的研究中，研究人员发现，治疗的延误与较长的发病期会导致不良的预后。因为患者皆在首次发病时即开始参与研究，使这项研究特别具有意义。

^① 绝大多数的人认为，精神病发作即“精神崩溃”（nervous breakdown），但是精神崩溃一词有时指精神病以外的情形。精神病发作包括幻听、妄想和极度混乱的思绪或行为等特定的症状。

这些研究只叙述了少数几个例子，有不断增加的证据支持，应及早说服拒绝治疗的精神分裂症患者接受治疗。研究人员甚至指出，对其他的严重精神障碍者，例如不论是否合并有精神病症状的忧郁症患者来说，也都是如此。

劳拉·罗森（Laura Rosen）博士和我在《当所爱的人有忧郁症：照顾他，也照顾好自己》（张老师文化公司出版）一书中，检视忧郁症治疗的研究，绝大多数的结果发现，未经治疗的临床忧郁症（例如患者“自行熬过”忧郁症）病情较为严重，之后复发的频率亦较高。

研究显示，躁郁症若未尽早接受有效的治疗，病情也会比较糟糕。富勒·托里（Fuller Torrey）医师的著作《走出阴影：正视美国的精神障碍危机》（*Out of Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis*）第一章中对这项重要的研究有较为完整的记述。在他提出应为严重精神障碍者争取医药照护的原因中，罗列了以下的数据：

- * 全美有 220 万人患有严重的精神障碍却未接受治疗。
- * 他们之中有 15 万人无家可归。
- * 15.9 万人在中断药物治疗后犯罪，因而受牢狱之灾。

他主张，无家可归、牢狱之灾、暴力行为和提早结束生命其实是可以避免的，因为我们知道预防之道，只是因为经济、法律与意识形态上的理由而没有行动。他特别指出，社会大众害怕侵犯个人自由的疑虑，是提供患者所需的治疗时的主要障碍。这个议题并不在本书讨论之列。但他呼吁让患者接受治疗，以及找出方法帮助他们主动照顾、保护自己，却和本书直接相关。我鼓励你阅读这本书，特别是如果你读完本章，依然对帮助患者接受治疗产生的正面影响



他不知道他病了

存疑时。

上述三项研究为我们指出，忽略问题并不会使它消失，只会让它加剧。如果要我们所爱的人拥有最佳的康复机会，就必须对付缺乏病识感与拒绝服药这两个双生的问题。从许多方面说来，抗拒服药是潜藏在缺乏病识感下的症状之一；好消息是近年来学者已知道许多病识感问题的本质与成因，研究提供了解决的重点与详细的方法，跟有些科学进展不一样的是，这是一项你马上就可以利用的新知。

关于病识感的误解与事实

打破误解最佳的起点是从最近的研究谈起。最常见的误解之一是认为缺乏病识感通常是一件好事。我参加临床研究会议时，曾多次听到精神健康专业人员善意地说：“难怪他会否认，如果他意识到自己的病情，可能会想死了算了！”我也曾这么想，然而新的研究显示，对病情有意识通常是一件好事，只是像大多数的好事一样必须适度。换句话说，某些角度的认知通常对病情有帮助，但是有时其他形式的认知却可能有害。

1991年，我和哥伦比亚大学的同事们在美国国家心理卫生研究院（National Institute of Mental Illness, NIMI）的期刊《精神分裂症会刊》（*Schizophrenia Bulletin*）中，提出几项方针给有兴趣研究病识感的人员。首先，评估病识感时应包括它所有复杂的特性。当我使用“病识感”一词时，不单指患者能否说出：“对，我生病了。”病识感可以包括许多不同的内容，其中某些部分对康复特别重要，例如，一个人不一定要同意自己生病了，而且也能承认抗精神药物对他的社交生活有帮助。我曾经见过病人清楚自己的某些症状，却

不知道幻听是病征之一，同时，也有些人说自己生病了，但他还是不相信吃药会有任何帮助。研究显示要帮助病人持续服药，承认药物有效比明白整体的病情更重要。我们 10 年前提出的方针如今已广为学术界接受，相关研究也戏剧性地增加了。

明白病识感并非全有全无的现象也很重要，有人可能拥有全方位的意识，也有人只有一丝概念。例如，我在维琪因为躁郁症发作住院接受治疗不久后和她面谈时，她说：“我知道自己的情绪不稳定，有时会失去控制，变得太自大，所以一旦有起伏时必须小心。但那只是因为我很富有创造性。”

“你的家人也这么想吗？”我问。因为我知道实际上是丈夫揪着她到医院来的。

“家人觉得我有躁郁症，应该服用锂盐。”

“你觉得呢？”

“有可能，我也不知道。”

即使是马特也在我以上摘录的谈话中透露些许病识感：“有时我真的很偏执，是我神经过敏吧。”这一丝病识感打开了一扇门。

不管研究从何种角度测量病识感，大都发现，患者对自己的病情及接受治疗的效果越清楚，预后就越良好。病人拥有较佳的病识感时，发作的期间较短，整体说来住院次数也比较少。没有人确知为何事实如此，但有研究揭示出，各种不同的病识感都能促进病人稳定地服药时，这并不太难想像。我们在自己的研究中发现，最能预测稳定服药的因素是清楚药物的效果。如果你想获得更进一步的信息，可以参考书后推荐的阅读素材及附录二的“病识感相关研究”。

很多人相信副作用是许多患者拒绝吃药的原因，但事实上，研究显示病识感及对药物效果的认知才最能保证服药的稳定性。这一点先前已提过，也是本书的前提，在此不再赘述。值得一提的是，



他不知道他病了

能否持续接受其他形式的治疗和服药一样受病识感的影响。举例来说，耶鲁大学的保罗·李萨克（Paul Lysaker）与莫里斯·贝尔（Morris Bell）博士在患者病情稳定，参加出院就业复健计划时进行评估。病识感不佳的精神分裂症及情感型精神分裂症患者尽管强烈地想工作，却很难持续参与自愿性的社会心理治疗（psychosocial treatment，包括医院日间照护活动、职能治疗等）。研究人员总结，病识感不佳的人不管在维持药物或心理治疗上，都比较可能发生问题。

另一个误解是病情较严重的人病识感亦较差，但大多数的研究发现，事实并非如此。如果对病识感置之不理，它通常会保持稳定的状态；在危机时病识感不佳的病人，在病情稳定时通常也有较糟的意识。如果你正在阅读本书，你关心的人很可能身处此列。不管能否控制症状，他们坚持自己并不真的需要吃药，从前他们或许在自己生病时有自觉，现在则没有。杜克大学的约瑟夫·马克弗依（Joseph McEvoy）博士和同事在精神分裂症患者出院后，随访他们达两年半至三年半。虽然在住院期间近乎所有患者的症状都改善了，但是非自愿住院的患者并未改善病识感的程度，这情形在追踪期依然持续，不出意料，这些病人在追踪期被强迫入院的可能性较高。有学者认为，无法认清自己的病情似乎是某些精神分裂症患者持续拥有的症状，它会导致强制住院。

最后一个学术研究打破的误解是病识感会导致死亡、忧郁症或自杀的念头。自杀是忧郁症和精神分裂症里非常严重的一个问题，据估计，大约有 1/10 的精神分裂症患者会自杀。我曾和大多数的治疗人员一样，学到长期精神障碍者虽然会因无病识感而难以稳定地接受治疗，但就自杀而言，缺乏病识感却是天赐的恩惠。这个观点认为，不相信自己生病的患者比较不容易自杀或忧郁，而明白自己病情的人则比较有自杀倾向。事实上，我和同事进行的研究却发现

和临床知识相反的结果：患者对病情的觉察和自杀并无关联。这项研究指出，病识感不佳并不如以往所认定的具有保护作用，也反对让不知道自己生病而拒绝治疗的患者为自己抗争。

在研究所时，我也学过治愈夸大的妄想（例如嫁给某个名人富豪）会提高病人自杀的风险。安娜丽莎的母亲在自杀之前，曾延长住院时间接受药物治疗，在某种程度上症状减轻了。安娜丽莎和妈妈的亲朋好友认定她自杀是因为药物瓦解了她用妄想建构的虚幻世界。换句话说，她在面对现实时，发现自己并不是想像中的那个人，而无法承受。这是一个糟糕而且普遍的误解，她的母亲并非因为有病识感或是妄想减轻病识感而自杀，没有接受适当的追踪治疗才是真正的原因。她并未和自己信任的医生或治疗师密切合作，如果曾有人从旁协助，指引她适应刚捉住的现实感，她不可能失去希望而结束自己的生命。与可信赖的精神健康专业人员进行适当的追踪治疗，其必要性再怎么强调也不为过。

【摘要】

研究显示，较好的病识感可以预见以下的结果：

- * 稳定而持久地服用药物。
- * 住院治疗次数较少。
- * 住院期较短。
- * 较不常被强制就医。
- * 主动参与各方面的治疗活动。

研究也指出独立检视不同层面的病识感有其好处，经过研究之后，我们明白，了解疾病的早期警讯与治疗的正面效用，比对病情一般性的认知更重要。相关研究及我个人的临床经验都指出，这两



他不知道他病了

种认知是提高服药稳定性的关键。

为了帮助你所爱的人增加对某些症状及治疗效用的意识，首先你需要明白问题的根源。我在附录中摘要出有关这个议题的研究，它们和下一章叙述的研究都显示，严重精神障碍者缺乏病识感和自我防卫、固执、无知、不合作或单纯的难缠全然无关，即使有关，程度亦属轻微。

第四章

了解敌人

虽然我们所感知的，一部分来自我们对眼前的客体的官能知觉，但另一部分（而且很可能是比较大的一部分）往往来自我们自己的脑海里。

富勒·托里等人评论严重精神障碍者普遍缺乏病识感的情形时说：“我们用来思考以及估量所需的脑，和精神分裂症及躁郁症影响的是同一个器官，这一点也不令人吃惊。”《精神分裂症与躁郁症》（*Schizophrenia and Manic Depressive Disorder*），1996年，第27页。

我和两位护士、一位治疗助理、一位社工和一位精神科医师围坐桌边，进行每周例行的临床小组会议，讨论马特是否已恢复到可以出院的程度。

“他的症状大有改善，”他的主任护士玛莉亚第一个说：“药物对幻听有效，他变得比较平静，没那么偏执。”

“他的爸妈已经准备好再次接他回家了。”马特的社工辛西雅接着说，“而且瑞马斯医师答应为他进行门诊治疗。”

“听起来我们已经万事俱备。”指挥小组的普瑞斯顿医师说。讨论结束，他在马特的病例上记录。

“我只烦恼一件事。”辛西雅迟疑地插话：“我觉得他不会遵照治



他不知道他病了

疗计划。他还是不觉得自己有任何问题。”

“他在吃药。”这是我的观察。

“现在是这样。但是他真的很固执而且自我防卫意识很强，一旦踏出医院，我觉得那不会维持超过一两个星期。”我不得不同意辛雅的预言，却不赞成她对马特出院后不会吃药所作的解释。

“你为什么觉得他自我防卫意识强？”我忍不住问。

几乎每个人都笑了出来，觉得我很滑稽。

“不，真的，我是认真的。”

指派给这个病人的住院医师布莱恩·葛林加入讨论：“这个嘛，马特不觉得自己有任何不对劲，他认为自己在这里只是因为妈妈强迫他。这个人很骄傲，而且固执得不得了。不要误会，我喜欢他，但是觉得只要他继续否认，我们就没法帮他。没人能说服他相信自己生病了，他只好从教训中学啰。他会在搞清楚是怎么一回事前再回来的。”

普瑞斯顿医师认为马特的出院已成定局，为讨论作结论说：“关于这点你大概是对的，我们这里已不能为他做什么，在他准备好停止否认自己生病后，我们才能帮他，在此之前，我们束手无策。布莱恩，你在3点钟和马特还有他父母会面，把治疗计划告诉他们。还有问题吗？”一阵短暂的沉默之后，我们绕着桌子轮流在马特的出院计划上签名。

哥哥生病的前几年里，我还未进入研究所受训担任临床心理师，常常觉得他既不成熟又顽固。每次住院被问到出院之后有什么计划，他总是回答：“我没有什么问题，只需要找份工作。”另一个不变的答案则是：“我要结婚。”两个愿望都很自然，也不难理解，但从他的病史、病情的严重性和拒绝接受治疗的情况看来，却显得不切实际。或许有天他真能实现自己的愿望，但除非积极地参与医生建议的治疗，否则大概不太可能。

跟他讨论为何不吃药很让人生气，我对疾病的经验有限，对他的顽固抗拒唯一想得出的原因只有他很固执、自我防卫，坦白说惹人讨厌。只认为他固执算是轻微的，因为安娜丽莎像许多患者的孩子一样，常常疑惑母亲是否不够爱她，所以不想好起来，直到母亲自杀后她才恍然大悟。而我直到在这个领域里工作，遇到更多有严重精神障碍的人，才停止这样想。我就是认为，用个性不成熟或不爱我们，来解释普遍的无病识感或马特和哥哥那种诡异的说辞没有道理。你不用立刻相信我的话，让我们看一看研究对缺乏病识感及拒绝接受治疗的成因，有何更客观的解答。

缺乏病识感成因的研究

我在思考严重精神障碍者缺乏病识感的原因时，考虑过三种可能。第一，自我防卫是可能的，毕竟一个病情严重的人有理由否认疾病把未来所有的潜力与希望都夺走了。第二，患者和试图帮助他的人有不同的教育、文化背景也可能是症结所在。人们常将病识感的问题归咎于次文化和价值观上的差异。例如，安娜丽莎一直相信，妈妈喜欢待在疾病带来的情趣、梦幻世界里。她的世界在发病时是一个奇迹之地，充满等着她探索的奇遇与神秘。安娜丽莎从不愿质疑妈妈的妄想，担心一旦说破会夺走它们，造成母亲更大的痛苦。最后，我想到的第三个原因为，缺乏病识感和其他症状的原因一样，是脑部机能的失常。

心理分析在传统上主导精神分裂症缺乏病识感的理论，虽然文献中有无数的个案研究认为缺乏病识感来自自我防卫的否认，但是直到最近才有对照组的检验。我的两个博士班学生克莉苏拉·卡萨比斯（Chrysoula Kasapis）和伊丽莎白·纳尔逊（Elizabeth



他不知道他病了

Nelson), 在他们的论文里用不同的方法研究这个问题。卡萨比斯博士在研究中检视患者整体的自我防卫程度, 纳尔逊博士则观察污名问题, 两者都未得出显著的相关。高度自我防卫的患者缺乏病识感的机会, 并不比程度低的患者高, 同样地, 受污名化影响的患者如何看待自己的症状, 和拥有多少病识感并没有太大的关系。每个人都有自我防卫的时候, 有些人比别人更容易产生抗拒心理, 精神障碍者也是如此。然而日常生活中的自我防卫并不能说明为何无病识感的问题如此普遍。

有时, 检查人员与患者之间的文化差异, 也可能会导致病识感问题的误判。换句话说, 患者可能意识到全部, 或至少大部分的病情, 但所属的次文化却给予不同的命名, 因此他并不使用专有名词形容自己, 反而说: “我很神经质。”或像加勒比海国家很常见的宗教信仰里说的: “我被恶灵附身了。”所有病识感的研究都应该探讨患者所属的次文化。

和文化议题有关的还有患者所受的教育。曾有人告诉患者他生病了吗? 曾有人教他们如何辨识症状及其名称吗? 根据我的经验, 大多数病识感不佳的病人都曾被告知自己生病了, 但却说没有, 即使记得有人告诉过他们, 也坚持不同意, 宣称不愿屈服医生单方面的诊断。我们在研究中也衡量了患者对疾病的知识和教育, 具有讽刺意味的是, 很多缺乏病识感的病人却很擅长诊断其他同样患病的人! 退一步想想, 过半数的严重精神障碍者不知道自己生病是否因为信息不足? 答案其实很明显。假如你觉得胃部灼热, 亲友说服你去看医生, 医生诊断出是心脏方面的问题, 告诉你那是心绞痛, 于是你会开始说自己心绞痛而不是胃痛, 并且取消胃肠科的门诊, 挂号看心脏科。为什么这么多的精神分裂症及躁郁症患者却无法这么做呢? 为什么即使证据显示事实并非如此, 他们还是坚持说自己“胃灼热”?

随时间搁浅的自我意识

我和同事在1991年发表的论文中提出，如果非得用一个词汇来形容，可以说是损坏的脑部让患者缺乏病识感。我们开始相信普遍的病识感问题，及随之而来不合逻辑地解释住院的原因，是来自神经性的缺陷。那时我们尚未虑及躁郁症，但是觉得有充分的理由相信在精神分裂症患者身上见到的情形，是源自脑部机能的缺失，而非对精神障碍顽固、自我防卫或视而不见。这些病人脑中负责记录、更新自我概念的回路运转失常。

我自己的自我概念包括许多事，例如对自己能力的认知：“我可以保有工作，再回学校会是好学生，拥有作为治疗师的教育经历和经验，可以适当地和别人进行社交互动。”你对自己的能力又有多少把握呢？你相信自己可以保住工作吗？如果我说你错了，你并没有工作能力，除非吞下我给你的药丸，否则你可能永远找不到工作，还有即使不是一辈子，你也必须长期地吃药，你会怎么说？大概会和我哥哥在我告诉他，除非听话地服药，否则他永远也没办法保住工作时说一样的话：“你脑袋有问题！”如果我对你这么说，你大概会认为我在开玩笑，当我说服你我认真得很时，你会开始相信我疯了，毕竟你知道自己可以工作，对你来说那是再显然不过的事实。但如果我把亲戚和医生也包括进来，你可能会开始觉得困扰而且害怕。许多我面谈过的患者都有这样的经历，说他们对自己的了解，例如什么是自己能或不能做的，因为神经心理（neuropsychological）上的缺陷随着时间搁浅了。这一点也不夸张。他们相信自己的能力和发病前完全相同，可以享受相同的事物，这正是我们听到这么多不切实际的计划的原因。



如果一个人可以错把太太当帽子……

假使你不曾和中风、得了脑瘤或脑部受过伤的人说过话，可能很难相信我刚刚说的。这样的话，我建议你看《错把太太当帽子的人》（天下文化公司出版）这本书，作者是神经专科医师奥立佛·萨克斯，擅长栩栩如生地描绘脑部病变患者的内心世界，电影《睡人》即由他的书改编而成。

书名所提到的案例描述的是一位脑部视觉区得了癌症的男士。萨克斯医师第一次和身为音乐教授的皮博士见面时，想不出他为何被转诊过来进行评估。他看起来很正常，言谈无异，显示出很高的智力水平。然而在进行神经系统检查时，奇怪的现象开始发生：他在为自己穿鞋时耽搁，热切但失焦地盯着自己的脚。萨克斯医师询问他是否需要帮忙，他拒绝了，左顾右盼，最后抓住自己的脚问：“这是我的鞋，不对吗？”知道鞋子在哪里之后，他回答：“我当那是我的脚。”

皮博士的视力正常，出问题的是建立知觉与将知觉分类的脑。稍后，他和妻子坐在萨克斯医师的诊所，到了该回家时，想伸手拿帽子，却抓住太太的头而不是帽子，试图拿起来戴上去。他完全把太太的头错当成帽子了！我在针对病识感问题演讲时常常喜欢这么说：“如果脑部受损可以让一个人把太太的头错当成帽子，那么不难想像它如何让人错把过去的自己当成现在的自己！”

我在 20 世纪 80 年代晚期做了大量与神经内科的患者相关的工作，应用专门的心理测验找出脑部受损造成的缺陷。我不禁注意到神经内科并发症中的失认症（anosognosia，即病觉缺失），和严重精神障碍者的缺乏病识感很相似，两者有许多症状具有神经医学上的

相同点。举例来说，失认症患者常用奇怪的理由解释自己的病征，亦即神经专科医师所谓的虚谈（confabulation）。

我曾评估过一位脑部受重伤的42岁男性，他的大脑额叶、顶叶和颞叶右边的组织皆受损。我们在他车祸后一星期会面，他的身体左半边因为事故而瘫痪。当我问他能否举起左手臂时，他回答：“可以。”进一步要求他照做时，他面无表情躺着不动，无法移动瘫痪的手臂。我指出他并没有移动手臂时，他不同意，因此我要求他看着自己的手臂再做一次。当他看见自己的手臂毫无动作时，说：“你把它绑起来了。”

失认症和我们身而为人享受清醒的意识有一样久的历史，早在两千年前，赛尼加（L. A. Seneca）写到自我意识的精神含意时，就曾描述过一个看似伴随偏盲（hemianopia，因为脑部损伤造成的眼盲）而来的失认症病例：“听起来似乎很不可思议……她并不知道自己瞎了，因此一再要求看护人带她到别的地方去。她抱怨我家一片漆黑。”怎么可能有人不知道自己瞎了！而且为什么在面对证据时，转而寻求其他的解释证明自己没瞎？

因为车祸而瘫痪的那位男性患者无法明白自己再也不能移动身体的左半侧，这不符合他的感受（自己的手脚活动自如），所以他忍不住辩驳任何相反的证据。他就像那位不知道自己瞎了的女士一样，比较容易相信违背事实的替代解释（屋内一片漆黑）。严重精神障碍者亦日复一日用相似的解释，支持自己没有生病的想法。当一个人的自我概念随时间搁浅，重要的新信息随之中断，任何和他们的信念相悖的证据都会遭忽视或驳斥。为数众多的长期精神障碍者将住院归因为跟父母的争执或误解等，他们和神经医学上的失认症患者一样，看似冥顽不灵，无法整合和自己错误的信念相反的新信息。

失认症和精神障碍者的最后一个相似之处是拼凑式的病觉缺失，对两者来说，意识和无意识通常都是并肩共存的。举例来说，失认



他不知道他病了

症患者可能意识到自己失去记忆，却不知道自已瘫痪了，相同的，我们亦见过许多精神分裂症患者知道某些特定的症状，却对其他症状浑然不觉。

脑部特定区域受损会造成失认症，其相关研究为精神障碍者的病识感乃源自脑部组织这个假设，提供了确切的起始点。失认症患者的大脑额叶常有某种机能障碍存在，有趣的是，研究显示严重精神障碍者脑部的这些区域也常功能失常。

我在纽约市西塞医院曾和威廉·巴尔（William Barr）以及亚历山德拉·伊克诺莫（Alexandra Economou）博士合作进行过一项无病识感的研究，比较三组脑部受伤区域不同的患者。这项研究由斯坦利研究基金会赞助，目的之一为确认脑部功能失常造成意识缺陷的可能性。额叶受损的患者如预期地比颞叶受损的患者更可能有病识感的问题。举例如下：

一位71岁的脑中风患者乔治被要求画一个像图1的时钟，在开始之前，他需利用“0=毫无困难，1=有些困难，2=非常困难，3=无法完成”等四个等级回答下列问题：“你认为将这个图案照着画一次有多困难？”他的回答是0，毫无困难。尽力之后他画出的图案如图2。

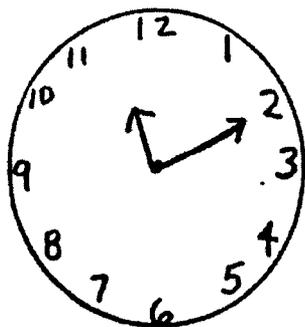


图1

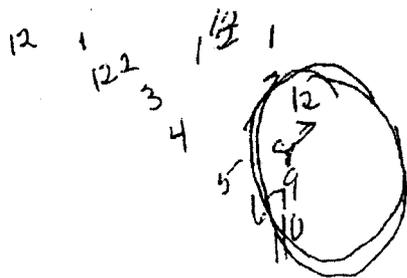


图2

接着发生的事比他不知道自己因为中风而无法完成这个简单的任务更令人吃惊，他对自己画时钟是否遭遇困难的回答是：“一点也不。”进一步询问，我们发现他看不出或不明白两个图之间有所不同。当我们指出他画的图数字超出圆圈时，他有点挫败地说：“等一下，这不可能是我画的，我画的图呢？”

威廉·詹姆斯在他的《心理学原理》(*The Principle for Psychology*)一书中写道：“虽然我们所感知的，一部分来自我们对眼前客体的官能知觉，但另一部分（而且很可能是比较大的一部分）往往来自我们自己的脑海。”鲜有例子比我刚提出（乔治）的例子更能证明詹姆斯的理论。乔治用视觉“看到”自己画的图，但是他对钟的感知，亦即他脑中进行的对钟影像的描绘，则和眼睛看到的完全不一样。他对自己的概念，也就是自我基模（self-schema），让他相信自己可以轻而易举地复制一个简单的时钟图案。你的自我基模也包括相同的信念，你或许不觉得自己有美术天分，但相信必要时有能力临摹出可以接受的图样。在乔治脑中这个信念在某种程度上搁浅住了，和视觉失去了联系，因为中风而未曾得到任何修正。他的机能是在过去的自我，而非当前的自我下运作，看到数字跃出不对称的圆，却认为它们好好地在对称的圆中。大脑会建立秩序，甚至帮助我们建构感知。

以下是一个简单的例子。请观察图3回答这个问题：“你在框图中看到哪一个字母？”如果是“E”，那么你的答案和绝大多数做这个测验的人一样。但实际上，你没有看到字母“E”，你看到的是一条直线向右弯出两个角度（一个方形的字母“C”），和一条较短，没连接到长线条的短直线。然而，你因为意识到字母“E”，所以这样回答。脑中的视觉处理和记忆回路把两条线之间的空隙填起来，好让你能回答问题。

观察到严重精神障碍患者和神经缺损的患者有相似之处，并不

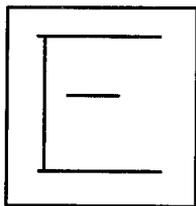


图 3

足以证明缺乏病识感有神经学上的基础，我们还需要能检验的假设以及确凿的数据。我们知道精神分裂症患者常在神经心理学测验中显示出额叶功能不佳，因此假设各种缺乏病识感的情形和额叶功能不佳有极高的相关性。加拿大多伦多的唐纳德·杨（Donald Young）博士和同事迅速地做了测试，并证实了我们的假设。他们用精神分裂症患者的神经心理学测验结果，检视额叶功能是否可以预测病识感，结果指出，额叶功能测验表现不佳的患者病识感较低。值得注意的是，这项相关性不包括整体智力及其他认知功能。换句话说，病识感不佳只和脑部额叶功能失常有关，而不受一般智力的运作所影响。这些结果总结起来强有力地证明了缺乏病识感并因而抗拒治疗，是一种精神障碍而非刻意的选择。

不过独木不成林。单项研究发现并不能成为无可争辩的事实，下一步需要更详细地和唐诺·杨以及他的同事一样，检测病识感不佳是额叶功能失常的结果这个假设。这需要在另一组病患身上得到相同的发现。在本书撰写之际，已有十多个不同研究小组的重复实验，发现病识感不佳和额叶功能失常有高度的相关性。独立的研究人员重复相同的实验在精神医学上并不常见，不同研究人员和杨的发现基本上有相似的结果：病识感和脑部额叶功能有重要的关系。

只有两项研究未曾发现此相关性，但实验设计方法有缺失应为原因。上述以及其他新近的研究让我们得到一个结论：病识感不佳

和脑部结构的异常有关。精神分裂症及其他相关的精神障碍者在病识感上的缺陷与无法稳定接受治疗，是因为脑部受损而不是顽固或拒绝承认。

受损的脑比较容易“修理”

这项研究的基本要义是，当你尝试帮助患者时，损伤的脑很可能是造成他的病识感与接受治疗的障碍。有两个方法可以让你和你所爱的人利用这项知识，并立即受益。第一，无法说服患者接受帮助时，记住敌人是脑部功能失常，而非患者。这个想法上的转变可以降低你的挫败感，增进你的效能，让你和患者建立起合作关系。第二，这项知识可以重燃你的希望，你有能力帮助你所爱的人接受帮助。重燃希望？我提出的研究可能让你像大多数人一样，变得更消极困惑，而不是乐观！脑部损伤并无药可医，不是吗？如果这里谈的缺乏病识感是脑部功能失常的症状之一，有何希望可言？

个性固执或自我防卫比脑部损伤容易处理得多——这是常见的误解。事实上，改变一个人的人格远比教会他弥补脑部功能缺失的方法难得多。因此，脑部功能缺失这个概念，虽然乍看之下回天乏术，实际上却并不那么可怕。许多脑部损伤都可以进行复健，这不仅是因为脑细胞会再生，也是因为脑部功能可以经由其他未受损的部分重建路径。谨慎评估损伤造成的缺陷，并设计出弥补这些损失的方法，是对中风、脑瘤、脑部受伤及其他中枢神经系统受损等病例常见的治疗，有些复健人员会针对这种认知训练（cognitive remediation）接受专门的教育。

我的一位病人大卫，是个21岁的信差，在纽约市骑脚踏车时意外和出租车相撞。他本可安全无虞，然而没有戴安全帽使他的头部



他不知道他病了

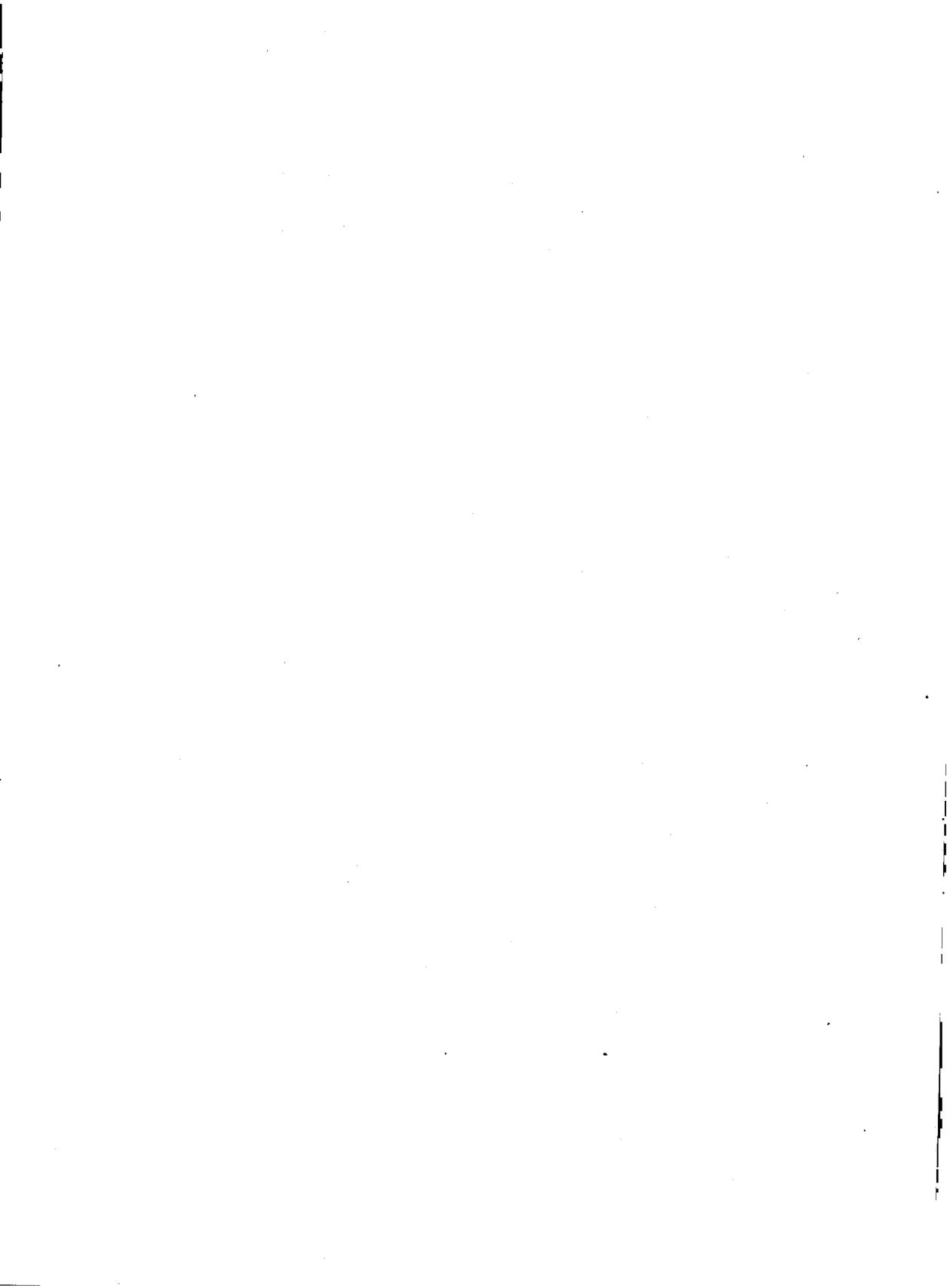
因此受重伤。脑部受损影响到他的短期记忆能力。例如，一旦车子出了视线之外，他马上忘记停车的地点；到了杂货店或银行，却不记得目的为何。对他来说，记忆人名、约会及其他日常生活所必需的信息，都像是不可能的任务。不过他的长期记忆并无大碍，他记得近亲好友的生日、过去的时与事以及其他车祸前掌握的信息。你应该能想像，如今对他来说把新的信息记录到长期记忆中变得困难许多，因为他无法在短期记忆中把这些信息保留到久得足以对它们进行整理、归类。人们可能担心大卫的下半生会因此浑浑噩噩地毁了，就像某个健忘的教授一样，如果头不是和身体相连，就会把它忘在某处。但是，大卫也像心不在焉的教授一样，可以充实其他的认知技巧及人格特质，来改善他的记忆问题。

首先，他对自己的健忘觉得很挫败，希望可以好起来，所以很主动地复健。其次，他可以毫无困难地在短时间内集中注意力，而且他的短期视觉记忆比言语记忆好得多，所以，尽管他记不住十分钟前念过的一串话，却可以轻松记起画面和形状。另外，一旦某件事变成长期记忆，通常就不会再忘记。我们基本明白大卫的能力和失能之处之后，设计了一项计划，帮助他学习运用记忆辅助工具或记忆符号来增进他的短期记忆。

既然他能专注并记得视觉信息，我们便教他把想记起来的信息（文字）可视化，这个方法使他轻易地记住停车的位置。他在心里画出一张方形的地图，把停车地点用视觉记在脑中，而不是试图记住停车格的行列数，这样的可视化让他可以轻松找到车子。我帮助他养成随身携带笔记本的习惯，把所有需要记住的事写下来。为了防止他忘记看备忘录，我们设定他的表每 30 分钟响一次，经过练习之后，他便记住在铃响时看备忘录。他也学会用视觉记住人名和文字；在记汤姆（Tom）这个名字时想像印第安手鼓（tom-tom），卡罗尔（Carol）则转译为—群圣诞唱诗队（carolers），朋友新生的宝

宝伊丽莎白则变成英国的女王，约翰（John）是盥洗室（john，俚语），杰克（Jack）则是劫车（car-jack）……描绘五个金色的拱形帮助他记得5点和朋友相约在麦当劳前。他变得很擅长将事情可视化，经常以此为游戏，挑战他人能否为一个名字或词语想出合适的图像。

这个方法和帮助严重精神障碍者的任务很有关系，可以协助他们建立病识感，学习新技巧，心甘情愿且积极地参与自己的治疗。下一章中，你将学到如何衡量对方的病识感，其缺陷的本质与严重程度，以及如何策划弥补这些缺陷。有了这个技巧，你可以帮助对方发展所需的病识感，有效地应付自己的疾病，达成这件事或许比你想得容易。



【第二部分】

如何帮助他们接受治疗

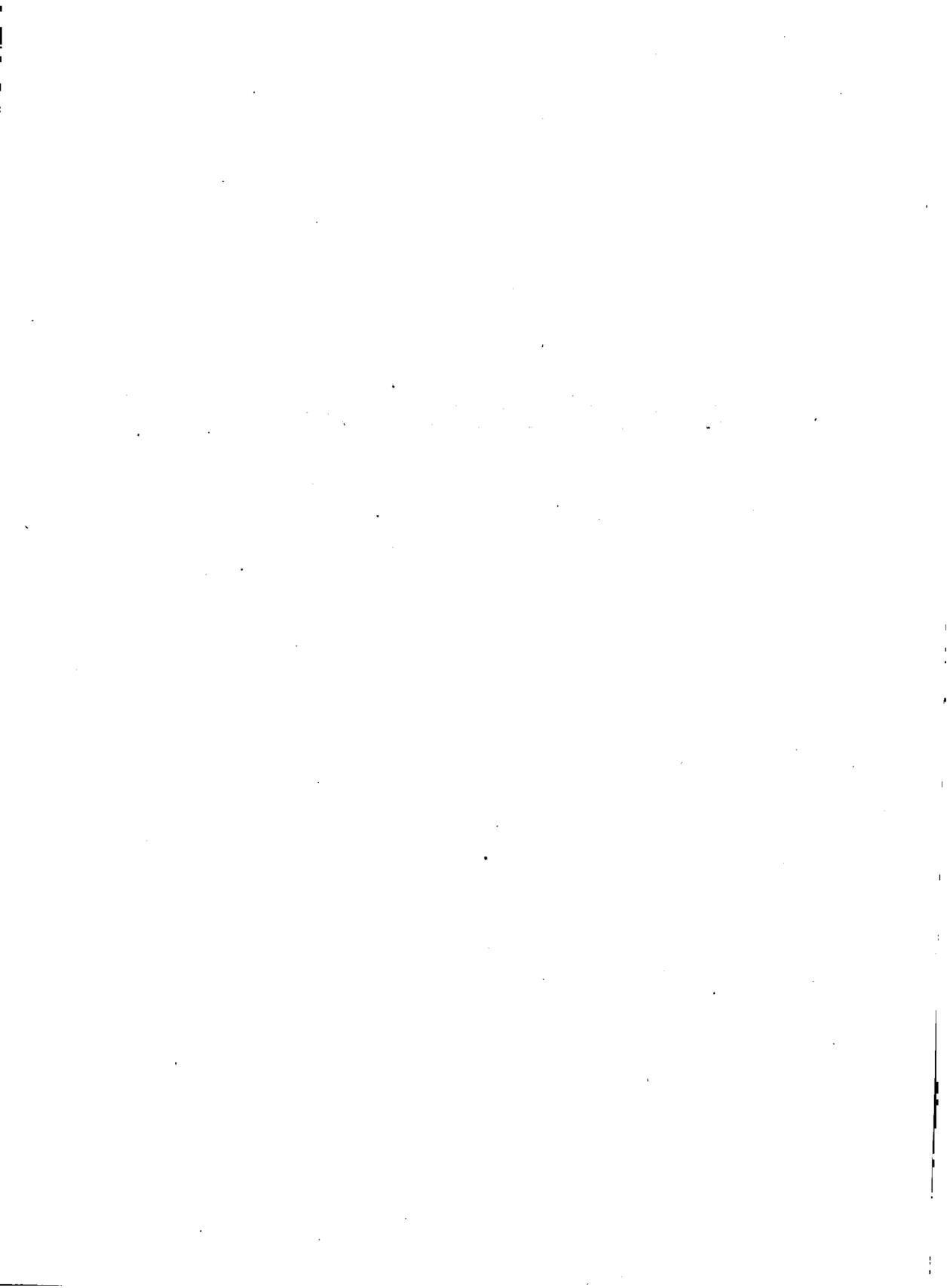
至少在刚开始时，病人对疾病的严重性并没有真切的认知……

他们对自身令人无法理解的表现及病态行为所作的解释，根本无法回答什么。

艾米尔·卡比林 (Emil Kraepelin)

1919年，《躁郁精神疾患与偏执狂》
(*Manic-Depressive Insanity and Paranoia*) 第151页





第五章

新的方法

对有严重精神障碍却不知道自己生病的人来说，传统的策略很难行得通，因为它基于错误的假设，认为患者觉得自己有问题，需要帮助，所以前来求诊。

当我坐在护理站时，凯伦·海洛威医生一边朝我走来，一边叹了一口气，说：“迈克又回医院了。”接着又说：“我需要你去急诊室帮他办理住院手续。”

“迈克·凯斯吗？”我不可置信地问。

“恐怕是。”凯伦回答，对我的吃惊有点困惑。“要学会习惯，泽维尔，有些病人注定这样进进出出，迈克就是其中之一。”

1988年我在纽约市的医院实习时，凯伦是总医师，有同情心，聪明又冷静，和她工作总让人感到愉快。她并非草率或没有同情心地说出“在医院进进出出的病人”这种话。迈克在住院一个月之后出院，离开时已经没有幻听的问题。虽然仍残留妄想，但谈论它们时不觉有什么压迫感，并且被安排门诊继续追踪治疗。从凯伦的评论看来，我猜自己对迈克这么快就回医院的失望和惊讶并未加以掩饰。

我不等电梯，三步并两步地从八楼下到急诊室，走向最远一角的门，上面写着“精神科急诊室”。门后是一列五间和其他科区分开



他不知道他病了

来的房间，左边四间是病房，右边那间则是护理站。进去后我闪身进入护理站，不希望在和检伤分类护士说话之前，让迈克知道我到了那里。我听到的报告让我觉得很受打击。

迈克出院后回家和父母同住，但从未出现在门诊中。年逾 60 的双亲并不知道他没去看医生；他们问他医生怎么说时，他总是想不回答，打电话到诊所，却没有人愿意告诉他们 35 岁的儿子到底有没有去看医生。他们也不知道他把医院开的一个星期的药吃完了之后，就没有再重新配过药。

我花了 20 分钟看检伤护士整理出的病历，然后走出护理站，跟我这位新住进的旧病人打招呼。

“嗨，迈克，你好吗？”

“阿玛多养乐多博士！你在这里有什么事？”他发出一连串押韵^①的回答，笑着，而且说话快得像机关枪一样。“你要把我弄出这里！我只管我自己的事，又没有碍着别人。是警察搞错了。把我弄出去，好不好？你一定要把我弄出去，因为……”

“迈克，迈克，停，等一下！”我试着打断他。

“……我不应该在仄里。如果我待在这儿，他们会找到我。我要走，我要出去，行吗？”

“迈克，试着慢下来，告诉我是一回事好吗？”

“我是在告诉你啊，我不应该待在这里。”他恼怒地回嘴。

我花了将近一小时才完成受训时学的检查表。我完成了精神状态评量表^②，评估他目前的症状，并听他解释发生了什么事，以及他为什么在精神科的急诊室里。当他再度求我放他出去的时候，我告辞躲进护理站，写下得到的信息。

① 这是思考异常的特征之一，常见的精神病性症状，说出来的话都押着韵。

② 精神状态评量是精神鉴定的基础，评估的内容包括意识的清晰度、记忆、注意力、情绪、思考过程、病识感以及各种精神障碍的症状。

迈克再度听到有声音告诉他，政府官员监视着他的一举一动。我在谈话时，问他那声音说了些什么，他复述道：“他坐在床上跟医生说话，他现在逃不掉了。”从他的幻听看来，他会产生相信联邦干员监视他的行动，计划刺杀他的妄想，一点也不令人吃惊。

我在病历里记下他再度出现幻听与长期性的妄想加剧，担心政府官员加害于他，也记下他目前并没有自杀或伤害他人的倾向、病识感极糟，及其他跟他谈话时得到的观察。我写下的治疗建议是恢复出院前的抗精神药物，并让他住院“稳定病情”。我回身告诉迈克这些建议，要求他让自己住院几个星期，他拒绝了。

“如果我继续待在这里，会被杀死，这是我唯一的问题！”

既然他被发现躲在地铁隧道里，当警察设法带他出来时又挣扎不已，我认为把这当作非自愿性入院的案例并不为过。当他被找到时，已经好几天未曾进食、洗澡，而且露宿在交通繁忙的地铁口旁，十分危险。他跟警察解释：“在这里，他们（联邦干员）找不到我。”我打电话给海洛威医生，她同意我的想法，签署了必要的文件，违反他的意愿将他留在医院里 72 小时。如果 72 小时之后，他还是不愿意留下来，而我们仍然觉得他的状况危险，就必须带他上精神健康法庭，向法官申请 30 天的非自愿治疗。

可想而知，迈克听到这个计划就慌了，他极度害怕，认为自己继续待在医院里会遭杀害。不过经过药物注射之后，他平静了许多，被移往楼上的精神科病房。

迈克的故事相当典型。我当时执行的是着重诊断与治疗任务的医疗模式，在诊断和治疗方式决定后，会告知患者，假如他拒绝接受，又符合非自愿住院的法定标准，医生便拥有决定权。在某些情况下，医生遵循的是慈父式的伦理标准，能够违反病人的意愿安排治疗。就像父母知道什么对孩子最好一样，医生们可以违反个人意愿，让病人入院治疗。这只是我们日常生活遵行的法律（例如系安



他不知道他病了

全带、骑摩托车戴安全帽、禁止酒后驾车等）中，比较强烈的一个例子。

我的下一个任务是教导迈克明白自己的病情以及所需的治疗。如果你正在阅读此书，应该知道，教育像迈克这样的人相关的疾病知识，并不等于让他明白自己的病情，而这也的确是迈克往后两周的情形。

我告诉他什么是妄想及幻听，向他解释问题的本质与为何应该接受治疗。就像先前几次住院时一样，一旦病情稳定下来之后，他便轻易地同意离开医院后会继续服药。当我质疑他：“我觉得你只是想赶快出院，所以这样说。”有时他会不好意思地承认自己说谎，告诉我他没有问题，只是别人不放过他，但大多数时候他都坚称：“我知道药物对我有帮助，我需要吃药。”具有讽刺意味的是，药物减轻部分症状后，他反而更能前后一致地假装服从医生的嘱咐。

对有严重精神障碍却不知道自已生病的人来说，传统的策略很难行得通，因为它基于错误的假设，认为患者觉得自己有问题，需要帮助，所以前来求诊。它从一开始就假设合作关系的存在：医生是同盟，而不是敌方。

合作是目标而不是施恩

在我的经验里，要将这种敌对的关系转变成同盟通常不是难事，虽然需要相当的努力，但并不难做到。第一步是建立合作的关系，以达到双方都同意的“行动计划”为终极目标。理想中，双方对未来的治疗有共同而实际的了解，例如订出治疗协议，但在建立治疗协议之前，也可能必须先进行不一定包含服药的行动计划。

你将学到四个步骤，分别是倾听，运用同理心，找到两人一致

赞同的事，最终形成伙伴关系以达成共同的目标。我根据上一章的研究证据与近 20 年的个人临床经验，设计出这四个步骤，在此我先简短地说明每个步骤，让你对自己该怎么做及事情会如何进展有概略的认识。

创造治疗协议的四个步骤：L. E. A. P.

1. 倾听 (Listen)
2. 运用同理心 (Empathize)
3. 赞同 (Agree)
4. 结为伙伴 (Partnership)

倾 听

有效地倾听是一种需要培养的技巧，你必须学会真的倾听你所爱的人感受到、想要以及相信的事，听而不闻是没有用的。首先你必须感同身受，才能对他们因生病及治疗产生的感受获得清楚的认识。对不善此道的人来说，真正面对时可能不如说起来这么容易；有太多时候我们都未曾向对方确认即擅自假设。知识就是力量，当你明白对方对身患精神障碍与服用精神药物体验为何时，便拥有事半功倍的力量来达成治疗协议。

不管你是否觉得他们对未来的希望与期待很实际，仍然必须加以了解。最后，你必须明白有什么认知上的缺陷（如记忆力、注意力、专注力上的问题），会在你和他之间以及他和有效的治疗之间造成障碍。



运用同理心

第二个步骤是学会何时及如何表达同理心。如果说每一个步骤及章节都有其中心思想，这个步骤会是：如果你希望某人严肃地考虑你的意见，要先确定他觉得你认真考虑过他的意见——要怎么收获先怎么播种。这代表即使疯狂，你也必须倾听所有他不想接受治疗的理由。不过无须担心，体会患者对某个妄想的感受并不代表同意它是真的。这听起来似乎无足轻重，但你将学到，正确地表达同理心可以大大地转变对方接受你的担忧与意见的程度。我将在以下的章节中专门讨论这个步骤，教你一步步地运用例如反映式的倾听（reflective listening）等技巧。

赞 同

找出共同点并且好好地把握它。你所希望的事情不是对方想要的，会让你们之间看起来似乎没有共同点。但他并不相信自己需要药物或心理治疗这件事，就像任何两个人发生信仰上的冲突一样，关键在于不管多么小，也要找出彼此有共识的地方。即使是在两个最极端的立场之间，也还是存在着共同点。

重点在于明白对方有权利作决定，并且为结果负责。在这个步骤里，你将成为一个客观的观察者，指出对方下决定后将形成的各种正面和负面影响。这意味着避免说出像这样的话：“看吧，如果你吃药的话，就不会落得要来医院。”你的焦点应该放在一起进行观察

上，发掘两人最终能一致同意的事。你应该提问题而不是评论已发生的事：“那么，在你决定停止吃药之后发生了什么事呢？”“你停止吃药后，脑海中的声音有静下来吗？”“你在进医院之前已经停止吃药多久了？”假如你是真心想合作，多提问题而非给予建议或指示，进行时会容易许多。

结为伙伴

在我的经验里，形成伙伴关系是康复之路上最后也最令人愉悦的步骤。它的目的是帮助你们合作达成双方同意的目标，不像其他步骤，这个步骤包含你以及你所爱的人，你们一起作出详细的决定，成为同仇敌忾的队友。你们可能用不同的名字称呼敌人，但达成行动计划时，名字并不重要。最后的这个步骤将是到达治疗协议时的一个高潮。

第六章

倾 听

我知道莎曼珊对生病的感受以及她认为我们是在逼她吃药，也很清楚她想过什么样的生活。我听她说话，对她的了解让我知道如何着手帮助她。

早上 7:30，我担任主治心理师的医院正进行晨间会议，所有日班人员，包括医生、护士、社工及各类的学生们在房间内围坐在一起。这些学生现在或很快将在全国各地精神障碍医疗院所继续这项例行工作。

主持这个会议的精神科医师宣布会议开始，护士长玛莉报告每个病人前夜的状况。当她谈到一位长期患有精神分裂症的 40 岁单身女病患莎曼珊时，停了一下，叹了口气才开始：“莎曼珊·葛林在 6 毫克的理斯必妥（Risperidol）下情况稳定，昨天晚上睡得很好，准备今天出院。乔安娜，你愿意告诉大家出院治疗计划为何吗？”她问一位资深社工。

“没问题，我高兴都来不及。”乔安娜带着讽刺的口气回答，“莎曼珊将回到父母家，一个星期后与门诊大夫有约，中午时葛林夫妇会来接她，她带了一个礼拜的药回家。”

“听起来你对这个计划不是很满意。”我开口。

“这不是人身攻击喔。”她知道我和莎曼珊及她的父母将有一次

家庭会面，所以打断我。“计划是没什么问题，我不满意的是莎曼珊。”她顿了一下，继续说，“听着，我们都知道接下来会怎么样，说我愤世嫉俗也好，但是跟你赌 10 块钱，她月底前就会停止吃药，在你还没想到前回来。她需要长期住院而不是一次又一次地进进出出。”

去年莎曼珊已经入院 4 次，每次都是因为偷偷停药导致病发。双亲注意到她自言自语，开始担心她没吃药，于是母亲会询问她。但纵然已经停止服药数个星期，她还是会否认。最后真相大白时通常为时已晚，她得住院。

在我听来，乔安娜对莎曼珊、她的双亲和我缺乏信心，既非愤世嫉俗也非人身攻击。如果根据她的经验和观点却还抱很大希望，她才真是傻呢。但是假使她明白我所知道的事，那么她一定能分享我对莎曼珊和她的家人的乐观态度。

我知道莎曼珊不愿意服用精神药物的理由。找出真正的理由花费了一些努力，但是有了这个信息，再加上明白莎曼珊想要什么样的生活，我知道自己可以帮她持续服药、接受治疗并且不必再住院。然而乔安娜和其他工作人员因为把焦点放在其他的事上，所以尚未注意会我了解到的事。

因为医疗管理的趋势，以及严重精神障碍的药物治疗逐渐进步，精神健康专业人员的分工渐细。精神科医师评估健康状况与症状并开列药物^①；在病院工作的心理师大多执行心理鉴定，而较少进行心理治疗；护士分配药物，监控患者的健康与安全，也对他们拒绝接受治疗进行教育；社工衡量患者出院后的需求，安排门诊治疗及居住事宜。身为为严重精神障碍者工作的心理学家，虽然我对治疗疾

^① 在我的经验里，并非所有精神科医师都这样做，但是美国精神医学有愈来愈注重药物而非心理治疗的趋势，特别当对象是严重精神障碍者时。不过，为何有此演变，及它的优缺点并不在此书的讨论范围。



他不知道他病了

患的药物有相当的知识，但并没有处方权。我另有职责——我的焦点是了解患者，以及疾病对他的认知能力和自我意识造成何种影响，这也是为什么我对可以制止莎曼珊反复住院感到乐观的原因。

不像其他人，我知道莎曼珊对生病的感受以及她认为我们是在逼她吃药，也很清楚她想过什么样的生活。换句话说，我听她说话，对她的了解让我知道从何着手帮助她，并且有很好的理由怀有希望。

步骤一：倾听

想建立起行得通，而你也能长久参与的治疗协议，它的基石必须来自对方的自我认知与他对自我能力的认定。除非你知道每块石头的形状、颜色、纹路及强度，否则无法开始；除非你倾听并且了解他，否则无论你怎么堆砌，石头都会坍塌。

- 对患有精神障碍有何想法。
- 对药物治疗的态度。
- 他对自己能做与不能做的事有何概念。
- 对未来的希望与期待。
- 因为疾病造成的认知缺陷。

如同你在接下来几章将会学到的，这五方面的信息可以在实际应用时派上用场，我将依照你获悉的信息，建议不同的技巧。不过必须先警告你的是，不要在尚未阅读，还不明白你可以怎么做前，就试图取得这些信息。因为严重精神障碍会影响一个人沟通的能力，所以你应该注意某些契机与陷阱。

如何倾听与了解

每个人都知道怎么用耳朵听，但是我在此要说明的倾听和我们一般日常进行的非常不一样。主要的不同在于这种倾听的唯一目的是明白对方想传达的事，它是一种积极而非消极的行为。

我生来就是个很好的倾听者，别人也一直这么告诉我。身为心理治疗师，我对自己能够倾听与明白别人的经验感到很骄傲。你可能也有极佳的理由相信自己是一个好的倾听者，但我确信自己善于倾听这件事，在头几次与严重精神障碍者交谈时受到考验。

我23岁时在亚利桑那大学健康科学中心的精神科病房找到“精神医学技术人员”（psychiatric technician，亦即护理，nursing aid）的工作。我哥哥在不到一年之前第一次精神病发作，尽管他的言语杂乱无章、想法疯狂，我还是听得懂他说的话，至少我当时是这么想的。但任凭我再怎么年轻或充满信心，上班的第一个星期还是发现自己无法胜任倾听者的角色。

当我们听人说话时，通常无须面对精神分裂症、忧郁症或躁症患者常有的问题与情绪。身为治疗助理，我负责评鉴患者包括情绪激动、忧郁、亢奋、自杀倾向或危险的程度，以及他们是否遵从治疗计划。由于每段对话背后都隐藏着一个任务，我忙着获取应该得到的信息，以致错失许多很重要的事。

第一个接受我住院评估的对象是一位42岁的女患者，她正处于躁动期，有自大的妄想。她连珠炮似地谈论自己的读心术、超能力和不愿待在医院里的想法，她因为住院感到很生气。我把医院发的鲜红色记事板放在膝上，勤奋地照着一连串列好的问题开始发问。

“你可以告诉我来医院的原因吗？”



他不知道他病了

“你可以告诉我来医院的原因吗？”她用带着鄙视的语气模仿我，很有效地让我觉得自己因为是新手而受到羞辱。

“抱歉，是警察带你来的，对吗？”我很快地反问，试图恢复镇静。

“抱歉，是警察带你来的，对吗？”她用带着嘲讽的语气重述。

“听起来你现在似乎不想谈，但是很抱歉，我必须问完这些问题。”尽管我觉得备受污辱并且有些许愤怒，还是恳求她。

“我管你有什么狗屁问题！”她口出恶言。“很抱歉，但是我必须问完这些问题。”她再次用带着嘲讽的口气模仿我。“长大一点，小鬼，你最好知道自己现在在跟谁说话。你不知道你的处境，那不是你的脑袋想得出来的，不是你的脑袋想得出来的。或许我可以把你的脑袋瓜摘下来，你知道我有办法，那就像弹弹手指、眨眨眼睛或捏碎蝴蝶的翅膀一样简单！”她像机关枪般地咆哮着，接着爆出歇斯底里的大笑。

我未能完成任务，向她告辞。在我试着用走而不是跑出大门时，她特别告诉了我，所以我知道自己的脸已经涨成鲜红色。我很害怕，担心同事们会听到她的大吼大叫，也很生气。我走到护理站，扑通地在护士长南希的身边坐下。

“你这么快就完成啦？”她问。

“没有，我什么也没有完成。”

“她不想回答你的问题吗？”

“对，她只会模仿我说的每个字，还威胁我。”

“威胁你？！”

“也不完全是这样，至少那不是事实。她是用自己妄想的神力威胁我。”我很快地纠正南希的误解。

“嗯，听起来她现在可能没办法回答这些问题。你跟她坐在病房里时看出了什么端倪呢？”

“这个嘛，她很生气，不想待在这里，躁狂，很激动，而且自我夸大。还有，她不想跟我谈，是不是该让其他人试试看？”

“不必，她是你的病人，我才刚让她吃了‘好度’（Haldol），给她几个小时平静一下，再试一次。不过这一次你不要带入院表格，先问她有没有想说的话，让她说一阵子再看着办。找出你可以插入的机会——也就是她问你问题的时候，想办法让她参与。”

我听从南希的建议，最后终于了解了许多关于芭芭拉的事，芭芭拉是这个病人的名字。我花时间听她说，并且把任务抛诸脑后，这才真正体会她对被迫住进精神科病房，自己却觉得“有更重要的事得做”的感觉。我也才得以完成自己的表格，虽然还是有些没回答的问题，但基本的部分都完成了。

精神病造成的噪音令人分心不已，面对它时你很难倾听，特别是如果你还试图在时限内完成某项任务。但它并非不可能，倾听是一种技巧，而就像任何的技巧一样，熟能生巧。下列倾听的基本原则将帮助你处理倾听与了解精神障碍者时会面临的问题。

倾听的基本原则

1. 约定时间。
2. 找出一致同意的话题。
3. 听他说他对自己及疾病的信念。
4. 不要反驳。
5. 让混乱之处继续存在。
6. 重复你听到的事。
7. 写下获悉的事。

约定时间。约定时间讨论特定的问题（例如：“我想在晚饭后讨



他不知道他病了

论你对你的医生有什么感觉，我很好奇事情进行得怎么样了，可以吗？”），以及单纯的一起“闲晃”（例如：“想跟我去散步吗？”）；如果可能的话，特别约定时间谈话最好。如果你是治疗师，因为需要约诊，这会容易得多；如果你是家人，也许可以借着喝杯茶或咖啡、散步，或一起做任何事，制造没有压力、适合谈话的时机。

有时候，特别是病情加重时，根本不可能“坐下来”好好谈。这时，你可以要求坐在对方附近看报纸。你传达出的信息是，你们可以没有压力或特定话题地相处。假如你坚持必须有话题的话，把你的话题设定成不要有话题！这种互动虽然乍看起来毫无效果，却能建立起信任，让人敞开心胸。

找出一致同意的话题。假如你们无法针对某个话题取得一致，那么专注地听就好，这可以建立和谐与信任，也较有可能因此达成共识。当你所爱的人认为你对他该不该做什么事并不武断干涉时，他才会比较愿意讨论某些“危险”话题（例如他拒绝吃药）。假如你跟着对方的脚步，会比较容易在某个话题上取得他的认同。举例来说，如果他对吃药的必要性反应很激动，那么要求他谈谈他的感受，而不是讨论药物或你认定他应该吃药的想法。你可以说：“我想知道你为什么痛恨吃药，你愿意跟我谈一谈这件事吗？我保证绝不逼你或烦你，我真的只是想知道你的感受。”假如他答应了，那么你们已经一起设定了一个话题（讨论为什么他不喜欢吃药）。

听他说他对自己及疾病的信念。了解你所爱的人如何看待自己，以及他是否相信自己生病了，是解除他的疏离，建立起同盟关系的关键。一旦你知道听话时该把重点放在哪里，接下来就会容易得多。你应该注意听他对服用精神药物有何想法，这让他觉得自己软弱或是个失败者吗？他因此难为情吗？吃药有任何一点效果是他喜欢的

吗？吃药让他比较不害怕或可以帮助他人入眠吗？他吃药后自己有什么感受？他认为自己需要吃药吗？如果是的话，多久？药物有什么副作用让他很困扰，而他却还没提到？

找出他想过什么样的人生而不加以批判，也很重要。他渴望什么？你需要找出对他来说最重要的事，如果他告诉你他想工作，别像我曾经对哥哥亨利做过的一样，打断他说：“那根本不切实际！你已经10年没有工作过了！”只要听，并且了解。

不要反驳。我并非要你忽略听到的事，只是不要像我曾经对哥哥做的一样，一下子便跳到你自己的意见上。试着不要反驳。当我对家属及治疗师演讲时，这个建议常引起他们的困惑，搞不懂我说的话。

在一次对精神科住院医师的演讲中，我特别提到，为了明白患者的妄想和他们对住院与吃药有何感受，有时你必须让他们误以为你相信他们的妄想。一位年轻的医生带着怀疑与愤慨打断我，问：“你是说我们应该同意病人的妄想吗？这不符合伦理道德！”

“不，我并没有说同意，只是不要反对。”我厘清道。

“好，我有一个新病人认为自己听到撒旦的声音，他相信上帝选择他来拯救所有的人，以免他们一个个地被魔鬼附身。他今天早上告诉我，病房里全数的病人还有三位护士都已经被附身了，他必须绝食30天以驱逐他们体内的恶魔。”

我打断他的故事，问：“你怎么跟他说的？”

“我告诉他，我不认为恶魔控制了任何人。我保证他很安全，告诉他必须吃东西。”

“你为什么觉得自己需要说这些话？”

“因为他相信的事不是真的，而且他打算饿死自己！”

“他相信的事不是真的又怎么样？为什么现在需要在这一点上



他不知道他病了

争执？”

“首先，我想给他一些现实感，你知道的，帮助他跟我们其他人一样活在相同的世界里。其次，我不希望他挨饿。”

“但你并没有真正回答我的问题，为何非得急着这么做？你说他是新病人，所以想必你已经开始让他服用抗精神药物了。”

“对。”他回答。

“那么为什么要试着解决他的妄想？为什么不给药物一点时间发生效用，转而专注于了解他的感受呢？如果你的回答是怕他饿死自己的话，你知道，他正在住院，在你的照护之下，你不可能让这样的事发生。”

“我懂你是说我操之过急，但是如果我没有告诉他我不相信他说的事，会怎样？他可能认为我相信他所做的事。”

“那又怎么样？”

“那会破坏伦理道德，我不能助长他的妄想。”

“我并没有建议你告诉他，你也相信其他病人和一些护士被魔鬼附身了，只是说别特别强调你不同意。当然，他可能逼问你是否觉得他听起来很疯狂，但即便如此，你还是可以回答没有什么事是不可能的，此刻你只想明白他的想法和感受。你同意什么事都有可能，对吗？”

“当然，但并非每件事都看起来可信或有可能。”

“完全正确。我相信所有你病房里的病人和一些护士被附身了吗？当然不，因为这非常不真实，也不可能。但是任何事都有可能，这留给我们余地去听患者说话，而不是批判、纠正或打断我们想听的信息。”

有一次我哥哥告诉我，妈妈是恶魔，她的双眼射出的是雷射光，如果正视它们会被切成两半。我无法告诉你试着不去纠正他有多困难，但我当时没有时间说服他不要相信自己的妄想，我太忙于试图

了解他为何不吃药，以及该如何让他恢复吃药。我能做的只有跟他保证他很安全，仔细地听他说，想找到介入的方法。

让混乱之处继续存在。有时精神障碍会造成“杂乱无章的思绪”，使旁人难以跟上。跟一个思绪混乱或言语无章的人说话时，要注意不要想勉强将一团混乱理出头绪。每当有人说了我们听不懂的事时，我们自然会倾向把空处填满或要求对方澄清。但事关严重精神障碍者时，很多时候这种对混乱的正常反应，却可能误导听者，并使说话的人觉得挫败。假如你觉得要听懂对方的话必须花费很多力气，那么你便努力过头了。如果你让言谈无章的人“继续漫谈”，虽然可能会花比较久的时间，但你依然能获得所需要的信息。技巧是不要太过干扰对方话语的含意，避免打断或引导对话。

重复你听到的事。当你特别说出你对刚刚听到的事的了解时，可以确认自己的了解是正确的，同时也传达出同理心。轮到你说话时，用自己的话简单复述对方说的话。如果你所爱的人觉得你明白他对某件事的想法与感受，就有可能会比较愿意听听你的意见。

写下获悉的事。将自己明白了的事写下来可以帮助你区分麦粒与粗糠。我已经帮你把事情简化了，请利用附录一的《态度及信念检查表》协助你整理得到的信息。通常在交谈之后再完成表格比较好，但如果你相信对方不会变得自我防卫，有时也可以在对话中进行。你可以说：“我想问你一些我在这本书里读到的问题。”并且询问是否可以做些笔记。只不过当你这么做时，得准备好揭露本书的书名，以及它可能引起的各种反应。检查表中列出的问题绝非获得信息唯一的方法，而只是一个大略的指南。我强烈建议你不要跳过步骤一的这一个部分；记录你在对方的内在生命与对疾病与治疗上



他不知道他病了

学到了什么，可以帮助你集中努力的方向。

为了举例说明，我提供两个曾与我共事的家庭为例。第一个例子为没有倾听作了很好的说明，第二个则是如何正确进行最好的示范。两个例子皆来自我指导训练的治疗师。因为我的学生一般都会将治疗过程的录像带带到我们的指导课程上，所以我能够对治疗师及家庭成员的倾听技巧进行评论。

无效的倾听

下午3点钟，第二年的精神科住院医师布莱恩·葛林正与马特·布莱克本及他的双亲会面。我在第二章曾提过，26岁的马特与双亲同住，你应该还记得马特入院治疗时，认定自己是总统的密友，还相信上帝指派他为世界领袖的特使，中央情报局企图刺杀他，以及母亲正试图破坏他的任务（这部分并非完全是妄想）等。他入院之时也有言词混乱与幻听的情形，但目前除了妄想仍然存在，他的言语变得比较切实际，脑海中听到的声音也平静了一些。葛林医师要求进行这次会面，以讨论马特出院之后的计划。

“布莱克本先生、布莱克本太太，”布莱恩边跟他们握手边说，“请进，找个位子坐。”马特已经在医院餐厅的长桌旁，挑了最远的一头坐着。他的母亲绕过桌子到他身边，弯腰亲吻他。布莱克本先生马上在最靠近自己的位置，桌子的另一端坐下，开始问葛林医师问题。

“我知道我们应该讨论马特出院后的计划，但是你不觉得他应该待久一点吗？我认为他还不能回家。”

“布莱克本先生，这里真的已经无法帮他什么了。”布莱恩回答。

“但我和他妈妈都认为他还没准备好！”

“等一下。”布莱克本太太说，“我没有这么说，我们当然希望你回家。”她说最后一句话时转向马特：“只是担心接下来会怎么样。”

布莱恩抓住这个机会开口：“马特这个星期稍晚和我们门诊的瑞默医师有约，在这之前他有足够的药，而且医院的日间留院治疗也已经让他加入，只要见过瑞默医师后马上可以开始。”

“这就是我怕的。”马特的父亲对妻子说，接着转向布莱恩，“我不愿意从负面想，葛林医师，但是他不会去门诊，也不会去你说的日间留院治疗。我们需要比这个更好的计划。马特不会吃药，也不喜欢接近这些治疗计划里的人。他说他们都是疯子！”

“马特，你对这件事有什么意见吗？”布莱恩问马特。

“我说过我会去，我会去！”他低头看着桌子大声地回答。“你以前也这么答应过，马特。”他的父亲比较温和地说，“但是回家后你就躲进房间里，哪儿也不去。”

“这次不一样，我会去。”

“你确定吗？”他的母亲忧心忡忡地问。

“确定，妈，不要担心，我会去，真的，好不好？”马特的父亲似乎不相信，但是他的母亲和医生看起来即使没被说服，至少也对所听到的觉得很安慰。

让我们检视上述的7个倾听的原则，看看葛林医师和马特的双亲是否符合。

1. 约定时间

布莱恩和马特一家人确实约定了特定的时间谈话，这是一项有利因素；有时人们在出院之前并没有这样的会面。另一项有利因素是，会面以合作的方式开始，布莱恩先带马特到餐厅，在等他的双亲时，布莱恩听马特说他对会面的担忧。只不过布莱恩在布莱克本夫妇进来之后，从接收对话（他先前倾听马特的担忧），转变成主导



他不知道他病了

(他未经马特的协助即设定议题)。

2. 找出一致同意的话题

虽然看似有，但事实上他们并没有一致同意的话题。布莱恩想说明出院后治疗计划的细节，就此“成交”。马特想出院，如果必要的话，愿意吃药一段时间。没人知道他愿意吃多久的药，因为他对医生及双亲的信任还不足以让他欣然揭露真实感受。布莱克本先生公开预言儿子维持不了一个星期，布莱恩则猜测（或希望）马特愿意在未来几个月遵照医嘱。

布莱克本先生企图说服布莱恩让马特留在医院久一些，虽然布莱克本太太的观点也一样，但是因为满心罪恶感，她把注意力放在避免伤害马特或让他生气上。马特想讨论的事又是什么呢？虽然稍后我得知了，但是因为这时没人问他，所以我们无从获悉。

3. 听他说他对自己及疾病的信念

虽然马特答应会去门诊，并持续服用医生开的药，但是没人问他为什么愿意这么做，他的感受为何，或他认为这对他有益处还是有害处；也没人问他为何这次对他来说会不一样；他只是如父亲所说的，想让大家别再烦他，还是真心想改头换面。假如其他三人问过他，真相便会大白。

我们可能推测得出，因为他并不很信任他们，即使有人问了，他也不会完全说实话。但是如果他们问了，并且仔细听他说，事实可能已经揭晓了。更重要的是，马特会觉得他们听进他说的话了，他的意见是重要的。不管马特的答案为何，他们都应该问他这个问题，赋予他力量，让他明白他才是真正主宰自己命运的人（当然，除非他病得太重，必须违背意愿被强制接受治疗）。他可能觉得自己的想法被了解，因此比较愿意听别人的建议。

我看了他们会面的录像带之后，与马特见面并告诉他：“嗯，你知道，这是你的选择。你明白我的想法，也明白我不能强迫你做你不相信的事，即使可以，我也不想这么做。我尊重你为自己作决定的权利。我知道你告诉葛林医生和父母你会持续吃药，假如要我猜，从过去几个星期你告诉我的事里，我猜你大概会改变主意。但是如果你改变主意，我希望你仔细地注意发生的事。这是你的生活，马特，不要只是对吃药有意见，向自己证明你的意见到底是对还是错。”

“我都说了我会吃药！”或许因为我暗示自己不相信他对葛林医师和双亲的保证，他防卫性地回答。

“对，如果我的话听起来像是我不相信你，我道歉，那不是我的重点。我并不是要你告诉我你的计划，只是要你为了某个原因把药丢到垃圾桶里时，仔细想想发生的事。”

“我才不会那么做。”马特带着幽默的口气说，怒气消失并露出微笑。我也报以微笑，两人都笑着，无疑地想着相同的事。

“那么，假设你真的停止吃药，问自己三个问题：没有改变的是什么事情？变糟的是什么事情？变得比较好的又是什么事？像我们在这里做的一样，把它们写下来。你懂我的意思吗？”

“嗯，就是优点和缺点。”

“没错，所以你知道我在说什么？”

“嗯，这是我自己的生活，选择权在我。”

“现在你已经决定真的不想吃药了，对吗？”

“对。”他怯懦地承认，“但是我还是会吃药，每个人都希望我吃，所以我会吃。”

“这个嘛，我不知道是不是每个人都这么希望，但是你知道我的意见，我希望你会。如果你决定停止，我要你知道，我尊重，这是你的生活和你的权利。”



他不知道他病了

“对，但是你会觉得我很笨。”

“不，我不会，但是如果你没有足够的准备就下决定，我可能会认为你做了一个不好的决定。”

“你是博士，你会知道。”

“我不是这个意思，在这件事上你有最好的机会成为专家。当个科学家，把这当成一个实验，搜集资料，不要随便妄下论断。只要在你没吃药时注意发生的事就行了，问你信任的人你没吃药时看起来怎么样。你有兴趣这么做吗？”

“我不知道，我已经知道答案是什么了。”

“看起来似乎别人都知道答案，而且大多反对，这是你证明他们错了的机会。”

“我会试着敞开心胸。”

“那是我唯一的建议。在我们停止讨论之前，你有其他想说的事情吗？想给我任何意见吗？”

“我想没有吧。”

“那么祝你好运。”我站起来，伸出我的手，继续说：“希望我不会再见到你。”

“我也是。”他回答。握手时我们两人都笑了。如果我看到马特，那表示他又回到医院来了，我们两人都衷心同意让他远离医院过自己的生活。

4. 没有反驳

马特并未说出自己的意见或他不吃药的决定，因此医生和双亲在会谈时并没有什么可以反驳的，但是双亲反驳他过去说过和做过的事。父亲因为认为儿子还没恢复到可以出院回家的程度，也因为不相信他说的是实话，所以从一开始便生着气。当马特说他会去门

谈及吃药时，父亲反驳道：“你以前也这么答应过，但是回家后你就躲进房间里哪儿也不去了。”马特的母亲虽然表现得不明显，但是也以不信任反驳马特的保证。

每件事都需要天时与地利，有时候让我们所爱的人知道我们对他的言行有什么感受很重要，但是对一个严重精神障碍者表达负面的情绪，感觉也许就像用扩音器在他耳边大叫一样。事实上你可以找到相当多关于这方面的研究，他们的问题和这些疾病造成的认知缺陷有关，对他人的感受非比寻常的敏感并不罕见。马特的妈妈显然因为对儿子生病的经验或直觉，而明白这一点。

5. 让混乱之处继续存在

马特并没有“疯言疯语”，因此这个原则并不适用。

6. 重复他们听到的事

没有人重述自己对马特的话的理解，错失的机会至少有一个。当马特说“这次不一样”时，他的医生或双亲可以响应：“为什么这次会不一样？我想知道原因。”如果他们以真诚的好奇而不是愤怒或嘲讽的语气问这个问题，马特可能会告诉他们很重要的事，因为这次对他来说真的不一样。他真的不希望再次回到医院，至少绝不要用他这次进来的方式。假如他们对自己听到的事发出共鸣，马特会觉得他们真的了解他，可能会认为他们比较像同盟而不是敌人。

让我解释一下——布莱恩是马特的医生，而我指导布莱恩，因此有时我和他们两人一起会面。在这些会谈里，马特形容了警察带他到医院时他感到的恐惧。他从未这么害怕过，绝不想再经历一次，而且他也厌倦了一次又一次的住院。



7. 写下马特想说的事

在这个情形下，写下马特的想法（例如运用附录一的《态度及信念检查表》）会显得突兀，因为医生和双亲从未和他一起练习过这个技巧。布莱恩在会谈时经常做记录是事实，但这些笔记几乎完全是他所观察到的症状，他很少记下马特对疾病和治疗的主观经验。

你应该写下你听到的事，主要的理由是帮助你找到讨论的焦点，如此你可以比较清楚地记得对方对自己、疾病和治疗的信念。不过有时候你也可以把记录当工具，集中每个人的注意力，改善沟通状况。我将在下一个例子里告诉你该怎么做。

有效的倾听

第三年的精神科住院医师伊凡·库贺特正和维琪与她的丈夫斯考特会面。维琪是一位45岁的躁郁症患者，我曾在第三章中提过她。过去三个星期，维琪住院治疗之前躁期发作，发作期间她带着两个孩子到缅因州的山漠岛国家森林公园（Mount Desert Island National Forest）旅行三天。

旅程的第一晚特别不寻常，因为斯考特在维琪晚上11点打电话给他之前，完全不知道家人们到哪里去了。她解释，希望孩子们可以跟她一样体会灵魂的觉醒，上帝指示她带他们到凯迪拉克山（Cadillac Mountain）山顶，因为那是美国东岸最高的地方，一旦他们到了那里之后，上帝便会出现。

斯考特婚后经历过维琪的两次躁期，他比过去更快想出到底是怎么一回事。他在电话中求维琪回家，但是她拒绝了，当他说他认为她病了时，她突然挂断电话。斯考特马上打电话给当地的警察，他们告诉他，除了“找找她的车”之外，他们没什么能做的。他们

建议他打电话给缅因州的公园管理局，在维琪的精神科医师的协助下，斯考特说服管理员在妻子进入公园时拦下她。他飞到那里，经过百般威胁利诱，她才同意回纽约并且入院。斯考特和维琪都觉得回程有如噩梦一场，孩子们跟平常一样不以为然地吵闹顽皮，夫妻的争执与怒气，还有维琪机关枪似的说话，让开车回家的路异常漫长。

伊凡和夫妇俩打过招呼后坐下来，开始问：“你们两位今天想谈些什么事？我有两件事想列入讨论。你呢，维琪？”

“我什么时候可以离开这里？我只想谈这件事。”

“没问题。斯考特，你呢？”

“嗯，我的问题也一样，另外还想谈谈她的药。”

“还有其他的事吗？任何一个人？”

“没有。”维琪很快地回答。

斯考特仔细想了一下才说：“我想没有，说不定我们一边谈我会想到更多。”

伊凡说：“很好。我的两件事很相似，我想说明维琪的状况和出院计划，所以基本上包括三点：（1）出院计划；（2）药物；（3）我们目前的状况。如果你们两人觉得可以，我想先解决第三点。”维琪和斯考特都点头同意。“我想你比三个星期前我们第一次见面时好多了。”伊凡对维琪说：“那时你每晚只睡二至四小时，思绪万千，强迫性地说话，情绪高昂，极度暴躁，并且有一些关于上帝和他给你的超能力之类不寻常的想法。现在你的睡眠恢复正常，思绪平静，也不再强迫性地说话。你不用我描述你的情绪，你自己会怎么描述过去一个星期的情绪呢？”

“似乎有点受限制，没有那么高兴，不那么容易被激怒，也不觉得忧郁。”

“你怀念快乐的感觉吗？”



他不知道他病了

“你知道我怀念，库贺特医生，难道你不会吗？”

“当然会。”他注意到她脸上的笑容，补充说：“但在我看来，你好像还是能够感觉快乐。消失的是极端的快乐，那种快感，对吗？”

“这倒是真的。”她回答。

“所以概括地说，我想你后天就可以出院了。”

维琪看来很吃惊地说：“那么，我的问题有答案了。你为什么不在我今天早上看到你时告诉我呢？”

“你大概忘记了，我告诉你我必须先和小组讨论，我想要听听每个人的意见，我们通常得一致同意这些决定。我们一致同意你进步很多，可以回家了。斯考特，你对这件事有什么意见吗？”

“大概没有，我也这么想。我看到她渐渐恢复正常，只是我想我不清楚接下来应该怎么办？该怎么进行药物治疗？该怎么防止这种事再度发生？”

“你的问题正好接到我们议题里的最后一件事，接下来你的治疗该怎么办。”伊凡回答，再一次转头对维琪说：“我希望接下来几个月可以在诊所一星期见你一次，然后减少成一个月一次。我现在不想对你正在服用的药物做任何改动，我想看看你往后几星期的情况，再重新评估，讨论我们该不该调整。你对接下来该怎么做有什么想法？”

维琪笑了，问：“这重要吗？每个人都认为我应该吃药。”

“当然重要。”斯考特有点生气而且防卫地回答。

“在这里你最大，即使现在看起来似乎不像。”伊凡补充。

“你在说什么？”维琪问。

“我是说，我和你丈夫认为你该怎么做，跟你的想法比起来无足轻重。如果你觉得药物可以功成身退，想停止吃它们，你就会。我不能，你丈夫也不能阻止你。”

“那我为什么在医院里？我不觉得自己最大。”

“那是因为你的躁郁症病情升高，使你失去许多控制权。生病让你做出许多让人担心的事，所以别人不让你有控制权。但是现在你的病已经得到控制，你回到驾驶座了。”

“如果这是真的，那我不想吃这些药的时间超过一两个月。”

“选择权在你……”

“等一下！”斯考特插嘴，“这是她弄成这样最重要的原因呀！包括你在内，每个医生都告诉我们，她接下来很可能必须一辈子吃药。”

“如果她不想再度发作，这么说是没错。另外，吃药可以防止她再度忧郁。我并不是自相矛盾，我说的是另一回事。选择权在维琪身上，而不在你或我。但是你做的决定……”他对着维琪继续说，“会产生后果。”

“你好像把它说得很不吉利。”她回答。

“我想，停止吃药的后果会非常不好。你明白我的专业建议，还有前一个精神科医师怎么说的，也知道你的丈夫以及家人希望你怎样，但你终究会做自己相信的事。我只好奇一件事，为什么你认为自己不需要它们？你今天早上才告诉我，过去好几个星期它们非常有帮助。你只是在敷衍我，还是真的这么认为？”

“我是说真的，它们非常有帮助，但我现在好很多了。”

“所以你认为自己的躁郁症已经治好了？”伊凡问。

“对，这是我不想下半辈子继续吃药的主要原因。”

“那并不见得不可能。”伊凡出人意料地说，“我们约法三章如何？从现在开始，如果六个月后你还是决定停止吃药，我们可以试试看。但是如果我们没有定期见面，我就不参与这件事。”

“你为什么要这么做？你已经告诉我，你认为我必须永远吃这些药。”

“因为你的意见才可以决定你最终是否会持续接受治疗，即使我



他不知道他病了

不相信，还是愿意和你合作，证明你所相信的事。我只有两个要求：你必须定期来看我，还有你在降低剂量时必须写日记。”

“为什么要写日记？”

“这样你才有记录，知道自己在降低剂量时的想法和行为。它可以帮助你观察结果，不只是为了你，也为了你的家人。”

维琪回答：“我愿意那么做。”

“好，让我们把约定写下来，大家才记得清楚。你将持续服药六个月，到时如果你还是想停药，我们再一起进行。”伊凡一边大声说，一边把话写下来。然后他补充：“我希望斯考特也可以加入部分的会谈，可以吗？”

“当然。”她回答。

“还有，如果我们开始停药，你要写日记。我们可以再进一步谈谈我希望你记的事——这个部分我们到时再说。我说得没问题吧？这是我们一致同意的吗？”

“没错。”维琪和斯考特都说。

让我们检视之前的7个基本原则，库贺特医生和维琪的丈夫是否：

1. 约定时间

是。

2. 找出一致同意的话题

他们不只有一致同意的话题，在整个过程中，伊凡还反复询问维琪和她丈夫，确定两人有没有其他想谈的事。另外，讨论的事项和维琪心中最在意的事密切相关。

3. 听她说她对自己及疾病的信念

因为伊凡提到维琪不认为自己需要药物，所以很清楚地，他在先前两人谈话时，一直倾听维琪说话。他确认她的想法没变，然后问她为什么认定自己不再需要药物。她的理由为何？她觉得吃药像抗生素之于感染一样，是短期性的治疗，而不是像胰岛素之于糖尿病一样是长期性的。

4. 没有反驳

维琪说想停止吃药时，伊凡和斯考特都不曾情绪化地反驳她。斯考特听她说，伊凡则要求她进一步解释。伊凡并未立即表明自己的意见，反对维琪计划停药的说辞。

5. 让混乱之处继续存在

维琪说话与思考都相当有条理，因此无须此原则。

6. 重复他们听到的事

伊凡反复地这么做，通常把维琪说的事再重述一次，以确定他没听错。

7. 写下维琪想说的事

伊凡不只写下两人对药物同意进行的事项，在开始之前也先征求两人同意，这很重要，因为它进一步凸显伊凡想合作的意愿，而非独断独行。借由征询，伊凡强调出院后维琪握有主导权，他并不害怕公开自己没有权力，借此提醒维琪，继续接受治疗是她的选择，就像她必须为自己的决定产生的后果负责一样。



他不知道他病了

【摘要】

倾听是一种主动的过程，包括问许多问题以及避免反驳所听到的事。你应该把自己当作一位科学家，试着揭开一个谜底，任务是获悉你所爱的人对疾病和治疗有什么体验。一旦你知道他如何看待自己患病和服用精神药物时，便获得了建立治疗协议所需的重要信息。

第七章

运用同理心

听着哥哥的抱怨，自他生病以来我首次明白吃这些药让他有多沮丧。长久以来，这是我们第一次聆听彼此说话，而非争执。

哥哥开始生病的几年后，我们讨论着一种他正在服用的药——“好度”（Haldol）。他因为“好度”让他觉得“僵硬”又昏昏欲睡，所以痛恨它。他也讨厌锂盐，只是理由不太清楚。他告诉我，虽然不确定可捷（Cogentin）的效果是什么，但还能忍受。听着他的抱怨，自他生病以来我首次明白，吃这些药让他有多沮丧。我记得自己说：“我可以理解为什么你不喜欢这些药，听起来它们真的让你觉得既不舒服又无力。”这段对话一直留在我脑海中，是因为长久以来，这是我们第一次聆听彼此说话，而非争执。

我们之间关于药物的对话通常都千篇一律：我坚持立场，武断地说他应该吃医生开的药，以及他不接受自己生病这件事很不成熟。兄弟之间可能常常都是这个样子，但是开始在精神科病房担任治疗助理之后，我知道了倾听的重要性。当我倾听时，忍不住开始给予同情。我爱亨利，而当某个你所爱的人受苦时，你很难不感同身受。学会倾听可以产生同理心，虽然哥哥认为自己没生病，不需要吃药，但同理心最终让他真正对我认为他生病了，需要吃药的想法产生兴趣。



他不知道他病了

当你感同身受，并且将它表达出来时，你所爱的人将很有可能觉得被了解及尊重。当你表达出你明白对方的感受时，他的防卫心会降低，接受其他想法的可能性则会升高。如果你已经做了该做的事，仔细听你所爱的人对自己的病和医生给予的治疗有什么感觉，你将自然而然地产生同理心。但是表达同理心并不总是如此顺理成章，事实上，许多人刚开始时都会觉得很难适应。在这一章里，你将学会如何恰当地表达同理心，辨识自我防卫降低的时机以及对对方联系起来的机会，你的终极目标是为建立治疗协议开启一扇机会之窗。

表达同理心

首先你必须学习该对什么事表达同理心。简单来说，答案是所有对方愿意揭露的感受。但是有些特别重要的感受是你应该明白的。以下是一连串最常见且相关的感受。

不论对方表现得合理（“每个人都告诉我我生病了，真讨厌！”）或不合理（“中情局在我脑中植入微芯片来追踪我！”），确定你对下列感受表达了同理心：

- 挫折感（因为别人逼他吃药或无法达成个人目标）
- 害怕（关于服药、遭受歧视或失败）
- 不适（因为服用药物导致体重增加、觉得无力、迟钝、没有创造力和僵硬等）
- 愿望（想工作、结婚生子、回学校和远离医院等）

以下的例子说明该对什么事表达同理心及如何表达。我举出的

技巧之一，反应式的倾听（reflective listening），对形成治疗协议这个任务非常重要。

朵拉瑞丝

朵拉瑞丝患精神分裂症近 20 年，她告诉我她一点问题也没有，所以不需要吃药或日间住院治疗。朵拉瑞丝觉得自己需要什么呢？首先，她想要一份工作——她对于自己没有工作及家人说她无法工作觉得很挫折。家人的悲观不难理解。事实上朵拉瑞丝一直无法保住工作，过去 20 年中她找到工作的次数寥寥可数。

我在朵拉瑞丝最近一次住院时认识她，她就像许多不知道自己生病了的患者一样，住院过许多次，大约一年二至四次。虽然她总是自愿同意入院，但大多是在家人极度施压之下同意的。当我跟她谈到出院后计划做什么时，她简单地回答：“找份工作。”

假如你是她的治疗师，跟她讨论出院后的计划时，可能会（像我早些年一样）很想把焦点放在她对自己不合理的计划上。没有理由相信她长年失业的状态会有所改变，而她过去不良的服药记录只会让你更想这么做。可以想像，你认为跟她讨论不想持续接受治疗的事，对她比较有益，然而，她对讨论药物、日间留院治疗或门诊却一点兴趣也没有。因此，我一开始时先谈她对未来的计划，对她当时的感受表示同情。

“你离开后想找份工作，有什么计划吗？”

“我要在华尔街工作。”她很快地回答。

“为什么要在华尔街？”不管她的计划有多牵强，我问。

“我想赚很多钱，我需要有自己的钱。”

“对你来说有自己的钱很重要。”我响应她说的话。



他不知道他病了

“对，我讨厌跟家里的人要钱。”

“怎么说？”

“那让我觉得自己像个小孩子，我妹妹（三十多岁）是证券经理员，你真应该看看她家！我是姐姐，也应该赚钱！”

“听起来你觉得难为情，甚至丢脸，对吗？”我问，想确定自己明白她的感受，同时表示同情。

“没错，难道你不会难为情吗？”她问。

“会，我想我也会这么觉得。”我感觉到有一点机会产生了，于是继续说：“我可以问你一件事吗？”

“什么事？”

我避免增加她受辱的感受和防卫心，小心地问：“你觉得自己为什么没有工作？”（而不是说：“为什么你长大后只工作过12天？”）她很快地回答：“因为我一直待在该死的医院里！”

“待在医院让你觉得很挫折吗？”

“不，待在医院让我觉得很生气。我想继续过自己的生活，但待在该死的医院里根本不可能。”

“所以你的感觉不只是挫折感。你觉得生气，对吗？”我点了点头，问。

“非常生气。”她比较平静地回答。

我继续推进，问：“你对很难找到工作有什么感觉？”

“有时我想尖叫！”

“听起来很受打击，对吗？”

“是很受打击。”她回答。

我在短暂的交流里对朵拉瑞丝丢脸的感受、深深想工作的愿望和无法工作的挫折感表达出同理心。你是否注意到，我说的每句话几乎都是问句？这个技巧称之为反映式的倾听，它是一种主动的倾听，包括以问句的形式复述你从对方的话中明白的事。当我说“听

起来很受打击，是吗”时，运用的就是反映式的倾听。我借由陈述对她的话的了解，以及询问她其正确性，确认我是否听懂她说想尖叫的意思。我也对她的感受表达出同理心。回头重新看一次我们的对话，找出反映式倾听的例子，如果你想达到你的目标，这是一个很重要的技巧。

借由问问题而不是批评她的话（“你的计划不切实际”），我得以获悉，对她来说什么是重要的事、她心里最重视什么和她的感受。更重要的是，当她陈述任何感受时，我都用我的反映表现出对它们的了解，往后这为我开启了一扇机会之窗，我得以跟她讨论，如果有可能的话，她认为治疗可以在她想要达成的目标中扮演什么角色。

【摘要】

当你想帮助一个人改变时，首先必须找出他的动机为何，是什么促成他的行为和感受。你对另一个人的体验表达同理心时，他会觉得受到了解与尊重，而因为你明白他的观点与感受，也就没什么好争执的。因此，他的防卫心会降低，听取你意见的机会则会升高。以下是关于同理心的几个重点：

1. **同理心打开机会之窗**，产生改变，因为你表现出对对方观点的尊重，降低了他的防卫心。

2. **表达你能体会对方的：**

- 挫折感（因为别人逼他吃药或无法达成个人目标）
- 害怕（关于服药、遭受歧视或失败）
- 不适（因为服用药物导致体重增加、觉得无力、迟钝、没有创造力和僵硬等）
- 愿望（想工作、结婚生子、回学校和远离医院等）



他不知道他病了

3. 用反映式的倾听表达你的同理心

反映式的倾听是利用问句反映对方所陈述的感受，你可以借此技巧厘清对方的感受，表示自己有兴趣了解他的体验与观点。

你将在下一章中学到如何利用你的同理心所创造的机会，与对方沟通你对疾病与治疗的看法，为改变搭起舞台。

第八章

赞 同

朵拉瑞丝不知道自己的症状，更别说明白它们和她失业有关；相反，她认为无数次地住院才是问题所在。于是我把焦点放在彼此都赞同的部分——住院。

仔细地聆听过你所爱的人对治疗的态度与感受，并表达同理心之后，你无疑已经找到两人一致的地方。我从未和马特一样，相信他是上帝派给世界领袖的特使，中情局试图暗杀他，或他没生病，但我们至少一致同意一件事——让他离开医院是很重要的一件事。对朵拉瑞丝也一样，我赞同她想找工作这个目标；虽然我不认为工作会为她从天而降，但相信她可以朝这个方向努力。维琪和库贺特医生同意一起检验她出院后是否真的需要吃药。我哥哥和我一直都同意定时服药让他远离医院，使幻听减少且较不干扰他。他变得没那么害怕，他喜欢的咖啡屋也比较不常要求他离开。

每当你有机会说出你的观察及意见时，务必从某件你所爱的人已经知道且相信的事开始。能找到愈多的共同点愈好，当你们分享相同的目标时，便能一起合作而不是各行其道。让我们一起看看如何辨识及利用机会之窗找出共同点。



辨识及利用机会之窗

朵拉瑞丝认定自己无法找到工作的主要原因是频繁地住院，这当然是部分原因（你无法待在医院同时也工作），但我认为还有更重要的原因，而她几乎不清楚自己找不到、无法保住工作的明显原因。

根据家人的说法，她因为一些疾病的症状所以丢了几个工作。举例来说，她会在工作时自言自语，跟自己听到的声音悄悄地对话。有时，她会对上司或同事产生妄想，指控他们密谋加害她。

朵拉瑞丝不知道自己的症状，更别说明白它们和她失业有关；相反，她认为无数次地住院才是问题所在。因此，我避免在我们讨论她想工作的愿望时，提到症状的问题，以及它们在她被解雇时扮演的角色（除非她特别问我对此事的意见）。反之，我把焦点放在彼此都赞同的部分——住院。我赞成她说待在医院里使她不能工作，这引导出另一件事——帮助我规划一个她能接受的治疗协议。在告诉你更多我和朵拉瑞丝的故事前，我想先谈谈我看见一扇机会之窗时，一定会做的六件事。当你所爱的人降低防卫心，似乎愿意聆听你的意见时，你可以：

1. 将对方的体验正常化（“如果我在你的处境，也会有一样的感觉。”）
2. 只讨论对方察觉到的问题或症状（像“因为我总是战战兢兢，所以晚上睡不着；我很害怕他们会来伤害我。”这样的叙述源自失眠症和妄想造成的偏执，但是失眠症和妄想这些名词无须在你们的对话中出现。）
3. 检视在治疗方面已知的优缺点（无论合理或不合理）
4. 纠正错误的概念（抗精神药物没有上瘾之虞，精神障碍并非

一个人的成长方式或使用不当药物造成的)

5. 反映并强调已知的效益 (“如果我没弄错, 你的意思是, 吃药时你睡得比较好, 比较不会跟家人吵架?”)
6. 同意彼此有分歧的看法 (每当分歧的看法浮出水面时)

朵拉瑞丝对如此频繁地住院很生气而且挫折感很重, 认为这干扰她找工作这个目标, 我对她的挫折感和愤怒表示同情, 并问: “你听起来真的对再次住院觉得很受挫。”

“是的, 我需要出院工作, 再待下去我会发疯。”

“你觉得快疯了?”

“对!”

我顺势说: “你知道吗? 这方面我们完全一样, 如果我被关在医院又失业, 肯定会发疯。事实上, 我认为每个人都会那样觉得。”

我做了些许的自我揭露, 把朵拉瑞丝的经验正常化, 接着问她, 是否有其他原因使她不能保住工作。她的想法有些有道理, 有些即使不完全是妄想也不合逻辑, 介于两者之间还是有一些零星的认识——她认为可能是混乱的行为导致自己一再被解雇。

我留意到这些意识的存在, 于是问她是否想知道我对她的问题 (注意, 我们现在说的问题是她认为自己有的问题) 有什么意见。她同意了。

我先根据她之前说的话问了一个问题: “好, 待在医院里当然妨碍工作, 我想这引发另外一个问题——你要怎么远离医院?”

“我不知道, 从家里搬出来吗?” 她挖苦地回答。

“你是否注意到任何模式呢?”

“嗯, 爸爸通常是第一个跟我挑起战火的人, 他说我生病了, 需要来医院。他老是拿吃药的事烦我。”

“为什么会这样?”



他不知道他病了

“他认为我是神经病。”

“那让你觉得困扰吗？”

“对，很困扰。”

“我看得出是什么困扰你。‘神经病’这个字眼很损人，他真的这么说吗？他说你是‘神经病’，或者这是你的感觉？”在此我把她的体验正常化，承认被称作“神经病”很令人困扰，至少对大多数的人都是如此——它是一个贬抑他人的词汇。

“没有，他没有这么说，他认为我脑内有化学作用，不平衡。”

“所以你觉得如果你吃药，他就不会烦你啰？”

“我知道他不会。”

“我懂了。然后当你们两人因为吃药吵起来时，结果通常是你得住院？”

“我不得不，只是为了图个耳根清净。”

“所以是不是可以说，吃药至少有两个好处。第一个是爸爸不会‘烦你’，第二个是你可能不用住院？”

“对。”

“什么事对？”我要求她澄清，以认定她同意的事为何。

“如果我吃药，爸爸就会放过我，我也不用来医院。”

“那吃药有什么不好的地方？”因为她似乎很不情愿承认我说的两个好处，我很快继续问。

“其一，我不是神经病；再者，我讨厌自己一吃药就变胖。”

“还有呢？你认为吃药还有其他的副作用或坏处吗？”

“它们让我听到声音，还有，我不想上瘾。”

“你担心上瘾？”

“对，这些药的效力很强，会洗脑。”

“它们是很有力，而且会改变你的思考和感觉。你想听听我对你吃的药有什么经验吗？”

“你吃过?!”她不可置信地问。

“嗯，不是你吃的这些，但是这些年来我看过数不清的人吃这些药，根据专业经验，我的结论是它们不会让人上瘾，也不会产生你听到的声音。”

“你怎么知道?”

“我跟吃过这些药的人谈，也做过研究。”

“我一直以为它们会让人上瘾。”

“其实不会，至少我从没遇到过。你还想把‘它们让我听到声音，还会让人上瘾’列进来吗?”

“我想不要吧。”

“你说了算。”我说，顿了一下看她是否改变心意，才又说：“吃药还有什么坏处吗?”

“很难堪，我不想让别人知道。”

“我们可以把它写下来吗?这样我才可以保持记录。”我问，希望可以一起把两人想出的好、坏处记下来，而不是事后单独进行。

“当然可以。”

我拿出纸笔问：“再说一次，坏处是?”

“它们让我觉得自己是神经病，难堪，还有变胖。”

“好处是?”

“爸爸不会烦我，我不用来医院。”

我把清单念给她听，确定自己记对了，并且要求她继续思考吃药的好处与坏处。

“为什么要继续想?你跟其他人一样，就像我爸爸，要我吃药。”她防卫地反抗。

“不，这不是我要你继续想的原因。你从来没真的问过我为什么认为你出院后该继续吃药，你在这里时，我一直明白表示你该吃药，但是你还未曾问我认为你出院后该怎样。除此之外，我们也还没真



他不知道他病了

正谈过吃药的问题，我们说的是找工作和住院妨碍你的目标。”

当我这么说时，看得出来她放松了。她说：“所以你不认为我出院后应该继续吃药啰？”

“我没有那么说，我是说你从没真的问过我的意见。”

“那你的意见是什么？”

“这个嘛，如果我们谈的是找工作这个目标，我看到的两个好处和你一样——你父亲比较不会干涉你，你不会再进医院，所以有了个好理由应该吃它们。我也看出三个你不想吃的理由：变胖，觉得自己像个神经病，你是这么说的，还有难为情。”

“那你的意见呢？”

“如果你真的想听，我会告诉你，但是现在我觉得比较重要的是，你是否认为好处多于坏处。”

“我不确定。”她缓慢地回答。

“那么你不认为该继续追踪吗？你知道的，因为如果你不想清楚吃药的好处和坏处，它不但造成家里的冲突，还让你落得住院的下场。”

“好像是。”

“我回答你我的意见是什么了吗？”我为了确定自己没有逃避问题以及制造机会重温吃药的优缺点，问道。

“有，你认为如果我要爸爸别管我，还有不再进医院，应该吃药。”

“基本上对，只不过是你说它会对你父亲的事有帮助，让你永远不再进医院，不是我。我说的是继续想想它的优缺点，这很重要。还有我也知道有些事让你不喜欢吃药。”我加上这一点，强调自己没有忽略她的负面观点。

我在另一次谈话中找到机会在清单上增列一项益处。请注意，之后我们见面时我都一直带着那张清单。我在那次谈话前做了一点

功课；朵拉瑞丝身在研究单位，所以追踪取得过去的病例是理所当然的，但这是严重精神障碍者住院时几乎从来不会发生的事，除非家属或治疗师自己保有副本，然后复印给医院人员。我寻找她住院期间的状况，再比较她有工作时候的状况，毫不意外地发现她能够工作的时候和确实服药的期间相吻合。我问她是否想听我想到的另一个益处：“我认为吃药可能有另一个没列在单子上的好处，想听听吗？”

“好哇。”

“我看你的病历时发现了一个有趣的模式：几乎每次你都是在没吃药时丢工作，你注意到了吗？”

“没有。”她很快地回答。

“你好像回答得有点快。我可以给你个建议吗？”

“什么建议？”

“再多想一下，不是现在，是等一下，看看你能不能记得你有工作时是否在吃药，还有那时和爸爸有没有很多争执。可以吗？”

“好，我会想一想。”

“还有，我可以在我们的清单上写下来，再加上个问号吗？这是个可能的益处？”

“当然，可是我不认为这是真的。”

“我知道，但是我认为。我们不用都同意这一点，事实上，让我们同意彼此意见不同吧！”

“我同意你是错的！”她在脸上咧出一个大大的微笑回答我。

“但是你会保持开放的心态，接受我有可能是对的，我也会这么做，同意吗？”

“同意。”她恢复严肃地回答。

我在对话中很努力地遵循前述的六项基本原则，通常借由让她知道易地而处（对于住院、被称做“神经病”、吃药等）我也会有相



他不知道他病了

同的感受，而在每个可能的时候将她的体验正常化。我小心翼翼地只讨论朵拉瑞丝自己提出的问题（和症状），也把握每个找得到的机会重温治疗的优缺点，并且同样谨慎地只讨论她提过的部分。

唯一一次告诉她她没想到的优点时，我先问她是否想听我的意见（“我认为吃药可能有另一个没列在单子上的好处，想听听看吗？”）。记住，每当你想说出意见时，务必用问问题的方式，用问题来陈述意见可以强调你想合作，而不是专断独行。

当我们谈话时，我注意到所有朵拉瑞丝对药物的误解。当她说她服用的药物会导致幻听及上瘾时，我纠正她的错误概念，接着再问她是否仍想将它们列入清单，如果她回答是，我会遵从，但是也将要求她稍后再讨论一次这件事。

我在每次机会出现时反映（重述）并强调她提的效益，我们也对她是否在失去工作前停止服药一事同意彼此有歧见。我鼓励你重新阅读我们的对话，看看是否能够辨识出我运用每个基本原则的时机。

【摘要】

站在同理心的立场，你可以帮助你所爱的人觉得自己比较正常，放大有助于达成治疗协议的观点。建立并且持续记录维持治疗（药物、心理治疗、日间住院治疗、职能治疗等）的优缺点。

注意，一定要列出每个提到过的缺点，这可以提高你的可信度，并且使达成治疗协议的潜在障碍浮现出来。

尽可能纠正对治疗的误解，并且强调对方体验到的效益。最后，每当歧见显现时，试着同意彼此意见不一，这显示出对彼此意见的尊重，当事实证明自己是错的时，也较能敞开心胸接受，这对你所爱的人重新考量对治疗所抱的态度来说很重要。不要害怕自己可能是错的，如果你无法接受这个可能性，为什么对方应该呢？

第九章

结为伙伴

我们的伙伴关系与治疗协定衍生出许多意料之外的效果。我如今真心享受与他共处的时光，他让我欢笑并深深地感觉到被爱，我想我也给了他相同的感受。

“那个心理学家是怎么找到在森林里失踪的太太？是跟着一个精神障碍者^①找到的。”

——亨利·阿玛多，1997年10月

亨利跟我都同意应该避免住院，也同意他想找工作和多赚些“零用钱”的目标，这样他才能随心所欲地买饮料、香烟或面包。虽然我认为找工作不像他所想的那么容易，但除非他逼问我（“你不觉得我现在有能力工作，对不对？”），否则我绝少主动提起这点见解上的不同，反而在每次机会出现时，刻意跟他谈达到目标所需要的努力。

我们花了一些时间沟通，但终究都同意吃药可以让他远离医院。起初他把吃药和不必住院的关系，归因成吃药时他受到的压力比较少，而不是药物本身的效果。换句话说，他知道吃药时医生和家人都不会在住院这件事情上对他施压。然而，随着时间过去，他已能

^① 译注：精神障碍者（psycho-path），是“心灵路径”的双关语。



他不知道他病了

看出药物在其他方面的效用。

现在如果你问他为何吃药，他的回答会是：“它帮助我解决幻听和偏执的问题。”我在过去几年中，曾注意到他告诉别人他有“情感型精神分裂疾患”。

他对药物效用和自己患病的意识，从与不同治疗师及我的伙伴关系中逐渐萌生。我们常常谈起他想找工作的强烈欲望，我会对他的挫折报以同理心，并鼓励他试图想出无法保有工作的原因。

我猜他过去 15 年中，曾数次在的 24 小时便利商店中工作过，绝大多数时间只待了不超过一个月，结局不是被解雇就是他干脆不去上班。

我专注地听他说各种不同的解释，而没有质疑其中的不合理。每当问他我是否可以说出自己的想法，而他答应时，我都不断提出同一个假设。我会这样告诉他：“不管还有什么理由，当你焦虑又听到声音时，就很难继续工作。”亨利知道药物可以“封锁那些声音”，帮助他“比较不偏执”，但是尚无法把这件事和影响他维持工作的能力联结起来。

我无法断言这样的观察在他变成目前高度稳定服药的过程中有多少帮助，但是确定至少有那么一些。我之所以确定这一点，是因为他不再像以前一样跟我争执，也或许是因为我从未想在这样的事情上发生争执，我总是把自己的意见说成是“假设”。我并未告诉他问题所在，而是给他我认为最佳的推测。他聆听我的假设，接受它，而没有变得防卫。他至少会考虑我可能是对的。

尽管事实上他过去 5 年中已经持续地服药，却依然无法保有一份工作，这突显一件很重要的事：如果可以的话，试着在他能力所及的目标上达成协议。

很幸运地，我能够在他想多赚一些零用钱这个目标上，提供他成功的机会。我在每个工作日寄给亨利一张 5 美元的支票，交由日

间住院的治疗师保管，再与亨利及他的个案管理人列出一张他需要做什么来赚这些钱的表。最主要的一项是参加日间住院治疗，另外一个要求则是他不能在缺席而拿不到钱时反抗或产生敌意（他在得不到想要的东西时会有这种倾向）。

起初他很愤怒，觉得我对待他像个婴儿，我的提议侮辱了他，而我明白我们的伙伴关系陷入再度变得疏离的危机中。因此，我停下来，跟他讨论他的感受，并且体会他的愤怒与挫折。

我也为自己和他意见相左而道歉，他觉得如果我爱他，应该不论他是否参加治疗都给他钱，他甚至希望我每星期寄出全额，而非分成每次5美元。我告诉他，因为参加治疗计划对他来说是如此重要，因此我才会想给他一点额外的奖励，鼓励他去进行，也说我担心如果直接给他一笔数目比较大的钱，他可能会觉得我贿赂他，而我觉得有罪恶感。

但我坚守原则，解释道：“我真的想帮你，给你这些钱，但是你若不参加治疗，或至少每天跟他们报到一下，我担心事情会走下坡路，最后你会再次住院。”我附带说，我认为直接给他钱事实上可能会害了他。哥哥对金钱非常冲动，常常把钱送给需要的人，或搭便车上路旅行，或花在啤酒上（喝啤酒会使他的病情加重）。他认为我不需要担心这些事，但是明白不管对或错，这些事都让我非常担心。我们最终同意两人在这件事上意见不一，但在过程中我们发现一件彼此可以一致同意的事。亨利提了一个折中方案，他愿意每天早上去领取支票，花几分钟和个案管理人谈话，而非在那儿待上一整天。我马上便认为他的建议有道理；因为我知道哥哥觉得治疗计划既累人又乏味，他觉得在那边的人情况都比他差，无疑地，许多他的同辈也这么觉得。我无法责怪他，换作是我也会觉得他那时参加的计划乏味到极点。我明白他的观点，他也知道我明白。最后他每天去领取支票，花几分钟和个案管理人谈话，我意外地知道，他只要去



他不知道他病了

了，通常都会待上数个小时。

我们的治疗协议有两个主要的项目：他同意服药（帮助他远离医院），并且每天前往日间住院治疗（如此才能领到零用钱）。他在过去5年中住院约5次，都是自愿且短期的（通常是几天）。我怀疑是否有人能数得清他在这段时间之前正确的住院次数，但可以确定的是，平均一年4次，每次维持数星期甚至更久。

我们的伙伴关系与治疗协议衍生出许多意料之外的效果，我们对彼此的尊重也随着相处时的自在而渐增。我如今真心享受与他共处的时光，他让我欢笑并深深地感觉到被爱，我想我也给了他相同的感受。

马 特

马特也与家人形成了相似的伙伴关系和治疗协议；他和双亲都同意，让他远离医院以及减少家中频繁的冲突是很重要的一件事。

在第二章提过，布莱克本夫妇在儿子马特住院之后，决定与我会面，我们讨论的焦点是帮助他们学习倾听，以及第五至十章中的技巧。我也介绍他们前往全美精神障碍联盟当地的分会，免费获取当地资源的信息与跟儿子疾病有关的文献。夫妇两人很快就看到我提议的方法所带来的帮助，他们厌倦与儿子的战争，急需中断彼此之间经年累积起来的敌意。他们抛弃逼迫儿子承认自己生病的方式，改用较为可行的方法。他们倾听，并且了解到马特和他们一样希望自己能远离医院，也期盼家中的安宁。当夫妇俩让步，不再试图说服儿子生病了之后，和平即翩然降临，虽然花了将近两个月时间，但是马特慢慢地开始倾听并了解双亲对药物的看法。

母亲在他停止服药时变得非常害怕，这使他觉得很糟。如果你

记得马特在家里的样子以及对吃药的看法，这或许听起来不实际。但经过许多次与双亲（绝大多数是母亲）的谈话之后，他的罪恶感涌现。父母从未在话语中告诉他该怎么做；他们会问问题，而且在马特问他们的意见时，说出自己的看法，同时也承认自己可能是错的。他们不认为自己在药物上的看法是错的，但是愿意考虑这个可能性。

当母亲说他不吃药让她很害怕时，他觉得很糟。为此，也因为父母说如果他不吃药，他们很可能无法再与他同住，马特同意吃药的益处远超过害处。这件事并非在一夜之间发生，虽然花了数个月，但马特和双亲最终达成了开始时所设定的两个目标。去年我在过节时收到他们一家人寄来的贺卡，布莱克本太太以优雅的字体传达对新的一年祝福，她的丈夫则潦草且简短地写道：“再次谢谢你的帮助，马特已经离开医院超过一年了！”

朵拉瑞丝

与布莱克本一家人相似的是，朵拉瑞丝跟我一致同意吃药的必要性，同时我们也以替她找工作为目标。虽然我不认为工作唾手可得，但是相信她可以尝试朝这个方向迈进。我比照跟哥哥在一起时的方式，寻找机会分享吃药可以帮助她保住工作的这个假设。你应该记得，我曾经要求她对可能性保持开放的态度，她不认为我是对的。我们彼此同意对她是否在停止吃药后就丢工作一事意见相左。但是她接受我的提议，愿意当个客观的“科学家”，并且对这件事保持开放的态度。她在5个月后又住院了，其间我们有了另一次机会讨论我的理论。我一开始问她是否仍保存着上次住院时我们列出的吃药优缺点清单，她说不知道它到哪儿去了，但因为我在她



他不知道他病了

的病历中存了一份副本，所以我们得以再次检视。她现在认为吃药的好处坏处仍然没变，当我们进行到好处那一栏标着问号的“工作”时，我问她：“上次你在这里时计划想找工作，运气如何？”

“不错，我在家附近的杂货店找到收银员的工作。”

“那是好消息，恭喜了！事情进展得如何呢？”

“他炒我鱿鱼。”

“谁炒你鱿鱼？”我问。

“经理，他说我话太多。”

“我可以问你那时有吃药吗？”

“没有，我停了，我不再需要吃药。”我给她看清单，问她是否记得为什么我在好处一栏的“工作”这个字后面画了一个问号。

“我们对此意见不一，我应该再想一想。”

“那你怎么想？”我忍不住问。

“我那时没吃药是真的，但是我不知道那是否有任何关系。”

“好，那我们还是应该把这记下来吗？”

“我不在乎，当然，记吧。”

“你可以对吃药帮助你工作的可能性保持开放的态度吗？”

“可以。”她斩钉截铁地回答。

大约3个月之后，朵拉瑞丝又回到医院，虽然她在期间并未找到工作，我们仍然再度讨论了这件事。她比较能接受这个想法，也承认不吃药时她比较喜欢自言自语。她的家人说，她工作上的问题之一是，每当她停药时，便会和自己听到的声音说话。这引导我们讨论她在杂货店帮人结账时，如果大声地自言自语，别人会怎么想。她说：“他们认为我是疯子！”有了这个联结之后，我试着建立另一个联结，问她上次被解雇时是否听到声音，并且自言自语。她再一次回答“是”。

在经过3次住院、家人与门诊精神科医师的鼓励后，朵拉瑞丝

终于同意吃药很可能对她的工作有帮助。现在每个人都参与这个想法，她的精神科医师与父母不断提醒她（她自己相信的）这个好处，而不是企图让她明白自己生病了，需要吃药。我要说明的是，虽然她认为自己没生病，却同意吃药。

朵拉瑞丝近 20 个月左右都未再入院，并在父母的协助下，找回了杂货店的工作，前提是她必须同意吃药。朵拉瑞丝很幸运，因为杂货店的经理也有家人有精神障碍的经历，所以想帮助她。

维琪

维琪在出院 6 个月后降低药的剂量，你应该记得，她认为一旦出院后，就再也不需要吃药了。她答应库贺特医生至少持续服药 6 个月，之后如果仍然想停药，会在医生的指导下进行。

她依照约定每星期见库贺特医生一次，她的丈夫斯考特知道她的事，医生要求两人用日记记录她的情绪、言词和思考，在维琪能意识到的症状（自大、亢奋、失眠以及无法停止说话）再度出现时，他们必须记下来。维琪降低锂盐的剂量两星期后，汇报她睡得比较少而不觉得疲倦，也说斯考特觉得她越来越“兴奋”，话比平常多，当我问她是否同意他的观察，她不情愿地回答是。

实验又继续了两个星期，其间维琪变得更兴奋，并且开始有自大的想法。斯考特问她，下次是否可以陪她去门诊，她答应了。她跟医生及丈夫承认自己又发病了，担心失去控制，并要求增加药物的剂量。

没有人说出类似“我早就告诉你”的话，她是否下半辈子都需要吃药的问题也仍在台面上。维琪觉得受到库贺特医生与丈夫的尊重和了解，并且知道如果她想再度尝试停药，两人都会帮她。



他不知道他病了

我已经超过4年没见到她了，但经常见到库贺特医生。在本文写作时，他告诉我维琪又一次尝试断药，但在症状出现时便迅速恢复治疗。这一次库贺特医生和她丈夫比较担心，因为她完全停药近5个月，然而，她每个星期与医生会面，讨论她与丈夫所记录的日记，当症状复发时，她再度要求药物治疗。她和丈夫及医生的伙伴关系，让她除了短暂的停顿之外，得以保持治疗超过4年。如果她想停药，会在医生及丈夫的协助下进行，这个治疗协议延续至今。

【第三部分】

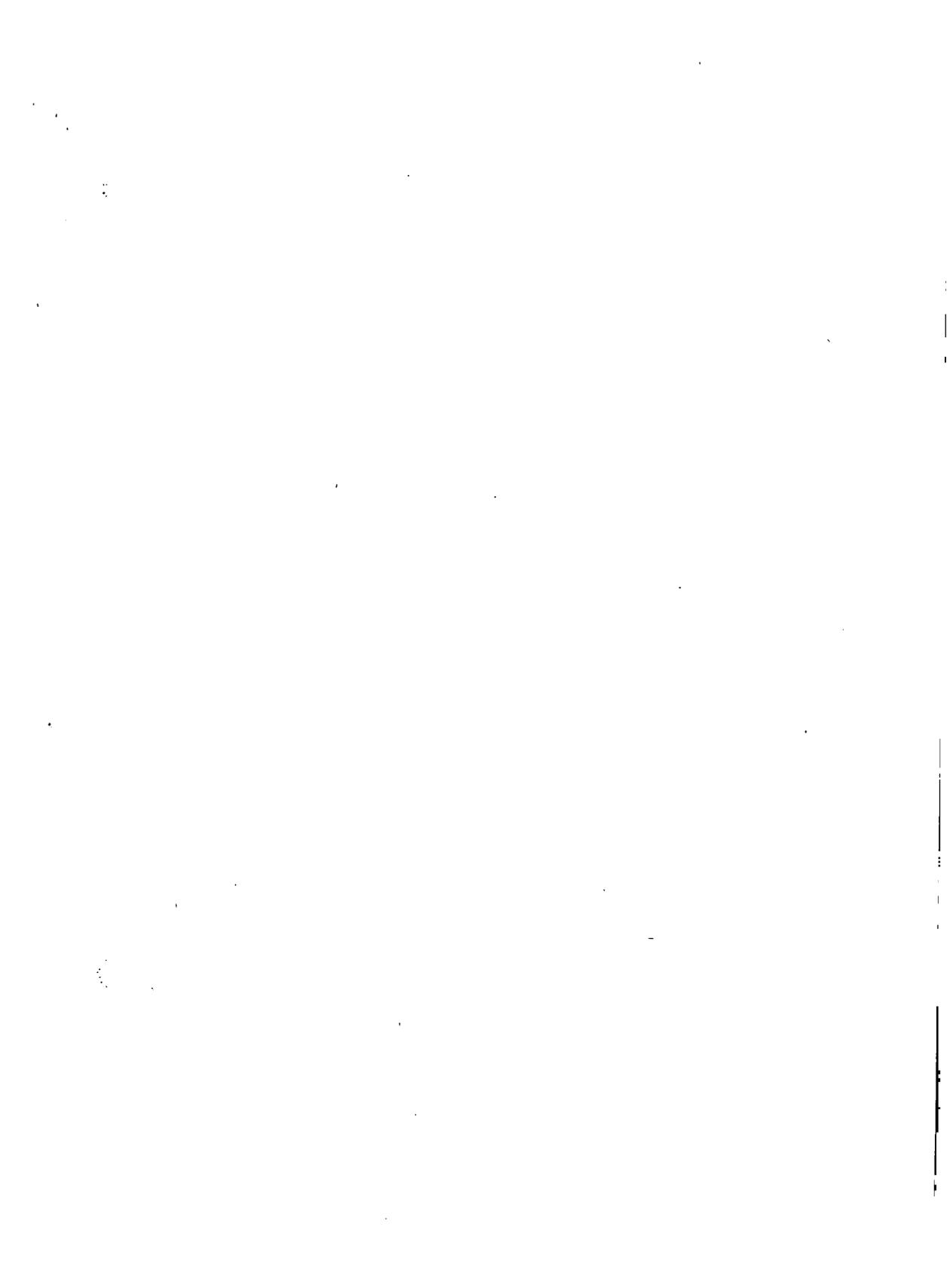
该不该强制就医

缺乏病识感并不是自我防卫心理机制，而是因为疾病导致的
脑部机能缺失。

迈克·福斯特医师

《精神疾病诊断与统计手册》第四版编辑





第十章

何时该强制就医

没有任何标准的检查表可以告诉你何时应当求救，但如果某人显然会伤害自己或他人，当下可能发生伤害的危险性即是需要寻求外界帮助的信号。

菲尔在女儿艾美高中三年级时，首次被迫将她送进医院，全家人当时正经历一段艰难的时期，包括必须照顾艾美患了老年痴呆症的祖母。艾美很活跃，除了练习四种运动项目外，还为学校的文艺期刊写作。因为祖母生病的压力，也因为艾美表面上看起来还好，菲尔和太太并未发现女儿有何异状。

接着，在某天晚上，艾美用刮胡刀片试图割腕自杀，菲尔赶紧将她送进急诊室。记忆中，那个夜晚是“第一次让大家真正注意到有不对劲的危险信号”。

那晚之前，菲尔并未见过任何迹象显示有事情即将发生，他说：“我记得那天进行诊断的精神科医师告诉我，女儿是伪装的专家，将自己的情绪隐藏得很好，他（精神科医师）花了好一阵子才明白她心里的这些情绪风暴。她可以笑着以愉快的声调跟你说话，但是所说的事却和心里的感受完全不符。”

在首次住院之后，菲尔学会更仔细地观察艾美的病征，开始辨认何时她的病情已恶化到会危及自身安全。接下来的10年中，菲尔



他不知道他病了

还被迫将女儿送进医院3次。

我先前描述过马特的妈妈在和马特争执时报警的情形。马特变得具有威胁性，她从过去的经验得知他的行为正处于逐渐失控中，体验过许多次马特的发病，她明白求救的时候到了。马特的妈妈所察觉的病征和菲尔学会留心的并不相同，而你需要学习观察的病征也可能是独一无二的。

没有任何标准的检查表可以告诉你何时应当求救，但某些特定的情形是一定要送医的根据。如果某人显然会伤害自己或他人，当下可能发生伤害的危险性即是需要寻求外界帮助的信号。事实上，这是违背个人意愿送他进医院最普遍的法定标准。

当你开始这项程序时，记住，你并非第一个必须强制将患者送医的人，有许多资源可以帮助你把事情变得容易一些。如果你是家属，在觉得事情失控时，首先该联络的人是与患者合作的治疗师或医生。

如果你是个医生或治疗师，通知家属，跟他们分担你的观察和担忧一向是很好的策略。希望此时你们正密切合作着，假如不是，现在开始并不迟。对很多治疗师来说，这个建议违反他们的训练与职业道德。除了少数例外，治疗当中的对话不应传到病房外。严重精神障碍的恶化（例如短暂性精神崩溃，psychotic decompensation）是你打破机密的好理由——虽然绝大多数的治疗师所受的训练并非如此，但是这让你能够和其他关心患者的人沟通。假如你开始时就能向病人及家属澄清你保密的限度（“如果你发病，而且判断力受到影响，我就必须通知你的家人”），这时并不会产生道德上的两难。

1. 一起前往急诊室。
2. 通知所在地的危机处理小组。
3. 通知当地警方。

一般来说有三个方式可以送你所爱的人去就医，先前提过的方式有通知警方及送往急诊室，除此之外，许多警局与精神科急诊室都进行合作，避免轻微触犯法律（妨碍安宁）的精神障碍者入狱。这种合作关系一般会形成“机动危机处理小组”（mobile crisis team，也就是 crisis team, mobile acute crisis team, psychiatric crisis unit 等）。机动危机处理小组一般皆以精神健康机构或医院为本，你可以打电话给任何精神科急诊室或当地警局，询问社区里是否有这样的单位。这类的单位还有另一项作用，精神健康工作人员会前来就地评估你所爱的人。如果他们判断你所爱的人必须住院，会试着说服他们与他们一起前往医院，假使他拒绝，他们便会立即着手进行强制就医的程序。因为他们受过辨识精神障碍的训练，不太可能将患者的行为误判为病征以外的情形（例如犯罪行为或因为不良的人格特性等）。跟一般未受过特殊训练的警务人员相比，他们或许可以比较有效率地和你所爱的人沟通。如果没有危机处理小组，或者你无法及时联络上他们，那么通知当地警方，说明你所爱的人有精神障碍，当下有伤害自己或别人的危险（假如情形是这样的话）。

除了上述的三种途径之外，还有两种非即刻性的方式：法定强制就医听证会（civil commitment hearing）与法院命令门诊治疗（court ordered outpatient treatment）。强制就医听证会的程序与标准各州不同，目前全美大约有 41 个州拥有强制门诊治疗的法规，在这样的法规之下，医生可以向法院提出申请，要求确保严重精神障碍者在没有住院的情形下维持治疗。找出你的所在地适用的法规，以认定此种强制就医的标准及一般程序。

在本章中，我将重点放在何时该强制就医（选择住院或门诊则绝大部分取决于你拥有何种法律资源可以帮助你所爱的人接受治疗）。如果你想帮助所爱的人，就必须相信强制就医并不会永久危害对方的自主权，事实上，在绝大多数的例子中，这项行动让你得以



帮助所爱的人重获掌控生命的能力及自我决定权。

每当你试图强制送所爱的人就医时，都会觉得自己仿佛在控制他们的生命一般，假使你已经为了彼此脆弱、紧张的关系而挣扎不已，想避免此种举动所造成的冲突是再自然不过的。这样的规避和不想造成伤害的渴望，经常导致延误或想法的改变，这虽是人之情，但是由于我在第三章中所提到的种种理由，这当中其实是潜藏着危险的。因此，消除你的矛盾和罪恶感，通常是所有强制就医程序的第一步。

消除你的矛盾和罪恶感

不管你认为自己的决定有多正确，有时很难不觉得有罪恶感，因而在解决过程中踌躇不前。“强制就医”一词让人联想到肢体冲突与束缚用的紧身衣（straightjacket），当我们想到精神疗养院，跃入脑海中的画面通常不是一个有助于疗养、安定的环境，而大多是电影《飞越疯人院》（*One Flew Over the Cuckoo's Nest*）的场景。

如同绝大多数的人，菲尔起初对疗养机构保持着非常负面的态度。然而当艾美入院时，他才明白实际情况跟他想像的并不同，他和太太可以跟艾美在舒适的会客室中坐着谈话，而不是他预期中灯光刺目、充满消毒水味而了无生气的隔离病房（这种对疗养院的描绘来自他看过的电影）；他们可以每天探望艾美，而且几乎任何时候都能打电话给她。当初菲尔送艾美入院时，很怕自己正把女儿推入一个吓人的、监狱似的地方。这个恐惧很快就因为疗养院的真实环境而消失了。事实是，绝大多数的机构都设计得舒适而让人心安。

为了有效地帮助你所爱的人，你必须彻底或至少暂时将自己对强制就医的恐惧和怀疑搁置一旁。最重要的是，你要试着将误解与

现实客观地区隔开来，弄清楚强制就医的过程以及家附近的疗养机构是什么样子。

这个建议对一些精神健康专业人员来说也适用，我们之中主要在门诊环境下工作的人，常因为对自己不熟悉的住院机构心怀恐惧，因此犹豫不决，不敢送患者入院。原则上，不寻求住院治疗会造成更大的危险。当艾美出走时，菲尔即丧失送她入院的能力。流落街头的精神障碍者人数已经可悲地指出，我们过于不情愿送我们所爱的人就医，或总是为时已晚。

严重精神障碍就像其他任何疾病一样。如果你所爱的人患了糖尿病，你会尽力学习疾病的相关知识，以及控制病情的方法。你会把紧急医疗救助的号码放在电话旁，并且找出最近的急诊资源，以备不时之需。如果糖尿病恶化，你所爱的人变得精神恍惚或神志不清，不管对方愿不愿意，你都会毫不犹豫地送他去就医。我相当确定你不会觉得有罪恶感或矛盾。

辨识危险信号

假使你先前已经与所爱的人经历过几次入院的情况，可能很清楚早期的危险信号为何。在他们行为出轨、病情加剧的时候，不管对方有意识与否，你大概都知道其中显示着需要住院的预兆。花点时间停下来，写出三个过去最让你觉得应该送对方住院的事项，他在想法、感受或行为上最让人担忧的改变。将列出的事记在心底，并且把它们当作参考。如果你能留心早期的预兆，就不容易在病情恶化时无所警觉。

以下是一些他人认为严重到需要考虑住院的征兆：

- 拒绝服药，而家人或治疗师从过去的经验中，知道他的病情恶化及伤害在所难免。
- 用言语或肢体伤害别人。
- 有自杀的想法（例如：“我希望自己死掉。”“我应该一了百了。”）。
- 伤害自己（例如割伤身体、砰砰地敲头、喝肥皂水、吃脏东西等）。
- 毁坏（自己或他人的）物品。
- 骚扰别人（例如不管别人的抱怨，持续打电话，重复不受欢迎的造访等）。
- 到处流浪，并因此而伤害到自己（例如暴露在极端的气候之下而没有适当的衣物、营养不良、忽视基本的健康照护等）。
- 拒绝或无法跟任何人说话。
- 产生夸大的妄想（例如拥有超人的能力、有名望、认识名人等）。
- 过度地自言自语。
- 言词令人难以理解。
- 有被迫害的妄想（例如被政府官员监视、被恶魔附身、害怕所爱的人意图伤害他等）。
- 有命令式的幻听（例如听到声音说：“你必须杀了自己。”）。
- 自我照顾和卫生情况明显恶化。
- 因混乱无组织的行为而造成危险（例如丢弃点燃的香烟，无

意间引起火灾等)。

- 不当照顾受抚养者（例如疏忽、将孩子或长者与其他家人隔离开来等）。
- 判断力不佳（例如性行为不寻常的兴奋或杂乱、停止支付账单、狂欢作乐、送出全部所有物、因为行为“古怪”而丢掉工作、无法履行约定、无法遵从获得利益所必经的程序等）。
- 损害健康（例如挨饿、拒绝为其他重病求诊、混合服用医师处方及违禁药品等）。

这些例子可能和你的处境相关，也可能无关。我因为两个理由而列出它们：让你明白别人发现的重要征兆为何，以及提醒你，你并不是唯一一个必须下此决定的人。

当你强迫将某人送医时，可能觉得它在你们彼此的信任感上造成了无法弥补的裂痕，但如果它是在爱与支持下完成的，一定会被当成一项礼物。我从自己跟哥哥的经验中得知，虽然花了大约4次入院的时间，但是他终究明白我介入他的生活（通知警察和他的精神科医生）是我爱他的表现。即使他不同意自己需要帮助，还是能理解我，认定我是在帮他。这对我们两人来说都是很大的慰藉，因为之后他又花了好几年才认清自己病了，需要接受治疗（亦即两人意见一致）。

菲尔和女儿的经历跟我和哥哥一样。艾美如今已长大成人，往日非自愿住院的时光已随风而逝，她的父亲现在对自己曾做过的事觉得心安多了，特别是经过他们最近的一段对话后，菲尔说：“她告诉我，她最痛恨的事是自己的决断力和自由意志被干预，别人控制了她的生活。但是她也说，她相信若当初没有住院，她现在不会还活着，她感谢我做的事。我没有意识到自己仍怀着罪恶感，但实际上我是，因为当她跟我道谢时，我几乎哭了出来，如释重负的感觉



他不知道他病了

是那么的强烈。你知道吗，我想，她说假如没有被迫接受治疗她不会还活着，大概是对的，我知道她是对的。”

【摘要】

在这一章中所提出的问题为该不该及何时送患者就医。假如你选择读这一章，答案很可能是你现在就该送你所爱的人就医。假使运用了书中的技巧后，你所爱的人仍旧拒绝接受治疗，你也许必须认真考虑强制就医这个选择。如果你所爱的人病得很重，却未接受治疗，他们就需要得到立即的协助。如果对方面临的是糖尿病恶化或一场意外，你会毫不迟疑，不顾他的抗议将他赶到车子里，带他到医院。他们迟早会明白你这么做是出于爱而心存感激。当你所爱的人因为拒绝治疗所以病情加剧，你应慎重考虑这个唯一能使他们好起来的步骤——强制就医。个人及专业上的经验都告诉我，其效益远大于风险。

第十一章

如何进行

即使你抗拒所有关于送医治疗的念头，它至少帮助你得到平静。你可以放轻松一点，因为你知道家人正待在一个安全的地方。

菲尔在女儿第一次住院几个月后，注意到她在学校和家里都变得比较颓废，虽然无法确定，但是他怀疑她已经停止吃药。问她时，她表现出防卫心，变得充满敌意。过了几个星期，艾美跟他之间似乎再度渐行渐远。

菲尔认为艾美需要回医院，但她坚持抗拒。他对再次强制就医的想法很犹豫，害怕艾美的反应，也怕它对她的生命造成的影响。除了这些考量，事实是两人的关系尚未能从艾美上次入院中恢复。

更让菲尔无法下定决心的是，艾美并未试图伤害自己，她的症状并未明显地危害生命安危，因此菲尔觉得再度强迫她似乎不通情理。他决定再等一段时间，静观事情的发展。

菲尔和太太越来越担心，因此和艾美的治疗师安排了一次家庭会谈。“我们进行了家庭会谈，但是讨论让人很不愉快，也不具有建设性。每个人都觉得非常、非常不自在。”事情演变至此，菲尔对再次送医治疗更加望而却步。

他静观其变，而艾美居然离家出走。几个星期后，菲尔在夜半



他不知道他病了

时分接到她害怕却充满渴望的电话。艾美被警方带走了，她歇斯底里地哭泣，要求父亲救她。

因为菲尔并未依照直觉当机立断，疾病因此有机可乘，从他和女儿手中夺走决定权。他抵达警局时，艾美已经冷静下来，并在警方的协助下通知了她的治疗师。治疗师联系了多个精神障碍养护机构，为她寻找床位。菲尔开车带女儿前往有空床的医院，经过诊断，艾美终于住院 30 天，治疗她的精神障碍与药物使用问题，当时她也有物质滥用（substance abuse disorder）的问题。酒精和药物成瘾常伴随严重精神障碍而来，对很多人来说，转而使用这些物质是某种形式的自我医疗，是一个让自己觉得好过一些的方法，但到头来，他们往往只让自己的病情加重。

菲尔形容，艾美待在医院的那段时间对太太和他来说是一次非常正面的经验。“即使你抗拒所有关于送医治疗的念头，它至少帮助你找到平静。你可以放轻松一点，因为你知道家人正待在一个安全的地方。”艾美住院时，菲尔和太太每天去看她，并且在那里和另一位他们觉得比较有效的治疗师进行了更多次的家庭会谈。

虽然菲尔是出于善意，但是他因为犯了许多错误而懊悔不已。我的目的是想鼓励人们而非将焦点放在过失上，因此犹豫着是否要讨论他犯的错误。菲尔做了许多正面的事，例如联络艾美的治疗师，进行家庭会谈。只是不论我喜欢与否，错误往往具有教育意义。

菲尔应该怎么做

菲尔犯的第一个错误，是没有试着为女儿找另外一个治疗师。虽然艾美和双亲在许多事情上意见不统一，但是他们都同意那位治疗师无法帮助他们。你可以把治疗师想像成一部电影。如果你看到

一部自己不喜欢的电影，不会就此不再看电影，也不会重复看你不喜欢的那部，而会另外找一部来看。菲尔其实可以联络艾美前次住院期间跟她一起合作的医师或社工，她似乎很喜欢他们两人，菲尔和太太无疑也觉得他们很适合女儿。

家属可以做的事中，最重要的包括保持积极主动地和护理人员保持联系。即便他们所爱的人不再去看某位医生，也并不代表就与此位医生形同陌路。艾美住院时照顾她的医生与社工甚至会很乐意₁为菲尔提供建议，当他开始担心艾美时，他们应将他置于需要优先通知的人之列。

虽然菲尔与艾美的治疗师安排过一次家庭会谈，但只在她出院后的第一个星期和门诊的精神科医师说过一次话。在那次会面中，他应该要求和她的医生保持联络，跟医生分享他所观察到的事，并征求医生的意见。即使艾美已经成年，他仍然应该要求这样的机会。

不管你是家属或医护人员，都可以分享你观察到的事，这并不会危及医病关系。如我早先提过的，要为此种合作关系铺路，治疗师可以在治疗之初声明保密义务₂的限度（“我希望有时可以听听你家人的意见，对他们认为你在家₃里状况如何有点概念。另外，万一你病情恶化，我也会想跟他们谈一谈，请他们协助。”）。基本上，如果患者知道医生和家属之间有某种形式的沟通，就不会危及保密的义务。因为严重精神障碍者的判断力和自我意识可能大为受损，在₄面对他们时，规则须稍做改变，这是为何我们需要彼此沟通、团结合作的原因。

当家属积极地和治疗团队合作时，可以提升医疗品质。这不是一件我们感到骄傲的事，但当家人积极参与时，绝大多数的医生和治疗师会觉得比较有责任感。更有利的是，我们会比单打独斗时更能观察到任何疾病恶化的迹象。

最后一个菲尔犯的错误很值得我们注意。他没有当地医院危机



他不知道他病了

处理小组的电话，甚至不知道他们的存在。当艾美拒绝到医院接受诊治时，他其实可以打一个电话，或许可以让她在家中接受评估。

找出并利用机动危机处理小组

和医生保持联络与合作是可行途径中最好的，但要知道，这并不一定总是可行。如果你所爱的人是个成年人，从未被迫就医过，并且拒绝看医生，你可能发现自己没有可以咨询的对象。如果情形是这样，并不代表你是孤立无援的，或只能利用警力。绝大多数有精神科的医院都有机动危机处理小组，小组成员通常包括硕士级的心理师、社工或护士，可以到府访视。他们跟救护人员一样，原则上跟精神科急诊室值班的医师保持着密切的联系。机动危机处理小组受训进行评估、门诊治疗的转介以及必要的话送患者入院。你应该联络所在地医院里的精神科急诊室，找出社区里是否有机动危机处理小组，通常精神科护士或医师会回复你的电话。

当你打电话时，可以解释你因为担心你所爱的人，因此想询问社区里可利用的资源，护士或医生将会告诉你机动小组的信息，及如何联络他们。把这个号码加到你列出的医生和紧急联络电话里，有时只是知道有这个信息就能让人安心不少。

你也可以询问社区里有没有其他门诊服务，即使你和所爱的人并未达到危急的时刻，你也能放心地打电话到急诊室或其他当地的精神健康机构。不必担心你会干扰正在处理紧急事件的人，如果你真的干扰到他们，他们会告诉你，要你稍后再打。我记得自己受训期间在精神科急诊室值班时，回答这种电话所花的时间和评估急诊室患者的时间一样多。

评 估

带患者到医院或通知机动小组之后，你应该立即要求和主持或监督评估的医生谈话。尽早与负责的医生谈话很重要，原因如下。

第一个理由很明显，如之前讨论的一样，你应该和医生形成合作小组，确保你所爱的人得到所需的照顾。目前严重精神障碍者并没有一劳永逸的治疗之道，因此与熟悉你们的人建立合作网是一个很好的主意。

第二个要你务必和负责医师谈话的理由听起来有些愤世嫉俗，其实不然，它很实际。有时在医院里工作的医师没有时间或资源提供每个人所需的注意力，如果你是精神健康专业人员，通常比较容易获得医生的注意力；如果是家属，则可能被要求次日再去电。不论是哪一种情形，不要因此却步，采取行动时要有如你面对的是车祸或是其他疾病，像心脏病的恶化一样。换做是那些情形，你大概会比较自在地询问医生所有诊断、预后及治疗的相关细节。发掘事情的进展以及计划，即使问不出个所以然，你至少也已经让医生知道他的患者是你所爱的人，你靠他负责让你所爱的人得到照护。

如果你的家人所需的住院时间较长，诊断及安排他住院的医师将是你最大的同盟。紧急的强制住院一般只有 72 小时，在美国许多州里，若未诉诸法院的听证会，只能留置病人这段为期 3 天的时间。办理住院的医师对当地强制就医的程序很有经验；申请的住院时间依照医生的建议长短不同，绝大部分取决于照顾患者的医生。



通知警方

你必须为了你所爱的人而通知警方请求协助，这个想法听来似乎很戏剧化，而且不怎么对劲，因为我们通常只在发生犯罪的情形下才会跟警方打交道。然而，当你所爱的人失控时，你可能必须通知警方，因为他们能训练有素地处理某人失控的行为。并非所有的警察部门都提供处理精神障碍者的训练，但是有些单位确实有，如果你所在地的警局并未提供这样的训练，请联络田纳西州孟菲斯警局（Memphis Tennessee police department），了解他们的危机处理训练计划。这个计划于1999年在白宫会议中被指名为“防止精神障碍者犯罪”的模范系统。你可以索取相关资料并交给当地警方。我很幸运，当我在20世纪80年代为了哥哥而报警时，亚利桑那州土桑市（Tucson, Arizona）的警方曾受过这种专门训练。只不过，每当我请求警方协助我送哥哥到医院时，妈妈总会生我的气，她想保护哥哥，警方的介入好像宣判他有罪一样。

我给她以及之后许多家属及精神健康专业人员的解释如下：如果你有一个5岁大的孩子，当他跑到马路上时，你会拉住他并且约束他；如果他发脾气威胁要伤害你，你很可能会把他赶进房间里。当对方是个完全的成年人时，这些事对你来说没有一件实际可行，但警方却做得到。在我的经验里，警务人员通常都尊重而庄严地约束并护送精神障碍者。如果你觉得当地警方并未接受适当的训练，就要想办法提升他们对患者的认识和了解。跟局长、警长或警务专员联络，建议他们学习孟菲斯警局使用的方式。你如果能跟孟菲斯警方索取训练资料，连同你写的信一起寄给当地警方更好。

菲尔在处理艾美的疾病时，发现警方是无价的资源。他说：“当

她成年之后，男朋友会因为她失去控制而打电话给我们，有时我真的会赶过去，并且以肢体介入，但是效果不佳，还使两人关系因此恶化。当她病得更重时，我明白到自己和她的男朋友都再也无法处理了，因此只会告诉他：‘打电话给警察，告诉他们她患有严重的精神障碍，有自杀倾向，让他们来处理。’他们每一次都来处理，并且找到方法让她接受一些治疗。”

对菲尔来说，运用警力帮助艾美形成了一道防护网，他知道每当她失去控制时，他都可以打电话给警察，他们会带艾美去医院。只不过他必须接受，当他这么做时势必会发生吵闹的局面。“每次我报警处理时都会感到心碎，她总是让警察为难，我见过她嘴巴不饶人的时候，我是说我会因为从她嘴里说出的一些话而觉得难为情。”以艾美为例，她在警方抵达时往往处于很激动的状态，毫无疑问需要协助。但场景并不总是如此，有时警方前来却帮不上忙，因为每件事看起来似乎都很正常、平静。

过去在危机小组工作时，我们称这种忽然的平静为“救护车治疗法”，这个名词来自一位我们评估患有精神分裂症的男士。他在一家24小时便利商店里用尽肺活量叫喊威胁着，指控店员暗中监视他，并要求他们停止，当我们抵达时，还告诉我们他听到的声音。用无线电和医院里的精神科医师商讨后，我们认定他应该进医院接受72小时的观察。当救护车抵达要送他进医院时，看得出来他平静多了，而到了医院接受急诊室精神科医师诊断时，他更完全否认先前发生的事。他知道如果说出听到的声音或是偏执的恐惧，医生会要他住院。既然他不觉得自己生病，也不想留下来，便回避任何会导致自己住院的话题。幸好与我们合作的精神科医师相信我们的判断，并未草率决定。在急诊室待了3个小时之后，他再度变得暴躁起来，开始对他听到的声音喃喃自语，还说那些店员在诊间装了窃听器。



他不知道他病了

假如警方抵达时一切已经回归平静，务必巨细靡遗地告诉他们之前发生的事。如果有威胁的情况发生，不要不好意思谈论它们；如果有翻覆的家具与破碎的碗盘，不要在他们赶到之前将东西恢复原状。一定要告诉他们你所爱的人有严重精神障碍的病史，而你很担心他的安危。如果他们并未提出要带你所爱的人到医院去，请他们这么做；如果被拒绝，要求跟他们的指导人员谈一谈。

当你跟警方联络时，下列的做法可以提供一些帮助：

- 记住警方曾受过处理精神障碍者的训练。
- 打电话给警方时，一定要特别告诉调派人员需要处理的情形包括一位精神障碍者，如此他们才知道自己即将面对的状况。
- 如果可能的话，在门口迎接警方，向他们描述你所爱的人身在何处，你担心的原因，甚至他们进门后会面临什么样的行为。
- 务必告诉他们你所爱的人有没有途径取得任何一种武器，这么一来，警员会比较放松，而能够将焦点先集中在你所爱的人的安危上。如果有武器，必须让他们知道。
- 如果你所爱的人扔或摔破任何东西，不要在警方到达前清理它们，他造成的破坏有可能是警方唯一清楚可见的病征。

最后，如果你需要通知警方协助你帮助你所爱的人，不要责怪自己做了糟糕或不恰当的事，警方处理严重精神障碍者的情形是司空见惯的。此外，记住你并不孤单，很多网络信息都提供家属面对患者时可以利用的资源以及私人的见解，讨论个人处理相同或类似情形的经验。

第十二章

处理背叛的感受

我知道你很生气，觉得被背叛了，但是如果我没有把你送进医院，会觉得有罪恶感，对不起你。

即使你相信送医治疗对你所爱的人来说是最好的，也并不代表你不会在情绪上遭受一些“余波荡漾”。你知道你所爱的人病了，也知道强迫他吃药是让他好起来唯一的机会，接下来要试着跟他重新建立起盟友的关系以及治疗协议。但是他很可能因为你做的事而觉得被背叛，不再敞开心胸告诉你任何事，更糟的是，你可能觉得他是错的。只要你们其中一个人认定背叛你所爱的人的信任是事实，伙伴关系和治疗协议就不可能存在，这是为什么及早处理背叛的感受是如此重要的原因。

你所爱的人在刚进医院的前几天生你的气是很自然的，因为这时他可能正病得比平常严重，你们大概无法进行有意义的对话。但这并不代表你应该避免去医院探视他。有时好心的医护人员因为怕你眼看所爱的人病得如此严重，心里不好受，会鼓励你晚一点再去看他，有时则可能是你所爱的人拒绝接受你的探视。但无论如何，在不负担过重的情形下，尽可能地到医院看他是很重要的。因为很多被迫住院的人都觉得自己是家人的累赘，家人想要摆脱他们，所以如果你试着每天到医院，即使只花5分钟说“嗨，我爱你”都可



他不知道他病了

以避免让他们认定事实是如此。

同时，记住在这段期间你要照顾好自己。如果到医院的路程太耗时耗力，让你不堪负荷，那么在医院里只要待几分钟，让你所爱的人看到你，知道你没有抛弃他就好。然后回家，试着放轻松，看电影，跟亲近的朋友外出吃顿晚餐，好好照顾自己。让自己的思绪无止境地绕着医院里发生的事打转，帮不了任何人，还可能对你们两人的关系有害。如果你还没有自己的治疗师，这是你找个人谈谈自己处境的好机会，在这方面，家庭机构特别有帮助。

在住院期间或之后，你要开始找机会跟他一起坐下来谈一谈为什么你觉得有强迫他就医的必要。除了确定你说的话发自真心之外，没有完美的讲稿能告诉你该说些什么。可能是简单地说：“我必须叫警察，不然会觉得对不起我自己。”或“我知道你很生气，觉得被背叛了，但是如果我没有把你送进医院，会觉得有罪恶感，对不起你。”

化背叛为忠诚

旨在处理背叛感受的对话永远应该以道歉，或表示你能体会对方的感受开始：“我知道你不认为自己需要就医，也知道你很生我的气，很抱歉我做的事让你大为受伤，但是我想告诉你我为什么觉得非得这么做不可。”这段对话大体上来说道歉的成分多于辩解。你必须小心，无论如何都不要有指控或是自我防卫的意味，一方面道出自己的感受，一方面指出自己只是忠于良知。

你或许会对道歉的想法却步，自己脑子里想的都是怎么做对所爱的人最好，没什么好抱歉的。我同意，我并不是建议你为所做的事道歉，而是为了你所爱的人的感受而道歉。以下是一些帮助你在

和对方谈话时，修补两人间关系的原则：

该做的事

1. 表示你明白被背叛的感受。
2. 请求原谅。
3. 解释自己必须那么做的理由。
4. 坦承你会再次这么做。

不该做的事

1. 否认背叛的感受。
2. 期望马上被原谅。
3. 因为必须这么做所带给你的感受而责怪对方。
4. 在你未来可能的做法上误导对方。

你应该试着跟你所爱的人表明四件事：你的遗憾，害怕他会生你的气或不明白你的观点，你为什么觉得自己必须采取这样的行动，以及恳求他的原谅。

1. 遗憾

遗憾自己必须把所爱的人“关起来”是很自然的，和我们必须管束孩子时（例如当你告诉孩子“回你房间去”时）的心情没什么两样。即使行动是出于最真挚的善意，也不表示做起来会很容易，



他不知道他病了

或你不会为了自己必须那么做而觉得抱歉。

当你和所爱的人谈话时，让他们知道你很遗憾必须强制送他们进医院，其实你并不希望自己觉得有那么做的必要。不要责怪对方害你必须做一件你宁可避免的事，那只会导致隔阂，而非合作。相反，简单地陈述你的感受：你很抱歉良知引导你做出一件你知道对方会觉得受伤的事。在以下的空白处，写下你对强制其就医觉得遗憾之处，并学会如何向你所爱的人表达这一点。

你写下的事可以让你在告诉对方时，帮助他明白你当时的两难处境吗？换位思考，读读自己写的话，你会觉得舒服吗？还是觉得被指责？或者，你觉得自己可以明白强迫你进医院的人有何感受吗？不要把话陈述成没有回转余地的事实，如：“我必须这么做，别无选择。”而应该说：“我觉得自己必须这么做，感觉上我没有选择的余地。”强调是你的价值判断和爱意指引你这么做，而非你做的事是“对”的。

2. 害怕

解释你害怕自己如果不送他进医院，不知道会发生什么事。说出你的害怕之前，先表示你知道你所爱的人害怕的事也许跟你不一样。当你解释自己的害怕时，重要的是不要变成指控他可能会做的事。你也应该解释你的害怕来自你对他深切的爱，而非你预期他会

做出糟糕的事。记住上面说的事，写下一些你认为与你所爱的人分享之后可以弥补两人的关系，并且帮助对方明白你的动机的害怕感受。

看一看你写下的话，再参考前面给的原则。你遵循了我给的建议吗？

3. 行动

解释你那么做的原因，提醒你所爱的人是什么事让你立即打电话给警察或送他们进医院。当你写下行动的理由时，记住，听起来不该像在控诉或生气。这段对话的目的是让你陈述强迫他就医的道理，不必要求他们赞同，只要他们了解并原谅你只是追随自己的良知即可。在空白处写下你强迫他就医的理由。



他不知道他病了

4. 恳求原谅与了解

你要求所爱的人做的，是请他试着理解你为什么必须那么做、你有多爱他，以及他的原谅对你来说意义有多重大。不要担心让他们占上风。换言之，坚定地认错，不要为自己或所作的决定辩驳，你只想寻求他的原谅，仅此而已。仔细倾听他想说的话，让对话自由发展。

不要期望一次对话就能成功，在对方更改对你的感受和对你的误解之前，得有好几次的讨论。如果他拒绝跟你谈论强制就医的事，就把它写成一封信。事实上，即使讨论进行得很成功，写一封包括上述这四件事的信还是会很有用的。严重精神障碍有时会让人很难记住事情，把你的解释和恳求写在信里，可以帮助对方记住你说过的话。

我希望自己可以在这章末了时告诉你，如果你遵循上述的步骤，便可以把对方被背叛的感受转变为对你的困境的了解与体谅，只是那并不切实际。你所爱的人是否能够原谅你、抛开背叛的感受、明白你的观点，绝大部分有赖他与生俱来处理这些事情的能力。但无论如何，我可以保证，遵循这些建议可以让你对自己所做的事觉得好过一些，减轻你们两人关系中的冲突。

【第四部分】

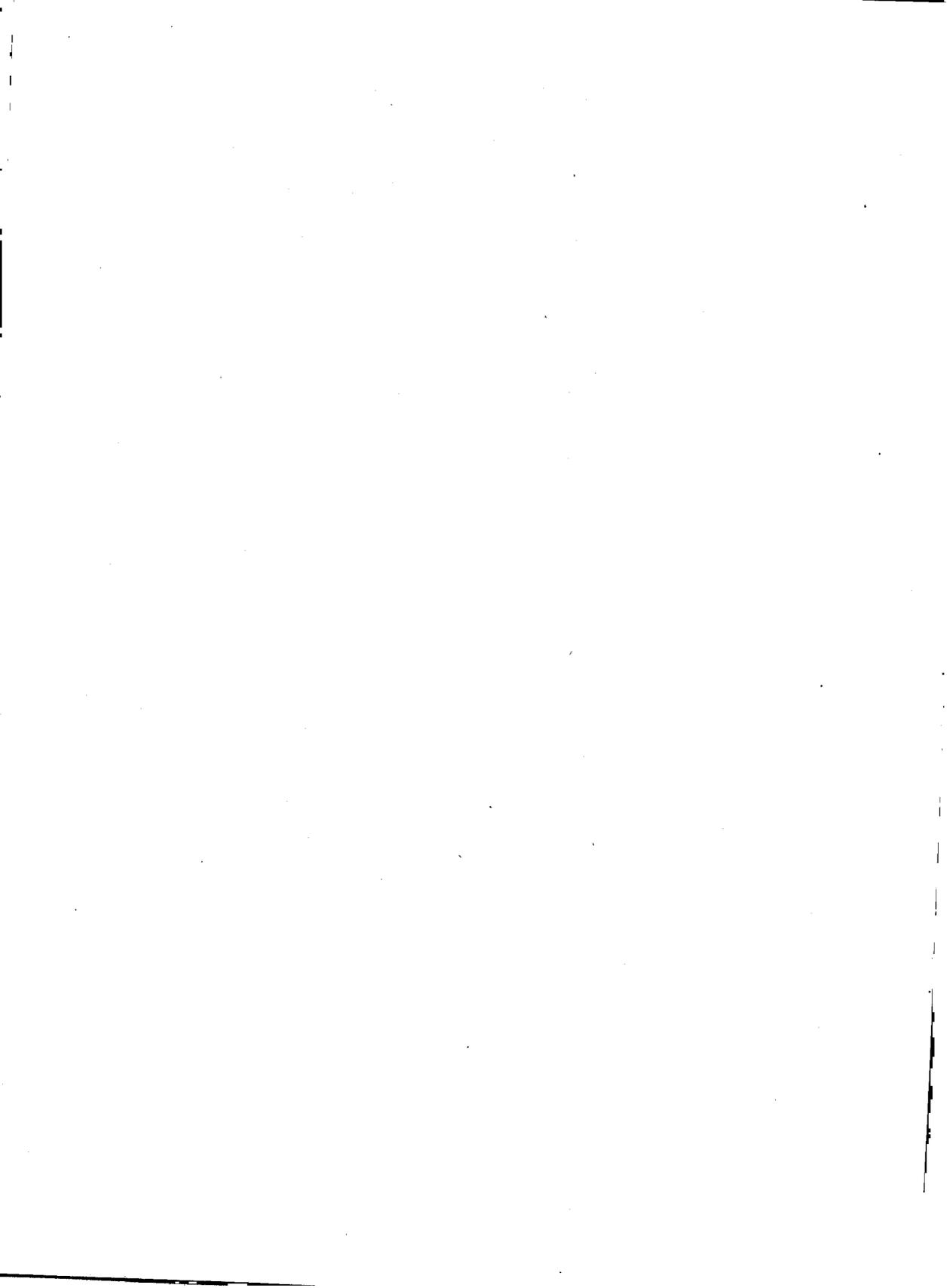
暴风雨过后

患了精神病的人可能不知道自己的行为 and 日常生活机能有何错乱之处，更别提需要治疗。难道只因为疾病是脑部的缺失而非胃痛，就可以被区分成不正常和正常吗？！

朵洛瑞丝·麦拉丝比那医师

哥伦比亚大学内外科学院精神科教授





第十三章

让他们在治疗中永远跟你站在同一边

当有严重精神障碍的人觉得你看到的是他这个人，而不只是他被诊断出来的病症时，将会愿意敞开心胸聆听你的话。

不论你是刚成功地达成一项治疗协议，还是顺利地办了住院手续，最后一步是不要失去任何的基础，并且在你成就的事情上，继续向上努力。如果你达成了一项治疗协议，那么目标是和你所爱的人站在同一阵营。不要回头又使用“医生永远是对的”，甚至“父亲永远是对的”这种过时的策略。即使你想，这么做也无法造成一丁点的改变；你的中心目标应该是维持已经建立的合作式互动。

你的任务是在完成住院手续，大势已定之后，不要失去已经挣得的疆域，以及为未来更进一步的合作建立基地。跟患者的主治医师密切合作，告诉医生他过去无法稳定服药的病史，询问加强个案管理和有关使用“长效针剂”（Depo）^①药物的细节。

这两者都被证实可以帮助不认为自己生病的患者改善服药的稳定性。记住，不要期望患者在症状减轻后增加病识感，失认症或缺乏病识感是一种脑部功能的失常，通常并不会因为药物而改善。

^① 一种皮下注射型的长效抗精神药物，患者每个月接受一至两次皮下注射，而不需每天吃药。



他不知道他病了

最后，为你自己寻求协助。身为团队中的一分子，你必须坚强、精力充沛而且积极，如果做了超过自己分内的事，你将丧失动力，有透支（burn out）的危机。心理专业人员用透支一词形容深陷他人的问题过久后，产生精疲力竭的感受。让自己消耗殆尽只会使你变得没效率，觉得对方是一个重担。

如果你身为家人，在帮助你所爱的人学习处理自己的精神障碍时，你便占有独特的一席之地。你知道患者在疾病来袭之前的样子，就可能在病症的侵蚀下把握他的本质。当有严重精神障碍的人觉得你看到的是他这个人。而不只是他被诊断出来的病症时，将会愿意敞开心胸聆听你的话。我想我的哥哥会说我看到的是他这个人；亨利是一个善良、聪明而且有创意的人，教会我投球以及滑雪。在成长的过程中，他告诉我许多的事，为我的生命带来幽默与奇迹（比如我5岁时，他说服我，让我以为我错过了圣诞老人飞过窗口的时间）。我从他身上学会同情、耐心和坚毅，也很高兴知道他从我身上学到了一些事。

附录一

态度及信念检查表

(Attitudes and Beliefs Checklist, ABC)

这个检查表对于完成治疗协议的重要性，完全和学会英文字母对于读写的作用一样。要完成这份表单，你不必真的一一作答，有时单单倾听便能让你得到需要的信息。

药物

- 你对抗精神药物有什么看法？
- 你认为服用精神药物的人很软弱吗？
- 医生开的药有什么让你喜欢的地方吗？
- 它有什么让你不喜欢的地方吗？
- 你对自己需要吃药有什么看法？
- 你认为自己需要吃药吗？
- 你认为自己需要吃多久的药？

精神障碍

- 你对精神障碍者有什么看法？
- 你认为产生精神障碍的原因是什么？



他不知道他病了

- 有某种精神障碍会让你觉得自己是个失败者吗？
- 精神障碍和别的疾病有什么不一样？
- 你认为别人对你有精神障碍会怎么想？
- 你的精神障碍是暂时还是永久的？

挫折感

- 你待在医院有什么感觉？
- 不能工作让你觉得困扰吗？
- 没有男朋友/女朋友让你觉得困扰吗？
- 你对有些人希望你服用抗精神药物有什么感觉？
- 你对达不到自己预设的目标有什么感觉？

自我概念及需要

- 你在生命中最想达成什么愿望？
- 你对下个月（1年、5年等）有什么目标？
- 你认为自己现在能做什么工作？
- 你觉得自己是个成功的人还是失败者？

附录二

病识感相关研究

我将在此提供一些病识感的相关研究并注明参考文献，这些学术研究中，绝大多数都是在过去 5 至 10 年间进行的，在讨论这些研究之前，让我们先看一段发展过程，了解为何这些学术研究会遽增。

发展过程

1990 年，我在哥伦比亚大学和同事开始针对严重精神障碍进行一项病识感的研究计划，但是在真正开始之前，计划几乎因为我们即刻就遭遇到方法上的困难而搁浅。最明显而棘手的困难是，当我们说“病识感”时，如何定义它。我们发现，虽然“病识感”拥有为数不少从心理分析角度出发的文献，但是作者们经常一个说东，一个说西，甚至有人说北。更糟的是，绝大多数的文献都是理论性的，不曾包含任何实证研究。基于这个状况，外加我们没有任何广泛使用的评鉴工具可以衡量一个人对疾病的意识，迫使我们退一步重新估计我们所处的形势。结果，我们在国家心理卫生研究院的期刊《精神分裂症学报》（*Schizophrenia Bulletin*）上发表了一篇文章



他不知道他病了

章，内容的重点是讨论进行病识感研究时，该如何克服方法上及概念上的障碍。

从某些方面来说，概念性的障碍是比较容易克服的。国家心理卫生研究院在20世纪90年代初，称其后的10年为“大脑的10年”，所有形式的精神活动皆有神经认知的基础揭晓后，我们重新燃起了希望。在人类的历史上，我们首度能够取得详细的大脑结构照片，还能实际上对脑部功能的活动进行摄影。诸如患者发生幻听时，大脑的哪一个部分正在活动这样的问题，都获得了解答。新的科技甚至允许我们观察在各种精神活动中，不同的大脑运用的是何种神经传导素（neurotransmitter，脑中负责传递信息的化学物质）的运作。这些事跟病识感及抗拒治疗大有关系。

在20世纪80年代初，关于意识及特定精神活动，例如“自我意识”的研究渐渐再度受重视，直到20世纪90年代初期，心理学家与精神科医师才开始愿意将研究意识纳入他们的学术研究生涯中。因此不难想见，我们想加强对病识感与抗拒治疗的相关研究力度，也受到这波学术风气的帮助，但是想克服数10年来普遍认为缺乏病识感只是顽固或否认的想法，仍是一个问题。

在我们看来，临床治疗人员和家属过去太快便下结论——当严重精神障碍者说出像“我没有生病，我不需要帮助”这样的话时，往往被贴上自我防卫或出于否认这样的标签。但是在我遇见像马特这样，认为自己在精神病房只为身体检查，别无其他理由的人时，这种解释却说不通。我们需要的是一个全新的解释。

我们先建立谈论病识感以及对这个问题进行研究时的原则，我们应该使用概念中立的词汇，如“缺乏疾病意识”，还需要评估各种缺乏意识的方法。我们汇集当时已有的文献，发展出详细的建议，供在这个领域进行有意义的研究时解决问题之用。我们开宗明义地指出，我们的目标是刺激这个领域的研究，而它真的实现了。在这

些原则发表前的 10 年间，出版的学术期刊中只找得到 19 项针对精神障碍者病识感的实证研究，而在那之后最初的五年间，有 70 项以上的研究结果发表了！学者们在过去 10 年间所获甚丰，将这些知识传递给最需要的人们的时机已然到来。

接下来我将提供你新近一些研究的摘要，回顾的文献包括有脑部功能/结构与病识感、服药的稳定性与病识感、非自愿送医治疗与病识感以及其他针对增进病识感的方法（如录像带对质，video confrontation）的相关研究。

缺乏病识感常见于精神分裂症与躁郁症

最近的研究发现，大约有 60% 罹患精神分裂症与躁郁症的病人对自身的疾病缺乏意识，但是早期估计缺乏病识感的精神分裂症患者则高达 81% [世界卫生组织，国际精神分裂症研究（International Schizophrenia Pilot Study）] 及 89%（Wilson 等，1986）。虽然两项研究皆属多国研究，且参与的受试者各逾七百人，但是利用现状检测（present state examination, PSE）中的单一项目评估病识感，评估人员必须将患者分为“有”病识感或“无”病识感两类。在过去 10 年间进行的研究中，绝大多数使用的评鉴工具都是多角度且包含广泛的缺乏意识现象（例如对某单一症状的意识）。有趣的是事实上，有数个研究也发现大约 50% 的精神分裂症患者对自己迟发性不自主运动（tardive dyskinesia，一种因为长期服用抗精神病药物导致的神经性疾患）的症状并没有意识（意即他们对这项运动障碍特有的征兆及症状缺乏病识感）。

- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA,



他不知道他病了

- Clark SC, & Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51: 826—836. 1994.
- Ghaemi NS & Pope HG, Jr. Lack of Insight in Psychotic and Affective Disorders: A Review of Empirical Studies. *Harvard Review of Psychiatry*, May/June: 22—33. 1994.
 - World Health Organization. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Geneva: World Health Organization Press. 1973.
 - Wilson WH, Ban T & Guy W. Flexible System Criteria in Chronic Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 27: 259—265. 1986.
 - Young DA, Zakzanis KK, Baily C, Davila R, Griese J, Sartory G & Thom A. Further Parameters of Insight and Neuropsychological Deficit in Schizophrenia and Other Chronic Mental Disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 44—50. 1998.
 - Kasapis C, Amador XF, Yale SA, Strauss DH, Gorman JM. Poor insight in schizophrenia: Neuropsychological and defensive aspects. *Schizophrenia Research*, 15: 123. 1995.
 - Morgan KD, Vearnals S, Hutchinson G, Orr KGD, Greenwood K, Sharpley R, Mallet R, Morris R, David A, Lef J, Murray RM. Insight, ethnicity, and neuropsychology in first-onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 36 (1—3): 144. 1999.
 - Morgan KD, Orr KGD, Hutchinson G, Vearnals S, Greenwood K, Sharpley M, Mallet R, Morris R, David A, Lefef J, Murray RM. Insight and neuropsychology in first-onset schizophrenia and other psychoses. *Schizophrenia Research*, 36 (1—3): 145. 1999.
 - Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia.

Schizophrenia Research, 10: 117—124. 1993.

- David A. van Os J. Jones P. Harvey I. Foerster A. Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross Sectional and longitudinal associations. *British Journal of Psychiatry*. 167 (5): 621—8. 1995.
- Fennig S. Everett E. Bromet EJ. Jandorf L. Fennig SR. Tanenberg-Karant M. Craig TJ. Insight in first-admission psychotic patients. *Schizophrenia Research*. 22 (3): 257—63. 1996.
- Dickerson FB. Boronow JJ. Ringel N. Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*. 48 (2): 195—9. 1997.

病识感不佳预期会有较严重的病情与对服药的抗拒，是最强力的指针之一

很多研究都发现病识感不佳是预测不良的预后最强力的指针之一，研究中治疗效果一项的变因包括，症状加剧、“复发”、住院期间的长短与次数、社交与职能的功能失调、整体的生活品质和抗拒服药的情形。（文献回顾见 Amador 等，1991，1993）

- Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum M, Endicott J, & Gorman JM. Assessment of Insight in Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150: 873—879. 1993.
- See review in: Amador XF & Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 64: 305—318. 1993.
- Bartko G., Herczog I. & Zador G. Clinical symptomatology and drug compliance in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica*



他不知道他病了

- Scandinavica, 77: 74—76. 1988.
- McEvoy JP, Applebaum PS, Geller JL, Freter S. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Comprehensive Psychiatry*, 30: 13—17. 1989.
 - Bartko G; Herczog I & Zador G. Clinical Symptomatology and Drug Compliance in Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 74—76, 1988.
 - Caracci G; Mukherjee S; Roth S & Decina P. Subjective Awareness of Abnormal Involuntary Movements in Chronic Schizophrenic Patients. *American Journal of Psychiatry*, 147: 295—298. 1990.
 - Cuesta MJ & Peralta V. Lack of Insight in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20: 359—366. 1994.
 - Ghaemi NS & Pope HG, Jr, Lack of Insight in Psychotic and Affective Disorders: A Review of Empirical Studies. *Harvard Review of Psychiatry*, May/June: 22—33. 1994.
 - Greenfield D; Strauss JS; Bowers MB & Mandelkern M. Insight and Interpretation of Illness in Recovery from Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 15: 245—252. 1989.
 - Heinrichs DW; Cohen BP & Carpenter WT, Jr. Early Insight and the Management of Schizophrenic Decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173: 133—138. 1985.
 - Lysaker PH; Bell MD; Milstein R; Bryson G & Beam Goulet J. Insight and Psychological Treatment Compliance in Schizophrenia. *Psychiatry*, Vol. 57. 1994.
 - McEvoy JP; Appelbaum PS; Geller JL & Freter S. Why Must Some Schizophrenic Patients be Involuntarily Committed? The

- Role of Insight. *Comprehensive Psychiatry* 30: 13—17. 1989.
- McGlashan TH; Levy ST & Carpenter WT, Jr. Integration and Sealing Over: Clinically Distinct Recovery Styles from Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32: 1369—1372, 1975.
 - Michalakeas A; Skoutas C; Charalambous A; Peristeris A; Marinos V; Keramari E & Theologou A. Insight in Schizophrenia and Mood Disorders and its Relation to Psychopathology. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 46—49, 1994.
 - Swanson Cl, Jr.; Freudenreich O; McEvoy JP; Nelson L; Kamaraju L & Wilson WH. Insight in Schizophrenia and Mania. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 183: 752—755, 1995.
 - Wciorka J. A Clinical Typology of Schizophrenic Patients Attitudes towards their Illness. *Psychopathology*, 21: 259—266, 1988.
 - McEvoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS, Ortlip P, Brechosky J, Hammill K. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177: 43—47. 1989.
 - Heinrichs DW, Cohen BP, Carpenter WT. Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (3): 133—138. 1985.
 - McGlashan TH & Carpenter WT Jr. Does attitude toward psychosis relate to outcome? *American Journal of Psychiatry*, 138: 797—801. 1981.
 - Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, & Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51: 826—836. 1994.



他不知道他病了

病识感的程度并不总是和其他症状的严重性有关

- Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*. 33 (1-2): 63-7. 1998.
- Amador XF, Flaum M, Andreasen JM. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51: 826-836. 1994.
- See review in: Amador XF & Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 64: 305-318. 1993.
- See review in: Amador XF & Strauss DH; Yale SA & Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17: 113-132. 1991.
- McEvoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 177: 43-47. 1989.

病识感不佳较常和脑部功能异常，而不是自我防卫有关

就在《精神疾病诊断与统计手册》第四版问世之前，精神分裂

症的意识缺失乃源自神经认知缺失而非自我防卫心理这个假设，正渐渐广为接受（Amador 等，1991）。从那时开始，多元的研究运用具有效度及信度的病识感评估工具，相继发表的成果，验证了这个假设；虽然并非全部，但是这些研究绝大多数都发现这项关系在包括智力的变异数中独立存在。有三项研究并未发现病识感的程度和额叶功能（frontal lobe function）有任何关连，然而因为这些研究评估缺乏病识感的角度和以下列出的研究非常不同，而且其中一项研究在统计方法上非常薄弱，所以并不被认为是失败的证明。

也有其他研究发现，脑部结构的异常和低度的病识感有关。虽然并未有负面的研究数据发表，但是缺乏病识感和某种脑部结构异常有关这个发现仍属初步结果，因为它只基于两项研究（Takai 等，1992 及 Flashman，1999）。关于脑部结构的异常和病识感并未有进一步的着墨，但是在此提出这些研究发现是因为它们和“在绝大多数的情形下，无病识感和脑部功能异常而不是自我防卫心理有关”这个论点一致。

和这个论点一致的研究还有：大约二分之一伴有迟发性不自主运动的精神分裂症患者，对迟发性不自主运动特有的征兆及症状缺乏病识感，且一般来说并未意识到自己有运动障碍。这种缺乏意识和低智商程度或意识的清晰程度都无关。

- Mohamed S, Fleming S, Penn DL, Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 187 (9): 525-31, 1999.
- Morgan KD, Vearnals S, Hutchinson G, Orr KGD, Greenwood K, Sharpley R, Mallet R, Morris R, David A, Leff J, Murray RM. Insight, ethnicity, and neuropsychology in first-onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 36 (1-3): 144. 1999.



他不知道他病了

- Young DA, Zakzanis KK, Baily C, Davila R, Griese J, Sartory G & Thom A. Further Parameters of Insight and Neuropsychological Deficit in Schizophrenia and Other Chronic Mental Disease, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 44—50. 1998.
- Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 97 (4): 297—301, 1998.
- Voruganti LN, Heslegrave RJ, Awad AG. Neurocognitive correlates of positive and negative syndromes in schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*. 42 (10): 1066—71, 1997.
- McEvoy JP, Hartman M, Gottlieb D, Godwin S, Apperson LJ, Wilson W. Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*. 22(4): 635—41, 1996.
- Kasapis C, Amador XF, Yale SA, Strauss DH, Gorman JM. Poor insight in schizophrenia: Neuropsychological and defensive aspects. *Schizophrenia Research*, 15: 123. 1995.
- Lysaker P, Bell M, Millstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenic. *Psychiatry*, 57 (4): 307—315. 1994.
- Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and Neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10: 117—124. 1993.

异常的脑部结构和病识感的相关性

- Tsksi A, Uematsu M, Ueki H, Sone K and Kaiy Hisanobu. Insight and its Related Factors in Chronic Schizophrenic Patients: A preliminary Study. *European Journal of Psychiatry*, 6: 159—170, 1992.
- Flashman LA, McAllister TW, Saykin AJ, Johnson SC, Rick JH, Green RL, Neuroanatomical Correlates of Unawareness of Illness in Schizophrenia. From the Neuropsychology & Brain Imaging Laboratories, Dept. of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, NH & New Hampshire Hospital, Concord, NH 03301. Presented at the *Biennial Meeting of the International Congress on Schizophrenia Research*, Santa Fe, New Mexico, April 20, 1999.

对迟发性不自主运动无病识感

- Caracci G; Mukherjee S; Roth S & Decina P. Subjective Awareness of Abnormal Involuntary Movements in Chronic Schizophrenic Patients. *American Journal of Psychiatry*, 147: 295—298, 1990.
- Arango C. Adami H. Sherr JD. Thaker GK. Carpenter WT Jr. Relationship of awareness of dyskinesia in schizophrenia to



他不知道他病了

insight into mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 156 (7): 1097-9, 1999.

- Alexopoulos GS. Lack of complaints in schizophrenics with tardive dyskinesia. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 167 (2): 125-7, 1979 Feb.
- Sandyk R. Kay SR. Awerbuch GI. Subjective awareness of abnormal involuntary movements in schizophrenia. *International Journal of Neuroscience*. 69 (1-4): 1-20, 1993.

参考文献摘录

- Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark CC, & Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Archives of General Psychiatry*, (51): 826-836. 1994.

这篇论文所报告的研究包括全美各地超过 400 位患者，它明确地指出无病识感在精神障碍者中很常见，在其他精神障碍 (psychiatric disorders) 中则属罕见。很高比例的精神分裂症、情感型精神分裂症、合并有精神病的躁症和忧郁症患者普遍不知道自己身有疾患。研究亦首度评估精神障碍者是否对个人遭受的疾病征兆和症状有意识，同样，四类患者中都有极高比例的人数缺乏病识感，尽管事实上他们为了那些自己未曾意识到的症状住院接受治疗过。这个研究的结果清楚地指出，这些精神障碍者缺乏认知自己疾病的能力，以及对医疗照护的需求。

- Sandyk R. Kay SR. Awerbuch GI. Subjective awareness of abnormal

involuntary movements in schizophrenia. *International Journal of Neuroscience*. 69 (1-4): 1-20. 1993.

大多数患有迟发性不自主运动 (tardive dyskinesia) 的精神分裂症患者对自身非自愿性的动作缺乏意识, 这和帕金森症 (Parkinsonism) 患者通常知道自己反常的行为正好相反。这篇论文中, 作者报告了一连串的研究, 重点在于进一步检视伴有迟发性不自主运动的精神分裂症患者的意识。除此之外, 他们也调查无齿症 (edentulousness, 一种导致老年人产生颜面不自主运动 (orofacial dyskinesias) 的可能因素) 是否也是抗精神病药物导致颜面不自主运动 (neuroleptic-induced orofacial dyskinesias) 的可能成因。他们发现, 个人对不自主运动的意识只和某些, 而非全部的肌肉群有关; 迟发性不自主运动可能和一种重大的痛苦有关; 缺乏意识可能是精神分裂症患者额叶功能缺失 (frontal lobe dysfunction) 的一部分; 对自身不自主运动无意识的患者松果体钙化 (pineal calcification) 的情形较普遍; 和唇颜感觉运动系统 (orofacial sensorimotor system) 相关的无齿症会增加抗精神病药物导致唇颜不自主运动发生的可能性。

- Amador XF; Strauss DH; Yale SA; Gorman JM & Endicott J. The Assessment of Insight in Psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 150: 873-879. 1993.

这篇论文报告的是精神疾病无病识感衡量表 (Scale to assess Unawareness of Mental Disorder, USMD) 的效度与信度, 它是一个新的衡量表, 从各种角度衡量病识感。这篇论文发表后 5 年, 此衡量表已成为精神医学研究中衡量病识感时最广为使用的检测工具, 至今经世界各地的精神医学研究人员翻译为 15 种语言。这是个崭新的共同认知。此篇论文中的研究发现精神分裂症患者和情感型精神



他不知道他病了

分裂症患者普遍有缺乏病识感的问题，以及无法稳定接受治疗和缺乏某些方面的病识感高度相关，和其他方面的病识感则无关。相似地，较糟的病情和过去住院的次数也和各种不同方面的病识感相关。另一方面，教育程度与正性及负性症状（positive and negative symptoms）的程度和病识感并没有关系，这暗示病识感的缺失并非教育背景的结果，或精神病其他症状的附带结果。专家们得出结论，病识感具有多重性，并且可以，也应该受到有可信度的评量。此外，缺乏病识感是疾病中独立的一个征象，它会影响接受治疗的稳定性及精神分裂症整体的病情。

- Young DA; Zakzanis, KK; Baily C; Davila R; Griese J; Sartory G & Thom A. Further Parameters of Insight and Neuropsychological Deficit in Schizophrenia and Other Chronic Mental Disease. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 44—50. 1998.

这项较为新近的研究有 108 位精神分裂症患者参与，再一次发现各种额叶功能（frontal lobe function）的测验结果与病识感的程度高度相关。杨（Young）与他的同事利用精神疾病无病识感衡量表，发现在威斯康星卡片分类测验（Wisconsin Card Sorting Test）中，发生重复错误的百分比，与整体病识感和精神疾病无病识感衡量表评估出对特定症状的归因，都显著地相关。这个研究也运用相同的研究方法检视了躁郁症患者，却未发现病识感评量结果和额叶菜单现测验结果有任何关连。这些结果和先前的发现一致，支持精神分裂症患者无病识感，以致拒绝接受治疗是因为精神上的缺陷，而非刻意地选择此概念。

- Lysaker P. Bell M. Insight and cognitive impairment in

schizophrenia. Performance on repeated administrations of the Wisconsin Card Sorting Test. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 182 (11): 656—60. 1994.

研究显示,精神分裂症患者的治疗配合度和效果不佳与缺乏病识感有关。对无病识感的缘由我们所知甚少,一直以来它被归咎于意志下选择对疾病的态度、心理上的自我防卫和认知的缺失。为了检视缺乏病识感和认知缺失有关这个假设,研究比较 29 位病识感有缺失的精神分裂症患者,及 63 位病识感健全的精神分裂症患者,在威斯康星卡片分类测验上的结果。重复施行测验之后,发现在一年的期间里,病识感不全的患者持续表现得比病识感健全的受试者不理想。当除去智力部分的影响后,病识感不全的受试者显著地犯较多重复的错误,达到正确的种类较少,这种形式的表现缺失与精神分裂症的神经认知缺失一致。这些研究结果支持精神分裂症的无病识感可能是由于认知上的缺失所造成的。

- Mohamed S. Fleming S. Penn DL. Spaulding W. Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 187 (9): 525—31. 1999.

精神分裂症患者对特定症状缺乏意识的情形并未在神经心理功能的背景下接受研究。此一研究的受试者为一组长期精神分裂症患者,目的在于调查受精神疾病无病识感衡量表评量出的无病识感是否和执行功能(executive function, 即额叶功能)表现有实证上的关联。研究显示,即使分析时排除一般智力的测验,缺乏意识和错误地归结负性症状,仍然和某些部分的执行功能缺失显著地相关。研究学者结论,长期精神分裂症患者对负性症状缺乏意识和执行功能有关,对其他症状(例如正性症状)缺乏意识则可能反应别种形式神经心理过程的功能缺失,或想要欺瞒自己或他人的动机。



他不知道他病了

- Kasapis C, Amador XF, Yale SA, Strauss D, Gorman JM. Poor Insight in Schizophrenia: Neuropsychological and Defensive Aspects, *Schizophrenia Research*, 20: 123. 1996.

这篇研究报告的结果和杨（Young）等人的研究一致，亦即额叶功能缺失为精神分裂症患者无病识感的根由。研究也调查了自我防卫在此种缺乏意识中占有多大的关系。作者（XFA）先前已假设特定精神病中常见的严重缺乏病识感乃源自额叶功能表病，这项研究运用跟杨（Young）等人相同的神经心理学测验与病识感评量表检验这项假设，并运用平衡式期许作答调查量表（Balanced Inventory Defensiveness of Desirable Responding, BIDR）评量自我防卫。结果指出自我防卫只轻度地和少数无病识感的评量结果相关。另一方面，神经心理学测验的结果则和杨（Young）等人的研究结果近乎相同，显示额叶功能表现不佳在其他包括智力等接受测试的认知功能中，可以独立预测缺乏病识感。这项独立的反复检验增添了进一步的证据，支持精神分裂症患者无病识感以致拒绝接受治疗，是因为精神上的缺陷而非刻意地选择。

- Smith TE, Hull JW, Santos L. The relationship between symptoms and insight in schizophrenia: a longitudinal perspective. *Schizophrenia Research*. 33 (1-2): 63-7. 1998.

精神分裂症中对症状的意识及归因有缺失已被认为和疾病的核心症状相对无关，虽然许多研究发表了意见相左的发现，却或许可以解释为研究设计及受试者族群有异所致。在这个研究中，33位患有精神分裂症或情感性精神分裂症的患者纵向地接受标准的症状及病识感检测，在分析上则注重在这些检测结果与精神病、忧郁症及焦虑症症状的相关性。横向及纵向的分析都发现显著性，但是病识感和忧郁症及混乱无章的症状只有中度相关，和正性及负性症状则

未发现一致的关系。虽然随着忧郁症的程度升高,病识感和对疾病的归因都提升了,但是杂乱无章的症状却和病识感及疾病归因的缺失有关。再将研究结果和之前的文献比较后,发现精神分裂症的病识感缺失可能随病情或阶段的不同而改变。

- Arango C, Adami H, Sherr JD, Thaker GK, Carpenter WT Jr. Relationship of awareness of dyskinesia in schizophrenia to insight into mental illness. *American Journal of Psychiatry*. 156 (7): 1097-9. 1999.

此研究的目的是为决定对运动机能缺失无病识感是否和对精神机能缺失无病识感有关,也衡量精神分裂症中,对动作异常无病识感纵向的稳定性。研究包含 43 位同时患有精神分裂症与迟发性不自主运动的患者,并使用精神疾病无病识感衡量表评估病识感;所有两年后依然符合参与研究标准的患者(样本数 $N=16$) 在追踪调查时重新接受评估。43 位患者中有 20 人(46.5%) 对自己的迟发性不自主运动至少中度地缺乏意识,对不自主运动的意识只和病识感受衡量的五个方面中的两个轻微相关。具有缺失症状的患者比不具缺失症状的患者对不自主运动拥有较低的意识,对不自主运动缺乏意识的情形则随时间呈稳定状态。作者得出结论,对迟发不自主运动缺乏意识是精神分裂症中常见的情形,并且随着时间呈稳定的状态。既然患者对不自主运动缺乏意识,应要求临床上直接的检验,以早期辨识出迟发性不自主运动的存在。

- Lysaker PH; Bell MD; Milstein R; Bryson G & Beam Goulet J. *Insight and Psychosocial Treatment Compliance in Schizophrenia*. *Psychiatry*, Vol. 57. 1994.

与其他针对长期精神疾病患者的病识感研究不同,此项研究在



他不知道他病了

患者病情稳定，接受日间职能复健计划（outpatient work rehabilitation program）时评量之。缺乏病识感的精神分裂症及情感性精神分裂症患者尽管表示出想工作的欲望，却无法持续接受自己同意加入的社会心理治疗。较糟的病识感也和较低的额叶功能测验分数，及其他认知功能测验表现相关。作者结论，罹患精神分裂症及缺乏病识感的个人，较难持续进行自己表示希望参加的疗程，不论是社会心理治疗或药物治疗都一样。如同杨（Young）等人及卡萨比斯（Kasapis）等人的研究一样，这些数据指出精神上的缺陷才是导致无法持续接受药物与社会心理治疗的原因。

- McEvoy JP, Freter S, Everett G, Everett G, Geller JL, Appelbaum PS, Apperson LJ & Roth L. Insight and the Clinical Outcome of Schizophrenic Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177 (1): 48-51. 1989.

精神分裂症患者出院后接受二至三年的追踪调查，虽然几乎所有患者的精神病症状在最初住院的时候都改善了，但是在病识感上的改善却只见于自愿住院的患者，被非自愿强制送医的患者在病识感上并未拥有相似的改善。更进一步地说，只有被非自愿强制送医的患者在整个追踪调查中，维持低度的病识感，不出意料地，相同的这些患者在追踪调查的期间，比较可能再度被非自愿强制送医。作者结论，无法认清自己抱病在身似乎是一些精神分裂症患者持续的特征，也是导致非自愿强制送医的一个因素。

- Young DA; Davila R & Scher H. Unawareness of Illness and Neuropsychological Performance in Chronic Schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 10: 117-124. 1993.

这个研究报道的数据显示，额叶功能缺失是长期精神分裂症患者

者无病识感的缘由。作者先前已假设，特定精神病中常见的严重缺乏病识感乃源自额叶功能病变（见建议文献回顾：Amador 等，1991），杨（Young）和同事利用神经心理学测验及精神疾病无病识感衡量表检验此一假设，结果指出，额叶功能表现不佳在其他包括智力等接受测试的认知功能中，可以独立预测缺乏病识感。这些结果很有力地证明，缺乏病识感是认知功能的缺失，而非刻意选择自卫性的否认。

- Amador XF; Strauss DH; Yale SA & Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17: 113—132, 1991.

这篇论文回顾了现存（直到1991年为止）关于精神分裂症病识感的文献，作者力论应重新估量此一问题，在专有名词及评量工具上取得一致，并且陈述刺激学术研究的目标。他们进一步主张精神分裂症患者缺乏病识感的原因应为脑部功能的缺失。他们指出，精神分裂症患者缺乏病识感，与神经缺损患者的失认症（anosognosia，一种神经学症候群，特征为对疾病缺乏意识）有许多相似之处。多元的研究显示，缺乏病识感和无法持续接受治疗、较糟的病情、增加住院次数、非自愿性强制就医及较差的社交与职业功能相关，但和疾患的正性症状无关。作者以提供专业名词及研究的原则作结。

- McEvoy JP. Hartman M. Gottlieb D. Godwin S. Apperson LJ. Wilson W. Common sense, insight, and neuropsychological test performance in schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*. 22 (4): 635—41, 1996.

作者报告了一项开发性的研究，检验常识、精神病病识感以及一连串神经心理学测验结果之间的相关性，受试的对象为32位从州立精神医院结束非自愿强制住院的精神分裂症患者。利用社会知识



他不知道他病了

问卷 (Social Knowledge Questionnaire) 评量出的常识和较佳的顶叶功能 (parietal lobe function) 及词汇测验表现相关, 除此之外, 常识较佳的患者也比较可能说自己生病了, 需要治疗。全面性衡量病识感的调查表, 病识感与治疗态度问卷 (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire, ITAQ) 的结果则和左顶叶功能测验的表现相关。然而, 病识感与治疗态度问卷中, 最能反映患者在出院当下对精神疾病的意识的问题 (例如: “出院之后, 你是不是可能再度发生精神上的问题?”), 则和前额叶 (prefrontal lobe), 及左、右顶叶功能表现的测验结果相关。这些结果增添了成长中的证据, 显示精神分裂症患者对病识感的部分缺失, 和这个疾患中常见的神经心理功能缺失有关。

- Amador XF & David A, Eds. *Insight and Psychosis*. Edited volume, Oxford University Press, 1997.

在这本书中, 病识感的缺失拥有神经学上的基础是数个章节的重点, 它们大量地引用过去在学术期刊中发表过的实证性研究, 除此之外, 也回顾了低度病识感和较糟的病情、疾病渐增的恶化、较多且较长的住院期、无法持续接受治疗有关的研究数据, 还专门讨论了缺乏病识感导致暴力行为的可能性。

运用“录像带自我观察法” (video confrontation) 增进病识感

最近在马克林医院 (McLean Hospital), 大卫朵夫 (Davidoff) 和同事们进行了一项研究, 他们录下患者的精神病行为后让他们观看, 使他们的病识感获得显著的改善。虽然利用录像带增加病识感

的概念已存在研究文献中 30 年，但是在这个领域中却几乎从未有实际的成果。在《精神医学训练及治疗中的录像技巧》(Videotape Techniques in Psychiatric Training and Treatment) 中，伯格 (Berger, 1970) 讨论了康乃利森和亚森尼安 (Cornelison and Arsenian, 1960) 的发现：“对自己形象的观察为精神病患者带来骤然的改变，影响甚巨。”他们也假设：“自我观察可能可以让患有精神病的个人与实际的自我建立起较佳的联系。”

伯格进一步观察到：“亲眼看见自己，并且对照地重新体验有意义的互动，常常会让一个人明白过去尚未准备好从治疗师或团体中其他人那里接受的自己。自我观察让病人能够认清他们对自己不利的行为模式……当患者能够比较客观时，他们在倒带时可最清楚地看见改变的达成。”

在过了将近 23 年后的 1998 年，史蒂芬妮·大卫朵夫医师和一个研究小组在马克林医院重新把“录像带自我观察法” (video self-observation, VSO) 作为精神医学治疗工具。他们的研究成功地证明，录像带自我观察法对从精神病中复原的受试者的病识感有正面效果。他们假设：“让半复原的患者观看自己精神病急性发作 (acutely psychotic) 时录下的录像带，或许可以增加他们对自身疾病本质的认识。”

精神病急性发作的患者随机被指定到控制或实验组中，在住院后很快地接受录像访谈。访谈使用病识感与治疗态度问卷与简短精神症状评估表 (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)，以衡量病识感和心理障碍。

接受了医院标准的医疗照护，接着经评断有显著的改善之后，实验组的受试者观看入院后录下的首次访谈，控制组的受试者则观看实为安慰剂的录像带。所有的受试者都重新接受病识感与治疗态度问卷与简短精神症状评估表的衡量。



他不知道他病了

比较第一次及最后一次治疗态度问卷与简短精神症状评估表的分数，显示实验组的病识感有显著的改善，控制组却没有。研究人员得出结论：“录像带自我观察法……可能是具有成本效益的治疗工具，帮助个人发展对精神病的病识感。”他们建议：“……未来的研究需要评估同样的效益是否……可以随时间不断地重复产生，并且改善治疗的合作度。”

在大卫朵夫等人发表研究之前，一位严重精神障碍者的家属，也是彩虹研究小组（Rainbow Research Group）的负责人，罗伯·盖拉赫（Robert Gallaher）独力发展并且验证了一个非常相似的假设。这项努力的动机是源于曾经的经验，以下摘录自其非正式的自述：

一个我姑且称之为葛列的男子被诊断出患有情感性精神分裂症，他经历一次严重且持久的精神病发作时，同意在家中进行录像。他对自己的疾病缺乏病识感，并且不断地拒绝接受治疗，在几年的时间里，有过好几次的复发。

不久，葛列非自愿性地被强制送入一家精神科医院，他接受医院标准的治疗，包括里斯必妥（risperidone）和锂盐，很快地病情便舒缓了。17天之后，他在法院的命令下，交付给家人进行为期90天的门诊治疗。在90天将尽时，他说自己如今已经“好了”，在法院的命令到期后，将终止治疗。

在这项宣称之后，葛列同意观看自己住院前录下的带子，经历这段录像带自我观察后不久，生平头一遭，他表示意识到自己患有精神障碍，明白自己需要吃药。

葛列被问及是否认为这样的经验可能对他人有益时，发表了下列的评论：

“录像带让你看到自己做出通常不会那么做的事，说出通常不会那么说的话……它可以在人们恢复正常以后，告

诉他们他们过去的样子……除非亲眼看见，你无法用其他的方式获得那种病识感……它及时捕捉到你状况不佳时……看到自己那个样子，你有意识或无意识地都会受到冲击……如果不能亲眼看见，你好一点以后永远也不会知道自己以前的样子……假使你在电视上看到自己——那是你唯一看得到自己的机会。”

由于这次的经验，全美精神疾病联盟的研究机构接到一项申请，希望可以研究以录像带自我观察法为工具，改善病识感和稳定接受治疗的作用。这项研究在1999年成立，目前正于斯坦福医学中心(Stanford Medical Center)进行中。

假如成功的话，目前研究的成果将会进一步提供证据，证明录像带自我观察法对精神病患者的病识感有正面的效果。研究人员进一步还预期发现录像带自我观察法和增进接受治疗的稳定性有直接的关系。一个规模庞大，范围广，并包括长期追踪衡量病识感和稳定接受治疗程度的研究正在计划中，相信可以回答这些初步研究所揭示的问题。我的研究小组也将参与这个计划，我满怀期望，相信这个方法可以加入我们用来增进病识感的工具之列。

- Berger MM: *Videotape techniques in psychiatric training and treatment*. New York, Brunner/Mazel, Inc. 1970, Chapter 2.
- Davidoff SA, Forester BP, Ghaemi N, Bodkin JA: Effect of video self-observation on development of insight in psychotic disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1998, 186 (11): 697—700.
- Cornelison F, Arsenian J: A study of the responses of psychotic patients to photographic self-image experience. *Psychiatric Quarterly*. 1960, 34: 1—8.

附录三

作者介绍

泽维尔·阿玛多博士

泽维尔·阿玛多博士现任纽约市哥伦比亚大学内外科学院精神医学系的心理学副教授，同时也是实务研究机构（Institute for Research to Practice）的主持人及全美精神障碍联盟的理事长。过去他曾是全美精神障碍联盟研究中心总部的主任，也曾于纽约市的纽约州精神医学研究中心（New York State Psychiatric Institute）担任心理部门的主任，并在对《精神疾病诊断与统计手册》第四版（DSM-IV）进行最新的修订时，担任精神分裂症及相关疾患部门的共同主席之一。他在精神分裂症及躁郁症患者缺乏病识感的研究领域，是世界知名的专家。

阿玛多博士曾经以专家的身份上过无数的电视节目。如美国NBC's Today Show, Good Morning America, CBS This Morning, NBC Nightly News, CBS 60 Minutes, CNN, NBC Dateline, Fox News Channel, Court TV, A&E Network, Discovery Channel and

PBS among others 等，谈话主题除了个人专业的领域，也包含其他较为普遍的心理疾病，并曾接受过《纽约时报》、《今日美国》、《洛杉矶时报》、《读者文摘》、《纽约客》及其他媒体的专访。他曾是美国国家心理卫生研究院（National Institute of Mental Health）、退伍军人管理局（Veteran's Administration）、检查总长办公室（the U. S. Attorney General's Office），以及其他一些政府部门的顾问，接受精神健康研究相关议题的咨询，并在许多众所瞩目的犯罪案件，包括对“大学炸弹客”卡克辛斯基，以及“9·11”事件第20名劫机者穆沙维（Zacarias Moussoui）的审判中，担任精神健康专家证人。

他至今发表过逾80篇经同侪评鉴的学术性论文，其中包含5本著作：《当所爱的人有忧郁症—照顾他也照顾好自己》（*When Someone You Love is Depressed: How to help without losing yourself*）、《一定要结婚吗？》（*Being Single in a Couple's World: How to be happily sing while looking for love*）、*Insight and Psychosis*，及本书。他述及病识感问题的书籍及其他著作，有许多已翻译为多种语言，供世界各地的患者、医疗人员、病患家属及专家学者阅读。

安娜丽莎·约翰逊

安娜丽莎·约翰逊是玛格丽特·玛丽·雷的女儿。玛格丽特因跟踪美国知名脱口秀主持人大卫·赖特曼而众所皆知，她被诊断出患有精神分裂症及情感型精神分裂疾患，于1998年秋天自杀身亡。

约翰逊女士在乔治城大学法学院获得法学博士学位，也拥有约翰·霍普金斯大学的公共卫生硕士学位，目前正着手撰写第二本著



他不知道他病了

作 *Health Care, Medical Care and Beyond*。她一直致力于精神健康倡导运动的工作，曾于美国弗吉尼亚州阿灵顿的治疗倡导中心 (Treatment Advocacy Center) 兼职，协助建设严重精神障碍者及家属的法律资源。

约翰逊女士曾在美国国家广播公司 (NBC) 的新闻节目 Dateline 中现身说法，谈论严重精神障碍给家庭造成的问题，并公开为《魅力》(*Glamour*) 杂志撰稿，谈论自己的第二型双极性疾患 (Bipolar II disorder)^① 以及在怀孕时停止服用药物的决定。约翰逊女士目前与丈夫及女儿居住在美国首府华盛顿。

^① 译注：第二型双极性疾患，为双极性疾患，也就是躁郁症的一种。症状为重郁期重复发作，并伴随轻型的躁期发作。