



**精神分裂症是所有精神病類中最典型的一種。早於18世紀，類似今天的精神分裂症的病癥已有記載，一直至1911年，瑞士精神科學家Eugene Bleuler正式起用精神分裂症（schizophrenia）這一詞，意指人格（phrenia）包括情感、思維及行為分裂（schizo）。時至今日，要準確診斷精神分裂症，更需要依據一組特定的診斷標準。**

## 流行率

自1850年開始，精神分裂症的流行率有上升趨勢，然而在近10年間，新的典型病例卻明顯有所下降。雖然有數據指出一生之中精神分裂症的發病率介乎0.2%至2%之間，但估計實際數字應為0.5%至1%。精神分裂症有遺傳傾向，換言之，如果親屬患有精神分裂症，那麼子女的發病機會也相對提高。

## 病因

### 1. 遺傳因素

- 精神分裂症病人的家屬得病機會較高。
- 同卵雙胞胎的共患率為50%，而異卵雙胞胎的共患率則為7%。

- 交互撫養研究發現，領養父母不會因為領養了患有精神分裂症的孩子而增加患病機會。相反，領養孩子直系親屬的得病機會卻比較高。

### 2. 生理因素

- 神經造影檢查顯示，部分精神分裂症病人的腦室和/或皮質溝增大，左邊大腦「蒼白球」位置的血流不正常。腦部其他區域包括額葉皮質、下皮質區及其相連位置均受到影響。
- 神經傳遞物質（尤其是多巴胺）及血清素出現變化。
- 在冬天出生的病人相對較多；其他因素如母親產前體重較輕及病毒感染也可能與精神分裂症有關。





### 3. 家庭因素

- 英國人類學家Bateson發現精神分裂症病人的父母經常有雙重標準，使子女無所適從，但這並非是成因。
- 精神病學家Fromm-Reichmann將病因歸咎於病人的母親，稱她們為「製造精神分裂的母親」，但這並不太正確。
- 精神病學家Hirsch及Leff發現如果病人父母在情緒表達方面過度激烈（特別是過份干涉或滿懷敵意），會導致病情反覆發作。

### 臨床病徵

要診斷精神分裂症，必須根據病人特定的症狀及行徑，例如病人會喪失日常的能力（包括工作、社交及自我照顧方面的能力），而且持續至少6個月，並非因情感障礙（affective disorder）、器質性精神異常（organic mental disorder）及弱智（mental retardation）而導致。

精神分裂症有時會突然發病，但大多數都會經歷一段前驅症狀期，然後各種症狀隨時間逐漸浮現。

### 1. 前驅症狀期

- 自我封閉，脫離社會
- 日常功能明顯衰退
- 忽視個人衛生
- 不尋常或怪異的行徑，旁人也摸不着頭腦
- 情緒失控

### 2. 症狀活躍期

這一階段病人的思想會與現實世界脫節。此外，病人更會出現以下症狀。

- 精神病或陽性症狀（psychotic positive symptoms）

#### 妄想

雖然已經有明確的證據支持，但病人對錯誤（而且怪異）的信念仍然堅信不移，例如幻想受超自然力量或能力所操縱；以為自己的思想被廣播、入侵或中斷。妄想有很多種，可以是被害妄想（以為自己遭受迫害）、軀體妄想（以為自己有殘疾）、自大妄想、宗教妄想、虛無妄想等。







## 幻覺

即使沒有感官上的刺激，病人仍然產生一些虛構或怪異的感覺，有聽幻覺、視幻覺、觸幻覺、嗅幻覺甚至味幻覺。聽到的聲音通常來自其他人，似乎是在談論自己，或批評自己的日常活動（猶如現場報道般）。

## 思想錯亂

思想雜亂無章，毫無邏輯可言，可以是前言不對後語或語無倫次，而且內容之相關連十分鬆散。有時候，病人甚至會有極度錯亂的表現。

- 精神運動遲鈍（psychomotor poverty）或陰性症狀（negative symptoms）

## 情感冷漠，木無表情

動作緩慢，逃避眼神接觸等

## 語言貧乏

詞不達意，內容空泛，反應遲緩等

## 對日常活動失去興趣

不注重個人衛生，身體毫無動力

## 缺乏快感

喪失對任何事物的興趣，連性活動也減少

## 喪失注意力

反應遲鈍，即時記憶一瞬即逝

## 類型

根據病人臨床時最突出的症狀和表現，精神分裂症又可分為多種類型，更會隨着時間而有所轉變。如同時出現多於一種類型的症狀，便會按下面順序：

### ● 僵直型（catatonic type）

不是木納僵硬就是過份活躍；事事否定或好爭拗，行徑怪異，常模仿他人說話或動作

### ● 錯亂型（disorganized type）

說話及行為混亂，情感表達不當或冷漠

### ● 妄想型（paranoid type）

常有妄想及幻覺





- **未分類型 (undifferentiated type)**  
有精神病症狀，但不符合上述三種類型的特徵
- **殘餘類型 (residual type)**  
陰性症狀或隱匿的陽性精神病症狀；只有以前曾患有精神分裂症的病人才能歸納為殘餘類型  
根據美國「精神疾病診斷統計手冊第四版」，如果病程歷時少於1個月，便屬於短期精神錯亂 (Brief Psychotic Disorder)；如果病程持續1到6個月，那便是精神分裂症。



## 影響

通常會在青少年或成年初期發病，大部分病人病情會定期復發，症狀持續。即使經過治療，兩年內的復發機會亦可高達50%；然而有30%的病人未經過治療卻在兩年內從未復發。精神分裂症病人當中，約有35%曾企圖自殺，而且有10%病人死於自殺。

## 治療

### 1. 預防

目前還未有預防精神分裂症的方法，然而，醫生可以透過遺傳輔導（即如果父母患有精神分裂症，其子女患病的機會也較高）來作出一些對應措施。有提倡若病人家屬出現前驅症狀，即進行針對前驅症狀的治療，但未經確診便處方藥物，在道德上似乎於理不合。現時主要的工作是提供心理健康教育、應付壓力的方法，及提醒家人避免過份高漲的情緒。

某些因素對病人的康復會有所影響：

正面因素	負面因素
突然發病	隱匿發病
短時間發作	長時間發作
過往無精神問題	曾出現精神問題
明顯的情感症狀	情感遲鈍
較年長發病	較年輕發病
已婚	未婚、分居、喪偶、離婚
性心理調節良好	性心理失調
以往品格良好	品格異常
工作記錄好	工作記錄差
良好社交關係	與社會脫節
有洞察力	無洞察力
服藥依從性好	服藥依從性差
低情感表達	高情感表達





## 2. 治療

在家中還是在醫院裏治療要視乎病人有沒有傷人或自殘的傾向，同時還要考慮社會環境因素，及親屬能否給予支持和關懷。很多時候，即使環境較差而且缺乏家人照料，病人或其家屬也寧可在家中治療而不願住院。

### • 急性期

#### ↳ 藥物治療

主要依靠典型（傳統）及非典型（新型）抗精神病藥物，一般來說，後者之副作用較少及易接受，能增加服藥之依從性。根據病人對藥物的需要，可以選擇口服或注射（又分為短效及長效兩種）。

#### ↳ 電抽搐治療

如果經過一段合理的治療時間後，病人對藥物（甚至已將份量加重）也沒有反應，或病人無法承受藥物副作用時，便應考慮電抽搐治療。

#### ↳ 心理治療

對急性的病人並非十分有效，然而支持性的心理治療還是值得一試。

### • 急性期後期

- 由於大部分病人在終止治療後病情會復發，因此有必要提供維持性治療。對於首次發病的精神分裂症病人，維持性治療歷時6個月至2年不等。

- 提供社會支持，指導病人如何應付壓力（特別是當要面對重大打擊的時候）。
- 心理治療，但要避免過份分析以免過於刺激。此外，認知行為療法也漸漸廣為採用，更可糾正異常的行為。

## 3. 康復

包括社會服務（經濟及住屋、幼兒護理等）、就業訓練（如庇護職業及輔助就業等）、社交技巧訓練、康樂服務等。

除此以外，為病人、其親屬及護理者給予支持及指導亦十分重要，除了可以幫助病人重新融入社會、自助自立之餘，也能減輕家屬照顧病人的負擔；與此同時，社會亦有責任教育市民大眾認識精神病，以消除一般人對精神病的誤解及歧視。

