

香港中文大學崇基學院神學院  
第六屆牧養研討會2012

我病了嗎?—談教牧同工  
尋求精神科醫生診治的困難

陳熾鴻醫生  
2012年9月19日

反思的幾個範圍：

1. 是困難，還是沒有這需要？
2. 求助的心理關口
3. 「精神病」診斷所引發之身分危機
4. 有需要，卻苦於資源匱乏？
5. 有需要，但不想接受治療的副作用？

是求診的困難，還根本認為沒有這需要？

我們可能認為神學信念應當指導我們的一言一行，那麼有關思想言行的問題，為何求教於精神科醫生？

我們可能質疑現時的精神、心理學對人類行為的理解，是否真實？

我們也可能不太認識精神科的進路，不了解如何界定正常與異常，如何界定徵狀、疾病等

人為何會感到求診的需要？

求診的需要，大致上有三種情況

- 一、個人感到苦楚 ( distressed )
- 二、狀況影響到日常的運作，例如不能集中精神，無法控制某些思想或行為 ( functional impairment )
- 三、感到困惑，不知道自己發生了甚麼事，為何有某種表現等 ( doubt )

若果我們因為一些徵狀而感到苦楚，日常運作已受到那些徵狀的影響，或是感到困惑，仍然難以尋求精神科醫生的診治，那會是甚麼原因？

一般的求助困難包括

1. 要承認自己有所需要，甚至自覺是一個失敗者
2. 要向陌生人講述自己的情況，表露自己的情感、隱藏的、甚至陰暗的一面
3. 有時也要想這些事情會不會引起後果，例如公司同事會怎樣看自己
4. 社會對精神病的標籤

醫生求醫是件難事，但某程度上牧者會否可能會有醫者求醫的同樣困難？或者更是尤有甚者？

牧者的求助困難可能更包括

1. 關心到他的情況會否成為群羊的絆腳石，教會的負累，令人失去對上帝的信心；或者他的事情，會否使人對教會失望，說出去會影響教會的聲譽等
2. 如果牧者的壓力來自教會中的人事關係，即使他願意求助，也會恐怕影響別人對信仰的看法，或者憂慮會否洩漏教會機密等

為何求診於精神科醫生比較其他科目的求醫有更大障礙？

有沒有病，與是否求診，是兩回事。我們可以有病但不求診，也可以沒有病但求診：這是有關疾病行為

疾病行為是「因應各人對病徵的認知及評估有所不同而帶來的行為取捨」

對精神病病徵的認知是很敏感的題目，病人往往會視軀體的不適為求診一般醫生的原因，拒絕與精神病扣上關係

「我病了？」可能成為「我是否癡線？失常？」或者「我是否不能自控？」等憂慮。試想，如果一位牧職人員被如此的誤解，他會怎樣看自己的身分？

基於社會對精神病的標籤傾向，在日常的臨床工作中，我們可以用全人治療的角度，採納以下的進路：

保持開放、不太迷信於診斷、減少武斷的態度，減少標籤的效應

強調對症狀的描述及理解，明白徵狀出現的處境及所反映的壓力因素，更多同感的表達，謀求個人的成長

最近的一篇報導指出，在香港應該要有七百多位精神專科醫生，但現時只有二百多位，我們真的可以有一個良好的治療環境嗎？


有需要，卻苦於資源匱乏？

如果單純是基於環境上的憂慮，相信有些醫生是會作出特別安排的


診所收費也往往是同工的一個考慮，在這些方面，如果教會或者各總會、聯會等，能作出一些支持，相信是對同工的莫大鼓勵與欣慰

現今的精神醫學是否提供了一個牧者在其神學的認知中可以接受，對思想、言行、感受、情緒等問題的理解？我們是否有同一治療的理念及進路？

我們與求診者在第一次會面後，可能只有一個工作性的診斷（working diagnosis），甚至會以「待解決的問題」（problem listing）代替診斷。有時候，我們會因應個案的不同而採用其他進路，例如以康復的角度，看如何由現時的生活能力提昇到一個更高的生活能力水平；也有些醫生會採取較心理性的進路，從建立治療關係、了解及同行的角度入手。



藥物往往有副作用。基督徒精神科醫生會不會有另類（屬靈）的進路呢？



精神科醫生的專長是他的全面性。我們著重對症狀的詳細描述，對言行思緒的現象（form）及內涵（content）都會作出分析；也掌握到身、心、社、靈全面的治療進路，並協調不同的治療方法。我們所期望做到的，是「在所掌握到的最好證據下，為病人的健康提供最適合的建議，並協調一切可能的治療方案」。