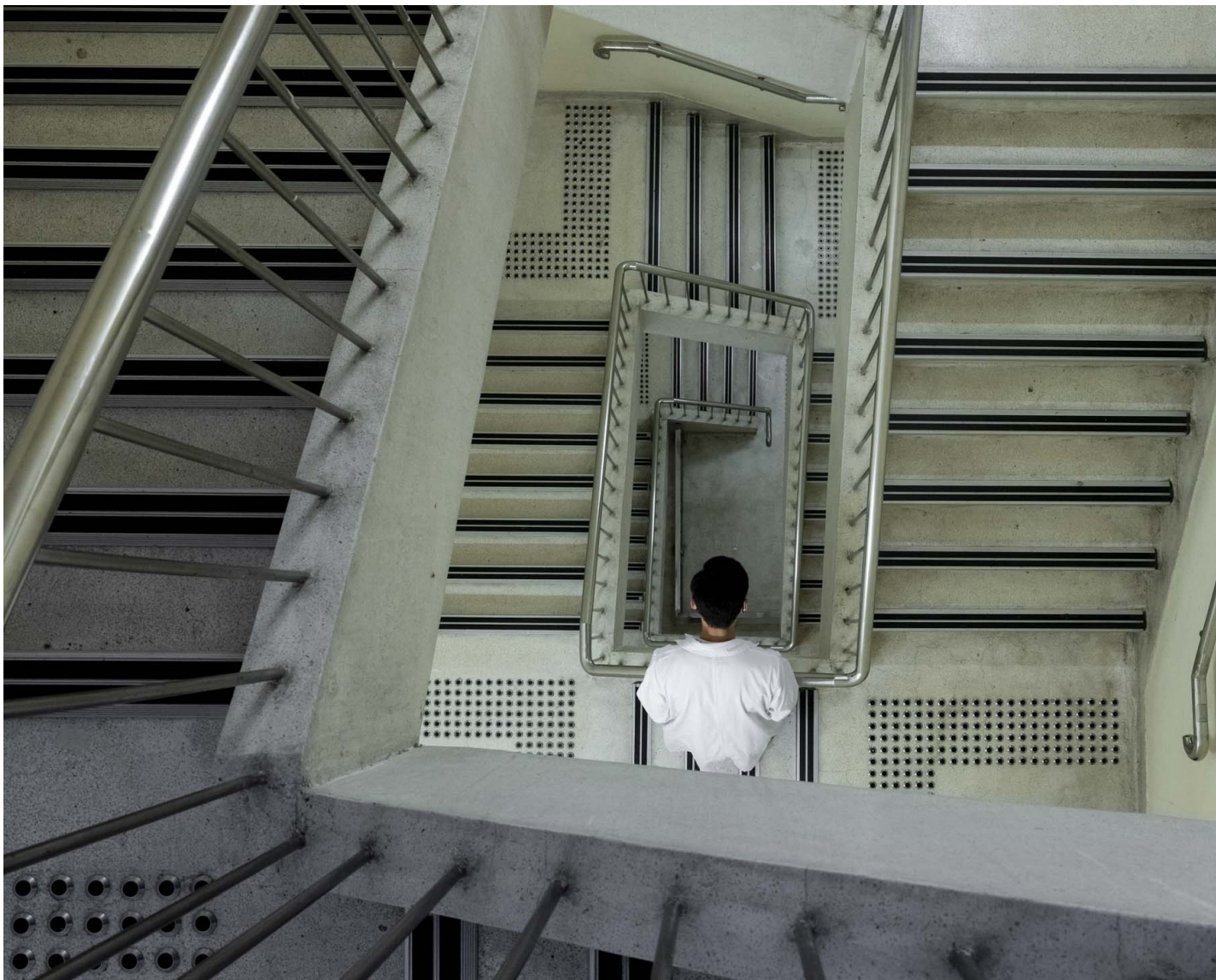


## “你最近好吗？”——公立医院精神科医生的五分钟门诊，以及背后的有些事

我每天看很多个“五分钟门诊”，介入他人的精神和肉身、疾病和人生，背后是病理、人、关系、系统、药物和价值的张力。

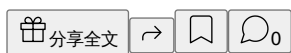


精神科医生在医院的楼梯之间向下望。摄：林振东/端传媒

文：阿齐 策划：艾迪

刊登于 2023-12-02

[# 公立医院](#) [# 医疗体系](#) [# 精神病](#) [# 精神科医生](#) [# 医生](#) [# 医疗](#) [# 返工这回事](#) [# 情绪](#) [# 精神健康](#) [# 香港](#) [# 职业](#)



【编者按】“其实你返工有咩做嘍？”——这个问题，你有问过别人或被人问起吗？

这个来自日常的问题，启发我们开启“返工这回事”这个新栏目。在当代社会，工作主宰我们的生活，既定义个人的身份，亦维系社会的“正常”运转，但在“隔行如隔山”的区隔中，我们并不容易看见彼此——从恒常的工作劳动，到行业内的语言词汇、职场文化、人际关系、性别分工、权力层级以至价值体系。借此栏目，我们希望打破边界，深入聆听多位“打工仔”的行业见闻，不但走进社会各行业的“贴地”日常，亦从职业的视角观照当代社会的切面和现象。

“你最近好吗？”是精神科医生的开场白，有病人觉得是例行公事，有的则视为打开自己的机会。对精神科医生来说，这句话又意味着什么？本文作者是任职公立医院的精神科医生，在这篇夹叙夹议的万字自述中，他为我们带来医者的鲜活经验和思考感受：精神科医生是如何跟时间竞赛，每天看很多个五分钟会诊？他们治疗时，病理、人、关系、系统、药物和价值是怎样交织和拉扯？在这份既要和自杀打交道，每天接触负能量的高强度工作，他又如何游走在投入和抽离之间？

“你已经比上次那位医生好得多。他没说两句就把我们赶走了。”我望著他们的背影，翻阅排版，上次的那位医生其实也是我本人。

在皓白而空旷的诊症室，一位双目无神的医生，声线木讷地进行机械式盘问，“你睡得好不好？有没有想死？”

我对精神科的最初印象，来自本土电影《一念无明》的这一幕，导演完美呈现对制度的控诉：医护人员的精神状况，随时比病人更疯狂。

挨过挑灯夜读、“On-call 36小时”实习，终于披上白袍，能够大展拳脚，难道不是值得骄傲的时刻吗？是什么令炽热的灵魂磨灭成一具机械人？

我怀著如此戒慎的好奇投身精神科工作。

## 精神科的张力：病症、人、关系、价值

医生必须经过至少六年的训练和考核，才能获取专业资格，成为“专科医生”。香港有七个公立医院联网，提供的精神科服务分类包括成人、老人、儿童及青少年、跨科咨询、滥药、法证、复康、社区外展等等。

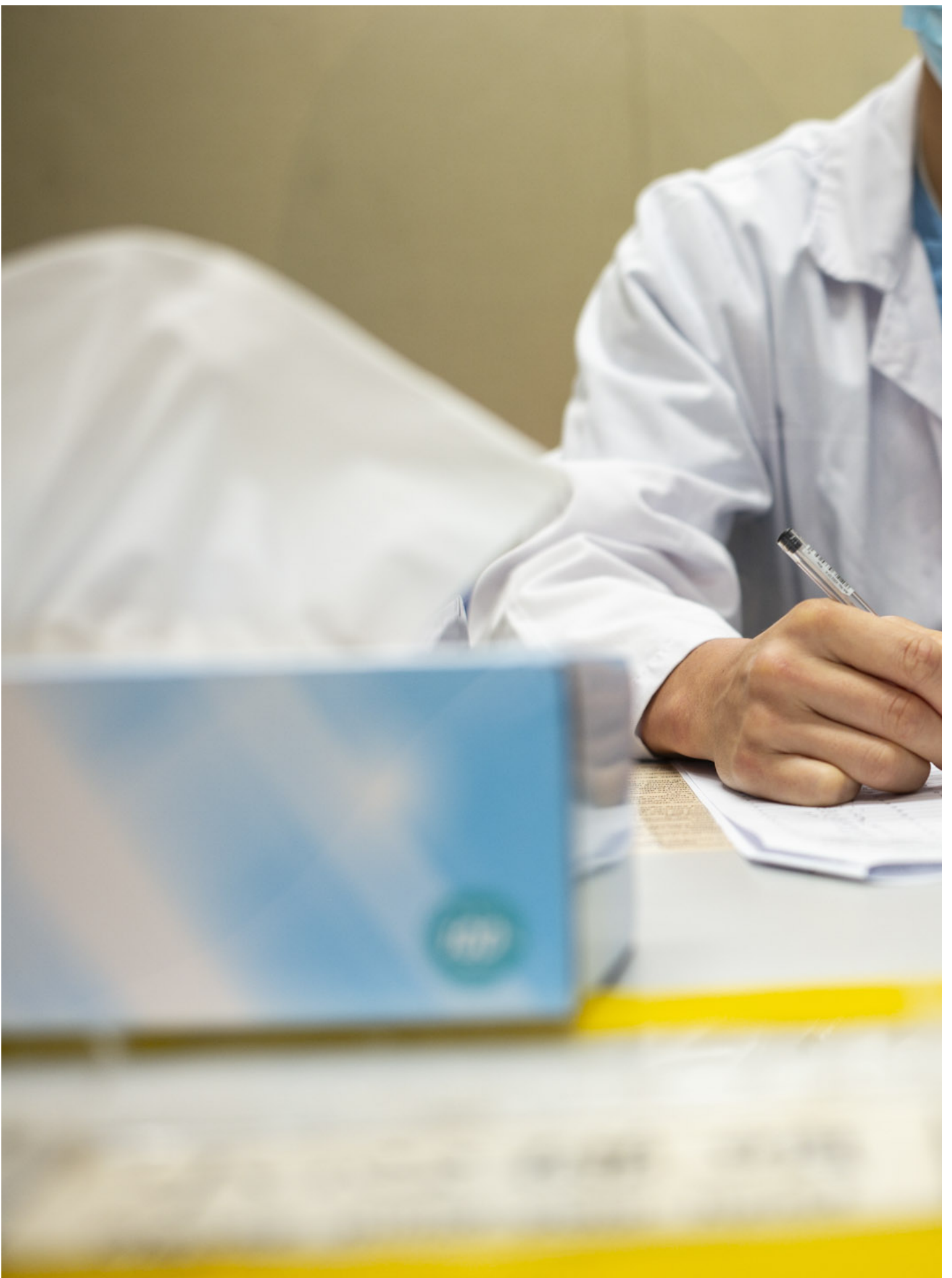
首三年，我们会轮流在不同部门逗留六个月，跟随各个师父“学艺”，同时应付笔试和临床考试。笔试的范围很广阔，由诊断准则、脑神经结构、到药剂理论和数据统计，涵盖所有跟精神科学有关的硬知识。临床试则要求考生在一小时内完成诊症，然后向两个考官口头报告，并即时示范如何问诊（如评估病人的思觉失调症状）。之后的三年，我们会“坐稳”同一个岗位，但仍要抽空独自撰写一份研究论文，还要完成为期一年的心理治疗个案，才算完成最后阶段的评核。

跟其他专科相比，精神科要背诵的知识量较少，但更为着重临床判断和沟通技巧。这反映了我们独特的工作性质——牵涉大大小小的决策，而这些决策时常没有标准答案。举一个看似基本的问题：病人适合出院吗？这个决定攸关生死，但没有公式参考，考虑过程要因个案量身定制。

比方说，病人是一位患嫉妒型妄想症的60岁男子，误以为妻子有外遇而掌掴她，继而被强制送院。要全面评估暴力风险，团队要先了解他的背景，例如性格、病历、婚姻关系、社区支援。病情控制方面，要衡量的包括残余的妄想强度、病恹感（对自身精神患病的理解、对治疗的接受和配合）、报复心态、会否配合跟进治疗、有无其他刺激情绪波动的因素（如滥药、酗酒）。不仅如此，我们还要顾及妻子的想法，审视她的伤势、对丈夫的情绪反应、能否监督丈夫服药、有无利器需要移除、紧急逃生方案又是否齐全。

《精神健康条例》下，社会赋予制度禁锢人的权力，但怎样运用权力，则考验医者的智慧。就算太太坚持让丈夫回家团聚，那也未必是最合适的决定。一方面，没有人想拆散别人的家庭，同时我们也不愿出现下一个家暴受害者。

所以，精神科处理的不只是病症，更涉及到人、关系、和价值的角力。



精神科医生在门诊的会诊房间。摄：林振东/端传媒

## 五分钟同理心的可能：门诊生存之道

每个病人的生平都能写成一部巨著；然而现实是，我们每刻都在跟时间竞赛，难以在瞬间为病人的过去抽丝剥茧。问题重复讲了多少个十年，公立医疗系统依然面临同样的困境：人满为患，僧多粥少。于是，OPD (outpatient department, 即门诊) 成为了新入职同事的“木人巷”；我们都试过因“冲症”不够快，引致等候过久的病人鼓噪，或者连累其他同事加班而遭受白眼。直至今今天，我仍不时因顾虑翌日忙碌的门诊，而感到“预期性焦虑” (anticipatory anxiety) 。

专科门诊有多忙碌，借一道简单算术供读者参考：一节四小时的门诊，假设有30个病人，平均每人得到八分钟的时间。这八分钟，包括了问症、翻阅病历、商议和解释药物、检查抽血报告、转介其他部门、记录最新病情和讨论结果，最后有技巧地邀请病人离开。要在门诊里求存，我们不得不熟习程序，学会机械式流水作业。而残酷的现实是，你不会真的给到每人八分钟，因为每节人流总是接近40个，还要考虑到集中力会随时间下降的因素。以我本人的纪录，一小时看12个症已经是上限了。

# 在香港公立医院， 精神科医患比例 1:761

公立医院精神科病人

29.3 万人

精神科门诊诊所求诊总人次

71.88 万次

精神科医生 385 人

精神科护士 2981 人

医务社工 257 人

临床心理学家 104 人

职业治疗师 301 人

注：资料为2022/23年度（截至2022年12月31日）

资料来源：香港立法会特别财委会、明报

端傳媒 Init

由病人进入房间开始，我已经开始速读电脑系统里上次复诊的记录。宝贵的十秒过去，我得知她的精神病诊断，正在服什么药，就业、婚姻、家庭结构等资料也有个基本概念。待她坐好后，我搁下键盘和滑鼠，全神贯注于她身上：“最近好吗？”一道由衷的开放式问题，希望能让对方卸下戒心，流露出真实的情感状态。

“都系咁上下。”（都是差不多）病人的第一个回应往往是最真挚的答案，关键在于你能否捕捉到弦外之音。话怎样说出口，比字眼本身更反映到发言者的想法。“都系咁上下”表达了一份随遇而安的恬适，还是对病情没有起色的无助？是以退为进引导你继续问下去，抑或不愿多谈宁愿一切从简？

她的双眼开始游移，肩膀向前靠缩，我从这些肢体语言感受到她的尴尬不安。这类内向寡言的人，习惯将情感隐藏，甚少向陌生人说真心话，怕讲出来会麻烦到人。我收起笑容，避免热情过度扭曲氛围，同时放慢谈话节奏。经过一轮短暂的沉默，她再次启齿，徐徐道出最近的困扰。

一小时12个症，即平均五分钟会诊，必然是一场高度浓缩的交流。正如人与人相处，关系的细节尽在不言中，前提是要建立互相了解的基础（rapport building）。尤其是精神医学，没有读心术或测谎机，临床评估的准确度非常依赖医患之间的信任和共感。

当我在揣摩病人的心理状态，对方其实也在试探这个医生，能给予她多少抒发内心的空间。以那个寡言的病人为例，跟她来公事公办的一套，她大概会顺应形势，继续压抑肚里的唠叨，那么不消五分钟就能打发她。但也有可能，她视这次会面为结束生命前的一丝希望，看看全世界都遗弃自己时，在这里找不到一个活下去的理由。要分辨一个神态平静的人是从容自若抑或万念俱灰，前辈提醒我绝不能疏忽。

既然时间有限，我必须善用每一刻，运用心理治疗手法，切入正题，诊症才不会流于表面。对于每隔三四个月才回来复诊的病人来说，帮助维持精神稳定的除了药物，医护人员的慰问也是举足轻重。人生很多问题都要独自面对，难得有个空间得以偶尔喘息，充充电又再挨下去，“都系咁上下”，不过如此。

但无论多么诚恳的一句“我看得出你好辛苦”，如没有足够时间去了解来龙去脉，对方只会感受到你打圆场的企图，而非真心想明白其处境。这也是为什么，手脚再爽快的资深同事，有时也避免不了超时工作。我反而觉得，不少病人其实习惯了公立系统的限制，“都系咁上下”指的是一切照旧，医生要是多问两句，病人甚至开始担心是否要被抓入院了。随著工作经验累积，我逐渐领略到同理心的功用，因为彼此认识加深后，一个眼神已经胜过万言，问诊自然事半功倍。

面对复杂的个案，或出于个人“志趣”和钻研，有少量医生会亲自进行心理治疗，但这其实是需要调动恒常工作来腾出时间的。因此，心理治疗的部分多会交由心理学家（clinical psychologist）分担。但现实的后果是，医生将期望倾诉的病人都一律转介，负荷变相转嫁至心理学部门，以致病人要隔上几个月才咨询一次，这样的密度根本称不上心理治疗，难以为病人带来改变。



香港中环的上班族。摄：林振东/端传媒

## 分类与分工：精神健康服务的流水线

精神病患者来到公立医院的医生面前，是多重分类和流程的结果。前线医生不能选择接还是不接症，被分派到手上的病人，一律都要照顾。

公立医疗制度里，一般要经转介预约专科门诊，才得到精神科医生的治疗。门诊分流的机制，是用数条问题来评估临床状况有多紧急：例如是否已在接受治疗、有无自杀念头、有无入院纪录等。根据分数高低，个案可被评估为三个等级：“Cat 1”（Category 1，即紧急）、“Cat 2”（Category 2，即半紧急）和“Cat 3”（Category 3，即稳定）。

“Cat 1”（Category 1）理论上是最严重的级别，因此会被安排在两星期内首次会诊，并多数由资历最深的顾问医生负责。

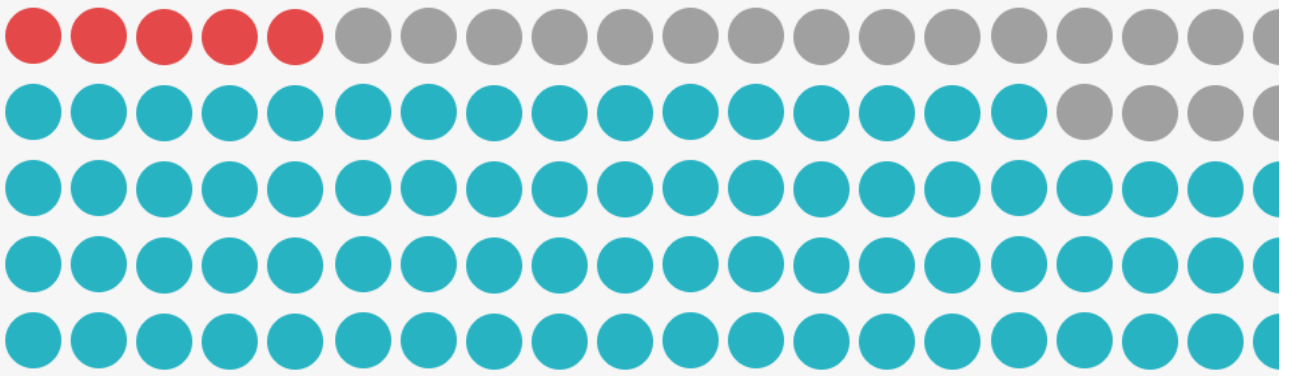
# 公立医院精神科新症数目和轮候时

紧急新症 5%

2535人

半紧急新症 19%

9710人



稳定新症 46%

39138人

## ⌚ 轮候时间 (中位数)

医管局七个分区联网的轮候时间中位数不同，此数据为七个联网轮候时间之范围



注：资料为2022年10月01日至2023年9月30日数据。

资料来源：香港医管局

端傳媒 Init

问题是，占比最大的“Cat 3”病人，在整体资源匮乏的现实下，动辄要等超过一年，青少年和长者服务的新症轮候期更长。等候期间，病情可能恶化了，分流制度却没有定时检视评分的做法。同时，负责看“Cat 3”的一般都是新晋医生，他们每半年就要转到其他部门完成训练。这就造成了某些病人“每半年转一次医生”的命运。

除了预约转介专科，排急诊也是一种看精神科的途径。病人来到急诊室，经急诊科初步检查后，可能由咨询精神科（Consultation Liaison，简称CL）护士或医生进一步评估，判断要不要送往精神科病房，接受住院治疗。住院通常有个时限，出院后病人自然需要复诊，通常是相隔多于一个月之后。坊间因此流传著说法，入院是“提早见到医生的捷径”。站在服务使用者的角度，人人都有各自的难处，都应该及时得到帮助；至于这现象是否资源分配不公的漏洞，也值得思考。

另一条进入公立医疗系统就诊的特殊途径，就是经司法机关还押小榄精神病治疗中心，索取法医精神科专家意见。精神有障碍者会得到治疗的机会；法庭也有可能判处有期或无期的“入院令（Hospital Order）”，换言之是在小榄里执行的强制治疗。

精神科医生只是心理健康服务的其中一环，其他专职医疗人员的角色也非常重要。举个例子，入院的是一位失眠且带自残倾向的病人。我诊断她有抑郁症，处方抗抑郁药。护士会协助观察她的日常生活，如睡眠质素、社交互动；假如食欲不振，营养师会建议膳食该如何调整。针对失业和管教子女的压力，职业治疗师为她提供就业训练，医务社工则转介了地区中心的辅导员。视乎需要，团队里还有临床心理学家、言语治疗、物理治疗、院牧，随时提供支援。出院以后，还会由外展的社康护士跟进，评估病情亦顾及家中照顾者的需要。现实操作上，其实不会每次都动员整个团队，否则做死同事之余，也是药石乱投。

这种多元分工恰好反映了心理健康议题的复杂性。一边写这篇文章时，我亦自觉意识到，医生并非唯一有发言权的持份者。或许大众倾向信任中央化的医疗系统，白袍始终象征一份权威；相较之下，现时香港的心理辅导员没有统一发牌制度，会惹来良莠不齐的质疑。但这种想法是自大而不切实际的——每天都有多少人遇到精神困扰，难道人人都要请医生做个“例行检查”？尤其当整个社会的心理健康需求都在增加，非医疗机构的角色就变得重要，每个将人连结起来的小团体，像教会、校园、邻里，绝对是缓冲精神压力的关键要塞。

## 处理“难缠”病人，首先不能讨厌对方

我在内科病房实习的日子，时刻上演生死关头，每个决定都争分夺秒，到底要先处理哪个个案，必须权衡轻重缓急。精神科的性质有点不一样，甚少出现命悬一线的情境。最紧急的关头，永远发生在视线范围以外；即使再紊乱、再激动的病人，抵达医院就代表已经从危险现场脱离了。

如何判断病人的先后缓急？例如，一个“稳定”的病人应该相隔多久复诊？这问题没有理论可循，纯粹考验医生的临床智慧。近来生活要是有什么变化，像调过药，失恋失业，亲朋过身等，一般我都会建议早点回来“报平安”。有药物依赖症、或曾经过量服药的病人，我也不放心让他囤积一大堆药物在家，宁愿看得频密一点。这种做法的前提是，病人跟你有一定程度的信任，他也觉得每次复诊是有助减轻负担，而非反过来增添其压力。

现实上，事情当然没那么简单。习惯淡化问题、将自己的需要压抑的人，在忙碌的医疗体系里容易被照顾者忽略。相反，“会哭的孩子有糖吃”，那些动辄威胁要投诉、情绪化地表达索求、觉得天下人都有负于他的“贵宾”，他们无形中散发的压迫感，有时连医生也退避三舍。听著千篇一律的吐苦水，心里其实在埋怨他们霸占太多时间，却又不肯打散其独白。为了息事宁人，有些医生可能选择从专业判断上作出一些退让，满足病人要求。

了解对方的成长，有助我明白对方此刻的情绪反应，部分可能是他长年浸淫在痛苦而养成的保护壳。处理难缠的病人，首先不能带著厌烦或蔑视。遇到这些个案，我会先反省，言谈间有否存心或无意地冒犯对方？但我亦会警惕自己，不该因此而百般呵护和随便迁就。拒绝凡事逢迎，初时可能会令对方感到不便，我也要抵受被责难的压力。但只要坚持原则、不失耐性，让病人相信医生仍是关心自己，彼此建立尊重还是有可能的。



香港板房间的住户。摄：林振东/端传媒

## 贫穷：匍匐在诊症室里的幽灵

精神病患源于生活，来自不同社经阶层的病人，经历的压力也差异甚远。“贫穷”是每天匍匐在诊症室里的幽灵，以各种形式增添众生苦难。失业的人，失去的不只是稳定的入息，还可能是子女眼中的地位、婚姻矛盾的缓冲、父母栽培的期望、被时代淘汰的意义真空。精神压力不断堆积，无奈生活空间有限，出街又样样讲钱，以致病人们常会用烟酒、药物、快餐劣食等方法来排解郁闷，甚至麻醉感觉。因为贪便宜，连啤酒也只会选味道最差的品牌，叫爱好杯中物的我听得黯然。

我指的“贫穷”不单是账簿上的数字，而是渗透到精神病患日常的存在状态。有特殊学习需要的孩子，谁不知更需要关怀和陪伴，但一个单亲在职妈妈又岂能抽身照顾？年迈父母的体能和记性衰退，单薄的薪资请不起家佣，要找信誉良好又付担得起的院舍谈何容易？公屋单位本已狭窄得可怜，遇上噪音滋扰更是折磨，为了满足申请安恤调迁的条件，难道非要把自己逼疯逼死不可，才能换到一纸医学证明书？

精神疾病跟社会问题，不容易一刀切界定。精神障碍会导致社会阶级下滑的现象，这个学术观点称为“迁移假说”（drift hypothesis）。临床所见的原因，可能是病征降低了思维集中和社交能力，也可能是嗜睡药物和恒常复诊的缘故，以致对工作构成不便。当然，源自家人和文化的集体歧视，内化成病患的污名，亦大大打击了康复者重投社群的信心。

作为精神科医生，我一部分的工作是处理各种社会福利文件：伤残津贴、残疾人士登记证、成人尿片钱、流质伙食费等。审批伤残津贴较为常见，当中可分为普通伤残津贴及高额伤残津贴，前者每月金额港币2005元，后者每月4010元。高额伤残津贴对“严重残疾”有清晰的定义：其病患构成的障碍，要达至完全失明、四肢瘫痪、长期卧床等相约程度，以致日常生活也要靠人协助。有人认为情绪差到茶饭不思，长期有负面思想，应该有资格申请高额津贴吧，因为这些误解，我要花不少唇舌解释制度的规矩。但我私心认为，这些绵薄的补贴，在一座生活指数高企、资源分配不均的城市，根本谈不上什么实质帮助。

香港的精神健康治疗体制，公私营医疗共存，公立医院不分贫富接收病人，但资源和私家医院比起来有不同。比较公私营医疗体系，全港病人的分布大约维持在八二比。我没有掌握精神科服务的数据，但我猜测数字上的分野可能差不多，只是处理的病人种类很不同。以常见的躁郁症和思觉失调症为例，私家药物的价格高昂，处方往往配搭多种药物，而且要维持服药上年计的时间，粗略地说每月复诊连药费要3000-4000港元。在公家医院始终便宜很多，符合资格人士首次诊症收费为135港元，其后每次诊症为80港元，每种获处方药物的价钱为15港元——医管局多用非专利药，有补贴病人，但也有用家相信私家药更好。

有些私家诊所提供较新颖的治疗（如定位脑磁激疗法，即rTMS；还有备受争议的抗抑郁鼻喷雾剂），选择多一点但不保证好一点。部分病人希望节省成本，要求公立医院按照私家的处方配药，我知道不少同事对此觉得反感。

从医者多少有种发挥自身能力去帮人的信念，就算用有限资源服务草根百姓，始终希望病人尊重自己的专业。



香港疫情期间，医院外的临时帐篷。摄：林振东/端传媒

## 有病就入院？住院治疗的现状和局限

香港的精神科服务，相较西方国家重视病人权益的去机构化（deinstitutionalisation）趋势，仍然偏重于住院治疗。造成这差别，人口稠密是一个因素，社会上牢固的保守思维亦是事实。观乎香港历年往绩，兴建社区复康设施总会面临当地居民反对：由80年代新翠康复者中途宿舍、到精神健康综合社区中心（ICCMW）被丽港城和美林邨住户反对，“邻避症候群”始终是拓展社区服务的一大阻力。当时有报章做过专题，揭示咨询不足，持分者觉得不被尊重，亦间接深化了恐惧驱使的排外心态。

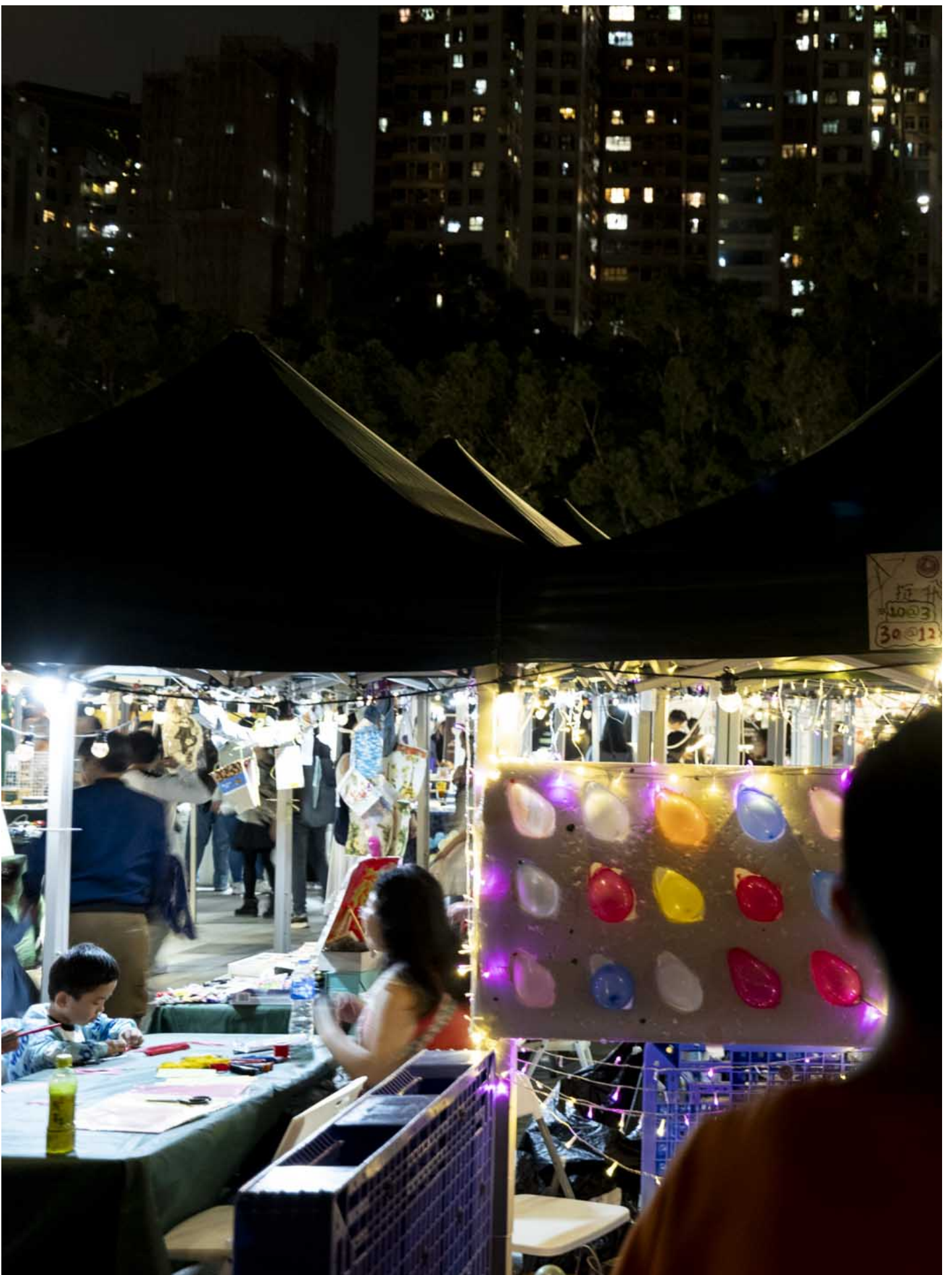
对病者而言，住院又是怎样的经验？创意媒体对精神病院不乏各式各样的想像——梦幻如韩剧《虽然是精神病但没关系》中恬静宜居的开放式小部落，也有阴森像《不赦岛》和《飞越疯人院》般的全景敞视监狱。现实大概介乎两者之间吧，以硬件设备来说，精神病院跟公立医院其他科的病房差不远，空间甚至更宽敞。听前辈话当年，原来当真有人羡慕医院的空调，讹称有幻听要求入院。

但我接触到的病人，大多数都宁愿早日出院。虽然病房设施已经随时日改善，不过并非人人习惯服从集体生活的秩序；医院里挤逼喧闹的场面亦屡见不鲜。护士巡逻时无论多么谨慎，也无法杜绝病人间偶尔口角甚或动粗。假如来了个整天哇哇大叫的病患，其余有失眠症的人就非常不幸了！我知道网上有留言控诉住院遭遇差劣，被职员“不人道虐待”。个别事件很难评论；但身为制度的一员，我也觉得现时服务跟以人为本的理想景象，仍存在一段距离。

行内有这么一句笑话：要是医院太舒适，病人都跑进来了！背后反映的困局，其实指向更宏观的房屋和福利政策。当社区跟进配套匮乏，风险管理的最终办法，就只有禁闭式的强制住院。而强制住院却也容易变成一场博弈：假若医患之间的关系紧张，一方担心被“加监”而掩饰病情，另一方因猜忌而延长住院观察，一场两败俱伤的角力由此形成。病人从此恐惧制度，不敢表达需要，到山穷水尽时也坚拒求助，伦常悲剧往往是如此酿成的。

过重依赖住院治疗，衍生的财政负担也不能轻视。医院里有一批病情稳定的病人，留院只因为在“轮候宿舍”。至于为何要在医院等候，无非因为“有家归不得”——老人家无人照顾，安老院舍供应紧绌，肯定是一个成因。另一个同样普遍的现象是，家庭出现纠纷，甚至牵涉肢体冲撞，基于“暴力风险”，个案被断定不适合回家。这突显了现今服务模式的局限：我们能否从上游堵截精神问题的出现？譬如说，及早介入家庭以改善互动关系？

每个医科生都背诵过医学伦理的四大原则，第一条是“不造成伤害”（do no harm）。这种思维需要我们有检视自身的勇气。西方开始有学者质疑去机构化的反效果，由于一刀切断绝了对病人住院的资助，加剧了病患流落街头、甚至坠入法网的情况。所有医疗程序的介入，包括旨在隔离的精神健康服务，都有机会构成长远的后遗症。



香港一名少年站在夜市中。摄：林振东/端传媒

## 无可避免与“自杀”打交道

医生视救治扶危为天职，面对病人辞世，自然是最大的心理挑战。还是个职场新人的时候，前辈跟我分享，说只要你做得够长时间，无可避免会遇上自己照顾的病人自杀。有同侪抵不住压力而毅然转行，类似的事情确实发生过。

精神病跟其他身体疾病是有差别的：一个人罹患癌症或心血管问题，即使定期接受治疗，我们普遍接受病情有转差的机会，死亡是自然下场。但我们很难接受“自杀是精神病的自然下场”这套说法。小时候有习泳的话，会记得池水进入气道后的窒息感；求生才是人的天然本能，自杀不可能是“自然下场”。或者该思考的是，自杀者是否一定有精神病？承接下去，当今的医疗系统下，自杀风险评估是否完善？治疗的目标是杜绝自杀还是甚么？治疗过程有无构成身体的副作用，或是心理上的二次创伤？

并非所有精神病患者都会尝试自杀，也不能说所有自杀的人都是精神病患者，但面对自杀，衡量风险是我们精神科医生的工作。判断自杀风险，需要整合大量资料，我尝试用一个简化的框架来描述。

“事前”，当事人的背景已经提供了重要资讯，做法就似大数据分析的信用评级。综合文献显示，男性、单身、社交孤独、酗酒滥药、长期病患、过去有自杀纪录、患抑郁症或思觉失调等，都是自杀的风险因子。但这对前线医护而言意义不大，因为大部分接受精神科服务的病人，都隶属这个高风险群组。故此，临床问诊和观察始终是人工智能无可取代的一环。

我们需要详细知道“事发”经过，包括第一次萌生自杀念头的时刻，念头是如何成型，变成按步执行的计划。计划越周详，代表寻死的意志越坚定；有否写遗书、安排遗产分配、象征性的道别，都是不可缺少的细节。时间趋近事发当天，叙述的镜头开始放缓：站在高楼边缘的最后挣扎，死的畏怯与生之疲劳，拉扯到最后被获救（否则就没有主人公来覆述了），心情到底是释怀、后悔、还是悻然？

大难不死不必然有后福，一个人向深渊投掷了生命，“事后”迎来的世界可能重展温柔，也可能冷漠如故。有没有一个大得足以令寻死者回心转意的理由，这个举足轻重的判断需要兼顾主观与客观——准确地进入病人的主观，设身处地感受悲痛的重量能否承受，同时要协助厘清当局者某些执拗的妄想，免得憧憬幻灭后的黑暗再次吞噬他。

我想带出的是，人类的内在动机流动且复杂，无法单凭统一量化的方式去管控。所有精神科工作，都是建基于一个人对另一个人的了解，自杀风险评估要够精确，一定要付出相应的时间和耐心；事情因此又回到人力资源的骨节眼上。另一方面，人类的行为又是多么受外在环境影响，而环境很多时由不得我们改变。任何人置身于极端绝望的处境，都有机会踏上终结生命的绝路。

将作为压力反应的自杀，标签为个人的精神障碍，后果有正反两面：好处是，这理顺了当事人得到社会系统帮助的机会，有不少个案在医护人员的扶持下重获新生。但“医疗化”（medicalisation）的弊端是，自杀现象牵涉到的非医疗面向，也沦为精神科辖下的责任范围。没有办法改变处境，唯有调整心境吧，但心境也太难改变，唯有靠药物调整大脑分泌——直至药石无灵的地步，也就是医疗模式的界限了。

自杀与精神病的关系，其实很难说得清。到底一个人走投无路而自寻短见，是属于“正常反应”、“适应障碍症”、还是“抑郁症”，现实不像教科书上的事例，正常与失常的界线岂能时常划清。这种徘徊在诊断边缘的个案，最后选择按一个什么标签，就视乎医生的价值取向。

我认为，这个取态会关乎到病人如何理解自身的遭遇。如果负面情绪是不正常的反应，要“战胜”导致脑分泌失调的罪魁祸首，这套论述移除了当事人的罪责感，不会觉得心情差是自己软弱或抗压力低。另一套论述里，情绪是身体对周遭环境的警报系统，与其想尽办法消除不适，不如尝试找出痛苦的根源及意义，反观生命是否需要一场“大手术”，埋葬旧我，才能重获新生。小说《挪威的森林》里写到“死并非生的对立面”，寻死的病人领悟到这点，带著伤痕活下去就变得可能。医生越能坦然地接受病人表达死念，措词不会左右顾忌，病人越能够打开心扉。相反，以行为主义（behaviourism）的赏罚方式处理自残倾向的患者，很容易陷入频繁进出医院、束缚和对抗的恶性循环。



香港的一个夕阳时刻。摄：林振东/端传媒

## 药物：可惜世上没有忘忧草

开药与否的判断，既讲科学亦是艺术。并非所有患者都需要服药：以轻度抑郁症为例，指引不建议用抗抑郁药，反而建议尝试心理治疗。指引固然有参考价值，但病人的意愿也是重要的考虑，因为这会影响到以后的依从性（treatment adherence）。有人期望得到处方，药物是“全套服务”的一部分；试过有病人反问我“你唔开药咁我睇你嚟做乜？”（你不开药的话我岂不是白看医生？）

这番话也不无道理，因为排期约见临床心理学家又要等几个月，医生除了叫人见字饮水多做运动外，一颗药让人感觉到实在的帮助。粗略而言，精神科药物需要服用两至四星期才能产生治疗作用，从最轻剂量开始，因此调药过程相当缓慢。例外的是镇定剂和安眠药，由于迅速见效，让病人得到短暂的纾缓，然而治标不治本，长期服用亦有机会产生依赖症。

除了口服药物，有零星数款抗精神病剂有长效针剂的选择，只需每月注射一次。这理应方便患者，亦能省却被监察有无准时服药的争执，避免因停止服药而病发的情况。但我遇过不少人不喜欢打针，出于对针筒的恐惧，怕那是俗称的“懵仔针”。“懵仔针”所形容的副作用是“锥体外系症状（extrapyramidal symptoms）”，指病者肌肉僵硬以致表情木讷，手震、流口水、甚或不由自主的抽搐。不过，大部分新研发的药物都改善了这方面，“懵仔针”的谣言应该被当成假新闻。

关于精神科药物，有几个公开的秘密：第一，药物选择很有限，常用的也不过廿多款。第二，药物的功效没有显著差别。继“氯氮平”（clozapine，专治难治性思觉失调的抗精神病剂，注册名称为可致律）于1990年投入市场后，迄今再未研发出有明确治疗优势的药物。第三，并非每个患精神病的人都能“药到病除”。以抑郁症来计，连同试药转药的过程，也只有约三分之二的人最终得到改善。这里引用的不过是量度征状减少的缓解率（remission rate）；亦即是说，如果计算完全康复的机会，其实远比这个数字还低。

不过，大众碍于资讯有限，有时会对药物抱持某些冀愿甚至执念。有些人心理上很依赖药物，深信所有精神问题都一定有根治的配方，若然治不好就肯定是医术不够高明。这种“有病食药”和经常转医生（doctor shopping）的心态在香港颇为流行，我认为跟华人倾向掩藏人际冲突、中产消费充权模式、西方药厂宣传等因素都有关。我见过有病人卡在这个不断“寻找忘忧草”的永劫轮回，病情没有起色却苦无别策。

另一边厢，也有不少恐惧和抗议药物的声音。从病患的福祉出发，有两点顾虑我是同意的：“难断尾”、副作用。关于第一点，某些类别的药物（如血清素、镇定剂、安眠药）是有戒断反应的，经长期服用后需要循序减少剂量；难归难，但并非不能断尾。更多时候，医生不建议减药或停药，是基于病情会否复发的担心。可惜停药这方面没有清晰的指引供我们参考，因此决定都是因人而异。笼统点说，假若过去复发次数多，病发时有过自杀或暴力行为，而患者对自

己病情的掌握不足，我会建议维持一段长时间的药物治疗。至于副作用，肥胖、嗜睡、口干、肠胃不适、影响集中力，统统都是常见的反应。虽然后果不甚严重，而且会随时间改善，但要是没有在开药前解释清楚，这些都构成了病人擅自断药的原因。

还有再极端的一派，认为精神医学对病患的危害比帮助更大，这种观点被称为“反精神医学”（Anti-psychiatry），在60-70年代西方逆主流文化（counterculture）的背景下冒起。代表人物包括Thomas Szasz（精神病不是真实的诊断，而是社会控制的手段）和R. D. Laing（传统精神医学将患者孤立，忽略他们面对的疯狂现实）。他们的著作中，其实有不少独到的看法，尤其是强调人性化对待病患的态度。到近年，批评声音主要针对过度诊断和过量处方药物的现象，指控美国食品药品监督管理局审批药物的过程草率，及美国精神医学会将断症的门槛订得太低（尤其是儿童及青少年服务）。我推荐有兴趣的读者去看《精神病大流行》（Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America）、《救救正常人》（Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life）等好书。

接触这些看似离经叛道的观点，有助我成为更全面的精神科医生。我不认同任何阵营的教条主义，或任何形式的断章取义。药物是痊愈的重要一环，用药与否是因人而异的决定，跟病人协商的过程绝不能偷懒。相辅相成，我也在不断增进药理知识，追上医学发展的步伐，亦不忘要批判分析数据。假若有病人告诉我断药，我会如此回应：我见证过病人停药数年也没有复发，也有人病情恶化导致要停工休养，谁都没有水晶球，但我愿意跟你一起尝试。



精神科医生在医院的走廊。摄：林振东/端传媒

## 职业倦怠：在投入与抽离之间

在老人精神科门诊工作的某天，一位患晚期认知障碍症的老翁来复诊。我不认得他，也不打算认识他，因此当他太太在旁告诉我他情况“稳定”，我便假定了他们只是一般的过客，只需要我如常地开药。怎料，我正准备打发他们离去时，他太太突然说：“你们医生怎么都不跟病人说话？”

我心想，之前的问诊你都为他解答了，何必留难我呢？不过为了减省烦恼，我尽量配合她的意思，考验老翁“今天星期几”和“这里是什么地方”。他答不出来，正如我所料。

“不要紧的。”我佯作打圆场说道。老太太也识趣道：“你已经比上次那位医生好得多。他没说两句就把我们赶走了。”我望著他们的背影，翻阅排版，上次的那位医生其实也是我本人。

曾经有一段日子，我感受到意志几乎被消磨殆尽。那时候的我，已经适应了流水作业，锻炼出标准化对答，冲症时俨如开启自动导航，唯一目标就是尽快收工。每当电脑或列印机出现故障，家属提出额外查询，甚或病人的吞吐迟钝一点，已经足以令我不耐烦。辛勤劳动的表面，只是我为求摆脱其他人的唠叨的伎俩，内里的我整天心不在焉，对跟我说话的人视而不见。

那次堕入职业倦怠的经历，引起了我对工作意义的反思。选择报读医科的少年，初衷其实很简单：守护健康和生命，用知识帮人解决问题。然而，基于精神科工作的性质，“药到病除”的思维很容易令人迷失。就像认知障碍症，世上仍未研发出有效逆转病情的药物；情绪困扰亦不能像瘰肉般切除干净。面对家属的无奈和绝望，我也久而久之会质疑自己有什么角色。有时候，病情注定会不断恶化，最亲密的伴侣会仿如外人，最真挚的回忆会化为乌有。就算是安慰的话，其实也很难拿捏，病人期望从你身上看到希望，但过多的正能量又会构成另类伤害。

有时我会想，当初没有选择精神科的话，会不会更能得到病人痊愈的满足感——然后我会记起，被精神科吸引的原因，不就是这种体验人生最核心痛楚的位置吗？只不过，年少气盛的我没想到，人生最核心的痛楚都是无法解决的。工作带给我的反省是，旁观他人的痛苦时，自己要准备去一齐承受那份痛苦。“想帮人”的冲动，可能是出于自己无法忍受痛苦，搞不好反而越帮越忙：看著病人声泪俱下，以前我会本能反应地加重药量，结果病情没有起色，却导致副作用累累。同时，我借《一念无明》提醒自己，悲观地以为所有事情都无法改变，不过出于另一种心理防卫机制：医不好，问题也不在自己。如何分辨甚时候该行动，甚么问题能处理，这是我从学习和反思中希望获得的智慧。

跟亲友相聚，有时被关心自身的情绪状态，会否受病人的负能量传染。投入与抽离，确实是精神科工作一个矛盾的主题。听过前辈夸口，30年前他们都是抽私人时间完成工作；抚心自问，平日迟放工已经是常态，细心倾谈的空间被诊症量压缩，还要效仿周末加班常态化的话，心力只会加速燃烧。公余时间，我越来越珍惜独处的机会，或者跟三五知己轻松一下，不再思考工作有关的事。

投入与抽离，也牵涉到对病人的情感付出。我遇过一位酗酒成瘾的女士，屡次酒精中毒又获救，每次她都在病榻前向我保证会改变，出院不久后却重蹈覆辙。医生倘若感觉被欺骗、出卖，继而对病人产生愤恨，这就是过份投入的反效果；然而，为了保存面子而冷理她死活，这种程度的抽离会伤害到病人的自尊心。道理其实不复杂，要拿捏得稳却考验智慧。

这行的人是怎样走出倦怠与迷失的？有人转换跑道，加入学术科研或私人市场，甚或不再从事精神健康工作。有人将心神投放到职业以外的生活，自有自精彩。想放弃的时刻我还是会正能量一下，感激工作带给自己的成长，回顾跟病人相处的一一点一滴，我便仿佛找到继续努力的理由。我仍在公立医院奋斗，但愿在现实的种种限制里，尽力做好每件事，那管看似多么微小。

【如你或身边亲友有需要，可致电24小时求助热线】

中国大陆：

希望24热线：4001619995

台湾：

自杀防治守护者-安心专线：0800-788-995

生命线协谈专线：1995

张老师专线：1980

香港：

香港撒玛利亚防止自杀会热线：2389 2222

撒玛利亚会热线(多种语言)：2896 0000

生命热线：2382 0000

东华三院芷若园热线：18281

明爱向晴热线：18288

澳门：

明爱生命线：28525222 (中文) / 2852 5777 (外语)

[# 公立医院 # 医疗体系 # 精神病 # 精神科医生 # 医生 # 医疗 # 返工这回事 # 情绪 # 精神健康 # 香港 # 职业](#)

本刊载内容版权为端传媒或相关单位所有，未经[端传媒编辑部](#)授权，请勿转载或复制，否则即为侵权。

# 端 X 華爾街日報 雙會籍

## 年末優惠65折，支持2024年的華語獨立新聞

約HK\$1.8/天

[點擊訂閱](#)

端傳媒的下一程，需要你的守護。今天就成為訂閱會員，支持我們走下去，支持華文世界不可或缺的深度報導和多元聲音。點擊了解更多[會員計畫](#)