

好境之追尋與精神健康

曾家達

在個人追尋好境的過程中，精神健康不是必經途徑，每人在這追尋中都有不同的目的及可能性，社會工作者作為應用科學家應該正視這事實。

引言：社會工作與健康

社會工作可以被理解為一項應用社會科學或人文科學知識去改善人類生活處境的專業活動，但一直以來，社會工作者對於生活處境的改善都受一些西方形而上學的影響。就以「健康」這概念來說，就可以被社會工作者引用到差不多每一個生活領域中，由健康的社區關係到健康的性觀念不等，「健康」幾乎成為一切美好事物的代名詞。如果引用聯合國國際衛生組織（註一）於四零年代所下的定義，則健康不單指沒有疾病，還包括整體生理、心理及社會方面的好境（well-being）。在這定義面世後，大家都以為自己明白了健康是什麼，但事實上這個定義只是用一種新的形而上立場（即將人分為生理、心理及社會三部分）去取代了固有的猶太基督教的三分人觀（將人分為靈、魂、體三部分）。社會工作界人士以為只要照顧到一個人的生理、心理及社會部分，就算是對人有了一個所謂整全（wholistic）的關懷。

好境的主觀性

作為人類經驗來說，好境本質上是非常個人性和主觀性的。一個人覺得自己的存在狀況很好，這對他來說就是好境了。對某些人來說，是好境的經驗例如宗教境界、兩情相悅、為理想犧牲等，對另外一些人來說就不一定是好境了。它和疾病的存在與否並沒有一定的關係，它亦未必要與健康有什麼相干。好境是一種個人的主觀經歷，是在一個人的生活經驗整體中

建構而成的。它不一定可以被整齊地分類為生理、心理及社會部分。它絕對可能是實存的、宗教的、政治的或哲學性的。好境可以用極主觀的形容詞來描繪，例如快樂、興奮、滿足、有意義、刻骨銘心等。可以說每一個人都在追尋好境，但他們的目標卻不一樣，途徑也可以大有分別。健康當然是構成好境的因素之一，但絕不是對每一個人來說都是好境的精要部分。

健康的客觀性

相對於好境來說，健康這概念是相當客觀的。現今流行的健康觀念是建基在一個前設上，就是所有人本質上是相同的，對一個人來說，是健康的對另一個人也就是健康了。唯有在這基礎上，大家才可以想像一個普世性的健康定義。在堅持個人獨特性的原則下，這樣客觀普及的定義是存在着很大問題的。

最先我們當然要考慮到文化差距。就以中國人來說，傳統對健康的了解是風、寒、濕、燥、熱這五種程序的和諧運作，與心、肝、脾、肺、腎五臟相對應，配合着陰陽平衡、四時變化，更連繫到五行的基本結構上。舉例來說，如果我們說一個人心火盛，這可能包括他食慾不佳、睡不安寧、心情煩躁、容易與人衝突，卻不一定要將他形而上地三分為生理、心理及社會部分。中國人的傳統健康語言是可以以陰陽五行這些概念來解說的，導致健康的方法也很多樣化，可以包括治氣養心之術、打坐、

食補、太極拳等。我們也許可以說在不同人口中是有着不同的健康文化 (health culture) 的。就以香港來說，今一代對健康的了解就和上一代有着顯明的差異。就如近年流行的健康舞、活力操等健體運動，就是一種入口文化。我們對某些行為如吸烟、吃鹹魚、喝涼茶等都有了很不同的態度。我們現在很強調吸烟的害處、對防腐處理的食物普遍懷疑、鹹魚要讓位給自然食物或健康食物 (health food)、或未經處理食物 (unprocessed food)，而維他命丸則漸漸取代涼茶和祛濕茶的地位。每年我們都把數以百萬計的金錢用到健康中心、皮膚護理、健美操、健康食物、及各種有關的書籍及錄映帶上去。總括來說，這一代的理想健康典範與上一代是很不同的。

此外，我們必須留意到這種健康文化是與一個有着既得利益的健康工業 (health industry) 息息相關的，健康作為一個客觀概念是有其經濟及政治意義的。再者，社會工作者亦可以體會到社會階級 (低收入階層保留着較多傳統習慣及較少使用健康資源) 及性別 (婦女的健康和外貌體態的關係) 的差異，由此我們可見健康是帶着一定的價值取向的。當我們進入討論精神健康的時候，這現象將更明顯。

精神健康與理想人

某一特定文化對精神健康的定義事實上就是那個文化的理想人。在多元化社會裏，要達成一個人人都同意的定義當然是很困難的。耶可達 (Jahoda) (註二) 在她的經典定義中引用了六種方法，其中大都需要精神健康專業人士的判斷，而這些判斷當然就受着他們本身的價值觀所影響了。實際上，耶可達自己亦在該書 (註三) 指出了這價值的困惑，史和茲與史和茲 (Schwartz & Schwartz) 在國際社會科學百科全書 (註四) 裏的專文亦指出了精神健康這概念和美國價值系統的關係。

本港的精神健康專業人士大都受着來自西方的專業訓練傳統影響，不知不覺間認同了非常中產的白種安格魯撒克遜基督徒 (Wasp:

White Anglo-Saxon Protestant) 的價值觀，這種流行於歐美白種人中產階級的理想人概念也就廣泛地為他們所接受。當然，我們了解到這個理想人的具體描繪是有着一定的多元性的，但最要緊的問題就是我們對這些描繪並沒有進行應有的審視就強行將它們應用到一個歷史和文化都非常不同的社會裏。

精神健康專業人士一方面指引追尋好境的途徑，一方面又描繪出一個理想人的形象。從某一意義來說，他們是在傳揚着一個新的宗教。列夫 (Reiff) (註五) 就曾指出精神健康專業人士如何取代了西方基督教傳統的功能。本港的同工或許沒有那麼成功，但他們的努力是很相似的。透過那些叫做精神健康或心理衛生教育、家庭生活教育或社區健康等活動，他們實際上是在指引著普羅大眾應該如何去生活和去做怎麼樣的人，才能得着這種神秘美滿的狀態——精神健康。他們正在致力去主宰他人的生活，包括如何去處理或表達情緒、如何處理性生活、如何與人交談、如何利用閒暇、如何與家人相處等等。雖然他們的動機良好，但這些指示都忽略了接受服務者的歷史文化背景以及個人獨特性。舉例來說，近年在本港專業工作者中流行著一個概念，英文叫 assertiveness，中文大概只能粗略地譯作進取性。他們相信這種特性是對人的精神健康有幫助的，所以就透過行為治療、輔導或社交技巧訓練等途徑去鼓吹這種態度。在這過程中，傳統的謙讓、容忍及中庸之道就無須照顧了。這些傳統特性事實上仍是有很多人持守的，它們的功能是去維持較長遠及和諧的人際關係而不是短期的工具性關係，但在現今的精神健康概念中它們是不再受到重視了。

另一個例子就是一些所謂人文主義輔導或心理治療理論中強調的所謂坦白地表達此時此地 (here and now) 的情緒和感受的做法。這些通常都是透過主動的語言表達的。他們相信一個性格健康或精神健康的人是應該這樣做的。他們對於中國傳統中非語言的行動所能承載的豐富意義 (例如弄些食物給一個你得罪

了的家人吃) 就完全忽視了。我們還可以列舉更多的例子，但最要緊說明的一點是除了文化差異外，個人的獨特性也是必須照顧的。在追尋好境的過程中，每個人都有自己獨特的目標和方法，按一些未經審視的價值系統來指示出一個普及性的客觀理想人是不切實際的。

精神健康的語言是否另一個神話？

在以上的討論中，我們指出了精神健康這意念其實是有很重價值取向的一套理想人及理想生活形態的指標，現在我們可以進一步考慮精神健康的本質是什麼。早在五十年代，林基 (Rumke) (註六) 就提出了精神健康和精神病是兩種不同的向度而非在同一向度上的兩極，國際衛生組織的定義也和這想法吻合。精神健康大概可以獨立於精神病的存在與否之外，但在此處要提出的就是精神健康的語言和精神病的語言體系是有很類似的地方的。首先他們都是同樣的有指引性和規限性，其次他們都前設了一些理想典形或準則以評估人類現象。再者，他們都嘗試將人類經驗放進一套轉借自醫學的比喻語言中，其中一個很好的例子就是人類的性經驗。專業人士先把性變為一個醫學問題，然後就自誇地滿以為自己比普羅大眾對性了解得更清楚，進而以為自己可以判決什麼是健康的性和什麼是病態的性，再進一步甚至去規範他人應如何過他們的性生活。他們對在性方面追尋好境所涉及道德及實存意義都只是給予口頭的承認，實質上他們正想主宰一切性的表達形式。

我們留心觀察，就不難發現這精神健康和精神病的比喻語言實際上已被應用到一切不符合社會規範的行為上去，打從在法律上或在學校紀律上的問題，以致賭博、離家出走等都可以了解為精神病態。本港同工熟悉的美國精神治療學會的診斷及統計手冊第三冊 (DSM III) (註七) 就是很好的說明。再加上看見本港的社會控制體系和機構日漸多僱用精神健康工作人員如社會工作者及心理學家等，我們就更可明白到精神健康和社會政治操縱的關係。我們

當然很熟悉像沙茲 (Szasz) (註八) 等學者對精神病語言的批判，但事實上大部分精神健康專業人士仍是對將人按照疾病分類的興趣較為濃厚。本文並非打算重提這舊案，只是想指出精神健康的語言實質上也是要用一個客觀標準化的結構強套於人類經驗之上。當它將很多本質上並非與健康有關的事強納入精神健康的語言體系裏的時候，它就變成了另外一個神話。

好境的追尋——超越精神健康

當社會服務從業員要努力地去促進受助者追尋好境的時候，他們應該了解到自己的限制。將比喻語言過分地擴張及將專業技巧伸延到它們不應涉及的範圍內是危險的。首先要肯定的就是，在好境的追尋中，必然包涵了一個主觀的個人向度，客觀科學的方法在此不一定可以適用。另外就是，好境的追尋可能涉及一些與精神健康甚或健康本身無關的成分，要把一套代表着某種理想人或理想生活形態的精神健康概念強加諸受助者身上，就是漠視了精神健康並不一定是生活中最終極重要的這個事實。在個人追尋好境的過程中，精神健康不是必經途徑，每人在這追尋中都有着不同的目的及可能性，社會工作者作為應用科學家應該正視這事實。我們無須強行主宰別人如何生活，反之我們應該正面地尋求了解在好境的追尋過程中的多種可能性，以及好境對不同的人的意義，以致我們可以超越我們理論知識的局限，得以進一步明瞭及協助我們的受助者，使他們更自由和更有創意地去實現他們的好境……

註釋

1. World Health Organization (1946), "The Constitution of the World Health Organization", Geneva: the Organization.
2. Jahoda, M. (1958), "Current Concepts of Positive Mental Health", New York: Basic Books.
3. 同上, pp. 76-80.

4. Schwartz, M. S. & Schwartz, C. G. (1968), "Mental Health: the Concept", Sills, D. (ed.) *"International Encyclopedia of the Social Sciences"*, New York: MacMillan & Free Press.
5. Reiff, P. (1966), *"The Triumph of the Therapeutic"*, Middlesex: Penguin Books.
6. Rumke, H. C. (1955), "Solved and Unsolved Problems in Mental Health", *"Mental Hygiene"*, 39:183.
7. American Psychiatric Association (1980), *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder"* (3rd ed.), Washington, D. C.: A. P. A.
8. Szasz, T. S. (1961), *"The Myth of Mental Illness"*, New York: Harper & Row.