

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

合併憂鬱症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒歷程之研究

A Research of Drug Addiction Withdrawal and Healing Journey for
Panic Disorder Patients with Depression

江一龍

Yi-Lung Chiang

指導教授：林原賢 博士

Advisor: Yuan-Hsien Lin, Ph.D.

中華民國 112 年 6 月

June 2023

南華大學

生死學系碩士班

碩士學位論文

合併憂鬱症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒歷程之研究

A Research of Drug Addiction Withdrawal and Healing
Journey for Panic Disorder Patients with Depression

研究生：三一龍

經考試合格特此證明

口試委員：鄭瑞隆

林原賢

廖俊銘

指導教授：林原賢

系主任(所長)：楊國松

口試日期：中華民國112年06月21日

誌謝

研究所並非人生必經之路，碩士論文的完成也只能算是學術道路中的一項里程碑，但其中獲得到自我成長的成就感，相信是親自走一遭的研究生才能體會的。

此研究主題從 2018 年既開始醞釀，2020 年入學南華大學生死所著手進行，感謝很多貴人對學生的陪伴、建議及幫助。首先，謝謝指導教授林原賢教授，感謝林教授親切關懷和悉心指導之下，學習到嚴肅的科學態度，嚴謹的學術精神，精益求精的治學作風，深深地感染和激勵著我。寫作論文期間不僅在專業理論上給我以精心指導，同時還在諮商領域、臨床心理學上給我入寶山似的收穫。

其次，謝謝廖俊裕教授、鄭瑞隆院長擔任口試委員的重要角色，給予學生明確方向與清晰的視野，運用於個案研究上更深入且貼近研究的核心內涵。再謝，孫智辰教授、學習參與質性研究課程當中，受益良多，像論文蓋房子的寫作基礎、如何上梁上綱，論文章節間環環相扣細膩的基本功法，正是學生所欠缺的。

此外，草寮茄荖山莊及台中張老師中心實習時光的滋養，使我得已在專業知能成長。一起愉快的度過南華碩班讀書會小組的同學們旭男、頌潔、繕亦、文玉正是由於你們的幫助和支持，我才能克服一個一個的困難和疑惑，直至碩士論文的順利完成。韋欣、輝梅總在我面臨壓力、心情低落時給予陪伴。孟傑、雅琴的激勵與鼓勵，總讓我能從低谷爬起來繼續向前。張老師的同儕芷君、千慧在論文沒有方向時給予指引。楊純毓心理師、阮靜玟心理師兩位前輩在寫作論文上的指教與建議，達到條理通順，專業與倫理兼顧。特地參與研究的受訪者們，有你們真誠豐厚的經驗分享才得以完整研究。再三感謝以上對於最終論文完成的幫助。

最後感恩媽媽子淇給我無條件的愛與關懷、最愛兩個小寶貝品樂、冠德你們的笑容就是美好的一切。謝謝我的家人對一龍的照顧及疼愛，完成論文的動力一直是想給家人更多的幫忙，但此過程早已先幫助了我成長，謝謝家人，我愛你們。

謹以此篇論文獻給我最想念的親人，仙逝的外公學利先生、外婆玉雲女士。

江一龍 謹誌 2023.07 於台中

合併憂鬱症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒歷程之研究

中文摘要

本論文的中心主軸：日常生活壓力帶來焦慮感，持續高張力焦慮狀態之下併發恐慌症，透過了解合併憂鬱症的恐慌症患者療癒及治癒過程中，探究影響因素有三；其一，恐慌症合併憂鬱症發病經驗對患者生活的影響、其次，有關藥物酒精依賴成癮矛盾糾結、其後，為患者生、心理對抗之心路歷程。

本研究旨在探究合併憂鬱症的恐慌症患者治療歷程中依賴藥物之經驗與戒斷及療癒歷程，採用質性研究方法，以半結構訪談為主要蒐集資料方法，並以敘說研究「整體－內容」分析方式進行資料彙整，而後主題分析與詮釋。研究參與者皆為三位成人因受精神官能症共病所苦，從依賴藥物成癮到完全戒斷藥物達到身心痊癒過程。研究結果如下：

一、探究恐慌症共病患者的發病經驗對其生活的影響為何？

(一) 壓抑的性格特質：不擅言語表達及對外求助。

(二) 情緒中不斷頻繁現身：擔心、焦慮、害怕、恐懼、憂鬱、絕望。

(三) 引發身體相關負向症狀：暈眩、心悸、顫抖、失眠、失能、自殺。

二、研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結為何？

(一) 成癮及戒斷產生兩難之舉，去存取捨是迷茫中的為難決定；一方面用藥及酒精可以身心舒緩，但一方面長期使用成癮之下反而使病情負向症狀加劇。

(二) 用藥初期-身心回穩。中期-不斷適應反覆調整藥物病狀的起伏狀態。後期-酒精代替及病徵副作用的擴大。

三、研究參與者心理對抗及生理戒斷的成功經驗為何？

第一部分自我對抗的過程-從負向信念走向戒斷復原之路；

(一) 因壓力困境產生的自殺信念：從自殺意圖、行為中置死地而後生。

(二) 處於困境中而綻放的正向信念：激發轉化的正向動機及自我療癒力。

(三) 心理諮商帶來的影響性：學習情緒管理、及如何與恐慌、憂鬱症狀共處
第二部分療癒相關因子-嘗試與冒險、破除舊有框架、規律形成新的生活模式；

(一) 從人際團體中得到支持力量：賽斯基金會/張老師自我探索/讀書會

(二) 與大自然的接觸：五感體驗/正念呼吸/曬太陽/散步/爬山/游泳

(三) 開啟興趣的一扇生命之窗：自我探索/心靈成長/興趣養成/落實執行

最後根據研究結果做討論與提出幾點建議及限制，作為未來研究、相關實務工作者、合併精神官能症患者、及患病家人陪伴者之參考。

關鍵字：恐慌症、恐慌症合併、物質成癮戒斷、療癒歷程、敘事研究

A Research of Drug Addiction Withdrawal and Healing Journey for Panic Disorder Patients with Depression

Abstract

Title of the Thesis: Factors Influencing the Healing and Recovery Process of Panic Disorder Comorbid with Depression

The central focus of this thesis is the experience of anxiety caused by daily life stress, leading to the development of panic disorder in a state of persistent high-tension anxiety. Through an understanding of the healing and recovery process of patients with panic disorder comorbid with depression, three influencing factors were explored. Firstly, the impact of the comorbidity of panic disorder and depression on the lives of patients. Secondly, the paradoxical entanglement of substance and alcohol dependence. Lastly, the emotional and psychological struggles faced by patients in their journey of healing and resilience.

The aim of this study is to explore the experiences of medication dependence, withdrawal, and the healing process among patients with panic disorder comorbid with depression. Qualitative research methods were employed, primarily using semi-structured interviews as the main data collection method. Narrative research and thematic analysis were utilized to compile and interpret the data. The participants of the study were three adults who suffered from co-occurring mental disorders, from addiction to complete abstinence and achieving physical and mental recovery. The research findings are as follows:

1. Exploring the impact of panic disorder comorbidity on patients' lives:

- (a) Suppressed personality traits: Inadequate verbal expression and reluctance to seek external help.
 - (b) Constant manifestation of emotional states: Worry, anxiety, fear, panic, depression, and despair.
 - (c) Inducing negative physical symptoms: Dizziness, palpitations, tremors, insomnia, dysfunction, and suicidal tendencies.
2. Understanding the contradictory entanglement of alcohol and substance dependence during the treatment process:
- (a) The dilemma of addiction and withdrawal: Struggling to make the difficult decision to access or give up substances; on one hand, substances and alcohol provide temporary relief, but on the other hand, long-term addiction exacerbates negative symptoms.
 - (b) Stages of medication use: Initial stabilization of physical and mental well-being, mid-term adjustment and adaptation to the fluctuating symptoms of medication, and late-stage substitution of alcohol and exacerbation of side effects.
3. The successful experiences of participants in psychological resilience and physiological withdrawal in the study are as follows:
- Part 1: Self-struggle process – Transition from negative beliefs to recovery and abstinence.
- (a) Suicidal thoughts arising from stressful situations: From suicidal intentions and actions to emerging from the brink of death.
 - (b) Positive beliefs emerging amidst adversity: Sparking transformative motivations and self-healing power.
 - (c) Impact of psychological counseling: Learning emotional

management and coping with panic and depressive symptoms.

Part 2: Healing-related factors - Attempting new experiences, breaking old patterns, and forming new lifestyles.

(a) Receiving support from interpersonal networks: Seth Foundation/Teacher Zhang's self-exploration/reading clubs.

(b) Connection with nature: Sensory experiences, mindful breathing, sun exposure, walking, hiking, and swimming.

(c) Opening the window to interests: Self-exploration, spiritual growth, cultivating hobbies, and implementing action plans.

Finally, based on the research findings, discussions are presented along with several suggestions and limitations for future research, relevant practitioners, individuals with comorbid mental disorders, and accompanying family members.

Keywords: Comorbid Panic Disorder, Panic Disorder Combined, Panic Disorder Healing, Healing Process, Narrative Research

目錄

誌謝	i
中文摘要	ii
Abstract	iv
目錄	vii
圖目錄	x
表目錄	xi
第一章 緒論	1
第一節 研究背景及動機.....	1
第二節 研究目的與問題.....	5
第三節 名詞解釋.....	6
第二章 文獻探討	11
第一節 泛焦慮症關聯性-恐慌症探討.....	11
第二節 情緒障礙症關聯性-憂鬱症探討.....	21
第三節 藥物及酒精成癮性格與戒斷症狀.....	29
第四節 戒斷對於療癒歷程的影響.....	40
第三章 研究方法	55
第一節 研究取向選取及程序.....	55
第二節 研究參與者及研究者.....	57

第三節 資料處理及研究工具.....	60
第四節 研究分析方法.....	66
第五節 研究倫理及研究嚴謹度.....	69
第四章 結果分析與討論.....	73
第一節 A 的故事.....	73
第二節 B 的故事.....	90
第三節 C 的故事.....	106
第四節 綜合分析與討論.....	124
第五章 研究結論、建議與限制.....	157
第一節 研究結論.....	157
第二節 建議與限制.....	160
第三節 研究反思.....	164
參考文獻.....	165
中文部分.....	165
英文部分.....	171
翻譯專書.....	177
附錄.....	179
附錄一 受訪者選樣條件核對單.....	179
附錄二 研究邀請函.....	180
附錄三 研究參與同意書.....	182

附錄四	前導研究訪談大綱.....	183
附錄五	修改後實際研究訪談大綱.....	184
附錄六	協同分析者保密同意書.....	185
附錄七	受訪者檢核回饋表.....	186
附錄八	摘列 A 研究者逐字稿及文本分析.....	188
附錄九	摘列 A 研究者主題範疇分析.....	199



圖目錄

圖 2-1 成癮性格共病倒三角	42
圖 3-1 研究架構流程圖	56
圖 3-2 主題分析概念架構－詮釋循環	68
圖 4-1 A 的克服成癮及療癒歷程圖	89
圖 4-2 B 的克服成癮及療癒歷程圖.....	105
圖 4-3 C 的克服成癮及療癒歷程圖.....	123
圖 4-4 成癮治療共病正三角	133



表目錄

表 3-1 研究受訪者篩選	58
表 3-2 研究參與者之研究檢核	71
表 9-1 人格特質	199
表 9-2 壓力事件	200
表 9-3 患病期間樣貌	201
表 9-4 治療過程，生理不適	202
表 9-5 治療過程，心理障礙	202
表 9-6 酒精或藥物依賴樣貌	203
表 9-7 物質成癮戒斷因子	204
表 9-8 克服歷程	205
表 9-9 精神官能症療癒因子	208

第一章 緒論

本研究為探索性之質性研究，旨在瞭解我國恐慌症患者造成物質成癮-戒斷與療癒之路的內涵，本章內容共分為三節，第一節為研究背景與動機；第二節為研究目的與問題；第三節為名詞解釋，茲分別敘述於下。

第一節 研究背景及動機

一、 研究背景

現今世界變遷快速多元發展，社會大眾心理健康問題日趨複雜，社會上人與人相處充滿各式各樣的競爭壓力，經濟不景氣、金融海嘯、生存的壓力與日俱增，且親子教養婆媳應對、夫妻失和等家庭相處問題也是讓不少人痛苦萬分，適當的壓力可以讓人有更好的待人接物處世表現，但是過度壓力所導致的焦慮，使得自律神經系統中的交感神經機能過度亢進，相關之心臟血管、呼吸、泌尿及消化系統都因此受到影響，長期累積下來身心均受影響，易罹患泛焦慮疾病、自律神經失調及各種身心疾病。自律神經失調造成身心機能紊亂原因是適應負荷過量會造成自律神經系統失衡，進而出現生理器官功能紊亂的現象。相對於有檢驗異常可佐證的疾病(disease)而言，病理無法解釋的症狀(symptom)或失能(disability)狀況統稱之為疾患(illness)；這類醫學上查不出客觀病因的疾患不僅相當常見，對臨床醫師及病患亦造成相當困擾(施葵瑜、李明濱、李世代、郭聖達，2004)。Ann M.Kring 等人(2016/2020)自律神經失調往往帶來焦慮疾患(Anxiety Disorder)為心理影響生理機能的疾病，焦慮症(Anxiety Disorders)中，焦慮和害怕兩者都扮演著重要角色。

焦慮(anxiety)的定義是：過度擔憂未來(預期)發生的問題。相對地，害怕(fear)的定義是：對於立即危險的一種反應。Ann M.Kring 等人(2016/2020)心理學家把害怕的焦點放在「立即」這個部分，將焦慮的焦點放在「預期」這個部分。焦慮和害怕不見得「不好」；事實上，兩者都是為了適應環境。害怕是

「反擊－逃跑反應」(Fight or Flight)，可以誘發交感神經快速改變，使我們做好攻擊或逃跑的準備；焦慮則可以幫助我們注意到未來的威脅，並事先計畫。沒有焦慮也是問題，有些焦慮有助於適應，焦慮太多則有不利影響。藉由擔憂，廣泛性焦慮症患者就可以迴避比擔憂還要強大的不愉快情緒。但迴避的後果是，隱藏在意象下的焦慮並沒有消失。廣泛性焦慮症的過度焦慮可能是試圖迴避強烈的害怕。廣泛性焦慮症和其他焦慮症經常同時發生，因為共病率之高。焦慮症共病連接恐慌症 (Panic Disorder) 即是焦慮疾患之一。以整組焦慮症而論，此疾病是最常見的心理疾病，晚近研究與各心理疾病交互共病率之高，尤其是合併情緒障礙症(Mood Disorders)也令患者所苦(Kessler, Crum, Warner et al,1997)。

恐慌症發作時，患者常會覺得「快要死了」，雖然並不會真的就這樣死掉，精神官能症病症、病因、病理都與害怕死亡有關(周士雍，2001；洪育遠、張俊鴻、陳俊欽，2022)。對患者來說罹患恐慌症是很可怕的一件事情，發病時生、心理不適感就類似面臨死亡前的焦慮一樣(許添盛，2014)。再者想像生、心理不適感重複地出現的害怕，在「怕中怕」的日常生活下，第一害怕，非預期恐慌症狀發作；第二害怕，擔憂恐慌症再度發作，患者處於「雙怕模式」下對於外在生理的病痛恐慌及內在深層面臨恐懼死亡的焦慮雪上加霜，無法改善之下持續性憂鬱是可想而知。Castano 等人(2011)發現當人意識到死亡的必然性，會出於恐懼本能而試圖去抑制死亡意識，人們傾向尋求外界幫助而不是獨自一人面對死亡。這種行為範疇包括從簡單地思索死亡到嚴重的恐懼症和絕望心態，這樣狀態是外人無法感受的。患者失能輕者無法騎車、開車，嚴重恐慌患者甚至會退化到無法出門，無法下床的失能影響，內在因害怕而自殺比率也很高，有關於恐慌症目前研究情況所屬量化或生理病變討論居多，本研究總和以上論述研究背景，想要深入探究的聚焦點是透過恐慌症患者能自生力量的透過治療及治療過程中產生自我療癒主觀經驗，另外對於患病治療之苦中，物質成癮的依賴、減害到戒斷歷程，能有一套對於患者的身心適性建議，為本研究聚焦之點。

二、 研究動機

而根據世界衛生組織(World Health Organization, 簡稱 WHO)2014 報告中顯示,在調查了 184 國《2014 年精神衛生地圖集》發現,全世界每 10 人中有 1 人存在精神衛生障礙,每 4 人中就有 1 人在一生中某個時刻需要心理衛生照顧。然而,世界各國在治療心理衛生上的花費卻極少。因此呼籲各國政府增加給心理疾病患者、神經疾病患者和濫用藥物患者的醫療服務。其中還包括呼籲對醫療人員極度不足情形應予改善(WHO,2023)。

台灣 1990 到 2010 年「常見精神疾病」的盛行率,近 20 年來台灣憂鬱患者比例倍增,此趨勢與同時期全國失業率、離婚率以及自殺率的變化高度相關。分析研究指出,「常見精神疾病」泛指非精神病(思覺失調症、妄想症、躁鬱症等)的憂鬱症和焦慮症,佔所有精神疾病的 90%以上。分析發現,從 1990 年到 2010 年,國人罹患焦慮症與憂鬱症這 20 年來倍增,同時期失業率和離婚率幾乎增加兩倍,自殺率多了一倍多,顯示民眾心裡真的很不安(Cheng, A. T.-A. et al., 2013)。

晚近研究發現,即使醫師長期讓患者服用高劑量抗憂鬱劑與抗焦慮劑都無法完全解除恐慌症患者的心理障礙。王毓禎(2010)近年來,患有恐慌症人口逐年增加,患者在第一次發病後的恐怖情境經驗連結,更是引發患者四處求醫,造成恐慌症患者高醫療使用率,形成高成本的醫療及資源浪費,並造成患者對安慰劑相關的藥物(如鎮定劑及安眠藥等)產生成癮難以戒斷,然而更可怕的是合併大量用酒的成癮,患者在多年用藥後未有療癒效果後,就轉而尋求酒精的安慰。而後產生自殺意念及造成自殺或擾人、毀物的社會高成本消耗問題(Weissman et al., 1992)。

針對研究背景之下,可知恐慌症帶來的影響是在「雙怕模式」中面對生、心理的病痛及痛苦感下生活,如何去面對恐慌症的不適感影響日常作息是很重要的課題,患者通常患病後無法工作,在煎熬的治療期間中,自然而然的依賴物質使用的一時安慰及快感,雖一時暫時性的逃離恐慌症之苦,但後續成癮影

響身心永久傷害是無法回復的，嚴重者在成癮性格共病三角下，嚴重失能無法下床自理生活，甚至自殺問題都造成社會成本之負擔。從治療恐慌症的歷史中發現，如何與恐慌症和平相處亦是未來研究者要聚焦的問題，本研究亦會深入探討患者對於藥物或酒精依賴的矛盾糾結之下如何慢慢走出戒斷之苦，並在此過程中如何努力邁向身心療癒之路的歷程。

恐慌症當下對研究者家族內些許成員就有經醫師明確的確診患病，家人們合併憂鬱、強迫及相關焦慮症狀更讓研究者在照顧及應對上身心俱疲。恐慌症患者的患病歷程以及合併症狀造成藥物或酒精成癮至戒斷與療癒過程之研究是目前台灣最缺乏相關的研究；(2023 年 5 月搜尋全國碩博士論文資訊網，根據國內恐懼症相關研究中發現國內探討恐慌症患者的發病及療癒歷程 1 篇、恐慌症生活品質 1 篇、恐慌症者人際經驗之探究 1 篇、恐慌症相關治療研究為 7 篇，其餘 11 篇研究則針對醫療費用以及醫療使用率、注意力、神經系統等方面作為研究重點。然而研究方法則有著極大差距，質性研究僅為 2 篇，其餘 19 篇皆是量化研究。研究當中發現，缺乏或沒有患者主觀經驗及患病到痊癒的歷程)。

因應現今社會與人群的迫切需要，產生出研究動機並透過主題分析研究之後，得到相關患者的療癒過程，運用此研究資料於療癒恐慌症患者及藥物酒精成癮戒斷的成果。亦進一步希望透過積極學習精進與獨立研究論文的方式，來化解家人們的因病痛苦，並對恐慌症患者相關物質成癮及戒斷問題會有相當的幫助，最後專業職能與知識的提升，自我身心療癒，自我高度探索，將造成「我好，你好，他好，眾生好」的全新多贏局面。

第二節 研究目的與問題

本研究的目的旨在探討恐慌症共病患者從確診到治療過程中可能造成的藥物成癮及酒精成癮，並深入探討戒斷與療癒過程之經驗，故此節聚焦研究目的及問題之呈現。

一、 研究目的

針對以上陳述之研究動機，產出本論文的中心主軸：日常壓力帶來焦慮帶來恐慌症，去了解恐慌症共病患者療癒及治癒過程。其探討目的影響有三；其一恐慌症發病經驗對患者生活的影響，其次有關藥物、酒精依賴成癮矛盾糾結，最後患者生、心理對抗之療癒心路歷程。

- (一) 探究恐慌症共病患者的發病經驗對其生活的影響。
- (二) 研究參與者在治療過程中對藥物及酒精依賴成癮的矛盾糾結。
- (三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的成功經驗。

二、 研究問題

針對研究目的，產出問題如下：

- (一) 探究恐慌症共病患者的發病經驗對其生活的影響為何？
- (二) 研究參與者在治療過程中對藥物及酒精依賴成癮的矛盾糾結為何？
- (三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的成功經驗為何？

第三節 名詞解釋

以下為本研究重要名詞，試做解釋與說明之：

一、 恐慌症

恐慌症(Panic Disorder，簡稱 PD)屬於焦慮症的一種。一般人在面對懼怕的某些事物時，可能歷經恐慌發作；然而，有些人在沒有清楚的原因，持續出現反覆與未預期的恐慌發作，則他們可能罹患了恐慌症。恐慌症的首要症狀，是由於引起週期性未預期的恐慌發作，患者擔心後續恐慌發作的侵襲，或是擔憂將來恐慌發作後所產生的結果，因此對恐慌發作產生無力感(Association, 2013)。根據美國精神醫學會於西元 2013 年所公佈的 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., text revision (DSM-5) 作為診斷的準則。從 DSM IV 開始，恐慌與懼曠症 (Agoraphobia) 被視為互不相關的兩個獨立診斷，不再區分恐慌症是否伴隨懼曠症；而懼曠症也自成診斷分項，不再受有無恐慌症病史的限制。DSM-5 之恐慌症診斷標準為：

(一) 反覆的發生非預期性的恐慌發作。恐慌發作是突然一股強烈的恐懼或強烈的不適，在幾分鐘之內達到高峰，並在這段時間內出現下列四個(或更多)的症狀：

1. 心悸或心跳加快、
2. 出汗(Sweating)、
3. 發抖或顫慄(Trembling or shaking)、
4. 呼吸短促或窒息感(Smothering)、
5. 哽塞感(Feeling of choking)、
6. 胸痛或不適、
7. 噁心或腹部不適、
8. 頭暈、步態不穩、頭昏沉 (Light-headed)或快要暈厥(Faint)、
9. 冷顫或發熱的感覺(chills or hot flushes)、
10. 感覺異常(Paresthesias)(麻木或刺痛感覺)、
11. 失去現實感 (De-realization)或失去自我感、
12. 害怕失去控制或即將發狂 (Going crazy)、
13. 害怕即將死去。

(二) 至少其中一次發作有下列其中一或二個症狀，為期一個月(或更久)：

1. 持續擔心會再次恐慌發作或是因發作造成的後果(如失去控制、心

臟病發作、發瘋等)。

2. 因恐慌發作的問題，做出不恰當的行為改變 (如為了避免恐慌發作，從此不再運動或接觸陌生環境。

(三) 此困擾無法歸因於某種物質使用，例如濫用的藥物、毒品或是其他生理性疾病(如甲狀腺機能亢進、心肺功能障礙等。

(四) 此恐慌症無法以其他精神疾病做更好的解釋(如社交焦慮症，恐慌發作不僅是對害怕的社交場合所發生的反應；如特定畏懼症，不僅是對特定的畏懼對象或情境所發生的反應；如強迫症，不僅是對強迫思考所發生的反應；如創傷後壓力疾病，不僅是對回憶起創傷事件所發生的反應；如分離焦慮症，不僅是對與依戀對象分離所發生的反應。

二、 憂鬱症

憂鬱症(Depressive Disorders) 與**雙向情緒障礙症(Bipolar Disorder)**共同歸屬DSN-5 **情緒障礙症(Mood Disorders)**類別。憂鬱症主要症狀包含深度的悲傷、無法感受到快樂、集中注意力困難、思考聚焦在自己的缺點、社交退縮、絕望。憂鬱症的生理症狀包含睡眠不足或過多、疲累、沒有精力、身體痠痛、食慾及體重顯著增減，嚴重者出現重複死亡想法，或者重複自殺意念或計畫須關注及評估患者自殺行為，雖然這些生理症狀沒有明顯的生理成因，但足以嚴重到讓個案認為自己罹患某種重大身體疾病(Association, 2013)。根據美國精神醫學會於西元2013年所公佈的 **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed., text revision (DSM-5)** 作為診斷的準則憂鬱症的四個類別；

(一) **鬱症**:鬱症被稱為「陣發性障礙症」，因為憂鬱症狀出現一陣子後就會消失，若沒有治療，鬱症發作可能會持續五個月或更久。鬱症有復發的傾向，當個案每經歷一次鬱症發作，復發機率會增加 16%。

(二) **持續性憂鬱症**:(低落情感症)個案的憂鬱已經慢性化，持續至少兩年，且有一半以上的時間都有憂鬱情緒和症狀。根據的研究，持續性憂鬱症的

憂鬱症狀，平均持續超過五年，隨著症狀持續越多年，功能下降越嚴重 (Klein, Shankman & Rose,2006)。

(三) 經期前情緒障礙症:在月經前一週，開始出現明顯的憂鬱心情、明顯焦慮及煩躁、易怒、人際衝突增加、提不起勁、疲倦、失眠或嗜睡、食慾改變以及水腫、頭痛等症狀。

(四) 侵擾性情緒失控症:一種情緒失調的狀況，特徵是情緒障礙（嚴重和持續的煩躁）和破壞行為（與情境壓力不成比例反覆且嚴重的脾氣暴躁）。

三、 物質成癮

物質相關及成癮障礙症(Substance- Related and Addictive Disorders)簡稱物質成癮；由成癮物質/醫藥引發的精神疾病可能很嚴重、常是短暫的，但有時會有因物質濫用、醫藥或一些毒物的作用下，而發展出持續性的中樞神經系統症狀 (Association, 2013)。根據美國精神醫學會於西元 2013 年所公佈的 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,5th ed., text revision (DSM-5)物質/醫藥引發的精神疾病可能會被 10 種會產生物質使用障礙症的物質所誘發，或是其他各種使用於治療目的的醫藥。以下列舉十種物質相關障礙症包含 10 種不同的藥物：

1. 酒精
2. 咖啡因
3. 大麻
4. 迷幻藥〔分成苯環利定(Phencyclidine)(或類似芳香環己胺[Arylcyclohexylamines]的作用)和其他迷幻藥〕
5. 吸入劑
6. 鴉片
7. 鎮靜劑、安眠藥及抗焦慮劑
8. 興奮劑(安非他命型物質、古柯鹼、其他興奮劑)
9. 菸草
10. 其他(或未知)的物質

DSM-5 診斷準則與 DSM IV 把物質濫用及依賴合併外大致相同，但加上一個新的準則：對物質的渴望(Craving)。物質相關障礙症分成兩組；

(一) 物質使用障礙症(Substance use Disorder)

(二) 物質引發的障礙症(Substance-induced Disorder)

國際疾病分類第十版 ICC-10-CM 要求(2014 年 10 月 1 日)之前，物質引發障礙症與物質使用障礙症分別分開診斷。之後，給予單一聯合診斷(Minchael, 2020)。

本研究排除，下列狀況被歸類為物質引發：中毒、戒斷，以及其他物質/醫藥引發的精神疾病組別(精神病症、雙相情緒以及相關障礙症、憂鬱症、焦慮症、強迫症、以及相關障礙症、睡眠障礙症、性功能障礙症、譫妄、認知障礙症)。其次排除，非特定鎮靜劑、安眠藥及抗焦慮劑相關障礙症 (Unspecified Sedative-,Hypnotic-, or Anxiolytic Related Disorder)。

本研究患者定義為物質使用障礙症(Substance use Disorder)組別，物質成癮為鎮靜劑、安眠藥及抗焦慮劑與酒精交替使用之非病理性物質使用個案為主，並達到(DSM-5)物質使用障礙症嚴重程度反覆使用，或大量使用並影響日常生活、身心成癮(ad-diction)性格的界定(Minchael,2020)。

四、 療癒歷程

療癒歷程 (Healing Course) 係指患者在罹病或身心處於非健康的狀態後，經由接受他人治療或自我因應行為而康復的經歷與過程(高啟雲，2016)。療癒歷程旨在探討個人罹患恐慌症合併憂鬱症的藥物及酒精成癮及戒斷後的身心康復之路。西方醫學裡，每一種不同的疾病和創傷的相關治療皆有特定的醫療程序與方法，但要「治癒」之前，我們必須先瞭解到何謂「療癒」的過程，先進的醫學治療與客觀科技量化也無法涵蓋人類不同層次及需求；個人壓力、家庭關係、情感聯繫以及精神信仰。如果傳統量化醫學不能提供療癒過程所需之要素，人們又該如何得到真正的療癒之道(Barbara J. Huelat & Thomas Wan，2019)。

本研究定義在患者日常身心面臨壓力之下，罹患精神官能症共病的痛苦至就醫服藥，到依賴藥物的階段，透過自我改變的動機、生活目標改變的因應與調適、克服戒斷身心不適歷程；包括擴展興趣、運動、練氣功、學習正念減壓法、體驗活動、心靈療法、人際團體互動及重要他人支持等，促進療癒歷程重要因素稱為「療癒因子」(Therapeutic Factors)，以致患者獲得外部助力及內在阻力消弭、化為情緒流動及宣洩相互影響下，自我主流故事的解構及重新建構、生命故事的意義轉化，最後達到自我身心康復並使生活步上正軌的療癒過程(黃素菲，2018)。



第二章 文獻探討

本章研究「合併情緒障礙症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒之路」，主要在探討恐慌症共病憂鬱症患者，他們生活在充滿壓力的日常環境之下，面對罹病到治療的反覆過程中，對於物質成癮分類下，針對藥物或酒精的依賴狀態，以及他們過程中從減量到完全戒斷成癮物質，並改善自我精神症狀的樣貌及真實情況做為文獻探討。

本章分別說明如下：第一節探討泛焦慮症關聯性：以恐慌症生理、心理發病因子及治療為經；第二節探討情緒障礙症關聯性：以憂鬱症生理、心理發病因子及治療為緯；第三節酒精及藥物的成癮性格及戒斷症狀為度；透過以上三節之相關文獻交互堆疊，聚焦於第四節戒斷對於合併憂鬱症的恐慌症患者療癒歷程之影響。

第一節 泛焦慮症關聯性-恐慌症探討

本節係用以說明恐慌症之相關探討，並區辨泛焦慮症與恐慌症的關聯性，內容主要包含有：「生、心理發病因子及共病狀態」、「如何治療」、「國內研究」等三部分。

一、 恐慌症生理、心理發病因子

泛焦慮症又稱廣泛性焦慮症 (Generalized Anxiety Disorder, GAD)，在全世界有數百萬人每天都努力地控制自己的憂慮、恐慌或恐懼狀態。但是通常會發現自己越是企圖逃避焦慮及其引發因素，結果就愈糟糕、影響越大，而且他們的生活也會變得更加狹隘並糟糕。焦慮症(Anxiety Disorders)是現今世界上包括台灣地區，最使人衰弱並痛苦的精神疾患之一，患者對諸多事件或活動(如在學校或工作的表現等)會有著預期性的過度焦慮或擔心，經常處在高度壓力與緊張中，難以放鬆，容易有焦躁不安、顫抖、頭痛等緊張性反應。也常伴隨睡眠障礙、疲累感與易怒情緒，大幅影響患者的日常生活、人際關係與職業功能。除此之外，患者也

常出現呼吸急促、心悸、腸胃不適、肌肉緊繃等自律神經失調症狀(Association, 2013；許添盛，2014；David A. Clark & Aaron T. Beck 2020)。

David A. Clark 與 Aaron T. Beck (2020)在一份研究報告顯示，在總人口中 13%到 33%的人，過去一年至少曾經歷過一次恐慌發作，在華人文化傳統觀念中往往不敢說、害怕就醫之下，自己單獨面對及解決恐慌問題，將對患者的生活造成嚴重的影響。許多恐慌症的患者會在半夜因為恐慌發作而醒來（稱為夜間恐慌發作，nocturnal panic attacks），而大多數有恐慌經驗的人，會造成明顯憂慮與涉及一或兩種以上生理症狀。

恐慌症歸類為泛焦慮症類別之下，兩者之間都有類似的共同發病危險因子；諸如基因易感性、神經質、負向認知、以及恐懼制約傾向，都可能是畏懼症形成的「素質」，也就是這些易感因子不管是否形成畏懼症，都將形成制約經驗的背景脈絡(李慧芳，2004；Mineka & Sutton,2006)。許多危險因子為所有的焦慮症奠基，而非是為特定的焦慮症鋪路(Association, 2013)。Ann M.Kring 等人(2016/2020)整理以下四點發病因子；

- (一) 莫瑞爾的雙因子模式；(古典制約，以及之後的操作制約)是首先發展出來的焦慮症行為模式。此模式衍生出數種制約方式：直接暴露於某個事件中、潛在地觀察其他人經歷的事件（模仿），或是口語指導。其他危險因子可能也會促成害怕制約的形成(Mowrer,1947)。
- (二) 遺傳；是焦慮症增加的危險因子。焦慮的神經生物學研究著重於大腦恐懼迴路的活動增多。杏仁核反應活動較大影響焦慮症也包括伽瑪氨基丁酸（GABA）正腎上腺及血清素系統的功能不佳(Malizia,2003；Blair,Shaywitz,Smith et al.,2008；Bukalo,Pinard, & Holmes,2014)。
- (三) 行為抑制(Behavioral Inhibition)；Kagan 於 1988 年所提出，用以描述兩歲左右幼童對陌生情境、人或事件所表現出的拘謹或害怕，成人性格養成爾後出現高焦慮症呈正相關(Kagan et al., 1998)。及神經質

(Neuroticism)的人格特質定義喜歡用比平常人用強烈的負向情緒回應事物，此性格都與焦慮症的形成有關，高度神經質發展出焦慮症的機率是低神經者的兩倍(Brown & Barlow, 2009)。

(四) 認知的觀點；則認為焦慮症與未來的負向期望、生活是無法控制的信念，以及處理負向訊息的偏誤有關(Clark, Salkovskis, Hackmann et al.,1999)。

恐慌症的病因；恐慌症生理、心理發病因子 Ann M.Kring 等人(2016/2020))
整理如下四點；

(一) 恐慌症的神經生物學模式；首先，神經生物學聚焦於藍斑，這是大腦負責正腎上腺素釋放的區域。神經生物學因子的研究顯示，恐慌發作和藍斑的高度活動有關。其次，恐懼迴路對恐慌症的病因來說特別重要，這個部位指的就是藍斑迴路活動 (Locus Coeruleus) 藍斑是大腦的神經傳導物質正腎上腺素的主要發源地。正腎上腺素的湧出是壓力的自然反應，當正腎上腺素湧出時相關的交感神經系統活動就會反映出心跳加速及其他身心反應變快，反擊逃跑反應也就發生了。恐慌症患者對誘發正腎上腺素釋出藥物的生物性反應非常劇烈 (Morris et al.,2020)。

(二) 恐慌發作是內在身體感覺的古典制約；行為因子、古典制約行為模式強調，人對外在情境或激發的在身體信號的反應是恐慌發作時，可能會形成古典制約。這種對身體信號的制約稱為內在體感制約(Interoceptive Conditioning)(Bouton, Mineka, & Barlow,2001)。

(三) 認知理論；指出這種感覺導因於對身體線索的災難性錯誤解釋而導致過度害怕。恐慌症的認知因子，認知觀點著重於身體症狀的災難性錯誤解釋。患者經歷恐慌經驗的頻率、嚴重度和持續時間，將造成未來恐慌發作在生活中所佔的不適當影響「非臨床」恐慌發作來得大。例如：一個人可能把心跳加速解釋為心臟病突發的徵兆。此人的焦慮會因為這樣的想法而增加。然後焦慮產生更多身體感覺，形成惡性循環(Clark,1996)。

(四) NPSRI 基因；是指存在人體內引導神經胜肽 S(Neuropeptide S)的多態性基因，也是引發恐慌症的危險因子。該恐慌症的基因影響人們神經生物及心理危險因子，是相當重要的遺傳及藥理學。神經肽 S 通常在單個神經元中彼此或與其他神經遞質共存，神經胜肽 S 與老鼠的焦慮類似行為有關連性 (Donnet et al.,2010)。在人類研究中，NPSR1 基因與威脅刺激下的杏仁核活動增加。整合這些研究結果可以推論，生物易感性會形塑「壓力反應」及「身體變化的過度敏感」並且會增加恐慌症的危險性顯示，藥物甚至運動等改變身體感官的物件，都可誘發恐慌發作 (Kumsta,Chen,Pape et al.,2013)。

二、 共病狀態

恐慌症與焦慮症的共病狀態；「恐慌症」若未妥善治療，容易合併「懼曠症」(害怕人潮、或密閉的空間)、「慮病症」(過度擔心身體有病)、「憂鬱症」(活的很痛苦)，酒精依賴或自殺問題(張家銘,2019)。醫療上，一種疾病加一種疾病(俗稱 1+1)；評估半數以上罹患某種焦慮症的患者，終其一生會符合另一種焦慮症的診斷準則 (Brown, Campbell, Lehman et al.,2001)。焦慮症和其他疾病共病的比率也很高。四分之三的焦慮症患者至少符合一種其他類別的精神疾病(Kessler, Crum,Warner et al,1997)。更明確地講，大約 60%的焦慮症患者符合鬱症的診斷(Brown et al.,2001)。一種疾病加兩種疾病以上(俗稱 1+2)；其他與焦慮症常見的共病狀況還包括物質使用障礙症及人格障礙症 (Horwath,Johnson,Weissman,& Klerman,1992 ; Jacobsen,Southwick,& Kosten,2001)。就像是許多其他疾病，共病造成焦慮症更為嚴重、預後更差基於這一初步發現，Caspi 等人(2014)提出了一個假設，即成年期常見的 DSM 精神障礙可能具有兩個潛在的核心精神病理學過程的特徵：內化維度表明容易經歷情緒和焦慮障礙，例如重度抑鬱症 (MDE)，廣泛性焦慮症 (GAD)、恐慌症和社交恐懼症；以及一個外化維度，表明有可能經歷物質障礙和反社會障礙。(Newman,.Moffitt,Caspi et al.,.1998 ; Newman,Schmitt,Voss,1997)。

三、 藥物治療

Ann M.Kring 等人(2016/2020)整理恐慌症的治療主要分成藥物治療、心理治療以及藥物加認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy, 簡稱 CBT) 三種方向。病人該接受何種治療主要是依病人的整體表現、耐受性、便利性以及是否有訓練良好的心理治療師可以執行適當的治療來做選擇。「恐慌症」若經過藥物的治療,多數效果非常不錯(張家銘, 2019)。通常恐慌症的治療第一階段是藥物控制,第二階段是壓力的紓解、心理的支持或者是認知行為治療,至於要不要進入比較長期的心理治療或團體治療,取決於個案的自我察覺程度。藥物治療方面主要有兩類:苯二酚 (Benzodiazepine, BZD) 與特異性血清素在吸收抑制劑 (SSRI),前者效果快,但會有成癮的危險,後者不會成癮,但作用速度很慢,可能需要二到三個星期的時間,所以臨床使用時,醫生可能會和兩類藥物,利用 BZD 快速解除痛苦,等 SSRI 藥效出現,再將 BZD 停掉(王貞力, 2009)。藥物對於阻斷處於壓力下的焦慮反應及恐慌症狀的確有療效,但對懼曠逃離反應行為、預期性焦慮等心理感受的改善程度卻是有限,且藥物還有下列的限制:第一、患者對長期服藥均有所排斥,並擔心成癮或依賴。第二、服藥後易產生副作用(昏沉、注意力不集中)。第三、停藥後容易再復發。

四、 心理治療

心理治療是採用心理學的原理與方法,針對患者不良的心理適應予以處理。心理治療主要目的在於減除疾病的症狀,增加或改變個人之心理適應能力與因應策略,進而改善患者的行為模式、思考模式、認知能力,協助患者人格之成熟(莊慧姿, 2000)。晚近,心理治療在折衷諮商理論的使用原則上增多了視野及價值性,像似貓的哲學:「不管黑貓、白貓能捉老鼠就是好貓」(林原賢, 2004)。

心理治療短期較採取個別諮商、中長期則運用團體諮商作為支持,目前恐慌症患者可採用的心理治療理論諸多,如精神分析心理治療法、行為改變治療法、認知行為、團體心理治療...等方式,以下對於患者較有療效的認知行為治療加以

描述(Corey Gerald.,2016/2017)。

認知行為治療 (Cognitive Behavioral Therapy, 簡稱 CBT) , 在治療恐慌症的初期, 精神科醫師或臨床心理師會針對患者進行心理衛教, 讓其了解認知與感覺間的連結是如何促發恐慌的產生。通常這樣的衛教課程會以團體的方式進行。接續衛教的了解後治療師多數會 Aaron Beck(1967)的認知療法作為患者認知矯正與重建的方法, 認知治療 (Cognitive Therapy)的目的在去除不良的思考內容、扭曲的思維路徑、不一致與不連貫的思考, 讓思考具體化(Kingdon & Turkington,1994)。協助患者找出認知模式, 讓患者了解此認知模式對自己的影響, 督促患者找出積極的修正認知策略, 改變看法與態度, 建立比較健康心理認知模式。認知重建是治療中的核心部分, 從 Julio 等人(2010) 的後設分析研究中可看到, 有關恐慌症治療的研究中有七成的研究會將認知治療納入治療方案中, 且治療後患者的恐慌症狀皆有明顯改善的情形。在患者的行為層次上, 行為治療(Behavior Therapy)其目的不再了解患者過去或想法上的偏差適應, 而是重視患者目前不良行為反應型態的修正, 治療的特點強調患者經由「再學習」歷程獲得新的連結。但若遭受處罰或不愉快的結果, 心裡留下不愉快的心情, 同時伴隨擔心憂慮的情緒, 必然會有強烈逃離的心理傾向, 而恐慌症患者是否再度復發, 主要與患者的心理健康是否有密切相關。其採用的治療方式以漸進式肌肉放鬆訓練、系統減敏感法與呼吸再訓練。

綜合上述的認知治療與行為治療, 認知行為治療(Cognitive behavior therapy)不但強調認知, 也將行為納入治療的重要一環, 行為治療取向主要以 David H. Barlow 的理論為主, 認知治療取向以 Aaron Beck 提出的理論為主, 兩者合併, 成為主要的認知行為治療架構, 其中包含兩大部分; 第一部分: 因應策略(Coping Technique), 分為心理衛教、認知重建、呼吸控制和放鬆治療; 第二部分: 情感認知治療 (Affective Therapy), 分為視覺、想像演練和暴露練習(David A. Clark & Aaron T. Beck 2020)。

五、 國內研究

本研究回顧近年國內醫學領域學術研究中著重探究恐慌症議題之學術論著為主，透過「國家圖書館－全國碩博士論文資訊網」線上文獻搜尋系統進行資料檢索，資料檢索以「恐慌症」為關鍵詞進行(精準)檢索，選取至 2023 年 5 月為止與恐慌症相關主題之學位論文，經蒐集國內以恐慌症為主題的相關研究發現共有 21 篇的論文，經摘選相關論文 14 篇如以下：

1. 顏慶雲 (1994) 比較臺北市立療養院所實施的恐慌團體治療和個別治療的效果。以恐慌症團體治療為實驗組，個別治療為對照組，研究發現恐慌症團體心理治療的整體效益大於個別心理治療。
2. 莊慧姿 (2000) 提出適用國內患者之「認知行為團體治療」課程，以南部某醫學中心門診與急診之志願參與的患者為受試者，測試受試者在「恐慌症狀」、「害怕逃離」、「憂鬱」、「焦慮」及「認知錯誤」等五項特質，研究結果顯示「認知行為團體心理治療」對恐慌症具有治療效果，特別在「恐慌症狀」有顯著改善，在其他測定的依變相上則無顯著進步，研究結果說明「團體認知－行為治療案」課程能有效的改善恐慌症狀。
3. 黃嘉慧 (2002) 評估「團體認知－行為心理治療」對恐慌症患者之療效，以南部某醫學中心精神科之門診個案為研究對象，研究結果顯示「團體認知－行為治療方案」對恐慌症具有輔助及加強效果，特別在「恐慌症狀」達到顯著的改善，但在其他依變相「憂鬱」、「焦慮」及「害怕逃離」上，則未呈顯顯著之立即及長期改善效果。研究結果說明，對於恐慌症之藥物治療若再合併「團體認知－行為治療方案」，可更有效改善恐慌症狀，且其效應可維持六個月之久。
4. 吳鴻麟 (2003) 探討恐慌症患者經一年的精神科診治後，醫療使用率的改變情形，經分析後發現在恐慌症患者在一年的急診、驗血次數以及非精神科別就診次數方面皆在精神科診療介入後有顯著的減少，但精神科在精神科診療

介入而有增加就診次數之現象。

5. 蔡明輝 (2003) 探討恐慌症患者在精神科採用藥物治療合併認知行為團體心理後與只採用藥物治療，在醫療使用率上的變化比較。研究發現恐慌症患者在參與認知行為治療團體後在門診次數、急診次數及健保給付總金額、醫療檢查項目數、使用中醫次數以及精神科門診次數都較未參與團體者為低，在跨區域的求醫行為上也比未參與團體前降低，減少醫療費用，更減少在遠距交通上所需花費的時間與金錢。
6. 顏孝羽 (2006) 探討在恐慌症患者發病之前，不同程度的 ASI 與恐慌經驗者對於不同種類的訊息是否存在內隱記憶偏誤？研究結果顯示雖然受試者均未呈現內隱記憶偏誤，但對於不喜歡的句型卻呈現不自主注意的傾向，病態焦慮者以及正常焦慮者之因素可能不在於訊息處理前期的偏誤，後期認知歷程介入的失效也許才是造成病理的一個更重要的因素。
7. 林瑤文 (2008) 探討恐慌症病患接受精神科治療前、後半年醫療使用率的變化，研究結果說明精神科的治療雖然無法減少恐慌症病患的醫療使用率及醫療費用，但確可以明顯地改善恐慌症病患的急診就醫次數及費用。
8. 陳秒孜 (2008) 恐慌症患者的生活品質及其相關的因素，其次探討患者使用另類療法情形及其相關的因素，最後比較恐慌症患者與一般健康人的生活品質。研究結果發現一般健康人的生活品質分數均高於恐慌症患者，且在整體健康、生理健康範疇、心理範疇、社會關係範疇達統計上顯著差異。
9. 王貞力 (2009) 探討恐慌症患者療癒過程的經驗，包括探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響、研究參與者在接觸森田療法之前的治療經驗與在學習森田療法之後，運用此療法於療癒恐慌症的歷程。研究發現研究參與者在正確的診斷之後，接受門診團體心理治療，對於恐慌症的緩解產生顯著的效果，且在十二週團療結束之後加入自助團體，以自助團體志工的身份繼續參與團體心理治療，強化兩位研究參與者自身對恐慌症的緩解效果，在擔任志工期

間，學習森田療法並且在日常生活中應用森田療法，用以打破以情緒為本位、阻斷精神官能症的精神交互作用、化解思想矛盾的心理機制，成功幫助研究參與者面對生活重大壓力事件的挑戰，達到恐慌症的痊癒，並轉化患病經驗。

10. 謝嘉路 (2009) 探討承接過往記憶偏差的研究上，若恐慌相關的訊息配以中性刺激，記憶偏差是否延伸到配對的中性刺激上。研究結果與過往的研究不一致，沒有發現恐慌個案對恐慌訊息的記憶偏差；當刺激呈現的方式配以中性刺激一同出現時，記憶偏差的情況也沒有出現在中性刺激上，自由回憶及線索回憶的記憶沒有顯著的發現，而再認中，假警報上恐慌病患出現對情緒訊息有更多假記憶的現象，而健康的人較恐慌者而言則能夠記得更多情緒刺激周邊的訊息。
11. 謝宛霖(2009)欲了解恐慌患者對圖片類型及詞彙類型威脅訊息的注意力偏誤性。研究結果發現恐慌患者對威脅性圖片具有偏誤性注意力，然此現象僅在第一區塊中出現，顯示恐慌患者的偏誤性注意力會隨著時間、或是刺激的重複出現而減弱。
12. 賴建翰 (2009) 主要是要瞭解未用藥且初發之重度憂鬱症合併恐慌症的病患和健康受試者之腦部結構差異。16 位病患(11 位女性;5 位男性)及 15 位健康受試者(11 位女性;4 位男性)接受高解析度之核磁共振影像掃描。病患和健康受試者皆有相似之性別、年齡及教育程度。所有核磁共振影像經過不同之體素型態分析法統計灰質結構之差異，患者有明顯之原始網絡區域及”邊緣-皮質-紋狀體-蒼白球-視丘”網絡區域的灰質密度之缺損。這暗示這些結構之灰質密度異常或許於此類疾病扮演某種角色。
13. 王毓禎(2010)假設自主神經系統功能異常及腦循環自主調控問題兩個功能異常問題的確存在於恐慌症患者。透過研究來證明此假設，並釐清恐慌症患者的腦循環問題究竟是源自於自主調控失調，或是只是因自主神經系統異常的相對應表現。研究證明了恐慌症患者的確同時有腦循環自主調控及自主神

經系統失調問題。同時，恐慌症患者的腦血流異常變化主要源自於腦循環自主調控失常，而非對應於全身性的反應所產生的變化。恐慌症不是只是單純的心理疾病，而是有真正的生理異常問題。

14. 吳人好(2019) 恐慌症者之人際經驗，欲了解恐慌症者的人際經驗與人際互動方式，邀請七位曾被確診為恐慌症之恐慌症者參與研究，並運用螺旋分析方法來分析文本，以回應本研究的三項問題。結果分別為：一、突然的生命重大事件可能成為恐慌發作的關鍵；二、恐慌症者之人際經驗包括：母親通常承擔更多教養子女的責任，父親則是負擔家中生計而忙碌不已。在家庭氛圍上，家庭的氣氛較為壓抑，家人間的互動較為疏離、情感交流亦較少。管教方式以寬鬆放任及專制權威為主，其中專制權威又分為打罵教育、介入控制，及嚴格傳統。另外，恐慌症者於原生家庭外的人際經驗包括霸凌經驗及其他人際挫敗經驗；三、恐慌症者傾向在人際關係中維持關係的和諧，而使用壓抑討好、逃避打岔及情緒表達矛盾此三種方式進行人際互動。

根據國內恐懼症相關研究中，當下發現國內探討恐慌症患者的發病及療癒歷程 1 篇、恐慌症生活品質 1 篇、恐慌症者人際經驗之探究 1 篇、恐慌症相關治療研究為 7 篇，其餘 11 篇研究則針對醫療費用以及醫療使用率、注意力、神經系統等方面作為研究重點。然而研究方法則有著極大差距，質性研究僅為 2 篇，其餘 19 篇皆是量化研究。因此藉由上述文獻探討，發現以恐慌症為主軸的質性研究甚少，恐慌症患者痊癒主觀敘說研究更是鳳毛麟角，故本研究主體放在恐慌症患者遭遇各種變項(合併憂鬱、物質成癮、戒斷)的痊癒之路上作為質性敘說研究探討。

第二節 情緒障礙症關聯性-憂鬱症探討

本節係用以說明憂鬱症之相關探討，並區辨憂鬱症與大腦生理機制的關聯性，內容主要包含有：「生、心理發病因子及共病狀態」、「如何治療」、「自殺隱憂」等三部分。

一、 憂鬱症生理、心理發病因子

造成憂鬱症的原因不只有一種，當人的個性、性別、生長環境、工作性質和壓力等各種因素重疊在一起的時候，才會讓人承受不住而發病。根據世界衛生組織(World Health Organization, WHO)指出將憂鬱症與癌症、愛滋病並列為人類二十一世紀的三大疾病，因而被稱為「二十一世紀的癌症」，突顯出憂鬱症之嚴重性。憂鬱症關聯性；壓力 (Stress)，無論是生理的、生物的還是心理的，都是有機體對壓力源（如環境條件）的反應。改變生物體環境的刺激會受到體內多個系統的響應，在人類和大多數哺乳動物中，自主神經系統和下視丘—垂體—腎上腺軸是對壓力做出反應的兩個主要系統，壓力是身體對威脅、挑戰或生理和心理障礙等狀況作出反應的方法，長期下來會使的器官衰竭、或併發精神疾病(簡佳璋，2016)。

長期處於慢性壓力，將會使血糖持續升高，破壞 β 細胞分泌胰島素的功能，而產生糖尿病；再加上過多的脂肪組織被分解，會產生高血脂症，增加血管阻塞的機率。另外，可體松還會讓動脈壓上升，增加高血壓的發生率。而心理方面長期處於高壓狀態，容易產生憂鬱及焦慮的情緒，若不懂得調適身心，長期累積下來，將會導致憂鬱症及焦慮症、免疫功能下降，以及神經系統、內分泌系統和消化系統等生理疾病問題(Association, 2013)。

本節的病因在憂鬱症的生物層面的因子探討 Ann M.Kring 等人(2016/2020)分類如下：

- (一) 遺傳因子：憂鬱症有家族中度遺傳性，雙相情緒障礙症有高度遺傳性。
- (二) 神經傳導物質：傳統的神經傳導模式著動於正腎上腺素、多巴胺、血清

素，三者含量多寡。現代著重於受器的敏感度。例：在大腦中，多巴胺有酬償系統，在獲得獎勵時，會引發興趣、動機和精力。當多巴胺系統功能變差，鬱症患者可能會缺乏興趣和動機。

(三) 大腦功能：情緒狀態與調節與大腦五個重要結構區域有相關分別為：杏仁核(Amygdala)。前扣帶迴(Anterior cingulate)。背外側前額葉(Dorsolateral prefrontal cortex)。海馬迴(Hippocampus)及紋狀體(Striatum;)鬱症大腦連結運用機制，杏仁核在憂鬱時過度活化，導致它對情緒相關刺激過度敏感。同時，調節情緒的系統（前扣帶迴過度活化、海馬迴及背外側前額葉活化程度檢少），這些神經系統區域一起運作，最後酬償系統紋狀體啟動的活化程度也降低。

(四) 神經內分泌系統：皮質醇失調造成之影響。皮質醇是壓力荷爾蒙，在受到壓力時會分泌，可以增加免疫系統的活動，以協助身體準備應付威脅。憂鬱症和雙相情緒障礙症都出現皮質醇調節系統功能不佳。也就是當皮質醇分泌量過高時，應該要出現調低的生理訊號，但其大腦調節度不佳。此外現實生活中患者人際互動及與家人伴侶的相處關係也是影響憂鬱症的狀態強弱呈現，憂鬱症心理及社會層面的預測因子 Ann M.Kring 等人(2016/2020)分類如下：

(一) 社會因子：不幸童年、負向生活事件、缺乏社會支持、高情緒表露的家庭、過度需要人際再保證。

(二) 心理因子：

1. 神經質會對壓力事件做出高於一般人平均水平的負向情感反應。
2. 認知理論認為負向思考和信念是憂鬱症致病的重要因子，主要以，三者理論陳述如下：

(1) 貝克理論：Aaron Beck(1967)指出，憂鬱和負向三角(Negative Triad)有關，負向三角就是在孩童時期時常以負向眼光看自己、世界及未來。依據此模式啟動，患者習慣從生活經驗中就得到負向基模，慣

有基模的運作如認知偏誤(Cognitive Biases)也是患者不易覺察及惡性循環的原因。

- (2) 絕望理論：憂鬱最重要的觸發點就是「絕望」。絕望的定義為：首先，期望的結果不可能達到；其次，個人沒有能力做出任何反應來改變這種期望無法達成的狀況。個人對壓力發生原因的解釋模式與個人慣性負向思考歸因(Attribution)有關。
- (3) 反芻理論：人們慣有思考的方式反芻(Rumination)會增加憂鬱的危險性。反芻的定義是；重複地沉浸於悲哀經驗及思考，或是一再地對某件事情鑽牛角尖·最可能形成憂鬱的反芻形式是苦思(Brooding)，或是後悔地深思為何這件事會發生，患者不斷的循環思考，將造就患者進入憂鬱症的死胡同中(Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003)。

憂鬱症的發病因子，從生、心理、社會各種樣貌來看，可以瞭解到是變化多端、難分難解。論罹病症型，有輕、有重、有躁鬱兼具的雙極性；論罹病對象，老、中、青少年、有產婦、有喪偶等都有；在多重繁複的因子變數交叉下，憂鬱症像是一道解不開的幾何習題(高啟雲，2016)。

二、 共病狀態

憂鬱症的共病狀態: 曾美智等人(1999)針對一項 150 位憂鬱合併恐慌患者研究，發現憂鬱症和焦慮症的終生共病率很高：在綜合精神科合併一種以上其他診斷的情形，憂鬱症為 53%到 84%，焦慮症為 81%到 100%。焦慮症中合併憂鬱症的比例(50%到 88%)高於憂鬱症中合併焦慮症的比例 (32%到 53%)。疾病發生的先後次序，只有 10%是重鬱症比焦慮症先發生，44%是焦慮症先開始，另外 46%是重鬱症與焦慮症在同一病程中一起開始。由此結論發現，憂鬱症和焦慮症的共患現象很普遍。憂鬱症是最盛行的精神障礙症之一，女性鬱症和持續性憂鬱症的盛行率是男性的兩倍，其中貧困者鬱症的盛行率是一般人的三倍。鬱症和持續性

憂鬱症時常和其他精神疾病有關聯性（也就是「共病(Comorbidity)」）。大約 60% 符合鬱症診斷準則的個案，一生中會在某個時間點達到焦慮症的診斷準則。其他常見的共病，包含物質相關障礙症、性功能障礙、人格障礙症(Kessler et al.,2003)。

憂鬱症常合併許多身體症狀，包括呼吸不順、頭痛、背痛、頭暈，或者合併許多嚴重或慢性身體疾病，例如心臟病、中風、慢性頭痛、癌症、洗腎、自體免疫疾病等，患者也常常因為身體不舒服而就診於非精神科，因此許多憂鬱症患者也常因為身體上其他的不舒服，而至其他科別求醫(張家銘，2019)。此外因共病痛苦之下而產生自殺的危險因子如；自殺意念、自殺企圖、自殺計畫、實際自傷及自殺行為等都是必須要留意的患病現象。關於共病患者自殺議題，這幾年可由新聞媒體報導國內自殺率直線上升，這相當比例與憂鬱症有關聯性。經研究憂鬱症在台灣所造成的社會經濟損失一年已經超過 350 億元台幣。由此指標，可以了解憂鬱症所造成的社會經濟負擔，已經到了不得不重視的程度(張家銘，2019；Ann M.Kring.,2016/2020)。

三、 藥物治療

有好幾種不同的方式，病因學方面的研究大都聚焦在鬱症。對慢性化憂鬱症狀緩解也有幫助(劉淑言，2008)。社團法人台灣憂鬱症防治協會在 2019 年 7 月 14 日以憂鬱症為專題，與健保署合作分析 105 年到 107 年台灣憂鬱症的醫療用藥上抗憂鬱劑使用可分四大類；第一類是「三環抗鬱劑」(TCA)，像是：妥復腦(Imipramine)、德利能(Amitriptyline)等，這是較舊的藥物，因為副作用較多，已經用的較少，又有單胺氧化酶抑制劑是最少被使用的抗憂鬱劑，因為當與某些食物或飲料一起服用時，會出現可能危及生命的副作用，現已停用。第二類藥物是「選擇性血清素回收抑制劑」(SSRIs)，SSRIs 仍佔醫療上最多使用的藥物，像是：百憂解(Fluoxetine)、克憂果(Paroxetine)、樂復得(Sertraline)、立普能(Escitalopram)等，這些一直是憂鬱症的第一線用藥。第三類是「正腎上腺素與血清素回收抑制劑」(SNRIs)，像是：千憂解(Duloxetine)、速悅(Venlafaxine) 等，對於焦慮、憂鬱都有

效。第四類是「其他」，包含其他各種作用機轉不同的抗憂鬱劑，像是：美妥平(Mirtazapine)、威克倦(Wellbutrin)、美舒鬱(Mesyrel)、煩多閃(Agomelanine)...等。

選擇性血清素再回收抑制劑(SSRIs)是目前最為普遍的抗憂鬱處方，因比其他類抗憂鬱藥的副作用少(三環抗憂鬱劑)，然而有份報告顯示治療初期或增加劑量後，個案自殺的危險性更大，尤其是兒童和青少年，研究人員將繼續研究這個重要問題。這些藥物並非對所有人都有效，研究顯示 50 至 70%有明顯改善(Nemeroff & Schatzberg,1998)。

治療準則：憂鬱發作結束後仍需服用抗憂鬱藥物至少六個月，如果患者憂鬱發作已經好幾次了，甚至需要服用更久，在鬱症緩解後繼續服用抗憂鬱劑降低鬱症重複發作的危險性，可以從原先約 40%下降至約 20%，為了防止重複發作，服用藥物的劑量仍需和急性治療時的劑量相同(Geddes et al.,2003)。

四、 生物治療

Ann M.Kring 等人(2016/2020)整理憂鬱症的生物治療主要分成如下：

(一) 電擊痙攣休克療法：

當藥物無效時，才會使用此療法。以 70-130 伏特的電流通過個案的大腦，故意誘發瞬間的癲癇發作。現在單側電擊痙攣更為常見，電流只通過非優勢的腦半球(通常是右腦)，因此較少副作用。過去個案通常是清醒的，現在會給予肌肉鬆弛劑，個案醒來後也不會記得過程。通常間隔數天治療一次，治療 6 至 12 次，此治療會有短期混亂和記憶喪失的危險性。目前業界也引進美國食品藥物管理局 (U.S. Food and Drug Administration，簡稱 FDA) 認可較弱電流刺激，經顱微電流刺激療法 (Cranial Electrotherapy Stimulation，簡稱 CES) CES 療法是以極小量的微安培電流 (百萬分之一安培，不到一般低週波治療儀電流量的 1/100)，幫助大腦神經調和 (Neuromodulation)，讓使用者自行分泌各種神經傳導物質，直接誘發主管心理及情緒活動的大腦、下丘腦、前額葉皮質層組織等，產生腦內啡 (Endorphin)、乙醯膽鹼 (Acetylcholine, ACh)、血清素 (Serotonin)、正腎上腺素

(Norepinephrine) 等神經傳導物質，以達到治療失眠、強化 α 波、調節情緒、消除緊張感、放鬆等效果。

(二) 跨顱磁刺激：

適用對象：對第一種抗憂鬱劑沒有反應，且尚未嘗試服用第二種抗憂鬱劑的患者。作法：治療時，將一個跨顱磁線圈放置在頭皮上，間歇性的核磁能量脈衝波用來增加背外側前額葉皮質的活動。療程：每天治療 30 分鐘，持續 5 至 10 天，目前業界常用重複經顱磁刺激 (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation，簡稱 rTMS) 或高速磁塔波刺激治療 (Theta Burst Stimulation，簡稱，TBS)。

(三) 光照療法：

憂鬱個案中，有部分特定族群特別容易受季節影響，比如換季或是下雨時，特別容易情緒低落、無力感及嗜睡等，此類病症稱之為季節性憂鬱症，臨床上季節性憂鬱症的患者，業界經常會建議可嘗試給予光照治療，透過特定波長的特殊光源照射，幫助腦部激素分泌平衡 (例如：血清胺、多巴胺、褪黑激素等)，進而改善情緒狀況。

五、 心理治療

心理治療師很少將自己定位為某種特定理論取向，或只採用某種特定治療法。事實上，大多數治療師都熟悉許多心理治療技術，也會評估何種方法對病患最有效，以調整風格(高啟雲，2016)。目前折衷諮商理論在美國已蔚為諮商學界的潮流，國內心理諮商產業也學習其對人性本質的開闊視野、諮商理論的兼容並蓄及諮商技術的靈活運用、不拘風格是它最大的優勢所在；而基本的定義及假設也符合不同類型的諮商者之需求，對於心理師來說一個好的治療方式會隨著治療進展做一些調整及轉變(林原賢，2004)。Ann M.Kring 等人(2016/2020)心理治療的分類如下：

(一) 心理宣導及教育：

預防勝於治療，藉由心理衛生宣導，預防疾病講座，預先幫助人們了解疾病

的症狀、預期的病程時間、引發症狀的生理和心理因子，以及治療策略，助於個案遵循醫囑，吃藥。

(二) 人際心理治療(**interpersonal psychotherapy**，簡稱 **IPT**)：

IPT 建構在憂鬱症與人際問題有密切關係上，治療的核心在於檢查重要的人際關係上的主觀及現實感受。例如：角色轉換、人際衝突、親人過世及人際孤立。治療方式，可將治療者和個案將治療重點放在一到二個人際議題上，目標是幫助個人辨別這些議題的感受、做重要的決定，以及解決和這些議題相關的問題。工作技巧在於討論人際問題、探索並鼓勵個案表達負向感覺、改善語言和非語言的溝通、促成問題解決，並建議新的且更令人滿意的行為模式。

(三) 認知治療(**Cognitive behavior therapy**，簡稱 **CBT**)：

目前醫療時常運用貝克治療法，認知理論認為憂鬱症是負向基模和認知偏誤造成的，可設定工作目標：改變不適應的思考模式，治療重心則放在：認知重組利用(家庭作業)反覆回饋互動來達到行為活化：鼓勵個案排定一些正向思考及正向活動上(Aaron Beck,1967)。

晚近則使用正念療法(**Mindfulness-Based Cognitive Therapy**，簡稱 **MBCT**)，聚焦於鬱症的當下復發及預防，正念基本假設是，鬱症個案容易復發是因為悲傷心情和自我貶抑及絕望想法間的重複連結。工作目標可運用，教導個案了解自己從什麼時候開始變得憂鬱，並試著以轉念的方式來調適，把自己的想法當作是「心智事件」，而非自我的核心連續向度或現實的正確反映。例如：對自己說「想法非事實」、「觀點非現實」，將憂鬱想法與感覺終止病不再有所關聯。

(四) 行為活化治療(**behavioral activation therapy**，簡稱 **BAT**)：

個案本身就是一個治療法，也是行為治療中重要的一個因子，行為活化是貝克治療中的一個因子，行為活化本身有治療的效果。理念放在憂鬱的許多危險因子干擾了患者對正性增強的接收。例如：社會支持差、貧窮等等。工作目標放在增加個案參與日常生活的多樣及正向強化活動，以打破逐漸惡化或循環的憂鬱情

緒、退縮及逃避的行為(Aaron Beck,1967)。

(五) 行為取向伴侶治療(behavioral couples therapy，簡稱 BCT)：

當枕邊人、同居伴侶或親密夫妻為憂鬱症者時，難以切割的高風險因子可能導致兩人共併成癮狀態，這樣條件便讓心理治療工作更顯嚴峻，BCT 也因之醞釀而生。此模式強調治療者應先評估伴侶尋求治療的個別動機、互動模式及對彼此關係的現狀與未來的期待，然後透過指導式的行為改變(Guided Behavior Change)或以技巧為基礎的處遇(Skill-Based Interventions)兩種人際行為治療技術來協助伴侶(蔡震邦，2009)。

(六) 家庭心理治療(Family Psychotherapy，簡稱 FPT)：

患者獨自一人對抗憂鬱症是漫長孤單的道路而無盡頭，當情緒抑鬱低沉，對未來感到無力、無望，需要家人的充分了解與支持、陪伴，並參與整個治療計畫。家庭心理治療，它重點在關注家庭成員的互動，且視整個家庭為一個單位或系統。FPT 與 BCT 的療程相似，包含必須共同參與伴侶、家族治療及團體治療共約 12 次，過程中為視治療狀態來設計、加入其他的必要治療(如醫藥處方、心衛宣導及教育)(楊延光、鄭淑惠，2006；高啟雲，2016)。

六、 憂鬱症導致自殺隱憂

目前台灣隱憂，由於許多憂鬱症患者礙於文化，不願意，也不習慣求助，台灣憂鬱症防治協會研究顯示，95%自殺者生前患有精神疾病，其中 70%患有憂鬱症，但只有五分之一憂鬱症患者尋求協助，更多患者未接受治療。其原因包括不曉得憂鬱症為何，或不承認罹病、抗拒治療。但患者若不積極治療，可能會讓症狀更嚴重、功能更受損，甚至有自殺危險性。統計顯示，自殺死亡率隨年齡增長而增加，男性比女性多；有自殺企圖者以年輕者較多，女性多於男性。以家庭主要經濟支柱者男性來說；未來須著重讓憂鬱症患者願意就醫、家人協助就醫治療、並用正確方式與其陪伴相處，可望在鬼門關前搶救生命之外，更可以讓其大眾幸福家庭免於破碎及家人哀傷之苦(Weissman et al., 1992；張家銘，2019)。

第三節 藥物及酒精成癮性格與戒斷症狀

本節首要，探討 DSM-5 物質使用障礙症診斷準則相關敘述。其次，探討藥物及酒精成癮性格及戒斷症狀。最後，探討成癮個別及團體治療之相關研究。

一、 DSM-5 物質使用障礙症診斷準則相關敘述

好幾個世紀以來人們使用各種物質來減輕、改善情緒或意識狀態的現象，例如；使用藥物來提神或助眠(咖啡、茶、安眠藥、鎮定劑)、保持清醒(菸、刺激性飲料)、放鬆(喝酒、大麻、毒品、嗜賭)、減輕疼痛(消炎、止痛藥、阿斯匹靈)這已是人們日常達到必須的習慣。過往至今幾乎所有人們都使用過一種以上會影響中樞神經系統的物質，好減輕生理和心理的痛苦或產生愉悅感。儘管使用這些物質常會對身體帶來嚴重後果，初期可能因為好奇而服用所產生的效果卻是令人愉悅的(「喜好(Liking)」)，中期內心的(「渴望(Craving)」)，在使用後期卻帶來(「想要(Wanting)」)，這些可能是造成物質使用障礙症的根本原因(Ann M.Kring et al., 2016/2020)。

下列為 DSM-5 的物質使用障礙症診斷準則；一種適應不良的物質使用模式，造成功能明顯減損。一年內有以下兩個或兩個以上的症狀則屬之；

1. 無法實踐責任、
2. 在對身體有害的情境下仍重複使用、
3. 重複造成人際關係問題、
4. 即使該物質已造成問題仍繼續使用、
5. 耐受性、
6. 戒斷症狀、
7. 比預期花更多時間使用或使用更大量、
8. 努力想減少或控制使用但不成功、
9. 花費許多時間以取得該物質、
10. 放棄或減少社交、嗜好或工作、
11. 強烈渴望使用該物質。

嚴重的物質使用障礙症常有兩項症狀：耐受性(Tolerance)與戒斷症狀(Withdrawal)。耐受性係指(1)要達到想要的效果須使用更多該物質；或(2)若使用相同劑量的物質，藥物的效果顯著降低。戒斷症狀是指當個案停止或減少使用該物質會產生負面的生理或心理反應。物質戒斷症狀可能有肌肉疼痛和抽搐、盜汗、嘔吐、腹瀉與失眠等症狀(Ann M.Kring et al., 2016/2020)。DSM-5 的物質使用障礙症嚴

重度評量中指出，符合上述 11 項症狀中的 2-3 項為輕度成癮、4-5 項為中度成癮、6 項或 6 項以上為重度成癮。

本篇研究對於物質成癮部分主要界定於鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮劑及交替酒精類別限定。藥物及酒精使用障礙症是過往至今受到最嚴重污名化的疾病。「上癮」或「酗酒」等詞彙被草率的使用，彷彿框架人的本性，而不是人受苦的疾病。長久以來物質使用障礙症是單純因為道德淪喪或個人選擇所造成，是錯誤的觀念 (Ann M.Kring et al.,2016/2020)。治療對於恐慌者共病患者的成效與產生的痛苦之下，往往需要依靠藥物，此外在戒斷藥物初期，酒精則是代替的慰藉，慣性依賴之下造成成癮(ad-dictiion)性格的養成。患者於治療時期身心對於物質的依賴，美國精神醫學協會 (DSM-5) 在準則中提到，物質關聯疾患中不管是何類型物質都可應用同一物質依賴、濫用、中毒及戒斷的診斷準則。以下為個案研究過往物質使用障礙症，酒精及藥物反覆交替使用之下分析之；

二、 藥物成癮性格及戒斷症狀

世界衛生組織(World Health Organization,WHO)主張，物質成癮為一種慢性且易復發之腦部及精神疾病，藥物成癮患者定位為大腦功能違常之病人，是一種生理、心理及社會的疾病。DSM-5 的診斷認定「鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮劑使用障礙症」(Sedative-,Hypnotic-,Anxiolytic Use Disorder)，導致個案重大損害或痛苦。使用鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮劑問題型態，導致臨床上顯著苦惱或減損，在同一年期間內至少出現下列各項兩項：

- 1、常使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥或比原先想要的量更多或時間更長。
- 2、持續想或無法戒除或是控制使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥。
- 3、很多時間花在取得鎮靜、安眠或抗焦慮藥，使用他或在從他的效應恢復。
- 4、渴求、或是有強烈慾望或衝動要使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥。
- 5、反覆使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥而致無法完成工作、學校或居家的重大義務（例如：因使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥而經常不上班或表現很差；使

- 用鎮靜、安眠或抗焦慮藥造成學校缺席、休學或退學；忽略孩童或家事)。
- 6、儘管因使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥引起持續或反覆的社交或人際問題，仍持續用鎮靜、安眠或抗焦慮藥（例如：因中毒與配偶爭執；打架）。
 - 7、因為用鎮靜、安眠或抗焦慮藥而放棄或是減少重要的社交、職業場或休閒活動。
 - 8、在有害身體的情境下反覆使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥。
 - 9、儘管知道使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥恐引起持續或反覆生理或心理問題，持續使用。
 - 10、耐受性的定義為以下二項之一：
 - a.顯著增加使用鎮靜、安眠或抗焦慮藥量之需求而致中毒或想要的效果。
 - b.使用等量的鎮靜、安眠或抗焦慮藥而效果顯著降低。
 - 11、戒斷的表現如以下二項之一：
 - a.鎮靜、安眠或抗焦慮藥的戒斷特色。
 - b.服用鎮靜、安眠或抗焦慮藥(或相當接近的物質)來解除或避免戒斷症狀。

DSM-5 的診斷認定鎮靜、安眠及抗焦慮藥戒斷症狀(Sedative,Hypnotic,or Anxiolytic Withdrawal)。

- (一) 已長期使用鎮靜、安眠及抗焦慮藥後停止（或減少）。
- (二) 以下 2 項（或更多）症狀在準則(一)所述停止（或減少）使用鎮靜、安眠及抗焦慮藥後數小時至數天內出現：
 - 1、自律神經功能過度活躍（例如流汗或脈搏超過 100 bpm）。
 - 2、手抖。
 - 3、失眠。
 - 4、噁心或嘔吐。
 - 5、短暫的視、觸、聽幻覺或錯覺。
 - 6、精神動作激動。

7、焦慮。

8、癲癇大發作(*grand mal seizures*)

(三) 準則(二)的徵兆或症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損。

(四) 徵兆或症狀和另一身體病況的生理效應無關，且無法以另一精神疾病-包含另一物質中毒或戒斷做更好的解釋。

自從 2001 年起，亞洲地區的精神科醫師合作完成了各國開立精神科藥物之型態的研究 (*Research on Asia Psychotropic Prescription Pattern, REAP*)，根據一項為期十年的研究「亞洲地區開立精神科藥物型態 (REAP)」指出，從 1999 年至 2018 年，比較了中國、香港、印度、印尼、日本、南韓、馬來西亞、新加坡、台灣和泰國等國家的精神科藥物處方。在多樣的研究角度下，發現一個共同點，那就是台灣開立安眠藥處方的比率，為亞洲最高(具高度成癮性鎮靜安眠藥 台灣處方比例居亞洲之冠 | 精神、身心 | 科別 | 元氣網, 2018)。根據台灣精神科醫生自己的說法，台灣在安眠藥的使用比例上，不僅是亞洲第一，甚至與其他各國相比，也僅次於智利，位居世界第二。研究主因是根據 2020 年健保署公布的 2018 年藥品使用量分析報告，國內最常使用的安眠藥是成份為佐沛眠 (*zolpidem*) 的使蒂諾斯、柔拍等藥物。僅僅這一類成份的安眠藥，申報數量就超過一億四千三百多萬筆。若把所有相關的鎮靜及安眠藥數量加總，竟可高達約九億五千萬顆(衛生福利部中央健康保險署, 2023)。

針對患者成癮性格起因，學者 Freeman(1992)提出三種成癮因素解釋如下：

(一)疾病模式(*Disease Model*)：運用醫學問題解釋，疾病模式提供符合成癮的診斷訊息閾值，認為成癮為原發性或持續惡化的疾病，將治療成癮症的合法途徑為醫療模式。(二) 適應模式(*Adaptive Model*)：將先天生理或心裡缺陷障礙因素與後天成長家庭中不當教養過程及不當的外在環境，導致患者無法真正成熟長大，導致人際不良互動中缺乏社會所期許的自信、能力的養成與良性社交活動接納下，

患者只好藉由某些物質成癮來適應生存。(三)生活模式(Way-of-Life Model)：認為患者成癮的形成，是因為個案在現實多重生活模式或重疊角色上無法取得平衡或二元對立、固執於非黑既白的觀念。導致引起成癮物質的過度使用，雖暫時獲得掌控，但進一步形成固著、持續性且破壞性身心的成癮習慣模式。

盧興國(2011)指出患者藥物濫用之特性是長期濫用藥物成癮，經由藥理作用影響大腦運作或是社會環境的歧視對待，均可能因個體逐漸脫離現實社會生活的結果而導致人格特質的轉變，並決定了藥物濫用者適應環境的行為模式及思維方式。依上論，藥物成癮後即難以戒斷，因其負向特質逐步內化形成特殊的偏差行為與慣有認知模式，進而影響個體身理、心理、精神，甚至靈性等各層面，當對藥物渴求出現，非理性信念與慣有人格特質會強化行動的驅力，造成重複使用藥物的行為，將更是難以戒除。

所有的物質使用過量直接活化大腦回饋系統，其涉及行為增強和記憶的形成，能產生如此強烈的回饋系統被活化，正常的行為可能就會被忽略。DSM-5 變革下重新檢視物質使用障礙症的研究結果，以「發展性」(Development)概念，亦採取疾病「終生」發展(Across the life span)為觀點，將原本 DSM-IV 中「物質引發疾患」的三類重新編排，將「中毒」、「戒斷」放在「物質及成癮疾患」這一章之中，而「物質引起之相關器質性精神疾病」則改放在各類精神疾病的章節中 (Association, 2013；Minchael ,2020)。

由於安眠藥物在全世界已成為最常使用的藥物，藥物戒斷症狀在過往文獻研究，楊振昌等人(1997)發現台灣地區安眠藥濫用至戒斷鮮少有個案研究，但急診醫院因濫用或誤用安眠藥引起的中毒個案相當常見，該如何讓第一線醫師正確釐清病情與判斷是否為嚴重症狀，防止走向延誤診斷及治療的方向。該研究發現，安眠藥物突然戒斷或減量時，可能導致戒斷症狀的產生，而呈現非特異的虛弱、食慾不振、燥動、急性精神病、或抽搐等表現。運用試驗性的苯重氨基體安眠藥物(Benzodiazepines)治療，對於診斷有很大的幫助。在戒斷的治療方面，重新使

用長效的苯重氮基鹽安眠藥物與其後之逐漸減量，加上必要的支持療法，乃是治療上最重要的一環。

藥物成癮性格及戒斷症狀理論上認為濫用藥物的行為是一種自醫的方式，其實是患者的情緒處於憂鬱及焦慮狀態，才會使用藥物來減輕症狀 (洪芬芳, 2008; 劉淑言, 2008)。而藥物濫用之戒斷一般是在停止用藥後快速產生，2~3 天達到高峰，生理戒斷持續 7~10 天左右，而心理依賴則持續 3~6 個月以上，安眠藥戒斷症狀主要以焦慮、憂鬱、躁動、失眠、心悸與譫妄為主 (高家常, 2008)。

抗憂鬱藥是恐慌症生物性治療之首選藥物，然而抗憂鬱藥在開始投藥，到藥效顯著出現可能會有 4 周左右之延遲，對於經歷極端恐怖之恐慌發作之恐慌症個案，可能較難以忍受。而 Benzodiazepine 雖然藥效出現快，症狀控制迅速，但有耐受性(Tolerance)及成癮性之問題，目前有部分學者主張在急性期並用 Benzodiazepine 及抗憂鬱藥，在 4 周後逐漸降低並停用 Benzodiazepine，最後僅留下抗憂鬱藥劑作為維持性治療 (廖士程、林信男, 2003)。

醫學一般性的原則是接受藥物治療三到六個月，之後再慢慢調整藥物，症狀穩定改善之後再調整藥物的劑量，逐漸把藥物停掉，但藥物治療只治標不治本，控制不發作，但不能根本的解決問題 (許添盛, 2014)。

但醫學研究中個案貿然停止藥物也是很危險的，洪錦益等人(1999)研究長期使用抗精神病藥物及 Carbamazepine (CBZ) 治療。因懷疑 CBZ 引起白血球過低而中斷投藥，改予 Valproate 控制癲癇後 3 天停用，個案出現精神病症狀加劇及癲癇發作頻率增加。安眠藥屬於中樞神經抑制劑，長期使用後，大腦已經習慣它的壓抑作用，貿然斷藥可能出現嚴重的「戒斷症狀」，並帶來生、心理不適問題。

三、 酒精成癮性格及戒斷症狀

目前酒精是最普遍、為人所知的藥物，也是最常被濫用的藥物，酒精四處都可取得，家中料理藏酒、離家很近便利商店、親朋好友聚會或過年過節婚喪喜慶等，非常容易接觸與使用。李世代(2002)也指出國內飲酒問題呈越來越嚴重之趨

勢，國內成年人口過度飲酒盛行率為 3.4%-8.0%，已成癮之酗酒者則介於 1.2%-1.8%。酒精成癮性格及戒斷症狀是以用於酒精使用之疾患；一個人若有下述症狀，且持續十二個月以上，則 DSM-5 的診斷認定為「酒精使用障礙症」(Alcohol Use Disorder)，導致個案重大損害或痛苦。酒精使用問題型態，導致臨床上顯著苦惱或減損，在同一年期間內至少出現下列各項兩項：

1. 比預期的還大量或長時間攝取酒精。
2. 持續渴望或無法解除或是控制使用酒精。
3. 很多時間花在買酒、喝酒或從其效應恢復。
4. 渴望或有強烈慾望要喝酒。
5. 反覆喝酒引起無法完成工作、學校或居家的重大義務
6. 儘管喝酒導致持續或反覆社交或人際問題、仍持續喝酒。
7. 因為喝酒而放棄或是減少重要的社交職業或休閒活動。
8. 會在傷害身體的情境下反覆喝酒。
9. 儘管知道喝酒恐引起持續或反覆生理或心理問題仍持續喝酒。
10. 耐受性，定義為下列兩項中任一項：
 - (a)顯著增加喝酒量之需求而致中毒或想要的效果。
 - (b)持續喝等量的酒而效果顯著減低。
11. 戒斷症狀，表現出下列兩項中任一項：
 - (a)酒精戒斷特色(下列續述)。
 - (b)喝酒(或相當接近的特質例如安眠藥 Benzodiazepine)來解除或避免戒斷症狀)。

「酒精戒斷」(Alcohol Withdrawal)為一種適應不良的物質使用模式停止或中斷使用，導致臨床上個案身心損害或痛苦。其步驟評量；在大量和長期喝酒後停止(或減少)後幾個小時或數天出現下列各項一項以上(或更多)症狀：

1. 自律神經功能過度活躍（例如流汗或脈搏超過 100 bpm）。

2. 手抖增加。
3. 失眠。
4. 噁心或嘔吐。
5. 短暫的視、觸、聽幻覺或錯覺。
6. 精神動作激動(Psycho-Motor Agitation)
7. 焦慮(Anxiety)
8. 泛發性強直-陣攣癲癇(Generalized Tonic-Clonic seizure)發作
9. 以上準則的徵兆或症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損。
10. 徵兆或症狀無法歸因於另一種身體病況，且無法以另一精神疾病-包括另一物質中毒或戒斷做更好的解釋。

酒精使用障礙症已經使人身心造成嚴重殘害與損傷外還常與人格障礙症、情緒障礙症、思覺失調症、焦慮症、以及其他藥物使用障礙症形成共病(Kessler et al.,1997)。在美國衛生與公眾服務部(United States Department of Health and Human Services, 縮寫:HHS)一項初步研究 2013 年全國藥物使用和健康調查 (NSDUH)的結果，這是一項針對 12 歲或以上青少年及成年平民、非機構化人口的年度調查產出。該報告和詳細表格均提供了全國對非法藥物、酒精和煙草產品的使用率、使用者數量和其他措施的估計，重點是 2012 年至 2013 年和 2002 年至 2013 年的趨勢分析，以及 2013 年人口各亞群之間的差異，在 2012 年發現，綜合各亞群 18 至 25 歲的人們之中有 6.8%同時符合一種物質使用障礙症與至少另一種心理障礙症 (SAMHSA,2013)。

四、 物質成癮個別及團體治療

物質成癮個別及團體治療模式從早期到晚近有許多的文獻資料研究，故此本研究把重點放在恐慌症患者的自我克服成癮戒斷模式，但或多或少患者在成癮及戒斷之路都有相關助力或療癒因子幫忙克服戒斷歷程，故參考相關文獻以有利了

解患者關於人際互動團體之戒斷歷程，晚近國內治療規範大致有醫療戒毒模式、司法戒毒模式、宗教戒毒模式整理如下(張柏宏，2007；盧興國，2011；許綺宴，2018)。

(一) 醫療戒毒模式：

1. 治療藥物使用障礙症；包含心理治療合併精神藥物治療及藥物替代治療。
 - (1) 在合併治療的部分包含使用抗憂鬱劑「地昔帕明」(Desipramine；諾波明)與認知行為治療(CBT)雙管齊下，以增強患者自我控制力。研究顯示「地昔帕明」對低劑量古柯鹼依賴個案有效，而CBT對高劑量古柯鹼依賴者有效。
 - (2) 藥物替代治療的部分普遍是針對海洛因使用障礙症運用海洛因替代藥物或鴉片拮抗劑，該物質具有一定成癮性，如：交叉依存的狀態。
2. 治療酒精使用障礙症；包含住院治療、匿名戒酒會、伴侶治療、認知及行為治療、動機介入、適度引飲酒、節制飲酒、藥物治療等。例：
 - (1) 對於某些社會環境較差、居住環境又鼓勵飲酒、且除了飲酒外又伴隨其他心理障礙症者，住院治療是必要的。
 - (2) 匿名戒酒會表示人中其一生都有酒癮；其他自治團體較為依賴社會支持、在保證、鼓勵與建議沒有酒精陪伴的生活。

(二) 司法戒毒模式：

目前毒癮者戒癮工作仍以司法戒治體系為主，並朝向多元整合模式發展，綜觀目前所採取的藥癮治療模式大致可以區分為三大類，包括「完全戒絕」(Abstinence)、「維持療法」(Maintenance Treatment)及「治療性社區」(Therapeutic Community)三大模式。這三種藥癮治療模式都包含心理治療的部分，而自助性團體(Self-help groups)亦受多各國的歡迎與採用，並有其一定的成效。以下將藥癮治療的方式分為完全戒絕、維持療法、治療性社區、自助性團體四個部分，

進行說明(法務部，2016)。

1. 完全戒絕 (Abstinence)；一些國外的研究已指出結合司法矯正體系力量的治療計畫，有助於降低非法藥物的使用與相關犯罪問題；有法律的強迫力量，個案會傾向留在治療中並維持一段時間，其治療效果會比沒有法律壓力的個案好。藥癮治療與司法矯正體系一同的進行，會有助於藥癮者篩選、安置、測試、監督與督導計畫的安排與執行，這個效果就有如在司法體系中利用系統性的監禁與獎賞來處置藥物濫用者一般。目前我國戒治所的運作方式，即是採此一模式。針對此一模式很重要且需注意的是，對於在司法體系中之藥癮犯人治療計畫，需在出所後安排後續的照顧、治療、監督與督導。
2. 維持療法 (Maintenance Treatment)；此模式中，「美沙酮維持治療計畫 (Methadone Maintenance Treatment Program, 簡稱 MMTP)」最為廣泛使用。MMTP 針對鴉片類成癮者發展出來的，因其將藥癮者視為病人，所以從減少社會傷害的觀點出發，主要以藥物治療來幫助藥癮者。MMTP 為維持計畫，而非治療計畫，其著眼點即認為海洛因成癮如糖尿病一樣，是一種無法治癒的疾病，長期使用鴉片類麻醉品後，腦內的化學物質將被改變，無法回復，只好使用美沙酮來維持。MMTP 的最終目的是讓成癮者遠離毒品(但不包括美沙酮)，重新回到社會工作，過正常的生活。所以，MMTP 只是第一個步驟，接下來的心理治療，使藥癮者去除對海洛因的渴求 (Craving)，重建自信，回歸社會才是治療的重心所在。
3. 居住在治療性社區 (therapeutic community, 簡稱 TC)；的成員，需要以不靠藥物和正向生活為基本理念，並藉由與社會隔離的同儕團體 (Peer Community) 來達成全人康復治療目的的一種大團體治療模式。運用此模式透過團體的壓力和互相依賴 (Interdependence) 來激發成員的現實感、對抗退化，並逐步灌輸成員對社會的責任感。在一個與社會隔離的環境中，藉由長期的同儕團體生活，改變成員的思想、價值觀、人際技巧及生活方式等，產生成員的全面性變化，以致達成戒癮的治療目標。治療性社區主要服務對象包括；以精神醫療為主的治療性社區；其次以藥癮、酒癮為主

的治療性社區，例如研究者兼職實習的單位：署立草屯療養院在醫療體系下設置藥癮治療性社區計畫，「茄荖山莊」。亦可提供支持性環境，藉由專業的心理治療等途徑來協助個體建立自信心與社交能力，可以使之傾向於選擇較健康的方式來適應生存。

4. 自助性團體（Self-help groups）藥癮者自助性團體有戒毒匿名會（Narcotic Anonymous, 簡稱 N.A.）和戒古柯鹼匿名會（Cocaine Anonymous, 簡稱 C.A.）等，戒酒匿名會（Alcoholics Anonymous, 簡稱 A.A.）之後發起的戒毒團體。這些團體抱持藥癮是一種疾病的觀點，並其團體由復原者與正陷於藥癮者共同組成，在團體中，由復原者見證往昔吸毒之痛苦，及彼此提出其改變成功的明證。他們都採取類似於 A.A 十二個步驟的戒癮康復計劃，透過成員相互支持、照應，使戒癮者加強對自己問題的意識，增強自我力量，並對問題獲得新的應付方法。透過團體互助改變其個人生活方式，重新獲得生活模式或角色上的平衡，可以改善成癮現象。

（三）宗教戒毒模式：

目前毒癮者戒癮工作仍以司法戒治體系為主，並朝向多元整合模式發展，其處遇的分類包含機構式處遇，如治療性社區與非機構式處遇，如勒戒所兩大類，宗教戒毒屬於機構式處遇模式，且可再區分為閉鎖式處遇與開放式處遇。靈性可以促進健康狀態與提升生活品質，宗教則是靈性的外顯以及內在靈性表達的方式之一，是人們內在的優勢與資源。物質濫用是生理問題，也使人陷入靈性的困境，宗教信仰在戒癮過程啟發靈性的經驗與轉化，是宗教戒毒的功能。國內宗教福音戒毒機構如：晨曦會、主愛之家及沐恩之家，就是透過基督教的信仰促成藥癮者的改變，是全人的復原。佛教部分如臺南監獄明德戒毒村戒治模式，以佛光山慈悲社會福利基金會，以宗教力量戰勝物質成癮的誘惑，宗教戒毒促成靈性提升，在戒毒中心因著信仰，向上締結關係，靈性提升，生命價值觀開始發生改變而能遠離毒品。（張伯宏，2006；張伯宏，2007；潘秋月，2011；許綺宴，2018）。

第四節 戒斷對於療癒歷程的影響

本節首要，探討患者對於反覆戒斷及療癒的三角來回效應及如何克服物質欲望為終生信仰的過程，其次，探討關於團體療癒因子及療癒歷程之相關研究。

一、 戒斷及療癒三角來回效應

日常壓力來來回回造成成癮患者身心狀態的時好時壞、上上下下的恐慌不安感是患者遲遲無法戒斷成功的主要因素之一，另外成癮性格患者共病三角重要議題是，高比率的成癮者會共同具有其他生理或精神疾病（即所謂的「共病症」），前者如：蜂窩性組織炎、血清性肝炎、心臟內膜炎、骨髓炎、免疫系統疾病等；後者如：憂鬱症、焦慮症、睡眠障礙、人格異常等(李俊宏，2017)。由上所述，身心共病對於成癮性格患者以來說，要完全戒斷藥物是現實上很大的主要阻力，但如何協助患者認清個體因素、家庭因素、情境因素如何影響彼此藥物濫用的行為。在醫療上，常見藥物治療、認知行為、環境因素作為調整交感神經過度作用，進而舒緩個案不適程度，治療者進一步協助患者面臨壓力事件時如何設定共同改變信念、動機、戒除藥癮的正向行為是主要工作目標。

壓力抑是導致患者身心尚未痊癒時的再度失落而失足的重要原因，壓力的研究而言對身心患者的影響是很大的，一般來說壓力來源多是來自身旁家族親近的親人為最大，所處日常工作環境的親朋好友影響次之，再者是自己給予過度理想化與現實上的落差，晚近研究結果顯示，接受身心壓力諮商患者的平均年齡為43~45歲，以女性居多，已婚者較多，平均教育水準為高中到大學。多數的患者都有身體症狀的困擾，最常見的身體症狀是失眠、疲倦和頭痛。此外，多數的患者都有情緒症狀的困擾，最常見的仍是焦慮和憂鬱，接續發現有接受身心壓力治療與僅接受身心壓力評估兩組患者，在有無失眠症狀上、在恐慌發作經驗上，以及在呼吸系統症狀總數有顯著差異，身心壓力反應的症狀若其威脅生命感受愈高，主觀焦慮感愈高，症狀總數愈多，身體症狀的困擾程度愈高者，愈傾向接受後續的身心壓力治療(張琦郁、鄭逸如、呂碧鴻、陳秀蓉、洪福建 2009)。

壓力大師 Selye 說：「大體而言，生命是個調適所依存環境的歷程...，健康與快樂的秘訣在於成功地調適這地球上變動不已的狀況，而調適失敗所付出的代價就是疾病和不快樂。」這些為因應外界環境壓力所果積的身心負荷量，稱之為「適應負荷」(Allostatic Load)，是決定身、心健康與否的重要關鍵。進一步來看壓力源對於正常人來說，適度的壓力可以成為自己往上階層的動力，但過度無法負荷的壓力源，將造成自我本身難以修復的身心狀態受損。梁詩詩、翁嘉英(2014)研究結論來說主動承擔、忍耐壓抑、要求完美、在意他人及自我批判與多種類別的身心症狀具關聯性，顯示個人擁有越多上述的態度與因應方式，越容易承受身體的痛苦，主動承擔與生理激發顯著影響心血管系統與循環系統症狀，可能顯示具有主動承擔特性者具有較高昂的自主神經系統激發。壓力影響自我的日常性格，自我性格激發較高的自主神經系統，當自主神經系統過度激發時，自主神經的交感、副交感調節失常，造成自主神經失調，容易使人易痛苦不舒不安感時常伴隨在旁，自主神經失調時間一久易造成泛焦慮症候群。

就人體而言，為了求生存、適應環境，生理為緊急危險狀況設計了一套警報系統，能讓身心在瞬間激發潛能、進入備戰狀態：啟動交感腎上腺系統 (Sympathoadrenal system) 及「下視丘—腦下垂體—腎上腺軸向」(Hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis) 等交感神經反應和應力激素以動用體內儲存的能源、吸收額外氧氣、增強心臟血管與骨骼肌肉的張力，藉此產生「攻擊或逃逸反應」(Fight or Flight response) 而達到成功適應及平衡。

交感神經系統作用的結果，身體上出現骨骼肌肉之收縮及強度增加、心博力增強、心跳加快、血壓上升、支氣管擴張、呼吸速度加快、肺臟攝氧量增加、供應骨骼肌心肌及肺臟之血流大量增加、血液中的葡萄糖、油脂增加等變化，以加碼體能、強化戰備能力；精神上則刺激情緒反應及長期記憶，以助長脫離險境的衝動及未來記取教訓。當此同時，為能提供緊急危難所需要的額外資源，部分非應急所必須的器官系統功能(如消化、免疫等)便相對的受到壓制。故生理上出現

如胃酸分泌減少、胃腸蠕動停止、唾液減少、供應皮質醇及腸胃的血流減少等變化；精神上則壓抑了專注力、意志力、邏輯思考能力及短期記憶。這是為調度資源、應付危難所做的暫時性緩衝。正常情況下，主導自律神經系統的的神經系統會在危機過後轉由「副交感神經系統」取代，因其作用多與交感神經相反，故原本激亢緊繃的心血管、肺臟、肌肉等作用鬆弛緩解，轉而進行修復精神創傷、強化腸胃消化吸收機能、儲存血中多餘能量至器官內、增強免疫能力等類似休養生息、加油充電的功能，以儲備應付下一波壓力的資本。

研究發現：物質戒斷時期，壓力造成病患除多有嚴重的睡眠障礙使其再度使用安眠藥物助眠外，五成以上患者有慢性疲勞併有口乾、頸部僵硬、頭痛或頭暈、眼睛乾澀或模糊、記性變差、性情浮躁以及注意力無法集中等身體及認知症狀，四成病患併有焦慮或憂鬱等情緒症狀使其再度使用鎮定藥物及抗焦慮劑，故整體而言，病患主觀的反覆症狀相當多樣而嚴重；另針對研究對象的個別病症做詳細的檢省、分析後卻發現，幾乎所有病症與對照組比較，慢性疲勞病患在病史上有較高的精神情緒疾病、睡眠障礙、免疫力失調及消化性潰瘍等問題，研究時自述的身體心理情緒障礙的症狀數高，其自評的性格傾向具備某些易誘發壓力反應的特質：在較一般人易緊張、易燥煩及易發脾氣等高。(施葵瑜、李明濱、李世代、郭聖達，2004)

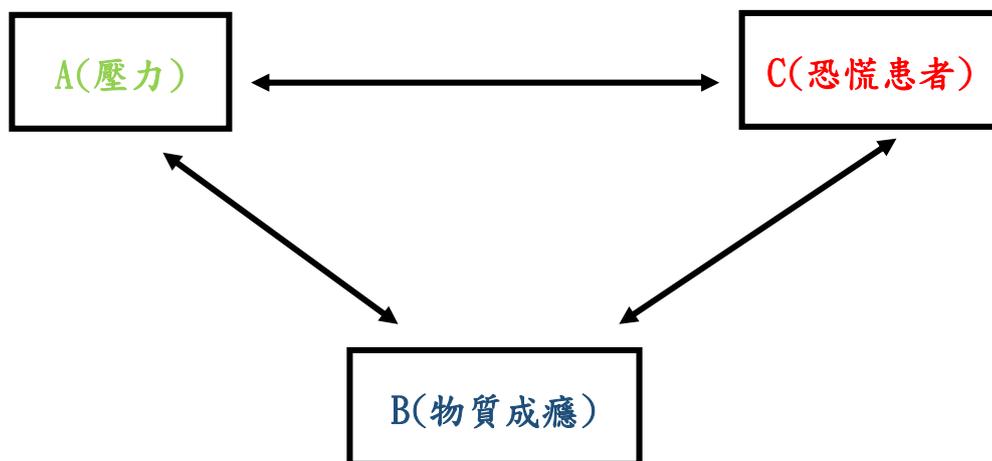


圖 2-1 成癮性格共病倒三角 研究者自行繪製

二、 克服物質欲望為終生信仰信念

人們在現實社會上都有不同的壓力按鈕，例如；同樣在塞車的道路遇上紅綠燈，有人可以平心靜氣的龜速行駛，有人則是著急到壓力破表亂按喇叭並危險蛇行駕駛、不禮讓行人，這樣的結果除了傷人也害己。處世上，有人可以對一個事件做出決定、勇於承擔並感到滿足，相對有人卻可能怒氣沖天，抱怨連連、怨天尤人，怪罪全部的人、事、物。日常人的思考模式，就是一個相機鏡頭，透過它濾鏡來看外面的世界。如果「鏡頭」受到扭曲或加入有顏色眼光，看待人事物的方式，也是扭曲與主觀的。秉持高度彈性及有效調整自我原則過生活的人，在生活中遭受的負面壓力會遠比一般人少，因為他們讓那些產生負面壓力的事加倍累積之間，早已做了彈性調整及壓力釋放。很大可能性是的他們的思考模式不會誘發壓力，反而會比一般人快消除壓力，這些人「面對刺激時，有一套正面的制約反應」。更重要的是，他們讓自己過著有意義的人生，不會猶豫不決和陷入無止境的煩惱與擔憂。平時也時常透過自我覺察，挑戰或鬆綁那些經常引發及陷入高壓的思考模式，就能讓改變發生。然而，絕大多數人已經習慣長久以來使自己陷入壓力迴圈思考模式，他們必須學習如何走出來，建立新習慣、新思考模式 (Michael Olpin & Sam Bracken,2023)。

何以一般人面對日常調適壓力事件時，與患者差異是不以使用物質成癮來尋求慰藉，並避免造成三角來回效應導致身心影響。發現不同之處是患者日常生活使用藥物成癮慣有模式，觀念上誤以為物質欲望是其終生信仰，並將它視為自我終極關懷有關(盧興國，2011)。

以 Erikson 的八階段心理社會人格發展理論 (Psychosocial theory) 而言，特別強調兒童與青少年階段的發展對個人往後發展階段之重要性，同時也肯定青少年期之後的發展危機之處遇，患者藥物濫用的成因極為複雜，無法以單一的理由來說明，根據學者們的研究歸納，首次施用藥物之年齡多集中於青少年時期，其成因多涵蓋個人、家庭、學校與社會環境等面向(盧興國，2011)。Erikson(1982)認

為在人生的各別階段將會面臨到不同的發展任務，如果無法成功的克服跨越，就會形成危機。比如在青少年時期面臨「角色認同與角色混淆」，此時開始試著探索自我、發現自己的優缺點、試想擁有的能力及規劃未來夢想的職業、開始試著學習與同儕之間的適性互動相處等議題，若是能夠順利跨越良性發展，便形成對於自我的角色認同。相反之，則會產生角色混淆，憂鬱、焦慮、恐慌及感到不安感，導致偏差行為的產生，不良的行為包括藥物及酒精使用障礙。這樣的慣性人格發展會為以後成人甚至老人訂下一定的基礎(Corey Gerald.,2016/2017)。人到中年順理三十而立開始進入職業及自我價值的高峰，如果現實與理想生活落差太大，也容易感到壓力與沮喪，無法調適及平衡下，進而產生憂鬱、恐慌。假使在同時肩負職業與家庭者兩者角色互相煎熬，雪上加霜之下更容易造成身體負擔而生理病變，生、心裏都生病了，就形成所謂的「中年危機」，導致老年自殺議題之相關議題的產生（陳皎眉等人，2015）。由此可見患者擺盪在戒斷藥物或酒精成癮的與完全不使用的過程，在其年少時就其定下使用障礙基礎。

美國國家藥物濫用研究所(The National Institute on Drug Abuse,National Institutes of Health)主張藥物成癮是一種復發性極高的慢性疾病，主張成癮至戒斷到自我痊癒是一種週期性循環，藥物成癮行為分為下列五個階段：

- (一) 起始階段：首先，在好奇心驅動下或為解除、麻痺遭遇身心痛苦的情況下，帶著新鮮感開始使用藥物；
- (二) 持續階段：週期性或間歇性的繼續使用少量藥物，使用藥物為逃避現實壓力之方法，但尚未成癮；
- (三) 沉迷階段：重複使用藥物而成為習慣性，此階段有部分心理依賴的情況，大量使用物質，意識有其快感、興奮或放鬆感，使用後產生罪惡；
- (四) 成癮階段：在日常不斷重複使用後產生生理、心理的依賴、濫用及抗、耐藥性，且有持續使用的心理渴望及衝動使用行為，生理不適感加重；
- (五) 戒斷狀態：此階段為成癮階段最受身心影響的嚴重狀況，此時藥物已經

改變了使用者的生、心理狀態，若不持續使用藥物，就會產生噁心、嘔吐、腹瀉、發抖等戒斷症狀，並可能危及生命安全；

成癮至戒斷到自我痊癒的週期性循環中，在第五階段最為痛苦及難受，好似過五關斬六將，過程中斬斷自我成癮枷鎖，也可以讓自己奔向自由健康的人生，假使克服不了此五階段，將再度復發失足，陷入無止境的惡性循環，直到身心崩潰、生病臥床，甚至自殺收場。

心理學家 Prochaska、DiClemente 與 Norcross 研究戒癮的動機，針對戒癮過程所經歷的不同階段，提出五個階段的改變模式（Stages of Change）：

- (一) 懵懂期(Pre-contemplation)：沒有想要改變的意圖，不認為自己有問題或需要改變，或認為自己可以控制用藥；
- (二) 沉思期(Contemplation)：對自身使用毒品的問題有自覺，想要解決此現象，卻沒有採取行動；
- (三) 準備期(Preparation)：決定要對自己成癮的問題有所作為，且已經有幾次失敗的戒癮經驗；
- (四) 行動期(Action)：實際戒癮行動，包括改變自身的行為與環境；
- (五) 維繫期(Maintenance)：維持未再使用毒品，穩定地改變行為與避免復發(Relapse)。

呈上討論在戒癮懵懂期，人們對於改變沒有意圖，可能不認為自己有問題或需要改變，或者相信自己能夠控制使用藥物。進入沉思期後，人們開始意識到自己使用成癮的問題，想要解決這個問題，但尚未採取具體行動。當人們進入準備期時，他們下定決心要對成癮問題有所作為，並且可能已經有幾次戒癮失敗的經驗。接下來是行動期，在這個階段，人們實際上採取行動來戒癮，包括改變自己的行為和生活環境。最後是維繫期，戒癮者成功地維持著不再使用成癮物質的狀態，並且努力穩定改變自己的行為避免復發。有些人可能能夠長期保持在維繫期，達到戒斷的目標。這些階段不是一次性的，而是循環往復的過程，直到最終達到

真正的戒斷。了解這些階段能夠幫助戒癮者和專業人士更好地理解戒癮過程中的心理和行為變化，並提供適當的支持和治療。有些戒治者可以終其一生都能處於維繫期；一般而言，這五個階段會不斷循環，直到真正戒斷(Termination)。

為了協助患者避免陷入無止境的惡性循環，醫藥界進行很多努力，試了很多方法，但最終還是要回到患者如何自生力量，改寫自己慣有的生存模式，解構舊有模式，重構新的自我所欲主流故事(黃素菲，2018)。鎮靜劑、安眠藥、抗焦慮劑使用障礙症患者確實都是因為用藥吃到上癮，這個部分也是目前客觀科學一直想要去解決的問題，醫療模式要治療患者 A 病，可是到時候 A 病有減輕了，這個 B 病的問題又來了，現今使用藥物治療談到豺狼理論(Jackal Theory)，就是趕走一匹狼又來一匹豹，然後把這匹狼給趕走了，結果那個豹又來了，然後如果要把豹趕走，那個狼又再度回來了。在西藥發展史的理論中，科學家認為只要能被人體攝入消融的物質，都具有毒性，差別僅在於需要攝入多少的劑量才會產生毒性，這個觀點被稱為「劑量－反應關係 (Dose-response relationship)」(食藥好文網，2022)。

李俊宏(2017)指出共病患者雙重診斷會造成患者什麼影響？患者通常早期發病，診斷容易但治療困難外，患者對於治療的順從性更差。患者自殺、自傷的風險、暴力行為的風險、認知功能的退化亦較嚴重。急診利用、住院更形頻繁，治療的預後更差，症狀更難緩解。醫療第一線用藥物去降低患者的恐慌負向症狀，可是就容易造就藥物成癮，藥物成癮之後，其實這個結果對研究受訪者來說，整個生活心理跟生理都受到很大影響。本研究發現戒斷藥物是走上療癒的必經過程。研究中發現患者自我克服歷程及療癒因子都是研究深入點並放重的方向。患者它不只是可以戒斷而已，因為戒斷...最終還是要自己邁向療癒之路。克服歷程中個體內在的一個「信念」改變、「動機」燃起，亦加上外部療癒因子著重在「團體治療」、「社會環境」、「人際支持」是研究強調部分。康復之路上，戒斷只是個體療癒的過程之一，患者要痊癒，當然首要先把它給戒斷，但是要成功療癒不只是

戒斷這個問題而已，除了患者本身自我動機燃起，轉化思維，破除舊有慣性固著執念、鼓勵、激勵自己等外，外在因素、友善環境、支持系統等也一定要在協助、幫忙才能走出個體痊癒不用藥，幸福健康的生活。

三、 團體療效因子

通常在患者找不到個人療癒道路時，是相當無助、無望的，此時加上患者本身的共病狀態更是絕望的，此時的「希望」的建立是團體諮商的一個基本要素，也適用於個人諮商，特別是對於那些可能已經看不到希望的患者(Yalom & Leszcz, 2003)。整理歐文·亞隆(Irvin D.Yalom)，患者時常於團體諮商與輔導發生作用的 11 個原因導致病症改善的發現，在《團體心理治療理論與實踐》團體治療中的療效因子有以下：

- (一) 希望重塑(Instillation of hope)—治療者在治療前對參加團體治療能夠獲助的高度期待；
- (二) 普同性(Universality)—我們每個人的困境會有相似性，在人的處境方面，我們不是孤獨的；
- (三) 傳遞資訊(Imparting of information)—治療師提供教導式指導以及治療師或其他成員給予的忠告；
- (四) 利他主義(Altruism)—團體的參與者通過在團體中的付出而有所獲得。
- (五) 原先家庭的矯正性重視(The corrective recapitulation of the primary family group)—早期的家庭關係會在團體中重現，並在團體中得到矯正；。
- (六) 提高社交技巧(Development of socializing techniques)—在團體中，將會習得社交技巧；
- (七) 行為模仿(Imitative behavior)—團體的參與者會在某些方面認同治療師，並會有行為的改變；
- (八) 人際學習(Interpersonal learning)—通過成員間的互動，瞭解深層的人際關係和交往的方式；

(九) 團體凝聚力(Group cohesiveness)—成員們在團體中感覺溫暖、舒心，有歸屬感、團體的價值感；

(十) 宣洩(Catharsis)—個人情感、情緒等的釋放；

(十一) 存在意識因素(Existential factors)—對於生命的基本看法，生活的態度；

這些療效因素的區分是人為催化的，它們之間也必須是相互依賴的。團體治療的成功也有賴於對這些療效因素的把握和運用。團體治療如何來幫助病人？這是一個簡單的問題，但是如果我們對此能夠準確肯定地回答的話，那麼對於心理治療中最困難、最多爭議的問題，我們也就掌握了解決問題的中心原則。一旦這個原則被確定以後，根據治療需要就可以找到相應的理論基礎，而治療師就可以根據這些理論基礎來制定相應的措施和策略。治療性的改變是一個非常複雜的過程，而且隨著人類各種體驗的複雜的相互作用而產生，可以將這種相互作用稱為「療效因子」。在治療體驗中，可以概括地分為 11 個主要的因素為心理治療師參考運用：(Yalom, & Leszcz, 2022)。

團體有接納與支持的環境或治療的關係，成員便會積極的去工作，以改善個人的問題。在此時期，團體中的成員以助人者和求助者的兩種角色，視情境與機會交替轉換角色，彼此互助。所謂觀察治療定義為，(每一個團體成員有機會看到他人討論與自己相似的問題，並且看他人在團體中解決問題。因此成員可以不用揭露他們自己的問題，便能夠體驗到團體的利益)。

此時團體中的人際學習、宣洩、普同化、自我了解、注入希望、利他主義、家庭經驗重現、認同與模仿、替代性典範等治療的因子，會變得更有影響力，以及可以有效的運用。成員們會更投入團體，去發掘並分享個人生活中的問題。在互助工作階段，團體聚會開始展現真實性，豐富性與複雜性。團體治療師在角色的運用，主要有二：

(一) 方向要以催化者的角色去推進團體，鼓勵成員善用個人資源和團體資源

去協助其他成員，以便處理成員個人的困擾與問題問題

(二) 兼具參與者、觀察者和專家三種角色，去協助團體和成員個人，並保持團體與現實接觸。

這個階段是準備讓成員有計畫的，有可用的技術，有新的行為，可以重新進入他在團體以外的現實世界之重要時期，如同一個協助成員去現實世界進行改變的轉盤，是團體對於成員很重要的一個階段。然而，就領導方面而言，在互助工作階段，理論上並沒一套固定的公式，可以指引的。所以，Yalom 也提到進入團體後期便開始面對長期的修通過程(Working-through process)，而他所描述的治療因子將增強力道和效能。然而，此時期也是個很難去描述的發展階段，而且也無人能夠提出具體的程序指引。主要可以看到的特徵，為成員在反思、真實性、自我揭露與回饋等能力的成長。因此，Yalom 認領導者需應用角色和技術的基本原則，在團體和每位成員的治療(Yalom, & Leszcz, 2022)。

四、 療癒歷程相關探討

(一) 研究探討：

療癒是每個人都會經歷的旅程，每一個人都曾以自己的方式受過傷，而且每個人也都有自己的故事。心理上的疾病和生理上的並沒有什麼不同，情感上的病痛也是為非常真體的感受，往往和生理病痛一樣的辛苦，每一位生病患者必有其辛苦的患病過程，難能可貴的是也有其康復的過程，其康復過程也稱為療癒歷程。

「治療」(Curing) 和「療癒」(Healing) 兩者之間有著非常重要的差異，治療是指提供醫療的協助、修復個體特定部位、減輕病人的痛苦，也能及時挽救生命。它運用西方醫學以藥物或外科手術，壓制、消滅或移除個體的不適、疾病或生理的問題。然而療癒是釋放掉或移除致使人們和完美的宇宙分離的阻礙或干擾的原因。更進一步認識自己，重新組合分離對立與壓抑的部分，尋求更完整的自我，重要來說療癒是讓我們恢復成完整的一體。因此「療癒」也意謂著必須要斷捨離及抗拒、斷捨離自我以前建構出的障礙、斷捨離以往層層的自我保護、及保守安

全基模、斷捨離過往固執的舊有思考模式和行為、斷捨離壓抑的感情、斷捨離所堅持不變的待人、接物、處事方式。重要的是療癒就是使我們能恢復成完整的一體，把失落的內心聲音和遺忘掉的自我重新找回來，擁抱那些被現實隱藏即被否認的真實(蔡春如，2016；黃素菲，2018；Barbara J. Huelat & Thomas Wan，2019)。

解決合併患者的初期階段，先投入藥物使得患者得到立即的安穩安定，中期度過了戒斷高原期及到過渡戒斷藥物穩定期，後續才有能力去做復原的事情，並達到康復、身心靈療癒這個路徑是可以接續往下討論其探討的，這個過程是一條患者自己必須走過的路。潘秀霞(2006)提出生病三階段；首先，第一階段，生、心理上的不舒服，並出現許多負面情緒感受。其次，第二階段，認識疾病、接受疾病、與病共存三個過程，因為生病經驗造成改變舊有觀念鬆動，新價值觀、新人生觀、新生活態度會讓患者在其生病經歷中學習善待自己，改變與家人良性互動模式，體會人生無常、知足與活在當下，最後，進入第三階段，產生自助助人的行為，重新詮釋疾病、感恩疾病，並認為疾病是上天帶給自己禮物、不是折磨而是種琢磨，比喻從毛毛蟲蛻變成蝴蝶的喜悅。

Weisman(1986)提出，面對疾病的十五個自我適應策略。並表示，這些因應機制絕大部分被運用在個體整個生病過程，允許它們去面對問題並再必要的時彈性修訂計畫、保持開放的溝通能力和學習及辨別運用重要他人的指導與自我再度自信產生、保持樂觀和良好動機、希望。下列包括有：1.找尋資源與教育指導；2.與重要他人分享擔憂、尋找安慰與支持；3.一笑置之、置身事外；4.轉移生病焦點及注意力；5.壓抑；6.對抗疾病、採取適當醫療行動；7.對疾病或危機重新定義；8.放逐自己；9.做任何想做的事，即使那不是好決策；10.重新評估抉擇與承擔後果；11.放棄、逃避；12.適應預期將要發生或考慮到的事；13.怨天尤人、指責；14.發洩；15.否認。討論分類 Weisman (1986) 個體正向與負向狀態；首先，正向積極類別：尋找資源與教育指導的重要性，因為透過學習與了解疾病，個體能夠更好地應對並取得必要的支持，而與重要的他人分享擔憂並尋求

安慰與支持是減輕壓力和情緒負擔的有效方式。有時候，以一笑置之或置身事外的態度可以幫助我們轉移生病的焦點，保持心情輕鬆。然而，有時候我們可能會選擇壓抑情緒，暫時將它們放在一旁，以應對眼前的困難。對抗疾病並採取適當的醫療行動是關鍵，這包括尋求專業的醫療協助和遵從醫生的建議。同時，重新定義疾病或危機的觀念可以幫助我們從不同的角度看待疾病，並找到更積極的應對方式。其次，負向消極類別：有時候在個體患病不知所措之下，壓抑、否認及逃離是常見面對疾病的態度，我們可能會選擇放逐自己，情緒不良的發洩，怨天尤人和指責他人並不能幫助我們解決問題，反而可能加重負擔，放棄或逃避可能是我們在面對困難時的一種反應，但這不是長期解決問題的方式。

吳人妤(2021)給恐慌症的建議中指出，首先，患者在面對生命重大事件的因應之道，是不要壓抑心情、適時求助、並平時養成自我覺察、自我安定心情的習慣。研究發現多數恐慌症患者在發病初期前都曾經歷生命重大事件，且這些事件對其在心理上有一定意義，導致造成恐慌症患者的強大壓力而身心受到影響。但即便心情受到影響，仍舊讓自己的情緒就這麼過去，而沒有覺察到這些事情對自己在心理層面的影響，更沒有習慣花時間好好面對和整理自己的感受，不經意間便讓該事件在心中種下發病種子默默發芽。其次，必須關照自我的需求，並學習試著將自己的需求放在優先位置。發現恐慌症患者在個性和人際互動上都較為獨立，負面心情難以向別人傾訴，自己也時常單方面的為對方付出，容易讓對方視為理所當然，也容易使自己過於勉強自己而疲於應付，導致身心耗竭，使得自己變得忙碌、緊繃。在人際互動中，多會維持人際關係和諧而選擇壓抑自己，以滿足他人的需求為優先。但是過於關注別人往往會忽略自己的需要，而推疊負面能量使身心更進一步造成壓力。

高啟雲(2016)也發現，憂鬱症患者從自我敘說與經驗回顧，讓生命意義更加體悟與顯現，也讓療癒歷程更加清晰透明，並能提供學術或醫療單位參考資

訊當中得到四項結果；(一)憂鬱並不畏懼，學習「接納憂鬱」是療癒最大的轉機；(二)憂鬱症的發生，自有它的意義，越是抗拒排斥，越陷入困境；(三)憂鬱的自我察覺是關鍵機制，早期進行療癒，療效更為顯著；(四)不排斥接受專業醫師的協助，先讓心神安定，是最佳的療癒途徑。

林原賢等人(2012)提出在療癒歷程中宗教信仰也是靈性健康需要關注的地方，除了增加身心靈互動經驗外；藥物濫用更生人的宗教信仰能提升其心靈發展、宗教信仰為心靈發展的觸媒、宗教信仰課程對戒癮具有正向的助益、而心靈發展對其藥物濫用的戒癮有重大且正向影響；提升藥物濫用更生人的靈性能量。該研究並建議對於藥物濫用者除重視生理、心理層面之戒癮措施外，對心靈層面發展亦應重視，啟發更生人的靈性體驗，發現自我價值。相對來說，蔡春如(2016)在喪偶婦女悲傷歷程與療癒因子之研究亦於提供相同看法，認為除了，肯定接納自己、受苦共存經驗、重要他人陪伴、時間的自然療癒、重回職場接觸社會、找到生命意義外，宗教依靠亦為個體重要的療癒因子。療癒是取決於如何抉擇，更重要的有，信仰、希望、禱告、以及奇蹟事件，還有存在於內心那股良善而無形的療癒力量都扮演相當重要的角色。療癒需與靈性做結合才得以獲得真正的健康，健康是「身體」與「心靈」以及「社會幸福」跟「精神幸福」交疊的，這樣讓使個體感到快樂、滿足、幸福的狀態(Barbara J. Huelat & Thomas Wan, 2019)。

綜上論，除了個體自我克服病痛歷程中有的自我賦能外，外部助力也是相當的要件，提到家人良性互動模式、人際互動自助助人的行為、重回職場接觸社會等，由此來看團體療效因子亦是患者學習體驗的良好方式。恐慌症患者正確的診斷後，接受門診團體心理治療，對於恐慌症的緩解產生顯著的效果，在十二週團體治療結束之後加入自助團體，以自助團體志工的身份持續參與團體心理治療及相關衛教過程，與病友分享恐慌症治療的經驗，在人際學習與存在性療效因子的持續催化下，進一步強化患者對恐慌症的緩解效果。其次，患者

者可以醫療體系在擔任志工期間，學習疾病相關知識，對恐慌症的發病機制與療癒方法有系統性的理解，王貞力(2009)指出患者開始在日常生活中運用體驗森田療法，用以打破以情緒為本位，阻斷精神官能症的精神交互作用、化解思想矛盾的心理機制創造新的體驗。這種新經驗成功，幫助患者者面對生活重大壓力事件的挑戰，達到恐慌症的痊癒，並轉化患病經驗。他們繼續從事助人工作，也找到生命的價值與意義。

(二) 小結及反思：

憂鬱症與恐慌症目前在醫學界的共識是一種生理與心理互相影響的疾病，並非因為心理素質差或挫折忍受度低造成，而且不是每個人都會有病識感，患者剛開始可能只知道自己怪怪的，跟平常的狀態不太一樣，但不清楚當下已經生病了，患者假使可以更早接受專業的醫療衛教及協助，既可以擁有不一樣的人生，而越早開始治療越容易痊癒，所以日常亦要學習覺察自己的身心狀況。重要的是尋求醫療協助與自我改變，未來除了自我身心恢復以外，症狀可能會跟隨一輩子，但如何知道病狀亦不害怕之下，理解每次病發，就是與自己更親近、更了解病情的時候，每次更和平共處、更了解自己，就是為恢復健康作準備，為延長快樂與平靜奠基。

當在這個繁忙的世界中感受到壓力和疲倦時，療癒是我們重拾平靜、恢復身心健康的關鍵。未來療癒因子的研究就成了重要的生活元素顯學之一。首先，可以看見與大自然的接觸是療癒的。當親近大自然時，能感受到它的美麗和力量。森林中，聽鳥叫和風吹樹葉的聲音，內心的平靜和放鬆。大自然亦教會我們放慢腳步，觀察四周的細節，並感受生命的循環。無論是在城市公園散步、沐浴陽光，還是在海邊聽著浪潮的聲音，大自然都能夠帶給我們平靜和寧靜的感覺。

其次，培養身心的平衡。療癒並不僅僅是修復心靈，也包括身體的健康。通過運動、飲食、睡眠和休息等方式，可以建立一個身心平衡的生活模式。適

度的運動可以釋放壓力、促進血液循環，讓身體和心靈都感到舒暢。合理的飲食習慣可以提供能量和營養，讓我們的身體更健康、更有活力。充足的睡眠和休息可以恢復精神力量，提升我們的注意力和專注力。另外，藝術和創作力也是預見治療的力量。無論欣賞藝術作品、繪畫、寫作還是聽音樂，藝術能夠觸動我們的情感，帶給我們快樂和滿足。藝術創作是一種表現自我的方式，可以幫助釋放情緒，探索內心深處世界。沉浸在創造力量的世界中時，壓力和煩惱似乎能暫時消失，能夠找到真正的自己。

此外，與親朋好友的交流和支持也是非常重要的治療要素。在忙碌的生活中，我們有時會感到孤獨和壓力。和親朋好友分享自己的想法、感受和困惑，能夠得到他們的理解和支持。他們的陪伴和關心可以給我們安撫和鼓勵，讓我們感受到被接觸和愛護。與親朋好友建立深厚的人際關係，能夠給予給我們情感上的滋養和治療，分享愛和感激之情。在療癒的旅程中，體會到愛和感激的力量是無窮的。與親人、朋友和社區建立深刻的連結，分享彼此的關愛和支持，可以帶來真實的歡樂和幸福。

最後，治療還需要我們對自己的關注和愛護，關注自己的內在世界，療癒的旅程開始於對自己的關愛和尊重。學會了給自己一些時間和空間，去思考、感受和檢視自己的情緒和需求。這意味著讓自己擺脫外界的干擾，專注於內在的自我成長和修復。在繁華的生活中，我們常常忽略了自己的需求和情感。然而，尋找一些獨處的時間來思考和整理自己的情緒，在面對疾病時，了解這些利己策略並適時運用它們，可以幫助我們更好地應對困難，找到更好的解決方案，並維持良好的心理狀態，學會關心自己、全然愛自己是重要的。

第三章 研究方法

本章介紹本研究之研究設計，主要包括：研究取向選取、研究程序、研究參與者與研究者、資料蒐集與分析及研究工具、研究方法、研究倫理及研究嚴謹度。

本研究關切的是「合併憂鬱症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒之路」，主要採取敘事研究法，以立意取樣方式，邀請3位恐慌症共病憂鬱症患者為主體，患者本身又附加藥物或酒精濫用的戒斷者之雙重經驗交互之下，進行訪談。研究者針對研究目的設計半結構訪談大綱，進行訪談取得文本經驗並加以剖析。

第一節 研究取向選取及程序

本節說明研究取向評估及研究程序流程圖理解。

一、 研究取向

社會研究的方法不只有一種，它包含許多不同類型的研究方法，其中以量化研究和質性研究為兩大主流，相互依存與抗衡(Babbie, Earl, 2004)。但研究規範的選擇須端看研究的目的及研究問題而有所差異(黃國書, 2013)。本研究想要探討恐慌症患者於發病、確診到接受治療後物質成癮到戒斷之歷程，則必須從社會學較全面性的角度切入，再從中探究。而質性研究用敘事的方式說出特別的個人經驗或特別事件 (Neuman & Kreuger, 2003)。因而如使用質性研究的方法將可在這部分增添更多的著墨，因此本研究選擇敘說研究 (Narrative Research) 取向。

在文獻探討中，可以看見由於過去國內對於恐慌症的研究偏向於量化研究，多以社會角度、醫學立場，無法深入當事人的主觀經驗，了解恐慌症患者在恐慌症當中所受的影響、罹患恐慌症的歷程、以及治療恐慌症的過程中對其個人產生的意義。因此，本研究將採用敘說研究，以恐慌症患者為主體，由研究對象本身述說其生命故事，已深入了解研究對向於罹患恐慌症、確診及治療當中面對物質成癮依賴性內心的轉折、變化與想法，藉以接近恐慌症患者面對恐慌症時，心中所經歷的失落、悲傷、焦慮與療癒過程。

二、 研究程序

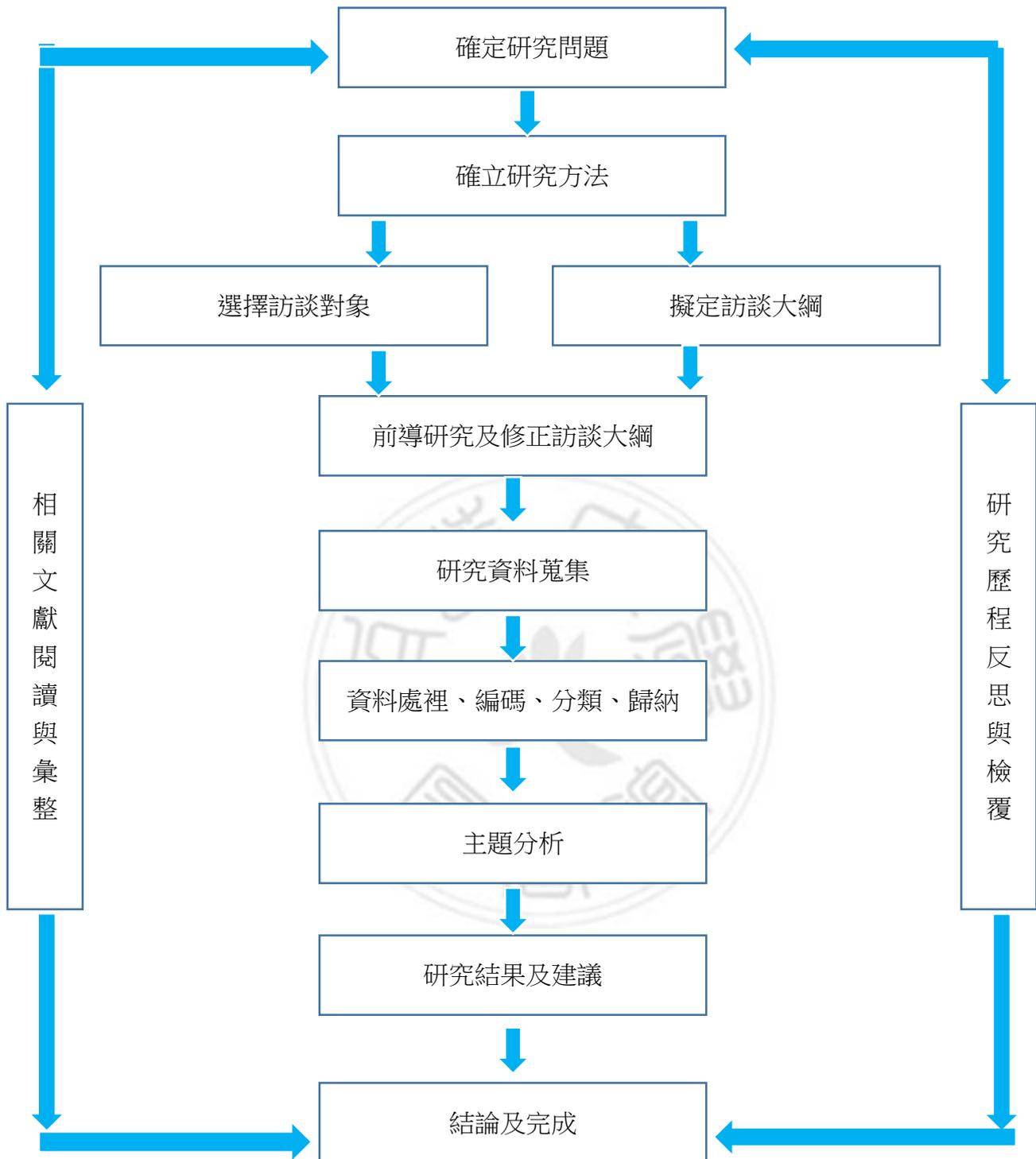


圖 3-1 研究架構流程圖 研究者自行繪製

本研究以上訪談程序為主要篩選個案及蒐集資料的方法，使用錄音筆，錄製訪談個案口語非口語語言，並詳細紀錄訪談過程、訪談進行之紀錄、訪談後資料整理並分析後結果以論文文本方式呈現。

第二節 研究參與者及研究者

本節說明研究參與者篩選條件、招募過程及研究者背景資訊。

一、 研究參與者

(一) 研究資料蒐集訪談對象：

由於研究者家族內成員就有經醫師明確的確診恐慌症，且持續在某恐慌治療團體進行團體治療，為了研究取樣便利及可信性(credibility)，故選取於時間前後出入該恐慌症治療團體中的成員進行本研究。以滾雪球取樣(snowball sampling)方式第一階段選取一名成員前導研究，第二階段修正方法後再從中選取兩位個案為對象，採質性研究取向，依據研究目的及研究問題深入分析恐慌症合併精神官能症，確診至治療及物質成癮戒斷與痊癒之過程。

(二) 受訪者篩選條件：

其次，恐慌症沒有得到妥善治療的患者，有 10%~15% 會變成憂鬱症。治療恐慌症主要以藥物和改變認知行為的方式來，通常數周後症狀有明顯改善，整個療程建議是 8~12 個月(洪育遠、張俊鴻、陳俊欽，2022)。社團法人臺灣憂鬱症防治協會指出理想上憂鬱症的完整治療可分為三個階段，急性期的目標在有效改善憂鬱症狀、緩解情緒、維持穩定，一般希望有三個月的急性治療，加上半年的持續期及一年以上的為治期避免復發或再發(張家銘，2019)。

因患者確診到治療且長期藥物依賴的身心影響界定以用藥最少一年為立意取樣方式，主要選取之成人受訪者做療癒因子研究，年齡設定在 18-65 歲之間在患病期間有過物質成癮並完全戒斷而且康復的經驗。

評估受訪者選樣條件為：

1. 經醫師診斷為恐慌症患者或者是恐慌症合併精神官能症患者，且持續接受治療十二個月以上。

2. 年齡介於 18 歲到 65 歲之間成年人。
3. 意識及認知清楚能接受訪談。
4. 能以國台語溝通表達無阻礙。
5. 身體狀況許可能接受訪談。
6. 過往曾有過物質成癮(藥物及酒精)但目前減害或戒斷者
7. 精神官能症病狀改善或康復者

受訪者排除條件為：

1. 精神狀態不穩定，無法接受訪談患者
2. 精神官能症病狀未改善者
3. 潛在性暴力危險患者。
4. 再度失足繼續物質使用(藥物及酒精)患者。
5. 再度依賴物質成癮(藥物及酒精)患者。

表 3-1 研究受訪者篩選

選取	代號	性別	年齡	學歷	職業	患病名稱及年限	成癮物質及年限
✓	A	女	65	小學	家管	憂鬱+恐慌症 2	安眠+鎮定劑 1
✓	B	女	39	大學	商	憂鬱+恐慌症 6	安眠+鎮定劑+酒精 5
✓	C	男	48	碩士	教育	憂鬱+恐慌症 5	安眠+鎮定劑+酒精 3
罹癌	D	男	46	大學	無	躁鬱+恐慌症 5	安眠+酒精 7
住院	E	男	52	專科	自由	強迫+恐慌症 9	安眠+鎮定劑 6
勒戒	F	男	36	高中	服務	憂鬱+恐慌症 3	海洛英 3

(三) 招募過程：

研究者透過篩選後，初次接觸探問以受訪者選樣條件核對單(附錄一)為選樣基礎，檢核受訪者符合條件後，邀約訪談發出研究邀請函(附錄二)，並

簽署研究同意書(附錄三)，以利後續奠基主要訪談目標。經立意取樣後，本研究招募之研究參予者為：兩位女性、一位男性，經協調接受訪談次數設定為至少兩次，初次晤談為受訪者篩選條件符合與否及收集基本資料，第二次為主要訪談。整體而言從訪談前的接洽，傳送訪談大綱，到進行主要訪談，過程互動隨著初期信任關係的建立，而後研究參與者皆很有意願的投入在二次訪談過程中。

二、 研究者

研究者為生死所諮商組的碩士生，已接受完整質性研究方法課程、諮商會談技巧與相關研究法的課程與訓練，曾承擔國小代理專任輔導教師一職，且有多年的輔導志工經驗，熟悉訪談的技巧。研究者於 107 年九月份參加財團法人「張老師」基金會台中事務所辦理的「1980 義務張老師一、二、三階培訓」課程，結訓後受邀進入值班服務。亦於 110 學年課程實習到了衛生福利部草屯療養院；成癮治療科下學習，學習如何與成癮者工作，面對較成癮習慣化的個案而言也針對界線、健康安全與人權保障等倫理議題進行工作，尤其，在個人價值觀和戒癮機構運作原則規範有牴觸及拉扯之下，該如何取捨有很大的收穫。

訪談進行前，研究者也參與實習單位辦理的「成癮嚴重度指標 ASI 專業訪談教育訓練研習」及「治療性社區專業人才聯合代訓計畫」亦取得證書。並練習數次模擬訪談，受督導且修正缺失，並熟悉相關研究背景與場域。

111 學年全職實習透過單位台中張老師中心職能進修；武自珍教授認知行為治療三階實務訓練及黃素菲教授敘事治療三階實務訓練與個案督導。研究者的收穫是更可以於訪談過程開展個案隱而未現的生命故事及與受訪者建立信任的共鳴(vicarious modeling)互動關係，並保持開放的肢體語言、真誠專注的態度、認真的傾聽、不批判，進入受訪者的主流建構世界，並了解其過去所經歷的經驗與意義，並將持續真實的反映受訪者對話中所隱含的感情與意義於研究文本完整呈現。

第三節 資料處理及研究工具

本研究將研究資料處理分成故事描述文敘寫與詮釋資料兩階段進行，研究者在訪談後將錄音逐一轉譯為逐字稿文本。在文本逐次閱讀後，將訪談中逐字稿裡，透過摘要敘述分層，把不必要的贅詞刪除，並將與研究主題明顯無關的片段，賦予意義，使之成為有意義的段落，來形成替代文本研究。

一、 訪談錄音

本研究之研究參與者日常並沒有撰寫札記或紀錄日記習慣，因此主要以訪談的形式來呈現生命經驗、戒斷經驗、康復經驗。依需要設計半結構式訪談大綱，並採取深度訪談法(In-Depth Interview)蒐集研究資料，訪談時將全程錄音，故錄音設備可助研究者如實將訪談資料轉為逐字稿。並以開放的態度訪談研究參與者，不預設答案與干涉，順著訪談節奏與流暢性，引導個案開放自如的自我表露。

二、 資料蒐集

訪談的特點在於：雖然提問問題的結構較鬆散，但仍有重點和焦點；提問的方式和順序是有相當大的彈性；可讓受訪者透過口語，以自然且具彈性的方式，將自身的觀點、相關經驗、對現象的詮釋等的意義發掘出來，高淑清(2008b)將現象學比喻為「質性研究之母」回歸事件本身，猶如重回母親的懷抱。因此，為了讓有恐慌症患者可以盡情表達自身的生命經驗並呈現事件本身的意義，本研究採取半結構訪談法(Semistructured Interview)通常會事先設定好主題及準備相關問題，於訪談前先擬妥一份訪談大綱來作為訪談的方式來進行資料搜集。另外，研究者採取「立意取樣」(Purposive Sampling)方式，邀請三位患者參與深入研究，患病受訪者 18-65 歲之間有過物質成癮並戒斷的經驗，藥物方面以使用安眠藥或鎮定劑者為主，或有交替過量使用酒精者。每位受訪者在醫療單位接受治療的時間超過十二個月以上，每位訪談時間約 1 小時至 2 小時之間。「立意取樣」又稱為判斷抽樣，是指當調查人員對自己的研究領域十分熟悉，對調查總體比較了解時採用這種抽樣方法，可獲代表性較高的樣本，這種抽樣方法多套用於總體小

而內部差異大的情況，以及在總體邊界無法確定或因研究者的時間與人力、物力有限時採用，故本研究採「立意取樣」以時間差異性前後出入恐慌症治療團體中的成員為研究對象，以獲取豐富的身心靈訊息，選取資訊豐厚的受訪者進行研究，因此將蒐集到的所有資料進行適當分析，就是期待找尋最能回答研究問題的方式 (Michael Quinn Patton, 2008；廖俊裕，2021)。

三、 逐字稿處理分析

Lieblich 等人 (1998) 提到將思考敘事如何詮釋與分析的可能性分成兩大向度，分別是整體 (holistic) / 類別 (categorical) 與內容 (content) / 形式 (form)，交叉形成四種組成方式，分別為整體-內容、整體-形式、類別-內容、類別-形式 (吳芝儀譯，2008)。故試將訪談內容謄寫為逐字稿並予以編碼，作為文本分析與意義詮釋。本研究採用的方法是深度質性訪談 (Wengraf, 2001)，Wengraf, Tom 定義深度訪談 (in-depth interview) 的兩個重點，第一基本共識為訪談者事先準備半結構式訪談大綱具有開放性、謹慎和理論化的加以改進，作為整體的訪談是雙方彼此的共同產物 (joint production)，進而在蒐集、解釋和比較歷程性意義時特別重視「反思性分析」，關注經驗生成。其次，深度訪談最重要的目的深入事實內部，所謂「深度」問題除了達到了解「深度」問題更多細節與知識密切相關外，運用訪談態度及清晰的認識表面事實 (surface appearances) 之下，簡單直接的事實真相須注意外，在實際上更必要為複雜更容易誤導對深度事實的認識 (Wengraf, Tom, 2001；楊善華、孫飛宇，2005；廖俊裕，2021)。

本研究將所有訪談資料謄寫成逐字並逐步分層比較，閱讀與反思，湧現資料主題與生命故事線。研究整理並埋首閱讀文本資料，對資料產生完形視野，找出資料的必要特性，進行初步解釋。其次，資料轉化階段，在不損及原意下，將與研究議題高度相關的、重要的、類似的話語，逐字逐句閱讀後，予以組織編織起來。再次，主題資料命題階段。來回閱讀比較分析資料後，針對研究問題意識，建構相關概念或主題。同時，將具備某類主題意義的敘說段落，加以組合歸類，

結構統合其組織脈絡。最後將其統整匯合，資料書寫階段完成。

四、 文本編碼

本研究將研究資料編碼分成初寫故事描述文敘寫與形成主題範疇分析兩階段進行。在初寫各受訪者敘寫故事描述文階段，研究者重視受訪者本身的主體經驗，他們經驗到什麼以及如何理解自己的經驗，建構出其自身的意義，因此第一人稱的方式撰寫故事初版。形成主題範疇分析部分則以第三人稱客觀角度分析之。

(一) 初寫的故事文本：

訪談內容謄寫為逐字稿並予以編碼，文本編碼規則：**R** 代表研究者；訪談者逐字稿文本第一碼：**A** 代表第一位研究參與者，**B** 代表第二位研究參與者…依此類推。第二碼：訪談次序，**1** 是第一次訪談，**2** 是第二次訪談。第三~五碼：**001** 是研究參與者談話段落之流水號，例如：**A1-001** 表示第 1 位研究參與者的第一次訪談內容第一句話…依此類推。盡可能保留受訪者其原本的用字遣詞，依照時間脈絡不影響受訪者原意的原則下，進行故事編輯，最後再邀請受訪者檢視描述文的適切性。請參閱後(附錄八)摘列 A 研究者逐字稿及文本分析。

(二) 形成主題範疇分析：

根據 Lieblich 等人 (1998) 所提出的敘說研究「整體 - 內容」的分析步驟，反覆閱讀文本，浸泡在資料裡直到浮現整體故事的焦點，並將自己對文本的初步整體印象記錄下來；確認整體故事中焦點與核心主題，從故事文本中的主題進行內容上的分析與摘要，將其摘要後的內容歸納找出不同的共同主題，逐一反覆閱讀；其主題確認的過程則為研究者在受訪者故事敘述的段落與整體脈絡與意義單元間不斷來回反覆穿梭的過程，其每個主題下的內涵皆在此歷程中逐步浮現，進一步如詮釋資料階段則是研究者對受訪者進行理解，貼近受訪者原經驗之詮釋的過程。其故事描述文參考高淑清 (2018a) 的敘說研究的主題分析步驟，並依研究問題不同而作稍微調整其分別進行步驟如下將其歸納與分類，形成類別或主題內容。請參閱後(附錄九)摘列 A 研究者主題範疇分析。

五、 研究工具

(一) 研究者本身：

在質性研究進行的過程中，研究者本身也是重要的研究工具，高淑清(2008a)在進行研究的歷程中，不同的時間點研究者也扮演了不同的角色，因而也有不同的角色定位。研究者本身為訪談者外，同時也是設計方向與撰寫本研究，也擔任研究參與者的招募、逐字稿謄寫以及資料整理與分析，在過程中以開放的態度面對受訪者的經驗。為確保訪談的品質，研究者在整個研究過程中，包括訪談每位研究參與者的期間與資料分析時，皆會撰寫訪談札記與不斷的自我省思，力求貼近研究參與者的敘說經驗。

研究者敘事角色立場部分；Lieblich 等人(1998)將所謂的敘事研究(Narrative Research)定義為「任何研究只要只用或分析敘說的資料皆可稱之」，故敘說研究是以一組故事的型態來描述人類現象之質化研究設計。在資料蒐集的階段，研究者也兼具「訪談者」的角色，全部的訪談將由研究者親自進行，如此有助於對於研究敘事主題的掌握。此外，除了探問訪談大綱所擬定的問題，研究者也將循著訪談的脈絡，對於某些議題進行開放、不引導方式的詢問，已獲得更豐富的資料。

在資料分析的階段，研究者也擔任「資料分析者」，為了減少個人主觀經驗對於文本分析的影響，將邀請協同研究者共同進行資料的整理與分析，以減輕個人主觀的限制或盲點，在研究的最後階段，研究者將再扮演「詮釋文本資料」的角色，在反覆與故事文本交會的過程中，詮釋參與者獨特的生命經驗。

(二) 協同分析者：

本研究的協同分析者為校內外諮商所碩士班的研究生，曾修習過「質性研究方法」、「諮商專業倫理研究」、「諮商理論及諮商實務」等專業課程，並受過諮商實習專業訓練，具備心理諮商專業知識背景，因此對於質性資料分析有一定的理解與熟悉，其碩士論文亦使用質性研究方法來從事論文分析與撰寫，經研究者的邀請，同意作為本研究的協同分析者。研究者將協同參與者定義為參考角色的位

置，以協助使研究者在分析時不落入主觀意識中，並增進本研究的資料分析視野寬闊度與敏銳度，若在分析與撰寫上產生歧異，會與協同分析者討論到雙方比較平衡的狀態，並整理好給研究參與者核對。因研究倫理，在協同分析者進行協助前，研究者將會邀請簽署逐字稿保密與協同分析保密同意書，詳見(附錄六)。

(三) 訪談大綱：

前導與主研究訪談大綱修改對比；前導研究(Pilot Study)是指在從事正式研究前所做的一個初探性的研究，其目的為提供正式研究實施前之參考與研究方向的初步檢核，因此透過前導研究不但可以協助研究者釐清與修正研究主題、目的、方向及訪談大綱，也能訓練研究者的研究技巧及能力，使得正式訪談的進行更加順利。依前導研究主題分析法程序，再以針對研究目的設計半結構訪談大綱，採敘事研究方法，依立意抽樣，邀請一位合併憂鬱症的恐慌症患者參與前導研究，進行深度訪談取得文本經驗。依據高淑清(2008a)提出的主題分析法的文本資料分析模式進行資料分析步驟，還原研究受訪者罹患精神官能症困擾影響其身及物質依賴或者成癮的減害及戒斷現象，故初步前導研究訪談大綱設計，請參閱後(附錄四)前導研究訪談大綱。

前導與主研究訪談大綱執行步驟；初步擬出一份半結構式訪談 (Semi-structured Interviews) 訪談大綱後，根據自身家人患病相關經驗以及相關文獻來回閱讀，再次確認研究主題、目的與問題，發現大綱內容晤談文字略為生硬抽象，為使研究受訪者更加容易對訪談問題明白易懂、簡單明瞭，既進一步修改實際晤談前導研究訪談大綱。調整後，作為主研究之初次訪談的指引。評估第一位前導研究參與者的訪談內容資料完整性與研究目的符合程度，再進一步與指導教授討論修改訪談大綱，請參閱後(附錄五)修改後實際晤談主研究訪談大綱，作為後續正式研究的訪談工具運用。

為讓訪談過程中有基本脈絡可依循，在正式進入研究前，先針對研究主題參考相關文獻，再依據研究問題擬定前導研究之初步訪談大綱 (附錄四)。透過敘

說，從個人經驗探究分析物質成癮的恐慌症共病患者戒斷與療癒之路歷程為何，經由實際訪談結果做出反思，並與指導教授討論後調整訪談大綱之架構與內容（附錄五），使其更切合主研究探討之問題。訪談時先提供訪談大綱給研究參與者，使其了解提問脈絡；為避免引導或局限研究參與者的回應內容，訪談過程盡量用其熟悉的語言以口語化、生活化的方式進行，也會以開放性的問題詢問，催化研究受訪者描述在自我戒斷過程下的療癒經歷。

(四) 受訪者條件核對及研究邀請函與研究參與同意書：

在正式訪談前，研究者透過「受訪者選樣條件核對單」（附錄一）、「研究邀請函」（附錄二）對研究參與者說明研究相關事項，包括：研究者的背景、研究動機與目的、資料使用、錄音檔跟逐字稿之處理與保密等原則，以保障研究參與者之權益。待研究參與者同意後簽署「研究參與同意書」（附錄三）始正式進入研究。

(五) 受訪者檢核回饋表：

本研究探討的是一段關於恐慌症共病患者本身內心轉折的生命故事，在其療癒歷程發生前後是具有變動性、時間性流動的故事經驗，透過患者敘說自己的生命故事，將其生活和經驗過的現實以口語描述出來，也藉由敘說將自己的遭逢故事建構出來，達到理解其主流架構，解構舊有框架，創造其新的生命故事。而本研究使用受訪者檢核回饋表（附錄七）資料分析結束後把撰寫好的文本資料結果邀請研究參與者閱讀並給予評定。交互文本主題的呈現是邀請研究對象閱讀研究者整體詮釋與分析文本資料後的成果，運用檢查修正分析過程是否誤解訪談對象的敘事，並請研究參與者確認內容和個人的生命經驗是否符合並在閱讀後給予回饋。因每位個體都擁有著自己寶貴的個別經驗，受訪者在檢核回饋過程中，研究參與者藉由敘說的過程再次將每個記憶片段重新拾起來，將混亂統整，幫助自己的生命轉化意義，並為原本的無秩序帶來秩序，使其從模糊變清晰，而進一步達到情緒流動及自我覺察之提升（高淑清，2008b）。

第四節 研究分析方法

從三個方向探討主要包括：研究分析方法、前導訪談大綱及主訪談大綱之對比、及研究結果綜合分析與討論的基礎建立。本節研究關切的是前導研究大綱之改善以利建立後續研究分析之信、效度。後續導入正式研究後的嚴謹度提升，達到研究目的預期效能。以利針對研究問題，分析結果與第二章文獻探討相互對話用意呈現。

一、 研究分析

承上節，Lieblich 等人（1998）提到思考敘事如何詮釋與分析的可能性運用於先導研究中，經與指導教授林原賢博士再三討論及修正後，確認「整體—內容」分析法為依據方向。整體（Holistic）— 內容（Content）著重分析個體完整生命故事的內容，不分割生命為細部，而是把生命視為整體；強調生命的內容，把受訪者生命故事的片段至於整個脈絡中，以理解其整體意義，此分析取向很類似「個案研究」。「整體—內容」的五個分析步驟，首先研究者仔細地閱讀訪談逐字稿，直接進入受訪者的故事文本。把敘說做為資料蒐集及分析的方法，採用「整體—內容」的五個分析步驟：

- （一）反覆不斷地閱讀故事文本資料，找出受訪者的行為模式；
- （二）提出對受訪者的初始與整體的印象；
- （三）決定內容的特殊焦點或主題；
- （四）標示不同主題；
- （五）確認分析結果（Lieblich, Tuval-Mashiach, & Zilber, 1998）

二、 研究方法

本研究為確定研究方向與研究設計執行之可行性，於民國 111 年 4 月進行前導研究，透過主題分析法的分析流程，希望能夠「發掘蘊含於文本中的主題以及主題命名中語詞背後的想像空間與意義內涵」（高淑清，2008a）。從前導研究產生訪談逐字稿文本中，研究者反思不斷重複出現文本下並且具有共通性的內容，需

要探尋文本意義下的共同主題，來來回回反覆整體閱讀、逐字稿部分內容、再次回到整體之間爬梳，透過不斷反覆閱讀、彙整、反思、檢覆之下，發現後續整個分析流程是循著「整體—部分—整體」來回於文本與詮釋之間更貼近個案的「真實」。

而後研究故依循高淑清提出七個主題分析方法的思考架構，落實以主題分析法為基礎之研究操作步驟，分別如下為：

- (一) 敘說文本的抄謄；事件描述，據實描寫，以利經驗的掌握與再現。
- (二) 文本的整體閱讀；對個案主體經驗的初步「整體理解」。
- (三) 發現事件與脈絡視框；加以標記、編碼與註解，理解將形成意義單元層次的「先前理解」。
- (四) 再次閱讀文本；此時的理解進入下一波詮釋循環中的新「整體」。
- (五) 分析意義的結構與經驗重整；此時分析步驟再次進入「部分」，藉著群聚（Cluster）相關的意義單元產生共同的主題。
- (六) 確認共同主題與反思；對了解「整體—部分—整體」間的一致性與和諧的表現。
- (七) 合作團隊的驗證；研究者與研究團隊或稽核小組，牽涉本研究嚴謹度之考驗。

另外針對文本的找出意義化單元，形成敘事主題分析中提到不斷來回於部份與整體之間在現象脈絡走勢的檢視過程，找出意義化單元，找到次主題、主題的形成，發掘出建構經驗意義的脈絡性與結構面，以描述解釋最終文本經驗本質得以具體化。如下頁圖 3-2 所示(高淑清，2008a，頁 166)。

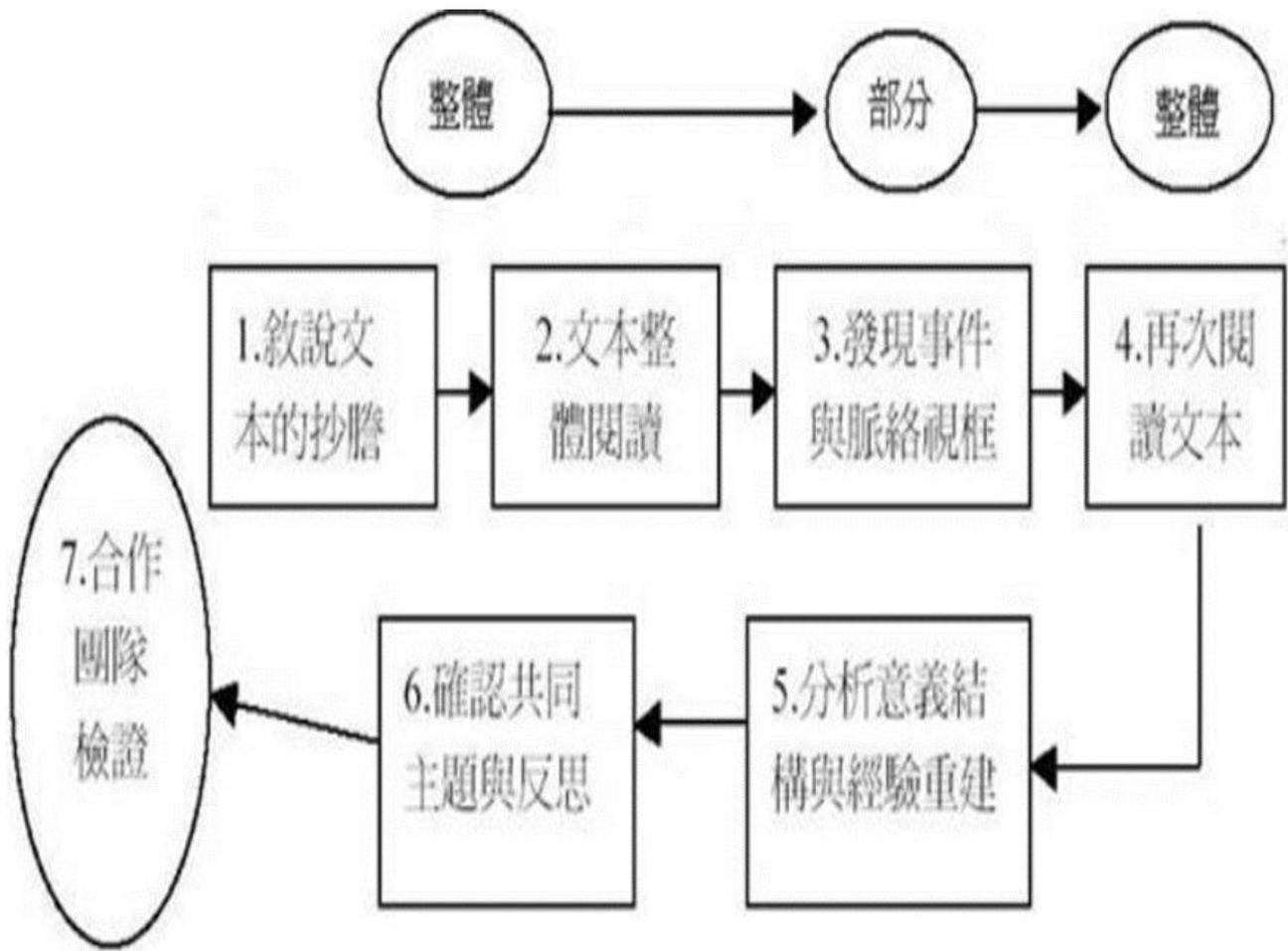


圖 3-2 主題分析概念架構—詮釋循環（高淑清，2008a，頁 166）

第五節 研究倫理及研究嚴謹度

本節說明研究倫理及研究嚴謹度之重要性。

一、 研究倫理

在初步招募研究參與者時，為確保整個研究進行的過程中參與者是不具傷害性的，故原立意取樣六位受訪者做為探訪採樣，因其中三位受訪者在初談過程中發生罹癌末期、精神療養住院、毒品勒戒治療及成癮失足事件發生，研究者再次評估後發現三位受訪者合乎本研究安全採樣條件，故六位排除三位，進而遴選三位受訪者邀請受訪，研究者並已對三位受訪者詳述研究目的、進行方式與過程、資料的運用與保密原則等，以確保研究參與者在充分了解的狀態下參與本研究，並得知其在研究歷程中接納尊重個人願意分享的內容與深度，以及終止參與研究的權益。訪談過程與指導教授討論評估受訪者參與及時狀況；並於訪談結束時再次強調資料保密的重要性，也提醒受訪者需關注自己後續接受相關醫療資源的需要度與必要性。以及，視受訪者的需求提供後續相關資源連結。在訪談、謄寫逐字稿以及呈現資料的過程中，隱匿可辨識研究參與者個人身份之訊息。研究過程中所使用的錄音等相關資料皆由研究者妥善保管，並於研究全部結束後銷毀。

二、 研究嚴謹度

為提升研究嚴謹度(Rigor)，本研究資料處理與分析過程依Linc Lincoln & Guba (2000) 之質性研究品質標準進行檢核，以下分別說明執行方式：

(一) 可信性 (Credibility)：

可信性指的是研究資料的真實程度，即所蒐集之資料能否真實反映研究對象的主觀感受及經驗。首先，研究者因為與研究參與者在團體人際互動上有很多的交集，容易和受訪者建立良好的互為主體的信任關係，再透過訪談大綱的提問，可使研究參與者能盡情表達內心想法與感受；本研究為確保資料完整性，全程錄音，並在兩週內轉為逐字稿，針對收集不完整或不清楚之處，會請受訪者另作補充說明；文本分析的初步結果，會請研究參與者作最後確認與檢核，研究完成並

進一步請研究參與者給予感想及回饋使其再次獲益的可能。

(二) 可轉換性 (Transferability) :

為提升本研究在其他情境或場域中的適用性，研究者於論文中深厚描述整個研究的情境脈絡、研究參與者相關特徵、立意取樣的標準與方法等，清晰透明地交代研究過程中之關鍵步驟，使讀者閱讀時能感同身受或可熟悉文本分析過程，讓讀者自行判斷研究結果的自然類推性之可能，也可提供未來研究者有興趣就此議題做為延伸。

(三) 可靠性 (Dependability) :

可靠性是指研究者探討資料蒐集、詮釋的程序和過程，是否具有穩定性，可供其他研究者追隨或未來做後續研究的參考。本研究對於資料蒐集與分析方式會提供鉅細靡遺的解說(王文科、王智弘，2010)。研究者已翔實紀錄有關：採取的研究設計與方法、其決策的理由、調整的內容與過程，清楚呈現研究程序與決策歷程(鈕文英，2017)。

(四) 可確認性 (Confirmability) :

可確認性是指研究蒐集得到之資料具有客觀性、中立性與可靠性，也意味著研究中所做的邏輯推論和詮釋不受研究者偏見約束，並易於讓他人了解與驗證。(王文科、王智弘，2010)。在本研究進行過程中，研究者以中立、不批判、同理的態度仔細聆聽研究參與者的觀點以理解其主觀世界；訪談前事先與研究參與者充分說明訪談的過程及訪談大綱內容，遇有疑慮會進行充分溝通與討論；藉由與研究參與者當面訪談回饋，主動積極與研究參與者針對研究結果之詮釋，進行意見交流、澄清及確認。不論在研究過程中及研究結果的發現上，研究者會持續與指導教授、相關授課老師、其他校內外研究生、及三位受訪者進行多次的團隊檢證，並將檢證歷程忠實呈現在論文上(高淑清，2008b)。

研究資料分析結束後，將撰寫好的資料結果邀請研究參與者閱讀，並給予評定及回饋。受訪者檢核回饋表如下；

表 3-2 研究參與者之研究檢核

個案	文本貼近程度	修正或補充	感想與回饋
A	98%	已補充	透過訪談及觀看資料後，發現自己可以更確定自己是有力量的，透過學習自己是可以療癒自己的。
B	99%	無	我覺得經由這項研究，讓我可以重新檢視自己曾經的過去，透過與諮商員的談話，除了能重新梳理自己的狀態以外，也看見了許多不一樣的可能，更期盼可以藉由自身的經驗帶給其他同樣困在情緒裡的人一些參考，很感謝有這樣的機緣可以做這個分享。
C	99%	無	訪談後覺得很累，但看到訪談資料後，看見自己的療癒過程，數度流淚，看見自己從低谷到復原過程讓自己回溫後，感覺自己怎麼有那麼大的能力，可以讓自己好，我謝謝訪問者可以讓我再度看見自己的好。少一分 100 分是希望訪問者可以再繼續努力造福人群。



第四章 結果分析與討論

本研究重點探討恐慌症共病患者克服藥物及酒精成癮過程，及如何走出自我療癒之心路歷程。本章共分四節；前三節以每節研究一位參與者的架構，分別在各節中先以第一視角的觀點敘述，為三位研究參與者之生命故事脈絡陳述結果，以深化研究者之反思理解。再以第三視角的多元觀念論述方法並加以討論，分析研究參與者如何走出療癒之心路轉折歷程。並在最後第四節，作綜合討論比較歸納三位參與者之療癒歷程，透過討論以利與文本研究之文獻探討相互對話。

第一節 A 的故事

針對 A 研究參與者在整體療癒歷程之內在經驗與感受，能更深入而真實的呈現，研究者先將以 A 個體在生命所遇情境中的視角所在出發，以第一人稱位置陳述結果，而後並以多元觀點揭露 A 研究參與者患病治療前後及走出成癮戒斷過程、重見陽光所經歷心境轉折各階段的內在經驗。

一、 A 的人格特質

(一) 從小腸胃及心臟的功能不佳，無形中養成時常害怕、擔心、緊張的個性：

我是臺北人，就是大龍洞孔子廟那邊長大的，差不多 8 歲的時候，我在睡覺的時候，就是說我半夜會突然醒來，當時感覺心臟怎麼停頓下來了。後來媽媽帶去看心臟科醫師確診為二尖瓣脫垂。加上我是腸胃真的比較不好的人，那個時候 14 歲的時候也就有胃酸，那個時候的胃酸醫藥常識我比較不懂，因為年幼也不曉得，時常連帶到我的腸胃這麼不舒服，那時候沒有特別想什麼，就是說不舒服，就看個醫生，媽媽就帶我看醫生，那反而這個心臟，這方面我會擔心恐懼，害怕這個程度會更高的，那時候其實聽到收音機什麼「心臟若有問題嗎，你就活不下去」(台)，好!這句話意思就牢記在我的心裡頭，其實我也內心是非常害怕，不曉得要活到幾歲，自己內心非常害怕。因為我這個人從小七、八歲，就容易緊張啦，又是完美主義者，又怕什麼事都輸給人家，這樣的個性讓我很煩惱。

(二) 研究者的理解：

受訪者 A 從小腸胃不好，14 歲就有胃酸，還會影響到心臟，經醫師確診為二尖瓣脫垂，故自我心臟問題情緒上的擔心與害怕程度比腸胃不舒服更高從小就腸胃比較不好，因為腸胃還會影響到這個心臟(A1-004)，幼小的心理一方面擔心「心臟若有問題，就活不下去」(台)這樣的信念深受影響，另一方面非常害怕不曉得可以活到幾歲其實我也內心是非常害怕，不曉得要活活活活到幾歲，自己也會，非常害怕(A1-015)。易受驚(susto)；受驚嚇特質，文本如此描述；曾在八歲時候發生夜半驚醒，半夜會突然醒來(A1-005)、哎，我的心臟怎麼停頓下來了(A1-006)，導致使其成長過程養成害怕、擔心、緊張的個性。對於 A 初次晤談的整體印象是高偏瘦、四肢修長的熟年女士，談話溫柔中帶有自信，過程中 A 談到自己為完美主義者時，對其印象深刻。因為我這個人齣，容易緊張啦，又是完美主義者，又容易緊張又怕什麼事都輸給人家(A1-010)。

二、 A 的發病經驗對其生活影響

(一) 面臨兒子與女兒夫妻吵架的離婚事件，壓力崩潰致恐慌、憂鬱症上身：

應該每個人家庭都有發生事情，或是他們面對的事情，就會面臨有很大的壓力。我跟我先生都是佛教徒及退休人士，我先生比較樂觀，但我時常是害怕或者憂慮、煩惱罣礙，我會生病一定是這樣子引起的。那個時候的發病是因為我從小跟我小孩說生活要忍耐，平常跟兒子與女兒互動不好，現在的年輕人動不動都說要離婚了，因為兒子與媳婦兩人離婚事件，加上我女兒也被婆家的人刁難，也吵著要離婚這兩件事讓我很煩惱。原因之一是；現在的女孩子也讀得很高，動不動也是大學畢業，不管他讀好學校、不好學校哦，所以女孩子皆在這個時代，女孩子的工作能力高，自己會賺錢，講明一點就是。就是我媳婦自認為學識高、然後又會賺錢，因為那個時候，我兒子跟我媳婦兩人單獨住的房子，那個公寓是她買的。那兒子，那當然就跟著她去住那邊啊。做夫妻嘛，兒子又住在老婆買的房子，會有自尊的，在一次吵架過程，結果！她就把我兒子的東西丟到房子外面，經過

那件事它們就離婚了。另外一個原因是；我女兒被婆家的人刁難！我很生氣，為什麼有人去他們家都要被錄影，門前有個錄影，然後手機有錄音，我女兒的手機又被錄音，他們的公用電話不是公用電話，家裡的電話也被錄音，我女兒被婆家的人不信任，結果有天他們夫妻吵架，還叫警察來了，因為我女兒就很生氣，婆家被錄音被錄影一事，女兒可能壓迫久了，就是那個壓力已經沒辦法，結果兩個夫妻吵架，也就說要離婚，那天我與先生就把女兒載回來，那時候很晚了啦，我們把女兒帶回來啊，帶回來這個中間就是有兩個月，兩個月都是住我家，後來再過一陣子是父親節過後，女兒婆婆就是叫我女兒回去他那邊，我女兒回去她婆家的時候，她婆婆跟她講說你給我跪下去，為甚麼昨天父親節你沒回來，這樣刁難我女兒。哀，其實我很擔心，因為我兒子離婚，而且女兒也要離婚了，我真的完蛋了，我生下一男一女，現在年輕人動不動就講要離婚，動不動就這樣講。我真的很擔心，我真的完蛋了，從那時候我就得憂鬱症，醫師還說我也有恐慌症，兩種都有。那個時候其實我都沒有睡覺，我都是吃醫生開給我一種安眠藥，因為那時候也沒辦法睡覺跟清醒，也時常沒辦法好好睡著、也沒辦法好好吃飯，因為中憂鬱症就是只能躺在那邊，一直躺在那邊。當我非常嚴重的時候，我一直躺在床上，然後一動也不動的，也沒辦法吃、沒辦法睡覺，當時覺得人生沒希望，一直躺在那邊，也沒辦法見什麼人，像行屍走肉一樣，我也時常擔心跟害怕自己就這樣死去。

(二) 研究者的理解：

家庭議題(兒媳離婚)形成主要壓力事件之一在 A 身上發生，事件 1；媳婦跟兒子吵架，把兒子行李全部扔在地面上，兒子面子掛不住，導致兒子與媳婦離婚、事件 2；面對兒子回家後不符期待，自暴自棄，碎念兒子形成母子關係感情脫落及撕裂的起點、事件 3 看見孫子不捨爸爸要走 *每次看他爸爸要離開的時候。因為他攔不到他爸爸的腰部，因為那時候還小，才三、四歲，攔不到腰，然後惦著腳跟都要攔，怕他爸爸走，從後面抱住他(A1-051)*，A 每次看了都非常的難過，跟

先生、兒子講說，孫子都給對方，兒媳離異，不捨孫子兄弟兩個分開，情何以堪。最後事件 4；家庭議題(女兒婆家互動不良)形成主要壓力事件之二同時在 A 身上發生，讓 A 很生氣為何有人去他們家都要被錄影，心疼女兒被婆家不公平對待及監視錄音的生活、當女兒壓迫不公平對待錄影音事件，雙方就吵架叫警察來處理、女兒沒回婆家過父親節，婆婆後續叫女兒回婆家下跪。經理解兩事件時間點剛好都在一起發生，家庭議題(兒媳離婚) 加上(女兒婆家互動不良)時間點剛好都在一起發生，兩項主要壓力事件，形成 6 年前 A 罹患重大憂鬱症的原因。

逃避壓抑是時常在 A 身上發生的慣性行為，造成此特質為從小就學時，佛教及家庭傳統教育忍辱、忍耐的影響，有事情的話說不出口我記得我在上課的時候，以前我們佛教徒，我們就壓抑，爸爸媽媽還有阿公、阿祖教就是這樣啊。因為那時候傳統教育嗎，你就忍辱啊、忍耐呀啊(A3-090)。發掘 A 慣性壓抑，如腸胃不舒服、二尖瓣脫垂不舒服時，自己也是延遲與逃避心態，有需要就看醫生，不需要就不看那也是一直維持到現在年紀那麼大誒，可能該走的都有走，那如果說真的有需要看醫生了，如果說中間有人這樣說的話，就會看醫生，不過我也是不需要看醫生的(A1-008)。當壓力事件發生時，家醜不外揚、怕被別人笑、怕被評判的觀念，讓 A 痛苦時常猶豫、難過、想不開，為什麼這些事會發生在自己身上，當時就這樣繞不出來，內心的打擊苦痛不已。文本如此描述；A 面臨兒子與女兒夫妻吵架的離婚事件其實我很擔心，因為我兒子離婚，而且女兒也離婚了，我真的完蛋了(A1-069)，猶豫了、我好難過、我想不開，為什麼會發生在我身上？我們常常都是！包括我也是啦，我以前也是就這樣這樣繞繞繞繞不出來，所以這樣子內心的打擊那種，呃，那個打擊還有那個苦痛不已啦。說真的苦痛不已(A3-022)。認為家醜不外揚、怕被別人笑、怕被評判，使自小養成壓抑的情緒個性有事情的話，你還是要說，以前我們都太壓抑了(A2-039)，都怕被人家笑，為甚麼別人家都沒事情，我們家就有事情，就是怕人家笑、怕被評判(A2-040)，完美主義的慣有安全模式潰堤，外加家族易患精神官能症的基因遺傳因素影響，使 A 確

診憂鬱症及恐慌症。

三、 A 的治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結

(一) 使用藥物初期似有效，但中後期就顯得昏沉、情緒起伏、感到人生無意義：

發病後，那時候醫生要我吃藥，我就去拿那個憂鬱症的藥來吃了。憂鬱症的藥我也吃了頭至尾有八個月到一年時間，白天吃叫做憂鬱症的藥，晚上就是安眠藥跟鎮定劑。吃藥的中間，我半夜一定會醒來，然後頭也會暈，然後也是要慢慢走去上廁所；白天有吃憂鬱症的藥、吃了那個藥之後，我自己變成剛開始有好一點，但是中後期我還是繼續吃藥，但我還是會頭痛、暈眩、心悸、心臟不舒服，覺得大腦都被控制了，昏昏沉沉、頭腦遲鈍了。吃藥時有發生兩次嚴重出車禍的經驗，第一次我自己騎摩托車去撞牆，因為大腦沒有辦法去控制，因為正常人看到摩托車或是牆壁，一定也轉彎啦，但是我要轉彎，沒有辦法轉彎呢，我就是大腦沒有辦法控制我自己。然後有一次車子來了，也是控制不了自己就撞上車子。吃藥與不吃藥之間常常讓自己想不開，腦中一定會有想不開(自殺念頭)，其實我說真的吃這個憂鬱症的藥，根本不會好。我情緒還是常常起伏、起起伏伏的。我去到那個診所問醫生什麼叫憂鬱症的藥？精神科的醫生都會講一個名詞，叫做血清素，吃這個東西是用來控制大腦，沒有很大思緒，為什麼會有憂鬱症？或是恐慌症，因為我們思緒太多了，心情、思緒，想的事情太多、思緒太多了。所以說我有很多憂慮、煩惱、罣礙、擔心、害怕、恐懼哦。每天心情都不好啊！吃這些藥都沒有用，覺得自己人生很沒有意義、來人間沒意義每天度日如年，有憂鬱症，當然心裡的障礙更大，也覺得現在活得很痛苦，都雖然有吃安眠藥，但心裡一定也是常常有想不開的念頭(自殺)，我要說的是，這個藥不是不能吃，痛苦的時候還是要吃，但是不要吃太久，可能頂多半年、我這樣一年就覺得很多了。

(二) 知道吃藥應該不會好啦，但不知道要怎辦，只好依靠藥物：

在病還沒好之前，會想要有一直使用藥物治療，因為一直睡不好、吃不下

飯、真的要人命，想要依賴吃藥讓自己好一點，也還會依賴醫生，覺得有沒有新藥開出來吃看會不會比較好，時間到自己就想要吃藥，會害怕睡不著，睡不著之下更依賴安眠藥，不敢不吃，曾經一次或兩次沒吃藥，我整晚都沒睡覺。所以不得不吃，不吃藥的話！就睡不著、也吃不下飯，覺得做人為什麼那麼痛苦，就只好依賴藥，不過依賴藥也沒用了，怎麼辦？不吃藥(憂鬱、安眠)的話，整個人提不起勁，走路就感覺像老太婆。不吃藥，整個人生失去了光明、光芒，吃藥的話就是黑暗，吃藥與不吃藥之間的矛盾糾結，很為難也常常讓自己想不開。

(三) 研究者的理解：

A 受訪者病還沒好之前，會有藥物依賴感哦，那一定會的啊，一定會有依賴感啊，因為你還沒好之前，你一定依賴感啊(A2-021)，日常狀況不吃藥的話，(憂鬱、安眠藥物)，整個人提不起勁，走路就感覺像老太婆，不吃藥整個人生失去了光明、光芒，像在黑暗之中，另外睡不好、吃不下飯、真的要人命，想要依賴吃藥讓自己好一點嘿啊，當然有依賴感，我們還依賴著醫生嘞，覺得他的藥開出來最少我們看會不會比較好啊，但是我們也知道應該不會好啦，但是啊，不然要怎樣啦，不然我要怎麼辦？嘿呀，又好不起來(A2-023)。曾經 A 一次或兩次沒吃藥，整晚都沒睡覺，所以依賴安眠藥不得不吃。受訪者 A 患病治療期間，身心不適狀態嚴重時，一直躺在床上，一動也不動的，沒辦法吃、也沒辦法睡覺，就是只能一直躺在那邊，並感覺到人生沒希望、沒有意義、來人間沒意義、每天度日如年，腦海中不同的打轉想的事情太多，情緒上則有很多憂慮、煩惱、罣礙、擔心、害怕、恐懼，因為我們思緒太多了，讓你心情，讓你思緒拉了，想的事情太多、思緒太多了。所以說我們有很多憂慮、煩惱、罣礙、擔心、害怕、恐懼哦，會對對立種種的這麼多的這麼多的思緒，會這樣子的(A1-098)，影響著自己，既使有吃安眠藥，但心裡也是常常會有想不開的自殺念頭。

此外，A 在吃藥期間生理不適上，半夜一定會醒來，然後頭會暈，暈眩、

心悸、頭痛、心臟不舒服，感覺大腦都被控制昏昏沉沉了，頭腦遲鈍了，覺得是很嚴重的事情。曾經發生吃八個月憂鬱症的藥後，有好一點，會想出門一下，出門後，有兩次 A 自己去撞牆有兩次我自己去撞牆，因為你大腦沒有辦法去控制，因為正常人你看到摩托車或是牆壁，你一定也轉彎啦，但是我要轉彎，沒有辦法轉彎呢，我就是大腦沒有辦法控制我自己。然後有一次車子來了，也是控制不了自己(A1-096)，因為大腦沒有辦法控制一次發生騎摩托車就去撞牆，另外一次騎摩托車就去撞車子的情況發生，既使朋友、鄰居，有兩、三個來房間關心，但 A 想別人家裡都沒事，壞事都發生在 A 身上，害怕就不想見任何人。認為有憂鬱症，當然心裡的障礙更大，也覺得現在活得很痛苦，都要吃藥，影響與日俱增，造成會有想不開(自殺)念頭其實也常常想不開了，(A2-049)，圍繞著 A。

對藥物依賴成癮矛盾糾結是，認為做人為什麼那麼痛苦，就依賴藥，不過依賴藥也沒用了，不知該怎麼辦才好，心理感覺這個藥不能吃，但是痛苦時還是要吃，吃藥與不吃藥之間的自我為難矛盾糾結，常常讓自己又想不開念頭(自殺)當然有。一定會有。中憂鬱症一定會的，嗯，一定會的(A2-051)。

四、 A 的心理對抗及生理戒斷的轉折心路歷程

(一) 物質成癮戒斷因子-我的救星恩人；先生及女兒的支持、陪伴、鼓勵：

要感謝我的先生及家人們，他是我的恩人及救星啊，半夜會醒來頭會暈，要慢慢走去上廁所，那時是冬天我先生就會把棉被慢慢的掀開，衣服一件一件的塞，然後一件一件幫我穿，然後襪子也幫你穿，在家裡不論天氣冷、或熱、先生就幫我準備溫開水，他就要從一樓到二樓一直跑來跑去，先生會叮嚀我！一定要吃啊，會問我喝熱湯，還是要冷一點再喝，先生每天都陪伴著我就帶我出去走走，陪伴著我運動，我女兒也會陪我，他覺得我這樣吃藥下去不是辦法，想不開(自殺念頭)怕一直擴大，女兒鼓勵我一起成長，一起去上身心靈的課，我先生及女都是我生命中很重要的人。

(二) 物質成癮戒斷因子-換我努力試試；自我安慰、大膽的嘗試：

我一直依賴吃安眠藥那麼久，睡起來是頭很暈啊，其實也睡不到幾個鐘頭，想想吃那麼久的藥，先生及家人也都一直費心地照顧我，當我吃到八個月時，我自己時常對內心的我說不要再吃安眠藥了，為什麼做人那麼痛苦，都要吃藥。另外我發現朋友一對兒女都是憂鬱症，吃藥快 20 年了都沒結婚，他們頭腦都一片空白，講什麼速度又很慢，反應不過來，頭腦很遲鈍，就茫茫看著你，就是眼神呆滯啦，唉，我不想跟它們一樣。在這吃藥期間，我會自我安慰說：暫時啦，再怎麼樣吃藥還是暫時性，未來我就會好起來不用再吃藥了。八個月最後，我就大膽的嘗試減藥，我慢慢減藥時身心狀態居然是輕鬆的，對自己也沒造成太大影響。

實際的情況是我偷偷的藥量減半吃，我發現藥吃半粒那時候，心態好像反而比較輕鬆一點，當時我是很驚喜的，我內心跟自己說以後；我藥居然只吃一半而已。後續我也是有回診，當時醫生告訴我！在吃與不吃藥之間，模擬兩可的話，醫師說，就你不舒服在吃藥也可以。回家後，再次自己告訴自己可以不吃藥啊！我當然情緒就會越來越開朗起來，這是對我非常重要的一件事，這個過程，吃藥吃得很痛苦，不吃反而比較輕鬆，對自己也沒有造成太大影響，我新的想法是，不可以一直依賴醫師啦，因為醫師就開藥給你，但你會不會好！他也無法掛保證，都要靠自己。遞減藥的時候，我心裡早就有個準備了，剩幾天就不用再吃藥，反而內心是開心的。

(三) 精神官能症療癒因子-學習、體驗、在學習，熱誠落實生活中：

在生病的過程中我會多看些學者楊定一博士、洪蘭博士、吳若權、賽斯許添盛醫生等身心靈的書，對我來說是一件很好的事，楊定一博士、洪蘭博士所說，女生大腦神經系統密密麻麻的，所以容易煩惱，男孩子的話，大腦系統比較粗獷，粗神經比較不會想那麼多，所以我要多學習不要太煩惱。

我跟女兒一起上八年許添盛醫師的賽斯基金的賽斯心靈課程，對我幫助也

很大，許醫師說：「每一個人都有每一個人的功課」。每個人都有功課嘛，真的！我就是來這邊學習，又說：人來世間就稍微來玩一下，也覺得好玩啊。上課聽許醫生這麼說！不爽這個人，你就上去罵他，不是去面對面罵他，你就去樓上，不能讓對方聽到的地方罵。我有次與先生在樓下吵架後，我跑到樓上罵他，反覆幾次上下後心情已經平衡下來了，先生知道他說錯話，就拿一杯現泡茶給我喝，恩，與先生互動也增溫不少。

許醫師說的，人生下來一定有自己擅長的領域，只是都沒有去挖掘我們的興趣，所以說每個人都有獨特性，也說：人都不愛自己，都去愛別人，所以說我們都是學習愛自己，因為從小個性，我每次都對人家好，到後來傷害最大是自己，所以要先對自己好，所謂對自己好就是說，不要讓你內心傷害。

另外看診身心科醫生說：有憂鬱症的人都要補充維他命 D、及多曬太陽，「生命的答案，水知道」這本書有提到正向讚美自己與負向批評自己的力量，影響自己身體很大，所以與樹對話，說心事，去大自然運動、練氣功，其實它們都有意識幫助我們，這也從許醫生那邊學來的，所以我就固定去公園，帶孫子去玩時運動。

我從患病後也學佛 32 年，佛教說業障，但業障我不講，會傷害到別人，內心會產生痛苦，我從來沒說過這兩個字。證嚴法師說，一個人裝久了就會像真的，學習久了，你就自然而然會了，自己退一步想其實每一個家庭都有自己的事情發生，像婆媳之道的道理我也是有彈性的，我年輕剛嫁過來時，婆婆跟我們四個媳婦住，其實都有大大小小事情。但當時的我，選擇站在婆婆立場著想，婆婆需要按摩就幫按摩、聽她話、載她去看醫生，我都會慢慢騎，回頭問我婆婆說你會怕嗎！然後帶她去吃花生跟豆花，覺得這樣相處也很幸福，不一定要大飯店吃大餐不用，我聽證嚴法師說的話：裝久了，也像真的，哈哈！後來我們就拉近感情，(仰天長嘯)裝久了，也像真的，仰天長嘯，最後也真的是笑出來了，不憂愁了。

(四) 精神官能症療癒因子-天生自有療癒的力量，重點我們遺失也可以找回：

1. **反思自己**；過往的種種都有很多壞習慣，我思考這種藥，頂多可以吃半年，我吃 8 個月也蠻多的，然後從發病到吃藥，中間有很大的一個痛苦過程，就想說我不吃藥，覺得一定要靠自己，好起來。我反問自己，別人有些憂鬱症還會好起來，為什麼我不能好，我一定不能像他們這樣，不想像同樣病友吃十幾年藥後的恍神狀況。
2. **激勵自己靠自己慢慢的好起來**；我自己激勵自己，我自己告訴我自己說！我一定要好起來。後來我就告訴我自己，我不吃了，藥都不吃了，我連白天的憂鬱症的藥也不吃了，耶，真的就慢慢的好起來了。
3. **鼓勵自己堅決告訴自己，再也不吃藥了**；我不吃藥後再次自己給自己打氣及鼓勵，堅決告訴我自己，再也不吃藥了。告訴我自己，我一定會好起來的，這是最大的一個給自己鼓舞鼓勵的方式。
4. **當有正面思想的時候，力量都在你心中**；力量就是在自己的手上，沒有錯對，拿出你自己力量！那真的會好起來，你心裡怎麼想，你怎麼想，你就是變成怎麼樣的一個人，當有正面思想的時候，力量都在你心中，力量就是在自己的手上，沒有錯。我完全沒有使用藥物時，反而覺得自己的力量已經拿出來了，覺得比醫生還厲害，醫生，他們只會開藥而已。說真的，當你力量拿出來!那是不得了的，力量就在你的手中。一切你都不用害怕了。產生自己是有力量的想法後，慢慢的一直好起來，這個也不是說一天兩天，自然而然就會慢慢好起來。
5. **物質及心理上慰勞**；自己學習喜歡做自己的事，讓自己內心保有快樂、喜悅的事，其實每個人一定有它的獨特性與專長的地方，慰勞自己很重要，有興趣學什麼就去學，盡情發揮，想就是都要動，也就是學幾樣你喜歡做的事！你開心的事情，我的獨特性部分，後來就發現唱歌也很好聽啊，嘿，因為喜歡舞蹈也行，唱歌、跳舞讓我很快樂。

(五) 精神官能症療癒因子-療癒的關鍵點持續學習身心靈-並學以致用：

我認為非常重要，多方面身心靈是一定要學習的，透過身心靈學習後，生氣的時候，覺得有些事情！是可以改變的，就在於你自己心中你自己要如何改變，聽到不開心時，要改變別人怎麼可能，而且又是家人，就是要不斷上課，改變自己、轉移自己負面想法，其實每個人都會的，每個人尋覓學習及興趣可以有很多方法，但觀念想法上，舊迴路打掉，把新的知識、新的迴路進來，這是重要的步驟。

團體或實體上課非常重要，我不是沒有上課，只是心靈這個東西是層次不同，剛開始聽是最基本的，後來學久了，就知道在講什麼，在團體裡大家共同學習時，比如說你有你的故事，他有他的故事。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，我們這樣觸動起來，多聽別人的意見做參考，自己不要不好意思!又不敢講，但不要太八卦，造成別人的傷害。最後團體老師來做整個綜合。分析事情要怎麼做會比較好，給大家做個參考，這也是重要的。

我覺得能療癒的關鍵點，應該是我一直在上課，不斷的學習吧，鼓勵自己也鼓勵大家，分享我平凡故事，希望給大家有很大鼓勵，並相信對這個是很大的助力，一定會走出來憂鬱症及恐慌症痛苦的。

(六) 研究者的理解：

1. 克服歷程；理解建構經驗意義的脈絡性與結構面：

心理學中最著名的概念之一是 A 型行為模式，其特點是極度好勝、急躁和追求完美主義。可能將 A 研究參與者附加到這個評估是武斷的，但從文本經驗發現很相似。受訪者 A 神經質(Neuroticism)人格特質喜歡用比一般人強烈的負向情緒回應事物的傾向，但卻又逃避及壓抑負向情緒，互相拉扯之下，堆疊出憂鬱症發病因子，恐慌症如 A 的災難式思考中舊有框架視角架構模式，如此舊信念，如何自我覺察克服困境其改善自我狀態(Kessler, Crum, Warner et al,1997)。

從 A 範疇克服歷程；建構經驗意義的脈絡爬梳，發現舊迴路(信念)的破除，

仰賴學習，也從團體經驗中體驗並學以致用的發現深入內在改變其舊有觀念這個中間不是沒有上課，但是我覺得這個心靈這個東西我覺得是層次不同，因為那時候開始聽是最基本的而已，後來讀久了就會知道他在講什麼，而且藉由大家，比如說你有你的故事，他有他的故事啊。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，就是我們這樣觸動起來(A2-054)，文本發現 A 學習多方面的身心靈知能，此學習歷程獲得自我覺察到成長，如江本勝博士「生命的答案，水知道」，楊定一、洪蘭博士「大腦的知識」，證嚴法師「靜思語」，許添盛醫師「賽斯心靈課程」等，接續從學習中得知能在發現，學以致用的落實在日常生活，從生活經驗再度學習，創造大腦新迴路，打破舊迴路，以致 A 身心狀態反轉，到漸有改善對就是舊迴路打掉，把新的知識、新的迴路進來！觀念想法，新的迴路進來(A3-073)。

2. 精神官能症療癒因子；理解建構經驗意義的脈絡性與結構面：

從 A 範疇精神官能症療癒因子；建構經驗意義的脈絡主題敘述分類之下，發現 A 壓抑與困擾破除固著觀念，學以致用的把心情該說就說，合適的抒發情緒，一定要的啊，或是你去山上是山上，像我們那個同學啊。後來得了癌症，抒發對某某人一定有很多的嘞！那種很多內心受不了那個苦啦啊，比較郊外去罵，那就去罵。這樣的方式(A3-096)，讓自己改善負面情緒狀態。其次，帶孫子一同接近大自然與樹木感恩對話療癒我們的身心靈，然後你也可以跟大樹講話，因為所有所有的那個植物動物都是有生命的！森林都有都是的，你可以跟樹木講話，也謝謝你。常常跟它們說，謝謝你，你就開了這麼這麼這麼呢綠意盎然的時候了。樹可以讓我們遮風避雨，然後看一看，讓我們眼睛很舒服(A3-079)、走路、運動，與在戶外練習氣功及「仰天長嘯」功法，十幾年前我在那個臺中有學一招就是仰天長嘯，無論是看著天空或者是大樹下公園或學校什麼公園下，或是你在家裡也可以喔。望著呢白板或是望著牆壁或是天花板，對對天花板，你也可以仰天長嘯。當然這個東西仰天長嘯，這個東西吼。在臺灣我們老師在教的時候，你

根本就笑不出來，什麼都有辦法仰天長嘯呢(A3-035)但是學習久了，你就自然而然，你就會就像那那個慈濟，那證嚴法師說的，一個人裝久了就會像真的(A3-036)也有助益。再者，做自己想要做的事，喜歡的事，把自己的獨特性彰顯出來。發掘興趣來跳舞、唱歌休閒活動中帶來了喜悅、開心的心情。

與自我對話中，透過學習、經驗中學習與體驗下，不斷的覺察反思自我、激勵自己、鼓勵自己是有引發正面思想的狀態出現，療癒力量都在自我心中，力量就是在自己的手上，沒有錯的信念，並不斷來回再次鼓勵自我之下，精神官能症就慢慢的好起來了，連醫生也說不舒服再吃藥也可以，自己告訴自己說；我一定要好起來其實醫生是這樣子!模擬兩可啦，就是你不舒服在吃也可以，他就是模擬兩可，是自己告訴你自己，這是非常重要的(A3-014)，不吃藥後再次自己給自己打氣聽人家講有人憂鬱症好了。我自己告訴我自己說!我一定要好起來，那是自己跟自己打氣是非常重要的，從你的內在，你內心打氣是非常重要的(A3-007)及鼓勵嘿，自己給自己打氣，對，自己給自己鼓勵這樣下去(A3-009)，激勵堅決告訴我自己，再也不吃藥了。後續應證了證嚴法師說的：「裝久了，就會像真的」，我真的好了，.仰天長嘯學會了、婆媳之道改善了、自己有力量好起來了。

五、 A 的分析與討論

(一) 探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何?

受訪者 A 本身的發病經驗整理出來，符合泛焦慮症的共同發病危險因子；諸如基因易感性、神經質、負向認知、以及恐懼制約傾向，都可能是畏懼症形成的「素質」，也就是這些易感因子不管是否形成畏懼症，都將形成制約經驗的背景脈絡(David A. Clark & Aaron T. Beck,2020)。受訪者 A 本身生理、心理的不適感嚴重影響其日常生活，神經質也是焦慮及憂鬱主要的相關及預測因子(Brown & Barlow, 2009)。A 慣有的根本特質，發展出憂鬱症與恐慌症的共病實際情況。在王貞力(2009)文獻探討中，生理知覺和災難性認知在恐慌症的發作上，扮演重要發病的關鍵因素，也是臨床治療的焦點。發病經驗對於 A 的生活品質較一般人低，且影響較大的層面之下，A 無法完成自我滿意的生活任務，交互影響之下，

為依賴藥物立下啟動因子。

此外，A 須注意二尖瓣脫垂及心臟血管疾病的交互影響，與其他醫療狀況相較，焦慮症的危險性也較高的交互影響(Newman, Moffitt, Caspi et al., 1998；Newman, Schmitt, Voss, 1997)。Cheng (2013) 提出恐慌發作的認知模式已過度注意身體改變，形成身體敏感的災難式錯誤認知解釋，A 從小發展出特質看來，自我對身體敏感多屬於正常的焦慮反應看法悲觀，區分 A 自殺意念是否為悲觀念頭引起，認為自己活不久，此非正常的焦慮反應框架在自我身上深受困擾。焦慮症的自殺意念及自殺企圖的危險性高出兩倍(Cheng, A. T.-A. et al., 2013)。

(二) 研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結為何？

藥物成癮性格及戒斷症狀理論上認為濫用藥物的行為是一種自醫的方式，其實是患者的情緒處於憂鬱及焦慮狀態，才會使用藥物來減輕症狀 (洪芬芳, 2008；劉淑言, 2008)。A 從依賴感到自行減藥的過程，發現確實是為難與矛盾糾結晚上那個安眠藥啊，那個要吃啊，哎呀，但是睡起來是頭很暈啊，其實也睡不到幾個鐘頭。A2-025、那就是剛才說過啦，你不吃的話！你就睡不著阿！也吃不下飯阿。A2-036、根本整個人提不起勁吶，你走路就感覺像老太婆一樣，就是整個人生失去了光明、光芒。黑暗(A2-038)，吃藥與不吃藥之間的自我為難矛盾糾結由此看出，不吃藥時睡不著阿、也吃不下飯、整個人生失去了光明、走路就感覺像老太婆一樣，但吃藥時卻也有睡起來是頭很暈啊，其實也睡不到幾個鐘頭，在生理不適上吃藥期間，半夜一定會醒來，然後頭會暈，暈眩、心悸、頭痛、心臟不舒服的狀態發生。

藥物濫用之戒斷一般是在停止用藥後快速產生，安眠藥戒斷症狀主要以焦慮、憂鬱、躁動、失眠、心悸與譫妄為主(高家常, 2008)。然而受訪者 A 卻無明顯戒斷症狀不會啊，反而是覺得比較輕鬆，因為你心情比較輕鬆，我不要吃藥，因為吃藥吃得很痛苦(A3-016)。當沒有戒斷症狀出現時，對於 A 來說減藥時身心狀態居然是輕鬆的，對自己也沒造成太大影響，這樣的心態對安眠藥順利減害到完全

戒除則是有相當大的助力。

(三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的心路歷程為何？

認知治療 (Cognitive therapy)的目的在去除不良的思考內容、扭曲的思維路徑、不一致與不連貫的思考，讓思考具體化(Kingdon & Turkington,1994)。A 透過學習，改變自我舊觀點、災難式思考，創造新信念。換言之，精神官能症與物質成癮症狀是 A 無法完成生活任務的結果(Corey Gerald.,2016/2017)。對於 A 所學 8 年賽斯身心靈課程也具有相似的見解，「沒有一個人會生病，除非那個病滿足了一個心靈或心理上的理由」(Jane Roberts，2010)。強調疾病乃由「心」所生。並也外顯出身體病徵症狀。

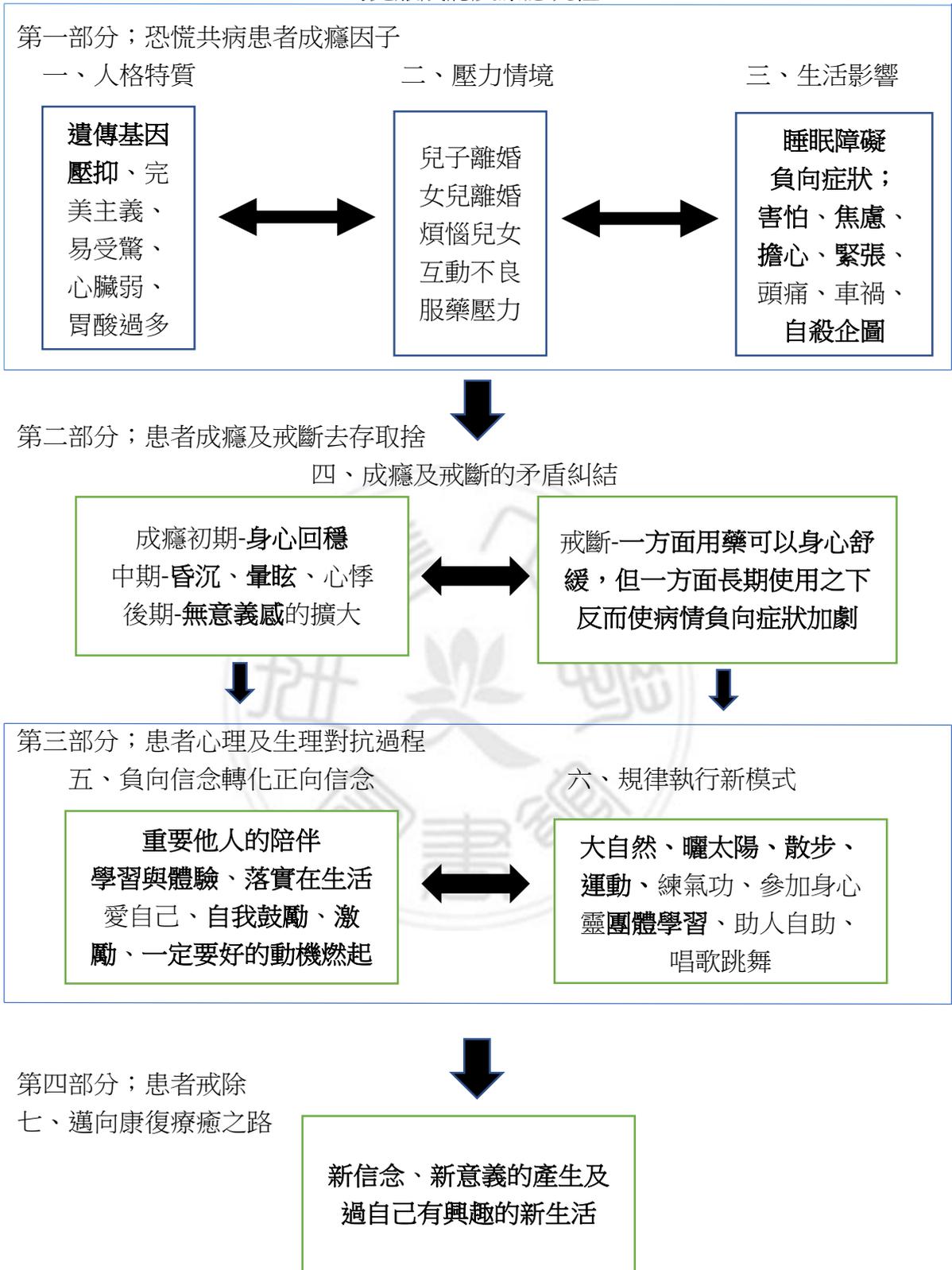
誠如完形治療的觀點，一個人心中的未竟事物經常會導致許多未能表達出的情緒感受，而這些揮之不去的情感能量則會引發身體的病徵。賽斯觀點也認為疾病真正的起因是源自於一個人長期累積的心理壓力跟痛苦，以及扭曲的心靈能量。「幾乎在所有健康不良或心身壓力的狀況裡，問題的第一個徵兆往往是：缺乏愉悅、熱情或蓬勃生氣，遊戲行為逐漸停止、或是對個人問題的過份貫注而產生憂慮或恐懼」(Jane Roberts，2011)。其次，A 個人的負面精神習慣 (負面信念、想法與情緒)要為身體健康負責。尤其，當一個人在現實世界中，活不出自己想要的人生、達不到理想版本的自己時，就會與自我獨特性需要天生不斷擴展的渴望與發展相互抵觸，造成生命停滯不前的困境，處在一種索然無味或無能為力卡住的生命狀態，這時就會產生疾病。

A 未發病前的日常生活及工作都正常呢，我發病前都很正常啊，就是說家庭啊，還有我的顧我的家庭拉，先生啦，孩子啊，我的公婆啊，一切都正常(A1-001)，通常遭遇生命中極為嚴重的壓力情感創傷，並慣性造成抑鬱、絕望和難以宣洩的悲痛，在情緒無路可出的情況下，而後顯現在身體上惡化成精神症狀。關於這一點，在 A 的身上，可以深刻感受到罹病前，她的自我意識在兒媳離婚、及女兒被婆家不公的對待世界中費盡心力建構安全模式，就是逃離及壓抑*都怕被人家笑*，

為甚麼別人家都沒事情，我們家就有事情，就是怕人家笑、怕被評判(A2-040)，雖有一份看似眾人稱羨的安穩家庭及自由工作，但她也付出「背叛真實自己」的代價，於是她嘗試探問為兒為女的擔心意義為何，卻無法覓得答案，只能長期忍受著不快樂又看不到出口的情況。

A 療癒的關鍵點在於不斷的多方學習，包括團體中資訊分享和認知的教育是團體發揮的功能之一 (Yalom, & Leszcz, 2022)。並從經驗中學以致用，並且利用自我覺察，自我激勵，再次鼓勵自我的循環下，就發展出自我生出力量 *嘿啊，所以跟自己說，我一定會好起來，我一定怎麼樣！你正面的思想的時候，那當然力量都在你的心中，你你的力量就是在自己的手上，你的心上，沒有錯的(A3-023)* 每個人有它的獨特性與專長的地方，學習喜歡做自己的事，讓自己內心保有快樂、喜悅的事也是使 A 能在日常維持住正常身心的狀態。

A 的克服成癮及療癒流程



粗體字為三位研究參與者共有部分

圖 4-1 A 的克服成癮及療癒歷程圖 研究者自行繪製

第二節 B 的故事

針對 B 研究參與者在整體療癒歷程之內在經驗與感受，能更深入而真實的呈現，研究者先將以 B 個體在生命所遇情境中的視角所在出發，以第一人稱位置陳述結果，而後並以多元觀點揭露 B 研究參與者患病治療前後及走出成癮戒斷過程、重見陽光所經歷心境轉折各階段的內在經驗。

一、 B 的人格特質

(一) 小時父親對家庭的不堪往事造成母親恐慌跟憂鬱症十多年，雖然生性樂觀，但也承襲憂鬱及恐慌症：

我從小在臺中市長大，一路到念大學時才跑到屏東念書，我念外語系畢業後有去加拿大遊學打工一陣子。我原生家庭有爸爸、媽媽、我及妹妹四人，目前我離婚有兩個小孩，我媽媽也是恐慌跟憂鬱症患者，她吃藥十幾年了。爸媽目前住南投養老，我則是獨居臺中。因為爸爸小時候就是做一些比較不堪的事，就借錢賭博之類的，所以導致我跟他關係就比較破裂這樣。可能因為我媽媽帶給我的愛是比較大的，所以如果我沒有我媽媽，其實我覺得我可能會長成一個比較更糟、更負面的人格。看見媽媽跟爸爸慣有的不良相處模式，所以從小我是比較維護媽媽，然後就會為我媽挺身而出跟我爸頂嘴的人，所以我爸就會更討厭我，但是我妹不會，我妹就是比較弱小的那個，所以我爸比較不會找妹妹出氣，所以我跟我爸的衝突，其實是從小到現在都是比較大的。

我印象很深刻，好像大學的時候。我有段時間不知道為什麼就失眠，就是沒有辦法睡，其實我就是，不好睡不好入眠，我也沒什麼食慾。但是我的生活一樣就是很多彩多姿，我也很樂天，沒有不開心。後續媽媽帶我去看醫生，結果後來醫生說，我有憂鬱症。當時我能參與一般社交，母親也認為自己被誤診，並覺得女兒是世界上最不可能得憂鬱症的人，沒想到後面因為前夫的外遇事件發作憂鬱症困擾我很多年後，又外加恐慌症、厭食症、還讓我有自殺急救住加護病房一個月的情況發生。

(二) 研究者的理解：

B 受訪者從小在缺乏與父親良性互動的家庭成長，從小父母的衝突，及母親憂鬱症，都看在眼裡我覺得可能因為我媽媽帶給我的愛是比較大的，呃，所以我覺得是變成是如果我沒有我媽媽，其實我覺得我可能會長成一個比較，呃，負面人格的想法或是個性什麼的會比較那個，可是可能也是因為我媽媽跟我爸爸這樣子的相處模式，其實我從小是比較維護我媽媽，然後會讓這些小孩嘛，就小小一隻，然後就是會為我媽挺身而出去跟我爸頂嘴的人，所以我爸就會更討厭我，呃。但是我妹不會，我妹就是比較弱小的那個，呃，所以我爸比較不會找他出氣，所以我跟我爸的衝突，就比較大的(B3-043)。對於 B 初次晤談的整體印象是苗條身材偏黑、個性幹練的女士，談話堅定中帶有樂觀，B 陳述大學時期開始出現睡眠狀況不佳的情況，及不明原因的焦慮困擾，媽媽帶去就醫，醫師確診 B 罹患憂鬱症，有就醫但無用藥。起初 B 及家人都不相信，認為全世界的人都會的憂鬱症，自己的女兒那麼樂觀不會得這樣的病，沒想到的是 B 既然還得了恐慌症、厭食症其實還有併發一些。呃，可能我有厭食症，然後恐慌症(B1-078)，後續還自殺嚴重到送急診並住加護病房一個月。

二、 B 的發病經驗對其生活影響

(一) 人人稱羨模範夫妻框架下，獨自面臨先生出軌意外插曲、壓抑不敢求

助，引發憂鬱及恐慌、厭食症，甚至自殺住加護病房急救：

就三四年前因發現人人稱羨的那種模範夫妻之類的丈夫外遇，遇到那個事情壓力超大又不敢求助。我從來沒有想過會發生這樣的事情，與丈夫的多年關係及婚姻面臨挑戰，我有跟我前夫一起去找過諮商師，可是沒有什麼效果。就是我那一段時間把所有我可以做的努力，就是去挽回這段婚姻，可以做的我都做了，可是都沒有用。後來那我就像大學一樣又沒有辦法睡覺，就是應該說我不想要清醒著。然後我也壓抑不敢跟我家人或朋友說我先生外遇了。很痛苦我一直壓抑不敢說，只是一直想要睡，可是因為沒辦法睡，所以那時我就去看醫

生，我看身心科時跟醫生說我不能睡覺，沒辦法放鬆、沒辦法睡很痛苦，腦袋一直打轉這樣，當時我是全職媽媽還有 2 個小孩很小都是幼兒園要照顧，然後我去看醫生藥物求助。雖然去看身心科，可是我的身心科醫生，他也不知道我發生什麼事情，我只有把我的症狀跟他說引發憂鬱及恐慌症、厭食症身體相當的不舒服。我心裡不舒服也都沒有告訴任何人，直到我兩年前，我有服藥自殺，醫生是在我服藥自殺的前一次回診才知道我前前後後發生什麼事情。家裡爸爸媽媽，則是在我自殺之後被救回來，他們還是不知道我發生什麼事情，他們到很後面，我已經出院一段時間差不多一個多月後，他們才知道，不知道為什麼我就是不敢說阿。

(二) 看見先生外遇女生侵門踏戶出現在大門，在選擇離婚的狀況，壓力崩潰之下，做出服大量藥物自殺的行為：

說一下我自殺原因；就是有一次是那個外遇女生來我們家大廈門口，大樓公共大門那邊，那個女生來，然後我先生與她在樓下碰面，可能那女生拿東西給他，但是我在樓上親眼看到了，然後我就發病了。我記得印象是，好像覺得那個很奇怪，當下是沒有意識的，就是我一看到，然後全身開始發抖哦，然後就開始吐，我就從廁所開始，一直吐一直吐這樣子，然後一直反胃，那可是因為我那時候有併發厭食症，所以我其實吐不出什麼東西、出現嘔吐胃酸及壓力無法負荷的狀態。然後我就把自己鎖在房間裡。據說，因為我當下其實真的沒有意識到我做了這樣的事情，因為我們家在 11 樓，主臥房裡的陽臺是有一個窗戶的，聽我前夫說我那時候就是把窗戶打開，我就坐在窗邊，就是像這樣窗戶的陽台一點點位置，就是一個窗溝，這樣我就坐在那裡，然後就看著外面，連我的小孩就是他可能也看見，我前夫回來，然後想說啊，我怎麼不見了之類的，然後發現門鎖起來，因為我們家其實沒有鎖門的習慣，然後他就去拿鑰匙開門，然後發現我坐在那裡，然後小朋友就進來看，她們有喊我還是怎麼樣，我都聽不到，我就是坐在那邊，然後我也不知道我在幹嘛。第二次是我實際自殺的行為；我想要結束生命這個念頭

已經有一段時間了，可是因為我一直以來的個性都是不輕言放棄的一個人，所以在自殺前、離婚以前，其實我做了很多努力為了小孩，為了我自己、就為了這個婚姻，不過就換來無奈地對待。所以其實我計謀要自殺這件事情是一直持續的念頭，只是我沒有去做這件事情。壓垮我最後一根稻草，就是那一次與前夫的談話，他還是決定選擇那個外遇女生。那我就跟他說，好，那就離婚，但是這件事情請你自己講，就是因為我們，畢竟已經結婚了嘛，我們還有各自的爸爸媽媽跟家人需要去交代，為什麼我們要離婚？我說這件事情，請你自己講。這跟稻草把我逼入選擇死亡，當時我就在想要跳樓嗎？我又怕高，我有懼高症，然後說要割腕嗎？我又怕萬一就是沒死成，因為我很膽小，比較怕痛吧，呃，所以我就是一直去找，還有甚麼事情是可以比較沒那麼痛的離開，後來我選擇服藥自殺。當時，我就是全部的人都沒說，我只有想跟一個時常關心我的學姐道別，所以我那時候拍了那一堆藥。呃，大劑量的身心科的藥、安眠藥、鎮定劑，色彩繽紛的樣子，然後我就傳 line 給她，我跟他說，姐對不起這樣啊，我說我真的太痛苦了啊之類的這樣話，我拍了之後我是把手機放旁邊，我是配著伏特加烈酒把那一些藥，一次一次吞完，因為太多顆了，所以我是分很多次，然後很快速的就是配著酒，配著藥，然後一口一口的把那些吞完，所以其實可能藥效加上酒精效果來的很快，我真的是吞完，然後我可能傳給他，然後我只記得我傳給他，然後跟他說對不起，在來我就沒有任何意識，我就完全不知道發生什麼事情了，呃，然後在我知道事情之後，已經一個禮拜，我發現已經躺在醫院加護病房的床上了，身邊是我的妹妹與前夫，因為我學姐在我傳照片給她時，她第一時間打給我前夫，我前夫聯絡我妹妹來把我送急診。我還記得說，印象最深刻是那既然都要離開了，我不要再穿個睡衣啊什麼的，特地去換了個洋裝啊，然後戴耳環、然後躺到我的小孩旁邊，就抱著他們睡覺，就這是我有意識最後的記憶，這樣我覺得走得很安心。

(三) 最大的壓力及自我衝突，跟我的前夫離婚後還要頻繁接觸，導致恐慌症加劇，求助救護車數度急診：

後來就是自殺就醫一個月，從加護病房轉普通病房後，我跟前夫離婚了。但因為小孩希望我們繼續在一起，我是不要的，不過為了孩子，我有時一周會回去前夫那住三、四天，假日則把小孩帶回來。與我前夫待在一起的時間比較久，我就會很不舒服，就是會有一點窒息感，全身不舒服。我最大的算壓力嗎，最大的人生的自我衝突，我不知道怎麼形容；這個是因為我要一直跟我的前夫接觸，我會很反感。後來有好幾次是恐慌症發作，然後救護車載我去醫院，我那時候狀態是我沒有辦法呼吸、換氣過度。然後我會全身一直抖動。本來一開始只是比較輕微的，但是可能因為症狀越來越嚴重，所以我是全身發抖，送急診時就一直吸不到空氣，全身更劇烈的顫抖，然後沒有辦法好好坐著，或是好好躺著，就是你躺著也是全身一直抖這樣，最後是救護車上來扛著那個擔架，把我送去醫院急診，然後醫院那時候也是打了幾隻點滴我都沒有緩和，很痛苦。

(四) 研究者的理解：

B 研究參與者發病前個性樂天、樂觀周遭家人還是朋友，都覺得我就是一個好像天塌下來也無所謂，就是在我的生活裡面比較沒有什麼負向的一些狀態，就是不管好像面對什麼困難啊，還是什麼狀況，我都可以用很樂觀的。想法跟態度去面對我人生遇到的，大大小小的事情(BI-002)。直到遭遇人人稱羨模範先生出軌意外事件，又不知如何求助，就爆發疾病。對，因為我還有小孩嘛，然後我也不知道要怎麼去跟我的家人，或者是我的朋友說，呃，我，呃，前夫外遇了這件事情(BI-025)。因為我沒有.... 求助((BI-050)。直到自殺前一次給醫師看診時，壓抑不住了，C 就跟醫生說了自己的痛苦，不過於事無補至少有半年後吧？他才，呃。知道，呃，因為我在兩年前。還是？應該差不多兩年前的4月，我有服藥自殺，他是在我呃，服藥自殺的前一次回診才知道我發生什麼事情(BI-054)。

B 研究參與者遭遇人生意外插曲；就是前夫外遇事件與先生要離婚的決定，使得 B 壓力崩潰之下，選擇做出同時服用大量藥物及酒精的自殺的行為我是配著 VODKA 把那一些藥，一次一次吞完，因為太多顆了，所以我是分很多次，然

後很快速的就是配著酒，配著藥，然後一口一口的把那些吞完，所以其實可能藥效加上酒精效果來的很快(B1-132)。我就沒有意識，我就完全不知道發生什麼事情了，呃，然後在我知道之後，已經我已經躺在醫院(B1-132)。

B 研究參與者自殺後住加護病房一個月出院與前夫離婚。B 自述最大的壓力是與前夫長時間同處一個空間我最大的算壓力嗎，最大的人生的自我衝突，我不知道怎麼形容這個是因為我要一直跟我的前夫接觸(B1-097)。B 與前夫相處在同一空間久了就會越來越不舒服，並加重憂鬱及恐慌的病情我沒有辦法跟他待在一起太久了(B1-097)，B 與前夫相處造成身心的不適感隨著時間久病症也越來越嚴重，甚至到救護車出來送急診室好幾次是恐慌症發作，然後救護車載我去醫院，然後我才知道呃，就是那時候送去急診室，然後我那時候狀態是我沒有辦法呼吸，然後我會全身一直動，哼，很。本來是只是比較輕微的，但是可能因為症狀越來越嚴重，所以我是全身發抖(B1-079)。然後 B 到了醫院處置時，醫師打了幾隻點滴都沒有緩和會沒有辦法呼吸，就是我一直吸不到空氣，然後我會全身一直劇烈的顫抖，然後沒有辦法，就是可能好好坐著，或是好好躺著就是你躺著也是全身一直抖這樣，所以最後是救護車上來扛著那個擔架，把我送去醫院急診，然後醫院那時候也是打了幾隻點滴我都沒有緩和(B1-085)。可見 B 的處境是很痛苦的。

三、 B 的治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結

(一) 無法接受被救活的命運，同樣的睡眠障礙更加依賴及渴求藥物：

呃，醒來很痛苦啊，醒來那時候發現被救活，我那時候其實很不能接受被救活這件事情。我就想說死一死，甚麼煩惱和牽掛都沒了阿。住一個月醫院，然後我第 3 個禮拜就清醒了，可能藥也退差不多，但是我還是沒有辦法接受我被救活，所以晚上一樣不能睡覺，但是那時候的身體狀況是心理不允許我休息的，所以就繼續就是請身心科開藥，可是醫師那時候就很怕開 3 毫克藥給我，因為我有自殺意圖，怕我在服藥自殺，把藥控管很嚴格，這樣我就更想吃藥。

母親也有恐慌及憂鬱症狀，擔心父母感到心疼及衝擊性、孩子也是，我都

未提及自殺，這件事只有妹妹與前夫知道，只讓孩子知道母親只是的身體狀況不好而已，不過我的小孩也是高敏感，他們小小年紀似乎知道什麼，對於孩子的反應我感到不安與心疼。所以我對藥物的渴求更加重。

(二) 不吃怕發作也擔心藥物效果不足，但吃了會焦慮也害怕成癮，形成矛盾與糾結：

出院後還是一直都有服藥，兩年後產生的副作用有健忘及失憶，每天都感覺比較渾渾噩噩，我覺得會很誇張的是；我現在跟你講完這一句話，我一轉身，我就忘了我說什麼。對這已經是服藥很後期在我要戒斷藥物之前發生的狀況，我覺得一開始吃藥會比較安心及穩定，可是到中後期吃藥會比較擔心，因為第一怕藥效很快就過、第二怕藥物成癮。我只要恐慌發作都是基本上要送醫的狀態，所以我那時候其實很怕，我只要沒吃藥就會發作送醫。當時我出門，一定要帶著就是鎮定劑，抗焦慮藥物，吃藥可以緩解症狀，也會為了保持鎮定的精神狀態服藥。但對酒精也是跟藥物，一樣有的矛盾？因為我一開始是對藥物成癮，然後產生矛盾。所以我就說，因為我很害怕睡不著。我怕對藥物成癮，所以我就轉嫁到酒精。我早上不吃藥，我就是喝酒，但是因為我每天都需要睡覺，所以我就是每天不是吃藥就是喝酒，不喝酒或吃藥會產生焦慮感，當時我晚上喝酒睡著後到半夜一、兩點酒精效果消退醒來時，會再度用安眠藥以利睡眠。回診時醫生說，藥物也可以有助眠作用，那加上喝酒會傷身體的很多器官，這次醫師有搭配不同藥物，叫我避免喝酒。這樣之下我就慢慢不喝酒，又改回來吃藥。

(三) 研究者的理解：

從 B 研究參與者陳述來看，在患病治療期間與自殺後用藥過程都沒有辦法脫離藥物之苦，甚至在獲救後再次壓抑自己內心的不愉快，無法吐訴內心的痛苦，更加依賴藥物才有辦法入睡，甚至在治療期間替換酒精來讓自己可以入睡，也發生喝完入睡，酒精效果退化後，半夜起來，再次服用藥物來幫助自己再度入眠，

是真的很煎熬的我其實是吃藥、跟喝酒，因為我那時候喝酒了以後，我沒有辦法睡到天亮，但我還是有持續回診。然後我就跟醫生講，那醫生就說那你喝酒可以睡到天亮嗎？我說不行，他就是酒退了，就就醒了。呃，有可能是。半夜一、兩點有可能是十一、二點(B2-104)。我就會再起來吃藥(B2-105)、所以我就變成是半夜醒來吃藥(B2-108)、不會就是睡！對就是睡，然後就可以讓我睡到天亮(B2-106)。

B 研究參與者用藥期待是一開始覺得吃藥會比較安心及穩定，可是到中後期吃藥會比較擔心，因為第一怕藥效很快就過、第二怕藥物成癮，醫生回饋 B 藥物也可以有助眠作用，那加上喝酒會傷身體的很多器官，醫師的衛教使得 B 搭配不同藥物，也轉念減少喝酒。這樣之下我就慢慢不喝酒，又改回來吃藥 醫生就說，你與其這樣子，你不如就乾脆只吃藥，那他就改藥。對改那個比較長效，又可以就等於我說我同時有好幾種安眠藥一起吃，搭配鎮定劑(B2-109)。不過到了用藥後期產生的副作用有健忘及失憶，每天都感覺就比較渾渾噩噩，跟人說完事情，轉頭就忘是 B 感到很驚訝的事，驚訝自己大腦退化那麼誇張我跟女兒說；在幾點之前你可能把作業做完，然後我們等下就講 3 本故事書之類的。那跟我剛承諾完。我轉頭可能去上個廁所吧，我就忘記這件事了。然後他們就說，媽媽，我作業做完了，你剛不是要講 3 本故事書嗎？然後我就想說我哪有。他說有，你剛剛有講這樣。所以這對我的生活造成很大的困擾(B2-112)。

四、 B 的心理對抗及生理戒斷的轉折心路歷程

(一) 物質成癮戒斷因子-因為身體康復了，用藥讓生活動力降低，激發動機想到要戒藥：

自殺獲救出院回家調養時期的我，那時候就也沒有多餘的心力去照顧到心情的部分，我那時候，比較著重在怎麼把自己的身體照顧好，之後身體就慢慢康復。一直到哦，我不知道多久，不太有印象，我只記得那時候啊，慢慢可以出門了，可能可以跟朋友出去外面走走，心理上碰到前夫的議題還是沒有好，但已經不會逃避或避諱討論這件事，那我就願意會把自己的負面的情緒或者不好的情

況跟大家說說，跟朋友講話也有舒緩效果。想要走出去我包包都一定會帶那個，因為我那時候沒有辦法吃東西，要帶那種液體的那種營養品很重，鐵罐的那種，都還是要帶個兩罐、三罐這樣。可是慢慢至少身體狀態比較恢復，然後可以出門，我是很開心的。可是我那一段時間還是我再繼續吃那些什麼安眠藥啊，抗焦慮的藥。後來就覺得，自己身體狀況好像比較好了，但是變得好像，沒什麼動力就懶懶的，就什麼都不想做這樣。然後，心裡上害怕離不開藥物及藥物對生活產生的影響，我不喜歡自己這樣子。才會開始思考要去戒斷藥物這件事情。或許就是一個可以讓我未來想要的樣子吧，就是可以不完全靠藥物健康過生活，不用藥、不用酒，也可以安穩睡覺的生活。

(二) 物質成癮戒斷因子-醫師反覆調整藥種、劑量，使我焦慮、擔憂，疑惑還要這樣繼續循環下去：

之後我不喝酒，吃藥就變反覆阿。我吃了藥，然後慢慢減量，然後再吃回去就又吃更重。我服用安眠及鎮定劑及抗焦慮及肌肉鬆弛、血清素等多種藥物，但我厭食症的藥我都不吃。然後醫師再調不同的藥，然後同時醫生說劑量有減，然後又繼續吃，又吃了半年，醫生又說，那這個新藥又有一個，就是藥都是吃一個半年，一個半年一周期，然後又要調整不能再吃這個藥了。我那時候就會覺得說，我總不能每半年輪迴一次這樣子。然後這已經不知道過幾個半年了。已經嚴重，後面嚴重到我。覺得就是可能失智，對我生活上造成太大的影響。還有我只要不吃這個藥，我覺得我的反應是更大的，就是我的焦慮感是更嚴重的。然後我不能睡覺，狀況是更嚴重的，然後不能睡覺引發焦慮跟緊繃是比之前更嚴重。那我就會想說，那我到底，這一段時間我到底在幹嗎？嗯！所以我就決定不想吃藥了。那這個念頭是在治療中間就有的。所以我就去喝酒，然後喝酒確實一開始是很好用的，因為它就是可以睡嗎，可是喝了一段時間之後，就是呃，半夜就醒來就變成無效。再過這一段時間就變成說喝酒加藥物。啊，然後覺得我有過一段時間之後，好像效果又沒那麼好。回診的時候反應，我就說因為喝酒確實傷身，就又回

去完全吃藥。就是一直反覆這樣子，然後就會覺得，那為什麼要這樣子無止境循環下去。

(三) 物質成癮戒斷因子-討厭吃藥，但反覆調藥吃藥之後也不能睡也很焦慮，充滿憤怒，乾脆豁出去不吃藥了：

我就慢慢減藥以後，然後有一些不舒服感，就是所有症狀都回來，就是本來依靠藥物去入眠啊，然後依靠藥物去可能緩解焦慮啊。就是，可能從來一顆藥、兩顆藥，變成就是一次減 1/4 的量，然後減半顆的量。這樣去減，我討厭自己失智又討厭自己的病狀，完全就是人生無希望感這樣。就完全做事情都提不起勁，完全不知道要做什麼，然後也沒有熱誠都沒有。我心裡想我反覆地吃藥、減藥、調藥的過程中，我還是會不舒服啊，所以我自找啊，哦！那我乾脆就不要吃啊，你看我吃了這些藥，我一樣是這樣子，而且不吃更嚴重。對，就是我減藥啊，然後或者是我那時候我都不吃藥的時候，我是真的整個晚上就沒辦法睡，我最高紀錄五天都沒睡，我就不睡了。我心想說沒關係，那就不要睡了，一種就是豁出去的決心。當時我精神是很好的，但也沒有睡覺喔，但是精神很好，就很亢奮的狀態，可能是副作用吧。然後我記得很清楚，那天是我跟小孩一起洗澡，然後我們泡澡。泡澡可能放鬆吧，然後那天晚上就跟著小孩就一起睡了，我那天睡很熟，印象約七八個小時很深刻。

(四) 精神官能症療癒因子-個別諮商及探索團體的幫助：

我也有諮商，覺得諮商對於自我覺察狀態很有幫助，諮商過程哭泣後的宣洩對於恐慌焦慮及憂鬱都是有改善的。然後，我也覺得參加張老師的自我探索團體是對我有幫助的，那是再參加自我探索團體之後，我的情緒，才被我發現，我才感受到我的情緒。在團體中討論到情緒、學習如何看待情緒，且感受到其他人可以很敞開心胸討論負向狀態，接觸學習張老師的過程中，發覺及看見自己被壓抑的很多情緒，我以前沒有好好正視自己的情緒，把它忽略了，我的收穫是情緒的學習跟探索，讓自己轉變非常多。

(五) 精神官能症療癒因子-透過音樂及運動、藝術治療及精油，置死地而後生：

沒有回去吃藥的時候，但是剛開始完全戒掉藥物之後有一段時間我是喝酒的，不是每天喝，我就是一段時間，我會覺得太焦慮了，我就會想要喝酒，我需要放鬆，就由喝酒後跟朋友傾訴前夫的狀況作出情緒宣洩。我不舒服時，也用聽音樂來克服，但單獨聽後續效果降低，我就開始藉由做瑜珈來放鬆，以利睡眠。練瑜珈很累，需要意志力持續，雖然不喜歡運動，但為了助眠強迫自己做瑜珈及聽音樂還有畫畫，藝術治療那些。我還會去公園走走曬太陽，一開始會不想去曬太陽，需要跨出去，曬太陽確實會改變狀態。去曬太陽要怎麼的，我覺得這是一個，比較會卡住的一個點，對我來說，因為其實我在憂鬱的狀態下的時候，我其實是不想要，跟任何的人有互動，我就只想要一個人，然後待在一個空間，所以我是沒有意願跟自發性的，想要出去走一走，或者是去曬太陽，我是沒有完全，及不想要做這件事情。後來，朋友推薦我使用一、兩個月的精油，感覺情緒與睡眠比較穩定及有效改善。後續，我就常常使用精油，使用安撫及安定情緒的精油可以降低焦慮，就是我覺得精油對我生活上的幫助很大，甚至現在我還兼差開始賣精油、推廣精油的好處。戒藥之後半年到九個月，身體的焦慮反應有慢慢減輕，雖然自己不喜歡且有被迫運動的感受，但認為持續運動帶來的幫助很明顯。康復關鍵點就是，我已經自殺過一次，那是傷害自己最大的一次，那既然老天不要我，那那個關鍵就是那我就好，好活著吧，那我讓我更好一點，這樣那也為了孩子好，為了我的家人，所以你就憑著這個一個關鍵點，你就讓自己慢慢地都好起來，所以我覺得要找到一個可能喜歡的事情，或者是一個動力的來源，一個可能想要自己變好的一個原因啊，是很重要的希望感。並認為要強迫自己做決心及找到一線生機就是老天不收我，我還有未完成的動力來自於小孩的幸福。

(六) 研究者的理解：

1. 克服歷程；理解建構經驗意義的脈絡性與結構面：

受訪者 B 從小未學習如何辨識情緒、與情緒共處，長期形成壓抑(Repressed

traits)人格特質，壓抑是不愉快的情緒、衝動、記憶和想法從你的意識中無意識地被阻止。忽然間就我覺得可能是我一直壓抑著，所以但我，自己沒有，察覺到這件事情，然後可能壓抑一段或者3天5天，我已經沒辦法了，我就會崩潰大哭，然後會失控，情緒會失控(B2-033)。首先由精神動力學派西格蒙德·弗洛伊德(Sigmund Freud)所描述，這種防禦機制的目的是盡量減少內疚感和焦慮感。B選擇慣性壓抑負向情緒，壓抑是完全自願鎮壓自我強烈的負向情緒，不回應外在事物的傾向，臨床上也時常出現失憶狀態。然而，雖然壓抑最初可能會有效地平息這些困難的情緒，但它可能會導致更大的焦慮。弗洛伊德認為壓抑會導致心理困擾。在心理上，壓抑會導致壓力、焦慮和抑鬱的感覺。接受負面情緒（而不是壓抑或壓抑它們）可以幫助人們更好地應對壓力並促進整體心理健康(梁詩詩、翁嘉英，2014；Corey Gerald.,2016/2017)。

也可能有一些行為跡象表明某人正在壓抑記憶、思想或情緒。他們可能難以談論自己的想法或感受，甚至在被問及時變得防禦起來。他們可能會感到麻木或採取下意識的行動（例如喝酒或沉浸在社交媒體中）來避免難受的感覺(Kessler, Crum, Warner et al,1997)。

B受訪者憂鬱症發病因子，遺傳因子及壓抑特質為發病要素(Ann M.Kring et al.,2016/2020)。從內在壓抑到外在恐慌症爆發，及病理厭食症狀出現，從嚴重的救護急診，到自殺行為的意外，從B生命故事中可以看見其發病框架視角架構模式，如何自我覺察克服困境其改善自我狀態，為重要研究方向

從B範疇克服歷程；建構經驗意義的脈絡爬梳，發現舊迴路(信念)的破除，仰賴團體自我探索學習，也從學習到如何覺察自我情緒與如何與情緒安心共處的體驗我以為張老師就是來聊聊天啊什麼的，那聊天我會。結果後來參加自我探索團體的時候，就開始探索跟感受情緒，然後我過程中就可能情緒本來都被我壓在下面的那些情緒，就慢慢的一個一個被挖、被挖出來。收穫就是現在，原來我有這麼多的情緒，然後不知道我有這樣子的情緒。那因為，我看見了這些情緒。就

會讓我再去回想到，我為什麼在前夫外遇事件發生的狀況，呃，為何，某一些階段，我會有那樣子的可怕行為，我發覺這個情緒被我壓抑住了(B3-028)。落實在日常學以致用的內在改變其舊有觀念。從 B 敘述從喝酒吃藥交替舊有行為，無法帶給 B 病情舒緩情況下，甚至更糟的狀況，也討厭目前反覆吃藥調藥的自己，也認為有吃藥與沒吃藥都一樣痛苦睡不著覺，那使得 B 乾脆就選擇不吃藥，豁出去了，哼！是呃，就算了，反正就覺得吃的也睡不著，呃！不吃也睡不著，那就乾脆不吃算了(B2-211)。內心激發出信念，激發出轉化及改善的動機，此經驗下產生新意識到逐漸轉好的新適應模式我剛因為我是忽然間完全就不吃了(B2-215)。所以我那一段時間，我最久有過 5 天都沒睡覺，最久真的是 5 天。所以我那天就睡了。我那天睡很熟，印象很深刻(B2-239)。

2. 精神官能症療癒因子；理解建構經驗意義的脈絡性與結構面：

從 B 範疇精神官能症療癒因子；建構經驗意義的脈絡主題敘述分類之下，聽音樂、瑜珈、藝術繪畫治療、游泳運動增能外，使用精油來安定身心，為其獨特經驗然後如果說因為我還是會焦慮，那我焦慮的時候，我還是會感覺呼吸困難，所以我就那時候就是會滴，可能滴一滴精油，然後在手心，然後搓一搓在鼻子聞(B2-246)。會比較安定，情緒就會真的好像比較沒有這麼焦慮(B2-247)。我現在還是會焦慮啊。哦，可是就是我覺得精油對我生活上的幫助很大(B2-253)。對，嗯，所以我現在早上就是要做一些，可能比較會緊張啊，會焦慮的事情的時候，我都先，就是搭配精油去去休息，去安定自己的情緒(B2-253)。學習與情緒共處，相當重要，另一方面也是學習與自己的焦慮、自己的恐慌相處，這樣的體驗歷程可見也是 B 的寶貴收穫。

五、 B 的分析與討論

(一) 探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何？

從 B 文本分析顯示壓抑特質及基因遺傳為主要病理影響我覺得可能因為從小報喜不報憂也有關係。然後呃，我比較獨立所以他們比較不會這麼擔心我啊

(B1-153)，因為我媽退休以後，他也是恐慌，是他先恐慌症跟憂鬱症，所以我就會更不讓她擔心哦。我們怕她承受不住，可是我那時候會沒有去跟家裡面的人訴說，跟求助，我覺得有一部分關係是因為如果跟他講了，他會擔心我，但是我自顧不暇了，我就沒有辦法去顧到我跟你講，我還要擔心你擔心我，我沒有多餘的心力去承擔這些，所以我寧願就自己就是扛著。嗯，然後就他(媽媽)看到啊，B 厭食症病狀瘦骨如柴的狀態，之後他就會直覺地就是很奇怪，那我覺得可能也已經壓抑很久了，(媽媽)那時候可能就說，哎呀，我到底怎麼了啊，這樣，然後我就哽咽，然後她就更確定有發生什麼事，然後她才知道，呃，那已經是呃，自殺出院以後的事了(B1-155)。Malizia(2003)指出遺傳是焦慮症增加的危險因子，該因子於大腦恐懼迴路的活動增多。杏仁核反應活動越大，越影響焦慮症。在這個群體中的人可能容易會感到焦慮、孤獨，甚至可能受到創傷，所有這些都會導致他們的心理健康受損(Blair, Shaywitz, Smith et al., 2008 ; Bukalo, Pinard, & Holmes, 2014)。

(二) 研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結為何？

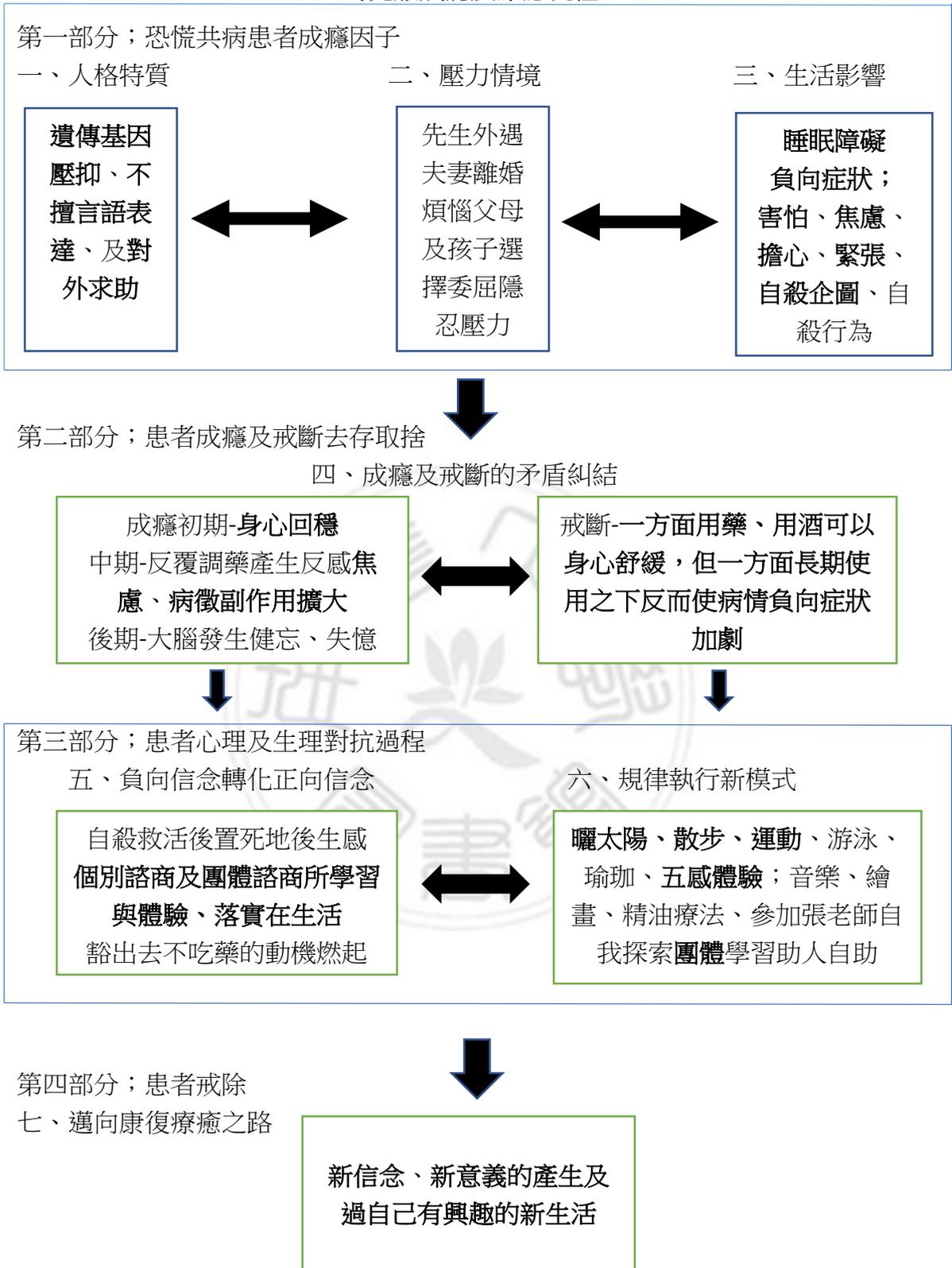
B 研究參與者治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結在於發病時期發現用藥優勢；初期藉由藥物使自己能睡覺及身心穩定外，能夠相對規律地照顧孩子與生活，假使 B 一個人獨處時，容易產生死亡意念，但因為有小孩在，會服藥避免再產生意念，及專注照顧小孩避免他們發生危險。我是有持續在服用藥物，可是只要我出門是自己一個人，我其實很常會有的念頭是死了就算了，就是我不吃藥嗎？那我開車，他發生危險的機率就比較高(B1-109)。但長期服藥的發現藥物劣勢是造成自己持續焦慮不安，因藥物產生健忘及失憶的情形，造成另一方面的困擾，如此拉扯，為難要繼續吃還是戒斷之下進而使用酒精替代。後續因為自殺獲救後身體康復了，用藥會讓 B 生活動力降低，才想到要戒藥的可能性所以我覺得，是因為身體狀態不好了，但是你狀態不好是因為我自殺，所以我已經我覺得算是一個分心的狀態嘛，不是說你一定要去把自己身體搞垮，然後來復原才有辦法？或許他就是一個，可以讓你想要，就是可以不完全靠藥物(B3-086)。那我

到底。這一段時間我到底在幹嘛？所以我就不想吃藥了。那這個念頭是在這中間就有，所以我就去喝酒，然後喝酒確實一開始是很好用的，因為它就是可以睡嗎，可是喝了一段時間之後就是呃，半夜就醒來就變成又睡不著，再過一段時間的時候，就變成說喝酒加藥物。然後覺得我有一段時間之後，好像又效果沒那麼好，就回診的時候反應，醫生說因為喝酒確實傷身，我就又回去，完全吃藥。就是一直反覆這樣子，然後就會覺得，那為什麼要這樣子(B2-108)。

(三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的心路歷程為何？

B 研究參與者在自殺獲救後的治療期間先照顧自己的身體，後照顧自己的心情所以那時候就也沒有多餘的心力去，照顧到自己心情的部分，我那時候，比較著重在怎麼把自己的身體照顧好，那之後身體就慢慢康復(B3-086)。慢慢的。也是會沒有辦法睡，但是會慢慢的藉由一些東西去改善睡眠的狀況(B3-046)。經文獻探討中吳人好(2021)藉由人際互動良性的學習之下，舊有行為亦有所轉變。B 藉由行為的改變曬太陽、運動、找人說話、聽音樂、畫畫改善睡眠狀況，來調整自己的心情運動，我覺得運動是很好的，畫畫也是很棒的，那畫畫、運動可能再來就是藉與人說話。其他一些可能比較沒有這麼，嗯，可能我的部分是精油啦，然後我運動有、我感受到畫畫也有、聽音樂，我覺得就是要看人(B3-051)。最終因為使用精油，生活狀態改善後，對身體及情緒有效果，可以出門過正常生活 嗯，我就是出門去不管去，我只是走走去 Seven 可能買個咖啡啊，或者是，呃，慢慢的走去小朋友學校啊，或者是到附近公園走一走，曬曬太陽，我覺得曬太陽確實也是有幫助的。對，因為我說我在服用藥物跟酒精期間，我是不想出門的，呃，我是什麼事情都不想做(B2-170)，來使自己走出不用藥物及酒精成癮之路。

B 的克服成癮及療癒流程



粗體字為三位研究參與者共有部分

圖 4-2 B 的克服成癮及療癒歷程圖 研究者自行繪製

第三節 C 的故事

針對 C 研究參與者在整體療癒歷程之內在經驗與感受，能更深入而真實的呈現結果，研究者先將以 C 個體在生命所遇情境中的視角所在出發，以第一人稱位置陳述，而後並以多元觀點揭露 C 研究參與者患病治療前後及走出成癮戒斷過程、重見陽光所經歷心境轉折各階段的內在經驗。

一、 C 的人格特質

(一) 恐慌症家庭成長之下的特質是善感、樂天、壓抑、鑽牛角尖及不擅表達：

從小出生於臺中市，家中有父母及兩個妹妹，在我的家族裡阿嬤、爸爸、妹妹都是恐慌症患者。父親是從嘉義鄉下到都市白手起家的商人，母親則是樸實的家庭主婦。宗教方面；家裡是信奉道教，自己本身是無特定宗教論，不過很尊重與接受任何宗教觀，我是非常喜歡新奇怪異的相關知識，如外星人、古文明、或身心靈的學習。不過因為我是家中老大，從小被教導必須做好榜樣，成績須優異、品行要良好，在課餘還要幫家庭做臨時工貼補家用。幼時父母對我的教育是表現優良就稱讚獎勵，若是自己犯錯，或者兩個妹妹犯錯，我要受連帶處罰且被嚴格管教，以至於我的個性倔強不服輸，但內心是自卑且怕失敗。其實我還蠻樂天的，我都是不會想那麼多，就是...念書啊、工作啊，然後..然後都不會勉強自己，盡量做自己喜歡做的事，所以我的日常生活其實是；沒甚麼壓力，但是我發現我的個性是壓抑的不太說自己的想法及感覺，還有我蠻敏感的也很容易為小事在意很久。

(二) 研究者的理解：

C 研究參與者從小在傳統恐慌症家庭成長，發病前生活輕鬆、愜意，沒有壓力，不勉強自己，盡量做自己喜歡的事情。但 C 自我發掘自己的個性是高敏感，鑽牛角尖的，並下意識的習慣壓抑自己的情緒及想法，也不擅於做言語表達。我發病前的日常生活，其實我還蠻樂天的，然後；嗯....我都是不會想那麼多，就是...念書啊、工作啊，然後..然後都不會勉強自己，盡量做自己喜歡做的事，所以我

的日常生活其實是；沒甚麼壓力，然後...還蠻...蠻，過的蠻鬆的，但是我發現我的個性是壓抑的不太說自己的想法及感覺，還有我蠻敏感的也很容易為小事在意很久(CI-001)。對於 C 初次晤談的整體印象是壯碩體格、斯文外表底下感覺個性靦腆、內向的大男孩樣貌，談話條理清楚，但談到夫妻感情時帶有失落感。C 陳述結婚陸續生下兩個孩子時期開始出現恐慌發、焦慮不安作及睡眠狀況不佳的情況，經自行就醫，醫師說罹患恐慌症合併憂鬱症，開始用藥及酒精交替的治療生活。

二、 C 的發病經驗對其生活影響

(一) 從小面臨父母吵架的分居事件，壓抑情緒及想法到崩潰，爆發導致產生喝酒、吸食安非他命、打架、鬧事行為：

家庭觀念很重視的我，小時候面對家庭成員之間的衝突或負面事件，時常讓我最困擾壓力事件為；父母在我國中吵架並分居，當時父母分居時要我選擇跟哪一位父母居住。那樣讓我的反應很憤怒、我時常脾氣暴躁、焦慮不安。我的想法是因為父母衝突吵架而讓我與家人感情疏遠冷漠，內心是需要家人之間愛的親情感而不是互相吵架紛爭的。這樣的情況影響了我少年時喜歡找人打架、喝酒、惹事生非的行為來發洩，那個時候我還有服用安非他命成癮的經驗。過一陣子，父母分居後叫我選擇跟哪一位父母居住的事情發生後，我時常自卑、不安全感、恐慌、害怕與家人疏遠感、孤獨感。心裡想我身為老大未盡責照顧這個家，而產生失望，感受麻木，每一天都被動地無助感的過生活。感覺是需要家人間的親密連結感而不是家庭成員之間的分離疏遠，那時候的我對一切人事物想法是無力無自我力量的，並對未來沒有目標無明確方向。

(二) 從原生家庭負向經驗，延伸到自我家庭關係互動、導致產生恐慌症、憂鬱症上身：

長大後、退伍後的我，面臨一些金錢壓力、養家的開銷，生活壓力，有時用信用卡借貸，不過也積極工作還錢，我想我最大的壓力還是在與太太衝突、吵架。

也有跟鄰居因為停車事情吵架，差點打起來。或是家裡父母與兩個妹妹的爭執，我就覺得好像不太能忍受，脾氣就很暴躁，抗壓力很低。然後就會讓自己覺得，壓力很重啊、生活不滿意啊，後來甚至就是發病了，每天很焦慮，有時候會煩惱一件事情，就會煩惱不完啊，坐立難安啊，然後就會不知道怎麼辦啊，然後就會覺得很痛苦這樣子，沒想到家人的這種病，自己也恐慌症與憂鬱症發病。我覺得在日常生活每天就很痛苦啊～生不如死，有時候最嚴重的時候，一早起來，就很焦慮、就很不安，一直到晚上，擔心到晚上，那時候就還影響我身體蠻多的。我從事游泳或潛水教練的工作，教課時恐慌發作，覺得自己快要暈倒了，覺得自己快要不行了，又在水裡，很怕就會這樣死掉，那時候就很不舒服，就趕緊上岸，那休息的時候覺得很害怕啊、頭暈啊、想吐啊，覺得自己好像要死掉了，然後就心跳加快啊。這件事情發生後，工作常常請假，沒有去教課賺錢，生活雪上加霜，就想要賣房子，想說房子賣掉有錢，不會為錢煩擾。不過還好那時沒賣，不然現在不知道住哪。那時常在家裡休息，就常常很不舒服，就是會坐立難安，然後就，擔心東擔心西的，那每天都很憂鬱，這個時間過得很久，大概有兩三年吧。在日常生活中，就讓我的工作沒有辦法，甚至感覺有點失能，就是走路走一走會喘，或者是時常的擔心害怕，就不想出門、不想工作，這樣子。當時怕爸媽他們擔心、操煩我的身體，就會比較隱忍，不跟他們說家裡發生的事或是自己生病的狀況，我都選擇壓抑不敢說。

(三) 研究者的理解：

C 研究參與者發病前生活輕鬆、愜意，沒有壓力，不勉強自己，盡量做自己喜歡的事情、C 個性善感，鑽牛角尖、不擅言語並壓抑自己，發病前遇到壓力可以調適，休息放假都會去找自己喜歡做的事。直到遇到家庭議題(原生家庭及現有家庭衝突爭吵事件後)形成主要壓力事件，導致發病後抗壓性變少，C 跟太太吵架覺得好難受，也覺得怎麼樣都排解不了。另外面臨生活養家的金錢壓力，有時用信用卡借貸，雖積極工作還錢，但也曾面臨工作教課時恐慌發作，覺得自己快要暈倒了、快要不行了的發病感，擔心工作在水裡，個案很怕就會這樣死掉例

如說：嗯...沒有辦法去教課，在教課的時後，嗯...恐慌會發作，曾經有一次就是，上課上到一半，然後，覺得自己快要暈倒了，覺得自己快要不行了，而且那時候又在水裡，很怕就會這樣死掉，那時候就很不舒服，就趕緊上岸，然後趕快叫別的教練去幫忙支援下面的課程(C1-011)，那時候就很不舒服，就趕緊上岸，C在家休息兩三年期間，工作沒有辦法做，甚至感覺有點失能，就是走路會喘，或時常的擔心害怕，退化不想出門、不想工作的狀態就讓我的工作沒有辦法...沒有辦法做，甚至感覺有點失能，就是走路走一走會喘，或者是時常的擔心害怕，就不想出門、不想工作(C1-015)。這樣的病情，C都選擇壓抑及隱忍，不跟家人表達自己的痛苦就跟爸媽出去的時候就會覺得。有時候就會擔心他們。擔心我的身體狀況，然後有時候就會比較隱忍，就不跟他們說家裡的狀況這樣。或是我自己的狀況這樣子(C1-017)。

三、 C 的治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結

(一) 使用藥物初期是想要壓制身心的不舒服，但經過三次調整藥物後還是有副作用，時常擔心、被害妄想及要想死掉的念頭：

醫師確診恐慌症，日常開始有點退縮，之後才又確診憂鬱症，那時半夜常常睡不著，或是睡到一半就起來，覺得很痛苦，白天在開車時會失去現實感，想要暈倒，心跳莫名加快，跳完後就會開始擔心這個狀況下一次會在出來。就醫初期吃藥的前半年期間，常常處於很氣憤當中，那時候我很害怕，可能怕人家來欺負，會隨身攜帶小刀，車子放棒球棍。那時跟太太的相處有非常多的衝突與不諒解，太太在我患病時不僅沒有給我支持，反而有一點指責跟嘲諷，我覺得這對我的影響非常非常大，也加重了精神症狀跟恐慌症的症狀。治療過程中身體很不舒服，想靠藥物壓不舒服。治療初期吃血清素，我非常的不舒服，睡覺時吃鎮定劑加安眠藥，白天血清素藥吃下去以後，就整個昏睡，常常在非常不舒服的狀態，那個不舒服就是暈到一個不行，就很像是很嚴重的喝酒醉，好像上下天地上下顛倒這樣子，維持了一兩個月。第二次醫生調藥，比較沒有

那種天旋地轉天地上下顛倒暈，反而是另一種副作用，常常乾嘔，幾乎每天早上都會有，很痛苦，還有感官放大，水龍頭沒關，水滴下來的聲音會刺到我的耳朵，很痛苦。第三次調藥自己的感覺就稍微好一點，副作用沒有這麼嚴重，不會天旋地轉也會感官放大，但還是會聽到不舒服的聲音跟乾嘔，這次藥吃了很長一段時間。同時鎮定劑與安眠藥也常吃，因為好像不吃就睡不著，隔天就沒精神，恐慌發作時就想要趕快吃一顆鎮定劑，那時候常常把藥隨身帶在身邊，以免有什麼不時之需，甚至連預防心臟的藥也都隨身攜帶，出門都一定大包小包，一定都帶多點藥在身邊才安心，那時候心理障礙是覺得沒這些藥不行，藥24小時在身邊，才會覺得安心，這樣一有不舒服我就吃藥，治療過程其實心裡還是蠻害怕的，本來以為自己要死掉了，甚至把遺囑等都交代好了。但看了醫生後似乎安心一點點，覺得這不是絕症。

(二) 使用藥物中期身心昏沉、渾噩，轉成酒精成癮，導致走路會喘、體力虛弱：

那時候就吃了，大概一年了吧，之後就覺得有好一點，但那時候的感覺就是昏昏沉沉的，渾渾噩噩的，都沒什麼感覺啦。不知道為什麼，那有時候也會常常自己哭啊，有時候自己起床的時候，或者是自己獨處，也常常在那邊哭，那就覺得不知道為什麼怎麼會心情這麼不好，那時候覺得有好一點就先不要吃藥，喝酒看看，藥就暫時先不吃，那時候就先不吃藥，我就喝酒看看能不能睡得著，我之後喝蠻大的，每天都喝半瓶 58 度高粱配啤酒才能睡著，就哪時候感覺是有一點酒精成癮，從依賴安眠藥跟鎮定劑變成依賴酒精，不過藥還是會帶著，想說不舒服我就吃。

有次與朋友喝酒，那時候喝到恐慌症發作，醉倒路邊，身體極度不舒服，很像恐慌症狀，我趕快吃了一顆鎮定劑，吃完後反而更不舒服，倒在地上，朋友把我送到急診，那時候我都叫不醒昏迷了。急診醫生就跟我說不能酒精跟那種鎮定劑這樣混合吃是很危險的，會有生命安全問題。那次我學到一個教訓，就是喝酒不能吃鎮定劑或安眠藥，兩個不能一起吃，那就輪流吃吧。我覺得我

藥跟酒精都有依賴，初期吃藥對安眠藥跟鎮定劑有依賴，吃藥一年後便昏昏沉沉，轉成喝酒讓自己睡覺，後期其實會依賴酒，好像沒喝也不行。第二年後變為用酒代替以後，我覺得這樣喝也不行，我的體重兩年間胖了 20 公斤，就覺得身體非常不健康，會喘。另一種不舒服，體力退化很多，想說可能是酒的問題加上憂鬱症與恐慌症。

(三) 使用藥物後期喝酒及藥物交替，導致昏迷送急診、乾嘔、手會發抖，萌生戒斷想法：

我用喝酒吃藥交替，我身體就是會變壞，體力減退，容易喘跟早上噁心，所以我那時候慢慢的就想說。喔，那我酒也不要喝好了，本來每天喝的就變成一個禮拜喝 3 天，那就是能不喝就不喝，慢慢調，慢慢的有達到目標減少喝酒的量，我想說沒有辦法改善，那至少先不喝酒、傷身嘛，因為人家都說喝酒會傷身體啊。其實人家也有講說吃藥還是也是會傷身體，那安眠藥也不要吃了，那就這樣子慢慢的減少吃藥的量，我常常覺得在減少的過程當中，我還是會覺得害怕，怕睡不著，很不舒服也會乾嘔，剛開始在減少的時候還是一樣不舒服啦，常常就是體力會變得很弱要暈倒，不知道為什麼，就覺得體力都退化很多，手會發抖啊。

(四) 研究者的理解：

從 C 研究參與者陳述來看，治療用藥過程是真的很煎熬的，一方面 C 期待用藥來壓抑身體的不舒服所以在治療過程開始，我身體就很不舒服了，然後後來就是開始吃藥，想說要靠藥來壓我的不舒服吼(c2-026)。但一方面又覺得吃藥很痛苦剛開始吃血清素的時候，我非常的不舒服，就是因為那時候就已經再難睡了，喔，那我那時候就吃藥啊，鎮定劑、安眠藥、血清素吃下去以後，就整個昏睡過去，那我覺得就可以睡，很久、很久，然後就常常在非常不舒服的時候，站起來幾乎是天旋地轉，那甚至都沒有辦法好好上站著好好上廁所，我記得最嚴重的是曾經還用爬的爬去洗手間，上廁所，再爬回來，床上(c2-027)，那感覺真的是暈到一個不行喔，就很奇怪，那個暈跟那個恐慌症的暈，覺得的很不一樣，恐慌症

的暈好像是就很飄，很飄浮的暈，這樣子。那個吃藥丸的暈，就很像是很嚴重的喝酒醉，那個暈，這樣子，暈到，好像上下天地上下顛倒這樣子。那後來就是吃了，大概好像初期、大概一兩個月都是這樣，很痛苦(c2-028)。

使用藥物中、後期期間，C 開始轉化為使用酒精來代替藥物的不舒服那時候就想說那就先不要吃藥，我就喝酒，看看，睡得著、睡不著喔，我那時候就喝蠻大的，我那時候每天、每天都喝酒(c2-041)，甚至 C 還藥物與酒精交替使用成癮我覺得其實兩個都會有，就是我在吃安眠藥，初期就是吃藥的開始一年，那時候會對鎮定劑、安眠藥會有依賴，可是吃完一年以後，覺得昏昏沉沉的想說，那就轉為喝酒來讓自己睡覺，那時候喝酒以後又覺得那其實也會依賴酒，好像沒有喝酒也不行，那也就是這樣(c2-046)，不過這樣的結果卻造成 C 身體嚴重的失能及退化在這兩年的期間，我從 75 一路胖到 95，那真的是胖了快 20 公斤，我覺得那時候就覺得身體就非常不健康，就覺得會喘阿，然後有時候換氣過度啊，那我覺得那個又是另外一種的不舒服，就覺得體力就退後很多，很容易覺得累，很疲倦(c2-048)，C 還曾酒精與鎮定劑混著吃，發生嚴重昏迷事件送急診急救學弟就把我載去醫院，醫院那時候就幫我調點滴啊、輸血啊，然後再幫我檢查，然後那時候醫生就跟我說不能酒精跟那種鎮定劑這樣，混合吃是很危險的(c2-048)，這樣不舒服的情況下，C 慢慢萌生想戒斷酒精及藥物的念頭。想法上酒也不要喝好了本來每天喝的就變成一個禮拜喝 3 天，那就是能不喝就不喝，慢慢調，慢慢的有目標減少(c2-049)，其實人家也有講說吃藥還是也是會傷身體的，那我想說那看可不可以把酒也戒了，那安眠藥也不要吃了，那就這樣子慢慢的減少(c2-052)，對藥物依賴成癮矛盾糾結是，認為身體不舒服，就依賴藥想壓抑不舒服，但無效後轉化為酒精依賴，還是另外一種不舒服，覺得依賴藥也沒用了、使用酒精也沒用，不知該怎麼辦才好。此時 C 心理萌生感覺這個藥及酒要戒斷，但是痛苦時還是有那不舒服的感覺就是剛開始在減少的時候還是一樣不舒服啦，那常常就是體力會變得很弱，這樣我常常在講啊。那出去走一圈就很喘啊。覺得要暈倒，不知

道為什麼，就覺得體力都退...退很多這樣子，那甚至覺得手會發抖啊，會一直抖這樣子，那整個人就頭重腳輕了這樣子就沒有很不舒服，不曉得這是不是戒斷症狀(C2-053)。

四. C 的心理對抗及生理戒斷的轉折心路歷程

(一) 物質成癮戒斷因子-從運動培養體力，從失能到增能，從低谷到平原：

我心裡也覺得說，要戒斷很不容易，我怎麼樣克服戒斷？我那時候就想說，哇，我體力不好，我就去運動好了，一開始只能用走的，就非常非常累，我就是靠散步走路，勉強自己每天走，剛開始 5 分鐘就不舒服、再來 10 分鐘那我想說再走看看，我是游泳教練出身的喔，我連走 5 分鐘 10 分鐘就會不舒服，開始試不曉得，我體力退化成這樣喔。那我慢慢，覺得可以走 30 分鐘耶。晚上要睡之前去走一下，那時候，我唯一舒服就是黃昏的這段期間，比較清醒比較有體力，我就去散散步，讓自己心情好一點，散步散一散，對身體也是有幫助，覺得好像好睡一點了，我就覺得可以繼續做這件事情。那時候在減酒、減安眠藥，我就規定自己每次吃完飯後去走路一下，每次覺得一邊走一邊唸：唵 嘛 呢 叭 咪 吽。我覺得，我的心情跟身體好像會稍微有一點力量感覺。初期散步回來再繼續喝一點酒，然後睡覺，好像就比較好睡一點，不用吃安眠藥，從散步完後喝點酒睡覺，慢慢調整為散步回來泡熱水澡，不喝酒不吃藥，也睡得著。走路到中期時，我大概可以走半小時以上，我覺得這樣子慢慢的感覺體力就越來越好，甚至還可以走到一個小時，這時候我就覺得好像真的還蠻舒服，那時走路除了唸六字口訣，也會甩手，這樣走經歷春夏秋冬，有時候也會走到流汗，就會覺得身體越來越好，甚至後期我走完以後，還會騎腳踏車出去，那時候我晚上每天會有一個多小時運動，也覺得身體越來越好，體重也一直下降，也比較有精神，這時心裡有種很喜樂、安心的感覺。我也會約上團體課的好朋友，每周幾個晚上去走路，就覺得越走越舒服，身體好像慢慢好一點，雖然偶爾還有那種頭暈、腳軟、心跳加快好像又再發作的症狀，不過這種不舒服感覺，慢慢

降低很久，那我覺得這樣的模式好像不錯，也可以幫助我慢慢減低喝酒或是服用安眠藥。心理的部分。那時候我有一個想法，連血清素也不要吃看看，就完全不要吃藥，醫生說這樣忽然不吃其實蠻危險的，問我自己評估可以嗎？我評估這樣規律的運動後，我毅然決然，我都不吃藥了，我一定可以好，我不要在靠酒、靠藥了，我把全部的藥丟到垃圾桶，然後不吃藥，結果也沒有怎麼樣。

(二) 物質成癮戒斷因子-與大自然對話，體驗受到愛及恩寵心路歷程：

當我體力越來越好時，覺得爬山對我自己也是一個很享受的情況，我覺得爬山很費力，每次我都慢慢爬，也會流很多汗，整個爬完山的過程真的好像就讓汗水洗滌我靈魂的感覺，也很療鬱。我覺得那個風徐徐地吹來，我讓我自己很有感覺，覺得那些田裡稻穗垂下來搖來搖去，好像在對我鞠躬，跟我說我好棒，我可以那麼辛苦從憂鬱跟恐慌好起來，山上覺得那個樹的氣息，聞起來好舒服，也彷彿在對我說話，說這是你應得的，這是我給你的禮物，我覺得那時候感覺好，覺得好棒。那時候爬山看到這些景色、聽到感受到這些感覺，我就覺得，全世界的人事物都是愛我的，都是很恩寵我的，我自己的身體與心，一樣也是愛著我自己，甚至最棒的是，連最裡面的內我、神佛裡面的我，也都是愛著我，我那時候覺得，我所在的四周都被這個愛包圍，我那時候覺得好快樂，我那時候覺得那個心、那個胸口都是那種充滿了溫暖的氣，通體舒暢好舒服喔。

(三) 精神官能症療癒因子-從諮商得到情緒慰藉、宣洩、自我管理及轉變：

後期不用藥後回診，醫生建議我去做心理治療，我想至少不用吃藥就去做諮商治療。心理治療的話，我覺得也是一個很大的一個幫助。我從小運動又是長子，人家常說；男兒有淚不輕彈，輸跟哭就是弱者，要堅強，那些苦都要忍耐。我以前常常用壓抑或忍耐或忽略的方式掩蓋情緒，但我發現這些情緒沒有不見，還是在深藏在我的心裡面，我有很多的委屈與生氣，可是從小到大沒有人教我說情緒、談情緒、處理情緒。我從小就養成習慣，就常常把那些負面的情緒都吞到我的肚子裡，我想，我從小到大都把情緒壓在肚子裡面，然後他受

不了爆發了，才用嘔吐的方式呈現。透過諮商，我可以學習到我怎麼樣跟情緒共處，當我學會與情緒共處，去表達我的負面情緒的時候，我突然發現我已經不會嘔吐了。我諮商時常常哭，吐訴各種苦。諮商師跟我說，沒關係哭不是壞事，哭是好事，讓我大大改觀，哭也是一件好事。每次去諮商、每次哭，哭完我就覺得回家蠻好睡的，我覺得透過諮商幫助對我很大。透過運動加諮商，整整過了半年，我覺得我的身體越來越好。最後一次回診，我跟醫生說，沒關係，我諮商還在進行，假如還需要吃藥我會跟醫生講，但目前就是不用，我心裡想，我好了，我要康復了。

(四) 精神官能症療癒因子-規律參與團體學習、人際支持、獲得激勵自我改善的契機：

我覺得規律也很重要、規律運動、規律參與讀書會的成員互相支持，只要是日常好的規律的習慣，病情痛苦感確實可以讓自己慢慢好轉。學習其實也很重要，我常常會去學一些身心靈，看心理、靈性的書，我也覺得看書也會讓自己很舒服，我有參加讀書會，一群比較好喜歡讀書的朋友，常常一人導讀一本書，團體上認識的朋友發起的讀書會，目的是希望我們的身心靈可以提升外，我們也可以互相支持，我初期發病就參加讀書會了，它陪伴我發病到痊癒，好幾年的時間，我常常不舒服時，成員也都很關心，支持我，然後有時候也會幫我一些辦法、成員們也會陪我去走路，我覺得這是一個很安定的力量，可以在不舒服的期間走過來。當時常常跟太太有衝突，最嚴重時會想說自殺，死一死算了，那時候也會跟鄰居吵架，也很生氣，甚至計畫說把他殺死自己再自殺，也在心中演練了幾遍。日常壓力還是會發生就夫妻吵架、鄰居衝突，我還是很不舒服，還是想要用負面的方式來解決問題，但我從團體學習到轉念，想說日子還是要過，我就照我日常舒服的模式這樣過，這負面念頭就讓它在腦海飄，看它慢慢可不可以飄掉。我某天在散步中有產生一個新想法是，跟家人與太太保持距離，不過份干涉，讓自己有獨處的空間，回到自己，也減少了一些家人

的衝突，相對地討厭的人也是。也在讀書會中讀到一些漸凍人、受不公平對待的女性，它們可以努力的在有限的生命中生活啊。我覺得在讀書會中讀到很多正向的力量，對我都是有很大的鼓勵啊。這些鼓勵好像在刺激我內心運動員的魂，我們可以失敗、可以低潮、或是曾經走過人生低谷的人，我們還是有力量爬起來，對我來說是一個很重要的信念。這個信念也在呼籲我其實本來就有種正向的力量，可以好起來。我覺得這個就是，可以幫助我走過這麼不舒服的原因的例子。

(五) 精神官能症療癒因子-關鍵是正向心態來學習如何幫助自己、愛自己、利用資源讓自己更好：

規律的運動、規律的人際互動、保持正向的心學習，關鍵是學習，人很多事情都可以學習，生活技能或心理健康，不學習就很多錯誤自我固執的認知，停留在自己的一個軀殼裡面，透過人際學習、自我的讀書或體驗，可以突破自己的軀體(執著的想法)，去開闊自己的世界。沒有學習，沒辦法擴展自己的想法，壓抑情緒，沒有學習抒發情緒就會生病，不學習沒有辦法改善，就會往壞的地方走，學習積極就醫、自己怎麼樣去學習，讓自己更好，我覺得這都很重要的。另一個關鍵點是，學習了以後怎麼幫自己，又怎麼利用這些學習的來幫助自己，或利用這些資源讓自己更好我覺得很重要，我覺得那個愛自己是很重要的，先要回來愛自己，讓自己好，讓自己可以活得下去，讓自己可以越來越好，你才沒有辦法被現實狀況打敗，你才沒有辦法被你的困境所打敗，我覺得這個也是很重要，我覺得這個是一段很長的路，需要自己去體悟、自己走。那我希望我這一個談話可以對後面的人會有一點幫助！需要也可以讓大家學到這樣一個經驗，對有憂鬱症跟恐慌症的人有一些參考這樣子。

(六) 研究者的理解：

1. 克服歷程；理解建構經驗意義的脈絡性與結構面：

受訪者 C 高敏感特質(High sensitivity)與壓抑特質(Repressed traits)人格特質都相同喜歡用比一般人沉默、壓抑的負向情緒回應事物的傾向，臨床上「五種

類型人格」(Big Five personality traits) 分類的「內外向人格」(Extroversion & Introversion), 是為貼近高敏感人格的概念(賴建翰, 2009)。C 也同樣用逃避及忽略負向情緒, 互相拉扯之下, 堆疊出憂鬱症發病因子, 並在遺傳因子加乘下, 恐慌症家庭基因遺傳加強 C 的固著思考中舊有框架視角架構模式, 如此同樣舊信念, 如何自我覺察克服困境其改善自我狀態, 為與其他兩位相同重要研究方向(Kessler, Crum, Warner et al, 1997)。

從 C 範疇克服歷程; 建構經驗意義的脈絡爬梳, 發現舊迴路(信念)的破除, 除了運動增能外、仰賴學習, 也從團體人際互動經驗中體驗在日常學以致用的內在改變其舊有觀念。從 C 敘述的從喝酒吃藥交替舊有行為, 無法帶給 C 病情舒緩情況下, 甚至更糟的狀況, 昏迷急診送醫, 此經驗下產生新意識到希望體力轉好, 去走路運動的新行為*那心裡也是覺得說, 哇! 要戒斷, 這樣是很不容易啊, 例如說我覺得, 鎮定劑啊或是酒, 要戒真的是很...很...很不容易。那, 那我怎麼樣克服戒斷? 這個我那時候就想說, 哇, 我體力不好, 我體力減弱了, 我就去運動好了(c2-055)*, C 選擇身體狀況舒適的時間運動, 散步也會讓心情變好, 遠離憂鬱, 從勉強自己開始到持續維持規律運動模式, 從簡單到慢慢增加運動量, 循序漸進之下, 使 C 研究參與者, 體力慢慢增強, 身心也得以轉化*我那時候就是一剛剛開始, 我就是先從家裡周圍散步開始。好那我...欸, 我後來覺得散步散一散, 其實覺得對身體也蠻有幫助的, 欸...好像好好睡了一點欸, 好那時候我就慢慢的覺得說, 我就可以去繼續做(c2-058)*。C 也會與團體成員每周相約一起走路約我的好朋友, 因為那時候有去參加一些讀書會嘛! *那就去約我讀書會的成員, 然後就會...一起去晚上的時候一起去那個臺體大的運動場走路, 我們就好像一個禮拜三, 每個禮拜三, 1 次去那裡走, 我就覺得, 越走就越舒服, 然後就覺得身體好像慢慢的好一點(c2-062)*。雖然 C 偶爾頭暈、腳軟、心跳加快好像又再發作, 不過這種不舒服感, 慢慢降低很多, 這樣模式幫助 C 慢慢減低喝酒或是服用安眠藥的副作用*那我覺得這樣的模式好像不錯, 也可以幫*

助我。慢慢的減低啊，喝酒或是服用安眠藥的一個機率就是靠走路這樣子(c2-064)。

2. 精神官能症療癒因子；理解建構經驗意義的脈絡性與結構面：

從 C 範疇精神官能症療癒因子；建構經驗意義的脈絡主題敘述分類之下，發現 C 壓抑與困擾破除固著觀念的因應模式；透過諮商與團體學習、經驗中再落實生活下透過諮商，我覺得我可以學習到我怎麼樣跟情緒共處(C3-094)，我好像學習了，怎麼樣跟情緒共處的時候，我忽然就不會覺得每天早上起來想要嘔吐了(C3-095)，跟情緒共處，去表達我負面情緒的時候，我突然發現我已經不會嘔吐了(C3-096。)不斷的規律學習、並同樣透過團體互動體驗來激勵自己引發正面思想的狀態出現新的信念那我也覺得就是說在讀書會當中，啊我也常常讀到一些漸凍人的資訊啊，比如說台灣有個很有名的胡庭碩啊。或者是一些...例如說:在中東地區有一些女性，她們受到一些不公平的對待，可是他們還是努力的向上唸書啊，或是漸凍人啊。他們可以努力的在有限的生命中生活啊，我覺得在讀書會中讀到很多正向的力量，對我都是有很大的鼓勵啊(C3-104)。C 先要求回來愛自己，讓自己好，讓其可以活得下去，造成 C 越來越好，當壓力事件再度發生時，就沒有辦法被現實困境打敗那我覺得我剛剛講到那個自己是受恩寵的啊!自己是被大地啊!四周一切所愛啊!我覺得當你不愛自己的時候。那這些怎麼樣能愛自己呢?我說我覺得這個關鍵就是雖然很自私啊，可是我覺得那個愛自己是很重要的，因為你先要回來愛自己，讓自己好，讓自己可以活得下去，讓自己可以越來越好，你才沒有辦法被現實都要打敗，你才沒有辦法被你的困境所打敗，我覺得這個也是很重要(C3-127)。團體中的人際支持力也是對於 C 來說是相對的療癒因子那我覺得這個讀書會，大家也陪伴我，從發病到痊癒，好幾年的時間，我常常不舒服的時候，我在那裡讀書會完以後，再跟我的成員說，那我成員們也都很關心我，很支持我，然後有時候也會幫我想一些辦法(C3-107)，那甚至我剛剛說到，就是我們每個禮拜三會去運動場走路，那他們也會

陪我去走，我覺得這個也是一個很...很安定的力量，讓我可以這麼不舒服的期間，然後走過這樣子，我覺得讀書會啊...學習的力量就會讓我感觸非常深啊(C3-108)。

當激發起 C 要康復的動機時，病情改變終將發生刺激我，那個運動員的魂，就是我們其實是可以失敗，或者是我們其實是可以低潮，或是我們曾經是可以走過人生的低谷，那可是我們還是有力量可以爬起來，我覺得這個是對我來說，是我是一個很重要的，一個在讀書會中學習到的一個信念，那他也再一次的呼籲、我說其實我本來就有這種正向的力量、可以好起來，所以我覺得這是一個很好的一個例子，我覺得這個就是，可以幫助我走過這麼不舒服的原因(C3-108)。我那時候就毅然而然在我可以走 40 分鐘，然後騎腳踏車半個小時多，將近這樣一個半小時的每天這樣的規律的運動下來以後，我就毅然決然的說，那我都不吃藥了，我覺得我可以好，我覺得我...我一定可以好，我不用再靠這個酒、靠這個藥了，我就把要全部丟到垃圾桶，然後就都不吃，然後不吃的結果、覺得好像也沒有怎麼樣啊(C3-087)。最後回診，那醫生是跟我說，那你假如不舒服的時候，你要吃，藥重新要吃都可以，那我也跟他說沒關係，我諮商還在進行，那我假如真的要吃，我再跟醫生講，那我目前就是不用藥這樣(C3-100)。C 走過低谷，真的戒除藥酒癮康復了。

五、 C 的分析與討論

(一) 探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何?

受訪者 C 本身的發病經驗整理出來，符合泛焦慮症的共同發病危險因子；諸如遺傳基因是焦慮症增加的危險因子，憂鬱症也有家族中度遺傳性(Malizia,2003)。易感性、認知、情緒的壓抑等，都可能是症形成的「素質」，也就是這些易感因子不管是否形成畏懼症，都將形成制約經驗的背景脈絡(David A. Clark & Aaron T. Beck,2020)。受訪者 C 本身生理、心理的不適感嚴重影響其日常生活，心理焦慮不安我覺得在日常生活每天就很痛苦啊~生不如死，啊有時候最嚴重的時候，一

早起來，就很焦慮，就很不安，一直到晚上，擔心到晚上，那時候就還影響蠻多的啊(A1-010)，生理上在恐慌症的發作上課上到一半，然後，覺得自己快要暈倒了，覺得自己快要不行了，而且那時候又在水裡，很怕就會這樣死掉，那時候就很不舒服，就趕緊上岸，然後趕快叫別的教練去幫忙支援下面的課程(A1-011)。發病經驗對於 C 的生活品質影響較大的層面之下，A 感到痛苦萬分那時候就常常在家裡休息，那常常在家裡休息的話，就常常很不舒服啊，就是會坐立難安，然後就，擔心東擔心西的，那每天都很憂鬱，這個時間過得很久，大概有兩三年吧(C1-014)，為依賴藥物及酒精成癮立下啟動因子。

此外，C 身體功能失能狀態嚴重及藥物或酒精戒斷症狀明顯那不舒服的感覺就是剛開始在減少的時候還是一樣不舒服啦，那常常就是體力會變得很弱，這樣我常常在講啊。那出去走一圈就很喘啊。覺得要暈倒，不知道為什麼，就覺得體力都退...退很多這樣子，那甚至覺得手會發抖啊，會一直抖這樣子(C2-053)，交互影響下，身心的危險性也比較高(Association, 2013)。Cheng (2013) 提出恐慌發作的認知模式以過度注意身體改變，形成身體敏感的災難式錯誤認知解釋，C 從小發展出特質看來，身心狀態以高敏感的焦慮反應來面對人事物，區分 C 情緒易怒、無法調控是否為高敏感引起，此非正常的焦慮反應使 C 日常生活及應對上深受困擾(Cheng, A. T.-A. et al., 2013)。

(二) 研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結為何？

藥物成癮性格及戒斷症狀理論上認為其行為是一種自己可以控制的模式，其使用酒精亦是。當 C 的情緒處於憂鬱及焦慮狀態，才會使用藥物來減輕症狀，當使用藥物發現初期可以使自己穩定的方式沒有達到時，交替酒精的濫用變成無法避免可能性(李世代，2002；洪芬芳，2008；劉淑言，2008；Weissman et al., 1992)。從 C 藥物轉化為酒精依賴感到自行減藥的過程，發現確實是為難與矛盾糾結那睡覺還是要吃安眠藥，那鎮定劑還是吃，那就這樣持續了...大概又在半年，那就是大概一年的時間這樣子，那時候就覺得非常非常依賴藥啊。沒有要的時候就會

恐慌啊。會害怕啊。所以我剛剛說到我都要帶著(C2-034)，那就先不要吃藥，我就喝酒，看看，睡得著、睡不著喔，我那時候就喝蠻大的，我那時候每天、每天都喝酒(C2-041)。在這兩者之間的為難矛盾糾結由此看出，C 一方面想吃藥壓制病情所以在治療過程開始，我身體就很不舒服了，然後後來就是開始吃藥，想說要靠藥來壓我的不舒服吼(C2-026)，C 吃藥時不舒服治療初期的時候啊，歐!!我那時候記得，印象最深刻，剛開始吃血清素的時候，我非常的不舒服，就是因為那時候就已經再難睡了，齁，那我那時候就吃藥啊，鎮定劑安眠藥血清素吃下去以後，就整個昏睡過去，那我覺得就可以睡，很久、很久，然後就常常在非常不舒服(C2-027)。

藥物濫用之戒斷一般是在停止用藥後快速產生，安眠藥戒斷症狀主要以焦慮、憂鬱、躁動、失眠、心悸與譫妄為主(高家常，2008)。然而受訪者 C 明顯戒斷症狀為我覺得那時候就覺得身體就非常不健康，就覺得會喘阿，然後有時候換氣過度啊，那我覺得那個又是另外一種的不舒服，就覺得體力就退後很多，很容易覺得累，很疲倦，然後常常會喘，那我想說是不是？就是酒的問題，那又加上是憂鬱症、恐慌症的問題(C2-048)，常常覺得在減少的過程當中，我還是會覺得害怕，會覺得說... 會睡不著，很不舒服它還是會持續的乾嘔這樣子，我覺得好像都沒有辦法改善啊(C2-050)。當有戒斷症狀出現時，對於 C 來說減藥、酒交替使用時，身心狀態居然是痛苦的，對自己體力也造成直線下降的影響。C 個案藥物及酒精從減量到完全戒除則是相當不容易的，因為酒精復發性是非常高的(李世代，2002)。

(三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的心路歷程為何?

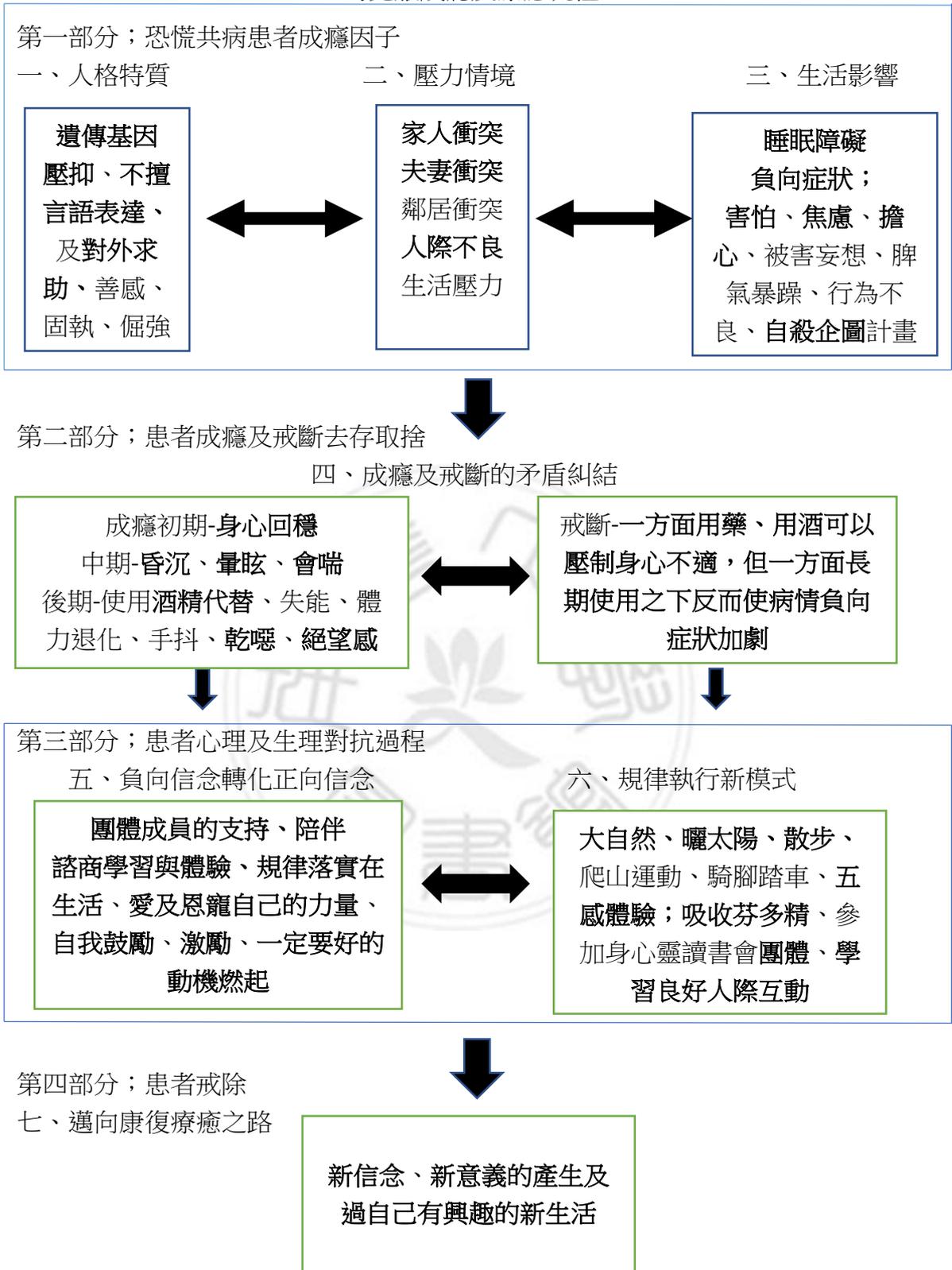
認知治療 (Cognitive Therapy)的目的在去除不良的思考內容、扭曲的思維路徑、不一致與不連貫的思考，讓思考具體化(Kingdon & Turkington,1994)。C 透過諮商及團體學習，改變自我舊觀點、創造新信念。精神官能症與物質成癮症狀是 C 受困於壓抑內心無法情緒流動及抒發、宣洩的結果(Corey Gerald.,2016/2017)。

發病之前，我常常都是用壓抑的、用忍耐的或是忽略的去掩蓋我的情緒，那我其實其實...我後來發現，其實這些情緒都沒有不見，都好像藏在我的肚子裡面或是藏在我的...我的...我的心裡面，我覺得就有很多委屈啊，很多生氣啊。可是我從小到大都沒有人教我怎麼樣去說我的情緒，談我的情緒(C3-091)。C 透過諮商達到的效果及團體；所以我覺得透過諮商，我覺得我可以學習到我怎麼樣跟情緒共處(C3-094)。C 透過團體諮商達到的效果；我覺得在讀書會中讀到很多正向的力量，對我都是有很大的鼓勵啊(C3-094)。

協助成員療癒的改變；若成員的困擾或問題與他的發展或長期適應有關，不是具體的生活事件或人生事件，則需要進行治療性的改變。團體治療師便得運用諮商與治療的適當技術，以及治療的原則來協助成員，這樣的成員則很依賴治療師的功能和運用治療因子來協助其改變。在團體動力成員共享關係階段；可以觀察與理解每位成員的人際模式與特徵，以及在團體中的角色和位置；對於形成以及次團體的成員，可以觀察其在次團體內的角色與相互的依存關係(Yalom, & Leszcz ,2022)。

C 療癒的關鍵點在於不斷的多方學習，希望感的建立是團體諮商的一個基本要素。也適用於個人諮商，特別是對於那些可能已經看不到希望的成年人。包括個別諮商與團體諮商中所獲的資訊分享和認知的教育是療癒發揮的功能之一(Yalom, & Leszcz ,2022)。並從經驗中學以致用，並且利用自我覺察，自我激勵，再次鼓勵自我的循環下，就發展出自我生出力量我就毅然決然的說，那我都不吃藥了，我覺得我可以好，我覺得我...我一定可以好，我不用再靠這個酒、靠這個藥了，我就把要全部丟到垃圾桶，然後就都不吃，然後不吃的結果、覺得好像也沒有怎麼樣啊(C3-087)。學習體驗下使其 C 達到療癒之路。

C 的克服成癮及療癒流程



粗體字為三位研究參與者共有部分

圖 4-3 C 的克服成癮及療癒歷程圖 研究者自行繪製

第四節 綜合分析與討論

本研究旨在探究合併憂鬱症的恐慌症患者治療中依賴藥物之經驗與戒斷及療癒歷程，採用質性研究方法，以半結構訪談為主要蒐集資料方法，並以敘說研究「整體－內容」分析方式進行資料彙整，而後主題分析與詮釋。研究參與者皆為三位成人因受精神官能症共病所苦，從依賴藥物成癮到完全戒斷藥物達到身心痊癒過程，本論文研究結果與研究目的有所對應。對於未來恐慌症共病患者為研究主題之研究，亦提出研究建議，以供後續研究者參考。

本章前三節由研究參與者的生命敘事直線脈絡，由三位受訪者第一視角上而下論述研究結果呈現與討論。第四章第四節則由多元觀點論述，依三位受訪者結果呈現相互對照共同點做交叉比對與討論；

一、 共同之背景脈絡討論-人生中意外的挑戰

三位受訪者的成因背景及療癒歷程雖各有不同，但也在分析當中，挖掘到許多的共同之處，也有許多雖相異，但卻有著共同核心之處，在此章節會更加仔細的說明及討論，以利於回答後續相關研究問題。

(一) 壓抑的性格特質：不擅表達及向外求助：

從訪談資料中，可發現三位受訪者都有提到關於自我陳述中，同樣的部份特質如下：

A1-010 因為我這個人，容易緊張啦，又是完美主義者，又容易緊張又怕什麼事都輸給人家。

A2-039 其實人啊，我說真的啦，說真的啦，有事情的話，你還是要說，以前我們都太壓抑了。

A2-040 都怕被人家笑，為甚麼別人家都沒事情，我們家就有事情，就是怕人家笑、怕被評判。

B3-001 我覺得是，因為他也有跟我講說，因為就說我以前就是一個報喜不報憂的人，就跟我朋友也是這樣，對我那時候可能唯一知道我，呃一些比較憂傷或

者比較擔心的一些，像這種焦慮的情緒。

C1-004 但是我發現我的個性是壓抑的，不太說自己的想法及感覺，還有我蠻敏感的，也很容易為小事在意很久。

C1-017 那確實在爸爸媽媽互動上，就會讓自己覺得很不放心。就是出去的時候，就跟爸媽出去的時候就會覺得。有時候就會擔心他們。擔心我的身體狀況，然後有時候就會比較隱忍，就不跟他們說家裡的狀況這樣。或是我自己的狀況這樣子。

根據整體分析之後，可以察覺 A、B、C 三受訪者對於自我敘述上都是傾向於壓抑之特質，從小到大的成長過程中，都不願將內在相對脆弱的狀況與事件告知其他人，因此可想見周圍的系統支持也較難介入及協助，對自我情緒的狀態也較難察覺。

從此部分了解到，三人對於自我特質的背景敘述上，都有提到較少對他人傾訴心事，也較容易將負向情緒及觀點埋藏在自己的心中，符合過去文獻中，吳人好(2019)的恐慌症之人際經驗研究中指出的恐慌症者傾向在關係中以壓抑的形式進行互動，以及李慧芳(2004)所提到的負向認知及神經質，恐懼制約的傾向等，相關易感因子，都極容易成為潛在的患病之背景脈絡。

(二) 情緒中不斷頻繁現身擔心、焦慮、害怕、憂鬱、恐懼：

根據 DSM-5 中出現的情緒相關症狀，三位訪談者的情緒都有出現非常明顯的負向情緒，進而影響他們的身體及一般生活；而在過去心理相關之精神疾患研究中，以認知觀點出發，聚焦於如何解釋身體的負向症狀，也認為此負向認知可能會進而影響身體感受，讓發病者的發生頻率及強度增加，此部分也符合三位受訪者，因對於症狀的擔心及害怕，造成更加緊繃的精神狀態(Association, 2013)。

A1-020 那說到這個，應該每個家庭都有事情，或是他面對的事情，有很大的壓力哦，我們是害怕或者憂慮、煩惱過癡，一定是這樣子引起的。

A2-018 害怕，也不想見人，不想見人，不想見任何人，像朋友，有時我們鄰居

嘛，有兩三個就跑來!跑來!我房間，我說，你們先走拉，我心裡就想突然跑來我房間幹嘛。其實他們都是關心的，其實是自己不想見人的。

A2-038 你根本整個人提不起勁吶，你走路就感覺像老太婆一樣，就是整個人生失去了光明、光芒。黑暗你如果想著說，我猶豫了、我好難過、我想不開，為什麼會發生

A3-022 我們常常都是!包括我也是啦，我以前也是就這樣這樣繞繞繞繞不出來，所以這樣子內心的打擊那種，呃，那個打擊還有那個苦痛不已啦。說真的苦痛不已。

B1-112 然後會全身緊繃。然後呼吸困難，然後全身顫抖。哦，然後，身體的狀況大概可能就是這樣吧，完全沒有辦法放鬆。

B1-113 心理的部分會害怕，嗯。會很擔心。

B1-116 會很，就是很焦慮。覺得很不舒服，對發作的時候那個因為太不可控制了，所以我很害怕再發作，可是他就發作了。

C1-008 那...我發病以後啊，這個壓力其實，就覺得好像抗壓性比較少，例如說：跟太太吵架以後，就會覺得好難受喔，就覺得怎麼樣都排解不了，

C1-010 然後就會讓自己覺得，壓力啊、甚至就是讓發病，或者是讓人家很焦慮，有時候會煩惱一件事情，就會煩惱不完啊，坐立難安啊，然後就會不知道怎麼辦啊，然後就會覺得很痛苦這樣子，

C1-011 最嚴重的時候，一早起來，就很焦慮，就很不安，一直到晚上，擔心到晚上，那那時候就還影響蠻多的啊，

C1-012 那自己就在上面休息，那休息的時候覺得很害怕啊、頭暈啊、想吐啊，覺得自己好像要死掉啊，然後就心跳加快啊，那在旁邊休息，後續就換衣服回去休息，那是我印象當中最嚴重的事，然後我的教練同事還問我說：你怎麼不休息一下再回去，就換衣服回去

C1-014 會坐立難安，然後就，擔心東擔心西的，那每天都很憂鬱，這個時間過

得很久，大概有兩三年吧，然後就看醫生確診了嘛，憂鬱症併發恐慌症，
那時候甚至很害怕，就是，冬天，因為沒有陽光很不舒服，

C2-021 喔，很不舒服那時候，很痛苦，那些日子，就整天很焦慮，不曉得在擔心什麼，害怕什麼，一整天都坐立難安，哀好痛苦喔

從訪談對話中，可以發現與未發病前不同的是，這些過去可以自行排除之情緒，都逐漸失去控制，不僅影響工作，更是讓生活品質大幅下降，且在面對不同的身體及精神狀況的過程時，很容易引發更多的不安感，進而產生恐懼，加深負向情緒的影響性。

(三) 引發身體之相關負向症狀（暈眩/心悸顫抖/失眠/失能/絕望感）：

除了上述提到之情緒狀態，也會引發相關身體症狀，如同張家銘(2019)及第二章文獻相關研究中提及，精神官能症共病患者包含身體各部位之不明疼痛感，肌肉緊繃所形成之痠痛，免疫力低下等等不適的身體疾病，甚至有可能形成慢性疾患及中風、心臟病等疾患相當一種疾病加兩種疾病以上(Newman, .Moffitt,Caspi et al.,1998；Newman,Schmitt,Voss,1997)。

A2-001 喔。那時候當然有時候心臟啦，頭暈啊頭痛啦，都會兼具都有。頭痛，

A2-005 心臟不舒服。

A2-019 我覺得這樣就很痛苦。

A2-059 就是全身無力無力站不起來，像老太婆站不起來。

B1-071 我這兩種藥是一直放在床頭，我只要半夜醒來，我就床頭，一定會有安眠藥跟抗焦慮的藥跟一杯水，我只要一醒來我也不管我是不是還在頭暈的狀況，因為吃安眠藥，如果藥效還沒退醒來可能去廁所，還是怎麼會有一點頭暈。

B1-079 我有好幾次是恐慌症發作，然後救護車載我去醫院的對，然後我才知道呢，就是那時候送去急診室，然後我那時候狀態是我沒有辦法呼吸，然後我會全身一直動，哼，很。本來是只是比較輕微的，但是可能因為症狀越

來越嚴重，所以我是全身。發抖，全身。

B1-081 對，就是我會沒有辦法呼吸

B1-082 就是我一直吸不到空氣，然後我會全身一直劇烈的顫抖，然後沒有辦法，就是可能好好坐著，或是好好躺著就是你躺著也是全身一直抖這樣，所以最後是救護車上來扛著那個擔架，把我送去醫院急診，然後醫院那時候也是打了幾隻點滴我都沒有緩和。

B2-064~066 會暈眩。呃，會有一個過程才到暈倒的狀態，對。

C1-015 就讓我的工作沒有辦法...沒有辦法做，甚至感覺有點失能，就是走路走一走會喘，或者是時常的擔心害怕，就不想出門、不想工作，這樣子。去工作這樣子？

C2-023 然後再去然後也覺得常常會有，嗯...恐慌的症狀，例如說：開車的時候會在高速公路上會害怕，然後會失去現實感，然後會有想要暈倒，然後再來就是，會莫名的心跳加快。吼，然後這個是...忽然之間就會開始，然後開始完了以後，下一次就會擔心說這個狀況會再一次出來，因為覺得很很不舒服，那在這個，嗯...還沒看診之前啊，也有去送過急診室，做做送急診。

從上述資料中可以注意到，因衍生的生理不適狀況，會非常大程度的影響工作及日常生活，降低一般活動或是休閒的意願性，一般的外出行動也會形成不安及焦慮感，擔心自己的狀況會影響周圍人，嚴重到身心失能，甚至產生急性症狀而需要就醫的情況出現。此狀態也可符合過去文獻中，陳秒孜(2008)提出之關於恐慌症患者的生活品質相關研究中，可以發現在整體健康及心理、生活、人際相關等範疇中，患者的生活品質得分均低於一般健康者，且達顯著差異；綜上述之狀況，三者不僅是情緒上的波動，身體上也會出現非常大強度之不適之症狀，且頻率已嚴重影響到一般日常生活，可想見也會增加相關性藥物的使用，此可視為形成藥物使用的重要背景因素之一 (Freeman,1992)。

(四) 對於藥物及酒精的依賴與矛盾之糾結產生：

因上述的個體負向狀態已嚴重影響到日常生活，因此 A、B、C 三位受訪者皆有就醫取得診斷，並得到相關症狀適應之藥物，但因對於藥物的認知及信念不同，影響用藥狀況，並在此過程中，對於是否使用藥物，使用的頻率及用量，產生擔心與不安。如同過去 Ann M.Kring (2016)的研究中指出，治療初期需要依靠藥物，而進入到藥物戒斷的初期，酒精很容易成為替代物質，進一步的造成成癮性格。而在這一部分中，每一位對於藥及自我的狀態有不一樣的解釋，先以當中舉 A 受試者為例：

A3-025 反而那時候覺得自己的力量已經拿出來了，你一定要靠剛剛講過的!你自己的力量拿出來!你。你都說真的了，你都比醫生還厲害。醫生，他們只會開藥而已，說真的，你力量拿出來那是不得了的，力量就在你的手中了。一切你都不用害怕了。

A3-029 就完全不吃，我就全部扔掉了啊，我把有憂鬱症的藥我就丟在垃圾筒，我不吃，我已經告訴我自己，我不吃了。

A3-030 對呀，當然我不吃了。哎呀，這是一種壓力呢，吃藥是一種壓力，但又不會好，什麼蛋白素、蛋白清、什麼血素，我突然忘記。

A3-033 我那一次，為什麼我扔在那個垃圾桶的時候，我為什麼沒有!...哈哈，仰天長嘯，哈哈笑個幾聲，

此 A 受訪者對於藥相對較少依賴，視吃藥為一種壓力，因此想依靠自己的信念及行為，讓自己不再使用藥物；在這過程中強調自己的力量，並相信自己能夠對藥物的依賴性是有所控制的。不同於另外兩位 B、C 訪談者對於用藥的理解及反感，此為 A 受訪者對於藥物的信念顯得較為不同，視藥物為一種壓力，但依然相信自己能夠有克服的能力及自我療癒力量，Barbara J. Huelat & Thomas Wan (2019) 指出「我們每個人體內所蘊含的自然療癒力量就是邁向健康大道的最大力量。」療癒是由個體內部慢慢孕育形成，再逐漸向外蔓延展開出去。先不論對

於停藥的危險性，本身能夠產生對自我力量的信心及信念此項認同也與三位受訪者動機相同，也極有可能是受訪者復原的一大動力來源。

B1-072 有一點像喝了酒喝茫了的那種感覺，對，所以我也不管，因為反正我就是藥效，可能慢慢在退了，然後我就醒來，我就會直接再吞一次藥。其實我那時候服藥的劑量是過度的。

B1-073 哼，因為我不敢醒來，我很害怕醒來這件事情。

B2-057~B2-062 一開始吃藥會比較安心，可是到中後期吃藥會比較擔心。

因為怕第一怕藥效很快就過。第二怕藥物成癮

對，因為。呃，我那我只要發作都是基本上要送醫。的狀態哼，所以我那時候其實很怕，我只要沒吃藥就會發作對。

對對，然後又會怕成癮。

對對，然後不吃又好像不行。

對，就不知道該怎麼辦，吃也不是不吃也不是這樣子。

此 B 受訪者在面對藥物產生的擔心較多，一方面擔心效果時間不夠，一方面也害怕形成對藥物的上癮，這樣的矛盾與拉扯，讓他想要找到替代物質，於是開始使用酒精。

B2-075 我覺得我，對酒精也是跟藥物，一樣是有，這樣子的矛盾？因為我一開始是對藥物成癮，然後產生矛盾。所以我就說，因為我很害怕。

B2-076 我對藥物成癮，所以我就轉嫁到酒精。

B2-101 會一直很渴望要喝酒，因為我覺得可能是因為已經喝一段時間，所以忽然間，就不喝了，我不是慢慢不喝的，我是對，我就不喝了，然後就改吃藥。

B2-140 然後也會成癮的依賴，對他說，因為時間到了半年了，所以要減量，他跟我說要減藥，我就說好啊，那減我完全沒有預期他是要減掉我的安眠藥，我以為是安眠藥以外的藥結果他跟我說他要減安眠藥，我說可以不要減安眠藥嗎，因為我太害怕不能睡覺。

可見此 B 受訪者對於物質的上癮性有更多的憂慮性思考，但無論是酒精抑或是藥品，都呈現一個不使用會害怕身體出現負向症狀，但使用了又擔憂形成癮性的糾結歷程；而這樣同時具有雙重物質的替代過程，也可在下一位 C 受訪者的資料中發現相同的狀況。

C2-040 那時候就想說，不然就先不要吃藥，好了，就是喝酒看看，因為那時候就想說，有好像有好一點了，然後藥就先暫時不吃了，反正比較大的問題，就是早上會...還是會乾嘔，然後就怕睡不著而已嘛

C2-041 那時候就想說，那就先不要吃藥，我就喝酒，看看，睡得著、睡不著喔，我那時候就喝蠻大的，我那時候每天、每天都喝酒，記得印象最深刻的是，我就是每天都半瓶高粱、58%的然後還要加一瓶啤酒，然後再混著喝這樣然後一喝就去睡，那每天都在喝酒，那這樣喝蠻多的，那喝一喝就睡得著啦，不過也常常在半夜就醒來上廁所啊，阿不過上完也是很暈啊，就繼續睡，那時候感覺就是有一點酒精成癮的，

C2-042 就是好像從依賴那個安眠藥跟依賴鎮定劑就變成依賴酒精，不過那時候我的安眠藥跟鎮定劑，我還是帶在身邊，我想說什麼不舒服，我就吃這樣子與前一位 B 受訪者的相似之處在於都使用了酒精物質，但此 C 受訪者的酒精使用量明顯更高，且未注意酒精及藥物混合使用的危險性，甚至因此發生急性反應而需要緊急送醫的狀況。也因此，開始反思是否能激發自己戒斷的動機產生，及尋找其他相關療效因子，並也因此產生更多不一樣的嘗試，得到了改善身心的不同觀點與力量。

C2-045 我那一次又再一次送急診以後，我就覺得我不能再這樣下去，這樣喝酒，跟這樣子會造成身體非常大的傷害，那我那一次就是學到一個教訓，就是喝酒的時候就不能吃鎮定劑或是安眠藥，我就喝酒歸喝酒，那不舒服的時候吃鎮定劑或安眠藥，這樣子就不能一起吃，那就輪替的吃這樣子齣，

C2-046 那你會不會有依賴感？我覺得其實兩個都會有，就是我說過，就是我在

吃安眠藥，初期就是吃藥的初期、一年，那時候會對鎮定劑、安眠藥會有依賴，可是吃完一年以後，覺得昏昏沉沉的想說，那就轉為喝酒來讓自己睡覺，那時候喝酒以後又覺得那其實也會依賴酒，好像沒有喝酒也不行，那也就是這樣

綜合 A、B、C 三位受訪者對於是否使用藥物的糾結過程中，可以發現三者對於藥物的認知上，都傾向於認定使用藥物對於身心是負向的，因此會想用自身力量或是其他物質來替代，皆有避免使用藥物及認為藥物不好的信念，但在此過程中，容易形成反覆失敗的經驗，有可能是混用的風險性，也有可能是對於不使用藥物怕引起負向症狀的恐懼，因此加深了矛盾與糾結的感受。

(五) 延伸綜合討論：

首先，根據以上 A、B、C 三位參與者的分析當中，出現了比預期更多的共同因素，在背景資料當中可以發現，無關乎性別及年紀，甚至是家庭背景等等重要的外在因子，在參與者的許多揭露中出現了對於自我特質覺察的描寫，並提及在成長背景中，較少能夠在情緒上獲得支持，也視之為自身的問題狀況，也就是說參與者認為這樣的狀態，多少有些是源自於自己本身的性格，這樣的歸因下，很容易將患病的責任背負在自己身上，且更難向其他人傾訴或請求協助，且這樣的信念，即使是由醫生或是具有相關背景的專家提出，這並非自己的問題，恐怕也很難消除掉這樣的錯誤信念。David A. Clark 與 Aaron T. Beck (2020)認為此現況可能表現出，目前社會對於精神疾患者及大部分民眾的衛教宣導依然有待加強。

在接受醫療協助前，未產生病識感之前的參與者，紛紛用過去的行為模式，試圖想要憑藉意志力或是其他物質取代進而成癮，以避免精神疾患造成的困擾，且不單只是心情上的低潮轉折，也有身體上逐步浮現出來的疼痛或副作用，無意識的肌肉酸痛及過度用腦出現的頭痛，甚至出現嚴重且高頻率的頭痛，又或者是嚴重的體力退化及失能，這樣的情況往往更加失去控制，在參與者失去掌控感之後，這時佔據最大情緒的不外乎就是疑惑及恐懼感，讓原本搖搖欲墜的生活，衍

佛轟然一聲就倒塌了；倒塌下求助就醫的結果就是不斷循環用藥、調藥、用藥。張家銘(2019)也是這樣認為，總是有許多的患者都會相信自己可以依靠意志力克服，對於疾病的辨識度非常低，非常多人因此錯過治療的最好時期，這樣的觀點背後可能來自於文化中對於精神疾患的陌生與誤解，至今依然有許多人將憂鬱症的成因歸於人本身的抗壓性，但事實上是，具備高抗壓及挫折的人，都忽視了自身壓抑的情緒，因此更無法注意到，自己在距離崩潰的懸崖只剩一步路了。

李俊宏(2017)亦也指出成癮性格患者共病三角中重要雙重診斷的成因有，社會經濟因素：收入、教育、職業、住所等，性別：男性較女性多，基因 / 體質：如遺傳基因變化等，環境：如壓力、創傷經驗，發展因素：如童年期的暴露因子，腦部結構：處理壓力與酬賞的區域在疾病成因上相近。此外，過動、注意力缺失障礙的患者，藥癮機會較常人更高，憂鬱症患者也較常人有三倍以上的機率有藥酒癮的問題，焦慮症患者：鎮靜安眠、抗焦慮藥物或酒精濫用亦較常見；但也有靠其他物質逃離情境者，2/3 的邊緣性人格障礙症患者有藥酒癮的問題。以此綜合來說，A、B、C 三位受訪共病患者在成癮積極治療當中多方性、多樣性的成癮因子是需要相關醫療工作人員及重要家人多方留意及關注的。

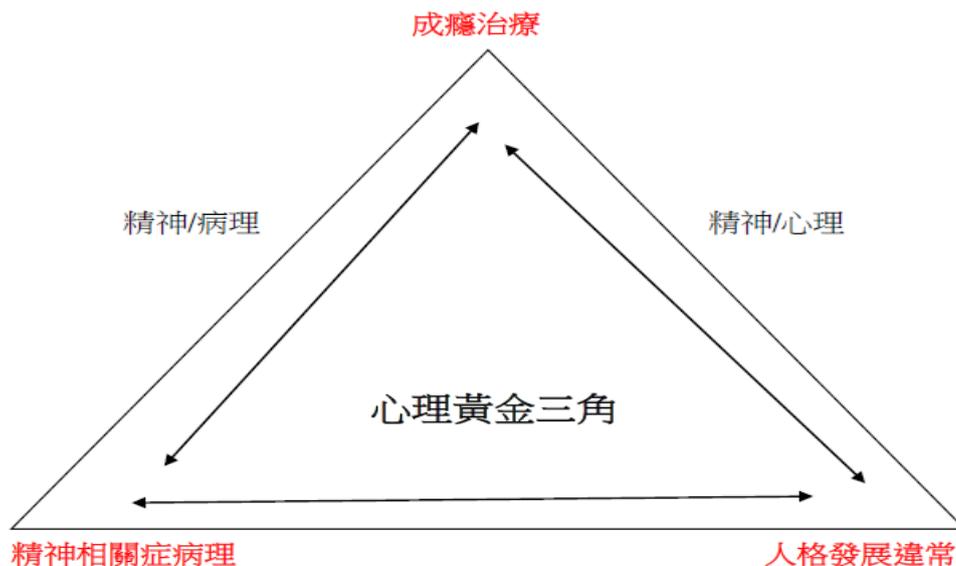


圖 4-4 成癮治療共病正三角 研究者自行繪製

Prochaska 與 DiClemente(1982)的跨理論模式(Transtheoretical Model)指出戒癮不是一條直線改變的歷程，會經歷懵懂期(Precontemplation)、沉思期(Contemplation)、準備期(Preparation)、行動期(Action)、維持期(Maintenance)，比較像是動態螺旋的循環模式及過程。對於受訪者來說戒癮改變是階段論，在戒癮過程中是螺旋而非直線性的觀點，倘若沉思期的成癮者經過自我或外部助力審慎評估後，了解成癮之嚴重性便會往下一準備期階段前進，而預備採取行動期，亦可能會受外在環境的情境因素，而禁不住壓力再度使用，而退回到前一懵懂期階段。在成癮治療中，個別或團體專業人員在協助成癮者戒癮時，最主要的核心任務便是激發成癮者的戒癮動機，因為它在成癮者持續戒癮過程中為不可或缺的一個重要角色，當然，透過此研究也發現受訪者自己激發出自己的戒癮動機，往自己要好的部分，更屬難能可貴。因此，從成癮者之思考脈絡了解戒癮改變階段的發展脈絡，並深知成癮者在哪一戒癮改變階段，便顯得格外之重要。也幸好三位參與者有即時獲得一定程度的醫療協助，也相對快速的進入了治療程序，雖然過程中也是起起伏伏，時好時壞，但總歸是能為自己的狀態有了不一樣的認知與解釋，降低了內在疑惑與質疑自己的聲音。

而進入治療過程中的研究參與者們，雖然都是根據醫囑用藥，也的確產生了一定程度之療效，但對於用藥的觀點及認知，也許因為醫療人員及專家的背書，及一定的療效產生改變，認為藥品是現階段所需要的必需品，但是依然常常冒出厭惡藥物的念頭，但對此參與者較少提及到為何對藥物有這麼大的負向感受，有可能是面對相關專家的權威性，因此較為不願談及此部分，也因避免造成權力上不對等的壓迫，也沒有進一步進行訪談探究。但這一研究主題範疇，筆者認為是很重要的本土心理學議題之一，在幾乎人人熱愛吃保健營養品，且注重醫療品質，相關產業都非常發達的台灣，究竟為何對精神疾患的觀點抱有負面觀點，與醫療、保健、藥物相關產業都非常發達的台灣，衛生福利部中央健康保險署（2023）分析也發現甚至因為健保制度造成資源浪費及藥物濫用，可見用藥及服用保健食品

成為日常生活的一部分，但人們為何依然對精神疾患的用藥觀點抱有負面觀點，且對於此部分用藥相關知識程度都十分薄弱？藥物的使用是為了讓患者可以更好的調適，但若保持著用藥前後，都產生非理智信念產生的壓力，是否反而因噎廢食，顛倒了藥物最一開始的好意及功能呢？而對比用藥造成的不安感，人們反而相對更能夠相信保健食品的功效，一樣都是服用，且外型也相差不遠，為何沒有人會對於保健食品的使用有擔心及不安呢？因此若是用這樣的觀點，是否可以提供患者更多元的角度去看到用藥的益處，降低對於用藥的不安狀態，避免聚焦在什麼時候可以停藥的困頓裡面，相信也能夠對於整體的療程有更好的速度及效果，因此也希望未來研究者也能夠針對精神疾患用藥的內在狀態歷程有更多的琢磨，能夠為患者的用藥歷程提供更多元化、多樣化的解套方法。

而在受訪過程中，A、B、C 三位參與者都沒有提及到日常生活中更細節的服藥狀況又或者平時搭配保健食品的狀況，高家常(2008)亦也指出一般來說患者平常可以搭配保健食品維他命 B 群和深海魚油都有許多好處，保健食品維他命 B 群：可以支持能量代謝，提供給身體正常運作所需的燃料。維護神經系統，幫助維持身體的神經系統運作良好。促進紅血球形成，有助於維持正常的血液功能和運輸氧氣到身體各個組織和器官。支持心血管健康，助於調節血液中的同型半胱氨酸（homocysteine）水平，進而促進心血管健康。改善心情和精神狀態，有助於促進神經遞質的合成，維持情緒穩定和精神健康。其次，深海魚油優點：深海魚油是 Omega-3 脂肪酸的良好來源，這些脂肪酸對於人體健康至關重要，但人體無法自行合成，因此必須透過飲食或補充來獲得。促進心血管健康，Omega-3 脂肪酸對於心血管系統有益。它們有助於降低血液中的三酸甘油酯（triglycerides）水平，減少心臟病風險，同時也有助於降低血壓和改善血液循環。支持大腦功能，DHA 是大腦組織中的主要成分之一，因此深海魚油中的 DHA 有助於維持大腦正常運作。抗發炎作用，Omega-3 脂肪酸具有抗發炎特性，可以幫助減少慢性發炎反應。促進眼睛健康，DHA 是保護視網膜的主要結構成分之一。

但可從訪談者的描述中發現，對於用藥又或者保健食品的觀點，有許多都來自周圍的人的評論或想法，但其實都沒有非常可靠的資訊來源，關於用藥及保健食品相對延伸研究是未來研究者可以探討的方向。

患者由於第一次接觸精神疾患的相關知識，因為有這樣相對缺乏佐證的認知觀點，才逐步衍伸出對於用藥的負向感受，當參與者明確理解到需要用藥時，整體環境對於精神疾患用藥的負向脈絡，合理需求反而變得需要遮掩跟隱藏，甚至自身都會認為是自己造成這一切，可想而知壓力會如同氣球一樣越來越大。而在這個過程中，患者很自然地會想開始停藥，尤其是在藥效開始發揮，感受到又能夠逐漸取回一些自我掌控感時，參與者會開始嘗試自行停藥，並在過程中找到替代物質來緩解，但不僅產生自行停藥的風險，也可能有混用物質的危險狀況，效果往往不如參與者的預期，但特別的是沒有一位參與者不清楚停藥可能帶來的危機，那為何還是停止用藥了呢？這時就凸顯出大眾對於精神疾患的相關知識不足，且對於長期用藥的迷思依然很嚴重，再進一步的討論，更可以聚焦在是否患者們會下意識的避免去取得這些資訊。現今，上網搜尋網頁、運用手機觀看相關資訊，或是撥打相關專線詢問專業醫療人員，亦都可以得到非常快速且專業的協助，但為何患者依然沒有做出這個行為呢？一方面有可能是清楚已經違反的醫療囑咐，一方面有很大的動力可能來自於想要取回對自我的掌控權，因為參與者們皆有透露對於藥物的依賴性有很大的擔憂。對患者而言，取回對自身的控制權可能是一種本能，更深一層的內在也是期望身心都能恢復到正軌，這同時也是精神疾患不同於身體相關疾患的特殊性。精神疾患有太多看不到的內在運作，很難完全的量化及觀察，加上社會上對於成癮共病患者依然有汙名化的存在，對於患者的內在負擔是會格外的巨大，筆者認為用藥對於患者的心態及生活有莫大的改變，但較少人針對患者用藥的心態及生活模式進行研究，這一部分是否也顯現出目前較少人重視到用藥的內在狀況，多以外在行為的研究為主，想像若能從多察覺內在的狀態與機制，一定也能夠有更多的外在改變產生，且這樣患者的改善會是更久遠。

二、 自我對話的過程討論-從負向信念走向復原之路

個體形成改善行為前，逐漸化解過去被壓抑的情緒或是解構固著的舊有框架此一路徑，自我對話為重要的過程，因為這一場生病，重新檢視了與自己的關係，雖然過程是痛苦的甚至產生自殺企圖、計畫、行為。但最後受訪者實有都轉化成正向經驗，跟自我有更深層的對話，未竟事宜的和解。

(一) 因壓力困境產生的自殺信念：

在療癒復原的歷程中，A、B、C 三者皆有因患病及壓力事件，產生高頻率且強度高的無望感，進而演化為自殺企圖、計畫，甚至 B 受訪者還實際進行自殺行為導致急救而住加護病房一個月。

A2-002 然後。覺得自己覺得人生很沒有意義呢，也生病那麼久了 8 個月其實蠻久的，說真的，人家說度日如年，

A2-006 沒意義來自人生，來人間沒意義。沒有意義，沒有意義了。

A2-049 其實也常常想不開了，

B1-123 所以我就是一直去找，還有甚麼事情是可以比較沒那麼痛的離開，呃，所以我那時候就是一直做很多怎麼說啊，各個各種自殺的方法，但我一直都沒有去做這件事情，是因為那時候可能還不想放棄，呃，可是它是一個備案，哼，所以其實我計謀要自殺這件事情其實是一直持續的念頭只是我沒有去做這件事情，

B1-130 因為我當下覺得，因為我當下就已經決定要做就是，我就是不想活了嗎

B1-143 醒來很痛苦啊，呃，醒來那時候被救活，我那時候其實很不能接受被救活這件事情。

C2-067 那我可以就是談一下，那時候就是跟我太太在衝突的時候，衝突都還是會有，那有時候常常衝突的很嚴重的時候，常常會有想說乾脆自殺，死一死算了

C2-068 那有時候也常常會，我之前也有說跟鄰居會有吵架嘛，因為我們是那個

社區有公共車位有時候停車問題也曾經發生過跟鄰居衝突吵架，那時候甚至計畫，也是很生氣喔。那時候還曾經自己計畫說，把他殺死然後自己再自殺，我都有這樣的計畫，都不知道在心中演練幾遍了

B 受訪者實際上做出自殺行為送醫急救，或是產生傷害自我及他人的想法，對於自我的狀態衍伸出極大的絕望感，可見患病過程中的痛苦程度極高，以及對後續整體人生的影響有多巨大。

李俊宏(2017)指出藥酒癮個案，自殺的風險較常人更高，未治療的患者，個案有自殺企圖者甚至可以到 45%。而張家銘(2019)在過去台灣憂鬱症相關研究也指出有 95%自殺者生前患有精神疾病，當中就 70%患有憂鬱症，最終卻只有 20%的憂鬱症患者真正的去尋找到醫療資源，部分研究數據資料可能還未包含未能接受治療及未發覺病識感的患者，可見還有眾多的心理疾患隱藏風險埋藏在現實社會當中(Cheng, A. T.-A. et al., 2013)。

(二) 處於困境中而綻放的正向信念：

這一場患病的過程中，都讓人重新開始檢視自己的思考觀點，及對於情緒的認知及覺察能力，David A. Clark & Aaron T. Beck(2020)亦也提到，錯誤的慣有信念只會造成自己情緒上的困惱，只有重新透過認知與行為上的日常改變，學習在改變之下，並在與自己的對話過程中，雖然很不容易，但也都逐漸長出能夠迎戰挑戰的新核心信念，如以下：

A3-070 我們都是最愛自己。許醫師就說吼，我們人都不愛我們自己，我們都去愛別人，怎麼說呢？我每次我們都要對人家好，對人好，到後來傷害最大是自己。

A3-072 你想要吃一點好吃的，我們也沒有很浪費啊，買幾件衣服，然後男生女生也可以呀，就慰勞自己呀。嗯，或是你想想說，嗯，你想就是都要動，也就是學你幾樣，你幾樣，你喜歡做的事！你！你開心的事情吼。

C3-127 那我覺得我剛剛講到那個自己是受恩寵的啊！自己是被大地啊！四周一切所愛啊！我覺得當你不愛自己的時候。那這些怎麼樣能愛自己呢？我說我覺

得這個關鍵就是雖然很自私啊，可是我覺得那個愛自己是很重要的，因為你先要回來愛自己，讓自己好，讓自己可以活得下去，讓自己可以越來越好，你才沒有辦法被現實都要打敗，你才沒有辦法被你的困境所打敗，我覺得這個也是很重要的，

而有 A、C 兩位受訪者都提到「愛自己」的觀點，也就是在物質及精神上，都能夠以自己的最佳狀態為優先，許添盛（2014）同樣認為選擇優先將自己做考慮，並非自私自私的行為，而是明確的理解到自己的生存需求下，照顧好自己的感受。而當中也都有提到關於放下過去的就有框架，在嘗試新的體驗後，以學習的心態去檢視自我，及如何重新以不同的觀點看待自己及生活。

A3-073 對就是舊迴路打掉，把新的知識、新的迴路進來！觀念想法，新的迴路進來。

A3-074 都很自在，很自在的去做你，做你自己要做的。

C3-123 那我覺得學習啊，無論透過人際學習，或是透過自我的讀書啊或者是體驗啊，我覺得就可以突破我們自己的一個軀體，我們自己執著的一個想法，然後去開闊這個你自己的世界哦，就不會被你應該認為怎麼樣而困住。

C3-126 那我覺得另外一個關鍵點就是說，你學習了以後怎麼樣幫助自己？自己怎麼樣利用這些你學習的，因為我覺得學習是一定會累積的，只要你努力這些東西一定都會在腦海裡的，尤其是你追求心理追求靈性，你不斷地體驗學習之下，這些都會在你的身就是在你的身體裡面就會有一個厚度，那這個當你也累積一個厚度以後，你怎麼樣利用這些厚度來幫助自己或是只要用利用這些資源讓自己更好我覺得很重要

C3-128 我覺得這兩股力量對外學習對內就是自己要利用自己照顧自己這 2 點我覺得是非常非常重要，我覺得這 2 點都缺一不可，那我覺得我自己能好的因素，我覺得也是這... 這 2 點讓我能好起來

其中 B 的受訪者在面對疾患的挑戰時，看到的是自我的信心與意志力，認為

藥物只能夠穩定情緒，但過於放鬆也是沒辦法維持生活，並為某個程度上的強迫自己進行一定的生活行為，並從生活中找到重要他人，及願意讓生命延續的契機，逐漸發展出能夠活下去的希望感受，長出最重要的生命之韌性。

B3-060-a 我覺得自己的決心是很重要的，呃，就是你，嗯，當然決心也是有啦，但是我覺得我當下會很認真跟堅信不要再吃藥是因為除了我本身就不喜歡吃藥，再加上吃藥，它帶給我的，他雖然可以穩定我的情緒，就是他不讓我說很焦慮欸，很慌張，因為我會焦慮，我焦慮就會心悸，就會無法呼吸怎麼之類的，但是它確實可以讓我放鬆，但是他讓我放鬆的狀態下就變成我不想動，然後我太放鬆，所以我也不會思考，也不會就沒有任何，呃，活著的動力我就是呆在那裡，然後等時間過去強迫我自己做，我每天一定要做的事情，就是要面對小孩煮飯還是什麼的這些。所以我覺得就是決心

B3-060-b 我覺得很重要的一點是，你要找到一個一線生機。我就是一個不一定是什麼東西或者是什麼人，但我覺得你要光靠意志力或者是信念是有一點困難的呃，除非你可能意志力真的非常非常堅強，可是意志力很堅強，也有可能是逞強來的，因為我曾經有過一段就是我覺得我不行，我一定要下定決心做什麼事情，但是其實是強迫自己去這樣子做的啊，所以我覺得那時候要戒掉，我覺得可能是因為那個動力可能是為了小孩吧？對啊，嗯。

B3-065 所以我覺得要找到一個可能喜歡的事情，或者是一個動力的來源，一個可能想要自己變好的一個原因啊，是很重要的希望感。

個體而不僅是行為的動力，也要有直接面對生命壓力事件的勇氣，能夠不再避諱去談到患病時的不安和脆弱，轉化為努力看到自己想要好起來的堅強意志，努力離開當下困境的狀態。

B3-074 對，我覺得，嗯，是，一種可能被背叛的感覺，然後我覺得信任感跟安全感，不見了的那個衝突性太大，然後，所以我沒有辦法去，適應釋懷呢，這些事情，所以這件事情其實如果說現在要談，我覺得我的那一些可能，焦慮

啊，還是，恐慌，我覺得我的恐慌已經有很長一段時間，沒有，復發，對，我覺得恐慌，應該可能不至於會那個，但是我覺得焦慮是會有的，如果現在要再談這件事情，有時候我沒有避我，現在沒有避諱要去談這件事情，是因為，我也想要，從這件事情裡面，就是走出來，嗯，我不想要再困在這樣的一個狀態裡。

B3-088 所以覺得關鍵點就是，已經自殺過一次，那是傷害自己最大的一次，那既然老天不要我，那個關鍵就是，那我就好好活著吧，那讓我更好一點，這樣那也為了孩子好，為了我的家人，所以就憑著這個一個關鍵點，就讓自己慢慢地都好起來，哦，那真的是蠻大的，一個自己體驗的一個關鍵點哦。哦，所以也會有這個想法，老天都不要我那我就好好活著吧，就努力的活著。

B3-090 對，我覺得最主要是因為這樣子的狀態，嗯，置死地而後生。

如同黃素菲(2018)的研究中提及，過去的人們為了許多像參與者一樣的共病患者，醫學及藥物研究者都很努力的找出新的方法。但最終發現，最重要的依然是患者的自我內在力量，如何將過去的模式解構，進一步重構自我的主流故事，是本研究經 A、B、C 三位受訪者爬梳的精粹之一。個體罹患心理疾患後的過程中充滿艱辛與不易，原本許多能做的生活日常，通通都要重新來過，但也因為如此艱困的條件下，更能夠激發出許多難能可貴自我意志力與力量，更加讓人感嘆生命的堅強，如同雨後的彩虹一般，充滿盎然生機。

(三) 心理諮商帶來的影響性：

個別心理諮商(A、B、C 三位研究參與者都有運用此資源，C 效果最顯著)

B2-009 所以我那時候在自殺回來做諮商之後那個諮商師也跟我講說，那不然給了我幾個方法讓我去嘗試，可能就是，我現在不記得什麼方法了，但是他陸陸續續給了我幾個幾件事情去做啊，哪可能透過這樣子慢慢去知道自己想要什麼跟不要什麼，雖然沒有很懂，它不是走情緒的，他是走解決事情的。

C3-090 我那時候記得我就是去給一位諮商，心理師治療大概...談了大概半年，談了大概 10 幾次有，有就針對我恐慌症、憂鬱症的問題去做諮商，這樣子齣，那我覺得諮商師給我很多的建議啦，我當然就是說規律的生活運動，這個是一定要的，跟我之前在做的事都一樣，那他也常常跟我說到...怎麼樣看待自己的情緒，我覺得這是我最大的收穫，因為我以前，都...我覺得我不太會去說情緒或者是去感覺情緒，

C3-094 所以我覺得透過諮商，我覺得我可以學習到我怎麼樣跟情緒共處

C3-096 我那時候在想是不是我那時候的，我都把我的情緒從小到大，壓在我的肚子裡面，然後它受不了了，爆發了，他才會用嘔吐的方式每天這種症狀呈現出來那當我學會了，跟情緒共處去表達我負面，情緒的，時候我突然發現我已經不會嘔吐

C3-097 我那時候記得我常常在諮商的時候，我常常哭啊！我常常去跟諮商師說我小時候的苦啊，跟我太太互動的苦啊，我小時候被父母對待的苦啊，我常常在那裡哭，然後他就跟我說沒關係，哭不是壞事，哭是好事，那時候讓我大大的改觀，我那時候就覺得哇...哭也是...也是一件很好的事，也至比這樣笑還開心，

C3-098 所以我那時候覺得透過諮商，對我的幫忙也很大，我們那時候每次去那邊哭啊。哭好久哭好久，我去那裡，大概哭了半年，每次去每次哭，哭完我就覺得回家還蠻好睡的，我覺得也很奇妙，所以我也覺得我不吃藥以後那精神科醫師建議我去諮商我覺得對我的幫助也很大，

透過個別諮商形成改善的觀念及新的信念，也是逐漸化解過去被壓抑的情緒或是解構固著的框架的因素。Corey Gerald. (2017)亦也指出第一線醫療治療用藥與個別及團體心理治療可以搭配雙行並用之下，對於精神官能患者是較大的福祉，受訪者因為這一場生病，重新檢視了與自己的關係，及產生新的意義，並適性的過生活。

(四) 延伸綜合討論：

在歷程的階段性當中，先延伸討論有關心理諮商的影響性，A、B、C 三位參與者或多或少都有接觸或是接受過心理治療，但在討論的範疇中相對較少，且有可能因研究者的背景，反而讓參與者對於表達感受的部分相對中性，此一部分若能再進一步探問，有可能可以看到為何諮商的治療效益相對低於其他療癒因子，並進一步釐清參與者的需求方向，有可能對於未來心理治療的方向是極佳的建議角色；而討論到心理治療的療效較低，有可能是來自於研究方法的偏誤或是研究者背景的影響性，因此並非是要排除心理治療的必要性，而是要鼓勵患者能看到更多有助於自己的工具，並提供患者更多元及彈性的治療選擇。

而如何提供更多元及彈性的治療選擇，此一部分可以延伸前二章節文獻中的筆者觀點，首先是用藥的內在狀態，這需要取決於整體社會對於精神疾患的接納及同理程度，雖然目前的整體氛圍已逐漸從精神疾患等於「神經病」，轉變為可以明確地視精神疾患是疾病的一種，且有越來越多人重視精神疾患帶來的影響性，但對於精神疾患的正確認知，還是有很大的進步空間，尤其對於用藥，不少人還是擔心成癮性，即使有醫療人員及科學實據的背書，關於用藥依然有很多需要普及化及被認識的知識，尤其是整體文化對於患者用藥的狀態依然一知半解，往往會期待患者能靠自身的意志力或是其他事物轉移對藥的需求，反而延誤了患者的療程與效果，這一點是很值得作為大眾議題，讓本土社會有更多省思的，也期許整體社會能對於精神疾患者的觀點，能夠建立在正確的認知上，進而發自內在的接納與同理，達到真正對於多元的包容及友善。

再者，是精神疾患接觸到的社會支持網絡中，如何加強正向連結，強化支持網絡的連結性，以助於後續整體療程的持久及效能，是很值得聚焦的部分，目前的制度下，對於精神疾患的相關社會功能及措施，都是有在逐步跟上時代的，但是關於支持網絡的內涵，可能還停留在表層，當知識的架構已補齊，該跟上的就是對於同理心的培養，當然首當其衝的就是第一線的專業人員的姿態，Corey

Gerald. (2017)亦也相對指出如何增加接觸人員面對大量患者的同理心，且也不會造成過多的界線及消耗問題，這仰賴於整體的系統氛圍，制度是否能符合當下實務的需求，能否創造出更友善的環境，不僅是針對患者，只有更能夠貼合現場實務的工作制度，讓工作者在不消耗的狀況下，才能夠要求治療工作者提升對患者的同理心，雖然這部分可能會花費較多的討論時間與心力，但這才有機會產生更加長遠的正向影響。

訪談的最後一段內容，都大大的指向了關於自我信念的闡述及觀點，從語氣中可以察覺到他們體悟到生命的豐富面向及意義，然而過去，每一位參與者都有過強烈的無望感，疾患時的痛苦與無助感，削弱了生活及生命的動力，抑或者是壓力事件的重擔，讓他們認為是自己生命中無法沉受的重量，這裡值得注意的是，三位參與者的表達都是以逃避痛苦的角度，而非想要積極投向死亡的懷抱，由此來看很有可能，產生自殺念頭的原因是想躲避苦痛，而非想要嘗試死亡的機會，Castano 等人(2011)也相對指出雖然生命只有生與死的區隔，但不想活的意念，不見得等同於想要死亡，這如同過去實務中有自殺意念的案主，並非是為了更好的感受而邁向死亡，更多的都是想要從此擺脫抑鬱，獲得解脫，因此認為自殺意念當中有更多複雜的成因可以探討，推力與拉力的作用可能都只有一線之隔 (Weissman et al., 1992)。

參與者的正向信念之所以能夠成功的影響參與者，是來自於解構了內在的舊有框架，並新的感受及刺激重新詮釋，看到新的自我(黃素菲，2018)。或許這相對於參與者是一場很辛苦的旅程，但相信他們在這過程中，因為經歷過了這一段徬徨的時刻，對他們的人生有了更加豐富的色彩，如果可以，我想沒有人願意成為精神疾患者，但經歷過疾患，走過鬼門關，依然能對生命抱有熱忱的人，是值得欽佩及尊重的，身為研究者，期待能有更多對於疾患的發現及關注，讓疾患不再是負面標籤的夢魘，而身為助人工作者，也希望能有更多在疾患中掙扎的手，都能夠被拉到更加光明的那一端，帶著慈悲與同理心走下去。

三、 共同療癒因子討論-嘗試與冒險

從過去文獻中，蔡春如（2016）及黃素菲（2018）提到療癒指的是更進一步深入探索自我，將內在分離及對立的壓抑部分，重新組合，達到更加完整的自我，以求將自我重整為完整的一體；這樣的過程中，如同參與者的生命經驗一般，因疾患所產生的難題，視之為挑戰，並藉此狀態重新探索內在模式與外在行為，並加以調整信念，進而完整了更加豐富自我內在狀態。

(一) 從人際團體中得到支持力量(賽斯基金會/張老師自我探索/讀書會)：

A、B、C 三位受訪者皆有參加治療性團體，也都十分認同團體的治療效果，而在這過程中，有因人而異的療效因子出現，相同的是都能夠在團體中得到不少的支持性力量，並都抱持積極正向的態度，認為團體具有支持及學習的必要性。

A2-053 後來因為吃到第八個月，有後來想想不對了，我應該就女兒一直在鼓勵，因為女兒也跟我一起成長嘛吼，身心靈成長，他說，媽，你再去上課，你再去上課，

A2-054 這個中間不是沒有上課，但是我覺得這個心靈這個東西我覺得是層次不同，因為那時候開始聽是最基本的而已，後來讀久了就會知道他在講什麼，而且藉由大家，比如說你有你的故事，他有他的故事啊。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，就是我們這樣觸動起來，

A2-055 然後老師來這中間，然後就是說整個綜合啦。這個事情要怎麼做，會做個參考，要怎麼會比較好，那當然還要看個人。我覺得上課很重要。

A2-056 實體上課是非常重要，對

A3-044 對這個非常重要，多方面去學習，身心靈是一定要學習的，一定的哦。

B3-019 呃，我覺得張老師的自我探索團體是對我。呃，可能因為我之前遇到的諮商師都不是適合我的，所以一直這個議題就是被我放著，那要是再參加探索團體之後，我的情緒才被我發現。呃，我才感受到我的情緒。

B2-124 對，但是沒有人去探討情緒，所以我就也從來沒有去想過這個東西，可

是我其實張老師，這件事情在我很久很久很久以前我就想要做的事情了，可是所有的人都跟我講說。雖然我很適合當一個聆聽者，因為所有的朋友周遭所有的人儘管是陌生人，不知道為什麼他們都會很。自然的跟我敞開心胸的去講他們的。不快樂，呃，他們的困擾他們的任何負面的狀態。

B3-025 我都很願意聽他們講，那他們可能跟我聊完之後，他們也會比較好，所以我一直覺得說，誒，那既然這樣，我不如就去參加張老師的培訓課程，我可以幫助更多的人。呃，我覺得我也蠻喜歡做這件事情。

B3-030 在張老師的收穫。是情緒的學習跟探索，讓自己轉變非常多。很多超多的，我覺得比去就是做諮商，我覺得可能因為。就是方向不一樣。

C3-103 那再來就是說，我說過我有參加讀書會，然後後來我們就...我們有一些比較好的朋友，就是大概七、八個很喜歡讀書的朋友，我們就會常常一人導讀一本書，

C3-104 我們就，我是覺得規律也很重要啦，規律的運動，然後規律的讀書會大家的支持，然後我覺得這個只要是好的規律的東西，我覺得確實可以讓自己慢慢好轉

C3-105 那我覺得...克服的關係、克服自己不舒服的關係，這個症狀不舒服的關係，我覺得我剛剛講的，讀書會的同學成員也很重要，

C3-107 那當然那時候這個讀書會是在我發病初期我就參加了，好，那這個讀書會我們就是兩個禮拜一次，那我們就是也是剛剛講的，就是很規律，都是在那個台商他們家這樣子，那我覺得這個讀書會，他也陪伴我，從發病到痊癒，好幾年的時間，我常常不舒服的時候，我在那裡讀書，會完以後，再跟我的成員說，那我成員他也都很關心，我很支持我，然後有時候也會幫我想一些辦法

A、B、C 三位受訪者雖參與不同次團體，但都認同心理相關治療主團體所帶來的正向效果，包含彼此之間的互相關心，普同感的支持，都明顯對於情緒有

相當大的正向效益，且較為特別的一點是，相對於熟識的家人朋友，來自陌生人的溫暖關懷，具有安心感的包容性，也具有較大的希望感，讓受訪者在相對脆弱時，依然可以有與他人溝通的管道，也因為有可被接納的正向經驗，提升積極生活及與外界接觸的機會，整體更有康復能量(Yalom & Leszcz, 2022)。

(二) 與大自然的接觸：

此部分在過去靈性研究中提及，Barbara J. Huelat & Thomas Wan (2019) 提出關於接觸大自然之行為，對心理疾患有相當大的正向影響性，除了大自然療癒環境對病患康復有影響外，根據光照療法探討，罹患憂鬱症的患者中，有一定比例之族群對季節的感受力會增強，當季節轉換或是降雨時，會產生低落及無力感，又稱季節性憂鬱症，根據此情形，臨床上的診斷及建議都會鼓勵光照治療，協助腦部的相關分泌平衡，以達到改善及調整之目標；此治療方法與 A、B、C 三位受訪者在接觸大自然的經驗中，有些相似之處，三者也皆肯定接觸太陽光的正面影響，也非常肯定與植物及開放空間中產生的正向感受(Ann M.Kring,2020)。

A3-078 啊，對啊，有時候。家人吶，也是要出去走一走哦！去踏青吶啊，比較像

現在疫情，哪裡就比較在山上一點的哈！那就人少的地方啊。呼吸新鮮空氣，

然後看一些綠葉啊，花草綠葉，那也可以也可以改善

A3-079 就是說，在療癒我們的身心靈，然後你也可以跟大樹講話，因為所有所有

的那個植物動物都是有生命的！森林都有都是的，你可以跟樹木講話，也謝

謝你。常常跟它們說，謝謝你，你就開了這麼呃綠意盎然的時候。樹可以讓

我們遮風避雨，然後看一看，讓我們眼睛很舒服。

A3-081 對對！對對！跟樹木講話對話，其實他都有意識，

B2-276 我就，對對對。然後可能就是曬個太陽喔，那心情就很開朗，哎就會瞬間

覺得，哎。好像沒有什麼人生好像沒有什麼太難的事情這樣。

B2-278 對曬太陽，我覺得曬太陽很重要。

B2-283 對，呃，那是在我已經。願意走出去，呃。

B2-284 呼吸空氣。

B2-285 我覺得曬太陽幫助是很大的。

C3-111 那再來就是說，我常常會去運動，常常會去散步嘛，那我剛剛說到我散步完，我慢慢就會去騎腳踏車，那我慢慢的體力越來越有以後，我就會去爬山

C3-114 我覺得應該是春天吧，還是夏天我有點忘記了，我覺得那個風浮浮地吹來，我讓我自己很有感覺，而此時此刻那時候啊，那時候風吹來，我經過那個農田，我覺得，那個農田的稻穗啊，好像就是會垂下來，然後在那邊搖來搖去，我覺得他好像在對我鞠躬這樣子，然後再跟我說喔，我好棒，我可以從那麼辛苦的憂鬱症跟恐慌症，然後這樣好起來，我覺得它好像在對我說話，然後我也覺得樹好像也在對我說話

C3-115 我覺得說，那個樹，那個氣息覺得也在聞起來就覺得好舒服、好舒服，然後好像...好像彷彿在跟我講說，哦這個是你應得的，好這是我給你的禮物，我覺得那時候我那時候感覺好，覺得好棒，

C3-117 那...那個時候的那種啟發，讓我那一次爬山，讓我覺得哇，印象非常深刻，我不知道那個是什麼樣的感覺，我從那一次回來以後，我覺得我的病情就大大的好轉，我那時候覺得

A、B、C 三位受訪者在以不同的方式親近大自然之後，這樣的行為都讓人感受到真實接觸的重要性，且在這行為後的持續影響性較久，產生的感受都給予非常深刻的印象。

(三) 開啟興趣的一扇生命之窗：

此位 A 受訪者在做自己有興趣的活動時，可以感受到內在的喜悅與欣喜，並將在此過程中獲得的喜悅感，進一步延伸到自己的認知信念上，增加了對復原的信心。

A3-045 對。還有一個就是說，唉，我因為我們每個人都有每個人那個獨特性嘍！就像那個許醫師說的，人生下來一定有自己擅長的領域，有的人很會打籃球、

有的人很會唱歌、有的人很會美術啦，還是工程的！哪一方面都很棒，只是我們都沒有去挖掘我們的興趣，

A3-046 後來我就發現我唱歌也很好聽啊，嘿，因為我喜歡，因為我們這年齡，我們喜歡聽那個黃梅調黃梅調，還有唸，我舞蹈也行，因為以前老師有時候會教我們舞蹈，我不敢舞蹈，後來知道唸，舞蹈也很不錯，很柔軟似的啊，

A3-060 開心喜悅欸，非常的愉悅的。

A3-061 做你喜歡做的事，做你開心做的事情，對 OK 一定會好起來的。

而此位 C 受訪者與前一位 A 的受訪者有類似的成功療癒之經驗模式，都是藉由動態的活動，慢慢培養出對興趣的愛好及熱情，並都能藉由這項興趣帶來的熱情及自信，逐漸轉移到面對疾患帶來的困境中，並真正的帶來了顯著的改善。

C2-060 我那時候就是每天，我記得我第 3 年的時候就是都這樣做，就是都每天晚上都去吃完飯然後就去散步，然後就回來喝點酒，然後就睡，那慢慢的就調整為散步，吃完飯散步回來泡熱水澡啊，就不喝酒也不吃安眠藥，那睡的著，那我就覺得欸，這樣好像就還不錯這樣子

C2-061 那我覺得。我覺得在每天晚上去散步的過程當中，好像會讓我自己的身心快樂一點，

C3-075 我之前是游泳教練出身的喔，我連走 5 分鐘 10 分鐘就會不舒服內，剛開始試不曉得，我體力退成這樣喔，那我慢慢的哎，覺得可以走 30 分鐘耶。

C3-078 我剛開始走 5 分鐘 10 分鐘，很不舒服的時候就走，那大概這樣，哎，大概走一兩個月以後，我發現我可以越走越久了，我就把自己稍微...我家的散步的距離，就稍微把它擴大一下範圍

C3-081 因為我就是每天就是走到中期的時候，我大概就可以走半個小時，我覺得這樣子慢慢的、慢慢的感覺體力就越來越好，我那時候就甚至還可以走到一個小時每天這樣走，我覺得那時候我就覺得好像真的還蠻舒服

C3-082 那我那時候走的時候，我也會唸那個 6 字訣以外，我還會甩手，邊走邊

甩手啊，我都沒有用跑的啦。我都走那大步走，那其實這樣走，慢慢的半年啊。曾經歷過春夏秋冬啊，那有時候就會走到流汗喔，走到夏天流汗以外，冬天也會流汗，那時候就覺得身體就越來越好

C3-084 那後續甚至後期的時候，甚至我走完以後喔，我還騎我家的腳踏車出去，再騎個半個小時喔，那那時候後期我運動的時間大概就是每天晚上會有一個...一個 40 分鐘的走路半個小時的騎腳踏車，那大概就是一個多小時的時間每天幾乎都這樣，我那時候就覺得身體越來越來越好，然後體重也一直降耶

C3-087 我那時候就毅然而然在我可以走 40 分鐘，然後騎腳踏車半個小時多，將近這樣一個半小時的每天這樣的規律的運動下來以後，我就毅然決然的說，那我都不吃藥了，我覺得我可以好，我覺得我...我一定可以好，我不用再靠這個酒、靠這個藥了，我就把要全部丟到垃圾桶，然後就都不吃，然後不吃的結果覺得好像也沒有怎麼樣啊

這些年來的精油療癒課程興起，有許多人會藉由精油來進行身體肌肉的放鬆，對於 B 受訪者可能也在無形中形成自我暗示及制約反應，且相對方便的使用方式，可融入日常生活情境中，對情緒起到鎮定安穩的效果。

B2-246 對，然後如果說因為我還是會焦慮，那我焦慮的時候，我還是會感覺呼吸困難，所以我就那時候就是會滴，可能滴一滴精油，然後在手心，然後搓一搓在鼻子聞。

B2-247 會比較安定，情緒就會真的好像比較沒有這麼焦慮。

B2-251 對然後就真的慢慢比較好睡。我睡眠品質有改善。

B2-253 我現在還是會焦慮啊。可是就是我覺得，精油對我生活上的幫助很大。

B2-254 對對對，對對，嗯，所以我早我現在早上就是要做一些，可能比較會緊張啊，會焦慮的事情的時候，我都會先，就是搭配精油去去休息，去安定自己的情緒。

B2-269 沒有，我覺得我用了精油之後，我的生活狀態就有一些改善嗎，那有一些改善之後，我就可以出門。

這部分五感中嗅覺心理治療上，過去文獻中較少提及，但 Barbara J. Huelat & Thomas Wan (2019) 提到療愈環境中的設計，療養環境空氣充滿芬芳對治療者有一定的作用看來，不約而同被受訪者所肯定的療效因子，雖然三位受訪者的興趣不一，有較為動態性的活動，也有相對靜態性質的嘗試，雖然有一定程度是為了轉移注意力，藉此轉化身心的不適感，但在此過程中也培養了新的自信心，進而多加給予自我相對正向的評價與生活動力。

(四) 延伸綜合討論：

吳人好 (2021) 研究發現過去已經有許多療效因子都提到了人際的支持，而這一部分的人際支持有很大一部分，並非來自熟悉度及緊密度最高的同住家人，而是來自與自己有相關經驗的團體成員，且也並非都聚焦於主要的治療性質的團體，更多的是來自於次要團體中的讀書會或是同儕組織，這一部分顯現出一個很特別的現象，也就是有類似或是共同疾患的團體成員之間的療效，可能超出重要他人的支持，尤其在參與者的揭露中可以發現，往往重要他人具有陪伴及照顧功能，但在同理及普同感的部分卻是相對較少的，且甚至會因為重要他人的支持，反而產生對自己的責備，認為自己若是不如預期的康復，變相的產生了更大的壓迫性。Yalom & Leszcz,(2003)也同樣指出當團體中的成員們皆表現出極大的包容及接納，讓參與者能夠深刻的感受到普同感的重要性，在這樣的團體中，自身的質疑被放下，取而代之的是被關心及重視的感受，情緒也有很大的部分能夠被宣洩及傾聽，那些對親近他人反而難以啟齒的疾患症狀，都能夠被認同，讓不安與恐懼被好好的承接了下來，也等於告訴參與者，即使是相對陌生的人們，在關係中彼此學習及安慰的支持力量，比想像中來的更堅強，增強了參與者本身的價值感與自信心，讓參與者能夠萌生出更多面對挑戰的力量。

而筆者認為除了上述的親友及病友之間的連結，還有如精神科醫師、心理師、

社工、護理師等相關人員，都是患者非常重要的資源之一，不單只是提供相關資訊及諮詢，在接觸的過程中，是否能夠與患者產生更多的信任關係，如同上一章節中也有提到的，患者對於用藥的排斥有可能來自對藥物的不理解，以及未向與相關人員詢問，若能在此時與患者能產生正向的連結，多加了解患者的整體生活及用藥狀況，也能降低個人對外相對封閉的內在，進而降低自行停藥行為之風險；但筆者認為此部分與相關人員的專業知能及個人特質有關，並非每一位相關人員都需要去做到，因為此部分也有很大可能造成工作上界線的不清楚，或是產生過多的耗能，因此期待以這樣的大方向之下，政府也能夠給予更多的資源與空間，讓在系統中的相關人員及專家，都在有所餘裕的狀態下，一起為了疾患的身心健康而努力。

而親近大自然的因素，其實是一開始相對未被注意到的因子，或者是說未曾想到親近大自然的療癒效果比預期的功能更加顯著，即使過去已有許多的文獻中指出大自然具有療癒效能，及尋找心靈的連結重要性。雖相對作用時間可能較長，對每個人生理症狀產生的效果中，未能超越心理或生理治療的普及性，加上對於情緒低落之患者，連離開房門可能都有困難，離開都市區域接觸大自然，其實是有不小難度的，但這些參與者都在生活中實踐了。在患者療癒的過程中，研究發現與自然界等事物建立聯繫可以帶來深層的寧靜和平靜，沉浸在大自然中，欣賞美麗的風景，感受大地的力量，可以重新與自然的節奏相調和。同樣地，欣賞藝術作品、聆聽音樂或參與藝術創作，也能啟發心靈的共鳴和情感的流動，讓患者更深入地連接到自己的內在世界。鄭明月（2018）指出如何從與大自然的接觸中取得療效，筆者認為三位受訪者中小至曬太陽，定期的爬山運動，大至與植物對談，都讓參與者的內在受到了過去未曾感受到的鼓舞與感動，大膽猜測有可能是在這樣的過程中，身為人類的生物本能上，整體的生理及心理上，部分的原生物基因設定及條件下，還是會傾向於更原始及純淨的自然狀態，Barbara J. Huelat & Thomas Wan，(2019) 同樣指出長期在人造物環境中生存的人類，重新檢視到

了自己與自然的親近感，並在內在觸動了更多過去沒有體會到的感悟，對參與者產生了獨一無二的療效。

從參與者的前一節分析內容中可以看到，因症狀造成的失樂感十分嚴重，過去想要進行的運動或是活動，都無法帶來相對應的快樂，身體上的不適，也讓活動力大幅的下降，即使周圍的人都可能會建議多做一些自己喜歡的事情，但往往提不起精神去執行，但研究中發現，三位受訪者越提不起勁，越強迫、並規律做運動既可達到改善身心之效果，發現 A、B、C 三位受訪者常做運動散步、爬山和游泳都是身體活動形式，對身體和心理健康都有許多好處，對於自我身心療癒上，佔很大的功效。WHO(2023)同樣宣導運動的好處，指出散步：改善心血管健康，可以增加心臟的活動強度，促進血液循環，降低心臟病和中風的風險。控制體重，可以幫助燃燒卡路里，控制體重並促進新陳代謝。改善心情，散步有助於釋放壓力和焦慮，增加大腦中的多巴胺和血清素水平，提升情緒和心情。其次，爬山：增強心肺功能，可以增加心肺功能和耐力，改善呼吸和循環系統的效率。塑造身體，爬山涉及到攀登和抬腿等動作，可以強化腿部和核心肌肉，同時改善平衡和協調能力。探索大自然，爬山讓您有機會接觸大自然，享受美麗的風景和新鮮空氣，同時提供了一種放鬆和舒緩壓力的機會。最後，游泳：游泳涉及到身體的大多數肌肉群，是一種全身性的運動。它可以增強肌肉力量和耐力，同時改善心肺功能。游泳亦是低壓力運動，由於水的浮力，游泳對關節和骨骼的壓力較小，是一種非常適合各年齡段人群的低壓力運動。游泳改善心理健康，游泳有助於放鬆身心，釋放壓力，並提升心情。水的感覺和平靜的環境可以幫助減輕焦慮和壓力。綜上論，這時除了鼓勵患者發展興趣或有價值感之活動外，最重要的是對於新事物的嘗試，三位參與者面對新的挑戰，都做出了過往所沒有接觸或是不深入的休閒項目，也順利的從中得到了豐富且正向的經驗，這樣嶄新的經驗，對於時常處於憂鬱及焦慮情緒的人們，重新得到了掌控感，無異於從黑暗中看到隱隱的微光，重新認識及看見了不一樣的自己。

四、 綜合以上討論，重新整理於回答三項研究問題；

(一) 研究恐慌症共病患者的發病經驗對其生活的影響為何？

首先，恐慌症所引發的負向情緒為起點，就可以看到後續因為負向情緒所引發的一連串生活影響，發自內在的不適狀態，會讓基本的生活功能出現異常狀況，容易疲乏及倦怠，甚至引發攻擊性的情緒及言行，緊接著會讓對外的溝通受阻，影響與親友之間的關係，周圍的人際支持下降，尤其一開始無法接受自己的整體功能下降，對自我的質疑及擔心，加上對於精神疾患的了解較少，缺乏正確使用藥物的認知信念，容易習得無助感，求助無門之下，且形成越努力想讓自身康復起來，就越無力的負向循環。

就此第一問題作回答；

1. 壓抑的性格特質：不擅言語表達及對外求助。
2. 情緒中不斷頻繁現身：擔心、焦慮、害怕、恐懼、憂鬱、絕望。
3. 引發身體之相關負向症狀：暈眩、心悸、顫抖、失眠、失能、自殺。

(二) 研究參與者在治療過程中對藥物及酒精依賴成癮的矛盾糾結為何？

其次，三位參與者皆在未就醫的狀況下與自身的精神疾患生活後，在不同的壓力事件及急性症狀下送至醫院治療，才真正的擁有病識感，注意到自身的精神疾患，也經由醫生的診斷及開藥，開始服用藥物，但服用藥物此一行為，卻不約而同形成了一個極為重要的事件。

因對於藥物的不理解，以及因文化背景中認為藥與毒十分接近，因此對於用藥有著擔憂與不安，加上服藥後產生的副作用，包含健忘及昏沉的狀態，讓參與者對於用藥行為產生十分龐大的壓力，因此開始想用周圍容易取得的物質替代，而這方便入手，甚至在就醫前就有使用過的物質，就是十分常見的酒精。

因三位參與者的困擾症狀之一為睡眠障礙，因此浮現出使用酒精可以較為順利入眠的行為，可以降低現實的不安及焦慮感，但酒精的副作用也在此體現出來，相對陷入嘔吐及昏沉，甚至傷害肝臟的現象，因此最後酒精不但未能成功的替代

藥品，甚至讓身體陷入混用的風險之下。

可以發現藥物能夠有顯著的，協助身體適應當下生活，但引發的副作用是健忘及昏沉，且對於使用藥物的恐懼依然會形成壓力，而酒精為好取得且普及化的物質，使用壓力明顯小於藥物，但酒精引發的身體危害性相對更高且更久遠；而無論如何，參與者的生活依然還在繼續，最當務之急就是提高目前生活中的基礎適應能力，但兩者的副作用昭然皆知，因此參與者容易陷入兩難，用與不用之間的糾結，隨著身心狀況的起起伏伏，更顯得充滿無助與不安。

就此第二問題作回答；

1. 成癮及戒斷產生兩難之舉，去存取捨是迷茫中的為難決定；一方面用藥及酒精可以身心舒緩，但一方面長期成癮之下反而使病情負向症狀加劇。
2. 用藥初期-身心回穩。中期-不斷適應反覆調整藥物的病狀起伏狀態。後期-酒精代替及病徵副作用的擴大。

(三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的成功經驗為何？

最後，三位研究參與者的心路歷程都十分獨特，即使很痛苦，且充滿無形壓迫的生活裡，都能看到面對困境的勇氣與堅毅，而這樣的開拓之路可分為內在狀態及外在行為兩個部分。

內在狀態是打破過去僵化的思考模式，看到過去經驗中的未竟事宜或是創傷故事，注意到許多的情緒是被壓抑及忽視的，開始能夠注重自己的感受，重新面對自己，展開全新的對話，並真正的找到適當自我照顧的方式，進而提升生命中的幸福與價值感。

外在行為則是發展自己的興趣，從有興趣的事物當中，找回自己的信心及掌握感，大幅地降低無望感的發生頻率，以及從團體互動交流中，學習到如何面對自己的精神疾患，用更寬容及接納的態度，也從團體中產生的資訊傳遞與普同感，得到更多有利於康復的能量。

於是三位參與者在是否用藥及替代物質的選擇之間、勇敢的、堅持努力嘗試新的方法，最終逐漸找到了新的康復之路。

就此第三問題作回答；

自我對抗的成功過程-從負向信念走向戒斷復原之路；

1. 因壓力困境產生的自殺信念：從自殺意圖、行為中置死地而後生
2. 處於困境中而綻放的正向信念：激發轉化的正向動機及自我療癒力
3. 心理諮商帶來的影響性：學習情緒管理、及如何與恐慌、憂鬱共處

身心療癒相關因子-嘗試與冒險、破除舊有框架、規律形成新的生活模式；

1. 從人際團體中得到支持力量：賽斯基金會/張老師自我探索/讀書會
2. 與大自然的接觸：五感體驗/正念呼吸/曬太陽/散步/爬山/游泳
3. 開啟興趣的一扇生命之窗：自我探索/心靈成長/興趣養成/落實執行



第五章 研究結論、建議與限制

本研究透過三位因憂鬱共病恐慌症患者從確診到治療過程中可能造成的藥物及酒精成癮，並深入探討戒斷與療癒過程之經驗質性敘說，主題分析中呈現逐字稿文本連結在自我療癒歷程與文獻探討的相似與獨特之處，並進一步在上節討論及回答研究問題：首先，探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何？其次，研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結為何？最後，研究參與者心理對抗及生理戒斷的成功經驗為何？以下為本研究的整理並精簡回答研究問題之說明。

第一節 研究結論

綜合討論結果，整理摘要並回答研究問題；

一、 研究恐慌症共病患者的發病經驗對其生活的影響為何？

首先，恐慌症共病所產生之身心負向症狀，引發憂鬱、焦慮、恐懼等情緒，進而引發無望感，產生自殺意念及行為。

就此第一問題作回答；

- (一) 壓抑的性格特質：不擅言語表達及對外求助。
- (二) 情緒中不斷頻繁現身：擔心、焦慮、害怕、恐懼、憂鬱、絕望。
- (三) 引發身體之相關負向症狀：暈眩、心悸、顫抖、失眠、失能、自殺。

二、 研究參與者在治療過程中對藥物及酒精依賴成癮的矛盾糾結為何？

其次，矛盾及糾結來自於對於藥物的不良觀感，以及不了解如何正確使用藥物，將容易取得之酒精作為替代，或是堅信不願吃藥的意志力能夠強化身體，但反而引發藥物戒斷症狀，陷入是否吃藥的矛盾，產生不良之負向循環。

就此第二問題作回答：

- (一) 成癮及戒斷產生兩難之舉，去存取捨是迷茫中的為難決定；一方面用藥及酒精可以身心舒緩，但一方面長期成癮之下反而使病情負向症狀加劇。
- (二) 用藥初期-身心回穩。中期-不斷適應反覆調整藥物的病狀起伏狀態。後期-酒精代替及病徵副作用的擴大。



三、 研究參與者心理對抗及生理戒斷的成功經驗為何？

最後，發展日常生活可參與之活動及興趣，並與內在對話，解構過去框架，形成新的核心信念，並轉化為嶄新的適應行為。

就此第三問題作回答；

第一部分自我對抗的成功過程-從負向信念走向戒斷復原之路；

- (一) 因壓力困境產生的自殺信念：從自殺意圖、行為中置死地而後生
- (二) 處於困境中而綻放的正向信念：激發轉化的正向動機及自我療癒力
- (三) 心理諮商帶來的影響性：學習情緒管理、及如何與恐慌、憂鬱共處

第二部分療癒相關因子-嘗試與冒險、破除舊有框架、規律形成新的生活模式；

- (一) 從人際團體中得到支持力量：賽斯基金會/張老師自我探索/讀書會
- (二) 與大自然的接觸：五感體驗/正念呼吸/曬太陽/散步/爬山/游泳
- (三) 開啟興趣的一扇生命之窗：自我探索/心靈成長/興趣養成/落實執行

第二節 建議與限制

本節陳述研究建議與限制；針對受訪者結果討論與結論，提出列點建議。

一、 研究建議

三位受訪者共有特質「逃避、壓抑」帶來其內心兩方勢力的互相拉扯，在第二章「適應負荷」(allostatic load)，文獻研究所探討決定身、心健康與否的重要關鍵。研究三位人格特質產出樣貌，與梁詩詩、翁嘉英(2014)研究結論來說主動承擔、忍耐壓抑、要求完美、在意他人及自我批判與多種類別的身心症狀具關聯性，顯示個人擁有越多上述的態度與因應方式，越容易承受身體的痛苦相似。當受訪者內心承受極大壓力事件，家庭議題(夫妻衝突、外遇、離婚) 加上人際互動不良時，此時應是情緒高漲點，應有抒發、流動或傾述的出口，然而現實樣貌中三位受訪者從小教導有苦難言的生活因應模式，壓抑、不擅表達及對外求助之下，造成往後相當大的傷害。建議未來恐慌症共病患者，透過此研究文本範例療癒因子嘗試與冒險，學習及生活新體驗下拋開忍辱、忍耐之慣有行為，身心適性的結果相信將與三位受訪者生命經驗有所差異。

其次，主動自我承擔與生理激發顯著影響心血管系統與循環系統症狀，可能顯示具有主動承擔特性者具有較高昂的自主神經系統激發。與三位受訪者的自我文本論述相配，綜合以上導致確診恐慌及共病憂鬱症原因此相印證，須留意未來共病患者心血管相關疾病產生。當然患者自殺議題更是需要留意及防治的，在患者重要他人身上的擔子是重中之重(Weissman et al., 1992)。

Corey Gerald(2016/2017)提及英國存在主義治療師 Emmy van Deurzen 曾指出，人並不是真正的生病，而是「對於生命厭倦或拙於生活」(頁 165)。而阿德勒也將當事人的症狀或困擾問題視為幫助當事人逃避讓他備感威脅卻又必須去做的生活任務，換言之，症狀是「當事人無法完成生活任務的結果」(頁 127)。何是恐慌症合併憂鬱症患者無法完成生活任務的結果呢，可以提供後續未來研究者再度深入分析討論之。

最後，幾點建議給予未來研究者參考如下：

(一) 政策方面：

成癮性物質的規範應該考慮是否有更合適的相關法規可以進行限制，酒精物質的易取得性，加上廣告行銷主打的放鬆氛圍，容易讓人認為酒精能更好可以取代藥物的功能，但整體而言不僅傷害身體，加上藥物與酒精的混用，容易造成更大風險的中毒。

成癮及共病問題盛行之狀況逐年攀升，但民眾對於相關知識的認知依然一知半解，因此造成患者在面對疾患的過程中，需要不斷的與周圍人們解釋，而心理疾患的狀態及成因是難以控制的，且社會觀感也並非友善寬容，對於社會適應性有更多的不安，亦造成患者更大的心理壓力，此部分可由政府先行結合相關單位討論政策面可以合作的部分，如精神科醫師、臨床或者諮商心理師、社工師、護理師，後續與家人配合醫囑的多方網絡合作，並且進行更多的心理衛教相關宣導，鼓勵相關疾患者就醫接受治療，形成患者最大助益的可能性。

(二) 心理相關實務研究：

目前本土心理之相關研究中，多以輔導及心理諮商方法為主，較少人提及療癒因子的功效性，也因研究之廣度的外推性，較難取得質性研究之成果效能，未來期望能有更多研究者看到療癒因子的重要性，並取得質性與量化之綜合性研究，真正的能夠落實於實務應用工作現場當中。

(三) 現場實務狀況之建議：

目前共病狀況已成為心理疾患之常見現象，但因共病之成因及歷程複雜性，較難有一個明確的定論或是共同階段性，讓治療可以進行更多的延伸及外推，但換句話說，這也可以視為提升了每一個患者的主體性，因個人病程的獨特性，治療人員應學習將專家的角色權威性放低，採取開放態度，更有其彈性及空間，去思考患者真正需要的治療為何，並規劃一套適性專有的治療模式。也能夠如同三位研究參與者，因為解構了原先主流框架，亦重新看到更多人生中的不同可能性。

二、 研究限制

本研究以敘事歷程研究為主，並以主題分析法進行分析，過程中可能因筆者之個人觀點及收集資料之質性受限性，產生研究結果之不足的狀況，分別闡述如下；

(一) 研究法之廣度成效：

本研究採取滾雪球的立意取樣質性研究，共有三位研究參與者，但因非屬量化研究，僅能以三位參與者的心路歷程與置身處境來描繪還原當時罹患者成癮的樣貌，不足以代表所有罹病患者的康復心路歷程，因每個人都有其自己的特殊生命與故事，此研究僅能提供三位參與者生命歷程的主觀性和他們的獨特意義呈現。故採取敘說質性研究歷程，且樣本收集數較低，因此對相關研究的外推及延伸性有一定限制，期待未來能以不同研究方法補充，達到更加完整之研究內容。

(二) 研究方向視野成效：

本研究中發現相同病友支持力量對於生病及康復過程具有十分重要的地位，對患者而言，除了提供支持和鼓勵外更是認知疾病衛教的重要來源。但是在本研究中礙於醫療院所的倫理與保密原則下並未對該主團體病友心理治療團體多做探討，後續研究者可針對相似病友的心理治療團體，在恐慌共病疾患者生病及康復過程的幫助加以探討陳述。

(三) 參與者訪談的受限性：

本研究為一回溯性訪談，加上藥物及酒精成癮，憂鬱及恐慌均會造成患者漸進傷害大腦機制的影響，會隨著時間經過以及研究對象的記憶遺忘，亦會有與事實失真問題的可能性，此乃評估限制之一。其次，本研究為精神疾患之共病患者為對象，在邀請參與者方面有較多困難，許多患者對於接受訪談有些擔心及疑問，收集患者之資料形成一大障礙，且成癮問題的複雜性，未能多加包含臨床診斷及用藥狀況之客觀情形描述，參與者可能因此在表達上產生落差，進而產生研究誤差。

(四) 參與者訪談的用藥歷程：

社會上對於共病患者依賴藥物或酒精依然有汙名化的存在，對於患者的內在負擔是會格外的巨大，筆者認為用藥對於患者的心態及生活有莫大的改變，但較少人針對患者用藥的心態及生活模式進行研究，這一部分是否也顯現出目前較少人重視到用藥的內在狀況，多以外在行為的研究為主，想像若能從多察覺內在的狀態與機制，一定也能夠有更多的外在改變產生。未來假使可能針對如食補營養品(維他命 B 群、深海魚油、Omega-3、6、9)等與藥物相互對造探討影響之下，相信這樣對於患者的用藥歷程搭配亦是幫助的。

(五) 參與者訪談的全面性：

本研究參與者選自單一醫療院所前後出入治療團體中的成人恐慌合併憂鬱患者。未來研究對象可就不同來源的患者，例如中華民國愛心調適會(專為恐慌症治療的全國性社會服務單位)，或其他醫療院所門診的患者。另外亦可對全年齡恐慌症戒斷藥癮者進行研究，以瞭解不同年齡層及多元性別在療癒的生活經驗是否有所差異，更寬廣地探究恐慌患者成癮及緩解戒斷的心路歷程。本研究只是一個初步的探究，也期許未來在研究上可以更深入完整地探討，以提供臨床工作者及有相同生命經驗的患者更具體、更多元的協助與參考。

(六) 研究者之個人限制：

因研究者為心理相關背景，受過專業訓練養成研究探訪者應為不帶主觀評價、開放、中性、中立之態度，但以常人之價值觀，參與者也了解此研究議題為何，因此有可能因而在收集資料及探問的過程中，被權威引導而將療效歷程的因子誇大或是隱瞞部分資料，影響資料收集之準確與些許真實性誤差。期許未來研究者須留意研究主觀性引導受訪者的立場議題。

第三節 研究反思

見前學者少有質性論文相關研究，筆者透過恐慌症共病患者以及療癒歷程進行深度探究，更針對藥物治療所可能導致藥物成癮(如安眠藥、鎮定劑、抗焦慮劑等相關藥物)及酒精成癮的多樣性進行相關研究反思及理解下，已經收穫良多。本此研究的呈現，期許得知恐慌症患者透過在逆境中透過治療與學習，可以預見使患者能再次高度自我探索、再次學習與成長，然而研究者也希望在研究結果中對恐慌症患者從患病至治療等歷程，以及戒斷藥物與酒精的心路歷程進而分析做出研究貢獻，期許未來對恐慌症患者採用本篇研究心理療癒效果具正向效果。

過去在了解精神疾患的治癒歷程時，雖然研究者的工作場所及家人都曾有過接觸、應對及照顧經驗，但透過本研究與患者其「真實」的患病痛苦「同在」，比起過往只能從教科書上的案例，從略知一二，現在研究後的體驗，實在是「以管窺天」，在真實的接觸了參與者的生命歷程後，才能夠明白精神疾患帶來的影響性，遠比文獻中的形容多的太多了。

最印象深刻的部分，在於許多看似簡單的日常小事，卻能激發不小的療癒效能，像是曬太陽或是簡單的散步運動，在一天天規律累積成療癒的力量；在過程中，保持著相信自己能夠走過困難的信念，啟動要康復的動機，為自己激勵加油打氣，拋下舊有的框架，重新拾起身心受傷的部分，也讚嘆生命中發出精彩亮光。

筆者曾在當兵有過菸癮，退伍多年後終克服戒斷，深知戒癮之為難處，研究過程，數度萌生抽菸念頭已降低焦慮感，但最終並無再舉起菸抽，相信包括受訪者及任何人們，都有其自我調控的方式。很感激這三位參與者，願意提供自己的歷程作為研究用途，三位參與者的故事中都充滿了身而為「人」的堅韌，面對這樣突如其來的，龐大的困境，根本不知道哪一天能夠回歸到原來的生活狀態，甚至做好了與其共存的心理準備，這樣的努力與堅持，無不讓研究者深感動容、尊敬及佩服。本研究期望能藉由瞭解恐慌症患者的罹病歷程中主要心理療癒因子及藥物酒精成癮與戒斷明確的研究一套屬於台灣恐慌症患者的「最佳參考」方案。

參考文獻

中文部分

- 王文科、王智弘 (2010)。質的研究的信度和效度。彰化師大教育學報，17，P29-50。doi:10.6769/JENCUE.201006.0029
- 王王申、吳中興、林令世、溫偉鈞 (2008)。恐慌症之介紹與處理。基層醫學，23(2)，45-50。
- 王貞力 (2009)。恐慌症患者療癒過程之敘說研究-團體心理治療與森田理論之運用 (系統編號：097NHLT5328009)【碩士論文。國立花蓮教育大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/27e89m>
- 王毓禎 (2010)。恐慌症之腦循環自主調控 (系統編號：098YM005659004)【碩士論文。國立陽明大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/2768tz>
- 元氣網 | 科別 | 精神、身心 (2018 年 02 月 23 日) 具高度成癮性鎮靜安眠藥 台灣處方比例居亞洲之冠 <https://health.udn.com/health/story/5964/2996040>
- 世界衛生組織 World Health Organization (2023)。世衛組織網站主頁/世界衛生數據平台。 <https://www.who.int/zh/data>
- 李慧芳 (2004)。焦慮敏感度引起焦慮症狀(恐慌症狀)的認知歷程 (系統編號：092CCU00071010)【碩士論文。國立中正大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/djq8xc>。
- 李俊宏 (2017 年 10 月 19 日)。精神醫療網在成癮疾病防治的現況與挑戰藥酒癮個案及其共病議題之醫療處置。衛生福利部嘉南療養院：106 年度醫師代訓教育計畫，P16。 <https://www.ttpc.mohw.gov.tw/public/news/handouts/7dc20a46ff3b77b6af9f13abf29a88c0.pdf>
- 吳人好 (2021)。恐慌症者人際經驗之探究 (系統編號：109NCNU0464015)【碩

士論文。國立暨南國際大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。

<https://hdl.handle.net/11296/ff7w6k>

林原賢 (2004)。折衷諮商理論與多重模式治療法。諮商與輔導，(219)，2-6。

<https://doi.org/10.29837/CG.200403.0002>。

林原賢、盧興國、簡伯丞 (2012)。男性藥物濫用更生人接受宗教信仰對心靈發展之研究。臨床心理學刊，6(1)，75-75。

林瑤文 (2008)。恐慌症病患接受精神科治療前後半年醫療使用率的變化 (系統編號：096TMC05528012)【碩士論文。臺北醫學大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/jd3kun>。

周士雍 (2001)。精神官能症病患死亡態度之研究 (系統編號:089NHU00672009)【碩士論文。南華大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/6h3stn>。

法務部 (2016)。藥癮治療模式。法務部矯正署 臺中勒戒所。線上檢索日期：2022年 1 月 1 日。網址 <https://www.tcj.moj.gov.tw/331931/331948/331954/585735>

吳鴻麟 (2003)。「恐慌症」病患在精神科治療前後期之醫療使用率的變化 (系統編號:091KMC00152016)【碩士論文。高雄醫學大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/654yxz>

洪錦益、劉嘉逸、楊庸一、張學嶺 (1999)。停用 Carbamazepine 引起之精神病加劇：一例報告。Mid-Taiwan Journal of Medicine，4(3)，216-219
[https://hyint.nhu.edu.tw:3360/10.6558/MTJM.1999.4\(3\).11](https://hyint.nhu.edu.tw:3360/10.6558/MTJM.1999.4(3).11)

洪育遠、張俊鴻、陳俊欽(2022年 11 月 10 日)。恐慌症／覺得快要死了！恐慌症治療方式有哪些？治療多久才會好？。健康 2.0。
<https://health.tvbs.com.tw/encyclopedia/336160>

洪芬芳 (2008)。物質濫用疾患之護理。於黃宣宜總校閱，新編精神科護理學。(二版，759-793)。永大。

施癸瑜、李明濱、李世代、郭聖達 (2004)。壓力與健康：生理病理反應。北市醫學雜誌，1(1)，17-24。

食藥好文網 (2022 年 07 月 16 日)。吃西藥傷腎又傷肝，所以盡量不要吃對嗎？<https://article-consumer.fda.gov.tw/subject.aspx?subjectid=2&id=3644>

梁詩詩、翁嘉英 (2014)。壓力反應過程中壓力性格對身心症狀的影響。臨床心理學刊，8 (1)，63-64。

高家常 (2008)。藥物濫用與健康促進。於王秀紅總校閱，健康促進與護理-理論與實務 (二版，252-273) 台北：華杏。

高淑清 (2008a)。質性研究的 18 堂課首航初探之旅。高雄市：麗文文化。

高淑清 (2008b)。質性研究的 18 堂課楊航再訪之旅。高雄市：麗文文化。

高啟雲 (2016)。走出生命幽谷——一位憂鬱症患者療癒之自我敘說研究【未出版之碩士論文】。南華大學。

陳秒孜 (2008)。恐慌症患者的生活品質及其相關因素之探討 (系統編號: 096NTCN0711014)【碩士論文。國立台北護理學院】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/g4x9kr>

陳皎眉、林宜旻、徐富珍、孫旻暉、張滿玲 (2015)。心理學(二版)。雙葉書廊。

莊慧姿 (2000)。認知行為團體心理治療對恐慌症患者療效之研究。(系統編號:088KMC00152020)【碩士論文。高雄醫學大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/tam9bb>

許添盛 (2014)。不再恐慌：自律神經失調的身心靈整合療法。賽斯文化。

許綺宴 (2018)。海洛因成癮者接受美沙冬替代治療生活經驗之敘事研究【未出版之碩士論文】。南華大學。

曾美智、李宇宙、李明濱 (1999)。憂鬱症與焦慮症之共患現象。臺灣精神醫學，13(2)，37-47。

黃嘉慧 (2001)。恐慌症患者之認知行為治療—短期效應與長期效應之評估 (系

- 統編號:090KMC00152015)【碩士論文。高雄醫學大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/9wn48a>
- 黃國書 (2013)。社會科學的理路。臺北市：心理。
- 黃素菲 (2018)。敘事諮商歷程與敘事結構特徵中生活目標改變之詮釋分析。中華輔導與諮商學報，52，143-180。
- 鈕文英 (2017)。質性研究方法與論文寫作。雙葉書廊。
- 張伯宏 (2006)。提升毒品戒治成效之實證研究。中央警察大學犯罪防治學報，7，285-308。
- 張伯宏 (2007)。我國毒品戒治政策與成效之研究 (系統編號: 095CCU05102020)【博士論文。國立中正大學犯罪防治所】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/a5n3wb>。
- 張琦郁、鄭逸如、呂碧鴻、陳秀蓉、洪福建 (2009)。身心壓力諮商門診患者之特性分析。臺灣家庭醫學研究，7(2)，70-80。
- 張家銘 (2019年7月14日)。台灣憂鬱症就醫現狀與問題。社團法人臺灣憂鬱症防治協會。<https://www.depression.org.tw/knowledge/info.asp/?/71.html>
- 廖俊裕 (2021)。易筋經操練之身心靈經驗探究 (系統編號: 109NCYU5464039)【碩士論文。國立嘉義大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/a757se>
- 廖士程、林信男 (2003)。恐慌症之診斷與藥物治療策略。當代醫學，351，31。
- 楊振昌、高翔、鄧昭芳 (1997)。苯重氮基鹽類藥物戒斷症候群：急診醫學診斷上的一個陷阱。中華民國急救加護醫學會雜誌，8(1)，31-36。
<https://doi.org/10.30018/JECCM.199703.0006>
- 楊延光、鄭淑惠 (2006)。全方位憂鬱症防治手冊。台北：張老師文化。
- 楊善華、孫飛宇 (2005)。作為意義探究的深度訪談。社會學研究，5，53-68。
- 蔡明輝 (2004)。藥物治療合併團體認知行為治療對恐慌症患者之研究—著重在

- 醫療使用率改善之研究 (系統編號: 092KMC05152016)【碩士論文。高雄醫學大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/5hj45s>
- 蔡春如 (2016)。喪偶婦女悲傷歷程與療癒因子之研究【未出版之碩士論文】。南華大學。
- 蔡震邦(2009)。實證研究下藥癮治療的發展趨勢。法務部矯正署-矯正月刊, 209, 1。
- <https://www.mjac.moj.gov.tw/media/28412/412993734981.htm?mediaDL=true>
- 劉淑言 (2008)。運用認知治療於一位憂鬱症個案護理經驗。榮總護理, 26 (3), 297-303。
- 潘秋月 (2011)。受戒治者生活重建之研究—以福音戒毒為例 (系統編號: 100MHIO5743003)【碩士論文。美和科技大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/8x6v2w>。
- 潘秀霞 (2006)。焦慮疾患患者生病與復原經驗之研究—以六位病友互助團體之會員為例 (系統編號: 095NHU05672002)【碩士論文。南華大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/r62xq6>
- 衛生福利部中央健康保險署 (2023)。健保藥品使用量分析檔。中華民國衛生福利部。 <https://data.nhi.gov.tw/Banner/DevelopGuide.aspx>
- 鄭明月 (2018)。自然療癒的心理歷程：遊走於大自然。身心治療學刊, 14(1), 55-68。
- 賴建翰 (2009)。初發性重度憂鬱症合併恐慌症之前驅腦結構分析 (系統編號: 098YM005659002)【碩士論文。國立陽明大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/de48bp>
- 盧興國 (2011)。宗教信仰對男性藥物濫用更生人靈性健康影響初探 (系統編號: 099NHU05672030)【碩士論文。南華大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/78f74z>。

簡佳璋 (2016 年 08 月 06 日)。簡佳璋醫師從自律神經失調談心緒及壓力調適。

國軍高雄總醫院：105 年度醫師代訓教育計畫，P10

謝宛霖 (2009)。恐慌症患者之偏誤性注意力偏誤探討 (系統編號：

097KMC05071004)【碩士論文。高雄醫學大學】。臺灣博碩士論文知識加值

系統。 <https://hdl.handle.net/11296/d8pn4b>

謝嘉路 (2009)。恐慌症個案的外顯記憶特性之探討 (系統編號：

097FJU00071008)【碩士論文。輔仁大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。

<https://hdl.handle.net/11296/bd4ez5>

顏慶雲 (1994)。台北市立療養院恐慌症團體治療與恐慌症個別治療對於病患自

我照顧行為效果之比較 (系統編號: 082NTNU3483009)【碩士論文。國立臺灣師範大學】。臺灣博碩士論文知識加值系統。

<https://hdl.handle.net/11296/9w883g>

顏孝羽(2006)。內隱記憶偏誤於恐慌症病理之角色(系統編號: 095NTU05071003)

【碩士論文。國立臺灣大學】臺灣博碩士論文知識加值系統。

<https://hdl.handle.net/11296/9ys7tr>

英文部分

- Association, A. P. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub.
- Beck, A. T. (1967). Depression Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper and Row.
- [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=796987](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=796987)
- Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. By Clark, David M., Salkovskis, Paul M., Hackmann, Ann, Wells, Adrian, Ludgate, John, Gelder, Michael Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 67(4), Aug 1999, 583-589 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10450630/>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. Journal of Abnormal Psychology, 110(4), 585–599. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.4.585>
- Bouton ME, Mineka S, Barlow DH. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. Psychol Rev 108: 4-32 February (2001) Psychological Review 108(1):4-32 DOI:10.1037/0033-295X.108.1.4
- Blair, K., Shaywitz, J., Smith, B. W., Rhodes, R., Geraci, M., Jones, M., McCaffrey, D., Vythilingam, M., Finger, E., Mondillo, K., Jacobs, M., Charney, D. S., Blair, R. J. R., Drevets, W. C., & Pine, D. S. (2008). Response to Emotional Expressions in Generalized Social Phobia and Generalized Anxiety Disorder: Evidence for Separate Disorders. American Journal of Psychiatry, 165(9), 1193–1202. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07071060>

- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256–271. <https://doi.org/10.1037/a0016608>
- Bukalo, O., Pinard, C. R., & Holmes, A. (2014). Mechanisms to medicines: Elucidating neural and molecular substrates of fear extinction to identify novel treatments for anxiety disorders: Modelling fear and fear extinction. *British Journal of Pharmacology*, 171(20), 4690–4718. <https://doi.org/10.1111/bph.12779>
- Clark, D. A. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318–344). The Guilford Press.
- Castano, E., Leidner, B., Bonacossa, A., Nikkah, J., Perrulli, R., Spencer, B., & Humphrey, N. (2011). Ideology, Fear of Death, and Death Anxiety. *Political Psychology*, 32(4), 601–621. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9221.2011.00822.x>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton & Company.
- Freeman, E. M. (1992). *The addiction process: Effective social work approaches*. New York: Longman. 1-9.
- Fu, T. S.-T., Lee, C.-S., Gunnell, D., Lee, W.-C., & Cheng, A. T.-A. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: A 20-year repeated cross-sectional survey. *The Lancet*, 381(9862), 235–241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61264-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61264-1)

- Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E., & Goodwin, G. M. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet* (London, England), 361(9358), 653–661. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12599-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12599-8)
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 817–823. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820100061011>
- Jacobsen, L. K., Southwick, S. M., & Kosten, T. R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1184–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
- Jonas Donner , Rita Haapakoski, Sini Ezer, Erik Melén, Sami Pirkola, Mònica Gratacòs, Marco Zucchelli, Francesca Anedda, Lovisa E Johansson, Cilla Söderhäll, Christina Orsmark-Pietras, Jaana Suvisaari, Rocío Martín-Santos, Marta Torrens, Kaisa Silander, Joseph D Terwilliger, Magnus Wickman, Göran Pershagen, Jouko Lönnqvist, Leena Peltonen, Xavier Estivill, Mauro D'Amato, Juha Kere, Harri Alenius, Iris Hovatta(2010). *Biol Psychiatry*. ;68(5):474-83. [doi: 10.1016/j.biopsych.2010.05.039](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.05.039).
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., et al. (1997) Lifetime Co-Occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey”. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313-321.
- References—Scientific Research Publishing.

[https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqw2orz553k1w0r45\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2169648](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqw2orz553k1w0r45))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2169648)

- Kagan, J., Snidman, N., & Arcus, D. (1998). Childhood derivatives of high and low reactivity in infancy. *Child Development*, 69(6), 1483–1493.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., Wang, P. S., & National Comorbidity Survey Replication. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, 289(23), 3095–3105. <https://doi.org/10.1001/jama.289.23.3095>
- Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872–880. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.872>
- Kumsta, R., Chen, F. S., Pape, H.-C., & Heinrichs, M. (2013). Neuropeptide S receptor gene is associated with cortisol responses to social stress in humans. *Biological Psychology*, 93(2), 304–307. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.02.018>
- Lincoln & Guba (2000). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—A re-interpretation of 「conditioning」 and 「problem-solving.」 *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Malizia AL. (2003) What do brain imaging studies tell us about anxiety disorders? *J Psychopharmacol* 13: 372-378 | Request PDF https://www.researchgate.net/publication/12646956_Malizia_AL_What_do_brain_imaging_studies_tell_us_about_anxiety_disorders_J_Psychopharmacol_13_372-378

Mineka, S., & Sutton, J. (2006). Contemporary Learning Theory Perspectives on the Etiology of Fears and Phobias. *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (75–97). American Psychological Association.

<https://doi.org/10.1037/11474-004>

Morris, L. S., McCall, J. G., Charney, D. S., & Murrough, J. W. (2020). The role of the locus coeruleus in the generation of pathological anxiety. *Brain and Neuroscience Advances*, 4, 239821282093032. <https://doi.org/10.1177/2398212820930321>

Newman, J. P., Schmitt, W. A., & Voss, W. D. (1997). The impact of motivationally neutral cues on psychopathic individuals: Assessing the generality of the response modulation hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 563–575. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.4.563>

Nemeroff, C. B. & Schatzberg, A. F., (Eds.). (1998). *The American Psychiatric Press textbook of psychopharmacology* (2nd ed.). American Psychiatric Association.

Neuman, W. L., & Kreuger, L. (2003). *Social Work Research Methods Qualitative and Quantitative Approaches*. Boston, MA Allyn and Bacon. - *References—Scientific Research Publishing*. (1978).

[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1480096](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1480096)

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

Results from the (2013) National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings and Detailed Tables | CBHSQ Data..

<https://www.samhsa.gov/data/report/results-2013-national-survey-drug-use-and-health-summary-national-findings-and-detailed>

Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.

<https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>

Weisman, A.(1986).*The coping capacity:On the nature of being mortal*.New York:Human Science Press.

Weissman, M. M., Klerman, G. L., & Johnson, J. (1992). Panic disorder and suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 149, 1411–1412.

<https://doi.org/10.1176/ajp.149.10.1411a>

Wengraf, Tom (2001).*Qualitative Research Interviewing Biographic Narrative and Semi-structured Methods*.London:SAGE Publications



翻譯專書

- American Psychiatric Association(2014)。DSM-5®精神疾病診斷準則手冊(台灣精神醫學會譯)。合記圖書。(原著出版於 2013 年)
- Ann M.Kring、Sheri L Johnson、Gerald C. Davison、John M Neale (2020)。變態心理學(第三版)(張本聖、徐儷瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵譯)。雙葉書廊。(原著出版於 2016 年)
- Babbie, Earl (2016)。社會科學研究方法 (林秀雲譯)。新加坡商聖智學習。(原著出版於 2004 年)
- Barbara J. Huelat & Thomas Wan (2019)。療癒環境：身心靈的健康照護環境設計 (林妍如、陳金淵譯)。五南文化。(原著出版於 2007 年)
- Corey Gerald. (2017)。諮商與心理治療理論與實務(第四版)(修慧蘭、鄭玄藏、余鎮民、王淳弘譯)。雙葉書廊。(原著出版於 2016 年)
- David A. Clark & Aaron T. Beck(2020)。每個人都想學的焦慮課：用認知行為療法擺脫社交恐懼、黑暗心理、憂慮壓力，學習善待自己。(陳莉淋譯)。高寶國際。(原著出版於 2010 年)
- Irvin D. Yalom (2003)。團體心理治療的理論與實務。(方紫薇、楊大和譯)。桂冠圖書。(原著出版於 2003 年)
- Irvin Yalom, & Moly Leszcz,(2022)。團體心理治療：理論與實踐(第六版)。(蔣娟、李鳴譯)。中國輕工業。(原著出版於 2005 年)
- Jane Roberts(2010)。健康之道：最後的一堂賽斯課 (王季慶譯)。賽斯文化。(原著出版於 1997 年)
- Jane Roberts(2011)。個人與群體事件的本質 (王季慶譯)。賽斯文化。(原著出版於 1981 年)
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (2008)。敘事研究：閱讀、分析與詮釋 (吳芝儀譯)。濤石文化。(原著出版於 1998 年)

Michael Quinn Patton(2008)。質性研究評鑑(吳芝儀、吳奉儒譯)。濤石文化。(原著出版於 2002)

Minchael B.First ,M.D.(2020)。DSM-5®精神疾病診斷準則手冊(孔繁鐘譯)。合記圖書。(原著出版於 2018 年)

Michael Olpin, & Sam Bracken,(2023)。做自己心智的主人：15 分鐘讓大腦超靜定，7 個解壓習慣×66 天刻意練習，重新掌握生活(胡琦君譯)。天下雜誌。(原著出版於 2014 年)



附錄

附錄一 受訪者選樣條件核對單

受訪者選樣條件為；

- (一) 經醫師診斷為恐慌症患者或者是恐慌症合併精神官能症患者，且持續接受治療十二個月以上。
- (二) 年齡介於 18 歲到 65 歲之間成年人。
- (三) 意識及認知清楚能接受訪談。
- (四) 能以國台語溝通表達無阻礙。
- (五) 身體狀況許可能接受訪談。
- (六) 過往曾有過物質成癮(藥物及酒精)但目前減害或戒斷者
- (七) 精神官能症病狀改善或康復者

受訪者排除條件為；

- (一) 精神狀態不穩定，無法接受訪談患者
- (二) 精神官能症病狀未改善者
- (三) 潛在性暴力危險患者。
- (四) 再度失足繼續物質使用(藥物及酒精)患者。
- (五) 再度依賴物質成癮(藥物及酒精)患者。

經確認_____先生/女士

符合

受訪者選樣條件

不符合

附錄二 研究邀請函

敬愛的_____，您好！

我是南華大學生死學研究所研究生一江一龍，目前在指導教授林原賢博士的指導下，正在進行碩士論文研究，題目是：合併憂鬱症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒歷程之研究；主要探討恐慌症患者面對患病之苦下，進而依賴物質後造成物質成癮，如何看待這兩者之間對於自己生、心理的交互不良影響。另外進一步的探討使用物質成癮後，是否有過反覆想戒除，但卻有不適的戒斷症狀，並探討自己是如何克服生、心理戒斷症狀，不適過程中，而從使用減害到完全戒斷成癮物質，並改善自我精神症狀的過程並建立何種日常生活規範，使自己適性的回歸正常生活，過往如何因應這些干擾日常生活的身心困擾，以及在因應過程中所展現的生命轉化經驗。希望透過與您面對面的訪談，能從您的生命故事與寶貴經驗淬煉出一種融合身心理統整與成長的身心靈轉化模式，作為未來相關患者有使用物質上的困擾參考之用，以嘉惠承受身心靈痛苦的人們。

在此，誠摯邀請您參與我的前導論文研究，在過程中我將會履行以下的事項：

- 1、每次訪談約1-2小時，訪談前將依您的方便，事先和您約定談話地點與時間。
- 2、訪談進行時將提供訪談大綱給您參考，但您可自由決定談話內容的深度與廣度。若有任何您不想談論的主題，不用勉強回答，也不需要作任何的解釋。您同樣可選擇隨時終止參與研究，完全尊重您的意見，一切都以您的決定為最終的考量。
- 3、訪談時會錄音，目的在於詳實紀錄談話內容，以便往後資料分析及整理，但若您有任何不希望被錄音的部分，您可隨時告知，我會馬上終止錄音。錄音將會在論文完成後銷毀，但若您想要保存，將依照您的意願處理。
- 4、所有訪談資料僅供學術用途，不會對外公開，同時為維護您的隱私，您的姓名及其他個人資料都將以匿名的方式處理。

- 5、訪談後將寫下您的生命故事，並將它交給您閱讀，以確定它的正確性。
- 6、未來論文完成或出書或投稿學術期刊，目的是想將您個人獨特的生命故事提供給社會大眾或醫療人員，或相關患者以及家屬學習與轉變的參考。發表時不會提及您的真實姓名與身分，請您放心。

謝謝您願意參與研究，因您投入時間、精神與經驗的貢獻，讓更多人了解恐慌症患者以及家屬的影響及幫助。

敬祝您 平安喜樂

研究者 江一龍 敬上

中華民國 年 月 日



附錄三 研究參與同意書

本人_____（以下簡稱我）經由研究者江一龍詳細講解後，已全然瞭解訪談過程中的所有細節，及研究的目的與性質。

我瞭解在訪談過程中會受到絕對的保護與尊重，以及對於我的個人基本資料會加以保密。且於訪談過程中，我的感受與意見均會受到重視和適當的處理，並有權利隨時提出疑問、終止訪談或退出研究。

我願意和研究者分享我對於此研究的相關經驗與提供寶貴意見。並同意於訪談過程中全程錄音，及訪談內容可提供研究者在撰寫研究文本時引用於文中。但非經我的授權，不得擅自公開我的相關資料，以及將錄音檔案給予他人，並必須遵守保密協定。如有提供與此研究相關的文件資料及照片，我同意研究者於撰寫研究文本時作適當引用。

我瞭解於研究結束後，相關資料的處理方式會尊重我的意見，且有關我的個人基本資料及錄音檔案，均會立即銷毀，不擅自留存。

我正式 同意不同意 授權研究者：

訪談過程全程錄音

引用訪談內容於研究文本中

引用相關文件資料與照片於研究文本中

研究參與者（簽名）：_____ 研究者（簽名）：_____

中華民國_____年_____月_____日

過程中如您有任何疑慮，歡迎隨時與我聯繫。生死所研究生：江一龍。

聯絡方式：0982-522-596 ； e-mail：jil218@ms28.hinet.net

附錄四 前導研究訪談大綱

研究問題	訪談大綱	時間	內容	語意	編碼
(一) 探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請談談你發病前的日常生活狀況? 2. 日常壓力對發病頻率有什麼關聯性? 3. 精神症狀對自己日常生活造成什麼影響? 				
(二) 研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請談談你治療過程，對於自己生理不適及心理障礙? 2. 治療過程中，是否對於酒精或者藥物產生依賴感及物質成癮症狀? 3. 使用物質成癮後，是否有過反覆想戒除，但卻有不適的戒斷症狀? 				
(三) 研究參與者心理對抗及生理戒斷的心路歷程為何?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請談談你在過往如何克服生、心理戒斷症狀，不適過程中而減害成癮物質 2. 請談談你在過往如何克服生、心理戒斷症狀，不適過程中而完全戒斷成癮物質，並改善自我精神症狀的情況? 3. 請談談你在過往心理對抗及生理戒斷的自我痊癒心路歷程中，關鍵點是什麼? 				

附錄五 修改後實際研究訪談大綱

研究問題	訪談大綱(修改後)
受訪者基本資料	<ol style="list-style-type: none"> 1. 居住地： 2. 年齡： 3. 性別： 4. 學歷： 5. 婚姻狀況： 6. 有無工作： 7. 家庭情況： 8. 過往病史：
(一)探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請談談你發病前的日常生活狀況? 2. 日常壓力對發病(前與發病後的心理狀態)有什麼關聯性? 3. 精神症狀(確診後)對自己日常生活造成什麼影響?
(二)研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請談談你治療過程，對於自己生理不適及心理障礙? 2. 治療過程中，是否對於酒精或者藥物產生依賴感及物質成癮症狀? 3. 使用物質成癮後，是否有過反覆想戒除，但卻有不適的戒斷症狀?
(三)研究參與者心理對抗及生理戒斷的心路歷程為何?	<ol style="list-style-type: none"> 1. 請談談你在過往如何克服生、心理戒斷症狀，不適過程中而減害成癮物質? 2. 請談談你在過往如何克服生、心理戒斷症狀，不適過程中而完全戒斷成癮物質，並改善自我精神症狀的情況? 3. 請談談你在過往心理對抗及生理戒斷的自我痊癒心路歷程中，關鍵點是什麼?

附錄六 協同分析者保密同意書

本人 _____ (以下簡稱「乙方」) 擔任南華大學生死所生死教育與諮商組研究生 江一龍 (以下簡稱「甲方」) 之協同分析者，協助甲方進行研究內容分析，在研究進行的過程中遵守原則為：

1. 研究參與者之所有相關檔案 (包含逐字稿、錄音檔等)，乙方必須保證嚴守保密義務，絕不洩漏或交付予任何第三人。
2. 研究之所有相關檔案為甲方所有，乙方不得將資料私自挪用、分享、收藏；若同意本書所提到之事項，請於下方簽名。

本同意書自簽署後生效；本同意書壹式貳份，由雙方各執壹份為憑。

甲 方：

乙 方：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人 _____ (以下簡稱「乙方」) 擔任南華大學生死所生死教育與諮商組研究生 江一龍 (以下簡稱「甲方」) 之協同分析者，協助甲方進行研究內容分析，在研究進行的過程中遵守原則為：

3. 研究參與者之所有相關檔案 (包含逐字稿、錄音檔等)，乙方必須保證嚴守保密義務，絕不洩漏或交付予任何第三人
4. 研究之所有相關檔案為甲方所有，乙方不得將資料私自挪用、分享、收藏；若同意本書所提到之事項，請於下方簽名。

本同意書自簽署後生效；本同意書壹式貳份，由雙方各執壹份為憑。

甲 方：

乙 方：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

附錄七 受訪者檢核回饋表

您好：

非常感謝你願意撥出時間分享自己動人的經驗故事，也因為有您的協助研究才有機會完成。目前研究已經進行到最後一個段落，資料分析已經完畢，並將訪談內容整理成一個專屬於您的故事，同時依照研究主題「合併憂鬱症的恐慌症患者藥癮戒斷與療癒歷程之研究」為主軸，在您寶貴的經驗中做了一些取捨，也為了保護您的隱私與可辨識身分訊息，在姓名上使用代稱，其他資訊將已刪除或更動。為了確保分析後的資料能貼近您的經驗，這邊需要再請您抽空做最後的檢核，

請您檢核故事的內容是否有不完整、誤解扭曲或是錯誤的部分，並可以直接在故事文本上做標記、修改或註記，以及下方的部分也需要您的填寫，您的寶貴意見將會作為研究後續修改的依據，非常感謝您的幫忙！

敬祝 平安順心

南華大學生死所生死教育與諮商組研究生 江一龍 敬啟

一、 此故事文本和主題與您實際經驗貼近程度大約為：

_____ % (0%表示完全不符合，100%表示完全符合)

二、 閱讀完此文本後，您認為需要修正或補充的部分是：

三、 您對於本研究的感想與回饋：

日期： 年 月 日

A B C 三位受訪者檢核回饋表

個案	文本貼近程度	修正或補充	感想與回饋：
A	98%	已補充	透過訪談及觀看資料後，發現自己可以更確定自己是有力量的，透過學習自己是可以療癒自己的。
B	99%	無	我覺得經由這項研究，讓我可以重新檢視自己曾經的過去，透過與諮商員的談話，除了能重新梳理自己的狀態以外，也看見了許多不一樣的可能，更期盼可以藉由自身的經驗帶給其他同樣困在情緒裡的人一些參考，很感謝有這樣的機緣可以做這個分享。
C	99%	無	訪談後覺得很累，但看到訪談資料後，看見自己的療癒過程，數度流淚，看見自己從低谷到復原過程讓自己回溫後，感覺自己怎麼有那麼大的能力，可以讓自己好，我謝謝訪問者可以讓我再度看見自己的好。少一分 100 分是希望訪問者可以再繼續努力造福人群。

填寫日期：112 年 06 月 16 日至 06 月 21 日

附錄八 摘列A研究者逐字稿及文本分析

第一段:訪談逐字稿	編碼	(內容摘要) 意義單元	(主題敘述) 研究者反思
R 好你好，那我想要請問一下這是說欸，你發病前的日常生活是什麼樣的情況啊？			
<u>呃，我發病前都很正常啊，就是說家庭啊，還有我的顧我的家庭拉，先生啦，孩子啊，我的公婆啊，一切都正常，</u>	A1-001	● 發病前，日常家庭方面，公婆、先生、小孩運行正常	
而且我也也是在做做生意，我是自由業的，我賣一點小珠寶還有服飾，還有房地仲介，嗯，我覺得那個時候的生活也是雖然是蠻洽溢的啦，這中間 OK 啦，	A1-002	● 發病前，日常工作方面，自由業，運行正常，生活愜意	
當然家!每個家庭都有各自的那個功課嘛，吼!好!那現在暫時沒有說這個 OK 啦，發病前都非常 OK 的啊。	A1-003		發病前生活愜意正常
R 那你要不要談看看，就是你發病前的身體狀況還好嗎？大概是怎麼樣？			
<u>我發病前的身體狀況，其實我我從小就腸胃比較不好，因為腸胃還會影響到這個心臟。</u>	A1-004	● 從小腸胃較不好，還會影響到心臟	人格特質 從小腸胃不好，還會影響到心臟
我記得應該是我8歲的時候，我在我是臺北人，就是孔子廟那邊附近，大龍洞孔子廟那邊的，我差不多8歲的時候，我在睡覺的時候，就是說我半夜會突然醒來，	A1-005	● 8歲時，第一次在半夜驚醒	人格特質 體弱關係從小易受驚嚇
哎， <u>我的心臟怎麼停頓下來了，我心臟停下來，然後後來經過跟媽媽講，媽媽就帶我去看心臟科的醫師，他說，我這個叫做心慢心.....心什麼.....瓣什麼脫垂？</u>	A1-006	● 感覺心臟怎麼停頓下來了。媽媽帶去看心臟科醫師確診為二尖瓣脫垂	人格特質 醫師確診為二尖瓣脫垂
R 二尖瓣膜。			

喔對對，叫做二尖瓣脫垂，他說，比較瘦的人會比較有這種情形拉，	A1-007		
<u>那也是一直維持到現在年紀那麼大誼，可能該走的都有走，那如果說真的有需要看醫生了，如果說中間有人說這樣的話，就會看醫生，不過我也是不需要看醫生的，</u>	A1-008	● 從小到現在，二尖瓣脫垂的情況，該看醫生都看了，這之間有需要就看，不需要的話就不看	A 想法: 二尖瓣脫垂不舒服，有需要就看醫生，不需要就不看(拖延、逃避)
<u>那我的腸胃比較是真的比較不好的人。那個時候14歲的時候就有胃酸，</u>	A1-009	● 從小腸胃較不好，14歲的時候就有胃酸	人格特質 14歲的時候就有胃酸
<u>因為我這個人齣，容易緊張啦，又是完美主義者，又容易緊張又怕什麼事都輸給人家，那就是大概心情就是這樣子吼 OK 好。</u>	A1-010	● 個性易緊張，又是完美主義者，又怕什麼事都輸給人家	人格特質 完美主義且個性易緊張、又有怕輸給人的壓力
R 那你發病前的日常生活剛剛身體有稍微狀態有稍微描述一下了，那你的發病前的心理狀態。			
R 是怎麼樣的？一個一個過往是怎麼樣發病前的心理狀態到底是怎麼樣？			
你是說腸胃這一方面？	A1-011		
R 心理的狀態，對你剛剛說的是生理嘛吼!那心理的部分對。			
<u>心裡，其實那時候還小嘛，七八歲的時候，其實我很害怕，</u>	A1-012	● 七、八歲的時候，其實心理很害怕	人格特質 小時候心理時常很害怕
<u>因為那時候都用了呢.....那個錄音不是那個啥，收音機用那個年代也沒有電視，七八歲的時候沒電視，一直到我十五六歲的時候我們臺灣才有進這個電視進來啊，</u>	A1-013		
<u>那時候其實聽到收音機什麼「心臟若有問題嗎，你就活不下去」(台)，好!這個這句話意思牢記在我的，呃心裡頭，</u>	A1-014	● 「心臟若有問題，就活不下去」(台)，這句話在幼小地當時，牢牢的深入內在心理	舊迴路(信念) 「心臟若有問題，就活不下去」(台) 這樣的信念，從小深入心理

<u>其實我也內心是非常害怕，不曉得要活活活到幾歲，自己也會，非常害怕。</u>	A1-015	● 幼小地內心，不曉得要活到幾歲，自己會非常害怕	舊迴路(信念) 不曉得可以活到幾歲，非常害怕
那個時候的胃酸我比較比較不懂，因為十四歲、十三四歲也不曉得，這個有一點也是有 有 有一點連帶到我們的腸胃這麼的不舒服，	A1-016	● 當時十三四歲的胃酸醫藥知識不足，也連帶我的身體上腸胃這麼的不舒服，	患病期間、想法 當時胃酸醫藥知識不足，腸胃也不舒服
那時候沒有特別想什麼，就是說不舒服，就看個醫生，媽媽就帶我看醫生，那反而 <u>這個心臟</u> ，這方面我會擔心恐懼，害怕這個程度會更高更高的。	A1-017	● 腸胃的不舒服，媽媽就帶我看醫生，反而心臟方面，我會擔心恐懼，心臟方面害怕這個程度更高。	患病期間、情緒 心臟問題情緒上的擔心與害怕程度比腸胃不舒服更高
R 好那要不要談看看就是呢，日常的壓力呀，對你的一些不舒服有什麼關連性啊？			
你是說我發病前還發病後？	A1-018		
R 呃，就是。			
你說日常的。			
R 就是日常的生活在以前發病前，大概是會有一些什麼樣的影響，就是過往的壓力這樣子？			
哦!說這個其實真是家裡的事情啦，應該大家今天如果說形成到，因為現在的憂鬱症太多，很多的那個精神科門診非常多年輕人，	A1-019	● 過往的壓力，發病前，其實真的是家裡的發生事情受影響	
那說到這個，應該每個家庭都有事情，或是他面對的事情，有很大的壓力哦，我們是害怕或者憂慮、煩惱過礙，一定是這樣子引起的，	A1-020	● 每個家庭都有他們要面對的事情，這樣的壓力，引起我們害怕或者憂慮、煩惱過礙，	壓力事件 家庭議題
那個時候的發病是因為我兒子，現在的年輕人動不動都說要離婚了，因為怎麼說呢？	A1-021	● 發病起因為我兒子，年輕人動不動都說要離婚	壓力事件 兒子與媳婦離婚事件
R 那還有別的嗎？ 對自己的影響，這是。			
對自己影響啊，就是心情不好啊，每天心情不好啊! <u>吃這</u>	A1-101	● 對自己影響，每天心情不好啊!吃這些藥都沒	治療過程，心理障礙 每天心情不好啊!吃這些

些藥都沒有用。		有用。	藥都沒有用-4
R 噢。心情不好，			
R 就是心情不好，然後也會造成身體的一些暈眩嗎？			
對對對不舒服，對對。	A1-102	● 身體暈眩不舒服	治療過程，生理不適 暈眩不舒服-3
R OK，那還有別的嗎？			
心悸啊。		● 身體心悸不舒服	治療過程，生理不適 心悸不舒服-4
R 喔心悸會有一些不舒服的情況，那也會有一些後遺症嗎？ 或者一些副作用。			
應該是副作用哦，我覺得我們大腦都被控制了，昏昏沉沉了。吃完藥變得昏昏沉沉，	A1-103	● 是副作用哦，我覺得吃完藥變得，大腦都被控制了，昏昏沉沉了	治療過程，生理不適 大腦都被控制了，昏昏沉沉了-5
有一個我先生的朋友的一個女兒，還有他兒子，他們都是憂鬱症，吃了20年以上，你知道嗎？ 他們兩個都沒結婚，從20幾歲吃到40幾歲，吃快20年了都沒結婚，因為頭腦都一片空白啊，講什麼速度又很慢，就是說他的反應不過來，講的話就是反應不過來。頭腦很遲鈍，然後就看著你、看著你這樣子，所以這種藥頂多可以吃半年吼，我吃8個月也蠻多的。	A1-104	<ul style="list-style-type: none"> ● 我先生朋友的一個女兒及兒子，他們都是憂鬱症，吃了20年以上 ● 他們兩個都沒結婚，從20幾歲吃到40幾歲，吃快20年了都沒結婚， ● 因為頭腦都一片空白啊，講什麼速度又很慢，就是說他的反應不過來，頭腦很遲鈍，然後就茫茫看著你這樣子， ● 所以這種藥，頂多可以吃半年，我吃8個月也蠻多的。 	<p>病友經驗</p> <p>朋友一對兒女都是憂鬱症，吃藥快20年了都沒結婚-1</p> <p>他們頭腦都一片空白，講什麼速度又很慢，反應不過來，頭腦很遲鈍，就茫茫看著你-2</p> <p>經驗中學習</p> <p>這種藥，頂多可以吃半年，我吃8個月也蠻多的-1</p>
R 那對自己日常生活還有。 造成什麼樣的影響嗎？			
都這樣子。	A1-105		
嗯，就這樣子，這樣就很嚴重了，頭腦遲鈍了	A1-106	● 頭腦遲鈍了，就很嚴重了	治療過程，生理不適 頭腦遲鈍了，就很嚴重了-6
R 吼好。好吧。			
騎摩托車就去撞牆、撞車子阿。	A1-107	● 騎摩托車就去撞牆、撞車子阿。	
R 第一段就先到這邊。			

第二段:訪談逐字稿	編碼	(內容摘要) 意義單元	(主題敘述) 研究者反思
R 那請談談你在治療的過程當中啊。自己的身體有沒有一些不舒服的地方？			
喔。那時候當然有時候心臟啦，頭暈啊頭痛啦，都會兼具都有。	A2-001	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療的過程當中，生理上心臟啦，頭暈啊頭痛啦，都會有 	治療過程，生理不適 頭痛-7、心臟不舒服-8
然後。覺得自己覺得人生很沒有意義呢，也生病那麼久了8個月其實蠻久的，說真的，人家說度日如年，	A2-002	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療的過程當中，心理上覺得自己人生很沒有意義 ● 生病了8個月，其實蠻久的，說真的，人家說度日如年 	治療過程，心理障礙 覺得自己人生過很沒有意義、來人間沒意義-5 每天度日如年-6
真的。度日一天，哎!度日如年，意思是說1日就像1年嘛，那我度了這樣，這樣8個月多少了幾百年，我不會算啦。	A2-003	<ul style="list-style-type: none"> ● 說1日就像1年嘛，那我度了這樣8個月算幾百年吧 	
R 所以那時候身體就覺得就是會頭暈嗎？然後？			
嗯？	A2-004		
就是會。			
頭痛，心臟不舒服。	A2-005		
R 那心理部分就是會覺得自己很。			
沒意義來自人生，來人間沒意義。沒有意義，沒有意義了。	A2-006	<ul style="list-style-type: none"> ● 覺得人生沒意義、來人間沒意義 	
R 嗯，那還有別的感覺嘛，在心裡。			
有時候都會想說，很羨慕別人說欸!人家那裡都很正常，其實後來想，後來我們這樣子更退后退一步這樣想。其實每一個家庭都有事情。	A2-007	<ul style="list-style-type: none"> ● 一方面想別人家裡都沒事，另一方面退一步想其實每一個家庭都有自己的事情發生。 	治療過程，心理障礙 想別人家裡都沒事-7 經驗中學習 退一步想其實每一個家庭都有自己的事情發生-2
就像許醫師說，許添盛醫師說:「每一個人都有每一個人的功課。」	A2-008	<ul style="list-style-type: none"> ● 許醫師說「每一個人都有每一個人的功課」 	學習 許醫師說「每一個人都有每一個人的功課」-3
嘿，那當然佛教就說業障業障，因為業障我不講，因為聽到業障，我覺得說心裡會覺得說!我到底是做了甚麼壞事嗎?	A2-009	<ul style="list-style-type: none"> ● 佛教就說業障，但業障我不講，因為聽到業障，我覺得說!我到底是做了甚麼壞事嗎? 	

<p>那是業障，所以說雖然我學佛了32年，但是我覺得這兩個是只要好像有傷害到別人，內心會產生痛苦的，我從來沒說過這兩個字。</p>	<p>A2-010</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 學佛了32年，但我覺得這是好像有傷害到別人，內心會產生痛苦的，我從來沒說過這兩個字 	<p>經驗中學習 學佛32年，佛教說業障，但業障我不講，會傷害到別人，內心會產生痛苦的，我從來沒說過這兩個字-3</p>
<p>對。啊，每個人都有功課嘛，真的!就是來這邊學習嘛，就像許醫生，我不是來出差、旅行、考察，出差旅遊學習考察兼玩耍的那種，稍微玩啊，稍微來玩一下，也覺得好玩啊。</p>	<p>A2-011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 每個人都有功課嘛，真的!就是來這邊學習 ● 許醫生，我不是來出差、旅行、考察，兼玩耍的那種，稍微玩啊，稍微來玩一下，也覺得好玩啊。 	<p>經驗中學習 每個人都有功課嘛，真的!就是來這邊學習，許醫生說稍微來玩一下，也覺得好玩啊-4</p>
<p>我們遇到事情啊，一定會跟父子，母子、中間兄弟，不是我們工作上我們上司、我們種種，我們都會遇到很多事情，這個都是我們的功課啊，<u>這個功課可不可以解決，當然也可以解決，</u></p>	<p>A2-012</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 我們遇到事情，大都是關係上的問題，父子，母子、中間兄弟，工作上我們上司、我們種種 ● 這個都是我們的功課啊，這個功課可不可以解決，當然也可以解決， 	<p>壓力事件 大都是人們關係互動上的問題 新迴路(信念) 這個功課可不可以解決，當然也可以解決-1</p>
<p><u>只是我們以前吼，因為父母的那個，呃他們的自己執著，我們不能怪我們父母，因為他們也是沒有被教導嘛。吼阿公阿嬤。就是以前那種框架嘛，很執著框架，所以說我們也從小就被教導。</u></p>	<p>A2-013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 以前父母、阿公阿嬤。就是以前很執著那種框架嘛!他們的自己執著，不能怪我們長輩，所以我們從小也是被教導這樣 	<p>舊迴路(信念) 從小也是被教導這樣像父執輩執著那種框架來看待事情</p>
<p>其實你這樣學學之後，像我們跟我女兒這樣學了8年，生氣的時候，覺得說<u>有一些事情!你是可以改變的，就在於你自己心中你自己要改變的，</u></p>	<p>A2-014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 透過身心靈的學習後，生氣的時候，覺得有一些事情!你是可以改變的，就在於你自己心中你自己要改變的， 	<p>經驗中學習 透過身心靈學習後，生氣的時候，覺得有些事情!是可以改變的，就在於你自己心中你自己要改變-5</p>
<p>但是前提之下，我覺得是你，一定要多看一些身心靈的書，像我有看了楊定一博士，還有那個洪蘭博士。那賽斯更不用說、許添盛醫師還有</p>	<p>A2-015</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 前提之下，一定要多看一些多方面學者楊定一博士、洪蘭博士、吳若權、賽斯許添盛醫生等身心靈的書 	<p>學習 多看些學者楊定一博士、洪蘭博士、吳若權、賽斯許添盛醫生等身心靈的書-4</p>

王怡仁醫師、教育長陳嘉森，馬冠中醫師啊，還有很多老師像目前我也在跟台中一個艾老師，他們夫妻也非常有愛，其實都很棒啦，是前提之下，一定要多看身心靈這方面的書。這還有吳若權對對，我覺得他講的也很不錯。			
R 那我想請你談談看看在治療過程當中啊，心裡有沒有一些障礙啊？			
你說那個治療？	A2-016		
R 治療當中就是過程啊，除了身體有一些不舒服以外，心裡會有一些障礙。			
其實那時候就不想見任何人。	A2-017	● 治療當中心裡會有一些障礙，就不想見任何人	
R 你說的是比較害怕這樣子。			
害怕，也不想見人，不想見人，不想見任何人，像朋友，有時我們鄰居嘛，有兩三個就跑來！跑來！我房間，我說，你們先走拉，我心裡就想突然跑來我房間幹嘛。其實他們都是關心的，其實是自己不想見人的。	A2-018	● 像朋友、鄰居嘛，有兩三個就跑來看我！我心裡就想突然跑來我房間幹嘛。其實他們都是關心我的。是我自己害怕，也不想見人，不想見任何人，	治療過程，心理障礙 朋友、鄰居，有兩三個來房間關心我，但害怕就自己不想見任何人-8
R 嗯？那還有別的嗎？身體不舒服或者是心理障礙嗎？			
我覺得這樣就很痛苦。	A2-019		
R 就這樣哦			
這樣就很痛苦了好不好，	A2-020		
R 嗯？那在治療過程當中，是否有對酒精或藥物產生依賴感？			
哦，那一定會的啊，一定會有依賴感啊，因為你還沒好之前，你一定依賴感啊，	A2-021	● 因為你還沒好之前，一定會有依賴感啊	酒精或藥物依賴感 還沒好之前，會有藥物依賴感-1
因為你睡不好、又吃不下飯。就是這簡直是真的要人命啊	A2-022	● 睡不好、又吃不下飯。這簡直真的要人命啊	酒精或藥物依賴 睡不好、吃不下飯、真的要人命，想要依賴吃藥讓自己好一點-2
嘿啊，當然有依賴感，我們還依賴著醫生嘞，覺得他的	A2-023	● 另外還依賴著醫生，覺得他的藥開出來看會不	酒精或藥物依賴感 還依賴醫生，覺得藥開出

藥開出來最少我們看會不會比較好啊，但是我們也知道應該不會好啦，但是啊，不然要怎樣啦，不然我要怎麼辦？嘿呀，又好不起來。		會比較好啊 ● 我們也知道吃藥應該不會好啦，但是啊，不然要怎樣啦，不然我要怎麼辦	來看會不會比較好-2 治療過程，心理障礙 知道吃藥應該不會好啦，不知要怎辦-9
R 所以聽起來你好像對藥是比較依賴的。			
對，會依賴哦。	A2-024	● 對藥比較依賴	
R 那你要不要說說看是什麼藥？			
應該是晚上那個安眠藥啊，那個要吃啊，哎呀，但是睡起來是頭很暈啊，其實也睡不到幾個鐘頭。	A2-025	● 依賴晚上那個安眠藥啊，那個要吃啊， ● 哎呀，但是睡起來是頭	物質成癮戒斷因子 依賴吃安眠藥，睡起來是頭很暈啊，其實也睡不到幾個鐘頭-1
R 就是對安眠藥會有一些依賴這樣子，甚至也會依賴醫生這樣子。			
對對對。	A2-026		
R 那這個安眠藥的依賴啊。會讓你就是說，一定要吃每天這樣子？			
對，時間到你自已就想要吃啦，九點多、十點多晚上啊，你自己一定會去吃啊，我會怕睡不著阿。	A2-027	● 時間到你自已就想要吃啦，我會怕睡不著	酒精或藥物依賴感 時間到自已就想要吃啦，會怕睡不著-4
R 他大概對正常來講。正常來講，一天是要會吃幾顆？			
憂鬱症藥應該是三餐的，三餐早中晚，嗯，那晚上要睡覺就是安眠藥。	A2-028	● 憂鬱症藥應是三餐，晚上睡覺是安眠藥	
R 那會有就是說不吃安眠藥會極度不舒服的狀態嗎？			
不敢不吃呢，我不敢。	A2-029	● 不敢不吃	
你就會依賴他，你不敢不吃，不敢不吃。	A2-030	● 依賴安眠藥，你不敢不吃	酒精或藥物依賴感 依賴安眠藥，不敢不吃-5
R 那假如說沒有吃的話會有什麼樣的影響怎麼辦？			
沒有吃哦？ 你是說安眠藥喔？	A2-031		
好像這個中間，曾經一次或是兩次沒吃。	A2-032		
R 你會常常想？			
當然的。	A2-050		
R 雖然有吃安眠藥，但心裡也是常常會想不開。			
當然有。一定會有。中憂鬱症一定會的？ 嗯，一定會	A2-051	想不開(自殺念頭)	治療過程，心理障礙 雖然有吃安眠藥，但心裡

的。			也是常常有一定會想不開的念頭(自殺)-11
R 那還有沒有想要戒，那就有不舒服的情況？			
R 就是說有沒有想要戒，可是還是會有一些？			
戒藥嗎？	A2-052		
R 無論是身理或是心理啊，			
後來因為吃到第八個月，有後來想想不對了，我應該就女兒一直在鼓勵，因為女兒也跟我一起成長嘛吼，身心靈成長，他說，媽，你再去上課，你再去上課，	A2-053	<ul style="list-style-type: none"> ● 吃到第八個月，後來想想不對了，這樣吃藥下去不是辦法，女兒一直在鼓勵我一起成長，說身心靈成長，再去上課 	物質成癮戒斷因子 這樣吃藥下去不是辦法，想不開(自殺念頭)怕一直擴大，女兒鼓勵我一起成長再去上課-4
這個中間不是沒有上課，但是我覺得這個心靈這個東西我覺得是層次不同，因為那時候開始聽是最基本的而已，後來讀久了就會知道他在講什麼，而且藉由大家，比如說你有你的故事，他有他的故事啊。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，就是我們這樣觸動起來，	A2-054	<ul style="list-style-type: none"> ● 這期間不是沒有上課，只是心靈這個東西我覺得是層次不同，因為那時候開始聽是最基本的而已，後來讀久了就會知道他在講什麼 ● 另外藉由大家共同學習時，比如說你有你的故事，他有他的故事啊。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，就是我們這樣觸動起來， 	經驗中學習 不是沒有上課，只是心靈這個東西是層次不同，剛開始聽是最基本的，後來學久了，就知道在講什麼-6 大家共同學習時，比如說你有你的故事，他有他的故事。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，我們這樣觸動起來-7
然後老師來這中間，然後就是說整個綜合啦。這個事情要怎麼做，會做個參考，要怎麼會比較好，那當然還要看個人。我覺得上課很重要。	A2-055	<ul style="list-style-type: none"> ● 最後老師來這中間，然後整個綜合。這個事情要怎麼做，會做個參考，要怎麼會比較好，那當然還要看個人。我覺得上課很重要。 	最後老師來做整個綜合。分析事情要怎麼做會比較好，給大家做個參考-8
實體上課是非常重要的，對。	A2-056	<ul style="list-style-type: none"> ● 實體上課非常重要 	實體上課非常重要-9
R 嗯，那些就是自己的心路歷程，我們就最後一段在講，			
第三段:訪談逐字稿	編碼	(內容摘要) 意義單元	(敘述段落) 研究者反思
R 那請談談吧？你在過往如何克服就是生理心理的一些。嗯，不吃藥後的一些不舒服的感覺。哦，那是怎麼樣？克服這個，不吃藥的生理，心理的感覺。在這個過程中，你是覺得怎麼樣？可以談談這這個狀況嗎？			
其實因為嗯，從發病到吃藥	A3-001	<ul style="list-style-type: none"> ● 從發病到吃藥8個月，這 	精神官能症療癒因子

8個月，這個中間有很大的一個痛苦的過程啦。		個中間有很大的一個痛苦過程	從發病到吃藥，中間有很大的一個痛苦過程，
吼!然後後來我就想說我不吃的，但是我覺得一定要還是要靠自己。	A3-002	● 後來就想說我不吃藥，覺得一定要靠自己。	就想說我不吃藥，覺得一定要靠自己(好起來)-5
靠自己怎麼說呢？人家為什麼有一些憂鬱症還有的會好起來，為什麼我不能好？我還是要繼續吃藥嗎？我也常問問我自己，我還要繼續吃藥嗎？	A3-003	● 別人有些憂鬱症還會好起來，為什麼我不能好？我還是要繼續吃藥嗎？我也常問問我自己，我還要繼續吃藥嗎？	別人有些憂鬱症還會好起來，為什麼我不能好-6(反問自己)
繼續吃藥的話就會，因為我很有一個很明顯的，一個兩個兒子，就是我剛才說過的，我先生的朋友的兩個孩子，吼從十幾歲就吃藥了吼，兒子跟女兒都一樣了，已經20年左右了哎。	A3-004	● 繼續吃藥的話，有一個很明顯的例子，就是我剛才說過的，我先生的朋友的兩個孩子，兒子跟女兒都一樣了，已經吃了20年左右了。	
跟他們講話就是有時候她媽媽會帶她過來，因為就是眼神呆滯啦，然後頭腦空白啦吼，然後你要跟他講什麼，他就看著你啦。然後反應也反應不出來啦。	A3-005	● 他們講話就是有時候，眼神呆滯啦，然後頭腦空白，然後你要跟他講什麼，他就看著你啦、然後反應也反應不出來啦	病友經驗 就是眼神呆滯啦-3
那後來我就想說，我不要像他們我一定不能像他們這樣。	A3-006	● 我一定不能像他們這樣。	精神官能症療癒因子 我一定不能像他們這樣(病友吃藥後的恍神狀況)-8
聽人家講有人憂鬱症好了。我自己告訴我自己說!我一定要好起來，那是自己跟自己打氣是非常重要的，從你的內在，你內心打氣是非常重要的	A3-007	● 聽人講有人憂鬱症好了。我自己告訴我自己說!我一定要好起來，那是自己跟自己打氣是非常重要的，從你的內在，你內心打氣是非常重要的	我自己告訴我自己說!我一定要好起來-9(激勵自己)

<p>好,那慢慢的我就隔除掉啊,對對我的藥就慢慢的遞減,譬如說一天吃,嗯,安眠藥一粒的話,我就減為半粒,半粒這個中間差不多吃應該將近兩個禮拜,後來我就告訴我自己,我不吃了,我藥都不吃了,我連白天的憂鬱症的藥也不吃了,就慢慢的好起來,嘿。</p>	<p>A3-008</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 那慢慢的我就隔除掉!對我的藥就慢慢的遞減,譬如說一天吃,安眠藥一粒的話,我就減為半粒,半粒這個中間差不多吃應該將近兩個禮拜,後來我就告訴我自己,我不吃了,我藥都不吃了,我連白天的憂鬱症的藥也不吃了,就慢慢的好起來, 	<p>患病行為 (後期) 譬如說一天吃安眠藥一粒,我就減為半粒,半粒這個中間差不多吃將近兩個禮拜</p> <p>精神官能症療癒因子 後來我就告訴我自己,我不吃了,藥都不吃了,我連白天的憂鬱症的藥也不吃了,就慢慢的好起來-10(病情好轉)</p>
<p>R 好的,所以聽起來你是有一個想法說欸,別人也會也有憂鬱症好的,那所以我就,自己給自己打氣,</p>			
<p>嘿,自己給自己打氣,對,自己給自己鼓勵這樣下去</p>	<p>A3-009</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 自己給自己打氣及鼓勵這樣下去 	<p>精神官能症療癒因子 不吃藥後再次自己給自己打氣及鼓勵-11</p>
<p>R 然後就,然後就試著嘗試看看,先從原本一天一顆把它減為一天半顆,然後就這樣維持兩個禮拜。</p>			
<p>然後就這樣維持兩個禮拜</p>	<p>A3-010</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 維持兩個禮拜 	
<p>然後我就堅決告訴我自己,我再也不吃藥了。</p>	<p>A3-011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 我就堅決告訴我自己,我再也不吃藥了。 	<p>堅決告訴我自己,再也不吃藥了-12</p>
<p>R 那在這兩個禮拜的減少安眠藥的使用情況。那自己還好嘛。</p>			
<p>還好!還好!那時候還好!其實吃半粒那時候好像反而比較輕鬆一點。</p>	<p>A3-012</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 其實吃半粒那時候,心態好像反而比較輕鬆一點。 	<p>物質成癮戒斷因子 吃半粒那時候,心態好像反而比較輕鬆一點-5</p>

附錄九 摘列 A 研究者主題範疇分析

A 文本分析之主題與範疇

本研究內容以主題分析法及文本資料分析模式進行資料分析後，發掘出受訪者 A 建構經驗意義的脈絡性與結構面，萃取意義單元並歸納出九類主題，各類別之主題與範疇列表，如表9-1、表9-2、表9-3、表9-4、表9-5、表9-6、表9-7、表9-8、表9-9內容所示。

表 9-1 人格特質

範疇	主題一	意義單元
人格特質	易受驚 (susto)；驚嚇	<ul style="list-style-type: none"> ● 小時候6、7歲心理時常很害怕 ● 從小腸胃不好，14 歲就有胃酸，還會影響到心臟 ● 小時醫師確診二尖瓣脫垂，成人為憂鬱症共病恐慌症 ● 心臟問題情緒上的擔心與害怕程度比腸胃不舒服更高 ● 「心臟若有問題，就活不下去」(台)這樣的信念，從小深入人心(擔心) ● 體弱關係從小易受驚嚇 ● 不曉得可以活到幾歲，非常害怕(害怕)
	神經質 (neuroticism)	<ul style="list-style-type: none"> ● 認為憂鬱症的人都喜歡接近較光明的人 ● 完美主義且個性易緊張、又有害怕輸給人的壓力 ● 喜歡好管閒事之下，多事操煩，使得自己受不了 ● 從小也是被教導這樣像父執輩執著那種框架來看待日常事物，想法執著、心裡有事放不下 ● 我兒子離婚，而且女兒也離婚了，我真的完蛋了 ● 自己愛碎碎念，但家人反過來碎念也會心煩
	逃避壓抑	<ul style="list-style-type: none"> ● 從小就學時，佛教及家庭傳統教育我忍辱、忍耐 ● 家醜不外揚、怕被別人笑、怕被評判 ● 以前時常猶豫、難過、想不開，為什麼會發生在我身上，當時我就這樣繞不出來，內心的打擊苦痛不已 ● 有事情的話，還是要說，以前自己都太壓抑了-1 ● 當時胃酸醫藥知識不足，腸胃也不舒服，所以二尖瓣脫垂不舒服，有需要就看醫生，不需要就不看(逃避)

表9-2壓力事件

範疇	主題二	意義單元
壓力事件	家庭議題 主要事件1 (兒媳離婚)	<ul style="list-style-type: none"> ● 媳婦跟兒子相處不和，把他的行李全部扔在地面上，兒子面子掛不住，導致兒子與媳婦離婚事件1-1 ● 面對兒子回家後的處境不符期待(不找工作、一直打電腦)自暴自棄，有很生氣的情緒 ● 碎念兒子形成母子關係感情脫落及撕裂的起點1-2 ● 看見孫子不捨爸爸要走，自己每次都非常的難過1-3 ● 跟先生、兒子講說，孫子都給對方，兒媳離異，不捨孫子兄弟兩個分開，情何以堪1-4
	家庭議題 主要事件2 (女兒婆家互動不良)	<ul style="list-style-type: none"> ● 真的很生氣!為何有人去他們家都要被錄影，心疼女兒被婆家不公平對待及監視錄音的生活2-1 ● 當女兒壓迫不公平對待錄影音事件，雙方就吵架叫警察來處理2-2 ● 女兒沒回婆家過父親節，婆婆後續叫女兒回婆家下跪2-3
	6年前重大憂鬱症原因 主要1+主要2事件	<ul style="list-style-type: none"> ● 女兒與婆家互動不良+兒子媳婦吵架離婚且影響孫子 ● 時間點剛好都在一起發生
	服用藥物	<ul style="list-style-type: none"> ● 治療後期，憂鬱症藥、安眠藥都不吃了，吃藥是一種壓力，又不會好

表 9-3、表 9-4、表 9-5

形成研究問題一分析，探究恐慌症的發病經驗對其生活的影響為何？

表 9-3 患病期間樣貌

範疇	主題三	意義單元
患病期間 (憂鬱症共病 恐慌症)	狀態	<ul style="list-style-type: none"> ● 當我非常嚴重的時候，一直躺在床上，一動也不動的，沒辦法吃、也沒辦法睡覺，就是只能一直躺在那邊 ● 人生沒希望了 ● 一定會有想不開(自殺念頭)
	用藥 狀況	<ul style="list-style-type: none"> ● 前期，晚上醫生就是叫我要睡覺前吃安眠藥啦 ● 憂鬱症的藥吃了頭到尾有八個月，白天吃憂鬱症的藥，晚上就是安眠藥跟鎮定劑 ● 很不舒服時吃鎮定劑，沒有常吃。時常是吃一種安眠藥 ● 中期，八個月憂鬱症的藥，有好一點，但是我還是繼續吃藥 ● 後期，譬如說一天吃安眠藥一粒，我就減為半粒，半粒這個中間差不多吃將近兩個禮拜後就完全不用安眠藥 ● 也把藥全部扔掉了，把憂鬱症藥丟在垃圾筒，告訴我自己!我不吃了 ● 現今此時，這些年來，快要6年了，我也都沒有再吃過一顆任何的藥物了

表 9-4 治療過程，生理不適

範疇	主題四	意義單元
治療過程 生理不適		<ul style="list-style-type: none"> ● 吃藥期間，半夜一定會醒來，然後頭會暈 ● 吃八個月憂鬱症的藥，有好一點，我會想出門一下，出門後，有兩次我自己去撞牆，因為大腦沒有辦法控制 ● 發生騎摩托車就去撞牆-1 ● 還有騎摩托車就去撞車子-2 ● 暈眩不舒服-3 ● 心悸不舒服-4 ● 大腦都被控制了，昏昏沉沉了-5 ● 頭腦遲鈍了，就很嚴重了-6 ● 頭痛-7 ● 心臟不舒服-8

表 9-5 治療過程，心理障礙

範疇	主題五	意義單元
治療過程 心理障礙	用藥與否 的為難與 掙扎	<ul style="list-style-type: none"> ● 覺得吃憂鬱症藥，根本不會好，情緒還是常常起伏 ● 這個藥不能吃，但是痛苦的時候還是要吃(為難)-3 ● 每天心情不好啊!吃這些藥都沒有用-4 ● 知道吃藥應該不會好啦，不知要怎辦-9 ● 有憂鬱症，當然心裡的障礙更大，也覺得現在活得很痛苦，都要吃藥-10
	生活影響	<ul style="list-style-type: none"> ● 思緒-太多了，讓你心情、思緒，想的事情太多-1 ● 情緒-有很多憂慮、煩惱、掛礙、擔心、害怕、恐懼-2 ● 覺得自己人生很沒有意義、來人間沒意義-5 ● 每天度日如年-6 ● 想別人家裡都沒事-7 ● 朋友、鄰居，有兩三個來房間關心我，但害怕就自己不想見任何人-8 ● 雖然有吃安眠藥，但心裡也是常常有一定會想不開的念頭(自殺)-11

表 9-6、表 9-7

形成研究問題二分析，研究參與者在治療過程中對酒精及藥物依賴成癮的矛盾糾結為何？

表 9-6 酒精或藥物依賴樣貌

範疇	主題六	意義單元
酒精或藥物依賴		<ul style="list-style-type: none"> ● 還沒好之前，會有藥物依賴感-1 ● 睡不好、吃不下飯、真的要人命，想要依賴吃藥讓自己好一點-2 ● 還依賴醫生，覺得藥開出來看會不會比較好-3 ● 時間到自己就想要吃啦，會怕睡不著-4 ● 依賴安眠藥，不敢不吃-5 ● 曾經一次或兩次沒吃藥，我整晚都沒睡覺，所以不得不吃-6 ● 不吃藥的話!就睡不著!也吃不下飯-7 ● 做人為什麼那麼痛苦，就依賴藥，不過依賴藥也沒用了，怎麼辦?-8 ● 不吃藥(憂鬱、安眠)的話，整個人提不起勁，走路就感覺像老太婆-9 ● 不吃藥，整個人生失去了光明、光芒。黑暗-10 ● 吃藥與不吃藥之間的矛盾糾結，常常讓自己想不開-11

表 9-7 物質成癮戒斷因子

範疇	主題七	意義單元
物質成癮戒斷因子	救星恩人	<ul style="list-style-type: none"> ● 要感謝我的先生及家人們，他是我的恩人及救星啊1-1、1-2 ● 半夜會醒來頭會暈，要慢慢走去上廁所，那時是冬天我先生就會，把棉被慢慢的掀開，衣服一件一件地塞，然後一件一件幫我穿，然後襪子也幫你穿 ● 先生就帶我出去走走，陪伴著我，每天都陪伴著我 ● 不論冷、熱、溫開水，他就要從一樓到二樓一直跑來跑去，先生會叮嚀我!一定要吃啊，會問我喝熱湯，還是要冷一點再喝
	治療過程痛苦但也是自我安慰吃藥是暫時的	<ul style="list-style-type: none"> ● 依賴吃安眠藥，睡起來是頭很暈啊，其實也睡不到幾個鐘頭-1 ● 八個月時常說不要吃安眠藥，為什麼做人那麼痛苦，都要吃藥-2 ● 自我安慰說:暫時啦。再怎麼樣吃藥還是暫時性-3 ● 這樣吃藥下去不是辦法，想不開(自殺念頭)怕一直擴大，女兒鼓勵我一起成長再去上課-4
	減藥時身心狀態居然是輕鬆的，對自己也沒造成太大影響	<ul style="list-style-type: none"> ● 吃半粒那時候，心態好像反而比較輕鬆一點-5 ● 我以後。我藥居然只吃一半而已，啊!你當然情緒會越來越開朗起來-6 ● 醫生告訴我!模擬兩可，就你不舒服在吃藥也可以-7 ● 再次自己告訴自己可以不吃藥，這是非常重要的-8 ● 吃藥吃得很痛苦，不吃反而比較輕鬆，對自己也沒有造成太大影響-9 ● 不可以一直依賴醫師啦。因為醫師就開藥給你，但你會不會好!他也無法掛保證，都要靠自己-10 ● 遞減藥的時候，我心裡早就有個準備了，剩幾天就不用再吃藥，反而內心是開心的

表 9-8、表 9-9

形成研究問題三分析，研究參與者心理對抗及生理戒斷的心路歷程為何？

表 9-8 克服歷程

範疇	主題八	意義單元
克服歷程	舊迴路 (信念)	<ul style="list-style-type: none"> ● 「心臟若有問題，就活不下去」(台)這樣的信念，從小深入心理 ● 不曉得可以活到幾歲，非常害怕 ● 我兒子離婚，而且女兒也離婚了，我真的完蛋了 ● 從小也是被教導這樣像父執輩執著那種框架來看待事情 ● 家醜不外揚、怕被別人笑、怕被評判 ● 以前時常猶豫、難過、想不開，為什麼會發生在我身上，當時我就這樣繞不出來，內心的打擊苦痛不已 ● 就學時，佛教及家庭傳統教育忍辱、忍耐
	病友經驗	<ul style="list-style-type: none"> ● 朋友一對兒女都是憂鬱症，吃藥快20年了都沒結婚-1 ● 他們頭腦都一片空白，講什麼速度又很慢，反應不過來，頭腦很遲鈍，就茫茫看著你-2 ● 就是眼神呆滯啦-3
	學習 江本勝「生命的答案，水知道」	<ul style="list-style-type: none"> ● 醫生說有憂鬱症，人都要補充維他命 D、及多曬太陽 ● 多看些學者楊定一博士、洪蘭博士、吳若權、賽斯許添盛醫生等身心靈的書-4
		<ul style="list-style-type: none"> ● 「生命的答案，水知道」正向讚美與負向批評的力量-9
	學習 楊定一、洪蘭博士，大腦知識	<ul style="list-style-type: none"> ● 楊定一博士、洪蘭博士所說，女生大腦神經系統密密麻麻的，所以容易煩惱、男孩子的話，大腦系統比較粗獷1-1
學習 證嚴法師	<ul style="list-style-type: none"> ● 證嚴法師說，一個人裝久了就會像真的，學習久了，你就自然而然會了-5 	

	<p>學習 許添盛醫師 賽斯心靈課程</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 跟女兒一起上八年許添盛醫師的賽斯基金的賽斯心靈課程-2 ● 許醫師說「每一個人都有每一個人的功課」-3 ● 許醫師說的，人生下來一定有自己擅長的領域，只是都沒有去挖掘我們的興趣，所以說每個人都有獨特性-6 ● 許醫師說!人都不愛自己，都去愛別人，所以說我們都是學習愛自己-7 ● 與樹對話，其實它們都有意識，也從許醫生那邊學來的-8 ● 聽許醫生這麼說!不爽這個人，你就上去罵他，不是去對面他罵，你就去樓上，不能讓對方聽到-10(罵人) ● 有次與先生在樓下吵架後，我跑到樓上罵他，反覆幾次上下後心已經平衡下來了-20(與先生互動) ● 先生知道他說錯話，就拿一杯現泡茶給我喝-21
	<p>經驗中學習</p> <p>體驗應證 證嚴法師 裝久了，就會像真的 (1. 仰天長嘯、2. 婆媳之道、3 自己力量好起來)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 這種藥，頂多可以吃半年，我吃8個月也蠻多的-1 ● 退一步想其實每一個家庭都有自己的事情發生-2 ● 學佛32年，佛教說業障，但業障我不講，會傷害到別人，內心會產生痛苦，我從來沒說過這兩個字-3 ● 每個人都有功課嘛，真的!就是來這邊學習，許醫生說:稍微來玩一下，也覺得好玩啊-4 ● 透過身心靈學習後，生氣的時候，覺得有些事情!是可以改變的，就在於你自己心中你自己要改變-5 ● 不是沒有上課，只是心靈這個東西是層次不同，剛開始聽是最基本的，後來學久了，就知道在講什麼-6 ● 大家共同學習時，比如說你有你的故事，他有他的故事。你的故事觸動到甲，甲觸動到乙，乙觸動到丙，丙又觸動到別人，我們這

		<p>樣觸動起來-7</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 最後老師來做整個綜合。分析事情要怎麼做會比較好，給大家做個參考-8 ● 實體上課非常重要-9 ● (婆媳之道)婆婆跟我們四個媳婦住，其實都有事情-10 ● 需要按摩就幫按摩、聽她話、載她去看醫生，我都會慢慢騎，回頭問我婆婆說你會怕嗎，然後帶她去吃花生跟豆花-11 ● 覺得這樣也很幸福，不一定要大飯店大餐不用，我聽證嚴法師說的話，裝久了，也像真的，後來我們就拉近感情-12 ● (仰天長嘯)裝久了，也像真的，仰天長嘯，也真的是笑出來了-13 ● 我的獨特性部分，後來就發現唱歌也很好聽啊，嘿，因為喜歡舞蹈也行-14(唱歌、跳舞) ● 因為我每次都對人家好，到後來傷害最大是自己，所以要先對自己好，所謂對自己好就是說，不要讓你內心傷害-15 ● 物質上慰勞自己-16 ● 想就是都要動，也就是學幾樣你喜歡做的事!你開心的事情-17 ● 有興趣學什麼就去學，盡情發揮-18
	<p>新迴路 (信念)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 壓力大都是人們關係互動上的問題，這個功課可不可以解決，當然也可以解決-1 ● 自己的信念是覺得說我不要吃藥、我一定會好起來-2 ● 內在正向想法改變-3 ● 是我們困在那個憂鬱裡面!想不出方法，其實都可以-4 ● 積壓很多不舒服，不爽時，其實你可以罵出來-5

表 9-9 精神官能症療癒因子

範疇	主題九	意義單元
精神官能症 療癒因子	壓抑與困擾， 該說就說，合 適的抒發情緒	<ul style="list-style-type: none"> ● 有事情的話，還是要說，以前自己都太壓抑了-1 ● 人生的路最少，也有可能走6、70年，那保證以後都沒事情嗎？，還是要做你自己，做自己就是把事情說出來-2 ● 抒發情緒對人一定有很多幫助，有同學沒做到就得癌症，有幫助的你去山上，就去郊外罵，去罵-37 ● 像現在可以發表出來(表達自己想說的話)，真的很開心-38
	學與致用「仰 天長嘯」功法	<ul style="list-style-type: none"> ● 永康公園，固定星期二來做氣功-4 ● 扔藥在垃圾桶的時候，仰天長嘯，哈哈笑個幾聲-19 ● 這運動(仰天長嘯)覺得很好-20 ● 自我熱忱且笑咪咪的、令人想親近，十幾年前在臺中!有學一招就是仰天長嘯，剛開始你根本就笑不出來，哪有辦法仰天長嘯呢-21
	接近大自然與 樹木感恩對話	<ul style="list-style-type: none"> ● 載孫子去公園，走一走及跑步-34 ● 出去走一走哦!呼吸新鮮空氣，然後看一些花草綠葉!去踏青-35 ● 跟森林及大樹說感恩的話-36
	行善是快樂 的，善的都會 向周圍擴散開 來	<ul style="list-style-type: none"> ● 人與人也要互相關懷-3 ● 行為-做點小小行善，做公益、義工、孤兒院、老人院都可以-42 ● 語言-善的布施，說話要給人信心、給人歡喜、給人方便-43 ● 行善是快樂的，善的都會向周圍擴散開來-44 ● 行善內心都是很開心、很快樂的-45
	做自己想要做 的事，喜歡 的事!	<ul style="list-style-type: none"> ● 做自己想要做的事，喜歡的事!會讓自己開心喜悅，非常愉悅，對憂鬱症來說，一定會好起來-28 ● 隨心所欲，要怎麼想要你的靈魂舞怎麼表演，就這樣去表演-23

		<ul style="list-style-type: none"> ● 雖然剛開始記舞步比較不熟，但老師鼓勵及比喻金馬獎似的尬舞!讓我有了信心-24 ● 都把自己的獨特性!原本會的東西!都隱藏住了，不曉得我也會跳舞，也不曉得唱歌那麼好聽(喜悅、開心)-25 ● 在家跳靈魂舞!手勢這樣比一比，覺得也很輕鬆-30 ● 在家裡唱一唱歌也很輕鬆-31 ● 學氣功、學跳舞，唱歌自在地去做-33
	反思自己	<ul style="list-style-type: none"> ● 從發病到吃藥，中間有很大的一個痛苦過程，就想說我不吃藥，覺得一定要靠自己(好起來)-5 ● 別人有些憂鬱症還會好起來，為什麼我不能好-6(反問自己) ● 我一定不能像他們這樣(病友吃藥後的恍神狀況)-7
	激勵自己 靠自己慢慢的 好起來	<ul style="list-style-type: none"> ● 我自己告訴我自己說!我一定要好起來-9(激勵自己) ● 後來我就告訴我自己，我不吃了，藥都不吃了，我連白天的憂鬱症的藥也不吃了，就慢慢的好起來-10
	鼓勵自己 堅決告訴自己，再也不吃藥了	<ul style="list-style-type: none"> ● 不吃藥後再次自己給自己打氣及鼓勵-11 ● 堅決告訴我自己，再也不吃藥了-12-1 ● 告訴我自己，我一定會好起來的，這是最大的一個給自己鼓舞鼓勵的方式-12-2(鼓勵自己) ● 分享我平凡故事，希望給大家有很大鼓勵，並相信這個很大的助力，一定會走出來憂鬱症的痛苦-46
	當有正面思想 的時候，力量都 在你心中，力量 就是在自己的 手上，沒有錯	<ul style="list-style-type: none"> ● 那真的會好起來，你心裡怎麼想，你怎麼想，你就是變成怎麼樣的一個人-13 ● 當有正面思想的時候，力量都在你心中，力量就是在自己的手上，沒有錯-14 ● 完全沒有使用藥物時，反而覺得自己的力量已經拿出來了，覺得比醫生還厲害。醫生，他們只會開藥而已-15 ● 說真的，當你力量拿出來!那是不得了

		<p>的，力量就在你的手中。一切你都不用害怕了-16</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 產生自己是有力量的想法後，慢慢的一直好起來，這個也不是說一天兩天，自然而然就會慢慢好起來-17 ● 對，拿出你自己力量-18
	<p>療癒的關鍵點 不斷的學習-並學以致用</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 療癒的關鍵點，應該是我一直在上課，不斷的學習-39 ● 聽到不開心時，要改變別人怎麼可能，而且又是家人，就是要不斷上課，改變自己-40 ● 非常重要，多方面身心靈是一定要學習的-22 ● 轉移自己(負面)其實每個人會的-26 ● 尋覓學習及興趣可以有方法-27 ● 多聽別人的意見，不要不好意思!又不敢講，但不要太八卦-29 ● 觀念想法上，舊迴路打掉，把新的知識、新的迴路進來-32
	<p>最後重點 每個人一定有它的獨特性與專長的地方，學習喜歡做自己的事，讓自己內心保有快樂、喜悅的事</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 最後重點，學習喜歡做自己的事，讓自己內心保有快樂、喜悅的事，其實每個人一定有它的獨特性與專長的地方-41