

# 迷幻與現實的 拔河



文 / 劉秀屏 花蓮慈濟醫院精神醫學部社工師

## 進入迷幻的世界

近五十歲的A，罹患思覺失調症二十多年，長期以來從未遵循醫囑服用足夠劑量的藥物，或是經常私自中斷服藥……

在他的腦袋裡一直停留在年輕剛發病時的認知扭曲，錯誤解讀在家庭中、求學時期及工作階段不愉快的人際互動經驗，加上要求完美的性格，高度的自我要求及責任心，不斷高標準的檢視自己在各個角色扮演上的完美狀態，可想而知這一切想像絕對難以因應現實生活



劉秀屏分享精神科團隊照護思覺失調病友重返社會與家庭正常生活的過程與心情。攝影／謝自富

中人際互動的許多矛盾與糾結的複雜情境，於是乎他鑽進牛角裡，擷取著過去及現在生活中人我經驗的片段，不斷反芻著想像中遭受迫害的情節，也責怪自己的不完美，幻想著所有曾經幫助過他或對他好的人們都會遭受到不幸，認為自己犯錯應該要遭受懲罰，不應該存在世界上，日復一日，這些幻想內容頑強而無法鬆動；而伴隨著這些妄想的情節，也出現了許多蝌蚪的視幻覺、感覺食物中遭人吐口水而不願意進食，甚至出現叫他去死的命令式幻聽。

這些脫離現實的幻想、幻覺及強烈感覺自己不應該存活在世界上的他，因此產生了激烈的自殺行為。

### 治療的開始 醫病信任關係的建立

他在外科手術及傷口較為穩定後轉入精神科病房，因為斷藥許久，導致精神症狀仍然明顯，有高度自殺傾向，所以需由家屬或照服員全天候二十四小時看護，仍然不願意進食，對於醫療專業人員的接近顯得防備；所幸不致拒抗治療，可以被動配合針劑及口服藥物。

主治醫師蔡欣記、住院醫師陳威源、值班醫師李卓、專科護理師蕭淑允及主責護理師羅已佳，還有擔任社工師的我，從訪視，嘘寒問暖的方式，融入他的住院生活，逐漸進展到聆聽且不帶評價的回應他的妄想內容，爾後藥物效果也逐漸明顯後，他與醫療團隊慢慢累積了彼此的信任關係後，團隊的工作人員

展開了與他一起在「迷幻與現實」拔河的賽程。

### 治療的中期 建立病識感 「迷幻與現實的拉鋸戰」

A 在這次住院的期間，當他沉溺在迷幻世界，頑強難以鬆動時，第一線的護理師運用著牌卡及桌遊協助他轉移注意力，我負責每天訪視鼓勵他多活動少躺床、陪他在病房內散步，並協助他開始學習區辨「迷幻與現實」，引導家屬在陪伴過程中、一起用餐時，不斷加強他相信沒有人因為他而遭受不幸，或飯菜裡並未遭人吐口水等真實。

在這「迷幻與現實」拔河、來來回回的拉鋸中，因著團隊工作人員與家屬齊心努力下，他逐漸看見了迷幻與現實世界的不同樣貌，達到了認識疾病的第一步。



已經認識迷幻世界的 A，在會談過程中，時不時都會冒出「xxx 的家人現在都好好的，並沒有遭遇不幸」、「我現在不會感覺食物被吐口水，但還是會有檀香的味道」、「我知道之前那些都是我自己胡思亂想」……他愈來愈願意跟團隊工作人員提及他的迷幻世界，而且對於自己已經學會區辨迷幻與現實世界的不一樣，顯得很開心；接著，我引導他思考自殺行為與疾病之間的關聯，他回答：「是聲音叫我這麼做的，我覺得自己很可惡，不應該活在世界上！」……我問他：「所以是你自己要這麼做的？還是迷幻世界要你這麼做的？」他回答：「是迷幻世界！」我告訴他：「所以這不是你的錯，這是因為生病了，是症狀讓你變成這樣的！」

A 聽了以後，默默的微微點著頭……在這一步，他學會了區辨疾病症狀與自己，了解到原來那個行為混亂可惡的不是自己，而是症狀！

「迷幻與現實」的拔河會談到這個階段，我經常跟 A 核對「你比較想留在迷幻世界還是回到現實世界」，A 一直都很堅定的回答「現實世界！」；長期對於服藥有著很大抗拒的 A，因為服藥的不規則導致症狀從未緩解。我告訴他：「要回到現實世界，藥物對你的幫助非常重要，你可以說說你對吃藥的想法嗎？」A 回答：「因為我不想被藥控制！」我反問他：「那你希望被藥控制，還是被症狀控制呢？」他微笑回答：

「可以都不要嗎？」我回答他：「如果這像是在兩顆爛蘋果中間選，為了存活，你要怎麼選擇？」A 回答：「那選藥好了！」

## 治療的後期

### 復健治療的重要性「日間病房」

多年來生活一直遊走在迷幻多、現實少的 A，因為症狀干擾導致不斷窒息在黑暗的深淵裡，個人及家庭的關係與生活秩序大亂，症狀就像頭頂上的一大片烏雲，揮之不去……

精神科的照護模式除了急性病房積極介入治療急性症狀外，在症狀緩解後，透過日間病房持續照護，提供康復病友們維持病情穩定及重新回歸社區的精神復健與訓練；幫助康復病友們規則到醫院做全面性的復健治療活動，維持生活的結構性及建立生活目標，不僅可降低家屬照顧負荷，也可使康復之友不與社會脫節，增強其在社區獨立生活之能力。

為了避免 A 在症狀緩解出院後，退縮在家缺乏生活目標，及康復動機隨著時間遞減，在團隊一線工作人員的努力及主治醫師支持下，A 表達了「我真的感受到大家都在幫我，我不能再像個賴皮的小孩一直賴在地上不站起來了」，我回應他：「只要你願意把手伸出來，不是我一個人在拉你，而是所有醫療團隊工作人員都會幫你……」最後，A 同意了接受日間病房持續照護的模式。

## 後記

### 我是精神科的社工師

在這次病友 A 住院時，與家人進行家庭會談，深刻感受到 A 的家人這二十多年來所承受的苦痛，傾聽著所有家庭成員每天如何膽戰心驚的與 A 互動，深怕一個不留意的言行令 A 產生錯誤的聯想，而出現敵意的言行，及如何一次又一次面對著突如其來怵目驚心自傷的血腥場景，長期累積的身心壓力令主要照顧者也成為精神科門診的常客，需依靠藥物度過每天的焦慮及睡眠，甚至有好幾次腦袋升起要帶著 A 一起去自殺的想法……

精神科團隊的每位成員都能同理家屬這種不足為外人道的痛，齊心努力以真誠、接納、關懷的心與 A 及家屬互動，

順利協助 A 增進病識感，病情穩定，從急性病房出院並轉介日間病房，現在 A 的症狀更趨穩定。年邁的父母眼眶泛淚的對我與目前的主治醫師趙又麟訴說著終於能夠與 A 放鬆的一起看著電視和用餐，言行中已無敵意，家人互動關係大幅改善。A 也在會談時表達，在日間病房這段期間是生病這麼多年來最快樂的日子。

希望藉著病友 A 的故事分享，讓大眾有機會更認識精神科疾病樣貌及明瞭在精神科治療過程中除藥物治療外，醫師、護理師、社工師、心理師及職能治療師五大專業成員充滿合作默契，提供全人、全家、全程的全方位細膩的照護，皆是促進病人疾病穩定及回規正常家庭及社會生活的重要因子。



花蓮慈院精神科社工師劉秀屏與羅已佳護理師  
討論照護個案。攝影／謝自富

## 關於「病識感」

### 病識感矛盾

努力讓所有病人都有病識感，  
一定是對病人好？



六十歲的 B，於高中階段發病至今超過四十年，長期以來他很自在的活在自己的幻想世界裡，許多的記憶也停留在高中時期，而當 B 開始接受自己是病人的事實，要從原本熟悉的迷幻世界回到真實世界，他如何去面對自己已經是個年華老去，或許一無是處也一無所有的自己呢？如果是你，你想要選擇繼續停留在迷幻還是返回現實呢？

受精神病症狀所苦的患者腦部功能失調，在幻覺、妄想的幻境與現實之間拉扯著，當病人出現病識感，就像從一個怪異的夢中醒來，卻要開始面對貧病交迫的殘酷現實世界；對於幻覺、妄想經驗的侵擾，再也沒有合理化的解釋。精神病人病識感的獲得或恢復，未必在治療上必然帶來正面的發展，因為這牽涉到疾病與病人身分常常含帶的汙名等因素。因此許多精神病人病識感的增長，未必帶來更好的預後，甚至可能導致憂鬱或自殺的傾向，這種問題性被稱之為「病識感悖論」。美國的精神科教授保羅·李薩克 (Paul Lysaker) 發現思覺失調症的病人若缺乏病識感，將會「不願意服藥、治療反應較差、人際關係與工作表現較差」；但病識感愈好，卻可能愈憂鬱、愈自卑、主觀生活品質較差。由此可知，以醫療的角度，產生病識感對病人是好事，但有病識感之後相對應的心理支持、生活適應、社會扶助是重要而不能忽略的。

相對於難以回到現實世界的 B，故事中的 A 在醫療團隊工作人員的合作下逐步的建立病識感，且他也明白表示希望能夠返回現實世界；而銜接日間

病房的照護，有助於他增進人際互動的機會，建立生活結構與目標，加以專業的精神復健治療，及醫療團隊持續照護下，穩定其病情、學習重新接納自己，及建立社會角色功能。

故事中罹患思覺失調症二十多年的 A，長期無法面對自己生病的事實，雖然可以規則返回門診追蹤治療，但卻從未能配合醫囑服藥，多次因急性症狀明顯而接受住院治療。根據文獻顯示，思覺失調症患者出院後持續服藥之順從性普遍不高，約只有百分之二十到五十。而停藥半年內約有三分之一患者再發，停藥二年復發機率則高達百分之八十

到百分之百，可見規則服藥治療的重要性。而

「病識感」則是影響患者服藥順從性及預後好壞的最主要因子。

「病識感」(insight) 的缺乏，長久以來被認為是「瘋狂」或「妄想」的界定特徵，而在 WHO 世界衛生組織著名的思覺失調症跨國比較性前驅研究中，也發現「病識感缺乏」是思覺失調症中，最具有跨文化共通性的普遍特徵之一。在臨床上，病識感及其缺乏的現象，

本身往往不是一種「全有或全無」的狀態，而常是一種連續的現象。以下為病識感相關的四種狀態：

1. 無病識感：病人完全否認自己有病，亦拒絕治療。
2. 部分病識感：知道自己的狀況不對勁或承認自己有病，但做錯誤的歸因，不了解真正的病因，亦不覺得自己需要就醫。
3. 理智病識感：理智上知道自己有病，且知道病因，但情感上無法接受，無法更深入掌握該情境或進一步做恰當的調適，缺乏治療的動機，對於治療態度則為被動接受。
4. 真實病識感或情感性病識感：了解病因，且有動機尋求協助，主動接受治療，對於影響疾病的生活習慣可主動積極改變。🌱

