

東海大學社會學系 碩士論文

憂鬱症患者之醫病歷程：
醫療困境、治療策略與身分適應

**The Interaction between Psychiatrists and Depression Patients:
Medical Dilemmas, Therapeutic Strategies and Identity Adaptation**

研 究 生：黃柏翰

指導教授：王維邦 博士

2013 年 1 月 4 日

謝誌

獻給我所深愛的，與那些深愛我的人

活著，從來就不是一個人的事情，論文亦然。從論文题目的構思、寫作、修改，以至於田野過程中的實踐、對話、反思，而後又回到書本與經典，持續閱讀……持續的研究歷程終於似乎浮現些許成果，但是我知道研究過程的背後，總有許多老師、學長姐、同儕、朋友、家人對我默默地鼓勵與付出，也因為他(她)們，我才能順利地完成論文。

首先，我需要感謝論文口試委員林淑蓉老師與許甘霖老師對學生的論文提出寶貴的意見，讓學生知道自己的不足與有待努力的地方；感謝指導教授王維邦老師對學生論文進度的關心，小至論文格式或語句流暢，大至論文框架與書寫策略，維邦老師總是用「正向」心理學的方式鼓勵不成材的我，甚至願意耗費整個下午的時間和學生討論論文，對我來說，維邦老師真得是一位好老師，他讓我看到老師對學術的熱情與對學生的關懷；誠然，同時感謝金麟老師、彥寧老師、崇憲老師、斐文老師、志成老師、友仁老師、承恕老師、介玄老師，老師們對學生的細心教導，讓學生的研究生涯總是充滿活力與挑戰，感謝東海大學社會系與東亞經濟研究中心對學生的栽培；亦感謝東海大學社會系系辦組員與助理：秀金學姊、妙姿學姊、鈞鈴學姊、常斌學長，在繁忙的行政工作壓力之下，他(她)們仍願意對學生付出熱切的關懷，讓學生總能感受到無比的溫暖。

其次，我需要感謝田野過程中認識的三位精神科醫師與五位憂鬱症患者，在一個精神醫療領域相對較為封閉的台灣社會，三位醫師願意以開闊的視野與學生共同參與研究，學生實感殊榮；同時也感謝五位患者願意參與訪談，他(她)們勇敢地訴說過去所遭遇的痛苦與不幸，甚至熱切地願意與學生進行長期的訪談與討論，如果沒有他(她)們，學生的研究路程勢必困難重重。

同時感謝研究所生涯所認識的學長姐與朋友，感謝聖文學長、立本學長、崇真學姊、金博學長、長展學長、淳華學姊、銘雄學長、魁甲學長、瑞員學長、嵩淵學長、玉珊、豐碩、文慈、季微、續升、芳維、雅如、威承、Richard、Allen，因為有他(她)們的陪伴，我的研究所生涯所以才多彩多姿。感謝旭智學長、少君學長、小雨學姊，在我對人生感到徬徨與迷失的時候，他(她)們總會細心地開導我不成熟的想法。感謝佳燕，總在我陷入無限自我貶抑的低潮中默默地陪伴與守候著我。

最後，我仍須感謝我身邊的朋友與家人，有你們的鼓勵和關心，我才有可能將論文順利完成。儘管論文仍然有許多待改進的部分，但一切因由自己負責。

東海大學 黃柏翰

2013.02.10

東海大學社會學系 碩士論文

憂鬱症患者之醫病歷程：
醫療困境、治療策略與身分適應

**The Interaction between Psychiatrists and Depression Patients:
Medical Dilemmas, Therapeutic Strategies and Identity Adaptation**

研 究 生：黃柏翰

指導教授：王維邦 博士

2013 年 1 月 4 日

憂鬱症患者之醫病歷程：醫療困境、治療策略與身分適應

黃柏翰

東海大學社會學系碩士生

摘要

目前台灣精神醫療之相關研究可略分為兩類，第一類傾向「醫療中的社會學」觀點，主要考察醫療制度變遷、資源分配與實施效益等議題，第二類則以「醫療化」觀點探討醫療權力的建制與起源，以及醫療與市場的共構關係等層面。然而，既有研究主要聚焦於醫療資源之分配、醫療專業體制、醫療產業與市場等結構面向，並且指出患者在醫療場域中所面臨的難題與限制；但是其中較少深刻探討在求醫過程中，醫師與患者各自的醫療身分與應對策略。是故，本研究從較微觀的醫病關係角度出發，分別探討醫師與患者共同面臨的醫療難題，在藥物與心理治療過程上的認知差異，並且考察患者的身分適應與生活處境。

藉由對3位精神科醫師與5位憂鬱症患者的半結構和非正式等質性訪談之資料蒐集與分析。本研究發現以下結果：首先，礙於健保制度的論量計酬，與患者數量過多等難題，醫師在短時間的治療壓力下難以窺見患者的複雜身分與全貌，以及患者基於疾病排斥與形象保護等傾向，導致醫病互動呈現高度的隱晦。其次，醫師著重低成本與高效益的醫療策略，而患者則期待藥物快速緩解症狀與遠離病痛等立即功能，藥物治療成為主流。最後，在心理治療過程中，醫師以低風險指導式治療為原則，患者無法在短時間內陳述與探究其疾病與生命經驗。而患者對心理治療的過度期待與依賴等認知，導致患者不僅無法調適既存的生活困境，更面臨自我詮釋與身分適應的斷裂。

關鍵字：臨床精神醫療、醫病關係、醫療困境、治療策略、身分適應

The Interaction between Psychiatrists and Depression Patients: Medical Dilemmas, Therapeutic Strategies and Identity Adaptation

Po-Han Huang, M.A.

Department of Sociology, Tunghai University

Abstract

The previous sociological research of psychiatric practice in Taiwan is mostly categorized into two macro-level approaches. The first one is called as “the sociology in medicine perspective”, which mainly discusses administrative agendas such as the transformation, the resource allocation and the effectiveness of the mental health care system in Taiwan. The second is “medicalization perspective”, which critically analyzes the role and power of professionals, medical institutions, and pharmaceutical industry. However, the above two approaches are unable to fully demonstrate the interaction model between psychiatrists and patients in Taiwan. Therefore, this study aims to detail the psychiatrist-patient interaction in terms of micro-level viewpoints. Three particular questions are investigated: the medical dilemmas that psychiatrist and patients face respectively, the decision-making process of therapeutic strategies between psychiatrist and patients, and the identity adaptation of the diagnosed patients.

With the utilization of semi-structured and informal interviews, this research collects the qualitative data from three psychiatrists and five depression patients. The major findings are as follows: (1) On the one hand, due to the fee-for-service of national health insurance system and an excessive number of patient, a psychiatrist is unable to spend enough time with each patient; on the other hand, due to the tendency of self-protection, patients are reluctant to reveal frankly their actual conditions. The thorough communication between psychiatrists and patients is hard to establish. (2) The psychiatrists generally prefer the treatment with high level of convenience and low level of time consumption. Similarly, patients expect the treatment that can relieve their suffering immediately regardless of side effects. As a result, antidepressants, rather than psychotherapy, claim the mainstream treatment. (3) Although the patients are able to discover the origins of their problems through the psychotherapy, they are still unable to independently overcome their personal problems and successfully adapt to their changing identities.

**Keywords : Clinical Psychiatry, The Psychiatrist-Patient Interaction, Medical
Dilemma, Therapeutic Strategies, Identity Adaptation.**

目錄

第一章：導論	1
第一節：憂鬱症患者之醫病歷程	1
第二節：對醫病歷程的提問：身分位置、治療策略、醫療觀點	4
第三節：章節安排	8
第二章：文獻探索	11
第一節：精神醫療與憂鬱症	11
第二節：疾病的探究與建構	16
第三節：藥物治療成為主流	23
第四節：心理治療的取捨	27
第五節：總結	31
第三章：研究方法與架構	33
第一節：研究方法	33
第二節：研究對象與資料蒐集	33
第三節：研究倫理與研究限制	37
第四章：精神醫療的邏輯與實踐	39
第一節：精神醫療中的兩難：時間與效益	39

第二節：隱晦的醫病關係	44
第三節：藥物治療的效益原則	51
第四節：心理治療.....	59
第五節：遊移常規／非常規之間	65
第五章：憂鬱症患者之治療身分與認知	67
第一節：發現憂鬱症：我生病了	67
第二節：醫療身分的實際位置：社會關係、污名、形象維持 ...	69
第三節：救命仙丹 or 精神鴉片	74
第四節：所謂心理治療：專業的聊天場所、成長營	85
第五節：患者病痛與多元身分	96
第六章：結論	99
第一節：憂鬱症的憂鬱	99
第二節：研究反思.....	101
第三節：研究限制.....	105
附錄一：訪談大綱	108
文獻參考.....	113

第一章：導論

第一節：憂鬱症患者之醫病歷程

之所以會選擇這個題目並非偶然，在研究所唸書期間，精神疾病一直是我試圖想要思考和反省的部分，而這也直接或間接牽涉到個人的經驗故事。

事件大約發生於一年前，我意外得知一位朋友因為自傷而送進醫院(稱為 L，以匿名稱之)，她詳細告訴我自傷的經過，由於強烈自我貶抑的自卑感使然，L 將剪刀垂直地插入自己的手臂，透過自傷的方式降低心理所承受的壓力與痛苦。事後，我¹建議 L 尋找專業的醫療人員進行協助，經過醫師的專業判斷之後，醫師認為致使 L 以各種悲觀或自我否定的自傷行為回應日常生活挫折之原因，源自於早期家庭生活所造成自卑的人格問題。醫師建議 L 持續服用藥物，並且希望 L 能夠有較高的自我控制與自主性，能夠靠自己的力量來應付日常生活所面臨的挫折。L 在聽從醫師的建議之後，病情在短時間內確實獲得相當程度的控制，但是在一段時間之後，L 在日常生活中卻面臨更大的問題：藥物的使用導致 L 長時間的頭暈與昏睡，L 無法維持正常的生活與穩定的人際關係。而 L 與家人之間的關係呈現更為劇烈的惡化，關係的惡化直接衝擊 L 的生活，在缺乏家庭與社會支持的情況之下，L 所必須面臨的問題並非僅僅是自傷的痛苦或是心理的折磨而已，L 的病痛困擾與生活處境更加孤離。

針對 L 自傷與遭受情緒所困擾的情況，經由專業的醫療診斷與治療，L 的病情在短時間之內的確獲得適當的控制²，但是這並未表示 L 的生活因此有明顯的改善，日後 L 仍然出現更為嚴重與劇烈的自傷行為。

然而，L 的情況並不能僅以某個單獨特例的個案視之，類似的事件也可以從社會其他地方發現，例如 2008 年《自由時報》報導針對董氏基金會勾結藥商共

¹ 從 L 自傷之前，直至 L 因為自傷而緊急送入醫院，L 與我有定期的聯絡與談話，而在 L 接受專業的醫療診斷之後，我也常陪同 L 去看診，而 L 或多或少的也會透露有關她的事情。

² 我陪同 L 一起前往台中市區的某家精神醫療診所，該診所的醫生以穩定病人情緒為優先考量，所以在第一次的診療過程當中，醫生有意識地加重安眠藥與鎮定劑的藥物量，以避免 L 再次因為情緒失控的問題而自傷。

同推銷精神藥物在大專學校使用的反對運動，陳威廷以受害人的角度出發，指責精神藥物的使用與藥物治療過程反而造成生活上更大的問題：

……現年三十一歲的陳威廷說，他唸成大水利工程系三年級時，因感情問題心情低落，被家人帶去看精神科醫師，服藥後昏睡三天，整個人根本無法思考，連刷牙這麼簡單的動作都出問題……他把自己的親身遭遇寫在部落格上與網友分享。(自由時報 2008/10/13)

……原來，一開始就走錯路了！因為自我到精神科醫院開始，吃下了第一顆藥物後，我基本上就在走向通往死亡的路上！這很恐怖，但這卻是事實！這是我自己的親身經歷，我赤裸裸地呈現在各位眼前，我形容一下我曾有過的感覺經歷：那是一種我今天跟你談完話後，隔天我卻完全忘記了我們所說過的事情，以及我持續無法用腦正常思考，常常做出失常的行為，我反應越來越遲鈍，沒有創造力，我變的無法面對人群甚至脫離人群，我變的感情麻木，我越來越抑鬱…太多了！（摘自陳威廷的網路文章：一位吃過精神科藥物的人的感言 2007/4/12）

根據陳氏的觀點，患者生活的適應與重建並未因接受治療而有所改善，藥物直接對患者產生劇烈的影響，如無法集中注意力、長期昏睡、暫時失憶等情況，致使患者的生活面臨許多困擾與不適。

而針對精神疾病之治療議題，精神科醫師則提供自身專業的醫療觀點，說明藥物對疾病治療的重要性與醫療策略：

……(醫師)急性精神病在很短時間內會有嚴重精神症狀，如幻聽，情緒波動很大，需藥物治療及短期住院，好好治療……對急性精神病患者，

應鼓勵他規則去看醫生，因患者思緒很亂，如果管太多及碎碎念，他反而更激動，最好是讓他睡眠穩定，規則吃藥，如此可恢復很好，如果有危險要暫時隔開，危機處理。(中國時報 2011/08/20)

從疾病治療的觀點出發，醫師認為患者應該解決的首要目標在於疾病與症狀的困擾，患者應該保持安靜、穩定的睡眠、並按時服用藥物，透過持續用藥的過程協助患者控制疾病與症狀。

根據 L 的求醫經驗、陳氏對精神醫療的批評、與醫師的專業觀點等現象觀察：藥物成為醫師對待症狀與疾病主要的治療方式，而在藥物治療為主流的醫療環境下，患者無法透過既有醫療資源的協助而得到生活處境適應的充分重建與支持。然而，醫師在其過程中難道真得忽略藥物可能對患者產生的副作用與風險？或無視於患者的生活處境與適應問題？

筆者認為首先需要釐清的是，陳氏的論點不能完全包括精神醫療對患者診斷、諮詢、與治療等全部過程，以及過於武斷與主觀的判斷則可能忽略精神醫療本身的專業性與醫療功能，而否定精神醫療對於精神疾病治療的成就與貢獻。其次，患者的生活處境與適應其實與醫師和患者之醫療過程密切相關，不論從疾病的診斷或治療等過程出發，患者與醫師同時在醫療場域中扮演不可忽略的重要角色，患者之醫療爭議並非全然能夠歸咎於醫師之專業權力濫用或醫療資源分配不均等問題。

針對台灣目前精神醫療之爭議，或許醫療專業制度與醫療資源之分配問題仍然值得進一步地深究，但是醫師與患者彼此對疾病的應對方式與治療觀點上的差異³，可能同時也深刻地影響患者之醫療實際過程。鑑此，本研究的主要目的並

³ 本研究試圖探討精神醫療之醫師與患者之應對與互動過程，然而，將憂鬱症作為本研究主要的案例，主要原因不僅在於 L 憂鬱症患者作為相當特殊且具有意義的個案；憂鬱症做為特殊範疇的精神疾病，根據目前主流的醫療觀點，憂鬱症病因的醫療解釋大多關注於基因、遺傳、與生物性原因；但是，憂鬱症與憂鬱情緒在某個程度上而言其實是相當隱晦的，憂鬱情緒或許並不是疾病，但是持續的憂鬱情緒卻可能影響患者之認知情緒，而因社會與生活處境的適應障礙而成為憂鬱症。於是，相較於其他類型的精神疾病，憂鬱症患者自我對疾病的認知與詮釋可能更為複雜且

不在於對主流的精神醫學提出制度或結構層面的批判，而是試圖從較微觀的角度出發，進一步探究醫師和患者在醫療過程中，醫師與患者彼此呈現怎樣的互動關係？醫師傾向藥物治療之醫療策略為何？而患者又如何回應醫師之策略？其應對方式又是否能夠協助患者解決疾病與生活處境之難題？

第二節：對醫病歷程的提問：身分位置、治療策略、醫療觀點

回顧精神醫療之相關研究，概略分為兩種研究取徑，第一種研究取徑主要集中於醫療中的社會學(sociology in medicine)分析，主要探究精神衛生法之實施效益與醫療資源之有效分配等相關議題(陳小慈 1993；張珏 1995；曾婉君 1999；單美惠 2004)。另外，也有部分學者針對社區治療有限性與資源分配不均進行考察(文榮光 1984；黃鼎鈞 2004；謝佳容、蕭淑貞 2006)。而第二種研究取徑，則以醫療化(medicalization)的觀點探究醫療專業的歷史與制度形成(邱大昕 2009；曾凡慈 2008；張如杏 2010)、或呈現醫師之專業性與權力控制等情況(吳維仁 200；孔建中 2008)、或醫療化社會之興起(徐子婷 2012)。

總觀上述研究，第一種研究觀點主要檢討台灣精神醫療制度之發展與限制，並提出相關實質政策與建議；而第二種研究觀點則是從醫療化的角度強調醫療專業體制與醫療產業之壟斷等結構性困境，致使患者受限於醫師之醫療專業與醫師對患者之權力控制，患者在醫療場域中呈現較為消極且被動的情況。但是，醫師是否完全能夠「宰制」患者於醫療場域之中，並且武斷地對患者進行各種治療決策的控制？或患者全然處於消極與被動的醫療位置，並且完全受限於醫師權力之控制？筆者認為，醫師與患者之實際治療過程可能更為複雜，醫師對疾病之診斷與探究過程，以及對醫療策略之選擇和取舍，實際上更關係於醫師在醫療場域中對疾病的處理原則，以及患者本身對治療的意願與認知。換句話說，醫師與患者在其中也扮演同等重要的醫療角色，醫師與患者彼此在醫療場域中的醫療需求、

多元。

談話、或對彼此的應對方式等，皆可能共同形塑一套對疾病的治療傾向，而影響患者之實際的治療情況。

於是，針對患者之實際醫病歷程，仍需回到醫師與患者在醫療場域中的醫療身分與位置，以及彼此對疾病處理和治療觀點上的應對方式進行深入的探究。本研究以較微觀的醫病關係角度考察患者之醫病歷程：首先從疾病的探究與建構過程之醫療互動進行討論，探求醫師與患者各自所呈現的醫療身分與位置為何？醫師如何治療疾病，其背後的策略為何？而患者在治療決策的過程中又扮演怎樣的角​​色？並且以藥物治療成為主流與心理治療的取捨等面向，呈現本論文之主要研究觀點：醫師與患者之身分位置、治療策略與醫療觀點等應對方式的差異，影響患者所參與之實際治療傾向與過程。

一. 疾病的探究與建構：醫療處境與身分位置

反精神病學理論(anti-psychiatry)認為，精神科醫師的診斷往往具有專業性、任意性、與不透明性等特質，致使患者在疾病的建構過程中呈現相當消極與被動的情況(Szasz1978；Cooper1967，轉引自徐子婷 2012)。針對台灣醫師之專業性相關研究，其指出醫師可能因為患者的特殊身分或對患者的刻板印象，而導致患者的病情被刻意忽略或是過度詮釋，或患者的複雜主體性與多元身分無法受到關注(吳維仁 2004；鄭峰齊 2010)。儘管如此，醫師對患者進行問診與看診的疾病探究過程中，患者在醫療場域中可能並非完全處於消極的位置，而針對患者的複雜身分與多元論述的相關研究並不在少數(林淑蓉 1999；成令方 2002；蔡友月 2004)，其主要聚焦於患者的多元身分與病痛經驗，患者一方面屬於被治療的對象，但同時也是社會多元論述與知識的實踐者。患者對疾病的詮釋與認知可能更為複雜。

上述研究主要呈現兩類型的觀點，第一類研究主要從醫療專業制度、醫療產業、與權力機制等結構面向出發，實際考察醫師之權力身分與患者的相對位置；第二類研究則是從患者主體經驗的角度出發，強調儘管患者在醫療場域中處於較

為消極的身分位置，但是患者在醫療場域中仍然具有高度的複雜性與多元身分。然而，針對疾病之探究與建構過程，從微觀的角度出發，醫師如何對待疾病以及如何與患者進行互動等實際情況，實與醫師和患者各自對疾病的認知與處理觀點上的差異相互關聯。換句話說，醫師與患者之互動過程並非完全依賴於醫師本身的執業經驗與專業能力，而在於醫師對疾病與患者的態度為何，以及患者在其過程中是否願意完全地透露自己的疾病狀態與個人相關資訊。

於是，醫師與患者可能扮演同等重要的醫療身分，並且實際影響彼此對疾病的探究與建構。醫師對疾病與患者的態度，如對醫病關係的維護或保護患者隱私等情況，可能導致醫師在疾病的探究過程扮演較相對消極的醫療角色；而患者也並非是一成不變的總體或平均數，患者可能同時由各種身分、疾病、或性別等條件所內涵的總體狀態所構成，並且礙於對疾病的排斥、污名、恐懼、隱私等認知 (Goffman2010；Kleinman2010)，而實際影響患者對疾病的認知與對醫師的應對方式。

鑑此，本研究針對醫師與患者之疾病探究過程提問，醫師的醫療身分與位置為何，其與患者究竟如何互動？在互動過程中又可能遭遇哪些難題？而患者在醫療場域中與醫師之應對方式，是否會主動透露疾病訊息抑或隱藏？如果隱藏，那又是哪些原因所造成？

二. 藥物治療成為主流：醫療資源、治療策略與認知

回顧相關文獻，不少研究皆聚焦於精神科藥物背後的市場利益與患者對藥物副作用的困擾等議題(Glenmullen2001；Blech2005；許崇銘 2007；林淑蓉 2006；金玉華 2006)。Blech(2005)從醫療產業的觀點出發，強調藥商與醫療專業共謀的利益關係，致使醫師對精神疾病的處理傾向藥物治療，導致藥物副作用被刻意忽略，以及藥物過度氾濫等問題。其次，患者在用藥過程中可能面臨各種生理層面的困擾如性功能障礙、幻覺、頭暈、噁心、嗜睡等(金玉華 2006；許崇銘 2007)；而長期用藥的患者亦可能產生各種心理層面上的恐懼或依賴 (許崇銘 2007；林淑

蓉 2006)。此外，藥物對患者的影響並不僅止於個人層次上的困擾，而是可能更為直接且劇烈影響其生活與適應問題(Glenmullen2001)。

透過上述文獻討論，藥物治療之所以成為主流，主要源自於醫療市場與醫療專業的利益傾向，從而導致患者在用藥過程中產生各種副作用與困擾。但是，針對藥物治療之副作用爭議，藥商、政府、與醫療體制宰制一切的共謀情況是否適用於台灣，筆者採取相當保留的態度⁴。筆者認為，僅從醫療市場和醫療結構的角度並不能完全有效釐清藥物治療之爭議，反觀需更細膩地同時理解醫師傾向藥物治療與患者對藥物治療的認知與需求：藥物對疾病與症狀快速的有效控制，可能同時成為醫師與患者對藥物之青睞，並且共同形塑以藥物治療成為主的治療方式。

於是，本研究針對藥物治療之爭議進行提問：如果藥物本身存在極高的風險與不確定性，那麼醫師傾向藥物治療之背後因素為何？醫師如何看待藥物副作用問題？而患者在其中又如何回應醫師之用藥策略？

三. 心理治療之取捨：醫療風險的評估、治療意願

醫師與患者在談話治療的實做過程中可能同時面臨許多醫療難題，而這可能同時影響醫師對不同類型的談話治療有所取捨，以及患者在其過程中的認知。根據社會建構主義(social constructionism)的觀點，醫師與患者在心理治療過程中可能受限於語言結構、患者的自我陳述、以及醫師與患者的溝通方式，而致使患者無法釐清其真實的面貌(Hansen2003；Hansen2004；Hansen2005)。Gergen(1985)則更進一步強調患者在談話治療中處於不斷變動的過程，患者的自我、記憶、與人格並非總是處於穩固或一成不變的狀態，傳統的真理和價值並不能真實理解患

⁴ 台灣的醫療體制在政府的介入與監督下，醫師的醫療權力與藥物濫用的實際情況並不如同Blech所討論的直接且明顯。必須強調的是，筆者並未直接否定醫療體制與藥商之間的利益關係，只是在台灣的醫療現況其實際情況可能更為複雜。以安眠藥(stilnox)為例，政府為避免民眾藥物濫用的情況發生，中央健保局便試圖針對藥物使用進行管控的計畫，分別針對病人就診的次數、醫師之專科條件，以及藥物處方箋的限制等面向進行控制。然而，不論政府的管制原因與管制效用為何，但是可以知道的是，台灣健保體制在政府介入的情況下，藥商、醫師與政府三者之間的共構關係可能更為複雜，而非單純藥商、醫師壟斷一切的情況。

者全貌。而針對台灣相關文獻討論，其主要強調醫師對患者之社會控制與對患者之專業身分建構等面向，說明患者的身分建構與認同仍舊被醫療場域中專業性所約制，致使患者內在的聲音被忽略而無法有效釐清真實的自我(孔健中 2008；顏弼群 2010)。

總觀上述文獻，主要聚焦於精神醫療之結構層面與治療技術之內在困境進行分析，說明醫師藉由言談、揭露、說服等方式對患者進行控制以符合社會期待，或對患者進行病人身分之建構。然而，醫師在談話治療過程中所扮演的專業位置與權力關係，或許是影響患者身分適應之重要因素；但醫師是否將患者的多元身分納入心理治療策略的考量，而患者又是否能夠理解醫師之話語並且達成自我完滿與省悟之治療意義，在談話治療的實際運作過程中，醫師與患者對談話治療的認知與醫療觀點的互動同時也是不可忽略的面向。

於是，本研究針對患者之談話治療與身分適應進行提問：醫師傾向何種心理治療，而其背後的醫療策略為何，患者在其中又如何參與談話治療之過程？

第三節：章節安排

本研究主要議題圍繞在患者從診斷到治療的實際醫療過程，並探究醫師與患者在其中的醫療處境與應對策略。而針對各個章節探討與相關議題之分析進行簡短的說明：

第二章是對既有文獻的爬梳，首先探究精神醫療對待疾病之基本學理，而進一步比較精神醫療與一般生物醫療在治療邏輯上的差異，突顯醫師與患者在精神醫療場域中扮演同等重要的角色，並且從疾病的互動與建構、藥物治療的邏輯、與心理治療的取舍等醫療過程進行回顧，說明醫師與患者的醫療身分位置與應對策略如何影響患者治療之實際過程。

第三章是研究方法，本研究透過半結構訪談與非正式訪談等質性方式取得資料之蒐集，並主要區分醫師、患者兩類型的訪談對象。針對專業精神科醫師的部

分找尋 3 位訪談對象，其中一位服務於組織型醫院，另外兩位則執業於診所單位；而針對憂鬱症患者的部分，則是以(1)(曾)精神科醫師診斷之憂鬱症、(2)(曾)患者定期接受治療與服藥過程為判准，進行 5 位的訪談對象之資料蒐集，男女性別比例為 1：4，年齡層大約分布在 25~27 歲之間。在資料的分析與詮釋過程以醫師之執業經驗與挖掘患者身分之多元性為主，並理解患者對疾病與治療不同的認知取向和經驗感受，以呈現患者之複雜多元身分與其社會圖景。

第四章主要說明求醫過程中醫師與患者之醫療身分與實際過程，研究結果呈現下列觀點：醫師礙於健保制度和患者人數過多，患者在問診與看診的時間受到壓縮，患者無法在短時間內有效陳述疾病問題；醫師礙於醫病關係的維護導致醫師無法針對患者生活領域之問題進行主動提問；醫師用藥策略主要在於成本與治療效益之間的考量，但是在醫師與患者同時追求治療效率的醫療分維中，醫師用藥之策略則是必要之惡，副作用被歸類於醫療風險，由患者個人承擔；礙於成本與治療風險的考量，醫師以指導式心理治療為主要策略，但是患者複雜的醫療身分則無法被有效關注，導致患者在治療過程中的建構身分相當片斷且零碎。

第五章則是針對精神醫療的邏輯與實踐之研究結果進行延伸，以獨立的安排章節將患者的醫療處境與實際面貌進行更深刻的討論，患者對疾病的排斥與自我保護的認知，與患者為求立即性遠離疾病與症狀的困擾，以及患者礙於病痛經驗所呈現的自我防衛與過度依賴醫師等情況，共同影響醫師在醫療場域中的治療狀況，而導致患者在實際的治療過程中傾向疾病化的探究過程：症狀的處理被視為疾病本身，而非更深層的探究疾病根源；患者同時渴求藥物治療以免於病痛，致使患者生活處境與適應則被視為次之的問題；患者於心理治療之過程往往是片斷的身分建構，患者無法回應既有生活適應之難題。

第六章則試圖呈現台灣現存之精神醫療分維與狀況，而進一步探究患者的醫病歷程與生活處境之問題。並且針對本篇研究進行反思，說明研究過程中所面臨的限制與難題，如田野資料蒐集的部分可能稍嫌不足，以及在與患者之實際訪談過程中，較為負面情緒的言談與情緒展演可能導致筆者在資料詮釋的過程中有所

偏頗。

最後，筆者期望透過這份研究重新反省所謂的醫療困境，並且針對既有文獻對主流精神醫學的批判進行再思考，醫師之異質性與高度的自我反省能力，其實並不少於患者在醫療場域中的高度複雜性與多元身分。然而，礙於醫師與患者彼此各自的醫療身分與觀點差異，以及患者對疾病與治療的應對方式等，同時導致醫師與患者在醫療過程中傾向疾病化的治理原則。而唯有當醫師與患者同時關注到彼此在醫療場域中的差異時，醫師或許對患者有更深層的理解，而患者則可能採取一種更積極且有效的治療策略，協助患者對精神疾病與生活處境的適應與調適。

第二章：文獻探索

第一節：精神醫療與憂鬱症

一. 精神醫療之發展概況與難題

針對台灣精神醫療之歷史與制度發展，其逐漸偏向西方的臨床精神醫療為主流，也就是以生物醫學為基礎，並且針對疾病與症狀本身進行評估、診斷、治療、與預防的醫療程序。根據孔健中(2008)對精神醫療的討論，台灣精神醫療之歷史發展總共可分為四個階段：第一階段為日本殖民時期，對疾病之主要醫療手段在於集中管理與監護為主，此時也包括其他非正規之精神醫療組織，如龍發堂、大千堂等民間機構；第二階段為 1950 至 70 年代台大精神科領導時期，同時受到日本與德國精神醫學的影響，台灣開始引進疾病診斷與治療的現代臨床精神醫學技術，如對專業精神醫學醫師之培養、增強精神醫學衛生教育、推廣心理衛生與健康教育等基礎；第三階段為 1970 至 80 年代行政院衛生署領導時期，其主要強調醫療區域發展為主，增設各個區域之綜合醫院之精神專科與私立精神醫院，並且以《精神疾病診斷與統計手冊》(簡稱 DSM)為主要的參考與治療架構；第四階段為 1990 年代至今為全民健保制度實施時期，除了精神衛生法之實施與推動，同時也包括精神疾病之防治工作與預防。此時藥物的發展與改良逐漸成熟，並且能夠有效治療疾病，於是精神醫療轉而偏向藥物治療與生物醫學為主(孔健中 2008)。

然而，健保制度的實施卻也造成許多醫療問題。陳美霞(2008)聚焦於醫療制度與結構的變遷提出反省，說明現今的醫療部門集中於各個醫療機構的建立而忽略衛生與預防之基礎工作，而其中主要的醫療部門則是以商品與市場利益為優先考量，從而導致台灣醫療體系過度醫療化與市場化的情況。其次，健保制度的實施也同時對醫師與患者造成影響與限制，蔡維音(2002)與吳惠林(2008)說明健保制度中的論量計酬制度(主要根據患者的服務內容與數量進行計費)，間接地默許醫師透過無限量的看診增加醫院收入，而導致醫療品質的下滑。熊心如(2005)則

指出由於健保制度中的總額支付制度⁵之實施，導致各個醫療部門對醫療策略的選擇與認知逐漸以控制成本與財務為基礎，醫療部門在成本與財務的考量與壓力之下，而無法兼顧患者本身的就醫需求與權力。

儘管台灣精神醫療之發展逐漸成熟，但是醫師在其醫療過程中也面臨許多難題，如醫師在健保制度的論量計酬與總額支付制度的雙重限制下，而醫師在其中如何應對，又如何同時兼顧醫療成本與患者的需求，以及「醫療品質」與「治療效益」的兩難等醫療困境，同時也為醫師帶來挑戰。

二. 憂鬱症之定義與判准

精神科醫師於疾病的診斷與探究過程中，醫師在其中也可能面臨諸多難題。醫師如何判斷患者罹患精神疾病，與患者究竟罹患哪種類型的精神疾病，其主要參考的架構以 DSM 對症狀的精神生物面向、精神認知、情緒障礙、以及人格障礙等架構區分為主要原則，並且作為醫師對疾病的參考依據⁶，而根據 DSM 手冊對憂鬱症之診斷與分類則可區分主要憂鬱症、低落性情感疾患、或其他未註明之憂鬱性疾患(卓良珍 2007；陳靜芳 2004)。

但是 DSM 手冊僅提供醫師對疾病的初步參考與理解，而對疾病與患者之實際評估和診斷，醫師則需透過患者對症狀或徵候的陳述進行初步理解，並配合患者外顯／內顯行為、疾病史、家族病史、或其他檢測方式來進行疾病評估(Gelder2001)。醫師仍需針對憂鬱症之特質對患者進行提問，如患者近期是否缺乏興趣、注意力不集中、自尊心低、食慾不振、失眠或過度睡眠、重覆性自殺念頭或有強烈自殺的計畫等，並且依據上述特質進行疾病的評估和診斷。但是部分擁有上述症狀之特質並不等於憂鬱症，醫師仍需評估此症狀是否持續維持一段時

⁵ 為避免論量計酬制度所造成不必要的資源浪費，健保制度而後修訂總額支付制度，由政府與醫療部門透過協商的方式預先支付定期金額，以提供醫療部門定期之醫療費用，避免醫院資源的過度浪費。

⁶ 根據《精神疾病診斷與統計手冊》(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)第四版，細膩地區分了各種精神疾病的相關種類，而除了 DSM 之外，國際疾病分類(International Classification of Disease, 簡稱 ICD)，也成為醫師對精神疾病客觀性判準的主要參考之一。

間，以及該症狀造成患者之社會功能與職業功能之困擾，才能以疾病的概念進行定義⁷ (卓良珍 2007)。

然而，儘管精神醫療逐漸以生物精神醫學角度來進行疾病的檢查與診斷，而不同的疾病類型也得到生物學上的解釋，但是疾病的諮詢與診斷仍然難有明確且標準的醫療判准或解釋。憂鬱症不同於其他生理疾病如感冒、發燒等症狀，其可透過各種醫療設備如 X 光掃描或血液抽檢等在生物層次上得到明確答案，如器官衰竭、罹患某種病毒或細菌等。生理疾病大多容易被察覺並且可在短時間內得到有效地治療。但是除了器質性精神疾病與精神分裂症狀之外，大部分的功能性精神疾病難以被察覺如憂鬱症、躁症、躁鬱症等情感性疾病。其次，醫師對患者之外顯／內顯行為等症狀的探究過程，可能同時需注意患者對醫師的敵意與尷尬，原因在於患者在求醫過程中可能並非往往出於自願，而是透過親友與家屬的勸告而被迫選擇求醫，於是，醫師在對疾病的評估與診斷，仍需注意患者當時的情緒和意願。

三. 憂鬱症之病因與多因子考量

醫師如何判斷患者之實際病因，其需要依照病程時間的脈絡與不同理論視野相互進行歸因。從疾病形成的時間來看，精神疾病之病因可區分為前置因素 (predisposing factors)、誘發因素 (precipitating factors)，以及維持因素 (perpetuating factors) 等三種類型 (Gelder 2001)。前置因素著重於早期個體之幼年之生活狀況例如遺傳、幼年經驗的人格形塑；誘發因素則重視因特殊事件而對個體造成強大的壓力與不適應；維持因素關注疾病發作後病程延長之原因 (Gelder 2001)。

而根據疾病產生的不同層次可區分生物因素 (biological factors)、心理因素

⁷ 根據《精神衛生法》之定義：「精神疾病：指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態表現異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病，但不包括反社會人格違常者」。換句話說，精神狀態是否「正常」與精神狀態是否導致患者在生活適應上產生困擾，構成精神疾病之評估判准。簡言之，如果只是偏差行為或不正常心理狀態，那麼並不能完全地指涉所謂的精神疾病。相對地，如果必須要宣稱「疾病」的生理或心理狀態，那麼該個體應該必然受到某種症狀的困擾或功能性障礙，才能以疾病的概念進行定義。

(psychological factors)、社會文化因素(social factors)等面向(Gelder2001)。憂鬱症之生物因素則包含遺傳、神經生理、內分泌失調、藥物失衡等因素，如 Serotonin 系統與 Norepinephrine 系統失調、神經免疫調節失調、家族遺傳性格等遺傳或大腦功能性障礙生理層面；心理因素則以精神動力學為思考的重點，並透過早期幼年經驗與潛意識的探究對疾病進行歸因和分析，如患者之自我人格與特質，完美主義、自卑、缺乏自信、討好他人以獲關愛等，擁有該特質之患者容易受到各種外界壓力或刺激而引起較為負面的情緒與憂鬱認知；社會文化因素則重視疾病的外在環境，如長期的壓力事件可能影響患者之腦神經內生化學物質的長期異變，致使患者在一次發病之後，日後的發病因素可能並非源自壓力本身；或患者承受長期壓力的困擾下，可能產生認知模式的曲解如兩極化思考、過度推論、對自己和他人保持負面看法等(卓良珍 2007；陳靜芳 2004)。其次，精神醫療之相關理論諸如流行病學、遺傳學、人類行為學、社會學、神經病理學、電生理學、心理學等視野皆呈現各自對病因討論的觀點。專業醫護人員需依照患者與疾病之複雜性進行評估和診斷，並且對不同視野的取舍，適時地用於治療疾病時的參考架構。

但是儘管精神醫療之發展逐漸成熟，不再侷限於病因的單一性因素進行考量。理解疾病產生的根源儘管重要，但是實際上卻很難給予單一因素明確的判斷。醫師如何有效釐清患者憂鬱症之發病原因，仍然需要對患者之症狀與言談耗費相當的時間與精力，並且經過反覆的觀察與問診流程才可能對患者有進一步的理解。

四. 治療邏輯與方法

首先，傳統生物醫學觀點無法適用於解釋精神疾病之痊癒狀況。精神疾病之治療策略其重心在於回歸社會，精神疾病可藉由藥物與心理治療，以及社會支持等面向得到相當程度的控制。儘管精神疾病的診斷與治療有其標準程序和專業性，但是這不表示精神疾病能夠完全痊癒，精神疾病不同於一般生理疾病，可藉由藥物、手術、物理性治療等策略能夠完全地根除疾病(林宗義 1987，轉引自孔

健中 2008)。

其次，精神醫療對疾病治療的具體策略以生物醫學為基礎，並且以心理因素與社會環境因素為輔，構成生物—心理—社會的醫學模式與治療策略(胡海國 1985，轉引自孔健中 2008)。對疾病產生與治療觀點，醫師首先關注生物性層面的疾病與病變討論如遺傳或腦部功能運作；其次關注心理範疇的討論如早期童年經驗或人格發展等；最後則是注重疾病與患者之間的社會適應。於是，延續精神醫療對疾病的治療策略，其對憂鬱症的主要治療方式可區分四種基本治療方式：(1)物理治療與精神外科治療、(2)藥物治療、(3)心理治療、(4)社會支持等面向(林憲 1985；卓良珍 2007；陳靜芳 2004)。

物理治療與精神外科治療以病人整體性安靜為主要目標，偏向以外部的醫療資源直接對身體產生影響的治療方式如電氣痙攣治療，其較適用於藥物效用不佳而自殺意念較強烈的患者；藥物治療則包括安眠藥、抗焦慮劑、抗憂鬱劑等，藥物的使用需評估疾病與症狀之狀況，如果患者長期失眠則可使用安眠藥幫助睡眠，如果患者失眠狀況仍然持續，那麼則可能改用其他種類之抗憂鬱劑；心理治療則以語言或非語言的溝通方式對患者施予治療，其可概略區分基本程序、支持性療法、問題解決技巧、行為與認知治療，精神動力療法等模式；社會支持則包含社會相關組織和支持如康復之家、社區性庇護性工作場、社區復健中心、以及康復之友協會等組織，以協助憂鬱症患者的疾病預防、治療、復建工作與相關服務等。

儘管精神醫療對疾病之治療邏輯包括物理治療、藥物與心理治療、社區復健等方式。但是針對台灣精神醫療發展現況，精神醫療對患者主要的治療方法仍然以藥物治療為主流。但是醫師為何傾向藥物治療？而醫師對治療方式之選擇與取捨的原因為何？此仍需進一步探討。

五. 小結：

藉由對精神醫療與健保制度的分析，說明醫師在執業過程中同時可能受限於

制度性因素，如醫療品質、治療成本、與財務管控等難題。而藉由對憂鬱症與精神醫療之學理的呈現，說明精神醫療對疾病之處理原則，不同於其他生理疾病之診斷方式，而是透過患者的外顯行為如言談、舉止、情緒與病史相互進行評估。其次，精神疾病之醫病特質，則必須透過患者對醫師之共同信任，並且長期共同建立穩定的治療關係。最後，精神疾病可能需要耗費長時間持續治療，藉由藥物治療與各種心理支持之原則，協助患者適應與回歸社會生活。然而，仍需要更進一步地探究，醫師對疾病的診斷與治療過程中，醫師與患者之醫病關係如何維護？而其互動過程中又可能受到何種限制？醫師偏向於生理層面之病理性探討與治療策略之背後原因為何？其治療方式的依據與判准為何？患者在其中又扮演怎樣的角色？

第二節：疾病的探究與建構

醫師與患者於精神醫療場域中扮演不可忽略的角色，但是其醫療過程卻鮮少被獲得關注與討論。針對既有文獻，其過度強調醫師之專業性權威，患者似乎處於相當弱勢且消極的位置。但是，醫師如何對疾病進行探究，與患者在醫療場域中所扮演的角色為何，以及醫師是否真得忽略患者的複雜身分等問題仍需要進一步的討論。基於此，本研究從醫師之醫療身分與位置，以及患者與疾病之主體經驗等角度出發，進一步討論醫師與患者在醫療場域中實際的應對過程。

一. 醫療專業與醫病互動

早期反精神病學理論 Cooper 指出精神醫學的種種謬誤，其中包括精神疾病定義與診斷過於模糊、其傷害成效大於治療成效、以過度醫療化概念強迫使人成為病人、對患者強度的控制與權力濫用等情況(Cooper1967，轉引自徐子婷2012)。同樣地，Szasz(1978)亦針對精神醫療之醫師權威進行激烈地批判，其認為精神醫療已然形成一種專業壟斷的醫療產業，任何情緒和生理上的疾病都可能在

精神醫療場域中被診斷為嚴重的精神疾病並且進行強迫性的治療。根據反精神病學理論的主要宣稱，其說明精神醫療的專業性壟斷、醫療產業的利益壟斷、以及國家介入醫療產業等面向，共同塑造強大的醫療論述機制，致使社會大眾被醫療體系宰制於其中(徐子婷 2012)。

從反精神病學理論出發，說明醫師主宰其疾病診斷與治療過程，患者可能面臨疾病過度診斷與強迫治療等情況。而醫師對患者的認知和觀感亦影響疾病建構之過程，吳維仁(2004)指出精神科醫師在進行疾病的臨床判斷時，當時的情境、條件、以及醫師對患者觀感決定性影響醫師的醫療決策。同樣地，對既有患者的刻板印象、訊息的接受敏感性與否、疾病的假設與預先立場等，皆可能造成醫療診斷當中常見的偏誤。在精神醫療場域中，醫師對疾病之判定過程大多依賴對患者的社會行為與病史等資料作出判斷。而醫師在其中可能面臨許多難題如疾病風險與疾病不確定性等情況。醫師對疾病的判斷必須仰賴患者的第一印象與行為態度等進行評估，當患者將自身經歷與故事告知醫師，醫師可能將先前的醫療經驗與刻板印象對患者進行比較，而可能導致醫師錯誤評估或診斷的過度自信(吳維仁 2004)。

在疾病的鑑定過程中，病史與患者基本資料等信度往往不如精神醫療專業人員的主觀的觀察和臨床判斷。此外，疾病診斷過程可能也與疾病的社會環境與社會脈絡相互關聯。精神醫療儘管具有疾病認定和裁決之專業能力，但是卻可能隨著醫療市場或醫療利益衝突的情況，造成疾病診斷與評估出現扭曲的情況。鄭峰齊(2010)指出精神職業病的診斷爭議，其背後所牽涉的不僅在於醫療專業成為職業病唯一的裁決方式，醫療專業同時與市場利益相互關連⁸。醫師對疾病評估的考量並不在患者本身，而是醫師與企業的共同利益。

⁸ 依照鄭峰齊的觀點，精神職業病的診斷問題，可能由於醫療與企業之間的利益關係，使得精神職業病的認定問題可能更為複雜。以體檢為例，如果公司將體檢的需求提供給醫院服務，那麼該醫院便可能產生立場不明確的問題，如果醫院指認該公司的確出現許多精神職業病的相關問題，那麼這便意味著公司出現了問題，而這也就不利於公司與醫院之間的合作關係。於是，在這樣的情況下，精神職業病的認定可能會成為被忽略的情況。同樣地，在精神疾病的診斷過程當中，醫療專業性是不可忽略的部分，而市場利益也可能成為影響疾病認定的重要關鍵。

從醫療專業宰制、疾病診斷不透明、以及醫療產業與市場利益等面向出發，呈現患者在疾病的診斷與探究過程中缺乏自主性，與受限於醫療結構與醫師之專業性權威，以及忽略患者之多元複雜身分。然而，或許醫師於醫學院之專業訓練背景與知識確實賦予醫師診斷疾病的重要能力，但是醫師如何與患者互動，以及患者是否願意接受醫師之問診等情況，則必須回到醫師之執業身分與醫療位置，以及患者與醫師之互動過程進行討論。而事實上，醫師在疾病的診斷或治療過程中，皆必須依賴患者對疾病訊息的透露與理解，與患者對疾病的認知和治療需求，才可能對疾病進行評估，並且與患者共構穩定之治療關係。

二. 醫師的醫療身分與位置

醫師之執業身分與位置如何可能影響醫師與患者之實際互動，針對台灣相關文獻，其主要集中於醫師之工作條件與心理建康進行討論(林直 2010；吳惠琪、張學善 2011；沈秀娟 2002；許豐祺 2009)。林直(2010)說明台灣執業醫師由於大量工作的負擔、與長期危險環境的曝露(如癌症與呼吸系統疾病)、或忽略自我身心需求等情況，導致醫師缺乏對自我心理健康之需求。吳惠琪、張學善(2011)則延續醫師工作條件之討論，進一步指出醫師在執業過程中所可能面臨的醫療難題，其中包括情緒智慧的運用與醫師對職業的倦怠等情況，說明醫師的工作條件與環境，如長期工作、缺乏成就感、情緒管理的運用等，相較於其他醫療基層人員具有更大的風險與壓力，進而影響醫師之執業過程。沈秀娟(2002)與許豐祺(2009)等人的研究，則是更聚焦於台灣精神科醫師之工作條件與心理壓力等面向進行討論，其主要觀點指出，精神科相關醫療從業人員所面臨的工作壓力同時影響其生理層面、心理層面、與社會互動等層面，如血壓偏高、暴躁且易怒、或缺乏人際關係等情況。

然而，透過上述研究的觀點，主要呈現醫師、精神醫療相關人員之工作條件和心理健康之需求影響醫師對工作之執業態度。但是精神科之執業身分為何，以及醫師又是如何看待自己的執業身分與位置，並且與患者進行互動，仍需要進一

步的討論。事實上，醫師對患者之互動與態度，與醫師之醫療執業身分之特殊性有所關聯。精神科醫師之執業身分與其對患者的態度與認知，其特殊性則在於醫療身分與醫病關係的維護。換句話說，醫師之執業身分的特殊性同時也可能影響醫師對疾病與患者的認知態度。在精神醫療場域中，醫病關係與其治療是密切關聯，不論是藥物治療或是心理治療，良好的醫病關係也可能影響患者病情的治癒程度。醫師如何說服患者應該定期服用藥物，如何幫助患者釐清疾病的相關問題與嚴重性，並且共同制定治療策略與合作關係，這些必須以共同互信的醫病關係為基礎。

而精神醫療場域中的醫病關係其特殊性，在於醫師在治療過程當中，應保護患者的個人隱私和自主性、以及患者的安全性問題。於是，在醫病關係中患者在疾病的診斷與治療過程，往往是患者與醫師之間共同信任關係。不同於一般生理疾病，精神疾病的治療過程，其更需仰賴穩定且長久維持的信任關係，因為這牽涉到患者是否會遵守醫囑進行定期的服藥，患者是否信任且相信醫師能夠給予幫助，以及醫師與患者之間共同協議的治療過程等，這些都影響著醫師和患者之間的互動與治療的成效。而在心理治療的過程中，醫生與患者共同形成的治療聯盟，患者如何相信醫師，並且認同醫師的診斷與治療方式，定期服用藥物，這同時也必須以良好的醫病關係為基礎。

精神醫療的醫病關係之原則，在於醫師應保護患者個人隱私、自主性、以及安全等問題。患者在疾病的診斷與治療過程中同時呈現患者與醫師之間共同信任關係。良好的醫病關係影響疾病治療的實際情況，患者是否遵守醫囑進行定期服藥，或患者是否信任醫師接受醫療協助，以及醫師與患者之間共同協議的治療策略，皆影響醫病互動與治療成效等(林憲 1985)。

於是，精神科醫師之特殊執業身分，在維護醫病關係的前提下，醫師需關注患者之治療態度與配合意願，而可能影響醫師之醫療身分與位置，看似醫師為積極主體的醫療執業身分其實可能相對消極。

三. 患者在醫療場域中的多元身分

針對台灣相關患者主體性經驗研究，主要探討疾病的社會因素與文化因素，如何影響患者對疾病與治療的自我詮釋和認知。成令方(2002)針對傳統之醫病關係進行質疑，並進一步提出「醫用關係」概念轉變的重要意義。其認為傳統醫病關係的研究與論述，並無法全然掌握患者複雜多元主體的真實面貌，如果要掌握患者之社會真實與實際狀況，那麼必須將患者在醫療場域中的「醫用者」概念納入思考，以體現病人真實的情況與社會脈絡。延續患者之主體性研究，林淑蓉(1999)透過人類學的田野考察，說明患者對情緒的表達、疾病的陳述與困擾等，其病痛經驗與詮釋相當多元且複雜。疾病的意義同時包含社會建構與文化因素，並且同時作用於患者，患者對疾病的困擾與痛苦，同時也包含各種社會與文化因素(蔡友月 2004)。

從「醫病關係」到「醫用關係」概念的轉變，說明患者同時是各種社會論述與多元身分的載體，患者對疾病的認知與感受並非總是處於消極無知的狀態。然而，疾病的社會因素與文化因素不僅是影響患者對疾病的自我詮釋與認知，同時可能影響患者在醫療場域中與醫師的實際互動。患者與醫師之實際醫療互動可能更為複雜，患者對疾病的認知與詮釋不僅是社會文化因素的結果，同時也影響患者對疾病治療的意願與態度，並且積極地呈現醫療場域中與醫師的互動。於是，患者於醫療場域中的醫療身分與位置為何，則需對患者的疾病認知，疾病本身作用於患者之社會意義，以及患者對於疾病的詮釋進行更深入的討論。

1 疾病污名的象徵意義

精神疾病對患者本身構成特殊的社會文化意義，而這也可能間接或直接影響患者本身對疾病的認知。Goffman(2010)指出精神疾病患者就如同烙印者般，同時擁有疾病與負面社會意義的雙重載體，而在這雙重載體下，患者不僅需要面臨疾病所產生的困擾，同時也是不被社會所接受的烙印者。從這個面向上來看，「疾病」不只是疾病而已；疾病同時也被賦予社會意義，而在文化意義的討論上，

Goffman 從疾病的社會意義當中揭示社會文化與患者主體的形成。

Goffman 以正常人與肢體殘障者的實際互動為例，指出正常人不適當的介入過程。如果正常人想要幫助殘障者，那麼正常人對殘障者的想像必然建立在殘障者缺乏解決自己生活能力的假設上；但是對於殘障者而言，其所試圖建立的社會身分必須從不正常的位置轉移到正常的界線上，殘障者可能會竭其所能地彌補殘障所可能帶來的困擾並且讓自己「看起來」像是正常人。污名者如果必須在正常的界線下隱藏自己的污名和真實身分，其必然與正常人保持一段距離，以避免自己隨時可能暴露在危及自己身份的情況；而社會同時也可能與烙印者保持距離，避免自己陷入不適當的介入所帶來的困擾。疾病所引發的相關問題並不僅僅是疾病本身，疾病同時也承載了各種社會意義。

患者與疾病的關係彼此相互密切關聯。筆者認為，而這也意味污名對患者所影響的並不僅止於患者在社會互動或日常生活所產生的問題，可能還包括對患者更深層的影響，或者，直接影響患者在醫療場域中與醫師的互動和醫病過程。

換句話說，這樣的情況是否也可能呈現在精神醫療場域中，精神疾病如同一種烙印，而烙印致使烙印者必須無時無刻警惕自己避免被社會發現；而這也意味著烙印的過程並不僅侷限於接受醫療治療之後的情況，而是當患者意識到自己的精神狀態出現問題或意識到疾病的存在時，烙印便可能產生。而患者在其中所可能面臨的醫療難題並不在於陳述疾病症狀本身，而是患者同時害怕疾病所帶來的污名問題如非理性、不正常、腦袋壞掉、生活習慣不良、或將疾病化約為個人問題的負面意義等，從而導致患者對疾病的排斥和拒絕。患者可能礙於疾病的污名屬性與對疾病的排斥和恐懼，導致患者對醫師刻意保持某種距離或刻意地隱瞞疾病的重要訊息。

2 病痛的隱私與尷尬

疾病污名和象徵意義可能對患者造成恐懼和排斥認知，導致患者有意識地拒絕醫療場域的身分暴露。患者也可能因為疾病之病痛因素如尷尬或個人隱私問

題，導致患者在醫療診斷過程中刻意忽略疾病產生的重要問題或訊息。

Cockerham(1998)即針對傳統病人角色(sick role)提出反省，認為患者特質如行為變項、疾病類型、醫病關係等，皆可能導致患者在醫療場域中的實際情況並未完全遵守病人角色；而在醫療場域治療的過程中，患者自主權、患者的參與意願、以及患者是否坦承疾病問題與困擾等，同時影響患者與醫師之間的互動位置。或患者較缺乏對疾病適當的認識如慢性疾病、心臟病、心血管疾病等而影響患者是否選擇就醫。精神疾病患者可能也如同 Cockerham 所討論的特殊疾病類型，患者在醫療場域當中可能扮演不同的角色或拒絕求醫。

然而，患者對疾病透露與否的實際情況可能更為複雜，患者同時必須面臨疾病的自我形象與社會期待等身分問題。Kleinman(2010)針對患者與病痛之主體經驗進行討論，其首先區分疾病(disease)與病痛(illness)兩種層次的概念，前者指涉醫療場域中的邏輯，其定義疾病、發現疾病、以及治療疾病的過程，而醫療過程被視為客觀且中立的情況，患者的義務和角色則是扮演配合醫師的指示和治療方式。相對地，illness(常譯為疾痛、病痛)則意味著患者在求醫過程中的患者主觀性的認知和詮釋，患者可能礙於個人特質、疾病所帶來的恐懼、或與醫生的互動等情況，導致患者在求醫過程中往往不符合傳統醫療模式的邏輯和劇本。此外，病痛(illness)真實存在於患者的感知經驗當中，同時也普遍與患者的社會和生活經驗緊密關聯，並且建構於患者的生命當中。更重要地，病痛同時深刻影響患者對疾病和治療的認知，Kleinman 以慢性疾病患者為例，說明慢性疾病患者往往需要長時間的觀察、照護，甚至是進行各種痛苦的生理性治療，導致患者在進行疾病的診斷和治療過程呈現相當沮喪和氣餒，患者對疾病的認知逐漸趨於被動和消極。透過 Kleinman 對患者與病痛的討論，說明患者並非僅意味著生病的個體，同時也是社會生活當中真實的個人。

同樣地，患者在精神醫療場域中可能面臨各種病痛經驗的再現，患者可能面臨自我暴露(或更糟的是，他們要向更多的人透露自己曾經不快的過去與創傷經驗)的難題，而在這樣的情況下，患者的選擇或許並不同典型的病人角色。在

疾病背後的尷尬與隱私，可能致使患者刻意忽略本身的能動性，患者刻意隱藏關於理解疾病的重要資訊，並且在疾病建構的過程中逐漸趨向「主動不介入」的醫療身分位置。

四. 小結

針對過去文獻之觀點，說明醫師可能對患者的刻板印象、與對自身專業能力的過度信賴、以及醫療產業的利益關係導向等情況，造成患者面臨疾病診斷的偏誤問題與互動的不確定性。但是醫師與患者在其醫療場域中也面臨諸多難題，醫師可能礙於醫病關係的維護，與患者礙於對疾病的排斥、隱私、恐懼等認知而「積極」隱藏疾病的訊息，患者其並未完全將疾病狀況透露與醫師，從而導致醫師僅能透過疾病與症狀來認識患者，致使患者複雜的醫病身分難以窺見。

第三節：藥物治療成為主流

藥物成為治療精神疾病的主要方式，而這並非意味藥物能夠完全治療疾病本身，針對相關既有文獻，其主要考察精神科藥物在醫療市場中所扮演的角色 (Blech 2005；徐子婷 2012)，或強調藥物治療可能產生的副作用與討論患者之用藥經驗 (吳筱筑 2011；許崇銘 2007；林淑蓉 2006；金玉華 2006)。但是醫師用藥之治療策略為何，以及患者對藥物的認知與應對方式為何等相關討論卻相當有限。於是，本研究從醫療困境與患者的治療認知等面向出發，試圖呈現醫師與患者之間醫療策略的共構關係並勾勒藥物治療過程中的實際面貌。

一. 藥物治療與副作用

Blech(2005)從醫療產業的角度出發，說明疾病如何被生產、販賣、以及營利等問題。Blech 以 1998 年的社交恐懼症為例，製藥商為讓治療藥物 Paxil 得以上市和販售，便聯合美國精神科醫師與相關專業團體(Freedom from Fear)共同合

作，最終導致 Paxil 藥物在市面上的氾濫，患者僅能不斷地依靠藥物進行疾病症狀的舒緩而非疾病治療。延續 Blech 之觀點，徐子婷(2012)則是針對憂鬱症之「醫療化」現象進行討論，呈現媒體、政府、藥商與醫師之間的論述機制導致憂鬱症成為普遍存在的現象，其進一步指出藥物的使用和販賣透過專業醫師與媒體等論述傳播，致使藥物成為治療憂鬱症狀之主要方式。

患者在用藥期間可能產生各種生理層面、心理層面、社會層面的影響。金玉華(2006)指出長期服用 MARTAs 類抗精神病藥物或抗乙醯膽鹼藥物，可能造成精神分裂症患者之性功能問題如性慾、性高潮程度、性器官效能、以及興奮程度等障礙。許崇銘(2007)則是更細緻地描述患者在藥物治療之後可能產生各種反應和治療經驗，並且說明患者對藥物使用的自我詮釋和賦予意義，例如對藥物的迷幻經驗、恐懼經驗、或紓壓等。而藥物治療可能產生的影響並不僅侷限於生理或心理上的副作用，患者在用藥之後的副作用問題可能同時對患者的社會生活如家庭、人際關係、工作等面向造成劇烈的困擾。Glenmullen(2001)對百憂解的副作用探究即提供明顯的案例，Maura 由於早期過量地服用百憂解，停藥物時卻出現臉部抽蓄(tics)、無意識眨眼等情況。由於藥物戒斷與過度用藥等副作用問題致使患者產生自卑、恐懼、害怕與自己家庭相處等困擾，同時也造成 Maura 在求職過程中的尷尬。

總觀上述討論，聚焦於醫療產業與市場如何將藥物視為一種商品進行販賣，而最終導致患者對藥物的過度濫用，或討論患者用藥時的身體經驗、副作用、與治療認知，而其中所呈現的醫療分維指向醫師傾向藥物治療，並且忽略藥物之副作用問題與風險。然而，藥物的使用是否如同上述文獻所言，藥商、醫師、與政府共同利益掛勾而忽略藥物濫用之問題，Blech 針對醫療產業的討論是否適用於台灣醫療健保之體制，而醫師又是否忽略藥物治療之副作用與風險，其仍然需進一步釐清。如果患者在長期用藥的過程中面臨各種難題與不適經驗，如對藥物的濫用，失憶、幻想等副作用，不論生理或心理層面藥物治療皆可能對患者產生相當尷尬的困境，那麼為何藥物治療仍然成為主要對憂鬱症的治療方式？換句話

說，藥物治療何以成為主流，或醫師如何對治療策略之選擇與取捨，則與醫師和患者之醫療處境與需求相互關聯。

二. 醫師為何要用藥：醫療困境與效率

Dubos(1996)即針對現代臨床醫療忽略健康與社會環境之面向提出反思，Dubos 以 Hygeia 與 Ascleptus 作為對照⁹，說明現代醫療的發展集中以「magic bullet」為主流，並且透過藥物來解決醫療上的任何問題，而過度的科學崇拜卻忽略患者與環境適應能力之關係。Barbour(2002)亦針對現代醫療的困境提出反省，其認為現代醫療呈現各種分殊化與專業化的發展，而這導致現代醫療對患者的分析往往是片斷的，而非以患者作為一個整體進行思考。Barbour 以精神病學的治療邏輯為例，說明精神醫學在疾病診斷的過程中，個人背後疾病產生的因素以及社會情境容易遭到忽視，患者可能接受了各式各樣的醫療檢查，而醫生也僅針對自己的專業領域提出解釋，但是卻無視患者的情緒與生活面向。如同 Barbour 所言：「疾病與疼痛是生活出現問題的一個徵兆而非最後的結果。」現代醫療體系集中於個體病因與藥物治療的情況，並且將人體視為機械忽略疾病背後的環境因素、工作過程、與社會壓力；或將疾病成因的重點放置於個人而非所謂的社會脈絡，認為個人生活方式與生活型態才是導致疾病的重要原因。Jewson(2004)則針對醫學宇宙觀的醫學典範轉移提出反省¹⁰，說明醫院醫學與實驗室醫學的發展，以及床邊醫學的沒落等，導致以人為主體的知識典範轉移至客體為主的知識典範。醫學趨向科學與客觀化，早期醫療對患者的整體性思維與有能力決定醫學

⁹ Hygeia 與 Ascleptus 分別代表著古希臘掌管健康的兩位神祇，其中 Hygeia 所意味著是健康、理性與邏輯的生活；而 Ascleptus 在希臘時期被賦予更高的地位；其意義為治癒，也就是對於病痛給予治療(藥物、植物性的)。Dubos 以兩種古代神祇作為對照，強調藉由學習醫療了解自然法則，並且透過理性與協調的生活選擇對自己有益的生活方式才是健康的重要意義與價值。

¹⁰ Jewson(2009)歷史性地探索三種不同的範疇的醫學知識生產模式，並且將之區分為為床邊醫學(bedside medicine)、醫院醫學(hospital medicine)、實驗室醫學(laboratory medicine)等三種醫學典範。所謂的床邊醫學即為早期的整體性的醫學模式，這種醫學模式將病人視為整體性、強調身體與心理相互作用的過程，不同於現代醫療身體與心理的二元性。醫院醫學則是強調疾病的分類概念與病理學，其強調疾病的根源在於身體某部分功能的失調與問題。實驗室醫學則是集中於疾病的分析層面與解釋，強調細胞理論(cell theory)在醫學場域的重要功能。

知識進程的情況逐漸沒落，形成擺脫人力干預的化學法則的醫療宇宙觀念 (Jewson2004)。

不論 Dubos、Barbour 或 Jewson 皆對現代臨床醫療的困境提出深遠的反思，指出現代醫療忽略患者主體性與適應的困境。然而，醫師可能也同時深陷於醫療困境其中，如同 Barbour 對醫療社會的反省，大部分求診的患者並不會特別想去了解疾病的意義與根源，而是想從醫師的口中知道自己哪裡出問題，而又該怎麼解決。醫師或許可以不去探究疾病與患者的全貌，但是卻不能忽略各種有效診斷和疾病治療的方式，因為醫師所面對的問題不僅是疾病的處理，更害怕的是對不當醫療與失職的指控。於是，在以 magic bullet 為主流的醫療困境當中，醫師所真正需要考量的問題或許並不在於如何幫助患者改善舊有的不良習慣，或是協助患者重新得到健康，而是盡可能以最有效的治療方式滿足患者的醫療需求。

三. 患者與對藥物的需求

患者在用藥過程中往往帶有強烈複雜的情感與意識，如藥效的主觀經驗、副作用困擾、藥劑量的多寡等，皆影響患者對藥物的認知。林淑蓉(2006)呈現藥物治療與患者之間的關係，儘管藥物治療帶給患者相當程度的副作用與不適感，但是藥物治療也作為某種象徵機制，而這種象徵機制召喚患者，致使患者的意識轉變為病人身分(sick role)並且遵循精神醫療的治療方式。當藥物成為一種象徵符號，這意味藥物的功能不僅在於治療疾病，同時也影響患者對藥物使用的情況。簡言之，藥物成為一種「治療」的符號象徵並作用於患者對疾病之認知與反應。吳筱筑(2011)也指出類似的問題，儘管藥物副作用可能隨著患者在長時間的用藥過程得到改善，而患者對藥物的認知逐漸地體現其自主性，患者並非總是遵守醫囑而是依據個人需求而後決定藥物劑量的服用。

而當患者將藥物治療也同時視為主要的治療方式，可能導致藥物成為治療疾病的唯一方式，其他的治療方式則可能為患者所忽略。而當患者視藥物為一種疾病的象徵符號，同時也作為理解自我與疾病的重要管道，患者在用藥過程中也可

能對藥物產生依賴關係，

儘管患者對藥物的依賴不全然因為患者本身的因素所造成，但是藥物依賴卻可能深刻影響患者對生活與疾病遭遇之認知，患者可能僅依靠藥物解決日常生活中各種疾病困擾或生活難題。Fukuyama(2002)便針對藥物的依賴與氾濫問題進行討論，指出儘管人類生活可能造成諸多的問題和困擾，但是人類本該學習如何適應人生不同階段的困難和挫折而非仰賴精神藥物的幫助；如果沒有經歷過沮喪和低潮又怎麼能了解幸福和其他美好感覺(Fukuyama2002，轉引自 Bleach2005)。透過 Fukuyama 的討論，當患者對於藥物產生過度依賴或視藥物為唯一主要的治療方式時，可能患者在面臨許多心理層面上的困擾往往透過藥物的服用來減低各種心理層面上的壓力，但是卻忽略壓力與困擾的根源在於社會生活與生活適應。患者在治療的過程中，可能將藥物治療視為唯一的治療方式而忽略本身的精神健康與社會生活問題，並且默許藥物治療成為主流。

四. 小結：

針對既有文獻之研究，其部分聚焦醫療產業利益取向與患者之用藥經驗等議題。但是筆者認為需對醫師與患者雙方之間對藥物的醫療認知與應對策略進行探究，才可能真實呈現患者用藥與用藥背後的意涵與實際情況。醫師可能礙於以效率為主的醫療困境而傾向藥物治療之原則，以及患者對藥物的依賴與需求，共同導致醫師與患者默許藥物治療之醫療風險與副作用，傾向透過藥物有效且快速地控制疾病與症狀。

第四節：心理治療的取舍

根據既有文獻觀點，說明現代心理治療面臨諸多結構性困境如語言結構、言談的限制、與資訊不對稱等情況(Hansen2003；Hansen2005；蕭文 2004)。而針對台灣心理治療之相關研究，部分集中考察醫師專業性或醫師對患者的社會控制等

面向(孔健中 2008；顏弼群 2010)；但是醫師與患者於心理治療過程中，醫師如何決定治療的類型，與患者在其中所扮演的角色為何，其仍需要更進一步的討論。

一.心理治療與社會控制

社會建構主義(social constructionism)認為，醫師與患者於現代臨床心理治療過程中可能面臨諸多結構性難題：假定患者為「理性」的個體、患者能夠藉由言談舉止表達自己的疾病問題、醫師同時理解患者目前的生活狀態與疾病問題、並且醫師能夠藉由患者言談的表達採用適合患者的治療策略與方式、患者如同其他正常人般具有完整的人格和邏輯記憶(Hansen2004)。Hansen 從後現代心理治療的角度進行分析，認為現代心理治療的預設立場，假定患者具有普遍性的人格特質與記憶，但是卻忽略了個體的複雜身分和社會實際脈絡(Hansen2003；Hansen2005；蕭文 2004)。透過對現代心理治療的批判，說明患者在治療的實際過程中同時呈現相當複雜的多元面貌，患者在治療過程中的言談、情緒，甚至是記憶皆處於不斷變化和流動的情況，而傳統的真理和價值並不能夠幫助患者重建自我形象和複雜的社會身分問題(Gergen1985)。

而針對台灣目前之心理治療之相關討論，部分研究大多考察心理治療內在的結構困境、諮商員或醫師之醫療專業忽略患者真實的聲音、或對患者言談與生心理的控制、轉化、與治理過程(孔健中 2008；蕭文 2004；顏弼群 2010)。孔健中(2008)以社會控制的觀點認為行為治療的邏輯與功能主要在於使患者學習如何再社會化與社會適應之治理過程，所謂的「治療」過程其實意味患者對自我之存在、家庭、與他人互動之再社會化過程。醫療之眼所凝視的是對患者的不正常行為進行規訓，患者的疾病與症狀本身則失去意義。患者在治療過程中並非得到疾病的治療，而是受到醫療控制與社會控制，心理治療過程可能僅是對患者行為與態度的修正而非完全治癒疾病本身。

此外，心理治療如同醫師對患者的認知與行為進行控制的權利場域，而患者的疾病經驗與感覺可能被刻意忽略。顏弼群(2010)從精神分析治療過程中說明患

者本身的主體與能動性衰頹的情況，其認為基於治療疾病的特殊目的而對患者進行語言與言談的治療，醫師與患者之間的互動並非自由而不受任何限制。而在這互動過程中，患者可能受限於醫師之專業性與治療目的等結構因素，致使患者的疾病問題往往源自於醫師之言談和語言引導過程，患者在其過程中被詮釋與建構，並且失去疾病原來本身真實的面貌。蕭文(2004)則反省醫療專業性與現代心理治療理論的困境，說明患者在心理治療的過程中所可能遭遇的醫療難題：由於諮商員與精神科專業人員受到各種專業知識的相關訓練和實習，專業人員以其中的諮商理論作為治療患者的參考依據，但是卻可能忽略患者的主體性與真實面貌，精神科醫師的言談與論述成為某種絕對「真理」。

透過上述討論，主要呈現患者在心理治療過程中往往帶有相當的不確定和隱晦色彩，醫師可能主導其治療與談話過程等問題，從而導致心理治療成為某種心理與生理層面的控制，致使患者在治療過程中「真實的主體」則被忽略。然而，上述研究分別從不同類型的治療模式進行體制與結構面的質疑和反省，如同行為治療對於患者的社會控制，或精神動力治療對患者身分建構等情況，但是醫師是否在其過程中忽略患者之複雜身分與主體性？而患者又全然被醫師之論述所控制？筆者認為，患者在治療場域中實際的互動過程可能更為複雜，患者於心理治療過程中的身分建構與適應，與醫師選擇何種心理治療方式，醫師和患者之間的談話互動，以及患者所採取的應對方式等相互關聯。

二. 醫師之治療策略

而針對醫師之心理治療策略，根據林宗義提出的精神醫療痊癒係數為例(林宗義 1987，轉引自孔健中 2008)，痊癒係數主要協助患者能夠維持其心理健康的狀態，儘管疾病可能無法完全根治，但是卻可以藉由痊癒係數的參照幫助患者能夠控制疾病的穩定狀態。其痊癒公式為 $R(X) = \{ (M\Psi + PI + FI + SI) / DP \} \times (1/t)$ ：(1)各種醫療資源的使用，其中包括醫學與心理學的介入(medical psychological intervention，簡稱 MΨI)、患者的介入(patient intervention，簡稱 PI)、家屬的介

入(family intervention, 簡稱 FI)、社會的介入(social intervention, 簡稱 SI)。(2)疾病的進行(disease process, 簡稱 DP), 指涉疾病的持續性和進程。(3)時間因素(time factor, 簡稱 t)。

當疾病持續且越發嚴重時, 痊癒係數則越低, 意味疾病越難以治療; 而如果醫學、家庭, 或社會各種資源的介入時, 疾病治療的可能性便增加; 時間因素則是指發病與治療前所形成的時間, 當時間越久, 則治療的成效則有限。然而, 痊癒係數同時也意味對患者所使用的一種治療模型, 其假設患者首先在藥物治療的過程中發病情況得到了穩定與控制; 此時再進一步配合所謂的心理治療(行為治療、支持性心理治療)等方式, 協助患者釐清發病可能的原因與讓患者有機會能夠自主性的面對生活適應上的問題。最後再配合社會資源和精神醫療相關單位幫助患者重新適應社會。其次, 痊癒係數其中也呈現精神醫療當中的治療順序, 以生物取向為首、其次則輔以心理治療和社區復健等治療方式(顏弼群 2010), 精神醫療領域中心理治療可能並非醫師主要的治療方式與治療邏輯, 而僅僅是某種輔助、或是對患者態度與行為修正的配套方式與策略, 而這可能導致心理治療在扮演治療疾病角色上的曖昧性。

三. 患者與心理治療

對患者而言心理治療可能影響更為深遠和複雜, 患者在接受治療的過程, 也可能是自我身分之建構的過程。心理治療作為一種特殊的治療場域, 其並不僅意味著在治療過程中談病說痛而已, 心理治療的過程本身也意味著醫師在面臨患者的疾病問題時, 適當地給予幫助以及心理上的支持和建設。

在一般疾病的情況下, 諸如感冒或是發燒, 病人可能接受到的資訊諸如病因或是定期服藥; 但是, 精神醫療與作為一個特殊的醫學領域, 病人所接受到的資訊, 並不僅僅是按時的定期吃藥而已, 而是包括醫師如何詮釋病人, 或是幫助病人建構自我的想像與認同, 在這樣的情況下, 病人所接受到的問題不只是「我該做什麼?」之類的診斷, 而是「我究竟是誰?」的問題。患者所要面對的問題,

也比普通的疾病診療來得更為複雜；在進行心理治療的過程當中，患者同時也必須試圖了解自己之所以生病的各種面向，諸如人格、情緒、家庭經驗等問題，而這些問題皆呈現出心理治療不僅是建構「疾病」或是「控制」患者而已。同時也是建構病患對自己的認同、記憶或生命經驗(顏弼群 2010)。然而，在建構患者的過程當中，患者可能面對的是全新的生命認同與記憶，患者可能面臨到身分適應的問題，而導致心理治療一方面幫助患者理解自己的問題，另一方面則是對患者的生活帶來更大的負擔與困難。

於是，心理治療對於患者而言，患者一方面面臨對生命經驗的重新詮釋；而另一方面也意味著，患者是否真實理解醫師的資訊，並且去適應治療之後的情況。在這裡，患者對心理治療理解上的難題在於，患者可能過度信任／依賴醫師表面層次的話語，導致患者在治療的過程中可能形成某種心理上的支持和安慰的期待，並且依賴其穩定的治療關係形成依賴的治療儀式；但是，卻忽略了離開醫療場域之後，患者必須以新的建構身分重新適應既有的社會生活。

四. 小結

根據既有文獻討論，主要考察社會控制與治療體系之結構性等層面，說明患者在求醫過程中面臨缺乏主體性與疾病問題化約成行為控制等情況。儘管治療體制之結構性問題如實重要，但是患者所面臨的難題同時包括患者離開治療場域之後對身分的建構與生活之適應問題。基於此，首先必須釐清醫師與患者對治療本身所賦予的位置與策略，並且勾勒醫師與患者之醫療處境與實際狀況。

醫師對心理治療的取舍與治療順序，與患者對醫師的醫療論述過度依賴與期待，皆可能影響患者治療過程中的身分建構，致使患者在身分建構的過程中與實際的社會身分產生差距，從而導致與治療本身產生相反的效果，患者身分趨於片斷，無法應對身分建構與適應之複雜和多元問題。

第五節：總結

本研究首先呈現精神醫療之基本命題與其特殊性，而進一步突顯醫師與患者在醫療場域中的治療關係，說明患者之醫病歷程並非僅由醫師或醫療體制單方面所建構，患者在其過程中也可能扮演至關重要的角色。

本研究首先對醫師與患者之疾病探究過程提出假設：患者可能礙於疾病的排斥、恐懼、隱私或尷尬等疾病因素，致使醫師與患者之間的關係和互動呈現相當的不確定性，而這可能同時對醫師產生醫療上的難題，醫師僅能夠透過疾病與症狀等狀態片斷地理解患者，而無法有效掌握患者之真實身分；而藥物治療的效率，以及患者過度依賴藥物治療等情況，同時造成藥物治療成為主流的情況，醫師與患者皆期待透過藥物對疾病的立即性控制，而無法顧及藥物風險與生活適應之問題；最後，醫師對心理治療的評估和取捨，與患者對心理治療之依賴性認知，皆可能影響患者在治療過程中的身分適應與重建，患者將心理治療視為絕對不變的真理，致使患者之自我身分建構與實際社會身分有所差距，患者同時面臨著身分認同與適應的斷裂，從而導致醫師在治療的過程無法幫助患者在身分建構與生活中得到支持。

第三章：研究方法與架構

第一節：研究方法

本研究採取質性研究方法作為研究的開展，分別透過半結構訪談與非正式訪談等方式取得資料的蒐集與分析。針對不同的訪談對象，其訪談內容與策略也有所不同。針對醫師的部分，筆者礙於無相關專業醫療領域背景，無法透過長期的深度訪談與參與觀察模式取得資料，故採取半結構訪談法進行資料的蒐集；而針對憂鬱症患者的部分，礙於患者隱私與疾病對患者產生的困擾等，筆者則試圖採取半結構訪談與非正式訪談兩種方法相互輔助，並且透過數次且穩定的訪談過程以試圖掌握患者在接受治療與治療之後的真實面貌。

在田野資料蒐集的部分，本研究原先預計從台中各個組織型醫院、精神醫療診所、或心輔諮商單位與醫師進行訪談，並針對不同性別、年齡、職業身分等特質進行 5~7 位患者之資料蒐集。但是礙於時間有限與非醫療相關單位之背景，醫師與患者之受訪意願其實相對有限，故田野資料的呈現與原先預期可能有所落差。若有足夠的時間、精力和相關醫療背景，筆者希望從實際的醫療場域經驗出發，以呈現較為完整的田野。

第二節：研究對象與資料蒐集

一. 精神科醫師

如果僅依賴精神醫療過去研究的文獻、民間書籍、與相關資料，那麼難以釐清精神醫療場域當中的實際情況與運作情形，而為了理解精神醫療的內在邏輯與醫療場域中患者所可能呈現的實際情況。是故，必須清楚掌握精神醫療領域和精神科醫生的觀點與專業看法。於是分別從台中組織型醫院找尋 1 位醫師(代號甲)，與精神醫療診所找尋 2 位醫師(代號乙、丙)，進行訪談對象的資料蒐集。醫師訪談對象之基本特質皆為男性，除乙醫師較為年輕之外(約略 35~40 歲)，其餘醫師則為 60~63 歲之間。

二. 憂鬱症患者

在資料蒐集與田野的部分，針對台中各個精神醫療診所，或以其他管道尋找資料之來源，如台大電子佈告欄-PPT 之憂鬱症版(Prozac)患者網路社群、患者介紹等方式進行資料蒐集。針對憂鬱症患者的部分，則是以(1)(曾)精神科醫師診斷之憂鬱症、(2)患者(曾)定期接受治療與服藥過程為判准，進行 5 位的訪談對象之資料蒐集，男女性別比例為 1：4，(男性(同志)代號為 D，女性代號為 A、B、C、E)，年齡層大約分布在 25~27 歲之間。醫師與患者訪談對象資料整理如下：

訪談對象	精神科醫師	憂鬱症患者
編碼代號	甲、乙、丙。	A、B、C、D、E。
田野蒐集	(1)台中組織醫院 1 位 (甲)。 (2)精神醫療診所 2 位 (乙、丙)。	(1)精神醫療診所 1 位(B)。 (2)台大電子佈告欄-PPT 之憂鬱症版 (3)(Prozac)患者網路社群 2 位(C、E)。 患者介紹 2 位(A、D)。
對象條件	執業於精神醫療之專科醫師	(1)(曾)精神科醫師診斷之憂鬱症。 (2)患者(曾)定期接受治療與服藥過程為判准
基本特質	(1)性別：皆為男性。 (2)年齡：乙醫師較為年輕(約略 35~40 歲)，其餘醫師則為 60~63 歲之間。	(1)性別：男性(同志)1 位，其餘皆為女性。 (2)年齡：患者年齡層大約分布在 25~27 歲之間。

此外，筆者亦試圖針對憂鬱症患者進行更細緻地區分，針對不同型態的患者

進行分類，然而實際情況可能更為複雜，患者之類型分類過程並非是僵化的，而是試圖藉由患者的狀態進一步去了解疾病真實作用在個體的日常生活當中。其中，(1)A、B、E 患者符合傳統「病人角色」之憂鬱症患者，此類型患者大多相信精神科醫師之專業性，不論在疾病的診斷和治療過程完全地遵守醫囑，與醫師之互動過程較為頻繁。(2)C 與 D 則相對較具有醫療自主性的憂鬱症患者，患者在疾病和治療的認知較具有自主權，其與醫師互動過程更為複雜，可能並未全然遵守醫囑或尋求其他治療方式：

患者代號	性別	年齡	求醫經驗	主要用藥	其他
A	女性	23	一年(2009~2010)	患者不清楚	曾接觸過心理諮商，而後轉至精神醫療。
B	女性	26	半年	助眠藥(非史蒂諾斯)、抗憂鬱劑、抗焦慮劑	
C	女性	31	兩年(2005~2007年)	帝拔癲、百憂解、安伯寧	同時接受長期心理諮商(約一年半)與精神醫療。
D	男性	24	半年	安眠藥 抗憂鬱劑 百憂解	患者曾接觸心理諮商與精神醫療，而後選擇另類醫療(靈性治療、瑜珈)。
E	女性	31	三年(2007~2010)	史蒂諾斯、抗憂鬱劑、抗焦慮劑、克憂果	同時接受長期心理諮商與精神醫療。

針對上述類型(1)的患者，在互動的過程當中試圖聚焦於下列問題，其中包括患者對醫生作為醫療診斷過程當中所扮演的角色、與醫生之間的醫療互動過

程、以及醫療診斷又如何深刻地影響著患者的日常生活與實踐等面向。針對類型(2)類型的患者，患者的醫病關係可能更為隱晦和不確定，於是必須進一步地討論患者質疑醫師之建議和診斷時患者如何面對自身的疾病困擾、患者是否有可能自主性地尋求其他治療管道、對患者的實質性影響為討論的重點。

而接受隔離治療的重度憂鬱症患者與僅有憂鬱情緒的個體，這兩類型的情況將不列為主要的訪談與研究對象。前者儘管接受正式的精神醫療的診斷與治療，但是如果患者處於與既有社會脈絡脫離的情況，那麼便失去了本研究其中所欲討論的重點面向，亦即挖掘那同時具有精神疾病與社會性兩個特質的患者與其生活經驗；而後者排除的原因在於其並未真實發病，而只是處於某種情緒失調或社會適應出現障礙等情況。除非涉及到相關議題的討論，這兩類型的患者將不列入研究主要探討的個案對象。

三. 資料的分析與詮釋

根據訪談之結果進行逐字稿紀錄、進行編碼(coding)、資料的分析和詮釋工作。然而，在資料的變異性與多元性的情況下，筆者在資料的詮釋與分析過程取向於挖掘患者經驗之多元性。如果只是依照肉眼所見，憑藉著某種實證主義或操作主義式的觀察，那麼僅可能發現每個社會行動者都只是在進行機械性行為的反映；但是這樣的情況並不能幫助研究者更進一步地了解人類行為與社會行為，乃至於人類文化的某些特質(Geertz1973)。於是，透過 Geertz 的討論，如果要理解整個文化系統與人類個體之間的連貫性，那麼行為本身便是一個重要的依據和準則，行為提供研究者進行各種意義的探索、挖掘、以及對事件背後的詮釋工作。研究者並不是進行專業的考古研究或單純紀錄某事件的真偽，或試圖去發現人類所未能迄及的未知領域；相對地，研究者作為意義的詮釋者，試圖理解文化與意義系統並且提出社會圖景讓他人得以認知與感受。同樣地，在資料的分析過程，筆者所聚焦的重點並不在於宣稱或指認患者的某些醫療經驗確實影響其生活適應與否，重要的是在資料的分析過程中，指出行動背後的意義並且提供其社會圖

景。

第三節：研究倫理與研究限制

一. 研究倫理

關於研究倫理的部分，根據美國社會學(American Sociological Association，簡稱 ASA)之倫理守則，可以歸類以下研究倫理之問題，其中包括研究對象是否與社會法律和社會道德有所衝突，而在衝突的過程中，研究者應當保護受訪對象或是維護社會法律；其次，研究者與研究對象之間的衝突問題，其中包括研究者本身可能為圈內人(insider)、與研究對象關係親近，或是研究者的介入可能對研究對象產生不良結果；最後，資料的呈現與研究結果可能產生對受訪對象不利之情況。

首先，針對研究對象的部分，患者在社會上屬於相對弱勢的地位和狀況。於是，在受訪對象資料上的取得和蒐集，均先徵求患者是否同意進行訪談與錄音事項。

其次，在研究的過程當中，由於可能參與患者對於疾病的傷痛、過去的生命經驗，創傷記憶等問題，研究者並無法扮演完全「客觀且中立」的旁觀角色，研究對象也可能因為研究者的介入，而對患者的生命和生活產生直接或間接的影響，例如痛苦和恐懼情緒等問題。在這篇研究當中，我不僅僅是個研究者而已；同時，我也成為是被觀照的對象。以 L 的情況為例，從自傷之後的急救以及與醫生之間的會談，甚至是我與 L 私下的談話與互動。在這一段過程當中，我與 L 仍然保持著持續且密切的聯絡。於是，在研究的過程中，可能會出現研究倫理的難題在於，究竟應該探究，或是保護患者等情況。然而，基於保護受訪者的情況，研究者會事先透露訪談內容可能涉及隱私和患者經驗等問題，經由受訪者同意才進行訪談的工作；另外，研究者在與受訪者之互動情況與訪談過程，也會以保護受訪者之情緒和個人隱私之原則出發。在訪談過程中，如患者出現排斥或情緒上

的困擾問題，則適當中斷訪談私密性之問題或停止訪談工作，以保護受訪者為優先考量。

最後，而在資料的分析和研究結果的呈現，則以匿名與代號替換等方式處理，在論文書寫過程中刻意改變可能讓他人所察覺的身分資料，以保護患者之隱私和安全性問題。

二. 研究限制

針對研究方法上的設計與架構，其中可能會面臨幾種研究上的限制。由於筆者並未接受專業精神醫療之訓練與病人之隱私性問題，在田野資料蒐集的部分難以進行長時間且持續性的參與觀察。其次，關於精神醫療領域部分，受訪者(精神科醫師)可能已經具備長期的專業訓練與相關經驗，對於精神醫療之相關問題和爭議，可能選擇迴避或是進行防禦性的回應。而針對患者的部分，則礙於患者的訪談資料取得不易，原因在於，對於精神疾病患者的訪談與談話過程，一方面是關於隱私權的問題，精神疾病患者有權利保護自己的身體經驗與狀態；另一方面則是，疾病嚴重的程度也可能影響訪談過程中資料的取得，如果是曾經罹患憂鬱症患者，並且在病情穩定的情況下，患者也可能對於自己過去的身體經驗進行主觀上的詮釋、或是刻意選擇性的避而不談。

第四章：精神醫療的邏輯與實踐

本章從醫師所處的醫療處境出發，說明醫師對患者的實際應對方式受到各種複雜因素所影響。其中，健保制度影響醫師在看診與問診時間上的限制，致使醫師僅能夠以症狀片斷地理解患者；為維護良好的醫病關係，醫師較傾向於由患者主動對疾病提出問題，並且邀請患者共同參與治療；而在風險的評估與治療效益的考量，醫師較傾向以藥物治療為主。於是，醫師在醫療場域中其實扮演相對較消極的身分位置，醫師不僅必須面臨患者的疾病問題，同時也必須考量如何在有限的資源下將治療效益做適當的控制，而當患者並未積極扮演病人角色時，患者所能夠尋求的醫療資源相當有限。

第一節：精神醫療中的兩難：時間與效益

從看診、問診、以致於治療的流程，醫師其實面臨相當程度的壓力和考驗，特別是看診次數與時間上的限制，皆間接或直接影響醫師的執業身分與患者的實際互動。台中某知名醫院的甲醫師表示，大部分的患者以門診取向較為多數，也就是沒有預約並直接到場掛號的方式：

甲醫師：以我的經驗來看，每個月的看診人數約 450 人，而以工作的時間和排班的次數來看，平均是一個小時看三個患者，平均一個患者大約時間為 25 分鐘左右。但是，實際上是不是 25 分鐘的情況其實也有細分，如果患者是初診的情況，那麼可能會 30 分鐘左右，會花比較多的時間，因為初診要看患者的家庭病史、遺傳和個性、早期的童年生活、或是問現實生活的壓力、環境等等，所以大致 30 分鐘左右勉強可以應付。但是，如果是複診的話，那有些患者只是趕著時間取藥，沒時間和醫師談話就可能會花比較短的時間。

患者的看診時間與互動情形大致上可分為初診和複診，而以複診的情況來看，醫師與患者的互動大約少於 25 分鐘，而針對患者在實際的看診、治療、以及與醫師互動的過程中，如果僅僅能夠在半個小時以內結束，其中包括了問診、對患者的關注、閒聊、或心理治療，那麼患者與醫師之間又是否有足夠的時間來進行疾病的探究？筆者針對這一問題繼續追問，才發現甲醫師的狀況其實並非特例：

甲醫師：我以前在開診所的時候，一個月看 450 人；但是在健保局的登入紀錄當中，甚至還有醫師一個月看 1800 人……這種情況，像這樣的醫師，通常是開藥的傾向比較多，這樣一個病人大概 5 分鐘左右就可以結束了。當然，這種情況的心理治療必然是偏向指導式的方式，強調按時吃藥、照規矩吃藥就好了。

當醫師必須在短時間進行所謂的看診與問診過程，疾病的問診流程與患者之間的互動必然也會造成相當程度的影響。然而，醫師是否可能將醫療服務的時間延長，讓患者至少有足夠的時間陳述疾病、自我探索、或心理治療？醫師是否有足夠的能力去進行選擇？這些問題之所以重要，原因在於必須考察醫師實際的執業過程中，究竟可能遭遇到哪些問題，而這些問題又如何使得醫師必須在時間的調整上進行管控。在持續的訪談過程當中，所謂的「時間短」對醫師而言至少指涉到三個醫療層面的問題：第一，時間短的意義其實反映著健保制度下的醫療服務狀況與品質；第二，時間短同時指涉的是醫院與診所的收入與效益問題，而這似乎是一種選擇性的問題，也就是醫師如何在一天的醫療服務過程中得到最高的治療效益；第三，這種選擇性是否關乎於醫師本身的執業態度或被迫選擇，這是必須討論的部分。在診所執業的乙醫師也指出看診、問診時間、與效益問題之間的關係：

乙醫師：面對有些患者，在治療時間的過程中，醫師為了求取治療的最快或最大的療效，而不會和患者進行長時間關係的建立，或是提供所謂的衛教知識、情緒上的安撫，這些可能會花很大的時間，這樣的話時間可能是不夠用的。以診所來算，就算是初診，也不太可能是一個鐘頭，大概也希望控制半個小時左右。

乙醫師的觀點說明「時間短」同時是考量治療效益與患者期待之間所做出折衷式的選擇，而這種選擇方式並非可以簡單地歸咎於醫德、執業態度、或個人道德性的批評等問題。在進行醫療服務的過程中，收入從何而來、如何將治療效益增加，以及患者長時間等待所產生的厭煩等問題，醫師必須從中做出取捨。

根據甲、乙醫師的討論，在醫療服務過程中，醫師在看診或問診期間皆必須考量患者本身的疾病嚴重程度、與其他正在等待的患者的心態和期待。從醫師的觀點出發，看診所需要考量的並不僅在於面對面會談的患者，也包括了在會談室之外的患者。另外，時間短也與當天的患者人數有所關聯，如果當天的患者人數超過以往，那麼醫師必然對每一位患者進行時間上的壓縮和安排，同樣在診所執業的丙醫師也有相同的經歷和處境：

丙醫師：我有個小兒科的朋友，他是自費的，他看診兩個小時，可以賺三千六百元，當然他們也會累，但是我們收入可能卻不到一千……以前沒有健保制度的時候，我們通常有 interview A 與 interview B 作為基本消費額的區分，三十分鐘以內的情況就算是 interview A，不管是十分鐘、或十五分鐘結束；而超過三十分鐘以上的就算 interview B，基本上不太可能超過一個小時，因為如果要一個小時的話就可能要另外的心理治療，而不能透過臨床門診的方式。但是健保制度出現之後，就變得死死的，看一個病人就是一個人頭，這牽涉到診療的費用，所以在剛開始健保制度實施的控制情況，醫師其實內心是非常衝突的。問題在於，三個小時就是

三個小時，三個小時看完也不一定會有三千塊。如果是一個初診的病人，這樣能夠二十分鐘看完就已經很了不起了。

醫師在執業過程中面臨時間壓縮的問題，一方面來自於健保制度對精神科之醫療資源提供有限，另一方面則是當患者人數過多時，醫師必須「適時地」對時間進行安排：

丙醫師：因為外面還有人在等，你知道病人的心態都是如果病人進來醫師和病人談比較久的話，那病人就會覺得這個醫師很重視你，認真在看你。但是如果外面等很久，先不要說進來看診多久，光是在外面就會不耐煩了。

從看診到治療，患者所能夠使用醫療資源與時間其中一部分受到醫師當天看診人數而有所限制，醫師則針對不同患者盡可能地進行時間的安排和掌控，但是醫師的資源與所能夠提供的服務也受限於患者的人數，以丙醫師為例，醫師既希望能夠將治療效益達到有效的資源分配，但是也必須注意到其他患者長時間的等待與不耐煩的情況。於是，「看重點¹¹」成為醫師在看診與問診流程中為達到資源有效分配的醫療策略。

丙醫師：現在的情況是，醫師內在良心的問題產生很大的衝突。我比較能做的是把時間留給比較需要的人，比較不需要的人就時間少一點……所謂時間相對擠壓變少了，通常我們會注意，如果三四個月都是固定規則拿藥的病人，我們可能會建議病人花點時間和醫師聊一下，我們也只能這

¹¹ 在簡短的二十分鐘之內，醫師如何有效地掌握患者的疾病資訊與建立治療策略，不難理解醫師所面臨到的難題，而在這難題之下，儘管這並非意味著醫師忽略患者情緒、社會因素對疾病的影響，但最有效的問診與治療方式莫過於以生物基礎為優先的醫療邏輯，並且從醫師自身的執業經驗出發，判斷患者的病情。

樣……在這個不得已的情況我們只能夠抓，看哪些是應該去進一步去照顧的。

「時間短」與「看重點」成為醫師依附在健保制度之下所從事醫療服務過程中特殊的一種醫療策略，醫師必須在醫療資源分配、工作報酬率、以及患者長時間等待所帶來不耐煩等問題從中選擇性地進行折衷的解決方式，但這並非意味著醫師本身缺乏道德或不專業，而是在資源的有限與制度結構的雙重影響下，不論醫院或診所都可能在提供醫療服務時面臨成本與效益的兩難。於是，所謂的醫療資源與服務品質，往往直接關聯的並非是醫師的個人特質或是服務熱誠的問題，而是在精神醫療與衛教資源有限的情況下醫師所能夠提供的醫療服務有限。其次，以「看重點」進行治療效率最大化的醫療策略所呈現的問題在於醫師必須依賴主觀判斷和臨床醫療經驗以確定患者的疾病嚴重程度或讓患者病情穩定，並且從中對患者進行取捨，劃分哪些患者較為嚴重，需多花時間照顧；而哪些患者症狀較為緩解，則可能在看診時間有所壓縮¹²。

「短時間」影響醫師如何思考效益與患者之間的互動過程，但同時也對患者的醫療處境上造成難題。患者與醫師的實際互動過程中，醫師在某個程度上必須「依賴」患者主動地透露疾病資訊，當患者在短暫半個小時內(或甚至更短)的看診過程中並非採取主動的角色，患者難以完成應有的問診程序如個人病史、疾病狀態、家庭關係、疾病困擾、治療策略等主要方向：

E 患者：除非精神科醫師可以和你談很久，因為他們對話是比較精練的，他們對話可能不太會主動問你，因為我看醫生的態度，如果他們不太主動的話，我就不會說什麼，除非他想要真得知道些什麼，我才會說。對

¹² 醫師在實際的執業過程中可能對患者進行不同的定義和處理，分類的基礎則以疾病、治療的急迫性為前提，以甲、丙醫師為例，當患者可能過度依賴藥物、面臨情緒與安全問題、或缺乏治療意願時，醫師反而會多耗費時間在此類患者身上，然而，如同丙醫師所言，這全然仰賴醫師的經驗判斷。

我來說，精神科醫師對我來說就是拿藥，就是調整我的藥量拿藥這樣，因為我不期待，我覺得他們講話很精簡，我沒有辦法和很精簡的人講很多話。

事實上，在時間的限制下要求患者能夠完整且明確的透露自己的疾病與相關問題對患者而言相當的困難，而當患者為憂鬱所苦的情況更為嚴重或患者無法意識到資源的有限性和「積極」位置，患者難在時間有限的情況下全然透露自己的疾病與生活處境相關問題，也無法在短時間內得到應該有的資源分配和效益。

在疾病的探究過程中，「時間短」與「看重點」的醫療困境或許可能同時發生於其他醫科之醫療分維，精神科醫師所面臨的困境可能並非特例，但是憂鬱症作為一種精神疾病之特殊意義，相較於其他生理疾病，憂鬱症之病理診斷與病因探究實際上更為複雜，而當醫師與患者同時受限於「時間短」與「看重點」的醫療限制當中，醫師所能夠處理的即是疾病與症狀之間的問題，患者與疾病之複雜性則難以被有效地關注：

丙醫師：……如果……在短時間內，我們主要做的是診斷出正確的疾病，和開得藥物有效就夠了……人多……如果健保局要求人頭數要多才有基本的收入情況，我就比較不會做這些，比較深入的問題例如睡得好嗎、藥物有沒有效、會不會容易做夢之類，這些問題問完我們就不會去和你解釋，只是會說要按時服藥之類的情況。

第二節：隱晦的醫病關係

延續上述討論，成本與效益問題影響醫師與患者之間的互動，而患者必須積極且主動的扮演「病人」角色才可能從中獲得有效的資源。但醫師與患者之間的應對同時受到其他因素所影響，特別在醫病互動時患者的意願和配合程度：

乙醫師：會診的初期診斷、例如第一、二次的會診過程，診斷疾病並不是太重要，比較重要的則是資料的蒐集，但有些時候可能就要花點時間進行評估，有些情況會比較簡單，例如症狀很明確而患者也願意配合的情況。比較擔心的則是訊息不夠、患者提供的資訊不多、或是隱瞞、或是只說片面的言談……沉默或不講話的患者大有人在，或是自己不認為自己需要來的、或是被親朋好友帶著來的，這當然是希望透過患者自己來進行陳述。因為如果只是醫師與患者一般的對答式問答，不論是答或否，這中間都有可能會有灰色地帶會被忽略，或是醫師進行自我主觀的判斷，這些都可能不是太正確的資訊。

醫師必須仰賴患者所提供的訊息和疾病資訊才能夠有效進行疾病的診斷和治療，但是疾病的溝通往往取決於患者本身，而當患者在醫病過程的配合程度不符預期或患者並未主動和積極地和醫師透露，醫師的醫療處境其實相對較為消極：

甲醫師：如果遇到不配合的患者，我們可以分兩類，第一種是患者主觀心情不配合；第二種則是疾病本身所帶來的情況，為疾病所苦。第一種情況，雖然患者不說話或不高興，但是可以看患者的父母親，藉由父母親的說明，和看患者的表情，就可以稍微略知道一、二。。那第二種狀況，可能他這次不想多說話，那下次可能就又會想說話，這也不一定……

如果遭遇到配合程度不高的患者，醫師在難以蒐集疾病與個人資訊的情況下，則可能必須透過醫師長期的執業經驗、或患者在醫療場域中所表露的情緒、態度、言行舉止、以及患者家屬對疾病的認識與描述等，並且藉由旁敲側擊的方式進一步理解患者的疾病遭遇。A 醫師以自身的個案為例，透過漸進式的方式與患者溝通，以協助患者提高求醫意願和配合度：

甲醫師：有些情況是患者家屬帶患者來看病，聽父母親講很多，說自己兒子不對，說是說兒子哪裡不好。我也曾經有一個比較有趣的個案，那時候是父親帶兒子來看病，他們兩個一起進來，但是只有一個椅子，那我就還是請他們坐，結果是他們兩個人都坐在一把椅子，身體是分開的，但是屁股是連在一起。父親就說兒子不愛讀書，然後想要休學，父親覺得一定是有毛病才會這樣，然後那個兒子臉上的表情就一臉不以為然……那位父親又繼續說：是不是因為兒子以前開過刀的關係，以前的手術刀遺留在肚子裡面，所以才害兒子這樣子。聽到這裡或許會覺得很有趣，後來那位父親就問我該怎麼辦，我那時候半開玩笑的說，應該用那把刀把你們兩個中間切開……

甲醫師提供自身有趣的案例說明如何幫助患者降低對疾病、醫師的恐懼、與防衛心態，但是案例也說明醫師在面對患者與醫病關係時，首要目的在於緩和患者的自我防衛：

甲醫師：其實一天差不多六個小時兩個時段，天天在看不同的病人，其實是很容易發現父親說的話兒子有沒有聽進去，說不定只是那位兒子不想要理自己的父親。對於配合度不高，或是被別人帶來的，通常會有這樣的情況。假設是年輕的孩子，被強迫的情況來看病，而這樣不高興的情緒也很難配合，需要經過幾次的認識之後，也許那位孩子知道醫師也並沒有像其他人一樣惡意、看他不起，或是故意要批評他，因為醫師也不會批評他，不講話就請做就好了，不一定要強迫他說，這樣是所謂中立的態度，可以緩解對醫師的敵意。

為降低患者對醫師與疾病本身的敵意，甲醫師的策略是不帶任何主觀式的看

法對待患者，並且以尊重的角度邀請患者透露疾病與症狀問題。乙、丙醫師也採用相似的醫療策略：

乙醫師：首先會要知道患者來的目的和配合程度，有時候會直接問，而有些可能會遇到比較拐彎抹角的狀況，患者不願意講自己的問題，以失眠為例，失眠的原因和背後的問題為何，這就需要談話技巧。是需要直接問、或是從親友那邊得到訊息、或是聽患者是否話中有話、或是有難言之隱的情況，那這可能需要比較多的精力和時間。這樣的情況只能夠要求希望能夠從親人身邊得到資料、或是其他客觀資料越多越好、或是藉助測驗、疾病史或家族史的情況，來幫助資料的蒐集。

丙醫師：我們會先從症狀上來看，例如失眠、胸口悶，或注意力變差，或容易緊張等，這些是一個徵兆，然後我們會慢慢地幫他帶到思考疾病相關的症狀，例如患者開始說明自己缺乏興趣或是不喜歡與人接觸的問題，那這些的情況就可能是憂鬱症的情況，而我們也會參考像是疾病史、或家庭史。我們要幫助病人去思考問題。

在醫病互動的過程中患者不願意主動配合的情況是明顯存在的，而旁敲側擊的互動「技巧」，則是相當重要的一種動態的醫療方式，原因在於維護良好醫病關係中最重要因素，也就是信任、尊重、隱私：

乙醫師：初診和前幾次的診療，很大的部分在於花時間在關係的建立，患者不一定會先聽你的，因為患者本身有很大的焦慮和緊張。憂鬱症如同心理的感冒這種說法，這是一種很好的溝通方式，患者可能去接受自己得到憂鬱症並且配合治療，而且可以淡化患者對憂鬱症的恐懼，但是，也有可能患者聽到憂鬱症三個字就產生防備心態，那就可能會很麻煩了。

丙醫師：在精神科，憂鬱症比較還可以被接受，精神病的話比較沒有病識感，也有遇到家屬強迫病人來看病的，這樣的情況也有，而這種情況我們會尊重病人，因為看診並不是只有一次，而是長久的一段療程，於是必然要和病人建立好關係，這個關係如果不建立好，就沒辦法做很好的治療。

良好的治療程序必須以良好的醫病關係為基礎。醫師盡可能扮演中立且客觀的身分位置，不帶有任何道德與情緒上的個人評斷，並且幫助患者舒緩情緒或降低患者病痛壓力等，以期待雙向互動的溝通模式。乙、丙醫師特別強調醫病關係的動態和複雜性實為精神醫療相當重要的層面：

乙醫師：其實這個部分初期我會比較傾向主動向患者提問一些問題，後來則是認為這樣的方式並不是很好，因為治療者可能會有點主觀，而這種主觀往好的方式來說，是一種善意的建議和引導，但是主觀的意見患者是否可以接受，這其實也對患者可能造成一些壓力，適合患者與否其實還要再進行評估，所以我目前比較傾向患者自己提出一些問題來進行討論和治療……談到精神疾病的問題，有時候之所以會有效，其實並不是只有靠藥物就能夠解決，更重要則是強調所謂的醫病關係，或是患者對醫師的信賴感和信任感，例如患者是否持續的吃藥，規則的吃藥等，這些都會是有相當幫助的。

丙醫師：各科有各科的特質，外科需要技術，精神科則是重視動態的過程，而不是靜靜的，如果是診斷瘤的疾病，那昨天診斷的情況和今天的情況差太多，我們可以根據疾病的發展情況對應治療的方式。但是精神科的看病方式，病人是動態的，例如前幾分鐘還好好的，突然聊到一半就眼

眶紅了，這樣的情況，我們也不可能直接和他說時間到了，也必須短時間安撫病人的情緒。

醫師透過信任、尊重、隱私等原則，期待患者能夠降低對醫師的敵意與對疾病的恐懼，並且希望患者能夠成為積極「介入」的醫療身分與位置，主動地提供疾病與個人相關的資訊讓醫師進行參考。如果患者能夠主動的透露資訊，那麼資訊的有效性可能遠比「拷問」的方式來得更有效益。而在患者主動信任醫師的前提下，患者也能夠將較為隱私和令人難堪的重要事件告知醫師，提供醫師進行疾病診斷和治療的重要依據。但是信任關係的建立其實並不容易，而患者也不必然會將自己的疾病問題、生活處境、或較為私密的個人情感與醫師告知¹³：

B 患者：一開始醫師也不認識我，所以會問有什麼問題，我就都先不講，因很很少有機會和別人談這些問題，然後我和醫師說睡不著，醫師就問我生活上有什麼困擾，之後就開始哭。因為那時候就比較無助的感覺……其實那個醫師不是那種想要把你挖得很乾淨，想要追得很徹底，所以很多情況只是稍微問一下，然後你想講就講，但是因為後面有很多病人，所以時間其實就頂多十幾、二十幾分鐘。

當患者仍不願意配合，或「假裝」配合醫師卻仍然對病情有所隱瞞，如果醫師與患者並未建立一套良好與互信的醫病關係時，醫師仍然必須仰賴自身的經驗和判斷能力：

乙醫師：有很多的個案都是如此，例如疾病的因素，妄想症讓患者不敢講太多、或是無法讓患者想太多，或是憂鬱症，患者沒有能力去表達自

¹³ 除了時間限制所造成的影響，患者也可能礙於病痛、形象管理、移情等因素主動選擇對資訊的隱匿，而這個隱匿過程又可根據患者對自身疾病的遭遇有關。當患者的疾病遭遇與生活隱私密切相關，或患者對醫師產生移情作用，患者則可能選擇持續且長期的資訊隱匿過程。

己的感受，其他的疾病如精神分裂症也是很難表達自己的感受，所以還是要靠其他客觀資料或是家屬的資訊。而某些個案可能會很防備，例如被迫來的、被家人帶來的，而這些情況可能都會帶來敵意和質疑，或是不配合的情況，我們也只能基於患者家屬的善意，仍然會提供一些協助和諮詢，如果患者願意配合的話那就可以來說一說情況，如果不配合的話，那獲得的資料也只能當做參考而已。

不論在診斷或治療疾病的過程中，醫師必須以信任、尊重、隱私等良好醫病關係為基礎。而醫師對疾病與患者的認識則必須經由患者透過各種言談、行為、態度、表情等方式進行資訊的蒐集和分析，但是礙於醫病關係的基礎，醫師難以扮演積極且「介入」的醫療身分主動要求患者提供疾病問題、或逼問疾病背後令人難過與痛苦的經驗以供完整的醫療評估。而所造成的結果是，醫師在與患者探究疾病的互動過程中，醫師在資訊的蒐集上也面臨困擾，在時間與信任關係不足的情況下，醫師其實很難進行完整且例行性的醫療問診：

乙醫師：有些情況的確需要特別去注意、去問一下，但是並不是例行性的那種提問方式，例如像是性關係、婚姻關係，或是外遇問題那種，像我自己就碰到好幾個患者有外遇問題，除非是他自己提出來，或是患者來看診的原因感覺可能與外遇因素有關，那我們會稍微問一下，然後還是希望患者自己來表達出來，但是絕對不是例行性的提問，因為如果是這樣問的話，那可能太多問題要問了(笑)。

在持續的訪談過程中，筆者試圖追問醫師關於疾病資訊的蒐集與患者意願問題時，乙醫師則坦承地回答：「這並不是建立關係的好方法，我們當然是希望患者來進行配合的，並不會強迫患者進行陳述。」鑑此，醫師與患者之實際互動與過去文獻中所呈現的醫師面貌有所出入，在看診的過程中醫師並非真理權威的化

身，也並非集中權力、知識、專業的壟斷團體。事實上，醫師必須邀請患者加入治療關係才可能進一步地判斷病情。

如何有效地建立良好醫病關係並蒐集患者疾病資訊，從甲、乙、丙等醫師觀點出發，醫師主要的醫療策略並非以「拷問」方式積極介入患者的言談之中，而是盡可能地從「旁敲側擊」的方式如透過兩次或三次以上數次的會談、或透過家屬所提供的相關資訊、利用其他非正規或關係性的醫療策略等技巧，盡可能地提高患者的配合與信任程度等，並且在不侵犯患者的隱私和信任基礎的原則下進行資料的蒐集。換句話說，醫師在其中所扮演的醫療角色，特別在醫病互動的過程中，其實是相對「消極」的狀況。當醫師無法在短時間內建立完整的問診系統和疾病探究的流程，而是以患者的言談來進行引導患者認識疾病的工作，患者在醫療場域的實際身分可能更為重要且積極，因為當患者所提供的資訊越完整，醫師則可提供更完善的醫療策略與判斷。

第三節：藥物治療的效益原則

一. 藥物治療成為主流

精神科藥物具有相當高度的複雜性，依照患者的體質和其他因素，不同藥物皆可能對患者產生不同的影響與副作用。儘管精神科藥物確實可能帶給患者的副作用包括噁心、缺乏食慾、昏睡、便秘等，但乙醫師不避諱指出藥物仍然是台灣現今主要的治療策略：

乙醫師：如果是以診所的角度來看，幾乎都是依附在健保制度之下求生存，除了少數醫師可以安排自費性治療，那就另當別論，不然多數像我們這種一般診所的情況，某種發展程度仍然會有所謂的功利主義，講求效率與收入……用藥的現況，以診所的部分來看，不可否認的部分，有些是唯利是圖的情況，為了賺錢而使用藥物，我認為商業利益的情況，這在任

何科都可能發生的，總是有些是利益的問題，當然治療還是會治療，但是有些是利益的問題。

在健保制度下所影響的精神醫療，藥物治療與治療效益兩者密切相關，原因在於，當患者求診的人數過多，醫師在時間與效益的考量上則可能傾向用藥。此外，藥物的利益的確能夠有效為醫師帶來相當程度的收入，特別是不受健保制度所給付的情況：

丙醫師：我之前有一個老先生，他曾經在我這裡看診，之後消失一陣子，後來他回診，他和我說他去嘉義看……那位醫師開健保沒有給付的藥，所以有抽成……我們也不可能去揭穿那位醫師不道德，我們也不能當場指責病人，我們只能很感慨的認為，那位醫師開得藥其實差不多都一樣，只是那位醫師拿抗精神病的藥拿來治療憂鬱症，也不是說不是不可以，但是照目前的情況來看，沒有證據支持。那位醫師用這樣的藥收取自費，這也是合理正當的，因為健保不給付。

丙醫師：我不是說每個醫師都是這樣，但是有這個傾向，就是用處方在治病。就像現在的內科醫師一樣，以前的內科是需要觸診，做理學檢查，例如用眼睛看、拍打肚子之類；但是現在都用 X 光或儀器來代替，但是有一部分還是沒辦法來代替……後來精神科比較年輕的醫師，因為新藥不斷進來，副作用也比較少，不像以前我們稍微吃一點藥，副作用就非常明顯，我們就要馬上進行細膩地調整。那他們現在就比較沒有這種問題，而且精神科所有處理策略裡面最簡單的就是開藥，我只要看你憂鬱症，就只要開憂鬱症的幾種藥，如果這個不行，就換另一種藥物，所以可能有這種導向。

延續乙、丙醫師的觀點，藥物治療之所以成為主流，原因在於健保制度與精

神科藥物的研發和創新、以及醫師追求治療效益與治療成效。但是，以藥物治療為主流的醫療策略並不代表醫師忽略藥物本身的副作用爭議，或醫師缺乏對健康的多元論述和反思能力。事實上，與乙醫師的談話中，不難發現醫師在藥物治療成為主流的問題下內心所產生的衝突和掙扎：

丙醫師：之前我其中的一個同事，他在醫院裡面的業績非常好，他的診是從早上九點一直看，看到下午才結束，看完患者之後，照理說是很累才對，但是他還是會主動自己打電話給患者，問他們為什麼沒來，藥吃得怎麼樣之類的。一般人或是患者來看可能會覺得是好醫師，但是卻是很標準的商業導向，當然我不是說他違背醫學倫理。他給患者初診病歷只有兩個字，複診病歷就一個字，他開得藥物都是高價藥，所以業績很高，藥商也支持他，然後他也和一個內科的合作，所以如果患者腸胃出問題，就去照胃鏡，然後開胃藥。我一看那位醫師開的處方，很多藥物我根本都沒辦法開，像安眠藥給十七顆，用三種藥，像這種處方我沒辦法開，如果開下去情況是，那個患者一定非你這個醫師不可，因為對藥物上癮……

不論對患者的談心、閒聊、叮嚀、或醫囑等互動，丙醫師其實是相當重視的。這說明醫師以藥物治療為主流的醫療策略可能並非如同 Blech 對醫療社會的勾勒，醫師與政府透過各種權力促使疾病透過藥物治療，而是在藥物治療之後，醫師面臨以時間和數量為取向的醫療制度與醫療結構，其實選擇的醫療策略也同時相當有限。

另外，藥物治療之所以成為主流，患者同時也扮演相當重要的元素。根據不同醫師的經驗與觀點，在與患者治療的實際互動中，患者的治療心態與治療邏輯同時影響醫師的治療策略與方針：

甲醫師：儘管我提供許多治療模式供患者選擇，然而有患者可能還是

認為藥物治療有效，那麼就可能選擇藥物治療，當然也有人選擇心理治療，或是有些人因為趕時間、或是工作繁忙的情況，而僅需要藥物治療，這樣的情況其實都有。但是，老實說，藥物治療大概是治標而已，而非是治本；但是我認為，現代台灣人的生活型態，大多都是急著方便，看病也不想要花一個小時，只是想要看病拿藥而已，這一部分的患者也有，只要疾病能夠治療，病因可能也不會太想要去追究，或是年輕上班族，工作比較重要，何必要花時間在上面呢。

乙醫師：有時候也要看患者本身，有時候或是蠻多的情況是患者並不想多說什麼，而是只是想要來拿藥的情況，也不是說醫師沒有時間，而是說患者只是想要來拿藥，醫師想要多問一些事情，患者其實也不太想要多聊……有一些時候患者沒辦法接受必要且全面的治療。但是我覺得比較多的情況是，病人並不自己想多講什麼，有可能是他自己覺得很好，剩下的事情自己處理就好，而不會想要請教醫師的意見。

患者的治療態度與需求影響醫師的醫療策略和選擇。而從醫師的角度面來看，當患者希望取得快速且有效的治療而又無法在短時間將自己的疾病資訊進行有效傳遞時，患者也會期待醫師做出最有「效益」的治療策略。儘管丙醫師特別強調所謂的醫病互動，但也僅能夠試圖將自己的醫療資源最大化並且提供患者各種不同的醫療服務。在藥物治療的邏輯中，醫師僅能夠依據自己的醫療資源來提供患者不同需求的服務，而患者的治療態度是相當重要的，醫師的角色反而比較像是「中立」的醫療服務提供者。

二. 藥物治療疾病

在藥物治療的流程中，疾病、症狀、治療效果是醫師配藥主要的考量焦點。醫師在進行藥物的選擇與考量時，主要考量的依據在於患者是否能承受該藥物，

藥物是否達到治療效果或副作用，與患者的症狀是否有所舒緩等：

乙醫師：我們會先診斷這是憂鬱、適應障礙、或是焦慮，我們的處理策略都會不一樣，因為不只是開藥，精神科要考慮的同時是生理、心理和環境因素，這些都是很重要的。例如經濟壓力、家庭環境等問題，這些我們都會考量進去。如果憂鬱的症狀比較像是環境因素、個性因素，且症狀不是太嚴重，那麼我們會先處理這些部分，讓病人有能力去面對這些壓力。除非是真得比較嚴重的部分，或是生理和體質的問題，這樣我們才會開抗憂鬱劑。當然這種做法最輕鬆，因為這樣就像內科一樣，只要開藥就好。

當醫師對患者實行藥物治療，首要目的在於確立精神疾病的病理性與症狀來源。憂鬱症的症狀相當複雜如失眠、嗜睡、反胃、焦慮等情況，而這些問題可能都屬於疾病表面的症狀或徵候而非疾病本身。於是，醫師在進行藥物選擇時，同時必須考察症狀背後與疾病根源之間的關係，並且選擇該用何種藥物進行治療，患者該吃哪些藥、要吃多久、是否有排斥問題、藥物的目的究竟在於症狀的緩解或治療疾病，這些都是醫師必須考量的部分。

理解疾病與症狀的關係之後，在治療疾病的原則下，醫師必須以治療效果、患者服藥後症狀、或副作用為基礎，而後再針對藥物進行劑量的調整與控制：

乙醫師：其實用藥的劑量，重要的部分在於看憂鬱症的程度，如果有些情況是較為短期的憂鬱，或是比較內源性、內因性的憂鬱情況，屬於憂鬱病的情況，這要有所區分，如果是病的話，那可能就必須要長期的進行治療，如果是症狀較輕的情況，那就不需要用太多的藥物，或是改用鎮定、抗焦慮等用藥情況。治療憂鬱症的藥劑並不是最適量的情況，例如有些藥物是按照體重比率去計算的，但是憂鬱症並不會這樣治療，比如百憂解原

則上是一顆，但是如果使用後沒有效果或是改善並不理想，那麼我們就可能加重，還是要看症狀……另外一個情況則是藥物與患者之間的關係，醫師之所以換藥或是增減藥量，也有可能來自於患者體質的關係，同樣的藥物對不同的患者有影響，或是患者對藥物產生副作用，例如吃了不舒服的話，那就可能會換藥。藥物的使用，我們基本上會看症狀，例如有些人精神遲滯、無精打采的情況、有些人則是異常的浮躁，所以有時候會根據不同症狀開不同療效的藥物，如鎮定、或是入睡的效果，針對不同的症狀進行藥物的使用。

乙醫師：副作用的問題其實並不一定，因為藥物用在不同人身上，每個人都反應都不太一樣，正反應和副反應都是有可能會發生的，有些人服用之後可能會覺得大病痊癒，並沒有太多的副作用發生。但是，基本上用藥的過程，我們都會告誡初期用藥患者的藥物作用與副作用問題，如果出現副作用的話，我們會看副作用是否會嚴重的影響生活和工作，如果造成很嚴重的影響，例如生活都過不下去了，不舒服到什麼事情都不適合了，那就不應該使用大量的藥物計量，但是如果副作用只是噁心、不舒服但卻又不影響生活的情況，那我們會建議患者繼續服用下去，這樣的副作用其實也會隨著時間症狀會慢慢減緩。

從乙醫師的觀點來看，醫師在藥物治療的過程中以疾病、症狀、治療效果之間的關聯性進行考量，並且選擇哪種藥物適合患者、那些藥物應該有所增減、或是應該改變藥方等。然而，從疾病探究、症狀緩解、到治療效果等過程，藥物治療本身存在高度的複雜度和歧異性。在訪談過程中，醫師對藥物的使用與態度也存在著高度的差異，如丙醫師特別強調醫病關係的重要性，並認為藥物應該是以逐漸減量的方式治療患者。但藥物是否能夠確實幫助患者，一方面需仰賴患者對藥物有較為完整且正確的認知，另一方面，所謂的治療效果也必須由患者實際服

用藥物之後，其疾病與症狀問題有所改善後才可能進行評估，而這種「實驗性」驗證的治療過程，不論對醫師或患者而言，皆具有相當程度的風險和不確定性。而藥物治療對患者所帶來的後果，其實際影響可能更為深遠。

三. 副作用與治療不確定性

藥物的使用可能存在各種不確定性如副作用、後遺症、患者自行增減藥物後的依賴與戒斷症狀等，而這些皆屬於醫師與患者皆無法掌握的情況。回到醫師醫療策略的討論中，藥物確實能夠治療疾病但是卻不保證能夠治療患者：

甲醫師：藥物的副作用……藥物治療有兩種作用，一種是藥物本身的治療作用與治療價值；另一種則是負面作用；然而藥物一定有正面作用與負面作用，但是為何還是要用藥物治療呢？是因為正面作用大於負面作用，就像是開刀治療一樣，開刀一定有他的正面作用和正確的目的，但也有負面作用如感染或發燒等情況。

乙醫師：基本上憂鬱症狀也是一種生理上的病，只要治療時間過了之後，其實就不需要再服用藥物。很多人都會擔心藥物依賴的問題，但是總而言之，治療的利大於弊。例如過動症的問題像是專注力，有吃藥和沒吃藥就是會有差別。對於藥物的使用，我覺得用得好的就是藥，用不好就是毒藥，這種情況我比較能夠接受，不太能夠理解不吃藥能夠解決問題。

藥物使用如同生物學理上的治療，可透過「開刀」、「手術」、「激素」等方式協助患者治療疾病問題，但就如同生物醫學上的治療邏輯，任何治療方式都可能存在風險，手術可能解決疾病問題也可能因為失敗而帶來更嚴重的後果，而在藥物的治療流程，副作用透過隱喻的方式轉移成為治療的「風險」之一，副作用成為治療的一部分，或成為達到有效的治療效益所可能付出的代價：

丙醫師：我們現在也不贊成完全用開藥治療，但是有的真得是以生理性為主的情況，那如果藥物能夠有效的幫助症狀的緩解，那患者也就不太需要忍受長時間的病痛問題。有時候症狀是無法理解的，那我們可能就必須仰賴生理上的歸因和處理。問題是，我們從臨床的角度來看，如果你覺得目前精神科的處置上面有誤或是不適當，那問題是有沒有提出更好的解決方式。

儘管醫師理解藥物治療可能對患者產生副作用，但副作用是否嚴重影響患者的日常生活與生活處境，其實醫師也沒有必然且明確的答案，而其中可能的原因在於患者體質與藥物之間的複雜性，但是在醫療邏輯中藥物被視為低成本與高效益的治療工具，並確實提供患者有效減緩症狀和疾病治療，而在資源有限性的情況下，藥物副作用對患者的影響則被歸類於治療的風險之一而非必然的結果。藥物與治療的不確定性如同 Barbour、Dubos 所指出的醫療難題，當現代醫療集中於疾病意義下的治療原則，而忽略患者主體的病痛經驗與適應困境，醫療社會趨向於疾病化的醫藥邏輯，醫療場域僅負責治療疾病而非治療患者(Barbour2002)。而藥物治療成為主流所造成的困境是，疾病如果必然能夠透過藥物治療，那麼患者的副作用風險與生活處境的適應則屬於較為次要的問題。

但是，必須強調的是，醫師同時也深陷於其中，如同丙醫師對藥物治療與醫師倫理的反思：

丙醫師：有時候有些醫師會有迷思，認為自己比較大牌，醫師說了就算，你不吃藥也沒關係，我病人很多也沒必要差你一個。但是心態上我就覺得不對了，我自己認為我們是幫助病人，就算沒辦法完全治療好，但是至少可以減緩病人的症狀，並且讓家屬安心。精神科的問題不像是其他醫科，例如內科只要治療疾病，不用管家屬的問題，但是精神病患的家庭問

題也很重要，我們不只是一要治療疾病，而且要幫助他們和家人的相處過程。

四. 藥物是給誰吃的？

從藥物成為主流、藥物治療疾病、與藥物治療的不確定性等面向出發，說明醫師礙於健保制度、治療效益、收入利益等考量，導致醫師傾向用藥的情況。而藥物如何治療患者？醫師又如何用藥？其中，醫師主要的考量並非在於患者服藥後的生活適應問題，而是在乎患者的症狀是否有效緩解，而藥物又是否對疾病達到治療的效果等。儘管醫師在其過程中也同時能夠理解藥物僅僅是治標不治本的方式，同時也理解藥物治療的副作用問題與治療風險，但是既然副作用與風險是可能存在的，為何醫師仍然能夠繼續將藥物視為主要的治療方式？而面對這樣的情況，藥物治療又是否是必然？其中，乙醫師對藥物的觀點頗耐人尋味：

乙醫師：如果是憂鬱症來看，確實不吃藥症狀也能夠緩解，但是這種生理上的時間會非常漫長，靠自我調整的情況，可能也需要半年一年的時間，但是這期間就不敢保證會發生什麼事情，這是比較要擔心的。

藥物不僅具有積極的「治療」功效，對醫師而言，藥物的使用在某個程度上也具有「防範」的醫療功能。然而，患者在其中同時也扮演相當重要的角色，如果患者同時期待醫師用藥，或患者並未積極反對藥物的使用，那麼醫師也可能傾向用藥，並且透過藥物的功能來滿足「治療疾病」、「消極控制」與「患者期待」等醫療訴求。

第四節：心理治療

心理治療透過語言、非語言的溝通方式，協助患者理解疾病與情緒來源、並且自我調適與疾病之間的關係，甚至在日常生活中能夠有所適應。儘管心理治療

的種類相當複雜，又可根據個人、團體不同治療情境進行區分，但依照精神醫療與患者實際治療的互動過程，其中可大致區分為三類治療模式：

甲醫師：心理治療大概有三種方式，第一種就是指導式，簡單來說就是醫師講患者做，如立正站好、準時吃藥，或是定期運動等。只要醫師講患者做就可能達到治療目標，而目前大多數的患者皆類似這樣的治療方式，可以消化掉 60% 的患者，似小學生的互動；第二種則是互動式的治療方式，醫師口述患者疾病問題與狀態，如果患者不懂，那麼再進一步進行討論，而這大概也可以消除一部分的患者，似老師與學生的互動，但是討論也不見得會聽得懂。如果這兩種方式的治療仍未獲得改善，那麼則是第三種類型的治療方式，醫師可能會轉而採取較被動的位置，醫師比較少說話，而是主要透過患者講很多事情如抱怨、或建議。醫師才開始提出對患者的建議。因為患者本身所提出的內容和回應，也顯示出患者本身的個性和狀態，醫師才能夠有效地掌握患者的個性，而患者的個性也影響著疾病的問題，而這種類型的治療情況則是比較少見。

醫師與患者的實際互動與治療模式，根據時間、成本花費，以及治療效果的考慮，依照順序區分第一種指導式、第二種互動式、第三種深層心理治療等治療層級與治療邏輯。然而，大部分醫師與患者的心理治療，仍然主要以指導式與互動式為主：

甲醫師：第三種類型確實是比較少見，大概佔百分之 10%，換句話說，能夠從事這種第三種類型的治療，也就是一個禮拜至少一次 50 分鐘的談話治療，並且安排與患者持續且固定的會診時間。

乙醫師：我們這邊比較不太可能特別安排時間進行深入的心理治療，

比較算是開放式的門診，只要有來就掛號就看診，心理治療的話就比較不固定，會依照當天的診次和人數與時間來做決定。如果有特殊的個案，那就會在診次的時間安排下次較方便的時間進行談話。當然如果案主需要長時間的心理治療與輔導，我們也會另外安排心理師進行長期的輔導，那可能就要另外自費了。比例低，第一個原因在於願意接受的人不多、以及適合轉介的人也不多，因為那需要長期的時間，而願意配合的人其實也不太容易。

丙醫師：心理治療有很多種，比如支持性心理治療，那是當患者一進來，醫師以同理的角度感受患者、或是關心患者，這樣其實也會是很深層的支持性心理治療，通常一般患者可能會覺得所謂的心理治療是特別約個時間，那種我們會說是長期、深層心理治療。那我們平常比較可以說是支持性心理治療，包括與患者互動，協助個性上的調整，或是提供衛教知識。如果是比較熟的病人，我們這邊的病人都會比較熟，如果後面沒有病人的話，我們都會多花時間來談。

什麼事情應該做，什麼事情應該避免，醫師以第一種指導式治療原則為優先取向，對患者的疾病與生活處境提供相關建議，協助患者在短時間內釐清患者自己的疾病問題。

然而，不論診所或是醫院，提供表層式心理治療之所以成為主流，主要原因在於健保制度影響醫療策略導致追求治療效率的結果：

甲醫師：然而，如果是第三種層次的治療費用也相當較貴，不過問題還是在於，如果是第一種模式，你只需要花 2~3 分鐘的情況就能夠確實地解決問題，如果患者問的內容與醫師要指導的內容不一樣，那麼只需要稍微再提醒患者，目前必須要做的事情與項目，其他的事情就先放旁邊，只

要目前先把眼前的事情處理好，那麼便對患者的健康有明顯的幫助。然而，第三種治療方式則是需要花很多時間聽患者的抱怨或希望，然後到最後再提出建議，而這可能需要耗費很多的精神與思考。

針對心理治療、諮商領域的難題，除了健保制度影響醫師之醫療策略，導致醫師傾向表層治療；醫療資源與醫師所需耗費的工作精力同時也是影響醫師策略的重要面向。乙醫師從診所的角度出發，說明重點在於是否有足夠、完整的資源能夠提供患者：

乙醫師：心理諮商有很多層次，例如深層的如精神動力或是行為治療，而比較表層的如支持性心理治療的情況也都有。而我的情況則是因為資源與地域性的問題，所以時間比較難以配合，心理師也難以轉介，所以我的情況則是比較偏向基礎的治療方式，而比較深入的治療模式比較沒辦法，因為太深入的會有些情況比較難以處理，而我自己比較偏向認知的部分，例如認知、觀念的導正、或是觀念的溝通之類……由於時間的問題，不太可能實行所謂的深層治療……當然如果案主需要長時間的心理治療與輔導，我們也會另外安排心理師進行長期的輔導，那可能就要另外自費了。

乙醫師之所以選擇較為表層的心理治療方式，或是以支持性心理治療的方式為主要治療取向，而非需要長期且深層的心理治療方式，原因並非在於醫師本身忽略心理治療本身的高度複雜性和意義，而事實上，在持續的訪談過程中，醫師對於心理治療的觀點和經驗，同時是相當豐富且深刻的¹⁴；但是深層式的心理治療其實並不容易，醫師執業過程中所需要耗費的時間和精力相較表層心理治療模

¹⁴ 在持續的訪談過程中，其中一位接受訪談的醫師，同時也是熱衷於存在主義、人文關懷的知識份子，並且也對傳統的精神醫療進行反思，在談話過程中，醫師也將各種心理治療的多元和歧異性納入自己的醫療實務當中。

式需耗費更多的成本，導致深層式心理治療在醫療策略中並非主要優先的考量，以丙醫師為例，儘管丙醫師對心理治療與談話治療有相當程度的重視，但是在面臨健保制度與治療效益的問題，丙醫師所能夠做的，就是盡可能在多餘的時間分配給需要時間談話的患者：

丙醫師：像是家族治療，我們現在基層、診所是沒有辦法健保給付、但是以醫院來講，做下來也可能只有四五百元、或五六百元，我以前也有持續做過，你要是真得做下去，那真得需要耗費很長時間，然後你又是 core leader，家屬四、五個人，除非你是做研究或教學醫院，有興趣去做而不計較錢的話，但是光是診所只要佔那個時間就比較沒辦法，所以現在診所這邊就是有所修改，有時候沒辦法做完整的家族治療，但是就是找家屬約談，花一些時間看他們互動。在這樣的環境之下，健保制度這樣你也不能跟著健保走，因為有些患者就是不能光開藥就能夠解決問題，有些事情可能一來，情緒又會跟著出現，那我們也不可能叫他們吃藥就好了，只是在這個健保制度下，我們還能夠做些事情，這就便得很重要，我們都會開玩笑的說，這是本土化！在健保制度下的本土化啦！

由於健保制度與資源的有限性，醫師在心理治療的治療邏輯中，取向以第一種指導式治療模式為傾向。而另一個較為隱晦原因，則是患者對治療模式的接受程度。換句話說，選擇哪種治療模式來治療患者，其實決策權並不完全由醫師所掌控，而與患者的治療意願有關：

甲醫師：然而，選用哪種治療方式，其實也要看醫師與患者共同決定。這要看醫師介紹治療的方法，以及患者對疾病治療的接受能力。如果對方是小孩子，那麼你也可能不會進行所謂的精神分析，而是用一般的行為治療就好……而大部分的患者都接受第一種治療方式。例如現在經濟不好或

是工作繁忙、患者可能沒有那麼多錢和時間，花費在研究自己的人格和個性，所以比較傾向把症狀控制下來之後，然後忙自己的事情。如果患者已經有工作職業在身的人，他們可能會比較傾向把症狀控制好就好，其餘的事情等有時間的時候在慢慢研究就好了。

患者的治療意願同時影響醫師的治療策略，醫師究竟該選擇哪種治療模式來治療患者，患者其實也參與在其中：

D 患者：後來才知道，那種(深層)治療在外面起碼要兩千左右，這樣誰付得起那些錢，誰會願意去看？有聊過去、或是近況之類的，實質的作用比較像是情緒的舒緩，我記得我在那裡面邊哭邊說要一個小時，就會想說哭完然後呢？所以呢？那我不如和我朋友說比較快。因為他們會做一些很基本的，例如腹式呼吸那種……那樣的話我就自己看書做瑜珈就好了。

患者對治療的意願與實行深層治療需要耗費的成本，皆影響醫師在心理治療模式中的取捨。當患者的需求較傾向於表層心理治療，或對治療模式不清楚的情況，醫師則以較為表層的心理治療為主要治療方式。而深層式心理治療同時對醫師與患者而言其實並不容易，選擇深層式心理治療其實也可能面臨到其他風險，乙醫師對此頗有感觸：

乙醫師：深入的心理分析其實並不容易，要進行自我剖析，我們無法期待短時間馬上有效，或是期待醫師與患者之間是愉快的治療過程，不太可能是這樣的情況

乙醫師：有時候我們都會問，疾病的來源源自於什麼之類的，但是講話過程可能要小心，例如患者缺乏自我省悟的能力。我們當然是希望患者

能夠知道自己的問題，然後了悟自己一切問題的來源。但是，也可能造成副作用和反效果，患者變成一種自我防備的理由，認為都是別人不好之類的情況，患者可能只聽到了一部分，但是卻不是全部……

延續上述甲、乙、丙醫師的討論，目前台灣精神醫療之心理治療取向，仍然以藥物治療為主與心理治療為輔的治療方式，而所謂的心理治療，其實又較偏向於指導式的心理治療，也就是藉由改變患者的行為與認知而改善疾病問題，而非藉由深層心理分析的治療方式協助患者，這部分也確實回應心理治療在精神醫療領域中的醫療序列，如同林宗義(1987)痊癒係數醫療模式的討論，首先以各領域醫療資源之介入，其次以心理治療與諮商對患者進行輔導，而後以社會資源與其他精神衛生之相關單位支持患者重新適應社會，而在痊癒係數的醫療模式下，台灣精神醫療之治療模式仍然以生物因素為主要考量(顏弼群 2010)。然而，乙醫師對於深層心理治療的擔憂，其實在某個程度上也反映台灣精神醫療之醫療模式的背後，心理治療相關資源的有限性，與患者對心理治療的認知與需求，以及深層心理治療所可能帶來的各種不確定性與風險等因素，導致醫師在與患者進行心理治療的醫療決策過程中，也較傾向於選擇低風險的心理治療方式。

第五節：遊移常規／非常規之間

精神醫療的成本與效益、精神醫療特殊的醫病關係、低風險的治療原則、以及醫師在治療疾病與患者之間的取捨等醫療過程，皆直接或間接地影響醫師實際治療患者的現實考量與策略。在訪談的三位醫師過程中，不難發現醫師本身所面臨的困境與難題。其中，健保制度下精神醫療的成本問題，影響醫師對患者看診時間的長短；為了維持長期治療的醫病關係，醫師與患者的互動過程往往並非由上對下的直接關係，而是透過旁敲側擊的方式盡可能蒐集資料；當醫師與患者同時追求藥物所帶來的治療效果時，在成本與效率的考量下，醫師的策略也可能偏

向以藥物治療主流，患者適應生活處境與副作用問題則較為次要；當醫師所需耗費的時間和成本，與患者心理治療過程中所可能產生的風險同時進行效益的考量時，醫師則較為傾向表層且指導式原則的心理治療。筆者認為，所謂精神醫療其實就如同某種對疾病治理的政治經濟原則，如何在低風險與低成本的策略當中達到醫療效果最大化的情況是醫師首要考量的目標。

但是必須要進一步地澄清，筆者認為這種對疾病進行政治經濟原則的治理過程，並不能直接武斷地批判醫師本身缺乏醫德或不負責任。事實上，在訪談過程中不難發現醫師本身也具有高度的批判性和道德反省，如同乙、丙醫師內心所掙扎的問題：醫師究竟只是開藥給患者，還是幫助患者遠離憂鬱，如果患者只想取藥，那醫師又應該怎麼選擇……於是，醫師處境的兩難其實更突顯了整個精神醫療體制與對精神衛教知識相當侷限的台灣社會。而在這樣的醫療困境中，醫師所能夠提供的醫療服務其實相當有限，而在有限的資源下，醫師必然面臨成本與治療、疾病與患者之間的兩難。而醫師的難題同時也呈現醫師與患者的實際互動關係，醫師被迫遊移在成本與治療之間、疾病與患者之間進行取捨；但患者同時也受限於醫療資源與看診時間等難題，在無法積極扮演病人角色的情況下，患者所能夠獲得的醫療資源與協助相對有限。

第五章：憂鬱症患者之治療身分與認知

患者的病痛經驗與多元身分影響患者在醫療場域中所扮演的身分位置，患者
在生活處境中面臨各種醫療困境與適應難題。從患者意識疾病症狀到尋求醫療協
助，患者自述疾病，並且理解疾病之根源，以「病人」的身分來適應既有的生活
處境與生活狀態，本章節試圖描繪出患者在疾病遭遇與治療連續性過程中的社會
圖景，並分別從患者疾病遭遇、與醫師互動的醫療身分、對藥物治療的認知、心
理治療實質效果等面向進行討論，說明患者儘管尋求醫療協助而獲得疾病意義上
的治療，但對既有生活處境的適應仍然有限。

第一節：發現憂鬱症：我生病了

一. 疾病遭遇

患者選擇精神醫療的求醫過程中，患者從意識到自己的疾病症狀，如憂鬱、
沮喪、喪失興趣等，而進一步了解自己的疾病問題，從中意識到自己需要相關醫
療資源並且主動尋求協助，其中，患者在進行自我理解和自我詮釋時，其實是有
能力意識到自己的疾病症狀和生活處境出現問題，並且主動尋求幫助：

A 患者：一開始的時候很痛苦，所以才會選擇就醫，希望能夠藉由醫
師的幫助讓自己變得比較好……因為很痛苦阿……當然，我認為心理諮商
也是有用的，但是我需要更直接地治療，而我相信精神醫療是有一定的幫
助。

B 患者：一開始還沒看醫師的時候就是很難過，出現失眠之類的，以
前難過一天明天就好了，但是那時候就是情緒出不來，感覺越來越難過，
沒有好的一天，我自己就上網查量表，然後就會很擔心，感覺自己不是自
己……其實我本來覺得這些問題可以靠自己想通，但是晚上這樣子想太

多，所以晚上常常睡不著，然後就是為了要調整作息，所以乾脆直接去找醫師，請他開幫助睡眠的藥，主要一開始想看醫師是因為幫助睡眠，但是醫師一定會問失眠的原因，想要關心我的問題，所以才會延伸到去談別的。

E 患者：那時候我職場上剛好遇到了問題，那個問題和我原本的，其實我原本就有狀況，但是我那時候並不覺得是一個問題，直到 2007 年之後工作，那個問題又對我形成壓迫，之後我才意識到整個人都不對勁，工作問題算是我的最後一根稻草。

患者在精神醫療的求醫過程中，其實對生活處境與症狀有相當程度的反省能力，並且能夠主動地發現自身的生活出現劇烈的變動，影響著患者本身的情緒和認知。患者在選擇求醫與否的醫療策略當中，具有相當能力的自主性，其中又以 A、B、E 患者為例，患者在求醫過程中，同樣地也會針對醫師的執業狀況、社會對醫師的評價、自行上網找尋相關醫師之經歷、或透過朋友與網路的資訊和討論，再從中選擇是否應該看精神科、應該選擇哪間診所的醫師。不論是對疾病的認識、或選擇醫師，患者皆有相當程度的自主能力去進行選擇和取捨，而並非對於精神醫療處於一無所知的未明狀態。

二. 憂鬱症根源

在訪談的過程中，生活環境與社會環境對患者而言影響最為深遠，而導致憂鬱症疾病的可能性相當複雜，根據五位受訪者的訪談結果顯示，其中導致憂鬱症的促發的問題包括家庭、工作、愛情、性格等相關生活適應問題：

C 患者：從很久以前就有斷斷續續，有一陣子情緒不是很穩定，但是不是很嚴重，那時是和家人相處不和、吵架，當然也有自己的因素，所以看醫生。恩……因為契機是上心理學吧，老師說只有心理健康的人才能夠

全力以赴，我覺得我這輩子都沒有全力以赴過，我覺得一直活的很空虛，所以跑去問醫生，然後醫生讓我去進行心理諮商。

D 患者：大概是去年發生的事情，六月的時候我和我男朋友分手，八月入伍，一入伍的時候就開始發作，入伍第三天的時候就發作，我自己就受不了。那時候心理和想法整個都變了，我覺得是那個環境造成的，那個環境讓我整個人都快崩潰。就是那個問題被放大、然後又被壓縮，整個人都會受不了。我主要是和他們說我情緒上的問題，就是還是會提到情感上這件事情，我和我男朋友分手的事情，就是我不太能夠接受他就突然離開的這件事情，我那個時候覺得整個人都瓦解掉了，沒有所謂的自我。

E 患者：我可以算是遺傳、個性和環境都有，除了我之外，其他人沒有正式治療過，我親戚也是因為這樣而自殺的。看見家族的人也因此受苦、而我又長期處在會壓迫我的各種生活環境，累積下來，性格也扭曲了。我認為是生活環境這一點影響最大。

根據訪談資料顯示，患者在疾病遭遇與詮釋疾病的過程中，對患者影響最深遠的部分在於社會環境與生活處境的適應問題。必須注意的是，這並非意味疾病的生物性因素如遺傳、基因、激素等面向不具影響力，以 A、E 患者為例，其家庭成員中也有罹患憂鬱症的相關病史。

第二節：醫療身分的實際位置：社會關係、污名、形象維持

醫師如何針對患者進行診斷，有賴於患者在會談室中透露自身的疾病、症狀和生活適應問題。而在患者透露疾病資訊的實際醫病互動中，患者的角色身分相當複雜地呈現於實際與醫師的談話和互動中，患者並非如同病人角色(sick role)

般呈現主動且積極的態度介入醫療場域。

一. 打太極

患者對疾病資訊透露的程度和層級，與患者對精神醫療的治療態度相關，不同患者的治療態度也反映在與醫師互動的實際情況當中，以 B、E 患者為例，其對資訊的保留程度，主要一部分取決於醫師在互動過程中，是否認真傾聽患者的疾病問題與生活處境：

B 患者：我還是會和醫師報告一下，例如每個禮拜和醫師講一下自己的近況，有沒有什麼事情刺激到我，然後我自己有沒有進步之類的問題。至於比較私密的問題，我覺得沒有什麼時間，也不是很相關，如果真得要說的話，那要從小講到大，那可能需要很長一段時間，所以我覺得也不是那麼緊急啦，也沒有必要刻意說出來，除非是有些事情和以前的經驗相關，我才會拿出來講，但是基本上我去了之後才覺得自己的問題沒有那麼複雜，所以覺得不需要去說。

E 患者：如果我講很多話但是我卻沒有得到回應的話，那我就會很緊張，如果醫師態度淡淡的話，那我也會有所選擇，因為我不想增加看診的壓力。我質疑的是醫師的態度，因為醫師會反過來質疑我，他會認為是我自己在……我認為是醫師自己的問題，他會失去耐性，他會覺得我想太多，這樣我就會質疑他的專業性，因為像我們這些患者其實會想蠻多的，我覺得是醫師他本身的失控、心情不好，因為那很容易感覺的出來。因為我很清楚，當你長久聽別人的惡況或是負面情緒，你很難不受影響，只要你不要到那種病患(直接傷害自己和他人)的地步，像我們這種比較敏感的，其實是可以感覺到對方的，我也能夠感覺到醫師的狀況是不太對勁的。我會和醫師說上次就診和這次就診這段時間可能有哪些事件，造成我

心情的起伏，至於私密的部分，除非是醫師問，不然我不會告訴他。

根據訪談資料的呈現，患者是否主動地參與問診的過程與疾病訊息的透露，部分地取決於醫師對患者的實際互動情況，當醫師時間較為有限時，無法和患者在短時間中建立有效的醫病關係時，患者則可能以「打太極」的方式與醫師進行互動，而不是積極地要求醫師確切的進行問診的全部流程。儘管兩位患者者的資訊透露程度皆與醫師對患者的關注程度有所關聯，但 B 患者與 E 患者較為殊異的地方在於，前者專注的部分在於「短時間」的醫療問診，並無法有效地對自己的疾病狀態做完整且直接的陳述；後者則強調醫師問診的態度、言談和語調，當醫師的問診流程過於被動或是專注力較低時，患者則寧願選擇保留患者個人訊息。

二. 形象管理

患者也可能「有意識」在透露疾病與生活處境問題時進行刻意的隱藏，而這種主動的對訊息進行隱藏的互動模式，主要的問題並不在於醫師的執業態度與看診時間長短，而是患者為了保護自己的身分角色，以 A 為例，儘管患者與醫師的實際互動過程中，呈現較其他患者為主動的醫療角色，並且積極地尋問醫師自己的疾病問題與症狀，但關於疾病影響生活處境的生活適應問題，則是進行有意識地保留：

A 患者：但是人還是會有所保留的，例如自己的交友情況、或是對性的開放、無知……這些東西當然不會完全地說明……關於這一部分就會比較保留，就是避免讓其他人知道啊，就是不能讓別人知道的……

必須注意的是，這種刻意對疾病與生活處境資訊的隱藏，其實是相當重要且較為深層的互動，根據患者的訪談資料，筆者試圖進一步地釐清，理解 A 堅持隱藏對自己不利訊息背後的真實原因：

A 患者：當然不會告訴醫師，就是不能讓人家知道，這你不就之前問過了？當然不希望破壞醫師對我的形象阿，怕生倒是不至於，但是有些話題就是比較難以啟齒，也不想讓其他人知道。當然也會稍微講一些部分，但是也不可能會把全部的實情和細節都讓別人知道。

然而，A 對疾病訊息的隱藏並不是出自於對疾病的無知，而是出於自我防範的認知態度，而這種防衛的態度卻並不全然等同於一般患者對疾病本身的排斥或恐懼，A 案例所呈現的醫療經驗則是害怕他人(包括信任的精神科醫師在內)對自身的隱私過度揭露，特別是 A 先前所遭遇到的創傷經驗與損害自身形象的隱私與病痛，而致使 A 更有意識地進行自我保護。如同 Goffman 在《污名》一書中對可貶者的描述，由於可貶者擔心真實身分隨時可能暴露於社會生活之中，採取各種身分管理或與正常人保持適當的距離以避免不必要的困擾。而訊息本身所承載的負面意義如性伴侶、交友關係等較為私人領域的生活難題，同時也影響 A 與醫師互動的實際過程，A 並未積極談論自己的生活處境與難題，而是以訊息藏匿的方式保護自己，患者並非不願接受治療，而是有痛難言的情況(Kleinman2010)。

在醫病互動的過程中，A「有意識」地將某種病痛如隱私、尷尬、性等資訊的隱藏，這些資訊經過 A 的轉化和防衛機制，並未完全將社會生活與疾病之間的關聯性進行討論，而是以一種模糊的語言論述將自己的經驗告知醫師，如我生病了、我和我男(女)朋友處得不好、或是我很少和家人溝通等。而在這樣的情況下，患者所透露疾病資訊的完整性與否關聯於患者的形象管理與防衛意識。

三. 移情與社會關係

患者與醫師互動的實際情形可能更為複雜，患者對疾病與生活處境相關資訊，在進行刻意隱藏的過程中，其背後所承載的意義不僅在於患者在醫療場域中的形象管理，醫病互動的過程同時承載社會關係：

C 患者：會想要討好醫生，但是同時又很恨他，我比較沒有把他看成醫生，而是生命中很重要的人，並較不會強調專業性的問題，因為專業不專業的問題我也比較不了解，我可能會質疑醫生誠懇不誠懇、有沒有認真聽我說話，只會在意醫生的反應，我比較在意的是醫生的回應或是態度，而不是是不是在治療我。

A、C 皆對疾病、生活處境問題進行訊息的隱藏，而 A 透過訊息的隱藏來保護自己的身分不被揭露、拆穿、或責備；C 患者同樣也以訊息隱匿的方式與醫師進行互動，但是其所對應的互動模式背後則呈現患者在醫療場域中的移情作用，患者對醫師的社會關係也同時隱含在醫療關係之中：

C 患者：我覺得醫生是我想要的爸爸的形象，然後我會很想要在他面前表現的好像很乖之類的，因為我只要說到一些不開心或是鑽牛角間的事情，感覺起來他會不開心而且也會擔心我，所以說我會很想要讓他開心，我覺得我自己心態還蠻奇怪的，就是我不太能夠很坦承的講自己的事情，會故意討好，或是怕破壞關係。討厭醫師是因為我希望他給我多點回應，如果他沒有給我的話，我就會很生氣，例如可能話語上的鼓勵、你好乖之類的，我有點把他當成爸爸一樣，想要多點鼓勵和多點關心。

當患者尋求醫療協助，期待透過醫療資源治療疾病，患者是否願意主動透露資訊決定性地影響患者所接受的醫療品質與服務。而在醫病互動的過程中，儘管患者有意識的隱匿訊息，但這可能並非出自於患者理性計算下的結果，患者與醫師的互動過程並非存在道德/不道德、理性/非理性、配合/不配合之間的問題。而是必須更進一步地了解，為何他們要這樣做，這樣做的意義究竟為何。當患者面臨疾病的污名和病痛產生的情緒如徬徨、恐懼、排斥等，患者無法和他人訴說

病痛，醫師則成為唯一能夠訴苦的對象；但是，由於對醫師的過度期望、依賴等情況，卻導致患者刻意性避開對自己不利的病痛訊息，以維持與醫師的良好關係。而當患者與醫師之間的互動關係同時呈現形象保護、社會關係等，患者對資訊的隱藏和自我保護程度相當嚴密：

C 患者：我後來諮商一年半結束之後，我那時候的情況也不是很好，但是我一直都沒有很坦承，我會把自己不好的一面掩蓋起來，大概就是這樣。

根據上述資料，患者與醫師的互動過程中，其並非積極扮演病人角色，從「打太極」到「形象管理」、「社會關係」，患者在疾病資訊的透露過程中往往有所保留，而保留的程度和層級也有所差異，以「打太極」為例，當醫師持續且長期與患者進行治療關係的建立，患者可能透露的隱私訊息較為可能；而「形象管理」與「社會關係」，則呈現患者主觀地對醫師的醫療身分進行主觀的詮釋，除非醫師能夠有所意識到患者的多元身分與實際的互動位置，否則患者則可能長期的對資訊進行隱藏。

第三節：救命仙丹 or 精神鴉片

一. 為何要服藥

1 效率

藥物治療可能存在各種副作用與風險，但對患者而言，藥物治療仍然是主要的治療方式，以 A、B 為例，患者真正在意的並不是藥物本身所帶來的副作用，而是治療效果：

A 患者：我覺得藥物治療還是有作用，藥物就像是抗生素，心理治療

就比較像是健康食品，我不認為不靠藥物就可以解決精神疾病的問題，藥物的使用還是有正面的療效，就像是急性期的治療。我相信藥物治療還是有一定的效用啦，當然會有副作用阿，就好像胃藥或其他藥物依樣，一定會有副作用，但是也會有一定的效果阿。

B 患者：以前人家都說吃藥會傷身，但是熬夜的情況早就傷了更多，我覺得如果要比較快達到幫助自己的效果，因為我自己也想了很久，想要找一個方式排解自己的情緒，可是想了很久還是沒有一個結果，所以我就覺得找醫師開藥，這樣會比較快……而且藥物可以幫助睡眠，那表示幫助真得蠻大的，而且我發現我的睡眠比較好之後，一些問題也改善了。而且就像是毒品、大麻也是藥，那些都是藥物，只是會上癮會對人有害，但是使用後心情真得會比較好，所以我覺得藥物會有一定程度的幫助。如果狀態很嚴重的話，有必要的話真得會服藥下去，比較有效率。

藥物治療的效益在於迅速解決患者所困擾的疾病問題，患者能夠在持續的服藥過程中，讓疾病能夠有效治療。但是對患者而言，真正的「效果」在於有效且迅速的將症狀得到緩解，患者對藥物治療的認知，傾向於緩解疾病症狀的工具，而非做為治療過程長期的重要策略。在訪談過程中，大多數的患者之所以選擇服用藥物，主要的原因在於藥物能夠有效地緩解症狀，但是藥物如何使用，使用的劑量如何，甚至是關於如何停藥，患者在藥物認知的部分，患者在實際服藥的過程中，並未總是遵從醫囑。

2 遠離病痛

患者對藥物的認知與使用方式相當複雜，患者在實際的藥物治療過程，其認知與用藥方式同時也取決於患者所經歷的病痛經驗，其中可能包含對疾病經驗所造成的恐懼、排斥、抵抗、消極等對應方式，以 C、D 患者為例，：

C 患者：因為我的焦慮和想死的衝動都還蠻嚴重的，所以說只要這樣的情況很嚴重的話我就會把安伯寧帶在身邊，安伯寧還蠻有效的，可能睡一覺就什麼都忘了，否則很可怕，要自己度過那一段很低落的情緒。我覺得藥物治療還蠻(嚴)……重要的，雖然很多人和我說藥物治療不好，很多人知道我的情況，他們都會反對我吃藥，他們會覺得吃藥是不自然的，我需要靠自己的力量，空虛的時候要自己想辦法振作精神，但是有時候不是靠自己就能撐得過去，如果說沒有安柏林的話，我應該早就死了之類的。就是不能藥完全不用的情況……因為自己不能預測什麼時候發生什麼事情，人生是無常的。

由於 C 對於存在感和個人價值保持較為悲觀的態度，C 認為這種消極的認知源自於自己的人格和個性，對 C 而言，藥物的效用不僅在於症狀的緩解，藥物同時可能是一種心理上的依賴。相較於藥物使用的風險與不確定性，C 更害怕的是當自己獨自面對憂鬱情緒和空虛感所帶來的負面態度時，寧願選擇長期的藥物依賴。相較之下，D 患者對自身的病痛經驗的詮釋，則是以相當激烈的方式呈現：

D 患者：那時候是想要有吃到死的想法，一口氣把藥吞下去，然後有時候被抓到，就會被洗胃，那時候有兩種情況，一種就是吃完馬上睡死，另一種情況就是吃完馬上吐，然後噁心的感覺跑出來，吃完之後排斥反應就出現了。我第一次吃是安眠藥混抗憂鬱藥，我後來才知道混藥就會有強烈的排斥反應……一口氣把藥吃完，然後就覺得他們(全部的人、醫師、朋友)會放過我……

不同患者對自身的疾病問題與病痛經驗都可能產生不同的困擾和詮釋，D 患者在藥物的使用與認知上，所呈現的反應相當極端，筆者認為，這與患者對病痛

經驗的詮釋有所關聯，患者在遭遇疾病的過程，可能對疾病有所抗拒和排斥，而當疾病與病痛經驗同時影響，患者在自我防衛機轉的情況下，可能會採取恐懼、抵抗、消極、自暴自棄等不同反應，而這也同時影響患者在藥物治療時的認知。

3 處境麻醉

服用藥物不僅積極協助患者治療疾病，同時也成為患者能夠遠離憂鬱、痛苦情緒的救命仙丹。儘管患者可能具備健康的藥物認知，但面對既有生活適應難題時，藥物是唯一的解決辦法：

E 患者：對我來說，藥物是不可能把心病治好，藥物是給我一些沉澱的空間，讓我有空間透過對談，透過這種方式把問題的癥結找出來。所以我不期待依賴藥物、或是吃越多越久就會越好，我覺得一開始是幫助我解決我當下最困擾的問題，讓我找到一些空間，有足夠的時間讓我能夠進行諮商……我覺得當吃藥形成依賴的時候就應該要中斷。

儘管 E 對於藥物的認知與使用，有相當程度的自制和反省能力，但事實上，E 仍然經歷相當長時間的藥物治療，而且藥劑量越來越重，E 在疾病惡化的情況下，仍然僅能依賴藥物做為最後消極的治療工具：

E 患者：我發病初期，第一次看精神科，醫生就開藥了……我曾經有過生理上的依賴，因為發病越來越嚴重，那時候就會心理承接到壓力，然後就越來越嚴重，而藥物也不是速效藥，然後我的狀態就越來越嚴重，所以我就把藥物當作速效藥來吃，就是像是一般人吃感冒藥一樣，結果劑量就會越來越大，結果就是狀況越來越糟。那時候抗焦慮劑、抗憂鬱劑都有吃，那後來狀況越來越糟的時候，那時候醫師又有點漫不經心，然後我那時候又一直找不到新的好的醫生，然後在漫不經心的醫生指導下，藥物越

開越多，然後狀況也越來越糟。常常送急診，因為每次我復發的病痛都一次比一次嚴重，到最後我沒辦法控制自己，但是從急診回來我吃抗焦慮的藥，藥量又更增加，然後醫生也沒有阻止我。

儘管 E 同時知道藥物所帶來的副作用，但是在找不到好的醫師與對既有生活困境無法調適時，E 所唯一能夠做的，就是吃藥：

E 患者：在我之後幾乎失控的情況，我發覺藥不對勁，因為藥物沒辦法幫助我，我心理就覺得不對勁的，可是我當下只好產生依賴，人是受到藥物作用扭曲比真正發病扭曲的影響還大。這裡我還不大會形容兩者的差別，但現在回想是感受得出來的。之後的服藥就可以感覺到，藥物對我造成的不是正面的幫助。而我因為信任感受到破壞，前男友的支撐也失控，最後轉成對藥物的依賴，就是藥量持續增加。藥服得越多人更加失控，但尋求不到其他支持，只好更求助藥物，擺脫不了，完全惡性循環。我覺得我沒有辦法離開藥物，可是又覺得藥物不好，我當時也沒辦法脫離我的壓力源。

E 僅能夠依靠藥物對症狀的緩解而進行消極的治療，藥物除了提供疾病積極治療的效果，患者可能礙於病痛與生活處境的遭遇問題，藥物也成為患者生活處境的一種麻醉藥。然而，患者在實際情況的藥物服用往往存在著高度的歧異性，而這也說明患者背後對藥物的認知和詮釋意義相多元且複雜。不論是追求藥物的治療效率、遠離病痛、或是消極的藥物使用，藥物成為患者較「可靠」的醫療資源之一，而在用藥過程中也體現相當程度的自主性；但是，患者在醫療過程中仍然接受藥物的治療。

二. 對藥物的兩種反應

患者在藥物治療期間，必須探究的問題是，患者接受藥物治療之後所呈現的生活狀態與生活處境，這同時患者如何去應對這些副作用與生活適應。

1 藥物是條不歸路

根據訪談資料顯示，其中部分的患者，皆經歷過藥物副作用所可能帶來的影響，其中包括嗜睡、噁心、暫時失憶等症狀，以 A、D、E 患者為例，他們皆承受相當長期的藥物治療與副作用問題，而這直接影響著患者的生活處境與日常生活的調適問題：

A 患者：就長時間的睡覺，但是我後來去其他的醫院才知道，原本診所開的藥太強了，那時我並不知道，後來另一位醫師才發現原本的醫師開得藥很重。依賴的問題一定會有，雖然我是不知道我是怎樣停止對藥物的依賴，但是那時候心情不好的時候，或是想要獲得別人的關心時，我就會以吃藥來博取別人的關心與關注……我的副作用就是頭暈、想睡覺，還有注意力無法集中，而這曾經影響我的學校生活與課業生活，我吃完藥之後就是不斷睡覺，有時候也無法正常上課……平均一天睡 12 小時以上，有服藥就不會睡不著，如果有太多情緒波動、自殘會增加藥物，但是要不要增加藥物其實跟醫師醫德有關……至於對副作用的情況，就是睡醒再繼續睡就是了。

由於 A 患者曾經有持續性的自傷行為，導致藥物治療的其中效用在於緩解患者生理、心理上所產生的壓力，而也因為藥效的關係，導致 A 長期處於昏睡、頭暈、缺乏注意力等情況，而這樣的症狀同時也為 A 帶來相當程度上的困擾。根據筆者的觀察，A 在長期的藥物服用過程中其實就是不斷地昏睡、睡醒、吃飯、繼續昏睡的過程，也由於副作用的關係，使得 A 在學校生活中無法專心地上課與準備考試，在相當長的時間，A 甚至是沒有能力去學校上課的情況，更無法談

及其他的社交活動與社會參與的情況。相較之下，D 患者則是長期服用安眠藥的關係，影響 D 在一天的日常作息無法正常且規律的運作，儘管 D 並沒有直接因為副作用而意識到自己的日常生活出現受到干擾，而是繼續服用藥物。

D 患者：安眠藥有分等級，我後來出院回診後才知道我吃到最高等級，我還是半夜三點多醒來，十點睡半夜三點醒來……我記得是昏睡、做夢的次數變多。事實上吃安眠藥反而讓我半夜醒過來，然後醒來就睡不著了，副作用好像是白天才開始，例如早上三點到六點醒來，吃完早餐之後又想要睡覺了，感覺睡眠是切一半的，白天睡一點，晚上睡一點這樣。就是時間感沒有那麼強烈，會覺得很漫長，那個時候我就會做一件事情，就是躺在草皮上，就是讓時間過去，然後時間到了就吃晚餐、然後看電視、睡覺……後來吃抗憂鬱劑就是感覺放空，我不會快樂也不會難過，就是放空。我沒有吸過毒，但是那種感覺就像是吸毒一樣，讓我整個人脫離現實的狀態。

患者在藥物服用之後所可能帶來的副作用，其實可能強烈地影響患者在日常生活的作息與適應問題，更重要地，在副作用與藥效之間，患者無法從中進行選擇，僅能夠消極性的服用藥物，以 E 為例，儘管 E 認知到精神科藥物使用的適切性與風險，但是患者在面臨疾病困擾與生活處境問題時，其實難以進行對藥物的取捨：

E 患者：我助眠劑有，一開始是吃史蒂諾斯、抗憂鬱劑、抗焦慮劑。抗憂鬱的一直是吃克憂果。我剛吃的副作用就是先躺著，起來就會暈或是會吐，然後史蒂諾斯眾所皆知的失憶的情況我也有……後來比較長期的副作用就是變胖，就是瘦不下來還蠻明顯的，服藥最大的影響是會變醜，就是會變胖，然後就會覺得自己很醜，所以出去的時候其實是可以正常社交

的，但是人會變得很冷淡，其實因為藥的作用就是讓自己比較無感，所以比較會變得自我中心，那時候其實是比較大的問題，因為那時候也失去了思考的能力，所以也不會想說到底怎麼回事。

E 由於長期且惡性循環的服用藥物，使得藥物的副作用問題直接影響患者的生活處境與遭遇，值得進一步討論的是，當 E 自主地選擇停止服用藥物時，其實對 E 產生相當長時間的後遺症，也由於長期不良使用藥物的結果，導致 E 不論在社會互動與工作的層面上，都面臨到相當程度的困擾：

E 患者：吃完藥我記憶力是空白的情況，可是在停藥之後，可能是因為解離的情況，我有一整年的情況是失憶，我不太記得……藥物的後遺症，我的金錢焦慮狀況是比別人嚴重的，是很嚴重的，一個月我有一個禮拜是脾氣暴躁，然後身體很不好，感覺是整個人變虛弱的，情緒也很不好。我嚴重的狀況是情緒起伏很大，不是很暴躁就是很低潮。另外的後遺症是，就是我的判讀能力很弱，我需要白話一點的文字，在生病之前那些艱澀的辭彙我可以理解，但是現在就比較不行。到現在我最害怕，我最難過的副作用是記憶力衰退……(與其他人)實際上是沒有辦法互動，那時候失憶的問題，就是應該是說影響我的社交，家人的互動比較沒有關係，因為就他們也就只能這樣。後期之後是醫生看不到，然後藥物服不好，然後狀況也不好，所以不可能去工作。

藥物治療本身同時存在高度的風險和不確定性，E 在服用藥物之後所產生的副作用與後遺症如嗜睡、變胖、記憶與判讀能力衰退等問題，同時影響著 E 的生活處境，如同 Glenmullen 筆下所討論的患者 Maura，由於過度服藥而產生生物功能失調、臉部抽蓄、強迫眨眼等副作用，導致 Maura 在家庭與工作上面臨各種困擾。E 的狀況則相當類似於 Maura，在訪談過程中，E 也坦承許多文字在短時

間其實是無法適應與消化的，有時候必須依賴身邊朋友協助。而其他副作用如失憶、變胖則導致 E 與害怕與其他人互動。

從上述 A、D、E 患者的服藥經驗來看，藥物治療與副作用直接地影響著患者的生活適應問題，儘管副作用的症狀以不同的方式體現在不同患者身上，但是對患者而言，藥物與治療之間的關係其實相當矛盾，患者一方面藉由藥物治療疾病，但是用藥後的身體反應與經驗同時也成為患者進行自我身分的再詮釋過程，患者藉由藥物經驗來認識自己的疾病狀態與患者身分(許崇銘 2007；林淑蓉 2006)。儘管藥物對患者而言的治療關係可能相當矛盾，患者藉由藥物治療疾病，但是又可能受限於藥物的使用而導致自我侷限(我吃藥，因為我生病)，但是當副作用嚴重影響患者時，患者其實難以對藥物治療有所取捨。而在藥物使用的過程，患者首要必須承受與面對的問題，並不是生活處境與生活適應等相關問題，而是副作用本身。換言之，當副作用嚴重地影響著患者，患者其實難以對生活週遭的問題有所應對與調適，患者所能夠做的就是承受治療過程所帶來的風險。

2 藥物有效協助病情

然而，藥物治療與患者的關係與實際情況其實相當曖昧不明，除了上述 A、D、E 患者之外，其他兩位患者，則是呈現相當不同的用藥經驗：

B 患者：主要的藥物是抗焦慮劑，還有助眠的藥，但是不是史蒂諾斯，只是一般的助眠藥……基本上就是按照醫師的劑量吃，但是因為劑量很低，醫師開藥比較有彈性，所以心情比較好的時候就可以不用吃，如果心情不好的話就多吃，我有問過醫師，醫師說沒有問題……因為醫師的計量開很低，所以都吃很低，副作用頂多就是想睡覺，但是也還好，抗憂鬱劑剛開始吃的時候會沒有食慾，但是之後就不會有這樣的問題了。

C 患者：之前醫師開的兩種藥物比較沒有印象，因為我覺得效果不是

很大，所以我也沒有很正常在吃，想到就吃，如果沒有想到就不吃，然後帝拔癲吃了之後只會讓我更焦慮，所以我沒有很喜歡，但是我也沒有和醫生講，因為我怕醫生會不開心，後來偶然吃到百憂解，就覺得還蠻不錯的，不會讓自己想吃東西，然後會很想睡覺……安伯寧對我來說是影響最大的，因為吃了之後就一片空白，覺得人生這樣子還蠻不錯的，很痛苦的時候就吃安柏林。很詭異的平靜，有時候活著好像就需要這樣子，因為沒有戲劇性的快樂或悲傷，就很麻木活著這種感覺，日常生活好像沒有什麼影響，只是那時候有人不知道我吃藥，就會覺得我詭異的平靜，就覺得我怪怪的……

根據 B、C 患者的討論，由於藥物對患者生活中所產生的副作用如相對較不具影響，患者在日常生活中較能夠適應，於是，在日常生活與生活調適的過程中，反而沒有遭遇到其他患者所呈現的問題和困擾，而在 B、C 生活處境中所面臨到的問題，其實主要來自於社會對精神疾病的污名化影響以及與家人之間的互動出現代溝，而非藥物副作用所帶來的問題。從 B、C 的用藥經驗也呈現藥物的使用也確實成為患者治療疾病與生活處境調適的重要幫助。

三. 知道了又如何？消極應對，逆來順受

總結上述五位患者的用藥經驗，其中可以發現藥物與患者之間的關係其實曖昧，如上述 A、D、E 患者，其服藥過程所帶來的副作用深刻地影響患者的生活處境，與對日常生活造成劇烈地影響，甚至是成為生活適應的困擾；但是 B、C 患者在服藥過程中副作用症狀較為緩和，所以導致藥物對患者的生活處境影響較不具影響，甚至是幫助患者面臨日常生活中情緒困擾的調和劑。然而，在這樣殊異的用藥經驗，並非意味著藥物效益與患者之間並沒有任何意義與關聯性。事實上，根據訪談的資料，患者之所以服用藥物的主要原因在於，藥物一方面能夠積極地治療疾病與治療症狀的緩解，另一方面也能夠消極地提供患者遠離情緒困擾

與生活適應不良時的麻藥或消極治療。這意味著，儘管患者了解到藥物本身可能帶來各種風險和不確定性因素，甚至是副作用和後遺症，但是患者在面臨疾病所帶來的情緒困擾與痛苦時，藥物是患者唯一能夠選擇的解套方式，如同甲醫師對於藥物主流的醫療困境，似乎顯得格外感嘆：

甲醫師：哀……有些副作用患者其實並不知情，並不會告知醫師，或是醫師並不一定會交代副作用，或是假設醫師告知藥物副作用，但是案主可能為了等待藥物治療的正面作用，而認為副作用是可以忍受的，這些都是有可能的。

然而，不難理解患者在藥物治療的過程中相當消極，但是藥物對患者更為深層的意義則是醫療處境的無奈：

A 患者：我覺得精神醫學有點封閉，像是心理健康或是精神衛教的問題其實都不太被強調，但是我覺得這反而是相當重要的。我覺得環境還是比較重要，像是環境、心理、生物，生物就好像是基因或遺傳問題，但是最重要的還是環境，因為如果心理不高興，但是處在一個比較好的環境，那自然疾病的問題可能就不會那麼嚴重。

在缺乏心理健康與精神衛教的台灣醫療環境下，當患者飽受疾病的困擾與害怕時，患者其實並沒有多餘的選擇，僅能夠透過藥物的服用來減緩痛苦，患者對藥物其實抱持某種逆來順受的態度。當副作用對患者並沒有產生困擾時，患者其實對生活適應並沒有太大的困擾，而當藥物副作用給患者帶來劇烈影響時，其生活處境上的調適與適應變無法成為患者所首要關注的問題，患者僅能夠承受副作用本身所帶來的影響。

第四節：所謂心理治療：專業的聊天場所、成長營

患者對「心理治療」的治療經驗呈現相當程度的差異，部分患者所接受的心理治療，僅侷限於精神科醫師所提供的治療模式；而另一部分患者，則是接受專業心理諮商師，並且進行長期諮商的治療過程¹⁵。

一. 醫師心理治療

精神科醫師所負責的心理治療，大部分皆涵蓋於問診、看診流程當中，而其中以表層治療、指導式治療方式為主流，以提供患者醫療服務。根據訪談資料呈現，患者主要的治療難題在於時間上的限制，以 A、B 患者為例：

A 患者：其實也不算是什麼心理治療(患者強調)，就是十五分鐘左右的看診時間吧，我當然是希望能講的時候就多講一些，反正只有十五分鐘，通常都會聊一些生活問題和狀況，醫師也會提供大方向或是建議，也有時候會聊過去的一些問題，心理治療的話，我認為精神科醫師只是比較負責開藥的東西，而心理治療應該像是心理師、心理諮商應該負責的。

B 患者：大概不超過十五分鐘，難過的話也是十五分鐘，大概不會超過，因為我和醫師說我的問題並沒有那麼複雜。如果我想講的話才會聊到過去的事情，不過通常都是聊最近的情況。其實我也蠻想聊聊看家庭，但是我不好意思佔用醫師太多時間，我有曾經問過醫師有沒有比較長的時段，但是醫師說現在這裡沒有請諮商師，可以用寫的方式，但是我比較懶

¹⁵ 根據訪談資料，五位患者在心理治療的醫療過程皆不相同。儘管 A 曾參與諮商師之心理治療，但為求助更快速的治療效果，而最終選擇精神科醫師之治療；B 患者僅是選擇精神科醫師之治療；C 患者則是因為過去曾接觸過心理諮商之相關資訊而選擇心理諮商之治療；儘管 D 患者曾參與過諮商師與精神科醫師之治療，但是成果不彰，D 最後選擇的則是透過另類(心靈層面)療法進行自我治療；E 與 C 的情況類似，選擇諮商師提供之治療，然而 E 的情況較為特殊，因為 E 不僅會自己主動上網找尋諮商師相關資訊，並且會根據諮商費用進行評估，相較於其他四位患者，E 相當主動且積極。而為了書寫的流暢性，筆者將醫師與諮商師範疇進行區分，並且分別探討上述患者的治療遭遇與治療過程。

所以也沒有寫。如果我覺得有相關就會說出來，但是關係沒那麼大就不太會。

由於時間的限制，患者每次看診的治療過程相當片斷，而在治療的互動過程中，患者與醫師的談話內容，較趨向於日常生活所可能面臨的困擾，而醫師再根據患者的描述提供建議：

A 患者：部分是聊聊生活的一些困擾和問題吧，也有些時候會聊過去啊。醫師當然不會給予明確且直接的建議啦，但是還是會為你的生活提供一些方向。醫師的話要聽，這些都是金玉良言！

B 患者：有專業的意見…與其得到一樣的效果，我可能要找很多個朋友聊過天，但是在這邊我就只要和醫師講，而且比較專業，而且他是醫師，所以比較客觀，有些話可以在這邊說，能夠得到比較好的建議，他會用一些心理學的觀點來和我解釋一些事情……因為和朋友聊天、每個人都有背景，他們都會給你意見，感覺好像自己去找江湖術士，因為他們也是我的朋友，所以可能不是那麼客觀、或是有偏見之類的，這樣就比較不專業，醫師就比較客觀。其實蠻期待的，就會覺得希望聽他說話，就算沒有講什麼，安慰個一兩句，這樣心情會比較安定，我覺得主要是這個功用。

A、B 患者其實呈現相當類似的觀點，心理治療的意義在於醫師提供較為客觀、專業的建議，而患者在其過程中也能夠達到情緒上的發洩、支持或穩定。

在時間的治療壓力下可能造成其中諸多問題。首先，患者與醫師難以共同參與較深層式的治療，而傾向生活適應或生活處境上的醫療建議；其次，醫師難以在短時間內理解患者多元的社會身分與生活處境，患者同時難與醫師建立有效的溝通與認識基礎，A 與 B 患者為相當典型的例子，從問診到治療的十五分鐘，患

者必須不斷地說話，並且主動地和醫師討論，並且詢問醫師的意見，才可能在短時間內得到所謂的「治療」。然而，患者在時間的限制內，要將疾病與病痛經驗確切地理解並且將訊息傳給醫師是相當困難的事情，而當醫師對患者的社會身分與生活缺乏理解的基礎，患者與醫師的治療過程其實是相當零碎、片斷的過程：

A 患者：至於心理治療的影響，有時候感覺沒實際的幫助，我覺得還是要靠自己疾病才會好……但是也會造成影響，像我就因為家庭的問題，導致我曾經很討厭我的家人，甚至有時候連聯絡都不想聯絡。他就和我說有一本書叫做家庭會傷人，我沒有看，但是我很在意書本的那句話，畢竟是醫師自己說的，我也一度認為問題是來自於家庭，也曾經很討厭自己的家庭……

不論醫師提供之專業意見、情緒上的慰藉，這不代表患者能夠適應既有的生活處境。儘管 A 長期和醫師進行治療，但是 A 沒有因為心理治療而讓自己的生活處境有所改善。A 聽從醫師的觀點強化自己對家庭所產生的怨懟，某種程度上拒絕與家庭溝通甚至決裂。在藥物副作用與病痛的雙重影響下，A 缺乏既有的生活支持和參與，而當家庭關係更為惡化時，A 在情緒、生活面向上皆面臨相當程度的困擾，最後在面臨疾病問題時，A 僅能夠依靠自己：

A 患者：我知道這一路走來很辛苦，要相信自己會好、要樂觀，走過了一切都會海闊天空……精神疾病並不是只靠拿藥、或是定期的諮商就會好，那需要時間還有相信自己，簡單來說，就像是天助必先自助的道理。

醫師根據患者提供資訊而進行醫療建議，而受限於看診時間的治療壓力，醫師難以全面評估患者的疾病與生活適應問題，導致患者在醫療場域中所建構的病人身分相當片斷，而患者過度依賴醫師所提供之醫療建議，也導致患者無法調適

病人身分與現實身分的差異性。從 A 的治療經驗出發，並不能完全歸咎於醫師錯誤的心理治療或心理治療邏輯本身，或患者本身缺乏治自我省悟的能力，而是在時間的限制下，醫師與患者無法進行互為主體的溝通模式。而面對病人身分與現實身分的差異性，患者僅能夠相信醫師提供的建議，而這種醫療的個人主義，不論是患者對病痛的詮釋、或是治療過程，其實也恰好反應出當患者缺乏任何醫療資源與會支持時所能夠依賴、相信的就只有自己。

二. 諮商師心理治療

相較於精神科醫師提供之心理治療，諮商師所提供之心理治療傾向於較為深層式的心理治療，以 C、E 為例：

C 患者：我的心理治療是一個小時，從大學看到工作，大概是一個小時，你想說什麼都行，醫生都會比較傾向聽我說話，會問我這個禮拜有沒有比較好，或這個禮拜有沒有要分享的事情。他其實不會主動提問，而是從我說的話有沒有矛盾或是鑽牛角尖的情況，然後再進行討論。

E 患者：常都是一個小時會讓我講，大概讓我一直講，講二十到三十分鐘，他一開始會引導我講話，然後我自己不是那種不講話的患者，然後我就一直講，然後他在做紀錄，然後再拋問題讓我說，最後再做總結或是反問我，讓我找到癥結點，大概我佔了 4/3 的時間，他佔 4/1 的時間。

不論時間、談話內容、互動關係皆相較於醫師所提供之心理治療更為長期且完整，醫師與患者皆扮演長期、穩定的治療夥伴，並依賴患者對疾病自我陳述：

C 患者：諮商最重要的，從對話的過程，是讓我看見我自己吧，因為以前沒有人可以和我這樣聊，和家人也不行，只能夠一直衝突，和精神科

醫生的對話，能夠看見我自己，我覺得其實重點不是他帶給你什麼幫忙，而是你能不能看見自己。而醫生提供的就是這樣的角色……我覺得有個出口，因為其實也沒有什麼人可以講這些話，而且講這些話的人也不一定幫得上忙，心理諮商的事情是讓你自已能不能看見自己，找到自己，而這一部分是還蠻重要的。我覺得像是一個鏡子的角色，他並不是提供專業能不能把你治好的角色，因為我一開始期望的是魔法能夠幫我治好，但是其實不是這樣，諮商師讓你自己看見你自己是什麼樣子，當你自己知道是什麼樣子，然後接受自己，然後大概就能夠學習處理自己的功能和角色。

E 患者：幾乎都談，因為我的遺傳、個性和發病的壓力源全部攤開來說，一些我打不開的心結，他會盡可能的引導我，讓我把壓力源講開。我是屬於那種憂鬱和壓抑的那種人，心理諮商最重要的功能在幫助我，把長年累積的壓力解開來，我很清楚的問題在那邊，原先讓我不知道怎麼講出來的東西，但是他讓我去想，讓我把他打開。

諮商師提供之心理治療，其治療目的在於協助患者理解自己，透過自己釐清疾病可能產生的相關因素如家庭背景、個性、人格等，並讓患者有能力面對疾病與情緒的困擾。醫師提供之心理治療服務傾向於生活調適與建議，深層心理治療則傾向讓患者自己思考，並且讓患者自己解決生活與疾病相關的問題。

但是深層治療的實際運作過程相當複雜，同時也存在各種醫療難題，穩定的治療夥伴同時讓患者對諮商師產生過度的醫療期待：

C 患者：我覺得我很想相信，可是卻又會故意做一些事情，例如我會故意討好醫生，然後我會講我好像比較好，然後說一些醫生開心的話之類的，但是有時候又會很討厭他，我覺得這樣的情況還蠻反覆無常的……會想要討好醫生，但是同時又很恨他，我比較沒有把他看成醫生，而是生命

中很重要的人……我表面上很討好，但是私底下就是可能很多事情都做得不一樣。在諮商的時候，我會很在意醫生的反應，然後去挑醫生想要聽的話說，但是也不會講出全部的事實，然後這點還蠻糟糕的……會有一直想討好他的想法。

儘管 C 曾接受長期且深層式的治療，但是實際的治療狀況，C 的生活處境並未因為心理治療而有明顯的改善：

C 患者：大概花了一年、兩年吧，可是我覺得這一年、兩年並沒有讓我完全看見自己，要直到後來很多的經歷，一個人的生活經驗，後來知道生活很艱難，父母也不容易，雖然還不能到接受，但是至少就可以體諒，比較像是這樣的情形……也不能說 OK 不 OK，我只能盡量避免衝突，因為我知道他們很辛苦，但是我還是不認為他們能夠接受真正的我，所以我和他們的通話，大概用視訊一個月一次，因為和他們說話其實還蠻痛苦的。

雖然 C 在心理治療的過程中，能夠理解自己和家庭、朋友之間的關係，為何對父母產生怨懟，或為何傷害自己等問題，但是這卻無法說明深層治療能夠真正協助患者面臨生活適應的困擾，在持續的訪談過程中，筆者得知 C 目前暫居於國外，直到遠離家庭的壓力源之後，C 才能以較開放的心態來面對自己的家庭，但是 C 也表示，如果能夠留在國外，那就會盡可能選擇國外：

C 患者：其實我會不自覺的想到台灣的生活，台灣的生活讓我很痛苦，我覺得在國外這邊的生活讓我很開心，我這邊有我自己的人權，我不想和家人講話，一方面因為我不想回想起台灣的生活，然後他們也提醒我很多現實，例如說趕快回來找工作、年紀不小之類的……但是我不是不能面對現實，因為其實在國外這邊的生活其實是蠻苦的，我也沒有和他們多

要錢，但是我可以接受物質上的艱苦，但是我不能接受別人精神上給我的壓迫，所以我不和爸媽講話，我也知道他們很辛苦，所以也不能去反抗他們，不能說你都不了解我之類的，這不是講真心話的時候……

根據 C 的治療經驗，在長期的心理治療過程中，醫師與患者的關係可能隨著時間趨於曖昧，特別是患者的部分。心理治療本身可能成為某種成長機構，患者在治療過程中得到某種心理上的支持、安慰，但是這並不表示患者能夠對既有的生活有所調適。

患者與醫師治療關係的模糊與曖昧同時可能影響患者對治療的認知，而這也導致患者在治療過程中所呈現的盲點，也就是同時理解自己的缺陷與痛苦時，並且以「取暖」的方式達到安慰，換句話說，在治療的談話過程，患者可能同時遊移在理解自己與自我安慰之間，當患者面臨較為尷尬、不安的思考議題時，那麼可能就會尋求諮詢師的安慰與說明，而當患者面臨現實生活的苦難時，卻又可能一相情願地將所有的苦難刻意地詮釋於病痛來源：

乙醫師：原則是希望患者能知道自已的問題怎麼來的，或是自己能夠去處理、化解內在的問題。但是，怕就是患者誤解醫師的意義，成為某種藉口或理由。這其實要講到人性的問題，人性其實都是自我防衛和自我保護的，例如我說的話患者只聽一半的，很多類似的情況也有。可能源自於人性總是自私的、自我保護或自我防範的情況，很多情況人會因為自我保護的情況，就類似生和死，如同佛洛伊德所說，人都會自我保護，會產生所謂的防衛機轉，然後自我合理化的想法。都是別人的錯，而問題不在於自己，當然也可能是個性使然，或是有意無意故意地避開自己的不舒服，有意識的不願意去面對，這樣的情況也有，這可能是潛意識或有意識的情況。

此外，長期且深層式的心理治療過程，患者所面臨更大的問題在於言說的過程，是否應該自我揭露、揭露的後果會是什麼、又是否有能力承擔等。以同樣接受深層治療的 E 為例，患者對治療所面臨的問題反而來自於病痛更深層的情緒困擾：

E 患者：我當下最大的問題是，我很容易講，但是我不喜歡把我的情緒表現出來，每次講到情緒要出來的時候，那是我最痛苦的時候，可是那是必須經歷的過程，因為我要把我的情緒表現給陌生人看，我有因為這樣逃避了一陣子，因為他把我的情緒引出來……直到了最後我自己心理做最好的建設之後，才回去找他。那時候還記得第一次的時候我很惶恐……因為諮商師是不願意等我的，我可以思考，但是他希望我情緒出來的時候就不要停下來，如果我要想的話是可以的，但是如果我中間的情緒，不論是憤怒或是哀傷，如果情緒出來就不能停下來，也是因為這個關係，幫助是很大，可是我花了蠻大的時間去調適這個問題。

根據 E 的治療經驗，患者在接受治療的過程，需要相當程度的努力，患者必須正視自己的情緒和不悅經驗，並且透過言談的方式展現自己，讓患者能夠理解自己、與自己所處的身分位置：

E 患者：其實諮商給我的幫助是讓我比較懂得不和這個結過不去，那時我們得到得結論是沒有辦法的，就是和家人之間溝通的代溝，那不是輕易可以跨越的東西，所以我能做的就是放過我自己在這部分的堅持。那時候其實我們諮商，我們談到最後對我們諮商，最有幫助的是，就是我要和我的家人拉開距離，因為家人雖然那時候很關心我，但是那卻變成我壓力的來源，所以其實並沒有算是溝通或是增進溝通，反而是我就和家人整個狠狠地斷絕掉。這樣我的諮商才能夠往前走。然後到現在其實我也沒有很

用力的去做溝通這件事情，但是至少可以不要讓家人造成我的壓力源。

但是，患者在心理治療的過程中，確切地理解自我並不能說明患者能夠改變既有的生活處境，或是讓原本所面臨的生活問題變得更好：

E 患者：可是就諮商的結果來說，我其實是好的，我切斷其實是好的，因為如果我和家人有聯繫那會造成我的壓力。應該怎麼說呢，應該說是我長久累積的問題解開了，但是我那樣的做法最後只能注定走向壞的結局。那時候經濟或是其他的，都是我前男朋友在支撐的……撐不下去的時候就不要撐，因為我和我前男朋友都快撐不下去，但是都硬撐，到最後兩個人都垮掉……

E 的生活處境與治療經驗所呈現的是相當矛盾的狀態。儘管 E 強調諮商的結果對於病情是好的、有幫助，但是在諮商之後，C、E 皆面臨共同的難題，不僅在於家庭與壓力源之間的關係，更重要地，當患者實際的真實身分與諮商過程中所想像的身分有所差距時，患者僅能夠以避開壓力源的方式來幫助自己的疾病、情緒問題，但是避開壓力源所帶來的後果可能更為嚴重，以 C、E 為例，在與家庭關係決裂之後，患者所能夠依靠的就只有自己：

E 患者：那時我選擇狠下心來切斷所有跟家人的聯繫……我消極對待我的家人，我不是因為受到壓迫才需要疏遠的，我是因為感覺到快要窒息，才覺得疏遠一點比較好。我的家人也消極對待我，實際上整個家裡也只有我對我自己的病況最清楚，而我也認定他們無法理解的……他們並不相信我。而我也因為他們的不信任，越來越往失控走，不信任因此越來越深，完全惡性循環。

根據 C、E 的治療經驗，說明患者在心理治療過程中的高度複雜性，不論是對醫師陽奉陰違的刻意討好、隱藏，或是對內心病痛的排斥與逃避，這些病痛經驗同時發生在諮商師的治療過程當中，進一步地影響患者在治療之後所呈現的身分適應與生活處境。而當治療場域中，患者接受自己、理解自己，並且發現自己的疾病問題時，這僅能夠意味著患者在會談室中得到自我成長的效果，並不能說明患者真得能夠應對和調適實際在日常生活中的所面臨的現實難題，患者僅能夠以逃避、忽略、斷裂、反抗等極端的方式遠離壓力源，而無法透過心理治療幫助並且改善生活適應所面臨的難題。

然而，患者無法適應生活處境之問題並不能完全歸咎於患者對治療過程的認知不足，相對更應該去理解的部分，則是患者在治療過程背後所呈現的病痛經驗與患者身分，患者並非不能理解治療的意義和效果，只是當患者離開治療場域時，患者仍然孤獨、害怕面對既有的生活困境與疾病問題，而這些痛苦的根源與不願為人所理解的情緒，都隱藏在治療過程背後但是卻又悄然發生在治療場域之中。

三. 最不對的地方，就是嫌自己不夠好¹⁶

不論醫師或諮商師所提供之治療服務，患者在其過程皆可能面臨各種醫療難題，以精神科所提供之治療為例，在時間的限制下，治療過程包含問診、看診等十五分鐘，患者與醫師之間難以建立有效地共識或互為理解的溝通基礎，在這樣的情況下，醫師對患者身分的理解其實相當有限或是依憑經驗進行判斷，而非主動、深入理解患者的社會身分與生活處境問題，而離開會談室之後，患者也僅能透過醫師零碎、片斷的建議，重新面對複雜且多變的社會生活。儘管諮商師所提供之治療服務，相較於醫師固定會診上有更充足的時間，但是這並不表示患者能

¹⁶ 該標題引用自某位患者在面臨極度痛苦的病痛纏身時，所紀錄下來的文字敘述，其內容主要描述患者在生活處境上所面臨的種種問題，而筆者認為這同時也發生在患者進出會談室所呈現出的情緒和掙扎。而這樣的掙扎同時影響著患者離開會談室之後，所面臨的身分適應與生活調適之難題。

夠在長期的心理治療中得到生活處境的適應能力，以 C、E 患者為例，儘管患者接受長期且深層式的心理治療，但是這也意味著深層治療對患者可能產生各種治療風險，患者在治療過程中，不論過度期望與諮商師所建立的治療關係或害怕病痛情緒影響患者本身而選擇逃避，這些都影響患者在實際治療過程中的醫療身分；導致患者對心理治療的認知傾向於專業聊天場所或成長營，而忽略對現實生活、現實身分的考量和調適。而當患者在治療過程中的自我理解，與現實身分中的生活適應往往有所斷裂，患者僅能夠以消極的方式回應現實生活的諸多困難。

必須進一步說明的是，患者在心理治療中的實際位置具有高度的歧異性，每一位患者對治療經驗與治療認知也相當複雜，某種程度而言，患者同時身處消極／積極的身分位置。患者在醫療場域中所面臨的消極困境在於，患者對精神醫療等相關資訊相當有限，其次則是患者是否「能夠」接受治療等問題：

E 患者：我覺得用中西醫的譬喻還挺適合解釋的。精神醫學代表西醫，哪邊出問題開哪邊的藥治療，頭痛醫頭腳痛醫腳，有腫瘤就切掉某種激素過度生長就壓抑。給定一個可以解釋病因形成的科學理由，然後解決它。但患者生病其實需要的是中醫看法，聞問望切，不只關心病灶、生活作息或習慣也需要了解。有時候腳痛其實是由於貫通全身的某條經脈，在頭部處出現壓迫造成的。而為什麼頭部會受壓迫呢？可能姿勢不良、飲食攝取不良...之類的。我覺得精神疾病是個綜合性的科別，需要像中醫一樣的看診角度，但卻被西醫歸類為專科治療。困擾就會變成病因其實來自於頭，但診療方式卻是去醫"顯現病況"的腳。剛開始可能有用，但根本不除，還是會復發……從我的例子可以看出，台灣的心理治療，開藥跟諮商是分很開的，兩者治療管道的溝通橋梁居然是病患本身。他們各自為政，只負責病況的某部分治療而已，我懷疑這樣不看全貌的做法對病患能有多大幫助……

在諮商與精神科分殊發展的情況下，只能夠靠患者自己去互動和蒐集資訊，對於較被動接受資訊的患者而言，儘管他們知道自己生病，但是究竟選擇看診所還是醫院，又該選擇哪種治療方式，患者其實並沒有太多選擇。然而，患者在治療場域的過程中仍然有相對的自主性，患者亦同時遊移在依賴／慣例、自我省悟／零碎身分、真實／想像等多元身分當中，患者在實際的治療過程，對於疾病、自我與世界的認識，其詮釋的主體仍然在患者身上，患者可能同時接受，也拒絕醫師的治療建議。但是，相當弔軌的部分在於，不論患者對自我詮釋的意義為何，患者仍然被迫以自我疏離的方式回應生活處境所面臨的問題，或極端、破壞、忽略的方式回到現實的身分位置。筆者認為，實際根本的問題在於患者其實無力改變現實生活中既存的困境，而生活處境卻是為醫療場域所忽略時，患者或許能夠理解自己或自我省悟，但是面臨生活處境的適應問題時，患者仍然必須獨自面對病痛與惡耗，被迫獨自走向醫療的個人傾向。

第五節：患者病痛與多元身分

根據五位患者的醫病歷程，儘管 A 曾經接受過心理諮商，但是為求更有效率且積極性的治療，於是選擇精神醫療。但是在與醫師的互動過程中 A 礙於對疾病的排斥與形象管理，致使 A 有保留地和醫師進行互動而未透露完整的疾病與個人資訊。而在藥物的使用上，為求立即且有效的治療，儘管藥物的副作用確實干擾 A 的日常生活與社會生活，A 依舊服用藥物，並且在一段時間後才意識到藥劑量過重的問題。而儘管 A 定期接受醫師所提供的談話治療，醫師同時協助 A 釐清自身的疾病根源與問題，但是 A 卻礙於病痛經驗與自我防範的情況，致使 A 在心理治療過程中的身分建構，無法協助 A 有效適應既存的生活難題，導致 A 與家庭的關係更為惡化；儘管 B 與醫師的互動礙於時間的因素仍然相當有限，但是相較於 A，B 的憂鬱症狀較輕微，而疾病的根源與產生因素也較為單純。在選擇求醫之前，B 透過台大電子佈告欄-PPT 憂鬱症版的網路資源，從中選擇符合自己需求的醫療診所與單位。而該診所提供之醫療資源並非以藥物為主，而是透過

談話治療協助患者，於是 B 並未有明顯的藥物副作用問題；C 則是為與醫師建立良好穩定的社會關係，而呈現刻意討好或隱瞞的情況。C 因為害怕病痛所帶來的空虛感，於是選擇用藥，藥物並未帶來強烈的副作用問題，但是 C 也坦承，如果條件允許會將藥物隨時帶在身上。C 因為曾接觸過心理學等相關知識而接受長期的心理諮商，C 也能夠意識疾病根源的一部分來自於家庭，但是 C 與家庭之間的關係仍未有效改善，C 對家庭的態度較為消極，並且表示如果可以的話便盡可能地留在國外(C 目前留居倫敦，大致一個月一次透過網路與家人聯繫)；相較於其他患者，D 的治療經驗則較為特殊，由於 D 對疾病的恐懼、排斥與自殺的衝動，D 故意的大量用藥，甚至是將不同的精神科藥物混合服用，儘管 D 知道這可能為自己帶來不良後果。儘管 D 曾經接觸過醫師提供之談話治療與心理諮商兩種不同的治療方式，但是 D 最後則選擇另類醫療，透過瑜珈或其他靈性的治療方式協助自己改善病情；對 E 而言，精神科醫師僅是提供藥物的管道或媒介，而真正的治療效果則在於心理諮商(E 主動且積極的尋求相關諮商資訊，而後找到自己較可以負擔的諮商師管道)。儘管 E 明確理解藥物的副作用嚴重對自身造成困擾，但是在缺乏其他社會資源與既有生活困境的不適應等情況下，E 僅能依靠藥物對疾病與症狀的控制。而在心理諮商的過程中，E 認為最大的難題在於負面情緒與他人的透露與表達，儘管心理諮商協助 E 釐清疾病的根源，但是如同上述 A、C 患者的情況，E 與家庭之間的關係卻並未因為病情的釐清而得到明顯改善。此外，E 除了面臨與家庭之間的疏離(家庭消極對待 E，而 E 也消極的對待家庭)，同時也面臨過度服藥後的後遺症如判讀能力下降、暫時失憶、易怒且有自殺念頭。

從患者產生病識感、選擇求醫，與醫師的互動過程、以及接受藥物和心理治療之過程與經驗，筆者試圖從中勾勒患者在醫療場域中的實際身分與位置，並且理解患者的生活處境與適應問題。其中，患者有一定能力進行自我理解與疾病的認識，當患者無法依靠自己的能力解決疾病問題時，最後才選擇求助精神醫療；但是，在與醫師的疾病建構過程中，患者透過語言的互動，隱藏疾病、生活處境等相關對自己不利的重要資訊，而這些資訊往往關聯到患者的私人領域範疇，醫

病關係同時也承載社會關係；而在治療的部分，患者對藥物的認知影響患者在服用藥物之後，如何面對副作用、生活適應問題。立即緩解症狀、消極的治療與依賴、甚至是對生活處境的麻痺作用，這些都影響患者對藥物治療的反應，患者大多，寧願承受副作用所帶來的風險、生活困擾，而無法應對疾痛、生活處境之困擾；最後，不論是何種範疇的心理治療，患者對自我、家庭、社會的詮釋意象皆有其相對自主的選擇權。患者在接受治療過程中，可能武斷地理解醫師所提供的建議，導致片斷、零碎的身分建構，或患者能夠自我了省悟，理解疾病與痛苦的根源，並且重新建構患者身分，但不論患者遊移在依賴／慣例、真實／想像等身分建構中，實際上卻仍然無法面對既有的生活困境與難題，更遑論患者能夠適應生活處境之難題，並且改善。

儘管患者的疾病認知、醫療互動與治療認知相當多元且複雜，每一位患者都有一段屬於自己的故事，患者獨自面臨痛苦與掙扎的病痛歷程，但仍然難以適應、改變現實生活中的處境與遭遇。筆者認為，儘管患者在醫療場域的身分位置是如此複雜，但如果從後設的觀點進行理解，患者的身分可能必須回到患者的病痛經驗進行理解。當患者得知自己罹患憂鬱症，必然走向一段不斷受苦的病痛歷程，而在精神衛教與精障人權仍待改善的台灣社會環境下，精神疾病與正常的區分過於武斷，而忽略了精神健康與心理健康之實務問題，導致患者同時必須獨自承受疾病所帶來的痛苦，承受病痛之時，患者僅能依靠自己尋求醫療管道與求助，並且隱匿於醫療場域之中，不為任何人所理解。於是，患者在獨自承受巨大的病痛與害怕時，患者所能夠面臨、處理的問題，則是自己與憂鬱本身，而生活處境與調適則成為較次要的問題。

第六章：結論

第一節：憂鬱症的憂鬱

當醫師面臨健保制度論量計酬的限制與過多的患者數量時，醫師與患者互動的時間必然有所取捨，而醫師為降低患者對疾病的排斥與對醫師產生敵意等心態，在與患者的互動過程中則較傾向由患者對疾病進行自我陳述，醫師在其中扮演較為被動的位置。另一方面，患者與醫師的互動方式則是關注於自我的形象保護或是維持與醫師的互動關係，而在時間的壓力與限制下，致使患者並未能夠有效地與醫師互動和透露疾病資訊，而醫師也難以窺見患者的全貌與複雜性。而在治療策略的選擇與取捨面向上，醫師由於治療效率與降低風險的考量，傾向以藥物治療的方式對疾病與症狀進行控制，而患者同時也期待藥物立即對症狀的緩解功能，致使藥物治療成為主流。

從醫師與患者之間的互動，與疾病的診斷和治療過程，醫療困境說明儘管不同醫師具有高度的醫療反思能力，但是仍然必須在時間的成本與治療效益之間面臨兩難的取捨，而患者的多元身分則反映患者在醫療過程中的真實面貌，在實際的醫病互動中患者呈現各自的醫療認知與期待。醫師與患者皆期待透過正規的精神醫療治療疾病，但是在醫療場域中的醫師與患者皆呈現各自的需求與認知差異，在進入醫療場域之前，患者缺乏對疾病本身、衛教知識、醫療困境等相關資訊的理解；而在醫療場域之中，患者礙於病痛的污名問題與困擾而對精神醫療產生過度期待、隱匿、陰奉陽違等關係；以及離開醫療場域之後患者的身分適應與既存生活困境仍然無法改善等情況。從診斷到治療的醫療過程，複雜地交織出患者的社會圖景與真實面貌。

同時，在時間有限性與治療效率至上的醫療場域中，為求醫病關係的穩定、藥物治療的主流認知、與患者對醫療過程的期待等，醫師同時也面臨許多難題與困境，並且遊走在常規與非常規之間的治療策略。而所謂的治療關係與過程，其

實如同 Barbour(2002)對於傳統精神醫學的反思：

對於可以被視為精神性疾患的一些生理或情緒性的主訴，醫師很容易地會把注意力從主要的原因，那些由個人生活際遇造成的問題，轉移到結果……症狀被用來診斷和當作基本病理，而不是原因。例如，感覺憂鬱（「憂鬱症」）……焦點就集中在醫生知到什麼及做了什麼，而不是病人知道什麼及能為自己做些什麼。現在的醫療模式剛好滿足了這點，因為每種病痛都有一個對應的名稱及治療方式。那正是病人所期待的；那正是病人所得到的；那也正是醫生想要提供的……診斷與治療才是許多人所認為醫療的主要目的。

值得令人深思的部分在於，或許真正的「問題」無法藉由傳統對精神醫療的主流批判而得到解答，Barbour 所呈現的醫療困境並非集中對醫師或患者一方進行批判；而是呈現醫師與患者在醫療過程中扮演同等重要、甚至可以影響醫療成效與實踐的重要行動者。如果醫師多花點時間在每位患者身上，或患者能夠主動尋求醫療協助並且以積極的身分對疾病詮釋，那麼醫療困境也並不是完全不可突破的醫療牢籠。

但事實上，憂鬱症患者更深層的憂鬱並不僅侷限於社會對精神疾病的歧視問題；患者將最後的希望求助於精神醫療，但是在資源有限與追求效益的醫療困境中，患者卻面臨醫療處境的各種難題，疾病化的醫療邏輯卻導致患者在生活處境的適應面臨更嚴重的困境，患者不僅面臨憂鬱疾病本身所帶來的病痛，同時必須長期忍受藥物副作用與既存生活困境所帶來的惡耗。而在缺乏心理健康與精神衛教的台灣社會中，患者的生活適應在面臨高度風險與不確定性的情況下僅能夠自求多福。儘管，醫師仍然在其醫療困境中面臨難以取舍的難題，但以疾病、症狀為主的醫療模式所形成共構的疾病關係，最終導致的結果卻是患者必須孤獨地承

擔所有的疾病與惡耗¹⁷：

患者：對於未來還是茫然，一下子悲觀，覺得世界末日早點來好了……覺得喪失了與人交往的能力……希望自己能做個知足、溫柔能體諒的平心靜氣、善良人……對不起很多人很久了，自己也黑了……尋找工作已一個禮拜，卻覺得像是一個月一樣漫長。這樣的等待、這樣的焦急。失望、希望、失望、希望，人很氣餒、自暴自棄，但還是要儘快振作。

如果可以，那就找個好醫師；找不到好醫師沒關係，藥物副作用不要太強；副作用太強也沒關係，只要能夠讓疾病好起來……這似乎成為每位憂鬱症患者內心所掙扎的過程。此外，從診斷到治療連續性的醫療過程，事實上每位患者所呈現的治療歷程皆相當歧異，而這恰好說明患者在醫療場域中的實際面貌。患者在治療過程中其實皆有其不同的病痛經驗與治療認知。筆者認為，唯有更深進一步理解患者背後的病痛經驗與困境，才可能理解患者在醫療場域中的實際身分為何如此複雜。不論是對病痛的恐懼與徬徨、疾病帶來的痛苦、患者對醫師資訊的隱匿、治療的多元意義與詮釋等，患者在醫療場域與生活處境所呈現的面貌其實相當徬徨、害怕，患者大多無所依靠、逆來順受。而釐清患者在醫療場域中所扮演的醫療角色與多元身分之所以重要，在於協助我們如何慎重地看待精神疾病與精神醫療相關難題，不論對醫師或患者，憂鬱症並不僅是某種精神疾病，更重要的則是患者在疾病背後所面臨的醫療難題與社會困境，憂鬱症與憂鬱症患者是兩個關係密切但是卻又更為複雜的問題。

第二節：研究反思

從診斷到治療，憂鬱症患者的醫病歷程呈現幾個重要的理論議題與脈絡，筆

¹⁷ 經訪談對象同意，引用自某位罹患中度憂鬱症患者在飽受病痛所苦的文字紀錄。

者分別從醫療困境的制度層面，共構的疾病關係與醫療策略，以及患者的多元身分等面向進行討論。

一. 健保制度與醫療限制

台灣健保制度的特殊性同時影響精神科醫師對待疾病與患者之關係。針對健保制度與醫病關係相關文獻的討論，總額支付制度影響醫院和診所對成本的管控與績效壓力，醫師在治療疾病與醫療照顧的同時仍需考慮醫療支出的成本，而間接影響患者之就醫權力(熊心如 2005)。而論量計酬的制度性限制則導致醫療品質逐漸下滑，醫師與患者之間的互動關係如同商品交易(蔡維音 2002；吳惠林 2008)。此兩者同時影響醫師與患者之間的互動關係，醫師傾向以患者的人頭數量做為優先考量。同樣的醫療困境也發生於精神醫療場域之中，如同甲、以、丙三位精神科醫師對醫療制度與藥物使用的觀點，健保制度的論量計酬影響醫師對患者的看診與問診時間的壓縮，而在時間有限的難題下，醫師同時被迫有所取捨，以短時間與看重點的方式評估、診斷、治療患者。

然而，時間有限性所帶來的影響可能更為深遠，憂鬱症不同於其他一般生理疾病，患者往往需要更長的時間給予關注與照顧，而當醫師缺乏時間與患者互動時，患者也可能因為醫療服務品質的高低，如醫師是否認真傾向患者的聲音或是慣例性的問診與治療等情況，影響患者選擇透露疾病資訊的多寡與對醫師的互動情形，而導致醫病關係之間的不確定性，造成醫師在疾病的探究過程更加隱晦與困難。

二. 對「醫療化」視野的再思考

1 對醫療化視野的反省：

根據醫師與患者之醫療困境與治療經驗，本研究首先針對「醫療化」命題進行反思，並且針對「醫療化」觀點所限制的部分提出不同的解釋與研究觀點。早期反精神病學理論 Szasz 便以「醫療化」一詞針對精神醫療進行批判，而台灣精

神醫療之醫療化研究，其主要集中於醫療專業體制與商業主義之壟斷(徐子婷 2012；鄭峰齊 2010)，或考察患者受限於醫療制度下的治療經驗(許崇銘 2007)，以及醫療場域中醫師的專業權力控制(孔健中 2008；嚴弼群 2010)。而透過上述精神醫療之醫療化觀點的討論，其主要呈現台灣精神醫療之專業壟斷與藥商利益共謀等特質，而患者則受限於媒體與醫療論述的控制。從醫療化論述所描繪出的精神醫療狀況，患者被描繪成為消極治療的「受害者形象」：患者在面對國家、醫療、與媒體論述的滲透下似乎無能為力，而在遭遇與治療疾病時，患者則淪為藥商與醫師利益下的犧牲品。但是透過醫療化的觀點與論述，則無法較清晰地呈現患者與醫師之間的互動如協商、合作、妥協、質疑等醫病關係。其次，針對台灣精神醫療之發展與現況提出分析與建議，確實也提供醫療服務者不同的省思空間，但是過度的批判卻可能並無益於患者與精神醫療之改善。更重要地，患者在醫療場域中的實際面貌，與患者和病痛經驗之間的複雜性與其醫療認知往往為人所忽略。而根據五位患者的醫病歷程，患者在醫療場域中與醫師的互動與治療關係，其實也有相對較為自主的部分，如患者主動收集精神醫療之相關資訊與資源，或對醫師的執業能力進行評估等。於是，針對「醫療化」命題之反思，醫師事實上也同時具備高度的反思與批判能力，而患者的病痛經驗則導致患者的醫療身分更為複雜，醫師與患者各自礙於自身的醫療認知與資源需求，並且在各自的醫療情境與脈絡下進行互動，醫師與患者之間的權利互動關係也並非全然的由上對下般的絕對。

2 醫病互動：共構的疾病關係

針對醫師與患者之互動與醫療決策之過程，研究發現，患者扮演積極且重要的醫療位置，患者根據自己的醫療需求而選擇不同的互動與治療方式。而患者不論在與醫師互動或治療策略的擬定過程等，其醫病關係則呈現一種「微政治」的互動關係，醫師與患者在醫療場域中依據各自的醫療需求與認知，相互進行考量與評估，而後各取所需。而這也回應 Dubos 與 Barbour 對現代醫療與臨床醫學困

境的反思，在充斥「magic bullets」的醫療社會分維中，不僅是醫師可能傾向以藥物為主要的治療方式；另一方面則是患者對藥物治療的期待，也就是立即性的對症狀緩解功能。根據五位患者的醫療經驗，患者由於治療效率、對病痛的害怕與恐懼、對現實處境的無奈與麻痺等考量，導致患者同時將藥物視為一種重要的治療工具。於是，透過 Dubos 與 Barbour 對醫療社會的分析，真正關注的焦點並不侷限於醫師之醫療專業或技術專業問題，而在於患者於醫療場域中的醫用身分與需求，同時形成對疾病的一套治療關係。

三. 患者的多元身分：污名與病痛經驗

患者所具有的多元身分與主體性同時影響患者於醫療場域／醫療場域之外的醫療身分。在醫療場域之中，患者所扮演的醫療角色其並未如同早期 Parsons 討論的病人角色(sick role)，患者於醫療場域中僅處於較消極且被動的位置。相對地，不論是對醫療資源的求助或與醫師之間的互動，患者於醫療場域中所扮演的角色，則是呈現多元的身分與主體意義，患者在其中皆有各自的醫療需求與對疾病的治療策略。

不僅於此，針對患者的醫療需求與疾病認知，如傾向疾病症狀的探究、對個人訊息的藏匿、與渴求藥物治療等情況。筆者認為，唯有透過理解患者的疾病遭遇與經驗，才可能進一步釐清患者的醫療處境與身分。而 Goffman 與 Kleiman 的理論視野則提供對患者多元身分的重新認識與思考，Goffman 對於可貶者的詮釋與分析，不僅說明疾病的複雜與社會文化因素，並且更細緻且微觀的處理背負污名身分之人與社會和他者之間的互動關係，而 Kleiman 則是在醫病互動的層次上，進一步呈現疾病特質背後，患者的情緒與感覺同時也在醫療場域中扮演重要的因素。A、C 患者對醫師之實際互動與醫療經驗，則如同 Goffman 與 Kleiman 的討論，患者對疾病的污名與對病痛的多元認知，同時積極影響患者對醫療的認知需求與對醫師的實際互動。

最後，在心理治療過程中患者的身分認同與適應，以致於離開醫療場域之後

患者對既有生活難題的適應與重建，患者的醫病歷程究竟說明了什麼？從身分建構與認同到對既存生活困境的反抗、破壞、忽略等極端方式，這些線索似乎呈現患者更為深層的意義，如同 Simmel 對現代性的身分認同與社會交往(sociation)的形式分析，Simmel 以「距離」為例，說明現代性風格所呈現的一種特殊的生活方式，社會成員對陌生的他者與對自我的目標與價值，隨著現代性進程的發展，導致現代人的自我與身分認同逐漸趨向斷裂且零碎(Simmel2007；北川奈子2002)。從 Simmel 對現代性的討論進一步地延伸，同樣地，患者於醫療場域中所建構的身分認同與既存生活適應中的實際面貌之關係，同時也呈現相當曖昧且混沌的身分不明確，如同 A、C、E 患者的心理治療經驗與實際遭遇，對患者而言所呈現更大的問題在於儘管患者擁有多種不同的醫療與社會身分，但是這樣的多元身分卻導致患者面臨既存生活困境時，患者的自我詮釋與身分詮釋產生矛盾與混亂。

第三節：研究限制

透過這份研究，筆者藉此反省傳統醫病關係與病人角色理論之命題，並試圖呈現患者在醫療化的實際過程中，不論對疾病、治療之認知與實做，患者的複雜性與多元身分皆可能影響求醫過程的實際效果，患者在其中並非完全消極且被動接受醫師訊息，而是在其過程中擷取、轉移、模仿自己所需的資訊與意義，並不斷地重建患者自身之身分認同與生活適應。

必須強調的部分，本篇研究的立場並非要否定精神醫學的貢獻與專業知識，而是試圖從醫療社會學的視野針對病人的問題進行反思，重新反省患者在醫療場域中所遭遇到的實際問題，這才真正構成研究必須思考與回應的問題。在這裡，筆者相信對待「疾病」的態度不僅僅是「根除疾病」而已，而更需要的是「健康」，這必須仰賴醫生與病人之間的溝通與合作，而醫生作為醫療專業者對「患者」的想像與態度，也都是必須反省的課題。相信透過這份研究或許能夠帶給醫療專業

與患者有不一樣的思考空間，並且更慎重的看待精神疾病等問題。

而在研究限制的部分，筆者必須坦承研究過程中所面臨到的難題。首先，由於本研究主要探討醫師與患者之間的醫療策略與應對過程如醫病關係、醫療策略、藥物治療、與身分適應等問題，而較少深入探究醫師本身所身處的醫療環境如台灣特殊的精神醫療健保制度結構與醫療市場等。這確實是相當遺憾的部分。若有足夠的時間和相關醫療背景，筆者希望從實際醫療場域的經驗出發，進一步探討台灣精神醫療的醫療產業與制度層面相關議題。

其次，同時礙於精神醫師的專業團體與精神疾病所特有的污名問題，筆者在進行訪談對象的田野工作並不如預期。針對醫師的部分，儘管三位精神科醫師皆願意參與此份研究，但根據其執業身分、年齡、學歷等身分皆有相當長時間的醫療經驗，筆者對資料的分析與詮釋可能產生以下問題。第一，當醫師願意接受訪談，其實說明醫師也對此研究議題抱持較為開放、反思態度參與研究。第二，儘管醫師抱持開放態度，但面臨與執業相關的個人問題，如失敗的醫療經驗或是否曾對患者過度用藥等，醫師所採取的回應態度也可能較為修飾或迴避問題。關於此部分的限制，則可能從其他基層精神醫護人員，如護佐、護士、或志工等旁觀者身分進行訪談，進一步增加對田野資料的可信度與完整性。而針對患者的部分，患者的實際身分女性與男性比例為 4：1，多分散於 25 歲至 27 歲之間，較年長患者資料取得不易，故筆者無法更深入探究長期對藥物依賴之患者身分。

最後，由於與患者的訪談內容較為負面，而可能造成筆者在進行資料分析與研究詮釋上的情感困擾，這同時可能影響筆者在進行患者的身分詮釋過程中較為偏頗或同情患者的疾病遭遇。如同 Ruth Behar 在《傷心人類學》一書中預示研究者與研究對象之間的情感連帶，隨著時間與研究關係的持續性發展，研究者無法脫離研究場域之外並表現事不關己的情況，其研究立場與客觀性也可能會受到評價與論斷，而似乎是研究此議題所無法避免的一段經驗，不論是如此晦暗、痛

苦、或愧疚的過程¹⁸，他們(患者)無所保留地信任並且願意將自己的疾病遭遇與經驗告知筆者，但是筆者唯一能夠做的事情僅是將他們的故事紀錄下來。在持續與患者接觸的過程中，有些患者仍然面臨疾病所帶來持續且嚴重的困擾，但是對於他／她們的處境卻無能為力¹⁹……在結束與最後一位患者談話時，筆者遂自寫下當時所紀錄的情緒：

天還是亮的，街道上充滿人群和車輛的喧嘩聲，但是那好像都與我無關，每一句話語都像是扛在肩膀上的巨岩，感覺並沒有隨著時間的推移而消逝，每一秒鐘都越發沉重，越發沉重。那似乎也好像與我無關，我呼吸著人群的空氣，我看見車輛的擁擠，我聽見人群的喧嘩，那感覺的感覺是另一個世界的存在，沒有任何喜悅，也沒有任何痛苦，我告訴我自己。我與他(患者)咀嚼著輕鬆的談話，只有去過地獄的人才會知道，那種語帶談諧的笑聲背後，隱藏著各種詭異和恐怖的情緒，是的，那並不是喜悅，也沒有任何痛苦，我告訴我自己應當保持冷靜，我刻意地迴避了我的感情和情緒；但是它們並沒有放過我，戲謔地嘲笑，一針一針刺近我的皮膚，我所能感覺到的只是無止盡地虛無，我還是必須進行研究嗎？我困惑地回答自己，儘管我知道我唯一能夠保留的是讓自己不會像個瘋子一樣吼叫，有怎樣的方式可以讓我保持客觀嗎？此刻我知道我唯一能做的就是點菸、抽菸、熄菸，點菸、抽菸、熄菸……

¹⁸ 必須坦承說明的是，在結束與患者的田野工作之後，將近持續一個禮拜的時間，無法平心靜氣地撰寫逐字稿，更嚴重的狀況是，筆者曾經一度害怕聽見患者的聲音紀錄。最後，筆者透過社工相關人員的協助，直到情緒稍微舒緩之後，才進行研究資料的分析和詮釋。

¹⁹ 筆者僅能夠樂觀地認為，這一切都將會是值得的。

訪談大綱

本研究試圖從精神科醫師、憂鬱症患者兩方面進行訪談並擬定訪談大綱。然而，針對專業精神科醫師之訪談內容，其所牽涉可能包括利益、信譽等問題；而憂鬱症患者之訪談內容，則可能牽涉個人隱私與生命認同等問題。於是，在擬定訪談之具體問題策略上，礙於訪談對象的防禦、排斥，困惑、或敷衍等心態，難以直接且明確地呈述研究問題與焦點；於是，在具體問題的擬定策略與訪談對象的互動上，則是以大方向進行提問談對象對於問題之看法，並透過談話過程進一步地聚焦於本研究之問題，以避免直接造成訪談對象對談話之意願性降低。然而，此策略雖然以大方向進行具體問題的實做，但其優點在於談話與互動過程較為彈性和緩和，以求資料能夠有效地蒐集。

一. 訪談對象：精神科醫師

(一)精神科診所之基本概況

- (1)一週平均大約有多少求診人數？
- (2)大部分看診的疾病類型為何？嚴重程度為何(輕、中、嚴重程度)？
- (3)患者看診是否有家人、朋友陪伴

(二)關於精神醫療相關問題

- (1)關於精神疾病與生理之間的看法，憂鬱症究竟如何產生？又應該怎樣進行治療？一般常聽別人的說法，憂鬱症就如同心靈的感冒，醫師的看法為何？
- (2)根據醫師執業經驗，是否有聽聞同業出現過嚴重的醫療糾紛問題？而關於醫療糾紛的情況，醫師自己的看法如何？
- (3)對於目前台灣精神醫療的發展，可能有哪些問題和限制（例如社區復健之效益與資源問題，並追問醫師是否主動提供患者社會生活之協助，或醫師是否考量患

者之生活處境)？

(4)醫師看診時間是否固定的持續時間(如至少一小時以上)？

(三)疾病建構的過程

1 醫師之專業性

(1)關於精神疾病的診斷過程，可能需要怎樣的流程？

(2)醫師如何確定患者罹患憂鬱症或其他類型的精神疾病？

(3)其精神疾病的認定與確立，是否會直接透露於患者？並且告知患者治療的策略和方式如行為治療、或精神動力治療(進一步探討醫病關係與互動位置)？

2 醫師對患者的認知

(1)病因性的考量，其中生理因素、心理因素與社會環境因素，哪種可能是考量的重點？

(2)對於不同性格和不同種類的患者，例如較為沉默或是過於情緒化的患者，在診斷疾病的過程可能產生哪些問題？醫師是否會主動地和患者談論疾病與生活上的問題(如患者過去的生命經驗、隱私性的話題，醫師會採取怎樣的回應，視而不見，或是憑經驗判斷)？

(3)依照患者之基本資料與會談過程，可能會面臨怎樣的問題？是否會遇到拒絕合作的患者？醫師針對這樣的情況又是如何回應(進一步理解醫師對疾病觀點可能採取實際的策略，如防衛性醫療、刻板印象、利益取向等，並回應醫師之實做過程)？

(四)藥物治療的邏輯

(1)總的而言，精神科醫師與心理諮商的差異性為何？醫師為何選擇執業精神科之業務(透過醫師對精神醫學之看法與對比性，進一步理解醫師對疾病治療的看法與策略)？

(2)藥物治療成為台灣主流的治療方式之一，醫師個人的看法為何？藥物的藥量與處方，通常會開多久的藥？

(3)怎樣的情況會使用藥物治療？或是加重藥劑量？而病情過於嚴重、或是藥效不彰的情況，醫師會如何處理疾病(探討醫師究竟對疾病負責還是對患者負責)？

(4)依據醫師的經驗，患者在藥物使用的過程可能出現哪些副作用？醫師之看法如何(藉由醫師觀點，理解藥物之副作用是否是唯一的治療方式、或必然的過程)？

(五)心理治療的邏輯

(1)心理治療在精神醫療領域當中的角色為何？與一般的心理諮商和諮詢的差別在哪(進一步理解醫師之對心理治療策略之定位，究竟是附屬於藥物治療、例行性的儀式)？

(2)心理治療通常會持續多久？是否會有固定的時間和談話？其中過程如何進行，是否有明確的談話主題或方向，或是依照患者當時的情況作反應？其中又是如何結束 (病人主動提問或是醫師主動提問)？

(4)心理治療的過程，可能要注意哪些事項？在治療的過程又可能會面臨怎樣的難題，例如患者過於沉默、或是質疑醫師的談話等，醫師如何回應(醫師是否可能因為如患者的情緒、隱私等問題，於是直接避開進一步地探索，使得心理治療成為無意義的日常生活安慰)？

二. 訪談對象：憂鬱症患者

(一)患者之基本資料與背景

(1)患者之性別、年齡、職業，姓名等基本資料。

(2)患者罹患的疾病與嚴重程度。

(3)疾病持續的時間。

(4)患者看診的次數和頻率為何(一個月幾次、看了多久)？

(二)疾病建構的過程

1 患者對疾病的認知

(1)怎樣的情況導致患者選擇求醫(例如家人、朋友的勸告)？

(2)患者對於自己疾病的認識情況，例如疾病產生的原因為何？為何產生？患者自己的詮釋觀點(生物因素、心理因素，社會因素等，患者認為疾病產生的原因為何)。

2 疾病與訊息的透露

(1)患者如何開始與醫師的互動？如何確定自己罹患疾病？以及如何和醫師說明自己的疾病問題與狀態(與醫師實際談話的過程為何，進一步了解互動過程與位置)？

(2)與醫師的談話，患者是否會主動且積極地分享自己的故事(換句話說，患者是否會刻意或無意識地隱瞞資訊)？

(3)在求醫的過程中，患者是否相信能夠透過醫療治療的過程，讓自己完全康復？(患者的期待是否僅針對治療疾病、或是期待醫生對生活的建議)？

(4)患者是否曾經質疑過醫師對疾病的診斷？以及患者對於醫師之信賴關係程度，患者又如何回應？

(三)藥物治療的侷限

1 藥物對社會生活的影響

(1)患者目前為止，使用過哪些藥物？

(2)使用藥物可能會產生怎樣的副作用、對於日常生活的造成怎樣的問題？

(3)當藥物產生副作用時，患者又如何面對副作用問題？

2 對藥物的過度依賴

(1)患者是否會遵守藥物使用的劑量，其對藥物治療的看法為何？

(2)患者在怎樣的情況如情緒性、或藥效不彰會自行增減藥劑量？或是怎樣的情況導致患者迫切性的使用藥物？患者是否可能拒絕使用藥物的可能(不吃藥的影響為何)？

(3)患者是否可能和醫師討論藥物副作用的影響，必且要求減少藥劑量？

(四)心理治療的影響

1 患者對心理治療的認知

(1)心理治療通常會持續多久？是否會有固定的時間和談話？其中過程如何進行(病人主動提問或是醫師主動提問)？

(2)在治療關係中，患者的看病經驗為何？是否會質疑醫師的談話、或是相信醫師之專業性？患者自己的觀點為何？

(3)在心理治療的過程中，患者主要的談話內容為何(偏向對疾病的討論、早期生活經驗的描述、或是對日常生活的問題進行討論，患者對於醫師的判斷其回應為何)？

2 患者身分適應問題

(1)在治療過程之後，患者的看病經驗和感知為何？心理治療帶給患者怎樣的幫助(並且同時探討治療對患者的幫助與患者生活的實際問題)？

(2)家人、朋友是否得知自己的疾病狀況，或當疾病問題造成困擾時，患者如何回應與面對？患者在看診過程中，是否有家人或朋友陪同？在看診之後，患者是否會與家人或朋友分享自己的看病經驗？在了解自己的病情之後，對於原來的生活產生怎樣的幫助和支持(家庭/人際關係/工作)？

文獻參考

中文資料

孔健中，2008，《臨床精神醫療的技術結構與時間結構：以一個慢性病房的復健過程為例》。台北：政治大學社會學研究所博士論文。

孔繁鍾、孔繁錦編譯，2007，《DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊》。台北：合記。

王齡竟、陳毓文，2010，〈家庭衝突、社會支持與青少年憂鬱情緒：檢視同儕、專業與家外成人支持的緩衝作用〉，《中華心理衛生學刊》，第 23 卷，第 1 期，頁 65-97。

成令方，2002，〈醫「用」關係的知識與權力〉，《台灣社會學》，第 3 期，頁 11-71。

吳美玲，2003，《大專學生自我知覺的親子關係與人格特質對自殺意念的影響》。桃園：中原大學心理系研究所碩士論文。

吳惠林，2008，〈由健保紛爭看醫療管制、經濟管制〉，《經濟管制》，115 期，頁 46-56。

吳惠琪、張學善，2011，〈醫療機構護理人員情緒智慧與職業倦怠關係之研究〉，《澄清醫護管理雜誌》，第 7 卷，第 4 期，頁 12-23。

吳筱筑，2011，《今晚藥不藥？安眠藥物使用者之就醫、用藥歷程分析》。台北：臺灣大學社會學研究所碩士論文。

吳維仁，2004，《代表性捷思法對於精神疾病診斷偏誤之影響》。台北：東吳大學心理學系研究所碩士論文。

沈秀娟，2002，《精神醫療機構護理人員工作壓力之探討》。台南：成功大學醫學院環境醫學研究所碩士論文。

卓良珍，2007，《精神醫學概論講義》。台中：榮民總醫院精神部。

林直，2010，〈醫生也會生病〉，《家庭醫學與基層醫療》，第 25 卷，第 9 期，頁 355-358。

- 林淑蓉，2006，〈藥物治療與身體經驗：精神疾病患者的自我建構〉，《台灣大學考古人類學刊》，第 64 期，頁 59-96。
- 林憲，1985，《臨床精神醫學》。台北：茂昌。
- 金玉華，2006，《慢性精神分裂病患藥物治療與性功能之關係》。高雄：樹德科技大學人類性學研究所碩士論文。
- 胡海國，1976，《心病要用心藥醫：精神疾病的認識》。台北：正中。
- 徐子婷，2012，《憂鬱症的機構化社會建構及其權力效果之論述分析》。嘉義：南華大學應用社會學系社會學研究所碩士論文。
- 許崇銘，2007，《混沌之後，開竅之前-台灣憂鬱症患者的疾病角色、疾病經驗與醫療化過程》。台北：臺灣大學人類學研究所碩士論文。
- 許豐祺，2009，《精神科醫師的工作壓力、休閒參與和個人生活幸福感受之研究》。台北：台灣師範大學運動與休閒管理研究所碩士論文。
- 陳美霞，2008，〈公衛體系醫療化與市場化的共生關係：一個歷史的考察〉，台灣社會學會年會暨「邁向新世紀的公平社會-社群、風險與不平等」研討會。
- 陳羿谷，2009，《論強制社區治療之法律問題》。桃園：銘傳大學法律學系研究所碩士論文。
- 陳靜芳，2004，《理情團體治療對改善門診憂鬱症患者非理性信念及憂鬱症狀之成效探討》。台北：台北醫學大學護理學研究所碩士論文。
- 黃鼎鈞，2004，《臺灣精神疾病跨區住院比例的變遷，1997 與 2001》。台中：台中健康暨管理學院健康管理研究所碩士論文。
- 熊心如，2005，《全民健保總額支付制度與醫病關係之影響—某醫學中心之個案研究》。台中：東海大學管理碩士學程在職進修專班碩士論文。
- 蔡友月，2004，〈台灣癌症病患的身體經驗：病痛、死亡與醫療專業權力〉，《台灣社會學刊》，第 33 期，頁 51-108。
- 蔡維音，2002，〈從全民健保觀察醫病關係之變遷〉，《應用倫理研究通訊》，第 21 期，頁 25-29。

鄭峰齊，2010，《職災補償的科學與政治：以台灣的精神疾病職業病認定爭議為例》。台北：臺灣大學衛生政策與管理研究所碩士論文。

蕭文，2004，〈個案為什麼沒有按照劇本演出—後現代思考與諮商典範的轉移〉，《輔導季刊》，第40卷，第3期，頁1-5。

顏弼群，2010，《被遮蔽的個案：後結構主義觀點下的精神動力學派心理治療》。台北：台北大學社會學系研究所碩士論文。

西文資料

American Sociological Association, 1997, Code of Ethics. New York: American Sociological Association.

Barbour 著、潘咸廷、陳建州、陳三能譯，2002，《醫病關係：生物醫學的迷思》。台北：藝軒。

Behar Ruth 著、黃珮玲譯，2010，《傷心人類學：易受傷的觀察者》。台北：群學。

Blech Jorg 著、張志成譯，2005，《發明疾病的人—現代醫療產業如何賣掉我們的健康》。台北：左岸文化。

Cockerham William C, 1998, Medical Sociology. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Dubos Rene, 1996, Mirage of Health. New York: Rutgers University Press.

Geertz Clifford, 1973, Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture. New York: Basic Books.

Gelder et al. 著、陳俊欽等編譯，2001，《精神醫學》。台北：藝軒。

Gergen K. J, 1999, An invitation to social construction. London: SAGE.

Glenmullen Joseph, M.D., 2001, Prozac Backlash. New York: Simon&Schuster.

Goffman Erving、曾凡慈譯，2010，《污名：管理受損身分的筆記》。台北：群學。

Hansen, J. T, 2003, Including diagnostic training in counseling curricula: Implications for professional identity development. Counselor Education and Supervision, 43,

96-107.

Hansen, J. T, 2004, Thoughts on knowing: Epistemic implications of counseling practice. *Journal of Counseling & Development*, 82, 131-138.

Hansen, J. T, 2005, Truth or consequences: A neopragmatic critique of contemporary mental health culture. *Journal of Mental Health Counseling*, 27, 210-220.

Jewson, N. D.著、曾凡慈譯，2004，〈論醫學宇宙觀中病人的消失，1770-1870〉，*《科技渴望社會》*，頁 151-182。台北：群學。

Kleinman Arthur 著、方筱麗譯，2010，*《疾痛的故事—苦難、治癒與人的境況》*。上海：上海譯文。

Szasz Thomas, 1978, *the myth of mental illness*. New York: Anchor press.

其他資料

行政院衛生署，2007，〈精神衛生法〉。<https://www.psychpark.org/taiwan/goto.asp?siteid=1091>，取用日期：2012年6月20日。

呂素麗，2011，〈醫師：急性精神病患最怕碎碎唸〉。中國時報，8月20日。

林淑蓉，1999，〈精神疾病的文化建構與實踐— 一個人類學的研究〉。八十八年度國科會研究計畫期末報告。<http://nthur.lib.nthu.edu.tw/dspace/handle/987654321/9240>

徐夏蓮、王昶閔、胡清暉，2008，〈董氏推憂鬱量表 被控圖利藥廠〉。自由時報，10月13日。

陳威廷，2007，〈一位吃過精神科藥物的人的感言〉。https://groups.google.com/group/886tcm/browse_thread/thread/64dc4908120d3ba8?hl=zh，取用日期：2012年6月18日。