

痛苦心理學：家屬（精神）疾病照護心理學

一、序論

本文旨在定義與說明五種生之痛苦，並以家屬為核心，來了解病人之苦、家屬之苦，以及家屬如何幫助自己、家屬與病人之苦。幸福和痛苦的二端之間，最炫耀人心的是快樂與否？生死相逼的是值不值得？雄霸衰餒的是成敗？安適與貪婪相隨的是有與無？可是人生不如意事十之八九，十之八九的創傷事件，造成的最大傷害就是——痛苦。痛苦是什麼呢？從不快樂、不幸福，以至痛苦，推著生命從生朝向於死。痛苦是什麼呢？五種痛苦令人生不如死，什麼苦比想死還苦呢？看著想死的親人，家屬之苦難以言表，精神病人家屬之苦更無以言喻。苦，就怕一個慢字，慢慢受苦，真是折磨。病人之苦，非親身體驗不得而知。病人家屬之苦，非至親至愛罹患重病無從同理。至苦的家屬照護至苦的病人，堪稱痛苦心理學的終極典範。

二、生與死的翹翹板

因為活著與繼續活著所以幸福，因為趨向於死或致死所以痛苦。足以致死之實體或虛擬創傷，引發的創傷心理稱之為痛苦。相對於死之痛苦，活著就是幸福，繼續活著更是萬幸；活得成功（贏）、快樂、值得，則是極至的幸福。

在生與死的翹翹板上，人在生死二端移動；而且由生向死移動，不管你願不願意。死的那一端是「痛苦」，生的那一端是「幸福」，且架著一個幸福與不幸福的翹翹板。幸福與不幸福的翹翹板的幸福端之上，平行架著四層翹翹板。分別是有與無的翹翹板、成敗輸贏的翹翹板、快樂不快樂的翹翹板與值得不值得的翹翹板。不幸福那一端之上，也平行架著這四層翹翹板，但是四個翹翹板都壞了，整個人處於「無所謂有或無」、「無所謂值不值得」、「無所謂快不快樂」與「無所謂成敗輸贏」的虛無空白狀態。生與死翹翹板的痛苦端，平行架著疊著四類創傷事件，分別是衰老以致於死、疾病（含：精神疾病）以致於死、意外傷害以致於死、自殺以致於死。圖說如下表：

生命圖說總表

第三層：事件	值得 0 不值得 +5 +4 +3 +2 +1 -1 -2 -3 -4 -5	值得 不值得	衰老（以致於死）的痛苦	
	快樂 0 不快樂 +5 +4 +3 +2 +1 -1 -2 -3 -4 -5	快樂 不快樂	疾病（以致於死）的痛苦	
	成（贏） 0 敗（輸） +5 +4 +3 +2 +1 -1 -2 -3 -4 -5	成（贏） 敗（輸）	意外傷害（以致於死）的痛苦	
	有 0 無 +5 +4 +3 +2 +1 -1 -2 -3 -4 -5	有 無	自殺（以致於死）的痛苦	
第二層：我與人生	幸福 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 不幸 +5 +4 -4 -5			引以為苦（以致於死）的痛苦
	幸福 +9 +8 +7 +6 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 痛苦 +10 -10			
第一層：人	生 +10 +9 +8 +7 +6 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10 死 +9 +8 +7 +6 +5 +4 +3 +2 +1			

幸不幸福？痛不痛苦？快不快樂？值不值得？生活中許多名相的定義混淆，不但造成語意的誤用與誤解，更造成貼錯標籤而自誤誤人。例如：小三的學生對媽媽說「我恨我們導師」「全班同學都恨他」，就是不了解恨字的語意成分而誤用的結果。又如，老公對老婆說「我很痛苦」，其實，可能只是「不快樂」。兒少錯用「痛苦」來形容「不快樂」，更常發生於日常生活中。以上圖解，把幾個常用的口語與生命的現象，明確的區分如下：

（一）第一層：生與死

這是人類最原始的存有狀態，生死之於人展現完形心理學所描述之「形－基互換現象」（當二個以上的單元結構成一個整體時，若這當作部分的單元也具有整體的性質時，某個部分的單元可以前進為主體的 **finger**，來主導其它退為背景 **ground** 的部分單元，而凸顯為整體的外顯形式與性質。當作 **finger** 的單元可視之為存在，當作 **ground** 的單元可視之為存有。本文以現象學的括號[]來表示 **ground** 的單元，並以有序對的數學形式來表達形－基互換後不同的整體。序對之前者為 **finger**，後者[]部分為 **ground**。）故：人={ 生，死 }=（生，[死]）=（死，[生]）（人之現象的整體這個集合，包括生與死二個部分單元，有時生的現象與慾望成為 **finger**，死的現象與慾望成為 **ground**，所以生命的存在朝向於生存。有時反之，故生命的存在朝向於死亡。）所以人類的生與死二種現象與生理歷程，其實是同時並存的。人類發展成熟的歷程與衰老的歷程中，死亡的威脅與歷程卻是同時存在的。人類在發展與享受生命之時，會把[死]存而不論。人類在面對死亡威脅時，雖然他還沒死，他還活著，卻會把[生]的諸種現象存而不論。死亡的威脅難以承受時，就說「生不如死」。死亡的價值超過生存時，就說「死有重於泰山」。

愛生惡死是動物的本能，生只是活著，死就是滅亡。沒死以前，都還是活著，除了死那個當下以外，全都叫活著。所以生的指標是從 0 到+10，死的指標則是九生一死至九死一生至全死。

（二）第二層：幸福與痛苦

本文把「痛苦」定義為：致死刺激與反應，把「幸福」定義為：生之狀態（活著）。致死的刺激有五種，所以有五種致死的之痛苦，分別是：衰老（以致於死）之痛苦、疾病（以致於死）之痛苦、意外傷害（以致於死）之痛苦、自殺（以致於死）之痛苦及引以為苦（以致於死）的痛苦。相對立於痛苦的感覺，稱之為幸福。幸福裡面又區分幸福和不幸福的感覺，所以線性排列時，是「幸福（幸福－不幸福）－痛苦」的關係。不幸福不等同於痛苦，相對於痛苦，不幸福仍是幸福。

幸福感包括：有與無、成與敗、快樂與不快樂、值得與不值得八種狀態。不但

有、成、快樂、值得是幸福，就連無、敗、不快樂、不值得等狀態也都是幸福。不幸福是指這四個翹翹板毀了，當人呈現無所謂有無、成敗、快不快樂與值不值得時，就會失去了幸福感呈現不幸福的狀態。

最特別的痛苦不是痛苦，而是「引以為苦」。個體把不幸福「引以為苦」，個體把四個翹翹板的四個負端「引以為苦」，甚至把四個正端也「引以為苦」。這種操作不足以致死的刺激物，產生負向心身狀態而逼迫自己「以致於死」的特定刺激－反應歷程，稱之為：引以為苦（以致於死）的痛苦。不足以致死的刺激物，卻產生致死反應的痛苦，就叫做：引以為苦。前述四種痛苦是真苦，引以為苦是假苦。可是假苦的好發率與影響力，卻遠遠大於真苦。精神疾病之苦與自殺之苦，通常主要的成因，都是引以為苦所造成的結果。

（三）第三層：四個翹翹板

幸福感的四個翹翹板，也互有「形－基互換現象」，而讓個體選擇以哪個翹翹板為「形」。但是生活事件在某些翹翹板的表現太過強烈（例如：一直失敗，每件事都失敗）時，那個翹翹板也會成為「形」。當「形」的翹翹板是哪一個，決定於下列三個因素：一是習慣，二是機會，三是能力，四是個體的選擇，其中以個體的選擇為最重要。四個翹翹板的正負端，都是用來評估一個個的生活事件。只要翹翹板能動來動去，不管落在正端或負端，我們都可以歸結於第二層而說：我是幸福的，我的人生是幸福的。如果翹翹板都毀了，生活事件完全無法評估也不必評估，我們就歸結於第二層而說：我是不幸福的，我的人生是不幸福的。第一層的對象是：人，第二層的對象是：我和我的人生，第三層的對象是：生活事件。前文生命圖說總表的操作，協助個體自由穿梭於生命的三個層次，能夠不改變實體世界的事件而得到安適。

三、痛苦

生命中有五種痛苦，只要還活著，就會被這五種痛苦威脅，甚至致死。

（一）衰老之苦

衰老是痛苦，愈是衰老愈是痛苦，衰老致死更是痛苦已極。出生至成熟後，14歲起皮膚即開始率先老化，至65歲以後10大器官系統機能的退化，至少約40%以上。愈老身心愈衰弱、機能愈退化。人不論有無覺察，都可以享受自己生命（身心靈）的成熟與發展，這是生之喜悅。人無法承受自己生命（身心靈）的衰老而趨近於死亡，這是死之苦痛。體漸衰、力漸竭，江河日下而薄暮將逝；令老年人自信心、自我影像、自我角色扮演、自我安全感、自尊、自我價值感和自我意志，隨著時間逐步崩潰殆盡。這七個「自」破壞後，老年人就開始不「自愛」。愈不自愛的人，就愈痛苦、愈趨近於死。

（二）疾病之苦

疾病會破壞10大器官系統的組織，引爆強大的、全面的、不可修復的組織性或功能性的障礙。疾病可以在任何年齡，奪走人的生命而致死。遺傳性疾病讓當事人與相關人啞了口，悽惶至死而無法接受。感染性疾病令人搥頭頓足，而悔恨交加。急性症狀飛撲上身，人就突然按了停止鍵，必須停下一切「重要的事」「非做不可的事」「非愛不可的人」——看病、治病、養病。慢性症狀纏身不去，人就萎靡、洩了氣，更加速衰老的速度。因病而慮病，又因慮病而多病。除了生理性的疾病，人又發生另一類精神疾病。精神疾病不但重創當事人，更重創當事人的家屬。精神疾病不直接走向死亡，但卻會引發傷人或自傷而致死。疾病是生命的第二種痛苦，不但痛苦而且是災難、是苦難。

（三）意外傷害之苦

因意外事故造成身體或心靈的傷害，引爆帶著強烈情緒的持久痛苦，且痛苦延續至死。歷年全國10大死因排行榜，意外傷害致死總盤踞前四名。意外傷害致死是死之痛、死之極苦。意外傷害未致死，卻可能造成肢體殘障或長年臥病等不同等級的身體傷害與心理創傷。因為是意外，所以生命就變成荒唐、荒謬。突然間生命列車脫軌了，棋盤上的棋子全部移了位。痛苦不在於如何讓棋子復位，而是「下不下去了」——不知道要怎樣子活下去。

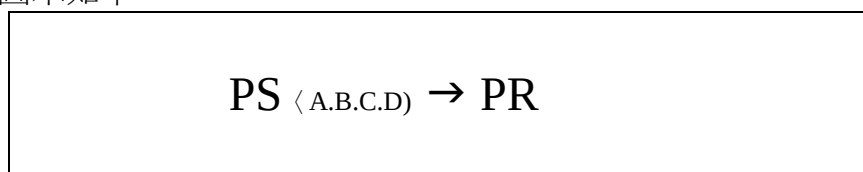
（四）自殺之苦

貪生怕死，人之常情；養生護體，人之常理。怎麼會出現自殺的念頭或行為呢？

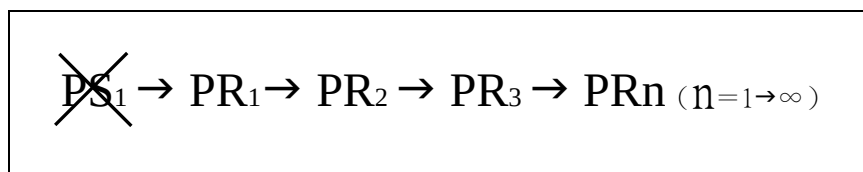
殺死自己——是何等的痛苦呢？想殺死自己，猶豫要不要殺死自己，猶豫何時、何地、用何方法殺死自己，又是哪樣子的痛苦呢？不是自己要自殺，而是至親好友要自殺，自殺死了或自殺未遂再二次、三次試圖自殺，要怎麼苦、怎樣子痛，才對呢？自個兒自殺未遂，又該如何來痛苦呢？這些痛苦都直接和死亡綁在一起，致死的痛苦、趨近於死的痛苦、想死的痛苦——令人、令眾人，錐心刺骨了無生趣。

(五) 引以為苦

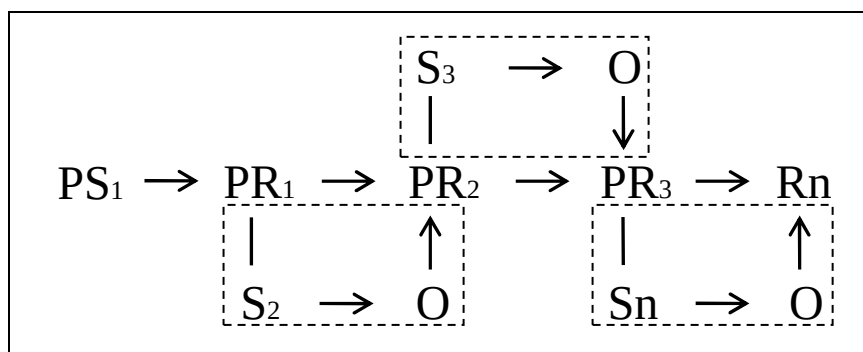
以上四種痛苦，是四類造成痛苦感（反應，R）的四類痛苦的創傷事件（刺激，S）。這種會致死的 S，就是 PS（痛苦刺激），而這 PS 也引發創傷心理的 PR（痛苦反應）。圖示如下：



這個式子表示 S 出現時，R 也會出現，但是 S 未出現或覺察不到 S 的時候，R 不是也該不見了嗎？當 S 未出現，R（痛苦）卻一直持續出現，如下：



這個 PR_n 就是「引以為苦」，原來真相是下一個式子：



原來在 PR₁，PR₂，PR₃ …PR_n，這個從苦 1（PR₁）愈想愈苦 2（PR₂）、苦 3（PR₃）…，沒完沒了的痛苦 n（PR_n）的反應系列中，苦 1 當然苦，但是真正的苦在於苦 2～苦 n 的延續、發展與累積。文字序列的描述上被省略一個「我」字，應該是：我好苦 1，我愈想，我就愈痛苦 n。苦 1 是四類創傷事件造成的，引以為苦 n 是我自己造成的。（虛線區塊表示 R₁→R₂ 的內在歷程，相對於個體 O，PR₁ 就是內在刺激 S₂，S₂ 刺激 O 而產出 PR₂ 的反應。）

「引以為苦 n」這一個動機病毒，是最可怕的情緒殺手。它似乎來自文化，他不學而知且不知而行，它執行時當事人通常沒有覺察，就算有覺察也自認「停不下來」「是必然的」。例如：「像這樣子，我不會痛苦嗎？我能不痛苦嗎？說不痛苦就可以不痛苦嗎？我喜歡痛苦嗎？我愈來愈痛苦，我好苦，我受不了這種苦，為什麼我要受這種苦？可不可以不要痛苦？沒辦法，我就是會想，愈想就愈痛苦，無邊無際的痛苦包圍著我，我深深地跌入無法喘息的、沉重的痛苦的深淵之中。」這些口白、對話或內在語言，說的苦其實都是苦 n，可是當事人卻以為是苦 1。「引以為苦」的動機病毒，造成三種災難和最大的傷害：

1、n 值無限大

這個動機病毒執行的時間沒完沒了，n 值可以無限大。可以想（執行此動機）整夜、整天、日日夜夜、停了還可以接回去、在任何地方任何時間，都能「想」。n 值愈大，痛苦的時間愈長，痛苦的值也從 -1 朝 -10 移動。戒除「引以為苦」的惡習，是動機管理的重大日課。

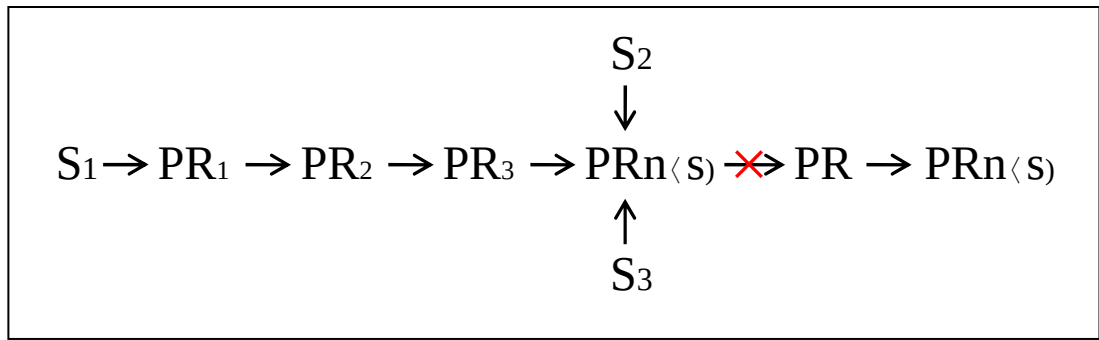
2、無所不引

引 PS 以為苦，是屬情有可原。但是大部分的人每天引以為苦的，都不是「痛苦端」的四類 PR，而是「幸不幸福」的那四個翹翹板。上焉者以沒有有無、沒有成敗輸贏為苦，以沒有快樂也沒有不快樂為苦，以沒有值得也沒有不值得為苦。中焉者以無為苦、以輸以敗為苦，以不快樂為苦，以不值得為苦。下焉者甚至以有為苦、以成（贏）為苦，以快樂為苦，以值得為苦。參見下圖：

$$S_1 \rightarrow PR_1 \rightarrow PR_2 \rightarrow PR_3 \rightarrow PR_n$$

3、無對象性

套入以上動機病毒程式之 S，種類愈寬、事件愈多，以致「無所不引」時，不同的 PR_n 就疊在一起而產出 PR_n (s) 這種複合的、混合的、攪成一團的痛苦。PR_n (s) 危險處在於，不同的 S 混在一起後，S 和 PR「對象性」的因果關聯會「切斷」，而呈現非對象性的、非條件刺激的、自發的 PR 如下：

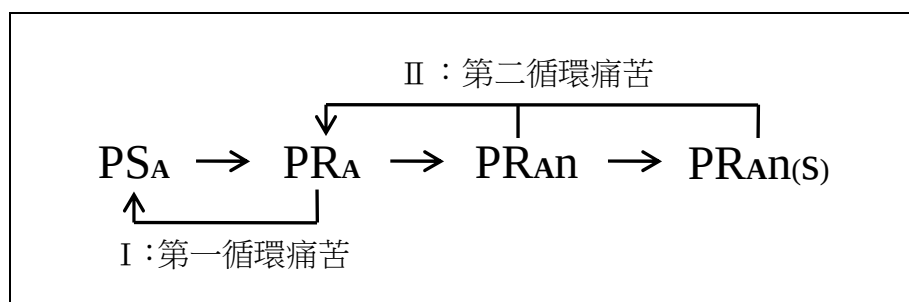


此時，當事人對創傷事件的創傷反應發展歷程，就從常態反應走入病態或變態反應，而邁進人格違常、精神官能症、精神分裂症，甚至自殺的危機之中。不引以為苦，是減少與減輕痛苦最重要的技術，但是四類痛苦刺激不同於其它刺激處，在於這四類 **PR** 非碰上不可，碰上就如影隨形擺脫不掉。

四、 PS_A ：衰老之苦

衰老之苦（ PS_A ）最是吊詭：從兒童至青春期間當然沒有衰老之苦，青春至中年期有衰老之實卻大都無衰老之苦，中年期至老年期間或有衰老之感卻不一定有衰老之苦，進入老年期衰老之苦則與日俱增難以稍忘。老年人每日都得面對 PS_A ，所以 PR_A 隨時都在。老年人承受衰老之苦的方法有二：

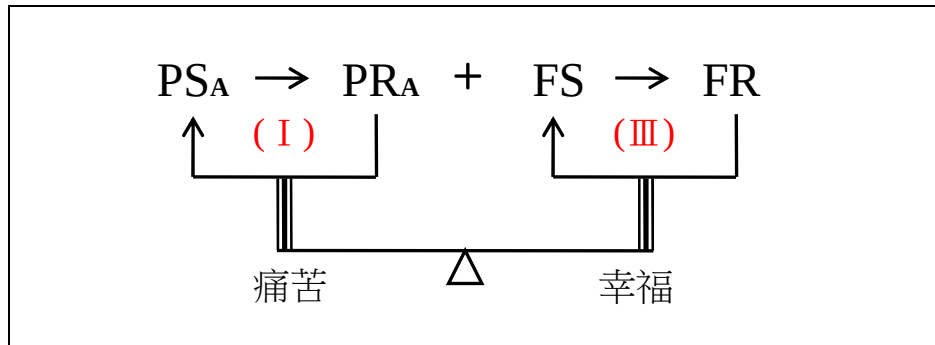
（一）切斷 PR_{An} 的第二循環痛苦（引以為苦）



老年人有二種痛苦的循環，第一種循環痛苦是 $PS_A \rightarrow PR_A$ 的回溯，第二種循環痛苦是 $PR_A \rightarrow PR_{An} \rightarrow PR_{An(S)}$ 的回溯。第一循環痛苦已經很苦，卻是不能避免與切斷，因為老化引發之 PS_A 是必然的。第二循環痛苦雖然比第一循環痛苦、更苦、苦更久，卻是可以切割與避免的。老年人必須學會正確的反應性自我語言，當 PS_A 出現時，腦海中必須浮現以下自我語言（或說出）——以平敘句描述 PS_A （描述身體的老化或症狀，例：我走不動了，腳抬不起來！），和 PR_A （描述心理的痛苦與害怕，例：我老了，真是沒用！或怎麼辦？氣死我了！）， PS_A 重複出現則重複敘說標準口白。絕對禁止以下的念頭或口白：「我不要這樣」「為什麼會這樣」「以後就只能這樣了」，才能禁制 PR_{An} 與 $PR_{An(S)}$ （各種 PR_{An} 連結在一起）的出現。（只要以敘述句重複描述每一個 $S_i \rightarrow R_i$ ，雖然卡在 R_i ，卻不會卡在 R_n 。 R_i 是 S_i 出現時，當下立即的「被動性痛苦」。 R_n 卻是 S_i 未出現時，因為 R_i 而產生的「主動性痛苦」，且 n 值愈大痛苦的時間愈長、愈是痛苦。）老年人遇到的最大困境就是——白天想、晚上想、一直想、愈想愈痛苦。老年人最苦的其實不是 PS_A 引發之 PR_A ，而是 PR_A 引發之 PR_{An} 或

$PR_{An(S)}$ 。

(二) 聯結 FS (建構幸福 vs. 痛苦的翹翹板)



老年人很難自己切斷 PR_{An} ，總是會跌入痛苦端的第 II 循環。第 I 循環與第 II 循環痛苦的聯結令老年人痛不欲生，老年人要如何來承受第 I、II 循環之痛呢？方法有二個：第一個是動力重建，重建尋找幸福的動力；第二個是能力重建，重建幸福感、享受幸福感的第 III 循環。老年人才能憑藉第 III 循環的幸福，而去承受第 I 循環的痛苦。

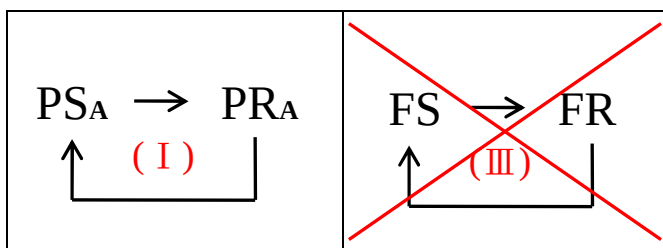
1、動力重建

老年人跌入第 I 循環後，就會一直卡在 PR_A 和 PS_A 。整日整夜都把注意力放在自身每一個 PS_A 上，以及自己每一個 PR_A 的反應上。他會一直向自己（內在語言）或向別人描述（或比較），自己身體每一個衰老的徵候（ PS_A ）以及自己因而產生的身、心、靈的苦痛（ PR_A ）。他努力尋找，放大並逐一鎖定，每一個 PS_A 與 PR_A ，而出現以下的 $PR_{An(S)}$ 。

(1) 10 個 $PR_{An(S)}$

- A、他會在憂鬱與焦慮的徵候間游移。
- B、他也會在恐慌與畏懼的徵候間游移。
- C、他會摧毀自己的自信與安全感。
- D、他也會摧毀別人對他的感情與相對角色行為期待。
- E、他會漠視自己擁有的成功、快樂與值得的幸福。
- F、他也會把幸福端與不幸福端的一切都引以為苦。
- G、他會摧毀自己對別人的感情與自我角色扮演。
- H、他也會苛責別人不幫他、不理他、害他。
- I、他會苛責自己沒有生之勇氣與能力，批判自己沒有「生」價值。
- J、他也會判決自己只有「死」路一條。

因為以上的 10 個 $PR_{An(S)}$ ，老年人根本就只困死在第 I 與第 II 循環的痛苦，而完全把第 III 循環的幸福給擱置了、忘了，甚至毀了。



要怎麼做，老年人才願意張眼去看、動手去摸、用心去思索，而肯定自己擁有幸福呢？追求幸福感的動力，就藏在老年人的 10 個 $PR_{An(s)}$ 裡。當老年人向你述說或表出那 10 個 $PR_{An(s)}$ 時，千萬不要做錯誤的回應，而要有正確的回應。錯誤的回應讓老年人愈陷愈深，正確回應會讓老年人願意去開啟第Ⅲ循環。

(2) 錯誤的回應

- A、完全否定：不管老年人用負向語言敘說或表出任何主題，尤其是上述 10 個 $PR_{An(s)}$ ，都給予完全的否定說「沒有啦！」「不是這樣啦！」「別人不都是好好的」「你很正常啦！」「不需要擔心呵！」「不需要怕啦！」「你很好呵！」「要有自信啦！」「你看，你這麼棒」「你看，全家人都這麼愛你、喜歡你、保護你、關心你」「比如說...事，不是很快樂嗎？」「比如說...事，不是很有價值嗎？」「你很成功的」「你很幸福的」「你不能這樣說我們，我們是愛你的」「你不准這樣子看自己，你是很有能力的」「沒有人要害你，你怕些什麼呢？」「不要亂想了」「不要自己把自己搞得這麼悲傷」「不要想、不要一直想這些」「不要焦慮，一切都很好！」
- B、部分否定：不要回應說「沒有你說的這麼痛苦啦！」「沒有這麼嚴重啦！」「還沒到這個地步啦！」「反應過度了，事實不是這樣啦！」「就算是，也不需要這樣啦！」「當然會痛苦，可是沒必要這麼誇張啦」。或者用比較句型說「你不是最嚴重的啦」「別人比你更慘」「你比別人好太多了」「你看看別人，就不會這樣子哀聲嘆氣了」「人家有像我，像我們對你這麼好嗎？」「我們的用心會比別人差嗎？你怎麼可以這樣說呢？」「我們要怎麼做你才會滿意呢？知足常樂啦！」「沒有人像你這麼緊張、這麼怕死的啦」「每一個老年人如果都和你一樣，豈不天下大亂。」「你看看別人，想想自己，不要弄得大家都活不下去了」
- C、拒絕回應：對於老年人的 $PR_{An(s)}$ 統統不予回應，視若無睹、聽而不聞，甚至嗤之以鼻。
- D、攻擊反應：對老年人所有的 PR_A 都以攻擊句型（或動作）回應，例如：「繼

續哭呀！哭死算了！」「繼續想呀！想到發瘋捉狂，你最高興對不對？」「怕什麼？怕死一個算一個，你怎麼活愈久愈沒用呵？」

「你本來就沒有啦，這輩子你幹過什麼好事，現在才在叫，良心發現了哦！」「不滿意是不是，我（們）對你不夠好是不是，你想想你怎麼對別人的」「你有沒有良心呵！我（們）對你這樣，你還…」「你不幸福嗎？對，你不值得幸福。」「你很痛苦嗎？對，你活該痛苦」「活不下去是不是，你早該死啦！活著礙事哦！」「不知足、自戀，你自卑感作祟啦」「能吃就好了，沒死就偷笑啦，別嫌了」

(3)、正確的回應：先做完 A 才能做 B，只做 A 或 B 都無效。

A、完全的承認與接受：老年人述說與表出的每一個 PS_A 、 PR_A 、 PR_{An} 和 $PR_{An(s)}$ ，都給予——

(A) 承認：承認老年人的處境，事實（每一個 PS_A ）的確是如此。要說「是啊！」「就是呵！」「就是這樣呵」「天呀」「唉唷」「唉」「是！是！」「沒錯」。

(B) 接受：接受老年人的反應，事實（每一個 PR_A 、 PR_{An} 與 $PR_{An(s)}$ ）的確是如此。要說「當然」「當然會這麼想」「當然會這麼說」「當然會這麼做」「一定會難過的」「一定會擔心的」「一定會害怕的」「一定很痛苦」「是啊，信心都沒了」「是啊，一定很不安、很怕、很恐懼…」「是啊，哪還快樂的起來」「對不起，我錯了」「對不起，我疏忽了」「對不起，請你原諒我」「我做的不好」「我知道了，我真的是做的不夠！」「對不起，讓你這麼想、這麼難過、這麼折磨、這麼痛苦」。

B、完全的肯定與預言：老年人述說與表出的每一個 PS_A 、 PR_A 、 PR_{An} 和 $PR_{An(s)}$ ，都給予——

(A) 肯定：對人做肯定，對人的德性、能力作肯定，對角色的扮演做肯定。例如：「你好好唷！」「你真是個好人」「你是一個好男（女）人」「你是一個好爸爸（媽媽、丈夫、妻子、爺爺、奶奶、兄弟姐妹…）」「不可以讓你過這樣的日子」「你應該生活得更好才對，不然就是老天無眼」「一定要改變這一切，一定要給你最好的」「你的心腸好好哦」「你總是這麼貼心」「你過去付出了那麼多」「你是我們最愛的人」「你的人生、你的勇氣，讓我們好自卑」「一切都重來，

一切都要最好的，本來你就該擁有最好的」「為了你，一切都值得」
(B) 預言：對未來做正向的預言，預言自己也預言老年人。例如：

「我會改變，我會改變這一切，我會付出最大的努力來改變這一切」

「我會做到的，我知道我該怎麼做了」「我知道你需要什麼了，這些都是你應該得到的，我一定會讓這一切變成真的」「我懂、我改，我一定做到」「你會得到應得的一切，你值得」「為了讓你快樂，讓你幸福，日子即將改變」「你會看到幸福，我將給你幸福」「你的日子會好過、會快樂，我保證」「我（們）會陪著你、關心你、愛你，用你喜歡的方式來疼愛你，我保證。」

2、能力重建

因為家人正確的回應，或老年人自己正確的修正自己的觀念，所以老年人才有動力，能在衰老之苦中，張眼、抬手、起身、移步，去看、去觸摸、去靠近、去擁有幸福和不幸福，去懂得、去接受、去享受不痛苦的生命。他才能把痛苦的生命對立於不痛苦的生命，才能在痛苦與不痛苦的交互洗禮中，擷取自我生命最真實的成敗、喜樂與價值。

動力出現之後，老年人汲汲營營尋找生活中的幸福感。只要有一點一滴的幸福感，一個眼神、一句話、一個動作，就足夠他放下許多的苦楚。當他可以從日常生活中，覺察與擷取幸福感的刺激物事（FS）時，幸福感的身心反應（FR）也油然而生。如何幫助老年人建構 FS↔FR 的第Ⅲ循環呢？以下是能力重建的正確方法，沒這麼做就是錯誤，就會打破第Ⅲ循環令 FR 變少，令 FS 也愈來愈少而消失。

(1) 抗衰老行動

對老年人衰老的各個狀態都要瞭若指掌，且要斤斤計較。不但要比當事人還在乎，還要幫他把他不好意思說出來的擔心（今天或這禮拜皮膚差一點）或高興（今天或這禮拜精神好一點）表達出來。因為你很注意，他就不必那麼去注意。因為你很擔心，他就不必那麼擔心。因為你說了出來，他就不必一直想要不要說？要怎麼說？說了有沒有用？不但要說出來，還要提出抗衡的實質對策，例如：吃些什麼？做些什麼？洗什麼？擦什麼？喝什麼？改變些什麼？甚至提出要不要看醫生、要不要掛整形美容的門診？抗衰老行動系列，是為了發生「替代」的療效，因為家人的「置入」，老年人不得不「移出」，甚至勸你「不用這麼擔心」「沒什麼啦」「這又無所謂」「不用看醫生啦」「整形，笑死人哦！」，

因為抗衰老「行動」的執行，所以不會令老年人停在「更為焦慮」之中，反而從過程中「覺察」家人的愛心呵護，而能得到源源不絕的幸福感（例如：試用不同的洗髮精，又例如：家人討論哪一種乳液適合奶奶）。

（2）晨昏定省出入報告

全家大小出入家門務必趨前告知，早晚三餐都要問候。這是每日提供老年人多重 FS 的最佳方法。

（3）建構權力感

建構權力感，讓老年人覺察自己在家庭中擁有適當權力位階和參與感，而不是毫無權力（無人重視，沒人把我當一回事，啥事都管不了，老了沒用了）。方法如下可供參考使用：

- A、規劃一些事務，把決策權交給老年人。例如：小孫子能不能去遠足？今天能不能晚點睡？盆栽要擺哪裡？
- B、規劃一些事務，讓老年人可以參與決策。例如：電視機要換什麼品牌機型？電鍋要買什麼顏色？
- C、規劃一些事務，是一定要說給老年人知道的。例如：辦公室怎麼了？家裡誰怎樣了？那個親友如何又如何了！

五、PS_B：疾病之痛

疾病之痛（PS_B）最是苦楚，從長痘子、疹子、…，從牙疼、頭痛、指甲縫腫痛…，從感冒、胃痛、腹瀉、…，從世紀三大疾病：癌症、愛滋病、憂鬱症，到各種罕見疾病和不治之症。人類從出生起，就有機會承受疾病之痛的侵襲。不同的年齡層，還會好發不同種類的疾病。遇到感染性疾病，還能推因測果引以為殷鑑。遇到遺傳性疾病，就只能怨天尤人、悔恨今生。人生最憎惡疾纏身，聞之喪膽者為癌症和愛滋，心碎者為憂鬱症。癌症和愛滋病，代表致死之惡疾。憂鬱症則代表精神疾病，精神病不是致死的絕症，卻令當代人不欲生。疾病不只是痛苦，更是災難。身受疾病之痛的人，又怎生承受這種苦楚呢？

承受疾病之痛苦，區分為慮病期、康復療養期、慢症期、絕症期、安寧期和精神病期。有人卡在某一期，有人一期渡過另一期。不同時期的人，各有不同自助和助人的方法。

（一）慮病期

不是每個人都有慮病期，只有那些俗稱「惜皮仔人」（台語），比較自戀、比較怕死，平常對各種生理刺激或生理反應都比較敏感的人；或者自信心、自我安全感、容易鑽牛角尖、習慣對長輩或平輩生氣，平日生活較刻板化、猜疑心較重、啥事都要有個原委的人，則較易於病情初發之時，出現心理性的慮病期。慮病期可分為二種心理現象。

1、病人之苦：二種心理現象

過慮現象通常發生在生病初期或慢性疾病患者（或家屬）身上，慮病現象則

發生於慮病症患者身上。

(1) 過慮現象：過度擔心與焦慮

當事人在病情初發身體不適時，就開始擔心「我怎麼了？我生病了嗎？我生什麼病了？我會不會得重病？我的病會不會好？我病了，我的工作（學業、家人…）怎麼辦？我病了，我就不能…了？我不要生病，我不要打針吃藥，我如果治不好怎麼辦？吃這藥會好嗎？這個醫生行嗎？診斷沒錯嗎？檢查會不會有問題？」他的擔心焦慮，全部聚焦在自己的病情與生活之中。

(2) 慮病現象：四處看不同科的門診

當事人如果罹患心身症，就容易出現慮病現象。因為是心理引起的生理症候群，不是器質性的缺損，而是功能性的間歇性影響，且症狀會變化。生理上的檢查大抵都在安全值以內，症狀也不符合疾病分類的全部要項。醫生無法診斷他是什麼病，無法告訴他「你得了什麼病」，也無法開藥給他、告訴他療程。不是「先開些藥，你吃吃看！」，或者「檢查起來，沒有某某病症。」，就是介紹他「掛某某科再檢查看看」。

當事人的病症得不到確認，心理的過慮現象就更加碼轉為「我怎麼了？我到底得什麼？連什麼病都不知道？生病了，就要知道為什麼生病和生的是什麼病呀？醫生說沒病，可是我明明就不舒服呀！」他開始找同一科不同的醫生，然後開始掛別的科，看的科別愈來愈多，檢查的項目愈來愈多，甚至乾脆就做全身檢查。結果還是一樣「沒病」，事實還是一樣「我這裡痛，那裡不舒服」他更慌了「一定哪裡不對」「一定要有原因」「看了那麼多醫生，卻不知道我得了什麼病，我怎麼辦？我是不是沒救了？我是不是一輩子都會這樣？」「醫生說還可以檢查某些項目，問我要不要檢查？我又不是醫生，怎麼問我要不要檢查？到底我是病人還是醫生？」

慮病現象的當事人，不但對自己、對自己的病情、對醫生、對醫院、對檢查有疑慮而深度不安，更把這種不確定性引發的焦慮，轉移至家人或照顧者身上。他會對家人咆哮或埋怨「你們都不關心我，我生病了知不知道，不用看醫生嗎？醫生說沒病，你們就算了嗎？檢查沒怎樣，可是我痛苦呀！你們認為無所謂對不對？說我亂想的，不要想就不會痛了是不是？我這麼難過，能夠不想嗎？那個醫生竟然叫我看身心科，我瘋了呀！我神經病是不是？這些痛都是我瞎編出來的是不是？大姨介紹的那個醫生到底要不要去看啦？某某科到底要不要去看啦？到底要不要到另外一家醫院重新檢查一遍？這一堆藥到底吃什麼？你們又說隨便我？醫生也問我要不要檢查特別項目？我是醫生是不是？我說了

你們說我亂想，我不說你們就當我沒病、病好了、不會痛了是不是？」。

2、家屬協助病人承受慮病之苦的方法

慮病之苦，當事人自己承受不了，家屬也無法承受。家屬不但面對病人的焦慮與恐懼，還要面對病人的抱怨與攻擊。家屬怎麼勸慰都無效，怎麼說怎麼做都錯，無能為力與不知如何是好的感覺，重創每一個家屬。家屬生氣、悲傷、自我激勵、耐心陪伴，卻又換來一記又一記的重創，看著對自己咆哮的病人，家屬卻必須知道：家人親友或照顧者未伸出援手，當事人會愈陷愈深；過慮只是焦慮併發強烈地情緒狀態，慮病則由焦慮轉移至強迫症，更非當事人所能自救。家屬務必採用「洪水法」，才能逐步幫助當事人脫離苦海。洪水法是屬順向療法，家屬務必操作下列程序：

（1）過慮現象

當事人出現過慮現象時，協助者務必執行下列技巧：

- A、接受：專心聽、表情凝重，口中唯唯諾諾，絕對不懷疑或否定當事人的說詞。
- B、鎖定：表達「我最擔心的是……」，詢問「你最擔心的是……」，完成「分段（逐步）縮小焦慮範圍」的操作項目。
- C、肯定：對病情的發展，以及治療的速度，給予正向肯定。
- D、示好：表達對當事人的感情、喜愛和能力的崇拜。

（2）慮病現象

當事人出現慮病現象時，協助者務必執行下列技巧。家屬或照顧者操作前四種技巧，可有效縮短否認期，有利於轉介臨床心理師之後的療程，並減少相互的衝突。

- A、角色認證：當事人懷疑的自我狀態或病情，全部都把它當真。必須異口同聲，相互呼應。
- B、角色心理替代：協助者要針對當事人不同時刻述說的不同病情，全部表出過慮現象。讓當事人覺得，協助者比他更擔心、更慌張、更害怕、更疑惑、更想找到真相，藉以「替代」當事人的負向動機與情緒。
- C、角色行為替代：協助者要比當事人更主動積極尋找醫療資訊，安排同科不同醫生與不同科別醫生看診或檢查。
- D、平行角色發展：每次就醫前、中、後階段，協助者應與當事人扮演相同角色。用第一人稱述說與行動，並與當事人充分討論。

E、轉介心理治療：慮病症心理治療的關鍵，在於當事人承認自己患了慮病症。

慮病症病人最不能接受家人或醫生說「你患了慮病症」，上述角色替代療法就是縮短「否認期」的方法。臨床心理師會操作心理治療技巧，縮短與完成「否認期：我不可能患慮病症。」的心裡歷程，而進入「自憐期：怎麼是我得這種病？」。次而縮短與完成自憐期的心理歷程而進入「羔羊期：為什麼我會得慮病症，怎麼發生的？誰害的？」。再縮短與完成羔羊期的心理歷程，進入「求助期：誰來幫我呢？」給予全面協助而脫離慮病症。有時候，過慮與慮病的人並非病人而是家屬，這樣子的家屬務必求助於臨床心理師，避免久而久之又引發了病人產生過慮與慮病現象。

（二）康復療養期

急症期正當病情急性發作，當事人承受巨大身體病痛與醫療作為，心理上無暇去覺察或在乎他人的作為與互動。急性症狀解除，進入康復療養期就大不相同了。

1、病人的行為徵兆

康復療養期的人最大的障礙，就是一一直在生活事件互動中找證據，證明下列第一件事，再用第一件事要求第二件事。

（1）第一件事：我是病人

他很注意自己病情發展和身體狀況，努力找出自己和家人或其他人互動時體能的差異，每一個差異都是一塊標籤，他努力給自己貼上一塊又一塊的標籤。我們可以想像一個人，全身貼滿寫著「我是病人」的立可貼——這就是康復療養期的最佳寫真。

（2）第二件事：你們要關心我、讓我

向自己和別人展示「我是病人」的標籤，為的是要求下列四件事：

- A、擴大與持續享受當一個病人的特權。
- B、你們的關心不夠，你們要用心照顧我、疼我。
- C、我生病了，情緒當然不好，你們必須諒解、必須讓我。
- D、你們不該對我要求太多，更不可以對我生氣，也不可以不理會我。

處於康復療養期的人，情緒變易性會變大，對刺激的反應程度也會變大。佔據家庭權力系統上位的人，易把上述特徵都表現出來。但是，領受家庭權力系統下位的人，雖有以上心理歷程，卻「不敢」展露為外顯行為，而處於外表

安靜低沈，內心卻澎湃激盪的狀態。

2、承擔病人之苦的方法

這個階段的人，心裡可憐兮兮地，外表卻易兇巴巴地。他容易寬以待己，卻又易嚴以律人。他容易原諒自己、放縱自己，卻要求別人（通常是特定人而非每個人）許多、更多。這種人已間的衝突，造成這個階段病人與照顧者雙方的痛苦。

（1）如何幫助病人

家屬要幫助病人渡過這種衝突之苦，就得執行下列二種貼標籤作業，來削弱或減輕病人的衝突之苦。貼這種二種標籤的最高準則是——不和病人發生任何衝突。

A、幫病人貼反向標籤

病人自己貼的標籤是「我是病人，所以我不必～」家屬或照顧者或治療師要幫病人貼反向標籤，一樣子標示他是病人，內容卻改為：「你的病還沒好，所以不能～」 「等你病好了，就可以～」 「你若能～，病就會快點好。」 「為了讓病好起來，所以你要～，我們要一起～」。

B、幫自己貼標籤

病人幫家人貼的標籤是「我是病人，你要關心我、疼我、讓我～」，家屬自己要貼給病人看的標籤是「你是病人，所以我要幫你、管你、調整你的作息、飲食、心情……不能讓你不小心耽誤了病情的療養」 「你是病人，我一定要幫你把病養好，所以你一定要……」 「你是病人，我好擔心、好關心你，所以你一定要……」。

（2）如何幫助自己

康復療養期的病人，生活只剩養病一事，往往會因為失去目標感，而不耐煩單調沈悶、無趣、乏味的養病生活。養病的人，除了適當的運動外，就是要「靜養」。靜養之要不在追求高高興興的快樂心情，而在於不氣不怒、不悲不愁、不哭不怨、不煩不悶，更在於沖虛平和、悠然自得與清淨安適。

家屬或他人的幫忙，焦點在於下列二項：一是減低病人的「欲求」，二是降低病人與外界的衝突。至於病人能否得到「靜養」的實效——讓自己的心境離開極端的正負向動機與情緒，更難、更必要的是上述靜養之心的「經驗」。欲收靜養之功效，只能靠病人自己。病人必須知道這個「知識」，才知道要去做那些事，來達到這個目標。就不會日子挨不過，就找自己或家人開刀胡鬧。

（三）慢性病期

慢性病的病人，區分成工作者和非工作者。沒有工作或已退休而罹患慢性病的

人，就好似康復療養期的病人一樣。慢性病的工作者，則面臨社會角色（職場與家庭角色）相對於病人角色的衝突，而破壞自信心與安全感。且會出現以下痛苦：

1、慢性病工作者的痛苦

（1）工作角色怨恨病人角色

當事人認同工作角色，把病人角色當做來找麻煩的，對於慢性症狀厭煩至極、仇恨至極。於是把工作角色所有的不順或挫敗，都歸因於慢性病之苦。

（2）病人角色怨恨工作角色

當事人認同病人角色，對於工作厭煩至極、仇恨至極。認為我是病人，為什麼還要工作（上班、上學、照顧別人……）。於是把慢性病之所以治不好，之所以一直折磨人，都歸因於工作之苦。

2、如何幫助慢性病工作者

家人、同事或照顧者，必須有能力辨識，當事人是上述 A 類或 B 類。

（1）A 類

對於 A 類的當事人，應該努力幫他貼上 A 標籤「你是了不起的工作者」「有慢性病還能工作真是了不起」「慢性病這樣折磨，還能工作、還能工作得這麼好，真是了不起」。A 類病人不但需要別人知道他身受慢性病之苦，更重要的是肯定他在工作上的努力與成就。所以，工作角色的激勵、讚美與肯定，才能幫助他承受慢性病之苦。家屬與同事千萬不能勸他說：「生病的人，何必工作得這麼辛苦？過得去就好，不要太認真，身體健康比較重要。」

（2）B 類

對於 B 類的當事人，應該努力幫他貼上 B 標籤「你是了不起的病人」「沒幾個這樣子發病的人還去工作的」「哪有病人要做這麼多事的」「做這麼多，病情還能保持穩定，真是了不起啊！」B 類病人不但需要別人知道他身受工作之苦，更重要的是肯定他在治療、養病上的努力與成就。所以，病人角色的激勵、讚美與肯定，才能幫助他承受慢性病之苦。家屬與同事千萬不能勸他說：「工作這麼忙，還有時間生什麼病呢？又不是多嚴重的病，幹嘛不工作啊！這麼一點子病，工作該沒問題吧！」

（四）絕症期

知道自己身患絕症的病人，已被告知大概只能再活若干年，所以生命開始倒數，每天都愈靠近死亡。絕症期的人面臨死亡的實體威脅，對死亡的畏懼，無法逃避的害怕與焦慮，珍愛的人、事、物都將永別的不捨，讓剩下來的這幾年或幾個月，每天都是折磨，一天比一天更折磨。病未至死，人已恐慌心碎而死。家屬或照顧者，

務必要求病人接受心裡治療。只有臨床心裡師給予「二次生涯治療」，才能幫助絕症期病人承受絕望的死亡之苦。

二次生涯治療，是由臨床心理師協助當事人，把出生至得絕症切斷為「第一個生涯」，次把現在至預期死亡的日期建構為「第二生涯」。並對第一生涯進行重建，然後開啟第二生涯的目標、價值、苦樂與成敗。二次生涯治療的對象，第一個是當事人，第二個是家屬與親友。當事人採特別心理治療模式，家屬與親友則採團體治療模式。二次生涯治療的程序只能執行一次，第一次若失敗當事人會拒絕第二次，故臨床心理師宜謹慎行之。

（五）安寧期

安寧病房的病人，區分為有要求和沒要求的二類。要求是病人要求照顧者協助他執行某些動作，例如要坐起來、要下床、要走走、要到外面去……等。家屬照顧病人，且知病人將不久於人世是苦，病人要求做他做不到的事是苦，拒絕病人是苦，病人被拒絕也是苦，二苦相對滋生怒氣、怨氣、傷心與痛心都是苦。

1、家屬如何幫助自己

家屬必須自助或者獲得協助，共同確認這個時期不同於加護病房外的等候，共同確認塵埃已落定的當下，家屬們該做的是那些事（包括：喪葬事宜、遺物處理、財產繼承、醫療保險……等事務；暨家屬創傷心理發展的必經心理歷程，家屬如何互相扶持共度傷慟與難關……等，心理與精神創傷之治療。）細目包括如下：

- （1）家人彼此知道：其他家人都已付出最大努力。
- （2）家人彼此相信：其他家人都願意承擔公平的事務負荷。
- （3）公平規劃每個家人實際承擔的工作。
- （4）家人彼此知道對方的心理創傷落在「創傷發展階段」的那個階段，以及相互慰藉的方法。
- （5）共同確認陪當事人走這最後一程的價值為何？以及各人可以支付的代價。

2、家屬如何幫助病人

家屬幫助病人只有一個字，就是「順」。例如：病人方才恢復意識沒幾日，就吵著要下床。問題是病人連坐起來都很困難，那可能下床呢？這時就出現病人吵著下床，家屬勸著不要下床，病人生氣不能下床，家屬生氣病人鬧著要下床，雙方氣來氣去，就有家屬氣急了哭起來，病人氣壞了也哭起來……。正確的處理方法是：對病人說「好呀！我幫你下床」，病人就會高興。家屬要高興地、甘願地、真摯地幫病人撐起身子，協助他做下床的動作。直到病人做不來，自己放棄

了，才能停下來。停下來的時候，還要告訴病人說「沒關係，晚一些，你想下床時，我們再試試看」「這次還差一點點，下次再試試看好不好」「唉唷！差一些些，下次一定會成功的！」這就是「順」的方法，如此一來雙方都高興。人都將死，就別再折他的意了。順意就暢心，高高興興地讓病人高興，才是病人與家屬承受安寧之苦的真諦。

（六）精神病期之苦

精神疾病的病人可區分為三類：第一類是人格疾患，第二類是精神官能症，第三類就是精神分裂症。第一類以他人為苦，第二類自以為苦，第三類不知苦而令人痛苦。

1、第一類：人格疾患之苦

人格疾患俗稱人格違常，是指當事人異於常人、常理、常規、常識的念頭、言語、表情、動作、聲音、行為的原因，源自扭曲的人格結構與內容。這樣子的病人沒有痛識感、沒有是非價值感，苦樂的感覺與反應程度卻反而十分強烈。人格疾患最困擾當事人的就是多思多慮到幾乎失控，而未達強迫的狀態。對家屬而言，則道理說完、好話說盡，該做不該做的都已規範完畢。哭罵叫打、能做的都已做完，可當事人卻依然故我。不可理喻、不勝其煩、不堪其擾至不知所措，正是家屬的寫照。

（1）家屬怎麼幫助自己和家人

家屬必須先自助、互助，必須先讓自己不會憂傷，才有心神幫助病人。

家屬必須告訴自己、教育自己、說服自己和家人：

A、他不是故意的、不是找我們麻煩、不是找自己麻煩、不是不管理自己、不是放縱他自己、不是愛生氣、不是愛找碴、不是沒事找事、不是不懂事，不是不顧憐、不疼惜、不感謝家人，不是偷懶、不是愛發脾氣、不是愛哭、不是愛鬧、不是自卑、不是自暴自棄，不是勸不聽、不是說不得、不是教不會、不是個性不好、不是固執、不是不合作……。

B、他是病人，他生了纏人、煩人的疾病，他不是自己故意要生病的，不是活該他必須生病的，他甚至不知道他病了，他不知道他病很久了，他可能懊惱自己生的病，他可能憎恨自己為什麼會生這個病，他甚至可能不知道自己是病人，他可能每天都在猜疑為什麼我會這樣……。

C、他知道他自己和別人不一樣，他也認為我們想的做的也都和他不一樣；其實他堅持己見時，也不知該如何是好；其實我們生氣時，他也不知道該如何是好；就像他傷心難過氣憤時，其實他也不知道該如何是好。

D、他是病人，一切一切都是疾病引起的，都不是他能控制的。要求他是沒有用的，責怪他、遷怒於他都是沒用的，吃藥是不會好的，人格重建需要漫長的時間，不是三、五個月就能成功的。

E、如果家屬無法做到上述四項，務必尋求臨床心理師的協助——家屬接受心理治療。否則，當事人還沒成為精神病人，家屬就已精神病發作。

(2) 家屬如何幫助病人

家屬免於被病人傷害之後，才有動力與能力去照顧與幫助病人。

A、專心聆聽

「聽到不想再聽」「看到不想再看」「當做沒聽到」「當做沒看到」「隨便聽聽」「隨便應付應付就好」「聽到就氣」「看了就傷心」家屬免於被病人傷害後，就不會出現上述行為。所以病人說些「不是人話」、做些「不是人事」，還流露著「人不該有的表情」時，還能真心誠意的「專心聆聽」。專心聆聽的行為標準是：眼睛看著對方，適時發出語助詞（嗯！哦……），頻頻點頭且表情與病人一致（同喜、同悲……）。

B、各自表述

家屬不必對病人不合情理的言行做反應，要記住「他說他的，你說你的，各自表述」。各自表述的重點在於，病人說的時候一定要專心聆聽，但聽完後不須要就其內容、主題、事件或其人做任何回應，只須直接陳述自己的想法或要求。不要說「你不可以~，你應該~。」只要說「我希望你~」或「你應該~」或「某件事~」。

C、溫情體貼

人格疾患區分 10 類，包括妄想型性格障礙、類分裂型性格障礙、分裂型性格障礙、反社會型性格障礙、邊緣型性格障礙、做作型性格障礙、自戀型性格障礙、畏避型性格障礙、依賴型性格障礙、強迫型性格障礙。邊緣型、做作型、依賴型、妄想型與強迫型的人，需要大量溫情體貼的照護，而且愈多愈好。類分裂型、分裂型、反社會型、自戀型與畏避型的人，則不需要溫暖體貼的照護，愈多他愈困擾、愈逃避、愈反抗。這是家屬照護人格違常的人，務必要注意的分類。

D、他不是病人

人格違常的人認為自己沒錯、更沒病，他們認定都是別人錯、別人有病。至於他為何到醫院看病還在用藥，是因為有病的家人們一起逼迫這個沒病的他，他不得不屈服。家屬愈指證他有病，他的症狀就愈嚴重，反彈或反抗就愈

強烈，就出現愈多的偏差行為。千萬不要幫當事人貼上病人的標籤，家屬務必切記這個禁忌。

E、心理治療

人格違常的人最適合的治療模式是心理治療，故家屬最重要的任務就是協助或強迫或誘導當事人就診。如果一定要用藥，更必須同時接受心理治療。

2、第二類（上）：精神官能症

精神官能症包括：憂鬱症、焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症、妄想症。不論初發為哪種病，都可能會併發其它五種病的症狀（通常只併發一、二種），但併發的症狀會改變，病症也會從這一種轉移至那一種。通常較易初發的病為憂鬱症，憂鬱症也會合併焦慮狀態，或者合併畏懼……等其它狀態，憂鬱症也會轉化為焦慮症或其它病症。憂鬱和畏懼症都是情緒系列的心理疾病，焦慮、強迫、妄想症，都是動機（念頭）系列的心理疾病，恐慌症則為動機與情緒複合的心理疾病。動機與情緒互為因果與表裡，呈現完形心理學的「形一基」現象。形基互換時病情就發生移轉。

精神官能症的病人困在情緒失控與負向情緒之中，更困在動機失控與負向動機之中。他沒有能力抑制各種情緒的滯留和流轉，他更沒有能力控制各種動機的識別、判讀、抉擇、滯留、重複或漫無邏輯的急速變換與發展。最可怕的是這些現象，會從零開始愈來愈多，愈來愈嚴重也愈來愈失控。當事人從沒有覺察、到有警覺、到愈來愈害怕，到愈來愈無法控制、到完全失控而不自知，這是一個非常可怖的歷程。

（1）焦慮症

憂鬱症患者容易併發焦慮狀態，焦慮症患者也容易併發憂鬱狀態。從精神科藥物治療的藥理上看，憂鬱症與焦慮症有共病現象。但是從腦電波學的觀點來看，焦慮症與憂鬱症卻有完全不同的表現。焦慮症患者不論全腦放電強或弱，都以 β 波（13~30Hz）為優勢波。優勢的 β 波出現的次數愈多、時間愈長、強度愈大，當事人就愈焦慮。焦慮症患者若伴隨專注力降低、恍神、情緒變易、記憶力變差、不安、混亂、失眠…等心身症狀，都可以在腦電波上明顯的確認與區分。

焦慮症患者區分為想到就焦慮以及想不想都處於焦慮狀態二種，前者「思想」的標的物是固定那一件或那幾件，後者則為了覺察「我在焦慮」而更焦慮。焦慮症患者難過的不是「那件事」、不是「想」、不是「想那件事」，而是想或不想那件事引發的「身體反應」。心悸、冒汗、口乾、頻尿、肌肉緊繃、暈眩、虛

弱無力、無法移動…等身體症狀，讓一個人為焦慮症所苦。

焦慮症病人為身體症狀所苦，而引發的心理創傷則為恐懼和害怕。碰到會引發焦慮的情境就害怕，沒碰到卻預期萬一碰到而恐慌。這種誇大的恐慌和害怕又無端地引起新的或更嚴重的身體症狀。嚴重的身體症狀，甚至令人癱瘓無法動作，而且毫無任何預兆。有的人則轉化於其它變態行為，如：拔頭髮、咬指甲或自虐、自殘的行為。上述這種嚴重的身體症狀（走在路上隨時會癱瘓或提到某事就立刻癱瘓），以及自虐、自殘的自我傷害行為，在二次發作之間則又引發更嚴重的焦慮。

焦慮症病人焦慮時很苦，不想、心不焦、思不慮就不焦慮嗎？從「焦慮的心理狀態」，陷落到「焦慮的生理狀態」的人，24 小時腦部的 β 波不論微弱強烈，都處於優勢波狀態盤踞整個腦部。有的病人感覺得到自己沒事沒想，卻不知在焦慮什麼？有的病人長期處於生理性焦慮之中，自己卻懵然不覺。

（2）恐慌症與畏懼症

對實體事物誇大的害怕，稱之為畏懼。對虛擬或非實體事物誇大的害怕，稱之為恐慌。畏懼症患者，面對畏懼之人事物時，通常採取迴避或不接觸的方法，來讓自己不暴露在畏懼的情境中。恐慌症患者發作，都是從事前延續到事後。因為想到就害怕，一開始怕就怕很久，非關目標情境有沒有出現，所以恐慌症患者痛苦的時間很長，引發的身體症狀也更激烈。

焦慮症患者愈想愈擔心，為了不擔心他會故意去做這些事，或故意不去做那些事。畏懼症患者只要迴避或不接觸就沒事，恐慌症患者卻愈想愈害怕而做不了任何事。焦慮症容易併發畏懼或恐慌狀態，畏懼症與恐慌症也容易併發焦慮狀態。當焦慮症與畏懼或恐慌症結合時，患者的痛苦就愈無法自制了。

（3）強迫症

強迫症幾乎都聯結著焦慮症，前者引發後者或後者引發前者，在心理治療上代表兩種不同的技術與療程。強迫性思想的病人，一直在想——想著實體或虛擬的事件，大部分是小事，小到一句話或一個動作或一個念頭或一個表情，然後「想不通」。因為想不通所以一直想，因為一直想所以影響了正常作息與事務。又因為錯亂或耽誤了身邊的事務，所以又出現了新的思想的標的物。永無止盡的「想與想不通」，引發永無止盡的事務挫敗，又引發一次又一次的暴烈、消沉與哭泣。病人必須講給特定人聽，因為他要求助。家屬不管怎麼分析與勸說，卻又說不過或勸不通病人。病人認為家屬沒有能力幫我，家屬認為病人冥頑不靈。通常，病人會攪亂一家子的親情。

強迫性行為的病人，不是困在謬誤的邏輯中，而是挫敗於無法做決定。猶豫不決，決而又猶豫，沒法子下判斷，無法確認行為的標準。就是不知道洗乾淨沒，所以才一直洗手。就是擺不出自己所認定的那個完美標準，所以才一直在調整鞋子的位置。（例外：潔癖不同於一般的強迫性行為，不可等同視之。）強迫性行為的病人，會在日常生活中出現許多標的性的強迫性行為。如果沒有治療，這些標的行為會轉換，還會愈來愈多，因為耗用太多時間致使生活步調與作息又被影響。因為總是無法在適當的時間完成每件事，所以造成許多事件的挫敗而招來訓誡與教誨。雖然勸說無效，但是家屬很清楚他病了；不像強迫性念頭的病人，常被家人視為無理取鬧、想不開…，就是不把他當病人。強迫性行為發作時，病人通常不會有多難過。病人難過的是時間的壓力或有人在旁邊催或有人在旁邊看，或者還沒完成這件事（例如：脫下皮鞋後，要花 15 分鐘才能「擺好」在鞋櫃裡。）就被迫停止，這才會引發病人嚴重的焦慮。

（4）妄想症

不論是被迫害妄想，還是神息妄想，只要是生活機能正常，還可以上班上課，就仍屬精神官能症。若妄想內容已達人格的分裂或邏輯的謬誤並強制去規範他人行為，則屬精神分裂症。

被迫害妄想的病人，整天懷疑有人要迫害他。他懷疑到處都裝了針孔要拍他，他懷疑別人說話是在說他。他懷疑看到的每個人每輛車，都在密謀害他、跟監他。他會尋找主要的壞人，合理化他被迫害的原因。他整天生活在杯弓蛇影的苦楚之中。他不但覺得有人要害他，還怕這些人也會傷害家人或特定人，所以必須去警告他們，所以每天都焦急地向幾位特定人——又說又勸。聽話的家屬先是滿頭霧水，次而再三分析、勸說無效，甚至厭煩的翻臉。到最後只好聽了就算，也不爭辯了，因為知道——他病了。

當事人不相信自己病了，因為他真的看到與聽到，他真的被脅迫。當事人又害怕又沒人相信，只好找一個安全的地方躲起來。他看到人就怕，所以也不見人。儘量不出門的他，可能躲在家裡或房間裡或床上或電腦遊戲裡。他憂鬱、情緒暴躁、意志消沉、哀傷苦悶、自信心愈來愈低落，自我影像與自我價值感慢慢破碎，他漸漸遠離這個世界。除了妄想、被迫害妄想，他什麼都儘量不去想。他只要一想，就連結到妄想，就開始害怕，就想去做些什麼或不做些什麼來制止迫害的行動，全家人的日子就又過不下去了。

家人的感傷除了無奈就是絕望，就算還未達妄想型精神分裂症的標準，家人在病人長期服用精神科藥物，卻仍然沒有病識感，仍然妄想的情形下，已經

知道：生活在身邊的這個病人，已經不是原來那個人。家屬知道：我（們）已經失去他了。因為妄想的病人，在生活的事件上，已經無法有正常的動機與情緒反應和展露。相對家庭角色的角色內容，已經一部份一部份的刪除與簡化之中。

（5）家屬如何幫助自己與家人

家屬必須很明白告訴自己：他是病人。如果病情輕，病人還有自覺——他知道自己愈趨失控而害怕，愈害怕卻愈看著自己走向完全失控。病人沒有自覺——他已完全失控。除了像人格疾患病人的家屬一樣的自助的方法之外，家屬最重要的是必須把精神的焦慮與生活的重心，從當事人身上移開。家屬的喜怒哀樂，不可以只是繞著病人打轉。家屬疼愛病人，就必須維持自己身心健康，讓自己有能力適時伸出援手來幫助病人。家屬宜執行下列自我管理：

A、建立生命的天平

伸出左右手當做自己生命的天平，右手是痛苦，左手是幸福。

B、把病人和相關事務，置放在右手的痛苦端。

C、努力去尋找人、事、物，置放在左手的幸福端。

D、二隻手記得上上下下搖來搖去，痛苦是必然但是勿忘仍有幸福。不論多痛苦，都有資格也可以去追求幸福。因為很痛苦，所以更要努力去追求點點滴滴、大大小小的幸福。

E、一定要建立生活的目標，正常的作息規律，規律的運動型態，務必努力追求自己的身心健康。發現自己壓力無法解除，或注意力無法集中，或有胸悶心悸現象，或睡眠品質愈趨不好……，務必及早尋求臨床心理師的協助。

（6）家屬如何幫助精神官能症的病人

病人需要的幫助區分為二類：一是就診，二是養病。

A、幫助病人就診

中國人按照習俗拜拜燒香、收個驚也都是必須的。但是，罹患精神官能症的病人，應以向臨床心理科求診為首選，次為精神科。一般失眠、憂鬱、焦慮症，臨床心理科的療程都在3~6個月，併發症狀嚴重才要拖到一年。若病情已至強迫、妄想症，則要1~2年才能痊癒。若找不到適合的（或有療效的）臨床心理師，或者病人出現急性症狀有生命或傷害的暴力危機，則應先尋求精神科或身心科的藥物治療，待病情穩定再尋求臨床心理科進行聯合治療。病人不願就診，家屬應採強迫或半強迫方式，帶病人就診與持續就診。以下五個要項是務必遵守的原則：

- (A) (強迫) 就診。
- (B) 協助病人執行心理治療作業或規律服藥。
- (C) 持續 (強迫) 就診。
- (D) 協助病人說明心理或藥物治療後，病情發展的詳情。
- (E) 病人會出現：抗拒、懶惰、任性、撒嬌、撒野、悲傷、暴怒、不守承諾、執行力不佳、主動性不夠、配合度不好、挫折容忍小、耐力不足、持續力不夠、易累、喊不舒服、抱怨、發脾氣……等現象，家屬一定要堅持完成預設療程。絕不能中斷療程，或自行減藥、停藥，或任意換醫生、換藥。尤其是心理治療的療程，家屬務必堅持完成；否則，重新開啟第二次心理治療，就難上加難了。

B、幫助病人養病

病人就診期間，家居養病時家屬該做什麼事呢？如果病人接受藥物治療，家屬務必確認病人是否「規律服藥」，並注意病人是否「藏藥」或私自「減藥」。藥物會對不同病人造成差異極大的副作用，副作用造成的巨大創傷生理，又會引爆大量的創傷心裡。故家人要細心觀察與聆聽病人訴苦，協助完成「換藥」與「調藥」的最佳效果。如果病人接受心理治療，家屬除了協助病人執行各種心理治療作業外，務必配合心理治療師的要求，調整適當的角色行為，重建指定的角色關係與權力系統的治療性互動模式。

(7) 同事如何與精神官能症病人相處

精神官能症病人在病情發展前期，大都會能繼續上班上課，病情愈嚴重請假次數愈多；病情嚴重到瀕臨失控時，病人就會自己要求停止上班、上課，因為不論是深度情緒或異常動機的困擾，都已引發強烈的畏懼與恐慌狀態，而無法執行事務或與外人相處。

同事對於出現精神官能症初期症狀，卻缺乏病識感而未就醫者，應聯絡家屬協助就醫。對於抗拒就醫者，應協助家屬強迫就醫。對於就醫中的精神官能症同事，則應注意下列事項：

- A、若當事人自認為病人卻還要工作，就要支持與安慰其病人角色。若當事人自認為工作者卻病成這樣，就要支持與激勵其職場角色。
- B、不要和病人發生任何衝突。
- C、不要和病人討論病史與病情。(可以聽，但是不要問或討論。)
- D、不要試圖勸說病人，改變他的認知、情緒、動機、言語或行為。
- E、務必引用上述「各自表述」技術，來完成工作的指派與要求。

F、若病人接受心理治療，請鼓勵其能力、激勵其動力，務必完成療程。

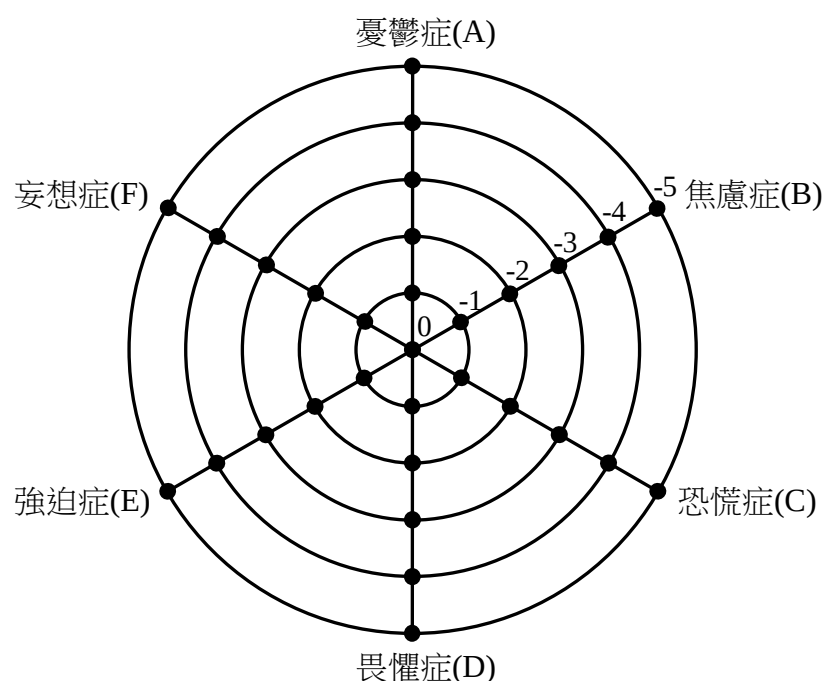
G、若病人接受藥物治療，請協助病人規律服藥，不要動不動就要換醫生、換藥。

3、第二類（下）：精神官能症之憂鬱症

憂鬱症是當代列名世界三大疾病之一，是精神官能症的「入口」。具有憂鬱症傾向或罹患憂鬱症的人數眾多，故特別分章節詳細說明，如何解除病人和家屬的憂鬱之苦。

（1）臨床心理師的診斷

我們可以把憂鬱症、焦慮症、恐慌症、畏懼症、強迫症與妄想症，看成精神官能症的六個相位，圖示如下：



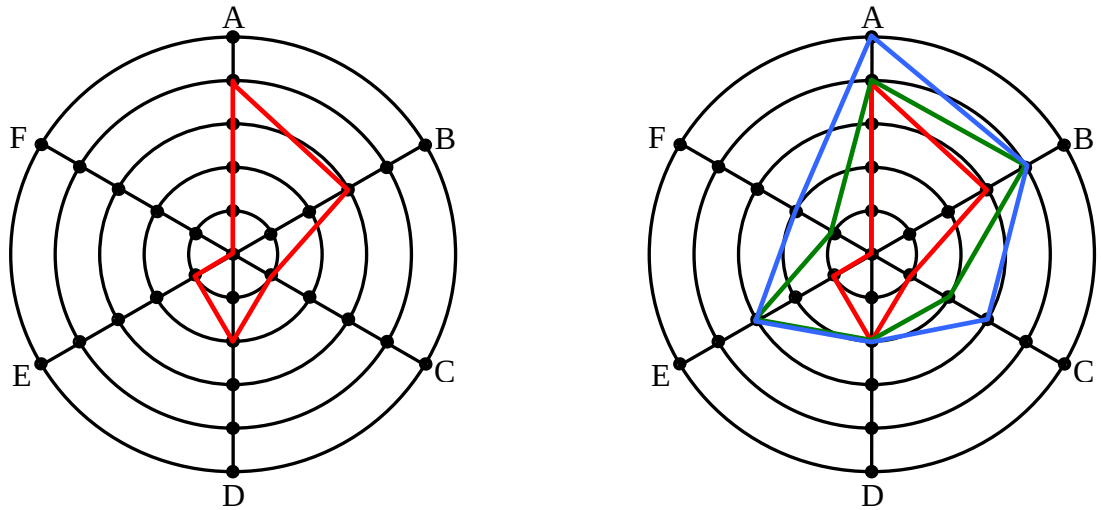
臨床心理師診斷病人時，並不是用病人主訴與可觀察的病徵，相對於 SM-IV 的指標，來診斷當事人得「什麼病」。而是先判斷：

A、現在的症狀是否落在 A~F 的某一條軸線上，嚴重指數要給幾分？

B、現在的症狀是否也落在 A~F 的其他軸線上，嚴重指數要給幾分？

C、如果是 B，就把各軸線上的配分點標示出來，再以直線聯結為「雷達圖」

如下例： A-4、 B-3、 C-1、 D-2、 E-1、 F-0 的分向指數與總分為-11 的精神官能症指數（左圖），並且了解其症狀主要表現在憂鬱與焦慮。



D、詢問病史，從初病發作的症狀，以及病情轉換的各階段以至於今。臨床心理師切割成不同疾病發展期，而計算各期病情指數，並在同一張表上以不同顏色線條標示各期的雷達圖（以上右圖）。這種量化的診斷技術，對病情的解析有很大的幫助。

（2）憂鬱症病人的病情

憂鬱症病人的病情表現在三方面，一是腦波現象，二是生理現象，三是心理現象（是病人的自我語言或主訴）。二、三是病人表現出來而可觀察的病徵，一則是病人無法覺察卻為治療的重要指標。

A、腦波現象

憂鬱症病人在腦波儀上的表現如下：

- （A）左右腦放電現象微弱至幾乎停止狀態。
- （B）相位圖上呈現極為細小的不動微點。
- （C）左右腦波形太弱，看不出任何波形，幾乎都只是一條直線。
- （D）無法觀察優勢波。
- （E）在水平頻譜圖上、四種波線疊在一起，強度<50 而無法觀察。
- （F）重症者，腦部放電強度無法激發。
- （G）輕症者，腦部放電強度可以激發，激發速度愈慢，放電強度的提昇愈弱，代表病情愈嚴重。
- （H）在立體頻譜圖上，腦部放電強度可以激發者，停止激發作業後；若放電象緩慢下降者，病情較輕；若放電現象立刻回復原來微弱電位者，病情較重。
- （I）左右腦放電現象，強度相差倍數愈大，併發情緒困擾越嚴重。

- (J) 左右腦放電現象，在各波頻表現不對稱者，愈混亂愈併發動機性的症狀。
- (K) 在水平頻譜圖上各頻譜的數值、圖形與變動，顯示較複雜之各種併發症狀。
- (L) 優勢波圖上， α 波無法激發， β 與 θ 波呈交替現象，或只有 θ ，或只 δ 波為優勢波。

B、生理現象

憂鬱症病人會表現以下三個生理症候群，但是兼俱此三個生理症候群仍不被診斷為憂鬱症，可是憂鬱症患者幾乎都有這三個生理症候群之一、二或全部。以下症狀的描述，若一個月內有 2~3 周，一週內有 3~4 天，一天內有 3~4 次，就被認定為符合病症判讀的標準。

- (A) 胸悶、心悸、手麻、手發抖：項目愈多，發作愈強，則愈嚴重。
- (B) 什麼「力」都沒了，全身無力，包括：記憶力、專注力、體力、視力、聽力……性能力，從無力到無力感，令病人連一根吸管也拿不起來，所以也無力動作或散步……等。
- (C) 這裡痛、那裡痛、到處痛：習慣性的心身反應會擴大與併發。

C、心理現象

憂鬱症病人會表現以下四個心理症候群，但是兼俱此四個生理症候群仍不被診斷為憂鬱症，可是憂鬱症患者乎都會有這四個心理症候群之一、二、三或全部。

- (A) 不要，什麼都不要，統統不想要：憂鬱症病人不會說「我想要」「我喜歡」「我不喜歡」，只會說「我不要」然後變成「不要」，再變成「不」，再變成——不接受刺激也不產生反應。
- (B) 亂，什麼都亂，統統亂成一團：憂鬱症病人的認知、思想、念頭、動機、語言、表情、動作、行為等，以上各個可控制的功能，彼此之間亂成一團，失去了一致性、恆常性與穩定性。從而造成生活作息之失控而產生睡眠障礙（失眠或嗜睡）與飲食障礙（暴食或厭食）。出現這二個障礙或其中一個障礙的出現，都是自主神經系統失調的徵兆。從非自主神經系統範疇內可控制功能的混亂，進而影響自主神經系統範疇內生理機能的失調、失控或傷害，而引發心身症狀的擴大與併發狀態。
- (C) 情緒變異性愈來愈大，所有的負向情緒（暴戾與悲傷）絕境出現，正向情緒（快樂、興奮）統統消失。人隨著時間，整個心情一直往下沉，

變得煩悶、沮喪、悲傷、痛苦，而後是一陣陣襲來的「莫名的痛苦」，把人打入「忍受不了的痛苦」的深淵中，也會伴隨長時間的大量哭泣行為。

- (D) 當事人覺察以上身心自我狀態時，找不到「病因」的人會為了「莫名」而擔心，找到「病因」的人會為了「不至於此」而擔心。這些擔心還會繼續發展出緊張、焦慮、恐慌、畏懼或強迫性思想、語言、動作的併發狀態，讓當事人喪失自信與價值感而萌生自我傷害的念頭。

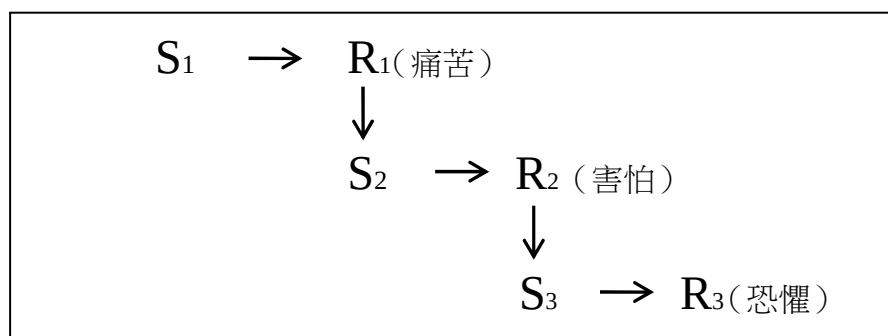
(3) 憂鬱症病人的六種痛苦

A、第一種痛苦：失控與停止

憂鬱症病人可區分為：有明顯創傷事件可以歸因，以及沒有創傷事件可歸因等二類。第一類較稀少，第二類較常見。第二類病人無法回答自己為何這麼痛苦，也無法向別人說明自己有多痛苦，更沒人明白他的痛苦到底有多痛苦，最可怕的是他人（尤其是家人）幾乎都無法諒解—當事人為何要用看不到的苦，來傷害或忽視身邊的幸福。第一類病人無法解釋自己「為何」「必須」苦成這樣？也就如第二類病人一般，陷入覺察自己「失控」卻「無能無力」，愈是「引以為苦」，愈是深陷痛苦的深淵，進而又陷入沒有痛苦、沒有感覺的虛無與蒼白之中，終而進入停止感覺、停止動機、停止情緒、停止思考、停止語言、停止動作，以至停止生存的現象中。

B、第二種痛苦：害怕與恐懼

憂鬱症的至苦其實是——害怕。從病徵初現，以至輕鬱、中鬱、重鬱、或者轉成躁鬱而有輕躁、中躁、狂躁、或者併發焦慮、恐慌、畏懼、強迫、妄想等症狀。整個發病的過程中，每一個病徵都是一個刺激（S），每一個S所引發的第一個R都是痛苦（R₁）；每一個痛苦都是另一個S₂，引發的每一個R₂幾乎都是——害怕。從疑惑到擔心，從擔心到害怕，從害怕到恐懼。每一個病徵都接續引爆痛苦、害怕與恐懼（S₁ → R₁ + R₂ + R₃），如下圖示：



每一個精神疾病的病人，只要意識清楚時，幾乎都會陷入 $S_1 \rightarrow R_1 + R_2 + R_3$ 的恐懼之中。這種恐懼帶來的絕望感，會令病情持續加重以至自殺。但是病人能夠描述 R_1 ，卻無法訴說 R_2 與 R_3 。家屬或觀察者能觀察 S_1 體貼 R_1 ，卻無法同理 R_2 與 R_3 ；甚至會對表出 R_2 、 R_3 的病人說「我知道你很 R_1 ，但是我陪著你，家人都愛你，我們一直都……我們付出一切……，我們為你用盡一切……，所以你不必 R_2 ，更不應該 R_3 啊！」往往令病人陷入更深沉的 R_3 之中。

C、第三種痛苦：二個世界

憂鬱症患者和其它精神官能症（焦慮、恐慌、畏懼、強迫、妄想）患者有很大的差別，他最貼近精神分裂症卻又大不相同。憂鬱症患者很清楚，他活在另一個世界，另一個任何人都進不來的世界。他知道家人與他人活在什麼世界，這世界好不好與我無關，他們在那個世界對我好不好也沒用。沒人知道我以及我的世界，他們在另一個世界叫囂、指責與要求，只是對我與我世界無止盡的、殘酷的折磨。焦慮、恐慌、畏懼、強迫症患者很清楚，他和家人都活在同一個世界，不同處在於自己控制不了這個世界中的某些、人、事、物以及自己。妄想症患者也知道活在同一世界，只是自己還有另一個世界。他一共有二個世界，一個和他人一樣，一個只有自己知道是怎樣。他知道不一樣的世界是自己的妄想，一樣的那個世界才是對的，可是他沒有能力控制自己不跑到妄想世界去。精神分裂症患者只活在自己的世界，自己的世界可能有很多個，但是卻沒有別人的世界。隔著一個世界和不同世界的人對話——他知道家人在說什麼，他也知道家人不知道他在說什麼，這就是憂鬱症患者的生活。憂鬱症患者不但要在自己世界和自己對抗，在自己世界對抗別人的世界與別人，還要在別人世界（被迫接受家人的安排與照護……）對抗別人以及別人的世界。

D、第四種痛苦：空洞

憂鬱症患者會慢慢失去意志力，他逐步喪失對事件控制的能力，喪失對特定他人控制的能力，喪失對（從特定至整個）環境的控制能力，最後喪失對自己的控制能力。最可怕的問題是，當意志力愈是脆弱稀薄，控制力愈是軟弱稀微的發展過程中，「自我」卻還存在。「我」還活著，可是病了；所以「我」不會說「我要」，只會說「不要」，最後連「不要」也說不出口。只剩個「我」，一個病人、一個被照顧者——一個喪失愛與權利的「我」。家人用無微不至的照顧來「愛」我，並且剝奪我一切的權力。家人

認定我想的、說的、做的，我不想的、不說的、不做的，都是錯的、都會傷害自己，所以家人安排一切對的。異常的深度情緒困擾發作時，病人在漫長的悲泣中忘了「我」。只要憂傷稍緩或有斷續，病人那個「我」就得面對「病人」——一個沒有愛、沒有權力、沒有能力、沒有動力、沒有意志力、而被環境所控制的「人」。憂鬱症病人以及躁鬱症病人處於鬱期時，只要症狀緩和、人較清楚，就得面對這樣的自我。憂鬱症病人的「我」面對「自己」時，「我」只剩下一個空殼子，自我「裡面」的內容——一輩子累積下來的價值、知識、情感、成就、善惡、財產、地位…全部淨空了。憂鬱症病人的第四種痛苦：自我空洞感；掏空心肺骨肉只剩個皮囊，以及忽明忽滅的一抹心火。

E、第五種痛苦：崩潰

任一種痛苦襲擊病人時，或者各種痛苦一起襲擊病人時，若病人承受不了，就會導致——崩潰。崩潰時，病人陷入極端的情緒經驗中，或是大怒、大哭、又叫、又跳，或是僵直不動發不出任何聲音，或是癱瘓的爛泥，或是以上狀態複合呈現。崩潰後身心極度疲勞而虛弱，整個人的心理與生理歷程，全部癱瘓而無法操作。崩潰，令人經驗——畢生的價值、信念、認知、努力、成就、情感…全部摧毀，身心靈同時引爆碎裂，而後一片黑暗與沉寂。崩潰後，每一個碎片慢慢地黏合，生活與生命緩緩地重新開始。病人總是在崩潰之後，費力地看著另一個世界與另一個世界的人。每一次的崩潰，都讓病人愈無能力拼湊成自己，更沒有能力拼湊出相對的那個世界。他跟不上、看不見、聽不懂別人的生活與生命，他沒能力與人互動，他連自己都動不了。

F、第六種痛苦：絕望與自殺

憂鬱症患者最終極的痛苦，就是：絕望感。病情愈重，前面四種痛苦，就如永不休止的波浪侵襲病人的自我，令病人喪失自我價值感，以及為了自己存活的意義，而萌生絕望感。若家屬不能提供正向的拉力，而有負向的刺激，病人會喪失為了他人而存活的意義，以及自己拖累家人的罪惡感，而對人生（整個環境系統）萌生絕望感。這二種絕望感（對自己與對他人），會引發病人自殺的動機，造成嚴重的生命危機。想死的念頭出現後，病人時時刻刻都浸泡在生與死的抉擇中。絕望的情緒與死亡的念頭，就像二條絞繩緊緊纏住病人的脖子，愈勒愈緊。

（4）憂鬱症病人家屬的痛苦

家屬剛開始只是覺得這個人「變了」，從變得不一樣，變成無法理解、理喻，到變成不認識的人，變成無法認識的人。次而才發覺這個人活在另一個世界，另一個無法認識的世界。家屬最後才發現，病人沉浸在另一個世界無法自拔，在這個世界的家屬卻找不到可以溝通二個世界的「有效語言」。難處是，家屬必須用千方和百計來接近病人、照顧病人、保護病人，幫助病人回到「正常的世界」。語言溝通的挫敗、表情溝通的挫敗、情緒溝通的挫敗、行為溝通的挫敗等。這四種挫敗從歸因於病人，到歸因於自己；從責罪於自己，到責罪於病人。憂鬱症病人的家屬會出現以下四種深沉而迷亂的痛苦。

A、第一種痛苦：罪惡感

當正式被診斷為憂鬱症病人之後，病人雖然也難以接受，但也鬆了口氣「原來，我生病了，我是得了憂鬱症，所以才會變成這樣…」家屬就不一樣了！不論家屬的第一個反應是「他怎麼可能會得憂鬱症？」或「結果呢？得憂鬱症了吧！」第二個反應通常是「不是我害的！」「我又沒對他怎樣！」「我已經盡力了！」「不要怪我，和我沒關係！」。初病之時以至診斷確認，家屬已和病人經歷漫長的拉鋸戰。從「你怎麼這樣」「怎麼不那樣」「你為什麼非這樣不可？」「你可不可以不要再不……」「你行行好，振作一點……」「你管一管自己好嗎？」「不要陷下去了！」「活動活動好嗎？」「你什麼都不要，我該怎麼辦呢？」

從「你不幹嘛！我偏偏要你幹嘛！」到「你不幹嘛，我也不幹嘛」再到「你不幹嘛，我能幹嘛就盡量幹嘛」，家屬已歷經千辛萬苦。可是，這些苦，都沒確認診斷（S）後的第三個反應嚴重。因為第二個反應之後，接連出現的第三個反應（R₃）是——都是我害的。

家屬責罪於自己，把自己當加害人，把病人當受害者。確認診斷前的日子是罪行，確認診斷後的日子是——贖罪與償債的日子。家屬上天入地的蒐集相關資料，無所不用其極的用盡各種辦法，天南地北的遍訪名醫。「我一定要治好他」家屬心裡大聲叫著「都是因為我不好，我沒盡責任，他才會變成這樣！」。病情愈重，家屬的罪惡感愈深；日子變成二件事：贖罪與償債。病人有多苦，自己就得多苦，而且要更苦，一定要以病人之苦為苦。只有比病人痛苦，才能贖罪與償債。病人的家屬會在心裡對著病人吶喊「我知道你很苦，可是，我比你更苦！」，甚至有人不小心地用表情、動作、語言或行為表達出來，讓病人看到、聽到、感覺到或碰觸到。

B、第二種痛苦：挫敗感

家屬會規勸病人，病人不會聽從。家屬會鼓勵病人，病人不會接受。家屬會要求病人，病人不會服從。家屬會安排各種治療行為，病人不會配合。說什麼都沒用，做什麼都沒用。用盡所有努力與方法，統統都沒效。衝突事件接二連三的出現，連續的挫敗感接踵而至。「一切都是白費」「一切都沒用」「都是白做的」「他還是這樣」「他永遠這樣」「折磨呀」家屬沒做努力就是不對，可是任何努力卻都是錯。「我還能做什麼呢？」「只要對病人有好處，做什麼我都願意。」「問題是：我們還有什麼沒做的呢？」沉重的挫敗感浮現在家屬眼中，每當他看病人的時候，沉重的挫敗感撞擊家屬的心靈，每當他看著鏡子中無能為力的自己。生活，家庭生活，這個家，都只是永無止盡的挫敗。挫折的魔咒，有如惡靈纏身，家屬泣訴如荒野的狼嚎——直到我死。

C、第三種痛苦：無助感

家屬找不到原因：為什麼他會得憂鬱症？家屬得不到保證：他的憂鬱症什麼時候會好？家屬找不到援助：誰能夠來幫我？家屬知道自己無能為力，知道自己幫不了病人。帶他看病，勸他吃藥，保護他的身體，規範與管制他的作息。用勸的、用罵的、用哭的要求病人「不可以這樣，不可以那樣」，結果是自己這樣子不對、那樣子也錯了。家屬找不到可以參考的醫療資訊，找不到可以依靠的醫療資源，更找不到可以幫助他們的人。無助感像冰冷的空氣，逐漸凍結家屬的四肢與心臟，令人瀕臨窒息。

D、第四種痛苦：拷貝病人之苦

家屬目睹與身受病人的六種痛苦，自己也開始拷貝與模仿病人的痛苦。在經歷第三組痛苦：無助感之後，家屬開始複製病人的痛苦，包括：崩潰、絕望與自殺，所以病人治癒後，可能就是家屬罹病或病情發作的起點。家屬會與病人「共病」，這是家屬照護病人的最大危機。

(5) 家屬如何照護憂鬱症病人

打從那個人開始多愁善感，什麼事都不對勁，情緒經常爆發大怒或大哭…；家屬就已經受盡無妄之災，也被激得心情動盪，身受親情與相對家庭角色關係破裂之苦。心中忿忿不平的動念「人怎麼變成這樣」「她怎麼變成這樣」「我老婆怎麼變成這樣」「這樣還算老婆嗎」「我這個老公怎麼辦」「我怎麼辦」「怎麼辦」。心中的自我語言，從相對家庭角色的挫敗，直接摧毀對自己與相對人的自信與信任。

自從被診斷為「憂鬱症」之後，那個人被正式定名為「病人」。「她是憂鬱症病人」這句話，像鐵槌一樣重擊每個家屬的腦袋。每看病人一眼，腦門就「碰」

的重撞一下。這句話帶給家屬的不只是恍然大悟——多少日子以來的衝突和苦痛，原來是因為她得了憂鬱症。家屬要的不是解釋，解釋並無法釋懷，釋懷這些日子以來的痛苦。心中的自我語言是「為什麼他會得憂鬱症？」「我才該得憂鬱症」。家屬要的是「他會好嗎？」「怎麼辦？」「我該怎麼辦？」「我該把他怎麼辦？」「如果不會好，他怎麼辦？」「如果不會好，我…？」「日子，就醬子下去嗎？」…。如何照護憂鬱症病人，成為家屬生活中最重要的一件事。

A、家屬一定要做的二件事：

(A) 強制就醫，定期回診。

不要屈服於病人的拒診行為，強迫就診是家屬的責任，有效處理拒診是醫療人員的本職學能。如果看臨床心理科，就得協助病人完成治療作業。如果看精神（身心）科，就得協助病人規律服藥。並對病情（改善項目、持平項目、惡化項目、新增項目）做完整的記錄，提供回診之參考。

(B) 和顏悅色的提供日常生活起居飲食之照護。

定時提供與提醒是家屬的責任，病人推拒不理或不要是病人必然發作的病情。家屬不可把病情視為自己照護行為的挫敗，表出不悅或挫敗的表情或語言或動作或行為。不引以為苦，不被激怒，和顏悅色的提供照護，是家屬一定要做到的堅持。沒吃飯就回收，再送點心。沒喝湯就回收，再送飲料。不管病人多麼地不理性，家屬一直保持「和顏悅色」的提供生活照護，關懷之情「溢於言表」這才是家屬的正確照護行為。絕不能生氣或沮喪或不悅，病人非常的敏感，家屬的任何負向刺激訊號或負向反應訊號，都會令病人更加「引以為苦」——「我都已經如此不堪的地步，你（們）卻還這這樣子對待我！」「我已經病成這樣子了，你（們）就硬是要這樣子逼我、刺激我！」

B、家屬一定要說的三句話

家屬要怎樣子和病人對話呢？家屬絕對不要「夢想」和病人對話，因為活在不同的世界。你說的他都懂，他說的你都聽不懂。你會認定他總是聽不懂，他卻知道你不懂他懂。所以，他懂你的不懂卻無能為力，你不懂他懂而氣急敗壞。輕度憂鬱症病人還很會講話，中度憂鬱症病人還能講一些話，重度憂鬱症病人已經不再講話，躁鬱症病人在躁期則喋喋不休的講話。以下三種句型，適合家人在照護病人時「自言自語」，切記每次說話不要超過一分鐘，間隔至少半小時，否則病人會「不耐煩」而更封閉自己。

(A) 唯唯諾諾的專心聆聽語句

病人只要開了口，不管說什麼，家屬務必「專心聆聽」，並以「語助詞」適時回應，並以「肯定句」回答重點問句（例如：嗯！噢！是啊！對！…）。

（B）溫言軟語的一次提醒語句

家屬要提醒病人執行某個動作或行為時，務必要「溫言軟語」做只有一次的提醒。例如：端了水果到房間，提醒他吃水果。請依以下程序提供一次提醒，只要一次。不管他說了不要吃，或一直沒吃，也不要講第二次、第三次…。

- a、水果放在他碰得到的最近距離。
- b、走進一公尺的領域空間，儘量靠近他身邊，能摸就摸摸他，能碰就碰碰他（不讓摸，就只靠近而不去碰。不讓靠近，就不要太靠近。）。
- c、看著他，輕聲細語叫他名字，然後說「吃點水果哦！」
- d、接下來，可以導入「自言自語的多元關懷語句」，或即轉身離開。

（C）自言自語的多元關懷語句

家屬提供生活照護時，可夾雜在前二種語句之間，用自言自語的表情和對方剛好可以聽到的最小音量，陳述下列各主題。但是每次見面只能選擇下列 1~2 個主題，用 30 個字以內的語言來陳述，說太多句就又煩了病人。適度的運用這個語句，除了表達關懷之外，也可以協助病人較不易脫離現實感。

- a、居家瑣事：爸爸老是惹媽媽生氣…，昨天弟弟又…，家裡的瓦斯熱水爐…，我的同事…，小狗狗……
- b、個人心事：最近呵，我總是想…，我的好朋友呀，對我說…，我好想…，我很怕…，我努力要……
- c、家人健康：我老是頭疼…，爸爸的血壓…，媽媽的血醣…，妹妹的體重……
- d、整理房間：這個窗簾最美了（一邊打開窗簾）…，光線真好……

C、家屬一定不能做的八件事

以下每一件事，家屬絕對不能說、更不能做，否則會激發病情惡化，成為新的病源。

（A）不生氣、不惡言惡語

不在病人面前鬥氣，不在病人面前生自己的氣，更不能對病人生氣。家人在病人面前嘶吼鬥氣，病人會受不了刺激，或認為你們是因為他才

生氣。主要照顧者在病人面前生悶氣，病人也會受不了刺激，或者認定你是在生他的氣。家人責罵病人、大聲吼叫、疾言厲色，不管病人有無反應，都會對病人造成重大傷害。單向的怒罵，或雙向的互罵，都絕對禁止。若是病人主動挑釁，先開口罵家屬，家屬更要婉言悅色以對，絕不能被激怒，記得——他病了，是病情發作，不是他在罵你。

(B) 不賭氣、不要冷言冷語

家屬千萬不能把病人當作賭氣的對象，照顧他卻冷言冷語。家屬不能心懷怨氣，不要說一些尖酸刻薄的話，不要有一搭沒一搭的說著難聽的話，給著難看的臉色。

(C) 不放棄，不要不言不語

家屬不要放棄病人，認定給他吃喝給他住就好，把他當透明人、植物人看待。沒把他當個活人，在他面前的言行恣無忌憚，完全忽略他的存在。尤其是不理不睬，不言不語，不對他說話，不回應他的說話與行為。

(D) 不抱怨，不要嘮嘮叨叨

家屬提供生活起居作息的協助，可以引以為苦，但是不能對病人說出來。哀聲嘆氣、粗聲戾氣，什麼事都要碎碎唸，什麼話都講了又講。家屬如何讓自己「甘願」呢？甘願才能不抱怨。不甘願，就嘮嘮叨叨，就必須付出更龐大的代價——刺激病人令其惡化。

(E) 不質問，不要追根究底

家屬千萬不要用質問句型，東一句「為什麼？」，西一句「怎麼會這樣？」，南一句「這樣對嗎？」，北一句「到底要怎樣？」。家屬不要用不好得句型或不耐煩或刺耳的聲音，去要求病人，描述、說明病情，更不可以要求病人保證病情的改善。

(F) 不哭泣，不要哭哭啼啼

家屬心中悲傷無助，卻不宜在病人面前哭泣，也不要哭哭啼啼的語氣和病人說話。因為病人會把家屬的苦，解釋為我害家人受苦，進而引以為自苦而讓病情更為嚴重。

(G) 不勸善，不要說教

家屬不要教誨病人，千萬不要一直勸善。企圖告訴病人什麼是對的？怎麼做才是好的？只會讓病人更自卑更消沈。病人不是不知道，什麼是對的、好的、正確的、理性的、價值的？家屬小看病人的認知與價值觀，

所以才勸善又說教。家屬的勸善與說教，將讓病人對自己更反感——我知道，可是我就是做不到。

（H）不規過，不要指錯

家屬不要告訴或指責病人「這裡錯了」「那裡錯了」「不對」「怎麼會這樣」「不可以吧！」「不該這樣子的」「不能改嗎」「不知道錯了嗎」。病人不是不明是非、不是不講道理，不是因為非理性才會變成病人。規過指錯只能帶給病人攻擊行為與反向行為。病人會執意孤行，反向而行，明知故犯，一錯再錯。不但會合理化自己的行為，更會攻擊家屬，造成雙方的傷害。

4、第三類：精神分裂症

精神分裂症的病人，喪失知覺與表出能力，看到、聽到、想的、說的、做的，都和常人不同也不合常規、常情、常理與常法。較不嚴重的，還保留某些區塊的意識是清楚正常的；較嚴重的，就全時、全部錯亂。精神分裂症、類精神分裂症、情感型精神分裂症、妄想型精神分裂症患者均需接受藥物治療，且宜住院治療或進住日間病房。因為家屬不但沒有能力幫助他，所以門診治療期間，整個家陷入地獄一般煎熬與摧毀每一個家人，且病人的病情也會愈趨嚴重。直至病人住院後，家人才鬆了氣，才有機會恢復生機。因此家屬必須了解：

（1）急性精神病

如果病人只發作一次，或間隔半年或1年以上才再發作1次，稱之為急性精神病。這樣子的病人，在第一次發作那一天或幾天，會耗盡體力、精力，且對人格造成若干程度的破壞。務必先接受藥物治療，次接受藥物與心理的聯合治療，再持續接受心理治療。

因為急性發作平復之後，當事人就變成「病人」——面色可滋養紅潤，但體力稍用即盡，一下子人就精力衰竭形容枯槁。腦子會慢慢回憶起每件事、每個人（有些人、事也會遺忘），心念動機會亂轉，情緒變易性大，敏感易悲易喜易怒易悶易煩易餓，需要長時間的睡眠與休息又易失眠或睡眠品質不佳。亦也退化現象，個性、脾氣、想法、價值觀退回兒童期，有時會用幼稚、簡單、非理性的方法行事，但又有反省、知覺能力，能夠正常上班上學執行各種事務。

有過一次急性精神病經驗的病人，發作平復後即進入「漫長」的「康復療養期」。病人和家屬都害怕，害怕什麼時候會再來一次，一次又一次，而變成「精神分裂症病人」。這種害怕、這種畏懼，甚至會變成恐慌，而令病人和家屬併發憂鬱與焦慮狀態，甚至合併若干強迫或妄想狀態。

首次發作之時，間隔好幾個月後二次或多次發作之時，因為急診醫師採用快速安神法（rapid neurdeptization,RN）通常會給予 haloperidol 1M 與 lorazepam 1M 處方。當事人醒來之後，立刻面對自己無法控制的身體，以及接踵而至的藥物治療。只要當事人的殘餘症狀與殘餘症狀的發展，不是進程性精神病性反應（症狀時好時壞，主要症狀不但殘留，而且愈來愈嚴重。），而是反應性的精神病性反應（沒有或愈來愈小殘留症狀，而是遭遇重大或特定刺激，才會引起症狀反應。），接下來門診的預防用藥，從試藥、調藥、換藥到加藥歷程。抗精神病藥物帶來的各種副作用，極度可能重創當事人和家屬。

因為各個人體質的差異與病因的生理條件不同，相同的藥物與劑量，會造成天壤之別的效應或傷害。又因為當事人和家屬對藥物反應的不同認知、態度與表達能力，可能又造成病人莫須有的極大痛苦，甚至直接貼上精神病人的標籤。（急性精神病的首次或二、三次發作的預防用藥，應該開給抗精神病藥物或抗焦慮藥物，或搭配哪一種鎮靜安眠藥物呢？是每天定量服用，或備藥於預期衝突情境之前服用呢？如何確實掌握殘留症狀的強弱、多少與變化的發展，來分配以上二種預防用藥模式呢？精神科醫師的用藥觀念，將嚴重影響當事人預後的發展與生活。）病人家屬務必做服藥反應記錄，充分與醫生交換意見，協商最佳調藥效能。

首次或前幾次精神病性發作的模式，家屬可以協助當事人整理出發作的程序、方式與內容。發病的程序，是預防用藥，以及病人與家屬緊急制止發作程序的重要參考。發病的內容，是日常生活可以預先避開的事件或創傷事件。發作的方式，則和日常的動機與情緒表出模式，有進程性的聯帶關係。

日常生活動機表出急躁而強烈，情緒表出劇烈而變易性大，且易有攻擊性行為者，易發作為正性症狀。反之，則易發作為負性症狀。殘留症狀為何？如何發展？更是以上二者的重要參考。做 RN 的緊急處遇之後，精神藥物是預後的預防治療，心理治療才是急性精神病病人的主要治療模式。而心理治療的療效，則建構於當事人的人格重建與動機情緒表出模式的調適，這也成為二次生涯心理治療主軸。

A、病人如何幫助自己

「只要不再發作就沒事」，病人很清楚這個準則，但是要怎麼療養才不會再發作呢？病人必須規範自己：

（A）重生管理

漫長的康復療養期，是我第二個人生的開始。第一個人生已結束，第二

個人人生正重新開始。身體像嬰兒發育般脆弱，調養得好，我會比以前更健康。心靈的修養與個性也打散了重組，調養得好，我會比以前更寬達仁厚。

(B) 作息、飲食、運動、工作與休閒管理

我必須維持規律的作息、飲食、運動、工作與休閒管理，來維持身心的健康。

(C) 動機與情緒管理

我要更積極的執行動機與情緒管理，務必在不好的念動與情緒初生狀態，就立刻改變自己的動機與情緒。儘量讓自己的心志，維持在沖虛平和的狀態，絕不大喜大怒大悲大愁大哭大氣大怨大恨大聲大叫。改變原來人格與動機情緒表出模式的缺點，成為自我治療與接受心理治療的主要作業。

(D) 預警系統

因為不記得發作的狀態，再加上藥物的作用，病人的意識與記憶是慢慢回來的。問題是，發作後有些人格特質或氣質或相貌卻回不來了。病人應找一個自己信任的親人或同事，協助觀察病人若有負向的進程性症狀的發展（例如：對小事情愈來愈放不下，念頭一拿起來就必須順從他，愈來愈觀念愈刻板，愈來愈情緒愈激烈，說話愈來愈兇悍…等），就要向病人發出警訊。最重要的是，病人必須牢牢地告訴自己——這個人說的話我一定要聽從。

B、家屬如何幫助病人

「只要不再發作就沒事」，家屬更清楚這個準則的重要性。因為那一次發作，家屬已經經歷一次「失去」當事人的錐心刻骨之痛，所以務必更處心積慮來照顧病人。除了執行「康復療養期」的守則之外，家屬更要特別注意下列事項：

(A) 請臨床心理師給予「二次生涯治療」，協助病人訂定重生管理的觀念與計劃。

(B) 溫和、柔軟的協助病人，執行作息、飲食、運動、工作與休閒管理，維持病人的身心健康。

(C) 溫和、柔軟的協助病人，執行動機與情緒管理。家屬絕對不可以和病人發生任何衝突，也要極力避免病人在職場或學校發生任何衝突。家屬必須像保護捧在手上的玻璃娃娃般，細心而寬柔的保護病人。

(D) 家屬絕對不能生病人的氣，要記住他病了。他正在經歷重生，他像初生嬰兒般卻快速發育，記住——不能再失去他了。那次，他撕裂自己；之後，你再三崩潰在那撕裂的影像之前。你知道，不是死別卻恍如死別

的生離；你知道，僥倖又能重逢，又再次得到他。你知道，他有多珍貴，你再也丟不起。錐心刺骨的痛，讓你知曉，不能再失去他。

(E) 協助病人接受心理治療，是家屬最重要的任務。請臨床心理師協助向精神科醫生協商預防用藥、緊急用藥或規律服藥，則為家屬次要的任務。

(F) 家屬若覺自己已無法承受上述的任務，務必尋找臨床心理師幫助，因為你也病了。

(2) 精神分裂症

當一而再、再而三的重複發作達六個月之後，病人會被診斷為四種精神分裂症之一。有的併發強烈憂鬱狀態，有的併發強烈焦慮狀態，有的併發強烈畏懼或恐慌狀態，有的併發強烈的強迫、妄想狀態。病人已經完全無法自助了，藥物與住院治療可抑制病情的發作或加重或變化，若未介入有療效的心理治療則難以有效的令病症痊癒。通常住院治療一段日子後，病情好轉（一段期間沒再發作）會通知家屬領回。可是回家後，通常又不會規律服藥，再加上原始創傷情境的重現，以及家屬給予的新壓力，而令病情復發又再入院。通常，重複入出院幾次後，家屬即不再領回，病人將生活在不同醫院的慢性病床上，或被轉至私立療養院不再回家。

家屬必須知道，除非奇蹟出現——你們已經失去了這個親人，他還活著，他卻不是他，他也不認識你，就算認識你，他也已經不認識自己。家屬必須做好心理與生活上的準備：

A、門診階段

雖然一開始是間歇性的重複發作，清醒時他還是你所認識的人，但是他已經愈來愈不像他。病人一而再、再而三被自己拋棄，他愈來愈不認識自己，認得的、控制得了的自己愈來愈少。每次發作後，他都不知道該如何面對自己和家人，聽到自己發病的樣子，自己想了就害怕，愈怕愈想愈害怕愈不知如何是好，直到病情又發作，直到永遠忘了我是誰，或者永遠只惦念某人、某事或某句話。

病人再三撕裂自己、拋棄自己，家屬的心、情感、生活與生命的價值，也再三的被撕裂。每一次的撕裂，伴隨無數次的痛哭、害怕，以及驚弓之鳥般的破碎人生。他的靈魂，好像從這個肉體中漸漸抽離。他的肉體只剩下一個軀殼，有的虛弱不堪、有的卻強壯更勝從前。這人，是人？是神？是魔鬼？是禽獸？這人是誰？看他悲傷哀慟、看他暴戾兇殘、看他天真爛漫、看他胡言亂語、看他荒誕混亂、看他漸行漸遠即將消失……。家屬的

心漸次掏空，整個人、整個人生都碎了卻還糊著。病人幫不了自己了，家屬幫不了病人。這時候，家屬該如何幫助自己與病人呢？

只要還沒有住院治療，家屬就不會放棄。不管已經發做幾次，家屬仍須採用急性發作期的模式，來照顧病人和自己。特別要注意的是，家屬必須體貼病人與日俱增的痛苦、畏懼和恐慌（第二次發作以後），家屬更必須努力去發展自己與病人的「新關係」。不要企圖尋找過去的他，以及過去兩人的關係。每一次發作之後，生命都重新開始。他是新的人，你們必須重新建立新的關係，重新調適新的互動模式。家人都很苦，可是一定要記住——病人最苦，他是即將沉沒的怒海孤舟；你也很苦，你卻在另一片海的另一艘船。我們只有一個堅持——船沒沉，絕對不縮手。

B、住院治療階段

當家人沒辦法保護病人與家屬的人身安全時，就不得不接受住院治療了。這個時候，船沉了！病人住院後，只剩下一個念頭，就是——我要出院，帶我回家，幫我辦出院，我要回家。家屬一定要心志堅定，沒有醫囑絕對不能出院。探望病人的次數，從第一個月的一週一次，或者第二個月的二週一次，或者第三個月起的一月一次，都不可協助病人偷渡違禁品。病人要出院應回答「好，我去問醫生。」「只要你病好了，醫院通知你出院了，我們立刻接你回家！」千萬不要放棄或敷衍病人說「不可能」，讓病人期盼的「面會」，變成衝突、哭泣與生氣。病人只要發現家屬放棄他了，他也會開始放棄自己。當病人也放棄自己時，通常會引發愈來愈嚴重的負性症狀（少部分病人會出現正性症狀），他的船就真的沉了。他藉著藥物與病房，沉入一個只有他自己知道的時空之中。

（A）住院後家屬如何幫助病人

家屬千萬別以為住院了就沒我們的事了，這時候家屬仍應執行門診階段的協助。

- a、了解病人用藥與生活起居狀態，觀察病人臉色、體重、情緒、念頭、動作、精神狀態，以及變好、變差、不變與新增的症狀，主動和醫生協商調藥。
- b、切實掌握副作用造成的影響與療效為何？住院病人易為藥物副作用摧殘、折磨，卻無力求助。病情是穩定？還是改善？是療效？還是副作用的附加價值？只有家屬能幫助病人釐清這些，而主動向醫生協商調藥。

- c、務必定期探訪病人，才能不辭勞苦的執行上述二件事，沒有定期而完整的觀察記錄，病人住院治療階段，將成為病人終身的折磨。不是敷衍或應付病人出院的要求，而是把目標放在「如何幫助病人早日出院」，才是病人家屬最終極的任務。
- d、一定要要求醫院轉介臨床心理科，給予聯合治療。用藥的同時也接受持續的心理治療，才是朝向出院的最佳努力模式。

(B) 住院後家屬如何幫助自己與家人

病人住院後，新的生活環境與強勢管理系統，讓病人只剩下一個角色——病人，且是病人之一。割離原始創傷的條件刺激、環境與相關人之後，多重社會與家庭角色也被剝奪。規律服藥與規律的團體生活，讓病人進入第三生命——不會發作的病人世界中的一個病人。病人失去統整的自我，幾乎沒有機會出現。所以，病人住院後，才是家屬與這個家庭的恢復期或重生期。

因為確認病人不會再惡化，人身也安全無慮，所以家屬在心理上得告訴自己：

- a、他已經離開我們了：我和家人都必須慢慢習慣「沒有他的日子」。
- b、這個痛永遠不會消失：過去與他相處的日子，將成為我們一生最美好的回憶。失去他，將成為今生的最痛。
- c、為了等待奇蹟，我和家人必須重生：希望他能康復出院，如果奇蹟能夠出現，我和家人必須先準備自己和這個家來迎接他、照顧他。
- d、為了重生，我和家人必須努力，創造足以抗衡這個痛苦的幸福：為了重生，我和家人必須努力，去回想與他相處的美好時光，這些美好時光將成為我們今生的最樂。只有這個來自於他的最樂，才足以和失去他的最苦相提並論。我和家人也才能在「想到就至苦」與「想到就至樂」之間，獲得心靈的平靜與安寧。我和家人也才敢光明正大的想他、提到他，因為已經從至苦的深淵（-5）中爬出來，而有能力在至樂（+5）與至苦（-5）之間，尋找-4、-3、-2、-1、0、+1、+2、+3、+4的立足之地。
- e、為了奇蹟與重逢，我和家人必須準備更好的自己與家庭：為了奇蹟發生——他病好出院來與我們重逢，我們不但要熬過現在，更要有能力經營現在發展未來。我和家人必須在沒有他的日子裏，自己照顧好自己，面對生活與命運的挑戰，把這個家經營的更好來等他。

f、如果挨不過去，做不出來以上五個項目，請家屬務必接受臨床心理師的心理治療。

C、出院療養階段

接獲醫院通知辦出院領回病人時，家屬必須問清楚：到底是他的病好了，還是一段日子沒再發作了。病人害怕至極——病房與病人角色，遠遠超過他清醒時對疾病的害怕。出了院回了家，病人角色又疊了家庭角色。

(A) 在適應新環境與新角色之際，病人最忌發生下列諸事：

a、不規律服藥

回家後乏人管制，家屬也會說「沒那麼嚴重就少吃些藥」「藥吃久了不好，吃些健康食品」，最重要的是病人的心志不堅定，無法有效控制自己的行為，也假借各種藉口而不規律服藥、減藥、停藥與藏藥。不規律服藥，腦細胞相對於藥物機制的接受器就會不知所措。腦細胞分泌物又將失調，病情又蓄勢待發。

b、生活作息混亂

生活作息混亂，或是日夜顛倒，不眠就會變成失眠，自律神經系統就會混亂失控，病情亦將蓄勢待發。

c、權力系統倒錯

家屬會得到醫囑「儘量不要和病人發生衝突，否則容易復發…」，就算沒得到醫囑，家屬對病人已毫無所求，只剩「活著就好」。病人只要覺察這種家庭氣氛，就會從剛回家時的生澀呆滯不動，慢慢變成「為所欲為」與「無所不為」，破壞家庭中的權力系統與角色關係。角色關係一破壞，病人的家庭角色與自我隨之破壞，病人會操控病人角色，享受病人的特殊待遇，一方面規避家庭角色與社會角色的權責，另一方面則滯留在「病人」的角色扮演中。只要遭遇衝突事件，病情即立刻復發。

他會要求自己「只要不想做的事，就不去做」「沒有人可以勉強我去做我不喜歡做的事」「我想做就做，不喜歡就不做，沒人可以約束我」。所以，不管是他自己想做的、喜歡做的，或任何人要求他、懇求他、命令他做的，他隨時會停下來告訴你「我不做了，我不想做，我不喜歡做，我也沒能力作，我根本就沒辦法做。」因為權力系統倒錯，他可以極度地縱容自己，毫無忌憚地生氣，毫無忌諱的為所欲為，以致一無所為。

d、抱怨家人不愛我

病人若未倒錯權力系統，則易扮演弱者、受害者角色，只會報怨家人不愛我，而不會主動去愛家人。不管對他多好都沒用，閃硬的吃軟的，嘮嘮叨叨自怨自憐，把「病」歸因於家人，而一直「病下去」，他就要求自己「不要去想做任何事」，因為「我做不來，做了也一定失敗」，重要的是「沒人在乎我，沒人在乎我做了什麼，也沒人相信我能夠做什麼」所以「我是這麼糟，這麼沒出息！」

(B) 家屬了解這階段病人的四種危險現象後，就得全力協助病人做好下列四要項：

a、規律回診

強制回診是首要的工作，精神科回診後，必須強制病人規律服藥；臨床心理科回診之後，必須協助病人完成每日的治療作業。家屬對病人服藥後的反應與心理治療作業的反應，都要明確的觀察記錄，並於門診時提供精神科醫師與臨床心理師參考。

b、規律作息

千萬不能讓病人晚上不睡，早上又睡到中午才起來，白天沒事又都躺在床上，或埋在網路遊戲之中。作息表的制定與規律的執行是非常重要的。若有執行的困擾，應請求臨床心理師協助。

c、重建家庭權力系統

這是非常艱難的工作，病人一回家就要開始做：直接說「該不該」、直接給吃、給穿、給用、給要求，千萬不要問「要不要」與「想不想」。口氣委婉、用字平和、態度卻要堅定。全家大小都要照會好，在病人面前，每人對上位者都要百分之百的服從與有禮貌。長幼有序、兄友弟恭的家庭次文化，一定要建構出來讓病人有強烈地感受。這樣子才能延續病人在醫院裡，長久習於「服從者」的角色。若服從者轉變為操控者，不但害了全家，更害了他自己。

d、重建家庭親情系統

這是非常戲劇性的工作，全家大小都要照會好、調整好，全家疼來愛去、關心來關心去，眼中、口中、耳中、手中都充盈家人之間的親情。先向病人展示一個充滿溫馨親情的家庭，次向病人展露全家人迎接他、歡迎他、接納他、喜歡他、疼愛他。務必讓病人沒機會去發展「家人不愛我」的念頭、情緒與行為。

D、再住院治療階段

再次住院，代表家屬在上一階段的努力，抵不住病人惡化的病情。再次住院治療，可能是病人同意的，但大部分是家人強迫的、或誘騙的。在這令人沮喪的行為之後，病人每天在醫院更想出院而不可得，家屬每天在家哭泣懊惱而不可自己。因為世界又破碎了，二次或多次破碎了。住院病人清醒時，就是折磨自己的時候。他不斷地思索「為什麼我會在這裡」、「為什麼家人不接我出院」、「我病好了」、「我沒病為什麼不讓我出院」、「我要出院」。病情發作時，則癱陷在疾病之中，生死都不像個人。

(A) 家屬如何幫助自己

家屬務必要和家人攜手共度二個難關。因為每個家人會走入不同創傷階段，而有自己獨特的反應、期待與預言（對病人、對家人、對自己）。最怕的是，各自悶在心裡、各自承擔自己的痛苦，而冷眼或熱諷別人的痛苦與快樂，這是第一個難關。第二個難關是：家屬必須練習把病人永遠的切割於生活之外。病人沒死，卻必須以死視之。病人將成為這一生的至苦與至樂，家人必須擁有這至苦、至樂，且必須離開此至苦、至樂，接觸與建構生活與生命中其它的苦樂，其它苦樂的事，以及其它令人苦樂的人。

這二個難關如果不能在三個月後減輕，半年內跨越，務必接受臨床心理師的家族團體治療，或相關家屬成長團體課程。這種疾病之苦所造成的一生之絕望的感覺，病人又再「死」了一次，家屬也又「死」了一次的痛苦，是每天擔心害怕卻「終於」又撞上的。沮喪的程度、無力的程度、無望的程度，混亂的程度、撕裂的程度，恐慌畏懼的程度，悲傷憤怒的程度，憂鬱、焦慮的程度……都達到令人崩潰的程度。「他又走了」「又失去他了」「又完了」「又毀了」「一切又都沒了」「他這輩子就那樣子過了嗎？」「我一個人怎麼過」「沒有他我怎麼辦」「我要他回來」「我不能讓他變成這樣」「我不能讓他留在那裡」「我一定要再試試」「我一定要幫他」「只有我能幫他」「我非幫他不可」「可是我幫不了他」「可是，我沒辦法照顧他」「可是，家裡沒人可以照顧他」「可是，他一回來，這個家就毀了。」家屬如果過不了前面二個難關，他將生活在自責與失落中，終而試圖走入精神疾病或自殺的領域。「永不放棄」是家屬最重要的箴言，放棄了病人就等於放棄了自己，就會罪責於自己，陷自己於苦境與困境。

(B) 家屬如何幫助病人

「永不放棄」是家屬最重要的箴言，家屬一旦放棄，病人就再也沒

有希望了。家屬要執行的任務，仍與上次住院時相同。難度在於家屬幫不了自己，沒有做最壞的心裡打算，就沒有動力與能力去幫助再度重創的病人。

六、PSc：意外傷害之苦

意外傷害是指天災人禍，非當事人自主意識或自願而造成的傷害，包括：摔、跌、撞、刺、燒、燙、凍傷，尤以車禍為大宗。意外事件造成的傷害，主要是身體上的傷害，以及生理創傷引起的心理創傷與偏差行為，當然嚴重者還會發展至病態反應或變態反應。命運不好的人，意外傷害重則死亡或變成植物人，輕則癱瘓或截肢或臟腑破損或器官衰壞或顏面傷殘。命運好的人，器官沒有缺損只是發炎腫痛，或者毫髮無損，卻造成心理上的，或財務上的重大損失。

意外事件造成的身體傷害，是血淋淋的痛苦。身體的傷害從輕傷、重傷到瀕死，由不能接受到必須接受。由必須接受到抵死都無法接受。「接不接受」變成遭受意外傷害者最終極的抉擇。接受是「認了」接受現況，從現況出發繼續生活。不接受是「不承認」現況，影響是停在這個現況，或是與現況對抗。現況是什麼呢？

（一）晴天霹靂與危機處理

不管什麼事都必須暫停，生活的腳步只能停下來，醫院、病床、開刀、點滴、針藥、復健，變成生活中的全部。生命突然變成灰色的，一切色彩、滋味、重不重要的事全部停擺。驚慌失措或堅忍剛毅，癱瘓無助或強健忍耐，不論有無危機處理能力，都必須置身於危機中身受其苦。

（二）身體的病痛與殘疾

身體康復是萬幸，留下了殘疾病痛，就變成終身的遺憾了。遭受這種痛苦的人，必須接受前述「二次生涯治療」。當事人必須把出事前和出事後的人生重新切割，並執行出事後的人格重建、體能重建與生涯重建。

（三）意外致死

意外致死是全國 10 大死因排行榜中，最聳人聽聞的標題。惡疾致死，是一天天累積下來的。自殺致死，是早有預謀的。只有意外致死，是突而其來，完全在意料之外的死亡。當事人立刻喪命，家屬措手不及，突然間天昏地暗、人事全非。

（四）當事人如何幫助自己

1、購買適當的保險

每個人都必須為意外先做準備，所以投保適當的保險，是為處理意外事件的經濟損失與付出預作準備。

2、預立遺囑

每個人都必須預立遺囑，防止萬一意外致死時，能夠讓他人協助完成自己的意志與財務分配。

3、緊急聯絡人

隨身攜帶緊急聯絡人資料，供急難聯絡之用。

4、預填器官捐贈卡

如願捐贈器官或遺體，應先填立證明文件。

（五）家屬如何幫助當事人

1、安葬儀式

如果意外致死，家屬必須盡量體貼當事人的意志，來辦理喪禮。

2、醫療照護

如果意外傷病，家屬必須盡量提供病人最好的醫療照護。

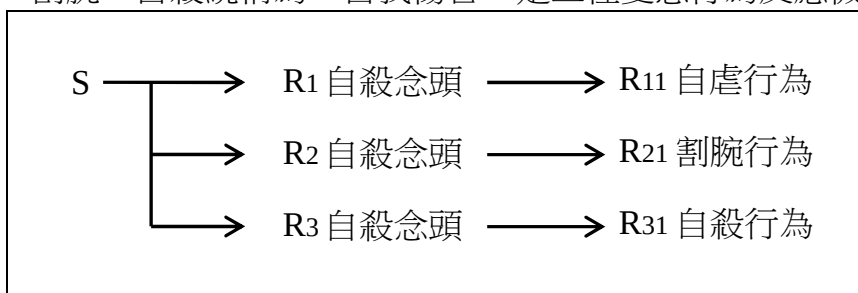
3、心理治療

家屬必須安排病床邊的心理治療，協助急、慢症患者在漫長醫療過程中，減緩或消除（必然卻不必要的）負向心理狀態的摧殘。

七、PSD：自殺致死

衰老之苦，來自於生理機能自然老化，是無法避免的痛苦。疾病之苦，來自於生理機能的病變，疾病的感染或來自於遺傳，或來自於疏失，或來自於意外，幾乎也是難以避免的。意外傷害之苦，因為事出意料之外，所以以上三種都是難以避免的實體傷害。自殺之苦卻不同，自殺只是一個念頭（想法或動機）。這個念頭出現後，個體就不活在第三層（生命圖說總表），而活在第二層；危機嚴重時，當念頭發展成行為時，個體就只活在第一層，日子裡只有生或死的抉擇。自殺的念頭不是實體刺激，卻會引發個體採取致死的行為立刻結束生命，所以對生命的破壞力高居所有痛苦之冠。

自虐、割腕、自殺統稱為：自我傷害，是三種變態行為反應機制。



自虐是懲罰自己瀕臨於死，割腕是記錄傷害死而復生，自殺是結束自己生命。自虐者之苦都在 R11，都在自虐行為的重複出現。割腕者之苦也在 R21，也都受創於割腕行為的重複出現。自殺者之苦則在 R3 而非 R31，受創於 R3 念頭重複出現造成的折磨。企圖自殺與自殺未遂者，都苦於自殺念頭與自殺行為的相互對話。

必須注意的是這三種自我傷害的變態行為，都是個體面對條件刺激(S)時，所「選擇」的三種「反應行為」的型式。R1 與 R11，R2 與 R21，R3 與 R31 都已經變成知識與常識，輸入在個體的資料庫上，遇到 S 不能解決時，立刻彈跳視窗讓個體挑選。這三種行為都非常態而是變態，但是卻不是病態。各種疾病的病人也可能出現這些行為，卻只能視為病態行為人併發之變態行為。病態行為與變態行為的區分，意義在於前者是疾病造成不可抗力因素的作用，後者卻是當事人「故意」與「執意」的選擇而必須自負全責。

（一）自虐之苦

自虐的人用各種方式傷害自己的肉體，用針刺、用棍棒槌打、用刀割、用手搥、用身體撞牆壁…等。自虐是對特定刺激所做的反應，所以治療的關鍵就在於特定刺激的移除，與重建其它反應模式。標示引發反應之全部特定刺激，減少該刺激出現的次數、時間與強度，或以其它 S 來替代特定刺激源的功能，不讓特定刺激源出現。

若特定刺激源不可替代，也不可改變呈現的時間與強度，則建構其它反應模式來替代原來的自虐模式。

1、自虐者的痛苦

自虐者大多躲起來自虐，較少公然在別人面前自虐。自虐者個性較內向，較沒自信、較沒安全感。最重要的是害羞與輸不起二項特質的融合，令其人際關係極為薄弱。但是，他又愛計較，競爭心強。所以，輸不起時，或遇到第二類事件（想做卻不能做的事）或第四類事件（不想做卻非做不可）時，因為不敢攻擊別人，或者認為自己是錯的，就採取攻擊自己的自虐反應模式。

因為自虐者害羞而怯弱，故協助者或照護者，對話時不能斬釘截鐵，不要用絕對語句，不要氣焰太大，不要咄咄逼人，否則他會有拒絕的心態，表面上答應你，事實上卻已認定做不到也不會去做。另一個禁忌是：不能一直陳述他的缺點或錯處，否則又會引發自虐行為。

不是內向懦弱的人才自虐，外向蠻橫的人也會自虐。自虐的形式不止於看得見的皮肉傷害，還包括看不見的形式，如：故意餓壞自己、故意渴死自己、故意不睡、故意熱壞自己、故意凍壞自己、故意惹人打他、故意惹人罵他、故意刷爆、故意吃撐自己、故意累垮自己、故意在心裡想不該想的壞念頭。從看不見的自虐，轉換到看得到的自虐，這是非常可怕的痛苦。因為一切的苦，都在當事人充分「自覺」的狀況下，執了意（故意）去做出來的偏差行為。

2、家屬如何幫助自己與當事人

種種自找苦吃的行為，讓家屬心疼不已。可是不管家屬怎麼獎懲、勸說、訓誡與哀求，當事人仍然依然故我。這種無能為力的挫敗，令人沮喪、懊惱、悶悶不樂。有的家屬原諒他，有的家屬不能原諒他。因為當事人是「故意」的，原諒人的人暗自飲泣，不原諒人的人怒目生氣。家屬必須了解，什麼是：故意。故意就是不得不，不得不就是有充分且必要的理由「非做不可」。理由不一定說得出口，但是沒這麼做，當事人就會出事或去做更可怕的事。自虐是為了阻止自己，阻止自己自殺。

家屬了解至此，會倒吸一口氣，叮嚀自己「天呀！發生了什麼事？」。家屬這才了解：面對自虐、再三自虐的親人，我如果還指責他、氣他、不原諒他，我就不是人。他很苦，苦到想死，卻轉不出來。他很勇敢的，用很殘酷的（錯誤）方法，不去尋死。他在救自己，一次又一次的救自己。不但不可苛責，還得努力協助他。

家屬急迫地想知道，他該做與不該做的事為何：

(1) 家屬不該做的行為

- A、質問：為什麼你要這樣傷害自己？
- B、質問：為什麼你想自殺？
- C、質問：我（們家）對你不夠好嗎？沒有溫暖嗎？
- D、質問：你看不到我（們）有多愛你？多照顧你嗎？
- E、質問：你心裡有什麼心結，就不能用講的嗎？
- F、質問：你遇到任何困難，我們都會全力幫你的，為什麼你不說出來呢？
- G、質問：你這樣傷害自己，讓我（們）好難過，不要再這樣好不好？
- H、質問：你如果繼續這樣傷害自己，乾脆去死了算了。不然的話，我先去死了算了。
- I、冷漠：用冷漠態度，對他的自虐視若無睹，甚至嗤之以鼻不當一回事。
- J、責罪：你做這種事，叫我怎麼活下去，你讓我非常的痛苦，你讓我面子掛到哪裡？你故意找我麻煩，故意用這個來折磨我，你對不起祖宗對不起我，你這樣子會下地獄，你害我為了你而…。

(2) 家屬應該做的行為

- A、第一次發現：
 - (A) 要表達強烈地震驚、不捨、憐惜、疼愛與強烈地「在乎你」，可以哭、可以叫、可以槌頭頓足。一邊摸他、抱他、摟著他，可以擦藥、可以送外科或急診，口中可喃喃自語「寶貝」等平日的暱稱。
 - (B) 事發當下當天只要做好醫療照護，強烈表達憐愛不捨之情即可。隔天至一週內，每天都對他特別好，都強烈表達情感，強烈告知他對你（和這個家）有多重要。
 - (C) 建議口白是：你很重要的，你好重要好重要，我好愛你，我們都好愛你，我（們）會更努力照顧你的。
 - (D) 尤其是一邊撫摸他的傷口，一邊靜默地掉眼淚。或者，看著他，撫摸傷口，轉過身哭泣，再回過頭強顏歡笑說：我去切水果給你吃。
 - (E) 千萬不要逼他答應你：以後不再這樣，或質問上文 10 個禁忌的問句。
 - (F) 5 天或一週後，若他還沒主動說出因原或提出不再犯的保證，家屬就要詢問以下「援助問句」：
 - a、我希望能幫得上忙，可以幫你嗎？
 - b、我或家裡的人是不是該去做些什麼或不做些什麼，才能保護你，才能讓可怕的事不再發生？

- c、有沒有什麼事，我們必須去處理，才能保護你不再出事？
- d、你的心裡有什麼心結？你處理得了嗎？我（們）幫得上忙嗎？要找人幫忙嗎？
- e、以後還會再出事嗎？
- f、如果上述問句都無法引導有效的溝通，就請安排（儘量強制）接受心理治療。建議口白如下：因為要保護你，我們必須找人幫忙，我們約一位專家來幫你，……。送診請至心理治療診所而非精神科（或身心科）診所，臨床心理師若診斷他有精神疾病且需用藥，就會幫忙轉介至精神科接受藥物治療。

B、第二次或多次發現：

- (A) 每次事發當下、當日，都要比照第一次發現時的(A)(B)(C)(D)處理。
- (B) 千萬不要在現場或當日質問：為什麼你又做了，又來了，又在鬧了？你想怎樣？你有完沒完？可不可以不要再這樣？
- (C) 千萬不要用語言，對當事人做人身攻擊。或以親情剝奪或家庭角色切割，做為威脅或報復的手段。
- (D) 第二天就要詢問上文6個「援助問句」。然後，不管結果如何，都必須儘量（強制）就醫進行心理治療。

(二) 自殘之苦

自殘的人用刀、用各種東西「割」自己，剛開始「試割」階段以刀背或筆套尖端，刮手臂背面或內面。試割可能是無聊，可能是模仿，可能是嘗試性的練習這種對創傷刺激的反應形式。正式開割那一次，也可能是無聊，可能是模仿，可能是從眾行為，可能是發洩怒氣或怨氣，而選擇拿起刀子在手腕上劃下第一刀，或連續好幾刀。第二次割腕的時候，幾乎已經定型於「對創傷刺激」的「特定反應型式」了。接下來他就習慣了，習慣用割腕來記錄一次又一次的創傷事件，習慣用割腕來記錄傷害有多嚴重，習慣用割腕來記錄我是一個受害者，習慣用割腕來記錄傷害致死的我浴血重生。

割腕的人就像吸血鬼一樣（被他咬過的人也會變吸血鬼），當他主動或被動的展示他的手臂，細述每一道刀痕所記錄的痛苦，然後微笑地回答對方的問話：「痛嗎？」「不痛」「心更痛」「其實不痛而且有一種快感」「看見血，我的心才能平靜下來」「很舒服的」，他（不自覺地）誘惑身邊的人——割腕。校園裡的割腕者，會發展成一個一個的族群。族群內代代相傳、分枝散葉，族群內又分小團體相聚，一起割，一起

展示，一起責罵，一起洩恨。甚至拍下照片，PO 上布落格。他們分享痛苦，也分享割的部位。久割之人，沒事也會拿刀子割割這裡、割割那裡，因為手臂部位不大，沒多久都割滿了，就必須找別的部位割。哪裡最好割？哪裡割了最痛？最近誰又割了？我近來割了哪裡？為什麼割的？都是「他們」分享的內容。應該說「她們」，校園割手大多是女生。「可不可以不要再割了」，成年的割腕者會回答「不可能」，學生的割腕者會回答「好」「保證不再割了」卻仍繼續割。

1、割腕者的痛苦

割腕時不苦，割腕後不苦，因為割腕是為了解除痛苦。割腕之前，才苦。割腕是儀式化行為，是針對創傷事件的刺激，引爆的幾至於死的創傷心理（痛苦），執行以刀割腕浴血重生的儀式。每一道血痕都見證，他從痛苦至死的創傷中，勇敢的救回自己的性命，而付出的慘痛代價。每一次割腕，都證明他是受害者，很多人都欺侮他，命運蹂躪她，她也看不起自己，她用血痕嘲笑自己的能力與人生。

割腕的人對某些生活刺激物(S)，完全沒有反應，不一定會去做他該做的事。可是不同時段會挑選不同的特定刺激，給予大量與超量的反應——割腕。哪些事非割不可，是可以整理表列，成為心理治療之重要的工具。割腕者情緒變異性超大，情緒控制能力有好有壞。但是割腕行為大多是平靜下來以後，理性的選擇與行為的實踐。最可怕的是，衝突事件當下衝動性的割腕行為，因為會失控而重割或重砍，導致死亡或殘廢的危機。

割腕者之苦大於自虐之苦，卻一樣是故意與不得不。割腕者從強烈自殺念頭或行為的鬼門關前，一次又一次的控制下刀的力量，一次又一次看到血流出來的「訊號」而停止尋死的動作，需要堅強的意志力才能活到現在。為了活著，他支付重大的代價。看到創傷事件步步逼近，感到創傷心理愈加狂亂，面對自殺念頭一再催促，他恨透了自己的無能為力——恨自己，只能，又靜悄悄拿起刀子，一刀一刀的割下去。割腕行為的發展序列是「學習—練習—習慣化—上癮」。割腕的人非常痛苦，他不只苦在「非死不可」，更苦在必須「死而復活」，尤其是苦在一輩子都陷落在生生死死的困境中。只要遇到挫敗或想到不如意的人、事、物，就必須割腕，割好幾刀，割到見血或流血。「血從刀痕中流出」就好比希臘神話中薛斯佛斯手上推的那塊大石頭，那是痛苦的棘冠。用來證明：我是受害者，我痛苦至死，我努力地活了下來。

割腕者的特定創傷事件，幾乎都不是有或無、苦或樂以及值不值得，幾乎都集中在成敗與輸贏的事件中。挫敗，是割腕者的最痛。生活上挫敗的事件，往往變成引爆割腕行為的撞針事件。重新定義挫敗，如何處理挫敗感，即為心理治療

的重心之一。割腕者易於在感情中挫敗，人情、友情、愛情、親情幾乎無一倖免。愛情、夫妻之情與親子之情最常挫敗，以致他總是無法從家庭生活中獲得幸福感。

2、家屬如何幫助割腕者

家屬面對割腕行為承受的驚嚇與害怕，遠遠大於自虐者家屬，因為鮮血淋漓。一次又一次的送急診室，一次又一次的站在急診病床邊看著（昏睡的）割腕的親人，一次又一次的擦拭家中的血漬。看著親人二手或二腳或滿身刀痕，眼淚一次又一次的流乾，心裡頭一滴又一滴的淌血。渾身顫慄的家屬，只有痛苦欲絕四個字可以形容。因為割腕者通常和家人的關係都不太好，他會要求別人很多，卻沒有能力去愛、去照顧別人。又因為他是「受害者」，家人也是「加害者」。所以割腕後，家人內心的衝突、矛盾更是難以名狀。

家屬該如何是好呢？家屬務必明白，這個人已經被生涯發展中的挫敗，完全擊倒。這個人心裡已經建制一個

S（挫敗）→R2（自殺念頭）→R21（割腕行為）

的割腕方程式。當事人身陷其中，努力的以 R21 來解除 R2 的威脅。他割腕不是尋死，而是救自己不死，更是瀕死而復活。面對每次浴血重生的他，家屬豈能苛責或惱怒；憐愛疼惜都來不及了，哪還有空生氣或放棄。家屬必須知道，他幫不了自己，你也幫不了他，務必尋求專業臨床心理師的協助。雖然幫不了他，卻必須表達更強烈的在乎他的生命，以及疼惜他這個人。所以務必更努力執行上文「自虐者家屬如何幫助自己與當事人」的各種方法。家屬不該做的行為千萬別做，家屬應該做的行為一定要做。

（三）自殺之苦

人類最私密的行為：自殺。自殺，是自己殺死自己。衰老而不得不死，所以衰老是痛苦。意外而致死，所以意外是痛苦。疾病而致死，所以疾病是痛苦。被迫而致死為苦，那麼主動去死是至苦？是至樂？還是為了解除至苦呢？打結了，沒錯。自殺非關苦樂，非關成敗，非關有無；自殺只關係於值不值得，只關係於值不值得再活下去，只關係於還要活多久，只關係於今天死還是明天死，只關係於立刻死還是再等一等？結打開了，沒錯。等什麼？等還會不會出現活下去的理由？什麼理由？我活著的價值與意義。把有無、成敗、苦樂引以為苦而致死，都只會併發或加速老死、病死與意外而死的機率與速度而死。當一個人把值不值得引以為苦而致死時，就會引發自殺行為。

當價值成為唯一的幸福之時，有價值才算擁有、才是成功、才該快樂、才是幸福、才是活著。一個人就不再活在「生命圖說總表」的第三層次，而是一日日一層

層地掉落在第一層次之中。每天的生活、生活中的每一個事件，都只用一個價值與否的漏斗篩檢時，時時刻刻就都非生即死了。值得的事件愈多，當事人就活得虎虎生風。當不值得的事件愈多時，生就不如死了。值不值得的翹翹板也毀了的時候，連值不值得也都無所謂的時候，就會出現自殺的念頭，進而引發自殺的行為。

1、自殺者的痛苦

想自殺的人，思想窄化而掉入下一個方程式中：

$$S(\text{創傷事件}) \xrightarrow[\text{B}]{\text{A}} R_3 \text{ 自殺念頭} \longrightarrow R_{31} \text{ 自殺行為}$$

成人出現 R_3 ，大部分是因為 A 心理歷程，亦即把不值得引以為苦所致。兒童出現 R_3 ，大部分是因為 B 心理歷程，亦即 $S \rightarrow R_3 \rightarrow R_{31}$ 方程式的學習與「知識化」， R_3 與 R_{31} 以知識的形式存入兒童腦海中，而成為面臨創傷事件時，選擇反應形式的選單之一。

A 心理歷程，顯示成人自殺（大部分）是：

$$S(\text{創傷事件}) \longrightarrow O(\text{值不值得的篩選}) \longrightarrow R_3 \text{ 自殺念頭} \longrightarrow R_{31} \text{ 自殺行為}$$

B 心理歷程，顯示兒童自殺（大部分）是：

$$S(\text{創傷事件}) \longrightarrow R_3 \text{ 自殺念頭} \longrightarrow R_{31} \text{ 自殺行為}$$

就成人而言，自殺者之苦，不是苦在 S 或 O 或 R_3 ，而是苦在 $R_3 \rightarrow R_{31}$ 之間的歷程，困苦在想死和去死之間，困死在自殺念頭與自殺行為之間。這之間思索的時間愈長，時間愈久就痛苦折磨愈久。就兒童自殺者而言，不是苦在 O 或 R_3 或 R_{31} ，而是苦在 S。兒童會日以繼夜的想著創傷事件，而在最短的時間直接連續引爆 R_3 和 R_{31} 。兒童自殺的特色之一，就是想死到去死之間的時間很短。

想死很簡單，去死才困難。發覺自己不再只是思考「想死或不想死」，而是已經確認要死，會讓當事人差點「嚇死」，陷入更深沈的痛苦之中，怕死的念頭也就在這時候跳出來，害怕：自己真的自殺了怎麼辦？愈害怕卻又發覺自己一路往去死的那端前進，這種害怕會誇大化而出現畏懼和恐慌的心理狀態與症狀。這時候他就必須面對「最後三件事」：一是必須選擇用什麼方法自殺，二是必須選擇什麼時間自殺，三是必須選擇在哪裡自殺。當事人發覺自己已經在抉擇這三件

事時，面對特定標的物的畏懼感，以及想像思索時的恐慌感，逼得一個人快瘋了。

更可怕的是，接下來又發覺自己必須做「最後二種準備」：臨終安排以及準備自殺的用品與時間時，焦慮、憂鬱、畏懼、恐慌、強迫甚至妄想的各種症候群幾乎都會出現而把痛苦逼到極點。挨得住、意志力強、身體強壯的人，就這麼把自己逼入「生不如死」的牛角尖（客製化心身自我狀態）中。挨不住這般痛苦的、意志力較弱、身體虛弱的人，就會併發精神官能症甚至精神分裂症，而同時淪落病態行為與變態行為之中。

（1）無精神疾病的自殺者之苦

沒併發或原來就沒有精神疾病的自殺者，又可區分成三類：

A、意外性自殺

一直想死，可是一直不敢去死，不願意或沒能力去抉擇最後的三件事與二種準備的自殺者；他不會做去死的行為，他只會一直期待發生意外而死，或到危險的地方做危險的事，看會不會意外而死。例如：看到意外死亡報導，就一直想「要是我在現場就好了！」，又例如：發生衝突事件，就上高速公路飆車，他小心翼翼的開快車，卻不會去撞護欄，而等著別的車來撞他。這種人，日常生活一直習慣性的犯錯，招惹一大堆責難和不避要的麻煩，然後引以為苦。他想死，說要死，可是只要沒有出意外或意外不致死，他就一直活著——痛苦的活著。

B、動機性自殺

一直想死，早已完成最後三件事的抉擇，可是遲遲不願意或沒能力去做最後二種準備的人；他會做去死的儀式化行為。去死的儀式化行為，是指執行自殺行為，但是立刻停止，有做就好，有執行動機即可，不必完成死亡的目的，亦即：不能死。割腕者最具代表性，他尋死，卻沒死；他一割再割兩手佈滿刀痕，卻都不會喪命。動機性自殺的人，輕輕的刀割，少少的吞藥，在高處逗留徘徊…總是在招惹人家注意或必須互動往來的時間或地點或方式——讓自己自殺了，卻不會死。每次都自殺不成，或瀕死復活，或虛擬的死後重生。因為沒死成，又一直想死，所以動機性自殺者，就沈淪在生死交替的輪迴之中，至苦。

C、目的性自殺

一直想死，早已完成最後三件事與二種準備的人，在完成最後準備的那天，他就已經（虛擬的）死了。他已經把自己當作必死之人，當作已死之人。還活著，只是某些清楚或不清楚的理由掛著；只要「信號」一來，

就會立刻執行早已準備好的自殺行為。從那天開始，每一天都是多出來的，所以有沒有都無所謂、快不快也無所謂、成敗無所謂、值不值得也無所謂。合情、合理、合法的事做不做無所謂，不合情、不合理、不合法的事做不做也無所謂。他照常工作、戀愛、結婚、生育，但是他冷淡無情，該走的時候毫不留戀的切斷一切連帶關係，到不被人發現的地方（或者先到處玩玩），執行必死的自殺行為。這種人自殺前與自殺時都不苦，因為他早已就「死了」。目的性自殺者，以燒炭自殺最具代表性。

（2）有精神疾病的自殺者之苦：病發性自殺

自殺者的精神疾病，不論是發生在前或併發在後；不管是精神疾病引發自殺行為，或自殺行為併發精神疾病，兩者都已共存於當事人身上。這種人在精神疾病發作之時，喪失感官知覺能力，喪失精神意志與行為控制能力，做出傷害自己生命的行為時，稱之為病發性自殺。不論是否完成最後三件事的抉擇，以及最後二種事的準備，病情發作時的自殺行為，都是以現場環境條件與可用工具，以失控模式隨機操作自殺行為。例如：有刀就砍，有藥就吞，有繩就吊，有樓就跳，有車就撞…。在狂亂吼叫中執行的自殺行為，有沒有死就看運氣。苦嗎？病情發作自殺之前非常非常的苦，之後更苦；之中，則失去意識與控制，沒人知道苦不苦。

2、家屬如何判讀生命危機

生命危機分成二個系統，第一個系統的「生與死」或「想活與想死」的翹翹板，第二個系統是「想死與去死」的翹翹板。當一個人把日子、把每件事，都放在生與死的翹翹板上時，想死的念頭強烈襲擊他的心靈。愈想死就愈想活，愈想活就愈想死。生活與事件都變得了無生趣，整天只是想著生或死。第二系統的人，已經跨越第一系統而決定：死，而掉落在想死與去死的翹翹板上，並且一步步往去死那一端移動。

（1）第一系統想死的危機與六大徵兆

個體進入第一系統時，會出現下列六個徵兆，其實這六個徵兆，就是六種S.O.S的求救訊號。

A、性情發生巨大改變

個性與情緒表出模式出現巨大的轉變，例如：內向的人變成外向，情緒變易性大的人變小…。生活上沒出什麼大事，整個人卻突然變成另外一個人。被人詢問時，當事人的標準反應是：「有改變嗎？」「這樣子不好嗎？」。家屬與同事務必注意，性情發生巨大改變是自殺的徵兆。不是改性

子了，也不是病好了，更不是想開了，而是——他想死。

B、行為與作息發生巨大的改變

動作系列構成行為，行為系列構成作息，習慣性動作與日常出現（或不出現）的行為，以及規律性安排事件的生活作息都發生了巨大的改變。這個人做出不該是他做的動作與行為，卻怡然自若當作本來就如此一般。這個人該幹嘛不幹嘛，不該幹嘛卻幹嘛，大刺刺地用「我要不要」與「我喜不喜歡」取代了「該不該」，卻視之為當然。若沒遇到重大創傷，一個人卻突然如此，就是他——想死。

C、用錢的方式發生巨大的改變

一個人開始揮霍金錢，把錢花光光，把卡統統刷爆，買東西送人，請吃飯、捐款…。他與購物狂的差別在於，購物狂買的都是自己的東西，他買的都是別人的東西，他把錢花在別人身上；他想在死前，以金錢來彌補、補償並結束——他和這些人的關係。

D、言語發生巨大的改變

一個人說話的內容，開始發生以下四種改變：

（A）談論生命的意義

一個人突然變成哲學家，大量研讀、談論或書寫生命的意義，是因為他想死所以在拯救自己。找到滿意的解答，他就能夠抉擇：活。找不到解答，他就只能抉擇：死。

（B）談論死亡的價值、儀式與費用

一個人突然變成宗教家，大量研讀、蒐集、談論或書寫：死亡的價值、儀式和費用。這是因為他想死，所以要把死給弄清楚，所以死後到哪裡？靈魂在何處？天堂與地獄的詳情？宗教儀式與喪葬費用？捐大體好不好？器官捐贈好不好？放棄急救好不好？預立遺囑好不好？…。家裡沒人往生，他卻一直在摸索這些，因為他——想死。

（C）談論自殺的方法

一個人突然變成專家，收集資料、詢問、談論或書寫各種自殺方式。評論哪種較不痛苦，哪種較快，哪種較方便，哪種最便宜，哪種該怎麼做…。談論這些時，雖然氣定神閒，真相卻是：他想死。

（D）談論死亡與自殺的念頭

一個人突然開口閉口都是「死」「死了算了」「死了就一了百了」「死了什麼都解決了」，動不動就說「我要自殺」「自殺算了」「有一天我會自

殺」「誰知道我什麼時候自殺」「自殺就解脫了」…。談笑風生的說這些話的人，漫不經心的說這些話的人，慎而重之說這些話的人，支支吾吾說這些話的人，哭哭啼啼或氣呼呼說這些話的人，若無其事的說這些話的人，一而再再而三說這些話的人，全都——想死。千萬別說「我一聽就緊張兮兮去安慰他、勸他，好幾次了，他都沒死，他騙人嘛!」真相是：你當他一回事，他就沒事；你不當他一回事，他就會出事。

E、身體發生巨大改變

一個人肢體顏面傷殘、洗腎或罹患絕症、慢性病與精神疾病而飽受心靈的摧殘與肉體的折磨，不管他表現得多堅強，他當然會想死。

F、環境發生巨大改變

一個人的家庭或職業或經濟或學業或生涯或感情發生巨大變故，一個人遇到天災人禍、屋子倒了、親人死了、骨肉分離、生死兩隔…，不管他表現得多堅強，他當然會想死。

(2) 第二系統去死的危機與三大徵兆

個體進入第二系統時，已經在處理最後三件事與最後二個準備，他會出現以下三個徵兆，其實這三個徵兆就是三個 S.O.S 的求救訊號。

A、託人

把某個重要他人託付給某人，請求對方日後務必好好代為照顧。

B、託事

把某些重要事務託付給某些人，請求對方日後務必代為處理或轉達。

C、託物

把某些重要物品或憑證或鑰匙或寵物或收藏品，致贈某些人或請人代為保管。

(3) 第二系統去死的危機與判讀技巧

個體進入想死與去死的翹翹板搖擺一陣子之後，翹翹板會慢慢地往去死那端沈下去，個體慢慢或快快或者時快時慢地往去死那端移動。家屬與同事如何判讀他——已經走到哪裡呢？距離去死還有多遠呢？接下來的移動速度快或慢呢？

A、生命危機等級表

等別	案 情 主 題	級 別	項 目	程序碼	核 心 問 題
輕度危機	1 生活事件 失控	☐ A 事理不平 ☐ B 人際困擾 ☐ C 無解決方案 ☐ D 憂思苦惱 ☐ E 痛苦絕望 ☐ F 冷漠 ☐ G 精神困擾		A, F→K	沒有能力 控制事件 ↓ 不想活了
	2 人際衝突 挫敗	☐ H 對環境負向觀 ☐ I 對他人負向觀 ☐ J 對自己(過去、現在、未來)負向觀		B, F→K	
中度危機	3 異常 動機困擾	☐ K 深度焦慮、恐慌、畏懼、強迫 ☐ L 對自己、他人或社會的敵意 ☐ M 對生命的敵意 ☐ N 家庭責任解組 ☐ O 生存信念解組		C, F→L	沒有能力 控制自己 ↓ 死了算了
	4 異常 情緒困擾	☐ P 重鬱、大哭或狂躁 ☐ Q 不快樂、活不下去了！ ☐ R 太痛苦了、死了算了！		D, F→M	
重度危機	5 已啟動 自殺方程式	☐ S 過去、現在與未來的自殺動機 (因為...所以我想自殺) ☐ T 自殺意念(我想自殺) ☐ U 目的性自殺(我要自殺)		E, F→M	沒有能力 繼續活著 ↓ 我要自殺
	6 準備進入 自殺程序 (行為)	☐ V 自傷、自殘 ☐ W 自殺安排與臨終安排		O, P, F→M	
急迫危機	7 已進入 自殺程序 (行為)	☐ X 立刻去死，現在就自殺的衝動或行為 ☐ Y 病發失控 ☐ Z 自殺行為(前、中、後)		O, N, Q	沒有能力 救活自己 ↓ 非死不可

輕度危機：第一等至第二等→有生活適應的危機，容易沉淪於事件或與他人關係的際遇之中。認為千錯萬錯都是別人的錯、錯在他人、他事、他物。覺悟自己沒有能力控制環境，造成自己生活事件失控，而出現死亡意念，這是第一等；造成人際衝突挫敗事件，而出現死亡意念，這是第二等。輕度危機還不會威脅生命，但應找親友談談。

中度危機：第三等至第四等→認為千錯萬錯都是自己的錯，而沉淪於自己特定的負向動機意念，或者特定的負向情緒之中。不再攻擊外在的條件刺激源，而只攻擊自己負向的反應與自我狀態。沒有能力控制自己異常的動機而產生死亡意念，這是第三等；沒有能力控制自己異常的情緒，而有死亡意念，這是第四等。中度危機還不會威脅生命，但應尋求專業心理諮商或輔導。

重度危機：第五等至第六等→不再攻擊他人、自己或事件的如何與如何，而直接威脅生命的存在狀態與繼續存在的可能性。覺悟沒有能力繼續活下去，心裡只有一個念頭，就是「死」、「想死」、「去死」、「死了算了」、「死了就都沒了」。已經啟動自殺方程式，產生自殺動機、意念或目的性行為，這是第五等；已經進入自殺準備程序與臨終安排，這是第六等。重度危機請立即找人陪伴，不要讓自己離開人群，避免一個人獨處，儘速尋求專業心理治療。

急迫危機：第七等→覺悟自己沒有能力救活自己，出現立刻尋死的語言或行為，這是第七等生命有立即性的急迫危機，請再給自己的生命一次機會，千萬不要獨處，一定要找人陪伴，告訴自己立刻接受專業心理治療，或精神藥物治療。至少，打電話到天使專線 0800555911 或生命線 1995，張老師 1980 或安心專線 0800788995，請為自己留一線生機。

B、判讀技巧

生命危機等級表，把去死的危機區分成：四大類七等二十六級。家屬可觀察當事人日常言行舉止，用筆順著 A～Z26 級，勾選符合的項目（複選）。次把嚴重的勾選項目（最靠近 Z 的），對照落在七個等第的哪一等，以及四大類的哪一類。例如：最嚴重的勾選項目為 T，對照可得：重度危機，第五等、T 級。

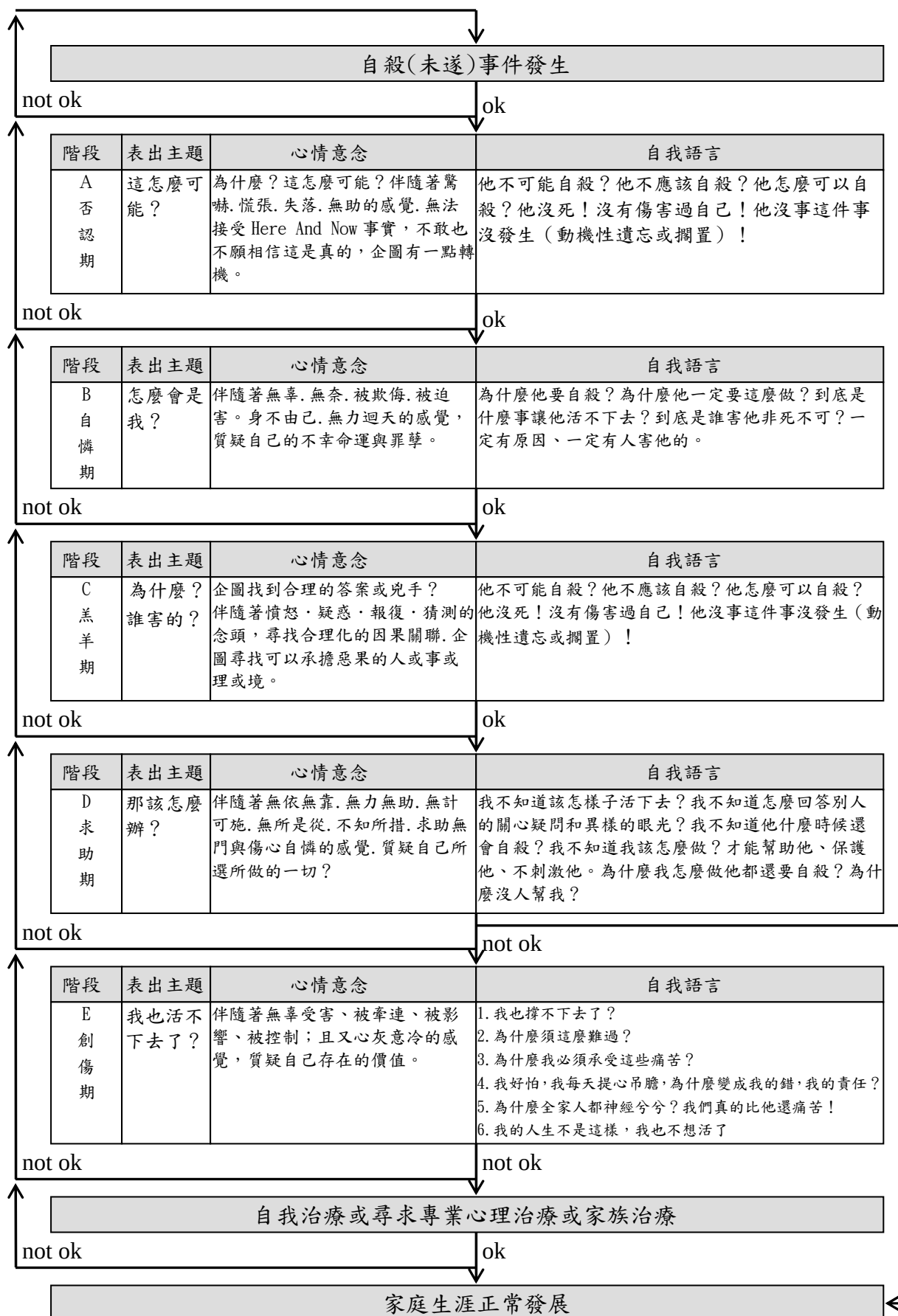
輕度、中度危機都還不會去死，重度危機或早或晚一定去死，急迫危機則有立刻去死的危機。從 A～Z 的每一個級別項目，都是掉落在第二系統想死與去死翹翹板的人，心裡面的一個一個疙瘩、一個一個創傷與一個一個秘密。從 A～Z，愈往下走愈是嚴重。愈是從想死的念頭端，逼近去死的行為端。家屬務必注意：面對輕度危機的人，您得努力當個好垃圾桶，讓他有機會淋漓盡致的倒完垃圾。面對中度危機的人，您就得尋求諮商心理師的協助，並需家屬與同事（學）接替陪伴。面對重度危機的人，您必須尋求臨床心理師的協助，並需家屬 24 小時陪伴。面對急迫性危機的人，您必須緊急送急診以藥物強迫鎮靜，來解除自殺的急迫性危機，然後再安排心理治療的療程，並諮詢臨床心理師：是否要加入精神科醫師實施聯合治療（若當事人有精神疾病病史或用藥中）。

3、家屬如何幫助自殺者與家人

自殺者家屬之苦，更遠勝自虐者與自殘者家屬之苦。自殺行為，擺明著是斷情絕義。面對摯愛的家人——他卻早已偷偷地斷情絕義，不把你和自己當一回事——尋死，這種心裡上極端的衝突，令人面對親人的死或尋死或瀕死，而不得不崩潰。他，人死了；家屬，心死了。他，自殺未遂；家屬，不知該活或該死。自殺者與自殺未遂者，最可憐之處在於生活在「生命圖說總表」的第一層，每一天每一個時刻都在想死和去死之間徘徊。或是來來去去，或是漸漸前行。生活事件的翹翹板全毀，無所謂幸福與痛苦，只有死或暫時不死。家屬知道自殺者之苦，就了解沒有苛責與勸說的空間，也了解自己沒有能力幫他脫困而出。不罪責於自殺者，也不罪責於家人或自己，是自殺者家屬自助與助人解脫的二十大重點。

（1）家屬如何幫助自己與家人

自殺者帶來的是死亡的重大創傷事件，家屬亦將跟著引爆不同層次與強度的創傷心理「反應」如下：



面對親人自殺行為的刺激（S）時，家屬的反應（R）分成五個階段，第一階段滿足了才會發展至第二階段並次序而下。若上一階段未滿足，當事人就會一直「卡」在那個階段過日子，不會移至下一個階段。例如 62 歲的婦女主訴：「我一直無法接受小學六年級那件事，怎麼會發生在我身上？」她卡在第二階段 50 年了。

家屬只要參考這張模型表，就可以透過家人的言語與表達的想法，推斷出各人的心情意念與心理創傷發展的階段。因為知道各人在各個階段，所以不會彼此衝突與不諒解。因為知道各人繼續發展的階段，所以能夠互相幫忙催化，自己不讓卡住，也不讓其他人卡住。因為知道自己從頭到尾的創傷歷程，就能較快的完成創傷心理的任務與需求，或較早就能向臨床心理師求助。

（2）家屬如何幫助自殺者

家屬務必了解，第一次自殺未遂後的人，若得到適當的照顧與治療，他就不必再三自殺至死方休。每一次的自殺未遂，都是我們解救親人脫困的良機。所以如何照顧企圖自殺的人與自殺未遂的人，就變成家屬最重要的工作。

A、家屬不應該做的行為

（A）請務必不能做，上文自虐者家屬不應該做的 10 件事。

（B）請務必跳脫以下幾乎每個家屬都會犯的六大禁忌

- a、勸善：述說生命美好的榮景與未來，要求奮發向上。
- b、規過：指出自殺是錯的，要求不可再犯錯。
- c、哀求：哭訴自己承受的傷害，要求不要再傷害自己與家人。
- d、責罵：憤怒生氣，大聲責備謾罵，要求認錯改過與勵進。
- e、抱怨：陳述造成的傷害與影響，要求不要這樣子折磨親友。
- f、質問：用直接嚴厲的語句，盤問自殺的原因與細節。

B、家屬應該做的行為

（A）請務必做到，上文自虐者家屬應該做的所有行為，強烈表達不捨、在乎與疼惜。

（B）全時陪伴，儘量 24 小時都有人陪在身邊。自殺危機愈強烈，或剛從急診搶救回來，務必 24 小時日夜陪伴，絕對不要讓當事人獨處。獨處，是最大的危機，千萬不能冒犯。

（C）陪伴時務必溫言軟語、和顏悅色。

- (D) 可以說家常閒話（不超過 20 個字）給他聽，不要逼他說話。
- (E) 他若說話，要專心聆聽，當一個好垃圾桶，只接聽而不質問、不辯解、不懷疑、不拒絕、不否定、不批判、不輕蔑、不恥笑。你要用心聽，接受他說的每句話。不表示意見，但要慎重的當一回事。最後一定要表達，事情不管怎樣子，我只在乎你——一定要活著。
- (F) 務必協助或半強迫接受心理治療，沒有接受心理治療，當事人很難解除自殺行為的再發展。如果有藥物治療的必要，臨床心理師會給予有效的協助與聯合治療。
- (G) 家屬自己熬不住的時候：會生氣、會哭泣、想放棄，或者自己的生活作息、動機情緒都已混亂之時；請速尋求臨床心理師的協助，提供特別心理治療或家族治療。

八、結論：最後的叮嚀

不管病人說了什麼、做了什麼？或者沒說什麼、沒做什麼？家屬都不可以生氣、哭泣或放棄。原因只有一個——他是病人，你是照顧的人。家屬只有一個堅持，就是——永不放棄。

照顧衰老之人、疾病之人與自殺者，讓自己超越自己的衰老、疾病與自殺念頭，更深刻的撫摸生命中的各種痛苦與幸福。痛苦或有稍減，幸福感就油然而生；或者是，幸福感或有稍減，痛苦感就衝腦而起呢？永不放棄，讓每一個照顧病人的家屬，擁有痛苦之心——幸福的源頭。