

南 華 大 學  
生死學系碩士學位論文

毒癮愛滋感染者之生活世界

The Life World of HIV-Positive Drug Addict



研 究 生：邱美珠

指 導 教 授：蔡昌雄 博士

中 華 民 國 九 十 六 年 六 月

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

毒癮愛滋感染者的生活世界

The life world of HIV-positive durg addict

研究生：邱 柔 婷

經考試合格特此證明

口試委員：蔡 昌 雄

張 利 中

李 燕 慧

指導教授：蔡 昌 雄

所 長：蔡 昌 雄

口試日期：中華民國 96 年 6 月 21 日

南 華 大 學

生 死 學 系

碩 士 學 位 論 文

毒癮愛滋感染者的生活世界

The life world of HIV-positive durg addict

研究生：邱 嘉 祥

經考試合格特此證明

口試委員：蔡 昌 雄

張 利 中

李 燕 慧

指導教授：蔡 昌 雄

所 長：蔡 明 昌

口試日期：中華民國 96 年 6 月 21 日

## 謝 誌

在 2007 年的年中，我終於完成論文了！論文未完成前，每天都在想著我可能無法完成，現在完成它了，覺得這個論文研究過程忐忑不安的心理過程，要不是眾人鼓勵、支持，幫助我一路走來，憑我個人力量是無法付梓的。

首先，感謝指導教授蔡昌雄老師于研究過程中，不僅悉心指導，有時還得兼做心理輔導，消滅我想打退堂鼓的念頭。尤其在最後階段，時時一通電話關心進度，讓我有信心繼續走下去。如果沒有您的引導與鼓勵，這本論文絕對還沉在海底，不知何時才要浮上岸。當然還要感謝七位研究參與者分享其生活經驗，這些訪談內容幫助我對特殊族群有更深一層理解，讓我以後在臨床工作能更貼近病人的生活經驗。

其次，感謝李燕蕙老師及張利中老師在百忙之中，予以審查論文，細心給予寶貴建議讓論文更加充實。感謝導師開師父在畢業時對學生的加持與鼓勵；還有心理、諮商學識經歷豐富的何長珠老師，跟您兩年的學習，每次都有挖到寶的感覺，期待將來還有機會再與您學習。

同窗好友的淑芬、王浴、佳珍、念瑤、小梁，很懷念你們同窗共眠的日子！尤其在寫作學習過程不斷加油打氣，讓我有抒發緊張焦慮的管道，才不致溺斃。還有珩安、怡廷、小黎不時電話關心；淑玲學姊與蘭貞學姊提供寶貴經驗分享，寫作過程有你們相挺真好！

在職求學是件辛苦的事，尤其對我這「歐巴桑」而言，要感謝社工組的家人 - 麗華、慧娟、立誠、夙雅、文馨、芳怡、長青、瑞菁、雅嬪的幫忙，在工作上分擔讓我無後顧之憂，尤其是雅嬪妹妹還幫我找西文文獻，以及林老師 - 怡欣用激將法逼我加快腳步；也謝謝同是中年求學的過來人 - 彩霖主任不斷鞭策，才打消我只想讀書、不想寫論文拿學位的念頭。

最後，我要謝謝默默支持我的家人，包括老爸老媽，感謝你們能夠體諒我這幾年週末上課無法時常回去探望，還常常念佛保佑我開車路上安全；遠在加拿大的老哥及大嫂，也在我一考上研究所，馬上送我一台手提電腦，而且不時在 Skype 線上加油打氣；體貼的老弟德潤及弟妹瑞蓮，謝謝你們總是在我無法回家看爸媽時，一併代我問候；還有親愛家人 - 英勳老公，雖然你不善言詞，但是你總是以行動支持我再度求學的心，尤其在我無法回婆婆家時幫我說好話解圍。當我論文寫作這一年中，對家務無法兼顧，幾乎放牛吃草，而你默默支持讓我能夠致力於論文寫作。而家中面臨學測、基測的翔、捷也時時關心「媽，你寫好了沒？」，很感謝家中三位男人配合，現在我鄭重向你們宣佈 - 謝謝你們！我回家歸隊了！

## 摘要

本研究旨在探討毒癮愛滋感染者的生活世界。以詮釋現象學為研究方法，在台灣關愛之家協會的愛滋中途之家，以深度訪談方式收集七位研究參與者的生活經驗文本加以分析，以此對吸毒感染愛滋感染者的主觀經驗進行描寫與詮釋。

研究發現，毒癮愛滋感染者的接觸毒品，係生活失去目標的一種替代，卻因此走上關係斷裂及為毒所控的不歸路；自身的存在意義因為喪失生活目標而陷入無能的處境；感染愛滋病毒，在喪失身體控制感之外，更被社會文化嚴重歧視與污名；此一歧視與污名則是促使毒癮愛滋感染者面臨存在心理挫折的主因。

研究也發現，毒癮愛滋感染者有以下的經驗特徵：(1)在生理層面上，擔憂不確定的病症變化與死亡恐懼；(2)在心理層面上，面對種種失落卻無力解決，時時沉浸在悲觀、絕望及無意義的負面情緒狀態中；(3)在社會層面上，因負面觀感、家庭支持度低及種種社交隔離，故常有拒絕接受追蹤治療的傾向；(4)在存在層面上，常透露出生活無趣、抑鬱的言詞，被挫敗、自卑、孤獨及無望的深度挫折感糾纏，感受不到活著的意義與價值。

基於上述毒癮愛滋感染者的特性，他們是一群極不容易與他人發生真誠接觸關係的人，也因此對於詮釋現象學的主觀經驗研究構成一定程度的挑戰。能夠在關愛之家找到讓他們開放談論自我經驗的場域，是本研究最大的突破，由此建立對他們主觀經驗的現象脈絡描寫及詮釋，則是本研究的主要貢獻。建議未來在研究上可以更深入探討類似關愛之家的社福機構對毒癮愛滋感染者所提供的照顧功能評析，並在社會福利資源及實務照顧上，提供更具體、更多元的協助。

關鍵詞：毒癮愛滋感染者、生活世界、存在挫折、疾病污名

## Abstract

This study purpose to explore the life world of HIV-positive Drug Addiction. It takes hermeneutic- phenomenology of research method, and the way of profound interview with 7 research participants at the AIDS Middle Home of Harmony Home Association. By analyzing their experience, HIV-positive drug Addict subjective experience was described and explained.

The study found that drug is a kind of substitute for HIV-positive drug Addiction client lost goals. Since they began to break normal social relationship with others and choose a way of been controlled by drug, they fall into a kind of helpless situation due to the missing life goals. Further more, in addition to losing the feeling of body control, they are seriously discriminated and stigmatized from social culture . This discrimination and stigma are the main reasons that make HIV-positive Drug Addict have existential psychological frustration.

The study also found that HIV-positive Drug Addict have the follow experience characteristics: (1)physical aspect: worry about the changes of uncertain disease and death threat; (2)psychological aspect: facing various loss, but could not solve it, and often sinking in pessimistic, disappointed, meaningless and negative emotion; (3) social aspect: they often refusing to accept treatment due to negative viewpoint, low-level family support and all kinds of social contact isolation; (4) existence aspect: they often appear deeply frustrated feelings of uninteresting life, depressed words, self despise, loneliness, hopelessness, and can not feel the meaning of live.

Because of the characteristics described above, they are not easy to sincerely contact

with others, which occurs difficulty for the research in the way of constructing subjective experience of hermeneutic- phenomenology. This study breakthrough is in the Harmony Home Association offered a place for them to talk their own experience freely, which is the largest. Only due to the interviews can their subjective experience and phenomenon be established, described and explained, which is the main contribution of this study. It is suggested that future researches can more profoundly explore the functional role that welfare institutions, similar to the Harmony Home Association, play on looking after HIV-positive Drug Addict. Referring to social welfare resources and practical care, it is suggested that we shall offer more concrete and diverse aid to them.

Key words: HIV-positive Drug Addict, life world, existential frustration, disease stigma

# 目 錄

第一章 緒論	1
第一節 研究背景	1
第二節 研究動機	3
第三節 研究問題與目的	5
第四節 名詞界定	7
第二章 文獻探討	8
第一節 愛滋感染者之社會心理反應	8
第二節 毒癮行為	18
第三節 毒癮愛滋感染者之無能感處境	28
第四節 毒癮愛滋感染者生病歷程	36
第三章 研究方法	43
第一節 詮釋現象學研究取向與解釋觀點	.43
第二節 研究構想與設計	48
第三節 資料蒐集	52
第四章 毒癮愛滋感染者的生病經驗	56
第一節 毒癮愛滋感染者的毒癮生活	.56
第二節 生命的失能	.69
第三節 毒癮愛滋感染者的醫療處境	83
第四節 與疾病共處	.93
第五章 毒癮愛滋感染者的社會性苦難	109
第一節 特殊疾病的社會困境	.. .109
第二節 文化意義下的疾病污名	125

第三節 毒癮愛滋感染者的存在意義分析	...139
第四節 與死亡照面下閃現的微光	148
第六章 綜合討論、結論與建議	157
第一節 結論	157
第二節 綜合討論	162
第三節 建議	167
參考文獻	170
附件	183
一、訪談同意書	183
二、訪談大綱	184
三、文本分析範例	..185
附表一、國內愛滋病相關研究分類表	195
圖一、語境理解及詮釋底景結構	49
圖二、文本詮釋現象分析四個層次	50
表一、研究參與者背景資料	52

# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

聯合國在九十五年十二月一日世界愛滋日前夕公佈，全球愛滋病患者的總人數達 3950 萬人，因愛滋病而死亡的人數達 300 萬人，人類正面臨愛滋病的嚴重威脅。我國自民國 73 年發現第 1 例愛滋病感染者，至 94 年底累積感染人數將達萬人以上。以衛生署疾病管制局的統計資料來看，在 92 年以前，平均每年約增加 10-20% 新感染者，至 93 年新感染人數快速增加，一年內就發現 1,522 位新感染者，與 92 年當年新感染人數 870 人比較，出現將近 2 倍的成長，而且感染人數有持續倍數增加趨勢，94 年共通報新感染人數達 3392 人，可見感染率急速上增，使得台灣愛滋感染者突破萬例。

以往對愛滋感染途徑一向以不安全性行為居多，但近年來全球感染愛滋人數不斷增加，除了不安全的性行為之外，毒癮者共用針具、稀釋液、注射毒品已成為歐美國家另一個傳播愛滋病的重要途徑。聯合國愛滋病防治組織過去就曾提出警告，注射毒品是愛滋大流行的引爆點，一旦愛滋病毒在毒品注射社群中流行，毒癮愛滋族群會再透過不安全性行為傳染給一般民眾，如此將使愛滋疫情面臨爆炸性成長。

台灣原以同性戀、異性戀為主的愛滋感染族群趨勢，自 93 年起毒癮愛滋個案飆昇，首度超越同性間性行為感染之百分比，94 年毒癮愛滋通報個案更呈直線上升，佔全部個案之通報數 67%，每 3 個人就有 2 個人是因注射毒品而感染愛滋。由逐年增加的趨勢得知毒癮者是愛滋病大流行的最大因素，顯現臺灣正邁入先進國家因注射毒癮者迅速蔓延愛滋病之後塵。而造成毒癮愛滋疫情擴大的主因，是施打海洛因、嗎啡等毒品時共用針具或稀釋液，以及濫用藥物後，發生不安全性行為。由於愛滋病毒感染後有 5 - 10 年的潛伏期，這期間感染者因為完全沒有臨床症狀，因此很容易讓人輕忽共用針具、稀釋液的危險性( 疾管局新聞稿，

951201 )

吸毒行為很容易加速各種疾病的傳播，如性病、愛滋病、肝炎等。吸毒者既是性病、愛滋病的高危險群，同時也是性病、愛滋病的主要傳播者。毒品被吸入人體後對人體的生理和精神造成了巨大的傷害，不僅身體消瘦，影響體力而無法從事有益社會的活動，不能為社會創造財富，而且有相當一部分人因難以忍受毒品引起的焦慮與痛苦而選擇自殺。從台灣的通報愛滋案例背景調查中更顯示出，毒癮和感染愛滋病之間的相關性可說是愈來愈明顯，所衍生的社會、經濟、國民健康等問題愈來愈嚴重，實在是整體國民必須嚴正重視的議題。

## 第二節 研究動機

奧斯卡 摩爾 (1999) 在「焦慮的年代」一書中，描述一位罹患愛滋病的美國人所說的一句話：『害怕一但檢查出來 (HIV) 就喪失社會地位、丟掉飯碗、財產，陷入個人偏執的無底冰窟中』。愛滋病患的生命變成一連串如夢如幻的焦慮，彷彿坐上一列幽靈列車，一列不再行駛於辦公室和家之間，而是開始在病房和候診室之間來回穿梭的列車 (Sarsh & Roy, 1999)。

一個典型由血液直接感染愛滋病毒的途徑，最常見的是吸毒者於未經消毒的情形下輪流共用針頭，血液中的愛滋病毒因而經由靜脈注射直接進入血管。社會大眾對愛滋病產生「接觸就得病」的恐懼，因為一般人一想到愛滋就想成「黑死病」、「無孔不入之世紀大毒」、「瘟疫」，因此以異樣眼光看待愛滋病人。加上早期認為它是一種性行為不正常而致的傳染病，社會因此對疾病產生很多道德批判。故一個愛滋病患在面對疾病死亡威脅之餘，不僅求學遭拒、無處居住，隨時擔心曝露他的疾病隱私而遭到莫名的歧視，引起病者因社會的嫌棄、自慚形穢而造成自我封閉的孤獨無助感。社會對於其他疾病的病患也許會對之賦予同情心，願意協助生病的人盡快恢復功能，但在烙印與歧視的影響下，社會對於愛滋病毒感染者的多抱持「懲罰」的成份。認為感染愛滋病毒是罪有應得。也就是說，感染愛滋病毒「罪」的成分比「病」的成份要來的大，感染者受到家庭、社會道德的制裁也比得到的協助來的多。

況且一位毒癮者本身吸毒行為已經是屬於觸犯法律的犯罪行為，社會亦將之認為是偏差行為，更得不到家人、社會認同。根據以往研究顯示初染毒品者多數輕忽成癮之嚴重性，總以為試試無妨，以為可以自制不會造成傷害！未料一但嘗試極容易身心理依賴而成癮，終致無法控制而難以自拔，使個人工作、經濟出狀況、跟親友關係日漸惡劣，漸行漸遠。如此更加深毒癮者對自我認同受挫，認定自己就是一個失敗者。加上毒癮者多數具高焦慮性格、自卑感、欠缺自我肯定與自信、挫折容忍力低、依賴性強、人際關係不佳、內在抑制力低、低自尊等人格

特質，故只好過一天算一天，過著自我放棄、家人社會亦對之鄙棄的日子。

研究者擔任醫療社會工作多年，臨床服務的對象大多是因受疾病所苦的病患與家屬，其中服務輔導毒癮愛滋病患與家屬的經驗發現，對於毒癮愛滋感染者而言，有些人雖曾聽過愛滋病，但未必知道注射毒品有感染之慮，多數認為自己不會那麼倒楣感染愛滋，況且就算聽過，毒癮發作時也顧不得那麼多。加上擔心親朋好友的歧視，多數人仍抱持僥倖心態不願意做篩檢，等到得知 HIV 呈現陽性或愛滋病發時，其心理仍感受到震驚、憤怒、沮喪等情緒。讓研究者深刻感受愛滋感染者自診斷被確定那天開始，除承受生理病痛折磨、面對疾病造成死亡的壓力外，其個人心理、家庭、工作、生活經濟、整個社交互助關係網絡，均因為其感染愛滋病毒而產生極大的衝擊，加上社會文化對疾病認知的不正確、恐懼與排斥，使得病患長期與疾病共存的生命背負污名的歧視，扭曲了毒癮愛滋感染者的經驗感受。其心酸除難以向家人傾訴甚或得不到家人的支持，更無法向外人道，因而使其人生意義與價值受到嚴重影響。

臨床發現毒癮愛滋感染者因身體狀況日益退化進出醫院次數頻繁，多數毒癮病人原本家庭關係就已出現問題，家屬對病人多數不諒解甚或認為其自作孽不可活，連到院探視都不願意（有時連打電話都謊稱不認識），更遑論照顧病人。如今家人若得知吸毒者又感染愛滋病毒，除對病情恐懼、害怕被感染之外，對病人則是更加氣憤鄙棄，覺得病人是罪有應得，甚至要感染者最好不要回家連累其他人，使有些感染者更是自暴自棄，認為此生已經如此，就更變本加厲盡情享受毒品的快感，希望藉以忘記病痛的恐懼；而有些感染者則時常有自殺意圖，甚至付諸行動；但也有些毒癮感染者在得知診斷，驚慌失措之際，卻能配合追蹤治療，重新檢視自己的人生，並與家人重新建立關係，期許自己走向正向的人生。遂引起研究者設立此研究議題的興趣與構思，毒癮愛滋感染者如何在疾病威脅、死亡焦慮、自我價值挫折、被棄等情境下，繼續走自己的人生路。

### 第三節 研究問題與目的

近十年針對愛滋病的研究多以醫療照護、社會大眾與媒體、病患本身之疾病認知社會心理調適角度出發（見附表一），雖有數篇研究係以深度訪談方式理解愛滋病患個人的心路歷程，如卓耕宇（2003）：彩虹少年的美麗與哀愁——一個青少年愛滋男同志自我生命敘說之研究、鍾道詮（1998）：男同志在面對愛滋烙印與防治政策時的壓力及其因應策略等，但對象多以同性戀為研究對象居多，對於因藥物濫用而感染愛滋病毒者僅見陳政惠（2005）：台南監所男性靜脈注射藥癮感染愛滋病毒研究危險因素之探討，此係以公衛角度探討毒癮愛滋感染者研究，卻未見有人關注此類感染者在罹病之後對生活各層面之改變為何。而針對毒癮者研究則偏重在犯罪防治。鑑於目前因毒癮者共用針頭、稀釋液而感染愛滋病毒之比率驟增，顯示毒癮愛滋疫情嚴重，而以往政府雖大力宣導匿名篩檢與愛滋防治，但對毒癮感染率成效卻不大。這促使研究者期待從毒癮者的成癮行為與毒癮經驗中理解其感染愛滋病毒後，面對疾病焦慮與死亡威脅，感染者怎樣與病毒共存的生病經驗？在這樣的經驗歷程中是否引發個人存在性心理議題的思考？如對個人信念、自我價值、生命意義等省思。

基於以上的議題的反思，促使研究者擬從毒癮愛滋病患的角度出發，深入毒癮愛滋病患的生活世界，以深度訪談進行現象描述分析的質性研究。希透過與毒癮愛滋病患的訪談，探究毒癮愛滋感染者對於吸毒、得病的主觀詮釋。透過毒癮愛滋感染者的情緒、情感經驗理解其特定生活經驗的情境脈絡，瞭解患者如何面對疾病所帶來的身心衝擊，以及如何意識或體驗其內在的經驗轉化，進而理解毒癮愛滋病患因為使用毒品罹病過程與經驗中所呈現其獨特且深刻的生活世界。希藉由病患自身經驗的分享，鼓勵其他病友應以更積極、樂觀的心態面對愛滋病，擺脫以往愛滋病友給人的晦暗刻板印象，並希望透過這樣的生命經驗研究讓潛藏的毒癮愛滋感染高危險群對愛滋病治療效果有更正確的認知，提高篩檢率與及早治療。並期待對提升醫療專業助人者提供照顧服務時之品質提出具體建議，故希

達到以下目的。

- 一、瞭解毒癮者施打毒品時之主觀經驗。
- 二、瞭解毒癮者感染愛滋病毒後面對疾病的態度。
- 三、理解毒癮者感染愛滋病毒後對生命的看法。
- 四、依據研究結果，促使其他潛藏的毒癮愛滋感染高危險群，能藉此生病經驗的分享，鼓勵其他毒癮愛滋感染者面對感染的可能性，而能及早接受篩檢、及早治療。
- 五、依據研究結果，減低醫療專業助人者的偏見，深化對毒癮愛滋病患的照顧品質。

## 第四節 名詞界定

### 一、愛滋感染者 ( The Infected of HIV ) :

所謂「愛滋病」就是 Acquired Immune Deficiency Syndrome , 簡稱 AIDS , 即「後天免疫缺乏症候群」。根據美國疾病防治中心在 1992 年及行政院衛生署 ( 1994 ) 對愛滋病的定義須符合以下兩個重要條件：一是有伺機性感染；二是免疫細胞球 ( 或稱 CD4 ) 數量小於 200 個。一般稱未曾發病者為愛滋病毒感染者或 HIV ( + ) , 但亦有一廣義定義 , 即凡是感染愛滋病毒者皆可稱為愛滋感染者。本研究係採用廣義定義。

### 二、毒癮愛滋感染者 ( HIV- positive Drug Addict ) :

毒癮者是指非以醫療為目的, 在不經醫師處方或指示下, 過量或經常性使用一種或多種不當藥物, 如海洛因、嗎啡、安非他命等, 且出現持續性、強迫性、依賴性及失去控制的用藥行為, 並導致個人生理、心理或社會功能受到損害。因而本研究之毒癮愛滋感染者則設定為使用毒品時因共用針具或稀釋液而感染愛滋病毒之患者。

### 三、生活世界 ( life world ) :

本研究所指的生活世界, 基本上是以人為主的世界, 包含著日常生活的自然態度。此生活世界即是以患者在生病之後所經驗的身體、時間、空間、關係性等情境所構成的概念。

## 第二章 文獻探討

以下由愛滋感染者之社會心理反應、成癮行為、毒癮愛滋感染者之無能感處境、毒癮愛滋感染者生病經驗四方面做文獻整理與回顧，以利瞭解毒癮愛滋感染者成癮、感染愛滋病毒歷程與生活世界。

### 第一節 愛滋感染者之社會心理反應

#### 壹、認識愛滋病

後天免疫缺乏症候群(Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS, 俗稱愛滋病, 這個名稱來自 1981 年在美國發現一群原先身體健壯的年輕、男同性戀者感染了肺囊蟲肺炎、口腔念珠菌和患有卡波西氏肉瘤等。這些疾病在過去多見於免疫缺乏的患者, 例如: 腫瘤病患接受化學治療或接受免疫抑制劑治療的病患。而為了和先天免疫缺乏區分, 故稱為後天免疫缺乏症候群。愛滋病之所以被稱為「症候群」係因為病患感染後的症狀因人而異, 且沒有一定症狀。其病原體稱「人類免疫缺乏病毒」(human immunodeficiency virus; HIV), 這種病毒經由特殊的傳染途徑進入人體後, 會侵犯淋巴球, 侵蝕免疫細胞, 使人類免疫功能喪失, 導致各種伺機性感染, 最常見之併發症為肺囊蟲肺炎、或發生與免疫有關的癌症, 如卡波西氏肉瘤。根據美國疾病防治中心在 1992 年對愛滋病的定義須符合以下兩個重要條件: 一是有某些特定的伺機性感染、神經系統病症或腫瘤; 二是免疫細胞球(或稱 CD4)數量小於 200 個/毫升。愛滋病毒感染者符合以上兩點者稱為愛滋病患(行政院衛生署, 1994)。

愛滋病毒已知有 HIV-1 與 HIV-2 兩種, 它是一種攻擊人類 T<sub>4</sub> 細胞新反錄病毒 (retrovirus), 愛滋病毒本身無法使人致死, 使感染者致死的是那些伺機性感染的疾病, 它存在於人體體液當中, 但只有血液、精液、陰道分泌物等三項才是主要感染源, 愛滋病毒很脆弱, 一旦離開人體便很快會死亡。病毒侵入人體後最容易被感染的宿主細胞為 T<sub>4</sub> 細胞, 病毒以發芽方式繁殖, 當它自細胞穿出時對細胞膜造成永久損傷而使 T<sub>4</sub> 細胞死亡, T<sub>4</sub> 細胞的減少與機能降低使整個免疫系統崩潰, 導致患者各種伺機性感染與罕見腫瘤之發生(蘇逸玲、邱台生、陳瑛瑛, 1998)。

已受愛滋病毒感染的病患，從感染到抗體呈陽性的間隔期，稱為「空窗期」，約為 6-12 週，亦可能長達 6 個月以上。大部分剛受病毒感染時沒有任何症狀或反應，3-6 週後，部分病患可能出現數天或二、三週類似感冒樣的原發性感染症狀：發燒、疲倦、肌肉關節酸痛、咽喉痛、腸胃不舒服等，有時伴隨短暫淋巴腺腫、脾腫大或皮膚發炎，大部分症狀不需治療會自然消失。一般認為此急性期症狀係由愛滋病毒直接引起，此時病患血中抗體呈陽性，但尚未出現免疫障礙。初期症狀消失後，帶原者進入無臨床症狀的潛伏期，可能長達十年或更久，血液學檢查可能出現貧血、白血球減少等，而患者之血液、體液皆具感染性。一般病患在確定診斷為愛滋病後，平均存活 18 個月，預後較佳者亦多在 5 年內死亡（葛應欽等，1998；周妙純、李明濱，1993）。感染愛滋病毒的治療如同糖尿病、高血壓等慢性病一般，想要控制病毒的複製，患者必須終生使用抗病毒藥物，並且注重身體保健提高免疫力，避免伺機性感染而造成併發症的機率。

但是，現有的抗病毒藥物仍會引起許多短期或中長期的副作用。這些短期的副作用主要是腸胃不適、嘔吐、腹瀉、肝功能異常、泌尿道結石、頭暈、夜夢、嘴唇乾裂等；中、長期的副作用主要是周邊神經炎、新陳代謝異常、粒線體病變、骨質加速流失、缺血性骨壞死與脂肪移位症候群等。副作用發生的機會，可能因人和藥物不同而有差異，（洪健清，2000），每位患者的反應不盡相同。

愛滋病是一種致人於死的傳染疾病。其傳染途徑主要有三種：1、性行為之傳染：與愛滋病毒帶原者發生口腔、肛門、陰道等方式性交，有可能感染。2、血液傳染：主要是與感染愛滋病毒之靜脈藥癮者共用注射針頭、針筒或稀釋液。3、母子垂直：已感染愛滋病毒之孕婦，也會將病毒傳染給嬰兒。愛滋病毒感染後的病程快慢不一，空窗期或潛伏期時間不一，許多感染者往往沒有任何症狀，使患者可能繼續從事高危險行為而不自知，無知地在危險性行為、共用針頭與稀釋液等行為中將愛滋病毒傳染給第三者，因此促使防治愛滋病嚴重失控的情境。

愛滋病毒雖是一種致命病毒，但愛滋病毒卻是一種十分脆弱的病毒，只要離開人體之後約數小時就死亡。它具有不耐高溫（約攝氏 56 度加熱 30 分鐘或攝氏 70 度以上加熱 10 分鐘即死亡）、怕酒精（在含 50%以上酒精中 10 分鐘就死亡）、怕漂白水（在稀

釋 10 比 1 的漂白水 10 分鐘即死亡) 等特質。故若非經由以上三種傳染途徑, 一般人感染病毒的機率其實並不高, 況且病毒還得累積相當數量與濃度才會造成感染。例如愛滋病毒不會從一般公共場所或日常生活的接觸而感染, 如碰觸汗水、眼淚、唾液、糞便等, 更不會因為與感染者同處游泳池或泡湯就感染病毒, 當然亦不會經由蚊子咬而傳染, 所以社會大眾實在不必過度恐慌, 聞愛色變 (張麗玉, 2002)。

## 貳、愛滋病患之社會心理反應

愛滋病是二十一世紀人類最嚴重的浩劫, 被喻為是二十一世紀的黑死病。至今仍無疫苗或是可根治的藥物, 一旦感染愛滋病毒只能靠藥物控制延長生命。台灣衛生當局自 1997 年 4 月開始全面免費提供雞尾酒療法後, 對控制病毒有相當突破性的成效, 確實提升病患免疫力, 但對感染者後續生活、心理適應問題卻有相當大改變。例如感染者被告知診斷的錯愕、家人與社會的排斥與歧視、孤寂、無力、無法達成人生階段性任務的壓力與遺憾、擔心曝光後失業、身心多重失落、社會福利措施不足等衝擊。

雖然罹患任何疾病對個人、家庭而言, 都須面臨一段艱辛的適應之路, 但對感染愛滋病毒者本身的衝擊卻遠遠大於其他疾病類型。例如陳武宗 (1998) 針對愛滋病與其他重症和慢性病比較, 發現下列特性是較突出且值得注意的是:

- 1、因愛滋病人口群特殊的社會背景 (同性戀、藥癮者) 所造成的社會排斥性。
- 2、愛滋病目前無藥可治, 社會大眾在害怕受感染且感染發病後致命機率大, 而產生的社會恐懼性。
- 3、因愛滋病衍生之社會倫理議題, 如親屬關係、醫病關係、愛滋孤兒問題, 以及當事人基本人權與社會大眾或第三者權益間的爭議等。
- 4、因受感染發病致命者多屬青年與壯年時期的男性, 對社會勞動力而言是一嚴重損失, 加上為防止愛滋病毒蔓延投入的研究經費, 與愛滋病毒檢驗、住院費用及醫藥費等, 對病患及整個國家、社會與家庭, 所產生的國家與社會經濟折損壓力。
- 5、因患病事實或身分的曝光, 易帶給當事人及其家屬之生活帶來強烈震盪與社會隔離之情形, 使其生活秩序與自主性喪失, 更易加強疾病角色的隱匿性。

- 6、因短暫時間使人失去健康、心智、工作能力、社會角色、金錢、喪失親人間的支持、自尊與自主性。使愛滋病人身心狀態陷入人際疏離、心智耗盡、歧視待遇及孤立無援的多重危機與失落之情境中。
- 7、因其疾病特性、病人背景、身分特殊性難獲認同，易使其喪失使用現有醫療社會服務的正當性，同時各醫療服務專業人員，在擔心被感染的心理負擔下，影響其照護意願與專業表現。
- 8、愛滋病毒感染是經由特殊管道或行為感染的疾病，在社會優勢價值與規範下，愛滋病患群體被視作是遭天譴、罪有應得、活得無尊嚴、死得很慘，無形中淪為次等公民，遭社會驅逐游離。當事人除須忍受身心痛苦，也須面對愛滋病烙印帶來的羞辱、社會隔離與烙印
- 9、因對愛滋病片段、煽情、錯誤、扭曲信息的恐懼致使愛滋當事人工作、就醫、就業、居住、照護等基本權益之嚴重侵犯與剝奪。

故當案主獲知感染這種世紀之疾之後，感染者往往基於害怕曝光後遭受排斥與歧視的心理壓力，甚至連父母及親朋好友都不敢告知病情，而使感染者陷入不為人知的孤寂、罪惡、憂鬱而沉痛的歷程（楊美紅，2000）。罹患愛滋病病患與一般癌症病患不同的是除了面對致命的疾病威脅、恐懼之外，隨之而來的“同性戀”、“性濫交”、“吸毒者”大眾異樣眼光與排斥等社會烙印，讓患者產生各種生理、心理、甚至社會適應的問題，使患者在重新整合或調適個人價值觀與目標的過程中更顯複雜與困難（莫黎黎，1998；徐淑婷，1998；張麗玉、周玲玲，2000）。

根據國內精神科醫師指出，發現病患有否認、焦慮、沮喪的反應，對疾病及未來的不確定性，感染導致身心耗竭，以及缺乏社會支持的現象(行政院衛生署，1994)。精神科醫師徐淑婷（1998）指出，感染愛滋病毒對當事人常見的社會心理反應包括：身體心像改變、孤立感、無力感、低自尊、視生病為懲罰或業報、感受社會烙印與歧視及擔心曝光、感到自我價值感低落、罪惡與憂鬱等。導致病患常有注意力不集中、靜不下來、心悸、口乾、強迫思考與行為等焦慮症狀。其臨床的經驗發現，由於愛滋病是一種致命的疾病，自殺的念頭對於許多HIV感染者及愛滋病患而言，更是如影隨形，隨時存在的

念頭。愛滋感染者及病患當面對以下情境時，其自殺的意念往往是最高的，包括：初次被告知HIV陽性診斷、HIV相關症狀出現時、治療成效不佳或是無效時、被診斷愛滋病發病時、HIV恥辱顯露時（例如卡波西式肉瘤長在臉上或是被別人識出時），以及當身體功能衰退導致社交、工作或是經濟能力受影響時。

施佺均（1997）對 HIV 感染者的觀察與深入訪談後發現，感染者在知道自己感染之後，最能夠在他們身上感受到的是對曝光的擔心；因為擔心曝光、自慚形穢的自我封閉、感到社會的遺棄、缺乏歸屬感而造成的孤獨感受；籠罩在死亡的陰影下而影響到感染者求生與求死的意念；以及因為人生的任務階段受阻造成感染者普遍的遺憾；因擔心曝光或如何告知親友所產生等心理層面上的壓力；現實生活水準降低的問題；醫療就醫相關的問題；擔心發病；生活空間改變或被剝奪等生活適應的問題。

根據張麗玉臨床實務工作，接觸 500 多位住院之愛滋病患，臨床歸納發現愛滋病的壓力有：家人接納度、性伴侶之疑慮、擔心媒體曝光、自我價值感低落、有罪惡感、擔心失業、朋友的疏離、死亡的恐懼、缺乏生活照顧（張麗玉，2002）。

以下綜合國內各研究者對愛滋感染者之社會心理特性：

感染者的急性壓力反應（acute stress reaction）可以出現在愛滋感染的任何時期，特別是身體健康狀況有所改變、以及剛被告知感染診斷時。主要的反應：包括茫然、不知如何是好、情緒極度混亂、憤怒、退縮、自責、否認、恐懼與絕望，甚至有自殺意念或企圖、酒精或藥物濫用，或從事有身體傷害或死亡的危險行動（徐淑婷，1998；蔡佩真，2000；張麗玉，2002）。

國外在愛滋病患社會心理反應的相關研究指出，感染者在感染之後的心理反應多半有不確定性、對健康的威脅與焦慮、寂寞、孤獨、沮喪、自責、罪惡感、憤怒、無助、絕望、社會隔離、失去控制自己的身體、死亡恐懼、生活上種種的失落，如人際關係不穩定、經濟收入減少等（Weitz,1989；Krikorian et al.,1995；Beckerman & Rock,1996）。Siegel & Krauss(1991)在紐約訪問了55 位同志感染者，發現感染者最大的挑戰是因應壽命可能縮短的危機，如此影響也造成感染者感受到完成生命目標的急迫性。周純妙與李明濱（1993）整理早期美國的文獻指出，愛滋病患面對愛滋病的巨大心理壓力主要來自此病

對生命的威脅，及被視為少數團體的差別待遇。而Marianne 和Amy (2001) 在亞洲愛滋病患做一項是否公開揭露病情的研究中發現，多數病患對是否公開病情情緒上備感壓力，擔心曝光後人際關係與家庭關係會破裂或被遺棄、擔心會受到差別待遇、擔心會讓家人蒙羞。另愛滋病患在生理、社會心理、經濟方面的壓力都比其他慢性疾病者大( Holt,R. et al.,1998; Koopman,C. et al,2000 )，因為愛滋感染者的高度焦慮，較有行為與情緒解離的模式與較有死亡焦慮；人際關係過度緊張，導致易誤解別人行為語言是在排斥他。另依 Rabkin (1996, 1997) 研究中發現10-20%愛滋感染者有憂鬱症、4-19%有焦慮症；Bing (2001) 研究中發現27%愛滋感染者有輕鬱症 (引自Klinkenberg,W.D.&Sacks,S.,2004)。

綜合上述國內外學者研究總歸愛滋病患的社會心理反應如下：心理層面反應包含：憤怒、疾病不確定性、自責、絕望、罪惡感、孤寂、憂鬱、無力感、多重失落、不安、低自尊、死亡威脅與恐懼、自殺意念；社會層面反應包含：擔心曝光、家人遺棄、人際疏離、社會排斥與歧視、生活經濟壓力、失業、就學問題、居住空間受限或被剝奪、社交功能受限等。故對每一個愛滋感染者而言，自診斷被確定那天開始，其個人、家庭、社區整個的互助關係網絡，均因為其感染愛滋而產生極大的衝擊，致使其生理、心理、家庭、社交網絡、生活經濟、人生意義與價值受到嚴重影響。

### 參、愛滋病之烙印處境

烙印是什麼？「烙印」一詞最早源於古希臘，是指烙鐵或尖銳器具在身體所造成的傷痕或印記，藉以區別一般人和其他因道德或行為上的缺陷或不尋常的人，在他們身上加上標記或火印，標明他們的瑕疵、缺陷，告示帶印記的人是個奴隸、犯人、叛徒或是有污點的人，象徵著「放逐」或是「恥辱」。而在近代「烙印」所象徵恥辱的意義遠甚過於身體外表的印記 (Goffman,1963)，烙印的情境中被烙印者的特質、主觀感受、他人的態度三個層面，呈現複雜的相互關聯，在他人的態度方面，烙印反映著社會上對某些族群（如殘障者、特殊疾病、精神病患）的一種評價態度，認為這些人不值得信任、是沒有價值的，而這樣的負向評價態度，使受到烙印者的生活、心理上造成許多困擾 (李元邦, 1991；林美伶等, 2002)。

美國社會學家 Goffman (1963) 利用烙印討論個人的社會認同，他認為烙印乃指個人不符合社會所謂「正常」時所面臨的情境。他指出烙印是一種「屬性」，是極不名譽的，且是一種深刻的恥辱。他認為「一個人在日常社會互動中被加諸一種特性，具有這個特性會引起他人對此人的注意，並使他身邊的人因而遠離他；此外，即使他本身因具有其他特性而應享有一些權利及需求，也因具有此一特性而被剝奪。這個特性就是一個烙印，一個與我們原來預期相違的惹人厭的標示。」Goffman 認為一個受到烙印的人不再是完整的人，是一個受到玷汙或損毀的人，是「他類」(otherness)，跟我們不同類(引自謝菊英，2003)。

Goffman 指出造成烙印主要來自三種 (Goffman,1963)：第一種：「身體上可憎的事物」(abominations of body)，如肉眼可見的生理殘疾、慢性病等。第二種：「個人性格上的汙點」(blemishes of individual character)，如許多偏差行為，同性戀或精神病等。第三種：「對部落的烙印」(tribal stigma)，如種族、民族或宗教等。根據上述 Goffman 的理論可知，當人們身體上因為患了某種疾病而有功能不良或是因具有某些不好的特質而感染疾病時，社會就會為這個人貼上標籤，並且遠離、排斥他。這個被烙印的人會給人一種刻板印象，使得他在面對他人的時候會因知道自己被烙印而出現低自尊、社交隔離、退縮、缺乏自信等行為表現，而這些表現可能使社會人士對他的評價更加不好，而更促使個人低自尊、社交隔離等行為反應，形成一個惡性循環 (莊莘，1995)。

Herek (1990) 表示污名會因為不同社會互動而有所不同，並與參與成員彼此的期待息息相關。以身體疾病來看，Herek 認為可以透過三方面來瞭解污名：1、它的成因、症狀及途徑；2、污名意識的社會建構 3、社會上所謂「正常人」對於被污名的社會團體所持的態度，其態度的形成、表現以及對這種態度的堅持。假如我們認為某種疾病的感染者要為自己的疾病負責，而且社會大眾對某些特定社會群體抱持負面態度及刻板印象，我們就說這些社群被「污名化」。所以愛滋病致命且具傳染性的特徵，加上社會大眾將之歸為「他者」，就符合以上受污名的條件。

烙印關係著對人(事)有扭曲事實的態度、信念、價值，因此會將視為違反正常規範的個人或團體貼上標籤，如此烙印引發人們產生偏差的思想與行為。而烙印包含兩種

屬性：首先意味著不受歡迎的屬性，如疾病（AIDS）、行為（雜交）、特殊團體（同性戀者）的偏差態度，產生真實或想像的害怕；其次對受到差別待遇有實際的經驗，如害怕失去工作、失去健康保險、遭社會排斥。雖然歷史上對很多疾病都有嚴重烙印，如麻瘋病、結核病、癌症、精神疾病、性傳染病等，但是所有疾病中烙印最嚴重的是愛滋病（Lisanne Brown et al. , 2003）。

愛滋病與腸病毒、登革熱、肺結核，甚至 93 年橫虐東南亞的 SARS 等其他病症，在衛生署及管局依規定都同屬於「法定傳染病」，且肺結核、SARS 均屬於飛沫傳染，其傳染率遠高於愛滋病毒傳染途徑的血液、體液接觸傳染，但前者都沒有愛滋病所引起的污名與被排斥來得嚴重。此乃因為長久以來缺乏正確的觀念宣導，一般民眾對愛滋感染者充滿非理性的恐懼、排斥，更由於被連結了性氾濫、同性戀等與「性/性別」相關的道德污名，成為特別受到妖魔化的疾病。

一個社會對於它的致死疾病所採取的態度通常總結當時的道德難題，將各種價值判斷附加其疾病上，各種疾病的患者也因此承載相當程度的責難和排斥。愛滋病因其初期蔓延迅速，常與末世、災難、毀滅、陰謀等神話一起傳述，患者有時被分為無辜與有辜，被大舉地污名化與放逐，彷彿是一樁罪名。故愛滋病經常被喻為黑死病，它被視為是外來的它者，來自邪惡的黑暗大陸，原始陰暗的熱帶，它被解釋為放縱的疾病，終結社會的道德審判。正因為「隱喻和迷思會殺人」，根本的救世之道便是揭露並掃除在人類對疾病與病人的無謂詮釋與想像中孳生的偏見（Sontag,1988）。

Lisanne Brown 等人（2003）認為愛滋病烙印最令人吃驚的負面影響是它無所不在的特性，烙印妨礙預防行為、阻礙 HIV 篩檢意願、影響公開揭露與尋求治療意願、影響生活照顧品質與社會支持的獲得、家人、伴侶及社區對 HIV/AIDS 照顧者的接納，故烙印是防治工作的致命傷，所以降低烙印是抑止傳染的核心步驟。試想，一個愛滋感染者在面對疾病威脅之餘，不僅求學遭拒、無處居住，連政府接受通報後還任意曝露他的隱私，會有誰願意積極接受篩檢？還會有誰願意積極配合治療呢？因為只要受檢，即像在等候審判死刑一樣，故許多人害怕裁決、害怕被放在歧視的名單上，而不願檢驗。所以要能促使民眾正視愛滋病的威脅，友善的社會環境與免除歧視是愛滋防疫的先決條件。

生活在愛滋污名下，不能將感染愛滋讓別人知道，只能將這各秘密帶進棺材。故感染愛滋這個污名加上社會歧視，使得擔心可能感染的潛在性感染者只能噤聲，不敢篩檢更不敢接受治療。

在 1999 南非（Durban）一場「打破沉默」的國際研討會中表示：感染者對愛滋病烙印最常的因應：沉默和否認、因為害怕篩檢不夠隱密會曝光、擔心引起差別待遇，故導致不願意向家人、親友揭露。很多文獻指出，害怕被病毒傳染與害怕死亡影響著健康照顧工作者對與 HIV/AIDS 生活者的態度，他們鄙視的態度等於是公開拒絕 HIV/AIDS（Kayawe, Kelly & Baggalet, 1998）。

以下就傳播媒體、醫療環境、社會環境三方面探就愛滋感染者烙印的實際處境：

大眾傳播媒體是一般民眾獲得愛滋病訊息的主要途徑。對一般民眾而言，愛滋病不具有心理與身體上的接近性，是一種「媒體中的疾病」。因此，媒體如何報導愛滋病這個議題，也會影響到一般民眾對這個疾病與病人的態度。從過往的相關研究卻發現，由於愛滋病議題跨領域的特殊性與新奇性，媒體從早期以迄今日的報導，在新聞的標題與內容呈現上有流於聳動煽情的趨勢，在煽情與衝突導向的新聞價值取向下，不斷地複製與再製對愛滋病與愛滋感染者的烙印印象（徐美苓，1998；尤昱婷，2001）。媒體的報導有時不但沒有破除大眾對愛滋常識的無知，甚至提供不正確的知識。誇大愛滋病是危險的傳染疾病，讀者對媒體的報導的解讀只是增強「危險群」概念，無形中對「他類」的歧視行為更加合法化。

其次從醫療環境看愛滋感染者的烙印：研究發現，非感染科醫師對愛滋感染者的照顧意願不高，尤其是外科偏低，使得感染者常面臨沒有醫師願意協助開刀的窘境；部分醫療院所將病歷資料加註記，顯示對隱私的保護不足（林宜慧，2002）。即使是負責照顧患者的醫護人員也會對於愛滋病患不同於一般疾病的待遇。一些針對醫院護理人員所做的知識、態度等方面的探討則指出，有部分護理人員認為照護愛滋病患是危險工作，存在恐懼、害怕感受，而不願照護愛滋病人；尚有部分護理人員表示若強制他們去照護愛滋病人，他們寧願辭職（武靜惠，1988；周勵志等，1993；楊美紅，2000；林宜慧，2004）。

就社會環境而言，觀察幾起社會事件便可以發現，台灣愛滋病患的基本人權常遭踐踏。如就學方面：1994 年澎湖輸血感染愛滋男童被校方禁止上學事件、國內有數十所大學曾對 HIV 帶原學生採取勒令休學或定期停學的處置、2006 年台北關愛之家一位國小學童寒假過後無法返校就讀，剝奪患者就學的權利；居住方面：台北關愛之家遭到社區民眾抗議遷居一事，顯示愛滋病患的居住權得不到保障；至於農安街轟趴事件中，警方粗糙的臨檢行為，且通知媒體到場拍攝，則侵犯了愛滋病患的隱私權；數起警察穿雨衣執勤以避免受到感染等無知的行徑，皆顯示台灣社會對愛滋病的污名及缺乏正確認知之嚴重性。

以上僅僅是愛滋病毒就引起社會大眾、媒體、醫療專業人員、部分公部門執行公務者、學校等，因污名所造成對感染者的歧視！更遑論被界定為違反道德、犯罪行為的毒癮者因共用注射針頭、稀釋液而感染愛滋病毒者，因此更背負自作自受、活該、遭天譴、無藥可救的無賴等雙重污名，其處境更是只能躲在陰影中，無人會給於關注，只能靜靜等待疾病折磨、病痛威脅與死亡的來臨。

## 第二節 毒癮行為

### 壹、上癮行為

美國行為保健學者 Thombs 認為自古以來，酒精和藥物依賴總被當成罪行或是一種疾病；近數十年來，也有人認為它們是屬於不良適應的行為模式。目前亦有些人堅持上癮行為的形成是融合上述三個因素的連鎖演變，即認為它是一種因人類學習到不道德行為所導致的疾病。其實無論何種觀點，都還隱藏著各自社會文化對於上癮問題的不同處理態度與方式。以下我們以罪行、疾病、不良適應的三種思考模式試著瞭解上癮行為形成（李素卿譯，1996）：

#### （一）上癮是一種罪行（Addiction As Sin）

抱持這種看法的人認為上癮是違反倫理、道德規範的拒斥；他們對酗酒或藥物濫用行為最溫和的譴責是缺乏責任感，而最嚴厲的批判則是斥之為邪惡。視上癮行為完全是個人行為的自主選擇，並非受人脅迫或個人失去控制所致，這也是藥癮者最受人詬病之處，社會判定其行為違反道德規範理應受到懲罰。故擁護此觀點者相信以懲罰矯正惡習是解決上癮問題的有效方式。

#### （二）上癮是一種疾病（Addiction As a Disease）

視上癮是一種疾病者認為用藥是肇始於疾病過程。這個疾病過程被認為大量的用藥只是顯現某種疾病的病兆，企圖以疾病模式解釋「對物質使用喪失控制力」行為，將上癮行為視為疾病模式。主要係將上癮者摒除在倫理道德之外，認為其應該受到治療及照顧關懷，不應受到譴責與嘲弄，且讓人們明白他們的問題行為只是一個疾病過程，將上癮者視為病患，應該提供治療康復計畫給上癮者，讓他們恢復健康，重返社會正常生活。

#### （三）上癮是一種不良適應的行為（Addiction As Maladaptive Behavior）

第三種看法的人認為上癮是一種行為異常。當上癮被視為一種「不良適應的行為」（maladaptive behavior）時，它既不是罪行，也不是因為喪失控制，他被認為是受到環境、社會、家庭等相關因素所致。上癮者被認為是破壞性學習環境的受害者。行為

學家使用「不良適應」一詞即意味著，對上癮患者／或他們的家人而言，此種行為型態會產生破壞性的後果，但它並不暗示上癮患者是壞蛋或不負責任，它和以道德作為依據的「錯誤行為（misbehavior）」之描述情境有極大的差異。所以行為矯治專家認為需要針對上癮案主投注行為治療，輔導其行為改變以避免其再犯。

實際上任何一種思考模式都是上癮行為的可能影響因素，不論是醫師、心理師、護理師、社工師、以及其他多重學科領域，甚至國家整體防治政策都應考量不同學科領域之專業，對於上癮行為之複雜型態與多樣理論觀點進行瞭解與溝通，整合生理、心理、以及社會環境等因素，找出上癮者日常生活下的社會文化運作方式，「以他人角度觀看世界」去探索，尋找貼近上癮者的真實世界，共同解開強迫性物質濫用的謎底，進而輔助專業人員幫忙上癮者找到適合的康復之道。

## 貳、藥物濫用定義與特徵

藥物原是人類為控制疾病而使用的物質，所以有人類就有它的存在。因為藥物發揮減輕痛苦、控制症狀、甚至治癒疾病，對人類具有許多正向貢獻。而人類使用「毒品」的歷史久遠，不同社會文化有不同用法，如古埃及人便懂得利用鴉片來安撫哭鬧小孩的情緒；又如古柯鹼在南美洲的秘魯當地農民再農忙時將之作用為提神食品，視為保健藥物，並未被視為毒品。然而，用藥的文化卻在近五百年中有了偌大的改變，其研發的初衷有的是用於鎮痛，有的則是抗憂鬱或治療精神疾病，使得許多鎮靜劑、止痛劑在因緣際會之下被廣泛大量使用，遂成了使人上癮或濫用的毒品。

在快速變遷的社會裡，人們追求慾望滿足為導向的速食文化，在此背景下人們傾向使用化學撫慰劑來對付壓力、挫折、焦慮無助的現象，故菸、酒、咖啡、茶、鎮靜劑、安眠藥等，都成為日常生活中常見的撫慰劑。而鎮靜劑、麻醉藥或迷幻藥，除醫學用途之外，均能快速產生解放或陶醉的效果，滿足人們追求愉悅迅速的需求，但卻對人體造成傷害而逐漸讓健康衰退、意志萎靡。更由於生物科技的發達，研發用化學合成方式大量生產影響心智的藥物，致使藥物產量增多，純度提高，價格便宜，人們更容易取得。另一方面，因為獲利甚高，使不法之徒鋌而走險爭相生產銷售，甚至早已成為跨國際之

販毒集團。加上注射針及注射針筒的發明使麻醉藥品及海洛因等毒品方便施打，而且效果比口服方式更佳且更易成癮，這些科技大大助長藥物濫用的擴散，使國際藥物濫用問題急遽上升，嚴重腐蝕社會人心。

McAuliffe 與 Gordon (1980) 為「上癮」提供以下行為定義：上癮是一種操作型的制約反應，隨著每一次藥物使用後所產生之強化數量、次數、以及範圍大小的變化，並使該種反應產生增強的傾向（李素卿譯，1996）。

梁玲郁 (1997) 則表示成癮 (addiction) 通常是指個人失去控制及強迫性進行某種行為，如果不進行這種行為會帶來痛苦及不悅；而其發現藥物濫用的特徵有：強烈的藥物需求、對藥物有生心理依賴、有增加藥量的傾向、有復發的傾向。依胡海國和林信男 (1996) 指出「成癮症候群」可能特徵包含：1、強烈的慾望或強迫感想要使用此藥物。2、非常難以克制開始使用、停止使用或使用量。3、停止或減少使用時，生理上產生非常明顯之戒斷症候群；或一再使用同類藥物以減緩或避免戒斷症狀。4、因一再使用某種藥物，致使人體對該藥物的藥效產生抗拒性，以致對此藥物的適應與忍受度逐漸上升，使用者需增加藥量，方能達到剛開始使用低劑量的效果，此稱為耐受性。5、因使用藥物而對其他娛樂逐漸失去樂趣；花更多心力在取得或使用藥物上。6、即使明顯對身體造成傷害，仍繼續使用藥物（引自李志恒編，2003）。

廣義的藥物濫用，涵蓋了合法與非法的藥物、醫療用途與非醫療用途的物品，諸如酒精、咖啡，或是所謂的軟性藥物LSD、大麻等，甚至於海洛因、嗎啡、以及安非他命。除去合法的菸酒之外，曾在台灣造成流行風潮的藥物，包括四、五十年代的鴉片、大麻，六十年代的速賜康、強力膠，七十年代的紅中、白板、青發等鎮靜劑、安非他命，以及近期的海洛因、搖頭丸、FM2等。

根據行政院衛生署麻醉藥品經理處 (1993) 對藥物濫用定義為：「非以醫療為目的，在不經醫師處方或指示的情況下，過量或經常使用某種藥物，致傷害個人健康或社會安寧秩序。」再者，據「管制藥品管理條例」中「管制藥品」係指：成癮性麻醉藥物、影響精神藥物、其他認為有加強管理必要之藥品。目前我國將所有非因醫療以及科學用途，使用包含麻醉藥品、影響精神物質及其製品等列屬管制性藥品的行為皆視為非法使

用毒品。依據中華民國刑法「毒品危害防治條例」，對毒品的定義：「毒品」是指具成癮性、濫用性及危害社會性之麻醉藥品、影響精神物質及其製品；由此條例可知毒品易使人成癮，並造成個人濫用行為，意即持續性、強迫性、依賴性及失控的用藥行為。更重要的是經此條例界定吸毒者在本國是被視為違法的犯罪偏差行為，且依不同等級毒品施以不同程度之懲罰。

毒品依其成癮性、濫用性及對社會危害性分為四級，其品項如下：

第一級：海洛因、嗎啡、鴉片、古柯鹼及其相類製品。

第二級：罌粟、古柯、大麻、安非他命、配西汀、潘他錯新吉奇相類製品。

第三級：西可巴比妥、異戊巴比妥、納洛芬及其相類製品。

第四級：二丙烯基巴比妥、阿普錯他及其相類製品。

根據上述本研究對藥物濫用者定義是指非以醫療為目的，在不經醫師處方或指示下，過量或經常性使用一種或多種不當藥物，如海洛因、嗎啡、安非他命等，且出現持續性、強迫性、依賴性及失去控制的用藥行為，並導致個人生理、心理或社會功能受到損害。

### 參、藥物濫用成因與歷程

藥物濫用的成因極為複雜，以往多從單純違法行為界定，實際上它和藥物藥理反應、個人的人格與認知、家庭因素、社會結構及文化、甚至體質與遺傳等醫療觀點，都和藥物濫用的起始、持續、加重息息相關。國內諸多濫用藥物的實徵研究發現，初次濫用藥物多始於青春期的青少年，由於此階段的青少年尚未成熟，情緒較不穩定，對挫折忍受度低，加上同儕之模仿學習及好奇等影響，常借用藥物彌補內心空虛，企圖以藥物作用取代真實的人際關係，獲得控制環境的錯覺。此外各類物質濫用的患者多數都有焦慮與憂鬱等負面情感；而常被提起的性格特徵有低自尊、自我控制力低、高追求刺激、衝動性高、不在乎社會禮俗的特質（林信男，1997；葉紅秀，1997；李志恒，2003）。

各項複雜成因中，首先在生理因素上，鄭泰安（1991）表示某些人的先天體質對某些藥物或酒精較易產生精神作用，他們服用之後會有鬆弛、愉快等感覺，而且副作用較

緩和，因此一旦有機會接觸藥物時，他們在生理上不會排斥（引自莊慧秋，1991）。在認知部分，藥物濫用者對於藥物使用後的身心反應都有一種「期待感」，此期待感會加重或養成用藥的習慣性，這種效果具有「允許」自己從事未必能或未必敢進行的行為，如危險性行為、追求感官滿足等，當然也容許自己依賴他人的作用。而一個慢性藥物濫用者會逐漸形成對自己負面觀感，在長久病程中因累積戒斷失敗經驗越多，越認定自己無法戒斷，形成不如不戒的負面想法（林信男，1997）。

在社會因素方面則涉及同儕團體間的相互模仿、引誘，藥物成為某一同儕團體與族群的社會次文化。故藥物濫用的結果對個人、家庭、社會經濟、乃至國家安全的破壞力可想而知（林信男 1997；李志恒 2003）。

胡萃玲（1996）邀請三位出自福音戒毒機構 - 基督教晨曦會之藥癮復元者為受訪對象，歸納毒癮者使用原因有：團體認同的壓力，毒品流行而易得，好玩、好奇、對毒品缺乏警覺，或是想藉毒品逃避煩惱。吸毒後的欣快感增強動機，又忽視藥癮的嚴重性，逐漸用毒品緩解身心困擾，並形成封閉的吸毒次文化；家人也因不瞭解藥癮的可怕而未積極阻止，忽視了藥癮的嚴重性。吸毒後身心和生活全面持續惡化乃至崩潰，完全受毒癮控制，用吸毒逃避戒癮痛苦和現實困境，無法脫離舊的吸毒友伴圈和生活模式。

江振亨（1998）對嘉義戒治所共 128 名受戒治人實施吸食、施打藥物動機量表調查，調查結果顯示，吸食、施打藥物的動機以「因為好奇想知道藥物的滋味而吸食」最多、「在朋友引誘下，持著姑且一試的心態而嘗試」次之、「內心苦悶藉以麻醉自己」再次之，其他依序為「聽說可以治病，想藉著吸食、施打藥物來減輕病痛」、「工作疲勞為求提神」、「工作不順利藉以逃避現實」、「聽說可以增加性能力，因此而吸食」、「家庭遭受重大變故，心情不佳而吸食」、「對未來感到無望，乾脆自我陶醉」、「想尋求飄飄然的感覺」等等。

綜合歸納國內藥物濫用者之成因與動機，可歸納為下列幾點（張伯宏，1994；程玲玲，1994；胡萃玲，1996；葉紅秀，1997；江振亨，1998）：

- 1、好奇心的趨使：藥癮者初次嚐試毒品主因，大多由於好奇心之趨使，其後由於使用數量及次數逐漸增加終於產生生理或心理依賴，染上毒癮。

- 2、同輩團體的影響：在現代社會中，毒品同輩團體是最具影響力之參照團體。藥物濫用次文化團體為了避免其非法使用藥物之行為洩漏，也會主動迫使其成員共同用藥，未共同參與者會引起敵意與緊張。
- 3、藥物本身之特性：藥物濫用所使用的藥物在藥理上有些特點，不管是迷幻藥、興奮劑，或是麻醉劑，使用後心靈會產生變化，心靈世界扭曲、膨脹，充滿色彩、靈感，甚至突破自我，達到超越凡人的幻境（引自莊慧秋等，1991），會帶給使用者「愉快」之感。容易成癮的藥物另一特性，在於停止使用之後會有戒斷症狀及耐藥性，因為戒斷症狀難熬、加上耐藥性不斷增量以達同一效果，終於造成成癮。除藥物特性外，使用藥量、頻率、使用方法均會直接影響成癮的快慢。
- 4、家庭因素：發現不良的家庭環境常是藥物濫用的重要因素，包括：不完整的家庭結構、冷淡或衝突的家庭關係較缺乏凝聚力和低社經地位家庭、父母對子女管教過於嚴厲、或父母本身亦沈溺於酒類或藥物者，或因家人忽略藥癮嚴重性而未加制止。
- 5、社會環境因素：藥物濫用者常反映他們對社會價值之拒絕態度，毒癮者面對無希望的未來，面對無法治癒的病痛，與遭受家庭及社會環境的孤立，放棄追求自我認同感，湮沒於毒品中尋求逃避。另一社會因素則是整個社會對藥物的認知及警覺性不足，導致整個社會對國人藥物濫用情況失去控制。

梁玲郁（1997）指出藥物濫用之所以可怕的地方在於藥物對人類造成的「依賴性（dependence）」「耐受性」（tolerance）及「渴求」（craving）；「依賴性」是指為了得到服藥後的快感，而持續不斷地使用藥物，一旦終止這些藥物，則會出現極度不安的身體症狀，如腹瀉、憂鬱、精神錯亂等；「耐受性」是指不斷的增加用量，才會達到和前次使用量相同的效果，所以藥物濫用者會一次又一次的增加用量，難以自拔，稱為「藥物的慢性中毒」。這些特性使得藥物濫用者淪於惡性循環無法自拔的深淵中，當濫用者想要脫離苦海終止用藥時，則會產生極度不安的身體症狀包括冷汗等，稱為「戒斷症狀」（withdrawalsynarome）。以台灣毒癮者最常使用的藥物 - 嗎啡、海洛因、鴉片類等其戒斷症候包括流淚、流鼻涕、發汗、起雞皮疙瘩、瞳孔放大、噁心、嘔吐、下痢、肌肉酸痛、骨頭酸痛、血壓上升、虛弱無力、失眠等。安非他命的戒斷症候較無嗎啡、海洛因

等有明顯生理症狀，但會出現情緒低落、憂鬱、全身乏力、睡眠障礙及焦躁易怒等心理症狀，嚴重者會有自殺行為（林信男，1997）。許多藥癮者常被誤認是生理依賴導致上癮，但就行為主義者角度而言，生理依賴只是長期服用藥物所引發的副作用而已，或僅是為戒斷病症與紓解的經驗尋找藉口（李素卿譯，1996）。許多研究發現毒癮者心理依賴更甚於生理依賴，致使諸多戒癮處遇模式普遍有「身癮易除、心癮難戒」的現象，這也是很多毒癮者其實都有戒毒經驗，但其再犯率卻仍然很高原因（黃富源，1996；張京文，2002）。

藥物濫用成癮，係指漸進、階段性的形成，可分為幾個階段（楊士隆，2001）：

起始階段：指在好奇心驅使、逃避現實或為解除病苦與挫折、憂慮痛苦，而開始吸食或施打藥物。

繼續階段：毒品犯指週期性或間歇性的繼續使用藥物，惟尚未達到成癮階段。

沉迷階段：指已重複使用藥物而成為習性，且有部分心理依賴產生。

成癮階段：重複使用藥物後，產生生理、心理依賴（Physical & Psychological Dependence）及耐藥性（Tolerance）情形，而有持續使用之衝動。

戒斷階段：此階段乃藥物成癮者最嚴重一階段，身體上已產生藥物依賴，此時藥物已改變使用者之生理狀態，若不繼續用藥，會產生噁心、嘔吐、腹瀉、流鼻水、發抖等戒斷症狀（Withdrawal Symptom or Abstinence syndrome），危及生命安全。戒斷症狀的痛苦常常是多數毒癮者無法戒除的要因之一。

詹德杰（2002）對二十名吸毒者作深度訪談，萃取吸毒者對整個吸毒歷程的認知。結果發現吸毒者經常「低估吸毒行為的嚴重性」、「低估吸毒友伴的危險性」、「低估毒品可怕的成癮性」，認為吸毒「並沒有什麼」，且「高估本身的自制力」、「高估毒品的效果」、「高估壓力的影響」，認為「我不會上癮」、「我癮不深，想戒就戒得掉」。結果在第一次破戒施用毒品之後，即進入持續施用毒品階段。一旦持續施用毒品，對身體健康、家庭、工作、經濟及人際關係均會產生嚴重而負面的影響，造成吸毒者更大的挫折及壓力，偏偏吸毒者迷信毒品是紓解壓力的唯一方法，如此惡性循環導致吸毒者深陷吸毒歷程循環而無法自拔。

綜合成癮原因與歷程得知吸毒者初期多因好奇、同儕次文化的鼓動，誤判吸毒的嚴重性而自認為吸一次沒什麼，或嘗試吸毒以逃避挫折、短暫忘卻苦惱；經過一段時間使用，一方面忽視藥物作用，加上人格特質、家庭、社會環境等因素，以及藥物引起的快感讓人難以忘懷，激發一再用藥動機，而使藥癮者漸次形成心理依賴加上難忍戒斷症候之痛苦，終致陷入無法解脫深淵。

#### 肆、毒癮者之人格特質與精神狀態

過去一直有所謂「成癮性格」的描述，認為藥癮者往往具有叛逆性、沒責任感、善於欺騙等令人討厭的特質。Fields(1998) 和國外很多研究者臨床發現，藥物成癮者具有各種的人格特質，包括：高度情緒化、焦慮和反應過度、人際關係不成熟、低度的挫折容忍力、不能適當的表達情緒、對於權威人士過度依賴和正反感情並存、對於宏偉的行為顯示出低自尊、完美主義、衝動性、孤獨感、性別混淆、憂慮、在人際關係上依賴、敵意、性的不成熟、對於改變的環境在適應上表現出僵直、無力。另吸毒者多數有人格偏差傾向，而有以下人格狀態較易導致對藥物依賴：扭曲的社會價值觀、自我較脆弱、感到無力無助、缺乏自信心、有自卑感和缺陷感；無法延宕自己的慾望與衝動；情緒不穩定，時有強烈情緒，以至於發生不計後果的衝動行為及反社會規範的行為傾向（葉紅秀，1997；引自李志恒，2003）。

學者黃富源等(1996)指出有吸毒癖好及容易復發成癮習慣者，多數源自其幼年時，未能學習有效處理日常生活中情緒、挫折、困難的技能，甚至運用非理性思考及不合理價值觀念處理生活挫折或負面情緒，結果常因處理問題失當而更無法面對現實。一旦初嘗成癮藥物後，發現成癮藥物的使用有助於逃避生活上的不滿，幾次的經驗促使成癮行為的形成，惡習成性，因而更加鞏固成癮行為。爾後，每當成癮者無法面對現實，潛藏於腦中的心理癮，便不斷的呼喚成癮者，削弱成癮者對抗心理癮的能力，使成癮者再以吸食毒品逃避生活上的不滿。

同時據多數醫學研究發現長期濫用藥物者有相當高比例同時兼具精神疾病症狀。Klinkenberg 和 Sacks (2004) 最近的一項研究調查則發現近十年藥物濫用者中最少 50 -

75%罹患有一種心理疾病。有些病患可能先有精神疾病，因企圖以藥物減緩症狀，長期服用致藥物濫用，其中以焦慮症和憂鬱症患者居多；而有些則是因長期濫用藥物導致腦部功能受損，引發神智不清等精神疾病。Forest(1985)指出，物質濫用者大部分生活經驗都處於長期的焦慮，個性經常是多疑的，也常常被罪惡感所折磨。大約三分之二左右的物質濫用疾病，都有其他同時存在性的異常，最普遍的就是憂鬱症(張景然譯，1998)。

總歸國內外研究者對藥物濫用者人格特質之研究發現：毒癮者具有高焦慮性格、自重感低、欠缺自我肯定與自信、低度挫折容忍力、人際關係不佳、消極逃避及退縮、成熟度不足、缺乏成就動機及對生命感到無意義、非理性思考、認知扭曲、內在抑制力低、憂慮性格、負向的社會態度、自我認同上產生問題、強烈的想滿足其需求之尋求、依賴、不能適當的表達情緒、反社會人格等。

#### 伍、藥物濫用者與愛滋病之相關性

毒癮者生活常在「吸毒 - 找毒品 - 勒戒(勒治) - 再吸毒」的惡性循環中打滾，其每天生活的重心幾乎以追逐藥物為主，甚至鋌而走險，偷竊、行搶、淪為娼妓、販賣毒品等，導致各種人際與家庭關係破裂，影響個人、家庭生活，甚至因為毒品價格昂貴，為滿足藥癮所需花費，不得不使用偷騙搶盜或製造毒品等不法行為換取金錢，造成嚴重社會安全問題。在 Klinkenberg 和 Sacks (2004) 調查報告中亦指出以往許多研究都發現藥物濫用者會為了獲取金錢購買藥物，常使用性行為交換藥物，甚至在性交易過程中因為使用藥物刺激性慾而不用保險套，促使愛滋病毒直接傳染的危險性提高。此外，因為血管注射毒品的便速性，使藥物濫用者常為省錢、或怕被人發現身攜帶針頭而共用針器，造成愛滋病傳染的快速傳播，對國家衛生安全更造成威脅。

目前，毒品販運已涉及全球 170 多個國家和地區，顯見全球藥物濫用的情況日益嚴重。據《2005 年度世界禁毒報告》顯示，2004 年全球共有二億人至少使用過一次毒品(如：海洛因、古柯鹼、安非他命、大麻，不含酒精、尼古丁、與鎮靜劑)。這個數字相當於若扣除 15 歲以下及 64 歲以上人口，則藥物濫用人口約占全球總人口之 4.7% (UNODC, 2004)。另據統計，全球每年因濫用毒品致死的人數高達 20 萬人，上千萬人

因吸毒喪失勞動能力。此外，由於吸毒婦女的增多，故因吸毒造成的畸形、低能或身帶多種疾病的嬰兒也有增加趨勢。另吸毒和販毒極易誘發詐騙、暴力犯罪、賣淫、愛滋病傳播等，故毒品的泛濫不僅直接危害人們的身心健康，並且給公共衛生、經濟發展和國家穩定帶來巨大威脅。

台灣毒癮概況保守估計約有四十萬毒癮人口，法律雖將毒品犯視為「病人」，但政府健保制度並未提供毒癮醫療協助，毒犯第一次被抓要觀察勒戒，第二次戒治，都得自己付錢，尤其九十三年新修訂的「毒品危害條例」對五年內之累犯不再給予戒治機會，等於是將毒癮者放回街頭，任其自生自滅。且社會大眾慣以道德眼光看待毒癮者，有些民眾及官員對國家還要付錢幫其戒癮感到憤憤不平，認為「吸毒是個人行為，應該自己負責，怎可拖累家人及社會？」（羅如蘭，2006）。

隨著 e 世代對性行為觀念的開放、性愛搖頭派對與夜店的盛行，再加上使用保險套比率偏低與注射毒品人口增加，且毒癮者可能在使用毒品過程的任何一個環節中因共用針具、分享毒品或稀釋液等因素感染愛滋病毒，導致愛滋病毒蔓延速度加快，這已經改變以往同性戀、異性戀為感染愛滋病毒的主要趨勢，毒癮氾濫成為愛滋病快速散播的新隱憂。聯合國和世界衛生組織近年提出嚴重警告，愛滋病毒已散佈到注射毒品病患族群時，愛滋疫情將面臨爆炸性的成長。台灣毒癮愛滋疫情到底多嚴重？據衛生署統計資料，94 年毒癮愛滋感染佔全部人數約 67%，故有人推估愛滋病在四十萬毒癮人口中快速擴散，至少有四萬人染病的「黑數」，失控速度使台灣將成為高愛滋感染國家；尤其在鄉村偏遠地區，毒品悄悄蔓延，愛滋病狂潮有如被掩蓋的黑死病，正一步步吞噬國人健康（羅如蘭，2006）。

### 第三節 毒癮愛滋感染者之無能感

#### 壹、毒癮愛滋感染者之自卑感

阿德勒認為全人類文化都以自卑感為基礎。其認為人類生活中每一個問題都可歸納在職業、社會和情感這三個問題之下，如果一個人在此三方面遭受拘束或限制，那他生活一定因為有著太少的機會與太多的挫折而感覺「活下去真是痛苦」。所有的失敗者，罪犯、問題兒童、神經症、精神病、自殺、酒癮及性犯罪等，都是因為缺乏社會興趣（Adler,1932；1964）。因此多數失敗者的情境來自一些不愉快的經驗，但又誤把此經驗當作一切外界的無情對待，對此感到氣餒，甚至因為別人的憐憫、揶揄或逃避，加深其自卑感。現代人熱中競爭、冷漠無情、習慣暴力，已將暴力視為一種生活方式。然而，暴力畢竟只是一種「症狀」，它有許多變型，很多暴力行為大多出於那些試圖建立自尊、護衛自我形象，或想顯現自己份量的人（蔡昌雄，2003）。這其實也是阿德勒所謂自卑感驅動的負向優越感作祟，阿德勒所謂之自卑情結係指當一個人面對自己無法適當應付的問題時，自認自己絕對無法解決此問題，此時出現的就是自卑情結。由於自卑總是會以爭取優越感的補償作用出現，而其真正目的並不在解決問題，卻只是為逃避失敗而猶疑、徬徨、退縮，讓自己朝向生活無用的一面。懷疑別人也不信任自己、認為社會冷漠、對自己有敵意、使其認為自己喪失在社會中 useful 角色的希望（Adler,1932）。對於毒癮愛滋感染者而言，即是將濫用毒品視為是對自己施行暴力的生活型態，因為為了個人挫折或意志力薄弱，藉藥物掩飾自卑。

毒癮者顯示有低自尊、自制力差、消極退縮、欠缺自我信心、負向社會價值等人格傾向；加上嗎啡、海洛因等毒品藥效可以讓長期因軟弱無能帶來的不舒爽全部煙消雲散。所以藥物使人麻醉，它讓原本生活處境陷入深淵的痛苦能暫時得到紓解，在藥效剎那之間不再自卑、不再擔心失業、不再害怕別人敵視的眼光、不再理會親人的失望與指責，所有的壓抑感覺因此全部消失，同時也造成個人責任感的喪失。另一方面因為愛滋病背負疾病隱喻與污名，使毒癮愛滋感染者飽受家人與社會對毒癮愛滋病唾棄與對傳染

愛滋感染途徑的恐懼與無知，使得毒癮愛滋感染者不僅忍受疾病的折磨、死亡威脅，更要默默接受家人與社會的冷漠、疏離與排斥，因此使其深深感到自卑感，而更以負向優越感來自我陶醉或麻木自己陷入自欺中，漸漸脫離群體缺乏從屬感和社會興趣，被世界侮辱或遺棄（黃光國，1971）。

## 貳、毒癮愛滋感染者的無意義感

「我們今天已不再像弗洛伊德時代那樣面臨的是性挫折，而是生存挫折，是一種徹底的無意義感。」 Frankl 名著《無意義生活之痛苦》

毒癮愛滋感染者心中常常反覆出現的聲音是：「我只是自己吸毒又沒有害人，為什麼我要受這種罪」、「別人都沒事，為什麼我會感染？怎麼那麼倒楣」、「我已經走投無路」、「除了痛苦、折磨，不知道活著人生以後會變怎樣？」、「不敢想未來！」、「如果死了，自己和家人反而輕鬆！」許多發自內心的吶喊，說不出口的自責與懊悔，以及親人認定這是自己造的孽、罪有應得的譴責，加上社會有形無形的烙印與歧視，感染者除感到深深的無奈外，心頭無時無刻的啃噬著無法與人分享且又得不到諒解的痛苦與孤獨，這種挫折與空虛，使自己有時根本無力去對應疾病的威脅，感覺「活著」本身似乎就是生命本質的荒謬與無意義。

生命意義是什麼？我的生命到底有什麼意義？人為什麼而活？我們為什麼活在地球上？我們活著是為了什麼？我們要憑什麼而活？如果我們必須死，如果沒有一件事是恆久的，那有什麼事是有意義的？亞隆（1980）指出存在疾病來自尋找生命意義時的徹底失敗。我們面臨的困境是，人類似乎需要意義，但人活著卻沒有意義、目標、價值或理想，結果引發極大的痛苦，嚴重時會使人決定結束自己的生命。這也是許多毒癮者及愛滋病患者常因失去活著意義而有自殺意圖的原因（蔡佩真，2000；廖娟秀，2000；張麗玉，2002）。佛蘭克（1969）認為人類的生命無論在何種情況下，都有其意義。這種無限的人生意義，涵蓋了痛苦和瀕死、困頓和死亡。強調若能找到一個屬於自己的生存

理由，人類將可以忍受與面對艱困的生存情境，這生存理由不是為了享樂，也不是為了權力與地位，而是個人獨特的意義。

羅洛·梅認為價值感係指涉人對自己必定佔有份量，對他人能起作用，以及能夠得到同僚認同的信念。而且人是一個自由的個體，他具有自由選擇的意願與能力，有一種朝向整體存在的傾向性，現代人正是依據這種存在的傾向性才體驗到人生的意義。也就是說，人一旦喪失了自由選擇的能力，個體存在的傾向性得不到實現，就會導致人生價值和意義的失落（引自楊韶剛，2001）。

亞隆（1980）表示「意義」的建立是個體主動對其面對的事物，以其既有經驗解讀與建構的結果，因此意義的建構涉及自我整體的經驗以及與理解對象之間的關係，並且是一個創造、動態的過程。美國意義中心諮商機構總裁 Wong(2005)對意義提出說明：意義使個體瞭解自己、使個體發現活著的理由、知道哪些是生活中重要的事物、體驗快樂和成功、選擇在生命中做哪些事、回答生命中重要的問題、以有目標有價值的方式生活著以及盡可能地展現生命力。阿德勒（1932）表示人生活於「意義」的領域之中。我們所經驗的並不是單純的環境，而是環境對人類的重要性。我們常常被自己賦於的經驗意義決定自己，但當我們以某種特殊經驗，做為自己未來的生活基礎，很可能就犯下錯誤（Alder,1932）。這就如同藥癮者當初嘗試體驗毒品時，過度強調「經驗」，體驗瞬間快感，易誤解其「經驗」即全體，缺少思考則墜入萬丈深淵而不自覺。而毒癮愛滋感染者因為家人與社會的否定面臨失學、失業情境，本身又無法忍受戒癮症狀，不對未來抱持希望，因此更加得不到家人、社會的認同，自身無法與人表達情緒的挫折與沮喪，深陷無意義生活的挫敗經驗。

當人們受到生病威脅時，會產生受苦的感受，這受苦經驗來自生理疼痛或心理煎熬。但受苦並非與疼痛來自相同原因或刺激，而是來自人們對疼痛的意義或評價（Kahn&Steeves,1986）。這就如同愛滋病感染者在診斷確定時，除對疾病有不確定性的焦慮外，多數陷入混亂、絕望、孤寂、沒有未來等負面情緒的受苦經驗。

當個人意義失落或尋求意義的意志受挫時，就會產生所謂的存在的空虛（existentialvacuum）或存在的挫折（existential frustration）（趙可式、沈錦惠譯，1983）。

Frankl 把缺乏意義的症候群分成兩個階段：存在的空虛和存在性精神官能症。存在性空虛（或稱存在性挫折）是一種常見的現象，特徵是生活無聊、冷漠、空洞的主觀狀態，覺得悲觀、缺乏方向，並質疑大部分活動的意義。而當病人有無意義感之外，另有精神官能症狀，則稱為存在性或「空虛產生的」精神官能症，其臨床症狀有：酗酒、憂鬱、強迫症、過度縱慾、不怕死的冒險。

存在感，是指個體對自身存在的一種深刻感覺，歸納來說，存在的感受，與自我肯定、活出自我、接納自己的獨特性均有關聯。Frankl 認為人活著是有意圖性和目的性的，讓生命有意義，想要創造價值是人類初始、自然的傾向。追求快樂和地位的渴望只會帶來越多的自我挫折（self defeating），故強調「尋求意義」才是人類生命中原始的基本動力，而非因「本能驅策力」（instinctual drives）。故毒癮者因為一時好奇或為逃避現實挫折，尋求藥物的愉悅感、刺激，即是一種受本能驅策的舉動。「我不屬於任何地方」、「沒有人會接納我」、「沒有價值感」、「無法自我肯定」則是毒癮愛滋感染者無法產生存在意義與價值的困境。面對這種無意義感和存在性空虛的情境，毒癮愛滋感染者產生極端程度的缺乏目的，既沒有理想強求意義的衝動，也不會憤怒地抨擊別人接受的意義，而是沉浸在嚴重的無目標感和冷漠狀態 (Rollo May, 2003)。

所以研究者歸納出多數毒癮愛滋感染者因為毒癮者心理上缺乏自信心，且挫折容忍力低者，對未來感到無望，心想活著沒有意義，乾脆藉毒品麻醉內心苦悶、自我陶醉，而且其對生活多處於冷漠、空洞、無所謂、無目標的狀態，使其看不清或看不到生命意義，而陷入無意義感和空虛感所捏合之“存在性挫折”的困境。

### 參、毒癮愛滋感染者的無能感處境

林信男（1994）提出藥物成癮者的特徵為：無能感、不成熟、被動、依賴性強、不願延宕快樂衝動的滿足、挫折容忍度低、對環境之困擾缺乏毅力、責任感弱、具有強烈之情緒緊張與不平衡的經驗，並以退化行為來補償其長期無能感。

毒癮愛滋感染者因長期沉溺在藥物之中，整個生活重心徘徊在如何取得藥物、籌錢（不論是借、騙、偷、搶）躲在暗處注射毒品、躲家人與警察發現等而組成的緊張生

活，漸漸地毒癮者與重要他人之間的互動充滿謊言、傷害與失望，親友不再信任、期待與支持，慢慢的對毒癮者放棄。加上感染愛滋病毒擔心病情曝光，將遭受歧視與排斥，而使毒癮愛滋感染者的人際互動網崩潰，對重要他人不再具影響力。因為無法符合家庭期待、工作不穩定或失業等負面衝擊，促使其軟弱無能的處境接踵而至，個人覺得價值感喪失，自覺沒有權力，也無法擁有權力，沒有任何事物值得肯定，包括無法自我肯定，除了宣洩暴力之外別無他法，遂以憤怒形式報復自己、家庭與世界。

每個人都會以某種形式試圖建立或保護自己的自尊。暴力與準暴力行為會賦予當事人某種成就感、尊重感和權力感，也會帶來某種價值感。毒癮愛滋感染者因為缺乏自我肯定、被社會鄙棄、對社會規範制度的無能為力，他們為試圖建立自尊，捍衛自我形象或彰顯自己份量，遂以侵略性的暴力行為反制，明知共用針器會傳染愛滋的危險行徑仍採取冷漠的態度持續沉溺毒品中，這即是暴力反應的型態。有些毒癮愛滋感染者在社會或醫院做出一些瘋狂行為，如咬人、特意不戴保險套進行性行為、吐口水等，都是想讓人有「我有點價值感」的控制感受，這即是羅洛·梅所謂暴力為無能的表現，而無能是暴力的源頭。

尼采的「權力意志」(will to power)及伯格森的「生命衝動」(élan vital)，都在強調所有生命中的權力質素。他們對權力的定義，誘使我們誤認權力等同生命過程，殊不知生命過程尚有其他因素，生命過程中雖有許多事物如意識、慾望、好奇心等，可與權力結合，卻不應與之等同視之。

依據羅洛·梅的看法，我們的問題在於多半以負面的觀點來看待權力，而且對於暴力現象的產生，只停留在先天論(生物心理觀點)與後天論(社會文化觀點)的表面爭議上；亦即只在乎道德與倫理的層次上，抱持虛飾偽善的認識取向與價值判斷，以一種天真爛漫的無知形貌對暴力與權力採取拒斥的態度，忽視暴力與權力經驗真正的存有論核心與正向價值，以致使得當代社會普遍瀰漫侵略性或攻擊性的暴力問題(蔡昌雄，2003)。而馬斯洛認為人類五大需求中，人有追求「自尊」的需求，而對於尋求價值、權能的需求，其實也是爭取自尊的另一表現方式。當一個人無法用正常方式活出自己的權力需求時，被視為無用、不被人喜歡或沒價值的，則會產生自卑、無助、無力、脆弱

的感覺。暴力就會發生，如同嬰兒從出生因生理飢餓需求產生時，就會以哭聲吵鬧獲取餵食與成人的注意與擁抱。毒癮愛滋感染者因無法克制毒癮，無法改變別人歧視眼光，而自覺無能，將無能當作盾牌，逃避自己須面對的問題，自動放棄尋求解決之道，避免應付任何失敗的經驗。因此個人若無法建立足夠的自尊，也就沒有足夠的個人權力感讓自身脫離無能處境。

雖說民主社會裡每個人都有自由選擇的權力，但羅洛·梅說：「權力不是讓人擁有的」，雖然擁有也是經驗它的方式之一，但權力實際上是一種「存有的」召喚，讓個人徹底開放，去經驗生命一切可能性。所以毒癮者是否因此而誤用「權力」，以無知的權力企圖尋求超越感官知覺的虛幻可能性，誤認藥物幻覺世界才是真實理想的桃花源，藉以逃避現實生活中的挫敗、緊張焦慮。所以羅洛·梅述藥物成癮是一種暴力經驗（May,1972）。

羅洛·梅表示每個人的生命中，都隱藏著五個層次的權力：

- 一、存在的權力：如同馬斯洛認為人類最基本的生理需求一般個人再嬰兒時期以哭泣、吵鬧表達飢餓或其他需求，這就是一種存在的權力。
- 二、自我肯定：每個生命窮其一生都在追求自尊之旅，對人類而言，不只是以生理需求的滿足為關懷重點，重要的是能肯定自己，以某種自尊活著的需要。很多毒癮者因為吸毒而使自己人不像人、鬼不像鬼，不僅自己時常陷於懊悔之中，親人、朋友對其行為不認同，遂使自我價值喪失，更遑論能自我肯定與自尊可言。
- 三、自我堅持：人們常為防衛自己的身分認同和信念，而為自己的立足點賦予自我堅持的力量，回應外在對自我肯定的侵略。
- 四、侵略性：侵略是進入他人的權利、特權或地盤之中，並將其中的一部份佔為己有。一旦個人的侵略傾向被否定或壓抑，暴力便爆發。當人沒有認真看待自己，不再信任自己，放棄自尊，別人亦以同樣的方式對待，更陷無能處境。也就是表現出缺乏動機，不相信自己有改變的能力，深感無助、冷漠、長期憂鬱，因為內心裡認為自己是自作自受，無法要求自己的權益，無法為自己的存在而奮鬥。
- 五、暴力：毒癮愛滋感染者因自我放棄，生活無意義，對未知生命的恐懼，以及

社會的歧視與排斥，落入無法自我肯定的處境。

羅洛·梅認為人生基本上可被視為是權能與無能之間的衝突，個人要承認自己是無能的，這是多麼沉重負擔，故無能常被以無助或軟弱等語彙表達。這就如同 Arthur M. Schlesinger, Jr.曾寫道：「今日流傳最廣泛的社會情緒莫過於「個人是無能」的這個信念，那種被侵擾、被包圍和被迫害的感覺。」( Sarah Dunant&Roy Porter,1999 ) 所以無能會造成冷漠，也會產生消除侵略性的傾向，如此便是孕生暴力的溫床。

羅洛·梅認為藥物成癮是無能造成的另一後果，表示毒癮的根源，是瘋狂暴力的一種形式，它們表達述說著「極度的軟弱」：例如以「我無法符合家庭的期望」、「找不到工作」、「我性無能」、或「我不是人」等形式出現 ( Rollo May , 2003 )。這就如同毒癮者的人格特質中常出現自卑、低自尊、自我肯定低、挫折忍受度低、消極退縮、憂鬱等特質。另它們亦表達「被拒絕的憤怒」，憤怒是吸毒者對家庭與世界的報復，因為它們迫使它困在痛苦的無能處境。如同多數毒癮者的家庭關係、人際關係都時常處於緊繃、衝突或破裂的狀態，如此反覆惡性循環讓毒癮者更感無力、無助而導致長期無能感。

故綜合當前社會道德論述對感染愛滋病毒與毒癮者的負面看法，以阿德勒自卑感與羅洛·梅的權能受挫看法，我們可以理解對毒癮愛滋感染者而言，生命遭逢所有關係破裂，社會認同與自我認同的瓦解，使感染者感到無力、無助，無法與生命中的重要他人有效溝通，所以當疾病對個體「暴力」相向時，個體只能消極接受。而無能感慢慢地啃蝕存在的自我，消磨個體的人生目標、人生規劃，甚而卸除自我的存在價值與意義，影響與他人相處時的人際關係，終致放棄自我或以另一暴力方式報復家人與社會。

故阿德勒強調社會關懷的重要性，認為因為人脆弱、無能和種種限制，必須與他人發生關聯，才能生存並達成自己的目標，所以「我們活於和他人的連繫中，假使我們變得孤獨，我們必將滅亡。」其認為每一種生活問題都需要合作的能力，而每一種工作亦都必須在人類社會社會的架構下，以能夠增進人類福利的方式予以執行，而只有瞭解生活意義在於奉獻的人，才能以勇氣及較大的成功機會應付困難。社會如何發揮關懷與合作的力量，接納生命受挫、走投無路的毒癮愛滋感染者，使其超越自卑心態，重獲自我認同與自我堅持的權能，重新掌握自己的人生機會開創屬於自己的生命意義，實有助

於減少毒癮愛滋的感染率與對愛滋防治工作有益，這也是研究者想探究毒癮愛滋感染者的目的之一。

## 第四節 毒癮愛滋感染者生病歷程

### 壹、疾病的意義與隱喻

人類對疾病的認知，是有階段性的演變與進展的，從數千年前的美索不塔米亞建立了一種醫藥性、宗教性的醫學，他們認為疾病乃是由於罪惡而遭受到天神的懲罰，或魔鬼附身，認為病人都是不潔或禁忌。而人類最初的醫學係脫胎自巫術，病人被視為是靈魂脫離身體、犯下罪業、或是被不潔的物體侵入身體才會致病。當病人求助於巫醫時，巫醫給的不在症狀之去除，也不在解釋「疾病如何得來的？」，而在於給病人了解「為何是你，而不是別人？」。直到二千四百年前，希伯克拉底克（Hippocratic）的出現，病人不再被視為罪犯，而犯人反被考慮到是否因為身心有病之故。病人從此被以「人」相待，而疾病不過是人類生活過程中的某一階段。對於疾病的認知，也因為細菌、病毒的相繼發現而有了劃時代的進步（王作方，1996）。

Kleiman、Eisenberg 和 Good 在 1978 年，對生病與疾病做出區別，提出疾病（disease）開始於確定診斷結果，但是生病（illness）則源於個人覺察到身體狀況的改變並感受其對健康的威脅。因此，生病可能開始於一個醫療診斷未確立之前，並且持續到疾病消失為止。

Kleiman（1988）在《談病說痛》書中再度明確的區分了「生病」（illness）與「疾病」（disease）的意思。當中，生病指的是病人和家屬或更廣的社會網絡對症狀與殘障如何理會、共存和反應；而疾病是從醫生的觀點見到的問題。在生物醫學模式的狹隘生物術語上，這表示疾病「只」做生物結構或生物功能的更變而重新現形。

Sontag 於 1988 年指出，所有疾病的診斷都有其相對的代表隱喻（metaphors）。這種隱喻可能是負向的，而且會隨著時間而有所改變的；它可能是針對單一的器官也可能針對整個身體，甚至不一定要有生理上的實在缺陷，而隱喻讓疾病本身得到被理解的鑰匙，卻也讓疾病產生誤解、偏見、歧視，而病人連帶著成為歧視

下的受害者。這種現象顯示人們沒有把疾病當成單純生理上的致病，沒有致力尋找病因及藥方。一旦他們覺得那些烙印所給予他的壓力遠大於疾病本身時，便會產生非疾病預期的結果。

一個社會對於它的致死疾病所採取的態度通常總結當時的道德難題，將各種價值判斷附加其疾病上，各種疾病的患者也因此承載相當程度的責難和排斥。例如結核病在十九世紀的西方社會被賦予的形象是經濟的負面行為：消耗、浪費、虛擲精力；而癌症所落入的想像是二十世紀的負面行為：畸形成長、壓抑、污染。愛滋病因其初期蔓延迅速，常與末世、災難、毀滅、陰謀等神話一起傳述，患者有時被分為無辜與有辜，被大舉地污名化與放逐，彷彿是一樁罪名。故愛滋病經常被喻為黑死病，它被視為是外來的它者，來自邪惡的黑暗大陸，原始陰暗的熱帶，它被解釋為放縱的疾病，終結社會的道德審判（柯裕棻，2000）。正因為「隱喻和迷思會殺人」，根本的救世之道便是揭露並掃除在人類對疾病與病人的無謂詮釋與想像中孳生的偏見。

依 Sontag「愛滋及其隱喻」一文中對 AIDS 有兩種隱喻看法。作為一微視過程（microprocess），AIDS 被視為與癌一樣隱喻，是一場以「軍事隱喻」來呈現並解決對人類體內細胞侵略的戰爭。另一焦點是視為一種傳染的病，敵人是外來的感染原，召喚人們想起對梅毒的隱喻，是邪惡、可怕的病，同時也是醜陋的病；而且是敗壞道德、殘害身體經由性污染的傳染病（人從被污染的血或性液或從污染的血製品得到 AIDS）。故將 AIDS 敘述為「天譴說」、「詛咒說」等論述，對他們放浪形骸的性生活以及漠視自然法則的性行為提出嚴厲的道德指控。

AIDS 的隱喻膨脹成這樣的懲罰亦使人們習慣於全球傳播的必然性。性傳染病常被比做懲罰：被描述為不只是個人所受的懲罰也是群體所受的懲罰（集體淫蕩）；同時，AIDS 流行病成了第一世界政治偏執狂的理想投射，儘管 AIDS 常被專家認為是對於「不正常的性的懲罰」，但更重要的反而是在新保守主義活動上的意志控制，認為愛滋病與放縱、犯罪、墮落的病、對性活躍者的懲罰等罪名相連，甚至是上帝的懲罰。而從發現早期對於愛滋病是由非洲傳播而來的討論，且

不可避免的與「性」、「同性戀」、「異性戀」等名詞一同被討論，許多隱喻於是便在「她/他們」、「我們」人己關係之間不斷的滑動，在末世紀的社會中，以「新疾病」之姿崛起的「愛滋病」，所象徵的隱喻依然在不斷的被延伸和運用中。故愛滋病再也不是純粹的疾病，且雖非是造成全球主要死因，但卻是所有災難的總和，引起全球性恐懼。這種過度的描述大大有助於病人的被放逐化與污名化。

## 貳、生病經驗與歷程

任何人面對危及生命疾病的經驗和所作的回應都是非常的獨特與個別化。任何個體經歷生病經驗絕無法視其經驗為一短暫時刻，可簡單從片段經驗解讀個人所經歷的一切苦痛。因為病者係以獨特的方式生活在一個失控、失能的軀體中，而非僅是罹患某種可以辨識的疾病（Toombs, 2000）。因個人從輕微生理症狀不舒服、掙扎是否自行服藥、與他人討論自覺的症狀、試試偏方、考慮選擇何種就醫方式（中西醫、或另類療法），進而從求醫、求生存，生理感覺對自我的控制力越來越差、醫療一次一次失敗、生活自主權喪失、至懷疑生命還能存活多久、害怕疼痛與死亡來臨、至最後不論是否人人都能坦然接受生命終點等歷程，在在顯示生病經驗是一延續性歷程，而且因人而異，無法複製。

1970 年代一些社會學家認為「疾病」是個人身上的狀況或適身體變化的過程；而「生病」則為社會和心理現象。其認為生病經驗可區分為外顯與內在兩種取向，外顯取向的以旁觀者角度出發，從經驗者的個人經驗之外，遠距離觀察生病，著重分析外顯生病行為層次的各種面向，無視病人因疾病受苦的自我掙扎心路歷程；內在取向則從經驗者主觀角度度，檢視生病究竟是怎麼一回事。重點在於個人對疾病的理解、與他人的互動、疾病對個人認同的影響、以及個人面對處理疾病症狀的策略。這種過程涵蓋個體在肉體受牽制下的生活世界、以及這個苦不堪言的世界之於個人、他人、和社會文化的意義（張笠雲，1998）。

Corr（1991）認為個體遭逢危及生命疾病的挑戰時，將因疾病本質的不同與

個體生活型態與人格特質的差異，以及在不同生命週期中疾病的衝擊等因素，帶來獨特性的議題與困難。且面對疾病的因應不是一個獨立、片段的經驗，它受個體本身所有發展性的、心理上的和社會的等因素所左右，影響個體面對任何威脅生命時的種種反應。他指出疾病的衝擊是挑戰個人生命之全部面向，包括生理上對疾病和處置引起的功能衰退、身體心像破壞、疼痛等改變；在面對疾病時心理因素有控制感的消失、病情的不確定性、罪惡感、喪失價值感、孤單孤獨、成為別人負擔的壓力等念頭；在社會因素方面需面對疾病引起的人際關係疏離、家庭生活失序、經濟壓力和角色的改變，以及精神因素上個體由生病中找尋生命意義和價值的過程。

Doka (1995) 提出在危及生命的疾病威脅中，與疾病共處的歷程，提供一個對於生命經驗的完整歷程觀點。描繪危及生命的疾病經驗圖像，標示生病歷程中種種關鍵點，包括，診斷前的階段、急性期（含診斷確定）的階段、長期慢性階段、復原階段與臨終的階段等。他認為面對疾病的威脅是個人最難以面對的事實，從一開始對不舒服症狀的猜疑、面對疾病診斷時的焦慮、甚至展開長期治療的慢性治療期，不管結果是疾病復原或死亡，任何威脅生命的疾病過程，對個人而言，都是一種難以抹滅的痛苦經驗。

Doka (1995) 綜合以上各階段中個體在面對威脅生命之疾病經驗之任務為：對生病事實的反應、採取適應疾病事實的步驟、在對抗疾病時如何維持自我概念和與他人的關係、如何處理因疾病引發或再現的情感和實存 / 精神的議題。然而任何人在面對危及生命的生病經驗是非常個別化與獨特性，每個人都有不同的經驗軌跡，個別的生病經驗會因疾病的進程不同，伴隨不同任務與因應。當然 Corr 也提醒我們每一任務並不意味需要依照一定順序發展，有些病者停滯在某階段無法繼續往下發展，甚至有些到達第三階段又轉退為第二階段，這是病者伴隨不同任務與歷程需面對不同挑戰。故藉由認識這些生病經驗與歷程，幫助我們作為協助病人面對疾病威脅的照護基礎。

### 參、愛滋感染者生病歷程

根據台北市警察局愛滋宣導網站愛滋病的發病過程與生病症狀：1、病毒感染：多數人並無任何症狀。2、從感染愛滋病毒到抗體出現至少須經 6-12 週的空窗期後，才能經驗血得知是否感染愛滋病毒，少數人有輕微發燒，但並無其他症狀。3、少部份的病人於數週或數月後可能出現淋巴線腫、脾腫、出汗、發燒、疲倦、皮膚發疹、肌肉關節疼痛、咽喉疼痛等急性症狀。而後進入沒有症狀的潛伏期。4、發病時會有體重急劇減輕（10%以上）、疲倦、夜間盜汗、持續發燒（三個月以上）、下痢、淋巴腺腫大、並可能發生肺囊蟲肺炎、泡疹、白色念珠菌、梅毒等各種伺機性感染或出現卡波西氏肉瘤等。

周純妙與李明濱（1993）提到愛滋感染者生病階段反應：一旦被診斷為愛滋病，患者最初的反應通常是強烈的震驚或否認；偶有少數患者在原先及懷疑自己可能罹病，在真正確定診斷後，反而有些許放鬆的感覺。接著他可能猛然陷入所謂的生死困境中（existential plight），而出現焦慮、憂鬱、苦惱悲嘆、或一味地偏執於必死的命運；開始治療後，病患情緒往往隨著療效、症狀改善與否而起伏，有時樂觀、希望增加；當症狀復發演變成慢性症狀很快會打斷此“蜜月期”，而開始經歷身體功能惡化，外觀改變、個人目標受阻等心理壓力，而導致自尊心降低。對身體症狀敏感度增高，過度警覺於任何可能是疾病進展的徵兆，此為愛滋病的特徵。這種持續害怕疾病過程常造成情緒激燥、慢性憂鬱或焦慮。當病情進展，病患開始有“討價還價”的心態，如『只要讓我活到生日』等，並開始對死亡做計畫。末期嚴重身體不適，常使患者陷入更嚴重的憂鬱，自殺情況時而有之。

張麗玉（2002）依臨床實務經驗歸納愛滋病患者的心理階段整理為：震驚與否認、磋商與烙印、憂鬱與沮喪、接受與面對、及惡化與死亡等六個階段行為，分述如下：

第一階段 震驚與否認階段：此期的情緒表徵：極度焦慮、恐懼、害怕、不安、孤獨、無助感、自責、罪惡、有自殺意念等。患者當剛得之受感染，通常十分震驚，更會覺得會不會是弄錯了，所有心理歷程是恐懼、不安、與絕望，更擔

心會不會很快就死亡等。

**第二階段 憤怒與壓力階段：**此期的情緒表徵：抱怨、生氣、沮喪、失落、自閉、害怕失去工作、害怕外觀、改變害怕失能。患者通常會覺得憤怒，自己太不幸了。此時更感受到來自社會歧視、排斥壓力、家庭壓力（如家人相處、家庭婚姻問題）和心理的壓力（如罪惡感）。

**第三階段 磋商與烙印階段：**此期的情緒表徵：情緒轉移至求一線生機、求助另類療法，以延長生命。患者期待能有希望、有機會或奇蹟，來治療此病，更求一線生機的處方或另類療法，且愛滋病患情緒往往隨著療效、病狀改善與否而起伏。

**第四階段 憂鬱與沮喪階段：**此期的情緒表徵：害怕、死亡、沮喪、憂鬱、想自殺。此時出現憂鬱與沮喪，害怕家人知道或曝光，也會感傷生命的不可掌握及無奈，經歷身體功能惡化、外觀改變、個人目標受阻等心理壓力後，而導致自尊心低落；對身體症狀之敏感度增高，憂慮可能性的愛滋病毒進展徵兆，嚴重時變成慮病精神程度。這種持續害怕疾病過程常造成情緒沮喪、憂鬱或焦慮、激躁。

**第五階段 接受與面對階段：**此期的情緒表徵：消極態度 - 聽天由命、準備死亡，積極態度 - 幫助別人。經過一段時間的治療及調適，大部分病患再此時常試著重新建立新的人際關係、及與家人、朋友的連繫，尋求社會資源的協助、及各種醫療資訊、專家轉介、或其他新藥及其他替代性療法等，心中已較能接受事實，及面對困境，有些人更起而支持及協助其他病友，充實自己及愛惜自己的生命。盼望家人的接納與關懷。病患也較坦然面對死亡之議題及思索「死亡計畫」（planning for death），如希望末期時被照顧的程度、病危時是否插管及急救、死亡後財務的處理、及後事的處置等問題。

**第六階段 惡化與死亡階段：**此期的情緒表徵：生命回顧與不捨、交代後事、害怕一個人、看到異像。面對即將死亡的恐懼，末期身體極度不適或疼痛，常使愛滋病患陷於更嚴重的憂鬱或焦慮，因此自殺情況更易發生。一般而言，導致愛滋病自殺的危險因子包括：病情惡化、朋友死於愛滋病、社會互動困難、社會支

持缺乏、經濟困難、以及出現器質性精神疾病等。

綜合言之，愛滋病的不同臨床階段，病患有不同的社會心理反應，這六個階段愛滋患者的心理反應，需要長時間的不斷調適才能處於第六階段接受與面對，每個感染者的調適時間都不太一樣，而且所有階段也會因病情的惡化不時地重覆出現。

### 第三章 研究方法

質性研究乃指任何不經由統計程序或其他量化手續而產生研究結果的方法，它是對人的生活、人們的故事、行為，以及組織運作、社會運動或人際關係的研究其特色在於不受先前決定的建構所限制，能於自然發生的情境中探索現象的自然情境，並提供完整、生動的描述（Strauss& Corbin, 1990；Patton, 1995）。故質性研究是適用研究個體經驗歷程的研究法，藉由質性研究將有助於理解個人內在心理的轉變過程，從中發掘意義轉化歷程。

本研究主題為毒癮愛滋感染者的生活世界，故採用質性研究法中之詮釋現象學為研究取向，企圖理解個體在其生活脈絡中自然發生的經驗歷程，並以存在心理分析為資料分析之解釋觀點。

#### 第一節 詮釋現象學研究取向與解釋觀點

依據 Denzin（1999）「解釋互動論」觀點，企圖解釋與理解個體直接呈現生活體驗所構成的世界，捕捉被研究者的聲音、情緒與行動。此被研究者深刻的生命經驗，經由研究者與被研究者訪談互動過程中，共構被研究者對自身經驗所賦予的意義，而此意義指的是對那些扭轉或塑造個人對自己及其他生命經驗而言。

本研究係要探究因毒癮行為而感染愛滋病毒者生活世界，發掘其罹病經驗對感染者而衍生的生理、心理、社會適應問題，使其生活經驗充滿種種層次存在挫折，意欲理解其罹病經驗所帶來之無能感與挫折，而令其生命歷程中呈現的重要關卡與轉折。此正符合現象學對人類生活具體經驗的關心，亦符合詮釋學對生命經驗深層存在意義的理解與詮釋，而本研究即是嘗試以詮釋現象學作為觀看生活經驗的方法，對毒癮愛滋病患對其生活經驗之敘說進行描述與理解，於是研究者採用詮釋現象學「存而不論」、「現象還原」、「尊重」、「開放性」、「互為主體性」的關係與態度，作為研究取向；並以對毒癮者成癮行為與其人格特質的認識、理解愛滋病患的社會心理反應為對感染者理解其生活經

驗的社會文化底景結構，並以傅蘭克的生命意義與價值的看法、阿德勒之自卑與超越和社會關懷的角度、加上羅洛·梅對權力與無能為解釋觀點，進而理解及解釋其生命經驗的本質與其生活世界背後隱藏之意義。

以下針對詮釋現象學作為研究取向，加以說明。

## 壹、現象學內涵

現象學是胡塞爾於 1931 年創始，旨在瞭解一個人在其生命世界 ( life world ) 的生活經驗及意圖。為了達到這個宗旨，研究者必須框出並移出自己的先見，以進入受訪者的生命世界和其「自我」的經驗解釋，並以言辭的描述來呈現此經驗。(胡幼慧，1996)

梅絡龐蒂 ( 1962 ) 表示探究生活經驗的種種現象，意味著藉由再次喚醒在世的基本經驗，個人得以重新學習如何看待世界 ( Van Manen, 2004 )。而現象學研究目標即在於與原本的經驗重新接觸，不是表象的事物敘述，或抽象論證，而是對事物本身進行脈絡化的深描。胡塞爾 ( 1970 ) 表示現象學是哲學也是研究方法，目的是在研究人類生活經驗的本質或基本結構，即調查主體在意識層面上，主觀的描述其真實的生活經驗，藉此主體由走出自己到客體 ( object ) 而與自己互動的過程。而胡塞爾強調凡是呈現出來的都呈現在具體經驗中，知識的根源乃是物自身 ( in the thing ) 也就是來自事物的本身。因此，為了掌握事物的本質，現象學的還原 ( phenomenological reduction ) 或是「存而不論」 ( epoche ) 是其核心概念，故以現象學而言，知識乃是由檢視每日的生活經驗而獲得，將平時視為理所當然的思維置入括弧 ( brackets ) 內，且不進行任何預設及判斷，並以此態度與方法尋找經驗現象的本質與經驗 ( 穆佩芬，1996 )。故 Richard Zaner 認為現象學研究與其是對經驗直接的、不假思索的關注，不如說它包含著對經驗的反思 ( Tooms, 1993 )。

而海德格曾說：「現象學的描述作為一種方法，其意義就在於解釋」 ( Van Manen, 2004 )。故 Max Van Manen 表示所有現象學人文科學研究的努力均是透過探索人們生活世界的結構，而這生活世界的結構即是我們所體驗到的每日情境與關係。我們生活的經驗和意義 ( 主題 ) 的架構，均可以描述和解釋我們生活世界的複雜性。故現象學研究總是強調生活經驗的意義，現象學研究的重點就是要去「借用」 ( borrow ) 他人經驗及他

人對經驗的反思，使能夠在人類經驗的整體脈絡裡，更加了解其深層意義或人類經驗層面的重要性（Van Manen, 2004）。

## 貳、詮釋學內涵

詮釋學是理解與解釋的理論。史萊爾瑪赫主張把理解建立在談話以及人與人之間的相互理解的基礎上，以理論或解釋的「技術」開啟詮釋學的觀念。但史萊爾瑪赫的詮釋學係屬於知識論與方法論的範疇，因海德格認為理解是透過世界而進行，吾人「在於此世」的語言表達了整個經驗範疇，所有經驗都是在我們認識的生活世界中展現；依海德格的格言 - 「語言就是存有的安宅」，存有是語言性的，語言是詮釋的工具。

故詮釋學旨在瞭解「現象學」關注的生活經驗及其解釋外，摒棄對文本先在的、客觀的意義，進而對文本存有生活與意義進行永不止息的詮釋對話。並進一層瞭解其政治、歷史及社會文化的情境脈絡，以及這些經驗在行動、實踐等生活世界層面的表達。詮釋學告訴我們：現實的敘說建構關乎意義，而非「事實」的再現。而意義的建構必須放在共享的文化系統中進行，讓說者與聽者的經驗得以溝通。因此，詮釋的過程使我們對於個人的故事與文化的情境都有進一步的理解（畢恆達，1996）。

詮釋學指出先前理解的必然性，在理解過程中研究者帶著自己的概念與問題進入文本的存有，理解被研究者的生活如何，雖然現象的意義受到理解的歷史情境影響，但詮釋學理解的過程往返於先前理解與理解之間，理解根基於對先前理解的反省與批判過程，故先前理解就是理解事物成為可能的基本條件（畢恆達，1996）。

## 參、詮釋現象學內涵

詮釋現象學（Hermeneutic phenomenology）是一種結合現象學與詮釋學的方法論。它的目標不在於建立紮根理論，也不企圖找出普遍性的過程與概念，或尋找日常生活結構中固定的行動模式，而是以特定的生活經驗為文本，目的在於直接呈現研究參與者生活經驗所構成的世界，引領讀者進入這個世界（蔡昌雄，2005）。

詮釋現象學認為現象是需要經由詮釋過程才能還原，亦即必須先理解

(understanding) 生活的意義結構，才能進一步的還原現象本質，其目的在尋找經驗現象的本質與經驗 (Van Manen, 2004)。但在現象還原的過程中，不可避免的會有詮釋學的理解蘊藏在分析與詮釋中，故詮釋現象學是一種對於意識內容進行系統性探究的研究方法 (陳佩蓓, 2005)。余德慧 (2001) 認為詮釋現象學是在研究文本 (text) 存有的現象，是以碰觸 (encounter) 作為互動，且詮釋現象學不談課題、內容，強調的是研究者的「看見」，也就是說，我如何知道這個東西？故做研究時反覆閱讀受訪者的語詞文本，目的不在分析句子，而是去看是什麼本事讓受訪者這麼說，而這個本事我們其實不知道，我們問的是在知識內「如何」知道它？詮釋現象學的目的不是去找相同答案，而是去揭露即發現敘說者 (受訪者) 在文本的現身，讓文本的本身轉化為敘說者。海德格認為人是處在詮釋處境中進行理解，故其不特別強調知識方法論，他認為談話是一種顯現，而理解則在說者與聽者對談互動所構成的陳述境遇中開顯。故所謂現象詮釋就是在一種不斷變動與改寫的經驗過程裡穿梭。

根據 Van Manen 對詮釋現象的觀點是：

描述性的 (現象學的) 方法論，因為它關注事情是如何顯現出來的，它也要讓事情說出來；因為它是解釋的 (詮釋學的)，它也聲稱沒有無法解釋的現象。如果一個人承受生活經驗的 (現象學的) 事實，已經是有意義地 (詮釋學上) 經驗，則隱含的矛盾是可能被解決的；更進一步，即使生活經驗的「事實」需要用語言 (人文科學的文本) 去補捉，這不可避免的就是解釋的過程。換言之，當我們在處理事情面對這個現象時，兩種東西同時存在，而我們不可能在描述裡面跳過解釋的過程。

目前以詮釋現象學作為研究方法已成為顯學，國內外各領域均有相當多的期刊論文以此方法為研究取向。例如以此作為研究教育取向的國外有 Max Van Manen，國內則有高淑清等人、護理研究的有穆佩芬、本土心理學領域的有余德慧、鞏卓軍、石世明等、醫療田野領域的有蔡昌雄、陳佩蓓、蔡淑玲、江蘭貞等。

蔡昌雄 (2005) 認為將詮釋現象學應用在醫療場域患者生病經驗的研究，最重要的研究省思與策略之一，就是要能夠穿透患者生病的語言，看見背後主體經驗的脈絡意

義，並據此作出適切的解釋。而解釋研究的焦點在於那些深刻的生命經驗，這些經驗直接呈現生活體驗所構成的世界，並徹底扭轉或塑造個人自我概念，及對自身經驗所賦予的意義（Denzin, 2000）。

本研究的對象為毒癮愛滋感染者，此種罹病經驗為其生命歷程中重要的轉折，由於這些有關病患當事人的主體意向經驗，在疾病不可預測狀況下、傳播媒體誤導與社會大眾道德批判下、個人與社會價值衝突的多重影響下，大體上是處於暗處、被遮蔽、甚至是被扭曲的情況，往往無法在自我肯定、社會認同及醫療決策的過程中，得到應有的尊重。研究者期待藉由與參與者透過對談互動中使不起眼、隱晦、私密的景象得以被公開，揭露人們企圖隱瞞或遺忘的事情，企圖還原研究參與者生活經驗的處境，不去思考現象「為何」如此，而是有意地追溯現象「如何」形成，呈現參與者深刻的存在性經驗。因此應用詮釋現象學研究的主要目的，即在於將這個部分的經驗復位，讓它們獲得應有的「看見」（描述）和「理解」（詮釋）。這既符合現象學對人類生活具體經驗的關心，亦符合詮釋學對生命經驗深層存在意義的理解與詮釋，於是研究者採用詮釋現象學「存而不論」、「現象還原」、「開放性」、「互為主體性」的特性，並以半結構式之深度訪談對研究參與者生病歷程經驗的敘說進行資料收集，進而理解及解釋其生活經驗的本質與其背後隱藏之意義（蔡昌雄，2005）。

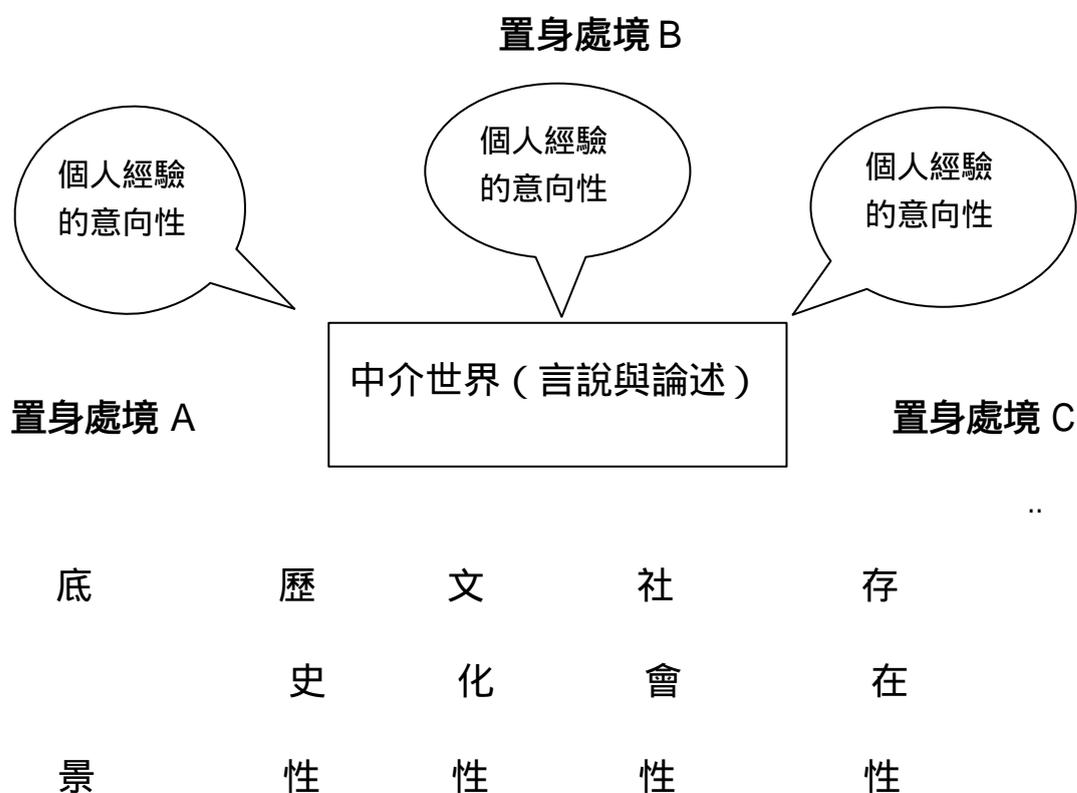
## 第二節 研究構想與設計

本研究的研究目的為瞭解毒癮愛滋感染者的生活世界，是一種探究個人生活情境、事件、經驗的過程，而個人無時無刻不在生活世界中塑造個體生命意義的深刻生命經驗。生命經驗本身是一個複雜的現象，人們不但生活在他們現在正經驗當中的情境，也牽連著過去所經歷過或學習的任何經驗。所以生活經驗是一個持續進行的動態過程，包含多重層面的種種因素以形成人類每日的生活經驗（胡幼慧，1996）。而質性研究的研究對象是「生活世界」，因為生活世界具有「互為主體的」、「共享的」特質。「生活世界」根據胡塞爾現象學的觀點，係以一種「現象學還原」的方法，先抽離日常熟知的想法、習以為常的觀點，然後「回到事物本身」，而那個最後碰觸到的源頭即為生活世界。若以狄爾泰詮釋學觀點，他重視我們生活中的「體驗」，在我們生活經驗裡的每一次體驗，都必須被沉澱下來，然後再回到我們的生命之流中。而這個生命之流就是生活世界。至於海德格的本體論現象學亦曾經提到，人是一種「在世存有」(being-in-the-world)，意思就是人不能離開他的生活世界而存在。而海德格另一重要觀念是「前理解」(pre-understand)，就是指在我們理解之前必須要有前理解的存在，這是理解之所以可能的條件。而「生活世界」正是這個可能條件，它可以作為前理解的基礎。高達美：「視域」與「前理解」概念相通。它指涉人們進行理解活動時，事先存在詮釋者心中的價值觀、世界觀與文化背景。理解的過程即詮釋者與被詮釋者兩者視域融合的過程，其視域即指向生活世界。而理解的本質即視域的融合（鄒川雄，2003）。鄒川雄（2004）指出「生活世界」是一個生於斯、長於斯的互為主體的意義世界。每一個人身處在這個被它視為理所當然的世界，人們相互理解與溝通之所以可能。正是因為處於同一生活世界的個體，對於其互動之背後有著共同的「背景共識」(the consensus of background)與「情境定義」的緣故。生活世界正是一個人身心狀態中最主要的組成成分，我們不是憑空進行詮釋與行動，而是在既定的生活世界中產生出來。在實踐中，我們無法批判地檢視自己的生活世界，相反的，生活世界反而是我們批判與創造的基礎。

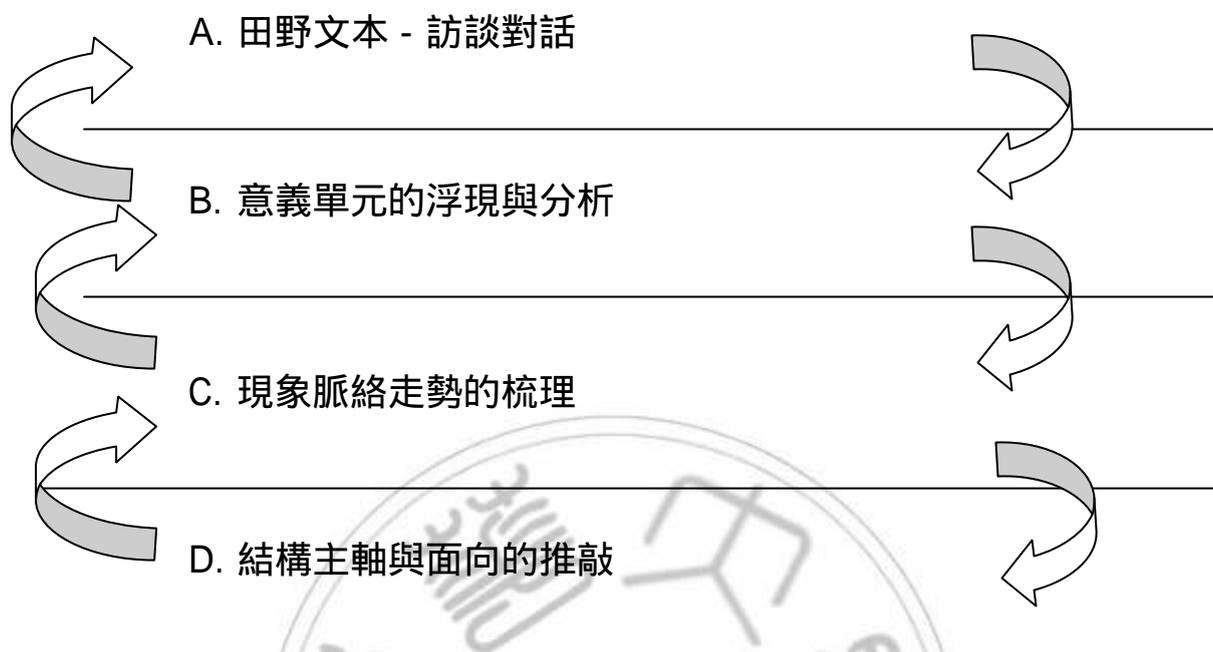
高淑清(2001)認為詮釋現象學乃是對人類的經驗及人類所建構的意義做一種互為

主體的了解，尋找經驗背後意義的組型，並對此經驗加以解釋，因而提出七個主題分析方法的思考架構，落實以詮釋現象學為基礎之研究操作步驟：1.序說文本的抄騰；2.文本整體的閱讀；3.發現事件的脈絡視框；4.再次閱讀文本；5.分析意義的結構與經驗建構；6.確認共同主題與反思；7.合作團隊驗證。其目的在於發現蘊含於文本中的主題，以及發掘主題命名中語詞背後的想像空間與意義內涵的過程。故詮釋現象科學是發現取向，想要找出特定現象的意義，以及該現象如何被經驗，此經驗的本質源自經驗本身，需回歸文本資料中檢視歸納方可得（高淑清，2001）。

蔡昌雄(2004)認為詮釋現象學被視為是不斷在當下「逼視」原初經驗意義的過程。而這又是以具體語境形成的語言中介世界，作為經驗瞭解的具體途徑。而個人在不同置身處境之經驗意向性卻是在歷史性、文化性、社會性、存在性四個面向的底景結構給出的，故研究者與研究參與者必須共同涉入這個中介世界的意義與經驗，以此底景結構為基礎，才能進行現象還原的描述工作（如圖一）。本研究即是以毒癮愛滋感染者本身罹病的社會心理反應、社會文化對愛滋病的恐慌為底景，進行現象的還原與理解。



圖一：語境理解及詮釋底景結構（蔡昌雄，2004）



圖二：文本詮釋現象分析四個層次（蔡昌雄，2004）

本研究分析架構係採蔡昌雄（2004）文本詮釋現象分析層次，進行文本層次分析。（如圖二）

以下將分析步驟簡述如下：

#### 一、田野本文 - 訪談對話：

第一層次是訪談文本。除訪談文本外，其他以田野筆記、觀察紀錄或文件手札的資料都應納入反覆閱讀的範圍，試圖以此文本的初步閱讀和逼視研究參與者之主體經驗感受，以便為視域化過程作準備。

#### 二、意義單元的浮現與分析：

第二層次是找出每段文字中有意義詞句的「視域化」過程。逐字逐句詳細閱讀逐字稿，反覆思考文本內容，對所浮現的意義單元進行描述和理解，得到視域的整體感，儘量不結構化，而去貼近文本之原義。在具有意義的訪談字句下方標上底線，在不同的意義內容進行文本內容分段，並給予分段文本標註編號。在這個動態的理解過

程中，隨著閱讀的深入，視域也將不斷的調整。此一層次與第三及第四層次，暫進行的過程中一直保持著雙向互動的關係。換言之，結構主軸面向的觀點以及前後文的脈絡走勢，已經在影響著意義單元的浮現。

### 三、現象脈絡走勢的梳理：

第三層次是文本橫向的現象脈絡走勢的爬梳過程。焦點放在不同的文本區段與區段之間的意義脈絡發展，針對現象矛盾或共鳴處進行對話，對文本做一個橫向切面的整體觀照，通常是以前後段順序的意義發展為主要觀察焦點，但是並不以此為限，同一訪談者文本的不同段落之間，以及不同訪談者的文本段落之間，也都可以做橫向的連繫。但是，橫向脈絡的思考與結構面的主軸關懷，也保持著雙向互動的關係。

### 四、結構主軸面向的推敲：

第四層次是從研究採取的解釋觀點與理論中，找出足以對應文本前三層次意涵的概念，以作為文本詮釋可能的結構主軸。此一歷程也是雙向的，一方面由經驗文本中觀看，深掘現象脈絡的內蘊意涵，解釋潛在意義單元的結構，並推敲出結構主軸的面向，賦予結構主軸主命名，給予詮釋文本內容縱向切面的軸線。另一方面，也可由解釋觀點與理論中尋思重要的概念，以做為容納前三層經驗意義的範疇或構面。

最後則是以文本四個層次分析的結構主軸為依據，在書寫過程中不斷回到分析文本進行反思與理解。然後再檢視建構經驗意義的脈絡性與結構面，最後描述解釋出本研究的經驗本質。

### 第三節 資料蒐集

#### 壹、研究場域與參與者

本研究採立意取樣方式，原本欲以研究者醫療工作場域中所輔導之毒癮愛滋感染者為主。在研究者臨床工作經驗中，因為有些病患住院期間因續偷偷注射毒品故家人不理致經濟短缺、或因病人時常說謊騙取零用錢以持續服用毒品故與家人關係不良，有時更向醫療人員或研究者索求借錢（佯稱買飯）等，故考量受訪者的誠實度會引起研究信度不佳；或因個人疾病病程變化太快、神智不清，無法完成訪談；或因有些病人出院後居無定所、或因病患難以配合醫囑，不按時服藥或就醫，難以追蹤連絡；或因不願外人得知罹病、拒絕會談等因素，致使尋找合適研究參與者困難重重。

在觀察約近一年的臨床個案後，遂請台灣關愛之家協會創辦人楊婕推薦合適的病友，願意分享個人經驗者，經研究者拜訪並說明研究動機與目的後，願意接受訪談者為主。故陸續在台北、高雄關愛之家訪談九位毒癮愛滋感染者。其中一位因年紀歲數大記憶模糊，所提供資料有些缺損；另一位受訪者則因本身服用精神疾病藥物訪談內容有些事件時空不符；另一位則僅願意透露目前住在中途之家近況，對過去吸毒的生活世界不願再回顧，故最終本研究之文本分析則以在臨床接觸的一名個案與關愛之家收容的六位毒癮愛滋病友生活世界為主，其他三位病友的資料則作為底景理解之用。

表一：研究參與者背景資料

參與者化名	小真	小洪	大鄭	阿順	丁桑	陳桑	阿善
代號	A	B	C	D	E	F	G
年齡	28	41	47	約 49	43	約 50	35
性別	女	男	男	女	男	男	男
吸毒年資	約 8 年	10 多年	約 5 年	10 多年	10 多年	約 4 年	約 18 年
感染愛滋病毒年資	約一年半	約 2 年	約一年	約一年半	約二年	約四年	約二年
家庭狀況	已婚，三名子女（其中	未婚	離婚，育兩名子女	離婚，育兩名子女	未婚	離婚，育兩名子女	已婚，育兩名子女

	一名非婚生)						
身體狀況	不必服藥，定期追蹤	需長期服用抗病毒藥物	需長期服用抗病毒藥物；心包膜炎	需服藥，但對服藥有抗拒，目前尚未服藥	不必服藥，定期追蹤	長期服用抗病毒藥物	不必服藥，定期追蹤
收案時間	95/12/28	95/9/19 ~95/12/25	95/9/19 ~95/12/25	95/9/27	95/12/25	95/10/02	95/3/23 ~96/01/12

## 貳、資料收集過程

質性研究之資料收集過程並不借重外來的標準化工具，因為研究者本身就是最主要的研究工具（潘淑滿，2003）。因此研究者既是研究設計者，必須自研究情境中抽離，以「存而不論」的觀點，避免因個人觀點的干擾而妨礙資料的真實性（吳芝儀，李奉儒譯，1995；徐宗國，1998）。本研究過程中，資料收集係由研究者本人負責，以詮釋現象學為研究觀點，以毒癮者成癮原因與其人格特質和愛滋感染者之社會心理因素為前理解底景，自行設計訪談大綱，並以半結構式的深度訪談對研究參與者之生活世界的敘說進行資料收集。

Mishler(1986)認為訪談是一種交談行動，是受訪者與訪談者共同建構意義的過程。受訪者並不是將已經存在腦中的記憶如實的呈現，而是他用一種訪談者可以理解的、敘說故事的方式，去重構他的經驗和歷史。所以訪談過程亦是一個解釋互動的過程，不斷在互動過程中創造新意義（畢恆達，1996）。而此觀點正符合詮釋現象學與解釋互動論的訪談精神。

故研究者為求對研究主題有初步探索與瞭解，在進行正式研究之前，先對一名病患及家屬進行預訪，以助研究問題之釐清與調整。研究者前往台北、高雄關愛之家依參與者作息時間，訪談參與者一至三次，每次約一至二小時，並在其同意之下進行錄音及作筆記。

研究者在訪談過程中除專注於參與者的口語訊息外，亦會針對其非口語行為表現進行觀察，於訪談過後，立刻將過程中所觀察到的經驗或所引發的種種感受與看法，逐一

紀錄在訪談日誌中，以作為訪談過程中各細節的補充紀錄，目的在於使資料分析時更能提高其完整性與豐富性。

### 參、資料分析

首先本研究依據「解釋互動論」觀點的引導研究進行的脈絡，以作為經驗信效度的考驗。另在解釋觀點的選取取向上，研究者以詮釋現象學為研究方法，以佛蘭克的生命意義感延伸的無意義、阿德勒的自卑感、亞隆的無意義與羅洛·梅的權能感作為解釋觀點。研究者為熟悉詮釋現象學與病患主體經驗世界，除進行為期八個月的研究方法訓練之讀書會，並研讀毒癮者與愛滋病患者相關理論與研究文獻，以求研究解釋觀點與具體應用層次之連貫，且在整個研究過程中亦會不斷與指導教授請益，並與協同研究者不斷討論分享，以增廣研究者個人思考的周全性。

其次訪談大綱的形成，因為資料收集係由研究者本人負責，故研究者以愛滋病患之社會心理因素為前理解底景，自行設計訪談大綱，經與指導教授、協同研究者及與病患預試之回饋意見後作適當調整後，再做正式訪談，以求完備。當然在正式訪談之前，研究者應盡可能事先說明研究過程可能出現狀況，如探索個人隱私、較不愉快的深層生命經驗等，並時時注意參與者之情緒而給予適當關懷與支持。

最後本研究文本分析除遵循「整體 - 部分」之間反覆原則外，特依循四個層次的文本分析架構，做為一定分析程序的參考，文本意義亦不斷與指導教授及協同研究者討論。

### 肆、研究倫理

研究進行中，研究者身兼數種角色，包括研究者（抽離的觀看）、參與者（資料收集過程）及支持者（當研究參與者有情緒需求時）的角色，除極力避免角色混淆外，在角色轉換過程中所涉及的研究倫理問題，應有具體積極回應措施。

研究者於本研究所曾修習生死學基本問題討論、質性研究、諮商理論、存在心

理分析、臨終關懷、悲傷輔導、文化人類學、心理劇與生死工作、釋夢學、初階催眠、表達性藝術等相關課程，並參與詮釋現象學研究方法讀書會為期半年，且在指導教授持續指導下，應具備操作本研究之能力。

另研究者本身具醫療社會工作臨床經驗有二十年的時間，期間輔導無數因疾病導致身、心理及社會因素困擾之病患與家屬；且身為醫療機構中之人體試驗暨醫學倫理委員會之委員，故對於研究參與者之權益與隱私，絕對遵守研究倫理原則，並在訪談中以尊重信任之合作關係，使參與者能在信任、安全的、不具威脅性的訪談氣氛下，探索生命經驗，謹慎防範訪談過程中可能對研究參與者之任何身心傷害。同時亦充分說明研究目的與進行方式，確徵得受訪同意書後，才進行參與者同意訪談及錄音。過程中，受訪者隨時有可以拒絕繼續錄音、會談，或退出本研究之權利。此外，對於參與者的基本資料及訪談內容將嚴格保密，在研究成果呈現上，均以別名呈現。在訪談過程中，因研究題目與訪談內容容易觸及參與者個人深層情緒問題，研究者除給予適當情緒支持外，亦會尊重參與者之表達意願，如有必要可隨時中斷受訪，務必不造成參與者之傷害。訪談過後參與者若有後續之情緒適應問題，研究者會持續保持關懷與支持及提供諮商輔導。

## 第四章 毒癮愛滋感染者的生病經驗

根據訪談資料與田野觀察紀錄透過詮釋現象學法進行現象脈絡的描寫與詮釋，分別以毒癮愛滋感染者的生病經驗與社會性存在議題文本分析結果。在本章以毒癮愛滋感者的生病經驗為核心主題，說明毒癮愛滋感染者經由吸毒感染愛滋病毒後的體驗與其透過自身的觀點對疾病看法，理解毒癮愛滋感染者的生活世界。分析順序如下，一、毒癮愛滋感染者的毒癮生活；二、生命的失能；三、毒癮愛滋感染者的醫療處境；四、與疾病共處。

### 第一節 毒癮愛滋感染者的毒癮生活

本節理解研究參與者是在何種情境與毒品接觸以及了解其種種毒癮生活及戒斷痛苦。

#### 壹、與毒品相遇

根據訪談，可以略知接觸毒品的情境大致可分：青少年因為與同儕好奇、好玩的心態，感情生活受挫的衝擊，認為毒品可以提神、解疲勞使工作較有精力，以及藉毒品解放神經質情緒與內向人格的束縛。

##### 一、少年時好玩阿！

阿善表示國小畢業後不想讀書，整天無所事事「國小畢業後出來之後做壞仔，家裡無人管」，爸媽都忙著做工賺錢，兄弟與他年紀有一段距離「我就有時候回去像撿到，出去像丟掉。多是遇到事情才回去阿。」，想說出來外面朋友比較多阿，，在家無聊，那時年紀小有時候和父母親的意見比較不合，覺得比較會排斥，就不會想待在家阿，就出來外面這樣。(G-447-450)。阿善當時對父母的期待與教誨認為是一種精神壓力，因為不喜歡讀書，一心就只想抵抗課業壓力與逃避失師長的警戒。阿善家庭屬於勞工階

級，父母需為家庭經濟打拼，無暇時時照料小孩一舉一動，家庭互動時間少，關係也較疏離，故阿善反而與一起玩樂的朋友連結緊密，同儕變成了解心事的「麻吉」。

這是許多中下階層家庭常發生的狀況，家長為了生計忙於工作，疏忽對子女的關心，容易造成處於青少年時期的孩子，將人生重要他人轉為在同儕中獲取認同，這也造成青少年容易有從眾行為，從這種青少年的從眾心態可以理解薛雅尹（2003）研究發現毒癮戒治人特質多數缺乏自信、沒有主見，容易被牽著鼻子走，易受毒友幼惑。

「和朋友聊天比較有話聊，和家裡的人就變的比較疏遠。那時就好玩丫！以為沒什麼！好奇阿，就會想要嘗試，和朋友一次兩次，慢慢地第三次，心裡就會想，就像上癮一樣，上癮就很難控制（G-6-52）。」阿善當時天天跟朋友鬼混，差不多十六、七歲時接觸安非他命。當時覺得自己只是玩玩，且認為安非他命不是毒品「那時算是比較開放啦。...那時安非他命還不算是毒品，算是藥品，而且便宜，不會屌咧（G-田野記錄）」，而這種情況也反映早期台灣社會對吸食安非他命很多人都還存有「不會上癮」的觀念，使得政府不重視、社會大眾無所警惕、家人也因忽略青少年異常行為、不瞭解藥癮的可怕而未積極阻止，整體造成青少年吸安的嚴重性（張伯宏，1994；胡萃玲，1996）。

丁桑在小學三、四年級時當警察的父親就過世，母親一個人做會頭、家庭代工等辛苦撐起家計，扶養四個小孩。國中時整天與朋友玩樂鬧事「跟放牛班一起上課，就會被影響到，變的很不想上課，那時比較愛玩，國中之後就沒升學了，...也沒做什麼頭路，媽媽也不會叫我去賺錢養這個家，...會跟朋友打架鬧事，退伍後就一直過這樣的生活。（E-41-56）」。像阿善、丁桑一般成天與同伴混日子的情形，在青少年時期稀疏平常，從艾瑞克森心理社會理論了解青少年正處追尋自我認同階段，多數人是在困惑或徬徨中摸索，容易迷失、缺乏生活目標（張春興，2003）。而多數毒癮研究文獻顯示，青少年藥癮者初次嚐試毒品主因，大多由於好奇心之趨使、在朋友引誘下，好玩、為了不讓朋友笑稱膽小鬼掙面子心態而接觸毒品（江振亨，1998）。

當初丁桑也是和朋友一起起鬨玩樂時接觸毒品，他表示「大家都在用，不會怎樣阿！也不會想啥」，而且「周圍朋友都在吃，...大約民國七十年海洛因正流行時，朋友他們十個有九個都在吃海洛因。...我有很多朋友都是在賣毒的，我很簡單就拿得到

(E-57-92)」自然而然不會再與未吸毒朋友交往，久而久之毒癮者周圍都是一票用毒朋友。

小真十五歲時與大他六、七歲的先生奉子結婚，婚後不久生第一個小孩後，先生入伍當兵。因被先生與公公誤會「討客兄」而被打，加上先生沉迷打電動，負氣離開夫家，當時的小真已經是兩個孩子的媽。小真回娘家住時開檳榔攤，因為先生常常來要錢鬧事，她就把檳榔攤收了，計畫離開南部到台北工作。尚未離開家鄉前認識一位吸安非他命還兼販賣海洛因男友，原本小真還苦勸男友戒除安非他命，小真說：「一開始也曾勸他不要吃，ㄉㄟ只要碰毒品，一生就烏有一輩子(A-170~175)」。但是好奇心引發小真幾次看到男友吸安時，在錫箔紙上燃燒，再吸其煙霧以追求快感的樣子，回憶初次嘗試情境時，由小真描述當時情境，可以理解好奇心如何驅動小真碰觸毒品：「當時就好奇，毒品吸進去之後吐出來的煙，感覺好像跟吸煙一樣，但是味道又和煙味不一樣，我就很好奇，很想聞那個味道。那時候他是吃安非他命，就是『吸糖仔』，波波波波，從來沒有看過 感覺很好玩。那時候年紀又很小，因為年輕好奇心很強，我一直ㄉㄟ他，跟他說我吸一次就好了，結果有一就有二，之後他就東西放著隨我拿了，最後卻變成也一起吃毒品了(A-174~196)」。

小真一開始都跟男友一起「吃糖」(安非他命)，後因有位國中同學毒癮發作找他籌錢買藥，小真看他手上都是針孔，知道他注射海洛因，小真又因好奇心作祟：

「好奇那是什麼樣的滋味，我自己不會打針，所以要我朋友幫我打，人家都先用『捲』的(阿善稱用『燻』的)，我是直接拿「筆」的、「跑水」用注射的，覺得那種感覺很棒，然後我自己就偷偷到廁所打，自己都不知道自己已經上癮了，有一陣子我「啼藥」都忽冷忽熱，他(男友)才發現(A-201-209)。」

小真所謂的「筆」，其實並不是一般文具書寫用的筆，而是泛指注射針具，據阿善說：「用燻的，越吃會越重。經濟如果沒有那麼緊就會換注射的，注射的東西比較少阿，(效果)比較快，就是說較快會茫的部分那樣(G-366-367)」。由小真處得知很多使用海洛因毒品者初開始若用捲煙方式吸食，因為需求量越來越高，而且海洛因價格貴，有時又會有缺藥情形，故大多改以針頭注射毒品可用較少劑量達到相同效果，阿善屬此類

「越花越多，用這可以卡省」。

但是也有些毒癮者一開始就直接用注射方式，或者吸食與注射並用，故他們並非每個人都固定模式，大鄭就是「有什麼就用什麼，拿到就用」。有些初嘗試時反應並不舒服，試過幾次才漸感覺效果，例如大鄭 陳桑吸毒初體驗即不是很舒服，陳桑回憶當時：「我第一次吸，噁心想吐，就一直吐。可能是第一次吸，對那種藥物不適應。但是吸了兩、三次以後，感覺就來了，整個人都很舒服、放鬆的感覺（F-30-34）」。

小真稱吸食安非他命為「吃糖」，屬甜的，注射海洛因叫「吃鹹」，回憶當時被男友發現使用海洛因時：

「他吃甜的我吃鹹的，男友他知道之後把我打的很慘，他就跟我說不管我毒品要怎樣吃，就是不能碰海洛因，他吃毒品那麼多年，就是不碰海洛因，跟我弟弟一樣，就是糖仔不管怎樣吃，就是不可以變成鹹的，他們就是有那種心態，（A-216-219），不過，到後來，他自己原本在使用的毒品越來越少，他就學我用注射的，（A-243-250）」。

一般吸毒的人都認為吸食安非他命不會有上癮問題而且容易戒除（江振亨，1999），所以在七十年代被國人輕忽其嚴重性，而大肆流行。海洛因則因極易極短時間內產生耐藥性，使需求量急速增加，而且心理或生理上較會產生渴求與依賴，一旦成癮，難忍戒斷症候，為了解癮只好一再使用。所以小真男友和弟弟才會有「糖果不管怎樣吃就是不可以變成鹹的」的心態，殊不知無論安非他命或海洛因同樣都有讓人成癮的要素。

## 二、婚姻生活破裂，人鬱卒

在婚姻生活中夫妻衝突一時找不出紓解情緒方法，企圖以毒品快速產生的解放、陶醉效果，滿足愉悅感，短暫忘卻苦惱。生病前開計程車的陳桑，接觸毒品時已經四十幾歲，五、六年前因為太太外遇，感情觸礁，傷及男人自尊，毅然與太太離婚，婚姻關係破裂，情緒十分低落，同時又面臨經商失敗，情緒常常失控，因此罹患重鬱症，夜夜失眠得藉安眠藥助眠。陳桑悲痛地說：「我吸毒主要是因為和我老婆感情因素離婚，他做了很多對不起我的事情。心裡就越想越氣越鬱卒，想不開就得了憂鬱症 朋友就介紹給

我知道這個藥物可以抒解一下壓力，沒想到這麼利害（F-85-188）。陳桑毒品生活起因於夫妻關係破裂，情緒受制於精神疾病困擾，經友人介紹接觸毒品，藉由毒品抒解壓力，寄望將一切煩惱拋置腦後。

現年近五十歲的阿順，十八歲就結婚，生下二個小孩後跟先生搬到台北住。自述與先生結婚時「18歲結婚，嫁給這個老公算是沒有感情的」，因為先生喜歡喝酒賭博，經常半夜未歸，且常常毆打阿順，阿順很悲戚地說：「他覺得娶老婆很沒有自由，嫁沒幾天，感覺他的心變了。先生酒一喝就沒好話，而且常打我，一直受到刺激（D-87-89）」，阿順說當時對婚姻的憧憬破滅，最後終於因先生外遇而鬧翻，阿順丟下兩個小孩離家出走。當時年僅二十一歲，婚姻觸礁，覺得回娘家「不想看人臉色，怕被人家取笑」，所以投奔酒店朋友。阿順第一次使用毒品時，係自己主動向朋友要求嚐試：「看到朋友在吸毒，想要試一下滋味如何！常聽別人說毒品試一次就會上癮，想說一定要試試看！朋友說：『你一定要嗎？』我說：『我自己來！』（D-6-10）」。阿順說在酒店因為來往客人複雜，拿毒品很簡單、很方便，「上班場所複雜，都是別人送來的，只要有錢就萬事OK啦！（D-207）我認為交朋友很重要，交到好朋友就算運氣好，交到壞的真的就算你運氣差。交到好朋友就是好的路一直走下去，交到壞的，就是一直要帶你去一些店（D-439-442）」阿順因此在日夜顛倒的酒店、冰果室生活打滾二十多年，也染毒二十多年。

這就如同江振亨（1999）表示生活出現困境遇到危機，生活突然改變、混亂，生活頓時失去目標，嘗試以吸毒逃避挫折。所以阿順與陳桑都是在婚姻關係中感情生活遭受失敗和打擊，陳桑自認老婆外遇很沒面子，心生不滿而飽受失眠之苦；阿順也是婚姻受挫後又跳入酒色生活，失去生活目標，為逃避生活困境，將自我退縮到毒品幻象的小小時空情境。

### 三、吸毒可以提神、解除疲勞

阿善吸毒十多年，雖然常常吸毒後的工作態度是「懶得做」，但至今他仍認為「這種藥物用下去，工作會比較有活力，比較不會累，有很多人都邊工作邊吸（G-158-162）」

小洪二十幾歲時好賭，常與朋友日夜賭博，賭博對小洪而言似乎是當時的生活重心，生活意義就在於金錢的輸贏多寡，賭博儼然是另一種成癮狀況；因為日夜不分賭博造成生命力的耗盡，所以小洪需要靠毒品提神再提取生命力：「那個時候朋友們都在賭博，有時為提神，一開始先是吸安非他命，再來吸海洛因，就這樣上癮了（B-3-6）。」小洪就此跟著朋友沉浸於賭博與毒品生活十幾年。

做土水的鄭桑接觸毒品時已經四十幾歲，自述從小愛玩不愛讀書，跟父母到工地幫忙，從小零工做起。大鄭家庭屬於勞工階層，父母都是靠勞力賺錢，對孩子沒有特別要求「以前的觀念都是這樣，都會想說小孩要唸書就讓他唸，如果不想唸就不要唸，就去工作，只要有賺錢，就認真點工作這樣，日子過的平順就好（C2-47-53）。」他一直由父親安排工作，直到當兵退伍後，才獨立自己接工作做。大鄭工作性質屬於無雇主型態，所以時間自由彈性「有工作就做，不然就是去玩」。

因工作地點常跟工程跑，工地如果離家近就住家哩，如果離家遠就住工寮。約五、六年前到楊梅工作時「在外地做工作，都會加夜班，我算班長缺，可以自己排班賺較多錢。因為我太常加班了，身體就變的比較累，然後就變的很不好睡，晚上較難睡。同樣做工的人，說回台南去找他，意思說打一下就會讓你很好睡。那時我不知道那是什麼，他也沒說。一半自己在社會上走多少也知道那是什麼，一半也是好奇（C1-06-10）。」

大鄭坦承當時自己其實清楚朋友意指何物，但並不認為有何嚴重性「那個東西我大略知道，怎麼可能會不知道！那時候的觀念是想說只是一點點而已也沒有關係，結果整個人覺得比較輕鬆，很好睡。感覺很好，很好睡。沒想以後會怎樣，只要輕鬆就好，而做事也較有力了（C1-80-85）。」。

阿善、小洪、大鄭原本希望藉毒品提神、消除疲勞，認為吸毒一定可以讓自己精神百倍，更有活力做事。結果阿善成癮後變得不想工作；小洪本想藉毒品提神賭贏錢，卻反為毒品所困；大鄭自認很努力工作賺錢，想藉毒品讓自己賺多一點錢，卻因藥物成癮使得所賺得工資永遠不夠吸毒所花費的金錢，他們個個都因不知藥物作用之成癮性而越陷越深。

#### 四、我依賴性較重，想法較保守

丁桑自稱從小「生活無目標」，染上毒品除因交友緣故，自己個性也占很大因素：「醫生說我腦神經比較衰弱，我很依賴藥物，類似安眠藥。從退伍後就依賴藥物，我的個性就不喜歡外出，不喜歡向外發展，想法較保守。會沾到毒品跟我的睡眠有關係啦！我看到我朋友在吸毒的時候，就想說，毒品一吸下去倒頭就睡著，沒煩沒腦，這麼好！就想跟著吃吃看。就是這樣開始吸毒了。(E-71-87)」。

有些人格特質趨向低度自我認同、個性依賴，缺乏活力，加上消極逃避及退縮、成熟度不足、自我抑制力低等傾向（黃富源等，1996；葉紅秀，1997；李志恒，2003），較易染上毒癮。阿善說「我小時候被寵壞作歹子，阿嬤很疼我，變成一種依賴性（G-17-18）」，小洪「我有事情很少跟朋友講，都放在心裏（B-267）」，他們都表示自己個性內斂、不喜歡跟人家講話，（但是都宣稱跟朋友似乎較有話說，所以朋友一吆喝就一起嘗試吸毒，可見同儕之影響力）。

Thorwald 和 Rüdiger（1983）認為成癮的核心問題是逃避事情，是怯於面對新的經驗。「以前未吃藥時，曾自我封閉，不想出門，對任何事沒興趣，常常一個人呆呆過，好像把自己關在象牙塔（E-319-321）」丁桑自述個性內向退縮、神經質、愛鑽牛角尖，從當兵時就長期失眠，「我有時候日常生活遇到不愉快的事情，就會開始鑽牛角尖。好像也沒什麼事，就我的個性有這種傾向（E-57-65）」。丁桑表述自己對任何事物提不起勁，本就對生活沒目標，不知自己該做什麼，也不想嘗試不同經驗，藥物成癮後藉此逃避問題，掩飾對生活挑戰的失敗。

從丁桑陳訴理解阿德勒（1997）說神經型的人，遇到困難就退縮，害怕失敗，害怕自己被人發現自己一文不值，怕喪失面子，不敢真正面對問題，常常從人生任務撤退，故常用退縮方式欺騙自己。

從以上幾位參與者初期接觸毒品的情境看來，不論吸毒動機是年輕時好奇、好玩；或是生活情境中遭遇挫折，如婚姻不如意、抱怨命運不好；或是單純為提神解疲勞；或人格特質等因素。無論何種理由接觸毒品，吸毒者都以種種理由為自己的毒癮行為辯

解。很明顯的是每位毒癮者都因頓時失去生活目標或重心，而視吸毒為一種替代性的生活目標。

## 貳、生不如死的戒斷痛苦

戒斷症候是讓毒癮者無法擺脫藥物控制要因之一，同時戒斷症狀的痛苦也是讓每位毒癮者永生難忘的記憶。剛生完產的小真稱戒斷症候為「啼藥」(台語)，他對難以忍受的痛苦經驗描述的栩栩如生：

「『啼藥』時身體忽冷忽熱、上吐下瀉、全身無力呀，吐都吐到乾呀，吐到膽汁都出來，然後拉肚子拉到屁股很痛。特別是畏寒，那種冷不是像天氣冷的那一種，就像是從體內冷，那種冷就像從腹內冷，皮膚不冷，身體裡面很冷，就算蓋五條被子，都還是很冷，熱的時候就全身燒，就算衣服脫光光都還是一直噴汗，就像洗三溫暖一樣。再來就是有噁心感，一直都會想吐，然後就一直吐一直吐，肚子一直絞痛，除了吐水之外，我還吐過血絲，就這樣吐到乾，等吐的感覺比較好一點的時候，馬上又想拉肚子，拉到全身都沒力。那症狀有維持四天，就這樣上吐下瀉，忽冷忽熱，四天過後沒症狀之後就全身都沒力了（A-589-600）。」

梁玲郁（1997）指出海洛因「戒斷症狀」，通常在停用 8 至 12 小時內，即會出現初期症狀如：發汗、流淚、無法入睡、胃腸不適等現象。第二至三天，病情會加劇，出現虛弱、劇烈嘔、發冷、血壓升高、皮膚會呈現如冷的、已拔毛的火雞形狀，俗稱「冷火雞」，藥物濫用者常因難耐「冷火雞」戒斷症狀，而不得不再度用藥。

大鄭雖輕描淡寫地述說停藥症狀，但卻已經影響無法起身、無法工作：「沒用就會難過無力像感冒。無力就不想做什麼，就都躺著，躺久就會全身痠痛，有時會酸一星期（C-86-87）」。

陳桑回憶當初毒癮發作時，心有餘悸地表示：

「感覺到忽冷忽熱，還會有感覺到有蟲在身體骨頭裡面跑（F-42）。冷時棉被蓋兩三、條，過一個鐘頭後，忽然全身發熱，沖冷水，一直流汗，忽然有蟲從腳底鑽上來，在身體骨頭裡面鑽，鑽得受不了，抓也抓不到，很難過時，我還用頭撞

牆，撞到昏倒，毒癮那種痛苦你沒經歷不知道，比下地獄還痛苦，生不如死阿（F-47-50）。

這就難怪江振亨（1999）研究表示毒癮者有「人不像人，鬼不像鬼」的內在感受。

等戒斷症候過後，毒癮者全身乏力，無法作任何事，這促使每個人急於找藥解決，否則日子難過，如此反覆處在吃藥 - 找藥的過程，生不如死。小真對戒斷症候過後身心恍惚情況記憶深刻：

「『啼藥』過後，那時候人覺得無力懶懶的，真的很難過，我不會形容。每天都坐著，什麼事情都不能做，只會想睡覺，睡又不能睡，感覺更痛苦，眼睛睜大大就沒辦法睡，精神上很想睡覺，坐著就想睡，等真的躺下去，不管怎樣，眼睛都無法閉，沒法睡，怎麼翻都睡不著，真的很痛苦，我也不會說那種痛苦，很多人就是這樣開始吃安眠藥（A-601-606）」。

對每位毒癮者，這些戒斷症狀痛苦有股「撐不住都會跑去自殺（C2-522）」衝動，但當藥癮上來時，忽冷忽熱、會吐會瀉，意志力最經不起考驗，隨即將欲戒癮的念頭拋到九霄雲外，即便沒錢也要想辦法解癮，所以有人會去偷去搶，為了拿錢換毒品，不顧後果先解決藥癮的需求，不少人有藥癮者有重大案件中的前科。故許多毒癮者為了滿足毒癮，錢財散盡之後，為了金錢買毒，向家人、朋友、地下錢莊借錢、辦卡，生活經濟陷入困境與籌錢 - 躲債中、偷搶拐騙樣樣不缺，籌錢 - 吸毒變成每一個毒癮者的生活世界，有錢買到毒品變成毒癮者的生活目標。

### 參、層出不窮的意外也不回頭

藥物濫用者非常容易發生意外事故，小洪、陳大哥、大鄭、阿善、阿順都曾因為吸毒後發生車禍。陳桑每次吸毒後精神就恍恍惚惚，為了賺錢還是得開計程車「經常發生車禍阿！有時紅燈沒採煞車就撞車（F-201）」，造成常常自撞或被撞。阿順也有類似意外事故經驗：「吸毒後曾發生多次意外，都是被別人救的，從樓上摔下來阿、騎摩托車跌倒，鬼門關走六、七次了吧（D-348-351）。」陳建仁（1999）表示長期濫用成癮

物質會引發中樞神經系統的中毒，而產生譫妄、失憶、妄想、幻覺等精神症狀，故容易發生意外事件。

「不知道品質是好是壞，突然有一人臉色發黑，可能是心臟麻痺吧（G-214-215）」，阿善曾見毒友用過品質不好的毒品，臉色發黑。毒品的可怕在於用量過多，或是品質瑕疵，使用者常會有心跳加速、血壓上升、腦溢血、嚴重壓抑腦部呼吸中樞，意識昏迷、呼吸停止而致死亡。幾位參與者都曾有自身經驗或目睹毒友發生危及狀況或死亡阿順印象深刻的一次經驗是「朋友一次注射七千塊的毒品份量，差點鬧出人命，他的嘴唇都發黑了，臉色反白，快要死掉的樣子。也沒有辦法讓他吐出來，我幫他從鼻子裡吸出來。一直打他耳光，用指甲捏他人中、腋下、大血管掐到快流血，用冷水洗臉，經過半個小時後他才清醒（D18-224-247）」。

丁桑退伍後開始吸毒至今約十五年，記憶自己曾有過車禍意外與過量經驗中：

「吸毒後出車禍撞橋墩阿，很嚴重，斷一手一腳，死某去。也有一次朋友住在我家，我半夜回家，朋友幫我注射過量，因為朋友自己也吸毒迷迷糊糊，結果我眼睛倒吊，差點死掉，不過我自己都不知道，是朋友告訴我的。事後不會怕，不會去想，所以我現在覺得吃藥的人很可憐（E-236-244）」。

丁桑也曾親眼看見毒友喪命：「朋友吸過量，倒在浴室死掉，大家沒發現，救不回來。不會特別怕，還是照吸。只短暫時間注意（意外），一段時間就忘了，畢竟毒品誘惑太大（E-334~339）」。

每個人對吸毒後發生意外事件，都有不同解讀。阿善表示清醒時，擔心的念頭會閃一下，但並不會特別再意，畢竟毒癮發作之時還是抵擋不住誘惑。「我在吃藥時不會想，只有沒在吃時才會想一下（G-223）」。

阿順與小洪得到一個結論，就是吸毒的時候旁邊一定要有其他人，

「被救第二次就注意到吸毒的時候旁邊一定要有人，不然有時候會發生一些意外，所以不會一個人跑去廁所自己吸。事情發生後自己不知道，都是別人跟妳說了才會知道，只要旁邊有人，不會怕（D26-352-366）」。

阿順表示吸毒的人都知道萬一發生意外，自己根本無法反應，一定要由旁人幫忙，

故自己很少會躲著吸毒。因此發現每位毒癮者無論是否親臨嚴重意外事件或聽聞毒友吸毒死亡經驗，多數都不會因為從鬼門關回來就戒毒，反而是提醒自己吸毒時要有毒癮夥伴在旁，互相留意。令人驚嘆的是一群毒癮者都在昏昏沉沉中，彼此要如何互相照應？所以毒癮者為了滿足毒癮的愉悅作用，輕忽生命可貴，對生死看似豁達、無所謂，其實是將生死決定權交給彼此不清醒的毒癮者，這種失去自我控制的無能，而以忽視生命方式對自己施暴，真是毒癮者的悲哀！無怪乎小洪和丁桑都心有戚戚地認為：「吃藥的人很可憐」。

對毒品上癮的人，企圖以越來越多毒品滿足自己的飢渴，但又拒絕承認自己誤認原本渴望尋求目標，深陷恐懼、懶散與妄想中，以服藥的愜意狀態逃避自己的問題和衝突，假想一切變得輕鬆，而使生活的挑戰都退入背景中。但是這些幻象只是毒品引發的短暫效果，為了緊緊抓住這種解放、陶醉感，期待繼續從迷幻的愉悅過程中得到虛幻的滿足，只得持續一直用毒，因此陷入惡性循環歷程當中，終將無法自拔而產生強烈的失能感。

## 肆、找錢 - 吃毒 - 迷幻 - 戒斷痛苦：被毒品制約的日子

「腦袋都是空白的，每天就只知道藥」這是形容毒癮者最貼切的話，小真自稱吸毒之後生活除了毒品，對其他週遭事物的關注一切空白：

「因為吃了好幾年了，都沒有在看報紙，整天都是藥跟錢而已，社會變怎樣我都不知道，看到報紙才驚訝，胡瓜怎麼變得這麼老。吃藥的那一段時間的生活，第一就是錢，再來就是藥，沒吃藥就要吃，減輕痛苦，吃完藥後覺得舒服就睡覺，睡醒之後發現沒東西（藥），再繼續找藥。生活都是停在楊麗花那時，有很多新人出來，我都不知道什麼時候又有這一個歌星（A-626-654）。」

小洪、丁桑朋友群裏多數都是毒癮者，自己未吸毒前還曾經「覺得吸毒的人可憐」，沒想到自己一碰上，就不可收拾，丁桑：「整個腦子一心只想要吃毒（E-255）心情好，想芒一下，心情如果不好、不如意，就想吸毒忘記煩惱。為了吸毒什麼事情都做的出來，人的原則都沒了（E-103-115）」。

阿善說：「只吸少量，不會有太大影響（G-158）」，多數毒癮者初接觸毒品，經常低估吸毒成癮性的嚴重性，堅信自己可以控制，高估本身的自制力（詹德杰，2002），大鄭一開始使用毒品時，也自認可以控制用量，而且用毒會使工作較有勁，可以賺多一點錢，他回憶地說：「我沒用多，不會茫茫，反而精神會很好，筋骨酸痛都會較好，所以不會影響工作（C2-53-55）。」

而開計程車的陳桑，自認賺錢不多要節制用藥：「我都很注意用量，用多少量就用多少，不會貪心，而且開計程車沒賺很多錢，也沒辦法用太多量。止癮就好（F13-196）」。大鄭、小洪、阿善、陳桑初期都認為可以自己控制用量，不認為會太沉溺，不覺會影響工作、生活、經濟，在「自以為是」中迷失。

但是多數毒癮者卻都因毒品的愉悅感而持續使用，一但上癮之後一切都失控，因為藥物作用不僅用量越來越多，而且次數越頻繁，不但影響工作無法持續，連經濟支出也因此超出工作所得，使得個個想盡辦法籌錢，使得生活世界因此走調。大鄭本來信心滿滿自認不會影響工作，但是「只要上癮了，沒有打藥就會不舒服，然後越打越多，經濟都垮了。（C2-645-648）玩這些沒錢就難過了，我一天賺兩千，一次10ml，約五百左右一天要注二、三次，如果無工作，賺的就不夠買（C2-48-53）。」先是頻頻向老闆預支，「因為用量越來越大，整個人就ㄉㄨ下去，一直跟老闆借錢或預支工錢，有時做兩三天就要借錢，次數多了，老闆也不雇了（C1-172-177）」。

「有想過不要碰這個，想改，但因為身體會不舒服，覺得很麻煩，結果全身都無力、筋骨會痠痛、睡不著、流鼻水，會拉肚子、會吐。心想這樣要怎樣做事情，沒有辦法工作，就會說服自己再打一點點，想說打少一點就好，人都會自己騙自己，就繼續打下去，不然怎麼會上癮，那個很花錢的（C2-478~493）」。這些影響都是大鄭當初為了改善睡眠問題而接受朋友推薦使用毒品所料未及的，大鄭語重心長地說：

「有錢就會去找藥，沒錢就要難過，變成會想辦法籌錢，像跟銀行借卡一張接一張，才會變這樣（C1-15-16）。人本性較正常的人，沾上這個都會走歪路，日子過的去都還好，不然沒錢的就都會犯案（C2-652）。」

Thorwald 和 Rüdiger (1983) 在「疾病的希望」一書中提到世上任何形式的東西都會使人成癮：金錢、權力、成功、酒精、藥物。這些東西本身都可以成為令人信服的經驗，如果我們忽略自己需要脫離這些東西的控制，任何東西都可以成為「成癮物質」。

成癮是一種渴求，成癮的人渴望得到某種東西，但在尋求過程，卻因為遭遇困難、混亂和危險，而使得在路上轉向尋求替代目標。毒癮者因為無法控制慾望，不但吸食時間縮短，吸食量越來越多，使得所花費金錢也越來越沉重，生活重心變成想辦法找錢及找藥，從此為毒品犯下欺瞞、竊盜等案件，本來想藉毒品尋求解脫、放鬆感，結果個個失去自我變成毒品的奴隸，而這種失控的毒癮生活世界，其實也是所有毒癮者的真實寫照。

大鄭表示「因為一開始接觸後感覺好就會想，像心魔，就會想再用 (C2-619-620)，大鄭覺得自己如同著魔一般，即使在沒錢買藥用時也不斷用針抽自己的血來回打，「有時人在不舒服沒錢買，也會自己抽自己血出來打，回抽覺得好玩。人好像發神經一樣，明知無效也要打，像一種心魔 (C2-615~618)」。阿善也曾經有過沒藥，而回抽自己的血來解癮。

讓很多人認為自以為身癮很好戒，只要把他綁起來三天到一個星期，戒斷期就過了，但真正難除的是心毒，毒癮者只要感到很沮喪、無助，還是會想去試，走不出來。大鄭說：「人就是會有一種玩性，只要人覺得有點不舒服就會想要去玩，其實如果不吃也不會覺得難過，久了就變成是一種依賴性啦，不打就會不輕鬆 (C2-417-428)」。至今大鄭仍對毒品抱持又愛又恨、不解的感覺，語帶無奈地表示：

「藥一定有可愛的一面，才會有人要用，最主要是有人會控制多久注一次就不會影響，但是就是都無法控制較多，因為人都想好要更好，我也不知那是什麼觀念，如果拿一點打一點很快就會想再用，所以整天當中都在找錢買藥 (C1-109-110)」

這就是許多吸毒者的心聲，即便想戒毒但屢次都克服不了「心魔」拉力，使吸毒之後的生活世界就在籌錢 - 打藥尋迷幻快樂 - 戒斷痛苦之中不斷惡性循環。

## 第二節 生命的失能

當理解毒癮生活對個體各種生理、心理、社會層面的磨難之後，本節欲說明毒癮愛滋感染者為何掌握不到自我的存在，以致於用毒品暫時取代自我權能。其如何觀看自己作為「吸毒」者的行為，以及他站在吸毒者的位置如何對待自己，這種種的活動構成毒癮者失能的生活世界。

### 壹、為了毒品什麼事都做的出來

「喝酒是我還沒成年的時候就有在喝的，以前十幾歲就在工作了，在廟口那邊玩，嘿嘿，像歹仔一樣啦（C2-189-192）」大鄭年輕時和其他青少年一樣處於極力想脫離父母控制，從一群喜歡玩樂的友伴，追尋自我認同，在青澀少年的困惑或徬徨中摸索自我成長之路。

艾力克森認為青少年最重要的階段就是形成一致的自我認同。青少年正處於設法從家庭獨立，不過卻還未能完全進入成人的角色。當青少年在兒童與成人的成熟之間擺盪時，就產生衝突和困惑。有人認為青少年是一個延後成熟的階段。雖然社會期待青少年行為像個成人，但卻不願意賦予他們成人的權力。故山雨欲來的青少年，被指責為無數社會問題的來源，包括輟學、藥物濫用、酗酒、暴力等（Andersen、Taylor,2007）。大鄭從小不喜歡讀書，父母怕他學壞，就以「不讀書就做工」方式帶著大鄭到工地做小童工，這也是促成大鄭從國中未畢業，十幾歲就開始跟著父母在工地打滾，慢慢學著土水匠功夫。

「年輕的時候就是這樣呀，每天就是這樣玩，也不知道將來要做什麼，每天就是這樣嘻嘻哈哈，可以過日子就好，很喜歡買衣服，喜歡打扮的好看，因為就覺得有在工作有賺錢，負擔的起，一天出門只要帶個兩三千塊錢，感覺就像是當阿哥丫一樣了，哈哈（C2-192-201）」。

青春期擁有無數發展潛能，在人際互動過程中學習認識自我，因為個體自我概念是

與別人互動中，學習對自己的一種認識與瞭解，並經由與他人的人際互動關係、價值系統的回饋而逐漸形成。青少年則是將對認同的渴求成為自我肯定需求的重點。大鄭跟父母做完工作領到工資，在青少年友伴中因為身上有一點錢可自行做主花用玩樂，大鄭就以「阿哥丫」姿態展現，並且以此獲得同儕認同與肯定的角色。

青少年有同儕歸屬感需求，希望從夥伴關係中獲得認同與肯定其存在的權力，而且每個人都在成長過程中努力找到自己權力並運用它。權力的意思是鼓動、影響、改變他人的能力，因此在人際網絡中，每個人都互相驅動、聯結、認同。羅洛梅認為「權力」，是每人天天都在面對、運用、與享受，如果個人將權力和能力運用得當，就找到可以展現自我價值的位置。當人能對自己感到佔有份量，對他人能起作用，以及能夠得到同儕認同信念，這就是自我價值感的力量（May,2003）。但偏偏處於青少年階段者極力想模仿成人行為過程，因個性衝動且在面對問題時之應變能力與社交技巧未臻成熟，易受挫折打擊，為填補生活空虛或逃避不滿意的現實生活，誤用藥物虛幻效果表達平時不敢作為之事，不在乎社會眼光，這種自以為是的「敢說敢作」，其實是濫用權力，以此宣稱自己的存在，這就是羅洛·梅所稱「虛假的無知」。

阿善、大鄭、丁桑都在年少時不喜歡讀書做「歹仔」，平日多與朋友玩樂、喝酒，常常在外打架、惹事生非；而阿順、小真都是年少奉子早婚，但婚姻不美滿，雙雙墮入「黑社會」，「作歹仔」變成是他們理所當然的去路。

丁桑自稱個性保守，對任何事沒興趣，依賴成性：「我吸毒前就有依賴性，不管什麼事，都有人替我打理好（E-270-271）」，家人也從未對他有任何期待，自己因為自閉個性欠缺自信、退縮、缺乏成就動機，使得丁桑國中就跟著朋友一起吸毒、打架，以偷搶騙金錢換取毒品，藉幻象使另一種虛假的權力再現。

只是丁桑沒想到吸毒之後讓自己更陷入無法得到他人認同處境：

「人的原則都沒了，為了吸毒什麼事情都做的出來平常想不到的事不敢作的事都敢只要可以拿到錢都會去做。竊盜、偷東西關好幾次。雖然我不是一個正常人，但我從小不會去犯錯。但自從吸毒沒想到什麼壞事都做。還有騙，也跟朋友借錢，什麼話都說的出來。從有朋友變成沒朋友。不然我也是有自尊的人（E-107-115）」。

每個生命窮其一生都在追求自尊之旅，對人類而言，只是生理需求的滿足，已非主要關懷，重要的是要能肯定自己，以某種自尊活著的需要（May,2003）。馬斯洛說自尊包括自信，並受其同儕團體的認同與尊敬。他把自尊分為兩部份：他人對自我的尊重和自我尊重。他人對自我的尊重，包括承認、接納、賞識、注意、地位、名譽、權力等。個人需要他人認可、欣賞自己的所做所為，這時他才會覺得自己是有價值的。沒有人喜歡被視為平庸、無用或沒價值的。因此，我們常會用一些美好的形容詞來描述自己：熱心的、善良的、勤勞的、負責的、機智的等，增強我們的自尊。當這層需求受挫時，則會產生自卑、無助、無力、脆弱的感覺。而這也就是羅洛·梅所言自我肯定權力的受挫，而無法看重自己與受他人認同。

丁桑吸毒後「人的原則沒了」、「失去自尊」；陳桑的太太外遇事件，對其「男人自尊」的打擊，都說明毒癮者以毒品愉幻作用產生的虛幻與膨脹效果，淹沒追求自我肯定與自尊的挫敗感。所以權力是人類與生俱來的天賦，它是自尊的來源，也是相信個人在人際關係中受到重視的根基。權力讓個人覺得自己有份量、有價值、受到重視。當一個人相信自己是受到重視的，在心理和靈性上能看重自己，也能受到別人的肯定，那就成為一個成熟的個體。毒癮者生活經驗即尋求自我認同過程中，因遭逢挫折或缺乏自我實現的能力，失去創造自我價值與生命意義的動力，無助或軟弱的沉重負擔油然而生，陷入一種被侵蝕、被包圍和被迫害的無能感覺（May,2003）。

## 貳、吸到不知道自己是誰

「吸安久了會脾氣很暴躁。吸太多的話，頭會覺得不清楚的。覺得後面有人跟，神經變另一個人，好像頭壞了，會很緊張，心情會很不安，感覺就是變了一個人（B-36-60）」。

小洪原本日夜賭博生活、接觸毒品可能都是因為在原本生活世界中找不到權能感、價值感，找不到生活意義。內心潛在對自我的否定，故寄望由不分晝夜地賭博勝負氛圍

或吸毒迷惘情境肯定自己存在。結果反而對現實情境產生幻覺，疑神疑鬼，使得情緒更加焦躁不安「感覺變了一個人」，自己不再是原本的我。

安非他命屬於興奮中樞神經，具有興奮、快樂作用，吸食安非他命讓小洪可以日以繼夜賭博，兼在家具行做送貨工作。小洪第一次吸食安非他命之後：「睡不著，精神會很好，可以賭博賭一整天的，藥效退了之後會感覺很虛弱，很想睡覺，全身無力（B-18-50）」。本來以為不影響工作，但是藥效退後反而身心更加疲憊，如此日夜耗竭生命能量，使得身體日漸消瘦，所以時間久了，反而無法持續工作，就如同阿善也在吸安非他命之後全身懶洋洋，「躺著一直睡」、「染上這個，就無心情工作，懶得作（G-299）」。況且安非他命成癮後停藥的副作用，會有精神呆滯、昏睡、容易發脾氣、性格變得較猜忌、煩躁不安、不信賴別人、憂鬱，如果大劑量使用會引起神經錯亂、多疑、幻聽、嚴重的被害妄想，甚至會攻擊別人或傷害自己等。

小洪還曾經想讓「茫」感覺更加深，嘗試施打海洛因外加安眠藥：

「...吃安眠藥又打藥（海洛因），會較茫，因為平時若難過時，打藥只是像普通一樣，不會茫，再吃安眠藥會較茫，感覺很好，我不會說那種感覺。吸到不知道自己是誰了（B-138-142）」。

阿善由吸食安非他命改為注射海洛因，他陳述著兩者不同之處：

「海洛因和安非他命的藥性不同阿。一種吃了會恍惚阿，一種吃了會放鬆。會懷疑東懷疑西阿。人變不正常。正常人就覺得旁邊有人坐著在講話阿，自己有幻象，阿海洛因就不會。就一種放鬆的感覺這樣，覺得人真輕鬆，真舒服（G-302-310）」。

故毒癮者誤信毒品是抒解壓力、忘記煩惱的唯一方法，藉由毒品麻痺自己，使得整天都想著吸毒 - 找毒，讓自我沉浸在幻覺、幻想中，導致吸毒者失去自制力，「茫茫酥酥」的滋味讓毒癮者「茫到不知道自己是誰」，這種我是我、我又不是我的身體經驗，使主體找不到自身在生活世界的位置，毒癮者心靈卻對這種被懸置在不明情境的幻覺迷戀。

很多毒癮者因為吸毒而使自己過著人不像人、鬼不像鬼生活，不僅自己時常陷於懊悔之中，親人、朋友對其行為不可原諒，常覺得被別人看不起或不信任，大鄭說：

「一般朋友是可以一起聊天喝酒，這個就不行，你不可能跟人家講，因為社會會排斥，無形中就不想找別人，盡量會閃一邊，自己就會一直躲起來，會比較沒朋友，無形中人家也會看不起，現在見到朋友都盡量閃一邊。(C-120-131)」。

丁桑、小洪、大鄭為了滿足毒癮需要，經常向親友說謊騙錢借錢戒毒，事實上都是騙錢去買毒。雖然十個吸毒九個想戒毒，身癮易戒，新癮難除，一再戒毒失敗不僅自我信心喪失，陷入很大的失控感、與無力感之中，甚至對自我能力懷疑。有些毒癮者感染愛滋病毒後更易自暴自棄企圖吸毒吸到死，如阿善「曾想過吃過量看會死麼！(田野記錄)」。

丁桑就形容在獄中時都想戒毒，但出獄後又無法自制：「在裡面的話，會一直想要戒毒，可是，這個大門一踏出去想法就不同(E-170-172)」，但丁桑又覺自己依賴性強，抵擋不住誘惑：「戒幾次 唉，我的個性依賴性很重。這個誘惑力很大。(E-121)」。

另陳桑自覺吸毒不是長久之計，也曾經為戒毒把自己反鎖在房間痛苦地撞牆，但仍無法控制心癮而持續用毒。如同大鄭說：「 瑪啡是藥王，人就是濫用藥物，用多了就產生毒，等抵抗不住就上癮了(C2-639)」。

因此反覆陷在惡性循環之毒癮生活中，因此自我放棄，自我價值喪失，生活無意義。像阿善就覺得比不上別人，一無是處：「 回想過去自己所交朋友，想到大多數朋友都已經有點成就，而自己什麼都沒有， 就會感覺鬱卒(G-289-291)」。

有些人藉使用毒品的強迫性行為，滿足自我價值和認同喪失的困境。亞隆(1980)認為個人認定自己無能為力 沒有價值，是一種暴力疾病的變型，亞隆簡稱此疾病為「無能」。毒癮者無法擺脫毒品的深淵，這對於一個人的自我價值感和自信心都是很大的打擊，使其對自我形象的扭曲與自我權能感盡失。

以羅絡梅「權力與無知」一書中對暴力觀點分析而言，毒癮者以毒品迷惑自己，放棄自我存在感，落入無法自我肯定的處境與失去生命價值的無能感。此在因為在真實世界尋不到自身立足的意義，但又不敢對自我或他人發洩不滿，故希望藉由吸毒後恍惚中似我非我的感覺，顯現暴躁、生氣的作為，以示自我價值與權能感的表現，其實正是主體對自我否定、無能表現的自我暴力顯現。如陳桑因吸毒成癮無法戒除，不僅無法展現自我肯定權力，連自我堅持的權力都受挫，罪惡、愧疚、無能之心引發燒炭自殺的暴力

表現，「想到家裡的錢又被我吸毒花光了，自己心裏很內疚，越想越想不開，就想說死了一了百了（F-109-115）。」。

毒癮者感染愛滋病毒除原本毒癮行為所遭受的各種身心理、社會交雜問題外，感染愛滋病毒後除對未知生命的恐懼，來自社會種種壓力，更讓其產生不同情緒反應，例如面臨揭露曝光時害怕被放棄、隔離、拒絕的情緒；面對社會烙印與歧視，則有罪惡感、生氣、懷疑情緒；另擔心失去工作而使經濟來源短缺，造成的不安全感；最後因為社會與家庭支持受挫，產生孤獨、疏離感，而失去生命意義，使得毒癮愛滋感染者更加有自暴自棄信念，覺人生無望。

這些存在性挫折使得毒癮愛滋感染者無能、自卑感加深，有些病患遭受家人嫌棄，社會隱形歧視後，將其壓抑的忿怒與因無能改變自己行為與週遭事件而生的恐懼結合，導致暴力報復行為，在臨床經驗曾耳聞在醫院時故意向醫護人員吐口水、咬人行為威脅護理人員，或媒體亦曾披露警察追捕毒販時，遭到被咬的攻擊，事後嫌犯才供稱自己是愛滋感染者。

在此瘋狂虛假的權力背後，正是毒癮愛滋感染者奮力想尋求某種意義感，企圖改變現況及努力維護自尊的方法。羅洛梅說暴力有許多「症狀」，很多暴力行為大多出於那些試圖建立自尊、護衛自我形象，或想顯現自己份量的人（蔡昌雄，2003）。對於毒癮愛滋感染者而言，因為為了掩飾因個人挫折或薄弱的意志力所引發的自卑感，藉藥物自我防衛、逃避面對失敗的事實、因無法戒除毒品而自我否定的自殺想法（行為），以及咬人的自我防衛都是一種暴力呈現。這些行為無疑地是對自己或他人公開地施行暴力，這種不合常理的行為，均是羅洛·梅所稱「侵略性（虛假）的權力」，是無能軟弱的表現。

## 參、挫敗的人生

太太的外遇使重視面子的陳桑非常氣憤，當初婚姻挫敗，導致男性自尊感盡失，陷入長期精神耗損，只想著使用毒品、喝酒麻醉自己。陳桑：

「跟他離婚後，很傷我男人的自尊心，每次想到這種事我的心情就很不好。那時剛好生意也失敗，所以整個人都陷到谷底，每天開車回來吃安眠藥，喝酒睡覺（F-005-026），」。

自尊是指一個人對於自己的評價與因此評價所衍生的價值感，陳桑因為婚變而心中認定這是人生最大挫敗，除了不甘心、氣憤情緒外，深感丟臉、自尊心受挫，頓時生活處境痛苦萬分，失去人生奮鬥意義與價值。

Dayton（2000）認為心理創傷處理不當，會導致成癮疾病，因為一個有創傷經驗的人會發展失能的防衛策略，以阻擋情緒或心理的痛苦，包括以酒精或藥物自我醫療。因為藥物可產生兩種感覺，一、追求感官刺激，喚醒「好」感覺；二、麻痺痛苦，讓自己好過一點的感覺（引自陳家雯，2002）。

陳桑本來與子女同住，因為吸毒後經濟漸差，小孩就由前妻撫養，「我老婆不讓我接近孩子，他們知道後就少接觸了，表面上是有跟我講話，但看的出來，他們內心對我很反感（F-155-157）。」因為婚姻事業失意，促使一家之主陷入失去自我肯定困境，陳桑自尊受損使得在外面人際社會抬不起頭，連在家中也因吸毒使子女看不起，與之保持距離。

阿順從年輕離開夫家，自己下海到酒家謀生至今，都是孤零丁一個人默默承受風風雨雨，酒國中的花言巧語、醉生夢死，自己一再說「靠自己過日子」，其實在在顯示其孤獨、無奈與無助。因為毒癮圈中的渾渾噩噩，交不到真正真心朋友，只能在混濁生活世界中自立自強，發展自己謀生方式。故阿順一邊摳著手上的皮屑，露出無奈表情：

「在酒店工作是很丟臉的工作，我們女人在外面工作，真的很辛苦！為了生活 沒辦法！天無絕人生路，過一天算一天。沒注射那種東西，沒體力上班，吸毒後走的路從此就坎坎坷坷的，我是一定要走上這條路的！（D-188-205）」。

在婚姻情感受挫，無處可去，加上為了生活經濟壓力，下海陪酒，因為覺得自己所做的是「丟臉的工作」。在這種種失敗又無奈的處境，阿順常常想要自殺了結苦海人生。雖安慰自己「天無絕人生路，過一天算一天」，卻以毒品迷幻、麻痺自己悲情遭遇，讓自己忘記煩惱與不愉快、逃避坎坷人生。

大鄭與太太剛結婚時，父親接工作較多經濟尚不錯，慢慢工作少經濟較差時，太太常為錢語氣不好，夫妻漸有口角，隱約中覺得小孩也看不起他，太太離家十幾年後，她在外面跟人家生了小孩，才回來跟他離婚。

「那時候經濟上比較沒錢賺，嗯，感情還是需要錢呀，這是很現實的社會，經濟不好才這樣，小孩也看我衰小，。因為也沒辦法生活啦，然後他說要找工作，出去之後也都沒回來。小孩叫我爸爸，我還是得做我當父親該做的，然後生活不順，自己就會胡思亂想（C2-182-190）」。

一個滿意自己的人，對人生抱持著正面且積極的態度，也能信心十足的接受任何挑戰，並勇於面對自己。而一個人若不能擁有令自己滿意的自我評價，他的能力必不能充分發揮。大鄭原本屬於師傅級土水匠，如果好好發揮專長，積極規畫工作，應是可以帶領一批工人工作的幹部級工頭，但是生性隨意、消極，雖說有領導能力卻只限空口白話，未付諸實現，錯失挑戰機會。

Dayton（2000）認為當我們各項需求未被滿足時，我們可能再錯誤的時間、地點、以錯誤的方式滿足自我需求。創傷者無法完整處理創傷，無法把經驗放在適當位置，為了逃避痛苦而封閉內在，企圖以藥物控制混亂的內在世界，希恢復控制感，藥物變成情緒管理的來源，短暫偽裝地恢復創傷者的平衡。然而以藥物麻木情緒的自我醫療方法，其實封閉且佔據創傷者內心，恐懼與痛苦變成一團巨大而朦朧的情緒，干擾創傷者的生活（引自陳家雯，2002）。因此藥物不但造成其自身疏離情緒、隔離自己，讓自我產生無助感，這種無助感因未解決的痛苦再現而一再強化，故當藥效消失後，痛苦再度席捲而來，使遭受挫敗或創傷者進入一個惡性循環的失能狀態。

大鄭、陳桑、阿順他們本都藉毒品消極逃避生活問題，自我退縮，認定自己就是失敗的人，無法改變現況。故濫用藥物短暫迷茫自己，看似可以把不快樂的事情忘記，讓自我漂浮在愉悅時空，突破世俗束縛、社會規範與倫理；但等藥效一過，一切又恢復如常，困擾問題依舊存在未失。長久之後，卻使意志更鬱卒，生活世界陷入無意義的生活苦境，這種朝朝暮暮受苦的處境，逐漸讓自我陷入深深無能感的困境。

## 肆、交友群體改變

阿善進出監獄數次，看到以前朋友事業小成而自己一無所有，自覺比不上人家「有時候到了這個年紀，會回想過去自己所交的朋友，想到大多朋友已經有些成就，而自己什麼都沒有，就會感到鬱卒（G-418-420）」。毒癮愛滋感染者多數處於因注射毒品而衍生經濟拮据，每位參與者本身早就負債累累，家人也都身受牽連；另因毒品而犯下的各種觸法行為，研究參與者中除了大鄭僥倖無入獄經驗外，其他人都曾因吸毒、販毒、偷竊等罪名入獄服刑。甚至小真與陳桑目前都還有尚未完成的刑期在身。

丁桑自稱生活圈只剩毒友網絡：

「朋友越來越少，較好朋友甚至不理我。正常人會覺得吃毒的人無效了，不會主動去找，明知找沒用，我的朋友幾乎都只剩有在吸毒的朋友，都會問哪裡有藥或有東西互相用（E—245~253）」

自我受社會種種經驗所影響，使用毒品經歷了與以往的正常生活完全不同的經驗後，自己所察覺的改變，最直接的就是人際互動的改變，即是交友群體的改變，疏遠不用藥的朋友，而親近用藥的朋友，這是蠻普遍明顯的改變。

毒癮者身陷毒癮之苦後，金錢殆盡，不斷辦信用卡、向地下錢莊借錢，為了吃毒什麼事都做的出來，用盡借、騙、偷、搶各種辦法，不但經濟發生問題，連人際關係都出問題。使得毒癮者人際關係陷入只剩吸毒網絡中朋友，更難以脫離毒品誘惑。

「賺的不夠花」往往是多數毒癮者的寫照，以至於跟家人騙錢，辦信用卡無力償還、向老闆、朋友與地下錢莊借錢都是常有的事，久而久之家人不理，朋友也漸漸疏遠，而自己也因為自卑，見到友人就躲。大鄭幽幽地說：

「因為常常跟別人借錢，沒有還過錢，無形中人家也會看不起，朋友漸漸會排斥。一般朋友是可以一起聊天喝酒，這個就不行，不可能跟人家講（吸毒），因為社會會排斥，自己會一直躲起來阿，看到朋友盡量會閃一邊，無形中比較沒朋友（C1-120-131）」。

小洪的父親因肝癌過世後，在家中與母親、姊妹較無話可說，故對朋友較看重，但吸毒後一些好友勸戒無效後，漸漸不來往。「朋友都走光光了。較好朋友和親戚都沒了，有的會勸你戒掉，講不聽就不理我了。知己的曾到家勸我，還拿藥讓我戒，對我沒信心就不理我了，覺得很對不起那些朋友（B-151-160）」。

毒癮者因為原有親友的氣憤推力和其他毒癮圈者的拉力之下，毒癮者自己心理自覺不如人，即使未再施用毒品，因為與所謂正常、一般的人際網絡疏離，自己心裡面就認為自己跟其他正常人不同類，心理距離一旦拉開也就慢慢與他們疏遠，轉而從施用毒品的朋友獲得支持與認同，進而衡量不在乎社會眼光，與現實生活脫節。

陳桑：「吃毒正常人都看的出來，看眼神都查查（台語），跟正常人不一樣，正常朋友都慢慢離開了，就只跟毒友在一起。吸毒又有這個病讓我有自卑感，我沒有那個臉再去見那些朋友，不想讓人家知道我得病（F-329-340）」對毒癮者而言，一方面自身對染上毒癮行為感到自卑，而吸毒又是違法行徑，生活世界處於躲躲藏藏的情境。致使正常人際關係斷裂，一般朋友漸行漸遠，週遭朋友只剩毒友。

毒癮者每當想到自己無法適當應付的問題時，就產生自卑情結，面對自己一事無成，就一再使用毒品跳入迷幻世界，藉以爭取優越感的補償作用，而其真正效果並未解決問題，卻只是為逃避失敗而猶疑、徬徨、退縮，讓自己朝向生活無用的一面。

吸毒已經讓人看輕，被視為社會敗類，況且感染愛滋病毒更使人恐懼害怕，親朋好友都退避三舍，如同小真說的「別人會看『衰小』（台語）」。毒癮者都意識到如果再與其他施用毒品者在一起是再度使用的危險因素，而以遠離人群 孤立自己的方式因應（因為自卑不好意思去找沒有吸毒的朋友，而有吸毒的朋友又不敢去碰）。

「人腦中的記憶體對嗎啡感覺，只要吸過毒，那種好感就會讓你永生難忘（E-98）」丁桑對吸毒的好感至今記憶猶存，所以毒癮者個個在吸毒經驗中徹底體驗到解脫、自由與狂喜的人生況味，就如同阿順形容吸毒後像：「騰雲駕霧」一般，「一切事情都記不清楚，把不快樂的事，遇到的大風大浪都忘記，（D-14-15）」；阿善則感覺吸毒後：「人輕鬆、沒煩惱、讓你忘記不快樂的東西」；丁桑說：「心情好，想芒一下，心情如果不好、不如意，就想吸毒忘記煩惱。（E-114）」因為在藥效發生作用後，毒癮者經驗到可

以突破制度與規範、道德與倫理等一切對人類的束縛與框限，「為了吸毒什麼事情都做的出來，(E-115)」。但其人性掙扎，卻在一次次毒癮發作的痛苦深淵中更顯深刻，亦使其越顯孤獨，只有與同類吸毒者相處，才能因相同境遇而產生友伴關係 (May,2003)。

大鄭語重心長地說：「覺得人生都在找藥 - 籌錢 - 找藥，又怕人家知道，躲著用，也會躲朋友。久而久之，朋友就越來越疏遠，越沒朋友，有時也會覺得孤單。生活變的很不正常，感覺人家漸漸會看不起自己也覺得比不上別人，有自卑感 (C1-184-188)」。畢竟吸毒在社會上屬於偏差行為，社會大眾無法接受毒癮者，甚至對吸毒者排斥。而毒癮者也自認為這是違反社會常規生活的行為，故不敢明目張膽公開使用，多數都躲著用，或只與同樣是吸毒者來往，自然與一般性朋友或未吸毒的朋友漸行漸遠，使得毒癮者的生活世界變成是一種躲躲藏藏、不可告人的世界，陷入自卑感與失去尊嚴的無能處境。

無論是丁桑原本個性因素，「...我不會主動找人聊天，跟我個性有關，不是看人不起，是我的自卑心 (E—302~308)」。或是像大鄭吸毒之後，一再跟人借錢，變得自卑不敢找朋友。毒癮者就如同阿德勒 (1932) 認為少數人因長期挫敗，無法忍受自卑感，企圖以藥物麻醉自己，在正常知覺的世界裡讓他覺得軟弱、無能，所以借藥物將自己帶到幻覺、愉悅感的另一世界，以自我陶醉、麻木自己方式，以達到優越感的目標。這種幻覺不是鍛鍊自己變的更強壯更有適應力，而是訓練自己活在自己的迷幻世界裡，使自己在自己眼中顯得強壯，結果卻使得其自卑感越積越深，因為造成自卑的情境未變，個人所面對的問題也日漸增大的壓力壓迫自己，使用毒品則只是以自欺欺人方式逃避焦慮，並表示自己無法適當解決所有生活問題，且放棄尋求解決之道，對改善自己的情境已經完全無能為力。

多數毒癮者自認可以控制用量，其實一上癮之後，根本無法控制，陳桑表示：「一天有時打四五次，連父母的錢都花光」。原本小洪自認工作時不會想到毒品，但是「後來錢賺不夠花時，跟朋友親戚和老闆借錢、申請現金卡，生活就全亂掉了 (B-51-58)」。大鄭一直認為只要有錢吸毒就不會影響工作，相對地還可以靠毒品提神工作賺更多錢。當錢不夠用時，大鄭一再借錢週轉，「沒賺時就跟家人拿錢，(C1-65)」，甚至靠家人

還債。多數毒癮者都和陳桑、小洪、大鄭一樣，四處借貸，除向家人朋友借錢、或謊騙，不斷向銀行辦信用卡外，甚至向地下錢莊借貸，「有錢就會去找藥，沒錢注射的話我沒辦法工作，變成就會想辦法籌錢，像跟銀行借卡一張接一張（C1-15-17）」。這些不僅造成正常人際關係因為金錢關係而漸行漸遠，也是造成家人關係惡劣原因，所以迫使毒癮者漸漸只剩毒癮圈的朋友。

## 伍、斷裂的親情

「我家的人一開始都很支持我，每個禮拜都會來看我，我也答應他們我不會吃了，...第二次進去之後就不像第一次一樣，又驗到我有得這種病，我跟我家人講，他們就覺得吃藥等死就對了，...就都不想理我了，也跟我說叫我不回家住了，(A-318-321)」，小真以往為了吸毒入獄一次，姐姐雖氣憤但還是會關心他、鼓勵他，但此次一聽小真感染愛滋病毒，不僅咒罵他，索性叫小真從此不要回家。

每個毒癮者的家庭成員都因為不斷被索錢、欺騙，多數毒癮者的家庭關係於是逐漸斷裂，如陳桑所述「因為吸毒四、五年，我把家裡的錢花光，弟弟妹妹都不諒解，他們把我放棄也灰心啦，連我的兒子女兒都不諒解（F-126）」。有些則被地下錢莊到家討債恐嚇，大鄭就經常躲避討債者不敢回家，家裡為避免討債者騷擾曾把電話拔掉，最後還是靠母親幫忙還錢：「向地下錢莊借錢，一分利兩、三萬吧，那個時候沒有收入，只好借錢。後來我媽幫我處理。不然那個很恐怖（C1-96）」。

小真第一次吸毒被關時才二十歲，娘家大姐認為他還是小女孩，「比較不會想，出來之後把我好好教一教就好了」，所以家人抱持希望給小真很多支持與鼓勵：

「第一次我家的人一開始都很支持我，要什麼就有什麼，每個禮拜都會來看我，我想吃北平烤鴨，颱風天他們還來看我，買給我吃，一直鼓勵我，我就一直哭，我答應他們我不會再吃，第一次的時候是真的對我很用心，第二次就沒有了，甲小（台語）阿（A-318-328）」。

到第三次入獄已經二十八歲，家人認為小真自己應該要檢討，屢勸不聽數次進出

監獄，讓家人失望、灰心，不想理會，「從第三遍開始，都不聞不問了，就當做家裡沒有這個人了」。大姐說快三十了，又不是不會想的年紀，還是一樣說不聽，他就不太想要理我了，(A-340-354)」，小真認為自己這輩子，因為交到一些吸毒朋友誤入歧途，後悔莫及，對於家人的態度不敢怪罪，畢竟家人曾經給過機會與鼓勵。

毒癮者家人與毒癮者其實共處在一矛盾情節，家人在不斷提供協助，期待吸毒者能戒毒，在不斷勸阻、關懷過程遭受欺騙與挫折，故對吸毒家人既痛恨吸毒行為，又不忍心親人受苦，多數家人會提供戒毒費用讓毒癮者戒毒。例如小洪是家中獨子，母親雖然生氣，但是剛開始還是期待他能戒除惡習，這種情蘊關係的牽掛使得母親剛發現小洪吸毒時，出錢尋求戒毒方式幫助兒子。小洪地說「我媽罵到臭頭，很反感，就叫我趕快戒掉。買藥來給我戒毒，好幾次買藥回來自己改，也到醫院改，可是沒效，(B-91-93)」。

有些家人則目睹吸毒者戒斷的痛苦，不忍心親人受苦，還提供錢買毒品解癮，例如丁桑說：「媽媽看到我因為沒有吸毒很痛苦，所以拿錢給我去買毒品(E-117)」。這就是毒癮者與家屬同陷在受苦情境中呈現愛恨交加的關係。種種事件都讓毒癮者的親人個個筋疲力盡、氣憤無奈，親情關係備受影響，親友起初還費心苦言相勸、出錢戒毒等，但毒癮者屢勸不聽，甚至變本加厲一再欺騙，故家人親友覺得吸毒者已經無可就藥，甚或斷絕關係，拒絕往來。

人的生命是降生在「關係」裡的，一出生時，我們就與家庭有著密切關係，隨不斷成長再擴及到社會，發展更多、更複雜的人群關係。家庭是我們建立與獲得親密感最主要來源，家庭給其成員一種安全感和歸屬感，提供一種關懷的環境和情感的支持。毒癮者不僅人際關係淡薄，在家庭關係中又得不到支持與信任，甚被家人咒罵、遺棄。當人在最基本天性裡的「關係需求」未得到滿足時，都會因為孤獨、寂寞而苦，這是普遍被認同的事實。而關係斷裂無可避免的會影響一個人對外在世界感受到缺乏社會關係網絡的支持，產生空虛迷惘和被拋棄的感受。所以毒癮愛滋感染者這種家人親情關係的疏離，使之陷入與他人分離所經驗的寂寞，即亞隆所謂的人際孤獨。依亞隆對人際孤獨的說法，地理上的孤立、脫離人際的結合、對親密有極度衝突的感受、缺乏適當社交技巧，這些都是人際孤獨產生的作用(Yalom,2003)。

丁桑與陳桑都用「家破人亡」四個字形容吸毒生活，而這幾乎也是所有參與者的心聲，每位毒癮愛滋感染者回頭看看自己過往的毒癮生活世界，幾乎為了吸毒把家人關係、友伴關係、工作、經濟狀況、個人身體健康等，全部陪葬在滿足一時的歡悅感，家人歷經無數次的金錢援助、親情勸說，軟硬兼施各種方法，終致氣餒、灰心，漸漸忍痛離棄。而一般正常朋友對吸毒行為的厭惡與對愛滋病的害怕與歧視，也促使圍繞在毒癮愛滋感染者週遭的人際關係只剩吸毒販毒的毒友，故毒癮愛滋感染者在缺乏社會支持網絡情境下，到頭來只能用「家破人亡」形容自己無家處境。

### 第三節 毒癮愛滋感染者的醫療處境

毒癮愛滋感染者是很特殊的一群人，既是毒癮者又是感染愛滋病毒者，任何單一特性都是受社會文化、道德議論紛紛的問題，更罔論兩者加在一起更加重其複雜性與特殊處境。而這群人平常在社會中是隱匿的，唯有當身體出現異樣時，才會在醫療機構出現。

以醫療處遇而言，醫療工作人員對毒癮愛滋感染者只是針對愛滋病治療，並不會特別針對毒癮部分給予醫療處遇。例如大鄭第一次到醫院，在醫院中都還偷偷用毒，大鄭母親曾詢問過護士想讓他在醫院「順便戒毒」，當時醫師就建議戒毒須等出院後另外到精神科處理，因為在醫院裡戒毒並不能以健保給付。而一般科醫師面對毒癮愛滋病患，僅將之視為「愛滋病人」而給予「病理症狀」治療，並不會對其感染愛滋病起因做相關了解與治療，但是對毒癮愛滋感染者而言，他們會感染愛滋病毒的根源，其實還是因為對毒癮的無法戒除。他們是毒癮和愛滋病的複合體，兼具矛盾、複雜兩種特質，故毒癮愛滋感染者在醫療處境的問題同時面臨兩種不同情境，不僅是愛滋病醫療還有藥癮治療問題。首先讓我們先看毒癮者的醫療處境，其次再探討愛滋病的醫療處境，才能更清楚其醫療苦難。

#### 壹、毒癮者的醫療困境

##### 一、戒毒費很貴，要自付

許多毒癮者多少有經驗用毒過程，使用到品質不好而引發身體不良反應，如阿善曾見毒友用過品質不好的毒品，臉色發黑「不知道品質是好是壞，突然有一人臉色發黑，可能是心臟麻痺吧（G-214-215）」；或是使用過量心臟無法負荷，大鄭曾見有位毒友用量過多發生意外：「他的情況就是說已經戒一段時間了，對藥物的劑量已經降到很低了，又突然像以前一樣的劑量注射，心臟就會受不了（C2-542）」。

一般毒癮者如果因為吸毒發生不良反應就醫，在醫院裡都是針對其引發身體症狀做相關治療，或針對戒斷症狀做解毒治療，病理症狀治療告一段落即完成治療程序，而這

些因毒癮而引起的症狀治療，可以以健保福利支付醫療費用。如果毒癮者想戒毒，一般治療科別都是在精神科底下進行，以目前全民健康保險制度，並未包含對藥物成癮者的醫療給付，故戒癮者必須自付醫療費用，一次費用大約五萬元左右。

這也就是當初大鄭母親原本要求大鄭在院順便戒毒，但一聽如此龐大費用而作罷。而這也是很多毒癮者或其家屬對戒毒治療裹足不前主因，因為通常毒癮者早已經因為使用毒品，造成自己及其家人關係破裂、經濟拮据，根本沒有餘力再支付如此費用，而且戒癮成功之後，還是得靠毒癮者本身意志維持，否則很容易重蹈覆轍，前功盡棄。就像小洪親身經歷數次戒癮無效：「買藥回來自己改、也到醫院改，可是沒效，我去診所戒幾次，一次住一星期，也沒什麼效果，這是要看自己（B-92-94）」。

藥癮是一種慢性且易復發的疾病，一旦個案對成癮藥物的使用行為已達到藥物成癮的診斷，所代表意義是該個案已進入到一個不可逆的慢性嚴重疾病狀態。針對毒品成癮治療模式包含「急性期」的戒毒治療、「緩解期」與「維持期」三各階段，在不同療程都涵蓋生物（藥物）-心理-社會層面，才能協助病患脫離毒品的使用行為及補救因藥物使用所因起的功能缺損（束連文，2006）。故一名毒癮者如果要在醫療場域中戒毒成功，不僅需要花費很多金錢，最重要還是毒癮者自身的決心與耐心，當然家人的支持與社會的接納也很重要，因為畢竟毒癮者將來勢必要回到家庭、社會重新生活。

## 二、在監獄用潑冷水度過戒斷痛苦

很多毒癮者曾有入獄經驗，多數觀察勒戒收容人都有因戒斷症狀的不舒服，而被「潑冷水」的經驗，小洪有感而發的說：「在裡面難過會亂，警衛會把你綁在擔架上或潑水，等過了就好了（B-144-145）」，一般而言，這種狀況會維持七至十天才會緩解。阿順回想當時在監所因戒斷症候身體不適時，「我在牢裡有一段時間，身體難過一直摔身體，無力、流鼻水，人很難過，幾十天沒洗澡，主管就潑冷水讓我醒（D-397-401）」。經歷幾天的不舒服就撐過去了！

「毒品危害防制條例」將毒品犯定位為「犯人兼病人」的身分，對施用毒品者，先透過觀察勒戒之機制，一方面以強制隔離方式戒除其生理上對毒品之依賴，另一方面並

企圖區分出施用毒品「成癮」與「誤用」之差別，使有繼續施用毒品傾向者接受進一步的強制戒治，無繼續施用毒品傾向者則重獲自由（楊瑞美，2002）。身癮易除，心癮難戒，心癮是否真能有效戒除，關係吸毒犯將來出所再犯與否。以監所現有的醫療設施、舍房等生活環境，對正處於戒斷症狀期間亟需醫療照顧之施用毒品者而言並不適合。所以受觀察勒戒人以及受戒治人在監所期間因斷藥而發生戒斷症狀時，監所只是將毒癮者與其他人隔離，受觀察勒戒人只能自己咬緊牙根痛苦捱過，並無特別處理，除非有嚴重的戒斷症狀才會被送到監所的衛生科給予簡單的醫療照護病舍，更嚴重的才戒護至外面的醫院就診。

這種方式只能暫時戒除身癮，但真正心癮卻很難控制與根除。丁桑坦言「在這裡面的話，會一直想戒毒，以後要怎麼做。可是，這個大門一踏出去，想法就不同（E-170-171）」。很多毒癮者在監獄時都有想戒毒念頭，但一出獄就立刻忘得煙消雲散，所以吸毒犯再犯率高是眾所周知的事實，「一日吸毒、終身吸毒」。阿善也承認在監獄一時碰不到毒品，可以短暫戒除，但是出獄後很難講：「有時心情鬱悶，最主要是自己心裡不能控制自己，有時只是想再試一下就好，又會沾上。有時會很煩，剛好朋友又邀我，實在是沒辦法控制自己呀。（G-413-414）」這也是毒癮者常自覺走上吸毒這條路是不歸路，是將靈魂出賣給毒魔，甚至害得自己「家破人亡」。

「在裡面藥啼完了之後，因為在裡面只能『凍呆』，就只能看書不然就是唸經，信基督教就禱告，信佛教就唸經，要不然就是靜坐，（A-658-662）」。小真這種「凍呆、亂想」經驗應是多數觀察勒戒人的寫照，甚至也是每個毒癮者不論是否入獄，常見心態，即常常想戒毒，但又心力不足，意志不堅，整天「胡思亂想」，想要戒毒 - 想怎樣拿毒解癮 - 想錢從哪來...，這就是毒癮者的生活世界苦難。

## 貳、毒癮愛滋感染者的醫療困境

### 一、醫護躲貓貓的一群病人

在醫療情境中毒癮愛滋感染者相對其他病人數而言並非多數者，但通常毒癮愛滋感

染者到醫院就醫，都會引起醫療團隊在照護過程格外小心謹慎，氣氛也較緊張。

例如有些病患常在住院期間偷偷溜出院，偶而鬧失蹤記一、兩個小時，等再回到病房時則一副神智不清、昏昏欲睡狀態，詢問他去何處，有些病患會嘻皮笑臉地敷衍一下，隨口說說，倒頭昏睡；有些病患若被發現在病房使用毒品，醫護人員會好言相勸，病患卻惱羞成怒，除極力否認強辯外，甚至口出惡言，還要工作人員提出證據，否則要找人來鬧，造成醫護人員照護工作緊張與無奈；有時醫師擔心病患在住院中使用毒品會引發感染不必要合併症的意外，造成醫療糾紛。護士則怕毒癮愛滋病患訪客特質複雜、行為囂張，擔心其在病房鬧事，影響其他住院病人安寧，真是傷透醫護人員腦筋；甚至有些護理人員還曾遭受毒癮愛滋病患威脅借錢，造成護病關係緊張，或危及工作自身安全。

在毒癮愛滋病人的生病情境空間中，部分醫療人員看待毒癮愛滋病患與看待一般愛滋病患是不同的，認為他們罪有應得，如果住院中還持續吸毒，醫護人員則認為協助毒癮愛滋病患是白費工夫。故對於疑似吸毒的病人，護理人員照護時都小心翼翼，表面上假裝不知道、做例行工作，實際上都得多加注意異常行為。有些病人要求止痛劑頻率較高，護理人員擔心病人藉機想用止痛劑止癮，但不給藥又會遭病人抱怨怒罵或投訴。故在醫療環境中一聽病人是毒癮愛滋病患，本身就得小心感染愛滋病毒的防護措施，若又是吸毒者，工作人員心裏都戰戰兢兢，謹防意外發生，只求病人生理症狀穩定後盡快出院。

臨床接觸經驗上，某些毒癮病人知道醫療場域可以尋求藥物止痛、或社會救濟協助，誠懇地表示自己努力想過正常生活，因為與家人關係破裂，老是喊窮，一會兒沒健保、無錢門診、一下子沒錢繳醫療費，甚至連吃飯錢都沒有，屢次都信誓旦旦表示目前正在戒癮中，希望醫護人員或社工給他機會，在會談當下發現病患誠懇、悔意十足，當經過輔導會談提供一些福利資源後，就消失一段時間；突然再出現時又是舊戲重演，或又是一副剛用藥後茫然的模樣讓人氣結。有些醫護人員會抱怨「這種人沒救！」、「浪費醫療資源」，甚至較年輕的護理人員會擔心病人「咬人」、「用針頭戳我」等行為。社工人員幾次受騙後則大嘆人心不古，再次接觸毒癮者時，總浮現一絲絲無力。故在現實醫療情境要專業人員面對毒癮者，常會陷入價值判斷的倫理困擾中，我想這也是許多醫療

工作人員面對臨床毒癮者愛滋病患照護工作的無力與無奈。因此造成部分醫護人員將照護工作視為例行工作，對病患不想投注關懷，形色匆匆不帶感情。如此行為反讓病患無形中感受醫療環境的冷漠，但又無奈，故彼此雙方就在詭異情境下互動。

例如當初接觸阿善時的情境，護理師轉介個案時，研究者一踏進護理站，個管師神秘地過來告訴我：「姐，你知道他是那個喔！」，當時一聽阿善是因為吸毒感染愛滋病毒，我的腦中立刻浮現許多問號，「他吃毒多久？是只吃還是有沒有兼賣？」、「他如何感染的？感染多久了？有沒有家人？多少家人知道？...」。心想吸毒已經是大問題，又加上愛滋病，這下更沒人理！以前接觸毒癮個案的經驗浮現一個念頭：「慘了，會不會又接到一個沒人要的問題病人！我又得花費九牛二虎之力死纏著家屬，勸家屬出面處理住院事宜，說不定又要被家屬摔電話、罵髒話或撂下一句『人死了再通知』」。這種經驗對醫療社工而言在服務過程中並不陌生，只是一遇到毒癮者被轟擊率都特別高，因為多數毒癮者與家屬關係惡劣已非一朝一夕，家屬其實已經不斷給毒癮者機會與支持，而所得的回報卻是一而再再而三的受騙、傷心，況且很多家屬被病患牽連傾家蕩產，對毒癮親人早已失去信心與耐心，甚至斷絕親屬關係，更何況感染這種「見不得人」的病。

## 二、被漠視的病人

毒癮愛滋感染者本身因為背負吸毒與愛滋病雙重污名，倘若未發病或發生意外傷害未進入醫療情境就醫，感染者置身在社會人群中還不致直接暴露疾病身分，有些甚至連自己都不知已經感染愛滋病毒，但是一但進入醫療照護體系，其特殊疾病身分是無所遁逃的，只能赤裸裸坦露在醫療環境。

小洪自車禍受傷住院兩個多月出院後，均固定在同一家醫院治療愛滋病至今三年多，回憶當時住院經驗中印象最特別的是：「感染科醫師護士對愛滋病比較不會怕、不會排斥，其他科都怕的要死，不僅戴手套還穿隔離衣，做任何事都消毒，還要求病人戴口罩，動作差很多。(B-234~239)」。因為在醫療體制下病者是弱勢，雖沒有言語的不屑、諷刺，也沒有刻意的驅離、抗拒，但醫師、護士的種種防護措施過度謹慎，緊張害怕的態度看在病人眼中，心裏很不是滋味。

一般而言，感染者一被診斷最先接觸的服務人員就是醫護人員，他們大都期待醫護人員多一些醫療說明與支持，然而以目前醫療人員的工作量，通常與病人期待落差很大，多數門住院病人都覺「醫生護士都很忙」，更別說病人出院後的持續追蹤更難實際執行。

現在因為愛滋防護醫療教育較以往改善，感染者遇到較多友善的醫護人員，但是有些感染者覺得在醫院一再被提醒他們是愛滋感染者，反而心裏不好受。像阿善每次住院都不是因為愛滋病毒的合併症，而是因為腳傷未癒入院，但每次都被要求住到愛滋病房，就讓阿善覺得不是滋味。而且幾次在病房巧遇以前一起吸毒的毒友住同一區病房，讓阿善和太太都很緊張，趕緊將房門緊閉，一則擔心身分曝光，二則擔心毒友又來找，會控制不住毒友再來吆喝。

針對醫護工作人員過多的防護，阿善曾有類似經驗「大部分小姐都不會怎樣，偶爾有一、二個穿全套的，看著心情很壞，我也不能說啥（阿善田野紀錄）。這些細微的感受，不同待遇的照護差異，只有當事人才能體會那種隱形的被排斥感，病人並不會向醫師或護士反映，因為疾病本身已經帶給他們有自作自受的罪惡感，病人心裏甚至連「有這麼嚴重嗎」的生氣權力都被壓抑，更何況表達自己的委屈。

人是敏感的動物，尤其是毒癮愛滋感染者心思更是敏銳。阿善在醫院住院時，從護士一些行為感受到被排斥的傷害，雖心裏不好受但又無奈：

「別人心裏會排斥這種病的病人，感覺鬱卒。...看護士和別人的反應，我自己心裡都有一點感覺啦。看有的護士會用手套，有的穿防護衣等等，我看了心裡覺得怪怪的（G-658-664）。」

陳桑在醫院住院時覺得愛滋病房內的醫護人員都還好，但離開那個病房熟悉的圈子，陳桑立刻從一些蛛絲馬跡感覺對方的害怕與歧視感：「在醫院住院時，多數醫生護士都知道這是什麼，不會特別防，但到不同科門診，有些護士就怪怪的，沒說什麼，但是我感覺的出來（F-364-368）。」陳桑無法詳細說明護士「怪怪的」是何種具體行為表現，但不受歡迎的感覺已經深烙心中，就像阿善、小洪一樣都有股強烈無法說不口的被歧視感。

一般而言感染科醫師較接受愛滋病人，其他科別醫師未必願意接受愛滋病人，有時醫療人員對病患的同性戀、藥癮等傳統觀念裏的偏差行為，有害怕、氣憤的反應，極端者甚或有宗教、文化上的偏見，認為此病係遭天譴（引自廖士程、李明濱，2006），有些牙科或耳鼻喉科醫師因為所做檢查及治療常常屬於侵入性治療，接觸體液機率高，故常常聽聞病人被拒絕看診，尤其是需要外科手術的病人更是常見被當人球一般。

「在甲醫院時因為醫師說需要開刀，叫我到乙醫院。我知道感染愛滋之後，不知嚴重性，還有再繼續注射毒品，醫生說心臟膜已經有問題，本來要開刀，因為我多少還在用藥，快開刀時被醫生發現，就取消開刀，怕開刀後會變敗血症，就沒開（C1-145-149）。」

大鄭第二次感染後合併心包膜炎入院，隨時有生命危險，原本需做開心手術，但擔心後遺症，幾家醫院都不敢為其做開心手術，僅維持保守藥物治療。如今已經脫離險境，大鄭自己覺得是醫生不想開刀不是不能開。阿善當初發生車禍右腳骨折：「第一家說我可能有愛滋，因為腳要開刀，就叫我去另一家。到那裡，他們說沒有外科醫生，就把我轉來這裡（阿善田野紀錄）」，其實據研究者了解，前兩家都有骨科醫生可以處理，況且第二家還是衛生署愛滋病指定治療醫院，但臨床經驗上，因為感染愛滋病毒者如果要手術，因為接觸體液、血液均是危險的高傳染途徑，所以開刀房中所有設施用品的消毒非常大費周章，致使一些醫院不願花費額外消毒費用、或外科醫師不願意冒被感染危險而常常拒絕接受需手術愛滋病人。

「病是最大的不幸，病的最大不幸是孤獨；當病的傳染性使該幫忙的不敢來；連醫生也不敢來。這是對病人的放逐」，這是 Sontag 對愛滋病人遭受污名排斥無法得到治療的提醒。阿善、大鄭都是在此種狀況之下被轉院治療，這讓人很無奈地為病患的憋屈抱屈，也為隱藏無數被拒絕，因此而拖延治療的病人憂心；擔憂病友們因此失去治療機會喪失生命意志，憂心病友自暴自棄反而以傷害不知情的人為報復，發洩心中被歧視的憤怒。譬如早幾年在臨床上曾遇病患住院時咬護理人員、吐口水等行為，或耳聞病友對感染病毒怨懟，反刻意傳染他人洩恨之行為。

丁桑感染至今近三年並未發病，均固定在一家醫院感染科追蹤回診，醫師對他並

不陌生，覺得醫療人員：「他們給我感覺喔，他們好像都是例行公事（E—360~363）」。

丁桑因未發病，也無服用藥物副作用之異樣，在例行門診追蹤短短時間之內，卻讓丁桑感覺醫護人員只是做例行工作 - 抽血、開藥，醫師護士只關注「疾病」的例行治療程序，很少討論病情或解釋可能會發生哪些症狀，並不想多對其他生活問題多做關懷，感覺有股冷漠、距離感。

臨床經驗中少數醫療人員以工作取向，只做份內應有的照護行為，對病人非生理症狀問題一概不聞不問、冷漠以對，來去匆匆；或有些護理人員戒慎恐懼全副武裝出現，反正醫院該有的防護都有配置，而以前曾聽說病人會咬人，故擔心病人不預警舉動，一切還是小心保護為要 - 「有配備就用阿」；或遇無家屬、家屬無力照顧的病人聘請不到看護照顧，甚至有些看護以危險性高要求抬高價錢；或有部分醫療人員認為病人因為吸毒而感染愛滋病毒「活該、沒藥醫、這種人是浪費國家資源」等想法。

「醫生護士都還好啦，他們都很忙，來一下就走，頂多講兩句就走了（C1-178~183）」

反正醫療情境給人感覺就是「醫生護士都很忙」，大多數病人都見怪不怪。大鄭心包膜炎併發肺炎住院一個多月，醫護人員每天進進出出，照理說應該不陌生。但從大鄭簡單一句話「來一下就走」，其實可以理解其對醫療人員的感覺和丁桑類似，無論門診或住院時感覺醫護人員對待毒癮愛滋病患仍以醫療生物層面為主，醫師的診療或查房、護士的護理照護都是一種醫療例行工作 - 「doing」，也或許醫療人員用形色匆匆地忙碌方式，逃避自我需面對無法治癒的病人之無奈，與觸動自我覺察生命無常的存在議題，而不願多花一點時間與病者談談生病對病者的生活、社會、心理影響，即與病者共在 - 「being」，關懷病者對疾病產生的種種苦難、無助、無依情緒。

例如阿善有一次因為腳傷需再進開刀房清瘡，前一晚由值班醫師來幫他做中央靜脈導管以便隔日手術之用，據護理人員表示醫師做完事情離開後，阿善大發雷霆，鬧著自殺，但阿善都不說原由，嚇得護士整夜提心吊膽，特別把阿善病床推到護理站特別守護。

研究者隔日獲知阿善有自殺意圖，甚為不解，因為阿善受傷近三年，受傷的腳已經變成慢性骨髓炎，進出醫院數十次，清瘡已經不是第一次，期間雖曾因岳父母質疑為何阿善常常住院，一住就是一、兩個月，家庭經濟都落在女兒身上（阿善未告知感染愛滋之事），

抱怨阿善拖累女兒，使阿善想過放棄治療，但從來不曾情緒激動到鬧自殺。研究者急忙探視，一再引導阿善談前一晚發生什麼事，他才說：「感覺醫師在插針時，很不情願，我也不知道怎麼說，就是有這種感覺，那個醫師沒看過，他重插很多次，插得很痛。但是我不是因為痛的關係生氣，就讓我感覺很不好。感覺我活著不能做什麼，只有痛苦，不如死一死（田野紀錄）」。

阿善對醫師動作有一種「不情願、感覺很不好」的感受，姑且不論醫師是因為夜間被叫來做事，心裡不情願；或是擔心插管動作會有接觸血液，過度緊張，而重做幾次；亦或是真的對愛滋病人的一種歧視感，而故意對病人「施暴」，這種行為如同是羅洛梅所說無言的暴力、因為暴力本身就是一種溝通語言，當無法或不想用嘴溝通，就訴諸暴力。醫生掌握了疾病的知識、技能以及他所處的支配地位，醫生與病人本來就存有不平等的關係，故醫師無言語（或無心）的醫療動作，讓阿善有不舒服感覺，雖阿善不知如何表達那種「不被尊重」之感，但卻加重了病人的失控感，使得心理上遭受傷害而萌生自殺念頭。阿善對醫生無言的暴力同樣以無言的暴力回應 - 自殺，因為無論暴力形式如何粗糙、多樣，它仍然是一種語言，傳遞無法言說的憤怒訊息。

因為雞尾酒療法使得病者病情得到很好的控制，延長生命、降低死亡率，只要控制得好，並不一定會發病，而發病也不一定立即死亡。這些都衍伸更多因疾病而促發病者與疾病共存的各種社會心理適應問題。醫療場域的歧視氛圍在在顯現病者身處不友善的情境，但又使其有無法言說的無奈與無助情緒，更加深自我烙印。

綜觀醫療情境中工作人員對待愛滋病感染者若仍以生物醫學模式「疾病」的觀點，容易給病人「看看就走、還好、例行公事」冷漠感覺，顯示醫療人員對待病人並未涉入對人性關懷的情感，只單純對病體依據生理變化、檢驗數據做出診療；但是以病人主觀經驗「生病」立場而言，住院治療情境身體經驗才正式深深刻入病者的生活例程序，影響著生活世界的開展。例如大鄭、陳桑從住院初期到出院之後的各種心理反應「醫不好，就想死死」、「身體無力、像會動的植物人」、「骨頭酸痛、睡不著」；以及陳桑「半身癱瘓，無法翻身」、「身體虛弱、只能坐輪椅」、「感覺像沒用的人」；小洪「吃藥身體怪怪的」、「不能傳宗接代」；小真在中途之家看到病重者「若要像他們按ㄋㄟ（插管的

植物人), 我甘願死」, 這些未知的發病遭遇、生命無法掌控、感覺沒有未來等苦楚, 都是病者經歷疾病衝擊之後, 走向漫長且未知的調適期時, 不斷纏繞在病者腦中的聲音, 影響其往後與疾病共存的生活世界。

Morse (1991) 曾表示在醫療養成教育課程中, 並未教導對病人疾病行為與反應之了解, 醫療人員常將病人視為「一個疾病」, 而未視其為「一個生病的人」。所以當一位毒癮愛滋感染者進到醫院, 如果因吸毒造成生理不適, 就只被當藥癮的戒斷症狀處理; 如果是為愛滋病相關感染症狀就醫, 就被當愛滋病人治療, 完全忽略它們是一體的, 忽視包含這兩種病症的「病人」。

醫療專業人員近年雖漸漸強調尊重醫療倫理、人性關懷議題, 但仍脫離不開以症狀控制為主的僵化思考模式, 尤其健保制度的給付方式, 造成以量取勝的經營模式, 易忽略對病人提供人性化、慈悲的照顧。毒癮愛滋感染者背負社會污名及違反社會道德的特殊疾病身分, 醫療人員如何以同情心、悲憫之心待之, 拋棄生物醫學模式轉而由病人的角度出發, 傾聽病人在生病中經歷的生活經驗, 學習理解其生病反應, 試著將病人視為一個完整的「人」, 給予人性關懷, 這將是病人在面臨疾病威脅時, 獲得與病奮戰的勇氣泉源。否則在醫療場域弱者永遠是病者, 如在醫療中都遭受排擠與歧視, 那毒癮愛滋感染者將如何在社會苦難中生存。

## 第四節 與疾病共處

人是具有意識的理性動物，知覺、思考、想像、記憶與期許等能力，若是身體出現異狀，病痛的經驗將與個體日夜隨形，病苦的世界無人可以替代與分享，對於悲泣、羞恥、孤獨、罪惡、絕望的日子，帶給個體是整體生活的混亂（Toombs,1993）。因此，疾病對病人而言身體的病痛而言，絕非僅僅是生理症狀的不適，也是病人自我意識面臨身心靈全面性的折磨，同時亦是生活世界脈絡中的苦難。故人在生活中如何觀看他作為「病」者的行為，他在生活中如何說明他的病，以及他站在病者的位置如何對待，這種活動構成病者的世界。

### 壹、染病是另一種失能上身

「家庭破碎、身體也變壞，任何事都覺得失去，到現在不知道要怎麼去面對這樣的事情，吃毒然後又得這病，變成會想不開阿。不知道要怎麼面對自己和一些家裡的人。感覺上，也不知道感覺上很自暴自棄的（G-671-686）。」不管毒癮者當初在何種原因情況下吸毒，總之，當其在生命迷茫、失去生活目標時，不由地想要透過毒品迷幻感成為負面人生目標之替代品，在如此惡性循環下，使得生活僅能不斷且持續陷入籌錢、解毒買藥惡性循環之失能狀態。而目前感染背負世紀黑死病之具有烙印且歧視之愛滋病毒，無疑讓毒癮愛滋感染者落入雙重失能處境。

Sontag（1993）認為對一名愛滋感染者而言，不論發病者或感染者，都已是被視為「生病的人」。因此通常一聽感染愛滋病毒，情緒十分低落，宛如人生即將走到盡頭一般絕望。國內針對愛滋病感染者社會心理反應發現，感染者在初得知感染階段，都會有些急性壓力反應（acute stress reaction），例如情緒極度混亂、憤怒、退縮、自責、否認、恐懼與絕望等（徐淑婷，1998；蔡佩真，2000；張麗玉，2002）。

毒癮者感染愛滋病毒途徑主要有共用針頭與稀釋液、性行為，但多數毒癮者並不知共用針頭容易感染愛滋病毒，更不清楚連稀釋液及共抽的水都有感染病毒之虞。大鄭自

認一向用自己的針，想很久都不清楚為何感染愛滋病毒，推測可能是幾次與同住的友人共用針頭而感染愛滋病毒：

「有時沒錢一起湊一起用，朋友會拿來跟大家分享，針頭 我們大部分都會用完就丟掉，因為新的比較好打呀，用過的會比較鈍， 有時晚上西藥房關了，買不到針，然後他那邊（朋友）有藏一支呀，就叫我用（C2-607-615）」。

其實毒癮者或多或少都聽聞注射毒品感染愛滋病毒之事，但多數都存僥倖之心，一來毒癮發作顧不得那麼多，一心只想找錢、買藥止癮，二來也沒聽說同伴毒友中有人感染疾病，所以即便曾有疑慮但抱持「不會那麼衰」僥倖心態，就像阿善認為：

「 曾經有聽過啦，不要和人共用針頭阿，但不會想那麼多啦。 有時候就人在痛苦也沒辦法阿，又想說也不一定和我用的這人有，就跟它賭阿。 那時候也沒有人生病，一群人也沒有檢查，所以那時也不知道誰得（G-583-591）？」

「大家都好好，怎會知道誰有病」這是很多毒癮者初感染愛滋病毒時的共同想法。如同大鄭認為：「 會得病是因為看朋友身體都健健康康的，誰知道會這樣，更想不到用針過後身體會有這些情況（C2-617-619）」。因此目前許多吸毒者潛藏愛滋病潮的主要原因，通常就是完全在不知共同施打毒品的族群中是否有人感染的狀況下感染，除非已經發病就醫，如阿善發生意外事故，或大鄭發燒到醫院就醫才知道感染病毒。因為多數吸毒者倘若彼此若未發病或有危險意識自行篩檢，否則根本不知誰是感染者，而在不知同伴毒友是否有感染病毒情境，存著僥倖心態下感染。

自認一向小心用針的陳桑，因為父親過世時，覺虧欠家人心情憂鬱而燒炭自殺，「想到家裡的錢又被我吸毒花光了，自己心裡很內疚，越想越想不開，就想說死了一了百了，覺得對家裡很愧疚（F-114-115）」就醫時才發現感染病毒，那時自己也不清楚感染源，只能推測是與人共用針頭時感染，陳桑說：「有時急了，癮發作，身上沒帶（針）不管了，先打再說，可能這樣感染的（F-295）」，或「有聽說，但是沒有戒心，因為用久了麻痺（F-215）」。

小真在獄中被檢驗出感染愛滋病毒，驚慌、不相信檢驗結果，還表示出獄後要重驗，但是當牢房被遷到愛滋房時，小真心中就明白了！

「我整個人都茫去丫！我怎麼可能會得這種病，會不會是驗錯了，我出去之後要再驗一次，我真的沒有，是他們騙我的（A-673-674）」。

年輕的小真則無法置信感染愛滋病毒，自認只與男友共用針具，雖與男友一起吸毒，從不與外人合用針頭，沒想到卻因為「洗筆」時感染病毒，後來據小真在愛滋牢房得到訊息，經常在男友家出入的一票毒友全得病：

「我們的筆是分開用的，但是水是共用的，因為我朋友在賣，所以大家都會到我那邊去拿貨，來拿貨的時候都會順使用一下，我那邊都有固定放一杯水，是我跟我男友固定在用的，有時候人來人去，大家也不知道呀，看到水就抽，他們問我那水是茶還是什麼，我就說那是水呀，要抽就抽呀，那時候也沒想很多呀，就這樣我們這一掛都得到了（A-261-265）」。

其實每位毒癮者因為持續用藥多數造成經濟拮据，四處借貸，當癮上來而錢不夠時，就會與熟識毒友湊錢聚在一起用藥。為了立即止癮與方便，通常先倒一個瓶蓋的水，大夥將針頭湊上去，輪流吸水再噴出洗滌針具效果，這個動作即為「洗筆」。此時這群毒癮者中若有人已感染愛滋病毒，愛滋病毒就會沾黏在針具上，並透過「洗筆」過程，汙染瓶蓋裡的水，進而導致其他人感染。由於整個過程未見血液交流，這些毒癮患者通常不以為意，哪知愛滋病毒已透過瓶蓋裡的水，悄悄在毒癮族群中擴大蔓延。

臨床觀察有些毒癮愛滋感染者當下情緒並無強烈情緒反應，對於感染愛滋病毒存「得到就得到」想法。丁桑表情冷冷地表示：

「事情已經遇到，想再多也沒用。心想：『怎麼會這樣』，但是我並不會覺得很沮喪。我反應沒有一般人反應很大，我自己就不會覺得有愛滋會怎麼樣，不知是否受毒品影響，麻痺太深，我自己也不知道。我較無目標，得到就得到（E-174-185）」。

據其他醫療工作同仁接觸毒癮愛滋病友的經驗分享，觀察毒癮病友們可能因為長期吸毒因素，本身存有自我放棄態度或早已習慣被人指責的心情，因此對感染愛滋病毒的反應較因性行為而感染者情緒反應冷淡；同時對接受疾病衛教的態度也較消極與被動。對於因感染病毒反應多是冷淡地表示：「運氣差」、「碰上了，不然要怎樣！」，顯出

一付無所謂但也無奈模樣。像小真就說：「 得到的時候我也沒有哭，只是茫去，運氣差，自己也知道『拿筆跑水』總會有這樣的一天（A-283-286）」。

有些人則是對愛滋病沒概念，如同阿善他說：「雖然心裡很難接受，但也沒有情緒很不好。那時還不知道得這病的嚴重性，所以心裡也比較不會胡思亂想。（G-646-649）」

像小洪吸毒後釀成車禍，到醫院就醫被診斷感染愛滋病毒，昏迷兩個月後醒來，他也不清楚注射毒品會感染愛滋病，甚至不知共用針頭的危險，「護士告訴我時，我反應也沒有很大，我只知道跟糖尿病一樣，愛滋是可以先用藥物控制的。但不知傳染途徑是什麼（B-171）」因為對愛滋病相關資訊不清楚，所以當時並不覺得有什麼好擔憂，認為配合治療就沒事，所以沒什麼好擔心。

阿順因為特種行業工作關係例行到衛生所檢驗，所以被檢查出感染愛滋病毒，回憶當時衛生所告知時，對於衛生所的說法，阿順一知半解，只覺「人反正都會死」，對得知感染之事不甚在意：

「...聽不懂什麼是愛滋病，之前也不知共用針頭會得愛滋，但衛生所只說要治療，不然不會好，我就順其自然阿，想說得到就得到了。自己心想病如果沒好，就是死路一條，人反正都是要死的（D-290-302）」

毒癮愛滋感染者僅僅吸毒因素就足夠讓毒癮者身敗名裂、家產殆盡、親人離異，再加上感染愛滋病毒，種種負面印象與「得病必死」傳聞，使感染愛滋病毒病人更加劇失能程度。很多感染者得知感染猶如創傷事件，他們可能有悲傷、憤怒、恐懼、罪惡感的強烈情緒反應。由於社會道德的判斷，感染者感到羞恥，低自尊，對過去的行為自責。這些積壓的情緒，若得不到紓解與支持，可能會有自我孤立、依賴、失去生存意志等行為（謝菊英，網站發表文章）。

## 貳、我像會動的植物人

大鄭是在已經得知感染愛滋病毒情況下，仍持續使用毒品，直到嚴重病發肺炎、心包膜炎住院：「就發燒就去醫院看病，好了就又燒，腳都會痛，頭一家醫院說我多少有

一點愛滋，心想有就有，沒有就沒有，後來去大醫院檢查出來，我都不知那是什麼，因為身體很不舒服，畏冷，快昏了就住院，後來轉感染科證實說我有愛滋病。那時毒品還是跟著用，但不知道嚴重性（C1-133-153）。」。

愛滋病毒感染在目前是終生帶原的，在感染初期大部分患者並沒有任何症狀與反應，但有部份人經過數星期或數個月之後，會出現類似普通感冒的症狀，如短暫性淋巴結腫大、發燒持續一星期左右、疲倦，肌肉酸痛連站都顯得無力、皮膚發疹、腹瀉、肌肉關節痠痛等等，這些症狀可能持續個幾天或幾星期，就自然痊癒，然後即進入漫長又無症狀的潛伏期，故常常使毒癮愛滋感染者輕忽嚴重性，而持續使用毒品。之後如果發病，常見症狀是不明原因發燒、腹瀉、體重減輕、咳嗽、喘氣、口腔念珠菌等感染。例如大鄭就醫時其症狀即是典型的不明發燒、體重減輕、咳嗽、喘氣。

對生病的人而言，如果沒有軀體實際生理主觀感受無法體驗生病的痛苦，愛滋感染者如果未發病，其實與常人無異，唯有真正生病體驗才能讓病人知道身體完整性、自主性與人性尊嚴的喪失，而不再將健康視為理所當然地為我存在。生病除身體症狀外，在空間性方面，空間被壓縮到病情所限定的範圍，甚至整個世界縮小到床的大小，再者，隨著身體功能的喪失，軀體空間本身也呈現出一種受限的特徵；在時間性方面，外來和過去的輪廓不見了，病人從過去和外來的生活退縮，僅活在受限的當下（Van Den Berg,2001）。

以下就針對身體性、空間性、時間性了解病者的實際體驗。

### 一、身體功能性喪失

大鄭第一次身體不舒服就醫後，為了賺錢趕著去工作，而且持續用毒提振精力。第二次嚴重病發住進加護病房時，當醫生詢問要不要做氣管切開術，母親本來想放棄治療，但當時意識還清楚的大鄭表示要氣切，經歷住加護病房一個多月時間，大鄭常陷在模糊的意識狀態，回憶那時狀況：「..身體不舒服，整個人身體都很難過，護士不管做什麼身體都很痛，心裏很想放棄，會亂拔管，可是昏昏沉沉的什麼不知道 C1-177-180」」。所以即使意識清楚時大鄭還有求生意志，但當生病時，當身體經驗遭受變化，疼痛在身體無定位地驚擾著，身體疼痛之處明顯與感受著痛苦的存有分離，使大

鄭感到存有與疼痛身體格格不入，此時疼痛體驗佔據病者全部意識，而病者因為能動性受限，活在受限的當下。德國現象學家 Plessner 認為「我們每個人都是自己的身體，有一個身體，生病者就是這個生病的身體，而且觀察到他有一個與自我有別的身體，結果病既是他們的病痛，又是呈現一種身體的隔離與疏遠」( Kleinman,1994 )。致使大鄭意識時清明時混亂，常常有胡亂拔管、放棄治療的意圖，肉體雖是屬於自己，卻又無法配合自我意念行動，形成一種深層失能的苦楚。

Toombs ( 1993 ) 指出，生病的體驗代表著世界上一種不同的存在方式，對病人而言，生病不只是一組用來界定某種特定疾病症狀的集合體，生病主要表現為一種根本的整體感的喪失，它通過數種方式表現出來，生病破壞了軀體與自我之間的統一。生病的軀體成為病人不受歡迎的客體，這種客體化導致對軀體的疏遠感。另外功能失調的客觀軀體，表現出一種本質上不受人控制的隱匿的或異己的存在，病人強烈地感覺到軀體的「他者」感 ( otherness )，就是軀體不屬於我的感覺，與自我對立的感覺。

大鄭在嚴重病情的痛苦體驗中想自我了結，但是失能、不自主的身體不聽使喚：「全身上下都很痛，自己都沒有意識，在病床上做任何一個動作都很痛，人快速消瘦剩下皮包骨，如同植物人。想拒絕治療，差點死去 ( C2-153-155 )。」整體感的喪失不僅表現軀體威脅，其實也對病人自身存在產生威脅，意識不明地想拒絕治療，此時身體變成一個討厭的「他者」想免除痛苦、結束生命，但又無能為力。如同西爾柏曼 ( 1991 ) 認為「疾病粉碎了我們生活據以為基礎的網路。當我們不能按照我們的意思運動時 ( 指四肢與其他器官 )，我們才發現我們的自我意識與我們的軀體是多麼緊密地聯繫在一起，而當軀體轉而成為我們的敵人而不是盟友時，我們又是多麼困惑」( 引自 Toombs,1999 )。

這種自我意識與身體在搏鬥中互相拉扯狀態，同樣發生在小洪與陳桑身上，難以掌控的疾病支配身體，身體成為惱人的、不可靠的、必須對抗的敵人，病人意識強烈地感覺到這種衝突。小洪約兩年前車禍，那次住院時發現感染愛滋病毒，同時已有發病症狀，因此躺在病床上兩個多月：「撞到頸椎神經，身體都癱瘓，手腳都沒辦法動，沒辦法走路 ( B-172-173 )」。「吃那種藥，感覺怪怪的，睡不著，會拉肚子，不太舒服，我也不會

講」。小洪自從兩年前發病後，目前持續服用抗病毒藥物，目前健康狀況雖然維持的很好，但是藥物副作用讓他覺得身體「怪怪的」，這種怪怪的感覺在病人主體體驗上是異常的，涵蓋著無法言喻的不舒服感，但軀體的異樣感卻是病者所經驗的活生生的病情。

雖然抗愛滋病毒藥物出現許多副作用，但短期和長期的副作用大多可以調整抗愛滋病毒藥物組合、飲食、運動或用代謝藥物而獲得改善或預防。因為雞尾酒療法並不能根治愛滋病，需終身服藥，但可增加免疫力與生活品質，避免發病，比起惡毒之愛滋病毒摧殘生命，副作用影響相對地微不足道。根據金毓慶（2001）研究影響愛滋感染者服藥遵從行為之因素分析發現，抗病毒藥物雖然日益進步，但多數感染者對藥物副作用一直是影響服藥遵從性主因，其最普遍的副作用是：噁心、嘔吐、反胃、全身乏力、末梢神經受損、腹瀉、結石、癢疹、暈眩、麻木、味覺改變等，故使得許多感染者不願正常服藥，但若未好好服藥，愛滋病毒會造成抗藥性，而最終使治療失敗。

「有了這個病之後身體變壞，感覺身體很不正常。可能吃藥關係。有時候吃了控制的藥物會拉肚子，睡不著多夢，精神不好，無力，抵抗力變差。（B-194~198）」。那種自我身體覺察的不正常感讓小洪不知如何描述，但卻怨懟的表示「有心但無力，會覺得很無力。會感覺自己是沒能力的人，沒法做什麼改變（B-251）」。因此生病經驗是個別的、主觀的經驗，沒有任何一人會與我的病痛體驗相同，當然生病的世界就變成是孤寂的、折磨的、痛苦的、不安與恐懼的、沒有未來的、獨特的、不能分享的、不能替代的（van den Berg,2001）。

陳桑燒炭自殺後住院昏迷兩週，醒來後發現：

「下半身癱瘓，不能動，大小便失禁，不能翻身，那時左腳都麻木，捏都不知道痛（F-69-76）」，

陳桑對「痛」沒知覺，身體完整性的喪失不僅體現為對於軀體的一種異己感，而且還體現為對於軀體得無可奈何的認同感。即認為軀體不是我的，本質上它超越了自我的控制，另一方面卻又意識到無法擺脫軀體的種種表現。

對病人來說，活生生的身體紊亂是因為身體、自我意識、生活世界三者原有平衡關係的遭受破壞。健康人的身體就是他自己，以致於常常沒有覺察身體的存在。但疾病

卻打破一個人和身體的融合，讓身體格格不入，入侵的疾病接管身體，對病人而言，身體變成難以居住的地方（Toombs,1993）。

## 二、空間性的受限

小洪、陳桑與大鄭在住院期間，都面臨身體虛弱或神經受損使得能動度很低，那種只能躺在床上，連翻身都痛苦的日子，讓人抓狂。對於住醫院兩個多月的大鄭而言，當時的身體瘦的像皮包骨一般，連坐輪椅的力氣都沒有，整天只能躺在床上，活動空間僅限在床上翻身，「那時候都躺在床上，都要人照顧，也沒辦法自己做什麼，那種感覺就很像是會動的植物人（C2-300）」。病房變成是大鄭的房子，而他就住在床上，吃喝拉撒都在床上，外面世界都與他無關，只有等醫生查房、護理人員來做例行照護工作 - 量血壓、發藥、或是母親晚上送飯時，才會有人滑進他的世界，除此之外他與外界完全隔離，生病使得病人脫離與世界活動脈絡的流動。

范丹伯醫師在《病床邊的溫柔》一書中以現象學手法述說一位父親的生病現象，將生病時病人被世界孤離的感覺描寫的栩栩如生：「一天即將開始，家裡活動的聲音，...多麼熟悉的聲音，多麼不可思議，他們如此貼近又如此遙遠。我耳朵聽到的就是我日常生活裡的聲音，不同的是，現在的我卻在這些聲音裡面缺席。...每件事情從我身邊溜過，每件事情都在很遠的地方發生。...這種『在外面』對我而言有著嶄新而特別的意義：我被排除在外。...我不再屬於外在世界，也無法參與其中了。」

大鄭剛出院時一身皮包骨，體力很差，一起床就頭昏眼花「沒體力，只是個稍微會動的植物人，躺在病床上動彈不得，連要坐起來都覺得很困難，都會頭暈，一坐起來就快昏倒。（大鄭到監獄宣導的手稿）」。形容自己是「會動的植物人」的悲淒心情，其實尚無法完全了解大鄭的苦楚，當時情境他只是像其他躺在一張張病床上的植物人一般，除了意識清楚、沒有插管外，身體無法移動半吋，外人可能會認為大鄭撿回一條命，但如果只能躺在床上他曾說「死去倒好，不必忍受植物人那種生不如死的生活（大鄭到監獄宣導的手稿）」。可見大鄭害怕身體的活動空間僅能限制在病床上，這種情境讓他失去求生意志。

病人在醫院看似固定步調的生活，卻處處顯得與原來生活世界不協調，讓生病的人處在一個不自在的世界，對於週遭環境，例如景觀、聲音、氣味、觸覺，以及他人的各種關係，越來越感到陌生，病中的世界呈現出不同的意義。此時病人的律動因為躺在床上而變得不存在，他的世界除了床舖之外，別無他物，生病的床不是一種承諾，也不是一種等待，而是無止盡的監禁（Van Den Berg,2001）。

阿善車禍初期右腳嚴重受傷，整天躺在床上，無法下床，心情很鬱卒：「整天躺在病床上，也沒辦法走，有時會很容易發脾氣，有時心情又會感覺鬱卒（G-693-694）」，阿善感覺治療成效不彰，擔心出院遙遙無期，一股莫名、無言、被困住感覺油然而生，有股「被監禁」的怒氣想爆發而無法發洩。

陳桑「因為身體不能動，整天眼睛睜得大大的，看著天花板，想不開，會有自殺傾向（F-92-108）」，「在病房其他人都是腳都萎縮，全部不能動，全部坐輪椅，...我很怕會變成那樣...（F-222-235）」。陳桑住院三個月要從醫院出院時，仍需坐在輪椅上，他非常焦慮、擔心自己終身要坐在輪椅上。因為人能夠正常在世界空間行走，讓身體保持不斷移動，乃是與他者、世界形成連結而建構意義的基礎條件之一，若不能走、不能下床，意味著將與世界的連結產生距離，阻斷身主體進入他者共構的意義世界裡（陳佩蓓，2005）。

故病人的床無法顯示生命存在的律動，對無法下床的病人而言，床是病人唯一的領域，在病床上缺少「向外的」質地，缺乏向外膨脹、向外移動、向戶外走的可能性（Van Den Berg,2001）病人此時感覺生命像一潭死水，靜止不動、沉悶不已，但又束手無策、無能為力，因此情緒像蓄勢待發的孳箭一般，難以為外人理解。

大鄭回憶當初在加護病房雖意識混亂不清，但對身體的痛苦印象深刻，他曾有念頭「想過如果太嚴重就不要救了 但是如果到那時，人不清楚，自己也沒辦法做主（C1-177-180）」！雖然他並不明白接下來的日子會怎麼樣，他認為自己的生命如果只是一直躺在床上是沒有價值的，躺在床上時間是特別漫長的，病人反覆盤算未來的日子，想到未來如果病情嚴重，期待早日解脫痛苦，但此刻身體虛弱到連自己翻身都難，恐怕到時連「自主做主」的權力與能力都無法掌握。

### 三、生病使時間感變慢

從 Sokolowski (2000) 現象學十四講一書中，他對時間性的現象學描述，將時間結構分為三個層次：第一、世界時間，也稱超然或客體時間，它是公共性的、可用時鐘與日歷檢驗與測量的時間；第二、內在時間，亦稱內存或主體時間，是以主體意向經驗與行動所經歷的時間稱之。它是私人的、不可被測量；第三、內在時間意識，它是對內在時間性的自我覺察，是一種內在時間意識流，它形構我們意識生活中所發生的活動，像是知覺、想像、回憶與其他感受經驗的時間性，它讓這些內在對象的到時間性的延伸與秩序，它是所有形式意向構作之時間性的核心。由此理解當下即是任一時刻的時間整體，指的是我們在任一時刻對時間所有的完整立即經驗。

病重的身體，不可避免地全神貫注於疼痛、不適或是能力的喪失，這會使一個人沉溺於當下時刻，病者的內在時間感覺得一天時間變長了，使得我們的體驗支離破碎，未來突然消失了，產生無能無力之感。因為病中的時間與客觀的世界時間不同，生病的時間感無法度量，難以與處於外在的世界時間的外人清楚表達身體的種種變化。所以意識清楚但行動受限的病人，會覺得躺在病床上的時間難熬，心想著夜晚怎麼還未到，這一天怎麼這麼長。相反的，失眠的病人到了晚上，夜晚變得格外漫長，彷彿世界是靜止的，失眠者眼睜睜地等不到天亮似的。

陳桑原本罹患憂鬱症時就必須倚靠安眠藥入睡，「現在都吃安眠藥跟鎮定劑。住院時迷迷糊糊沒吃，吃飽睡，睡飽吃，那時不算，後來還是要吃安眠藥，不然沒辦法睡...晚上不吃安眠藥睡不著 (F-273-282)」。健康的人夜晚是屬於休息的，溫柔的床在夜晚將身體與世界收攏在一起，世界毫不費力地凝聚到他身上，他「忘記」世界，世界會安靜等他，他把每一件事都放在「括弧之間」，他將「明天」與這些事物之間創造距離，讓自己得到完全休息，明天會靜靜等他醒來，然後每一件事明天會再回到身邊 (Van Den Berg, 2001)。但對失眠者而言，夜晚的降臨像魔鬼，時間像蝸牛一般緩慢地走，夜晚像永不結束的夢魘，不知何時晨曦才到來，解救自己脫離夜晚魔鬼的糾纏。

「我常常半夜一、二點就醒，起來便所一下，然後就目啣金金等天亮(田野記錄)」，大鄭未吸毒前就曾經服用安眠藥幫助入眠，吸毒後沒錢買毒時，也曾用安眠藥暫時渡過

戒斷痛苦(據小真說很多毒癮者都這麼做),如今感染愛滋病毒依然對安眠藥十分仰賴,但即使服用安眠藥大鄭也只能睡幾個鐘頭,「晚上睡不著,怎麼翻都不舒服,手腳都不知道怎麼擺,所以白天多在睡覺,感覺很沒意義,活著很沒意思,(C1-190-194)」。因為晚上睡眠不足,白天幾乎都睡到中午,午餐過後,看電視沒多久就又睡,每天都在這種生活無趣的循環中度過。況且這種日夜顛倒的生活步調讓大鄭害怕夜晚到來,因為徹夜難眠的深夜對大鄭而言,等待天亮是一種折磨與痛苦。故對生病的人而言,世界在對他咆哮,睡眠不只是單純到來,還包括許多不確定的未來。重病臥床的病人無法預先設想未來,每當夜晚降臨,病人無法真正安置自己在一個舒服的距離,病人本身就是一種擁有生病特徵的距離,令人感到不舒服(Van Den Berg,2001)。

每個重病的開始都是一個句點,意味著正常生活抵達終點,另一個未知的生活正要啟程。陳桑剛住院時「起先都很無聊,整天只能側身,整天眼睛睜得大大的(F-103)」,因為身體無法動彈,連翻身都得靠人協助,使陳桑整天只能躺在床上,等待醫師查房、護士給藥、母親送飯時,才有人會進到病房,其餘時間就只能一人瞪眼等著時間過去。相較醫護人員在照顧病人的匆忙感而言,病人的內在時間意識是緩慢的,因為病人對時間的整體意向性,都把時間投向躺在病床上癱瘓的身體,時間變得緩慢不動。

對自己的身體失去信心,即世間的一切已經不再如昔般確定。陳桑表示:「住院時腦筋都不清楚,剛開始迷迷糊糊,不能吃也不能喝,腦筋都很亂,沒辦法想事情,覺得一切都是命(E-89-92)」,對生病的人來說,生命似乎不能真正活著,只有日復一日的忍受困惑無助,只能做徒勞的反抗,或死心地逆來順受(Van Den Berg,2001)。雖然病者當下「腦筋很亂,沒辦法想事情」,但這正是病者因對著斷裂的過去對話,又面對無法預測未來,使得過去、現在、未來一切變得空幻不真,時間的混亂讓病者深刻感到焦慮不安,但又很難與人分享。平常未生病時,從來沒有真正活在當下,但在此刻,生病不容許病人逃逸,使得病人此時特別感覺身體的存在,身體原本只是一個狀態,此時此刻變成唯一的存在內容。作為一個病人,只能靠著無用的身體,活在不連貫的當下(Van Den Berg,2001)。

大鄭、陳桑、丁桑等人在過去未生病之時,清醒時都為了籌錢買毒品而忙碌,丁桑

說沒藥時：「都會問哪裡有藥或有東西互相用（E-253）」，吸食毒品之後，整個人又陷入「茫酥酥」情境，時間就迷迷糊糊地過去。反之，現在住在「關愛之家」，無論是養病的、無處可去的，他們都不必再為籌藥解癮而奔走，大鄭、小真、丁桑幾乎都把時間用在看電視、吃東西、睡覺，丁桑說：「盡量都把思想、腦袋用在看電視，比較不會想東想西（E-301）」，時間突然多出來了！丁桑以看電視方法塞滿心思，避免自己難以抗拒的心癮，以及被家人遺棄的悲淒；等待監獄通知再入獄服完刑期的小真，目前除了照顧自己的嬰兒之外，無所事事，也表示時間很多：「每天都在那邊吃飽睡，睡飽吃，吃飽等死而已，也不知道要做什麼（A-457-458）」。

### 參、生命不知什麼時候走

「時間等候區」書中一位愛滋病患辛蒂告訴醫生說：「我覺得孤獨、害怕。總覺得有一個陰魂不散的魔鬼跟在後面，一個尖牙利爪的怪獸如影隨形，卻又只有我一個人知道它在那裡，除了我，它對任何人都是無形的。」辛蒂以陰魂不散的魔鬼、尖牙利爪的怪獸形容死亡降臨，而牠不為外人現身，只有病人自己清楚身體完整性與軀體功能正逐漸喪失，而死神就在身邊等著接收病體。

大鄭生病住院近兩個月期間，由昏迷不醒人事漸漸恢復，因逾一個月時間無法進食，致骨瘦如柴無體力自行下床，曾經表示羨慕有勇氣自殺的人「有時會想不開，又沒勇氣，感覺那些自殺的人真勇敢，我就沒辦法這樣做。說不定以後我會啦。有時會想到一些不好的，越想越煩，但是也沒辦法。不知自己怎麼會變這樣，不但無法工作賺錢，身體又變這樣，不敢想以後會變怎樣（C1-189~199）」。以前吸毒時曾有發生車禍差點喪命經驗、也看過吸毒過量死亡的人，但那時大鄭從未思考過死亡、害怕過死亡，經歷痛不欲生的生病經驗之後，處在生命最脆弱時，開始反思自己生命，反而害怕將來活在「植物人那種生不如死的生活」，有一份「自己沒辦法做主」無奈的感嘆！

在嚴重的病情體驗中，自我的分離尤其深刻，因為一個人與他人的關係、他的工作、他對此的感覺，亦即他的往後情況怎樣，生命是什麼和應當是什麼等等，都發生了的變

化，並且這種改變是令人恐懼的。疾病讓人感到非常不安與無助，尤其是感染致命傳染病，讓人立即聯想可怕的死亡已經進入他的生活。因為生病和死亡是鄰居，尤其當生命面臨深淵、面臨絕境時，生病就會變成死亡，死亡焦慮就在此發酵（van den Berg,2001）。

「生命說走就走，病發作說走就走，昨晚看好好的，今早就走了（B-258）」，這是小洪生病之後對生命的看法。因為社會對愛滋病的聯想就是「一得病就會死」，故很多未發病感染者雖並非有任何症狀，但時時受死亡威脅之恐懼。其他毒癮愛滋感染者對疾病初期認知也都和一般社會大眾認知一樣，所以認為自己生命已經走到終點。其實愛滋病 - AIDS（後天免疫系統功缺失症後群），並不是一個病名，而是一系列身體症狀的病，是必須與所謂伺機性感染和惡性腫瘤共同存在。因此感染愛滋病毒並非像一般其他疾病，一旦得病就立即有身體症狀呈現生病樣態。但是雖然未發病的愛滋感染者沒有生病症狀，但卻也可稱為「沒有病狀的病人」。

「雖不會特別怕，會比較沮喪。不知什麼時候發病。他們都說只要正常的服藥，都不會有什麼事情發生。但是也一定會想沒有未來，有些話不知該從何說起（E—364~377）」。丁桑雖感染至今兩年尚未發病，定期檢查也都很正常，但心情低沉、表情凝重陳述對感染愛滋病毒的想法。丁桑認知上知道愛滋病正常服藥可以得到很好控制，有時慶幸自己尚未發病，有時又對不知何時發病感到憂心。「想這個病活不了多久，如果犯罪還會知道什麼時候會被槍殺，還知道活多久，這個連自己都不知道活多久。多少有一點沮喪。（E-171-173）」。這種對未來病程如何發展無法預知的不確定感，丁桑覺得比知道何時要被槍決還痛苦。目前沒有病症的感染者，雖沒有生理症狀的折磨，但對於何時發病、發病時會有何身體變化、會影響哪些器官...，完全未可知與未可測，如同一顆不定時炸彈壓在病者心頭，不知何時、何處爆發的沉重負擔，讓感染者對於未知的未來感到沮喪與無助。所以多數毒癮愛滋感染者心中常存的以死求解脫的念頭，阿善：「有時覺得死了還較快活（G-720-721）」；甚至陳桑曾想以「自殺」方式提早解決生命：「想不開，會有自殺傾向。偷偷在醫院裡面存了五、六十幾顆安眠藥。預備真的想不開，把它全吃掉（F-92-108）」。

對於愛滋病不少人總是帶著恐慌，甚至聽過有人反對給予愛滋病患者過多的照顧，原因竟是反正他們遲早會死亡，事實上感染了 HIV 病毒，只要控制得好，並不一定會發病，而發病也不一定會死亡，這和感染者本身病毒量的多寡、感染者的免疫力、有無接受抗病毒藥物的治療，伺機性感染的預防與治療等等有關。

Toombs( 1999 )在「疾病的意義」一書中指出疾病被理解為是一種不請自來的事件，不在個體可能的選擇和計畫之內。因整體感和確定性的喪失，所帶來的是對於控制能力喪失的深切意識。熟悉的世界，包括自我，突然被認為是內在地不可預言和不可控制。

同樣也是未發病，而且目前身體狀況還不錯的小真，自從知道感染愛滋病毒之後，覺得全部的生活重心就像在「等死」一般無奈。「覺得你的生活就好像在等死 ( A-580 )」。雖然小真還未真正經歷生病經驗，但看到其他病友及過世者，意識到身體完整性的脆弱和對於軀體功能控制的失落，慢慢認識到不再能把身體未來的健康視為理所當然。「不一定得這病就早死，每一人都不知道自己的下一秒 ( A-817 )」，小真清楚並非得病就立即死亡，但誰又能預測自己的未來呢？因此李察·詹納 ( 2004 ) 說「生病它是一種健康的是失落，生病它是不請自來的，生病象徵我們的生命在延續中無常的突變，標示著一種緊急狀態，我們的時間、能力、財富、家庭、朋友與生命等皆被限制與失落的威脅著」。

經歷親眼看著病人過世：「我看他眼睛睜的大大的往生，後來他眼睛就閉下來，我還以為他是睡著了 ( A-440-441 )」，在這之後小真徹底理解死亡隨時在身邊，從此對自己感染愛滋病毒的事有了新的解讀 - 人生「像火燒車」，任何人都無法預知未來，更無法預知死亡，遭逢重大疾病威脅之後，產生這個體認不正見証『時間等候區』一書的譯者鄧伯宸 ( 2004 ) 所說「生命與死亡既矛盾也統一，而疾病正是其間的媒介」。

「看遠的也不知道要看到哪裏 也不知道自己還有多長的命，說不定是 5 年或是 10 年那都是不一定，或許是明天，這種事情很難說，像新聞的火燒車，前五分鐘還在跟家人講電話，後五分鐘就因為車禍引發火災人就往生了，很難說，我也不會說 ( A-797-816 )」。得病後的小真，如今真正體會死亡是隨時都會發生的，自己無法預知生命長短，所以不知如何規劃將來。

如鄧伯宸(2004)表示「當我們陷入嚴重疾病威脅時，生命與死亡相遇。不僅是在肉體層面，更是在精神層面，我們進入一個異於正常生活的「時間等候區」，象徵生命流動與死亡靜止的時間，在這裡變成一種氣候、一種遲滯、一種觀望。因為此時活著即是生命的延續也是死亡的進行，活著既是對生命的希望也是對死亡的承認，活著既是肉體的修復也是肉體的毀壞。在我們的身體與意識裡，生命與死亡既矛盾也統一，而疾病正是其間的媒介。」

「想說自己不要像樓下的這樣，或是我也是說真的，如果是像樓下的這樣，我真希望快點讓我死一死，我是有這樣想，不知道，很難講(A-817-819)」。這是所有暫住在關愛之家每位毒癮感染者的共同心聲 - 自己不要變植物人，如果不幸遇上了，都有自我了結的想法，但誰能預料呢？一切都是未知數。也許是因為在生病體驗中，一個人被迫放棄其最珍視的期望 - 即個人不可毀滅的願望。如同西柏曼(1991)表示「我們對生命是可以預見的，生命可以永遠生存的，我們可以控制自己的命運等感覺視其為理所當然。但是生病破壞了這種基本的不可侵犯感，迫使我們承認我們的軟弱和我們的必死性。因此，由疾病所帶來的確定性的根本喪失，是多數人焦慮與恐懼的原因，且儘管病人深刻意識到恐懼存在，但病人卻很難與他人交流這種感受。」(引自 Toombs,1993)。

阿順一樣是未發病感染者，自認自己一生命很苦，感嘆感染愛滋病毒，讓自己受限，無法隨心所欲「會怨嘆得這個病，得了這個病之後，我開始考慮蠻多事情...如果沒得這個病就不會這麼煩惱，想做什麼就做什麼(D-515-536)」。但是阿順卻也同時承認生命的有限性，如果沒有得病，自己可能會因吸毒而死，「在世間出世是暫時的，沒有永遠的事阿，反正我在這世間也沒多好命。我在世間活著也沒什麼意義啦!也沒有多好命。我今天要是沒有得到這個病，我早就死了吧!因為得了這個病，才能讓我慢慢思考，慢慢檢討(D-20-26)因為得病才讓自己思考以往從來未曾思考過的生命意義。

陳桑在住院漸康復的日子裡，「在醫院的時候，生活其實還滿單調的，那時我因為下半身癱瘓，看護會推我去樓梯間抽煙，抽煙一下要馬上回來，因為怕醫師要巡房要趕快回來，有幾次查房都沒遇到。(F-85-87)」，陳桑住醫院近三個月，在期間從不能下床到可以坐輪椅，他結交許多同房朋友，「不會覺得住院無聊，因為認識人很多，我很會

交朋友，跟大家有說有笑，六七個人住一起，大家都的一樣病，大家都會交換心得「F-83-85」因同樣病情住同一病房，病友之間較沒有疾病隱私問題，彼此沒有芥蒂，大家會互相討論交換心得。而且因為都是長期住院，互相支持、互相打氣，讓單調的住院生活消除一些沉悶壓力。

生病肢體失去知覺的痛苦、不能活動自如、需靠人協助的無自尊感與無法自主的無能感所帶來的動力，搬到「關愛之家」後，使得陳桑深切感觸：

「我還算好運，這邊(關愛)那些人都坐輪椅不能動。我這隻腳本來有萎縮，我靠毅力，自己運動慢慢走、散步，肌肉才慢慢恢復。我個性不希望靠人家，躺在床上換尿布都要靠看護，覺得給人家照顧有壓力，好像我認為人能自己來就自己來，最好不要依賴心太重(E-88-92)。」

陳桑出院後來到「關愛之家」，在關愛看到比自己嚴重病友，不是躺在床上無法動彈，就是坐在輪椅上靠人推送或讓人餵食，故本來自己左腳萎縮坐在輪椅上，因為不希望自己依賴別人幫忙，覺得給人家照顧自己有一種沒有尊嚴的壓力。故自己努力復健運動、散步，恢復左腳的肌力，慢慢離開輪椅，目前靠稱一支柺杖支撐走路。所以生病的人，即便因為疾病引起身體機能部分受損，但比起完全不能自主活動的躺床、坐輪椅病人，陳桑以「好運」看待病後現況，激勵自己，堅定自己活動與抱持希望的努力。

「走一步算一步(A-797)」這是每位毒癮愛滋感染者對未來共同想法，面對重大疾病威脅時，人往往是最脆弱的，恐懼、絕望與無助有如排山倒海而來的浪潮，即使接受治療，心理上，生命與死亡之間仍然是一種不對等的抗衡。「順其自然、走一步算一步」看似消極、悲觀，但在生命面臨種種不可預料的挑戰時，這種想法何嘗不是讓自己堅持活下去的方式。

雖然每位毒癮愛滋感染者用「過一天算一天」這種心情看待得病之事，與病共處，使感染者看似得到一種暫時對生病事件的轉折，但究竟還是要面對社會文化對愛滋病的觀感，畢竟社會文化對特殊疾病的價值、態度、信念，影響病人對疾病適應程度，所以毒癮愛滋感染者的苦難不僅是簡單生病經驗問題，還有社會性苦難課題。

## 第五章 毒癮愛滋感染者的社會性苦難

個人是社會性存在的，生病是個人生活世界受苦經驗，但人又無法脫離社會而單獨存在，所以社會如何看待生病的人，同時也影響著病者如何看待自己生病的調適，在前一章已經討論毒癮愛滋感染者由吸毒經歷，至感染愛滋病毒之種種存有挫折經驗。本章將呈現處於社會文化底層下，研究參與者其特殊疾病身分所衍生的存在課題，分別為：一、特殊疾病的社會困境，二、文化意義下的疾病污名，三、毒癮愛滋感染者的存在意義分析，四、與死亡照面下閃現的微光。

### 第一節 特殊疾病的社會困境

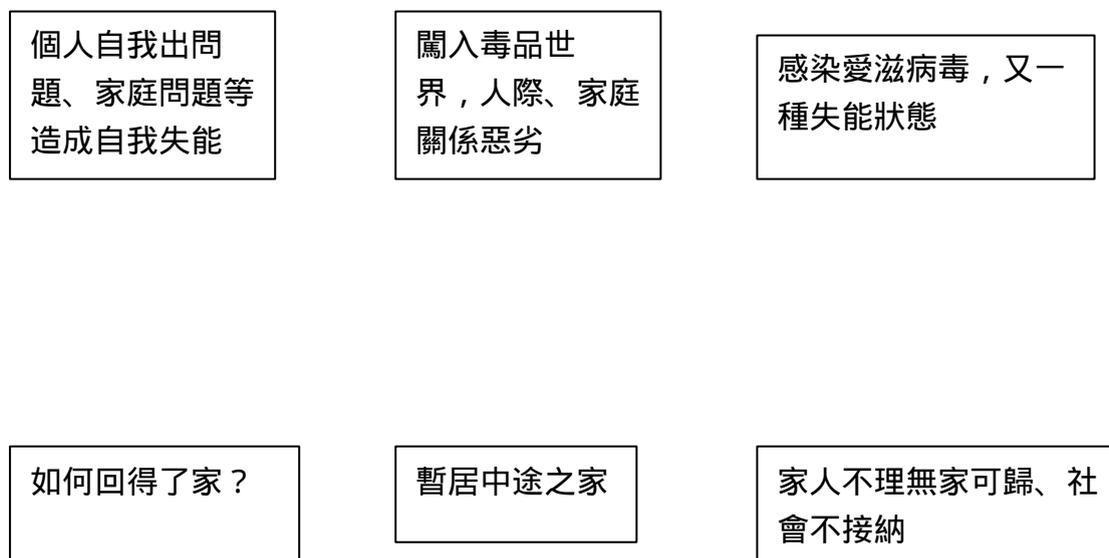
社會文化是孕育人類文明發展的源頭，因此毒癮愛滋感染者的苦難並不只是簡單生病經驗引起，或僅在醫療處境才會遇到問題，因為醫院只是一個小社會，我們放大層面來看，毒癮愛滋感染者在社會所需面臨的挑戰更繁雜。因為每個人都還是得回到社會生活生活，故病人如何面對與適應社會種種污名處境而在社會生存才是真正要面對的課題。

#### 壹、無家處境

「家庭」是人類最初的依附與安全感的來源。家給人的感覺，通常是個溫馨安全的避風港，當一個人累了、歡喜、悲傷的時候最想歸去的地方，所以家人之間有一種相互關愛、支持與團結一心的力量。特別當家中有人生病的時候，是家庭面臨重大事件的危機，在這段不穩定的時期，家人需要重新適應新情境，一起面對疾病的挑戰，思考如何正確認識疾病？如何和醫療人員溝通？如何對醫師的治療建議等攸關生死大事下決定？如何體會病中親人的痛苦與徬徨？如何重整家庭成員間生活步調？這在在都是全家人要一起面對的（楊淑智、盧宓,2003）。毒癮愛滋感染者從吸毒生活開始，就使自己陷入遭受社會道德摒棄處境，感染愛滋病毒更使得連家人、社會都害怕接觸，在種種社會支持盡失、社會資源不足情況下，毒癮愛滋感染者如何在社會立足，如何回得了家，

成了他們一大隱憂。

學者 House (1981) 將社會支持分為四類：情緒性支持、評價性支持（對疾病認知與治療的評價）、資訊性的支持、工具性的支持，其中情緒性的支持最重要，尤其是家人的支持最具影響力（引自張麗玉，2002）。因為家是擺脫個人壓力使精神得以休憩的地方，家人的支持促使個人在遭受困境時，知道背後永遠有家人相挺，激發信心與勇氣再出發。但是毒癮愛滋感染者幾乎沒有這種支持來源，尤其是生病需要家人生理照顧、心理支持時，不僅無處安身，連基本的生理需求滿足都被拒絕。



家是生育、養育個人最初源頭，一個完整家庭不僅提供食衣住行基本需要，也是提供個體情感歸屬與支持之處，一個人從小到大在人生任何階段歷程中，當感情、事業成功時，想與家人分享成功喜悅；倘若遭遇挫折失敗，更想與親密家人訴說低落情緒。所以家是每個人都必須賴以生存的，不論是生活、感情乃至事業都與它脫離不了關係。

人是在關係中的，尤其是生病的人與家人關係更加緊密，但是毒癮者又兼具感染愛滋病毒卻使得他們的關係特別容易斷裂。關係的斷裂給出區隔，當中就有了懸置，病人和家人就捲在受苦的日常生活。在斷裂的關係中，毒癮者家人都曾經嘗試想把吸毒的親

人拉回常規，或是毒癮者也想挽回與家人的關係。但是兩者始終無法遭逢，使關係的縫隙越見明顯，造成毒癮者無法安住位置，將自己懸置在清醒與恍惚之間，當家人無法消除這個區隔要毒癮者「回到正常」時，區隔就堅實地介於病人與他人的世界。毒癮者感染愛滋病毒後，疾病恐懼、社會污名，社會文化常觀給愛滋病更大的區隔，加上自身對疾病的罪惡、自卑情結，使得毒癮愛滋感染者與所有關係斷裂更深更寬，這種懸置情境叫病者如何安身立命！既回不了家，也難以在社會生存。

由此可知，毒癮者原本就因其偏差行為導致家庭關係疏離，毒癮者的親人個個筋疲力盡、氣憤無奈，親情關係備受影響，親友起初還費心苦言相勸、出錢戒毒等，但毒癮者屢勸不聽，甚至變本加厲一再欺騙，故家人親友覺得吸毒者已經無可就藥，甚或斷絕關係，拒絕往來。一旦家人發現自己成為愛滋帶原者，常因此失去家庭和社會支持而沮喪，甚而失去生存意志。因此大鄭、陳桑、小洪、本都是與父母同住在自己的家，但都是因病或意外傷害到醫院就醫發現感染愛滋病毒，在醫療照護下慢慢脫離險境可以返家療養，卻面臨有家歸不得。小真、丁桑則是在入獄時發現感染，保外生產及假釋出獄後同樣面臨無家可歸。

### 一、阿善太太是他最大的支持

毒癮愛滋感染者因為原本吸毒行徑，多數家人已經非常不能諒解，一次次傷害家人苦心，幾乎都對其失望與灰心，甚至放棄再浪費唇舌規勸。因此阿善父母對阿善屢次要戒毒悔改的話早已死心：

「當兵前遇到壞朋友就碰了安非他命又兼賣，十八歲就被關，之後被關了五年，之後不斷進出監獄（G-54-63）第一次的時候爸爸媽媽還比較可以接受，因為那時年紀還小。本來一個禮拜就來看，後來一個月才看一次。攞來就不理了（G-234-236）」。

「家人不理」這也是多數毒癮者同樣處境，因為一再保證戒毒、一再因毒入獄，屢屢讓家人無法諒解而放棄再信任。阿善自十五歲開始至今三十幾歲，吸食安非他命到吸食海洛因，前後十幾年光陰，因此進出監獄數次。期間經歷最疼愛的阿嬤及父親過世，

服刑中的阿善都無法親自祭拜，自己心中感到愧疚與遺憾：

「第一次被關，阿嬤往生的時候沒有到，家裡的長輩也都會唸，說做人家孫兒的人，吃個藥吃到阿嬤往生時，也沒見到最後一面，家裡會唸阿。知道那消息的時候心裡很不好過，遇到了也沒辦法，當時心裡感到很遺憾，沒見到他們最後一面很遺憾。第二次是老爸死，也是在關，家裡的人就不理了（G-857-865）」。

但是出獄後仍舊沉溺在毒品世界，直到感染愛滋病毒才暫時脫離毒品生活。感染愛滋病毒後，全部家人不敢靠近病房也不願意在接受阿善，兩年來斷斷續續入院期間僅來過醫院一兩次，連生活出現困難求助母親及兄姐都遭拒絕，阿善面對家人斷絕援助，只能以自作自受的想法告訴自己，不敢埋怨家人無情：「這是過去所造成自己現在這樣，...人是要為過去付出（G-698-703）」。

阿善太太是第一個知道阿善感染得病之事，她剛開始很怕，第一個想到的是把兩個小孩託給娘家父母帶，因為衛教師對她的衛教聽起來「好像很嚴重、很恐怖，我也不太清楚（田野紀錄）」，從此與阿善幾乎住在醫院寸步不離。她一邊上夜班工作，一邊用心陪伴，照顧，深怕毒友再來找。阿善幸好住院期間太太一直陪伴並未離棄，所以每當腳傷復原狀況不佳要再進行清瘡手術時，他的情緒常常是陷在最低潮的時刻：「曾有吃安眠藥，想要讓自己暈暈，就自然去，但想到為了小孩這些念頭就消失（G-771-777）」，在治療超過兩年期間，手術無次數，期間還曾經考慮要放棄治療，直接截肢，這種痛苦折磨，讓阿善對太太的支持感觸很深：「我太太給我的鼓勵對我是最大影響，讓我比較敢去面對這個社會，沒有她的支持，我沒辦法（G-824-831），如果沒有家裡的支持，我不知道自己是怎麼過來的（G-891）」。

台灣是家庭觀很重的國家，大部分的人生病都以家屬為主要的照顧者，家屬也是病人主要的支持者。但是，由於愛滋疾病的烙印，感染者不但可能得不到家屬的支持，有些很不幸的還被家屬逐出家門。像阿善這麼幸運的病人並不多，有許多毒癮愛滋感染者在醫院裡，因吸毒因素，家人關係本來就不好而致很少探視，或根本不理。大多是一個人住院無人陪伴，要不就是病人隱瞞病情，只單純告知生理的病症，如果家屬知道病人感染愛滋病毒後，多數就不再到院，或甚至連病人要出院時也不出面接回，造成很多病

人一離開醫院，馬上面臨無家可歸。

## 二、陳桑不敢面對冷漠的家人

當一個人生病之時，身體的痛苦是無人可以分擔的，但心理的支持與撫慰卻需要家人陪伴照顧與鼓勵。一般而言，臨床上有家人支持的病人，疾病適應、疾病復原狀況均較無家人照顧者，無論在生理照護、心理慰藉、疾病配合度都有正面意義，促使病人在疾病復原路上得到莫大支持。文獻指出，愛滋感染者期情緒困擾與生活品質呈顯著負相關；社會支持與生活品質呈顯著正相關；而情緒困擾與社會支持則呈顯著負相關（楊美紅，1998）。但在愛滋病患的支持系統中，家庭的初級支持系統則因為愛滋病毒而更疏離（周玲玲、張麗玉，2000）。

每個毒癮愛滋感染者的家庭成員都因為吸毒不斷被索錢、欺騙，多數人的家庭關係於是逐漸斷裂，如陳桑所述「因為吸毒四、五年，我把老爸老媽家裡的錢花光，弟弟妹妹都不諒解，他們把我放棄也灰心啦，連我的兒子女兒都不諒解（F-126）」。但是毒癮行為只是讓家人不想理會吸毒者，尚不至於排斥或拒絕他在家同住，一旦毒癮者感染驚世駭人的愛滋病毒後，原本關係惡劣的家人更是不願意接納病人，家人因為害怕被傳染、擔心街坊鄰居異樣眼光、唾棄，往往拒絕毒癮愛滋感染者回家。

「從我媽講話就知道，本來我要回家住，他說你在外面租房子啦，家裡有小孩，你弟弟妹妹不希望你回家跟小孩住一起（F-135-136）」。陳桑即將出院前夕，無法自行走路尚需坐輪椅，母親與手足直接表明希望陳桑不要回家住，要不是醫院社工人員介紹住進「關愛之家」，陳桑真要推著輪椅流浪在台北街頭。

「我吸毒又有這個病，讓我有自卑感。我不敢接觸孩子。怕他們的態度阿，態度一定不會很好的啦，我自尊心又強，如果我去找他們，如果他們很冷漠態度，我會受不了（F-146~170）」。陳桑吸毒又感染愛滋，長久以來吸毒已經造成家人十分反感，覺得家人瞧不起他，得病後更懼怕家人冷淡態度，對於家人不聞不問，只能默默承受覺得自己沒有理由、也沒有權力要求回家。

### 三、小真說出真相變孤兒

小真回憶以往為買毒向大姐要錢的姿態：

「那時候我沒錢我就回家拿，她給的比較少的時候，我就會不高興，會跟他說：『錢要不要拿來啦，你很雞掰(髒話)』，他就會說：『好好，誰要跟你這個瘋子吵架』，她就進去房間把門反鎖，我會去踹他的門，叫他好膽再出來說一次，我都這樣兇我大姊 (A-524-531)。」

即便每次為了錢，都與大姐吵翻天，小真表示大姐嘴裡都「碎碎念」，但是還是很照顧她，給過很多機會，甚至拜託小真「只要乖乖，就算在家當少奶奶，只要不吃藥就好 (A-507)。」

「欠家人的支持就會覺得很無助 (A-776)」，家原本是個人最親密的處所，常聽一句話「金窩銀窩都不如自己的家好」，可見家對任何人而言都有最大的包容性，因為家是在任何人在外打拼奮鬥遇到挫折、困難，想回去就回去的避風港。但是，自從知道小真感染愛滋病毒後，姐姐態度大轉變，甚至對男友說：「你們兩個要死，死在外面就好不要回來這邊死 (A-382)。」

小真在監獄一被檢驗出感染愛滋病毒，第一個想到就是告訴家人：

「這種病我自己也不是很了解，我自己也會怕阿，我就老實跟我姐姐說『我得了愛滋病，我搬回家住也不知道要怎樣避免，我怕我會傳染給你們！』，我姐姐一聽就跟我說『你還是不要回來好了』，我聽到整個人都花去 (A-366-370)。」

小真坦誠的向家人揭露，主要是「自己會怕」，由其遭遇得知，毒癮者很多都不知使用毒品是感染愛滋病毒最大危險行為，而感染者初期對愛滋病知識陌生，更別說是一般社會民眾對愛滋病的恐懼。因為「自己對那個只了解一點點，沒想到厝裡人比我還不了解，我就是擔心會害到家裡的人，所以才說出來，沒想到害到自己(A-371-376)。」

小真第三次入獄後，家人不像第一、二次會到監獄探視過：

「家裡的人知道我得這種病就都不想理我，也跟我說叫我不要回家住了，以後有什麼事情也都不要回去家裡，就當做家裡都沒有我這個人，我當時只是想說我家

人是在說氣話，我在裡面一年我寫信回去都沒有回音，打電話回去聽到我的聲音馬上就掛掉電話，我就知道我的家人是跟我來真的了（A-320-325）」。

小真因與男友吸毒又兼買賣而被通緝，被捕入獄時已發現懷了同居男友的小孩，在獄中一直爭取墮胎不成，連要保外就醫，小真姐姐也不願到監獄幫他辦理保釋，也不願讓他回家生產，最後由高雄「關愛之家」護士保外生產。

「在監獄裡面要墮胎，要有我丈夫的同意書，我先生也不可能來，我的家人也不想理我，寫信也都不聞不問。衛生局說要開會，要依優生保健法有的沒的等開會下來，已經二十七周不能拿了。不可能讓我在那裡生，我家人也不可能管我，燕玲（關愛護士）他就把我保出來（A-411-417）」。

向家人坦露感染病毒之事後，自稱變成「孤兒」的小真紅著眼眶地表示：

「因為不知道要怎樣預防，我就老實的跟我家人講，沒想到說出來反而變的更嚴重，連家都沒得住，變成孤兒（A-677-687）」。

原本親密家人關係已經對毒癮者行為產生鄙視與離棄，甚至已經憤怒、厭惡到極點，加上對愛滋病的害怕、排斥，使毒癮愛滋感染者更是只剩孑然一身，無人可以傾訴，又不敢有任何怨言，讓人感到無處可以容身的孤獨困境。

#### 四、小洪的家人從不主動連絡

小洪吸毒時家人還有關切，會叫他去戒毒，但感染愛滋後家人甚少過問，對家人反應感觸很多：「較不會來關心我，很少打電話給我。平常心看待。有關心也好，沒關心也好，不然要怎樣。有一點無奈（B-200-210）」。家人的冷淡態度讓小洪「平常心看待，不然要怎樣！」，隱隱透露出一種只能這樣、自作自受、遺棄感、被動無奈的接受被遺棄的心情。

小洪在家中目前是唯一男生，與家中母親、姊妹較無話可說，小洪覺得吸毒與父親過世有很大關係，小洪父親過世十多年：

「我爸爸還在的時候，我還沒開始吸毒。過世後，差不多一年才開始吸毒的。他跟我很好，有事我都會跟他說，突然得肝癌，我和爸爸較有話說，感覺爸爸過

世，沒人可以講心事，跟其他家人沒話說。那時心情很不好。( B-229-233 )」。

小洪覺得如果父親還在世「有事可以跟他說 ( B-158 )」，自己應該不會染上毒品。由此可見家中重要他人 - 父親對年少時小洪的影響多麼深遠，生命中的重要他人對我們的回饋與反應，關係到一個人自我概念的形。對多數的人而言，親人死亡是生命裡的一個重大衝擊事件。尤其是青少年因為重要他人的去世，影響其自我統合，易缺乏因應負向感受的方法與能力，容易選擇以偏差行為來紓解 ( 侯南隆，2000 )。

小洪在醫院得知感染愛滋病毒後，住院兩個多月，妹妹曾探視一次，截至今日已兩年多妹妹未曾謀面，自己也不敢主動聯繫，「我也不想給他造成困擾，不想和他說那麼多，反正我跟我妹都沒有什麼說話。( B-190-191 )」。而母親與姐姐也在小洪住進關愛之家後未曾主動關心。這種親人關係的疏離，促使小洪陷入人際孤獨情境，雖然目前小洪身體狀況控制不錯，但對於家裡親人的冷漠態度，心中有無數苦楚，無處傾訴，這使得小洪感覺生活沒有歸屬感但又萬般無奈，因為連人類最初的歸屬團體都放棄自己，使感染者不知從何處再重拾信心。

## 五、我帶手銬腳鐐去祭拜媽媽

「媽媽因病過世時，沒有參加媽媽的告別式，因為阿兄阿姐認為有手銬腳鐐不好看，只有叫我請假提早回去拜拜、看看。後悔自己讓媽媽操煩，心情低到谷底 ( E-156-168 )」。丁桑屢因吸毒買藥犯下數起竊盜案，使得兄姐氣急敗壞，況且多次入獄，鄰里親友都對其指指點點，造成家人的連帶烙印，故母親過世時喪禮都不讓他白天出席參加，以免在眾親友面前丟人現眼，只准丁桑在喪禮前一晚深夜回家到母親靈前祭拜一下。

洪娟娟 ( 1998 ) 的研究發現，施用毒品者之家屬若街坊鄰居或關係較疏遠的親戚得知施用毒品者被逮捕、執刑，其家人即需承受他人的閒言閒語，甚至被輕視、疏遠，這些道德上的非難和異樣眼光對家屬形成壓力，也使施用毒品者除了自己直接承受法律制裁、社會的道德譴責之外，也承受了來自家人的心理壓力，對於自己造成家人蒙羞、沒面子而感到虧欠，甚至連與親人通信也可能造成親人生活的困擾與受到社會異樣眼光之

看待。在所有研究參與者中除大鄭無入獄記錄，其他人都曾因吸毒進出監獄數次，其家人也長期飽受親友與鄰里輕視眼神，對毒癮者幾乎是氣憤的想斷絕關係

「自己覺得我跟大姐比較親近。我都會寫信懇求阿姐不要放棄我（E-287-290）。」丁桑大哥在上海做婚紗生意，所以他一向跟大姐較有話說，以往因毒品入獄，屢次都由姐姐出面交保，感覺媽媽過世後，姐姐就是最親的家人。自從感染愛滋病毒後，丁桑怕家人排斥拒絕而不敢找他們，雖知不容易傳染，但未接觸家人之前，病者心中已經因為疾病的烙印先譴責自己，將自己區隔起來：

「就不太想去找他們，我相信每個染病的人都會這樣。他們基本常識都有，不會隨便傳染，但我心中有個疙瘩有個鬼，不知怎麼說！較自卑，都會怕家裡的人排斥，不接受（E-216-220）」。

丁桑大姐在外租房子讓他住，丁桑只能偶而打電話給姐姐，在訪談過程中，丁桑位從晨曦會偷跑回台南，姐姐氣得連接電話都不肯，丁桑還曾請研究者幫忙打電話代傳話給姐姐，丁桑想向姐姐說：「我在這裡很好。（田野記錄）」，雖是簡單一句報平安的話，但是他沒勇氣自己說不口，因為他認為姐姐不會原諒他，「我很想打電話給他，但是我知道他的性子，我不敢打，（E-153）」。這就是因為缺乏家人支持，使毒癮感染者情緒感到悲傷、羞恥、低自尊、對過去的行為自責、罪惡感，因為一切都是自己的惡行造成，今日的一切遭遇都要自食其果。

羅洛·梅認為語言表達是最直接的溝通方式，如果一個人無法表達、或是不被重視、不被了解，可能會形成攻擊別人或是傷害自己的暴力形式（May,2003）。丁桑連以簡單真誠方式，和親人溝通自己想法的勇氣都喪失，因為自己無法符合家人期待，認定自己無能為力，其實就形成對己身暴力的無能顯現。

## 六、大鄭母親說：「我沒法度照顧這種病人啦」

大鄭以往除非出遠門到外地工作住工寮，否則只要在南部附近工程，一定與父母、弟弟同住老家，即便因吸毒而欠地下錢莊錢，人家上門討債；或是先前大鄭有感染肺結核疾病，家人都未曾拒絕他回家。感染愛滋病毒住院後，家人擔心他出院回家，會害家

人因此而丟工作，母親以要工作無法照顧當時身體虛弱臥床的大鄭為由，安排住在「關愛之家」：

「我媽意思不要我回去，她就是想趕我出去。因為也不知道會變成什麼樣，她就說我在家的話會害到她（C2-377~385）」。

大鄭對母親的做法很無奈，但畢竟家人要在村子生存，母親與弟弟也需要工作賺錢生活，他對母親這樣的安排又能說什麼呢！

如今鄭已經住進關愛之家近半年，身體已經從當初無法下床，曾自嘲是「會動的植物人」，現今體能恢復到可以到監獄去做愛滋宣導。但是家人仍舊不聞不問，只有母親每月記三千元給他當零用錢，自認為：「我想我現在要回去也是很困難（C2-260）」。因為大鄭覺得母親還是有隱憂：「我媽擔心會去影響到他們的工作，我媽跟弟弟都有工作，他們比較沒這種常識，會以為這很會傳染，會怕。我媽幫人打掃，怕會沒工作，（C2-308-310）」。

況且在家中父親與弟弟從大鄭吸毒後，幾乎不跟他說話，所以如果回家理他：「因為我回去那邊連找個可以說話的人都沒有（C2-379-387）」。另擔心左鄰右舍對愛滋病會排斥，又找不到工作「是覺得說回家也不能出去工作，隔壁鄰居看到會排斥，也會感覺很不好意思（C2-305-307）」。

## 七、阿順一入黑社會我就知道有這天

阿順二十五歲走進酒店上班，如今回憶起那段在日子：

「因為顧慮到家人，嫁出來不想回家，不想再回去看人臉色，被人家笑話在朋友那邊住，朋友是開酒店的，我就在他店裡上班，黑社會也跳下去了。那時只有想兩條路，想自殺還是想染毒，不自殺，我只好走這條路。

（D-100-107）！」。

早婚的阿順，婚後生活充滿對先生感情失望與暴力的回憶：「我今天如果嫁給較好過的人那我今天就不會走這條路（D-29）」，抱持著「嫁出去的女兒，潑出去的水」，擔心離開夫家跑回娘家，會被人取笑，不想回家看人臉色，從此投靠朋友在聲光酒色之中

度過。

反正阿順已經數十年沒有住在家過，以前即便回家都只是趁晚上短暫停留，好面子的阿順對家人是否能接受他，完全沒信心，更何況感染愛滋病毒，而一方面也不想讓老父老母煩惱，更不必讓原本就已疏離的手足關係知道詳情，只會更讓家人瞧不起。

「回家時，報個平安，就馬上離開了。因為一個女孩子，要自己賺錢養活自己，二十幾歲青春時期一個人在酒店上班，所以我都回去一下就馬上離開了 (D-72-73)。」

對阿順而言，「家」的回憶是暴力相向的一場惡夢、是不堪回首之處，夫家早已回不去，連生育養育自己的娘家都羞於踏入，走入酒店生活之後，阿順心中早就「無家」存在。

「我既然染上了這個病，我就不想讓別人知道，連自己的朋友也是，我自己解決就好。不想讓他們知道的原因是因為我父母都多歲了，不想讓他們煩惱。不知道不會死，知道後那就死了。弟弟妹妹不需要說，本來感情就不好，我跟朋友較好，不需要讓他們怕。這個社會真的很現實，不需要讓人知道讓人怕，你知道嗎？這些事情發生了就要檢討自己，我們自己是歹子就是歹子 (D-61-68)。」

阿順認為自己走入酒店、冰果室上班，染上毒癮，這些都是自找的，對於感染愛滋病毒，不想讓家人朋友知道得病之事。因為一直生活在不穩定的人際關係，覺得在這個現實社會中真正朋友不多，「以前朋友好的也找不到幾個，我感覺做人不要讓人家怕 (D-114)」。因為上班性質特殊怕鄰居議論，阿順也不敢期待家人接納，認為「在酒店上班那是很丟臉的工作，...為了生活，沒辦法 (D-192-194)」。

馬斯洛需求理論的「愛和歸屬需求」必須在人群中實踐。他相信人是一種社會動物。一般而言，人有參與或隸屬某一團體的需求。我們喜歡而且熱愛他人，同時也希望被他人喜歡和熱愛。當生理和安全需求被滿足後，個人最關心的事，是被人接納、喜愛及認同。而家庭是一個人最早產生歸屬感之處，是一群親屬關係生活在一起，彼此互動，發揮職能的社會組織。家是個人意識、情感交流與互助，並且為經濟和其他目的連結而成的整合體。但對毒癮愛滋感染者而言，「家」像空中樓閣，虛幻地存在各自心中不敢期

待家人接納。

## 貳、因社會不良觀感造成社會資源不足

### 一、毒癮者難行的戒毒路

丁桑坦承要戒除毒癮很困難：「我相信所有吸毒的人，都有想要戒毒的想法。十個十一個想改，都不只戒一次喔(E-118)」。小洪進出監獄兩次，在獄中雖度過戒斷之苦，出獄遇到周遭朋友一慫恿，就輕易再染上毒品「出來後會想阿，朋友再來找就又用，有錢就買，我出來後也是沒有戒掉(B-146-147)。」「一日吸毒、終身吸毒」，很多毒癮者在監獄時都有想戒毒念頭，但一出獄立刻忘得煙消雲散，能夠真正克制而戒除的少之又少，阿善說：「心情鬱悶，最主要是自己心裡不能控制自己，還有不要和那些朋友在一起(G-284-285)」。

薛雅尹(2003)研究發現，大多數人遇到困難較常以使用毒品方式應付解決，同時非常依賴朋友，有事希望朋友出面協助，若遇到朋友皆是圈內人時，難保不再重蹈覆轍。另外受戒治人的挫折容忍力、自制力、及自信心皆不高，而且遇事常直接反擊，感情衝動用事，這些都是影響再犯的重要因素。

藥癮來的時候忽冷忽熱、會吐會瀉，但身毒真的很好戒，像小洪阿順丁桑等人經驗大約三天到一個星期，戒斷期就過去了，但心毒最難忍，丁桑說的：「心情好想芒一下，心情如果不好、不如意，就想吸毒忘記煩惱。(E-103-105)」。只要很高興、很沮喪、很無助，還是會想去試，意志力最經不起考驗，所以有人會去偷去搶，為了拿錢換毒品，不少人有犯案的前科。丁桑就為了籌錢，犯下幾次竊盜案，還借人頭給人家辦假結婚。

小真說勒戒期間幾乎都關在房裡胡亂想，「回想吃毒那段日子覺得人生是黑白的，很簡單就是這樣一句話，要死比較快！」，這句話充分反映毒癮者對於施用毒品負面影響的體認，以及對於自己曾經施用毒品而感到懊悔、無奈。

因為犯罪累累，形成社會對毒癮者深烙負面印象與觀感，認為這種人滿嘴胡言不可信任、無可救藥，加上使用毒品讓人感覺懶散，像阿善本來認定用毒「比較有活力，做工作較有力」，結果一段時間之後「染上這個不太有心情工作，懶得做(G-298)」，

因此幾乎毒癮者都容易被冠上「好吃懶做的廢物」不良觀感。林盈慧（2001）在《戒毒經驗之社會建構》研究當中，發現施用毒品者一方面認為戒毒要靠自己意志力控制，在另一方面卻又表達出戒毒靠自己的困難，其意志力與無法控制之間的拉距戰，常使其感到心有餘而力不足，而使得周遭人際、親情關係在努力付出卻換來再犯的打擊，歸咎毒癮者本身意志薄弱、好逸惡勞、善於說謊等負面評價，以致對毒癮者失去信任感。

但是目前台灣對於毒癮者並無正式戒毒辦法，政府雖然指定評鑑合格設有精神科之公、私立醫院辦理藥癮治療業務，不過這些醫療機構還是以提供生理解毒為主，僅少數之醫療院所加強藥癮病患之心理復健，以預防再犯。而多數毒癮者幾乎錢財都花費在買毒品上，個個幾乎傾家蕩產，或是家庭關係惡劣，就算有心想戒毒實屬不易（楊瑞美，2002）。反而民間戒毒機構不以藥物治療為主，而是提供戒毒環境讓毒癮者從心改變、從頭開始。例如財團法人基督教晨曦會福音戒毒中心、花蓮主愛之家都是基督教會設立的戒毒機構，主要是以基督的愛與接納提供有心想戒毒的毒癮者一個隔離毒癮環境的處所，接受輔導者全部免費住在中心，並分別給於身體、心理、靈性及職能輔導等階段之輔導，引導他們一個重生機會。

## 二、毒癮愛滋感染者在監獄困境

國內社會面對感染者的心態還尚未健康成熟，毒癮者同時又背負著愛滋感染者的雙重標籤之時。為避免其他受刑人情緒浮動及保護愛滋收容人，監獄對於感染愛滋的毒癮者採集中收容方式，隔離在病舍。但限於空間、緊急措施等，仍面臨諸多難題。譬如隔離措施而言，即便並未發病或身體狀況良好者，都長時間隔離（若只有一名愛滋病收容人則形同獨居一般），因各項活動較少，常常無所事事，且活動時間與其他收容人錯開，故自嘲自己「囚中囚」（王敏吉，2006）。所以小真說在監獄「有很多時間可以給我們想，因為沒電視看，只能『凍呆』，...看書不然就是念經，信基督教就禱告，信佛就就念經，要不就是靜坐（A-661-662）」。

毒癮者進入監所後在醫療照護方面，因為收容人被排除於全民健保適用對象之外，對於收容人的醫療費用以往由法務部編列預算支出，但近年愛滋感染收容人劇增，導致

愛滋病治療費透支，而排擠篩檢經費（王敏吉，2006），自 95 年修正「後天免疫缺乏症候群防治條例」衛生署依法編列公務預算支應後天免疫缺乏症候群之檢驗及治療費用，讓這些在監所的感染者能定期的了解自身的狀況，接受到妥善的醫療照顧，避免感染者因為不熟悉自己的病況，導致過多擔憂與無畏恐懼。

據研究者所知目前各監所都與鄰近之愛滋指定醫院合作，由專科醫師定期進駐監所為愛滋感染者診治與控制病毒感染情形，但多數僅限於一般醫療衛生層面，對於感染者的心理諮商輔導機制建構除幾處監所有民間愛滋機構支援外，其他多數監所資源仍不足。

### 三、我怕找不到工作

「不知道人會不會排斥，也不知道有沒有那個勇氣，得到這個病，要工作也會煩惱，怕被人知道，沒人要雇用我，我覺得這種病人會排斥、會怕，按ㄋㄟ被雇用的機會就較少（G-812-820）」。阿善雖還在養傷，住院期間常常思考找工作之事。其實擔心「找不到工作」問題一直是病情已獲穩定控制與尚未發病感染者最大隱憂。小真也擔心如果身體變差會無法工作：「哪天等我發病之後，我也一定沒辦法工作（A-460）」。

大鄭與陳桑原本工作屬於沒有雇主型 - 臨時工和計程車司機，較不擔心體檢問題，但因服藥副作用的不適，體力漸差，擔心無法勝任勞力工作，大鄭就怕：「我現在也不知道要多久才能回去做工，年輕時後所學的，現在已經不能負擔了（C2-275-276）」，一方面覺得目前體能無法再負荷以往土水匠粗重工作，一方面又擔心受人排斥找不到合適工作，「是覺得說回家也不能出去工作，隔壁鄰居看到會排斥，也會感覺很不好意思...我生這樣的病，如果要做工作，也沒有半樣我可以做的，（C2-305-338）」。阿順現在幫忙照顧「關愛之家」植物人，雖有給付薪水，可是他說「到外面工作賺的比較多，但是人不敢請。」，所以病者須面對的現實就是 - 離開中途之家，即便體力尚可，可能還是面臨無工作收入得餓肚子，生活陷入困境。

陳桑希望身體恢復之後：「想說如果好了，再找工作，重新過日子（F-217-224）」。「有工作」意味著人還有能力、象徵著「我是有用的人」，所以無論是以發病的大鄭、

小洪、陳桑都期待在體力可負擔範圍內有工作做，而未發病的阿善、小真、阿順想找工作的意圖更是強烈。但其實他們心中除了擔心身體狀況之外，最害怕的還是被排斥與拒絕。

1993年由湯姆漢克斯主演的「費城」這部電影，描述一位年輕有為的律師安德魯因罹患愛滋病被律師事務所開除，為了名譽、正義、甚至自己的私生活，像事務所提出告訴，可謂當時捍衛愛滋病工作權的代表作。時至今日國內也出現首例感染愛滋醫師爭取工作權的訴訟案，愛滋權促會在2006年度五大愛滋事件發表記者會上，指出2003年某醫院陳姓眼科醫師，因為感染愛滋遭院方要求無限期停診，2003年中，陳先生提起妨害秘密及損害賠償之訴，法律訴訟正式展開至今，始終未獲得完滿結果（中華民國愛滋感染者權益促進會，2006）。這樣社會新聞暴露雇主藉故將愛滋感染者排除在外，這樣的方式使得愛滋感染者在還沒發病之前，就會因為疾病被排斥找不到工作而無法生存，更引發潛在感染者擔心丟掉工作而不敢接受篩檢或治療。

#### 四、社會福利服務資源不足困境

由於社會對於毒癮愛滋感染者的歧視，資源連結不易，除衛生署指定愛滋病治療醫院提供醫療照護服務外，其餘各項福利服務並不足，況且多靠民間愛滋機構與團體提供。例如在直接服務方面，提供中途安置、經濟補助、諮商輔導、支持團體、電話衛教諮詢；另有些機構則是提供間接服務，如權益倡導、教育宣導防治等。但一般醫療、公衛、監所管理、照護機構排斥與歧視的態度與行為仍是很普遍，尤其是尚未發病或體能不錯的愛滋感染者如果想找工作，除擔心身分曝光外，更怕會遭到排斥與歧視。

毒癮愛滋感染者若經濟陷入困境，生活不穩定，人際關係有問題，他們就容易放棄對自我健康照顧。由於感染者擔心曝光的特性，許多感染者仍不敢主動地使用民間機構的資源，譬如阿善自車禍受傷後大半時間在醫院度過，原本家中只靠太太當作業員薪水及一些信用貸款度日，如今面臨龐大醫藥費實無力支付，阿善曾經詢問申請低收入戶事宜，但怕社政人員將感染身分曝光，「我若去申請，村幹事就知道，那全村就知道，後果不堪設想（田野記錄）。當社工人員申請民間資源經濟協助時，也為顧及疾病隱私而

得隱瞞愛滋疾病診斷，僅以其他感染性疾病名稱敷衍帶過，希望能為毒癮愛滋感染者這背負雙重污名的病者及其家屬爭取一點經濟補助度過難關。

感染者若能得到家庭的接納，疾病適應與長期照護上會有很大的助益，但目前最棘手的就是家庭拒絕接受病人。當感染者病發治療後，需要長期療養時，相關安養機構常有傳染性疾病的患者拒絕收容，或是以設備不足為由而拒收。即便有些愛滋感染者已經具有低收入資格，或領有身心障礙手冊，但連公家設立的養護安養機構，也不得入住，更何況私人設立的民間養護機構。但雞尾酒療法延長病友的生命，使得越來越多殘障或年邁的愛滋病友，若無工作能力、又遭逢家人遺棄者，勢必流落街頭，無處安身。臨床經驗中，數起重病的愛滋病患在院時，家人丟棄在院，不願照顧，連社工要出錢聘請看護，既要顧及病人隱私又要保護看護安全，種種顧忌都使社工人員相當難為；臨到病情穩定但仍需長期療養時，長期照護管理中心又以法定傳染病理由拒絕媒介養護機構，造成病人一直滯留醫院，而醫院社會工作人員在資源連結時，常常面臨既要找尋安置機構又得募集安置費的種種困難。

幸好目前民間愛滋中途之家對愛滋病友伸出援手，願意接受安置與照護服務，否則這群連流浪街頭本錢都沒有、無生存能力的病患，將滯留在醫院無法出院。諸如此類愛滋感染者在療養、安養方面資源不足情況，在政府未全力擬定配套措施，社會觀感不佳的狀況下更顯嚴重。目前台灣尚未有由公部門設立的愛滋收容機構，幾乎都靠民間愛滋機構，但民間機構若只是提供間接服務 - 宣導教育、研習活動等，尚不至於被社區排斥，倘若提供直接服務，如收容病友的中途之家，則多數不敢張揚地點、躲躲藏藏，以免社區抵制。

例如台灣關愛之家協會在九十五年於文山區設置愛滋感染者中途之家，卻屢遭社區居民抗議，社區管理委員會乃向法院提起訴訟，要求關愛之家搬遷，2006年10月11日台北地方法院判決關愛之家一審敗訴，台北地方法院以違反社區規約及法定傳染病患居住在密集住宅區，將對居民的衛生健康和心理造成嚴重威脅為由，判決關愛之家必須遷離再興社區。由此可見弱勢族群遭受社會排拒與貶抑之際，連法官對於愛滋病患也存有迷思與偏見，促使病患在身心創傷之下，更無力反抗被孤立、歧視的處境！

## 第二節 文化意義下的疾病污名

人是置身在文化脈絡中的，社會文化價值觀對寓居於世的我們而言，時時刻刻左右人的生活世界，無論是顯現或不顯現的價值判斷，它不需大聲張揚，它就在那裡，因為人是在世存有的，故本節將了解社會文化觀對毒癮愛滋感染者的觀感，及文化價值觀的影響下病者如何觀看自己罹病經驗。

### 壹、文化價值觀對毒癮、愛滋病的觀感

#### 一、愛滋的隱喻

Sontag (2000) 認為每個人在此世間都有雙重公民身分，既是健康王國的公民，也是疾病王國的公民。而疾病是生命的黑暗面，一個較幽暗的公民身分。因為疾病對個人而言，使個體身心受創，攪亂平靜生活，甚而威脅生命；對國家社會而言，大量、嚴重疾病更是威脅社會穩定性、耗損國家生產力與競爭力。所以疾病是不受歡迎的公民 - 敵人，人類投注大量資源尋求如何克服疾病帶來的威脅，這就揭示在醫療技術高度進化的二十世紀，對抗疾病與養身保健成為時下最熱門議題。但畢竟疾病與健康相隨，就像死亡與生命相隨一樣，無人可以倖免的。

任何疾病一旦碰上文化中道德規範，便不易逃開其譴責與枷鎖。一個醫學名詞、疾病名稱並不只意味它的特質，疾病本身還內含人們加上上去的情感、經驗、感覺綜合一起並在社會成員中流傳，年代越長遠其疾病所蘊藏意義越豐富，融入更多社會道德、群眾喜惡、社會對罹病者的壓力 (Hall, 1992)。因此個體生病經驗的意義受到其本身的自我感、所處文化脈絡中的信念、價值、期望行為，以及與周圍他人的關係等因素的影響 (蔣欣欣、盧孳燕，1996)。

Goffman 認為烙印具有「惹人厭、不名譽」的屬性。據 Goffman 所言被烙印化的疾病是那種會使人性尊嚴受損、或顏面毀損的疾病、或是特殊身分族群。一個受到烙印的人不再是完整的人，是一個受到玷汙或損毀的人，是「他類」(otherness)，跟我們不同

類。我們認為發生在他們身上的事，不會發生在我們身上。我們塑造了「烙印理論」，對於個人的差異性有合理化的解釋，那些受到烙印的人，惹人厭的屬性有性別、種族、社會地位。在現代，同性戀者、性工作者、吸毒者都被歸類為「他類」，因為我們認為他們對我們造成危險。（引自謝菊英，2003）。

唐毓麗（2005）在「罪與罰：台灣戰後小說中的疾病書寫」一文中提到在她所接觸的小說中，發現人們習於把疾病與罪行串聯，更常把疾病看成是天譴或懲罰，探討「疾病是一種懲罰」的隱喻思維時，才進一步證實此思維不只牽涉到修辭，更與病人肉體痛苦經驗、心理活動、文化禁忌與他人看待都有緊密的關聯。人們常常為了控制人我關係與社會秩序，或是為了明辨善惡、區分他者而產生的思維，人們自行扮演「審判者」的角色，將背判社會道德與文化習俗的人視為「他類」，如愛滋病患、痲瘋病患、肺結核病患被輿論及「審判者」視為天譴，「審判者」以「拒絕認同」的方式，嚴厲地懲罰「他類」。罹病者可能違背道德衝突造成疾病，「罹病者」或「審判者」也可能拿病譴責審判「被審判者」，把疾病當成懲罰，顯示人們存有「自譴」、「他譴」與「譴他」三種心理模式。這三種心理模式，建立在「疾病是『主角』對『自我』的一種懲罰」、「疾病被『審判者』看成是對『被審判者』的一種懲罰」與「疾病是『罹病者』或『審判者』懲罰『被審判者』的手段」的認知上。

所以我們把疾病烙印化，因為我們想把自己跟有特殊疾病的人有所分別，但我們並不一定對很嚴重或最具傳染性的疾病加以烙印化，例如禽流感、腸病毒、SARS 都曾造成不少人喪失性命，但並未賦於疾病污名。

癌症死亡率占全世界各大死因前三名，Sontag（1977）把癌症比喻為「軍事侵略」的隱喻，因為壞細胞會以佔領領地的方式，侵襲全身，造成身體嚴重的損失，癌是邪惡、無情、腐蝕、難以征服的侵略者。一個人罹癌症通常會被隱瞞病情，不是因為癌症是絕症，而且因為癌症被認為是卑污的 - cancer 這個字義有壞兆頭、可惡、使人反感之意，如此隱喻使一般人對癌症有歧視。但 Sontag（1988）對癌的看法改變，罹癌不再是恥辱、不體面的社會身分的創造者。只是把癌看成病 - 非常嚴重的病，不是個詛咒、不是個懲罰、不是個恥辱，況且鼓勵醫師坦承與病人討論病情，雖無法完全治癒所有癌症，但多

數已經可以治癒或良好控制，故罹癌得人未必是立即死刑。

愛滋病所含的疾病隱喻是綜融性的，首先它具有癌的隱喻情況 - 侵略的特質，只是癌是由體內惡細胞變化而來，而愛滋病是由外在敵人 - 病毒 - 侵入的，而愛滋病毒並非對它所寄居的細胞都是立即致命的事實，使它因為具有潛伏期的隱憂，更添加詭計多端、戰無不勝的惡名。而且愛滋病與癌症一樣都被認為會提供十分痛苦的死，癌症診斷後常常是家屬知情守密不讓知道，況且鼓勵家屬參與治療，尤其現代心靈醫療更強調面臨癌症臨終階段，病人與家人共同奮戰，共譜美好回憶。但愛滋病被理解為無藥可救、邪惡，故診斷後經常是病人知道而不敢讓家屬知情（Sontag,2000），因為這個病具高危險的傳染性，尤其與種種社會的不道德行為連結在一起，形成許多社會關係先於生理症狀而死。故如果愛滋感染者發病，常常家屬是不知真正病情，抑或是知情但不敢接近，願意隨侍在側的情況更少見，病情嚴重臨命終時，可能連收屍埋葬的家屬都沒有。

其次愛滋病也具有梅毒的隱喻 - 經由污染者的血或性液得到，十五世紀末醫生對梅毒的敘述是：可憎的、報應的、侵略的病，是使人丟臉、使人失能、是噁心的。這些對梅毒的邪惡概念，愛滋病都同樣具備，而且愛滋病不只被理解為性放縱之病，也是性變態的病。故愛滋病是放縱、犯罪、沉溺於非法化學藥品所需付出的代價。故得此病被視為對性活躍者的懲罰，若是經由性行為得到愛滋病毒者是咎由自取；若因分享針頭得到愛滋病的靜脈注射毒癮者則被視為自殺；而因同性戀從事的不正常性行為感染愛滋病毒者被視為享樂主義者，其行為也是一種自殺（Sontag,2000）。

愛滋病因為剛被發現時尚未研發出藥物治療，且愛滋病患形體瘦如槁枯，皮膚潰爛，故只要一得病形體必被折磨的可怕印象，且得病就等同絕望與痛苦的死亡之隱喻。加上愛滋病患被認定是違反道德倫理的同性戀者所具有的病，這些正符合被烙印的條件！因此愛滋病從一開始，便被建構「將一群人自另一群人分開」，將病人與健康者分開，將道德與不道德的人/行為分開他們與我們分開的概念。所以衛生專家與政府必須將感染愛滋病毒者與「一般大眾」區分，而所謂「一般大眾」就是不注射毒品、不做危險性行為的人，我們一般「有道德的人」是不會做那種放縱、邪惡、倭靛的事。

感染愛滋病毒並非立即死亡，卻因為對潛伏期無法預知，顯示這種病毒詭計多端的

隱喻，更加深對愛滋病的厭惡與害怕。甚至如果只是愛滋檢驗陽性反應者（及未發病的帶原者），也被歸類為一群「會」傳染疾病的人。故即便在他們還沒有做出任何「傳染他人」的行為之前，他們就已經被劃分到「危險」族群，這更傷及一些感染者的自尊，像阿善、丁桑、阿順和小真都僅屬於帶原者階段，但死亡陰影在他們心中卻已經滋生。況且因為病毒會永遠留存在體內無法消滅，故「污染必理解為永久的」，縱使只是感染者，愛滋病毒遲早終將被喚醒、症狀出現都只是時間問題，他們被描述成「身懷病毒，脆弱到任何時候都會死亡」的狀態（Sontag,2000）。

基本上感染愛滋病毒有兩方面的烙印，一是來自外在社會文化、道德論述意識形態的壓力，感染者害怕被歧視。例如阿善在住院中就感受到無形歧視：

「別人心裡會排斥這種病的病人，我自己有感覺啦。看護士和別人的反應，我自己心裡有一點感覺啦，看有的護士會戴手套，有的穿防護衣等等，我看了覺得心裏怪怪的（G-658-664）」。

另一重要的烙印則是來自感染者自身內在的無能感，對自己諸多負向評價，認為一切都是咎由自取 - 報應觀，無臉面對大眾，只能生活在陰暗處。例如陳桑回醫院追蹤的經驗，自身明知戴口罩並不是防治傳染愛滋方式，但自己對疾病內化無能感，而以口罩遮臉方式面對大眾：

「...出去我都會戴口罩，這是尊重別人，其實愛滋不會那麼容易傳染，根本不需要怕，這大概是我自卑吧，我都會戴口罩。（F-364-368）」。

所以毒癮愛滋感染者面對的不僅要克服對疾病的莫名恐懼，還有背後道德輿論無形的壓迫。根據莊莘（1995）研究發現台灣社會對 HIV/AIDS 的烙印：感染 HIV 是惡人應得的報應、是上輩子種的惡因所致的業報、HIV/AIDS 是骯髒會污染的、感染 HIV/AIDS 是家醜，不能讓外人知道、男性感染是不孝的表現、HIV 是由壞女人散佈的，壞女人才會感染、HIV/AIDS 使同性戀者受人排斥、曝光的感染者是出來自首的罪人。

人們因為對感染愛滋病毒者總是與違反道德輿論概念相連，加上感染愛滋病毒者外觀上並無任何形體特徵可以辨識，倘若感染者體能仍可參與職場工作、社交活動，病人就是隱形的、無人知曉的在我們週遭流竄，因此一般大眾對這種「看不見」的隱形殺手

更加惶恐。所以「正常、健康」人必須與之區分，以確保不會被傳染。

在醫院裡可以窺視這種規訓，像阿善腳傷進出醫院多次，每次都得住住在隔離的特別病房區，他就曾質疑「我未發病，為什麼要住隔離病房？（阿善田野記錄）」！多數愛滋治療醫院均設定愛滋特別病房，並與其他病房隔離，這如同 SARS 期間因其傳染途徑為飛沫傳染，故將病人安排隔離病房，但不解的是愛滋病毒並非飛沫傳染、空氣傳染，實無將之特別隔離的醫療必要性，反而有將「非我族類」區隔之歧視意味。

大鄭從罹病以來，經歷轉院三次，家人拒絕他回家，而今住在「關愛之家」開始煩惱出去找不到工作，很有感觸地說：「人會怕，會不敢跟你一起，就算是健康的也沒人要跟你在一起，(C2-373-375)」。

故無論是愛滋病人或是感染者都是危險份子，必須與健康族群隔離，否則會危害到整體社會與國家。其實社會就是以這種「隔離」的思維方式，將可能危害到我群的人區隔，進而產生了對立 – 「我們非感染者」與「你們感染者」，因此大眾對受疾病烙印的人的回應是將「你們感染者」孤立，以免傷害多數人健康。

當我們擔心愛滋病對自己的安危造成威脅，對社會規範造成危害。為了捍衛傳統的社會道德與價值觀，我們必須自我保護，人們將無知、恐懼、偏見、烙印轉化為態度與行動就是歧視（謝菊英，2003）。例如高雄關愛家園護士說：「隔壁早餐店老闆擔心來買早餐的客人會怕，如果我們的病人去吃早餐，他會請病人不要坐在店裡吃早餐，要我們買回來吃（田野記錄）」。

因此這種外在無知的歧視、排斥，形成一股無形、殘酷的侵略性暴力，使得病的人漸被隔離到社會邊緣的狹小空間，摧毀病者的信心，加深病者內在羞愧、自卑與無能處境，讓其更不得不學會隱藏身分。所以小真害怕朋友知道，會拒絕往來，至今不敢告訴最要好的朋友：

「怕會傳染給朋友，也非常怕朋友知道會怕，所以才不敢找，會被排斥 不敢找，怕他亂想，不敢跟人家講（A-764-670）」

依 Sontag 的看法，正是因為我們對於某些疾病的束手無策與無知，我們才會大量地使用道德隱喻(metaphor)，在集體想像中建構出敗德的族群，而認為疾病即是這群道

德敗壞的人的「天譴」(Sontag, 2000)。

為病的猜疑、懷疑、憂慮所苦時，在我們能稱病為病之前，就開始了；我們不確定我們是否病了；一手問脈搏問另一手，我們的眼問我們的尿，我們該怎麼辦 我們為病所苦，無法撐到痛苦來

Sunsan Sontag

疾病固然可怕，但使得我們將自身身體視為戰場，隨時有淪陷的危險，卻是思想和語言的暴力、文化的偏執和恐慌，那是疾病尚未摧毀人類之前，就先匍伏在暗處迫害著生病的人。因此疾病已不再只是生理上的疾病，更是社會的疾病。真正的病源體不在於個人，而是隱匿於龐巨的社會體系中(李欣倫，2004)。

## 二、社會邊緣人中的邊緣人

現代愛滋感染者雖已非同性戀者的專利，反以靜脈注射毒品成癮者為大宗感染人數，但毒癮者也又符合違反社會善良風氣與危害健康特性，甚至「吸毒」被視為犯罪行為，隨之而來的則是大眾對於社會秩序與社會安全的顧慮。最一般的說法是「毒品不合法，所以會引起更多其他的犯罪」，媒體中常見嫌疑犯總是被懷疑有「使用毒品」，一切破壞社會治安的行為都讓毒品來承擔。

台灣對政策宣導上更藉著妖魔化與犯罪化的過程，使得某些藥物被視為帶有本質上的「毒性」，這毒性不僅僅是化學上的毒，同時也被賦予象徵性而隱喻了「毒」的社會意義，「吸毒者」於是有了一個固定的形象：形容枯槁、蒼白瘦削、遊手好閒、犯罪嫌疑高，同時以「社會的毒瘤」來隱喻其危害性（王彥蘋，2002）。

Black、Owens和Wolff（1970）調查發現毒癮者通常是社會失敗者；黃徵男（1990）認為毒品受刑人的特性是：好吃懶做、生活懶散、道德觀低落、陰險狡猾、善於心計、容易撒謊、欺善怕惡、欠缺廉恥心、善於掩飾等評價（引自唐福春，2003）。

丁桑表示：「沒吸毒時，當然會想找正常朋友，可是他們認知會以為你是吸毒的人沒救了（E-302-304）」，社會對這群有犯罪前科、或入獄多次的毒癮愛滋感染者及其家屬，都以異樣眼光給予非常負面印象與道德評價，其實也造成對毒癮者與家屬自覺丟臉、沒面子。丁桑因吸毒犯下無數次案件，使得親戚認為吸毒者是無用的人：

「改太多次還是沒辦法根除，剛開始想挽救，到後來他們覺得我已經無效了（E-126）」。

無論愛滋病人或毒癮者，種種負向觀感都符合「惹人厭惡、不名譽、罪人、犯人」屬性，即與我們一般循規蹈矩、遵守社會道德的人們不同類。一旦我們把這些特殊性行為、不明譽疾病者、吸毒者的人歸於「他類」，對這些有特別屬性的人產生負面評價時，社會就會以各種道德歸罪的態度與行為待之。這就如同 Field (1993) 指出由於愛滋病是一個會致死的疾病，而這個疾病有與一些原本即被烙印的族群如藥癮者、同性戀者及娼妓有緊密的聯結，又因為多數病患由不正常的性接觸才造成感染，使人們早期在面對愛滋病時的反應就像是一種「道德恐慌」(moral panic)，也使愛滋病成為一個可怕的病。故在不同文化與疾病歷史中，對於毒癮愛滋感染者不僅是個會傳染疾病的人，同時也代表是行為不檢、罪惡、污穢等負向觀點的污名。

社會文化本就對愛滋疾病已存不潔、危險、無藥可治等羞恥、致命認知，而毒癮者向來既有好吃懶做、陰險奸詐等負向評價，加上社會媒體也喜歡挖掘一些駭人聽聞的事件引起大眾焦點，使各種責難與排斥加諸毒癮愛滋感染者身上。人們認為愛滋感染者「罪有應得」，得病是他們不潔生活形態的「報應」，這些直接或間接的歧視，都令人們對自己的觀點合理化，而且將自己的看法不論對錯都外顯出來。

例如2004年年初台北市農安街轟趴事件中，警方搜查現場看到有很多非法的藥物與保險套，於是當場逮捕93名同志，並且強制進行愛滋篩檢。媒體大肆宣染農安事件，標題聳動的把同性戀 = 轟趴 = 雜交 = 愛滋，使民眾因每體報導更加深對毒癮者與愛滋病的恐慌，社會恐懼由身體愉悅引起，愉悅的身體可能逃脫社會的規訓，預設帶來偏離常軌的性愉悅，而這正是社會所害怕的，因為非正常的性行為都會伴隨著性疾病與污名（王彥蘋，2002）；2007年高雄一名警員追捕毒癮犯時，因對方拒捕而咬傷警員，事後被捕宣稱自己感染愛滋病毒的事件，讓人民保母的執法人員非常擔憂被感染。讓毒癮感染者進駐一個被貼標籤的「區隔」位置，區隔就是各種關係裂縫的前身，使毒癮者在種種不利隱喻下置身於受苦情境，遭受周遭他人的不認可與貶抑，處於深刻羞恥感與自我否定的處境，將毒癮愛滋感染者逐漸逼進斷裂世界。

羅洛梅稱「神話在某一時間點上會成為潛意識」影響著個人會社會對事件的看法。就如同阿德勒以「導航故事」(guiding diction)為隱喻，他強調早期經驗對兒童記憶之重要性，因為個人童年記憶中的某重要事件，會變成神話，成為當事人生活方式的導航指引，不論是虛構或真實，在接下來的歲月中，當事人都會把這個導航故事當作自己神秘的神話(May,2003)。社會大眾的排斥與歧視事件對毒癮愛滋感染者而言，或許親身經歷、或許只是聽聞媒體報導、或許只是幻想，都可說是一種「神話」隱喻，因為每天在腦海記憶中形塑它，將種種毒癮愛滋感染者是邪惡、不潔、混亂製造者、國家經濟安全的威脅者等負面價值形塑出神話，隨後又將此神話存放記憶中，作為以後類似情境的指引。因此被烙印的人會給人一種刻板印象，使得他在面對他人的時候會因知道自己被烙印而出現低自尊、社交隔離、退縮、缺乏自信等行為表現，而這些表現可能使社會人士對他的評價更加不好，而更促使個人低自尊、社交隔離等行為反應，形成一個惡性循環(莊莘，1995)。

對於那些「他類」的人，社會給予各種方式的歧視行為，有些是明顯的行動，如攻擊或排斥，有些是隱晦的，如冷漠或孤立。我們的歧視行為侷限了受歧視者的生活機會，無法獲得一般公民所享有的權利，他們受到社會的迫害，無力反抗且被推擠到社會邊緣(引自謝菊英，2003)。毒癮愛滋感染者無論已受到歧視、預期或擔心會遭受歧視，這些有形無形迫害都更加增強了孤立感，其後果是家人朋友的疏離與社會孤立，缺乏支持系統。

## 貳、 得病是一種報應

### 一、 別人都很怕我，好像見到鬼

「因為我得這種病，要死就自己去死就好，為什麼還要拖累到別人(A-740-744)」小真初期對愛滋病的認知就如同社會大眾的訛傳一樣，「得病就死」、「跟愛滋病人在一起會被傳染」，自認是危險人物，所以先將自己與外界隔離以免害人。這就是文化意義在病人身上烙下的意涵影響深遠，但也是個人難以避免與面對的。愛滋病是人在生病前就已被理解為生病的病。這個病製造無數症狀/病；這些症狀/病是無法治癒的；

這些症狀 / 病導致許多社會死亡 (先於生理死亡) (Sontag, 2000)。這種疾病因發的污名化或人際孤離產生社交死亡，而這些烙印意義常常以不顯現的型態困擾病人。

多數愛滋感染者不管是在監所或是在醫療場域被篩檢出來後，都慢慢接受感染愛滋病毒相關衛教，清楚愛滋病毒傳染途徑是經由體液、血液接觸或垂直接觸，所以並不容易受到感染。但是因為社會大眾以及輿論對疾病的恐懼，使得社會與家人都很害怕與感染的人接觸。

「我媽擔心會去影響到他們的工作，我媽跟弟弟都有工作，他們比較沒這種常識，會以為這很會傳染，會怕。我媽幫人打掃，怕會沒工作，會擔心說如果你回到家裡，被鄰居知道，這樣會被排斥 (C2-308-311)」。

大鄭多年前感染肺結核，可是家人當時並不害怕，也未排斥他住在家中。但得知愛滋病後的態度卻大不如前，母親擔心會被傳染、擔心會丟工作、擔心鄰居會怕，所以不願意大鄭回家療養。殊不知肺結核是飛沫傳染，傳染途徑比愛滋病毒要靠體液、血液接觸傳染，傳染途徑更容易，傳染率更快，可見家人對愛滋病的不了解導致對病人的排斥與無謂害怕。

以往在國內一些政治人物在公眾場合對愛滋病負面的言論，如前衛生署署長張博雅對愛滋病的經典「活的痛苦，死的難堪又難看」、副總統呂秀蓮在 2003 年「愛滋成果博覽會」中會指出愛滋病蔓延是因為「老天看不下而給予天譴」。這些言論突顯政府對於愛滋病的恐懼與愛滋病人的嚴重歧視，延伸造成民眾在無法獲得正確疾病認知下隨之起舞，這對愛滋防治教育不僅無濟於事，只會更加深感染者與社會大眾彼此鴻溝。

陳桑每次去醫院覆診，門診護士都會帶口罩，陳桑說：「其實這沒那麼容易傳染吧！」。

「雖然這種東西不是那麼容易傳染，可是外界誤解，這種觀念很難改，這種病醫不好的，只能控制病情。大家見到這種病的人都很害怕 (F-253-280)」。

陳桑明知那是外界誤解，但無力對抗污名帶來的歧視與排斥，只能懷著無奈的心情看待。陳桑回憶他住院時，弟妹連病房都不敢進來，他很感慨地說：

「現在社會大眾聽到愛滋病，好像見到鬼，他們不了解愛滋，沒那麼容易接受，

一般人不了解，對這個很忌諱，一般人觀念對我們這種人不敢靠近，都盡量少接觸，沒辦法接納（F-116-145）。」

所以面臨手足不敢進病房探視的表現，甚至陳桑要出院時要求其在外租房子，不希望他回家住。讓自卑的陳桑面對親人的冷漠、排斥，感嘆有一點親情淡薄而且自尊心受損，但是不敢強求，這又是一種心理受苦但又無法言說的經驗。

有家歸不得、得不到家人諒解與支持，常常是愛滋感染者心中最難以承受的痛。小真生產後想趁回監獄續服刑之前，想回家看看由姐姐輔養的另兩個孩子：

「我姊不敢叫我進去坐，他說他很怕這種病，他叫我不要常常回家，也不要碰小孩，因為我有愛滋病，「衰小」（A-357-359）」。

## 二、得病！只怪自己，不怪別人！

中國傳統常以「現世報」比喻自作自受的人，所以毒癮愛滋感染者就是符合這種論點。「這也算是報應了，還能怎麼說呢?!（G-705）」，文化給予疾病某種意義之後，病人會選擇地將患病與某種處罰（如神意或其他）聯繫起來，病情嚴重的人，可能會感到他必定做過什麼以致有此結果，因此，生病就是做錯事的報應。況且得病的導因如果真是因為自己行為所致，更服膺這種惡報、天譴的報應觀。毒癮愛滋感染者自知因為吸毒而感染愛滋病，面對親人的冷漠態度、朋友異樣眼光，社會隱藏的不友善，多數人認為以「是自己造的孽（A35-790-792）」看待這一切。

因為年輕時對人生目標的迷失，毒品成癮成為一種替代的目標，以為吸毒境界是展現生命的另一種意義，結果卻造成身敗名裂，所有關係斷裂，將自己擠入更無家處境。

而今感染愛滋病毒之後心中十分懊悔，連自己都無法接受自己：「不知道要怎麼面對自己和一些家裡的人。又得全身都是病這樣。我感到不知道要怎麼面對自己 他們會怕啦，這是過去自己所造成現在這樣（阿善-678-689）」。自從阿善因車禍入院得知感染愛滋病毒後，母親與兄姐更是連到醫院探視都不敢。住院期間母親與兄姐不聞不問，阿善也自覺沒有臉跟家人請求協助，認為一切都是自己應得的報應。

小洪無奈地表示「我自己做錯，自己的不對，我不會去怪別人（B-148）」，因為吸

毒且又感染愛滋病毒，就必須遠離人群，為自己的行為深感究責，於是和其他社群成員（親情關係、人際關係）出現裂縫，就其存在意義而言，毒癮愛滋感染者的世界縮小了，而且自己殺了自己的一部分。

「會得這種病都是自己惹出來的（A-448）」小真認為自己這輩子，因為交到一些吸毒朋友誤入歧途，對自己因為吸毒感染愛滋病毒無言以對：

「我就想說我這輩子，為藥而活，為藥而死，就交到一些 唉，現在又得到這種病，不知道我什麼時候會死， 得這個病， ，我也不會說，不能怪他們（A-339-354）」。

陳桑無力改變染病事實，也只能以天意的譴責慰藉自己：「我得這個病，老天已經懲罰我（F-345-346）」，故生病被認為是個人越軌或不正當行為的結果，而不只是對於某人人生計畫的一種不可避免的干擾，使個體深切體認處於一種根本上無能為力之感。

陳桑心情矛盾地表示害怕子女來關愛探視，他認為關愛是一個複雜環境不宜讓子女冒感染之險。自己吸毒已經導致家破人亡，如果害子女感染愛滋，會讓自己終身愧疚。

「我很不希望他們來，因為這裡的環境太複雜了，雖然這種東西不是那麼容易傳染，怎樣都是自己的小孩，如果感染，我會愧疚一輩子。是很矛盾（F-253-255）」。

其他感染者也和陳桑相同遭遇，抱持懊悔的心情，雖然病者知道傳染途徑，但面對家人拒絕接受，社會中對疾病帶來的污名暗潮，又無力反抗，這是一種心苦但又無處傾訴的苦悶，「報應、自責」成為病者對自身吸毒以及染病的唯一詮釋。

「會怨嘆得這個病 每一個人的命運都不同阿，只不過我們自己的命運就是在自己手中創作出來的（D-514-533）」。

「我在世間活著也沒什麼意義啦！也沒有多好命，（D-15）」。阿順惆悵地在現世找不到受苦的目的，將生活中面臨種種苦難與折磨，轉而認為是命運的安排，宿命的想法讓阿順較能緩衝婚姻裂絕、無家人認同的生命逆境。

受疾病烙印的人承受很大的壓力，他們要承受疾病所帶來的生理痛苦，在身心各方面，他們都很脆弱，實在沒有能力去對抗歧視的態度、行為，更無法去對抗歧視的來源。關愛之家在文山區設置的中途之家，屢遭社區居民民眾抗議，社區管理委員會乃向法院

提起訴訟，要求關愛之家搬遷。2006 年台北地方法院以關愛之家違反社區規約及法定傳染病患居住在密集住宅區，將對居民的衛生健康和心理造成嚴重威脅為由，判決關愛之家必須遷離再興社區。

對於住在關愛之家的病友，有些感染者原本即無家可歸，如阿順；有些則是明明白白被家人拒絕，如同陳桑、丁桑、小洪、小真與大鄭的家人，因為家人對愛滋病害怕、排斥，無法被家人接受的情境，其實心理都有數，只是要承認被家人拒絕等於是面對親人關係斷絕，這是較令人難以接受的事實，只能用「只怪自己，不怪別人」認命的態度，掩飾無法言說的孤獨與懊悔心情。

### 三、活在愛滋生活裡

大鄭「我很少出去，最多到巷口」其實身體已經恢復差不多，不再如剛出院時一副皮包骨模樣，外觀沒有任何異樣，但是心中的自我烙印讓大鄭不敢走太遠。社會的歧視已經深深在心命底層中留下刻痕，使自我欲進入社會世界時，外在慘酷的異樣眼光，牽動主體畏懼的心，畢竟人只要仍存在在社會世界，對烙印的恐懼永遠無法消失。

而阿順則自覺不想讓家人、朋友看不起而隱藏行蹤：「我既然染上了這個病，我就不想讓別人知道，連自己的朋友也是，我自己解決就好，不想讓他們煩惱。不知道不會死，知道後那就死了，不需要讓人知道讓人怕，(D-161-166)」。

陳桑和一樣多數感染者都有類似想法：「未來很茫然，過一天算一天，想太多沒辦法過日子(F-342-348)」這種無奈的發聲，豈是「不要想太多」這麼簡單一句話，就可表述毒癮愛滋感染者的心境，陳桑目前生活就真的可以不想嗎？其實他內心可是各種念頭時常翻攪！例如一談到子女，雖然親人態度冷漠，陳桑還是期待家人探視，但又擔憂會傳染給子女，矛盾又感傷地說：「吸毒又有這個病讓我有自卑感，我不敢接觸孩子。怕他們的態度不會很好的啦，我自尊心強，如果他們很冷漠態度，我會受不了(F-146-170)」。

大鄭病況漸穩定後，常想著「這個病沒法醫，所以亂想，不能工作，家人會排斥，眾人不接受，又不能賺錢(C1-156-172)」。

雖然以前大鄭一副拿得起放得下的大哥

個性，遇到家人拒絕、擔心社會不能接受這種疾病，自己可能無法維生，不知日子何以渡過。

疾病本身的蘊藏文化烙印，嚴重影響毒癮愛滋感染者的社會存在，讓人思索著一旦生病，病人整個正常生活世界都變調了，生存空間變小、人際關係活動冷淡，阻擾著病人向他人、世界開放的意向。尤其是罹患一種由無數的構成這病的症候群，令病人看不到未來、看不到希望，丁桑「不知什麼時候發病，但是也一定會想沒有未來，(E-371-374)」。摧毀病人活下去的勇氣與信心，許多人都像阿善一樣有自殺念頭：

「因為我覺得這種病，人們會排斥，會害怕阿，這樣被雇用的機會就比較少了。想不開時會想去去ㄉㄚ（想死）！（G-766-771）」

大鄭原本即有肺結核，可是家人並未拒絕他在家同住，常常到藥房買解毒藥的老闆朋友也沒有叫他不要到店裡坐。但大鄭發病後人突然瘦很多，因為住院時母親曾跟友人提起感染之事，「我媽跟某一個人說我生病，叫他不要跟別人說，結果變得大家都知道，...一個人知道，全部的人就都會知道，最後全村的人都知道，在那種地方消息都會傳很快」，原本感情不錯的朋友見到跟他說：「怎麼會變這樣！（C2-368）」並且要求大鄭不要再來「稍炊」（台語：找），大鄭的朋友雖未直接拒絕來往，大鄭生病後也尚未回到村子，但從母親的害怕、朋友言語等跡象，隱約覺得全村的人都怕他，大鄭就自己形塑自己是不受歡迎的人，對將來是否可以回家沒有把握「我想我現在要回去也是很困難，我回去那邊連找個可以說話的人都沒有。...回家也不能出去工作，隔壁鄰居看到會排斥，也會感覺很不好意思（C2-265-305）」。可見社會聞愛色變，甚至不了解肺結核是空氣傳染，傳染率比愛滋的接觸傳染更容易更可怕，但人們只是長期受社會的道德污名、以及得病必死言論影響，導致對病人的恐懼與排斥，並未正確認知愛滋病毒的接觸傳染其實是在有傷口條件之下，碰觸感染者的血、體液，才會造成感染可能，這個過程其實並非一般人想像的容易。

陳桑說：「現在的社會大眾聽到愛滋病，好像見到鬼一樣，他們不瞭解愛滋沒那麼容易接受。對這個很忌諱，一般人觀念對我們這種人都不敢靠近，盡量少接觸，沒辦法接納。（F-116-145）」。不僅陳桑因為家人對愛滋病的害怕、恐懼，其他感染者也都遭

受瘟疫般的對待；大鄭、丁桑、小洪、阿順等也都是感染疾病之後，才對愛滋病傳染途徑較有認識，連親近的家人都避之唯恐不及，擔心被傳染而拒絕愛滋病者回家，如小真說的「我也怕會傳染人家，所以老實跟家人，講結果變孤兒」。何況社會大眾對愛滋病人仍舊抱持著不名譽、不乾淨的恐懼，一聽到愛滋病人好像「見到鬼」一樣，忌諱與病者接近。而病者也因此自覺形穢，不敢怨言也不奢求諒解，只能藏匿在暗處。故疾病污名有時是社會文化將愛滋感染者歸為玷汙的他類。

尼采「日出」文章中一段話所述「我們必須平息病人的想像，好讓他至少不必在為病煩惱之外，還要為思考病煩惱 - - 為思考病煩惱是很苦的！是很苦的！ - - 」

( Sontag, 2000 )。

有時則是病者自我將社會負面論述加諸個人情緒造成自我無價值感。小真如今得病後不敢主動找朋友，擔心別人看不起，「...有吃藥和沒吃藥的，現在比較不會去找他們了，因為怕我有這樣的病他們會看不起我 ( A-688-716 )」。這同時也是其他受訪者的共同心態，感覺吸毒時就已經造成各種關係斷裂，周遭大多只剩毒癮圈內人，如今加上這種世紀之病，小真在獄中被移至愛滋牢房時，身分一曝光，現在連毒友都不敢碰見他；大鄭覺得「全村的人都怕」；人人聞病駭之，故感染者怎敢奢望外人會有正向態度待之。

羅洛梅認為個人價值感係指涉人對自己必定佔有份量，對他人能起作用，以及能夠得到同僚認同的信念。毒癮愛滋感染者因為吸毒行為得不到家人、社會的認同，因為毒癮感染愛滋病毒受家人與社會排斥與歧視、無法與人表達情緒的沮喪，對未來不敢抱持任何希望。他們內心也自認感覺丟臉、罪惡，失去與他人真誠連結信心，無法建立良好人際關係，找不到歸屬感，無法認同自我，而造成沮喪、抑鬱與絕望，深陷無意義與無價值感的挫敗經驗與人際孤獨。

### 第三節 毒癮愛滋感染者的存在意義分析

在前述社會性苦難與被文化觀污名的前提下，將整體地分析毒癮愛滋感染者面對的存在性受挫經驗。

#### 壹、吸毒 - 生病使生命像陀螺般轉不停

生活世界的病是受苦經驗，且「病」是受苦經驗社會性地被看待。當吸毒者成癮後，成為藥物之奴是一種苦；當藥癮發作拿不到藥物，生理產生種種戒斷症狀也是一種苦；因為接觸毒品所有社會關係不相往來，吸毒找毒時，還得躲在暗處交易與吸食，行事偷偷摸摸，不敢光明正大在常態生活中顯現也是一種苦。另一方面，如果因為吸毒行為感染愛滋病毒，面對伺機性感染的不確定病症與無法治癒的威脅是一種苦；因家人和社會對疾病的污名、認知恐懼而引起的排斥與歧視更是一種苦。小真吸毒時，對於家人的咒罵常常激烈反抗，常為了要錢，吵得不可開交，如今感染愛滋病毒，「以前都會罵，現在都不會，那種感覺很難說，家人不聞不問都不理（A-783-787）」，家人異於尋常反應倒讓小真感覺痛苦，懷念大姐以往生氣咒罵的情境，因為「不罵、不聞不問」意味著反常，意味著家人的冷淡、漠視與被家人遺棄的苦境。

「懸置」是心理實在的本質，在話語中，它以「那種感覺很難說、不聞不問」等詞句出現，而不單純是傳統心理語詞指認的情緒。「懸置」是在雙重性的交織之後被看出的現象知識，它是在生活的脈絡理；它不能被客觀化成抽象的心理學語詞，也不能被主觀經驗的模糊化塗消為訊息即變的肉體活動；它既是訊息也是後設訊息，它既是過去知識的揭露，也是本體的狀態，當把這種雙重性納到病「者」的位置 - 心理實在是病者的位置在說話 - 「懸置」在說話（余德慧，1998）。

如果毒癮愛滋感染者依舊在吸毒與戒斷的生活世界裡，依舊在其可感的經驗裡，過著他自認為「常觀」的生活，因為每日毒癮發作、擔憂發病的焦慮、無法預測的合併症、社會對疾病畏懼與誤解的輿論、長期服用抗體藥物的痛苦生活、死亡恐懼等，這些都是毒癮愛滋感染者的受苦經驗，「人生一直再找藥 - 籌錢 - 找藥，只要有錢就想要注，注

了又怕人家知道 (C1-185)」。而這受苦經驗即在這三個位置間的縫隙之中往返發生 - 毒癮生活 - 發病的無家處境生活 - 中途之家，使得病者被迫常處於「懸置」的不安。

病人在「病」的位置，以他敘病自身對位置之間的裂隙說話 - 它置身在過去與現在位置的裂隙之間說話；這樣的話語是來自主體跌落裂隙之中的受苦經驗，並不是有一個純粹的病痛經驗在說話，而是位置間在時間的不連續性在說話 (余德慧，1998)。

當毒癮者走入「吸毒」世界，就與正常生活脫離，家人無法將他拉回常規，常人視他為「異觀」，但毒癮者卻自認以回到自己的「常觀」，雙方在裂縫關係中均感受很大的痛苦與折磨。毒癮者在正常情蘊生活世界與吸毒世界之間來回，當吸毒讓其從戒斷痛苦恢復時，處在懸置狀態，但毒癮發作的威脅使之無法回到文化常觀社會，他驚慌地趕緊籌錢找藥，再度回到吸毒的位置 - 「毒癮者的常觀」，使得他與文化常觀漸行漸遠。所以大鄭形容沒有毒品時：「因為會不輕鬆呀，就會覺得怪怪的，從輕鬆到正常會怪怪，當然人會難過 (C2-470)」，從吸毒異觀感受 - 愉悅感、放鬆，到毒品作用消退，戒斷症狀出現恢復正常 - 常態常觀，毒癮者從迷幻、似我非我的異觀生活世界回到常觀世界的現象，反被吸毒者解讀為「從輕鬆 (茫) 到正常會怪怪」，對毒癮者生活世界而言，無法脫離藥物控制的苦，使得常觀世界與異觀世界已與真實生活世界脫序與混淆，使得自身一直處在懸置的狀態，無法安住。

## 貳、無意義、無價值的挫折生命

### 一、沒方向、頓失意義的生活

多數毒癮愛滋感染者像小洪說的：「有心但是無力。感覺很無力，感覺自己是沒能力的人，無法度做什麼改變！(B-250-251)」。個人內心裡認為自己是自作自受，放棄自我肯定深感無助，陷入冷漠無能思緒，不相信自己有改變的能力，不敢為自己的權益發聲與奮鬥，不敢對社會的敵意表達憤怒，使得毒癮愛滋感染者喪失生存意志，失去生命意義與價值。

小洪是家中獨子，感染愛滋病毒後對其個人而言：「光棍一個人，現在得這種病沒

什麼希望 ( B-156 )」，但最大的遺憾，自覺因為罹病不能娶妻生子，不能傳宗接代。亞隆曾提到子嗣是個體生命的延續，也是個體存在意義與存在價值的一個重要觀念，所以小洪覺得未娶妻生子是對不起爸爸、對不起家人：

「 ，感覺還沒娶妻讓他做祖父沒有抱到孫子，感覺很鬱卒 ( B-120-121 )」。

阿順說當時年輕進入黑社會，對婚姻的絕望與無助，酒店生活使之必須忍受在外討生活的苦楚「查某人在外面要生活很艱苦」，原本期望藉吸毒忘掉煩惱「每天醉生夢死，希望讓自己把一些大風大浪、不快樂、不愉快的事都忘記 ( D-10-14 )」。沒想過未來生活會怎樣，只想著吸毒的快樂可以逃避對婚姻不順的苦與想念小孩的痛，在酒店無目標、無未來的陪酒生活，因此讓其對生命無意義感觸很深：

「 在心情不好時，用那毒品就能把不如意或受刺激的事、煩惱暫時忘記！那妳不會覺得感覺不錯嗎？用毒品時好像把一些不如意的壞心情都驅走了，會讓你的頭腦整天都在想要用那東西。你每天都在想要再用，就不會再想那些有的沒的了，就什麼事情都沒有了 ( D-122-133 ) 。」

阿順想藉毒品的愉悅感忘卻煩惱，整天找毒的忙碌生活，填滿現實生活世界的空洞不真，以為這樣就可以「不會再想那些有的沒的」，殊不知上癮後反將自己更推進一個無法自拔的深淵，使自我陷入充滿無意義的生活處境。

卡謬的虛無主義認為人類尋求意義，卻必須生活在毫無意義、缺乏目的和價值、絕望的世界，故常陷入無意義的生活困境(Yalom,2003)。其實每個人的成長歷程不都是由阿順所說「那些有的沒的」，看似無意義而又繁雜的人事物所交織而成，亞隆 ( 1980 ) 以存在立場認為世界是偶然發生，每件事都可能以不同方式存在；人類構成自身、自身存在世界，以及自己在世界中的處境，並沒有「意義」可言，宇宙並沒有偉大的計畫，也沒有生活準則，既有的只是人所創造的。由此可知是人創造屬己的意義，每個人都可以在自身所處的情境尋求屬於自身的意向、目標，並努力實踐之。

小真吸毒之前擺過檳榔攤賣檳榔，認識男友後一起吸毒，「我從 20 歲一直吃到現在，今年快滿 28 了，從吃藥開始我都沒有在工作 ( A-288-304 )」，從此生活所需不是回娘家要錢，就是靠男友或其家人供應，自覺生活「無知影日子過啥」。個性保守

封閉，神經質的丁桑，自稱從小未曾想過自己將來要做什麼？母親也未要求過什麼，一向茶來伸手飯來張口，雖然沒有生活壓力卻因沒有生活目標，讓自己迷失在藥物幻覺中：

「吸下去之後，思想一片空白，就算明天欠人家幾百萬，只要今晚毒品用了，全忘了，所有的煩惱都沒了。那種在腦中一片空白的感覺我很喜歡，沒煩沒腦，思想空白，人輕飄飄 那種好感會讓你永生難忘（E-92-102）」。

正如同 Frankl（1985）認為人類存在本身即是一種衝突、掙扎與意義追尋的過程，一味追求快樂渴望只會帶來越多的自我挫折。因為找不到生活目標、尋不著人生方向，致使阿順等人想戒毒的意志力薄弱，一再再地陷入自我挫折與無意義的生活。

阿善、大鄭、陳桑等人感染愛滋病毒之後，最擔心的就是找不到工作，阿善說：

「不知道能不能找到工作，也不知道能不能做粗重的，也不知出去要做什麼，工作也許不好找，甚至找不到，也不知道還有人會雇用嗎！沒方向（G-766-807）」。

種種「不知道、沒方向」的隱憂，讓眾人感覺生活無意義，如 Frankle（1985）說：「失業對一個人而言，沒有工作的生活讓人顯得無意義的，因為他們覺得自己無所作為，而最感到壓抑的不是失業，而是無意義感」。

現代的速食文化，講求享樂主義，所以現在人容易呈現 Frankl（1985）所言「無意義生活的痛苦」，表示現代人對意義問題出現兩難：一、是不再聽從本能說必須做甚麼，二、不再接受傳統教導我們必須做甚麼，可是也不知道自己想做甚麼。故其認為生活常常出現的現象是無聊、冷漠、無所謂、空洞的主觀狀態、覺得悲觀、缺乏方向並質疑大部分活動的意義，而這就是所謂的生活無意義感所產生的存在空虛，或稱存在性挫折（Yalom,2003）。毒癮愛滋感染者因原本生活無目標，只為追求刺激與愉悅感、或為尋麻醉解脫，而接觸毒品。吸毒之後卻又因身心受毒品束縛，求生不得求死不能，生命陷入終極困境時感染愛滋病毒，而使得生存意義面臨歧視、自卑、災難式考驗，這種狀態可說是一種極度存在挫折的經驗。

## 二、無所謂的價值觀

對於已經為施用毒品進出監所多次、反覆戒毒多次的毒癮者而言，明知道吸毒會被抓來關、明知吸毒害得自己家破人亡，卻還是無法擺脫毒品的深淵，這對於一個人的自我價值感和自信心都是很大的打擊，使其對自我的能力感到懷疑，造成自我形象的扭曲（楊瑞美，2002）。

丁桑自稱以前生活態度「較無目標」，不僅對戒毒意志不堅，連對感染愛滋病毒時反應：「我不會覺得很沮喪，我自己不會覺得有愛滋會怎麼樣（E-180-184）」。阿順感染病毒時也同樣認為以後感染愛滋病毒的人會越來越多：「吸毒的人自古至今就有，將來更多」想法，使之對吸毒感染愛滋病毒無所謂的認為：

「搖頭丸不是現在才有的，以前可就有了！...所以以後得病的人會越來越多，越來會越開化，以前還會害怕，現在就越來越不害怕了。這種問題就是這樣。以後一定會增加阿，以後就較開放，較順其自然，大家就比較接受，大家就會覺得沒什麼可怕的（D-209-214）。」

阿順覺得從古至今一直有吸毒的人，大鄭也是相同看法，而且毒品品質精益求精：「其實這些毒品在以前就有啦，鴉片呀，以前的人也是會吃呀，只是現在把它做的越來越高級了（C2-651-657）」。所以他們都預測感染愛滋病毒的人也會越來越多，現在大家會怕這個病，但是以後就見怪不怪了，「沒什麼好怕的！」這種「無所謂、不在乎」態度，不僅是存在挫折的無意義感表現，其實也是羅洛梅所謂「暴力」的變型，它代表一種放棄自我肯定與自我堅持的心態，且自我又「無力做改變」的無能挫折，促使他們以這種消極態度面對困境。

亞隆說「無所謂」其實亦是對生命無意義感的不顯現現象，是對自身存在空虛問題的一種逃避方式。存在疾病的無所謂是最極端程度的缺乏目的，即沒有從理想強求意義的衝動，也不會憤怒地抨擊別人接受的意義，而是沉浸在嚴重無目標感和冷漠狀態，這種狀態有廣泛的認知、情感和行為表現。首先在認知部分是長期無法相信任何生活努力的用處或價值；其次情感狀態是枯燥乏味、厭倦無聊，不時出現憂鬱症，隨著狀況的發展下去，會固定在一種冷漠的情形；最後在行為表現則是行為缺少選擇性，不論從事什麼活動都覺得無所謂（Yalom,2003）。

大鄭以前做土水工頭時，景氣好時日入二、三千元，工作勤勞些手頭很鬆，一向花錢不手軟，在同夥朋友中常以「阿哥丫」身分自居。如今母親一個月只給三千元生活費放在關愛之家管理員處，要買煙、檳榔都得經過管理者同意拿錢，金錢使用被管制，抱怨管理者「管很多，吃煙也管...很兇(田野紀錄)」，覺得自主權受限許多，感觸自己活著處處看人臉色，無自尊，感覺被矮化。大鄭表示以前工作時曾被工頭誇讚「手路很細」，是一群工人裡的頂尖好手。他很得意的述說：「以前總統府要重新抹壁時，我也有被叫去做，我是做比人家好又快」，當年工作上的表現，對大鄭而言就是最有意義的人生價值。如今因為生病，感覺寄人籬下，區區抽煙吃檳榔的錢，都得向人伸手，讓大鄭大嘆：「感覺很沒意義，活著很沒意思」(C1-189-192)。

根據亞斯培觀點，存在性挫折與一般意義下的挫折不同，因為它是基於邊界經驗和二元對立的矛盾所引發的挫折，是一種生命基本處境的挫折(黃藹，1992)。毒癮愛滋感染者是社會邊緣人中之邊緣人，其處境正是亞斯培所言是一種生命基本處境的挫折，其種種無能處境 - 關係疏離、孤獨、疾病威脅、死亡恐懼，使之無力招架，為渴求某種屏障，免除一些無解困境的侵擾，有些毒癮感染者只好藉由許多形式發洩無能處境，以無所謂、無力改變的想法，逃避承擔責任，這種深度無能感使毒癮愛滋感染者無法產生新的自覺，對生活的目標與意義不再抱任何希望，陷入深層存在挫折與空虛。

## 參、無望的人生

### 一、生活像等死

陳桑得知感染愛滋病毒時，覺得「人生變黑白，沒希望了(F-218)」，而多數感染者都時時落入「說走就走」的死亡恐懼與無助之中，如同阿順說的：

「每一個人的命運都不同阿，只不過我們自己的命運就是在自己手中創作出來的不是嗎？自己得來的啦，一個人生得好好的，就這樣被我自己糟蹋，人一朵玫瑰花這麼美，本來自己也會凋謝。結果自己弄壞了。(D-530-535)」。

多數毒癮愛滋感染者對未來充滿未知數與不確定，包括疾病威脅、無謀生體能、

擔心受歧視找不到工作、家人與社會大眾排斥、缺乏資源等。天天生活在悲觀、消極的負向情緒中，過一天算一天、沒有方向、不敢想未來、沮喪的想自殺，但這一切因果都是自找的沉重心情，使人面臨無法掌控的未來與絕望人生。

Miller (1992) 認為無望感 (hopelessness) 是無力感所發展的持續過程，因無力感會使個體有低自尊和憂鬱之感覺，若當此情形無法改善，無望感就會產生，若仍無法予以解除，會使個體產生絕望感，最後導致自我傷害行為(引自鄭家雯,2004) 鄭家雯(2004) 認為其無望感來源有：身體差、長期壓力、負面評價、無精神寄託及社會支持、無力感、面臨失落情境。而其特徵：在心理上絕望無意義；在生理上食慾低體重減輕、睡眠習慣改變；在行為上社交隔離、冷漠、喪氣無望的言語、自殺。

小真說：「有時候我會睡一整天，像豬一樣，好吃又好睡，躺下去就睡。睡飽了又來吃東西，然後又去睡覺，不然就是去看電視。覺得生活就好像在等死 (A-566-588)。」

丁桑、小真和大鄭自從感染疾病之後，覺得人生沒希望、沒意義，三人都覺得生活就只是「吃飽等死」。Kylma (2005) 針對愛滋感染者無望感 (hopelessness) 內涵做一份質性研究，研究發現無望感是相對於希望的現象，感染者無望感內涵指：無助地放棄任何希望、活在空虛且認定沒有未來的世界裡、喪失作夢的能力、消極接受現況、無法訂定計畫去達成目標、有著凡事都辦不到的感覺、對未來抱持負面期待、失去對未來事物的掌控、缺乏進取心顯得被動、心神癱瘓而毫無活下去的理由。

Steer、Iguchi 和 Platt JJ (1994) 發現毒癮愛滋感染者認為改變未來是徒勞無用的，拒絕接受一個有希望的未來的想法。而無望感又會致使感染者不想治療、拒絕接受篩檢與諮商輔導，且常有沮喪情緒與自殺意念。這種對未來沒有希望的感覺，讓尚未發病的阿善無奈地說：

「想到未來我心情就很不好。而且不知道能不能找到工作，也不知道能不能做粗重的，工作也許不好找，甚至找不到，而且覺得又拖累太太。想去去ㄉㄉ，曾吃安眠藥，想要讓自己昏昏，就自然去，結果吃藥沒效 (G-766-776)！」

感染者除面臨病情隨時的變化，缺乏家人支持與關懷，身處失控又狹窄的生存空間，內心覺自己無力改變事實與現況，更無人可以傾訴這種莫名的存在焦慮，這怎不讓毒癮愛滋感染者落入無望的情境呢！

## 二、不敢想以後、不如死死

小真感染病毒後漸漸對疾病有較多認識，清楚知道感染愛滋病毒並不見得立即發病死亡，但是如果發病且臥床不起，像關愛之家中植物人病友，原本隱私的身軀全部靠人協助，這種無意識活著的無意義感，讓人深覺早死早解脫，以免拖累家人增加負擔，而自己也受痛苦折磨，想早日解脫：

「我姊姊就說，等我全身插管的時候，乾脆把我的管都拔掉讓我死一死，他比較沒有負擔，我也不會痛苦。我是覺得說他這樣說也是正常了啦，...讓我死一死不要在那邊插管受苦（A-415-418）」。

在關愛之家收容的病友不分輕重數十位，故病輕或未發病者住進來後看到嚴重病人或植物人，個個擔心害怕，唯恐自己以後病發變成植物人的情境。大鄭曾經想過如果知道自己病情會變嚴重先自殺了結生命：「...看到這些植物人，怕如果有一天我變那樣，真不敢想以後，不如死死ㄉㄟ（C1-193）」。因為植物人那種沒意識活著的狀態，讓大鄭有說不出的焦慮與隱憂，害怕那天到來。

陳桑最害怕的是自己變成手腳部萎縮，身體無法動彈的病人或是精神異常者：「這邊不是植物人，就是神經病。看到這麼多嚴重的病患，會怕阿。心想說我還好沒跟他們一樣，我很怕會變成那樣，（F-230-235）」，害怕自己也會變成那樣，覺得讓人照顧有一種無能的壓力，認為如果變成植物人「人生就完了（F-363）」。

毒癮愛滋感染者深陷各種關係斷裂與社會排除的孤獨處境，因此容易產生無意義、無價值的感受，使之一直陷於存在挫折的空虛感，覺得人生無望，眾人期盼就是「早日解脫」。因此小真、阿善、丁桑、小洪、阿順等幾乎個個對未來疾病的發展高度焦慮，害怕發病嚴重時會成為植物人，都曾有自殺念頭。

「全身不能動，很痛苦阿，半身癱瘓，不能動，大小便失禁，我個性不希望

靠人家，躺在床上換尿布都要靠看護，，覺得給人家照顧有壓力，能自己來就自己來最好。我為了自己到廁所上廁所，滑倒好多次（F-71-91）。

陳桑以「讓人照顧有壓力」道出人活著如果身體不能自主，原本隱密、羞於見人的身體排泄物要靠不熟識的看護協助，「能自己來，就自己來最好」變成病中的陳桑最大願望，更何況如果成為植物人情何以堪。所以生病是處於一種不協調、不平衡、失去能力和不舒適的狀態，這種狀態體現了一種熟知世界的喪失感，病人代表著一種已被改變的生存狀態，一種個人在世界中存在的本質改變，這種改變可能是暫時的或者是長久的。在這種改變的狀況中，患者不能按常規進行活動，參與每天的工作與娛樂，這種隔絕感會因所熟識的世界仍像往常一樣進行而更為強烈，更感到存在的孤獨

（Toombs,1999）。

所以毒癮愛滋感染者在生理上擔憂不確定的病症變化與死亡恐懼；心理上面對種種失落情境卻覺無能力解決，時時沉浸在悲觀、絕望、無意義的負面情緒狀態；加上社會負面觀感與家庭支持度低、遭受種種社交隔離，故在行為上常有拒絕接受追蹤治療，言語中常透露生活無趣、抑鬱的言詞，對自己生命被種種挫敗、自卑、孤獨、無望的深度挫折感糾纏，感受不到活著的意義與價值。

## 第四節 與死亡照面下閃現的微光

此節欲理解毒癮愛滋感染者面臨家庭、經濟等社會性苦難，面對無法改變的文化觀點及恐懼病程未知的變化，與死亡遭逢下如何照見生命意義。

### 壹、沒得這個病，我早就死了

#### 一、生命說走就走

年紀輕輕的小真從未經歷過死亡場景，到關愛生產期間正好目睹一位重病者往生，死亡對小真是陌生的，初次面對病人往生，被迫接受死亡臨現的衝擊，揭露自身存在的脆弱性，死亡使一切變的清晰可辯：

「那一天這裡就有一個病人死掉了，我看他那樣我知道他也是得這種病的，我知道我自己將來有一天也會經過像他那樣的過程，我看他眼睛睜金金往生的，後來他眼睛就閉下來，我還以為他是睡著了，護士醫生說他死了，我都傻眼，因為我根本不知道他已經死了，看他眼睛和嘴巴都還張開開，(A-437-442)」。

毒癮愛滋感染者在以往吸毒生活世界從來未曾想過死亡問題，總是以解毒癮為要，即便每位參與者吸毒經驗都遭逢各式各樣意外或聽聞毒友注射過程死亡，甚至有人走過鬼門關數次，但都無動於衷，無法決心戒毒。余德慧(2003)在生死學十四講一書中，提及在常人世界，常人就是以最日常的狀態活著，常人面對死亡現象有三種，第一死亡與我們常人世界無關，第二當下感覺我不會死，第三對他人死亡的冷漠，一般常人的活著對死亡是逃避的。但生病後看到植物人及病重者往生情境，卻反而開始思考死亡問題，所以小真體認死亡是必經之路之後，決心戒毒：「我都已經得這種病，就已經要死了，還要我在碰毒品根本就是在害自己(A-465)」。

生病經驗在個人生命歷程中與日常生活體驗是截然不同的經驗，在某些社會文化論述中，生病經驗可能代表一種失落、羞恥、軟弱、或者罪惡感，但也可能是獲得、榮耀、成就感；然而，在此過程中，它也是促使個人對於自己人生觀或生活方式的重新檢視，進而產生全新的想法(蔣欣欣、盧孳燕，1996)。

阿順在衛生所剛得知感染病毒時，本來一付瀟灑模樣「順其自然阿，想說得到就得到 (D22-289)」，嘴裏對感染病毒之事表示很看的開，但如今在「關愛之家」負責照顧植物人仍心有餘悸地說：「我今天要是沒有得到這個病，我早就死了吧！因為得了這個病，才能讓我慢慢思考以後 (D-25-26)」。於是每一位住在「關愛」中途之家病友一般，感染愛滋病毒後，經歷疾病污名所帶來的無奈、焦慮、罪惡及存在孤獨之後，開始反思過去吸毒生活世界的種種行為，且對未來展開新的想法。

陳桑得病後，才回頭「看見」吸毒使他感受「家破人亡」，決心戒毒的意志由燃而生：「我現在對吸毒這個東西沒有興趣。得病後我都沒想過再吸毒。希望跟兒女重新建立感情。從一住院我就沒想再吸毒，(F-281-286)」。由病者經驗異觀角度才能體會常觀生活的可貴。陳桑感染愛滋病毒之後重新看待自己過去吸毒不正常的生活，以病者的角度看著過去異於常態的生活，才驚覺原本可以與兒女有一個很好的家庭，被自己毀了，所以毅然戒毒希望能有機會跟兒女重新建立感情，與家人團聚希望帶來戒毒意志與尋求重新生活的意義。

舒茲指出人們在日常生活的範圍內是被「基本焦慮感」所支配，而所謂「基本焦慮感」指的是我們每個人都知道自己會死，也害怕死亡的那種基本體驗 (Schutz,1991)。小洪住在高雄關愛之家最久，兩年他經歷數位病友往生，黯然表示「生命說走就走，病發作說走就走，昨晚看好好，今早就走了 (B-253-255)」，但是這種基礎體驗卻是一般人不願面對、或設法想要遺忘；只有那些受到死亡強烈衝擊下的個體，才會把注意力轉移到此生命存在的基本層面。雖然愛滋病已成為一種可控制的慢性疾病，然而多數感染者並不確定自己可以存活多久，大鄭早早就表示希望想在知道會變植物人之前就先自殺「不如死死」，可是誰能預料自己的病情呢？心理上不斷感受到死亡的陰影對生命的威脅，就連現在未發病尚無任何病狀的丁桑都曾表示：「如果犯罪還會知道什麼時候會被槍殺，還知道活多久，這個連自己都不知道活多久 (E-171-172)」。可想「死亡焦慮無所不在」時時刻刻侵襲每個毒癮愛滋感染者心靈。

## 二、得病後較會曉想

小真表示現在想的較多較遠「以前的我只想到要吃藥，身體不舒服的時候都只會跟家裡人拿錢，卻都不曾拿錢回家理，以前我都沒想到這些，反而是現在生病了，才比較會曉想（A-493-498）。所以感染愛滋病毒的殘酷事實，逼迫毒癮者「看見」過去以享樂方式生活、追求輕薄人生，將自我陷入存在空虛，停留在不真實生活世界之荒謬。

亞隆提及許多學者認為，死亡是生命中無法逃脫的一部份，一生對死亡的關切會使生命更豐富，而不是耗盡生命。雖然形體的死亡會使人毀壞，可是對死亡的觀念卻能拯救人。海德格在一九二六年探討「死亡的觀念怎麼拯救人」的問題獲得的重要洞識，就是「我們對個人死亡的覺察就好像一根刺，把我們從一種存在模式轉移到更高的模式。」他相信世上有兩種基本的存在模式：一、忽略存有的狀態，即非本真存在；二、注意存有的狀態，即本真的存在。當人活在忽略存有的狀態，就是活在事務的世界中，沉浸在生命中分散注意力的日常瑣事，人會「降低層次」，專注於「無益的閒聊」，關心事物以什麼方式存在，無法覺察自己是生活和世界的創造來源，以致於在其中「墮落」「麻痺」，藉著「不引人注目」而避免選擇。這不就是每位毒癮愛滋感染者當初以毒品為替代的人生目標，迷失在「他者」之中，藉由迷惑自己心智，逃避自我負責的選擇。

而在注意存有狀態中，人關心的不是事物存在的方式，而是事物存在的事實。在這種模式中生活，意謂著人會不斷覺察到存有，並保持對存有的注意，不只是注意存有的脆弱，也會注意自身存有的責任，因此人才會自我覺察，覺察自己是超越的「自我」，也是經驗的「自我」，碰觸自我的創造（Yalom.2003a）。

而死亡是一種能引發人「本真的存在」的經驗，因為死亡在人的觀念裡，往往代表著一種終極、不可逆的邊界境地，是種令人震驚的「急迫經驗」，會將人帶離「忽略存有」的狀態到「注意存有」的狀態之中，面對他人死亡的經驗，亦會引發人對生命有不同的「注意存有狀態」經驗，繼而對自我生命帶來不同程度的轉換。

小洪、大鄭、小真、阿順等人在關愛中途之家經歷病友死亡經驗，此種由死亡引發的經驗，帶人注意到的存有狀態，雖對於未來死亡時刻無法預知，體認萬物終究是向死的存在，死亡是一種生活的氣氛，當真切地擁抱自己的可能性與極限，自我就能堅定面對逆境時的正向態度。

像阿順現在負責照顧重症病友，本來一貫「無所謂」的態度「我現在這個病阿，如果有醫好就躲過了，如果沒醫好就是死阿！我就是這樣，我也不會怕阿（D-235-236）！」難道阿順他對死亡無懼嗎？其實阿順還是在乎生命，因為他在關愛看到這些病重病友之後，也決心不再碰毒，雖未發病但也開始注意身體保健，並開始思考與籌畫自己未來要走的路，「現在都很注意自己的精神與身體，不可以壞。免疫系統要好，體力要一直維持在良好狀態（D-433）」這種由照顧或目睹重症病人死亡引發的「本真存在急迫經驗」，促使阿順注意到的自身存有的脆弱，故也引發重視自身存有的責任 - 保持身體健康。

阿善得了這個病後自認：「對人生上會看得比較開，看開就不會再對人生斤斤計較一些有的沒的，有了這次的經驗，要戒菸阿，要做好事。不要亂來，自己的身體自己要顧阿（G-841-846）。」

「身體健康」這原本是人生常態中基本、單純的想法，以前生活被毒品幻覺遮蔽，獲取短暫歡愉，只要毒癮一犯，從來不在乎生死，「心想活著沒有意義，乾脆吸死算了」，現在藉由感染愛滋病毒將迷幻烏雲撥開，才顯現出真實的人生苦樂。這也是每位毒癮愛滋感染者在以往吸毒生活世界時，只在乎吸毒解癮，從未在意的本真存在狀態。

阿順提醒自己：「聽人家說免疫系統要好，體力要一直維持在良好狀態，現在都很注意自己的精神與身體。不可以壞（D-415-436）」，病者自身面對罹病的罪惡感與疾病發作的種種威脅，無法被親友接納、無處可去的困境以及社會對愛滋病污名與歧視之後，轉而以「身體要顧好」心境與態度，面對每天的不確定感！而此即佛蘭克所言態度意義的價值，其指出人生唯一種課題任務或使命，此時存意義分析幫助困頓者發現並抉擇生活的積極意義；他倡導一種悲劇性的樂天觀，面對受苦將之轉化為生命之任務，藉責疚感轉變自己以創造更有意義的人生，體認生死無常將之當作再生契機，採取自我負責之行動（傅偉勳，1993）。

每一位參與者因為在關愛的生活步調不同以往急於找藥解癮的日子，生活安頓、單純後，回到真誠的存有模式，才得以激發病友們停下腳步開始思索自己的過去、現在與未來。且不論每個人面對疾病變化、死亡的議題思索方向略有不同，但至少在過去吸毒生活世界未曾想過自己的將來，而現在均藉由關愛之家的場域，讓這些人生常觀的事物

浮現，讓病友真正面對自我，也才能開展自我的未來，尋找生命意義。

## 貳、生命的短暫光明

### 一、夾縫中生存

阿善吸毒十餘年，家人與太太規勸都無效，車禍後進出醫院兩年多，看到病輕者很快出院，病重者昏迷不醒無意識地活著，也在病房遇過不治病亡的病人，情緒起起伏伏，阿善以前從未想過保護身體健康的重要，他很感慨地表示：「...有這次經驗，身體要顧好，染上了也沒辦法逃避。沒有辦法，就順其自然。能撐多久就撐多久，現在要好好疼惜身邊的一切，(G-736-747)」。如今感染愛滋病毒，無論已發病或未發病的感染者，毒癮感染者者個個都說要保重身體，渴求保有健康生活的希望。這不就是佛蘭克在「無意義生活之痛苦」一書中指出：「當某人處於極為糟糕的情境時，對某種生活意義的需求與追問才會被激發出來」(Frankl, 1991)。

陳桑剛得知感染愛滋病時正好下半身癱瘓：「後來慢慢比較好，才又有希望，想說如果好了，再找工作，重新過日子(F-217-224)」。陳桑雖擔心未知的疾病與死亡威脅，但不再想以毒品逃避問題，定時服用抗病毒藥物，努力維持正常作息，寄望未來愛滋治療有更進步的醫藥，「現在病毒控制還不錯，而且以後應該治療藥會發達、更進步，(F-362-363)」，因此對人生又抱持希望，由希望燃起生存意志，這不就是佛蘭克所言「由痛苦中尋獲意義」。

毒癮愛滋感染者因為吸毒行為與疾病污名一直陷於存在孤獨的情境，將目光注視著自我生命中因死亡、自由、分離等經驗而體會到的存在孤獨時，很容易會產生空虛、無意義的感受。而此種空虛和無意義的感受，促使人思及最深遠的生命意義和價值，為了生存，人生必須有意義，而且要活得有意義。依據研究發現，當醫療可以延緩發病時間，感染者多會努力重新生活，以面對不曾期待的未來(施俊均, 1997)。這不正是陳桑的寫照 - 期待有更好藥物控制病毒、重新過日子。

得病之後阿順開始思考自己的未來道路，「提醒自己不能再ㄉㄉ下去，都到了這

個地步了，自己一定要堅強起來 ( D-434-439 )，」如今覺得好好照顧身體，期待自己不要像其他病友躺在病床上、沒有意識的活著。在未得病之前的吸毒阿順與其他感染者常以「解癮」度日！找不到生活意義、尋不著生命價值，人生得靠藥物維持愉悅，才能解脫生活的苦境，如今面臨疾病威脅時，才真正感到生命自由的可貴。

個性灑脫像大姐頭的阿順表示：「我是一個很會打算的人，我的理想跟未來要走的路，我都有想過，不會想說今天沒米明天再想 ( D-401-402 )」。面對疾病不確定性的威脅，阿順和其他感染者雖說不敢寄望未來，但其實心中都有期待，這種存有的希望感其實也是支持病者住在生活世界的動力。從齊克果觀點看來，病人正經驗真正的自我，他主張我們無法具體定義個人存在的自我，係因為自我即是自由，而自由又端視個人在每個存在的瞬間，如何對待自己，也就是依個人對待自己負責和自主的程度而定 ( May,2004 )，當感染愛滋病毒開始正向思考未來並對自我有所期待時，才正要開啟尋找人生意義的意志。唯有找到自己存在的意義不再害怕、或逃避痛苦，而是確定自己受苦意義，才能肯定自己活的有建設性，體驗到重生的意義。而當體驗到自己和其他人一樣，有權力活得像個人，生病的存在不再是難以忍受，生存的意志才能再度燃起火苗。

## 二、不確定性的戒毒意志

毒癮者在以往吸毒世界時，生命像關在籠裏的老鼠不斷繞著圓圈架轉，即是為找錢買毒 - 享受愉悅 - 戒斷之苦而佔據個人全部心靈。每個參與者都認為如今因為罹病，促使各種關係破裂，連找工作自謀生活都可能困難重重，況且生命可能稍縱即逝，故希望自己從此戒毒，但畢竟過往失敗的戒毒經驗讓人一下子很難重建對自我控制的信心。例如大鄭很坦承表示：「如果離開這裡，我也不知道會不會再用，我自己也沒有把握 ( C1-204 )」，丁桑戒毒多次還是信心不足地說：「說實在我不敢百分百改掉 ( E-101 )」。所以大鄭希望能留在關愛工作，而丁桑則計畫刑期報到結束之後隨大哥到大陸工作，雙雙希望藉轉換環境、隔絕毒品圈重新生活。無論這戒毒念頭是否又會像以往一般功虧一匱，但因為感染愛滋病毒確實讓他們堅定戒毒意志。

陳桑得病後決心戒毒：「吸毒害我家破人亡，後悔已經來不及了，現在得病，如

果能好最好，我是已經下定決心，不再碰了，有一次這種教訓就夠了(F-206-216)」。不管是陳桑或其他毒癮者，其實都知道自己走上毒癮路是條絕路。知道要戒毒需斷絕毒癮圈朋友，還有靠自我堅定意志實現，才會有意義，否則都只是空談。就像阿順所說要堅強且提醒自己不能再次陷下去：「都活到這把年紀了，當然要為自己設想一下，不能再走以前的路，我自己提醒自己不能再ㄅㄆㄇㄏㄏㄏ下去，都到這個地步阿，自己要堅強(D-437-439)」因此每位毒癮者唯有抱持抗拒毒品誘惑的意志，才能重獲自由、自主與責任，也才能建立自我肯定的權力，毀滅否定自己能力的暴力與重創。

一般人面臨生命突發的轉變，多半怨天尤人，如同小真幾次入獄勒戒都未戒毒成功，如今終於頓悟，自從知道懷孕生子後，只想盡快入獄服完刑期，有機會再回到關愛之家工作賺錢補貼姐姐扶養三個小孩，他用很真誠的語氣說：

「我都已經得這種病就已經要死了，還要我再碰毒品，根本就是在害自己。...哪天等我發病，沒辦法工作，所以想趁現在多賺一點錢，幫大姐減輕家裡負擔，其實我心裏想的就是這樣而已，就不會去想到毒品想去吃，如果滿腦子想的都是毒品的事情，到最後當然一定會再吃，就是這樣控制我的心魔，(A-456-476)」。

小真自覺以前辜負家人多次支持，故一心一意想要幫忙賺錢，即使現在姐姐還不能信任自己，自己只能希望以行動表示悔意，期待家人能再接納自己。

### 三、有事做，人生才有意義

羅洛梅強調願望與需求、力量或趨性主要不同之處在於願望充滿意義。以往只會跟家人要錢買毒品的小真，如今想盡快入獄服完刑期，趁未發病「四肢健全」，努力工作證明自己戒毒的決心：

「刑期結束，有工作，不用等死，人生就漸漸光彩，人生有點意義。因為我之前都一直跟人家要錢沒有在工作，現在要賺錢我就要去工作，這樣我就不用等死了，如果可以再工作就會覺得人生還有點意義。不會只是吃飽睡飽吃，不知道要做什麼。(A-485-588)」。

這樣的意念控制小真再接觸毒品的心魔，堅定戒毒意志，期許從工作中獲取生活

意義，再從生活意義中找尋人生意義，開展另一階段的旅程，使自己原本黑暗污穢的人生重新獲得彩虹。

亞隆認為人透過願望啟動，發動意志的過程，最後轉化為行動。這種轉化的過程稱為「決定」或「選擇」。任何人不可能不花力氣就想改變，每個人必須讓自己決定或選擇，必須承受責任的重擔與焦慮。而且除非人知道自己渴望什麼，否則無法為自己而行動。因為如果不知道自己渴望什麼，就無法投向未來，而負責的意志就會夭折。所以有願望就得要有行動的決心才能達到意志（Yalom,2003）。

自認沒抽煙肺部功能很好，免疫能力也會較好，維護身體健康，未來才有希望，把在關愛照顧植物人當作一種當義工工作：「有一天我若爬起來。我要做義工（D-437-438）。」。阿順這樣的認知信念告誡自己：

「要好好保重自己身體，希望重新開始，...現在的觀念，是現在賺多一點錢，未來的路要怎麼走都沒關係了，一天過一天正常的過下去就好了。不要讓病情變壞，(D-535-539)。」。

「想不到我會來這裡跟大家分享我吃毒的過去（宣導手稿）！」，這是大鄭到監獄衛教宣導自撰手稿中一句話，由此可以理解大鄭已經從到監獄愛滋牢房見證過程找到自我肯定的價值。大鄭目前身體漸恢復，他認為關愛這裡大家都是同樣疾病，比較不會有排斥問題，看到有些健康狀況不錯的病友幫忙「家」務，「在這裡至少人比較不會排斥，在這邊也許有工作機會，貼補一點我媽的開銷（C2-314-327）」，將來希望留在關愛之家找事做，也可以減輕六十幾歲老母親的經濟負擔。

小洪以前沉迷賭博又染上毒癮，從來沒有好好想過自己人生，因為感染病毒將原本吸毒生活世界與未知世界斷裂，雖然目前對服用抗病毒藥物副作用有些不適應，但是看到較病重的愛滋病人：「怕像他們一樣變成植物人」，因此促發「想要幫助他們」想法，小洪因此擔任「高雄關愛家園」的司機，常載著病友到醫院回診，或到學校、監獄做愛滋防治宣導，讓小洪有助人能力及從中獲得自我價值感。

人類可以選擇面對承受痛苦時的態度，而非被動的成為受控者，意志不是空泛之物，它必須以個人深切的願望為基底，重新肯定自己的價值感，才能形塑意志，也才會

痛下決心做出抉擇，真正付諸實行，承擔一切責任不再逃避，藉由選擇與自我負責的態度實現願望與意志（Frankl,1995）。

一個人的生命如果對別人沒有用的話，就變得毫無價值，這清楚地闡釋了人生的利他性。在關愛之家工作創辦人會給一點薪水，這亦是讓愛滋病人能從被社會、家人遺棄排斥的陰霾中，找到一絲價值感，也因為有收入加強病人對未來計畫的希望感。

毒癮愛滋感染者從各種存在挫折的經驗中，體驗生命苦短而「發願」重新出發，這種由「願望」-「意志」-「抉擇」-「愛的付出」-「責任」的過程（May,2001 & Yalom,2003b），需要病人「發大願」-遠離毒品、洗心革面；凝聚「意志力」-保健身體、提高免疫力，從心出發；為自己重建生命意義與價值-工作賺錢減輕家人負擔、幫助病重病友、分享吸毒得病經驗、宣導愛滋正確認知。

其他人也和小洪、阿順一樣，住進關愛之家之後，開始重新檢視生活，最大兩項改變就是：想要戒除毒品與重新做人、可以幫助他人或回饋家人。在關愛之家看到嚴重病友變植物人，所以毒癮愛滋感染者個個不知未來路要如何走，起初只想著不要變成植物人、以後好走（好死），慢慢地復原或看到其病有能夠再工作，感受自己還是一個有能力的人，心中燃起「我也想留下來做事」的願望。關愛之家就是讓此在經由體驗生命極限與各種可能性，協助病友重獲自我價值感，反思生命重生的意義，也是一個提供病人燃起希望之處。就如亞隆（2003）說：相信對別人付出貢獻，使世界變得更好，乃是強而有力的意義感來源。同時，這種利己又助人的作為，也是超越自我觀念，喚醒病者對自我肯定的權能，幫助病友們展現生命意義架構的核心所在。

## 第六章 結論、綜合討論與建議

本章根據前述呈現的研究分析，針對研究結果做一綜合討論，並簡要歸結本研究之結論，反省整個研究過程中的缺失，以作為後續研究和臨床實務工作的建議。

### 第一節 結論

#### 壹、特殊生病經驗

疾病是生命無可逃避的本質，疾病一直是不受人類歡迎的敵人，在現代高齡化與高度醫療化的社會脈絡中，對抗疾病與養身健體已經成為一種時尚，因為醫學主流還是以解救生命、延長生命的治療為主，而這些尋求醫療保健的事發生在生病的人身上，都是天經地義的事。但是疾病本身具有主客觀雙重層面的意義，生理症狀只是疾病的客觀呈現，病人獨特的主觀體驗與詮釋才是真正生病意義。

每個人面對疾病侵蝕身體的生病歷程各不相同，Toombs (1993) 指出，生病的體驗代表著世界上一種不同的存在方式，對病人而言，生病不只是一組用來界定某種特定疾病症狀的集合體，生病主要表現為一種根本的整體感的喪失，它通過數種方式表現出來，生病破壞了軀體與自我自之間的基本統一。生病的軀體成為病人不受歡迎的客體，這種客體化導致對軀體的疏遠感。另外功能失調的客觀軀體，表現出一種本質上不受人控制的隱匿的或異己的存在，病人強烈地感覺到軀體的「他者」感 (otherness)，就是軀體不屬於我的感覺，與自我對立的感覺。生病迫使人意識到身體完整性的脆弱和對於軀體功能控制的缺乏，只要有過生病的體驗，個人就會認識到他不再能把身體未來的健康視為理所當然。

在本研究中毒癮愛滋感染者特殊的生病經驗有：

#### 一、不能曝光、不知病程的病情

一般人生病了，正正當當去醫院看病 沒有顧忌，可以跟醫師討論病情、決定治療方式及相關病情變化、詢問護理營養專業人員如何照護與保養；會與家人或親近朋友互

換就醫經驗與保健之道；家人會關心健康狀況、提醒保重身體，朋友甚至提供秘方保健等等。但是吸毒又感染愛滋病毒的人，看病偷偷摸摸，連不熟悉醫生都不敢說；不敢讓家人朋友知道病情，更不用期待有人可以傾訴對病情的擔心害怕；不會有人主動提供養生保健食品或方法；住院在病房裡不會有訪客（除非不知病情），連醫師護士也都逗留片刻，盡盡醫責就好。所以毒癮愛滋感染者就醫及生病經驗與一般生病的人是截然不同的。

多數毒癮愛滋感染者的問題是不知道自己將來會變怎樣、不知道如何告知家人、害怕對方受到感染、告知家人後，卻被家人排斥，種種負向經驗充滿著不確定感。台灣感染愛滋者 70% 是 20-40 歲的年輕中壯年，Tate & George (2001) 表示第一次患重病者多數體重大量減輕，臉頰脂肪喪失面如槁木，形象改變，令他們喪失自尊與信心，不敢參與社交活動（引自謝菊英，2002），往後疾病生理上的痛苦與抗病毒藥物副作用的不適令其害怕。毒癮愛滋感染者罹病的最大隱憂應在於發病之後身體機能會產生什麼變化無人能測。無論是曾經發病經歷身體短暫失能的現象，促發大鄭、小洪、陳桑等人對再度病發的恐懼感加深；或是尚未發病的小真、阿善、阿順看到躺在病床上，意識全無靠旁人協助的植物人。他們都對嚴重程度像植物人一般，身體失能感到極度懼怕與無法確定的失控感，因為身體的失能不僅是身體能動的挫折，也代表與世界連結的意義阻斷。如果身體萎縮、抖動的軀體形象，帶給眾人的想像就是往後日常生活將變成意識不清、僵硬身軀、吃喝拉撒都侷限在小小病床空間上，不管外在時間、主體內在時間都變的無意義，受苦的心靈被禁錮，無法與世界接軌。

這種對身體整體感的喪失是病者最大的恐懼與擔憂，「死並不可怕」，但對未知的未來疾病發展才是真正引發每個人有「嚴重時想自殺」的念頭，但誰又能預測那個時間何時到來？自己會不會遇上！？

## 二、因病使各種關係斷裂

人活在關係中，這個關係分為與自己、他人、與社會、與天地。毒癮愛滋感染者先是因為吸毒行為使自己與親人、人際的情蘊生活關係受苦，這是第一層的斷裂；感染聞

之喪膽的愛滋病毒，使得所有外在關係裂痕更深刻。一般而言，疾病可以拉近家人在照顧過程中的關係，大部份人在面對這些重大的人生經驗時，往往不知所措，需要極大耐心與學習。然而，理想的家庭功能與支持力量，不見得真的存在於每個家庭之中，不是每個人都生活在一個充滿情感的家，也不是每個人都愛自己的家人且跟家人之間保持自然親密的互動關係。尤其家中有人罹患愛滋病時，反而會造成全家蒙上羞恥、懼怕的陰影。毒癮者本來就非常不受家庭歡迎，因為這些病人先前毒癮行為就已經造成家人在經濟上、情感方面等種種傷害，甚至強烈撕裂親情關係；但還不至於拒絕病人回家，如今感染愛滋病毒以後，家人因對疾病害怕，病人將遭受唾棄與拒絕。

第一層關係斷裂只是使有形情蘊支持來源切斷，有些毒癮者還是靠自己的力量繼續維持毒癮生活，有的盡量工作賺錢、有的販毒維持自用與生計、有的涉險做違法的事，社會對吸毒評價是違法的行為，毒癮者令人聯想到兇神惡煞、為非作歹、心狠手辣的壞人，家有吸毒的人使得彼此糾纏著受苦關係，雙雙都受到社會的譴責。毒癮者雖偶而會想到戒毒，但畢竟都是短暫念頭，心癮的竄動使之很難回頭。感染愛滋病毒之後，因為原先與外在關係決裂，病者開始覺察內疚自身無生存價值與意義，這是第二層的關係斷裂。也因得病才讓其回首從前，想想「以前的日子是怎麼過的」。

### 三、社會對愛滋病人嚴重無知與歧視

社會文化對愛滋病的隱喻與污名，將感染者視為陰險醜陋的瘟疫散播者，人們一聽到這個名詞腦海裡出現的是骯髒、恐怖、畏懼、死亡等負向的字眼與情緒感受，而「毒癮愛滋」，更是讓人們覺得罪有應得、不值得同情，甚至避之唯恐不及，最好這些人能從世上消失更好。

雖然雞尾酒療法化解愛滋病患不再面對「得病立即死亡」的迷思，及使愛滋病人延緩生命，進入一個慢性病治療期，但愛滋病人卻遭遇不同於心臟病、糖尿病等慢性病人的友好待遇，所有的社會觀感與道德價值都認為他們是自作自受、遭天譴，不需要同情的一群社會毒瘤，迫使毒癮愛滋病友自己要調適得病的種種心理壓力，除可能遭受家庭遺棄，面臨無家可歸命運，尚得擔憂社會異樣眼光對待，不敢暴露疾病身份，過著躲藏

疾病身份的生活。因此，對毒癮愛滋感染者而言，來自社會文化的歧視與排斥，將根絕潛在感染者篩檢與接受治療的意願，迫使毒癮者選擇自我放棄與自我負責的態度，培育出強烈無能感。

## 貳、存有意義的再現

從來沒有看過一個疾病可以像「愛滋病」如此肆無忌憚的將一個人的健康、歡樂、甚至人間親情、友情、溫暖、尊嚴，自生命中徹底的拿走，改變人的一生！

Toombs (1993) 病人「反常」的感覺經驗是使得自己的身體成為一個自己注意的主題，患者不再是毫無理性地經歷他所患的疾病，而是開始嘗試去理解它並發現其意義所在；這時，病患的體驗便不再是活生生的感覺體驗，而是變成了一種超越個人直接主觀性的心理客體（即病患意念）。

「如果沒得這個病，我早就死了」，毒癮者未感染愛滋病毒之前，生活世界的全部能量都附著在毒品上，感染惡疾之後，面臨生命絕境，反倒感恩得病是一種重生契機。故 Plattner&Meiring (2006) 認為感染者順應報應、自責想法，不怨恨讓自己感染的人，認為感染是個人要負責的處罰，習慣新的健康狀況，並重新評估心理痛苦是生活一部分，這些都是個人調節吸毒感染病毒的心理因應過程。

羅洛·梅把願望定義為「想像可能發生某種行為或狀態」，這是意志過程的第一步。只有在產生願望之後，才能「啟動努力的裝置」，引發接下來的意志、承諾和選擇，最後在行動中達到高潮（May,2001）。故研究參與者從自我控制意志出發，即在一切都失去也失控的當下，藉「不要再吃毒」、「身體顧好」為願望基礎；以實際行動到監獄現身說法，見證吸毒感染愛滋的壞榜樣，並籌劃將來「找工作、好好做人、做義工助人、賺錢給家人、為家人付出一點心力」，重新建構人生意義與剩餘價值。

佛蘭克認為每個人都有自己特定的人生使命或天職，要求他完成所賦予他的具體任務。所以發現生命的意義要在人所信奉的信條中，在他的工作中，在他的創造物中，在他所愛的人和事中，在他的經驗中，在他所遭遇的世界上真善美中，在他所接觸的人及

其品行中。即便是在痛苦與絕望中，人仍然可以發現自己生命的意義，他有機會發現生命最深刻的意義，即苦難的意義(劉翔平，2001)。

所以阿順存錢不靠別人、好好過日子，及想當義工幫忙照顧植物人，小洪幫忙病友開車當司機、送病人就醫，大鄭到監獄做戒毒與愛滋宣導，小真期許出獄後能留在關愛照顧自己小孩及其他愛滋寶寶、賺錢補貼大姐，阿善承諾太太要努力打拚回饋家人，陳桑與丁桑都痛心戒毒、重新開始，這些都是毒癮愛滋感染者從無望的深淵，努力掙扎攀附中途之家所給出的關心和愛，決定重塑生命意義的道路。當他們每個人清楚自己所下的決定時，這種決定的覺察就能使生活豐富，鼓勵自己盡全力投入生活，也就表示毒癮愛滋感染者開始積極接受自己是有能力的人，也為自己現在及將來的樣子負責

( Yalom , 2003 )。如同沙特指出追尋意義的道路，即是在世界尋找一個「家」，而這個家包含自由、行動、服務他人、責任、參與等。

## 第二節 綜合討論

探究別人的生命經驗，一定要建立在研究者與參與者已經建立深度信任關係後才可能探索他人深刻經驗。但在臨床經驗幾位毒癮愛滋病者接觸數次後，發現病患幾乎來去匆匆，難以掌握其行蹤，關係建立不易，毒癮愛滋感染者發病住進醫院，住院期間往往鮮少有家人陪伴，多數孤零零一人趟在病床上，經過急性症狀短暫治療後，病人還是得出院，但是否回得了家常常不得而知（或許無家可歸、或許與毒友一起同住）。臨床上有位毒癮愛滋病患每次出院後，當天先回家，但一兩天後就不見人影，家人也懶得理病人的去向。因為在社會上毒癮愛滋感染者外觀上並沒有特殊明顯病症，因此病人一出院，如果沒有按時回診追蹤，根本找不到這些病人，連電話都連絡不到，故很難掌握病人的動向；而且如果沒有發病之感染者可能沒有警覺性，還持續躲在暗處用藥，使研究參與者難以尋覓，故研究者才興起到關愛之家尋找參與者想法。

### 壹、關愛之家的特殊性

愛滋病治療技術因為雞尾酒療法在抑制愛滋病毒發病藥物日漸進步，使得感染者平均存活時間延長，病者回歸社區居家療養機會與時間相對增加，因此愛滋感染者除了在醫療照護需求上，在社會適應、生活照顧以及重返職場問題，以及病患們，學習如何在歧視、誤解與恐懼的環境當中，找出一個彼此寬容、相互關懷的生存方式，都成為將來需要思考方向。

「台灣關愛之家協會」從愛滋寶寶到七八十歲病友都有，讓住在此的毒癮感染者看到在陰暗角落裏，生命是如何與疾病奮鬥。雖然「關愛之家」的生活單調平常，但這不就是讓毒癮者回到單純日常生活的軌道，重新從生命的虛無意義中思考真正要追求的是什麼。如果這些毒癮者沒有住進到「關愛之家」，未看到這麼多受苦的愛滋病人，想必他們仍藏身在社會各角落繼續過著找藥解毒癮的生活，一面為毒所苦，一面為病所懼，

想著「最壞，吃毒吃呼死」，不會對自己有任何期待，也不敢奢望人生會有意義。所以「關愛之家」這特殊場域可謂是這群住民的希望之家。

未接觸關愛之家前對其認識不多，只知它是一個收容愛滋病患的中途之家，其他訊息多來自新聞媒體報導，印象中它是經費不充足、常遭社區居民排斥要求遷居，全憑創辦人一股愛心辛苦經營的民間慈善機構。田野觀察後發現，它跟社會福利資源的其他養護機構不同，一般照護機構在空間設施、床位、工作人員比例、收費標準都有一定規範，而且很多照護機構或中途之家大多背後有財團、民間有力人士或專家學者、宗教資源支持。關愛之家則完全是一個由個人發起，經費不充裕機構，得靠經營花店收入（研究者訪視時已關閉）或收取照護病人的微薄安置費，或由認同與關懷愛滋病友的民眾捐款，或辦義賣活動，或接受學校、監獄邀請宣導愛滋相關衛教，勉強維持「家」的所有開銷。

整個「家」的事務除了楊姐內外張羅之外，還有少數幾位工作人員（會計、護理師、社工、義工），一些健康狀況較好或未發病的病友，以互助方式擔任餵飯、擦澡等簡單照護、廚工、司機等工作，創辦人甚至給付病友工資，讓他們學習自力更生。所以無論台北或高雄的關愛之家，如此特殊經營方式的機構，雖沒有具規模的照護與休閒設施、沒有充裕人力策劃活動，沒有足夠資金改善環境，卻是讓被家人遺棄、社會排斥、尤其是一些重病臥床者或植物人的愛滋病友這群社會邊緣人不至於無家可歸，流落街頭，有一個容身的「家」。

關愛之家在北高各有一處中途之家，在台北市區安置的多數是病情較嚴重者，這裏是一個住宅區，附近有一個小公園，可以行走的病友，喜歡坐在門前，看著人來人往的路人，有時到斜對面的小公園散步。因為病友數較多，受限空間窄小因素使得居住較擁擠，小小重症房擺放五、六張病床，只剩一個人可以在裡面走動的空間。所以從醫院出院直接到台北「關愛」療養已超過半年的陳桑抱怨生活無聊：「這邊衛生環境不好，每個人幾乎都有皮膚病，在醫院住太無聊，這裡也差不多，這邊不是植物人，就是神經病（F-225-231）」。

這種現象在病友數較少的高雄「關愛家園」略不同，高雄「關愛家園」位於住宅區，在一排透天厝的最邊間，這裡原是一間教會，後來由牧師捐給關愛之家協會設立收容

所，外面並無任何標示顯示關愛之家字樣，平日鐵門拉下，只開約四分之一的部分，病友活動很低調，頂多到路口走走，夜間則會到後面夜市逛逛。病友們全日活動空間大多在這棟四層樓透天厝裏，除在一樓公共區域的客廳看電視或去廚房吃東西，就是上樓睡覺。家園內除兩位護理人員外（本來只要一位，訪談期間再加一位），則全靠幾位病友協助家務 - 煮飯、到垃圾、幫病重者餵食、擦澡等，其他多數病友則坐在「家」中看電視、睡覺、等吃飯，所以一天當中病友們大半時間是無所事事，有幾位感染者甚至說每天生活好像「吃飽等死」。

無論疾病病發後的小洪、大鄭、陳桑，無處生產的小真，服完刑期因致無處可去的阿順、丁桑，住進「關愛之家」，都促使其暫時脫離舊有的吸毒生活世界，擺脫昏昏沉沉的迷惘自我，而在尚未建立新的自我價值之前，又因感染致命的世紀疾病，這裡就成為提供同病相憐的互助情誼，超越世俗之家的其他功能與作用。換言之，「關愛之家」已不再是一個中途收容場域，而是一個提供病友們安身立命的存有歸屬之「家」，讓毒癮愛滋感染者因吸毒造成眾叛親離，加上愛滋病未知的疾病威脅與社會文化污名衝擊下，能停駐在此沙漠中的綠洲，重新思索生命基本存有問題。

## 貳、研究者反思

我們的生活世界是先於語言的，基本上是難以描述的。詮釋現象學研究就是想要完成不可能的任務，針對生活世界的某些層面，建構完整的解釋性描述，並提醒自己，被經歷過的生命，永遠比任何意義解釋能顯露的來的複雜。而現象學的還原概念教導我們：完完全全的還原是不可能的，完整或最終的描述是不可及的( Man Van Manen,2004 )

### 一、關於研究的反省與限制

質性研究目的不再驗證或推論，而是在探索經驗世界的意義，故研究者與研究參與者彼此信任關係的建立將有助於發掘豐富的資料與現象的釐清。故先有良好的關係再進行訪談一直是研究者當初選擇參與者的要件，但限於醫療場域病人行蹤難以掌握，近一年當中只有阿善一名參與者，故轉而到機構收案。不過轉換跑道收案，使得研究者看到

不同「位置」的病者對疾病有不同的意義開展，因為阿善經驗僅醫院就醫經驗，所見所聞都是個人性的，到「關愛」的病者則除了個人生病經驗外，還有顯現他人臥床情境，促使病者更多省思。這是研究者意外的收穫。

而本研究的限制之一，則是參與者中發病者僅居半數，而且生病治療經驗並不長，造成對主體生病經驗描述較顯不足，如果可針對發病較久、多次入院治療的案例分析，應可充實資料的多元性。

限制之二，就研究參與者性質而言，經訪談後發覺女性較願意開放經驗、坦露較多，男性較被動、語辭較簡約，故選擇參與者時需多考量其對經驗的自省、表達能力，以能充分顯現豐富經驗。

限制之三，研究者本身深受社會心理評估影響已久，對參與者諸多詮釋仍脫離不了社會心理模式，對於詮釋學與現象學的初學習，在此次詮釋分析過程顯見對現象本質的掌握仍顯不足，這是需再學習之處。

## 二、關於研究的收穫

此次研究過程，研究者最大的收穫就是學習包容與接納不同生活世界的人。以往雖從事助人工作，但是過多的工作量造成一向都以問題解決模式為主，面對毒癮者、愛滋病求助者都只看到「部分」問題，對於其造成問題的種種生活經驗無暇關注，更無時間探究存在心理方面的議題。羅洛梅在「權力與無知」一書中提及一位被治療者（普莉西拉）在他村子有一個人自殺後，她告訴羅洛梅說：「如果有人認得他的話，就不會自殺」。羅洛·梅由此認為作為人必須有人傾聽、認同和了解，如此人們才會認定自己是有價值的，它的生命與其他人一樣重要，才會給他方向感，讓他在這個原本無意義的世界找到一個立足點（May,2003）。

Morse 和 Johnson（1991）認為病人不是孤獨存在的（即便有時病人是被孤立在醫療機構中），治療處遇應整體考量病人所處的環境、文化脈絡，以及個人與家庭的關係等因素，以病人觀點了解個體本身生病經驗，從個體生病經驗中理解病人需求與意願，以便提供適切的、彈性的醫療照護。

此次病患顯露其生病經驗，即是在主體敘說與研究者詮釋過程中，因彼此產生互動，共同創造病患的自我肯定與價值，讓其破解原本對生命無意義感的痛苦與無能經驗，重新締造自我價值與權能。所以讓研究者理解何謂「empowerment」，因為善用權力讓毒癮愛滋感染者恢復某種權能感，認定疾病本身是一種命定的存在，即便只是從掌控自己的身體「身體顧乎好」，這都是使其權能復原的過程，也是療癒的開始。

## 第三節 建議

### 壹、臨床研究實務工作的建議

#### 一、支持性團體的運用：

病者面臨疾病的威脅，無論是以發病或未發病者感染者生理、心理、社會、存有等問題，其實都有心理輔導的需求，但因疾病敏感，毒癮身分屬性特殊，處於社會邊緣人處境，多數不敢揭露身份接受輔導資源者，因此要尋覓患者進行諮商輔導不易，故若以支持團體方式，應能提高尋求協助意願。但目前都只靠民間愛滋機構舉辦，缺乏全面有力的互助系統。

目前最大宗毒癮愛滋感染者都在監獄被篩檢出來，故建議法務部能提撥經費讓專業精神科醫師、心理師、社工師進入人數最多且集中的監獄，進行團體治療與支持團體，對其往後出獄後的疾病適應較有正面效果。

另衛生署同時獎勵加入減害計畫之醫療院所，由醫療機構內現有之醫師、心理、社工專業人員資源成立支持團體，藉毒癮愛滋感染者加入服藥計畫期間，均需加入團體諮商與輔導，提高團體參與率。待團體成熟後，進而邀約較積極參與團體活動的成員，建立心理關懷互助網，增權(Empower)感染者成為助人工作者，藉由經驗分享關懷其他成員，逐步建立點線面的支持網絡。

#### 二、建立家屬衛教團體：

毒癮愛滋感染者若能得到家庭的接納，在疾病的適應上有很大的助益。發現多數毒癮愛滋感染者對愛滋病常識欠缺，以致於過度緊張、害怕。所以若能對初期感染者之家屬進行一系列愛滋常識衛教，並由專業人員適時提供諮詢與資源，不僅可以減少無謂的害怕 防衛，也可以強化愛滋病患家庭支持功能，提高接納毒癮感染者住在家中的意願。

#### 三、治療環境良善氛圍：

醫療單位在不同科別加強進行毒癮者特性與愛滋病社會心理評估、治療與防護宣導等在職教育，提高照護病者的正向態度。若有發生傳染疑慮事件時，行政與專業體系能給於臨床醫療人員充分的支援，並有妥善的福利措施保障工作與生命安全，減少直接照護人員的恐慌與抗拒。

#### 四、鼓勵尚未戒除毒癮的感染者加入減害計畫：

協助毒癮愛滋感染者戒毒雖是最終目標，但諸多研究證實戒毒實屬不易，非短期能達成。故首要任務應是教導其減少危險注射行為，尤其是直接造成傳染途徑的共用針器與稀釋液，引導其加入衛生署疾管局之減害計畫漸進式戒除毒品，以免將疾病傳染給無辜第三者。

#### 五、設立公立長期照護機構與庇護工廠：

雞尾酒療法延長病友的生命，使得越來越多殘障或年邁的愛滋病友，若無工作能力、又遭逢家人遺棄者，勢必流落街頭，無處安身。目前國內僅兩家民間機構收容愛滋病患，空間、人力均有不足，而一般療養機構對愛滋病患收容仍以傳染病為由拒絕收容。從長期照護觀點，政府有照護每位國民的責任，如果選擇若干機構專責收容病重臥床、無家可歸的愛滋病患，改善目前照護機構不足的現象。並為病輕者尋找庇護工作或就業機會提高權能，相信可以為這群躲在生命陰暗處的病人找到一條光明之路。

#### 六、全面愛滋病防治教育的重要性：

Sarah Castle (2004) 認為烙印造成排斥、生命威脅恐嚇、暴力。唯有當愛滋病能見度提高，較能公開時，政府較能成功動員社區資源防治傳染病，即可縮小感染速度，並使感染者獲得較多支持，才能有效防治愛滋病漫延。

但是愛滋仍和性、道德、懲罰緊密相連。愛滋被污名，使得許多帶原者不願現身接受檢測，愛滋防治全球商業聯盟執行長尼爾森：「愛滋檢測防疫工作的失敗，將使得我們為阻止愛滋蔓延所做的一切努力，付諸流水。」愛滋感染者權益促進會常常呼籲，

對愛滋人權的壓抑與剝奪，只會造成防治的反效果，使得隱藏在檯面下的人，害怕被放在歧視名單而不願受篩檢，或擔心隱私曝光的威脅下不敢就醫，甚至在不知情狀況下繼續在社區各角落傳染病毒，使得愛滋傳染人數永遠無法精確得知，遭成更大恐慌。所以衛生教育或學校教育應給廣泛民眾對愛滋病的正確認知，矯正「一碰就感染」、「一得就死」的錯誤觀，如此才能提升高危險群主動篩檢意願。

## 貳、對未來研究的建議

一、毒癮愛滋感染者之家屬其實與病人共陷在疾病恐懼與污名威脅之下，家屬與病人都是躲在暗處的一群人，深怕家有愛滋會曝光，故探討家有毒癮愛滋感染者家屬之心路歷程，應可幫助家屬的種種適應問題。

二、本研究僅針對毒癮愛滋感染者個人部份就醫經驗探究，並未相對了解醫護人員照護毒癮愛滋感染者的認知與行為態度做探討，故建議將來若有興趣者可做兩方面之比較研究，以更深入了解照護者與被照護者之間對醫療照顧的差異。

三、台灣感染者主要年齡集中在 20-40 歲族群呈現年輕化，而年輕的女性感染者也逐年增加。有部份是因為危險性行為，也就是跟不固定的對象進行未加保護的性行為；另外一類大宗就是與愛滋病患共同使用遭污染的針頭進行靜脈注射藥物；也有部份是他們的先生有上述的行為，得到愛滋病毒後，再將病毒傳染給無辜的太太，故所生產的新生兒數目也繼續增加，使愛滋寶寶的問題與日俱增。

據研究者臨床觀察不少是未婚女性生下愛滋寶寶，其不僅面臨未婚生子的壓力，面對寶寶可能感染愛滋病毒的擔憂，值得後續有興趣者探究其得病生子的生命經驗。

## 參考文獻

### 中文部分

行政院衛生署編印(1994)。後天免疫缺乏症候群心理輔導手冊。

王作方(1996)。活在愛滋陰影裏—台灣地區男同性戀者的生活經驗及對愛滋病與防治的感受。未出版之碩士論文。台北。國防醫學院公共衛生研究所。

王彥蘋(2002)。狂喜舞舞舞—台灣瑞舞文化的追尋。台北。世新大學社會發展研究所。

王保羅(2005)。意義治療與臨終關懷工作坊研習會研習手冊。台北：佛教蓮花臨終關懷基金會。

王威蘋(2006)。靜脈毒癮患者感染愛滋病初期的照護經驗。榮總護理, 23(1), 24—33。

尤昱婷(2001)。新聞報導中的愛滋人權分析—權利與權力。未出版之碩士論文。台北：政治大學新聞研究所。

江振亨(1999)。認知行爲團體療法對濫用藥物者輔導成效之研究。未出版之碩士論文。嘉義：國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。

余德慧(1998)。生活受苦經驗的心理病理：本土文化的探索。本土心理學研究, 12(10), 69-115。

余德慧(2001)。詮釋現象心理學。台北：心靈工坊。

余德慧(2003)。生死學十四講。台北：心靈工坊。

邱伊翎(2006)。一個也不能少—台灣愛滋篩檢的風險治理。新竹：清華大學社會學研究所碩士論文。

李元邦(1991)。烙印與社會福利—兼論台灣社會福利烙印現象。未出版之碩士論文。台北。台灣大學社會學研究所。

李佩容(2000)。喪親青少年之哀悼歷程—以 921 地震的個案為例。未出版之碩士論文。中原大學心理學研究所。

李欣倫(2004)。有病。台北：聯合文學。

- 李暉（2000）。台灣愛滋病預防問題之探討。未出版之碩士論文。台北。台灣大學新聞研究所。
- 李志恒主編（2003）。物質濫用—物質濫用之防制、危害、戒治。行政院衛生署管制藥品管理局製作。
- 束連文（2006）。靜脈藥癮者之精神科臨床治療。載於洪健清、張上淳主編。「愛滋病學」。健康文化。第二版。
- 林信男（1994）。藥物濫用輔導。學生輔導，50，62-69。
- 林信男（1997）。藥物濫用與防治。橘井文化出版。
- 林宜慧（2002）。愛滋感染者的醫療權困境。台灣愛滋感染者醫療權益白皮書。社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會。
- 洪健清（2000）。抗愛滋病毒藥物簡介。八十九年內科醫學會學術論文集。
- 洪娟娟（1998）。受刑人配偶關連烙印現象之初探。未出版之碩士論文。東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 武靜蕙（1989）。台北市立醫院護理人員對愛滋病知識態度之調查研究。師大衛生教育研究所碩士論文。
- 周妙純、李明濱（1993）。愛滋病的心身醫學關。當代醫學，20（2），84-88。
- 林美伶、熊秉荃、林淑蓉、胡海國（2002）。精神分裂症患者之烙印處境。慈濟醫學，14（6），381-388。
- 林金梅（2004）。中途顏面燒傷患者之生命轉化歷程—三位傷友的故事。未出版之碩士論文。嘉義。南華大學生死學研究所。
- 柯裕棻（2000）。疾病的隱喻。序言。
- 胡幼慧（1996）。質性研究—理論、方法及本土女性研究實例。台北：巨流。
- 胡萃玲（1996）。藥癮復元者的藥癮歷程及相關要素之分析研究—以晨曦會受訪者為例。未出版之碩士論文。台北：國立臺灣師範大學教育心理學所碩士論文。
- 侯南隆（2000）。我不是壞小孩—喪親少年的生命故事與偏差行爲。未出版之碩士論文。嘉義南華大學生死學研究所。

- 徐美苓 (1998)。愛滋病的社會真實、媒介真實與主觀真實。高雄醫學院健康與社會政策學術研討會--關心二十一世紀的健康。5-33。
- 徐森杰 (2003)。去除愛滋病污名化的策略。愛之關懷 (44)。
- 施鐘卿、涂醒哲、楊麗瑟、黃秀梨 (1996)。人類免疫缺乏病毒感染者對疾病自我照顧的知識、態度及行爲。慈濟醫學 (8), 109-117。
- 施俊均 (1997)。台灣地區 HIV 感染者生活適應之探討。未出版之碩士論文。台北。國立政治大學社會學系研究所。
- 高宣揚 (1998)。當代社會理論 (上)。台北。五南書局。
- 高淑清 (2001)。在每華人留學生太太的生活世界。本土心理學研究, 12, 225-285。
- 莫黎黎 (1998)。醫療社會工作。台北。桂冠圖書。
- 唐福春 (2003)。死亡教育課程對毒品犯生命意義感與死亡態度之影響—以某戒治所爲例。嘉義：南華大學生死學研究所。
- 唐毓麗 (2005)。罪與罰：台灣戰後小說中的疾病書寫。未出版之博士論文。台中。東海大學中國文學系研究所。論文摘要。
- 陳九五(1995)。大學新生對愛滋病之態度調查。公共衛生, V17, 4 月, 47-59。
- 陳建仁 (1999)。成癮藥物濫用防制宣言。
- 陳家雯 (2002)。創傷之後的成長或抑制心理歷程—以藥物成癮者爲例。未出版之碩士論文。台北：台灣大學心理學研究所。
- 陳紫凰 (2003)。藥物濫用女性生命歷程發展之探究。未出版之碩士論文。嘉義：南華大學生死學研究所。
- 陳佩蓓 (2005)。生命支柱的傾圮—脊髓損傷者疼痛知覺與調適經驗之研究。嘉義：南華大學生死學研究所。
- 彭運石 (2001)。走向生命的巔峰—馬斯洛的人本心理學。台北。果實文化。
- 彭懷真 (1996) 婚姻與家庭, 巨流圖書公司。
- 郭麗馨 (2002)。生病陪伴歷程的體驗—一位兒癌母親的自述。未出版之碩士論文。嘉義：南華大學生死學研究所。

- 郭素娥、邱飄逸(1999)不確定感的分析與應用－照顧兩位疾病診斷期病患之護理經驗。榮總護理，16(3)，275-285。
- 程玲玲(1994)。三十一位物質濫用者的研究。法商學報，30，243-296。
- 黃富源、曹光文合著(1996)。成年觀護新趨勢。台北：心理出版社。
- 黃麗菁(2003)。愛的方糖－與糖尿病童共享病程的故事。未出版之碩士論文。嘉義：南華大學生死學研究所。
- 黃碧琴(1994)。寓居於世的受苦生命－現象學取向的心理病裡研究。未出版之碩士論文。台灣大學社會學研究所。
- 黃淑美(2003)。臺灣毒癮男女：性別角色與生命歷程之社會建構觀點。東吳大學社會學研究所。
- 張春興(1999)。教育心理學。台北：東華書局。
- 張春興(2003)。現代心理學。台北：東華書局。一版39刷。
- 張京文(2002)。國軍藥物濫用成因及再犯之研究。未出版之碩士論文。台北：政治作戰學校軍事社會行為科學研究所。
- 張伯宏(1994)。煙毒犯罪之相關問題與對策。台北：五南圖書出版公司。
- 張麗玉(2002)。支持團體對愛滋病患的社會心理影響之研究。未出版之碩士論文。埔里：暨南國際大學社會政策與社會工作研究所。
- 張景然等譯、蕭文總校閱(1998)。心理異常診斷與治療。台北：五南書局。
- 張苙雲(2003)。醫療與社會：醫療社會學的探索。台北市：巨流。
- 張宏俊、林信男(1993)。藥物濫用者的心理治療。當代醫學，20(2)，89-91。
- 畢恆達(1996)。詮釋學與質性研究。載於胡幼慧主編，「質性研究－理論、方法與本土女性研究實例」。臺北市：巨流。
- 梁玲郁(1997)。成癮問題的諮詢與改變行為。學生輔導通訊，50，82-89。
- 葉紅秀(1997)。青少年藥物濫用面面觀。學生輔導通訊，50，42-51。
- 葉何賢文(2003)。悲傷調適歷程及生命意義展現之研究－以喪子(女)父母為例。未出版之碩士論文。嘉義：南華大學生死學研究所。

- 葉美鈴（2006）。感染愛滋病外籍新娘心裡社會調適的護理經驗。榮總護理，23（1），44-51。
- 廖元豪（2006）。歧視有理，患病有罪？中國時報，2006.10.13 時論廣場。
- 詹德杰（2002）。吸毒犯行認知基模之萃取研究。未出版之碩士論文。嘉義：國立中正大學犯罪防治研究所。
- 傅偉勳（1993）。生命的尊嚴與死亡的尊嚴－從臨終精神醫學到現代生死學。正中書局。
- 楊國樞（1985）。為什麼大家都有無力感「座談會」。中國論壇，20(10)，23-37
- 楊美紅（2000）。人類免疫缺乏病毒感染者/愛滋病患之生活衝擊－病例綜合報告。院內感染控制雜誌，10（3），189-198。
- 楊士隆（2001）。犯罪心理學（三版）。臺北市：五南。
- 楊瑞美（2002）。毒品政策對施用毒品者之影響－某成年男性戒治所為例。未出版之碩士論文。台北：國立台灣大學社會工作研究所。
- 楊韶剛（2001）。尋找存在的真諦－羅洛.梅的存在主義心理學。台北：貓頭鷹。
- 楊惠中（2005）。2005/12/01 蘋果日報論壇。
- 鄔昆如（2005）。西洋百位哲學家。台北：三民書局。PP.311-315。
- 解坤城（2005）。快樂丸生涯：現象與詮釋。未出版之碩士論文。新竹：交通大學社會與文化研究所。
- 廖娟秀（2000）。韓森的愛滋歲月－愛之生死。台北：新自然主義出版。
- 廖士程、李明濱（2006）。愛滋病毒感染者之身心醫學觀。載於洪健清、張上淳主編。「愛滋病學」。健康文化。第二版。
- 蔡佩真（2000）。同性戀愛滋感染者的疾病適應及協助。中華醫務社會工作實務（2）。81-87。
- 蔡昌雄（2003）。權力與無知。序言。
- 蔡昌雄（2004）。田野經驗與詮釋現象學。南華大學第三屆「社會科學研究方法：質性研究及其超越研習會」會議手冊。嘉義：南華大學。
- 蔡昌雄（2005）。醫療田野的詮釋現象學研究應用。南華大學第四屆「社會科學研究方

- 法：質性研究方法與議題創新研習會」會議手冊。嘉義：南華大學。
- 蔡淑玲（2005）。關懷的功課－安寧護理人員的自我照顧。未出版之碩士論文。嘉義：南華大學生死學研究所。
- 鄭家雯（2004）。走出心靈迷霧：諮商師調適與因應接案無力感經驗之研究。未出版之碩士論文。屏東師範學院教育心理與輔導學系。
- 鄒川雄（2005）。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。齊力、林本炫主編。「社會科學研究方法與資料分析」。嘉義：南華大學社教所。二版
- 鄒川雄（2004）。經典詮釋與身心狀態：本土化質性研究的另類觀點。質性研究方法及其超越。嘉義：南華大學社會所。
- 潘淑滿（2003）。質性研究：理論與應用。台北：心理出版社。
- 葛應欽、章順仁、蔡米山、柯乃熒、徐淑婷、蘭淑貞、陳忠仁、楊麗瑟、黃志中、蘇逸玲、陳武宗、李聖隆（1998）。世紀疫疾 AIDS。台北：偉華。
- 穆佩芬（1996）。現象學研究方法。護理研究，4（2），195-202。
- 薛雅尹（2003）。我國戒毒政策成效評估之研究。國立東華大學公共行政研究所。
- 蔣欣欣、盧孳艷（1996）。健康與疾病的文化觀及現象分析。護理雜誌，43(4)，42-48。
- 鍾道詮（1998）。男同志在面對愛滋烙印與防治政策時的壓力及其因應策略。未出版之碩士論文。台北：東吳大學社會工作研究所。
- 蕭佳華（1996）。疾病與烙印初探－兼論 AIDS 防治政策。未出版之碩士論文。台北：台灣大學公共衛生研究所。
- 謝菊英（2003）。愛滋的烙印與歧視。台北市。天主教露德之家。愛之關懷季刊，42，6-10。
- 劉淑華(1995)。愛滋病(AIDS)公共宣導訊息策略之研究以平面媒體為例。中國文化大學新聞研究所碩士論文。
- 劉亞蘭（1997）。懷孕身體的現象學。龔卓軍編著，台灣現象學：性、身體、現象學。台北：梅洛龐蒂讀書會。
- 劉翔平（2001）。尋找生命的意義－佛蘭克的意義治療學說。台北：貓頭鷹出版社。

蘇逸玲、邱台生、陳瑛瑛（1998）。台灣某醫學中心愛滋病患家屬壓力與因應行為初探。  
護理雜誌，45（6），43-p52。

釋慧開（2002）。從佛陀教化的觀點淺論－探索生命的終級意義與活出圓滿自在的人生。  
南華大學生死學通訊，4，3-6。

羅如蘭（2006）。邊緣社會中的邊緣人。中國時報 2006/6/5。

龔卓軍（2005）。生病詮釋現象學：從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。生死學  
研究，創刊號，59-76。嘉義市：南華大學。

## 網路資源部分

中華台灣誼光愛滋防治協會網站：<http://www.lofaa.org.tw/index2.html>

中華民國愛滋感染者權益促進會網站：<http://www.praatw.org/main.html>

中華民國愛滋感染者權益促進會<權促會>。2006 年度五大愛滋事件發表記者會。  
2006/12/26。 <http://www.praatw.org/main.html>（陳醫師新聞）

林宜慧（2004）。愛滋污名化 剝奪人權。台灣立報。陳怡君報導  
<http://publish.lihpao.com/Gender/2004/07/20/04k07191/>

台灣愛之希望協會網站。<http://www.yccc.com.tw>

行政院衛生署（2006）衛生統計資訊網 <http://www.doh.gov.tw/statistic/data>

行政院衛生署 疾病管制局網站。<http://www.cdc.gov.tw>

行政院衛生署 麻醉藥品經理處網站。<http://www.藥物濫用定義>。

法務部網站。<http://www.moj.gov.tw>

希望工作坊網站 <http://aidshope.tacocity.com.tw/index.htm>

警政署網站 <http://www.npa.gov.tw>

關愛之家協會網站。<http://www.hhat.org>

薛桂文（2006）。愛滋指定醫院推拒病患 病友抨擊漠視人權。聯合新聞網。  
<http://udn.com/NEW/LIFE>

張正學（2005）。難以越過的心中獄。希望工作坊新聞稿。

<http://www.aids.org.tw/information/>

謝菊英。愛滋感染者社會支持。天主教露德協會網站－發表文章。

<http://www.lourdes.org.tw>

## 中文部分（譯書）

Adler（1971）。**自卑與超越**（What Life Should Mean to You）。（黃光國譯）。志文出版社。  
（原書於 1932 出版）。

Adler（1997）。**人類面臨的挑戰**（劉樂群譯）。臺北市：志文。（原著出版年：1964 出版）。

Anselm Strauss & Juliet Corbin（1997）。**質性研究概論**（Basics of Qualitative Research）（徐宗國譯）。台北市：巨流。

A.Schutz（1991）。**社會世界的現象學**（The Phenomenology of Social Word）（盧嵐蘭譯）。台北：桂冠。（原書於 1932 年出版）

Dennis L. Thoms（1996）。**上癮行為導論**（Introduction to addictive behaviors）（李素卿譯）。台北：五南。（原書於 1994 年出版）

David T.Courtwright（2002）。**上癮五百年**（Forces of Habit：drugs and making of the moden world）（薛絢譯）。台北：立緒出版。（原書於 2001 年出版）

Irvin D.Yalom（2003）。**存在心理分析（上下）**（Existential Psychotherapy）（易之新譯）。台北：張老師文化。（原書於 1980 年出版）

Jerome Groopman,M.D.( 2004)。**時間等候區**（The Measure Of Our Day--A spiritual exploration of illness）（鄧伯宸譯）。台北：心靈工坊。（原書於 1997 年出版）

J.H.van den Berg（2001）。**病床邊的溫柔**（Psychology of the Sickbed）（石世明譯）。台北：心靈工坊。（原書於 1952 年出版）

Arthur Kleinman（1995）。**談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道**（The illness narrative：

- Suffering, healing & the human condition) (陳新綠譯)。臺北市：桂冠。(原書於 1988 年出版)
- Luc Montagnier (1986)。世紀的疾病 AIDS (何照洪譯)。台北市：民生報叢書。原書於 1985 年出版)
- Norman K.Denzin(2000)。解釋性互動論 (Interpretive Interactionism) (張君玫譯)。台北：弘智文化。(原著出版於 1989 年)
- Michael Quinn Patton (1995)。質的評鑑與研究 (Qualitative Evaluation and Research Methods) (吳芝儀，李奉儒譯)。新店：桂冠。(原書 1990 年於出版)
- Max Van Manen (2004)。探究生活經驗 (Researching lived experience : human science for an action sensitive pedagogy,2nd ed.) (高淑清、連雅慧、林月琴譯)。台北市：濤石文化。(原書於 1997 年出版)
- Margaret L.Andersen,Howard F.Taylor (2007)。社會學 (Sociology Understanding a Diverse Society) (林冷等譯)。新加坡：湯姆生。(原書於 2006 年出版)
- Palmer,R.E. (1992)。詮釋學 (Hermeneutics) (嚴平譯)。台北：桂冠。(原書於 1969 年出版)
- Robert Sokolowski (2004)。現象學十四講 (Introduction to phenomenology) (李維倫譯)。台北：心靈工坊。(原書於 2000 年出版)
- Rollo May (2004)。焦慮的意義 (The Meaning of Anxiety) (朱侃如譯)。台北：立緒。(原書於 1950 年出版)
- Rollo May (2003)。權力與無知 (Power and innocence) (朱侃如譯)。台北：立緒。(原書於 1972 年出版)
- Rollo May (2001)。愛與意志 (Love and Will) (彭仁郁譯)。台北：立緒。(原書於 1969 年出版)
- Rollo May (2003)。哭喊神話 (The Cry For Myth) (朱侃如譯)。台北：立緒。(原書於 1991 年出版)
- Sarah Dunant&Roy Porter (1999)。焦慮的年代 (The Age of Anxiety)。(呂捷譯)。台北。

- 經典傳訊文化。(原書於 1996 年出版)
- Susan.Sontag (2000)。疾病的隱喻 (Illness as metaphor AIDS and its metaphors)(刁筱華譯)。  
台北市：大田。(原書於 1993 年出版)
- Susan H.McDaniel,Jeri Hepworth&William J.Doherty (2003)。愛的功課 (The Shared Experience of Illness :Stories of Patients, and Their Therapists) (楊淑智、魯宓譯)。台北：心靈工  
坊。(原書於 1997 年出版)
- Thorwald Dethlefsen&Rüdiger Dahlke (2002)。疾病的希望 (The Healing Power of Illness)(易  
之新譯)。台北：心靈工坊。(原書於 1983 年出版)
- Toombs,S.K. (2000)。病患的意義—醫生和病人不同觀點的現象學探討 (The Meaning of  
Illness : A Phenomenological Account of Different Perspectives of Physician and Patient)(邱  
鴻鐘、陳蓉霞、李劍譯)。青島：青島出版社。(原書於 1999 年出版)
- Viktor E.Frankl (1995)。活出意義來—從集中營說到存在主義 (Man`s Search for Meaning)  
(趙可式、沈錦惠譯)。光啓出版社。(原書於 1963 出版)
- Viktor E.Frankl (2001)。意義的呼喚 (Was nicht in meinen Buchern steht. Lebenserinnerungen)  
(鄭納無譯)。台北：心靈工坊。(原書於 1995 年出版)
- Viktor E.Frankl (1991)。無意義生活的痛苦 (朱曉權譯)。北京：生活、讀書、新知三聯  
書局。(原書於 1985 年出版)
- Zaner, R.M. (2001)。醫院裡的哲學家 (Troubled voices : Stories of ethics & illness) (譚家瑜  
譯)。台北：：心靈工坊。(原作 1994 年出版)
- Zaner,R.M. (2004)。醫院裡的危機時刻—醫療與倫理的倫理 (Conversation on the edge :  
Narratives of ethics and illness)。(蔡錚雲、龔卓軍譯)。台北：心靈工坊。(原書於 2002  
年出版)
- Wilhelm Weischedel (2002)。通往哲學家的後門階梯：34位哲學大師的生活與思想 (Die  
Philosophische Hintertrepp : 34 gro e philosophen im alltag und denken)。(鄭志成譯)。台北：  
究竟出版社。

## 英文部分

- Beckerman, N. & Rock, M.(1996).Themes from the Frontlines : Hospital Social Work with People with AIDS. *Social Work in Health Care*, 23(4),75-89.
- Koopman, C., Gore-Felton, F., Marouf, L. D.& Butler, et al (2000) .Relationships of perceived stress to coping, attachment and social support among HIV-positive persons. *AIDS Care*,12 (5) ,663-672.
- Corr, C. (1991) . A task-based approach to coping with death. Presentation to the Association for Death Education and Counseling, Duluth, Minn., April.
- Doka, K.J. (1995) .Living with life-threatening illness: A guide for patients, their families, and caregivers. New York: Lexington Books.
- Fields, R. (1998). Drugs in Perspective. Personalized Look at Substance Use and Abuse. Director, FACES, Family and Addiction Conferences and Education/Counseling Services ellerue, Washington.
- Herek, G.M. (2002) .Thinking About AIDS and Stigma : A Psychologist`s Perspective. *Journal of Law, Medicine & Ethics*,30,594-607.
- Herek, G.M. (1990) .Illness, Stigma, and AIDS, in *Psychological Aspect of Serious Illness : Chronic Conditions, Fatal Diseases, and Clinical Care*, edited by P.T. Costa Jr. and G.R. Vanden Bos, Washington, D.C. : American Psychological Association.
- Hall, B. A. (1992) .Overcoming Stigmatization: social and personal implications of the human immuno-deficiency virus diagnosis. *Archives of Psychi-atric Nursing*,6 (3) ,189-194.
- Jeffrey,T., Parsons, Jason, VanOra, Whitney, Missildine, David, W.,Purcell,, Cynthia, A.& Gómez (2004) Positive and negative consequences of HIV disclosure among seropositive injection drug users. *AIDS Education and Prevention*, 16(5), 459 – 475.
- Kleinman, A., Eisenberg, L.& Good, B. (1978) .Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.

- Kylmä J, Vehvilainen-Julkunen K, Lahdevirta, J. (2001). Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, Mar; Vol.33 (6), 764-775.
- Kylmä, J. (2005). Despair and hopelessness in the context of HIV—a meta-synthesis on qualitative research findings. *Journal of Clinical Nursing*, 14 (7), 813-821.
- Lisanne Brown, Kate Macintyre, & Lea Trujillo (2003) Interventions To Reduce HIV/AIDS Stigma : What Have We Learned ? *AIDS Education and Prevention*, 15 (1) 49-69.
- Marianne, R., Yoshioka, Ph.D., M.S.W. & Amy Schustack, M.S.W (2001) .Disclosure of HIV Status : Cultural Issues of Asian Patients. *AIDS Patient Care and STDs*. 15, (2) ,77-82.
- Morse, J. & Johnson, J. (1991) . Toward a theory of illness: The illness constellation model. In J. Morse & J. Johnson (Eds), *The illness experience: Dimensions of suffering* ( pp. 315-342) . London: Newbury Park.
- Holt, P., Court, K., Vedhara, K. H. Nott, et al (1998) .The role of disclosure in coping with HIV infection. *AIDS CARE*, 10, (1) ,49-60.
- Sarah Castle (2004) Rural children`s attitudes to people with HIV/AIDS in MALE : the causes of stigma. *Culture, Health & Sexuality*, January-February, vol.6, No.1, 1-8.
- Steer, R.A., Iguchi, M.Y. & Platt, J.J. (1994) Hopelessness in i.v. drug users not in treatment and seeking HIV testing and counseling. *Drug And Alcohol Dependence*, 34 (2) ,99-103.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J.C., Berman, S., Squier, C., Wagener, M.M. & Singh, N. (1999) Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection : impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD & AIDS*, 10 (6) ,pp381-391
- Plattner, E. & Meiring, N. (2006) Living with HIV: The psychological relevance of meaning making. *AIDS CARE*, APRIL, 18(3), 208-214.
- Weissman, A.N., Beck, A.T. & Kovace, M. (1979) .Drug abuse, hopelessness, and suicidal behavior. *The International Journal Of The Addictions*, 14 (4) ,pp451-461.

Weitz,R. ( 1989 ) .Uncertainty and the lives of persons with AIDS. Journal of Health and Social Behavior, 30,70-281.

Klinkenberg, W. D.& Sacks,S. ( 2004 ) Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS.AIDS Care, 16(Supplement 1): S22-S42.

## 附件一

### 研究訪談同意書

在此研究中，我將接受研究者的訪談，了解我個人於疾病所帶來與日俱增之限制，以及疾病過程中之不確定性所帶來的生命歷程之主體性經驗，於訪談過程中，我可以決定是否接受研究者的邀請，繼續完成未完成的訪談部分。訪談中，我將被問及個人及家族發病之經過、個人及家庭對於疾病所帶來的限制、病程進展與心理因應過程，我會盡量就我所能的回答，分享我個人觀點與經驗。訪談過程中，我有權決定開放的深度或訪談終止，而不受任何質疑或譴責。

訪談過程中我將接受錄音，錄音內容將被謄寫成紀錄式或逐字稿之文本以供研究分析，為了支持研究結果，我的部分對話將被引用，但我的身分資料將被隱匿，務必達到保護個人的目的。

倘若於訪談過程中，針對研究者所問之問題我有疑問，我有義務要進一步說明，直至無任何疑問為止，至此，我已完全明白研究的過程、資料的處理，運用方式以及我參與研究的權利與義務，我也明白我對此研究的意義與價值。因此；  
我同意參與本研究

參與者：

研究者：

日期：

## 附件二

### 訪談大綱

#### (一)、吸毒經驗的回顧

1. 請回想一下您吸毒的經驗與背景？（什麼情況下開始注射毒品？是在什麼時候發生的？那時發生了什麼事情？，如：在人、事、物各方面相關因素？）
2. 第一次注射毒品後是什麼感覺？你在吸毒經驗裡內心經歷過什麼樣變化？（如：想法？情緒或感受？行為表現？）感覺最深刻的事什麼？
3. 讓你繼續用毒品的原因是什麼？（快感、忘記煩惱、逃避或其他）
4. 用毒品後，對你有哪些（工作、家庭、身體）影響？
5. 用毒品後，家人怎麼看待你吸毒這件事？對於家人的看法與對待，你的想法是什麼？怎麼因應？
6. 整體而言，吸毒經驗對你的影響是什麼？你怎麼因應？

#### (二) 感染愛滋病的經驗

1. 知道感染愛滋病毒後，當時自己有什麼念頭、想法？情緒如何？印象最深的是什麼？
2. 怎麼決定對家人告知病情？怎麼開口的？怎麼決定告訴誰？
3. 決定告訴太太時的情境？太太的反應是什麼？是否有擔心些什麼？
4. 你的生活有否因為愛滋病有了轉變？（生活習慣、親友等人際關係、飲食、工作、經濟等）
5. 在醫院治療時，有什麼特別經驗？印象最深的是？（醫護態度、家人態度、治療經驗、自己的情緒等）
6. 這個病永遠都不會好，你當初知道時覺得怎樣？現在呢？你怎麼看待得病這件事？

7. 回顧吸毒—得愛滋病的歷程，對你有什麼影響？有哪些事情讓你感到難以忘懷？你學習到什麼？
8. 可以說說生病對你的生命看法有些什麼影響嗎？

### (三) 其他

1. 訪談進行下來，你有什麼感覺或想法？
2. 還有沒有其他想補充的地方？有那些問題是你覺得訪談者該問卻沒有問到的？

### 附件三

## 文本分析範例

### B1-1~15 接觸毒品情境

訪談人：「好，那就現在開始，那我就直接稱呼你小洪，我想要先瞭解你第一次接觸到毒品的時候是幾歲？」

受訪者：「差不多二十九歲左右吧。」

訪談人：「那是什麼情況還是什麼機會讓你接觸到毒品的？」

受訪者：「是朋友他們拿給我吸的。那個時候朋友們都在賭博，有時為提神，一開始先是吸安非他命，再來吸海洛因，就這樣上癮了。」

訪談人：「那你賭博是賭到日夜不分嗎？」

受訪者：「恩。」

訪談人：「那就是因為你賭博賭到日夜不分所以朋友拿安非他命給你吸的？那安非他命吸了是有提神的效果嗎？」

受訪者：「恩。」

訪談人：「那你賭博是二十九歲開始的？還是以前就有？」

受訪者：「以前就有在賭了。」

### 【意義單元】

小洪吸毒是在「跟朋友賭博」的情況下接觸而「成癮」的，原因是因為「日夜不分」的賭博需要「提神」。但是賭博是「以前」就有的。

### 【現象梳理】

賭博對小洪而言似乎是當時的生活重心，而且那種狀況已達日夜不分的成癮情況，賭博成癮成為重大生命意義的來源。是因為日夜不分賭博造成生命力的耗盡，所以需要靠毒品提神再提取生命力。為何日夜不分的賭？而賭博對小洪的意義是什麼呢？他當時的生活世界發生什麼事。

### 【結構主軸】無能處境/成癮現象

似乎在無能處境下，他的生活世界是什麼？原本是怎樣的生活世界？

主軸：

「賭博 + 吸毒」 - 成癮世界 VS 原本生活世界

└─┘

吸毒後身體經驗、關係等

原來的生活世界 — 吸毒世界（身體經驗、關係） — 關愛中途之家（邊陲世

界中的核心意義是什麼？在關愛的時間（整天 24 小時做些什麼、想些什麼）經驗、空間（一棟樓房、家庭式餐廳、客廳、身體經驗 —— 未來未知世界（要不要離開？不知未來？）

#### B1-16-58 吸毒時反應及工作情況

訪談人：「二十九歲你第一次吸安非他命，那你第一次吸毒有什麼反應？」

受訪者：「會睡不著，精神會很好，可以賭博賭一整天的。」

訪談人：「除了精神會很好以外，身體還有哪些其他的反應？」

受訪者：「吸太多的話，頭會覺得不清楚的。」

訪談人：「那有吸毒有後什麼比較深刻的經驗發生在你身上？」

受訪者：「一次吸太多的時候，覺得後面有人跟，神經變另一個人，好像頭壞了，感覺就是變了一個人。」

訪談人：「那如果沒有人在旁邊的話呢？」

受訪者：「會很緊張，心情會很不安。」

訪談人：「你那個時候是吸安非他命還是強力膠？」

受訪者：「強力膠我沒有吸過。」

訪談人：「那你都吸安非他命？」

受訪者：「安非他命我吸不習慣。」

訪談人：「為什麼會吸不習慣？」

受訪者：「因為那個時候就有海洛因了。」

訪談人：「那個時候就有海洛因了？」

受訪者：「恩，都是朋友提供的。」

訪談人：「那不是要錢嗎？」

受訪者：「第一次不用，吸完之後開始都要錢了。」

訪談人：「那你那個時候有在工作嗎？」

受訪者：「恩。」

訪談人：「在做什麼類型的工作？」

受訪者：「做家具。」

訪談人：「你都自己一個人做嗎？還是說給別人請的？」

受訪者：「給別人請過去的。做家具行的司機、搬貨。」

訪談人：「剛剛你說吸安非他命就只有精神會很好，那體力呢？」

受訪者：「體力喔，藥效退了之後會感覺很虛弱。很想睡覺。全身無力」

訪談人：「那這樣工作就沒辦法作了吧。」

受訪者：「恩。」

訪談人：「那你那個時候在吸毒，是回家的時候才再吸？還是說你工作的時候也有在吸？」

受訪者：「工作的時候沒有。」

訪談人：「那如果工作時突然想要吸的話呢？」

受訪者：「做工作的時候我不會去想毒品的事情。休息的時候才會。」  
訪談人：「那你賭博也是你休息的時間？會不會影響到你的工作？」  
受訪者：「不會。」  
訪談人：「那吸安非他命的時候也不會影響到你的工作？」  
受訪者：「恩。一開始不會，可是到最後錢不夠買毒品的時候，生活就全部亂掉了。」  
訪談人：「那不夠錢的話你會怎麼樣？」  
受訪者：「不夠喔，就跟朋友借。」  
訪談人：「一開始都跟誰借錢？」  
受訪者：「一開始就跟老闆借錢。再來就是請現金卡錢都不夠用。」  
訪談人：「吸到最後賺不夠花？」  
受訪者：「恩。」

### 【意義單元】

小洪吸安之後「精神會很好」，可以「賭博一整天」。藥效退了之後，會感覺「很虛弱，想睡覺」。有時吸太多，「頭會昏沈」，頭會覺得不清楚的。覺得後面有人跟，神經變另一個人，好像頭壞了，感覺就是變了一個人。旁邊沒人的話，會很緊張，心情會很不安。

自認工作時不會想到毒品。後來錢賺不夠花時，跟朋友親戚老闆借錢、申請現金卡，生活就全亂掉了。

### 【現象脈絡】

小洪是因為提神而使用安非他命，因為安非他命屬於興奮中樞神經，具有興奮、快樂作用，可以讓小洪日以繼夜賭博。成癮後若停藥會精神呆滯、昏睡、易怒、煩躁不安、憂鬱。如果大劑量使用會引起神經錯亂、多疑、幻聽、被害妄想等。因為服藥後的症狀，讓其覺得緊張、不安，感覺變了一個人似的。小洪這種我是我我又不是我的身體經驗，找不到自身在生活世界的位置，那種被懸置的恐慌襲擊著主體。

小洪原本賭博、接觸毒品可能都是為了逃避生活世界的困境，或是在原本生活世界中找不到權能感、價值感，找不到生活意義。故賭博吸毒後，不但經濟發生問題，連人際關係都出問題，故反而使生活更亂。

沒有感覺 - 價值感（羅絡梅）

感覺變了一個人、緊張孤單 - 吸毒後找不到意義、找不到位置、無法安置、懸置的恐慌。（黃碧琴）

### 【結構主軸】

吸毒身體經驗、人際關係、權能感、價值感

### B1-59~76 吸毒之特別經驗

訪談人：「那你吸毒後有些身體上的反應（精神好、神經質，感覺有人在跟、藥效退了會想睡覺），那你精神上的反應呢？」

受訪者：「不會有什麼很激動的反應。」

訪談人：「在吸的時候，情緒上沒有很激動的反應，那沒有在吸的時候呢？」

受訪者：「吸安如果吸久的人就會脾氣很暴躁。」

訪談人：「那你改吸海洛因的時候，反應跟吸安非他命的時候一樣嗎？」

受訪者：「海洛因沒吸的話會很難受，會一直打哈欠，全身沒力，會吐。」

訪談人：「你的反應是這樣？跟別人有不一樣？」

受訪者：「恩，有些人會不一樣。」

訪談人：「那你除了那些症狀以外還會有一些症狀嗎？身體會像被針扎到的感覺嗎？」

受訪者：「恩，身體會像針扎。」

訪談人：「所以說你那個時候不吸的話就會很難受，所以才決定要再買的？那吸一次可以持續多久？」

受訪者：「差不多幾十個小時吧，看使用的量與吸多久了。有的越吸越多，錢也就花的越多。」

訪談人：「那你吸多久了？從安非他命開始吸到海洛因總共吸多久了？」

受訪者：「十幾年了吧。」

#### 【意義單元】

小洪覺得吸安吸久了，脾氣會變暴躁。沒吸海洛因時，身體會很難受，像被針扎到的感覺，一直打哈欠，全身沒力，會吐。所以只好越吸越多，錢也就花的越多。

#### 【現象脈絡】

不論是何種毒品，使用者多數都有煩躁不安、易怒傾向。雖然這些反應是藥物作用，但吸毒後脾氣變暴躁，以羅絡梅「權利與無知」一書中對暴力觀點分析而言，不也是主體對自我否定、無能表現的暴力顯現。因為此在希望藉由暴躁生氣顯示自我認同與權能感的表現而有所作為。

暴力、生氣的 - （權能感、自我認同感），是沒有感覺的極端表現？

#### 【結構主軸】

生氣的存在意義 - 對無能的自我暴力、吸毒經驗/成癮過程的描述

### B1-77~115 家人關係

訪談人：「那你開始吸毒的時候，你家人知道你在吸毒嗎？」

受訪者：「一開始不知道，再來看我不太一樣就被發現了。」

訪談人：「那你那個時候是跟家裡人一起住嗎？」

受訪者：「恩。」

訪談人：「那你如果沒有吸的話身體難受家裡會知道嗎？」

受訪者：「一開始沒注意，不知道。」

訪談人：「那你家裡有什麼人？」

受訪者：「我姊姊、妹妹還有我媽，我姊姊妹妹都嫁人了。剩下我跟我媽。」

訪談人：「那家裡就剩你跟你媽，那個時候因為你有在正常工作所以沒有被你媽發現？那不是要拿生活費用回去？」

受訪者：「要阿。」

訪談人：「那你最後賺不夠買毒品的時候，不是沒有再拿錢回家了？」

受訪者：「到後來就沒了。」

訪談人：「那你媽媽知道你吸毒的時候，她的反應是怎麼樣？」

受訪者：「我被被罵的臭頭。很反感，就叫我趕快戒掉。都買藥來給我戒毒癮，給好幾次買藥回來自己改也到醫院改，可是沒效，這是要看自己。後來我媽就說，你要在家自己戒，還是要去醫院給醫生看都好。可是我去診所幾次戒，一次要住一星期，也沒有什麼效果。」

訪談人：「那你住在你說的診所裡面住一個禮拜，全部都是自費，那差不多一個禮拜要花多少錢？」

受訪者：「好幾萬。」

訪談人：「那個時候都是你媽在幫你付錢的？」

受訪者：「是我媽跟我姊姊。我媽很疼我」

訪談人：「所以到最後妳姊姊也知道妳有在吸毒了？」

受訪者：「恩。」

訪談人：「那你以前有跟你媽拿過錢嗎？」

受訪者：「還是有阿。」

訪談人：「那你要跟你媽拿錢的時候你會怎麼跟他說？」

受訪者：「就跟我媽說我需要一點錢做生活費，都會騙他。」

訪談人：「那你媽不會覺得奇怪說：『你有在工作還跟我拿生活費？』」

受訪者：「會阿！就是因為這樣他們才知道的。」

訪談人：「那個時候除了你家人以外，還有人知道嗎？」

受訪者：「到後來親戚鄰居們有的也知道了。他們看臉都變不一樣，因為人變很瘦，體重下降很多，從約 60 公斤降到 45 公斤」

訪談人：「那個期間你有換過工作嗎？」

受訪者：「沒有。」

訪談人：「那你開始吸食毒品的時候，有繼續在幫忙搬家具嗎？做到多久才沒做？」

受訪者：「我在那邊做了有十幾年了。」

訪談人：「那你在那邊做了十幾年，那你吸毒也吸了十幾年了？」

受訪者：「沒有啦。我開始在那邊做的時候還沒有吸毒，那是後來朋友的關係。」

### 【意義單元】

一開始家人一開始沒注意，不知道小洪吸毒，直到跟媽媽騙生活費時才被發現，而且看臉都變不一樣，因為人變很瘦，體重下降很多。母親罵的臭頭、很反感，就叫我趕快戒掉，買藥回來自己改也到醫院改，可是沒效。到後來親戚鄰居都知道他在吸毒。吸毒期間仍繼續在家具行工作。

### 【現象脈絡】

多數吸毒者都向家人隱瞞吸毒行為，通常是身體發生變化、一再向家人索錢，或被討債時才發現真相。這也是吸毒事件導致生活世界變調後，紙包不住火，家庭經濟往往受影響，因而家庭關係也變緊張。

小洪是家中獨子，母親雖然生氣，但剛開始還是期待他能戒除惡習，這種情蘊關係的牽掛使得母親剛發現小洪吸毒時，願意出面關心及尋求戒毒方式幫助兒子。

### 【結構主軸】

情蘊（親戚、家人、朋友）關係之間連結的意義、關係（存在心理分析）

### B1-116~142 吸毒經驗

訪談人：「那你有過，想吸毒，但是沒有錢買的情況嗎？」

受訪者：「有，躺在床上，整天全身都很難受。」

訪談人：「那會難受多久？」

受訪者：「約一天難過，再來感覺較好，再又發作，約三、四天過後比較不會了。」

訪談人：「所以那個時候如果沒有錢買毒品的話就是待在家裡跟你老闆請假？到什麼時候老闆才知道你有吸毒？」

受訪者：「到現在都不知道，那時候老闆有問我怎麼突然變這麼瘦。我就跟他說我有肝病。老闆是我親戚。」

訪談人：「你工作原本是在台南？還是在別的地方？」

受訪者：「在高雄。」

訪談人：「你從訪談到現在都沒有提到你爸爸，是怎麼回事呢？」

受訪者：「我爸爸過世了，十幾年了。我爸爸還在的時候，我還沒開始吸毒。過世後，差不多一年才開始吸毒的。」吸毒可能有一點關係，他跟我很好，有事我都會跟他說，突然得肝癌，我和爸爸較有話說，感覺爸爸過世，沒人可以講心事，跟其他家人沒話說。那時心情很不好。現在感覺還沒娶妻讓他做祖父沒有抱到孫子，感覺很鬱卒。

訪談人：「你吸食安非他命的時候會覺得很有精神，那你吸食海洛因是什麼感覺？」

受訪者：「海洛因剛打時感覺茫茫然很愉快。工作可以照樣做」

訪談人：「那你覺得海洛因好買嗎？怎麼買！」

受訪者：「不好買。找以前朋友買」

訪談人：「那你有因為吸食海洛因、安非他命被警察抓到嗎？」

受訪者：「有。被抓過兩次。」

訪談人：「那有被關嗎？被關多久？」

受訪者：「兩次都有。第一次判三年被關了一年就假釋出來了。第二次關因為沒有報到又關了一年九個月。第一次 83 年，第二次 86 年。」

訪談人：「那你關兩次之後你有戒掉毒癮嗎？」

受訪者：「在裡面難過會亂，警衛會把你綁在擔架上或潑水，等過了就好了。」

Q：你有因此戒掉嗎？

A：出來後會想阿，朋友再來找就又用，有錢就買，沒錢就吃安眠藥，我出來後也是沒有戒掉。」

訪談人：「那你有吃安眠藥吸到過量嗎？」

受訪者：「有阿，吸到不知道自己是誰了。有一次吃安眠藥又打藥，發生車禍送到醫院才驗出感染。

訪談人：「你既然已經有吸毒，那你為什麼還要吃安眠藥呢？」

受訪者：「會較茫，因為平時若難過時，打藥只是像普通一樣，不會茫，再吃安眠藥會較茫，會睡。」

Q：為什麼想要那種茫的感覺

A：感覺很好，我不會說那種感覺。

### 【意義單元】

沒吸毒時躺在床上，整天全身都很難受。，因為突然變瘦，老闆曾問但像他說得肝病所以至今老闆不知其吸毒。吸食海洛因後感覺茫茫然、很愉快，吸到不知道自己是誰。有錢就買，沒錢就吃安眠藥。曾被關監獄過，在裡面癮發作時難過會亂，警衛會把你綁在擔架上或潑水。我出來後也是沒有戒掉。打藥加上吃安眠藥會較茫，因為平時若難過時，打藥只是像普通一樣，不會茫，再吃安眠藥會較茫，會睡。

小洪跟其他家人沒話說，和爸爸較有話說，感覺爸爸過世，沒人可以講心事，心情很不好。現在感覺還沒娶妻讓他做祖父，沒有抱到孫子，感覺很鬱卒。

### 【現象脈絡】

小洪此時改吸食海洛因，海洛因初期使用有欣快感，無法集中精神，會產生夢幻現象。故感覺茫茫然、愉悅感，不知道自己是誰。當停藥時出現戒斷症候包括會渴求藥物、不安、流淚、流汗、流鼻水、易怒、冷顫、厭食、身體捲曲、抽筋等，全身像針一樣難過。這種身體受苦經驗是病者個人獨特性無人可取代。

小洪覺得家中唯一可以談心事的父親過世，頓時無人講心事，與父親的連結出現斷裂，產生自我認同的困惑，情緒打擊很大。因為他是獨子，覺得沒讓父親見到他娶妻，沒讓父親當祖父，這是很大遺憾。

### 【結構主軸】

與父親關係 - 自我認同（自我困惑、無人講心事 - 脫離原來世界）

身體經驗 - 受苦經驗

傳宗接代 - 無子嗣 - 生命傳承的意義

B1-143~160 自我對吸毒的看法

Q：家人對你有什麼改變？

A：剛開始都勸，後來就不理我了

Q：會怪他們不理你？

A：不能怪別人。

訪談人：「你不會去怪別人說為什麼要這樣對你？」

受訪者：「本來就是我自己做錯，自己的不對，我不會去怪別人說把我拖下水之類的話。我以前也是很看不起那些吸毒的人，可是我吸毒之後，就知道會很難戒掉了。控制不住。」

訪談人：「那吸食完毒品會想要說去發洩嗎？」

受訪者：「不會。」

Q 會生氣爸爸那麼早走，感覺遺憾？

A 不會。

Q 你自己有沒有遺憾？

A 我沒關係，我只是光棍一個人，現在得這種病沒什麼希望。

訪談人：「那你從吸毒到現在以來，對你的有什麼影響？」

受訪者：「影響到身體吧。」

訪談人：「你覺得身體影響最大？」

受訪者：「恩。身體變最多」

訪談人：「其他呢？」

受訪者：「朋友阿，朋友都走光光了。較好朋友和親戚都沒了」

訪談人：「朋友是一開始就不理你了嗎？」

受訪者：「有的會勸你戒掉，講不聽就不理我了。」

訪談人：「朋友這種態度你有什麼感想。」

受訪者：「知己的曾到家勸我，還拿藥讓我戒，對我沒信心就不理我了，覺得很對不起那些朋友，對媽媽姐姐也一樣，當時沒有聽他們的。」

Q：如果爸爸在，你會不會吸毒？

A：應該不會。因為有事可以跟他說。

Q 所以爸爸對你很重要喔。

A 恩。

### 【意義單元】

小洪未吸毒前，也看不起那些吸毒的人，可是吸毒之後，就發現很難戒掉、控制不住。對於吸毒至今影響最大的就是身體變了，雖然自己光棍一個，但覺得這種病沒什麼希望。

有朋友勸不聽，導致朋友走光光，較好朋友和親戚都沒了，對我沒信心，不怪別人拖他下水，認為是自己做錯，自己的不對，當時沒有聽他們的。

如果父親還在世，自覺應該不會吸毒，因為有事可以跟他說。

### 【現象脈絡】

吸食海洛因有高度的心理及生理依賴性，長期使用停藥後會發生渴求藥物、不安、流淚、流汗、流鼻水、易怒、冷顫、厭食、身體捲曲、抽筋等戒斷症。吸毒者往往因為戒斷症候的難過，驅使自己而一再使用，使得身心受制於毒品的牽制。

小洪在家中是唯一男生（父親過世後），與家中母親、姊妹較無話可說，故對朋友較看重。但吸毒後一些好友勸戒無效後，漸漸不來往。頓時小洪讓自己人際關係陷入只剩吸毒網絡中朋友，更難以脫離毒品誘惑。這種親人、與朋友關係的疏離，亦是促使吸毒者陷入人際孤獨之中。

人類存在本身即是一種衝突、掙扎與意義追尋的過程（Frankle，1984）。吸毒者一方面想藉著毒癮世界的幻覺、快感麻醉自己，使自我不必面對生活壓力與困境，另一方面在藥效退卻之後，又回到現實慘酷的生活世界，因為找不到生活目標、尋不著生命價值與人生方向，致使想戒毒的意志力薄弱，一再再地陷入深淵。

### 【結構主軸】

關係的疏離、人際孤獨 - 愛的意志（羅絡梅）、孤獨（亞隆）

控制不住 - 意義的意志（佛蘭克）（因為意志不到 - 意義不到 意義失落）

懊悔 - 連結：想幫助其他病人

## 附表

### 國內愛滋病相關研究分類表

#### 一、醫學治療模式：

研 究 所 別	研究者	論 文 題 目	年 份
國立陽明大學/公共衛生研究所	郭安華	台灣地區懷孕婦女的愛滋病知識態度行為研究	93
中國文化大學/應用化學研究所	謝逸飄	抑制 HIV-1 Reverse Transcriptase 活性之 Calanolide A 衍生物...	91
國立臺灣大學/衛生政策與管理研究所	陳佳樺	愛滋病雞尾酒療法遵從性的探索：感染者的主觀經驗及因應方式	90
國立中興大學/應用數學系	陳建勳	亞洲愛滋病之流行病學數理模式	89
國立臺灣大學/預防醫學研究所	陳奕夫	灣地區 HIV 感染者之描述性流行病學分析：1991-2001	91
國立臺灣大學/醫事技術學研究所	范文昇	臺灣地區第一型愛滋病毒 p17 基因分析暨病毒蛋白質表現之研究	87
國立陽明大學/公共衛生研究所	黃貴莉	臺灣地區 HIV-1 感染之分子流行病學及病毒免疫學研究 (1994-1998)	87
國立清華大學/生命科學系	林金樟	將愛滋病毒之基質蛋白表現在大腸桿菌中並分析其與病毒核酸作用的情形	85
國立中正大學/化學系	林庚龍	愛 滋 病 毒 之 胞 鞘 醣 蛋 白 片 段 gp41(559-587) 及其相關衍生物之溶液構型...	84
國立清華大學/生命科學研究所	程景周	愛滋病病毒整合酵素之選殖, 表現和結構研究.	84
國立陽明大學/藥理學研究所	唐如意	愛滋病病毒之調節蛋白質 Tat 與 Rev 活性檢測系統的建立與評估	84
國立陽明大學/公共衛生學研究所	姚權	對臺灣地區捐血中心篩檢愛滋病毒第一型及第二型之經濟分析	82
國立臺灣大學/公共衛生學研究所	陳妙芳	臺灣地區愛滋病毒的感染對非成年期感染的 B 型肝炎帶原者之影響	82
國立臺灣師範大學/衛生教育研究所	陳秀屏	五專學生預防愛滋病行為及其相關因素之研究	82
國立陽明大學/臨床護理研究所	王世麗	住院愛滋病患之健康照護需求	83

## 二、健康照護及預防：

研 究 所 別	研 究 者	論 文 題 目	年 份
國立陽明大學/衛生福利研究所	楊惠中	病患歧視與法律對策之研究-以後天免疫缺乏症候群條例為中心	94
國立成功大學/公共衛生研究所	陳政惠	台南監所男性靜脈注射藥癮感染愛滋病毒研究危險因素之探討	94
國立臺灣師範大學/衛生教育研究所	陳品儒	民眾對愛滋病及保險套態度,使用保險套行為意向及其相關因素探討	92
國立陽明大學/臨床護理研究所	邱飄逸	「症狀處置方案」對增進愛滋病患/ HIV 感染者	91
靜宜大學/青少年兒童福利學系	段藍媿	教學介入對高護女生愛滋病預防行為意向及護理意願之影響~以計劃行...	89
北醫學院/醫學研究所	盧幸馥	由 PRECEDE 模式探討女性藥癮患者的愛滋病篩檢行為	89
國立臺灣大學/新聞研究所	李暉	臺灣愛滋病預防問題之探討	88
國立臺灣大學/醫事技術學研究所	羅令佩	愛滋病毒感染預後指標之研究	87
國立師範大學/衛生教育學系	洪文綺	高職女學生愛滋病防治教學介入效果研究	86
國立師範大學/衛生教育學系	楊金裡	某夜二專學生預防愛滋病行為及其相關因素之研究	86
國立陽明大學/社區護理研究所	李媚媚	嫖客對愛滋病知識、態度與行為之研究	85
國立臺灣師範大學/衛生教育學系	李淑儀	國中愛滋病教育介入效果研究	84
國立臺灣大學/護理研究所	施鐘卿	探討自我照顧衛生教育方案對愛滋病毒感染者自我照顧知識需求及滿...	83
國立臺灣師範大學/衛生教育研究	高松景	愛滋病及其它性病教學實驗研究	81
東吳大學/社會工作學系	張菁芬	愛滋助人者之服務現況及其工作壓力之研究--以社會工作者與志願服...	86
國立陽明大學/公共衛生學研究所	張麗雅	臺北地區女性性工作者對愛滋病的知識、態度及行為之研究	83
中國醫藥學院/醫務管理研究所	陳瑞琨	臺北地區國軍醫院醫師、護理、檢驗等醫事人員對愛滋病認知及照顧...	81

### 三、病患疾病認知、態度和社會心理調適：

研 究 所 別	研 究 者	論 文 題 目	年 份
慈濟大學/教育研究所	卓耕宇	彩虹少年的美麗與哀愁 一個青少年愛滋男同志自我生命敘說之...	92
國立臺灣大學/護理學研究所	章新瑞	涉足聲色場所青少年對愛滋病防治知識, 態度及意向之研究	91
國立臺灣大學/護理學研究所	陳姝蓉	感染愛滋病對男同志親密關係的影響	91
暨南國際大學/社會政策與社會工作學系	張麗玉	支持團體對愛滋病患的社會心理調適影響之研究	90
長庚大學/護理學研究所	鄧秀蘭	HIV/AIDS 人格特質 社會支持與因應行為相關之探討	87
國防醫學院/護理研究所	楊美紅	台灣北部地區愛滋病毒感染者生活品質及其相關因素之探討	87
國防醫學院/公共衛生學研究所	王作方	活在愛滋的陰影裏 - 台灣地區男同性戀者的生活經驗及對愛滋病與防...	84
東吳大學/社會工作學系	鍾道詮	男同志在面對愛滋烙印與防治政策時的壓力及其因應策略	86

### 四、社會大眾、媒體對疾病態度

研 究 所 別	研 究 者	論 文 題 目	年 份
高雄醫學大學/行為科學研究所	陳怡芳	疾病污名的社會表徵-一項多元尺度法的研究	92
國立臺灣師範大學/衛生教育研究所	陳金記	愛滋病網站之內容分析與品質評估研究	92
輔仁大學/大眾傳播學類	林文琪	新聞論述建構之愛滋病語藝視野 - 以中國時報、聯合報為分析對象	84
國防醫學院/護理學研究所	莊莘	HIV/AIDS 之社會烙印	84
國立台灣大學/公共衛生學研究所	蕭佳華	疾病與烙印初探--兼論 AIDS 防治政策	84
文化大學/新聞學系	黃如伶	閱聽人愛滋病知識、先前態度、傳播行為與愛滋病防治政策態度之關...	84
文化大學/新聞學系	劉淑華	愛滋病(AIDS)公共宣導訊息策略之研究 --以平面媒體為例	83

中國文化大學/新聞研究所	李文忠	大學生對愛滋病的認知、態度、行為改變、訊息訴求之綜合研究	81
國立臺灣師範大學/衛生教育研究所	楊玉玟	影響民眾前往性病防治所接受愛滋病毒抗體檢驗相關因素的探討	81
國立陽明大學/衛生福利研究所	潘憶文	後天免疫缺乏症候群宣導效果之影響因素分析	83

毒癮犯罪防制政策：

研 究 所 別	研 究 者	論 文 題 目	年 份
中國文化大學/中山學術研究所	鄭幼民	我國毒品犯罪問題與防制機制---以緝毒工作為核心之分析	93
國立東華大學/公共行政研究所	薛雅尹	我國戒毒政策成效評估之研究	91
東吳大學/社會學系	黃淑美	臺灣毒癮男女：性別角色與生命歷程之社會建構觀點	92
國立臺灣師範大學/教育心理學系	胡萃玲	藥癮復元者的藥癮歷程及相關要素之分析研究——以晨曦會受訪者為...	85
國立中正大學/犯罪防治研究所	韋若蘭	成年吸毒者吸毒涉入強度、自我控制、非理性信念與再吸毒意向之關...	91
國立中正大學/犯罪防治研究所	詹德杰	吸毒犯行認知基模之萃取研究	91
國立中正大學/犯罪防治研究所	余育斌	藥物濫用少年與其社會網絡之互動要素分析：以高雄明陽中學收容少...	92
南華大學/生死學研究所	陳紫凰	藥物濫用女性生命歷程發展之探討	92
亞洲大學/健康管理研究所	許淑雲	靜脈注射藥癮者對減害計畫需求評估	94