

國立嘉義大學師範學院輔導與諮商學系  
碩士論文

Department of Counseling  
National Chiayi University  
Master Thesis

探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗

A Study on Researching the Accompanying Experience of the Depression  
Patients' Family Members

The seal of National Chiayi University is a circular emblem. It features a central design with a mountain and a sun/moon, surrounded by the university's name in Chinese characters and English. The English text "NATIONAL CHIAYI UNIVERSITY" is visible at the bottom of the seal.

研 究 生：陳志芳

指導教授：高淑清

中華民國 一〇四 年 十 一 月

November 2015

# 探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗

陳志芳

國立嘉義大學輔導與諮商學系

## 摘 要

本研究目的主要在於探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，以詮釋現象學為方法論，透過半結構式深度訪談以及主題分析方法，對受訪者的主體經驗進行意義的探尋，最後以四大主題來呈現憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，藉由其經驗本質的呈現，使研究者對憂鬱症患者家屬之陪伴經驗有更深一層的看見與理解。

本研究訪談四位受訪者，每一位受訪者皆訪談兩次，共獲得八份文本。透過主題分析文本與互為主體的同意，得到憂鬱症患者家屬之陪伴經驗如下：(一) 不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方；(二) 混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬；(三) 知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然；(四) 宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長，來詮釋憂鬱症患者家屬之陪伴經驗之樣貌。

基於上述研究結果，本研究針對憂鬱症患者家屬、家庭教育專業人員、心理衛生相關專業人員以及未來研究者提供建議，期盼對相關專業實務領域及未來學術研究領域有所助益。

**關鍵詞：**主題分析法、陪伴經驗、詮釋現象學、憂鬱症患者家屬

# A Study on Researching the Accompanying Experience of the Depression Patients' Family Members

Chih-Fang Chen

Department of Counseling

National Chiayi University

## Abstract

The purpose of this study was to investigate the accompanying experience of the depression patients' family members. Through a hermeneutic phenomenological approach, semi-structured and in-depth interviews were conducted to explore the meaning of interviewees' subjective experiences. In this study, in-depth interviews were conducted to collect eight texts from four interviewees. Through thematic analysis and intersubjective agreement with the participants, the accompanying experience of the depression patients' family members were uncovered as follows: (1) being unable to understand the illness and feeling like walking on the brink of danger, we wandered and sought cure resources with uncertainty; (2) feeling confused and tangled to adjust to the sadness, we perturbed and worried that was hard to endure; (3) understanding the conditions and their enclosures, we introspected and gradually able to let go; (4) not giving up the affiliated relationship and entrusting on new hopes, we grow together and embrace each other's love. Based on the above results, some implications are provided for the depression patients' family members, family education professionals, consultant counselors and future researchers.

**Keywords:** accompanying experience, depression patients' family members, hermeneutic phenomenology, thematic analysis

# 目次

中文摘要 .....	i
英文摘要 .....	ii
目    次 .....	iii
表    次 .....	vi
圖    次 .....	vii
第一章 緒論	
第一節 問題背景 .....	1
第二節 研究動機 .....	3
第三節 研究目的與問題 .....	5
第四節 研究的重要性 .....	6
第五節 名詞釋義 .....	9
第二章 文獻探討	
第一節 家庭之相關理論探討 .....	11
第二節 憂鬱症及其對家庭系統之影響 .....	18
第三節 憂鬱症患者家屬相關研究探討 .....	24
第四節 生病陪伴意義之探討 .....	32
第三章 研究方法	
第一節 研究取向 .....	39

第二節 研究參與者與研究場域.....	47
第三節 研究資料蒐集與文本分析.....	52
第四節 研究的嚴謹性.....	69
第五節 質性研究者角色.....	75
第六節 研究倫理.....	78
<b>第四章 憂鬱症患者家屬陪伴經驗之詮釋與討論</b>	
第一節 不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方.....	81
第二節 混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬.....	98
第三節 知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然.....	114
第四節 宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長.....	128
第五節 延伸討論.....	147
<b>第五章 結論、建議與反思</b>	
第一節 研究結論.....	161
第二節 研究建議.....	167
第三節 研究反思.....	172
<b>參考文獻</b>	
中文部分.....	179
西文部分.....	185

## 附錄

附錄一 訪談同意書 .....	190
附錄二 主題組型譯碼群聚表 .....	191
附錄三 主題改版歷程 .....	192
附錄四 同儕檢證 .....	206
附錄五 研究參與者檢證回饋函 .....	207
附錄六 研究參與者檢證回饋實錄 .....	209



# 表次

表 3-1 受訪者基本資料表 .....	49
表 3-2 訪談提問舉隅 .....	55
表 3-3 逐字稿謄寫範例（以春慈訪談逐字稿為例） .....	59
表 3-4 文本初次整體閱讀的理解與省思 .....	60
表 3-5 劃記、編碼、摘要、省思（以春慈訪談逐字稿為例） ...	61
表 3-6 初步意義單元命名節錄 .....	63
表 3-7 文本再次閱讀的理解與省思 .....	65
表 3-8 新增譯碼與意義單元命名變更舉隅 .....	66
表 3-9 初步意義單元歸納子題命名舉隅 .....	67
表 3-10 質性研究結果可信的指標與策略 .....	72

# 圖次

圖 2-1 婚姻與家庭系統環狀模式圖.....	15
圖 2-2 Double ABC-X 家庭壓力模式 .....	17
圖 3-1 主題分析詮釋螺旋圖 .....	58
圖 4-1 本質譬喻圖：同心伴願行 .....	159
圖 4-2 本質譬喻反轉圖.....	160





## 第一章 緒論

「陪伴」乃人類的基本需求之一。Heidegger 在《存在與時間》中指出，我們對「在世存有」(being-in-the-world) 最根本經驗的一部份，即我們將其經驗為與他人共享的世界，此有的世界乃共有的世界，我們在此與他人相連，亦即人與他人的關係是共存 (with) 的 (引自 Moran, 1999/2005)。女性主義者 Noddings 認為我們不是生來就處於虛無中，而是在關係中，也就是以關係為人的存有核心 (引自方志華，2004)。家庭是我們最早社會化的單位，提供個人經濟、保護、教育、娛樂等各種需求的功能，其中更包括情感滿足，也就是 Maslow 層次需求理論中愛與隸屬需求，因此在與家人的互動中，我們學習對家人的認同，同時也期待家人的了解、關愛與照顧。余安邦與余德慧 (2008) 認為最令人滿意的心理照顧，需要有倫理關係者的照撫。在生命的長流中，時而陪伴他人，時而需要他人陪伴，陪伴關係也就無所不在。

當家庭中有人罹患憂鬱症，對整個家庭系統及其成員的衝擊可謂相當巨大，亦可能帶來家人關係與角色的改變。本研究旨在探究憂鬱症患者家屬的陪伴經驗，欲藉此研究析理出其陪伴經驗現象的本質，並且瞭解在此經驗下的意義為何。本章內容主要以本研究之「問題背景」為底景，透過研究者的觀看產生「研究動機」之圖像，緣此動機強化研究之問題意識，形構出「研究目的」及「研究問題」，進而看見「研究的重要性」。全章共分五節，第一節為問題背景；第二節為研究動機；第三節為研究目的與研究問題；第四節為研究的重要性；第五節為名詞釋義。

### 第一節 問題背景

在華人的社會文化脈絡中，由於對精神疾病的認知不足與態度的扭曲，導致精神疾病經常成為個人或家庭中一種隱晦不彰的秘密，大多數的家庭都難以接受家人罹患精神疾病的事實。然而精神疾病如何存在與被看待，卻成了當代人需要正視面對的課題。本節主要敘述研究背景，分為「當前社會中的憂鬱症問題」和「精神醫療的趨勢」兩部份說明：

## 一、當前社會中的憂鬱症問題

隨著時代急遽變遷，現代人普遍都生活在繁忙、緊張和焦慮的高度身心負荷下，面對生活多重角色的力不從心及人際關係的疏離，最直接的影響就是造成情緒的波動。就像身體一樣，我們的心靈也是會生病的，憂鬱症就是一種身心的疾病，它不單是反映在情緒上，也會間接的影響生理健康和社會關係，慢慢侵蝕且瓦解個人功能。憂鬱症是一種疾病，一種會影響一個正常人的思考、感覺以及行為的身心疾病（梅約醫學中心，2005）。聯合國世界衛生組織（WHO）指出，在 2020 年全世界有三大疾病需要被重視，除了心血管疾病和癌症外，其中也包含了憂鬱症。因此，面對這隨時都可能襲擊每一個人的風暴，我們皆無法置身事外。根據世界衛生組織估計，全世界得到憂鬱症的點盛行率是 3%，若由 2002 年衛生署國民健康局訪問全台兩萬多名樣本所作的調查，結果發現 15 歲以上民眾 8.9% 有中度以上憂鬱，5.2% 有重度憂鬱，皆高於 WHO 估計 3%；65 歲以上民眾有 8.4% 達重度憂鬱，其次是 15-17 歲，有 6.8% 達重度憂鬱，因此估計憂鬱人口逾百萬，其中女性 10.9%，是男性 6.9% 的 1.8 倍（台灣憂鬱症防治協會，2009）。由上述資料顯示，憂鬱症對國人身心健康的威脅實不容小覷。

憂鬱症這個名詞對現代人而言並不陌生，但真正對此疾病瞭解、關注的人並不多。我們常常會聽到身邊的朋友面對生活種種壓力或不順遂時「鬱卒」的抱怨，甚至還會說自己得了憂鬱症，很多人以為所有情緒低落、障礙問題都叫做憂鬱症，憂鬱症已然成為許多精神疾病的代名詞。不然就是忽視憂鬱症狀，以不管它、多休息、多運動的心態來面對，因而延誤了治療的最佳時期（葉雅馨、林家興，2006）。尤有甚者，許多人並不認為憂鬱症是一種疾病，即便身旁的親友罹患憂鬱症，他們也都難以理解，認為那只是患者自怨自艾、庸人自擾或是偽病。在研究者的工作中，曾接觸過有些家屬因為誤解和忽視憂鬱症的嚴重性而疏於關心與照顧，甚至多所責難患者而導致患者自殺身亡，造成不可挽回的遺憾。柯貞慧與陸汝斌（2002）指出在自殺死亡者中，70%~90% 以上患有精神疾病，其中以憂鬱症和躁鬱症最多。因此憂鬱症是一不可輕忽的疾病，家屬如何看待且回應此一疾病，將會深深的影響著患者的病情的演變。

## 二、精神醫療的趨勢

過去由於對精神疾病欠缺認識且人權意識較不普及，精神疾病患者經常遭受許多無效且不人性的對待，隨著精神醫學的發展，大量的病人被收容在醫療機構裡進行長期的治療，結果導致患者嚴重的依賴醫藥並且逐漸喪失社會功能（Carson, Butcher & Mineka, 2000/2003）。蕭淑貞、黃宜宜、林靜蘭（2005）研究發現身處於負向社會情勢的精神病患者，則易因缺乏社區照護而長期滯留於慢性機構中，其社會功能與復建的可能性則因機構化而日益縮減。一直到了 1960 年代，英美的去機構化

（deinstitutionalization）運動興起，逐漸將病情較為穩定的病人帶回到社區照顧，家庭變成了最基本的照顧單位，使得病患愈來愈倚賴家人的支持。2001 年世界衛生組織以「心理健康」為其年度報告主題，針對心理疾病患者的問題處置，強調對病患基本人權的尊重，指出病患應有權利在其所熟悉的社區中健康地生活（WHO, 2001）。現行的精神醫學在憂鬱症的治療上，主要仍依循 APA 精神疾病治療準則，除非患者病情嚴重或緊急需要住院治療外，一般都會安排定期的門診追蹤治療，亦即將病人帶回家中照顧，然而離開機構後的患者和家屬將何去何從？家屬擔負起照顧的責任後可能面臨何種挑戰？成為另一個需要被關注的議題。

綜上所述，在當代精神醫療的治療趨勢下，家庭是憂鬱症患者主要的生活場域。是故，憂鬱症患者家屬除了擔負起主要照顧的責任外，亦扮演著影響患者病情發展及復原良窳的關鍵角色，在患者置身所在的系統中，家屬成了不得被關注的核心主體。

### 第二節 研究動機

本著對憂鬱症議題的興趣與自身密切的關係，研究者開始探究有關憂鬱症的成因及其療癒的元素為何，面對醫療專業積極的介入和處遇的同時，研究者發出此一探問：助人工作者有沒有可能去疾病化，不必急於為患者下診斷與貼標籤，反而更需要回到患者置身所在的生活世界去瞭解，於是瞥見憂鬱症患者家屬是一值得關注的對象。本節主要敘述研究動機，分為「從自身的生病經驗出發」和「助人工作專業學習的反思」兩部份討論。

## 一、從自身的生病經驗出發

展開此研究的動機之一是緣自於研究者曾有過一段憂鬱症的經驗。余德慧(1998)提到對精神病人而言，所有有關疾病的論述皆須根植於他所置身於「病」者的位置所經驗的一切；「病」(illness)是病者可以經驗的主體。面對疾病的撞擊，研究者深深的體會到非但患者本身受苦，家人也連帶地飽受煎熬。如果那生病經驗是一個故事，對我而言，故事的主角並不是我，而是照顧、陪伴我的家人。是他(她)們使得這悲慘的故事變美麗，因為「我是我，憂鬱是憂鬱」，沒有他(她)們接納了「我的憂鬱」，或許，誰也不知道現在是如何。回首過往，瞭解到因為有家人悉心陪伴，才能走出那一場憂鬱陰霾，因此當所有人的心思都聚焦在如何療癒憂鬱症患者的時候，誰來關心家屬？研究者從身為一個病者的經驗出發，以同理家屬的角度產生了此一探究動機，意欲在病患與家屬的生活世界中尋找一個可能的共同交集，並且期待它是通往療癒之路的一道曙光，姑且稱之為「陪伴」。

## 二、助人工作專業學習的反思

在研究所進修這段期間，研究者涉獵了許多系統取向的專業課程，如：家庭心理學、系統理論及婚姻與家族治療等，系統性的思維，顛覆了研究者對傳統個別心理治療理論有關於人的問題之認識。Foucault 認為心理疾病一開始出現，人就參與了心理病理的指認與照顧的活動，因此，心理病理不是由某一個論述或領域可以擅專的世界，若不以此為出發點，心理病理的整體性永遠無法揭露，而必須在某種領域受到宰制，不管他是理性或是機構(引自余德慧，1998)。由於對家庭系統的了解，研究者意識到當家庭中有一成員生病了，對整個家庭的功能與結構會產生極大的影響和改變，因此便引發了對憂鬱症家屬在照顧過程中的經驗感到好奇：遭逢憂鬱症的襲擊，他們對此一事件的看法、陪伴的感受以及因應的方式為何？陪伴過程中如何與患者互動？陪伴者的自我調適歷程又是為何？此外如果人類的行為是鑲嵌在關係的脈絡中被理解，那麼在此陪伴關係中，身為陪伴行動主體的家屬是如何被看待？

在系統整體(holistic)觀點的實務工作中，除了個案本身，其所處的系統皆可能是被關注的焦點。Pinsof 認為「個人」是最小的心理社會系統，而社會或文化系統

則是最大的心理社會系統（引自利翠珊，1999）。然而憂鬱症患者家屬在治療的過程中，從家庭系統、醫療系統甚至整個社會文化系統均扮演著舉足輕重的角色。在此脈絡下，身為一個助人工作者，可以用什麼態度來面對家屬？該如何與家屬工作？便成了研究者最初始的探問。然此探問的前提是，人的存在是一尋求被看見和理解的過程，而個體的心靈也因此得以獲致療癒，爰此，唯有當家屬與患者真實且深層的彼此瞭解後，疾病的復原才成為可能。

從自身的經驗出發，研究者曾是病患、家屬和助人工作者，在此三個身分裡觀看著彼此的樣態，發現家屬在陪伴關係和治療關係中有其可著力的地位。因此希冀透過此研究，得以一窺憂鬱症患者家屬陪伴經驗之全貌，且藉此陪伴經驗的呈現，讓所有人能夠理解此一經驗主體如何形塑，同時也讓家屬看見他自己，並且在看見與理解的過程中找到其生命的能量。

### 第三節 研究目的與研究問題

基於上述之問題背景與研究動機，研究者反覆思索著本研究之問題意識為何？是憂鬱症患者家屬外在的各種需求，抑或是內在的心理歷程？然而無論如何的觀看，總是有見樹不見林之憾。余安邦與余德慧（2008）指出倫理為生活世界中的秩序或行事理路，是情緒的主體也是心理健康或困苦의 聯繫，人們透過倫理的勾連，使得各種療癒因子漸漸顯露。李維倫（2004）說明心理學者對心理現象的研究活動，自然也是在某種以成形的關係中展開。當研究者對某種現象發問並提出探究時，研究者早就置身於與這些現象相關聯的涉入狀態（involvement）。因此研究者決定回到憂鬱症患者家屬的生活世界，從他們的生活經驗探尋，嘗試描繪其經驗為何，以及詮釋其意義的建構方式。本節就研究目的與研究問題分述如下：

#### 一、研究目的

本研究的目的是在探究憂鬱症患者家屬的生活世界，理解憂鬱症患者家屬的陪伴經驗意義與揭露此經驗本質，使憂鬱症患者家屬能真正的「被看見」，並且藉此導引出對憂鬱症患者家屬產生同理性瞭解。

## 二、研究問題

根據研究目的，具體而言，本研究想要瞭解：

- (一) 面對家庭中有人罹患憂鬱症，家屬所經驗到的衝擊與改變為何？
- (二) 憂鬱症患者家屬在此陪伴經驗中的身心感受為何？
- (三) 憂鬱症患者家屬在陪伴的過程中如何調適？
- (四) 憂鬱症患者家屬對陪伴關係之展望為何？

綜上所述，本研究以憂鬱症患者家屬為研究對象，並且從他們日常生活中與患者互動關係、身心感受和調適歷程，來探究其陪伴經驗本質與剖析蘊藏於此經驗背後的意義。

### 第四節 研究的重要性

研究者從自身的經驗出發，經歷了病患、家屬、助人工作者的多重角色後，而今以研究者的立場，並且用後設的視角，重新窺探此多重世界所交織而成的關係面貌，試圖勾勒出憂鬱症患者家屬之主體經驗。李滄琳、余安邦與林家興（2007）對精神病患家屬之研究指出，由於精神病患讓家屬常陷落在倫理難題裡，家屬的認知、情感、情緒與行動多周旋其中，因而家屬究竟如何回應與化解此等倫理難局，是值得注意的一個現象。本節闡釋研究之重要性，分「家屬在憂鬱症患者罹病過程中所扮演關鍵的角色」和「憂鬱症患者家屬的處境及其自我照顧議題值得關注」兩方面探討，並且說明本研究預期的貢獻。

#### 一、家屬在憂鬱症患者罹病過程中扮演關鍵的角色

「人在情境中」(person in situation) 指涉個體和系統之間微妙的交互作用，並且身受其情境影響，因此，要解決個人的問題，亦不容忽略其所處的環境脈絡。大多數的憂鬱症患者生活在家裡，病情的發展與家人的互動型態息息相關。家族治療提供了一個理解和解決人類問題的全新方法，強調家庭是有功能的互動系統實體，不僅大於家庭成員投入的總和，也提供脈絡結構以瞭解個人（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。

就疾病的特殊性而言，憂鬱症屬情感性疾患，除了醫療處遇之外，情感上的支持在疾病的治療與復原上也扮演著決定性的關鍵地位。余安邦與余德慧（2008）說明治療（curing/therapy）與療癒或療遇（healing）的差異，前者著重臨床介入與治療效果之間的因果性與工具性關係，後者強調一種社會性與過程性。在經常被視為理所當然的主要照顧者前提下，家屬參與了患者在罹病過程中與各個系統，包括個人、家庭、醫療、社區、社會文化系統互動所交織的活動歷程，尤其家屬可能需要在醫療系統和患者之間扮演中介者的角色，且被期待成為治療成效的一個有力推手，如疾病歸因、治療決策、生活照顧、家庭維持與疾病復原。因此憂鬱症患者家屬在患者罹病的事實上扮演著關鍵的角色。

專業工作者若要成為一個行動者，對於問題深入的理解是個重要的動作。沒有深刻理解，問題解決行動恐怕只會流於「專業霸權」（李維倫，2004）。憂鬱症的研究已成為一門顯學，然而當所有相關的專業人士都聚焦在憂鬱症的了解和處遇的同時，卻反而忽略了家屬在整個治療過程中的重要性。亦即我們瞭解患者的生活世界始終與家屬息息相關，而醫療處遇通常僅止於生理症狀的緩和，但家屬的陪伴卻能促發患者心靈上的力量。牟秀善（1996）研究發現當家庭功能有正向改變時，往往會伴隨患者病情短暫的恢復，家庭功能的改善也減少了憂鬱症復發的可能性。然而家屬不該只是一昧的被要求該如何，而是更需要被瞭解其如何所是。研究者除了嘗試以家屬的主體經驗來彰顯其在憂鬱症治療中的重要性外，更希望透過此研究還原憂鬱症患者家屬之陪伴經驗及其意義。

## 二、憂鬱症家屬的處境及其自我照顧議題值得關注

在強調家庭系統互動、溝通和關係歷程的循環因果（circular causality）論述裡，我們可以理解憂鬱症家屬和患者在其系統中，處於互為因果的交互影響過程，亦即非但疾病影響著家屬，相對的家屬也影響著疾病的發展。因此，憂鬱症患者家屬的處境及其自我照顧的議題也成了不可忽視的一環。憂鬱症患者家屬的身心負擔往往超乎我們所想像。家屬必須決定治療方式以及肩負照顧家庭與患者的雙重責任來看，不難瞭解家屬所承受的壓力（宋麗玉，1998）。此外社會關係及人際疏離、汙名化、工作壓

力、家人衝突關係等多重內外在的負荷，使得家屬經常瀕臨身心耗竭的窘境。因此，家屬如何認知和處理自我的身心狀態，將深深地影響著與患者的互動型態及關係品質。

綜觀與憂鬱症相關議題之研究，以往的研究重心大多放在病人身上，忽略了對病情更具影響力的家屬之探討。即使研究者逐漸意識到家屬的重要性，所探討的不外乎是家屬對精神疾病之看法、求助因應方式、家庭功能與照顧問題，而缺乏對身體觀念、照顧的倫理行動或疾病模式之文化性的深度理解（余安邦，2007）。根據研究者的考察，國內有關精神疾病家屬的研究主要是以精神分裂症為主，少數幾篇以憂鬱症患者家屬為研究對象的論文，也都著重其負荷和需求等外在層面或心理調適歷程的探討，鮮少深入家屬整體經驗的探究。並且從文獻整理發現，在憂鬱症或情感性疾患主要照顧者的研究上，國內都是偏向量化研究（林美珠，1991；劉雅惠，1995；蔡碧藍 1995；李坤黛；1997；歐李芝蓉，2000），僅三篇質性研究（郭志通，2006；范鳳珠，2006；丁嘉妮，2008）。Yoon（2003）主張為了能夠更成功的管理憂鬱症病患的症狀和實際了解照顧者本身的需求和所面臨的困境，醫護與諮商服務工作者，需要對其照顧者經驗有實際的了解。有鑒於此，研究者認為需要經由一窺憂鬱症患者家屬生活世界之全貌，才能對此主體獲致整全的理解。

綜上所言，憂鬱症帶來了與整個家庭生活相關的衝擊與改變，疾病的療癒與復原，須把家屬一併納入考量，家屬如何對疾病與患者做出回應，涉及患者的自我概念與價值的形成，由此我們不難理解憂鬱症患者如何看待自己與疾病，有很大的因素是來自家人的反應及其互動模式，然而當前的精神醫療對憂鬱症的處遇卻並未真正落實將家屬納入正式的工作對象。透過本研究，期待能提供家庭教育、社會工作、醫護、心理衛生及政策立法相關專業人員，能夠深入瞭解憂鬱症患者家屬的處境，進而提供有效的支持與協助。更重要的是讓家屬在其經驗敘說中，建構其陪伴意義，引發患者家屬繼續前行的動力。



## 第五節 名詞釋義

本節為名詞釋義，茲對本研究重要名詞界定如下：

### 一、憂鬱症

憂鬱症為一精神疾病名稱，依照美國精神醫學會（2007/2009）新編的精神疾病診斷準則手冊第四版之修正版（DSM-IV-TR）將憂鬱性疾患（Depressive Disorders）分為重鬱病，單次發作（Major Depressive Disorder, Single Episode）、重鬱病，重複發作（Major Depressive Disorder, Recurrent）、低落性情感疾患（Dysthymic Disorder）及其他未註明之憂鬱性疾患（Depressive Disorder Not Otherwise Specified）等情感性疾患（Mood Disorder）。

### 二、憂鬱症患者家屬

本研究所稱憂鬱症患者家屬，係指由精神科醫師診斷為憂鬱症患者之雙親、子女、配偶或手足等家屬，此等家屬在患者罹病過程中，與患者共同生活在一起，或經常陪同在患者身邊，且目前仍持續陪伴之主要陪伴者。

### 三、陪伴經驗

本研究所謂的「陪伴」包含「照顧」的概念，不只是外在生活上的相陪，更涉及內在心靈的作伴，因此本研究所稱之「陪伴經驗」是指憂鬱症患者家屬以互為主體（intersubjectivity）的關係，與患者相陪作伴的共在（being with）生活經驗（教育部，1994；謝美慧、王秀紅，2011）。



## 第二章 文獻探討

本研究旨為探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗現象及其意義，於正式進行研究之前，先建構有關研究主體經驗之先前理解。首先探討與研究主題相關的家庭理論，其次說明憂鬱症及其對家庭系統的影響，而後整理憂鬱症患者家屬之相關研究及探討生病陪伴意義。全章共分為四節，第一節為家庭之相關理論探討；第二節為憂鬱症及其對家庭系統之影響；第三節為憂鬱症患者家屬相關研究探討以及第四節為生病陪伴意義之探討。

### 第一節 家庭之相關理論探討

欲了解憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，不得不回到其家庭脈絡來理解。本節在於探討憂鬱症患者家屬陪伴相關的家庭理論，研究者先藉由家庭系統理論說明家庭系統的結構與運作方式，再透過婚姻與家庭環繞模式的視框來審視憂鬱症患者家屬在其陪伴經驗中的家人互動關係，最後從家庭壓力理論來觀看家庭遭逢憂鬱風暴的種種樣貌。

#### 一、家庭系統理論

本研究主題為探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，且陪伴關係界定為家庭中的夫妻、手足、親子等次系統，因此採用家庭系統理論，試圖藉著從家庭系統的運作，來觀看憂鬱症家屬之陪伴經驗。家庭系統理論的概念是源自於一般系統理論（general systems theory），一般系統理論是由生物學家 Ludwig von Bertalanffy 所提出，Bertalanffy 認為各類型或層次的社會組織都具有生物系統的特質和法則，並且強調任何一個系統都是一個有機的整體，系統是活潑且開放的，藉由資訊的輸入與輸出產生其特性，且經由不斷的改變而達到穩定的狀態，系統是由複雜的部分交互作用而成，因此特別強調部分之間的關係（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。許多學者如 Broderick 與 Smith 試圖把一般系統理論應用於家庭研究上，但都只停留在概念的層次上，一直到家族治療的實務工作者才將此理論的概念落實在家庭的工作（引自利翠珊，1999）。

Minuchin (1974) 指出家庭系統運作的六大特徵是系統理論的核心內容，也是家庭系統理論的特色，同時更具體地描繪出家人在互動過程中系統的運作機制。這六大特徵分別是：(1) 家庭是一個組織化的整體 (wholeness)，系統 (systems) 內部的元素彼此依存；(2) 系統的運作模式是循環因果 (circular causality) 而非線性因果 (linear causality) 的；(3) 系統會以恆定 (homeostasis) 的特性，來維持系統運作的穩定模式；(4) 演化與改變只有在開放系統 (open system) 才會發生；(5) 複雜的系統是由次系統 (subsystem) 所組成的；(6) 次系統之間有其界限 (boundaries)，彼此的互動由隱藏的家庭規則 (family rules) 決定。家庭系統理論將家庭視為一個由各個次系統組合而成的整體，次系統之間以開放的界線，進行循環因果的互動，來維持家庭系統的恆定。以下就家庭系統理論幾個重要概念與本研究相關議題進行探討：

### (一) 整體性

整體性是「整體大於部分的總和」的概念。在家庭系統中，整體的家庭系統被視為一個生命的有機體，它並不只是家庭成員的總和，更包括成員之間的互動關係，並且強調此互動關係的相互影響性和整體連動性 (周麗端、吳明燁、唐先梅、李淑娟，1999)。Ackerman (1984) 認為瞭解家庭組成分子的動力關係比將這些成分組合起來更有意義。由此可知，家庭系統中各因素的關係，並非呈現直線的因果關係，而是循環的互為因果關係，患者與家屬之間是呈現彼此互為影響的循環因果關係。

### (二) 家庭系統的恆定機制

恆定意指那些發生在家庭內，並確保內在平衡之內在的、進行中的、可維持的、動力性的交互作用 (Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999)。家庭系統會藉由成員彼此互動、相互影響的回饋迴路中 (feedback loop) 以啟動家庭系統的恆定機制而獲得平衡，回饋系統包括正向回饋 (positive feedback) 和負向回饋 (negative feedback)，正向回饋是一開放的家庭系統，系統改變其結構以因應新環境條件的過程，因此又稱為型態發生 (morphogenesis)；負向回饋是一封閉的家庭系統，系統有傾向安定、固著、不改變的趨勢，因此又稱為型態靜止 (morphostasis)，這兩種回饋沒有好壞之別，端視其所處的情境而定，因此，一個家庭系統若要維持正常的運作，必須使用正向回

饋所產生的型態改變和負向回饋所產生的型態靜止來達到一個平衡（周麗端、吳明燁、唐先梅、李淑娟，1999）。疾病對家庭的衝擊，必然會改變家庭系統原有的運作模式，然而家庭系統本身會有趨向平衡的自然機制。家庭系統理論視家庭為一完整的系統，會在恆定及改變之間來回連續不斷的運作，假如家庭要達到新的平衡，一個成員的改變，將引起其他成員的改變（Olson & DeFrain, 2008）。因此當家庭中有人罹患憂鬱症，家庭系統的恆定機制，使得家屬中的某一員成為主要照顧者，其他成員也會為此隨之作出因應的改變，以維持家庭系統能正常的運作。

### （三）次系統及界限

次系統指在整個系統中，被指派於系統內部，從事特殊功能或程序的那些部分，其組成因素包括如婚姻、親子、手足、輩分、性別、興趣、功能等（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。個體在不同情境可能分屬於幾個不同的次系統，同時也需扮演著多重的角色，在家庭系統中，主要有夫妻、親子、手足三個次系統。界限是一條劃分個人、系統或系統與外在環境的一種無形的線，影響環境與系統之間訊息與能量的流通（White & Klein, 2008/2009）。Minuchin（1974）認為界線利於保護各次系統的自主性，也能夠維持所有家庭次系統的相互依存，因此一個健康的家庭需保有彈性的界線，才不會導致家庭互動關係的過度疏離或緊密。對憂鬱症患者的照顧也是如此，家屬如何適切的拿捏關係上的界限，維持彈性的互動，使家庭能在此動態的歷程中維持穩定，將決定陪伴的品質與患者的復原。

### （四）家庭規則

Don Jackson 認為家庭規則是家庭生活的指導原則，提供未來互動模式的行動綱領，且決定了家庭成員的互動過程，代表系統中兩個成分之間的關係（引自 Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。而家庭規則包含了公開的規範性規則和隱藏的描述性規則，然而大多數家庭的規則都是祕而不宣的不成文家規，家庭成員長期且持續的依此規則互動而習以為常，甚至忽略個人的需求而不自知，Satir 主張功能失常的家庭會遵守功能失常的規則在運作，因此必須要協助家庭指認出這些影響家庭功能的規則，才能改善家庭的運作（引自 Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。在憂鬱症的家庭

中可能原本就潛藏著許多未被覺察且致病的家庭規則，這些家庭規則往往是造成家人關係緊張與導致家庭中的個人生病的主要因素。因此本研究提供家屬一個重新理解與覺察的契機，得以看見影響其家人互動的家庭規則。

綜上所述，家庭系統理論認為家庭是一個有機的整體，系統內的各個元素彼此交互作用而產生關係，家庭中的各個次系統有其界線，而彈性的界線方能建立良好的互動關係，開放的系統有助於家庭的發展和演化，因此家庭系統理論旨在以家庭成員的互動來瞭解家庭之組織及運作過程。此理論關注的焦點為家庭內部的關係與互動，並且在實務上，對於家庭問題的評估與處遇有其貢獻，傳統的個別心理治療往往將患者家屬排除於治療門外，然而系統取向的工作者則從整個家庭系統的功能與運作，來了解 and 處理個人的問題，是故，在憂鬱症的治療過程中，亦須從整個家庭系統，以及家庭成員的互動關係去探究和處理。

## 二、婚姻與家庭環狀模式

家庭互動型態常常取決於家人關係，而家庭中的情感表達及權力結構卻是影響家人關係的兩個要素。Olson、Defrain 與 Skogrand（2008）發展的「婚姻與家庭環狀模式」常被用來評估和解釋家庭成員的互動關係，此模式認為家庭系統中的凝聚力（cohesion）、彈性（adaptability）和溝通（communication）是了解婚姻與家庭功能的三個向度。凝聚力是指家庭成員間情感的聯繫及成員個人自治的程度，由低至高為分離（Disengaged）、連結（Connected）、凝聚（Cohesive）、糾結（Enmeshed）四個層級，連結和凝聚為較佳狀態；彈性則指家庭系統具有改變領導權力、角色關係、原有規則以因應內外環境變化的能力，由低到高分為僵化（Rigid）、結構（Structured）、彈性（Flexible）、混亂（Chaotic）等四個層級；而溝通是作為促進凝聚力和彈性兩個向度之重要因素，因此將家庭區分為十六種類型，在此十六型家庭中，依照其家庭功能程度又分為三類：平衡型家庭、中矩型家庭以及極端型家庭，（如圖 2-1）中間內圈表示平衡型家庭其功能最佳；外圈表示中矩型家庭次之而最外圈表示極端型家庭其功能最差，婚姻與家庭環狀模式假定在情境壓力和發展上的改變時，家庭將會修正他們的凝聚力和彈性以適應壓力。家庭互動能在凝聚力和適應力這兩個向度上取得平衡，較能

發揮家庭功能，個人的發展也較完善（黃宗堅，1999）。

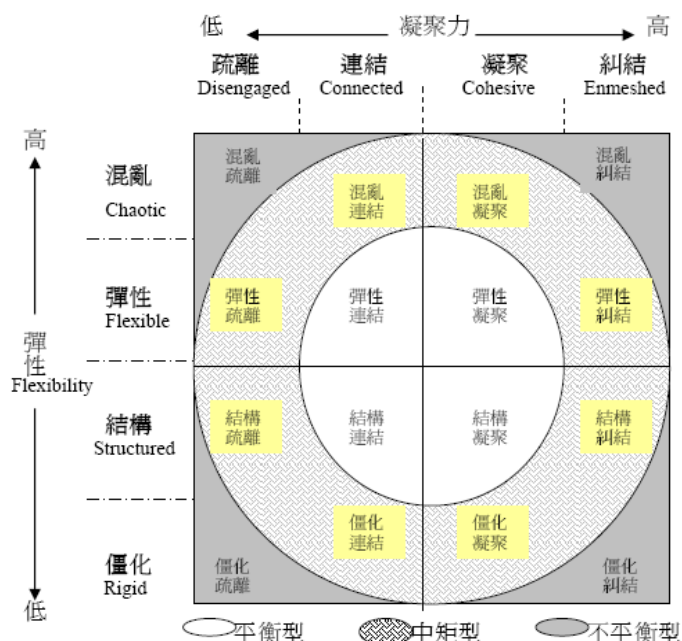


圖2- 1. 婚姻與家庭系統環狀模式圖

From Marriage & families: intimacy, diversity, and strengths (p90) , Olson , Defrain & Skogrand, 2008. NY: McGraw-Hill

由此模式得知，憂鬱症家屬在其與家人的互動關係上不宜太緊密，也不能太疏離，面對疾病所帶來的種種壓力，須適度的調整或改變以維持家庭功能的運作。此外家庭溝通也是一個重要影響因素，良好的溝通會使家庭模式往均衡型移動，反之則往極端型發展。雖然患者的病情世界並非一般人所能理解，而家屬對患者病情的期待也是不言可喻，憂鬱症患者家屬在陪伴的過程中，除了眼睜睜的看著患者倍受病魔的煎熬而感到無助外，與患者的互動和關係經常會因為彼此的磨合，產生很多的誤解和衝突。因此為了探究陪伴的本質，研究者必須理解在此陪伴關係中雙方如何互動，並且試著從婚姻與家庭系統環狀模式的觀點來解析。

### 三、家庭壓力理論

每一個家庭都會面臨許多壓力，當疾病給家庭帶來混亂與不安，家庭會感受到許多壓力，憂鬱症患者的家庭自當不在話下。Boss（1988/1994）認為家庭壓力（family stress）是家庭系統中的壓力（pressure）或是緊張（tension），它是指一個穩定的家庭

被干擾；它是正常且不可避免的，因為家庭總是在發展及改變。家庭壓力依發生的預期性與否，分為水平壓力源和垂直壓力源，前者如子女就學、成長發展，可預期家庭發展階段之轉移帶來的壓力；而後者則是非預期性的生活事件，如疾病、意外、死亡。不管是那一類型的壓力，皆會對家庭系統造成影響（吳就君，1999）。

有關家庭壓力的探究，Reuben Hill 於 1949 提出 ABC-X 模式（The ABC-X model of family stress）中，認為家庭壓力的程度或危機（X）取決於三個主要變項：家庭壓力事件（A）、家庭所擁有的資源或家庭強度（B）以及家庭對壓力事件的認知（C）。亦即當家庭遇到問題時，需考量家庭系統如何看待引發問題的事件、家庭成員、家庭系統及社區有何資源可支持家庭面臨壓力事件，並且激發家庭回應壓力的能力（引自 Mckenry & Price, 2000/2004）。基於家庭壓力模式，Hill 於 1958 年進一步發展出「雲霄飛車模式」，此模式認為當家庭面臨壓力時會經歷三個階段，分別為跌入谷底、復原階段，以及來到嶄新的組織結構，危機對家庭而言，反而是一個轉捩點，家庭如何尋求資源解決危機，是一項艱鉅的挑戰，但是當家庭突破困難之後，會來到一個更有能量及因應能力的階段（Olson, DeFrain & Skogrand, 2008）。

McCubbin 與 Patterson 於 1983 年提出的 Double ABC-X 模式（如圖 2-2），則是在 Hill 的 ABC-X 模式中加上了「時間序列」的影響，採用長期的觀點解釋家庭的壓力及危機。家庭系統內累積性的壓力事件(aA)、包括既有的資源以及針對壓力事件新開發的資源(bB)以及家庭成員對壓力事件的再認知(cC)來決定家庭調適的結果(xX)，包括良好的適應與不良的適應，故此模式乃強調應從長期時間累積的觀點，來檢視家庭危機處理之後的調適情形（引自周麗端等人，1999）。

由此觀之，Hill 所提出的 ABC-X 模式，是家庭壓力典型的研究架構，但是卻忽略了家庭壓力的累積是隨著時間序列而發展，以及因系統內外的資源與認因素的改變，而產生不同的調適結果。McCubbin 與 Patterson 所提出的 Double ABC-X 模式則強調家庭壓力為動態的調適歷程。憂鬱症對個人與家庭系統而言，無疑是一個壓力事件，其中所涉及的層面甚廣。從資源(bB)來看，亦可從個人、家庭與社會資源來評估。個人資源如財務狀況、問題解決能力、身心健康狀況；家庭系統資源則指家庭系統



在應付壓力原的特質，如家庭的凝聚力、調適、及溝通。愈是健康的家庭系統，愈有能力應付家庭壓力。最後則是社會支持系統資源，所謂社會資源指正式與非正式，以及情感性與工具性的社會資源。然而家庭成員如何面對疾病的衝擊，以及看待此壓力事件的方式，乃至於可運用資源的發掘、維持與擴展，皆深深的影響其調適情形。

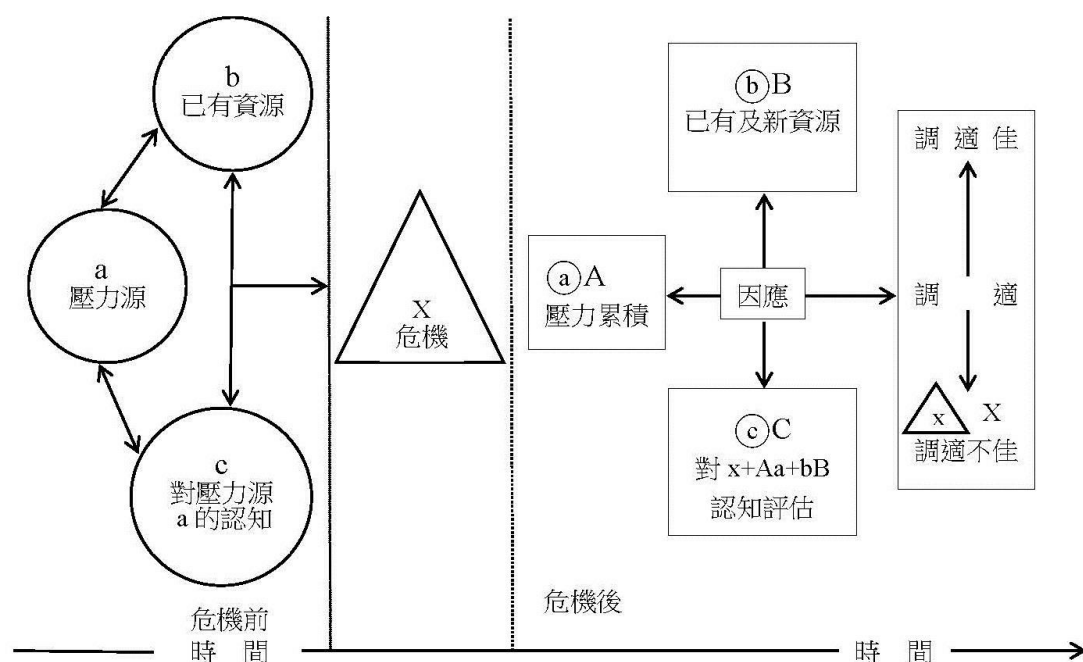


圖 2-2. Double ABC-X 家庭壓力模式

From McCubbin, H. I. & Patterson, J. M., 1982；引自 McKenry & Price, 2000/2004

綜上所述，家庭是一個有機體（organism），由各個次系統所組成，次系統間彼此交互運作，影響家庭系統發展的歷程與型態。家庭系統發展的各個階段皆可能面臨許多預期性或非預期性的改變和壓力，然而家庭成員如何看待壓力事件，以及家庭所擁有的內外資源，影響其回應方式與決定其調適的結果。憂鬱症對家庭而言，屬非預期性的壓力事件，此壓力事件對家庭系統及其內在的各個次系統造成衝擊和改變，為了維持系統的平衡，家庭成員須為此作出回應，形成新的且獨特的家庭動力與因應模式。由於對疾病的陌生，家屬很難在一時之間獲得良好的適應，總是不斷的學習和

強化對疾病的認知，並且主動積極地調整家庭內的互動方式與尋求相關資源，才能從風雨飄搖的變動中，慢慢找尋到安定的方式。

## 第二節 憂鬱症及其對家庭系統之影響

每一種疾病皆有其特性與發展歷程，因此在了解憂鬱症患者家屬陪伴經驗之前，研究者認為需要對憂鬱症有多一些認識和了解，包含憂鬱症的特性、成因、診斷及治療，藉此來觀看憂鬱症對整個家庭系統造成的影響可能為何？本節主要探討憂鬱症及其對家庭系統的影響，共分兩個部分探討，首先說明憂鬱症的臨床特徵，繼之探討憂鬱症對家庭系統的影響。

### 一、憂鬱症

一般人對憂鬱症的認知可能僅停留在心情不佳、厭煩、對生活沒有興趣等情緒低落狀態上，然而以上所陳述的只是憂鬱傾向，憂鬱症則是需要經由精神科醫生依診斷準則，確定診斷才足以構成此疾病。憂鬱症是一種情感性疾患（Mood Disorders），也是最盛行的精神疾病之一，有「精神疾病中的小感冒」之稱。依照美國精神醫學會（2007/2009）新編的精神疾病診斷準則手冊第五版（DSM-5）將憂鬱性疾患分為重鬱病，單次發作（Major Depressive Disorder, Single Episode）、重鬱病，重複發作（Major Depressive Disorder, Recurrent）、低落性情感疾患（Dysthymic Disorder）及其他未註明之憂鬱性疾患（Depressive Disorder Not Otherwise Specified）（APA, 2013/2014）。而本研究所稱憂鬱症乃指經由精神科醫師診斷為重度憂鬱症、低落性情感疾患或其他未註明之憂鬱性疾患。

#### （一）憂鬱症的特性

疾病的特性不但決定了治療的方式，也影響患者與家屬的陪伴關係。Karp 與 Diane（1999）認為不同的疾病會產生不同的照顧結果，心理疾病對主要照顧者而言更具其獨特的困境。憂鬱症的疾病特殊性，也為家屬帶來不同於其他心理疾病之照顧經驗。憂鬱症患者經常也會有焦慮、恐慌的其他心理問題或合併生理疾病的發作，如心臟病、糖尿病、高血壓等，以及衍生出複雜的物質濫用或自殺的問題，這就是所謂的「共病現象」（comorbidity）（Carson, Butcher, & Mineka, 2000/2003）。共病現象所

造成的影響是一系列的連鎖反應，使得憂鬱症患者各方面的功能逐漸減退，進而對家庭造成莫大的影響。此外憂鬱症也可能演變為慢性化的一種心理疾病。陳豐偉、施紅圭、李昱與楊明仁（2002）研究指出憂鬱症的復發率達 62%，五年內再住院率達 48%。患者從憂鬱症恢復後，有很高的比例會再復發，當停留在沒有憂鬱期的時間愈久，其復發的比例就愈低。此外研究顯示，在第一次憂鬱期出現之前的生活穩定、沒有物質濫用的情形的患者其預後會比較良好（Peterson, 1996/2005）。對憂鬱症患者而言，維持其穩定的生活型態是避免憂鬱復發的重要因素，這都與患者在家庭生活中的傷害性事件有關，亦即若患者不滿與家人的互動方式，則會大大提高復發的機會。

## （二）憂鬱症的診斷及成因

如上述，憂鬱症可分為重鬱症、輕鬱症及其他未註明之憂鬱症。DSM-5 對重鬱症的診斷是表現出如準則所示：（1）失眠：不易入睡、夜間醒來或無法再度入眠、過早起床、睡眠時間延長；（2）身心活動遲緩或亢奮；（3）食慾及體重異常增減；（4）喪失活力；（5）感覺無價值；（6）無法專心、思考或做決定；（7）循環性的死亡或自殺意念等憂鬱症狀四項以上，且症狀已持續兩週以上。此悲傷情緒或失去興趣及愉悅感之憂鬱症狀，並非因為失去親人所致。而輕鬱症的人會呈現慢性憂鬱狀態，他們有一半以上的日常生活時間感到沮喪或對日常活動提不起興趣，且持續兩年以上，並且具有 DSM-5 的準則所示：（1）過多或過少的食慾；（2）過多或過少的睡眠；（3）沒有活力；（4）低自尊；（5）無法專心或做決定；（6）無望感等憂鬱症狀兩項以上（APA, 2013/2014）。

很難以任何單一原因來解釋憂鬱症，憂鬱症往往是多重因素交織而成的結果。憂鬱症的成因大致上可從神經生理因素、心理因素和社會因素三個層面來探討。（1）神經生理因素包括：遺傳基因可能會引導人們的情緒模式或對壓力反應；神經傳導物質，像正腎上腺素（norepinephrine）、多巴胺（dopamine）、血清素（serotonin）；大腦的活動與結構以及神經內分泌系統等。（2）心理因素包括：佛洛伊德的理論認為口腔期的固著而導致過度依賴他人，以維持其自尊，因此，個人對失落的憤怒會內攝，而演變成自我責備和憂鬱；情感與神經系統的因素則認為當人有呈現高度負向情感

(negative affect)、低度正向情感(positive affect)及高度生理喚起(somatic arousal)時,可能有憂鬱症合併焦慮症的共病現象;貝克的認知理論認為人們因為負向思考而憂鬱;以及絕望感理論,亦即所謂的「習得無助感」。(3)社會因素則包括生活事件與人際問題探討(APA, 2013/2014; Carson, Butcher & Mineka, 2000/2003; Kring, Davison, Deale & Johnson, 2007/2009; Peterson, 1996/2005)。此外生活壓力事件,像失業、親人逝去、失戀與受屈辱等也會引發憂鬱症發作, Kendler (1999) 研究顯示家庭人際問題特別可能觸發憂鬱症,例如:對憂鬱症患者批判性、敵對性的情緒表達,家庭成員過度介入以及婚姻衝突(引自 Kring, Davison, Deale & Johnson, 2007/2009)。Coyne 認為雖然人際問題會引起憂鬱症狀,但是憂鬱症狀也會引起他人的負向反應,而導致人際問題(引自 Kring, Davison, Deale & Johnson, 2007/2009)。近期許多臨床研究資料顯示,生物心理社會模式(bio-psycho-social model)的多重因素論是較全面性理解憂鬱症的發生、症狀維持與復發歷程的思考模式(丁思惠、陳喬琪, 2006)。

### (三) 憂鬱症的治療

憂鬱症的治療在精神醫學或心理治療領域一直都十分受到重視,憂鬱症的生物治療包括電痙攣療法和藥物治療。電痙攣治療主要應用在藥物治療無效且較危急的重鬱症患者,而主要的抗憂鬱藥物為單胺氧化酶抑制劑、三環抗憂鬱劑和選擇性血清素再吸收抑制劑,藥物治療的主要問題是,很多患者會因為無法忍受藥物的副作用而自行停藥,然而逕行停藥有可能導致病情的復發和惡化(Carson, Butcher & Mineka, 2000/2003)。心理治療包括認知治療、人際心理治療、社交技巧訓練、行為活化治療及行為婚姻治療。認知治療的目標是改變不良適應的思考模式;人際心理治療的核心為檢核主要人際關係,並把重點放在人際議題上,協助患者辨認對這些議題的感覺,以解決和這些議題相關的問題;社交技巧訓練是改善患者的社會互動;行為活化治療則是治療師提供患者具有成功經驗的作業,讓他們看見自己好的一面;行為婚姻治療是治療師和夫妻一起探討,促進溝通和婚姻滿意度(Kring, Davison, Deale & Johnson, 2007/2009)。

當前國內精神科醫師對憂鬱症的治療主要採 APA 精神疾病治療準則,而經常被

使用來診斷憂鬱症的測驗及量表，如漢氏憂鬱量表、貝克憂鬱量表、台灣人憂鬱量表。至於心理治療的部分，有的精神科醫師親自為患者做治療，有些則轉介給臨床心理師，治療的理論學派多元，端視患者的問題和治療師的專長來決定治療方式。許多研究顯示結合心理治療和抗憂鬱藥物的使用能有效的治療憂鬱症並且較不會有再復發的風險（Peterson, 1996/2005）。

綜合上述，憂鬱症有其診斷準則，且成因十分複雜，可能是生理、心理和社會環境等內外因素，交互影響所產生的一種情感性疾病。在治療上則包括藥物治療與心理治療。憂鬱症容易與其他身心疾病產生共病現象，而且復發的機會很高，甚至可能會演變為慢性化的一種疾病。因此憂鬱症對家庭造成的影響也會隨著疾病的發展而有所不同，疾病的復原狀況亦與家人的互動關係息息相關。

## 二、憂鬱症對家庭系統之影響

家中有人罹患憂鬱症，對家庭的衝擊是相當大的，家庭是一個互動的系統，當某個家庭成員因為疾病打斷了原有的生活模式，其他的成員也一定會受到影響。憂鬱症會引發家庭功能上的許多障礙，包括：憂鬱症患者家屬經常會經驗到家庭功能無法正常發揮、無法有效的溝通、情緒表達困難、有時家庭成員會經驗到罪惡感、憤怒、和痛苦、婚姻適應不良及不滿意婚姻關係、家庭的氣氛的緊張與衝突、無法以良好的策略解決問題、其他家庭成員必須擔負起患者罹病前的角色任務以及因對孩子產生不良管教而感到挫折。（Badger, 1996；Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004）。

家庭不僅是由一群共享特定物理和心理空間的個體所組的系統，也是一個具有獨特性質的自然社會系統（social system），家庭會發展出對成員角色的分配和要求的規則，也會有具組織化的權力結構，且建構出外顯和內隱的溝通形式，並發展出協商和解決問題的方法（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。家庭的發展的每個階段都有其特定的需求、任務及障礙，完成每階段任務之後，才能順利進入下一個階段，否則將造成家庭的停滯或瓦解（張德聰、曾端真、修慧蘭，2008）。Duvall 將家庭生命週期分成八個階段，Barnhill 與 Longo 指出各個階段不同的發展任務：第一階段為新婚夫妻（married couple）：主要的家庭任務為夫妻間彼此的相互承諾；第二階段為養育

孩子的家庭 (childbearing family)：主要的家庭任務為學習扮演好父母親的角色；第三階段為學前年齡孩子的家庭 (preschool children)：主要的家庭任務為學習接納孩子的人格特質；第四階段為小學年齡孩子的家庭 (school children)：主要的家庭任務為介紹孩子進入有關的機構；第五階段為中學年齡青少年家庭 (teenagers)：主要的家庭任務為學習接納青春期的孩子，包含其個人在社會與性角色方面的改變；第六階段為孩子皆已成年且離家的家庭 (launching children)：主要的家庭任務為經歷屬於青春後期孩子的離家獨立；第七階段為中年父母的家庭 (middle-aged parents)：主要的家庭任務為接納已變成獨立成人的角色；第八階段為老年的家庭 (aging family members)：主要的家庭任務為老夫老妻彼此珍惜，且坦然面對晚年生活（引自 (Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999)）。以上家庭的生命週期八個階段中，每個階段都有其發展任務與壓力，當家中有憂鬱症病人時，家庭其他成員必須承擔更多的角色與任務，這也將使得家庭的發展和調適過程更趨複雜與困難。

一個很重要的改變是，患者會因為憂鬱症狀而增加對其他家庭成員的依賴，最直接的影響是患者配偶的責任會更大，更甚者許多責任也可能會落到孩子或其他家庭成員身上，使得家庭系統失去原來的平衡並且影響其發展。尤其在華人男主外女主內的傳統社會中，父親經常是家庭經濟、權力的維持者，當家中主要經濟來源之提供者罹患憂鬱症，對整個家庭的影響是不言而喻的。此外由於對憂鬱症的不認識，患者和家屬都不知道如何面對和因應，在突如其來的混亂中，非但患者的病情難以改善，患者與家屬間也常會產生很多的誤解和衝突，如此一來家庭關係就變得緊張和複雜。憂鬱症患者的人際關係是疏離且糾結的，他們會想要避開他人，但內心又渴求，因此他們與照顧者的相處品質可能會很差（楊連謙，2004）。並且憂鬱症患者的家庭在家庭成員溝通上顯得間接且模糊，成員間角色運作能力不足，家庭整體運作功能不佳（林美珠，1991）。

憂鬱症也可能對家庭每個發展階段，所對應的每種關係的互動型態，造成不同的影響，研究者茲就親子關係和夫妻關係作如下的探討：

## （一）親子關係

親子關係是人一生中最早經驗到的關係，也是人際關係最重要的一環（徐西森、連延嘉、陳仙子、劉雅瑩，2002）。從許多心理學理論發現，嬰幼兒受其主要照顧者的影響甚鉅，如 Freud 強調童年早期的原生家庭生活經驗決定個人人格的發展；Mahler 的客體關係理論闡明了個體與母親間心理分離，也就是個體化的歷程；Bowlby 的依附關係理論認為個人、主要照顧者及所處環境的依附型態，將形成個人對自己、他人及世界的內在運作模式；Sullivan 認為個體從小與他人的人際互動，尤其是主要照顧者，會影響他未來的人際關係（張德聰、曾端真、修慧蘭，2008）。個體的發展深受其童年經驗及照顧關係影響，研究顯示 80% 的孕婦在生產後會經歷數天的情緒低潮，若不加以注意，可能會導致產後憂鬱症，甚至嚴重妨礙產婦照顧新生兒，這對母親和寶寶的依附關係會產生嚴重的影響（Rosen & Amador, 1996/2003）。此外罹患憂鬱症的父母長期的憂鬱情緒，對年幼子女的性格和認知發展可能會造成負面的影響，子女也可能會因為父母親的功能減弱，而無法受到較周全的照顧，或經常需要寄養在親友家中。

依照親子關係的原生性而論，承擔（responsibility）是根據本性的，也就是親子間的照顧與被照顧的倫理關係（徐臨嘉，1993）。易言之，父母對子女的照顧責任被認知為天經地義的。但值得注意的是，罹患憂鬱症的兒童或青少年其人際關係通常是以負面的態度來反應，其學習成績可能會明顯的退步，甚至會有拒學的行為，其表現症狀的方式和成年憂鬱症患者不同，因此很容易被忽略而延誤治療且困擾著許多家長（陳如山、梁志宏，2005）。此外父母可能會為了照顧患者而對其他小孩造成疏忽，而衍生出手足競爭和許多親子關係的問題。

## （二）夫妻關係

夫妻關係是家庭關係的主軸，在家庭的發展過程中，是最重要的次系統（徐西森、連延嘉、陳仙子、劉雅瑩，2002）。夫妻次系統是影響家庭中其他次系統的運作的關鍵。傅純真（2003）研究憂鬱症患者對婚姻滿意度較低，且有較多不適應的婚姻衝突因應行為，如容易出現爭執、自我責備和逃避等行為。然而憂鬱症對夫妻關係所造成

的影響，又會反過來使得病情更加惡化。楊連謙（2004）指出婚姻不合是造成憂鬱症主要的壓力源，它不僅是導致憂鬱症的危險因子，也會影響症狀的維持及對治療的反應。此外已婚女性患者在操持家務上，會因為憂鬱病情造成記憶力不好及注意力無法集中，倦怠和意志消沉而造成若干程度的生活功能障礙，憂鬱症夫妻若有一方得了憂鬱症，可能會影響夫妻的感情生活，嚴重時會導致婚姻和家庭的破裂（陳如山、梁志宏，2005）。憂鬱症患者與其配偶的關係特殊，兩人在家庭中有著代理性的角色功能，倘若患者是家庭經濟的主要提供者，其配偶便可能需要協助或擔負整個家庭的經濟、家務、情感支持等照顧功能，在角色和關係上的變化，對患者配偶而言是一嚴峻的考驗。

綜上所述，憂鬱症乃一情感性疾患，並且有共病性和演變成慢性疾病之特性，影響層面包含了個人系統、家庭系統和社會系統。在家庭系統中，改變了整個家庭系統的功能和運作外，在各個次系統包括：親子次系統、夫妻次系統及手足次系統的關係和互動也深受牽連，在無法置身事外的處境中，憂鬱症患者家屬面臨各種層層疊疊的考驗。

### 第三節 憂鬱症患者家屬相關研究探討

為了考察憂鬱症患者家屬如何面對因家人罹患憂鬱症而給出的困局與挑戰，研究者認為，需要先釐清當前專業論述看待憂鬱症患者的方式。因此研究者總和、歸納憂鬱症患者家屬相關研究之文獻，大抵概分為兩部份探討，第一部分為憂鬱症患者家屬照顧負荷與壓力相關研究，第二部分為憂鬱症患者家屬調適歷程相關研究。本節就憂鬱症患者家屬之相關研究，說明如下：

#### 一、憂鬱症患者家屬照顧負荷與壓力相關研究

當家庭中有人罹患憂鬱症，照顧的責任自然落在家屬身上。Noddings 將照顧區分為「自然照顧」（natural caring）與「倫理照顧」（ethical caring），自然照顧是每個人與生俱來的潛能，是單純想照顧他人的趨向；但生活中有許多負擔使自然照顧難以實現，有時照顧者會有不想照顧、甚至討厭、怨恨被照顧者，即便在此情境下，我們



仍舊願意為對方付出照顧，即所謂的倫理照顧（引自方志華，2004）。在此照顧關係中，憂鬱症患者家屬所扮演的角色，成為形塑此一倫理主體的重要元素之一。社會角色模式兩個重要的概念是角色期望（role expectation）和角色衝突（role conflict），角色期望是指個人取得某種社會角色後，會依照社會依規範或他人要求，來扮演該角色的傾向；角色衝突是指個人在生活中角色扮演時所遭遇的心理困境（徐西森、連延嘉、陳仙子、劉雅瑩，2002）。家屬經常被期待扮演好照顧患者的角色，然而就家庭系統的整體性來看，往往事與願違。Beale 認為角色混淆（role confusion）是指無法指望家裡每個人都能扮演好自己的角色，這在慢性精神病患的家庭是常見的情形（引自 Bernheim & Lehman, 1997/2004）。易言之，家庭是社會的基本單位，隨著病情的變化，患者的生活可能由獨立轉變為依賴，社會功能也隨之退化。照顧者和病人從原先安置良好的社會關係中，進到生病的照顧關係後，病人在原先的關係裡所提供的角色和功能，就逐漸空了出來，一旦病人無法履行原先在關係中的角色和功能，這也會使得病人和照顧者原先的社會關係發生結構上的改變，如果家中有其他人可以補位，則照顧者還可能專心照顧病人，如果沒有人替代，那麼照顧者除了自己原先的生活負擔外，不僅要負擔起沈重的照顧工作，很可能還要肩負起病人原先的角色工作，此時照顧者就會瀕臨一個關係代償的急迫狀態（余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉，2006）。是故，憂鬱症患者家屬經常因為難以勝任多重角色而產生莫大的照顧負荷。

照顧負荷是指家屬在照顧病患時所面臨的特殊情境或生活改變壓力，並於其生理、心理、社會、經濟等方面產生客觀的威脅，緊張與不適等反應（Chou, 2000）。Biegel、Sales 與 Schulz 指出精神病患照顧者經常面臨許多問題，包括不知如何處理患者的症狀與行為；因社會烙印所產生的疏離感；對家成成員的個人需要造成干擾；患者無法完成其日常生活的任務；患者不當使用藥物的問題；心理衛生專業人員無法幫助照顧者，並且視其為發病的導因（引自宋麗玉，1998）。吳就君（1995）認為精神病患家屬常有的壓力反應包括：經濟困難之壓力；社會歧視的壓力；長期照顧導致身心俱疲的壓力；家庭成員間的互動關係受到影響，增加衝突和負擔；家屬與治療者、醫院及其他相關機構間發生複雜而不愉快的關係；以及家庭與鄰居或警察的關係。此

外楊延光（1999）表示精神病患家屬也會面臨工作表現受到影響和生活規劃受到阻礙的問題。蔡碧藍（1995）研究發現憂鬱症患者家屬的負荷來自於患者生活上的依賴、患者的脫序行為、患者的低落情緒以及汙名化所帶來的社會關係困擾。

綜合上述文獻得知，多數的憂鬱症家屬承載著許多內外在的負荷，常見的家庭負荷如：因照顧而產生的負面情緒、經濟上的負擔、家屬之間的衝突、因為社會烙印而導致社交生活的受限、無法計畫未來；因病人的行為而產生的壓力；抑制自我需求；忽視生涯考量與發展目標；干擾日常生活方式；家庭角色的改變與調整；與社服、醫療、警政等社區單位之間的不良互動經驗；對病患功能的缺損感到失落與哀傷；因病人的負性症狀，導致關係親密感的缺乏；及擔心無人接手照顧的工作等。這些負荷可能因此嚴重的威脅家屬的身心健康。

儘管在照顧的情境中，家屬面臨種種的負荷與挑戰，然而有些家屬則認為照顧病人是天經地義的，並未感覺到有負荷的現象。Lefley（1996）指出精神疾病照顧者的負荷分為主觀負荷和客觀負荷，主觀的負荷是照顧者所知覺到的困難，以及因照顧工作而感到的苦惱；客觀的負荷則是指照顧者的任務種類和數量。Thompson 與 Doll（1982）研究顯示，心理疾病患者之主要照顧者會明顯地經驗到下列四種「主觀的負荷」：（一）過度負載/嚴重干擾（overload/severely interfere）指病患在家庭中會嚴重地干擾家庭生活作息，而且會造成家屬嚴重的情緒枯竭。（二）情緒陷溺/無助/永無止盡（emotion of trapped/helplessness/endlessness）指病患家屬會直接地（更多時候是間接的）對處理病患的事情感到無助，覺得自己被捲入一場永無止盡的照顧責任中。（三）憎恨或同情（resentment or sympathy）指家屬一方面經常會對病患表現出某種程度的「敵意」（antagonism）、「挖苦」（bitterness）、「冷淡」（be cold）、「缺少關心」（lack concern）或「憎恨」，但是另一方面家屬又會對病患表現出「同情」（sympathy）、「理解」（understanding）和「關懷」（caring）。（四）排除（exclusion）指家屬會有一種希望將患者摒除到自己生活之外的想法，而且許多時候會對病患表現出情緒疏離的行為。吳就君（1995）在精神病患家庭照顧者的跨文化負荷研究發現，個人認知、環境中的壓力源、壓力事件和社會資源都會影響照顧者的負擔，此外社會文化和制度對家

庭照顧者的負荷有顯著的模塑與影響。亦即在不同的文化情境脈絡下所知覺到的照顧與負荷感是不同的。因此論及照顧負荷，必須把照顧者與受照顧者之間的關係一併考慮進來，唯有在關係的背景脈絡下，負荷現象的本質才有被瞭解的可能（李涪琳、余安邦、林家興，2007）。

從一開始參與醫療決策到就醫行為，家屬很難置身事外，且自然的被視為理所當然的重要關係人。家屬在醫療與健康照顧的重要性，不僅表現在求醫決策上，同時也表現在疾病照顧和居家照顧上（張苙雲，2005）。在治療的過程中，有些醫療相關工作者常對憂鬱症患者家屬有所要求和期待，如提醒患者吃藥、觀察患者病情的發展、提供有關患者的資訊等，若患者病情較為嚴重，家屬還需要全時的陪伴，以防止其自殺行為，此外家屬還會被期待必須包容患者的情緒，並且提供鼓勵和支持。然而一味的要求家屬，只會加重其的負擔，無法看見家屬真實的感受和需求。

家屬與患者是息息相關的。李涪琳等人（2007）認為照顧者並非單一的主體，而是倫理性主體，強調照顧者所處的關係脈絡，照顧是一種倫理的互動關係，包括照顧自己與照顧他人。精神疾病患者家屬所受到的情緒折磨是一言難盡的，從一開始的自責、罪惡感，懷疑是不是做錯了什麼而導致患者發病，家屬也會用自己的行為去解釋患者的病，因此會對患者產生憤怒和不諒解，除了罪咎感與憤怒外，隨著患者生活功能逐漸的減退，家屬會呈現失落與哀傷的情緒，因為他們漸漸地意識到患者已難達成自己或任何人的期待了，甚至因為患者病情不見好轉，家屬會有焦慮和恐慌症狀出現（Bernheim & Lehman, 1997/2004）。研究顯示憂鬱症患者覺得倦怠、對社交生活沒有興趣、絕望感和易怒，常使得家屬容易感到生氣、沮喪與精疲力盡（Rosen & Amador, 1996/2003）。這顯示了在照顧關係中，照顧者的身心隨著患者的狀態而日益衰弱，好像經歷著和患者一樣的苦與無助，這稱為照顧者的共病性（co-morbidity）處境，憂鬱症患者家屬因為承受巨大的身心壓力，因此也成為罹患憂鬱症、焦慮症和恐慌症等情感性疾患之高危險群，因此許多學者開始關注到照顧者情緒議題。Thomas 對非專業照顧者（formal carer）的研究指出，照顧者的情緒工作（emotion work）是照顧中一個重要的面向，包括處理病人的情緒和照顧者自己的情緒，但是兩者都是相當的困

難，在協助處理病人情緒的部分包括：維持病人的感覺狀態，除了不讓病人感到孤獨和被放棄外，照顧者要陪在病人旁邊，並向病人保證將會共同面對疾病，照顧者盡量持正向的態度，盡可能讓事物正常地運作，並維持可以控制的感受（引自余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉，2006）。情緒表露（expressed emotion）是 George W. Brown 從「家庭特質」與「精神病發作」的相關研究中所發展出來的概念，他們將家屬的情緒表露分為「高情緒表達」（high expressed emotion, HEE）與「低情緒表達」（low expressed emotion, LEE），前者指的是批評、敵意、情緒過度涉入等情緒指標，此與病患發病有著高度的正相關，而後者則為理性溝通的指標，對於病患的復健具有良好的預測力（引自李涪琳、余安邦、林家興，2007）。情緒表露研究強調家庭互動及關係的重要性，把精神疾病的研究從個人擴展至家庭範疇，強調社會情境之關鍵性。（林淑蓉，2002）

要提供好的陪伴給患者，家屬的自我照顧很重要，因為生長在同一個家庭，其先天和後天的條件相似，有些家屬本身也存在著許多尚未處理的個人議題，因此在陪伴的路上會顯得格外艱辛。面臨多重的負荷與壓力，憂鬱症患者家屬常處於想照顧病者但卻因自身的限制，想截斷此一牽絆的煎熬。李涪琳等人（2007）指出精神病患家屬處在「無法置外」的陪病關係中，既想貼近病者，又要推拒病者，其照顧位置充斥著遲疑與困頓。

## 二、憂鬱症患者家屬調適歷程相關研究

對憂鬱症患者家屬而言，面對龐大的照顧壓力，也會發展出許多適應的方式。Lazarus 等人認為，個體面臨壓力的三種反應歷程為：（1）初級評估歷程：即知覺威脅的歷程；（2）次級評估歷程：即內心對威脅的潛在反應；（3）調適歷程：即執行反應的歷程（引自 Caver, Scheier & Weintraub, 1989）。由上述得知，壓力的調適與個體對於壓力的認知及反應息息相關。

在許多有關精神病患家屬的研究中，顯示出家屬調適歷程的階段性反應。Karp（2001/2010）研究發現照顧者與家人間關係的四個重疊面向，這四個面向中的每一個經驗是相繼產生，而不是階段性的運作，是來來回回、相互交錯、多重變化的關係。

此四個面向為：(1) 希望和學習：精神疾病對家庭成員而言是新的，並且家屬非常期望醫療可以解決他們所有的問題；(2) 修正期望：大部分的家屬必須面對精神疾病不會消失的事實，並且對自己和患者形成新的期望；(3) 評估責任：家屬評估患者有多少能力，就義務而言，自己又該承擔多少責任；(4) 保有自我：家屬在健康和心理狀況的考驗中，思考該給予患者多少照顧承諾的問題。憂鬱症患者的人際關係通常會經歷所謂的「適應憂鬱症階段」(stages of adaptation to the depression, SAD)，即(1) 發現問題：憂鬱症患者與家庭成員會發現在相處上出了問題，可能是關係的疏離抑或是增加衝突；(2) 產生反應：在發現問題後，關係中的成員開始做出反射性的回應；(3) 蒐集資訊：為了獲得有效的面對和解決問題，開始透過各種方式蒐集憂鬱症的相關資訊；(4) 解決問題：在此階段，因為對憂鬱症已具某程度的認知，會運用有效的處理方式來解決問題 (Rosen & Amador, 1996/2003)。Badger (1996) 研究發現憂鬱症家屬在陪伴的過程中會經歷「家庭轉換」(family transformations) 之社會心理歷程分成三個階段：(1) 了解到病人的存在：當家庭成員瞭解到整個家庭功能將會發生重大的改變時，家中的成員就會承認這個病人存在；(2) 奮戰階段：家屬會努力地去處理病患所帶來有阻礙家庭互動的問題，家屬通常會交替使用「保護」和「壓抑」兩種策略，策略的選擇通常取決於家屬對策略是否能夠有效的控制憂鬱症患者所帶來的改變，和是否可以讓家庭回復到正常運作的信念；(3) 獲致新觀點：此階段包括家屬能保有自己，重新把重心放在別人身上，重新看待與病患之間的關係，並且對未來會逐漸地感到充滿希望。Muscroft 與 Bowl (2000) 研究顯示憂鬱症病患主要照顧者的照顧經驗分為下列四個階段其反應分別為：(1) 獲知階段：擔心的、焦慮的、手足無措的、困惑的，從事的活動都在導向重新恢復正常；(2) 調適階段：對家庭有種失落感，而且渴望擁有全部、失控，尋找替代治療的方法，自暴自棄的投射性認同；(3) 適應階段：設想出一些常規以適應這個改變的人，瞭解到自己的孤獨，尋求他人的瞭解，願意從別處加以學習，需要資訊；(4) 獨特階段：接受病患是病人且把自己看成是照顧者，創造新生活，允許憂鬱，甚至擴展個人獨立。

統整上述資料不難發現，家屬的調適歷程就誠如 Caver 等人 (1989) 的描述，從

無知到認識、從震驚到接受，進而逐漸發展出符合現實的評價與決策能力，最終能在患者疾病與家屬的需要之間保持平衡，有些家屬可以把疾病當作生活的挑戰，也可以從社會角色中得到滿足，並從「問題焦點的適應」(problem-focused coping)，轉移至「情緒焦點的適應」(emotional-focused coping)，最後採取接受問題的態度而非嘗試改變問題。由此觀之，這是一連串的從抗拒到接受的過程。

從由外轉向內，由問題解決轉向自我觀照的調適歷程，逐漸顯露出照顧者的存在現象。Karp (2001/2010) 表示家屬情緒變化，在接受詳盡的醫療診斷之前家屬的情緒屬情緒的混亂期，家屬對生活感受到的極度困惑，並且從過去的穩定、可預測性轉變為混亂與失序；其次是在確診之後醫療提供架構，清楚地指出家屬所處的環境，並且引導出希望、同情與憐憫的感覺；一直到家屬認為疾病會一直存在。這種永久性的架構，以及對病患無法控制的行為，會引發更多負面的感覺；到最後，他們發現努力根本就無法改變任何事情，於是便接納了病患的狀況，不再將解決患者的問題是為自己的責任，並且從此負擔中解脫出來。許樹珍、曾慶音與崔翔雲 (2001) 指出精神病患的照顧存在性有：(1) 照顧的當然存在：除了日常生活的照料，照顧也是一種關心、擔憂及操煩的感受；(2) 照顧的不存在：當患者視照顧為理所當然或家屬所提供的照顧無法滿足其需求時，照顧是不真正存在的；(3) 照顧的有限性：照顧者與被照顧者會在某個時空裡感受到照顧是有限度的；(4) 照顧的轉化與超越：因為體會到照顧的存在是有限度的，個體會產生一股力量，突破原先的限制，達到超越、轉化的境界；(5) 照顧的交託與流轉：照顧者會向外尋找資源與支持的力量等五個面向。此研究彰顯出在照顧現象中，照顧者自我轉化、超越的可能性。Wong 與 Mckeen (1998/2007) 對轉化與超越做此詮釋，雖然不可能改變一個人的生命史，或內在深層結構，但是可以轉化深層結構的表達方式。基本的傾向仍然存在，如何表達則可以加以修正。轉化跟超越非常不一樣，超越是由否認而來，是企圖提升以超過自己。在轉化時，自己內在深層結構是被接納、認知和學習的。無論是由外求轉向內求，由混亂轉向平靜或由抗拒轉向接受，憂鬱症患者家屬在面對疾病的現實中，不斷的調整與修正，逐漸獲得自我轉化。

Karp (2001/2010) 提出四 C 的觀念來解釋陪伴者自我轉化：(1) 這個疾病不是我造成 (cause) 的；(2) 我沒辦法治癒 (cure) 這個疾病；(3) 我不能控制 (control) 這個疾病；(4) 我所能做的，就是妥善的因應 (cope with)。從照顧者的自我轉化來看陪伴關係，余德慧等人 (2006) 探討陪伴病人在臨終的過程中，與病人有宿緣的照顧者，所面臨的心理過程提出可能的陪病模式為「二元複合模式 (Daul Model)」，即陪伴者以常人自我狀態陪伴的「常態陪伴」和以靈性相陪的「存有相隨陪伴」兩種，並且對存有相隨模式 (existential mode of companionship) 做了深刻的描述，當照顧者的自我狀態經過適度轉化 (transform) 之後，能夠脫離自我狀態時對疾病無助的共病性，也不再陷入自我現實裡頭的照顧事務處理，而能進到類似宗教經驗的存有狀態時，照顧者能暫時性的解除心智自我，逐漸由外而內的出現親密柔軟和慈悲的存在經驗，且和病人獲得深度締結 (deep connectiveness) 的機會。研究者試圖採借此陪伴模式，用以觀看憂鬱症家屬的陪伴經驗之樣貌。不論如何，憂鬱症家屬的個性及人生價值觀會因照顧患者而有所改變 (范鳳珠，2006)。郭志通 (2006) 研究發現憂鬱症患者家屬在照顧過程中，共體驗到正、負向照顧經驗意義。同時可藉由許多方式來尋求負向經驗的復原契機，如重新框架逆境經驗、從逆境中獲得生命意義、逆境經驗對未來有所啟發、相信自己具有改變環境的能力、發現自己生活的樂趣、覺得自己有能力幫助別人、有助人的期待、能分享有助適應的具體建議等 (丁嘉妮，2008)。李涓琳等人 (2007) 認為精神病患家屬應該是多義的，當我們使用「照顧者」或「家屬」一詞指稱他們時，應避免限縮了他們的角色，輕易的假設他們應有的作為。

綜上所述，憂鬱症家屬在陪伴歷程會經歷各個階段所產生負向的情緒特徵包括：困惑、自責、後悔、矛盾、氣憤、焦慮、挫折和絕望等，然而這些情緒狀態會慢慢趨向穩定，並且是一由外而內的適應過程。憂鬱症患者家屬以一倫理主體置身在陪病關係裡，展現其遭受多重試煉的姿態，尤其容易陷落在情緒的泥淖而不自知，假使能在此危局中洞悉自我的有限性而尋求自我轉化與超越，甚或向外尋求協助和資源，如此所提供的照顧必然是較具滋養性的。

#### 第四節 生病陪伴意義之探討

人類行為的背後都是一意義建構的歷程。李維倫（2004）談到意義，指的是人們在行事中，事物被如此這般理解的基礎，而不是事物被如此這般認定後的內容或標籤。Prend（1997）指出這世界上沒有一個終極的意義，意義是流動的，隨著個體生命歷程中之時空而轉變。人與疾病的遭逢必然致使生命的軌跡有所轉向，在疾病、患者與家屬所交織的關係裡，患者所給出的，是家屬生活世界的意向所在，在觀看、理解和詮釋後，據此譜成了憂鬱症患者家屬陪伴經驗之樂章。

##### 一、疾病的觀點

人們對精神疾病的認識決定其如何理解和反應。法國後現代學者 Foucault 在《瘋癲與文明》一書中指出「瘋癲」(madness) 是社會建構的，將差異性做了非理性的劃分，乃實證主義者運用權力排除他者的理性展現（Foucault, 1961/1992）。後現代主義者反對實證主義者挾著理性、客觀的旗幟將人化約為可被分類的客體。余德慧（1998）主張從生活世界的觀點來觀看精神病理，重新返回科學尚未佔領的生活經驗（pre-scientific experience）領域，使生活經驗的知與識重新被掌握。因此疾病對人來說，會依個別的認知和所處的生活脈絡，有其各自不同的感知和詮釋。Kleinman（1988）將疾病（disease）與病痛（illness）概念做了區分，疾病(disease)是指生物醫療中檢測個人對疾病反應的診察，而病痛（illness）則是指病人與家屬或社會網絡如何看待疾病及對其反應。在此認識下，「生病的人」不再是一個被處遇的對象，而是一個自我展現的主體。楊國樞在《談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道》的序言中提及，在醫療歷程中，醫護人員與家屬常偏重患者的「身」，而忽略「人」；偏重患者的「症狀」，而忽略其「經驗」（引自 Kleinman, 1988/1994）。這也意味著疾病要獲得療癒，不能只是從「病」的「部分」去了解，更需要從「人」的「整體」去抽絲剝繭，找到其來龍去脈。因此，心理治療專業的發展，必須轉回人的生活世界，讓生活世界的事理路說話，且在生活世界的秩序與失序之間發現苦痛的因子，並進一步瞭解療癒之道，此一生活秩序稱之為「倫理」，倫理是情緒的主體，是心理健康或社會苦痛的維



繫；人們透過倫理的勾連，使得各種療癒因子慢慢顯露（余安邦、余德慧，2013）。此論述彰顯出傳統醫療行為從強調治病，轉向對病「人」的理解和關懷，心理治療亦須從問題解決的模式，朝向對人的照顧，相信人在獲得良好的照顧後，自然就有能力解決他自己的問題。

人們對每一種疾病皆有其認知或歸因方式，無形當中也可能同時賦予該疾病的標籤與汙名，精神疾病更是如此。這來自於社會文化深遠的影響，尤其在相對保守與單一價值的社會更顯而易見，當情境脈絡成為理解「人」不可或缺的要害，自然對於憂鬱症及其家屬的瞭解也需回到其生活世界，而非化約的主觀給予分類。

## 二、生病陪伴之存在意義

Heidegger 認為當人在存在中了解、關心存有並且做出反應時，同時也明白存有總是自己的，Heidegger 稱此性格為屬我性，屬我性將人從人群中抽離出來，成為唯一的、獨特的個人，因此發現，存在是我的，而我不是實體，而是可能性，把握著可能性，選擇成為真正的自己，便是本真性的（*eigentlich*）存在（陳榮華，2006）。處在可以自由選擇和自我把握的本真性狀態裡「此在會感到惶惶然的失其所在，此無可名狀之恐懼，Heidegger 稱之為「畏」（*Angst*），因此許多人因此放棄了本真的存在方式，而消融、安頓於非本真性的存在中（黃光國，2003）。而由「非本真狀態」朝向「本真」努力轉變的聯繫，則稱之為「操煩」（*care*），操煩是存在與時間的結合點（黃光國，2003）。換言之，操煩便成了存有者的特徵。Heidegger（1927/2002）認為情緒是存在者基本的生存狀態，此在（*Dasein*）總已經是有情緒的。面對憂鬱症患者的情緒變化，倘若照顧者亟欲取消或緩和患者負向情緒，從 Heidegger 的觀點來看，此作為正好是關閉此在的生活世界，致使存在的基本性質遭受毀損（林耀盛，2006）。因此 Heidegger 指出人之所以為人，在於人存在於世「牽掛」本性，其中包含對他人的照顧，這是人存在的必要條件，故 Heidegger 認為照顧一病人，不要剝奪其料理事務的能力，要讓他保有牽掛之情（汪文聖，2003）。以 Heidegger 的此有整體性的操煩結構（*care structure*）包含三個環節，先行於自身：向未來進行投企（*projection*）的存在性；已在世存有：過去已被拋擲（*thrownness*）的事實性；及對於在世存有的依

持而存有：現在深陷存有物的沉淪性（falling）（汪文聖，2004）。在本真的存在狀態裡，時間並非以現在作為核心，由過去流向未來的直線流失過程；而是一種過去—現在—未來不斷往復的循環，在「現在」，「過去」和「未來」打通了，走向未來也可能回復到過去，存在既是全然的空無，也蘊含了無限的可能（黃光國，2003）。

再看 Heidegger「在世存有」，人在生活世界所遭逢的一切，是一種相互涉入的狀態。李維倫（2004）曾言「關係，或者稱相涉關係（relatedness）」，是使事物與人如此這般遭逢（encounter）的基礎，也是人如此這般理解事物的依據」。關係是存在的體驗，它的發生是存在主義式的相遇，是在於照顧，故照顧是一種關係，也代表著人本質能力的發揮（方志華，2004）。林耀盛（2006）說明慢性病照顧是一種生活經驗的完形關係轉換，並非社會建構下的技術導向，著重身體層次的症狀控制的照顧模式，而是以照顧自己/關切他人為複合體的「咱們」（we-ness）作為一種照顧關係。據此而論，照顧作為乃人的存在本質之一部分，兩者密不可分。由上可知，操煩是人在關係中，本真性存有的特質。

論及人與人之原初關係，Levinas 主張主體乃藉由他者的介入所形構而成，也就是說人在他者介入之前，自我（self）是不完整的，是孤寂（solitude）所帶來的狀態，直到面對他者時，自我始能認出空間（space）與界限（boundary），主體才逐漸開展出來（引自 Fryer, 2004）。Levinas 認為人的生存不能沒有他者，我與他是相伴而存在的，由此，他提出一種「為他」（for the other）的生存型態，他強調人的生存應當是在關係中生存，而且應是以「為他」來把自己與他人關聯在一起，Levinas 稱這種生存型態是「倫理的」，意謂這種生存型態具有倫理本質（引自張鎧焜，2007）。Levinas 所展現的我與他人的關係，既不是認識的關係，也不是存在的關係，而是倫理關係，也就是我與他人面貌之間（face to face）的關係，那是具備無限高度的、不可交換的、絕對的責任，這關係是一種鄰近性（proximity），一種對他人的責任，Levinas 將此稱之為「不對稱的我與你」（the asymmetry of I-Thou）關係（杜小真，2001）。總的來說，Levinas 倫理學的最大特點在於強調對他者的無條件的責任，這種負責並非主體透過理性判斷的結果，不是來自於主體的自律，也不是發自同情共感，而是一種直捷的、

無條件的一肩承擔，當與他者面容相遇，便對他者負有責任（張錫焜，2007）。因此，自我是因為他者而彰顯，而且是在為他的倫理關係中存在。

綜上所述，生病陪伴是一種倫理的照顧關係，陪伴者在此照顧關係中經驗著其存有的方式。憂鬱症患者家屬需接應來自患者與自己的，同時也包含過去和未來的種種複雜情緒，並且在無可逃脫的關係中，領會著獨特的存在意義。

### 三、生病陪伴之關係網絡

人是群居的動物，必須藉由與他人的互動來維持生活各種功能的運作，從基本的生活需求到心理的支持、陪伴。周麗端、吳明燁、唐先梅與李淑娟（1999）指出家庭是個人最早社會化的單位，因此家人關係也深深地影響著個人一生全程的發展。根據我國民法「稱家者，謂以永久共同生活為目的而同居之親屬團體」，將家庭定義為「親屬團體，共同生活且是永久性的」；關係是指兩個或更多因素之間的互相影響（彭懷真，1996），因此家人關係包括夫妻關係、血親關係及姻親關係。本研究所稱之「憂鬱症患者家屬」乃參照相關社群及研究對此一群人的稱呼，國內許多許多機構辦理的支持團體皆以「憂鬱症家屬」稱之，如調適愛心會辦理的「憂鬱症家屬團體－永不放棄的手」以及台中生命線辦理的「愛的扶手加油站－憂鬱症家屬支持團體」；而博碩士論文部分則是有郭志通（2001）「憂鬱症主要照顧者之敘事研究」、范鳳珠（1995）「憂鬱症患者家屬（主要照顧者）對照顧患者之心理調適與因應」以及丁嘉妮（2007）「憂鬱症家屬與患者相處過程中的逆境經驗及其復原力發展之探究」等。為了避免讀者閱讀上的混淆，研究者依寫作脈絡，於文中以患者家屬、陪伴者或受訪者三種稱謂來指稱憂鬱症患者家屬。

本研究所稱憂鬱症患者家屬係指經由精神科醫師診斷為憂鬱症患者之雙親、子女、配偶或手足等家屬，此等家屬在患者罹病過程中為其主要陪伴者，並且目前仍在持續陪伴中。Morse 與 Johnson（1991）指出一個完整的生病陪伴歷程的內涵應包括：疾病為引發的根源；生病陪伴經驗的全部期間且是持續的；允許陪病互動本質的呈現，歷程是有彈性、可變通的；以主體的觀點為主。此外本研究將研究參與者聚焦在親子、夫妻以及手足三個次系統之成員，主要乃因此三個家庭次系統的關係較為密切

之故，並且可能對憂鬱症患者產生較直接的影響。Karp（2001/2010）研究發現在親屬網絡中，決定照顧的分配有以下的現象：對直系親屬有較多的照顧義務，家庭中最堅定的照顧關係發生在夫妻、父母及手足之間，在期待子女的幫助之前，父母必須相互照顧對方，對生病子女的義務最有力量且持久的，對父母與子女的責任比起對兄弟姊妹更堅定，父母對已婚子女請求幫助的情況會減少，若他們的子女也有了自己的孩子，父母要求他們幫助的情況會更少。

陪伴是一個被廣用於人際互動的詞彙，在本研究中所稱的陪伴（accompany）採廣義的概念，包含照顧（caring）的意涵。「照顧」是一種關心、擔憂及操煩的感受（許樹珍、曾慶音、崔翔雲，2001）。Hollinger 指出照顧的層面包括身體和靈性自我、情緒自我的內在關係，同時也關心個體的社會脈絡與周遭存有關係（引自林耀盛，2006）。Finfgeld-Connett 認為「陪伴」是一種複合且複雜的概念，除了定義模糊外，也常與關懷、同理心、自我療癒、支持和撫育等概念混淆一起（引自謝美慧、王秀紅，2011）。以教育部提供《重編國語辭典修訂本》之釋義：陪伴：相陪作伴；「陪」為伴隨、「伴」為陪著或陪同。在英文字典上的定義為：acompany 指「to go with someone or something」、「to join」；以及 presence 則指「the state of being within sight or call, or at hand」。其中 presence 為關懷的重要成分及概念。謝美惠與王秀紅（2011）整理多位學者在病護關係的論述中發現，關懷和陪伴的過程需要有「互為主體」（intersubjectivity）及「共在」（being with）的感覺產生。

Heidegger 賦予「人」一個特定的名稱，叫做「此在」，意指人必須不斷地親臨「存在」，就「此在」而言，他把人描述為「在世存有」，人是「被拋擲」（be thrown）在這個世界的，人生的起點像是投骰子，有無法逃避的偶然性，也毫無自主性可言（黃光國，2003）。Kaye 指出個人與原生家庭的關係是終生都未有減損，不管家庭成員距離多遠，甚至面對死亡，其影響力仍然存在，其力量是如此大，以致於永遠無人可真正放棄在原生家庭中的角色（引自 Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。此現象在重視家族主義的華人社會文化中更容易顯現出來，中國人之家族主義情感內涵，至少應包含互有關聯的一體感、歸屬感、關愛感、榮辱感、責任感與安全感六者（楊國樞、

葉明華，2005)。憂鬱症患者可能會面臨到自我、家庭和社會層面的諸多問題，包括因為疾病的症狀導致個人生活功能減退，連帶影響與家人關係以及工作上各種角色的改變，以及親友的關心所造成的壓力等。然其中對家人關係的影響可謂是最直接且鉅的，家屬和患者在「家人關係」裡，彼此有著共同生活的歷史背景、相互依存的倫理關係和責任，並且在生活上有其習慣的互動模式，然而當患者發病之後，在原先的關係中又多了一層「病人」與「照顧者」的角色，這將使得原先的關係產生改變。在宿緣關係的重力底下，人和人之間有著諸多倫理的「在世關照與操煩」，也存在著倫理關係上的責任或是對彼此的許諾，這些宿緣歷史隨著病情的進展，跟著一起進到照顧者和病人的互動陪伴之中（余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉，2006）。然而，何以憂鬱症患者家屬在疾病陪伴過程中會扮演如此重要且關鍵的角色呢？誠如 Kleiman（1988）認為疾病的文化與心理現象探討，不僅涉及症狀與疾病之個人的與社會的意義，而且其意義的瞭解必須放置在以「病人」為核心的人際關係網絡中才得以彰顯，這套關係網絡乃以家人關係為主，在這種種人際關係重重包圍之中，疾病所傳達的種種意義可以加重或減輕症狀，也可以促進或妨礙治療。

綜上所述，憂鬱症乃一情感性疾患，其疾病特性比一般生理疾病或其他精神疾患存在著更多個人情緒因子，然而情緒的變異性卻與患者的病情息息相關。患者家屬能否從患者的生活情境脈絡中理解憂鬱症，決定了其陪伴態度與方式，也因此建構出不同的陪伴經驗意義和自我的存在樣貌。



### 第三章 研究方法

本研究之研究設計皆環繞在研究者本身對問題意識的洞察。鄒川雄（2005a）指出問題意識的動態辯證歷程，會與其他研究元素或環節互動，並且不斷的激盪變化，不斷的修正與發展，呈現多元且非線性模式，因此研究者基於研究主題的特性而選擇質性研究作為本研究之研究方法，另本研究旨在彰顯憂鬱症家屬陪伴經驗本質及其意義，故採用質性研究典範中的詮釋現象學為研究方法論。研究者以自身的經驗和國內外相關文獻的探討，形構本研究的先前理解，並且懸置此先前理解，以開放、彈性的態度，運用半結構式深度訪談蒐集研究資料，再透過主題分析與詮釋的方式呈現憂鬱症家屬陪伴經驗之本質。本章內容主要在說明研究方法與研究過程，全章共分六節，第一節為研究取向，第二節為研究參與者與研究場域，第三節為研究資料蒐集與文本分析，第四節為研究的嚴謹性，第五節為質性研究者角色，第六節為研究倫理。

#### 第一節 研究取向

在研究的派典中可分為量化研究與質性研究兩大取徑，量化研究與質性研究各有其哲理脈絡與基本假設。量化研究遵循「實證主義」的方法，強調人類經驗的普同性與客觀性（潘淑滿，2003），質性研究所關心的是社會事實的主觀建構過程，以及人類在不同的、特有的社會文化脈絡下的經驗（胡幼慧、姚美華，1996）。本研究為探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，是針對個人主觀陪伴經驗之詮釋，進而萃取此現象之本質，故以質性研究為方法，並且以詮釋現象學為研究方法論，作為本研究之研究取向。

##### 一、質性研究之選擇

在確定了研究題目之後，研究者所面臨的第一個問題即是研究方法的選擇，本研究屬生活經驗研究，故選擇採用質性研究方法進行研究，然什麼是質性研究？這真是一個研究大哉問，許多學者從諸多層次來探討質性研究，但是至今仍無一體適用的定義，研究者試著從質性研究的哲思理路、特質、適用時機、研究方法等面向進行探討並說明本研究採用質性研究的理由。

kuhn (1962) 在其「科學革命的結構」一書中認為派典 (paradigms) 是指公認的科學成就，在某一段期間內，他們對於科學家社群而言，是研究工作所要解決問題的解答的範例 (引自簡春安、鄒平儀，2004)。Guba 與 Lincoln (1999) 認為派典是研究者對所探究的社會世界持有之價值信念，進而影響研究者所採取的研究策略與方法 (引自潘淑滿，2003)。高淑清 (2008a) 則認為派典是邏輯上相關的假定、概念或命題之集合，它引導科學社群成員的思維和研究取向。

就本體論 (ontological) 而言，質性研究認為人類的日常活動是社會取向的，不僅要透過自我來追求意義，也必須透過他人來賦予世界意義；就知識論 (epistemological) 而言，質性研究強調知識是受日常生活世界中意識的作用，不斷與別人或所接觸的事物產生互動，建立可溝通的知識，且藉由反思和批判，避免知識淪為僵化的意識形態；就方法論 (methodological) 而言，質性研究重視以「價值理性」的原則來瞭解人的自由、解放及理性社會 (陳伯璋，2000)。質性研究派典根源於康德學派的哲思，認為世界是由人類創造或建構出來的「唯名論」，世界沒有一定律則的「反實證論」 (anti-positivism)，社會科學應當是研究個案特例的「個體論」，以互為主體性及強調詮釋、辯證、對話的方式建構知識 (黃光國，2003)。並且在不斷運用與修正的辯證過程中，質性研究開創出其多元方法的局面 (潘淑滿，2003)。如：俗民誌 (ethnography)、現象學 (phenomenology)、詮釋學 (hermeneutics)、建構論 (constructivism)、紮根理論 (grounded theory)、符號互動論 (symbolic interactionism)、俗民方法論 (ethnomethodology)、詮釋現象學 (hermeneutic phenomenology)、傳記學 (biography)、生命史 (life story) 以及批判理論 (critical theory) 等不同的研究派別，各自以其獨特的哲學思維和看待世界的方式，為產生新知識與洞察能力而努力，可謂是十家爭鳴，眾聲喧嘩 (高淑清，2008a)。

Lichtman (2008/2010) 指出質性研究的關鍵要素為：質性研究的目的是對人們的經驗提供一個深入的描述與理解，並且對意義與詮釋感到興趣；質性研究是流動且不斷在改變的動態過程；進行質性研究沒有單一的進行方式；質性研究所採用的是歸納式思考 (inductive thinking)；質性研究牽涉到研究一個情境或事物的整體，而不單



只是找出幾個特定的變項而已；在自然的情境中蒐集多元性的資料；在質性研究中，研究者是蒐集資料與分析資料的主要工具；質性研究是完整且深入的探究事物的整體；質性研究的特色在於文字的敘述，並且從資料當中發展出主題以及寫作的技巧；以及質性研究是反覆的，非線性的（*nonlinear*）。Padgett（1998/2000）認為質性研究方法是歸納的（*inductive*）、自然的（*naturalistic*）、生動的（*in vivo*）、親近（*closeness*）與非控制的情境（*absence of controlled conditions*）、開放系統（*open systems*）、完整的（*holistic*）、深度的描述（*thick description*）、變動的實體（*a dynamic reality*），而研究者即是資料收集的工具。楊中方（2006）說明質性研究的特點為跨學科且注重整合、無固定程序和步驟、少用數字、重視研究者、研究參與者及研究議題的關係。高淑清（2002）認為質性研究適用的時機包括：研究問題的本質是探索性或是發現性的；研究問題的焦點在於互動與過程；關心個別化的經驗與結果；對於描述性的資料感興趣或認為有其深入的需要；針對可能是最重要的互動歷程或變項不明確時；以及當運用歸納性或自然取向策略較符合目標時。質性研究者關注的是現象的過程，以及尋求掌握人們如何看事情和觀看世界的歷程，並且描述或解釋這些意義（高淑清，2008a）。Padgett（1998/2000）指出當研究者希望從當地人觀點捕捉「活生生的經驗」（*lived experience*），並且從中創造意義。當研究者尋求「設身處地的了解」（*verstehen*）時，質性方法是不二選擇。這種研究強調內在的特殊性（*emic*），他要捕捉受訪者的觀點，而非試圖由「客觀」局外人的觀點做表面意義（*etic*）的解釋。

綜上所述，質性研究是以研究者為主要的研究工具，在自然的情境中，以開放的態度，並且運用多元的方法，深入的探究現象之整體，並且以歸納的思考邏輯，透過文字的敘述，來來回回的從資料中發展主題的動態過程。以本研究為例，研究主體為憂鬱症家屬，在精神醫學或心理治療研究及實務領域，家屬乃是較少被關注的一群，然社會工作領域與憂鬱症患者家屬相關的研究也多以探討其社會適應和社會支持議題為主，故本研究主題在本質上屬探索性的研究。此外研究者旨在探究憂鬱症患者家屬陪伴經驗之本質及意義，這涉及陪伴者的主觀的內在經驗，需要透過研究參與者對其生活世界豐富的描述，方能捕捉到整體經驗的樣貌。Jeon（2003）也認為質性研究

在揭開和釐清主要照顧者如何看待心理疾病，及其照顧經驗之意義為何是有用的。

## 二、詮釋現象學方法論

「方法論」所指涉的是研究方法背後的哲思與基本假定，在人類科學中，包括研究者的一般生活態度、知識觀點、身為人的感覺，因此舉凡研究設計與執行背後的哲學基礎、知識論架構、前提假定與信念皆屬方法論的範疇（高淑清，2008a）。在眾多質性研究傳統中，本研究選擇以詮釋現象學為研究方法論的理由，就如 Van Manen（1997/2004）所提出詮釋現象學是一種研究人的人文科學，提供我們合理洞察的可能性，引領我們更直接貼近世界，並且它是生活經驗的研究，除了對我們生活經驗描述外，也說明現象本身自顯之意識及本質。這與本研究之研究目的，為揭露憂鬱症患者家屬陪伴經驗本質及其蘊含的意義相應。本研究以詮釋現象學為方法論，然現象學和詮釋學的重要概念和精神亦貫穿在整個研究歷程，因此研究者認為有必要針對現象學、詮釋學作一簡要的論述，得以了解詮釋現象學之源流。

欲了解詮釋現象學不得不追本溯源的從 Husserl 現象學談起。現象學旨在了解一個人在其「生活世界」（life world）的生活經驗（live experience）及意圖（intention），為了達到此宗旨，研究者必須框出並移出（bracket）自己的先見（preperception）以進入研究參與者的生命世界和其「自我」的經驗解釋，並以言詞的描述來呈現此經驗（胡幼慧，1996）。而「現象學」方法是以現象學哲學為理論基礎，運用現象學描述的方法，在沒有預設立場與期望的前提下，瞭解呈現在意識層面的生活經驗，是對所研究的經驗之主觀意義或現象進行系統性的理解，讓經驗盡可能以整體的天性呈現其本質的方法（高淑清，2000）。Sokolowski（2000/2004）指出每一事物之真理，成功地在事物本身的明證性（evidence）中自然顯現。研究者須本著本質直觀的態度，方能讓現象如其所是的呈顯出來。

所謂「還原」（reduction），就是要「從自然世界轉變為先驗的現象世界及其相關物—先驗主體的現象學方法」（張汝倫，1997，頁 95）。此先驗主體即回到個人純粹的自我思考與本質結構（高淑清，2008b）。現象學的還原是一種「存而不論」的現象學方法。「存而不論」即對意識所「瞭解」、「意識及」的事物的「實有性」問題不談

不論的態度，也就是將之放入「括弧之中」把他們「置之不議」的方法（蔡美麗，1990）。張汝倫（1997）認為透過懸置，可以達到一個沒有先定假設與預設傾向的出發點，當我們將自然態度，現實生活興趣，科學假設以及存在信念懸置一旁時，現象本身才可能對我們展現。也就是說從不輕易把任何事情或語言概念視為理所當然，反而重視自己和交談對象的內在心聲，藉由不斷的釐清問題，使得隱含在語言背後的主體置身處境，以及相關的經驗脈絡得以還原或現身，然後經驗的意義才有可能被辯證的把握（蔡昌雄，2005）現象學的描述法是一種積極並盡其所能地對所研究的對象進行忠實地描繪（蔡美麗，1990）。現象學的描述方法是以具體描述來代替抽象論證，使人們可以在具體中獲得抽象意念，在現象中直觀本質（張汝倫，1997）。現象學方法的特點包括：開放性、立即性、獨特性、意義或意向性、以及互為主體性（高淑清，2000）。

綜上所述，現象學提供一種觀看現象態度和方法，使得現象本質澄澈明晰的向我們展現。余德慧（2005）提出以「倫理主體」作為臨床心理學本土化的可能取徑，其理念來自現象學的「生活世界」，企圖將被醫療化的心理病症還原到生活世界的「置身所在」（*situatedness*）。置身所在指的是某一個生活的涉入狀態（*involvement*），在其中某些特定的社會文化視框為人們所用，而事物也因此朝著某些特定的方向來被理解，人們並且依此而採取某些特定的處理行動（李維倫，2004）。因此憂鬱症的治療視框也不得不關注到與患者共同生活的家屬，及其置身所在的生活世界。

人類的認知活動總是在不斷理解和詮釋的過程中。由 Dilthey 和其他德國哲學家所發展出的詮釋學之哲學，主要是對詮釋性理解或意義的研究，並且特別注重脈絡關係和原始目的（Patton, 1990/1995）。換言之，詮釋學強調沒有一個超然於具體處境的立足點，所有研究者都必須從研究者身處的社會文化傳統所提供的前見或先前判斷作為出發點，經由「整體—部分—整體」之間不斷來來回回的詮釋循環（*hermeneutic circle*），以修正自己的先前判斷，詮釋循環是指對於「部分」的理解為「整體」的意義所引導，對於整體的理解又有賴於對部分的理解來達成，詮釋者在詮釋的循環中還需不斷進行反思，以期最終的理解指向自我解釋（畢恆達，1995）。本研究除了欲還原陪伴經驗現象外，亦將析究出陪伴者之意義建構。詮釋學的重要概念有：境域感

(*Befindlichkeit*) 與遭逢 (*encounter*)，亦即人們要意識到其與周遭的事物有「接觸」以及有所感應，才能發現他及其所遭逢客觀世界的意義；其次是理解 (*Verstehen*)，就時間的向度而言，理解之所以可能，是在歷史經驗所開啟的視域中，不斷向開放的世界尋找各種意義的努力。此外意義的理解和獲得必須放置於較大的時空脈絡中，是一整全的關係，不是支解的；而詮釋 (*Rede*) 是指研究者透過自己價值的抉擇，將這些大家共同的境遇感和理解，以自己的專業判斷將之言表於外，並加以詮釋 (陳伯璋，2000)。因此高淑清 (2008b) 認為詮釋學 (*hermeneutics*) 是具有歷史性、整體性和循環性特徵之意義的理解與解釋之方法論。欲了解憂鬱症患者家屬陪伴意義，研究者須整全且深入的了解研究參與者及其所處的脈絡，再透過互為主體性的對話過程，逐漸建構出經驗主體之意義詮釋。

詮釋現象學的代表人物首推德國哲學家 Heidegger，他將現象學轉變為基礎存在論，把詮釋學引入存在論領域，其與 Husserl 現象學主要的差別在於 Heidegger 用「人的存在」取代 Husserl 所主張的「意識」，並對於時間或歷史性的解讀也不同 (余德慧，2001；高淑清，2001)。Heidegger 主張經由詮釋的過程來理解人的存在，並且認為現象是人的存在過程所顯現的一切，人是「在世存有」(*being-in-the-world*) 的，個人的理解是不可能完全的懸置，人必定會帶著先前的理解進現場中，而這先前理解就是詮釋學所強調的歷史性，即「理解就是存有」(畢恆達，1995)。易言之，Heidegger 認為人被拋擲於世，並且生活於世，「在世存有」是最根本的，他將歷史性置於客觀科學之上，以此「在世存有」取代 Husserl 的「超越自我」，在其《存在與時間》中指出，問題不再是存有如何能夠被理解，而是「理解就是存有」如何可能，並且認為人的生活中的先前理解 (*pre-understanding*) 並非偶然的，也不是我們可以選擇的，我們就是我們的先前理解 (畢恆達，1996)。

詮釋現象學在其方法論上，是現象學中描述性 (*descriptive*) 的方法論，因為它透過關注事件本源而使其得以顯現本來面貌；也是詮釋學的方法論，因為它聲稱能解釋任何現象 (Van Manen, 1997/2004)。高淑清 (2008b) 指出詮釋現象學之意涵為「詮釋現象學融合了現象學及詮釋學方法論之特點，既是描述性科學也是解釋性科學」(頁

49)。余德慧（2001）認為詮釋現象學是在研究文本（text）存有的現象，以遭逢（encounter）作為互動，詮釋現象學不談課題、內容，所談的皆是知識，也就是說，我如何知道這東西？強調的是研究者的「看見」，不同的研究者將有可能得到不同的研究結果。同時 Van Manen（1997/2004）認為詮釋現象學是生活經驗的研究、是當現象本身自顯於意識時的說明、是對本質的研究、是對於我們生活的經驗意義之描述、是現象的人文科學研究、是深思熟慮的專注實現、是要探索身為人類的意義為何、也是一種饒富詩意的活動。詮釋現象學研究，被視為是不斷在當下「逼視」原初經驗意義的過程，而這又以具體語境形成的語言中介世界，最為經驗瞭解的具體途徑（蔡昌雄，2005）。

Dilthey 認為生活經驗大部分的基本形式牽涉到我們立即的與反思前的生活意識，也就是一種反映式的或自我給予的覺知，作為覺知，它本身並不自知。Merleau-ponty 稱此立即的覺知為「敏感性」（sensitivity）（引自 Van Manen, 1997/2004）。Van Manen（1997/2004）認為生活經驗在剛開始體驗時，並無法立即掌握，只有透過對過去形式反思才可以獲得。（高淑清，2008b）認為每個人都有數不盡的生活經驗，經驗必然經歷「再」次的遭逢（encounter），也就是透過經驗中特定的品質，如空間、時間、形體、心情感受與共享的關係世界，才使經驗本身開顯出其意義。因此現象學的反思並不是內省，而是點點滴滴的回溯，而反思的目的在於試圖攫取事件的本質與意義（Van Manen, 1997/2004）。Gadamer（1960/1993）如此論及經驗「經驗永遠與知識、與那種由理論的或技藝的一般知識而來的教導處於絕對的對立之中」（頁 462）。

詮釋現象學在於對早已存在的世界進行理解，Heidegger 稱此世界為「背景底蘊顯現之處」，而此背景底蘊之結構同時包括著歷史性、文化性、社會性與存在性（蔡昌雄，2005），而余德慧（1996）詮釋此世界是由「語言」、「關係」與「社會實踐」所建構而來。「生活世界」一詞是 Husserl 現象學研究取向的重要概念，用來描述一個被經驗的世界，它之所以成為現象學的核心概念，乃因為現象學關心人類對現象的經驗，包括日常生活所接觸的人、事、物及每天事件發生的生活經驗（高淑清，2008a）。張慶熊（1997）指出生活世界是在活生生的經驗中，直觀地給予的世界。Van Manen

(1997/2004) 將生活世界界定為四種存在以作為個體反思的指引，此四種存在分別為生活空間 (lived space)、生活形體 (lived body)、生活時間 (lived time)、及生活關係 (lived relations)。Dahlberg 與 Drew 指出現象學研究的一般目的是在描述並闡明日常生活的世界，以擴充我們對人類經驗的了解，也為開展這個生活世界的純粹本質，以期探索科學世界的本質 (引自高淑清，2008a)。張慶熊 (1997) 對生活世界的剖析為在活生生的經驗中直觀的給予世界，生活世界離我們的主體較近，對我們來說較為親和。

Heidegger 認為透過語言可以彰顯主體的價值觀與世界觀，語言是使過去經驗由述說而重現還原的過程，藉由語言幫助人們覺察並理解人類在是存有的意義 (引自高淑清，2001)。Gadamer 認為一切理解都發生在語言之中，而其所提出的視域融合觀點，是指詮釋者與被詮釋者之間形成共通的語言視域以達成理解 (引自余德慧，2001)。高淑清 (2008a) 認為詮釋者有其自身之視域及所見，且並非封閉，當遭逢他人視域，因理解過程而產生交融時，新理解於焉形成，也就是所謂的「視域融合」(fusion of horizon)，在每次的視域融合與來來回回的詮釋來產生新理解及新詮釋之下，得以重新回頭看待被詮釋者的歷史經驗。詮釋現象學研究在解釋個人的洞察力與反思、覺知，整合了部分與整體、特例與本質、價值與渴望，讓我們仔細的覺察到事物有其因果且自有其意義 (Van Manen，1997/2004)。

我們知道經驗不只是所有語言的總和，語言有其限制，而經驗是較為直觀的，它先於語言而存在，語言是經過再組織及回溯過程的產物，他已和原初的經驗有落差。要理解他人的語言，只是了解他的詞語是不夠的，還必須了解他的思想或動機等未說出的言語 (高淑清，2008b)。要正確的了解經驗場域中的對話意義是不容易的，因為語言與經驗之間存在著辯證關係，我們無法徹底的以言說表達出我們真正的經驗意義 (蔡昌雄，2005)。因此 Polanyi 指出隱而未現且偏向非邏輯性、非規則化且大都不可言傳的知識稱為默會知識 (tacit knowledge)，對於人類經驗意義之理解與詮釋，不可忽略默會知識之實存卻不易覺察的狀態 (引自鄒川雄，2005b)。

綜上所述，詮釋現象學以「人的在世存有」來觀看其生活世界的種種現象，認為

存在就是歷史，存在就是詮釋。研究者帶著好奇、未知的態度，試圖進入研究參與者的生活世界，對其活過的經驗進行深刻的理解，並且透過對話，在彼此來來回回不斷的修正、確認過程中，就其經驗意義尋求雙方一致同意的暫時性理解。在本研究中，研究者將以全然開放的態度和本著合作、歷程和多元導向，來瞭解憂鬱症患者家屬如何透過語言及其生命故事的述說，還原其陪伴經驗與建構其陪伴意義。

## 第二節 研究參與者與研究場域

質性研究的目的並非在於做普遍性的推論或驗證假設，而是重視個別主體性且對少數樣本作深入的描述與詮釋。本研究之研究目的乃探究憂鬱症家屬陪伴經驗之本質和意義，為了獲取豐富且深入的研究資料，本研究主採立意取樣（Purposeful Sampling）的方式邀請研究參與者。以下就本研究之研究參與者選取歷程、研究對象的描述及研究場域進行說明。

### 一、研究參與者之選取與描述

質性研究是針對個別且具代表性之個案進行深入且多元化的研究。在質性研究裡，我們把在研究當中提供資訊的個人稱為參與者（participants）、資訊提供者，或是共同研究者，研究參與者就變成了某個主題的專家（Lichtman, 2008/2010）。陳伯璋（2000）指出質性研究透過個案極少數人的線索，去掌握與了解更客觀的、普遍的世界，透過這些少數人的訊息，讓我們更能深入探究主體經驗者的內在演變歷程，從整個深度經驗理解、整體描述與詮釋後，掌握經驗背後的本質意義，並藉著持續不斷的對話和研究參與者間互為主體的同意，逐漸展現且達成研究之目的。研究者搜尋國內外有關憂鬱症照顧之相關文獻發現，大都屬於醫護領域的研究，並且將此等照顧患者的親友稱為主要照顧者（primary caregivers），而國內在心理衛生領域之研究論文，及相關機構所辦理的支持團體，則慣以憂鬱症患者家屬或憂鬱症家屬稱之，故本研究乃沿用相關研究之稱呼，將研究參與者稱為「憂鬱症患者家屬」（depression patient's family members），有時為了與家庭中其他患者家屬作區別，在本研究中亦會以主要陪伴者稱之。

研究者藉由探問先前參與憂鬱症患者家屬支持團體之成員，以及透過親友與臉書等社群網絡來徵尋研究參與者，再運用滾雪球取樣法（Snowball sampling），即由已找尋到的研究參與者介紹其他具有相似特徵的人來擴大取樣的範圍，共徵尋四位研究參與者。研究者透過 email 寄發研究邀請函，說明本研究的性質及目的，經其同意後，再透過面對面的方式向研究參與者詳細說明訪談同意書（見附錄一）的內容，並請其簽名後，方進行正式的訪談。身為憂鬱症患者家屬，接受邀請之受訪者很認同且支持此研究，在訪談的過程中，皆十分樂意暢談其自身經驗，使研究者能獲取豐富且深入的研究資料。

質性研究者大都遵守「資料飽和原則」（date saturation），即當研究者發現所獲得的資料呈現多餘、重複時，或新樣本已無更多的資料可取時，研究者即可退出訪談現場、停止資料蒐集的工作（Patton, 1990/1995）。高淑清（2008a）認為資料飽和應同時考慮「受訪者間資料飽和」和「受訪者內資料飽和」，前者回應「需要多少份訪談文本才具深度」的問題，這端賴研究問題與可配合的資料多少即自身對題目的了解程度而定；後者考量的是「每位受訪者要被訪談多少次才達深度」的問題，這部分有賴於研究者之敏銳判斷與覺察。研究者秉持資料飽和原則來蒐集本研究所需的資料並適時地退出研究現象場。同時考量研究問題的特性與研究目的，以及參酌文獻上的論述，本研究之研究參與者須符合下列條件：

- （一）本研究之研究參與者為精神科醫師確診為憂鬱症患者之親子、配偶或手足等家屬。
- （二）此等家屬在患者罹病過程中，與患者共同生活在一起，或經常陪同在患者身邊，且目前仍持續陪伴之主要陪伴者。
- （三）語言表達流暢並願意開放其陪伴經驗者。

本研究中，研究者正式訪談四位受訪者（見表 3-1），四位受訪者各接受二次訪談，每次訪談時間約為 60 至 120 分鐘，共進行 8 次訪談：



表 3-1

受訪者基本資料表

別稱	性別	受訪 年齡	與患者關 係/角色	職業狀況	宗教	家庭成員	陪伴 年數	患者發 病年齡
春慈	女	59 歲	母子/母	家管	基督教	先生 1 子 1 女	12 年	19 歲
夏悲	男	46 歲	夫妻/夫	公司主管	基督教	太太 1 女 1 子	20 年	22 歲
秋喜	男	26 歲	母子/子	烘焙師傅	無	父母 1 妹	10 年	38 歲
冬捨	女	44 歲	姊妹/妹	家管/自營 商	佛教	先生 1 子 1 女	12 年	34 歲

本研究選取之研究參與者，陪伴經驗均超過十年，並且目前仍在陪伴歷程中。茲將四位受訪者的背景資料及陪伴經驗概況，簡要描述如下：

#### （一）春慈

春慈與先生育有一子一女，本身是大學外文系畢業的她，經營一家兒童美語補習班，在家庭與工作都很順利的情況下，兒子罹患了憂鬱症，這對身為人母的春慈而言，是一大打擊與挫敗，並且極盡所能的想要協助孩子走出憂鬱的陰霾。

兒子發病至今已十二年，對孩子罹病的不捨與呵護，益發顯現了身為母親對孩子的慈愛之情。在陪伴的過程中，春慈也曾自我懷疑、無助而瀕臨絕望，但母愛的堅毅激發她想尋找一個生命的出口。春慈嘗試了所有可能幫助孩子的方法，在無能為力的情況下，尋找宗教的慰藉。接觸宗教這幾年，讓她感覺到有歸屬感，教會朋友的支持與交託上帝的信念，讓春慈獲得心靈上的療癒。在生了一場大病之後，春慈更能體會生命的無常，也讓她更珍惜所擁有的一切，決心退休之後，投入社會服務的工作，她期待兒子也能和他一起參加教會，並且為弱勢族群付出，從中學習感恩之情，重燃對生命的希望。春慈對孩子無悔的愛，彷彿初「春」天的大地，孕育萬物的「慈」心。

## （二）夏悲

夏悲在陪伴妻子的過程中，因為對憂鬱症的不瞭解，曾經一度非常抗拒，並且難以接受太太罹病的事實。在此過程中，雙方也經歷了很長時間的嚴重爭吵。原本百思不得其解太太為何會罹患憂鬱症的夏悲，在陪伴太太就醫的過程中，瞭解了太太過去曾經歷過的創傷，夫妻兩個人經常一起哭著走出診間，也因此漸漸的能同理太太罹病的辛苦與無奈，對太太生起悲憫之情。

身為一家之主，夏悲除了因其自身的成長經驗，再加上宗教的教義，夏悲更加堅定要維持一個完整家庭的信念，不論遭逢多大的考驗，總是咬著牙的苦撐著。在陪伴的過程中，夏悲面對父母的不諒解，以及面對家庭、事業與學業的多重壓力，曾數度瀕臨情緒崩潰，想輕生來了結這一切。回首過往，篤信基督教的夏悲將這一切視為神的召選。還好有孩子和宗教的支持，才能讓他一路蹣跚的走到現在。從宗教信仰中尋找到安定的夏悲夫妻，未來仍寄望信仰，期許退休後終生奉獻給教會。夏悲在陪伴過程中，與太太經歷了無數次的爭吵，雖如「夏」日般澳熱難耐，但回首來時路，夏悲卻甘之如飴，展現無悔之「悲」心。

## （三）秋喜

秋喜的媽媽在他國中階段時發病，在懵懵懂懂的年紀，對於媽媽的疾病卻有一種說不出的複雜感受。秋喜的父母感情不睦，也因此造成媽媽發病的主因之一。秋喜很不願再回憶媽媽發病的那一段慘淡的歲月。國中階段的秋喜放學回家不像其他孩子能開開心心的玩樂，常常是發現媽媽服用大量的藥物，鎖在房間，怎麼叫也不應門，隨著救護車送急診，在急診室等候的焦慮不安，這樣的經驗讓小小年紀的他，總得要強迫自己，要比其他同學懂事和成熟。

秋喜與妹妹年齡相差將近十歲，因此秋喜便擔負起照顧媽媽的角色，在台南念大學時，秋喜每天都會打電話關心媽媽的情況，有時在電話中聽媽媽說話，直到媽媽睡著為止，在這陪伴的過程中，秋喜深深體會到，人要活得開心一點，因此造就了他樂天開朗的個性，希望未來能買兩棟房子，和媽媽住在一起，將媽媽留在身邊照顧。秋喜雖然自小目睹媽媽發病的危險場面，但天性樂觀的他，卻始終保持著如「秋」高氣

爽般的「喜」悅與豁達，在他臉上看不到絲毫的憂愁。

#### （四）冬捨

冬捨在家中排行老四，母親早逝，因為冬捨溫暖接與納的特質，使她成為其他手足依賴的對象。因此當姊姊心情低落或睡眠不佳時，就會主動找冬捨傾訴。面對姊姊的負面情緒，冬捨總能不厭其煩的給予傾聽與安慰，雖有自己的家庭要照顧，冬捨卻極盡所能的排除萬難，用時間用心的陪伴姊姊，雖然冬捨的先生也曾有所微詞，但重視手足之情的冬捨總是不忍姊姊承受反覆發作的煎熬，盡量與先生溝通，終獲先生的諒解。

冬捨的身體也不好，除了忍受自身的病痛與操持家務之外，還要背負著姊姊的照顧責任，經常一陪就是一個半天或全天，當姊姊的病程拖長且惡化時，冬捨仍無法承受如此巨大的壓力，身心瀕臨崩潰的臨界點。即便生活如此嚴重的受到影響，冬捨仍不放棄照顧姊姊。冬捨認為人都需要親情的陪伴，就像她所言：「親情像寒冬裡的一杯熱茶」，讓身在寒冬的人一杯的熱茶是何等的溫暖。冬捨在遭逢自身與姊姊的病痛後，對生命別具體悟，身性慈悲的她信奉佛教，喜歡佛法，她經常運用佛法來讓自己學習轉念，也經常和姊姊分享對佛法的體悟，她期望未來能和姊姊一起從宗教中找到生命的出口。冬捨由於母親早逝，因此對於手足間的親情格外珍惜與呵護，就像寒「冬」裡的熱茶，「捨」得給人即時的溫暖，不求回報。

## 二、研究場域

質性研究的資料來源主要在自然情境下蒐集，研究者必須是在不受外力控制或干擾的情境下來蒐集資料（潘淑滿，2003）。高淑清（2008a）表示選擇談話情境應以受訪者感到舒適自在之處為原則。為了避免外在環境的影響，應選擇清幽、溫度適宜、避免干擾且具隱密性的空間來進行訪談，除此之外，研究者認為事先安排及告知研究參與者訪談的行程，使雙方均在身心安頓的情況下進行訪談是很重要的。本研究之訪談地點，選在研究者或研究參與者家裡進行，訪談進行得相當順利。研究者認為除了有形的環境外，訪談情境的營造也不可輕忽，研究者需要秉持開放且彈性的態度，摒除為了研究而訪談的心態，須帶著好奇與未知的態度，謙卑且虛心地聆聽研究參與者

的生活經驗。高淑清（2008a）強調生活經驗是詮釋現象學蒐集資料的重要來源，和現象學研究一樣，在資料的蒐集方法上，首重所具備的開放性，以及研究者與研究參與者之間的關係。Lichtman（2008/2010）提到身為一個研究者必須建立一種讓研究參與者願意揭露自身的感受、意圖、意義的情境。因此，與研究參與者建立「誠信關係」十分重要，「誠」乃真誠、誠實，唯有讓研究參與者感受到真誠，他/她才願意加入此研究計畫；「信」乃相信，因為取得研究參與者的信任，他/她才願意多談其經驗。一開始研究者以循序漸進的方式，先透過 email 及電話進行簡單的互動或寄發研究邀請函，展現研究者的誠意；在經由面對面的互動，讓研究參與者瞭解研究者對研究題目的興趣以及研究的進行方式，同時帶領研究參與者閱讀研究同意書中有關研究倫理相關議題，讓研究參與者能安心地同意加入研究。「誠信關係」必然是貫穿在整個研究的歷程中，更扮演著攸關訪談成敗的關鍵要素，當我們相信研究參與者的經驗述說都有其意義時，還原生活經驗的研究才成為可能。

### 第三節 研究資料蒐集與文本分析

「研究方法」是一種研究工具和技術，是用來幫助研究進行的策略或技巧，亦即在理論的前導下，在執程序上用來蒐集資料達成目的的設計與流程（高淑清，2008a）。本研究以詮釋現象學為方法論基礎，旨在探究憂鬱症家屬的陪伴經驗之本質及其經驗意義，故採半結構式的質性深度訪談，藉由主體對其經驗現象的深度描述來蒐集研究資料，建立文本後，再透過主題分析法（Thematic analysis）進行資料分析，歸納及萃取經驗結構之意義本質。本節以「研究資料蒐集」及「文本分析」分述如下。

#### 一、研究資料蒐集

詮釋現象學的研究就是一門描述性的研究，關注研究參與者的生活世界，透過研究參與者的言談，讓我們對其日常生活經驗的本質深入了解，同時也闡述其生活世界中存在的意義（Van Manen, 1997/2004）。研究者須以開放的研究態度，進入研究對象所處的自然生活情境，以他們的概念、語言和習俗，去探索和體驗他們詮釋思想、情感和行動的架構，藉以瞭解他們在日常生活事件中所建構的意義（黃瑞琴，1999）。

質性研究強調自然且開放地瞭解研究參與者的經驗世界與遭逢，訪談方法是面對面以言語交換，引發對方提供一些資料、意見和想法。質性深度訪談（in-depth interviews）是採用半結構或非結構的訪談方法，讓研究參與者有極大的彈性空間說出他們對生活經驗的主觀感受（高淑清，2008a）。Kvale 表示「會話訪談」乃植基於日常生活的對話，更是專業的會話，是為了瞭解研究參與者所描述的生活世界及其現象的意義所進行的對話（引自高淑清，2008a）。Patton（1990/1995）認為訪談是去接近研究參與者的關照取向，亦即我們無法觀察到人們如何組織其世界，訪談的目的乃允許我們進入其他人的關照之中。因此訪談方法是為了瞭解研究參與者主觀的生活經驗，在訪談的過程中研究參與者經由點點滴滴的回溯，還原其生活經驗整全性的樣貌。

主體間溝通的媒介主要是透過語言，因此人類經驗之所以成為可能，是因為我們使用語言。語言對人類而言，是很根本的部分，如 Heidegger 所提出，語言、思考與存有是同一回事（Van Manen, 1997/2004）。陳向明（2002）認為訪談是透過語言交流，人可以表達自己的思想，不同的人之間可以達到一定的相互「理解」；透過提問和交談，人可以超越自己，更接近主體間的視域融合，建構出新的且對雙方都有意義的社會現實。因此能以迂迴策略釐清問題，促成完整經驗脈絡的呈現，乃是一個應用詮釋現象學的研究者，在田野蒐集資料的過程中應該學習具備的條件（蔡昌雄，2005）。此外訪談中的敘說並非只是重現事實（fact）的過程，而是真實（reality）的意義建構，再透過意義之情境脈絡的解釋，對話雙方的先前理解、溝通與反省、進而重構歷史（高淑清，2008a）。畢恆達（1996）指出研究者透過訪談呈現出一種互動的過程，稱職的研究者經由共同建構意義的互動過程與研究參與者不斷創造新的意義。

Patton（1990/1995）認為研究者的工作是使研究參與者有可能帶領研究者進入其世界之中，訪談期間所獲訊息的品質，絕大部分取決於研究者，深度訪談的資料包含對參與者的經驗、意見、想法、感受和知識的直接引述。訪談可從簡單、輕鬆的談話開始，這些輕鬆談話的目的是要與受訪者發展共融關係，並且盡量找到與研究參與者共通的部份及共同的話題以建立關係，使研究工作更為順暢，並且將研究參與者視

為專家，如此會讓研究參與者有參與感並且感到被尊重，這將有助於研究者獲得更為豐富的研究資料（Bogdan & Biklen, 1998/2008）。

本研究採半結構之訪談方式，研究者須用心聆聽（listening）研究參與者之經驗述說，並且懸置自身的經驗和先備知識等先前理解，讓研究參與者的陪伴經驗如其所是的真實呈現。陳向明（2002）對於訪談中的傾聽態度和過程有一番發人省思的詮釋，他提出「行為層面的聽」是「積極關注的聽」，訪談者將全部的注意力都放在受訪者身上，給予最大的、無條件和真誠的關注；「認知層面的聽」則是「接受的聽」，訪談者暫將自我的判斷懸置，主動接受和捕捉受訪者發出的訊息，並且積極地與對方進行對話；「情感層面的聽」乃「有情感的聽」和「共情的聽」，則是指訪談雙方在情感上的共鳴、共振感。是故，在少說多聽的訪談原則下，讓研究參與者娓娓道來其生命故事，研究者將可獲致豐富的述說文本，藉以還原受訪者的生活經驗。

Van Manen（1997/2004）認為詮釋現象學的訪談具探索和收集經驗述說素材，並且對人類現象有更豐富和深入的瞭解，以及可作為和研究參與者發展有關經驗意義的會話關係兩種特別的目的。訪談不是漫無目標的閒聊，而是研究者依據研究目的與研究參與者者進行的談話過程。Lichtman（2008/2010）認為深度訪談法為質性研究工具之一，欲達成其最大效益與蒐集足夠深度資料，在進行訪談前，研究者須事先做好規劃與思考。Van Manen（1997/2004）提醒研究者，為避免訪談被任意牽動而達不到目的，需在進行訪談前，針對自己的問題或信念予以釐清，並確定研究方向。因此，本研究所擬定之訪談大綱，乃依循 Steinar Kvale 談到質性深度訪談意涵的十二個層面包括：生活世界、尋求意義、質性知識的蒐集、描述的訊息、特定情境、從容開放天真無邪、聚焦非漫談、曖昧不明性、覺察與改變、敏感度、重視人際互動以及正向經驗（引自高淑清，2008a）。以及高淑清（2008a）參照 Seidman 以三次訪談系列（the three-interview series）提出深度訪談三部曲：首部曲乃聚焦在生命歷史的經驗描述；二部曲即圍繞在目前生活經驗的細節；三部曲則邀請其反思生活經驗的意義，以「過去—現在—未來」之時序特性來設計。並且藉由前導性研究的訪談反思，以及團隊檢證時指導教授及研究同儕所提供的意見和回饋，研究者重新審思訪談題目的適切性，

因此，從是否能回答研究問題、語句的流暢性、研究參與者角度對訪談問題之理解程度以及如何能帶出主體豐富的經驗等多方考量後，經修改而擬定以下訪談大綱如下：

- (一) 請您說說當您得知您的家人罹患憂鬱症的情況？
- (二) 請問什麼因素您會成為主要陪伴者？
- (三) 請您談談這一路是如何與患者互動的？
- (四) 談談在此陪伴過程中讓您最難忘的經驗？
- (五) 請您談談您對目前生活的感受為何？
- (六) 此陪伴經驗對您而言像什麼？
- (七) 面對未來的陪伴之路，您有什麼期待？

本研究欲以深度訪談收集研究資料，研究者依照本研究之研究問題擬定細部的訪談問題，希冀藉由深入地探問，使研究參與者能完整地回溯其陪伴經驗之點點滴滴。高淑清（2008a）提出深度訪談提問過程中的問題類型有五類。研究者將提問問題依照訪談脈絡彙整，整理訪談問題之提問性質及回應訪談大綱如表 3-2：

表 3-2  
訪談提問舉隅

研究者提問問題	提問性質	回應訪談 大綱問題
Q1：今天是不是可以請你談一談，就是--你這樣子陪他走過來，走到現在，妳的感受是什麼？	1	5
Q2：個性？	2	1
Q3：一直去在思考說到底是什麼因素或者是哪些因素造成他？	5	1
Q6：所以他~孩子他有曾經住過院嗎？		
Q9：聽得出來，你這樣一路陪他走來是很用心的，包括你跟他的一言一行，都會去反思說~這樣子對他是不是有幫助的？是不是好的？當然在這個過程，你一定不斷的~用心那就不用說了，當你遇到一些挫折的時候，也就是人家說的有步無術的時候，你覺得你的感受是怎麼樣？	2 4	4 3

---

Q10：所以可以聽的出來，你整個過程就像跳 TANGO 一樣，你都要隨著他的律動，在去跟他互動。	3	6
Q11：剛才也聽到說為了小孩子的事情，你也須跟這個小孩的爸爸做很多的溝通，在這個互動過程裡面，有沒有印象比較深刻的事情。	2	4
Q15：所以這也是你對他的擔心嘛！		
Q16：聽你分享~~從陪伴他的經驗到現在，對於未來~	5	5
未來你跟這個孩子{	3	7

---

提問性質編號說明：

1. 開放性或介紹性的問題－順應參與者敘述而加深加廣
  2. 探索性的問題－協助受訪者回溯並說出曾發生的事件或經驗感受
  3. 特定或直接的問題－另起新話題
  4. 結構式的問題－轉移話題回歸訪談議題
  5. 詮釋性的問題－對參與者敘述疑惑不解而試圖澄清或解釋
- 

註：參考高淑清（2008a）

## 二、文本分析

田野工作（field work）是質性研究者最常用以蒐集資料的方式，研究者進入研究訊息提供者的自然情境中，以研究參與者感到最舒適或自然的方式進行研究資料的蒐集，獲得大量描述性的第一手資料，並為此資料建立文本提供資料分析的依據。文本（text）是重要的質性資料之一。Merleau-Ponty 提到「人文科學研究」（human science research）是牽涉一種文本的練習：反思式的寫作活動，是一種對人類存在的現象學和詮釋學的研究，非但是對生活經驗現象的描述性研究，也是對生活經驗表達和脈絡（文本）描述的解釋性研究，企圖決定存在經驗表達文本裡的意義（引自 Van Manen, 1997/2004）。高淑清（2008a）談到質性文本分析主要方法為分析歸納法（Analytic Induction）、經常比較法（Constant Comparative Method）和在詮釋學、現象學、符號互動論以及詮釋現象學觀點下可能運用的主題分析法（Thematic Analysis）。「主題分析法」是對訪談資料或文本進行歸納與研究問題有關的意義本質，並且以「主題」方式呈現的系統性的分析方法。主題分析法不作預先設定或抽象概念的資料分類方法，它強調的是發現取向的開放編碼，找出現象的意義以及詮釋該現象如何被經驗（Van



Manen, 1997/2004)。因此 Boyatzis 認為主題分析是一種運用系統步驟觀察情境脈絡、文化或互動關係的訊息和「一種看見的方式」(a way of making seeing),「一種理出感覺使道理顯現」(a way of making sense)的分析方式(引自高淑清, 2008a)。綜上所述,主題分析法目的乃在將看似龐雜、瑣碎的文本,以系統性的歸納分析方式萃取主題,進而使文本背後的意義、本質彰顯出來。生活經驗的「本質」是現象學研究的主要精神,也就是在瞭解現象因何而在,少了這個本質的存在,現象即不再如我們覺知或瞭解的樣貌(高淑清, 2008)。然而,我們分析出的主題即是我們所要萃取的本質。

Van Manen (1997/2004) 認為「主題」(theme)是一種以簡化的形式來聚焦、意義與重點的經驗,它不是個體在文本的特定時空下所遭逢的物件,而是試圖就捕捉的現象進行了解;是讓事物有道理的需求和渴望,並且對事物的開放,以達成具洞察力的發明、發現、與顯露的成就某事過程;是一種將無以名狀之經驗具體化並且觸及觀念核心的工具,然而並非所有主題皆可完全揭開深度意義、全然神秘性或觀念的經驗意義。研究者因種種的限制,可能無法完整、深入觸及經驗意義和本質,僅能就能力所及,在多元檢證的範疇下獲得暫時且具共識的經驗意義詮釋。

本研究以高淑清(2008a)所提之主題分析詮釋螺旋做為本研究文本資料之分析架構(如圖 3-1)。透過主題分析法「詮釋螺旋」(hermeneutic spiral)及「詮釋循環」(hermeneutic circle)的概念,主題分析六步驟及貫穿分析過程之合作團隊的檢證與解釋,在不斷循環理解與詮釋「整體—部分—整體」的來來回回歷程中,藉以形構憂鬱症患者家屬陪伴經驗意義。主題分析步驟分述如下:

主題分析步驟：

- 1.敘說文本的逐字抄謄
- 2.文本的整體閱讀（整體）
- 3.發現事件與視框之脈絡（部分）
- 4.再次整體閱讀文本（整體）
- 5.分析經驗結構與意義再建構（部分）
- 6.確認共同主題與反思（整體）
- 7.合作團隊的檢證與解釋

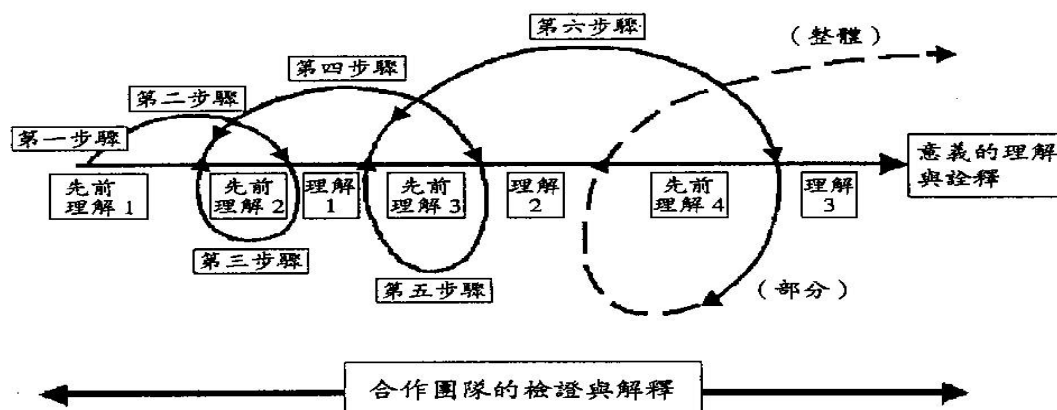


圖3-1. 主題分析詮釋螺旋圖

註：採自質性研究的18堂課：首航初探之旅（頁166），高淑清，2008a。高雄：麗文文化。（經作者同意授權使用）

### （一）敘說文本的逐字抄謄

此階段為主題分析的第一步驟，就像蓋房子前須要先打地基，意味著這是一件非常耗時且重要的基礎動作。研究者將透過每一次近兩小時的深度訪談所蒐集的資料，轉謄成逐字稿文本。「逐字稿」除了文字稿之謄製外，還包括受訪者的肢體動作如表情、反應、聲調、語氣或心情等，同時也包括訪談當時的情境描述，以及研究者的回應等，任何蛛絲馬跡盡可能收錄在逐字稿文本中，目的是希望蒐集最完整的質性資料，還原訪談現場之情境脈絡（高淑清，2008a）。逐字稿的謄寫除了還原主體經驗現象外，同時也形成了研究者對此經驗的先前理解。在訪談結束後，研究者旋即進行逐字稿的抄謄工作，無非是要把握在記憶最清晰的狀態下，鉅細靡遺地將研究參與者的經驗述說詳實的記錄下來。研究者在逐字稿的謄寫過程中即展開對研究參與者主體經驗的初步理解。在此理解的過程中，研究者有許多理性的發現與情感的觸動，包括研究參與者的許多經驗符應了先前文獻之論述，與對研究參與者間的共同經驗勾勒初步

的輪廓，此外在訪談過程中聆聽到的許多動人的故事經驗，在逐字稿抄騰時，所有的感動情緒傾洩而出。逐字稿謄寫範例如下表 3-3：

表 3-3  
逐字稿謄寫範例（以春慈訪談逐字稿為例）

受訪者	春慈（化名）	訪談者	陳志芳
訪談時間	2010 年 6 月 08 日 下午 13：30 ~ 15：12， 約 1 小時 42 分。	訪談地點	研究者家中
符號意義	標楷體：國語；斜體標楷體：台語 較長停頓：---；較短停頓：-；語氣延長：~~；語氣較短：~； 語調上揚：↗；語調下降：↘；語句未完：{ ；語句加重：粗黑體； <b>【】</b> 內表示訪談中受訪者簡短的語句、表情、動作、說話音調、情境事件 （ ）內表示研究者簡短的語句、肢體動作與支持性語助詞回應。 春慈：研究參與者；研：研究者		
逐字稿		發現事件與脈絡視框	
		譯碼	摘要 省思
研：今天是不是可以請你談一談，就是--你這樣子陪他走過來，走到現在，妳的感受是什麼？ <u>春慈</u> ：嗯~~感受ㄟ又！其實~其實家裡ㄟ又，我覺得有~有一位病人，不管是憂鬱症或者~其它疾病或者比較不方便行動的孩子，我覺得~其實它都是一種~怎麼講就是~一定是一種壓力，一種負擔嘛 ㄟ又(A1-001)，嗯~當然一開始我們的情緒--譬如說這個孩子他不是先天的嘛，他可能在高三碰到了壓力超過他負荷ㄟ又，所以說他等於說是發病了ㄟ又，我覺得~在過程中我們一定會經歷就是說不知道為什麼會這樣子(A1-002)，為什麼他會有憂鬱症，再過來就覺得說--自己會很自責嘛!自責嘛(A1-003)!然後，剛開始，當然過來就是趕快想辦法幫他忙，想趕快把他拉起來，那當然就會~就會去到處去找醫生阿(A1-004)，其實包括他自己可能			

也是一定會有有迷惘說，「為什麼我會有一點不一樣了，可能這個孩子，尤其他比較沒有病識感的孩子，他剛開始都會用比較隱藏的方式，像這種情形的一個孩子比較~會耽誤到(A1-005)			
--	--	--	--

## (二) 文本的整體閱讀

研究者將蒐集的資料謄製成文本後，即刻閱讀整體文本內容，以宏觀的視野俯瞰整個陪伴經驗的全貌。此時，研究者必須懸置先有的知識背景及對經驗的理解和詮釋，全然進入研究參與者的生活世界，研究者像空白螢幕，使研究參與者明顯重要之經驗描述，從文本中自然而然地給出，並寫下研究者對整體文本最初的理解和初步省思，前者乃對研究參與者經驗客觀描述與解釋，後者及捕捉研究者自身主觀的感受。此舉之用意在於此時此刻對整體經驗的主、客觀辨識，形構對主體經驗的第一次理解，亦即呼應「整體一部分—整體」歷程分析中第一個整體，並且有助於下一步驟意義單元的劃記、組織或步驟五的經驗意義重建。當全文閱讀完畢後，研究者寫下對整個文本最初的理解與省思，如表 3-4：

表3-4

### 文本初次整體閱讀的理解與省思

#### 初步理解（以研究者與春慈第一次訪談文本為例）

在孩子剛發病的時候，春慈不知道為何會這樣，甚至因孩子生病而自責，不知道父母到底做錯或忽略了什麼？極力的想要協助孩子走出憂鬱的陰霾。當醫生問孩子是否有較親近的人？孩子竟說沒有！春慈因孩子的這一番話感到錯愕！原來她和孩子的心理距離竟是如此遙遠，春慈不了解孩子的想法，也不知道孩子要的是什麼，一路陪伴下來，春慈感到精疲力盡。

春慈覺得孩子有很多需要調整的地方，包括內心封閉、人際孤立、依賴、沒主見、想太多…等等，在在都是阻礙孩子的絆腳石，即使別人想要拉他一把，也要他自己點頭說願意。孩子也曾一度嚴重到想要自殺，這更讓春慈整個心懸在半空中，深怕出了點什麼差錯，整個人隨著孩子病情的變化，七上八下的但卻束手無策。

先生對孩子的管教方式和態度更讓春慈覺得雪上加霜，先生也曾因失去了

耐性想放棄孩子，這讓春慈感到氣憤和心灰意冷，夾在先生與孩子中間，失望、無力、懷疑、憂慮和為難不時的煎熬著春慈。和先生許多的誤解和衝突更讓春慈倍感委屈。一路陪伴下來，雖然都是艱辛的考驗，但也讓春慈學習如何重新看待人生的意義和價值。憂之母認為目前他要學習的是放手！雖然孩子曾對春慈說：如果媽媽死了，他也不想活了！這句話對春慈已不成威脅，因為春慈知道總有一天將先孩子而去，但心中仍激起一陣的酸楚！畢竟，孩子是春慈永遠的牽掛。除非，就像春慈對孩子說的：「期待你能破繭而出，幻化成一隻能自在遨遊於天際的蝴蝶」。

#### 初步省思

儘管春慈外表看起來意氣風發，但從其眼神依舊可看出一絲絲的憂愁，十年了，她使盡全力的想拉拔起受苦中的孩子，至今仍無計可施，但卻永不放棄。這陪伴的路，不知何時開始也不知將何時結束？誠如春慈所說：對孩子的罣礙就像親情般的無法割捨。而她疲憊的心也僅能託付宗教，從中獲取些許的膚慰。

### （三）發現事件與視框之脈絡

經過第二步驟，研究者對文本的「總體意義」(global meaning) 有初步理解後，便進入分析的第三步驟。首先，需以「感性直觀」且懸置先前理解的態度，即時地掌握那些從文本中躍出的重要訊息，加以劃記、編碼並寫下每個編碼摘要及研究者的省思（以表 3-5 為例）。編碼原則以 A-1-001 為例，A 代表第一位受訪者、1 代表第一次訪談、001 代表第一個劃記。摘要的目的在於將研究參與者之語意作一精簡的陳述，而省思則是呈現研究者的所感與所思。此分析階段已進入到文本的「部分」，研究者逐一的理解較細部的經驗文本內容。

表 3-5

#### 劃記、編碼、摘要、省思（以春慈訪談逐字稿為例）

受訪者	春慈（化名）	訪談者	陳志芳
訪談時間	2010 年 6 月 08 日 下午 13：30 ~ 15：12， 約 1 小時 42 分。	訪談地點	研究者家中

符號意義	<p>標楷體：國語；斜體標楷體：台語</p> <p>較長停頓：---；較短停頓：-；語氣延長：~~；語氣較短：~；</p> <p>語調上揚：↗；語調下降：↘；語句未完：{ ；語句加重：粗黑體；</p> <p>【】內表示訪談中受訪者簡短的語句、表情、動作、說話音調、情境事件</p> <p>（）內表示研究者簡短的語句、肢體動作與支持性語助詞回應。</p> <p>春慈：受訪者；研：研究者</p>		
逐字稿	發現事件與脈絡視框		
	譯碼	摘要	省思
<p>研：今天是不是可以請你談一談，就是--你這樣子陪他走過來，走到現在，妳的感受是什麼？</p> <p>春慈：嗯~~感受ㄟ又！其實~其實家裡ㄟ又，我覺得有~有一位病人，不管是憂鬱症或者~其它疾病或者比較不方便行動的孩子，我覺得~其實它都是一種~怎麼講就是~一定是一種壓力，一種負擔嘛ㄟ又(A1-001)，嗯~當然一開始我們的情緒--譬如說這個孩子他不是先天的嘛，他可能在高三碰到了壓力超過他負荷ㄟ又，所以說他等於說是發病了ㄟ又，我覺得~在過程中我們一定會經歷就是說不知道為什麼會這樣子(A1-002)，為什麼他會有憂鬱症，再過來就覺得說--自己會很自責嘛!自責嘛(A1-003)!然後，剛開始，當然過來就是趕快想辦法幫他忙，想趕快把他拉起來，那當然就會~就會去到處去找醫生阿(A1-004)，其實包括他自己可能也是一定會有有迷惘說，ㄟ為什麼我會有一點不一樣了，可能這個孩子，尤其其他比較沒有病識感的孩子，他剛開始都會用比較隱藏的方式，像這種情形的一個孩子比較~會耽誤到(A1-005)</p>	<p>A-1-001</p> <p>A-1-002</p> <p>A-1-003</p> <p>A-1-004</p> <p>A-1-005</p>	<p>家中有病人倍感壓力和負擔。</p> <p>(視框)</p> <p>不知道為何會這樣</p> <p>(視框)</p> <p>因孩子生病而自責。</p> <p>(視框)</p> <p>協助孩子就醫</p> <p>(其他)</p> <p>孩子隱藏、耽誤病情</p> <p>(其他)</p>	<p>家庭中有一憂鬱症患者，必定會影響到所以系統的運作，可謂是牽一髮而動全身，無人能置身事外。</p>

其次，是以理性的的析辯能力與對理論觸覺或敏感度逐步進行事件、視框與其他等意義單元分類、編碼，並從中決定個別的意義單元命名，以利於往後主題歸納的進行。「事件」是指形成意義結構的具象情事或偶發情節；「視框」則指受訪者在不同的情境脈絡下，其說話情境中所隱含的主張、概念或意義；而「其他」指事件中含視框或研究者無法明確分類者。從「事件」與「視框」中可仔細審視受訪者經驗事件的來龍去脈，以及脈絡視框的移轉及變化的各個部份。「意義單元」是主題分析過程中的基本單位，意義的產出不在於萃取抽象化的概念，而是一種彰顯與領會重點經驗的辨識過程，並使用貼切於該經驗描述的關鍵字詞來作為命名。第三步驟呼應「整體一部分—整體」歷程分析中的部份，透過此步驟的理解已形成下一個層次的先前理解。

就主題分析而言，意義單元命名攸關經驗詮釋的結果。詮釋現象學的研究提醒研究者回到經驗文本本身探求生活經驗意義，並根據它在視域中的意義加以詮釋，研究者宜開放自身視域，檢討和修正自己的視域，朝向自身視域而去，且視域也隨著我們流動，最後視域融合，意義相互融貫統一，藉由文本的詮釋，則視域融合轉化也變得豐富（畢恆達，1995）。因此初步意義單元的命名是研究者最需要投注心力的，在初步意義單元命名後，加編「意義單元譯碼」，將「初步意義單元命名」意思相近或相同的命名給予同一個譯碼（見表 3-6 的舉例說明），再將意義單元譯碼相同的群聚歸納在一起，以便進行後續的資料分析步驟。在第三步驟所得的 935 個編碼，經研究者歸納出 583 個意義單元譯碼。

表 3-6

**初步意義單元命名節錄**

意義單元譯碼	初步意義單元命名	逐字稿譯碼	事件編碼摘要	視框編碼摘要	其他編碼摘要
1	壓力和負擔	A-1-001		家中有病人 倍感壓力和負擔	
2	感到困惑	A-1-002		不知道為何 會這樣	

3	很自責	A-1-003		因孩子生病而自責	
4	想辦法協助	A-1-004			協助孩子就醫
5	耽誤病情	A-1-005			孩子隱藏、耽誤病情
6	不捨孩子	A-1-006	孩子身體已不堪負荷		
7	自我反省	A-1-007			父母做錯或忽略了什麼
8	誰該負責	A-1-008			誰該為孩子生病負責
2	探討病因	A-1-009		孩子生病的因素很多包括個性	
2	探討病因	A-1-010		孩子潛在的病因	

#### (四) 再次整體閱讀文本

經過第三步驟初次仔細理解文本個別部分意義之後，依詮釋循環「整體—部分—整體」的概念，再次閱讀整體文本。Kvale 認為文本中個別部分的意義取決於預期的文本總體意義，然而仔細地省視個別部分的意義可能會改變起初預期的總體意義，而這也再一次影響個別部分的意義，如此，這是一個無止盡的來回省視的過程，直到研究者尋得一個有效可覺知的意義，且整合意義已免於內部的衝突與矛盾為止（引自高淑清，2008a）。因此研究者須再次回到對整體經驗的理解和省思（如表 3-7），此時，研究者對意義的理解可能已不同於初次的整體閱讀。在重新閱讀文本及反思的過程中，研究者會產生新的理解，此時的理解進入下一波詮釋中的整體。



表3-7

文本再次閱讀的理解與省思

再次理解

當孩子在高三發病的時候，春慈的情緒是錯綜複雜的，困惑孩子為什麼會罹患如此嚴重的疾病且亟欲找出病因；看著孩子不吃不睡漸行消瘦的身影，不捨他為身心症狀所折磨的痛苦；自責身為人母對孩子照顧的疏忽，甚至質疑這一切是否因為父母的期待所造成；憂慮著孩子病情的膠著，焦急的想拉拔起孩子卻無計可施，內心的混亂致使媽媽倍感到沉重的壓力與負擔。

在陪伴的過程中，面對孩子的種種抗拒，恨不得自己能一肩為孩子扛下這所有的苦痛，只要對孩子有幫助的事，都義無反顧的情願付出，別無所求，只要他的孩子能快樂。母子連心，孩子的一切皆牽動著媽媽的每一根神經，心情也隨之起起落落，一度像迷失在無際大海中的船隻，載浮載沉，無所依怙。和先生之間的許多誤解和衝突也致使她心力交瘁、倍感孤單和委屈。

但身為人母堅定的韌力和割捨不下的親子情感支撐著她蹣跚走過這一片荊棘且視為人生一道道考驗的練習題，更讓春慈因此學習到生命的價值和意義。接觸宗教信仰除了讓春慈獲得心靈的慰藉與療癒之外亦使她更有力量來照顧、滋養孩子和這個家。面對未來，春慈期許自己讓生活回到常軌且更有智慧的陪伴孩子，更希望孩子能自力，因為春慈知道，她終究無法終其一生的保護著孩子。

再次省思

身為憂鬱症患者的家屬，春慈從一開始面對疾病的混亂慢慢地走向一個穩定的自我調適的歷程，更在此歷程中看見自己生命的價值和意義。疾病不會只是一生命事件，它更可能是有其特殊意義，一旦洞悉這一點，生命的轉化及超越才成為可能。

(五) 分析經驗結構與意義再建構

經過第四步驟再次閱讀整體文本後，對於經驗有了不同於之前的理解，此時分析步驟再進入「部分」，重新閱讀文本，藉由解構與重建的過程加深到另一層次的理解，並作為下個循環的「先前理解」。研究者本著開放的態度再次仔細地，從研究問題的角度省視文本個別部分意義，藉以重新析理出「事件」之情境脈絡與「視框」之變化脈絡，如此將會修正第三步驟的逐字稿劃記及編碼，可能新增之前未發現的意義單元、合併相關的意義單元、重新命名意義單元和分割逐字稿譯碼，舉例如表 3-8。經過解構與建構的歷程，劃記編碼增加為 958 個譯碼，意義單元則為增加為 591 個。

表 3-8

## 新增譯碼與意義單元命名變更舉隅

新增譯碼舉隅			
新增譯碼	事件/視框/其他	原因說明	逐字稿文本
A-1-219	享受美食放鬆（事件）	像享受美食或外出旅遊等看似平常的事件，卻隱含著患者家屬開始學習自我照顧之意義。	甚至有時候吃個美食，我說ㄟ~人生還是很有趣啊！ 譯碼：A-1-219 摘要：享受美食也很有趣 新增譯碼意義單元命名：享受美食放鬆（其他）
意義單元命名變更舉隅			
譯碼	摘要	原始/變更後意義單元	變更說明
A-1-049	孩子責怪媽媽當時不讓他到補習班工作	協助孩子/鼓勵孩子	不只是想協助孩子，重點是想鼓勵孩子站起來。
A-1-052	孩子將責任推到媽媽身上	孩子責怪媽媽/孩子推卸責任	孩子的抱怨是源自於不願意為自己負責任。
A-1-096	不再爭論對錯會比較好過	不爭辯論比較好過/學會自我調適	不再爭論只是生活事件，其隱含著自我調適的學習。

繼之，藉著群聚意義單元形成子題，摘錄如表 3-9，並漸漸產生初步的次主題，歸納出個別主題。當研究者對文本的理解已到了成熟的階段，將嘗試從文本中的個別意義單元，經群聚意義單元碼後形成子題，繼之，將意涵相近之子題群聚歸納出次主題，最後再次歸納後萃取出共同主題，並且藉以呈現總體的經驗意義。經過初步子題建立，共建立了 104 個子題，根據子題的命名發展次主題，建立了 12 個次主題，並為次主題命名，在此過程，研究者不斷的回到意義單元中檢視以發展次主題，並且不斷的修正次主題，使其貼切受訪者的陪伴經驗。

群聚編碼的過程是資料分析中最為繁瑣和費心的過程，研究者藉著運用 Eexcel 軟體，在處理龐雜的資料上提供分析實務上莫大的助益。整體來說，此步驟的目的主要在於澄清誤解與晦暗不明的描述、進行經驗的解構與再建構，以及透過研究者本身的創發性及解析力，將隱而不顯的意義單元呈現出來，重新組合不同的意義單元，傳達研究者對現象的新發現與解釋力，使經驗結構之意義合乎邏輯，且避免詮釋上的矛盾（高淑清，2008a）。

表 3-9

初步意義單元歸納子題命名舉隅

初步意義單元歸納之子題命名	意義單元譯碼	意義單元命名	逐字稿譯碼
倍感壓力和負擔	1	倍感壓力和負擔	A-1-001
	1	因委屈和壓抑而情緒崩潰	A-1-106
探討病因	2	不知為何發病	A-1-002
	2	發病因素包括個性	A-1-009
	2	有潛在的病因	A-1-010
	2	不確定是不是選組的問題	A-1-020
	2	孩子問題在哪裡	A-1-032
	2	不知道起因為何	A-1-043
自責	3	自責	A-1-003
	3	感到自責	A-1-055
	3	自責和憂慮	A-1-064
	3	疑惑和自責	A-1-070

#### （六）確認共同主題與反思

主題發現的過程，是一個洞察、發現與對話的過程，主題命名不是一個規則化的歷程，主題性的瞭解是看見（seeing）意義的活動，勿以預設的抽象化概念形構主題意涵與命名（Van Manen, 1997/2004）。即將受訪者之初始經驗在研究者分析轉化下，成為一些聚焦的、重點的或有意義的經驗之集合，且透過「子題、次主題與主題」命

名最後形構成共同主題組型（見附錄二）。過程中研究者持續以開放與接納態度在部分—整體間來回檢視，敏銳覺察每次閱讀所產生的新理解。要詮釋一個現象，必先要了解它的整體，然後去了解它的部份。一旦了解部份後，就會因此更清楚了解整體。換言之，這是從整體了解部份，再由部份循環回去了解整體，周而復始地進行，直到對整體清楚了解為止（陳榮華，2006）。除研究者本身，此過程亦需要透過同儕檢證，以讀者的眼光來協助研究者以不同角度檢視自身的理解與詮釋，因此研究者須在檢證的辯證和對話裡進行反思，且反思是一個持續的歷程。

在此步驟，研究者必須將共同主題之組型放置研究問題及研究主題的情境脈絡中，不斷檢視與現象質問的方式，再三省視主題間之關連，反思共同主題是否回答了研究問題；是否回歸研究對象的生活經驗；是否與受訪者是否達成互為主體同意和詮釋；是否掌握現象本質的真實呈現；主題組型承載的經驗意義在質與量上是否平衡；是否太過龐雜瑣碎而散焦及偏頗於正面或負面經驗詮釋。透過省思回溯歷程與邏輯分析與統整，經驗結構本質才得以完整被描述並正確被解釋，因此共同主題組型可能會進行多次的改版，一直到研究者瞭解「整體—部份—整體」間一致性與和諧性，並且透過語言表達及文字的厚實描述，將受訪者生活世界真實的呈現出來為止。

在整個研究的過程中，對於研究對象的生活世界以及研究發現的「反思」，是研究者無時無刻都不能忘記的歷程（Van Manen, 1997/2004）。透過「反思」，研究者將共同主題的組型再置入經驗脈絡中，檢視共同主題是否回應研究問題？主題命名組型是否凸顯主題的特色？是否掌握經驗現象本質？是否彰顯生活經驗整體？經由不斷反思的歷程，整合經驗意義與合理地詮釋所萃取的經驗本質。研究者秉持現象學的精神「深思熟慮」，不斷地「反思、再思、深思」檢視自己在研究的過程中自身的經驗如何開放、擴展與改變，藉以提升整體文本的寫作深度和廣度，以達到文本解釋的有效性。本研究在主題命名上，研究者經歷六次改版，改版其間經過不斷的解構再建構，各版次之主題命名及改版歷程說明均詳實紀錄（見附錄三）。

經由指導教授、研究團隊以及研究參與者的檢證，研究者對共同主題的不斷反思、檢視以及修正主題命名，直到命名上的飽和，呈現下列四個主題來彰顯憂鬱症患者

者家屬之陪伴經驗中蘊含的本質意義為：(1) 不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方；(2) 混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬；(3) 知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然以及(4) 宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長。

#### (七) 合作團隊的檢證與解釋貫穿資料分析過程

多元檢證和稽核團隊檢證是確保研究嚴謹性的兩個重要策略。研究者透過合作式討論或詮釋性對話，徵詢團隊成員對自身研究的意見，將有助於產生深層的洞察與瞭解 (Van Manen, 1990/2004)。本研究的合作團隊包含研究者、論文指導教授與口試委員、研究同儕、研究參與者及與研究議題之相關專業人員。研究團隊指的是參與例行專題討論的研究夥伴，包括研究者、指導教授和校內外研究同儕，定期的研究團隊檢證，乃針對研究者的研究議題，進行討論並給予回饋 (高淑清，2008a)。本研究歷程中，研究者透過參加研究團隊定期會議，研讀及討論研究方法論之哲思深化質性研究的素養與知能，並且邀請質性研究團隊為本研究進行多次團隊檢證，包括研究主題、研究參與者之選取、訪談大綱設計、主題分析流程與主題命名等，乃至於針對本研究論文寫作進行整體性的檢證。力求在研究歷程和結果，皆能藉由合作團隊稽核來為研究之真確性與嚴謹性把關。

合作團隊的檢證與解釋涉及研究的嚴謹性，藉由團隊成員彼此意見交流與討論，往往促發更細緻的探討與學習 (高淑清，2008a)。研究者於此階段以開放的態度，接納合作團隊的回饋，在互為主體的思辯中，彼此交流與激盪，協助研究者以不同的視角發現自身的盲點，提升本研究之品質。同時，這也是一個理解與詮釋的循環；建構、解構與共構的過程，呼應質性研究之整體、整合與歷程導向的精神。

### 第四節 研究的嚴謹性

不同的研究派典有其背後的方法論，研究目的不同，所運用的研究方法和呈現研究結果的方式也不同。準此，質性研究的研究品質經常受到實證主義者所質疑，乃因其未洞察質性研究背後的哲思理路。質性研究者所關注的是「社會事實的建構過程」，以及「人們在不同的、特有的文化社會脈絡下的經驗和解釋」，此種脈絡情境過程、

互動、意義和解釋的探索研究，其研究價值和判斷標準，有其自成的評價方法，並重新創立與實證主義不同的質性研究判定概念和語言（胡幼慧、姚美華，1996）。

高淑清（2008a）對質性研究之「研究結果」與「研究歷程」品質的把關綜稱為「嚴謹性」。就研究結果而言，Lincoln 和 Guba 提出可信性（trustworthiness）的四個指標來取代量化研究中的信度與效度，可信性能彰顯研究的真實價值、可應用性、一致性與中立性，作為評量可信性的指標包括以可信賴性（credibility）來代表內在效度、以可轉換性（transferability）來取代外在效度、以可靠性（dependability）來代表內在信度、以可確認性（confirmability）來代表研究的客觀性（引自高淑清，2008a）。此外高淑清（2004）提出文本「解釋有效性」（interpretive validation）來彰顯現象之詮釋能貼切合理。其次，研究歷程的品質則以「真確性」（authenticity）為指標，意指在研究過程裡研究者與研究參與者彼此的平等權利、意識增進、對他人意義建構的欣賞與尊重，以及彼此在研究過程中有意義且有效的變化等（Rodwell, 1998, 引自吳芝儀，2000）

綜上所述，高淑清（2008a）以其實務經驗及整合國內學者對Lincoln與Guba在質性研究信度與效度檢核的看法與詮釋，歸納質性研究可信性之指標與策略並整理出簡要對照表（見表3-10之說明）。本研究採用高淑清（2008a）所提出的質性研究可信性之指標與策略，包括可信賴性、可轉移性、可靠性、可確認性及解釋的有效性，提升研究之可信性；並且本著互為主體的研究關係，並恪守研究倫理，盡量使研究歷程公開、透明化，以及不斷透過研究反思彰顯研究歷程之真確性，做為本研究之嚴謹性把關，以下針對研究結果可信性及研究歷程真確性來說明質性研究的品質：

### 一、研究結果可信性

高淑清（2008b）以實務經驗及整合國內學者對 Lincoln 與 Guba 的看法及詮釋，歸納質性研究可信之指標與策略，從以下分述之：

## （一）可信賴性

可信賴性旨在評估研究結果的真實價值，與內在效度相當，指研究的進行可確保研究主題被正確界定和描述（Lincoln & Guba, 1985, 引自吳芝儀，2000）。patton（1990/1995）認為可信賴性（credibility）取決於三個研究因素，包括：蒐集高品質資料的嚴密精確技術和方法，這些資料須經過仔細的分析，考慮到信度、效度和三角檢證；研究者的信譽取決於訓練、經驗、背景、地位和自我表述；現象學派典中的哲學信念，即對自然主義研究、質性方法、歸納分析和整體性思維的基本認識。高淑清（2008a）認為可提升質性研究可信性的策略包括長期涉入、參與觀察、持續探索、同儕稽核、互為主體等等。其中三角檢證法（triangulation）是增進質性研究可信賴程度指標的重要策略之一，它是將多重資料來源的原則延伸到多個研究參與者、多位研究人員、多種不同理論模式及不同蒐集資料的技術（高淑清，2008a）

本研究主題和計畫乃從個人經驗出發，加上近八年在社會工作、輔導諮商的學習及投入志願服務工作的過程，在研究議題上可謂是長期涉入並且持續探索憂鬱症治療及其家屬相關研究；在確定研究主題後，研究者在研究計畫及研究歷程中，縝密的留意每一個方法和程序上的連貫性，並且組織從問題意識的釐清、研究派典的選擇、研究設計及研究方法間的邏輯性關係，在在都本著質性研究的特點，如開放的態度、互為主體性關係及持續的對話來為本研究品質把關。此外以三角檢證、同儕稽核（peerdebriefing）、尋求否證、原始資料之充分佐證（referential adequacy）和研究團隊的檢證等方法，做為本研究之可信賴性的指標，唯一的信念是期待此研究結果能讓憂鬱症家屬的經驗真正的被看見。

表3-10

## 質性研究結果可信的指標與策略

量化研究指標	質性研究結果可信指標	質性研究方法策略
內在效度 (internal validity)	可信賴性 (credibility)	長期涉入 參與觀察 持續探索 三角檢定(多元檢證) 同儕稽核 互為主體 負面個案分析 研究參與者檢證
外在效度 (external validity)	可轉換性 (transferability)	厚實描述 詳實過程透明化
信度 (reliability)	可靠性 (dependability)	稽核團隊檢證 研究參與者檢證 三角檢定(多元檢證)
客觀性 (objectivity)	可確認性 (confirmability)	稽核團隊檢證 研究參與者檢證 三角檢定(多元檢證)
顯著性 (signification)	解釋有效性(interpretive validation)	稽核團隊檢證 研究參與者檢證 主題命名反思

註：採自《質性研究的18堂課：首航初探之旅》(頁71)，高淑清，2008a。高雄：麗文文化。(經作者同意授權使用)

## (二) 可轉換性

可轉換性(transferability)旨在評估研究結果的可應用性，與外在效度相當，以對研究實地的詳實描述來使讀者判斷該研究結果是否能應用於其他的情境(Lincoln & Guba, 1985, 引自吳芝儀，2000)。亦即指將受訪者所陳述的感受與經驗，能有效地轉換成文字敘述並進行厚實的描述(thick description)，也在於反思研究過程中所涉及的步驟及資料轉化的程序，是否詳實且透明。研究歷程的透明化即清楚且完全透明



的交代研究過程，讓讀者在閱讀之餘或可感同身受，或可熟悉其文本分析過程，而促進情境與研究結果的「自然類推性」(高淑清，2008a)。本研究在進行深度訪談之後，旋即將訪談錄音謄錄成逐字稿，力求還原整個經驗述說的真實樣貌，再經由同儕檢證與回饋(見附錄四)，檢視研究者是否透過逐字稿，貼近受訪者的經驗與感受，檢證後研究者再進行修改。此外，為了力求研究歷程之透明化，研究者詳實陳述本研究之方法論、研究對象及場域選擇、研究資料蒐集方式及詳細的資料分析方法，並且透過附錄呈現受訪者與研究團隊檢證資料。無非是欲符合詳實且透明的質性研究精神，以達到可轉換性的研究目標。

### (三) 可靠性

可靠性(dependability)是指個人經驗的重要性與唯一性，能獲得研究團隊的稽核並達到互為主體的同意，如何獲取可靠性的資料及分析結果，便是研究者在此環節必須留意的(高淑清，2008a)。在資料的蒐集方面，研究者以合目標取樣的方式選取研究參與者，秉持科學研究的精神，以及仔細說明研究的目的和進行方式，取信於研究參與者，並且以同理、尊重和接納的態度，與研究參與者建立良好且誠信的關係，期能有利於獲得豐富且可靠的資料；在資料分析上，本著詮釋現象學方法論的邏輯性進行研究，以促使每個生活經驗的展現都能還原其本質。在研究過程中不斷的與稽核團隊經由對話、辯證的方式，對研究的過程與結果進行寫作、分析檢證，在互為主體同意下，與研究參與者討論主題分析的研究結果，藉以考驗研究過程之嚴謹與系統化程度。

### (四) 可確認性

質性研究最常被實證主義者所詬病的即是欠缺研究客觀性，高淑清(2008a)認為可確認性(confirmability)乃指研究的客觀、一致且中立之要求，與可靠性指標息息相關。研究者針對研究發現進行稽核，評估是否與資料有密切連結的指標，可謂是為研究的客觀性把關(Lincoln & Guba, 1985, 引自吳芝儀，2000)。研究者在研究之共同主題出現後，藉由研究參與者檢證回饋函(見附錄五)與研究參與者進行研究結果之確認與細部意見的澄清，並且將與研究團隊人員進行多次的團隊分析檢證，以期

將最貼切、客觀的研究結果呈現出來。此外研究者的反思也是決定研究品質的重要關鍵，雖然我們都認知到，對質性研究而言，無法做到全然客觀的程度，然而研究者自身的生命經驗和價值如何影響與侷限著研究，也在本研究的歷程與反思中被看見。

### （五）解釋有效性

所謂解釋有效性（interpretive validation）乃強調共同主題的文本解釋之真確有效，其先決要素在於解釋者的洞察力與所蒐集文本敘述的一致性，亦即藉由解釋主題的用字遣詞及其所蘊含的意義，需能貼切且真確反映受訪者在該情境脈絡中經驗的本質與意義（高淑清，2008a）。解釋有效性是期望研究結果的主題組型能回應研究問題，並秉著現象學深思熟慮的精神，不斷的以反思、再思、深思來回中反覆檢視其主題組型，以更進一步能提升文本的解釋性（高淑清，2008a）。在透過受訪者具體描述與闡釋多義的生活事件，以及加上研究者對生活經驗的洞察解析與澄清辯證，最後研究者與受訪者在互為主體的同意與解釋下，將其生活經驗意義完全彰顯自明（高淑清，2004）。

研究者論述共同主題時，解釋文本的用字遣詞及該字所含意義要能貼切且真確反應受訪者在該情境脈絡中經驗的本質與意義的程度。在本研究中，研究者運用夾論夾敘方式進行共同主題之論敘。「論」意指詮釋性的論述，包含研究者對研究議題與主題經驗的理解與詮釋、相關文獻理論和字源意義的深化等；「敘」則是描述性的經驗述說，表文本中研究參與者真實的述說，「論」、「敘」之間無邏輯上的矛盾衝突，亦即敘說文本要符合論述主題的之邏輯思維，並且主題命名則貼切的涵蓋敘說文本。

## 二、研究歷程真確性

質性研究主要是以研究者為研究工具，因此研究者的反思需貫穿整個研究歷程。反思是指對過往經驗點點滴滴的回溯，且不斷整理的歷程（Van Manen, 1997/2004）。高淑清（2008b）認為真確性（authenticity）表現於研究者在研究歷程中的反思。研究者從研究設計，包括尋覓研究主題、相關文獻探討、研究方法及方法論的確立、研究對象的選取、質性深度訪談及分析方法的操作等過程中反思，從中析辨本研究設計的哲思理路與邏輯脈絡；亦在互為主體的互動與對話關係中反思，藉以呈現彼此視框

之融合和意義建構的移轉歷程；更將研究者所感與所思如實真確的描述出來。反思的歷程讓整個研究像似賦予生命般的活化了起來，因為質性研究是有關「人」的研究，自然研究本身是少不了活生生的「人」味。

綜上所述，質性研究的嚴謹性可透過研究者在研究的每個環節上的把關而達成，此等要素亦可謂質性研究的專業性指標，包括了可操作性的方法及開放、彈性的研究態度。我們發現質性研究從「人」的生活經驗出發，最終仍回到「人」的研究經驗之上，即研究者本身的專業和人格素養將深深地影響整個研究之品質。

## 第五節 質性研究者角色

研究者選擇質性研究方法且以詮釋現象學為本研究之方法論，乃因質性研究有其獨特且迷人的性質。誠如高淑清（2008a）所稱生活世界、存而不論、開放彈性、理解循環、意義探詢、語言與對話、實踐、現象直觀與反思等要素，為質性研究的本質底蘊。由此可知，在質性研究中，研究者扮演著極為重要的角色。

由於研究者與研究參與者處於相互關聯，相互定義的關係之中，研究者的身分定位決定了研究參與者的身分定位（陳向明，2002）。質性研究者如何定位自己的角色，攸關整個研究的品質。高淑清（2004）將質性研究者的角色做了豐富的詮釋，分別為支持關係的建立者、同理且積極的傾聽者、敏銳的觀察者、意義的詮釋者與有效能的溝通者。研究者以高淑清（2004）對質性研究者角色的論述為主軸，參照多位學者的觀點（Gibbs, 2007/2010；Lichtman, 2008/2010；Sokolowski, 2000/2004；Van Manen, 1997/2004；吳芝儀，2000；高敬文，1999；高淑清，2008a；潘淑滿，2003），並且從自身從事質性研究的歷程中整理、歸納質性研究者角色如下：

### 一、天真開放之探索者

自然態度是指「原本就是這樣」的觀點，是我們從其中出發而去看事情的，是我們原本就在其中，也就是將一切視之為理所當然（Sokolowski, 2000/2004）。質性研究常企圖探索被視為理所當然的現象，因此所提的研究問題也常聚焦於探索性或發現性問題，質性研究者需開放於世界中顯現與未顯現的現象，亦以非預設的、天真無邪的

態度讓現象如實的呈現其原貌（高淑清，2008a）。相對於自然態度，在本研究中，研究者以一個「學習者」（learner）和「未知者」（the unknown）自居，秉持謙遜的態度進入研究現場，因此研究參與者是其故事的述說者，也是其生活經驗的專家，是他們引領著研究者進入、探索其生活世界。

## 二、互為主體之實踐者

互為主體性指的是研究者需與他人，包括研究參與者、研究團隊以及讀者等，針對該現象發展出對話，藉由對話確認所描述的現象是否真確（Van Manen, 1997/2004）。Moran 認為訪談者本著尊重、開放、對等與包容的質性研究精神，營造互為主體的研究關係，進而使彼此朝向「視域融合」（the fusion of horizons），亦即互為同意，但又不堅持自我主觀性，經由彼此不斷修正自身視域，理解對方，以達成對彼此之理解（引自高淑清，2008a）。研究者秉持著互為主體的原則，在研究的過程中不斷的透過辯證、對話來取得彼此互為主觀的客觀性理解。

## 三、積極同理之傾聽者

質性研究十分依賴人們所說的話，因為我們瞭解人們的方式就是去傾聽他們所說的話、觀看他們的互動方式，以及思考人們話語中所蘊含的真正意義（Lichtman, 2008/2010）。高敬文（1999）認為質性研究者要去探索和瞭解人們解釋這個經驗世界的過程，須由研究參與者的內在觀點出發，研究者尊重研究參與者的個體意識和生命意義，嘗試用一種身同體受的角度，對研究參與者內在經驗世界本質與相關情境，給予重建和理解。因此同理傾聽是一種人際互動的高層次修練，它指涉以一全然開放、接納且專注的態度用心聆聽。研究者在進行研究訪談中，情緒經常隨著研究參與者許多感人的經驗述說而有所悸動，但仍強忍住情緒，以更深層的同理態度聆聽其生命故事。

## 四、深思熟慮之創造者

一般來說，質性研究被認為是流動且不斷在改變的，因此不會一直依循某種進行研究的方式（Lichtman, 2008/2010）。諸多學者主張，一個質性研究者的敏銳度是非常重要的，研究者在一自然的情境中進行資料的蒐集，並且在資料的分析與詮釋過程必

須以研究參與者的立場和觀點出發，充分了解其主觀的感受、知覺和想法，進而理解研究現象的意義（潘淑滿，2003）。Van Manen（1997/2004）認為研究者必須具備解釋的敏感度、創造力的深思熟慮、學術上的機智圓融和寫作的天分。詮釋現象學強調意義真相之發掘，研究者須有足夠的開放態度、自由想像力與創造力（高淑清，2001）。由於質性研究是有關人的研究，是故在研究設計、進入實地研究、資料的收集、分析和詮釋的過程中，研究者可能會面臨許多無法預知的難題，這都考驗著質性研究者的變通能力及創造力。

## 五、彰顯經驗之詮釋者

質性研究的主要目的是對人們的經驗提供一個深入的描述與理解，並且對此經驗意義作詮釋（Lichtman, 2008/2010）。Van Manen（1997/2004）認為詮釋現象學研究即是需針對生活世界的某些面向，建構完整的解釋性描述，並且提醒自己，被經歷的生命永遠比任何意義解釋所能顯露的還要複雜。研究者在解釋文本的過程中，不能將本身從現象的意義中抽離，研究者的解釋是企圖明白地解析研究的客體，使事物自明、具備意義且可被理解。余德慧（1996）認為詮釋現象學者要能開放於詮釋論述的多樣貌性，必須本著現象學精神中的還原和存而不論某一特定的論述形式，使所有可能的論述開展出來。研究者在詮釋意義的過程，經由對文本的「整體－部分－整體」來回反覆的檢視、理解以及透過互為主體的對話過程，期透過主題的萃取，將經驗的本質與意義予以彰顯出來。

## 六、忠實客觀之反思者

身為一個質性研究者對於自身主觀性的認知不可不察。Peshkin 認為主觀性（subjectivity）同時是「可能」也是「限制」。研究者應該反省自己的主觀性，並檢討它對於研究從頭到尾的影響（引自畢恆達，1996）。「反身性」（reflexivity）意謂承認研究結果將無可避免地反映出與研究者有關的背景環境及偏好，因此研究者應開誠佈公自身之預設、訪談中的權力關係、研究者理解及詮釋可能如何改變，以及關於自身潛在的認識論（Gibbs, 2007/2010）。吳芝儀（2000）認為研究者須在研究歷程中不斷進行反身性思考（reflexive thinking），以促使研究者深入體察個人的視野觀點在研

究中所發生的變化，並進而覺察此一變化對研究參與者與研究情境所產生的影響。質性研究者需要具備高度自我覺察，在研究歷程中，研究者檢視自我主觀性如何影響研究的進行，並且適度的做出修正與調整。

綜上所述，質性研究不只是一項研究方法，更是一種生活哲學和生命實踐的態度，也是對萬物現象可能性與流動性的觀看和理解的過程。當研究者明晰的看見自己在研究中所扮演的角色，即能了解該如何看待與回應所有和研究有關的一切。然而在自我定位的同時，也別因此限縮了自我的可能性，而失去了質性研究開放的核心精神。

## 第六節 研究倫理

研究倫理乃進行研究之必要條件，且須仰賴研究者之研究素養及對研究的承諾之自我把關。Neuman 認為研究倫理是指研究者在整個研究過程，必須遵守研究社群對研究行為的規範與要求，這些倫理規範說明了研究行為的合法性（引自潘淑滿，2003）。質性研究涉及人的活動，倫理議題須更嚴謹的防範研究者可能對研究參與者造成不利的影響（陳柏璋，2000）。高淑清（2008b）強調質性研究者應在不傷害研究參與者的前提下堅守「除非當事人同意，否則研究對象的身份必須保密」、「在研究中要尊重研究對象並尋求他們的合作」、「明白解釋並確實履行同意書的內容」、「寫作和報告研究發現時要說真話」和「關心研究對象能從研究過程與結果中獲得什麼」等五項研究倫理。綜觀國內外質性研究學者所提出的研究倫理議題（Babbie, 2001/2004；Bogdan & Biklen, 1998/2001；Lichtman, 2008/2010；高淑清，2004；畢恆達，1998），研究者為了確保研究參與者之權益與福祉，以及提升研究品質，本節就下列倫理原則逐一說明。

### 一、不傷害參與者

研究的主要目的乃創造知識且提升人的品質。Babbie（2001/2004）認為社會研究絕對不能傷害到研究參與者，無論他們是否出於自願參與。Lichtman（2008/2010）亦認為不損害參與者是道德行為的基礎，如果我們意識到研究潛在的傷害，更須詳實的說明有可能的不利影響。由此可知不傷害參與者是研究的核心態度和精神，研究的

價值即要增進人類福祉，若有傷害，即與此價值背道而馳。然有時不免會造成些許無心的傷害，因此研究者不可不多所審慎考量和敏察各種傷害之可能，若有造成傷害，盡量修復且將傷害降到最低。研究者將本著此一原則進行研究，並且將中止所有與此原則抵觸之研究行為。

## 二、知情同意

質性研究強調互為主體價值之體現，因此在邀請研究參與者之前，即須主動告知相關資訊且徵詢其參與研究之意願。「知情同意」指提供研究參與者所有可能的必要資訊，以利其能做出是否參與研究的抉擇。基本資訊可能包括：研究的內容、研究參與者需要做些什麼、可能會有的風險和收穫、資料的保密議題以及隨時可以退出研究之權利（余漢儀，1998）。研究中要尊重研究對象並尋求其合作（Bogdan & Biklen, 1998/2001；高淑清，2008b）。知後同意是乃正式進入研究前，研究者即須充分與研究參與者進行溝通，本研究以擬定訪談同意書（如附錄二）的方式，向研究參與者說明研究目的，研究進行的方式以及研究參與者可能的處境及風險，在確認研究參與者知悉且簽訂研究同意書之後，始正式進行研究。

## 三、匿名和保密

除非當事人同意，否則研究對象身分必須保密（Bogdan & Biklen, 1998/2001；高淑清，2008b）。研究者充分地向研究參與者說明本研究保密的措施，包括研究相關資料的保管、所有研究訪談資料只有在進行研究團隊檢證時才會拿出來討論、偕同分析者亦須共同擔負保密之責任、訪談逐字稿一律由研究者親自謄寫以及在研究參與者的個人資料表中，研究者會以匿名或代號的方式進行處理，以確實遵守保密原則。

## 四、誠實撰寫研究的分析與報告

撰寫研究發現與報告時，必須要說真話（Bogdan & Biklen, 1998/2001；高淑清，2008b）。高淑清（2008b）提醒研究者在資料分析和詮釋階段需如實反應不同的觀點和意見，在撰寫研究報告時，秉持著與研究對象互為主體的同意，公開且公正的呈現研究結果。如何讓現象如其所是的呈現其真實的樣貌，涉及了研究的可信性議題，其中包含研究技術的專業性、資料詮釋的適切性和研究歷程的真確性。然而這不僅指涉

研究者對研究的誠實、對研究參與者誠實、對所有的讀者誠實，更重要的是研究者本身對自己的誠實。

## 五、關心研究對象在研究過程中的獲得

除了不傷害研究參與者之消極目的外，研究者更須積極思考在研究過程中可為研究參與者帶來何種收穫。高淑清（2008b）指出研究者必須關照研究參與者在研究過程中的經驗為何，如研究參與者在研究過程中所產生的新理解、成長、改變與自我覺察，以及對自身存在的意義之解讀產生何等變化。研究者透過回饋函及在研究過程中保持和研究參與者的聯繫，來了解研究參與者在研究過程中有何收穫，這正是質性研究互為主體性的彰顯。

總而言之，倫理的議題交織穿梭在整個質性研究中。研究者反思在每個研究階段所產生的研究倫理議題，並且嚴格的自我把關，讓研究倫理不只是外在形式的規範，更能直指自我內在的良知。





## 第四章 憂鬱症患者家屬陪伴經驗之詮釋與討論

本研究秉持詮釋現象學的精神，以立意取樣的方式，尋訪到四位研究參與者，每一位研究參與者皆接受兩次深度訪談，共蒐集八份文本。透過主題分析法，研究者浸濡於文本資料中，在個別與整體，理解與再理解，來來回回的觀看與省思，經過研究團隊檢證，及與研究參與者互為主體的同意下，萃取出研究主題，構築憂鬱症患者家屬陪伴經驗之樣貌。經過六次的主題改版歷程，歸納出四個主題，分別為「不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方」、「混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬」、「知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然」以及「宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長」。以下四節以夾論夾敘的方式來呈現憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，第五節則依此四個主題進行延伸討論以期對本研究有更深且廣的洞見。

### 第一節 不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方

對患者家屬和患者而言，雖然對憂鬱症時有所聞，但對憂鬱症的症狀卻完全陌生。Rosenvinge、Jones、Judge與Martin（1998）認為主要照顧者雖然可以辨識出病患許多異於常人差異之處，但是這些照顧者卻無法將這些徵候，視為是憂鬱症臨床上早期的可能症狀。因此憂鬱症在不知不覺中漸漸地侵襲患者，當發病時，通常已是難以控制的局面。除了對嚴重的病症所產生的嚴重失控行為感到震驚外，當患者家屬在尚未來得及做出反應之前，其內心是充滿困惑、懷疑、自責、難過、不捨、徬徨和焦慮等複雜的情緒，如同多數人在面對突如其來的疾病一樣，患者家屬百般思索著「為何會罹患此疾病？」，焦急的心情可見一斑。在無心處理自身的糾結情緒下，帶著不安的心，跌跌撞撞的急著想為患者尋找出路，獲得治癒希望。

Fromm（1989/1990）於《人類新希望》一書中談到「希望」是一種存在的境況，它是一種內在的準備，包含著強烈而未發的積極狀態（activeness）；「希望」是生命的架構與人類精神動力的必備元素；希望的信念是對「有可能實現」的肯定，它並不是對未來毫無保留的論斷預言，它是對不確定的一種肯定。面對疾病，人們同時間經驗到為了探討病因而追溯過去，同時也對尋求疾病的治療而擔心未來。

本節將從「日睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑」、「百味雜陳孤身影，抑鬱無奈負擔重」和「戰戰兢兢費思量，急欲救拔獲解脫」三個次主題加以說明憂鬱症患者家屬遭逢患者病發，所受到的撞擊，以及在此狀態下，極力地想為患者做出種種努力的處境。

### 一、日睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑

「病識感」這種看似單一的概念用語，它其實牽涉到有關疾病經驗以及醫療認識（李舒中，2010）。雖然憂鬱症並非一天兩天造成，但是在發病之前也是有跡可循，例如患者可能會表現出情緒低落、出現許多生理上的抱怨，以及表現異於平常的行為，患者家屬會為此感到疑惑，可是在欠缺憂鬱症相關資訊的情況之下，容易忽略患者態度和行為上的改變，未能及時獲得醫療上的協助。當患者第一次發病，患者家屬被迫推入一種不真實的世界，凡事都感覺到不合理，不知如何是好，也不知要求助誰（Karp, 2001/2010）。受訪者提及當時患者發病之前，沒有覺察到是憂鬱症狀的情形：

當時的情形，其實我剛開始也不是很清楚，因為我總覺得說～她就是常常跟我說她不舒服、然後胸悶，然後他就…情緒上是感覺不太出來啦，但是我總覺得她在家有點待不住。（冬捨）

那時候就感覺到媽媽怪怪的，只是生什麼病我們都還不知道，因為太小沒有接觸到這種東西——對，沒有那個知識觀念。（秋喜）

彭榮邦（2014）於《聆聽疼痛》序言提及受苦經驗的內向性和屬己性，意指受苦者從原本「活在此世界」的投入狀態，遁入一個旁人無從參與的內在荒原，身旁的人或許近在咫尺，但對受苦者而言，彼此卻像是存在於隔著高牆的兩個世界。當患者已陷入憂鬱狀態，彷彿進入另一個世界，患者在自我建構的主觀世界裡不斷反芻其負面思考，並沉溺於不斷的擴大痛苦情緒之中，對任何事情失去興趣，也對未來不抱以任何希望。在此自我封閉的狀態下，患者不易對外產生連結，對患者家屬而言，雖積極

用心地想了解患者的內在世界，但卻總有不得其門而入和力有未逮之憾。受訪者無奈的表示：

有時候他自己也釐不清？還是說~他不那麼願意表達那麼清楚？是什麼問題？還是說~他對病識感很弱？還是他會怕……他到底~他在想什麼？他要的是什麼？（春慈）

她的心境是封閉的，我說憂鬱症的人——在跟你對話的時候，表面上是——在跟你對話，事實上她心裡有另外一個世界在對話當中，阿那個是沒有人可以進去的。（夏悲）

即便你已經感覺到媽媽生病了，那你也發現很多不一樣的行為，甚至情緒的失控，可是好像她還不是很容易到達心理面最深層的想法~跟你說出來。（秋喜）

Highet、Thompson和McNair（2005）研究顯示照顧者無法在病患罹患憂鬱症初期，清楚地辨識出憂鬱症徵候和症狀，會讓照顧者對病患產生誤解，和延緩或阻礙照顧者採取正確的醫療行為，同時也會增添病患及其家屬的照顧負荷。憂鬱症和其他任何生理疾病一樣，皆有其病程的發展，但與其他病很大的差異是憂鬱症是一情感性疾患，患者家屬在對精神疾患的陌生與不了解憂鬱症的情況下，往往容易忽略憂鬱症狀，使得病情日益惡化，待患者發病時，往往已是嚴重不堪，患者家屬面對患者的症狀常感到震驚不已。春慈提及當時兒子經醫師確診為憂鬱症時的驚訝反應：「我覺得說怎麼會那麼嚴重，會變成憂鬱症，怎麼會這樣。」其他受訪者也因患者病重而感到意外：

其實剛開始發病的時候，我都覺得說~阿這只是一個小小的一個不舒服而已

啊，我其實沒有想到說……她可能不吃東西，也沒辦法睡覺，一直瘦下去……

後來我有點蠻～蠻驚訝的，憂鬱症患這麼嚴重。（夏悲）

我不知道憂鬱症患會這麼嚴重，她在短短的不到一個月的時間瘦了一大圈，  
氣色很難看，整個人失魂落魄的，讓我不知道該怎麼辦，那時候我真的很害怕……  
怎麼會病得這麼嚴重。（秋喜）

那時候也沒有去連結到她有憂鬱症，然後來是因為到她的睡眠狀況出了問題，  
她一直覺得很害怕、恐慌，整個人的都快要失控，那時候才會想到說帶  
她去看醫生，後來醫生才診斷出她在情緒～身心上出了狀況。（冬捨）

雖然大多數的人對「憂鬱症」這個名詞並不陌生，但是對其認知可能僅止於知道  
那是一種身心疾病，並不知道憂鬱症可能會嚴重到使個人喪失生活功能。疾病的侵襲  
改變了患者的身形與生活，也讓患者家屬感覺到平常再熟悉不過的家人，頓時像是一個  
陌生人，受訪者為患者因受到疾病的折磨感到不捨：

所以～你說當然這種事情發生的時候，一定是～父母坦白講，就是割心的痛，  
非常痛！（春慈）

我只是同情她在陷入那種不舒服狀況之下的生活狀態，睡不著、吃不下，其實……  
這才是我會比較～看的比較難過的地方。（夏悲）

我覺得說人生為什麼要活得那麼辛苦，會很心疼阿～會捨不得啊，但是又會  
覺得說～很想幫她～不要那麼苦，是這樣的阿。（冬捨）

當個人或家庭面對突如其來的衝擊或改變，往往措手不及，無法立即作出反應。家庭中有一憂鬱症患者，必定會影響到整個家庭系統的運作，可謂是牽一髮而動全身，家庭中的每一個成員，無人能置身事外。面對患者初次發病，患者家屬通常不知道如何因應，春慈提到：

因為你沒有這個經驗啦，對不對，你沒有這種的經驗或者你的家庭沒有這種經驗，你在處理這種～就是第一次碰到這種問題的時候，也不知道該怎辦，會很急，真的很著急。（春慈）

尤其當患者病情嚴重惡化，有時會發生一些危急的狀況。輕則憂鬱症狀合併許多其他負向情緒的發作，重則危及生命安全。秋喜回憶當時媽媽因為與父親爭吵，情緒失控後吞食大量的安眠藥，將自己鎖在房內，意圖想要自殺的情形：

我爸回來又更著急，因為我爸也不知道怎麼了……，全家都招架不住，妹妹因為還很小所以只會在樓下哭，那種感受真的是～也不會說耶，因為那沒辦法用言語表達出來，就只能說心急呀，急著又難過，無助吧！很複雜。（秋喜）

在憂鬱症初發階段，患者與家屬對症狀的反應皆同感困惑與畏懼。面對極度不穩定的病情，患者家屬須面對突如其來的危機，彷彿置身於危急的空間，惶恐不已。秋喜藉由「發生船難時，在船上的人」的隱喻來形容當時的處境：

像是輪船吧！因為船在海上開著，汪洋大海你也不知道會發生什麼事情，可是等到你發生事情的時候，就是～上面的人們就會像慌了一樣……那你就在上面一直狂跑……就像是一個災難。（秋喜）

心理疾病和生理疾病不同之處在於，大部分心理疾病較難找出單一、明確的病因，憂鬱症也是如此（Kramlinger, 2004/2005）。然而和其他的生理疾病一樣，當患者家屬得知患者罹病時，心中浮現的第一個問題通常是「為什麼會這樣？是什麼因素造成的？」，誠如夏悲所言「可是我也一直在找說~到底妳的問題是在哪裡？」對於患者發病的原因充滿著無數的探問與推論：

他可能在高三碰到了壓力超過他負荷……我覺得～在過程中我們一定會經歷就是說～不知道為什麼會這樣子……很多的因素啦！有可能他本身的個性、人格特質……多少就有一些潛在的一個發病的一個因素在裡面（春慈）

憂鬱症非但改變了患者的生活，也連帶地產生許多包括生理、心理和社會各個層面的問題。在多重問題夾雜在一起的情況下，疾病與生活問題環環相扣，彼此互為因果，患者家屬往往對導致疾病的因果推論產生混淆和困惑。春慈感到：「其實我有時候也一直在想說~他是不是其它的問題引起憂鬱症？還是憂鬱症引起其他的問題？」在患者的疾病確診之後，患者家屬便開始回顧與思索，意圖找出導致患者罹病的原因，受訪者分享：

媽媽這狀症原因有很多，依我這樣看來，阿公阿嬤走了……一定有傷痛，那太痛了，我爸這邊的爸爸媽媽還有阿祖……因為傳統觀念給媽媽很多的壓力，這兩雙方的壓力整個壓在她身上，而導致爆發。（秋喜）

我覺得說她從小在我們家裡面，她就是比較失寵，加上嗯～她就是跟父親的關係並不是很好，所以她的那個父愛根本就沒有，我覺得她可能在這方面是一個陰影，所以我覺得有可能造成她長大以後就是說～情緒上的一些障礙。

（冬捨）

以家族治療循環因果觀點而言，指定病人 IP (Identify patient) 常成為家庭系統中，家人不良互動關係的受害者，即所謂的代罪羔羊 (Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999)。一開始患者家屬使用過去面對身體疾病的認知和經驗，以為找到病因，對症下藥，就可以治癒疾病，但患者家屬同時也想藉由情感上的支持來協助患者，因此尋找病因除了想獲得正確的治療外，就另一層面而言，患者家屬無非也是希望藉由改變家庭中成員的互動來改善患者的病情。

了解憂鬱症可以提升患者家屬協助患者減輕某些的不確定感和恐懼，並給予處理調適的策略 (Kramlinger, 2004/2005)。因此盡可能地去了解憂鬱症的成因及其治療方式，是患者與患者家屬所能做的且最重要事情之一。但由於憂鬱症的可能成因很多，包括患者本身生理遺傳因素、內在的人格特質，和許多來自外在的環境因素的影響，因此，憂鬱症以不易覺察的方式慢慢侵襲著患者。易言之，憂鬱症早期的症狀並不明顯，一般人在缺乏對疾病瞭解的情況下，很容易忽略病情，未能及時投藥或提供適當的陪伴，等到病情已嚴重到一發不可收拾時，疾病帶給患者與家屬的衝擊是相當嚴重的，患者家屬處在一個全然陌生與不知如何因應，但卻又急於擺脫疾病威脅的位置，患者家屬的反應通常是不解和困惑，甚至內心充滿著震驚與惶恐。

## 二、百味雜陳孤身影，抑鬱無奈負擔重

在確定醫療診斷之前患者會經歷一段情緒上的混亂 (emotional anomic)。這樣的混亂反應出，生活從原本一致、可預測，迅速轉變成失序和全然的失控狀態 (Karp, 2001/2010)。由於患者出現許多身心症狀而影響其在家庭中的功能，並且造成家庭氣氛的改變，患者家屬和患者之間的關係，會因為疾病的影響而受到嚴重的威脅，雙方都會感到焦慮不安。面對憂鬱症者生理與情緒的驟變，連帶的家屬也會經歷到震驚、抗拒、擔心、無助等複雜情緒，身處於負面的情緒中，有時候睡眠與食慾也受到影響，有的甚至造成生理和心理健康上的許多問題。

面對新的改變所帶來的挑戰，對任何人來說，都是一種考驗。受訪者描述在患者罹病初期，他們是如何受到影響及其所面臨的處境為何：

說真的～那時候我真的很擔心，他課也無法去上……整個人完全變了一個樣子，他還那麼年輕……看著他這樣，說真的我的日子有不好過，一想到他的未來……我就吃不下。（春慈）

那陣子我根本無心上班，一直無法接受太太得了憂鬱症的事實，我心裡面一直納悶～生小孩不是一件快樂的事嗎？什麼會演變成這樣！我真的無法接受。（夏悲）

當然會受到影響，畢竟會想很多……比較擔心的是～憂鬱症會對她的家庭造成影響，像她的婚姻阿～或是小孩子沒有辦法獲得較好的照顧，那時候真的很煩惱～煩惱到失眠。（冬捨）

除了難以接受罹病的事實與調適疾病所造成的種種影響外，許多患者家屬開始懷疑自己是否應該為患者的發病負責。家屬也特別容易因為自己過去的行為而引發憤怒和愧疚的情緒，甚至懷疑患者的問題就是因為他們所引起的。因此患者家屬往往很容易感到自責與懊悔。甚至不停地回想著，到底在他們的互動上出了什麼問題，而導致患者發病。春慈描述當她獲知孩子罹病時難過且自責的感受：

當然這個～一定是第一個就是說很難過，非常難過，第一個會覺得說～是我疏忽他了嗎？當然第一個感覺非常強烈就是～我們難過、自責嘛，嗯～那個感覺是很強烈的，就是難過、自責。

冬捨因為有自己的家庭要照顧，總無法時時刻刻的陪伴著姊姊，雖然她知道姊姊的狀況不是很好，但畢竟只能盡量提供陪伴，因此當姊姊病發的時候，冬捨也曾自我懷疑：

我是不是有一段時間是讓他覺得我沒有支持他？或者有沒有～他就那情緒



就又再掉下去，其實他剛發現罹病的時候，我也是會覺得恩／自己也會很自責很憂慮嘛。

夏悲認為在婚前曾做了許多傷害太太的事情，因此當太太生產完第一個孩子後而病發時，夏悲很自然地會思索到：「我到底做了哪些事情讓她變得這麼～這麼的狀況不好或淒慘，我就開始去想說我到底做了哪些事情。」雖然後來在陪伴就醫的過程中，夏悲漸漸了解太太本身在其成長階段也曾遭遇過許多痛苦與不堪的經驗，但至今夏悲仍堅定地認為他需要為太太的憂鬱症負很大的責任。

在就醫的過程中雖然獲得醫師一個明確的診斷，但是這並沒有為患者和家屬帶來全然的助益，因為患者家屬仍千辛萬苦地想要為患者的疾病找到一個確切的原因。此外因為社會大眾對憂鬱症的誤解，有著根深蒂固的汙名化，所以患者與家屬經常難以接受診斷。除了無法真正的了解並因與抗拒患者罹病的事實外，患者家屬也會因此感到難過和自責，甚至擔心外界異樣的眼光。

疾病所帶來的改變，不論對家庭系統或個人而言都是一種壓力。精神疾病的照顧遠比生理疾病複雜，患者家屬不只需要細心的且同理的照顧患者，同時必須敏銳地覺察到自己的言行舉止，深怕絲毫的不留意而對患者造成傷害。因此陪伴所衍生的壓力，不只是對罹病結果的肯認，還有陪病過程中一波又一波的艱辛遭遇，亦即除了需要接受患者罹病的事實外，患者家屬還要面對因為疾病所帶來層層疊疊的考驗。誠如春慈所言：「我覺得有～有一位病人，不管是憂鬱症或者其它疾病……我覺得其實它都是一種壓力，一種負擔。」

每一個患者家屬之所以會成為主要陪伴者，皆有其照顧上的脈絡因素，可能是客觀環境的限制，患者家屬不得不承擔起照顧的責任；亦可能為陪伴者主觀的選擇扮演照顧者的角色，但無論如何，此陪伴關係開展了彼此間的獨特生命故事。春慈的先生始終無法接受孩子罹患憂鬱症的事實，並且認為那是孩子抗壓性太低，不願意為自己負責的表現，因此對孩子的態度總是比較嚴厲，在夫妻不同調的情況下，春慈得獨自承擔起陪伴的責任，面對先生過度的要求孩子，春慈對先生抱怨：「恩～當然我覺得

一個就已經很累了，第二個的話，真的會讓你覺得說～你到底有沒有搞清楚狀況啦！」。夏悲與太太兩人獨自到台北打拚事業，在工作發展正當如日中天時，太太竟得了產後憂鬱症，家中也沒有其他可以協助照顧的人力，太太總是一個人在家獨自照顧嬰兒，因此夏悲白天忙於店裡的工作，晚上下班後還要安撫太太負面的情緒，他形容當時的情形：

回到家的時候大概都是晚上十一、二點了，可是她就不讓我睡覺，一直叫我跟她聊天，一個人在家一整天嘛，可是當我要跟她講的時候，她都不講話，她不講，我就睡著了，阿她又生氣把我踹起來。(夏悲)

秋喜是家中的長子，與妹妹相差九歲，當時才國中的他就得擔負起照顧媽媽的角色。然而媽媽發病的主要原因之一是其夫妻間不斷的衝突問題，在父母關係衝突且疏離的情況下，秋喜自然成為主要的陪伴者。  
冬捨自小和姊姊的感情特別好，姊姊也很依賴她，婚後她們住在同一個社區，當時姊姊的孩子年紀都還很小，姊夫又忙於工作，因此每當姊姊情緒低落時，就會到冬捨家裡尋求陪伴。

在成為主要的陪伴者之後，面對照顧患者的許多問題和考驗，如果缺乏家庭其他成員的協助與支持，主要陪伴者往往是一人肩負起照顧與陪伴的重擔，在孤立無援的情況下，累積的情緒壓力無處獲得宣洩。主要陪伴者為了維持生活的正常運作，只能隱忍的方式將負向的情緒壓抑下來。受訪者回憶當時乘載著莫大的壓力：

我到那個教會，第一次去勸～淚流滿面，我敢說其實我有很大的委屈或壓抑，或者無奈在裡面……那姊妹就在前面幫你禱告，我就眼淚一直流～一直流～一直流。(春慈)

那～我也曾經～那時候，因為我是讀 XX 大學夜間部，所以離那個蘭潭很

近，我也曾經壓力大到～晚上下課喔，十一點左右，我去蘭潭那邊大聲的哭喊，因為我壓力我也沒有辦法釋放（夏悲）

可是我的壓力是把他們兩個壓力承擔下來，有沒有倒掉，或是壓下來……其實我自己也不知道，難過的時候也會難過，有時候我也會像發瘋似的～我也會咆哮。（秋喜）

夏悲因為與太太嚴重的爭吵而對婚姻感覺到挫折與無力感，並且想用工作來逃避面對太太，但是回到家裡，還是無法避免太太將疾病所帶來的情緒壓力傾倒在他身上，他如此提到：

我記得剛開始我應該是用工作來逃避，就是～不想面對她，盡量在工作上，想要讓自己很忙，可是後來你發覺還是逃不掉，你在外面做得更累，回到家，狀況依然存在。（夏悲）

春慈因為把所有的心思都放在照顧孩子的身上，面對照顧孩子的壓力和遭受他人的指責，她描述當時所經歷的高壓狀態：「那當然我是媽媽嘛對不對，那當然不能放棄他……可是諮商他不要，所以這時候你真的會有變成說～幫不了他忙，阿又不能放棄他，那個也很膠著。」以及沒發現自己在承擔照顧壓力下所呈現的身體反應：「那陪他看醫生～醫生也會跟我說：『ㄟ／X 媽媽，你很緊繃喔！』那時我在想，我有嗎？」。除了照顧孩子，春慈也遭受到來自於親友的指責：「很多不懂的人有沒有，給你的一些批評～其實坦白講是一點加分都沒有，我們也需要能量，需要支持被支持嘛！那只是讓我感覺大更有壓力。」

無論患者家屬是否接受患者罹病的事實，在成為主要陪伴者的那一刻內心的疑惑與接踵而至的重重問題，即成了主要陪伴者生命中的一大課題，亦使得患者家屬如負

重擔。身處於極大壓力照顧的情境中，患者家屬除了需要專業的協助外，也盼望獲得其他家人的支持，以及更多外人的包容與諒解。但事實並非如此盡如人意，在患者罹病的初期，主要陪伴者往往獨自面對所有的考驗。

### 三、戰戰兢兢費思量，急欲救拔獲解脫

避苦趨樂乃人之本能，身臨苦難，大多數的人皆視之為芒刺在背，欲求拔之而不得。雖然面對醫療系統所給出的憂鬱症診斷無法說明疾病明確的病因，患者與家屬感到十分沮喪，然而對許多患者家屬而言，明確的診斷至少為陷於混亂的家庭帶來治療的一個方向。同時診斷提供一個醫療架構，讓家屬更清楚疾病的狀況，同時對疾病的復原燃起希望，對患者也較能夠產生同理的感受。漸漸地，患者家屬也開始了解有關憂鬱症的知識和照顧方式。尋求醫療的協助對患者家屬而言，無異於像在黑暗之中顯露出第一道曙光。

即使對憂鬱症有了較為明晰的瞭解，面對患者因憂鬱症狀導致生理上的驟變，家人更加體會患者罹病的苦並且充滿著擔憂與不捨之情，春慈與冬捨感同身受的說：

真的～憂鬱症如果是這樣看的話，並不是他為了憂鬱症而憂鬱，是因為他覺得他撐不起來了，他累了，甚至他身體的那個不舒服的狀態已經讓他很困擾了。（春慈）

生病的人最苦！陪伴的人也苦！可是生病的人最苦！苦在於說～他不知道  
怎樣從那個病痛中跳出來。（冬捨）

雖然憂鬱症為個人及家庭帶來相當大的衝擊，但是在經歷疾病所帶來的創痛與在背負著沉重的壓力下，患者家屬仍須面對因罹病現實所產生的困境。即使考驗不斷，患者家屬仍對疾病的痊癒仍抱持很大的期待，並且積極的思考如何能協助患者脫離憂鬱症的陰霾。

坦白講～一般都會比較束手無策，然後也會慌，也不知道什麼方法是最好的，所以我們也在尋找嘛……，可是無形的部分～坦白講你也知道怎麼樣去幫他鋪墊子。（春慈）

剛剛講的是說在於自己的無力感，第二個是在於自己的～徬徨，因為你無力感之後你就會去想到說，我不想坐困愁城，一事無成……那我應該怎麼做，才是會讓她能夠變好。（夏悲）

我覺得是～對他來講有加分的我們都幫他做啦，只要有加分的我們都～願意去陪他幫他做，對！（冬捨）

有些患者家屬不了解憂鬱症的特性，以為患者的問題是暫時的，期待藉由醫療來解決他們所面對的問題，甚至認為可以透過藥物獲得治癒。因此積極的協助患者就醫成為患者家屬努力的主要方向，受訪者提及迫切期望與要求患者尋求醫療協助的情形：

為那時候我們呈現很緊繃，第一個是為什麼會這樣子，然後當然就難過跟自責，當然過來就是趕快想辦法幫他忙，想趕快把他拉起來，那當然就會～就會去到處去找醫生阿。（春慈）

那～我到最後的方式，我就是只能～建議她去醫院了，有時候甚至不是用建議的是強迫她去醫院，就是看醫生（冬捨）

本來並無宗教信仰的夏悲為了要說服太太就醫，以答應太太要去參加教會活動作為交換條件，夏悲當時認為只要太太願意就醫，要他做什麼都可以：

既然我答應她要去教會，那麼她也要開始積極的為她的這個～心理狀況，要去改進了，所以她就開始去看心理醫生……那當然，也是之前大吵架那一次，我就說～妳開的支票我做，可是妳也要付出一些努力這樣子（夏悲）

除了積極地尋求醫療上各種可能的治療方式，有些患者家屬會主動收集與閱讀有關憂鬱症的文獻資料，或主動向醫護人員詢問有關憂鬱症的疾病資訊，春慈提到當時的情形：「因為你覺得～你所有方法都那個～包括書是我們在看，憂鬱症的書我們買來看嘛！課我們去上啦！甚至醫生我們去看！我們自己去看！他不去看，我去看。」甚至春慈為了能說服孩子配合醫師的治療，竟然願意陪孩子一起住院：「可是因為他～他很怕住院，我甚至跟他講說～可以的話我陪你，只要那個～譬如說有雙人房嘛，媽媽陪你嘛！你住我陪妳住嘛！」，夏悲也提及回到嘉義工作那段日子，陪伴太太就醫的經驗，透過門診與醫師的互動來瞭解太太的情況：「那時候會很認真的去給醫生看，因為我們兩個白天都有工作，那就去看晚上的門診，剛開始看的是當然就是精神科囉～都是我陪他進去的。」同時夏悲也會透過閱讀相關的書籍，來瞭解憂鬱症及其正確的陪伴方式：「我會去找很多書籍，其實我～很喜歡看書，所以我～我會閱讀大量的書籍，那我會從～很多書籍當中去找出我應該要～對應的，我應該要做的，這樣子。」秋喜回憶當時媽媽接受治療的情形，醫護人員要求他提醒媽媽定期服藥：「後來因為媽媽服藥過量被送急診後，就比較有定期的在看醫生，我就盡量問她有沒有定時的吃藥，都會問一下～這樣。」

不論藥物治療或心理治療，憂鬱症的治療是一段漸進的歷程，治療成效很難立竿見影。許多患者家屬為了要加快憂鬱症的復元，除了接受正統的醫療外，有時也會期待透過非正統的民俗療法或偏方來協助患者。受訪者分享：

雖然我們都不是不信神的人，坦白講有時候碰到這樣～也會去跑一些道教，算那個米卦。（春慈）

其實我們是鄉下的小孩，小時候只要我們受到驚嚇，長輩都會帶我們去收

驚，就是那種～帶衣服過去給那個～類似什麼仙姑的收驚。那時候是抱持著一種嘗試的想法，想說會不會也有效。（冬捨）

在對憂鬱症有較多的瞭解之後，患者家屬除了尋求醫療和各種輔助治療方式的協助外，也願意試圖透過提供鼓勵、安慰或引導等方式來改變與憂鬱症患者的互動方式，期待患者能因此獲得療癒。受訪者盡其所能的想藉由正向的陪伴來改變患者：

他很 down 的時候我不講，我只跟他講說：「我還是很愛你啦！沒有你這個家就不完整了！」讓他知道他的重要性，那我也告訴他說～你想學什麼？那你比較喜歡的是什麼？從這個方向去做。（春慈）

那你就會用很多話語去鼓勵她，用外在的去激勵她，要她自己把心情變好，不要再鑽牛角尖了～怎麼樣了，你會一直跟她講這些話。（夏悲）

我知道媽媽很大的的壓力是來自於婆家的問題，我都會去安慰她說，反正那都是過去的事了，現在已經沒有住在一起，就不用再去想些不開心的事情。（秋喜）

那假如說有時候我會發覺到她有一點點陷入不舒服的情緒當中，那時候可能我就會稍微注意一下、觀察，那時候我的陪伴就會比較用心一點，不會只聽她講，我會想一些東西幫她轉移注意力。（冬捨）

當患者家屬轉向積極尋求醫療或其他方式的協助時，會更加期待患者配合所有的受助行為。當患者表現出抗拒的態度或行為時，患者家屬會將心急和受挫的原始情緒，轉變成生氣與煩躁的表面情緒，因而造成關係上的緊張。春慈提到有一次因為孩子不配合，而將積壓許久的情緒表現出來：「我那麼久下來～我都是好好講慢慢講，

然後耐心的講，可是他就是都不配合，所以會急，大家都急，會推他推比較快。」如此費盡思量的想要協助患者的嘗試各種努力，如果患者無法體會或接受，長期下來，患者家屬也會失去耐性，冬捨描述姊姊不遵醫囑的行為：

剛開始她也不配合吃藥跟看醫生，她總是要到很嚴重時讓別人壓著她去看醫生……我最討厭她的地方就是吃了一陣子藥又停藥，其實是會生氣啦，會覺得說～那是一種愛之深責之切的那種生氣啦！（冬捨）

面對病情進步的緩慢或甚至停滯不前，患者家屬內心倍感焦急，夏悲眼看著太太飽受憂鬱之苦，總是認為可以為太太再多做一點努力：

我陪她就醫的時候，心理醫生也是直接跟我講說，在這個時候你只能一直去support 她，你沒辦法做些什麼，我就問醫生怎麼可能會沒辦法做些什麼，我是她的先生，我怎麼沒有辦法替我太太做些甚麼事情。（夏悲）

患者家屬極力想幫助患者與期待患者復元的心境是不言可喻，秋喜說到：「最煎熬的狀況就是我心很急，我想要她趕快好起來。」冬捨也無奈表示：

我會有情緒出來，我覺的說她可以好的，為什麼她要讓自己越來越糟糕，我看她都只吃安眠藥，然後不吃一些症狀性的藥，我覺的她是一個很不配合的病人。（冬捨）

患者家屬在迫切的期望患者痊癒的情況下容易陷入焦慮的情緒，因此可能會使用一些較為極端的方式來要求患者，殊不知對於憂鬱症患者而言，這樣的推力可能使得患者又落入更深一層的谷底而導致病情惡化，這也是患者家屬始料未及：



當然我也有傷到他，那時候我的想法就是說～我在激勵他，我激勵你啊！

（春慈）

可是在這當中，我後來會這麼的照顧她是因為我也曾經試著想要把她逼到牆角，讓她能夠知道說欸這是現實的社會……因為我那時候只想改變她，給她壓力。（夏悲）

我覺得，我的陪伴方式～我會很～比較會用力的就是說～一直想要開導她，但後來發現，那會讓她承受加倍的壓力。（秋喜）

我覺得說～在陪伴過程中可能我也急著想要～希望她能夠趕快恢復，趕快就是～恢復正常的生活，然後心情趕快調適好，但是我覺得說～越想要她趕快好，她的狀況會讓我覺得～說愈不 o k。（冬捨）

許多的家庭成員認為憂鬱的症狀和行為是可以加以控制的，因此面對患者不願意接受治療和失控的行為，家屬會表露她們憤怒和受傷害的情緒。除了尋求治療，患者家屬會努力地處理患者因疾病而帶來所有影響家庭互動的問題，此現象使得患者家屬常常擺盪於積極鼓勵患者配合治療，與盡其所能的包容、安撫患者的兩端，但無論如何，患者家屬想協助患者康復的用心是無庸置疑的。

綜上所述，憂鬱症帶來個人系統與家庭系統的改變，在患者、家屬與家庭三者之間形成一個交互作用和影響的迴圈。一開始患者與家屬因不了解憂鬱症而混亂不安，試圖找出病因，期望能釐清困惑。此時患者家屬不了解導致疾病的過去、也看不見治療疾病的未來，彷彿落陷於時間的斷層，錯綜複雜的感受蜂擁而至，倍感壓力和負擔。經由醫療的協助與從自身陪伴經驗中，患者家屬努力地學習了解並且慢慢地拚湊出憂鬱症的初步樣貌，並且帶著只要就醫投藥與悉心照料，患者即可獲得痊癒的期望，而一心一意的想要尋求有效治療或陪伴方式，急欲將患者拉出憂鬱症的陰霾。

## 第二節 混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬

Highet、Thompson和McNair(2005)研究顯示一旦家中有人被診斷出罹患憂鬱症，患者家屬便會經歷許多心理和情緒上的反應。其典型的情緒反應包括：震驚、否認、困惑、悲傷、罪惡感、自責和害怕，顯示憂鬱症患者家屬的情緒會受到病患的影響。遭逢憂鬱症的衝擊，患者家屬從茫然不安到積極尋求醫治和照顧，疾病將患者家屬與患者雙方帶至另一種新的互動關係之中。為了獲得疾病的痊癒，患者家屬展開種種積極的施為和介入，因此患者即正式扮演起「病者」的角色。然而在家庭系統中，患者、陪伴者與其他家屬三者之間形成其獨特的互動網絡，在以疾病為核心所交織而成的家人關係，對患者家屬而言，顯得格外複雜與困難。Webster-Stratton和Herbert(1994)提出「惡性循環漩渦」說明憂鬱症負向症狀對家庭關係的影響，家庭互動會因為患者症狀而陷入混亂與糾結的關係。此外隨著患者病情的變化，以及在陪伴過程中所遭遇到的種種困境，患者家屬背負著巨大的情緒壓力。本節將從「家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷」、「情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏」和「陪病漫長難負荷，畏親尋短難自在」三個次主題說明憂鬱症患者家屬需面臨因為疾病所衍生出，在家庭系統中獨特的互動與溝通樣態，以及在此關係中，患者家屬面對病情反覆且漫長之身心感受。

### 一、家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷

家族治療學者採用「關係」的觀點，將「內容」導向的「線性因果關係」轉至「歷程」導向的「循環因果關係」，亦即以家庭成員間一系列的溝通互動來了解家庭系統（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。家庭中有一憂鬱症患者，會影響到整個系統的運作，首先家庭內原有的互動會因憂鬱症患者的症狀而帶來改變，其次當家庭中其他家屬對疾病的認知不同時，除了對患者表現出不同的態度外，也深深地影響著與主要照顧者的互動關係。尤其當其他家屬將疾病歸因於患者自身的個性時，會顯得傾向責備患者，如此往往可能使得患者病情惡化，也因此連帶影響主要陪伴者，並且加重其負擔。

關於憂鬱症患者的問題，如果家庭成員彼此之間缺乏共識與互動，主要陪伴者在家庭中會形成自我孤立並且缺乏情感上的支持。此外患者家屬在家人關係中，可能還要面對其他家屬與患者衝突關係的壓力。換言之，主要陪伴者所要面對的不只是在照顧上所承擔的責任，還要處理來自家庭其他成員的壓力。春慈先生因為對孩子寄予深厚的期待，始終無法接受孩子發病的事實，並且認為孩子是藉由疾病來逃避生活上的責任，因此很不認同春慈總是給予孩子較多的包容與關愛，甚至也擔心春慈會因照顧孩子而被拖垮，影響整個家庭的生活。春慈為此十分不諒解先生，春慈提及：

先生之前就跟我講說，這個孩子真的會拖垮一個家庭，他很怕他拖垮我，所以他坦白講～有點這樣子～有點類似要斷臂求生，這個孩子如果真的不行了吼，放給他去啦，他說這樣會拖垮一個家庭！（春慈）

夏悲生長於一個性別觀念比較傳統的家庭，父母愛子心切，不忍夏悲在結束一天忙碌的工作之後還要照顧家庭，更將疾病歸咎於媳婦本身的個性，認為都是因為夏悲太過寵溺太太，夏悲無奈地說：

那也有來自於外界的，比如說我的家庭方面，他們會覺得是我太寵我的太太～然後讓她予取予求，她就是任性啦，嬌啦，阿你就是要給她講嘛，要能夠人情世故，不要讓她想要做什麼是就要樣做什麼啦！（夏悲）

冬捨先生本來認為憂鬱症只是一個短暫的情緒低落狀態，對於冬捨照顧姊姊的行為並無太多的干涉，可是當姊姊頻繁且長時間尋求冬捨的陪伴時，冬捨先生就變得不能夠諒解姐姐的處境，冬捨面對先生的抱怨，僅能無奈的默默接受：

因為剛開始或許我先生會有一些～會比較會有一些微詞啦，因為他會覺得說～就是我姐姐好像打擾到我們的生活了，然後我好像很多時間都花在我姐姐

的身上，他就會不高興了。（冬捨）

面對其他家庭成員由於存在著對疾病理解上的差異，主要陪伴者除了未能獲得其他家人的支持外，有時夾在患者與其他家人之間，需顧及到患者的病情與維持家人關係的和諧，主要陪伴者著實難為，春慈描述當時先生與孩子為了是否住院的問題起爭執時，她的處境：「爸爸堅持要孩子住院治療，可是孩子就是不肯，那當然在這中間～在這過程我也是有跟他溝通，當然先生也蠻堅持的，有時候我在中間很辛苦！」夏悲的父母總是希望夏悲夫妻過年時都可以回鄉下老家圍爐，可是太太無法接受回家過年還要幫忙繁瑣的家務，堅持不想要回婆家過年，這樣的行為引發夏悲父母極大的反彈，認為媳婦根本無視於公婆的存在，夏悲描述當時夾在父母與太太之間：「我還～想要在我的父母～當兒子～這個角色，跟當丈夫這個角色當中求取一個最佳平衡點。」夏悲感嘆的說：「她已經承擔不起，所以～如果覺得很大的壓力或者是問題，我會覺得來自於自己跟我的家庭這方面，他們對這個病的不了解」，甚至當家庭其他成員與患者關係出現問題時，主要陪伴者還要扮演起患者與其他家屬之間溝通橋樑的角色。秋喜雖然知道媽媽憂鬱症一大部分的原因是來自於父母關係上的衝突，為了避免媽媽病情的惡化，秋喜總是辛苦地扮演起父母之間的和事佬：「所以他們在訴苦的時候，我等於是要變成一座橋樑，可能要幫他們講話，講不來的時候，我這橋樑斷了，會想說算了！真的是很擔心媽媽又想不開。」

考量患者的處境，主要陪伴者往往選擇與其他家人溝通，希望獲得對疾病與照顧上的共識，提供一致且具有利於改善病情的陪伴模式。春慈一開始覺得先生無法體恤孩子罹病的辛苦，先生也曾心灰意冷地對春慈表示，如果真的不行，便要放棄孩子的態度，雖然春慈終究也能了解先生的生氣背後的擔心，但身為一個母親，基於對孩子的疼惜，這些話聽在春慈耳裡，既氣憤也無奈，兩人也常常因為照顧上的差異起衝突，為了避免無謂的爭吵，春慈努力的採取各種與先生溝通的方式：

我來帶，你暫時不要有任何負面或批評的用語，對他沒有加分，我在拉，你不要再往下沉了……所以我跟他溝通，因為我覺得有時候難免會挑起一些情緒，我會透過寫 email，或者私底下我會約他出去，跟他談一些我的感受。

（春慈）

基於協助孩子改善病情的用心，春慈認為家庭成員對患者的陪伴態度和行為需要一致，因此除了需要進行有效的溝通外，亦須透過持續的共同學習和成長來達成這個目標：

應該是說一個對策，有時候真的是要同步，同步很重要，不然的話，效果會比較有限……我覺得可以的話～當然就是說夫妻一起去上一些這種陪伴家屬的課程真的是需要～夫妻啦或者家人啦，要能夠溝通。（春慈）

面對父母對太太的不諒解，幾經考量後，夏悲選擇與父母溝通，期待父母能同理且接納太太的疾病：「你想要兩邊都討好那是不可能的，因為太太已經是憂鬱症了，我必須要跟牠站在同一陣線上，試著去說服我的爸媽，因為他們是健康的。」除了力圖說服父母能諒解太太的處境外，夏悲也採取許多積極的作為，藉以維繫他與父母之間的連結與關係，避免造成父母更多的誤會，他描述當時的情形：「我只要有跑到那個附近的時候，我就會去跟他們聊天，讓他們覺得不是因為我太太這個病，我就完全跟牠們切割開來。」太太不穩定的情緒，有時也會對孩子造成許多負面的影響，夏悲常常要扮演起中介者的角色，修復太太與孩子之間的關係，讓孩子慢慢了解媽媽的情形，也避免孩子在發展上受到負面影響：

我都會私底下跟他解釋媽媽為什麼會這樣，試著讓他理解，那如果不能理解的時候，我就會把他帶離開那個環境，讓他做點別的事情，然後再找機會跟他解釋，然後你要用甚麼樣的心態來對待媽媽。（夏悲）

夏悲除了沒有對孩子隱瞞太太的病情，甚至會和孩子討論如何一起讓太太開心，期待藉由和樂的家庭氣氛改善太太的病情，他對孩子說：「當媽媽在心情低潮的時候，那我們就照著我們每個人的角色，你書讀好！不要讓媽媽擔心，那爸爸就把媽媽弄得快樂樂這樣就好。」冬捨在姊姊情況較不穩定的時候，知道需要用更多的時間陪伴她，冬捨表示會主動預先告知先生，避免先生的誤解和抱怨：「我會視情況先跟我先生溝通一下，讓他知道現在狀況是怎樣，讓他體諒一下我姊姊，我覺的這是做一個預防。」並且與先生溝通，這是一個過渡階段，協助姊姊度過每一個情緒的低潮期。

除了對憂鬱症的不瞭解導致延誤病情外，在華人文化中，一般人對精神疾病持較為負面的認知，也是導致憂鬱症患者及其家屬不願意向外尋求援助的主因。由於社會上對憂鬱症的許多誤解而產生的偏見和歧視，使得患者家屬擔心遭受被貼上「精神病」的標籤，患者家屬乘載巨大的照顧壓力下，還要面對外界異樣的眼光，對患者家屬而言，無異於是雪上加霜。再者，面對他人的關心，患者家屬也擔心憂鬱症所帶來的污名化問題，往往使得患者家屬刻意隱瞞病情，遑論主動開口向親友傾訴在陪伴過程中所遭遇的挫折與壓力。受訪者分享：

在孩子發病之後這的過程，大家當然都很關心，可是真正會感覺到說，包括我們家姊妹喔，姊妹算很親喔，我也都不敢讓他們知道孩子是憂鬱症，幾乎都輕描淡寫，隨便帶過。（春慈）

那親戚朋友大概～沒有沒辦法給些什麼，我～我自己的兄弟姊妹爸爸媽媽知道，可是親戚～其他親戚朋友應該都不知道，讓他們知道只是增加我的負擔而已，我不想一直在那邊解釋，還要顧慮他們的想法。（夏悲）

你說～那時候送急診也沒人知道，我媽就是不想就是～鬧那麼難堪啦！甚至我唸大學的時候也沒有什麼人知道我家的事情，只有一個熟的同學知道，這種事情對我來說是不能公開的秘密。（秋喜）

有時候回鄉下老家～很多親朋好友都會問說～怎麼好幾年都沒看到姊姊，我都說她工作比較忙，回去一次就問一次，問到我都有點不知道怎麼回答，這樣讓我很有壓力！（冬捨）

家族治療強調歷程的循環因果關係，著重在許多方向的施力，亦即家庭中某位成員的改變，影響其他所有成員及整個家庭，此反射作用反過來衝擊第一人，以連續不斷的環狀迴路產生影響（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。因疾病所衍生家庭中新的互動型態，改變了家庭中既存的規則與溝通模式，然而新的互動關係可能反過來對患者的病情造成莫大的影響。由次可知，在家庭系統中，患者家屬要面對的不僅是疾病所帶來的困難，還要處理來自於其他家庭成員的誤解和差異，所衍生出的許多家庭關係上的難題。並且對於憂鬱症汙名化的考量，擔心遭受外界異樣的眼光，使得患者家屬在家庭內外皆無馳援的情況下，倍感艱困與難為。

## 二、情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏

Murray Bowen 認為自我的區隔化（differentiation of the self）是指自我在心智上與情感上的脫離與獨立，未區隔化的個體難以脫離別人，而且會融入家族中那些具支配性的情緒型態（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。因為憂鬱症經常合併其他精神官能症狀，亦即除了情緒低落外，患者可能也會出現焦慮、恐慌與煩躁等不安的情緒狀態，當患者家屬無法充分瞭解患者的病情和提供有效的協助，或者用盡心思的照料，卻又遭受患者的誤解時，在陪病關係中，他們會經驗到許多來自患者本身複雜的情緒，並且也會因此常常陷入患者混亂的情緒之中。憂鬱症患者家屬比起一般人罹患憂鬱症換出現憂鬱症狀的比率還要高（Scazufca, Menezes, & Almeida, 2002）。

身為人母的春慈眼看著孩子的情緒起伏不定，心情也跟著起落不定，當看到孩子意志消沉時，她也有著揪心之痛，她如此形容其心情如何受到孩子的牽動：

可是呢～某方面我常常一直在跟他在做一些～好像情緒的拉鋸一樣，他心情好一點，我看了也寬心一點；他陷入膠著，我也跟著陷入膠著……只能說他

笑我就笑，他哭我就哭。（春慈）

夏悲能理解太太因為憂鬱所引發的負面情緒，為了讓太太的開心，他總是盡其所能地在家庭中扮演開心果的角色，然而當他面對太太強大的負面情緒時，夏悲還是難以抵擋，甚至也陷入情緒的泥淖：

我覺得比較嚴重的情緒的影響是在於～有時候明明我是帶著正向的～想要跟她溝通，或者想要跟她談事情，可是就被她拉下去，所以在這個過程當中，曾經我也嗯～會被她拉下去。（夏悲）

秋喜與媽媽分隔兩地，為了通話方便與節省費用，母子申辦同一門號手機，享有網內互打免費的優惠，因此當媽媽心情不好時，就會打電話對秋喜訴苦，秋喜總能體恤媽媽的狀況，但一通電話講下來常常就是一兩個小時，聽完媽媽的抱怨之後，秋喜心情不免受到影響：「所以媽媽打電話給我，在聽完了之後，臉色就是一定就是會變嘛，畢竟媽媽會倒很多垃圾桶給你，這都會影響我一整天上課的情緒。」冬捨總是特別珍惜手足之情，因此每當姊姊病情惡化，姊妹同心，冬捨的心情也隨之變得不好：

有時候我自己的情緒也會受影響……看她有時候越來越嚴重，可能會影響到我的心情，因為人跟人在一起～自己的親人，他的情緒的起伏～你不可能都是無動於衷的，我也會被她影響到，所以我的心情也會很低落。（冬捨）

在陪伴的過程中，患者家屬會經驗到深刻且錯綜複雜的負面情緒，即便如此，他們也能夠體察患者的狀況，而能區辨影響其生活的不是患者本身，而是患者的病情。因此在體諒患者與擔心病情惡化的形況下，患者家屬通常傾向選擇以包容和退讓來與患者互動。春慈對於生病的孩子總是容易被加呵護：「可是在這過程中我們覺得我自己也有發現到說因為我們當他是生病的人，所以時候呢就會比較～不自覺的就是說過



度的包容他。」冬捨雖然期待姊姊能規律的就醫，但看到姊姊恐懼就醫的時候，冬捨總是心軟：

是覺得她蠻可憐的，看她去看醫生那種恐慌的表情，感覺自己逼她～好像自己很殘忍，其實自己也有種駝鳥心態，她慢慢好了～狀況有改善～就隨便她，有時候自己也深思這樣做是否對錯，是否應該強迫她～硬逼她。（冬捨）

在經歷一段與疾病和患者的磨合之後，患者家屬學習到不該只是一味的配合患者，而是隨著病程的發展，患者家屬須依照患者的狀況調整其照顧方式，必要的時候，也會對患者提出規範與要求。春慈認為：「我就發覺說一個階段，不同階段譬如說他現在這個階段跟之前很谷底的階段不一樣之後，也是要給他規範。」冬捨也會看姊姊的狀況而適時的做出調整：「當然那是她的狀況真的非常差，差到怕她出意外，只能狠下心逼她去看醫生，不然你也沒辦法。」

患者家屬的情緒除了受到患者病情變化而有所影響，在與患者的互動上，也會因為許多照顧行為而造成情緒上的拉扯。最常見的情況是，患者家屬經常要求患者嘗試各種治療方法，在一心一意尋求治癒的心態下，容易轉向責備與不諒解患者，殊不知對於缺乏動機與興趣狀態的患者而言，這樣的期待，可能帶給患者莫大的壓力。春慈努力的尋找所有可能的治療方式，除了陪伴患者就醫，只要朋友介紹其他方法，春慈都願意去嘗試，然而完全不動的卻是孩子，她提到有一次建議孩子去參加藝術心理治療的課程的情形：

我們一直都會給他這方面的訊息喔！但是我覺得他不看……甚至我們也會想說～你要不要媽媽陪你去上這些～曼陀羅……他就不理你阿！不給你回應阿！你說～你會不會生氣。（春慈）

患者不配合就醫，在陪伴關係中往往會形成一股相當弔詭的動力。不僅是患者無力，患者家屬也感到十分無奈，雙方沒有交集。夏悲與冬捨也有同樣的感受：

在陪伴過程中，最終就是說你會發覺說，你都有在做了，你有盡力了，然後～你有想辦法，那～反而比較不配合的是生病的人，那個就是你會憤怒，她～真的是——非常的憤怒。（夏悲）

我覺的她是害怕看醫生，她是害怕碰觸她心底的那一塊，那我覺的～我想幫她，但我幫不上～因為看醫生也要她願意，所以她這個觀念讓我很使不上力，而且讓我覺得陪伴她～最受不了的就是她很配合。（冬捨）

由於憂鬱症患者情緒不穩定，可能會因為與家人在生活上的意見不同而產生爭執，甚至引發彼此強大的情緒反應，夏悲回憶當時為了買房子的事情與太太發生嚴重的衝突，在無法承受巨大的情緒壓力下，坐上十一樓的陽台，想以輕生的方式來解決所有的問題：

那這當中就不斷的吵～吵到後來真的～就那一剎那吼，就會覺得說～好累喔，我為你做這麼多，妳怎麼還是不滿意，我的努力妳有看見嗎？……那我事後在想，我或許～我在那個時候，我是想要嚇唬她。」（夏悲）

冬捨在姊姊病況最差的時候，除了提供情緒上的支持外，也因為姊姊生活功能減退，無法打理家務，常常需要幫她準備一些食物。冬捨提到當時姊姊有一段時間食慾變得很差，甚至連續幾天都吃不下任何東西，冬捨擔心這樣下去姊姊的身體會受不了，心急之下，強迫姊姊一定要吃東西，因此造成彼此關係上的僵局，冬捨描述當時的情形：

就看她氣色變得很差，好幾天都不怎麼睡覺，也幾乎都不吃東西，你說～一天兩天還好，可是～是好幾天，我會怕～怕她熬不過……我就強迫她，因為這樣她好幾天都不和我說話。（冬捨）

在照顧的互動上，患者與家屬所呈現的情緒拉扯，其張力是很強大的，如此一來，亦使得家庭中瀰漫著緊張和肅穆的氣氛，而過著戰戰兢兢的生活，夏悲與秋喜形容當時的狀態：

可是那種山雨欲來風滿樓，是一個很大的精神壓力，雖然不見得每天都會大吵大鬧，但是你每天就精神壓力很大，你不知道她什麼時候會「碰！」，阿你也不知道為了甚麼事情而「碰！」，那就是一個很高漲的壓力。（夏悲）

最開始是不知道怎麼溝通，都是我在講，然後～因為不知道怎麼溝通就會做出錯誤的判斷，會踩到地雷阿。（秋喜）

「情緒表露」指家屬允許自己以口語的或者肢體動作，來表達她們的憤怒和挫折等情緒，但是在已經引起衝突的家庭中，此種策略通常會升高既有的衝突（Brown, 1985）。然而在憂鬱症患者的家庭，患者家屬在顧及患者的病情下，常常會選擇以隱忍或退讓的方式處理自己負面的情緒。但是當主要陪伴者情緒壓力達到一定的極限，又未見患者病情好轉時，不免就會失去耐性，將所有積壓已久的情緒爆發出來。兩位受訪者春慈和夏悲同時提及：

阿彈性比較差的時候～坦白講也是有啦，後來我發覺說適度的～以前我曾經有分享過一次，說有一次我跟一個姊妹分享說，他不知道應我說什麼話，我在車上非常生氣的，非常生氣的罵了他。（春慈）

然後我～陷在情緒低潮，阿這個時候就糟了，就事情就會～就一發不可收拾，就會開始要吵架啦～又開始要做什麼事情啊，那所以我們常常就是會～我們家東西還常蠻常被我壞掉的。（夏悲）

患者家屬考量到避免造成患者病情惡化，又得要處理自己的負面情緒，因此需要重新調整自己的心態與陪伴的方式，學習與患者在互動上的拿捏，受訪者分別道出自己在陪伴過程中的體會：

我自己有發覺到說～你不要常常跟他有五四三的那個……因為這個孩子有時候就是～太巧了！巧到～人家講得～都笨去了！我就會覺得說～我覺得方式不能一直一樣。（春慈）

那我也會覺得說～會不會是他這個階段～是不是要進入這個方式～不再是全面的包容、接納，因為我是覺得說～只講好話喔～好像也不是完全適合憂鬱症，要看狀況！（夏悲）

畢竟會講反而比什麼都不講來得好，你就讓她講她所想的東西，不要硬逼她，會覺的逼她也會有壓力，她可能又會爆發……所以我們就會不知道哪來的拿捏，我們也沒有訓練，就是很自然的～就會知道說什麼事該問，什麼事不該問。（秋喜）

我自己有覺察到就是～我心很軟非常軟，阿～妳就是～比較 o k 要帶比較不 o k 的人……可是那種同情有時候～太過氾濫是不行的……今天是要幾分～七分三分還是三分七分～那個吼，每天都在變阿。（冬捨）

家庭是一個情緒單位，憂鬱症是典型的情感性疾患，負向症狀是此疾患的主要情緒表徵，系統中的每一個成員，彼此的情緒交互影響著。在未獲得覺察之前，患者家屬的情緒常常隨著患者起伏不定，更甚至會因此而陷入負面情緒的漩渦，有些患者家屬因此表露出其高漲的情緒，與患者形成衝突的關係。在不斷拉扯與磨合的過程中，患者家屬學習到如何依患者的不同狀態而調整其陪伴方式。

### 三、陪病漫長難負荷，畏親尋短難自在

所謂的「照顧者負荷」(caregiver burden)是指照顧者在提供病患照顧期間，造成照顧者社會的、職業的和個人角色負面的影響，當照顧者無法適應病患所帶來的生活改變或修正照顧策略以符合照顧需求時，照顧者就會經驗到照顧負荷的問題

(Sherwood, Given, Given, & Von, 2005)。憂鬱症的治療和復原是一條漫長的路，如果照顧時間拖長，主要陪伴者的生活將會受到極大的限制和影響，無論是來自現實生活中所面臨到的身體、經濟、家務和工作等負擔，或是來自於照顧上的無形的心理壓力，皆讓患者家屬感到沉重的負荷。然而憂鬱症患者家屬的心理負荷與患者自殺行為有重要關聯 (Biegel, Milligan, Putnam, & Song, 1994)。當患者隨著病情惡化而產生自我傷害行為，患者家屬所承受的壓力，及對其生活造成的影響自然是不言可喻。雖然有時候陪伴者也希望能夠走出此一圍局，然而事實上，他們卻從來就不可能與患者分開。

當患者家屬努力了一段時間後，患者的病情仍反反覆覆而不見穩定，患者家屬會逐漸懷疑自己所做的努力，甚至看不到未來，產生無希望感。受訪者對於漫長且艱辛的陪伴歷程感觸甚深：

所以造成就是說～在醫療上或是陪伴上會比較需要摸索，然後調整的時間會比較長……所以這個過程是～我體驗最大就是說～久病無孝子喔，這個家庭也是～真的這個是一個拖磨啦！真的是一個拖磨。（春慈）

有一陣子我也會很沮喪，我會覺得說，她以後這樣子更嚴重下去，是不是要住精神病院，所以我就覺得說～陪伴這樣子到現在快二十年了，我常常覺得

說～到底還要多久，要到什麼時候。（夏悲）

冬捨姊姊的病情總是很規律的發作，短則一年，長則兩至三年發作一次，這十幾年來，病情總是如此循環著，而且每一次發病的嚴重程度和病程也不一樣。冬捨常常因為姊姊好不容易才好轉的病情卻又急轉直下而感到挫敗，也因為病程拖得太長而感到害怕，這樣的害怕所指涉的是一種對生命未知與陷落的恐懼，春慈與冬捨害怕的是，不知道自己是否能撐得過去：

你也會出現就是說——到底要到甚麼時候，這種狀態要到～要多久，會產生這種很無力，很疲乏的感覺，有時候也真的是～這個情緒出來的時候我覺得是最危險的，因為孩子也會知道。（春慈）

我覺的～假如她在嚴重的時候～她黏我的時間就會很長，加上她的病情有時候不是一兩天，有時候一發作就是半年，那個時間拉長也是壓力阿……嗯～時間拉長會啦，有時候超過一年……一想到我就怕。（冬捨）

陪伴者除了照顧患者，仍然需要應付來自於工作、家庭與人際各方面的問題，面對多重角色所帶來應接不暇的挑戰與壓力，造成陪伴者在生理、心理和社會層面很大的負荷。春慈夫妻都有各自的事業，因此春慈總是需要獨當一面的應付來自工作、家庭與照顧孩子的挑戰，她感慨的說：

我們也真的坦白講，覺得說～父母也沒有輕鬆，也有我們的責任，也有我們的工作，各方面都有，所以這個時候你還要那個……我的能力也有限，這樣下來～真的是心力交瘁。（春慈）

有一次他語重心長的對孩子說：「我不是只有你，就是說媽媽對你也有責任，可是我

還有妹妹，我還有媽媽～還有爸爸，所以我不會總是一直這樣照顧你。」即使拖著疲憊的身軀也要陪在孩子身邊，然而在有限的心力下，春慈依然存有些許的擔心，怕自己敵不過病魔的摧殘。

當陪伴者逐漸的體察到憂鬱症就某層面而言是慢性的，而且可能是無法痊癒時，容易呈現沮喪與絕望的感覺。面對反覆又漫長的病情，著實考驗著陪伴者耐心與體力。夏悲在不堪來自工作、家庭與照顧太太的負荷下，身體出現了警訊：

那個時候她憂鬱症發作，那我白天有工作，晚上回家跟她吵架，隔天還要工作，甚至半夜起來照顧孩子，所以坐月子的時候，她的憂鬱症發作，阿那我的～僵直性脊椎炎也在那一年發作。（夏悲）

夏悲描述當時因為承受強大壓力，在與太太爭吵後的反應竟是：「她要把我的小孩～女兒帶走～跟我離婚，我心裡忽然覺得～我要解脫了嗎？如果離婚我就不用再讓她這樣子困擾著我了。」面對彼此的不諒解而導致的爭吵，夏悲總是選擇退讓，然而一再的壓抑情緒和壓力的累積卻也埋下了日後身心耗竭的因子，夏悲就差點因為不堪負荷，情緒崩潰而走向危途，：

我都已經陪你做到這樣子，為什麼我要想要自己的家你都不願意，就是好吧！那都是因為我……那我死了～走了好吧，所以我就真的就坐上那個陽台，跨出去～我說我跳下去給你看好不好？（夏悲）

人們對於遙遠且未知的未來總是容易感到焦慮不安，倘若在陪伴過程中，患者家屬經驗到患者病情明確且穩定的進展，那將是陪伴者莫大的推力，但事與願違，陪伴者經驗到的卻是一籌莫展，甚至回到原點，冬捨擔心她與姊姊兩個人都撐不過未來的考驗：

我會覺得說有點恐怖，我覺得這樣陪伴短時間，我覺得說我還OK，但是太長時間我覺得我有點自己也會覺得說，第一個不是我受得了受不了，而是我也會怕她受不了，我也會怕她承受不住長時間的精神折磨。（冬捨）

冬捨那樣的擔心來自內在最深層的畏懼：「這樣我也會覺得我的身心會達到一個～就是一個～臨界點，我會覺得～我的心很累。」

當憂鬱症患者長期受到疾病的影響，身體上的不適與心理負面且複雜的情緒，連帶地導致患者的社會功能逐漸喪失，其身心感受非他人可理解的。因此長期處在憂鬱症狀下，患者容易產生生活的無意義感，再加上自覺拖累其他家人，也會失去生存的動力，因此自我傷害或自殺行為經常出現在久病不癒的憂鬱患者身上。憂鬱症患者隨著內外在各種誘發因素，潛藏著病情再度復發的不確定性，當患者處於急性期時，患者家屬必須花更多的時間陪同在患者身邊，監控患者的狀況。患者家屬需要特別提高警覺，以避免患者自我傷害或病情再度復發。受訪者皆曾經歷患者想要尋短的情況：

他有一段時間可能是真的蠻 down 的時候，就跑到外面去，然後我們就要去找他，然後他真的是想尋死阿！（春慈）

她自殺囉，那一陣子是最擔心的，就那個過程當中，你除了擔心，可是你也沒辦法做什麼事情，更不敢去想說～阿她如果做了，我要怎麼辦？（夏悲）

她有時候就是情緒一來，可能想要連命都不要，就大量亂吃藥，全都吃下去，就會崩潰或忽然整個看起來像抽搐，直接送急診……當然會怕阿，媽媽想尋死，媽媽忽然不見了，當然會怕，會有無助感，對阿。（秋喜）

有一次她拿刀子割她的手腕割了五、六條傷痕，其實那次看到我真的很生氣，其實也很心疼，但又害怕她因為情緒的問題而想不開……，雖然覺的她



只是受不住情緒問題而發洩，但說真的～誰也不知道會發生什麼。（冬捨）

陪伴者與患者之間除了存在家人關係，同時也有陪伴關係，在此兩層關係中，情感的連結格外強烈。陪伴者面對患者自我傷害的行為，總是無法安心，過著提心吊膽的生活，一顆心懸在半空中，擔心若有個什麼閃失，將會造成永遠無法彌補的傷痛。四位受訪者形容當時的心境：

有時候會感覺他在走鋼索，有時候覺得這個孩子在走鋼索，他甚麼時候會掉下來不知道，有時候我們就是～這個時候～你那種害怕的感受會跑出來。（春慈）

可是你又沒辦法不外出工作，那她一個人在家裡的時候你會很很擔心，所以我就一直打電話給她，然後～但是你又不能問她說：「妳會不會自殺？」只能跟她談，我最近在甚麼事情啊～我現在人在哪裡啊。（夏悲）

可是只要媽媽出現了，就安心多了，至少她在我眼前，媽媽沒有不見，這是我安心的地方……她一個人住我快擔心死了……不然她一個人在～住在外面，其實像一顆炸彈放在外面，何時會爆炸你不知道！（秋喜）

所以那一次之後我就會有時打電話給她，關心一下她在做什麼……會找親人商量，會想把她送到醫院，強致她就醫這樣子，雖然她不在我身邊，但就是會掛心她，提醒她的孩子要注意媽媽的狀況這樣子。（冬捨）

讓患者家屬最感到煎熬的是面對反覆發作且歷時漫長的病程，再加上來自現實生活中所有接應不暇的問題，患者家屬背負著沉重的負荷而深感心力交瘁。尤其當患者病情惡化，出現自殺的意念或行為時，使得患者家屬恐慌莫名，如此焦慮不安的心

從未停歇。

綜上所述，憂鬱症帶給個人與家庭系統的影響是相當巨大的，患者家屬的負荷及壓力來自於家庭系統內外所給出的多重挑戰。陪伴者除了與患者溝通和互動上感到困難外，還要化解其他家人對患者的誤解，甚至擔心外人異樣的眼光，深感為難。此外患者反覆不定的病情，嚴重時甚至想自殺，對陪伴者而言，情緒的張力經常到達臨界點而不堪負荷，長期下來，可能導致患者家屬身心上的耗竭，衍生出家庭中更多的問題。

### 第三節 知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然

當陪伴者遭受患者罹病事實的衝擊，以及經歷了和其他家人與患者關係上的磨合之後，對於患者的病情感到無計可施時，自然需要尋求外界的支援。不論陪伴者的協助抑或是其他外在資源的支持，陪伴者逐漸體會到自己的能力或社會性資源都是外在且有限的，患者終須學習為自己的疾病承擔起責任，從自我內在產生力量。此時陪伴者逐漸地能從陪伴關係中微離，轉向自我調適與自我照顧。當陪伴者有了安定且穩健的身心後，更能接受與面對患者罹病的現實，並且與患者亦能發展和諧且健全的互動關係，提供滋養且療癒性的陪伴。以下分別以三個次主題「束手無策望支持，親友宗教助突圍」、「回歸自我得空間，區辨責任持界線」及「學習放下平常心，坦然面對明進退」，逐一詮釋本主題之深層意涵。

#### 一、束手無策望支持，親友宗教助突圍

Hans Selye於1930年代提出人們遭遇壓力後出現生理反應的歷程稱為「一般適應症候群」（general adaptation syndrome, GAS），此過程包括驚覺、抗拒與耗竭三個階段（引自周文欽、孫敏華、張德聰，2005）。經歷了漫長的陪伴之路，當所有的方法都用盡，陪伴者會經歷到無計可施與力不重新的無助和無奈，並且因照顧上的壓力而造成身心上莫大的影響。尤其當患者病情嚴重，有自殺意圖或行為的時候，通會讓患者家屬感覺身陷危機並尋求協助，包括醫療人員、其他的家庭成員、朋友或是宗教等。

經歷一番的努力之後，因患者的病情又回到原點的挫敗與無奈，是陪伴者共同的感受：

我真的覺得說我是死命在拉他，可是最後那個～感覺就是說，嘖！他還是讓我們很失望……那時候確實是～我有覺得就是，我也好像不知道怎麼幫他了。（春慈）

我常常一直在想過說～我應該怎麼做會更好，有當然是有想，但是做做不到，或是根本沒有方法，沒有任何的支援，所以那一段時間～在台北的時間，我是覺得～是挺辛苦的，非常辛苦。（夏悲）

就是有時候講完，或者是難～就是講到難過的事情，就是又回到～講回以前他們兩個不快樂的時候，講完我就覺得～你會很無奈吧！因為你也不知道該怎麼辦。（秋喜）

有時候～妳有時候你有點恐懼，其實有時候她去找我～我有點會害怕看到她，我覺得～我的無力感讓我覺得我不曉得怎麼面對她，那時候我就會覺得我很累！我覺得我不曉得怎麼幫她！（冬捨）

尋求社會支持對處於絕望的陪伴者而言，無非是注入一股新能量。Cobb（1976）認為社會支持（social support）是指個人從關愛他的與他尊敬或認為有價值的人之處獲得訊息，以及與產生相互溝通與義務的網絡連結歷程（引自劉焜輝、周文欽、張德聰、林蔚芳，2001）。陪伴者因為受制於照顧上的種種局限，使得原有的支持網絡，因為患者身分曝光而終止，或是因為害怕曝光，而不敢求助於原有的支持網絡。然而尋求社會支持是非常重要的，當患者家屬面臨陪伴上的問題或壓力時，透過與不同關係系統的連結，獲得不同形式的支持與援助，而能度過最艱困的階段。

在無助且無奈的情況下，陪伴者渴望獲得外在的支持，試圖的為自己找到暫時性的支撐，春慈在陪伴的過程中，為了孩子她嘗試過所有的努力，不管是就醫、心理治療、憂鬱症家屬成長團體、閱讀相關文獻、參加講座、民俗療法、甚至還試了許多偏方，可以說只要他能力所及的，幾乎她都試遍了，可是孩子的病情仍然反覆，未獲痊癒。她體會到了在陪伴歷程中，人是有限制的：

我們習慣就是要靠自己力量，所以這個時候你會發覺你很辛苦，很辛苦，是因為～這個事情坦白講，半年就解決的，OK，你也不會走到信仰去，就因為他拉很長，會讓你發覺說～你是有～你還是有限的，人還是有限的。

因此轉向尋求宗教上的支持，「就像我覺得說～我能量不夠，甚至於說我覺得我方法～都試過了……好像也沒有別的方法的時候，就是真的是走到心靈。」無非也是想要為自己和孩子，找到一個得救的出口。夏悲一間扛起家庭的經濟、照顧家庭和太太的責任，對於父母不諒解太太罹病的事實，夏悲無力多做解釋，為了維持婚姻家庭的完整，夏悲選擇遭受父母誤解的委屈，只能積極地盡量在父母與太太之間求得平衡。因此當太太病情嚴重，他又得上班的情況下，請教會的人協助關懷太太，怕太太一個人在家想不開：「所以我會請教會的一些人，就白天，那我不在的時候去家裡，阿或者是～把我太太找到教會當中。」面臨陪伴上的挫折時，也不敢向父母或其他家人尋求協助，無論發生什麼事，教會的朋友總能及時的提供陪伴：

因為和家人的關係不是很好，我也不可能求助於他們，所以就是請教會的人幫忙……晚上吵架，他們就會去我們家裡，然後就陪我們～一直陪到半夜，釋放我們的壓力，讓我們兩個的情緒安定下來之後，然後在一起做個禱告結束，大家再回家睡覺。（夏悲）

秋喜與冬捨則是在最困頓、無助的時候，尋求好友和其他家人的支持和協助：

他也會一直安慰我，嗯，沒事，對，所以我就覺得會比較好一點，我在難過的時候，還是有人會幫我撐腰啊，會撐著，對，不會說～讓我真的完全垮下來，這就是我比較幸運的地方。（秋喜）

假如她的狀況真的是～妳覺得說～連妳自己都沒有辦法去～就是說去 hold 得住她的時候，那妳就是要尋找資源了，我就會再尋找別的兄弟姊妹，因為我覺得我自己已經很累了！（冬捨）

社會支持之所以重要乃因個體可於各個支持網絡中獲得實質、資訊或情緒上的支持，藉以解決現實的生活問題、得到心靈上的慰藉、歸屬感與希望感。受訪者皆有從宗教或親友身上獲得支持的力量。春慈表示她一直在尋求宗教上的療癒，在許多宗教團體經驗中，春慈也看見了自己內在的需求。她提到在進入教會之前，她在其他宗教獲得比較多指導性的建議，然而這並非她要的感覺，直到她參加教會的支持團體，她感受到的是一種普同感。因為處境相類似的一群人所組成的團體，可以彼此提供精神上或實務上的支持，使得他們能夠在彼此的關懷和支持下，重新面對和處理自己的問題。她提到在教會參加團體的感受：

我覺得在分享過程裡面其實是一個很好的資源，就是我們會看到其實～不是只有你的家庭可能有這種狀況，很多只是他沒有講……所以他們的一些～給我的感動，讓我的心更柔軟，也是讓我有能量，其實它是一個活水。（春慈）

並且也在教會獲得歸屬感，不在感覺自己是孤單的：「所以這個時候我們就是會變成有那種連結……就是在分享的過程中感覺到被同理、被懂，那對我來講是很有滋養的。」

夏悲也肯定教會朋友用心的付出，在其陪病過程中，提供了很大的支持力量，並且讓他覺得到有參與感，不會一直封閉和孤立自己：

反正只要大小活動，就會一直～半強迫的叫我們參加，就是為了要把她拉到外面去，讓她接觸人群，她就不會一直閉鎖在自己的世界當中，所以如果在那個時候，應該是教會的朋友的力量是最大的。（夏悲）

秋喜長期接收媽媽負面的情緒，有時候也會因此感到煩憂，還好有一個結識多年的同學，能了解秋喜家裡的情形和同理秋喜的感受，並且願意傾聽秋喜的心事，使秋喜的情緒能適度地獲得宣洩：

如果我當下我沒有這麼好的朋友在身邊，那我一直獨吞，就自己一直吞下媽媽的重擔或者是家庭的……我不知道我會變成～長大之後或者是以後，或有什麼後遺症不知道，我就覺得還好就是有朋友在幫我分擔，就是讓我釋懷。（秋喜）

冬捨對姊姊的陪伴幾乎從未停歇，但是一但當姊姊病情嚴重，而產生自殺意念或行為時，往往會讓冬捨感到揪心不已，在這樣的擔心和焦慮下，冬捨則是藉由尋求其他手足的協助，來讓自己獲得一個喘息的機會。

一般來說，我是不會拒絕她來找我，可是當我發現她想要自殺，我發現我就沒辦法陪她，不是我不要，而是我怕自己沒辦法，然後～我就是～也是有找兄弟姊妹這樣子，可以詢問他們一些看法。（冬捨）

人類不管身處原始社會或現代社會，生命中皆有引起心理挫折與痛苦之經驗，不管古今，宗教即是個人解決問題的一種獨特方式（葉至誠，1997）。除了尋求專業的

協助與親友的情感支持外，有些患者家屬漸漸地轉向藉由宗教的力量來獲得幫助。受訪者尋求宗教協助的體會是：

後來在信仰這一塊～我覺得說～也是個機會啦！所以在接觸信仰這一塊，我也慢慢在找出路……那我覺得～如果我沒有做好，我就是求救祂，那如果我真的都沒有辦法了，我就把你交給上帝，看她有沒有辦法帶你。（春慈）

去找心理醫師，也受挫了嘛，因為她覺得一直挖那個瘡疤她受不了，然後去找心理治療師，又一直指責她說～那都是你自己心理因素，那吃百憂解又會產生副作用，都找不到路了，我們才專心去找教會依靠。（夏悲）

因為我自己有一些宗教信仰，所以我會在那邊尋求～看一些宗教的書或宗教的教法，我會自己去整理自己的心情，在宗教上獲得安定。（冬捨）

為了使患者獲得復元，患者家屬盡其所能地探詢相關的照顧知識與訊息，並且提供體力上與情緒上的陪伴與支持。可是當所有的內在資源用盡，卻仍無法克服因照顧所面臨的困境時，患者家屬轉向尋求外在資源的支持。親友或宗教團體成員支持力量無異於是荒漠中的甘泉，在患者家屬最艱困的時刻，提供很重要的援助。

## 二、回歸自我得空間，區辨責任持界線

無論是為了使患者能盡快的痊癒或體諒患者罹病的辛苦，患者家屬往往容易將許多責任攬在身上。對陪伴者而言，雖然患者的病情持續反覆發作，仍不放棄對患者的復元抱持著希望。但是在實際的陪伴經驗裡，陪伴者可能會經驗到許多憤怒、倦怠、挫敗、失落和絕望的情緒反應。在希望與失望之間來來回回幾趟之後，陪伴者慢慢的瞭解到，病情有時是無法掌控的，而且必須放棄控制的意圖。Williams（2008）提出人們面對問題時，習慣立即的做出反應，即所謂的「作為模式」（Doing），然而這並未能使人真的能面對和解決問題，相對地，若能將之轉為「存在模式」（Being），不

只是直接反應，而是先回到如實的與問題共處的狀態，更是一種自覺的生活之道與接納完整人性的態度。因此陪伴者慢慢地從陪伴關係中，退回到自己本身，重新檢視自己的照顧義務與責任，雙方的界線也因此逐漸地浮現出來。

接受疾病是無可避免的事實，陪伴者體會到心理疾病是漫長且反覆的，因此對自己該負的義務或責任有了重新的評估。如此一來，陪伴者對患者罹病的結果擔負起較少的責任，而轉為期待患者能勇於面對和承擔起生病的現實。受訪者有這樣的體會：

譬如說我們會覺得憂鬱症是沒有愛跟關懷，甚至於有時候我覺得說～某部分太多的依賴了……可是他有些事情是他自己應該要做的，那當然你現在比較虛我知道，但實際上，你不可能永永遠遠完全的想依賴媽媽。（春慈）

我只告訴他說～我能幫你的我盡量幫你，但是你自己也是要伸出手來，人家才幫的了你忙……像我覺得就是說，畢竟他的人生也是～還是他要自己去～應該是說去體驗，生病的過程也是在體驗他的人生，體驗這個過程。（夏悲）

但說真的～還是看她自己的接受度，因為她自己才是最重要的，她太封閉自己的心，其實對她的治癒會比較遙遠一點……但她選擇逃避，其實這對她的疾病是有非常負面的影響。（冬捨）

對於疾病責任有了新的認知，陪伴者試圖慢慢地將責任移轉至患者身上，並且積極地對患者有所要求，期待患者能因罹病而有所覺察和改變。春慈發現在陪伴的過程中，自己的照顧態度有時候反而是增強孩子依賴的行為：「他不是這麼坦承的經驗對自己，他很多地方，有些地方是逃避，所以他在逃避～我跟著他躲在那個地方其實是不對的。」秋喜更有患者須為自己的疾病負責的體會：「我覺的不是只有她，在我的認知裡面，其實人生病，百分之八十是自己要去負責。」



冬捨表示在這麼多年的陪伴過程中，她深深體驗到，旁邊的人只是盡其所能的提供協助而已，患者自己才是最重要的，她開始要求姊姊平時就要為自己的個人議題做功課。

不過真的～就是在這麼多年下來啦！有時候會覺得蠻無力的……我覺得他  
有時候可能認為說～我在這樣的狀態之下我就不需要負責任，有些地方是不  
是也有這種情形，所以現在我也會要求他說～你該做甚麼。（冬捨）

當陪伴者可以接受無法控制患者病情的想法，而且不必為患者的命運負責時，陪伴者才會重新修訂彼此的界線。春慈看出孩子知道媽媽對她的重視，因此而顯得太過於依賴媽媽：「所以當他覺得說～覺得說～他在你心裡面很重要的時候對不對，他其實是會傾倒在你身上，所以這個切割我覺得～也蠻需要的，要會分清楚啦！」，為了讓孩子能為自己負起責任，冬捨有如此的覺察：「當然我們自己生的嘛，自己的骨肉，那種心疼那是沒話講，可是～後來還是要分清楚他是他，我是我。」夏悲認為太太需要回歸到現實，即便她在童年時遭受了許多創傷，總不能一輩子都將自己關在象牙塔中，為了協助太太走出來，夏悲不再像過去那樣，裡裡外外的事都要自己處理，他逐漸的意識到：「可是實際上一定要做到這一邊，就像我我們常常會覺得說，嗯～不是切割，應該是說能夠清楚，應該就是說界定得很清楚。」冬捨因為長時間陪伴姊姊，不免也會疏於照顧自己家庭，對於這樣無條件的為姊姊付出，冬捨不曾有任何怨言，只是冬捨也期望姊姊能回歸到他的婚姻家庭，與他的家人共同面對生病的事實，將陪伴的責任適度轉移到姊夫的身上，畢竟他們是夫妻，也共同生活在同一個屋簷下，冬捨不須承擔起所有的照顧責任：「你就是盡量去幫她，但是她又不要去影響你的作息，你的心情的時候，這一塊不容易，可是就得要這樣才對啊。」當關係中的界線較為清楚時，也象徵著為彼此創造了屬於各自的空間，回到各自應有的位置，為自己的生命負責。

有時候陪伴者會面臨到應該保有自己，還是應該為患者的疾病負責的兩難困境。陪伴者有時會認為患者藉著生病的角色來逃避為自己負責，甚至也會懷疑患者所抱怨

的真實性，而不知道該盡到哪些倫理上的義務。因此陪伴者必須在照顧患者與維護自己健康之間取捨，換言之，陪伴者在兩者之間須取得一個適當的平衡。

在重新釐清與患者關係上的義務和責任時，陪伴者學習如何與患者溝通，包括表達對病患的關愛，而且會為自己設定有限制的責任。將原先只關注患者的生活態度轉向關照自己。春慈回想從一開始獲知孩子罹患憂鬱症時的焦慮和緊張，當時醫生對春慈說：「媽媽你要放輕鬆，你覺得很嚴重，他就會覺得很嚴重，你自己要先照顧好自己，你不堅強的話，你沒有辦法帶孩子。」此外陪伴的過程中也有一位同行的大哥提醒春慈要自我照顧：「你當媽媽的要自己要先堅強才有辦法孩子，因為你必須知道說～你不能他倒跟著倒。」因此春慈意識到身為一個憂鬱症患者家屬自我照顧的重要性：「如果我自己～如果沒有站得很穩的話，我是幫不了他一點點的忙，甚至會被她拉得很～會把你拉下去……需要把自己調得非常平衡也很有power。」然而春慈在陪伴孩子的過程中，總是扮演著一個無所不能的媽媽，因此當她在同情孩子時，可能無形中吸納了許多負面的情緒與想法而不自知，再加上不堪照顧上的負荷，春慈表示：「在陪伴的過程中我們也受到傷害，我們也需要被醫治和療癒。」並且認為陪伴者需要為自己再注入新能量：

你自己沒有受到療癒的話，你是沒有辦法去幫人的，愛心會用光的，所以你要再 recharge，你要再能源要再進來……因為你的身體狀況有時候，也是會比較 negative 的時候，你就要先做醫治釋放。（春慈）

冬捨深深的體會到患者家屬自我照顧的重要：「我覺得最終還是要回到自己，自己身心健康了，比較能看清楚關係中的自己，要不然兩個人只是在那邊空轉，那樣一點幫助都沒有。」在陪伴關係中，患者家屬與患者彼此互相影響，如果陪伴者沒有明確且健全的自我意象，很容易陷入混亂且糾結的照顧情緒之中。

一旦陪伴者能過超越在陪伴關係中所產生的負面情緒，才是他們真正可以回到自己的生活。保有自己是象徵著重新獲得自我感，陪伴者能夠保有自己，漸漸地重新把

生活重心放在其他事情上，陪伴者會運用宗教、設定界線、安排自己的生活、避免所有的事情都要考量到患者，並且以更開放的態度重新看待與患者之間的關係，對未來益發感覺到充滿希望。

憂鬱症不僅影響患者本身，包含患者的整個家庭系統內的成員都直接受到憂鬱症的衝擊，除了生理，患者及其家屬的心理暨社會層面更是受到遠大的影響。家人在照顧病人的過程當中，也要注意自己的身體與心理狀況，避免因過度投入而造成身心耗竭的情形。此時陪伴者瞭解到想要照顧患者，他們必須先照顧好自己，為自己創造空間，自我觀照與滋養。受訪者分享其自我照顧的經驗：

我還是走出來了，那～那當然到最後的時候，我覺得應該是有加分，因為我還是做我自己的時候……陪伴過程很辛苦，不能說沒有，但是我還是覺得我的人生還是蠻精彩的，做我想做和喜歡做的事。（春慈）

我也會讓她覺得說～我也要休息，甚至有時候～這是我自己的空間了，妳要尊重我……我自己會知道說這個時候，我要自己的空間的時候，我會先跟她溝通。（夏悲）

我好像～變得會拉不動她了，有可能會轉成就是說～只能先求自保了，先把自己眼前該做的事情做好。（秋喜）

那時候我就會睡不好，那我睡不好的話，偶爾我會逃避跟她在一起，會想要靜一靜，獨處整理自己的情緒，偶爾會啦。（冬捨）

在陪伴關係中，有了界限的觀念後，陪伴者逐漸自我鬆綁與自我調適，有些陪伴者主要是從態度上或認知上的調整獲得調適，受訪者分享其經驗：

甚至於我會覺得說～人生那麼嚴肅～放輕鬆一點，有時候就是會適度的講一些比較有趣的笑話啦！（春慈）

都覺得說～都會指責對方嘛，都覺得應該你要改，反而是接觸宗教之後我才認為說，不用她改，我來改，要求改改變對方太難了，還不如改變自己比較快。（夏悲）

我覺的這就是要轉念，當下我就覺的自己要正向一點，因為我知道我對她來講應該也是一個很重要的陪伴，所以我自己會調適，我會跟自己說我要把逃避的心態轉換，就因為這樣我才能再繼續陪伴下來。（冬捨）

有些陪伴者會採取實際的作為，像宗教儀式、運動或娛樂活動等方式，讓自己獲得情緒、壓力上的舒緩與宣洩。每個受訪者皆有其方法：

我上教會禱告，凡是藉著祈求、禱告跟感謝，將一切憂慮交給神。加上我的工作，加上我蠻會安排自己的生活的，有時候我會去看電影，或者運動，或者去旅行，所以我會去釋放一些壓力啦！（春慈）

因為無助感那些～我會慢慢吸收消化掉，然後就放掉，就是好像這種東西都會吸收，吸收到一定的壓力或是飽和了，我會做一次的宣洩，所以我的好朋友常常要當我的垃圾桶。（秋喜）

遇到一些壓力的問題，我覺得我會用運動方式，或是用一些別的方式也有啦，有時候自己遇到壓力去公園散散心，這也是一種紓壓，然後看一些有關生死方面的書籍會看啦！（冬捨）

為了讓患者勇於面對自己的疾病與生命的責任，患者家屬將疾病的責任交還至患者身上，期待患者能藉由責任的承擔而獲得改變，並且將生活重心轉向自己。患者家屬學習重新修訂與患者之間的界線，不再讓疾病限制了生活的時間與空間，當患者家屬創造了屬於自己的空間，便能用更多的心思在自我整理與自我照顧上，這不代表患者家屬棄患者於不顧，而是患者家屬深深的意識到，唯有照顧好自己，才有能力照顧他人，彼此回到自己生命該有的位置，各自照顧，彼此關懷。

### 三、學習放下平常心，坦然面對明進退

許多陪伴者體會到自己的努力是有限的，尤其當他們從醫護人員身上了解有關疾病的生物性病因之後，更能了解病情不是他們所能掌控的，如此就會減少自我的罪咎感，同時更能夠接受既存的事實。當陪伴者洞察憂鬱症患者的症狀，將會以持續且反覆的形式出現時，患者家屬會漸漸習慣陪伴患者的工作，並且試圖在陪伴歷程中找出適合自己的生活方式，讓生活回到往常的平靜，與疾病安然共存。

患者家屬在經歷了罹病的初期的震驚與困惑，到陪伴過程中情緒的拉扯和互動的磨合後，患者家屬逐漸從抗拒和逃避轉向坦然面對與接受的態度。春慈將此陪伴經驗視為人生的一個縮影，她認為人生本是一連串的考驗與挑戰，她努力地克服疾病所給出的種種考驗，並且視之為生命中必然的課題：

那像這個坦白講就是說～你是沒辦法選擇嘛，今天你碰到了，那就說前  
因後果都不管，你就必須要去面對嘛，有一點像就是說～就是人生的一項挑  
戰嘛！（春慈）

夏悲在太太病情不穩定的階段，常藉由忙碌的工作來逃避面對太太的負面情緒，然而事與願違，帶著一天工作的疲累，回到家仍然要繼續承受太太不停的抱怨，篤信基督教的他，只能告訴自己這一切都是神的安排而欣然接受：

可是後來你發覺還是逃不掉，你在外面做得更累，回到家，狀況依然存在，

那如果以我們基督徒來講，就是神那個時候在選召我了，要我成為祂的一個小羊。（夏悲）

秋喜是家中的長子，自然會承擔起家庭中的責任，因此面對媽媽的憂鬱症，秋喜選擇肩負起這個來自於家庭賦予他的任務，試圖做些努力，讓此問題獲得一個較為圓滿的解決：

這家庭給我這個問題，那就反而我要去把這個問題解開，解不開的話也要讓它平靜下來，而不能讓它再次再一直爆炸，反而不會說就是一直抱怨說～為什麼會發生這些事情，就只能面對。（秋喜）

冬捨常常以其原生家庭中的情感維繫者自許，姊姊和她長期的情感連結使得冬捨在陪伴之路永不缺席，抱持捨我其誰的使命且甘之如飴：

是妳不可能逃開阿，她就是最依賴的就是我阿，我逃開她不曉得要去找誰啊……想逃的時候，我就會跟自己對話了，當妳自己跟自己對話的時候，妳覺得說～妳自己還是要面對，要去調適妳的心。（冬捨）

調整自己的心態，選擇面對而坦然接受疾病，使得陪伴者不再用力地想要與疾病抗爭而造成彼此的傷害，相對的能順應疾病症狀，同理患者的處境，給出更具療癒性的陪伴元素。受訪者分享這種轉變的歷程：

有時候自己在學～就是感性跟理性吼，一定要調得很 ok 啦……我被同理之後，或者說～我更明確知道我的角色～我的定位，或者我自己的軟弱，或者我可以做的部分之後，清楚了，那好，這個時候我就比較可以掌握。（春慈）

當我接納了她的疾病……我現在想一想～還真的，我該做過我都做過了，但是真的沒有用，當他把心門給關起來的時候，我們外在～怎麼樣的一個叩門都沒有用，不如就順著她在旁邊給他支持就好。（夏悲）

很多時候我在掙扎就是說～這種狀況我非要改變到我所能接受的狀態，想改變不能改變的事情的時候就會很痛苦……其實不用改變什麼，只要我真正面對這個現實～就可以去拿捏了。（秋喜）

但是幾次的經驗下來，我覺得～如果我太用力，反而效果不好，反而我覺得～我看不到效果，反而她沒有改善……我覺得說我的態度改變，變得更能包容她時，我覺得是可以真的有幫到她。（冬捨）

賦予疾病的正向意義，容易維持家庭的凝聚力與家庭系統的穩定。當家庭中的成員較能接受憂鬱症，即使患者的病情時有變化，家屬也能夠接受患者隨時都有可能再度復發的事實，憂鬱症狀就不再被視為一種全然負面威脅事件。春慈因為在教會聆聽其他人的分享而感動萬分，也因此讓她對生命有更深一層的體會。當她了解了許多人也曾受過的傷以及當前也正經歷著許多苦，她才明白，她並不孤單，她也不是世界上最悲苦的人：「那從感動裡面自己也會發覺到說～我們的視野啦～我們的心量還可以再開一點，更開的時候就～你就有更多的能量來」，在此療癒的經驗中，春慈終能以一個較為平常的心來看待一切：「我覺得我是抱著一個 open 的心來～來協助我自己，來協助孩子嘛，後來想想～覺得說～也沒什麼好大不了嘛！就休學嘛！就休息嘛！」當她抱持一個開放且彈性的心來面對，她就接受了憂鬱症、接受了患者，也接受了自己。夏悲因為長期與太太的磨合，讓他漸漸習慣了太太的疾病並且能視之為平常：「再怎麼大的事情，我從來沒有什麼睡不著過，即使跟我太太爭吵到很嚴重的時候，我還是可以睡得著。」在還需要照顧兩個孩子和應負工作的情況下，夏悲需要很快的轉換與調整心境，他形容他和太太的互動：「這樣子一個磨合就～是後來我練就了～

她說我有特異功能，我在睡覺我都已經打呼了，她在跟我講話，那我還能回答，那是我最高峰的時候。」秋喜與冬捨也有對疾病漸漸習慣且釋然的體會：

那你今天還是～有時候也可能已經情緒也那個，你也會被他影響阿，可是影響之後，我們會比較快速的去做～就是做一個轉換、修補。（秋喜）

其實我對親情還是這樣子啦，我能力範圍之內做得到的，我會義無反顧，但是當我沒有辦法的時候，這個心有餘而力不足的時候，那我也只能祝福了，不刻意～就順其自然。（冬捨）

當患者家屬了解自我的限制，選擇坦然面對疾病，並且學習放下，視之為生命中的一個歷程時，彷彿又看見另一山水風光，心境也隨之自在且泰然，到達「見山又是山，見水又是水」的實然境界。

綜上所述，陪伴的路漫長且艱辛，除了耐心、毅力和勇氣外，也須仰賴外在的支持系統。儘管透過就醫或是尋求各種可能有效的治療和陪伴方式，抑或是藉由社會性資源獲得支持，陪伴者漸漸地意識到，不論是患者或是陪伴者，終究還是需要返回各自身上去找到成長的力量。在此洞察之下，鬆綁了原有混沌與糾結的陪伴關係，彼此更能以正向的方式同在，穩健的邁向復元的道路。

#### 第四節 宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長

Nodding（1984）對照顧倫理學的論述方式乃先由現象學式的描述入手，將關係及照顧關係中的主觀感受和內外現象做一描述。其以存在主義哲學對人存在處境，以及人與人相遇的真實存在感，為其論述的基礎。因此，照顧倫理學是為了去除知識上的遮蔽與擱置專業的思維，從人與人的關係開始，回到照顧者與被照顧者所依存的關係（引自方志華，2004）。此節主題說明憂鬱症患者家屬，因其與患者的宿緣關係而建構其陪伴經驗之意義。儘管陪伴過程艱辛萬分，但始終有一股支持他們前行的力量



和勇氣，回顧過往與前瞻未來，陪伴者如何於此經驗中建構其生命故事的意義與價值，以及產生當下的存在感？以下茲以三個次主題「親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔」、「珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復元」和「療癒之路曙光顯，但願扶持伴同行」，分別詮釋本主題之深層意涵。

### 一、親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔

患者家屬能為患者做的事除了照顧其生活外就是提供支持與陪伴。支持的意義在於無論患者的病情處於哪個階段，患者家屬願意傾聽與能尊重患者的需求，並給予心理與物質的支援。而陪伴的目的，則是讓患者感到溫暖而不孤單，意即能與患者同在，就是一種重要的正面力量。

Minuchin (1974) 認為家庭是一個相當複雜的系統，其中又以夫妻、父母、親子和手足，是最顯著與重要的四個次系統，任何家庭次系統都是由連結家人之間的關係所構成，次系統中的家人關係，可以反映出整個家庭的樣貌，個人潛意識和家庭成員皆有關連，此外每個人的世界亦由家庭所塑造。宿緣關係乃患者家屬與患者之間，因為許多情境脈絡因素，而產生對自我和對家人角色上的期待，雙方因此形成獨特的連結，更進而形成日後的主要陪伴關係。由本研究觀之，春慈本身接受高等教育，兒子又是家族中的長孫，可想而知，她對孩子的期望自然很高：「一般東方人本來就是，傳統觀念拉，孩子就是一個延續嘛！傳承嘛！當然就是對孩子的一個期望拉！望子成龍，這一塊都是～東方人更強烈的那個。」夏悲自小目睹父親因為不負責任，對孩子的成長與家庭造成許多負面的影響，因此他對婚後的家庭有著很大的想望，期許自己要扮演好一個父親的角色，努力地維持一個家的完整：

我給自己很大一個家庭概念，我結婚之後，我絕對不會讓我孩子，是一個沒有父親角色，是沒有一個家庭概念的這樣子，所以我覺得我的父親給我很大的影響，所以當我結婚之後，我就把這樣的想法想要化為實際。（夏悲）

秋喜的媽媽也是生長於傳統的家庭，認為兒子是自己未來年邁時的依靠，因此秋喜自小就被灌輸孝順的觀念，因此照顧媽媽即是天經地義的事：「可能是習慣了吧，習慣她那種模式，因為從小時候就是被這樣子教導，因為要保護她，對！所以就可能變成是一種責任跟習慣。」冬捨家中有四個姊妹，雖然冬捨排行最小，因為獨立且樂於照顧人的個性，使得她成為其他手足依賴的對象：

我覺得我這個姊姊從小就比較沒信心，比較膽怯型的，那我跟她不一樣，我比較外向一點，加上我的人比較正面思考，或許這樣她比較會喜歡跟我聊一聊她的心事。（冬捨）

患者家屬依著過去與患者的互動經驗，及其對家人關係的認知與詮釋，建構出陪伴關係的意義。春慈以身為一個母親的角色來形容她和孩子之間的關係以及她對孩子的呵護之情：

所以那種～當然又因為是從小～你等於是從呱呱落地這樣慢慢地帶上來，我想那種付出～那種心力啦～感情……那個是真的沒辦法去衡量的。（春慈）

夏悲則是秉持一份對太太的愛與對婚姻的承諾：

那～我覺得應該是愛她～我才要跟她結婚，那既然結婚了～她發了這個病，我應該承擔起照顧她的責任，……那我們就一起走下去，像是生命共同體。  
（夏悲）

秋喜自小一直跟在媽媽身邊，也是家中的長子，與妹妹年紀相差近十歲，自然而然地成為主要陪伴者的角色。因為與媽媽關係緊密，秋喜容易觀察到媽媽的狀態：

跟媽媽比較親密，回家也是跟媽媽玩……所以小的時候～最親的也是媽媽，因此會比較容易知道周遭的變化吧！因為跟媽媽久了，就是很習慣媽媽的步調，可是突然步調換了，或者是難過……就是比較容易發現。（秋喜）

冬捨十一歲時，媽媽因病驟逝，為了幫忙家中經濟，冬捨家中的姊妹皆沒有接受太多教育，就得到外地工作，連排行最小的冬捨也不例外。因此冬捨很感念在異地打工期間，姊姊對她的照顧。除此之外，雖然小小年紀就經歷喪母之痛，愛家的冬捨也暗自承諾長大後要成為所有家人的後盾：

小時候的成長過程中，說真的～我覺得她是蠻照顧弟妹的好姊姊，所以從小我們感情就不錯，加上我們結婚以後還是住在附近……我覺得她對我比較有信任的感覺，其次是我們工作上的時間差不多。（冬捨）

每個人或每個家庭皆有其獨特的生命故事，也因此交織成獨特的家人關係網絡。家人關係也代表著一種情愫，無論過去的生命經驗如何，受訪者對於「親情」各有其獨到且深刻的詮釋：

就覺得說～再怎麼樣就是血濃於水啦，說什麼再理性喔，也戰不過這個親情啦！（春慈）

因為她是我媽媽，就很自然地會～想要去照顧她，對阿～自然而然的，不會去想那麼多啦！（秋喜）

我覺得能做姊妹～在我感覺都是緣分啦，所以就是珍惜我們的緣分……我覺得親情就像在寒冬中的一杯熱茶。（冬捨）

認同是一種主體確認自己存在的過程，此過程涉及的不只是自我主觀的了解，同時也滲雜了他人對此一主體的認識。無論是何種因素的牽連，從患者發病的那一刻，患者家屬即開啟了生命中的陪伴旅程。隨著時間的推移，空間的轉換，在此關係裡細細品嚐著箇中的滋味。然而在陪伴的歷程中，認同一直都在，從一開始認同這個「人」，到後來認同了「疾病」。

在陪伴的過程中，隨著對憂鬱症病因的了解，患者家屬看見患者所經歷的苦，也能體諒患者的處境，在同理患者的感受之後，更能秉持耐心設身處地的為患者著想，接納患者並且與患者同在。一路走來，春慈總是比先生更能為孩子著想，他願意用更柔軟的心來體會孩子的感受，他和孩子最親近，孩子罹病過程中所遭受的一切，她都看在眼裡：「可是他不快樂阿！因為他沒有生活重心阿！他現在是卡在～他上不去，下不去的感覺，我覺得他就是這樣子……那我大概也聽懂，就是說～他是很苦啦！」當她對孩子和疾病有了不同的理解之後，她更能認同孩子的處境，並且給出更貼近孩子需求的回應：

那孩子也會講～為什麼是我？所以這樣同理心之後，就會比較能夠～就是說「接納」，有時候某些地方他還是不很 ok，你會知道～他在調整，他用他的方式在調整，所以你不要就他表面的一些話語或一些行為要去批判他。

（春慈）

夏悲在陪伴太太就醫的過程中，了解了太太在成長過程中所遭遇的一切，太太在幼童階段曾發生一件讓她深感到愧疚不安的事，此事讓太太始終無法釋懷，並且造成巨大的創傷，她對太太的經歷感到同情和不捨：

老實說～對我來講～對她來講都是很苦的日子，我都在場，那～醫生很專業阿！他就會一直去往下探底，有時候看起來是這個原因了，看起來還有更深層的，一直挖……每次去，兩個就哭著眼睛腫腫的出來。（夏悲）

同理了太太的苦之後，夏悲對其過去的陪伴經驗有了更深一層的體會：

我看到她的～之前的一些生活，對我終於知道說她也很辛苦，不是她願意這麼做的，她也很想站起來。在這邊我了解到說，我太太也很苦，不是只有我苦，以前我都覺得我很辛苦，現在會說～阿妳是在做什麼啦！（夏悲）

冬捨姊姊的個性比較固執，自小她是家裡最不得寵的孩子。面對父親的權威，姊姊的頑固脾氣，常常遭受父親的一頓毒打，冬捨體會姊姊內心的創痛：

她小時候在比較沒父愛的環境中長大，我比較能理解和同情她，我覺得～她不曉得是沒有去覺察到～還是～其實我感覺那個成長是對她心理造成很大的影響。（冬捨）

除了體恤姊姊沒有得到父親的關愛之外，冬捨更能將心比心地體會姊姊飽受憂鬱症折磨之苦，她表示：

其實我陪伴的辛苦還不及她的辛苦，因為她不舒服才是真正的辛苦，她～精神狀況不好的時候是非常得不舒服的……因為我知道她也是百般不願阿，因為她覺得她影響到家庭，影響到我的生活啊！（冬捨）

親情的牽繫，使得患者家屬願意為患者付出心力地陪伴，然而一旦對疾病有了進一步的洞察，意識到從某個層面而言，憂鬱症沒有所謂的痊癒，而且因著個人性格氣質因素，它只能相對地在時間週期中獲得症狀的改善或避免復發。此時患者家屬似乎了解到，盡己所能的陪伴是他們唯一可以做的。許多受訪者有這樣的體會：

我會跟他講說～媽媽沒有十全十美，我一定那些地方可能有忽略，或沒有注

意到～或者沒有聽到你的聲音，可是因為我也是很平凡的媽媽……我覺得其實我也算蠻認真的媽媽，雖然我不是完美的媽媽。（春慈）

我自己慢慢會覺得說～我有沒有盡力？……所以你會產生一些機制出來，就是說～要怎麼幫他，或者是自己心裡要去建設說，那如果你都盡力做了，最後的結果你要接受喔，這個機制慢慢就會出現了。（夏悲）

我其實我也沒有刻意去～覺得我會是去承擔，我只是覺得說她需要，她依賴我，然後我做不到，我只是去做我該做的事而已，我做得到的事，我做不到我沒辦法，能做的～我覺的我就盡力去做。（冬捨）

徐淑婷（2007）在《浴火鳳凰：釋放憂鬱的靈魂》的序文中論及復元（Recovery）是從疾病中走出來的，不是原來的那個人，而是經過掙扎淬煉之後的新人，有新的人生觀和新的人生地圖，復元是一階接一階的，終點是能夠與精神疾病共處。主要陪伴者盡其心力地提供關懷與陪伴，無非是希望能將患者引領至復元的彼岸，一路上必然是經歷崎嶇坎坷，風風雨雨，然而因懷抱著「親情之愛」，使患者家屬能夠堅持不放棄且無怨無悔。受訪者如此說道：

如果今天可以選擇說，可以不生這個孩子～那我曾經想過這個問題……可是我覺得還是要生啦，即使知道他是這種狀況，你如果先知道，是不是這孩子就不要生，我覺得還是要生。（春慈）

可是在她剛發病的時候，我還沒有加入教會，所以我並沒有這樣的約束或者是～我不能離婚……但是在那個時候，我就沒有想過要離婚，真的從來沒有。（夏悲）

所以在家裡，其實我好像是上天派我下來照顧好媽媽，他有什麼事要跟我訴苦，想跟我說我會盡量配合她，幫助她這樣子……因為是自己的媽媽，你又不能說罵她或者什麼，你只能就叫她不要想太多。（秋喜）

但是～不可能放棄阿，妳還是想換～就換別的方式阿，反正就是一定要找方法啦！……放棄喔！說真的～是從來沒想放棄啦！（冬捨）

「親情」締結了此一陪伴關係，患者家屬暗自許諾、願意奉獻，並且對疾病與患者產生了新的理解與認同，進而更深層地同理和接納患者。「親情」支撐著患者家屬走過艱辛的陪伴之路而無怨無悔。可謂是「問世間『情』為何物，只教人生死相許」與「衣帶漸寬終不悔，為『伊』消得人憔悴」的最佳寫照。

## 二、珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復元

Frankl（1955/1991）提及人們承受苦痛的能力，有種賦予生活意義及實現價值。陪伴者在其經驗中體會了現實存在的困境，並且在必須對此困境給予回應的同時，陪伴者經由不斷的重新審視疾病及其所帶來的影響，將此經驗轉化為獨特的生命「意義」。發現了存在的意義與價值之後，陪伴者更能給出空間來觀看在陪伴關係中自己與患者彼此的樣態。

相對於現代實證主義，後現代主義者認為並沒有客觀，絕對的真理，反之，相信現實真相是主觀建構的，是社會情境脈絡互動下的產物，是透過語言彰顯的

（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。White（1990）非常強調語言的使用，因為語言不僅反應真實，也是建構真實的力量，透過再建構的過程，透過語言賦予經驗新的意義。經歷了與患者、憂鬱症的共融與共生，陪伴者發展出許多毅力與勇氣，體會到先前不曾加以細察的生命元素。憂鬱症的存不存在，已不是唯一的事實（fact）；陪伴者所建構的意義才是其陪伴經驗裡的真實（reality）。回首來時路，經歷了無數的艱難與困苦，已過的經驗都成為一幕幕不堪回憶的往事。過去的且會過去，真正過不去的往往是自己。現實的殘酷使陪伴者了解到，對現實安然地悅納也是給患者和自

己的一帖良方。走過半百的生命，春慈經歷過許多生命中的風雨，儘管外表顯得意氣風發，然而提及這段陪伴孩子的經驗時，春慈難掩愁容地說：

沒有人會想要刻意學這一塊……可是做媽媽的勸，因為這個孩子，自出世按  
咧捏～捏～捏～捏到這大漢，你說不掛念～那麼豁達是沒有啦！只是你會發  
覺說，有時候這個功課真的沒這麼好做。（春慈）

夏悲一個人奮力地想為家庭、為生活撐起一片天，所忍受的辛苦並非三言兩語可道盡的，但為了讓自己有力氣面對困境，他得強打起精神，只能走一步算一步，現實的環境迫使他不得不往前走：

在那個當中壓力是很大，可是到了明天我可能就好了……就是再怎麼辛苦，  
過了就過了阿，我就不想要再回頭看……我不會陷在那個環境當中，再來什  
麼時候會發生，我比較不會去想那麼遠。（夏悲）

秋喜表示，陪伴過程中，所經歷的點點滴滴都無法忘懷，過往的傷痛不容許他再多看一眼，雖已事過境遷，往事竟是那樣不堪回首：

媽媽傷害自己的身體、撞頭、撞牆或是……，就只要是她想不開的，我就會  
很難忘記……這幾年已經沒那些事情了，就慢慢的拋棄不再去想它，寧願不  
去想它，過去了就算了。（秋喜）

走過了艱辛且漫長的顛簸之路，在未知中摸索、緩步向前，至今是愈走愈平順了，雖然不知道未來還會經歷何等障礙與考驗，但卻更加珍惜當前的平安與寧靜。受訪者淡然的表示：



因為前後十年了喔，那就是說～要滿意現狀是沒有，但是至少～他現在狀態是可以讓我們家庭可以正常生活，這樣想如果跟前面比較起來的話，就是要惜福，要活在當下，沒有想太多，也沒有擔心太多的事情。（春慈）

從死蔭幽谷，到現在的幸福美滿，因為在最慘淡的過去～應該是～要嘛就是離婚，但是我從來沒想過，要嘛就是她死掉，要嘛就是我死掉，就她想要自殺，我跑到陽台，那一直到磨合到現在～我認為是真的很幸福美滿。（夏悲）

就好像一隻小鹿，然後在一個很青翠的草地上吃草，然後就有一條溪流，在清晨的微光當中，是很寧靜祥和的，然後是無憂無慮的，不用為甚麼而擔心，我覺得這樣夠了，我們家生活～我已經很滿意了。（秋喜）

現階段的生活感受，我覺得說～知足、平安、健康其實這個就很好了。（冬捨）

Nietzsche 曾說過：「懂得為何而活的人，幾乎任何痛苦都可以忍受」(引自 Frankl, 1963/1995, 頁 99)。患者家屬回顧陪伴的過程，雖然每個人的體會不同、深淺不一，但就其個人成長、家人關係的凝聚，以及對生命整體的覺知與意義的省察都有其各自的領悟。在建構新的陪伴意義之後，患者家屬在照顧態度與照顧行為有正向的改變。在面對疾病與照顧態度上顯得更能接受罹病的事實，並且選擇坦然面對疾病所帶來的種種考驗，有些患者家屬更因此懷抱感激之情。即便春慈在陪伴過程感到倍極辛苦，也將此陪伴經驗視為她一生中所面臨的大課題，但除了些許的無奈之外，她仍然有著如此深刻的體會：「這一個痛苦經歷，它並沒有～只是白白的付出，沒有一個代價，不管是把它當成認命也好，或把它當成功課也好，反正就是去做，不要把它當成是一個苦痛。」在態度上轉為面對接納之後，春慈更將此經驗對應到其自身的生命意義與價值，認為這是一個使他得以學習與成長的契機：「其實我們也是透過這個在學習說

～人生的一個定義價值啦！因為孩子給我們的也是一個很深的一個～翻轉啦……這個是一個很深層的一種人生體驗。」夏悲表示在此經歷中，他獲得了一個宗教上的寄託與力量，並且因疾病而使得一家人的感情更加凝聚在一起：「沒有這樣，我可能一輩子沒有辦法接觸到這個信仰……讓我們的家庭更團結在一起，家庭的感情是我收穫最多的，曾經一起哭過、一起走過生命的低潮，覺得是很難能可貴。」甚至在陪伴中，夏悲更能對人產生同理心，學習傾聽他人的心聲，了解對方的內在需求：「我覺得～變成我能靜下心來聆聽對方想要說什麼，那～也會比較有同理心……聽見人家到底心裡在想什麼，然後去設身處地，真的是一起跟他。」秋喜則將此經驗視為一生中難得的淬鍊，使得他更有力量和勇氣面對種種挑戰，而對媽媽升起感謝之情：「還好家庭給我這種壓力，那反而我出去社會的時候再大的壓力我還是可以承受得住，所以我會覺得謝謝她讓我這樣子一路走來的成長。」和其他的受訪者一樣，冬捨對此陪伴經驗持肯定的態度：「陪伴她其實～我覺得我也是在學習成長，讓我認識了憂鬱症的一些症狀，也讓我覺得說～都是要學習，什麼事情遇到了，那就是一個功課。」也以姊姊的經歷為借鏡，變成日後面對生活挑戰的一種自我警惕：「在陪伴的過程中，我也反思，我覺得人應該正向一點，看到她讓我覺得說，不要因為一些小事情讓自己就陷入這種恐慌不安、沮喪的那一種生活環境中。」從先前的困惑與徬徨到坦然面對，從灰心和絕望到學習放下，此歷程的轉變仰賴患者家屬對陪伴經驗的認知與理解、認同與詮釋。受訪者如是說：

今天若不是這個孩子，坦白講～我可能還是一個蠻自我中心，有可能是比較自私驕傲的人，那～也可能透過他，我也擴張阿，所以萬事都互相效力拉，沒有甚麼不好啊。（春慈）

一個無常……這些這就像人生一個競賽，一個挑戰，你必須接受的一個挑戰，或者一個人生的功課。（夏悲）

我把他當成是正面的一個學習，那中間情緒的一個轉折變化，有，很辛苦，那一定……但是走過來之後，我回頭看是認為說，它是正向的。（冬捨）

當患者家屬在照顧態度上有所調整之後，直接表現於其照顧行為上，顯現出更具仁慈且寬容的愛。冬捨在陪伴孩子的態度與方法始終與先生存在很大的差異，當先生一再地使用種種「策略」來與孩子互動時，冬捨與先生溝通：「這不是戰爭，你不要跟我說什麼策略，就是無條件的、概括的，就是要接受、要愛他。」並且在接觸信仰之後，更能藉由信仰的力量來安慰孩子：「我後來發覺一個話很好，說上帝很愛你，媽媽也很愛你，你需要幫忙時我們都會幫你，當他焦慮的時候就用這種話給他。」夏悲在陪伴的過程中摸索太太的情緒，並且知道太太鬱鬱寡歡的個性，因此盡量的表現許多讓太太開心的事來博取太太的歡心，或製造一些歡樂的氣氛：「我會跟她講工作上快樂的事情，或者耍寶，或者是跟孩子做些快樂的事情，讓她覺得說～我們回家的時候是很熱鬧的。」看見太太開心，他也就開心了：

感覺上她那個時候～她那個眉頭就整個開了，你會覺得好棒喔，這變成我不知不覺中～，我知道她喜歡什麼，她會因為甚麼而開心，那會是一種～我認為是默契。（夏悲）

秋喜能細查媽媽的狀況，隨著媽媽的情緒狀態提供適當的陪伴：

如果只是哭，想到事情很難過，然後壓力發洩一直哭的話，我也會給他安慰，也會陪著一起哭，她會一直訴苦，就一直聽，就聽她講完，她累了就會休息，隔天就會沒事了。（秋喜）

如果是生氣到歇斯底里，只能等她咆哮完了，都發洩完了，等到她願意開門了，才能去安慰她，或者最後她累了，就陪著她，讓她躺著休息，看著她，

等睡著了再出來。（秋喜）

即使空間上分隔兩地，秋喜盡量讓媽媽感覺到他的關懷與陪伴一直都在：

她會打電話問我在哪裡，我在幹嘛，聊天之類的，就什麼都會聊開……盡量可以跟她分享，感覺我們還都在，沒有真的離開過，就盡量不要讓她感覺孤單寂寞。（秋喜）

冬捨姊姊在精神狀況不好的時候，並不會選擇對她的先生說，反而都是找冬捨傾訴，冬捨總是在家務與工作之餘，盡量地撥空陪伴她，提供姊姊需要的陪伴：「那我就是～她講話我就是傾聽。」當冬捨發現姊姊的狀況差一點，會帶姊姊去住家附近的公園走走，試圖讓姊姊轉移注意力，而不要一直在情緒中翻攪。縱然從未拒絕過姊姊，冬捨也覺得這樣的陪伴不算什麼「我覺得那都是用妳的時間，加上妳的一些心力而已啦！對我來講那都不會是犧牲啦，那都是一種關懷跟愛而已。」

儘管親緣情深，患者家屬願意提供無條件的陪伴與關懷，然而患者家屬衷心期盼的仍是患者可以逐漸的成長，邁向復元之路。

所以當然他的未來～我當然是希望說～他要能夠照顧他自己……就像～那個繭一樣～破繭而出，那一定會痛阿！可是你不破繭而出你沒辦法飛翔呀。  
（春慈）

希望她能繼續快樂，因為她就是那種個性啦，即使她現在沒有憂鬱症困擾著她，她就是不太容易開朗……我覺得讓她快樂是我一個很大的期望。（夏悲）

我要祝福她凡事要正向，然後自己要培養一些自己喜歡的好的興趣，才不會把自己關在自己生活中，好像一個象牙塔裏面，一定要走出去。（秋喜）

期盼她選擇面對，敞開自己的心胸……我當然是希望她比以前更堅強啦，然後比以前更正向……因為我覺得說她～從經驗中她自己會長出力量阿，然後讓自己在面對以後不管是順境逆境，都能夠很如意地過生活啊！（冬捨）

患者家屬不願凝視陪伴過程中所受的苦，卻能創造此陪伴經驗的意義，同時也獲得釋放和鬆綁，進而以新的視睇詮釋此陪伴經驗。如此非但對患者家屬本身找到自我存在的價值，也能因此提供患者更深度的陪伴，開展新的陪伴關係。

### 三、療癒之路曙光顯，但願扶持伴同行

人類可以因為生命所給出的種種考驗與挑戰，而找到解決方法，然唯有洞察生命的本質，才能獲致根本的、終究的解脫。憂鬱症帶來個人與家庭的衝擊與改變，使得患者家屬疲於奔命地尋找良方解藥，然而，問題的解決並不能使患者與家屬擺脫疾病的糾纏。當陪伴者的意識直指生命時，生命的現象本質於焉顯現。陪伴者也從此找到生命的出口。

James（1902/2001）認為宗教是指個體在其孤獨的狀態中，當他認為自身與其所認定的神聖對象有某種關係時的感覺、行動與經驗。當人遭逢苦難，卻無法獲得一個合理的歸因時，有時會藉由宗教信仰來尋找力量，每個宗教皆有其對生命的理論觀點，適足以提供人們對其生命的遭遇找到一個合理的詮釋而獲致解脫。春慈也曾對孩子罹病有過如此的懷疑，並且肯定信仰的幫助：「為甚麼會是我們家庭？我覺得信仰好像比較容易得到心靈的支持或者慰藉，因為我覺得人都需要這一塊。」春慈自認為是一個用心的媽媽，為了孩子，春慈悉心的照顧，益發彰顯出一個母親的偉大，在使盡全力，用盡方法地幫助孩子之後，春慈走向尋求宗教的支持：「我走到教會去，第一個當然也是希望利用這個方式來幫他，因為我覺得其他方式都沒有效，就剩下這個我還沒有試，那我也要試。」在接觸宗教後，春慈發覺：「先受到幫助的是我自己，接觸之後我才發覺說，原來我自己也是需要，需要被醫治、被釋放、被療癒。」帶著這樣的發現，春慈迫不及待地想與孩子分享他在宗教裡獲得的療癒體驗：「你自己就

是禱告一些很簡單的話語，就是重複唸……就是我們基督徒常講的交託，不是你可以擔當的東西都交託給祂。」在獲得宗教、心靈層面的體驗後，春慈對宗教有其獨特的感觸：

我會跟孩子講要感謝，感謝你今天還活在世上，感謝還有空氣和水，感謝所有～就是供應你生命的所有資源。這些感謝會讓你產生就是，負面的東西會跑掉，可以驅除一些負面的一些思維。（春慈）

夏悲的太太在高中時即接觸宗教且十分虔誠，婚後也試圖帶領夏悲信仰宗教，然而夏悲始終抗拒，直到太太罹患憂鬱症後，夏悲一開始也只是為了順應太太的要求，意興闌珊地勉強參加一些教會活動，直到經歷漫長且艱困的陪伴之後，夏悲才抱著姑且一試的心態走進宗教，他說：「因為這當中我也努力很多，可是在還沒有接觸信仰之前，感覺上～作用沒那大，甚至我認為說沒有什麼作用。」在接觸宗教之後，她感覺到他和太太都獲得幫助：「從聖經中得到一些支持我的力量……唯有神的愛，會讓我們可以喜樂，那我就會對照我的遭遇，或者是我太太的遭遇，從這裡可以得到力量。」也在信仰的過程中感受到心靈上的療癒：「我在禱告中我去碰到神……然後壓力就慢慢的不見了。」更因為宗教的教義使夏悲堅持不放棄，得以維持他們的婚姻：「就沒有想過放棄，真的沒有想過，那可能是我的信仰，因為基督教～我們這個教派的基督教是沒有離婚的。」如今想來夏悲內心充滿感謝：「感謝神，讓她心境的轉變，因為神的愛去彌補她一些創傷，那也讓我去了解她。」同時也對未來充滿信心：「把信仰抓住，才是能夠～解決一切的事情……就是完全交託，就可以完全放下來。」

冬捨對姊姊有一些期許，除了希望姊姊能身心穩健與生活平順以外，更期待姊姊能有一個信仰，作為心靈上的寄託：「我覺得說她要有一個堅定的宗教信仰，因為我覺得宗教信仰真的能夠幫助一個人穩定他的心情。」會有如此深的感觸乃因在冬捨的生命艱困的歷程中，她總能在宗教信仰中獲得一股安定的力量：「其實我看過很多書，在書上看過一些關於身心的問題，其實一個好的宗教信仰會幫助蠻大的。」冬捨以自身

的生命經驗向姊姊分享其安身立命之道：「宗教的一些理念，我會講給她聽，從平常生活中，我有時候就會給她一些東西，我覺得不錯的東西。」冬捨對其宗教很有信心，並且從宗教力找到生活的寄託，面對生命的未知與變異，皆能安然自在。

不論是從陪伴經驗中學習，抑或是找到安身立命之方，患者家屬對於未來開始充滿希望，此樂觀的信念並不像過去急迫地期待患者痊癒，而是以更開闊的視野看待疾病與整體生命的本質，易言之，即從「絕對」走向「相對」的生命態度。歷經了疾病的淬鍊，患者家屬更能夠涵容生命中所遭逢的一切，也因此開放的心，使得患者家屬學會放手，當一切都能放下時，才感受到擁有一切，全然體驗生命真實的存在。

相信生命，生命自然會找到其本有的力量。患者家屬一路披荊斬棘走到現在，當他們逐漸地從事件中跳脫出來，觀看整個陪伴歷程時，他們相信未來還是充滿希望的。春慈接受了憂鬱症存在著反覆發作的事實，也從經驗中學習正向地面對疾病，她描述對孩子的期待：「然後讓他能夠在～就算是反覆～就讓他反覆，反覆往上這樣子，不要往下就好。」並且深信孩子會漸漸地愈來愈好：

當這個最重要的靠山，如果慢慢縮小，也許他可以變成是我的倚靠，所以我現在是希望他是～慢慢～不是他靠著我，是互相，互相支持。（春慈）

秋喜從目睹媽媽因為情緒失控服用大量安眠藥意圖自殺的驚恐與混亂，到現在看見媽媽可以藉由自我調適漸漸走出憂鬱症的影響，他對於媽媽的改變感到欣慰並且充滿信心：

媽媽會自己想，她會覺得～她不要被藥控制……，她會覺得我不吃藥也會好，那個毅力起來了之後～我會覺得媽媽此時會自己生活，她自制能力已經建立起來，她覺得不用靠那些藥她就可以生活，我就安心很多。（秋喜）

冬捨始終相信姊姊終能從其生病經驗中學習成長，帶著這樣的信念，正向能量流露於陪伴關係之中，對姊姊而言，這適足以提供一個療癒性的經驗。冬捨對姊姊衷心的期盼：

這一兩年我覺得她恢復得還不錯，因為我覺得她越來越正向，而且她的情緒越來越平穩，而且她幾乎這一兩年都沒有什麼事了，那我覺得說，其實也不是說那麼糟糕。（冬捨）

「同在的陪伴」使得患者家屬對患者的愛一直都在，除了希望患者能在疾病中成長與復元，患者家屬始終如一的自我期許是對患者的不離不棄。過去是如此，未來也將是如此。春慈認為她和孩子已成為共依存關係，孩子需要她，她也因為孩子而感到為人母的價值，她想像退休後的情景：「我覺得這麼多年下來了，我覺得應該是說～我後面退休的生活，我相信他還是會跟我最多的一個。」並且描述退休後的的規劃和期待：「那現在我只是想說退休是因為～我可以更多的時間跟孩子一起運動，可能去接觸一些志工，我有這種想法～帶著他做。」夏悲真摯且堅定的表示：「應該是我一開始就打定是一輩子吧！我也沒有很心急說～她什麼時候會結束。」打從心裡要與太太廝守一生，陪伴一世。秋喜對媽媽的孝順與關愛，超越時空的限制，他認為：「怎麼樣都覺得～媽媽需要我們的時候，就要去陪她，要讓她覺的我們沒有離開過，一直都在他身邊。」未來結婚後也要把媽媽留在身邊，一輩子照顧媽媽：

我會想說～之後賺了錢，可能會買兩棟房子，一棟我住，一棟媽媽～就住隔壁這樣子，不管是住在哪裡，反正就是會把媽媽帶在身邊。因為找得到媽媽，媽媽也找得到你，不管有什麼事，就可以互相照應。（秋喜）

冬捨仍以姊姊的需求為主要考量，不畏艱辛，勇往向前：



假如說真的她還是那麼依賴我，要我陪伴的話，我想以前我都沒放棄了，未來我也不會放棄。（冬捨）

人的善行及對他人之德澤，使人得以超越己身的有限（Yalom，2008）。走在自我療癒之路，患者家屬有著豐富的體驗，當他們向外擴展了自我，生命自然會淬鍊出許多療癒元素，原來所給出的一切終究會反饋回到自身，一切都不會是白費。春慈為家庭及事業打拚了大半輩子，在生了一場大病之後，她對生命有另一層體會。她分享當她緊急被推送至開刀房時的想法：

因為事情很緊急，那～比較妙的是，一個念頭出來～我一生做了些什麼～對社會有特別貢獻的事情，反而是出現這個念頭，也沒有太多的捨不得。  
（春慈）

在生死交關之際，春慈對於家人和世事的眷戀，不似她想像中的重要，反而是回到自身去探問，生命的終極目標與價值為何？此深刻的體悟拓展了春慈生命的視野，並影響著她未來與孩子的方向：「像我現在想退休就是說～在我體力能力～各方面都可以的狀況之下，做一些回饋社會的一些工作。」並且也希望孩子能一起投入志願服務工作：

也許我要做的那一塊是他不喜歡的，但是我覺得～我需要做或者我喜歡做的事～我還是會做，歡迎他跟進來～就這樣子而已，我喜歡做～他也喜歡做的話，就一起做。（春慈）

夏悲從三十歲開始接觸教會，如今已年屆中年，教會對他個人與家庭別具意義。他相信神的引領與安排，並且希望日後和太太一起全心投入教會工作，協助和他們一樣正處在苦難之中，卻無所依靠或找不到出口的人。他曾有這樣的宏願：

等退休～我可能會全職在教會，我在五年前，我很慎重的考慮要～放棄現在的工作去讀神學院，因為我覺得宗教對我的～神給我的愛太多了，即使神不希望我們回報些什麼，可是從那邊領了那麼多～我想回饋。（夏悲）

冬捨對其原生家庭有一份深重的情感，除了照顧他的婚姻家庭，他總不忘關懷其他手足的情況。經歷了十幾年的陪伴，她始終在找尋一個能夠能讓姊姊獲得療癒的方法。漸漸的她從自身生命經驗中發現，人所追求的解脫之道並無不同，因此她開始將她從宗教上找到安定的力量與正向體驗，分享給姊姊，期望姊姊能和她一樣從宗教中獲得幫助，並且從助人的過程中體驗生命的價值。

她現在除了固定捐款，也偶爾會和我去做志工，去幫助一些甘苦人，或者去做環保志工，在那個過程中，煩惱不見了，也覺得自己是有價值的，我看見她變快樂了。（冬捨）

罹病的現實不斷地將患者家屬往前推移，遙望陪伴之路，患者家屬眼前不再是漫長無盡期的晦暗，而是一道來自遠方指引前行方向的曙光。患者家屬從宗教與來自於對生命的那一份相信獲得力量，藉以延展生命的廣度與深度，將它轉化為生命中具滋養與療癒的元素，並且將它擴展出去，讓愛遠颺，飄向更遠的地方。

綜上所述，家庭是一個有機體，面對因疾病所帶來的變動與壓力，家庭中的成員皆需對此動態的歷程做出回應，才能重整個體與系統的平衡。主要陪伴者在此系統中扮演一個生活照顧者、心理調適者、溝通協調者、資源整合與運用者以及靈性提升與超越者的角色，可謂是以愛為核心，以個人及家庭所遭逢的問題為經，以身心靈的陪伴為緯，建構出憂鬱症患者家屬陪伴經驗綿密且周延的網絡。

本研究基於詮釋現象學方法論哲思，詮釋四個憂鬱症患者家屬陪伴經驗的主題意涵，希望藉由對憂鬱症患者家屬陪伴經驗理解，深入探索經驗主體在陪伴歷程中所經歷的重擊，遭遇到困難與自身在陪伴關係中的調適歷程，家庭中受到的影響以及家人

的互動與溝通型態為何，以及支持系統的功能與角色。基於此研究目的，研究者經歷理解、分析、解構、再解構的反覆分析思辨，以螺旋循環的主題分析方法，提出四個主題命名：（1）不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方；（2）混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬；（3）知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然以及（4）宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長。以陪伴憂鬱症患者之歷程為主軸，以逢憂鬱症衝擊與積極尋求醫治的心路歷程為始、再以經驗主體的身心感受、心理空間的壓縮與受限之處境、自我調適歷程與因為親情關係而建構過去、現在與未來的陪伴意義。

## 第五節 延伸討論

研究者秉持開放且彈性的態度進入研究場域，與研究參與者以互為主體性的關係，探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗。此經驗現象顯現出憂鬱症患者家屬的陪伴經驗本質，為了使研究結果更具深意，研究者針對研究發現進行整合性之延伸討論。本節首先進行憂鬱症患者家屬陪伴經驗之個殊性探討，其次為憂鬱症患者家屬陪伴經驗與文獻之交融，最後，根據詮釋憂鬱症患者家屬之陪伴經驗之本質意義，從受苦經驗朝向自我療癒與自我轉化之道，進行憂鬱症患者家屬陪伴經驗之存在性與本質探討。

### 一、憂鬱症患者家屬陪伴經驗之個殊性探討

本段將針對研究參與者間之個殊性進行歸納與討論，分為「患者家屬對憂鬱症的歸因不同，呈顯陪伴方式差異」、「患者家屬與患者是否同住，對患者家屬在陪伴關係中所承受的情緒壓力論述」兩方面加以討論。

#### （一）患者家屬對憂鬱症的歸因不同，呈顯陪伴方式差異

雖然現象自有其本質，但隨人們對現象觀看的角度不同，即形成其理解現象之差異。本研究發現陪伴者對憂鬱症的歸因方式不同，產生其獨特的陪伴方式。春慈顯現出對孩子的擔心和期待；夏悲是帶著自責的補償心態，亟欲取悅於太太；秋喜是以保護者自居，捍衛著媽媽；而冬捨則是對姊姊展現像父母對孩子般的慈愛，盡管形式不一，但其共通的本質皆是「愛」。以下就陪伴者陪伴方式的個殊性進行探討。春慈將孩子的憂鬱症歸因於孩子本身個性問題與以及先生對孩子過高的期待。春慈提到孩子

的人格特質是罹病主要原因：「人格特質多少就有一些潛在的一個發病的～一個在裡面。」並認為是孩子固著不願意改變的個性：「那實際上發覺有一塊是說～是他自己～應該是說不願意調整的一個模式。」尤其反映在孩子的人際互動上，她認為孩子需要開放：「某方面一些心機的問題吧！他覺得說～我懂的是我好不容易弄懂的，所以在分享這一塊，我覺得他也會比較弱。」；其次是來自於先生對孩子的期待，因為孩子是家族中的長孫，先生期待孩子以後當醫生，光宗耀祖，為家族帶來好的聲譽。春慈描述當時孩子發病前面臨高中選組的問題：「爸爸一直給他一個觀念說～你就是要當醫生！考幾年都要去當。」春慈認為孩子內化了先生的價值觀，對自我要求很高，也因此誘發了孩子罹患憂鬱症的危險因子。帶著這樣的理解，期待孩子性格上改變而能獨立自主以及與先生溝通的問題，自然成為春慈在陪伴過程中很重要的經驗。身為人母的陪伴者總存有一份對生命有限的擔心，擔心未來自己老了或死了，誰來照顧孩子？孩子到時候該怎麼辦？春慈和大多數的媽媽一樣，因為擔心孩子的未來，而殷切的期盼孩子能自立，春慈認為對孩子的照顧要及早放手：「因為我不可能照顧他一輩子，我現在不放，等我到我很老的時候，再來放的時候～可能更慢了！來不及了」並且期望孩子能忍痛的積極改變，以突破現狀：「這個就像那個繭一樣～破繭而出，我說那一定會痛阿！可是你不破繭而出你沒辦法飛翔呀，所以你自己一定要破繭出來。」在與先生的互動上，春慈容易對先生責備和抱怨：「所以那時候我也認為說～其實因為很多的決定是你太強勢了。」溝通上也遭遇不少困難：「那當然在這中間在這過程我也是有跟他溝通，當然先生也蠻堅持的」面對生病的孩子以及不能體諒的先生，春慈感覺到挫敗和無力：「有時候我在中間很辛苦！一個鬧情緒就那個了～另外一個也在那邊鬧。」。

夏悲始終將太太的疾病歸因於他在婚前不斷做出傷害太太的種種行為，因此夏悲在陪伴過程中顯現出他的補償心理，對於太太的情緒總是選擇包容和退讓，他描述有一次夫妻爭吵的情形：「我沒有開口說好～那就離婚，反而是很戲劇性的，我跟她說～如果妳覺得我要彌補妳，我對妳造成傷害，妳告訴我我要做什麼，然後妳開的支票我做到。」盡其所能的想要補償過去帶給太太的創傷。此外由於太太的發病是在生產

完之後，當時夏悲經營一家牛排館，全心全意地投入在事業上，幾乎沒有時間陪太太，夏悲也為此深感愧疚，因此當太太情緒比較低落或不穩定時，夏悲總是刻意的逗太太開心，有時間就帶太太出去旅遊，盡量騰出時間陪伴太太。

Minuchin（1974）認為家庭聯盟（coalition）通常給系統帶來壓力，阻礙家庭個別成員和家庭整體的運作。秋喜自小聽到媽媽對於家庭與夫妻關係很多的抱怨，認為媽媽的憂鬱症是來自於婚姻家庭中，家族長輩給予的壓力，以及爸爸從未同理媽媽的處境卻又苛責媽媽，因此秋喜認為媽媽長期處在一個被壓迫的弱勢地位，爸爸需要為媽媽的憂鬱症負很大的責任。為了捍衛媽媽，秋喜對爸爸多所要求和指責，經常扮演保護者的角色。秋喜敘說當時的情形：

主要會問就是關於我爸，可能對我媽怎樣，或我媽有什麼不滿？我就會直接很生氣，因為我會覺的你是她的另一半，你對於你另一半這麼不好，那你在做什麼，就罵我爸。（秋喜）

冬捨認為姊姊自小未獲得爸爸的關愛，並且因為姊姊的拗脾氣，常常就惹爸爸生氣而遭受一陣毒打，造成姊姊童年的創傷，導致成年發病的主要原因，因此冬捨對姊姊始終充滿著同情與不捨。在陪伴過程中，總是竭盡所能地提供像長者般的愛與關懷，想藉此彌補姊姊在成長過程中的缺乏。由於冬捨的父母皆已過世，冬捨經常自嘲的說，在她的原生家庭中，他現在需要同時扮演父親與母親的角色。

綜上所述，患者家屬對憂鬱症的歸因方式不同，表現出不同的陪伴方式。研究者於本研究歸納出四種類型，分別為期待型、補償型、捍衛型與護家型。儘管陪伴方式有所差異，卻皆可看見陪伴者對患者所展現綿延無盡的愛。

## （二）患者家屬與患者是否同住，對患者家屬在陪伴關係中所承受的情緒壓力論述

Lewin（1936）的場地論（field theory）解釋人的行為與周圍環境之間的交互關係，人類行為表現是由整體環境中各種可意識到的因素所決定，其中環境因素也包涵了人與人之間的互動（引自宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍，2002）。本研究參與

者有兩位患者家屬與患者同住，一位與患者同住至唸大學後外宿四年，大學畢業後與患者不同住，另外一位雖與患者不同住，但住在同一社區。論及患者家屬是否與患者同住，從研究結果中發現，與患者同住的陪伴者所感受到的情緒壓力相當複雜且鉅大，甚至造成雙方關係的衝突與緊張。一般而言，憂鬱症患者在疾病的侵襲下，往往造成生理、心理和人際上功能的退化，甚至無法上班和就學，患者家屬與患者在長時間且較多的互動過程中，容易因為患者的情緒變化而受到牽動與干擾。同住的陪伴者容易出現沮喪和絕望感，甚至有時候在面臨強大的壓力下，想截斷此情緒關係，然而基於親情的牽繫，患者家屬也僅能堅韌的面對此煎熬。

就與患者同住的春慈和夏悲而言，其家庭系統中成員的互動呈現較多問題，家人關係亦顯得複雜。春慈除了需面對因照顧孩子所衍生出的情緒壓力，還要面對來自於先生對孩子和自己的不諒解，有時更是夾在兩者之間感到矛盾難為。春慈面臨強大壓力而深感絕望的說：

一路這樣陪，當然有時候會有失望阿！有時候也會無力啦！有時候也會想說～到底這個孩子救得起來嗎？真的會有很多的一些深層的一個～應該是一個憂慮在裡面～可是我又不能放棄，那真的好苦。（春慈）

夏悲太太發病時孩子都還是嬰幼兒階段，因此太太因憂鬱症所引發的情緒直接反應在夫妻兩個人互動中，無窮無盡的嚴重爭吵一度危及婚姻關係。面對長期陪伴壓力，夏悲也一度感到茫然無助：

所遭遇到的就是自己很大的無能為力跟無力感，因為太太這樣子，根本是～不管做什麼都沒有用，都沒有辦法改善，陪她或者是鼓勵她，她就是把你拒絕在她的心的外面，你就會很急、很受挫，甚至想要放棄這一切。（夏悲）

在情緒壓力的感受上，與患者同住的陪伴者，受到患者憂鬱症狀的衝擊，除了多

且廣外，強度也是大過於非同住的陪伴者。尤其這些衝擊直接地造成陪伴者家庭關係不睦及其身心健康嚴重的威脅。

從本研究結果發現，憂鬱症為一情感性疾患，主要的症狀反應在情緒的變化，因此患者家屬因對疾病認知不同的主觀因素與是否與患者同住的客觀因素，產生個別特殊的陪伴類型與感受程度不同情緒壓力。由此顯示，探討憂鬱症患者家屬之陪伴經驗須將陪伴者置身所在的主客觀因素納入考量，更能對此經驗產生更深入的理解。

## 二、憂鬱症患者家屬陪伴經驗與文獻之交融

藉由憂鬱症患者家屬陪伴經驗的處境、身心感受、調適歷程以及本質意義之研究分析，進一步與研究相關理論及研究文獻進行對話，試圖觀看本研究主題與文獻相呼應之處。分為「憂鬱症患者家屬陪伴經驗與家庭相關理論」與「憂鬱症患者家屬陪伴經驗與相關研究」兩個部份進行討論。

### （一）憂鬱症患者家屬陪伴經驗與家庭相關理論

家庭相關理論提供一個參考架構，有助於對家庭系統、家庭結構、家庭成員互動與關係，乃至於個人感知的瞭解。本研究旨在探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗，研究結果呈顯出陪伴者在家庭中的處境、身心感受與關係等範疇。準此研究者試圖以研究主題內涵與家庭理論概念呼應，一窺兩者所交融之處。茲就家庭系統理論談憂鬱症患者家屬之互動關係、從家庭環狀模式談憂鬱症患者家屬之家庭動力以及從家庭壓力理論談憂鬱症患者家屬面之陪病歷程分述如下：

#### 1.從家庭系統理論談憂鬱症患者家屬之互動關係

家庭系統理論著重個人與家庭成員間的互動關係，家庭動態、組織及過程，亦著重家庭系統中的系統與次系統、家庭規則、界限、階層性、整體性與恆定性，彼此是相互作用的（Goldenberg & Goldenberg, 1996/1999）。在本研究中，主題一之一「目睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑」說明憂鬱症對家庭系統及系統中成員造成的影響。家庭是一個整體，家庭中的成員彼此共依存，當面臨家中有人罹患憂鬱症，整個家庭系統皆會因此而有所變動。主題二之二「情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏」說明憂鬱症患者之家庭系統是循環因果的運作模式，家庭成員間的互動是交互影響，形成糾結

難解的關係網絡。主題一之三「戰戰兢兢費思量，急欲救拔獲解脫」說明系統以恆定的特性，來維持系統的穩定，憂鬱症患者家屬在患者遭逢憂鬱症時，試圖尋找各種方法來讓患者獲得復原，讓家庭回到原有的穩定狀態。當家庭系統因為疾病而陷入困境，除了發展因應的策略外，也會尋求各種外在資源來獲得演化與改變，如主題三之一「束手無策望支持，親友宗教助突圍」，意味著開放的系統才能為讓訊息進入，進而產出新的結果。主題三之二「回歸自我得空間，區辨責任持界線」說明家庭次系統之間有其界限，家庭系統要維持良好的功能，各個次系統的界線需要清楚，憂鬱症患者逐漸區辨與患者之間責任的歸屬，並且釐清彼此的界線。

## 2. 從家庭環狀模式談憂鬱症患者家屬之家庭動力

家庭環狀模式（Circumplex Model）中談到凝聚力與彈性兩個向度，前者係指家庭成員之間情感連結的程度，後者係指家庭中領導力、角色關係和規則改變之程度，而溝通能力則為影響前兩向度的動力（Olson, 2000）。主題二之一「家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷」中「家人誤解難磨合」說明憂鬱症患者家庭成員間的凝聚力，對陪伴者在照顧上與患者疾病復原之影響，本研究結果顯示，因家庭成員對疾病的瞭解與認知不同，造成家人關係的緊張或衝突，加重了陪伴者在陪伴過程中「難」。主題二之二「情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏」中的「軟硬兼施難拿捏」則說明憂鬱症患者家庭成員互動的彈性。因患者罹病的影響，家庭成員的角色也隨之改變，此改變牽動了整個家庭系統的運作，疾病不僅改變原有的家庭互動關係，也為家庭帶來結構上的改變。因此面臨改變中的家庭系統，家庭成員如何做出回應、拿捏互動方式以及進行有效的溝通，著實對家庭功能產生莫大的影響。

## 3. 從家庭壓力理論談憂鬱症患者家屬之陪病歷程

就Hill所發展出「雲霄飛車模式」而言，當家庭面臨壓力時會經歷三個階段，分別為跌入谷底、復原階段以及來到嶄新的組織結構（Olson, DeFrain & Skogrand, 2008），本研究結果也符應著如此歷程，主題一「不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方」與主題二「混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬」說明跌入谷底階段，此階段患者家屬眼見患者和家庭遭逢憂鬱症的襲擊而徬徨不安，並且落陷於因憂鬱症狀所帶來



的負面影響，造成患者家屬身心承受莫大負荷與壓力。主題三「知所限制困愁城，反觀自照漸漸釋然」說明復原階段，在此階段患者家屬逐漸了解憂鬱症的特性，同時也從陪伴經驗中學習與患者和其他家庭成員的互動方式，並且更能以平常心面對疾病，生活重心也慢慢轉移至自己身上，關注自我調適與自我照顧的議題。主題四「宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長」說明來到嶄新的組織結構。經歷漫長的陪伴之路，患者家屬因親情的牽繫，始終緊握患者的手，不曾放棄而遠離，並且賦予此陪伴經驗的意義和價值，帶著此堅定的信念，期盼與患者攜手，朝著療癒之路前行。

憂鬱症的確造成家庭系統的改變，並且打亂了原先穩定的家庭關係，家庭成員如何因應決定家庭未來的方向。研究者看見要使得家庭從受到疾病的衝擊而有所翻轉的可能，在於家庭結構的重整與互動關係的磨合。主要照顧者在家庭動力上，如何讓促進有效的溝通，以及藉此營造家庭中的凝聚力，讓家庭關係維持彈性，扮演關鍵性的角色。憂鬱症患者家屬在陪伴的過程中，透過對疾病的再認知與內外資源的運用，產生因應的能力，順利發展憂鬱症陪病的調適歷程。

## **(二) 憂鬱症患者家屬陪伴經驗與相關研究**

疾病所牽涉的主要層面不外乎是個人與家庭，三者之間彼此交互影響且因時間的推演而形成其歷程性的改變。憂鬱症的衝擊可能改變了家庭與個人內外系統平衡，以下就疾病對家庭系統的影響、疾病對陪伴者的影響、陪伴者面對疾病的調適歷程以及憂鬱症對家庭經濟層面的影響四部分，針對研究結果與先前相關研究之論述進行分析，說明家庭與個人如何受憂鬱症影響與因應疾病給出的挑戰：

### **1. 疾病對家庭系統的影響**

憂鬱症患者的家庭在家庭成員溝通上顯得模糊且間接，無法有效的溝通，情緒表達困難、成員間角色運作能力不足，無法以良好的策略解決問題，家人關係與整體運作功能不佳（林美珠，1991；Badger, 1996）。憂鬱症對患者及其陪伴者造成影響，也對家庭系統的運作將產生嚴重干擾。倘若家庭系統原本的功能較差，患者病情嚴重程度較高或治療與照顧過程較為複雜，則會造成調適上的困難。如同主題二之一「家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷」中的「家人誤解難磨合」，由於疾病帶來家庭生活型

態的改變，家庭成員角色的改變和衝突，造成許多磨合上的困難。值得關注的是，疾病與家庭系統的影響是呈現循環性因果，而非線性因果，亦即非但疾病會干擾家庭系統，家庭系統的運作方式和功能，也會反過來影響疾病的復原情形。一般而言，疾病所帶來的衝擊會刺激家庭系統做出回應，因此家庭中其他成員為了尋求系統的平衡與穩定，會因調整與改變原有的互動與關係模式，冀求解決既存的種種問題，如同主題二之二「情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏」中「軟硬兼施難拿捏」，為了協助患者獲得復元，以及維持家庭的和諧，大多數家庭成員都會努力的嘗試調整與改變個人角色，以適應因憂鬱症所帶來的挑戰。

## 2. 疾病對陪伴者的衝擊

憂鬱症對陪伴者的影響是多方面的，包括生理、心理和社會層面。照顧的負擔造成陪伴者身心壓力，使得陪伴者產生疲乏與耗竭。除了因為照顧患者而限縮了陪伴者的時間與空間，汙名化也使得陪伴者擔心被貼上精神疾病的標籤而造成人際關係疏離。蔡碧藍（1995）研究發現憂鬱症患者家屬的負荷來自於患者生活上的依賴、患者的脫序行為、患者的低落情緒以及汙名化所帶來的社會關係困擾。主題一至三「戰戰兢兢費思量，急欲救拔獲解脫」，說明陪伴者在獲知患者罹病初期，由於對憂鬱症的不了解，也不知道精神疾病的特殊性，往往使用一般人照顧病人的方式來照顧憂鬱症患者，除了鼓勵患者積極就醫外，也會提供患者很多生活上的照顧。主題一之二「百味雜陳孤身影，抑鬱無奈負擔重」顯示面對疾病的衝擊，陪伴者經常是表現出驚訝、自責、困惑的不安狀態，面對劇變而百感交集且沉重的樣態；主題二之二「情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏」中「情緒拉扯難掙脫」說明隨著病程的發展，以及陪伴者對憂鬱症的瞭解，陪伴者的照顧行為逐漸從生活的照顧轉向心理層面的關懷，此階段陪伴者容易隨著患者的情緒起伏不定，雙方容易產生許多衝突，氣憤、無奈委屈的情緒；陷落混沌、糾結的情緒關係；主題二之三「陪病漫長難負荷，畏親尋短難自在」中「畏親尋短難自在」描繪經歷了漫長且反覆的陪伴後，陪伴者對於病情無法痊癒產生擔心、害怕、沮喪和失落的煎熬，隨時都會擔心著患者因為病情惡化而想要尋短的行為發生；主題三之一「束手無策望支持，親友宗教助突圍」中「束手無策望支持」

彰顯了患者家屬盡其所能的協助和陪伴患者之後，對於無止盡的陪伴之路、無計可施的挫折以及無助和絕望感。患者家屬所要背負的不只是身心上的負擔，有憂鬱症所影響的層面還包括擴及至社會層面，陪伴者除了主觀覺知社會上對憂鬱症的污名，在客觀上的層面如工作、交友、也有其限制所在。

### 3. 陪伴者面對疾病的調適歷程

研究者整理許多學者（Badger, 1996；Karp, 2001；Muscroft & Bowl, 2000）的觀點與本研究發現將憂鬱症患者的陪伴調適歷程歸納為四個階段：（1）獲知階段（stage of encounter）：陪伴者了解到憂鬱症的存在，並且努力的想要將重新恢復往常生活。陪伴者眼看著患者日益嚴重的病情，深感驚恐不安，直接反應是想要探求發病的原因，找出病灶。此時錯綜複雜的心情蜂擁而至，頓時備感壓力和負擔。絞盡腦汁想要尋求有效的治療或陪伴方式，一心一意地想要將患者拉出憂鬱陰霾。如主題一「不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方」；（2）調適階段（stage of coping）：調適階段是陪伴者最感到艱辛的歷程，陪伴者要面對因為疾病所帶來的種種考驗。陪伴者除了與患者溝通和互動上感到困難外，還要化解其他家人對患者的誤解，甚至擔心外人異樣的眼光，深感為難。此外患者反覆不定的病情，嚴重時甚至想自殺，對陪伴者而言，情緒的張力經常到達臨界點，身心壓力巨大。如主題二「混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬」；（3）適應階段（stage of adaptation）：當陪伴者從陪伴經驗中洞察到所有努力的限制，而漸漸地轉向其關注的焦點，藉以適應現實生活中所遭逢的困境。所以當陪伴者感到無計可施時，自然需要尋求外界的支援，陪伴者也體會到自己的能力有限，患者終須為自己的疾病承擔起責任，因此陪伴者逐漸地回到自我調適與自我照顧，也因此更能接受此疾病，與患者發展和諧且健全的互動關係。如主題三「知所限制困愁城，反觀自照漸漸釋然」以及（4）擴展階段（stage of extension）：陪伴者從困境中跳脫，轉向陪伴意義的建構與生命終極價值的追尋。盡管一路走來千辛萬苦，但因親情關係，陪伴者始終不離不棄，並且將此經驗視為一個生命轉化的契機。對患者悉心的照顧，只希望患者病情能日漸好轉。在日後的生命旅程中，願意與患者一直再走下去，也盼望著與患者共同成長。如主題四「宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長」。

隨著憂鬱症病情反覆的特性，在陪伴的過程中，上述四個階段以循環且交錯的方式呈現，並且螺旋式的朝向整合、超越的陪伴歷程。

#### 4.憂鬱症與家庭經濟層面的關係

許多研究結果顯示，精神疾患家屬因照顧問題而導致經濟上的負擔和壓力(Chou, 2000；Lefley, 1996；吳就君，1995)。然而從本研究結果卻未發現此一現象，除了其他三位研究參與者未提及面臨到經濟上的壓力外，夏悲在工作上的表現卻更見平步青雲。研究者進一步分析後發現，憂鬱症患者家屬是否面臨經濟上的負擔，需考量陪伴者與患者在家庭中的角色、個人特質以及社會支持等因素。就陪伴者與患者在家庭中的角色而言，倘若雙方皆非家庭中主要經濟來源之提供者，對家庭經濟上的影響並不明顯。除了夏悲是家中主要經濟來源之外，其他三位受訪者與患者皆非家庭中經濟主要來源的角色；然而夏悲不因照顧太太而影響其工作和造成經濟上的問題，與其人格特質和社會支持網絡息息相關。從研究文本中發現夏悲視宗教為其生活上的主要精神支柱，固定的參與宗教活動，不但支持他能在陪伴太太的路上不退轉，更能為其工作注入源源不絕的能量與動力。此外夏悲開朗和樂觀的個性使他能不被負面情緒牽絆，並且能將阻力轉換為助力。他認為在陪伴太太的歷程中，讓他學習如何真正聆聽一個人的聲音，此陪伴經驗成為他在工作上與同事和客戶產生良好互動的一大利基。

透過本研究結果與其他相關研究分析發現，憂鬱症與家庭系統是呈現交互影響的，亦即憂鬱症影響家庭系統的運作，同時家庭功能也影響憂鬱症病程的變化。其次，憂鬱症對患者家屬造成整體生活上的改變，包括生理、心理與社會層面。最後，憂鬱症患者家屬的陪伴歷程皆在正負向經驗交互循環中，朝向整合性發展。

#### 三、憂鬱症患者家屬陪伴經驗之存在性與本質探討

現象學探討現象本質真正存有的方式，詮釋學解釋其中所交涉的意義，因此提升了解存有的本質，如此不僅外顯行為的描述，更能深入發掘現象背後隱而未見的真正意涵(高淑清，2008b)。Van Manen (1990/2004)認為當自己成為他人的客體時，才能看到自己。本研究秉持詮釋現象學的研究態度與方法，以憂鬱症患者家屬為主體進行其陪伴經驗之探究，因此在陪伴經驗本質萃取的歷程，研究主體之存在性於是乎顯

現於其陪伴關係中的客體。以下就憂鬱症患者家屬陪伴經驗之存在性與本質進行探討，並且說明本質譬喻圖之創發理念及其意涵。

大部分針對家庭照顧者所做的研究，都是針對照顧者所體驗到的負面生活經驗，但是一個更寬廣的觀點，應該需要同時去檢視照顧者在照顧過程中所經驗到的正、負向照顧經驗（Noriko, Kazuko, Midori, Noriko, Kiyomi, & Chieko, 2004）。憂鬱症患者家屬在體悟到現實生活困境給出的考驗後，重新審視疾病的意義與反思生命的價值，隨之改變當前生活態度與方式。在陪伴歷程中，陪伴者也產生從身心形體具象到靈性意向的質變，視陪伴為個人與家庭成長與轉化的機會。研究的結果也印證Frankl（1955/1991）所認為的「人們承受苦痛的能力，有種賦予生活意義及實現價值」（頁134），個體經由賦予受苦經驗的意義，為自己找到生命困境的出口。本研究結果發現，陪伴者透過意義的建構藉以回顧、維持、延續其陪伴經驗，彰顯陪伴經驗的價值。如主題四之一「親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔」，陪伴者因為與患者的宿緣關係，產生對親情的重視，理所當然且義無反顧的肩負起陪伴的責任，即使一路走來辛苦萬千，但回首過往，陪伴者仍能對疾病本身與陪伴經驗賦予其獨特的意義，包括個人成長、家庭關係凝聚乃至於對生命的終極關懷的探尋等，讓陪伴者能在個人、家庭與生命全程獲致轉化與成長，如主題四之二「珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復元」。就時間的概念而言，人的存在是連續性的，以現在為基準，同時延伸至過去與未來。因此對憂鬱症患者家屬而言，一路匍匐前行至今，面對隱晦不明的未來，在活過的經驗中教導著他們如何尋找一線希望的亮光，共同創造願景，指引生命的方向，攜手同行。如主題四之三「療癒之路曙光顯，但願扶持伴同行」。

存在是一個很大的哲學命題，Spinoza在其著名的《倫理學》中說過：「我們只要把痛苦的情緒，塑造成一幅明確清晰的圖像，就不會再痛苦了」（引自 Frankl, 1963/1995，頁99）。憂鬱症患者家屬在陪伴的經驗的洞察與反思中，逐漸回歸自我而獲得生命的存在感，即Heidegger所謂的「本真性存在」，亦如Levinas所認為主體是因為面對它者而開展出來。憂鬱症患者家屬在面對患者罹病而給出的種種挑戰中，從擴散式的處理外在問題，到聚斂式的覺察內在自我，經由不斷的探問與統整中，產生足

以回應生命所有的問題的能力。

本研究是從憂鬱症患者家屬的生活世界中，考察陪伴經驗的本質。以詮釋現象學的置身所在的研究態度出發，來理解並詮釋憂鬱症患者家屬的處境脈絡與經驗結構。研究結果發現患者家屬的「操煩」貫穿倫理照顧的各個生活面向，從患者發病，面對其身體變化的憂慮，治療過程與病情變化的考驗、自我身心壓力的負荷與調適、與患者和其他家人關係的張力，和面對精神疾病污名的處境以及對於未來的企盼，這些都是存在於患者家屬成為倫理主體寓居於世的生活世界。

最後，研究者透過四個研究主題之主要意涵為素材，萃取「憂鬱症患者家屬陪伴經驗之本質」，並且以曼陀羅創作的方式呈現本研究之本質譬喻圖（如圖 4-1），彰顯本研究中心意旨：「心釋返轉憂心適」，本質譬喻圖說明如下：

烏雲象徵患者家屬遭逢患者罹患憂鬱症愁雲慘霧的狀態，時而伴隨雷電，更顯身處風雨中的危難，凸顯出主題一「不解」、「不安」與「臨危」之主要意涵；雨滴則象徵患者家屬在陪伴過程中複雜的情緒與阻礙，風暴象徵家人關係的衝突。顯現出與主題二「悲」、「苦」、「困」、「難」、「衝突」之身心感受。圖中央以一棵植物的成長象徵患者家屬在陪伴歷程中的轉變。植物先向下扎根再往上成長，向下紮根則象徵患者家屬意識到陪伴過程中，自我調適的重要，尋求身心靈之照顧與成長。花瓣下方的兩片綠葉則各象徵「宗教」與「親友」的外在支持，進行光合作用，提供植物需要的養分。此部分呼應主題三「反觀自照」從外求到內省、由知到行以及「漸見釋然」調適歷程之核心意涵。

植物中間黑白兩色的心是太極圖的變形。太極由陰陽組合而成，在此圖中，陰代表患者憂鬱的心，陽代表家屬陪伴的心；藉太極「陰中有陽，陽中有陰」的特性，隱喻患者與家屬兩者相互依靠、轉化、消長甚是對立的陪伴關係。此心兩邊月形的花瓣則象徵患者家屬恩慈相待之「愛」與親情牽繫之「關懷」，彷彿明月般日夜陪伴，呵護著此交融的「太極心」。從太陽光中透出兩道曙光則象徵患者家屬賦予陪伴意義，以及對未來與生命的相信，期盼患者復元。彩虹象徵「願」，此「願」具「願景」與「願意」之雙重意涵。呼應主題四「願扶持」、「寄新望」和「盼復元」之重要意涵。

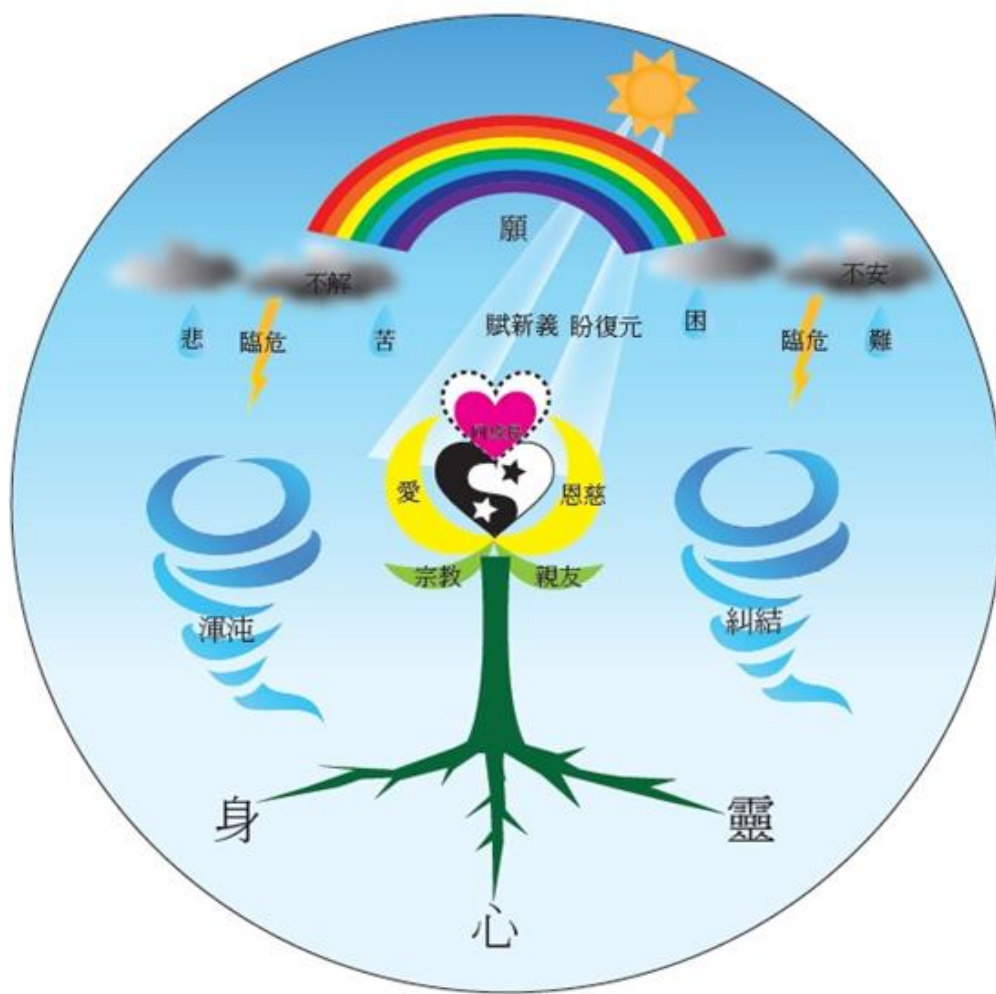


圖 4-1. 本質譬喻圖「心釋返轉憂心適」

此圖以中間的植物與太陽為形象，象徵患者家屬於調適過程中的努力，前面的風雨轉化為陽光、空氣、水，成為此植物必要的養分，逐漸成長茁壯。因此原來的太極心，分化成由虛線的心包覆著一顆紅色的心，虛線的心代表患者家屬在陪伴的歷程中，蛻變成更具彈性且開闊的心。紅色的心則是象徵憂鬱症患者在家屬悉心的陪伴下，逐漸活化起來的心。兩心向上「同心昇華」，迎向安適、復元且更具意義的未來。

本研究之本質譬喻圖以「太極」和曼陀羅之「圓」的概念顯現陪伴之動態歷程。整張圖恰似人的臉，由烏雲、雨滴、雷電與風暴為背景，像哭泣的眼睛與糾結、黯淡的臉，象徵患者家屬陪伴的負面經驗。當整張圖反轉過來看時，彩虹則像微笑的嘴，顯現出一張歡笑的臉，象徵患者家屬走過風雨，對未來充滿信心之正向經驗。



「心釋返轉憂心適」為憂鬱症患者家屬陪伴經驗「心返心」之本質。象徵患者家屬「心釋然，憂慮之心得安適」，以及患者家屬同理憂鬱症患者「心釋放，憂鬱之心得舒適」之雙重意涵。「心適」在臺語乃指有趣或快樂之意涵，指涉患者家屬「返轉憂心」得心適。然「返轉」為「轉憂心」之關鍵，取其「回返自身安在之所；翻轉自心安適之情」，亦呼應本質譬喻圖可反轉之意。

此外「心釋返轉憂心適」本譬喻反轉圖（如圖 4-2），說明憂鬱症患者家屬在陪伴關係與歷程中，透過覺察與反思，回返自身去探問，從翻轉自心出發。此歷程像沙漏般從擴散的狀態，到聚斂於自我身心的關照，從而擴展新的陪伴經驗。



圖 4-2. 本質譬喻反轉圖



## 第五章 結論、建議與反思

本章分三節論述，首先依據研究結果回應研究問題，接續以研究結果給予憂鬱症患者家屬建言、心理衛生相關專業人員實務上的建議，以及提供未來對本研究議題有興趣的研究者可延伸探究之方向。最後針對研究歷程進行回顧與反思，以及再思本研究之問題意識，亦即反觀研究者從自身經驗出發，進到研究參與者生活世界，欲探究憂鬱症患者家屬陪伴經驗本質及其背後的意義，研究者在此歷程中對憂鬱症患者家屬陪伴經驗理解所產生的位移。

### 第一節 研究結論

研究者因自我生命經驗，以及社會工作及輔導諮商專業的學習而產生此研究題目的發想，在深化研究問題意識後，形構出本研究之研究問題為：「面對家庭中有人罹患憂鬱症，家屬所經驗到的衝擊與改變為何？」、「憂鬱症患者家屬在此陪伴經驗中的身心感受為何？」、「憂鬱症患者家屬在陪伴的過程中如何調適？」以及「憂鬱症患者家屬對陪伴關係之展望為何？」作為進入本研究前的探問。研究者本著詮釋現象學方法論的哲思理路，以「互為主體」與「存而不論」的開放彈性研究態度，帶著真誠、懇切的心，運用半結構深度訪談的方式，隨著研究參與者的經驗敘說，研究者彷彿再度進到研究參與者的生活世界，蒐集研究資料，建立文本後，運用主題分析法分析研究資料，以呈現憂鬱症患者家屬陪伴經驗的描述與詮釋，進而理解在此經驗背後之本質意義。

經歷超過兩年的徵尋，研究者邀請四位符合立意取樣之研究參與者，進行八次質性深度訪談，共收集成八份文本。運用主題分析方法進行文本資料分析，經與研究團隊於研究過程中之多次檢證，研究者反覆於分析文本中來回觀看與理解，也經由「解構—再建構」的方式，反思與再思主題之命名，經由六次主題改版歷程，最後再與研究參與者在互為主體的同意下，萃取四個主題，分別為：主題一「不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方」、主題二「混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬」、主題三「知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然」以及主題四「宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長」

來詮釋憂鬱症患者家屬陪伴經驗之樣貌。也透過此四個主題回應了「面對家庭中有人罹患憂鬱症，家屬所經驗到的衝擊與改變為何？」、「憂鬱症患者家屬在此陪伴經驗中的身心感受為何？」、「憂鬱症患者家屬在陪伴的過程中如何調適？」及「憂鬱症患者家屬對陪伴關係之展望為何？」四個研究問題。以下接續說明如何透過研究主題之詮釋來彰顯與回應研究問題。

首先，主題一「不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方」回應了研究問題一：「面對家庭中有人罹患憂鬱症，家屬所經驗到的衝擊與改變為何？」遭逢憂鬱症衝擊的「不解」、「不安」為主題一之核心意涵，說明了憂鬱症患者家屬在陪伴經驗中，獲知疾病之不解與不安的沉重狀態。次主題一「目睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑」說明患者家屬在欠缺憂鬱症相關資訊的情況下，容易忽略患者的病情，並且不了解患者的內心世界，眼看著患者病情日益嚴重而感到不捨，患者家屬內心徬徨不安，不知道如何因應，對於患者發病的原因充滿著無數的假設與推論。次主題二「百味雜陳孤身影，抑鬱無奈負擔重」呈顯了患者家屬面對憂鬱症患者身心驟變而感到震驚、抗拒、擔心和無助等複雜情緒，甚至也造成患者家屬在生理和心理健康上的許多問題，例如睡眠與食慾受到影響，情緒也隨之低落。除了難以接受罹病事實與必須調適因疾病所造成的生活問題外，許多患者家屬開始懷疑自己是否應該為患者的發病負責，因此患者家屬更細心且同理的照顧患者，敏銳地覺察自己的言行舉止，深怕絲毫的不留意而對患者造成傷害。在成為主要的陪伴者之後，面對因照顧患者所帶來的許多問題和考驗，如果缺乏家庭其他成員的協助與支持，主要陪伴者需一人肩負起照顧的重擔，顯得孤立無援，並且常以隱忍的方式來壓抑自己的情緒。次主題三「戰戰兢兢費思量，急欲救拔獲解脫」描繪了患者家屬在獲得醫療診斷並且從醫護人員身上得到憂鬱症的資訊後，對患者較能夠產生同情的感受，也燃起對疾病復元的希望，並且積極思考如何能協助患者脫離憂鬱症的陰霾。此時患者家屬迫切期望患者配合接受醫療協助，並且積極地尋求各種可能的治療方式，有些患者家屬會主動收集或閱讀憂鬱症的相關文獻資料，然而也有許多患者家屬除了尋求正統醫療協助外，亦會透過非正統的民俗療法或偏方來協助患者。在此積極尋求治療的心態下，當患者表現出消極或抗拒的態度或行

為時，患者家屬除了受挫外，有時也會轉變成生氣，甚至使用一些比較極端的方式要求患者配合接受治療。

主題二「混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬」回應了研究問題二：「憂鬱症患者家屬在此陪伴經驗中的身心感受為何？」此主題關注的是憂鬱症患者家屬在陪伴過程中所經歷在形體上的身心感受，亦可窺見於此身心狀態下所呈現的家人互動型態與關係樣貌。因此陪伴過程中所呈顯的「悲」、「苦」、「難」為主題二之核心意涵。次主題一「家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷」詮釋了主要陪伴者所要面對的不只是照顧上所承擔的情緒壓力，還要處理來自家庭其他成員的問題。夾在患者與其他家人之間，為了顧及患者的病情與維持家人關係的和諧，當家庭成員與患者關係出現緊張時，還須扮演患者與其他家屬之間溝通橋樑的角色。然而主要陪伴者往往選擇與其他家人溝通，希望獲得照顧患者的共識。此外面對其他人的關心，患者家屬擔心憂鬱症所帶來污名化的問題，使得患者家屬刻意隱瞞病情。次主題二「情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏」說明了在陪伴關係中，患者家屬的情緒可能會受到患者影響，在體諒患者與擔心病情惡化的形況下，患者家屬通常選擇包容和退讓。然而隨著病程的發展，患者家屬覺察到須隨著患者的狀態而調整陪伴方式，不再只是一味的配合患者。因此在與患者的互動上，因為許多照顧行為而造成情緒上的拉扯，有時其張力是非常強大的，如此一來使得家庭中瀰漫著緊張和肅穆的氣氛。尤其當主要陪伴者情緒壓力達到一定的極限，又未見患者病情好轉時，不免會失去耐性，情緒因此爆發出來。主要陪伴者顧及避免患者病情惡化與需要處理自我負面的情緒，須調整陪伴的方式，學習與患者在互動上的拿捏。次主題三「陪病漫長難負荷，畏親尋短難自在」則是呈現出患者家屬在陪病過程中最煎熬的心境。當患者家屬努力了一段時間後，倘若患者的病情仍反反覆覆而不見穩定，患者家屬會懷疑自己所做的努力，甚至會看不到未來，產生無希望感。此外除了照顧患者，患者家屬仍然要應付生活上各方面的壓力，造成患者家屬在生理、心理和社會層面很大的負荷，著實考驗著患者家屬的耐心與體力。同時患者家屬需要特別提高警覺，以避免患者自我傷害或病情再度復發。面對患者自我傷害的行為，患者家屬總是一顆心懸在半空中，過著提心吊膽的生活。

主題三「知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然」回應了研究問題三：「憂鬱症患者家屬在陪伴的過程中如何調適？」此主題鋪陳出憂鬱症患者家屬陪伴經驗結構的時間與空間，描繪此歷程性的位移，由外向內、從知到行，而獲致經困頓的「茫然」變為「釋然」之轉折。次主題一「束手無策望支持，親友宗教助突圍」說明了患者家屬因照顧患者感到無助且需要外援之意涵。經歷一番的努力之後，面對患者的病情又回到原點，挫敗與無奈的感受使得患者家屬陷入一籌莫展。在此情況下，患者家屬渴望獲得外在的支持，試圖為自己找到暫時性的支撐，尋求社會支持對處於絕望的患者家屬而言，無非是注入一股新能量。除了尋求醫療專業協助與親友的情感支持外，有些患者家屬也會漸漸地轉向藉由宗教的力量來獲得幫助。在希望與失望之間來來回回之後，患者家屬慢慢瞭解到，病情有時是無法掌控的，而且必須放棄控制的意圖，因此患者家屬慢慢地從陪伴關係中抽離，重新檢視自己的照顧義務與責任，雙方的界線也因此逐漸地浮現出來。此外患者家屬試圖將復元的責任移轉至患者身上，並且積極地對患者有所要求，期待患者能因罹病而有所覺察、學習和改變。次主題二「回歸自我得空間，區辨責任持界線」旨在詮釋當患者家屬可以接受無法控制患者病情的想法，而且不必為患者的命運負責時，患者家屬才會重新修訂與患者彼此的界線，在重新釐清與患者關係上的義務和責任時，陪伴者學習如何與患者溝通，包括表達對病患的關愛，而且會為自己設定有限制的責任。將原先只關注患者的生活態度轉向關照自己，意識到在照顧患者的過程當中，避免過度投入而造成身心耗竭。在陪伴關係中，有了界限的觀念後，患者家屬逐漸自我鬆綁與自我調適，有些患者家屬從態度或認知上做調整，也有些患者家屬採取實際作為，像宗教儀式、運動、娛樂活動等方式，讓自己獲得舒緩與宣洩。次主題三「學習放下平常心，坦然面對明進退」則說明了當患者家屬洞察患者的症狀，將會以持續且反覆的形式出現時，患者家屬漸漸習慣陪伴患者的工作，並且試圖找出適合自己的生活方式，讓生活回到往常的平靜，與疾病安然共存。在選擇面對而坦然接受疾病後，患者家屬不再用力地想要與疾病抗爭而造成彼此的傷害，相對的患者家屬能順應疾病症狀，同理患者的處境，給出更具療癒性的陪伴元素。賦予疾病正向的意義，容易維持家庭的凝聚力與家庭系統的穩定，即使患者的病情時

有變化，患者家屬也能夠接受患者隨時都有可能再度復發的事實，憂鬱症狀就不再被視為一個嚴重的威脅事件。

主題四「宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長」回應了研究問題四：「憂鬱症患者家屬對陪伴關係之展望為何？」描繪了過去—現在—未來之陪伴關係，彰顯親情相繫之「宿緣不棄」、「以愛相隨」與「盼復元」之重要意涵。次主題一「親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔」表銓了在宿緣關係中，患者家屬與患者因為其生活情境脈絡，產生了對自我和對家人角色上的期待，雙方也因此形成獨特的連結，並且依過去與患者的互動經驗，及其對家人關係的認知與詮釋，建構出陪伴關係的意義。每個人或每個家庭皆有其獨特的生命故事，因此交織成獨特的家人關係網絡，家人關係代表著一種情愫，無論過去的生命經驗如何，患者家屬對於「親情」有其獨到且深刻的詮釋。然而在陪伴的歷程中，認同一直都在，從一開始認同這個「人」，到後來認同了「疾病」。也隨著對憂鬱症病因的了解，患者家屬看見患者所經歷的苦，也能體諒患者的處境以及同理患者的感受之後，更能秉持耐心，設身處地的為患者著想，全然的接納患者並且與患者同在。一旦對疾病有了進一步的洞察，意識到就某個層面而言，憂鬱症沒有所謂的痊癒時，盡己所能的陪伴是患者家屬唯一可以做的。患者家屬盡其心力的提供關懷與陪伴，無非是希望能將患者引領至復元的彼岸，一路上必然是經歷崎嶇坎坷，然而因懷抱著「親情之愛」，使患者家屬能夠堅持不放棄且無怨無悔。次主題二「珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復元」說明了對患者家屬而言，已過的經驗都成為一幕幕不堪回憶的往事，過去的且會過去，陪伴者了解到，對現實的悅納也是給患者和自己的一帖良方。雖然不知道未來還會經歷何等障礙與考驗，但卻更加珍惜當前的平安與寧靜。患者家屬回顧陪伴的過程，雖然每個人體會不同、深淺不一，但就其個人成長、家人關係的凝聚以及對生命整體的覺知與意義的省察都有其各自的領悟。在建構新的陪伴意義之後，患者家屬在照顧態度與照顧行為有正向的改變，甚至對於疾病所帶來的種種考驗，有些患者家屬更因此懷抱感激之情。當患者家屬在照顧態度上有所調整之後，直接表現於其照顧行為上，顯現出更具仁慈且寬容的愛。儘管親緣情深，患者家屬願意提供無條件的陪伴與關懷，然而患者家屬衷心期盼的仍是患者可以

逐漸的成長，邁向復元之路。次主題三「療癒之路曙光顯，但願扶持伴同行」彰顯出當人遭逢苦難，卻無法獲得一個合理的歸因時，有時會藉由宗教信仰來尋找力量，每個宗教皆有其對生命的理論觀點，適足以提供人們對其生命遭遇找到一個合理的解脫，不論是從陪伴經驗中學習，抑或是找到安身立命之方，患者家屬對於未來開始充滿希望，此樂觀的信念並非像過去急迫的期待患者痊癒，而是以更開闊的視野看待疾病與整體生命本質。「同在的陪伴」使得患者家屬對患者的愛一直都在，除了希望患者能在疾病中成長與復元，患者家屬始終如一的自我期許是對患者的不離不棄，過去是如此，未來也是如此。罹病的現實不斷地將患者家屬往前推移，遙望陪伴之路，患者家屬眼前不再是漫長無盡期的晦暗，而是一道來自遠方指引前行方向的曙光。患者家屬從宗教與於對生命的那一份相信獲得力量，期盼藉以擴展生命的廣度與深度，將它轉化為生命中具滋養與療癒的元素，且讓愛的種子傳播到更遠與更有人需要的地方。

由上述得以窺見憂鬱症患者家屬陪伴經驗之整體樣貌。憂鬱症締結了患者與家屬之陪伴關係，同時也開展了其陪伴歷程。患者家屬在此遭逢下，從不解與不安的狀態，亟欲找尋逃離困境的出口，經歷了陪病過程中與患者之間的磨合與衝突，以及在面對無計可施的局面，糾結與操煩的心無所不在，使得患者家屬身心飽受煎熬。然而患者家屬也漸漸從其經驗中學習與看見生命的現實與限制，並且回到自身去感知、覺察與反思，由此看清陪伴關係與歷程中的自己，如此的洞察使得患者家屬更能對接踵而來的考驗有所接應。面對未來，患者家屬帶著期盼與希望，更具信心與勇氣，但願能與患者同心，朝向願望而行。本研究試圖從患者家屬置身所在的生活世界探尋其陪伴經驗之本質意義。研究者藉由還原患者家屬之陪伴經驗，反覆於文本中，不斷的來回觀看與理解，透過多元檢證的方式與互為主體性的經由研究參與者同意，歸納出四個研究主題，再由主題中萃取憂鬱症患者家屬之陪伴經驗本質為「心釋返轉憂心適」。

## 第二節 研究建議

透過本研究對憂鬱症患者家屬陪伴經驗的理解，發現存在於憂鬱症患者家屬陪伴經驗中的諸多個人內在心理歷程、家庭系統與社會關係的問題，此現象以陪伴者為中心，隨著時間序列的歷程為經，空間拓展的關係為緯，以動態循環的模式，交織成憂鬱症家屬陪伴經驗的整體樣貌。研究者在研究過程中，體現憂鬱症患者家屬在其所處的現實環境底下，無論內在心理或外在資源，仍有相當大的不足與其限制。綜合以上研究結論提出以下的建議，提供對憂鬱症患者家屬之建議、對家庭教育專業人員以及心理衛生相關專業人員在規劃與提供服務之參考，並給予未來與此議題相關之研究提出建議。

### 一、對憂鬱症患者家屬之建議

憂鬱症患者大多呈現情緒不穩定、沒食慾、對原有事物不感興趣和人際退縮等臨床症狀，因此家屬在陪伴上需同理患者的處境，接納患者因疾病所產生的消極心理與行為，多提供支持性的陪伴，適時的肯定患者，並給予正向回饋，增強其自我價值，慢慢引導與人際連結和互動。

憂鬱症患者家屬在漫長的陪伴過程中，從一開始面臨對疾病的不瞭解與擔心被污名化，接續乘載著巨大照顧上的身心壓力，更甚至連帶的產生許多生理上的不適。在此情況下，容易面臨身心上的耗竭，不但無法提供有品質的陪伴，亦可能因為陪伴者本身情緒不佳，而引發與患者更多的誤解與衝突，導致患者病情惡化。本研究發現主要陪伴者在面對高壓力的陪伴負擔下，會從著重在對患者的照顧，進而慢慢的轉向增加自我覺察與學習自我照顧，同時也體會到會自我調適的重要。除了自我照顧外，尋求其他家屬與親友的協助也使陪伴者獲得些許的慰藉，只靠陪伴者個人的力量實無法扛起此一重擔，倘若陪伴者能與其他家人溝通，彼此凝聚共識，並且提供協助，分擔照顧工作與提供情緒上的支持，將有助於減輕陪伴之負荷，增進陪伴者的照顧動力與提升陪伴的品質。

除了學習自我照顧與尋求親友支持外，透過靈性或宗教上的信仰，獲致身心靈的安定，也是一個可行的方向。本研究其中三位研究參與者藉著宗教信仰心靈上的支持與療癒，並且在信仰的過程中反思生命的價值與意義，面對疾病與陪伴經驗的體悟別有一番洞見。

## **二、對家庭教育專業人員的建議**

於本研究中發現，憂鬱症患者家屬的陪伴經驗涉及家庭教育領域中幾個議題，包括家庭次系統、家人關係與家庭資源運用與管理。因此建議家庭教育及相關專業人員，可透過加強親職教育、子職教育與婚姻教育，協助家庭成員認識家庭結構與功能、促進有效的溝通、提高家庭凝聚力、建立與維持和諧的家庭關係，並且認識家庭內外各種因素對家庭的影響，進一步善用家庭內外資源，藉以健全家庭系統增進家庭面對和處理各種壓力的能力。針對有特殊需求且處於高危險情況下的家庭，家庭教育中心單位能提供專業家庭教育者適時介入，幫助評估並提供專業服務，協助患者家屬改善因照顧所面臨的困難與家庭問題。家庭教育專業工作者能於患者家屬陪伴過程中，能適時的提供指導與諮詢，並能提供患者家屬情感上的支持以及給予鼓勵增強患者家屬的權能，降低疾病對家庭所帶來的負面影響，增加家庭復原的能力，同時避免問題再繼續惡化。因此，家庭教育專業人員若能及早進行介入，提供必要的協助，避免問題嚴重而需要耗費更多的家庭與社會資源。

## **三、對心理衛生相關專業人員的建議**

研究者帶著社會工作與心理諮商的專業訓練，在不同的領域觀看憂鬱症患者家屬的樣貌。有感於科際整合與跨專業的合作的重要性，藉由本研究的發現提供心理衛生相關專業人員之建議如下：

### **（一）協助家屬對憂鬱症正確的認識**

本研究四位受訪者在患者剛發病的時候，由於對憂鬱症的不了解，無法做有效的預防與及早就醫，使得患者的病情逐漸地惡化，一但病情演變成重度憂鬱症，不但增加治療的難度，同時也加重家屬在陪伴上的負擔。心理衛生專業人員可從其所處各個系統，包括學校、社區、醫院等場域，舉辦心理衛生宣導講座或製作心理健康衛教文



宣，致力於推廣心理健康之保健，落實心理衛生初級預防的理念，亦可結合大眾傳播媒體以各種形式推廣憂鬱症的認識與預防。此外憂鬱症患者具明顯的情緒低落，以及伴隨許多生理上的症狀，病情惡化時更容易產生自我傷害之行為，相較於其他疾病，陪伴者須用更多的心思在照顧上。本研究發現陪伴者經常面臨患者自我傷害的狀況，卻不知如何因應，除了擔心憂慮外似乎無法提供患者任何協助，由此觀之，心理衛生相關專業人員需提供陪伴者有關危機情況的辨識與危機處理的基本知能，預防患者發生自殺身亡的憾事。

## （二）致力於憂鬱症之去污名

憂鬱症的污名化可能會造成患者與家屬感覺到蒙羞，阻絕其對外尋求協助的可能性，在封閉的狀態中陷入惡性循環。相對的，心理衛生工作者若能增進一般大眾對憂鬱症的正確了解，即可創造更具同理與支持的有利環境，將有助於疾病的改善與復元。在康復之友聯盟與台灣精神醫學會推動下，台灣於2014年已將「精神分裂症」正名為「思覺失調症」，除了從疾病的命名重新思考有關疾病污名化外，心理衛生工作者，有責任讓社會大眾瞭解憂鬱症的成因是由很多因素造成的，以及憂鬱症就像身體上的感冒，是可以透過規律的治療獲得改善的，藉以擺脫「病態」、「瘋子」、「萎靡消沉」等負面的認知。

## （三）倡導患者與主要陪伴者的權利

為了因應現今社會的型態與問題，心理衛生工作當前的工作趨勢須將服務的提供從微視層面延伸至鉅視層面，易言之，在瞭解憂鬱症患者與家屬的需求後，除了關注個人與家庭以外，亦須透過社會倡議，方能讓衛生與社福之相關政策的制定更貼近當事人的需求。許多心理衛生相關的專業服務機構，可進行跨系統性的資源整合，建構出區域性支持系統網絡，以落實社區照顧的理念，提供可近性和可用性的服務，達到滿足當事人在生理、心理和社會需求的全人式服務。因此不論是精神醫療、學校或是社區的心理諮商機構，心理衛生相關工作者需主動提供社區諮商的資源，以利患者或家屬尋求機構外的專業服務，達到無縫接軌的轉銜服務，落實社區復健的理念。

#### （四）從個別治療視框移轉至家族治療

從研究結果來看，本研究四位憂鬱症患者主要發病的原因來自於家庭系統的問題，不論是在原生家庭或婚姻家庭；是親子關係還是夫妻關係，皆反映出家庭系統內的運作足以演變成家庭成員憂鬱症病發之誘因。此外本研究全部的受訪者，均有陪伴患者就醫的經驗，也肯定尋求精神醫療協助的效果，但是在其陪伴經驗中，藥物治療或心理治療並無法使患者完全擺脫憂鬱症的陰霾，相對的，本研究發現，經由陪伴者自我調適以及與患者和其他家屬不斷磨合過程中，才逐漸使患者的病情穩定下來，此現象顯示，家庭系統中的互動與溝通模式深深影響著患者病情的發展。因此，心理衛生工作者需加強家庭系統與家族治療之專業知能，可將系統評估與治療納入治療計畫中，與家庭系統工作，由家庭的互動與溝通型態來改變各種有問題或不適應的家人關係，藉此使憂鬱患者病情獲得改善與治療。

#### （五）憂鬱症患者家屬支持團體

憂鬱症的陪伴歷程是相當艱辛且漫長的路，陪伴者在承受來自各個層面的壓力下，常是不知所措而陷入愁雲慘霧，連帶整個家庭關係和生活都受到嚴重的衝擊和影響，患者家屬因缺乏適當因應方式和心理調適以至身心耗竭。近年來，許多社福機構像生命線、張老師以及各地區的心理衛生中心陸續辦理憂鬱症患者家屬支持團體，透過團體互動與討論的方式，提升家屬與親友對於憂鬱症的認識，減輕自己及其親人在治療過程中的焦慮不安，在團體過程中藉由自我坦露，抒發龐大的照顧情緒與壓力，進而獲得人際支持，患者家屬在陪伴經驗與訊息的交流，增進情緒調節及問題解決的能力，找尋更有效因應方式，獲得普同感的心理慰藉，幫助患者在身心靈的重建，發現與肯定自我價值，重拾勇於面對生命的力量。因此不論身處任何系統之心理專業工作者，需辦理憂鬱症患者家屬支持性團體，協助患者家屬有效的陪伴患者，也能好好地照顧自己。

以上建議提供心理衛生相關專業人員一個脈絡視框，從個人的微觀系統至家庭中介系統，擴展至社會的鉅視系統的關照，提供患者與家屬整體性的服務。有別於傳統的個別諮商，當代的人群服務領域著重系統性的工作，強調個體、他人與環境的適應。

#### 四、對未來研究的建議

隨著對憂鬱症患者家屬相關研究的累積，使得患者家屬陪伴之相關議題得以澄明，提供患者及其家屬、專業人員，乃至於一般社會大眾對憂鬱症患者家屬有更深一層的瞭解，並且給予必要的關注，這都將有助於提升該領域研究與實務之品質。首先，為了深入區辨家庭中不同角色陪伴者之陪伴經驗的差異，建議未來研究對象可針對可針對不同的陪伴者角色，如患者之父母、夫妻、手足、子女等各個次系統進行深入研究，在不同關係底下所產生的陪伴經驗中建構知識，將有助於家庭教育與家族治療專業工作者提供服務時的參考。為了使患者獲得整全的照顧，以合作觀點進行各系統間資源整合性的服務將有助於提升治療的品質。因此家庭系統外的社會系統：像學校、公司、醫療院所等組織中的陪伴者，例如：患者的朋友、同學、老師與相關專業人員，包括醫生、護理師、社工師、心理師、職能治療師等研究。其次，從本研究發現患者或陪伴家屬，在患者罹病期間，均尋求各種不同的宗教信仰的協助，由此觀之，宗教信仰在患者與家屬的生活世界是一重要的療癒元素，而其中三位陪伴者，在陪伴的過程中藉由宗教的力量獲得支持與自我療癒，而產生持續陪伴的動力。因此宗教療癒的內在心理歷程，是未來對此議題感興趣之研究者可再進一步探究的。靈性治療相較於從行為科學所發展的心理治療欠缺實證研究的佐證，但近年來，許多諮商與心理治療的領域逐漸將宗教信仰中的慈悲、寬恕、接納、利他行為等療癒元素含括進來，亦可成為未來對於憂鬱症患者或家屬之靈性治療有興趣的研究方向。最後，許多非主流的治療方法也如雨後春筍被許多專業人員所重視，並且進行系統性的研究，如園藝治療、寵物治療、烹飪治療等；此外氣功、瑜珈、精油療等另類療法有時也能發揮神奇療效，亦可視為正規治療外的輔助療法之研究方向。

綜上所述，本研究旨在希望透過對憂鬱症患者家屬的關注，得以協助其他患者與家屬、相關專業工作者與一般社會大眾了解在陪病過程中，憂鬱症患者家屬所經歷之種種生活經驗。亦希望透過本研究，開啟更多與憂鬱症或其他精神疾病患者家屬相關研究，得以將其結果應用於實務助人工作中或普及於一般社會大眾對相關議題的瞭解。

### 第三節 研究反思

在質性研究中，反思是指對過往點點滴滴的回溯，不斷整理與再整理的歷程（Van Manen, 1997/2004）研究反思彷彿是研究者的「研究經驗」述說。對研究者而言，這是一段漫長的研究寫作過程，從邀請論文指導教授的那一刻，「研究」此一事件即進入了研究者的生活世界。然而它不只是研究「事件」的總合，更包含諸多研究「視框」的轉移，倘若此一經驗脈絡未加釐清，即無法析理出此研究經驗的意義為何，也將會使得「研究之路」窒礙難行。亦即若能以研究者為主軸，將對應於整個研究經驗之種種，透過雙向的對話，藉此活化、探究此研究之本質並且賦予意義，方能產生驅使前進的研究動力。以下透過研究反思來建構本研究經驗。

#### 一、尋覓主題：從自身經驗出發

雖然研究者於碩士班主修諮商心理，但在碩一修畢「家庭心理學研究」後，即確定要以家庭系統作為研究主題。猶記得原先想要以「老人與家庭」之相關議題來撰寫碩士論文，在修習「質性研究」的過程中，研究者深深地被詮釋現象學方法論哲思所吸引，對於人的「生活世界」及其「生活經驗」益發感到興趣；此外指導教授不斷提醒研究者，藉由「從自身的經驗出發」及「回答自身困惑」來釐清「問題意識」，方能對研究產生敏感度與深入的探究，並且維持高度的熱誠。此提醒一直縈繞於研究者心中，百般思索後，決定以原先較不願碰觸的「憂鬱症」議題為論文題目，與其說「不願」，不如說「不敢」，因為研究者本身曾有一段憂鬱情緒發作的經歷，在罹病與復元的歷程中，感受到家人的陪伴，對於患者而言十分重要。因此秉持欲對憂鬱症患者家庭系統的理解，憂鬱症患者家屬即成了研究者主要的關注對象，幾經與指導教授討論之後，確定以探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗為研究主題。

這是需要勇氣的抉擇，我知道那傷口依然還有痛，與其說不敢再去凝視它，不如說尚未準備好面對那一切，我隱隱約約知道往後研究之路可能會遭逢何等考驗，但本著質性研究者開放的態度與為了較能貼近研究議題，而不致有

隔靴搔癢，抓不著要點之憾，我願意敞開心門，姑且一試。(省思札記

2012/06/10)

憂鬱症患者家屬在整個醫療系統中經常是被忽略的一群，乃因當今醫療專業的病理觀點引導著治療取向，忽略了患者置身所在的情境脈絡。人與人的互動是一相互影響過程，患者與家屬之間亦然，因此研究者希望透過此研究得以探究憂鬱症患者家屬的生活世界及其陪伴經驗，使患者家屬在被理解的過程中被同理與接納，而獲得心靈上的支持，讓此療癒元素在陪伴患者的歷程中開展，形成一個具滋養性與療癒性的迴路和循環。

## 二、研究設計：以問題意識為核心

問題意識之釐清攸關研究設計方向。從確認主題、文獻探討、研究方法及方法論的選擇，皆須建構在核心的「問題意識」上。研究者以當前社會的憂鬱症問題及精神醫療發展趨勢為研究背景，再以自身罹病經驗及專業學習反思而產生研究動機。本研究之研究目的乃是理解憂鬱症患者家屬之陪伴經驗意義及揭露此經驗本質，基於研究目的，產生下列研究問題：憂鬱症家屬是如何陪伴患者走到現在？憂鬱症患者家屬對此陪伴經驗的身心感受為何？憂鬱症家屬的調適歷程為何？以及憂鬱症患者家屬之陪伴經驗本質為何？研究者於蒐集和閱讀相關文獻中建構對憂鬱症患者家屬陪伴經驗之先前理解。懸置先前理解，依循詮釋現象學方法論的哲思，透過半結構的深度訪談蒐集研究資料，將資料建立文本，再以主題分析法對文本進行分析，期望形構出憂鬱症患者家屬陪伴經驗之本質意義。而這始終如一的自我探問是：研究者想探究什麼？。

## 三、文獻探討：與這一期的旅人相遇

文獻探討對研究者而言是一大挑戰，欲於中西文獻中找尋與研究相關的資料，有如大海撈針。主要的原因是研究者本身條件的多限制，英文基礎不好即罷，可運用電腦軟體來協助翻譯，惟近兩年飽受乾燥症及坐骨神經痛之苦，除了因眼睛乾澀模糊導致容易疲累外，不能久坐也是研究者一大困擾，此外閱讀速度緩慢、理解力變差，需

要反覆多次閱讀才能將資料咀嚼消化，因而對文獻閱讀可謂是望之怯步。透過不斷的自我增強、激勵、整理、對話及建構此研究之意義，才得以步履蹣跚的走到現在。

說來這也是另一種修練，讓我學習如何與疾病達成和諧並與之共處。在了解自我的諸多限制後，我不再茫茫無邊際的尋尋覓覓，我發現凡事都有其限制當然「人」也不例外，在此洞察下，我學會如何在有限的條件下，盡力的達成目標。因此我將所探尋到的文獻視為與我邂逅的旅人，珍惜我們這一期的相遇。（省思札記 2013/01/12）

透過文獻探討，研究者對本研究議題形成初步的先前理解，然而那只是一個參考架構，在研究的過程中，不論是深度訪談、資料分析皆須先將之懸置，避免落入自然態度，視之為理所當然，因而蒙蔽了現象之本質。在主題的詮釋與研究寫作再次的語文獻進行對話，觀看本研究與文獻相呼應之處，以及發現本研究獨特之處，藉以針對研究結果進行深度的剖析，相得益彰。

#### 四、研究歷程：面對艱困與成長

研究者從自身的社群發出徵詢研究參與者的訊息，很多朋友皆熱情相挺，並且允諾協助研究者詢問他們身邊罹患憂鬱症的患者或家屬的意願，隔了一段時間，不是音訊全無，就是得到患者家屬委婉的拒絕。朋友也無奈的表示，患者與家屬普遍不願意讓他人知道罹患憂鬱症之事實，更甚至有的家屬便直接否認。獲此回應除了感到些許的失落之外，研究者更感到無比的心酸，原來憂鬱症患者與家屬對於精神疾病的汙名是如此的恐懼，因此為了不讓朋友感到為難，也不對患者及家屬造成困擾，研究者苦思著如何徵詢研究參與者？在與前導性研究之研究參與者進行第二次訪談之後，才透過她介紹先前參加「憂鬱症患者家屬支持團體」的成員，接受研究者的訪談，訪談完才發現，受訪者本身就是患者，但是由於在訪談過程中彼此建立了安全與信任的關係，她十分樂意協助我邀請她的主要陪伴者，也就是她的兒子接受訪談，也就是本研究徵詢到的第二位研究參與者，讓研究者感到意外的是，一個年輕男性陪伴者的陪伴

經驗竟是如此的豐富，這次經驗也讓研究者反思對於性別與年齡的刻板印象，學習更開放的研究態度。當訪談較為順利之後，似乎一切也就隨之順了起來，很快地就徵詢到另外兩位研究參與者。

在實地進行資料蒐集和資料分析，研究者瞭解研究的真實樣貌，這迥異於認知層面的懂，面對研究實務過程中千變萬化的問題，更讓研究者體會質性研究開放、彈性及其多元的價值的重要性。原以為研究訪談並非難事，但是當研究者謄寫逐字稿時才發現，原來研究者進行了一次不甚理想的質性訪談，原因在於研究者接受幾年的諮商訓練，很自然地將諮商技術應用在訪談上，尤其研究者的諮商風格又是較為偏向以個案為中心取向，使得訪談的過程中，研究參與者無法聚焦於研究問題，也就是研究者所擬的訪談大綱並未能全派上用場，而致使訪談內容失焦。有了前導性研究訪談的經驗，研究者更能掌握在課堂中所學的訪談要領以及提問藝術，使得訪談工作得以順利的進行。在從事心理諮商的歷程中，常常覺得個案是我們的老師，研究訪談時亦然，聆聽著受訪者深刻且堅毅的陪伴歷程，總是讓我感動萬分，心中升起敬佩之情。

質性資料分析對很多質性研究者而言是一項艱鉅的挑戰，面對龐雜的研究資料往往都不知從何下手，研究經者常喜歡用「手工」和「機器」製品，來形容質性研究和量化研究在資料分析方面的差異，雖然現今有許多電腦輔助軟體可應用在資料分析，但大抵而言質性研究資料仍十分仰賴研究者組織、歸納和命名，方能獲致研究結果。尤其分析的過程，穿梭在整體和個別間反覆的理解、解構再建構，透過不斷的對話才萃取出經驗本質及其所蘊含的意義。

質性研究是一從研究者自身經驗出發，終究會再回到研究者自身經驗的歷程，在這裡裡外外、來來回回間，研究者以後設的視角鳥瞰著「自己」如何與「研究」共舞。在反思式的自我覺察中，研究者除了有不同的「看見」外，也在此過程中「疏通」許多個人議題而達到自我的轉化與超越。

在謄寫逐字稿時，我常常激起許多的情緒的觸動和感動。看著陷入疾病泥淖卻無法脫身的孩子，觸動了我過往的許多經歷；媽媽對孩子的關懷，感動了

我自小對母愛的那一份企盼。經過這次訪談，也看見一個為人母的韌性，對孩子無條件的包容和付出。甚至我深深的覺得，研究參與者是我的老師，教導我課本裡沒有的知識，因為那是從他們的經驗所換得的生命智慧。（省思札記 2012/09/20）

研究之路恰似一段旅程，其過程所遭逢的一切，如 Jung 所謂個體化的歷程，是個人朝向完整之必然。研究者藉此重新和仔細的觀看自己與他人、世界的關係，以及反思生命全程的意義。同時也透過研究者、患者、患者家屬與專業工作者等不同角色的個別視框觀看，並且整合與建構了自我的多重樣貌的整體性。

## 五、論文寫作：自我療癒之方

人們常常根據先前的經驗知識在過生活，如此雖然可以節省重新探索的時間與精力，然而也可能因此限縮了人的可能性。研究者曾經把論文想成是一個很大且難以應付的怪獸，害怕且抗拒它，使得論文進度停滯不前。但是當靜下心來，懸置先見，讓自己回到現象學存而不論的態度，試圖使現象還原至其原初的樣貌，以接納和存在（being）的態度來讓自己沉澱下來，因而看見心中的擔心與畏懼，才發現這也是研究者面對問題的慣用模式，原來是自己無限擴充的非理性想像侷限了自己。問題本身往往不是問題，人們如何看待問題，才是真正問題，因此論文本身是中性的一客觀且中性的事件，自己才是問題的關鍵。

曾幾何時，寫作也竟成了一種研究者自我療癒的過程。在忘情專注的書寫中，隔絕了塵囂的喧擾，像是一禪者，觀看著心中來來去去的意念流動著。欲如實捕捉靈感的剎那時，感覺像在與自己說話，在這自我對話過程中，耙梳著紛亂的思緒，同時也看清了自己的樣貌。然而療傷的過程不免會有痛，當在無意中觸及舊傷口時，時間頓時凍結在那個當下，並且思緒瞬間自動回到多年前的回憶，有時在還來不及覺察到所認知的內容，內心積壓已久的悲痛情緒瞬間傾瀉而出，此時才驚覺，過去的許多負面多情緒經驗仍然存在，而且對我的影響是如此巨大。

曾經百般不願意回顧那一段難忍的過去，並且在意識上選擇性的遺忘當時所遭逢



之種種傷痛，只因擔心、害怕的情緒再度地落陷；也以為那些經歷真的已成過往不復存在，然而它竟一直都在。慢慢的，學習勇敢的將自己交付出來，讓自己開放於新的、未知的經驗中，藉由新的體驗來修正過往的經驗與認知。

以前的我，不願回想過去，也不敢期待未來，時間對我而言是斷裂的，我將自己隔絕於過去和未來，在讀到海德格對時間的詮釋後，我覺察和反思過去和未來是同時存在的，亦即現在同時包含著過去與未來。雖說船過水無痕，但有時對我而言，那些記憶的片段卻是一幕幕不堪回首的事。不知道是隨著時間之流而慢慢的被沖刷，還是選擇性的遺忘，然而殘留的一切，而今再次觸及它時雖僅剩淡淡的憂、濛濛的愁，但卻也著實在我心裡烙下永不褪去的印記。

人生許多事常常突如其來的令我們不由自己，面對過往的點點滴滴，我學著去接納它，也接納這屬於我的一切；學著去感恩它；也感恩當時陪伴在我身邊的所有人。我明白那是人生難得的試煉，我也相信它已豐厚了我的生命經驗。(省思札記 2012/12/20)

當研究者用自己的生命走進研究參與者的生命，且當研究者的經驗與研究參與者的經驗交融時，彼此都看見了自己，理解自己，也療癒了自己。並且期待也相信雙方皆能因此獲得生命的成長。

## 六、研究故事：生命的統整

反思研究之路，是一段與自己相遇的旅程。再度觀看此研究歷程，彷彿電影的情節，一幕又一幕的盡入眼簾。電影的主角在追尋自己夢想的過程中，不免遇到許多阻礙與挫折，時而因環境惡劣而身陷其中，搖搖晃晃地顛簸而行；時而走岔了路，再回頭已耗費多時；偶有因沿路的美麗風光或因疲累而駐足停留，如此走走停停。一路上雖有其他人同行，然而每個人都朝著各自的目標與方向前進，真正能堅持走到底的還是自己。

在研究訪談的過程中，研究者聆聽著每一段動人的生命故事。人生如戲，研究者看得入戲，同時也看見了戲中的自己，有時看著看著就笑了，亦有時看著看著就哭了，原來我們有著相似的生命故事或令人感動的故事情節，與其說是一種自我的投射，研究者卻將此理解為這是一種共鳴。

這就是命運嗎？秋喜自國中階段即被強迫須對媽媽的憂鬱症有所接應，這勾連了我自小總是擔心媽媽癲癇發作的恐慌情緒，如此真切的感同身受，讓我對秋喜生起不捨之情，彷彿再見當年的自己，小小年紀，卻要承擔如此重大的壓力，那是情何以堪？訪談後，秋喜的媽媽透過手機簡訊私下問我：「我的憂鬱症對孩子有沒有造成不好的影響」秋喜媽媽的擔心也彷彿讓我聽見三十年前的聲音，每當我媽媽在發病清醒後，總會不捨且自責的問我們這些孩子：「你們是不是很害怕？」身為人母，在面對疾病無情的催殘下，仍然奮力的想要保護孩子的本能，讓我對母愛的偉大而感動。感動著受訪者的故事，也感動著我自己的故事（省思札記 2013/12/23）

七年的碩士班生涯，很多人都形容研究者把碩士班當博士班或醫學院在唸，這話乍聽起來有點諷刺，然而個中滋味誰明白？如果研究者在此歷程中汲取很多實用的知識，並且醫治了自己，那說唸博士和醫學院也實不為過。其中的差別是，由誰定義和詮釋七年的碩士生涯。

從餐飲服務業跨足到助人專業，不僅描繪了研究者職涯的改變，更象徵研究者生命歷程的轉折。人生有多少七個年頭，研究者用它來跨越生命的鴻溝，猶如生命從此岸到彼岸的再生，體會生命不同的存在感。

往事如昨，回憶七年來的點滴過程，心中充滿歡喜與感恩。論文的完成代表此階段學習任務的圓滿，宏觀生命全程，這是一個結束，也是一個開始。就像本研究之本質譬喻圖，人生的路像是一個圓形的跑道，沒有開始有沒有結束，開始即是結束，一切須回到自身，「返轉」後，「心返心」，原來這也就是生命的本質。

## 參考文獻

### 中文部分

- 丁思惠、陳喬琪（2006）。憂鬱症的婚姻與家庭治療。《北市醫學雜誌》，3（10），13-20。
- 丁嘉妮（2008）。憂鬱症家屬與患者相處過程中的逆境經驗及其復原力發展之探究。未出版之碩士論文，新竹教育大學教育心理與諮商學系，新竹。
- 方志華（2004）。《關懷倫理學與教育》。台北：洪業文化。
- 文榮光、莊桂香（2007）。《浴火鳳凰：釋放憂鬱的靈魂》。台北：心靈工坊。
- 台灣憂鬱症防治協會（2009）。EQ殺手－認識憂鬱。檢索於：2013年8月15日。網址：[http://www.depression.org.tw/knowledge/know\\_info\\_part.asp?paper\\_id=64](http://www.depression.org.tw/knowledge/know_info_part.asp?paper_id=64)
- 牟秀善（1996）。社會工作者如何協助慢性精神病患家屬疾病管理。《社區發展季刊》，76，113-119。
- 汪文聖（2001）。精神病患之照顧存在性的現象學探討：理論的呼應與疏通。《國立政治大學哲學學報》，7，269-306。
- 汪文聖（2003）。本土精神病患照顧倫理的現象學探討。《本土心理學研究》，19，65-108。
- 汪文聖（2004）。亞里斯多德語海德格論存有的「剝奪」與「復原」：「疾病」與「療癒」的現象學溯源。《揭諦》，6，1-30。
- 余安邦（2007）。從疾病經驗到倫理主體：倫理化的可能探問。《本土心理學研究》，28，3-18。
- 余安邦、余德慧（2008）。文化及心理療癒的本土化生成。載於余安邦主編，本土心理與文化療癒：倫理化的可能探問（頁1-56）。台北：中央研究院民族學研究所。
- 余安邦、余德慧（2013）。「人文諮商」做為臨床本土化的實踐路線：遠去是為了歸來。《應用心理學研究》，58，137-231。
- 余德慧（1996）。文化心理學的詮釋之道。《本土心理學研究》，4，146-202。
- 余德慧（1998）。生活受苦經驗的心理病理。《本土心理學研究》，10，69-115。
- 余德慧（2001）。《詮釋現象心理學》。台北：心靈工坊。

- 余德慧（2005）。倫理主體作為生活世界的療癒向度：華人臨床心理學本土化的一個可能途徑。《本土心理學研究》，24，3-5。
- 余德慧、石世明、夏淑怡、王英偉（2006）。臨床陪伴的心理機制：一個二元複合模式的提出。載於余德慧等著，*臨終心理與陪伴研究*（頁180-227）。台北：心靈工坊。
- 余德慧、蔡怡佳（1995）。「離合」在青少年發展歷程的意義。《本土心理學研究》，3，93-140。
- 余德慧（2014）。《宗教療癒與生命超越經驗》。台北：心靈工坊。
- 余漢儀（1998）。社會研究的倫理。載於嚴祥鸞主編，*危險與秘密-研究倫理*（頁139-182）。台北：三民。
- 李依叡（2010）。《列維納斯「他者」概念的探究》。未出版之碩士論文，南華大學哲學系，嘉義。
- 李涪琳、余安邦、林家興（2007）。倫理主體的形塑、顯現與流變：以精神病患家屬為例。《本土心理學研究》，28，19-77。
- 李舒中（2010）。精神疾病「病識感」（insight）的社會分析：一個民族誌的觀察。《考古人類學刊》，73，101-148。
- 李維倫（2004）。以「置身所在」做為心理學研究的目標現象及其相關之方法論。《應用心理研究》，22，157-200。
- 吳芝儀（2000）。建構論及其在教育研究上的應用。載於中正大學教育學研究所主編，*質的研究方法*（頁183-220）。高雄：麗文文化。
- 吳就君（1995）。精神病患家庭照顧者的負荷研究：跨國文化比較。《中華心理衛生學刊》，8(1)，37-52。
- 吳就君（1999）。《婚姻與家庭》。台北：華騰。
- 宋麗玉(1998)。精神病患照顧者之憂鬱程度與其相關因素探討。《公共衛生》，25(3)，181-193。
- 宋麗玉(1999)。精神病患照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素。《中華心理衛生學刊》，12(1)，1-10。

生學刊，12(1)，1-30。

宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍（2002）。*社會工作理論*。台北：洪葉。

利翠珊（1999）。家庭心理學的系統觀點與研究。*應用心理研究*，2，21-40。

杜小真（1994）。*列維納斯*。台北：遠流。

沈志仁、張素凰（1993）。精神病患者家屬的壓力源、應對策略與健康狀況：時間序列的探討。*中華心理衛生學刊*，6(1)，89-116。

林美珠（1991）。*憂鬱症患者家庭功能*。未出版之碩士論文，東海大學社工系，台中。

林淑蓉（2002）。情緒、自我與精神疾病：人類學的療養研究院。載於胡台麗、許木柱、葉光輝主編，*情感、情緒與文化：台灣社會的文化心理研究*（頁163-213）。台北：中央研究院民族學研究所。

林耀盛（2006）。聆聽受苦之聲：從「咱們」關係析究慢性病照顧。載於蔡錚雲、龔卓軍主編，*應用心理研究*，29，183-212。

范鳳珠（2006）。*憂鬱症患者家屬（照顧者）對照顧患者之心理調適與因應*。未出版之碩士論文，台中教育大學諮商與教育心理研究所，台中。

周文欽、孫敏華、張德聰（2005）。*壓力與生活*。台北：空大。

周麗端、吳明燁、唐先梅、李淑娟（1999）。*婚姻與家人關係*。台北：空大。

胡幼慧（1996）。轉型中的質性研究：轉變、批判和女性主義研究觀點。載於胡幼慧主編，*質性研究：理論、方法及本土性研究實例*（頁7-26）。台北：巨流。

胡幼慧、姚美華（1996）。一些質性方法上的思考：信度與效度？如何抽樣？如何蒐集資料、登錄與分析？載於胡幼慧主編，*質性研究：理論、方法及本土性研究實例*（頁141-158）。台北：巨流。

柯貞慧、陸汝斌（2002）。認識憂鬱症。*學生輔導*，80，16-27。

高淑清（2000）。現象學方法及其在教育研究上的應用。載於中正大學教育學研究所主編，*質的研究方法*（頁 95-132）。高雄：麗文文化。

高淑清（2001）。海外華人留學生太太的生活世界：詮釋與反思。*本土心理學研究*，16，225—285。

- 高淑清（2002）。教育研究（二）：質性教育研究。載於楊國賜主編，*新世紀的教育學概論—科技整合導向*（頁 517-575）。台北：學富。
- 高淑清（2004）。家庭溝通課程意涵建構與教學實踐之研究。嘉義：濤石。
- 高淑清（2008a）。質性研究的18堂課首航初探之旅。高雄：麗文文化。
- 高淑清（2008b）。質性研究的18堂課揚帆再訪之旅。高雄：麗文文化。
- 高敬文（1999）。質化研究方法論。台北：師大書苑。
- 徐西森、連延嘉、陳仙子、劉雅瑩（2002）。人際關係的理論與實務。台北：心理。
- 徐臨嘉（1993）。悲怨的詮釋研究：以一個離婚的中國婦女為例。未出版之碩士論文，台灣大學心理研究所，台北。
- 畢恆達（1995）。生活經驗研究的反省：詮釋學觀點。本土心理學研究，4， 224-259。
- 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、方法及本土女性研究實例*（頁27-45）。台北：巨流。
- 畢恆達（2001）。社會研究的研究者與倫理。載於嚴祥鸞主編，*危險與秘密--研究倫理*（頁31-91）。台北：三民。
- 許敏桃、曾英芬（1998）。社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求。護理研究，6（4），290-303
- 許樹珍（2001）。「照顧存在性」研究的準備工作與實務理論之建構。國立政治大學哲學學報，7，239-268。
- 許樹珍、曾慶音、崔翔雲（2001）。精神病患家庭照顧存在性的現象學探討。護理研究，9（3），259-267。
- 陳向明（2002）。社會科學質的研究。台北：五南。
- 陳伯璋（2000）。質性研究方法的理論基礎。載於中正大學教育學研究所主編，*質的研究方法*（頁25-49）。高雄：麗文文化。
- 陳豐偉、施紅圭、李昱、楊明仁（2002）。憂鬱症病人重複住院之影響因素。台灣精神醫學，16（2），127-134。
- 陳如山、梁志宏（2005）。心理學與現代生活。台北：空大。

- 陳志良（1997）。*西洋哲學三百題*。台北：建宏。
- 陳榮華（2006）。*海德格存有與時間闡釋*。台北：台大出版中心。
- 黃宗堅（1999）。家庭系統的測量與應用。*應用心理學研究*，2，83-109。
- 黃瑞琴（1999）。*質的教育研究方法*。台北：心理。
- 彭懷真（1996）。*婚姻與家庭*。台北：巨流。
- 郭志通（2006）。*憂鬱症患者主要照顧者之敘事研究*。未出版之碩士論文，台南大學教育經營與管理研究所，台南。
- 教育部（1994）。重編國語辭典修訂本。檢索於：2013年06月15日。網址：  
<http://dict.revised.moe.edu.tw/>
- 葉雅馨、林家興（2006）。台灣民眾憂鬱程度與求助行為的調查研究。*中華心理衛生學刊*，19（2），125-148。
- 傅純真（2003）。*憂鬱症患者的偏差信念與婚姻衝突因應、婚姻滿意度之相關研究*。未出版之碩士論文，輔仁大學心理學研究所，台北。
- 傅偉勳（1993）。*生命的尊嚴與死亡的尊嚴*。台北：正中。
- 董氏基金會（2000）。憂鬱症患者及家屬朋友之相處現況。檢索於：2013年10月09日。網址：<http://www.jtf.org.tw/psyche/melancholia/survey.asp?This=60>
- 黃光國（2003）。*社會科學的理路*。台北：心理。
- 張汝倫（1997）。現象學方法的多重含義。*哲學雜誌*，20，90-115
- 張苙雲（2005）。*醫療與社會：醫療社會學的探索*。台北：巨流。
- 張慶雄（1997）。生活世界是人類主體間交流的基礎。*哲學雜誌*，20，116-135。
- 張德聰、曾端真、修慧蘭（2008）。*家庭諮商與輔導*。台北：空大。
- 張錫焜（2007）。E. Levinas「為他」倫理學及其德育蘊義。*教育研究集刊*，53（3），67-92。
- 楊中芳（2009）。本土化心理學的研究策略。載於楊國樞等主編，*華人本土心理學*（三版），上冊（頁81-109）。台北：遠流。
- 楊延光（1999）。*杜鵑窩的春天：精神疾病照顧手冊*。台北：張老師文化。

- 楊連謙（2004）。憂鬱症與婚姻治療。*諮商與輔導*，219，34-38
- 楊國樞、葉明華（2009）。家族主義與泛家族主義。載於楊國樞等主編，*華人本土心理學*（三版），上冊（頁249-292）。台北：遠流。
- 鄒川雄（2005a）。問題意識之建構及其在研究過程中的方法與意義。載於林本炫、周平主編，*質性研究方法與議題創新*（頁21-57）。嘉義：南華大學社教所。
- 鄒川雄（2005b）。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。載於林本炫、周平主編，*質性研究方法與資料分析*（頁21-55）。嘉義：南華大學社教所。
- 賴俊雄（2014）。眾裡尋「他」：列維納斯的倫理洞見。*人文與社會科學簡訊*，15（3），59-67。
- 潘淑滿（2003）。質性研究：理論與應用。台北：心理。
- 潘慧玲（2006）。轉變中的教育研究觀點。載於潘慧玲主編，*教育研究的取徑－概念與應用*（頁1-34）。台北：元照。
- 劉焜輝、周文欽、張德聰、林蔚芳（2001）。成人問題與諮商。台北：空大。
- 劉雅惠（1995）。社區中情感性障礙病患主要照顧者的需要及影響因素。未出版之碩士論文，高雄醫學院護理學研究所，台北。
- 歐李芝蓉（2000）。精神官能症病患照顧者的負荷及其相關因素之探討。未出版之碩士論文，長庚大學護理學研究所，台北。
- 蔡美麗（1990）。*胡賽爾*。台北：東大。
- 蔡昌雄（2005）。醫療田野的詮釋現象學研究應用。載於林本炫、周平主編，*研究方法與議題創新*（頁259-286）。嘉義：南華大學社教所。
- 蔡碧藍（1995）。出院憂鬱症病患照顧者之負荷及其相關因素之探討。未出版之碩士論文，台灣大學護理學研究所，台北。
- 謝美慧、王秀紅（2011）。護病互為主體的陪伴概念與意涵。*志為護理*，10（4），58-63。
- 簡春安、鄒平儀（2004）。*社會工作研究法*。台北：巨流。
- 蕭淑貞、黃宣宜、林靜蘭（2005）。社區精神衛生持續性護理的現況及展望。*護理雜*



## 西文部分

- Ackerman, N. J. (1984). *A theory of family systems*. New York : Gardner Press.
- American Psychiatric Association. (2014)。 *DSM-5 精神疾病的診斷準則手冊*（台灣精神醫學會編譯）。台北：合記圖書。（原著出版於2013）。
- Babbie, E. (2004)。 *社會科學研究方法*（李美華等譯）。台北：時英。（原著出版於2001）。
- Badger, T. A. (1996). Family members experience living with members with depression. *Western Journal of Nursing Research*, 18(2), 149-171.
- Bernheim, K. F. & Lehman, A. F. (2004)。 *家屬與精神病患*（郭葉珍譯）。台北：合記。（原著出版於1997）。
- Biegel, D. E., Milligan, S. E., Putnam, P. L., & Song, L. Y. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30(5), 473-494.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2001)。 *質性教育研究：理論與方法*（李奉儒、高淑清、鄭瑞隆、林麗菊、吳芝儀、洪志成、蔡清田等譯）。嘉義：濤石。（原著出版於1998）。
- Boss, P. (1994)。 *家庭壓力管理*（周月清、李文玲、林碧惠譯）。台北：桂冠。（原著出版於1988）。
- Brown, G. (1985). The discovery of expressed emotion : Induction or deduction? In Leff & Vaughn (Eds), *Expressed emotion in families* (pp. 7-25) .New York : Guilford Press.
- Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S. M. (2003)。 *變態心理學*。（陳美君、陳美如、陳秀卿、林宜美譯）。台北：五南。（原著出版於2000）。
- Caver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A

- theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Foucault, M. (1992)。 *瘋癲與文明* (劉北成譯)。台北：桂冠。(原著出版於1961)。
- Frankl, V. E. (1991)。 *生存的理由* (游恆山譯)。台北：遠流。(原著出版於1955)。
- Frankl, V. E. (1995)。 *活出意義來* (趙可式、沈錦惠譯)。台北：光啟。(原著出版於1963)。
- Fromm, E. (1990)。 *人類新希望* (孟祥森譯)。台北：志文。(原著出版於1989)。
- Fryer, D. R. (2004). The intervention of the other: Ethical subjectivity in Levinas and Lacan. New York: Other Press.
- Gadamer, H. G. (1993)。 *真理與方法-哲學詮釋學的基本特徵* (洪漢鼎譯)。台北：時報。(原著出版於1960)。
- Gibbs, G. R. (2010)。 *質性資料的分析* (吳佳綺譯)。台北：韋伯。(原著出版於2007)。
- Goldenberg, I., & Goldenberg, H. (1999)。 *家族治療理論與技術* (翁樹澍、黃大維譯)。台北：揚智。(原著出版於1996)。
- Heidegger, M. (2002)。 *存在與時間* (王慶節、陳嘉映譯) (一版三刷)。台北：桂冠。(原著出版於1927)。
- Hight, N., Thompson, M., & McNair, B. (2005). Identifying depression in a family member : The carers' experience. *Journal of Affective Disorder*, 87 , 25-33.
- James, W. (2001)。 *宗教經驗之種種* (蔡怡佳、劉宏信譯)。台北：立緒。(原著出版於1902)。
- Jeon, Y. H. (2003). Mental health nurses' work with family caregivers of old people with depression: review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 813-828.
- Karp, D. A. (2010)。 *同情的負荷* (林秋芬、宋旻諺、王迺燕譯)。台北：洪葉(原著出版於2001)。

- Karp, D. A., & Dian, W. R. (1999). Bearing Responsibility: How caregivers to the mentally ill assess their obligations. *Health: an Interdisciplinary Journal fore the Social study of Health Illness and Medicine*, 3(4), 469-491.
- Keith Kramlinger, M. D (2005) 。梅約憂鬱症小百科(賴孟泉、林育如譯)。台北：天下。(原著出版於2004)。
- Kleinman, A. (1994) 。談病說痛：人類的受苦經驗與痊癒之道(陳新綠譯)。台北：桂冠。(原著出版於1988)。
- Kring, A. M., Davison, G. C., Deale, J. M., & Johnson, S. L. (2009) 變態心理學(唐子俊、廖秀娟、孫肇玢、唐慧芳、唐慧娟、邱士祺、王郁菁、張梅地、陳婷婷譯)。台北：雙葉。(原著出版於2007)。
- Lefley, H. P. (1996). Family caregiving in mental illness. Thousand Oaks: Sage
- Lichtman, M. (2010) 。教育質性研究實用指南(江吟梓、蘇文賢譯)。台北：學富。(原著出版於2008)。
- McKenry, P.C., & Price, S.J. (2004) 。家庭壓力(鄭維瑄、楊康臨、黃郁婷譯)。台北：五南。(原著出版於2000)。
- Minuchin, S. (1974). Families and family thearapy. London: Tavistock Publications.
- Moran, D. (2005) 。現象學導論(蔡錚雲譯)。台北：桂冠。(原著出版於1999)。
- 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.
- Muscroft, J., & Boel, R. (2000). The impact of depression on caregivers and other family members: implications for professional support. *Counseling Psychology Quarterly*, 13(1), 117-134.
- Noriko, Y.,-M., Kazuko, I., Midori, K., Noriko, K.-M., Kiyomi, H., & Chieko, S. (2004). Subjective quality of life and positive appraisal of care among Japanese family caregivers of older adults. *Quality of Life Research*, 13 , 207-221.

- Olson, D. H., Defrain, J. & Skogrand L. (2008). *Marriage and the family: Intimacy, diversity, and strengths*(6th ed.). New York: McGraw Hill.
- Padgett, D. K. (2000)。質化研究與社會工作(張英陣校閱)。台北：洪葉。(原著出版於1998)。
- Patton, M. Q. (1995)。質的評鑑與研究(吳芝儀、李奉儒譯)。台北：桂冠。(原著出版於1990)。
- Peterson, C. (2005)。變態心理學(杜仲傑、沈永正、楊大和、饒怡君、吳幸宜譯)。台北：桂冠。(原著出版於2002)。
- Prend, A. D. (1997). *Transcending loss*. New York: Berkley.
- Rosen, L. E., & Amador, X. F. (2003)。當所愛的人有憂鬱症：照顧他也照顧好自己(魏嘉瑩譯)。台北：張老師。(原著出版於1996)。
- Rosenvinge, H., Jones, D., Judge, E., & Martin, A. (1998). Demented and chronic depressed patients attending a day hospital : stress experienced by carers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 13* , 8-11.
- Scazufca, M., Menezes, P. R., & Almeida, O.P. (2002). Caregiver burden in an elderly population with depression in Sao Paulo, Brazil. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 37*(9), 416-422.
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A., & Von. E. A. (2005). Caregiver Burden and Depressive Symptoms : Analysis of Common Outcomes in Caregivers of Elderly Patients . *Journal of Aging and Health, 17* (2), 125-147.
- Sokolowski, R. (2004)。現象學十四講(李維倫譯)。台北：心靈工坊。(原著出版於2000)。
- Thompson, E. E., & Doll, W. (1982). The burn of families coping with the mental ill : an invisible crisis. *Family Relations, 31* , 379-388.
- Van Manen, M. (2004)。探究生活經驗－建立敏思行動教育學的人文科學(二版)(高淑清、連雅慧、林月琴譯)。嘉義：濤石。(原著出版於1990)。

- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families problem children*. West Sussex: Wiley.
- WHO (2001). *The World Health Report: Mental Health —new understanding, new hope*. Geneva: WHO .
- White, M., & Epston, D. (2001) 。 *故事、知識、權力：敘事治療的力量*（廖世德譯）。台北：心靈工坊。（原著出版於1990）。
- White, J. M., & Klein, D. M. (2009) 。 *家庭理論*（馬永年、梁婉華譯）。台北：五南。（原著出版於2008）。
- Wijngaarden, B. V., Schene, A. H., & Koeter, M. W. J. (2004). Family caregiving in depression : impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81 , 211-222.
- Williams, J. (2008). Mindfulness,depression and modes of mind.*Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733.
- Wong, M. D., & Mckeen, M. D. (2007) 。 *生命花園*（陶曉清、李文、殷正洋、張亞輝、姚黛瑋譯）。台北：心靈工坊。（原著出版於1998）。
- Yalom, I. D. (2003) 。 *存在心理治療*（上、下兩冊）（易之新譯）。台北市：張老師文化。（原著出版於1980）。
- Yalom, I. D. (2009) 。 *凝視太陽－面對死亡恐懼*（廖婉如譯）。台北：心靈工坊。（原著出版於2009）。
- Yoon, H. (2003). Factor associated with family caregivers'burden and depression in Korea. *Aging and Human Development*, 57 (4), 291-311.

## 附錄一

### 訪談同意書

誠摯的感謝與歡迎您撥冗參與此研究，相信您豐富且深刻的陪伴經驗將使此研究使你我同獲深重的意義和價值。在正式參與此研究之前，請詳讀以下內容，期盼您能瞭解此研究，亦歡迎提出任何相關問題。

本研究之主題為「探究憂鬱症患者家屬之陪伴經驗」。意在探究憂鬱症患者家屬的陪伴經驗及陪伴經驗意義的本質為何？研究者是國立嘉義大學輔導與諮商研究所研究生。研究者對於憂鬱症患者家屬的陪伴經驗有著極為深刻且濃厚的興趣，因此期盼經由您的經驗述說，能使得更多人得以了解憂鬱症患者家屬的經驗與感受及其在陪伴患者過程中的點點滴滴。

本研究擬對每位研究參與者進行 2~3 次的訪談，每次訪談時間為 60-120 分鐘，且因考量日後資料分析之真確性，故訪談過程將採全程錄音，而訪談地點與時間則以您個人意願與便利為主要考量，且盡量選擇舒適自在且不受干擾的空間。在訪談的過程中研究者將本著尊重、開放、接納的學習態度來參與您經驗的分享，在參與研究的過程中，若有任何疑問或顧慮請隨時告知研究者，並且您有隨時暫緩或終止參與研究之權利。對於您寶貴經驗的分享，研究者在此向您表達由衷之謝意。

對於您所提供的訪談資料，研究者必遵循研究保密原則，僅供研究者與指導教授及研究團隊之分析討論，而研究論文與相關學術報告若有若有公開發表機會研究者將以完全匿名的方式處理，以維護個人隱私之權利。最後再次感謝您參與本研究，也祝福您在未來的陪伴路上順心、如意。

若您對本研究尚有任何疑問，歡迎隨時與研究者 陳志芳(0912-416005)或研究指導教授 高淑清博士(05-2732423)聯繫

☐ 本人同意接受訪談

☐ 本人不同意接受訪談

受訪者：\_\_\_\_\_（簽名） 研究者：\_\_\_\_\_（簽名）

中華民國 年 月 日

## 附錄二

### 主題組型譯碼群聚表

主題四：宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長						
親情牽繫常在旁， 盡己心力無怨悔			珍惜過往賦新義， 恩慈相待盼復原		療癒之路曙光顯， 但願扶持伴同行	
A-1-037	B-2-047	D-2-109	A-1-033	C-1-056	A-1-158	C-2-033
A-1-048	B-2-098	D-2-120	A-1-036	C-1-057	A-2-159	C-2-037
A-1-084	B-2-099	D-2-121	A-1-045	C-2-027	A-2-160	C-2-038
A-1-129	B-2-100	D-2-127	A-1-069	C-2-028	A-2-172	C-2-052
A-1-132	C-1-008	D-2-128	A-1-118	C-2-042	A-2-173	C-2-053
A-1-169	C-1-018	D-2-129	A-1-137	C-2-043	A-2-174	D-1-012
A-1-170	C-2-001	D-2-130	A-1-138	C-2-044	A-2-176	D-1-014-1
A-1-206	C-2-002	D-2-133	A-1-150	C-2-045	B-1-078	D-1-036
A-1-209	C-2-003	D-2-134	A-1-199	D-1-033	B-1-071	D-1-082
A-2-002	C-2-008	D-2-136	A-2-133	D-1-035	B-1-072	D-2-004
A-2-012	C-2-054	D-2-137	A-2-158	D-1-037	B-1-073	D-2-024
A-2-013	C-2-055	D-2-138	A-2-169	D-1-039	B-2-074	D-2-055
A-2-014	D-1-017	D-2-139	A-2-170	D-1-043	B-2-077	D-2-063
A-2-015	D-1-017-1	D-2-140	B-1-064	D-1-044	B-2-078	D-2-065
A-2-047	D-1-018		B-1-067	D-1-084	C-1-019	D-2-077
A-2-055	D-1-019		B-1-068	D-2-003	C-1-020	D-2-091
A-2-056	D-1-020		B-1-069	D-2-048	C-1-022	D-2-094
A-2-057	D-1-021		B-1-070	D-2-064	C-1-023	D-2-096
A-2-058	D-1-027		B-1-075	D-2-074	C-1-025	D-2-097
A-2-059	D-1-042		B-1-076	D-2-087	C-1-026	D-2-132
A-2-071	D-1-045		B-1-077	D-2-090	C-1-028	
A-2-077	D-1-049		B-2-023	D-2-101	C-1-029	
A-2-078	D-1-050		B-2-068	D-2-102	C-1-045	
A-2-080	D-1-062		B-2-075	D-2-105	C-1-047	
A-2-085	D-1-081		B-2-076	D-2-108	C-1-051	
A-2-086	D-1-083		B-2-079	D-2-125	C-1-052	
A-2-087	D-2-001		B-2-080		C-1-053	
A-2-095	D-2-002		B-2-083		C-1-054	
A-2-126	D-2-005		B-2-097		C-1-055	
A-2-151	D-2-006		B-2-101-1		C-2-004	
B-1-033	D-2-007		B-2-103		C-2-005	
B-1-037	D-2-049		B-2-104		C-2-006	
B-2-003	D-2-054		B-2-105		C-2-009	
B-2-004	D-2-066		C-1-036		C-2-011	
B-2-005	D-2-072		C-1-048		C-2-014	
B-2-019	D-2-073		C-1-049		C-2-017	
B-2-029	D-2-098		C-1-050		C-2-026	

## 附錄三

### 主題改版歷程：第一版到第二版

主題命名第一版	主題命名第二版
<b>一、病情漫長不輕言棄，形壽有盡寄新予望</b> 1. 病情反覆漫長，不輕言棄 2. 形壽有盡盼汝成長 3. 揮別過往寄予新望	<b>一、不解病症如臨災難，不安的心遊走欲尋良方</b> 1 對病症不了解，病情嚴重感到震驚 2 複雜情緒，難得紓解 3 嘗試各種方式，欲尋求有效方法
<b>二、不解病症勇面對，反觀自照變釋然</b> 1. 不解病症困頓徬徨 2. 坦然面對自得力量 3. 尋得空間反觀自照 4. 學習放手心如常	<b>二、阻礙糾結輕重難調，漫長忐忑身心煎熬</b> 1 夾在患者與家人中間難為，擔心外界異樣眼光 2 患者抗拒就醫，情緒拉扯，求好心切起衝突，陪伴難拿捏 3 擔心尋短忐忑操煩 4 病情反覆漫長，身心耗竭瀕臨絕望是煎熬 5 倍感壓力和負擔
<b>三、身心困頓無力感，不忍病魔心操煩</b> 1. 倍感壓力和負擔 2. 情緒糾結難紓解 3. 擔心尋短忐忑操煩 4. <del>遭逢病魔於心不忍</del> 5. 身心耗竭絕望無力	<b>三、知所限制得天人助，反觀自照放手漸釋然</b> 1 知所限制尋求宗教與親友支持 2 自我觀照獲得力量 3 釐清責任學習放手，坦然面對漸釋然
<b>四、宿緣相助輕重難調，溝通兩難化礙成愛</b> 1. 宿緣關係盡己情誼 2. <del>殷勤相助衝突起</del> 3. 情緒拉扯難拿捏 4. 夾在家人中間實難為	<b>四、宿緣不棄寄予新望，以愛相隨盼同成長</b> 1 宿緣關係不輕言棄，盡已所能殷勤愛 2 不可能陪伴一輩子希望患者成長獨立 3 珍惜擁有揮別過往寄予新望 4 以愛相隨同成長

#### 改版說明

一、改版使用符號之說明：「\_\_\_\_\_」表示命名修改，「—————>」表示位置之搬移，「        」表示新增，「—————」表示刪除。

二、檢證者：指導教授高淑清老師

三、檢證時間：104 年 4 月 4 日（六）上午十點三十分到下午一點

四、檢證地點：嘉義大學林森校區高淑清老師研究室



五、檢證內容：針對主題命名第一版進行改版

六、指導教授檢證意見如下：

- (一) 主題命名初版力求命名用字貼切，重見實命名，放棄字訣限制。
- (二) 主題鋪陳需邏輯且互斥獨立性。解構主題組型邏輯，改以時序式鋪陳。
- (三) 再思經驗結構四大面向之意涵。
- (四) 呈現主體跳躍的問題。
- (五) 現象詮釋強調經驗之歷程而非結果，符應質性研究特性。
- (六) 彰顯因憂鬱症之疾病特性與陪伴經驗之特殊性。

七、第一版主題分析改版修正如下：

- (一) 主題命名初版力求命名用字貼切，重見實命名，放棄字訣限制：研究者在次主題命名上拘泥字訣而在過於包裹的情況下，看不到經驗之現象，因此研究者解構次主題命名，鬆綁詩化語言的限制，使次主題命名更近經驗本身。此外，研究者重新回到分析文本，逐一檢視意義單元命名，更求掌握彰顯重點經驗之原則，是故在次主題的命名與鋪陳上重新再建構。
- (二) 主題鋪陳需邏輯且互斥獨立性。解構主題組型邏輯，改以時序式鋪陳：在經與指導教授檢證之後，發現主題之命名與鋪陳邏輯顯得零散、跳躍，難辨識，以至於看不到陪伴經驗之整全性，研究者改以時序式歸納次主題，藉以鋪陳主題，不但符合質性研究之歸納之研究邏輯，更能凸顯陪伴歷程之主體經驗。
- (三) 再思經驗結構四大面向之意涵：研究者第一版主題命名已先預設經驗結構之四大面向，即以時間、空間、形體、關係等四大範疇，再將次主題一一填入此四大範疇，此方式落入了量化研究之演繹邏輯。更甚，對經驗結構之關係面向之理解錯誤，其中關係面向意指主體與自身、家庭、社區乃至社會文化系統之關係。
- (四) 呈現主體跳躍的問題：在第一版之主題二之二「坦然面對自得力量」與三之四「遭逢病磨於心不忍」中，呈現主體跳躍難以辨識的情形，因此研究者再回到文本再度審視後，分別改成「知所限制尋求宗教與親友支持」與將「遭

逢病磨於心不忍」納入「倍感壓力和負擔」之中。

(五) 現象詮釋強調經驗之歷程而非結果，符應質性研究特性：將反觀自照變釋然之「變」字改成「漸」釋然。

(六) 彰顯因憂鬱症之疾病特性與陪伴經驗之特殊性：每種疾病有其特性，此特性亦影響陪伴主體之經驗現象。例如：憂鬱症反覆發作且漫長的病程與患者容易產生自殺意念與行為皆深深影響陪伴主體之經驗。因此研究者將「擔心尋短志忑操煩」、「病情反覆漫長」與「身心耗竭瀕臨絕望是煎熬」等所有受訪者皆有且豐富的重點經驗凸顯至主題層級，並且形構主題二「阻漫長志忑身心煎熬」之命名。



## 主題改版歷程：第二版到第三版

主題命名第二版	主題命名第三版
<p>一、不解病症如臨災難，不安的心 遊走欲尋良方</p> <p>1 對病症不了解，病情嚴重感到震驚</p> <p>2 複雜情緒，難得紓解</p> <p>3 嘗試各種方式，欲尋求有效方法</p>	<p>一、不解病症，如臨災難，不安遊 走，欲尋良方</p> <p>1 對病症不了解，病情嚴重感到震驚</p> <p>2 心情複雜，難得紓解</p> <p>3 嘗試尋求各種有效方法</p>
<p>二、<del>阻礙糾結</del>輕重難調，<del>漫長</del>忐忑 身心煎熬</p> <p>1 夾在患者與家人中間難為，擔心 外界異樣眼光</p> <p>2 <del>患者抗拒就醫</del>，情緒拉扯，<del>求好</del> <del>心切起衝突</del>，陪伴難拿捏</p> <p>3 擔心尋短<del>忐忑</del>操煩</p> <p>4 病情反覆漫長，<del>身心耗竭</del>瀕臨絕 望<del>是煎熬</del></p> <p>5 倍感壓力和負擔</p>	<p>二、糾結難為，衝突難調，忐忑難 安，身心難熬</p> <p>1 夾在患者與家人中間難為，擔心 外界眼光</p> <p>2 情緒拉扯，互動難拿捏</p> <p>3 擔心尋短，時時操煩</p> <p>4 病情反覆漫長，瀕臨絕望</p>
<p>三、知所限制得天人助，反觀自照 放手漸釋然</p> <p>1 知所限制尋求宗教與親友支持</p> <p>2 自我觀照獲得力量</p> <p>3 釐清責任學習放手，坦然面對漸 釋然</p>	<p>三、知所限制，望得天人助，反觀 自照，放手漸釋然</p> <p>1 感到無能為力，尋求親友與宗教 支持</p> <p>2 尋找空間，自我調適</p> <p>3 學習放手，生活回歸正常</p>
<p>四、宿緣不棄寄予新望，以愛相隨 盼同成長</p> <p>1 宿緣關係<del>不輕言棄</del>，盡已所能殷 勤愛</p> <p>2 不可能陪伴一輩子希望患者<del>成長</del> 獨立</p> <p>3 珍惜擁有<del>揮別過往</del>寄予新望</p> <p>4 以愛相隨同成長</p>	<p>四、宿緣不棄，寄予新望，以愛相 隨，盼同成長</p> <p>1 家人關係，盡已所能提供陪伴</p> <p>2 不可能陪伴一輩子，希望患者獨 立</p> <p>3 珍惜擁有，藉此成長</p> <p>4 期許未來一起投入宗教、公益活 動</p>

### 改版說明

一、改版使用符號之說明：「\_\_\_\_\_」表示命名修改，「—————>」表示位  
置之搬移，「 」表示新增，「—————」表示刪除。

二、檢證者：指導教授高淑清老師

三、檢證時間：104 年 4 月 8 日（三）下午一點至下午一點三十分

四、檢證地點：民國 104 年 4 月 8 日電話聯絡

五、檢證內容：針對主題命名第二版進行改版

六、指導教授檢證意見如下：

（七）在主題與次主題命名時，適宜地使用標點符號，清楚斷句，使得意義更加鮮明。

（八）主題命名避免用字遣詞重複，切忌文字堆疊，需提高層級描繪，非次主題文字的再併湊。

（九）藉由次主題的解構再建構，凸顯次主題間之互斥獨立性，次主題命名再求精煉。

（十）再檢視主題與次主題之命名，力求貼切經驗本身。

七、第二版主題分析改版修正如下：

（一）在考量文字精煉，且能貼近經驗本身的原則下，將主題一之三「嘗試各種方式，欲尋求有效方法」精簡成「嘗試尋求各種有效方法」。

（二）主題二原命名「阻礙糾結輕重難調，漫長忐忑身心煎熬」中「阻礙糾結輕重難調」不易辨識其意涵，因此修改成「糾結難為，衝突難調」，「漫長忐忑身心煎熬」，改成「忐忑難安，身心難熬」，以凸顯經驗主體之「難」之困境。次主題一刪除「異樣」兩字；次主題二刪除「患者抗拒就醫與求好心切起衝突」較非重點經驗；次主題三將「忐忑」改成「時時」更能辨識重點經驗；次主題四精煉成「病情反覆漫長，瀕臨絕望」；次主題五則解構合併至其他四個次主題。

（三）主題三「知所限制，得天人助，反觀自照，放手漸釋然」增加「望」字，彰顯主體之內在之心理歷程。次主題二「自我觀照獲得力量」改成「尋找空間，自我調適」，次主題三改成「學習放手，生活回歸正常」力求更貼近主體經驗。

（四）主題四之次主題一，為了避免抽象的用詞，將「宿緣」改成「家人」，「殷勤愛」改成「提供陪伴」；主題二刪除「成長」贅詞，主題三強調「藉此

成長」強調憂鬱症患者家屬在此陪伴經驗中的感悟與賦予其意義；主題四改成「期許未來一起投入宗教、公益活動」。



## 主題改版歷程：第三版到第四版

主題命名第三版	主題命名第四版
<p>一、不解病症，如臨災難，不安遊走，欲尋良方</p> <p>1 對病症不了解，病情嚴重感到震驚</p> <p>2 心情複雜，難得紓解</p> <p>3 嘗試尋求各種有效方法</p>	<p>一、不解病症如臨危，不安遊走覓良方</p> <p>1.目睹病重感震驚，<u>探求病因歸咎責</u></p> <p>2.<u>百感交集身影孤</u>，抑鬱無奈隱難言</p> <p>3.嘗試種種方法解，<u>急欲拉出陰霾界</u></p>
<p>二、糾結難為，衝突難調，忐忑難安，身心難熬</p> <p>1 夾在患者與家人中間難為，擔心外界眼光</p> <p>2 情緒拉扯，互動難拿捏</p> <p>3 擔心尋短，時時操煩</p> <p>4 病情反覆漫長，瀕臨絕望</p>	<p>二、溝通糾結苦難調，忐忑操煩痛難熬</p> <p>1.<u>家人誤解難磨合</u>，<u>擔心外界異眼見</u></p> <p>2.情緒拉扯難互動，軟硬兼施難拿捏</p> <p>3.<u>陪病路長崎嶇艱</u>，<u>憂慮絕望心意灰</u></p>
<p>三、知所限制，望得天人助，反觀自照，放手漸釋然</p> <p>1 感到無能為力，尋求親友與宗教支持</p> <p>2 尋找空間，自我調適</p> <p>3 學習放手，生活回歸正常</p>	<p>三、知所限制尋支持，反觀自照漸釋然</p> <p>1.<u>束手無策陷困頓</u>，<u>尋求親友或宗教來解圍</u></p> <p>2.<u>釐清責任得空間</u>，<u>回歸自我勤試煉</u></p> <p>3.<u>坦然面對平常心</u>，<u>順其自然學放下</u></p>
<p>四、宿緣不棄，寄予新望，以愛相隨，盼同成長</p> <p>1 家人關係，盡己所能提供陪伴</p> <p>2 <del>不可能陪伴一輩子</del>，希望患者獨立</p> <p>3 珍惜擁有，藉此成長</p> <p>4 <del>期許未來一起投入宗教、公益活動</del></p>	<p>四、宿緣不棄寄新望，以愛相隨同成長</p> <p>1.<u>親情牽繫常在旁</u>，<u>盡己心力無怨悔</u></p> <p>2.珍惜擁有<u>增長力</u>，<u>恩慈相待望復原</u></p> <p>3.<u>真情伴行共扶持</u>，<u>療癒之路光明現</u></p>

### 改版說明

一、改版使用符號之說明：「\_\_\_\_\_」表示命名修改，「\_\_\_\_\_」

表示刪除。

二、檢證者：指導教授高淑清老師、楊文娟、蔡鑫怡、傅淑娟、鄭淑真、吳虹月

三、檢證時間：104 年 4 月 10 日（五）下午五點至下午七點

四、檢證地點：嘉義大學林森校區四樓研究生研究室

五、檢證內容：針對主題命名第三版進行改版

六、改版焦點：

- （一）主題命名冗長，不易斷句，可在更精煉文字之使用。
- （二）次主題排列及命名邏輯不清，彼此互斥性仍不足。
- （三）次主題命名過於白話、文法不正確及因果間難以理解。
- （四）以陪伴者之主體經驗命名，避免在命名上主題不清的問題。
- （五）主題命名避免文白夾陳的情形。
- （六）主題命名物落入次主題命名之堆疊。
- （七）再思每個主題之本質經驗為何？
- （八）次主題之命名須藉修辭來凸顯次主題之意涵。
- （九）主題一：不解、不安；主題二：難調、難熬；主題三：知-行；主題四：陪伴關係。

五、改版內容：

- （一）改版使用符號保留「命名修改」與「刪除」兩部分即可。
- （二）次主題二-4「病情反覆漫長」無法彰顯經驗之主體為陪伴者，因此修改成「陪病路長崎嶇艱」。
- （三）次主題四-1「家人關係」之命名模糊不清，無法彰顯其意涵與呈現具體經驗描繪，修改成「親情牽繫」。
- （三）可將次主題二-3 與次主題二-4 合併，同表現出位病人擔心之意涵，次主題四-2 與次主題四-3 合併，「不可能陪伴一輩子」比較像單一受訪者的話，在解釋的有效性考量上稍嫌不足，且此意涵可納入主題三-1「知所限制」。故將此兩次主題合併為「珍惜擁有增長力，恩慈相待望復原」更

能彰顯出首訪者期望患者康復之原意

- (四) 次主題一-2 與次主題二-2 有命名重疊的問題，都是受訪者情緒的感受，故將「心情複雜」改為「百味雜陳」，不只有情感表徵，尚有直觀之表象特性。
- (五) 次主題一-3 與次主題三-1 之互斥獨立性不高，就命名來看不易區辨兩者之差異，因此次主題一-3 修改成「嘗試種種方法解」凸顯想盡各種辦法的歷程，而次主題三-1 則是偏向努力後，束手無策之結果。
- (六) 次主題四-4 結論要有延續性，故改成「真情伴行共扶持，療癒之路光明現」
- (七) 從意義單元命名中歸納陪伴者對患者的鼓勵、支持、同理而以恩慈相待詮釋親情之愛。陪伴本身即具「偕同」的概念因此嘗試將「偕」字納入命名。
- (八) 主題三-2「尋找空間，自我調適」，需再思考尋找自我空間，調適陪伴壓力之意涵。





## 主題改版歷程：第四版到第五版

主題命名第四版	主題命名第五版
<p>一、不解病症如臨危，不安遊走覓良方</p> <p>1.目睹病重<del>感震驚</del>，探求病因<del>歸咎責</del></p> <p>2.百感交集<del>身影孤</del>，抑鬱無奈<del>隱難言</del></p> <p>3.嘗試種種方法解，急欲<del>拉出陰霾界</del></p>	<p>一、不解病症如臨危，不安遊走覓良方</p> <p>1.目睹病重<u>陷惶恐</u>，探求病因<u>釋疑惑</u></p> <p>2.百味雜陳<u>孤身影</u>，抑鬱無奈<u>負重擔</u></p> <p>3.戰戰兢兢費思量，急欲<u>出離解煩憂</u></p>
<p>二、溝通糾結苦難調，忐忑操煩痛難熬</p> <p>1.家人誤解難磨合，<del>擔心外界異眼見</del></p> <p>2.情緒拉扯難<del>互動</del>，軟硬兼施難拿捏</p> <p>3.陪病路長<del>崎嶇艱</del>，<del>憂慮絕望</del>心意灰</p>	<p>二、混沌糾結悲難調，忐忑操煩苦難熬</p> <p>1.家人誤解難磨合，<u>異樣眼光難釋懷</u></p> <p>2.情緒拉扯難<u>掙脫</u>，軟硬兼施難拿捏</p> <p>3.陪病漫長又反覆，<u>畏親尋短</u>心意灰</p>
<p>三、知所限制尋支持，反觀自照漸釋然</p> <p>1.束手無策<del>陷困境</del>，<del>尋求親友或宗教來解圍</del></p> <p>2.<del>釐清</del>責任得空間，回歸自我勤試煉</p> <p>3.坦然面對平常心，<del>順其自然學放下</del></p>	<p>三、知所限制尋支持，反觀自照漸釋然</p> <p>1.束手無策<u>困愁城</u>，親友宗教<u>助突圍</u></p> <p>2.還原責任得空間，回歸自我勤適煉</p> <p>3.坦然面對平常心，<u>學習放下明進退</u></p>
<p>四、宿緣不棄寄新望，以愛相隨同成長</p> <p>1.親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔</p> <p>2.<del>珍惜擁有增長力</del>，恩慈相待望復原</p> <p>3.<del>真情伴行共扶持</del>，療癒之路<del>光明現</del></p>	<p>四、宿緣不棄寄新望，以愛相隨<u>偕</u>成長</p> <p>1.親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔</p> <p>2.<u>珍惜過往賦新義</u>，恩慈相待盼復原</p> <p>3.<u>真摯扶持伴同行</u>，療癒之路<u>現光明</u></p>

### 改版說明

一、改版使用符號之說明：「\_\_\_\_\_」表示命名修改，「\_\_\_\_\_」表示刪除。

二、檢證者：楊文娟（民國 104 年 4 月 12 日電子郵件檢證）；吳春賢（民國 104 年 4

月 12 日電子郵件檢證)；鄭淑真(民國 104 年 4 月 13 日電子郵件檢證)；傅淑娟(民國 104 年 4 月 14 日電子郵件檢證)。

三、檢證內容：針對第四版進行改版

四、改版焦點：

- (一) 次主題之命名主體不清，讀者不易區辨主體是陪伴家屬或患者。
- (二) 加強次主題命名之修辭及其詮釋空間，力求貼切受訪者之經驗。

五、檢證與改版內容：

(一) 文娟：

- 1. 苦「難」調，要思考一下讀二聲或四聲。
- 2. 「勤試煉」偏離「調適」的原意。
- 3. 「增長力」會遲疑一下要讀成 ㄘㄨㄤ(三聲)，或是 ㄉㄨㄤ(二聲)，修改成「力增長」。

(三) 春賢：

- 1. 「如臨危」與「歸咎責」語義較不明確。
- 2. 根據第三版的內容，「擔心尋短」的部分被遺漏，

(三) 淑真：

- 1. 主題一的三個次主題來說，好像都是 4 字 3 字，4 字 3 字，但在「抑鬱無奈隱難言」這個次主題好像就感覺怪怪的。
- 2. 「陪病路長崎嶇艱」無顯現病程「反覆」之原意。
- 3. 「試煉」和「調適」好像有點距離。

(四) 淑娟：

- 1. 其實我還蠻喜歡原來的「臨危」，但「如」字似乎弱一點，試修成「已」。  
這句其實有多重解釋，患者病不得解為其一，陪病者對疾病不瞭解為其二，求不得其解決方法為其三，很有解釋性的句法，我很喜歡。
- 2. 「異眼」指的是「異樣眼光」嗎？
- 3. 第三版次主題裡讓我很有感觸的「反覆」與「漫長」，是我對憂鬱症特

徵的認知，也是家屬對這些數十年陪病過程說不出的艱辛。

4. 其實不很確定是否有達鬆綁或解圍程度，擔心會不會文本難以解釋，所以改以中性一點的"支撐柱"來修整。若使用"柱"為名詞，"住"成動詞，需對應你的文本較為適切。
5. 「坦然面對平常心，順其自然學放下」，兩句都有"然"，但兩句我都喜歡，就改影響少一點的。



## 主題改版歷程：第五版到第六版

主題命名第五版	主題命名第六版
<p>一、不解病症如臨危，不安遊走覓良方</p> <p>1.日睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑 2.百味雜陳孤身影，抑鬱無奈<u>負重擔</u> 3.戰戰兢兢費思量，急欲<u>出離解煩憂</u></p>	<p>一、不解病症如臨危，不安遊走<u>尋</u>覓良方</p> <p>1.日睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑 2.百味雜陳孤身影，抑鬱無奈<u>負擔重</u> 3.戰戰兢兢費思量，急欲<u>救拔獲解脫</u></p>
<p>二、混沌糾結悲難調，忐忑操煩苦難熬</p> <p>1.家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷 2.情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏 3.陪病漫長<u>又反覆</u>，畏親尋短<u>心意灰</u></p>	<p>二、混沌糾結悲難調，忐忑操煩<u>心</u>苦難熬</p> <p>1.家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷 2.情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏 3.陪病漫長<u>難負荷</u>，畏親尋短<u>難自在</u></p>
<p>三、知所限制尋支持，反觀自照漸釋然</p> <p>1.束手無策<u>困愁城</u>，親友宗教助突圍 2.<u>還原</u>責任得空間，<u>回歸</u>自我勤適煉 3.<u>坦然面對</u>平常心，<u>學習放下</u>明進退</p>	<p>三、知所限制<u>困愁城</u>，反觀自照<u>漸漸</u>釋然</p> <p>1.束手無策<u>望支持</u>，親友宗教助突圍 2.<u>回歸自我</u>得空間，<u>區辨</u>責任持界線 3.<u>學習放下</u>平常心，<u>坦然面對</u>明進退</p>
<p>四、宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕成長</p> <p>1.親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔 2.珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復原 3.<u>真摯</u>扶持伴同行，療癒之路<u>現光明</u></p>	<p>四、宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕<u>回</u>成長</p> <p>1.親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔 2.珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復原 3.療癒之路<u>曙光顯</u>，<u>但願</u>扶持伴同行</p>

### 改版說明

一、改版使用符號之說明：「\_\_\_\_\_」表示命名修改，「\_\_\_\_\_」表示刪除。

二、檢證者：指導教授高淑清老師

三、檢證時間：104 年 4 月 20 日（一）下午五點三十分到七點

四、檢證地點：嘉義大學林森校區高淑清老師研究室

五、檢證內容：針對主題命名第五版進行改版

六、指導教授檢證意見如下：

（一）每個主題本質意義的澄清本質的萃取與詮釋，以利日後本質譬喻圖的形構。

（二）次主題命名平實、具體描述，主題命名再求意義的貼切。

七、檢證與改版內容：

（一）主題一之二力求語句流順與通暢，將「負重擔」改成「負擔重」。

（二）主題一之三考量語言使用平實，易於一班大眾閱讀以及更貼近受訪者經驗，將「出離解煩憂」改成「救拔獲解脫」。

（三）為了凸顯主題二所欲表銓「難」的意涵，將主題二之三「又反覆」改成「難負荷」，「心意灰」改成「難自在」。

（四）主題三「知所限制尋支持」之「尋支持」從文本歸納分析來看，屬於次主題層級，因此將「知所限制尋支持」改成「知所限制困愁城」，益形含括三個次主題之經驗意涵。

（五）從文本資料的內容與受訪者的視框轉移，發現陪伴者先意識到在陪伴的過程需回歸自我，進而再將責任與界限考量進來，因此主題三之二「還原責任得空間，回歸自我勤適煉」改成「回歸自我得空間，區辨責任持界線」。

（六）主題三之三「坦然面對平常心，學習放下明進退」中「坦然面對」為行為層面；「學習放下」屬態度層面，因此考量上下文意，將兩者互換改成「學習放下平常心，坦然面對明進退」。

（七）將主題四之三「真摯扶持伴同行，療癒之路現光明」改成「療癒之路曙光顯，但願扶持伴同行」更符合在此陪伴經驗中對未來抱持希望而繼續前行的意涵。

## 附錄四

### 同儕檢證

檢證項目：逐字稿檢證

檢證日期：2013/10/13

研究同儕檢證者：妙縈

檢證錄音時間：錄音時間的 0'00~07'55

檢證內容：

一、在逐字稿文字符號說明的字裡行間，可見志芳學長的貼心，能留心將訪談過程中提及的人物，化名保護之。此外，想建議學長，是否考量直接刪除文本中未用的文字符號，例如：『標楷體斜體：台語』。

二、在聆聽訪談錄音檔時發現，雖然受訪者說話速度偏快，並且，每段談話都頗長，但學長的逐字稿謄寫並未有太多錯漏字，能忠實呈現受訪者的表達內容。唯有關研究者在訪談過程中短語回應受訪者的部分，紀錄有所缺漏，請留意。

三、訪談過程中，學長極能善用積極傾聽與短語回應，鼓勵受訪者流暢與盡情的表達，也能適時透過重述語句與就受訪者談及內容延伸提問的方式，適度釐清受訪者的表達意涵，並使受訪者能環繞研究主題的作更進一步的表述。

綜論整體逐字稿檢證，志芳學長的訪談內容紀錄詳實、如實呈現受訪者的口語字詞，訪談話題環繞研究主題、訪談歷程也很流暢，可見雙方關係建立以及對於研究主題的掌握度皆佳。謹挑出一些小瑕疵與建議提供學長做個參考。

研究者回應：

一、首先回應妙縈所提第一項建議：在整個訪談過程中研究參與者有穿插幾句台語，如：

1. 他現在終於找到人生的趣味了！阿都按ㄟ啦！按ㄟ就第肚啦！
2. 我說~你齣！真的是齣~真正顧人怨~按ㄟ齣~故意去弄她的狗。

二、研究者在訪談過程中短語回應的部分已有補上。

## 附錄五

### 研究參與者檢證回饋函

您好：

首先再次感謝您撥冗接受我的訪談，因為有您熱忱的參與，使得本研究得以順利進行。

目前我已經將包含您在內，共有四位憂鬱症患者家屬進行本研究的訪談。很感謝您們分享這些寶貴的陪伴經驗，依據這些訪談錄音，共抄謄了八份文本資料，經過反覆的閱讀、理解、分析，同時經過指導教授與研究團隊的交互檢證歷程，歸納出「憂鬱症患者家屬之陪伴經驗」，共有四個主題和十二個次主題（如下表），為了力求分析的結果更能貼近您們的陪伴經驗，期盼您再次撥空協助檢視這些分析結果，並對於這些陪伴經驗的主題詮釋提供您寶貴的意見，作為本研究補充及修正的參考，相信有您的提醒與回饋，將使我的研究更為嚴謹，對於您的再次投入，致上由衷的感激之意！

敬祝 闔家平安喜悅

嘉義大學輔導與諮商研究所研究生

陳志芳 謹誌

中華民國一〇四年四月二十一日

<b>主題一：不解病症如臨危，不安遊走尋覓良方</b> (1) 目睹病重陷惶恐，探求病因釋疑惑 (2) 百味雜陳孤身影，抑鬱無奈負擔重 (3) 戰戰兢兢費思量，急欲救拔獲解脫	
說明：陪伴者眼看著患者日益嚴重的病情，深感驚恐不安，直接的反應是想要探求發病的原因，找出病灶。此時錯綜複雜的心情蜂擁而至，頓時備感壓力和負擔。絞盡腦汁的想要尋求有效的治療或陪伴方式，一心一意地想要將患者拉出憂鬱的陰霾。	<input type="checkbox"/> 很貼近 <input type="checkbox"/> 部分貼近 <input type="checkbox"/> 不貼近 還有補充：
<b>主題二：混沌糾結悲難調，忐忑操煩心苦難熬</b> (1) 家人誤解難磨合，異樣眼光難釋懷 (2) 情緒拉扯難掙脫，軟硬兼施難拿捏 (3) 陪病漫長難負荷，畏親尋短難自在	
說明：陪伴者除了與患者溝通和互動上感到困難外，還要化解其他家人對患者的誤解，甚至擔心外人異樣的眼光，深感為難。此外患者反覆不定的病情，嚴重時甚至想自殺，對陪伴者而言，情緒的張力經常到達臨界點，身心壓力巨大。	<input type="checkbox"/> 很貼近 <input type="checkbox"/> 部分貼近 <input type="checkbox"/> 不貼近 還有補充：
<b>主題三：知所限制困愁城，反觀自照漸見釋然</b> (1) 束手無策望支持，親友宗教助突圍 (2) 回歸自我得空間，區辨責任持界線 (3) 學習放下平常心，坦然面對明進退	
說明：當陪伴者感到無計可施時，自然需要尋求外界的支援。陪伴者也體會到自己的能力有限，患者終須為自己的疾病承擔起責任。因此陪伴者逐漸地回到自我調適與自我照顧，也因此更能接受此疾病，與患者發展和諧且健全的互動關係。	<input type="checkbox"/> 很貼近 <input type="checkbox"/> 部分貼近 <input type="checkbox"/> 不貼近 還有補充：
<b>主題四：宿緣不棄寄新望，以愛相隨偕同成長</b> (1) 親情牽繫常在旁，盡己心力無怨悔 (2) 珍惜過往賦新義，恩慈相待盼復原 (3) 療癒之路曙光顯，但願扶持伴同行	
說明：盡管一路走來千辛萬苦，但因親情關係，陪伴者始終不離不棄，並且將此經驗視為一個生命轉化的契機。對患者悉心的照顧，只希望患者病情能日漸好轉。在日後的生命旅程中，願意與患者一直再走下去，也盼望著與患者共同成長。	<input type="checkbox"/> 很貼近 <input type="checkbox"/> 部分貼近 <input type="checkbox"/> 不貼近 還有補充：
整體意見：您寶貴的意見將使得此研究更具價值。謝謝！	



## 附錄六

### 研究參與者檢證回饋實錄

主題 受訪者	主題一 不解病症如臨 危，不安遊走尋 覓良方	主題二 混沌糾結悲難 調，忐忑操煩心 苦難熬	主題三 知所限制困愁 城，反觀自照漸 見釋然	主題四 宿緣不棄寄新 望，以愛相隨偕同 成長
春慈	很貼近	很貼近	很貼近	很貼近
夏悲	很貼近	很貼近	很貼近	很貼近
秋喜	很貼近	很貼近	部分貼近	很貼近
冬捨	很貼近	很貼近	很貼近	很貼近
受訪者回應				
主題二 混沌糾結悲難調， 忐忑操煩心苦難熬	春慈：我覺得夾在孩子和先生之間，像是兩個力量的拉扯，有時候真的感到很難為，孩子想要自殺真的讓我整個心都懸在半空中，真的是「操煩」，我感覺到很貼切。			
主題三 知所限制困愁城， 反觀自照漸漸釋然	夏悲：雖然我也覺得需要讓患者承擔一些責任，可是我總覺得我虧欠他很多，會覺得有點於心不忍，但我想在未來的陪伴上這是重要的。 秋喜：雖然當時的陪伴過程沒有特別尋求宗教的協助，但是對一個陪伴者的經驗來說，我相信宗教會有很大的幫助，宗教也是我感到興趣的領域。			
主題四 宿緣不棄寄新望， 以愛相隨偕同成長	夏悲：一開始有點看不懂宿緣的意思，但稍微意會一下就知道是指患者與家屬之間的關係。			
研究者回應				
主題二：「混沌」形容情緒隨著外在的情境而產生不可預測性與不穩定性。 Heidegger 認為由「非本真狀態」朝向「本真」努力轉變的聯繫，則稱之為「操煩」(care)，操煩是存在與時間的結合點。陪伴者除了與患者溝通和互動上感到困難外，還要化解其他家人對患者的誤解，甚至擔心外人異樣的眼光，深感為難。此外患者反覆不定的病情，嚴重時甚至想自殺，對陪伴者而言，情緒的張力經常到達臨界點，身心壓力巨大。				

主題二：尋求支持的部分包括尋求宗教和親友的支持。

主題四：余德慧在《病床陪伴的心理機制》一書中提及：與病人有宿緣的照顧者包括父母、夫妻、兒女、親人、朋友等。故本研究引用此概念藉以詮釋家人關係。

