

# 第一章 緒論

## 楔 子

### 精神疾病與我的關係

很多人問我為什麼要寫有關精神疾病的論文，我說因為在工作經驗，面對精神疾病個案覺得非常具有挑戰性，所以想多花一點時間在這部份學習；而如果要說個人與精神疾病的關係，仔細思考似乎每個人與精神疾病在某部份是有其相通之處的，我想嘗試在寫論文前先省思這一部份。

### 精神疾病的一線之隔

曾經在「躁鬱之心」書中看到這一段話「我因精神疾病的怪異言行而感到驚嚇，同時也害怕病房內似乎觸手可及的恐怖氣氛，更有甚者是那些女病人眼中流露的痛苦。我內在的一部份直覺地向外延伸，以某種奇特的方式感知了這痛苦，卻從未想過有一天攬鏡自照時，會在自己雙眼中看見同樣的悲哀和瘋狂」。這是一個躁鬱症女精神醫師的回憶錄，看完上述的這一段時，令我久久無法忘懷。從精神科陳國華醫師疑似因憂鬱症自殺，以及覺察自己的內在情緒時，我深感精神疾

病與每個人的貼近，有時彷彿是一線之隔，我想每個人都曾經因為某些事件情緒失控過吧？某次研討會中，聽到振興醫院嚴峰彰醫生說其實每個人多多少少都有一些特質與精神疾病有關，例如；容易緊張、固執、孤僻、害怕孤單、不善表達、自我要求過高、潔癖等，這些特質都有可能是精神疾病的症狀之一。如同我想到自己對工作理念的執著、容易焦慮、自我要求高、一有心事就睡不著覺，敏感、細膩的特質對我在人際關係上的適應，有時是助力，但有時也會給我帶來一些鑽牛角尖或者是不必要的擔憂，這些對我而言有時也會造成很大的困擾，令我煩悶與擔憂。

曾經有一天的傍晚，我走在捷運的地下道上，從柱子金屬的反光面上，看到自己無望、悲傷、疲倦的眼神，讓我想起某次會談時，一位因為母親意外跳海自殺的女學生，因為自責與悔恨，解不開的憂愁，之後被發現疑似罹患憂鬱症，而在她臉上我也看到了同樣的眼神。

某次在辦公室，大夥開玩笑的說著如果自己會得精神病，會是什麼診斷？一時之間憂鬱症、躁鬱症、厭食症、強迫症等..此起彼落，我曾想過，對於身邊事情我總是容易產生焦慮，如果我會得精神病，診斷應該是「廣泛性焦慮症」吧！無論是工作上或是自己生活經驗的省思，都讓我深刻感受到精神疾病與我們每一個人，其實都是很貼

近的，因此，希望藉由研究，更加瞭解精神病患內在世界的想法與感受，也讓大眾對精神疾病患者有更深刻的體悟與接納。

## 第一節 研究動機

### 壹、動機一：是家還是枷？

在心理劇的課程中，有一位老師說過：「要想在最短時間內找到個案的切入點，沒有比探索家庭更快的方法了！」近九年的青少年輔導工作，看到許多個案深受精神疾病之苦，這些個案在複雜情緒的糾葛之中，都深受家庭關係的動力與牽引的影響，其發病大多與家人有關，發病之後，疾病症狀也影響著家人，彼此相互影響甚深。有一個學生發病是在國三時期，追溯之後才發現，當年是任職軍職的父親退伍返家的初期，其高壓教條式的管教，導致孩子有很嚴重的憂鬱傾向，對父親也有很深的敵意，將近十年未曾與父親說話，兩人形同陌生人，個案表示對於父親有一種無法抹滅的恨，因為父親，讓他變成再也無法相信任何人了，心裡總像是被石頭重重壓著，透不過氣來。而母親極盡可能的呵護他，有求必應，低聲下氣，但對個案來說，他最需要的母親能扮演橋樑的角色，與父親溝通改變教養方式，但對母親而言，

要面對嚴肅、固執的先生，也是有苦難言，整個家庭陷入沈悶、緊張的氣氛。

曾經找過家長來校訪談，夫妻兩人分別到過學校，皆表達對孩子有著很深的無奈及擔心，父親說自己也想對他好，但總是沒有辦法改善兩人緊張的關係，母親則說實在很難瞭解孩子的想法，每天下班後回家，孩子總是關在房間裡面。而我心裡在想，如果他們有機會去了解孩子的想法及需求，會不會改善他們之間的關係？因此，由精神分裂症的患者立場來分享他們感受到的家庭情感及親密感的連結以及家庭成員之間的溝通及互動形態、家人對疾病的看法與態度等較細膩、動態歷程的部份，以協助精神分裂症的家庭更瞭解患者在家庭中的想法與感受，我深切盼望，當家庭對精神分裂症患者的感受有更多的瞭解時，對精神分裂症患者或是家庭而言，新的改變才有可能發生。

## 貳、動機二：不只看「病」也要看「人」

病患的聲音真的是不可信任的嗎？在工作中接觸精神分裂症的學生時，經常發現當他們表達自己意見時，學校的師長或同學會有明顯猜疑、否定的反應，似乎傳達著「他們講的話可以相信嗎？」「這些內容會不會是妄想？」的背後訊息。

在接觸精神疾病學生時，時常聽見罹患精神病患的學生說因為要上課沒時間所以由父母代替去醫院拿藥，或者學生抱怨說去門診就醫時，都是父母代替回答醫生所問的問題；隨著病程慢性化的過程，當精神病患表達想法時，似乎容易讓人產生懷疑、不確定感，久而久之，精神病患也習慣了別人的代言，而逐漸喪失了表達自己想法的能力。

在精神醫療過程中，精神病患時常被人們以「病」，非以「人」的框架來看待，精神分裂症患者發病之後，家屬通常成為病患的代言人，而逐漸地病患主體性的感受、需求、期望、認知等很容易被忽略；而精神疾病的病程長久，在外觀上不易發現明顯的生理症狀，因此其疾病特性、預後等疾病概況不易被一般人了解，連帶的，患者心裡內在的痛苦往往也不易被了解和接納，尤其是內在深層的情緒及想法，像是病患與家人間的情感的變化、感恩之情、憤怒、失望、無奈、缺乏依靠等感受。

因此，我想藉由研究來傳達尊重精神分裂症患者的主體價值，因為精神分裂症患者病患在與病接觸時，不只是生理上的病變，更重要的是「人」在關係中被對待的過程。

？、動機三：給他想要的，而非給我想給的

今年暑假時，有一位學生因長期失眠加上情緒不穩定而住院，出院後到學校來找我，除了關心他的病情之外，我問他出院後感覺如何？他提到：「父母對我態度上有很大的改變，包括，不斷的叮嚀（囉唆）、每天上下學接送、小心翼翼的卻又帶著不信任、不放心的態度，讓我很反感，明明出院了，卻覺得好像住在醫院裡面被看護著，讓我好不自在，很想發脾氣，也想要離家出走。」我問他：「你希望父母怎麼對你呢？」他說：「其實，我只希望他們像以前那樣子對我就好了，把我當一個正常人來看！」

家人與病患與密不可分的關係，無論是從成因或是預後皆有其相關性，而如何在家庭中得到適當的照顧與資源，對許多精神分裂症患者而言，有非常迫切的需要；然而，在過去研究中探討精神分裂症需求，目前國內僅見葉玲玲（1997）探討台灣精神分裂症患者知健康照顧需要與需求研究、蔡幸君（2005）精神分裂症患者主觀照顧需求與主客觀生活品質之相關性研究、呂春英（1997）精神分裂症患者的壓力與需求之研究等相關研究；反之，整理閱讀相關文獻時發現較多探討家屬需求為主的相關研究，像是許敏桃等人（1998）探討社區精神病患主要照顧者心理衛生教育之需求、陳秋瑩等人（1996）探討門診

精神病患主要照顧者的需求與社會支持之研究、林惠琦（1998）心事誰人知-談社區精神分裂病患照顧者之心聲、黃珮玲等人（1991）探討出院精神分裂病患者家屬在居家照顧期間之負荷經驗及其影響因素等；相對之下，似乎過去研究中以精神分裂症患者的主觀需求探討較為缺乏，因此，希望藉此研究喚起更多人關心及重視精神分裂症患者的主觀需求。

此外，近年來，精神醫療受到人道主義及去機構化運動之影響，大部分的病人在急性症狀緩解之後，通常就必須回到社區生活，但精神分裂症病患一方面除了要面對治療後殘存的疾病症狀之外，同時亦須面對複雜的生活適應上的挑戰；因此，如果能深入了解患者的需求，並且讓身處的家庭環境能夠適時的提供支持，當精神分裂症病患需求可以獲得滿足後，將有機會可以減少病患再次復發的機會。

因此，本研究希望深入探討精神分裂症患者如何解讀家人關係，藉此瞭解精神分裂症患者與家人關係中情感及親密感的連結以及家庭成員之間的溝通及互動形態、家人對疾病的看法與態度等部份；另外探索精神分裂症患者需要家庭提供支持的內涵有哪些？其可能會影響

需求的因素又包含哪些？相信若能以病患本人的觀點來了解病患實際上所經驗到的家庭關係以及提供他們真正需要的協助，將有助於幫助精神醫療人員及家屬、心理治療從業人員，更加貼近精神分裂症患者的內在世界，可提升協助精神分裂症患者的照顧工作及服務品質，進而達到尊重患者人權的實質意涵。

## 第二節 研究問題

壹、家庭對精神分裂症患者的影響？

其中包含：家庭所扮演的角色及影響為何？

貳、精神分裂症患者如何解讀家人關係？

其中包含：

家庭關係之間的親密性及情感變化、溝通與互動、家人對疾病的信念及態度等部份。

？、精神分裂症患者在面對疾病時，需要家人提供哪些支持？

其中包括：

期望家人提供支持的實質內涵有哪些？



### 第三節 重要名詞釋義

#### 壹、精神分裂症

本研究根據精神疾病診斷與統計手冊第四版之定義，經診斷為精神分裂症者；其主要症狀包括妄想、幻覺、解構的語言、混亂或緊張的行為、負性症狀，如情感表現平板、貧語症、社會及職業功能障礙等，嚴重影響思考、知覺、情感、行為等多方面的廣泛障礙。

#### 貳、家庭關係

本研究所定義的家庭關係，是以一九七〇年代 Bowen 的家庭系統理論為概念主軸，將家庭視為一系統，由家庭成員間的互動形態、溝通方式、家庭關係結構、成員間態度所組合而成的概念；在本研究中強調關係中情感內涵、親密性的連結、家庭成員之間互動與溝通型態、家人對精神分裂症的信念及態度等（引自翁樹澍、王大維譯）。

#### 參、家庭支持需求

本研究指的家庭支持需求是精神分裂症患者希望由家庭提供使個人能夠達到、維持或恢復可令人滿意的社會獨立或生活品質水準所需要的協助。

## 第二章 站在巨人的肩膀上

之所以站在巨人肩膀上，是因為前人的研究與投入累積起如同巨人一般宏偉雄壯，今日我才得以有更豐厚的視野來看精神分裂症這個議題。而文獻探討要寫什麼呢？寫大篇幅的過去研究、論述、條理分明的重點嗎？但是，在仔細經過思考後，覺得這些好像並非完全能闡述我的想法，這讓我想到精神病患之所以被認定有病，主要是因為表現和其他人不一樣，但和其他人一樣就是對的嗎？就是正常嗎？恐怕並非如此吧？在這一章節，我想把工作中的經驗、疑惑、新發現也放進來，嘗試著將實務經驗與學術理論兩部分來對話。

本章首先在第一節他生病了嗎？介紹精神分裂症的基本概念，包括疾病症狀與預後情況；第二節家庭關係-傷人還是療傷？探討家庭對精神分裂症病患之影響；第三節看見家庭的愛與礙，以精神分裂症病患為主體來探討文獻中有關病患發病後與家人之間的互動關係；第四節聽見他的渴望，探討精神分裂症病患需要家人提供哪些支持以及影響需求的因素為何？

## 第一節 他生病了嗎？

今年暑假有一位學生發病，住院將近一個月，出院後，到學校來找我，他說：「老師，其實我沒有生病，看到住在醫院裡面的人，吃了精神病的藥，我才覺得我生病了，吃藥後，腦袋都不清楚。」回想起這段話時，讓我想到「病」與「正常」，該如何判定呢？

### 壹、精神分裂症的特性及病程階段

精神分裂的主要症狀包括思考、知覺、情感、行為等多方面的廣泛障礙，其精神活動與現實生活有明顯脫節，因此阻礙其人際關係、社會功能，而導致無法過正常生活，甚至呈現人格崩潰的狀態（沈楚文，1998）。

根據沈楚文（1998）的歸類，將精神分裂症的病程發展，分別以下三個階段：

#### 1. 病前驅階段

病前驅階段(prodromal phase)：典型的精神分裂病通常在青春期的發病，此階段病患通常會有一些奇怪的行為出現，如成績莫名奇妙退步、逐漸疏忽自己的儀容與整潔、敏感多疑等，這段期間可能數天或數月，

若進行愈緩慢，預後愈差。

2.病發作階段(active phase)：此階段症狀最為活躍，表現精神錯亂現象，出現正性症狀(positive symptom)，如妄想、幻覺，及負性症狀(negative symptom)，如情感障礙、人際關係障礙等症狀。此時期症狀危險性最高，可能有攻擊性，會傷人或自傷，甚至自殺傷亡。

3.留餘階段(Residual phase)：當活躍期過後，病患未能恢復到病前的功能，且可能留下一些活躍期殘餘的症狀，例如，工作與學習能力降低。如果病情時好時壞，則其殘留症狀會使病患功能每況愈下，預後更差。

*以往在工作上遇到的精神分裂症患者，幾乎都是發病後才到輔導中心尋找諮商的協助，他們經歷了從發病前、症狀發作最高峰時以及接受醫療之後殘餘的症狀；通常他們回到學校中面臨最大的考驗就是面臨殘餘的症狀，其會影響思考的不連貫性、妄想、邏輯前後不一、對週遭環境的敏感度提高，但也容易將身邊的事物做過度的投射，加上服藥後全身肌肉無力、注意力不易集中、思考中斷等；這些情形使得精神分裂症患者在人際上逐漸疏離、退縮；在學習上遭遇挫折、情*

緒上容易緊張或動怒、甚至多疑、恐懼，而這些症狀隨著不同的週期而有所改變。

## 貳、成因與盛行率

### 一、成因

文獻中發現致使精神分裂症患者發病的原因包括；生物因素及家庭因素，而因為本研究著重於家庭對精神分裂症患者的影響，因此，在成因部分將加強在家庭因素對精神分裂症患者的影響，分別敘述如下：

#### (一)生物因素：

在精神分裂症的發展過程中，生物因素被認為是精神分裂症的起因，其中包括：遺傳上的缺陷、生化因素、以及神經解剖的因素，分別以下簡述：(引自趙居蓮譯，1995)

1.遺傳上的缺陷：Gottesman(1978)指出在夫妻雙方皆是精神分裂症患者的情況時，則子女罹患精神分裂症比例為百分之三十六至三十七。

另外；支持基因對精神分裂症具有影響力的一項論證，則是同卵雙胞胎比異卵雙胞胎罹患精神分裂症的比例較高。

2.生化因素：生物因素上提出多巴胺假設( Dopamine hypothesis)，

研究指出未治療的精神分裂症患者的腦部，多巴胺的濃度顯著地多於其他人。

### 3.神經解剖的因素：

精神分裂症患者腦室和正常人的腦部比較之下，顯得較大且不對稱。精神分裂症患者的左半腦也一直比右半腦大出許多。研究者嘗試將差異和精神分裂症加以連結。但是以上二述情況的結果或原因仍有待確認。

生物性因素的提供了精神分裂症患者的確有生物因素造成的特質或缺點的觀點，以致患者的確容易罹患精神分裂症。但是生理上的缺點並未總是引起精神分裂症。為了對精神分裂病這個問題有更多的瞭解，最終並且可以控制此疾病，必須針對其後天生長之家庭來瞭解致病的可能成因（趙居蓮譯，1995；陳美君等譯，2003）。

### (二) 家庭因素：

Fromm-Rechman(1948) 引進「精神分裂症病因母親」(schizophrenogenic mother)一詞來描述一個跋扈的、冷漠的、拒絕的、有佔有欲的、製造罪惡感的母親，他認為當這樣一個被動的、冷淡的

母親以及無效的父親結合，會導致他們的兒子感到困惑、不適應，最後變成精神分裂症（引自趙居蓮譯，民 1995）。Lidz (1957)也提出男性的精神分裂症患者通常擁有專權及情緒時常失控的母親的說法，其認為這類家庭多由一位嚴重心理失調的家長主導，並且搭配一位依賴、軟弱的家長，因為在親子互動中，時常否定孩子真實的感受與態度，因此造成孩子容易自我否定與曲解事實的情況發生（引自翁樹澍/王大維譯，1999）。

此外；Lidz (1957)研究顯示夫妻處於不穩定的婚姻之中，除了彼此互相傷害、批評，也爭奪孩子的忠誠、情感、同情以及支持，提供孩子負面的角色模範，使之缺乏與他人互動的能力，到最後無法過獨立的生活。

從以上文獻可得知過去研究中強調母親性格、情緒表現對精神分裂症患者的影響，但個人認為家庭本為一系統，人與環境具有交互之影響力，彼此具有相互影響之關連性，並非單一母親就能導致精神分裂症的產生，此乃忽略家庭其他成員的重要性；此外，人在家庭中尚有家人間溝通、互動、親密感、家庭信念等因素的影響，這些都有可

能是造成疾病的原因，應該將這些納入考量之中，針對家庭為何造成精神分裂症的可能原因，將在下一節有更清楚的說明。

## 二、盛行率

*至目前為止，我遇過的精神分裂症患者都是男性，發病時間多在國中之後，進入專科的第一年至二年，病前驅階段幾乎都在國中時期。我在想，國中階段通常是許多人求學經歷中高壓力的時期，如果在這個階段又面臨喪親、學習障礙、人際衝突等重大事件時，加上人格特質的影響，我推測有可能是造成此階段為發病的原因之一。*

根據李明濱（1999）的說法，精神分裂症的盛行率隨著不同國家、不同種族有所差異，大致上盛行率在千分之一至千分之十三之間。台灣地區的流行病學調查則顯示，盛行約為千分之三左右，疾病的初發年齡會因為性別而有所不同，統計調查發現：男性發病較早，約在 15-20 歲之間，女性發病年齡則稍晚，約為 25 歲至 35 歲（楊連謙、郭葉珍，1991）。



？、我的未來不是夢——精神分裂症患者的「預後」

曾經輔導過一位罹患精神分裂症的學生，其持續服藥超過一年，在校內成績一直維持中等以上的表現，也順利考上二技，預後狀況逐漸平穩；但在人際方面，因為時常將身邊人事物加以投射，容易與人發生衝突，而讓人們逐漸疏離、逃避等，無法維持穩定的友誼關係，即使畢業後，回到學校來找我談話時，我發現即使經過治療之後，精神分裂症的殘餘症狀對人際關係的干擾似乎如同揮之不去的陰影如影相隨。當領悟到精神分裂症無法完全痊癒，隨著病情好轉時就丟開時，我想培養帶病生活的態度也許是精神分裂症預後首要的工作；

而何謂帶病生活呢？根據吳惠媛(1993)的定義，對帶病生活指的是病人在社會位置上的重新安置，即是面對疾病的挑戰，調整精神分裂症患者自我的心態，在人我之間取得平衡，並且重新詮釋疾病所帶來的影響，努力開創新的生活。而蕭幸伶（1997）亦提出如何讓病人以積極的態度面對病、帶病生活，為精神分裂症社會復歸的重要工作。面對疾病的不可逆性，除了協助病患與病共同生活之外，重新建立自主性、尊嚴及自信之外，在過程中，家人也要能帶病生活，才能幫助病人帶病生活。

## 一、預後情形

林鍾淑敏(2002)提到精神分裂症的預後狀況，臨床資料顯示有「三三三」的情況，三分之一的病患可以痊癒，三分之一的病患必須繼續服藥，隨時有復發的可能，而剩下三分之一是進入疾病慢性化的狀況，一輩子與疾病共生；數值都只是機率質上的差異身上，誰都不會知道自己將會成為哪一種「三分之一」？

依據台灣本土的調查資料顯示（台北市立療養院，2000），在不特意區分年齡的情況下，精神分裂症的預後可分為三種情況：（1）約為 20 % 的病患幾乎完全痊癒，可以繼續履行正常的生活功能；（2）約為 60 % 的病患會殘餘部分症狀，需要持續接受治療與復健；（3）約為 20 % 的病患會進行疾病慢性化的階段，身心功能逐漸退化。換言之，有近八成左右的精神分裂症病患在接受精神醫療與復健計畫之後的疾病預後狀況是不錯的，正常生活功能的履行與發展可以達成一定的程度。

## 二、影響預後的因子

張瓊文（2005）有四個條件會影響出院後的精神分裂症患者疾病復發而再回到醫院的時間長短，分別是：1.病人是否繼續服用抗精神

病藥物;2.病人回到家庭後的家人關係之品質;3.病人可以利用戶外活動的程度;4.病人發展有用的社交技巧和利用家人以外的人際關係的程度。

另外，Leff（1982）研究指出結合繼續服藥和家庭治療就可以成為有力的影響力，降低精神分裂症復發的比例，其在研究中追蹤出院病人出院後九個月的時間，繼續服藥且接受家庭治療的病人疾病再度復發的比例為百分之八；只繼續服藥而未接受家庭治療的病人復發比例則為百分之五十（引自趙居蓮，1995）。

回顧相關文獻，胡海國（2000）將預後因子分為六大類：分別為：

（一）個人與家族背景特性：在個人特性方面，包括性別、發病年齡、社會階層、婚姻狀況等。家族背景特性：包括家族病史、親屬之情緒表露等。（二）與支持系統之關係：包括有其家庭關係，朋友、工作等人際關係。（三）病前性格及病前功能：包括病前的工作與社會功能、病前的性格特徵、教育程度等。（四）過去精神病之發病史及治療史、發病之型態。（五）發病初期之臨床症狀。（六）大腦生態學、治療反應以及習慣或成癮行為。

由以上文獻可發現，無論是精神分裂症成因或是預後都與家庭有密切關聯性，但究竟家庭在成因與預後之中，扮演何種角色？其影響為何？仍舊有很多疑點，例如：即使子女有相似的遺傳因子，生活在相同環境中，甚至接受相同的教養方式，為何有些子女發病？有些子女沒有發病？甚至為何他們的孩子沒有復發？家庭究竟是傷人還是療傷？將在下一節有更深入的探討。

## 第二節 家庭關係--傷人還是療傷？

壹、是「家」還是「枷」？--家庭是致病因子嗎？

從上一節的精神分裂症成因之文獻探討以及過去家族治療相關的理論當中，對於精神分裂症發病的原因，多指向家庭有問題的觀點；而這樣的觀點似乎也在專業訓練的過程中種植在我的腦海裡，某次在與家長接觸時，發現自己對個案的父親有憤怒的情緒，心裡想著為什麼就不能多一點耐心對待自己的孩子，對於個案的母親則會在心裡有個期待，希望她能扮演好父子間的溝通橋樑，而非總是說些愛莫能助無力之類的话。似乎自己在心裡及想法上對於精神疾病患者的家庭也會有指責、批判等潛在意圖，而學校的導師或教官知道某生是精神疾病患者時，言談間也會露出父母的管教一定有出錯或者這個家庭一定有問題。而家庭真的是造成疾病的溫床嗎？

如同上一節，在過去的文獻中提到精神分裂症成因時，必定會提到家庭對患者的影響；回顧文獻時，發現有以下學者對於家庭對精神分裂症的可能影響，分別敘述如下：

一、Bowen(1966)提出未分化的家庭觀點：

認為精神病患多來自未分化的家庭，意指家庭中每一成員的情緒緊密相連，而形成相互依賴與緊密共生的關係，在這種情況下，自我認同較弱或性格不穩定的個體，很容易因情緒的過度充斥與喪失理智的獨立性，在面對壓力時易容易被支配、喪失自主性及自我功能，因而罹患精神疾病。

## 二、 Palo Alto Group ( 1956 ) 提出「雙重束縛」的觀點

其假設精神分裂症的行為是為了應付現實生活中混淆的溝通而學習來的；當家庭中照顧者或父母親傳遞出語言或非語言上的前後矛盾訊息，而子女在接受訊息之後，卻無法真正確認其訊息的背後意義，父母同時傳遞互相衝突與自相矛盾的訊息，使得子女產生迷惑及困擾，影響對現實生活無法做正確判斷而逐漸脫離現實，形成精神上的分裂。

## 三、 Jackson(1968)提出「混淆不清的世代界線假說」

認為一個人得到精神分裂症，基本上是父母親行為上的不恰當而導致扭曲的認同；其異常行為是學習而來的，父母之間處於分裂失和的狀態，進而形成特殊母子或父女關係（引自翁樹澍等合譯，1999）。

## 四、研究中對於精神分裂症的病因上逐漸發展出更廣泛、更有系統的

心理社會取向，包括：親子關係、家庭關係、家人情緒表達的方式；

以下分別說明之：(引自趙居蓮譯，1995)

#### 1. 親子關係：

在精神分裂症家庭裡，母親漠視她的丈夫或充滿敵意，她使兒子與自己緊密連結在一起，從兒子而非丈夫身上尋求滿足，因此，兒子被束縛於和母親之間的衝突關係中。

#### 2. 家庭關係：

Wynne 和同事（1958）創造「假性的相互關係」之觀點，描述精神分裂症的家庭，在外表上有相似瞭解與接納的外表，實際上隱藏了混亂的感覺，這種缺乏真誠、不實在、詐欺的情緒關係，使兒童感到混淆，很可能傷害兒童瞭解真實與非真實的事物，無法在他們相信的世界裡達到認同，而罹患精神分裂症。

#### 3. 家人情緒表達的方式：

研究發現，具有激昂的情緒表達溝通的家庭，家人通常以公然且激烈、批評、敵意的方式表達情緒，此種情緒表達方式會負面影響容易罹患精神分裂症的個體（引自趙居蓮譯，1995；陳美君等合譯，2003）。

隨著時代變遷，研究重點由家庭是精神疾病的導因逐漸轉變成家庭是精神疾病後果的承擔者角色（陳美君等譯，2003）。其主要是因為：

一.家屬與病人有長期性的互動，家屬必須有適當的調適。二.病人是家庭系統中的一份子，家庭對病人的預後有絕對的影響力，病人如何在家庭中生活以及如何與人互動都應受到重視。三.澄清過去對精神疾病發生原因的誤解，不再摒除家屬對精神疾病反應所造成正面的影響（Arey & Warheit,1980）。

而即便從過去研究中，可發現除了生物因素之外，似乎家庭對於精神分裂症患者的影響亦有其關連性，但隨著時代變遷，醫療研究的不斷突破，現今對於檢視精神分裂症患者成因時，研究者認為應該有更多元的視野，似乎生物、家庭、甚至是家庭以外的社會文化因素，都有可能是造成精神分裂症的產生。

## 貳、家庭是療癒的聖杯嗎？

*在我的工作經驗中，看到有些父母對於孩子罹患精神疾病後有更多的關注與包容；會主動尋求社會資源或到學校與導師、教官、輔導人員溝通，尋求更多資源來幫助孩子適應學校生活。然而；大部分的家庭在*



孩子罹患精神疾病後，一方面要承擔照顧的責任與其他伴隨而來的壓力，一方面也會有疏離、放棄、指責其症狀對家庭成員的干擾或是抱怨孩子生病所造成的家庭經濟負擔。曾經輔導過一位罹患精神分裂症患者探討家庭對他的幫助是什麼？他回答說：

「我媽因為我生病，跑去參加康復之友，有時會帶一些資料回來給我  
看，有時人家跟她說吃什麼不錯，她也會買回來給我吃。」

「讓我吃的好，睡的好。我會比較有精神，有時會幫我去拿藥，或者  
陪我去看醫生。」

「但是對於我的想法，媽媽卻老是聽不進去，如果想法和她不一樣時，  
他就會說我的想法不對，要我改變想法！」

由此我似乎發現在家庭中真正能夠幫助個案的似乎是家中的主要  
照顧者，而且以照料患者在生活起居上的細節，或者是就醫醫療上的關  
注為多，但是反映在心靈及精神層面的情緒支持與聆聽卻很少，我推  
測，此部份原因可能很多，像是患者無法全然的表達情緒及內在感受的  
能力有關，或者因為症狀的干擾，使得家人對於他的表達有時會呈現懷  
疑、不清楚、無法理解的情況，在這樣的情況下，患者要與家人在心靈  
層面的情感交流並不容易。

如同之前我的好奇，家庭是「療癒的聖杯嗎？」家庭對於精神分裂症患者康復究竟有無幫助？家庭能否提供資源協助精神分裂症患者在療癒過程中得到心靈上的溫暖與支持？

## 一、家庭與預後的相關性

### 1. 家庭對預後的正面影響

*曾經訪問過一位精神分裂症病患的家長時，她提到：「孩子生病雖然對家庭會有負面的影響，但是，想想這個年紀的孩子，如果沒有生病，也會有其他的問題產生。」我看到當這位母親能夠以平常心的態度來看待孩子生病的事實時，似乎也反映孩子有更多正向 彈性與成長的空間*

許多文獻中都提到認為家庭對於精神分裂症家庭患者的康復有很重要的影響。 Wells 等人(1991)的研究即發現，精神分裂症患者如果能從外在系統獲得支持性的關係，則會有較佳的疾病復原功能；而在各種外在系統之中，又以家庭支持對於患病者的預後適應影響對大，尤其對自尊心、對自身疾病的控制感覺，並且可以抑制症狀的出現。林鍾淑敏(2002)針對家庭對病人的影響則提到家庭系統是病患最長時間的互動對象，家庭成員亦是病患最主要的支持系統，家人對於疾病的知識程

度或是反應會影響病患的適應狀況；過去文獻指出，家庭如能扮演支持性的關係、適當表達情緒氣氛，可以減緩精神疾病的污名傷害與負面效應，提升病患對疾病的接納，以增進其疾病適應( 楊連謙 郭葉珍編譯，1991 )。

因此，由文獻中可見，家庭對個人而言，重要性不言可喻，無論其家庭功能是好是壞，對個人的一生有著深遠的影響。而當個人罹患精神分裂症後，其生活功能大為損害，特別是在發病期間，更是需要有人照料才能生活，而這照料的重責，家庭通常是責無旁貸的承受下來。因此，家庭在病患的復原過程中，扮演著相當重要的角色。陳建泓（2003）在其研究中指出家庭提供了一個避風港，讓精神分裂症病患沒有流落街頭之虞，由於無法持續工作，得不到穩定的收入來源，暫時只能依靠家人的經濟幫助來維持生活。家庭提供了容身之處，這對精神分裂症病患，就有著相當大的安心作用。另外；探討相關文獻時亦發現 Liberman(2002)等人提到與家庭有關的預後因子，包括家庭因素及支持性的治療關係。而 Karitorgalsboen & Rund (2002)則提到對精神分裂症患者康復有關的家庭因素包含：擁有一個支持性的環境，不管是家人、配偶甚至治療師。另外；Spaniol 等人(2002)則認為

家人支持著病患康復的因素包括；有人可以提供支持 鼓勵與機會（引自洪秀汝，2005）。

整理以上學者對於影響精神分裂症預後的因子，可發現家庭若能提供支持性的環境，將有助於精神分裂症患者預後。

## 2. 家庭對預後的負面影響

*曾經有一位疑似精神疾病的學生告訴過我，發病時被父母用大麻繩全身網綁住，帶去神壇，作法除妖，後來因學生死命掙扎，在車上大哭大鬧，父母見其不敢踏入神壇，更是相信有魔附身，但終究因為學生拼命掙扎甚至用頭撞玻璃，才讓父母作罷，開車返家。事後學生提及此事時，表示此事對他的傷害遠遠大於疾病，因為家人的態度讓她痛苦不堪。*

家人對疾病的態度將會影響到如何解讀精神分裂症患者的病因及使用不同的方法來因應疾病，並且對家庭關係亦會造成不同的影響，有時隱約、潛在、看不見的刻板印象及情緒反應，對於精神分裂症病患來說，卻是極大的一股殺傷力。

### （1）文化對家庭的影響：

由於中國人的家庭對於精神疾病有其特殊觀點，認為精神疾病來自神明或祖先對病人或其家庭的詛咒，加上家醜不可外揚等觀念，使得家庭在面對家人患病之際，很容易會有羞恥、無能感；或者嘗試將原因歸咎為生理異常，這使得家屬心理負荷較小，但同時卻延誤病患送醫治療的機會（毛家齡，1986）。另外，家庭因為受到污名化影響，使得家人可能先是否認生病的事實，也逐漸將病患退縮在家庭，減少外出，以免造成更多困擾；而家人在態度上會逐漸由發病初期的表達關心，逐漸轉為緊張、煩惱、失望、冷淡、疏離所取代（Lin & Lin，1981）。除此之外，在中國人重視行為規範的影響下，當精神疾病發生時，家屬除了提供照顧之外，同時也會嘗試矯正病人的行為（毛家齡，1986）。

### （2）隱藏的情緒依舊有殺傷力

家庭的情緒氣氛影響著成員的心理衛生健康，而高情緒化表現例如敵意、苛責與排斥，易影響罹患精神疾病之預後與復發的狀況。負面情緒的情感表達加重舊疾復發的機會，不但使病患接收到被排斥的訊息，還有自尊受到打擊的挫敗感（闕漢中譯，1999）。有時，家人即便沒有說出銳利傷人的話語，但是隱藏莫可奈何、不得不的無奈感覺，對病患個人而言就是傷害。

### (3) 愈是親密，愈是傷害

馬玉琴(2002)在其研究結論中提到精神疾病患者面對家人在情感互動的變動包括：輕視、無法分享、家人不信任、歸屬感不足、忽略。其內容分述如下：

- 1.輕視：指個案罹患精神分裂及病後與家庭互動經驗所體會到的一種被貶抑的負面感受。
- 2.無法分享：指個案罹患精神分裂疾病之後無法與家人互相討論與聊天。
- 3.家人不信任：指個案罹患精神分裂疾病之後家人對其所說的話採取不信任態度而引起負面感受。
- 4.歸屬感不足：指個案罹患精神分裂疾病後對於自己所處的實質環境或是家人互動時感受到無依靠、不屬於此處的負面影響。
- 5.忽略：指個案罹患精神分裂疾病後受到家人在言語、行為、情緒上的忽略。

由以上文獻可發現，事實上家屬面對家人罹患精神疾病時會如何反應，並沒有定論，有些家庭會認為家人間應該同舟共濟，共同面對困難；也有人認為，病患會給家人帶來羞辱，於是不願意再與病人有

任何牽連，而中斷與病人來往。不過可以確定的是罹患精神疾病，對病人而言絕不是一種愉快的經驗。對病人家屬來說亦是，一旦面臨家人罹患精神疾病，更是在身體、心理、社會方面都得承受難以衡量的痛苦與壓力。

此外，精神分裂症病患在家庭中，似乎也承受著被接受與不被接受之間的擺盪，家庭亦是在病患發病之後，承受著必須付出心力照顧病患以及因家人罹患精神分裂症被污名化的影響；而家庭是療癒的聖杯嗎？如同上述文獻資料呈現可見在精神分裂症的家庭關係中有承擔期盼、希望、親情之愛、接納的感情，也有沈重、悲傷、沮喪、想逃，關係中交織著愛與痛苦，若非箇中生活者是無法真正體會的情蘊生活。

### 第三節 看見家庭的「愛」與「礙」

面對每一個生命，我們需要的是遼闊的視野，藉由覺察生命的美與奧妙，才能真正尊重生命的獨特價值（羅薰芬，2003）。

#### 壹、不只看病，也要看人--探討主觀經驗的重要性

為什麼要聽精神分裂症患者的主觀經驗呢？許多精神病患都有一個共同的困擾就是「我是一個病人」，而因為疾病的關係，把整個人的價值全部都抹煞掉了，而「病」壟罩了人的價值與地位，讓患者失去為自己發聲的機會。在這種情況下，如果關注的焦點無法聚焦在病患身上，何以能夠真正提供有益病患的協助呢？

林鍾淑敏(2002)在文獻中回顧了探究疾病經驗的理論觀點；其中提到 Morse 與 Johnson(1991)強調對於疾病經驗的探討首要在於釐清關注角度，亦即探討的切入點應該建立在將病患視為「一個獨立的個體」( individual )，而非「病患主體」( object )；簡而言之，就是疾病的發生只是個人生活的一部份，疾病雖然使個人被標定為病患的頭銜，但是疾病並不會因此改變其身為一個人獨立的價值，所以對於疾



病經驗的關注焦點應避免將「病患」身分過度渲染與陳述，而移轉了「個人」的獨特性與重要性。

由此可見研究精神分裂症病患疾病經驗時，非單從身體生理上的疾病狀況來看，更重要的是來呈現病患主觀感受到的經驗與意義，也就是重視病患個人被保障的發言(聲)權益，傾聽病患主體的聲音，即以「主觀經驗」反應病患的疾病經驗與內在想法。吳惠媛（1993）認為主觀經驗的呈現可以幫助我們獲得比疾病診斷更多的想法與經驗，主觀經驗亦有助於實務工作的推展。例如需求分析、服務設計、方案評估等。

美國關於精神疾病患者主觀經驗在1989年後才有大量的研究產出，該年精神分裂症醫學學刊「Schizophrenia Bulletin」便以專題方式集結多位學者之大成；1989年以後相關研究論述便明顯繁盛起來，像是John等人(1993)提出精神分裂症患者之心理社會功能與主觀經驗之研究；Marten等人(1989)提出精神分裂症的時間、文本與主觀經驗之研究；Paul(1989)探討客觀的方法與主觀的經驗之研究；Sue(1989)進行主觀的追尋-精神分裂症的主觀經驗，認同與自我之研究；Horacio(1989)探討自我與精神分裂症之研究；John 等人（1989）

提出精神分裂症的主觀經驗。

台灣以精神分裂病病患主觀經驗主題之研究，最早是探討高學歷病患的主觀經驗（丁雁琪，1992），繼後出現探討青年病患的疾病經驗（吳惠媛，1993）、探討病患對於幻聽的主觀經驗（葉玉汝，1997）、探討病患如何在疾病過程中激發自我適應力量（吳曉明，1998）、探討病患主觀知覺的疾病壓力與需求（呂春英，1997）等研究，由此可見，研究趨勢漸為重視病患內在聲音以及病患主觀世界的觀點。

## 貳、精神分裂症患者解讀到的家人關係

精神分裂症患者與家庭有深遠的關係，其相互影響呈動態性的互動過程，雖然過去研究中均指出家庭是促進病患康復的重要因素，但是，從第二節之文獻中亦可見，家庭同時可能帶給精神分裂症患者負面之影響；因此，在人與病共存之際，精神分裂症患者由原來家人的角色轉變為生病的角色，在家庭關係中將產生何種改變？而當發病之後，對於家人給予任何言語或反應行為，精神分裂症患者體會到的意涵又是什麼呢？

## 一、主觀之眼：我看家人

過去研究發現精神分裂症患者在患病之後，在家庭關係中感受到家人的改變可分為情緒與行為上的改變、態度上的改變及家庭關係內的改變，以下分別說明之：

### （一）家人情緒與行為上的改變

林鍾淑敏(2002)在研究中談到一段病患描述家人情緒上的煩惱與無力感。

*「一開始生病的時候，我爸當然會有情緒出現，他會覺得我很怪，他就會覺得我是神經病啊！他就覺得我怪怪的。(E-2)」*

*「我剛生病的時候，記得有一次我在店裡(自家經營小吃店)的時候，那時候也不知道為什麼？可能是壓在心裡壓太久了，然後我就哭了，我記得我那時候哭得很慘，哭得很痛苦，我爸就問我說你到底怎麼了？他一直問我，我也不知道從哪裡講起？我爸就一直沒有辦法(問不出來)，他也很煩惱我啊！(C-3)」*

當病人被診斷為「精神疾病」後，他/她在家庭中的地位往往會有很大的改變。家屬除了因為病人而感到羞愧與抱歉，還有挫折感、

害怕和忿怒等其他情緒反應。(Lin & Lin, 1981)。精神分裂症病患感受到家屬的情緒及行為可以區分為兩大類型，一方面有更多關心與支持，在行為上也有更多的包容，另一方面，當自己的症狀怪異無法預測時，會感受到家屬的害怕與恐懼；而當自己有破壞性行為或是給家人帶來太多的負擔時，通常會感受到家屬的憤怒與生氣(引自毛家齡，1986)。

MacGregor(1994)亦提到父母面對孩子罹患嚴重精神疾病時，多半會出現憂傷反應，這種感受類似喪子父母的哀傷，只是父母多半選擇隱藏起來，但即使如此，病患依舊感覺到父母選擇隱忍著哀傷，並且冷漠相待，這樣的負面循環效果不但使得父母照顧者身心俱疲，更容易造成親子關係惡化。

## (二) 家人態度上的改變

家庭在歷經家人患病後態度上的改變又是什麼呢？陳建泓(2003)的研究顯示患病之後，病患感受到父母親因為知道自己的能力減退、能力不如以往，為了維護自己自信心與自尊心，過往的要求標準會隨著生病的事實而下降。另外；根據陳建泓(2003)同時也在研究結論中

提到「生病後家人負面的態度」：

*「我需要幫忙的就是吃飯，他們(家人)就說你最好自己想辦法。」*

*「姊姊嫁人之後，因為我的病，使她在丈夫和婆家面前沒面子啊，可是，我不信這一套，所以她很氣這個」。*

而家庭在承受家人罹患精神分裂症疾病時，也會受到污名化的影響，張惠華（1995）的研究中指出社會對精神疾病污名化，會使病患感受到父母因為自己的疾病，對於家族、朋友、或是鄰里感到難以開口，所以採取減少接觸的機會，然而這麼做反而會加深病患個人有被他人忽略、避不見面或是被誤解的感受。

從以上文獻可知，精神分裂症患者發病之後，家人在態度上除了提供支持之外，亦有可能伴隨著負面的態度出現，而這些態度將影響著病患預後與家人之間的關係。

### （三）家庭關係內的改變

吳惠媛(1993)針對精神分裂症患者進行青年精神分裂症病患的疾病經驗之詮釋學研究，其研究結論顯示，當精神分裂症患者談到『家

庭關係』的衝擊時，提到疾病會影響家庭關係權力與角色上的改變，其中包括權力消長：指同輩之間，原來權力結構在疾病衝擊下，會有不同的分配情形，以及某些家庭成員會選擇逐漸與病患疏離。

馬玉琴（2002）在研究中也提出，精神分裂症患者發病後對家庭手足關係的變化，家庭裡如果一個孩子患病，父母在管教上、心理關注、陪伴關係上都會出現些微的變化，父母的心思漸漸以患病孩子為重，對於孩子也較不要求與管制，凡事先以患病孩子為考量，然而當家庭的關注集中在患病孩子的身上時，其他孩子的相對位置與感受，在患病者眼中又是何種解讀？當患者覺察到因為媽媽過渡的照顧，反而冷落了哥哥，引起哥哥吃醋；患者的覺察反應出對於其他手足一種不好意思、歉疚的感覺。

由此可見，精神分裂症患者的發病，對於個人與家庭都會產生相當大的壓力，並非每個人或家庭都能表現支持的態度，有時疾病的煎熬，也會令家庭無法承受，個人與家庭兩者之間情感糾結、交錯複雜的心理動力，在每個家中都有一齣屬於他們獨特的生命故事。

由以上文獻可知探討主觀經驗對精神分裂症患者有其重要性，而在過去精神分裂症病患主觀性研究中，探討患者解讀家人關係時，加以整理之後發現多以家人情緒與行為上的改變、以家人態度上的改變、家庭關係內的改變為主；但是對於家庭關係中情感內涵的變化及親密性的連結、家庭成員之間互動與溝通型態、家人對精神分裂症的信念及態度等較細膩、動態的部份卻缺乏深入的探討。

此外；在回顧相關文獻時，也發現過去研究在探討精神分裂症患者解讀家庭關係的文獻中，內容上多僅置於各研究中的結論內容中的一小部分；且在蒐集資料的過程中也發現許多本研究尚未提到的過去文獻，也多是以家屬的立場來探討，由此可見過去研究中對於病患以本身主觀性的角度來解讀家庭關係中亦相當缺乏。因此，在本研究中，希望能以病患為主體來解讀家庭關係之間親密及情感的變化、溝通及互動形態、家人對疾病的信念及態度等動態歷程，進行深入、整體性的探討，以瞭解精神分裂症對家庭關係的看法，進而更加貼近精神分裂症患者的主觀世界。

## 第四節 聽見他的渴望

### 壹、精神分裂症患者家庭支持的需求

曾經問過一位精神分裂症學生對家人的期望是什麼？他回答說：

「希望在外面遭遇挫折或困難時，家人能夠挺我，聽我訴苦；而非說一些不要想太多、你就是愛胡思亂想、乖乖聽我的話，病就好了、之類的話。」我希望爸媽像以前那樣對待我，不要把我當成病人，隨時要盯著我，保護我，我希望他們把我當正常人一樣。」

我在實務工作中也發現很多時候學生去精神科就診時，多是由父母代為發言，轉述症狀給精神科醫師，或者由父母幫忙孩子至醫院拿藥；到學校與老師聯繫時，也時常看見孩子低著頭或沈默地坐在旁邊。似乎孩子生病之後，他的感受及聲音也隨之被覆蓋住，很多時候，父母或學校老師用自己以為對他們好的方式對待他們，像是道德勸說、降低要求、家庭間手足的退讓、給更多關注及生活資源等，無疑都是希望協助精神分裂症患者減少復發，進而康復，而另外，也有些家庭承受著污名化或自身承載著精神疾病之苦的家人，非但沒有辦法提供協



助，可能還會對病患造成二度傷害，像是逐漸疏離、態度上冷漠、排斥等，這些家人的反應，引發我的好奇心想進一步深入瞭解對於精神分裂症患者而言，究竟他們在家庭內希望獲得支持的需求有哪些呢？

#### 一、精神分裂症病患對家庭支持需求之相關研究

國內相關精神分裂症患者主觀性需求的研究，除了葉玲玲（1997）提出台灣精神分裂症患者知健康照護需要與需求研究、蔡幸君（2005）探討精神分裂症患者主觀照顧需求與主客觀生活品質之相關性研究：以精神科日間病房及社區復健中心病患為例之外，幾乎沒有相關研究可供參考；此外有關需求之研究也多以病患家屬為研究對象，例如：沈志仁、張素鳳（1993）探討精神分裂症患者主要照顧者的需要及其相關因素、吳就君（1995）以精神病患家庭照顧者的負荷研究：跨國文化比較，進行研究、陳金鈴（1985）探討精神病患家屬常面臨的問題、田基武（1986）探討精神分裂症病患家屬對疾病調適的研究等；回顧這些相關文獻中發現，這些研究中很少提到精神分裂症病患個人主觀的需求，尤其是對於家庭支持性的需求，則幾乎是微乎其微了，從此現象可發現長期以來，無論在家庭或是家庭以外，病患本身的想法及需求很容易被忽略掉，而這似乎也反映了我在實務工作中深刻體

會到許多精神分裂症患者的需求沒有機會被瞭解的現象。

以下將針對過去相關文獻中探討精神分裂症患者的需求與家庭相關的部份，分別簡述之：

#### （一）精神分裂症患者的情緒支持需求

呂春英（1998）進行精神分裂症患者的壓力與需求之探討，其主要是以量化研究方法，探討精神分裂症患者的需求，在其研究中將精神分裂症病患的需求分為五大類，包含「情緒支持」、「社會互動」、「角色功能」、「健康照顧」、「生活需要」；在這些需求項目中，特別強調情緒支持的重要性，而在情緒支持的內涵中以「家人的關心體諒需求程度」最高。而根據台灣精神分裂症家屬相關研究結果顯示家屬對患者情緒支持差者高達77.8%（胡海國，1999）。由此可見家人的情緒支持對精神分裂症患者來說相當重要。

#### （二）社會互動需求

李文瑄、葉英方（1994）提出精神病患的需求研究，包括以下五項；希望能夠獲得適當的照顧、在社會互動的需求上；渴望和家人及

朋友間能夠有更多互動以及參與社會活動；減除精神疾病症狀所帶來的痛苦；希望能維持食物、衣服、居住場所等基本生活所需；期待家人能夠協助處理生活中的無望感，以及面對未來的不確定性。

### （三）長期照護的需求

精神分裂症患者常因為慢性化的病情無法獨立生活而需要長期照護，其主要的照顧者經常為父母、配偶、兄弟姐妹或子女等家人來擔任（Kuipers, 1993）。

### （四）期望家人協助瞭解病情：

沈志仁（1993）提到病人在發病後，因為症狀的干擾，而陸續可能會出現退化、幼稚的行為，需要身邊家人給予適當的支持、鼓勵與開導，對於病人的心理復健有很大的幫助；而在病患對自己病情的瞭解上，多半會希望家人能協助重覆的再教育以增加對精神病有正確的認知，才能更有效的方法來因應疾病。

除了以上文獻之外，呂春英（1998）在其研究中提到精神分裂症患者與家庭支持有關的需求還有包括；「我需要家人提供經濟協助」。

「我需要有人教導我扮演在家中的角色」、「我希望可以改善和家人之間的關係」等。

從上述文獻中可發現過去提到精神分裂症患者的需求以情緒支持、社會互動的需求、長期照護的需求、期望家人協助瞭解病情等；綜觀文獻可發現過去研究中探討精神分裂症病患在家庭支持性層面的需求佔相當少的比例，且在文獻中提到有關精神分裂症患者希望家庭提供的需求像是情緒支持、社會互動需求、期望家人協助瞭解病情等，也僅有以量化研究方式進行研究，在結論部分以簡單的字句說明，卻未能看見在內容上有更深入的探討；比如說，當家人有哪些具體行動，才能感受到情緒上的支持？此外，在各項家庭需求中何者是精神分裂症患者最迫切需要的？最渴望獲得家人的協助有哪些？這些也是過去文獻中所缺乏的，以上這些將作為本研究未來進行之方向。

## 貳、影響需求的因素

不同的文化、家庭環境、社會支持系統的不同都會影響到患者本身對於家庭層面的需求，而在家庭方面，家庭本身資源的提供，也會影響到精神分裂症患者在家庭支持需求的種類及程度上的不同。此

外；在國外文獻中，Folland(1997)將影響精神分裂症患者的需求因素分為經濟因素及非經濟因素，其中經濟因素包括個人的收入、有無保險、有無社會救助..等。非經濟因素包括婚姻狀況、年齡、健康狀況、教育程度、生活品質、家庭環境等。此外，在家庭部分，相關研究顯示照顧者的特質、家人對患者的態度、家庭氣氛等皆會影響到精神分裂症患者對家庭支持的需求(Wuerker,2002)。而以國內的情形而言，僅有呂春英(1997)在研究中提到影響精神分裂症患者的需求因素，其內容包括：

#### 一、病患的自我角色期待：

尤其對年輕的病患來說，多半期待自己能改變現況，減輕疾病所產生的限制，逐漸康復，以發揮自我角色功能，而年齡大的病患則通常較容易發展出調適及因應疾病的態度及方法。

#### 二、生病年數：

生病年數愈短的病患對醫療、福利等相關資源的需求程度愈高，其有可能在疾病發作初期，對於疾病相關知識及社會資源訊息的缺乏，因此需求相對提高。

#### 三、工作：

沒有工作的病患，其需求比有工作的病患來得高，可能原因為有

工作的病患較有能力滿足基本的生活需要，生活上較有安全感，自尊心和自信較高，而沒有工作的病患多要仰賴外在的供給，自我控制的程度較低，也較缺乏安全感，因此較處於匱乏不足的狀態。

#### 四、病患的功能：

當病患的功能愈好表示其精神症狀愈穩定，同時愈能安排自己的生活，較不易處在匱乏緊張的狀態，比較有能力滿足自我的需求。

#### 五、主要照顧者：

主要照顧者是雙親的病患其需求比非雙親的病患來得低，其原因一方面可能是父母親對病患傾向存有愧疚補償的心理，因此在生活中盡其所能的滿足病患之需求，另一方面，雙親家庭的資源普遍比非雙親家庭多，較容易滿足病患需求。

從過去的文獻可看見影響精神分裂症患者需求的因素，但在內容上卻只見簡單字義上的說明，缺乏深入性的探討；此外，個人與家庭具有相互影響性，年齡、性別等以及家庭內對疾病的信念、溝通型態、情感及親密性、擁有的資源及互動、溝通形態等亦同時也會影響到精神分裂症患者的需求，這些因素在過去研究中皆很少被探討，將作為本研究未來探討的重點，冀望未來能夠提供精神分裂症患者之家庭在協助患者康復之路上，能夠真正提供精神分裂症患者所需要的幫助。

## 第三章 研究方法

*「想法需要行動的實踐才能落實！」*

本章節將針對如何進行研究加以說明，包括：第一節研究取向、第二節資料收集、第三節研究對象、第四節研究工具、第五節資料分析、第六節研究倫理、第七節研究的嚴謹度等內容，以下將分別加以說明之。

### 第一節 研究取向

#### 壹、質性研究取向

劉仲冬（1996）提出質性研究的六大特色為：1.透過被研究者的眼睛看世界，所以研究者必須能夠掌握被研究者個人的解釋，才能瞭解背後動機。2.著重描述研究的場景，藉此幫助研究者了解主體的解釋。3.將現象放置在整體的脈絡中做通盤的理解。4.視生活為人與環境的交互影響。5.採取開放和非結構的多種方法，避免研究者強加個人觀點和預設立場。6.重視理論和概念的形成，從資料中進行分析與歸納。

本研究將上述的質性研究特色為本，透過研究參與者的主觀敘說來瞭解精神分裂症患者的主觀世界，研究初期研究者將先與研究參與者建立關係，以增進對其語言、表達方式的了解，訪談時以半結構式的大綱，來蒐集有關精神分裂症患者主觀知覺的家庭關係，以瞭解患者家庭脈絡對疾病及未來預後之影響，以及探討患者在經歷疾病的過程中，需要家人的支持、協助有哪些？由於精神分裂症患者與家庭之間的相互影響，存在於個案的感知經驗中，研究者將探索關係維繫之獨特、隱約、細膩的經驗，透過研究者與研究參與者之間關係的建立、深入的訪談及面對面交流的反應以收集到相關的訊息。而在研究過程中，每次訪談之後，研究者必將著手個人省思紀錄，以力求客觀，減少研究者個人預設立場及成見的干擾，最後在蒐集到的研究結果當中，探尋有意義的經驗意涵。綜合來說，本研究在研究主題及方法上、個人省思、資料分析方法上，均與質性研究方法之特性符合，且唯有以質性研究方法才能達成本研究之目的，因此，將以質性研究作為本研究之研究取向。

## 貳、現象學方法

由於本研究欲透過訪談過程讓研究參與者呈現對家庭關係看法的整體經驗及本質，因此，在資料收集及分析時，採用現象學研究法，



以瞭解研究參與者所體驗、經歷和感受到的主觀世界。

以下將針對現象學的內涵與特色加以說明，並闡述現象學理論概念：

「現象」一字是由希臘文 *phainomenon* 而來，此字謂「顯示在經驗事物中者」。而現象學（*phenomenology*）是一門對現象（*phenomenon*）進行探究的哲學。現象學的主要領導者 Edmund Husserl（1859-1938）認為現象學是個哲學也是個方法，其主要在於澄清生活世界（*life world*）的本質結構（*essential structure*），透過意識活動（*conscious acts*）了解世界如何被經驗以及現象與意識之間必然相關的給與方式（張汝倫，1997）。胡塞爾追溯自然科學的源頭至其所建基的生活世界（*life world*），認為客觀的科學必須以主觀的生活經驗為基礎，其指出生活世界是科學的基礎，認為不同生活的生活世界只是一個更基礎的普同結構的轉化而已。現象學研究可以穿透不同的生活世界，指出一切原初的，非歷史性的意義建構（胡幼慧，1996）。

現象學方法著重於研究者拋棄預設立場，透過不斷的提問、訪談、對話與反省，澄清生活世界的本質結構（*essential structure*）並且透過意識活動來理解世界如何被經驗以及現象與意識之間的必然關係（張汝倫

，1997）。簡言之，現象學方法在探索現象本質，欲洞悉事件的本來面貌；除了瞭解人類如何經驗這個世界外，也企圖捕捉經驗背後呈現的意義結構，如同穆佩芬(1996)所說，現象學是對所研究對象的生活經驗之主觀意義，採取開放的態度，透過不斷的質疑、反思、專注、直覺的洞察，瞭解並呈現在意識層面上的生活經驗，盡可能的呈現整體性，以展現生活世界的本質。

本研究主要採用胡塞爾現象學的理論概念，並掌握以下原則：

#### 一、重視意向性的經驗之探討

現象學研究的是內在的意識現象，有本質在其中的現象。因此，本研究所探究的範圍與關注的焦點，將集中於意識之流中的事物，注意那些能在意識之流中直接地、自明地顯現出來的事物（余德慧，2001）。此外，由於意向的對象是藉由知覺行為而展現，個人也會在過程中將經驗賦予方向性，使經驗呈現出來，因此，本研究將探究受訪者的意向性經驗，包含認知主體的觀念與其內在的心理活動（蔡美麗，1999）。在實際作法上，研究者將藉由面對面深度訪談的方式，並且事先擬定半結構式訪談指引，以求能蒐集到研究參與者呈現主觀經驗的相關資料。

## 二、現象學強調互為主體性

生活世界是以具體的「人」為中心，所直接知覺到的世界，生活世界絕不是某一個人私密專有的世界，它是認知主體跟他人直接或間接協商所形成的世界，其間充滿主體主動架構與運作的成果。生活世界雖然是主題化世界的基礎，卻不具排他性，它是全體人類共同創造出來的，也是對全體人類開放的世界（余德慧，2001）。現象學方法的互為主體性對研究者的啟示在於奠定研究者與研究參與者之間良好的關係，尊重彼此的獨特性與合作關係，使雙方有個良性的對話空間（高淑清，2000）。本研究主要目的在於瞭解精神分裂症患者對家庭關係的看法及家庭支持需求，這些內在想法的知覺意涵都是必須與研究者建立良好關係之下才有機會深入探討，因此，研究者將研究參與者視為共同研究者，在研究過程將致力創造一個平等，且互為主體的研究關係。

## 三、現象學的研究在於探索生活經驗的本質

現象學的研究在瞭解生活經驗，而生活經驗包括現在以及過去的經驗，這是一個持續進行的動態過程，且有不同的特性及屬性（穆佩芬，1996）。運用在研究上，現象學者想瞭解的是研究參與者經驗的本質如何？在本研究中藉由一對一的深度訪談方法，以蒐集精神分裂症患者主

觀世界之經驗，包括家庭關係中情感變化及親密性的連結、家庭成員之間互動與溝通型態、家人對精神分裂症的態度及信念；經由研究參與者描述生活經驗，可了解其如何建構和解釋生活經驗的意義，進而了解到他們在家庭之中所經驗到的生活本質之意涵。

#### 四、現象學強調存而不論-「回到事物本身去」

現象學方法強調還原或是存而不論的概念，提供了研究者反省自我偏見或開放程度的機會，對研究現象的探討，研究者是否能以開放的心胸與態度，敞開一條彼此溝通對話的管道，以嶄新犀利的思維去正確瞭解研究本身，去追問反思研究背後隱含的意義與存在的可能性，研究問題的真象才能為我們展現，開放研究的理念才可能落實。因此，在本研究中，訪談時乃採取與研究參與者共同探索其經驗的態度，每次訪談之後，對訪談過程與當事人及研究現象有關之感受與想法進行心得紀錄，忠實地描述其經驗，以力求客觀，儘可能減少研究者個人預設立場及成見的干擾。

總之，現象學研究法主張研究者須採取開放的態度，在平等、互為主體的研究關係中，以深入瞭解研究參與者個別獨特的經驗以事實

背後的內隱意義並加以具體的描述；在本研究中秉持現象學的研究方法與哲學思想，在與精神分裂症患者進行深度訪談後，在蒐集到的訪談資料中探尋當事人經驗的意涵，以呈現精神分裂症患者對家庭關係的看法及對家庭支持的渴望。

## 第二節 資料收集

本研究在蒐集資料時，為使能夠在不同資料來源下來進行佐證及相互驗證，因此藉由不同的管道及方式蒐集資料使研究結果更具客觀性及參考價值。依循此概念，本研究的資料收集方法共有下列三種，主要以深度訪談的紀錄內容為主要資料，研究參與者以象棋排列之家庭圖、個人省思紀錄作為輔助的參考資料，分別簡述如下：

### 壹、深度訪談法

本研究採用深度訪談法來進行研究資料的收集，深度訪談是質性研究中一種蒐集資料的方法，藉此希望可以獲得較豐富及詳盡的資料，並且可以觀察到研究參與者的非語言訊息。

在研究過程中以一對一的方式進行深度訪談，研究者事先擬定半

結構式的訪談大綱，以蒐集資料，此種作法乃由研究者根據研究目的以及文獻所得等資料事先設計訪談問題，以確保訪談時能夠聚焦及節省時間，訪談內容主要在探究精神分裂症病患解讀家庭的內在知覺，以及渴望家庭能夠提供的支持有哪些？因此強調重視其研究參與者真正感受及個人知覺經驗，不對其回答的內容做任何批判。為了促使受訪者的答案更加詳實及正確，研究者將依情況適當地補充問卷內容，以獲得更深入的瞭解，訪談大綱請參見附錄一。

此外，為使研究過程中能夠順利蒐集資料，有以下幾點需於進行訪談時注意：

- 一、訪談前的準備：每位研究參與者正式訪談前，先約時間見面一次或電話聯繫，一方面藉由談話時評估當事人之正性症狀及負性症狀是否會干擾研究資料的正確性及訪談進行；另一方面可進行建立關係、說明其權利如研究中可保留及拒絕回答之權利、要求退出、研究結果將以匿名處理，確保隱私等。
- 二、訪談時間：以深度訪談方式進行，共安排四位研究參與者，訪談次數每人至少一次，並視情況增加訪談次數；訪談時間的安排以研究參與者為主，每次約九十分鐘。

三、訪談與錄音之同意書：訪談前先取得研究參與者的同意之後，在訪談過程中進行錄音，以利於訪談資料的收集。

## 貳、運用隱喻技術-以象棋排列家庭圖

隱喻技術原是用在諮商工作之中；Barker(1985)定義隱喻為一組影射的語言形容某事物或行為，而不以字面直接陳述；Lankton & Lankton (1986)認為隱喻是一種具備戲劇性，能捉住個案的注意力並提供一個改變的架構，使個案接受新經驗的方法，運用隱喻技術可以幫助個案以較不威脅性的方式接觸自己的內在，減少抗拒與焦慮(Satir, 1991)。本研究中，於每位研究參與者在第一次正式訪談開始前，在研究者簡要說明之後，邀請研究參與者排列主觀知覺的家庭位置圖，以輕鬆、簡單易懂、新奇的方式，減少研究參與者的心理防衛與焦慮感。

隱喻是一種『即性創作』，且其創作時需能符合情境上的脈絡，因為它使得原本無相關的事件或物品與人產生聯結，提昇了過程中的豐富性與效果，也幫助當事人有更多覺察。此外，隱喻可以激發左右半腦的同時運作，幫助個案不僅了解自己行為由來及情緒反應的原因，也真正在情緒上有所洞察，而有一些反應感受及觀點上的改變（林香君，1995）。Barker(1985)及 Satir(1991)也提供隱喻可以鋪成一些想法及

選擇性，可以幫助個案對已了解的事物上可以思考更多，可以重新定義對事情的看法。

就隱喻的題材上，可以觀察個案的語言或常用的詞語，加以運用之，或個案自我表露的內容，或其他電影、戲劇、音樂、文學等相關的題材。而隱喻的運用上，可以運用說故事的方式，或運用宗教性的象徵、詩、圖畫、藝術等方法；本研究中選擇象徵具有權力、地位大小的象棋為工具，提供研究參與者去表達內在感受到的家庭關係，經由象棋排列，將研究參與者所經驗及感受到家庭關係呈現出來，並且尊重研究參與者的主觀想法，研究過程中以不企圖影響或引導研究參與者為原則。

為能深入瞭解對研究參與者解讀到家庭關係，本研究搭配使用象棋為工具，選擇象棋主要原因是因為象棋本身具有權力、地位大小的象徵意義，而且使用上相當普及化，比較沒有受到年齡、教育程度等因素的影響。因此，每位研究參與者正式訪談開始前，先邀請他們使用象棋來排列家庭圖，一方面減緩焦慮或緊張感，另一方面亦希望藉由在研究過程中運用隱喻的方式，蒐集研究參與者主觀感受到的家庭關係，以提昇研究中資料的豐富性，象棋家庭圖範例，請參見附錄二。



### ？、個人省思紀錄

在研究過程中，研究者除了訪談紀錄之外，每次與研究參與者訪談過程中與當事人及研究現象的觀察及心得記錄下來，以求能有更多的敏感度以獲得表面訊息下的真實意義，並且自我檢視不受偏見或先見的干擾，同時亦可檢視研究者與研究參與者在訪談過程中微妙的感知及變化。

## 第三節 研究對象

在研究選樣方面，本研究列出符合研究議題的研究對象與限定標準，依據質性研究之立意取樣原則來選擇樣本，並完成資料蒐集的工作，進而分析與呈現結果。以下列出本研究在選擇樣本所訂定的六大選樣條件，分別敘述如下：

### 壹、選樣條件與原因

以下四項因素作為邀請研究參與者的方向：

- 一、 在校學生：主要原因乃因考量精神分裂症的症狀通常容易干擾患者的生活及學習適應狀況，若能夠有持續到校學習的狀態，其可

能也表示病情趨於穩定，受到症狀的干擾較少，較有能力去表達個人的家庭生活經驗，因此符合本研究參與者之條件。

二、疾病階段：精神分裂症病程共分三階段，本研究選樣上以留餘階段的病患且目前持續服藥進行中，此階段疾病特性多半未能恢復到病前的功能，可能會有殘餘的症狀（沈楚文，1998）；但必須正性症狀不存在（包括；妄想、幻覺、思考障礙等行為），負性症狀（情感平淡、語言貧乏、社會退縮等）不致於影響會談過程。如此選樣的原因主要是基於考量患者症狀必須趨向穩定狀態，其殘餘症狀才不致干擾人際互動、語言表達、思考邏輯等表現；就研究者過去經驗而言，患者的症狀呈現可以從訪談過程中其語言及非語言等訊來判斷是否有受到正負性症狀的干擾，例如，答非所問、表達內容不連貫或過多投射及聯想、眼神呆滯、必須思考很久才能回答問題、回答時用字過於簡化等情形。並且在正式訪談前，先進行一次面談，以評估是否有正負性症狀的干擾，如有干擾時，即不符合本研究之對象。

三、疾病診斷：經醫師診斷為『精神分裂症』。

經診斷為精神分裂症者；根據精神疾病診斷與統計手冊第四版，其主要症狀包括妄想、幻覺、解構的語言、混亂或緊張的行為、

負性症狀，如情感表現平板、貧語症、社會及職業功能障礙等，嚴重影響思考、知覺、情感、行為等多方面的廣泛障礙。

四、發病時間：研究參與者的發病必須達兩年以上，如此選擇的原因主要是兩年以上的患者是精神疾病慢性化最低年期之標準。(李明濱，1999)

若符合上述條件者也願意表達自己經驗及想法者，即為適合之樣本；並考量時間、人力、可行性、同質性之限制下，訪問四位研究參與者，每人訪談至少一次。

## 貳、選樣方式—立意抽樣

本研究採用立意抽樣，Patton(1990)認為『立意抽樣』是選擇資料豐富的個案(information-rich cases)，進行深度的研究；而所謂資料豐富的個案，則是指這些樣本中含有大量與研究目的相關重要問題的資訊(引自吳芝儀、李奉儒合譯，1995)。由於研究者在學校輔導中心服務，研究參與者鎖定為校內罹患精神分裂症之學生為主要優先篩選的對象，藉由研究者在工作場域中，與研究對象建立關係與取得信任之後，挑選符合研究主題、具有表達能力，同時願意參與研究訪談的對象，進行資

料蒐集的工作。並且在選樣不足或遇到困難時，尋求鄰近大專校院輔導中心之輔導人員或相關醫療機構，委請協助介紹適合之學生，以取得適合並且有意願參與研究的個案。

然而進入研究時發現，尋找目前就學的研究參與者有其困難性，主因是精神分裂症患者因症狀干擾，時常無法適應學校生活，當病情嚴重時，往往需要休學或在家休養，因此求學階段之中，精神分裂症患者時而休學時而復學的情形相當普遍；經研究者探訪北區大專校院輔導中心及榮總社工室社工師、振興醫院精神科醫師、市立療養院心理師、台北醫學大學附設醫院精神科主任、新莊康復之友等機構，均表示精神分裂症能夠穩定就學的人數相當稀少，因此考量研究可行性下，以電子郵件及電話聯繫方式下委請北區大專校院輔導中心協助尋找適合之研究參與者；因此本研究參與者共有四位，二位為研究者在職之校內學生，另外二位則為校外另一家技術學院輔導老師轉介而來。

研究者在訪談前先邀請校內之二位研究參與者，向其說明研究目的及研究進行方式，並徵詢當事人適合訪談時間，於校內個別諮商室進行訪談；另有二位校外研究參與者則以電話方式邀請及說明研究目

的及研究進行方式，經同意後，徵詢當事人適合訪談時間，於該校附近西餐廳進行訪談，訪談進行前均再次說明研究參與者之相關權益，並簽妥研究同意書。因此，於訪談前與四位研究參與者各接觸 1-2 次，包括建立關係、研究說明等，並與四位研究參與者各正式訪談一次，每次訪談時間約 90 分鐘。

#### 參、 訪談場地

而在訪談地點的選擇將根據現實情況的考量，以安靜、舒適、經濟、便利，能讓個案願意表達其主觀經驗和感受為原則；由於研究者目前工作的地點於大專校院的學生輔導中心，因此，可能的方式邀請研究參與者在校內的個案諮商室，內有隔音設備、沙發桌椅以提供隱密及舒適的訪談場地。因其中二位為校外學生，則以該校附近之西餐廳，選擇安靜稍有區隔性的位置，進行研究訪談；校內學生則在本校個案諮商室進行。

#### 肆、 訪談對象的限制

本研究是以探討精神分裂症主觀上對於解讀家人關係及知覺家人因應其發病後的態度及付出，或許會有疑問，精神分裂症患者生活於

家庭之中，如果以系統的觀點來看，兩者有相互影響之關係，既然要探討家人關係，為何不直接訪問家人，邀請家庭成員直接說明對病人的看法，而卻要透過精神分裂症患者來談對家人的態度與行為反應呢？其原因有二個：

1.在九十四年修質性研究課程時，我嘗試過探討精神分裂症患者的家庭關係，在訪談收集資料過程中發現，要進入一個家庭實非容易之事，家庭對於面對輔導老師的角色進入家庭之中，多有戒心及防備，即使答應訪談，也很容易因為家庭成員臨時有事無法出席，而影響訪談計畫，加上中國人家醜不可外揚的信念，對於要把家裡沈重、不愉快的經驗說出口，對於家庭而言是一大挑戰。因此在考量研究時間成本及可行性，將以病患作為研究的主體。

2.因為本研究是想要瞭解的是精神分裂症患者的主觀性知覺與感受，因此在研究主體上，將以精神分裂症患者的立場來看當疾病來襲時，精神分裂症患者感受到的家庭關係，其本身正面或負面的感受與知覺，非其他人可以代言或了解的，這些皆是本研究欲想深入探討的部份。

## 第四節 研究工具

### 壹、研究者

在深度訪談中，研究者本身即為重要的工具。研究者對精神分裂症的看法會影響到研究蒐集的方向及資料的分析，因此在研究前將先探討研究者對精神分裂症之看法進行自我覺察的工作以及研究者的能力進行說明：

#### 一、研究者的自我覺察

質性研究過程中研究者無法置身於情境外，研究者的反思相當重要，由於研究者自我的感受與偏見往往是造成研究偏誤的可能來源；但是研究者個人本身原有的工作經驗及專業訓練、先前的個人經驗和理解、學術背景與所涉獵之文獻等，對於研究也可能會有正面之影響。質性研究者認為研究無法完全客觀，它是一種研究者與研究參與者相互主觀中互動的研究過程(范燕燕，2000)。故在研究過程中，研究者必須不斷的自我反思與辯證，讓自己主觀偏見降到最小，讓自己站在與研究參與者中立與平等的角色，隨時自我省思，保持高度的自我覺察，以增進研究的效度。

為了對研究參與者及研究歷程有更多的覺察，研究者先行檢視自己對精神分裂症患者的印象。處在學校從事輔導工作的我，接觸到的精神分裂症學生多半是因為在學習、生活適應、人際關係等出現問題，經由校內老師或家長轉介而來，因此到我面前來的個案，可能都是具挑戰性的。雖然大學時代學習社工的專業背景加上後來自己朝向諮商領域的學習與經驗，累積了小部分對精神疾病的專業知識及經驗，但是近三年來，精神疾病的個案越來越多，對我來說，其中最具挑戰性的就是精神分裂症的個案。因為即便是同樣的診斷，每位個案的症狀也不盡相同，而家人的反應也有所不同，有些父母很關心自己孩子在校的學習表現，甚至會時常到學校，積極的與老師溝通與互動，希望為孩子創造更好的環境；有些則是疏遠、指責孩子，對於學校老師主動聯繫時，態度上也會有所顧忌，並且表達面對孩子時的無力與失望。

仔細反思我對精神分裂症患者的態度，也和家長們一樣，雖然有積極關心的部份，但也有可怕的、不可控制的刻板印象，尤其在會談時，他們漫無目標的表達方式，或者滔滔不絕的針對某個意念或現象說個不停時，心裡也會有不耐煩或無力之感；然而，在長期相處經驗中也發現，精神分裂症患者多半在人格特質上比一般人較為敏感，且有很多奇特的想法，時常聽到他們在重覆事件的思潮中旋轉，並且非常堅持己見，有



時還真是令人又好氣又好笑，相處久了，會發現有很多原本我沒有想過的事情，經由他們一說，再去觀察時，會發現其實他們擁有很敏銳的觀察力，愈來愈發現，與其說他們怪，不如說他們是一群特別的人；當然，這僅是我的想法。因此在研究過程中，我會不斷自己提醒以務實、中立的立場來看待精神分裂症病患，不要有過多同情或是忽略疾病對研究參與者的影響，以求能收集到真正貼近研究參與者真實的聲音。

另一方面，當我反思到這些經驗時，也讓我深感如果能夠讓更多人有機會了解精神分裂症患者的想法及渴望，未來在接觸精神分裂症的家庭時，我們可以有更多的包容、接納與了解，進而提供適當的建議，幫助患者及其家庭能夠在面對疾病的挑戰時，有更多的洞察與資源，減少疾病的復發。因此，為了讓研究者本身能夠不斷自我檢視，以減少自身對研究的干擾，於每次進行研究訪談之後，進行個人反思紀錄，幫助研究者能夠在反思過程中，有更多的自我覺察。

## 二、研究者的能力

如何在研究中萃取有意義的建構，有賴於研究者本身是否具有足夠的學經歷背景能力，這些能力應該包括：

（一）收集有意義資料的能力：研究者目前服務於大專校院之學生輔導中心，個案諮商經歷約九年，曾經接受過數百小時的諮商技術訓練課程，並持有諮商心理師證照，在與研究參與者建立關係、互動及訪談技巧及收集有意義資訊之敏感度已有一定之基礎能力。

（二）資料分析與處理的能力：研究者於研究所就讀期間修過質性研究課程，於質性課程中並進行以精神分裂症患者為主題的研究，因此對於研究訪談的資料收集及受訪者的狀況應有一定之基礎，而在資料分析方面，除了質性研究課程累積的基礎之外，未來將透過與研究團隊及指導教授共同討論與修正。

（三）對受訪者狀況的掌握：

訪談中，研究參與者可能會因訪談過程中造成情緒波動，心裡內在的痛苦可能因此油然而起，加上精神疾病的症狀，似乎比一般人在情緒及行為上有可能有更多的不確定的特性；而研究者因在實務工作上將近十年的經驗累積，已較能敏銳的觀察到研究參與者在情緒上的變化，加上曾經受過諮商輔導的專業訓練之下，這些經驗及能力的累積將使研究者在面對研究參與者情緒不穩定時，較能以支持、同理、接納、尊重的態度給予陪伴，如研究過程中評估訪談者情緒起伏過大時，將徵求研究參與者同意之下，中止該次訪談；若研究參與者需要提供諮商協助時，

也將另外安排時間或轉介同仁予以協助，以保障研究參與者利益為最大考量。

## 貳、訪談大綱

依據研究動機、研究問題之內容來設計訪談大綱，共十五題，訪談內容請參見附錄一。

## 參、象棋

研究運用象棋為工具，以諮商技術之隱喻技巧為參考基礎，邀請研究參與者使用象棋來排列家庭圖，並且以數位相機拍攝記錄下來，希望除了訪談之外，能夠以隱喻的方式來邀請研究參與者分享所知覺到的家庭關係，以利於研究參與者在訪談初期能夠放鬆、減少焦慮與防衛感，另一方面藉由隱喻方式呈現方式的不同，以提昇研究資料的豐富性。

## 肆、個人省思筆記

研究者於每次訪談結束將進行個人省思筆記，檢視訪談過程中是否因個人過去經驗、偏見之影響，從個人省思中亦可幫助研究者統整在訪談過程中個人的知覺、感受的變化；另外，可記錄研究參與者回

答問題時的神情、身體語言、以及觀察到的微妙、隱約的訊息，將有助於研究者自我檢視及資料收集與分析。

## 第五節 資料分析

### 壹、現象學分析法

本研究資料分析方法主要依據 Colaizzi ( 1978 ) 提出之現象學分析法來進行資料處理與分析，分析過程步驟如下：

- 一、 仔細聆聽訪談錄音，將錄音的訪談內容及研究者敏感到的部份逐字謄寫出來，形成有意義的句子，以獲得對研究參與者之經驗有一整體性的瞭解。
- 二、 找出有意義的句子以萃取出意義並編碼。
- 三、 將共同特性的資料編碼組合成主題以及主題類別。
- 四、 保持描述性的態度，組合意義中所存有的共同特性，形成主題。
- 五、 整合研究現象之主題，做完整的整體性描述。
- 六、 經由整體性的描述，形成研究參與者主觀經驗的本質架構。
- 七、 將所得的結果，拿回給受試者檢視，以確認研究結果是否反應出個案的新經驗。

由於第七項因考量論文內容以專業及學術性的寫作方式，唯恐不易為研究參與者瞭解，故省略第七項步驟。

## 貳、 資料分析信度 -採同儕辯證

資料收集的信度方面，為使研究過程進行資料分析之信度控制，因此採同儕辯證 (peer briefing)，以平等關係、公正態度，經系統性分析，來協助研究者探索其研究中隱含的意義，研究者邀請研究同儕團隊中具有質性研究資料分析之同儕擔任同儕辯證者，預先說明所探討的現象，解釋現象學資料分析的原則，提供其中一位參與者之逐字稿，並隨機抽出該研究參與者相關之三份訪談內容交予同儕辯證者，分析由有意義的句子萃取出意義的步驟，進行內容交叉分析，二次交叉分析的結果，由研究者及指導教授及研究同儕團隊共同討論，以做為研究者資料分析的穩定性及重複性的控制。經由同儕辯證協助，使得研究者在資料分析過程中，對於萃取重要概念時，能夠更為聚焦及提供更多元的概念名稱，且更加掌握資料分析的嚴謹性。

整體而言，在研究資料分析過程中，初期將針對研究參與者對家

庭關係的看法及對家庭支持的需求的內容，予以整理出來，再從中尋找出與研究主題有相關及具有代表性的句子，並編碼加以註記，再將相同性質的資料歸納為同一個主題，比如說，親子之間的情感變化，手足之間的情感變化，再將這些情感變化歸納逐漸形成一個家庭關係情感變化的主題類別；之後再將整合這些不同現象之主題類別，形成整體性的描述，最後形成一整體性的描述。

#### ？、象棋排列之家庭圖

本研究擬搭配使用象棋為工具，邀請研究參與者使用象棋來排列家庭圖，並且以數位相機拍攝記錄下來之後，將盡其可能呈現研究參與者所排列之家庭位置圖的原貌，除在相片上將研究參與者及家庭成員標記之外，不另作其他標記；並利用家庭圖中成員位置擺設的距離遠近，作為評估家庭關係親疏遠近之參考資料；另外，在訪談過程中，也邀請研究參與者說明代表成員的棋子之意義，可幫助研究者在短時間內收集到研究參與者家庭的動力及成員關係。

#### 肆、個人省思筆記

將個人省思筆記之資料，分析在研究過程中是否有受到個人過去

經驗、偏見之影響，作為資料嚴謹度的參考；此外，從反思筆記中，探索研究參與者語言及非語言所展露的生活經驗之本質意涵，將所觀察到的微妙、隱約訊息，作為深入瞭解研究參與者主觀世界的線索。

## 第六節 研究倫理

### 壹、研究倫理原則

為了事先預防與解決可能產生之倫理問題，以避免對研究參與者或其他相關的人員造成傷害，本研究擬遵循 Rubin& Babbie (2000) 提出的社會工作研究倫理考量之原則，內容如下：

- 一.研究參與者必須是自願參與，且在研究者告知後同意方能進行研究。
- 二.研究過程與研究結果都不可對研究參與者造成傷害。受訪者在訪談過程可自由選擇退出或停止訪談，受訪者有權利拒絕回答不願談的問題。
- 三.對於研究參與者的資料將遵守匿名與保密的原則。根據『匿名性』的原則，研究者將對於任何可辨識出研究參與者身分的資料，在學術報告中僅以代號稱之。對於『保密性』原則，研究者將妥

善保存訪談錄音帶，避免資料外流，且應注意研究參與者的可見度，避免個別身份與資料有所關聯，保護隱私。

四.研究者將對研究參與者表明身分，不可欺騙;並將事先告知研究者身分、訪談目的與重要性、資料蒐集的方式(如：錄音機、訪談記錄)等研究過程。

五.研究結果之分析與報告的運用將以誠實為原則，在研究完成後，研究者在研究參與者的意願下，告知研究結果。研究的歷程是以保護研究參與者為優先考量，充分徵求其同意，並彼此誠實以待。

貳、本研究過程可能產生的倫理議題：

一、研究者本身的職業角色

由於研究者在學校輔導中心服務，未來研究參與者將鎖定為校內罹患精神分裂症之學生為主要優先篩選的對象；除非在校內無適合對象的情況下，才會考慮尋求醫療或相關機構來協助篩選研究參與者；然而，這樣的過程當中，如果是校內的學生為研究參與者時，研究者本身的角色將可能使得與研究參與者之間為不平等的角色位階。而研究參與者對於研究者可能會期望在研究過程中同時有專業性的協助；這樣的角色定位也會影響到研究參與者決定要表達的內容及深度。



因此，在第一次訪談時，研究者除了會充分告知本研究計畫與進行方式，並確定其接受訪談意願與簽訂訪談與錄音同意書之外，另一個重要的工作是澄清本研究與工作機構的任務無關，而是研究者的論文研究，在這些議題確認之後才開始進行訪談，之後的會談中為了不凸顯研究者的輔導老師的角色，與研究參與者約定的訪談時間以研究參與者為主，讓研究參與者在時間安排上為主導者，而非配合研究者的時間需求。針對有諮商需求的研究參與者，也將以同理、傾聽、非價值批判的態度給予支持，並於訪談過程結束後，視研究參與者需要，另外安排時間予以提供個別諮商或視情況轉介給同仁或校外專業機構。因此；研究者與研究參與者之間角色的定位是研究者必須更加注意的部份，此也提醒研究者在邀請研究參與者時要如何告知及界定研究關係，才能更加確定研究者是真正有意願參與研究，而非其他因素影響其參與意願。

## 二、區分研究訪談與個別諮商的不同

研究訪談不同於個別諮商會談，兩者最大的差異在於目的不同，個別諮商會談通常是為了改善當事人的情緒困擾，而研究訪談只是研究者基於研究目的收集資料的方式，並且在訪談過程中，透過研究問題的發問，引發研究者參與者分享自己的生活經驗與主觀的看法與感

受，研究者不只是傾聽研究參與者的表達內容，亦可同時關注其語言及非語言表達的過程資料，以了解其表達訊息的內在意涵；研究者將注意在訪談過程中不以改變研究參與者的生活適應困擾或精神疾病症狀為目的。此外；研究者在態度上必須隨時提醒自己保持中立、好奇、探索，有助於與研究參與者建立研究關係。

## 第七節 研究的嚴謹度

為了確保質性研究的嚴謹度，研究者參考質性研究以下幾點考量（謝臥龍，2000）：

### 1.真實性：

指的是質性研究資料真實的程度，也就是研究者能否真正觀察到所希望觀察到的資料，以達到資料真實性（謝臥龍，2000）。研究者從事諮商實務工作已達九年，曾受過諮商專業及訪談技術達數百小時以上，曾接觸過精神疾病學生約三十餘個，其中包含與十餘位的精神分裂症患者進行過心理諮商；九十四年修習質性研究課程，並進行過以精神分裂症主題之小型研究，訪談過二位精神分裂症患者，因此在實務工作累積的經驗或質性研究課程的學習上，皆以增進對本研究有更多的洞察與瞭解。

## 2.推廣性：

透過所觀察與訪談的資料轉為逐字稿，提供研究對象的主觀經驗與真實表達，減少研究者的主觀偏見，增加研究資料豐富性，並且可以將研究結果推廣到其他同樣關心精神分裂症患者的對象以供參考（李建德等人，2006）。因此，在本研究過程中，儘可能邀請研究參與者表達內在想法與感受，並且不加以干擾其表達，使其表達能反映實際情形。

## 3.一致性：

指資料收集及分析方法的邏輯性及一致性，使研究資料能夠具有穩定性與重複性；本研究資料收集過程以錄音方式和個人反思紀錄為主，內容完全由研究者自行進行資料分析，並且與指導教授及其組成之研究團隊進行檢視及分析，儘可能使資料收集及分析在邏輯上達到一致性，以提高研究品質的保障。

## 第四章 研究結果

### 第一節 研究參與者基本資料

#### 壹、研究參與者個人基本資料

本研究共計四位研究參與者，性別均為男性，年齡為 19-38 歲之間；經診斷為精神分裂症，距離初次發病已達二年以上，目前皆持續服藥中，其中三位曾經有住院經驗約 1-3 次，一位無住院經驗；教育程度皆為大專且仍在學；工作情形中一位不定時打工，其餘三位則無；經濟狀況部分其中二位家庭為小康狀況，另二位則為低收入戶，並領有社會福利補助金；其中三位與家人同住，一人目前平日仍居住於復健病房，週休假日則至哥哥住處；相關研究參與者基本資料詳見表一。

#### 貳、精神狀況評估

為收集研究參與者個人基本資料及精神狀況評估，訪談正式開始前，由研究者與研究參與者共同進行填寫精神狀況評估表格，此量表

引用胡海國（1999）病患精神症狀檢查表，相關資料請參見附錄四；並邀請校外老師提供轉介之二位研究參與者狀況評估表，相關資料請參見附錄五，以及研究者本身針對校內另外二位研究參與者填寫評估表，相關資料請參見附錄六；作為評估研究參與者之精神症狀評估輔助參考。

過程中，研究參與者自評精神狀況評估，其精神症狀評估表中題目 8 - 15 題為正性(精神病性)症狀之綜合評分，17 - 22 題為負性(退化)症狀之綜合評分，結果發現四位研究參與者自評以及輔導老師評估正負性症狀皆顯示四位學生目前精神狀況適合？與本研究之訪談，因此符合本研究參與者條件。

表一 研究參與者基本資料

研究參與者	金	木	水	火
性 別	男	男	男	男
年 齡	25	38	19	25
家庭成員	父、母、弟 1 人、妹 1 人	父、母、兄 1 人、弟 1 人、妹 1 人	父、母、弟 1 人、妹 1 人	父已逝、母、兄 2 人、姐 3 人
家庭排行	老大	老二	老大	老么
教育程度	大專	大專	大專	大專
宗教信仰	佛教	無	無	無
工作狀態	無	無	無	打工
家庭經濟狀況	小康	低收入戶，目前領有補助	小康	低收入戶
居住狀態	與親人同住	平日住市立療養院復健病房，週六日住哥哥家	與親人同住	與親人同住
第一次發病時間	20 歲	18 歲	15 歲	22 歲
住院次數	3 次	4 次	0 次	1 次
住院時間	最後一次為去年 6 月。 (前兩次時間已經忘記)	11 年，目前仍持續中	無	2 個月
服 藥	持續服藥中	持續服藥中	持續服藥中	持續服藥中
副 作 用	嗜睡	頭痛	注意力無法集中	嗜睡
收 案 來 源	校外轉介	服務學校之校內學生	服務學校之校內學生	校外轉介

## 第二節 研究參與者之家庭概況

由於現象學強調研究者必須能夠進入研究參與者的世界，從脈絡中去瞭解研究參與者的主體性，經由訪談過程與研究參與者一起建構生活經驗，並且著重他人和我的主觀經驗是同步的流動，以成為互為主體的關係；因此，我將以第一人稱的方式簡述四位研究參與者的故事，藉此勾勒出這四位研究參與者整體的家庭生活概況。

### 編號：金

為什麼我會生病？因為我爸媽都姓「廖」，聽說是近親結婚導致，所以可能是遺傳吧？！發病這三年我一直覺得吃藥對我是也幫助的，去年，爸爸和醫生討論過我開始電療...至於效果嘛！我自己是覺得還好。

生病之後，多半爸爸會陪我去醫院看診，他會告訴醫生一些我平常的事情，有時媽媽也會陪我去，平常每到晚上九點媽媽就會問我「藥吃了沒？」，我覺得父母對我很好，只是因為我們的星座不同，我爸是水瓶座（水象），我媽是魔羯座（土象），我是射手座（風象），所以有時候我會不懂他們的想法，其實他們也不懂我阿！不過，我也沒有想

要瞭解，即使我想要瞭解也不知道他們在想什麼。我和弟弟、妹妹很少說話，通常會一起吃東西或爸爸找我們出去，我心裡很愧疚曾經打過他們，其實我也不知道為什麼當時要打他們；我覺得家裡的人感情都很好，家裡的人都是一團一團的....，有時爸媽一團..有時爸爸和弟弟一團..媽媽和妹妹一團...而我最常和爸爸一團..，我們有時一起去爬山或釣魚，那是我最快樂的事情。

我並沒有感覺特別需要家人幫忙的地方，生病就吃藥啊！對我來說日子就是一天一天過啊！只希望未來可以開一家賣電腦的店面，這是我的興趣，到時候看看爸媽能不能幫我出一點錢，我也會想幫家裡一點忙，如果阿嬤來家裡，爸媽要去上班，我會幫忙去買吃的東西給她吃，現在早上我會起來幫忙買早餐，畢竟他們工作很辛苦..能幫忙就幫忙，我比較喜歡幫忙別人，至於我自己，如果要幫忙我會講啊，只是真的覺得沒什麼地方要幫...在這個家我覺得很好，反正就是過日子啊！

【金 -象棋排列家庭圖】





編號：木

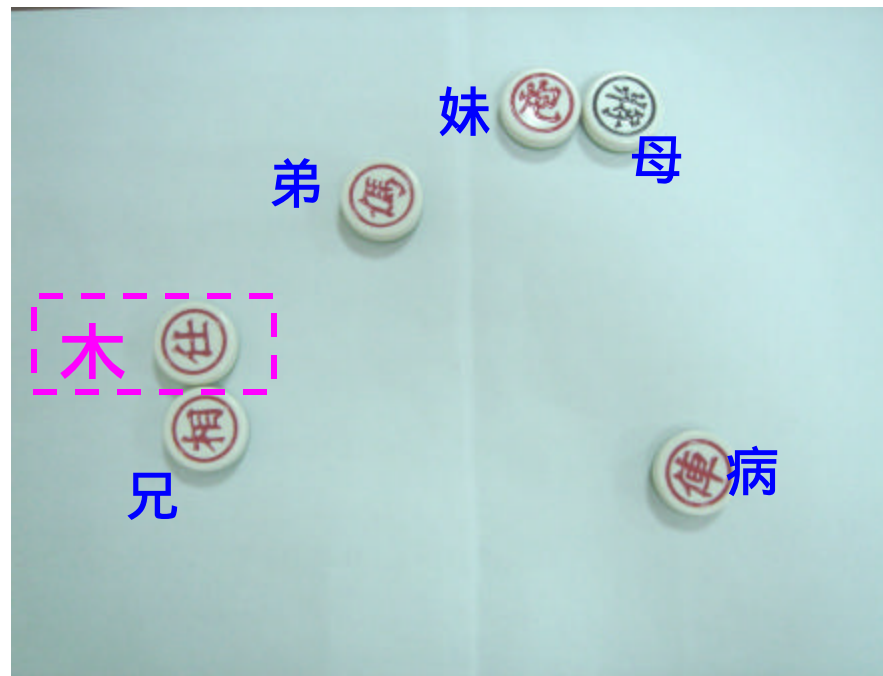
我是金門人，當初會來台灣是因為在金門的醫院要申請一種精神疾病的藥，因為沒有申請到，所以就來台灣住院，結果一住就 6-7 年了一直到現在，我的家人也陸續到台灣來，不過，我現在只有和哥哥保持聯繫，假日會去哥哥租房子的地方，其餘的家人，我並不想和他們聯繫，因為我不喜歡媽媽，她老是跟別人說我的壞話，至於弟妹好像也覺得沒有聯繫的必要，我們沒有聯絡已經兩三年了。我爸爸因為口角衝突，被他哥哥打死了，他的死，對我影響很大，因為原本在金門跟著爸爸學習佛像雕刻，因為他過世了，我也沒有辦法繼續學了，和他的相處現在回憶起來很難過，因為不管對錯他老是指責我，而我只是以沈默的方式來承擔著。

現在，我覺得哥哥是最重要的家人，我有點怕他，很在意他說的話，很想親近他又怕處不好，但是他有時會故意講話傷我，讓我很難過；哥哥以前會時常到醫院來找我，帶我去看 50 元電影或是買件褲子、逛街吃東西，現在都沒有對我這麼好了…。有時心裡不舒服跟哥哥說，他都說：「那沒什麼啦～」讓我很不舒服，我想要他安慰我一下，如果是以前，他可能會安慰我一下，但現在就沒了。不過，我覺得他

還是有照顧我啦！像是錢或需要的東西，都是哥哥給的。

當我跟哥哥抱怨醫院裡面發生的事情，我很希望他說：「那就出院，和我一起住好了。」但是他沒有…。其實，我期盼家人可以多關心我一點，假日時陪伴我出去走走看電影、種花..，給我零用錢...希望彼此的距離可以親近一點。

### 【木 -象棋排列家庭圖】



編號：水

「家」對我來說，只是一個可以暫時活下來的地方，我在想..如果我可以，我很想離開這個家，他們什麼都不懂，還愛管我，不管我講什麼都聽不進，簡直快把我搞瘋了，他們老是抱怨我不配合，但是他們用雙種標準對我...弄得我團團轉，有時我真的搞不清楚他們到底在想什麼，每次都說支持我，但是實際行動就沒有支持，不管我要什麼東西總是得不到，要不是說沒空，就是敷衍，對於父母，我真是失望透了。

弟弟和貓是我在家裡最親近的夥伴，因為他們不會拒絕我，其實我也很想和爸媽再親近一點，但是他們有時接近有時遙遠，很難捉摸，他們時常用批評的方式跟我說話，久而久之我就不想和他們說話了；我覺得父母會這樣，大部分是社會造成的，像是觀念與制度等等...。而我會生病，一部份是因為希望在外面得不到，在家裡也得不到，當然就會憂慮啊！

我希望爸媽可以真正聽進去我說的話，瞭解我想要的是什麼，接納我就是這個樣子，不要給我貼標籤，或是要我改變；能夠真心的支持，可以陪我去博物館或一起上網，幫我解答問題，在家裡給我一點空間，這樣我會覺得好一點。

### 【水 -象棋排列家庭圖】



編號：火

我覺得家庭的問題，是社會造成的，因為社會制度造成經濟上的不平均，我記得有一次看雜誌上面說當一個有錢人產生時，會有十個窮人產生；很多家庭都有經濟問題，但是還是得生活下去，像我們家靠家庭代工維生，做的是工廠內作業員不喜歡做而外包出來的加工品，化學味道很重，但是為了錢就得做啊！有時我會覺得家人像是脫離社會的邊緣人，被遺忘的一群人。

我媽已經八十歲了，我哥、姐都已經四十幾歲了，年齡的差距讓

我和他們講話時有點像跟外國人講話，無法溝通，我不知道耶~可能想法也差很多吧？因為哥哥生意失敗，又當保人，欠了銀行很多錢，大家住在一起，我常常聽到討債的電話，也感染到一些壓力。因為這樣，所以我想要唸大學，完成學歷之後，才可以在社會上生存；因為經濟因素，所以高中我便開始半工半讀，從打工經驗中，我學會凡事靠自己，人要努力才行，雖然，有時身邊的朋友會幫我的忙，但終究還是要靠自己啊！

家人好像沒有感覺我在生病，我覺得很奇怪，他們怎麼能期待一個情緒有問題的人，什麼事情都要自己來，但是，沒辦法，他們被經濟壓的喘不過氣來，我想我還是得自立自強吧！他們自己都有困難了，我不敢奢求他們來幫忙，而且我也不瞭解他們知不知道我的狀況，所以算了吧！他們都自顧不暇了，我還是把我自己顧好就好了。

#### 【火-象棋排列家庭圖】



### 第三節 研究現象的整體描述

為使研究參與者的家庭生活經驗得以呈現整體現象的完整性，本節將敘述研究參與者與家庭互動之間關係的整體描述，以強調整體性看待研究現象的重要性。

#### 壹、研究主題之間的關係

本研究採用 Colaizzi (1978) 對質性研究資料分析的第四及第五項步驟，內容包括將具有共同特性之編碼組合成主題及將所得結果做整體性描述。研究者依本研究之目的，將研究參與者之家庭生活經驗，分成三部份，分別是家庭對研究參與者的影響、研究參與者如何解讀家人關係、研究參與者在面對疾病時，需要家人提供哪些支持等；在整理過程中發現，這樣的區分可能會讓研究參與者的家庭生活經驗呈現分割的情形，而研究者在資料分析時，發現研究參與者的家庭生活經驗並非線性狀態，而是具有重疊、相互的影響。

根據研究參與者的描述，家庭對研究參與者的影響同時也會影響

到他們如何解讀家庭，而他們看待家庭的眼光也會影響到其需求的內涵等，三者是交錯複雜的，所以本研究主題之間的關係並非線性而是相互影響的關係；因此，本研究探討研究參與者之家庭經驗時，亦傾向以整體性的觀點來瞭解研究參與者的家庭生活經驗之本質。

## 貳、研究參與者的家庭生活經驗的整體性描述。

本研究參與者表示家庭存活在社會之中，父母的觀念及教養方式深受社會制度與結構的影響，親職角色功能的展現與家庭身處的環境脈絡有關，並且認為自己生長的家庭是社會中的弱勢，父母無法扮演適當的親職角色以及提供足夠的資源。因此，個人的需求往往無法在家庭中獲得滿足或者需求不被重視或拒絕等現象。

此外，在家庭之中，研究參與者主觀感受到父母矛盾與不一致等訊息，在溝通互動過程中，時常有預設立場及雙種標準，覺得與家人在溝通上無法協調、缺乏彈性，因而產生困惑、無力面對及無法自主等情形；在情感上一方面渴望接近家人，一方面又害怕被家人傷害；因此與家人在情感變化與親密感中也呈現不被了解的感傷、失落感以

及受到壓抑、否定、指責、忽略、無力感、失落等情緒；因而造成與家人彼此間相互不了解、有愛也有恨、矛盾等感受、形成研究參與者與家人在關係上逐漸疏遠的現象。然而，也有部份研究參與者感受到與家人的關係忽遠忽近，有時可以明顯感受到家人的付出與關愛，而有時也會感受與家人之間的疏離。

同時家人如何看待精神分裂症患者生病的認知也會影響到溝通互動與情感、親密間維繫的變化，當感受到家人認為疾病是生理因素造成時，對於疾病會有較多希望感，且願意與家人有更多互動與交流；反之，當感受到家人認為疾病是環境因素造成或是感受到家人對疾病的無知時，則會認為家人無法滿足需求以及父母的教養觀念與社會脫軌，覺得家人不瞭解自己的想法及感受，相對自己也無法瞭解家人想法及感受。

除此之外，本研究參與者提到，在疾病歷程當中，除了家人扶持與日常生活的照顧之外，週遭朋友及學校老師亦是其求助的資源；此外，當感受到家庭無法依靠時，會油然而生「凡事靠自己」、「獨立自主」等信念，並且在行動上以打工賺取零用錢、自己去辦理殘障補助金等來幫



助自己維持基本生活所需。

疾病的症狀以及家庭內的溝通互動與親密情感同時也影響著研究參與者的需求表達及內涵；像是復原初期研究參與者的症狀並非完全穩定，有些患者表示症狀會影響到自己的表達能力，不知道該如何讓家人瞭解自己的需求；此外，由於感受到家人關係上的疏離也會影響部分參與者不願意向家人求助或者家人不願意伸出援手以及看到家庭本身資源不足或家人自顧不暇時，研究參與者也會因此選擇不說出自己的需求，沈默地承受。然而，有一特別的現象是在本研究其中有一位參與者表示自己並沒有特別渴望需要家人幫忙，反而希望能夠幫忙家人分擔家務，其反映了參與者除了向他人求助之外，也有自助與助人的渴望。

本研究發現精神分裂症患者對家庭的需求可分別為情感性需求、功能性需求與健康性需求等。其中情感性需求包含希望在溝通與互動上能獲得家人的傾聽與瞭解，並且適時給予情緒上的支持，同時希望家人接納自己生病的事實，給予更多的空間；功能性需求則是希望家人供應日常生活所需，在目前階段則希望家人可以支持自己完成學業，並在未來協助實現夢想；健康需求部份則是希望家人可以協助陪伴就醫並且深入

瞭解病情，以增進對疾病的瞭解；並且協助面對副作用所帶來的不適，  
當症狀及副作用干擾時，家人能夠有更多的體諒與包容。

#### 第四節 研究結果說明

本研究依據現象學研究法以深度訪談的方式進行資料的收集，同時以 Coalizzi (1978) 的分析資料步驟與方法，進行所收集資料的分析；並且以研究目的為主軸，呈現研究參與者所經驗到其家庭扮演的角色及影響、解讀家庭關係內溝通與互動、情感性、家人對疾病的信念等以及面對疾病時渴望家庭提供的支持為何？藉此瞭解他們解讀的家庭生活經驗本質。

根據本研究之受訪者表示，感受到家庭多半無法滿足需求，在溝通互動上時常有矛盾不一致的訊息、糾葛的情感及疏離的關係，期盼家人能夠真正傾聽及瞭解內在需求等情形；以下將研究結果資料呈現涵蓋五大主題，分別包括：變調、矛盾、期盼、面對、承載。內文將呈現各主題內之內涵以及相關重要句子。主題一覽表請參附錄三。此外；其中句尾如 (水.100) 代表研究參與者「水」有意義的句子當中的第一百個，以下將依序說明各主題之內容。

## 壹、第一部曲--變調

本研究發現家庭在其歷經疾病過程當中，扮演了重要的角色。除了提供資源之外，亦同時有可能無法滿足或漠視當事人的需要，而使得精神分裂症患者的需求得不到滿足，而影響其情緒及家人間互動關係。此外，研究參與者表示父母多半表現出否定、指責的親職角色，在教養態度、情緒表露上亦有較多拒絕及忽略等，使之產生被否定、拋棄、壓抑等反應；以下分為二個經驗層面來說明：

### 一、需求落空

研究參與者表示因為家人否定的教養態度及家庭擁有的資源不足，使得個人在生活上的需求無法獲得滿足，甚至提出需求時，會遭受家人的拒絕。此外，有時也會感受到家人忽略自己在情感上的需求或是沒有加以重視；而當這些需求無法在家庭中得到滿足時，因而感到失落。

水：「我覺得會生病就是因為「希望」不能放在外面，回到家裡又沒有辦法，「希望」做不到時，就生病了，有時當我沒錢跟他們要錢或者說要像自己的空間時，都要不到，就會很煩惱。」（水.100）

木：「如果我跟他講，他就會說」那沒什麼啦！」...這種讓我很不舒服，我想跟他講一下，讓他安慰我一下 他就會講說那沒什麼...別人講就讓他講 我只是希望他能安慰我一下 。」(木.10)

## 二、全盤否定的教養

研究參與者感受到在家庭中父母多是扮演指責、否定的角色，管教態度上時常以責備、壓抑的方式，親子互動上傾向拒絕、忽略的子女的想法與需求，而讓他們感受到被否認及生氣等感受。可分為以下四個類別來說明：

### (一) 指責的態度

研究參與者認為父母在教養態度上表現出較多指責、否定的態度與溝通方式，而在親子互動上則傾向以責備、貶損子女的行為表現。

木：「對阿！就是這樣子，東西摔壞了！ 別人把我東西摔壞了，他（父親）第一句都是指責你..你自己弄壞的....；有一次出院的時候，病友把(我的)眼鏡摔壞了啊，我就跟護士講，護士就講說「喔！他把你眼鏡摔壞了」，我就覺得說 ㄟ 遇到這種事應該會說「是你自己摔壞的」，沒想到說ㄟ 應該是這樣子才對，就覺

得說，爸爸以前那樣子不對啊！」(木.36)

火：「只有一件事情我還記得蠻清楚的，就是我們家的獎勵方式很奇怪，我小學五六年級數學，反正 就是考 100 分這樣子，但是，我好像有印象說，我媽說考 100 分有一百塊，對！100 塊，然後，當我拿考卷去給她的時候，她就跟我講說，那你其他科怎麼考這麼差啊！所以那件事情我應該是蠻生氣的，因為我已經考一百分了啊！所以後來我數學也沒有..。」(火.58)

水：「以前父母都不了解我，當我去了解他們時，他們反而潑冷水。而且 像是我遇到的一些事情，他們都說是壞的，不然就說那些都是不好的，只要他們不知道就說不好。」(水.02)

## (二) 被壓抑，只好妥協

研究參與者感受到父母在教養態度上較為專制及缺乏協調或改變的空間，個人在家庭中無法做自己想做的事情或是必須壓抑情緒才能生存時，心裡會油然而生挫折、無力等感受。

火：「像我媽觀念很傳統，對小孩子的教養就是要謙虛要肯做，算是蠻嚴厲及嘮叨的，不管你喜不喜歡，就是得忍下來去做，不然就

會被罵啊！」(火.19)

水：「我發現自己的力量實在太微弱了；一開始我本來打算把自己封閉起來，作一些比較簡單的事情，因為做太高又怕失敗，覺得很挫折..有些無力。」(水.98)

金：「我爸爸有時很難溝通，他沒有真正瞭解我的想法..但他是爸爸啊！我講過很多次也沒用 只好他說了就算。」(金.27)

木：「別人把我東西摔壞了，爸爸第一句就指責說：你自己弄壞的；我也沒辦法說什麼 不然怎麼辦？又不能怎樣，好像變成一種正常的現象 。」(木.31)

### (三) 被家人忽略

研究參與者主觀感受到父母不重視自己的需求，在教養態度表現出低度關懷，其平日較少獲得父母的關心及支持，而內心的想法及感受無法被父母瞭解。

木：「管教？拜託！哪來的管教，根本就不理你，根本就不管你，不教你。」(木.39)

水：「回到家，希望可以出去走走，爸爸很忙，又沒有體力，我的事就被擱在那裡，很想常常出去晃，自己一個人出去很像少了什麼？

」(水.114)

火：「我的事情幾乎都是自己管，自己賺錢養自己 算是自給自足吧！

她（母親）幾乎沒有在管我，也不會去問我的事情 。」(火.57)

#### （四）家人的貶抑

研究參與者感受到家人看待疾病的眼光是複雜且多面向的，但整體而言，家人對於疾病多為負面的評價；也有部分研究參與者感受到被家人貶抑及貼上標籤等，面對家人如此的認知，進而也會影響到個人對於自身疾病的信念。

木：「這不太清楚 我只記得 媽說像我這種東西也不能殺啊！也不能像豬一樣殺啊，也沒有用。」(木.20)

水：「我會被貼上標籤，媽媽貼了 ” 頭腦不清楚 ” ；爸爸說我 ” 晃神、晃神、呆呆的、很幼稚 ” ；妹妹常說 ” 你比我差 ” ；弟弟有時很黏、有時又不理我，雖然我不知道他貼什麼標籤、但是我仍然感覺有標籤。」(水.119 )



## 貳、第二部曲--矛盾

家庭所扮演的角色及影響對於研究參與者而言產生矛盾與不一致的感受與認知，在這樣的家庭環境下成長過程中，會有很多交錯複雜的糾葛情感，同時存在愛與恨交織的情感，令人感到矛盾與痛苦，以下將針對其家庭與研究參與者在家庭關係上呈現矛盾與不一致的經驗層面加以說明。

### 一、不一致的訊息

研究參與者感受到家人在言語表達與行動付出上有不一致的情況，其中像是家人在態度上的矛盾，像是雙重標準、言語中透露出不認同的訊息，彷彿形成一股隱形的衝突，使得研究參與者和家人相處時，無法確知家人真正想法及心意時而會有相互矛盾、拉扯、不知所措與困惑等感受。

木：「有一次媽媽陪我去看病回來的路上，看到野草莓，媽媽就採來給我吃，想想媽媽也有一兩點對我還不錯的地方，....可是不知道為什麼要一直跟鄰居說我的壞話，讓我很生氣。」（木.21）

水：「我心裡想做的事情，感覺不到他們想付出心力...心力支持，他們

只是講支持...支持...可是，我去做的時候並沒有支持啊！....而且  
我希望他們對自己是什麼標準就是什麼標準，不要對自己跟對我有不一樣的標準，這樣我都不知道到底要相信還是不相信。」

（水.20）

木：「有時候和哥哥說話，你跟他當面講，他就不跟你講這種話，就跟你講的好好的，你走開之後又在你背後說一些有的沒的..心裡會覺得很拉扯，也不知道為什麼他要這樣子。」（木.63）

金：「他們（家人）的對我的態度，有時好像很在乎，有時又好像不是..很難搞懂他們的想法。」（金.90）

## 二、有溝沒有通

研究參與者感受到家人在溝通表達上，較為強勢及主導性，無法接受看法上的差異及不同的作法，且有強烈的預設立場及主觀性，自己必須配合、容忍、壓抑等，甚至接受家人的決定或安排，溝通上無法互相交流或建立共識；以下分別加以說明：

### （一）缺乏彈性，難以協調

研究參與者感受到與家人溝通時，因為家人之間缺乏協調性及

彈性的溝通模式，因而會有被命令、被控制的感受，無法與家人有相互的交流，只能聽從或配合。

水：「那種命令的感覺..不知道為什麼他們都脫離不了就是喜歡命令別人，就是那種最好你永遠都能跟我配合 。」(水.34)

火：「有幾件事情，我家裡做的決定倒是很果斷..像我要重考高中，我媽都是拒絕的，然後我高中會進 xx 學校都是我媽決定的，我也沒辦法怎樣，好像很多事情包含了某些絕對值。」(火. 22)

## (二) 父母強烈預設立場，無法自主

研究參與者表示家人在想法及表達上主觀性強，對於事件的看法有許多的預設立場，很難改變既定的想法與決定，因此，面對家人的想法與決定，只能默默承受，較少能夠自主決定。

金：「跟他們(父母)講..他們都聽不進去，他們會認為這是你應該做的。(金.44)

水：「他們(父母)兩個意見就比較多，對我的瞭解就會有限制，因為意見過濾掉一些想法或事實，然後我會跟他們說..你就先不要看嘛~

看我的後續發展，但是他們每次都說我是為你好 敷衍我一下就  
走開了。」(水.74)

火：「我們家算蠻傳統的，媽媽有些想法很難改變，一旦她決定了，我  
也很難再說什麼，像那時候我不想念高職 因為不是我的興趣，  
跟媽媽溝通也沒用，所以最後只好就用混的畢業了。」(火.25)

### 三、糾葛的情感

研究參與者面對家人在情感上常夾雜了衝突的情緒，又痛苦又美好  
，這樣的關係既豐富又複雜，有時會因為家人的不瞭解而感傷，覺得被  
家人孤立且無法依靠；似乎感受到家人的愛，但同時又感受到家人冷漠  
以對，部分研究參與者過去因為發病時的症狀干擾曾經毆打過或傷害家  
人，以及家人必須負擔照顧自己時，會對家人深感愧疚，種種複雜的生  
活經驗形成研究參與者對家人充滿愛、恨、自責、失落等複雜的情感；  
以下分別敘述之：



#### (一) 不被瞭解的感傷

研究參與者與家人之間互動與表達時，時常有不被了解的感受，  
同時也感覺到自己無法了解家人；面對家人無法瞭解自己內在需求及

想法以及家人強烈的主觀意識，彼此之間無法有交流或改變的機會，  
因此，壓抑及不被了解的感受逐漸加重，逐漸這些感受累積起來形成  
一種失落及不被瞭解的落寞與感傷。

水：「我在外面跟別人講，別人聽不下去，回去講（家人）也聽不下  
去，我問你，我要找誰才聽的下去，我只好所有事情都自己扛，  
可是自己又沒有什麼能力...所以就會蠻感傷的...。」（水.84）

木：「跟他們(家人)說根本沒用，他們根本不瞭解我的想法，久而久  
之...好像我也不想瞭解他們在想什麼...大家越來越遠...想到這  
樣就會心裡很難過。」（木.90）

火：「和我哥講話就好像是在對一個台灣人講英文，你講一大  
堆，他聽不懂你，而且像我們家本身是台語家族，我二哥國  
語 OK 啊！但是，反正就是等於你在跟外國人講話這樣子，有  
事情在家裡我也沒人可以說啊！（火.63）」

金：「我不懂爸爸在想什麼，媽媽在想什麼 他們也不懂我的想法，我  
爸是雙魚座屬於水象的，我媽是魔羯座屬於地象的..而我是射手座  
屬於火象的，都不一樣阿！有時和他們很難溝通！」（金.29）

## （二）越近卻越遠

研究參與者表示雖然與家人同住，但由於彼此相互不了解，而強烈感受到與家人之間在心靈上的鴻溝，加上家人時常無法提供資源滿足自己的需求，或者需求不被家人瞭解或重視；彼此在關係上日漸疏遠，感覺家人之間像陌生人一樣有距離感，而在面對家人時產生無助、失落、無所依靠、孤單的複雜感受。

水：「明明是一家人，可是向他們（家人）要東西常常要不到，給我的感覺就很不好，像是回到家了，需要東西，又沒辦法得到，心裡會有一些落空。」（水.88）

火：「可能是和家人因為生活型態真的是差蠻多的，所以想法很不一樣，有時會覺得家庭如同工業國家一樣人情淡漠，就像我在家裡也是如此，大家都各過各的..有時候覺得距離很遠。」（火.56）

金：「我生病之後，和弟弟妹妹變得很難溝通，我不懂他們在想什麼，有時我會跑去跟弟弟睡，但他很少主動來找我，他參加社團又很忙 久而久之，我也比較少去找他了。」（金.62）

### （三）有愛也有傷害

研究參與者面對家人時好時壞、反覆不定的對待方式，而夾雜著愛與傷害的感受，有時似乎可以感覺到家人對自己的付出與照顧，但有時又覺得似乎無法與家人溝通與互動，因而與家人間有一種交織複雜的情感。

木：「我有點怕他（哥哥），很怕和他處不好，很擔心和他關係不好。

他會講那些傷我的話，可是又想和他很好。」（木.72）

水：「他們對我的態度好像有一點想對我好一點，但是又好像很少，

我爸媽是這樣子，弟弟妹妹就更是如此了。」（水.56）

金：「其實我爸有時對我很好，只不過...我不懂他們到底在想什麼？

我很想知道他們在想什麼？有時候會覺得他（父親）好像比較在

乎弟弟，像他就時常帶弟弟去爬山或釣魚，對我就比較少一點。」

（金.32）

### 參、第三部曲--期盼

隨著精神醫療不斷地提倡去機構化的醫療處遇之後，家庭的支持與協助對於精神分裂症患者而言更加顯得重要許多；然而，精神分裂症患者在面對疾病的歷程中，究竟需要家人提供的支持與協助有哪些呢？根據本研究發現研究參與者期望家人給予的協助多半以情感支持、生活照顧、經濟支持及協助面對疾病的挑戰等為主，可分為以下三個經驗層面加以說明：

#### 一、情感需求

研究參與者在面對疾病的歷程中，渴望家人給予更多支持與接納，以及能夠真正傾聽他們內在的聲音，並且給予更多包容、關愛與陪伴，同時渴望家人能夠接納自己生病的事實，以下分別說明之：

##### （一）期盼家人的傾聽與瞭解

研究結果發現研究參與者渴望與家人在溝通與互動上能夠有更多的交流，期盼內在的想法與感受能夠被家人聽見及瞭解，並且在他們情緒不好時能夠給予安慰與接納，並且渴望感受到家人溫暖的支持與關注，在行動上給予更多的關心及投入，彼此在關係上有更多的貼近。



金：「我只是很想知道他們在想什麼，彼此可以多了解一點，多和我說話，這樣會比較像一家人。」(金.32)

水：「他們如果能夠聽得進去，瞭解我的想法，應該就會更配合我多一點。」(水.58)

## (二) 希望家人的陪伴與親近

研究參與者期盼與家人有更多的互動，像是日常生活上的扶持或是共同一起進行休閒活動，藉由家人的陪伴，能夠擁有更多與人相處的機會，並且從中獲得心靈上的快樂與滿足。

木：「我希望哥哥假日能帶我出去走走，像是買東西，看 50 元的電影也可以，種花也很棒啊！」(木.84)

水：「我希望有人可以陪伴我，家裡的人對我可以有更多的熱忱，能夠主動接近我。」(水.89)

金：「就像假日 爸爸可以多陪我和弟弟一起去釣魚、爬山，那是我最快樂的時候。」(金.102)

### （三）渴望家人接納生病的事實

研究參與者期盼家人能夠接納及瞭解自己受到疾病影響，所伴隨而來在生理症狀、情緒及行為上的改變，以及長期服藥所導致的功能失常及限制，給予更多的包容、接納並且給予適當的協助。除此之外，部分研究參與者也希望手足能夠認同自己，並且彼此能夠在互動上更加親近。

火：「我希望他們（他們）可以瞭解我是一個心神上有問題的人，不要去假裝我都沒事的樣子，像我現在吃完藥，會有頭痛及注意力無法集中的情況，他們可以體諒我這些事情 不要期望我像正常人一樣，什麼事情都可以做得到。」（火.91）

金：「我希望弟弟、妹妹可以接受我一點，雖然我生病了，可是我們還是一家人，可以和我一起聊天啊！出去玩、吃東西啊！不要把我當成病人 。」（金.30）

## 二、功能需求

本研究發現研究參與者在生病之後，許多自我的功能也因此受損，他們表示疾病使個人在生理上及心理上不如以往，因此，內心會期盼家人可以提供資源或支持，以幫助逐漸恢復以往自我功能或是達成

未來的目標，以下分別加以說明：

（一）提供日常生活照顧

本研究發現研究參與者隨著疾病的症狀干擾及長期服用藥物所引發的副作用，因此在自我功能上也相對受到影響；內心期盼家人能夠在日常生活上給予適時的協助及照顧，以渡過疾病所帶來的挑戰。

火：「像我之前因為吃藥的關係，併發症就是頭很痛 很痛..非常痛，生活作息就會有問題，而且吃這個藥會睡的比較久一點，有時候不睡覺的話頭會很痛，像這些身體不舒服的時候會很希望家人可以幫忙多照顧我一點，或者去幫我拿藥，還有啊！幫我向學校請假。」（火.94）

木：「像之前 我吃藥吃太多了，反應比較慢一點，假日去哥哥那邊就會忘東忘西，有一次煮麵忘記關火，被哥哥罵的很慘 我又不是故意的，我真的希望 他可以體諒，在生病的時候多照顧我一點。」（木.91）

## （二）經濟資源的供給

本研究發現研究參與者期盼家人能夠提供經濟上的援助，以維持生活所需，而部分研究參與者因為本身家庭為低收入戶，經濟條件並不理想，則希望家人可以在自己病情較為嚴重時，可以協助申請社會福利補助金及辦理相關的事務。

水：「我希望爸爸能多給我一點零用錢，這樣我就可以自己決定要買什麼東西，而且有時候跟同學一起出去也要花錢啊，還有我想要買一些電腦相關的東西」(水.115)

木：「希望哥哥每個月給我零用錢，像有時學校要買書或繳報名費，我就比較不會擔心錢不夠用。」(木.82)

火：「我知道我們家沒錢，但是，像上一次我發病的時候，沒有人幫我申請，本來四月份就應該可以領到輔助金，因為太晚去辦，九月份才寄通知來，十月份才拿到錢。」(火.95)

金：「我希望我可以讀完五專，不管是學費或是像電腦、設備等，爸爸都可以供應我！」(金.99)

### （三）協助實現夢想

即便面對疾病的考驗，研究參與者仍然期盼家人可以給予支持，以幫助自己順利完成學業；並且在學業完成後，能夠在未來實現自己的夢想，像是開一家電腦專賣店或者去報考公職人員等；渴望未來在達成這些目標時，家人能夠在實質的經濟上或者精神上給予支持與協助。

金：「畢業之後，我想開一家店 專賣電腦的東西，到時候，可能會需要爸媽給我一些錢，幫忙我開店吧！。」（金.73）

木：「哥哥說希望我可以東山再起，本來叫我去考公職人員，可是現在沒辦法，希望哥哥可以幫忙，我很想要他鼓勵我、給我前進的動力。」（木.23）

火：「上大學是我的夢想，，我希望可以順利畢業..雖然之前曾經休學過，但是我希望未來自己可以養活自己，畢業以後我想繼續唸研究所，我希望我媽可以支持我這個決定。」（火.109）

### 三、健康需求

本研究發現研究參與者表示從開始就醫治療之後，在接觸醫療系

統過程中，感受到醫療人員對於疾病的情形並沒有給予清楚的說明，大部分醫師會選擇與父母討論病情，而非告知本人；因此希望家人能夠協助了解自己的病情；此外，長期服藥伴隨的副作用，像是頭痛、嗜睡等症狀，也希望家人能給予更多的關懷與照顧；以下分別加以說明：

#### （一）協助瞭解病情

本研究結果發現研究參與者在治療的過程當中，多半無法清楚瞭解自己的病情及疾病相關資訊，就診時，常由家人與醫師溝通與討論醫療方向及藥物等，本人無法掌握自己的病情及服藥等資訊，因此期盼家人能夠協助告知相關疾病、藥物、副作用等資訊。

金：「像那個醫生有寫那個病號叫什麼 2951 不知道是什麼意思？不

知道為什麼還抽我脊髓；我覺得很奇怪發病時身體會扭曲來扭曲

去，藥吃下去就好了，聽說那個藥叫金菩薩；我希望爸爸可以幫

我問醫生藥的成份、吃多久、副作用？醫生都不跟我講，可是我

想知道，我的病到底好了沒？」（金.2）

水：「大部分都是媽媽陪著我去看醫師，通常都是她跟醫生聊我的事

情，有時我會聽不懂他們在說什麼，我不知道自己為什麼注意力都無法集中，我希望我媽可以幫我問醫生，幫我弄清楚一點。」

（水.115）

## （二）協助因應副作用

研究參與者在長期服藥後，開始出現副作用等症狀，除了身體的上的生理反應之外，像是頭痛、全身無力、昏沈沈的；其他則會產生緊張、不安、易怒；當副作用發作時，研究參與者會期盼家人在自己狀況不好時能夠給予照顧或是對於情緒、行為表現給予包容。

火：「長期吃藥，我覺得體力真的很弱，像我現在就變成說問題卡在如果不吃，有時候還是會有恍恍惚惚或是心神不定，你就得吃藥，但是吃了之後又會有莫名的頭痛，如果家裡的人能夠在我不舒服的時候，幫我去拿藥或者照顧我吃的 我會覺得好一點。」

（火.96）

水：「我的副作用是睡不好，感覺情緒被壓抑住...有時會想發脾氣...，會很希望父母可以對我包容一點、能夠去瞭解這些是副作用的影響，因為我生病了，才會這樣子 不要動不動就管我或是罵我。」（水.114）

## 肆、第四部曲—面對

本研究中發現，研究參與者面對疾病歷程當中，即便是感受到家庭環境的限制及家人不一致及矛盾的溝通與互動方式等，仍然嘗試尋找內外資源來幫助自己渡過疾病的挑戰，重新獲得生活上的適應及恢復自我功能。以下分為三個經驗層面加以說明：

### 一、家人扶持與朋友相助

本研究結果發現研究參與者在發病之後，生活明顯變得辛苦許多，主要的原因在於疾病的干擾以及隨著長期藥物伴隨的副作用，注意力及反應減退、體力大不如前、頭痛、嗜睡等；然而，生理上的這些不適應多半只能自己承受；但是他們仍然感受到家人及朋友給予一些生活上的照顧及陪伴來幫助自己渡過疾病的挑戰，以下針對其內涵分別加以說明：

#### （一）家人協助日常飲食照顧

家人多半提供日常飲食、居住環境等生活起居上的照顧；部分研究參與者的家人會注意當事人的服藥情形，並且按時提醒吃藥以及陪伴至醫院就診等；此外，週休假日時，偶爾也會陪伴研究參與者外



出購物或逛街等休閒活動。

水：「家人提供我睡覺的地方、有得吃，雖然吃的不像我想像中的那麼好...，但至少可以讓我活下來的地方，暫時活下來....。」(水.66)

火：「如果要說幫忙 就是吃的吧！因為我幾乎都在外面吃飯，這大概是我不這麼長久以來，第一次在家裡吃了這麼久 就是吃家裡的食物，就是吃媽媽煮的菜。」(火.29)

金：「弟弟要去買東西吃，他會來問我，哥要吃什麼？像媽媽每次九點一到就說 o o 吃藥了，她就會去拿藥來給我吃；( Q：生病的時候去醫院是誰帶你去的阿？ )；有時是爸爸，或者我自己一個人去要不然就媽媽啦！」(金.24)

木：「如果我假日沒出去，哥哥、弟弟會來醫院找我 去百貨公司繞一繞找一找，找個東西吃。」(木.57)

## (二) 朋友情意相挺

當面對家庭功能不足或家人不願意伸出援手時，研究參與者會主動尋求同儕朋友的協助，多半要求提供食物或陪伴一起外出活動等，藉由朋友的提供資源及陪伴，以彌補家庭不足之處。

火：「我住院時，他們（家人）甚至連住院藥費用都付不起，吃的東西還是..一些用具吧？醫院會提供但是不夠，所以變成說我得請我的朋友甚至是同學幫忙寄食物、用具過來，都是要請朋友幫忙，然後朋友寄了兩大袋食物給我，總共我收到五次吧！」（火.80）

金：「朋友會主動關心我的事情，有些會打電話給我，約我假日一起出去打球、去運動場、一起去吃東西。」（金.98）

## 二、社會福利補助

部分研究參與者因為家庭低收入之條件以及疾病的診斷證明，因而申請低收入戶及殘障津貼等相關補助金；此外，醫療體系中的健保制度，對於長期服藥的龐大醫療費用，均可減輕研究參與者個人及家庭的負擔。

火：「然後一些算 政府補助金啦！可是因為..因為 我也不太清楚為什麼會這麼晚才下來。中度障礙者的補助金 一個月四千塊。」（火.32）

木：「生病之後，我的醫療費用都是金門縣政府負擔 包括吃、住..像學費他們也負擔了七折 。」（木.99）

金：「像我吃的藥，一顆要 200 元，一天藥吃三顆，等於我一天吃掉六百塊，那個藥很貴，還好有健保給付，負擔少一些。」(金.38)

### 三、自生力量

本研究發現當部分研究參與者看到家庭環境的限制及經濟壓力等情形，當研究參與者身處在此家庭之中，也會因此激勵自己要更加獨立、自主與不斷地努力，要求自己減少造成家庭的負擔；部分參與者則是會認知到家人無法給予自己太多幫忙時，而在心裡湧起一股必須自己靠自己的信念，甚至會主動協助家人分擔家務等。

火：「家庭對我這個人的影響，看到家裡這樣子，我心裡會想自己要更努力，凡事靠自己！嗯 很多事情要提早獨立，比如說高一時，年紀很輕就給自己去找工作，因為以前都是同學，你突然要去面對一個陌生的地方 但是，在這個家裡我學到要努力，就是要努力，凡事都要努力啊！畢竟要有經濟 才可以讓這個家和睦起來，所以我一定要有工作能力，才能養家也養自己。」(火.7)

水：「家裡經濟環境不是很好，然後，你自己就要知道，要提早長大，變成說你得靠自己，你才可以自己活下來」(水.21)

金：「有時候，我也會想不能一直依賴家人，我會想要多幫忙爸媽分擔一點家事，像是幫忙洗碗、打掃或是買菜等…。希望自己也可以更獨立，再幫忙他們多一些。」（金.91）

## 伍、第五部曲--承載

研究參與者面對疾病歷程中，渴望家人能夠適時提供協助，但同時也看見自己的家庭有所限制及缺乏資源，因而無法清楚表達自己的需求；除此之外，有時疾病症狀會干擾個人的表達能力，而影響研究參與者無法表達自己的需求，以下分為二個經驗層面加以說明：

### 一、說不出口

本研究發現研究參與者在疾病症狀的干擾下，頓時失去自我控制的能力，同時也喪失了語言表達的能力，似乎有一種想說又說不清楚的痛苦；除此之外，因為症狀及家人之間互動上的不平衡、需求無法獲得滿足等因素下，漸漸感受到與家人關係疏離，也因此會降低向家人求援的意願，其心裡設想家人可能幫不上忙或者不會願意幫忙；以下針對內涵分別加以說明：

#### （一）症狀影響表達

研究參與者表示服藥之後伴隨的副作用及疾病本身的症狀，會影響到個人向外求援的能力，有一種想說卻說不清楚的困境，似乎自己也無法掌握自己的狀況，因此也沒有能力向家人或朋友表達自己的狀況或需求。

火：「有時候症狀很嚴重 沒辦法和家人溝通，而且是要慢慢的才有可能穩定或是恢復到以前，才可以跟家裡的人說我要什麼 。」  
(火.28)

金：「像我去醫院，都是爸爸跟醫生聊我的事情，有時候我也有跟醫生說 只是有時候狀況不好的時候，我連自己怎麼了，都不知道 有一次全身一直發抖 我很害怕..想要跟爸爸說話..但是就是講不清楚。」(金.100)

水：「吃藥後會進入昏眩的狀態，會很遲鈍及笨重，根本說不出來.. 那時候會很痛苦，希望有人可以瞭解，但是就是沒有辦法清楚去說這些..」(水.112)

## (二) 疏離的關係，降低求助的意願

由於研究參與者與家人之間關係疏遠，因而會擔心家人無法清楚瞭解自己的需求，會在心底游移要不要向家人求助；此外，家人在溝通與互動上預設立場、矛盾、不一致的模式，也會讓研究參與者產生不信任感，降低求助的意願。

火：「不是說他們要不要幫忙，我不了解他們知不知道或瞭解 我的事情，可能是年齡差距很大，好像我們都各過各的 誰也不知道誰在過什麼日子，所以 就不知道該怎麼說？」(火.90)

水：「關係比較融洽的話，溝通會有少一點限制；有時候和他們談起話來就像有一個欄杆，擋在前面，有時候他們會設限，造成後面我越來越不信任他們，當然也不想找他們幫忙了。」(水.78)

## 二、看見家人的侷限

本研究發現當研究參與者感受到家庭成員經濟狀況不佳或本身也有沈重的工作負擔時，會認為家人無法給予資源，反而會造成家人困擾；因而選擇自己默默承擔或獨自面對疾病所帶來的痛苦與辛酸。

### (一) 自顧不暇的家人

研究參與者看到家人在經濟及生活貧困時，認為即使自己表達需求，家人也無法給予資源，擔心反而會造成家人負擔，因此，選擇自己面對問題或尋找其他資源。

火：「有時候，也不能說幫不幫忙啦！因為他們(家人)自己都有問題，啊！你就很明顯的就是說他們自己都有問題，對啊！那又能怎樣

呢？那你又能說什麼呢？對不對..我也不想他們因為我又惡性循環下去 。」(火.77)

水：「爸媽花很多時間去工作賺錢 也算是很辛苦 平常他們回家之後就沒體力了，所以，雖然有時很生氣他們 可又想說他們自己都沒有時間休息..我的事情就算了吧！。」(水.116)

## (二) 疾病症狀對家人產生威脅

部分研究參與者在發病初期，因為症狀影響到家人之間的互動，甚至出現欲傷害家人的舉動；造成家人在情緒上的負面影響以及在行動上產生拒絕、逃避等反應，因此，使研究參與者表達需求時，面臨了家人的拒絕或閃避、拖延等回應。

火：「那時候我忘記是媽媽做了什麼事情還是說了什麼，然後我就很憤怒，拿一把菜刀指向她，她就跑了。之後，我打電話回家，沒辦法，他們都不接，要嘛就是電話接了，可是東西都送的蠻遲的，譬如說我禮拜一講，他禮拜五才出現，然後，我就跟你講，最後都是打給同學跟朋友啦！就是我請他們先拿一些..。」  
(火.84)



水：「以前我也不知道為什麼 可是我就會去打弟弟或妹妹，媽媽就跟我說，如果敢再去打他們，就要把我送去醫院，其實，我也不是故意的，只是不知道怎麼了 ，那一段時間，我在家裡都不敢要求，他們（家人）也都很少接近我，這樣很痛苦 。」（水.138）

由以上研究結果可得知，精神分裂症患者在面對疾病的歷程當中，感受到父母與家人在態度上的貶抑、否定以及互動與溝通時接收到許多矛盾與不一致的訊息，因而在情感產生許多的複雜、糾葛的情感；然而，在他們的心中，仍舊期盼家人可以在情感、生活功能及克服疾病等部份，給予更多的支持與協助。

然而，從研究中也發現精神分裂症患者在疾病中必須獨自承擔許多來自家人的負面態度，很多時候似乎是孤單的生存在家庭與社會之中，與家人之間的距離有一種遠在天邊卻又近在眼前的疏離與矛盾感；而當他們提出欲希望家人提供協助時，有時也會因為症狀干擾或是擔心家人無法負擔而作罷；此外，在期盼家人付出的時候，也會主動去協助分擔家務，以減少家人負擔等；從以上研究結果可得知，似乎不是每個家庭都有能力可以承擔照顧精神分裂症患者，希望藉由本研究

喚起更多人關注精神分裂症患者的家庭也有其限制性，希望在未來能夠建立更加完整的社會資源網絡，以協助精神分裂症患者及其家庭獲得更多支持與協助。

## 第五章 綜合分析與討論

本研究以現象學的研究方法探討精神分裂症患者如何解讀家庭關係及渴望家庭提供的支持，經由訪談結果發現，研究參與者所描述的家庭經驗具有重要參考價值；因此，將於本章節內針對研究結果與過去文獻相似之處及特殊性等加以探討及辨證，並對本研究的過程提出反思。

### 第一節 研究結果討論

本研究之資料分析涵蓋以下五個主題：變調、矛盾、期盼、面對、承載；以下將針對研究結果之五項主題進行分項討論。

#### 壹、第一部曲--變調

本研究的參與者表示，在其生長的家庭中，通常無法滿足需求。他們對家庭存有許多負面、否定的感受，普遍認為父母的親職角色失能以及父母的教養態度對於日後個人的社會適應有其關聯性；此外，他們將父母的失能歸因於社會制度及社會資源的不足。以下分別加以說明：

### 一、教養態度會影響個人的社會適應：

經由訪談發現，研究參與者表示父母親在教養態度上多為否定的表達，因此造成研究參與者在情緒上產生負面影響，如壓抑、無力感等以及父母在溝通與互動上的不一致、矛盾表現，往往使得研究參與者無法瞭解家人真正的想法及心意，因而產生困惑、混淆不清的感受；此外，研究結果發現，研究參與者表示父母在親職角色上多半顯露出指責、拒絕、忽略等，在親子互動關係上傾向以責備、貶抑的溝通方式，像是研究參與者「木」回憶小時候當自己東西摔壞了，父親通常多是先指責而非表達關心等態度，久而久之形成其壓抑的情緒，面對衝突時常以沈默以對的性格。西方學者 Bowlby (1977) 曾指出早年親子間的教養態度及互動方式，對於個體性格發展有著極大的影響，而這些性格又會影響到個體未來面對生活事件及因應壓力的主要因素，雙親的教養態度不但在個體幼年時影響其性格的發展，也會延續至個體日後的社會適應能力。因此，在家庭成長的經驗中，特別是父母的養育及互動方式，是子女日後人格及精神病理的重要決定因素。而 Sullivan(1927)也指出精神分裂症患者早年大部分經歷過痛苦的親子關係，這些經驗使個人出現低自尊、容易焦慮、害怕、無法與人相處等行為。從這些文獻當中可發現本研究的結果有其與相呼應之處，從

訪談中發現當研究參與者父母的教養態度呈現指責、拒絕、否定、忽略時，研究參與者在情緒會表現出壓抑，與人的溝通及互動時較為無力面對等反應（引自徐畢卿等人，2001）。

## 二、認為父母的失能與社會環境有關：

根據一些研究參與者的說法，認為父母之所以無法扮演良好的親職角色及發揮親職功能，主要是因為受到社會制度及環境因素的影響，他們認為家庭於社會之中，父母無法扮演適任的親職角色，是因為社會制度無法提供家庭生活保障及社會環境無法供給家庭足夠的資源，才使得家庭陷入社會的邊緣，成為社會中的弱勢族群。研究者發現當研究參與者將父母失能歸因於社會制度及環境時，似乎也反映出他們認知家庭是因為受到環境的限制，而非出於自願性的，如此一來，彷彿說明了家庭礙於社會制度的缺陷及環境資源的限制，因此無法發揮正常的功能；如同其中一位研究參與者「火」用電腦 windows 95 的系統比喻家庭受到環境的限制，他指出當家庭在 windows 的系統之下，而人就是在這個環境底下，成為構成的元素，與這個系統息息相關。由於過去文獻或相關研究未見以患者本身的立場來了解其如何看待父母失功能的影響因素，因此，由本研究中發現研究參與者將父母失功

能歸因於環境因素造成，如此一來，彷彿父母受限於社會環境而無法扮演良好的親職角色，而子女也因此而受到影響；似乎可見研究參與者主觀認定家庭與個人可能都是社會環境的受害者；此乃在過去研究中尚未被提出的觀點，可說是新的發現，值得未來進一步做為探討精神分裂症對父母教養觀念歸因之參考，以瞭解精神分裂症患者如何感知父母教養與疾病的關聯性以及不同的歸因對於親子關係的影響等，將可作為未來研究精神分裂症發病因素之參考。

### 三、發病是「個人」或「家庭」、「社會」的責任？

過去家族治療文獻提到許多原生家庭與精神分裂症成因有關的說法，例如：雙重束縛、未分化家庭、混淆不清的世代界線假說、假性相互關係等（翁樹澍等合譯，1999）；似乎傾向認為個人發病與家庭有很大的關聯性。然而若不能深入從生態及系統觀點而僅強調家庭對人的影響時，不免會陷入一個假象：「發病都是家庭造成的」。由於過去研究中將家庭視為致病來源，一旦家庭當中有人發病，往往家人被貼上失敗、無能等污名化的標籤。此外，臨床上發現，當醫療人員將病人的症狀視為家屬的問題時，將使得許多家庭會太快悲觀的放棄或全然否定家庭具有的照顧能力，甚至影響了日後接納病人回家的意願（楊

連謙，1997）。

近年來在文獻上也開始注意到家庭也是精神疾病後果的承擔者（陳美君等譯，2003），因而在檢視精神分裂症成因時，應有更多元的視野，也就是說「家庭」不應再被視為主要的「致病因子」，而可能在是被賦予在精神病患者社會復歸時扮演照顧者甚至是犧牲者的角色。如同在本研究中可發現，許多研究參與者認為家庭無法滿足需求及父母全盤否定的教養態度，但他們也注意到家庭之所以無法發揮親職功能是因為社會制度與資源不足所造成；由此可見家庭同時扮演了加害者與受害者等雙重的角色。

研究者認為，個人成長生活於家庭之中，家庭又處於社會環境之中，彼此環環相扣，相互影響；過去文獻重視家庭關係對人的影響，將個人的失能視為家庭的問題，但大多僅重視到家庭內的脈絡對人的影響，而忽略了較大的社會脈絡下，如經濟結構、政治因素、社會制度與福利、教育環境等因素和家庭失功能之間的關係。然而，家庭與社會的關係正如同個人與家庭的關係，每個成員被家庭影響，當然也被社會脈絡影響，一旦脫離社會脈絡的觀點，則無法看到整體系統的

相互影響。若單方面地將責任放在任何一方，將無助於問題的解決。

由以上可知，了解精神分裂症患者經庭生活經驗的重點並非在探索「家庭」與「個人」孰是孰非的因果論証，如果過度強調家庭對患者的影響，無形是添加對家庭的污名化，更加使得家庭無法發揮功能來扮演照顧患者的角色。若能夠提供一種多元的眼光來看問題，讓系統中的家庭與個人有機會去看見彼此負向的痛苦與無奈以及正向的韌性與生命力，以及尋求更有意義的平衡點，以求讓個人能夠為自己負責，同時也希望能夠激發家庭原本就存在的力量，將可為個人及家庭尋找到新的契機。



## 貳、第二部曲--矛盾

本研究發現研究參與者與家人溝通互動時，感受到矛盾及不一致的訊息。父母高控制的強勢態度，往往使他們感到困惑並且在溝通上無法交流；此外，在情感上對家人夾雜著痛苦又美好的複雜感受。以下將分為三部份加以說明：

### 一、不一致的訊息，令人困惑

研究參與者感受到家庭內隱含著矛盾與不一致的溝通與互動方式，像是家人在言語表達與行為之間有不一致的情況，因而讓研究參與者有一種模糊、不清楚且矛盾的感受，無法真正瞭解家人真正想法而感到憤怒或挫折。如同一九五〇中期，Palo Alto Group 提出「雙重束縛」的觀點，其假設精神分裂症的行為是為了應付現實生活中混淆的溝通而學習來的；當家庭中父母親傳遞出語言或非語言上的前後矛盾訊息，而子女在接受訊息之後，卻無法真正確認其訊息的背後意義，父母同時傳遞互相衝突與自相矛盾的訊息，使得子女產生迷惑及困擾，影響對現實生活無法做正確判斷而逐漸脫離現實，進而形成精神上的分裂（引自翁樹澍、王大維譯，1999）。對於上述文獻中所提到關於子女接收父母傳達的訊息卻又無法辨認出訊息背後真正意義，與本

研究結果可相互呼應，似乎也更加證實精神分裂症患者家庭為「雙重束縛」的溝通與互動方式。

## 二、高控制的管教方式，令人無法自主

本研究發現，精神分裂症患者與家人在溝通及互動上呈現無法交流的情形，由於家人強勢主導及預設立場，使得他們與家人溝通及互動時，主觀感受到自我的意見及想法無法被接納、協調空間及彈性很少，決定權在家人而非自己等；像是研究參與者「火」表示在選擇學校時，一旦母親決定，即使自己不喜歡，也只能選擇承受，無法改變；此外，研究參與者「水」感受到父母總是會自動過濾掉一些想法或事實，或是以命令的口氣，希望他配合等，這些親子間互動的現象逐漸讓研究參與者感受到被控制、無法自主等。根據徐畢卿等人（2001）提出精神分裂症患者覺察到父母傾向高保護的管教方式，也就是說精神分裂症患者在童年時期，可能體驗到父母較高頻率的控制及約束，因此造成不良的家庭互動關係。由此可發現，無論是文獻或是研究結果皆顯示當父母採高控制的管教方式，與他們負向的家庭關係彼此存在著某種關聯性。

然而，研究者根據多年學生輔導工作經驗亦發現，本研究參與者所表達在家庭中感受到父母強勢主導性、預設立場的溝通方式也是許多學生曾經表達過的親子溝通困擾，似乎為普遍性的現象；研究者個人反思個人在成長經驗中，似乎也曾經有相同的感受；因此，此現象似乎也反映中國人家庭父母在管教態度上也有許多較屬於權威性及凡事替子女安排、作決定的文化特性，並非全然為精神分裂症家庭內父母在管教子女時會採取專制權威的教養態度。

### 三、期待又怕受傷害

本研究發現家人不一致訊息的表達，往往會使研究參與者面對家人時，經常夾雜了又痛苦又美好的衝突感受；他們有時覺得與家人之間相互不瞭解、無法依靠家人，因而產生無助、孤獨的感受，有時又感受到愛與傷害是同時存在且相互拉扯的。Wynne 和同事（1958）曾經以「假性的相互關係」之觀點，來描述精神分裂症的家庭，他們指出這些家庭中的成員表面上看來彼此瞭解與接納，實際上卻隱藏了混亂的感覺，這種缺乏真誠、虛假的情緒關係，使人感到混淆，很可能影響人們無法分辨瞭解真實與非真實的事物，並且無法在他們相信的世界裡達到認同，因而罹患精神分裂症（引自趙居蓮譯，1995）

然而在本研究中發現到疾病的症狀會影響研究參與者表達需求，同時也可能會影響到他們對家庭關係的解讀；除此之外，Thompson（1996）在其研究中也指出關係中正負向感覺並存的現象，是一普遍存在的經驗（引自吳嘉瑜，2003）。這些因素皆有可能造成研究參與者在解讀家庭關係時，同時夾雜正負向的認知與情感；因此，針對文獻中 Wynne 和同事（1958）曾經以「假性的相互關係」之觀點來描述精神分裂症患者的家庭，研究者認為可能過於果斷，忽略了患者本身生理症狀可能會干擾解讀家庭關係的眼光以及不同家庭成員組成的特性及患者個人特質等因素的影響。

正如黃碧琴（1995）提到精神疾患的家庭關係時，認為精神疾病的患者與家人情感夾雜著承擔、有悲傷、有沮喪、還有希望，交織著接納與否定、痛苦與愛，若非身為其中絕對無法體會的情蘊生活。本研究發現，即便研究參與者體會到在家庭中夾雜這些愛與傷害交織複雜的情感，仍舊渴望親情的溫暖及家人之間的親密關係，如同其中一位研究參與者「木」表達很害怕和哥哥處不好，害怕哥哥會說出傷害自己的話，但是心裡又很想和他好；由此可見，研究參與者即使在家庭中受到傷害以及關係逐漸疏離的情況下，仍然渴望與家人親近；從本研究參與者所反

映出來的內在情感需求，將有助於未來精神分裂症家庭及專業人員進一步了解其精神分裂症患者在情緒上的主觀需求以作為推動相關工作時的重要參考。

### 參、第三部曲--期盼

研究參與者表達家人在情緒上的支持對他們而言相當重要，即便受到家人在情感上的傷害，卻依然渴望家人能夠給予更多的關懷與接納；另外；由他們的需求中發現與其生長的家庭背景有其關聯性，以下將分為二部份加以說明：

#### 一、情緒需求最為重要

本研究發現研究參與者所表達的需求中以情緒支持、維持目前生活所需以及對疾病的瞭解、副作用的因應等為主。整體而言，在這些需求當中，他們普遍認為家人提供情緒性的支持最為重要。這項結果與呂春英（1998）的研究結果相似，她發現精神分裂症患者渴望家庭給予的協助當中，以情緒需求最受到重視。再次證明了家人情感性的支持對於精神患者的重要性。

然而，本研究也發現，並非所有家庭皆具有提供情緒上支持的功能，有時家人所表達的情緒支持並非研究參與者所期待，造成他們面對家人時總是感到不被瞭解以及孤獨、有愛也有傷害等複雜的情感；而在訪談中卻發現即便受到家人在情感上的傷害，仍舊渴望得到家人的愛與關懷，對他們而言，家人給予的情緒支持將可幫助他們在面對疾病及日後帶病生活時的重要支柱。

## 二、需求隨著家庭背景的不同而有所差異

本研究發現研究參與者的需求會受到家庭背景的影響，例如，家庭經濟條件、成員之間的年齡及教育程度、是否與家人同住、溝通與互動的方式、家人對疾病的信念、情感關係的親疏遠近以及家庭擁有的資源等都會有所影響。簡言之，研究參與者的需求與家庭所呈現的特性有重要的關聯性；如同本研究參與者「火」的家庭為低收入戶，兄姊目前仍有大筆的金錢債務，因此，在訪談過程中可發現，「火」在敘述家庭生活經驗時，談論的內容多以「經濟」為主，其表示因為經濟的問題，讓整個家壓力很大，即使家人表面上不明講，但仍然可以感受到那股潛在的隱形壓力，也促使他必須以半工半讀及申請社會福利補助的方式以維持生活。

過去探討精神分裂症患者需求的研究中，葉玲玲（1997）提出影響精神分裂症患者需求的變項，包括：家人總數、家人高情緒表露、家屬排斥患者、家庭經濟狀況；主要照顧者部份則為性別、年齡、教育程度、婚姻狀況、工作狀況、與患者關係、污名化、家庭負荷、正確知識、醫療滿意度、社會支持等因素。根據上述文獻與本研究結果可發現，不同的家庭環境將會影響精神分裂症患者產生不同的需求，精神分裂症患者的需求與家庭因素有相當重要之關聯性。

#### 肆、第四部曲--面對

在本研究結果中發現，部分研究參與者面對家人強勢的主導、雙種標準的溝通及互動，逐漸形成認為自己沒有能力改變家人的認知與感受，而有深深的無力感，而以壓抑、默默承受的方式面對自己的情緒及週遭人事物；例如在訪談中研究參與者「木」提到面對父親一味地指責方式，似乎早已習慣成為自然，只能默默承受，並且認為自己無力反駁或爭取，「無力感」深深烙印在研究參與者心中，使之面對家人負面的態度或溝通時，只能壓抑情緒，並且深陷此種互動模式之中，無法自拔。如同徐畢卿（2001）的研究中發現父母若給予太多負

面訊息或過度保護等將使得子女無法有正確的判斷能力及情緒壓抑、無法自主等現象。

然而，某些研究參與者會主動尋求朋友的協助或是申請社會福利補助金，以維持生活；除此之外，本研究中也發現，部分研究參與者在面對家庭有著另一種因應方式，他們選擇嘗試積極去與家人協調、溝通，以行動或語言為自己的立場發聲，一方面表達自己的需要，另一方面以行動企圖改變家人對自己負面的想法，增加彼此互動的機會，進而可以達到相互瞭解，減少陌生、疏離感。此外，在本研究中另一重要發現是其中有一位研究參與者「金」表示自己會主動去協助父母分擔家務，如購買家用品、協助父親工作等，甚至在父母外出工作時協助照顧家裡的長者（祖母），像是外出購買午、晚餐給祖母吃以及因為覺得家人工作辛苦而每天提早起床為全家人買早餐；此外，當聽到父母想要換車子時，心裡也暗自期許自己可以幫得上忙；經由此本研究可發現，似乎大多數的人都習慣將眼光放在精神分裂症患者的弱勢處境上，卻忽略了精神分裂症患者本身擁有的韌性與生命力，即使他們生病了，仍然擁有反哺、回饋之情，也期待自己也可以為家人貢獻心力，並非全然只要求家人的付出。



## 伍、第五部曲--承載

本研究發現，影響研究參與者表達需求的因素包括：個人及家庭因素二部分，個人部分主要是因為疾病的生理症狀會影響到個人的表達能力，尤其發病期間，屬於病情最嚴重時，往往研究參與者因為症狀干擾而無法清楚表達需求，但其實這個階段是最需要家人幫助的時期，有一種有苦說不出的心境。此外，因為部分研究參與者感受到與家人關係的疏遠，覺得家人無法真正了解自己，因而不想向家人求助。另外，部份研究參與者看到家人受到龐大的負債壓力而自身難保時，油然而生一股自生的力量，自我激勵要靠自己努力克服生活中的困境；最令人印象深刻的是，部分研究參與者提到因為發病時曾經做出欲傷害家人或毆打手足的舉動，因而當他們向家人表達需求時，往往面臨家人的拒絕或閃避、拖延等回應時，此時他們也只能無奈的承受，不敢再多有所要求。

## 第二節 研究者對本研究的反思

以下將針對研究者角色位置的檢視以及訪談過程、資料分析時存而不論的精神進行反思，如以下說明：

### 壹、研究者與研究參與者之間的檢視

#### （一）研究者與研究參與者之間的互為主體

本研究在探討研究倫理時，曾討論到研究者的角色位置會影響到與研究參與者的互動與其選擇如何表達及其內涵；因此，當研究者覺察到此現象時，對於本研究中，研究者身為學校之輔導人員（老師）與研究參與者（學生）之間存在微妙而不可避免的權力地位不對等的關係，研究者覺察到在研究訪談開始前，必須向研究參與者表明研究關係的立場，因此，在進行研究之初，便向研究參與者說明是以研究參與的身分進入研究之中，並且強調彼此為合作關係，共同一起進行研究的過程。

訪談過程中，一路聽著他們的故事，研究者也會有許多共鳴、深刻

感受，像是研究參與者「火」提到感覺家人像是被社會遺忘的一群人，他表示社會制度無法提供家庭保障，沒有人會關心他們要怎麼活？未來會怎樣？他覺得大家都在忙著追尋自己的幸福，很容易忽略這些社會底層下弱勢的一群人；當時，聽完之後研究者的心情有一種深層的糾結與心痛，回想自己在工作中時常接觸到弱勢家庭的學生，也有相同的心情，似乎弱勢、沈默、壓抑的人越容易被遺忘，很自然地就發生在這些家庭當中，因此，研究者也在這次訪談中覺察到每次遇到弱勢家庭的學生時，為何心裡特別難分難捨，總想要為他們多做些什麼，彷彿如此才能平撫心中那份難掩的心疼與不捨。從他們的故事中，同時也照見研究者的主體性；同時，在訪談結束後，研究參與者也分享從訪談過程中重新看到家人的努力與限制，而表示自己要更加努力的信念；研究者深刻地體會在訪談的過程中是彼此生命經驗的交流，彷彿有一種清明的力量讓我們看見到自己的生命主體性。

## （二）專業角色與研究者的區分

由於考量研究者本身的角色地位會影響到研究參與者的期望，因此，研究者希望在訪談進行中盡量去區分出職業角色與研究者角色二者的不同。然而，研究者覺察到在研究過程中完全區分助人工作的角色，

的確有其困難性；因此，在訪談過程中，若有面臨研究參與者表達欲尋求協助時，研究者則採取在訪談前嘗試瞭解研究參與者當下的情況並評估目前研究參與者的狀況是否適合進行訪談，並詢問研究參與者是否同意先行進入訪談，事後再由校內專業人員提供資源與協助；如此進行之下，以降低研究者本身的焦慮，避免只為了研究而忽略其需求，但同時又兼顧研究倫理的情況之下來進行訪談。例如；其中在與研究參與者「木」進行訪談的初始，當日他準時進入事先約好的團體諮商室，一坐下來即表示與病友有相處上的困難，當下研究者隨即邀請他簡單描述一下狀況並且表達關心之意及給予情緒上的安慰，並告知訪談結束後，會聯繫資源教室身心障礙學生專責老師主動聯繫病房情形，並且徵詢他同意訪談的意願後，才進入訪談。研究者覺察到這樣的方式，似乎比較可以清楚的界定角色關係；一方面不至於忽略掉研究參與者的需求，另一方面亦可以兼顧到研究倫理。研究者認為，角色上的重疊在研究與工作上的運行上，既然無法分割，那就做好確認、評估及徵詢同意之下來真實的面對這群學生，同時也是我的研究參與者。

回想訪談過程中，研究者在反思筆記上曾經記載了一段訪談時出現專業角色的覺察，此段為與研究參與者「木」進行訪談時，內容如下：

「我的掙扎：

當木說到感覺家裡是半黑半白時，他好幾次低下頭來，眼眶略有潮濕，當時我心裡也有點難過，同時也覺察到自己本能反應，想要給予一些情緒上的支持或者安慰他，但心裡又想，這樣會不會影響研究訪談的進行，當下我表示：「好像想到過去的事情，會很難過是不是？」  
「還可以繼續嗎？」當木點頭說：「可以！」之後，我們才繼續進行訪談，我覺察到無論是輔導老師還是研究者，我都是人，內在感受是真實呈現且流動的，不會因為角色的轉換，而喪失掉人...味！」

總言之，研究者發現在研究中角色之間潛藏著許多微妙的動力與感受，必須細膩的覺察與體會，才能盡量在角色上做到比較好的轉換。然而，研究者認為研究工作必須在倫理之下來進行，畢竟研究只是一個過程，而人的感受卻是真實、鮮活、不容抹滅的。

## 貳、實踐存而不論的精神

在現象學研究方法中，相當重視存而不論的精神，本研究在第三章研究方法之第四節研究工具中，曾經提出過研究者的自我覺察，也就

是檢視研究者對精神分裂症患者先入為主的想法，當清楚知道先入為主的想法後，在訪談及分析資料時，會特別提醒研究者避免受此觀點而影響到資料呈現。

在進行訪談的初始，研究者便覺察到要帶著存而不論的確相當不容易，在與第一個參與者在訪談過程中發現，雖然先拋出一個問題當作引言之後，但對於參與者呈現相關於家庭生活經驗的議題時，仍然會不自覺地發問或插話；而在事後聽錄音帶時，研究者發現這樣介入會影響參與者的意識流呈現，而所謂存而不論就被自己的心急所淹沒，並且引導研究參與者往研究者有興趣的方向，而這也與現象學的研究法背道而馳。覺察於此時，當時在反思筆記上，也註記了評論自己「跟著研究參與者走」、「停看聽」、「不要急迫」的字眼；這些覺察對於後來的研究訪談有相當大的助益。

胡賽爾的存而不論看似簡單，卻攸關研究者對現象的觀點與看法，研究者同意胡賽爾所認為知識來自於物自身，但也承認研究中難免會受到自己的先前理解的認知來看待研究現象，然而覺察即有改變的可能，唯有不斷自我提醒無論在訪談中或是資料分析中都必須儘可能保持「存

而不論」的態度；此外，在分析資料時，研究者體悟到胡賽爾對於「放入括弧」、「還原」，將自己所知道的先入為主想法置於資料之外，跟隨研究參與者所欲呈現的意向經驗，並且以開放的態度，反覆閱讀數次，隨著情境進入研究現象的世界，如此才能真實反映出研究現象的意義，藉由研究參與者語言、非語言與研究者的共同建構，並進而瞭解研究參與者的生活經驗。

## 第六章 結論與建議

本章節將適合說明本研究結果當中的重要發現及貢獻；此外則是提出本研究的限制及未來相關實務工作及研究之建議。

### 第一節 研究結果之重要發現

本研究欲探討精神分裂症患者的家庭生活經驗，從訪談過程中收集到相關的研究資料當中，有助於深入瞭解精神分裂症患者及其家庭脈絡，在本研究中之重要發現如下：

#### 壹、家人間一連串的相互影響，導致家庭日漸封閉

「家庭影響著精神分裂症患者，精神分裂症患者也影響著家庭！」

在本研究中發現，由於精神疾病本是一場反覆波動的過程，家庭亦會受到成員不同階段的變化及生活事件而隨之產生改變，因此，家庭經驗可說是相互影響、持續性、發展性的動態過程。在本研究結果，



研究參與者表示父母多半表現出否定、指責的親職角色，在教養態度、情緒表露上亦有較多拒絕及忽略等，使之產生被否定、拋棄、壓抑等反應；同時在家庭中時常感受到需求無法被滿足；但相對地研究參與者對家庭亦有著很大的影響力；像是家人在研究參與者發病時期，會有飽受威脅的感受，父母會告知其他的手足不要去接近他們。甚至當有些親戚知道他們罹患精神疾病，會囑咐自己的孩子在家聚會時不要找這些人玩；而當研究參與者父母親得知親友的態度後，心裡也會感到心酸及委屈，開始選擇疏遠親戚，如此一來更加侷限了家庭的社會互動。

## 貳、精神分裂症患者與家人之間解讀與感受的差異

由於發現過去研究較少探討精神分裂症患者之主觀性經驗，因此在本研究中著重以精神分裂症患者的主觀立場為出發點來詮釋家庭中的生活經驗，使研究資料呈現多元化及豐富性。經由本研究結果發現，多半研究參與者表達自己無法了解家人，同時也不被家人了解，因此而有失落、感傷及忽略的感受，內心渴望家人能夠給予更多情緒上的支持與陪伴，這些主觀性的表達是真實而深刻的；然而，在研究者實

務工作上卻有不同的發現，在訪談前後曾經與兩位研究參與者之父母接觸過後發現，家人的感知與研究參與者有所差異，像是研究參與者「水」的母親自認為照顧「水」不遺餘力，時常主動與學校老師聯繫以了解「水」在學校的適應情形，並且表示提供足夠的營養品及資源，為了無後顧之憂，還鼓勵「水」的妹妹就讀護校，期望將來如果父母年齡逐漸增長，無法再照顧「水」時，妹妹可以擁有專業的醫護背景來協助照顧「水」的生活；似乎與「水」表達的家庭生活經驗有明顯的不同。

此外，研究者也曾經與研究參與者「木」的哥哥討論過「木」的藥物副作用對學習上的干擾；在討論過程中，研究者發現哥哥對於精神分裂症的藥物及病理有清楚的認知與瞭解，並且時常與醫師討論病情及未來治療計畫；而在本研究結果中，四位研究參與者皆主觀感受到家人對於疾病的無知，此與家人的認知有明顯的不同。研究者認為其差異性主要在於家人在不同的位置，會有不同的解讀與感受，是真實且可能存在的。

總而言之，一旦家人罹換精神疾病，對於家庭而言是很大的挑

戰，除了必須承擔疾病的干擾之外，家人為了長期照護患者也會有所犧牲，像是參與者「水」的妹妹，被安排就讀護校以達成父母的託付、參與者「木」的哥哥不離不棄的陪伴，這些家人的付出，或許並非如研究參與者所完全期待，但他們長期以來的付出與犧牲，仍然值得敬重與肯定。

#### 參、家人是疾病的加害者也是社會環境下的受害者

猶記曾經與指導教授及研究生團隊討論精神分裂症患者的家庭與其他家庭有何差異？似乎從四位研究參與者反映出來的家庭經驗與社會中許多的弱勢家庭有著共通性，像是龐大的經濟壓力、家庭關係疏離及矛盾的溝通與互動、被忽略及不被瞭解的情感等，這些似乎在許多家庭中都有部份或類似的經驗，然而為何有些家庭仍然可以繼續撐下去，而有些家庭的孩子卻發病了？如同研究者在學校的輔導工作經驗中發現，其實有許多父母在管教上也有著矛盾、不一致的態度，然而為何他們的孩子沒有發病？而研究者認為單純以生理因素來評斷發病因子，似乎太過薄弱，但如果全部以家庭因素為考量，似乎也未必能真正說明環境究竟造成發病的可能因素。

在本研究中，研究參與者對於家庭所扮演的角色及影響，多半認為社會環境影響著家庭的功能及親職教養，父母親的教養觀念與親職角色扮演，與家庭所處的脈絡具有重要之關聯性。他們認為家庭處於社會之中，父母的教養觀念及價值觀深受其社會制度及社會結構的影響，個人之所以會發病是因為社會制度的問題造成父母無法扮演適任的親職角色，並且無法正常發揮其家庭功能，導致個人在家庭中需求無法獲得滿足，並且認為家庭中的許多限制來自於社會環境的影響，因為社會環境的資源不足，才會造成家庭內功能的失衡。像是研究參與者「火」表達社會制度對家庭的影響時，其陳述：

「用電腦的用語來講的話，就是說你現在用 windows 95 的系統，你就只能用它裡面給你的東西，對阿！你今天是用 windows 的系統，那你就是在這個環境底下，所以你所有構成的元素，就是與這個環境有關，人也是這樣啊！」（火.43）

又如研究參與者「水」說-

「說難聽一點是社會有問題，再來才是家裡，因為社會先有狀況，才會有這種父母出來。」（水.70）

研究者發現，如果以研究參與者的角度來看家人，似乎家人是加害者也是受害者；因為一方面認為是父母的教養不當及親職失功能而導致發病，是加害者的角色，但又將父母的失能歸因於社會環境的影響，且一旦家庭內有罹患精神疾病的孩子，長期照顧及精神上沈重的負擔終究會落在家屬身上，儼然形成一個受害者的角色；由此可知，家人同時承擔加害與受害二種角色，是相當辛苦而沈重的。然而，父母的教養不當是否真的會導致精神分裂症發病，則有待未來進一步的研究。

## 第二節 研究貢獻

本研究探討四位研究參與者的家庭生活經驗，希望藉此深入瞭解精神分裂症患者主觀解讀家庭關係及渴望家庭提供支持的內涵，期盼開啟對精神分裂症患者及其家庭有更多元化的視野。以下分為三點加以說明：

壹、改變對精神分裂症患者無能與失控的印象，學習尊重精神分裂症患者的獨特性及生命韌性

本研究結果發現部分研究參與者在面對疾病歷程中，能夠積極因應，以主動接近家人的方式，用行動或語言為自己的立場發聲，企圖改變家人對自己負面的想法，藉由增加與家人的互動，進而能相互瞭解，減少陌生、疏離的感受。在本研究中，像是研究參與者「金」會主動協助父母分擔家務，如購買家用品、協助父親工作等，甚至在父母外出工作時協助照顧家裡的長者（祖母），像是外出購買午、晚餐給祖母吃以及因為覺得家人工作辛苦而每天提早起床為全家人買早餐；當聽到父母想要換車子時，心裡也暗自期許自己可以幫得上忙；經由此本研究結果的呈現，改變過去人們普遍對精神分裂症患者無能、弱勢、失控的印象；本研究嘗試將病與人分開，發掘精神分裂症患者自身擁有的韌性與力量，不再只是看見他們的限制，而是看見他們生命的可能性。

## 貳、發現影響精神分裂症患者表達需求之因素

本研究之重要貢獻在於能夠以研究參與者的立場深入瞭解影響表達其需求背後的考量，其中包括個人及家庭因素，像是在本研究中發現研究參與者會因為症狀干擾、或者與家人關係疏遠，而降低求助意

願；此外，當看見家人自顧不暇時以及發病時對家人的威脅感等，皆會影響到精神分裂症患者的求助，此發現將補足過去文獻所未見之處，將有助於大家更加貼近去瞭解精神分裂症患者解讀家庭的內在經驗；且未來在精神分裂症急性期時，將有助於家庭及精神領域專業人員能夠適時提供患者所需的協助。此外，經由本研究發現其實並非每個家庭都有能力及資源去幫助家庭中罹患精神疾病的家人，「家庭」恐怕未必是每個人心目中溫暖的避風港吧！

#### 參、開啟對精神分裂症患者家庭生活整體性經驗的認識

由於精神分裂症不是外顯性的疾病，往往不易被外人察覺，加上疾病症狀及表達能力的影響，因此，外界很少能夠有機會去接近精神分裂症患者的內在世界，而對於瞭解他們在家庭的生活經驗，更是微乎其微了。

研究參與者表示家庭大多無法滿足需求，在溝通、互動及情感上有矛盾、不一致、疏離、不被了解、有愛也有傷害等感受。從這些精神分裂症患者的主體性表達，幫助我們勾勒出精神分裂症患者對家庭

生活的整體性經驗，作為未來從事精神分裂症患者的實務工作或是研究人員的重要參考，使探討精神分裂症患者的專業性工作能夠更加邁進。

### 第三節 研究的限制

本研究以罹患精神分裂症之在校學生為參與研究者，進行訪談以瞭解其家庭生活經驗，然而，在研究過程中，研究者發現有些因素會造成研究上的限制，以下分別說明之：

#### 壹、資料收集的限制

研究過程中採用錄音方式收集資料，在訪談前先取得參與研究者的同意，全程錄音以免資料有所疏失；然而因為參與者對錄音帶後續的保存性及資料是否外洩等有所顧忌，雖然同意錄音，但可能對於訪談內容會選擇性表達或有所保留。

#### 貳、研究對象的限制

一、本研究之參與者皆為男性，此原因可能與精神分裂症好發於男性及研究者服務學校以男性學生居多有關，然而，性別的差異是否



會影響其反映出不同的家庭生活經驗，由於在本研究中缺乏女性的觀點，此部份則有待進一步的研究方可得知。

二、部分研究參與者在人格特質上傾向沈默內向、不善於表達，因此在訪談時，有時會以簡單一句話或單字回應，如果再嘗試深入詢問，則會有「我已經說過了！」的反應，形成研究資料收集上的有限性。

### 參、推論上的限制

本研究共邀請四位精神分裂症患者擔任研究參與者，研究探討的焦點在於受訪者個人主觀性的家庭生活經驗，藉由他們對家庭關係的解讀及以及表達需要家人提供的協助，來幫助我們瞭解精神分裂症患者的主觀世界，然而，因為限於本研究設定之研究參與者須為在校學生，且病情必須穩定不干擾受訪之情況下，因此，在符合研究參與者有限者的情況下，本研究僅有四名研究參與者，且性別皆為男性，因此尚不足以推論所有的精神分裂症患者；易言之，未來仍有待更多人投入相關研究。

#### 肆、研究者本身的限制

研究者在研究過程中不斷省思與研究參與者的關係及本身職業角色對研究的影響，期待彼此可以在互為主體性的關係中進行訪談，然而，研究者的職業角色畢竟無法完全避免掉研究參與者之求助動機，因此，只能靠個人敏感的覺察能力及態度上的真誠一致，並適時協助尋求資源，以儘可能減少職業角色對研究的干擾。

### 第四節 研究的建議

本研究建議分為實務及研究二個層面：

#### 壹、實務層面

##### 一、發展家庭支持方案

本研究發現研究參與者普遍認為家庭無法滿足個人需求，且不被家人瞭解，但仍然渴望與家人親近，期盼家人能夠給予更多的支持與鼓勵。因此，建議未來在實務工作上，能整合醫療、社區、學校等多方系統，藉由建立家庭支持系統以協助家庭提供資源來照顧罹患精神分裂症的家人；例如像是在醫療系統層面給予家庭更多醫療諮詢及心

理支持諮詢服務；在校園內則加強與家庭的互動與聯繫，適時提供在校生活及學習適應上的諮詢與協調，以促使家庭增能，幫助家庭能夠適時提供精神分裂症者所需資源，進而促進患者康復及漸少復發的機率。

## 二、提供精神分裂症患者情緒支持需求之服務

本研究發現，精神分裂症患者在面對疾病歷程當中，與家人之間在情感上夾雜許多衝突的情緒，時常有孤單無依、不被瞭解的感傷，似乎存在著既痛苦又美好的複雜感受；除此之外；研究參與者表示在情緒支持需求的程度最高；因此，提供精神分裂症患者在情緒支持的滿足，研究者認為實務工作可從以下幾項著手：

### 1. 精神分裂症患者的個人支持性心理治療：

除了家人的協助之外，精神分裂症患者本身亦必須面對疾病所帶來的挑戰，重新自我建構，學習覺察自己的情緒以及增強調適情緒之技巧，藉由支持性心理治療之專業關係上的建立，以協助他們能夠開啟個人的生命韌性，朝向正向、樂觀的態度來面對生活。

- 2、促進家屬與病患建立良好的關係，使家屬能夠真正接納精神分裂症患者，並且給予溫暖、包容的支持與鼓勵。
- 3、加強精神分裂症患者的社交技巧訓練，培養病患建立人際關係，擴展社會支持網絡以獲得同儕朋友的情緒支持。

## 貳、研究層面

- 1、在研究中發現，家人對於家庭生活經驗的看法與研究參與者有所差異，似乎可見當置身在不同的家庭位置，看待家庭關係時即會反映出不同的觀點；研究者認為，往後研究對象可擴展至家庭成員或主要照顧者，有助於瞭解到不同家庭成員對於家庭的看法，藉由不同家庭位置的觀點，能更加深入瞭解精神分裂症的整體家庭真實面貌。
- 2、本研究對於開啟精神分裂症患者之主觀家庭生活經驗僅是一個起點，研究的結束並非終點，希望藉此喚起更多人能夠更加重視精神分裂症患者的主觀性經驗，並且能夠加入相關議題之研究。此外，本研究以質性研究為主，雖然以深入性探討為研究的特色，但是，由於研究參與者較少，因此恐不具有代表性，建議未來能夠增加研究

參與者的數量及進行不同特性的精神分裂症患者之相關研究，例如；探討男性與女性在面對疾病時，與家人關係有何差異？或是不同家庭成員擔任主要照顧者時，對精神分裂症患者的家庭經驗會產生何種影響？或是不同年齡層的研究參與者，與家人在情感與溝通互動上是否有所不同？由這些相關議題的深入研究，使社會大眾能夠開啟看待精神分裂症患者的視野，以更多元化的觀點瞭解精神分裂症患者的內心世界。

## 參考文獻

### 一、 中文部份

丁雁琪（1992）。高學歷精神分裂症患者之主觀經驗研究。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。

孔繁鐘（1997）。精神疾病的診斷與統計 DSM-IV。台北：合記。

毛家齡（1986）。家屬對精神疾病的反應。護理雜誌，33（4），13-23。

田基武（1986）。精神分裂症病患家屬對疾病調適的研究-以彰化基督教醫院為例。東海大學社會工作研究所碩士論文。

余德慧（2001）。現象心理學。台北：心靈工坊。

吳芝儀、李奉儒合譯(1995)。質的評鑑與研究。台北：桂冠。

吳惠媛（1993）。疾病的聲音-青年精神分裂症病患的疾病經驗之詮釋學研究。台灣大學護理研究所碩士論文。

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。

吳曉明（1998）。精神分裂症患者於疾病適應過程中自我力量激發的過程及相關因素之初探。台灣大學護理研究所碩士論文。

吳嘉瑜（2003）。代間關係研究的新思維：代間矛盾研究趨勢的興起與相關文獻。輔導季刊，39（4），1-9。

呂春英(1997)。精神分裂症患者的壓力與需求之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。

李文瑄、葉英方(1994)。慢性精神病患。中華心理衛生學刊, 9(1), 61-67。

李明濱(1999)。實用精神醫學(第二版)。台北：國立台灣大學醫學院。

李建德、柯乃熒、徐畢卿(2006)。照顧精神病患之經驗-男性家屬之觀點。實證護理, 2(3), 180-188。

沈志仁、張素鳳(1993)。精神分裂症患者主要照顧者的需要及其相關因素。中華心理衛生學刊, 6(1), 49-65。

沈楚文(1998)。新編精神醫學。台北：永大。

林香君(1995)。隱喻創造性的治療技術。諮商與輔導, 116, 16-28。

林惠琦(1998)。心事誰人知-談社區精神分裂症病患照顧者之心聲。照顧者, 1,(2), 4-13。

林鍾淑敏(2002)。走在荊棘路上-精神分裂症青少年病患的疾病經驗與適應歷程。台灣大學社會學研究所碩士論文。

精神疾病漫談：精神疾病會遺傳嗎、精神疾病的治療效果。2006.10.8  
取自 <http://www.tcpc.gov.tw>。

洪秀汝（2005）。精神分裂症患者疾病復原歷程之探討。東吳大學社會工作學系碩士論文。

范燕燕(2000)。精神病患者生活經驗與主體性之研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

胡幼慧（1996）。質性研究。台北：巨流。

胡海國（1999）。精神分裂症：描述性精神病理。台北：橘井。

胡海國（2000）。精神分裂症患者疾病復原歷程之探討。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。

高淑清（2000）。質的研究法。高雄：麗文。

許文耀（民 80）。社區居民與病患家屬對精神病患態度之探討。中華心理衛生學刊，5（1），35-48。

馬玉琴(2002)。精神分裂症患者疾病因應歷程-尋找容身之處。台灣大學護理學研究所碩士論文。

黃碧琴（1995）。寓居於世的受苦生命--現象學取向的心理病理研究。國立台灣大學社會學研究所碩士論文。

黃珮玲、李引玉、毛家齡（1991）。探討出院精神分裂病患者家屬在居家照顧期間之負荷經驗及其影響因素。護理雜誌，38（4），77-87。



張汝倫（1997）。現象學方法的多重含義。哲學雜誌，20，90-115。

張惠華(1995)。精神分裂症病人對疾病的自我標籤與社會適應之研究。東海大學社會工作研究所碩士論文。

張瓊文（2005）。探尋康復的建構歷程-從精神分裂症患者的敘說分析。東吳大學社會工作學系研究所碩士論文。

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。

徐畢卿、張美娟、龍佛衛（2001）。精神分裂症病人所經驗的雙親教養態度。台灣精神醫學，15（3），194-204。

陳金鈴（1985）。精神病患家屬常面臨的問題。台北市立療養院二十周年專刊，153-160。

陳建泓（2003）。精神分裂症患者疾病適應歷程之敘說研究。台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。

陳秋瑩、許世寬、陳朝灶、賴俊雄（1996）。門診精神病患主要照顧者的需求與社會支持之研究。中華衛誌，15（2），153-161。

楊連謙、郭葉珍編譯（1991）。家屬與精神病患。台北：合記。

楊聯謙、董秀珠（1997）。家庭介入取向的精神科急性病房。諮商與輔導，133，21-27。

葉玉汝（1997）。精神分裂症患者對幻聽之主觀經驗。長庚大學護理研究所碩士論文。

葉玲玲（1997）。台灣精神分裂症患者知健康照護需要與需求之研究。陽明大學公共衛生研究所博士論文。

蔡幸君（2005）。精神分裂症患者主觀照顧需求與主客觀生活品質之相關性研究：以精神科日間病房及社區復健中心病患為例。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。

蔡美麗（1999）。胡塞爾。台北：東大。

穆佩芬（1996）。現象學研究法。護理研究，4，195-201。

劉仲冬（1996）。量與質社會研究的爭議與社會研究未來的走向與出路。台北：巨流。

蕭幸伶（1997）。帶病生活-一個精神病患家屬經驗之探究。輔仁大學應用心理研究所碩士論文。

謝臥龍（2000）。質性研究。台北：心理。

闕漢中譯（1999）。兒童與青少年社會工作。台北：洪葉。

羅薰芬（2003）。美國教學叢林戰。台北：時報。

Timothy,W.C & Joseph,T.C（1995）。變態心理學。（趙居蓮，譯）。台北：桂冠。

Irene,G & Herbert,G(1999)。家族治療理論與技術。(翁樹澍、王大維,譯)。台北：揚智。

Robert ,C.C. & James.N.B & Susan.M( 2003 )。變態心理學。(陳美君、陳美加、陳秀卿、林宜美,譯)。台北：五南。

## 二、 英文部份

Arey, S. & Warheit,G.J. ( 1980 ) . *Psychosocial costs of living with psychological disturbed family members*. New York : Brunner Mazel Publishers.

Barker, P. ( 1985 ) . *Using metaphors in psychotherapy*. New York : Bruner Mazel Publishers.

Colaizzi,P. ( 1978 ) . *Psychological research as the phenomenologist view it*. New York : Oxford University Press.

Folland, S. ( 1997 ) . *The economics of health and health care*. New York : Prentice Hall.

Horacio,F.J.(1989).The Self and Schizophrenia : A cultural Perspective. *Schizophrenia Bulletin*,15 ( 2 ) ,277-290.

John.C &Francis.D.(1989). Subjective Experience of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*,15 ( 2 ) ,217-231.

John,S.B & Shelley.L & George H,W. & Eugene.S. & Elizabeth.S. (1993).Psychosocial Functioning and Subjective Experience in

- Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19 ( 3 ) ,599-608.
- Kuipers. ( 1993 ) . Family burden in Schizophrenia : implications for services .*Social Psychiatric epidemiology*, 28,207-210.
- Lankton, S.R. & Lankton, C. (1986). *Enchantment and intervention in Family Therapy* . New York : Brunner Mazel Publishers.
- Lidz, T, Cornelison, A, Fleck, S, & Terry D. ( 1957 ) .*The intrafamilial environment of schizophrenic patients* . Boston : D.Reidel Publishing Company.
- Lin, T.Y. & Lin, M.C. ( 1981 ) .*Love , Denial and rejection : responses of Chinese families to mental illness*. Boston : D.Reidel Publishing Company.
- MacGregor, P .(1994) .Grief : the unrecognized parental response mental Illness. in a child. *Social Work*, 39 ( 2 ) ,160-166.
- Marten, W.D & Philippe, A.E.G Delespaul .(1989). Time, Context, and Subjective Experiences in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15 ( 2 ) ,233-252.
- Paul, B.L.(1989). Objective Methods and Subjective Experiences. *Schizophrenia Bulletin*, 15 ( 2 ) ,267-275.
- Rubin & Babbie. (2000). *Research Method for Social Work*, Pacific Grove. California : Brooks Cole Publishing Company.
- Satir, v, Banmen, J., Gerber, J., Gomori, M. ( 1991 ) .*The Satir model-family*

*therapy and beyond*. New York :Science & Behavior Books.

Sue,E.E.(1989).Self, Identity, and Subjective Experiences of  
Schizophrenia :In Search of the Subject. *Schizophrenia Bulletin*,15  
( 2 ) ,189-200.

Wuerker A,K.( 2002 ).AS. Age,expressed emotion,and interpersonal control  
patterning in families of persons with Schizophrenia. *Psychiatry  
Research* ,109,161-170.

## 附錄一 訪談大綱

### ∞ 訪談大綱 ∞

依據兩大項研究問題之內容來設計訪談大綱，內容如下：

- 一、請你形容一下你覺得目前的家庭像什麼？如果用象棋來排列你的家庭，請挑選能夠代表家人的棋子，並且依家人之間關係的遠近來排他們的位置。
- 二、請你談談在你未生病前，你覺得家人之間的感情如何？
- 三、請你談談家人在經歷你生病的事件後，你感受對彼此之間的感情造成什麼影響？
- 四、請你談談你與家人相處的感受如何？是親近還是疏遠的？
- 五、與家人互動過程中令你印象最深刻（最難忘）的經驗是什麼？
- 六、請你談談家人對你患有精神分裂症的反應是什麼？對家人的互動造成什麼影響？
- 七、請談談家人對你患有精神分裂症的看法是什麼？
- 八、你覺得整體而言，家庭對你在疾病康復的影響是什麼？
- 九、能不能請你談談到目前為止，家人對你最大的影響是什麼？有哪些經驗是可以提供給其他同樣患有精神分裂症的個人或家庭做參考？

十、罹患精神分裂症的心情與壓力，你會主動與家人分享嗎？

十一、你會主動告訴家人病情，並且尋求協助與支持嗎？而家人會主動與你討論病情或提供建議嗎？

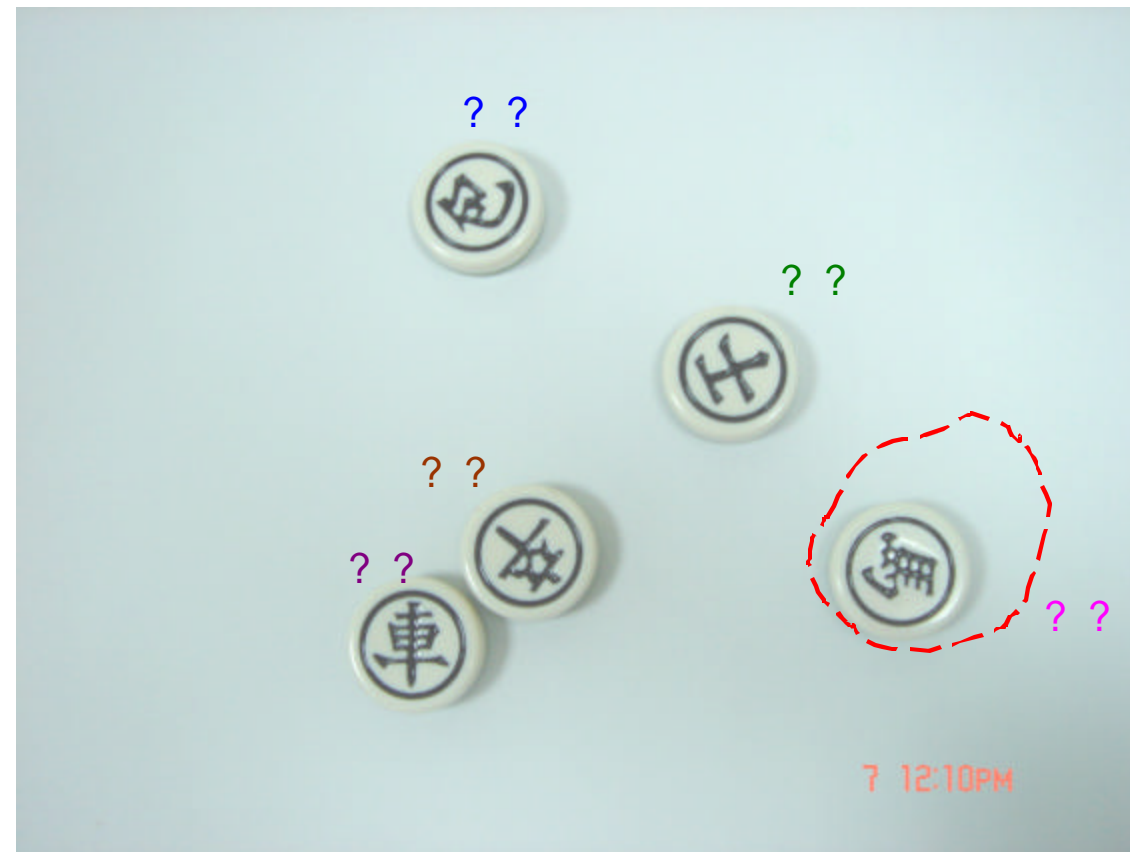
十二、請你談談覺得過去家人在生病過程中給你的幫助是什麼？

十三、你希望家人可以提供你哪些支持？包括：生活、情緒、社會互動等，其具體行為或情感表現有哪些？

十四、請問在你的需求中，有什麼是必須由家人提供，是無法被取代的？

十五、請問有哪些因素會影響你在家庭中獲得支持的需求？

附錄二 象棋排列家庭圖範例





附錄三-主題一覽表

研究結果主題一覽表

主題	次主題	類別
<b>研究目的一：家庭對患者的影響及扮演的角色</b>		
壹、變調	一、需求落空	
	二、全盤否定的教養	(一) 指責的態度
		(二) 被壓抑，只好妥協
		(三) 被家人忽略
		(四) 家人的貶抑
<b>研究目的二： 精神分裂症患者解讀家庭關係；(包括：溝通與互動、情感、家人認知等)</b>		
貳、矛盾	一、不一致的訊息	
	二、有溝沒有通	(一) 缺乏彈性，難以協調
		(二) 父母強烈預設立場，無法自主
	三、糾葛的情感	(一) 不被瞭解的感傷
		(二) 越近卻越遠
		(三) 有愛也有傷害



<b>研究目的三：</b> <b>精神分裂症患者面對疾病時，需要家人提供哪些支持？</b>		
？、期盼	一、情感需求	(一) 期盼家人的傾聽與瞭解
		(二) 希望家人的陪伴與親近
		(三) 渴望家人接納生病的事實
	二、功能需求	(一) 提供日常生活照顧
		(二) 經濟資源的供給
		(三) 協助實現夢想
	三、健康需求	(一) 協助瞭解病情
		(二) 協助因應副作用
<b>四、精神分裂症患者在面對疾病時的內外在資源</b>		
肆、面對	一、家人扶持與朋友相助	(一) 家人協助日常飲食照顧
		(二) 朋友情義相挺
	二、社會福利補助	
	三、自生力量	
<b>五、影響精神分裂症患者表達需求的因素</b>		
伍、承載	一、說不出口	(一) 症狀影響表達
		(二) 疏離的關係，降低求助的意願
	二、看見家人的侷限	(一) 自顧不暇的家人
		(二) 疾病症狀對家人產生威脅

附錄四-精神症狀評估表(研究參與者自評)

精神症狀評估表—研究參與者自評

說明：

壹.症狀之穩定度：

- 0 分：表無此症狀。
- 1 分：症狀輕微，不影響日常生活。
- 2 分：症狀明顯對日常生活稍有影響。
- 3 分：症狀嚴重，對日常生活有嚴重影響。

貳.正負性症狀綜合評分

1 - 6 題，神經質症狀之綜合評分

8 - 15 題，正性（精神病性）症狀之綜合評分

17 - 22 題，負性（退化）症狀之綜合評分

24 - 28 題，其他行為症狀之總評分

（以下灰色陰影部份為評估正負性症狀之題目）

精神症狀	金	木	水	火
1.身體不舒服的抱怨	0	2	2	2
2.容易發脾氣	1	1	2	1
3.情緒低潮，憂鬱，抑悶	0	2	2	1
4.莫名的不安或害怕	0	0	1	2
5.擔心事情，煩惱事情	0	2	0	2
6.情緒變化大，捉摸不定	1	1	2	1
7.妄想症狀	0	1	1	1

8.幻覺症狀	0	1	1	0
9.講話不連貫	0	0	1	1
10.似是而非的言論	0	0	1	0
11.迂迴的語言	0	1	1	0
12.自言自語	1	1	0	0
13.傻笑	1	1	0	0
14.怪異行為	0	1	1	0
15.不喜歡活動	0	0	2	1
16.不喜歡與人接觸	0	1	1	0
17. 講話少或小聲	0	0	0	0
18.個人衛生照顧差	0	0	0	1
19.活力低，沒有朝氣	0	1	1	1
20.表情淡漠	0	0	0	1
21.自殺意念或自殺意圖	0	0	0	1
22.重複的強迫行為	0	0	0	1
23.漫無目的到處亂走	0	0	0	1
24.會與人打架	0	0	0	1
25.會破壞東西	0	0	0	0

# 附錄五之一 學生精神狀況評估表-校外老師評估

學生姓名：金 評估人員：李 00 老師（外校老師）日期：96 年 2 月

填寫說明： 請利用下列檢核項目評估學生目前精神狀況，請在適合項目打勾，若完全未具備請在說明欄說明。		0 分：表無此症狀。 1 分：症狀輕微，不影響日常生活。 2 分：症狀明顯對日常生活稍有影響。 3 分：症狀嚴重，對日常生活有嚴重影響。	
	症狀評估	0. 1. 2. 3.	說 明
正性 症狀	1. 講話不連貫	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2. 似是而非的言論	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. 迂迴的語言	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	4. 自言自語	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	5. 傻笑	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	6. 怪異行為	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	7. 不喜歡活動	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
負性 症狀	1. 講話少或小聲	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2. 個人衛生照顧差	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. 活力低，沒有朝氣	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	4. 表情淡漠	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	5. 自殺意念或自殺意圖	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	6. 重複的強迫行為	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
其他項目		選 項	
1. 是否曾經與此學生進行過心理諮商？		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 校內的學習狀況？		<input type="checkbox"/> 好 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好	
3. 人際關係及社會適應程度？		<input type="checkbox"/> 好 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好	
4. 是否有明顯的疾病表現或藥物副作用？		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一些 <input type="checkbox"/> 嚴重	
5. 經由您的評估此學生是否適合？與本研究的訪談？		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

在此特別感謝您對於本研究的協助！

## 附錄五之二 學生精神狀況評估表-校外老師評估

學生姓名：火 評估人員：李 00 老師（外校老師） 日期：96 年 2 月

填寫說明： 請利用下列檢核項目評估學生目前精神狀況，請在適合項目打勾，若完全未具備請在說明欄說明。		0 分：表無此症狀。 1 分：症狀輕微，不影響日常生活。 2 分：症狀明顯對日常生活稍有影響。 3 分：症狀嚴重，對日常生活有嚴重影響。	
	症狀評估	0. 1. 2. 3.	說 明
正性症狀	1. 講話不連貫	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2. 似是而非的言論	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. 迂迴的語言	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	4. 自言自語	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	5. 傻笑	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	6. 怪異行為	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	7. 不喜歡活動	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
負性症狀	1. 講話少或小聲	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2. 個人衛生照顧差	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. 活力低，沒有朝氣	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	4. 表情淡漠	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	5. 自殺意念或自殺意圖	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	6. 重複的強迫行為	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
其他項目		選 項	
1. 是否曾經與此學生進行過心理諮商？		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2. 校內的學習狀況？		<input checked="" type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好	
3. 人際關係及社會適應程度？		<input type="checkbox"/> 好 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不好	
4. 是否有明顯的疾病表現或藥物副作用？		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 一些 <input type="checkbox"/> 嚴重	
5. 經由您的評估此學生是否適合？與本研究的訪談？		<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

在此特別感謝您對於本研究的協助！

附錄六之一

學生精神狀況評估表-研究者評估

學生姓名：木 評估人員：陳 00 老師（研究者） 日期：96 年 1 月

填寫說明：		0 分：表無此症狀。	
請利用下列檢核項目評估學生目前精神狀況，請在適合項目打勾，若完全未具備請在說明欄說明。		1 分：症狀輕微，不影響日常生活。	
		2 分：症狀明顯對日常生活稍有影響。	
		3 分：症狀嚴重，對日常生活有嚴重影響。	
	症狀評估	0. 1. 2. 3.	說 明
正性症狀	1. 講話不連貫	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	2. 似是而非的言論	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	3. 迂迴的語言	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	4. 自言自語	[✓] [ ] [ ] [ ]	
	5. 傻笑	[✓] [ ] [ ] [ ]	
	6. 怪異行為	[✓] [ ] [ ] [ ]	
	7. 不喜歡活動	[ ] [✓] [ ] [ ]	
負性症狀	1. 講話少或小聲	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	2. 個人衛生照顧差	[✓] [ ] [ ] [ ]	
	3. 活力低，沒有朝氣	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	4. 表情淡漠	[ ] [ ] [✓] [ ]	
	5. 自殺意念或自殺意圖	[✓] [ ] [ ] [ ]	
	6. 重複的強迫行為	[✓] [ ] [ ] [ ]	
其他項目		選 項	
1. 是否曾經與此學生進行過心理諮商？		[ ] 是 [✓] 否	
2. 校內的學習狀況？		[✓] 好 [ ] 普通 [ ] 不好	
3. 人際關係及社會適應程度？		[ ] 好 [✓] 普通 [ ] 不好	
4. 是否有明顯的疾病表現或藥物副作用？		[✓] 無 [ ] 一些 [ ] 嚴重	
5. 經由您的評估此學生是否適合？與本研究的訪談？		[✓] 是 [ ] 否	

在此特別感謝您對於本研究的協助！

附錄六之二

學生精神狀況評估表-研究者評估

學生姓名：水 評估人員：陳 00 老師（研究者） 日期：96 年 1 月

填寫說明： 請利用下列檢核項目評估學生目前精神狀況，請在適合項目打勾，若完全未具備請在說明欄說明。		0 分：表無此症狀。 1 分：症狀輕微，不影響日常生活。 2 分：症狀明顯對日常生活稍有影響。 3 分：症狀嚴重，對日常生活有嚴重影響。	
	症狀評估	0. 1. 2. 3.	說 明
正性 症狀	1. 講話不連貫	[ ] [ ] [✓] [ ]	
	2. 似是而非的言論	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	3. 迂迴的語言	[ ] [ ] [✓] [ ]	
	4. 自言自語	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	5. 傻笑	[✓] [ ] [ ] [ ]	
	6. 怪異行為	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	7. 不喜歡活動	[ ] [✓] [ ] [ ]	
負性 症狀	1. 講話少或小聲	[ ] [ ] [✓] [ ]	
	2. 個人衛生照顧差	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	3. 活力低，沒有朝氣	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	4. 表情淡漠	[ ] [ ] [✓] [ ]	
	5. 自殺意念或自殺意圖	[ ] [✓] [ ] [ ]	
	6. 重複的強迫行為	[✓] [ ] [ ] [ ]	
其他項目		選 項	
1. 是否曾經與此學生進行過心理諮商？		[✓]是 [ ]否	
2. 校內的學習狀況？		[✓]好 [ ]普通 [ ]不好	
3. 人際關係及社會適應程度？		[✓]好 [ ]普通 [ ]不好	
4. 是否有明顯的疾病表現或藥物副作用？		[✓]無 [ ]一些 [ ]嚴重	
5. 經由您的評估此學生是否適合？與本研究的訪談？		[✓]是 [ ]否	

在此特別感謝您對於本研究的協助！



## 附錄七--同儕辯證

家庭是療癒的聖杯嗎？精神分裂症患者對家庭關係解讀與家庭支持需求之研究

\_\_\_ 探討主題：精神分裂症患者如何解讀家庭關係----（溝通與互動部分）  
同儕辯證

騰稿人：陳信佩 & 張妤玗（畫底線部分）

日期：96 年 4 月 10 日

媽媽現在喔？不知道在哪裡（木.01）	與母親失聯。（木.01）
	<u>與母親互動冷淡</u>
她（媽媽）打電話來我都不接（木.02）	拒絕與母親聯繫。（木.02）
	<u>不願與母親接觸</u>
跟媽媽以前關係就不好.... 我跟他說要做假牙我沒有錢，我要去上班，後來我哥哥去跟他講，他才很受不了，拿兩萬塊給我做假牙；那種人喔~真的是喔~我不知道怎麼講那種人，他的心裡我也搞不懂，到處講一些我怎樣怎樣怎樣.....（木.04）	與母親關係不好。（木.04）
	<u>與母親自幼關係不佳，認為母親對他在經濟上與照顧上都很刻薄</u>
（與母親、妹妹、弟弟）好幾年沒聯絡了，不知道，不太清楚 ..好像只有兩年到三年（木.05）	與母親、弟妹失聯將近 2 至 3 年。（木.05）
	<u>除了哥哥外，與其他家人</u>

	<u>極少聯絡</u>
哥哥在那邊租了一間房子，然後放假就去那邊 他在台中教書啊！所以假日也會回來這邊（木.07）	哥哥在外租屋，週末會前往同住。（木.05）
	<u>與哥哥的互動接觸較多</u>
哥哥現在對我不好，以前對我很好，去找我，帶我去看那種 50 元的電影，然後，買一包水果吃一吃，或是買件褲子或是給我 ．帶我出去 SOGO 去逛、去買東西吃；現在都沒有對我這麼好，以前都對我很好，去動物園啦、去逛 101 （木.08）	感覺哥哥態度有所轉變，現在互動減少。（木.08）
	<u>感念以前哥哥照顧他的時光，認為現在哥哥對他比較不好</u>
不像以前這麼好，有時候也會講一些 一些那個讓我不舒服的話（木.09）	哥哥表達令人不舒服。（木.09）
	<u>哥哥的某些話語讓木不舒服</u>
現在也不會跟他（哥哥）講（心事） 如果我跟他講說，他就會說那沒什麼啦！這種讓我很不舒服，我想跟他講一	向哥哥表達心事，希望得到安慰，但回應淡漠。

下，讓他安慰我一下 他就會講說那沒什麼..講就讓他講（認為病友說自己的壞話） ，如果以前的話，他可能會安慰我一下（木.10）	（木.10）
	<u>與哥哥傾訴心事只得到冷淡的回應</u>
生病後，（父親）變成有時候對我不好，有時候對我很好（木.94）	生病後，與父親互動時好時壞。（木.94）
	<u>父親的態度反覆不一</u>
沒辦法啊！那有怎麼辦，不然怎麼辦，又不能怎樣（木 31）	無力面對（無奈），（木 31）
	<u>對於家人的照顧方式與反應感到無可奈何</u>
.把情緒壓在心裡面 .變成一種 正常的現象 好像是 （木.35）	壓抑情緒刑成一種常態。（木.35）
	<u>習慣壓抑自己的情緒</u>