

精神病患家屬在正念中的自我照護

Self-Care Through Mindfulness Practices for Psychiatric Patients' Families

劉玉文¹
Yu-Wen Liu¹

摘要

世界衛生組織預測至2030年時憂鬱症將成為全球疾病負擔最重的心理疾患，而一個家庭因家庭成員罹患疾病所要承受的經濟及社會負擔中，精神疾患遠高於癌症。這些精神病患之主要照顧者常因照顧病患的責任而產生巨大壓力，在沒有適度抒發壓力與社會支持的情況下，極易引發身體病痛或心理困擾。本文以精神病患家屬的自我照顧議題為主要意向，並以正念為方法論探討家屬可以進行自我照顧的方式，結構以（1）家屬所面臨的困境；（2）協助家屬的方法與效果；（3）正念減壓療法（MBSR）的介紹；（4）家屬以正念技術進行自我照顧等四部分鋪陳，歸結出修習正念是一種簡單有效的自我照護方式，家屬可運用內在資源自主生命，幫助自己因應生活中的壓力、提升免疫力，並且改變大腦結構，與重新體驗自己與家人之間的連結方式，增強幸福感。

關鍵詞：精神病患家屬、正念減壓、MBSR、主要照顧者、自我照護、精神疾患

壹、前言

世界衛生組織指出一個家庭因家庭成員罹患疾病的經濟及社會負擔中，精神疾患遠高於癌症，躍居前三位（引自國家衛生研究院，2005b）。世界衛生組織（World Health Organization）（2010）進一步公布全球有超過4.5億人患有精神疾患，而憂鬱症已與愛滋病和癌症並列為世紀重要疾患，同時預測至2030年時

憂鬱症將成為全球疾病負擔最重的心理疾患（引自臺灣世界衛生組織研究中心，2012）。另外，隨著人類壽命的延長，失智症在人口老化的現象中也越來越常見了。

據統計，截至2011年十二月底止，台灣地區身心障礙人口數計有1,100,436人，其中智能障礙者、失智症者、自閉症者、慢性精神病患者（包含精神分裂症、憂鬱症與重鬱症）計有259,392人，約占障礙人口23.57%（行政院統計處，

¹國立新竹教育大學教育心理與諮商學系碩士班研究生
通訊作者：劉玉文，（234）新北市永和區成功路2段62號3樓，Email：wen65315@gmail.com

2011)。若與2012年第三季的最新統計數字比較可發現在九個月中失智者人數增加5.55%，自閉症者增加10.05%，慢性精神病患者為2.92%，雖然慢性精神病患者增加比例相對較少，但是其增加人數為3,329人，即每天有十二名慢性精神病患者產生（行政院統計處，2012）。由精神病患之主要照顧者的相關統計得知：（1）平均每天照顧時數為14.47小時；（2）未滿55歲之照顧者約占61%；（3）病患家中主要經濟收入者為家人者佔77.31%（行政院統計處，2011）。這樣的發展趨勢將對無數家庭的生活品質、經濟、社會網絡，及家屬的心理負荷產生很大的影響與負擔。目前社會對於精神病患家屬的協助傾向於衛生教育課程的提供與支持團體的參與，然而這些病患家屬如何運用自身內在資源來幫助自己因應生活中的壓力、提升免疫力、增進幸福感、改善生活品質，達到自我照護的效果呢？本文擬從精神病患家屬面臨的困境、協助精神病患家屬的方法及效果、正念減壓療法之發展及效果，與家屬以正念來自我照護等四個面向來說明正念減壓對精神病患家屬可能的正向助益。

貳、精神病患家屬面臨的困境

精神病患家屬最主要的壓力來自於家庭面臨之衝擊、對疾病和治療知識不足及個人負荷感受（Chou, 1998），也因此面臨到主觀的照顧負荷感、情緒困擾與退縮行為等問題（Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004）。家屬（尤其是主要照顧者）常因照顧病患的責任而產生巨大壓力，在沒有適度抒發壓力與社會支持的情況下，極易引發身體病痛或心理困擾。其中又以家庭衝擊、對疾病與治療

知識不足、照顧任務的負荷感、及自身健康等困境為最，茲分別說明之：

精神病患家庭所面臨之衝擊包含經濟負擔與家中成員角色的改變，家屬除了在復健治療的過程中必須長期負擔病人的醫藥費用之外，尚須負擔交通及伙食費，對於低社經地位家庭的負擔更是沉重；而家人罹病之後由生產人口變成依賴人口，家中可能必須有專人特別照護，家屬因而必須辭去工作，致使家庭收入降低。有些病患會因為不願意增加家裡經濟負擔而選擇長期待在家中，不去復健機構，並急於從事生產而想工作賺錢，家屬因此更加心疼與擔心病患。

家屬對疾病和治療知識不足常源於精神疾病的污名化及社區資源不足，使得家屬在家人發病之前，缺乏精神疾病的相關知識；在家人發病後，又因羞愧感而擔心親友鄰居知道家中有精神疾病患者而隱瞞事實，加上病人可能初期並無病識感，所以多數的家屬都是自行照顧或處理病患的相關問題。再者，雖然對家屬及病友的教育課程在醫院已實施多年，但都較欠缺結構化設計及系統化規劃，且屬非健保給付項目，因此較不受醫院重視（國家衛生研究院，2005b）。

精神疾患區分成不同種類，但家屬所知覺到的壓力負荷程度是相似的，惟在心裡痛苦程度略有不同（Sczufca, Menezes, & Almeida, 2002），家屬在照顧上的負荷感受可由其主觀認知、情緒反應和行為表現三層面來論述。例如，約有80%的憂鬱病患家屬認為自己是痛苦的，25~50%家屬擔心病患的健康、治療、安全和未來（Wijngaarden et al, 2004）。家屬所知覺到的負荷感和心理痛苦與病患的病情有直接關係（Sczufca et al., 2002），當病患行為上的症狀愈來

愈頻繁，且家屬認為自己獲得較少的社會網絡支持（包含家中其他成員及健康專業人員的協助）、在照顧任務中較無支配權及感到孤立無援的情況下，便會有較高的負荷感（Biegel & Milligan, 1994; Li, Seltzer, & Greenberg, 1999）。若家屬又採取較多的逃避態度去面對病患生病事實，如壓抑、否認、希望問題憑空消失或幻想更多不實的快樂情境（Kabat-Zinn, 1997/1998），便會感受到更高的負荷感或憂鬱感受，遂而損害其有效處理與照顧病患的相關需求（Perlick et al., 2010），而病患更會因感受到不被家人接納而使病情加劇。

精神病患家屬常有情緒上的痛苦症狀，其困擾程度也與主觀認為的負荷感與病患的病情嚴重程度有直接關係（Perlick et al., 1999）。通常家屬得知家人罹病時的典型情緒反應包括震驚、否認，覺得被信仰背棄，而家屬在對疾病的不了解及缺乏相關資訊的情況下，常使他們對診斷結果感到困惑。家屬覺得家人得病是因遺傳和自己養育方式有關時，更是會經驗到罪惡、責備、恐懼、無助和悲傷（郭志通，2006；Highet, Thompson, & McNair, 2005; Wijngaaden et al., 2004）。以下是兒子罹患精神分裂症的廖媽媽心聲：

如果當年我早一點發現Allen罹患精神疾病，趕緊帶他治療，也許Allen今天還有希望。每次看到Allen病情愈來愈穩定，我的心情就很好；病情惡化時，心情也降到谷底。除了教Allen認路外，我也會教他洗米煮飯，怕萬一哪天我不在了，他該怎麼辦？（中華民國康復之友聯盟，2007）。

家屬的行為表現會因其主觀想法和情緒而反應在照顧品質；而照顧品質的

高低也可由家屬與病患關係的瓦解、與其他家人關係及家庭生活的分裂程度預測到（Biegel & Milligan, 1994; Wijngaaden et al., 2004）。當家屬常處於壓力和睡眠剝奪的情況時，會損害其記憶與認知功能，從而降低檢視與覺察自己行為表現的機會（Lavretsky et al., 2013）。由於社區民眾和健康照護人員對疾病的不了解與對精神疾患的污名化，易使家屬感到被隔離而減少社交活動，造成家屬和病患延遲就醫，未即時進行適當的健康照護，更是提高家屬照顧負擔（Highet et al., 2005）。此外，高負荷感的家屬也可能較少去練習適當的自我照護而影響身心健康，導致家屬本身成為精神病患之機率增高（Perlick et al., 2008），進一步損害自身韌力和處理與疾患相關問題的能力（Perlick et al., 2010），並增加病患更早復發的可能性（Perlick et al., 2004）。以下是躁鬱症病患家屬的故事：

吳女士為了彌補母親過世前的遺憾，許下心願「就算賠上自己生命，也要讓二哥好起來」，於是擔負起照顧患有躁鬱症的二哥。為了不讓丈夫、孩子與手足擔心，長期累積的精神壓力全藏在心底，也不知該如何照顧自己，於是自己生病了都不知道，不時湧現自殺念頭。在丈夫陪同去看醫生後才知自己長期低落情緒是因為罹患憂鬱症（中華民國康復之友聯盟，2007）。

家屬的失落、痛苦、照顧上的體能要求與年老家屬（尤其是年老配偶）在生理上的易受傷性皆會危及他們的生理功能和身體健康，進而增加致死性風險因子（Schulz & Beach, 1999），而在長期處於憂鬱、焦慮、憤怒等負面情緒下，

會使免疫系統減弱，使自己病情惡化或是康復緩慢（Kabat-Zinn, 1997/1998）。當家屬在日常生活中與病患產生衝突或遭遇病患自殺、自殘等行為時，可能導致其神經緊張、極度疲倦、失眠及感覺憂鬱等症狀，其中約有25%的主要照顧者需接受治療或服用藥物（Bjegel & Milligan, 1994; Wijngaaden et al., 2004）。研究指出夫妻當中有人患有阿茲海默症，而其伴侶先前已有情感性疾患且身為主要照顧者時，其重鬱復發的風險是兩倍於有情感性疾患但無照顧責任者（Russo, Vitaliano, Brewer, Katon, & Becker, 1995）。由上述可知，家屬若能進行自我照顧與尊重自己的需求時，對於自己的健康和病患的病情皆是有幫助的（Baptiste, 2007; Perlick et al., 2010）。

參、協助精神病患家屬的方法及效果

現代醫療資訊豐富，疾病相關的治療知識和訊息已從四面八方傳遞到家屬的身上，包含健康專業人員、親朋好友、媒體、宗教等，照護家屬的相關衛教方案與支持團體介入也因應而生。由家屬教育和支持團體普遍地被推廣，證明了家屬在社會心理介入上的興趣和需求（Perlick et al., 2010）。

一、家屬教育

精神病患家屬教育介入在1980年代末期開始受到關切，經由心理衛生教育，家屬可了解精神慢性疾病的病徵與病程，在家屬接受疾病後則更能面對相關治療、自己和罹病家人，並與專業人員合作，遂可減少家屬的心理壓力且增

進正向感受（Birchwood, Smith, & Cochrane, 1992; Peternelj-Taylor & Hartley, 1993）。然而健康專業人員大量提供疾病與治療資訊可能無法滿足家屬的需求，因為在無評估病患和家屬真正需求的情況下，家屬的需求常被忽略（Eaton, Davis, Hammond, Condon & McGee, 2011）。台灣於1990年開始，醫院的社工積極將病友家屬組織起來，成立「康復之友協會」。之後的精神醫療體系更鼓勵推動家屬團體成立，使其成為在公共場域的發言管道及服務的提供者。然而多數康復之友協會仍由精神科醫師擔任主要決策者，因而引發是否落實家屬自主與自助的疑慮（國家衛生研究院，2005b）。再者，家屬認為健康照護的專業者應該不只是提供親屬的病況資訊，也需提供如何因應扮演照顧角色處境的資訊（Eaton et al., 2011）。經研究證實結合常規課程教導和團體討論的複式家屬團體（multifamily group）能滿足家屬需求，其內容包含症狀控制技巧、危機處置方法、問題解決技巧及自我壓力調適法（Breitborde et al., 2011; Stuart & Schlosser, 2009）。目前中華民國康復之友聯盟正推廣一套結構化之家屬教育課程，主要是強化家屬對疾病及藥物的認識、溝通技巧訓練、社會資源的介紹及使用、了解病患與如何倡導自身的權益等，課程結束後家屬大多能提高照護病患的技巧及改善家庭關係，照顧病患的意願也隨之提高（國家衛生研究院，2005b）。

二、支持團體

研究指出支持團體能夠接納成員，透過相互的情緒支持，成員有表達和分享負面情緒的機會，同時也能傾聽他人

經驗，進而感受到問題是具普遍性，並可在過程中減少沮喪與孤單感，增加正向態度（劉淑言，2001）。此外，藉由人際間的學習，可增進照顧病人的能力，並學習面對問題、尋求資源與專業人員和親友支持，建立良好社會網絡。再者，透過成員間的知識傳遞提供了諮詢和澄清的機會，可發展更好的因應策略，使家屬從照顧的衝擊與轉折轉變成心靈重建及生活經營（劉淑言，2001；Biegel, Shafran, & Johnsen, 2004）。許多家屬在照顧角色的壓力與情感痛苦下需尋求治療性協助，但考量藥物副作用和花費，反對使用藥物來減低自己的憂鬱症狀和身體不適，使得健康服務工作者開始使用身心替代性療法來介入（Lavretsky et al., 2013），從1982至2005年間針對127篇失智症病患家屬的支持團體研究中已證實冥想、瑜珈、呼吸技巧等方式對於家屬的負荷感、憂鬱、幸福感確實有影響，可以教導家屬發展對痛苦想法的開放性與接納態度，進而改善家屬對照顧任務所產生的苦惱，並減少抑鬱和焦慮心情；同時指出此種低花費的介入可增強家屬因應壓力的方式、身體健康與壓力管理，提升自我效能，使生活品質獲得改善（引自Lavretsky et al., 2013; Waelde, Thompson, & Gallagher-Thompson, 2004）。也有研究證明當家屬本身有憂鬱症狀時，經過每天12分鐘且連續8週的瑜珈冥想練習後，顯著改善了心理健康、認知功能、免疫系統，與延緩細胞老化（Black et al., 2013; Lavretsky et al., 2013）。家屬在練習上述替代性療法後，同時也增強了與生俱來的專注力與覺察力，擴展了慈悲與智慧，提升靈性健康；靈性力量被發現是家屬因應生病親屬能力的核心，能夠產生正向影響（Eaton et al., 2013）。

肆、正念減壓療法之發展及效果

一、正念減壓療法之發展

Kabat-Zinn於1979年在美國麻省大學醫學中心（University of Massachusetts Medical Center）附屬「減壓門診」（stress reduction clinic）創立正念減壓療法（Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR），立意在輔助一般醫療行為，教導參與者運用自己內在身心力量，為自己的身心健康積極做一些他人無法替代的事，即培育正念。MBSR結合了東方禪修和西方心理治療，去除宗教信仰色彩後，將正念禪修（mindfulness meditation）的訓練置於科學、醫學（包括精神治療和心理學）和健康照護的架構中。Mindfulness原意是「如實的覺察」，在國內有不同的翻譯，如，正念、止觀、內觀等，本文以正念稱之；Kabat-Zinn定義正念為對當下刻意而不加以評判的注意力（Kabat-Zinn, 1994/2008），與從刻意注意當下而不加以評判所產生的覺察力（Kabat-Zinn, 2005），也指出正念是人類天生具有的能力，可以透過訓練與練習來增強，由此可知正念修習是MBSR的基本內涵（Baer, 2003; Kabat-Zinn, 2005; Shapiro, Carlson, Austin, & Freedman, 2006）。

MBSR於2010年首度引入台灣，2011年引進醫療體系及教育體系，坊間也陸續開辦相關課程（Mindfulness 中文網站（正念／正念減壓），2012）。美國至今已有一百多家醫療院所和相關機構提供正念減壓課程，幫助有各種身心疾病的參與者學習運用自己的內在資源，活出更幸福、圓滿的生命，擴展更大的覺察力，包括對他人和自己產生更大自發

悲憫的可能性。對許多人而言，正念修習已成為個人日常生活的一部分，通常在最初的MBSR 體驗後仍持續好幾年或幾十年（Kabat-Zinn, 2011/2013）。

二、正念減壓療法內容

正念減壓是一個連續八週具結構性的團體課程，每週一次，為時兩個半小時，八週的課程尚包含一天（通常在第六週）約七至八小時的禁語密集禪修訓練。在課程中講師教導各種禪修技巧，並針對家庭作業部分，進行以「正念」面對及處理生活中壓力與自身疾病的討論。在支持的氛圍中讓修習者與講師可以彼此對話、交流，培養集體對無常變化經驗的領會，並在生活與壓力情境中練習。修習者每週在家裡需進行六天，每天四十五分鐘的正式練習。課程中教導病患以正確的態度來修習正念：（1）不對自己的情緒、想法、病痛等身心現象作價值判斷（Non-judging），只是純粹地覺察它們；（2）對自己當下的各種身心狀況保持耐心（Patience），有耐性地與它們和平共處；（3）常保「初學者之心」（Beginner's Mind），願意以赤子之心面對每一個身、心事件；（4）信任（Trust）自己、相信自己的智慧與能力；（5）不努力（Non-striving）強求想要的（治療）目的，只是無為地（non-doing）覺察當下發生的一切身心現象；（6）接受（Acceptance）現狀，願意如實地觀照當下自己的身、心現象；（7）放下（Letting go）種種好、惡，只是分分秒秒地覺察當下發生的身心事件（參考自Kabat-Zinn, 1990）。修習者以上述的學習態度進行「正念禪修」，除坐禪、身體掃描與正念瑜伽三種主要技巧外，為了將正念融入日常生活，亦教導

在行走與進食等活動中培育正念技巧。課程強調對當下的覺察，促進自己與所有經驗作充分接觸，並在生活中有更多的覺醒，以及無論事情如何，如實地接受它們，而非熱中或執著於在將來達到一個好結果，進而生活與文化中減緩苦難並促發更大的慈悲與智慧，擴展內在靈性力量（Kabat-Zinn, 1990; Kabat-Zinn, 2011/2013; Shapiro et al., 2006）。

三、正念減壓療法之效果

從1980至2010以正念為基礎的介入方法之相關研究中已歸結出有身體疾病者，藉由MBSR可補足醫學上對疾病的處理方式，減輕修習者身體上的疼痛、心理痛苦、增強幸福感；患有精神疾患者，也可藉由正念練習減低痛苦、焦慮與憂鬱症狀或學習到面對症狀的因應技巧（Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, & Walach, 2011）。這些研究證實MBSR應用在壓力、疼痛和慢性病的處理上是有效的（Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmider, & Walach, 2004），在心理、身體與醫療上有正向效果，包含牛皮癬、纖維肌痛、成癮症狀、減少焦慮、抑鬱和痛苦、增進幸福感和心理健康（Grossman et al., 2004）。學者陸續整合正念觀點與諮商理論，發展出各種有效的治療策略（Brown, Marquis, & Guiffida, 2013），其中最為人知且最多實證研究支持的是正念減壓療法（MBSR），此療法已廣泛運用在一般民眾（包含精神病患家屬）身上（Grossman et al., 2004）。

研究指出正念練習可使腦部特定區域產生改變，而這些區域主要與認知和情緒調節有關，例如可改變與自覺、悲憫與內省有關的結構，增加與記憶和學習相關的海馬迴灰質，減少與壓力和焦

慮相關的杏仁核灰質 (Hölzel et al., 2010; Hölzel et al., 2011; Hölzel et al., 2007; Lazar et al., 2005)；此外，正念也可改變與正向思考及情緒有關的伽瑪腦波，活化負責積極正向思考的左腦前額葉活動 (Davidson et al., 2003; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004)。

伍、家屬以正念來自我照護的理由

由外界所提供的階段性家屬教育和支持團體，雖然可減緩家屬所面臨的家庭衝擊、增加對疾病與治療知識了解、降低照顧任務的負荷感與提升健康狀況，但是目前社區精神照護進展有限，且家屬的照顧工作與責任又常屬於長期挑戰的情況下，家屬更需要尊重自己的需求及不必假他人之力的自我照護方法。以正念修習做為家屬自我照顧的理由分述如下。

一、實證研究證明修習正念的效果

精神病患家屬有時會忽略自己的需求，懷疑自己的能力、潛力和是否有自主的時刻，其實家屬是有選擇的，有權利掌管自己的生活，繼而能對家人提供高品質的照護、理解和同理。Kabat-Zinn (1994/2008) 認為正念就是與自己、與世界的親密感。以專注當下及不批判的接納態度來面對生活每一刻時，便是帶著正念以自身的能量轉化自己，並擺脫當下狀況向前邁進，為自己的健康和心靈安適做出選擇，開啟自我療癒機制。經研究證明家屬在持續練習正念後，可有效減少照顧任務帶來的壓力及身體發炎反應 (Bloom, Ho, Vega, & Pasinetti, 2012)，增進自我效能 (Oken et al.,

2010)，擴展自我覺察、增進自我調節、改善與病患和其他家人的互動模式 (Akiva, Arel, & Benn, 2012)，能夠以新視角重新看待自身所扮演的照顧角色和病患的狀態 (Dauenhauer, 2006)。持續練習正念可以轉化想法、情緒、行為模式，而自我覺察的擴展也會促進最佳的因應方式 (Bear, 2003)。

二、與其他協助方案或介入策略不同

修習正念的初學者不需很長的時間便能感受到將注意力安住於當下事物的能力，隨著練習、在團體中的對話將發現持續培養並將注意力安定在身體上時，可了悟到任何感受皆具有持續變化的本質，進而體悟它們的無常性 (Kabat-Zinn, 2011/2013)。有別於其他協助方案或介入策略，修習正念所信任的對象不是任何外在權威，而是自己內在自性；家屬運用內在資源，培育自主生命的力量，而非著重在改變個人的錯誤 (Baer, 2003)。再者，正念可以在任何地方、任何時間練習，將所有生活事件和關係變成練習媒介，如在戶外行走、藝術創作，與家人說話。在每一個當下去經驗外在的事件或心裡和身體狀態，持續練習不論當下體驗到是好的、壞的或中立的，皆不連結到過去或投射到未來而產生貪戀或厭惡感受。最後，以正念為基礎的介入方式不是針對某個事件或創傷進行治療、或當作一個認知行為技巧來做行為改變；而是一種存在的方式，一種看見的方式，對每個當下的身心靈做全面觀照。當家屬認同自身最深、最好的事物，並安於覺察之中而不執著於成果時，療癒便會自行漸漸生起，進而將這種覺察品質擴展至生活、照顧、工作和人際關係各面向 (參考自Kabat-Zinn,

1997/1998, 1994/2008, 2005, 2011/2013)。

三、簡單有效的日常練習方式

正念修習包含如正念減壓課程中提到的練習態度、正式技巧和在日常生活中練習，三者相輔相成，將使正念修習成為一種生活態度與習慣。修習者發現呼吸有一種特異功能，能擴增自己對於全身上下各部位的敏感性和覺知；也覺察到「我不等於我的思緒」，再延伸下去即「我也不等於我的疼痛或苦難」。即便家屬過去承受巨大苦痛，在正念修習當下便是邀請自己從此時此刻的現況開始移動，無論這個現況是喜是憂，帶著對當下刻意而不加以評判的注意力與覺察力時，便跳脫了舊有自動化的思考模式和習慣，並邁向更佳的健康與幸福之路（參考自Kabat-Zinn, 1997/1998, 1994/2008, 2005, 2011/2013）。

以正念瑜珈技巧為例，家屬在進行伸展練習時會體驗到身體某些關鍵部位不舒服，它可以幫助修習者學習如何用更多的接觸、好奇、溫柔、仁慈來靠近那些被視為困難且想逃離的時刻與經驗，也學習到如何與身體的不舒服共處與面對不舒服情緒的新技巧。當雙手高舉過頭且身體向上伸展時，如果肩膀和上臂感到不舒服，可能的反應有一是立刻退縮（逃避的選擇），馬上放下手臂，然後轉移注意到其他部位。二是咬緊牙關（嚴酷的選擇），要自己去對抗逐漸增強的痛苦與不舒服，以更加用力的方式來伸展肢體，結果身體變得麻木。三是正念的選擇，就是在前二項選擇中找到平衡，帶著溫柔撫育的心，將注意力帶到不舒服部位，用伸展來擴展自己與不舒服間的連結，伴隨著呼吸停留在每一刻生起的知覺與感受上（參考

自Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007/2010)。當全然投入當下所發生的知覺與感受上，會看見某部分的自己在抗拒痛苦的感覺，另一部分的自己卻在催促自己去觀察它，這個自心進行逃避與接納的過程變得清楚了，而自己沒有如往昔般隨著逃避或強迫面對的心情起舞或是評斷好壞，而是清楚覺察到兩者同時發生的矛盾，甚至可能會對心的運作方式感到有趣。這個從刻意注意當下而不加以評判所產生的覺察力是人類天生具有的能力，此刻只是透過練習來增強。人們的知覺與感受皆遵循著不斷生起又滅去的自然法則，當以正念去觀照它們，不再否認或壓抑衝動與痛苦的感受，這些感受便會滅去。

另以長期照顧失智症父母並將其安置在照護中心的家屬為例，說明其面臨照顧責任改變時如何運用正念來協助其面對照護人員、父母與自己（Dauenhauer, 2006）：

家屬擔心患有失智症父母的居家安危，例如可能忘了關瓦斯，出門後不記得回家的路等，且考量家中無足夠的醫療設備來維持父母的健康等因素下，決定將父母送進照護中心。然而家屬常會出現下列狀況：沒有注意到照護中心與家中所提供之照顧服務的差別，也不情願改變照顧角色與責任。相較於家中的場域，照護中心傾向較多的社交活動和作息制度，家屬與中心人員常在服務的品質和形式上有不同意見；由於家屬覺得讓照護中心人員了解父母習慣及過去是如何被照顧很重要，因此當想提供照顧經驗給中心人員卻遭到拒絕時便會產生衝突；研究也指出家屬會因沒有參與照顧的罪惡感而增加監督照護人員服務的頻率。在提供資訊給中心人員後，也讓家屬對父母的生理、心理狀態及實際可透過照護中心得到改善內容產生不實

際的期待。家屬常會回憶過去與父母相處的經驗、工作史和一生的習慣，傾向抓住過去的美好回憶與感受而不管實際上是否可執行，要求中心提供個別化的照顧，冀望父母能維持像過去一樣的特質，包含外表、心智功能等。

當家屬持有正念而正視當下的狀況時，便能試著以不做價值判斷方式來覺察自己的需求和期待，及中心人員的觀點，接納自己在照顧角色上的改變，放下不實際的期盼。當充分了解照顧中心提供的服務、中心人員角色與政策時，則更能夠使用這些知識來要求中心人員來給予父母適合協助，也能更信任中心提供的服務而減輕自己的壓力。當自責和罪惡感出現時，能夠相信自己的智慧與能力，安於覺察而不執著於結果與恐懼。在與父母互動時，能夠專注當下，帶著初學者之心面對父母今天的健康狀態，今天他／她是怎麼樣的人，而非停留在印象中的那個父母，能夠理解與接納病情（如阿茲海默症）可能會持續發展，而父母會慢慢消逝。

陸、結語

在鼓勵精神病患回歸社區的潮流下，家屬面臨社區支持系統薄弱、民眾對精神疾病的污名化和標籤化、家庭經濟的沉重負擔，及因照顧負荷所帶來的個人身體病痛與心理壓力。由正念減壓療法的相關研究中證實練習正念可有效減少家屬生活中的壓力、焦慮、慢性疼痛，且無副作用（Praisman, 2008）。修習正念是一種簡單有效的自我照護方式，家屬運用內在資源自主生命，改變大腦結構，重新體驗自己與家人之間的連結方式。當家屬以正念來面對家庭所面臨之衝擊時，對於本身所被賦予的照顧者角色，及如何扮演照顧者角色將因

不執著於某些期待，而能夠產生新的視角。對於疾病和治療的知識會因放下污名化的羞愧感而願意與他人接觸，獲得更多的學習。個人的照顧負荷感受則會因常保「初學者之心」，且不對自己的想法、情緒、病痛等身心現象作價值判斷而獲得釋放，使家屬在生活中能夠提高掌控感、正確的感知力或寬容度，及擁有接納、耐心和去因應不可預知生活事件的勇氣，進而改善慢性疲勞並提高生活品質（Grossman et al., 2010）。

參考文獻

- Mindfulness 中文網站（正念／正念減壓）（2012, November 24）。**正念減壓MBSR進入到台灣醫學系課程**。取自<http://www.mindfulness.tw/2012/11/mbsr.html>
- 中華民國康復之友聯盟（2007）。**牽手向陽**。臺北市：原水文化。
- 行政院統計處（2011）。**100年身心障礙者生活狀況及各項需求評估調查綜合報告**。取自http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=7294
- 行政院統計處（2012）。**身心障礙者人數**。取自<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/list.htm>
- 李孟浩（譯）（1998）。正念的藥方（原作者：J. Kabat-Zinn）。載於D. Goleman（主編），**情緒療癒**（136-167頁）。新北市：立緒文化。（原著出版年：1997）
- 國家衛生研究院（2005a）。長期照護。載於余玉眉（主編），**論壇十年NHRI FORUM 1996-2005**（79-85頁）。新北市：國家衛生研究院。
- 國家衛生研究院（2005b）。家庭照護之本土經驗與願景、就業服務。載於簡以嘉（主編），**台灣社區精神照護研討會—家庭照護與就業服務彙編**（19-81頁）。新北市：國家衛生研究院。取自http://www.nhri.org.tw/NHRI_ADM/userfiles/file/HD/publiser/lts/9407LTC.pdf
- 郭志通（2006）。**憂鬱症病患主要照顧者之敘事研究**（未出版之博士論文）。國立台南大學，台南市。
- 溫宗堃（譯）（2013）。關於MBSR的起源、善巧方便與地圖問題的一些思考（原作者：J. Kabat-Zinn）。**福嚴佛學研究**，8，187-214。（原著出版年：2011）
- 雷叔雲（譯）（2008）。**當下繁花盛開**（原作者：J. Kabat-Zinn）。臺北市：心靈工坊文化。（原著出版年：1994）
- 臺灣世界衛生組織研究中心（2012）。**第65屆世界衛生大會議程13.2精神疾病全球負擔**。取自http://www.twwho.org/pub/LIT_2.asp?catid=376

- 8&ctxid=3780&pcatid=3703&single=Y
劉乃誌、林肇賢、王韋婷、梁記雯、涂佩瓊、呂嘉寧、黃君瑜 (譯) (2010)。是情緒糟，不是你很糟：穿透憂鬱的內觀力量 (原作者：M. Williams, J. Teasdale, Z. Segal, & J. Kabat-Zinn)。臺北市：心靈工坊文化。(原著出版年：2007)
- 劉淑言 (2001)。精神分裂症病患照顧者支持團體成效之探討 (未出版之碩士論文)。國防醫學院，臺北市。
- Akiva, T., Arel, R., & Benn, R. (2012). The effects of mindfulness training on caregivers of children with special needs: A qualitative analysis [Abstract]. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012, 12(Suppl 1), 365. doi:10.1186/1472-6882-12-S1-P365. <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/S1/P365>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143. doi:10.1093/clipsy/bpg015
- Baptiste, S. (2007). The power and potential of yoga meditation and breathing for the caregiver. *Career Planning & Adult Development Journal*, 23(4), 115-126.
- Biegel, D. E., & Milligan, S. E. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental. *Community Mental Health Journal*, 30(5), 473-494.
- Biegel, D. E., Shafran, R. D., & Johnsen, J. A. (2004). Facilitators and barriers to support group participation for family caregivers of adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40, 151-166. doi:10.1023/B:COMH.0000022734.79135.de
- Birchwood, M., Smith, J., & Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia: A comparison of three methods [Abstract]. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 806-814. doi:10.1192/bjp.160.6.806
- Black, D. S., Cole, S. W., Irwin, M. R., Breen, E., St. Cyr, N. M., Nazarian, N.,... Lavretsky, H. (2013). Yogic meditation reverses NF- κ B and IRF-related transcriptome dynamics in leukocytes of family dementia caregivers in a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 38(3), 348-355. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.06.011
- Bloom, P., Ho, L., Vega, J. G., & Pasinetti, G. (2012). Mindfulness for caregivers [Abstract]. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2012, 12(Suppl 1), 93. doi:10.1186/1472-6882-12-S1-P93. <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/S1/P93>
- Breitborde, N. K., Moreno, F. A., Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B.,... McFarlane, W. R. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11(1), 1-7. doi:10.1186/1471-244X-11-9
- Brown, A. P., Marquis, A., & Guiffrida, D. A. (2013). Mindfulness-based interventions in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 91(1), 96-104. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00077.x
- Chou, K. R. (1998). Caregiver burden: Structural equation modeling. *The Journal of Nursing Research*, 6, 358-371.
- Dauenhauer, J. A. (2006). Mindfulness theory and professional family caregivers in long-term care facilities. *Journal of Aging Studies*, 20(4), 351-365. doi:10.1016/j.jaging.2005.11.003
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F.,...Sheridan J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570. doi:10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Goldberg, S. B., & Hoyt, W. T. (2013). Monitoring mindfulness practice quality: An important consideration in mindfulness practice. *Psychotherapy Research*, 23(1), 54-66.
- Eaton, P. M., Davis, B. L., Hammond, P. V., Condon, E. H., & McGee, Z. T. (2011). Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. *Nursing Research and Practice*, 2011, 1-12. doi:10.1155/2011/392705
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ørnbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy-A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(2), 102-119. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75, 1141-1149. doi:10.1212/WNL.0b013e3181f4d80d
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis [Abstract]. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. doi:10.1016/S0022-3999%2803%2900573-7
- Highet, N., Thompson, M., & McNair, B. (2005). Identifying depression in a family member: The carers' experience. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 25-33. doi:10.1016/j.jad.2005.02.016
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., & Morgan, L. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 11-17. doi:10.1093/scan/nsp034
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., & Gard, T. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray

- matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191, 36-43. doi:10.1016/j.psychres.2010.08.006
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., & Vaitl, D. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators. *Neuroscience Letters*, 421(1), 16-21. doi:10.1016/j.neulet.2007.04.074
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (15th anniversary ed.)*. New York, NY: Random House Inc..
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. New York, NY: Harper Collins.
- Lavretsky, H. H., Epel, E. S., Siddarth, P. P., Nazarian, N. N., Cyr, N. St., Khalsa, D. S.,... Irwin, M. R. (2013). A pilot study of yogic meditation for family dementia caregivers with depressive symptoms: Effects on mental health, cognition, and telomerase activity. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 57-65. doi:10.1002/gps.3790
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., & Treadway, M. T. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 16, 1893-1897. doi:10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19
- Li, L. W., Seltzer, M. M., & Greenberg, J.S. (1999). Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18-month longitudinal study. *Psychology and Aging*, 14, 206-219. doi:10.1037/0882-7974.14.2.206
- Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Academy of Sciences of the United States of America*, 101(46), 16369-16373. doi:10.1073/pnas.0407401101
- Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D., & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 16(10), 1031-1038. doi:10.1089/acm.2009.0733
- Perlick, D. A., Clarkin, J. F., Sirey, J., Raue, P., Greenfield, S., Struening, E., Rosenheck, R. (1999). Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder [abstract]. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 56-62. doi:10.1192/bjp.175.1.56
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., & Bruce G. L. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55, 1029-1035. doi:10.1176/appi.ps.55.9.1029
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Kaczynski, R., Link, B., Ketter, T.,...Sachs, G. (2008). Caregiver burden and health in bipolar disorder: A cluster analytic approach [abstract]. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 484-491. doi:10.1097/NMD.0b013e3181773927
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopeza, N., Choua, J., Kalvina, C., Adzhishvilia, V., & Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 12(6), 627-637. doi:10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x
- Peternelj-Taylor, C.A., & Hartley V.L. (1993). Living with mental illness: Professional/ family collaboration [abstract]. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 31(3), 23-28.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 20(4), 212-216. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00306.x
- Russo, J., Vitaliano, P. P., Brewer, D. D., Katon, W., & Becker, J. (1995). Psychiatric disorders in spouse caregivers of care recipients with Alzheimer's disease and matched controls: A diathesis-stress model of psychopathology [Abstract]. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 197-204. doi:10.1037/0021-843X.104.1.197
- Scazu, 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.
- Schulz, R., & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *The Journal of the American Medical Association*, 282(23), 2215-2219.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi:10.1002/jclp.20237
- Stuart, B. K., & Schlosser, D. A. (2009). Multifamily group treatment for schizophrenia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 59, 435-440. doi:10.1521/ijgp.2009.59.3.435
- Waelde, L. C., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). A pilot study of a yoga and meditation intervention for dementia caregiver stress. *Journal of Clinical Psychology*, 60(6), 677-687. doi:10.1002/jclp.10259
- Wijngaarden, B. V., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-222. doi:10.1016/S0165-0327(03)00168-X
- World Health Organization (2010). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/index.html>