

## 以支持團體探討女性精神病患之生活適應

陳杏佳 廖珮君\*

本質化研究乃利用支持性團體心理治療模式，分析團體過程中女性精神病患呈現的生活適應困擾議題與因應策略。女性精神衛生問題是社會中待重視的問題，但目前仍較少對女性精神病患的生活適應特色有深入探討，因此在臨床照顧與學術研究上需要更多的參考或對照基礎。本研究乃針對精神科日間病房立意取樣的八位未婚女性精神分裂病患，運用兩位女性領導員進行十次支持性團體以協助病患生活適應，再由團體過程收集的記錄作內容分析、比較、與歸納，以瞭解她們生活適應困擾議題與因應策略之特色。研究結果顯現病患生活適應的困擾議題有(1)自我與人際的衝突與協調，(2)與精神病的共存與擺脫，(3)家庭的支持與貶抑，(4)親密感的建立與防衛，以及(5)獨立的渴求與退縮。病患普遍採取情緒導向因應策略，包括：心理調適以舒緩情緒、把問題內化成負向自我概念、避開情境或轉移情感。因應策略綜合來看具被動、壓抑及情緒導向的特色。本研究並提出這些議題與策略的產生與影響因素，以及動態消長觀點與臨床應用之討論，希望研究結果可作為未來精神醫療的臨床服務、教學、與研究之參考。

關鍵詞：女性，精神病患，支持性團體，適應，困擾議題，因應策略  
(台灣醫學 Formosan J Med 2001;5: 290-298)

### 前 言

精神病是慢性精神疾病的主要類別，在精神科日間病房常見的復健病患的診斷就是精神分裂症與躁鬱症[1]。此疾病好發於成年早期和中期，其疾病特徵包括思考、知覺、情緒、行為、自我功能障礙和社交退縮。患者常有婚姻殘缺，例如離婚或無法結婚，及生活障礙現象[2]。

精神病患常面臨生活適應困擾，國外有文獻指出精神分裂症在生理方面有症狀干擾、外觀改變、副作用影響等，而心理社會方面有社交功能變差、自我照顧力變差、工作能力不足、居住環境不良、家人支持意願不高，以及再度接受教育的種種障礙[3]。國內文獻亦指出精神病患的生活適應問題主要在疾病、復建(工作、訓練、求學)、社會活動、獨立生活等的因應[4]。精神病患在生活中必須學習與疾病共處，並針對個人內外需求做認知和行為改變以因應疾病之限制，其因應策略可以包括：(1)針對問題作正向再評估

與處理的問題導向因應，(2)以心理調適、內化思考情緒行為、身體狀況與照顧為主的情緒表達、轉移或避開問題的情緒導向因應，以及(3)向外尋求支持或建議的運用社會資源因應[5]，若以 Lazarus 與 Folkman 將因應依功能分為問題焦點及情緒焦點兩類因應策略，則運用社會資源亦可納入問題導向之因應[6]。了解精神病患的生活適應困擾及所採取的因應策略，將有助於臨床提供一套有效的介入策略，協助他們更快適應生活，以彌補藥物治療的不足[7]。

支持性團體是協助精神疾患的既經濟又有效的策略，結合社會支持和小團體運作的特性，成員可發揮自主與自助的功能，達到社會支持的效果[8]。而且支持性團體可幫助成員建立自我角色認同和加強人際互動網路[9]，或處理生活壓力和人際衝突，學習適應生活模式和自我省察能力[10]。領導者在支持性團體的功能是鼓勵成員自我揭露與整理疾病經驗，提供希望、凝聚力、利他、普遍性、和人際互動學習等氣氛，進而讓成員發

台大醫學院護理學系，台大醫院護理部，長庚護理專科學校\*

受文日期 民國 89 年 12 月 2 日 接受刊載 民國 90 年 3 月 9 日

通訊作者連絡處：陳杏佳，台大醫學院護理學系，台北市仁愛路一段一號

展出適合個人的生活因應能力與技巧[11]。

精神疾病的盛行率女性較男性高，特別是與情緒感受有關方面的，例如：躁鬱症、焦慮症、或體化症等，女性罹病率遠高於男性[12]，即使是精神病類中佔大宗的思考障礙問題--精神分裂症，女性的罹病率雖與男性差不多[13]，但是其病程、症狀表達、與治療反應不同，可能不只有生物學差異，還有性別認同和性別角色的差異存在[14]，而且病患的性別差異對家庭功能亦顯現有意義之影響[15]，故應視性別為重要因素且很值得未來探討，且近二十年來女權運動的反傳統影響，顯現女性精神衛生問題應是社會中也要重視的一個層級的問題[16]。然而，國內外有關女性精神病患的生活適應困擾議題與因應策略的質性研究尚少見，尤其國內多數是混和性別的量化研究，對相關因素的結果進行部分的性別差異比較[17,18]，較少針對單一性別深入探索的實徵研究結果。故本研究採描述經驗本質為目的之探索性質化研究，以未婚女性精神病患為對象，透過女性醫療人員領導的支持性團體予以協助生活適應的過程，分析她們在團體中呈現的生活適應困擾議題與因應策略之內容，以瞭解女性精神病患的生活適應特色，作為醫療人員對此類病患提供臨床照顧服務，或進行比較與探討相關主題的教學或學術研究之參考。

## 研究對象與方法

### 研究對象

在台北市某一醫學中心之精神科日間病房中，採立意取樣法，針對每日來院的所有 16 位未婚女性精神病患，書面徵求病患與家屬同意於常規的晨間活動前參與此一協助她們生活適應的支持性團體。結果共有九位精神病患有意願，但其中僅有的一位情感性精神病患以身體抱怨與無法早起為理由，僅在第四次團體參加 15 分鐘，過程中無投入與互動，因此在分析時排除此病患，故實際上是以八位精神分裂病患為研究對象。

### 資料收集與分析

本研究乃透過十次協助研究對象生活適應

的支持性團體，收集團體過程記錄資料，質化研究分析她們生活適應的困擾議題與因應策略。

支持性團體維持五週，期間每週進行兩次，其型態和流程分述如下：

#### 一、團體目的：

讓成員提出自己在生活中發生的適應困擾問題和因應經驗，並省察與學習有效因應策略。焦點放在分享生活經驗和想法感受。

#### 二、團體結構：

採十次封閉式團體，每次一小時，討論內容由成員自發產生，領導者的角色為催化與促使互動，包括：協助情緒表達，適當澄清與反質，給予回饋，和支持的角色示範等。團體流程包括：5 分鐘介紹與暖化，15 分鐘主題巡迴與形成，35 分鐘主題討論，最後 5 分鐘作結論。每次會前領導者之間針對即將進行的團體作溝通討論 15 分鐘；會後針對已進行過的團體作分析討論 30-60 分鐘。

#### 三、團體規則：

由成員在團體中討論形成共識規則，包括注重隱私權、不人身攻擊或刻意批評、準時開始與結束、不在團體進行中進食餐飲等。

#### 四、團體領導者：

每次團體有二位女性領導者。本文第一作者為全部十次團體主要領導者，是資深護理教員及研究地點護理人員。另外有兩位為研究地點專任與受訓的資深護理人員，輪替擔任前後五次團體的協同領導者與觀察員。所有領導者皆參與研究地點的直接照顧，與病友互動關係良好。

透過以上團體進行所收集的團體過程記錄，乃是經由團體互動過程錄音後轉騰寫成之文字稿，其他如成員的基本資料或參與狀況則輔以團體會前與會後討論之摘要記錄及臨床護理觀察記錄或病歷為參考資料。本研究採現象學觀點，資料分析著重於瞭解研究對象經驗的本質並適時保留原貌[19, 20]，分析方法乃是把團體過程記錄之質化資料予以反覆閱讀討論，從文字記錄的訊息表達與代表意義，以開放性譯碼(open coding)方式進行生活適應困擾議題與因應策略為分析單元之內容分析，比較適合的類目(category)，建構概念的精確與特殊性，確定類目

的性質與歸納命名。藉由反覆分析、比較、歸納的過程，發展生活適應議題與策略的系列類目，以瞭解研究對象生活適應經驗的本質，並以質性研究的確實性、可轉移性、可信賴性、和可確認性之準則來考量研究的嚴謹度。

## 結果

### 研究對象的基本資料

八位研究對象為未婚女性精神分裂病患，全數信仰佛教。平均年齡近 30 歲，從年齡分佈來看她們的人生發展階段為成年早期(20-30 歲有 5 位，佔 62.5%)和成年中期(31-40 歲有 3 位，佔 37.5%)。學歷以高中居多(5 位，佔 62.5%)，其餘為大專(2 位，佔 25.0%)和初中(1 位，佔 12.50%)。日間病房住院日數在半年至 4 年的範圍中，分布均勻(每區間年各 2 位，各佔 25.0%)，平均近 2 年。目前全數無領薪工作，唯有兩位擔任義工(25.0%)。

### 團體過程中的生活適應困擾議題與因應策略

#### 一、團體初期

成員雖都是日間病房病友，但彼此熟悉度不一，正式參與團體後，必須調整互動方式及團體形成壓力，故成員在前二次團體提出與規範和信任有關的議題，例如：錄音決定，保密原則與範圍，或個人的性格與處事態度等，對生活適應議題與策略之提出具暖化作用。

#### 二、團體工作期

在第二次團體中，因有觸及個人性格與處事態度之人身攻擊或防衛說明的過程，成員間隱約有人際緊張與衝突。從第三次團體起便過渡到較深的互動，成員逐漸由個人問題，延伸到在病房與其他病友的互動情況，具體浮現她們有關人際的困擾議題及因應策略之分享。

#### 議題與策略(一)：自我與人際的衝突與協調

成員多認為自己說話直率與不懂修飾，導致常經驗到人際衝突或情境不當的挫折。而她們顯現有把過去無助的人際經驗轉作為自我評價與疾病標籤的現象，例如：在團體中有某成員不顧他人立場表達意見後，由其他成員的負向回饋而意識到自己的行為問題時，馬上表示自己的說話總

是不得體，導致人際關係就是不好，並認為這是疾病造成的。

因此成員在遇到人際困擾時的因應策略，通常是把問題簡單內化而負氣自責，或以疾病當擋箭牌合理化自己的行為來心理調適，或是採社交疏離來逃避問題，皆屬情緒導向的因應策略，較少真正面對問題徵結處理。

成員們透過自我的人際困擾議題，在第四次團體開始逐漸分享到個人的疾病症狀困擾與服藥經驗。然後，在領導員反質她們「人際困擾與疾病是否有絕對的關係」時，成員開始討論如何主動關心別人及尋求幫助以改善生活適應，再繼續延伸到在家中自處的問題。議題與策略(二)、(三)、(四)之內容於是在第四至六次團體中陸續出現。

#### 議題與策略(二)：與精神病的共存與擺脫

成員因為精神病的慢性化病程，常有殘餘症狀，使得她們容易在病程中經由他人客觀的回饋與自己主觀的認同，歸納出對精神病患的刻板印象，例如：覺得精神病患會異於常人的比較文靜、自私、被動、不會關心別人，而且會喪失某些病前擅長的能力。因此成員在團體中容易表達出在承受他人對她們疾病負向態度的不堪心情，自己對功能喪失的失落感，以及談到殘餘症狀對她們生活的干擾，例如：外出購物時腳步加快以躲開有可能跟蹤她的人，或在團體中擔心「壞心人」聽到我們的討論而講出秘密，或在團體中顯現「現在要討論這個，腦子卻在唱歌」的幻聽。

而成員對治療精神病的藥物充滿矛盾，因為藥物雖可以協助控制疾病症狀，但其副作用讓她們反應遲緩、口乾舌燥、便秘、以及焦躁不安等，而且服藥在她們的意識型態中具有異常的象徵意義，因此她們常在是否服藥之間搖擺煎熬。是以她們內心相當抗拒藥物，卻又不敢隨便停藥，若曾嘗試停藥也是想證明自己可以擺脫異常，企圖為自己創造正常的契機。

故成員在此議題的因應策略，採取的多是情緒發洩和避開情境的情緒導向因應，以及被動運用社會資源的因應，例如：消極地期待周遭的人接納她們無法自控的怪異想法或行為，或是希望醫師能夠主動幫她們減藥。整體而言，較少呈現面對問題徵結深入討論的動機。

### 議題與策略(三)：家庭的支持與貶抑

家庭對精神病患可能有支持的功能，但本研究發現成員亦常在家庭中經驗無奈與更低落的自我評價，顯示過與不及的家庭支持都有問題，例如有成員的家人認為她是理所當然的被照顧者，家人對她的期待僅是配合醫院將病養好，成員即使想盡自己棉薄之力幫助家中事務，但一直無法改變相對的角色，因此定位自己是家庭的負擔，毫無貢獻和存在價值。另外有成員的家人則是負面批評她說以前的她已死了，並且在她被好玩且成績差甚至考零分的弟弟欺負時，被父母用不公平的態度打罵對待，強調她是精神病患，將來一輩子還要靠弟弟。

成員面對此議題的因應策略，包括情緒和問題導向二方面。在情緒導向方面，成員常是努力去感受家人對她潛藏的善意與愛，或是默默承受無奈，或是合理化家人行為背後的理由，企圖為自己的情緒宣洩和心理調適找平衡點。在問題導向方面，成員認為自己在家中有貢獻的最好方式即是主動做家事，如有成員所述「好像只有做家事才不會被罵」；因此她們在第五與第六次團體中討論做家务的意義，分享如何做好的心得，並追蹤生活中的實行狀況；她們發現做家务除了可增進家人相處，還可肯定自我，及正向安排日常作息。

### 議題與策略(四)：親密感的建立與防衛

從第七次團體起的議題出現親密感之需求與適應，其中可分成與異性和同性的相處。異性相處包括廣泛男性及同年齡層男性，此議題在第二次團體即有成員提出，但未成為大家共同的意願，直到第七與第九次團體才突顯出來。

廣泛異性是成員所謂的不分年齡與熟悉度的男性親友或陌生人，她們對於這些男性有「奇怪」與「不安」的感受，對於他們的稱呼、應答、搭訕、或騷擾皆有不知所措的經驗，有成員意識到其實這可能牽涉到「人際間的一道牆」，即「信任度」的問題，其因應策略包括利用睡覺中斷紛擾的思緒，吃東西轉移不適感受，或要自己不需在意，多情緒導向的因應，偶則主動運用社會資源去請教媽媽或護士。

至於同年齡層異性之相處問題與因應就較複雜，成員因社會接觸少，對異性的觀點與反應多

停留在青少年較青澀與敏感的方式，又因接觸範圍限於醫療人員與病友，因此她們這方面的問題需要更艱辛的適應。她們雖然在團體中談笑數位男病友、澄清彼此的互動關係、表達自己欣賞的類型、或討論相處情境，但是後來延伸至擇偶論時，則相當絕望，例如：「正常人不會喜歡我們生這種病的，因為會遺傳」及「不要抱希望！就是結婚的話，對象也是蠻爛的，最好連戀愛也不要」。因此，她們常游移在是否該與異性交往的掙扎中，通常她們得到的答案是負向的，包括她們的家人、醫療人員、社會大眾都覺得她們不適合婚姻。但蟄伏的原慾促使她們必須更費心壓抑自己，因此其因應策略多採取情緒導向，包括：降低自我價值或擇偶條件以符合外界標準的內化過程、否認自己的需求並嘲笑自我的心理調適、盡量避開男生、或是養寵物來轉移情感。

至於同性相處議題插在第八次團體討論，乃生活事件的時效性需求與成員互動而引發的。有一成員捨不得感情好且平時可分擔家事的妹妹隔天就要離家註冊唸書，而希望別人討論她是否為同性戀，由於她在團體中通常是退讓的角色，那次卻肯定自我話題的重要，而獲得其他成員之支持。而成員對同性相處的因應策略，容易停留在避開異性與情感依賴的情緒導向層面，因為成員在團體中談到找同性相處除了是「顧慮安全」，也是怕別人對精神病患與異性交往持負向的觀點而「造謠生非」；後來的討論零星延伸到與同性媽媽的相處，因此有成員意識到同性相處可能是牽涉情感依賴的問題，但當事人在別人提供意見與認定自己非同性戀後，感到情緒釋然，而團體成員亦不具動機深入討論行為改變的問題。

### 三、團體結束期

依事前的約定與準備，第十次團體進入尾聲，成員談到對未來獨立的展望，治療者在最後亦引導成員回顧整體團體過程的收穫，做為研究對象在情緒與認知經驗之統整與團體結束之準備。

### 議題與策略(五)：獨立的渴求與退縮

成員覺得獨立代表「長大」，長大就可以自己做決定且不受父母約束，但長大卻無法「毫無顧忌」，需「會照顧自己」、「記很多事」、「負責任」、及「舉止收斂」，因此她們雖渴求獨立，內心卻也

存在想退縮的矛盾，例如：不想當病人，也不想當正常人、要在保護性的醫院內工作或在自闢性的外面工作、畫圖比賽得名後是要聽別人的意見而匿名或堅持自我出名的看法等。事實上她們雖都贊成自己要更獨立，卻有不少人在日常生活事項上就難以獨立，尤其常依賴媽媽的意見與提醒，因此她們的因應策略除了是把問題內化成「自己是長不大的人」的情緒導向以外，仍在被動運用社會資源的因應層面。

然而，成員在展望未來獨立的過程時，仍是相當需要支持的，這可從她們對團體的正向評價中看出，例如：「參加這個團體後收穫很多，更瞭解病友，及從別人那裡吸收經驗作自己參考」、「這個團體可幫忙我們把要講的話跟大腦做協調，比較會表達」、「在這裡有機會瞭解彼此，多溝通」。

## 討論

### 一、議題特色與影響因素

Fallon 等人指出精神分裂病患在社區中的生活適應壓力，主要來自於家庭生活處理和人際方面的問題[21]。另有研究亦指出精神分裂病患在短期與同質性團體中呈現的生活議題多以自己的疾病經驗為主，例如：幻覺、妄想、思考鬆弛或殘存的精神症狀困擾，不良的人際互動，或是家人相處的困擾，但對容易引發焦慮的議題則較逃避[22]。本研究結果除了印證上述基本議題，包括：人際、疾病、家庭議題以外，卻還發現兩個焦慮感較高的困擾議題：親密感與獨立。這兩個議題之內涵可能與研究對象的年齡層發展需求[23]、疾病影響獨立功能退化[13]、及社會接觸不足[24]有關。而這兩個議題之呈現，可能原因是：在此次女性團體過程中，顯現介紹期較短，凝聚力較佳，討論議題由人際間很快轉至個人內心，與特別著重人際間議題的男女混合團體有所不同[25]。這些現象呈現除了是與團體領導者與成員的治療性人際關係基礎佳，與熟悉信任度逐次提高之外，亦可能是所謂同性別的純女性團體之特色[26]。

### 二、策略特色與影響因素

所謂因應策略常與生活適應功能有關，多數研究者採取兩者之一的取向來描述因應，其一取

向是強調因應的導向(focus)，指一個人反應壓力源的定向與活動焦點，可能是積極努力去面對或解決問題，也可能是逃避問題且關注在有關情緒的處理；另一取向則是強調因應運用的方法(method)，即反應壓力源的是認知或行為的努力[27]；故若綜合兩個取向來看，也可以嘗試區分因應策略為四個軸向：認知面對、行為面對、認知逃避、與行為逃避[28]。McCay, Ryan, Amey(1996)以大學附設精神醫療部門的四位平均 30 歲、未婚、男女各半、初次發病、診斷為精神分裂症病譜為對象組成的團體中，發現他們處理有關疾病問題的因應策略有 1)跳脫疾病的網綁以客觀角度看待自己與疾病的關係，2)不斷偵測自己的思考模式是否合宜，3)積極尋找希望以建立自信，4)瞭解自己的優點潛力並接納自己，5)將疾病視為生命中的一個難關並努力面對克服，與 6)學習保護自己並盡量表現自己正面的形象[11]，其結果較像是強調因應運用的方法，而本研究探討的女性精神病患因應策略是強調因應的導向，在相同疾病問題的層面上直接比較並不容易，但若綜合兩個取向來相比較，顯現本研究在內容方面有較弱認知與行為面對之程度，有可能與其研究對象是初次發病，而本研究對象乃多次發病與慢性化的病患有關，至於是否也與性別因素有關則無脈絡可循，需未來進一步探討或比較。

本研究的女性精神病患在團體中分享的五個生活適應困擾議題中，其因應策略雖各有特色或具個別差異，但總歸納來說普遍採取情緒導向的因應策略，包括：心理調適以舒緩情緒、把問題內化成負向自我概念、與避開情境或轉移情感，即較多是採取認知面對/逃避及行為逃避軸向的情緒導向因應策略。她們雖在疾病、獨立、與親密感的議題中，偶有行為面對軸向的問題導向因應策略是在運用社會資源，但在疾病與獨立議題仍是被動式的，在親密感議題雖有主動的部分，卻也是頻率不高且資源範圍小，因此，本研究結果發現女性精神病患針對生活適應困擾議題的因應策略，綜合來看的確具被動、壓抑及情緒導向的特色[29]。而鍾與蕭(1995)以比本研究年齡略輕的平均 22 歲、男生略多(佔 57%)、而學歷與病程較類似本研究的以高中為主(佔 71%)、病程以 1 至 3

年最多(佔 71%)的精神分裂病患為對象，瞭解他們對生活適應的態度，結果發現他們和對照組的一般青年類似，皆以屬「和順性積極行動」因應型態為主，只是較多有「衝突性情緒調節」[30]，雖然與本研究結果因歸類法不同致很難完全比較，但本研究對象以運用社會資源策略為較積極的行動，顯然是較和順性之因應，而情緒導向因應顯然佔有重要角色。

而且本研究對象呈現有社會網絡少且與母親關係緊密的依賴問題，除了疾病影響功能退化[13]與社會接觸不足[24]因素有關以外，尚須留意是因母親通常是精神疾患的主要照顧者[31]，或主要是牽涉女性個體化過程中與母親的分化狀態有關[32]，會影響復健過程的支持角色與功能。而女性精神病患較少使用問題導向的因應策略，本研究結果顯現她們覺得只有在家中做家事才能正向解決部分問題，然而此方式可能牽涉文化中對女性的性別角色認同偏差有關[33]，值得我們進一步去探究。

### 三、議題與策略之動態消長觀與臨床應用

本研究亦發現研究對象在生活適應過程中，並非是完全被動接受的靜態個體，她們在生活中仍會有想改變的嘗試與矛盾之動態掙扎；她們通常不滿意於情緒導向的因應結果，因為她們從中感受到自我效能較差，即常發覺自己沒有把問題處理好，重複的負向經驗因此影響到對自我的貶抑，就更無法去面對或處理問題。MacDonald 等人建議引發好的自我效能與給予社會支持，可增加精神病患使用問題導向的因應策略之頻率，繼之可促進其自我效能，成爲一種問題導向因應的正向循環，方是解決精神病患生活適應問題的根本之道[5]。有研究肯定促進自我效能感乃協助精神病患生活適應的重要議題，且進一步建議考量運用社交技巧訓練、衛生教育、或支持團體的方法予以增進良好處理的經驗[34]。在這些方法的進行過程中，根據作者的臨床經驗，可以包括：鼓勵病患去探索自我特質與興趣、知悉精神病的相關知識與帶來的功能限制、學習多樣化的問題解決策略並常練習之、增加社會互動機會、促進異性交往的正常化態度、啓發個體適當的依賴與獨立觀念，催化家人對精神病的正確認識與對病患的

合宜支持。同時亦要鼓舞醫療人員不管是在透過個人平常的互動或是帶領團體諮詢或治療的方式，去主動發揮其社會支持角色，因為有研究已明白指出社會支持可減低壓力的負向作用，對因應行為具直接正向促進作用；從略不直接的作用來看，社會支持可提供資源讓人執行有效的因應行為；或從間接作用來看，社會支持亦能中介各種壓力與因應行為的關係[35]。

再者，本研究在瞭解女性精神病患生活適應中的議題與策略後，要提醒大家重視女性精神病患在每個生活適應過程中的內在動態面，針對其不同適應議題與策略的問題去精緻化發展適合的醫療處置，例如：有文獻以五十位精神分裂症病患為對象，以半結構訪談瞭解他們對妄想和幻覺等精神病症經驗的自覺與因應，發現其中 86%會有行為改變的因應，包括活動退縮、增加人際互動、自我認知控制或忽略症狀、配合症狀的行為修正、或增加抗精神藥物與其他物質服用等的行為改變，雖然每個人的因應方式有個別差異存在，但肯定精神分裂症病患並非完全被動的疾病受害者而已，因此，醫療人員在瞭解他們的因應策略後，可運用這些行為改變的現象與藥物治療有更好的連結[36]。

## 研究限制與建議

1. 此研究限於團體心理治療型態收集資料，樣本數較少，研究結果的廣度待未來擴展。
2. 因為目前缺乏男性精神病患生活適應的研究作為本研究的對照組，亦較少女性精神病患在這方面主題的研究結果作為比較，本研究乃進行描述經驗的探索性質化研究，並與混合性別的相關研究與團體治療之結果作比較，性別差異之深入比較與定論待未來研究繼續探討。
3. 限於支持性團體心理治療之功效評價非本研究之主要目的，故雖在團體結束時有讓研究對象進行少部分評價，作為經驗統整與團體結束準備，但尚無法預測此類支持性團體治療方案在女性精神病患真正生活適應上的功效，未來需有長期追蹤研究或準實驗設計研究的進一步探討。

### 參考文獻

1. 謝佳容, 蔡素玲, 蕭淑貞: 精神科日間留院病房生活適應團體之成效。新台北護理期刊 2000;2:71-83.
2. 鄭泰安: 台灣地區精神病患之社會文化特徵及療養院結果研究。中華心理衛生學刊 1985;2:117-33.
3. Pyke J, Page J: Long term care for the chronic schizophrenic patient. *The Can Nurs* 1982;Jan: 37-43.
4. 李文瑄, 葉英瑩, 劉蓉台等人: 慢性精神病患社會復歸成果之預測因素。臺北市立療養院 71 年年報 1984; 34: 129-34.
5. MacDonald EM, Pica S, McDonald S, Hayes RL, Baglioni AJ: Stress and coping in early psychosis: Role of symptoms, self- efficacy, and social support in coping with stress. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 122-7.
6. Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
7. Falloon IRH, Talbot RE: Persistent auditory hallucinations: Coping mechanisms and implications for management. *Psychol Med* 1981; 11: 329-39.
8. Yalom I: The theory and practice of group psychotherapy (3th ed). New York: Basic Books, 1995.
9. Prehn RA, Thomas P: The Effect of a women's issues group on female psychiatric Inpatients. *J Psychosoc Nurs* 1990; 28: 34-9.
10. Nudelman ES: Group psychotherapy. *Nurs Clin North Am* 1986; 21: 505-14.
11. McCay E, Ryan K, Amey S: Mitigating engulfment: Recovering from a first episode of psychosis. *J Psychosoc Nurs* 1996; 34: 40-4.
12. Msarsh L, Casper R: Gender difference in brain morphology and in psychiatric disorder. In: Casper R ed. *Women's Health: Hormones, Emotions and Behavior*. New York: Cambridge University Press, 1998: 53-82.
13. Kaplan HI, Sadock BJ: Schizophrenia. In *Synopsis Psychiatry* (15th ed). Maryland: William & Wilkins, 1998.
14. Goldstein JM, Tsuang MT: Gender and schizophrenia: An introduction and synthesis of findings. *Schizo Bulletin* 1990; 16:179-83.
15. 蕭淑貞, 周照芳, 林梅鳳, 胡海國: 已婚精神分裂症患者之性別對臨床症狀、日常生活功能與家庭功能之影響。台灣精神醫學 1994;8:83-90.
16. Cowan PJ: Women's mental health issues reflections on past attitudes and present practices. *J Psychosoc Nurs* 1996; 34: 20-4.
17. 陳珠璋, 褚增輝, 吳麗萊, 魏芳婉: 復健訓練對慢性精神病患的療效。台灣精神醫學 1989;3:205-18.
18. 張景瑞, 胡海國, 葉玲玲, 張宏俊: 出院精神分裂症患者社區生活適應的預測因子。中華精神醫學 1995;9:203-11.
19. Patton MQ: Qualitative evaluation and research method. Newbury Park: Sage, 1990.
20. 陳杏佳: 現象學方法論與護理研究應用。新台北護理期刊 2000;2:117-23.
21. Fallon IRH, Boyd JL, McGill CW: Family care of schizophrenia. New York: Guilford, 1984; 40-51.
22. Kanas N: Group therapy with schizophrenia patients: a short-term, homogeneous approach. *International J Gr Psychotherapy* 1991; 41: 33-48.
23. Brownlee J: Group psychotherapy for women exploited by health care providers. *Am J Psychotherapy* 1994; 48(2): 262-79.
24. McGorry P: The concept of recovery and secondary prevention in psychotic Disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 1992; 26: 3-17.
25. Walker LJS : Are women' s groups different? *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1981; 18: 240-45.
26. 宋卓琦: 性別與心理治療。中華團體心理治療 1999;5:1-3.

27. Endler NS, Parker JDA: Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Personality and Social Psychol* 1990; 58: 844-54.
28. Holahan CJ, Moos RH, Schaefer JA: Coping, stress resistance, and Growth: Conceptualizing adaptive function. In: Zeidner M, Endler NS ed. *Handbook of Coping: Theory, Research, and Application*. New York: John Wiley & Sons, 1996; Ch 2: 24-43.
29. Endler NS, Parker JDA: Assessment of multidimensional coping: Task, emotion and avoidance strategies. *Psychol Assess* 1994; 6: 50-60.
30. 鍾寶珠, 蕭淑貞: 精神分裂病青年及母親對生活適應的態度研究。 *中華衛誌* 1995;14: 256-67.
31. Hatfield AB: The family as partner in the treatment of mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1979; 20: 243-51.
32. 劉惠琴: 青少年在母女關係中的個體化模式。 *中華心理衛生學刊* 2000;12:53-91.
33. Ewashen CJ: Devaluation dynamics and gender bias in women's group. *Issues in Ment Health Nurs* 1997; 18: 73-84.
34. McDermott BE: Development of an instrument for assessing self-efficacy in schizophrenic spectrum disorders. *J Clin Psychol* 1995; 51: 320-31.
35. Beehr TA, McGrath, JE: Social support, occupational stress, and anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping* 1992; 5; 7-19.
36. Dittmann J, Schuttler R: Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 318-22.



## Investigation of Adjustment to Daily Life in Female Psychotic Patients by Support Group

Shing-Chia Chen, Pei-Chun Liao\*

**Abstract:** This qualitative research uses the model of support group psychotherapy to analyze the distress issues and coping strategies of how women psychotic patients adjust themselves to daily life. Women's mental health is an important issue that deserves our deep concern, but there has not been enough effort made to explore the problem. We need more studies on such issues to serve as the reference guides or comparing bases in clinical care and academic research. This study records the ten meetings of a supportive group composed of eight single women patients with schizophrenia in a psychiatric day ward, how they are helped by two female leaders to adjust themselves to their daily life problems. The recorded activities of the group-process meetings are analyzed, compared, and inducted to understand the characteristics of these patients' distress issues and coping strategies.

The results after investigation show that these patients' distress problems are: 1) conflict and negotiation in interpersonal relationship, 2) company and dismissal with psychotic disorder, 3) support and depreciation from family, 4) development and defense of intimacy, and 5) eagerness and withdrawal of independence. Most patients use emotion-focus coping strategies, such as adapting themselves to release emotions, internalizing problems into negative self-concept, avoiding distress situations, and displacing feelings. In general, their coping strategies are characterized as passive, depressive, and emotionally directed. This study wishes to serve as a reference for clinical care, education, and academic research in psychiatry.

Key Words: women, psychotic patient, support group, adjustment, distress issue, coping strategy

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2001; 5:290-298)

---

School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University; Department of Nursing, National Taiwan University Hospital; Chang-Gung Institute of Nursing\*  
Address Correspondence to: Shing-Chia Chen, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University, No.1, Sec. 1, Jen Ai Rd. Taipei, Taiwan