

南 華 大 學
環 境 與 藝 術 研 究 所
碩 士 論 文

憂鬱症與生活脈絡的關聯：

「生活世界」觀點下之「心理/地理」圖式建構

Depression and Its Life Context : Construction of A
Mental-Geographical Map under the “Life-world” Concept

研 究 生：丁建谷

指 導 教 授：魏光莒 博士

中 華 民 國 九 十 六 年 七 月 二 十 一 日

南 華 大 學

環境與藝術研究所

碩士學位論文

憂鬱症與生活脈絡的關聯：

『生活世界』觀點下之「心理/地理」圖式建構

研究生：丁建谷

經考試合格特此證明

口試委員：

陳士源

鄧建慧

魏光慈

指導教授：魏光慈

系主任(所長)：洪玉玲

口試日期：中華民國 九十六年 六月 十二日

謝 誌

Was macht mich nicht umbright, macht mich starker

-- Friderich Wilhelm Nietzsche, 1844~1900--

這殘殘風雨，呼嘯了數年寒暑，屢屢孤立於懸崖絕壁之上，發現心中還有一夢，或者，一點微微的想望，想證明一些什麼、成就一絲什麼，然後，夢被切開，也許是妄想的汁液流了出來，是藍色的。原來，憂鬱的本質為生命中因有了慾望還是怨念而迫使內心最底層的靈性被活生生的抽離而不自知，種種作為拼貼出生活一文不值且殘缺不全的真實，精神耗盡在盲目的追索與虛華的道法之中，忘了原本活著，就只需要安靜的遊蕩。

靜謐中我想起小時候的溪邊、稻旁、老樹下，踩在昨日的土地上，聽著有如來自天上智者的述說，我才看到經青春烈日烘烤後的腳印，裂蝕而過，像極夢中那把利刃橫切而下，切過年代久遠的礦土，那滄桑的歲月。在貪嗔痴的迷幻世界裡，嵌著荒謬的印記，善於用偽道磨成春藥，配著權力蒸餾的禍水，幾泡湯頭囫圇吞下，如歷史紀錄般，大可再癩兩千五百年。那疊疊幢幢粉碎的幻影啊！什麼時候，才能見到天荒地老後的重生？

其實就像一場風，空悠悠的誕生於匆忙的氣流，靜下心來便可以嚐到酸甜如眼淚的滋味，竟是明日的哀愁。虛渺的金黃殿堂，風沒停過，而眼淚也如晨露一般被瀟灑吹落，濺起滿地真真假假的俗世塵土。風過、淚停、塵落，夕照亦如往常一樣悠悠淡淡黯黯、不急不徐的隱沒，我靜靜站在無際的山邊，看那如夢似幻的景象轉化為一片寂寥，看那醉人的七彩顏色凝結成一片黑，一道閃電轟然而來、嘎然而止，終於劈破殿堂上那世世代代不可侵犯的冠冕。

感謝的是，默默支持關心我的父親與母親，任由我的率性與衝動，讓原本應該平順、安穩、優渥的人生，過得如此曲折。除此之外，兩年來在論文與工作上得以發展出新的概念，並將之付諸於實踐，除了要感謝魏光莒教授沈穩自如的指導之外，魏老師獨樹一格的新思維，更讓人讚嘆。關於論文，再感謝的是陳本源老師與郭建慧老師，在教學工作忙碌且缺乏休息之餘，仍提供獨特的觀點，讓此論文更臻完善。從環藝所諸位老師認真教導中，獲益良多。

關於同甘共苦，感謝阿彬偶爾一起休閒聊天釣魚喝酒，只可惜機會不多；感謝大勝、徽林、育漪一起加油打氣，把潛能發揮到一點也不剩；最後，我感謝一路陪著我、支持著我也照顧著我的楊雅慧小姐，委屈辛酸都看在眼裡並向天祈求我的健康與快樂，經過風風雨雨之後，就像是長年旱襲而殘破的乾涸大地，現已降甘霖緩緩滋潤，只等待來年的開花結果。感謝大家，感恩！

建谷 于嘉義·大林.

丁亥年.

摘要

近十年來國人憂鬱、自殺的問題日益嚴重。醫療體制內的精神醫學在人力、設備與資源的投注下，仍未有效抑制自殺率以及情緒問題的發生率，反應出心靈困境並非單純以精神醫療的模式得以解決。本研究試圖從現代醫療的模式作為分析的起點，提出其在發展過程中可能的盲點，目的是為了闡述另一種跨領域的可能性，亦即回歸人們所依存的『地方』與『生活世界』，嘗試提出當人們處於「心理困境」時所對應的「地理空間圖示」，並以個案實存的空間圖示來理解情緒困境的生活脈絡肇因與其療遇的新可能性。本研究以診斷確定之憂鬱症個案為深度訪談對象，採取半結構式的『生活路徑圖』作為理解個案生命脈絡的策略，瞭解憂鬱症個案的情緒意涵與地方生活空間之關係。在統整訪談結果與加以分析之後，本研究認為『心理』的狀態意味著一種『地理』的存在，而且以「生活路徑圖」的介入模式可以有效改善個案的憂鬱情緒與人生困境。並且，此新介入模式可以刺激傳統醫病關係的再思考。

關鍵詞：憂鬱症、人文地理、現象學、生活世界

Abstract

The melancholy syndrome in Taiwan has been increased seriously in the last decade. The means and concepts of medical treatment have failed to reduce the suicide-rate and depression effectively. It means the mental predicament can not be solely solved by psychiatry. This research is trying to address diversification concepts of depression and emphasize the importance of “place” and “life-world”.

This research uses the “Life-route Map” to understand the life context of each patient who has diagnosed depression by psychiatry. The result of this research finds out a certain relationship clearly exists between mental predicament and life-routes of such patients. According to the understanding of “mental/geography” concept, we can figure out the cause of depression under their life contexts. Besides, it is possible to expand a new method of “healing encountering” to depressive individuals.

After analyzing the data, this research proposes a possible new paradigm for mental treatment, namely the state of mind reflects a geographic existence of people; moreover, the new “Life-route Map” treatment strategy is useful for healing the depressive individuals. And finally, the “mental/geography” concept can also adjust the traditional rigid character of the doctor-patient relationship.

Key words: Depression, Humanistic Geography, Phenomenology, Life-world

目 錄

第一章 緒論

第一節	研究動機與目的	1
第二節	研究理論	5
一、	現代精神醫學	5
二、	人文主義地理學	5
三、	現象學	5
四、	生活世界	6
第三節	研究範圍與對象	6
第四節	研究方法與過程	7
一、	研究方法	7
二、	研究工具	7
三、	研究對象特徵	8
四、	研究過程	8
第五節	現代醫療模式的反省	9
一、	標準化程序與寰宇性的精神	11
二、	傳統療護的揚棄與現代效率的強調	13
三、	以器官生理觀點來理解心靈困境	14
四、	疾病分類診斷的快速擴張	17
五、	小結	18

第二章 現代精神醫學與『生活世界』對人的認知

第一節	現代精神醫學的發展概述	19
第二節	現代精神醫學模式對「人」的定位	22
一、	人是疾病的載體	23
二、	人是理性、可控制的個體	24
三、	人可被單獨抽離分析	25
四、	疾病化的傾向	27
第三節	現象學『生活世界』的「存有」概念	28
第四節	『生活世界』對「人」存在的認知	31
一、	人是『生活世界』中的歷程與存在場域的脈絡	31
二、	人在『生活世界』中才能體驗生命與自我的真實性	34
三、	人的『生活世界』包含空間與場域的元素	35
第五節	『地方』與心理健康議題的再思考	37
一、	『地方』的概念與重要性	37
二、	心理健康的再思考	40

第三章 『心理/地理』圖式建構

第一節	「生活路徑圖」的發展理念	44
第二節	「生活路徑圖」的理論基礎	45
一、	人本心理學的「心理需求論」形成圖示內的各種場域意義	45
二、	『生活世界』的概念構成『生活路徑』圖示	48
第三節	「生活路徑圖」的各種場域意義	50
第四節	「生活路徑圖」實際操作模式	51
一、	基本介紹以及明確區分出憂鬱時期的時間點與所處環境	51
二、	進行『憂鬱時期』的生活路徑描繪	52
三、	『前憂鬱時期(有的為前一年,有的為前幾年)』的生活路徑描繪	52
四、	『其他時期(生命早期或是憂鬱改善後時期)』的生活路徑描繪	52
五、	整體的討論與生活反思	52
六、	肯定個案的自我察覺能力與自我改變能力	53
七、	再次說明研究將如應用與處理個案的訪談資料	53
第五節	「生活路徑圖」的適用性	53

第四章 憂鬱症個案的心理與環境模式

第一節	憂鬱症個案的生活路徑圖分析	55
第二節	憂鬱症個案的生活世界	96
一、	「心理困境」所對應的「地理空間圖示」	96
二、	「心理健康」所對應的「地理空間圖示」	101
三、	生活場域的拓展與Maslow心理需求理論的呼應	106
第三節	對生理病因過度強調所衍生的議題	107
一、	「人」的生命脈絡意義被隱藏在精神症狀之下	107
二、	憂鬱症的過度診斷與標籤化問題	108
三、	憂鬱症診斷所涵蓋的現象太廣	110
四、	小結	111
第四節	『心理』狀態反映一種『地理』的存在	112
一、	『地方』承載了人的存在脈絡	113
二、	『地方』緩衝了日常生活中的壓力與情緒	115
三、	『地方』的消逝導致進退失據的窘境	118
四、	小結	120
第五節	一種新的療遇策略—『地方』與生命脈絡的自我理解	120
一、	不斷變動移轉的典範	120
二、	一種新的『心理/地理』療遇思維	121
三、	小結	123

第六節	醫病關係的再思考 -----	123
一、	『心理/地理』的療遇策略是自我理解與自我提昇的起點--	123
二、	新的思維模式導致醫病關係的轉變 -----	125
三、	小結 -----	127
第五章 結論		
第一節	本研究在精神醫學學理上的回饋 -----	128
一、	「生活路徑圖示」是有效的心理困境介入策略 -----	128
二、	從『精神疾病』、『心理變態』轉向為『心理/地理的斷裂』-	129
三、	「症狀」的邏輯必須仔細審視與重新思考 -----	129
第二節	本研究所引發的省思 -----	130
一、	以 Maslow 理論來反思現代文明發展對憂鬱個案的影響----	130
二、	個人層面與精神醫療層面的危機與轉機 -----	132
第六章	參考文獻 -----	134
附錄	-----	141

表 目 錄

表 1	台灣 88-94 年醫療院所「情感性精神病」與「精神官能症」 之門診人數與百分比統計分析-----	2
表 2	台灣 84-94 年醫療機構病床數統計分析 -----	3
表 3	台灣 86-94 年精神專科醫院醫事人員數統計分析 -----	4
表 4	台灣 87-94 年綜合醫院附設精神科之數量統計 -----	4
表 5	DSM-IV 之憂鬱症診斷標準-----	8

圖 目 錄

圖 1	台灣地區歷年自殺及自傷死亡率-----	2
圖 2	生活路徑圖-----	7、49
圖 3	Maslow 需求層次圖示-----	46
圖 4	Maslow 修正後之需求層次圖示-----	47
圖 5	地方對個體生活適應的作用圖（一）-----	117
圖 6	地方對個體生活適應的作用圖（二）-----	118

第一章 緒論

第一節 研究動機與目的

近三十年來，隨著台灣經濟的起飛，人們物質生活的提升，人們相關的心理精神狀況也層出不窮。許多人開始意識到心理健康的重要，關於心理健康的各種論述也日益蓬勃的發展。在台灣，現代精神醫學的「心理健康論述」也成爲一種醫學思想主流。然而，現代精神醫學是否真的提升或促進了國人的心理健康？在當代哲學思潮轉向後現代模式的當下（開始反思現代性的觀點），過去被視爲理所當然的觀念逐漸受到質疑。現代精神醫學亦成爲需要接受檢視的對象之一。此處所謂的心理健康之「現代精神醫學模式」，主要指的是現代精神醫學所闡述的一種心理健康與心理病態的思維模式。基本上，將人視爲一種標準化的心理反應機制與理性思考的存在，並且與其生活場域及經驗歷程無關。此「模式」影響甚廣，基本上涵蓋精神醫學界的理論層面與醫療體系的實踐層面，甚至影響政府政策的擬定。本文以目前國內相關心理健康的實際醫療現象作爲檢視起點，反思主流心理健康論述下的可能盲點。而這樣的反思歷程，並非企圖全盤否定現代精神醫學過去對國人的貢獻。對現代精神醫學範式的重新思考，是嘗試檢討其所宣稱的『認識論』，並提出不同於精神醫學模式的可能性與解釋模式。

「心理健康」這個議題在現代社會中受到各方的重視，以近幾年十分受到政府與民間關注的自殺與憂鬱議題來看，依據行政院衛生署民國九十四年生命統計資料顯示，台灣地區近幾年來自殺及自傷的死亡人數日益增加。民國九十四年的自殺死亡率達每十萬人十八點八人，自殺死亡人數達四千兩百八十二人，平均每天有超過十人因爲自殺結束生命。此統計資料也同時指出自一九九九年起，自殺已連續名列主要死亡原因的第九名，並且從民國八十二年，自殺率幾乎是年年在持續增加當中，如下頁圖 1 所示。

除此之外，下頁表 1 所顯示的是民國 88 年至 94 年，台灣全民健康保險醫療院所經過統計後的『情感性精神疾病』與『精神官能症』（皆與憂鬱、焦慮有關的疾患）門診個案人數，可發現其人數相當龐大，在精神疾患所有診斷的總人數中佔了半數以上，並且人數亦呈現逐年增加的趨勢。

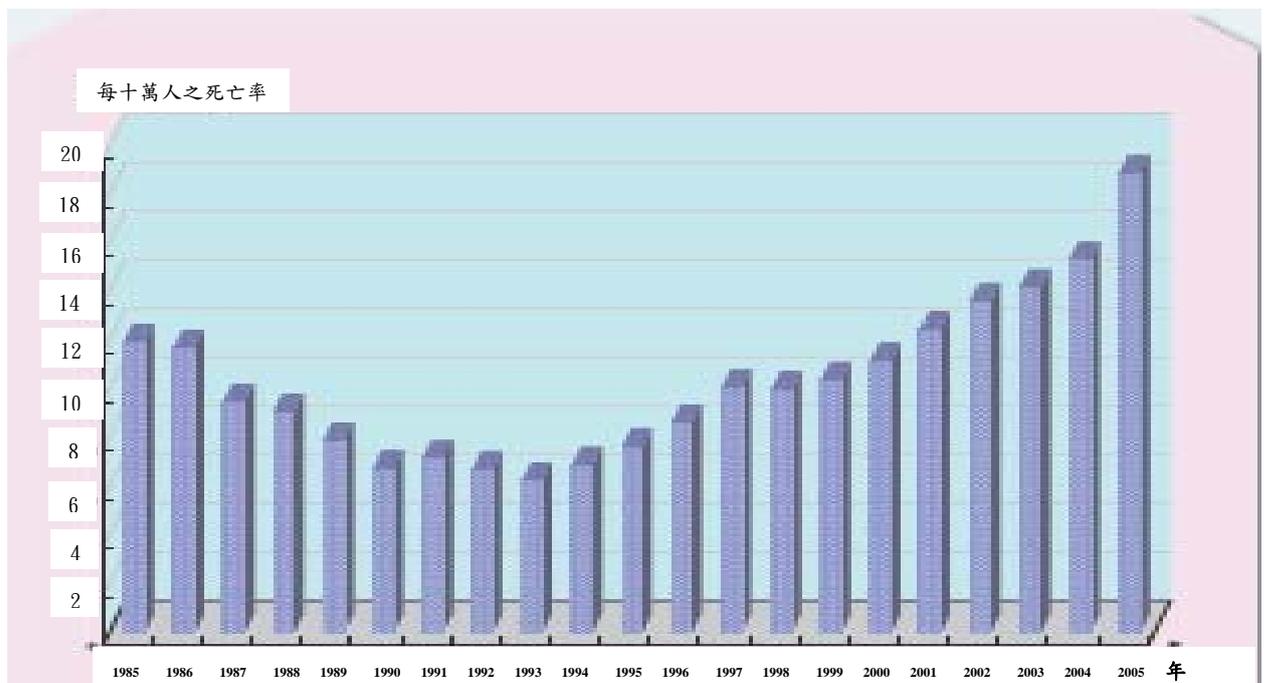


圖 1：台灣地區歷年自殺及自傷死亡率。

資料來源：衛生署網站死因統計資料。 圖表來源：本研究修改製作。

衛生署網站：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

表 1：台灣 88-94 年醫療院所「情感性精神病」與「精神官能症」之門診人數與百分比統計分析

年度	88	89	90	91	92	93	94
人數	859,080	1,093,407	1,165,062	1,205,120	1,285,166	1,400,619	1,424,076
百分比*	50.8%	67.5%	68.1%	69.3%	68.5%	69.3%	67.0%

*註：百分比為情感性疾患與精神官能症佔精神疾病所有診斷(共 31 大類)總人數之百分比。

資料來源：衛生署網站數據：

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/全民健康保險統計年報/94 醫療統計年報/1/940113.xls>

圖表來源：本研究整理製作

從上述資料可知，國人的自殺議題以及情緒問題隨著台灣現代文明的發展有逐年惡化的跡象，而面對近十年來的自殺與情緒問題，政府與民間單位並非坐視不管。台灣精神醫學以及心理學的快速發展也已經近二十年，國內學者早在十幾年前就針對國人自殺問題提出精神疾病的三級預防以及家庭因素的觀念，¹而隨著精神疾病三級預防理念的推行，精神醫療體系成為眾所期盼的救贖力量。以表 2、表 3 與表 4 的資料中可以發現，現代醫療對於國人心理健康問題的努力並非停滯不前，不管是精神專科院所數量的增加、精神醫療相關醫事人力的擴編或是綜合醫院中精神科診別的相繼成立，都是試圖寄望於現代醫療體系的現代精神醫療知識觀點，採取醫學模式來處理人類目前的自殺與情緒問

¹ Andrew T.A. & Cheng. (鄭泰安) (1995). Mental illness and suicide—A case control study in east Taiwan. *Journal of ARCH GEN psychiatry*, Vol 52, 594-603.

題。這種努力的動機誠屬可貴與用心，但遺憾的是，這些努力似乎還沒有辦法有效處理逐年升高的自殺死亡率以及憂鬱情緒的議題。

我們該如何面對這樣的困境？近十年來的努力並沒有獲得令人寬慰的結果。從這樣的現象，可以提出幾個反省的方向。其一，現代精神醫學模式的進展與付出是否跟不上社會的變遷與文明的單線發展所導致的人類處境？其二，現代精神醫療的發展模式與實際操作是否需要重新被檢討？其三，主流的精神醫療概念是否難以真正理解人類的情感與生命問題？不管是以上述何種方向思考，在心理健康議題上，跳脫出單純醫療模式的侷限視野，已是當務之急。跨領域的學科整合，是未來解決人類心靈困境的一條新路徑。

表 2：台灣 84-94 年醫療機構病床數統計分析

病床別 年底別	總 計	一 般 病 床					
		合 計	急 性 病 床		慢 性 病 床		
			急 性 一 般 病 床	急 性 精 神 病 床	慢 性 一 般 病 床	慢 性 精 神 病 床	慢 性 結 核 病 床
84 年	112,379	83,856	64,322	2,606	5,075	10,695	188
85 年	114,923	84,802	65,891	3,419	4,691	9,665	166
86 年	121,483	86,582	66,226	3,760	5,183	10,235	198
87 年	124,564	89,253	67,944	3,940	5,027	11,212	150
88 年	122,937	87,526	68,123	4,641	5,028	8,681	83
89 年	126,476	89,756	69,124	5,011	5,343	9,749	79
90 年	127,676	88,236	67,818	5,097	4,861	9,951	59
91 年	133,398	90,948	69,572	5,330	4,939	10,594	63
92 年	136,331	90,902	69,545	5,552	4,320	11,048	57
93 年	143,343	94,659	72,300	5,868	4,419	11,644	48
94 年	146,382	95,810	72,411	6,012	4,415	12,544	48
與上年增減%	2.12	1.22	0.15	2.45	-0.09	7.73	---

資料來源：衛生署網站，衛生署歷年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計分析

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/醫療服務量現況及服務結果摘要/94摘要表/表3.xls>

表 3：台灣 86-94 年精神專科醫院醫事人員數統計分析

年度 類別	86	87	88	89	90	91	92	93	94
院所數	22	23	27	27	31	31	31	32	32
執業醫事 人員數	1282	1550	1774	1924	2330	2478	2547	2730	2530

資料來源：衛生署網站，網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報/94/12.xls>

圖表來源：本研究製作

表 4：台灣 87-94 年綜合醫院附設精神科之數量統計

年度 類別	87	88	89	90	91	92	93	94
家數	188	213	219	223	234	239	254	260

資料來源：衛生署網站，網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報/94/35.xls>

圖表來源：本研究製作

行政院衛生署自殺防治中心於九十四年底掛牌成立，成為國內因應自殺議題的領航單位與推手，關於自殺的防治概念普遍認為有生物、心理、社會與文化之成因與背景。學者也提出自殺防治的策略必須立基於各種自殺流行病學的研究，從公共衛生觀點，提供三段五級的全面性防治策略。²這樣的宣稱指出自殺的議題並非單一成因與單純的個人問題，但問題就在於，這種多元思考的理論性觀點並未落實到實務操作的執行層面上。所謂的三級預防概念，也一直繞著憂鬱症、精神分裂症、危險因子等相關醫療預防模式，現代醫療的操作往往把社會環境與文化因素單純的當作『背景』因素而沒有進行有效的考量與介入。

因此，從以上的資料與反省中，本研究試圖從現代醫療的模式作為分析的起點，提出醫學在發展過程中可能的盲點，接著闡述另一種跨領域的可能性。而跨領域之目的，是企圖回歸人類所依存的『生活世界』與『地方』概念，也就是人文地理學與現象學的關注焦點，以此種更貼近「人」真實生活向度的視點來嘗試發展一種不同於過去的思維，為解決情緒困境增加一個新的面向。

² 蘇宗偉、李明濱（2006）。「自殺的流行病學」。《台灣醫學》，10(3)，329-338。

第二節 研究理論

一. 現代精神醫學：

本研究從現代精神醫學出發，考究現代醫學與精神醫學的發展歷史以及核心思潮的轉變。本研究所指的現代精神醫學並非只限於精神科醫師所專屬使用的醫療現象，而是由現代精神醫學所宣導、推廣的一套心理健康論述，其所影響的實際範圍包含精神醫療院所中的各個相關成員，包括醫師、護理師、社會工作師、職能治療師以及臨床心理師等，最近幾年精神醫學的概念也拓展至國內各級學校以及法庭判決等相關領域。³

現代精神醫學為醫學的分支之一，主要是以生理學、內分泌、大腦神經科學、藥理學、心理學以及行為科學來解釋與處理行為與情緒問題的一門學科，致力於瞭解各種怪異行為、心理異常以及心理疾病的病因、病程、症狀現象以及治療方法。

二. 人文主義地理學：

人文主義地理學出現於 1960 年代晚期，主要是針對實證主義地理學進行批判，並且反對自然主義的地理觀，以『理解』的態度重新審視『地方』的意義，而不是單純地企求因果詮釋而已。在人文主義地理學的觀點下，『地方』被重新定義為『意義中心，或人類情感依附的焦點』。⁴因此，人文主義地理學基本上反對絕對客觀、機械化的人性觀，它重視的是「人」存在於世的意義、價值與目標。因為人文主義地理學對人性相當重視，因而被現象學的概念所吸引，並且開始深切的探討環境、地方、空間、地景、場域等議題。總而言之，人文主義地理學揚棄了過去所謂的『客觀』地理環境的思維，重新探尋人與自己、地方、環境、經驗、成長脈絡等等的互動關係，認為人一旦離開『地方』的因素，便無法被理解其存有。

三. 現象學：

現象學為胡塞爾所帶起的一股思潮，批判十九世紀以後的實證主義（Positivism）。⁵胡塞爾反對實證的觀點，並提出現象學的概念。現象學意圖讓哲學回到生活世界，它是從事哲學的一種嚴格方法、一種實踐甚至是一套體系，強調『回到事物自身』，讓事物自己的

³ 近幾年國內各級學校開始進行精神疾病的三級預防工作，法院判決也開始參考精神醫療對於犯罪者的精神評估資料。

⁴ Entrikin J.N. (1976). Contemporary humanism in geography. *Annals of the Association of American Geographers*, Vol 66, 615-632.

⁵ 實證主義認為，唯有自然科學才是最確切的學問，而且唯有事實證據才是確切學問應有的研究對象。在實證主義的觀點下，人的存在被認為是客觀元素的集合體，心靈是以大腦作為物質性基礎，外在世界可以對大腦發生種種刺激，而使得大腦產生種種反應。

現象來說明自己，避免一切先於經驗的錯誤與成見。由此嘗試以現象學的還原（存而不論）來打破笛卡兒時代以來的自我中心困局。海德格繼承胡塞爾的現象學理念，進一步地延伸的現象學的觀念。海德格雖受胡塞爾現象學啟發和影響，但認為胡塞爾仍困於傳統形上學的主體主義(subjectivism)和實體主義(substantialism)的思想方式，胡塞爾的超越主體性(transcendental subjectivity)與現象學所談的時間亦不一致。海德格認為，人並不是如胡塞爾所說的超越的自我(transcendental ego)，而是寓居於世界中的「在世存有」(Being-in-the-world)。世界是人的構成場域，世界亦透過此有(Dasein)的牽掛(Sorge)而開顯。海德格延續了胡塞爾生活世界(Life-world)的概念，進一步強調「人」存在的真實面向。

四. 生活世界 (Life-world)：

對胡塞爾而言，要瞭解人的真相議題，不可能離開生活世界(Life-world)而求諸於科學世界，他也嚴厲的批判，科學的危機正是在於偏離了人的真實生活世界，而過度地以所謂客觀、理性、數學化的方式來詮釋人的處境。甚至，科學世界有取代生活世界的不當企圖，以數理化的真理觀來窄化人的存在意義。胡塞爾提出生活世界的概念，主要就是用來對比於實證科學所定義的世界，他認為生活世界早在科學出現之前就已經存在，而科學就是從生活世界中所發展出來的一套認識基礎與方法。因此，生活世界具有所謂的『先有性(Pre-given)』或是『前科學性(Pre-scientific)』，亦即在科學想要探索世界之前，生活世界早就已經在那裡了，所以生活世界應當是所有科學家或是科學活動所必須緊緊抓住的核心基礎。也因為生活世界是一個實際的、尚未被量化的世界，所以是被『人』以直接的感官知覺與情感功能所認識，人與這生活世界緊緊相關聯與互相作用，並非主觀與客觀的二元化觀點可以簡單的概括。

第三節 研究範圍與對象

自殺議題在目前的教育宣導與媒體報導下，很自然的讓人聯想到憂鬱症的問題，但是自殺、存在感消失、情緒崩壞等現象是否就完全等同於憂鬱症？或者憂鬱症是否就足以解釋人類在目前社會文明中所遭遇的困境？本研究即以憂鬱症個案為對象，排除掉「非單純憂鬱症」的其他精神疾病診斷，⁶不限醫院轉介的個案或是社區主動求助的個案，以深度訪談的方式來進行本研究。

⁶ 本研究對象以單純憂鬱症為主，排除掉『躁鬱症(雙極型情感性疾患)』、『憂鬱焦慮共病』以及合併其他精神疾病的對象。

第四節 研究方法與過程

一. 研究方法：

本研究採取質性研究法，以深度訪談為主要的策略，自九十五年五月開始收集個案資料與邀請訪談對象。

二. 研究工具：

1. 生活路徑圖：以現象學生活世界的觀點，設計出『生活路徑圖』（第三章詳述），如圖 2 所示。以此圖為深度訪談的核心架構，瞭解個案在『憂鬱時期』、『前憂鬱時期（有的為前一年，有的為前幾年）』以及『其他時期（以個案主觀認為「人生中的重要時期」或「憂鬱症狀改善後」的時期）』的重要生活路徑，一方面可清楚地看出各時期個案的生活各面向與其生活世界概況，另一方面此圖也顯示出個案人生中與地方場域互動的生命簡史。

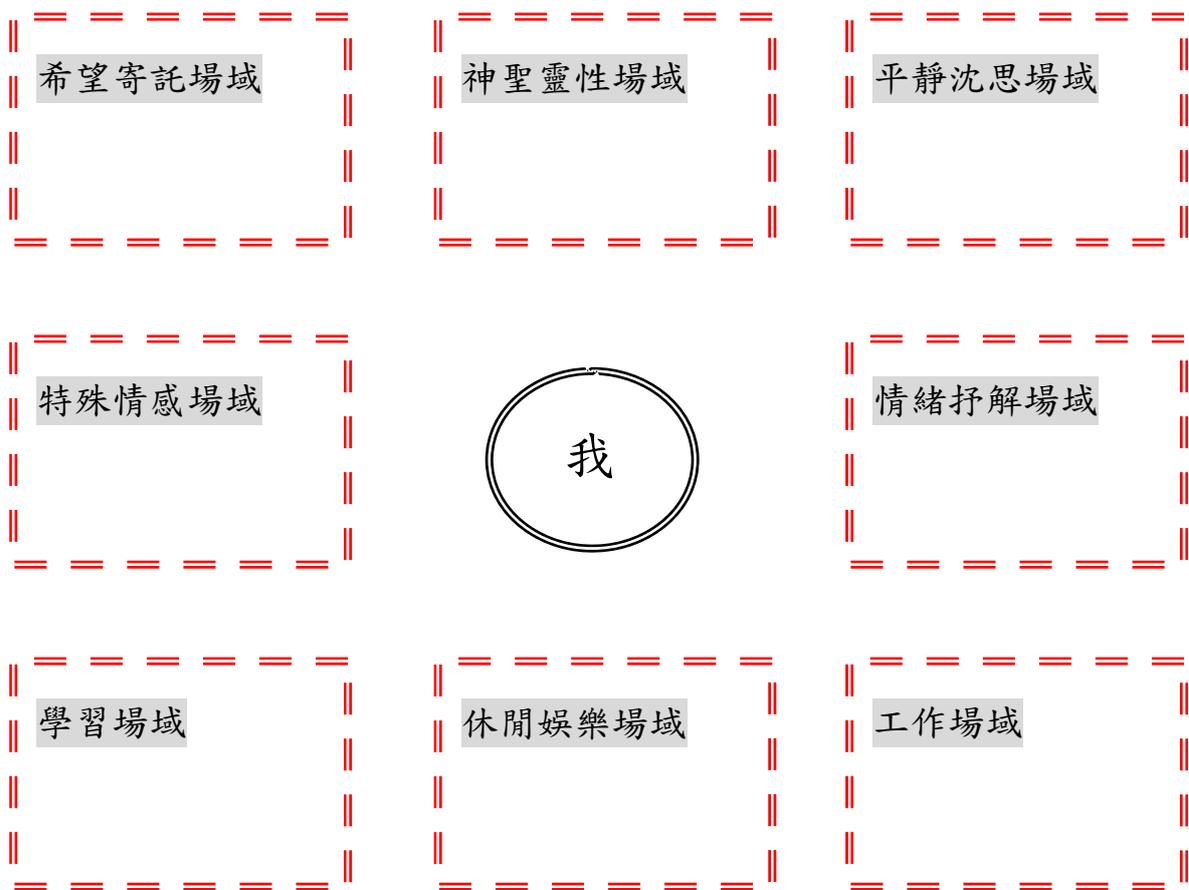


圖 2：生活路徑圖

圖表來源：本研究設計

2. 精神疾病診斷晤談：根據美國精神醫學會所訂定的『精神疾病診斷手冊第四版 (DSM-IV)』之診斷原則來進行症狀確認，在邀請個案進入研究之前，研究者皆先以精神疾病診斷晤談法來確認個案之精神科診斷，藉此來篩入或排除研究對象。本研究以憂鬱症為研究對象，其診斷準則是根據 DSM-IV 所列之描述性症狀標準來判定，診斷標準如下表 5 之 A.B.C.D.E 所示：

表 5：DSM-IV 之憂鬱症診斷標準

重鬱發作 (Major Depressive Episode)
A. 至少 兩週 期間內，同時出現下列症狀五項 (或五項以上)，且呈現原先功能之改變； 且 1、2 項至少應有其中之一。
1. 憂鬱 心情，幾乎整天都有。
2. 幾乎生活中所有的活動，興趣或樂趣 都顯著減少。
3. 明顯地體重下降或體重增加 (一個月內體重變化超過 5%)。
4. 幾乎每日失眠或嗜睡。
5. 幾乎每日精神運動性激動或遲滯。
6. 幾乎每日疲累或失去活力。
7. 幾乎每日有無價值感或過份不合宜的罪惡感。
8. 幾乎每日的思考能力或專注力減退，或無決斷力。
9. 反覆想到死亡，重複出現自殺意念、自殺嘗試或實行自殺計畫。
B. 此症狀不符合躁狂與憂鬱混合發作的準則
C. 此症狀造成臨床上之重大痛苦，或損害社會、職業或其他重要領域的功能。
D. 此障礙並非由於物質濫用或其他醫學情況的直接生理效應所造成。
E. 此症狀無法以傷慟反應來解釋。

資料來源：DSM-IV 精神疾病診斷準則手冊。

圖表來源：本研究整理製作

三. 研究對象特徵：

本研究共訪談七位憂鬱症個案，年齡範圍從 18 歲至 45 歲。三位男性，四位女性。教育程度皆為高中職以上 (有一位目前高三就學中)。有二位是由醫院精神科醫師所轉介前來接受心理治療之個案，有五位是利用社區心理衛生中心之諮商資源主動求助之個案。而這七位個案目前皆生活在雲林嘉義地區。

四. 研究過程：

本論文之研究者 (研究者為通過國家考試合格之臨床心理師，具備八年以上之臨床心理工作資歷，工作經歷主要為嘉義地區綜合醫院精神科、雲林、嘉義各級學校輔導室以及雲林縣社區心理服務) 自九十五年中開始，即陸續邀請個案參與研究，經過診斷晤談篩選後，一旦確認為單純憂鬱症而成為訪談對象，即與個案說明研究目的與方式，並說明保密

原則（所有個案皆匿名，並適度修改與研究無關之基本資料）。若個案願意參與，即簽訂研究同意書。訪談過程，所有個案皆不同意錄音，因此研究者在訪談中與訪談後以筆記方式記下訪談逐字稿與訪談記錄。每位個案約訪談了四至六次（每次 1~2 小時）才足以完成三份生活路徑圖與生命經驗回顧。至九十六年三月底，總共訪談七位憂鬱症個案，其中有六位個案曾經至精神科門診就診過，有一位尚未就診過精神科。

第五節 現代醫療模式的反省

在正式思考現代精神醫學之前，有必要先瞭解精神醫學所根基的現代醫學模式，才能清楚現代精神醫學的核心概念與其所延伸出來的問題。以下便從現代醫學模式著手，耙梳現代精神醫學所依循的理性科學脈絡。

醫學一直主導著人類的身心健康議題，醫學從十八世紀前的古典醫學，歷經啓蒙時代一連串的科學革命之後，於十九世紀左右誕生了具有不同視野與意義的現代醫學。從前以『人』的角度來看待問題的方式轉而以『疾病』的角度來『覆蓋』人的問題。人的身體被視為為一精密且相互關聯的複雜機械，並且是疾病所暫時棲居的活動場域，這樣一種視點的轉換歷史並不長，Michel Foucault於《臨床醫學的誕生》（1963）一書中以考古學的方法揭示了現代醫學的發展歷程，指出『**疾病的實體與病人之軀體準確無誤的完全疊合，不過是件暫時的、歷史性的事實。此兩者之接觸融合，只對現在的我們來說才是天經地義、不言自明的**』。⁷從十九世紀開始，現代醫學的語言成功地將「疾病」的意識深植人心，自此也開啓了現代醫學的長足成長與權威性。啓蒙時代之後，宗教信條的鬆綁，醫學界對於屍體的取得變得十分容易，解剖病理學成為探求疾病真相的重要工具，醫學家、科學家們也致力於找尋存在於人體組織內的疾病證據。在此努力下，疾病不再只是抽象的觀念，現代醫學將疾病實體化，符合了啓蒙時代以來的科學理性精神，於是疾病所對應的身體內在可見性結構就成為疾病最終所需依歸的處所與成因，解剖學與實驗生理學成為揭露這種可見性結構的一條明路。無庸置疑的，現代醫學在各種疾病的生理成因瞭解與治療方法上具有相當的成就，也因此開啓了藥物治療、預防注射、外科手術的新進展。

⁷ Michel Foucault 著（1963）·劉絮凱翻譯（1994）：《臨床醫學的誕生》，時報出版社。p. 17-18。

十九世紀時，隨著工業化與都市化，公共衛生運動於焉成形，企圖藉由大規模的調查統計來發現疾病的相關因素並加以控制，流行病學的調查與研究蓬勃發展，所謂的疾病不只是安棲於某些特定的個人體內，現代醫學更企圖找出一種舉世皆然的疾病觀點，一種盛行的比率以及與疾病有關的連帶因素。在此時期，醫學的發展開始與政治、經濟以及文明牽連出更緊密的關係，公共衛生運動的推廣往往在某個層面上隱含著政治上的企圖與經濟面的折衝，現代醫學將自身延伸的更為廣泛，也更加複雜。

二十世紀後，科技工業、全球化的風潮日盛，高科技產品漸漸取代傳統的診療方式，製藥公司成為跨國的大企業，醫界與藥商的微妙互利關係成為一種新興的特殊現象。現代醫學在單純的醫療與助人的使命之外，附帶增添了一份『醫藥工業』與『利益交流』的氛圍。現代醫學的核心理念讓醫學與化學藥物如一體之兩面，也像連體嬰一般密不可分、休戚與共。生理內分泌的可見性證據，造就了醫療科技與製藥產業的驚人成長，這種成長所帶來的經濟利益成了現代醫學揮不去的陰影之一。澳洲的藥學家甚至提出五種『販賣疾病』的商業操作策略，⁸分別為：『**生命的正常過程被當作醫療問題**』、『**個人與人際關係被當作醫療問題**』、『**致病的高風險因子被視為疾病**』、『**罕見疾病被哄抬成流行病**』以及『**輕微症狀被視為重症的前兆**』等。在資本主義的誘惑與浸染之下，現代醫療的『體系』變得十分龐大，觸角也延伸極廣。當人的一生中，正常的身體老化、內分泌波動、外表輪廓以及心情起伏，都被拿來醫療化的同時，現代醫學已經正如同十九世紀末作家赫胥黎所言：『醫學已經進步到不再有人健康』的尷尬境地，而引領醫學走上如此狀態的價值觀，正是啓蒙時代以降的『現代性（Modernity）』意識型態所致。⁹現代性將世界觀塑造為：線性化、理性化、知識化、單一化、規格化、標準化及集體化的傾向，忽略了傳統價值、個別差異以及個體存在的意義。所以，現代人被稱為是『單向度的人（one dimensional man）』，一個『視點』受到侷限的現代人。

延續上述，醫學在現代性的主導之下，有以下幾個特性與現象：

⁸ Moynihan R. & Smith R. (2002). Too much medicine? In: *British Medical Journal*, Vol 324, S. 859-860.

⁹ 『現代性』簡單的說，就是一種掌控著啟蒙運動後的主流思想，這股無形的思想力量，深深的支配著現代人的思想及言行舉止。現代性主要有幾個重要特徵：『理性主義』、『世界文明』、『進步概念』以及『人做為主宰者』等。

一. 標準化程序與寰宇性的精神：

在實證主義的強調之下，所謂的科學，成了數字說話的領域，並且據此做為人類實質存在的真理展現。不可否認，理性科學有其客觀理解事物現象的價值，在此理解的過程中，可避免道聽途說或是旁門左道的怪力亂神現象。然而當醫學過於強調（甚至完全強調）實證性與科學驗證性的時候，人的主觀經驗將在此過程中被忽視，導致未能合乎啓蒙理性的『真實治療現象』，在尚未獲得清楚理解之前，即被貶為邪門歪道而加以達伐。Michel Foucault於《臨床醫學的誕生》（1963）一書中認為，實證醫學並不是那種對客觀性自身作出了客體選擇的醫學，醫師眼中的主觀症狀運作於病人的獨自性之上，而在這種權力關係中，被定義下來的並不是知識的形式，而是因權力運作而將可被認識之客體的集合。¹⁰

針對科學主義的反省在過去已經有相當多的論述，主要都集中在思考科學實證主義下，過度以自然科學的角度去類化一切研究對象的缺憾。自十九世紀科學主義興起後，人文價值與傳統精神受到強烈的侵蝕與衝擊，醫學作為一門與人密切相關的領域，自然逃不過人文精神的審視與評價，因為醫學的領域一旦離開了人，便顯得毫無意義。即使學者專家早已大聲疾呼醫學界（或精神醫學界）必須更加重視人文價值，但顯然所引起的共鳴尚未能順利扭轉現代醫學的主流意識。國內精神科文榮光醫師便提出：『**二十世紀下半葉生物精神醫學的進展之快，及其對精神醫療的貢獻之大，早已受到精神醫學界的認同而成為主流。但是，人文精神醫學(humanity psychiatry) 相形之下卻得不到應有的關注與重視，以致其發展遲緩而功效不彰**』。¹¹近兩個世紀以來的科學真理觀，早已深植於自詡為『專業』的各個領域以及一般社會大眾心裡，原本難以生理結構化的研究對象，也有趨向於尋找生理證據的主流壓力，例如精神分析亦曾經企圖將所謂的『投射』、『壓抑』等等心理作用機轉，藉由現代醫學科技來找到相對應的大腦電位活動證據。啓蒙時代後的現代性席捲了世界各大洲，瀰漫著一股眼見為憑的真理觀，現代醫學更是其中的佼佼者，醫者對於患者的整體『關注』已經轉換成生理『觀看』，觀看的力量提供了明確與保障，宣稱已經將真理暴露於陽光下。但是自此之後，我們便不再洞悉那未受陽光照射的隱晦真相。

¹⁰ 同註7。p. 3-4。

¹¹ 文榮光（2005）。「人文精神醫學有利精神障礙患者心理社會復健」。《台灣精神醫學期刊》，19(2)，83-84。

現代醫學視疾病為一『實體』且具有生理性的特質，因此致力於建立一種關於疾病的理性秩序，跟隨著自然科學的腳步與方式，現代醫學亦根據相似性與相異性的辨別概念描繪出分類性的醫學觀，被歸納至同一類別的症狀群便組成了某一種實質存在的疾病，這當中意味了一種放諸四海皆準的診斷企圖與治療目的。不論在評估或介入的方法上，強調標準化的程序與步驟，並且企圖達到『用同一種語言與文法對話』的目標。在此標準化的前提下，就是希望可以獲得寰宇性的知識體系，同一種疾病在世界各地皆有一致性的表現與治療策略，這種寰宇性，事實上是一種對真理追求的想望，一種達到最終的真相之期待。

以現代精神醫學為例，這種分類性的概念一直主宰著人們對精神疾病的探索，當精神醫學本著疾病的概念來思考個體超出常態的行為時，疾病的『徵候群』思維就產生相當大的影響。為了型塑『某種疾病』的實質存在，精神醫學根據各種超出常態的『症狀』來加以組合，達到某些症狀的「特徵」以及符合特定的症狀「數量」之後，某種固定的疾病診斷便適得其所的安置於某個人身上。¹²目前不管是國內的精神疾病診斷聖經—美國精神醫學會的DSM系統第四版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV）—或是世界衛生組織所提出的ICD診斷系統第十版（International Classification of Diseases, ICD-10），皆是傾向以描述性的症狀表現來分類各種精神疾病，藉由這兩種大同小異的診斷系統，全世界的精神醫學專家便可以很『標準地』來討論屬於同一種疾病的個案。

可是，我們很容易便可以發現，人如何被標準化？如何舉世皆然？對於疾病的定義是醫學界的權威意見所致，治療成功與否也必須決定於對疾病的本質是否真正的瞭解，但以目前精神醫學對科學性、寰宇性以及標準化理念的過度強調來看，它所觀看的並不是人的全體，而是疾病標準化概念下的症狀組合以及實證生理指標，個案本身成了一種背景因素，主要是由於個案身體上承載了疾病證據的存在，因此容易只專注於器官問題，而非心靈議題。標準化與寰宇性，促進的現代醫學的進展，也似乎不小心地遺失了人類生存於世的某些核心意義。

¹² 所謂的診斷，一般具有兩種意義，一種是『生理醫學』的觀點，也就是被診斷的對象具有生理上的形成因素；另一種是『統計學』的觀點，亦即根據流行病學與常模的概念，將不符合絕大多數的那一群體，定義為異常或是偏態，這個過程使得價值判斷如影隨形，形成好壞、對錯、適不適當等等的眼光。

二. 傳統療護的揚棄與現代效率的強調：

在傳統社會中，當人們面臨身體或是心理上的苦痛時，有許多不同的療遇策略。例如以社區的角度來看，過去的鄰里關係、人情味、以及真誠無欺的人際互動等，都提供人們面對困難的資源與支持。另外，因自然環境尚未被現代文明開發所侵蝕，人與大自然的親近、尊敬與互動，也可以使人們有抒解、釋放與寄託的效果。而若以家庭觀念的轉變來看，過去大家庭式的生活方式，家族觀念強烈，因此當面臨生活困境時，家族力量可能是個人最大的支援系統，不管是經濟上、情緒上或是人生意義上的失落，在家族力量中，有許多機會可以獲得不同的觀點與協助，但是這種大家庭式的力量，已經在社會變遷中漸漸式微了。若再以靈性的角度來看，傳統社會中，到廟宇裡請神明「辦事」的方式也是台灣社會很獨特的傳統療遇力量，其中的神妙與神奇效果往往難以被現代科學所理解與接受；另外「堪輿風水」也是另一種人們解決生活困境的策略，並且是一種期望祖先與後生晚輩皆可以安穩順利的心靈觸動，將一整個家族的靈性與實際力量貫串起來，以獲得心理上的安定。除此之外，在實際的醫藥方式方面，傳統社會的人們所依賴的武術館、中草藥房或是傳統藥房等，也曾經扮演了人們身體病痛上，甚至是心理疑難雜症方面的主要治療方式，不過已經在近五十年來已經漸趨沒落。

上述所提的種種傳統療護策略，都曾經是人們解決生理與心理問題的重要資源，不過現代醫學的科學化過程並沒有仔細去理解這些方式所代表的潛在價值與意義，只是一昧地以科學立場加以推翻，其實十分可惜。Francois Tonnellier針對一本社會寫實小說《The Country Doctor》進行文本研究，認為傳統社會中的療護單位所代表的並非只是單純藥草治療的意義，而是具有三種療遇性地景中的重要元素—生理、社會以及象徵性—這些元素則牽引著人們維持身心的健康。¹³也就是說，不符合科學實證性的原則並不一定就是無效或是有害的策略，它們的療遇效果可能不在於生理上的數據轉變，而是有其他象徵性或是神秘性的元素，但傳統社會所累積下來的療護智慧並沒有受到良好的引導與改良，在科學實證以及標準化的觀點下，終於無法在現代醫學的專業土地上站得住腳而紛紛跌落消失。

¹³ Francois Tonnellier & Sarah Curtis. (2005). Medicine, landscapes, symbols: "The country Doctor" by Honore de Balzac. *Health & Place, Vol II*, 313-321.

現代醫學所推廣的專家醫療概念，確實成功地將民眾導引向醫療單位。醫療院所與人力資源也因此獲得大範圍的拓展，但是從目前各大醫院門庭若市的就診狀況來看，大醫院難以有效處理一湧而入的現代病人，不管健保局如何宣導轉診制度，仍難以扭轉人群擠入大醫院的盛況。醫療的狀態已經不再是社會、人情、地方因素運作下的自然分配，而是人為運作後的意外失衡。面對這種失衡，現代醫療院所開始引入企業經營的理念來管理與運作，加上企業出資興建的大型醫院在台灣獲得醫院業績競爭上的一大勝利，於是全台興起一股醫院企業化的風氣。台灣半世紀以來的經濟起飛，提供了醫院在資本主義下的豐富經營策略，傳統單純以醫人救人為目的之醫療院所，漸漸蒙上管理階層的營收利益理念。

現代醫學在企業化經營的過程中強調了時效性，快速即代表了效率，效率及代表了更多的營收，診斷與治療皆要達到快速決斷、明確用藥的目標。有就醫經驗的民眾都知道，「苦等三小時、就診三分鐘」絕對不是危言聳聽，這種醫療門診品質不彰的現象到底如何稱得上效率？加上醫療儀器取代人工詳細的診療過程，更讓所謂的效率得以虛幻地實現。這種重視效率的核心價值不僅帶動各種醫療儀器的突飛猛進，也引發藥物的蓬勃發展。然而，過度重視快速、效率與方便，有可能產生狹隘的觀點與單一的指標，所影響的可能是政府政策、資源應用上的錯誤。

三. 以器官生理觀點來理解心靈困境：

在大量生產、快速方便、標準化程序的原則下，就必須利用日新月異的新科技來加以實現。醫事科技的進展，確實提供了臨床工作人員一種更為方便的檢查途徑，為就醫民眾與醫療人員帶來更多的保障，但是這並不意味，我們必須漸漸地揚棄人與人的實質接觸。對醫事科技的過度依賴與濫用，將帶來更多的問題。例如近年來時常引起爭議的基因工程、代理孕母、優生學議題等。針對醫事科技的省思，醫學倫理的觀點提出了許多寶貴的意見，重點皆在於提醒醫事人員切勿錯誤地期待以科技來彌補自身不足而不自知。學者認為，醫事科技更需要高思維；高思維所表達的既是一種「回歸」，那麼，醫事的高思維即是回歸於醫事的根本內涵：一位身、心、靈之人的復全。¹⁴在醫療與高科技的

¹⁴ 蕭宏恩(2004)。「醫事、技術與倫理」。《哲學與文化》，31(11)，31-44。

結合下，醫事人員往往『忘記了』使用醫事科技的最原初意義，是一種習慣、是一種健保申請、是一種試驗、是一種彌補，還是一種為病人整體著想的必要舉措？

醫學結合科技是近幾年來十分搶眼的一個領域，然而醫事終究不只是一門科技而已，醫學不以研發更進步、更先進的科技技術為目的，而是以人性化的醫療為目的，這樣的思維在《醫事、科技與倫理》一文中有清楚的闡述。¹⁵從高科技醫事技術的議題，醫學倫理所反省的已經不只是『醫病關係』而已，更牽涉到了高科技的使用、文明的發展、社會的演變以及地方環境的元素，由於現代醫學已經變得太過複雜，醫學倫理也必須跟著多角度的思考。

強調身、心、靈必須一起關注的論點，在現代精神醫學中亦受到不少重視，但是這種重視似乎並沒有帶動實際操作層面的一致。在心理衛生領域極富盛名的Albee就憂心的指出，包括國際精神疾病聯盟（National Alliance for the Mentally Ill）、美國總統柯林頓、世界心理衛生組織（National Institute of Mental Health）皆在公元兩千年前後公開聲明精神疾病（或心理疾患）是一種大腦的疾病，有實際存在的器質性問題，就像其他生理疾病一樣。¹⁶這樣的宣稱使得現代精神醫學過度注重大腦功能評估的高科技儀器，在治療技巧上也試圖結合生理儀器來監控與指導，並且促進了大腦神經科學以及精神藥物學的急速發展，不斷推出新一代的精神作用性藥物（在這裡暫且先不論藥商操控疾病觀念下的藥物濫用問題）。這種科技主義的強調，加強了人對機器與藥物的依賴，降低人與人之間的敏感度，並且容易只將關注的焦點集中在生理可測量的變化上。Albee即十分不同意上述的生理論點，並且明白的提出論文主張『**心理疾病並不是像其他生理疾病一樣（Mental Illness Is Not "an Illness like Any Other"）**』。¹⁷醫學的人文精神早已經強調了數世紀，甚至早在千年前的希波格拉底古典醫學時代，人文精神一直跟隨著醫學界，但是曾幾何時，時光走進了二十一世紀，仍必須由醫學界、倫理界、心理衛生學界的學者們齊聲呼籲重視回歸醫學的人文性，現代醫學或許沒有走錯路，但是是否在現代性的這條道路上，遺失了些什麼？

¹⁵ 同註 14。

¹⁶ George W. Albee 在其論文 *Mental illness is not "an illness like any other"*. 中引用美國總統柯林頓以及世界衛生組織的宣稱，Albee也公開反對這樣的大腦疾病宣稱。

¹⁷ George W. Albee & Justin M. Joffe. (2004). *Mental illness is not "an illness like any other"*. *The Journal of Primary Prevention*, Vol 24, No.4, 419-436.

啓蒙精神的科學概念希望從事科學研究的人們要保持客觀，只讓客觀的數據呈現並指向某些事實，不要參雜個人本身的意思或想法。但一個人如何可能完全不讓自己的內在狀態去影響到自己的外顯行爲呢？現代醫學的模式中，主流的觀點將人視爲是可預期的、理性的、符合特定規則的，以及可被『客觀』研究的客體，並致力於建立關於人類的生理證據以及症狀展現的關聯性，即使在人類的精神層次，也試圖使用統計驗證找出心理內部或是心理內外的因果定律，彷彿研究者（治療師、醫師）是完全無關於眼前的對象，並且可以毫無主觀、毫無投射的『客觀理性』觀察出對象的自身真理，所謂嚴謹的科學與自然科學的實證主義劃上等號，客觀也成爲至高無上的科學精神，並與所謂的主觀經驗隔離開來，精神性與心理性的部分也逐漸被視爲可分解組合的種種感官因素。胡塞爾便批評這種自然主義化的傾向只造就了「事實人」，並不能解決人生的困境，他認爲嚴格科學是沒有預設著理所當然性的科學，消除理所當然性要從主體意識著手，這就是說：若要對主體意識認知的話，我們不能有所預設，我們必須從「即事窮理」的方式來認知它。¹⁸其實所謂的客觀理性，往往只是一種根據暫時性的理論所建立起來並加以驗證的規則組合而已。

醫學原本強調的是從臨床經驗之中去找到疾病起源的可能性，於是在啓蒙時代之前的教條信仰、降魔驅邪的傳統醫療方式逐漸被視爲無客觀基礎而捨棄，現代醫學試圖存在於對疾病本身的客觀知識以及加以治療的關聯之中，這是一種旁觀者與實體觀看的角度，一種現代醫學稱之爲客觀的角度，這種客觀的視點在純生理疾病上展現出良好的有效性，關於病毒、細菌、組織病變或是器官敗壞等。醫學的觀看確實指出了人在自然界中的部份事實，只是這樣的客觀觀察本身並不足以作爲關於人的知識或真理之全部。過度強調客觀的立場無意間導致了客觀事實與主體經驗的分離，過去那種從臨床經驗之中去探問的醫學立場，在幾世紀的努力之後，卻愈顯黯淡。在《醫事、科技與倫理》一文中提到，「醫學是門不完美的科學」，但此不完美並不是意味著有一「完美的科學」以供對照，體認現代醫療體系中的缺憾，是爲了理解『**醫事知識仍無法因應人本身所顯露出來的訊息，而且，醫事知識與人本身之間到底尚有多大的差距，卻又不得而知**』。¹⁹

¹⁸ 引自汪文聖（2001）：《現象學與科學哲學》。台北：五南出版社。P. 14。

¹⁹ 同註 14。

以現代醫學模式下的精神心理專業來看，對實證客觀的追求將現代精神醫學推向大腦神經科學的領域。如此一來，心理治療、精神靈性、人文關懷、醫療倫理便退居於次要的地位，客觀的疾病概念與主觀的個體經驗不斷地折衝、妥協，原本應該互相融合、相輔相成的力量，變成了必須從中擇一而為的為難立場。終究會成爲一種『疏離』，也由於這樣的『疏離』、這一種的『客觀』、這無可質疑的『理性』，使得現代醫學的實際操作並不重視對人的整體之瞭解，專家的『客觀』與對象的『主觀』彷彿是必須被強加分開的兩個無關元素。近幾年來醫學界所大聲疾呼的人文醫療與醫學倫理，正是試圖想要重整這一種疏離的現象，而唯有透過重新整合，才能重現醫學的整體關懷。

四. 疾病分類診斷的快速擴張：

現代醫學擴大了疾病的範圍，Nuffield Council on Bioethics所出版的一份報告中即指出，『…疾病已經被擴大定義，愈來愈多的人很容易便符合診斷的準則』。²⁰以現在我們朗朗上口的一些疾病症狀來看，便能一窺究竟。例如針對婦女爲主的疾病：『產前憂鬱症』、『產後憂鬱症』、『經前症候群』、『更年期症候群』、『停經症候群』或是鼓勵剖腹產等，女性的天生特性與週期循環在現代醫學的說服下，一項一項變成了需要『被治療』的疾病，彷彿月經或荷爾蒙現象是女性一生揮之不去的病症。而針對男性的疾病推廣也不宜餘力，掉髮的問題、性功能表現的狀況（近年來也推廣至女性身上）、甚至所謂的男性更年期概念，每推出一種疾病，便能輔以推出新藥來因應這種『人爲的新疾病』。但是這些新疾病到底從何而來？有相關的研究指出所謂的男性更年期根本尚未獲得醫學研究上的證實，²¹針對老年男性的荷爾蒙治療也無法如其所宣稱的改善老年人的骨質密度。²²

在這種專家所定義的疾病概念內，所謂的『病人』是處於被動的角色，依賴專家的診斷與評估，延展了『醫師與病人』、『專家與一般大眾』、『發話者與說話者』、『指導者與被指導者』的角色關係。在這種關係裡，一般大眾也難以抵擋這股疾病風，藥商有專門的宣傳單位來行銷疾病的恐懼感，配合醫師在醫學界的背書，所有的人都是這股疾病

²⁰ Nuffield Council on Bioethics. (2002). Genetics and human behavior: the ethical context. London.

²¹ Morales A. & Lunenfeld B. (2001). Androgen replacement therapy in aging men with secondary hypogonadism. *The Aging Male*, Vol 4, 151-162.

²² Snyder P. (1999). Effect of testosterone treatment on bone mineral density in men over 65 years of age. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol 84, S. 1966-1972. Snyder P. (1999). Effect of testosterone treatment on bone mineral density in men over 65 years of age. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol 84, S. 1966-1972.

風中被鎖定的對象，我們隨時（或是已經）可能突然間就符合了某種疾病診斷。在這樣的現代醫學發展觀點下，現代醫學教育的訓練在人性的層面也逐漸淡化，醫師喪失了更多觀察病人生活與處境的機會，對疾病的認識取代了對病人的理解；對技術的追求取代了對治療的專注。醫學診斷的擴張，提升了人類對身體運作功能的早一步察覺，卻也讓現代醫學因拓展太快而自曝其不完備之處。

以近幾年高級整型外科診所相繼設立以及基因工程的發達可看出另一個問題，現代醫學已經進展到試圖去操控自然的境界，所謂的疾病已經拓展到難以想像與定義的階段。鼻子太塌、臉太大、腰圍太粗、腿不夠長或是基因缺陷，我們如何去詮釋外觀是一種疾病或是基因是一種疾病？過去優生學所導致的慘痛教訓似乎並沒有給現代醫學足夠的警惕，美國甚至曾經發生根據黑色人種的基因變體而進行限制入學或是變動職務的社會問題，²³醫學科技與診斷的急速擴張，正為人類帶來另一波的新契機與新危機。

五. 小結：

綜合以上幾點說明，現代醫學將人類精神、心理，甚至是自然老化的生理問題採取『病理化』的詮釋模式，並且企圖施以標準化的『吃藥』、『治療』來醫治，這一股『實證科學主義』發展的十分成功，也確實帶來對疾病的新概念與理解。但遺憾的是，在這樣一種幾乎是全面性的科學熱潮中，「人」存有的定位問題並沒有獲得同樣的重視，這樣一種有意無意的忽視即是現代文明中的新危機，若欲探討自殺與憂鬱等此類議題，就必須針對「人」存有的定位問題進行一番審視。下一章則主要針對現代精神醫學以及現象學『生活世界』對「人」存有問題的不同觀點來進行論述。

²³ Galton D. & Ferns G. (2002). Genetic markers to predict polygenic disease: a new problem for social genetics. *Q J Med*, Vol 92, S. 223-232.

第二章 現代精神醫學與『生活世界』對人的認知

從前一章對現代醫學模式的論述中，可以得知現代醫學所隱含的理性科學、經濟利益、醫學倫理等問題，而現代精神醫學跟隨著現代醫學的模式，亦衍生了類似的困境。

第一節 現代精神醫學的發展概述

幾十年來，現代精神醫學確實已經成功的奠定了科學的方法、專家的角色以及權威的醫學地位，並且在處理所謂的瘋癲問題、情緒困擾、焦慮狀態、創傷經驗或是人格偏差等各方面累積了不少貢獻與資料。而本文試著去探索的，並非抹煞這些貢獻，正好相反地，是去揭露它曾經燦爛的一頁，以及如何從這燦爛之中延續其核心價值，進一步凝聚多元角度的共識，創造更為寬廣的新視野與新策略。

「瘋狂」的歷史或許從人類存在之始便如影隨形，從舊約聖經、考古學以及各民族的神話故事與歷史記載中，都可發現瘋癲或是偏離當時社會規範的怪異故事。在前科學的時代，宗教力量主導一切，瘋癲的主要詮釋是由宗教理念所引導，因此是由宗教的法則來處理，各種宗教儀式的進行與驅魔方法的執行是當時對瘋人的神聖性治療模式。

約五個世紀前，精神醫學從人道的立場開展，在企圖定位自身的發展過程中，漸漸地向現代醫療體系靠攏，至今已毫無疑問的成為現代醫學的一份子。在人類歷史上，醫學與宗教原本是一家，尤其是精神醫學與宗教，自古以來便有難分難解的歷史紀錄。早在史前時代，各種巫醫、頭顱打洞、神靈驅魔等儀式等便是人類企圖療癒精神上異於常態的人。而在中世紀，此宗教儀式的醫療導致了一些對人體有傷害或是處死的行為，例如：火燒、水淹、束縛、鞭打、開腦……等等，隨著時代的演進，漸漸形成另一波的人道醫療呼聲，引發了現代精神醫學的興起。

現代精神醫學約可追溯到十六世紀，Johann Weyer 被認為是第一位精神醫師，他首先駁斥妖魔學說，提出各種『精神症狀』的概念。而到了文藝復興時期，理性主義與科學實證精神發揚，針對精神個案的臨床觀察逐漸發展。到了十七世紀初期，開始進入了所謂『大監禁』的時代，瘋癲成了一種社會問題，對於瘋人的處置已經非單純是惡魔或是醫學的現象，而是一種多數人與少數人如何同處於社會中的政治問題。當時，Felix Platter 出版第一本精神疾病分類的書籍，精神醫療的醫學概念開始發展，恰巧符合政治因素中對於將瘋人

隔離的期待，療養院或是相關禁閉機構大量的產生，這些機構宣稱他們將瘋人從不人道的降魔儀式以及手銬腳鐐中解放出來，這種解放後的另一種醫療禁錮形式，在兩三百年後的二十一世紀，依舊屹立不搖。

啓蒙精神逐漸顯揚之後，至十九世紀時期，現代精神醫學大致的發展輪廓已經完成，瘋人被視為是精神疾病的概念也深植人心，精神病院的規模也日漸完備，許多心理治療理論與精神病理學都開始發跡，Wilhelm Griesinger 首先提出精神病理學的相關論述，主張神經系統的重要性，此後的專家學者幾乎都致力於尋求精神問題的生理因素，在此時期有許多『精神疾病』被首次提出並確認而且沿用至今。十九世紀所發展出來的『描述性精神醫學』以及體質器官病因的觀念，影響深遠。在此同時，著名的醫師 Sigmund Freud 提出精神分析的概念，企圖發展與生理主張不一樣的道路，他所提出的本能、性慾、發展階段等，都是企圖探索個人內在那不可見的存在性，Freud 為當時的監禁現象進行了一種重整，擺脫了過於政治性的解放運動，而另一方面，他將注意力完全集中在醫生與病人絕對關係上，他創造了一種全新的理論來揚棄過去的精神醫學知識，他只關心那存在於病人背後、內在、潛意識中的珍貴素材，他的精神分析理論掀起了精神醫學界的一番革命，至今依舊影響深遠。然而雖然精神分析在當時大放異彩，但不久後便被強調實驗證據的行為主義所籠罩。

台灣精神醫學的發展相當晚，根據台灣精神醫學的先鋒學者所著之《精神醫學史》中對台灣精神醫學發展的描述，²⁴在清朝及日據時代雖然有少數療養院的設立（某些療養院所至今仍存在），但一直到民國三十六年（西元 1947 年）才由日本學成歸國的林宗義教授開啓國內現代精神醫學的新頁，並且以台大醫院為主要的發源地，由於當時國內的醫師人才大多是在日本醫科修成歸國，所以在醫學的態度與概念上主要承襲日本式的風格，跟隨描述性精神醫學的概念，並以日式醫學以及生理器質的治療為主。

林教授於民國四十年間又至美國進修，歸國後引入美式醫學的理念，歐美心理治療的理論首度於國內發跡。民國四十年至五十七年間，世界衛生組織以及美國的援助陸續支援台灣，國內的精神醫學更加豐富與吸收了歐美的現代醫療模式，新式療養院、精神科病房、專業學（協）會、專業年刊也陸續成立，在民國四十年階段，每年至台大神經精神科的就

²⁴ 林憲（1994）：《精神醫學史》。台北：水牛出版社。

診人數約四千人左右。自此，國內精神醫學依循國外現代化的精神，在民國五十與六十年間，有計畫的落實現代精神醫學，甚至早在民國六十年，台大醫院就支援馬偕醫院成立『自殺防治中心』。六十年代開始，隨著台灣經濟起飛以及現代醫學的進展，精神醫學也日漸嶄露頭角，七十年代以後，台灣各主要縣市開始設立醫學院以及附屬醫院，並且以此為基礎，推廣現代精神醫學的概念，目前台灣精神醫學界的主要人力資源約在此時期開始養成。民國七十五年開始實施精神科專科醫師的檢定考試，更進一步確定了台灣精神醫學在現代醫學中的專業地位，跟著民國七十九年通過公布精神衛生法，使精神醫療工作獲得法律上的認定。

由於台灣精神醫學自一開始便是學習西方醫學的模式，因此在八十年代之後的發展，依舊跟隨歐美的腳步，歐美的各種心理病理觀點、心理治療學派、藥物治療技術、社區心理衛生概念，乃至於後來的生物精神醫學等，也一樣成為台灣精神醫學發展史上的主軸。九十年代以後，國內一樣也跟著宣稱『二十世紀為精神醫學的世紀』，於是精神狀態需要被『醫療』的概念漸漸深入人心，神經內分泌、精神藥物、大腦神經科學以及精神疾病三級預防的主流模式已然確立。而這所謂的精神醫學的世紀，所言果然不虛，各大醫院精神科的住院與門診盛況，各級學校、勒戒單位急切需要精神醫療人員支援協助，時至二十一世紀的今天，盛況有增無減。

綜合國內外現代精神醫學的發展歷程，大約可以歸納出現代精神醫學的四個主要時期：

- 1.人道主義革命：約在十八世紀末期，主要反對宗教學說，此時期出現許多精神療養院，試圖解開鎖鍊，以人道方式對待。
- 2.各種學派的發展：精神分析、行為主義、人本主義等等學派在十九世紀末、二十世紀初蓬勃發展，此時期以 Freud 最為有名，雖然享有崇高的名聲且影響久遠，但主流的論述在不久後便被理性科學所取代。
- 3.社區心理衛生：二十世紀中期，由於醫學疾病觀念的流行，社會中許多問題皆以精神疾病的觀點來審視，於是出現大量的流行病學調查、居家治療、復健治療、回歸社區與三級預防的觀念。
- 4.生物精神醫學：二十世紀末期以後，精神藥物學、大腦解剖學皆有大量的進展，精神醫學又回歸到生理本質的關注，各種檢驗與檢查技術風行。

第二節 現代精神醫學模式對「人」的定位

美國著名的心理學者 George W. Albee (1922~2006)，終生致力於心理衛生的議題以及預防性心理學的概念，在他發表於 2006 年美國心理學會年會，篇名為『美國心理學第三股勢力的時機到了嗎？(Is it time for the Third Force in American Psychology?)』一文中，文章的起頭便語出驚人的表示：

任何抱持著開放心靈的聰明人都知道社會上對於心理/情緒疾患的瞭解取向是多麼錯誤！

1. 大多數這方面的狀態並不是肇因於生理上或大腦上的缺陷，這些錯誤的詮釋往往是為了經濟上、政治上和/或權力上的動機而推動。
2. 個別一對一的治療，即使有療效，也對人類整體在情緒狀態的不適應比率沒有或很少有降低效果。我們從公共衛生的概念中可以知道，離開了實質的存在狀態，所謂的疾病或是障礙就無法被治療。即使我們有許多針對個別的醫學教育、醫學研究、以及醫學上的治療，但是很少把焦點放在整體的預防上。
3. 精神醫學犯了雙重的錯誤，就是錯誤的病因概念以及錯誤的治療概念。
4. 心理學的實際操作，附庸於精神醫學偏誤的診斷與藥物治療的理念，最終是注定要失敗的。²⁵

現代精神醫學不論國內外皆是心理狀態以及情緒困擾的一股主流強勢力量，在這股力量中，有其歷史發展的脈絡、哲學態度以及治療理念，在幾世紀的實務操作中，固然有其

²⁵ 摘錄自 “Is it time for the Third Force in American Psychology?” by George W. Albee (2006). Presented at the 114th Annual Convention of the American Psychological Association at New Orleans, LA.

原文為：Any intelligent person with an open mind can learn how wrong is the current approach of our society to mental/emotional disorders.

1. Most of these conditions are not diseases caused by biological defects or brain pathology. These false explanations are pushed for economic, political and/or power motivations.
2. Individual one-to-one treatment, even when successful, has little or no effect on the rate of the condition in the population. We have learned from Public Health that no disease or disorder has ever been treated out of existence. Despite this knowledge most of medical education, medical research, medical treatment focuses on individual treatment. Little attention is paid to prevention.
3. Psychiatry is twice wrong. It is wrong about cause and wrong about treatment.
4. Psychological practice, tied irrevocably and financially to the errors of psychiatric diagnosis and pharmaceutical treatment, is ultimately doomed.

貢獻與改善，但這並不表示已經發現了真理，科學實證主義所企求的單一真相，在面對個體心理或情緒上的困境時，顯然難以實現。在 Albee 人生最後的宣示中，可以發現他對現代精神醫學的批判以及對於心理學跟隨或過度認同精神醫學的生理概念而頗感憂心，他所強調的預防概念，就是一種試圖擴展除了疾病概念以外的多元意涵，並且主張個體有實際『存在』的面向，這些面向都與人的身心健康維持有關，是不容忽視的研究主題。

綜上所述，本研究認為現代精神醫療體系對人的定位上有以下的特徵：

一. 人是疾病的載體：

精神疾病的範圍在現代醫學模式之下迅速擴大，在二次大戰之後，約只有二十六種精神疾病診斷被提出，然而以目前醫學界最常使用的美國精神醫學會診斷手冊第四版（DSM-IV）中，可以區分的詳細診斷類別暴增至將近四百種。人的性格與情緒反應，在精神疾病化的趨勢中相當獲得青睞，諸如悲傷、沮喪、不快樂、消極等等，並且經由大眾傳播媒體誇張的宣揚這種新一代的『文明病』。疾病的呼聲使得疾病躍升為視點上的主角，「人」反而退居其次，所謂疾病的產生，意味著疾病像是一個實質的『東西』，經由某種特殊途徑突然『寄居』於肉體之上，於是肉體開始產生精神醫學所專注觀看的症狀表現，人的存在自此被疾病的影子所掩蓋，疾病是主體、人是載體，專家必須從載體身上去間接瞭解主體。所謂的治療，其對象是跨過「人」的存在層次，而針對「疾病」這個主體。精神醫學專家開始與「疾病」結下樑子，千方百計的瞭解它、進入它、消滅它，而這過程彷彿與「人」這個載體無關。然而這看似客觀、科學且實際的精神疾病主體，自古至今其實一直處於模糊且抽象的概念之中，實際上，它一點都不具體。而有利現代醫學作此疾病宣稱的基礎，就是找到生理學上的基因、內分泌、神經化學等的生理證據，有了生理上的強力論述，現代醫學難以質疑的科學地位即得以成立。這種重視生理學基礎的後果，人的存在與展現的意義成為次要，疾病的病理現象才是現代醫學關注的焦點，精神醫學在以疾病為導向的概念下，慢慢失去了『全人』的關懷。

另外，精神醫學界以疾病的角度來處理情緒議題，被質疑帶有現代性中過度強調經濟利益的傾向。精神醫學專家指出，台灣人口約有 15% 的人有憂鬱症的傾向，亦即以台灣兩千三百萬人口來計算，醫學界認為台灣約有三百四十五萬人有憂鬱症的傾向。既然以『憂鬱症』來面對情緒議題，自然演變為藥物治療為主，根據藥廠統計，前年（2005）台灣吃

掉抗憂鬱劑的金額高達 19.9 億元，較四年前成長 25%；²⁶若再加上對憂鬱症患者經常使用的鎮靜安眠藥，台灣每年的吃掉 6570 萬顆安眠藥，約佔 10 億元的商機。另外也有統計報告指出，93 年度共有 18 萬 1143 民眾在各級醫療院所就診憂鬱問題，共計花費健保支出 33 億元。

這種情緒狀態被精神疾病化的過程中，隱含了大量的專家利益現象，甚至導致藥廠『創造』出新的情緒疾病來推銷自家的藥品，1998 年『希希症 (Sisi Syndrom)』的提出便是一個極端的案例。希希症以『潛在的憂鬱傾向』為主要的訴求，並以媒體作為推銷攻勢，宣稱德國有三百萬人罹患此疾患，這樣的新疾病在 2003 年被大學醫學院指出其捏造的意圖，毫無醫學上的根據。²⁷除了龐大利益的負面影響之外，疾病化的後遺症，還涉及了對人的真實經驗、存在意義的忽略，疾病成了情緒狀態的首要考量，現代精神醫學關注的是情緒的程度問題，而並非內涵問題，並且依據情緒的程度劃分出診斷標準，跨過了診斷門檻，即屬於生物精神醫學的關注範圍。人類的存在被化約成生理失衡的展現者，有關於文明發展、社會變遷、生活經驗、內心情節、環境互動、地方意義等等對情緒的影響，成為次要的焦點或者根本沒有在精神醫學的領域中被重視過。現代精神醫學雖然也認同心理治療對精神疾病的改善效果，但藥物治療是首要的協助步驟。現代精神醫學並不擅長對整體的現代文明發展問題與地方環境的意義喪失進行反思與提出建議，大腦才是其大展長才的立基之地。啟蒙時代後的科學理性主義支持醫學的觀點，駁斥任何神靈惡魔或抽象的思維，不僅以疾病的觀點一以蓋之，並且認為疾病幾乎只來自於身體，也就是大腦的結構性因素。

二. 人是理性、可控制的個體：

既然排斥抽象與無形力量，現代精神醫學將人視為是理性且可加以控制的，理性被認為是一種客觀邏輯推理的能力和過程，並且是與感性、知覺、情感和欲望相對的能力，所以啟蒙精神下的現代精神醫學，認為人雖然具有情感的特質，但是理性的思維則可以駕馭情感與欲望的層次。啟蒙運動所強調的理性主義，使理性攀昇至絕對性、優越性及普世性的地位。理性成為人類認知、信仰與進步的之必要且唯一的工具及管道，並成為一種經驗

²⁶ 洪金珠、劉居全 (2006/4/21):「搶救全台 350 萬病患，抗憂鬱不吃藥」。《時報週刊》，台北，時報文化出版股份有限公司。

²⁷ Jorg Blech 著·張志成譯 (2006):《發明疾病的人》。台北：左岸文化。P. 29-31。

的過濾器，用以判斷某論述是否為真理，包括宗教教義、個人體驗、生活現象等等的內容都必須經過理性的稽核，才能宣稱其為真理。這套理性的定律，成為真理之上的真理，成為一種不可改變的普世準則。因此，現代精神醫學所抱持的理性觀點，亦將人類的慾望、情感、特殊經驗等種種非理性的成分，冠之以科學邏輯的高帽，於是所謂的非理性元素不再是現代精神醫學所欲探索細究的對象，在現代精神醫學眼裡，那只是大腦內分泌或是賀爾蒙作祟，可以輕易地以化學平衡的原則來加以控制且操弄。

將人定義為理性的個體在現代精神醫學中操作的十分成功，這種理性論一方面確保精神醫學專家在處理個案時的專業權威地位，另一方面也使個案相信自己也是一位理性的人，使自己不需要再遭受他人的異樣瘋狂眼光，擺脫做人失德或是因果報應等傳統輿論壓力。理性的強調與生理疾病的觀點在現代精神醫學中成了循環論證的無懈可擊論述，理性的基礎來自於客觀可控制的事實，而疾病的生理證據則根據理性而加以闡揚，現代精神醫學大可高枕無憂，因為疾病與理性觀正是專家與個案所能抓住最安心自在的浮木，在尚未清朗且混沌的人性精神汪洋裡，它危機四伏，卻又令人難以捨棄。

這種將個人的理性與責任過度提昇的結果，則帶給了政治操弄者的大好機會，將情緒議題聚焦於個人因素（生理、心理或性格），被社會心理學家或是社區心理衛生學者認為有政治性的操弄，因為一旦將個人生命中所遭遇的困頓之責任交給個體本身，強調的是個體如何去適應外在壓力環境的思維，不管外在環境的正當與合理與否，個體都必須採取各種方式來「因應」外在壓力環境。這樣的思維將可避免對社會整體發展問題的批判或是對文明發展問題的責難，強調『去適應』環境的論點，根本上是暫時將環境的合理性置於模糊的地位，藉此可成為統治階級遊走於政策或是社會環境議題中的安全地帶。

三. 人可被單獨抽離分析：

由於現代精神醫學過度強調客觀的生物實證醫學模式，使得現代精神醫學缺乏對於社會層面以及文化層面的觀照，也容易忽略了「人」整體所隱含的文化價值、意識形態以及各種難以量化的經驗。所謂的疾病診斷，有時候是社會價值觀的投射與抗拒，在精神醫學的領域尤其會遇到這種問題。最常被提起的例子便是同性戀的去疾病化運動。1952年美國精神醫學會的DSM診斷系統第一版中將同性戀視為精神疾病中的『人格違常』；1968年出版的第二版則將同性戀列為精神疾病中的『性偏差』。不管是分到哪一個診斷類別，基

本態度都是將同性間的愛情與交往視為一種疾病或病態且需要接受治療。然而社會風氣的轉變、價值觀的拓展以及人權運動的興起，僅僅過了十二年的時間，於 1980 年的第三版則完全將同性戀自精神疾病診斷中剔除。這當中所顯現的意義對自詡為客觀事實的現代醫學疾病觀而言，無疑是一大挫折。所謂的診斷，始終脫離不了政治、社會主流價值、文化或是性別上的偏見與影響。雖然此精神疾病診斷聖經在第三版時經歷了客觀理性上的挫敗，但現代精神醫學的確也發揮愈挫愈勇的精神，於 1994 年第四版時，幾乎揚棄了過去心因性的理論概念而完全投向大腦器質性因素的懷抱，並且加入更多的精神疾病診斷項目，愈來愈多人，可以輕易的貼上精神疾病的標籤。

將人從文化背景中抽離出來分析，意味著否定了人必須從多元角度來瞭解與協助的立場，現代精神醫學謹慎的尋找客觀事實來避免文化、文明、價值觀等的侵擾，試圖將生理的治療推升至第一優先的地位，生理的證據恰巧成為最有力的說服工具，大部分的專家一頭栽入生理、神經、內分泌、基因的領域，自稱為『生理、心理、社會』多元觀點的現代精神醫學，其實花了相當多的資源專心地顯揚生理角色，在其所提出的理念與實際執行之間，尚有相當大的不一致與距離。

所謂的醫學人文的發揚，絕對不僅止於以改善醫病關係為目的而已，醫學人文旨在讓醫學的人文精神發光發熱，但是醫學人文所發揚的究竟是人文主義還是人本主義？啓蒙時代的人文主義，脫離了傳統人文主義的路線，走向人本主義的模式，過份推崇理性的功能，走上了遠離形上學和啓示宗教的路線。²⁸這裡的論述並非要求醫學回歸形上學或是宗教教義的展現，而是期待一種整合性人文主義的展演，個人與個人、個人與社會、個人與世界、個人與地方、個人與神聖靈性等皆有關聯，我們期待的是更宏觀的視野。

在過去對於「人」存在面向的爭論中可發現，現代精神醫學所宣稱的思維並不如它自身所以為的客觀與真實，例如『人道療養院』的興起或是『去機構化』的發展過程，也曾被社會學家暗指懷有階級迫害或是政治化的動機。一世紀以來的不同觀點論戰，似乎尚未提供給我們關於特殊心靈狀態的確切答案，其實我們需要的也並非是一個終極且固定的答案，人一直處於生活環境與生命經驗的演變之中，所有與文化環境的經驗、記憶都將持續

²⁸ 黎建球(2006)。「以整合的價值重建人文主義精神」。《哲學與文化》，31(1)，3-16。

的使人處於流動之中，而現代精神醫學的主流觀點不僅主導了目前社會中對於心理狀態的判斷，更試圖給社會一個確切的、單一的生理解答。從近幾年政府、民間單位、醫療體系對於憂鬱症的強調即可瞭解到，人類的情緒議題，早已經被關聯至精神疾病的範圍之內，情緒的變化，成爲了心理健康與否的指標之一。至於台灣近十年來不斷上升的自殺議題，也獲得了精神醫學的收攏，往往直接與憂鬱症或是其他精神疾病劃上等號。精神疾病，成爲了方便使用且立即有效的代名詞與解釋。

四. 疾病化的傾向：

由於在實際的醫療模式操作上，人的情緒問題沒有被整體性的思考，導致生活中的真實經驗被忽視，整體社會環境發展對心靈狀態的影響也沒有在精神醫療體系中被認真的對待。因此，爲了能理解多元複雜與動態性的存在，在面對人的內外議題時，也必須以多元開放的視點來處理，此時跨領域的統整與合作便是使存在意義更行彰顯的途徑，過於侷限於某種觀點的強調，往往反而是侷限了知識領域的進展以目前的主流價值來看，我們對情緒與自殺議題的預設立場就是『疾病』、『就醫』、『藥物治療』等概念，若這些主流價值能夠進一步拓寬，相信能更深入的詮釋情緒與自殺的深層含意。除此之外，傅柯（Michel Foucault）透過他對醫院的研究，認爲個人漸漸被歸類、劃分到各類疾病範疇之中，人的生活細節與行爲漸漸合乎某種人爲的規律與疾病的定義。Foucault 提到：

臨床目視對疾病的本質進行了唯名論式（nominaliste）之化約，因為疾病被如文字般組合，因此它們本身除了其組合的秩序外，再無其他本質存在。分析至最後，各種各樣的疾病均可被還原為少數幾個簡單的個別元素。而由這些元素所能建構出，或建於其上的，不過是名稱（Nom）罷了。²⁹

在精神問題疾病化的過程中，所謂的「客觀定義」或「精神症狀」，乃是來自掌權者的意識操作。因此，對疾病化傾向的自覺，是爲了拓展出寬廣的視野。雖然我們不太可能發展出完全綜覽全局的理論，但是讓觀點變得多元化，就能產生豐富的理解。未來不可避免地，跨領域的研究與討論將是解決人類問題的必要途徑，學術界與實務界都必須結合各相關領域的成果，並且能夠反省自身的盲點以及試圖結合其他領域的視野。從之

²⁹ 同註 7。P. 184。

前的論述中我們可以發現，在目前有關情緒問題的理解上，將情緒狀態或自殺問題『實體化』、『單一化』、『疾病化』是當今的主流思考，然而這樣的思考過度將『人與情緒』或是『人與環境壓力』分開為二元的立場來討論，彷彿經由二元分離，我們即能完全理解這些『客觀的東西』。實際上，實證科學主義使得大眾漸趨遠離自己真實生存的世界，形成一股強調具體、實質、具像、可見與可碰觸的物質觀點，也因而嚴重影響了自身生存意義的追尋。相對於現代精神醫學的『向內觀看』態度（生理或心理），人文精神漸漸地興起一股『向外整合』的思潮，試圖去探索人存在於宇宙中的生活世界議題。之所以稱之為向外『整合』，是因為環境與地方並不全然是完全『外在』於人的事物或觀念，『地方』是每個人據以存在於世的基礎，在此基礎之下，日常活動構成了存在意義、社會建構以及精神情感的投注。國內精神醫學界亦有部分醫者提出知識多元整合的期待，學者建議『台灣精神醫學會能在教學研究與服務各方面採取兼容並蓄，有容乃大的策略，兼顧生物與人文精神醫學的發展。同時，推崇「大家作伙來促進精神健康」的理念，和其他專業人員、病患家屬、與民間團體成為伙伴關係，做好科際整合與團隊合作，如此才可望為精障病患提供良好品質的服務，並改善他（她）們的生活品質』。³⁰另外，人文地理學家明白的指出，人無法離開我們所生存的地方場域，人也必須在地方脈絡中才能發現自己的存在。所以這種內外整合的觀點，強調的並不是從人的內在轉而向外的相反立場，而是一種企圖內外兼具、相輔相成的視點，並將人與世界之整體當成探索的對象。而欲達到此目的，就必須融入現象學或是人文地理的觀點，回歸真實的『生活世界』。

因此，本研究認為現象學的『生活世界』概念是理解「人」存在於世的重要關鍵，以下便針對『生活世界』的重要理念進行說明。

第三節 現象學『生活世界』的「存有」概念

根據胡塞爾（Husserl）的觀點，「世界」絕對不是與人的存在毫無關係的純粹客體，世界是人存在所實踐的意義對象與價值體系，它不僅是形成人類活動的外在條件，更是構成其心性的內在條件。胡塞爾『生活世界』的提出，是人們重新重視真實生活的契機。魏光莒教授便清楚闡述：

³⁰ 文榮光（2005）。「人文精神醫學有利精神障礙患者心理社會復健」。《台灣精神醫學期刊》，19(2)，83-84。

『生活世界』，是指人們具體經驗到的周遭世界。這個想法的提出，原本是在胡塞爾的名著《迪卡兒的沈思》一書中出現的。其主要想法是：他認為，科學所探討的一個真實世界，其實是一個數理化、抽象化的真理世界。歐洲文明過度科學化的發展，反而製造出了一種危機。也就是，在無止境追求科學真理的理性思維之中，人們逐漸喪失了如何掌握有意義的真實世界。這也就是，人們已經愈來愈脫離真正『生活的存在』（lived existence）的這一個世界。而胡塞爾所提出的這個『生活世界』概念，即是指本來不需經過理論化、不需理性邏輯化、不需客觀真理化的這個世界。即是我們原本即可直接經驗到的周遭世界。³¹

現代社會普遍以為，由精確科學所描述的世界才是我們的『真實世界』，舉例而言，檯燈就是一組由原子所構成的支架、電能與光粒子所一起構築而成的整體，這些由精確科學所描述的原子、粒子、波動等，被認為是真真實實的存在，而人生活在其中，以感覺器官接收這些刺激，經由大腦皮質溝通組織這些外在刺激，進一步建構出感官所察覺的世界。也就是，世界只是生物性、物理性的一連串反應。我們實際居住在世界中的直接經驗、感受與意義，在數理化的科學概念中，被認為只是表面的主觀意念，並不是真實的世界。追根究底，就是物理與化學所描繪的世界而已。我們的世界一分為二，一個是數理化所描述的『客觀』世界；另一個被以為只是『主觀表面』的感官世界。

然而，在前科學的年代，人們並不會對生活世界有上述的分裂感，在科學發展之前，人們只是對世界的熟悉、瞭解與經驗加以串連起來，這樣的串連，並不是另一個世界，而是真真實實存在的世界。一直到科學時代來臨，反而對原本毫無疑問的真實世界產生疏離，衍生了所謂『客觀』與『主觀』世界之爭，從這樣的爭端開始，客觀的世界（亦被認為是科學所描述的世界）一直佔據了較強勢的發言權，而所謂的主觀世界，變成了個人的無病呻吟罷了。

因此，『生活世界』並不是一個全新的、外在於人類存在的新議題，它早就是我們生活中的遭遇與意義，『生活世界』的概念重新把日漸疏離的科學世界、客觀世界、抽象概念、唯心或唯物的世界化為一個活生生的真實，引領我們再回頭認識自身的存在價值。今

³¹ 魏光苔(2006)。『生活世界』：由『視域』理論到『場域』理念。環境與藝術學刊，第四期。

天我們之所以要認真的來思考『生活世界』，是因為我們已經被科學主義所推廣的世界觀所籠罩，我們對自身的理解，是建立在科學推導的邏輯體系之中。現代人過度信仰著科學世界，而與自身的處境漸趨陌生，所以我們需要重新認真的關注『生活世界』，才有機會明白它終究是科學邏輯的根本基礎，而『生活世界』的主角，便是生存的主體—「人」。

『生活世界』做為一種前科學性、前邏輯性以及尚未被主題化的概念，因此它是一種直觀的經驗世界與感知世界，也具備尚未被數理邏輯所規範的多樣性與豐富性，從這個多樣性中，人的存在脈絡獲得解放，人的實際生活脈絡，可以顯示出人與環境的真實歷程，這個歷程可能暗示了現代生活的無根性，也可能隱藏了地方價值的療遇性，對生活真實面向的回歸，才有機會幫助我們瞭解整體的社會、地方、文化、文明發展如何在人的心理健康議題上留下痕跡。現代醫療體系已經有相當豐富的知識成果來論述心理健康的生理層次與個別意涵，但純醫學觀點無法引領我們理解日常生活中的各種脈絡，我們需要不同觀點的介入，一種對「人」的多元理解觀點。

胡塞爾在《歐洲哲學的危機與先驗現象學》中對『生活世界』有不少描述，魏光莒教授則精闢的進一步闡述『生活世界』的特性：

胡塞爾主要從兩方面的理念對比，來分辨出『生活世界』的基本特性出來。這兩方面的理念，包括：第一方面，是科學傳統所認知的世界。這是一個徹底被『尋找真理』所課題化的世界。亦即這個世界，已經是被客觀認知為某種量化實體(an entity)。這個世界，已經被視為是一個客體化的實體，一個有待理性研究及客觀探索的一個世界。所以，這是典型的科學傳統所認知的一個世界。

然而，我們的世界，又不僅是如此。在另一個方面，胡塞爾說我們這個世界，更是經常作為一種『理解的平台』、作為一種『視域』(horizon)。因為，經過仔細分析，胡塞爾發覺：這個世界裡的所有物件及各種事務，都是必須在這個世界裡被了解並獲得其意義的。這些物件們是屬於這個世界的，也從不曾脫離這個世界。因此，這個世界，更是一種理解其中各種物件及事務的一種『視域』(horizon)。³²

³² 同註 31。

現象學的『生活世界』概念，試著去闡述所謂的精確科學不過是從真實的經驗世界中發源出來，真實的生活世界是數理化科學的基礎，數理化的科學世界無法取代生活世界，也不能涵蓋整個生活世界，它只是我們對生活世界認識之諸多方式中的一種罷了。精確科學所處理的世界，並不是一個全新的、完全不同的世界，就現象學而言，它只是以一個不同的方法來處理原來世界中的某些議題，也許有些議題在精確科學的處理之下，有效增進了人類的知識體系並提供了一些判斷決策的參考準則。但同樣的，生活世界中的某些議題是無法以這樣的精確科學來加以闡釋，精確科學不能背離原來的這個生活世界，也不應該宣稱精確科學下的世界「比較真實」的主張，因為數理化的科學是奠基在經驗世界之上，必須落實於生活世界才有意義。現象學的生活世界概念強調，我們所生存的根本經驗世界有其真理與確證形式，這些確證形式不應該被現代科學所排除，而是應該由生活世界來補充現代科學。

綜上所論，『生活世界』不只是一個哲學式的思考以及一種觀看世界的方式而已，而是更根本的一種回歸思維。海德格則延伸了胡塞爾的思想，提出了在世存有（being-in-the-world）的空間概念，更進一步貼近人與其生活場域的種種關聯性。生活世界包含了一個人具體經驗到的周圍世界，而這周圍世界中很重要的元素便是人與空間、人與場域以及人與地方的關係。魏光菡教授便認為，『生活世界』已經由哲學理論，清楚的發展到了一種『場域存有』的概念了。³³

第四節 『生活世界』對「人」存在的認知

一. 人是『生活世界』中的歷程與存在場域的脈絡：

人的存在，一直是哲學家思考的議題，人到底是什麼以及人之所以存在的基礎，是諸家哲學所思辨的焦點。但是儘管存在議題已經被談論多年，海德格（Heidegger）在《存有與時間》中認為：『存在問題不僅尚無答案，而且甚至這個問題本身還是晦暗和茫無頭緒的。』³⁴也因為海德格對存在問題的重視，進而以現象學的理论進行理解，才有機會使我們對人的存在有更深層的認識。而這種深層的認識，便是建立在『生活世界』的基礎之上。

³³ 同註 31。

³⁴ Martin Heidegger 著（1927）• 王慶節、陳嘉映翻譯（1990）。《存在與時間》，P. 8。

在現象學的『生活世界』概念下，人得以有機會重新認識自己所存在的真實生活場域，可以不再凡事期望科學證據與實驗來給予指引，人們的經驗可以彰顯，對於歷史脈絡、主觀意義的感知可以更為鮮明。在現代科學與現代文明的後遺症中，許多人試著重新返回傳統的生活脈絡，並從中找尋生命的安頓與存在價值，這樣的追尋極具意義，因為如此一來才有機會開始與自身的歷史脈絡連結，開始察覺自身與地方場域以及生命歷程的關連性，並且不至於在沒有現代文明、科學資料的輔助之下，便出現惶恐不安、沒有依靠、沒有「根」的失落感。海德格在《存有與時間》中對人的存在有關鍵的見解，提出「此在（Dasein）」的觀點來說明對「人」生存於世的認知，魏光菘教授則進一步闡述：

海德格在其名著《存有與時間》（Being and Time）裡，開啟了兩個哲學上的基本理論脈絡。而兩者都是對「在此存有」（Dasein, 「此在」）的一種詮釋與洞察：

- a. 第一個學理脈絡：藉由詮釋論的方法，將「事物」當作主體、當作生活世界中的「文本」，探求它的存在意向。好讓「事物」如其本然地呈視出來。讓「在世存有」(being-in-the-world)的「隱藏結構」(hidden structure)，可以在詮釋論的「理解」中，顯現出來。
- b. 第二個學理脈絡：人的「在世存有」包括人的處境、人的意向等，是一種涉入（involve）「生活世界」的存有方式。而「生活世界」，不是一種外在之「客體環境」而已，而是有其隱含的「視域」（horizon，即「理解事物」的既定範疇與方向）的。人們乃是，透過其生活世界的視域，來理解其自身體的處境、產生其生活上的意向與目標。人的視域，本來就是一種生活世界的視域。³⁵

長久以來，人生活在茫茫宇宙之中，對於未知的大自然，試著以崇敬的心與想像力，企圖為周遭生活中的一切找到適切的解釋與安心之歸依，但在傳統自然地理學對環境的理解上，似乎總是缺少了去探索人存在於空間中的主體意義與價值觀念，少了這人文態度的探索，人與環境中的連結將變得薄弱與僵化，似乎僅止於『活動在空間中』這樣的理解而

³⁵ 魏光菘(2007)。地方的「深度」：現象地理學的初探。南方凝視與環境藝術研討會，台南市立文化中心。

已。經由現象學地理學的態度重新直觀這習以為常的日常生活之後，原本的看似平凡的日常活動，隨即產生了關於人的主體性與環境的客體性之間關連互動的存在價值，在此脈絡底下，人類的空間場域性被徹底的理解，在此場域中的行徑路線、行為舉止也明白顯示出此人的個體意義與多層次的精神生活。因此，廟口的空地不再只是一片有人聚集的廣場、山坡的墓地也不再只是埋葬屍體的地方，從一個人的住家起居到村莊的各個場域，無不充滿著個體所意向著的存在意義。而這些深層的理解，若不藉著現象學方法的觀點，恐怕難以明白的加以認識。從這種存在意義的立場來看，「人」在『生活世界』中之真實歷程，其實就是其存在場域的種種脈絡，這種個體與場域的意義脈絡，若非經由主體經驗的還原，是難以一探究竟的。現象學的態度提供了一種經驗還原的可能性，也為個體在其生活世界中的遊走提供了另一種觀看的角度。

現象學從主客體間不斷活動的交互意識流來探索事物自身的本質，還原被主體單方向所俗化了的環境與自然事物，將種種具備隱喻、想像、推論、神化的生活世界，重新回歸本質的經驗性與精神意義，使我們可以採取一個不同的角度觀看我們與世界以及其中事物的涉入情形，也可以對於這個因涉入而示現成的世界進行思考。現象學的描述法是一種積極的、盡其所能的對所研究的對象進行忠實的描繪法，可將所研究對象的『真相』顯示出來，對現象不增加也不減少的描繪，所以學者也認為現象學具有方法論的意義，以現象學還原、先驗還原與本質還原來對現象進行直觀考察，也就是以『存而不論』的方式，消除對象中具有爭議或是有待進一步證實的部分，只了解其存有的形式與意義，然後再經由現象學方法的本質還原，將一切具有不證自明的部分呈現出來，也就是可懷疑的部分先存而不論，然後再探求絕無可疑的絕對性，並由此出發探索現象的本質。這種態度可以讓憂鬱症個案的真實生活歷程顯現出來，跳脫精神醫學的先決角度。

缺少了現象學『生活世界』的概念，便容易忽略人的場域互動性與脈絡價值，往往過於細微的研究客觀環境的組成現象，或是過於單純地描繪主觀感受思想。現象學的『生活世界』概念可以提供另一種觀看的視野，也提供給我們一個新的機會來理解「人」存在於世界中的意義。『生活世界』的概念相當關鍵，因為它修正近代物理科學主義以理性化、主題化、同一化所遮蓋的存在豐富性，進而化解存在意義被遺忘或忽略的科學危機，體認到「人」是『生活世界』中的歷程與存在場域的脈絡。

二. 人在『生活世界』中才能體驗生命與自我的真實性：

『生活世界』的概念是對比於現在我們所習慣的『科學世界』。在『生活世界』中，人得以體驗到一種源自最初的生命經驗與自明性的世界，科學化的世界其實是抽象的、量化的、數據化的世界，在科學性的世界中，人受到科學規則的限定，以科學結論的邏輯來看待自身，人在科學的先決性立場中，漸漸喪失了去體驗不能被量化的種種生命特性。對於人的理解，自然科學的研究取向使得主流思維堅持著一種非經審視、非經批判的前提預設，也就是採取實驗的、實証的和量化的。在精神醫學或是心理學的研究中，把研究主題限制在可測量的對象與範圍內，實際操作上則將人從心理現象中孤立起來，然後進行觀察、問卷、實驗、統計、分析和作出結論。這樣的自然科學研究取向使得人與其真實的日常生活中出現很大的差距，容易忽視了心理現象的真實本性，有可能喪失人理解自我的機會。魏光莒教授在《『生活世界』：由『視域』理論到『場域』理念》一文中明白的指出：

胡塞爾認為，我們如果要解決科學帶來的文明危機，就必須重新去認識我們身處的這個世界，回返到『生活世界』本身，以便作出深入的理解與探討。對『現象學』的目標及方向，胡塞爾提議應針對『生活世界』的基本結構從事學術探討。而這個學術探討，包括了生活世界裡的方向感與構成經驗、生活場的歷史軌跡與時間歷程、人的身體行為與生活空間關係等等。胡塞爾希望，這樣的學術研究，可以帶來一種理解人類的「新途徑」。³⁶

依照胡塞爾的理念，『生活世界』是所有知識的根基和基礎。所有的知識都應該建立在人如何經驗生活世界基礎之上，人也只能在這個基礎才能理解自我。對於致力於瞭解人的心理學與精神醫學來說，關鍵點在於所謂『生活世界』的這個基礎到底受到多少重視？到底在研究及實務操作中獲得多少青睞？如果研究對象可以不受某些預先建立的觀念影響，我們便有機會進一步的理解其生命的真實面。精神醫學與心理學自從成爲一門自然科學之後，理所當然的採用自然科學的方法、概念、預設立場以及操作模式，這也就是說，精神醫學與心理科學在發展過程中漸漸遠離它原本應該建立的最基本現象，雖然在自然科學的邏輯中，我們得到了不少關於「人」的科學知識，但是同樣的，我們也一直處於曖昧

³⁶ 同註 31。

不明的變動表象裡。以上的論述在強調一個重點，也就是一旦研究「人」的學問一昧地從自然科學那裡取經，必然的結果就是總會以生物學、生理學、數學、統計學等等的眼光來「架構」與「類化」人的行爲，必須借助物理學和化學的解釋原則來實現。因此，精神醫學與心理學的立基點往往是其他種種自然科學領域，而不是「人」真實的『生活世界』。

雖然自然科學相當關心「人」生存於世的種種現象，但是這種關心所表現的形式是先把它們轉變為自然科學的語言，以實證主義的邏輯去加以論述。當主流思維遠離『生活世界』，缺少對日常生活真實面的關注時，我們便無從去體驗生命的真實與原初本性。因此，只有首先保障『生活世界』的優先性，才能真正實現精神醫學與心理學的科學性。把『生活世界』作為關於「人」的研究之重要根基和起點，建立『生活世界』觀念的特殊基本地位，與主流的「實證科學至上」保持距離，這樣才有助於協助「人」去體驗生命的實存面，也去理解自我的真實脈絡。

『生活世界』的價值在於強調忠實於心理、感官、情感現象以及主觀意義的重要性，將研究對象定位為對「人」的研究，把人真正當作「人」，而不是「物」。理解在日常生活中的真實體驗和活動。把思維鎖定在『生活世界』意味著主張去「還原」日常生活情境中，每個獨特個人的心理經驗，人的真實經驗才是精神療遇研究的可靠起點。關於「人」的焦點應該集中在對意識經驗的描述、分析和與理解上，瞭解人的過程必須盡可能地對一些預設以及理論「括弧起來」，反對以自然科學的方式量化人的日常經驗，從自然科學的主導態度（心理被看作是一種自然物的存在）轉向生活世界（日常經驗的世界）的視域，對日常生活中所呈現出來的現象進行純粹的描述。當然也不可否認的，現象學還原並不是完全否定自然科學所發現人的生理、物理條件的相關性，而是從自然科學主義中暫時抽身出來，忠實於所關注的對象，將描述與理解居於最優先的位置。因為我們所重視的是被關注對象的真實生命與自我，而不是實證科學的先決立場。

三. 人的『生活世界』包含空間與場域的元素：

從『生活世界』的概念中，可以發現若要理解人的情感議題，必須針對現代精神醫學的生理實證邏輯進行反省，跳脫出現代精神醫學的實證科學主義思考模式，以批判的觀點來重新審視人與自我以及人與環境的互動內涵。另外也必需要回歸到人實存的『生活世界』，試著去理解人與周遭世界的互動關係。而『生活世界』的概念對空間也有一番不同

的體認，空間並不是從生活中抽離出來的個別客觀靜態景象而已，而是一種與人主觀經驗有交流的動態意義變化過程。『生活世界』的包含了空間場域的不同層次與向度，也提供了讓個體去發現生活層面不同空間場域之豐富意義的機會。而海德格對「空間」的認知，魏光菘教授也有深入的闡述：

海德格認為，西方科學家伽利略、笛卡兒、牛頓等所描述的『空間』，是一種完全均質延伸、每個地方都絕對等值的一種抽象『數理空間』。但這並不是一種真正『客觀的空間』。因為，在真實『生活世界』裡，『空間』的不同內容與差異性特質，都被抽離掉了。為什麼？因為只要是科學所見的，都是一種抽離性的觀點，預設了抽離出『生活世界』的那種『存有』，誤以為是『真理性的存有』。

因此，以科學觀點而論，它能夠掌握物體的實質向度(長、寬、厚度、溫度、溼度等)，卻無法有效的掌握世界的各種『特質』。它能夠掌握住單一物件的座標位置，卻無法明白各物件之間的陳列關係與意義。³⁷

由此可知，空間場域的概念，並非如自然科學所認為的純粹客觀性與獨立性，現象學提出生活世界的空間概念，並不是全然反對空間的客觀與物質事實，而是提醒我們，對於人周遭世界的理解，必須涵蓋空間場域的元素，以及分別從現實面以及主觀意義面來認識個體的生活世界，片面的空間理解，都不是通往「人」真實面的途徑。而既然人的『生活世界』包含空間場域的獨特元素，當我們從物質世界轉而向精神世界去探問時，人的精神性對空間場域的投射內涵就因而顯得重要，人並非在空間場域中遊走而無涉於空間場域的個體，人是在與空間場域的精神性互動中成全了一個趨近完整性的存在。

由上所述，『生活世界』的概念包含空間場域的重要元素，『生活世界』的基本精神，是嘗試以回歸人的實存面、重視與周遭世界的動態關聯，以及重新理解空間場域的主觀特性來調適自然主義的衝擊。這種對空間場域的深入理解，使得對『生活世界』的探索離不開個體主觀對其所生存空間場域的認知狀態，也就是數理化的空間僅只是最表層的理解而已，所謂真實而深入的理解，必須穿透此表層，進入個體對空間場域的主觀意義層面。魏光菘教授便提到：

³⁷ 同註 31。

依照海德格的看法，真實的「空間」，必須透過人類的活動而產生。換句話說，真實的空間是「存有者的空間」，而非「數理幾何的空間」。因此，人文地理學者，經過現象學的洗禮之後，所見到的「空間」，就不再是客體化的地理空間，或與人的生活與經驗無干涉的數理空間了。於是，他們看見了「地方」。³⁸

因此，對「人」的理解過程必須維持一種高度的自覺意識，此自覺意識並非只涉及個體內在性格的探索而已，而是一種反省式的思考，透過對日常生活、空間場域、主觀知覺以及個體內外在的互動，將「人」的生活回歸其本質。在『生活世界』這個根本性的觀點下，我們得到一種不同的觀看自我與世界的方式，而『生活世界』涵蓋空間場域的元素，也使得本研究再一步思考人文主義地理學的思維。因此，以『生活世界』為根基，進一步參酌人文地理學所強調的『地方』概念，最後落實到本研究的『生活路徑圖』，可以提供我們一種不同的思維模式，而這種調和人與環境的思維模式，可以刺激思考人類存在困境的問題。下一節便進一步論述人文主義地理學的『地方』觀點，以引伸出本研究第三章的重點，也就是落實於實際操作層面的『生活路徑圖』模式。

第五節 『地方』與心理健康議題的再思考

一. 『地方』的概念與重要性：

人文地理學融合了現象學的概念之後，對空間場域的認知有了新的理解，魏光莒教授便提到：

人文主義地理學，有一個清楚的哲學轉向；其中最重要的是，現象學。在一般科學的認知裡，「認知者」(人)是被設定為「不能涉入」被觀察的世界裡的。這種嚴格的設定，是強調著「客觀」之科學的基本前提。由此，出現了主客體截然不同的兩個分項：「人」，存有者，被設定為與其「世界」完全分離，也不能涉身參與其中，不能與世界有所互動或情感交流。這樣的一種認知主體(knowing subject)，即被定義為是「原型科學家」或「真理探索者」。但是，現象學者如胡塞爾及海德格，對此種科學實證主義的哲學前提，則極為質疑。

³⁸ 同註 35。

人文地理學者，經過這樣的哲學轉向之後，最令他們感到興趣的是：「地方」，不再作為某種客觀而疏離的「空間」，或作為某種普世原則下的「對象」。而是開始將「地方」視作一種生活的「內在歷程」。「地方」，乃指人們發現自我、努力生活、產生經驗、詮釋處境、理解世界等等，一路尋找意義、創造意義的一連串場所 (locales)，簡單講，「地方」乃是「在此存有者」(當地居住者)，其生活的廣度與經驗的深度。³⁹

人文地理學認為，地方是『意義中心，人類情感依附的焦點』，⁴⁰人文地理學看待所謂的『環境』因素，它們看到的是『地方 (Place)』，而所謂的地方，就是指人們發現自己、生活、產生經驗、詮釋、理解和找到意義的一連串場所。⁴¹人類的人性面向，有大部分會投注於地方上，產生意義的連結、價值的奠立、目標的投注以及情感的傾洩。海德格 (Heidegger) 也認為，生活意味著存有 (being) 是以多樣的方式與世界發生關聯，世界則從人的日常活動中導引出意義。瑞爾夫甚至明白的指出：『人就是他們的地方，而地方就是人』。⁴²人的存在，一直是不斷地與其他人以及外在環境互動著，而這互動不僅是表面言語或是行動上的接觸，更有著精神靈性層面的交流，尤其是人的情緒與意義層面，牽涉到的不只是生理的因素，更有許多心理與靈性的關聯。精神醫療體系其實早就注意到人們關係網絡的重要以及此關係對心理的影響，然而這樣的重視一直是偏重在『人際關係』、『家庭關係』、『同儕關係』、『親情/友情/愛情』等關係。對於外在環境的部分，偏重的是工作或經濟壓力，並且主張不管外在環境如何惡劣，人的心理總是必須有辦法去因應與調適這樣的環境因素。乍聽之下，這樣的觀點似乎是顧及到了內外的所有因素了，然而仔細推敲後可發現，過去的精神醫療體系並不在乎個人每天都沈浸、遊走、生活於其中的『地方』因素，也似乎對於人類生存場域的大肆改變無動於衷，人類除了在每天的生活中與其他相遇的人產生關係之外，也與每天生活中的『地方』發生關聯，人與『地方』的關聯牽涉到諸多的情感意義，難道這『地方』的因素不需要受到重視？

人文地理學與現象學的理念交流之後，提出了不少新的概念，魏光莒教授統整人文地

³⁹ 同註 35。

⁴⁰ Entrikin J.N. (1976). Contemporary humanism in geography. *Annals of the Association of American Geographers*, Vol 66, 615-632.

⁴¹ Richard Peet 著·王志弘等譯 (2005):《現代地理思想》。台北：群學出版社。P. 76。

⁴² Relph, E. (1976). *Place and Placelessness*. London: Pion.

理學的思維之後，提出重要的歸納：

彙整當前的人文地理學等相關學理，我們發覺，他們找到「地方」所具有的「深度」，至少有兩種：一、「地方」，作為存有經驗的完整範疇；二、「地方」，作為理解世界的方式。⁴³

這是很重要的提醒，從現象學『生活世界』的理念，進一步延伸至人文地理學的思維，所突顯的就是，「地方」的概念是通往「人」的實存面之主要方向，由此「地方」的概念也才能理解「人」以及其對世界的認知內涵。魏光莒教授則繼續提到：『確實，「地方」不是一種外在之「客體環境」而已。而是有其隱含的「視域」(horizon)；它正是我們理解事物約方式。人們乃是，透過其生活世界的視域，來理解其自身的處境、產生其生活上的意向與目標。人的視域，本來就是一種地方的視域。』⁴⁴從這樣的新思維中，『地方』的概念獲得了豐富的意涵，有別於過去啓蒙時代後之狹隘空間科學觀點，地方代表了一種人對世界的融入、理解、投注、依附、經驗、關聯與認識的歷程。

即使人文地理學不斷闡述人與地方糾結纏綿的真實關係，精神醫療體系對於人的情感經驗、意義失落的理解，依然很少願意考慮這關係著人們生活世界的地方因素，甚至是依舊採取實證科學理性的角度來審視這個因素。舉例而言，以人類與地方的觀點來思考，歸屬感便是一個相當重要的焦點，並且人類對於歸屬感的追求是從不間斷的，但是如果對歸屬感進行研究，主流的研究策略可能會企圖發展出一個測量歸屬感的量表，然後再評估受試者的憂鬱程度或自殺強度，並且儘可能以大量取樣的方式來收集資料，最後以統計方法求取兩者間的相關性數據，端看是否數字的顯示達到顯著差異。這種理性的統計數字計算只是企圖簡化生活世界的多樣性與多元意義，並且限制了個別差異性，目的只是要創造有秩序、有效率、標準化的實證科學世界。在這一種企圖理性秩序化的過程裡，容易將真實的經驗封口、將情感的多元意義堵住，無法真正理解人們的生命故事。

近幾年『地方』的新觀點開始萌芽，人文地理學蓬勃發展了人與地方的新關係，『地方』的觀點也開始受到少數研究的關注，這是一個好現象，代表對「人」的理解已經開始轉向多元的層次。

⁴³ 同註 35。

⁴⁴ 同註 35。

二. 心理健康的再思考：

近十年來，『地方』與健康的議題已經逐漸受到國外學者的重視，愈來愈多的研究針對治療性的地景來進行探索，亦發展所謂『健康的後醫療地理學 (post-medical geography of health)』的概念。⁴⁵從這樣一種新的思潮中可以發現，醫療體系所宣稱的生理疾病觀在後現代思維中亦興起一陣反省的聲浪，所謂的健康已經不再只是局限於身體內的病變或是化學證據而已，而是更包容性的含括人與環境的關係，而進入所謂『後醫療』的新時代。在這股新思潮中，地景 (landscape) 是首先被思考的焦點，所謂的『治療性地景 (Therapeutic landscape)』，Gesler認為是一個『**物理與建築環境、社會狀態以及人的知覺所聯合產生的場所氛圍，在此場所氛圍下，可以傳達出療遇的意義** (a landscape where the "physical and built environment, social condition, and human perceptions combine to produce an atmosphere which is conducive to healing.")』。⁴⁶

由此意涵所衍伸而出的是對特殊地景場域的研究，包括朝聖地、醫療院所、休閒場所等等，並且也開始探討日常生活中的地方所隱含的治療價值。⁴⁷這一股逐漸形成的後醫療思潮，不再侷限於現代醫學框架之中，更擴及到了人存在的日常真實生活面向；不再專注於生理藥物學的單一處方，更觸及到了精神意義層次的存在議題與文化現象。例如Hester Parr針對醫學上被診斷為妄想症的個案進行深入訪談研究之後，亦提出一種超出醫學詮釋之外的寬廣視野，他認為妄想的經驗隱含了各種的社會、精神以及生理上的訊息，並且仔細去瞭解後可以發現這些妄想經驗皆與每位個案的特殊生活經驗息息相關，去分析這些妄想經驗可以使我們更清楚人類所處的『空間問題』，這些問題牽涉到更宏觀的社會問題以及地方性的問題，Hester Parr亦質疑完全以病態的角度來審視人類的妄想經驗。⁴⁸

提到人與地方、文化的關係，原住民的生活形態往往牽涉較少的文明污染而保有珍貴的地方議題素材，學者以原住民訪談對象，深入瞭解住民與該地的各種互動關係，結果發現傳統文化因素是一個重要的健康元素，原住民的傳統文化與價值觀，讓他們與土地保有

⁴⁵ Kerns R.A. (1993). Place and health: toward a reformed medical geography. *Professional geographer*, Vol 45, 139-147.

⁴⁶ Gesler W.M. (1996). Lourdes: healing in a place of pilgrimage. *Health and Place*, Vol 2, 95-105.

⁴⁷ Sarah W. & Colin M. (2005). Healing in place of decline: (re)imagining everyday landscapes in Hamilton, Ontario. *Health and Place*, Vol 11, 299-312.

⁴⁸ Hester Parr. (1999). Studying Suicide. *Health and Place*, Vol 2, 167-177.

生理上、符號象徵上以及精神上的各種意涵，而這些意涵是日常生活所不可或缺的要素，在其日常生活的傳統價值觀下，對土地的信仰成爲他們食物溫飽、身心健康以及精神豐沛的治療力量。⁴⁹另外，過去現代文明一廂情願地認爲經濟的發展便能爲原住民帶來舒適、健康與快樂，但實際上經濟的發展不完全能帶來幸福感，更重要的是該地原住民必須能根據自己的傳統文化、社會結構來參與發展政策的擬定。⁵⁰這樣的觀念也是近年來國內社區營造所反省檢討的重點。

尊重在地智慧與文化，重視個體在生活場域中的主觀意義展現，是討論地方概念時的重要因素，現代醫療概念一直努力的想要找尋客觀的健康環境，並期望加以推廣至各地，但是一旦進入心理健康的領域，所謂的心理環境牽涉到更爲複雜的存在意義與主觀感受，就很難是全然的客觀硬體所能決定。Sarah針對加拿大城市Hamilton進行研究，這個城市被一般社會大眾認爲是一個不健康的城市，工業污染、髒亂或是各種疾病的蔓延，但是針對居民進行深入訪談後發現，當地住民仍有自己的日常生活脈絡，在日常生活中的各個地方建立起屬於自己的心理健康元素。⁵¹這其實超過了單純樂觀或是合理化的心理解釋概念，當中透露出來的是人在地方脈絡之中獲得療遇的生命力量，工業發展後的環境污染當然需要被認真的看待與設法解決，藉以避免遭受生理病變的可能性，而在此同時，心理上的健康是更值得被注重的部分。過去人文地理學的研究不斷提出人們所居住的地方因素對心理健康有重要的影響，並且，促進心理健康絕對不單單是個人的問題，也同時要考慮到社區以及社會發展因素。⁵²

相對於高度工業化、高發展後的不健康議題，較爲原始的自然環境對人類的心理健康又是怎樣的影響呢？David Conradson以一個鄉村的緩和醫療中心Holton Lee爲研究對象，提出四個促進身心健康的重要因素，首先是這個中心可提供一個暫時遠離社會期待或是家庭要求的環境；其次是可以讓個體對自然環境進行深入廣闊的接觸與探訪，這種與自然的互動使個體產生平靜以及開朗的感受；第三，這個中心可以提供許多不同社會關係的發

⁴⁹ Kathleen Wilson. (2003). Therapeutic landscapes and First Nations people: an exploration of culture, health and place. *Health and Place, Vol 9*, 83-93.

⁵⁰ Richmond C., et al. (2005). The political ecology of health: perceptions of environment, economy, health and well-being among "Namgis First Nation". *Health and Place, Vol 11*, 349-365.

⁵¹ 同註 47。

⁵² David L.F. & Frank D. (2006). Mental health, place and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place, Vol 12*, 332-344.

展；最後，在這樣一個自然舒適的環境中可以讓個體產生更多的自信去因應身體上的病痛或疾病。⁵³過去生態保育或對愛惜自然環境的呼籲多強調生物界的平衡與永續發展的概念，但其實，對自然的珍惜與愛護其實有更多的意涵，其中之一就是對人類身心健康的重要，經由與自然環境的互動，人類從中得到了許多無形中的療遇功能。

地方與健康的關聯性在近十年來有許多新概念的進展，這方面的論述也牽涉到許多不同的面向，在治療性地景的概念下，主張地方具有維持生理、情緒、心理以及精神上的健康功能，而且這種地方的意義性以及地方與健康的關聯牽涉到在地文化的層面。由此可更加確定，心理健康不只是現代醫療所主要強調的大腦內分泌的問題，更是個人在社會文化的背景下與各個地方所牽連建構的真實關係。現代醫學依循啓蒙精神所強調的普世性忽略了個體的特殊價值，而在『地方與健康』的理念中可以重新找回這種價值，治療性的地景意義會因人而異，因為每個人的文化脈絡不同，所遭遇的地方變遷也不同，人類在自身與整體環境的變動之中產生了許多正面與負面的效果，而這些效果皆與生理、情緒、心理與精神向度有關。

從地方與心理健康的再思考之中，『地方』的概念獲得了豐富的意涵，有別於過去啓蒙時代後之狹隘空間科學觀點，地方代表了一種人對世界的融入、理解、投注、依附、經驗、關聯與認識的歷程。在這個歷程中，人的成長、經歷、感動與沈浸，滋養了人性，也發揚了天性。而現代化社會的危機，便是面臨這種地方感的稀釋與消失，不僅對地方的情感漸趨薄弱，對土地的接觸與感情也日漸稀薄。在這有無之間，我們喪失的比獲得的更多。

回顧我們與真實生活世界的關係，自從科技生活的突飛猛進以來，人們已經漸漸失去了與『地方』相處的機會，在高度科技化的城市中尤其如此，而在鄉村，『地方』亦被一股莫名的現代發展風氣所影響而面臨逐漸喪失的命運，過去人類實際生活中的人際關係與土地關係已經被現代科技的潮流中被網際網路、高樓大廈、虛擬實境等等封閉的空間環境所取代。台灣過去三十年來歷經了經濟上的高速躍進，在傳統價值、經濟結構、社會型態、文化教育、土地開發、社區重組以及生活態度上都產生了前所未有的轉變，全球性資本主義的擴張，碰上台灣的經濟成長，造成了人們在商品消費、物質提升上的強烈追求，這原

⁵³ David C. (2005). Landscape, care and the relational self: Therapeutic encounters in rural England. *Health and Place*, Vol 11, 337-348.

本是一種企圖改善生活品質的想像，但以目前的社會現況我們也可發現，這種想像已經漸趨失控，基本的生活必需商品已經無法滿足現代人的價值觀，昂貴名牌、身份象徵、各種奢侈品的無止盡追逐，代表了就某種層面來說，人與物品的關係價值取代了人與人之間、或是人與地方之間的關係價值，人類情感投注的對象成了稍縱即逝或是流行瞬變的各種商品，情感隨之起舞，變得難以穩定與沈澱。

綜上所述，探討心理健康，特別是憂鬱與自殺問題，若不關切與個人最密切共處的『生活世界』與『地方』因素，將難窺心理健康這個主題的多元內涵。以下將詳細介紹『生活世界』與『地方』概念落實於心理療遇的實際操作過程，亦即本研究的『心理/地理』圖示建構與介入模式。

第三章 『心理/地理』圖式建構

基於上述對於現象學『生活世界』以及人文地理學之『地方』觀點，本研究發展出『生活路徑圖』的心理介入模式，做為心理會談中的一種理解方式，並引領個案進入自我的生命脈絡之中，從中察覺自身存在於世的各種獨特意義，藉此找到情感的療遇機會。本章便針對『生活路徑圖』的發展理念、理論基礎、過程、操作模式以及適用性做完整的介紹。

第一節 「生活路徑圖」的發展理念

在主流價值中十分受到重視的現代精神醫學，究竟能不能引導人對於特殊存在狀態的理解呢？瘋癲（Madness）被視為一種人的特殊存在狀態，在此狀態中，展現出不同於大多數人的思考、情感、知覺與行為，由於脫離了一般的社會規範與期待，此瘋癲狀態受到大多數人的關注眼光。而精神疾病（Psychotic illness）則是企圖理解這種特殊狀態的定義用語，由具專業權力的知識份子加以描述與詮釋，從啟蒙時代迄今，這樣的詮釋具有主流的價值，並且歸於現代醫療體系中的一環。然而，我們因此更瞭解精神與瘋癲狀態了嗎？早在1960年代，一位大學精神醫學教授Thomas Szasz即認為：『**精神醫學被定義成一種醫學專業，關心精神疾病的診斷與治療。我認為，這個仍被廣泛接受的定義，使得精神醫學淪為煉金術與占星術之流，淪為一門偽科學。**』⁵⁴Szasz教授這種大膽強烈的論述明白挑戰了精神醫學的權威地位，也表明了所謂的精神疾病並非是一個自然存在的事實，而是一種基於社會文化前提下的人為定義。

著名的學者Michel Foucault也抱持著類似的觀點，在《瘋癲與文明》一書中，Foucault認為若要理解瘋癲這個領域，就必須先拋棄目前被視為真理的各種論述，精神病理學（Psychopathology）並不能幫助我們更清楚瘋人之存在狀態。他進一步指出，在十八世紀末，瘋癲被認定為一種精神疾病之後，就表示了一種對話的決裂，精神病理學的語言替瘋癲本身決定了意義，於是瘋癲的體驗在精神醫學的冷靜知識中漸漸沈默下來。⁵⁵

現代精神醫學不應該只是專研於人活著的生理狀態，也就是那些肉體上的各種變化與指標而已。現代精神醫學在探索人存在意義與現象的過程中，往往試著去尋求某些可見、

⁵⁴ 引自Roy Porter著·巫毓莖譯（2004）：《瘋狂簡史》。台北：左岸文化。P. 16。

⁵⁵ Michel Foucault著·劉北成等譯（1992）：《瘋癲與文明》。台北：桂冠出版社。

可測、可觀看的『東西』為目標，並且認為這才是『真實』。然而，是否可測量的物件就可稱為真實？人對於世界的知覺與經驗不只是來自於當下眼前的各種感覺接收，也來自於生命運行的歷史軌跡與情感記憶，人的心理狀態與行為模式受到諸多因素的影響，遺傳基因、生理內分泌、成長經驗、家庭教養、人際關係、性格特質、社會文化、地方環境、神秘經驗以及其他種種可能的不確定因素等。也由於這種難以確立特定原因的特性，自古以來，有關人的心理健康面向就受到各種不一致的詮釋與定義。以目前的主流論述來看，現代精神醫學主導了對於精神狀態的認識論與處置模式，它承繼了現代醫學發展過程中的諸多特點，試著讓精神醫學本身向醫學科學靠攏，而最方便也最能夠確立現代精神醫學之科學地位的，便是順從啓蒙精神的絕對理性之詮釋模式，此詮釋模式在數十年的努力下，已經獲得不小的成果，但也有難以解決的新問題，需要不同的觀點來一同為人類而努力。

第二節 「生活路徑圖」的理論基礎

一. 人本心理學的「心理需求論」形成圖示內的各種場域意義：

「生活路徑圖」中各種場域意義的設計靈感主要是來自於人本心理學的先驅馬斯洛（Abraham Harold Maslow，西元 1908～1970 年）所提出的人性需求層次理論，Maslow 最初假設人有五類基本需求：即生理需求、安全需求、關愛需求、自尊需求，以及自我實現需求。這些需求是按照一定的順序進行，也就是人類必須先滿足其底層的基本需求，然後漸漸會需要滿足更上層的需求，如圖 3 所示。Maslow 認為，心理健康的人就是追求自我實現的人，而且心理健康者，必須是生理需求、安全需求、關愛需求，以及自尊需求都已獲適當滿足的人。相對的，如果個體在某種需求（如安全需求）蒙受持久的缺乏或挫折時，則會將全部精力貫注於該需求上，而呈現不健康的心態。⁵⁶

⁵⁶ Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. (2nd ed). New York: Van Nostrand. Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. (2nd ed). New York: Van Nostrand.

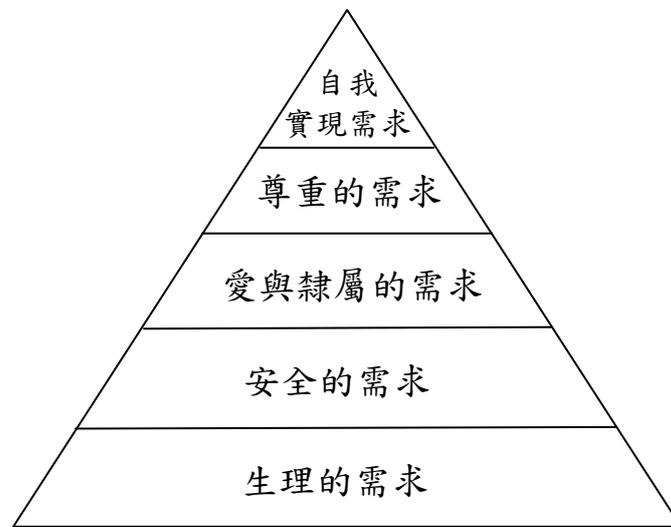


圖 3. Maslow 需求層次圖示
圖表來源：採自 Maslow, 1968

Maslow的需求層次論受到廣大的迴響，主要是因為他反對精神分析以及行為理論過度窄化人性正向、積極、超越的一面，進而開啓了人本心理學的另一種新視野，也重新帶給了心理學一股新的活力。而更重要的是，進入了 1960 年代後，Maslow開始感到這一層次架構不夠完整，他原本所認為的最高層次『自我實現』並不能成為人的終極目標。Maslow 愈來愈意識到，一味強調自我實現的層次，會導向不健康的個人主義，甚至於自我中心的傾向。因此人們需要超越自我實現，人們需要超越自我，因此Maslow在去世前一年發表了一篇重要的文章『Theory Z』，在文中重新反省他多年來發展出來的需求理論，可歸納為三個次理論，即「X理論」「Y理論」及「Z理論」，⁵⁷構成了如圖 4 的層次圖式：

⁵⁷ Maslow, A.H. (1970). *Motivation and Personality*. (rev ed). New York : Harper & Row.

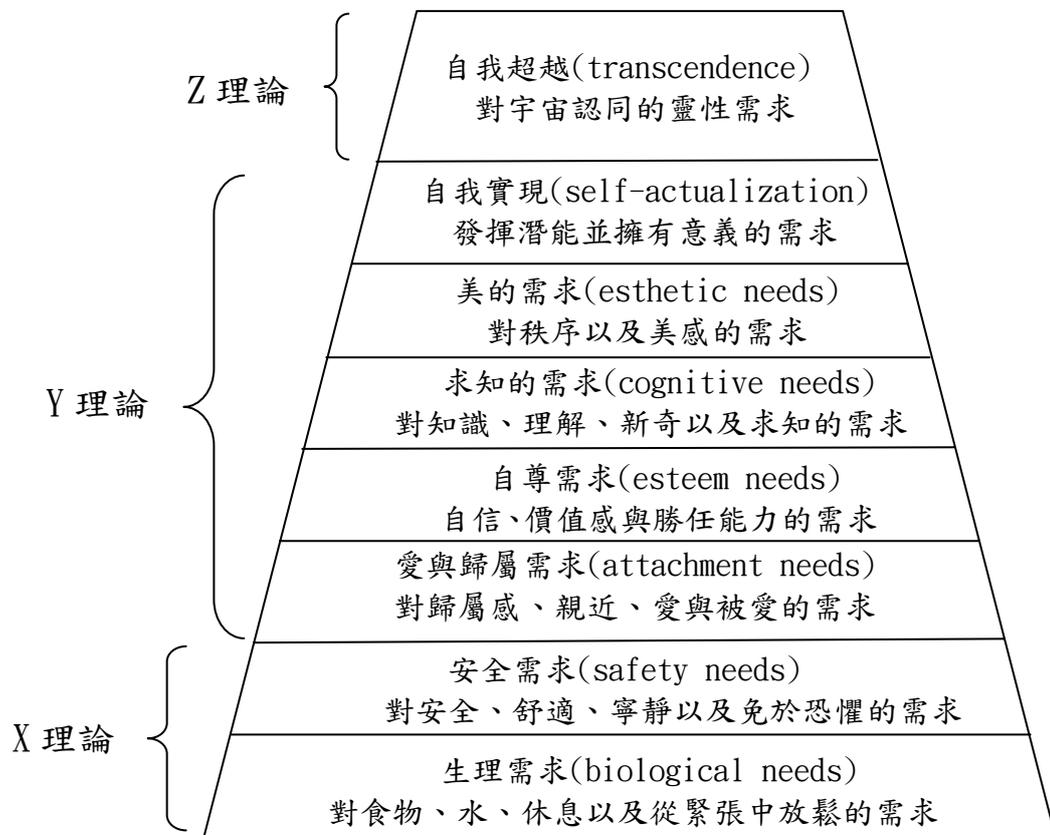


圖 4. Maslow 修正後之需求層次圖示
圖表來源：採自 Maslow, 1970

Maslow 試著用不同的字眼來描述新理論中的最高需求 (Z 理論)，例如：超個人、超越、靈性、超人性、超越自我、神秘的、有道的、超人本、天人合一等等，也就是不再單純以人類為中心，進而重視宇宙或靈性的意涵，Maslow 將「高峰經驗」及「高原經驗」放在這一層次上，它牽涉到一個人存在於世的意義與重要性。⁵⁸

人本心理學的需求論認為個體如果要活的有意義，就必須逐步的滿足人心的各種需求，並且持續的向上提昇。本研究的「生活路徑圖」便是考慮這些基本的心理需求來設計出圖示中的各種場域意義，這些場域意義包含個體足以生活的快樂、有價值的面向。

⁵⁸ 李安德 (1992)：《超個人心理學》。台北：桂冠出版社。P. 173。

二.『生活世界』的概念構成『生活路徑』圖示：

一直以來，心理學的各個分科幾乎都是由自然科學的理念所主宰。但平心而論，自然科學的觀念不應該占據絕對與全面性的位置，因為它無法解決生活中所面臨的一切問題，有關於「人」的研究應當回歸到『生活世界』之中去探索才能夠更貼近的理解其中的各種作用。『生活世界』所指的就是人們日常生活的普遍世界，也就是人們在生活經驗中直接面對和經驗到的世界。人們是生存在時間、空間以及各種關係（與其他人、其他事物、地方環境等）之中，經由意識的意向活動建構起真實且主觀的環境感知，這樣一種感知就是人所經驗的生活世界。

『生活世界』也就是人們對環境場域的「直接到場」，是人們與其感知到的生活環境之間的真實互動；是實現人的存在意義及價值的最根本世界；同時也是日常生活得以正常運轉的整體世界。生活世界的重要意義就是它是最根本的，是人活著的基礎意涵，它是我們日常生活所不可還原的基本元素。胡塞爾便清楚的表示，它的意義先於所有科學世界，同時又構成所有科學世界的內在基礎，科學世界屬於生活世界，就如同所有人和人類社會屬於生活世界。而生活世界絕對不是人們簡單的感官知覺而已，它包含了個體活動在世間的情感意義，也包含個體每天所遊走於各種環境中的全部經驗歷程。

過去在研究人的心理精神問題時，自然科學的原則與方法一直是主導的角色，也獲得多數人的青睞，大都強調科學世界的證據數字可以代表人的心理經驗。因此在研究上著重實驗類別的設計方法、按照設計的實驗過程、大量問卷的使用、測量和統計分析，再藉由統計後的數據資料企圖說明人類存在的樣態。這樣的研究過程，恐怕難以理解真實的人心體驗以及其生命真相。而『生活世界』的概念與操作方式就大不相同，『生活世界』的價值是因為它強調真實心理現象的重要性，將研究對象定位為直接對「人」的互動、參與、對談與理解，把人真正當作實實在在、真真切切的主體，所欲瞭解的是人在生活中的真實體驗，而不是經問卷勾選後的統計數字。一旦我們可以把對於「人」研究鎖定在『生活世界』之中，就有機會還原人在環境中生存的心理經驗，如同之前所提到的，生活世界的經驗比科學世界的經驗更加優先，生活世界總是預設著科學世界，科學世界的論述必須透過生活世界中的經驗效應來衡量與確認。

因此，有關於人的研究，需要認真對待生活世界的優先地位，重新面向生活世界，從刻意設計的方法與實驗室中走出來，真正去看到「人」是如何活在歷史文化、社會傳統、價值體系、環境場域以及自身的生命脈絡中，更應該充分去理解心理現象在生活世界中的豐富顯現。人真實經驗到的現實生活是人文研究的可靠起點，以現象學的用語來說，也就是對於目前學術上的一些預設、理論解釋和習慣用法，必須先予以『括弧』起來，不要以自然科學的統計模式來量化、窄化、標準化所有人的日常經驗。

從上述『生活世界』的理念中，本研究的「生活路徑圖」企圖提供一個媒介，可以讓個案顯現出自身生活世界的圖像，如此一來，便有機會可以理解個案如何在自身與環境的生活脈絡中起伏轉折，真正得知個案情感與生命意義的變化。所以在「生活路徑圖」的圖示裡，「我」是居於最中央，而在周圍環繞的便是生活中的各種地方場域，而這些場域都對人的存在有其意義。「生活路徑圖」如下圖 2 所示。

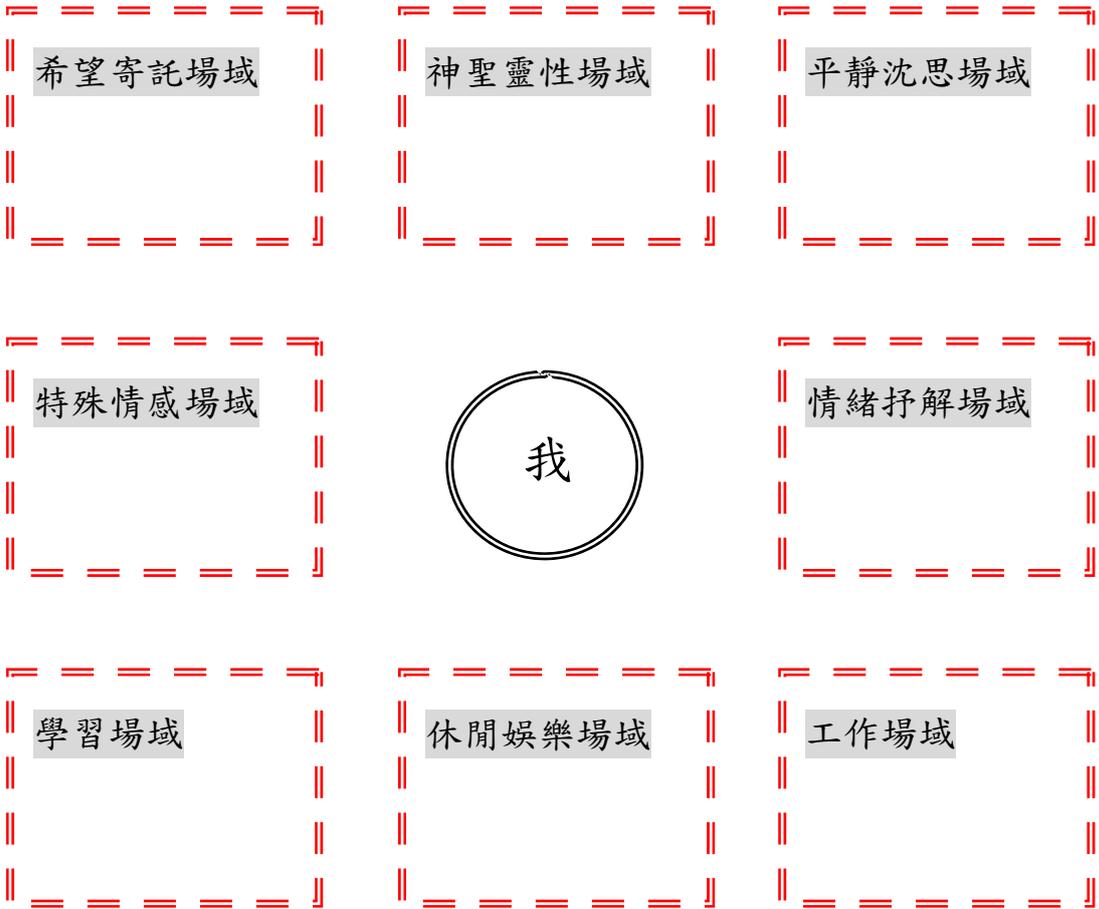


圖 2：生活路徑圖
圖表來源：本研究設計

『生活世界』的概念是「生活路徑圖」最根本關鍵的理論基礎，此概念構成了生活路徑圖示的模型建構，也引導著與個案訪談時的態度與方向。在實際與個案訪談中，個案有機會將其生命中特定時期的「生活路徑」描繪出來（本章第四節詳述），並且藉由此描繪，個案可自由、主觀、真實的表達出自身與生活環境的互動與感知，並且具體化的由「生活路徑圖」比較出日常生活的變化，由此獲得更深入的自我察覺。

第三節 「生活路徑圖」的各種場域意義

根據以上跨領域的理念，本研究設計出『生活路徑圖』作為訪談重點，主要分為八種不同的場域意義，此八種場域意義由精神層次至日常活動層次分別為『希望寄託場域』、『神聖靈性場域』、『平靜沈思場域』、『特殊情感場域』、『情緒抒解場域』、『學習場域』、『休閒娛樂場域』以及『工作場域』。如上圖 2 所示。

本研究的『生活路徑圖』試著將人類生活於世的層面區分為八種場域意義。在『工作場域』方面，主要是關聯於生活中的工作領域、場所、或是賴以維持生活基本條件的職業場域；在『學習場域』方面，主要是關聯於學校、教育單位、在職進修單位、或是主觀認為可以獲得知識、經驗或是技能上的精進場域；在『休閒娛樂場域』方面，主要是與個人的休閒活動、自我放鬆、日常娛樂活動、或是個人自覺與遊樂遊戲活動有關的場域；在『特殊情感場域』方面，則是一個人主觀上由其特殊經驗、特殊人際關係或是成長記憶中所衍生而成的一種情感投射場域，此場域相當主觀亦相當多元化；在『情緒抒解場域』方面，則是一個人處於某個地方或是進行某種活動而產生情緒上抒發效果的場域，此場域容易被聯想與休閒娛樂場域類似，但在實際的研究過程中發現，此兩者仍有明顯的差異；在『希望寄託場域』方面，是一個人對於未來或人生之路的企望，位處於此場域中，可能正在進行某種活動以利於個人往後的發展，但也可能只是一種單純充滿希望的感受；在『平靜沈思場域』方面，為一個人將雜念或情緒沈澱之處所，屬於精神層次的運作，也包含意念的轉化或提昇；最後在『神聖靈性場域』方面，則是與宗教信仰或是未知世界的靈性交流有關，倒不一定在廟宇所在，而是一個人可以體會或感受到「人」以外的精神世界之各種場域。

從『生活路徑圖』的這八種場域意義的設計中，大致上包含了人類心理需求的各種面向，例如工作場域可能同時具有生理滿足或自尊滿足的意義；特殊情感場域可能具有愛與隸屬或是安全感滿足的意義；神聖靈性場域可能具有自我實現或是自我超越的意義，或是平靜沈思場域也許也隱含了自我超越的意義等。此外，與 Maslow 不同的是，『生活路徑圖』並不認為這些場域意義需要先從底層獲得滿足後，才會尋求更上層的需求，本研究認為每個人可以同時在這些不同需求中去追尋與滿足。

綜而言之，基於對現代精神醫療的省思，以及綜合人文主義地理學、現象學、生活世界、生活路徑的觀點，再加上人本心理學的理念，因而設計出『生活路徑圖』，將一個人生活中的各種可能意義場域列出，環繞於個人四周，而個人的生活世界即在這各種場域意義中活動與遊走，對於每天（或某一時期）的生活路徑之描繪，將是理解個人生命脈絡以及理解個人情感意義的一把鑰匙。

第四節 「生活路徑圖」實際操作模式

在實際與個案訪談的過程中，首先依循傳統心理治療的階段，必須先與個案建立信任且密切的治療關係，當此治療關係確定之後，才有辦法逐漸與個案討論其成長經驗與生命脈絡。當個案確定進入研究且也信任治療師（研究者）之後，便開始以人文地理學概念介入，邀請個案回憶並分享成長經驗中與所處環境的各種互動關係，包括人際、事件、家庭、創傷經驗、懷念、回憶等等，等個案的地方意識漸漸浮現後，才著手進行『生活路徑圖』的描繪。此實際操作模式過程分述如下：

一. 基本介紹以及明確區分出憂鬱時期的時間點與所處環境：

在描繪生活路徑之前，必須先與個案說明為何進行此路徑圖的描繪，以及此路徑圖在自我了解上的意義，讓個案能放心且理解。待個案沒有疑問之後，便以精神醫療的診斷標準來區分出憂鬱時期的時間範圍，並且描述當時所處的環境。此生活路徑圖的一開始先有時間的起訖點，就是各時期的時間範圍。接著有「生活環境」的描述，指的是該時期個案所生活的所在地，通常是以所生活的城市來指稱，有些個案會註明當時環境中的變動或重要特徵。

二. 進行『憂鬱時期』的生活路徑描繪：

等時間點與生活環境確定之後，便開始進行生活路徑圖的描繪。為了使個案能更清楚的回想各時期的生活經驗，在正式描繪之前，研究者會先進行一小段該時期生活面向（人、事、時、地、物）與生活狀況的詢問，內容不外乎在哪工作（或上課）？地點在哪裡？該地點旁邊有什麼景物？自己那時候是什麼樣子？當時周圍有哪些重要的人事物？那裡的景物是什麼樣子等等，意圖喚起個案的「情節式記憶」，使得對該時期的生活路徑描繪更貼近個案當時的生活經驗。

三. 『前憂鬱時期（有的為前一年，有的為前幾年）』的生活路徑描繪：

描繪完憂鬱時期的生活路徑圖後，對個案開始憂鬱至今的生活狀況已經有詳細的認識，接著繼續邀請個案回想憂鬱之前的生活情況，同樣會進行一段喚起「情節式記憶」的技巧。有些個案會回想到憂鬱之前約一年的生活，有些則回想幾年前的生活時光。此憂鬱前時期的瞭解，一方面是為了釐清個案近年來與地方的關係如何與自我的情緒產生關聯，一方面也是幫助個案察覺隨著近幾年時代與生活的演進，如何在自己的生活環境中的產生影響，藉此引發後續改變目前痛苦生活模式的動機。

四. 『其他時期（生命早期或是憂鬱改善後時期）』的生活路徑描繪：

最後一張生活路徑圖，則邀請個案主觀的來思考想要描繪哪一時期的生活路徑，通常進入此階段時，個案觀看自己憂鬱情緒的態度已經開始擺脫精神疾病的模式，進而思考自我與生命脈絡或是地方的關聯性。在本研究的案例中，有些較為長期諮商的個案，因為情緒已經開始改善，所以會描繪憂鬱改善後的生活路徑，另外有些個案則會回想人生更早期的生活樣態，通常是認為過得很快樂的那個時期。從這三張的生活路徑途中，已經很清楚的將個案情緒上的人生重要時期進行瞭解，原本抽象隱晦的內在情感與意義世界，也轉化成爲視覺圖示的生活路徑與文字資料的訪談內容，已經足以進行下一步的整理與對談。

五. 整體的討論與生活反思：

從憂鬱時期的訪談漸而至非憂鬱時期的訪談，除了幫助研究者與個案瞭解情緒的變動內涵外，一方面也確保可以引導個案的思緒往正向愉悅的方向前進，而不至於落入將個案情緒導向低落的創傷經驗而未善加拉升的研究窘境。在三階段的生活路徑圖完成之後，即與個案探討自我的生命經驗，以及思考自我與『地方』的深層互動關係，通常個案在此探

索中皆可認同並跳脫單純病理上的觀點，而以更寬廣的態度來審視自己的生活變動，除了對生理病因的接收之外，同時也可以為自己的生活模式負起責任。此時的研究者則必須引導個案思索現代文明的缺憾，並且提昇自我對現代文明生活的省思，將自我的生活模式導向對『地方』的重視與融入，如此也才有情緒療遇效果的可能。

六. 肯定個案的自我察覺能力與自我改變能力：

討論完生活路徑圖，而且個案也有所領略或者個案的情緒有所改善之後，則針對個案願意進行自我探索以及敏銳的自我察覺能力加以肯定，將正向改變的動力持續附加於個案身上，提昇個案的自尊以及對自己的肯定，將情緒療遇的功效歸於個案自己的努力與奮鬥。

七. 再次說明研究將如應用與處理個案的訪談資料：

最後，則再一次說明生活路徑圖與訪談資料的後續處理方式，解釋保密的原則與執行方法，若有個案有所疑慮或擔心，則在此階段處理或詳細的解釋，此階段與第一階段一樣，皆為尊重個案的必要程序。

第五節 「生活路徑圖」的適用性

本研究的對象以憂鬱個案為主，不過由於此生活路徑圖的探索需要語言、記憶、自我察覺以及情感表達的能力，故本研究所納入的研究對象，其教育程度為高中以上程度，主要是考量在進行生活路徑圖的描繪以及探索時的有效性。此生活路徑圖的心理療遇模式為初步的嘗試，目前僅使用於本研究中的對象，尚未拓及其他對象，不過本研究推測，對於認知功能或情緒功能有較嚴重困難的個案（可能伴隨認知思考的障礙、知覺的異常或是各種妄想），例如精神分裂症或是躁鬱症，可能不適用於此種模式的心理介入策略。另外，目前處於嚴重憂鬱症狀中，並且服用高劑量抗憂鬱劑的個案亦不適用於生活路徑圖的探索，一方面因為嚴重的憂鬱症狀可能迫使個案在注意力、動機以及行為上的過度退縮，甚至會有輕度幻覺症狀的產生；另一方面，高劑量的藥物使用也會明顯影響個案的認知思考與行為能力，所以並不適用於此模式的介入。

總而言之，此『心理/地理』圖式的介入模式是一項新的嘗試，而且本研究也並未打算發展一種舉世皆然或是標準化的治療策略，此模式意圖突顯的，是精神醫療模式以外的可

能性，也就是將焦點放在個案的生命經驗本身，而非用病理的大衣全然覆蓋住個案的身心。進一步來說，本模式並非是一種治療理論，亦尚未到達治療理論的程度，而是一種治療焦點的位移，所以並沒有絕對「適用」於哪些特定對象的問題，而是應該問，當個案坐在治療師的面前時，治療師應該用何種態度，來理解眼前的心靈受苦者？是精神病理？是疾病症狀？是行為偏差？是心理病態？或聚焦於個案本身的生命脈絡。

第四章 憂鬱症個案的心理與環境模式

本研究以「生活路徑圖」為訪談的起點，得到了一些不同於傳統精神醫學的資料，這些資料並非完全否定精神醫學的知識觀，而是試著進入個案的『生活世界』，以個案的眼光來關注他們所面臨的生活處境，從這些真實的現象訊息中，描繪出被精神醫學定義為憂鬱症的個案，他們生活中的過去、現在與未來，並且從中探詢人與地方的關聯性意義。

根據本研究的訪談結果，當我們的觀點從精神醫療的先決性立場向現象學生活世界的個人真實經驗移轉時，可以發現個人與生活場域存在著實際又緊密的關係，而這種關係在個人生命中遭遇困境時扮演了重要的角色。本章先呈現研究資料的初步說明與分析（第一節），接著由此分析出發（第二節、第三節），最後提出本研究成果的三個主要核心論點（第四節、第五節、第六節）。試整理分析如下：

第一節 憂鬱症個案的生活路徑圖分析

（完整的個人訪談內容請參閱附錄）

一. 個案一：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：王○○ 性別：男 婚姻：未 年齡：35 學歷：大學畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：獨自賃居 就醫狀況：已服用抗鬱劑約三個月

2. 個案簡要生活史：

個案於大學畢業後，即進入金融行業，期間曾換過兩家公司，適應尚可，平時也從事一些登山或閱讀學習等休閒活動。自小到大並未曾有過憂鬱病史，去年底各金融行業開始興起一股合併風氣，因此公司易主，許多公司的規定與要求因此變更，業績壓力增加，於去年底開始出現失眠、心情低落、提不起勁、抗拒上班、疲倦等現象，同事發現個案精神狀態一直不佳，建議個案至醫院精神科就診，個案原本十分抗拒，但因為症狀一直未有改善，勉強於95年6月左右就診，經醫師轉介至心理室進行衡鑑與治療。

3. 生活路徑簡要說明與分析：

以下分析說明的格式皆先呈現每位個案三張完整的「生活路徑圖」，接著會以縮小版的三張路徑圖來做一清楚的比較。

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

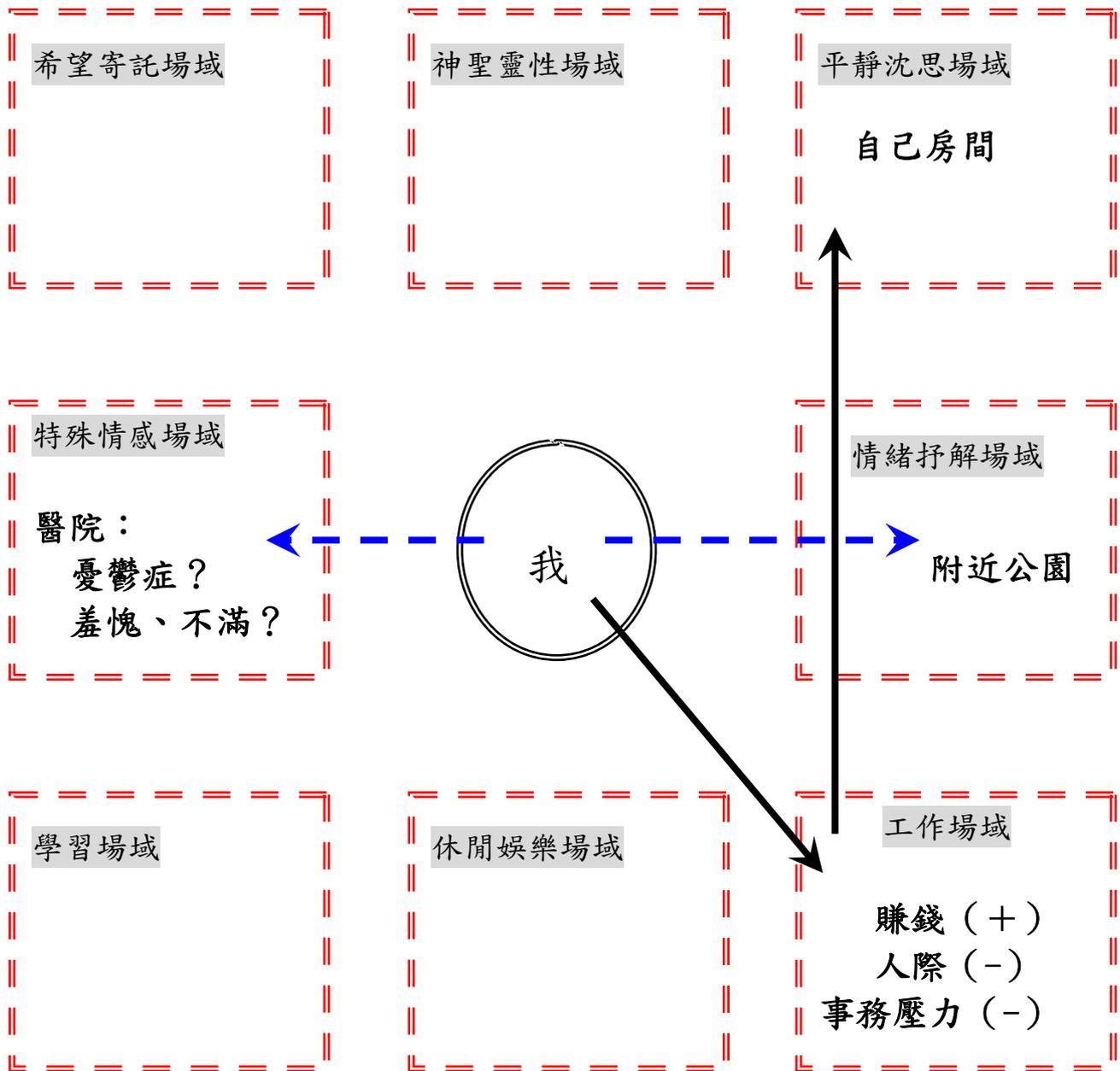
時間：民國 95 年 2 月至 95 年 11 月

生活環境：雲林縣

(公司換老闆)

——> 日常路線

- - - - -> 重要但偶爾之路線



※生活路徑圖簡述：

個案在憂鬱時期時，每天的路徑是早上先到公司上班（同時有正負向的感受），下了班就回家，每天幾乎就只涉及這兩個場域。接受同事建議後，才開啟了「醫院」這個場域，個案將之歸屬於「特殊情感場域」，因為到醫院就診伴隨了一些負向的情緒感受。而個案接受了心理治療之後，才又開啟了家裡附近公園的一個新場域，上述兩個場域都只是生活中偶爾的路徑，但個案自覺對其情緒有影響。

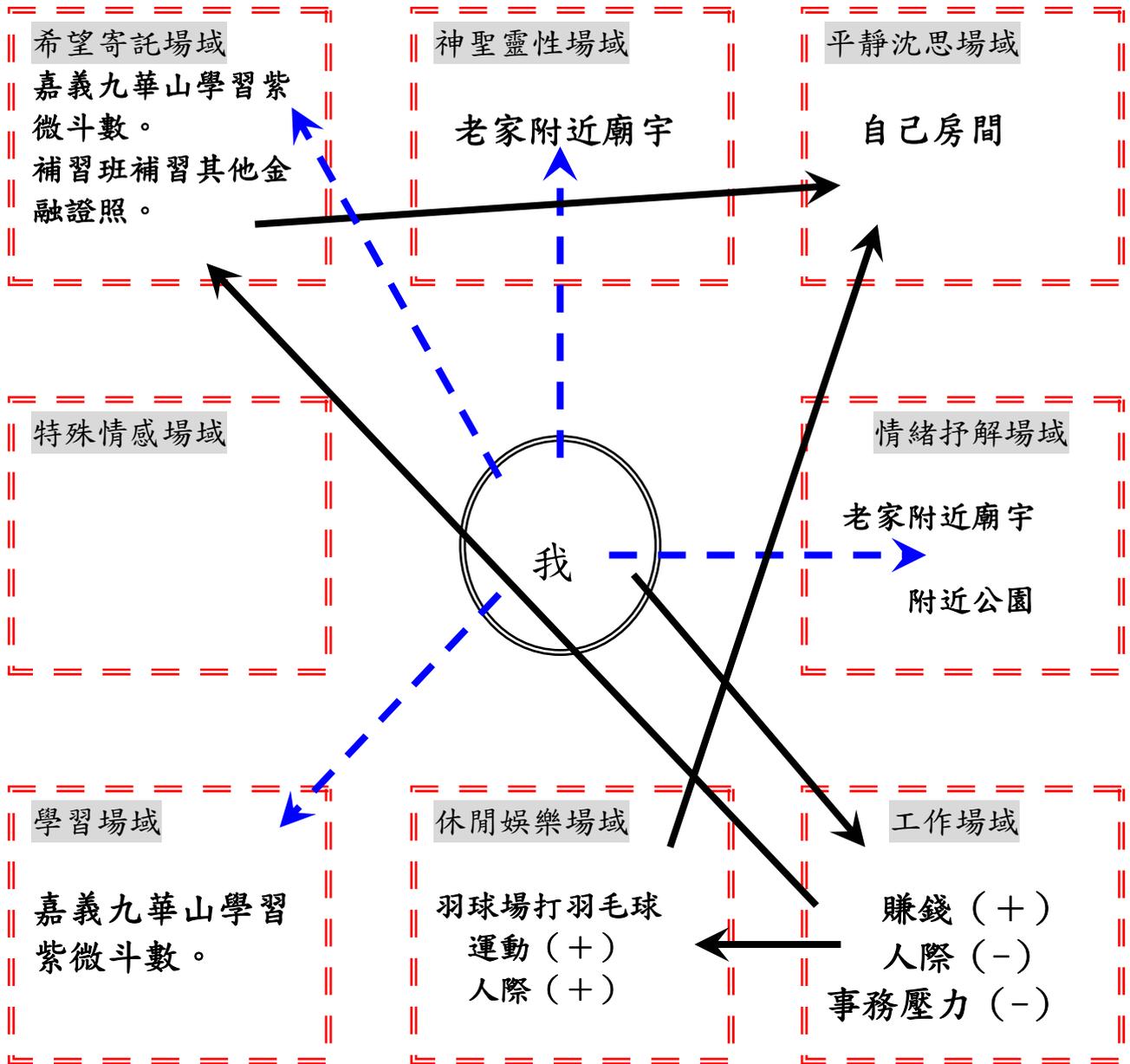
※ _ 憂鬱前一年 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 94 年 1 月至 95 年 1 月

生活環境：雲林縣

——> 日常路線

-----> 重要但偶爾之路線



※生活路徑圖簡述：

個案在前憂鬱時期，雖然每天的路徑還是先到公司上班（同時有正負向的感受），但是下了班的情況就與憂鬱時期大不相同。個案下了班大致上有兩個固定輪流的路徑：一個是會去羽球場打球（兩種正向感受），然後回家；另一個路徑是下班後到補習班補多種金融證照，然後回家。而在放假日，個案也會安排其他許多重要路徑，包括到廟宇、公園、九華山等。此時期生活中的路徑顯得多元與豐富。

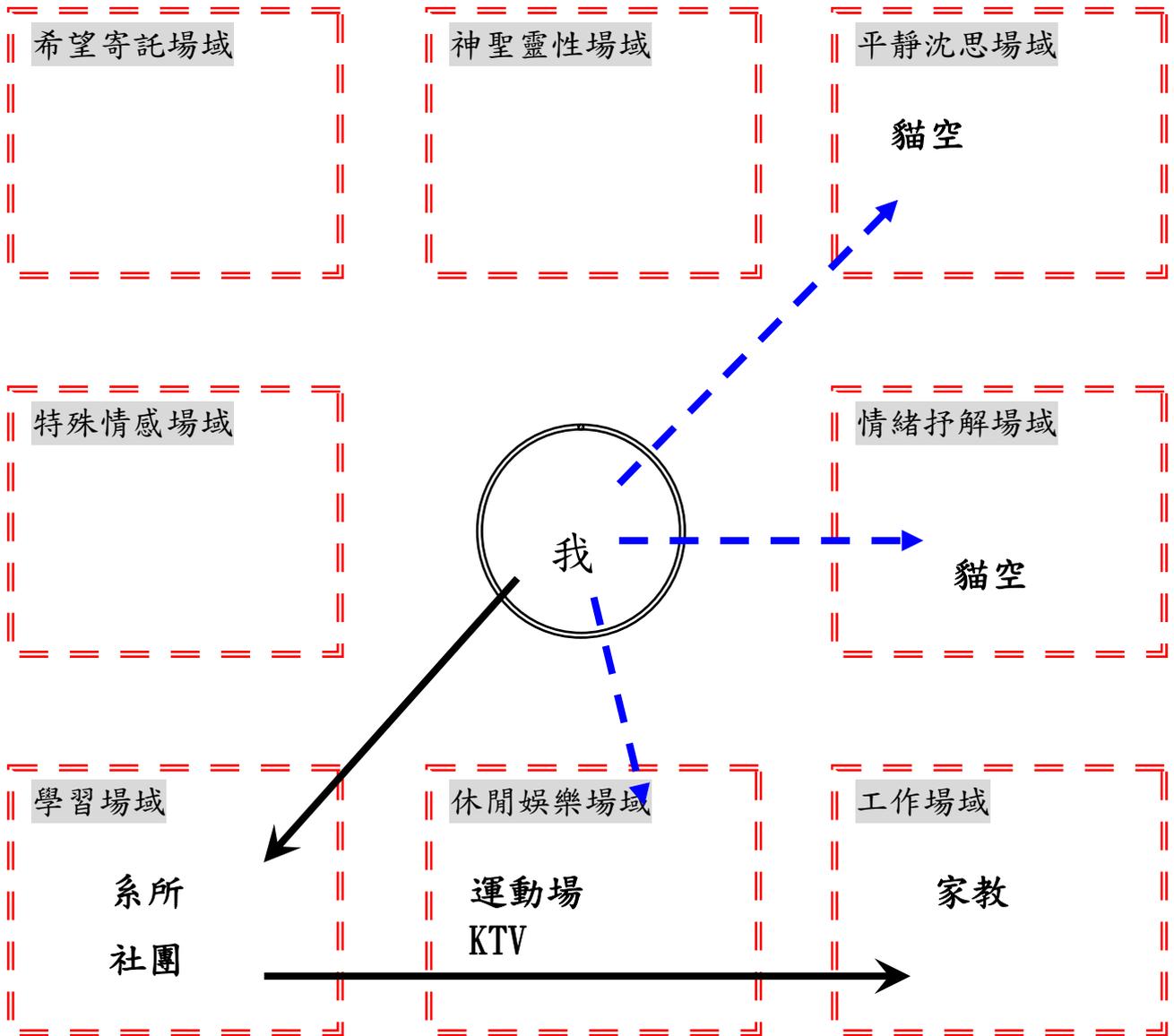
※ _ 大學 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時 間：民國 78 年 至 84 年

生活環境：台北市

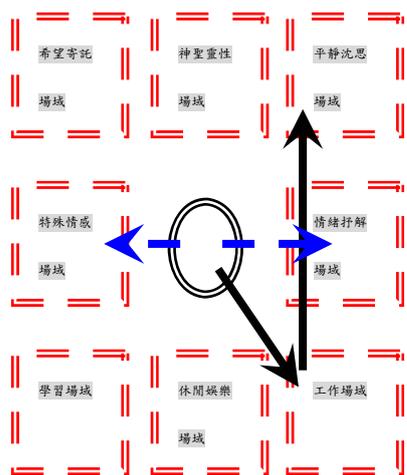
——> 日常路線

-----> 重要但偶爾之路線



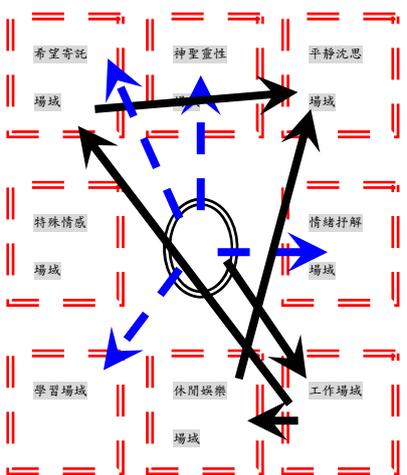
※生活路徑圖簡述：

個案最後一張路徑圖顯示的是大學時期的生活狀況，個案每天固定會到系所上課，沒課的時候就是去社團，下了課或是社團結束後就去兼家教貼補零用。除了以上每天固定的路徑，個案偶爾會到運動場運動、與同學去 KTV 唱歌、或是自己一個人去貓空散心。個案選擇大學時期來進行路徑描繪，是因為個案畫完前兩張之後，對於自己與地方場域的關係頗有感受，於是想起大學時期離鄉背井的生活，想要進一步探索自己的生命經驗。



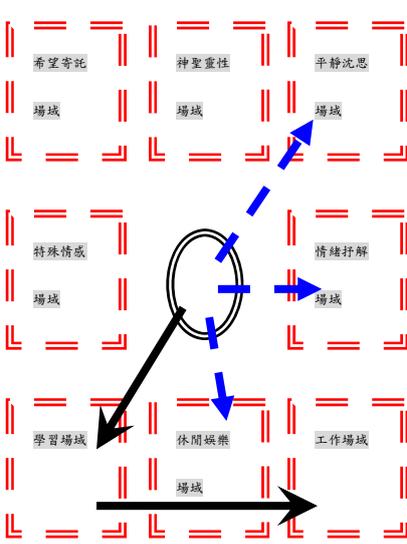
憂鬱時期

個案一
(王先生)



前憂鬱時期

個案一的生活路徑圖顯示在「憂鬱時期」以及「前憂鬱時期」的生活世界差異。在「憂鬱時期」，個案每天的生活路徑只剩下讓他心煩（同事相處）的「工作場域」以及「平靜沈思場域（自己房間）」兩個場域，以 Maslow 的心理健康需求模式（第三章之圖 4）來看，個案在此憂鬱時期，幾乎只是因為工作收入滿足了最底層的「生理需求」而已，頂多再涉及「安全需求」（有平靜沈思的場域），其餘的五種需求幾乎都是空乏的狀態。以 Maslow 的理念，這樣的需求狀態離心理健康的程度還有一段距離。至於個案偶爾會涉及的「特殊情感場域」，是來醫院



大學時期

就診精神科的經驗，而且此經驗伴隨著羞愧與不滿的情感（被診斷為憂鬱症的負面感受），只有「情緒抒解場域（去公園散步、曬太陽）」是稍微讓個案覺得好過一點的地方。由個案憂鬱時期的生活路徑圖可發現，其生活圈相當狹窄，幾乎只剩下「工作」與「家裡」兩個場所，而這些場所又包含負向的外在情緒條件（工作壓力、同事衝突等）：

我現在幾乎就是去公司，然後下班回家，公司對我而言，有兩種意義，但是似乎有點矛盾，一方面賺錢來過生活，但是一方面現在事情很多、業績壓力很大，而且這一陣子跟同事也處得不好，整個來說，公司對我而言是一個不好受的場所，但是我又不得不去。-----個案一：王先生

而在個案憂鬱之前一年（前憂鬱時期），其生活路徑圖則又是另一番景象，當時每天的生活場域涉及「希望寄託」、「平靜沈思」、「休閒」以及「工作」等各方面，偶爾也進行「神聖靈性」、「情緒抒解」、「學習」等場域的活動：

一年多前喔，那時候工作差不多啦，業績壓力稍微小一點，不過你也知道，金融行業就是這樣，壓力一定不小的。不過那時候我下班或假日的活動很多，有幾天我要去補習證照，金融行業的證照很多，所以多一點證照就多一點希望，雖然累，但是會讓我對未來有憧憬。沒有補習的時候，我會去我們那邊的羽球場跟一些打球的朋友一起打打球，很有發洩的效果，而且運動對身體也好，心情感覺也比較開朗，會暫時忘了工作的事。不過後來幾個球友也是因為常加班，漸漸地打球的機會就變少了，好像變得比較懶得去。-----個案一：王先生

生活場域的豐富性，給個案帶來多元的情緒發洩效果，此時的生活路徑，呼應了 Maslow 對心理健康的認知，也就是在個案的生活中，同時滿足了「生理」、「安全」、「自尊」、「自我實現」，甚至有可能是「自我超越」的需求，此時的生活或許並沒有比較輕鬆，但是整個心情的希望感與意義感可以支撐其生活中的忙碌與辛勞。

另外個案自己覺得人生中另外一個重要時期則是「大學時期」，在與個案進行完兩張生活路徑圖後，個案認為大學時期離鄉背井的生活經驗，對其本身具有相當多的意義。從個案「大學時期」的路徑圖中可以看出，其生活場域所涉及的層面亦不多，雖然當時沒有情緒上強烈的憂鬱現象，不過心靈上與當時環境的疏離與陌生，則是相當明顯的情感空虛與適應問題：

我在台北人生地不熟，去的地方也不多，那時候我還蠻沈默的，跟同學只是偶爾有互動，其實那時候我也不是很快樂，總覺得生活很沈悶，也很吵雜，大都市的生活常常讓我喘不過氣來，同學邀著要去西門町、東區、百貨公司，我都覺得沒有興趣，我最常去的貓空，那幾年也改變很大，因為好像社會漸漸發展，政府也開始要開發貓空那一帶，很多地方都被剷平或是改建，原本貓空路就很小，政府的宣傳與民間的擴建，遊客愈來愈多，上山的時候常常塞車，假日更是悽慘，山裡變得跟市區的道路一樣，看了就煩。-----個案一：王先生

個案一的生活路徑圖清楚呈現了現代人生活模式的狹窄性，以及離開自己熟悉故鄉的心路歷程，這些都是個體為何會演變成憂鬱情感的重要線索。而從這種離鄉背井的心情可以看出，此時期個案在 Maslow 所謂的「安全」、「愛與歸屬」的需求上顯得相當匱乏，此時期的需求匱乏雖然沒有嚴重到產生憂鬱症狀，不過對個案的存在意義感也頗有影響，此時期個案主觀的敘述就沒有像「前憂鬱時期」那樣充滿希望與動力，似乎只是一種辛苦的應付現狀與忍耐的心理狀態。

二. 個案二：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：簡○○ 性別：女 婚姻：已 年齡：39 學歷：高職畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：台北板橋
就醫狀況：斷斷續續服用抗鬱劑約兩年，自述憂鬱情緒已長達十年

2. 個案簡要生活史：

個案於高職畢業後，原先在台北從事秘書工作，後認識現在的先生（從事麵包製作），婚後先搬至台中，住在麵包工廠宿舍，與先生一起努力事業，約十年多前先生結束被人雇用的生活，從台中搬回雲林自己開店，個案於是在家幫忙處理訂單、顧店以及照顧家庭、小孩。但回雲林後，個案起初與公婆住，因生活習慣與價值觀的不同，容易產生意見不合，個案多以忍耐沈默的方式因應。後來雖然已經與公婆分開住，但是長期以來生活煩悶，覺得過得很痛苦，沒有辦法適應雲林的生活，至今都覺得不喜歡雲林這個地方，也討厭現在顧店的生活形態，對於精神科的藥物治療頗為抗拒，覺得自己不想被藥物控制，所以並沒有持續規律按照醫師指示服藥。三年來斷斷續續接受過心理治療，但是治療師時常更換，所以治療亦沒有穩定的持續，這一陣子（約半年來）心情嚴重低落，又重新至衛生所接受心理治療。

3. 生活路徑簡要說明與分析：

此個案一樣是「憂鬱時期」、「前憂鬱時期」以及「自認為人生中的重要時期」，而個案所主觀選擇的重要時期，則是高職畢業後的生活路徑，個案覺得當時是人生中最快樂的階段。以下仍先簡介三張詳細的生活路徑圖。

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

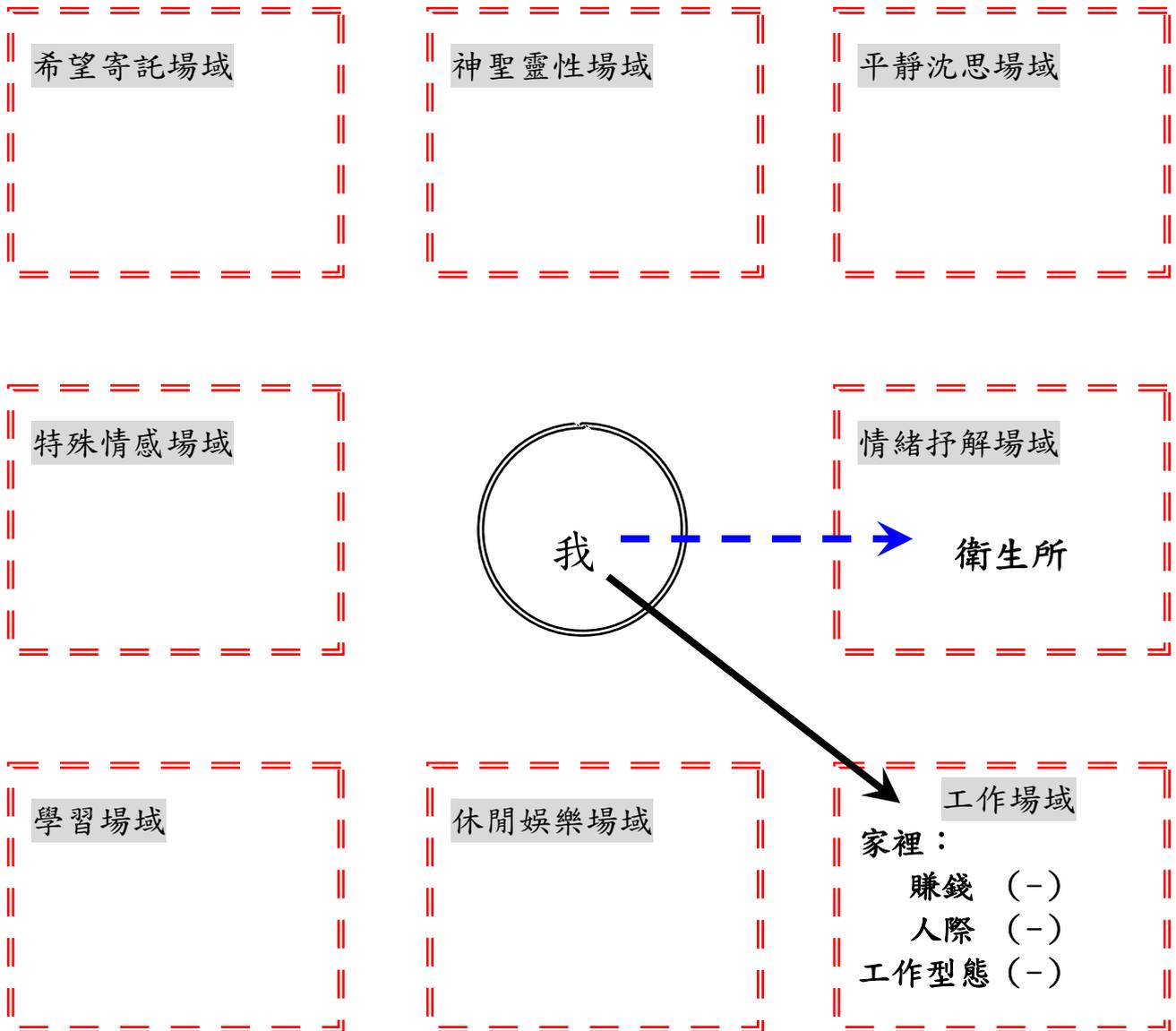
時間：民國 83 年至 95 年

生活環境：雲林縣

(鄉村生活、公婆同住、顧店看家)

——> 日常路線

- - - - -> 重要但偶爾之路線



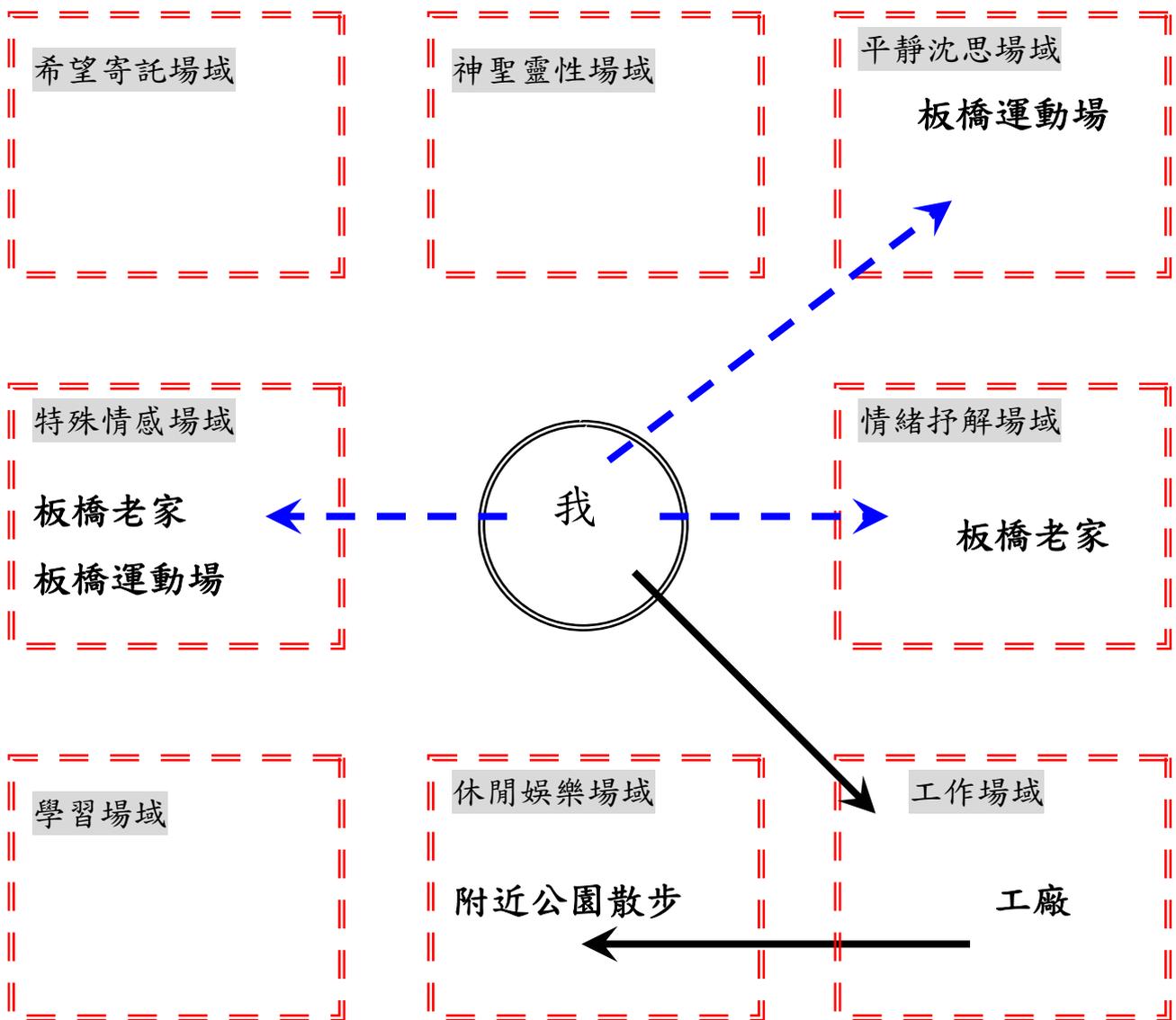
※生活路徑圖簡述：

個案在憂鬱時期時，幾乎沒有所謂的「路徑」可言，個案自己家中開店，每天就是忙著照顧店裡生意，而家裡的這個場域又是同時讓個案覺得有多重的負向感受。一直到接受衛生所提供的社區心理諮商資源，才多出了一個「情緒抒解」的意義場域，偶爾可暫時離開家裡的環境。

※ _ 台中 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 80 年至 83 年
 生活環境：台中市

——> 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



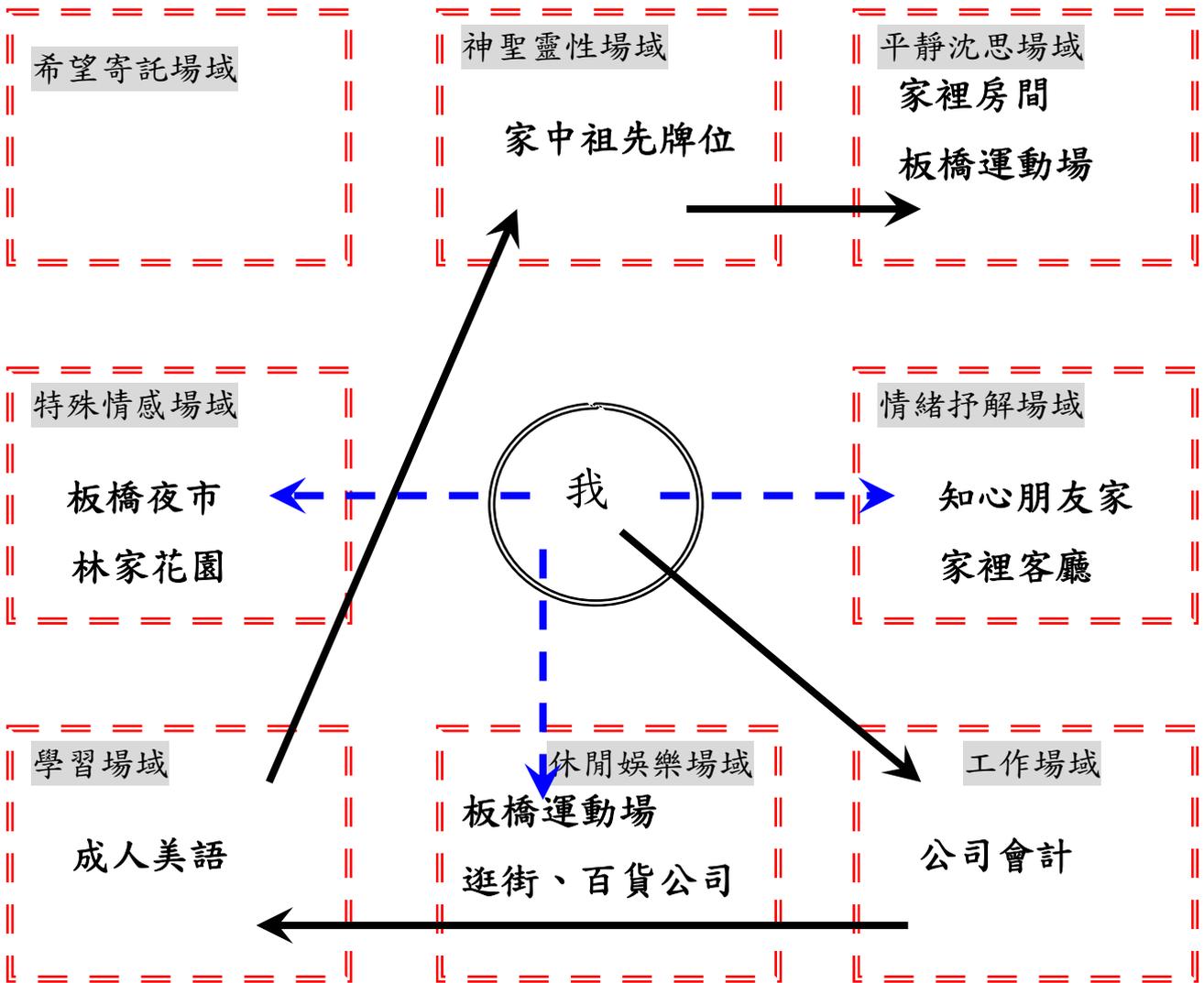
※生活路徑圖簡述：

個案在前憂鬱時期，每天固定的生活路徑也不多，不過這簡單的路徑包含了與先生感情正濃的內涵，每天與先生至工廠工作，下了班可以一起散步聊天。除此之外，個案當時的生活具有許多的「重要但偶爾」的路徑，這些路徑牽涉到一個重要的因素，亦即個案可以回到過去成長的地方，那些場域有親情、回憶與成長經驗，對個案的存在感、情緒調節與心理的平靜具有很大的功用。

※ _ 板橋，高職畢業 _ 時期生活世界重要路徑圖：

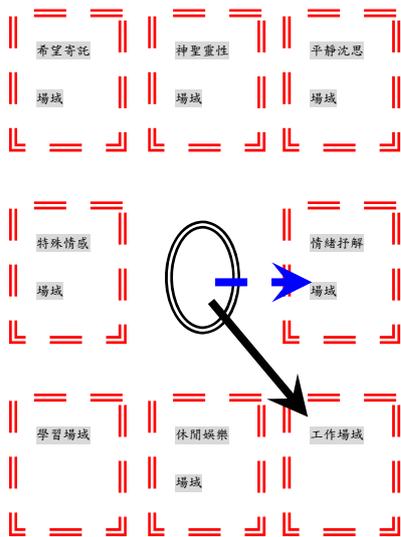
時間：民國 74 年至 80 年
 生活環境：台北縣板橋市

——→ 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



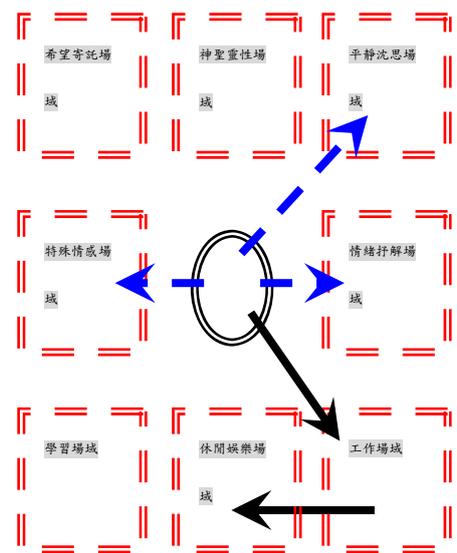
※生活路徑圖簡述：

個案最後一張圖所畫的是自認為人生中最快樂的時期，是個案高職畢業後那幾年的日子，在此時期，個案每天先至公司上班，下班後會到成人美語班學習英文，回家第一件事也必定會至神明廳拜公媽，一天的最後是在自己房間中獲得沈靜。而因為當時是在自己的家鄉生活，放假時或有空時也會到運動場、夜市、林家花園等屬於自己情感回憶的場域去，此時期的生活路徑顯得相當多采多姿，心情也是到目前為止個案自覺最愉快的時候。



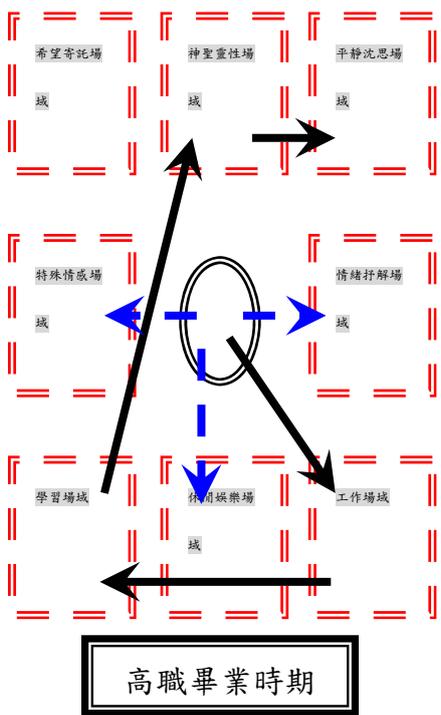
憂鬱時期

個案二
(簡小姐)



前憂鬱時期

個案二的生活路徑圖顯示在「憂鬱時期」，每天只剩下工作的意義（自己家裡開店），而家裡又是個案負向情緒的來源，在這種場域意義的衝突之下，個案漸漸產生嚴重的憂鬱情緒。以 Maslow 的理論也可發現，這時期個案的需求，幾乎全處於不滿足的狀態，雖然家裡生意還算不錯，但是個案連基本的休息與放鬆感受都無法獲得，也許飲食需求不虞匱乏，但是生理所需要的放鬆感卻無法滿足。還好後來有接受心理諮商服務，可初步滿足其「安全需求」，偶爾到諮商室接受諮商則成爲生活中唯一例外的場域，這種單調狹隘的生活模式，導致個案長期處於情緒低落的狀態（超過十年）。



高職畢業時期

我的生活都一樣，每天早上就開始開店做生意，我先生在樓上做麵包，我在店面接電話、顧店、招呼客人，生意是還算不錯，但是我都會希望客人不要來，賺那麼多錢沒有用，我只想要休息，我不想要顧店，先生也都不會幫我，做完麵包就自己去打太極拳，我一個人要忙東忙西，還要整理家裡弄乾淨，刷洗這刷洗那，我很討厭這樣的生活。-----簡小姐

而在「前憂鬱時期（憂鬱前三年）」，個案每天所涉及的生活場域雖然也不多（工廠工作與公園休閒），不過也包含了「特殊情感」、「情緒抒解」以及「平靜沈思」的場域意義，這可能就已經可以滿足 Maslow 所謂的「生理」、「安全」、「愛與歸屬」等需求。這些多元的場域活動可以調節日常生活中的負向情緒與壓力。

以前還在台中的時候，我跟先生剛結婚不久，我就離開台北，因為先生的工作是在台中。那時候剛離開台北是有點不習慣啦，畢竟我的姊姊、父母、朋友都在那邊，但是嫁人了沒辦法，就跟著先生啊。剛開始去台中，我們住的地方也很窄小，但是就是一股創業的衝進吧，我們白天都在工廠工作，他做麵包，我做會計，下了班我們會去附近公園散步，那時候夫妻感情還不錯，走一走一整天的壓力也會覺得不見了，那時候壓力也不算大，反正我們是領固定薪水，經營、業績的部分那是老闆的問題，我們就很單純的把分內的事做好就好。我喜歡跟先生散步的時光，可以談談心事，或是當天遇到的事，唉，現在沒有了啦，都老夫老妻了。不過現在想一想，發現可以散散步、談談心真的很好。-----簡小姐

最後，個案回想就讀高職時候的生活路徑，因為個案認為那是人生中最快樂的時光，從此階段的生活路徑圖中可以看出，高職階段是個案生活面向最廣泛的時期，每天的生活路徑加上偶爾涉及的生活場域，幾乎佔滿生活路徑圖中所有的意義場域，由於個案當時是在自己家鄉生活，有許多聯繫著個案成長經驗的地方，這種聯繫也帶來生活的安全感與穩定感：

在台北嘛，就是一堆熱鬧的東西，假日偶爾會去逛逛街，當成是休閒活動囉，不然比較缺錢的時候就改去運動場，操場走一走也不錯，啊那個夜市喔，那是我國中初戀的地方啦，那時候戀愛就是逛夜市啊、林家花園附近走走啊，我還蠻喜歡回憶的吧，畢竟是自己長大的地方，隨便晃一晃都有情感都有記憶…… ---簡小姐

高職畢業後的生活，不只是「生理」、「安全」、「愛與歸屬」的需求滿足而已，還包含「自尊」、「求知」、「美感」以及「自我實現」等。這對個案的生活適應產生相當足夠的力量，雖然初出社會面臨許多挑戰，個案依舊可以悠遊自在，成為人生中最快樂與滿足的生命經驗。

三. 個案三：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：陳○○ 性別：女 婚姻：未 年齡：31 學歷：大學畢

診斷：憂鬱症 居住狀況：原生家庭 出生地與成長地：嘉義市

就醫狀況：半年前診斷為憂鬱症，未服用抗鬱藥，偶爾服用鎮靜安眠藥。

2. 個案簡要生活史：

個案於大學畢業後，就一直在同一家醫院從事急診室護理工作，因為醫院風評不錯，工作量也大，近一年來常覺胸口鬱悶、失眠、憂鬱不樂，有辭職的念頭，但又不知道不當護理師還能做什麼，就一直勉強自己忍耐。個案自述從小大到也曾經有心情很不好的時候，現在自己評估起來當時也似乎符合其輕度憂鬱症的程度，但是那時候並沒有『流行』看醫生，也是自己想辦法調適。近半前來因為情緒問題以及睡眠問題，主管特別同意個案值正常班（不用上小夜、大夜班），但是引起同事間的微詞，因此才在同事鼓吹下就診精神科，但是並沒有服用抗憂鬱劑，只有在失眠嚴重時服用鎮靜安眠藥，近一個月來又開始與同事一樣輪班。

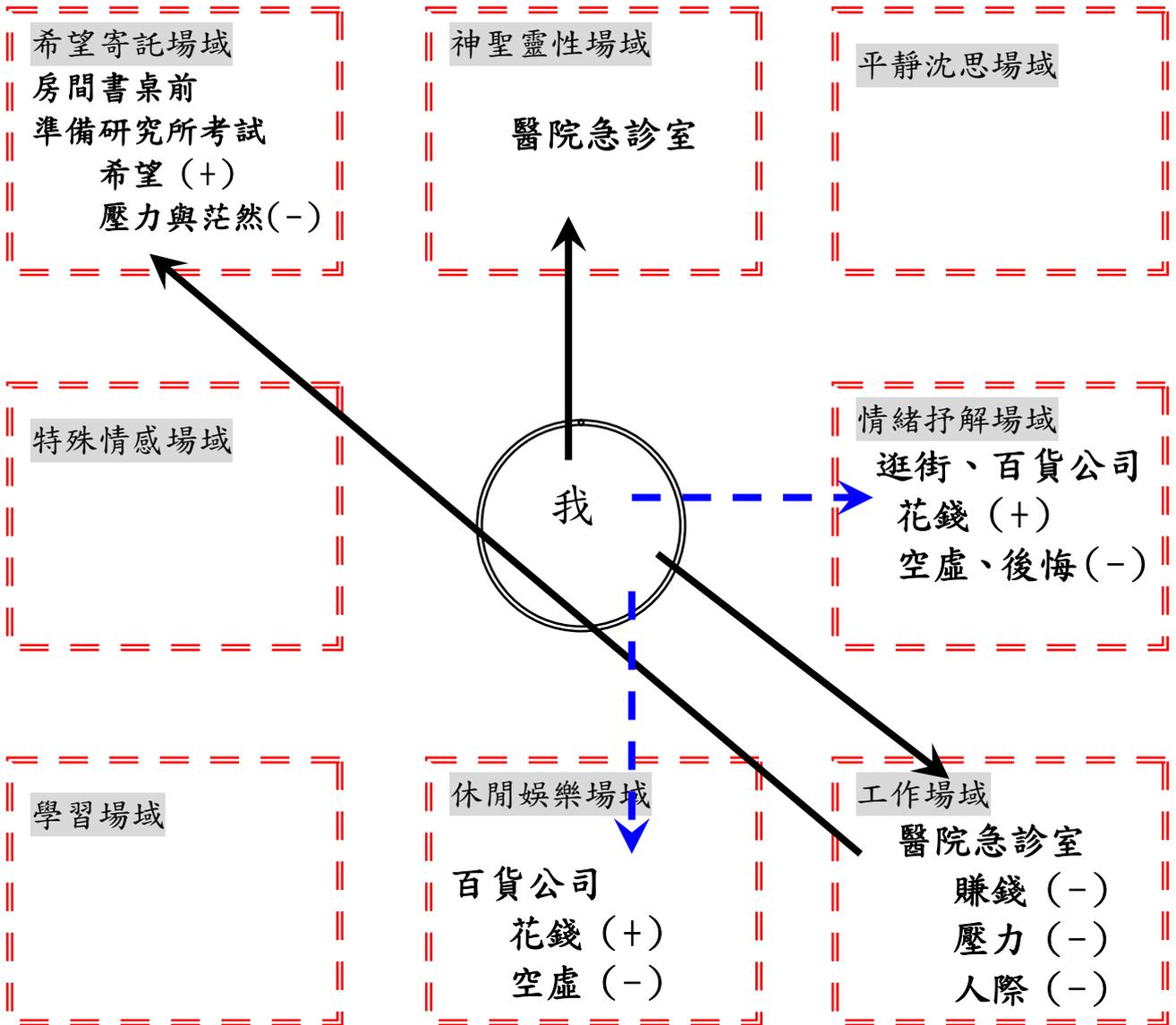
3. 生活路徑簡要說明與分析：

此為個案是醫院中的醫護人員，因此對醫療體系也頗有瞭解，關於精神醫療的簡要狀況亦有所認知，以生活路徑圖的模式介入，得到一些重要的發現，另外，此為個案所談論的某些醫療診斷現象以及藥物的使用，也呼應本論文前一、二章所反思的精神醫療議題，正好也為現今精神醫療操作模式的實際狀況做個反省。

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 95 年 5 月至 95 年 12 月
 生活環境：嘉義市

—————▶ 日常路線
 - - - - -▶ 重要但偶爾之路線



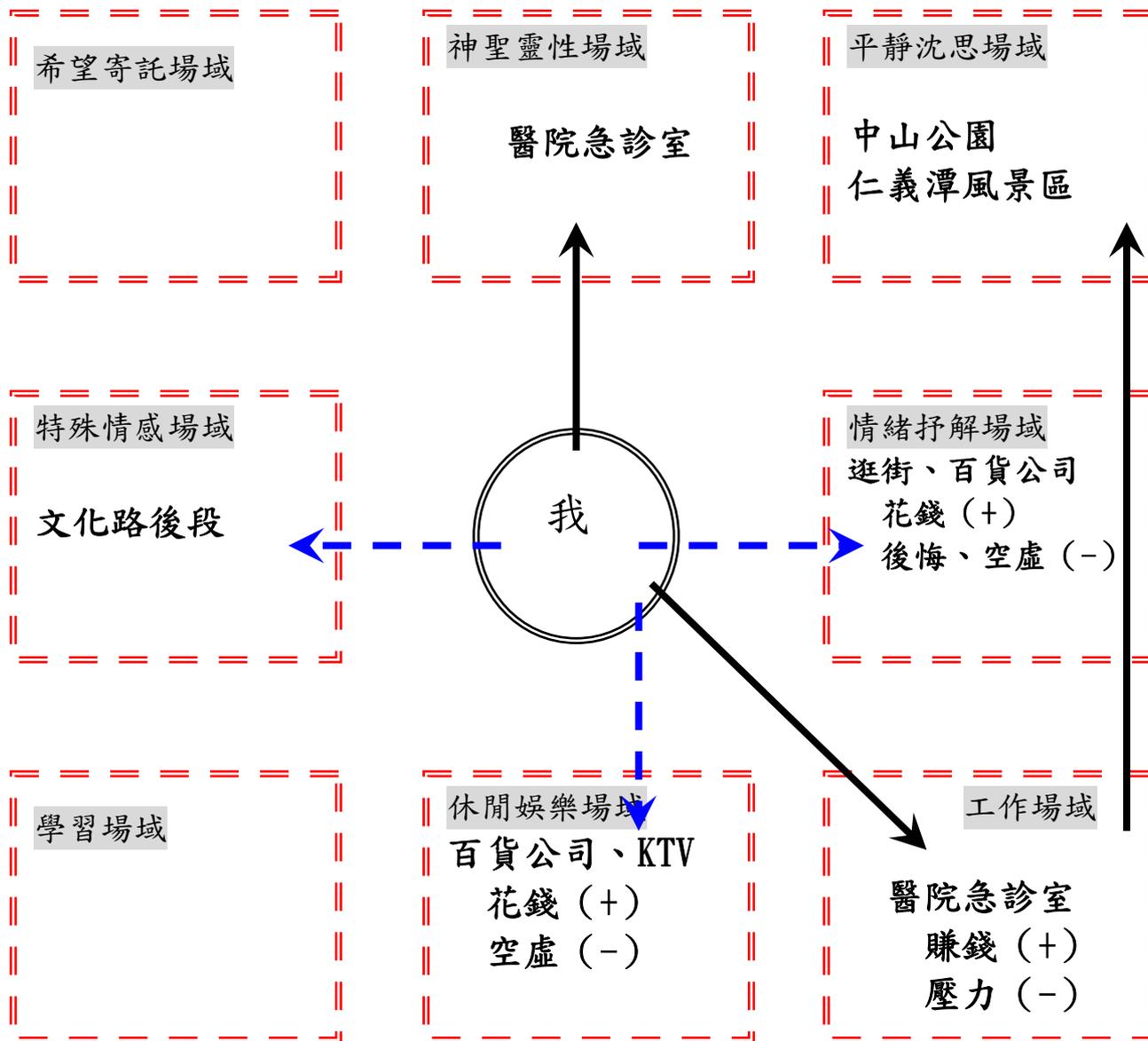
※生活路徑圖簡述：

個案在憂鬱時期時，每天的生活是上班（時間不固定，常常要輪班，而且上班場所都是負向感受），下班後就回家準備研究所考試（具正負向的感受），比較特別的是，個案每天工作的急診室，對個案而言也是一種神聖靈性的意義。由於急診室工作忙碌，個案偶爾且重要的路徑都是百貨公司，此路徑雖然有抒解壓力的效果，但事後反而都帶來另一種經濟壓力。

※ _ 憂鬱前一年 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 94 年 至 95 年
生活環境：嘉義市

——→ 日常路線
- - - - -> 重要但偶爾之路線



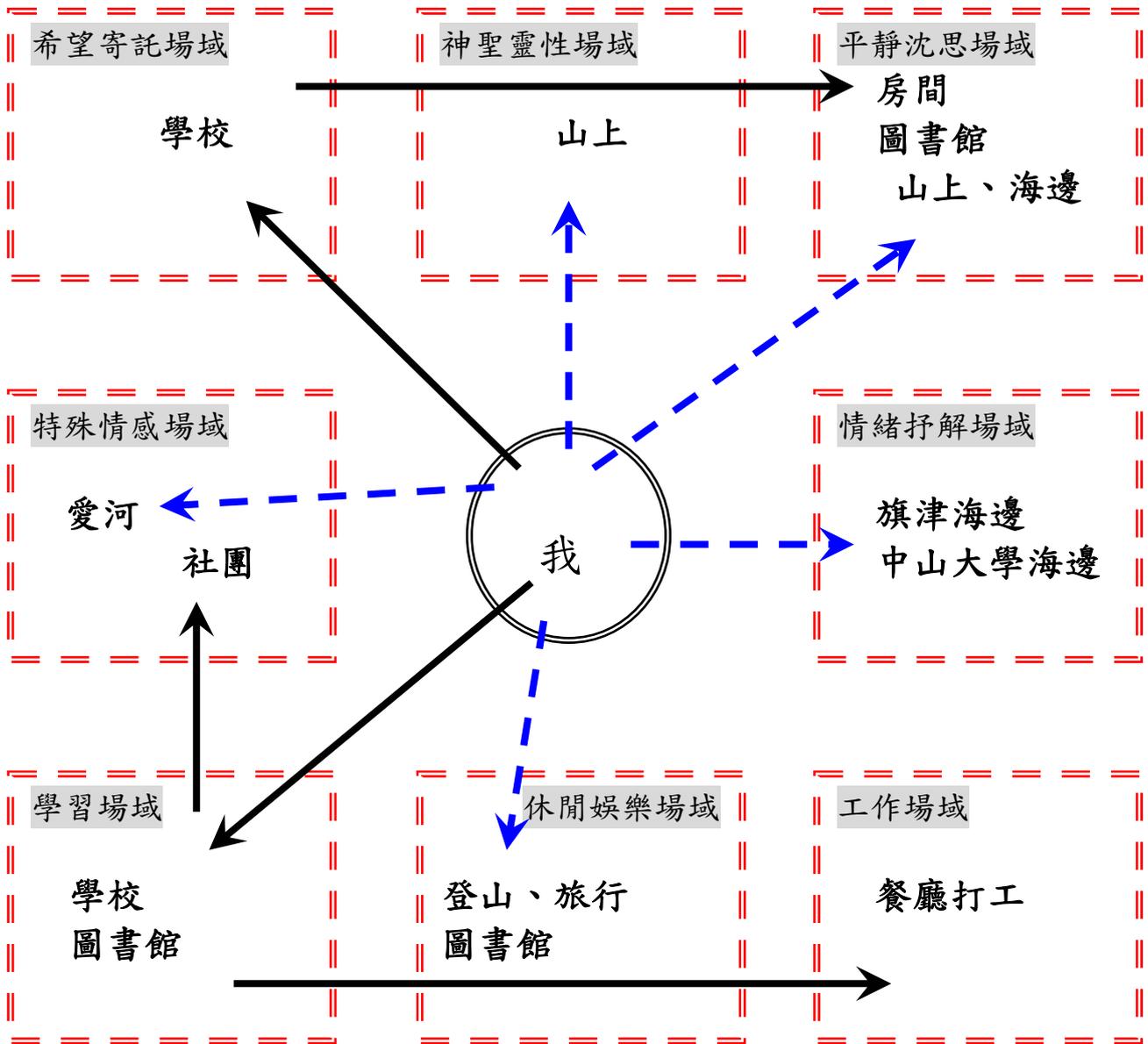
※生活路徑圖簡述：

個案在「前憂鬱時期」與「憂鬱時期」的生活路徑並沒有太大的差距，每天的生活一樣是上班，下班後則到公園或鄰近風景區散心(與憂鬱時期不同)，每天工作的急診室，一樣也是一種神聖靈性的意義。個案偶爾且重要的路徑也都是百貨公司。不過此個案在憂鬱前後一個很有意義的差別在於，個案提到因為都市開發所造成的主觀情感意義場所之消失，此意義的消失在個案的描述中佔有重要的地位。另外個案也提到現代人工作型態在生活安排時的困難。

※ _ 大專 _ 時期生活世界重要路徑圖：

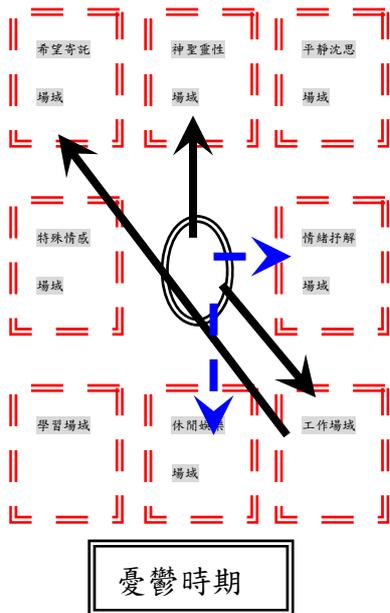
時間：民國 80 年至 85 年
 生活環境：高雄縣

—————▶ 日常路線
 - - - - -▶ 重要但偶爾之路線

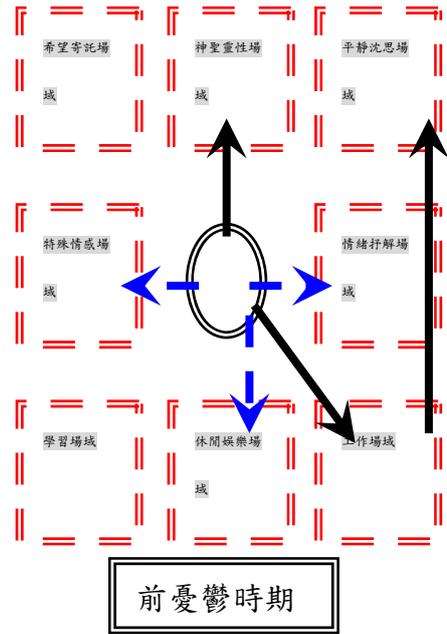


※生活路徑圖簡述：

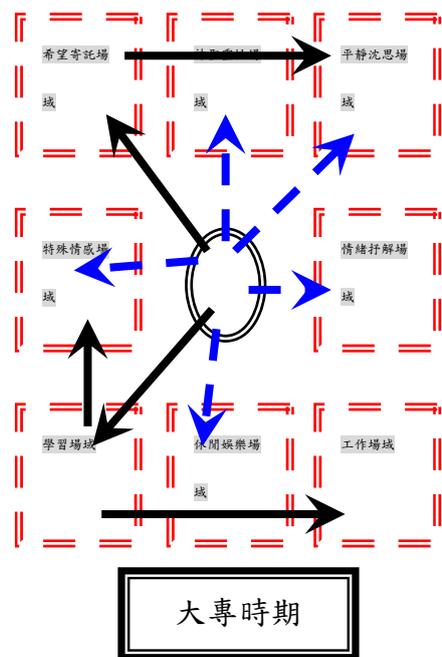
個案也選擇了人中最快樂的時期作為第三張生活路徑圖的重點，在此大專時期中，個案每天至學校上課，然後去圖書館唸書，下課後不是去社團就是去打工，雖然只涉及三、四個場所，但是這幾個場所對個案而言，就包含了大部分的意義。另外，個案假日時的安排也頗為精采，可能是去登山旅行，或者去愛河與旗津等情感記憶的地方，個案這些偶爾且重要的路徑多涉及大自然。在此最快樂的時期，個案的生活圈涵蓋生活路徑圖所有的場域意義。



個案三
(陳小姐)



第三位個案在憂鬱與前憂鬱時期的生活意義場域多寡數量差別沒有像前兩位個案那樣懸殊，不過也顯示出豐富與狹隘兩種不同的生活風格。在「憂鬱時期」，個案幾乎只剩下醫院（工作與神聖意義）以及百貨公司（情緒抒解與休閒娛樂）兩個生活場域，只是此兩個場域都具有雙重場域意義，所以使得生活路徑圖看起來沒有十分狹隘。以 Maslow 的理論，個案在此時期可滿足「生理」、「安全」以及初步的「自我超越」需求。不過此時期生活所涉及的場域不多，個案主觀的陳述上也透露出單調的生活模式，對其情緒的緩解有不利的影響：



我現在每天就是上班、下班、上班、下班啊，沒有什麼特別的，現代人不都這樣嗎？被期待有個穩定的工作、最好有車子、房子，然後有老公、孩子，然後再一直上班、下班、上班、下班，有時候我在想，以前的人好像活的比較自在一點，對啦，現在賺錢比較容易啦，但是賺得錢還不都被我敗光，倒不如少賺一點，我就少花一點。-----陳小姐

有趣的是，這位個案並不像明顯嚴重的憂鬱症個案，雖然其情緒的陳述也符合憂鬱症診斷標準，但是這位個案的生活路徑描述透露出更廣泛的社會變遷意義，她的重要意義場域是在社會演變的過程中被拆除與銷毀，比如個案在「前憂鬱時期」，生活中可以包含「特殊情感」與「平靜沈思」兩個很深層的存在意義，不過後來皆因為政府的建設或是現代人的工作方式而漸漸喪失這兩種場域意義：

一年多前也會有心情很差的時候啊，但是好像不會有什麼自殺想法或是像現在一樣的無力感，會到處去逛逛吧，不管是買東西，或者是去靜一靜，其實我們的工作型態也不好安排假期啦，有時候假日也要值班，這也是後來跟男朋友分手的原因之一，兩個人相處的時間不多吧，有時候即使聚在一起，我也只是想休息睡覺。我最懷念以前一起出去玩的時候，我們會去爬山，或者去海邊看夕陽，不然就一起逛街吃小吃，到處都有美好的回憶哪，不過像文化路就不見啦，嘉義的海邊也愈來愈醜，聽說還有六輕的污染哪。好像少在外面活動，心情也很難好起來，以前心情差歸差，好像有地方可以緩衝，現在心情差就只能看醫生吧，哈哈，現代人也真無聊。

-----陳小姐

個案最後所畫的時期是「大專時期」，那也是她最開心的時候，生活路徑包含了所有的意義場域，那時候的心境比起目前受限制的生活，可說是天壤之別。不過需注意的是，個案雖然每個場域都有涉及，但並非每個場域都是不同的場所，有些場所對個案而言具有多重的意義，而心境就在這種多元性中豐富起來：

念專科時候喔，那時候是最快樂的時候了。為什麼喔，因為我的生活很豐富啊，我每天去上學，有很多好朋友，放學要嘛去社團，要不然就是去餐廳打工，我也常去圖書館喔，很認真吧，然後假日會跟社團的人去登山，不然就是自己去逛高雄，現在也很懷念那時候的生活說。

…對啊，就像剛剛說的，很多地方都是不同的意義，還有互相衝突的，比如說剛剛說的準備研究所，雖然有新希望的感覺，但是同時也是很茫然啊，而且唸書有壓力耶，誰知道念研究所是不是就會比較有前途？就是找個新刺激吧，讓生活比較不一樣，多一點不同的事情，生活應該比較精采吧，不過壓力很討厭。----陳小姐

正如同 Maslow 所認為的，一個人若可以滿足需求層次中的各項需求，就是個心理健康的人，在此個案最快樂美滿的大專時期中，個案幾乎所有的場域意義都具備，也就是 Maslow 所提出的需求層次幾乎都在個案的心中獲得某種程度的滿足，當一個人覺得生活中可以衣食無缺、可以休息放鬆、可以安全舒適、可以有愛有歸屬、可以具備自信、可以獲得知識、可以具備美感、可以發揮潛能也可以有靈性的感知，其情緒就可以維持在愉悅的狀態，並且對人生充滿意義感與希望感。

四.個案四：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：楊○○ 性別：男 婚姻：已 年齡：45 學歷：師專畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：雲林縣
就醫狀況：五年前診斷為憂鬱症，斷斷續續服用醫師所開的抗鬱藥。

2. 個案簡要生活史：

個案於師專畢業後，就一直在學校任教，一直都在台北教書，後來因家庭因素，約十年前回到雲林某國小當主任至今，已婚，育有一子一女。個案於八年前左右經同事介紹至精神科就診，起初的症狀為失眠、肌肉緊繃與心情不佳，單純接受藥物治療，沒有心理治療的介入，症狀時好時壞，個案就醫的動機也不高，工作上勉強可維持，偶爾會與同事起衝突。五年前換醫院就診，醫師正式跟個案表示為憂鬱症，約兩年前經衛生所人員轉介，開始接受不定期的心理諮商，但由於心理師更換頻繁，沒有持續且固定的接受心理治療。今年九月開學後，因為與校長的衝突較為激烈，嚴重影響工作的情緒、睡眠狀況以及肌肉緊繃的症狀，又自行求助衛生所的心理諮商服務，同時，醫院的抗憂鬱劑仍持續服用，沒有間斷。

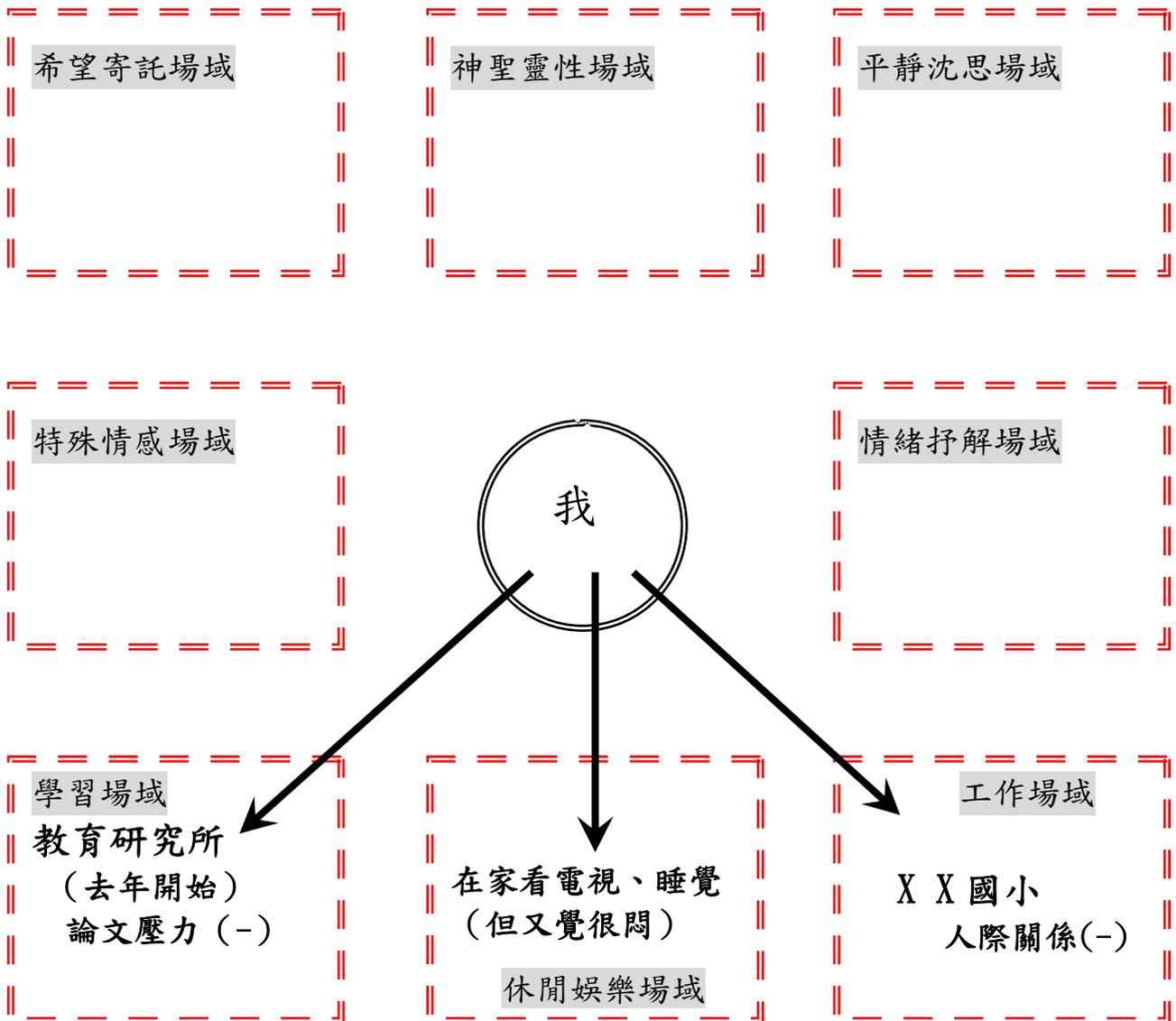
3. 生活路徑簡要說明與分析：

此位個案受到長期的憂鬱情緒困擾，在過去幾年只接受單純抗憂鬱藥物的治療，憂鬱情緒依舊起起伏伏，無法真正走出陰霾，一旦生活中的工作壓力提高，個案的情緒也隨即跟著惡化。

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 88 年至 95 年
生活環境：雲林縣

——→ 日常路線
- - - - -> 重要但偶爾之路線



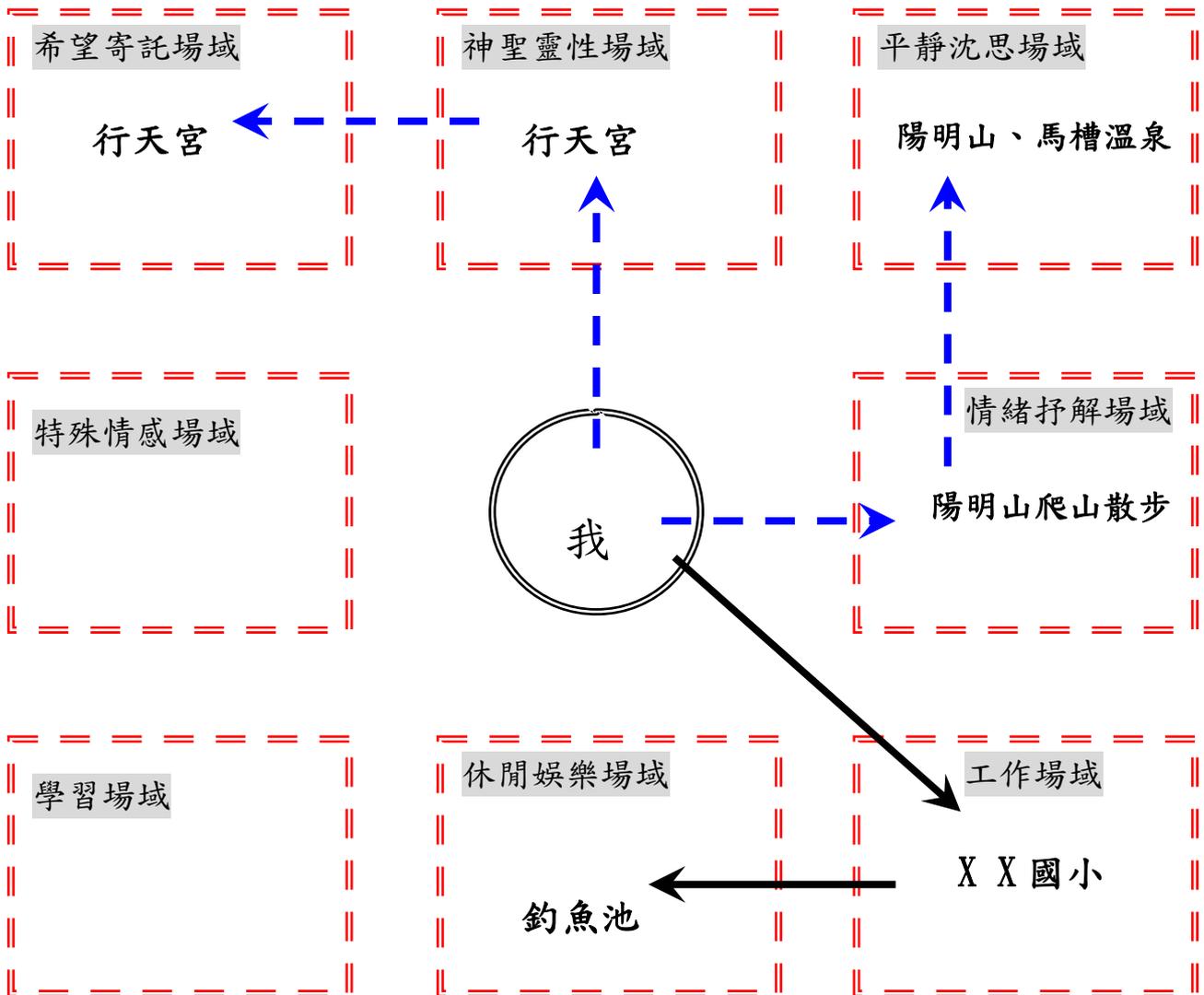
※生活路徑圖簡述：

個案在憂鬱時期時，每天所涉及的場域幾乎都是負面的感受，不管是去工作（與同事、主管有衝突）還是到研究所進修（論文寫不出來），而每天回到家或是假日待在家，都讓個案覺得看電視與睡覺都沒有達到預期的休息效果。另外頗具意義的是，個案自認為沒有其他場所可以去是因為有些對他而言有意義的場所，都在這幾年都市開發計畫中逐漸的被剷除，個案覺得已經沒什麼吸引他的地方可以去。

※ _ 憂鬱前 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 80 年至 85 年
生活環境：台北市

—————▶ 日常路線
- - - - -▶ 重要但偶爾之路線



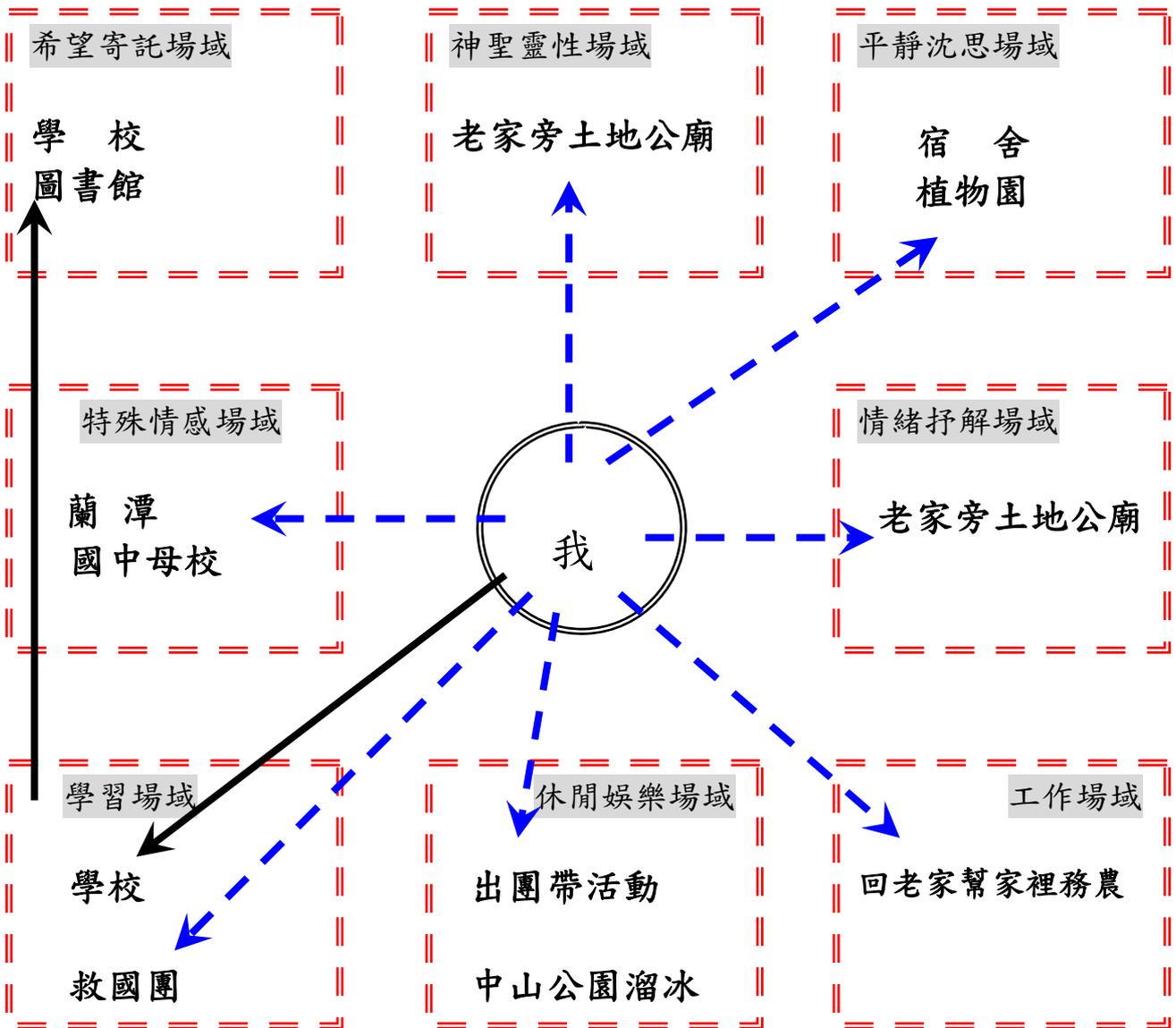
※生活路徑圖簡述：

從個案在「前憂鬱時期」與「憂鬱時期」的生活路徑就可以看出明顯的差別，每天的生活先到小學上班，下班後則從事自己喜愛的釣魚活動。而個案重要且偶爾的路徑則牽涉到重要的精神性層面（希望寄託、神聖靈性以及平靜沈思），個案如果假日去陽明山爬山，便會順道去洗溫泉；而如果是假日是去廟裡拜拜，則會在廟裡各個神殿沈澱與思考。此時期的生活，雖然在個案並不太喜歡的繁華台北是，不過個案對自己生活的安排仍具有傳統家鄉生活的影子。

※ _ 師專 _ 時期生活世界重要路徑圖：

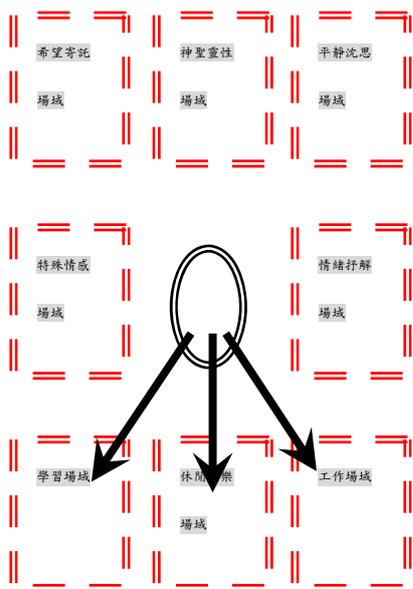
時 間：民國 65 年 至 70 年
 生活環境：嘉義市

—————▶ 日常路線
 - - - - -▶ 重要但偶爾之路線



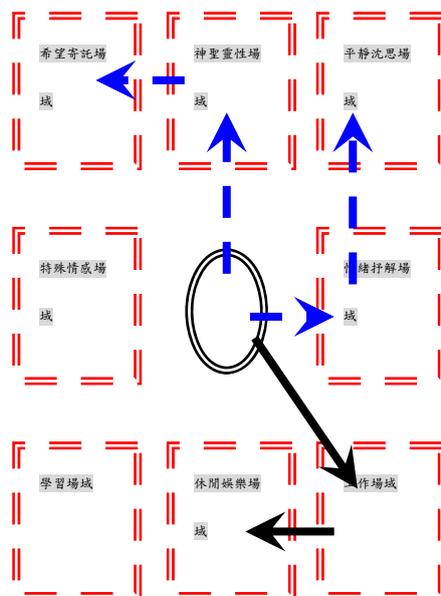
※生活路徑圖簡述：

個案選擇了念師專的時期作為第三張生活路徑圖的重點，在此師專時期中，個案每天至學校上課，然後去圖書館唸書，雖然每天固定的路徑大概只是此兩者，但是個案假日或有空閒時的安排就相當多元化，個案安排了許多不同場所的意義活動，包括救國團的活動、風景區散步、溜冰、幫忙家裡農務等等，個案這些偶爾且重要的路徑涵蓋生活路徑圖所有的場域意義。同樣的，此時期也是個案覺得人生中最為豐富愉快的時期。



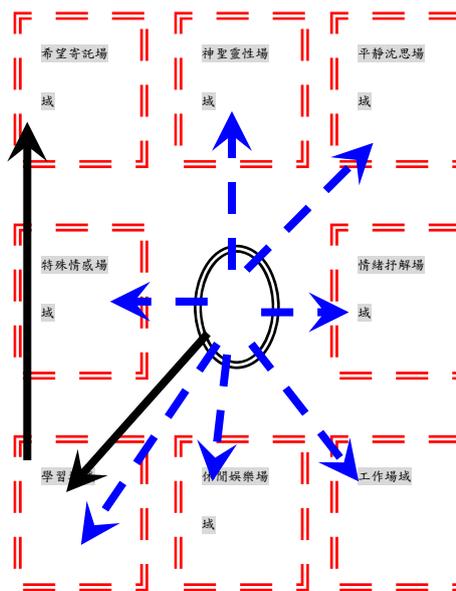
憂鬱時期

個案四
(楊先生)



前憂鬱時期

個案四與上述三位個案的情況類似，「憂鬱時期」與「前憂鬱時期」呈現明顯的差異。在「憂鬱時期」一樣出現僵化狹隘的生活模式，只剩下工作場所、家裡以及研究所，而且這些場所都帶有負向的意義感受。在工作場所，有人際關係的衝突；在研究所，有課業論文的壓力；在家裡的活動又自覺很悶。在這三個每天固定涉及的意義場域中，個案並沒有獲得豐富的生活感受，反而是一種每天活在壓力中的感覺，這種感覺牽連至憂鬱的情緒，使得內心的苦悶與怨氣無處發洩，甚至久而久之出現幾近崩潰的失控感，對生活適應造成嚴重的損害。



大專時期

都是壓力，這些場所對我來說都是壓力，我老婆有時候假日也會想要找我出去晃一晃，但是我就是沒力氣，醫生說這是憂鬱的症狀啦，天知道！我吃藥也沒有比較有力氣出去啊，上班跟校長、同事溝通就已經很累了，回到家什麼也不想做，有時候連跟我太太講話的口氣也不好，變得很容易嫌她這個嫌她那個，我也不想啊，就是控制不住，我的生活怎麼會變成這樣？就是那種一直要抓狂的感覺。——楊先生

另外，雖然個案在「前憂鬱時期」所每天固定涉及的意義場域不多，不過個案有不少「重要但偶爾之路線（藍色虛線）」，這些偶爾的生活路徑包含重要的大自然接觸以及神聖靈性層面，對個案當時的生活壓力有重要的緩解效果：

雖然我也不是很喜歡台北，你知道嘛，鄉下小孩，怎麼會習慣那種大城市，不過我是住很久，多多少少有點習慣啦。像那時候我也會盡量去比較自然一點的地方，又，不然整天待在市內不瘋掉才怪！光是那些空氣、噪音就把你弄死。那時候我很愛釣魚，幾乎每天下班就去釣魚持釣魚，就好玩啊，當成休閒娛樂很不錯，釣魚也很多學問，每次都像是在跟魚鬥智一樣，很好玩啦……

……那時候還常去陽明山，通常是先去爬爬山，那很好爬，ㄟ，應該不叫爬山，叫散步吧，反正就是去走走，看看花，看看大自然，心情也比較放鬆，也比較開朗……

……後來到了台北，有一次朋友帶我去行天宮，那裡面還挺有家鄉的感覺的，很好玩喔，就隔一條馬路、一面牆，進去之後就好像一下子離開的城市一樣，傳統的廟宇建築、收驚祈福的師姑，解籤的老阿伯，哈哈，好像又回到鄉下的感覺吧，所以我也很愛去，然後就跟神明說說話啊，祈禱神明保佑平安啊… ----楊先生

個案四的最後一張生活路徑圖所畫的是大專時期的生活狀況，亦為個案生命中最開心愉悅的時期，明顯的看出個案當時的生活路徑相當豐富，也是涉及了生活路徑圖中的所有意義場域，從這樣的豐富性中，生活中的不愉快與壓力都可以得到抒發，從這樣的回顧，也讓個案重新發覺自己與環境的關聯，以及本身如何在生活豐富性中得到情緒的穩定：

我發現以前的生活真的像你說的，很多層次，有各種層面的，我的不高興、痛苦，在這麼多的層次裡面也會有抒解與發洩，不然就是想法會轉變，然後生活就可以繼續過下去。不然哪有人一輩子都很順利沒有痛苦的？遇到痛苦的事，還是要有力量繼續往下走啊，現代人好像都比較沒有這個能力了，尤其是我們的下一代，怎麼會這樣呢？我們以前過的很苦，生活條件不好，都想說要給下一代最好的，是啊，以我們的成長經驗是很好啊，給他們好吃的、好玩的，不用花太多體力，只要專心唸書就好，結果ㄉㄟ？專心打電動吧？跑個步喊累，不然就暈倒，我的天啊！現在小孩怎麼會這樣？-----楊先生

依照 Maslow 所認為的，人本身就擁有向上成長的自然趨勢，它是一種朝向自我實現的驅力，也是生命得以有意義的重要力量，一旦此種潛能予以激發，將促使個體走向成熟、進步及自主。此位個案的「憂鬱時期」，所滿足的心理需求相當狹隘，大概只有「生理」需求而已，但是再進一步比較「前憂鬱」以及「大專」時期便可發現，個案的心理需求滿足程度相當豐富，也趨近於自我實現、發揮潛能的程度。

上述四位個案的生活路徑圖中，我們發現個案在不是憂鬱的時期，生活層面是多樣且意義多元的，心理需求也呈現較為完滿的狀態。而在憂鬱時期則顯得單調與簡化。接下來，以下三位個案呈現的是憂鬱前、中、後（時間的連續）的路徑圖比較，可以更清楚的看到其中的差異。

五. 個案五：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：于○○ 性別：女 婚姻：未 年齡：18 學歷：高三在學

診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：嘉義市

就醫狀況：一年半前診斷為憂鬱症，目前持續服用醫師所開的抗鬱劑與鎮定安眠劑。

2. 個案簡要生活史：

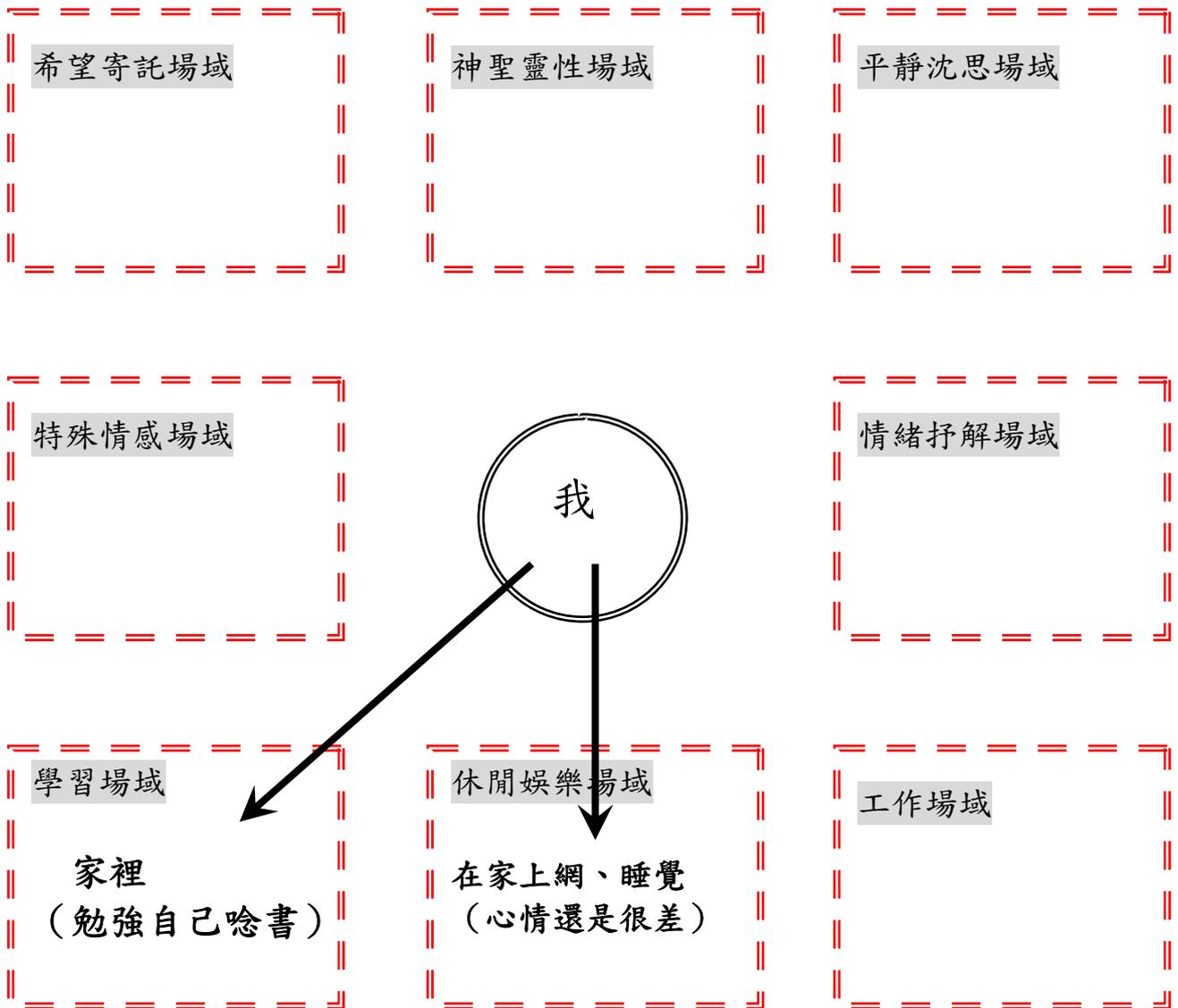
個案為家中獨生女（原本有一位姊姊，不過從小夭折），於高三上學期因為家庭與感情因素影響情緒，陸續出現整夜失眠、心情低落、食慾下降、絕望感以及自殺意念，也曾經一時衝動拿刀割腕，幸未釀成大禍。因感情對象為同班同學，以致於後來無心學業，終至休學在家休養。一年多來穩定接受精神科藥物治療，並未間斷服藥，但是個案自覺藥物只能幫助睡眠。個案家庭狀況富裕，從小物質生活豐厚，也學習過許多才藝，包括美術、鋼琴、速讀……等，在大小比賽也獲得優異獎項。國中開始在性格上出現轉變，從原本的乖學生開始變得十分激烈與叛逆，常出現人際關係上的挫折與衝突，高二交往班上一位男同學，後因嫌隙爭吵分手，自此出現憂鬱症狀。一年多來接受藥物及心理治療，目前情緒尚穩定，目前已復學，偶爾上學情況不規律，對於未來沒有目標，茫然與焦慮感強烈。

3. 生活路徑簡要說明與分析：

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 94 年 7 月 至 95 年 7 月
 生活環境：嘉義市

——> 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



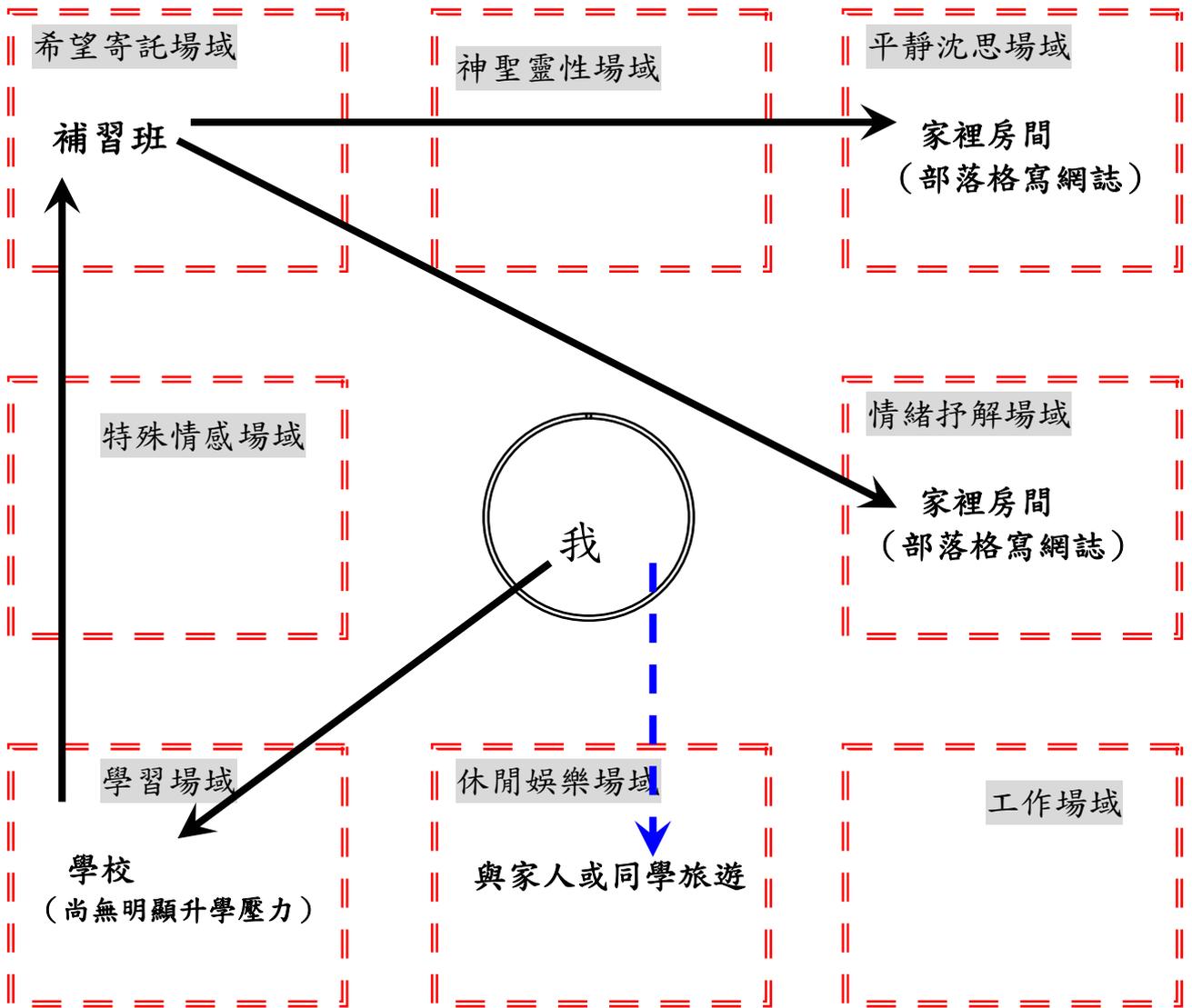
※生活路徑圖簡述：

個案為家中獨生女，頗得父母親呵護。在升學的關鍵階段，個案的生活場域也逐漸縮減，後因感情事件而休學在家。但是在家中，每天的生活路徑一樣十分侷限，幾乎都只是待在家裡，勉強有兩種場域意義。由於被診斷為憂鬱症加上父母親的擔心，個案也沒有機會可以拓展家裡以外的其他生活場域。

※ _ 憂鬱前兩年 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 92 年至 94 年
 生活環境：嘉義市

—————▶ 日常路線
 - - - - -▶ 重要但偶爾之路線



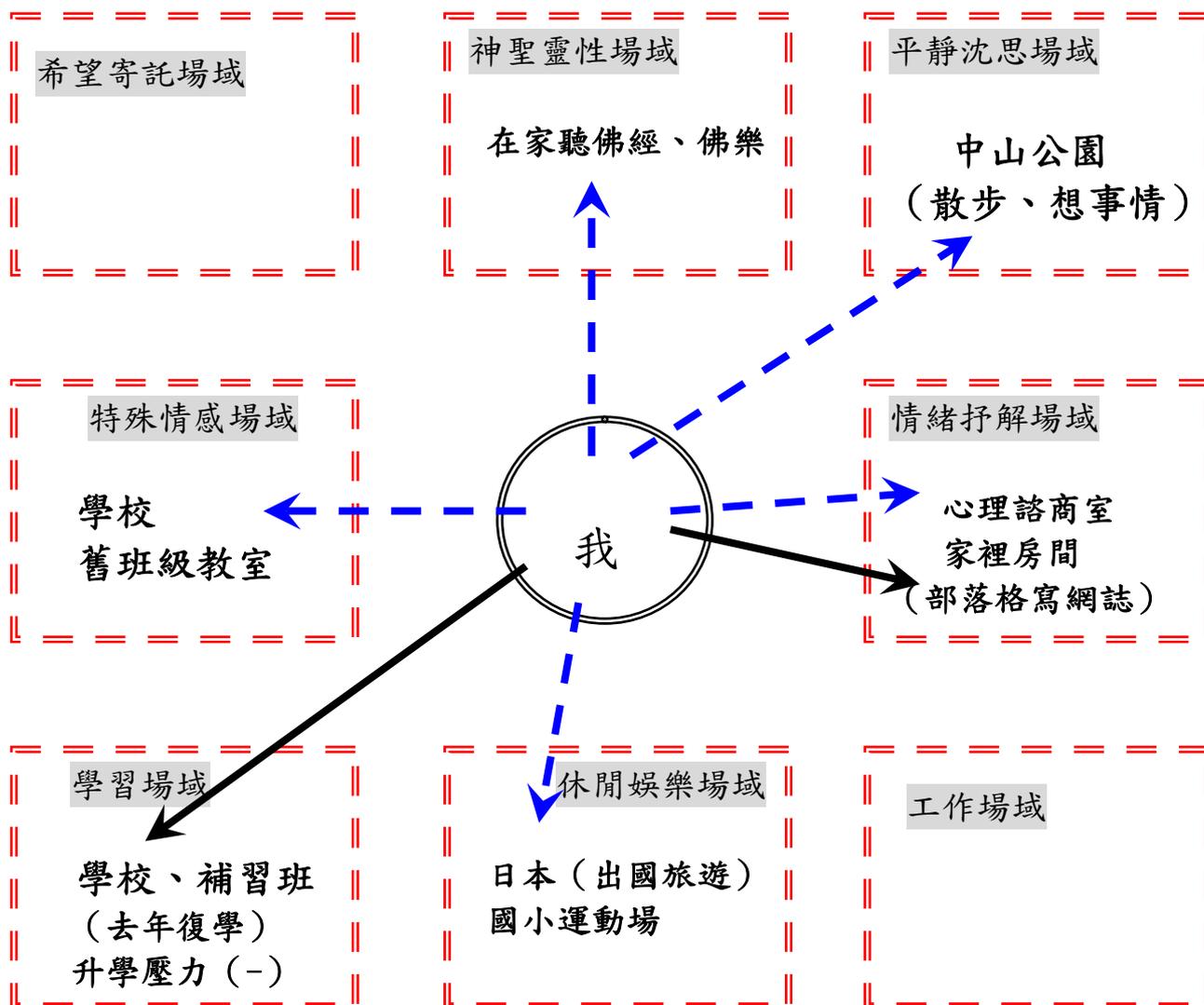
※生活路徑圖簡述：

個案在「前憂鬱時期」，每天所涉及的場域也不多，當時尚未有明顯的升學壓力，個案每天先至學校上課，下了課到補習班加強課業，然後就回加上網書寫心情以及與網友互動。因家中經濟不錯，全家有空時，偶爾也會一起出遊或出國。此時期的生活場域雖然也不算多，不過整體的意義感方面，比「憂鬱時期」豐富許多。

※ _ 憂鬱症狀改善近半年 _ 時期生活世界重要路徑圖：

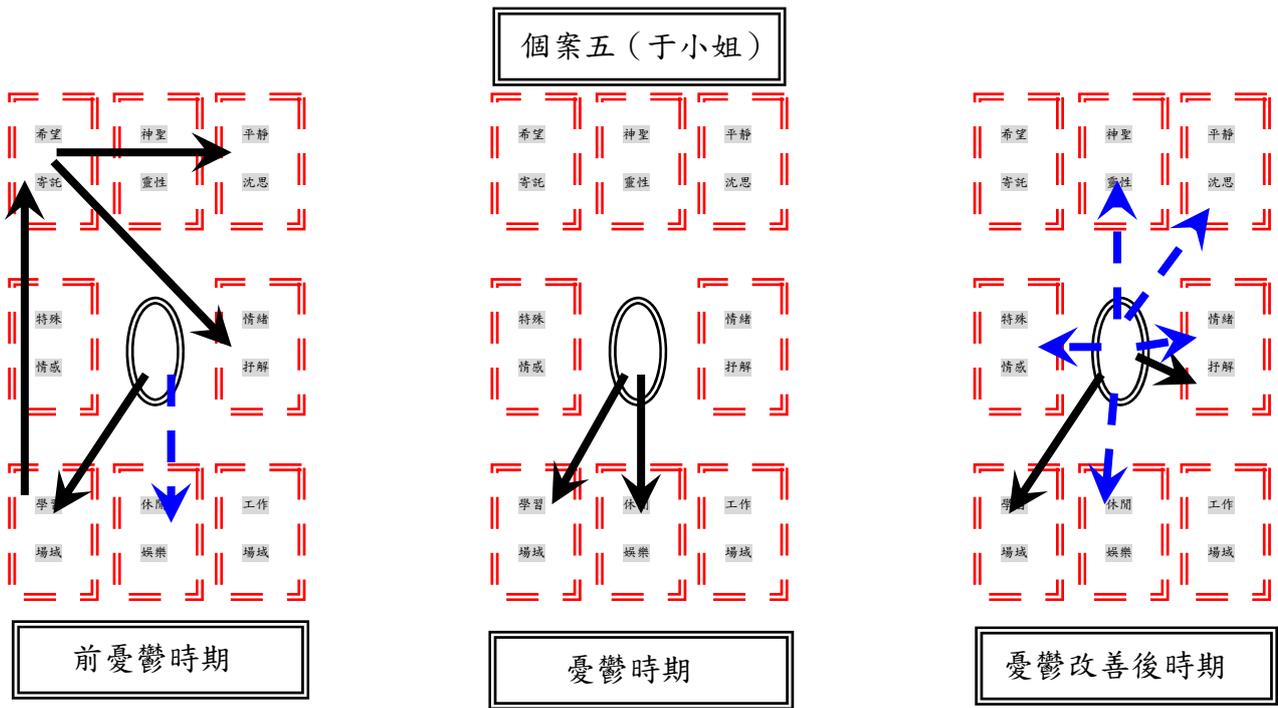
時間：民國 95 年底 至 96 年
 生活環境：嘉義市

——> 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



※生活路徑圖簡述：

個案接受心理諮商之後，開始嘗試重新安排自己的生活。由調整後的生活可發現，個案重新回到學校與補習班，每天固定下課後就回家複習功課以及上網寫部落格。而在重要且偶爾的場域增加了許多，包括每週固定的心理諮商、公園散心、對過去情感場所的回憶、出國旅遊以及宗教上的平靜等。雖然此時期依舊面臨生大學的壓力，但是藉由此生活路徑的重新調整，情緒狀態已經與過去大不相同。



個案五、六、七所畫的生活路徑圖都是憂鬱前的生活、憂鬱時期的生活，以及接受治療進而改變生活模式後，憂鬱症狀改善後的生活路徑，可以明顯看出這連續向度的改變情況。在個案五的案例中，個案從憂鬱前涉及「學習」、「希望」、「平靜沈思」、「情緒抒解」以及「休閒」的意義場域，到憂鬱時期，幾乎只剩下家裡房間一個場所，這種意義場域的急速縮減導致嚴重的空虛苦悶問題：

那時候天天在家，我只剩下這一個家可以去，其實也不叫做『去』，應該說我只剩下這個家可以待，當一個人只剩下一個地方可以『待』的時候，應該就是差不多快玩完了吧，去年我愈待在家就愈悶，好像自己不存在這個世界一樣，吃藥、吃飯、睡覺，就這樣，我跟任何人、任何地方好像都沒有關聯，那我活著做什麼呢？

-----于小姐

接受諮商後，個案漸漸理解自己與地方場域的關係，也開始重新安排自己的生活方式，建立起「學習」、「情緒抒解」、「休閒」、「特殊情感」、「神聖靈性」以及「平靜沈思」等意義場域，而其情緒狀態也跟著出現轉機：

後來我不想再像去年那樣了，我開始重新安排生活作息，復學了以後，雖然晚了同學一年，他們大都已經是大學生了，我現在跟學弟妹同一班，剛開始有點怪怪的啦，不過他們都還蠻好相處的，現在我一樣每天上學、然後去補習班，晚上寫寫

網誌，說說心情，這個大概就是生活的主軸了吧，其他的都是偶爾的路徑了啦，不過把生活的層面變寬了之後，心情也比較開朗，雖然還是對未來很茫然，但是起碼已經不去年那樣，跟行屍走肉沒兩樣。-----于小姐

上述這種連續性的轉變可以看出生活模式的變動與個體的情緒狀態有顯著的關聯，雖然整個憂鬱情緒的引發看似從感情事件開始，不過感情事件所影響的是個案開始封閉起自己的生活圈，封閉的生活圈讓感情創傷所引發的感受無處抒解，漸漸衍生為憂鬱情緒：

今天這樣畫一畫，我突然覺得不只是那個爛人的關係，我的生活也有影響，誰喜歡天天待在家裡？我把自已封閉起來了，雖然這樣的封閉跟他們有關，但是跟我也有關…… -----于小姐

六. 個案六：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：蔡○○ 性別：女 婚姻：已 年齡：43 學歷：高職畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：單親家庭 出生地與成長地：雲林縣

就醫狀況：約一年前因為自殺未遂送醫院急診，由衛生局通報成為社區追蹤關注個案，未曾就診精神科，亦無接受藥物治療。

2. 個案簡要生活史：

個案原本在高雄做生意，育有兩子女，起初經商順利，收入頗豐，一家人生活優渥。但約在兩年前因先生應酬頻繁，結識其他女友，最後以離婚收場。離婚後個案表示心情尚能調適，但約一年前出現生意上的困境，每下愈況，後因積欠許多債務而舉家搬遷至雲林，自此開始出現憂鬱情緒，也開始養成喝酒習慣，一年來數度出現自殺想法，也曾經多次在酒後揚言割腕或自殺，大多被子女相勸而罷休，但也曾因一時衝動而割腕受傷送醫。因近兩年政府衛生單位重視自殺議題，曾有醫院自殺紀錄的個案皆由當地衛生所接管訪視，個案因此被邀請至社區諮商中心接受諮商，一年來個案並沒有主動求診過精神科，但因為大眾媒體的宣導，個案自己開始懷疑是否罹患憂鬱症。

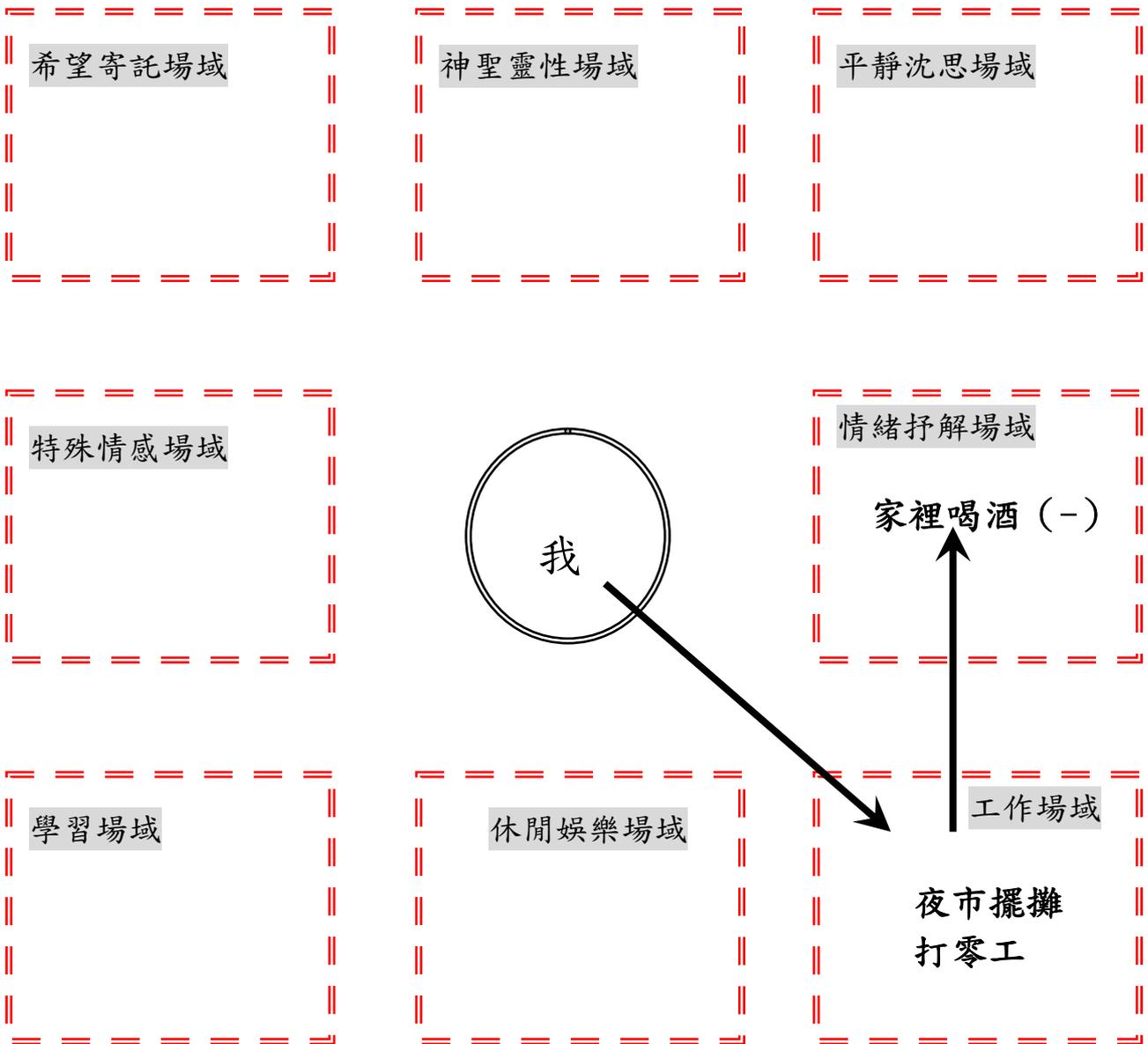
3. 生活路徑簡要說明與分析：

個案六也是憂鬱前、中、後的連續生活路徑圖示，而此個案顯示出被迫離開家鄉後的心理情感反應，從熟悉的故鄉進入陌生的城市，其心路歷程對此論文十分有意義。

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 95 年 1 月至 95 年 12 月
 生活環境：雲林縣

——> 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



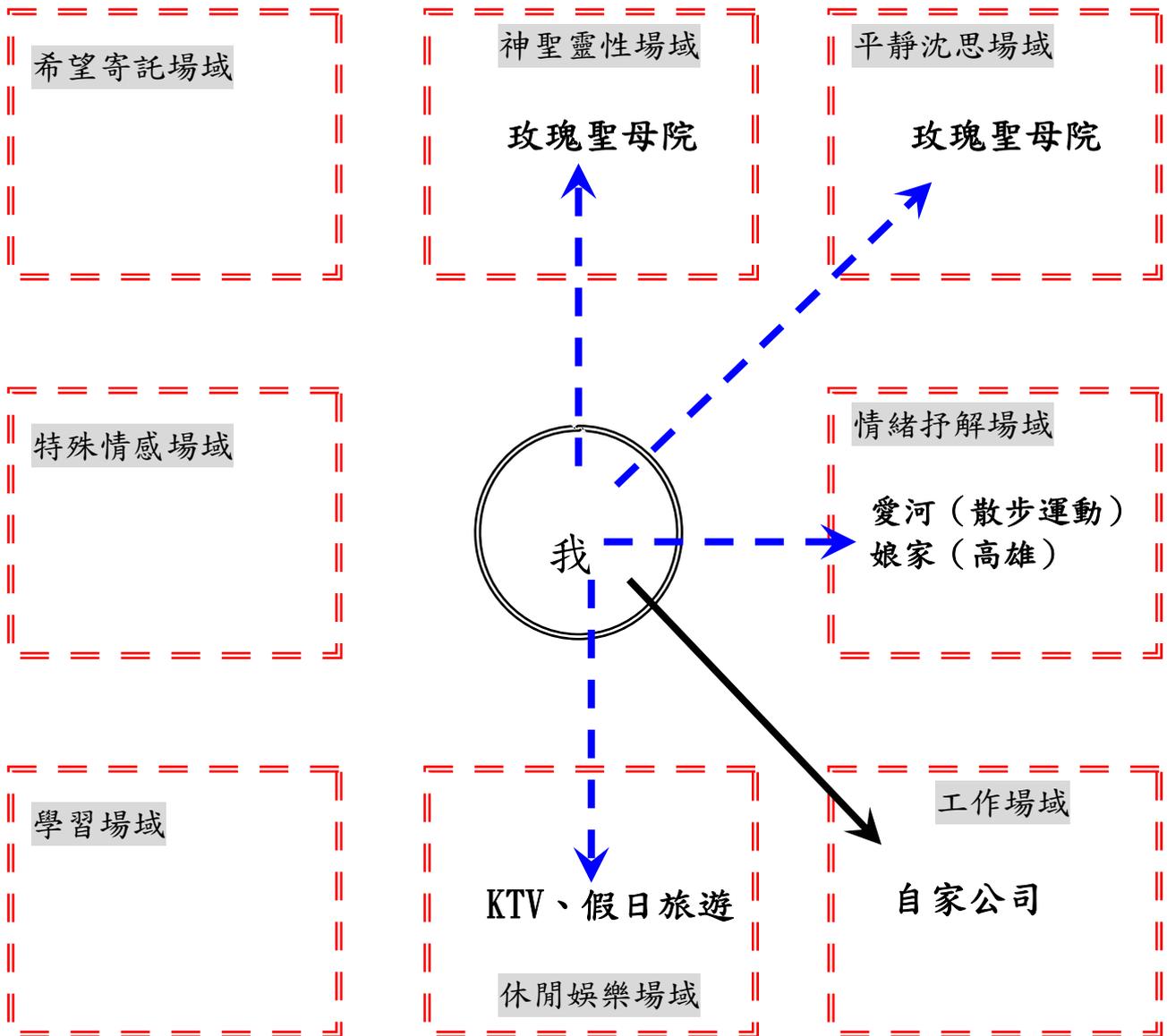
※生活路徑圖簡述：

個案因經濟因素搬遷至雲林之後，人生地不熟加上家裡經濟壓力，每天只涉及夜市工作以及家裡兩個場所，這兩個場所包含壓力感以及不當的情緒抒解策略（喝酒引起情緒失控以及自殺行為）。在這種侷限的生活場域中，個案每天在兩個場所之間往返，久而久之其情緒與自殺企圖皆逐漸惡化。

※ _ 憂鬱前一年 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 94 年至 95 年
生活環境：高雄市

——> 日常路線
- - - - -> 重要但偶爾之路線



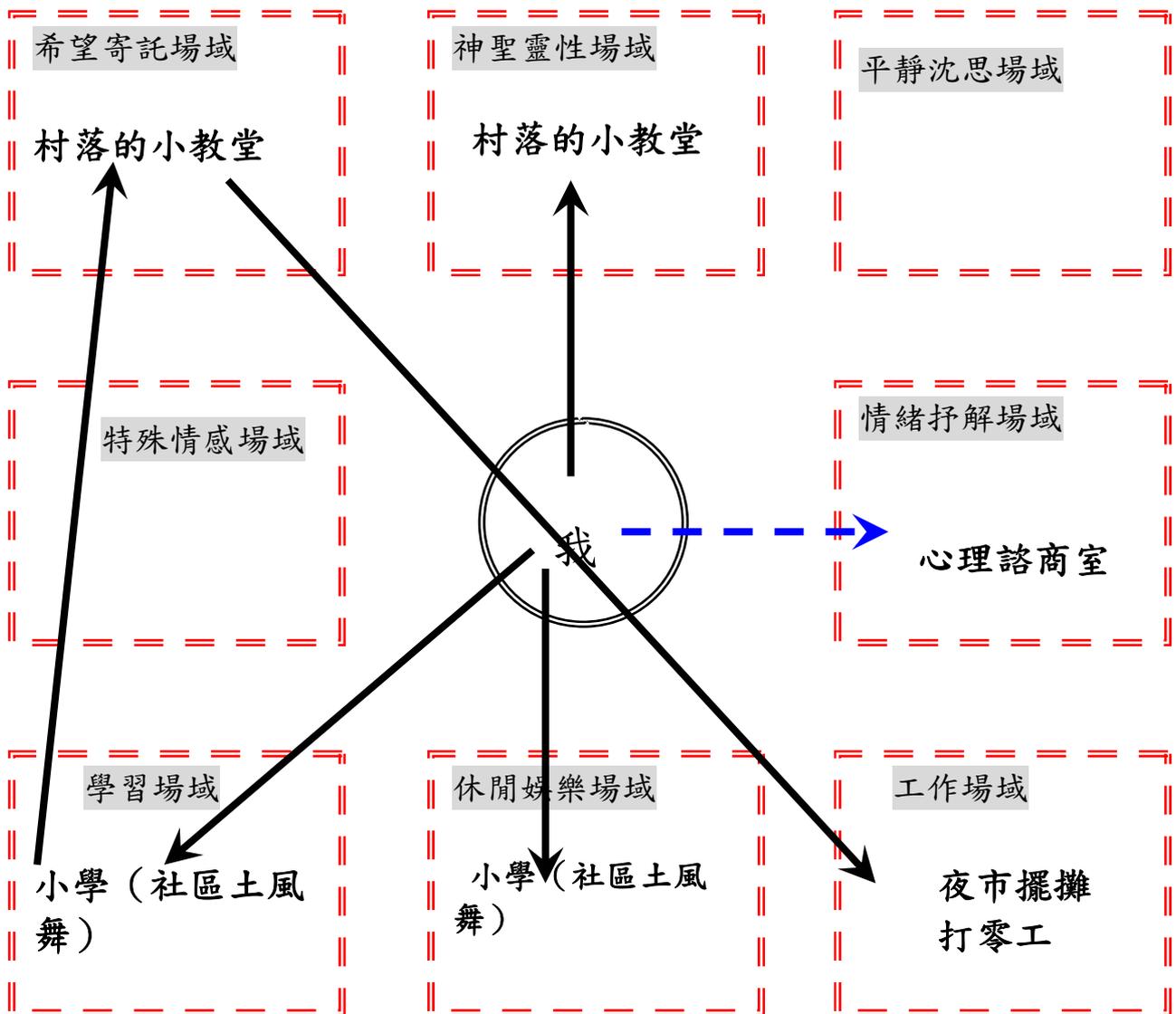
※生活路徑圖簡述：

對個案而言，在「前憂鬱時期」，每天固定的意義場域只有自家經營的公司，此時的生活環境是處於自己的家鄉，個案重要且偶爾的場域在此時期也頗為豐富，因為在自己成長的家鄉，可以有娘家、愛河散步、從小習慣的教堂以及偶爾的休閒旅遊活動等。此時期個案的壓力並沒有比較小，包括公司經營以及婚姻關係的變動等，不過這些精神意義層面的支援，個案並沒有產生明顯的憂鬱情緒。

※ _ 憂鬱症狀改善近三個月 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 95 年底 至 96 年三月
 生活環境：雲林縣

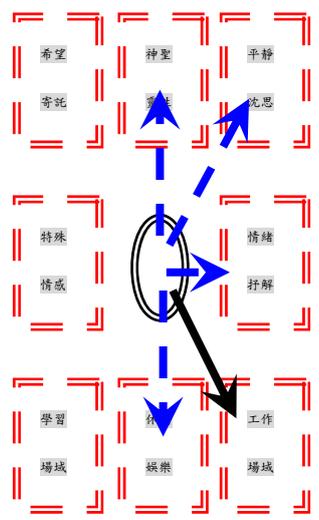
——> 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



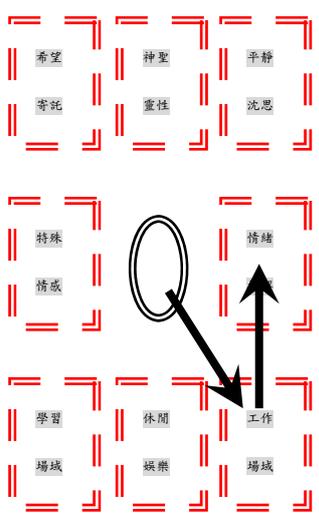
※生活路徑圖簡述：

個案接受心理諮商之後，希望能重新找回過去的生活模式。由調整後的生活可發現，個案每天清晨會先至小學跳土風舞，這不僅是學習和休閒娛樂的意義，也是增加人際互動與支持的場所，然後個案到村莊的小教堂，重新找回過去那種精神性的感受，晚上則到夜市擺攤工作。除了這些固定路徑的重新調整外，每週也繼續接受心理治療。這時期的生活場域意義增加不少，也是個案憂鬱情緒逐漸改善的時期。

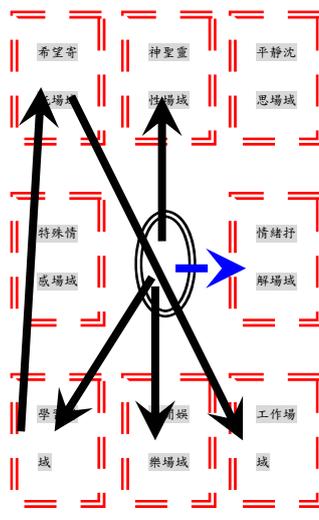
個案六（蔡小姐）



前憂鬱時期



憂鬱時期



憂鬱改善後時期

還沒來雲林之前喔，那時候心情也不太好啦，我前夫的事情剛開始的時候，我也跟他吵了一架，那時候他大概也被我鬧煩了，就離開家去跟那個女的住，所以後來就離婚啦，離婚的時候當然心情不好，不過還好小孩子都很懂事，知道媽媽所受的委屈，他們也都站在我這邊，而且就像這裡畫的，我有娘家的家人可以訴苦，還有我是教徒，那時候也常常去教堂禱告、懺悔，心裡就比較平靜一點，有時候就跟小孩去愛河散步啦、或者小孩會找我出去旅遊啦，心情就有好一點。 ----蔡小姐

個案的敘述中顯示，雖然在故鄉遇到重大的壓力事件，但是當時的適應尚未出現狀況，但是自從進入陌生且缺乏認同感的環境後，整個情緒的狀態出現明顯的轉變，就如同生活路徑圖中所畫的，每天就是工作（夜市擺攤）以及酗酒（一種負向的情緒抒解），封閉的生活讓個案最後甚至嚴重到自殺的地步：

我覺得是從高雄搬過來之後才開始心情變得很差，之前先生搞外遇時，我的反應還沒有那麼痛苦。來雲林之後，我的脾氣也變得暴躁，很容易生氣，一點小事就覺得快受不了了，我每天只能在夜市擺擺攤子，小孩的教育費先生會支付，但是小孩跟我住，生活中還是很多開銷，經濟的壓力很大，那時候就只有賺錢這件事而已，回家有時候壓力大或心情差就會想喝酒，有時候喝了酒就會鬧自殺，那時候生活就是這樣。-----蔡小姐

此位個案也顯示出一個重點，也就是接受治療後，個案的生活安排並非涉及許多不同的意義場所，而是個案對少數場所的主觀知覺，發展出了不同的意義感受，比如小學就有「學習（土風舞）」以及「休閒」的感受，村落的小教堂就有「希望寄託」以及「神聖靈性」的感受，這種意義感受的豐富化，也是個案情緒改善的重要因素：

其實現在我的生活也沒有去很多地方，但是我覺得意義變多了，來這裡諮商可以抒解情緒，也可以對自己的生活再做一些反省，像圖中畫的，其實也只有三、四個地方，但是看起來好像生活很豐富呢，我覺得憂鬱症就是因為把自己封閉起來才會好不了啦，把心胸放開，走出去，就會好啦。-----蔡小姐

個案從富裕繁華的大都市生活進入鄉村環境，從經濟上的挫敗重新站起來，在整個會談過程中，也發現個案對於現代經濟文明的省思，在洗盡鉛華後，個案找到另一種生活方式的安定感，一種簡單的幸福：

人真的不能一直悶著，會悶出病來的，我也都這樣跟我小孩說，有空出去玩沒關係，不要一直待在家裡，我自己就是這樣啊，以前都只有工作跟家裡兩頭忙，自己都悶出憂鬱來了，有時候想一想，少賺一點也許就有時間快樂一點，這樣也很好啊，活到這把年紀才看開，好像有點太晚了又（笑），我不知道你們怎麼看憂鬱症的人啦，不過我覺得大家應該要冷靜一點，不要跟著瞎起鬨，拼了命的賺錢，那些車子啦、名牌啦、什麼大餐廳啦，都不如去跳一跳舞來得快樂。-----蔡小姐

找到自身與場域的感動之後，個體自然從物質生活轉向為精神生活，原本跟隨著現代社會價值觀的無窮慾望，逐漸在與地方親近的過程中被稀釋，快樂的來源是單純發自內心對人情與土地的悸動，而不是外在的符號與虛華，這不只是情緒的改善，更是人生觀的轉化。原本個案在「憂鬱時期」時，連最基本的「生理需求」滿足都有問題，但是在理解自己的生命經驗以及與生活場域關係後，個案重新安排生活的模式漸漸滿足了「安全」、「自尊」、「求知」、「美感」以及「自我超越」等的需求，也就是更趨近於 Maslow 所謂的心理健康程度，可見生活路徑圖的場域意義豐富性，對個體情緒狀態的改善有重要的關聯。

七. 個案七：

1. 個案簡要基本資料：

姓名：李○○ 性別：男 婚姻：未 年齡：20 學歷：大學就學中

診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：嘉義縣

就醫狀況：高中時就曾經因為情緒問題被老師建議至精神科就診，但無規律服藥，情緒起伏，曾數度向家人表示輕生念頭。家人因擔心而帶多次至精神科求診，個案對於藥物治療十分抗拒。上大學後，情緒仍顯低落，家人擔心個案情緒問題，向心理衛生中心求助，約半年前開始接受心理治療。

2. 個案簡要生活史：

個案為家中獨子，家中經濟富裕，自小衣食無缺，父母親也倍加關注，高中之前生活狀況一切順利。但後因高中聯考失利，依照父母親意見進入私立高中就讀，個案開始出現情緒問題，期間學校輔導室一再建議家長需帶至精神科就診，個案十分不滿。曾休學一年無所事事，復學後勉強完成學業，考上私立大學就讀，目前為大一。個案自高中後即開始出現較多的情緒與行為問題，母親十分擔心，帶著個案四處求助，幾乎跑遍各醫院精神科，但是皆沒有明顯效果，反而時常導致親子間的衝突。個案目前仍住在家中，但是一心想要搬出去住宿，父母親不肯，近來爭吵依舊不斷。目前個案學校課業亦不佳，情緒起起伏伏，常缺課在家睡覺。

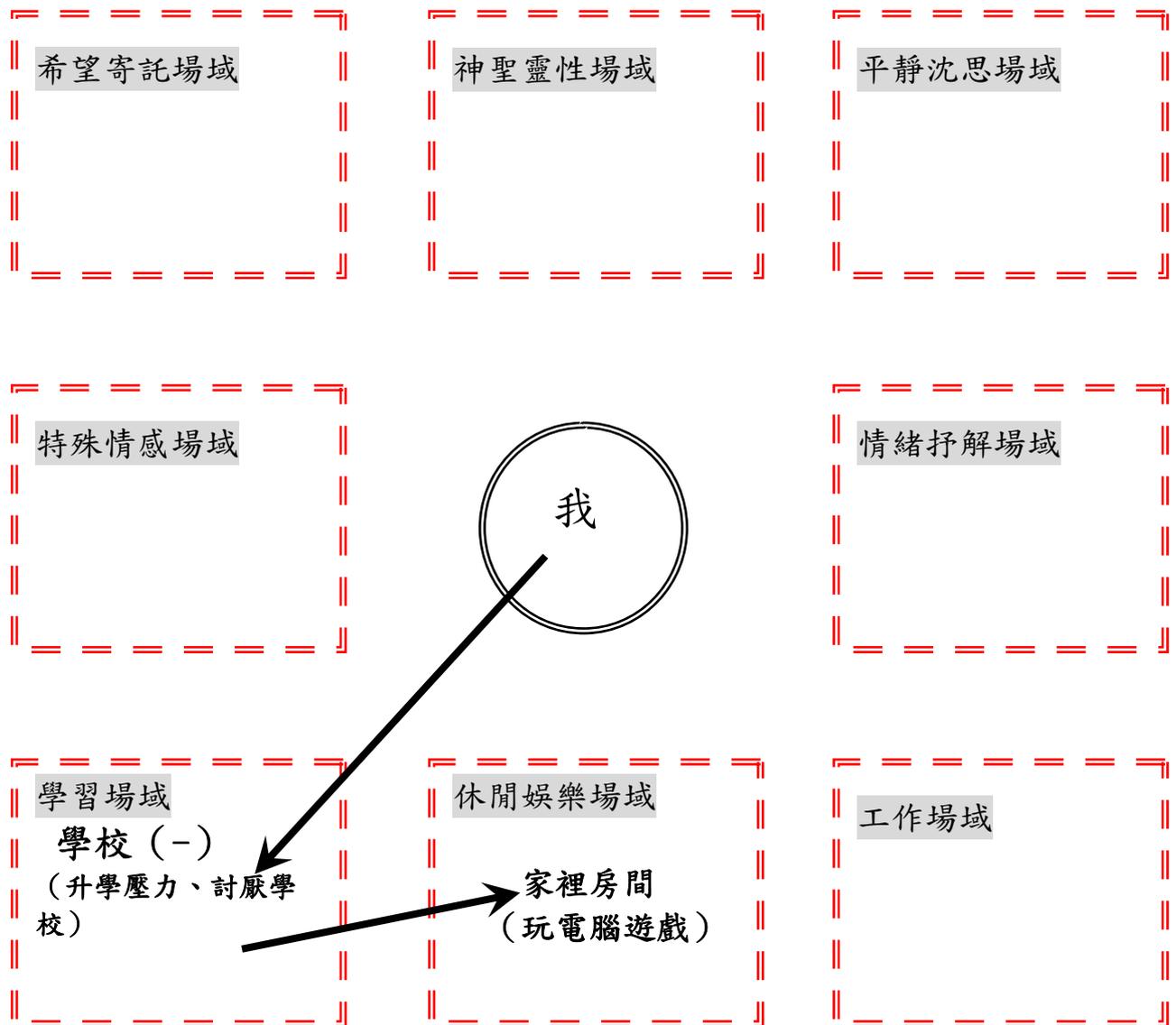
3. 生活路徑簡要說明與分析：

第七位個案其實是很有主見與個性的年輕學子，但也是因為主見強烈，對於目前的升學主義與教育制度多所批判，生活模式與行為也不似一般的高中學生，因此也常常成為學校老師、家長的頭痛對象，個案的憂鬱情緒其實包含許多重要的個性內涵以及生活模式內涵，但是在精神疾病診斷的覆蓋之下，這些內涵並沒有被仔細的理解。個案的就學經驗與在校行為也顯示出目前學校輔導室中常見的「問題學生」類型，此為後續研究可以好好考量的研究方向。

※ _ 憂鬱 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 94 年 6 月至 95 年 6 月
 生活環境：嘉義縣

——▶ 日常路線
 - - - -▶ 重要但偶爾之路線



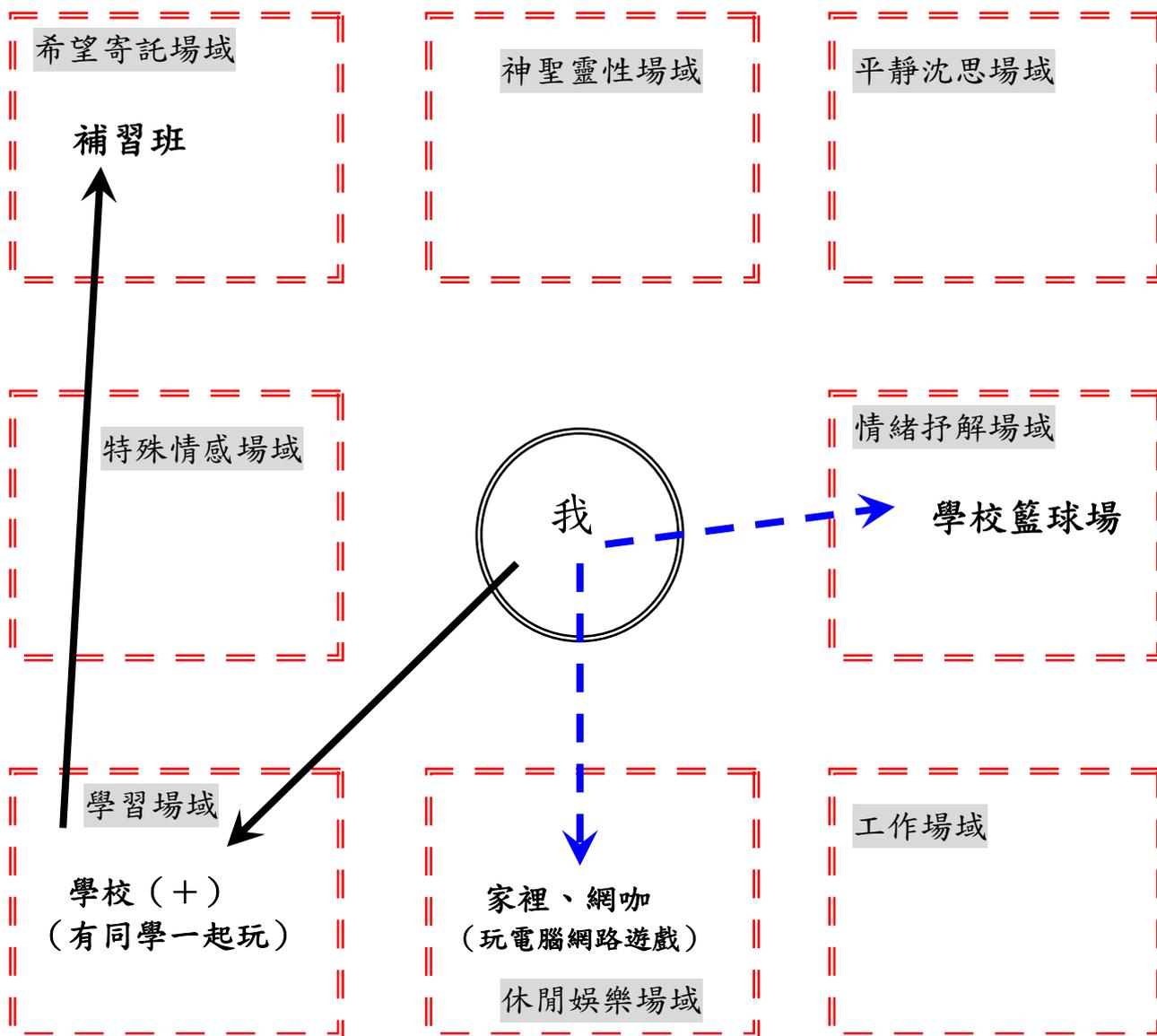
※生活路徑圖簡述：

個案因被家裡強迫念私立高中，其個性特質讓個案衍生強烈的反抗性，每天只是勉強的到學校，但因為對學校的厭惡，在校行為與學習效果都不佳，每天回家後也沒有動機唸書（聚賭氣的意味），就時常流連電腦網路遊戲。也因為這種封閉糜爛的生活，課業表現、自信心一直下降，在高三產生憂鬱的情緒與自殺的意念。而就醫過程被診斷為憂鬱症又讓個案相當不滿，形成惡性循環。

※ _ 國中 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 89 年至 91 年
 生活環境：嘉義縣

——→ 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



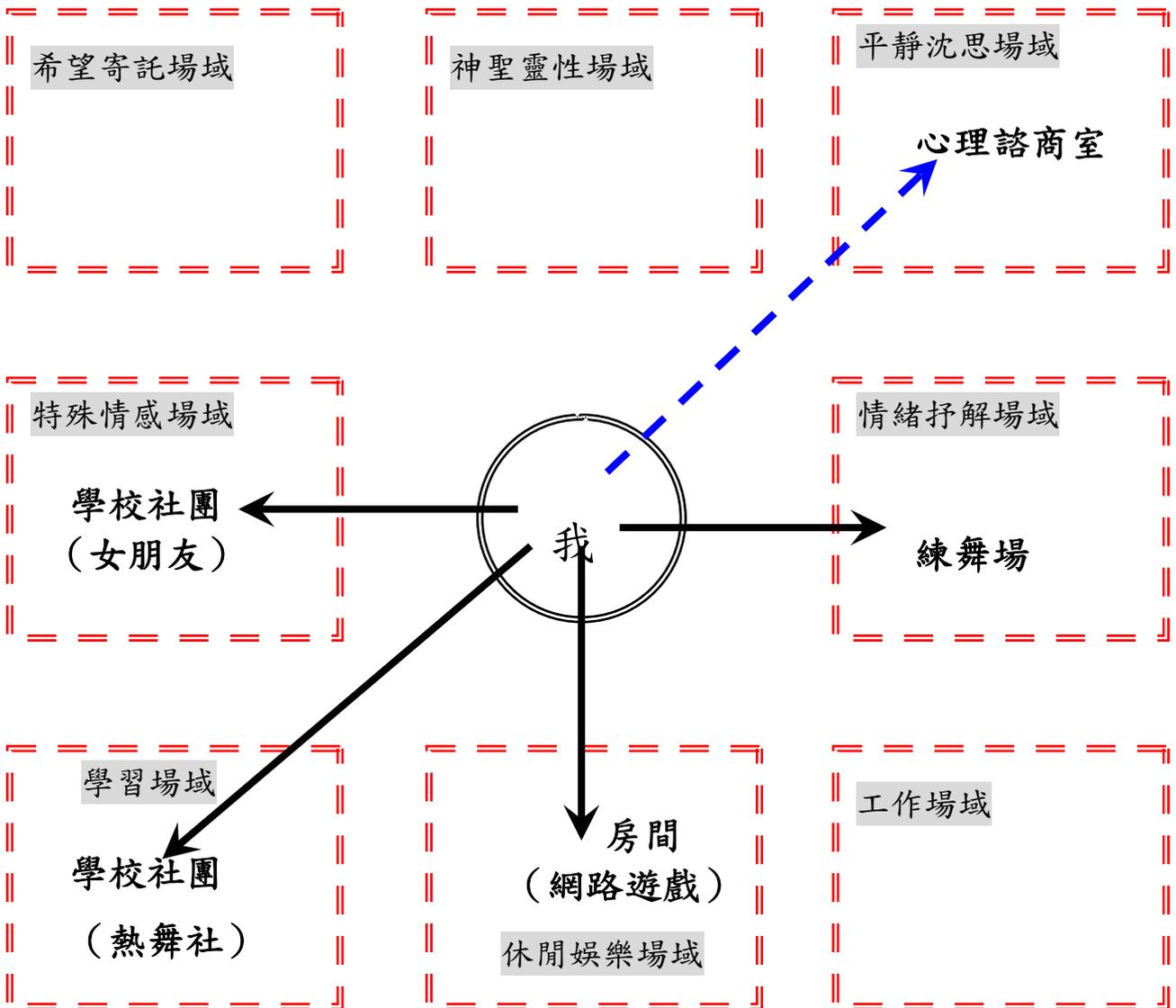
※生活路徑圖簡述：

個案的「前憂鬱時期」是畫出國中階段的生活路徑，在此階段「學校」對個案的意義還是正向的，每天放學就去補習班唸書，升學目標下的生活安排還是個案可接受的狀況。偶爾個案會跟同學打籃球以及玩網路遊戲（家裡或網咖），此時期的升學壓力還是存在，只是個案的生活路徑較高中時期來得多元與正向。

※ _ 憂鬱症狀改善近三個月 _ 時期生活世界重要路徑圖：

時間：民國 95 年底 至 96 年三月
 生活環境：嘉義縣

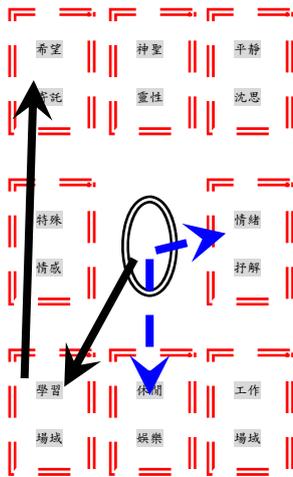
——→ 日常路線
 - - - - -> 重要但偶爾之路線



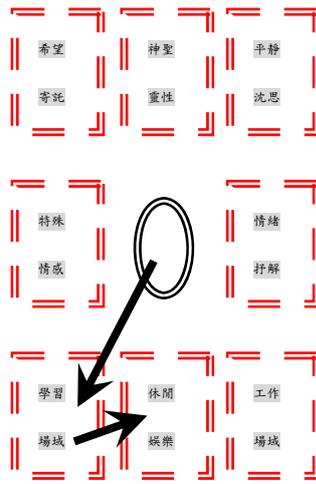
※生活路徑圖簡述：

個案接受心理諮商之後，嘗試重新安排自己的生活模式，此時期個案也進入大學階段。由調整後的生活可發現，個案雖然為大學生身份，但是在所涉及的場域大多是遊樂與休閒活動方面，每天就是到社團練舞以及回家玩網路，不過個案對這些場域的意義感比過去來得多元，偶爾仍繼續至心理衛生中心接受諮商。拓展出來的意義感讓個案的情緒獲得抒解，不過對於後續的大學學習歷程以及人生的長期安排上，則是一項隱憂。或許這也是當今許多大學生的寫照與擔憂之處。

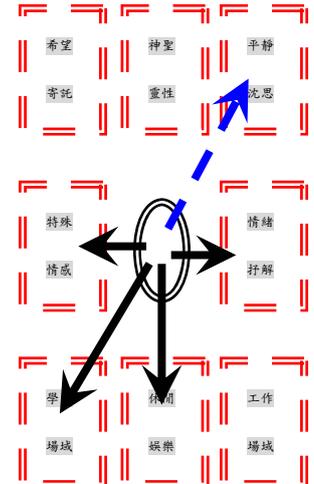
個案七（李先生）



前憂鬱時期



憂鬱時期



憂鬱改善後時期

第七位個案的生活路徑並不算十分豐富，不過同樣顯示出類似的生活與情緒關聯。值得注意的是，這位年輕個案的許多感受，清楚呈現出了當今精神醫療的問題，當學校體系過度依賴精神醫療的救贖，常常被犧牲的就是學生本人。在學校的諸多問題行為皆被概化到「憂鬱症」的問題之後，個案本身的不滿與不配合，常常就是使得青少年問題更行惡化的主因：

我覺得學生很可憐，為什麼只能拼命唸書？難道只有唸書一條路嗎？好啊，我就乖乖去學校、回家、去學校、回家，然後又要說我憂鬱症，是怎樣！我只要不跟其他人一樣就有病嗎？說我因為憂鬱才想自殺，我是因為被他們悶壞了好不好，後來我乾脆生氣不去學校了，在家閒晃了一年，覺得太無聊才又復學，還好現在大學很好考，雖然現在的科系也沒興趣，但是我已經看開了，反正就是混個學歷，以後怎樣再說。-----李先生

青少年的問題也是當今社會的隱憂，教育改革的狀況並沒有達到預期的效果，很多學生的生活比以前還要封閉，爲了升學，生活幾乎只跟課業有關：

小時候喔，其實從小就一直被告知說要專心唸書，哪裡也不能去，要跟鄰居小朋友玩，我媽都不准，說會弄得髒兮兮的，我還有去學小提琴耶，哈，學一個星期

就放棄了，因為我鬧那個老師，唉，反正就是不讓我出去，要當個乖小孩，所以我也不知道真的要我出去玩可以去哪，反正大家同學間也都是玩網路啊，那時候（國中）偶爾偷偷去網咖玩，主要是因為可以跟同學一起啦，不然在家裡就可以了啊。國中的生活是比較好玩一點啦，那時候還沒有那麼憤世嫉俗吧，下課我會去補習班，想說這樣才有希望考上好學校，平常就是玩玩網路，還會去打籃球，我們有一群朋友很愛打籃球，不過我媽老是說運動沒什麼出息，叫我不要太常打，有時候還偷偷翹補習班去打籃球呢。-----李先生

本論文並沒有要談青少年的發展問題，而是這位憂鬱青少年的生活模式到底與情緒變化有何關係。在一昧地強調升學的現代教育環境中，是否許多學生正面臨這樣的困苦處境：爲了升學、競爭、國立大學等等，而忽略了青少年的生活品質與多元性，一旦升學的路受到挫折，青少年將毫無退路？

國中還算有一點希望的感覺啦，補習班就是這個意義，以前就是這樣被告誡的啊，要上嘉中、要考上國立大學、要考上研究所、最好是念博士班，所以國中笨笨的就一直唸書，覺得唸書考試是唯一人生的事情，後來覺得都是狗屁，那考不上的不就都要去死喔，我高中沒考上就是這樣啊，覺得人生沒希望了，不如死掉算了，嘉中又考不上，私立高中又不想念，那我還能做什麼？夾在中間啊，像圖裡面畫的，國中還有情緒抒解的地方、還有期望，高中之後都沒有了啦，我好像都不屬於哪裡，活著也沒意思。-----李先生

高等教育的拓展與廣納學生原是一項福音，不過顯然不見得提昇了青少年進入大學後的學習意願與效果，此位個案雖然在進入大學後，隨著生活意義場域的拓展，其情緒也跟著改變，不過從這些拓展出了意義場域中，並不包含知識層面的學習以及高等教育該有的認知：

最近的生活就好一點了，反正是個爛大學，我也沒什麼學習的感覺啦，哈哈，就是不要被『二一』就好，反而我覺得學習的感覺是在社團，學跳舞啊，一群朋友有共同的興趣，而且也是特殊情感囉，我馬子嘛。現在上大學了，就要好好玩囉，

念的也沒興趣啊，搞不好以後也不會走這條路，跳舞比較實在啦，有時候還可以去表演，還不錯。

可能真的要多擴展生活的意義吧，現在生活的意義多了，心情就比較好了，但是像這邊寫的，還有希望的意義啦、神聖靈性的意義啦，這些其實我的生活中好像都沒有，我也沒有宗教信仰，而且現在也不知道以後的希望在哪裡，人家都說大學只是基本學歷，現在研究生滿街跑，那我念個大學也沒什麼用啊，不知道耶，我也認識一些學歷不高的，在社會也混的不錯，有時候我也不知道到底要怎麼辦，我同學也都不知道啊，他們都說，管他以後要幹嘛，『時到時擔當（台語）』，我想也是啦，反正才大一，大三大四再去煩惱就好。-----李先生

快樂的確是從生活場域的開放中實現出來，但是這種快樂似乎缺少了一些精神性的成分，功利與享樂主義還是在青年學子的心理埋下影響深遠的種子，我們的確看到了情緒的改善，不過情緒改善後的下一階段目標，也是值得進一步思考與努力的。但這已超出本論文要談的重點，在此僅點出這項隱憂，留待往後的研究可繼續深入這個青少年的主題。

第二節 憂鬱症個案的生活世界

從全部七位個案的生活路徑圖可以發現，個人的情緒狀態與生活路徑有明顯的關聯，而重要的是，此關聯如何被詮釋？

一. 「心理困境」所對應的「地理空間圖示」：

首先，大略的來看，從這七位被精神醫學診斷為憂鬱症的個案之生活路徑圖中，發現「憂鬱時期」與「前憂鬱時期」的生活路徑有明顯的差別，都顯示出憂鬱時期的生活相當侷限，而非憂鬱時期則顯得較為多元化與豐富。

1. 「心理困境」並非只是「症狀」的意義而已：

以傳統的精神醫學觀點，對於個案上述的生活狀況並不陌生，精神醫學以『憂鬱』導致『生活興趣的喪失』、『失去精力』等症狀的因果邏輯來解釋上述現象，也就是，精神醫學認為是因為憂鬱症發生了，所以才造成個案生活狀況的侷限、生活路徑的縮減或是生活場域的單調化，意即生活路徑的簡化是憂鬱症狀的表現，既然是症狀表現，個案生活世界

的侷限被認為是憂鬱之後固然的現象之一。這樣的邏輯推理有其理性脈絡，也符合部分憂鬱症個案的現況，然而本研究試圖論述的，並非要全然否定或是顛倒精神醫學的邏輯，本研究從個案各個時期的生活路徑圖著手，深入訪談各個時期的主觀經驗與感受，發現多數個案的情緒邏輯並非如精神醫學所斷定的那般武斷：

最近一直覺得生活很悶，很不快樂，大家一直跟我說是憂鬱症的問題，我好像也漸漸被說服，但是靜下心來重新想一想自己的生活，發現這種很悶的感覺，其實是我把自己過得愈來愈封閉，我幾乎只在家裡和公司來回……-----個案一：王先生

一年多前我還會常去中山公園走走啊，算是運動吧，也會偶爾到仁義潭那裡走堤防，心裡會比較平靜，不要看我好像很吵，其實我也有安靜的一面（笑），我偶爾會想要靜下來想一想自己的人生，還有跟我男朋友的事，公園樹很多、仁義潭景色也很好，看起來都很有大自然的感覺，我喜歡那種感覺……後來喔，大概是工作太累吧，漸漸地就比較少去了，總覺得回家就想要睡覺、補眠、休息，但是其實好像怎麼睡也睡不飽，反而覺得生活愈來愈悶。-----個案三：陳小姐

其實為什麼這半年會憂鬱喔？我也不知道，不過這樣想一想可能跟我的生活形態有關吧，每天都悶著你說會開心嗎？我又不是那種很文靜很溫柔的人……哈哈……，我喜歡新鮮事、喜歡生活寬廣一點，但是這半年來好像太忙碌了，反而讓自己的生活變得很狹隘，這樣討論一下發現，我的情緒處理方法好像並沒有實質的好處，反而會造成一些後遺症，我以前的生活好像不是這樣的。——個案三：陳小姐

工作的型態與期望使得生活路徑被形塑成固定的簡單樣式，在現代文明中，社會價值被經濟因素所決定，個案在薪水的追逐與忙碌的生活中縮減了生活路徑的豐富性，久而久之，精神或情緒層次漸漸地受影響，個案的存在感與心情也遭受波及。另一方面，當生活模式顯得貧乏與制式化，情緒也會持續低落，難以好轉，甚至會削磨一個人存在的厚實度，衍生對生命的虛無感：

我都一直覺得，我憂鬱的原因是因為以前跟公婆住的時候，心情比較壓抑，忍耐久了就出問題，不然就是像醫師說的，我的大腦內分泌異常，才會讓我十幾年來都很不快樂，不過今天這樣一講，好像我的生活模式也有關係，我的生活很封閉、很單調，完全沒有什麼值得開心的事，我一直想回台北，但是台北又已經不一樣了，現在好像兩邊不是人的感覺。-----個案二：簡小姐

我是不太懂什麼人生的意義啦，不過這樣畫一畫我覺得我後來的生活真的是很單調，有點自我放棄的感覺吧，這樣好像一天過一天，也不知道自己到底在幹嘛，心情就好不起來，他們又一直說我憂鬱症，愈聽愈生氣，我就愈想要懶散給他們看。

個案七：李先生

當我們進一步探索個案在憂鬱時期的生活路徑之內涵時，可以發現那種因為心情差所以減少生活場域的描述並不常出現，生活世界的縮減與憂鬱之間，並沒有絕對的因果關係，而是一種反覆影響與交互作用，嚴重的話甚至破壞個案存在於世的完整意義，衍生出對生命的無望與空虛，亦即與自殺有所關聯。

本研究結果與精神醫學同樣關注到憂鬱個案在日常活動領域的喪失，只是精神醫學一貫以『症狀』的立場來觀看，但本研究進一步探詢個案的生活意義內涵時發現，單以『症狀』的角度不足以全盤解釋個案的在生活場域中活動的意義，也不足以解釋個案情緒發展的真實脈絡，侷限的地方與憂鬱的心情，有著更複雜多樣的互動作用以及值得被深入探索的個人意義，而不只是一種症狀表現而已。

2. 「心理困境」意味著「有意義地理空間」的消逝與侷限：

急速現代化的社會似乎註定逃不掉『地方感』的被侵蝕，由本論文之前的論述中已經對『地方』的概念與意義做了初步的闡述，而從實際的憂鬱症個案中，也發現社會變遷過程中『地方感』的喪失對個人情感與記憶的影響，此影響也關聯到憂鬱現象的發生或是情緒緩衝機制的毀壞：

一年多前我跟男朋友剛分手，我會常去文化路靠近嘉女那一段，因為我們常常去那裡吃米糕，我們是和平分手的啦，沒有吵吵鬧鬧，個性還是調適不來吧，不過我會回去文化路那邊自己吃米糕，對我來說，那是一種懷念與回憶，很有感情吧……

呵呵……其實我喜歡那種感覺，後來回去已經不會難過了，只是有點遺憾，想想也挺美好的吧，畢竟我們兩個也曾經幸福過一段日子，不過後來拆掉了，所以那一整排的店家也都搬走了，其實它一拆掉，我才開始覺得難過，好像我生命中的某一段記憶被硬生生拿走了，我再回去再也找不到那種感覺，只剩下廢墟、垃圾，那時候我才感覺到，我好像真的跟我男朋友『分開』了。-----個案三：陳小姐

我最懷念以前一起出去玩的時候，我們會去爬山，或者去海邊看夕陽，不然就一起逛街吃小吃，到處都有美好的回憶哪，不過像文化路就不見啦，嘉義的海邊也愈來愈醜，聽說還有六輕的污染哪。好像少在外面活動，心情也很難好起來，以前心情差歸差，好像有地方可以緩衝，現在心情差就只能看醫生吧，哈哈，現代人也真無聊。-----個案三：陳小姐

我也不是故意封閉自己啊，你說我還有什麼地方可以去？以前我會去那個小土地公廟，不見了啊！農地重劃、都市計畫時候就遷走了，還有那個國中，唉唷，我哪裡會認得，都不一樣了，什麼情緒抒解啦、希望啦、神聖啦，沒有了啦！回來雲林就發現都沒有了啦！……以前我跟很多地方「發生關係」，哈哈，現在大概只剩下學校跟家裡的關係，偏偏這些關係又不好，唉，難怪我開心不起來，但是我要怎麼找回這些關係呢？比如說田裡的小廟、我以前愛去的母校，這些已經再也回不來了，我們的世界不是也一直在變嗎？到處都在發展，到處都在拆建，其他人呢？他們也憂鬱了嗎？-----個案四：楊先生

我姊姊都在台北，我也曾經回去台北找他們玩，起初還覺得不錯，離開家裡就覺得心情好多了，但是這幾年偶爾回去台北發現，台北變得很快，我都快不認識了，有時候覺得台北也不是以前那個樣子了，回去板橋就好像去一個新的城市一樣，漸漸地我也比較少回去，覺得沒有當初的感覺，而且現在真的車子好多，我又不趕開車，在那邊要去哪裡都不方便，也只是在姊姊家聊聊天而已。-----個案二：簡小姐

那時候我還常回板橋，因為親人朋友都在那邊，而且台中回去也不算遠，我會回家跟我爸媽聊天，我是最小的女兒，下面還有弟弟，不過女兒算是最小的，所以我跟爸爸感情還不錯，我回台北都會先回家看他們，那時候媽身體就一直不好，你們現在看起來可能會認為是焦慮症吧，反正他就一直抱怨身體不舒服，也檢查不出來，……爸爸都很用心照顧她。但是……誰知道後來……是爸爸先走（啜泣）。（沈默）……我回家都會去看爸爸，我覺得家裡是一種特殊情感的感覺，還有我們那邊的運動場也是，有時候我會回去懷念一下年輕時候的事情，初戀約會啦、情人吵架啦、死黨的秘密聚會啦等等，我回板橋除了在家裡，就是去一些以前生活過的地方，就像你說的，比較有『根』的感覺吧。現在都不一樣了，旁邊的陸橋沒了，道路拓寬了，大概只有操場還有點樣子，其他旁邊的一些地方都不認得了，有些我們以前走過的場所也都改建了，都市真的變得好快。-----個案二：簡小姐

上述的實際心情代表的是一種記憶、情感的失落，一個人的成長脈絡與地方緊緊相繫，而當社會發展將地方只是單純視為空間或是硬體建築物時，當地居民的歷史成長脈絡必然不被重視，於是社會發展的政策在這幾十年正大量的損毀許多人的成長經驗，有些人在這樣的損毀中，失去了原本可以緩衝情緒的歸所，或是，直接影響情緒的惡化。而在另一方面，有些狀況是因為離開家鄉到外縣市工作或是居留，這也是另一種歷史地方感的衝擊，往往身心的不適應就從這樣的一種衝擊中衍生而出：

那時候也不知道自己以後要幹嘛，沒什麼希望感，只是拼命唸書怕被當掉而已。在台北的那幾年，我覺得好像沒有什麼存在的感覺，就是唸書、賺錢、晃啊晃，總覺得那不是我該待的地方，我沒有歸屬感，我也不喜歡那種過度熱鬧的環境。有時候回鄉下，親戚朋友都會跟我爸媽說我很厲害啊，考上台北的公立大學啊，以後一定有前途啊。我都很討厭聽這些，我覺得台北也沒有比較好啊，但是怎麼大家好像都覺得鄉下不好，要變成都市那樣才叫好，有時候我回老家，發現哪塊地又準備蓋樓房了、哪棵樹又被砍掉了、哪塊田又準備『起販厝』了，我都覺得有點難過，如果雲林也變成台北那樣，我還可以到哪裡去？-----個案一：王先生

我不喜歡雲林這個地方，我不是說這個地方不好啦，但是我好像一直沒辦法融

入雲林這個地方，我整天幾乎就是在我的那間房子裡生活，雲林我來了十年也不熟，認同感啦，也許就是沒有認同感吧。我常想著要搬回台北。我總覺得搬回去就會比較好了。-----個案二：簡小姐

從憂鬱個案的主觀陳述中，曾經對個案具有特殊意義的地理場域，在社會發展中漸漸消逝，其影響的層面包括個人的歷史經驗與情感歸宿，地方認同感在現代社會發展中被急速的塗蓋與沖淡，個人與當地的連結很難再透過『地方』的牽繫來完成，對於每個人來說，寓居於某地、認同於某地、歸屬於某地的真實性被硬生生的扯裂，就如同人文地理學者所言，無地方性的感受已經悄悄蔓延在我們周遭，而主要的影響便是我們無法跟地方或土地建立起真實的關係，模糊又虛幻的地方感在憂鬱個案的生活經驗中，清楚的顯示現代人的困境。

二. 「心理健康」所對應的「地理空間圖示」：

在實際與個案討論的過程中，發現當生活路徑中的意義層面顯得多元豐富時，情緒狀態也會跟著好轉，而另一方面，有時候雖然所活動的場域並不多，但是意義層面卻是多樣的，這樣的情況也會帶動情緒的改變，因此，本段分為兩個層面來論述，一為不同場域的意義多元性，另一為同一場域的多元意義性：

1. 不同場域的意義多元性：

我會去村子裡的小教堂，雖然規模不像高雄聖母院那樣典雅跟歷史悠久，但是天主的愛是一樣的……我也開始跟鄰居來往，在夜市也有認識一些朋友，後來大家聊啊聊，原來他們早上都有去國小跳土風舞，以前我都覺得那是鄉下歐巴桑在做的事，後來想一想，現在我也是鄉下歐巴桑啦，哈哈……，每天去跳一跳、聊一聊，也有抒解壓力的效果呢……其實現在我的生活也沒有去很多地方，但是我覺得意義變多了，來這裡諮商可以抒解情緒，也可以對自己的生活再做一些反省，像圖中畫的，其實也只有三、四個地方，但是看起來好像生活很豐富呢，我覺得憂鬱症就是因為把自己封閉起來才會好不了啦，把心胸放開，走出去，就會好啦。

-----個案六：蔡小姐

其實那時候壓力也蠻大的，畢竟我是公司的新人，台北工作、公司都很競爭，那時候也才剛跟現在的老公認識交往，有時候會吵架，心裡很煩，加上工作上的雜事，現在想一想，比現在當家庭主婦的生活要忙碌多了，壓力也大多了。但是那時候我有很多地方可以去啊，我可以去死黨家裡談心聊天，我喜歡她的房間，她比較會布置吧，房間很溫馨，是粉紅色的喔……呵呵……，有時候我乾脆就住在她那裡。還有還有，那時候我爸爸還在，有時候我心情不好也會找他聊天，所以家裡的客廳對我來說也有很內在的情感意義，我很崇拜我爸爸，那時候在台中偶爾回台北老家，我還是喜歡找爸爸到客廳聊天，很多回憶與感情都回來了……（神情落寞）……不過現在都不見了……。

-----個案二：簡小姐

我發現以前的生活真的像你說的，很多層次，有各種層面的，我的不高興、痛苦，在這麼多的層次裡面也會有抒解與發洩，不然就是想法會轉變，然後生活就可以繼續過下去。不然哪有人一輩子都很順利沒有痛苦的？遇到痛苦的事，還是要有力量繼續往下走啊，現代人好像都比較沒有這個能力了，尤其是我們的下一代，怎麼會這樣呢？

-----個案四：楊先生

多數的個案在回憶中皆可察覺，當生活中的意義場域較為寬闊時，豐富的生活感受可以讓心情較為緩和或是開朗，寬闊的意義場域意味著個案必須接觸較多層面的社會領域，許多痛苦的情緒在此過程中獲得緩解，而對生命的看法也會在此過程中加以擴展，並且，這些對個案有意義的場域往往也隱含了個案成長過程中的情感與記憶，這種存在的脈絡緩解了日常生活中的苦痛經驗，賦予繼續在生活中衝闖的力量。

2. 同一場域的多元意義性：

另一方面，訪談中也發現，同一個生活場域往往蘊含了不同的生命意義，而這種多元意義的場域性，也是與個案的情緒狀態有所關聯：

我覺得每個地方都有多重意義喔，像學校啊，有學習的意義，也有未來希望的意義啊，那時候我覺得當護士幫助別人照顧別人很好，所以我也希望當個好護士。圖書館對我來說也是一樣，有學習的意義，也有沈思的意義，然後同一個意義也會

有不同的地方啊，像是沈思，就有房間、圖書館還有山上或海邊，現在想起來，那時候真是不錯，反正學生也沒有什麼壓力，就唸書、玩、體驗各種不同的事，也許當個小孩子比較好吧，呵呵。-----個案三：陳小姐

同一個地方會有不同的意義吧，聖母院就有神聖的意義和平靜的意義啊，天主的眷顧，是神聖的感覺，而到教堂也會比較平靜，我會去思考我的生活出了什麼問題……………。-----個案六：蔡小姐

同一場域的多元意義特性為現代人忙碌的生活提供了豐富的感受性意涵，也代表意義的主觀特性以及人對環境的參與程度，當一個人可以投注於環境中的場域特性而深入感受時，雖然在身體層面只涉身於簡單的場所，但是在心靈層面卻可以提昇到不同的意義領域，這個現象有助於理解為何處於同樣受到侷限的活動場域，但是可以導致不同的生活感受。

3. 神聖與靈性生活的重要性：

靈性概念是心理學一開始的核心主題，但是隨著啓蒙精神、理性科學主義的盛行，靈性領域被推擠至邊緣的角落，常常因為無法符合實證科學邏輯而被忽略。本研究的生活路徑途中特別規劃出一個神聖靈性的意義層面，而結果發現在憂鬱個案的成長脈絡中，靈性的層次顯然是生活中不可獲缺的角色：

我從小就喜歡到廟裡去，我覺得那裡是有神在的，有時候我會跟神說說話，我喜歡那種氣氛，可以把不高興的事情說出來，那是一種特別的感受，我不太會形容，你們該不會認為我這樣有問題吧？-----個案一：王先生

其實家裡面務農，從小就有習慣拜拜啦，我們村裡本來有很多小土地公廟，我們家田附近也有，我從小就跟著父親去拜拜，現在不見了啦。後來到了台北，有一次朋友帶我去行天宮，那裡面還挺有家鄉的感覺的，很好玩喔，就隔一條馬路、一面牆，進去之後就好像一下子離開的城市一樣，傳統的廟宇建築、收驚祈福的師姑，解籤的老阿伯，哈哈，好像又回到鄉下的感覺吧，所以我也很愛去，然後就跟神明

說說話啊，祈禱神明保佑平安啊，以前到台北之前我還以為城市不拜拜的，我認識一些都市人，他們都說拜拜是迷信，所以我以為城市小孩都那樣，後來發現不完全是啦，畢竟那是民間的信仰啊，跟城市鄉下沒有太大的關聯吧。---個案四：楊先生

還沒來雲林之前喔，那時候心情也不太好啦，我前夫的事情剛開始的時候，我也跟他吵了一架，那時候他大概也被我鬧煩了，就離開家去跟那個女的住，所以後來就離婚啦，離婚的時候當然心情不好，不過還好小孩子都很懂事，知道媽媽所受的委屈，他們也都站在我這邊，而且就像這裡畫的，我有娘家的家人可以訴苦，還有我是教徒，那時候也常常去教堂禱告、懺悔，心裡就比較平靜一點，有時候就跟小孩去愛河散步啦、或者小孩會找我出去旅遊啦，心情就有好一點。

-----個案六：蔡小姐

宗教信仰的神聖性提供了情緒的慰藉與心理的安定，但是在上述個案的感受中也發現，宗教信仰的靈性意義在現代社會中甚至出現被貶抑的怪現象，有的遭受迷信質疑的壓力，有的則是擔心自己被誤解為精神病，這或許也可以解釋本研究在年輕個案（青少年階段）的生活經驗中，很少見到神聖靈性的意義層面，在現代教育的體系中，新一代離精神靈性層次似乎距離較遠。

另外，所謂的神聖靈性意義，並不一定侷限於宗教信仰或是廟宇場域，個人意義的感受是相當主觀的，重要的是這樣的意義有沒在生活中存在，只要存在，就會產生力量：

我沒有什麼特別的宗教信仰，但是我覺得急診室是很神聖的，可能也是這種感覺吧，我只要一工作就會督促自己要認真做，以前人不說『人在做、天在看』嗎？對啊，我就是這樣覺得，急診室每天進進出出多少病人，有輕微擦傷的、有血肉模糊的、也有當場往生的，我覺得那裡有時候是陰陽交界的地方，而且家屬把親人的生命交付給我們，我們不能不盡力救啊，雖然有時候救不過來，但是起碼盡力了，才能安心。其實不要不信邪，很多同事都有靈異經驗，不管怎樣，工作的時候就認真工作，這樣才是好的態度。-----個案三：陳小姐

對了，我要講山上，我覺得山上很神聖，有神聖靈性的意義，以前也認識一些原住民，我覺得他們觀念很好啊，覺得山上有山神，萬物都有靈，所以要尊敬山，不要破壞山上的景物，這樣不是很好嗎？我覺得爬到高山的時候，真的有靈氣耶，那種感覺很難形容，一方面是自己很辛苦的爬上去，一方面是那種氣氛讓你覺得人實在很渺小，所以專科的時候還蠻常去爬山的，會讓我感覺心靈比較充實，也會有遠離塵囂的感覺，好像可以暫時跟這麼污濁的世界無關一樣。-----個案三：陳小姐

那時候只有我大姊嫁出去，我們一家都還住在老家那裡，回家第一件事，爸爸會要我們去祖先牌位上香拜拜，然後才吃飯。我是沒有很信啦，但是那裡的氣氛就很像祖先還在那裡看顧著我們，有時候我也會求祖先保佑，比如說爸媽身體健康啦、兄弟姊妹事業順利啦，我也不知道有沒有用，但是起碼心理會安一點吧。

-----個案二：簡小姐

宗教向來不被西方心理學認真的對待，台灣傳統的天地信仰、宗祖觀念以及各種巫宗教的儀式與『辦事』模式，容易被受到西方心理學思維的專業人員視為無稽之談，或是心胸較為開放的，就僅僅視之為一種心理安慰而已。在本研究的個案中，年紀稍長的，都有過豐富的神聖經驗，而這些宗教神聖經驗，其實都是伴隨著人生苦難而如影隨形的治療、撫慰、淨化與提昇了人性，那種神秘難以言喻的靈性體會，相當密切的與人類的情緒互動著，而這種互動更關聯到人如何與世間萬物相處之道：

在田裡幫忙的時候，我也都會去那間小土地公廟靜一靜，有時候是生活中的困境，有時候是心情不好，像是失戀啦、未來的路啦，我覺得有神在聽，祂們會知道的，心比較安啦，我爸常說，土地是有靈性的，人活在土地上，就要做對土地好的事情，不然土地公會記上一筆的。我也真的相信，我們一定要尊敬土地，像現在的土石流啊、地層下陷啊，唉，應該是土地公生氣了吧，不尊敬愛惜土地，我們的日子也不會好過。-----個案四：楊先生

我會去村子裡的小教堂，雖然規模不像高雄聖母院那樣典雅跟歷史悠久，但是天主的愛是一樣的，現在教堂對我的意義是神聖的，以及希望的，每次去教堂，我

對自己跟未來就覺得比較有希望，可能沒辦法像以前那麼有錢，但是現在錢對我來說已經沒有那麼重要了，我只想要平安的過生活，讓小孩子快樂的長大。我相信主會完成我的希望的。-----個案六：蔡小姐

學術領域也已經開始察覺，在二十世紀左右漸漸建立起所謂『超個人心理學 (Transpersonal Psychology)』的理論與實務原則，並試著結合傳統東方思想的靈修觀點來進行心理治療，本論文暫且不討論西方超個人心理學的內涵與優缺點，但是從這樣一種理論性與治療策略的轉移以及開放可知，經過了幾百年的理性發展，過去對人的瞭解其實喪失了最原初的核心觀點，現在靈性的思維重新又被心理學所重視，因為從各種研究與經驗中發現，靈性與信仰的力量從沒有在情感安定這個層次中缺席。本研究結果亦再一次肯定這樣的靈性價值，並且發現台灣的現代化過程並沒有好好珍惜傳統的靈性意涵，間接促使了人們在情感上的困境。

由於對多元文化的重視，原本以科學專家為主導的世界逐漸消融，轉而向具有獨特性的在地文化尋找另一條出路，在地文化其實就是一種當地人長久居住以來所凝聚而成的各種行為與因應模式，具有特殊的天地人智慧。台灣的人們過去生活完全依靠自然環境，並相信「神聖秩序」掌控著一切，所以人們非常的敬畏神社與大自然，從這種敬畏以及與自然和諧相處的過程中，可以獲得心靈的安頓與平靜。然而這些『神聖』、『靈性』、『環境』的因素，卻一直是精神醫療認為難以科學化而忽視的部分。甚至，在現代發展概念下，刻意地貶低傳統信仰對人心的療效效果，這是一種選擇性的理解、刻意排斥他者的思維模式。

三. 生活場域的拓展與 Maslow 心理需求理論的呼應：

從七位憂鬱個案的「生活路徑圖」以及他們主觀的陳述中，可以清楚的理解一旦生活中的意義場域變得狹窄，個人心理需求也會呈現匱乏的狀態。以 Maslow 所提出的「需求層次圖示 (圖 4)」可看出，當個案處於憂鬱時期時，往往只滿足了最底層的「生理需求」，頂多可以再進一步符合「安全需求」而已，甚至有個案連最基本的「生理需求」，也就是對食物、水、休息的需求都無法滿足。相反的，若個案的生活場域意義可以拓展開來，其心理狀態則呈現豐富且精采的感受，不只是基本的「生理」與「安全」需求得以滿足，也可以繼續向上提昇至「愛與歸屬」、「自尊」、「求知」、「美感」等心理需求，甚至有些個案的精

神生活也相當完滿，甚只可以趨近於「自我實現」以及「自我超越」的靈性認同。Maslow 認為自我實現即個人得以充分發揮潛能的需求或傾向，這也是一個人心理成熟的展現與狀態，此外，Maslow 認為一個健康者應該是一位各種需求獲得滿足並追求「自我實現者」與「自我超越」者。追求精神靈性與自我實現的人比一般人更能發揮生理與心理功能，充分展現其自我價值，且不斷發展和運用獨特的能力和潛能。追求自我實現的人對於自己及他人均抱持開放接納的態度，這種自動自發、開放且不受外在事物影響的特質，面對環境壓力時能有效的理解現實狀況，並且統合內外資源來因應挑戰，直接面對問題。自我實現與自我超越並不是遙不可及的目標，只要能夠對人性與世界抱持正向的觀點，充分認識自我的生命經驗，就有機會激發個體的潛能與智慧，朝向更為健康快樂的人生邁進。

第三節 對生理病因過度強調所衍生的議題

精神醫療一項十分強調大腦神經化學的生理病因觀點，的確在過去的相關研究中，醫學界已經有愈來愈多的腦內證據來說明與情緒相關的化學變化，但是這並不表示有關情緒議題需要那樣著重於生理病因的解釋。本研究試圖去探索除了生理之外，個案的生活脈絡是否為情緒困境的可能肇因，而且在上述的研究結果中，也發現的情緒議題與生活場域的關聯性。因此，當我們面對情緒問題而不去察覺此關聯時，將會導致哪些議題的產生？這些議題又如何與心靈療遇有關？從實際的訪談中，本研究繼續統整訪談資料並加以分析，提出以下的觀點與論述：

一. 「人」的生命脈絡意義被隱藏在精神症狀之下：

精神醫學對症狀的理解僅止於行為的表象，一旦要理解「人」的生命脈絡，就必須回歸現象學的『生活世界』概念，並且落實到「人」在地方場域的活動中去理解：

……以前醫師從來不會問到我的生活體驗，就是問症狀啊、副作用啊，不然就是告訴我要怎麼想就不會憂鬱啊，但是都沒有人關心到我跟每個地方的關聯，以及我各個層面的生活意義，有時候看醫生都覺得自己就是不正常的人，好像矮人家一截，就是『我有病』啦，呵呵，聽起來就很不舒服。-----個案二：簡小姐

……的確沒有憂鬱之前，我的生活比較有意思一點，去比較多地方吧，覺得去

這些地方對我來說很有意義，現在好像就沒有這種感覺，這個吃藥有用嗎？我是說，吃了藥會不會我就覺得很多地方都很有意義，都很想去？還是因為我沒地方去了，才變得憂鬱起來？但是我吃藥也吃一陣子了啊，也沒有比較有動力出去啊，是比較不會那麼暴躁啦，好像也比較好睡，不過還是悶悶的，覺得沒辦法放輕鬆吧，生活很悶的感覺。-----個案四：楊先生

…沒有人問過我跟每個地方的關係耶，以前看的醫生也不會關心這個，他們每次都會問症狀好一點沒？心情好一點沒？吃藥有沒有不舒服？晚上吃藥好不好睡等等，呵呵，醫生看的是病嘛，好像不是在看『我』這個人一樣… --個案四：楊先生

我們的學科領域跟隨著西方文明與學術的腳步，也變得愈來愈細，不同學科之間，幾乎是完全沒有交集，但是對於理解人的複雜情感層次與心理層面而言，這種學科的精細化只是造成各自為政的與言語理論系統，並且難以拼湊出一個人的真實樣貌。在目前台灣精神醫療的理念下，表象症狀的確認以及生理機制的平衡是最主要的關注焦點，結果往往造成個案對藥物的質疑與抗拒，或是處於完全沒有被理解與同理的心境。

現代社會在許多領域都有著強烈的界分與區隔，區隔造就了專業的獨斷與地位，使得門外漢難以一窺堂奧，也由此保全了專業的利益與權力，而當現代社會所宣稱的幸福與快樂愈離愈遠時，我們不得不重新思索，關於人類情感與意義世界的理解，要從何著手？很顯然地，『生活世界』的概念在台灣現代精神醫療體系中常常是隱而不見的，從個案被發現、就診到治療，一貫地以大腦生理學以及西方心理學的主張在與個案互動著，被歸類到憂鬱症類別的心靈孤獨地顯示著自身的失所，個案被告知藥物是解脫的途徑，但是寄託於化學結構的心靈如何獲得生命的意義？當對於憂鬱症的質疑聲響起、當對於憂鬱症的抗拒行動出現，精神醫療即以『缺乏病識感』的名詞再一次地束縛住個案的自由意志，無怪乎個案會好奇：『吃了藥會不會我就覺得很多地方都很有意義』？

二. 憂鬱症的過度診斷與標籤化問題：

本論文在第一章也提到，目前精神醫療在情感性疾患以及精神官能症的診斷人數十分驚人，是精神科診療中最多數的一大類個案，每年所開出的抗憂鬱劑、鎮定安眠劑也花費健保相當大的資源，我們不禁想要探詢，是現代真的有那麼多人符合憂鬱的診斷，還是憂

鬱的診斷太容易就符合了？而當一個人被告知罹患憂鬱症時，又可能會產生怎樣的心情？

我有時候不覺得我是得到憂鬱症，但是我又不敢跟醫師說，他一定說我還不能接受這個病，但是我真的有病嗎？我的朋友少聯絡了、親人過世了，以前的記憶被拆除了抹滅了、生活封閉了，然後我不快樂了，覺得活著沒意義，這樣就是生病了嗎？或許我只是比其他人容易被情感所影響吧，有些人自己一個人也可以活得很快樂，專心當家庭主婦就很有意義，但是我不是啊，這樣我有病嗎？我喜歡多樣的生活，但是我現在沒有，我的生活一成不變，我很努力的要符合生活的要求，但是我不快樂！-----個案二：簡小姐

憂鬱症雖然在近幾年政府大力宣導下，民眾的接受度已經比以往提昇許多，但是因為情緒問題不像其他生理疾病有確切的單一病毒或是器官病變的證據，所以一旦被診斷為憂鬱症，許多個案的心情十分忐忑不安，甚至難以理解，為何生活中的變動會與這種『生理疾病』有關。因此，由『心情不好→藥』這樣的邏輯十分難以被真正的接受。甚至，醫療從業人員也深知目前憂鬱症診斷的氾濫情況，此診斷名稱對個案而言，並無實質的幫助：

……但是抗憂鬱劑我都沒吃，那個醫師說需要服藥，其實我自己覺得還好啦，哪有那麼多憂鬱症，每個人都有心情起伏的時候啊，光吃藥就能改變事實嗎？反正現在只要去看醫生就會開藥給你，健保就是常常這樣浪費掉的，哈哈，這個不用說你也知道嘛。-----個案三：陳小姐（護理師）

以精神醫學的研究成果來看，的確發現了一些相關聯的生理內分泌現象與證據，本研究結果並非要抗拒藥物的介入，只是從個案的經驗中，往往發現這種需要藥物協助的原因並沒有被善加解釋與告知，個案只是被定義為憂鬱症個案，而且是『精神疾病』中的憂鬱症個案，恢復的途徑就是『一定要』吃藥，但是真的每位憂鬱個案都是內分泌異常，都需要服藥治療嗎？藥物只是療遇的各種方法之一，當療遇的其他向度沒有被善加說明與討論時，個案往往處於相當被動的態度，在『等著病好起來』，這種對待自身憂鬱的態度其實無利於重新恢復過去的情緒與生命力。

以前我都不知道我跟生活環境有什麼關聯，我只是被告知說，我得到憂鬱症了，老師跟我說，都是戀愛害我的，要我先不要談戀愛，專心考完試，上大學再談就好，那時候會遇到更好的人，我剛開始也是這樣覺得，都是那個爛男人害我的，害我生病、害我跟爸媽吵架、害我休學、害我跟瘋子一樣，都是他害的。不過後來我比較冷靜之後，想法有稍微不一樣，如果我上了大學再失戀呢？那我是不是變成大學才休學？今天這樣畫一畫，我突然覺得不只是那個爛人的關係，我的生活也有影響，誰喜歡天天待在家裡？我把自己封閉起來了，雖然這樣的封閉跟他們有關，但是跟我也有關，像你說的，如果我們先跳脫『病』的觀點，我到底要為自己負起什麼責任？我可以讓生活過的豐富一點，也許我就可以因應那些什麼生活壓力啦、感情創傷啦、同學吵架啦，什麼亂七八糟的瑣事。-----個案五：于小姐

當一個人被貼上憂鬱症的標籤後，有時候一些自己本身該負起的責任便有一個理直氣壯的處所可以逃避，也就是真正去扮演一個『病人』的角色。如果是真的嚴重的憂鬱個案，適度的藥物治療與休養當然有其必要，但是以目前的醫療情況，生命中情緒的起伏十分容易被診斷為憂鬱症或是精神官能症，恰巧給了許多人一個逃避與退縮的好理由。

三. 憂鬱症診斷所涵蓋的現象太廣：

近幾年精神醫療的風氣吹進了教育體系，提供了許多早期發現早期治療的有效性。但是也衍生出了一些問題。多數過去所謂的『問題學生』，原先屬於學校輔導專業的協助範圍，然而現在卻一窩蜂的轉介至精神醫療機構或是商請精神醫療人員至學校協助處理，這種合作模式有其優點，也不失為一種跨領域的結合。但憂心的是，執行者是以怎樣的態度與觀點來看待學生？

那時候去學校很無聊，回家又一直被唸，當然心情不好啊，換做是你也會心情不好吧。然後老師就要我去輔導室，輔導室就跟我講一堆廢話，什麼以後的前途啦、父母親會擔心啦，都是屁話！我就是不爽念啊，老師愈講，我就愈不爽，我媽也是，就一直跟我說念什麼比較好，是我在讀書還是她在讀書，反正就是那樣啊，每天只有上網比較有趣，醫生還說我憂鬱症ㄉㄟ！你們都這樣就說人家憂鬱嗎？有時候真搞不清楚是他們有問題還是有我問題，一直要我看醫生，吃藥就可以考上大學嗎？他們都不瞭解我！只會說我有憂鬱症。-----個案七：李先生

以筆者的實際經驗，舉凡逃學、曠課、打架、失戀、對師長不敬、沈默寡言、家庭問題、兩性相處、生涯發展……等，現在都成了學校單位轉介給精神醫療人員的對象，甚至許多家長被校方要求帶孩子至精神科接受診療，什麼時候開始，只要不屬於『常模』、『規範』下的孩子的行爲，都被劃分到精神疾病的範圍？如果是學校輔導與精神醫療的相輔相成，那或許可以成爲老師、醫療人員以及學生三方面都獲得成長的方式，但是如果是以精神醫療來涵蓋專業輔導與學生問題，結果恐怕是如上述學生個案感受中的氣憤與不滿，更是導致對成人世界的不信任與抗拒。

而不只是教育體系的問題，所謂的輕度憂鬱，在個案的實際體會中，往往是一種隨著生活世界的變動而造成的情緒起伏現象，一旦貼上憂鬱症的標籤，就好像非要趕快撕去一樣，形成一種將情緒低落視爲相當負向沒有價值的現象，其實在輕度情緒低落的狀態中，也可能成爲另一種豐富生命的體驗：

其實我覺得我並沒有到憂鬱症的程度耶，我是說，雖然這半年來的症狀有符合診斷標準，但是爲什麼心情不好就一定看醫生吃藥呢？人不是都有喜怒哀樂嗎？我總覺得現代人好像不能去體驗一下喜怒哀樂的變化，心情差就說是憂鬱症、緊張就是焦慮症，做點不一樣的事就是心理有問題，有時候我覺得在心情差的狀態中，其實也可以有不同的體驗，你會覺得人生一片灰暗、沒有前途、什麼事都是自己搞砸的……等等，但是那也是我這個人的一部份啊，我體驗過傷心、難過、沮喪、無望，我也體驗過開心、興奮，這樣不是還不錯嗎？現在大家一提到心情不好，好像就急著要把它趕出家門似的，如果沒有這些喜怒哀樂，人活著還有什麼意思呢？-----個案三：陳小姐

四. 小結：

生理病因的重視使得心理深層的意義被掩蓋，人與地方場域的綿密關聯也被簡化，大眾的目光只集中在某某行爲是不是「病態」、某某情緒符不符合「精神症狀」、某某言行是哪種內分泌所導致。如此一來，使得個人內在的行爲與情感意義難以顯現，對「人」的理解，也總是在大腦神經與內分泌系統中拼拼湊湊，不容易真正去理解一個人的生命經驗到底出了什麼事。因此，下一節將討論本研究所提出的第一個重點，也就是人與地方場域所建構而成的真實生命故事，這些故事都與個人的情感狀態密切相關。

第四節 『心理』狀態反映一種『地理』的存在

從以上說明之後，本研究提出第一個核心論點，也就是『心理』的狀態，其實反映了一種『地理』的存在意涵。個體情感的波動以及心理狀態，是與其生活場域緊密相關的，個體在其日常生活中建立起各種屬於自己的場所意義，並且在其中獲得根本的存在感與價值感，個體的心理狀態並不是那麼抽象不可捉摸的「東西」，它明明白白指向了一種『地理式』的存在樣態，這也是本研究所認為的核心議題，也就是對於人存在意義以及情緒感知的理解，必須考量人文地理學的理論與見解，並且暫時擺脫精神醫學所限定的疾病框架，才有可能進一步認識現代人的心靈困境。

Hester Parr在其所發表的期刊論文『**Delusional Geographies: The Experiential World of People During Madness/Illness**』一文中明白的指出，近幾年來因為後現代主義、後結構主義以及女性主義的新思維，人文地理學也變得愈來愈多元化，這些新的思維也針對人存在的認同問題、自我狀態以及心靈/身體提出了一些新的解答，人文地理學的概念也因而拓展至其他相關學科，包括人類學、文化研究或是精神分析學，如此一來，可以更清楚的理解在個體、社會以及空間場域各種面向之間的複雜關聯。⁵⁹ Hester Parr也使用了『心理健康地理學 (the geography of mental health)』一詞，認為這樣的概念可以用來瞭解自我與失能、健康以及地方的重要關係。⁶⁰而重要的是，本研究進一步延伸與落實這樣的論述，將人類心理與情緒上的失衡狀態，經由轉化為圖像式的地理元素(本研究之「生活路徑圖」)，而將心理與地理兩者的關聯做清楚的理解。也就是說，人的情感、情緒、存在意義，都可以藉由對自我與地方的生命脈絡進行剖析而獲得一種新的感知與領悟，此領悟引發個體一種重新看待自己生命與情緒的機會，並從這樣的機會中獲得療遇的可能。本研究結果說明了個體必須根基於地方性的意義，生命經驗才得以彰顯與豐富。

而如果人在喪失地方性的場域中會是怎樣的的存在樣態呢？段義孚 (Tuan Yi-Fu) 認為歸屬感的隱沒便是一個明顯的後果。人類與世界、他者的關係漸趨疏離，孤獨感猛烈的增

⁵⁹ Hester Parr. (1999). Studying Suicide. *Health and Place*, Vol 2, 167-177.

⁶⁰ Butler R, & Parr H. (1999). *Mind and Body Spaces: Geographies of Disability, Illness and Impairment*. Routledge, Kondon.

Carter P.D., Radford J., & Vickers M. H. (1998). *Disability studies in human geography. Progress in Human Geography*, Vol 22, 208-233.

Kerns R.A. & Gesler W.M. (1998). *Putting health into place: landscape, identity and well being*. Syracuse University Press, New York.

加，產生了『**恐怖的孤身一人感受，獨處於終究毫無反應的世界之中**』。⁶¹這種疏離孤獨的現象在現代都市生活中隨處可見，不管是人們彼此的不信任、鄰里關係的斷裂，或是治安的問題等。因此，過去人文地理學所提出的『療遇性地景』的觀念，已經從早期針對生理疾病的康復性環境，延伸到心理健康的療遇性概念，心理健康地理學成了解決人類心靈困境的一種新思維，而這種新思維仍在起步階段，需要一些實際的研究成果來豐富其內涵，也需要研究成果來說明究竟這種新的療遇成效如何產生。

本研究認為，憂鬱症個案在重新找回地方感後，實際療遇經驗得以產生，仔細琢磨其詳細的心路歷程，可知個體的情緒過程轉而為具體的生活路徑圖像時，它所提供的並非只是『人去到各個場所』這樣表面的箭頭圖示而已，其中關鍵的是隱含在此圖示內的個體意義層次，此生活的意義是建立在個體與各種場域互動的生命經驗，由具體的地理圖示，個體更加理解自我的生命過程，也從中引發對往後生命的另一種健康態度。這種生命態度的轉換對精神醫療學理上有其價值，因為這是一種重要的提醒，提醒治療者在面對受苦的心靈時，所需具備的觀看態度，精神療遇必須將焦點從過度對『生理疾病』的強調轉到『生命歷程的意義』之察覺，才有機會讓心靈療遇的效果萌芽。

『**心理的狀態意味著地理的存在**』是本研究統整研究資料後提出的核心思想之一，而所謂「地理的存在」，指的就是人文地理學所強調的『地方』概念，此『地方』概念也唯有在現象學『生活世界』的引領之下才得以發現與掌握。以下就針對此七位個案的『生活世界』，瞭解他們每個人與地方場域的互動經驗，來說明「心理狀態」如何意味著「地理的存在」。

一. 『地方』承載了人的存在脈絡：

人之所以能活得自在與舒適，是因為他可以熟悉自己所存在的世界與環境，並且在當中悠遊於自己對環境的意義詮釋之中。當個人處於陌生或是毫無意義的環境中時，即難以平靜的生存下去。以存有學的立場來看，也就是人的存在總是要瞭解世界、融入世界並且世界對其是有意義的，因此人的存在是「在世界中的存在」，也就是海德格的『在世存有』概念。當個人處於一個陌生或之於他而言無意義的環境中，他的生活之意向性將無以為

⁶¹ Tuan Yi-Fu. (1977). *Space and Place: The Perspective of Experience*. University of Minnesota Press, Minneapolis.

歸，此意向性所通達的對象總是空洞與虛無，如此便造成生命的絕望感或是生活世界的困境。一位個案如此說道：

那時候哪有地方可以去，對雲林又不熟，總覺得這不是我的地方，沒有認同感吧，但是又能怎樣？躲債躲到這裡來也是沒辦法的事，想回高雄也不行，那裡已經回不去了吧。我覺得剛開始來雲林很不習慣，到哪裡都覺得我只是一個過客的感覺，也不想去瞭解，不想去熟悉，就像圖裡面畫的，我的生活變得很封閉，我沒有認識的人，沒有認識的地方，雖然比高雄那種都市來的清幽一點，但是這不是我的家。……………我覺得是因為我還一直想著過去，我根本沒打算在這裡長久住下來，一直想著我不喜歡這裡，我討厭這裡，愈想就愈討厭，擺完攤子就一股悶氣，回家就喝酒，就是這樣。這樣是憂鬱症嗎？我也不知道，我只是覺得活在這裡做什麼？回去也不是，在這裡也不是，乾脆死一死算了。

-----個案六：蔡小姐

地方是我們存在的經驗事實，Arturo Escobar（2001）就提出：『地方以特殊的構造聚集了事物、思想和記憶』，⁶²當個體從熟悉的地方遷移至陌生的環境，或是因為環境的變遷導致地方的消逝，直接影響的就是記憶與情感的衝擊，人的存在感被割離，與原有的歷史成長脈絡產生斷裂，對於憂鬱個案而言，存在感、歸屬感尤其是影響深遠：

在台北的那幾年，我覺得好像沒有什麼存在的感覺，就是唸書、賺錢、晃啊晃，總覺得那不是我該待的地方，我沒有歸屬感，我也不喜歡那種過度熱鬧的環境。-----個案一：王先生

一個人的存在脈絡實質上是撐托著一個人向外拓展的基礎，當這種『根』的感覺消逝的時候，便無法立基於一個安全穩定的地點來觀看世界，世界的秩序也因此支離破碎。這裡所談的並不是『客觀』的外在環境秩序變得不完整，事實上對於每個人而言，也沒有所謂純然客觀的外在環境。對於一個人在環境中活動的意義來看，包括了人與其他個體的社

⁶² Escobar A. (2001). Culture sits in places: Reflection on globalism and subaltern strategies of localization. *Political Geography*, Vol 20, 139-174.

會互動，也包含了人與意向處所的互動，在此三者的交互關聯下，人與『地方』的感知於是形成，此感知將賦予生命一種觀看、理解與記憶世界的方式，因此，當這樣的一種存在基礎被動搖以後，個體將暫時進入一種生命震盪的時刻，有沒有辦法讓存在基礎重新建立，便有關於個體在動盪時刻的適應。在上述的憂鬱個案陳述中我們發現，消失的存在基礎並沒有隨著時間的開展、對新居地的熟悉而再次被紮根，於是形成了意志與情緒的墜落。

相較於現代精神醫療的症狀學主張，人文地理學的觀點更深切的進入一個人存在於世界的核心，所關切的不再僅止於大腦生理、心理性格、人際互動或創傷事件而已，而是更直接指向了人類的存有學基礎。當自殺的議題受到如此多的重視而寄託於醫療精神疾病的解套時，沒有關切到人類的存有基礎如何去詮釋與瞭解個體不想繼續存在的深刻理由？精神醫療的立場在今日台灣社會已然成為眾多領域所學習吸收的對象，所謂的偏離常態也一併地歸給精神醫療所管轄，助人工作者大量地採取精神醫學的觀點與方法，助人專業的進階教育也大多以精神醫療的理論為進修目標，實際的來說，精神科醫師成了人類問題狀況的解答者，臨床心理專業也在精神醫療的加持下蓬勃發展，然而我們真的解決了現代人們的困境？或是更瞭解人的存有狀態了嗎？

實證科學的不足已經被探討了許多年，相當重要的反省是在於強調眼見為憑的絕對理性回答不了真正的生命存有問題，然而密切相關於人類存在議題的台灣精神醫學或心理學，卻一面倒的往實證科學的方向前進，上至醫療或教育政策，下至實際療遇策略，多數皆在『症狀』的概念中打轉，在『醫療』的框架中服務，所謂的存在脈絡，也只聚焦在所謂的早年創傷經驗與性格養成，雖不能否定其成效，但也無法認同其寰宇性的推想與標準化的執行。

二. 『地方』緩衝了日常生活中的壓力與情緒：

近年來許多在身心健康方面的研究中發現，身心的問題或疾病的產生有兩大重要的影響因素，一個是個人先天的體質脆弱程度，這與個人的基因遺傳、腦神經組織等生理體質強弱有關。另一個因素則是後天的環境壓力，這與個人在生活環境中所遭受的壓力衝擊大小及其壓力調適能力有關。每一個人對生活壓力與負向情緒的承受程度也不一樣，當環境中的壓力程度超過個人本身強度所能承受的範圍時，或是個人的情緒已經無法負荷時，個體便有機會產生身心健康上的問題。反之，如果個體能對環境壓力與心理的情緒有所釋放

與處理，則身心健康的機率就大為提高。若以精神醫學的研究觀點與臨床實務中的結果，則認為壓力與負向情緒的累積往往容易導致精神疾病的發作，精神疾病每一次的發作都會對病人造成一些心理與社會功能方面的傷害，發作次數愈多，功能受損愈明顯。

在每個人的生活世界中，都有壓力的在場，只是性質與強度的不同而已。壓力沒有妥善處理，也會像滾雪球般，愈滾愈大。壓力其實幾乎是我們生活的一部份，在家裡、在公司，在人際之間、在婚姻之中。簡單的來說，壓力是那些在日常生活中會讓我們感到難過、緊張、擔心、焦慮或不安的事件，這些事件可能是身體上的或經濟方面的；可能是正向的或負向的；也可能是突然產生或是長期累積的；可能能預防也可能是無法控制的。對於壓力的論述並不在於認同生命經驗中可以沒有壓力或是需要處於完全無壓力的生活，壓力也有其正面意義，適度的壓力，有時會讓我們做事更有效率、增加動機，或是更有衝勁去完成任務，激發潛力。壓力只有在過度的累積、長期的壓抑或是突發的重大事件之下，才會導致身心的失衡。每個人其實都可以克服壓力的挑戰，然而問題就在於，為何現代人對壓力的感受如此強烈且難以因應？

…………我好像把自己的生活弄的很狹窄，我覺得人生沒有希望、活得很痛苦，我覺得是工作壓力的問題、是大腦出問題，但是今天我覺得，我的生活也是個問題，以前我可以過得很豐富、很快樂，以前也會很累，但是沒有憂鬱的感覺，現在很單調、很不快樂，雖然工作壓力大了點，但是不應該是像我現在這樣，我不是那麼脆弱的人…………-----個案一：王先生

以前的生活也不算輕鬆，但是覺得還挺快樂的，就是那種生活還很豐富的感覺，我有朋友、有家人、有很多有去的地方可以去，我也喜歡在那些地方活動，但是現在朋友少了、親人過世了，家庭主婦的生活讓我什麼地方也去不了，我覺得人生很乏味，不知道活著幹什麼，沒有意義吧，我的生活世界只有這個家，這個家又是讓我有壓力、痛苦的地方，每天就是忙忙忙，我好想回到以前的生活。

-----個案二：簡小姐

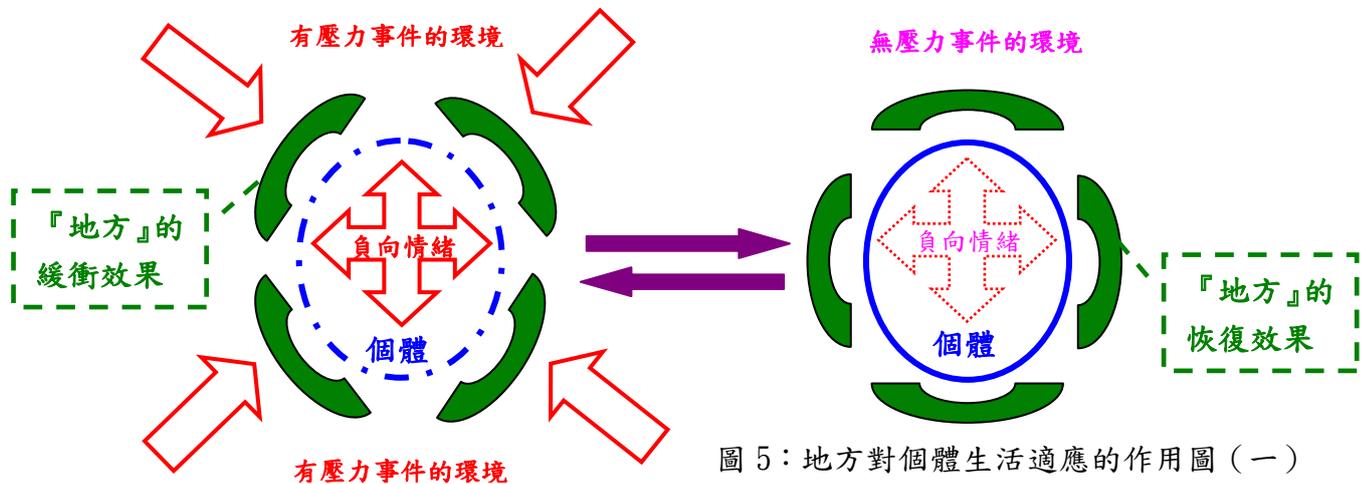
在現今科技與現代文明充斥的年代，「緩慢」或「悠閒」的價值已經被貶低，甚至幾乎被以負面的態度對待。現代人強調的是快速與效率、成就與功利，十九世紀以後所重視的

效率觀念，使得一個人的成就與價值，在於單位時間內可以做多少工作量，逼迫每個人追求速度。趕趕趕、忙忙忙，是現代人通常一般的生活步調。甚至到目前全面努力進入數位時代，電腦運作速度以幾分之幾秒來計算，但是我們的思維還是覺得太慢，現代人已經不知不覺中進入追著光速跑的年代，追到幾乎遺忘了生命中還有其他的價值與意義可以涉足。

『地方』的概念，其實就是一種對壓力與情緒的「緩」衝，不只是將壓力的衝擊減小，也是讓生活世界得以緩慢下來的調節器，在個案還沒有進入憂鬱狀態之前，絕對不是處於一種無壓力或是無負向情緒的環境與心態中，而是在當時有『地方』的因素供其調節與舒緩效果：

……我發現以前的生活真的像你說的，很多層次，有各種層面的，我的不高興、痛苦，在這麼多的層次裡面也會有抒解與發洩，不然就是想法會轉變，然後生活就可以繼續過下去。不然哪有人一輩子都很順利沒有痛苦的？-----個案四：楊先生

我們可以採取下列的示意圖來說明以上的論述：



在上圖的左半邊，個體（藍色虛線圓圈）在其生活世界中皆與外在壓力（紅色外圍箭頭，意味著壓力事件從外在侵襲著個體的身心）以及內在情緒（紅色中心十字箭頭，意味著負向情緒從內在干擾著個體的適應）共處，當個體的生活世界涵蓋『地方』（綠色弧形）的特質時，外在壓力會受到地方因素的緩衝而減輕其負面效應，成為個體身心適應的保護

因子。此外，在上圖的右半邊，個體也可以暫時脫離壓力情境而進入另一個對自我有地方意義的恢復環境中，在此環境中內在負向情緒也可獲得抒解而削弱其對身心的侵蝕效應(紅色中心十字箭頭改以顏色變淡的虛線表示)，個體因而恢復身心的平衡與適應(以藍色實線圓圈示之)，個體可以在這緩衝與恢復的有意義環境中往返(中間紫色雙箭頭)，並藉此過程，持續獲得身心的安適。

遺憾的是，現代人的生活時常缺乏『地方』的保護，而呈現另一種內外衝擊的困境，以下列圖示說明：

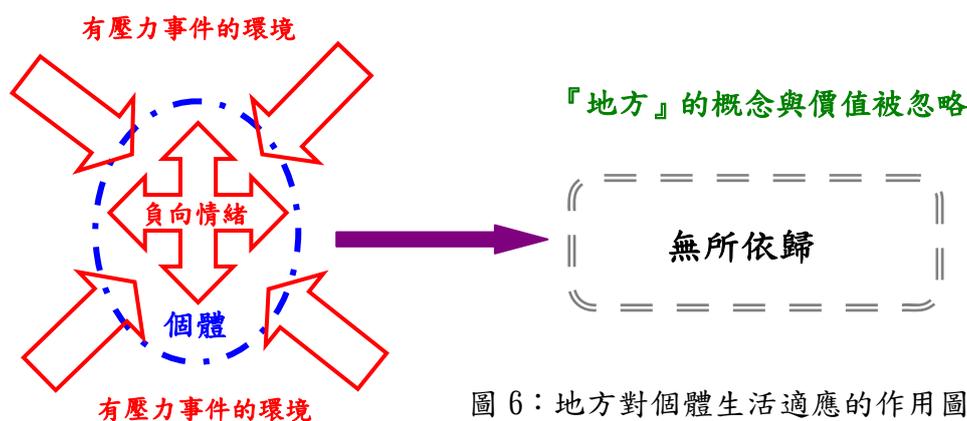


圖 6：地方對個體生活適應的作用圖（二）

圖表來源：本研究製作

『地方』(綠色弧形)的緩衝效果不見了，個體(藍色虛線圓圈)直接遭受外在壓力(外圍紅色箭頭)的脅迫，加上生活世界的侷限，個體無處安置其身心(中間紫色箭頭無處可去，因為現代人生活世界中之「地方」價值被忽略)，長期地不斷位處於內外的夾擊之中，終至身心的失調，甚至是崩潰。這也就是之前所提的，外在壓力並不一定是摧毀身心的唯一且必要兇手，而是個人以何種方式自處於壓力與情緒的世界中。壓力與情緒都可能是豐富生命的白麵團，重點在於個體的『地方感』與『地方效應』有沒有辦法扮演一個促使其發酵的角色，而經時間與自身性格的烘焙，製作出芳香誘人的生命成果。

三. 『地方』的消逝導致進退失據的窘境：

隨著時間的轉移以及社會政策、政府思維的演變，人們生活世界中的建築、場所以及空間皆會出現或多或少的不同，人們的社會生活方式也因此產生變化，這種現象稱之為社會變遷(Social Change)。而社會變遷影響的層面極廣，舉凡社會組織、制度、關係、人際行為模式、風俗習慣、居住方式、交通服飾、飲食傾向或是休閒娛樂等等。但必須注意的是，社會的演變是歷經政治、權力、價值體系運作下的產物，是不是符合多數人的期待並

不一定，也因為如此，社會變遷所衍生的問題長久以來一直受到社會學家、人類學家、文化學者等的關注，也唯有經由社會理論、文化理論以及人類活動的演變瞭解，才有能力反省政治權利所看不見的文明發展，也才有機會跳脫單線發展的迷思。

台灣的社會已經歷經了百年以來的現代化歷程，並且在近三、四十年急速的改變，邁入二十一世紀的現在，傳統的農業社會早已經轉變為工業和服務業的時代，勞動市場也隨之出現結構性的轉型，伴隨著都市化的發展，無可避免地，人們日常生活的方式從而有些變化，本研究所關切的是，這些變化對個人生活世界與『地方感』的影響為何，在憂鬱現象中又是怎樣的角色：

……………現在都不一樣了，旁邊的陸橋沒了，道路拓寬了，大概只有操場還有點樣子，其他旁邊的一些地方都不認得了，有些我們以前走過的場所也都改建了，都市真的變得很快。……………以前會很期望回台北的時間，有幾個好朋友會見面吃個飯聊聊天，我還蠻懷念過去的時光，所以回台北對我的意義就是去找回這些時光，我對老家、運動場是有感情的吧，但是這些感情好像再也找不回來了。

-----個案二：簡小姐

每個人在一生中一定很少單純寓居於一個固定的地方，尤其脫離傳統農業社會大家庭之後，遷徙成了常見的現代人特徵。不管是出外求學、工作、嫁娶、搬遷等，因此，脫離原生的地方脈絡是相當容易產生的現象，隨著時代的演變與建設，屬於自身的生命脈絡與地方場所也常常在這樣的變遷中被摧毀，過去所熟悉的場所關聯於個人的情感記憶與生活體驗，屬於公共領域的空間，其實個人相當無力於保存或維護的一環，因此當政府基於都市發展的理由而大興土木時，有可能被犧牲掉的即是對些生命來說舉足輕重的情感記憶，一種『回不去了』或是『再也找不回來了』的落空相當明顯。

因此，當個體隨著成長而向外地生活時，舊有的時空在社會變遷中逐漸模糊進而消逝，而新生活的場域若也沒有重新建立起屬於自我的地方意義，對生活世界來說，將顯現一種進退失據的不安與恐懼，兩頭都沒有歸屬，只能像是被被盪在空中沒有生命的踏實感：

我也不是故意封閉自己啊，你說我還有什麼地方可以去？以前我會去那個小土地公廟，不見了啊！農地重劃、都市計畫時候就遷走了，……………都不一樣了，什麼情緒抒解啦、希望啦、神聖啦，沒有了啦！回來雲林就發現都沒有了

啦！……但是我要怎麼找回這些關係呢？比如說田裡的小廟、我以前愛去的母校，這些已經再也回不來了，我們的世界不是也一直在變嗎？到處都在發展，到處都在拆建，其他人呢？他們也憂鬱了嗎？-----個案四：楊先生

四. 小結：

人們與生活世界中「地理」的存在樣貌，清楚指向了不同的「心理狀態」，這也是本研究第一個重要的觀點，人在其生活世界中，與地方場域脫離不了關係，而且這個關係還會影響到對生命的意義感與價值感，對個人每天的生活壓力也有一定程度的緩衝與保護作用。此這樣的新思維出發，我們便可以發現一種新療遇策略的可能性，下一節便針對此點進行說明。

第五節 一種新的療遇策略——『地方』與生命脈絡的自我理解

上一節所討論的議題，突顯出本研究所嘗試的『心理/地理』療遇介入策略，可以協助個案擺脫精神醫療的遺憾之處，也可以協助個案重新重視自我的生命脈絡，增加個案對自我的理解，並且從中獲得情緒的改善機會，這種對自我的理解可以是一個起點，一個讓個案開拓出不同人生視野的起點。因此，這一節將論述本研究第二個核心結論，亦即『心理/地理』的介入觀點將是一個有助於個案重新理解自我以及生命脈絡的新療遇策略。在正式說明這個核心論點之前，先從科學典範的轉移說起，說明思維的轉變其實是一種向前邁進的象徵。

自古以來，科學的原理原則不斷歷經新思維的產生而轉變，過去認為是真理的，現在有可能逐漸被推翻，這也是所謂『典範（paradigm）』的轉移現象，轉移所代表的是人類視野的拓展，一種值得肯定的變動。

一. 不斷變動移轉的典範：

典範（paradigm）指的是在一個特定的學科領域之中，所具有的基本規則、規範、概念與研究策略，典範限定了研究主題的範圍，也有其特定的研究方法與措施。因此，典範往往也限制了一個學科的思維模式。而必須注意的是，典範並非恆久不變的真理，它常常會受到社會文化、哲學思潮的變遷而改變，也就是說，它跟科學一樣，都不是一種完整性的存在。

現代精神醫學在發展過程中也一再歷經典範的轉移，從精神分析、行為主義到人本主義，後來隨著醫療科技、生理解剖學的演進，出現所謂大腦神經科學的年代。也因為精神醫學歷經許多典範的移轉，我們才能對「人」的認識逐漸豐富與完整，並沒有所謂單一真理存在於這些典範之中，我們都只是在一點一點累積對「人」複雜心理現象與精神實存的理解而已。所以，如果有更多非主流的研究資料來促使一種新的、更多元的典範轉移，我們便可以逐步地增進對「人」存在面向更完整的理解。

二. 一種新的『心理/地理』療遇思維：

從精神醫療的大腦生理模式轉向人文地理的思維之後，本研究以『生活世界』為一個基礎的理論架構，在此架構下提出『地方』對個體情緒適應的內在歷程，從這樣的內在歷程，本研究以「生活路徑圖」作為實務操作的介入策略，本研究也在這種一層一層由理念落實至實際療遇操作面的過程中，獲得重要的研究成果。本節將討論本研究的第二個核心論點，也就是這種『心理/地理』的新介入策略。

啓蒙理性雖然使我們能找到可驗證的判準，但是最後理性和科學仍然變成了一種『宗教』，台灣過度的崇信醫學的權威，但是很明顯地，醫學模式無法如期所聲稱的順利解決情緒與自殺議題。因此才需要更強烈的手段，也就是後現代的解構，使我們生活的世界還原成它本來的面貌，「解構」主導了後發展的方案，後現代的知識研究模式不是要證明什麼而是要提出反證，挑已經證明出來的東西的毛病，這與辯證是一種截然不同的哲學意涵。台灣的臨床心理學或精神醫學應當可以對歐美傳統價值與台灣傳統價值兩者進行反省，並且提出屬於自己的方案模型，這樣的反省與解構可以拓展出疾病模式的視點，更加著重在整體的觀念上。

科學知識是相對的、不確定的、有時效性的、不斷更新的。在這種知識觀下，沒有絕對不變的真理。人是一種動態的存在狀態，不是封閉於內或獨立於外的。因此，應該重新思考人與生活環境變遷的現象，情感與精神絕對不只是腦內分泌異常這件事而已，地方的消失、現代化發展的後遺症、對物質的依賴、歸屬感的喪失、失根的虛無等等，這些是更原初的情感失調起因。實證主義有其可信度與有效性，但也是因為講求證據，有關人類的抽象概念被強加限制而進行研究，許多質性論述的資料被認為『不科學』而排拒在外，或是即使研究上專注於環境對人類心理健康的影響，但是仍堅守實證主義的方法而難以踏出

新的一步，如Gary W.E.等人、⁶³ Scott Weich等人的研究論述。⁶⁴這是助人工作者企圖協助身心健康上的一大遺憾，我們不只看不到『全人』，也看不到『人與其世界的全貌』。

而本研究從精神醫療典範中跳脫出來，提出新的療遇策略，並沒有認為所提出的『心理/地理』介入模式是一種新的『治療理論』，也尚未認為這是一種可以將憂鬱症患者治療至『痊癒』的仙丹妙藥，因此本研究稱之為一種新的『療遇』策略。此『療遇』一詞有別於『療癒』的意涵，意味著一種苦痛得以抒解，並且與療傷希望得以相遇的可能。余德慧（2006）便認為：

後來我才開始明白，人生其實是場殘酷境遇，不斷地給出斷裂的處境，生老病死還算人生常態，許多的意外，讓我們看到殘酷的本質，而這個大黑洞不斷地襲擊著任何活著的人，而所謂風花雪月、人生美景都只是在殘酷被遺忘的時刻裡喘息，而巫者正是被這殘酷所引出，在長久的歷史底蘊之下，用來減低人間殘酷的療遇（healing encountering）。人間不一定有療癒，我們的苦痛不一定能抒解，但卻不斷出現療遇，為了有一絲希望而彼此用療傷的心情而來見面。

（摘錄自《台灣巫宗教的心靈療遇》。余德慧，2006年。P.8。）

雖然一再強調暫時拋棄精神病理的立場而回歸個案本身，但是不管是人文地理學的思維或是生活路徑圖的介入，其實也是落入另一種既定的框架，本研究並不否定與迴避可能有這個問題，不過要再次說明的是，從精神症狀轉而至生活世界的理解，對情緒知識的領域就有其拓展的意義性，這個轉換代表的是從精神病理學的貢獻出發，並且慢慢架構起對心靈狀態的理解歷程，從中試圖融合各專科領域的精髓，一起面對人類情緒的困境。

後現代或是人文地理學的觀點，認同「人」一定是多層次的存在樣態，生理觀或心理觀並不能涵蓋「人」的全部。精神醫學是一門針對人、瞭解人、解決人類問題的學科，自然不應該侷限於單一的視野來觀看「人」的全部。精神醫學與心理學成爲一門獨立的學科後，皆受到自然科學實證主義的影響，長期以來，兩者基本上即試圖以自然科學的原理法

⁶³ Gary W.E., et al. (2001). Housing quality and children's socioemotional health. *Environment and Behavior*, Vol 33, No. 3, 389-399.

⁶⁴ Scott Weich., et al. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factor of depression. *British Journal of Psychiatry*, Vol 180, 428-433.

則來解釋人類的行爲，在這樣的態度的影響下，憂鬱現象的問題強烈地被大腦神經科學以及認知行爲心理學所吸引，明顯忽略了人的自由、愛、創造、思考、靈性、地方意義等真實經驗，尤其在精神醫療的執行層面更是如此：

沒有人問過我跟每個地方的關係耶，以前看的醫生也不會關心這個，他們每次都會問症狀好一點沒？心情好一點沒？吃藥有沒有不舒服？晚上吃藥好不好睡等等，呵呵，醫生看的是病嘛，好像不是在看『我』這個人一樣，回顧一下之後發現，我的生活發生很多事情，對我來說都很實在，也都有影響，我一直覺得是生活中的什麼狀況讓我變得憂鬱，但是又摸不著頭緒，我現在這個樣子一定是過去點點滴滴所造成的，應該是要把這些看清楚，才能夠徹底解決憂鬱的問題吧。-----個案四：楊先生

三. 小結：

本研究針對精神醫學所定義的憂鬱症個案，提供一種新的視野與操作模式之實際研究資料，所欲突顯的是在「情緒狀態疾病化」尚未廣泛蔓延的年代，人類的情感狀態還沒有反射性的連結到精神疾病的思維，反而是與周遭的活動場域聯繫著緊密的關係，人與環境之間有著生存、互動與交融的深切投入。而這樣一種新的策略，主要的效果是可以引發個體的深層自我理解，包括自己的生命脈絡以及生命故事，並且可以藉此引發主動自我提昇的動機，也就是更能投入周圍的生活場域之中。不過仍強調的是，這樣的策略並不是要推翻過去種種的精神治療理論，而僅是提供另一種可能性，拓展心理療遇的策略選擇。

第六節 醫病關係的再思考

本研究的第三個論述重點，就是從上兩節的論述觀點中，發現這樣一種新的療遇策略，也帶來傳統醫病關係的重新調整，此調整是因為於「心理/地理」的思維模式使得個案以不同的方式來理解自我，也使得治療者以不同的態度來協助個案，傳統權威、階級式的醫病關係在此新模式中可能不適用。

一. 『心理/地理』的療遇策略是自我理解與自我提昇的起點：

現代精神醫學所強調的科學實證精神，引發對於生理證據過度的追求與重視，人們漸漸把對世界的觀點從環境場域中縮回本身存在的個人生理現象，企圖在一個人的身上找到

各種精神或心理的實體證據。因此，過去人類向場域投入過程中的抽象意涵與情感，逐漸地因為缺乏實質的具體觀看對象而受到忽略，人不知不覺中從生存的真实樣態抽離出來，把自身與環境場域視為兩個互相影響但又同時不相干的矛盾存在現狀。現代化的歷程，把過去人跟活動場域水乳交融的整體性觀點，分裂為主體與客體的兩極狀態。這種從融入到抽離的轉換過程，化約了「人」存在的真實經驗，隔離了精神性的投射與吸納的過程，也否定了人與真實生活中可以去停駐、經驗、感動與交會的可能，一味地只嚮往著不斷往前的具體物質世界。

從現象學『生活世界』以及『地方』概念的引導下，我們不僅發現了相當不同的世界觀、行為模式與價值體系，更因此得以理解個案的生命經驗，這些發現不禁令人開始反省，現代精神醫學的實際操作模式可能過於侷限與缺乏人性的深度。有就診過精神科的人即可體會，那種門庭若市的診療品質、簡短詢問後的精神診斷以及規則服藥的醫囑，如何能夠瞭解人性的深度與廣度？有關精神的療遇，其任務應該不但要治療人類目前身心的不適，還要協助個體察覺在生活世界裡煩惱與壓力的起源，並且試圖為個人帶來真正的解脫與身心靈的健康和整合。許多個案自己也明白，情緒的問題不只是大腦出狀況而已，也就是因為有這樣的認知，才會願意接受所謂的心理治療，企圖尋求藥物以外的其他解脫途徑，傳統的心理治療有其個別的發展脈絡與療效，但以目前最盛行於憂鬱症個案的認知行為治療而言，主要的著力點仍是集中於個體的想法與修正，或進一步理解此「偏差想法」的早年起源，不管是藥物或認知治療，依舊沒有觸及到一個人存在的核心困境，那種遊走於人世間的對自我以及世界的疑惑與追尋：

人不只是因為身體上『生病了』的因素而已，如果什麼都認為是病，那應該吃藥就好啦，我也不用來這邊跟你談話了，也許我的個性、我的生活安排，都可以影響我的心情，現在我已經不再那麼思念或是痛恨那個男生，考不考的的上醫學系我也沒把握了，現在我比較關心的是，我到底活著是為了什麼？我的未來要怎麼走？我不知道，我覺得很茫然，也很擔心，我以前都被誇讚很優秀，但是我現在沒有那個自信了，如果把以前這些得獎的光環都拿掉，我在這個世界上到底還有什麼意義？

-----個案五：于小姐

個體無可避免地要面對自身的侷限、人際衝突、社會關係的演變等等所造成的空虛、焦慮或是憂鬱。最重要的是，關於憂鬱或是自殺，那是因為個體意向著生命存在的困惑、解脫與超越的問題。而『地方』或是生活路徑的理解，有助於與個案一起面對生活世界中曾經參與、經歷或是空置著的各種意義層面，此目的主要是為了對「人」的本身有更真真實實與完整的認識，如此一來也才有機會增加精神療遇的深度與廣度。

本研究「生活路徑圖」之介入策略是對現況的一種批判策略與新療遇模式，它可以增加個體對自我以及生命脈絡的理解，並且做為一種自我提昇的起點，使得個體可以重新拾回數十年來台灣現代化教育所遺棄的地方場域精神，進而認真對待自己的生命脈絡以及地方關係，再一次建立起人與地方的深層互動。這樣一種新的策略，所改變的是治療者（醫者）觀看個案的立場，以及個案觀看自我的態度，從這種新的改變開始，傳統的醫病關係便有了新的模式與面貌。

二. 新的思維模式導致醫病關係的轉變：

現代精神醫學主要以大腦神經科學為強調的重點，在實際操作上，主要的思維與介入方式是採取階級式的醫病關係，所謂的『病人（patient）』，是站在被動的「服藥」、「接受治療」的角度，醫療人員則是代表一種權威的、主導性的角色。雖然有些精神醫療從業人員並不願意跟這樣的協助模式，但是主流的思維與架構，仍然主導著精神醫療的執行面。精神醫學的大眾宣導策略將憂鬱症形塑成一種十分流行的疾病，以為如此一來便可以有效解決個案的抗拒，但畢竟『精神疾病』並非一般的流行感冒，憂鬱現象的心理療遇如果一直以疾病為基礎，之後再試圖解決個案對疾病的抗拒問題，終究還是會過度陷入生理觀而使得個案無法理解自身真實的生命整體處境。個案突然之間『罹患』了一種疾病，一種歸類於『精神問題』中的疾病，個案要如何去看待自己？就算在藥物治療下有所改善，如果個案也接受了單純的生理醫療觀點，那又會如何理解自己？

到醫院來我也很掙扎，其實我還是不覺得我有憂鬱症，不過吃了藥比較好睡覺，同事都說沒關係啦，現在憂鬱症很流行，不用擔心，吃藥就好，但是為什麼我會憂鬱症？我真的被工作壓力打垮了嗎？還是我的生活出了什麼問題？

-----個案一：王先生

……去醫院，醫師也只是開藥啊，他才沒時間聽你講那麼多，所以我也不喜歡去醫院。我覺得自己好像被藥物控制一樣，對啦，吃了以後好像睡的比較好，也比較不會胡思亂想，但是我就會覺得我被藥物控制了，我沒有辦法靠自己的力量走出來，這樣好像我很沒有用。-----個案二：簡小姐

由以上個案的感受中可以反思，個案需要多樣化的憂鬱現象解釋機制才能脫離生理控制論的陰霾，但是以目前的精神醫療執行現況，個案在憂鬱產生至接受治療的過程中，內心的恐懼、質疑、掙扎與挫折，並沒有被仔細的推敲與理解，強調症狀改善的態度不會去關注到內心底層的流動現象，個案對『憂鬱症』這件事是有感覺的，對接受藥物治療而改善也是有想法的，當醫師或治療者看到症狀改善而欣喜的同時，是不是也同時忽略了個案另一層自我對『憂鬱自我』的審視？

本文謂之『罹病經驗』，意思是說『憂鬱症』不是一個絕對真理並且存在於個人體內的事實，而是一種人爲定義下被附加於個人生命中的一個相對概念，對個案而言，這個概念相當陌生且模糊，當個案的生活真相被精神醫學的定義覆蓋之後，一方面個案開始遠離自身的生活世界，另一方面又必須重新去適應一個不是屬於自我生命真相的概念，而這概念又被強調是『真實』屬於個案本身的，在這雙重的自我疏離過程中，形成所謂的『罹病經驗』，它起源於對自我生命真相的揮別，重新落腳於人爲定義的暫時性世界，終究，還是一種疏離。這種疏離可能以自卑、存在感的喪失、失真感或是其他複雜的情緒出現，而在精神醫療的視點中，無法理解這樣的抽離，如果這個『罹病經驗』沒有被妥善的照顧，個案就有可能在精神醫學的邏輯中不斷往返，亦即不斷地罹病、恢復、罹病、恢復……。

……我想說，怎麼會這樣呢？我怎麼會得憂鬱症呢？這種病不是自卑的人、生活困苦的人才會得的嗎？我怎麼會憂鬱症呢？聽到醫生這麼說，媽媽當場哭了，我那時候在門診沒有反應，但是回家就想要拿刀子割腕，這他媽的什麼病啊！醫生說吃藥就會好，我也乖乖吃啦，但是哪有，騙人！又不是感冒，吃個藥一個星期過去就好了，我吃很久了耶，現在偶爾還是會心情很差啊，醫生說有可能會復發，那我是怎樣，一輩子都要吃藥嗎！？-----個案五：于小姐

與個案的互動中，常常可以發現當被宣告為憂鬱症開始，個案便陷入另一種由『疾病觀點』所引起的無力感與無助感，個體自身的力量無形中被侵蝕；自身的決定權被醫療權威所掌控。這種細微的心理變化往往在生理決定論的觀點中被遺忘，很多微妙的負面情緒反而是從被認定為憂鬱症之後才開始出現，如果這一類型的細微情緒只被概括在憂鬱情緒的大範圍內，那麼個案的情緒歷程就難以被真正的同理，治療的效果也容易遭遇阻力。

綜上所論，傳統的階級式醫病關係是否可以完全套用在在憂鬱個案的精神療遇上，這會是一個值得重新思考的議題。本研究的『心理/地理』介入模式，是站在一種平行式、互動式、理解式的醫病關係裡，藉由此種深層的理解，對等的互動，得以進入個案的生命經驗之中，並且協助個案重新找到情感的出口與心靈成長的機會，在療遇過程中所給的並不是所謂的「醫囑」或是「指示」，而是個案對自己生命的重新認識，進而激發個案主動改變自己的可能。

三. 小結：

醫病關係一向是醫學界、倫理問題與社會學觀點所反思的對象，長期以來，傳統醫病關係的思維主導著醫療品質、醫療成效以及醫病階級的確立，而情緒困境到底適不適用於傳統的醫病角色？或是說，心靈療遇的領域該不該以傳統醫病關係來進行？這些都是需要再深思的主題。最起碼，本研究所提出的『心理/地理』療遇策略，嘗試以不同的角色關係與方式來進行情緒困境的解套，使得個案在自我成長與自我理解上有新的突破，此為往後心理療遇可考慮的方向之一。

第五章 結論

本研究採取跨領域的研究角度，涉及精神醫學、臨床心理學、人本心理學、超個人心理學、人文主義地理學、現象學、生活世界等概念，並提出「生活路徑圖」的一種新療遇策略。從精神疾病這樣的先決性立場脫離出來，便可以避免對情緒經驗產生誤判（過度強調是生理病變所引起）或是過度診斷的狀況，並且可以協助處於情緒困境的個體達到自我理解，而激起自我療遇的初步生活調整。從研究結果中可以對目前精神醫療的現況以及未來情緒問題的處理有一些省思與建議，分述如下：

第一節 本研究在精神醫學學理上的回饋

一. 「生活路徑圖示」是有效的心理困境介入策略：

以當今憂鬱問題、自殺比例仍居高不下的現況來看，人們與社會發展都必須維持一種高度的自覺意識，此自覺意識並非只是一昧地發展更高科技的藥物與儀器而已，而是一種反省式的思考，透過對人類、文化、自然的尊重和理解，將人們的生活回歸其本質。藉由多元意義的生活場域特性，思考人們得以更健康快樂的基礎，並且引導社會朝向更人性化的發展。從人文主義地理學、現象學『生活世界』的觀點，其實突顯出來的就是現代文明發展下的危機，生活不應當盲目的跟從世界的現代潮流前進，而是必須回過頭審視自己存在的「根」，並思索在此「根」的原則下，我們想要怎樣的一種生活世界。

因此，本研究以現象學『生活世界』的理念為根基，回歸人文地理學所強調的『地方』概念，並且實際的採用「生活路徑圖」的介入策略來進行情緒療遇過程，提供了一種不同的思維模式，對憂鬱個案也有更深一層與更基本的理解，而此理解並不只是協助治療者更清楚個案的情緒脈絡而已，更重要的，此理解是直接由個案本身發芽、茁壯、開花並結果。這種調和人與環境的思維模式，可以刺激人們思考情緒困境的前因後果。也就是說，由「生活路徑圖」的策略，我們拓展了生理病因之外的認識模式，重新掌握個案「生活脈絡/社會情境」的情緒肇因，也從這樣的肇因中，延伸出「心理/地理」療遇的可能性。個案「實存的空間建構」對應了「生活路徑圖」中的圖示，在「心理困境」與「心理健康」的不同階段，我們得知了不同的「心理/地理」互動模式。因此，「生活路徑圖」的確是一有效且具有功能性的新策略與思維。

二. 從『精神疾病』、『心理變態』轉向爲『心理/地理的斷裂』：

針對憂鬱或自殺的問題，近十幾年來在世界各地都是學術界與政府所關心的現象，精神醫學的主要立場是關切在憂鬱症的三級預防，提出所謂「risk factor」風險因子的概念，並且將風險因子或高危險對象鎖定在憂鬱症的身上，不過John Hood Williams就認爲，單以所謂風險因子的解釋無法真正瞭解自殺的問題，並且也缺乏對人心困境的深度。⁶⁵另外，與心理健康因素密切相關的「壓力（stress）」問題，在現代文明的發展歷程中，社會階級的擴大、社會經濟因素的演變，都形成壓力與心理健康的危機。因此，在心理健康的議題中要藉由社會政治面的理解與介入才能發揮更有效的成果。⁶⁶由於現代文明發展的後果之一是造成社會階級、經濟利益的不公，這種不公平的現象對許多一般大眾而言可能導致相當大的生活壓力，而這些壓力明顯與心理健康有所關聯。最近的研究也將焦點集中在這種關聯中，認爲經濟上的受控制以及社會剝奪現象與心理健康有密切的關係。⁶⁷

對「人」的困境的理解，應該要漸漸從『精神疾病』或是『心理變態』中脫身而出，精神疾病是人類情緒行爲的參考概念之一而已，過度的以偏蓋全，將會造成對人類存在價值的忽略。本研究結果發現，如果可以暫時對『心理（精神）變態』的思維保持距離，將可獲得更多憂鬱個案之生命脈絡資料，這些資料不僅可以協助個案擺脫生命困境，也可以增加精神醫療理論的參考點。所謂『心理/地理的斷裂』現象，明明白白的在憂鬱個案生活中顯現，精神醫療沒有理由視而不見，而是必須認真對待並且仔細深入研究與探索，精神醫療人員有其專業上、社會權威上的優勢，更是政府單位、社會大眾所企盼與求助的對象，應當善加利用此優勢與影響力，協助政府與人們跳脫單純的疾病思維。

三. 「症狀」的邏輯必須仔細審視與重新思考：

精神醫療服務的對象都是真實存在的人與其受苦的心靈，僅憑客觀的觀察難以獲得事物的整體性解釋，每個人對其真實世界的不同理解是一種帶有情感的融入，而這種個別的情感經驗，正是絕對地『不可取代』與『真實』的。亦即心理療遇的過程應當是要設法進入對方的世界，以真誠實際的對等互動，去理解對方在生命中所遭受的苦痛由來，

⁶⁵ John Hood-Williams. (1996). Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, Vol 40, 792-798.

⁶⁶ Peggy Watson. (2006). Stress and social change in Poland. *Health & Place*, Vol 12, 372-382.

⁶⁷ David L.F. & Frank D. (2006). Mental health, place and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place*, Vol 12, 332-344.

並非藉由預設的生理醫療立場、測驗量表、標準化的症狀診斷來覆蓋一切。以症狀確認為主（或優先）的醫療模式有相當大的可能性會遺漏調個體的深層經驗，本研究的研究結果也支持這樣的論點，當醫療人員專注在症狀確定與診斷時，常常忽略了個案求診的心情與感受。況且，症狀一旦被視為是一種先決性的存在基礎，那麼症狀的深層存在意義便無形中被推移至幽暗的底層，再也不見天日。

由「大腦內分泌失調→憂鬱症狀→消極、失去樂趣甚至自殺」這樣的症狀邏輯並非舉世皆然的真理，將人類的動機問題、生存意義問題都歸咎於憂鬱症狀，再歸咎於大腦，並不能全然解釋人類心靈上或生活中的困境，精神醫療必須重視這個現象。本研究結果中得知，在某些狀況中，個體是因為地方的意義在現代發展中被抹除了，邁入一種單一功能性的現代生活之中，才會逐漸導致個體的無所適從與無從緩衝，進而產生虛無、憂慮、壓力與崩潰。因此，精神醫療在宣導憂鬱症防治的同時，不能忘記這不僅僅是疾病的防治而已，更是社會發展過度單向度化（以利潤為目的）、文明進步（過度高科技化）、生活世界萎縮的展現。三級防治的概念必須走出疾病的範圍，而進入更多元的社會議題與環境開發問題，只在疾病中打轉，便永遠處於疾病之中。精神醫療應該重視開放性和創造性的過程，而不是一個封閉的、預定的過程。

第二節 本研究所引發的省思

一. 以 Maslow 理論來反思現代文明發展對憂鬱個案的影響：

啓蒙時代所流傳下來的精神有著一種對於『進步』的迷思，人類幻想著一種永無止盡前進道路，所謂的「發展」，似乎就等於一種直線的前進模式，並且認真的相信只要抱持『理性』的態度，便可以許諾世界一個永恆美好的未來，以為藉著自由的探索與理性科學，便可以塑造、控制以及支配周遭的環境，人為的理性秩序從啓蒙時代以後便大張旗鼓的降臨於人類的生活世界之中，而在這種理性與進步的觀點之中，所謂的傳統文化以及精神信仰遭受到批判與排斥，關於人類無形的靈性與經驗被擠壓至意識的底層，並視若無睹。這種啓蒙精神導致了人類生活於地方場域中的兩項危機，其一是啓蒙精神所引領的理性主義席捲的整個社會領域，造成政府政策、環境專家、建築技術對於個別特殊的地方性的剷平與規格化；其二是絕對理性的精神讓人類誤以為可以純然客觀、唯

我且物質性的存在於世，人與地方的情感與特殊經驗，被視為一種人類單向前進中的生命附屬品而忽略。

從社會結構的角度可以對現代文明的發展現象進行生活層面的瞭解，在現代文明的單線前進模式下的問題，資本主義所強調的自由競爭、工具理性，一切都朝向經濟發展的現代社會裡，諸多人性的價值，例如社區文化、聚落中的人情味、傳統的價值體系、尊嚴、榮譽、愛、神聖向度（廟宇、神明、活生生的信仰等）、靈性層次等都可以被物化為商品或是數字，以量的價值來衡量。因此，人的心靈與精神感到空虛、虛無；生命沒有意義，人與人之間日益疏離，苦悶、無奈的情緒乃普遍存在於社會所有成員之中。以此觀之，或許也可以解釋在現代文明快速發展社會中，被定義為精神疾患的個體愈來愈多，心理輔導與心理治療愈來愈興盛的部份原因。⁶⁸

本研究的結果呼應了對現代文明與社會變遷的省思，台灣的社會發展急速現代化，近幾年來多樣的社會亂象層出不窮，諷刺的是，在全台拚經濟的努力下，經濟因素也成為許多人憂鬱與自殺的原因，以最近的卡債風波、惡性倒閉、企業淘空案等等的現象來看，我們的社會發展並沒有真正替社會大眾找尋到更公平正義的出路，而是在經濟至上的迷思中導致許多困境，這種不理想的社會發展模式，不僅產生人與人之間的疏離與不信任，一般社會大眾也在各種權力剝削下困苦的生活著，人類的生活變得單一、乏味與孤立，人與人變得疏離，也是人與地方的疏離。

我們試著再回到 Maslow 的心理需求理論來檢討，在單一化的現代文明世界中，個體的需求難以獲得多元豐富的滿足（如本文第四章所分析的個案生活路徑圖所述），在憂鬱狀態下，人幾乎只滿足最基本的「生理需求」而已，Maslow 所強調的自我實現或是自我超越對當時生活情境而言，顯然是遙不可及，如此一來，也離 Maslow 所謂的心理健康尚有一大段距離。在現代文明生活中，個體並沒有被教導如何重視『地方』並且好好安排自己的生活世界，在一個現代文明的模式中，個人化、經濟化、標準化、享樂與時尚奢華，主導了現代人的價值體系。這種從個人開始的情感斷裂與地方斷裂，加上現代社會發展模式所形成的階級差距、貧富不均、主流宰制與權力剝削，個人不知不覺中掉進了生活的困

⁶⁸ 彭昌義(1992)。「大學生皈依佛教信仰之歷程研究——深度訪談分析」。輔仁大學應用心理研究所碩士論文。

境而難以跳脫，許多人都在盲目的追求（物質的、經濟的）之中，生活的十分痛苦與掙扎，但是又找不到出路。Maslow 一再強調高層次需求的重要性，也就是希望人的生活不只在於物質層面的追求，更重要的、影響一個人是否心理健康的，其實是精神層次的心靈滿足。

二. 個人層面與精神醫療層面的危機與轉機：

雖然目前社會的發展仍然依循現代文明的模式，也持續產生許多問題與弊病，但是並不表示個體就只能無所作爲的受其負向影響。本文的最後提出兩點意見，在『生活世界』與『地方』的概念下，分別從個人層面以及精神醫療層面來談目前的危機與轉機：

1. 個人方面：

現代人不可避免的在一個社會發展的大架構下生活，受到社會發展與價值觀的影響頗巨，此爲現代人生活世界中與『地方』的斷裂危機，但人之所以可貴，就在於人可以去思考、反省、察覺與彈性調整，當我們愈來愈清楚現代文明社會的發展問題，就愈來愈有動機去反思自己的生活無形中受到怎樣的扭曲。而調整與改變的方向，就是往『地方』的方向。生活世界的轉機在於個體能否重新喚回自己的情感脈絡與生命經驗，並且讓此脈絡在生活世界中源源不絕的提供面對生活所需要的勇氣與休息。擺脫現代文明的枷鎖，並不是意味著脫離社會而生活，那將更形孤立。擺脫的要義是在於不隨著現代文明起舞；不附和現代價值的奢華；以及，不放棄在地文化的根源。依據本研究的整理，只要能回歸『地方』的脈絡，個人的情緒經驗就有提昇的可能性，對世界的「有意義感」也會增加，此有意義感也關聯到所謂自殺防治的問題。

總之，本研究的生活路徑圖或是對生活世界的省思，可以是個人從負向情緒或是虛無感中跳脫的一種有效方式，值得精神醫療相關專業的考慮。

2. 現代精神醫療方面：

精神醫療原本就不應過度以『企業營利』、『經濟發展』爲目標，但台灣社會近幾十年來追求現代發展，不管是在醫療品質或是健保資源浪費上，都造成令人遺憾的現象。要擺脫此危機，以本研究的觀點，需要對所謂的「三級防治」進行反省。目前對憂鬱與自殺的三級防治，一直停留在『疾病』的概念中，主要針對『疾病』防治在進行，其中的初級預防包括憂鬱症的大量篩檢、提早介入與預防「發作」。本研究在前面的論述已經分析的很清楚，精神醫療單一化、標準化、寰宇化的運作模式無法處理目前社會變遷所導致的人心

困境。因此，回歸地方的精神意義與存在，才能真正做到心理衛生觀念中所謂的『初級預防』目標，「疾病」與「症狀」已經不再是唯一的考量，如何刺激個體的正向情感層面，促使個體重視自己的生命意義，更是精神醫療需要努力的方向。

因此，握有權力的精神醫療體系，應該在社會發展的方向上發揮影響力，結合各學科的知識，進行跨學科的整合，向政府建言社會發展的有利方向，可能遠比單純進行憂鬱症防治來得有效多了。精神醫療可以有一個新的、合作的、雙贏的綠色發展機會，但前提是必須先擺脫過度的實證主義以及利益觀點的經營模式。除此之外，在目前強調本土化的聲浪中，不只要翻譯、複製西方國家的心理治療理論，更應該從民眾的日常生活著手，由下而上的建立真正『本土化』的療遇策略，才能更貼近台灣人民的心靈困境。精神醫療體系的轉機，不只在於找出更多大腦的證據，而更要積極於重回人的真我以及靈性意義層次，因為那才是人存在於世的核心需求與終極關懷。

第六章 參考文獻

※期刊資料：

- Andrew T.A. & Cheng. (1995)(鄭泰安). Mental illness and suicide—A case control study in east Taiwan. *Journal of ARCH GEN psychiatry*, Vol 52, 594-603.
- Butler R, & Parr H. (1999). *Mind and Body Spaces: Geographies of Disability, Illness and Impairment*. Routledge, Kondon.
- Carter P.D., Radford J., & Vickers M. H. (1998). *Disability studies in human geography*. *Progress in Human Geography*, Vol 22, 208-233.
- David C. (2005). Landscape, care and the relational self: Therapeutic encounters in rural England. *Health and Place*, Vol 11, 337-348.
- David L.F. & Frank D. (2006). Mental health, place and people: A multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place*, Vol 12, 332-344.
- Entrikin J.N. (1976). Contemporary humanism in geography. *Annals of the Association of American Geographers*, Vol 66, 615-632.
- Escobar A. (2001). Culture sits in places: Reflection on globalism and subaltern strategies of localization. *Political Geography*, Vol 20, 139-174.
- Francois Tonnellier & Sarah Curtis. (2005). Medicine, landscapes, symbols: “The country Doctor” by Honore de Balzac. *Health & Place*, Vol 11, 313-321.
- Galton D. & Ferns G. (2002). Genetic markers to predict polygenic disease: a new problem for social genetics. *Q J Med*, Vol 92, S. 223-232.
- Gary W.E., et al. (2001). Housing quality and children’s socioemotional health. *Environment and Behavior*, Vol 33, No. 3, 389-399.
- George W. Albee & Justin M. Joffe. (2004). Mental illness is not “an illness like any other”. *The Journal of Primary Prevention*, Vol 24, No.4, 419-436.
- George W. Albee (2006). Is it time for the third force in American Psychology? *114th*

Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans, LA.

- Gesler W.M. (1996). Lourdes: healing in a place of pilgrimage. *Health and Place, Vol 2*, 95-105.
- Hester Parr. (1999). Studying Suicide. *Health and Place, Vol 2*, 167-177.
- John Hood-Williams. (1996). Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, Vol 40*, 792-798.
- Kathleen Wilson. (2003). Therapeutic landscapes and First Nations people: an exploration of culture, health and place. *Health and Place, Vol 9*, 83-93.
- Kerns R.A. (1993). Place and health: toward a reformed medical geography. *Professional geographer, Vol 45*, 139-147.
- Kerns R.A. & Gesler W.M. (1998). *Putting health into place: landscape, identity and well being*. Syracuse University Press, New York.
- Michael R., Huaqing L. & Yanping Z. (1999). Suicide and social change in China. *Culture, Medicine and Psychiatry, Vol 23*, 25-50.
- Morales A. & Lunenfeld B. (2001). Androgen replacement therapy in aging men with secondary hypogonadism. *The Aging Male, Vol 4*, 151-162.
- Moynihan R. & Smith R. (2002). Too much medicine? *In: British Medical Journal, Vol 324, S. 859-860*.
- Moynihan R. (2002). Drug firms hype disease as sales ploy, industry chief claims. *British Medical Journal, Vol 324, S. 867*.
- Moynihan R. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal, Vol 324, S. 886-891*.
- Nuffield Council on Bioethics. (2002). *Genetics and human behavior: the ethical context*. London.
- Peggy Watson. (2006). Stress and social change in Poland. *Health & Place, Vol 12*, 372-382.

- Paul S.F., et al. (2005). Suicide rates in China during a decade of rapid social changes. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, Vol 40, 792-798.
- Richmond C., et al. (2005). The political ecology of health: perceptions of environment, economy, health and well-being among "Namgis First Nation". *Health and Place*, Vol 11, 349-365.
- Sarah W. & Colin M. (2005). Healing in place of decline: (re)imagining everyday landscapes in Hamilton, Ontario. *Health and Place*, Vol 11, 299-312.
- Scott Weich., et al. (2002). Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factor of depression. *British Journal of Psychiatry*, Vol 180, 428-433.
- Snyder P. (1999). Effect of testosterone treatment on bone mineral density in men over 65 years of age. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol 84, S. 1966-1972.
- 文榮光 (2005)。「人文精神醫學有利精神障礙患者心理社會復健」。 台灣精神醫學期刊，19(2)，83-84。
- 彭昌義(1992)。「大學生皈依佛教信仰之歷程研究——深度訪談分析」。輔仁大學應用心理研究所碩士論文。
- 黎建球(2006)。「以整合的價值重建人文主義精神」。 哲學與文化，31(1)，3-16。
- 陳鐘仁(2004)：《學前兒童幾何思考特徵之研究—以現象學的觀點》。台中市：碩士論文---台中師範學院數學教育研究所。
- 蕭宏恩(2004)。「醫事、技術與倫理」。 哲學與文化，31(11)，31-44。
- 魏光莒(2005)。「地域主義思想與綠建築」。 環境與藝術學刊，第三期。
- 魏光莒(2005)。「異質地域與空間文化」。 環境異議：城鄉永續規劃與文化研究

討會，南華大學。

魏光苕(2006)。「地域自主與建築文化：由『後發展』觀點論之」。可持續的地域構築文化學術研討會，東海大學。

魏光苕(2006)。「生活世界」：由『視域』理論到『場域』理念。環境與藝術學刊，第四期。

魏光苕(2007)。「地方的「深度」：現象地理學的初探。南方凝視與環境藝術研討會，台南市立文化中心。

蘇宗偉、李明濱(2006)。「自殺的流行病學」。台灣醫學，10(3)，329-338。

※書籍資料：

Atkinson R.L., et al. 著・鄭伯璦等譯(1991)：《心理學》。台北：桂冠出版社。

Brant Cortright. 著・易之新譯(2005)：《超個人心理治療》。台北：心靈工坊出版社。

Carson R.C. & Butcher J.N. 著・游恆山譯(1995)：《變態心理學》。台北：五南出版社。

Edmund Husserl 著・張慶熊譯(2005)：《歐洲科學危機和超驗現象學》。上海：上海世紀出版集團。

E. Jerry Phares 著・呂俐安等譯(1998)：《臨床心理學》。台北：五南出版社。

Jacques Derrida 著・錢捷譯(2005)：《胡塞爾「幾何學的起源」導引》。台北：桂冠出版社。

Jorg Blech 著・張志成譯(2006)：《發明疾病的人》。台北：左岸文化。

- Martin Heidegger 著・王慶節、陳嘉映譯（1990）：《存在與時間》。台北：久大、
桂冠出版社聯合出版。
- Maslow, A.H. (1968) . *Toward a psychology of being*. (2nd ed). New York : Van
Nostrand.
- Maslow, A.H. (1970) . *Motivation and Personality*. (rev ed). New York : Harper &
Row.
- Mike Crang 著・王志宏等譯（2005）：《文化地理學》。台北：巨流出版社。
- Michel Foucault 著・劉絮愷譯（1994）：《臨床醫學的誕生》。台北：時報出版社。
- Michel Foucault 著・劉北成等譯（1992）：《瘋癲與文明》。台北：桂冠出版社。
- Philip G.Z. & Richard J.G.著・游恆山、李素卿譯（1999）：《心理學》。台北：五
南出版社。
- Paul C., Philip C., & Mark G.著・王志弘等譯（2006）：《人文地理概論》。台北：
巨流出版社。
- Relph, E. (1976). *Place and Placelessness*. London: Pion.
- Richard Peet 著・王志弘等譯（2005）：《現代地理思想》。台北：群學出版社。
- Roy Porter 著・巫毓荃譯（2004）：《瘋狂簡史》。台北：左岸文化。
- Steven B. & Douglas K.著・朱元鴻等譯（2005）：《後現代理論-批判的質疑》。台
北：巨流出版社。
- Susanne S. & Jane H.著・沈台訓譯（2003）：《文化與發展批判性導論》。台北：
巨流出版社。
- Tim Cresswell 著・徐苔玲、王志弘譯：《地方：記憶、認同與想像》。台北：群

學出版社。

Tuan Yi-Fu. (1977). *Space and Place: The Perspective of Experience*. University of Minnesota Press, Minneapolis.

余德慧 (2006):《台灣巫宗教的心靈療遇》。台北：心靈工坊出版社。

李明濱 (2000):《實用精神醫學》。台北：國立台灣大學醫學院。

李安德 (1992):《超個人心理學》。台北：桂冠出版社。

汪文聖 (2001):《現象學與科學哲學》。台北：五南出版社。

林憲 (1994):《精神醫學史》。台北：水牛出版社。

曾文星、徐靜 (1996):《現代精神醫學》。台北：水牛出版社。

陳榮華 (2003):《海德格存有與時間闡述》。台北：國立台灣大學。

張祥龍 (2004):《海德格—二十世紀最原創的思想家》。台北：康德出版社。

蔡美麗 (1990):《胡塞爾》。台北：東大出版社。

※網站、雜誌、報導資料：

台灣地區歷年自殺及自傷死亡率。取自衛生署網站統計資料：

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/index.htm>

台灣地區歷年醫療機構病床數統計分析。取自衛生署網站統計資料：

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/醫療服務量現況及服務結果摘要/94摘要表/表3.xls>。

台灣地區歷年精神專科醫院醫事人員數統計分析。取自衛生署網站資料：

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/衛生統計年報>

/94/12.xls。

台灣地區歷年綜合醫院附設精神科之數量統計。取自衛生署網站資料：

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/> 衛生統計年報
/94/35.xls。

台灣地區歷年精神疾病患者門診人數統計。取自衛生署網站資料：

網址：<http://www.doh.gov.tw/statistic/data/> 全民健康保險統計年報
/94 醫療統計年報/1/940113.xls。

黃惠鈴(2006):「全台 17 家醫學中心獨家調查—門診服務, 哪家醫院最友善?」

《康健雜誌》。93, 22-40。台北: 天下文化出版股份有限公司。

洪金珠、劉居全(2006/4/21):「搶救全台 350 萬病患, 抗憂鬱不吃藥」。《時報

週刊》, 台北, 時報文化出版股份有限公司。

【附 錄】個案訪談記錄

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案一)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：王○○ 性別：男 婚姻：未 年齡：35 學歷：大學畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：獨自賃居 就醫狀況：已服用抗鬱劑約三個月

2. 個案簡要生活史：

個案於大學畢業後，即進入金融行業，期間曾換過兩家公司，適應尚可，平時也從事一些登山或閱讀學習等休閒活動。自小到大並未曾有過憂鬱病史，去年底各金融行業開始興起一股合併風氣，因此公司易主，許多公司的規定與要求因此變更，業績壓力增加，於去年底開始出現失眠、心情低落、提不起勁、抗拒上班、疲倦等現象，同事發現個案精神狀態一直不佳，建議個案至醫院精神科就診，個案原本十分抗拒，但因為症狀一直未有改善，勉強於今年六月左右就診，經醫師轉介至心理室進行衡鑑與治療。

3. 重要生活路徑訪談內容逐字稿（憂鬱時期與憂鬱前一年時期）：

- (1) 最近一直覺得生活很悶，很不快樂，大家一直跟我說是憂鬱症的問題，我好像也漸漸被說服，但是靜下心來重新想一想自己的生活，發現這種很悶的感覺，其實是我把自己過得愈來愈封閉，我幾乎只在家裡和公司來回。
- (2) 我現在幾乎就是去公司，然後下班回家，公司對我而言，有兩種意義，但是似乎有點矛盾，一方面賺錢來過生活，但是一方面現在事情很多、業績壓力很大，而且這一陣子跟同事也處得不好，整個來說，公司對我而言是一個不好受的場所，但是我又不得不去。
- (3) 每天下班，我就回家，不想去哪裡，好像也沒有地方可以去。今年夏天一直有颱風、下大雨，原本的登山活動我就沒去了，現在下班我就回家，待在自己房間，要嘛就是一直轉電視，不然就自己一個人發呆，想著我這樣還要過多久，為什麼我會得憂鬱症？我真的是憂鬱症嗎？
- (4) 假日我偶爾會到公園去，其實本來不想去，但是之前聽心理師你那麼說，我就勉強自己出去走走，是有感覺比較放鬆一點，看看陽光，還有其他人在運動、聊天，好像世界還有很多事可以做的感覺。我常常會想到以前小時候，我喜歡到處亂跑，大學時候也一樣，但是現在好像沒那麼多時間，工作就佔滿了超過一半的時間，有時候一天工作超過十個小時，一下班只想休息。有時候我在想，現代人一定要這樣過日子嗎？
- (5) 到醫院來我也很掙扎，其實我還是不覺得我有憂鬱症，不過吃了藥比較好睡覺，同事都說沒關係啦，現在憂鬱症很流行，不用擔心，吃藥就好，但是為什麼我會憂鬱症？我真的被工作壓力打垮了嗎？還是我的生活出了什麼問題？我以前也有壓力大的時候啊，為什麼那時候就沒有憂鬱？還是像我所畫的，我的生活圈變得太小了？

- (6) 一年多前喔，那時候工作差不多啦，業績壓力稍微小一點，不過你也知道，金融行業就是這樣，壓力一定不小的。不過那時候我下班或假日的活動很多，有幾天我要去補習證照，金融行業的證照很多，所以多一點證照就多一點希望，雖然累，但是會讓我對未來有憧憬。沒有補習的時候，我會去我們那邊的羽球場跟一些打球的朋友一起打打球，很有發洩的效果，而且運動對身體也好，心情感覺也比較開朗，會暫時忘了工作的事。不過後來幾個球友也是因為常加班，漸漸地打球的機會就變少了，好像變得比較懶得去。
- (7) 我從小就喜歡到廟裡去，我覺得那裡是有神在的，有時候我會跟神說說話，我喜歡那種氣氛，可以把不高興的事情說出來，那是一種特別的感受，我不太會形容，你們該不會認為我這樣有問題吧？
- (8) 後來比較少回家（老家），也比較少去廟裡了，就像你說的，這個意義好像在我生活中消失了，那種精神層次的感覺，我好像就是在俗世之間遊走罷了，有點像你說的，只有在一個層次之中，就是世俗，都只是為了錢錢錢，為了生活，為了賺更多的錢，我變得要去犧牲很多精神層次的東西，好像不知不覺中，我也認為這些精神層次的、神聖的，在現在的社會中不是很重要，但話又說回來，沒有了這些神聖的感覺，我好像很不快樂。
- (9) 工作幾年之後，我覺得生活有點單調，所以我開始去九華山參加五術的課程，也自己找一堆紫微斗數的書來看，我也替自己算，偶爾幫同事朋友算，但是不準啦，我還沒有學通，只是那也是生活中的一種調劑，或者也是一種希望吧，我想從中看到一些未來的東西。或許我從大學畢業後就感到有點空虛吧，總是希望有點什麼可以抓的住，不管準不準，起碼我感覺到我的生活比較寬廣，我的生活不會只有工作而已。
- (10) 我覺得很有意思，原本不只是憂鬱症的問題，我好像把自己的生活弄的很狹窄，我覺得人生沒有希望、活得很痛苦，我覺得是工作壓力的問題、是大腦出問題，但是今天我覺得，我的生活也是個問題，以前我可以過得很豐富、很快樂，以前也會很累，但是沒有憂鬱的感覺，現在很單調、很不快樂，雖然工作壓力大了點，但是不應該是像我現在這樣，我不是那麼脆弱的人，也許我該從生活的安排來開始做起。

※__ 大學 __時期路徑解說與分析：

1. 大學喔，嗯，大學其實仔細想一想，生活並沒有很多采多姿。我是雲林人，從小在農村長大，當初填志願的時候就想說要去台北看看，大家都說台北很進步很繁榮，不像鄉下這麼落後，我大學聯考考的還不錯，所以就填進政大，原本以為可以到台北去發展，是我們村裡的驕傲，但是其實，現在想起來，台北其實很吵雜，我們在政大已經算不錯了，比較靠山上一點。我在台北那四年，覺得身體好像變的比較差，尤其是呼吸道的問題，而且台北好像很熱鬧，可以到處去玩，但是我很少到處亂跑，因為到處都是人到處都是車，我不太喜歡那樣。

2. 那時候我每天就是去學校，偶爾去社團，放學後幾乎每天都有家教，要賺點生活費，在台北吃的、用的都很貴，我在雲林 25 元就可以吃一餐，在台北都要六、七十塊才夠。大學生就好賺得就是家教，那時候一小時可以到三、四百元，所以我接了很多家教，然後就回家，其實生活挺單調的。
3. 偶爾我會去操場跑跑步，或者跟同學去好樂迪唱唱歌，算是抒解一下壓力，大學生嘛，要嘛就是唱歌，要嘛就是騎車亂晃，我們政大上去就是貓空，我很喜歡那邊，在山上可以看風景、夜景，人也比較少，不過後來有點走樣了。那時候心情不好，我就會一個人跑去山上靜一靜，我其實沒有很要好的朋友，班上一半以上都是北部的人，覺得不是很合得來，價值觀不太一樣，所以漸漸地我就變得習慣自己一個人。
4. 我在台北人生地不熟，去的地方也不多，那時候我還蠻沈默的，跟同學只是偶爾有互動，其實那時候我也不是很快樂，總覺得生活很沈悶，也很吵雜，大都市的生活常常讓我喘不過氣來，同學邀著要去西門町、東區、百貨公司，我都覺得沒有興趣，我最常去的貓空，那幾年也改變很大，因為好像社會漸漸發展，政府也開始要開發貓空那一帶，很多地方都被剷平或是改建，原本貓空路就很小，政府的宣傳與民間的擴建，遊客愈來愈多，上山的時候常常塞車，假日更是淒慘，山裡變得跟市區的道路一樣，看了就煩。
5. 像這圖中的的神聖場域啊、希望寄託場域啊、特殊情感場域啊，在那時候幾乎都是沒有的，同學如果有遊玩到廟裡，那只是像參觀景點那樣晃過去而已，我也只有在老家的廟裡才比較有感覺與寄託。那時候也不知道自己以後要幹嘛，沒什麼希望感，只是拼命唸書怕被當掉而已。在台北的那幾年，我覺得好像沒有什麼存在的感覺，就是唸書、賺錢、晃啊晃，總覺得那不是我該待的地方，我沒有歸屬感，我也不喜歡那種過度熱鬧的環境。
6. 有時候回鄉下，親戚朋友都會跟我爸媽說我很厲害啊，考上台北的公立大學啊，以後一定有前途啊。我都很討厭聽這些，我覺得台北也沒有比較好啊，但是怎麼大家好像都覺得鄉下不好，要變成都市那樣才叫好，有時候我回老家，發現哪塊地又準備蓋樓房了、哪棵樹又被砍掉了、哪塊田又準備『起販厝』了，我都覺得有點難過，如果雲林也變成台北那樣，我還可以到哪裡去？
7. 這樣畫一畫，仔細想一想，我對雲林這個故鄉很像有多了一點想法，以前我不會去想到台北跟雲林到底是哪裡不一樣，但其實我在這兩個地方，有很大的不同的感覺，我也很少去響起大學生活，因為好像沒有什麼特別的，那段時間，大家覺得『由你玩四年』的時間，對我來說，也挺單調無聊的，大概是我真的沒辦法適應大都市吧。

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案二)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：簡○○ 性別：女 婚姻：已 年齡：39 學歷：高職畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：台北板橋
就醫狀況：斷斷續續服用抗鬱劑約兩年，自述憂鬱情緒已長達十年

2. 個案簡要生活史：

個案於高職畢業後，原先在台北從事秘書工作，後認識現在的先生（從事麵包製作），婚後先搬至台中，住在麵包工廠宿舍，與先生一起努力事業，約十多年多前先生結束被人雇用的生活，從台中搬回雲林自己開店，個案於是在家幫忙處理訂單、顧店以及照顧家庭、小孩。但回雲林後，個案起初與公婆住，因生活習慣與價值觀的不同，容易產生意見不合，個案多以忍耐沈默的方式因應。後來雖然已經與公婆分開住，但是長期以來生活煩悶，覺得過得很痛苦，沒有辦法適應雲林的生活，至今都覺得不喜歡雲林這個地方，也討厭現在顧店的生活形態，對於精神科的藥物治療頗為抗拒，覺得自己不想被藥物控制，所以並沒有持續規律按照醫師指示服藥。三年來斷斷續續接受過心理治療，但是治療師時常更換，所以治療亦沒有穩定的持續，這一陣子（約半年來）心情嚴重低落，又重新至衛生所接受心理治療。

4. 重要生活路徑訪談內容逐字稿（憂鬱時期與台中時期）：

- (1) 我的生活都一樣，每天早上就開始開店做生意，我先生在樓上做麵包，我在店面接電話、顧店、招呼客人，生意是還算不錯，但是我都會希望客人不要來，賺那麼多錢沒有用，我只想要休息，我不想要顧店，先生也都不會幫我，做完麵包就自己去打太極拳，我一個人要忙東忙西，還要整理家裡弄乾淨，刷洗這刷洗那，我很討厭這樣的生活。
- (2) 我幾乎整天都待在家裡，我沒有地方可以去，跟鄰居也很少有互動，鄰居住了一個拾荒老人，不是我嫌他髒啦，但是我只要看到他都覺得很不舒服，他只要來買麵包，我就要把櫃子都重新擦一遍，我實在很害怕他來店裡面。在雲林這麼久，我也沒什麼朋友，我又不喜歡運動，出門又怕遇到拾荒的人，所以我幾乎整天都在家裡面。
- (3) 有時候出去附近走走是還不錯，比較沒有壓力，但是又會同時擔心家裡沒人照顧，只有我一個人再看店，有時候我女兒比較早放學，我就會要他幫忙看店，讓我休息一下，不過沒看店的時候，我也是在家裡整理家務，擦地板、刷廁所啊，我好像沒有辦法真的放鬆下來。
- (4) 我不喜歡雲林這個地方，我不是說這個地方不好啦，但是我好像一直沒辦法融入雲林這個地方，我整天幾乎就是在我的那間房子裡生活，雲林我來了十年也不熟，認同感啦，也許就是沒有認同感吧。我常想著要搬回台北。我總覺得搬回去就會比較好了。

- (5) 我姊姊都在台北，我也曾經回去台北找他們玩，起初還覺得不錯，離開家裡就覺得心情好多了，但是這幾年偶爾回去台北發現，台北變得很快，我都快不認識了，有時候覺得台北也不是以前那個樣子了，回去板橋就好像去一個新的城市一樣，漸漸地我也比較少回去，覺得沒有當初的感覺，而且現在真的車子好多，我又不趕開車，在那邊要去哪裡都不方便，也只是在姊姊家聊聊天而已。
- (6) 我的生活的確很單調，但是我也不知道怎麼辦？沒有什麼地方是我想去的，出去也都是我一個人，這樣也很奇怪，我以前不會這樣的，自從來雲林之後，我的生活就像這樣，沒有什麼可以讓人高興的事，整天待在家裡，待久了都快瘋了，但是又不得不做，我先生說小孩唸書要錢啊，註冊費、營養午餐費、文具費、補習費，一大堆，兩個小孩都要補這個補那個，我們家經濟算還可以啦，姊姊都說我要知足了，也沒有經濟的困難，小孩也都聽話，這樣還在憂鬱什麼？！但是我就是不快樂啊，覺得自己所有的時間都給這個家了，現在教改也改的亂七八糟，又怕小孩跟不上，補習、參考書啊，什麼都要錢啊，我可以不做嗎？先生有時候會跟我吵架，叫我乾脆自己回台北去好了，以前我會賭氣想真的回去不理了，但是我回去能幹嘛呢？什麼都沒有啊，也什麼都不一樣了啊。
- (7) 我沒有什麼宗教信仰，我姊姊釋很虔誠的佛教徒，以前去台北她都會硬邀我去參加他們的活動，他說聽師父講道理就會開心一點了，我姊姊她也真的都想的比較開，但是我就是沒興趣，我媽媽以前很迷信，什麼都要問神，也因為這樣被坑了好多錢，有時候一次幾萬塊甚至十幾萬她也願意花，我爸爸以前也拿她沒辦法，都順著她，但是我就很反感，覺得幹嘛花冤枉錢，大概是這個原因吧，我從小就沒有什麼宗教信仰。
- (8) 其他什麼休閒娛樂、希望、學習，其實都沒有。我就是一個心情很不好的在家裡，每個星期來衛生所跟你們心理師聊一聊會覺得比較好，起碼不用吃藥，去醫院，醫師也只是開藥啊，他才沒時間聽你講那麼多，所以我也不喜歡去醫院。我覺得自己好像被藥物控制一樣，對啦，吃了以後好像睡的比較好，也比較不會胡思亂想，但是我就會覺得我被藥物控制了，我沒有辦法靠自己的力量走出來，這樣好像我很沒有用。
- (9) 我都一直覺得，我憂鬱的原因是因為以前跟公婆住的時候，心情比較壓抑，忍耐久了就出問題，不然就是像醫師說的，我的大腦內分泌異常，才會讓我十幾年來都很不快樂，不過今天這樣一講，好像我的生活模式也有關係，我的生活很封閉、很單調，完全沒有什麼值得開心的事，我一直想回台北，但是台北又已經不一樣了，現在好像兩邊不是人的感覺。
- (10) 以前還在台中的時候，我跟先生剛結婚不久，我就離開台北，因為先生的工作是在台中。那時候剛離開台北是有點不習慣啦，畢竟我的姊姊、父母、朋友都在那邊，但是嫁人了沒辦法，就跟著先生啊。剛開始去台中，我們住的地方也很窄小，但是就是一股創業的衝進吧，我們白天都在工廠工作，他做麵包，我做會計，下了班我們會去附近公園散步，那時候夫妻

感情還不錯，走一走一整天的壓力也會覺得不見了，那時候壓力也不算大，反正我們是領固定薪水，經營、業績的部分那是老闆的問題，我們就很單純的把分內的事做好就好。我喜歡跟先生散佈的時光，可以談談心事，或是當天遇到的事，唉，現在沒有了啦，都老夫老妻了。不過現在想一想，發現可以散散步、談談心真的很好。

(11) 那時候我還常回板橋，因為親人朋友都在那邊，而且台中回去也不算遠，我會回家跟我爸媽聊天，我是最小的女兒，下面還有弟弟，不過女兒算是最小的，所以我跟爸爸感情還不錯，我回台北都會先回家看他們，那時候媽身體就一直不好，你們現在看起來可能會認為是焦慮症吧，反正他就一直抱怨身體不舒服，也檢查不出來，……爸爸都很用心照顧她。但是……誰知道後來……是爸爸先走（啜泣）。（沈默）……我回家都會去看爸爸，我覺得家裡是一種特殊情感的感覺，還有我們那邊的運動場也是，有時候我會回去懷念一下年輕時候的事情，初戀約會啦、情人吵架啦、死黨的秘密聚會啦等等，我回板橋除了在家裡，就是去一些以前生活過的地方，就像你說的，比較有『根』的感覺吧。現在都不一樣了，旁邊的陸橋沒了，道路拓寬了，大概只有操場還有點樣子，其他旁邊的一些地方都不認得了，有些我們以前走過的場所也都改建了，都市真的變得很快。

(12) 人好像真的跟地方有感情耶，我現在想一想，這幾年我已經很少回去台北了，一方面爸爸也過世了，爸爸過世之後，媽媽就搬去跟弟弟一起住，其實回台北也沒地方去，老家、運動場，有的是不見了，有的是感覺不一樣了，以前的朋友也早就沒聯絡。以前會很期望回台北的時間，有幾個好朋友會見面吃個飯聊聊天，我還蠻懷念過去的時光，所以回台北對我的意義就是去找回這些時光，我對老家、運動場是有感情的吧，但是這些感情好像再也找不回來了。

※__ 板橋，高職畢業 __時期路徑解說與分析：

1. 畢業後我還是留在板橋工作，在一家小公司當會計，那時候高職時候的好朋友，好姊妹都還常聯絡。我就每天去上班，薪水還過得去啦，不過在台北不算多，因為花費高嘛。所以我就聽我爸爸的勸，下班後會去成人每與學英文，想說以後可能會用的到，大家都說英文是以後的潮流，所以那有學習意義。
2. 那時候只有我大姊嫁出去，我們一家都還住在老家那裡，回家第一件事，爸爸會要我們去祖先牌位上香拜拜，然後才吃飯。我是沒有很信啦，但是那裡的氣氛就很像祖先還在那裡看顧著我們，有時候我也會求祖先保佑，比如說爸媽身體健康啦、兄弟姊妹事業順利啦，我也不知道有沒有用，但是起碼心理會安一點吧。
3. 每天我都會在房間寫寫日記，我喜歡待在房間，把一整天的混亂沈澱一下，想一想工作上的事情要怎麼做、跟同事相處要怎麼經營，有時候想著想著就睡著了，哈哈（笑）。
4. 其實那時候壓力也蠻大的，畢竟我是公司的新人，台北工作、公司都很競爭，

那時候也才剛跟現在的老公認識交往，有時候會吵架，心裡很煩，加上工作上的雜事，現在想一想，比現在當家庭主婦的生活要忙碌多了，壓力也大多了。但是那時候我有很多地方可以去啊，我可以去死黨家裡談心聊天，我喜歡她的房間，她比較會布置吧，房間很溫馨，是粉紅色的喔……呵呵……，有時候我乾脆就住在她那裡。還有還有，那時候我爸爸還在，有時候我心情不好也會找他聊天，所以家裡的客廳對我來說也有很內在的情感意義，我很崇拜我爸爸，那時候在台中偶爾回台北老家，我還是喜歡找爸爸到客廳聊天，很多回憶與感情都回來了……（神情落寞）……不過現在都不見了……。

5. 在台北嘛，就是一堆熱鬧的東西，假日偶爾會去逛逛街，當成是休閒活動囉，不然比較缺錢的時候就改去運動場，操場走一走也不錯，啊那個夜市喔，那是我國中初戀的地方啦，那時候戀愛就是逛夜市啊、林家花園附近走走啊，我還蠻喜歡回憶的吧，畢竟是自己長大的地方，隨便晃一晃都有情感都有記憶，那時候台北還沒有變得那麼快，或許是說，板橋還沒那麼快吧，台北那時候就已經一直在拆一直在蓋了。
6. 以前的生活也不算輕鬆，但是覺得還挺快樂的，就是那種生活還很豐富的感覺，我有朋友、有家人、有很多有去的地方可以去，我也喜歡在那些地方活動，但是現在朋友少了、親人過世了，家庭主婦的生活讓我什麼地方也去不了，我覺得人生很乏味，不知道活著幹什麼，沒有意義吧，我的生活世界只有這個家，這個家又是讓我有壓力、痛苦的地方，每天就是忙忙忙，我好想回到以前的生活。
7. 我有時候不覺得我是得到憂鬱症，但是我又不敢跟醫師說，他一定說我還不能接受這個病，但是我真的有病嗎？我的朋友少聯絡了、親人過世了，以前的記憶被拆除了抹滅了、生活封閉了，然後我不快樂了，覺得活著沒意義，這樣就是生病了嗎？或許我只是比其他人容易被情感所影響吧，有些人自己一個人也可以活得很快樂，專心當家庭主婦就很有意義，但是我不是啊，這樣我有病嗎？我喜歡多樣的生活，但是我現在沒有，我的生活一成不變，我很努力的要符合生活的要求，但是我不快樂！
8. 很有意思耶，以前醫師從來不會問到我的生活體驗，就是問症狀啊、副作用啊，不然就是告訴我要怎麼想就不會憂鬱啊，但是都沒有人關心到我跟每個地方的關聯，以及我各個層面的生活意義，有時候看醫生都覺得自己就是不正常的人，好像矮人家一截，就是『我有病』啦，呵呵，聽起來就很不舒服。

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案三)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：陳○○ 性別：女 婚姻：未 年齡：31 學歷：大學畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：原生家庭 出生地與成長地：嘉義市
就醫狀況：半年前診斷為憂鬱症，未服用抗鬱藥，偶爾服用鎮靜安眠藥。

2. 個案簡要生活史：

個案於大學畢業後，就一直在同一家醫院從事急診室護理工作，因為醫院風評不錯，工作量也大，近一年來常覺胸口鬱悶、失眠、憂鬱不樂，有辭職的念頭，但又不知道不當護理師還能做什麼，就一直勉強自己忍耐。個案自述從小大到也曾經有心情很不好的時候，現在自己評估起來當時也似乎符合其輕度憂鬱症的程度，但是那時候並沒有『流行』看醫生，也是自己想辦法調適。近半前來因為情緒問題以及睡眠問題，主管特別同意個案值正常班（不用上小夜、大夜班），但是引起同事間的微詞，因此才在同事鼓吹下就診精神科，但是並沒有服用抗憂鬱劑，只有在失眠嚴重時服用鎮靜安眠藥，近一個月來又開始同事一樣輪班。

4. 重要生活路徑訪談內容逐字稿（憂鬱時期與憂鬱前一年時期）：

- (1) 我現在每天就是上班、下班、上班、下班啊，沒有什麼特別的，現代人不都這樣嗎？被期待有個穩定的工作、最好有車子、房子，然後有老公、孩子，然後再一直上班、下班、上班、下班，有時候我在想，以前的人好像活的比較自在一點，對啦，現在賺錢比較容易啦，但是賺得錢還不都被我敗光，倒不如少賺一點，我就少花一點。
- (2) 我開始覺得生活很空虛、很茫然，不知道自己在幹嘛，想改變自己吧，覺得現在生活好單調無聊，所以下班我會唸一些研究所的書，想說來考考研究所好了，有個新的希望吧，但是誰知道考的上考不上，起碼生活有另一個重心，不會整天上班、睡覺。
- (3) 我覺得很多地方對我來說都有雙重意義耶，比如說醫院啊，現在我覺得都是負面的意義，工作壓力很大，隨時都會送進來一個嚴重受傷的病人，我們走路幾乎都是用跑的，跟死神賽跑囉……呵呵……嗯……醫院現在還有人際關係的問題，所以也是負面的意義，至於賺錢嘛，以前覺得很好啦，現在覺得賺得愈多，花的愈多，好像在燃燒自己生命一樣，拼命工作，然後拼命花錢，這樣要循環到什麼時候？唉，自己沒有毅力吧，就是愛逛街、買東西，一堆促銷啦、折扣戰啦，一上街就會忍不住，久了似乎變成一種發洩的方法，就覺得上班都那麼累了，當然要犒賞自己一下，結果工作這麼多年，一點存款都沒有，都變成了衣服、化妝品、名牌包包，還有大餐吃掉了吧……呵呵……

- (4) 對啊，就像剛剛說的，很多地方都是不同的意義，還有互相衝突的，比如說剛剛說的準備研究所，雖然有新希望的感覺，但是同時也是很茫然啊，而且唸書有壓力耶，誰知道念研究所是不是就會比較有前途？就是找個新刺激吧，讓生活比較不一樣，多一點不同的事情，生活應該比較精采吧，不過壓力很討厭。
- (5) 逛街啊，百貨公司啊，都一樣啊，剛開始的時候會很興奮，是一種休閒娛樂，花錢的時候也會有情緒發洩的感覺，但是沒多久就後悔了，把辛苦賺的錢都花掉，很空虛耶，但是每次都一樣，發洩、後悔、空虛；然後再發洩、後悔、空虛，是不是現代人都這樣啊？你們是不是常遇到這樣的人在跟你們抱怨？有時候我覺得被騙了，被這個社會騙了，表面上光鮮亮麗，好像很進步、很美好，但是都是利益吧，消費者都是被騙的一群，唉～我卻被騙好幾年，還不知道要改……
- (6) 其實這樣想一想發現現在生活很貧乏，雖然我是醫護人員，但是我也不愛吃藥，呵呵，每天叫別人吃藥，自己卻逃避，你們是不是也這樣？我們同事很多人都有吃安眠藥的習慣，沒辦法，壓力大啊，晚上都睡不好，加上要輪班，每個人的生理時鐘都很混亂，安眠藥我是會吃啦，不然真的會累死。但是抗憂鬱劑我都沒吃，那個醫師說需要服藥，其實我自己覺得還好啦，哪有那麼多憂鬱症，每個人都有心情起伏的時候啊，光吃藥就能改變事實嗎？反正現在只要去看醫生就會開藥給你，健保就是常常這樣浪費掉的，哈哈，這個不用說你也知道嘛。
- (7) 我沒有什麼特別的宗教信仰，但是我覺得急診室是很神聖的，可能也是這種感覺吧，我只要一工作就會督促自己要認真做，以前人不說『人在做、天在看』嗎？對啊，我就是這樣覺得，急診室每天進進出出多少病人，有輕微擦傷的、有血肉模糊的、也有當場往生的，我覺得那裡有時候是陰陽交界的地方，而且家屬把親人的生命交付給我們，我們不能不盡力救啊，雖然有時候救不過來，但是起碼盡力了，才能安心。其實不要不信邪，很多同事都有靈異經驗，不管怎樣，工作的時候就認真工作，這樣才是好的態度。
- (8) 其實為什麼這半年會憂鬱喔？我也不知道，不過這樣想一想可能跟我的生活形態有關吧，每天都悶著你說會開心嗎？我又不是那種很文靜很溫柔的人……哈哈……，我喜歡新鮮事、喜歡生活寬廣一點，但是這半年來好像太忙碌了，反而讓自己的生活變得很狹隘，這樣討論一下發現，我的情緒處理方法好像並沒有實質的好處，反而會造成一些後遺症，我以前的生活好像不是這樣的。
- (9) 前一年的生活喔，我想想看，好像差不多耶，其實那時候心情已經不算很好，但是沒有這半年那麼差啦，那時候我一樣是覺得壓力很大，一樣會逛街亂花錢，不過那時候，我好像比較『感性』一點……哈哈……一年多前我跟男朋友剛分手，我會常去文化路靠近嘉女那一段，因為我們常常去那裡吃米糕，我們是和平分手的啦，沒有吵吵鬧鬧，個性還是調適不來吧，

不過我會回去文化路那邊自己吃米糕，對我來說，那是一種懷念與回憶，很有感情吧……呵呵……其實我喜歡那種感覺，後來回去已經不會難過了，只是有點遺憾，想想也挺美好的吧，畢竟我們兩個也曾經幸福過一段日子，不過後來拆掉了，所以那一整排的店家也都搬走了，其實它一拆掉，我才開始覺得難過，好像我生命中的某一段記憶被硬生生拿走了，我再回去再也找不到那種感覺，只剩下廢墟、垃圾，那時候我才感覺到，我好像真的跟我男朋友『分開』了。

- (10) 一年多前我還會常去中山公園走走啊，算是運動吧，也會偶爾到仁義潭那裡走堤防，心裡會比較平靜，不要看我好像很吵，其實我也有安靜的一面（笑），我偶爾會想要靜下來想一想自己的人生，還有跟我男朋友的事，公園樹很多、仁義潭景色也很好，看起來都很有大自然的感覺，我喜歡那種感覺……後來喔，大概是工作太累吧，漸漸地就比較少去了，總覺得回家就想要睡覺、補眠、休息，但是其實好像怎麼睡也睡不飽，反而覺得生活愈來愈悶。
- (11) 一年多前也會有心情很差的時候啊，但是好像不會有什麼自殺想法或是像現在一樣的無力感，會到處去逛逛吧，不管是買東西，或者是去靜一靜，其實我們的工作型態也不好安排假期啦，有時候假日也要值班，這也是後來跟男朋友分手的原因之一，兩個人相處的時間不多吧，有時候即使聚在一起，我也只是想休息睡覺。我最懷念以前一起出去玩的時候，我們會去爬山，或者去海邊看夕陽，不然就一起逛街吃小吃，到處都有美好的回憶哪，不過像文化路就不見啦，嘉義的海邊也愈來愈醜，聽說還有六輕的污染哪。好像少在外面活動，心情也很難好起來，以前心情差歸差，好像有地方可以緩衝，現在心情差就只能看醫生吧，哈哈，現代人也真無聊。
- (12) 其實我覺得我並沒有到憂鬱症的程度耶，我是說，雖然這半年來的症狀有符合診斷標準，但是為什麼心情不好就一定看醫生吃藥呢？人不是都有喜怒哀樂嗎？我總覺得現代人好像不能去體驗一下喜怒哀樂的變化，心情差就說是憂鬱症、緊張就是焦慮症，做點不一樣的事就是心理有問題，有時候我覺得在心情差的狀態中，其實也可以有不同的體驗，你會覺得人生一片灰暗、沒有前途、什麼事都是自己搞砸的……等等，但是那也是我這個人的一部份啊，我體驗過傷心、難過、沮喪、無望，我也體驗過開心、興奮，這樣不是還不錯嗎？現在大家一提到心情不好，好像就急著要把它趕出家門似的，如果沒有這些喜怒哀樂，人活著還有什麼意思呢？

※__ 大專 __時期路徑解說與分析：

1. 念專科時候喔，那時候是最快樂的時候了。為什麼喔，因為我的生活很豐富啊，我每天去上學，有很多好朋友，放學要嘛去社團，要不然就是去餐廳打工，我也常去圖書館喔，很認真吧，然後假日會跟社團的人去登山，不然就是自己去逛高雄，現在也很懷念那時候的生活說。
2. 就像之前說的啊，我覺得每個地方都有多重意義喔，像學校啊，有學習的意

義，也有未來希望的意義啊，那時候我覺得當護士幫助別人照顧別人很好，所以我也希望當個好護士。圖書館對我來說也是一樣，有學習的意義，也有沈思的意義，然後同一個意義也會有不同的地方啊，像是沈思，就有房間、圖書館還有山上或海邊，現在想起來，那時候真是不錯，反正學生也沒有什麼壓力，就唸書、玩、體驗各種不同的事，也許當個小孩子比較好吧，呵呵。

3. 那時候我是參加登山社，假日偶爾會聯合別的學校的登山社一起去爬山，我喜歡大自然的感覺，不管是山上或是海邊，都讓我覺得心情很好，不過我覺得以前的山與海比較漂亮，有些地方這幾年後來再去都變樣了，不是多了一些人工設施，就是多了一堆垃圾，像旗津海邊就是啊，發展觀光啊，假日都是人，然後垃圾就來了，我是不知道當地人怎麼想啦，要是我，我才不想發展什麼觀光，其實就是一堆人來吃吃喝喝，然後拉拉丟丟，搞的這些地方後來我也不想回去了。
4. 對了，我要講山上，我覺得山上很神聖，有神聖靈性的意義，以前也認識一些原住民，我覺得他們觀念很好啊，覺得山上有山神，萬物都有靈，所以要尊敬山，不要破壞山上的景物，這樣不是很好嗎？我覺得爬到高山的時候，真的有靈氣耶，那種感覺很難形容，一方面是自己很辛苦的爬上去，一方面是那種氣氛讓你覺得人實在很渺小，所以專科的時候還蠻常去爬山的，會讓我感覺心靈比較充實，也會有遠離塵囂的感覺，好像可以暫時跟這麼污濁的世界無關一樣。
5. 特殊情感喔，呵呵，那是社團登山活動認識的學長啦，別的學校的，我們那時候也交往了一陣子，常常去愛河邊散步，講到愛河，其實現在是整頓的不錯啦，但是就像我剛剛說的，就是努力拼觀光，帶來了一堆人潮與垃圾，現在愛河的確乾淨多了，也熱鬧多了，但是我覺得以前的一些景物也在這樣的建設計畫中不見了，以前約會的隱密地點，走過的路，有些也不見了，唉，不過那是現在的景象啦，以前專科的時候我也會自己去逛愛河，呵呵，特殊情感囉。
6. 至於海邊，我喜歡那種遼闊的感覺，好像在海的面前，什麼狗屁倒灶的事都不重要了。所以對我有情緒抒解的意義，那時候常去的就是旗津以及中山大學，以前都還很純樸安靜，不像現在。海的感覺很神奇，所以我覺得人還是要多接觸大自然，每天在都市裡面，光看這些人工的東西，看久了都會生病。
7. 我發現人還是需要到處看一看，我覺得那種改變是潛移默化的，不管是心情不好，或是價值觀與生活態度，在跟環境接觸的過程中都會慢慢轉化，畫一畫之後我發現，現在我的生活的確是比以前狹隘很多，但是平常生活怎麼會想到這一點，平常都是被工作、煩惱所佔據，不會去思考到說人跟環境的關係，也許我真的不需要吃藥，只要想辦法回到過去那種豐富的生活就好了。但是話說回來，有時候是時間真的排不出來，有時候是以前有感情的地方已經變調了，看來我必須重新找到新的情感的寄託場所，重新建立我的生活網絡。

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案四)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：楊○○ 性別：男 婚姻：已 年齡：45 學歷：師專畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：雲林縣
就醫狀況：五年前診斷為憂鬱症，斷斷續續服用醫師所開的抗鬱藥。

2. 個案簡要生活史：

個案於師專畢業後，就一直在學校任教，一直都在台北教書，後來因家庭因素，約十年前回到雲林某國小當主任至今，已婚，育有一子一女。個案於八年前左右經同事介紹至精神科就診，起初的症狀為失眠、肌肉緊繃與心情不佳，單純接受藥物治療，沒有心理治療的介入，症狀時好時壞，個案就醫的動機也不高，工作上勉強可維持，偶爾會與同事起衝突。五年前換醫院就診，醫師正式跟個案表示為憂鬱症，約兩年前經衛生所人員轉介，開始接受不定期的心理諮商，但由於心理師更換頻繁，沒有持續且固定的接受心理治療。今年九月開學後，因為與校長的衝突較為激烈，嚴重影響工作的情緒、睡眠狀況以及肌肉緊繃的症狀，又自行求助衛生所的心理諮商服務，同時，醫院的抗憂鬱劑仍持續服用，沒有間斷。

4. 重要生活路徑訪談內容逐字稿（憂鬱時期與憂鬱前五年時期）：

- (1) 畫這個圖喔，很有意思喔。不過這跟我的憂鬱有關係嗎？我只知道現在生活很單調，就是上班、看電視、睡覺而已，最近還有研究所論文的壓力，寫不出來啊，你說怎麼辦，就有壓力啊。當初念研究所還不是想說生活很無聊，多點刺激看看，誰知道論文那麼難寫，本來是想要調劑一下生活的，現在卻又讓自己緊張的要死。你說這樣生活還有什麼好快樂的？
- (2) 這種情緒很久了啦，回雲林沒多久就這樣了，只是我覺得還好啊，就自己難過一點，但是日子還是要過嘛，工作要做、飯要吃，就照常啊，但是同事是說我怪怪的，我也覺得脾氣變得比較差，但是沒辦法，看到一堆事都很想抓狂，所以我才跟同事吵架啊，哪有人事情那樣做的，根本是鬼混嘛！還講什麼教育理想，想到就愛笑……我以前脾氣是比較溫和一點沒錯，我也不知道怎麼會變這樣，大概是悶壞了吧。
- (3) 我也不是故意封閉自己啊，你說我還有什麼地方可以去？以前我會去那個小土地公廟，不見了啊！農地重劃、都市計畫時候就遷走了，還有那個國中，唉唷，我哪裡會認得，都不一樣了，什麼情緒抒解啦、希望啦、神聖啦，沒有了啦！回來雲林就發現都沒有了啦！
- (4) 你說人是跟地方有關係的，這一點我也認同。我現在覺得我跟雲林好像沒什麼關係，這是我的故鄉ㄟ！但是又怎樣？故鄉還不都是那些鄉鎮長、縣長在亂搞，炒地皮啦、房子亂蓋啦、亂埋垃圾啦，還要蓋焚化爐ㄟ！不知道他們都在幹什麼！？

- (5) 都是壓力，這些場所對我來說都是壓力，我老婆有時候假日也會想要找我出去晃一晃，但是我就是沒力氣，醫生說這是憂鬱的症狀啦，天知道！我吃藥也沒有比較有力氣出去啊，上班跟校長、同事溝通就已經很累了，回到家什麼也不想做，有時候連跟我太太講話的口氣也不好，變得很容易嫌她這個嫌她那個，我也不想啊，就是控制不住，我的生活怎麼會變成這樣？就是那種一直要抓狂的感覺。
- (6) 你說以前喔，以前當然不是這樣。我在台北的時候喔，我想一下。那時候好像還算不錯，雖然我也不是很喜歡台北，你知道嘛，鄉下小孩，怎麼會習慣那種大城市，不過我是住很久，多多少少有點習慣啦。像那時候我也會盡量去比較自然一點的地方，又，不然整天待在市內不瘋掉才怪！光是那些空氣、噪音就把你弄死。那時候我很愛釣魚，幾乎每天下班就去釣魚持釣魚，就好玩啊，當成休閒娛樂很不錯，釣魚也很多學問，每次都像是在跟魚鬥智一樣，很好玩啦。
- (7) 那時候還常去陽明山，通常是先去爬爬山，那很好爬，，應該不叫爬山，叫散步吧，反正就是去走走，看看花，看看大自然，心情也比較放鬆，也比較開朗。然後散完步有點流汗，就開車再過去馬槽那邊洗溫泉，哈哈，在雲林長大沒洗過溫泉你知道嗎？第一次去要脫光光還不敢，用小毛巾遮住重要部位，結果反而被同事笑，因為大家都男生嘛，自然一點反而才不會奇怪。後來就很喜歡，一邊泡溫泉還可以一邊看山景，然後我就會比較平靜下來，想一想最近發生的事，喔，現在想起來還是很懷念，有這種地方去真好。
- (8) 其實家裡面務農，從小就有習慣拜拜啦，我們村裡本來有很多小土地公廟，我們家田附近也有，我從小就跟著父親去拜拜，現在不見了啦。後來到了台北，有一次朋友帶我去行天宮，那裡面還挺有家鄉的感覺的，很好玩喔，就隔一條馬路、一面牆，進去之後就好像一下子離開的城市一樣，傳統的廟宇建築、收驚祈福的師姑，解籤的老阿伯，哈哈，好像又回到鄉下的感覺吧，所以我也很愛去，然後就跟神明說說話啊，祈禱神明保佑平安啊，以前到台北之前我還以為城市不拜拜的，我認識一些都市人，他們都說拜拜是迷信，所以我以為城市小孩都那樣，後來發現不完全是啦，畢竟那是民間的信仰啊，跟城市鄉下沒有太大的關聯吧。
- (9) 這樣畫一畫蠻好玩的喔，的確沒有憂鬱之前，我的生活比較有意思一點，去比較多地方吧，覺得去這些地方對我來說很有意義，現在好像就沒有這種感覺，這個吃藥有用嗎？我是說，吃了藥會不會我就覺得很多地方都很有意義，都很想去？還是因為我沒地方去了，才變得憂鬱起來？但是我吃藥也吃一陣子了，也沒有比較有動力出去啊，是比較不會那麼暴躁啦，好像也比較好睡，不過還是悶悶的，覺得沒辦法放輕鬆吧，生活很悶的感覺。

※__ 師專 __時期路徑解說與分析：

1. 師專喔，那麼久了誰還記得……我想想看。現在記得的大概就是印象很深的事吧……ㄟ……想一想還記得很多喔，那時候生活挺精采的，學生啊，當然就是盡量去玩囉，哈哈，那時候好像過得蠻開心的，大概是考上師專也算是很光榮的事吧，哈哈。
2. 我家是種田的，很辛苦，所以我爸媽都希望我去當老師，家裡好幾個兄弟，我比較會唸書，所以只有我繼續念上去，不過我那時候放假還是會回家幫爸爸、哥哥做田裡的事，他們都會趕我去唸書，不過我都跟他們說，我喜歡到田裡面幫忙，這是我們家的土地，我跟它有感情，哈哈，每次我這樣講他們就會說我是讀書人，講話很肉麻。
3. 在田裡幫忙的時候，我也都會去那間小土地公廟靜一靜，有時候是生活中的困境，有時候是心情不好，像是失戀啦、未來的路啦，我覺得有神在聽，祂們會知道的，心比較安啦，我爸常說，土地是有靈性的，人活在土地上，就要做對土地好的事情，不然土地公會記上一筆的。我也真的相信，我們一定要尊敬土地，像現在的土石流啊、地層下陷啊，唉，應該是土地公生氣了吧，不尊敬愛惜土地，我們的日子也不會好過。
4. 師專的時候不像現在的師院或是大學，那時候師專很嚴格的，我們都要住宿，就像當兵一樣，內務都要整理，棉被要折的方方角角，一大堆啦，哪像現在學生那麼自由，那時候念師專的很多都是歹命人啦，家裡都很苦，師專是唯一的希望，所以大家也沒有什麼怨言，努力學著當老師，唸書也很認真，現在都太好命了啦，小孩子要什麼有什麼，都不會吃苦，那時候再苦也要忍過去嘛，你說是不是？我那時候除了認真唸書，去圖書館啊什麼的，我也挺會玩的。戀愛嘛，總是要約會啊，我們都去蘭潭啊，還有植物園啊，現在都合在一起叫中山公園了，如果是特殊情感，這個應該是吧。假日回雲林，偶爾我也會回國中母校，去找以前的老師聊聊天，那種感覺很奇妙，好像他們一直都會在那裡，然後等你有空回去看看，很溫馨啦，大概就是這種有地方可以「回去」的感覺吧，很讓人家感覺到幸福。
5. 我們那時候也參加救國團喔，幾個同學寒暑假就會去帶團，當當隊輔啊，帶小學生的營隊等等，以前沒有電腦啊什麼的，寒暑假能幹嘛？就是學游泳、書法啊、參加夏令營啊，這樣反而大家比較健康，運動也好、學習人際互動也好，總比都窩在家裡玩電腦遊戲的好，現在小孩子喔……歹勢，職業病啦，老是講到小學生的問題。對啦，營隊啦，那是我的休閒活動，也有學習的意義喔，帶團要學得可多了，團隊合作啊、活動設計啊、口才訓練啊，很多啦，而且也很好玩，利人利己嘛。

6. 那時候還不是直排輪，是那種前面兩輪後面兩輪並排的，你有溜過嗎？中山公園有一個場地可以溜，鞋子是用租的，大家就溜的很高興了，唉，現在拆掉了，奇怪，大家都愛拆東西ㄉㄟ，舊的東西又並不是不好，留著當紀念不是也很好嗎？現在我要跟我小孩說爸爸以前是穿什麼鞋子在溜冰，怎麼講他們也不瞭解，他們就只會說我太老土了啦，唉，對他們來說是老土，對我們這一代的來說，那是回憶耶，別說溜冰啦，光是後來回去那個場地，就感覺很想哭了，要是還能穿上當時的鞋子溜，哇，一定感動到痛哭流涕。其實我是覺得ㄉㄟ又，不一定要拆光光啦，留一些給後人懷念的也很好，不然給我們這些想要回去想念一下的人有個機會也很好啊，也許這樣我的生活也比較不那麼悶，緬懷青春嘛，哈哈。
7. 這樣回顧一下就很有意思了，我發現以前的生活真的像你說的，很多層次，有各種層面的，我的不高興、痛苦，在這麼多的層次裡面也會有抒解與發洩，不然就是想法會轉變，然後生活就可以繼續過下去。不然哪有人一輩子都很順利沒有痛苦的？遇到痛苦的事，還是要有力量繼續往下走啊，現代人好像都比較沒有這個能力了，尤其是我們的下一代，怎麼會這樣呢？我們以前過的很苦，生活條件不好，都想說要給下一代最好的，是啊，以我們的成長經驗是很好啊，給他們好吃的、好玩的，不用花太多體力，只要專心唸書就好，結果ㄉㄟ？專心打電動吧？跑個步喊累，不然就暈倒，我的天啊！現在小孩怎麼會這樣？我們也不打他不罵他，但是他們有比較不痛苦嗎？還是他們以後比較順利呢？我不知道耶，心理師你覺得ㄉㄟ？起碼我看到的是不太樂觀啦。
8. 就像你說的，人跟地方是有密不可分的關係的，以前我跟很多地方「發生關係」，哈哈，現在大概只剩下學校跟家裡的關係，偏偏這些關係又不好，唉，難怪我開心不起來，但是我要怎麼找回這些關係呢？比如說田裡的小廟、我以前愛去的母校，這些已經再也回不來了，我們的世界不是也一直在變嗎？到處都在發展，到處都在拆建，其他人呢？他們也憂鬱了嗎？
9. 沒有人問過我跟每個地方的關係耶，以前看的醫生也不會關心這個，他們每次都會問症狀好一點沒？心情好一點沒？吃藥有沒有不舒服？晚上吃藥好不好睡等等，呵呵，醫生看的是病嘛，好像不是在看『我』這個人一樣，回顧一下之後發現，我的生活發生很多事情，對我來說都很實在，也都有影響，我一直覺得是生活中的什麼狀況讓我變得憂鬱，但是又摸不著頭緒，我現在這個樣子一定是過去點點滴滴所造成的，應該是要把這些看清楚，才能夠徹底解決憂鬱的問題吧。

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案五)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：于○○ 性別：女 婚姻：未 年齡：18 學歷：高三在學
診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：嘉義市
就醫狀況：一年半前診斷為憂鬱症，目前持續服用醫師所開的抗鬱劑與鎮定安眠劑。

2. 個案簡要生活史：

個案為家中獨生女(原本有一位姊姊，不過從小夭折)，於高三上學期因為家庭與感情因素影響情緒，陸續出現整夜失眠、心情低落、食慾下降、絕望感以及自殺意念，也曾經一時衝動拿刀割腕，幸未釀成大禍。因感情對象為同班同學，以致於後來無心學業，終至休學在家休養。一年多來穩定接受精神科藥物治療，並未間斷服藥，但是個案自覺藥物只能幫助睡眠。個案家庭狀況富裕，從小物質生活豐厚，也學習過許多才藝，包括美術、鋼琴、速讀……等，在大小比賽也獲得優異獎項。國中開始在性格上出現轉變，從原本的乖學生開始變得十分激烈與叛逆，常出現人際關係上的挫折與衝突，高二交往班上一位男同學，後因嫌隙爭吵分手，自此出現憂鬱症狀。一年多來接受藥物及心理治療，目前情緒尚穩定，目前已復學，偶爾上學情況不規律，對於未來沒有目標，茫然與焦慮感強烈。

4. 重要生活路徑訪談內容逐字稿(憂鬱時期與憂鬱前兩年時期)：

- (1) 憂鬱那時候的生活有什麼好畫的，啊就每天在家啊，看電視、吃飯、睡覺、上網，就是吃喝拉撒睡玩而已吧，那時候覺得我跟世界都沒有希望了，學校也不想去，哪裡都不想去，連上網都覺得無聊，那些什麼朋友，都一樣啦，以前好的跟什麼一樣，一旦憂鬱症了，就沒人理我了，我也懶得在寫什麼網誌，就整天像遊魂一樣。
- (2) 那種日子過久了，我覺得不只是憂鬱的問題沒改善，整個人就像快要瘋掉一樣，但是也沒地方去啊，小時候要出去玩，爸媽都會說不可以，說女孩子出去危險啦、現在社會治安很差啦、朋友搞不好也是居心不良啦，我從小就很少出門，都是家教來家裡的，學鋼琴、美術，只有速讀是去補習班學的，你知道嗎？我對嘉義市一點都不熟耶，雖然我從小在這裡長大，上學被媽媽載去，放學就去安親班或是被媽媽載回家，想要偷偷談戀愛的時間都沒有。
- (3) 整天悶在家裡當然很無聊，心情也好不起來，但是真的不知道要是出門了，可以去哪裡，爸媽那時候都跟我說，不要每天關在房間，要出來走走，我都跟他們說，你們不是說外面不安全嗎？哈哈，剛好可以當成懶惰的理由，他們就沒話說了。其實，我對嘉義市沒什麼印象，也沒什麼感情耶，好像我根本不是這裡的人一樣。

- (4) 那時候真的以為失戀就什麼都完了，我從小要什麼有什麼，各項比賽也都有得名，我甚至只要拿第二名，我就會把獎狀撕掉，我覺得我是最厲害的，得第二名是因為評審老師沒眼光，那種獎我不屑得，現在想起來就是這樣啊，本來學鋼琴，有一次被家教老師說我談得不用心，不認真學，老娘我就不爽了，跟我媽說我不想學，後來就改學美術，我大概有美術天分吧，素描、水彩、油畫都畫得不錯，幾乎比賽都得第一，所以美術我學最久。ㄟ…怎麼講到小時候，喔，對啦，失戀，那時候那個男生不理我，我突然覺得自己什麼都不是，像個垃圾被丟在一邊，我活著還有什麼意思呢？
- (5) 去年那一年真的很難過，我像縮頭烏龜一樣待在家裡，爸媽說我想要什麼儘管講，一定買給我，只要我憂鬱趕快好起來，不要考學測也沒關係，好像很好是吧？其實我真的覺得沒有用，我的病好不起來了，我這輩子完蛋了。我想說，怎麼會這樣呢？我怎麼會得憂鬱症呢？這種病不是自卑的人、生活困苦的人才會得的嗎？我怎麼會憂鬱症呢？聽到醫生這麼說，媽媽當場哭了，我那時候在門診沒有反應，但是回家就想要拿刀子割腕，這他媽的什麼病啊！醫生說吃藥就會好，我也乖乖吃啦，但是哪有，騙人！又不是感冒，吃個藥一個星期過去就好了，我吃很久了耶，現在偶爾還是會心情很差啊，醫生說有可能會復發，那我是怎樣，一輩子都要吃藥嗎！？
- (6) 你說的沒錯，那時候天天在家，我只剩下這一個家可以去，其實也不叫做『去』，應該說我只剩下這個家可以待，當一個人只剩下一個地方可以『待』的時候，應該就是差不多快玩完了吧，去年我愈待在家就愈悶，好像自己不存在這個世界一樣，吃藥、吃飯、睡覺，就這樣，我跟任何人、任何地方好像都沒有關聯，那我活著做什麼呢？
- (7) 剛上高中的時候不是這樣的，那時候覺得上了高中就是大人了，所以我可以做自己想做的事，所以剛開始還挺開心的，剛開始也沒有什麼升學壓力啊，就每天去學校跟同學打打鬧鬧，跟老師『喇ㄉㄟ』說笑，沒大沒小的，那樣很好啊，那時候我想要考醫學系，因為我覺得醫生好像很神氣，也可以賺很多錢，學校也都鼓勵考醫學系啊，所以我下課偶爾會去補英文數學，然後就像著個圖所畫的，每天上學、補習，晚上回家會上網寫網誌，就是日記啊，你知道吧？現在哪有人在『寫』日記，都嘛是寫在網路上，可以把帳號跟好朋友說，大家就可以一起分享啊，那時候上網聊天、寫東西很有感覺哪，可以抒解心情，也可以讓自己比較平靜。還有還有，我那時候也出國了幾次，都是去日本，我好喜歡日本喔，有一次是跟我媽媽去，後來我又吵著去，媽媽沒時間，就叫阿姨陪我去，我去日本就覺得心情好好喔，像那些日劇裡面的樣子，好幸福ㄟ！有時候也會跟同學一起約出去玩，上高中後我爸媽就沒有管那麼嚴格，偶爾還是可以出去逛街買東西，當休閒娛樂囉。
- (8) 那時候的確比較快樂，生活比較有趣、寬廣，哪像後來那麼悶。有時候好懷念剛上高中的日子喔，如果沒有談戀愛、沒有跟爸媽吵架，這一切就不會發生了，我也不會得到憂鬱症了。

- (9) 以前我都不知道我跟生活環境有什麼關聯，我只是被告知說，我得到憂鬱症了，老師跟我說，都是戀愛害我的，要先不要談戀愛，專心考完試，上大學再談就好，那時候會遇到更好的人，我剛開始也是這樣覺得，都是那個爛男人害我的，害我生病、害我跟爸媽吵架、害我休學、害我跟瘋子一樣，都是他害的。不過後來我比較冷靜之後，想法有稍微不一樣，如果我上了大學再失戀呢？那我是不是變成大學才休學？今天這樣畫一畫，我突然覺得不只是那個爛人的關係，我的生活也有影響，誰喜歡天天待在家裡？我把自己封閉起來了，雖然這樣的封閉跟他們有關，但是跟我也有關，像你說的，如果我們先跳脫『病』的觀點，我到底要為自己負起什麼責任？我可以讓生活過的豐富一點，也許我就可以因應那些什麼生活壓力啦、感情創傷啦、同學吵架啦，什麼亂七八糟的瑣事，我好像太在意某一兩件事情了。
- (10) 你說的對，人不只是因為身體上『生病了』的因素而已，如果什麼都認為是病，那應該吃藥就好啦，我也不用來這邊跟你談話了，也許我的個性、我的生活安排，都可以影響我的心情，現在我已經不再那麼思念或是痛恨那個男生，考不考的上醫學系我也沒把握了，現在我比較關心的是，我到底活著是為了什麼？我的未來要怎麼走？我不知道，我覺得很茫然，也很擔心，我以前都被誇讚很優秀，但是我現在沒有那個自信了，如果把以前這些得獎的光環都拿掉，我在這個世界上到底還有什麼意義？

※_ 憂鬱症狀改善近半年 _時期生活世界重要路徑圖解說：

1. 後來我不想再像去年那樣了，我開始重新安排生活作息，復學了以後，雖然晚了同學一年，他們大都已經是大學生了，我現在跟學弟妹同一班，剛開始有點怪怪的啦，不過他們都還蠻好相處的，現在我一樣每天上學、然後去補習班，晚上寫寫網誌，說說心情，這個大概就是生活的主軸了吧，其他的都是偶爾的路徑了啦，不過把生活的層面變寬了之後，心情也比較開朗，雖然還是對未來很茫然，但是起碼已經不去年那樣，跟行屍走肉沒兩樣。
2. 我現在偶爾會回以前的教室去看看，雖然是別人的班級了，但是有我的回憶在那邊，有開心的、難過的，我覺得都過去了，我只是想回去懷念一下，證明自己真的曾經存在那裡過，我也曾經想回去國小看看，但是已經都不一樣了，沒什麼感情，但是這個學校就不同了，這三年來的改變太多也太大了，我曾經坐過的桌椅、刻過的樹幹、走過的路，都還原原本本的在那邊，特殊情感吧，像你這上面所寫的。
3. 啊那個神聖靈性喔，呵呵，我也不知道耶，我媽媽建議我聽佛經，會比較好睡覺，我就聽聽看，還真的有用耶，好像心靈也比較平靜，可能沒有那麼神聖啦，我也沒有宗教信仰，應該很難有什麼神聖的體驗吧，不過聽佛經會有靈性的感覺吧，有一點點啦，聽久了，房間床鋪上的那個地方，就有『靈性』的感覺了，哈哈……

4. 有時候補習完我會去中山公園散步，去想想事情也好，當成運動也好，也會讓心情比較安靜，有時候會想到過去的是，不過現在已經比較沒有恨的感覺了，想一想就當成是年少輕狂吧。至於休閒，我還是常常吵著要去日本耶，但是我也知道不可能常常去，所以像寒假就有去啊，心情好很多呢，但是回來之後又落寞了一下。我爸媽說要多運動，這樣才有體力，所以我也會去國小運動場跑跑步，這也可以是休閒娛樂囉，誰叫我要考學測，哪有什麼時間娛樂，可以出門走走動動就不錯了。
5. 這裡也是我情緒抒解的地方啊，一個星期來一次，說說心裡面的事情或擔心，有些事說出來也比較不會一直悶著，而且我覺得不會像去精神科門診會有壓力的感覺，去到診間，都是一堆眼神怪異的人，還有一次遇到有人在那邊大吵大鬧的，我覺得有點害怕。而且去給醫生看也聊不了幾句，醫生病人那麼多，哪有時間談，一進去就會覺得自己有病，而且是好不了的那種病，像得癌症一樣，真讓人難過。
6. 我想，等我上了大學，一定又再讓自己的生活層面再廣一點，生活層面太狹隘，真的會得憂鬱症耶，哈哈，我覺得是互相影響啦，這種事也不是光吃藥就能解決的，可能下一步我要尋找的，就是我的人生意義吧，到底我在這世界上是為了什麼？到底我跟世界有什麼關係？如果沒有去找答案，我想我又會變得憂鬱了（笑……）。

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案六)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：蔡○○ 性別：女 婚姻：已 年齡：43 學歷：高職畢
診斷：憂鬱症 居住狀況：單親家庭 出生地與成長地：雲林縣
就醫狀況：約一年前因為自殺未遂送醫院急診，由衛生局通報成為社區追蹤關注個案，未曾就診精神科，亦無接受藥物治療。

2. 個案簡要生活史：

個案原本在高雄做生意，育有兩子女，起初經商順利，收入頗豐，一家人生活優渥。但約在兩年前因先生應酬頻繁，結識其他女友，最後以離婚收場。離婚後個案表示心情尚能調適，但約一年前出現生意上的困境，每下愈況，後因積欠許多債務而舉家搬遷至雲林，自此開始出現憂鬱情緒，也開始養成喝酒習慣，一年來數度出現自殺想法，也曾經多次在酒後揚言割腕或自殺，大多被子女相勸而罷休，但也曾因一時衝動而割腕受傷送醫。因近兩年政府衛生單位重視自殺議題，曾有醫院自殺紀錄的個案皆由當地衛生所接管訪視，個案因此被邀請至社區諮商中心接受諮商，一年來個案並沒有主動求診過精神科，但因為大眾媒體的宣導，個案自己開始懷疑是否罹患憂鬱症。

3. 重要生活路徑訪談內容逐字稿（憂鬱時期與憂鬱前一年時期）：

- (1) 我覺得是從高雄搬過來之後才開始心情變得很差，之前先生搞外遇時，我的反應還沒有那麼痛苦。來雲林之後，我的脾氣也變得暴躁，很容易生氣，一點小事就覺得快受不了了，我每天只能在夜市擺擺攤子，小孩的教育費先生會支付，但是小孩跟我住，生活中還是很多開銷，經濟的壓力很大，那時候就只有賺錢這件事而已，回家有時候壓力大或心情差就會想喝酒，有時候喝了酒就會鬧自殺，那時候生活就是這樣。
- (2) 那時候哪有地方可以去，對雲林又不熟，總覺得這不是我的地方，沒有認同感吧，但是又能怎樣？躲債躲到這裡來也是沒辦法的事，想回高雄也不行，那裡已經回不去了吧。我覺得剛開始來雲林很不習慣，到哪裡都覺得我只是一個過客的感覺，也不想去瞭解，不想去熟悉，就像圖裡面畫的，我的生活變得很封閉，我沒有認識的人，沒有認識的地方，雖然比高雄那種都市來的清幽一點，但是這不是我的家。
- (3) 後來我覺得賺太多錢也沒有什麼好處，日子安安穩穩就好，像我先生，不是，是前夫，那時候家裡其實已經不錯了，就還要一直投資，好像怕賺錢賺輸別人的樣子，好像生意人就是這樣，一頭熱的賺錢，也不知道賺錢是為了什麼，然後去應酬啊、交際啊、上酒家啦，結果冇入，還不就是被勾走了，後來生意失敗那個女的還不是也跑了，都一樣啦，現代人都很現實啦，什麼都是錢的作用而已，好像只有錢最實在一樣，以前我也這樣覺得，後來我想通了，太有錢或沒錢都會害死人。

- (4) 心情差的時候我常常想回去高雄，因為我從小在那裡長大的啊，我對高雄也是有感情，就像看著它從平淡變得繁華一樣，啊看著它長大啦（笑），之前覺得生活很悶很難受，也不知道哪裡有問題，說是經濟壓力是有啦，但是後來已經有比較改善一點了，反正就是慢慢還而已，剛剛我想了一下，我覺得是因為我還一直想著過去，我根本沒打算在這裡長久住下來，一直想著我不喜歡這裡，我討厭這裡，愈想就愈討厭，擺完攤子就一股悶氣，回家就喝酒，就是這樣。這樣是憂鬱症嗎？我也不知道，我只是覺得活在這裡做什麼？回去也不是，在這裡也不是，乾脆死一死算了。
- (5) 我覺得不是心情不好才不想出去耶，我根本沒有地方去啊！在雲林我可以去哪裡？都不是我的地方嘛，然後每天的開銷又那麼大，擺夜市能賺多少，水費、房租、電費、瓦斯，什麼都要錢，哪還有心情去哪裡，應付生活都來不及了，很悲哀耶，過生活怎麼這麼難，以前小時候在高雄，我爸爸是開雜貨店的，都是一點點小錢這樣賺而已，還不是養活一家子人，現在怎麼什麼都要錢。
- (6) 還沒來雲林之前喔，那時候心情也不太好啦，我前夫的事情剛開始的時候，我也跟他吵了一架，那時候他大概也被我鬧煩了，就離開家去跟那個女的住，所以後來就離婚啦，離婚的時候當然心情不好，不過還好小孩子都很懂事，知道媽媽所受的委屈，他們也都站在我這邊，而且就像這裡畫的，我有娘家的家人可以訴苦，還有我是教徒，那時候也常常去教堂禱告、懺悔，心裡就比較平靜一點，有時候就跟小孩去愛河散步啦、或者小孩會找我出去旅遊啦，心情就有好一點。
- (7) 同一個地方會有不同的意義吧，聖母院就有神聖的意義和平靜的意義啊，天主的眷顧，是神聖的感覺，而到教堂也會比較平靜，我會去思考我的生活出了什麼問題，所以我喜歡去教堂……沒錯，生活比較有意義，我不是只有一個人，有神在天上看顧著我，那種感覺比較安心。
- (8) 如果我是憂鬱症，應該不是生意失敗讓我得憂鬱症吧，我覺得是因為來了雲林，我就像到了外國一樣，對這個地方沒有感情，不然那時候我前夫外遇我也應該憂鬱症才對，但是那時候沒有啊，那時候我沒有喝酒，睡眠食慾剛開始是差的一點，但是沒多久就正常了，我有很多力量支持著我，但是那些力量到雲林來就沒有了，小孩也要適應啊，他們去新學校、新同學，自己都照顧不好了，哪有力氣再照顧媽媽。
- (9) 就是這樣吧，我跟高雄是有關聯的，沒有了高雄，我的壓力跟心情就沒地方可以抒解，我就只能去工作，然後回家喝酒解悶，然後想自殺，我什麼也做不了，什麼也做不好。除非，我可以喜歡上雲林。
- (10) 對我來說，有沒有憂鬱症好像不重要了，我也不想要吃藥，雖然你建議我說可以加上藥物的輔助，但是我想要靠自己的力量再站起來，如果我暫時回不去高雄，那我也要在雲林過得快樂一點，為了我自己，當然也要為了小孩子。

※_ 憂鬱症狀改善近三個月 _時期生活世界重要路徑圖解說：

1. 我一直在想我畫的圖，就像你說的，我想如果我生活中的意義層面變得那麼單一而且狹窄，那麼我自殺的問題可能永遠不能解決，所以後來我試著去接觸多一點的人，多一點的環境，慢慢地找到一些方向了。
2. 我會去村子裡的小教堂，雖然規模不像高雄聖母院那樣典雅跟歷史悠久，但是天主的愛是一樣的，現在教堂對我的意義是神聖的，以及希望的，每次去教堂，我對自己跟未來就覺得比較有希望，可能沒辦法像以前那麼有錢，但是現在錢對我來說已經沒有那麼重要了，我只想要平安的過生活，讓小孩子快樂的長大。我相信主會完成我的希望的。
3. 我也開始跟鄰居來往，在夜市也有認識一些朋友，後來大家聊啊聊，原來他們早上都有去國小跳土風舞，以前我都覺得那是鄉下歐巴桑在做的事，後來想一想，現在我也是鄉下歐巴桑啦，哈哈……，每天去跳一跳、聊一聊，也有抒解壓力的效果呢，不過我還在學啦，跳得很醜（笑）。
4. 其實現在我的生活也沒有去很多地方，但是我覺得意義變多了，來這裡諮商可以抒解情緒，也可以對自己的生活再做一些反省，像圖中畫的，其實也只有三、四個地方，但是看起來好像生活很豐富呢，我覺得憂鬱症就是因為把自己封閉起來才會好不了啦，把心胸放開，走出去，就會好啦。
5. 來鄉下之後，我發現人需要的真的不多，以前出門要開名牌車、吃飯要上餐廳，衣服也都要穿名牌，沒辦法，應酬大家會比較啊，現在都不需要了，我就跟夜市旁邊擺地攤的買衣服，舒服就好，哈哈，慾望少了一之後，覺得生活其實也很簡單，以前真是太虛華了。
6. 可能單純一點的生活比較快樂吧，我不知道耶，你遇到的憂鬱症都怎樣的？……我都跟小孩說，沒有錢沒關係，我們有沒有錢的生活方式，就像那個啦，什麼日本的什麼阿媽的，我女兒有跟我說過，人家也是過得很快樂啊，政府也許不要一直拼經濟了，大家都一窩瘋的拼經濟，結果ㄉㄟ，還不是被淘空，錢進大陸，唉呀，多照顧基本的民生問題就好了啦。
7. 人真的不能一直悶著，會悶出病來的，我也都這樣跟我小孩說，有空出去玩沒關係，不要一直待在家裡，我自己就是這樣啊，以前都只有工作跟家裡兩頭忙，自己都悶出憂鬱來了，有時候想一想，少賺一點也許就有時間快樂一點，這樣也很好啊，活到這把年紀才看開，好像有點太晚了ㄟ又（笑），我不知道你們怎麼看憂鬱症的人啦，不過我覺得大家應該要冷靜一點，不要跟著瞎起鬨，拼了命的賺錢，那些車子啦、名牌啦、什麼大餐廳啦，都不如去跳一跳舞來得快樂。

※ 生活世界重要路徑圖概說：(個案七)

1. 個案簡要基本資料：

姓名：李○○ 性別：男 婚姻：未 年齡：20 學歷：大學就學中
診斷：憂鬱症 居住狀況：小家庭 出生地與成長地：嘉義縣
就醫狀況：高中時就曾經因為情緒問題被老師建議至精神科就診，但無規律服藥，情緒起起伏伏，曾數度向家人表示輕生念頭。家人因擔心而帶多次至精神科求診，個案對於藥物治療十分抗拒。上大學後，情緒仍顯低落，家人擔心個案情緒問題，向心理衛生中心求助，約半年前開始接受心理治療。

2. 個案簡要生活史：

個案為家中獨子，家中經濟富裕，自小衣食無缺，父母親也倍加關注，高中之前生活狀況一切順利。但後因高中聯考失利，依照父母親意見進入私立高中就讀，個案開始出現情緒問題，期間學校輔導室一再建議家長需帶至精神科就診，個案十分不滿。曾休學一年無所事事，復學後勉強完成學業，考上私立大學就讀，目前為大一。個案自高中後即開始出現較多的情緒與行為問題，母親十分擔心，帶著個案四處求助，幾乎跑遍各醫院精神科，但是皆沒有明顯效果，反而時常導致親子間的衝突。個案目前仍住在家中，但是一心想要搬出去住宿，父母親不肯，近來爭吵依舊不斷。目前個案學校課業亦不佳，情緒起起伏伏，常缺課在家睡覺。

4. 重要生活路徑訪談內容逐字稿（憂鬱時期與國中時期）：

- (1) 我討厭那個學校！我就是考不上國立的嘛，就不爽念了，本來我想去念高職，我老媽說會被帶壞，哈哈，老把我當小孩子看。我那三年一點都不想唸書，整天就是去學校鬼混，不然就說身體不舒服，在家打電動，反正那不是我該待的地方。
- (2) 那時候去學校很無聊，回家又一直被唸，當然心情不好啊，換做是你也會心情不好吧。然後老師就要我去輔導室，輔導室就跟我講一堆廢話，什麼以後的前途啦、父母親會擔心啦，都是屁話！我就是不爽念啊，老師愈講，我就愈不爽，我媽也是，就一直跟我說念什麼比較好，是她在讀書還是她在讀書，反正就是那樣啊，每天只有上網比較有趣，醫生還說我憂鬱症ㄉㄟ！你們都這樣就說人家憂鬱嗎？有時候真搞不清楚是他們有問題還是有問題，一直要我看醫生，吃藥就可以考上大學嗎？他們都不瞭解我！只會說我有憂鬱症。
- (3) 我覺得真的有憂鬱的時候大概是高三的時候，那時候真的心情很差，好幾次都跟我爸媽說我不想活了，活著幹嘛？考試也考輸別人、唸書也不行、玩久了也無聊，覺得人生很沒意思，我的未來還不都是他們決定的，那給他們去活就好了，那時候大概已經覺得自己考不上大學了，又沒有一技之

長，畢業後能做什麼？

- (4) 我覺得學生很可憐，為什麼只能拼命唸書？難道只有唸書一條路嗎？好啊，我就乖乖去學校、回家、去學校、回家，然後又要說我憂鬱症，是怎樣！我只要不跟其他人一樣就有病嗎？說我因為憂鬱才想自殺，我是因為被他們悶壞了好不好，後來我乾脆生氣不去學校了，在家閒晃了一年，覺得太無聊才又復學，還好現在大學很好考，雖然現在的科系也沒興趣，但是我已經看開了，反正就是混個學歷，以後怎樣再說。
- (5) 你這樣讓我畫我就知道了，我高中那時候還真封閉耶，我的生活沒什麼意義，沒有希望、也沒什麼情感，就是對學校對家裡都很生氣，也不知道在氣什麼，我假裝過乖學生的生活，其實我什麼都不想做，就想老師說的，渾渾噩噩吧，那時候我倒沒覺得怎樣，渾渾噩噩就渾渾噩噩啊，拼命唸書也不就當個老師嘛，也賺不了什麼錢，我爸有時候生意一天就是進出幾百萬，那時候就想，不然就待在家裡啊，不唸書又不會怎樣。
- (6) 小時候喔，其實從小就一直被告知說要專心唸書，哪裡也不能去，要跟鄰居小朋友玩，我媽都不准，說會弄得髒兮兮的，我還有去學小提琴耶，哈，學一個星期就放棄了，因為我鬧那個老師，唉，反正就是不讓我出去，要當個乖小孩，所以我也不知道真的要我出去玩可以去哪，反正大家同學間也都是玩網路啊，那時候（國中）偶爾偷偷去網咖玩，主要是因為可以跟同學一起啦，不然在家裡就可以了啊。國中的生活是比較好玩一點啦，那時候還沒有那麼憤世嫉俗吧，下課我會去補習班，想說這樣才有希望考上好學校，平常就是玩玩網路，還會去打籃球，我們有一群朋友很愛打籃球，不過我媽老是說運動沒什麼出息，叫我不要太常打，有時候還偷偷翹補習班去打籃球呢。
- (7) 其實國中過得還算不錯，有一群好朋友，生活也沒有那麼封閉，其實我很喜歡一群人的感覺，但是我從小常常就是一個人，上國中之後，也漸漸地不想跟爸媽多說什麼自己的事，我都跟幾個好朋友說，就打籃球的時候啊，所以有情緒抒解的效果。後來就沒有了，那些朋友大多考上嘉中，我沒有考上，就覺得很丟臉，跟他們見面都覺得矮一截，漸漸就疏遠了。大概也是因為沒考上吧，我整個人好像『消風（台語）』去，就覺得不想唸書了。偏偏我媽硬要我念。
- (8) 國中的升學壓力喔，也是有啊，但是我們幾個朋友會在學校一起唸書一起聊天打球，就覺得好一點，網路上也可以聊啊，呵呵，網路上的世界好像也像是你講的一個『地方』，我喜歡去網路上的那個『地方』，有很多朋友啊，高興的、不爽的，愛怎麼罵就怎麼罵，罵完講完就會好一點，還可以聽聽別人的情況，有時候，朋友的經歷比我慘多了，聽一聽好像自己就覺得也還好，沒那麼可憐。
- (9) 國中還算有一點希望的感覺啦，補習班就是這個意義，以前就是這樣被告誡的啊，要上嘉中、要考上國立大學、要考上研究所、最好是念博士班，所以國中笨笨的就一直唸書，覺得唸書考試是唯一人生的事情，後來覺得

都是狗屁，那考不上的不就都要去死喔，我高中沒考上就是這樣啊，覺得人生沒希望了，不如死掉算了，嘉中又考不上，私立高中又不想念，那我還能做什麼？夾在中間啊，像圖裡面畫的，國中還有情緒抒解的地方、還有期望，高中之後都沒有了啦，我好像都不屬於哪裡，活著也沒意思。

(10) 我是不太懂什麼人生的意義啦，不過這樣畫一畫我覺得我後來的生活真的是很單調，有點自我放棄的感覺吧，這樣好像一天過一天，也不知道自己到底在幹嘛，心情就好不起來，他們又一直說我憂鬱症，愈聽愈生氣，我就愈想要懶散給他們看。

※_ 憂鬱症狀改善近三個月 _時期生活世界重要路徑圖解說：

1. 最近的生活就好一點了，反正是個爛大學，我也沒什麼學習的感覺啦，哈哈，就是不要被『二一』就好，反而我覺得學習的感覺是在社團，學跳舞啊，一群朋友有共同的興趣，而且也是特殊情感囉，我馬子嘛。現在上大學了，就要好好玩囉，念的也沒興趣啊，搞不好以後也不會走這條路，跳舞比較實在啦，有時候還可以去表演，還不錯。
2. 我們在學校練舞啊，跳舞也可以發洩情緒，現在我很喜歡跳舞，有時候一天練好幾個小時，網路還是會玩啦，比以前少多了，那是休閒娛樂的感覺吧，現在生活就是這樣囉，每天去學校上上課，然後練舞，跟女朋友吃吃飯，哈拉一下，偶爾才上網聊天，啊來這邊就當是想想事情囉，討論一下生活中的事情也不錯，有時候會思考一下啦，譬如說生活的安排啦，像這幾張圖看起來就不一樣啊，現在比以前生活好多了，不會那麼單調無聊。
3. 至於那個憂鬱症喔，早就不管它了，自從醫生說我憂鬱症之後，我媽就比較不囉唆了，也有好處啦，他比較少要我做這做那，就說我開心就好，現在還挺開心的啦，反正每天就是上課啊、玩啊、跳舞啊、把馬子啊，哈哈，還挺爽的啊。
4. 現在偶爾心情還是不好啦，我媽就會很擔心，其實每個人都有心情差的時候啊，我媽心情也很差啊，他是不是也憂鬱症？要來看醫生？有時候跟馬子吵架啊，或者某個舞步學不好啊，都嘛會心情不好，還有蹺課被抓到啊，考試可能被當啊，這些都會心情不好啊，不用那麼緊張吧。其實最近幾個月好多了，心情差的時候有朋友可以聊啊，有舞可以跳啊，有地方可以去，就覺得好一點了。
5. 我覺得人還是需要多玩點東西啦，以前國高中笨笨的，只知道每天唸書，現在才發現，人生有很多好玩的事，把自己困在同一個地方當然心情會差，現在幾個朋友有時候也騎車出去夜遊啊，或是去山上烤肉啊，到處看看嘛，不過有時候玩過頭了啦，哈哈，我們微積分老師已經嗆聲了，再不去上課就通通當掉，那是必修耶，當掉就麻煩了，所以還是會收敛啦。

6. 可能真的要多擴展生活的意義吧，現在生活的意義多了，心情就比較好了，但是像這邊寫的，還有希望的意義啦、神聖靈性的意義啦，這些其實我的生活中好像都沒有，我也沒有宗教信仰，而且現在也不知道以後的希望在哪裡，人家都說大學只是基本學歷，現在研究生滿街跑，那我念個大學也沒什麼用啊，不知道耶，我也認識一些學歷不高的，在社會也混的不錯，有時候我也不知道到底要怎麼辦，我同學也都不知道啊，他們都說，管他以後要幹嘛，『時到時擔當（台語）』，我想也是啦，反正才大一，大三大四再去煩惱就好。
7. 不過你說的沒錯啦，我是跟很多地方有關係的，現在看起來，以前我的生活很封閉，沒什麼意義，就很像你們說的憂鬱症吧，現在意義多了，心情也比較好了，目前這樣就不錯了，以後有沒有辦法在多出其他意義，我也不知道，不過可以當個目標啦，現在已經比以前快樂多了，這樣就夠了。