UNSW SYDNEY

############ ###############

Author:
Chan, Bibiana Chi Wing

Publication Date:
2008

DOI:
https://doi.org/10.26190/unsworks/449

License:
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/au/
Link to license to see what you are allowed to do with this resource.

Downloaded from http://hdl.handle.net/1959.4/39400 in https://unsworks.unsw.edu.au on 2024-03-29

Depression through Chinese eyes: a window into public mental health in multicultural Australia

從華裔人士對抑鬱症的理解 透視澳洲多元文化心理衛生政策

Bibiana Chan 陳智穎

Chinese Summary

For all my informants who honestly and courageously shared their thoughts and experiences with me.

獻給所有為這項研究提供寶貴資料的參加者

To my LORD who gives me HOPE.

致掌管萬有並賜我希望的主

For any enquires regarding the research findings, please direct to bibi.chan@unsw.edu.au

摘要

心理衛生服務不被廣泛採用，不單是澳洲也是全球性的現象，尤其是那些多元文化和語言背景 (Cultural and Linguistically Diverse)的社區。改善接觸服務的各種門徑自然是當前急務，還需要考慮到服務範疇對多元文化的社區是否適切。華裔人士早於一百五十年前從中國及東南亞地區移民到澳洲，他們包括來自不同社會、政治、經濟背景的人士。悉尼的華人人口是澳洲近年增長最迅速的少了民族！有見及此，我們需要了解一下文化對情緒表現的影響． 華裔人士怎樣解釋他們的 抑鬱經歷呢? 要回答以上的問題，這個研究主要探討參加者怎樣尋求醫療和非醫療的服務。一般華人做這些決定時所持的病理概念就得以揭示出來！混合式的研究設計 正好提供一個機會去從一個垮躍多個學術領域 (公共衛生、 跨文化心理學和 醫護人類學)的角度來進行研究。這個在悉尼市區進行的研究,融合了‘數量’的問卷調查和‘質量’的社區座談會。取得的資料包括 病癥、病人的詮釋方法，求助途徑等．問卷搜集到背景資料，病癥識辨，以往的抑鬱經歷和 曾向那些專業服務求助，抑鬱症的量表和其他跨文化的工具都經過嚴格測試覆核，其中用來量度華裔參加者的文化適應能力的量表 Suinn-Lew Self-Identity Acculturation Scale, 把參加者客觀地分成較傳統和較澳洲化兩個組別、 和澳洲人的一組作比較。

問卷調查顯示兩組華人和一組澳洲人對抑鬱症的病癥識辨能力相約；社區座談會的討論則引出了有關求助途徑的豐富資料。較澳洲化的華人跟澳洲人組別在很多個研究指標 (或稱變數，variables) 上都很接近。不過座談會資料卻指出文化上的差異對選擇甚麼樣的服務有一定影響,很明顯這是超越語言上的障礙!參加者認為對專業人士或服務機構的信任是連接服務與病者的重要一環。研究結果呼籲澳洲心理衛生的策劃者必須正視‘建立良好關係的重要’。專業人士必需增強了解個別病者和少數民族對精神或心理病的詮釋。尊重求助者和施予援助者之間的文化差異’是踏出推動多元民化心理衛生服務的第一步．

目錄

1. 心理衛生面面觀.....1

2. 澳洲的華裔移民.....2

3. 情緒困擾的詮釋.....2

4. 文化適應.....4

5. 研究的重點和方法.....5

5.1 研究重點.....5
5.2. 研究方法.....5

6. 融合問卷調查和座談會的資料.....9

7. '求助拼圖' 10

8. 研究結果.....16

9. 研究報告概略.....18

9.1 抑鬱經歷.....18
9.2 疾病概念.....19
9.3 '連接' 服務.....20
9.4 '多元文化技能' 的培訓.....22

References 參考文獻: English summary p. 25-27 24

列表 1.1 問卷參加者的背景資料及情緒低落百份比 ……... …... 6
列表 1.2 座談會參加者的背景資料 ……..…….....6
列表 1.3 曾有情緒低落人或抑鬱體驗經歷達兩星期以上者的求助途徑 …… …... 7

圖一 求助拼圖……..10

圖二 多元文化心理衛生服務 ……..…….…..20

附錄*1: 情緒狀況問卷 DMI-10 Chinese version* *25*
附錄 *2: 抑鬱症狀*.....*26*
附錄3: 融匯病者詮釋方法的模式……..……...28

正心、修身、齊家、治國、平天下

One must cleanse one's heart, build one's character, manage one's family affairs, govern one's country, so that one rules the world.

Confucius, *Greater Learning*

1. 心理衛生面面觀

世界衛生組織預測到達公元2020年時,僅次于心臟病,抑鬱症將會成為全球第二號導致最多生命殘障或損失的病症(DALY) (WHO, 2002)。有 鑒於此, 預防勝於 治療成為西方各國應付這個問題的緊急對策。 美國、英國和香港都推出大型宣 傳活動籍以提高普羅大眾的心理衛生常識。

這個問題在今日的澳洲也相當嚴重, 澳洲總理及各省省長於2006年初開會討論相應辦法制抑鬱症漫延。新南威爾斯省省長承認政府部門的精神科醫生嚴重短缺, 要解決問題, 焦點需要集中於

(A) 針對現存的服務縫隙

(B) 謀求提高目前的服務水平

可惜, 心理衛生方面的研究經費跟心理病構成的醫療負擔不成正比, 而有關非 英語背景民族的研究撥款只佔心理衛生研究經費的 1.5%。 雖然澳洲於 2000 年推行全國性的 ' 跨越藍色抑鬱' (beondeblue) 運動, 對於政府改善多元文化社 區的心理衛生服務的誠意, 則仍然存疑。

在最近的科學雜誌 (Miller 2006) 報導了一個有趣現象, 香港精神科醫生建議患 上產後抑鬱症的病人從傳統中醫的角度去理解病況, 甚至鼓勵病者向中醫就診。 而根據英國的一項研究指出 (Green et al. 2002), 操 流利英語並且已經融入主流 社會的華裔人士, 當遇到情緒困擾時, 也寧願向文化背景相同的醫護人員求助。 這樣看來, 每個人的文化背景對其 求診的策略有一定程度

的影響。 當一個人離鄉別井遷移到一個不同文化的國家, 文化對人的影響就特別明顯。 在華人經歷這個融入主流社會的適應過程當中, 就正好為從事社會科學研究的 學者提供了 一個機會去 深入探討文化與心理衛 生、心理疾病的相互關係。 更 重要的是, 透過這樣的研究, 我們可以了解一般華人對心理疾病所持的概念和看法。 研 究結果將有啟發作用, 從而幫助醫療服務決策者設立最適切的心理衛生服務, 讓身居澳洲的華裔人士不致遠而避之。

2. 澳洲的華裔移民

跟據剛才所述, 當遇上情緒困擾時, 個人的文化背景確實會影響他的求助途徑。 澳洲悉尼的華人是目前移民人數增長最快的非英語背景民族。 以2001年的全澳洲人口普查計算, 全國共有五十萬華裔人士, 約佔總 人口的 3%, 操普通話或 廣東 話的人合計約有四十萬。早於1850年代 '尋金熱潮' 留下的早期中國勞工, 今天已 有第 三、四代後裔。 自從澳 洲政府在1973年取消 '白澳政策 ', 就吸納了大量亞 裔移民。 直到1989 年北京天安門民主學運, 時的澳洲總理發給二十萬中國 留學 生 永久居留權, 之後申請家庭團聚的人數也相當多。 香港人在面對英國政府 把 主權移歸中國的政治變遷的幾年(1990-97), 亦激發了大量專業, 技術和商業移民 潮。其他東南亞國家(包括馬來西亞、印尼、臺灣、越南、柬埔寨、新加坡) 的 華人也因為政治氣候的變化自願或非自願的遷移到澳洲定居。

3. 情緒困擾的詮釋

當遇上情緒困擾時, 是甚麼驅使一般人積極地尋求解決辦法呢? 往往是當事人 察覺 到有此需要吧。 究竟華人怎樣理解他的情緒起伏 呢? 是 人生

不如意事常 八九? 還是一種心理疾病需要向醫生求診呢? 跟據世界衛生組織的一項跨國研 究顯示 (Simons et al. 2002), 不同文化的國家對怎樣的情況才算是患上 '抑鬱症' 看法不一. 以上海市 為例, 當 地人民 的發病率很低, 但要算作發病的標準 則相 對的高。 此外, 很多西方以外的文化都有地道的通俗名詞來形容類似 '抑鬱症' 的 狀況, 如中國人說 的 '神經 衰弱', 南美人士所講的 '凶眼' (Evil eyes), '瘀血 沸騰' (Blood-boiling bruises)等。 其實 '神經衰弱' 一詞源於西方醫學精神科的名 詞。 引入中國醫藥概念後, 為一般人 接受而普及起來。 從中醫的角度 而言, '神經衰弱' 泛指神經發生了衰弱現象, 緣於 精神疲勞所致, 個中 道理跟身體 其他器官出現衰弱現象相類似。治療方法主要是使神經 趨於強壯, 所以要補氣 養血, 中醫的食療就大派用場。這樣的一套理論 使 '神經 衰弱' 很容易為普羅大眾接受, 不像西方精神病, 心理病那般招 來歧視或遭人閒言閒語。 另一方面, 中國傳統以來相信 '陰陽五行' 之 說, 這是文化特色之一, 所以要 調理身心情緒失衡, 也有傳統的藥方, 這 是顯然易見的。 其實, 中華文化還有一個 更重要的作用, 就是透過推 崇壓抑情緒, 不要大喜大怒來達成社稷平衡, 國太民安的境界 。 相對來說, 外來引入的西方醫學概論 (參考美國精神科醫生協會資料), 焦點為個人的病狀, 如連續兩個星期或以上經歷

'對平常喜愛的活動失去興趣, 不再感覺 愉快' 或

'經常處於情緒低落的狀態' 的其中一項,

並且有以下任何四項：

1. 顯著的體重變化, 暴瘦或暴重
2. 失眠或多睡
3. 精神不能集中

4. 坐立不安或行動緩慢
5. 疲倦或意志消沉
6. 感覺自己不中用或非常內疚
7. 想到死亡或想自尋短見

此外,病者還要因為以上病癥而影響到日常的工作或社交能力才算是患上'抑鬱症' .

究竟不同的人怎樣詮釋同一組病癥呢? 這是一個很重要的問題。如果醫護人員預先已確立了西方醫學的詮釋方法, 一旦跟病者的理解方法有 所出入, 醫療服 務的收效會受影響嗎? 退一步想, 西方醫護人員跟求診 者由於詮釋病癥的差異, 可能造成華裔人士不願使用澳洲政府提供的 心理衛生服務。

4. 文化適應

在移民和適應文化的過程當中，經歷較大幅度的情緒起落是很正常的。一方面是未能投入主流文化而感覺跟社會疏離, 另一方面可能是以 英語來應對, 社交未必能夠隨心所欲。 再加上身處異邦，一時失去 平日的社會資源和熟悉 的求助門徑。 這種種原因都使第一代華裔移民較易形成憂傷的情緒。那麼第二代移民的情況又如何呢? 他們會否因為融入主流社會而較樂於表達負面或不愉快的情緒嗎? 以上探討的課題， 都是籍着這個研究去找尋答案的。這次的研究混合了問卷調查和統計分析的 '數量' (Quantitative) 方法和社區座談會的 '質量' (Qualitative) 探討, 前者可以收集大多數華人的抑鬱症經歷 、發 病率、病癥、求助率等, 後者可以讓參加者較深入的講述病發經過, 求 助過程和解釋他們求助的原因 。這些資料和意見對於制定適用於華裔 人士 的心理衛生服務, 尤為重要。

5. 研究的重點和方法

5.1 研究重點

有關這就次研究的重點, 有以下幾項：

1. 華裔人士跟澳洲人的抑鬱經歷是否相似?
2. 華裔人士跟澳洲人相比， 患上抑鬱症的機會是否較少?
3. 竟華裔人士對抑鬱經歷或心理疾病的看法和基本概念是怎樣的呢?
4. 華裔人士求助的途徑跟澳洲人採用的是否大致相同?
5. 裔人士跟澳洲人相比，是否較少向家庭醫生講述情緒困擾等情況?

跨文化心理研究的價值不但可以對不同文化背景人士, 就有關抑鬱症的病癥和發病 的原因有較深入的理解, 更重要的是讓醫護人員反覆思考西方精神病和心理學理論的一些基本假設, 如患病經歷的普遍性。 這次研究的最終目的, 是希望來自多元文化背景的人士, 能夠得到理想又適切的心理衛生服務。

5.2. 研究方法

這一節說明使用混合研究方法的目的, 步驟和資料搜集的過程和分析方法。一般社 會科學和醫學研究多數使用問卷調查的方法, 通常會訪問很多參加者, 搜集大量和 研究有關的資料 (如發病的年齡、 曾向那些專業人士求助等)。至於質量的研究方法 如個別面談、座談會等, 通常會環繞研究題材進行較深入的對話, 藉此取得較詳細 的資料 (如引發情緒

困擾的環境因素)。 這兩個研究方法。不是要比較優劣, 其實它 們各有 千秋, 最重要的是可以互補不足。

澳洲人和中國人都有參加這個研究的問卷調查, 也被邀請出席座談會 討論 '心理衛 生和抑鬱症'。 問卷內容涉及對澳洲文化的適應程度 (SL-ASIA, Suinn et al. 1998), DMI-10 量表來自我測量抑鬱症病癥 (*附錄1,* Parker et al. 2002; Chan et al. 2007), 辨別 '抑鬱症病癥' 的能力 (*附錄2)*、 最近和 過往的抑鬱經歷和求助途徑等, 座談會則透過兩個 個案而帶出討論 的重點。由於有個案裡的主人翁作為討論 重點, 這避免參加者有公開個 人私隱的壓力。 由於在很多華人心目中, 情緒困擾 仍然是個敏感題目, 召集願意參加座談會的人士並不容易, 幸好有華人社區團體 (如澳華工 會) 和多元文化 健康工作員的支持, 介紹研究員讓 社區人士認識, 跟研 究員建立安全感, 因而成功 地舉行了多個座談會, 參加者都踴躍地發表 和情緒 困擾 有關的意見。研究分析有下列兩個途徑:

1. 問卷的量化資料是用統計學的電腦軟件進行 (SPSS), 見後頁列表 1.1, 1.2 及 1.3。
2. 座談會的質化資料是用資料整理系統軟件 (NVivo 2)記錄。

英文的翻譯也務求 達到最高標準 。

列表 1.1 : 問卷參加者的背景資料及情緒低落百份比

	Chinese華人		Australians澳洲人
Level of Acculturation 文化適應程度	Low-Acculturated Chinese Version 回答中文問卷 (較傳統化) N (人數) = ***256***	High-Acculturated English Version 回答英文問卷 (較澳洲化) N ((人數) = ***129***	English version 回答英文問卷 N (人數) = *43*
Mean Age 平均年齡	42.4	30.6	41.5
Age at migration 移民時之平均年齡	31.4	13.4	不適用
SL-ASIA* 文化適應量表平均得分	2.05	2.72	不適用
Females 女性	57.0%	54.3%	53%
Have previous depressive experiences 曾有 '情緒低落 ' 或抑鬱體驗	29.0%	37.6%	49.2%

* SL-ASIA : Suinn-Lew Self-Identified Acculturation Scale

列表 1.2: 座談會參加者的背景資料

Level of Acculturation 文化適應程度	Low-Acculturated Chinese version 華人 回答中文問卷 (較傳統化)		High-Acculturated English version 華人 回答英文問卷 (較澳洲化)	Australians 澳洲人
Focus group language 座談會所用語言	Mandarin 普通話 N (人數) = 26	Cantonese 廣東話 N (人數) = 33	English 英語 N (人數) = 17	English 英語 N (人數) = 25
Mean age 平均年齡	59.4	41.1	29.4	47.0
Age at migration 移民時之平均年齡	48.7	25.8	17.9	N/A 不適用
SL-ASIA* 文化適應量表平均得分	1.90	2.72	2.84	N/A 不適用

- SL-ASIA : Suinn-Lew Self-Identified Acculturation Scale

列表1.3 曾有情緒低落人或抑鬱體驗經歷達兩星期以上者的求助途徑

	Low-Acculturated Chinese 華人 A組 回答中文問卷 (較傳統化) 人數= ***252***	High-Acculturated Chinese 華人 B組 回答英文問卷 (較澳洲化) 人數=128	Australian controls 澳洲人 C組 回答英文問卷 人數= 140	*卡氏平方數*Chi-square analyses		
				A vs C A 對比C	B vs C B 對比 C	A vs B A 對比B
向西醫求診比率 General Practitioner	28.4%	35.0%	57.4%	11.0**	4.8**	0.5
向心理學家求助比率 psychologist	17.9%	22.5%	29.5%	2.4	0.6	0.3
向精神科醫生求診比率psychiatrist	10.4%	12.5%	29.5%	7.4*	4.0*	0.1
向中醫師求診比率Chinese herbalist	3.0%	2.5%	4.9%	0.3	0.4	0.02
向親人或友好求助比率friends or family	22.4%	5.0%	13.1%	0.9	1.8	4.3*
沒有求助 sought no help	38.8%	47.5%	24.6%	0.8	5.7*	3.0

*p值 < .05, ** p值 <.01, ***p 值<.001

6. 融合問卷調查和座談會的資料

首先, 我會討論由兩個不同的研究方法搜集得來的, 有關 '求助途徑' 的資料, 找出相似的主題。 我會用座談會的討論來說明我的論點。 在詮釋座談會的討論和分析參加者提出有關 '求助途徑' 的主題時, 我嘗試找出 一些模式, 和問卷調查的答案作比較, 查看有那些相似或相異的題材。 這些主題是以援助者為作出發點, 依照一個自然的次序, 由 '一己' 開始, 有甚麼是 '我' 可以做得到的 去幫助個案討論中的人物。 並且跟據 參加 者對 '病癥'和 '煩惱' 的各樣詮釋, 然後伸展到不同的專業援助者.

如果情況是被認為是軀體方面的, 家庭醫生是最常提到的前線援助者。雖然參加者 對是否需要使用心理 / 精神方面的各種服務, 有很分歧的意見, 但向家庭醫生求助, 似乎是消解各類病癥 (如失眠)的首選。 這個主題在不同組別的座談會, 都有重複提 及。以下是個典型的例子 :

我想看醫生是有需要的, 譬如難以入睡, 某程度上醫生可以幫助她 (個案一的年輕母親) 的。 (CV: 33)

至於那些曾經經歷抑鬱症或認識親友有這個經歷的, 又或者從傳播媒介, 國際 互聯 網絡 聽過, 即是心理衛生常識較高的參加者, 他們較積極提議 向專業人士, 如精神科 醫生或心理學家等, 查詢服務資料 。

有一位操普通話的女士, 曾經使用翻譯員去協助她會見精神科醫生, 在座 談會接近尾聲時,才跟大家分享她的經驗。 可能是對其他參加者有了基本的認識, 她才放心透露自己不愉快的經歷。 有很多華人 參加者都 提到, 一般來說,華人對 '感覺羞愧' 的問題很敏感, 好像 '個案一'

裡的年 輕母親, 很介意別人的閒言閒語, '個案二' 的失業男士, 因不能維持家計而 感到自卑, 大家都一致認為這是構成一般人遲遲不願尋求援助的原因。

至於常被提及的非專業的求助途徑有以下幾項:

1. 和朋友一起參與娛樂活動,
2. 多跟社區內的人士交流 ,
3. '自己' 努力振作, 也是一個經常提及的主題,
4. 社工、移民定居服務員、多元文化健康工作員、援助者的範圍就逐漸擴展到醫 療以外的專業.

不過在某程度上, 個案的主人翁要面對 '道德的判決', 參加者好像是帶著一種旁觀者 的心態 , 認為個案人物應該自我反省。試看這些談話：

照顧小孩不是每個母親的責任嗎?

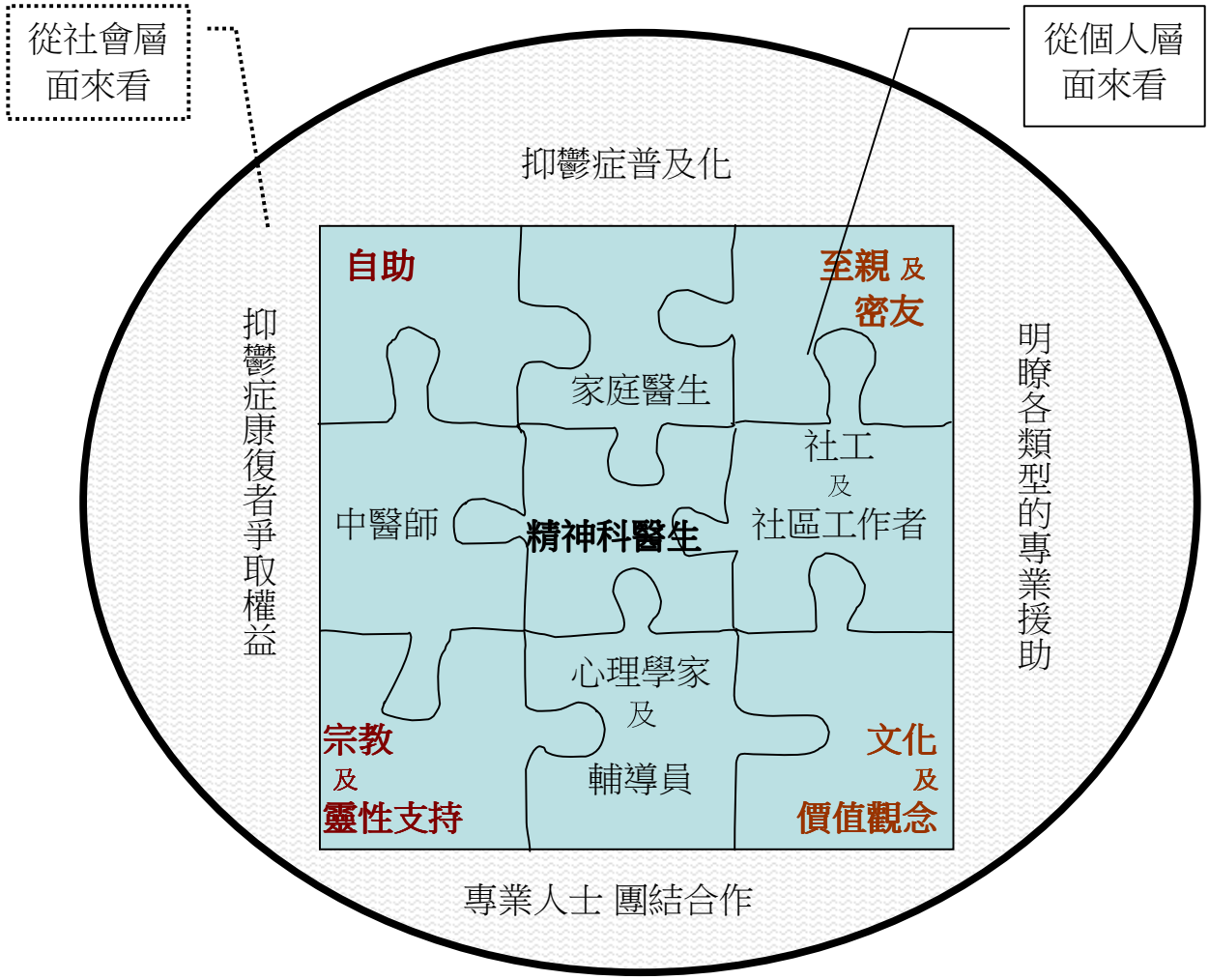
他找工作一定是很挑剔、為何他不肯甚麼工作都幹呢?

這樣的價值觀念, 對與錯的取捨, 似乎反映了參加者的道德, 文化觀念。

7. '求助拼圖'

就資料分析所得, 我嘗試把座談會和問卷調查的結果, 融匯一起去塑造了一個 '求助 拼圖'。 這是一個以圖像來概括地表達出席 '心理衛生和抑鬱症'座談會的人士, 面 對情緒困擾時的各種援助途徑。 每一塊拼圖代表一個獨特的求助途徑去幫助個案 裡的人物去解決困難, 總共有九塊拼圖,去直接向 '求助者' 施予援助。

圖一: 求助拼圖


從社會層面來看
從個人層面來看
抑鬱症普及化
抑鬱症康復者爭取權益
明瞭各類型的專業援助
自助
至親 及 密友
家庭醫生
社工 及 社區工作者
中醫師
精神科醫生
心理學家 及 輔導員
宗教 及 靈性支持
文化 及 價值觀念
專業人士 團結合作

從拼圖(見圖一)的顯示, 中間的一塊是精神科醫生, 跟據澳洲 的醫療系統, 是需要家庭科醫生轉介的。所以通常精神科醫生不會是第一線的援 助。 那四塊跟中心相連的是專業援助者：

1. 家庭醫生 – 前文已有說明
2. 心理學家/輔導員 – 提供心理治療和輔導
3. 中醫師 – 按照中國傳統醫藥理論給予診治
4. 社工/社區工作者 – 多數是照顧實際的需要，如新移民小組，英語班，康樂活動， 義工訓練等

這些專業服務是需要繳費的,雖然有些只是徵收會員費和活動費，很多社區活動只是像徵式的收費。這些醫療以外的專業服務在不同的座談會、不同的組別都有被提及。由於參加者的澳洲化程度的差異，他們提供的資料和選擇也不盡相同。

在問卷調查的其中一條問題是有關‘曾向以下那些人士求助’除了社工和社區工作者之外,其他專業工作者都包括在問卷調查的答案之內。 此外還可以選擇‘其他’，然後答題者可以提供較詳情的資料，以下 列舉部份收集到的答案要好朋友、 我的朋友和我姐姐、向我的妻子傾 訴、自己克服困難、和牧師傾談，頌讀佛經，看自助書籍、使用自然療法、請教幼兒護士等。

從這些答案顯示，問卷資料也確定了傳統醫療專業以外的其他求助途 徑的存在。香港中文大學心理健康研究所的李誠教授也認為，隨著 社會家庭價值觀的改變，

相對於向家人求助，自助是越來越重要了。 一 些較傳統的華人參加者，經常往返中國，香港的，都屢次提到自助 這個主題。

最後我用 ‘求助拼圖’ 四個角落來代表非專業（或非繳費的）的援助，理論上這些援助是比較容易取得的，只要求助者本人選擇 這樣做的話，尤其是情緒困擾較輕微的或者在最初期，這些非專業 的援助包括

(1) 至親或密友 – 提供心靈 或實際上的支持

(2) 自助 – 自己尋求解決辦法、、

(3) 從宗教神上或靈性上取得支持和安慰、

(4) 從 文化價值觀念上得到訓勉或警醒。

至於求助拼圖以外的四個主題是針對一般人在日常生活中，當接觸到那些面對情緒困擾的人士時，所持的態度。這些可能會直接或間接影響求助者，例如: 較容易為社會大眾接。這些求助途徑’要求社會上 成員 是在整個觀念和態度上的轉變，營造一種氣氛，鼓勵有需要人士 及早尋求援助，並且消除對精神病患者的歧見。

1．抑鬱症普及化

假如社會人士都能明白，抑鬱病癥其實是很普遍的,就好像一位參加 者所打的譬喻: “抑鬱症好像心靈的傷風咳嗽”，如果社會上每個人 都存有一個測隱，憐憫的心，去接受這些人可能正在經歷情緒上的低潮，抑鬱症或其他精神病患者可能會願意及早求診。

2．明瞭專業援助的重要

一般人對社區內不同的專業援助有所認識，明白到假如及早察覺癥 兆，抑鬱症患者基本上是可以從不同的途徑得到協助或醫治，這對於 防止自殺尤其重要。

3．專業人士團結合作

不同專業（醫學、心理學， 社區發展 或其他）的人士，團結起來一同向大眾推廣心理健康和心理衛生常識。 這包括個人、抑鬱症患者的親友、社區賢達、 神職人員等， 在專業的層面來說．各種專業 援助者透過研討會，個案討論來加強互相轉介及交流心得和專業知識。

4． 抑鬱症康復者多爭取權益及影響醫療政策

在座談會上， 澳洲文化背景的參加者提到需要積極的鼓吹 ‘抑鬱症康復者’ 爭取應有的權益去影響醫療政策。並視之為通往 ‘痊癒’ 的必經旅程。 這跟西方社會對人權 民主的信念有關。 不過，雖然 有文化背景的差異，座談會參加者都異口同聲地認為在協助其他人，支持其他人度過難關的過程裡，就幫助自己處理情緒困擾而言，是向 前邁向了一大步，所謂利人利己。

綜合以上的討論，這個 ‘求助拼圖’ 是在概念上提供了一個心理藍圖 去描繪座談會裡提出的各種援助途徑。

小結

似乎較多華人對抑鬱或情緒困擾的經歷, 看成是一種情緒狀態, 在這樣的情況下, 一般較傳統的華人, 不向醫療專業人員求助, 這是不難理解的。 華人可能會對一些在日常經驗裡較顯著的軀體癥兆 (如失眠, 頭痛等) 比較敏銳, 當這些癥兆發展到 ‘不舒暢’ 的程度, 很多人都會第一時間向家庭醫生求助。 這是最普遍的途徑去使身 體恢服 ‘舒適自然’ 狀態。 這個概念和華裔參加者經常提及當身體某部 份處於 ‘失調’ 狀態時, 怎樣 ’調理’ 使其復元的概念, 有異曲同工之妙。 以傳統的中醫藥理論來說, 客觀的

環境變遷可以造成 '個人' 跟宇宙的 陰陽五行失去平衡, 或者是遇到心理上 的不和諧, 又或者是身體的寒熱 失調. 如果把這套思想方法, 應用於腦部的化學傳遞 物質失去平衡, 應該是不難接受的概念。 不過, 由於傳統以來, 中醫相信情緒上的大上 大落會引起疾病, 所以當談論到情緒或精神困擾時, 一般人並不寄予患 者很大的同情, 對精神病者所存的歧見, 仍然很根深蒂固。 這樣往往 使患者不願及早求助。 因此, Kleinman and Good (1985) 的結論是, 人 與人在社交場合上對 '抑鬱癥兆' 的反應, 某程度上是由文化塑造的。 在座談會的討論中, 很多澳洲化程度較高的 華裔人士, 在澳洲接受教育, 對精神心理 健康方面的知識較多, 他們有機會涉足中西兩個不同文化, 加上他們在英語上 的優勢, 跟較傳統的華人相比, 他們有較多元化的求助途徑可以考慮, 然後以作出適當的選擇。

8. 研究結果

1. 從座談會的討論中, 較傳統的華人對西方心理、精神科的抑鬱症判斷, 不太肯定, 那些較澳洲化的華人, 對西方醫學所用的詞彙比較熟悉。

2. 在座談會提出的兩個個案, 很有效地帶出了一連串的話題。 無論是 華人或非華人組別的參加者都跟個案中的主人翁產生共鳴。 不過,認同 個案中人物的遭遇是一回事, 認為這是抑鬱症的案例又是另一回事。 較傳統的華人跟澳洲人就持有不同的見解。

3. 問卷調查其中一項是請有過抑鬱經歷的人士, 列出叫人最感煩惱的 病癥。結果 '失眠' 、 '情緒欠佳' 和 '感到緊張和憂慮', 分別在傳統華人, 澳洲化華人和澳洲人三個組別名列前三名, 只是排名次 序有所差異吧了.

4. 傳統華人在座談會上, 焦點多集中於討論軀體化的病癥與及向醫生 求助, 以減輕病況。 在問卷調查的另一條問題是問及被訪者 心目中 對自己的情緒困擾怎樣詮釋? 不論文化背景, 被訪者都異口同聲地指出 '生活壓力', '工作壓力' 和 '人際關係' 等為主要原因。 華裔人士, 不論澳 洲化的程度, 則對 '家庭衝突' 感到煩惱, 相對來說澳洲人較多表示情緒 起伏是和其他身體健康問題有關。

5. 這樣的結果多少反映出在華人家庭裡, 每個人所扮演的社會角色是互相牽連的。 Kleinman (1980)早年探討 病人的詮釋方法 **'Explanatory Model' (EM)** 作為治療的參考。 近年心理健康工作者開始廣泛使用這一套理論, 開始明白到 **EM** 對病者的

求助途徑有重要影響, 因而制定一套可以包容病者的詮釋 方法的康復計劃 (見附錄一)。

6. 有49.2%澳洲人承認曾經有過兩星期以上的類似 抑鬱經歷, 較澳洲化 的華人有人37.6%, 而較傳統的華人則只有29.0%。 進一部分析顯示, 當抑鬱情緒持續 四個星期以上的話, 較澳洲化的華人跟傳統華人比較, 病者尋求心理輔導的可能性較大。可能他們對抑鬱癥狀較敏感, 又或者 對現存的心理健康服務認識較深。不過, 在曾否服用抗抑鬱藥的問題 上, 不論背景, 華人回答 '否' 的, 相對澳洲人而言是偏高的。至於原因 在那裡? 問卷調查的分析未能提供肯定的回答 。

7. 另一方面, 透過座談會的對話, 參加者講述抑鬱症的病發經過和有關 的環境因素, 讓研究員較容易理解在甚麼情況下, 澳洲化程 度 不同的華 人尋求甚麼幫助。 這包括醫療專業人員， 專業但非醫療的人員(如社 工), 及非專業的(如親友)。 一般來說, 較傳統的華人會向對中 國文化較 熟悉或接近的社區、 宗教團體或家人朋友尋求 幫助。 儒家思想 、傳 統家庭觀念亦是面對逆境時的依靠。 前文提及華裔、澳裔人士對常見 抑鬱癥兆的辨別能力 相若, 但較澳洲化的華人卻對 '心理' 病癥的辨別能力較敏銳。不過, 不論文化背景, 曾經有過抑鬱經歷的人士, 比起未 曾經歷過的人, 他們的認辨抑鬱症病癥的能力較高。

8. 透過座談會的討論, 有些華人參加者指出甚少和醫生(西醫)談及他們的心理困擾, 原因在於 他們認為醫生只會開藥 (如安眠藥、鎮靜濟等),又或者感覺醫生很忙, 那有時間聆聽病人的情緒困難? 但有些人指出, 要先建立 '信任' 和良好的 關係才會介紹朋友去看西醫。 以華人一向對公開表達情緒比較保留, 有這樣的表現這是不難理解的。

9. 有些參加者認為假如求助的對象跟自己的文化背景不配合, 或許會出現斷錯症的情況。

10. 在不同文化組別的座談會裡, 曾經參加 '支援小組'(Support Group)的人士, 一 致認為這些小組為他們在心靈上和社交需要上提供 了很大的支持。透過 '同病相連' 互相幫助, 一同分享苦與樂, 發揮重 建自信和恢復身心健康的作用。

以上所列的研究結果, 對制定公共衛生、心理健康的決策者有一定的參考作用, 也可借鑒到將適切的服務推廣至其他少數民族。很多華人 寧願向相熟的親友求助, 而不向專業人士求助。 一般人對心 理健康的 基本認識不多, 所以身心健康推廣運動必須要使用華語進行, 除了增加 普羅大眾對情況病的認識之外, 糾正錯誤觀念和歧見也是當前急務。

9. 研究報告概略

這次混合質與量的資料搜集方法進行的研究, 獲得很多重要的結果, 概 括地總結成下列四點, 以供多元文化心理衛生服務決策者借鑒。

9.1 抑鬱經歷

從問卷調查的結果, 華裔人士跟澳洲人都認為患抑鬱症的病者有相似的 主要病癥 (如憔瘁、意志消沉、感覺無助等)。 但是, 不同的文化塑造 了不同敏感程度去察覺及表達某些病癥。語言顯著性 (linguistic saliency) 的概念在兒童語言發展的理論

文獻已廣泛報導, 居住在南、 北極的兒童很早就學會用不同的詞彙來形容 '雪' 和 '冰' 的多種形態。 我現在把這一套借用於以語言來表達感情方面, 稱為 '文化顯著 性'。 華裔父母從小就不鼓勵孩子表達他們的情緒, 卻有意無意地給他們榜樣, 用 '比擬' 來解釋情緒變化的因由, 例如, '媽媽說我脾氣暴燥, 是肝火旺 盛。' 所以華裔人士 談及情緒、肝火等問題, 通常只會跟那些有中國文 化背景的朋友提出。從這次研究 結果顯示, 澳洲化較深的華人, 也寧願 向有中國文化認識的心理治療師求助。 表面看來, 這是很理所當然的, 其實這正好是對心理健康專家發出增強 '多元文化 技能' (cultural competency) 的要求。

當然, 很多時候, 由於政治氣氛所趨, 增強 '多元文化技能' 的要求 會使主流文化的醫護人員感到無所適從。要透徹理解這個問題, 最基本 的做法 就是從另一個角度去看, 假設 '增強文化技能' 的目標未能實現, 可能會導致診斷錯誤或延誤就診。 更嚴重的是可能導 致 '自殺', 因而帶來人命損失。 在這次研究中, 華裔和澳洲裔的被訪者 不約 而同地提出 '信任'是通往 '內心深處' 的直通車。 因為多元文 化技能的其中一環就是一般醫護人員錄取病歷時, 必須注意的 '溝通技 能'。 這是跟病者建立良好關係 的基本要素。 缺乏這個關係, 病者可能 會感到不受專重, 甚至誤解, 這樣會削弱整個醫者與病者之間的關係。 甚至乎因而使病者半途退出康復計劃, 又或者拒絕接受治療。 不論他的語言和文化背景, 這樣的情況可以發生在任何一個病人身 上。

9.2 疾病概念

假如疾病經歷是由文化塑造, 疾病的概念也在一定程度上受文化觀點影 響。 在一般較傳統的華人當中, 他們的寒熱不配合、情緒失調、 心理 不平衡等概念, 大致可以追索到華人對宇宙、陰陽五行之說、和內在身 體完氣的失衡有關。這是集合了內在 對 (人體) 和外在(自然環境)的相 互連繫產生的作用, 經過五千年來的演變, 結合了文化、神話和宗教 的 影響而集大成。 當中有受到傳統儒、道、佛, 和西方基督教

的影響。 再加上社會、政治、地理、經濟等變遷, 最後塑造成今天華人對疾病經歷所持的詮釋方法, 這個結論是從這次研究舉行的座談會得出的。

澳洲化程度較深的華裔人士正好反映出他們跨越中西文化的經歷, 而那 些非華裔受訪者, 則表達了他們在澳洲生活或長大所持的世界觀。 對 不同文化的疾病概念有了明確的認識, 這樣就對揣摩不同文化人士, 在 面對情緒困擾時, 採用的求助途徑, 來得輕鬆一些! 我嘗試把研究結果 概括為下列的 '求助拼圖'.

如果主流醫護人員相信最終的門徑是位於拼圖中心的心理或精神科醫生, 那麼最迫切的任務是向能操華語和英語的家庭醫生或者心理輔導員, 提出配合方案, 讓他們多鼓勵有需要的病者向專科醫生求助。 我作為 一個操華、英語和對中西 文化略有研究的學者而言, 我會向面對情緒 困擾的病者講述多種可行的辦法, 安慰病者並且指出就個別情況的差 異, 不同的人士會需要不同的幫助, 主要視乎病況的輕重和個人的詮釋 而定, 因為人類的情緒困擾是頗為複雜的, 有時是要雙管齊下。 最重要的是專重病者的決定, 而提供所需的支持和援助。很明顯, 我不單是 鼓吹多元的求助 途徑, 我同時常肯定了融匯 (integrating) 不同策略的態 度去認同病者所面對的是個複雜的處境, 不是單靠藥物就可以除卻身 體上或心理上的病癥。

9.3 '連接' 服務

在整個討論當中, 我提出了不同層面和形式的服務：從個人對情緒困擾 的癥象提高警覺及時就診, 加強不同專業 (如家庭醫生、心理學家、專 科醫生) 之間的互相轉 介, 到社區的移民安頓服務、家庭服務等, 我在 此想特別提出, 主流心理健康服務 使用率普遍偏低, 並不單是否 '接觸 門徑' (access) 的問題, 這些屬於架構上組織上的障礙

如 '服務的開放 時間 不夠方便' 或 '輪候時間很長' 等一類問題, 在這次的 座談會未有提及, 是這些問題不存在嗎? 絕對不是! 這是暗示了一個更嚴重的問題。

究竟現存的服務, 在文化上有照顧到華裔人士的需要嗎?

我提出了好幾個例子，比較一些跟澳洲同樣有大量華裔移民的西方國家如英國、美國、加拿大的狀況、它們似乎都異口同聲的承認語言障礙是顯然易見的，不過其中隱藏著的文化鴻溝, 這不輕易察覺。 若要徹底改善服務, 就要推行一些可以連接鴻溝的服務。例如、最先在紐約推行的築橋計劃 (Bridge Program – Chen et al. 2003) 提供了一個 極佳的模式, 這個計劃的成功在 於騁用了會操華語和英語, 又對中國文化有認識的醫護人員出任連接家庭醫生和心理專科醫生的 '橋樑', 使有需要的病人能夠及早得到診治, 由於 '連接鴻溝的橋樑' 可以直接以華 語和病者溝通, 因此較容易贏得病人的信任, 這項計劃便得以有效地推 行到其他華人聚居的城市如三藩市。 當然, 如果有足夠的 能操雙語的 醫護人員, 這是很理想的計劃。不過, 很多少數民族, 沒有足夠的有兩種 語言 和文化背景的醫護人員, 要推行這樣的計劃, 便困難重重。

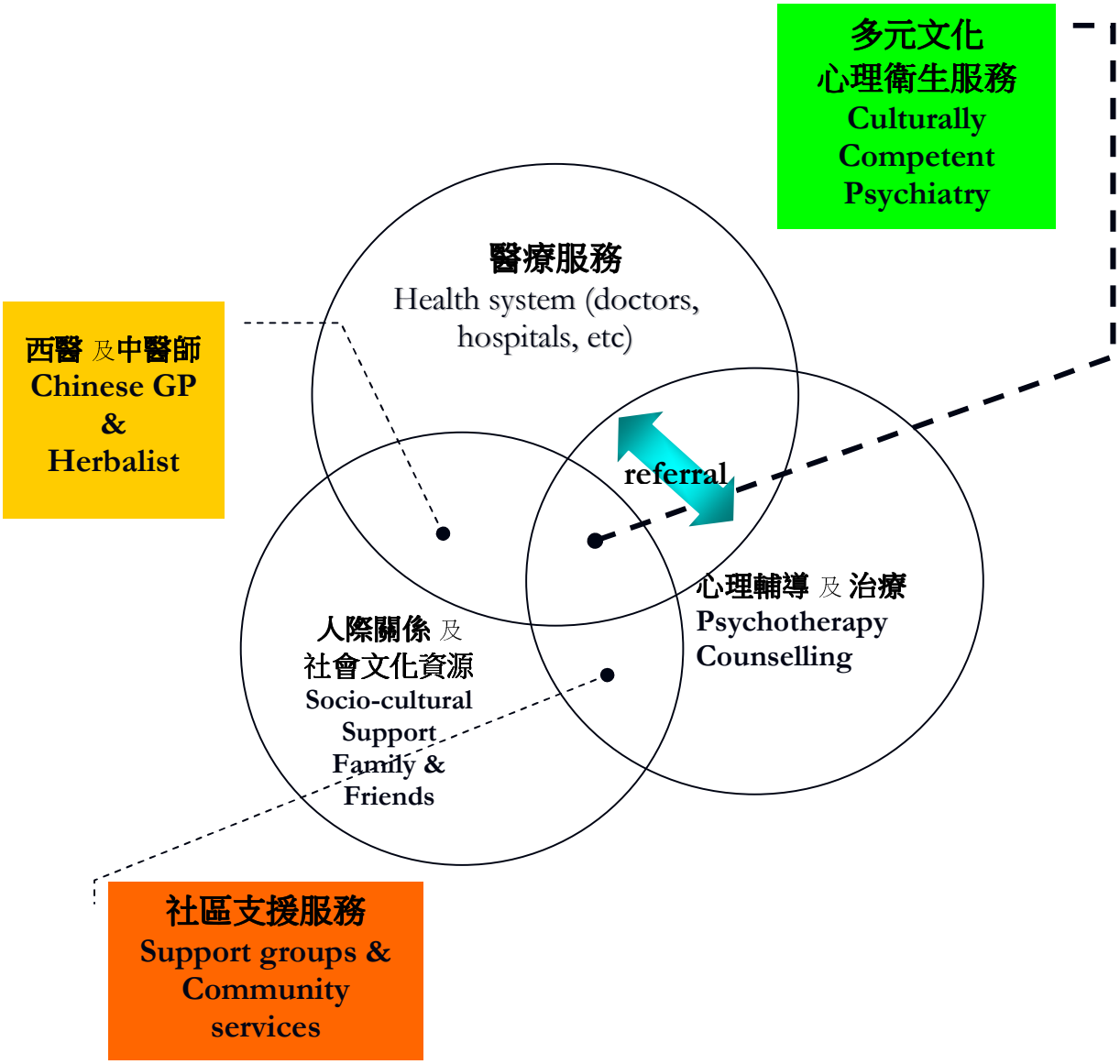
還有另一個方法：在華人圈子, 或其他文化背景的民族, 除了使用西方 醫療系統之外, 很多都有使用山草藥的傳統。 就以傳統中國醫藥為例, 如果採用一個融匯中西 醫學的 '集大成' 模式, 也未嘗不是辦法。 使用傳統中, 草藥的醫師為病者提供全面 的醫療, 照顧病者身、心的病 患, 與此同時, 家庭醫生也定期測量和紀錄康復的進展, 如有需要, 家庭 醫生可轉介病者看專科醫生。 這個 '集大成' 模式的最大好處, 是為對傳統疾病概念有深入認識的醫師和接受西方醫學訓練的醫生, 提供了 開放的溝通 渠道, 這個渠道正好就成為促進 '多元文化技能' 的橋樑。

一個更直接的築橋方案是由醫護人員擔當連接病者與服務的橋樑！即是讓接受西方醫學訓練的醫生學習一些基本的知識和技能, 去處理不同文化背景的病人。 新南威爾斯大學醫學院由2004年開始 採用最新的課程, 加插了 '增強文化技能 ' 課題, 透過公共衛生科和 醫 院實習的訓練, 培訓出新一代擁有文化技能的醫生。 澳洲多元文化心理健康協會有網上資源提高醫護人員對 '文化技能' 的敏銳觸角。

9.4 '多元文化技能' 的培訓

在澳洲多元文化的心理健康服務而言, 擁有 '多元文化技能' 可以視為最高的服務 標準, (請參考圖二) 對很多主流文化的心理健 康工作者, 可能會覺得目前距離這樣的理想很遙遠。 從他們的角度看, 要應付日常的工作已經忙得不可開交, 那裡還有時間去面對 '多元文化 技能' 的挑戰。假如向政府要求更多撥款和資源去改善服務質素, 不單 需要草根階層的病者和 家人去竭力爭取, 還有賴於確實的研究結果去證明有這樣的一個服務 '鴻溝'。以這次的座談會討論結果而言, 似乎華裔 人士對 '爭取權益' 和 '據理力爭' 等概念感到很陌生, 在他們的角度來 看, 除 了要克服語言障礙之外, 還有文化的差異要跨越, 聯合國提出 文化多元化的宣言, 確定對每個人的文化背景需要專重, 要落實執行 並不是想象中那麼容易, 幸好悉尼的東南醫療服務區公共衛生倡導者 制定了名為 '踏出平等四步曲', 就是本著醫療專業人員, 把平等的概念鑄入醫療服務的每一個層面, 這是確保 '多元文化技能' 於不久將來成為 可以落實執行的目標。

Figure 2: Cultural Competent Mental Psychiatry
圖二：多元文化心理衛生服務



****

後語
Endnote

To be a Chinese man 'jun-zi' Confucius said,

"Do not impose upon others, what you would not like them to do to you". Analects 15:22

孔子云: *己所不欲, 勿施於人.*

To be culturally competent, an American medical student was advised,

"Do not treat the patient in the same manner you would want to be treated."
American Medical Student Association (2006)

作為身處澳洲的華人、希望我接觸的人會用英語或華語問一聲,

'你想我怎樣待你呢 **?**'

As a Chinese-Australian, I would like to be asked, in either Chinese or English,

"How do you want to be treated?" *Bibiana C.W. Chan*

****

*References **參考文獻**: English summary **p. 25-27***

Appendix 1: 情緒狀況問卷 DMI-10 Chinese version

請仔細閱讀以下每條問題，
然後在右面方格內，選出最接近你過去兩三天以來的情緒狀況。選擇答案時，
請以一向或正常的感受和最近的作比較。

		沒有 (0)	(1)	(2)	經常都有 (3)
1. 你感到滿懷心事嗎?	1				
2. 你覺得自己的感情較平常易受傷害嗎?	2				
3. 你對自己要求很高, 時常作自我批評嗎?	3				
4. 你對生活上某些事情感到內疚嗎?	4				
5.你感到意志消沉嗎?	5				
6. 你感到情緒低落 (或“抑鬱”) 嗎?	6				
7. 你覺得自己不中用 (冇乜用) 嗎?	7				
8. 你感到沒有希望 或無助嗎?	8				
9. 你不願意跟其他人社交嗎?	9				
10. 你感到沒有什麼能叫你開心起來嗎?	10				

Appendix 2: "抑鬱症狀"

以下列舉了一般人感覺情緒低落時的症狀。請細閱\u27599 每一項，然後選出你認為一個"**抑鬱**"的人可能有的症狀。(請在最適合的答案加上 √ 號)

	肯定有	間中有/某程度上有	完全沒有
1. 容顏憔悴			
2. 感覺無助			
3. 想得太多			
4. 感到內疚			
5. 難以開懷大笑			
6. 容易疲倦			
7. 感到憤怒			
8. 精神難以集中			
9. 感到生無可戀			
10. 動作緩慢			
11. 感覺畏縮，有意迴避群眾			
12. 食慾不振			
13. 討厭自己			
14. 意志消沉			
15. 胸口沉重、有被壓著的感覺			
16. 感到焦慮和緊張			
17. 頭痛			
18. 發惡夢			
19. 悶悶不樂			
20. 自尊心降低			
21. 曾有" 死亡"的意念			
22. 自暴自棄			
23. 想過自尋短見			
24. 坐立不安			
25. 不再嚮往任何事物			
26. 體重下降			
27. 失去自信			
28. 週身骨痛			
29. 事事都提不起勁			
30. 煩燥易怒			
31. 無法入睡			
32. 感到無奈			
33. 說話乏力、聲線微弱			
34. 感覺氣促(上氣不接下氣)			
35. 感到沮喪			

附錄3：融匯病者詮釋方法的模式

