

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ▶ 內在與外緣間異質身體：詮釋乳癌第一、二期存活者之心理經驗現象

Body multiplicity of the Breast Cancer Survivor: Exploring the Psychological Experiences of the Illness Adaptation Process

doi:10.30074/FJMH.201006\_23(2).0006

中華心理衛生學刊, 23(2), 2010

Formosa Journal of Mental Health, 23(2), 2010

作者/Author：林耀盛(Yaw-Sheng Lin);胡至家(Chih-Chia Hu)

頁數/Page：305-335

出版日期/Publication Date：2010/06

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201006\\_23\(2\).0006](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201006_23(2).0006)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 內在與外緣間異質身體：詮釋乳癌第一、二期存活者之心理經驗現象

林耀盛 胡至家

**研究目的：**本文嘗試以術後乳癌存活者的疾病調適為問題領域，以「回到存活者敘說」的立場，描繪詮釋其術後面對身體意象轉變的心理生活經驗歷程。**研究方法：**共訪談六位受訪者，其中四位受訪者，曾選擇接受乳房重建手術；兩位未施行乳房重建者，採用義乳的方式作為修補。經由訪談資料的反覆閱讀分析與交叉比較，以符號現象學心理學作為資料解析方法。**研究結果：**資料呈現四種脈絡主題結構，即「乳房重建的兩難考量」、「執守和釋放的控制度」、「乳癌是一種關係事件」和「生活世界的受苦拋物線」。本研究不只是探索個案的疾苦病痛現象，更從生活世界出發，揭露乳癌患者存活認同歷程中主觀福祉和心理福祉的成長軌跡。**研究結論：**當患者可以從接納自己和接受疾病，進而以彈性化認同面對新生活，而非一味以「回到從前」作為失落哀悼目標時，即使面臨乳癌復發的可能風險，仍然可以在心理上，建構具意義度的生活世界。

**關鍵詞：**乳癌、受苦、存活、福祉

---

林耀盛：國立東華大學諮商與臨床心理學系教授；國立台灣大學心理學博士；研究專長為臨床心理學、健康心理學、創傷與心理分析。(通訊作者；E-mail: yslin@mail.ndhu.edu.tw)

胡至家：玉里榮民醫院臨床心理師；高雄醫學大學行為科學研究所碩士；研究專長為健康心理學。

收稿：2008年11月24日；通過：2009年10月21日。

## 一、導 論

Kaiser(2008)認為，接受倖存者認同(survivor identity)的角色，對於乳癌患者是個兩難。接受存活的概念，有時會讓個體更能體認病情，進而有效調適身心；但也可能因為存活意味著倖存，也暗示著疾病威脅的陰影，進而使患者更感不適。這是個複雜處境，接受病情或回歸如常，並非選擇題。筆者接觸的一位女性乳癌患者，道出了一種病情世界的無聲話語：「家人希望我再回到從前的日子，殊不知那是令我生病的日子，也是我不願再重來一次的生命。」如此深刻的震撼語言力道，是「局外人」難以理解的沉痛。

吳秋玉(2008)指出，乳癌婦女面對時間感的轉變，和醫院治療體系的「常規」時間不同。當親友或專業人員自以為是「局內人」而以自己認定方式對待病患，反而常不自覺造成對方傷害。蔡逸鈴(2009)也發現乳癌婦女的生活邊界是一種「存在選擇」(existential choice)的處境，存活者有時會認為生病是期待生命重新開始的狀態，但卻又面對無法預測未來的時間感。有時，病者也體會到，死亡不過是修行列車的提早下車這麼一回事(蔡逸鈴，2009)。癌症病中孤獨的體驗，或許也是一種帶病修行。因此，對於乳癌患者自身心理生活的反應經驗為何，構成本研究的探討議題。

### (一) 乳癌婦女的乳房意象

台灣婦女乳癌之平均罹病年齡為47歲，其中三分之二的案例發生在停經前為主。而美國乳癌患者的平均罹病年齡為60歲，其案例則是發生在停經後為主。國內小於40歲的患者約佔15%，相對於歐美婦女比例明顯偏高。在歐美國家，婦女乳癌發生率，隨年齡的增加而增加，如在75歲時，其發生率高達十萬分之五百，反觀本地婦女的發生率目前隨著年齡而遞減(陳訓徹，2003；饒啟明，2003)，由此顯示台灣的乳癌婦女較歐美國家有不同的特性。

「乳房」是女性的重要特徵，當罹患乳癌婦女接受治療性乳房切除手術後，除身體意象的完整性遭受破壞以外，且面臨健康威脅甚至多重失落和複雜情緒，包括擔憂、悲傷、憤怒、混亂、焦慮及憂鬱等。而所造成的心理衝擊，甚於身體其他的

一般性疾病(Vinokur, Threath, Vinokur-Kaplan, & Satariano, 1990; Langenhoff, Krabbe, Wobbes, & Ruers, 2001)。Wilmoth(2001)將乳癌術後婦女的失去，分成四個部分：失去身體的部分、失去月經、失去性的感覺，以及失去女性的特質。Wilmoth(2001)研究中的受訪婦女表示，自己已經是不一樣的，產生自我認同的轉變，乳癌使得性的完形性(gestalt)受到改變。同時，接受手術的乳癌婦女，也面臨伴侶關係的改變，擔憂性生活失去樂趣的威脅(鄧旗明，2005；劉瑞靈、丘周萍，2002)。

Rowland、Desmond、Meyerowitz與Wyatt(1998)的研究也顯示，施行「乳房重建」、「沒有施行乳房重建」，以及採取「乳房保留手術」等三種類型的乳癌患者，於診斷一年後的評估發現，在情緒、社交與角色功能上，並沒有顯著的差異。然而，研究中施行乳房重建的患者，最具傾向報告出乳癌對於性生活的負面衝擊，同時經驗到較多心理的痛苦和毀形感。Rowland等人(1998)表示，診斷後一至五年的乳癌婦女，其所接受的手術類型，仍持續在她們的身體意象和吸引力的感覺上，扮演著重要的影響角色。

Reaby與Hort(1995)認為，外在的修補物，從未被併入在女性自我的身體意象中，常常被經驗為一個外來物或異質物、一個令人討厭的物項。Yalom(1997/2000：335)也指出黑人女同志作家羅得(Audre Lorde)，在其《癌症日記》書中，激動憤怒拒絕任何假象的乳房重建安慰：

「手術後的身體看起來陌生、不對稱、詭異，但比起把『那東西』塞進我的衣服裡，這樣的身體還是比較像我自己，我也比較能接受它。全世界最精巧的義乳也無法扭轉事實，讓我重尋以前乳房的感受。我只能學著愛惜這個只有一個乳房的身體，否則對我而言，它將永遠陌生。」

由此，遭受乳房意象威脅的國內乳癌術後婦女，其心理生活狀態為何，是值得探索的議題。

## (二) 乳癌的治療種類與療癒

手術為乳癌治療最主要的方式，化學、放射線及荷爾蒙治療是輔助性治療，而治療的方式需視疾病分期、荷爾蒙接受體的有無，而有所不同。一般而言，乳癌病

患在外科手術後再輔以化學治療或是放射線治療，大約會在四個月至一年的時間內完成。此外，依據乳癌病患的動情激素與月經等狀況，再決定是否需要服用抗動情激素藥物(王國忠、陳艷，1998；侯明鋒，1999；顏郁晉，2000)。

依據乳癌疾病的程度和乳房組織切除的範圍，可大致將乳癌手術分成三種，亦即根除性乳房切除手術(radical mastectomy)、改良型乳房根除手術(modified radical mastectomy)和乳房保留手術(conservative surgery)(季瑋珠、黃俊升、張金堅，1997)。其手術方法的介紹，可參見註解1(註1)。

為因應治療性手術，尤其是乳房全切除手術，對於形體外觀上的缺陷，因而有乳房重建手術可供病患作為選擇。乳房重建手術是指患者因疾病、外傷，或先天性因素接受乳房全切除手術後，立即或過一段時間，經由外科手術重建乳房之外觀。重建的方法，主要有生理食鹽水袋、局部自體組織，或是自由皮瓣移植的重建方式。乳房重建可以在乳房切除的同時做重建，並不會增加乳癌的復發率，也不會干擾乳癌復發時的偵測(林耀盛、胡至家、張娟鳳，2009)。

另外，English、Wilson與Keller-Olaman(2008)從「治療地景」(therapeutic landscapes)的觀點，指出情緒只有經由特定空間的脈絡才能理解，因此，情緒和空間是互為解釋，稱為「情緒-空間詮釋學」(emotion-spatial hermeneutics)。他們從訪談乳癌患者資料，獲得四項命題：(1)身體作為一種療癒的日常地景，(2)居家作為療癒地景，(3)社區作為療癒地景，以及(4)大自然作為療癒地景(natural landscapes of healing)。換言之，身體作為一種疾病和健康的展現位址，具現一種動態變化的空間位址，當個體健康時，遠離醫院；當個體生病時，透過改變生活形態，促進健康。當個體感受到壓力，也會尋求因應之道，因此身體是最具個人性和最小單位的療癒地景(English et al., 2008)。乳房是身體的重要部位，其切除後對乳癌存活者的生活經驗轉變方向，以及心理療癒調適歷程，值得進一步深思。

### (三) 乳癌婦女的生活體驗

Sontag(1990)指出社會對於不治之症所採取的態度，通常總結了許多道德上的意義，疾病往往被賦予各種價值的判斷，各類患者也因此承載了相當程度的責難與排

airiti

斥。在過去兩個世紀，最常被視為邪惡隱喻的疾病是梅毒、結核病和癌症。有時，視癌不只是疾病，更是惡魔般敵人的傳統，使癌不只是不治之症，更是一種不體面的疾病(Sontag, 1990)。由此，罹患乳癌的婦女，不只是生病而已，更承載著社會對於疾病所賦予的意涵。

反觀台灣研究，蔡逸鈴(2009)指出癌症末期患者的心理生活經驗，面臨著生命、死亡與焦慮交錯的存在性現象。陳玫蓉、林耀盛、張家禎(2009)認為，癌症造口患者的病情世界，同步顯現「時間之病」和「空間之病」(註2)。「時間之病」意味著病患不只是「度過」時間，更是「體驗」與「承擔」時間。患者有時以積極、動詞的方式敘說時間；有時以名詞、不抱希望的方式敘說時間。「空間之病」意味著病患不只是「限縮」空間，更是「打造」與「實踐」空間。患者描述不可控制的造口排泄，限制置身處境；有時患者表示不再擁有社會和工作角色，失去賦能感(sense of empowerment)；有時體驗到人際交往模式遭到破壞；有時則試圖使生活歸返常態化。吳秋玉(2008)則發現初診斷乳癌病患的時間體驗，其歷程可主題化為「癌症即死亡即時間停格」、「時間停格與裂解」、「醫療時間的不對等」、「他人時間的不對等」和「重生的時間」。所以，「局外人」如何跨入「局內人」的時間觀，益形重要。許禮安(2005)也提到，癌症的病情世界是多重現象，病人的生活世界因為「瀕臨」死亡而顯露模糊性，周遭事物變得無法確定和預期，健康的生活世界產生質變而成為「病情世界」，甚至是跌落於死亡面前的進退維谷現象。由此，台灣對於癌症的認識，無論從診斷初期或病程末期，多指向於文化禁忌的「死亡」現象，癌症也許不是一種污名的道德標記，但卻可能是一種逃離的文化社會議題。然而，打開文化禁忌的封印，乳癌存活者心理生活經驗的顯示，是可以重新開啟認識癌症心理世界的頻道。

進言之，乳癌對於夫妻的親密關係上，情感上的穩定和生理行為上的模組，呈現複雜的挑戰(Baider et al., 2004)。林玉淨、胡淑貞(2001)的研究顯示，罹患乳癌的婦女是否感受到配偶的支持，是影響治療決策之重要因子。Wilmoth(2001)指出婦女診斷為乳癌後，性和親密關係是重要的生活品質，而來自重要他人的支持，影響其處理治療和治療相關副作用的能力。Gilligan(1982/2002)指出，性是一個和他

人建立親密關係的管道。經手術切除部分，或是全部胸部的患者，其性徵的自我意象，或是對於吸引力的感覺受到損害；在性行為上，難以如常、熟悉的方式進行，也因此伴侶因女性受到改變的身體與自我意象而需進行調適(Case, 1984; Foltz, 1987; McCormick, 1996; McKee & Schover, 2001)。

接受乳房切除術的乳癌婦女，無論是否採取乳房重建手術，在研究上皆顯示會有較多情境上的痛苦，典型的情境諸如：脫去衣服站在性伴侶的面前，以及當性伴侶看著她們手術後的那一側(Yurek, Farrar, & Andersen, 2000)。乳癌術後婦女即使已經做了乳房重建的形體修補，然而，特別是在性伴侶的面前，似乎未能真正填補術後婦女對於乳房失去的空缺感。

陳海焦(1996)指出乳癌術後婦女，她們更是表示失去乳房就等於失去婚姻，認為男人無法接受失去乳房的女人。Yurek等人(2000)的研究也指出，有較多負向性自我觀看的乳癌術後婦女，會有較少頻率的性活動、性的反應上較困難，也較容易增加壓力。由此，乳癌術後患者的生活適應歷程，是涉及他人如何關照與同理回應的多重向度體驗。

因此，本文嘗試以第一、二期乳癌術後患者的受苦調適為問題領域，以「回到存活者敘說」的立場，亦即從患者/局內人(insider)觀點(Gerhardt, 1990)，描繪詮釋其術後面對身體意象轉變的心理生活經驗歷程。

## 二、研究法

進行質的研究時，資料蒐集的同時也是資料分析的開始，分成四個階段。首先，資料沉浸階段：研究者必須埋首閱讀研究資料，能對資料產生完形的(gestalt)視野，找出資料的必要特性，並對資料進行初步解釋。其次，資料轉化階段：透過反覆閱讀，將敘說資料中脫離主題的、話題突然轉換的、贅語或口頭禪等加以刪除，並將與研究議題高度相關的、重要的、類似的話語，逐字逐句閱讀後，予以組織編輯起來。再次，資料命題階段：來回閱讀比較分析資料後，針對研究問題意識，建構相關概念或主題。同時，將具備某類主題意義的敘說段落，加以組合歸類，形構

統合式的組織脈絡。因為本研究取徑為方便抽樣，選擇指標和研究議題有所關連者(如共同經驗一種特定事件或情況，或置身處境相近)進行訪談。之後，將不同文本的資料結構加以組合，尋求更高層次的主顯結構，以對研究現象形成更整盤式的瞭解，也就是建立現象的本質(essence)和命題(Willig, 2001)。最後，資料書寫階段：研究者需屢屢回頭反思比較各項田野資料、觀察記錄和資料分析的結果，並將各式資料統整匯合，進行研究報告的書寫與再書寫過程(林耀盛、吳英璋，2004)。本研究在訪談後對敘說資料的處理上，依循此四階段原則進行。

本研究經方便抽樣後，對象為接受乳房全切除術後的乳癌已婚婦女，在收取研究對象的標準上，本研究關注的是乳癌婦女在接受治療性乳房全切除後的整體心理經驗和生活變動。因此，並不限定受訪者的年齡、術後的時間等，以期獲得多樣性、豐富的訪談資料。

本研究共訪談六位乳癌術後婦女，以匿名方式編號，基本資料整理如表一所示。由表一，六位受訪者的年齡在41歲至50歲間，平均年齡為44.83歲( $\pm 3.54$ 歲)；婚姻平均年數為22.83年( $\pm 4.02$ 年)。受訪者的教育程度都在國中以上，最高的教育程度為大學。受訪者有四位是家庭主婦；五位受訪者認為目前的經濟狀態過得去，另一位受訪者則表示充裕。

在背景資料方面，有四位受訪者癌症分期為第二期，有一位為第零期，而個案二的受訪者為復發的乳癌病患，初發時為第一期，復發為第零期。在「自評疾病嚴重度」方面，受訪者的反應從「完全不嚴重」到「非常嚴重」，達到擴大個案變異經驗之目的。其中，個案四的受訪者，自評疾病為完全不嚴重；個案五的受訪者，則認為疾病非常嚴重。對於「害怕疾病復發」的程度，顯現從「不害怕」到「非常害怕」的反應，個案四的受訪者表示不害怕疾病的復發；個案三、五的受訪者，對於復發表示感到非常害怕。

本研究受訪者，接受治療性乳房全切除手術後的時間，最短的只有十個月；術後時間最久的，達十二年十一個月。六位受訪者中，四位受訪者，曾選擇接受乳房重建手術。未施行乳房重建的受訪者，皆採用義乳的方式作為修補。其中比較值得注意的是，個案二在乳癌初發時，選擇施行乳房重建手術，而在乳癌復發時，不再



表一 受訪者基本資料表

項目 \ 編號	個案一	個案二 <sup>2</sup>	個案三	個案四	個案五	個案六
年齡(歲)	45	41	43	48	42	50
婚姻年數(年)	26	19	17	25	23	27
教育程度	國中	國中	大學	專科	國中	高中(職)
職業狀態	家管	商	家管	公務員	家管	家管
經濟狀態	過得去	充裕	過得去	過得去	過得去	過得去
癌症分期	第II期	第I期 /第零期	第II期	第零期	第II期	第II期
患側位置	左側	左側 /右側	右側	右側	左側	左側
自評疾病嚴重度	不嚴重	尚可	尚可	完全不嚴重	非常嚴重	不嚴重
害怕復發的程度	普通	普通	非常害怕	不害怕	非常害怕	普通
術後時間 <sup>1</sup>	3年4個月	5年7個月/9個月	10個月	3年8個月	1年0個月	12年11個月
乳房修補方式	乳房重建	乳房重建 /義乳	乳房重建	乳房重建	義乳	義乳

註：1. 術後時間乃指接受治療性乳房全切除手術後的時間

2. 研究二為復發的乳癌患者，癌症分期、患側位置、術後時間以及乳房修補方式等資料的呈現，皆以斜線區分不同患次的資料，斜線左側為初發，右側為復發資料

選擇乳房重建的施行，改採用義乳的方式，作為乳房的修補。

### 三、結果與討論

本研究將順利完成錄音訪談的個案編號後，將其敘說資料謄錄為逐字稿，形構本研究第一度建構的資料。研究者經由不斷反覆閱讀、比較分析，將敘說資料的文本抽繹為組織脈絡描述，而後從組織脈絡描述提出主題結構，形構為本研究第二度

airiti

建構的資料(Denzin, 1978)。最後，研究者邀請兩名接受訪談的乳癌患者對資料的組織脈絡式描述及其所驅動的主題結構，予以交叉確認、討論與分享，加上研究現場的觀察記錄互補相成，形構本研究三度建構的資料，由此顯示質性研究是一種參與式研究的特性，也能提昇質性研究可靠度的品質(Royse, Thyer, Padgett, & Logan, 2006)。

關於疾病的解釋歷程，過去曾有研究透過症狀符號學展示。像Charles Peirce就認為症狀是一種符號，需經過三重指認。首先，患者無視症狀的存在，認為只是察覺到症狀出現，但它還不是病，只是一種「感覺」(a 'feeling')而已。其次，症狀逐漸在患者身上顯著呈現，患者經由解釋進一步指認症狀。症狀被認定為是在個人的自我身上，強加一些東西或物項，也就是在第二重指認時，身體症狀是被知覺為外來物強加在自我身上，是屬於「非自我」(non-self)的一部份。最後，第三重指認，症狀不再停留於知覺層次，個人會經由過去的習慣或法則解釋症狀，從而瞭解疾病對個人的「重要性」(significance)(引自Staiano, 1986)。所以，疾病的解釋，是先從「症狀」符號開始覺察，再從「非自我」層次到「自我」面向。而後，疾病意識覺察介入心理後，透過「人我」互動中，影響疾病身體的感知，進而改變病患的「生活」經驗。

由此延伸，本研究經過上述的資料分析歷程，以四個符號層次(客體、自我、人我和經驗)，加以界說患者的心理生活轉化。如此的命題徑路，從受訪者身體意象的徵候指認開始，這是屬於客體符號層次；而後從徵候現身到自我的覺察，這是屬於自我層次；再從自我到和他者(特別是配偶)的互動關係，這是屬於人我層次。最後，從他者的身體反折到置身生活世界的總體省察整理，這是屬於經驗層次。由此，乳癌婦女的身體意象敘說，從徵候的現身到自我的覺察，再到他人互動的介入，最後又回返到生活經驗的處境修補，顯示身體意象的內涵，包括從客體徵候到自體覺察，再到人我關係及至生活經驗的交織層面，由此可知身體意象不斷地由內往外延展其置身處境，呈現出多層次的身體意象本質和意義(參考自林耀盛，1999；林耀盛，吳英璋，2004)。以下進一步說明。

## (一)客體層次—乳房重建的兩難考量：內在和外緣之間

乳房是女性的重要身體部位，是內在的客體層次。施行乳房切除治療性手術的乳癌婦女，都曾面臨到是否要施行乳房重建手術的選擇。Rowland、Holland、Chaglassian與Kinne(1993)指出，對於尚未施行乳房重建的婦女而言，她們預期乳房重建手術可以改善生活品質，其最常表述的三個寄望為：(1)擺脫乳房修補的遮掩；(2)再一次感覺到完整(feel whole again)；(3)恢復身體的對稱，減少對於身體外觀的自我意識(Rowland et al., 1993)。

然而，卻有高達60%施行乳房重建的女性表示，她們的先生與重要他人，其實對於施行乳房重建的態度是持中立和反對的(Rowland et al., 1993)。Holmberg、Scott、Alexy與Fife(2001)深度訪談乳癌術後婦女的伴侶，也顯示他們一致認為，乳房重建手術完全沒有必要，或是會使其伴侶遭受不必要的痛苦。本研究的受訪個案，提到了對於施行乳房重建手術的考量：

「我不會說我很難去接受，我那個時候其實我想不重建喔！我真的就是不重建喔！我想說會不平衡『不然×醫師你幫我把兩邊都割起來』，那個時候我還很要求這一句話！×醫師跟我講『哪有人這樣！』不然我想說把那兩顆都割掉！幹麻要重建！那個時候我真的就跟×醫師講把兩顆都割掉，我不要！如果那個時候我兩顆都割掉那該多好！我現在還是這麼想！我認為這好像是沒有用的東西、是多餘的啊！妳看妳割掉這一個，妳要重建，又花錢，喔對，我們家的經濟不是說那麼好，我經濟這一方面我會想，我會考慮，這個要花不少錢，我又不在于外觀。(個案一)」

「我們如果肥，這個(重建處)脂肪也會長大！會跟著肥，所以這(兩隻手比在兩側胸部上)就會感覺有大小，那種感覺就是說，這就是亭亭玉立(左手比著重建的左側胸部)，這就是會下垂(右手比在右側乳房前)，重建的不會下垂，我們胖的話都它脂肪就會跟著大，我們外觀就是這樣。(個案一)」

「第一次(疾病的初發)的時候喔，就是…愛漂亮，愛水，還不能接受說少了一邊，那個時候也沒有這種概念，就是覺得少一邊就是要給它補起來，又怕先生會排擠、會排斥，其實先生說他不會這樣子。但是我第一就是說穿衣服難看，以前會想說缺一邊，不知道有華歌爾這件可以穿，現在是知道。那個華歌爾那個說有穿起來

airiti  
後，妳不會說有那個缺少一邊阿，穿起來就是讓妳好穿衣服，不覺得你說一邊平的一邊高的，如果妳不小心觸摸到，就真的像是說觸摸到女人的那個一樣。(個案二)」

「重建主要考量是外觀啦，是為了要上班這樣子，為了外觀是說，這樣平平的嘛，我覺得不好看，看起來怪怪的，直接看也不好看，穿衣服也不好看，妳說要我吊那個義乳那些，我覺得說我也吊不住，太熱了。沒重建的看起來會怕怕的，那個她傷口縫直的啦，就長長的在這裡，就像一條蜈蚣在這裡，我覺得那不好看，反而我覺得我們做重建，它的傷口不覺得難看耶，因為感覺好像有個東西，傷口是傷口，可是它還是有個東西，我覺得這樣子比較好啦，有個東西比較好，還是說那個東西還是假的，可是，至少我還能夠說穿衣服可以抬頭挺胸阿，妳是不是會這樣子(駝背)，感覺說縮縮的這樣子。(個案四)」

「如果我今天是疾病這麼輕的話，我一定會選擇要重建，因為我重建…雖然脫掉是不好看，可是畢竟妳穿衣服妳就不會…，因為妳現在有義乳妳會沒事情會覺得會自己看到到底有沒有對稱，妳有沒有變高了？妳會有時候一直會緊張『我這邊怎麼那麼小，我這一坨怎麼這麼圓』就會一直很不舒服，沒事情妳就想要給它壓扁妳知不知道，就會有那種緊張。畢竟人家有重建，人家怎麼看哪，人家會覺得說那是她的胸部，萬一妳真的露出來，人家會覺得對呀那是她的胸部，就像這個樣子阿。我現在甚至不敢穿那個太薄的衣服，我就會想要多穿一件，稍微可以擋住一下，一出門，哪怕是夏天，妳就想要多穿一件把它遮著。我現在就想要買黑色的衣服，只要是暗色的，就是不敢買那種可以透到裡面的，妳就會覺得好像被人家看到。(個案四)」

Franchelli等人(1995)比較自體組織與修補物，兩種不同乳房重建方式術後婦女的心理評估，其研究認為，乳房重建的方式也會影響到患者的身體意象，採取自體組織移植的患者，呈現出較多心理上的不舒服，是與重建後腹部相當大範圍的殘留疤痕有關。

本研究訪談個案，在乳房重建時採取自體組織的重建方式，提到類似的經驗：

「因為辛苦啦，就是傷口，我是想說就不需要去挨這一刀，而且又要自費七八萬，現在好像要十萬？我一路走上來接觸一些病友就是說，那個時候真的是挨這一

刀真的很痛苦(橫比著腹部)，這一個傷口，這一刀真的很大刀啊！(個案二)」

「因為我有重建，我每次看到我這一畫這麼大畫(指腹部傷痕)，喔！(拉長音)這麼做到底值不值得，可是我現在想，好像也不一定要做重建耶，最主要我的感覺是說，好像不一定要做重建的理由是想說…多挨這一刀、要花錢，然後現在也很不自然，會這樣慙慙緊緊的，很難過。(個案三)」

至於選擇義乳修補，也呼應Bostwick(1988)所指出外在的修補物，並不能改善身體意象，或是減輕畸形殘缺的感覺。

「不穿義乳的時候，妳會覺得…不好看，妳要穿它的時候，妳又覺得很麻煩。早上穿起來，晚上脫掉，妳就一定要把衣服脫掉，妳才能去穿那個。我是覺得，真的對我們那個已經生病的人，然後還要多那一層，真的有時候…很麻煩，妳真的覺得…又不好，妳只要手一抬起來，那邊義乳的那邊就會上來，妳就要伸手在那邊調它，調到它怕人家看出大小，像我們這樣年齡都已經塌塌的，已經下垂了，妳怎麼買都是不對稱啦！(個案五)」

以動力分析來看，乳房是身體的內在感知體，切除乳房無論重建或裝上義乳，都是一種原質(thing)的失落，以Jacques Lacan的話來說，是從內在到外緣性(Extimacy)的過程。外緣性是Jacques Lacan創造的新詞，是一種極端內在的，又已經外在化的原質，後來，他將其概括為小對體(a)(註3)。小對體(a)它處於主體內部的實在點(point of Real)，無法符號化，是作為「每一次表意動作的殘渣、殘跡、殘餘產生出來的」，是既吸引我們又排斥我們的客體(方萬輝，2007)。乳房的失落，如同小對體(a)，是一種極端內在又已經外緣化的體驗，成為一種無法符號化的小對體，映射個案作為完整主體的無能為力的創傷內核，小對體(a)的幽靈般反覆出現，困擾存活者的心理經驗。

由此，受訪個案雖表示基於外型美觀考量，進行乳房切除和重建手術，但如個案三和五所說，對於乳房失落，顯示更深層次的擔憂和不對稱感，是無法面對小對體(a)的幽靈，是尋求完整主體的企圖失敗的生活形式。術後乳癌婦女如何接受無法符號化、無以意義化的乳房意象存在，成為調適的關鍵。

## (二)自我層次一執守與釋放的控制度：固著認同和協商認同之間

從乳房客體到自我層次，涉及病後自我認同的困境，是「接受事實」或「回到從前」的掙扎，自我改變與否，也是因著身體意象而牽動。

「我們有這樣的病，我們跟別人相處的時候當然就盡量比較溫和一點，譬如說：像我們佛家所說的，不要結惡緣，珍惜現在所有的，不只是身體的改變，思想也都改變了，能夠更珍惜。因為我們都會想到說，來時不多了，有這樣的想法出來了，妳就會珍惜，千萬不要結惡緣，然後，自己個性變得比較溫和，然後就比較溫柔這樣，就不這麼急躁。(個案一)」

「說正經的，我從第一次到第二次我都怎麼樣看待我的身體我都沒有，我都像正常人一樣，說真的，妳剛剛說我們都怎麼看待我們的身體，我都沒有，正常一樣！就只有怕化療，只怕化療！我不怕說我缺少一個乳房，我開刀，我不怕開刀，開刀完之後，痛幾天而已嘛，妳化療要痛苦好久喔！(個案二)」

「現在是我自己改變，我自己會告訴自己，不要一天到晚發脾氣，我要生氣的時候，我會告訴我的小孩，譬如說：他們什麼東西讓我很氣的時候，我就說：『你再不做什麼，媽媽就要生氣囉！你不要又惹我生氣！』我現在是盡量不要惹我生氣，想氣時，然後就吸一口氣，就比較好一點，以前不是，以前是啲，一氣就氣出來，現在我是比較能夠調適。(個案三)」

「疾病帶給我就是，對人生還能夠說放下那個身段，更放下那個身段，不會那樣很什麼東西都很care(在乎)、很care、很care。我現在比較會體會到小孩子的自尊，把他當一個大人了啦，我現在才比較會這樣，我以前比較不會這樣，這樣調整我自己的心態，所以說我生病以後改變的就是這個，我先生也說我有改變，腳步放慢一點點，以前我很緊張，我現在不會，慢慢來(笑)。(個案四)」

「我原先以為，我現在因為化療，所以我一定會不舒服，我化療完了可以恢復到正常的人，當然不可能化療完，馬上變正常，因為要過一段時間，把那個藥完了以後，就恢復像妳們正常人，可是你知道，從我化療完，我從來不知道什麼樣叫正常，我從來沒有感覺到，我已經恢復到以前了…正常的人。(個案五)」

「其實喔，我覺得這種事情對每個人來講都是很敏感啦，真的說真的很敏感，

妳一觸碰到它就很敏感，如果說不去觸碰到它，它也…就會像正常一樣，那樣子，那個真的要過一陣子才會走出來這樣子，可是剛開始的時候，譬如…譬如我覺得說，可是我覺得很多人都是要先檢查到才去開刀，那個時候就先哭過一次，啊再來是，手術完了之後要去接受它，然後接受它…。(個案六)」

Aujoulat、Marcolongo、Bonadiman與Deccache(2008)指出，慢性病患者的自我效能(self-efficacy)轉化，涉及雙重歷程：(1)執守(holding on)，即患者堅持未罹病前的自我表徵與角色，因此努力學習控制疾病和遵從醫囑，採取將自我和疾病分離的認同模式，亦即個體以「回到生病前」的自我認同感存活。(2)釋放(letting go)，即患者接受必須放棄某個程度的控制感，以協商的認同形式，接納疾病和疾病衍生的生活界域，是自我的一部份，也就是以順其自然方式，「接受病情」事實。相較於「執守」的策略是維持、掌握控制感；「釋放」的方式，是在疾病適應過程中，接受並非所有事件都是可以控制的，因而逐漸習得與疾病共存。

### (三) 人我層次—乳癌是一種關係事件：遮掩度與親密度之間

除客體和自我層次外，乳癌患者面臨人我關係的轉化體驗。Yang等人(2007)認為疾病的表述，是一種「道德-軀體」(moral- somatic)的經驗，亦即疾病的表述不只是一種解釋歷程，更是身體的全然現身(fully embodiment)，受苦者的姿態、位置和社會性，是和受苦者的身體症狀和情感歷程相互連結。Sontag(1990)觀察指出，所謂「違常」(disorder)的衡量，通常是以個體認為當事人需要對其疾病負責的程度來界定，故是一種道德現象。Blaxter(1997)也認為西方社會所強調的道德必然率(moral imperative)，不只是反映在日常行為上，同樣也出現於疾病概念上，亦即健康與疾病的考量，是一種自我要求的道德實踐。身體意象的體態，是一種反映社會期待的道德現象。所以，乳癌症狀會使個案面對病情世界的不確定性，有些陷入掩飾情結，有些改變人我關係以及與配偶的親密關係。

Goffman(1963)指出現代社會中，污名(stigma)是一種標記、符號，是「被破壞的身份」(spoiled identity)，分成種族上的污名(tribal stigmas)、身體上的憎惡(abominations of the body)與性格上的缺陷(blemishes of individual characters)。而後，

透過這種標記的可見度(visibility)與掩飾度(passing)的特性，Goffman(1963)再以「可否隱藏」與「種族、身體、性格」這兩大向度列舉各種污名類型，如接受乳房切除者屬於可隱藏的身體污名，黑人則屬於不可隱藏的種族污名。本研究個案，大多也提到擔心受到社會污名與負面評價，像是擔心讓他人知道自己生病的事情，遮掩罹病身體。

「是會驚人家看到，缺一邊啦，也會遮遮掩掩，甚至要化療時也是這樣，擔心人家會怎麼想，『怎麼會這樣？』到現在我是有一點點說…，我認識的人我不怕人家，但是人家稍微看到妳，不是很熟悉，我是會擔心讓人家知道。(個案二)」

「會感覺人家這樣(看著自己的胸部)高低，會怕人家看到，不好意思，會這樣，不好意思。(個案四)」

「我很不想讓人家知道，今天這個不是好事情，然後又很不喜歡人家…我真的…我現在的心情是這樣，萬一我知道，我不想要人家知道，然後在談論我的病，我怕我會不知道我會做些什麼事，我不知道我會做些什麼事，可能我會瘋掉。(個案五)」

「有的時候，我的小孩不敢跟人家講我媽生病耶，他們從小已經習慣了(哭)。我女兒有被人家問過，她和同事他們在聊，說妳媽生什麼病，怎麼樣啊，哪裡痛，有什麼感覺，我女兒跟我說她不敢講，別人也不清楚這樣子，她都不敢講。(個案六)」

然而，在遮掩度的另一面，我們也看到個案在乳癌術後的日常生活關係經驗的變化，並表達先生對其的體貼。

「像我生病以來，家裡的工作都是他幫忙啦，譬如說：拖地啦，掃地啦，他都會幫忙啦這樣，如果妳吃些什麼阿沒辦法做的時候，他會幫妳啦，反他更能體貼我就對了，更能分擔家裡的一些工作，很多事情他都幫忙。(個案一)」

「他更加體貼我們，知道我們有種病這樣，他卡會照顧啦，語言上的關心哪『妳怎樣怎樣…』這樣子，以前他應該是比較…比較不會表達出來，現在就比較會去說。(個案二)」

「我先生是滿關心我的啦，他現在就是說，譬如說像我現在我不能提重物，他會多體諒多幫忙我，就這樣子，譬如說喔，拿什麼比較重的，他會說『妳不要提！



等會我會來拿』。(個案三)」

「我有時候在發脾氣，他就會說『身體不好，不用那麼大聲』等於說安慰我，像有的時候我會生氣我的孩子，我就會很大聲的罵他，我先生就會拉我一下『這樣不好，身體不好不用這麼大聲，不要生氣，走走走』…他也會要我動作慢一點，因為我急性子，他都叫我慢慢做就好了，不要怕、不要那麼緊張。(個案四)」

「我生了病以後對我更好，因為他很多事情都變得他自己在做，他都不要我做。我覺得他只有持續的對我更好，然後…，我覺得我生病他對我更好了。他會跟我注意很多，會注意我的身體健康阿什麼那一類的，還有他一天榨兩次果汁給妳喝，那妳也不用去買菜，他會自動幫妳去買，他擔心我去買菜人多。(個案六)」

從「日常生活」的掩飾或「正常化」生活，到「親密行為」的體貼，先生的支持與否，扮演重要角色。本研究個案一、二、三、四，先生仍能與其維持親密關係；個案五、六，則產生變化。如以下敘說所示：

「性生活喔，可以說沒影響，可以說沒影響，真的，如果影響的話，應該就是更珍惜吧！就這樣子而已，沒什麼影響。(個案一)」

「像是我，他性生活也都是滿配合的，像我的經驗，我自己是這樣，現在是，好像先生都滿好的啦，就是滿好的，也都會滿配合的，真的。(個案二)」

「我是覺得先生他沒有給我們嫌，我們就有信心啦，這就有差啦，有的先生卡注重那個外表，對妳冷落或是怎麼樣，那就會感覺不一樣了。我們的身體就不是外觀了，一邊是重建，兩顆可以說都是假的，一邊重建是假的，一邊已經沒啦，我可以說是沒有胸部的人啦，但是先生他都沒有給我們嫌，他都給我們安慰，所以我們就不會感覺說…去在意。(個案二)」

「我好像比較提不起「性」趣，不過…(停頓4秒)跟我先生之間的關係不會有什麼影響啦，譬如說他有性趣，我還是會配合他。性行為方面跟以前沒有什麼不同，只是次數沒那麼多，沒那麼多的原因，我在想，因為年紀也有關係吧，其實也不會差很多啦，這要怎麼講，譬如說以前一個禮拜三次，現在變成兩次、一次這樣。(個案三)」

你說性生活那些嗎？不會，都沒有影響耶，我先生有時候喜歡還都摸我這一粒

耶(重建乳房)，他說這個摸起來好像比較圓耶，躺下來都不會變耶，是挺的，因為我胸部比較小，所以我胸部就挺在那邊，比較漂亮這樣。他每次都說：我比較喜歡摸這顆，這一粒摸起來比較好摸，因為它有弧度阿，比較漂亮阿，真的做的比較漂亮…。(個案四)」

「跟他在一起的時候，我都沒有讓他看到，我都穿著衣服，根本應該是說從我生病以後，我的上半部我先生就沒有再想要碰我了，我先生也沒有想要碰我，我也不想要讓他碰，但是，是我病了以後，因為剛開始病了以後因為會痛，他就沒有碰，一直到現在他也沒碰我，我也不想要讓他碰，應該是說我先生真正的是沒有碰過，可是我先生沒有伸過手，我也不脫衣服讓他碰。我是覺得我們現在有一點像比較隨隨便便那種感覺，好像有交代就好了，以前比較不會啦，以前是因為妳有胸部的時候，他或許還有一些作用，現在已經沒有胸部，好像變成沒有什麼作用，現在只是在應付那一些事情而已，比較沒有像人家講的說所謂的前戲這樣，所以感覺就是跟以前有差。(個案五)」

「手術前，我們全部都是脫掉了，我們在一起做是全部脫掉的，可是當妳做完手術之後，然後一直到現在，十幾年來我一直都不敢把衣服脫掉，我不敢脫掉，其實我先生是從來沒有嫌過，可是我自己不要，因為最起碼衣服一半還可以遮住吧，就像我先生講的說一個就夠了，那我們自己也在想，好吧！你一個就夠了，我也能接受你這樣講，我也把另外一邊擋住了…，我在想，若我把衣服都脫掉，他等一下馬上就軟下去了！我是這樣想啦，我不曉得他到底會不會，我也不願意這樣去試試看，因為我覺得本來就真的不好看了嘛。(個案六)」

Holmberg等人(2001)指出，乳癌婦女對於手術後身體的改變，最關注身體意象、自尊、伴侶對於診斷和治療的反應，以及對於伴侶態度的衝擊。本研究顯示，有五位個案表達術後，在日常生活層面，先生是採取支持、體貼態度；但一旦進入親密關係，則會產生轉變，有時會擔心而採取掩飾策略(Goffman, 1963)；有時降低親密行為次數；有時則感覺先生認為無所謂只是安慰效果；當然，也有個案表示性關係沒有影響，甚至伴侶更讚美重建的乳房。

整體而言，本研究顯示術後乳癌存活者的人我關係變化，是擺盪在掩飾度和親

密度之間。不過，值得注意的是，個案五和個案六，都是採用義乳方法，報告出較低品質的親密活動，由此顯示身體意象和親密關係的深度探索，值得後續探討。林耀盛等人(2009)以邏輯迴歸分析發現，影響乳癌術後婦女身體意象變差的主要因子為「高憂鬱傾向」和「低親密關係」。但乳房重建與否和親密感的深層結構關係，未來仍需進一步觀察和深究，以抽繹出心理介入的適當策略，進而得以提昇其優質化的生活。

#### (四) 經驗層次—生活世界的受苦拋物線：主觀福祉和心理福祉之間

Ryan與Deci(2001)曾指出兩種生活典範，一種是「享樂典範」，可說就是主觀上的福祉感(Subjective Well-Being, 簡稱SWB)，包括三個成分：生活滿意度、出現正向心情和缺乏負面心情。另一種是「幸福典範」，重視心理成就的滿足，是一種心理上的福祉感(Psychological Well-Being, 簡稱PWB)，透過自主性、個人成長(personal growth)、自我接受(self-acceptance)、生活目標(life purpose)、正向關係(positive relatedness)及掌握(mastery)六項構面，來衡量個體的自我實現程度，並以發揮自我潛力和生發動能，以達到Carl Rogers所謂的「功能整全人」的狀態(Sharf, 2008)。所以，有個案在「主觀上的福祉」層次上，以減少痛苦為生活經驗的安排；有個案則在「心理上的福祉」層次上，表達患病後，更彰顯出夫妻間的共命情感。所以，即使在主觀上，個案的生活世界仍充滿苦痛經驗，但在心理支持和自我強度上，已能轉化心理福祉感受。

「兩個夫妻能夠照顧，互相關心，像是說他越來體貼對方就對了啦，會感覺我不能沒有他，他不能沒有我，會互相鼓勵我們，改變很多，好像因禍得福，我有這樣的感覺。(個案二)」

「我跟我先生講過『我一路走來，如果沒有你喔，我可能走不下去！』那化療的痛苦，我先生這樣一路走來陪我，然後又掉頭髮，那個戴假髮我就不想出去，我先生就會戴一個帽子阿，帶我去走路。我先生都說『本來夫妻就是這個樣子』我先生很用心耶，他上班很忙，還要去買什麼回來，就這樣下了班趕趕趕這樣子。我覺得那個家人喔，給妳的support(支持)力量多大喔，有時候妳很低潮的時候，妳先生

這樣輕輕地拍拍妳、抱抱妳，妳會覺得說，妳那個勇氣又出來了，他能夠知道妳的心理，告訴妳阿、抱抱妳阿、拍拍妳，有時候這個輕輕的動作拍拍妳很重要，感覺說喔你很支持我喔！我一路走來感覺不寂寞，不是我在單打獨鬥，我旁邊有一個人。在。(個案四)」

「我為什麼一直掉眼淚就是，因為我覺得他對我很很好，如果沒有他(哽咽)(沉默7秒)說不定(沉默5秒)，我也沒那麼大的勇氣啊，繼續生存下去或是什麼的，(哽咽)我有時候就是在想說(沉默4秒)(哽咽)，好像經常有那個聽人家在講說，久病心情不好就跳樓什麼的(哭)。我有時候在想，我有沒有勇氣活到現在，所以說我一直都很感激他(哽咽)…。(個案六)」

當然，也有個案陷入「主觀上的福祉」的掙扎，出現高頻率負向情緒，或較少出現正向照顧行動。例如從報紙、新聞、親友中得知關於癌症的訊息，會變得特別敏感，造成情緒影響。

「我自己病痛的事情我都不會講，只是說，我關心他們就是說，你們要記得喔，好好保養你們的身體，不要搞壞！像媽媽現在這樣，像是壓力來了還是怎麼樣來了，都不知道啊！所以你們就是要…在吃的方面就是要注意一下。(個案一)」

「不過，一直到現在我是覺得，到底是因為自己心理的問題還是怎麼樣，妳說妳看到妳的親戚朋友，都是什麼癌、什麼癌走掉的時候，我不曉得，可能妳自己的經歷還沒有遇到這些，或看到報紙，啊！又寫出什麼癌又怎麼樣，哈！(拉長音)心裡都會很難過，心情都會像撲～這樣掉下去。反正就是會胡思亂想，妳今天看到報章雜誌在寫什麼乳癌什麼，都會特別注意，會覺得有一點心理不太舒服這樣，如果它講到其他的癌症的話，什麼肺癌什麼癌的，就看一看自己要小心一點。(個案三)」

「我聽他們演講『擴散到兩側的存活率只不到百分之六十』，說真的，去聽了那一場之後，反而增加我更害怕，有時候會想早知道我就不要去聽，妳不聽真的還好，尤其是很嚴重的人，最好還是不聽會比較舒服，因為妳知道了之後，妳心情反而會不是很好。(個案五)」

「我會有時候到傍晚的時候妳知不知道，我沒有想要幹什麼，我自己知道我没有想要幹什麼，可是我好像有另外一個人，在尋找我要怎麼死，尋找一些東西不

知道要做一些什麼事情，我有時候，我講不知道人家會不會相信我的話，我會害怕耶，因為我明明不想要死掉，可是就有別的人好像在鼓勵我要我找什麼去死掉那樣，因為我最害怕就是這個。(個案五)」

林耀盛(2006)提出「U型心理社會模組」概念，顯示慢性病患者及其主要照顧者，同時承受心理成長與心理受苦，其心理社會歷程的動力轉化關係，是一種擺盪「主觀上的福祉」和「心理上的福祉」兩造力量間，形同U型拋物線的軌跡，這是模糊性失落經驗和個體及他人相互性並置的混成區塊，臨床上的癌症患者和照顧者，因長年的身心負荷，多處於U型拋物線的谷底。

本研究從乳癌患者經驗層次探索，整體結果也印證個案置身於「主觀上的福祉」和「心理上的福祉」的U型拋物線軌跡觀點。因此，未來臨床心理介入的原則，需評估彼此間心理社會資源，是朝向以「心理上的福祉」或「主觀上的福祉」做為優先介入考量，這是探索建構患者生活適應經驗轉化的重要思慮變項。

## 四、討 論

### (一)存活的生命線—多元符號適應現象的本質和意義

本研究發現，符號現象心理學分析個案的生活適應經驗，共浮現四個主題結構。首先是從「乳房重建的兩難考量」，顯露出病患經驗的內在和外緣的落差，這是從身體自身的徵候投向生活座標。其次是從「執守和釋放的控制度」考驗，凸顯疾病經驗介入後的拒認病情的固著認同和接受病情的協商認同之轉折，這是從心理情緒的立場投向自我認同重建。再者，從「慢性病是一種關係事件」，揭顯疾病的遮掩度和親密度的衝突，這是從病患自身轉向周遭人我關係的轉化經驗。最後，則是「生活世界的受苦拋物線」，顯示病患的生活適應，擺盪在主觀福祉和心理福祉間，這是從U型心理社會模組的界定，鋪陳乳癌患者的疾病經驗適應歷程(林耀盛，2006)。如此的命題結構，從乳房意象的徵候指認開始，屬於客體符號層次；而後從徵候現身到自我認同的覺察，屬於自我層次；再從自我到人際(尤其配偶)的互動關係觀察，屬於人我層次。最後，從患者生活世界的總省察，屬於經驗層次。由此，乳

癌婦女的生活經驗界說呈現多層次，從客體層次到自我層次，從自我層次到人我層次，以及從人我層次到經驗層次，反映出多元符號適應現象的本質和意義(林耀盛，1999；林耀盛、吳英璋，2004)。本研究結果摘要，整理如表二所示。

Peck(2008)提出「存活體態」(survivorship)的概念，指稱一種「成為倖存者的狀態」(the state of being a survivor)，經常和癌症、心臟病、震災、意外和其他重大事故的遭遇者有所關連，這也是一種寓居於「免除的社會」(remission society)的存在經驗，即使個體感覺到康復效能不錯，但從來不被考慮為痊癒(people who were effectively well but could never be considered cured)，故經常需要身心上的監控。Peck(2008)整理出「存活體態」的經驗，至少包括六項(1)一種致命性(mortality)的威脅；(2)疏離和孤立；(3)需要被支持；(4)在生活經驗中追尋意義；(5)需要重新安排生活順位；(6)經常面臨脆弱度(vulnerability)的提醒。

Rosedale(2009)也認為乳癌女性患者，其實面對著存活者的孤獨感(survivor loneliness)，她們描述在覺察疾病威脅時的孤寂感，尤其面對不斷的症狀負荷，更使其產生認同改變經驗和與人相處的脆弱。Rosedale(2009)進而分析，存活者的孤獨感內涵，包括(1)意識的湧現(emerging consciousness)；(2)超越時間的界限(transcending time)；(3)周遭的誤解(misunderstanding)；(4)非本真的鏡像(inauthentic mirroring)；(5)活力連結的脆弱(fragile vital connections)；(6)抑制真相(withholding truth)。從「存活體態」和「存活者的孤獨感」概念，顯露的是較為偏向疾病經驗的負面向度。

但由表二和本研究的發現，不只是探索個案的疾苦病痛現象，更從生活世界出發，揭露乳癌患者存活認同(survival identity)歷程中，依存於主觀福祉和心理福祉之間的疾病後成長軌跡。Kaiser(2008)指出，接受存活認同的角色，對於乳癌患者是個

表二 研究結果摘要表

生病歷程的敘說符號層次	病後存活者心理經驗的脈絡主題
客體層次	乳房重建的兩難考量：內在和外緣之間
自我層次	執守和釋放的控制度：固著認同和協商認同之間
人我層次	乳癌是一種關係事件：遮掩度和親密度之間
經驗層次	生活世界的受苦拋物線：主觀福祉和心理福祉之間

airiti

兩難，接受存活的概念，有時會讓個體更能覺察因應病情；但也可能因為存活意味著倖存，也籠罩著疾病威脅的暗影。本研究顯示，當患者可以從接納自己和接受疾病，進而以彈性化認同面對新生活，而非一味以「回到從前」作為失落哀悼，即使面臨乳癌復發的可能風險，仍然可以在心理福祉(PWB)上，建構具適應性的生活形態，這是存活後正向化成長的生活線。

## (二) 受苦的適應現象：失落成為自身、自我協商認同、親密關係形成、建構心理福祉

Goffman(1963)認為污名的特徵，涉及該屬性是可以被掩飾，還是成為一種可見度的議題。本研究發現乳癌患者術後，無論採取什麼方式修復，面臨著乳房如此私密器官的變化特徵，儘管掩飾，卻又擔憂被周遭他人或親朋好友覺察，故有個案採取距離化的生活策略；有個案則接受病情，不刻意掩飾，甚至和其先生的親密關係增進，產生新自我評價。

由此，乳癌患者病後生活核心的轉化關鍵，在其面對乳房作為一種小對體(a)的態度。意即當事人是否可以接受失落事實自身，而不會因為被掩飾污名所付出的心理代價(psychological price)所折磨而心生焦慮，抑或不曾因此感到自我貶抑，或不曾為自我忠誠認同瓦解所苦(Goffman, 1963)。如此，患者在遮掩度和親密度的生涯中，更得以因勢制宜地以彈性認同策略，因應病後社會角色的承擔(Goffman, 1963)。本研究個案三和個案五，自評害怕復發程度高，其術後時間約為一年，因為面對新生涯的時間，相較而言並不算長，推論可能其病後生涯的轉化軌道尚未定型，個案處在乳房失落陰影中哀悼，企圖尋求完整主體卻告失敗，仍然置身病情作為一種威脅的心理代價折磨處境裡。

Van den Berg(1952/2001)曾道出，慢性疾病強烈地向我們顯示健康是個恩賜，他說：「病人其實從未真正度過生病之初的驚懼，也還沒有完全接受自己是個病人，即使病已經延續了好幾年，一直沒有康復的跡象，病人仍把病當作一種暫時，或是偶然的狀態，但是健康的來訪者，很快地就把病人推出日常生活的常態，病人的疾病變成了既定的事實」。然而，本研究發現，健康他者的現身，不單純只會造成疾

病事實的認定，更可能轉化個案的生活經驗，能夠逐漸朝向協商認同、親密關係正常化和心理福祉的動態轉化，而非一直陷入U型心理社會模組的谷底經驗裡。

這與Van Manen(1998)所指嚴重疾病改變了我們的時間感、空間經驗、我們和他者的關係，以及我們對自我和身體的感受，論調一致。本研究發現第一、二期乳癌術後婦女的受苦調適現象，基本上是以乳房意象為擔憂核心。然而研究也顯示，若個案的配偶能將日常生活的支持轉向體貼態度和親密關係的正常化，即使主觀福祉失落，仍可透過心理福祉的優質化，掌握其生活品質。因此，乳房重建與否，和親密感的深層結構關係，值得未來追蹤探討。

### (三) 研究反思與限制

進入病房田野，在面對個案的同時，就是研究的起點。事實上，進行質化研究時，研究者也是研究歷程的一環，甚至研究者本身就是一種研究工具。因此，研究者在訪談過程中，抱持對個案的關懷、同理與尊重態度，使個案在信任關係下敘說其心理經驗。經由如此不斷省察研究者與被研究者間互動關係，促使互為主體性的彰顯，進而深切掌握問題意識，期使研究成果得以回饋、服務存活者，以精緻提升其生活品質。

對於慢性病心理學的探索，近年來逐漸由「病理」模式轉向「康健」模式，重視疾病經驗敘說統合度的重要。Einstein與Shildrick(2009)指出，女性健康的實踐，可以直接挑戰傳統的生物醫療模式，因此可視為化解科學/人文二分的場域，進而反思身體的變異度、偶因性(contingency)和不穩定(instability)，以重構自我。乳癌女性存活者對於乳房意象的覺察體驗，顯示無法只以傳統生理身體觀點對待。本研究以敘說經驗為主軸，不單以生理身體探討乳癌術後婦女的疾病經驗，在研究歷程中的傾聽、專注與回應，可發現個案的具體處境不僅是遭遇存活上的孤獨感，當他人能夠與個案建立信任關係，並能適時地同理瞭解其存活上的不確定感，其實研究的開展也兼具使個案轉化心理福祉正向經驗之契機。

進言之，本研究透過術後婦女乳房意象的改變做為中介，嘗試探討乳癌存活者的心理經驗，於進行研究過程中，從晤談、觀察、文獻、個案回饋和研究資料的



交叉往復比較分析，落實交叉驗證法。同時，研究人員透過同儕間分享簡報(peer debriefing)，相互督導與提醒，以避免研究者掉入資料蒐集和分析的偏見，並能提供研究者工具上和情緒上的支持。而後，向接受研究的部分成員進行資料解讀確認，也就是並非只有蒐集資料而已，還要把資料分析的結果，回過頭來請接受研究者，予以確認或澄清，以建立研究的意義，也由此提昇質性研究是一種參與式研究的特性(Royse et al., 2006)。

當然，本研究僅與六位個案進行訪談，雖然顧及「深度」，但未來如何進一步拓展「廣度」，以使研究敘說更加多樣豐富，避免資料變異度不足的限制，甚至進一步進行配偶的配對資料分析，以更全面地理解存活者的心理經驗，進而予以有效的心理衛生上的關注與介護，這是需要長期投入的重要研究課題。本文的觀點，只是個開端，但已跨出探索的腳步。

## 註 解

註1：以下就手術治療部分，進行說明。(1)根除性乳房切除手術。在1894年由Halsted提出根除性乳房切除手術，主張要行廣泛的切除，採菱形切除整個乳房，其範圍包括乳頭、腫瘤附近的皮膚、全部乳房組織以及大小胸肌、腋下全部脂肪與淋巴結，局部僅剩下肋骨和肋間肌。這樣的手術方式容易造成胸壁嚴重的毀形和上肢活動受限，且許多經歷手術的病患仍然死於遠處轉移，所以，目前除了少數已經侵犯到胸肌的乳癌病患之外，根除性乳房切除手術已經很少採用。(2)改良型乳房根除手術。於1948年，Patey提出改良型乳房根除手術，切除範圍包括整個乳房組織、胸小肌以及清除腋下淋巴結，但仍然保留胸大肌，因此病患上肢功能的受限不明顯，胸壁的毀形也較為不嚴重，通常第II、III期乳癌會採用這種方式，亦為目前最常使用的手術方式。(3)乳房保留手術。由Fisher於1970年所提出，手術的方式乃針對惡性腫瘤及其周圍附近1至2公分的乳房組織切除，而仍保留大部分的乳房以及大小胸肌，適合第I、II期的乳癌病患，其術後常需合併放射治療。採用乳房保留手術，手臂功能恢復快，

且兩側乳房外形相似，可較為避免手術切除後所引起心理上及美觀上的缺陷（參見季瑋珠等人，1997；Mock, 1993）。

註2：造口手術乃是將肛門附近的組織切除，將大腸末端拉出腹壁外，縫在腹壁表面——即稱之為造口（陳宏彰，2005）。因為腸造口處沒有括約肌，無法控制體內氣體與排泄物的排出，因此造口患者必須要在造口的位置貼上造口袋，以收集排泄物，或選擇每日灌洗大腸，如此就可以減少造口袋的黏貼。而腸造口一般又分為兩種（林慧惠、紀佩蓉，2005）。（1）暫時性腸造口：因為先天性的腸道疾患、憩室炎或其他疾病造成嚴重的腹膜炎、濃瘍、穿孔、或切除直腸病變，實行腸道吻合術後，為了避免滲漏而進行暫時性腸造口的手術，來保護腸吻合處。等到病因消除後，通常都可以再次進行手術，接和腸道，關閉造口。（2）永久性腸造口：最常見的永久性腸造口，為患者的腫瘤位於肛門附近，為了根除癌症，常常需要將肛門及括約肌一起切除，此時患者便必須接受永久性腸造口的施行。但是，也可能是因為其他疾病的關係，導致無法保留肛門，而需要以永久以腸造口的方式排泄。

註3：Lacan所謂的「小對體a」（objet petit a），有多重指涉，至少包括：自我對幽靈意象的想像關係（ego's imaginary relation to the specular image）、幻見（fantasy）的基本式、我們所追求的他者慾望客體、永遠無法獲得的客體、慾望的客體動因（'object- cause' of desire）、焦慮的客體等意涵（Evans, 1996）。在這裡將乳房視為一種小對體（a），而不直接以身體器官的符號化意義界定，主要是顯示個案和乳房的關係無法直接對應為「失落」，而是一種反覆困擾存活者心理生活經驗的一種幽靈般的身體意象。誠如一位審查委員指出，義乳者，是「無乳房者」之意。對於乳癌存活者而言，是「沒有」與「空缺」。乳房重建者，則是雖然不滿足，但卻是一種「有」乳房的體驗。由此，義乳是一種裝載輔具，是填補的意義，卻是「無」的狀態；重建是一種局部性和不完整性，卻是「有」的體態，這就如同小對體（a）的幽靈困惑，難以直接以失落或哀悼來詮釋乳癌存活者和乳房意象的接應關係。於此，特別感謝評審的意見、提醒和建議。

## 致 謝

本論文部分資料獲得國科會研究計畫(NSC96-2413-H-259-001-MY3)經費補助，特此致謝。另外，本論文的受訪個案，雖是匿名，卻無損於其對本文的重大貢獻。論文資料蒐集過程中，侯明鋒醫師的鼎力協助；以及論文審查過程中，匿名審查委員的建議與意見，使本文更加完善。加上編輯委員會與編輯助理之協助，使本文順利出版，於此一併申謝！

## 參考文獻

- 方萬輝(2007)：《文化文本的互文性書寫：齊澤克對拉康理論的解釋》。成都：四川出版集團巴蜀書社。
- 王國忠、陳艷(1998)：《乳癌與乳房疾病Q & A》。台北：世潮。
- 吳秋玉(2008)：《意外的旅程：初診斷乳癌病患之時間經驗》。高雄醫學大學護理學研究所碩士論文(未出版)。
- 季瑋珠、黃俊升、張金堅(1997)：〈台灣的乳癌〉。《中華公共衛生雜誌》，16卷1期，62-75。
- 林玉淨、胡淑貞(2001)：〈乳癌婦女延遲就醫、診斷與治療之相關因子研究：以南部某醫學中心為例〉。《公共衛生》，27卷4期，287-299。
- 林慧惠、紀佩蓉(2005)：〈認識腸造口〉。《彰基癌症防治季刊》，3期，7。
- 林耀盛(1999)：《疾病意義、身體意象與認同形式：糖尿病患者社會心理因應歷程》。台灣大學心理研究所博士論文(未出版)。
- 林耀盛(2006)：〈慢性病心理社會模式之探討：以癌症為例〉。《臨床心理學刊》，3卷2期，56-67。
- 林耀盛、吳英璋(2004)：〈雙重變奏曲：探究「九二一」地震「失親家毀」受創者之心理經驗現象〉。《中華心理衛生學刊》，17卷2期，1-41。
- 林耀盛、胡至家、張娟鳳(2009)：〈憂鬱傾向和親密關係對乳癌術後婦女身體意象影

- 響之相關探討》。《高雄行為科學學刊》，1卷1期，25-43。
- 侯明鋒(1999)：〈乳癌簡介及其術後照顧〉。《木棉花關懷俱樂部會訊》，1期，1-4。
- 陳宏彰(2005)：〈大腸直腸炎外科手術〉。《彰基癌症防治季刊》，3期，5-6。
- 陳玫蓉、林耀盛、張家禎(2009)：〈時空之間：造口患者的疾病經驗〉。台灣臨床心理學會主辦「台灣臨床心理學會2009年會」(台北)宣讀之論文。
- 陳訓徹(2003)：〈台灣地區婦女乳癌的特性〉，見鄭明輝(主編)：《真愛生命的果實－談乳房大小事》。台北：東佑。
- 陳海焦(1996)：《乳癌婦女接受乳房切除手術後身體改變的經驗》。國防醫學院護理研究所碩士論文(未出版)。
- 許禮安(2005)：《病情世界的多重現象分析》。東華大學族群關係與文化研究所碩士論文(未出版)。
- 劉瑞靈、丘周萍(2002)：〈協助一位接受乳癌切除手術婦女心理衝擊之護理經驗〉。《護理雜誌》，49卷5期，96-101。
- 蔡逸鈴(2009)：《病者的世界：癌末患者心理生活經驗探索》。高雄醫學大學心理學研究所碩士論文(未出版)。
- 鄧旗明(2005)：〈乳癌患者生命意義之探討〉。《美和技術學報》，22卷2期，29-47。
- 顏郁晉(2000)：〈乳癌的防治－地區醫院的經驗〉。《聲洋防癌之聲》，90期，6-8。
- 饒啟明(2003)：〈降低乳癌死亡率－乳房X光攝影〉，見鄭明輝(主編)：《真愛生命的果實－談乳房大小事》。台北：東佑。
- Gilligan, C.著，王雅各譯(1982/2002)：《不同的語音》。台北：心理。
- Van den Berg, J. H.著，石世明譯(1952/2001)：《病床邊的溫柔》。台北：心靈工坊。
- Yalom, M.著，何穎怡譯(1997/2000)：《乳房的歷史》。台北：先覺。
- Aujoulat, I., Marcolongo, R., Bonadiman, L., & Deccache, A. (2008). Reconsidering patient empowerment in chronic illness: A critique of models of self-efficacy and bodily con-

- trol. *Social Science and Medicine*, 66, 1228-1239.
- Baider, L., Andritsh, E., Goldzweig, G., Uziely, B., Ever-Hadani, P., Hofman, G., et al. (2004). Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics*, 45, 58-68.
- Blaxter, M. (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. *Social Science and Medicine*, 44(6), 747-756.
- Bostwick, J. (1988). Breast reconstruction after mastectomy. *Seminars in Surgical Oncology*, 4(4), 274-279.
- Case, C. (1984). *The breast cancer digest*. Maryland: National Cancer Institute.
- Denzin, N. K. (1978). *Sociological methods: A source book* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-hill.
- Einstein, G., & Shildrick, M. (2009). The postconventional body: Retheorising women's health. *Social Science and Medicine*, 69, 293-300.
- English, J., Wilson, K., & Keller-Olaman, S. (2008). Health, healing and recovery: Therapeutic landscape and the everyday lives of breast cancer survivors. *Social Science and Medicine*, 67, 68-78.
- Evans, D. (1996). *An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Foltz, A. T. (1987). The influence of cancer on self-concept and life quality. *Seminars in Oncology Nursing*, 3(4), 303-312.
- Franchelli, S., Leone, M. S., Berrino, P., Passarelli, B., Capelli, M., Baracco, G., et al. (1995). Psychological evaluation of patients undergoing methods: Autologous tissues versus prostheses. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 95, 1213-1218.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gerhardt, U. (1990). Introductory essay: Qualitative research on chronic illness: The issue and the history. *Social Science and Medicine*, 30(11), 1149-1159.

- Holmberg, S. K., Scott, L. L., Alexy, W., & Fife, B. L. (2001). Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 24(1), 53-60.
- Kaiser, K. (2008). The meaning of the survivor identity for women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 67, 79-87.
- Langenhoff, B. S., Krabbe, P. F. M., Wobbes, T., & Ruers, T. J. M. (2001). Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *British Journal of Surgery*, 88, 643-652.
- McCormick, N. B. (1996). Euphemizing breast cancer. *The Journal of Sex Research*, 33(3), 264-267.
- McKee, A. L., & Schover, L. R. (2001). Sexuality rehabilitation. *Cancer*, 92, 1008-1012.
- Mock, V. (1993). Body image in women treated for breast cancer. *Nursing Research*, 42(3), 153-157.
- Peck, S. (2008). Survivorship: A concept analysis. *Nursing Forum*, 43(2), 91-102.
- Reaby, L. L., & Hort, L. K. (1995). Postmastectomy attitudes in women who wear external breast prostheses compared to those who have undergone breast reconstruction. *Journal of Behavioral Medicine*, 18(1), 55-67.
- Rosedale, M. (2009). Survivor loneliness of women following breast cancer. *Ontology Nursing Forum*, 36(2), 175-182.
- Rowland, J. H., Desmond, K. A., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Rowland, J. H., Holland, J. C., Chaglassian, T., & Kinne, D. (1993). Psychological response to breast reconstruction expectations for and impact on postmastectomy functioning. *Psychosomatics*, 34(3), 241-250.
- Royse, D., Thyer, B. A., Padgett, D. K., & Logan, T. K. (2006). *Program evaluation: An introduction*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*, 52, 141-166.

- airiti
- Sharf, R. S. (2008). *Theories of psychotherapy and counseling: Concept and cases*. (4<sup>th</sup> ed.) Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Sontag, S. (1990). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphor*. New York: Anchor Book/Doubleday.
- Staiano, K. V. (1986). *Interpreting signs of illness: A case study in medical semiotics*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Van Manen, M. (1998). Modalities of body experience in illness and health. *Qualitative Health Research*, 8(1), 7-24.
- Vinokur, A. D., Threatt, B. A., Vinokur-Kaplan, D., & Satariano, W. A. (1990). The process of recovery from breast cancer for younger and older patients. *Cancer*, 65, 1242-1254.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Wilmoth, M. C. (2001). The aftermath of breast cancer: An altered sexual self. *Cancer Nursing*, 24(4), 278-286.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science and Medicine*, 64(7), 1524-1535.
- Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 697-709.

# Body multiplicity of the Breast Cancer Survivor: Exploring the Psychological Experiences of the Illness Adaptation Process

YAW-SHENG LIN, CHIH-CHIA HU

**Purpose:** We explored the lives of breast cancer survivors using a phenomenological perspective to understand their variable processes of biographical experiences from the insiders' views. **Methods:** We conducted interviews with 6 breast cancer patients (mean age 44.83) to find out how their lives changed with the illness from their own perspective. Each person was interviewed once or twice; all interviews lasted at least one hour each. Four of them had chosen to have reconstructive surgery after the mastectomy; two had not. We used an interpretative phenomenology method consisting of rereading and analyzing the narratives case by case, and repeatedly comparing the interview transcripts. **Results:** Four contextual psychological reactions to the illness were identified: the dilemma of breast reconstruction surgery, the issue of control and holding on versus letting go, breast cancer as an interpersonal or relational event rather than an individual or personal encounter, and the impact on daily life. **Conclusions:** If patients observe and learn about their illness while under the threat of loss, and if they withstand the stigma and work through this loss to normalize their lives, they can take on a greater social purpose and improve their psychological well-being even after being ill.

**Key words:** breast cancer, suffering, survival, well-being

---

Yaw-Sheng Lin: Professor, Department of Counseling and Clinical Psychology, National Dong Hwa University.

(Corresponding Author, E-mail: yslin@mail.ndhu.edu.tw)

Chih-Chia Hu: Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, Yuli Veterans Hospital.