考古人類學刊・第 73 期・頁 101-148・2010

精神疾病「病識感」（insight）的社會分析：一個民族誌的觀察[1]

李 舒 中*

摘 要

病識感是區隔正常與精神病的主要臨床特徵之一，但是長久以來在臨床上對於病識感的普遍使用，卻是建築在對於病識感的模糊、直覺以及常識性界定上。晚近有關病識感的理論探討則有了長足的進展，包括像是 Anthony S. David 的三面向病識感模型，以及 Ivana Markova´的符號學式病識感模型。然而臨床病識感的重新概念化，仍然忽略了病識感現象所蘊含的重大社會文化面向與意義。本研究彙整概念史、文化精神醫學、心理學、語言學與醫療人類學等領域對於病識感議題的批判性研究，藉此對於這種新興的病識感構念，提出社會文化觀點上的補正。透過民族誌資料的呈現及分析，本研究指出：精神疾病病識感的臨床認定，必須放在其發生的臨床脈絡當中來進行瞭解，而臨床互動則又必須考量它與更廣大社會文化及歷史脈絡之間的關聯。本研究認為，唯有透過這種多層次的脈絡化方式，並輔以病識感的社會文化觀點，才能夠超越目前有關病識感判定的爭議與困境，並對於臨床病識感現象的豐富意涵有更深入的掌握與瞭解。同時透過民族誌視框來予以重新脈絡化的臨床病識感現象，將可以作為進一步考察臨床現象背後更寬廣社會及歷史過程的窗口。

關鍵字： 病識感、臨床觀點、社會文化觀點、概念史、文化精神醫學、心理學、語言學、醫療人類學、民族誌研究、脈絡化分析

臺灣大學學術期刊資料庫

* 長庚大學醫學院人文及社會醫學科助理教授。

Journal of Archaeology and Anthropology • 73:101-148 • 2010

The Social Analysis of Psychiatric Insight : An Ethnographic Observation

Shu-Chung Lii*

ABSTRACT

Clinical insight has been one of the main features differentiating the normal from the psychiatric abnormal. However, the common and pervasive usage of this concept has been built upon some ambiguous, intuitive and commonsense definitions. Not until recently have some theoretical elaborations of this concept been successfully made, such as Anthony David's tri-dimensions model or Ivana Markova's semiotic model of insight. Nonetheless, these re-conceptualizations of clinical insight have still ignored the greater socio-cultural dimensions and meanings contained in the phenomenon of clinical insight. This study integrates critical perspectives from conceptual history, cultural psychiatry, psychology, linguistics and medical anthropology, and brings the complementary emphasis of socio-cultural concerns into the new conceptual development of clinical insight. Through the ethnographic presentation and analysis, this study points to the fact that the understanding of the clinical judgment of psychiatric insight has to be achieved by re-embedding it into the clinical context where it occurs, and that this clinical context is deeply embedded within and connected to the much broader multi-layered socio-cultural and historical contexts. This study suggests that only through this sort of multiple re-contextualization, with an emphasis on socio-cultural dimensions, can the current debate and obstacles to the conceptualization of clinical insight be surpassed, and a deeper understanding of the complex phenomenon of clinical insight be arrived at. It is also suggested that the ethnographic re-contextualization of the phenomenon of clinical insight

臺灣大學學術期刊資料庫

* Assistant Professor, Division of Humanistic and Social Medicine, School of Medicine, Chang Gung University

can serve as a window to the better awareness and investigation of the broader social and historical process behind the phenomenon of clinical insight.

Keywords: Insight, clinical perspectives, socio-cultural perspectives, conceptual history, cultural psychiatry, psychology, linguistics, medical anthropology, ethnographic study, contextual analysis

臺灣大學學術期刊資料庫

導言與問題意識

「病識感」（insight）的缺乏，長久以來被認為是「瘋狂」或「妄想」的界定特徵[2]（Berrios 1996：85-139；Berrios and Beer 1995：327；Fulford 1998；Garety 1998）。而在 WHO 著名的精神分裂跨國比較性前驅研究（IPSS）中，也發現「病識感缺乏」是精神分裂症症狀中，最具有跨文化共通性的普遍特徵之一（Sartorius et al. 1972；WHO 1973）。同樣地，在為第四版美國精神疾病診斷手冊（DSM-IV）所進行的場地測試研究裡，Amador 等研究者（1994）也發現：有 6 成以上的精神分裂患者呈現出中度或重度的「缺乏病識感」情形。

「病識感」雖然是精神醫療廣泛使用的概念用語，但究其在臨床實作的使用上來看，可以發現「病識感」本身常常缺乏了客觀、外顯而清晰的臨床定義，其使用反倒多是以一種「想當然爾」的常識或是「隱而不宣」的共識型態，來流轉於醫療團隊的相關語言活動當中。同時在臨床場域裡呈現出來的「病識感缺乏」現象，常常顯得複雜而難以判定。在「病識感」的相關研究中，有關病識感及其缺乏，至少可以歸結出四種常見的問題性：

（一）病識感在不同精神疾病範疇裡的指涉有所不同（Surguladze and David 1999；參考 Markova´ 2005）；亦即在精神分裂、躁鬱症等精神病（psychosis）、以及強迫性與身體轉化等官能症、人格異常、譫妄與失智等神經精神症狀中，所指涉對應的「病識感」意涵及對象是不相同的；

（二）在臨床上病識感及其缺乏的現象本身往往不是一種「全或無」（all-or-none）的狀態，它常常是一種連續體的現象（David 1990；Sims 2003; Surguladze and David 1999）；

（三）「病識感」這種看似單一的概念用語，它其實牽涉到有關疾病經驗以及醫療認識等不同的面向與歷程（David 1990；David et al. 1992）；

（四）更重要的是，精神病患病識感的獲得或恢復，未必在治療上必然帶來正面的發展，因為這牽涉到疾病與病人身份常常含帶的污名等因素。因此許多精神病患病識感的增長，未必帶來更好的預後，甚至可能導致憂鬱或自殺的傾向，這種問題性被稱之為「病識感悖論」（*Insight Paradox*, Lysaker et al. 2007；Williams 2008）。

臺灣人學學術期刊資料庫

而本研究對於病識感現象的田野觀察，也發現病識感此一概念工具其在臨床上的使用實況，是充滿著複雜性及趣味性的。例如，在醫院病房環境中，住院病患往往因為與民族誌觀察者之間的非醫療式（non-therapeutic）關係，使得兩者之間的互動，有別於一般醫病互動中「有或無病識感」的判斷式詰問或診治情境，因而具有獨特的機會來呈現以下這些既活潑又複雜，且具自主意味的病識感陳述：

眉慈（*化名*）：「我可以承認有病，但我不是病人」

正鋒（*化名*）：「我只是需要用藥的正常人，醫生應該把我當成正常人來醫」

小倩（*化名*）：「是「他們」（*妄想*）欺壓我 --- 我覺得（*我*）有反常的行為，其實是蠻正常的」

正鋒（*化名*）：「這（精神疾病）是輪迴，沒有辦法」

玉梅（*化名*）：「這種病是一種文明病，一種代價」

大山（*化名*）：「我不用承認什麼！只要看到妳（醫師）我就是有病了」

這些有關疾病與自我關係的有趣認定及宣稱，在在都顯示了病識感的形成或感知，往往牽涉到住院患者自我與尊嚴、精神疾病污名、疾病歸因、地方文化對於「精神疾病」的解釋與意義體系，以及醫病互動關係的複雜內涵，同時也牽涉到這些特殊語言行表現的臨床詮釋等問題。

而如果不考量這些發言者的疾病經驗歷史、過去的家庭、學業、工作、人際背景、個人特性或是發言的脈絡情境，以上這些宣稱，往往只會更加深他們可能缺乏病識感的臨床認定。所以不瞭解以上眉慈的家庭糾結以及疾病帶給她的憤怒及屈辱感，也不瞭解她對醫護人員的不滿來源之一，是來自於醫護人員沒有瞭解感情傷害對她所造成的打擊，以及她覺得住院只是不斷重複自己被忽略與誤解的主觀感受，那麼她那看似矛盾修辭式的（oxymoron）「我有病但不是病人」說法[3]，除了只能是病識感缺乏的顯現之外，很難有機會成為體現其中有關污名壓力、憤怒以及個人經驗歷史複雜與特殊意義的表達性介面。

病識感的判定對於臨床醫護人員而言，往往是客觀、單方面的觀察與判斷，其牽涉的事項在表面上則多為看似簡單的「有或無」性質之認知作業（cognitive task）。然而這可能與住院患者對於病識感議題涉及的疾病及污名等複雜感受相去甚遠。例如，對於大

臺灣大學學術期刊資料庫

山前述的宣稱，將可以從以下民族誌觀察中顯示出其更深層的思慮：被強制住院的大山宣稱自己擔心簽署了住院同意書，他將進入一個再熟悉也不過的漫長住院歷程，以及可能遭遇到不人道的醫療對待；而醫師對於他拒絕簽署住院同意書的表現，則將之視為是缺乏病識感、退化的證據。這種對立式的臨床互動，往往在醫療的機械性、單向式理解以及權威當中，喪失了體現其中隱含之象徵意義與社會關係的良機。例如，大山與醫師激烈面質的過程裡所表示的『我不用承認什麼！』，與他私底下所暗示的「默認」，其實不必然是矛盾的，因為這種說辭有可能是在醫病對立的僵持中，所展現出來的一種抗爭性攻擊或情緒發洩。『我不用承認什麼！』跟直接了斷的否認、沈默是未盡相同的。而大山『只要看到妳（醫師）我就是有病了』的表達，除了可能是『看到妳，就會讓我發病了』這種情緒表達之外，也可能是一種強烈的無奈：『在妳的眼裡，我就是有病！』，或是一種悲嘆：『看到妳，就讓我想起我「有病」的長久歷程』等各項可能。而醫療方面也許只將大山所說的『不用承認』，視為缺乏病識感的直接證據或平白顯示。這種意義激越、關係對立而又溝通受限的臨床互動模式，往往與醫療人員在工作上的結構性限制（醫治角色、業務承載量）有關，當然也與醫療對於疾病本質以及語言行為的認識框架有關。同時，病患本身的特質也可能是問題的另一種來源。

從以上這些簡短的呈現與分析中可以看出，「病識感」議題與現象可能牽涉到的複雜向度；尤其，病識感的界定本身，往往是在臨床醫病互動，這種特殊化的社會情境中，所共構及展演出來的中間性產物。它往往是不穩定的，同時醫病互動的進行，往往又是置身於更複雜廣大的社會結構以及歷史文化脈絡當中的。而對於病識感等臨床現象的認定與詮釋，如果脫離了其所置身的多重脈絡或結構，將可能使得精神醫療的診治決策產生重大的偏失，進而影響到醫療服務的水準以及病患的權益福祉。

從 90 年代開始，對於傳統病識感概念陸續出現了深刻的反思及修正。而近來隨著認知科學、神經生理以及精神藥物等方面實徵研究的擴展，以及臨床實務上對於「病識感」概念更細緻完備的需求，再加上相關理論的發展，使得過往有關臨床病識感的單薄界定，逐漸產生了轉變。底下，本文將先對於病識感此一概念的歷史，以及它在臨床醫療與理論研究上的發展進行簡要的說明。

病識感的概念與理論

有關「病識感」的精神病理概念史研究（Berrios 1996：242-249；Berrios and Markova

臺灣大學學術期刊資料庫

2003：19-21；Sims 2003）很多。根據 Berrios 針對「精神病」[4]（psychosis）方面的「病識感」概念史研究顯示：在十八世紀早期之前，「瘋狂」與「妄想」及「沒有病識感」三者之間是相互重疊的概念範疇。而在十八世紀結束以前，對於疾病「察知」(awareness)的議題，逐漸由法律的場域裡拓展出來成為一種問題意識，也導致接下來的「部分瘋狂」（partial madness）之學理討論及爭辯。十九世紀官能心理學（faculty psychology）的發展，使得洛克對於「瘋狂」的 intellectualist 定義，遭遇到嚴謹的挑戰，這也讓「失去理智」(insanity）與「缺乏病識感」兩者之間可以脫鉤。除了「單一式瘋狂」(monomania）以及「部分瘋狂」以外，Berrios 指出：「解剖—臨床性」觀點對於「部分靈魂生了病」的觀點進行了背書，這也使得「具有部分自我察知的瘋狂」成為可能存在的類型。

對於疾病(dis-ease)本身的觀點，從以「復原」為主導下之本體論式「全或無定律」，轉變成為受到腦象學影響下的 modularity 心智模型，這也是構成「部分瘋狂」的歷史導因之一。而另一項相關的發展，則是十九世紀中精神病理學理論對於意識、自我、內省等哲學概念的併入，以及將疾病主體經驗納入界定「失去理智」的趨勢。十九世紀對於「意識性」的心理學式界定，偏向了知覺性面向的強調，也使得 *insight* 此一舊式的英語詞彙，比起 *inwit*（它可以是有用的詞謂，但較偏重智性而缺乏「視覺性」的隱喻性）這個德系用語更受到了青睞。

對於精神疾病的「察知」乃至於「病識感」的概念，是在這樣的歷史脈絡當中逐漸發展出來的。而對於 19 世紀後半葉到 20 世紀前半葉的精神病理學系統化過程，Berrios 除了指出 Kraepelin 與 Bleuer 分別只著重在病識感的「判斷」面向以及探討它與妄想的關聯性之外，他也對於 Jaspers 以及 Conrad 的病識感概念作了詳盡的分析。Berrios 指出：Jaspers 延續 Victor Parant 對於病識感的敏銳分類，他也將病識感分為對於異常經驗的注意（attentiveness）與一種對於其感知及觀察的心理學式判斷，而這種判斷是要具有可溝通性的。除此之外，Jaspers 也動用到人格及情緒概念來解釋病識感。對於臨床上的觀察，Jaspers 注意到急性精神病發作裡常出現的「過渡性的病識感」(transient insight）現象，他也區辨了躁症及酒癮性幻覺者和精神分裂患者在緩解期的病識感呈現，同時也注意到在慢性精神病患的口語表達中，會出現看似有病識感，但其實並沒有病識感意識的狀況。Berrios 指出：Jaspers 的界定，是以病患在精神病發展的過程中，對於發生在自身的狀況以及發生的原因是否具有判斷能力的這項標準為主。所以 Jaspers 區分了對於疾病的察知（awareness）與病識感，前者是感覺到自己生了病或被改變了，而後者則是牽涉到更詳盡與正確的判斷，但是後者這種能力卻是受到教育及智能程度所影響的。Berrios

臺灣博碩士學術期刊資料庫

也指出：Jaspers 在企圖理論化病識感時，已經體會到對於病識感的客觀性評量，比起對於病識感等精神病理現象達成的「瞭悟性認識」來得容易。而 Conrad 的觀點，主要是根據對於精神分裂症的長期臨床觀察而來；Conrad 發現在精神分裂的初期，會有一種類似於有病識感的、事情不大對勁，以及自我受到縮限的感受，但隨著病程的發展，這些感受逐漸轉向了病患的自我中心化感知或解釋，直到緩解期時此異常認識型態才出現部分的消解。Berrios 指出，Conrad 認為精神分裂症所影響或損壞的，是區隔人類與其他動物物種的高等智能以及自我概念等面向，尤其是從「內部觀看自己」到透過他人之眼來從「外部觀看自己」的這種正常轉移能力受到了破壞。

Berrios 除了分析病識感概念的歷史之外，他對於「病識感」（insight）的內涵也作出重要的符號學式分析。他將「病識感」區分成「用字」、「概念」以及「行為指涉」的符號體。他指出「病識感」的使用，正是因為統攝了這三種意涵變化很大的成分，所以成為一個不穩定的症狀指涉工具。Berrios 這種符號式的分析，後來由與其長期合作的 Markova´（2005）所採用並發揮到極致。從傳統符號學的分類來看，Berrios 等人的符號學分析模型，可以約略對應於語意學、語法學及語用學的符號學區分，但有趣的觀察在於 Berrios 對於「病識感」的符號式分析，只駐足在「用字」及「概念」這兩個面向上，對於「行為指涉」的語用學內涵卻甚少置喙，而這個部分卻是強調疾病症狀的現象與意義、社會文化脈絡、主體性等概念觀點所關注及強調的，包括像是精神醫療人類學裡的社會文化建構論（Kirmayer & Corin 1998，詳見以下討論）、醫療符號學（Hokansalo 1991；Martínez-Hernáez 2000；Puustinen 2008）或是 Ian Hacking（1999：100-125）對於社會建構論進行修正的「互動類別」（Interactive Kind）等概念。

Ghaemi（2001）回顧了「病識感」的概念、理論、測量以及臨床的研究發展，他指出：近代精神病理學對於「病識感」的重視，首先由 Jaspers 的 *General Psychopathology* 一書所確立；Ghaemi 也指出：Jaspers 樹立的病識感觀點，與曾經普遍流行的心理分析防衛性觀點是有分別的[5]；1934 年是病識感概念歷史發展的另一個里程碑，因為 Aubery Lewis 在對於「病識感」概念作了詳盡的系統性研究後，他給予了病識感以下著名的界定：病識感是一種對於自己所發生的病態性改變之正確態度。在 Lewis 對於病識感進行如是界定之後的 20 年間，病識感主要的研究發展趨向是針對精神分裂症的病識感現象進行實徵性的研究。而到了 80 年代，以 Joseph McEvoy 為代表的研究取向，則標示了對於「病識感」進行實徵性測度的開始；直到 90 年代，在既有的病識感理論及度量已經無法有效涵蓋日益複雜分歧的臨床病識感現象之後，Anthony David（1990）提出了多

臺灣大學學術期刊資料庫

向度的病識感操作性模型，這個模型可以說是持續至今的主要病識感理論與測量基礎。Anthony David 的模型，強調了病識感的三個彼此分立但卻相互關聯的面向：（一）對於疾病的辨識（recognition）；（二）對於異常心智或精神方面事件標定為「病態性」的能力（attribution）；以及（三）對於醫療的順從（compliance）。依此模型的界定，完整的病識感是需要在這三個面向上都有正確與充分的表現。Amador 等人對於 DSM-IV 的場地測試研究（1994），將精神分裂症以外的其他重大精神疾病類型，都包含在「病識感」的相關量度範疇之內，這也是另一項病識感議題擴展的標竿。而 Amador 與 David 在 1998 年編著的 *Insight and Psychosis* 一書，則可以說是當代病識感整合性研究當中的翹楚，其中包括了概念與現象學、神經心理學、文化、行為以及臨床應用等觀點的深入討論。值得注意的是，Amador 與 David 這本跨領域的專書，雖然是受到神經生理學與認知科學研究方面的激勵，但它也在以下幾個面向上指出了臨床病識感現象的探索必須考量社會文化方面的意涵：

（一）該書涵蓋了社會文化方面的分析，包括醫療人類學的研究，以及探討 1980 年代以前日本精神醫學對於病識感的獨特界定方式，以及該界定與日本文化對於精神分裂症的獨特態度之間所具有的關聯。

（二）從著名的精神醫學家 John Strauss 對該書所作的跋裡，可以看出歷程性的病識感觀點開始受到重視，其中包含了對於經驗歷程、主體性與敘事等觀點的開放。

（三）體認到病識感與暴力、強制醫療等方面的法律與人權議題有著密切的關聯。

（四）確認病識感的概念及理論化必須保有多元而彈性的原則，尤其是考量到以下各項與病識感的刻板印象有所矛盾的現象時：1.精神分裂症患者的疾病嚴重程度與病識感缺乏之間未必有顯著相關；2.病識感的改善增長與精神病的進步復原之間，沒有必然的關係；3.病識感在躁鬱症當中的損壞程度，與它在精神分裂症當中的嚴重性可以不相上下，而有些官能症的個案也顯示出特定的病識感損壞之狀態。

除了以上這些近代病識感研究的里程碑以外，Markova´（2005）著述的 *Insight in Psychiatry*，可以說是晚近有關「病識感」研究的大成；它除了含涉概念歷史、理論發展以及實徵研究的詳盡回顧與分析之外，還提出了新的病識感模型。這個模型將上述 Berrios 的病識感符號式模型予以實在化，其特徵包括：1.區隔作為「概念」以及作為「現象」的病識感；2.將嚴重精神病、腦部的器質性症候群、失智症不等同疾病分類範疇的不同「病識感」指涉，予以區辨及分立出來；3.同時也將「病識感」與「察知」（awareness）

臺灣大學學術期刊資料庫

這兩種概念明確地區隔開來，並且將病識感，從「疾病的辨識」擴大成為對於疾病影響的整體評價之體認。此外，不可忽略的是，Markova´也認為必須考量醫病互動情境對於病識感形成、界定所產生的實質影響。

儘管當代精神醫學的病識感理論發展及研究是如此地迅速與全面，但從醫療人類學的觀點來觀察，可以發現這些觀點並未充分關注到病識感形成與界定當中涉及到的社會與文化面向，例如對於醫病互動的脈絡情境、權力關係、疾病經驗的文化認知與社會意義，乃至於病患主體性等問題的探索。以下有關病識感在社會文化面向上的探討，則可以說是針對當代病識感理論發展的這種偏失，所提供的一種初步批評與補正。

對病識感概念的批評—社會文化的觀點

醫療人類學對於現行主流「病識感」概念的批評，除了指出其內部存在的分歧之外，也點出其缺乏對於社會文化面向的關照。醫療人類學家 Martínez-Hernáez（2000：138-141）指出：要缺乏病識感的病人，對其症狀（主觀感受）作出客觀的病符（sign）式解讀，這本身就有問題，或是「缺乏病識感」作為「精神病」的基本界定之一，要用它來證明精神病的存在，這本身就是套套邏輯。而語言人類學家 James Wilce（2004）也指出：病識感的呈現與檢驗，多半是透過語言符號的媒介來進行，所以症狀及病符的性質充滿了對話性以及社會建構性的內涵。若此，病識感應該被視為是病患與其互動者間的一種關係性產物，病識感的意義應該是關係性也是相對主體性的，而非專屬於病患單方面的一種質地。

文化精神醫學對於一般臨床上使用的病識感概念也提出不少的批判。Saravana 等人（2004, 2005, 2007）的研究，贊同臨床病識感的主流概念中隱含有顯著西方概念的根源以及價值判斷。他們認為，病識感的理念及問題性若能納入地方有關疾病、瘋狂、人觀、污名等意義體系及解釋模型，那它仍然可以是一種具有醫療價值的工具概念。此外，這些研究者也強調，尤其是在精神醫療知識與技術的全球化潮流裡，病識感議題的釐清與操作，必須要透過跨領域、跨學門的共同合作，才能夠發揮其診療上的功效。此外在精神護理的領域裡，也對於病識感的臨床使用進行了批判。例如，Hamilton 與 Roper（2006）將病識感的分析，構築在對於當代精神醫療一些慣用之工具理念的解構與批評上，包括「醫病順服」（compliance）、症狀的界定與診斷、疾病分類系統、病患攻擊性、以及病人性（patienthood）等等。同時她們利用了傅柯在主體性、論述以及權力關係等議題上

臺灣博碩士學位論文期刊資料庫

的觀點，分析被慣常化的病識感臨床檢定。她們強調，病識感是一種在社會歷程裡的知識形成以及發聲，尤其它是透過權力關係的媒介所產生出來的，所以其真值（truth）與正當性，都必然歸返到權力關係及社會歷程當中來予以檢視。她們建議，透過關注患者對其自身疾病經驗的主體性詮釋，以及省思自己在知識權力生產網絡中扮演的關係角色，以及觀察自身知識技術的社會性來源，臨床從業人員才能夠對於臨床病識感現象有更寬廣與深入的掌握以及反思。

心理學家 McCabe 與 Quayle（2002）認為現行精神醫學臨床與研究上所使用的病識感概念，是相當粗糙、以醫療立場及觀點為中心的單面向與權威性觀點。同時，這種概念化方式也無法從病患對於自身經驗的體認當中來深入理解病識感的相關現象。她們也指出，現行主流的病識感構念，傾向於將病識感視為是針對某一種判準的「全或無」反應。其測度多半是以一種簡化、量化的型態來進行。她們認為，這種簡化的二分法無法對於當事者主體意識內部有關病識感的複雜面向及歷程，進行有效的量度。同時 McCabe 與 Quayle 也指出：一般病識感的測量度方式，缺乏由病患自我評定的度量方式。而針對一般推定與「病識感缺乏」現象具有相關性的變項（例如，症狀的嚴重性、神經心理學方面的損壞、或是結構性的腦部損傷等）之研究，McCabe 與 Quayle 的回顧也發現：病識感缺乏與這些變項之間並未顯示充足的相關性。McCabe 與 Quayle 也表示，現行的理論及研究，對於病識感的表達中涉及的心理面向及社會因子是過於忽視的。她們也指出：病識感的有無往往和「醫療順服」或「用藥與否」之間沒有直接的相關，但卻常由後者來全盤斷定精神患者的病識感狀態，這是一種以偏蓋全的認定方式，但卻也每每成為強制醫療的基礎。McCabe 與 Quayle 指出「病識感悖論」的明確與真實，她們呼籲臨床工作者跳脫專業與科學的框架，回歸日常生活語言的世界，改由從病患自身的觀點、說法以及詮釋裡重新出發，找尋新的醫療方向。

Beck-Sander（1998）則針對作為病識感主流概念的 Anthony David 三面向模型，提出測量觀點上的批評。她指出 David 的三項病識感構念成分，彼此之間的相關性過低，而如此合成出來的病識感概念，會變得過於廣闊而涵蓋了太多過於籠統、分歧與異質的現象。這將使得病識感概念的建構效度過於低落，並造成太多病症現象被輕易地歸入「缺乏病識感」範疇的問題。此外，對於病識感的臨床判定，常常會與醫病雙方觀點是否具有一致性的問題相互混淆，而這種問題性在醫病之間存在顯著社會與文化差異時變得更為顯著。Beck-Sander 建議，以病患對於自身疾病經驗的解釋來作為病識感探索的基礎，而非以預設的低效度病識感模型來對病患進行病識感的判定。

臺灣博碩學術期刊資料庫

從社會角度來看，Johnson 與 Orrell（1995）的研究指出：病患的病識感，明顯地受到病患其所屬群體文化對於精神疾病的評價、意義解釋以及因應方式所影響，尤其像精神疾病的污名感問題。但是這些部分往往被臨床的醫療判斷所忽略，同時病識感在臨床情境裡的檢視，最終往往變成是對於醫生看法的贊同與否而已。後者被批評為一種「病識感的傲慢」（*arrogance of insight*, Perkins and Moodley 1993）[6]。Perkins 與 Moodley 則認為，David 的三向度病識感模型雖然比 Aubery Lewis 的觀點更為確切、完善與統整，但它在根本上忽略了病識感此一概念的價值判斷成分以及它所獲取意義的概念基礎。Perkins 與 Moodley 指出：「病識感」的判定，往往牽涉到醫病間不同「解釋模型」（Explanatory Model [7]，Kleinman 1980）的對立與不一致，而在醫療知識權威主導的情境下，患者往往只能對於醫療的解釋進行贊同與否的表達，而當醫病雙方具有不同的族群或階級等背景時，此一狀況變得尤為明顯（Johnson and Orrell 1996）。所以 Perkins 與 Moodley 強調，臨床情境裡所建構出來的病識感議題，往往忽略了穿插其中的社會文化內涵與政治敏感性。他們還指出一項在臨床上普遍但卻常被醫療所忽略或誤解的現象：病患往往採用了多重的解釋模型來意義化或因應其疾病經驗，而且這些不同的模型之間經常是相互矛盾的，但這些矛盾在疾病情境中往往並非病患的首要考量，因為病患著重的常常是得以解除症狀的實用或啟發性（heuristic）價值，而非理性與邏輯上的嚴謹一致。病患呈現出來的這種解釋模型上的複雜矛盾，卻常常成為醫療強化其「病患本身就是有問題的」[8] 此一慣常預設的基礎。而現行的病識感量度方式，也無法處理病患採用多元式（pluralist）解釋模型時所產生的複雜現象。醫療理解本身的慣性、預設以及態度，例如其單元論、化約主義、決定論或權威中心等等，其實往往也是構成病識感判定問題的一種潛在面向。Perkins 與 Moodley 認為，精神醫療的病識感概念是建築在歐洲中心的狹隘及單一世界觀之上，所以它們的性格是傲慢的。他們也惋惜，社會精神醫學、泛文化精神醫學以及醫療人類學等觀點，雖然突出了社會文化、歷史以及政治經濟面向的重要性，但卻甚少撼動到病識感概念裡所隱藏的「我族中心主義」式偏見。但 Perkins 與 Moodley 也明確指出，這種批評並非否定病患經驗疾病、痛苦以及其需要醫療協助的可能事實，而是建議對於病識感議題中所潛藏的信念及價值問題，採取開放與敏銳的態度，來實質地提振醫療服務的效用和品質。精神病理哲學家 Fulford（1998：74）的評論研究也指出，病識感等臨床概念的實況研究顯示，「價值」（value）往往是隱藏在心理病理學概念背後產生顯著影響的變因。

White 等人（2000）針對病識感的認定與其社會情境之間的關係，提出了兩項研究假設：第一項假設是推定醫病間的社會距離和病識感成反比關係，亦即當醫病之間階

臺灣大學學術期刊資料庫

級、族群、宗教信仰的差異距離越大，有病識感的認定越低；第二項假設是指「去醫療化」的社會互動情境，將使得病識感缺乏的狀況與評定減少。其研究結果則顯示；第一項假設並未獲得顯著的支持，但第二項假設則達到顯著性的水準。這表示：臨床醫療互動的脈絡情境在病識感的判定上的確可能扮演了舉足輕重的角色。

晚近對於病識感的敘事性與社會互動內涵也陸續進行了探討。例如，Dolson (2005) 動用了哲學家 Emmanuel Levinas 所提出之「自我」與「他者性」間互動的「倫理遭遇」(ethnical encounter) 概念，將以往被視為是一種「自我知識」問題的疾病病識感，重新概念化成為一種相對主體性、對話性、也是敘事性的臨床互動性產物。同時 Dolson 也指出：臨床病識感的形成，是一種在特定時空結點上，歷時性以及共時性現象的交會；前者所指為病患主體經驗的敘事結構，後者則指臨床醫病互動裡所含涉的社會及倫理關係之凝聚與會遇。Dolson 指出，這種概念下的病識感是一種暫時性的敘事產物，它是從置身於更廣大的社會文化脈絡裡的自我與他者，在互動歷程當中所抽繹出來的中間產物。而針對醫療診斷的實用性目的而言，這種倫理性的病識感模型建議將病患與其家屬的相對主體性及社會文化脈絡，一起併入到較狹窄、特定而又充滿關係張力的醫病互動當中，來作為評量病識感的參考面向。波蘭語言學家 Galasiński (2010) [9] 則從建構論的敘述分析來進行病識感的敘事研究。他指出臨床病識感的主流觀點具有人類「基本歸因錯誤」(fundamental attribution error) 的傾向，亦即，將 (缺乏) 病識感視為是一種個體的特質，忽略了病識感可能也是一種動態、複雜、受脈絡情境影響、以及共構性的展演概念 (*performativness* of insight)。在展演觀點的延伸下，往往可以發現在臨床互動的敘事脈絡中，病患經常是策略性地運用病識感議題來作為臨床關係運作的一種槓桿，而非只是一種本質主義式的問題性，亦或自我知識或心智狀態特質的自動或直接浮現。Galasiński 強烈質疑物化、內化以及去脈絡化的臨床病識感概念，除了是合理化病識感的計量性測度之外，也同時是窄化了病識感現象與其背後的主體與關係內涵。而病識感敘事的複雜內容也顯示，將醫療順從 (medical compliance) 與病識感判定之間作出鉤連，是一種相當選擇性、單向性的界定方式。

此外，MacNaughton (2008) 針對 12 個早期精神病階段的經驗敘事所作的研究也指出：病識感是一種詮釋與對話性的意義活動，其本質是敘事性的；在病識感發展之初，它是一種在個人經驗脈絡情境裡進行意義化的故事建構。而早期精神病階段的敘事材料也顯示，病識感與精神病的康復之間，呈現出來的是一種高度複雜與矛盾的關係，而遠非「高病識感必然帶來較佳復原或預後」的慣常設定。Tranulis (2008) 等人的研究同樣

臺灣博碩士學術期刊資料庫

也以早期精神分裂症患者作為研究對象，也同樣地使用了病患、家人與醫療人員等三方面的疾病敘事來作為病識感質性研究的分析素材。這個研究的結果也指出：早期精神分裂患者的病識感，深受社會文化因素所影響，特別是精神疾病經驗的意義化過程。而這些過程則反映出所有關涉到病識感形成與認定的行動者、其文化背景與生命經驗以及社會污名等因素。Tranulis 等人的研究也呼應了以上對於病識感主流概念的幾項批評。例如，病識感臨床界定的不明確、病識感缺乏常常被歸因到病患個人的內在，因而忽略了牽涉其中的複雜社會脈絡、病患與親友在病識感議題討論上的身份對等性以及態度一致性上，遠遠優於牽涉到病識感議題的醫病間互動表現、以及病識感現象具有相當的變化性，因而其測量必須採用多時間點的測度方式等等。

當今醫療人類學對於病識感的探索，首推 Kirmayer 與 Corin（1998）的研究。這個研究將當代精神醫學的病識感模型，視為一種西方文化性自我知識與理論的隱喻。它強調這種理論的文化特殊性，包括以個人內在核心為主的自我構成、強調隱私與自我的邊界性、自主性與自我控制等等；以這種個人主義式的「自我」為基礎，進而演繹出個體是能夠對於自我的通透內部來進行內省與審視的工作，這就是目前主流病識感概念的文化基礎。Kirmayer 與 Corin 認為這種觀點，只是西方自我構念與人觀在臨床理論上的反映，它應該是一種文化特殊性而非普同性的概念方式。正因為如此，Kirmayer 與 Corin 主張將病識感的觀念視為一種社會文化歷程，在其中的文化性自我會不斷地受到認知與社會歷程所建構，同時也受到文化信仰、意義以及實踐體系的媒介作用。作為一種自我知識現象及形式的病識感，它除了涵蓋了疾病歷程以外，還牽涉到由病患自我、家人及專家之間不斷進行協商與辯證的社會歷程。Kirmayer 與 Corin 建議將病識感的理念，從原來專注於症狀辨識的西方自然主義式觀點，擴大到一種具有脈絡情境敏銳度的詮釋形式。他們也推論到，將病識感視為一種文化詮釋以及社會文化歷程，將有助於解釋長久以來從 IPSS 系列研究所帶引出的跨文化精神醫學問題：為何精神分裂症的復原及預後在開發中以及已開發國家之間，呈現出顯著且持續的落差。而在 Kirmayer 與 Corin 這種觀念底下，病識感遠非只是有關自我知識的功能性面向而已，它同時也是病患自我在一種特殊的社會情境當中，對於精神疾病經驗的文化意義式反應。Kirmayer 與 Corin 延續醫療人類學的精神疾病研究傳統，強調疾病經驗的不可化約性以及其社會文化意涵、臨床判斷的協商性、醫療情境的社會與權力關係特性、自我的文化建構、以及「文化」理念的複雜與問題性等等。而這些觀點的強調，將把臨床病識感的問題，從個人的現象層面，擴展成為一種富涵社會文化內涵的對話、協商以及共構現象。這可以說是對於往後的病識感研究開啟了一扇新的大門。而對於現行主流的病識感模型，包括 Anthony David

臺灣大學學術期刊資料庫

的三向度理論、神經與認知方面的「損壞性查知」(impaired awareness)或「錯誤歸因」(misattribution)問題、以及心理分析傾向的「自我欺瞞」(self-deception)等觀點,Kirmayer 與 Corin 也都分別作出了詳盡的分析與批評。同時他們也試圖從醫療人類學精神疾病研究的理論演變中,摸索出從社會文化或歷史面向來趨近精神疾病經驗與意義內涵的方式。Kirmayer 與 Corin 的研究,在生物與文化、臨床與社會、解釋與詮釋、意義與實踐之間,找到了一種動態平衡的研究起點,讓未來有關精神疾病與醫療的研究,有了更具彈性的參照架構,而他們對於臨床病識感的分析也可以說是一種對於當代病識感主流觀點的重要補充。本研究底下的田野分析,在理論觀點與問題意識的層次上,可以說是受到 Kirmayer 與 Corin 研究的啟發所進行的一種嘗試。

田野歷程與個案介紹

本節將透過大山(化名)與其主治醫師,許醫師(化名),兩人之間臨床互動的觀察記錄,來探討有關病識感的臨床現象與問題。本研究採用傳統醫療民族誌的參與觀察方式,著重在醫病臨床互動中的經驗、意義、敘事、主體性與權力關係等內涵。資料的來源與類型,主要是以重建的敘事性資料或是田野觀察紀錄為主,而以部份的醫療記錄或報告為輔。本田野研究進行的場地,是台灣北部某一大型的公立精神醫院(以下的"A 醫院")裡的急性病房,K 病房。而研究的主要範疇及內容,是針對住院者有關其疾病歷程、症狀、以及住院經驗等方面的主觀性敘事與評價為主。

根據早晨會報(morning meeting)討論的內容,可以歸納出醫療方面在大山入院時對他所建立的初步認識及觀察:

> 章大山,50 來歲,男性,復發的精神分裂症病患,40 歲以前發病,「poor insight」(*低病識感*),藥物順從性(*medication compliance*)低,對精神藥物反應也似乎不佳;本次入院由徐姓女友陪伴入院;根據女友描述,個案比較多疑、易怒,兩人偶有肢體性的衝突,在入院 4 天前,與女性鄰居疑似有騷擾方面的糾紛,經女友報警處理後,被送至 A 醫院急診室,經過兩天的留置觀察以及針劑使用後,因為「沒有病識感」、拒絕住院,並且對於工作人員態度不友善,所以予以強制鑑定住院。在進入病房前,出現藥物副作用的現象,予以緩解針劑後在下午帶入 K 病房。剛進病房時,呈現自言自語狀態,拒絕會談與簽立住院同意書,有坐立不安、雙腳踏步等現象;交代工作人員

臺灣大學學術期刊資料庫

> 必須稱他為章大師，而除了個人證件之外，對於個人攜帶物品可接受配合安檢；小夜狀況開始穩定，開始要工作人員稱呼他的筆名，章迎福，或者叫他章大師也可以。剛入病房時，與另一病友疑似有金錢來往，經過醫護人員解釋病房內不可有金錢交易的規範以後，才解釋是要病友幫他按摩；婚姻狀況不明，有一個孩子，而徐性女友在陪伴病患住入病房以後未再出現；教育水準很高，職業方面是曾經在公立的調查機構任職，從事過司法行政與管理方面的研究，但目前已離職。

而除了對於大山這些基本資料的掌握之外，醫護人員的討論也集中在底下幾項事務上：大山入院前可能涉及的司法問題、回歸社區生活所具有的風險、過去出現過擅自離院的紀錄、初入病房時的高焦慮狀態、強制鑑定與住院同意書簽署等問題、長期安置的考量、治療與用藥的策略，以及大山與家人間的關係狀態。其中有關強制鑑定、簽署住院同意書以及精神用藥等問題，成為日後醫病衝突的主要成分。從以下大山與主治醫師之間幾次會談的觀察中，將可以發現醫病間主要的爭議，多半是圍繞在有關住院同意書、藥物等方面的問題上，並從其中牽引出有關病識感方面的問題以及其他相關的社會文化議題。以下就大山與許醫師的幾次主要會談以及大山特殊的行為表現，尤其是語言行動方面的表現，作出簡要的描述：

（一）**第一次觀察**，8 月 29 日。這是我第一次有機會觀察大山與許醫師的會談。在許醫師正式開始和大山進行會談以前，我和大山已經開始談話一陣子了。但是和大山談話的進行並不容易，尤其剛開始接觸時，他說話表達的方式相當迂迴、斷續、跳躍、而且主控談話進行的態度也很強勢。所以有時很難從與他的談話中獲致實質的意念交換；而大山的談話主題，常常含有強烈的情緒或憤怒，這多半是圍繞在他不愉快的過去、生病相關的歷程與事務，以及對於住院醫療方面的不滿上。同時，大山的說話表達裡，常常帶有一些獨特的表達方式，這些方式往往讓談話的氣氛顯得高張、緊繃而對立。例如，以要求對話者給他一些零錢的方式，（但並非真得會索取這些錢，）來主控談話的進行，雖然多半的情形是沒有真正的「金錢交換」，仍然是能夠與大山產生對話的；或是對於談話中牽涉的對象（包括對話者），採取任意命名或刻意貶低自己、吹捧對方的諷刺性口吻等等。此外就是在會談中，大山顯示出對於人際關係網絡或資源的高度敏感。例如，在詢問筆者的身家背景後，大山就羅列出與他過去可能具有一定社會聯繫的「地方有力人士」姓名，包括地方警察局長、教育局長、記者、媒體主管或是具有特定黨政關係的

臺灣大學學術期刊資料庫

人士。

第一次的會談在許醫師匆忙進來病房之後，火速坐在我和大山之間的座位後開始。根據我的觀察，許醫師和大山的互動一直不很流暢。這種困難，部分原因可能是因為許醫師是較為資淺的住院醫師，並且剛從別的病房輪調到 K 病房來。她還在適應新的病房環境時，就必須面對像大山這種高挑戰性的資深個案，同時還要負責說服他簽署住院同意書，這的確是頗為棘手的任務。此外，再加上許醫師在醫病與人際關係的表達及互動上，往往是比較羞怯、生硬與被動的。所以，這些因素總加起來，讓她與果斷強勢的大山之間的醫病互動，一直是充滿了爭辯、張力與挫折的。

這次的談話，圍繞在大山對於精神用藥的反應上。大山對於用藥的不適感受、藥量以及用藥的方式（錠劑、磨粉或針劑等），抱持著強烈的反對意見。許醫師則強調醫療用藥的益處。大山以醫師沒有服用過這些藥物，不知道用藥後的感受來挑戰許醫師的說法。雙方短暫激烈的交鋒中，大山一直用限定談話時間或要求許醫師給錢才能繼續談話等方式，來干擾雙方對話的進行，最後雙方終於不歡而散。大山覺得自己像是"連現在中國都不會有的西伯利亞犯人"，而許醫師則對於自己的善意被曲解、醫療的正當性被否定，頗感委屈。

大山離開座位後，我和許醫師簡短地討論了這段會談的狀況，同時我向許醫師表示，大山的女友徐小姐曾說，大山平常在家裡時，講話就像在病房裡那樣片斷、難溝通、常常不知道他真正的意思為何、常用簡短幾個字的方式來回應他人，因此很難瞭解他真正的想法。但是她也表示，大山有時候會突然出現一種聽起來跟他「發病」之前完全一樣的說話方式。徐小姐表示，那時候的大山「完全跟以前一樣，像個正常人！」而同樣地，我也在之前大山女兒來訪的隔日，發現大山心情變得相對平穩、對人較為溫和，更重要的是，他講起話來減少了平常對話時的那些情緒性與對立感。我也向許醫師表示：我嘗試依循大山設定的對話規則，像是「用零錢交換說話」的遊戲方式來增加與他談話的機會及深度，而很快地，這些大山設下的控制機制就不再成為我們對話時必然出現的干擾，兩人間的談話也因而進行得較為頻繁、順暢與深刻。

許醫師認為大山突然浮現出正常說話的片段，是臨床上是常見的情形，是一種慢性病患殘餘功能的呈現。而精神醫師應該要做的事，就是不要讓大山的妄想體系入侵到他一般正常的體系；至於大山「用零錢交換說話」的遊戲規則，許醫

臺灣大學學術期刊資料庫

師則表示，她自己有時候會順著病人的方式，但原則上她不喜歡這種由病人設定及主導的方式來進行臨床互動。同時她也認為，大山並不會因為她願意進入了這種交換性的遊戲狀態，就好好地跟她互動。許醫師強調她所觀察的大山，是處於一種不接受自己、不願意承認自己跟他人有著顯著不同（例如精神疾病與症狀）的狀態。許醫師陳述了她對大山未來病程發展的憂慮以及未來在安養機構安置的可能；此外，許醫師也告訴我，徐小姐其實是大山的太太，但雙方因為複雜的糾葛或顧慮，都不願公開承認這種身份。而徐小姐對於大山疾病的問題感到挫折與無奈，對於未來該如何處置，也顯得十分矛盾。而透過徐小姐，有關大山家庭的關係、特殊的背景以及家人的精神狀態等訊息也得到進一步的瞭解。此外，我和許醫師都相信，大山在年輕時從事過的爭議性研究，以及後來與任職的調查機構交惡並產生的一系列糾紛，這些都是大山顯著的心結，也可能是他生病的因素之一。而大山的太太，徐小姐，也作過類似的表示。

第二次會談之前，大山在 K 病房的狀況一直起起伏伏，尤其是精神藥物副作用的困擾加上他原先的過敏症狀，使得他吃了不少苦頭。雖然。大山與醫療方面的關係似乎趨於和緩，但由於「住院同意書」的簽署，以及未來轉院或轉病房的問題都沒有明確的進展，所以大山的情緒仍然持續在起伏波動的狀態中。在這段期間裡，我與大山的關係也是起伏不定，在關係比較穩定融洽時，大山會親切詢問、關心我家人的狀況，也同意我閱讀他的病歷，也有幾度談及他過去在不同精神醫院看診住院的經歷，同時也稍微願意談及到他與之前任職的調查機構之間所發生的齟齬。但也有很多時候，我是無法接近大山的。在我第二次觀察大山與許醫師的會談前，大山因為得知病房和徐小姐都想要將他轉送慢性療養機構，他變得焦躁不安，並且頻頻表示 A 醫院是「違法違憲」，他也認為許醫師缺乏正當理由來說服他簽署住院同意書。當然，這使得大山與醫護人員的關係又緊繃了起來。或許在這種憤怒與壓力之下，大山出現了頻頻以手在空中畫圈寫字，但卻不直接與人對話溝通的狀況。這使得要與大山進行任何的溝通都變得困難。

10 月 12 日上午，我和大山做了些簡短的討論。他談到住院病人也有性需求的問題，也談及他與徐小姐的關係。有關許醫師對於他病情的看法，像是言詞鬆散、注意力短暫以及對病友作出性干擾等言行問題，大山顯得相當地不以為然。而這也設定了他底下和許醫師第二次會談的基調。

（二）**第二次觀察**是在 10 月 12 日的下午。我對這次觀察的參與，是在許醫師的主動邀

臺灣大學學術期刊資料庫

請以及大山的首肯下而形成的。這也是我在田野歷程中，第一次有醫師主動出面邀請我參與和住院患者的會談。

這次會談針對大山目前病情、病房行為的表現以及未來醫療安置等問題，進行醫病雙方的論辯，同時也針對簽署「住院同意書」的議題展開攻防。同意書的討論在會談開始不久後，旋即進入僵局。而談到有關病情或病房干擾行為的問題時，大山開始在醫病對話中，以他慣用的方式，像是「(給我)多少錢」或「幾點幾分」來主導談話或是阻撓醫師對於談話的主導。而許醫師對此也感到不悅，認為這是大山症狀或問題行為本身的再現。但就我事前及事後與大山的談論來看，大山其實也有讓步、考慮簽署住院同意書的意願。例如，「幾點幾分」除了是大山控制對話的語言行動之外，也可能是要讓許醫師提出具有明確發生時間的事證，來說服或證明他在病情及病房行為上的確是有問題的。若此，他可以考慮接受同意書的簽署，但前提是他必須能夠維護他的尊嚴與利益，例如，不隨意地被轉入私人的慢性療養機構等。但隨著談話中陸續出現了對立、情緒以及無法溝通的狀況時，大山「幾點幾分」的使用意義，也轉向為「何時讓我出院」的不耐詰問，而「(給我)多少錢」的說法，也由既是控制也是維持談話進行的遊戲價碼，變成是大山對於自己長期受害應得補償的主觀叫價。

許醫師對此只能搖頭嘆息表示，大山「不是否認，就是逃避」、「不知道該怎麼談下去，這真得很困擾！」而之後的談話，大山指控了之前任職的調查機構，以及 A 醫院對他進行的迫害。許醫師則益發覺得大山所呈現的，正是慢性與退化病人常有的「思想與言詞鬆散」。最後，雙方回到有關「住院同意書」簽署以及未來安置的問題上。雙方除了是持續的僵持之外，也可以在以下大山的談話表現裡，看到他使用了擴大的修辭框架來質疑與對抗許醫師及所其代表的醫療立場：

許：章先生……你要不要談談這次住院的目的，還有願不願意簽住院同意書？

山：如果能讓妳 happy 的話，我可以叉叉叉……說我有病，可是妳不能 convince 我，沒有任何證據！

許：你簽不簽跟我快不快樂都沒有關係……我們團隊討論過，覺得其實你有進步，可是需要比較久……健保給付也已經差不多到了

臺灣大學學術期刊資料庫

山：我一向不會講太多話，因為中國人……現在台灣在搞什麼……很多話，不必要說出來……看整個局勢……要不要讓我繼續留在這裡，其實是可以 workable……妳有很多招術就放出來呀！我接著就是了！……

我：大山，那你不簽住院同意書，你的考量是什麼？

山：那等於是賣身契呀……老中常講，很多事情可以說不可以做，可以做不可以說……為什麼一定得簽？……這幾天她（許）很累了……還要來管我的 case……很感謝，講白一點，不打不相識，中國人是這樣講的，雖然現在我們是台灣國什麼的，對不對？！……所謂……「精神分析」……得找出 early dimensions……就是說……病識感……不必再講下去了吧？！……往那個方面去想……我總得要防著些……我現在變得不氣了，反正是兩國嘛！……我一再強調我們應該是 colleagues……妳是我的話，妳會怎麼想？……我不知道這些話要傳給總統府的誰？……講台灣以人權立國，結果我每天要被磨粉吃藥……我只講到這，夠了！

對此，許醫師則是更堅定地表示：大山的底線就是不能承認自己有病，也因而是缺乏病識感的。而大山則似乎是以模糊而又策略性的修辭來周旋因應這種認定，例如以上大山對於自己有無問題（病識感）的論述，就是一個明顯的例子。

結束會談後，大山表示這次的會談「總算有進步了」。對此，許醫師則是滿臉倦容，苦笑以對。在大山離開後，我與許醫師討論到有關大山「性干擾」方面的現象。我表示，大山曾經表示住院者也有性需求的看法，並且有些國家已經開始嘗試解決這種問題。許醫師則表示，她已經從大山的住院者意見投書以及護理的報告中，得知大山的這種觀點與訴求。她表示，在最近幾次會談時，大山曾經出現幾次具有性暗示的談話，同時她也觀察到，大山似乎覺得許多女性病友對他主動傳達「性趣」。而大山此次入院的原因，正也疑似是因為騷擾鄰居女性所致。對於這次入院前與鄰居發生的疑似騷擾糾紛，我發現大山對於其中的一些關鍵成分多所迴避，同時其說法在許多環節上都和徐小姐所提供的詳盡說明相距甚遠。許醫師認為，大山在性干擾這部分是「沒有病識感的」，應該是一種誇大妄想式的表現。因此，許醫師疑慮大山將來回歸社區後可能會帶來潛在的威脅。她也表示，雖然大山常常拒絕精神藥物，但事實上當他確實服用了精神藥劑之後，其病

臺灣大學學術期刊資料庫

情是有明顯地改善的，只是大山拒絕承認。許醫師也談到，精神藥物在改善大山的病識感問題上，似乎效果相當有限。而大山無病識感的性干擾傾向，則讓許醫師更加認定，未來的長期安置，是對大山、家人以及社區都有利的方式。對於此次會談的結果，許醫師覺得相當氣餒。她嘆息說，大山有很好的學歷以及頗高的社會地位，但卻變得下場如此，「真的很可惜！」她覺得大山是一個「非常困難的人！」她也認為今日的會談，明白地呈現出大山「思考貧困」的慢性化狀況。

在一次與徐小姐的談話中，我也對於大山的家庭背景，有了一個進一步的認識。例如，大山的父親曾經在政府部門裡擔任過高階的行政幕僚，而母親則是任職於公立的研教機構，父母雙方都有崇高的社會地位。徐小姐認為，大山與調查機構之間的糾葛，是造成他發病的誘因，但大山的個性才是他病情持續、無法康復的因素。大山的生病，對於婚姻關係造成了相當的打擊及困擾，但也轉化了大山原生家庭成員先前對於兩人婚姻所持有的保留態度。

（三）10 月 17 日下午進行了**第三次**的會談觀察。會談一開始，大山就表明只給許醫師 20 分鐘的會談時間。許醫師則單刀直入地表示想要討論大山這次入院的原因，以及他近來對於病房女性所表現出來的一些干擾行為。大山聽到之後，馬上表示這些「都不用解釋」。接下來，雙方進行了一系列激烈的爭辯。之後，許醫師退一步希望瞭解大山常用的一些特殊的口語表達方式，像是「這個那個」、「圈圈叉叉」等等。大山則拿出之前 A 醫院的另外一位醫師，D 醫師開立給他的診斷證明，試圖找出過去與目前醫療診斷之間的不一致，藉此來動搖醫療的權威並說明問題的核心未必在於他。此時大山的談話，也頻頻出現了可以被認定為是具有性攻擊意味的用語：

山：這幾位醫師是高手！……什麼叫做未定呢（D 醫師先前的診斷）？！未定是說，這個人有病？問題是我是不是一定要承認……都講過了嘛，我們這行的，精神病是富貴病，對不對？！……為什麼變成我在跟妳 fight……如果妳那個的話，我還想跟妳那個呢！我可以講嗎？！……我離婚了，痛苦到底該怎麼辦呢？……看精神科……跑一趟……我想值 100 萬，100 次 100 萬塊，這一億，「台灣話」（台語），要怎麼說？！……我有合作啊！今天早上才被你們抽 3 次血……我會有什麼危險性？我現在有 slept you 嗎？我有叉叉 you 嗎？……

而後，大山表示，自己與先前調查機構間的諸多衝突，就是肇始於自己誤簽

臺灣大學學術期刊資料庫

了一些文件，所以現在他也無法安心無虞地簽署住院同意書。對此，許醫師表示無法苟同，因為兩者之間根本沒有關聯性。但大山仍然表明自己絕對不簽署同意書的立場。接下來，雙方再度進行了一段有關疾病、病識感、醫病關係以及醫療決策等議題的激烈爭辯，其中不乏醫療觀點與立場的反覆重申、大山攻擊性的反應、評論與辯解，以及他對於病識感議題蜿蜒敏感的處置態度：

許：……你為什麼還那麼在乎自己到底是有病或沒病？

山：是妳在乎我有病還是沒有病……這牽涉到面子，跟醫療實際過程的問題。

許：我不是在乎你有病沒病，章大師，我是覺得你的狀況需要醫療的協助。

山：例子？

許：例子就是你……現在會主動跟我會談……現在我可以聽得懂一些你講的話……你不是那麼焦慮了……這是你服藥之後，對你的幫助與進步。

山：那是妳的看法……

許：如果不繼續接受醫療，你只會更往後退……我覺得，這 20 年來你沒有好好照顧自己……

山：……我想最重要的是……我萬一被妳那個的話。

許：被我什麼？……攻擊你嗎？

山：那我會攻擊妳嗎？

許：我覺得我會擔心。

山：那是妳的問題……今天我覺得非常……有進步！我像是會殺人、攻擊人的人嗎？當然妳會說這個那個的……

許：你說「這個那個」，是指什麼？

山：我要的就只是錢，我在這已經被妳關這麼久了……台灣是守法律的國家，我就是因為太守法，才會變成這樣子……妳擔心我，我還擔心妳咧……

臺灣大學學術期刊資料庫

我：你擔心她什麼？

山：把我電療啊！

山：如果妳願意的話，我就一直在這邊……但不吃藥不磨粉……在裡面……妳一定會要我簽那 lousy piece（同意書）……根本不是我一個人的問題，是整個國家體制……

許：章大師……因為健保的問題，你不可能在我們醫院住那麼久……其實已經超過……為了要等 OO 醫院的床位，所以現在還讓你住在這裡……

山：OK！那我想……比較折衷的辦法……我就待在這裡住到明年 6 月……

許：大概沒有辦法……

山：那是她（徐小姐）在那樣講……基本上，我不願意留在這，也不願意去（OO 醫院）。

許：可是我沒有權力讓你留在這邊……你也不同意我們給你的醫療服務。

山：當初妳根本就不應該接我這個 case！這些都是廢話，那我可以滾了嗎？……

我：你覺得今天這些談話有哪些建設性？

山：我不簽字嘛！她還要什麼？！……

許：……章先生……為什麼每次跟我談，你都那麼焦慮呢？

山：……呀，我晚上常常想到妳耶！妳 18 歲了吧？！

許：這個是很直接的話吧？！（問我）

山：那我應該怎麼講？……我小孩都……我女兒都……我又得再跟妳要貳塊錢……她（徐小姐）神經病……星期四看妳要不要再談……4 個月了……該講的都講白了……講多了……我又變成病識感上面有沒有什麼問題？！……要整一個人，在精神科的話……吃藥跟磨粉，我都受過了……她是精神科醫師……前途無量，但為什麼一定要對我這個老頭子這樣？……快 5 點，我要滾了。

臺灣人學學術期刊資料庫

許：好！謝謝……

當然，這次會談也是結束在僵局與情緒的混亂之中。事後，我回病房和大山繼續談論這次的會談。大山對此沒有直接的評論，反倒話鋒一轉，戲謔稱說：「精神科醫生很聰明，而且許醫師又是女人」、「女人是最可怕的」。接下來大山又轉向對於「姓徐的」之批判。他表示這次之所以會入院，問題都是出在她身上。大山覺得徐小姐因為猜疑嫉妒他與鄰居之間可能發生的一些曖昧，所以才報警將他送進 A 醫院。當然，這與徐小姐的說法出入頗大。我將此提出並談及許醫師及女性病友對他問題行為的抱怨，大山則表示，「她們要這麼想，我也沒辦法！」然後他看著在病房另一端的許醫師，搖搖頭露出一臉輕蔑的表情說：「她真得——很——漂——亮喔？！」接下來，大山突然談到自己最需要的是「生一個男孩！」他感嘆自己現在卻只能坐在病房裡任人擺佈。然後他抬起頭看著遠方說：「女人最可怕！」然後他再次強調他希望能夠生一個男孩。我問大山，那些被醫護人員描述為性騷擾性的言行，就他自己的感受而言，比較大的成分是一種生理慾望，還是其實是與生養男嗣的念頭有關？大山笑笑回答說：「不孝有三，無後為大，講慾望嘛，太老了！」或許這段比較輕鬆而有「未來希望」意味的談話打開了大山的心房，他把自己勾勒出來的一種未來藍圖跟我分享。大山表示，他想帶一群人移民到歐洲的某一個中立國，手上則是拿著 100 億新台幣。這些錢部份來自於先前調查機構積欠他的錢，另一部份則來自於 XX 黨的黨產。對於後者，大山解釋到，自己是 XX 黨的重要黨員，但黨卻從來沒有在他過去發生這些種種不幸時對他伸出過援手。現在黨給他一筆錢，也算是一種合理的補償。最後大山微笑地觀望病房四周，然後任意地指向病房不遠處的一名女性住院者，他宣布「她也是我老婆，就叫她老王吧！」

（四）10 月 24 日是**第四次**也是最後一次我對大山和許醫師之間的醫病會談進行觀察。值得一提的是，在此次觀察之前，大山曾與我在零星的談話裡，提及對於「病識感」的有趣看法。他表示，醫護人員多半把病識感看成是黑白截然二分的現象，並且是有一種方法可以判定病識感的絕對有或無。他覺得這些是「一種幻想」。大山認為，在拒絕與承認之間是有一個龐大模糊的灰色地帶的，而在其中到底是要承認或拒絕，是要如何承認或是承認什麼，這些其實都是「一種藝術、一種策略」。

隨著轉院日期的可能到來，再加上必須重新面對新輪調進來的住院醫生，大

臺灣大學學術期刊資料庫

山又開始顯得焦躁起來。而 10 月 24 日上午，大山、許醫師和我的會談延續了三項大山之前所關心的議題，分別是同意書的內容、精神衛生法對於強制身份的制定以及病識感。而這次談話中涉及到幾項有關病識感的說法。例如，許醫師強調的是，大山一直閃避、拒絕承認自己行為的不當、拒絕簽署住院同意書，以及在醫療順服性上的表現低落（尤其是對精神用藥方面），這些都是與病識感的缺乏有著直接的關聯；同時她也強調，大山對於自己病情的主觀認定，與多數醫療的客觀觀察相距甚遠。大山則強調醫療方面病識感的概念，是建築在對於他人的內在可以進行完全瞭解或判讀的形上學信念之上：

山：……世界上沒有貳個完全一樣的人，她老是講錯話，她就說我在亂想，我有病---每天就得吃藥、打長效針……

我：大山，你是不是想要說你對於病識感的問題很在意？

山：是她（許）很在意！

我：大山好像之前講過，沒有兩個完全一樣的人，所以不可能有另外一個人，可以完全了解他主觀的想法……他認為病識感是很單方面的想法，我猜想……他蠻懷疑病識感這種概念的……

許：這部份我已經跟章先生講過了……這也跟病識感有關……進到強制的身分，是因為你有……一些危險性

山：such as ?

許：比如說，你住院前的行為，對於女孩子有一些……比較不禮貌的行為，……你是否認……並且你覺得是對方主動的……所以……你主觀的認定，跟我們客觀的觀察，不太一致……

山：（指著許醫師的涼鞋）很好看……跟昨天的光腳互相輝映，繼續講……不必那麼拘束

大山顯然認為自己的主體內涵是醫療方面無法理解的，當然其原因可能不只是哲學上的理由。同時大山也強調自己在醫療互動中應該被維護的人權與個人身份地位。雙方的談話在大山抵抗、挑釁與反諷當中，也是在許醫師的無奈與無力當中收場。

而在許醫師輪調離開病房後，我陸陸續續地和大山維持零星的談話。討論的

臺灣大學學術期刊資料庫

內容不外是對於住院同意書的看法、精神衛生法對於強制就醫的規範、他與調查機構之間的糾葛始末、如何去領取調查機構積欠他的錢財（大山主觀認定調查機構應該給他的「補償金」），以及他與前妻和徐小姐三人之間的關係糾纏等等。當提到過往發生的一連串負面遭遇時，大山感嘆到這些經歷是「so real, too real!」他憤恨於這些不幸的經驗，同時也遺憾沒有人在這些困頓的過程中真正支持過他。11 月 3 日，在大山住滿將近 4 個月之後，他在弟弟與徐小姐的帶領下辦理離院手續，並隨即轉入私人的療養機構。我幫大山與其家人將東西拿出病房，在陪伴他們等待辦理領藥、離院等程序時，我有機會稍微觀察了大山與弟弟的互動。在大山短暫離座時，我問大山胞弟為何大山一見到他就叫他「姑媽」？大山弟弟微笑地表示說，這是他們兄弟從小在家裡養成的一種戲謔的遊戲方式，就是故意用一個不正確、誇張或任意的命名、稱謂，來稱呼或叫喚對方。我聽了之後不禁回想到大山在病房裡各種奇特的語言表達和命名方式。我忍不住思考到其中有多少成分可能是來自大山在家戶情境裡所養成的獨特語言表達？又有多少的可能是因為疾病症狀所帶來的干擾所致？同時，大山胞弟也評論到，大山之所以會產生這些問題，除了是因為他與調查機構間所產生的連串衝突之外，其實還牽涉到調查機構內部一些黨派、族群、派系等權力傾軋與鬥爭。大山胞弟表示，其實是大山的個性讓他走不出種種心結。而家人與大山對於如何處理過去的種種恩怨糾葛，也有過很多爭執。而最終的結果，總是沒有任何一個人感到滿意。

最後，我伴隨著看起來滿腹心事的大山，和表情複雜的徐小姐與大山弟弟一起步出醫院大門，目送他們離開。同時我也發現，儘管幾個月來長期密集地與大山進行談話以及觀察，但自己對於大山這個複雜個體的瞭解，其實還是相當有限。而受到病識感與同意書簽署所牽制影響的醫病互動，對於大山這個人本身的整體瞭解又有多少呢？離開田野之後，我在一些媒體資訊當中，找到了幾十年前一些有關大山的相關報導。其中部分的訊息，顯示大山在田野中的一些陳述是確有其事的。而我也反省到，雖然自己在 K 病房裡與大山進行了將近 4 個月的密集接觸，但對他的理解還是相當有限。同時，這些有限的理解，又因為眾多不同的原因，而與醫療方面對於大山的臨床式理解有著相當的差別。我想這些體認，可以說讓我對於田野工作歷程的特性及限制、醫病關係的豐富內涵，以及疾病主體經驗的深層複雜，產生了一種難得或難堪的「洞視」，或說是一種「病識感」（insight）。

臺灣大學學術期刊資料庫

分析與討論

從以上的田野記錄描述中，可以看出大山的「真實狀況」遠比醫療人員的設想來得複雜、變化與層次多重。這種落差，當然與醫療專業的角色、知識與實踐框架，以及工作目標導向及壓力限制有關。顯著的是，用「住院同意書」以及加強醫療順從來作為醫療介入的目標，是透過醫病雙方緊繃對立的互動來進行的，但結果卻是：醫療方面強化了對於大山缺乏病識感的認定，大山方面則是重複或加重了他對於醫療的不信任與憤怒。顯然地，臨床溝通是與討論議題、醫者與病者特性、臨床脈絡與意義等內涵及特性有關。

誠如醫療人類學家 Gilbert Lewis（2000）所言，醫療上的困難與僵局，往往呈現出疾病在生物歷程以外的社會性質與意義，以及其中所牽涉到的社會關係組織與醫療體系的隱藏信念。現在的問題是：這種結果是溝通的困難所造成的，還是它具體呈現了病患缺乏病識感的事實本身呢？一般臨床上的研究顯示，病識感的「醫療順服」（medical compliance）面向，是受到社會因素以及對於醫療與疾病的信念所影響的（Bebbington 1995），而「強制住院」與「缺乏病識感」之間的臨床關聯性，也被證實由來已久（McEvoy et al. 1989）。脆弱和疑懼的醫病互動關係，容易導致「低病識感」的判定（White 2001）。Lysaker 與 Buck（2008）則建議以醫病之間平等、合作及對話的方式，來取代彼此對立或是醫療單方面所主導的權威式臨床互動模式，並且透過對於住院患者主觀經驗的理解來降低病識感缺乏的表現。

回到本研究的田野素材上來看，可以發現臨床溝通的困難，是與大山缺乏病識感的臨床判定息息相關，而病識感概念本身、醫病間不對等的權力關係、乃至於參與對話互動的兩造特性等等，都是構成臨床溝通困境的成因；尤其大山本身在溝通與語言行為上的特異性，更為如此。然而如以上資料所示，這些特異的語言展演型態，未必只是「疾病」的結果或呈現，它同時也可能是個人獨特歷史產生的特殊實踐方式，從私領域過渡滲透到公共場域時的表現。

依照前述有關病識感敘事內涵、對話脈絡以及意義詮釋上的強調（Dolson 2005；Galasiński 2010；MacNaughton 2008；Tranulis 2008；White et al. 2000），以下的分析將針對「病識感」論述的敘事特性，就病識感、醫師與大山溝通型態等三向度來進行探討。在語言與蒐集資料特性的考量下，本分析將著重在語言行動與互動的內容及特徵之上，而不若 Galasiński 等採用的語法、敘事觀點以及患者敘事等分析方式。

臺灣大學學術期刊資料庫

病識感

從大山本次入院時的醫療報告來看，對於認定大山「缺乏病識感」的「前攝性因素」（priming factors）在其入院初期已然形成：復發的慢性精神分裂患者、低或無病識感、低藥物順從性、拒絕住院、不配合服藥、醫病互動不佳、拒絕簽署住院同意書、不恰當言行等等。對於許醫師和大山的第一次會談觀察顯示，與病識感判定有關的主要部分是在於：「藥物可否幫助大山」這個醫療問題的溝通，以及強調以醫療/非病人的觀點來瞭解藥物使用的效益：

許：……你吃藥有沒有不舒服啊？

山：……給我 3 顆藥！……還磨我的粉。

許：……好像只有兩顆藥，你還要再吃一顆是不是？！

山：（沈默）……妳講啊。

許：那我就開 3 顆給你吃。

山：當然不好！

許：為什麼不好？

山：……妳有吃過嗎？！……再 1 分鐘。

許：章大師，有時候吃藥可以幫忙你思考。

山：還幫妳咧！妳有具體的例子嗎？！有嗎？！……西伯利亞，中國大陸現在都不會這樣搞。

許：大山……你要不要用我們的觀點來看……

山：我配嗎？我是犯人！……

許：你覺得在這裡治療是犯人喔？你要不要試著從我們的觀點來看……

山：錢呢，錢呢，有什麼好看的？！

許：……但是我覺得你的狀況不是很理想

山：共產黨……

許：你試著從我們的角度想一想嘛！我想你會的……

臺灣大學學術期刊資料庫

但是對於大山以醫師是否也服用過精神藥物，這種挑戰性或撼動醫療用藥正當性的反詰(「妳有吃過嗎？!」)，許醫師並未直接回應。許醫師從大山的反應裡，得到與先前醫療記錄及報告一致的印象，亦即，大山的狀況很不理想。而在會談後私下的談話裡，許醫師的憂慮，也將大山朝病識感缺乏的更明確圖示推進：大山「不接受自己、不願意承認自己跟他人有顯著不同！」

第二次的會談觀察，集中在住院同意書簽署的問題上。許醫師也強調大山不接受醫護人員對他的觀察，並重申藥物對大山產生正面的作用，像是大山在說話，以及在進行醫療會談的意願及態度上之改變。但在會談進入了對峙的僵局後，挫折的許醫師企圖從大山言語中的矛盾，找出他「思想與言詞鬆散」的證明，同時她也明示簽署同意書與病識感間的直接相關。對於大山疑慮簽署同意書後可能導致電療，以及他對於性干擾方面閃避模糊的推託說辭，許醫師認為這些都與妄想或缺乏病識感的情形有關。她覺得大山是「思考貧困」、「非常困難的人」，但她沒有考慮到大山長期與精神醫療機構對抗的歷史，也未細究大山對於個人問題行為的主觀詮釋。

大山對於拒絕簽署住院同意書一事，他動用的說辭是醫療方面沒有給他足夠的例證來說服他應該接受住院、簽署同意書等於是簽「賣身契」；同時他暗示的是：同意書的簽署與否，是可以透過非正式或檯面下管道來進行協商的；以及他似乎指向病識感的問題是與他不願意觸及的幼年期經驗等部分有關。此外，大山也透露出他個人對於病識感議題人可能採用的複雜態度(「要不要承認我有病，我可以說，私下能公開有兩方面……」)。

第三次會談觀察中，因為談及性騷擾而觸發了醫病雙方的情緒。大山以堅決不簽署同意書來抵抗，同時也以自己過去因為誤簽文件而帶來長期痛苦的經歷，來解釋或正當化其排拒簽署文件的堅持。他以同樣在 A 醫院，但不同的醫師卻在不同的時間對他開立了不同的精神診斷，這種不一致性，來試圖指出醫療體系內部的矛盾。尤其他指出這種診斷上的矛盾不一致，正是發生在許醫師與其老師，D 醫師，之間；藉此，大山加強了對於醫療體制內部「不一致」的嘲諷及抨擊。而這種對於醫療權威的弱化，也似乎為大山自己的立場找到某種平反。但在實際的對話過程中，大山他卻未明白表示自己是否有病，反倒是以「這是一種富貴病」等隱約迂迴的方式來因應。當然，以具有性意味的攻擊語言來反擊許醫師，只會讓大山看似不具病識感的判定，變得益發正確。許醫師則是繼續在大山語言的表面找出矛盾，來證明大山的確是缺乏病識感的。大山對此的回應富有趣味及啟發性：他覺得醫師比他還在乎病識感的問題；他強調的是精神病帶來的污

臺灣大學學術期刊資料庫

名，以及醫療過程在論證上的問題；這也間接顯示，在減除污名或是出現了他認可的合理證據時，大山未必會完全否定自己是有某種問題的可能性。亦即，是存在著某種病識感問題的可能性。激化對立的會談氛圍，讓大山毅然宣稱，他絕對不簽署住院同意書，這可能是大山的真實底線，但也不無可能是一種攻擊或防衛的語言反動。而他真正拒絕簽署同意書的理由，事實上並未在會談中被清楚地討論出來，同時它也未必與病識感問題有直接的關聯。許醫師將大山會談中的表現予以負面化評價時，大山含帶性意味的語言攻擊增強了，而這又再度加深了醫師對於大山缺乏病識感的確認，雖然大山試圖做了一些不太成功的彌補或轉圜（「我小孩都……我女兒都……」）。大山也意識到自己講得越多，越有可能會讓醫療作出更不利於他的病識感判定，但是他顯然並不認為這種可能是「多說多錯」的情形，與他自己本身的各種特性有任何關聯。

第四次會談前，大山有關病識感非「零或一」現象的評論，顯示他對於這個議題有著相當的思索。他也提到介於否認及承認之間游移，可能帶給他在臨床互動上一些策略性的效果。同時，大山試圖以「世界上沒有貳個完全一樣的人」這種辯證方式，來推翻病識感必然可以經由醫療一方來對另一方病人進行觀看與判定。許醫師則將病識感的缺乏、（干擾）行為風險性、強制鑑定與就醫此三個成分串連在一起，讓它們彼此證明其在醫療管控上的重要性，同時也強調大山的個人主觀與多數醫護人員的客觀間，存在著巨大的不一致，也暗示這兩者是正當對錯、多數少數、理性與非理性之間的對比。許醫師重申，大山是因為強制身份而被迫接受磨粉吃藥的，大山不願意吃藥也因而是缺乏病識感（「吃藥磨粉是……在強制住院之下沒有辦法的方式，因為你不願意吃藥……你不吃藥，我們客觀的觀察是這樣」）；對此，大山以「這之間沒有必然關係」的方式回話（「雞生蛋、蛋生雞，not necessarily 有一定的關係」）。這是很重要的一個評述，因為大山的拒藥，也可能是考量了與病識感無關的一些因素，例如藥物的副作用、個人特異體質與反應，或是精神用藥可能帶來的污名等不同原因。許醫師表示，醫療對此是無法妥協的，但這種堅持，卻可能造成醫療方面忽略了大山在病識感問題上，所開放出來的建設性模糊。

醫師的溝通與語言表達

許醫師與大山的互動溝通型態，是由醫療中心主義、真誠努力的溝通企圖，以及個人溝通的特性共同組合起來的。她與大山開始接觸談話時，顯得略為生硬或侷促，尤其是在面對像大山這種強勢與特異的病人時。而要求大山簽署同意書的困難，只讓醫病雙方的溝通更加吃力。除了較容易受到大山抵抗、操弄式談話的干擾（例如，大山拒絕和

臺灣人文學術期刊資料庫

許醫師進行口頭互動，堅持改採書面或限定時間的方式來進行互動，亦或是以『我是犯人！』等說辭來抵抗許醫師的醫療詢問）之外，許醫師一開始就對於大山採用了比較保守性的認定（「你知道我在跟你說什麼嗎？」），這可能是延續自醫療記錄裡的印象。大山在臨床互動上的回應方式，卻是充滿力道而讓醫療方面難以掌握的。在第一次的會談表達中，許醫師也樹立了之後「我們（醫療或非病人）——vs.——你（病人）」的大小二元對立模式（例如，「我們很—多—人，都對你[*大山*]有這樣的觀察，不是只有我！」）。而對於大山語言表達的特殊性（例如偶爾突然「正常」說話），或是自定的談話規則（以「零錢交換談話」），許醫師則多半採取醫療、管理本位或病理化的簡約立場。

第二次會談依然強調醫療團隊是多數/醫療/正常一方，而大山則是少數／病人／觀點特異的另一方；也強調大山從會談及藥物中可以獲取醫療的協助。同時許醫師也表示對於醫病溝通感到挫折（「我覺得我們都沒有交集」），但對於大山一些特殊的表達，卻甚少作針對性的回應或進一步的探詢。例如，要求醫師提出他服用精神藥物或簽署住院同意書可以給他帶來益處的例證，或是言談中涉及到許多非醫療、或與當下談話脈絡沒有直接關連的成分，而其中多半是涉及含帶性別或政治意味的評價（例如，「現在台灣在搞什麼！」、「不打不相識，中國人是這樣講的，雖然現在我們是台灣國什麼的」），而這些隱沒在對立式醫病互動背景裡的標示性因素，其實質的意涵與功能，或是其對醫病互動及溝通目的干擾影響，是沒有受到醫療方面足夠的重視的。

以上這些部分，和大山對於病識感以及相關的自我認知、定位及知覺等議題有所關聯。例如大山強調自己成為一個「個案」，但他除了是第三人稱的個案以外，也應該是個第一人稱的主體（「妳一直說幫我，我才幫妳咧！現在我是一個 case，我是第三人稱，（*但*）也是第一人稱！」）。這種宣稱或訴求，其實是十分直接而且強力的，這是住院精神患者抵抗醫療化、同質化，避免自己成為「個案素材」（caseness，Susko 1994）的一種主體性訴求。這種對於自己被視為一個臨床個案的反諷與無奈表述，在後續會談中仍然出現過幾次。

第三次會談因為性干擾問題的直接提出，使得雙方不斷在「激化與跳開」的模式裡進行對話。許醫師雖然開始注意到大山「圈圈叉叉」與「這個那個」等反覆、模糊而奇特的表達方式，但卻屢屢被大山閃爍躲避的言談方式所分散。對於大山提出的幾項挑戰或質疑（「什麼叫做未定呢（D 醫師先前的診斷）？！未定是說，這個人有病？問題是我是不是一定要承認」、「講了半天又是沒有例子，我會有什麼危險性嗎？」），或特殊的語言表現方式，許醫師似乎也沒有直接回應或作更進一步的探索。例如，A 醫院過去與

國立臺灣大學學術期刊資料庫

現在診斷間的不一致、為何會被認定是有「危險性」的、具有性意味與語言攻擊、話題的跳接（「騷擾語言」→離婚）或語言使用的轉移（shifting）（國語→台語）等等。

醫療方面在大山有關「何必在乎自己有沒有病」的反問上，只強調醫藥療協助以及會談的正面功效，卻忽略了大山所強調的「面子」與「醫療過程」問題，然而這些面向的確如前述文獻回顧所示，是與病識感的形成息息相關的。而面對大山質疑許醫師可能採取較激烈醫治形式（電療）的質疑，許醫師只強調大山的「部分危險性」、強制鑑定的身份、以及這些醫療處置在法律上的認可。對於大山以一切都有彈性、都可以協調的說辭，試圖避開轉院而繼續留在 A 醫院的意圖，許醫師則用健保法規方面的限定，以及醫療決策的制定等因素予以強力地否決；這種隨著醫療程序發展而產生的轉變，可能提供對於簽署同意書等持續問題一種新的討論空間，或是作為讓大山反觀自身態度內在矛盾的機會，但這些部分卻未受到重視。許醫師持續強調的是醫療決策的客觀與民主（多數醫護人員的共識），以及她所關注的是大山的「焦慮」程度和缺乏自我克制與意識的性干擾等言行。

最後一次的會談，許醫師仍然強調大山缺乏病識感、強制身份以及潛在危險性之間的關聯。她也強調大山的解釋與社會期待之間的落差（例如，「你的主觀感受跟我們的客觀觀察沒有辦法一致，又不願意跟我們討論，只好一直強制……你認定的風險跟我們客觀認定的風險，是不一樣的！」），但對於大山以「世界上沒有貳個完全一樣的人」這種修辭術來弱化或質疑病識感醫療判定的客觀基礎，則未多作回應。許醫師強調的是大山與她互動中的閃避（『我覺得，章先生你一直在閃避』）、大山個人主觀認定與醫護人員代表的多數客觀觀點之間的差距（「你認為是別人主動的，可是我們客觀上觀察卻不確定……不符社會的期待」）、對出院同意書內容理解的程度（「我不確定你是不是真的瞭解重點」），以及對於大山強制身份問題的無法妥協。然而大山有許多明確或特殊的表達及主張，其在診療及臨床互動上的正面轉化潛能卻未被探索而予以發揮。例如，話題的轉向（例如，從疑似騷擾言行的認定與辯論中，大山突然轉向對於許醫師穿的鞋子進行揶揄式的評論）、以人權訴求來要求和徐小姐或疑似發生干擾糾紛的鄰居進行對質、轉診權益的剝奪、住院同意書內容的疑慮，關於其特殊身份地位的模糊暗示可能帶有的關聯（「我一個這樣出身 XX 會（政府單位）的人」），或是使用語言上的轉換等等。這些語言行動可能具有高度的社會性、臨床外意義，同時這些意義可能是隱沒於病識感認定與協商的臨床溝通及困難中更深層層的衝突與緊張性，但這些可能性並未受到充分注重。

臺灣大學學術期刊資料庫

大山的溝通與語言表達

無疑地，從以上這些醫病對話的呈現中可以看出，大山的表達與回應充斥了回嘴、斷話、議題轉向、尖酸挖苦、辛辣、以自我貶抑來進行反諷等強力的反制性語言展演。問題在於這種表達來自何處？是因為議題（住院同意、強制鑑定的身份）、醫療情境、疾病與病人身份、抑或是其自我的長期語言慣性所導致？而這些語言表達對於病識感的臨床認定，產生了哪些影響？

可以確定的是，大山許多特別的語言表達，強化了醫療對於他慢性化、退化、缺乏病識感與醫療順從度、思考語言障礙等慢性精神分裂症患者的負面圖像。然而，這些語言方式是疾病歷程的結果，亦或是一種對於疾病意涵及醫病關係的反制性展演？同時，這種展演如同在離院時其胞弟所揭露地那般，是否實為個人生命歷史經驗與家戶生活情境中所培養出來的獨特慣性，朝向公共空間所作出的一種溢氾，而疾病與醫療場域或許在某些當口只是提供了將這種獨特慣性及社會意涵放大與延展的舞台呢？而從田野觀察資料裡，可以看出大山在以下幾個面向上所具有的獨特語言表達方式：

1. 大山個人風格化的語言行為方式，除了常常出現的反覆、斷裂、跳躍，以及恣意截斷或改變話題進行的語言方式之外，還可看出以下的特性：

(1) 多義性（polysemic）的表達：像是大山在談話中常用的「感謝上帝」這種表達，常常因為語境的不同而具有不同的意指：它可以是向對話者表示認可，也可以是突然終止一段話題的宣告，而更常則是一種反諷的表達，像是對於會談中醫師的意見表示不滿或反抗等。此外，像是大山始終沒有界定清楚的表達方式，例如「圈圈叉叉」、「這個那個」、「叉叉叉」，以及在高度焦慮時，在空中畫字卻不說話的部分，這些都讓意義停泊在發話者的主體中心周邊，變得模糊而難以掌握，也讓相對主體性的意義溝通變得困難。這或許是維護尊嚴的抵抗策略，也可能是特殊語言實踐及其背後社會意涵的延伸複製。但無論如何，這種特性及困難，對於慣常以「異常語言」逆推「思考異常」的精神疾病研究而言，卻更像大山「基本功能退化」的清楚呈現（Parker et al. 1995）。

(2) 個人化語言的使用設定：例如，大山對於「兩」vs.「貳」在口語使用上標定的嚴謹區分，並且有將「貳」視為是比「兩」來得更正當或優越的傾向；這種區分或許有其學理依據或個人偏好（「老中喜歡的」），然而當它變得僵固、教條或具有自我標榜意味時，它容易對於一般較為鬆散的社會溝通造成干擾；當然，就大山胞

臺灣大學學術期刊資料庫

弟提供的訊息而言，這種特性或許反映出大山在語言實踐上的長期慣性，但當這種慣性無法在醫療權威主導的互動情境中保持其維護自身利害的彈性時，它除了可能是抵抗策略之外，也可能是某些社會姿態的僵固顯露。例如，值得觀察思考的是，大山這種持續性的反抗式語言展演，除了可以是針對污名化或醫療上粗率對待的抵抗之外，也同時可能是在像是「性別」等社會屬性上個人偏見或社會性歧視的恣意與強勢呈現。

(3) 命名的任意性：這部分在我與大山開始互動時就出現了。當時他坐在大廳的餐椅上，突然從一旁叫了我兩次「老周」，我當時並沒有意會到大山是在叫喚我，因為我不姓周，而大山當時也還不知道我的姓名；在環顧四周後我才發現到大山其實是呼喚我，要我過去跟他坐在一起。而對於病房女性住院者隨意地指稱是其太太，並說「就叫她老王吧」！這也是大山這種任意命名的表現。值得思考的是：大山這種任意命名的語言行動，其「思想鬆散、退化」之外的非慢性化、主觀或主體意義可能為何？

(4) 採用自貶和褒揚對話者的方式，它傳達具有抗議或情緒色彩的陳述，通常帶有相當的諷刺意味：例如，「你/妳是大官」、「許大醫師」、「我是犯人」、「我不配/我配嗎？」、「我——是——啞——巴」、「許大委員」、「妳是偉人！」、「你不笨嘛，你是我爸爸！」、「我可以滾了嗎」、「名師出高徒」、「前途無量，青年才俊」、「我是在吃大便」等等。

(5) 「以零錢交換談話機會」的戲局設定。這也是大山控制談話進行的一種方式。而這種方式可以讓大山操作談話的進行，像是停止、轉變談話進行的方向或是重新設定對話的主題。後者常常是大山將縈繞於其心頭的糾葛，例如，與調查機構之間的各種衝突糾葛，透過重新編入現行生活事件與脈絡之中而對這些糾結所進行的一種延續、貫穿、再製及追憶。

(6) 語言選用：可以觀察到大山在會談中以英文來表達的頻率頗高，而其中不乏大山對於自尊、自視抑或是情緒的表達，而當然這也牽涉到使用英文在本地語言社群及實踐中可能具有的象徵性意義或價值。

(7) 特異性與一般性語言表達的並存：以上這些比較非一般性的語言表達方式，是大山在 K 病房經常可見的表現型態。但根據徐小姐的說明以及我個人的觀察，大山偶爾也會出現一些非常一般性的說話表達狀態。這兩種狀態的差異對比相當明

臺灣大學學術期刊資料庫

顯，並且顯然與大山的心情、防衛狀態、談話主題有關。但這種現象對於醫療方面並不具有特別的意義，至多被認定是呈現了慢性精神病患的殘餘功能或是藥物的正面效果。或許這種間歇性的病識感變動狀態，對應了前述理論回顧中 Jaspers 對於慢性精神病患者的觀察，但問題也可能在於醫療的觀點是否再製了醫療本身對於疾病的概念化方式，像是損害、失能以及不可逆性（無法恢復原水準）等，而忽略了這種並存的現象可能指向重新診斷的必要，或是在大山尖銳高張的緊繃外表下，可能存在著另一種個人主體、心智功能以及疾病之間較為特殊的相互關聯模式。

2. **性／別指涉**：大山對於像是許醫師等女性住院醫師的輕視是很明確的。在與許醫師初次打過照面後，大山就曾略帶輕蔑地表示「又是個女的！」並對於許醫師的髮型衣著揶揄調侃了一番。而這個部分也在日後會談過程中再度出現過（「她真得——很——漂——亮喔？！」）。當然這種對於醫師外型衣著的嘲弄，可能與大山自己本身對於衣著外貌的自信或品味標榜有關，而「又是個女的！」這種說法，也可能只是大山對於事實的誇大評述而已。然而參照他在其他場合裡對於女性（包括之前在研究機構中的女助手、徐小姐等等）所作出的負面評價（例如「女人最可怕」的反覆評述）時，或許可以合理地懷疑這是大山對於女醫師或女性整體，所持有的一種貶抑、輕視態度。這或許與傳統漢人社會裡男性尊優的性別意識有關，尤其考量到女醫師可能代表了悖反於傳統的女性角色及社會定位時。

在醫病對話中，大山具有性意味的攻擊式發言是很明確的。這除了可能與大山的性需求有關，也可能是在於有關性干擾的醫病對話中，因為面質壓力所造成的一種針對式情緒反擊。當然，這也可以解釋為一種低度自我抑制的不恰當表達甚或威脅。許醫師的顧忌與擔憂是完全可以理解與正當的。但是這種具有性含意的語言表達，除了是騷擾的內涵之外，它也可能與大山所表示的生育男嗣的傳統價值內涵有關。此外，入住制度機構的居民（in-*mate*s），其性需求議題的確是一個可以公開討論的中性議題，而非僅為道德上的干擾或越位。此說並非為大山不當言行卸責，而是指出其中可能含有的複雜與隱晦意義甚或值得進一步的分疏。

3. **社會性指涉**：這個部分呈現在大山談話裡的兩種特性上：

(1) 對於對話者背景訊息的偵測蒐集。這個特性在我與大山剛接觸時最為明顯。我對於他與其他住院者之間互動的觀察，也發現大山常有這方面的行為表現。例如，大山常常就談話者的就學背景或政黨色彩、職業經歷與成長家庭等等，進行迂迴

臺灣大學學術期刊資料庫

地探尋及瞭解。而後再從這些背景關係的瞭解中，找出與他認識的有力人士之間可能存有的關聯。這些有力人士通常是具有一定社會地位與資源的人物，像是地方警局局長、教育局長、記者、校長、出版社或書局老闆、國營企業主管、火車站站長或是媒體界主管等。大山在對話互動中進行這些關係的牽連，部份的原因明顯地是希望能夠透過談話者來重新聯繫這些有力的人士，希望藉此能透過後者來協助解決大山與調查機構或醫院之間的各項糾葛爭議。

(2) 另外常在大山談話中顯示出來的社會指涉，則是聚集在各種政治、認同、法律、人權等相關議題之上，但其在臨床對話場域裡的意涵或作用，仍然需要醫療方面進一步的重視與反思。

此外，貫穿於幾次對話中的兩項特徵，也可能是醫病雙方溝通困難的肇因：（一）儘管這可能只是一種醫病互動的策略，但大山持續地要求醫師提出說服性的例證來說明簽署同意書的必要性。醫師對此似乎都只予以忽略或簡化的因應，這導致大山放棄了這種對話性的要求（「我沒說我要替妳做什麼---我已經 over 那些妳要給我例子的 stage 了」）。（二）大山將圈套在他身上的各種問題與解答丟回到醫療體制身上，讓後者反倒成為問題的源起與提供解決方案的承受者心。

最後，本研究贊同前述有關病識感的社會文化觀點（Beck-Sander 1998；Dolson 2005；Fulford 1998；Galasiński 2010；Hamilton & Roper 2006；Johnson and Orrell 1995；Kirmayer and Corin 1998；MacNaughton 2008；Martínez-Hernáez 2000；McCabe and Quayle 2002；Perkins and Moodley 1993；Saravana et al. 2004, 2005, 2007；Sims 2003；Tranulis 2008；White et al. 2000；Wilce 2004），主張大山的病識感及其臨床的判定，必須放在臨床溝通與互動的脈絡中予以認識。並且強調應該重視大山複雜的生命經歷與醫療化過程，以及其疾病經驗的主體詮釋。病識感問題，必然是醫病雙方相對主體性所共構的暫時性產物，而這個產物的內涵，夾雜著疾病、個人經驗歷史、社會關係與文化行動的規範，成為一種兼具知識與倫理意涵的複合物。醫病關係與病識感爭議當中，大山獨特而複雜的語言行動的確是具有策略及抵抗的展演性，而這種策略與抵抗的施用，除了是對醫療自恃自持的知識權力進行抗衡以外，也折射出特定的文化價值預設（例如，疾病污名或生養男嗣）以及大山個人所承載與凝縮的社會關係結構（例如，性別、族群或階級等面向）。以西方民俗理論概念為內隱基礎所構築的臨床病識感概念，其在本地情境適用與否的問題，值得進一步觀察與思索[10]。由本研究的資料與分析顯示，臨床病識感實際上所涉及的社會關係及論述體系，是要比前述社會文化批評觀點所設定的範圍還要複

臺灣大學學術期刊資料庫

雜與廣遠。同時，臨床病識感的民族誌觀察，如同對於精神症狀及臨床互動的深刻觀察一樣（Goffman 1967），也是一種透析深邃社會關係的方式與過程。

結　論

從以上田野資料的呈現可以看出，因為大山強制鑑定的身份產生了同意書的僵局[11]，而從同意書的僵局裡又導引出有關病識感判定上的難題。這個難題又是與醫療溝通互動的獨特困難有所關聯。而從同意書的僵局延伸到病識感缺乏的認定，其問題性在於：

（一）醫療對於病患，尤其是慢性、復發的精神病人，所採用的病理化、個人化理解方式；

（二）這是一種合理化及完全化的逆向推論方式。它除了強化醫療對於「病人就是有病」的前提之外，也將醫病間的相互「不同意」（*dis*-agreement）窄化、歸諸到病人單方面的疾病干擾或問題之上；

（三）就邏輯而言，病識感的缺乏或其臨床性辨識，必須建築在「病」本身是確定存在的前提之上。然而在管理效能的強調以及醫療資源的結構性限制此項事實之下，「病」的判定與演繹往往依賴於「病歷」的累積性陳述。而這種累積性的資料鋪陳，往往呈現出來的是醫療觀點本身的系統化與自我對話，而不在於醫病關係之間試圖找到一種相對主體與以及協商性的意義中點。同時，將「精神病」視為一種類同於生理或器質性的病症類型，這種觀點也還是具有相當的不確定性。此外，作為病識感判定的前提，「病」本身的判定往往是牽涉到醫療本身複雜的知識／權力關係。所以病識感在臨床精神醫療的情境裡，它往往是一個「問題中的問題」，也是一種後設概念式的問題（Fonagy 1991）。

從民族誌的觀察資料來看，大山病識感方面的僵硬表現，是與醫病雙方互動的問題性格有關。從雙方溝通的表象來看，造成溝通困境的主要特徵在於以下的對立：資淺的知識權威、羞澀與溝通行為相對生硬的女性醫師 vs.主觀強勢、語言操作以及展演靈活，同時又熟稔制度批判及人權修辭的資深男性病人。然而就其溝通的社會性內裡來看，其中有關疾病的認知、苦難、污名、尊嚴、負面的制度經驗歷史與心結、乃至於隱沒在底處有關階層、國族政治與認同、語言的社會象徵性等社會關係內涵，都可能是促成醫病之間臨床溝通困難的深層因素。

臺灣大學學術期刊資料庫

從以上民族誌資料的分析中，可以看出病識感的形成與判定，是如何與臨床溝通的情境產生交互影響。這種觀察也呼應了前述 Dolson（2005）對於臨床病識感所提出的歷程性（processual）模型，亦即強調將醫療的臨床病識感概念，從被個體化及認知化的單向認定，還原回到其發生的社會互動場域及歷史脈絡中。民族誌的分析也顯示，發生病識感判定的社會場域，往往是一個具有不同層次的複雜式社會關係結構，而這個結構的不同層次之間，又是彼此相互制約與影響的。這種體認，呼應了 Berrios 以及 Markova´（2003）對於病識感現象所倡議的符號學式分析，也將其中語用學面向的重要性予以突顯。此外，這種體認也呼應了 Dolson（2005）對於 Levinas 的「倫理遭遇」觀點之探討。因為透過醫病互動的民族誌觀察，可以發現病識感現象的探析，必然觸發了「自我與他者」在不同社會互動層次中所產生的倫理議題，而這個過程可以導引臨床實務者、民族誌觀察者、住院者及其重要親友等三方面，在疾病方面產生新的「病識感」概念，同時也在各自的自我知識上產生新的倫理性「洞見」及想像。

田野觀察的資料顯示，許醫師與大山雙方在改變醫療決策困境上，其實也可以說是是各自盡心努力的。然而，這些努力卻是制約在各自的論述及實踐框架當中，因此終究是擱淺在充滿了對立與相互無法理解的臨床溝通困境之中。這種結果或許不令人意外，但也不特別鼓舞人心。只是可以確定的是，這種困難的結果和病識感的缺乏之間，並非只是存在著單一的線性因果關係。

最後必須說明的是，本研究透過大山與許醫師兩造所構成的一個案例，來針對臨床病識感的諸多問題面向進行初步的呈現與探討。這個案例具有其獨特性，所以並非一般臨床病識感現象的代表性呈現。單一特殊個案在推論或類化上的限制，是必須在此言明的。本研究期盼，透過此特殊案例的呈現與解析，能夠對於臨床病識感的一般現象提供一種具有參考價值的相對視框。

附　註

1. 本文初稿原發表於 2009 年 7 月 2 日的 SEAA（Society for East Asian Anthropology）與 TSAE（Taiwan Society for Anthropology and Ethnology）聯合年會。特此感謝邀稿的清華大學林淑蓉教授，以及在研討會上給予珍貴建議的夏威夷大學吳燕和教授。本文因為出版型態、文獻方面的因素，已經在質量上與該初稿上有了相當差距。但考量問題意識的一致與延續，所以本文仍然使用與初稿相同的論文名稱，特此說

臺灣主要學術期刊資料庫

明。此外，也特別感謝兩位匿名審核者，對於本文初稿在修改與思考方面所提供的寶貴建議。其中有關引述輿論證的部分問題，本文已經依照建議的方向進行了修正，其他一些有關寫作與論述完備方面的建議，則將是本文作者未來研究思考、書寫以及擴展本研究時必定加以關注與琢磨的地方。

2. 但是，精神病理學歷史的研究卻也指出，在 Kraepelnian 較窄化的精神病理學觀念主宰精神醫學之前，「具有病識感的瘋狂」(insanity with insight, *folie avec conscience*)或「部分病識感」是曾經存在過的，它包含了強迫症、曠野恐懼症、恐慌症以及慮病等方面的較單純型態瘋狂(Berrios 1995)。這也顯示出過往的臨床歷史中，有關瘋狂、妄想與病識感之間複雜關係的觀點，在很早之前就已經浮現出來了。

3. 精神醫療人類學家 Ellen Corin(1990)長久以來討論的「正向退縮」(positive withdrawal)，也具有這種矛盾修辭的意味。這種矛盾修辭技術，除了是對於將「退縮」視為「負性症狀」(negative symptom)等常規用法進行一種挪動、反諷的「越位」之外，更重要的是它對於慢性精神疾病患者的主體性呈現提出了一種新的樣式(genre)。

4. 「精神病」(psychosis)此一用語從 19 世紀中葉，由德語區的精神醫學著作裡逐漸浮現。其初始的意義在於一般的心神異常，但未涉及心因性病理理論的意涵。後來才發展出有別於大腦、神經、遺傳方面的疾病，或是不同於傳統宗教及哲學裡有關原罪及犯錯的靈魂疾病，而成為獨特的一個病理學範疇。佛洛依德的心理分析將「精神病」與「神經症」(neurosis)的割劃讓「精神病」的範疇性質變得更為實在(substantial)。一般而言「精神病」的概念範疇，受到心理分析的影響，指涉與現實之間混亂脫節的嚴重狀態。有關「精神病」概念的發展與爭議，參考 Bürgy(2008)與 Laplanche and Pontalis(2000[1994]：381-381)。

5. 有關心理分析的病識感觀點，參閱 Perron(2005)與 Rycroft(1995：81-82)

6. 精神醫學對於「病識感的傲慢」批評的反駁，請參閱(David 2004；David and Hinshelwood 1993)；值得玩味的對比也出現在文學批評的分析裡；例如解構主義理論家 Paul de Man(1983)指出，文學批評的最大病識感／洞察(insight)，往往也就是其最大盲目之所在；Paul de Man 這種具有高度諷刺與反思性的尖銳看法，值得考慮是否和於「病識感的傲慢」對於臨床實踐的盲點所進行之批評相互呼應。

7. Kleinman 對於「解釋模型」的界定，是指對於一個疾病的發作時期中，所有牽涉於

臺灣大學學術期刊資料庫

其中的人員對於這段期間的經驗意義所採用的觀念模式；它通常牽涉到對於病因、病程、病理機制、與治療等方面的信念態度。醫生、護士、其他醫療工作人員、病人與家屬，可以持有不同的解釋模型；而解釋模型也有文化上的差異，例如心理化或身體化、個人式或集體式的解釋傾向等等。而醫療歷程有很大的一部份是不同的解釋模型之間所進行的磨合與協商。

8. 除了這種病理化的預設態度之外，臨床上另一種可能常見的預設是「個體化」態度，也就是「病患的問題就是病患本身的問題」，包括病患個人的生物、生理或心理等方面的問題。但是對於個人及其病症，如何是一個歷程性、關係性的社會文化存在，則甚少予以考量。

9. 此參考資料因為在寫作本論文時尚無法在台灣取得，所以冒昧地直接向其著者，波蘭的語言學家，Dariusz Galasiński 博士索取。在此特別感謝他慷慨大方地將該資料寄送給我。

10. 這方面的問題意識是十分人類學式，並值得進一步地探討的。一方面，從本文有關病識感的概念史回顧中可以發現，西方病識感的觀念，明顯地依賴某種「視覺」（in-*sight*）的隱喻。這種依賴除了可以考察其與特定歷史階段的心智哲學思想之關聯以外，也可以考察其是否與特定現代性面向（例如制度化醫學）裡的「視覺轉向」有所聯繫？有關西方現代性興起與視覺重要性的擴張之間，已經有過相當的理論討論。而視覺模態的突出與興起又與西方個人主義下的自我構築有何關聯，這是值得進一步思索的問題。如果視覺隱喻在西方現代性的特定發展中確有其正面的重要性，那在更早之前的西方歷史中，視覺的重要性可能是以負面的形象來呈現其自身的。例如，在舊約聖經〈創世紀〉中對於人類原罪開展的情節鋪陳，是從蛇對於人類原型（亞當與夏娃）作出以下的勸誘後而開展的：吃食禁忌的智慧果後，人將得以「眼睛明亮」，並進而發現自身的赤身裸體。之後亞當夏娃被逐出伊甸園，人類的罪行逐漸浮現與氾濫，上帝開始對於人類的邪惡進行懲治；而從大洪水到巴別塔，看得清楚也說得通的人類，卻也逐漸遠離了上帝的國度，走向屬於自身困頓多舛的命運。在此，眼睛明亮所隱喻的視覺變化，是透過獲取智慧（智慧果）的誘惑而發生的，但這卻導向了對於自身及慾望的沈淪。這種視覺所帶來的負面化發展，其實與現代病識感概念中對於視覺隱喻的動用，是可以有著異曲同工之妙的。一方面同樣是將視覺、智慧與（視覺）對象的關係及命運發展緊密地扣連在一起，另一方面則是以對比的性質來指陳「視覺」本身在人類命運轉化上可以具備的威力。而

臺灣大學學術期刊資料庫

有趣的是，insight 的本地中譯，「病識感」，可能是襲自日本精神醫學的語彙，但它已然失去明確的視覺隱喻成分，反倒是在其他類似的日常生活用語中，可以找到具有視覺意味的用語，例如像「洞察」、「洞見」或「洞視」。此外，*in*-sight 語意裡的「內部」，指陳的是「心之眼」（心智力量）能將自身作為一種對象，來予以距離性地客觀視察。而誠如前文中 Kirmayer and Corin（1998）的評析所示，這種觀點展現了西方特定的自我概念與後設知識型態。然而諷刺的是，在現今的臨床病識感的作業中，*in*-sight 概念中的「內部」意涵旁，卻增加了「外部」的醫病關係，這種通常是不對等、單向與權威導向的社會關係，因而讓病患查視其「內部」的活動作業，多了一種類似於宗教審查（*In*-quisition）的意味，亦即，內部的自我察問與檢視，必須是導向或透過外部權威認可的標的對象（錯誤、缺失、罪性），才能達成其被定義的效用。這部分也呼應了前文中，人類學家（Martínez-Hernáez 2000；Wilce 2004）評論之臨床病識感概念的矛盾性。最後，如果臨床病識感概念的確反映了西方自我與人觀的特殊設計，那麼合理與實際的問題在於：必須思考本地的文化自我設置為何，它會產生哪一種對應的病識感概念？同時，如果視覺化隱喻與西方現代個人式「自我」有著某種鉤聯，那本地自我是否是仰賴其他模態（modality）來隱喻其文化自我，並進而對應出不同的病識感概念型態或體現方式（embodied insight）呢？這是值得進一步思索與探查的問題。

11. 根據大山住院時期所適用的《精神衛生法》（中華民國七十九年十二月七日總統(79)華總(一)義字第 7007 號令），第三章〈保護及醫療〉第二節（強制鑑定及住院治療）第二十一條的規定，『嚴重病人如有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。前項嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。前項鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間，以七日為限。』大山與醫療方面的僵局，在於強制鑑定移轉到強制住院的過程中，有關住院同意書簽署的部分。但這部分其實在精神衛生法裡面，缺乏流程作業上的明確界定。而根據對於臨床實務或尤其是精神科急診方面作業的瞭解，簽署同意書的人權以及醫病契約理念，往往在真實情境中的執行上有其困難的。而有關強制鑑定與住院的部分，根據中華民國 96 年 6 月 5 日，立法院第 6 屆第 5 會期第 15 次會議通過的《修正精神衛生法》，在其第 15、41、42、45、46 條的規定裡，作出了更詳盡而保護病患權益的修正，其中最主要的修訂特徵在於〈強制社區治療

臺灣大學學術期刊資料庫

審查會〉的設定，以及它對於過往醫療主導式的強制性精神醫療流程所產生的制衡性影響。而根據本研究對於醫護人員訪談的結果顯示，《修正精神衛生法》的這種理念化制定，對於相關的作業流程，以及對於精神病急性發作所需社會緊急處置的需求，有可能會造成相當程度的影響。相關討論，請參考 2008 年 9 月 10 日，中國時報記者曹婷婷所作的報導，《新制精神衛生法上路 2 個月，強制住院病患少一半》。

引用書目

Amador, X.F., M.Flaum, N.C. Andreasen and D.H. Strauss

1994 Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. Archives of General Psychiatry 51: 826-836.

Bebbington, P.E.

1995 The Content and Context of Compliance. International Clinical Psychopharmacology 9 (Suppl.): 41-50.

Berrios, German E.

1995 Obsessive-Compulsive Disorder–Clinical Section. In A History of Clinical Psychiatry: The Origins and History of Psychiatric Disorders. German E. Berrios and Roy Porter, eds. Pp. 573-592. New York: New York University Press.

1996 The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology since the Nineteenth Century. Cambridge: Cambridge University Press.

Beck-Sander, Alison

1998 Is Insight into Psychosis Meaningful? Journal of Mental Health 7(1): 25-34.

Berrios, German E. and D. Beer

1995 Unitary Psychosis Concept : Clinical Section. In A History of Clinical Psychiatry: The Origins and History of Psychiatric Disorders. German E. Berrios and Roy Porter, eds. Pp. 313-335. New York: New York University Press.

Berrios, German E. and Ivana S. Markov´a

2003 The Self and Psychiatry: A Conceptual History. In The Self in Neuroscience and

臺灣大學學術期刊資料庫

Psychiatry. Tilo Kircher and Anthony S.David, eds. Pp. 9-39. Cambridge: Cambridge University Press.

Bürgy, Martin

2008 The Concept of Psychosis: Historical and Phenomenological Aspects. Schizophrenia Bulletin 34(6): 1200–1210.

Corin, Ellen E.

1990 Facts and Meaning in Psychiatry: An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics. Culture, Medicine and Psychiatry 14: 153-188.

David, Anthony S.

1990 Insight and Psychosis. British Journal of Psychiatry 156: 798-808.

2004 The Clinical Importance of Insight: An Overview. In Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders, 2nd Ed. Xavier F. Amador and Anthony S. David, eds. Pp. 359-392. New York: Oxford University Press.

David, Anthony S., A. Alecbuchanan and Osvaldoalmeida

1992 The Assessment of Insight in Psychosis. British Journal of Psychiatry 161: 599-602.

De Man, Paul

1983 Blindness and Insight: Essays in the Rhetoric of Contemporary Criticism, 2nd edition. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Dolson, Mark S.

2005 The Role of Dialogue, Otherness and the Construction of Insight in Psychosis: Toward a Socio-Dialogic Model. Journal of Phenomenological Psychology 36: 76-112.

Fonagy, Peter

1991 Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient. International Journal of Psycho-Analysis 72: 639-656.

Fulford, K. William M.

臺灣大學學術期刊資料庫

1998 Completing Kraepelin's Psychopathology: Insight, Delusion, and the Phenomenology of Illness. In Insight and Psychosis. Xavier F. Amador and Anthony S. David, eds. Pp. 47-65. New York: Oxford University Press.

Galasiński, Dariusz

2010 A linguist's Insight into Insight. Social Theory & Health 8: 66-82.

Garety, Phillipa A.

1998 Insight and Delusions. In Insight and Psychosis. Xavier F. Amador and Anthony S. David, eds. Pp. 66-77. New York: Oxford University Press.

Ghaemi, Nassir

2001 *Reviews of* Insight and Psychosis. Psychological Medicine 31: 1317-1319.

Goffman, Ervin

1967 Mental Symptoms and Public Order. In Interactional Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior. Pp. 137-148. Anchor Books.

Hacking, Ian

1999 The Social Construction of What? Cambridge: Harvard University Press.

Hamilton, B. and C. Roper

2006 Troubling 'Insight': Power and Possibilities in Mental Health Care. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 13: 416-422.

Hokansalo, M-L.

1991 Medical Symptoms: A Challenge for Semiotic Research. Semiotica 87: 251-268.

Johnson S. and M. Orrell

1995 Insight and Psychosis: A Social Perspective. Psychological Medicine 25(3): 515-520.

1996 Insight, Psychosis and Ethnicity: A Case-Note Study. Psychological Medicine 26: 1081-1084.

Kirmayer Laurence J. and Ellen Corin

1998 Inside Knowledge: Cultural Constructions of Insight in Psychosis. In Insight and

臺灣大學學術期刊資料庫

Psychosis. Amador, Xavier F. and Anthony S. David, eds. Pp. 193-220. New York: Oxford University Press.

Kleinman, Arthur

1980 Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley: University of California Press.

Laplanche, Jean and J-B. Pontalis

2000 [1994] 《精神分析詞彙》。沈志中、王文基譯。臺北：行人出版社。

Lewis, Gilbert

2000 A Failure of Treatment. New York: Oxford University Press.

Lysaker, Paul H., Roe David and Philip T. Yanos

2007 Toward Understanding the Insight Paradox: Internalized Stigma Moderates the Association Between Insight and Social Functioning, Hope, and Self-esteem Among People with Schizophrenia Spectrum Disorders. Schizophrenia Bulletin 33(1): 192–199.

Lysaker, Paul H. and Kelly D. Buck

2008 Insight and Schizophrenia: Correlates, Etiology and Treatment. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses 2(2): 147-154.

MacNaughton, Eric

2008 Understanding Insight Development in Early Psychosis: A Narrative Approach. Unpublished Ph.D. Thesis, The Interdisciplinary Studies, The University of British Columbia, Vancouver, https://circle.ubc.ca/handle/2429/2513, accessed January 22, 2009.

Markova´, Ivana

2005 Insight in Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press.

Martínez-Hernáez, Angel

2000 What's Behind the Symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding. Tans. by S. M. DiGiacomo and J. Bates. Harwood Academic Publishers.

臺灣大學學術期刊資料庫

McCabe, Rosemarie and Ethel Quayle

2002 Knowing Your Own Mind. The Psychologist 15: 14-16.

McEvoy, J. P., P. S. Applebaum, L. J. Apperson, J. L. Geller and S. Freter

1989 Why Must Some Schizophrenic Patients Be Involuntarily Committed? The Role of Insight. Comprehensive Psychiatry 30(1): 13-7.

Parker, Ian, Eugene Gergaca, David H., Terence McLaughlin and Mark Stowell-Smith

1995 Deconstructing Psychopathology. Sage Publications.

Perkins, Rachel and Parimala Moodley

1993 The Arrogance of Insight. Psychiatric Bulletin 17: 233-234.

Perron, Rogers

2005 Insight. In International Dictionary of Psychoanalysis. A. de Mijolla, ed. Detroit: Macmillan Reference USA

Puustinen, Raimo

2008 Another Day with a Headache: Semiotics of Everyday Symptoms. In Medical Humanities Companion, Volume One: Symptom. Martyn Evans, Rolf Ahlzén, Iona Heath and Jane MacNauighton, eds. Pp. 101-114. London: Radcliffe Publishing.

Rycroft, Charles

1995 Critical Dictionary of Psychoanalysis. Penguin Books.

Saravanan, B. and K. S. Jacob, M. Prince, D. Bhugra and A. S. David

2004 Culture and Insight Revisited. British Journal of Psychiatry 184: 107-109.

Saravanan, B., A. S. David, D. Bhugra, M. Prince and K. S. Jacob

2005 Insight in People with Psychosis: The Influence of Culture. International Review of Psychiatry 17(2): 83-87.

Saravanan, B., K. S. Jacob, S. Johnson, M. Prince, D. Bhugra and A. S. David

2007 Assessing Insight in Schizophrenia: East Meets West. British Journal of Psychiatry 190: 243-247.

Sartorius, N., R. Shapiro, M. Kimura and K. Barrett

臺灣大學學術期刊資料庫

1972 WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Psychological Medicine 2: 422-425.

Surguladze, Simon and Anthony S. David

1999 Insight and Major Mental Illness: An Update for Clinicians. Advances in Psychiatric Treatment 5: 163-170.

Susko, Michael A.

1994 Caseness and Narrative: Contrasting Approaches to People Who are Psychiatrically Labelled. The Journal of Mind and Behaviour 15(1&2): 87-112.

Tranulis, Constantin, Ellen Corin and Laurence J. Kirmayer

2008 Insight and Psychosis: Comparing the Perspectives of Patient, Entourage and Clinician. International Journal of Social Psychiatry 54(3): 225-241.

White, Rupert

2001 Correspondence: Conspiracy of Silence? Psychiatric Bulletin 25: 485-a.

White, R. and P. Bebbington, J. Pearson, S.Johnson and D. Ellis

2000 The Social Context of Insight in Schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 35 (11): 500 - 507.

World Health Organization. (WHO)

1973 The International Pilot Study of Schizophrenia, Vol. 1. Geneva: World Health Organization.

Wilce, James M.

2004 Language and Madness. In A Companion to Linguistic Anthropology. A. Duranti, ed. Pp. 414-430. Malden: Blackwell Publishing.

Williams, Charmaine C.

2008 Insight, Stigma, and Post–Diagnosis Identities in Schizophrenia. Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes 71(3): 246-256.

臺灣大學學術期刊資料庫

臺灣大學學術期刊資料庫