

身體、意象與變異的自我感： 精神分裂症患者的主體經驗

林淑蓉

清華大學人類學研究所

本文以身體經驗作為研究路徑，探討精神分裂症患者的疾病與自我建構之關係。筆者從三位患者自述的「失序的詮釋」文本，作為討論分析的基礎，探討疾病主體如何透過變異的感官知覺、思想與情感經驗，來建構其個人對於自我的理解與想像。患者所建構的「變異的自我感」，來自於他們在疾病過程中與「重要的他者」長期互動的結果，而從小到大的生活經驗、自我認同的建構以及在罹病期間身體的感官知覺等，也都納入了主體的自我詮釋文本中。疾病主體的「自我概念」不僅建構於「關係」中，更是透過身體來理解個人與其生活世界的關係，包括夢境、鏡像、打坐或修練過程中身體所投射或知覺的意象，或經由主體與他者、外在世界的互動，均豐富了自我詮釋文本的理解內涵。因此，透過身體來理解患者的幻覺之意義結構與妄想世界之關係，將可以幫助我們進一步釐清精神分裂症形成的原因，以及社會文化因素如何影響並形塑患病主體的「失序的詮釋」文本。

Jenkins (1994) 主張將精神分裂症看成是一個典範個案來研究，以期進一步理解文化與基本的人類過程的關係為何，包括日常的與超越日常的（或病態的）經驗、情緒與能力等問題。這三位患者的疾病經驗，不僅可以用來說明日常的與超越日常的經驗是連結的與延續的，而且超越日常的經驗可以更直接地反映出一社會文化結構中最重要「脈絡敏感」成分為何。個人的疾病經驗中所顯示出的衝突、困境、情感與情緒的糾結、或意念的矛盾衝突等問題，是屬於患者的「個人神話」範疇，但卻可以幫助我們進一步思考台灣人的「自我發展」過程中最為強制的束縛內涵為何。「家庭關係」是個人建構自我意象與認同的重要機制，也是患者表達其自我衝突問題的焦點之所在。此外，許多患者亦會進一步地探詢自我與宇宙世界的關係，包括習氣、因果觀以及前世今生等屬於道德秩序的問題，呈現出當代台灣人的自我建構內涵之多元性與豐富性。透過身體來感知體驗的自我變異過程，乃是理解精神疾病與文化如何交會的重要研究路徑。

關鍵詞：身體，疾病經驗，精神分裂症，失序的詮釋，變異的自我感

一、前言

本文從精神分裂症患者的身體與感官經驗來探討疾病與自我的關係。筆者將患者看成是一個經驗的主體 (an experiencing subject)，其特殊的疾病歷程與身體經驗，包括視覺、聽覺、觸覺等感官經驗以及思想變異的妄想經驗等，都是他／她們理解自我，建構社會關係，以及生活於宇宙世界的主體。當代精神醫學對於精神分裂症的研究路徑，是以「思維之失序」(a disorder of thought) 作為界定疾病以及探詢病因的核心，尤其是以語言 (或口語表達) 能力作為評估、診斷以及治療疾病的主軸。此種治療模式忽略了患者的感官與身體經驗對於個人的思考、情緒與行動等均可能產生影響。患者個人所知覺的身體與感官經驗，與其疾病特質無法完全分離，事實上，此特殊的身體經驗可能是他／她們建構自我理解或自我認同的一個重要機制。

精神分裂症患者特有的身體感官知覺，在精神醫學的傳統中，常被看成是「錯誤的知覺」(false perceptions)，是常人世界所無法理解的身體經驗，並且是個人主觀的、無法檢驗的疾病經驗。然而，在患者建構自我認同的過程中，此經驗卻被賦予了特殊的「文化意義」，成為他們詮釋個人的患病歷程或理解失序的病因之論述基礎。例如，幻覺 (hallucination) 是精神分裂症患者特有的疾病經驗之一，經由患者特殊的身體感官經驗而具體存在，無論是視幻覺、聽幻覺、觸幻覺或其他的感官幻覺，成為患者理解自我、理解其生活世界的一個重要的管道。過去筆者在研究精神疾病時，發現幻覺 (尤其是聽幻覺) 的內容常與患者的日常生活息息相關，其內容並非是毫無意義的，亦可能具有複雜的結構關係。若欲探究幻覺經驗與精神分裂症之關係，我們仍須將之放置在患者的日常生活脈絡來理解。其過去的生命歷程、人際互動關係，及對自我的界定與焦慮，都可能成為他們建構幻覺經驗的主要內涵。透過幻覺而感知的「變異的身體感」，會影響患者在日常生活中的節奏，包括時間感、空間感，對於因果關係的詮釋，以及對於自我的理解等，此則可能進一步地影響其個人的行動。

本文即試圖探討此種特殊的感官知覺與身體經驗如何形塑精神分裂症患者的生活世界，尤其是影響他／她們的思考、情緒與行動。在此，將「自我理解」

或「自我認同」視為是個人在行動世界或社會實踐的過程中所發展出對於「自我的想像」，因而自我認同乃是建構於個人的社會生活中，受制於特殊的歷史機遇、文化脈絡、社會互動關係或物質環境等之影響。筆者以「變異的自我感」(alterations in sense of the self) 這個概念，來描述患者在其疾病歷程中如何透過變異的感官知覺、思想與情感經驗，來建構個人對於自我的理解與想像。換言之，筆者認為語言與體現二者交互作用，共同建構了個人對於自我的認同，無論是正常的或不正常的。此外，患者自述的感官知覺內容具有豐富的文化意義與社會生活內涵，釐清其意義結構並探討此結構與疾病的關係，筆者認為可作為理解患者在與他者或外在世界互動時，例如如何行動、展演自我以及建構自我認同 / 去認同等問題，一個重要的研究路徑。

本文所使用的田野資料，主要是筆者自1999年至2005年在北臺灣一間精神醫療機構所進行長期的田野調查。經由實際訪談患者與醫療人員，參與及觀察機構內各種不同的治療活動(包括個別心理治療、團體心理治療及家族治療)，以及參閱醫療人員對於個別患者所記錄的病歷資料等，搜集了豐富而深入的田野資料。¹ 底下，筆者以三位患者自述的疾病歷程與身體經驗，作為討論與分析的民族誌文本，以理解精神分裂症患者如何經由身體來感知與建構「生病的自我」，尤其是理解自我感與其疾病發展過程的關係為何，並特別關注他們對於「日常的」及「超越日常的」生活經驗(the ordinary and extraordinary lived experiences)之詮釋。這三位患者的自述文本，經由筆者多次訪談與長期的觀察研究而得，事實上乃是患者在其疾病的歷程中逐漸發展而成，受到不同的醫療傳統與文化內涵的形塑與影響，包括精神醫療的治療策略與衛生教育、個人在疾病過程中所接觸的其他療法、個人與家人或他者的互動關係，以及在不同階段個人所建構的對於自我的理解。² 以下，筆者以「變異的自我感」作為分析的焦點，乃將精神分裂症患者特殊的疾病經驗看成是理解人類歷程的一個基

- 1 筆者在過去近十年的研究中，已蒐集了40-50位的個案資料，本文礙於篇幅所限，僅以三位個案縱時限的資料作為民族誌分析的文本，以期完整地呈現文中所擬處理的問題。
- 2 這三位患者長期在精神醫療機構中接受治療，其變異的自我感已或多或少受到精神醫療體系的疾病概念所影響，理解治療者如何影響或形塑患者的自我概念實為重要的問題。然而，本文為免於討論焦點過於龐雜，主以患者的自我詮釋作為分析的主軸，除了在特定的脈絡下補充說明治療者的觀點之外，將不系統性的處理治療效果如何影響患者的自我概念。

礎，探討感官知覺與身體經驗如何形塑患者的生活世界，尤其是影響他／她們的思考、情緒與行動。

二、精神分裂症的疾病文化：從臨床現象到意義的建構

美國精神醫學會所出版的《精神疾病診斷準則手冊》第三版（或稱 DSM III）雖然給予了精神分裂症相當明確的疾病類別以及可作為診斷評估的準則，許多學者仍然認為此疾病可能不是一個單一疾病，而是好幾種不同的疾病被歸類在同一個疾病範疇中。此外，精神分裂症形成的原因，具有相當「異質性的」病因特質（heterogeneous origins），更使得許多學者常以「一個不知病因的疾病」（a disorder of unknown etiology）來稱之（Pull 1999）。精神分裂症的疾病現象相當複雜，對於病因的解釋仍然存在著相當分歧的觀點。例如，許多學者從神經生物學的角度來尋求解答，強調神經傳導物質與疾病的關係；而關心社會文化面向的學者，則探討疾病現象與社會文化內涵之關係。精神分裂症的疾病現象，的確涉及了生物與文化二個層面的因素，涵蓋在身體、思考、認知、情感、情緒、經驗與關係等不同的範疇中。

傳統精神醫學對於精神分裂症的研究，仍然著重在臨床需求的思考模式，並受制於 Kraepelin 所建構的診斷架構（例如 DSM III 或 IV）的影響，其目的在於釐清症狀評量標準，以及分析特定疾病範疇的病理與病因關係。精神分裂症在精神醫學的疾病分類中尤屬特殊，臨床研究者僅能從一些描述性的徵兆及症狀來界定此類疾病的臨床現象，以和其他疾病做區辨（Pull 1999）。因而許多研究者將討論重點放在釐清疾病診斷範疇的問題，或是探求疾病演化的因素，並未深入探討社會與文化因素的意義，或解釋造成這種疾病現象或結果的過程（Corin 1990；Good 1992）。在這種強調診斷與治療的傳統下，幻覺（hallucination）及妄想（delusion）被列為是精神分裂症（schizophrenia）二個最主要

的症狀，常出現在患者的主要病程中。³根據Cutting(1990)的研究，90%以上的精神分裂症患者會出現妄想的症狀，而在幻覺經驗中，有50%的患者曾經出現聽幻覺(auditory hallucination或簡稱幻聽)，15%則有視幻覺(visual hallucination或簡稱幻象)，以及5%會出現觸幻覺(tactile hallucination)的經驗。在進行疾病診斷時，醫療團隊特別關注患者是否出現妄想或幻聽二個症狀，而此二症狀也成為他們辨識精神分裂症的重要指標，作為他們釐清疾病診斷的問題，或在治療過程中用以評估患者的病況是否進步的準則。

妄想與幻聽同樣被列為精神分裂症二個主要的症狀，然而精神醫學對於思考變異這個症狀的重視，則遠超過對於幻覺的重視。其主要的的原因在於，傳統精神醫學是一種談話治療(talk therapy)的學科，重視語言與思考的連結關係，而妄想所顯示的乃是語言與思考連結的失序問題，包括透過語言及說話所表達之怪異的思考內容、非邏輯性的思考、思緒的跳躍、或說話內容的貧乏等思考障礙問題(Pull 1999)。因此，醫療團隊在診斷疾病時，倘若僅有妄想症狀出現，仍可將之歸類為精神分裂症。至於幻覺——身體所知覺的異常經驗，則被視為是患者在思考變異的過程中所啟動之內在自我保護機制的產物。換言之，此種知覺異常現象，乃是精神分裂症患者在「思維的失序」過程中所產生的副產品。因而，精神醫學將幻覺看成是次要的或附屬的疾病症狀，其經驗內容的怪異性乃是思考變異的結果。精神醫學由於過於重視臨床現象的探究，將主要的研究目的設限在臨床應用的價值上，因而常常忽略了疾病現象與社會生活的連結關係，或疾病的社會文化現象也可能具有被研究的價值。在過去幻覺的內容不僅被視為是怪異的，亦無法使用科學方法來檢驗其真偽，因此更被視為是不具研究的價值。除此之外，精神醫學之所以會忽略幻覺內容的可研究性，在於其過度地強調視覺的客觀性，以視覺經驗作為科學驗證的前提(Good 1994:71-76)，因而對其他的感官知覺經驗多所貶抑。晚近由於腦神經科學研究的進步，有越來越多的研究者採用影像科技的方法來探討聽幻覺與大

3 根據《精神疾病診斷準則手冊》(或DSM IV)的診斷標準，精神分裂病的症狀包括妄想、幻覺、解構的語言、混亂或緊張的行為、及負性症狀(亦即情感表現平板、貧語症、無動機等)。在診斷的過程中，患者必須同時出現至少二至三種以上的症狀，方可被視為精神分裂症。但是若患者的妄想症狀十分明確，即使只出現一種症狀，仍可將之診斷為精神分裂症。

腦皮質組織活動之關係（例如 van de Ven et al. 2005），似乎可以看到精神醫學也開始重視患者的感官知覺經驗與思考的關係。至於在人文社會科學方面，許多重視泛文化研究經驗的人類學者認為人類理解世界的管道應該是多重的，視覺經驗只是其中之一，而且當代重視視覺經驗的傳統，乃是西方文化在特定的歷史脈絡下所發展的一個結果（Classen 1993；Howes 1991）。因此，筆者認為對於精神分裂症患者多重的幻覺與感官經驗之探究，即使是一種異於常態的身體經驗，仍可以幫助我們理解「人」如何經由感官知覺來體驗及參與他／她們所生活的日常世界。

人類學者 Byron Good（1992）在十多年前討論精神醫學未來的發展方向時，主張將精神疾病視為是「現象的事實」（phenomenological reality）來研究，也就是將研究的重點放在患者的生活經驗、受干擾的時間、空間、人、情感和身體等經驗現象來理解疾病。其次，他建議從詮釋的觀點來討論疾病，無論是詮釋這種「失序的現象」，例如瘋狂的經驗，尤其是發病初期的患者如何將相關的症狀視為象徵的經驗與互為主體的意義範疇，或是對於瘋狂所建構的「失序的詮釋」（disordered interpretation），也就是自我的改變、社會關係、社會環境如何被看待與理解等等，都是罹患重大疾病，尤其是慢性的、有生命危險的疾病之患者日常生活的一部分（同上引：196-201）。對於精神分裂症的研究，另一位人類學者 Corin（1990）則呼籲研究者從意義與經驗著手，將患者的疾病經驗回歸到現象學的層次來理解，亦即回到前認知理解的世界與個人，以及根據此基礎所建構的意義。基本上，Good 及 Corin 二位學者都主張從患者的主觀經驗與互為主體的詮釋意義來理解精神疾病，釐清疾病與社會生活的關係，以矯正精神醫學過度地強化科學、中立的診斷與治療策略，而忽略了對於患者展演疾病經驗的自我、社會關係與文化意義等之理解。

三、身體、自我與主體性

近年來人類學對於精神分裂症的研究，從早期以跨文化比較研究（即所謂的 transcultural psychiatry），強調同質的、集體的文化展現特質來理解文化與疾病的關係，轉而關注個別患者的主體經驗，將患者視為一個行動者來理

解疾病現象、疾病的意義，以及疾病與個人、家庭、社會等之關係 (Desjarlais 1997; Jenkins and Barrett 2004)。精神分裂症患者歷經身體知覺與思考變異的過程，實涉及了生理與心理，或身體與心智的疏離、變異與轉化過程。就其異質性的、可能多元發生的病因特質，其病程常會出現短暫好轉與復原然後再度發病，或可能從一個疾病類別演化到另一類別的特性來看，精神分裂症似乎含蓋了生物與文化層面的內涵，此均說明精神分裂症所具有的複雜性與模糊空間，正好可提供了人類學者進一步思考人類過程的中介點。因而，精神分裂症似乎可作為人類學理解自然與文化，以及個人與社會（或社會關係）的一個重要的經驗主體。Jenkins (2004) 即建議將精神分裂症看成一個典範個案來研究，可作為理解文化與基本的人類過程、經驗的能力與內涵，以及自我、情緒與社會參與等範疇的主要連結點。她認為基本的人類過程與能力，包括正常的與特殊的（或精神醫療所稱的病態的）的經驗與能力，都是重要的理解脈絡。精神分裂症患者的經驗，正好處於邊界的範疇，遊走於日常的與超越日常的（ordinary and extraordinary）經驗與生活世界中，也就是這種處於邊界並具有跨越界線的特質，給予疾病患者可能異於常人的生活經驗。在過去臨床醫學僅僅關注其異常的部分，也就是其超越常人的生活經驗，而忽略了日常的與超越日常的經驗之間並非可以清楚切割與分離 (Jenkins 2004; Sullivan 1962)。事實上，日常的與超越日常的經驗可能是相互滲透與蔓延，也可能同時並存，或者可以相互影響與轉換，成為患者不可或缺的疾病歷程。

從患者的主體經驗出發的研究入徑，將可以更為深入而細膩地探討人、疾病與其生活世界三者之關係。而 Jenkins 所提之「人類的基本過程」之研究路徑，則必須放置在一個特定的範疇中來討論才具意義，例如將精神分裂症放在「自我的概念」(the concept of self) 或情緒 (emotion) 的範疇來討論。本文從患者的主體經驗出發的分析路徑，筆者認為將可釐清精神分裂症患者的自我系統 (the self system) 或自我系統的過程 (the self-system as processes)，以瞭解疾病與自我理解或自我認同的建構關係。自我的概念 (the concept of the self)，早期精神醫學受到現象學與精神分析理論傳統之影響，將之看成是探討精神分裂症的重要機制。雖然當時學者是從主體與客體的自覺與互動來界定自我，並將自我界定為人類心智生活最基本的現象，但是當面對精神疾病的問題時，他們賦予了自我系統的不確定性。例如，Hallowell (1955) 從文化與

自我理解的關係來說明自我範疇的不固定性；Eugen Bleuler (1950) 則從幻想與象徵化系統來討論自我指涉的建構是經驗持續地與生活世界互動的結果；而 Sullivan (1962) 將自我系統 (the self-system) 界定成是一個人際互動機制的集合體，乃是從兒童到成人的發展過程中，經由互為主體性所建構的一個內在的自我理解機制。很清楚地，我們看到這些學者均將自我看成一個非具體的、非固定的實體。近年來 Csordas (1990, 1994, 1999) 從現象學的觀點來界定自我，將自我看成是一個經由身體經驗來理解生活世界的不確定性之能力，如此他企圖跳脫過去學者從語言與心智現象來理解自我這個範疇。

人類學有關「自我概念」(the concept of the self) 的討論，常放在「人觀」的思考脈絡下，並企圖跳脫西方社會的思考架構。例如，將自我看成是一個整合體，具有能動性、能主動地思考與行動，並居處於關係的中心（請參見 Geertz 1984:126; Schweder & Bourne 1984 等人之討論）。人類學者在處理非西方文化的人觀與自我的民族誌材料時，則強調「自我」是關係建構的 (relationally constructed)，個人必須身處於社會生活中才能展現其效用與具體性，而「物」可能是建構這個關係的自我之重要成分。例如 M. Strathern (1988) 指出在美拉尼西亞，社會關係乃建構於人們在社會生活中彼此互動的「物」。物是可見的，在不同的人群中移動，因此「物」人化了彼此的關係。M. Strathern 認為外在的社會關係，人與物，都可能是建構自我的一部分。這種強調「關係」(relationality) 的自我概念，同樣地都呈現在以下即將回顧的現象學者 Merleau-Ponty (1962) 的「互為主體性」(intersubjectivity) 的概念中，以及精神分析學者如 Lacan (1977) 所討論的象徵能力 (the symbolic)，都是建構在外在的知覺。也就是說，思考、知覺和象徵化都是產生於事物、人與感官的外在世界，因此「意義」本身也是一個知覺的功能 (Weiner 1999)。

在探討疾病的文化現象時，人類學者以「身體」(the body) 作為研究路徑，主張回到疾病被歸類、被概念化理解之前的現象來研究，例如 Csordas (1990, 1994, 1999)、Good (1994) 以及 Corin (1990) 等人。Merleau-Ponty (1962) 的文化現象學是一個研究知覺或意識本質的領域 / 研究方法，強調回歸到「事物」本身的狀態來理解，也就是以描述性的方法來理解事物被思想建構之前的狀態，尤其是事物與其存在世界之關係。Merleau-Ponty 將身體視為是理解人與其生活世界之關係最直接的管道。他認為我們的身體不是一個客

體，而是生活於世界中一個體現的主體 (an embodied subject)，我們是經由身體來知覺世界，並生活於世界中。因此，Merleau-Ponty 將身體視為一個「自然的自我」(a natural self)，是知覺的主體；而身體基模 (body scheme) 的理論，也可以說是一個知覺的理論 (同上引：203-206)。前述之人類學者 Csordas (1990, 1994, 1999) 提出了「體現」(embodiment) 的概念，即承襲自 Hollowell (1955) 的文化環境與自我的關係，以及 Merleau-Ponty (1962) 的現象學觀點，強調身體是一個主觀的或互為主體的經驗基礎。他將「體現」看成是一個經驗狀態的觀點，可以做為人類學重新思考文化與自我的理論問題，也可以用來理解疾病與宗教經驗等現象。

晚近更有人類學家提出感官人類學 (the anthropology of the senses) 作為一個研究範疇的可能性，強調感官知覺不只是生理的行動，亦是文化現象，具有傳遞文化價值的作用 (例如 Classen 1993; Howes 1991; Feld 1982; Herzfeld 2001; Stoller 1989, 1995, 1997 等)。這些學者提醒我們感官經驗不是普同的生理現象，而是受到文化所影響，文化具有形塑我們的感官經驗之能力。一個社會對於感官意義與價值的詮釋，可能受到社會組織的形式，對自我及宇宙世界的認知，對於情緒的規範，或受到文化表達形式等之影響。西方社會對於視覺經驗的強化，及對於其他感官經驗的壓抑，即是在一個特殊的歷史與文化脈絡下所發展的結果。而從感官經驗著手的研究，提供了我們從視覺以外的身體感官來理解世界的多重意象。例如 Desjarlais (1992) 對於 Tibetan Yolmo 人的研究，從體驗來瞭解當地人的身體煎熬與儀式治療中的感官美學。Feld (1982) 探討新幾內亞 Kaluli 人的情感，將聽覺視為重要的理解管道，做為當地人理解美學的表達、社會關係與情緒與情感等之主要機制。而 Stoller (1995) 研究 Hauka 人的附身亦是從感官經驗入手，在儀式過程中 Hauka 人以身體的嗅覺、味覺、移動與苦痛等來傳達他們的殖民記憶與經驗。這些研究說明了感官經驗可做為理解疾病、苦痛、幻覺或宗教附身等一個重要的機制。

象徵能力是精神分析建構自我的重要機制。Lacan (1977) 將鏡像階段 (the mirror stage) 看成是兒童建構自我認同的主要階段，並且必須仰賴外在意象的特定型態來完成。Lacan 強調回歸 Freud，並延伸 Freud 理論不足之處，他將語言及象徵做為建構自我認同的主要機制 (Grosz 1990; Moore 1994; Weiner 1999)。James Weiner 認為 Lacan 的精神分析所側重的語言與象徵的

使用，仍具有身體的物質性 (materiality of the body)。自我的形成是個人與他者 / 他物認同的過程，在意象的階段 (the Imaginary stage)，個人具有想像的能力，而個人的身體意象是來自主體與所面對的他者之視覺相遇。因此，意象是知覺的感官印象，而視覺的體現則是語言建構過程的一個關鍵。Grosz 也認為 Lacan 關注於體現與認同的關係，其焦點在於「本我」(ego) 的形成是來自本我對他者身體意象的認識，而這個「他者」(the other) 的意象同時也是自我的意象。由於對這個身體意象的認識，主體能區辨自己與他所生活的世界。因此，Lacan 的「意象的解剖」(imaginary anatomy)，是一個身體的心智地圖，也是一個生活的物質身體，受社會、象徵及文化意義所規範 (Grosz 1990: 46)。在象徵的階段 (the Symbolic)，Lacan 使用了語言的能力，也就是經由話語與符碼來填補因為身體或物質性的分離所產生的空間的距離，使得這種仰賴「關係」所建構的「自我」成為可能 (Weiner 1999: 242-247)。這二者，意象階段與象徵階段，都是經由個人的語言能力，並經由身體的空間、移動與感官的輪廓來形塑「關係」的文化意義。

此外，Lacan 將潛意識視為「他者的論述」，在互動過程中以說話或身體的位置、手勢、權力與能力等符碼來傳達主體與他者共同建構的「意義」。因此，自我認同是一種意義的建構過程，或關係的詮釋，而且必須放置在社會活動、社會生活的脈絡來詮釋 (Weiner 1999)。Lacan 認為「本我」並非是自主的或自我含括的，而是互為主體的，依賴與他者所建立關係。Lacan 的理論強調語言做為建構個人認同的關鍵角色。由於自我的建構是決定於意象與再現，因此自我並非天生的，不具備基礎性的特質。Lacan 的自我概念是一個分裂的自我，因為這個自我是基於「本我」(ego) 與「他我」(alter-ego) 的關係，也就是說主體之所以成為主體，乃是內化了他者的緣故。主體對自我的認同，不僅是對自我意象的認同與含括，而這個自我的意象也同時是他者的意象。因此，本我觀看自己是一個整合的意象，但此種意象的存有，其內在卻已被分化成自我與他者。

本文試圖釐清的面向涉及幻想 (fantasy) 與事實 (reality) 之區辨。精神病患者所建構或理解的社會事實可能是多重的，這與該社會的身體與自我 / 人觀概念一樣，個人可以經由不同層面的身體與自我關係的感覺與理解來形塑不同範疇與意義的社會事實。筆者在前面提及，精神分裂症患者的特質之一是從

幻聽、幻覺或妄想來建構對社會事實的理解，這些幻聽、幻覺或妄想是經由身體經驗、思想的重組與再建構來賦予社會事實的象徵性與意義。幻聽、幻覺與妄想的內容，事實上，也是精神分析理論所談的幻想 (fantasy) 或潛意識的幻想。George Devereux (1979) 認為幻想與象徵一樣，都具有「事實」的面向，二者也是一體的兩面，人類學家所要找尋的是事實的面向，而心理學及精神分析所企圖釐清的卻是幻想的部分。換言之，幻想也是一種象徵，具有公共的與私密的兩種存在的可能性，人類具有將「事實」的面向多元化的能力，以期充分地進入與人、事物、時間及空間的互動脈絡中。Devereux 所提的公共的象徵與私人的象徵，與一些精神分析學者所談的個人神話 (personal myth)、家庭神話 (familial myth) 與社群神話 (group myth) (Stein 1990) 等有異曲同工之效，以象徵或神話來形塑人類心智結構與事實的關係，以及被界定為事實的多元性特質。Devereux 與精神分析學者的象徵與神話的思考脈絡，引發筆者思考象徵的多元性及象徵與事實的不可分割關係，都是精神分裂症患者建構多重自我的必要元素。

前述 Lacan 的象徵階段或象徵秩序的建構，其主軸是語言。自我既是關係的，主要透過語言來連結身體意象與象徵能力，以建構主體的自我認同。自我認同與人格都是仰賴他者的存在來予以肯定，也就是經由他者對「我」的反思與評估。因此，Lacan 的自我認同理論是一個主體性的社會語言的理論，主體或自我是一套社會、歷史與文化意義系統的產物。語言、規範與象徵交換，則成為建構社會與社會秩序的根基 (Moore 1994: 142-145)。Lacan 所討論的語言及話語都是隱喻的，隱喻能力做為兒童發展其「自我認同」與「自我存有」的基礎。兒童在其成長過程中主要經由語言能力的掌握，使之能區辨母親 (乃是兒童的第一個愛的客體) 與自我的差異，將之轉化並建構成他 / 她們對於象徵秩序的理解。Lacan 的語言象徵能力，因而被認為是詮釋精神分裂症患者的疾病現象的一個關鍵點。

本文以精神分裂症患者主觀的身體經驗作為切入點，探討疾病與自我認同之關係。作為一個經驗的主體 (an experiencing subject)，患者透過身體所建構與理解的自我過程，或變異的自我感，乃是隨著病程的發展、演進與轉換過程而有所變換與調整，因而涵蓋了在不同文化脈絡與社會情境下主體的用意性、

能動性，與意義的建構等，提供了他／她們一個看世界以及生活於世界的理解機制。

四、身體、感官經驗與變異的自我感

從身體經驗切入來理解精神分裂症患者的自我感，雖然是屬於個人的經驗，但此經驗卻同時具有社會與文化意涵。一方面，筆者將患者的疾病經驗看成是一種社會經驗，涵蓋了社會的、心理的與人際互動的等不同層面的經驗；另一方面，筆者認為患者的經驗，無論是日常的或超越日常的經驗，多多少少均可呈現、反映或表徵個人的生命史、心理的發展、人際互動（例如親密關係，權力系統、以及機制結構），以及對於疾病的文化詮釋與情感反應等範疇中「有意義的」文化特質。也就是說，有關患者的「變異的自我感」，過去許多研究者傾向於從「超越日常的」（the extraordinary）經驗層面來理解，然而日常的與超越日常的經驗，事實上，並非可以完全切割或有明確的界線。對於許多患者而言，超越日常的經驗，可能是他們日常經驗的一部分，並且超越日常的經驗也不是持續存在的，而是一種出現、消失、再出現的狀態，反映出患者當時所處的社會情境與心理狀況。更為明確地說，超越日常的與日常的（或正常的）經驗常是相互轉換的，二者亦可能同時並存。因此，探討患者的經驗與自我感的建構之關係，應可幫助我們理解在特定的社會文化結構中有意義的與重要的範疇為何，而這些範疇可作為理解患者內在的衝突或防衛機制之關鍵所在。以下，筆者從三位精神分裂症患者的疾病經驗，尤其是超越日常的經驗，來理解疾病與自我感的建構，以期進一步反思臺灣社會文化與精神分裂症的疾病特質之關係。⁴

4 為了保護三位患者個人的隱私權，本文中所使用的名字均為化名。

(一) 幻聽經驗與變異的自我感

聽幻覺 (auditory hallucination) 或稱幻聽，為精神分裂症患者最常經歷到的感官經驗。它是一種常人無法理解，對於患者而言卻是清楚而具體存在的聽覺經驗。此聽覺經驗在現實的世界中並沒有出現物質性的實體 (人或他者)，而是透過與疾病患者說話或對話的形式，來使患者感知、體驗到他 / 她 (們) 存在的事實。一位精神分裂症患者昭治，在某一次的團體治療中，曾經談到她個人的幻聽與身體經驗，她說：

我在家裡也是這樣。走到廁所、走到客廳，那個聲音會跟著你。拜託啊！給人家睡一下。那個不是幻聽，是真的。……走路時，好像有電，會一直要摔倒，睡覺時，那個枕頭好像要觸電一樣，我常常被電得迷迷糊糊的。……我這一次發病，不知道為什麼會這樣子？……說我是幻聽，我不相信，我在煮飯時，聽到有人在講話。我問我先生，他說他沒有聽到。……我們房子才買沒多久，我就聽到一個聲音「給我搬出去！這裡要賣。」我說：「這是我們自己的房子，怎麼會要賣呢！」我問我女兒，她說她也沒聽到，他們就罵我是「瘋子」。那個聲音白天也講，晚上也在講。

昭治是一位沒有讀過書的中年婦女，1999年筆者碰到她時，她剛住進急性病房。當時已經47歲的她，據主治醫師推斷可能已經發病20年了，但卻是第一次接受精神醫學較為完整的評估與治療。那時候，她講話的聲音非常小，與他者互動時總是低著頭，眼睛不敢直視對方，似乎相當缺乏自信心，因而與昭治互動時所有人都必須仔細地傾聽，才能聽得懂她所欲表達的意思為何。在她的自述中，她提到幻聽如何影響到她與家人的互動，並且認為家人不願 (或無法) 理解她的經驗世界，是家人在欺騙她，進而不理會她。而這種不被理解的感覺，使她強烈地感受到被家人孤立的感覺，更強化了她原來就相當自卑的自我。她說：「我兒子晚上在打工，常常很晚才回來，我等他回來才睡覺。他看到我就很不高興，說我管那麼多。他們不太理我，認為我沒讀書，不尊重我，對我很不禮貌。」

據家人描述，在過去的20年之內，昭治曾經發病3、4次，每一次大約持續2-3個月。由於患者本人及家人對於精神疾病均缺乏病識感（disease insight），在過去幾次的發病歷程中均採用民俗療法，從未尋求過精神醫療的協助。平常在病情穩定時，她可以稱職地擔負家庭主婦的工作，不過近5年來（指1994-1999），其發作的次數日趨頻繁，每年至少一次。從其家人所描述的症狀來分析，她已經出現了明顯的精神分裂病症狀，例如憂鬱的情緒、被害妄想、怪異的行為等等。在1999年初，昭治突然出現昏迷的狀態，家人緊急將她送到一家綜合醫院的精神科，做短暫的住院治療。醫院幫她做了腦部斷層掃描，結果並未發現異常，家屬也不清楚當時醫師如何診斷或如何治療，只記得醫師曾提醒家屬其問題乃是「心理的問題」，需要家人多陪伴與關心。此後她的疾病徵兆更為活躍，開始出現幻聽，其內容如前所描述（例如，有人在天花板說話，罵她、叫她搬家，否則會給她好看等等），並有被害妄想（例如，擔心先生會殺害她）及關係妄想（例如，懷疑先生和女兒有曖昧關係）等症狀。而這一次住院的原因，是患者認為其夫會殺害她，她需要先下手為強，因而在某一天清晨，當先生還在睡夢中，昭治拿著菜刀將先生砍傷。也因為這一次的攻擊事件，在家人的陪同下，昭治由警察強制送入精神醫療機構就醫。

精神分裂症患者的自我，是他們持續與其經驗世界中具體存在的幻聽、幻象、幻覺經驗中的「他者」互動，生活在正常世界所界定的「失眠」、「被干擾」、「自言自語」、「觸電的感覺」等不同形式的「超越日常的」經驗中，展演著日常生活的自我，但是這種生活經驗卻是常人世界所無法理解與分享的。當幻聽、幻象、幻覺經驗不被認可時，許多患者會出現「自卑」、「被騙」、「不受重視」等自我感受，而個人的情感與情緒反應，常在這種被家人貶低的情況下宣洩而出。昭治的幻聽內容，相當程度地反映出作為經驗的主體的她所理解的家庭生活，尤其是她與先生的關係以及她在家中所居處的邊緣位階。她覺得家人不相信她、欺騙她、看不起她，此種自卑感主要來自於她長期與家人互動的模式。以下，昭治自述她的成長經驗與婚姻生活：

我與我們頭（eih，指其夫），很久都沒什麼話好講。他對我很兇，對我講話很大聲，但是對我女兒就不會，講話則輕聲細語的。……我從小就沒有讀書，因為家裡需要人幫忙做家事，我們在鄉下，離學校又

遠，我就沒有去讀書。我不認識字，很怕一個人出門會回不了家。我和我先生是人家介紹的，當時我看了也不喜歡，他看起來很兇的樣子。婚前我們只見過一次面，他來帶我出去，後來就說要來下聘，我原來是不肯的，但是家人覺得我年紀大了，該結婚了。婚後我們就來臺北，我先生在臺北賣水果。…我以前很樂觀，現在事情還沒有發生，我就開始擔心。我小時候沒念書，結婚以後，就被先生控制。……我們在兩年前搬到現在住的地方，是自己買的房子。有一天下大雨，我拿個水桶放在屋簷下接水，想用這一些水拖地板。我先生一回來，看到水桶，就用腳將水桶踢倒。當時，我也不知道該怎麼辦才好！

疾病或許影響昭治如何理解日常生活的人、事、物，但更與女人在臺灣傳統社會中的家庭位階有關，昭治即為一個典型的代表。女性常因為家庭的經濟因素，而被剝奪了受教育、識字的機會。從小就相當害羞、內向的昭治，相當缺乏自信心，一個人出門時總是會「有一點怕怕的」感覺。結婚以後，她的生活圈子完全侷限在家庭的空間範疇，不但沒有自己的朋友，也很少與鄰居互動。在這20年內，每一次她有精神病的徵兆出現時，家人總是以神鬼附身來解釋，可能因為精神疾病的污名化（stigma）問題，先生長期對她施暴，要求她待在家中，少與鄰居親人互動。她說：「我先生自從小女兒上小學起，就虐待我，不時地打罵、約束我，不許我與外人來往。…以前我們住XX時，有時候我會到堤防邊走一走，跟鄰居比較熟悉，現在搬到這裡來，我沒有地方可以去走。」她們搬到新房子住之後，昭治的生活更為孤立與寂寞，開始出現幻聽。

從過年後開始，我常聽見從樓上傳來的聲音，說房子要賣掉，是不認識人的聲音，很吵，一直說個不停。……樓上很吵，我在客廳聲音就到客廳，我走到廚房，聲音就跟著到廚房，叫我「搬搬出去啦！搬回去XX。」樓上好像在打麻將，很吵，我沒辦法睡覺。有兩個聲音，一男一女，告訴我：「我的頭家（先生）不是我的先生！」我兒子及女兒都不理我，不吃我做的飯菜，她們做飯也不留給我吃。有一次，我已經好幾天沒有吃了，那個聲音就出來告訴我「不要吃飯，餓死算了！」

又說「小孩不孝！」過年後，小孩子不理我，我也不敢出門，我覺得大家都在笑我，反正什麼事都不對！

在昭治的幻聽經驗中，聽幻覺的「他者」會使用命令或評論的語氣，有時候是一個人，有時候是一男一女以對話的形式出現。她說：

以前我聽到兩個人的聲音，我以為是樓上的人在講話，一男一女，男的告訴我：「搬出去吧！這裡要賣。」我回答說：「這是我們自己的房子，怎麼會要賣！」那個女的聲音就出來了「回去跟你母親住吧！」研究者問：「這個女人是誰？」「好像是那個男的妻子。她這樣講，好像她自己就是母親。」

我也聽過那個聲音告訴我「不要一天到晚在家裡，到樓上走一走。」我回答：「樓上是你們的啊！我怎麼可能去樓上呢！」我們家後面有人在蓋房子，很吵，我聽到那些工人說，有時候那個（幻聽）聲音也會告訴我「也不去找工作，你爸爸怎麼養得起！」

昭治在住院兩個多月之後，由於農曆春節將近，在病情較為穩定的情況下出院，但回去兩個禮拜後又再度住院。在家的這一段期間，由於不規則服藥，她出現了被害妄想的症狀，擔心先生會因為被她砍傷而採取報復行動，因此害怕得晚上不敢睡覺。她出現了易怒、不睡覺、情緒不穩定、進食量少、以言語威脅家人、或拿刀子要兒女殺她等行為，並表示「我不想活了，你們不要救我！」當她再度回到病房時，即告訴醫生「醫師，不要救我，他們都不給我吃。」再度住院的一個月，在許多場合中，包括與人閒聊或在團體治療分享個人的感受時，昭治談到的都是回家以後的感覺：害怕先生的報復，擔心家人不接納她，以及自己在家中所感受到的「多餘的感覺」。她說：「我家裡的人很排斥我，我也會擔心小孩，可是每一次我在家，我總覺得我是多餘的。」可能是這種「多餘的」自我存在感，或在極端恐懼先生會對她採取報復行動的被害妄想情境中，在回家後的某一天晚上，昭治放了一把火把房子燒了。她是家裡唯一沒有及時逃出來而喪命的人。

以上從患者的自述文本來分析，昭治的幻聽是在發病十多年之後才出現的症狀，在她長期被先生施暴、被兒女漠視，以及遷移新居之後缺乏互動的生活情境下逐漸形成。起先，昭治一直誤將「幻聽中的他者」視為是「真實存有的他者」，直到進入精神醫療機構在團體治療的場域中，經病友的說明才意識到「幻聽中的他者」並非真實存在的人。雖然如此，幻聽經驗中的他者之出現以及如何對話與評論，仍然影響著她的自我建構，並與妄想的內容連結，成為個人積極地採取行動或不行動的理解脈絡。對於精神分裂症患者而言，幻聽是他們的疾病與生活經驗的一部分，其真實而具體存在的感覺，是不容置疑的。昭治的幻聽的內容，實與家人如何長期與她互動的模式有關。當她拿起菜刀砍了先生一刀時，似乎藉著其身心處於異常的狀態下，抗議先生長期對她的忽略與不尊重。在她的幻聽經驗中，自我是以一個「他者」的聲音存在著，以評論先生對她的鄙視、兒女對她的忽略，以及她在家中的處境。幻聽經驗中的他者表達了「小孩不孝」、「不要吃飯，餓死算了！」等等，都是昭治內在的真實感受，但卻是在現實世界中她無法用言語來表達的一個聲音。此時，幻聽以一個超然的，居處於較高權力位階的「他者」意象出現，支持或聲援現實生活中弱勢而卑微的自我，並賦予昭治反抗此家庭權力結構的力量。幻聽經驗中的他者，乃是昭治在現實生活中備受壓抑，無法展演的自我意象，在疾病歷程中她將之轉化成他者，以命令或評論的姿態出現在聽幻覺中。在這裡，筆者希望進一步討論的是，幻聽與妄想的關係。原本將幻聽當作現實世界中具體存在的他者，經過二次住院治療之後，她開始意會到幻聽與事實之間的差異為何。雖然如此，她仍然擔心著回到家裡幻聽會再度出現。對她來說，幻聽是一種干擾，干擾她的日常作息，使得她無法入睡、焦躁不安。幻聽內容所反映的，乃是她主觀感知的自我，其如何參與家庭生活的「存於世」之感 (being-in-the-world)，亦即 Merleau-Ponty (1962) 所主張的，經由個人的身體所感知與理解的生活世界。

「家」可以說是昭治所感知與理解的生活世界的全部，建構在她如何長期與家人互動的主觀經驗上，跟先生的互動關係尤其是整個生活經驗的主軸。若我們將昭治的幻聽內容與妄想的症狀放在一起思考，可以更清楚地看到二者如何共同指涉、共同建構了昭治所理解的「關係」(relatedness)，環繞在先生、昭治，及女兒三者的關係上。昭治與先生的關係，是夫妻關係，但卻是一種夫強妻弱，存在著明顯的階序性與權力位階的夫妻關係，因而他們夫妻的關係

事實上更像是父與女的關係。在昭治的幻聽經驗中出現了一男一女的聲音，以一對夫妻的關係出現：男（夫）以命令的口氣告訴她「搬出去吧！這裡要賣。」；女（妻）則告訴她「搬回去跟你的母親住」，但是說話的口氣又像是一個母親在跟女兒說話。而在另一個幻聽的情境中「我的頭家（先生）不是我先生」，以及「也不去找工作，你爸爸怎麼養得起你啊」，清楚地呈現她與夫的關係不是夫妻關係，而更像是父與女的關係。似乎在幻聽中，夫是以父親的位階在命令她，而她自己的角色則既是母親亦是女兒。當女的幻聽聲音告訴她：「搬回去跟你的母親住」時，是以母親對女兒的關係在對話，此時昭治所扮演的是女兒的位階。當小孩不吃她做的飯菜，或當他們做飯沒有預留食物給她吃時，幻聽會再度出來評論「小孩不孝」，昭治是以母親的身份來感受與理解這句話。因而，昭治的幻聽內容非常清楚地呈現她的主觀感受，無論與現實生活是否有所差距，但卻是她的內在世界最真實的感受。在她的家庭關係中，昭治的先生不是她的先生，而更像是她的父親，因此「我的頭家（先生）不是我先生」。我的先生事實上是我的女兒的先生，在現實生活中女兒取代了昭治的位置，以先生「跟她講話時輕聲細語」的互動模式存在著，成為先生關愛的對象。昭治將幻聽經驗與現實生活連結，以合理化她所理解與建構的認知事實：「先生與女兒有曖昧關係」的想法。

從昭治的疾病案例來看，我們知道幻聽內容並不是沒有意義的，而是個人主觀感受其日常生活處境的一個「投射」，並與妄想內容相結合。幻聽與妄想二者相互影響，共同構築了昭治所理解的家庭關係以及對於家人行動的解讀，進而形塑了她的自我以及對生活世界的理解。其病程中所出現的被害妄想及關係妄想的內容，乃來自於她與先生、兒女長期互動的主觀感受，並經由此種主觀感受形塑而成的「變異的家庭關係」，成為個人認知理解的「思考內容」。因此，妄想內容的怪異性是建立在患者多年的疾病經驗，沒有讀過書的自卑感，以及長期被家人孤立、疏忽而產生「多餘的」感覺。透過男的幻聽他者以「搬出去吧！這裡要賣」或女的幻聽她者以「我的頭家（先生）不是我先生」等語言張力，來形塑她在家中「多餘的」、沒有歸屬的感覺，聽幻覺中「他者」的意象具體化了昭治在現實生活中所體驗與理解的夫妻關係，此種關係是她長期生活在這個家庭中所覺知的「自我寫照」，一個居處於被極端邊緣化的主體位階。

(二) 夢境、幻想 / 妄想與自我認同

另一位患者為48歲的未婚女性，筆者稱之為維芬，她同樣地被診斷為精神分裂症。1998年筆者第一次碰到她，她剛從急診轉入急性病房。其正式的發病記錄是1997年，由於受到幻聽及妄想嚴重地干擾，她出現了自殘的行為，才由家人送進醫院接受治療。起初她的肢體動作及表情均相當僵硬，常常在治療團體中以理性的勸說姿態出現，贏得不少病友的尊重。隨著治療活動的進展，她開始出現較為豐富的面部表情，在與病友互動時也漸漸地有著較豐富的情感表達出現，而不是入院初期那種完全以理性來傳遞訊息，但是卻沒有涵蓋太多情感的空洞言語。筆者訪談維芬多次，尤其是在她接受了精神藥物與心理治療後，病情穩定的情況下，以敘事形式整理出她個人認為有意義的生命歷程。底下，筆者摘錄了維芬自述的疾病經驗的片段，此片段呈現出她經由身體來體現並建構自我認同：

我從小的時候就可以看到自己的前世，做夢的時候，我從小就可以夢到一個場景，我在夢裡覺得這個地方我來過，大概是我從5、6歲到10幾歲的階段，醒來以後我在想這個地方我為什麼來過，我想那是我的前世。那個場景是法國的貴族生活的場景，是在一個很陰森的狀況。小學的時候也有，作夢的時間及頻率不一定，過一段時間就會浮上來。然後，我曾經夢到我自己是特種營業場所的女郎，我在尋覓一個人，可是我不知道我在尋覓誰，我等於是一個縱情在肉慾的女子，我好像是一個法國上流社會的交際花、貴婦型的女子，我一直是單身。後來，我還做過一個夢，我夢到我是個佛教徒，我是個男人，是個和尚、住持，那時候我被派做住持，可是別人想要做住持，就用一塊磚頭將我推到井裡。我的記憶是從……我的鼻中隔彎曲，然後壓迫到我後腦杓的神經，然後我的後腦杓神經會投射出這個畫面，我被家用一塊磚頭砸到這裡（指著後腦杓的部位），所以我這邊有個記憶，夢到這裡我就嚇醒了。

我從小就有被害意識，我老是怕被害，我碰到一群人的時候，我老是有被害的感覺。這個部分我後來接受心理諮商，我把我自己諮商好了，不會再怕被害了。在我的成長階段，我20多歲的時候，我很怕被害。我在工作的那幾年，我總是覺得有人要害我，我姊姊說「你怎麼老是覺得有人要害你？你怎麼有這種被害意識？」後來我才知道我的被害意識是來自我的前世。我被嚇醒了以後，我知道我這輩子是回教徒，我知道是回教救了我。隱隱約約地我很感謝回教。我曾經是佛教徒，我被回教救了，我很感謝回教。我的家族都是回教徒，我的家族信了回教已經有2、300年了。我從小就夢到我的前世，可是回教不談前世，回教只有一世說，我從小就覺得奇怪，我怎麼會這樣子。我並沒有想要去解決這個問題，在我的潛意識裡，我一直覺得我在等一個人回去，我有很強烈的這種意識。一般我跟男孩子談戀愛時，我都不會投入感情，談完了，我就在想「我還完了一筆債了」，我不知道我為什麼會這樣，然後就分手了。

我的第一個男朋友是我就讀專校的時候，當時我21歲，是我一個朋友的朋友，後來這個男孩子拋棄我，跟我一個朋友在一起，我的被害意識是從那個時候開始的，我覺得一群人好像都在背叛我。後來我才知道這個跟我的前世有關，而且我每次談戀愛都是三角關係，好比說，我跟我的男朋友在一起，我的周圍總有一個朋友會對我的男朋友動情。總是在這種三角關係中，所以我很怕談感情，然後我去處理都處理得很糟糕。那時候我並不覺得我自己奇怪，可是等到20多歲我自己談戀愛的時候，我跟我的一個學長，我一看到他的時候我就很喜歡他，很喜歡他。我每次看到他，很喜歡他的時候，我就有很渴望和他make love的感覺，我覺得很奇怪，我每次作夢都夢到這些。我覺得很奇怪，我這個人不濫情，我也不太讓別人碰我，可是我每次作夢夢到他的時候，都是夢到這些，那是我就讀專校的時候。大概到了21、22歲的時候。我的被害妄想開始影響我的生活，我在工作的時候，我總是想有一群人要欺侮我，我的人際關係不好。別人可能沒有這個想法，可是我跟別的人際互動不太和諧，我有這種感覺，我就會去跟

人家吵，我跟一個人吵架就會跟一群人都吵架。民國七十八年我去學諮商，我自己治療了很多我個性上的問題，家族治療。因為我爸爸、媽媽很會吵架，吵得很凶，我對婚姻會有恐懼感。到了我30多歲的時候，我覺得我該結婚了，可是我老是覺得我不知道在恐懼什麼，不敢結婚。我在諮商中我才發覺我居然會恐懼我父母的婚姻，然後我對男人要求很高很高。可是在我的潛意識裡有個東西，好像我在等一個男人回去，這個東西一直都在。我有這個想法，當時的實際年齡我並不清楚，可是我在很小的時候，我就會對天空說「我已經很老了，你叫我下來做什麼？」我就常常跟天空講：「我是一個很老的人，你為什麼要叫我下來？」我心理就這樣想。小時候一群小孩子在一起玩，在互動的時候，我都不喜歡玩，我從小就喜歡跟天空的白雲說話。我跟天空的白雲說：「我是一個很老的人，你為什麼要叫我下來？我下來要幹什麼呢？」我就這樣子想，那時候我還很小，還沒念幼稚園，大概3、4歲的時候。我從小的時候就覺得我蠻疲累的，我也不知道我那時候的疲累感是怎麼來的，然後我知道我越來越年輕，越來越有鬥志是到了30歲以後。

我在30多歲的時候去學諮商，我當諮商的義工，我諮商別人、同時也被諮商。有一次諮商老師要我們做一個動作，要我們將手伸出來做深呼吸，我在做這個動作時就浮出一個畫面，我是我學長的妻子，我們正在make love時，我被我的學長刺死了。我一直很喜歡我這個學長，我看到他時一直很想和他make love，我的學長也很喜歡我，他追我追了很久，可是我就是不想接受他對我的感情，我就有這樣的情緒，然後我看到自己在和他make love時被他刺死了。後來我隱隱約約有這樣的感覺，我很恐懼make love。

後來我成立一個成長團體，研究潛意識，我與一個當時被我諮商的男孩子發生感情，我從朋友那邊知道他對我有一種特別的感覺，但是他又沒辦法定下來，他一直在換女朋友，他追了成長團體中我的好朋友。然後我對感情是很執著的那一種，當我愛一個人我會全心地投

入，我就認定了這個人，我被這個人傷得很深。後來我在潛能激發時，我看到觀音交法器給我，我去告訴我們老師，我們老師說「妳前世也是個修行人，妳是個天兵，你就接了吧。」但是我很恐懼，因為我是個回教徒，我看到另一個景象是XXX(宗教領袖)將經文交給我。從那個時候，我就可以看到觀世音和此人(宗教領袖)在打架。後來我碰到另一個男孩子，他在追我但是又同時在追另一個女孩子，當時我很痛苦。……潛能激發完了以後，我想要找我的前世，很奇怪我那時候我就可以看到我前世。我又認識另一個男孩子，我發現我自己曾經在佛教中輪迴，我跟這個男孩子都是觀音身邊的童子，我們一起下到人間來，這個男孩子也是交了許多女朋友，包括我身邊的好朋友，我們還是處於一個三角關係。然後我換了一個工作，在工作時我認識了一位已婚的同事，他很喜歡我，但是我不想介入他的家庭。後來我去練氣功，因為我的鼻中隔彎曲，我從面相學得知鼻病都是情感的因素，並且都是前世的情感關係。當時我的感應力很強，我可以感應到前世，我很渴望靈修，我也很渴望回到一個地方去，可是我不知道那是甚麼地方。有些通靈人告訴我，我看到的是靈動，教我不要理它，可是我都去理它。我是個回教徒，回教只有一世，我很擔心回教的前途，我想為回教去找一個出路。我對回教有一個情感，但是我又去偷看我的前世，當時我很掙扎。

維芬在1998年發病時，被送進醫院接受治療，她描述那一段時間的生活以及當時所感知的身體經驗。她說：

那時候我常常半夜醒來，失眠，會看到一些干擾我的能量的畫面。……我整個身體磁場開始混亂，我的身體會旋轉，我覺得很不舒服。……我看到我的能量很不平衡，我的左半邊是吊著的。有一位師兄對我說「你修的不錯，你可以看到自己的元神。」可是我覺得那是我的能量正在耗盡的一個不好的徵兆。後來我常打坐，……因為我的元神破掉了，在夜裡很不舒服，睡不好，常失眠，我覺得很虛弱。在打坐時我看到了一位回教的領袖來救我，後來我才知道他是我前世的先生，並

且我要找的人就是他。我前世的先生來救我，帶著大量的能量來。……與我一起工作的那位男同事，他也曾經是我在某一世的先生，開始對我有敵意，他怕我掌權，我們處得很不好。當時我覺得我的元神破裂了，整個人感覺很虛弱。在佛教來說，你的元神破裂，你就沒什麼靈氣，是一個非常虛弱的感覺。我覺得我前世的先生（回教的領袖）一直在補充我的能量，我平常就可以看到他，他一直在我的身邊。我的那位同事也可以感應，他看到了，他和一位修密宗的女人好了起來，他們倆就商量來搶我的能量。那時候我覺得很沒有安全感。我前世的先生引導我往前走，是一個正確的能量，他們倆就來混淆我，然後去接那個能量。我當時很氣，又很恐懼。他們兩人就在我後面講一些話，一個人在我的後面講，一個在另外一邊，我很氣，我沒有拿到能量，我很氣，他們就拍手，暗示說：「成功了！」就有這樣的默契。我當時整天都在恐懼之中，怕有人來搶我的能量。……晚上我在家將能量調整好，白天上班的時候，他們又來搶走我的能量，我的能量場整個亂掉了。

那時候我每天中午去T寺禮拜，我感覺回教要懲罰他們，我去替他們求情。我感覺天空有很多東西在飛，他們兩人在罵我，說我的壞話。我整個能量場亂掉了，但是我還是替他們求情。我到T寺打坐，我求主饒恕，那時候我才知道我在回教的地位很高，我很想救回教，可是我可以感覺到回教很氣我、很氣我，因為我做了很多錯事。我看到了觀音，又相信佛教，又拿了佛教的法器，等於是我的罪很重，因為我侍二主。我的前世的先生是個回教的領袖，他幫我求情，可是我的能量場整個亂掉了，那一天我就感覺到整個能量場好大好大，我前世的先生帶著大批的人馬要來懲罰這兩個人，叫我跳開這個能量場。可是我聽到的聲音是混淆的，我不知道哪一個聲音是我前世先生的聲音。我就一直求情，求回教原諒他們兩個人，後來整個能量場就穩定下來。……那一天晚上，我在家休息，睡到第二天早上突然有一個聲音告訴我，那時候都是幻思、幻聽，有一個聲音告訴我，整個地球要從三度空間轉成四度空間了，所有的人都必須運輸到四度空間去，三

度空間只剩下魔界的人。你是一國之后，你沒有完成你的使命，主懲罰你，沒有好好地去宣教。然後我那位男同事是一位魔王，他騎著一輛摩托車，他要強姦你，就快過來了。我若被他強姦，從此以後我就變成魔界的人了。我的靈魂也不要修行，也不要回到天堂了。我當時很急，然後那個聲音又告訴我，我前世的先生也走了，其他人也走了，主要懲罰我，然後我讓三度空間轉成四度空間轉得太快，魔界的人沒辦法被度化，我也沒辦法升天堂。那時候我覺得我這一輩子無法回天堂了，我就要變成魔界的人，我沒有希望了，我就一直逃，我想逃。然後那個聲音又說，地球馬上要穿越我這個房子了，我要以死去謝罪，我那時候罪惡感很重。當時我整個能量場很亂，霹哩啪啦的，那個聲音也很大，然後我的同事真的要來強姦我，地球要從這個房子穿越，然後我的前世的先生認為我沒有盡到一國之后的責任，要來取我的頭。……要我以死謝罪，要我剝我的全身。我就一直看太陽，因為我前世的先生的能量就像一個太陽，他說你不要看太陽，這個太陽是魔界的太陽。我當時非常恐懼，那個聲音就說：『你死吧！你的罪惡很重，你沒有盡到一國之后的責任。你只有將自己全身剝碎，以死謝罪，才能度化那些來不及從三度空間轉換到四度空間的人。』我就很傷心，我也很恐懼，我當時非常的恐懼。……那個聲音就說『你去剝吧！你把你自己剝碎，你跳樓吧！你怎麼死都可以，地球來不及轉換了，快轉吧，你死了就沒事了。』我當時很慌，我就打電話給我姊姊、給我表姊，去求證。可是我撥電話時我的手都在抖，因為那時候幻聽的聲音很大、很大聲。況且那時候我的能量場很亂、很大，我很恐懼。我就跑去拿菜刀，就開始在陽台上剝手指，我當時手一直在抖，一邊撒尿，手一直抖，很疼！很疼！……我當時非常恐懼，你看我的三個指頭都已經血肉模糊了，我求主饒恕，我連剝我的手指頭都沒辦法，我還是讓我前世的先生來取我的人頭好了。我就在那邊等死，我又不甘心死，那時候我出來了好幾個意識。一個意識是「這到底是不是真的？」我想求證。另一個意識是我想逃，因為我沒有做任何事情，我沒有傷害任何人，並且我到處替別人求情。並且我的人生，我記得從小就問我自己這輩子要做什麼，我要做很多的好事，做完了，我就

要走了。……然後另外一個聲音就告訴我「去死吧！你的罪名很大，你沒有臉見主，你沒有臉見你的前世先生。」……我就開始剝我的手指，我沒辦法剝，因為很痛，我就開始哭。然後，有一個聲音說：「你不是說肉身可以成佛嗎？你怎麼成佛呢？」就一直在嘲笑我，我很痛苦！……就在那時候，我姊姊他們趕來了。

維芬經由記憶重新建構了她的疾病經驗，尤其是在發病時期的思緒、情感、情緒與身體經驗，重建了她當時如何與幻聽、幻想／妄想等脈絡中的他者互動，以及其中的自我展演過程。這個敘事文本是維芬在接受了幾個精神醫學的治療階段後，重新整理她的「心結」，⁵將過去的生活經歷、幻聽的內容，以及幻想／妄想的意象重新串連、組織、詮釋，成為現今相當完整的述說文本。這個文本所呈現或展演的先後次序與詮釋意義，或多或少不完全吻合當時所發生的「社會事實」，但卻是維芬所自述的最清晰而完整的文本，清楚地呈現出精神分裂症患者個人的疾病歷程與自我建構之關係。

維芬告訴我們，她從小即經常透過夢境與身體知覺來理解自我，並將夢境的内容與知覺結合，建構成部分的自我。她將夢境的景象解讀為前世的經驗（或前世的自我），這些經驗構築成今世部分的自我，企圖合理化早年她一直存在的「被害妄想」的感覺，並以之來詮釋在現實生活中她經常需要面對的人際關係的問題。維芬認為其疾病是來自於「情感的」問題，是她將現實生活的情感與宗教的情感相互連結，二者交織糾結所產生的一個結果，後來她能夠復原的關鍵，也是她跳脫了困擾其情感問題的「心結」，適時地找到了轉移情感的方法與對象。在維芬的自述文本中，身體是連結情感與思緒最主要的容器，也作為她體現自我系統的主體。她將夢境中的自我意象與諮商、修練過程中身體所留存的記憶，都看成是前世自我意象的再現，與個人在現實世界中的愛情、慾望、關係與宗教信仰等結合，建構了一個想像的、幻想的與具有個人神話意涵的「自我意象」。「情感」是維芬所體驗的「自我意象」中最關鍵的要素，進一步

5 這個詞彙是患者自己的用語，患者以「心結」來表達個人的情緒、情感與思緒之糾結問題，是她接受了精神醫療的長期治療之後，理解到其罹病之癥結乃與上述問題有關而採用的詞彙，以說明心結如何影響她的人際互動以及對事實的理解能力。

地形塑她的疾病經驗。然而，她對於情感的理解卻是從前世連結到今世，以「前世的因、今世的果」之連結關係出現，透過身體的感官知覺來賦予無法言喻的直覺、人際關係的自我詮釋，以及後續的思維想像之基礎，均成為建構自我理解與自我指涉關係的「意象」，並作為個人詮釋生活經歷的參考文本。她對於自我的認知與詮釋，無論是對宗教的情感／罪惡感，或是對前世／今世的感情對象之存疑與執著，都是以這一套「自我意象」文本作為基礎。其個人對於自我意象文本的建構，始於兒時的生活經驗與夢境的內容，歷經成長過程中個人對於事件、關係與人際互動等有意義的詮釋與策略性的擷取，進而整合成患者對其病因所建構的一個如Good(1992)所提之「失序的詮釋」文本。

維芬描述她在第一次住院前情感、情緒與思緒的糾結關係尤其生動，她以身體所感知的能量或氣場混亂，來說明當時自我系統的崩解。在回教／佛教、前世／今世、背叛者／解救者、能量的耗損／補充，以及左半邊身體／右半邊身體等多重聲音、多重意識、多重經驗的互動下，呈現這種思緒與情緒、情感的快速轉換與糾結關係。在此文本中，我們似乎看到了患者在發病的情境中感官知覺與妄想如何結合，聽幻覺與其他身體感官經驗不完全只是思維變異的產物，更是形塑思維、建構思維的主要內涵，以使得想像的思維進一步地成為主體信以為真的「物質性」基礎。其中，夢境的內容、身體的知覺（例如，聽覺、視覺、觸覺或疲累的感覺）、特殊的身體記憶（例如，氣感、磁場、鼻中隔彎曲的意義），以及特殊的情境中所投射出的意象（例如，潛能開發、宗教修練中的身體經驗）等等，都是形塑想像的思維並將思維與自我意象連結的「物質」。由此可見，思考如何從想像的層次進一步具體化成為患者妄想的內容，實有賴主體有意識地整合其身體感官經驗與個人的自我意象，經過長時間的自我檢驗、意義的建構與詮釋等反覆的操練過程，而成為個人與其生活世界互動的身體慣習，同時也發展成一個結構相當完整的自我意象文本。

精神醫療或許可以容忍疾病患者的自我存在一個「內在的世界」，包括患者對於夢境、幻聽與妄想內容的述說與詮釋，但這些內容主要作為評量病患的思考是否具有邏輯性與連貫性的準則，尤其是理解患者是否具有區辨「內在的世界」與「社會事實」之差異的能力。醫療團隊使用精神藥物或靠個人的意志力，來排除、壓制因為內在的衝突所出現的幻聽、幻象或妄想等干擾；而心理治療則進一步地透過說話治療來轉換衝突的關係，企圖將患者從一個衝突矛盾

的內在世界中釋放出來，將之進而轉換成一個具有現實感的主體。經過精神醫療長時間地治療，一位精神科醫師以客體關係理論 (object relations) 來分析在他對維芬的觀察。他說：

維芬是一個要求完美，並企圖表現得很完美的人。一個人不能容忍自己有壞的部分，有一個超我在鞭策自己，不能將自己負面的自己表達出來。她認為負面的一定是不好的，所以只看到正面的，不能看到自己的缺點，自己負面的部分。在我們的治療關係中，我讓她如何看到自己，尤其是看到負面的部分。這個過程呈現在我們的治療關係中，將 all good 轉換成 all bad，然後再將之整合。

他討論到維芬的幻聽內容必須從她的家庭關係去理解，他說：

父親的形象、從小對小孩的態度，內化成維芬內在自我很強的一部分。維芬的父親從小是以身體鞭打的方式教養小孩，鞭策小孩，不只是她，連哥哥都常被打。因此維芬對父親的「愛」的渴望，很清楚地呈現在她的幻聽中，這是她自己說的：「因為我一直得不到你的愛，所以我會躲在我的幻聽裡頭。」維芬幻聽的形象，是她內在的父母，也就是內在的「significant others」，這個內在父母之人格並不清楚，一直在罵她、指責她，她就一直躲在那裡頭。

此種客體關係理論的觀點，後來也被維芬接納，整合進入她的自我意象文本。她描述小時後她被父親管教的經驗，她說：

我們家是父親管教，母親完全沒有聲音的家庭。父親開餐館，母親在上班，但是能力不強，父親常嫌她。我小時候，有一目目睹父親毆打母親。我當時躲在五斗櫃旁邊，見到父親抓起母親的頭髮往牆邊摔。我當時看到了以後，嚇呆了，不敢出聲。這一件事情對我的影響很大，我很怕父親，也因此很怕男人。……後來我雖然沒有再看到父親毆打母親，但是父親對我們小孩的管教一直很嚴厲。我們家的小孩，

除了姊姊以外，她是父親最喜歡的小孩，其他人都怕父親，包括我的大哥，他對父親一直不能諒解。哥哥小時候有一次犯錯，父親要他脫光衣服，在住家的巷子走一圈。我自己小時候也曾經挨過父親嚴厲的懲罰。我們家的小孩，每天中午必須輪流到父親的餐館提飯菜回來吃。有一天輪到我時，我和一些小孩在外面玩，忘了時間，等到我想起來時，已經晚了很久，而且當時玩得很髒，沒有換衣服就過去。父親一看到我，就一陣毒打。父親這種嚴厲地管教方式，在我們家是一直存在的。

從維芬的疾病經驗，我們看到自我認同乃是逐漸建構而發展完成的，經由兒時、青少年，甚至到成年後的生活體驗，並且是立基於多重的自我意象脈絡中：例如夢境、身體知覺、特殊的身體記憶，以及打坐、修練等情境中。我們看到了患者所建構的「失序的詮釋」文本，使用了多重的身體意象來建構對於自我的理解，這些意象雖然落實於日常的生活經驗中，但卻是事實的與想像的相互交織（Devereux 1979），日常的與超越日常的經驗相互結合（Jenkins 2004），而成為主體在建構其自我意象與認同時有意義的理解內涵。這些多重的自我意象建構均具有相當清楚的「身體的物質性」內涵（Weiner 1999），透過主體與事實的 / 想像的他者互動，來形塑並完成如Lacan所提的「意象的階段」之自我建構，而此部分所形塑的主要是維芬的情感與慾望。

情感與關係乃是維芬的自我認同建構相當重要的元素，其關鍵所在主要圍繞在她對於父愛的渴望。如前所述，此父親形象乃轉換成其想像的（或妄想的）意象，以前世的先生（宗教領袖）之意象出現，此時父親與丈夫的角色結合，二者都是以嚴厲的、紀律的、強勢的，以及完美的意象出現，代表著家庭與宗教信仰中的權威（authority）、權力（power）與社會規範（social norm），也可以說是Lacan的「象徵的階段」中所表徵的「秩序」（order or social order），是個人的超我（superego）。維芬試圖在傳統的父亲父權家庭與回教的宗教傳統中尋求情感與關係，但卻屢屢受挫，並且經常逾越了嚴謹的、紀律的「重要的他者——父親與宗教領袖」所設置的社會規範界線，無論是在前世或今世、在夢中或現實生活中。從這裡，我們可以理解為何維芬在住院期間的治療活動中，

常以過於理性的姿態出現，而其內在世界卻對愛（或情感）與關係存在著強烈的渴望。

（三）衝突的意念與衝突的自我意象

昭治與維芬的自我意象之建構，均與她們的「家庭」生活經驗有關，圍繞著以家庭為主軸的「關係」問題上。而第三位精神分裂症患者文泰，他的疾病經驗則與前述二者的歷程相當不同，主要的癥結在於他出現了衝突的自我意象。現年49歲的文泰，在大學畢業後再回到學校進修的第二年開始生病。當時因為課業壓力過大，身體出現無法呼吸或呼吸困難的症狀，看過許多醫生，包括胸腔科、心臟科等都查不出原因，後來會診精神科才被診斷為精神官能症。他被這個呼吸困難的問題困擾了二年，每天多半躺在家裡，他說：「躺著比較舒服一點。」後來呼吸困難的問題解決了，他卻發現自己的嘴角有發黑的問題，出現較為暗沈的顏色。他認為嘴角的問題與前一時期呼吸困難的症狀有關，嘴角之所以會發黑乃是缺氧所致。因此，他用紙去刮嘴角，刮了以後嘴角的顏色就會變紅，但是長期如此卻造成嘴角發炎感染。而最嚴重的是，他因為嘴角的問題而變得很在乎自己的臉，每天一早起床就照鏡子，一整天時時刻刻都在注意自己的嘴角，直到了晚上睡覺時才停止，而且經常睡著的時候手上還拿著鏡子。就這樣子過了七年，他說：

這真是很可怕的干擾經驗！即使在六個月之後，嘴角的感染已經沒有任何傷口了，我還是很在意自己的臉，我不敢出去見人，我覺得別人一定看到我的嘴角黑黑的，但是當我問我身邊的人時，他們都告訴我「看不出來啊！」我對於別人這樣的回答並不滿意，明明嘴角黑黑的，怎麼會看不出來呢！

文泰的症狀被醫生診斷為強迫性精神官能症，與呼吸困難一樣，都是一種強迫性的行為。他說：「精神官能症的嚴重性，以及這種問題對我的生活所造成的干擾，絕對不會比精神病要來得少或來得輕微。」在這七年中，文泰每天面對的問題是「鏡中的自我意象」，一直想照鏡子，但卻又害怕看到鏡中的自我。這個透過鏡子所體驗與反射出的身體意象，也是文泰的自我意象，成為他日常

生活的焦點，也是生活的全部，強烈地困擾著他，使得他無法上學，也不敢出門。

1999年底當筆者第一次碰到文泰時，他的病症已經進一步地轉換成精神分裂症。文泰不贊同醫師的診斷，他說：「精神分裂症有幻聽的問題，我沒有幻聽。」他認為他的問題不是幻聽，而是雜念「雜念是比較輕微的精神病。」後來文泰開始學佛，當他念大悲咒、拜地藏王菩薩時，就會出現一個念頭（想法）告訴他，「地藏王菩薩不是好的，是壞的。」這種想法正好和他自己的想法相反，他說：「這種邪惡的想法讓我很困擾，但是我知道那不是我的想法。這是我的冤親債主的聲音，雖然沒有真的聲音出來，但是我試著和他溝通，我知道是一個女的，是她告訴我的。」有關冤親債主的說法，是文泰接受了一位佛教師父的說法，他將之與自己的身體經驗結合，發展出一套與冤親債主（或雜念）共處的生活方式。他說：

在以前我有雜念出現，會干擾我的生活與思緒，這是冤親債主以魔（心魔）來干擾我，以前則干擾我的身體，真是可怕！現在我可以透過身體和他溝通。有時候，我會有一些邪惡的想法，例如偶而會有一個念頭出現，告訴我學佛不好，或告訴我說我的姪子不好，但是那些念頭都不是我的本意，我一心向佛，我也很愛我的姪子，我不可能害我姪子。

很多時候，文泰同時會出現二種相互衝突的想法，其中一個用意是好的、善的，是他自己的本意；而另一個則是不好的、邪惡的想法，他認為那是魔在干擾他。他開始使用思緒去跟魔對話、溝通，他說：「魔透過我的身體，以點頭、搖頭、或眨眼睛的方式，來跟我互動。經過這種溝通模式，我可以很清楚地區分到底那是魔的意思，還是我自己的想法。」

2001年，第二次在病房中再見到文泰，距離上一一次的治療活動已經相隔了二年。此時，他的身體外觀有了明顯的改變，跟當初碰到他時，給人一種溫文儒雅的感覺很不一樣，他身材變得很壯碩，對於身邊的他者（家人及醫療人員）存在著強烈的敵意與不信任感。起初他不願意接受筆者的訪談，這跟上一次碰到他時，他很爽快地答應筆者的訪談，有很大的不同。筆者花了很多時間

跟他解釋，說明再度找他談話的用意，並重新支持他的感受，他才慢慢釋懷、接受訪談。後來，他主動將他在住院後所書寫的感想拿給筆者看。在這一次互動的過程中，筆者才得知此時他已經建構了一套有關魔如何操控、影響他的意念之理論，這一套理論是他對於個人疾病的自我理解，相當具體並出現了相對完整的結構。在這二年的病程中，他逐漸發展出一套自我應對的策略，完全建構在個人的意念與魔二者的關係上。他對於家人（尤其是照顧他的父母親）、醫療人員，或甚至是筆者所存在的敵意與不信任感，均與他個人對於「魔」概念的建構有關。兩、三年前，他突然停止對於嘴角問題的在意，轉而將焦點放在魔對他所造成的干擾，讓他無法分辨善與惡。他說：「有時候，我沒有惡意，但是卻會出現一個意念告訴我要怎麼做，這是一個惡的念頭，但是後來我證實那些都不是我的本意，都是魔在操控。」筆者請他舉例說明，他說：

有一次，我在家裡看到姪子爬到神龕上，從神龕上掉下來，我就跑過去接住他。姪子看我的表情很怪，我覺得他被魔附身了，他一直哭，又哭又叫地要推開我。我要姪子不要叫，用手去掐他，剛好有路人經過，以為我要殺死姪子，就打電話報警，叫119把我送進醫院。……我很愛我的姪子，我怎麼可能做這種事呢！

接著他說：

魔很會偽裝，會將惡的偽裝成善的，讓我無法分辨。唯一的方法就是不斷的懺悔，唯有懺悔能治我的病，我的病已經治好了。他又說：這家醫院是一個魔的大本營，Y醫師及T醫師都是魔，我以前很信任他們，可是我覺得他們都是大魔。

筆者問他為什麼他覺得Y醫師是魔呢？他回答：「Y醫師每天笑臉迎人，可是一個人怎麼可能沒有煩惱呢！這是魔偽裝的，他是一個大魔。」事實上，這一段期間，父母親、醫師，以及筆者個人都被他認為是魔。因此，筆者問他「既然我是魔，為什麼你還會願意跟我講話呢？」他沒有正面回答筆者，只是說他會用試探的方式來與魔溝通，分辨到底對方是不是魔。這一陣子他常做出搖頭、眨

眼睛等動作，並說他是在試探魔、試著與魔溝通。另一方面，他自己發展出一套懺悔的行動模式，他會用力喘氣、咋舌、咬下唇，到後來甚至出現突然大叫的行為。他說：「我會生這種病，會有魔透過意念的操控來干擾我，都是我的業障（業障）太重，唯一的方法就是懺悔，不斷的懺悔來減輕我的業障。當我懺悔以後，我的身體就會比較舒服、感覺比較輕鬆。」

在這一段時期，文泰的暴力行為有逐漸增多的趨勢。平日在家，他曾經出現多次攻擊父母的行為，父母害怕觸怒他的情緒，多採取安撫順從的處置策略。住院期間，他經常打電話回家威脅自己的父母，要他們接他回家住。在病房，他曾經多次與病友衝突，認為是病友故意要害他，事後卻又澄清是因為受到魔的控制才會如此「是魔要我去騷擾別人，讓別人不快樂。」很明顯地，文泰常常陷於不知如何分辨是魔還是菩薩的思考困境與自我煎熬中。他會詢問身邊的人「你是不是魔？」又說：「連最親的家人都被魔附身了，我不知道還可以相信誰？」

文泰所建構的關於魔的理論，乃結合了他過去學佛修行經驗、中醫的身心理論、儒家傳統的善惡觀，以及他自己的疾病經驗，成為一套有意義的病因說。依照他這一套理論，魔是利己的，透過心念（或前述之雜念或意念）來控制人的行為；而菩薩是利他的，是慈悲的。如何分辨魔與菩薩之差異，乃是關鍵之所在，這也是他認為較為困難且複雜的問題。因為很多人表面上看起來像菩薩，但卻懂得隱藏自己的惡念，久而久之變成了偽善，後來就可能進一步發展成魔。他說佛教所談的「貪顛癡慢」都是心念，心念透過個人行動的結果而形成「業障」，業障則會進一步影響個人的身體（健康或疾病）。因此，「惡的」心念經由個人的行動，發展成為個人的業障，而業障則進一步地使得身體累積有毒的氣。例如，精神疾病或癌症等病，都肇因於心中存有惡念的習氣，不僅影響身體並進而累積成有毒的氣，個人唯有透過懺悔才能將毒氣排出，才能治療疾病。因此，有一陣子在病房中我們看到文泰一直在懺悔，透過懺悔他出現瀉肚子、吐氣、喘氣，以及皮膚搔癢的感覺。他說：

有些惡念出現時，習氣很重，太惡的念頭，一下子懺悔不動，剛開始懺悔時，會很痛苦，無法忍受，但是慢慢的懺悔，一些惡習會一個一個的消失。我自己總共懺悔了一年多，才慢慢的好起來。現在我的身

體比較清爽，精神變得很好，已經沒有雜念了。我原來背部有一個脂肪瘤，用手去摸可以摸到一塊凸出來的，因為我不斷的懺悔，瘤不見了，已經將毒氣排出來了。

他又說：「懺悔的時候，善心會產生能量，將惡念排出，才能化解自我所受到的一些挫折不平，或是自我所受到的傷害。」

然而，這個自我詮釋的文本，經常出現相互矛盾的地方。例如，他強調惡的心念、惡念會積習成癖而成為一個人的習氣，習氣會使身體累積大量的毒氣，必須靠懺悔所產生善的能量來將惡念排出。筆者請他舉實際例子作說明，他強調「性」（例如看A片）及煙癮都是不好的，是習氣，會釋放大量的能量，產生惡的念頭，需要透過懺悔來將這些念頭排掉。此時，這個自我詮釋理論出現了一個很明顯的矛盾：到底是念頭（思想）造成習氣，還是習氣會產生念頭？也就是說，習氣與念頭二者何者為因？何者為果？或彼此的關係為何？當他舉實際的例子作說明時，其因果關係常是相互矛盾的。例如，他說：

我生病時，有同學指責我，不理我，同學告訴我，如果我這樣子就不要跟我來往，他們拒絕幫助我，讓我很痛苦。我經過了十年才釋懷，是他們不對，我要討回功德，維持正義，這是善心，獲得大量的能量，彌補因為自我受傷害，心的挫折與不平所消耗掉的能量，才化解掉的。我經過十年才釋懷，經過這麼久才化解掉。

以上，我們看到文泰雖然發展出一套自我理解的病因論，這個理論表面上看起來相當具體而完整，但是其文本結構卻是充滿了矛盾與衝突。更具體的說，文泰所發展的病因論，在詮釋疾病現象與個人的身體經驗時，很明顯地出現了思考邏輯上的跳躍、斷裂，或不連貫的問題，充分地反映出精神分裂症患者的思緒特質。

從文泰自述的疾病經驗來看，他的病程確實是經過幾個階段的演化或轉換。他從最早期的身心症，到過於關注個人的身體（自我）意象的強迫性行為，被診斷為身體畸形性疾患（body dysmorphic disorder），後來再轉變成精神性疾患（psychotic disorder）、妄想性疾患（delusional disorder）或精神分裂症

(schizophrenia) 等不同的診斷類別，提供我們值得進一步探討身體與思考關係的一個研究範例。文泰早期的疾病經驗與後來他所發展的自我疾病的病因論是相關的，我們必須將整個疾病歷程放在一起討論，才能清楚地理解感官經驗、身體 / 自我意象與思考的關係。

首先，筆者將討論身體意象與自我認同 / 去認同的建構關係。早期文泰強制性地關注自己的身體意象，尤其是在嘴角的傷口、嘴角的顏色問題上。這個身體意象，乃是文泰個人的自我意象，當他將個人的關注焦點停留在臉部或嘴角的問題上時，臉成為身體意象或自我的整體。文泰每天所關注的乃是鏡像中的自我，透過鏡子反射出其視覺所觀看、理解的「自我」，他將現實世界的自我 (ego) 與鏡像中的「他者」或「他我」 (the other 或 alter-ego)，二者交互錯置，並透過二者的互動與相互轉換來建構自我意象。前述 Lacan (1977) 的鏡像階段，討論個人經由身體經驗來體現自我與他者的關係，自我與他者是在一個互動的關係中，個人從他者的投射與內射過程來建構對自我的理解，這個他者在 Lacan 的理論中是多元的與多重的互動關係，可能是鏡像中的個體，也可能是更抽象的，透過語言象徵而存在的個體 (Grosz 1990; Moore 1994; Weiner 1999)。而語言則是形塑抽象化的自我理解的一個重要的機制，自我經由他者對個人的評價，而建構了具有意識、意圖性與能動性的主體位置。若我們從 Lacan 的理論來分析文泰的疾病經驗，當文泰強制性的專注於鏡中的自我意象時，自我與他者一直是相互糾結的，自我即是他者，而他者也是建構自我理解的唯一意象。一方面，現實世界的自我，乃是透過鏡像中的「自我 = 他我」來形塑個人對於自我的理解與認同，但是此時鏡像的自我卻是固著 (fixed) 在個人的臉部，尤其更被縮小到個體嘴角邊的傷口與陰影。Mauss (1985) 在討論自我與人觀概念時，以面具 (mask) 作為理解西方人觀的一個重要的機制，其中面具即是個人真正的臉，不僅與個體的名字、社會角色等有關，更含括一個人內在最深層的道德意象。文泰將鏡像的自我 (同時也是「他我」)，等同於真實世界的自我，也就是說，個人在建構真實世界的自我認同時，其唯一的他者就是自我，而且是集中在臉的「部分的自我」。因而，此時他者即是我，而我也變成了他者，我與他者混淆不清、無法分辨，投射與內射交織，部分的自我成為了建構或理解自我的整體。對文泰來說，此時從自我所延伸理解的生活世界，只有鏡像中的「他我 = 自我」以及「部分 = 整體」，其時間感是固著的，或

動態的時間感消失了，而空間感亦停留在自我與他者混淆與膠著的鏡像中，形成了文泰無法忘懷的疾病與生活經驗。

許多精神疾病患者在生病的歷程中，身體意象常常成為個人建構自我理解的一個重要機制。生病的個體，對於自我意象，或經由身體所建構的自我意象，常常是負面的。有一次在筆者所參與的一個團體治療場域中，一位罹病二十多年的病友談到她的自我意象，她以自己長得像魔鬼來描述。她說：

我以前看到自己的長相，越看越難過，後來就不那麼難過了。我原來看自己總覺得自己長得像魔鬼，這種感覺已有一、二十年了。最近我將頭髮綁起來，我不再覺得自己是魔鬼！但是我覺得別人像魔鬼。

另外兩位病友聽到她的發言也附和著，說他們也有同樣的經驗，覺得自己長得像一個魔鬼，其中一位病友說：「我覺得自己有邪惡的感覺。」魔鬼或邪惡的感覺，是個人透過視覺經驗，以身體作為主體所建構的自我理解。像魔鬼或有邪惡的感覺，是一種透過視覺經驗所建構的自我理解，而此自我理解透過與他者的語言互動再將之轉換成一個隱喻。因此，對於這幾位患者來說，「看起來像魔鬼或有邪惡的感覺」，來自於對自我或他者身體意象的視覺經驗，但更是這些患者對於自我理解所建構的一個隱喻。他們將負面的自我感，以身體意象來表達、再現。而負面的自我感亦必須透過主體與他者的互動，來完成自我理解的建構，並賦予主體認同的行動力。精神疾病患者在這個自我認同的過程中，由於經常接受到他者所給予負面的投射（鏡像）經驗，因而他們常會採取一種對自我的「去認同」（self de-identification）或「不認同」（un-identification）行動，作為他／她個人存於世的認同策略。

對文泰而言，他在鏡像中所展現的自我與他我膠著的狀態，是一種停留的與固著的「存於世」（being-in-the-world）（Merleau-Ponty 1962）的狀態。他對於當下在鏡像中所投射與理解的自我感到不滿，但他卻選擇停留在當下的那個狀態中，並沒有進一步地採取認同的行動，將過去的自我與鏡像中的自我意象做連結或整合，也沒有從當下的狀態跳脫出來，以展望其未來可能的自我意象。文泰擔心現實世界中的他者（代表社會評價，或文泰的超我 superego）會看到並評論他這個負面的自我意象，他選擇停留在擔心、憂慮的焦躁狀態中，

沒有接收到他者（身邊的家人／友人）所傳遞出來的「看不出來啊」、「不用在意」等語言意涵。也就是說，他並未將自我意象轉換成隱喻來理解，或在超我與社會評價過強時，主體一直停留在負面的自我意象中，並且以部分的自我（臉、嘴角）作為自我的整體意象。因此，他無法透過語言以進一步地採取行動，無論是積極的認同或去認同的策略；或者說，他無法從鏡像階段進入象徵階段的自我建構。

其次，筆者認為文泰在疾病初期對自我認同所採取的「不行動」策略，與後來病程的發展有關，以相互衝突與矛盾的多重意念（思想）關係出現。文泰對於雜念與魔的關係所建構的「失序的詮釋」（Good 1992），涉及了身體與思想二者的關係，可作為理解精神分裂症患者的疾病特質。文泰個人對於「失序的詮釋」所建構的病因理論，將意念或雜念當成是困擾他、干擾他的主要原因，這個雜念來自於其個人「惡的想法」，與他另一個「善的想法」同時並存。絕大多數的精神分裂症的妄想經驗是透過幻聽，經由患者實際體驗一個或多個存在的他者的發聲與對話經驗，來賦予他者存在的社會事實。文泰的妄想不是來自幻聽，他否認幻聽的存在，其妄想是意念（雜念）在不同的情境中適時的出現與插入，干擾著他自己原有的想法，並且以相當強勢的姿態或具有較高權力位階的形式出現，試圖影響並主導文泰的日常行動。若我們將文泰的經驗放在精神分析的理論脈絡下來分析，這似乎是文泰的原欲（id）與超我（superego）衝突所造成的結果，二者透過思想（意念）的形式，同時並存著正反或善惡二種相互衝突的思想，而其自我系統缺乏整合這二個相互矛盾、相互交戰狀態下的思想（意念），以致於個人常陷於不知如何行動的困境中。筆者認為他會出現這種多重意念的狀態，乃與他在前一階段病程中所採取的「不行動」（in-action）有關。他選擇停留在當下的存有狀態，無法透過自我意象以完成自我認同的建構，或選擇消極的不／去認同自我。他無法從自我意象階段進一步地轉換並進入自我認同的階段，此導致在病程後期同時出現二種並存的想法（意念）。同時存在著善與惡二種意念，代表文泰在個人的認同行動上缺乏主體性，無法分辨那一個是他真正的想法（意念），或無法整合出一個能被自我（ego）接受的思想出來。如此，他的行動經常必須取決於這二個意念經過相互角力、競爭與拉扯後所出現的結果為何。意念形成的結構是否完整，意念背後所代表的他我之「力量」（force）或「權力」（power）關係，都成為影響或決

定主體後續的意圖與行動力的判定準則。因為文泰的內在狀態存在著對於認同的焦慮，當他有二個不同的意念（想法）出現時，他自己發展出一套應對的策略，以試探、溝通互動的方式，來確認主體所該採取的意圖與行動。他以身體作為二個不同的意念、同時也是二個不同的自我意象，彼此溝通與互動的一個中介「以點頭、搖頭，或眨眼睛的方式來互動」。其中，意義與隱喻如何與身體的行動連結，則很明顯地具有不確定性的特質。

最後，文泰將「惡的意念」與「魔」的概念結合，則是他進一步整合其「失序的詮釋」文本的產物。他對「魔」所建構的概念，指的主要是心魔，是一種惡的意念（思想），但似乎也包括宗教世界中的「魔」，可以經由附身來控制人的行動。而這個「魔」（心魔或惡的意念）必須透過習氣——日常生活的慣習，將思想付諸於具體的行動中。在文泰的自我詮釋文本中，身體可以反映出個體的善／惡、道德／慾望二者的互動關係。腫瘤或患病的身體，都是魔或惡的意念長期作用並累積於身體所造成的一個結果。個體若要去掉或治療疾病「唯一的方法就是懺悔，不斷的懺悔來減輕我的業障。」懺悔是一個內在的、自我反省的「思想」行動，文泰卻以身體的行動——「外顯化」（externalization）的形式來展演懺悔的內在機制，他以「用力喘氣、咋舌、咬下唇，或突然大叫」等動作，來賦予展演懺悔的內在意圖／意念／思想等的意象。「用力喘氣、咋舌、咬下唇，或突然大叫」等等，都是文泰以身體來展演在懺悔過程中個人內在世界的掙扎，同時並以此方式來將惡的習氣排出身體之外的行動。也就是說，文泰認為魔與惡念作用於身體，造成身體不適，而懺悔雖是一個內在的思想行動，其作用與效果可以直接透過身體來呈現，他以「釋懷」、「化解」、「身體比較舒服」、「感覺比較輕鬆」等來形容懺悔所產生的具體效果。當然，所謂的具體效果，是以患者主觀的感受與外顯化的身體徵兆，來詮釋懺悔的意義與作用，與醫療人員對於患者病情的客觀評估不一定有關。

五、討論與結論

從這三位患者的自述經驗，我們看到了患者能夠將個人的疾病與過去的生活經驗作有意義的連結，並建構其對於「失序的理解」之詮釋文本。而「失

序的詮釋」，對於患者而言是相當重要的，可作為理解主體如何建構其「自我概念」的文化脈絡。這三位患者所建構的「失序的詮釋」文本，呈現出精神分裂症疾病現象的多元性特質，以及說明其發生的病因具有相當大的異質性特質（Pull 1999）。昭治與維芬的疾病歷程環繞在家庭關係的衝突問題上，以聽幻覺、視幻覺、觸幻覺等感官知覺經驗來建構個人對於自我的理解與認同，並賦予想像的與事實的二個世界相互連結的基礎。而文泰的問題則來自於「自我認同」的矛盾與衝突，主體的內在世界出現了相互矛盾的自我意象、意圖與思想。除此之外，筆者以身體經驗與自我建構作為研究路徑，顯示出精神疾病患者的身體、疾病經驗與自我意象之間存在著相當緊密的關係，而個人過去的生活經驗乃是理解這個疾病過程重要的社會文化脈絡。不僅「變異的自我感」來自於患者與其身邊「重要的他者」長期互動的一個結果，兒時的生活經驗、成長過程中的自我意象與認同建構，都或多或少具有形塑主體的自我系統之能力。因此，「自我概念」（the self-system）不僅建構於「關係」中（Geertz 1984；Merleau-Pontry 1962；Schweder & Bourne 1984；Strathern 1988；Weiner 1999），同時這個系統也具有不確定性特質（Hallowell 1955；Bleuler 1950；Sullivan 1962；Csordas 1990，1994，1999），可隨著個人的生命歷程（也包括疾病的發展歷程）而調整或轉換。因而，精神疾病患者所特有的「變異的自我感」，乃建構在其感官知覺經驗的獨特性，以及主體如何將這些經驗與自我詮釋文本連結而得。

筆者試圖從這幾位患者的「失序的詮釋」文本中，延伸討論在臺灣人的「自我」概念到底是立基於何種「脈絡敏感」（context sensitivity）（Corin, Thara & Padmavati 2004）的特質上？也就是說，我們如何從臺灣（或中國）文化的脈絡中整理出一個可作為理解自我建構的文化特質。在此，筆者不完全將疾病經驗當作是一個病態的特質來討論，反之，筆者認為病態的特質與常態的特質之間並非截然二分的。如同 Jenkins（2004）所提醒的，在探討精神分裂症的疾病過程時，應該從日常的與超越日常的經驗範疇來理解。這三位患者的疾病經驗，不僅可以用來說明日常的與超越日常的經驗乃是連結的與延續的，更進一步地，筆者認為病態的或超越日常的經驗或許可以更直接地反映社會文化結構中最重要的「脈絡敏感」成分為何。個人的疾病經驗中所顯示出的衝突、困境、情感與情緒的糾結，或意念的矛盾衝突等問題，是屬於患者的「個人神話」

範疇，但卻常可反映出其「家庭神話」或甚至「社群神話」的癥結所在（Stein 1990）。換言之，人類學探討病態的或超越日常的經驗，可以幫助我們進一步思考臺灣社會結構中個人的自我發展過程中最為強制的束縛（constraints）內涵為何。

過去我們對於自我概念（或自我系統）的理解，多著重在主體的內在世界、心智現象之探討，將之看成是主體自我理解或自我整合的一個機制。從這三位患者的例子，我們看到「自我的建構」有相當多的內涵，是以身體作為經驗與意義建構的主體，個體可以從夢境、鏡像、打坐，或修練過程中身體的記憶所投射、呈現、知覺的意象，或經由主體與他者，或與外在世界的互動歷程，來體驗並賦予個人對於自我理解與認同的詮釋內涵。既然自我的建構不完全透過內在的思想活動來完成，具有相當大的變異性與不穩定性特質，因此從身體切入所理解的自我概念，可能更能幫助我們理解精神分裂症的疾病特質。我們將身體看成是感官經驗（例如，聽幻覺、視幻覺、氣感、能量感等）與思想（例如，意念、幻想、妄想等）的連結機制，可以展現主體的情感、情緒、意圖性與行動力等關係。例如，聽幻覺在精神醫學中常被認為只是一個附屬的症狀，是個人的內在思考活動過程中一個自我防衛機制的產品。然而，從昭治與維芬的例子，我們看到聽幻覺具有可以進一步探討的意義結構，我們必須將聽幻覺脈絡化，將之置於日常生活的文化脈絡來理解。研究者若能傾聽並進入患者的感官知覺與妄想世界，理解感官知覺與妄想的內容所傳遞的訊息為何，以及二者如何產生連結，將可以幫助我們深入地理解此疾病形成的原因，以及社會文化因素如何形塑與影響患者的自我建構。患者在其疾病過程中所體驗的「變異的自我感」，來自於主體從小到大的生活經驗，以個人的身體作為建構自我的物質想像與思維形塑的基礎。換言之，自我意象並非是一個純然的語言概念，而是必須透過物質的中介來賦予這個概念抽象化或思維形塑的可能，個人的體驗則是形塑思維並使之系統化、結構化的必要過程，無論是在想像的層次或是在妄想的範疇均可。

最後，從這三位患者的自述文本中，筆者試圖釐清臺灣社會結構中的脈絡敏感特質。這三個疾病案例各有其獨特性，其疾病經驗、失序的詮釋、以及自我的建構歷程與內涵都不盡相同。然而，我們若將這三個疾病個案脈絡化，多多少少仍可反映出臺灣社會形塑自我概念的基本要素。家庭關係，固然是個人

建構自我理解與認同的重要內涵，不只存在於當代臺灣社會中，也出現在其他傳統的與現代的泛文化社會中。傳統臺灣社會的家庭關係，相當程度仍然以父親作為家庭關係的核心，母親（或妻子）則是被動的、弱勢的，或沒有聲音的。然而，當代臺灣人在建構其自我意象時，則可能挪用更多的社會文化內涵與技能，例如維芬的夢境、潛能開發技能、宗教修練等，以及文泰的閱讀佛經、自我懺悔等，均使得其所建構的「失序的詮釋」文本更為豐富、結構更為完整。昭治的自述文本較為傳統，局限在家庭生活的脈絡中，初期家人以神鬼附身說以及民俗療法來處理，充分反映她的教育程度與狹窄的生活世界。至於教育程度較高的維芬與文泰二人，則在傳統的文化脈絡之上架構了當代社會的自我理解知識，以夢境、世俗的或宗教的修練技能來增進自我理解。維芬所建構的前世今生說以及文泰的習氣因果觀，二者的詮釋文本雖有所不同，但都建構在一個因果關係的後設脈絡下，將罹患精神分裂症的原因歸因於個人過去的「因果」，可能是前世的、也可能是今世所種下的「因」，以使得疾病患者必須承擔其身體與心智的受苦之「果」。由此，我們看到了這三位患者的自我詮釋文本，都試圖從家庭與社會關係的脈絡延伸到主體與宇宙世界之關係的範疇，相當具體地呈現出臺灣文化脈絡下的「人觀」。此前世今生或習氣因果觀，主要都在強調台灣社會的「道德秩序」，並以因果關係來合理化個人的受苦歷程。當然，在精神醫療的治療過程中，三位患者或多或少也接受了精神醫療對於疾病的詮釋觀點：疾病類別的標籤與理解、疾病污名化的問題，以及治療的成效等，並適時地將此觀點納入他們自我意象中。然而，從患者的自我詮釋文本中，我們看到了他們對於精神醫療觀點的回應，乃是策略性的挪用、擷取、或甚至是以降低其影響效力與重要性的方式來應對。

參考書目

- Bleuler, Eugen
1950[1911] *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
- Classen, Constance
1993 *Worlds of Sense: Exploring the Senses in History and Across Cultures*. London: Routledge.
- Corin, Ellen E.
1990 Facts and Meaning in Psychiatry: An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14: 253-288.
- Corin, Ellen, R. Thara, and R. Padmavati
2004 Living through a Staggering World: The Play of Signifiers in Early Psychosis in South India. *In Schizophrenia, Culture and Subjectivity: The Edge of Experience*. Janis H. Jenkins and Robert J. Barrett, eds. Pp.110-145. Cambridge : Cambridge University Press.
- Csordas, Thomas
1990 Embodiment as a Paradigm for Anthropology. *Ethos* 18: 5-47.
1994 Introduction: The Body as Representation and Being-in-the-world. *In Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Thomas J. Csordas, ed. Pp.1-24. Cambridge : Cambridge University Press.
1999 The Body's Career in Anthropology. *In Anthropological Theory Today*. H. L. Moore, ed. Pp.172-205. Cambridge, UK: Polity.
- Cutting, John
1990 *The Right Cerebral Hemisphere and Psychiatric Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Desjarlais, Rober
1992 *Body and Emotion: The Aesthetics of Illness and Healing in the Nepal Himalayas*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
1997 *Shelter Blues: Sanity and Selfhood among the Homeless*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Devereux, George
1979 Fantasy and Symbol as Dimensions of Reality. *In Fantasy and Symbol: Studies in Anthropological Interpretation*. R. H. Hook, ed. Pp.19-31. New York: Academic Press.
- Feld, Steven
1982 *Sound and Sentiment: Birds, Weeping, and Poetics and Song in Kaluli Expression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Geertz, Clifford
1973 Person, Time, and Conduct in Bali. *In The Interpretation of Cultures: Selected Essays by Geertz*. Pp.360-411. New York: Basic Books.

- 1984 From the Native's Point of View: On the Nature of Anthropological Understanding. *In* Culture Theory. Richard Shweder, and Robert LeVine, eds. Pp123-136. Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, Byron J
- 1992 Culture and Psychopathology: Directions for Psychiatric Anthropology. *In* New Directions in Psychological Anthropology, Theodore Schwartz, Geoffrey M. White, and Catherine A Lutz, eds. Pp.181-205. Cambridge: Cambridge University Press.
- 1994 Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grosz, Elizabeth
- 1990 Jacques Lacan: A Feminist Introduction. London: Routledge.
- Hallowell, A. Irving
- 1955 The Self and Its Behavioral Environment, and the Ojibwa Self and its Behavioral Environment. *In* Culture and Experience. Pp.75-110. New York: Schocken Books.
- Herzfeld, Michael
- 2001 Anthropology: Theoretical Practice in Culture and Society. Malden, MA: Blackwell.
- Howes, David, ed.
- 1991 The Varieties of Sensory Experience. Toronto: University of Toronto Press.
- Jenkins, Janis Hunter
- 1991 Anthropology, Expressed Emotion, and Schizophrenia. *Ethos* 19:387-431.
- 2004 Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. *In* Schizophrenia, Culture, and Subjectivity: The Edge of Experience., Janis H. Jenkins, and Robert J. Barrett, eds. Pp.29-61. Cambridge : Cambridge University Press.
- Lacan, Jacques
- 1977 Ecrits: A Selection. A. Sheridan, trans. London: Routledge.
- Mauss, Marcel
- 1985 A Category of the Human Mind: the Notion of Person; the Notion of Self. *In* The Category of the Person: Anthropology, Philosophy, History. M. Carrithers, S. Collins and S. Lukes, eds. Pp.1-25. Cambridge: Cambridge University Press.
- Merleau-Ponty, Maurice
- 1962 Phenomenology of Perception. Colin Smith, trans. New York: Humanities Press.
- Moore, Henrietta
- 1994 Gendered Persons: Dialogues Between Anthropology and Psychoanalysis. *In* Anthropology of Psychoanalysis. S. Heald and A. Deluz, eds. Pp.131-152. London: Routledge.
- Pull, Charles B.
- 1999 Diagnosis of Schizophrenia: A Review. *In* Schizophrenia. Evidence and Experience in Psychiatry, Vol.2. M. Maj and N. Sartorius, eds. Pp.1-37. New York: John Wiley & Sons.
- Sass, Louis A.
- 1992 Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought. New York: Basic Books.
- 1994 The Paradoxes of Delusion. Ithaca: Cornell University Press.

- Shweder, Richard, and Edmund J. Bourne
 1984 Does the Concept of the Person Vary Cross-Culturally? *In* Culture Theory. Essays on Mind, Self, and Emotion. Richard A. Shweder and Robert A. Levine, eds. Pp.158-199. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stein, Howard F.
 1990 Psychoanalytic Perspectives. *In* Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method. Thomas M. Johnson and Carolyn F. Sargent, eds. Pp.73-92. New York: Praeger.
- Stoller, Paul
 1989 Fusion of the Worlds: An Ethnography of Possession among the Songhay of Niger. Chicago: University of Chicago Press.
 1995 Embodying Colonial Memories: Spirit Possession, Power and the Hauka in West Africa. New York: Routledge.
 1997 Sensuour Scholarship. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Strathern, Marilyn
 1988 The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia. Berkeley: University of California Press.
- Sullivan, Harry Stack
 1962 Schizophrenia as a Human Process. New York: W. W. Norton & Co.
- van de Ven, V. G., et al.
 2005 The Spatiotemporal Pattern of Auditory Cortical Responses During Verbal Hallucinations. *Neuroimage* 27 (3): 644-655.
- Turner, Terence
 1994 Bodies and Anti-bodies: Flesh and Fetish in Contemporary Social Theory. *In* Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self. Thomas Csordas, ed. Pp.27-47. Cambridge : Cambridge University Press.
- Weiner, James
 1999 Psychoanalysis and Anthropology: On the Temporality of Analysis. *In* Anthropological Theory Today. H. L. Moore, ed. Pp.234-261. Cambridge, UK: Polity.

林淑蓉

清華大學人類學研究所

300 新竹市光復路2段101號

sjulin@mx.nthu.edu.tw

Body, Image and Alterations to Sense of Self: Experiences of Schizophrenics

Shu-jung Lin

*National Tsing Hua University,
Graduate Institute of Anthropology*

This article focuses on the relationship between schizophrenia and the self in terms of bodily experiences. Jenkins (2004) suggests that schizophrenia should be treated as a paradigm for understanding cultural involvement in shaping basic human disease processes, especially via the domains of ordinary and extraordinary bodily senses, emotions, and faculties. Accordingly, I analyze three schizophrenic-written self-descriptive texts of what Good (1992) refers to as “disordered interpretation” from childhood through the disease period and recurring episodes. The data appear to indicate that alterations in sense of self are not only constructed through long-term interactions between patients and their significant others, but also in the contexts of everyday life, dream accounts, mirror images, and projections experienced during meditation or self-cultivation practices. It is in these diverse contexts that self images are revealed and incorporated into the self-constructed texts and disordered interpretations of personal illness and suffering. I therefore suggest that (a) examining the relationship between the meaning structure of hallucination and a patient’s delusional world can lead to greater understanding of the disease process of schizophrenia, and (b) distinguishing between the ordinary and extraordinary is both difficult and in many ways senseless. It also appears that domains treated as either pathological or extraordinary actually reflect the context sensitivity of a culture—that is, personal illness reveals rich information about conflicts, dilemmas, complexes of sentiments, emotions, and motivations, and perhaps thought formations belonging to the domain of “personal myth” that reveal the strongest constraints of a culture. For many Taiwanese, relatedness in the form of social relationships is central to the construction of self systems and identities—not only in family and everyday life, but also in an individual’s cosmic world view, including deeds and faults perceived as occurring in previous lives.

Keywords: body, illness experience, Schizophrenia, disordered interpretation, sense of the self
