

精神病院裡雙重患病經驗詮釋： 思覺失調症患者罹癌生活世界

李弘毅 林耀盛

研究目的：本研究試圖瞭解思覺失調症患者處於精神照護系統和長期安置機構下，又共病罹癌後的生活經驗。**研究方法：**透過深入晤談與觀察，探討思覺失調症患者罹癌的雙重患病經驗。以東部某精神專科醫院病房患者為研究對象，共訪談7名患者。研究參與者接受1次以上訪談。每次訪談約60至90分鐘。訪談資料轉錄為逐字稿後，以現象學心理學分析方法，分成資料蒐集、沈浸閱讀、意義單元之拆解與改寫、構成主題、置身結構和普遍結構六步驟進行資料分析。**研究結果：**發現思覺失調患者罹癌經驗具三重存在結構：置身下降與身體感受照料的世界，受威脅裡的觀看／照護行動和處境，在關係裡遭逢阻絕和再連結的可能。**研究結論：**本研究呈現臨床實踐必須返回生活現場，以彰顯情感性關係存有的人文臨床心理學。

關鍵詞：思覺失調症、癌症、現象學心理學、生活世界

李弘毅：臨床心理師；東華大學諮商與臨床心理學系碩士、台灣大學心理學研究所臨床組博士班；專長領域與研究興趣為臨床心理學、健康心理學。

林耀盛：臺灣大學心理系教授；臺灣大學心理學博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學、健康心理學、文化與心理病理分析學。(通訊作者：E-mail: yawsheng@ntu.edu.tw)

收稿：2020年6月9日；接受：2021年6月12日

一、緒 論

思覺失調症是精神醫學中界定為對人生活功能影響嚴重，症狀複雜多樣的疾病。隨著患者反覆的發病，輾轉於各精神科或身心科診治，也經常會與周遭他人發生衝突，而當其支持系統在人生的某刻破裂後，往往就被轉送至精神療養院裡長期安置和照護，直至老死。當癌症發生在長期照護中的思覺失調症患者身上，就形成獨特的雙重患病經驗。

Woods、Willison、Kington與Gavin(2008)指出，嚴重慢性精神患者經常經歷與常人不同的生活經驗，如長期機構照護、汙名化(stigma)和缺乏某些成年的基本經驗。這些患病經歷為當事人帶來了脆弱性(vulnerability)，尤其是在面對健康照護專業人員的語言、文化和技術的依賴和受限上。脆弱性更因精神疾患的思考和情緒障礙、認知缺陷、期待的失能、缺乏健康照護選擇和支持的連續性，與家人疏遠等，而更形複雜和嚴重。在精神病院中患有絕症的人可能會有多種被汙名化的社會身份，因為他們不僅被視為患有精神疾病，還經常面臨被監禁、衰老和即將死亡。多重汙名的影響不僅可能影響尋求臨終關懷的精神疾病個體，也可能影響照顧他們的服務提供者(Jarrett, 2007)。

這群同時罹患思覺失調症和癌症的人，是以獨特的方式經歷患病生涯(Cross & Rudnick, 2010)。林耀盛(2012)指出，心理失能者的受苦經驗，是沿著一種生病事件介入生活世界後，患者告別舊生活軌跡，進入新生活彈道的一種「道德生涯」。當代精神醫學與心理學常運用來理解精神受苦者的「描述式(descriptive)」與「心理式(psychological)」兩種形式，忽略了受苦(suffering)作為一種存有狀態的深度意義。精神受苦者所呼喚出的深度性並非「大眾的語言」，而是一種難以分類界定、非特定類型的「少數的語言」，並召喚著社群性、道德性的倫理行動。

面對這群存在的沉默人群，本研究著重思覺失調症患者在此處境下面對自身雙重罹病的言說行動。不以患者疾病症狀進行歸類或直接以精神疾病診斷予以勾連，反而將患者所活出的諸種現象和經驗，視為其在長期安置的受限處境下，所混雜著脆弱、不安、無助、陌異、恐懼、挫敗、無奈、被責難、失望、失落與哀悼等等的生命關係記憶和情感。

(一) 雙重診斷下的脆弱性與臨床現場的倫理行動困境

思覺失調症患者罹患嚴重的內科疾病，如癌症時，經驗到何種罹病和醫療對待？如何理解並照顧自身和表達需求，從而讓醫療專業者對其提供合適的心理介入和照顧，是過去臨床上較少關注到的面向，尤其是在主觀心理經驗上的研究(Cross & Rudnick, 2010)。Woods等人(2008)認為，這類經驗性研究的稀少，反映了在這類邊緣、脆弱和嚴重的精神疾病患者中做研究，所面臨的對象來源困難、難以取得同意、接受研究的能力問題、投入心血和成果比率難以決定等研究困境。

嚴重精神疾病患者的癌症發病率一直是個爭議的話題，目前的共識是和一般人群大致相同，但死亡率卻是一般人群的兩倍。推究可能的原因包括遲來的報告和異常症狀表現、醫療介入的減少、精神症狀的干擾等。異常行為和自我忽視的患者會對醫師感到挫折和憤怒(Lyckholm & Aburizik, 2017; Millman, Galway, Santin, & Reid, 2016)。造成這樣的健康差距可能分別具有病人方面、照護提供者以及系統上三等三層面的因素，甚至是對精神疾病汙名化的影響所致(Irwin, Henderson, Knight, & Pirl, 2014; Relyea, MacDonald, Cattaruzza, & Marshall, 2019)。亦即，嚴重的精神疾病患者常面臨一些醫療上的困境和弱勢，這包含了較少的例行身體檢查以發覺癌症、困難和延遲診斷、擔憂討論病情造成對患者情緒失衡，而選擇傾向延遲通知或不告知。健康照護者或易傾向將患者身體不適的抱怨歸因於潛在的精神疾病影響，而較少意願去實質檢查和確認病人狀況；或是受患者長期思覺失調症下認知功能障礙影響，難以確認其治療意向和進行知情同意，形成患者在醫療決策上難以瞭解、參與和決定。而患者亦可能不遵守醫囑來接受治療，其嚴重精神症狀影響合作治療關係：如混亂症狀可能會妨礙病人提供連貫歷史的能力，多疑和負性症狀可能導致病人迴避檢查和治療，因此思覺失調症患者罹癌經常遭受忽視和過度醫療(Trachsel, Irwin, Biller-Andorno, Hoff, & Riese, 2016)

醫療照護人員往往會擔憂思覺失調病人的精神症狀會不會因罹癌而進一步誘發或惡化，以及個案情緒的不穩定造成病房管理的困難，或者認為患者因長期精神症狀影響下認知受損而無法理解和決定醫療決策。而即使思覺失調症患者被診斷出癌症，也不太容易接受到放射治療或化療，治療後亦比一般群體有更多術後併發症

(Irwin et al., 2014; Lyckholm & Aburizik, 2017)。Sinding等人(2013)也提出，患有嚴重精神疾病患者對自身罹癌的關切常是被懷疑的，而精神和生理醫療的領域分割也影響對患者的健康照護。簡言之，這些都構成了思覺失調症患者罹癌治療上的弱勢、挑戰和困難。Woods等人(2008)亦提到，嚴重慢性精神患者也許被延遲或根本沒有尋求醫療評估，所反應出來的症狀或經驗也或許和常人有所差異，而非以典型的方式呈現，導致照護人員無法識別而治療不足。所以對醫護人員而言，如何達到患者的最佳利益是一個在照護過程中反覆浮現的難題。

再者，在回顧研究中發現，嚴重的精神疾病患者如思覺失調症在罹患重大生理疾病時，疼痛知覺變異或是將其疼痛納入妄想系統中解釋。這些都造成診斷和治療上的困難(Shalev, Brewster, & Levenson, 2017; Webber, 2012)。或者其疼痛表現為負性精神症狀(Rebecca, 2016)。這些都造成醫護人員在理解病患上的困難。Riquin、Hubault、Baize、Lhuillier與Duverger(2017)認為，去質疑思覺失調患者對自身健康狀態做決定的能力和合理性、處理不合理的頑固性和拒絕治療等，這些考量無疑是個道德議題。這些特殊性值得我們在進行心理介入時進一步去探討和警覺。

這類人群面臨了診斷和治療遮蔽(Diagnostic and treatment overshadowing)的處境(Irwin et al., 2014)。健康照護人員面對患者的陳述和表達，要不忽略所訴及的身體反應，要不過多且快速的將其歸因於精神症狀導致，而在難以確認或低估患者決策能力下，進行過多或不及的醫療介入。這與其說是被遮蔽，不如說思覺失調症患者的存在溢出常規醫療理性的理解範疇。過往實證科學專業導向醫療多關注在病理症狀，著重於緩解(reduction)受苦，但卻忽略了人類受苦處境所蘊含的生產(production)意義(林耀盛、李維倫，2018)。亦即，Kleinman(1980)在分析文化建構下之生病經驗後，指出病者關於病痛的敘述，是病者將其苦痛以及身邊其他重要的人物，以有意義的方式勾連處理，這是倫理的呼喊行動，而非受苦病理學上的徵候指認。受苦處境打破人們既有的理解框架，在臨床實踐裡給出自身語言和知識，以及他人省思接應的新可能性。

Sinding等人(2013)即發現，患者和家屬間關係會因癌症診斷而有修復和活化的可能，健康照護服務提供者的同理和資源也得以重新活化啟動，也就是患者在罹癌

事件中反而得到了支持。這樣的互動經驗中發生了什麼？是什麼開啟了關係變化和理解的可能？

(二) 思覺失調症患者生活世界探究

Scheler提出人是帶有感受和情感的在與世界生動交往，是絕對和先天的開放，是在經驗裡本質性被給予的質地。他主張打破傳統哲學像是主體客體二元對立的前提預設，以情感生活現象學說明人經驗裡精神情感的存在，即是原初的倫理學(Wiggins & Schwartz, 2007；張偉，2012)。

Wiggins與Schwartz(2007)以現象學人類學精神醫學的觀點提出，思覺失調症經驗牽涉到其世界的本體構成，也因此患者必須被理解為與其世界密不可分，其經驗必須放在世界的部分和整體之間的複雜關聯裡去進行理解。Wiggins與Schwartz(2007)進言，思覺失調症患者弱化的自動綜合(automatic syntheses)影響了其世界基本本體組成，進而構成本體的存有不安(ontological insecurity)。

Sass與Parnas(2003)亦認為，思覺失調症是對自身(self)的障礙和干擾，扭曲的自身覺知行動，包括過度反身(hyper-reflexivity)和減損的自我情感。亦即透過誇大自身意識、自身被經驗視如外部物件的自我異化，或是人主觀自我存在呈現的強度減弱。

Wiggins與Schwartz(2007)也指出，患者在弱化的自動綜合裡，世界有了新的結構。思覺失調症患者的世界在某種程度上仍處於未建(unbuilt)的狀態。因此，它的空間、時間、因果關係和對象仍然相對不規則。Corin(1990)亦提及思覺失調症患者呈現對外在世界和自身的雙重疏離，亦即一種獨特的「在世存有」(being-in-the-world)的形式。

Wiggins與Schwartz(2007)進言之，個體為了減少思覺失調症經驗複雜性的另一種方式是通過幻覺和妄想的出現。幻覺和妄想使患者的精神生活更加有條理，至少可以最小化其世界和自我的穩定，也就是透過削減的複雜度(reduction of complexity)承接住了主體。Laing(1960)也提出類似的看法，他認為症狀是存有的(ontological)不安行動，需要具補償性的安全功能，以持存自身。

但如此獨特的在世存有形式，反映在和思覺失調患者交往互動經驗中，健康照護者卻經常經驗到情感的不可理解性(incomprehensibility)現象。一方面這難以言喻

的陌異經驗構成了症狀和臨床診斷的依據來源。另一方面，卻又在每次的接觸裡反覆觸及。因而熟悉的陌生情感經驗構成悖論，無法明瞭即是明瞭的依據。執此，思覺失調症牽涉的正是情感生活的障礙(Cutting, 2009; Sass, 2004)。Sass(2004)進一步提出，這種互動中經常呈現出的奇怪、不一致、同時存在誇大和減少的矛盾情感反應，是關聯三個主體層次的情感現象：(1)身體異化(alienation of the lived body)：關聯身體中介的破碎和異化影響朝向世界的情感流動，存在於自由浮動的身體情感空間，從世界退縮的情感為外部不可測提供了安全感。(2)支離破碎的感知力和承受能力的喪失：使用由下而上的方式來理解，而非整體印象。這導致世界的消失並關聯許多常見形式情感的消失或減弱。(3)自我創造準妄想的世界(主體化)：關聯想像，而非知覺的向內矛盾情感經驗生活，主觀而準物質的世界。

(三) 罹癌與慢性病患者罹癌的經驗現象

Carel(2012)以現象學探究癌症患病者作為一整體的在世存有，經驗主題首要的便是時空經驗改變。楊婉萍、趙可式、龔卓軍、賴維淑(2012)以癌症病人生病經驗之身體感和時間性，說明癌症病人被體驗的時間(lived time)的擾亂，陷在當下(the living present)之活過的世界(lived world)本質。Ueland、Dysvik、Rortveit與Furnes(2020)則以詮釋現象學探究癌症患者的存在經驗，發現罹癌倖存者同時身處於家園(Homeworld)和異世界(Alienworld)所疊合的生活世界之中，在不解中擴展可理解性。Broom、Kenny與Kirby(2018)則認為罹癌不再具明確的時間階段軌跡，以「等待」說明患者在疾病和治療中共存處境。「等待」被界定為不具生產性的存在狀態和生存困境，是罹癌時間性和規範性錯位的形式，當中包含人際間的掙扎，醫學專業和自主，存在(being)和流變(becoming)間的力量交會。

Hannum與Rubinstein(2016)則從對原具慢性病老者罹癌後的生活經驗探究，說明癌症診斷前的慢性病對病人來說是收摺進個人生活裡的。而癌症出現呈顯於患者經驗的是時間碎片化(fragmentation)。癌症隱晦不明(unseenness)的特性讓患者質疑當前、未來，甚至是時間本身，而癌症急性疾病經驗將人隔絕於連續的時間外，陷於當下的經驗兼具急性和慢性的時間意涵。他們提出變異時間(anomalous time)，說明

一段急性患病時間結束，模糊重疊的持續時間。變異時間持續於照護，但未有積極治療，是段難以界定有病或好轉的時刻。林耀盛(2019)則從腸造口患者對自己的感覺，以及他人對他們的知覺，藉著管理身體造口在自我意象的維持，以降低性親密與社會關係的衝擊。對其而言，患者採取「分離」策略，區分開自我與身體關係，呈現一種「身體我」意象，即有造口的身體的客體自我狀態。

Ellingson與Borofka(2020)從探究癌症治療後的長期倖存者經驗亦有類似發現，癌症患者慢性處境是不斷變化的新常態，並具如關聯中的身體、生物醫學藥劑纏結的身體、動態體現(embodiment)等主題。總結來說，探究罹癌經驗現象發現，患者從原本熟悉的世界中疏離，時間呈顯陷落、碎片化、模糊和變異感受、身體為客體自我狀態，其脈絡性關係則動態改變。思覺失調症患者存有的不安行動和自身(self)干擾，具外在世界和自身的雙重疏離和補償行動，處於渾體性(body without organs)，並形成難以被理解和情感生活障礙。此狀態在患者罹癌後更形複雜，因此如何理解和對待，是道德性和倫理性議題。

現象學強調去描述現象，朝向意識及經驗者展顯出自身，以其呈現的方式來描述。甚而回到活生生的人類主體生命經驗，回到具體與充滿人文經驗的世界之中(Moran, 2005)。思覺失調患者面臨雙重診斷，常處於過度醫療和醫療不足之間，身體處在可見和不可見的模糊，情感過度和並存於希缺和張揚裡。這當中有著無法朝向他人抵達的無法通透性、情感的不可理解性。此類人們遭遇何種事件衝擊、如何理解和看待生命中遭逢變化、其精神症狀和身體變化間如何交互影響、患病的多重感受和期待、生活中所重視的意義價值、時間中人我關係的流變、身體中介情感等，這些還未有足夠的研究來揭露。

綜合上述，本研究藉由現象學心理學方法，針對思覺失調患者罹癌的生活世界進行討論和探究。研究議題包含關切思覺失調症患者在長期的精神機構安置下，又面臨嚴重的生理疾病，如癌症時，患者的心理經驗與存在現象。並重新省思對嚴重精神疾病患者的照護視野，從治癒和症狀消除的修補式理解框架中離開，轉向存有處境和情感存在經驗的彰顯。如此的探究，也即是以全人關照模式來理解精神疾病現象(林耀盛，2012)。

二、研究方法

Smith(1996)從健康心理學的探究中，整理出存在認知表徵和脈絡化實踐(contextual practices)兩種研究範型。前者多使用量性，以變量中心的方法來嘗試對疾病因應其組件進行建模。後者則強調意義生產的脈絡重要性，動態過程及主體內部觀點，認為意義是從詮釋現象而來的，探究應試圖理解個體自身如何感知患病，以及特定試圖應對的過程，並質疑前者在生理身體、認知、語言三者間的連結等式。

詮釋現象學方法是去探究個人特殊經驗、事件及生命狀態的意義，也就是檢視生活世界(lifeworld)，強調主觀知覺和描述的方法，適合對個體活生生經驗(lived experience)的理解(Smith, 2006; Restivo, Julian-Reynier, & Apostolidis, 2018)。這取向也適合對患病經驗的探索，因為協助離開對疾病常規的理解和詮釋，對病人生活世界結構的描述和詮釋，直指病人置身處境的根基(龔卓軍，2005；Carel, 2012)。

進言之，思覺失調症是持存的主體經驗違常，關注思覺失調症患者首要的是和世界關聯的經驗，也就是在互動中建構出的患病經驗，在給出的環境中感知自身的獨特形式。現象學心理學以存在的基礎探討，提出了描繪和理解患者生活世界和在世存有的重要性(Corin, 1990; Sass & Parnas, 2003)。

故本研究以現象學心理學取向，意圖描繪思覺失調症患者同時遭遇重大生理疾病(癌症)的心理經驗，生活世界和其間的關連價值意義。不將心理現象簡化為某種普遍的機制和靜態構成元素組成，亦不嘗試去將現象症狀病理化，不去化約個體的處境特殊性。如此研究態度，在知識生產上即嘗試離開，預設有單獨於被觀察者外的純粹客觀觀察者，也離開了依靠某種系統設計來保證理解的位置。也就是在研究態度上傾向詮釋、闡釋經驗現象所蘊含的意義。為了貼近特定脈絡的現象意涵，朝向開放性的經驗現場知識生產，現象學心理學取向的質性研究是適合的方法。本研究以此認識論立場，進行患者的經驗資料蒐集和整理。

(一)研究場域和參與者

本研究通過收案醫院人體試驗委員會審查後開始進行研究收案。以立意抽樣的方式尋找研究參與者，著重的是選取符合研究目的之生命經驗豐富案例，並以獨特

性為首要。本研究成員在收案醫院招募或經由團隊人員引介符合收案標準之病患，條件為被診斷為思覺失調症或情感性思覺失調症，年滿二十歲、可口語表達經驗者為研究對象。共收取訪談7位，本研究參與者的基本資料整理，如表1所示。

收案醫院為東部某大型公立精神專科醫院，目前長期收容有嚴重精神病患約2300人。病患9成以上被診斷為思覺失調症範疇。病患多數來自全台各地，經由當地衛生局，縣市社會福利單位轉介或家屬帶至醫院長期安置。病患在醫院內多被稱為住民，因為其絕大多數在來到這醫院前，多半已輾轉於全台各醫院就醫或住院。而後在其原家庭支援系統破碎或醫療侷限下來到收案醫院。入住後絕大多數病患皆會在醫療管制下生活，在精神症狀穩定和慢性化下，度過可能長達數十年的醫療環境安置生活。之後可能面臨意外或罹患重大生理疾病如癌症，在衰老照護下迎接死亡。這特殊的社會景緻也因而讓收案醫院號稱為台灣精神醫療界的最後一道防線。這般的特殊性符合本研究目的欲探究的場域。

(二) 研究程序

在篩選出合適研究參與者後約定訪談時間和地點。為配合病人之狀態，訪談場域多為病房內個別安靜空間。研究參與者訪談在解釋研究目的、過程和簽署同意

表1 患者基本資料

代號	性別	癌症診斷	罹癌時間(年)	年齡	備註
UN	女	乳癌	6	64	未婚
GN	女	乳癌	2	49	未婚
UI	女	乳癌 肝癌 子宮肌瘤	7.5	62	未婚
CU	女	乳癌	7	39	未婚
B	男	肝癌	2.5	58	已婚，育有一男一女，國中畢業
A	男	舌癌 口腔癌	1	46	未婚，國小畢
BO	女	乳癌	4	53	未婚，國中畢業

書等知情同意之後開始，並在一對一訪談錄音的原則中進行。每次訪談時間為60至90分鐘不等，視情況調整每位受訪者的訪談次數與時間。事先會擬定好訪談問題大綱，訪談方式則視現場互動狀況隨之調整為開放式或半結構問答。過程保持彈性而不必然依照所列順序的原則進行，從研究參與者感興趣或研究者覺得需要追蹤的話題繼續延伸。若在過程中發現受訪者精神症狀惡化或不適，除提供心理支持外，將立即通知病房介入處理。

研究者後續將根據訪談錄音打出逐字稿並反覆閱讀，以求形成整體感。此期間仍持續的閱讀相關文獻、進行田野現場觀察和深度訪談之資料收集，與分析書寫。試圖聚焦於逐漸浮現的意義脈絡，進行反覆循環理解過程，而不以既有分析概念套用分類。若第一次訪談資料文本整理後發現，提問內容有所遺漏或文本中經驗敘說有不清楚之處，則再與訪談者約訪以進行第二次以上的訪談。

同時也考慮其他的文本資料，來源包含如個案的私人日記或報導、研究者私人筆記或田野觀察紀錄、病例資料等。而基於受訪者保密原則，本研究所有受訪者皆採用匿名處理。所有的資料將獲嚴密保存(單一空間貯存，文件加密，並限制權限)。

(三) 研究工具

訪談過程中，研究者以開放式問句提問，並以預先擬定之訪談大綱為主軸進行。訪談題綱包含以下提問：

1. 請你描述被診斷出患有癌症後對你生活的影響？
2. 請你描述患有癌症的生病經驗過程？如身體的變化，人際關係或是生活方式等。
3. 請問你如何看待自己患有癌症這件事？
4. 面對自己的狀況，有什麼擔憂的地方嗎？
5. 在自己生病過程中，有比較覺得困難的地方嗎？
6. 你在患有癌症後曾接受過何種醫療方式，有什麼感受和想法嗎？
7. 對未來，你有什麼安排或是想法嗎？

(四) 資料分析

資料分析依照李維倫與賴憶嫻(2009)的現象學心理學分析六步驟為主要資料分析方式，說明如下。

1. 資料蒐集：將訪談錄音謄為逐字稿，呈現形式是訪談對話的順序。
2. 沉浸閱讀：以如同經驗者一般地經歷此經驗，透過想像變異來將文字敘述立體化，將場景勾連出來。
3. 意義單元之拆解與改寫：在敘說文本中，進行各細部單元的劃分，並將突出且有意義的部分進行轉移。這部份隨分析者的態度與視野，所生產出的意義而有所變化。範例如下。

自然描述(經驗)	編碼	意義單元
因為在醫院裡有的是醫生，他要是做什麼他們一定會跟我講說要做什麼。他們在我動手術期間，跟我開玩笑，把我弄病床推到推到舞台上，然後有舞台燈阿什麼，他們還以為我聽不清楚他們的聲音，可是我可以看的見他們做什麼，他們讓我看了一部分就好像告別式，告別式就是人死了，所以他們做了一部分的這個事情，也很短，只是把我的左手綁起來，不曉得綁我什麼東西很痛，劇痛，那個手都快要斷掉。很重，你沒你沒辦法忍受，所以我一直叫，可是我叫了，他們也沒有什麼人聽，就是他們「裡面」也聽不見，就是很微弱的聲音，所以是有兩派人馬，一派是直接動手術的這些人。另外還有一派是保護我的人……他們說是美方代表。因為我有兩本護照嘛，然後有一本是美國護照，所以...可能我的親戚家人也在裡面吧。那說他們有什麼事就推到美方代表。美方代表，我想就是我姊夫阿。	6	對UI來說，癌症手術宛若一場玩笑，一場親自上演的戲劇，UI成為登場演員和被開玩笑的對象。在宛若告別式的儀式中。UI體驗到聽覺和視覺經驗分離。時間感受短暫，左手遭到束縛而感到劇烈痛楚，彷彿斷裂且沈重。UI成為被迫承受痛苦者。過程中UI因痛而喊叫卻幾乎無人回應，過往在「裡面」的聲音也顯微弱而失去連結，UI成為無助者。UI成為兩方力量衝突的核心，既是受迫害者亦是受保護者。在受保護的部份，關聯著國籍和部份親人。

恩(嗯)吃了那個藥吃的那個藥，然後會(不明)……的那...(停頓)就會發熱，它就會不定期的發熱，很熱，然後過等一下又會恢復正常，我現在還在吃那個藥，只是沒有發熱那麼多多次。我覺得那個藥齏，對於殺蟲好像倒...倒還滿理想的，懷疑我身體沒有蟲、蛔蟲阿蟯蟲阿什麼那些。那結果照那些光線，裡面好像好像會游動的那個鰻魚苗那樣子，魚苗……就是照化療的時候，好像有那個火火線，一小段一小段在身體裡面到處竄，然後就是有灼熱感，就好像燒快要燒壞的那個電線。

8 對UI來說，癌症藥物和化療的進行，主要是以熱感覺的溫度變化差異作為呈現。癌症以身體感的各種蟲形象浮現，平日潛伏在身體各處，對抗力量也化身為各種帶熱度的蟲形象之身體感浮現，身體空間遂成為各種勢力衝突的場域。

4. 構成主題

此階段是「整併工作」。把前一步驟拆解出來的理解，扣回成一個完整的經驗結構描述，形構出中繼步驟的各主題。主題順序要聯接下一步驟的置身結構描述。並且透過「想像變異」以多方考量其意涵，除去不合適的意涵，將本質保留下來而成經驗整體，範例如下。

UI的構成主題一：意義單元2，4，5構成朝向他人的罹癌世界。

- (1)對UI來說，擔憂癌症醫療後的後遺症，如須身體造口而不願進行。卻也面臨被醫療人員警告嚴重後果。
- (2)對UI來說，是否要醫療關聯著困惑於他人的態度。
- (3)對UI來說，癌症化療的完成關聯著旁人的讚許。

UI的構成主題二：意義單元9，10構成對罹癌原因的探究。

- (1)對UI來說，罹癌是關聯流浪時亂撿拾食品吃的後果。
- (2)對UI來說，罹癌是懲罰，是信仰中沒那麼“規矩”的後果，UI成為信仰表現的受罰者。

5. 置身結構

此操作步驟是將構成主題綜合為一完整的置身經驗的描述結構，凸顯出人在世存有(being- in-the-world)的存在處境。範例如下。

對UI來說，癌症的發現首先是在身體空間部位的性質改變覺察，後來接著在檢驗中被他人覺察和確認。

對UI來說，擔憂著癌症醫療後的後遺症，如須身體造口而不願進行。卻也同時面臨被醫療人員警告嚴重後果。而是否要接受醫療關聯著困惑於他人的態度。既關聯著他人的關心投入，讓UI成為受關心者。癌症化療的完成關聯著旁人的讚許。

對UI來說，癌症手術宛若一場玩笑，一場親自上演的戲劇，UI成為登場演員和被開玩笑的對象。在宛若告別式的儀式中。UI體驗到聽覺和視覺經驗分離。時間感受短暫，左手遭到束縛而感到劇烈痛楚，彷彿斷裂且沈重。UI成為被迫承受痛苦者。過程中UI因痛而喊叫卻幾乎無人回應，過往在“裡面”的聲音也顯微弱而失去連結，UI成為無助者。UI成為兩方力量衝突的核心，既是受迫害者(關聯於醫護人員)亦是受保護者(關聯於UI國籍身份和親人)。

對UI來說，總有些時刻身體的痛是不能承受的。當身體的痛來臨時，UI以觸摸痛處，打滾和禱告來面對。痛苦在耗盡心力和睡眠的反覆裡獲得釋放。而癌症藥物和化療的進行，主要是以熱感覺的溫度變化差異作為呈現。癌症以身體感的各種蟲形象浮現，平日潛伏在身體各處，對抗力量也化身為各種帶熱度的蟲形象之身體感浮現，身體空間遂成為各種勢力衝突的場域。

6. 普遍結構

深化所有置身結構的描述，以便能獲得進一步的普遍性可能。

三、研究結果

本研究結果，立基於受訪者置身結構等現象學心理學方法及實徵資料所進行。依前述資料分析步驟和理路，面對受訪者的處境經驗與生活世界的理解做為根本描述置身所在，經分析書寫如下。

(一)置身下降與身體感受照料的世界

1. 下降與受限覺察

長期住院思覺失調症患者多在照護性環境的例行身體檢查中被發現癌症的徵兆，如M、UN、GN、B與UI。對A來說，首先像是在覺察自身口腔異狀，在身體特定部位感受變異裡，接著在檢驗中被他人證實的。

而初次得知罹患重大生理疾病，如癌症，對受訪者來說都是項巨大的影響。其多用：打擊、難過、震驚、疲累、心情低落、感到意外等詞來形容此一經驗。甚至描述到來醫院已經很悲慘了，得到癌症更悲慘等言說。如A當聽聞得到癌症和相關治療時：「我整個心整個人都嚇一跳。」或用痛苦和脆弱形容罹癌後的自身生活。或者覺察到自身的某些面向行動不如往常。如B：「(變得)比較沉默寡言，沒有以前那麼樂觀。」如此言說，呈顯當事人經驗到無法如往常的狀態，是種過往生活不再的覺察。

在發現罹病後，生命脆弱的實相立即被拉到患者眼前。如對A來說，罹患癌症和接受切除手術，是「傷害性」和「不安穩」的呈顯。得知罹癌意味著生命的即將終結，「有限性」呈顯。A在罹癌前自覺樂觀，對生命時間的原先預期是感受延伸出去的，服用精神科的藥物對A來說並不算是生活中影響大的事件和處境。罹癌後則在生活中擔憂著癌症復發的不確定性，擔憂身體的每況愈下，生活變成連串失去的臨崖經驗，自身置放於不穩定且易受傷害的位置上：「我還沒得到還沒得到癌症之前，我還很多事情看得很樂觀，自己的壽命自己的生命還很長，身體很健康，不容易生病。除了吃了一些精神科的藥」。綜合而言，住院思覺失調症且罹癌患者經驗到下降的存在結構，覺察易受傷害和不安穩的處境狀態差異。

2. 身體感受變異與照顧處境

在接受癌症醫療後，受訪者多表示感覺身體較以往來的「虛」，較易疲累，不適和疼痛。如對UI來說，當身體的痛和不適來臨時，UI以觸摸痛處，打滾和禱告來面對。痛苦在耗盡心力和睡眠的反覆裡獲得緩解。而癌症藥物和化療的進行，則以熱感覺的溫度變化差異作為呈現。癌症徵候化為以身體感的各種蟲形象浮現，平日

潛伏在身體各處，對抗力量也化身為各種具熱度的蟲形象之身體感浮現，身體空間遂成為各種勢力衝突的場域。或如BO所言：「這裡黑黑的，這個乳房會癢。(台語)會癢。哇好癢喔。說癢就癢耶。」或是處於真實受限處境，如BO在洗澡時觸及無法如往常般進行動作流程以清洗身體。或是如A覺察失去如過往的聲音，宛若啞巴，在開刀後功能失去和異樣感：無法流暢發音說話、無法如過往般的唱歌、失去了原有的生活世界、流口水的形貌、聲音受損，也關聯和他者間的疏離。對A來說，罹癌意味著自身失能的可能朝向，最大的擔憂是在不確定的未來時刻面臨聲音的「失去」。發音言說的困難，讓A失去一向擅長的歌唱能力，甚至連基礎的發音都受限而無法如過往。醫療上的順利和生活中過往擅長的歌唱能力發揮是兩回事。A失去了過往透過聲音歌唱所帶來的世界顯現和當中所居於其中的有所能力發揮的自身。或是如BO在意乳房因手術割除後的形貌外觀給人感受，使其失去了作為女性的象徵和位置。也就是過往作為背景般的存在，在患病後身體苦痛邊界(如覺得癢，痛的身體感)浮現下，一躍成為存在感受的焦點，並拉出受限邊界。

對B和CU來說，罹患癌症意謂著身體照顧是首要任務，而勞動工作則顯示為對生命的傷害和損耗。罹癌後的身體也給出了患者面對生活在精神療養院裡被要求持續勞動，此一醫療機構和系統裡潛藏未覺的健康意識預設的回應。罹癌後的身體處境和狀態也成為患者向鄰近照顧者或親人索取額外資源以滿足的理由。如B認為病人聽從待在醫院接受醫療，是可以期待換取得到相對應的酬賞，如飲食等。脆弱性和易受傷害性形構人際間的資源和位置，安置連結出一獨特的價值和意義生產體系。此一處境就如林耀盛(2019)指出，慢性病身體意象與患者的自我認同是互為影響的關係。這樣的身體意象不是器官化身體的認識，而是揭示時間、處境、身體、自我和他者的互動與協調的多樣性關係。

(二) 受威脅裡的觀看／照護行動和處境

1. 轉換患病過程架構和視點，同步於旁人的生活節奏

罹患精神疾病和長期接受醫療安置的背景，往往讓受訪者自覺更有韌性去面對另一個不同於精神疾病的生理疾病，去配合和順從醫療處置。如B：「精神疾病也打

不倒我，我會面對這個病，配合醫生的治療。」但罹癌後的治療和追蹤過程往往伴隨著各種不舒服的經驗，要如何去面對這處境各人則有不同的行事策略。如A則以到花蓮一日遊來形容。讓罹病治療的難耐歷程成為難得離開受限環境的例外經驗，以顯得讓人可堪接受。或如BO面對每次須至其他醫院檢查就開始心情不好，但會通過預期平日在醫院難得有的飲食待遇而得到寬慰。或對B來說，定期的往返癌症檢查像是可以短暫脫離精神療養院環境，看作是至外地旅遊的機會。或以一種素樸的樂觀，呈現以如順其自然、聽天由命、不要去想那多、快樂就沒病的論述方式，將罹病狀態普遍化和淡化，但在如此論述底下卻是透顯時刻的擔憂和不安。如B所言：「你把它想得很嚴重就很嚴重。你把它看開了，當作一場夢，裝作生一場大病，一場生病一樣，會好了就好，不好的話，該走了就走了而已啊，勇敢一點啊，怕什麼。男子漢要怕什麼。」所有的疾病和困難都跟自身思考過多有所關聯，而去思考或意識到罹癌反而會成為病情嚴重促發的原因，同時其病情嚴重程度是受自身看待所影響。或如UN：「我病室(意指病房)怎麼過日子，我就跟人家怎麼過日子。人家怎麼過生活，我就跟人家怎麼過生活。」故對患者來說，如何讓罹癌等同如日常生活其他事務一般，讓自身同步於旁人節奏的世界裡便是優先事項。對B來說亦如此，罹癌固然是比長期居住於精神療養院這事更令人感到「不幸」的，但也給出讓人離開現實受苦處境的可能路徑和契機。罹癌突顯了在療養院內患者和旁人的落差，將生病視如夢般，或將自身生活常人化是患者面對雙重罹病處境的行動，但罹癌同時也呈顯出從日常受苦情境逃逸可能的矛盾並置和朝向樣態。

對B來說，罹癌後生活的快樂是跟「受他人照顧」、「吃東西」連結在一起的。至親離世後，自身存活意味著在有限生命時間預期下，去尋求需求滿足，讓快樂最大化和生活簡化，且如此連結得到來自醫師的擔保。對未來的不可測也意味著返回當下讓自身對飲食欲望的「自由」。同時，快樂過日子意味著在「家人資助下安居於精神療養院中並取得足夠金錢購物飲食」，或者是「返回原生家庭」之間的選擇。這形成了患者、家屬和院方三者間的協議。如B所言：「醫生說你這個要過得快快樂樂的，不要緊繃，不要(……)過得不快樂的話，這個毛病越會很複雜。」這裡呈顯出患者置身於同步於旁人的生活節奏的行動中，一個由旁人所擔保和提供的觀看／照護存在結構。

2. 位處被護佑者的意象照顧結構

罹癌讓患者感受生命遭到威脅，患有思覺失調症個體有時會透過如手術時顯現神明或親人保護，聲音陪伴等意象來尋求拯救自身於威脅和痛苦，避免災厄。如CU：「嗯……現在是疾病纏身，啊可是對未來還是很有希望，那個就是把我生出來的說要努力的活下去，(聲音)會跟我講說我們要活著，要活得有意義，不要自殺。」而對UI來說，癌症手術宛若一場玩笑，一場親自上演的戲劇，UI成為登場演員和被開玩笑的對象。在觀看自身處在宛若告別式的醫療儀式中，體驗到聽覺和視覺經驗分離。時間感受短暫，左手遭到束縛而感到劇烈痛楚，彷彿斷裂且沈重。UI被迫承受痛苦，因痛而喊叫卻無人回應，過往在「裡面」的聲音也顯微弱而失去連結，UI感受無助。在醫療手術過程中，UI感受身體成為兩方力量衝突的核心，既是受迫害(關聯於醫護人員)亦是受保護(關聯於UI國籍身份和親人)。而對A來說，在口腔手術的過程經驗中，是祈禱庇佑的時刻。經驗到延時呼喚後短時間內視覺信仰象徵意象對其呈顯，關聯日常積累而使信仰意象的對其顯現：「當我過程當中，還沒還沒醒來之前齣，忽然間我也在心裡頭，心裡頭還在，也一直在唸南無大慈大悲觀世音菩薩，一直在唸唸在心頭，一直唸一直唸一直唸。唸在心裡頭。但是唸出來之後呢，就突然間出現有意象，有一種意象的意象的閃光，一道光芒。後來等到我醒來的時候，就不見了。我是靠著膜拜菩薩，我才會在手術過程當中才會得到這意象……。」呈現受威脅裡的觀看／照護行動和處境。這現象就如同以遠端心理保護機制，處理近端風險的威脅(Rulf, 2003)。

(三) 在關係裡遭逢阻絕和再連結的可能

1. 切身事項卻宛若觀看他者的經驗

在發現思覺失調症患者罹癌後，病情的告知和後續治療的決策變成了醫療照護上的困難處境。在預設患者本身認知判斷能力的侷限，是否有意願去了解自身病情程度，以及對病人失能的預期等，都讓醫護人員多半選擇跳過當事人，直接告知照顧機構的工作人員。但這不意味著當事人不明白自己的處境和可能發生什麼事。因而患者多經驗到明明是關於自身的病情，卻看著病情被陪同他人得知，而自己反而

不明白的衝突處境，如B描述的：「他都沒有講，都急著跟班長(照服員)講。(腫瘤)醫師都只告訴班長和護士。」對B來說，在醫療現場的癌症病情告知，往往自身像是局外人一般。B仍會擔憂醫師不告知自身病情的真實狀態。但對此亦表示無可奈何和矛盾，進入一無助者的位置。也就是患者自身的病情實況是由精神療養院裡的工作人員所代為持存知曉的。B的不被告知是因照護人員擔憂B的「精神穩定」會受到影響。而在缺乏病情告知和醫療資訊下，患者更無法判斷和決定關於自身病情的選擇和安排，更可能形成當事人拒絕接受進一步醫療的弱勢處境和人際惡性循環。這讓患者感受到一方面被要求如往常一般的順應既有精神醫療管理下作為和對自身疏離，另一方面則要求患者主動負起自身健康和醫療決策。這雙重要求構成令患者矛盾的衝突。如BO：「不要我不要開刀，那個護理長說好！你自己決定，但還不是照常要開。」而這不意謂著當事人對此就漠不在乎，反而會產生對治療關係的質疑。如B所言：「說怕有一點，醫生有一點不吐真言啦，沒有說把我的病情詳細告訴我。」這為難處境的位置即構成患者的存在結構。

2. 鄰近關係落差和阻絕

思覺失調症患者罹患癌症後，在和他人相處上常感受到落差和阻絕。和其他長期住院精神疾病病友相處上，罹有癌症一事讓當事人更覺孤離，或是相較他人更覺不堪和沈重。如對A來說，罹癌手術後直接感受到的是身體完整性的失去、言談行動的受阻。這對A意味著失去了過往未曾發覺的「高貴」(患者A用語)，如今這僅存於他人身上，而A則失去了。這失去的自覺，讓A在人際間落於被拒絕的失位處境和結構位置，生活變成難捱痛苦和脆弱，有被困住的侷限感。同時，罹癌後給予A明白自身失去結婚能力，身處無法接受他人連結的位置。故罹癌後A意識覺察到他人和自身間存有「落差」，生活多傾向獨處。得病後是「下降」進入人我互動之落後者位置。在向內的運動裡回到自身的「事務」的關切。對日常的關切必須是對在眼前事物的料理上。覺察著身體的沉默，較少話語的給出，轉而關切反思自身的生命限期。也構成A在和他人之間有所「區隔」而轉向自身的意涵。

或對UN來說，罹癌手術的接受與否是關聯於生活在病室裡遭他人責罵。或如A自覺地的從人際中退出，形成在人際間的阻絕狀態。而常需要休息也成了人際間交

往活動的距離，形成了各自存在的樣態。也就是從過往和他人的日常言談行動中離開。如A：「跟人家談這種事情沒必要，沒什麼好談的，別人不是什麼我。」對A來說，覺察罹癌前後的差異是在人際間的落差。在和旁人相處裡顯得較以往少言，對事物的看法也不再是往好的方向發展。另一方面，身處在精神療養院，罹患癌症卻是在眾人間突出的特徵，關鍵在於某種不確定性。如A患有精神疾病彷彿成為背景和呼吸一般，是種無差異的存在。罹患癌症反而突顯出個人的獨特性。如B會以自身患病療治告誡其他病友要好好照顧自己的身體，不要像他一樣。轉以自身病情成為在病室內關切他人的意向，以其病情成為人際間言說示現。

3. 照顧承諾落空與獲得的反覆經驗

住院思覺失調症患者發現罹癌後的起初反應多是拒絕進一步檢驗或醫療。照護人員在勸說無果後，便會商請家屬加入勸說。像是B拒絕接受開刀，醫療人員便藉由請B的女兒至花蓮來說服個案接受。對B來說，接受醫療便意味著接受了女兒的關切，也就是讓進入療養院後便疏遠斷裂的關係，得以再度連結起來。進入了關係中的「承受者」和「被照顧者」的經驗，獲得原有親屬關係位置是關聯著接受醫療。如B：「(醫護人員)就去找我的女兒來，我的女兒來兩次叫我去開刀，我就，反正小孩子嘛，她關心爸爸是必然的嘛，我就接受我的女兒的，算說聽她的就對了，聽她的話去接受治療。」亦即患者長期待處精神醫療系統而和原有親屬關係疏遠的處境在罹癌裡而得以轉動。患者在尊位角色的被呈現下，同時接納了被照顧者的位置。

但同時，思覺失調症患者罹患癌症後，和原生家庭間關係的衝突和矛盾情感可能更加劇。如B罹病前住院自覺得很痛苦了，罹病後更加劇了當事人的被拋棄感：「把我當作孤兒一樣的看待。」也就是患者罹患重大生理疾病經驗到看見他人，是面臨了人際和倫理上的隔絕，是倫理主體的現身，是過往倫理不可能的再喚起，呈現了倫理困境和痛苦。或如BO：「我在這裡好像在苟且偷安一樣」喚起了被置身於被拋棄脫離的結構處境和位置，或者是被責罵的位置。如B和UN期待返回原生家庭中。對UN來說，疾病痊癒關聯允許其返家的承諾。卻經驗到聯繫時遭遇拒絕和落空，而必須透過更間接的方式和家人聯繫。或如CU：「……家屬的感情啊情感啊，就會比較不舒服，他們就說老是生病會罵我，你怎麼還在生病，對阿。」「如果跟

他說我生病了，他們會說你會藉著這個理由逃避現實。我妹妹會說我逃避現實一些事，不要拿病痛來來逃避。我都沒有呀，我說我都沒有逃避呀，我都有照那個程序來。」

對B來說，罹癌意味提供了脫離至今在精神療養院痛苦處境的可能。接受癌症治療就意味著延續這痛苦。生活在精神療養院中感到痛苦的是未感受到親人的連結，且受苦未被注視到，雖有似無的親人關係讓B宛若孤兒一般。對B來說，親人知病情卻不主動聯繫B，是令B感到痛苦的來源，而遭旁人指出此一狀況，更讓B在覺察情境裡加重感到痛苦。類似的人際處境亦可觀察在前述病患和醫護人員間。患者再次經歷到和周遭他者的斷裂關係，自身存在於滯留的關係處境。這裡顯現了被觀看，被指出失怙的結構處境。

另一方面，罹癌卻也讓患者獲得關係裡再理解和再連結的可能，如和原生家庭間，和照護人員間等。Duffy與Aquino-Russell(2007)曾在對罹癌女性活過經驗(lived experience)探究的主題裡發現，經由和他人連結的癌症經驗中獲得對自身的新理解。在受訪者如A罹癌後，原先排斥和患者聯繫的妹妹反而在癌症治療期間主動探視A。或對UI來說，原本擔憂接受癌症醫療的後遺症，如須身體造口而不願進行。除面臨被醫療人員警告，亦對是否要接受醫療關聯著困惑於他人的態度。但也讓入院前早已和家人失聯而成為遊民的UI，在化療的完成裡關聯著旁人的讚許，讓UI成為受關心和被肯定者。綜合以上，患者經驗著照顧承諾落空與獲得連結的反覆過程。

(四) 小結

本研究發現思覺失調患者罹癌經驗具三重存在結構：置身下降與身體感受照料的世界，受威脅裡的觀看/照護行動和處境，在關係裡遭逢阻絕和再連結的可能。如此存在結構顯示患者作為身心受苦者的本體不安處境，但如此的不安，也構成生活前進的動力。林耀盛、劉又華(2014)指出，精神病患的道德生涯，是一種尋找「位子」的過程。從「失位」、「錯位」、「位移」到「在位」的置身結構，顯示症狀的創真行動，是一種再建構的歷程，而非僅是心理病理的意涵。對罹癌的思覺失調症患者來說，是不同於一般的精神病患尋找位子的生涯，主要在於他們遭受身體感

的變異苦痛，而非僅是心理受苦，亦即具身化的受苦(embodiment suffering)，這是身心越界的生涯，已非新舊生涯的告別與再進入，而是新舊不再具曲區辨意涵的身心雙重失落與尋求安位意義的過程。

罹癌患者置身下降與身體感受照料的世界，在下降與受限的覺察以及身體感受的變異裡，覺察易受傷害和不安穩的處境狀態差異，感受著日常生活熟悉的不再。癌症徵候或以身體感的各種形式浮現被指認，身體部位和行動遂成覺察和觀看的對象，感受過往世界的失去。蔡璧名(2008)指出，如果說「身體觀」是一種理論性、概括性的「認識」，則「身體感」指涉的是「現象」，是以身體為主體，而面對世界所產生的感知與認識。由此，疾病就是有變的身體場域，疾病場域(或有變的身體場域)就是疾病的本體，因此沒有脫離具體場域而存在的疾病，治療疾病也需從其對應發生的場域入手。

在如此感受威脅裡，患者藉由轉換患病過程架構和視點，同步於旁人的生活節奏，或轉將關注過往被忽略的對象，神明或親人保護，聲音陪伴等意象來尋求拯救自身於威脅和痛苦，避免災厄。呈顯位處受威脅裡的被護佑者的意象照顧結構，亦是一觀看／照護的行動和處境。但面對癌症病情告知的醫療現場，患者往往呈顯自身像是局外人一般，無法判斷和決定關於自身病情的選擇和安排。這讓患者經驗到順應既有精神醫療管理和對自身疏離間的矛盾衝突，切身事項卻宛若觀看他者的為難處境。罹癌也凸顯了患者較同住在精神療養院病友間，此鄰近關係的落差和阻絕，但不確定性則突顯出個人的獨特性。而罹癌後的照顧也給出患者居住在精神療養院裡，和照護人員，或與家人間新關聯型態的可能。如患者再次經歷到和他者的斷裂關係，自身存在於滯留的關係處境。顯現了被觀看，被指出失怙的經驗。或是尊位角色的被呈現下，同時接納了被照顧者的位置。這些也就是呈顯出一照顧承諾落空與獲得連結的存在結構。

四、討論與結論

(一) 討論

本研究離開傳統臨床精神醫學對思覺失調症的症狀診斷準則的病理視野，亦不以是否功能損傷、貧乏或退化的視角，或以健康行為和信念的眼光觀看患者行動。研究轉向視經驗者為在世存有的經驗主體，關注長期居住精神醫療機構中雙重罹病的思覺失調症患者的生活世界。思覺失調患者罹癌經驗，在實證醫療視野下，往往是被症狀化和問題化處理。也就是患者的存有現象在臨床實務上，往往成為醫學語境下的特定科學議程和對象化，要不被病理知識進行轉譯，要不如果患者未被認為有足以構成進入實證醫療視野的事件，或陳述他人難以理解和接應的話語，通常也就被健康照護人員過濾忽略了。

進言之，思覺失調症患者在其漫長住院過程中，已經形成了「常態生活」，但往往在病理框架下不被看見。而思覺失調症患者罹癌經驗與「常人」罹癌經驗相較，在本研究資料中顯得較為接近，皆是「常態生活」的破口。而「罹癌是『常態生活』的破口」這件事，讓常人罹癌者與思覺失調症罹癌者進入類似的「人性歷程」。然而此「人性歷程」過往卻在精神醫療介入時，我們陷入異常偏差的想像，如余德慧、林耀盛、李維倫(2007)指出，精神疾病一直飽受「人性」的假設所牽引，表面上我們會從文化的建構中發展出一些看似普世性的觀念，例如，幸福、健康、適應或者調適等適性意義的家族概念，透過此普世意義，而有了「何謂病態心理」的概念，也開始進入文化符碼的意義生產。人性歷程也因而被對於精神症狀的諸多考量所遮蔽，甚至形成健康照護者和患者在醫療場域裡遭逢的慣性和約制，如本文先前文獻中所整理呈現。

在此遮蔽下，思覺失調症罹癌患者雙重罹病其多重失落而幽微的心理過程、獨特的情感性經驗，存在置身於他者難以接應的世界。一方面如Kimura認為的，思覺失調症主要表現為在人際世界中的重大事件，以及患者所懷疑的自我或主體不是朝向過往，反而是關聯在未來自身存在的可能問題，也就是異化成為非我的風險，因而另一方面，其主體的連貫性永遠處於危機時刻(Rulf, 2003)。

Rulf(2003)進一步整理現象學對思覺失調研究的貢獻後發現，思覺失調本質上即是關聯自身，思覺失調的核心就是失去與現實的重要聯繫，當中關鍵是情感的(affective)，尤其是在關聯他人的世界構成中。在海德格的存在現象學中，關懷(Sorge)是情感經驗的前提和來源，是一種明晰的、照亮的來源藉由現象闡明自身，是一種面向未來的形式，在操煩中超越自身，在當下面對自身存有的可能，即是此有(Dasein)。倫理(Ethos)即是此有本身，是起源於牽掛，也意味著棲居地，是人所居住的開放場域(汪文聖，2019)。

而從本文的訪談資料經驗主題整理中可看到，思覺失調患者罹癌是面向自身和他者的關切操煩的情感。當中時間性的變異，不單是牽涉主體自身層次，更是以關聯他者以朝向未來。而關切形式轉以時間空間化、空間身體化、身體情感化的方式來試圖維持罹癌的情感主體，和表達自身行動。思覺失調患者罹癌經驗中的時間性變異是以空間性的方式掌握；其特異存在是罹癌身體的的碎裂化狀態，罹癌經驗依情感(affect)感受而表達。過往對於如此的情感，則以病理指標指認，忽略這是一種倫理關係的召喚。

正因如此，精神病患常被視為「道德破產」而難「成人」，更是無法善盡責任和義務的「幼稚化」(infantilizing)族群(林耀盛，2012)。思覺失調症的內在體驗是一種無法被同化的稀有經驗，是反應一種參與社會建構的企圖，我們無須以進步改善的時間論點，試圖以線性發展的立場，期待其轉向道德生涯的路徑(林耀盛、劉又華，2014)。尤其，當病人罹癌後，時間的變異與身體的感受，更容易被陷入林孟瑤與林耀盛(2018)所指出，如果僅是將思覺失調個案話語表示為「不可理解」症狀的表徵，我們就遠離個案生活經驗的難以被理解之處，進而更加孤立其置身所在之處境。Willig(2011)探究罹癌論述發現，當中多隱含文化道德框架。也就是罹癌經常被構造為墮落、腐敗和衰敗的標誌，意指著癌症患者的內在虛弱和自我毀滅狀態。本研究指出思覺失調患者身處在精神病院的場域中，首先是置於邊緣被拋的人際處境裡被指認和自我認同。而罹癌則進一步構建了個體再被指認的存有。但也因罹癌經驗給出了思覺失調症患者對自身，和周圍他人對患者的再理解朝向和可能。

(二) 結論

本研究以現象學心理學研究法，直面思覺失調患者罹癌的心理經驗與存有現象。Frances(2014)曾批判，思覺失調症是一關於症狀和行為的異質性包裹標籤。只是一個命名，是有用的醫學和社會上的建構，但也會帶來疾病實體的錯認風險。過往在精神醫療過於強調科技理性，卻忽略了實踐理性。林耀盛與李維倫(2018)認為，臨床現場作為受苦現場，帶來了獨特感知，重新組構了人們的生活時間與空間、我們與自己、和他人的關係，這並非單以醫學觀點可以完全理解涉入。甚至，當一般罹癌者的「人性歷程」開始被醫療系統重視與接應，如安寧緩和醫療的興起時，我們看到對於思覺失調症罹癌者的「人性歷程」經驗現身，如林耀盛與邱子芸(2015)的臨終心理研究，他們指出深度陪伴臨終病患，只有當患者與照顧者共同將生命歷程回顧完成，才能進入存有世界，朝向臨終處境的「善終」、「慎終」和「啟悟」的人性歷程。但如此深刻的人性現象，卻在對精神症狀的強調裡被遺失與忽略。這當中所關切的並非僅是醫療成本考量，或是否合理化醫療系統無法接應思覺失調症罹癌者之「人性歷程」的單一訴求層次而已。本研究顯示，整體的臨床實踐須返回生活現場，以情感性關係存有的人文臨床心理學，創造同情共感的療癒性照護環境。

(三) 研究限制與建議

在研究限制上，此次的研究資料來源多侷限在機構內長期安置的思覺失調症病人上，一定程度的侷限了相關經驗的深厚和寬廣。再者，本研究採取立意取向以探詢到適合的參與者。但部分參與者明顯具經驗表達上的困難，這些均造成資料蒐集上的困難。或可經由長時間陪同進行多次訪談或觀察以獲取資料。再者，思覺失調症本身的異質性亦須進一步考量。

最後，本研究參與者為思覺失調症和癌症雙重診斷患者，但思覺失調症患者罹癌發現時多半進程已後期，或進程快速。因此在未來研究可考量延伸至末期患者進行探究，呈現這類末期患者處於緩和安寧階段之心理經驗，做一整體縱貫的處境探究和流變經驗理解，避免這類患有精神疾病群體臨終時刻的邊緣化，以提升臨床心理照護品質。另可考量和非長期住院的思覺失調症罹癌者，進行在心理經驗和健康行為上的經驗探究分析。

參考文獻

- 丁興祥等(譯)(2006)。質性心理學：研究方法的實務指南(原作者：Smith, J. A.)。台北市：遠流出版公司。
- 余德慧、林耀盛、李維倫(2007)。東方心靈的內在織錦。應用心理研究，35，11-14。
- 李維倫、賴憶嫻(2009)。現象學方法論：存在行動的投入。中華輔導與諮商學報，275-321。doi: 10.7082/CJGC.200903.0275
- 汪文聖(2019)。現象學作為一種實踐哲學：胡塞爾·海德格·鄂蘭的倫理、政治與宗教哲學。新北市：聯經出版事業股份有限公司。
- 林孟瑤、林耀盛(2018)。症狀作為存在：探索青年女性思覺失調症患者心理現象。身心障礙研究季刊，16(2)，94-106。doi: 10.6550/ACP.0701.026
- 林耀盛(2008)。荒野臨界，此際體態：探詢精神病徵流變間受苦療癒的可能。余安邦、余德慧(主編)。本土心理與文化療癒：倫理化的可能探問，257-299。台北：中研院民族所出版。
- 林耀盛(2012)。正常與存有：精神病理的反思實踐。身心障礙研究季刊，226-238。doi: 10.30072/JDR.201209.0005
- 林耀盛(2019)。處境與時態—慢性病患者身體意象。護理雜誌，66(5)，14-19。doi: 10.6224/JN.201910_66(5).03
- 林耀盛、邱子芸(2015)。臨終處境的陪伴轉化：癌末病患及其照顧者心理經驗與存在現象探究。中華心理衛生學刊，28(2)，189-219。doi: 10.30074/FJMH.201506_28(2).0002
- 林耀盛、劉又華(2014)。精神疾病患者道德生涯現象：個案研究。身心障礙研究季刊，12(2)，94-105。
- 林耀盛、李維倫(2018)。受苦現象與哀傷情感：人文臨床心理學取向的探問。中華心理衛生學刊，31(3)，215-225。doi: 10.30074/FJMH.201809_31(3).0001
- 張偉(2012)。康德、胡塞爾和謝勒在倫理學建基問題上的爭執。政治大學哲學學報，28，131-180。doi: 10.30393/TNCUP.201207_(28).0004

- 楊婉萍、趙可式、龔卓軍、賴維淑(2012)。癌症病人生病經驗之時間性議題。《**應用心理研究**》，54，53-73。
- 蔡錚雲(譯)(2005)。《**現象學導論**》(原作者：Moran, D.)。臺北縣新店市：桂冠出版。
- 蔡璧名(2008)。疾病場域與知覺現象：《傷寒論》中「煩」證的身體感。余舜德(主編)。《**體物入微：物與身體感的研究**》。新竹：清華大學出版社。
- 龔卓軍(2005)。生病詮釋現象學：從生病經驗的詮釋到醫病關係的倫理基礎。《**生死學研究**》，1，97-129。doi: 10.29844/JLDS.200501.0004
- Broom, A., Kenny, K., & Kirby, E. (2018). On waiting, hauntings and surviving: Chronicling life with cancer through solicited diaries. *Sociological Review*, 66(3), 682-699. doi: 10.1177/0038026117719216
- Carel, H. (2012). Phenomenology as a resource for patients. *Journal of Medicine & Philosophy*, 37(2), 96-113. doi: 10.1093/jmp/jhs008
- Corin, E. E. (1990). Facts and meaning in psychiatry. An anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14(2), 153-188.
- Cross, L. E., & Rudnick, A. (2010). Coping with comorbid cancer and schizophrenia: A case series analysis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15(2), 99-107.
- Cutting, J. (2009). Scheler, phenomenology, and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 16(2), 143-159.
- Duffy, L., & Aquino-Russell, C. (2007). The lived experience of women with cancer: Phenomenological findings expressed through poetry. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 17(4), 193-198. doi: 10.5737/1181912x174193198
- Ellingson, L. L., & Borofka, K. G. E. (2020). Long-term cancer survivors' everyday embodiment. *Health Communication*, 35(2), 180-191. doi: 10.1080/10410236.2018.1550470
- Frances, A. (2014). How many psychiatric diagnoses fit on the head of a pin? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(11), 1067-1068. doi: 10.1177/0004867414555875

- Hannum, S. M., & Rubinstein, R. L. (2016). The meaningfulness of time; Narratives of cancer among chronically ill older adults. *Journal of Aging Studies*, 36, 17-25. doi: 10.1016/j.jaging.2015.12.006
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press. doi: 10.1525/9780520340848
- Irwin, K. E., Henderson, D. C., Knight, H. P., & Pirl, W. F. (2014). Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer*, 120(3), 323-334. doi: 10.1002/cncr.28431
- Jarrett, P. M. V. (2007). The problem of stigma during end-of-life care at a psychiatric institution. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(2), 19-30.
- Laing, R. (1960). *The divided self: An existentialist study in sanity and madness*. Penguin.
- Lyckholm, L. J., & Aburizik, A. K. (2017). Ethical management of patients with cancer and mental illness. *AMA Journal of Ethics*, 19(5), 444-453. doi: 10.1001/journalofethics.2017.19.5.ecas4-1705
- Millman, J., Galway, K., Santin, O., & Reid, J. (2016). Cancer and serious mental illness—Patient, caregiver and professional perspectives: Study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 72(1), 217-226. doi:10.1111/jan.12812
- Rebecca, L. B., M. D. (2016). Ethical considerations regarding end-of-life planning and palliative care needs in patients with chronic psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 11(5), 4-6. doi: 10.1176/appi.ajp-rj.2016.110503
- Relyea, E., MacDonald, B., Cattaruzza, C., & Marshall, D. (2019). On the margins of death: A scoping review on palliative care and schizophrenia. *Journal of Palliative Care*, 34(1), 62-69. doi: 10.1177/0825859718804108
- Restivo, L., Julian-Reynier, C., & Apostolidis, T. (2018). Performing interpretative phenomenological analysis: A perspective for psychosocial investigation. *Pratiques Psychologiques*, 24(4), 427-449. doi: 10.1016/j.prps.2017.12.001
- Riquin, E., Hubault, P., Baize, N., Lhuillier, J. P., & Duverger, P. (2017). Specificities of support palliative care of a patient suffering from schizophrenia in psychiatric hospital. *Annales Medico-Psychologiques*, 175(2), 140-145.

- Rulf, S. (2003). Phenomenological contributions on schizophrenia: A critical review and commentary on the literature between 1980-2000. *Journal of Phenomenological Psychology*, 34(1), 1-46. doi: 10.1163/156916203322484815
- Sass, L. A. (2004). Affectivity in schizophrenia: A phenomenological view. *Journal of Consciousness Studies*, 11(10-11), 127-147.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
- Shalev, D., Brewster, K. K., & Levenson, J. A. (2017). End-of-life care for patients with schizophrenia #332. *Journal of Palliative Medicine*, 20(7), 787-788. doi: 10.1089/jpm.2017.0164
- Sinding, C., Watt, L., Miller, P., Silliker, J., Lawson, L., Kislinsky, C., ... McGillicuddy, P. (2013). Stigmas and silos: Social workers' accounts of care for people with serious mental illness and cancer. *Social Work in Mental Health*, 11(3), 288-309. doi: 10.1080/15332985.2012.758075
- Smith, J. A. (1996). Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology and Health*, 11(2), 261-271. doi: 10.1080/08870449608400256
- Trachsel, M., Irwin, S. A., Biller-Andorno, N., Hoff, P., & Riese, F. (2016). Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *Bmc Psychiatry*, 16, 260. doi: 10.1186/s12888-016-0970-y
- Ueland, V., Dysvik, E., Rortveit, K., & Furnes, B. (2020). Homeworld/Alienworld: A qualitative study about existential experiences after cancer treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(3), 701-709. doi: 10.1111/scs.12902
- Webber, T. (2012). End of life care for people with mental illness. *Journal of Ethics in Mental Health*, 7, 4.

- Wiggins, O. P., & Schwartz, M. A. (2007). Schizophrenia: A phenomenological-anthropological approach. In M. C. Chung, K. W. M. Fulford, & G. Graham (Eds.), *Reconceiving schizophrenia*. (pp. 113-127). New York, NY: Oxford University Press.
- Willig, C. (2011). Cancer diagnosis as discursive capture: Phenomenological repercussions of being positioned within dominant constructions of cancer. *Social Science & Medicine*, 73(6), 897-903. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.02.028
- Woods, A., Willison, K., Kington, C., & Gavin, A. (2008). Palliative care for people with severe persistent mental illness: A review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(11), 725-736. doi: 10.1177/070674370805301104

The Phenomenology of Dual Illness Experiences in Psychiatric Hospitals: The Lifeworld of Schizophrenia Patients with Cancer

HUNG-I LEE, YAW-SHENG LIN

Purpose: This study focused on understanding the psychological experiences of schizophrenic patients in long-term mental care institutions after a cancer diagnosis. **Methods:** A total of 7 patients were interviewed several times in a psychiatric hospital ward in eastern Taiwan. Each interview lasted about 60 to 90 minutes. After the interview materials were transcribed verbatim, we applied a phenomenological psychology data analysis procedure entailing 6 steps: data collection, empathic immersion, and identification of meaning units, constituent themes, situated structure, and general structure. **Results:** The analysis revealed a triple structure of existence: affective and physical being in the world, situated caring acts under threat, and relationships between blocking and reconnecting. **Conclusion:** The results indicated that humanistic clinical psychology practices are essentially a return to the lifeworld, and an attempt to restore reflexive ground in the vitality of the psychological lives of the patients.

Key words: cancer, lifeworld, phenomenological psychology, schizophrenia

Hung-I Lee: Clinical psychologist.

Yaw-Sheng Lin: Professor, Department of Psychology, National Taiwan University. (Corresponding Author, e-mail: yawsheng@ntu.edu.tw)