

# 新冠肺炎威脅下的精神病院： 嚴重精神疾病患者的心理經驗初探

李弘毅 林耀盛

**研究目的：**本研究主要透過深入訪談，探討在新冠肺炎威脅期間裡，精神病院裡長期安置之嚴重精神疾病患者，面對包含隔離在內等各種感染預防控制措施下的心理經驗現象和意義。**研究方法：**本研究以東部某精神專科醫院病房患者為研究對象，資料蒐集時程為2020年7月至8月。透過訪談5位患者。研究參與者接受1次以上的訪談。每次訪談約60~90分鐘。訪談資料轉錄為逐字稿後，以主題分析方法進行資料分析與再書寫。**研究結果：**提出5個心理經驗主題：流動的凝滯和閉絕，日常不再的時間經驗時刻，靜默等待被取消的過往回復，再日常化運動，聯結他者的關係顯現和行動。**研究結論：**本研究呈現新冠病毒作為他者，在預防性隔離和感控中塑造著嚴重精神疾病患者在精神病院的生活和世界，感受和意義，關係和情感。

**關鍵詞：**新冠肺炎，嚴重精神疾病，精神病房，隔離，感染控制

李弘毅：前衛生福利部玉里醫院臨床心理師；東華大學諮商與臨床心理學系碩士、臺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9月16日；接受：2021年5月26日

## 一、緒 論

COVID-19 是一種新型冠狀病毒，據報導最早出現在中國武漢，在 2020 年初，已迅速地在全球蔓延成為大流行病。全球各國為此實施了各種程度不一的現代隔離和感染控制策略，意圖遏制 COVID-19 的蔓延。這些措施出現在公共運輸，各級教育，社會互動，醫療院所等不同場所和空間。

疫病關聯人們害怕死亡的恐懼，尤其在面對高危險的感染者或可能感染者時，例如醫院工作人員，COVID-19 的病人及其家屬等。而面對不確定高風險對象的阻絕策略，以圍堵隔離管控的策略，是古典對於精神病患的手段。林耀盛(2015)指出，我們面對代表人存在真實荒謬性的瘋狂時，就像現實政治的管理 (administrative technology)，不是基於某種理想國的理念才形成國家社會，而是根據現實需要所產生的各種方便法門，使得國家組織營運而生。在這個正常化 (normalization) 的過程中，並沒有一個本質性的規範來呼應超然的律則，而是有許多管理技術的模態，它一方面是用來整合各種新的變革，另一方面，也是作為將來被改變的對象。於是，就像先前對瘋狂的認知是瘋狂由理性與非理性的重疊所催生，制度的型態誕生於力量正常與不正常的發揮之間。

然而，在所謂正常與否對立世界，我們總是以陌生的語言，回應精神「失常者」的母語，什麼時候才能以相同頻道相互理解，無須透過醫療術語翻譯機制，不僅是推向個人式治療得竟全功，更需要社會理解相異他者的語言。否則，每一位患者被催促運用告白術尋求復原，經由內省反覆過程，不斷地述說病情。療癒之道變成失去治癒性 (cure) 意涵，反而成為一種咒語 (curse) 附身 (林耀盛，2015)。

當這些限制 COVID-19 爆發的措施造成了人們日常生活的重大破壞和影響時，長期置身精神專科醫院的嚴重精神病患們，在慣常如同與世隔離的生活裡，在凍結的心理時間裡，又是如何覺知外部世界的變動。事實上，這場瘟疫造成的衝擊，不管是個人，家庭，社區和整個國家的層面上，劇烈地改變了人們原本熟悉的事物，並使日常生活複雜化。對於很多人來說，每天的生活發生了巨大變化，我們所知道的「正常」生活方式，它們被無限期地暫停，變形或推延。Calder、Novak 與

Lane(2020)提到，對心理疾病區分正常和異常，是立基於文化定義和功能性理解參照而來。但 COVID-19 的大流行，模糊了這之間的差異。也就是對所謂正常行為的社會期待顯露了曖昧性。

在臺灣以境外嚴管為主的各種防疫措施和政策下，疫情獲得有效的控管而未產生大流行，亦未有大規模醫院內感染的狀況發生。這些措施包含 4 月起在醫院與照護機構以暫停實地探訪為原則；宣導及協助家屬採取視訊或電話探視等方式；以及以實名登錄管理探視者之個人資料、健康聲明暨旅遊史及健康監測等資料之一連串措施（衛生福利部疾病管制署，2020）。也就是在超前部署的防疫思維語境和國家公衛政策力量推動下，各醫療院所和長照養護機構仍要預先推行各種防疫措施，以避免疫情的發生。這些防疫措施包含了病房和工作人員分倉分流、入內檢疫、禁止家屬或外界團體入內接觸、禁止病患外出、強制帶口罩、勤洗手、量測體溫等措施。Muruganandam、Neelamegam、Menon、Alexander 與 Chaturvedi(2020) 及 Iasevoli 等人(2020) 均表示，COVID-19 爆發以來，社會多對感染者、一般民眾和前線醫護的心理健康狀態關切，但對嚴重精神疾病的弱勢人群的心理影響則較少關注。

精神病院裡長期安置的嚴重精神病患無可避免的必須在這些多重限制措施下生活，也因而衍生出新的生活模式。但過往鮮少有實徵研究關注在這些防疫隔離措施下的心理經驗過程。故本研究尋求主觀經驗的分析和關聯探究。

## （一）隔離在內的各種感染控制措施對人的影響

對人最嚴重的威脅不是冠狀病毒本身，而是我們的應對措施 (Bland, 2020)。Rohr 等人(2020) 回顧有關在 COVID-19 之前嚴重冠狀病毒暴發期間，隔離措施對人社會心理影響的證據。發現隔離措施多與負面的社會心理結果相關聯，包括憂鬱症狀、焦慮、憤怒、壓力、創傷後壓力、社會孤立、孤獨和污名化等。而且決定性因素包括了隔離措施的持續時間和收入損失。

Brooks 等人(2020) 亦以隔離措施對人心理狀態的影響進行了回顧。報告呈現了對人負面心理影響，包括創傷後反應症狀、精神錯亂和憤怒。壓力源包括更長的隔離時間、對感染的恐懼、沮喪、無聊、基本生活物資供應不足、疫情訊息不足、經濟損失和污名等。

同樣的，在對住院病人的回顧文獻中亦發現，醫院內隔離的感染控制措施會對住院患者的心理健康產生負面影響 (Abad, Fearday, & Safdar, 2010)。總結來說，隔離在內的各種感染控制措施對被隔離者造成多重的心理負面影響。但被隔離者如何經驗著負面的心理健康狀態？在健康照護人員、不同的感染預防措施、不在場卻又無所不在的病毒……等，彼此關聯形構為一獨特處境結構整體裡。再者，面對疫情下嚴重精神疾病患者在精神病院的探究，研究者關注焦點和視野多半仍停留在創傷壓力反應和情緒症狀的理解視框，對經驗裡的行動，存有意義和情感關係等，這些面向的探究是缺乏實徵資料以深入了解的。

## (二) 感控在精神醫院裡的特殊性

精神醫院的長期安置患者通常被限制在醫院中密集而擁擠的群體生活條件中，他們共享共用就餐和浴室等生活空間。與通常在綜合醫院病床上接受護理的普通醫院患者不同，精神病患者通常被允許和鼓勵去參加各種專業所舉辦的小組活動和團體，以增加患者與患者之間的接觸。但由於他們的精神症狀和認知退化，自我控制和自我照護能力不佳以及洞察力不足，面對疫情的各種感染控制措施，他們可能無法理解其必要性和重要性，以採取配合作為來保護自己和群體。也因而精神病患者和精神病住院患者的居住環境可能特別危險。在這種情況下控制措施面臨到複雜性，包括對於精神病患者可能難以執行感染控制的標準建議，以防止感染傳播，例如洗手，咳嗽和打噴嚏時遮住口鼻等。因此，該人群的自我檢疫措施可能會帶來一些挑戰 (Kavoor, 2020)。

面對此特殊的挑戰和處境，Kavoor(2020) 表示，良好溝通是將隔離對心理的影響降到最低的策略，並配合將持續時間限制在絕對最低限度內，為應對無聊和壓力提供了充足的物資和實用技巧建議等。

## (三) 感控下的照顧關係

Iaboni 等人 (2020) 以失智症患者照護為例，說明如何在隔離期保持其人格尊嚴和人格完整是個挑戰。透過改變工作重點，在保護其他住民和員工的集體安全，以

及受隔離個人的權益間尋求平衡。包括使用最少限制性的替代控制，解決公平正義問題，決策透明和溝通等來達到完整的隔離下照護。Brooks 等人(2020)更呼籲，提供明確隔離理由和有關消息，提醒隔離對更廣泛社會的好處，並確保提供被隔離者足夠的物資是有助於執行措施和維持彼此關係的。但 Iaboni 等人(2020)進一步探究護理之家員工的經驗，發現在醫院隔離感染控制的措施中，面對認知功能受損以致於難以自願遵守限制的患者，要如何去避免感染危害，常感到道德衝突和臨床兩難。也就是健康照護人員執行感染控制措施並非只是單純的程序經驗，更多的是在專業表現，政策執行和臨床關係中的反覆，以及情感和道德的經驗。健康照護人員的情感經驗也關聯著護理之家患者的經驗。

再者，Trabucchi 與 De Leo(2020)記錄義大利北部療養院在這段新冠肺炎隔離期間，卻發現反而很少觀察到言語或身體暴力事件的出現。且出乎意料的是，反而觀察到一種特別甜蜜的氣氛，好像人們將對疫情的焦慮變成了親密和友善的非凡行為。這彼此之間雙方究竟歷經了何種轉變過程是值得深究的。

Van Manen(2002)說明了照顧作為牽掛(care-as-worry)的顯要性。從字源中表明，其不僅有關懷(caring)的含義，且還承擔著憂慮(worries)的重擔，之中表達出了己身情感。因而，照顧可被經驗為涵蓋自身責任在內的複雜道德—情緒(moral-emotional)關係。因此，在疫情和感染控制措施下，長期安置的嚴重精神住院病患，在這次疫情的經驗如何改變或豐富了照顧的內涵和意義是值得深思的。

綜合上述，本研究目的，主要針對新冠肺炎威脅中，精神病院裡嚴重精神疾病患者面對各種感染預防措施下的心理經驗，對疫情下生活世界的情感、關係和意義進行探討。

## 二、研究方法

本研究意圖探究新冠肺炎威脅中，精神病院裡嚴重精神疾病患者，面對各種感染預防措施下的心理經驗。嚴重精神疾病是一種精神、行為、或情緒失調導致嚴重的功能障礙，干擾或限制了一個或多個主要生活活動。通常包含的疾病診斷為思覺



失調症、重度憂鬱症與躁鬱症等 (Muruganandam et al., 2020)。為回應此問題，在認識論和方法論上，本研究重視個體不同脈絡下的處境特殊性和主體經驗。這樣的研究態度，也就是傾向詮釋、闡釋經驗現象所蘊含的意義的生產，朝向開放性的經驗現場知識生產，因而質性研究是更適合的考察方式。在此意義下，本研究以主題分析法，進行資料蒐集和分析。主題分析是將所有訪談資料謄寫為逐字文稿，並逐步比較、閱讀與反思，不以既有分析概念套用分類，而是以觀察現象湧現資料主題，尤其重視「反思分析」歷程，特別關注經驗生成 (Embree, 2007)。

### (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通過後開始進行研究收案（案號：YLH-IRB-10905），以立意抽樣的方式尋找研究參與者。本研究成員在收案醫院內特定院區的不同病房招募或經由團隊人員引介符合收案標準之病患。收案條件為被診斷為嚴重精神疾病患者，如思覺失調症、重鬱症與躁鬱症等，年滿二十歲、可口語表達經驗者為研究對象，預計收取 10 位。最終邀請 7 位，共收取訪談 5 位（同一院區不同病房），過程中另有 2 位分別因口語表達不佳不納入，或對參與研究回饋內容過少，在知情同意階段即拒絕參與。本研究對研究參與者身心或財物上不會有明顯之危害，唯一可能是在受訪時會回憶起一些不舒服的經驗（如：感染措施後所遭遇到困難或因而產生不舒服的感覺）。研究者將會尊重研究參與者的回答與敏察研究參與者的狀態。本研究參與者的基本資料整理，如表一所示。

表一 患者基本資料

代號	性別	疾病診斷	住院時間(年)	年齡	備註
PC	男	思覺失調症	11	50	未婚
PH	男	重度憂鬱症	17	56	未婚
PY	女	思覺失調症	7	53	未婚
PS	女	躁鬱症	13	64	已婚
PF	男	躁鬱症	10	55	已婚，育有一女

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，渡過可能長達數十年的醫療環境安置生活，在醫院內多被稱為住民。本研究第一作者為收案醫院內臨床心理師，訪談研究對象均為在收案醫院內單一特定院區之長期住院患者，分散於五個不同病房。疫情在 3 月後日趨嚴峻，院方在配合中央疾病管制與預防中心的建議下，陸續啟動防疫措施，包含病房和工作人員分艙分流（如：以病房為單位的獨立作業和動線分隔；每病房約 90 人，除 5 人一間的寢室外，亦有餐廳，小庭院等公共區域；病房間採最少接觸原則；病患禁止離開病房至院區和院外等），物件管控，入內檢疫，禁止家屬或外界團體入內接觸，患者探視改以視訊，禁止病患請假外出，配給口罩並強制院內人員配戴，衛教疫情和鼓勵勤洗手，量測體溫頻次增加，中止患者職能復健活動，關閉對外招待所，院內活動會議暫停或以視訊替代，臨床心理師執行患者和工作人員心理情緒狀態關懷，研擬感控標準流程，落實工作人員自主健康管理，照服員增加帶領病房內病患團體活動……等相關防疫措施。也因此病患在分艙分流啟動後，均全日待處各自病房內，活動空間受限。

## （二）研究程序

本研究首先由第一作者親自進行篩選，在篩選出合適研究參與者後主動和其約定訪談時間和地點。為配合受訪者之狀態，訪談場域多為醫院內個別安靜空間。研究參與者訪談在解釋研究目的、過程和簽署同意書等知情同意之後開始。訪談皆由第一作者在一對一的原則中進行，過程予以錄音。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。事先會先擬定好訪談問題列表，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表列順序的原則進行，並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。若在過程中發現病患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。

後續則將訪談錄音謄成逐字稿，並反覆閱讀，以求形成一整體感。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，及分析書寫。試圖聚焦於逐漸浮現的意義脈絡，進行反覆循環理解過程，形成內容主題。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。最後，研究文本蒐集是在研究分析和報告撰寫、研究個案本身的豐富性、以及研究者限制下取得一平衡而停止。

同時也考慮其他的文本資料來源，如醫院統計資料（如異常事件），公開之書面或電子資料，研究者私人筆記或田野觀察紀錄，病例資料等。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。

### (三) 研究工具

訪談過程中，研究者以開放式問句提問，並以訪談大綱為主軸。如「請您談談這段防疫時間來的經驗和省思。」、「這一場新冠肺炎疫情對您的影響是什麼？」、「您在疫情前後的生活有什麼樣的改變？」

### (四) 資料分析

採用 Braun 與 Clarke(2006) 所提之主題分析法：辨認、分析資料所呈顯出的組型方法。主題分析法是在資料內定義，分析和尋求型態和主題的研究方法，去發現反覆的意義型態。其包含六個步驟：(1) 熟悉資料：轉錄資料並反覆閱讀；(2) 生產初始編碼：對資料的有趣特徵進行編碼；(3) 構思主題：整理代碼形成潛在主題；(4) 回顧主題：分析生成主題架構；(5) 定義及命名主題：完善主題細節；(6) 生產報告：選擇生動，引人注目的例子，連結分析，研究問題和文獻。

## 三、研究結果

本研究結果立基於受訪者實徵資料。依前述資料分析步驟和邏輯來面對受訪者的經驗。研究共蒐集 5 位符合資格之受訪者訪談資料，經分析書寫呈現五個經驗主



題：流動的凝滯和閉絕，日常不再的時間經驗時刻，靜默等待被取消的過往回復，再日常化運動，聯結他者的關係顯現和行動。分別陳述如下。

## (一)流動的凝滯和閉絕

在疫情發生前，精神病院和外界間可透過某些管道讓人與人之間流動，如病人親朋前來探訪，社區志工活動，社區復健工作，假日請假外出，參與宗教活動，院辦旅遊，返鄉過節等。但疫情日趨緊張下，管道一一地被填堵了起來，精神病院裡住民和外界人群的接觸可能迅速降低。隔離生活在院區各棟病房裡，住民覺察生活中充斥更多流程，空間感受則是被侷限了。如 PY：「壓縮了，我們被壓縮了，被壓縮活動範圍，被壓縮了我們的那個生活範圍。被壓縮我們過日子的那種樂趣。」疫情帶來的進一步禁絕措施，被施予的住民普遍感受是悶。如 PY：「覺得很悶，很悶，對，而且就是……就是感覺上就是……那種沒有希望的感覺。」如 PH 原本能藉由每週上教會的機會，從院區暫時的逃逸。疫情發生後的限制和隔離，讓 PH 不能外出至教會，也剝奪了 PH 順便品嚐院區內無法得到的各種美食和電影院觀影機會，這也衝擊著他原本的信仰，以及和世界的關係。而隔離在院區棟內不能外出，緊縮的空間感受會以身體經驗的反應來獲得理解。如 PH 在分艙分流隔離後開始浮現各種身體的疼痛和不適。PH：「然後那個……那個……就武漢肺炎一來的時候，那我活得夠……活得好像……很難過很痛苦，一天到晚就是怎麼繞還是在園區而已啊。」活動空間受限，不確定隔離終點的漫長等待，緊密的彼此病房內生活空間，額外增加的繁瑣監測程序，人際間就呈現火藥庫般的易燃。一個不穩定，一點小事，人際間情緒就會炸裂。而在疫情隔離下，空間遂呈現出作為資源的屬性，這在抽煙和煙品的購買這件事上可以看出。禁絕封閉的感控措施對某些人的衝擊，就是煙癮的難以滿足。對煙的渴求原先可以透過偶爾的外出時刻得到紓解和滿足，或是利用外出機會偷渡煙回來病房。也就是疫情前，空間的延展和移動作為資源，可以交換和生產出供自己滿足的香煙，甚至進一步和他人交流的可能。但香煙在隔離的空間阻絕裡逐步消耗原有存備，時間一長，沒煙影響到情緒低落，精神萎靡，食慾不振，體重下降。但亦有住民順勢改變自身長久以來的行動朝向。如 PF 在院區內隔離的幾個月時時間裡，順勢戒掉了長年來酗酒和抽煙的習慣。空間限制反而成為人自身面對的心理資源。

## (二)日常不再的時間經驗時刻

病毒威脅對精神病院裡的人而言，首先帶來的是目前為止生活模式的變異。精神病院住民直接面對感受的是各種醫院內感染控制措施，首先經驗到的是生活作息的差異，監測程序的細緻化和繁複，原先生活節奏中斷和扯離。如 PC：「（疫情之前生活）然後就是都有在動，有在動，然後時間就是很好過，過得很快，然後也……裡面的住民也不會干擾我，所以過得……就是好像在外面的生活一樣。然後自從……就是……隔離以來就變得不能動唉。然後就很浮躁，很無聊，然後就很浮躁，不知道要幹什麼這樣子。」在疫情新聞資訊傳播撲天蓋地而來，新的防疫措施每日新增裡，精神病院住民面對不確定的疫病變化和浮動的感控措施，多半報告出較往常感受到害怕，畏懼，緊張，憂懼，浮躁……等情緒質地。但疫情下在院區裡的生活除了可見的防疫程序外，更多的是對時間隱微的感受差異。PY：「就是沒有，沒有……沒有甚麼……沒有甚麼……沒有什麼變化，跟沒有什麼有趣的事情發生。」這當中的體察，不僅是在情緒層面，更多是時間經驗上的質地感受差異。新型冠狀病毒帶來空白時間，讓人從過往的慣行活動和例行事務中空缺下來。這當中沒有壞事，也沒有趣事，有的是突然間不知道該如何是好的混沌。院區內外的既有節奏停止，生活中大量例行的時間空缺下來，有的住民嘗試以睡眠來填補，但一段時間後便感到日益的空洞，甚至是對自身的罪惡感。而如今空下來的時間，如同多出來的空白時刻。如 PC：「睡不著，然後起來，除了抽菸之外，你能做什麼，不知道，走來走去，然後看來看去也沒什麼，反正就是……就是……沒有事做就對了。」

## (三)靜默等待被取消的過往回復

在疫情發生前，部份精神病院的住民週間白日至附近的店家進行復健工作，或週末告假外出，甚至還有在外租屋短暫停留數日的。疫情一來，各種超前佈署的預防性感控措施下，這一切都被取消。有些住民對此變遷感到失望和失落，頻頻找健康照護人員要求說明和確認終期。如 PC 對住民和健康照護人員間互動所觀察描述：「就是好像必須要……本來一句話平常只要說個一次就好了，然後變成說好像就對於很多人，你就要有耐心的去跟他解釋。」有些住民則選擇讓自己成為等待者，在

疫情時間裡無聲等待，和周圍人群保持距離，避開談論以獲得不被侵擾的空間。如 PS：「我就當個好好休養的一個住民，在那邊，不要吵，不要鬧。那乖乖地等，等著等著這個武漢肺炎過去，然後大家都安然無事。」承受等待以捱過時間的樣態，讓自身融入群體的韻律裡，去跟隨身旁眾人節奏，觀看並跟隨他人的身體，進而獲得可掌握的生活節奏感和依靠。如 PS：「前一陣子害怕！害怕！但是這是容不得我們的，我們也就默默的靜靜的在這邊等待，等待看怎麼樣子的變化。」

#### (四)再日常化運動

面對綿延而來的疫情訊息，有些住民選擇避看媒體新聞，或避開接觸高談闊論的人群，希望讓生活盡可能的維持疫情前的樣態。有些則如 PH，作為虔誠的基督教信徒，他發覺自己在這段隔離的時間裡，進行禱告的時間和頻率均有所增加。PH 認為透過禱告，可以轉移自己的注意焦點，連結過去生活的樣態。同時 PH 亦會以興趣活動協助自己找回往日生活步調。或透過睡眠週期調整，以不舒服的身體感受回饋來逐步調整睡眠週期時間的安排部署，進而穩定自己的情緒和節奏，避免讓自身陷入自責和情緒低落漩渦中。或如 PS 嘗試將自己的目光放在可及的眼前，稍近的未來。不去做太遙遠的規劃，也不去想過往。讓目光所及只涵蓋今日和明日。或者在疫情呼喚而來的防疫措施有其時間規律下，精神病院住民藉由讓自己和醫院防疫措施流程和疫病時間同步而感到安心。如 PC：「我覺得我們這裡很安全，因為我們醫院都會照步驟來，你上面頒發甚麼命令下來，然後我們醫院就會去執行，去顧到……。」讓自己配合新的疫病下時間表作息，並以獲得安穩的身體感受來衡量。

而 PY 則透過自身設想的食療和大規模消毒行動想像，自我活動限制和安排日常活動來重建自身世界的秩序。當被限制在各棟病房時，PY 不放棄原先的走路運動習慣，改以每日繞病房公共空間百圈以上，甚至帶動其他住民仿效。再加上睡眠和刻意飲水，PY 替自己在疫病時空裡創造了一種新的狀態和節奏，進而讓自身居於其中，當中是希望正常如昔的努力。PY 說：「就……我講的就是我剛剛一直提醒的就是……我會過我自己的日子啊，就是……就是它在怎樣在延燒，外面在延燒。然後我們受到醫院的保護。對，自己就是很淡定在這裡面生活。然後多……多利用時間，

嗯，arrange 自己的生活。」時間在重新佈署裡獲得生產性和價值。而生產不再是以過往他人眼光下的社會價值來界定，相反的，更多是回到自身處境裡的創造。這些都是精神病院住民在身處疫情的超越日常處境裡，所進行的再日常行動佈署。

## (五)聯結他者的關係顯現和行動

受訪者所處的精神病院在 3 月開始實施分艙分流的隔離措施。以此次受訪者所在的院區來說，隔離措施下的每個病房艙位仍是近百位住民規模。一些原本認知功能較佳的住民，在疫情和防疫措施下，從原本每日每週可逃逸出醫院的節奏掉回時時刻刻得面對其他住民。就在這須時刻面向他人或自身的處境裡，住民們有著迥異以往的發現。如 PS 就驚訝發現，原來自己是可以長時間待在院區內而情緒穩定的，這對過往擔憂自身情緒的自己而言是無法想像的。PS 並發現待在院區生活是簡單過活的優點，具有相比在外短暫租屋生活而繁忙來的更令人放鬆。也如 PC 的反轉，去傾聽其他住民的聲音，從過往沒耐心轉換到對其好奇。

如 PC 說：「也不是發生了什麼事情，就是自然而然的你跟那些住民就是……以前會說：啊你走開啦，現在現在就……好像關……關這三個月好像就會說：啊，你在說甚麼，就會仔細聽這樣子。那其實他們跟我講話都是講一些我聽不懂的唉，我就趕他們走，然後然後在這裡就是這……近來這三個月就是已經變成說會慢慢的聽他們在講什麼。對啊，啊就覺得很有趣這樣子，啊以前他在那邊講話的時候，我都沒耐性，因為他講話我聽不懂。嘿啊我就……我就趕他走，那後來……等到說……近來這三個月就比較有耐性了這樣子，就聽他講，然後去想說他在……他想表達的是什麼這樣。然後就是……慢慢的就是，哼，然後慢慢的就會去……接觸他們，然後去跟……去聽他們講甚麼這樣。」在好奇的連結接觸下，住民開始傾聽疫情前雖身處同一空間，但未曾仔細聆聽的聲音。

或者住民和健康照護人員間也感到覺察相處照顧經驗上的差異，如 PC：「嘿，然後現在……自從隔離以來，就是說，跟他們在更深一層接觸這樣，就像變得有點類似朋友，他們看到我都會虧我這樣子。」但也有如 PF 感受到的和健康照護人員間的彼此疏離。表示為了避免工作人員將外界的病原帶入院區內，PF 會有意識的隔開



和照護人員間的距離，因此感受到彼此的距離，而非像往常一般的有說有笑。

或如 PF 從疫情下眼前的人際互動，去省思過往困難的生命經驗。在受限的空間關係裡，反而有機會去面對自身過往生命歷史中的關係。PF 說：「疫情是會過，但是自己的身上做了一些踏錯的步伐喔，可能就造成你一輩子無法挽回啦。」

或原本和院區內生活保持平行運轉，在疫情下被迫全面返回，如 PC 被迫返回原先一直藉由各種有限管道避開的精神病院區內的人和環境。在這樣的處境底下，加上恰好目睹發生於熟識住民間關乎性命的意外事件後，讓 PC 人整個驚嚇警覺，自問：這樣的住院生活還要持續下去嗎？還要持續多久？PC 遂聯絡原本關係不錯的姊妹，深入討論其個人未來的安置，在獲得親人願意接出去的保證下，得到一個證實：不會讓 PC 在精神病院裡住到老衰至死，PC 才整個放鬆下來。也就是疫情的隔離處境反而督促著 PC 去直面原本一直潛藏著的生命憂慮，去督促證實和行動，從而打開了新的可能。

## 四、討論與結論

### (一)討論

本文探究在精神病院裡嚴重精神病患在新冠肺炎威脅下的心理經驗。目前疫病相關心理健康研究對象多集中於受感染者，醫護人員或一般大眾的心理健康狀態。理論視角則將疫情視為創傷壓力事件。而疫情下的精神疾病患者，則以其受影響的情緒或精神症狀變化為關注焦點，也就是多以脆弱性或病理性觀點視之。但對處在精神病院裡的嚴重經疾病患者的生活經驗卻少有關注，尤其是這群人在預防性隔離下的時間和空間經驗，意義和感受，人際間存有狀態……等鮮有探索。DuBose(2020)以疫情裡的希望表示，在當前大流行的處境裡，「醫生話語」：生物學和流行病學解釋，固然有其重要性，但自然科學無法處理人面對困苦處境裡活著的意義。造成我們失控的病毒本身就是失控的，這是「不可能」的活著經驗。大流行時刻的存在議題無法像透過肥皂洗手洗去病毒，或透過方法去除壓力，而必須給予空間去傾聽。



防疫原則下的精神病院推行各種封鎖、阻絕、監測的預防性感染控制政策，如家屬招待所不外借，禁止外來訪客或訪客須進行健康足跡登記，外出至附近廠商的復健工作暫停，週末短暫外出措施取消，工作人員和病患的分艙分流……等。這種種的作為，不外乎是取消既有的各種接觸空間，或是藉由增加的流程項目來降低或延緩新冠肺炎的入侵節奏。目的是爭取感染新冠肺炎感染風險的降低可能及損害控制。透過依循中央疾病管制與預防中心的政策指示，和醫院內各層會議研擬出的防疫措施，讓精神病院的住民，其活動空間和外界病毒威脅之間，築起一層層的保護網。2020 年的台灣，由上而下，各機關單位和個人在新冠肺炎的陰影下，莫不都陷入這般超前佈署的語境。諷刺的是，雖名為超前佈署，受訪者所在的這間大型精神病院，其決策是亦步亦趨的跟隨著隔壁另一間大型醫院的步調，而成為絕不超前的超前佈署。

Luigi-Hernandez 與 Rivera-Amador(2020)呼籲應重新定義疫情流行期公共衛生措施社交距離 (social distancing) 為身體距離，及重視此作為所帶來的孤獨感。並且關注這對社會有所助益，但卻對個人心理可能具負面影響的舉動。精神醫學和公共衛生論述常將孤獨感醫學化，看作是精神疾病的危險因素或疾病本身，而不是將其理解為深刻的人類經驗。

精神病院裡的住民在疫情預防下，面臨限縮的外出，甚至是斷絕，使得跟院區外的互動連結更形遙遠。部份原本可藉由外出復健工作或週末外出的住民，預防性感控隔離讓人重新在院區內獲得大量的閒置時間。時間因而成為貶值的貨幣。在所有感控措施延長的醫院場域中，在名為保護的看待和意識裡，創造出一種全新時空經驗和關聯型態。

病毒的存在並非摧毀居住在精神病院的原本生活，而是對原先例行的時間予以讓出。新的感控程序、時空管控和確認表單被生產出來管理隔離。醫療化秩序獲得了進一步的強化。疫病下精神病院原先的規範制度時間不僅不被荒蕪，反而在以防疫為名下強化之。生活其中的人，時間的感受更形零碎，體驗超常秩序狀態的存有。疫情下生活在精神醫院因而徹底成為停滯的時間等候區。對某些原本可以外出工作或週末去城區購物遊玩的人來說，如何佈署讓其度過，重新去面對懸置出來的時間

便成為一項課題。過往未曾處理好的關係，或是原本藉由規律身體勞動以拋擲到遙遠的未來難題，同在隔離的病房中他人，一下子被呈現在眼前。而這也是疫情隔離所促成關於自身，也關於他人新倫理關係發生的可能之處。這樣的關係，更讓我們體察，精神病院是防疫共同體的一部分，但病人如林耀盛(2021)指出的，面對的可能是防疫共同體「納入的排除」，也是共同體的自我意識主張過於強烈，看不見他人。安全安定的友善社會需尊重、接納每個人，回應關切他人的受苦，而非旁觀，這是普遍性身心健康價值的落實。患者在精神病院裡因疫情感控隔離的存在經驗，凸顯出了預設患者必然受精神疾病影響的脆弱性和病理性，因此無法復原正常倫理生活的價值，是過於單一和侷限的視角，這是回到重思「我們」關係的時刻。

Bland(2020)認為，疫情流行給出了提示人們暫停和反思習慣模式的契機。作為「緊急經驗」可能激發人們新的意向性。如去問日常忽略的問題：我該如何生活？我該如何和他人共同生活？這深刻的困境要求從我們的深處回應。因此，疫情隔離時刻，促動了人們關聯自身前途籌劃或過往經驗，亦是關聯他者關係的倫理行動時刻。

再者，Calder 等人(2020)曾論述，在心理健康預設的適應性模型中，精神障礙通常會隨著最初可以理解的適應怪異或極端情況，常被以個人神經系統的脆弱性來理解和解釋反應和習慣的僵化。但這背後是常模假設和個人彈性期望。突然間，在疫情中我們所有人都面臨著同樣沒有先例的怪異和威脅。過往某些行為和情感被視為嚴重精神疾病的表現，但在新冠肺炎流行的這一刻，所有人都表現出相同的嚴重異常，如強迫的清潔洗手，減少接觸，無情感的執行，過度囤積物品等。這不禁令人去思考，COVID-19 大流行可能會永久改變許多人的生活方式，思維方式和通向世界的方法。然而我們所有人是否都將開始稱自己為精神疾病患者？或是這些變化是否有助我們對精神疾病患者的同理提高到新的水準此一倫理性關係的生發？在新冠肺炎大流行和公共衛生措施隔離的氛圍脈落下，思覺失調症患者經常體驗到的孤獨和孤立，不再被視為異常或是其獨有的特質。寂寞和恐懼得以被共享而不是標誌思覺失調症患者與眾不同。思覺失調症患者生命苦痛第一次獲得病理化以外的理解可能(Hasson-Ohayon & Lysaker, 2020)。

台灣政府面對第一波國內疫情趨緩，第二波疫情可能再起的後疫情時代，開始喊出防疫新生活運動。這不僅是像戴口罩，勤洗手，保持社交距離等具體的作為和行為外觀變化而已，更是帶來人和人間新的倫理挑戰。而對這群長期居住在精神療養院的居民來說，更重要的是過日常生活。但如林耀盛(2020)指出，其實沒有所謂的「後疫情時代」，新興病毒仍會不斷變形異化，我們是處在風險中；「後」不是時間的度過就沒事，並非階段論或是終結論，而是超越線性邏輯的各種可能性的並置狀態。由此反思，後疫情時代呼籲著大眾回到日常，或者說近似於從前的日常。但對精神病院的長期住民來說，要回到哪個日常？隔離這些變化對住民來說，是全新的經驗嗎？從資料中看來，也不盡然。過往住民們便依附且被迫習於在國家以醫療為名的治理下，早比一般社會大眾更深刻的參與到國家以精神健康為名的生命治理計畫之中。

當台灣進入 2020 年 7 月，新冠肺炎疫情持續在海外如火如荼的燒著，但在台灣沒有新增案例的新聞都已經令人感到乏味，直到 2021 年 5 月中旬，臺灣又進入疫情的危機時刻，更凸顯反思探討人們在疫病中的心理行為重要性。其實，當疫情穩定時，衛生福利部疾病管制署逐步放寬各種集會限制，僅維持像是室內公共場合戴口罩，保持社交距離等呼籲。但對以精神病院為家，依然持續受隔離監測，有限度接觸外界的住民而言，看著電視上各種集會和人潮，內心充滿各種不平和滋味。如 PY 所言：「然後呢……就只剩下我們……這很 boring 的這種在棟內被禁足的那個日子。」長期以醫院為家的嚴重精神疾病患者有著被社會再次遺棄的感受。「不是沒有疫情了嗎？看電視外頭的人都可以辦廟會遶境之類的活動了，為什麼我們依然要被限制？」類似這樣的提問，都以反身映照的方式提醒觀看在精神病院住民的我們。在全球大隔離的時刻，人們在各自分隔中，可以藉由網路科技反而體驗到全球社群的時間普同感。但住在精神病院裡的人，科技數位的落差讓住民被社會拋擲在外。也在這限制的反差和現象中，才開始理解住在精神病院的處境。新冠疫病的預防性隔離和感控措施，讓一群以醫院為家的人的處境被彰顯出來，吸引著我們去反思對待和關切困境。

## (二) 結論

本文從嚴重精神疾病患者的心理經驗中整理提出 5 個經驗主題：流動的凝滯和閉絕，日常不再的時間經驗時刻，靜默等待被取消的過往回復，再日常化運動，聯結他者的關係顯現和行動。看不見病毒並不表示病毒不在場，新冠病毒因而成為住民和工作人員的共同他者，在這語境下持續推擠協商。在面對持續的風險經驗，一個想像感染的可能，一個預想中的感染事件深刻地在此刻此地塑造著所有人的生活和世界，感受和意義，關係和情感。林耀盛(2020)指出，新興病毒疫情的蔓延，「我們」都置身公平風險的環境中。然而，另一些人的命運卻被迫緊緊捆綁在一起，如難民、遊民、移工等弱勢者面臨比一般人更極大的傳染風險，疫情傷痕是社會苦難心理生活史的再現或是縮影。回到日常生活，仍須自我提醒「我 OK，你受苦」的弔詭，勿偏安慣了就遺忘社會角落，仍有人在受苦。如同本研究參與者精神病院裡的住民們，或靜默等待被取消的過往回復，或在超常日常裡進行再日常化運動以自我照料。在看似受限且面對威脅的醫院內處境裡，精神疾病患者朝向他者或尚未謀面的自身，在對關係性存有的覺察和行動，新的成長經驗發展著，亦是新倫理時刻的誕生。

## (三) 研究限制與建議

本文受限於資料蒐集時間較短，只訪談到 5 位符合條件的受訪者，建議未來研究可擴增受訪者人數，以尋求更豐富心理經驗主題結構。未來亦可連結疫情下精神病院健康照護人員的照顧經驗，在照顧關係視角下，探尋兩者相互關聯經驗歷程和意義。

而因應疫情大流行所帶來的預防性隔離措施，除了強調是為維護想像群體的必要之惡舉動，關注負向情緒作為和病理性心理的指稱，擔憂脆弱性的破口凝視外，更需覺察不同生命處境裡的情感流動和彰顯出的關係性存有和意義。Calder 等人(2020)曾言，疫情讓治療師和患者間治療關係發生根本性轉變。回到存在層面的理解時，治療師的角色更像是嚮導，與個案一同創造意義並理解疫情下的新環境，這是個持續共享和主體經驗相互理解的過程。對於精神病院的病患，考驗所謂「正常」

者面對「他者」的倫理回應（林耀盛，2015），疫情中的正常／常態被挑戰，倫理關係打開重構契機，也讓我們反思林耀盛（2015）指出的適當關上精神醫療術語視窗討論精神病的方式。也許，就是讓我們重新啟動認識心智現象另一扇門窗的開始。

故此，臨床實務上建議將此視為機緣，具體措施為可提供病房內各團體聚會和活動的時間，提供即時和準確的疫情和衛教資訊，透過較多視訊和外界聯繫同步，以回到存在和彼此連結的存有層面，認可共同面臨危機的同在感和情感，彼此談論 COVID-19 對生活的影響，以促進和家庭及社區的網絡聯繫互動。同時亦關注和支持健康照護人員心理健康和避免道德損耗，以達在疫情裡重塑生命共同的整體感和彼此照顧的彰顯時刻。

## 參考文獻

林耀盛（2015）。誰的精神疾病？反思「精神分裂症」更名之後。**人社東華**，5，2。

取自 <http://journal.ndhu.edu.tw/category/2015/2015-q1/page/2/>

林耀盛（2020 年 7 月）。**防疫新生活，就是回到日常健康行為的實踐**。臺大心理學系季報。取自 <http://www.psy.ntu.edu.tw/circulations/202007/alumni.html>

林耀盛（2021 年 1 月 25 日）。**後疫情狀態下防疫共同體**。思想坦克。取自 <http://www.voicetank.org/single-post/2021012502/>

衛生福利部疾病管制署（2020 年 4 月 20 日）。**因應 COVID-19（武漢肺炎）疫情，中央流行疫情指揮中心訂有醫院及照護機構探視管理作業原則，籲請醫界朋友配合辦理**（疾病管制署致醫界通函第 430 號）。衛生福利部疾病管制署。取自 [https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/wUSsVJVXn1I1VVTOv7\\_3bA?uaid=l6\\_DcFifhJ6bIt5vd5TAGQ](https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/wUSsVJVXn1I1VVTOv7_3bA?uaid=l6_DcFifhJ6bIt5vd5TAGQ)

靳希平、水輒（譯）（2007）。**現象學入門：反思性分析**（原作者：Embree, L.）。北京：北京大學出版社。

Abad, C., Fearday, A., & Safdar, N. (2010). Adverse effects of isolation in hospitalised



- patients: A systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 76(2), 97-102. doi: 10.1016/j.jhin.2010.04.027
- Bland, A. M. (2020). Existential givens in the COVID-19 crisis. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(5), 710-724. doi: 10.1177/0022167820940186
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Calder, A. J., Novak, L. F., & Lane, A. (2020). We're all going crazy now: How the COVID-19 pandemic can promote more compassionate clinical perspectives. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(5), 639-646. doi: 10.1177/0022167820938615
- DuBose, T. (2020). When COVID-19 meets pandemic hope: Existential care of, and in, the impossible. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(5), 564-570. doi: 10.1177/0022167820944645
- Hasson-Ohayon, I., & Lysaker, P. H. (2020). Special challenges in psychotherapy continuation and adaption for persons with schizophrenia in the age of coronavirus (COVID-19). *Counselling Psychology Quarterly*, 34(2), 1-9. doi: 10.1080/09515070.2020.1781595
- Iaboni, A., Cockburn, A., Marcil, M., Rodrigues, K., Marshall, C., Garcia, M. A., ... Flint, A. J. (2020). Achieving safe, effective, and compassionate quarantine or isolation of older adults with dementia in nursing homes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi: 10.1016/j.jagp.2020.04.025
- Iasevoli, F., Fornaro, M., D'Urso, G., Galletta, D., Casella, C., Paternoster, M., ... Group,

- C.-i. P. S. (2020). Psychological distress in serious mental illness patients during the COVID-19 outbreak and one-month mass quarantine in Italy. *Psychological Medicine*, 51, 1054-1056. doi: 10.1017/S0033291720001841
- Kavoor, A. R. (2020). COVID-19 in people with mental illness: Challenges and vulnerabilities. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102051. doi: 10.1016/j.aip.2020.102051
- Luiggi-Hernandez, J. G., & Rivera-Amador, A. I. (2020). Reconceptualizing social distancing: Teletherapy and social inequality during the COVID-19 and loneliness pandemics. *Journal of Humanistic Psychology*, 60(5), 626-638. doi: 10.1177/0022167820937503
- Muruganandam, P., Neelamegam, S., Menon, V., Alexander, J., & Chaturvedi, S. K. (2020). COVID-19 and severe mental illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry Research*, 291, 113265. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113265
- Rohr, S., Muller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Psychosocial impact of quarantine measures during serious coronavirus outbreaks: A rapid review. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 179-189. doi: 10.1055/a-1159-5562
- Trabucchi, M., & De Leo, D. (2020). Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry*, 7(5), 387-388. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30149-8
- Van Manen, M. (2002). Care-as-worry, or “don’t worry, be happy”. *Qualitative Health Research*, 12(2), 262-278. doi: 10.1177/104973202129119784

# Living in a Psychiatric Hospital under Threat of COVID-19: The Psychological Experience of Patients with Severe Mental Illness

HUNG-I LEE, YAW-SHENG LIN

**Purpose:** We explored the phenomenon and significance of the psychological experience of patients with severe mental illness living in psychiatric hospitals under the threat of COVID-19. Through in-depth interviews, we explored how patients experienced COVID-19 infection controls, including quarantine. **Methods:** Between July and August 2020, we interviewed 5 patients living in a psychiatric hospital in eastern Taiwan. Each interview lasted 60 to 90 minutes. We applied a thematic analysis method to analyze the data. **Results:** We identified 5 psychological experience themes: reduction of mobility and sense of in-place loss, change of time perception with the loss of daily rhythms, waiting to regain past routines, re-ordered daily life activities, and relational acts with others. **Conclusions:** In clinical practice, we recommend treating the threat of COVID-19 as an opportunity to reconnect with one another, recognize the challenges that can be faced together, contemplate the meaning of existence, and embrace the potential for renewed ethics.

**Key words:** COVID-19, infection control, psychiatric ward, quarantine, severe mental illness

---

Hung-I Lee: Clinical psychologist; PhD Student, Department of Psychology, National Taiwan University.

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

