

# 行政院國家科學委員會專題研究計畫 期中進度報告

## 科技化精神疾病醫療的現象學意義回溯 - 對實徵科學的 量性與質性研究法的哲學反思(1/2)

計畫類別：個別型計畫

計畫編號：NSC91-2411-H-004-005-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：國立政治大學哲學系

計畫主持人：汪文聖

報告類型：精簡報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 6 月 2 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

科技化精神疾病醫療的現象學意義回溯—對實徵科學的量性與質性研究法的哲學反思 (1/2)

A Review of the Phenomenological meaning of the technological Treatment in Psychiatry – A Philosophic Rethinking of the quantitative and qualitative Methodology in Positive Science (1/2)

計畫類別：一般型研究計畫（個別型）

計畫編號：NSC 91-2411-H-004-005

執行期限：91 年 8 月 1 日至 92 年 7 月 31 日

主持人：汪文聖 教授 國立政治大學哲學系

本成果報告包括以下應繳之附件：

無

執行單位：國立政治大學哲學系

中華民國 92 年 5 月 31 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫成果報告

科技化精神疾病醫療的現象學意義回溯—對實徵科學的量子與質性研究法的哲學反思 (1/2)

A Review of the Phenomenological meaning of the technological Treatment in Psychiatry – A Philosophic Rethinking of the quantitative and qualitative Methodology in Positive Science (1/2)

計畫類別：一般型研究計畫（個別型）

計畫編號：NSC 91-2411-H-004-005

執行期限：91 年 8 月 1 日至 92 年 7 月 31 日

主持人：汪文聖 教授 國立政治大學哲學系

計畫參與人員：

孔健中 博士生兼任助理 國立政治大學社會系

陳宛萱 碩士生兼任助理 國立政治大學哲學系

## 一、中文摘要

本年度計畫一方面基於過去精神衛生現象學研究計畫延伸至科技與醫療的問題而發生關切，另一方面是要對精神病醫學本身的特殊性對自然科學與人文科學作出反省，與之相關的即是——如在副標題所表示的——對實徵科學的量子與質性研究法做哲學反思。在本研究中，我們發現了所謂疾病——不論個人精神疾病或生理疾病乃至社會病態——可從亞里斯多德與海德格存有論的觀點來解釋。個人或群體生命對他們而言皆為具有機體性徵的存有者 (Seiendes; being)，使存有者作為如是的存有 (Sein; Being) 一旦被剝奪，當然導致存有者的機體性受到戕害，這也即是疾病的產生。若將疾病看作存有的剝奪，那麼治療的過程是一種對存有的復原，也就是能讓存有者重新從存有得到機體性。此種觀點讓我們去審思：是否面對著疾患，也如同對面對科技問題之以藝術作為人結合真理自化的方式，讓被剝奪的在存有論層次上得到復原？進一步來說，台灣現代精神醫療的科技文化要如何與既有的民間醫療文化相輔相成，並如何與家族文化、甚至更根本的人之存在方式作一調適，使得病人能具有社會復歸的能力，而讓其被剝奪的存有得以復原，這或許是台灣精神醫學發展上的主要課題。

關鍵詞：亞理斯多德、海德格、疾病、精神病醫學

## Abstract

The recent research bases on two things : one is the concern of the problem about technology and therapy that found in the previous mental-heath phenomenology researches, and the other is rethinking of nature science and human science by psychiatric character, or philosophic reflection of the quantitative and qualitative

methodology ,as the subtitle shows. In this research, we have found that disease, no matter what is personal mental disease or physical disease or social disease, can be explained by the view of Aristoteles and Heidegger. One's life or group's life have organic beings that is based on the Being, once the Being is deprived, organic beings will be suffered, that's why disease begins. That means disease is the deprivation of the Being, and the process of therapy is a kind of recovery of the Being, or regain organic beings from the Being. This view make us to think if the problem of technology should be treated by the propriative event of thuth with art, should disease be treated by the recovery of deprivation in ontological structure? Further, if the technological culture of psychiatry in Tawain can be cooperated with traditional folk therapy culture, family culture and the fundamental being of human to make patients gain the ability of returning to a society and recover from the deprivation of the Being, those may be the main topics of the development of Tawain's psychiatry.

Keywords: Aristoteles, Heidegger, disease, psychiatry.

## 二、緣由與目的

在過去五年中，筆者進行的國科會計畫分別為：作為自然科學哲學之胡塞爾現象學與邏輯實證論間的差異、胡塞爾生活世界概念之演變、精神衛生現象學－作為人文科學之精神衛生現象學（整合型計畫中之子計畫，分三年進行），其研究成果已分別發表於哲學會議、期刊或專書。如果前二計畫乃理論地探討著：以胡塞爾為主之現象學如何在注重生活世界之課題下為一般科學的基礎，它既區別於邏輯實證論之科學哲學型態，又期以對人文科學進行確切的奠基為己任，那麼後一計畫則是對此理論具體落實於以精神病患為照顧對象之護理學學門。惟在執行後一計畫期間，我們一方面得以對先前理論有更深入與確實之理解，另一方面則開啟了往倫理與科技領域繼續去探究的視域，同時也更引發對精神病患從照顧進一步到治療做哲學反省的需求。

在此宜指出：在該整合型計畫裡，筆者並未直接做經驗的調查研究，乃對一實徵研究子計畫做理論的回應與疏通，故基礎性的哲學研究仍為重點，祇不過更顧及其應用面而已－當然如前所言，哲學不只在應用中提供實務科學的理論背景，更可從中琢磨出更深入與確實的理論；過去基於照顧存在性的討論，在方法處理上得以對胡塞爾之超驗現象學與海德格之詮釋現象學重新審視，在內容處理上則對海德格之牽掛 (Sorge) 概念有更加的體認即為其例。

又在近年來，筆者與上述之研究相配合，而從事於海德格之〈論人文主義書信〉與〈論科技問題〉等教學當中，前述照顧存在性概念中隱而未顯之倫理課題愈發被突顯出來，另外醫護方式與態度和現代科技間的關係亦愈成為關切點。在對此諸關切的情況下，一種從海德格以存有論 (ontology) 為基礎的倫理學發展為優納斯 (H. Jonas) 的「責任原理」路線也被探討出來。

本計畫以「現代科技對精神病患醫療的現象學意義回溯－對實徵科學的量

性與質性研究法的哲學反思」為題，乃一方面基於過去精神衛生現象學研究計畫延伸至科技與醫療問題的關切，但另一方面亦基於精神病醫學本身的特殊性更適於我們藉之去對自然科學與人文科學的反省，與之相關的即是－如在副標題所表示的－對實徵科學的量化與質性研究法做哲學反思，今續對此精神病醫學的特殊性做論述，以見本計畫之另一背景。

針對於此，國內學界對精神病醫療之現象學意義回溯工作雖未有完整的研究方案，但已有從文化心理的角度對本土精神病患的詮釋學意義做探討者（如余德慧等學者），筆者已於過去處理精神衛生現象學時有所涉及；另外在精神病醫學界亦有計畫與護理學界對於藥物治療影響病患之心理，在受醫學科與工業影響下病人如何不被視為一實驗之對象，以及對於先進科技可能形成的其他醫療方法進行評估（如榮總精神科醫師莊凱迪及陽明護理系助理教授許樹珍等之合作計畫）。前者文化心理學者雖持有理論背景，也有實徵的田野調查經驗法，但較強調質性研究法，而未如本研究從現代科技對醫療影響出發向現象學意義回溯，以能兼顧量化與質性方法的內涵與差異。後者醫護學界雖能掌握受科技影響的醫療方法，在長期受量化方法支配下雖也漸對質性方法有所反省，但由於專業背景之限制其對於哲學的反省仍有所不足。

本研究筆者得與上述研究團隊有密切聯絡與合作的機會，一方面可助益自己理解本土心理或精神病學及西方科技影響下之精神病醫學專業知識，另一方面可對他們提供哲學理論的知識背景。

### 三、結果與討論

在本研究中，我們發現了所謂疾病－不論個人精神疾病或生理疾病乃至社會病態－可從亞里斯多德與海德格存有論的觀點來解釋。個人或群體生命對他們而言皆為具有機體性徵的存有者 (Seiendes; being)，使存有者作為如是的存有 (Sein; Being) 一旦被剝奪，當然導致存有者的機體性受到戕害，這也即是疾病的產生。這似乎頗為淺顯的思想之所以被我們重視，乃在於受了科技化的影響，我們失去了真正對於生命機體性的關注，疾病有如一機械操作的失調以及零件的損壞。兩種不同的看法反應在對疾病的治療態度與方法上面。

若將疾病看作存有的剝奪，那麼治療的過程是一種對存有的復原，也就是能讓存有者重新從存有得到機體性。存有剝奪的意涵是：存有者在此時感覺到存有的缺乏，而產生去充實的動機，存有的重新復原是存有者將本來已有的存有再納入到規定自己的地位裡。科技化影響下的治療活動則是將運作失調存有者修復，或可能將與之相連的其他存有者也做修復，以讓它們在彼此依賴的關係中共同機械式的運動著。

#### (一)、亞里斯多德

亞氏在《形上學》卷七裡 (Aristoteles 1997: 1032a 29ff.) 曾表示人為生產 (poiesis) 中所依據的本質 (Eidos) 是在生產者的心靈裡，這個本質讓被生產的東

西成為其所是的，但它並不是生產者本身的本質。這和自然之物的生長所依的本質存在於該物生長前與生長後有所不同。後者以蘋果樹的生長為例，蘋果的本質已存在於蘋果種子裡。前者以建築師造房子為例，房子的本質在建築師心靈內，卻不在房子質料的磚瓦內。今針對後者亞氏也以醫療術為例（同上：1032b 5ff., 1033a 10ff.），健康的本質固然在醫師的心靈內，以便他用醫療技術將病人帶往健康；但是和蓋房子不同的是，病人內仍有健康的本質，它只不過以剝奪、不在場的方式來表現。故從醫師之心靈擁有健康的本質，將病人帶往此本質，將之為此本質所規定來看，這是人為技術的。但從病人已具有的健康本質來看，那麼健康可說是自己生長而來的，這又是一種自然的生成變化。原先病人是一對於健康剝奪或缺乏 (Steresis) 的載體，健康的本質雖不在場，但已決定著病人變成健康。此本質在疾病時變成潛在的，而一旦復原時，健康的本質又實現了。

對於疾病是健康的剝奪可在我們所熟悉的情境中證明出來：一塊石頭也沒有健康的本質，但為何不說它是生病呢？因為人不健康時即感到不適與痛苦，這顯示健康是人不可缺少的，它是的人的本質（至少是其一），這種受到不在場之健康本質的壓迫與煎熬即是生病的徵狀 (Volkman-Schluck: 1979, 70)。

上述醫師在健康的復原中所扮演的角色既不同於建築師之建造房子，也異於蘋果樹的成長。醫師是將一已存在於作為自然物之人內的本質生產出來、帶領出來。今任何一自然物需要人來生產與帶領時，皆會遭遇像醫師同樣的情況：人為的生產帶領是否考量著自然物本身已具的本質性，我們只不過讓其自身已有的本質生成而已，我們是否常誤以為生產帶領者本身心靈內的本質可支配著自然物，以為自然物的本質乃由人心靈內的本質所規定？那麼人為技術應以何種適當方式來化解所可能的誤解與誤行呢？

因此疾病與療癒的問題擴延到：任何一個存有者是否合宜地為人生產帶出已具的本質性問題。故而我們將存有剝奪與復原的問題擴展到亞氏整個形上學問題的系統去，也就是去看存有之剝奪與復原在其整個形上學的意涵，如此似也才能回過來看侷限於人的問題。

在自然界的我們正是永恆生命的被剝奪，人的健康也只是就人之本質的實現，但仍面對著更高的本質而有著更多剝奪。面對著這整個從自然到超自然的機體生命界，亞氏呈現著我們往最高存有實現的目的論體系，我們可視任何一個階段存有的剝奪皆是疾患，而其復原或療癒似乎是必然的。但若僅針對那最高的目的而言，若不能維持住原先的個體存有者，潛在的本質就借助其它的質料實現出來。我們只不過是往最高實現的過渡客而已。

## （二）海德格

Medard Boss 所編的 Zollikoner Seminare 裡記載著海德格對一群心理醫師的談話：「病人不健康，這個健康不是單單不見了，它只是被干擾。疾病不是單單心身狀態的否定，疾病是一種剝奪現象 (Privation-Phänomen)。在每個剝奪中留有對於某某所缺乏的、所離開的本質上之隸屬性。這看起來是芝麻小事，但卻異

常重要，因為你們的職業正運作在此範圍裡。只要你們有著與疾病相關的事，事實上是與健康相關的，這意味著缺乏了但可復得的健康。」(Heidegger 1994: 58-59) 事實上對於存有之剝奪與復原的論點散佈於海德格的著作裡，它甚至成了海氏討論如現象、真理、此有、死亡、科技、藝術等重要問題的思想主軸，當然也成了去論述疾病與療癒意義的根源。

海氏也以疾病為例，指出病徵 (Krankheitserscheinungen; symptoms of a disease) 是對於不顯示自身之病症 (灶) 的徵候，我們常從顯示在身體上的徵候來推測生了什麼病。顯象不是現象的剝奪，這二者不能互通有無，其原因在於顯象是以另外的媒介來顯示原先的東西，就像我們始終以身體徵候去顯示原先的病症 (灶) 一樣，病症本身是永遠藏在身體媒介之後的。對海氏言康德與胡塞爾的「現象」(Erscheinung) 概念皆是藏在真正的現象之後，也不是真正現象的剝奪，故它們反不能如同假象的與現象互通有無；換言之，它們往現象去回復的通路被阻塞了。

海德格認為，原先已有但對我們隱蔽的即是非真的，而將之揭發而成為無蔽的即是真理 (Unverborgenheit; disclosedness; aletheia)(219)。就此而言，真理是對於遮蔽的剝奪，故海氏指出古希臘人以剝奪的表達方式 (privativer Ausdruck; private expression) 陳述真理的本質 (Heidegger 同上: 222)。但這種剝奪的意涵和前述的相反，過去說疾病是健康或假象是現象的剝奪是說負面是正面的剝奪，現在說真理是非真理的剝奪是說正面是負面的剝奪。

我們曾以疾病為問題出發點，強調在此觀點下健康復原需注意人身體的機體性，醫師應循著讓病患殘餘能力漸次發展出來的原則進行療癒；醫師的醫學知識並不是對健康剝奪的「自覺」，知識僅是認識論的，不是存有論的，自覺是從殘餘能力發展出來的對缺乏的自行補足，這個「自」字根本上也是存有論的“self”，而不是認識論的“ego”。我們曾以蘋果種子結成果實為例，種子本身對於尚未結成果實有一存有論之被剝奪與缺乏的「自覺」，人之從非本真到本真性的復原，根本上要類似這種自覺。

在此可做一補充：從此有內心所發的一種對召喚去理解的抉擇是非意志的，正因為此抉擇根本上為對剝奪之復原動機所驅使的。再以肚子餓為例：餓是一種生理上的缺失，引起我去吃東西的需求與念頭，這個念頭固是一種意願，但它不是屬意志的層次；但若某人絕食抗議某事，他雖有餓之生理缺失感，卻以意志去抗衡吃的需求與意願。同樣的，Dasein 對本真性的缺失有所感，則可有復原的需求與念頭，這念頭即是願有良心，它不是意志的；但若某人對於缺失有所感，卻不再順著缺失與需求的「自然」歷程讓它復原 (如饑餓而食之生理歷程)，卻以意志克服著不去復原，以意志對抗著良心呼喚，這就可能是惡魔的產生之源頭。

祈克果在《致死的疾病》(Kierkegaard 1982: 108-110; 謝秉德 1990: 174-176) 裡指出惡魔乃是於當某人對絕望做最深層的自覺時，但總是不放棄自己的意志，甚至對於上帝做對抗。我們針對海氏之願有良心，在此亦提出類似祁氏之惡魔型態可為：當對被剝奪之非本真性自覺時，但卻以強大意志違逆著復原歷程，對抗

著良心呼喚。又或許對祁氏言，絕望是一種疾病，它也是一種剝奪，但若順著復原的歷程，那麼信仰則是一種病的療癒。同樣的，對海式言常人之處於非本真性以及一旦復原的本真性亦是一種疾病與其療癒。因而本文的題目更擴展到心靈的層次。同樣的，海德格在科技問題一文的討論亦可被視為文化的疾病與療癒，我們也以剝奪與復原的觀點對之詮釋一二。

眾所周知，現代科技的本質為海氏稱為框架 (Ge-stell; enframing)，意味著人對自然過度揭蔽 (Entbergen; revealing)，對自然設定、保存、預訂、支配，對自然生產製造，遠超過自然本身之帶出自己來。科技對人的威脅不是因它製造了致命的機器，而是人之操控自然使自己無能於對自然作原始的揭蔽與體驗到原初的真理，因而框架所流行之處，就充滿了最大的危機 (Heidegger 1967: 28)。但我們見到海德格引用赫德林 (Hölderlin) 的詩句：「危機所在之處也產生了拯救者。」(Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch; But where danger is, grows the saving power also.)(Heidegger 同上: 28) 這要從科技的「本質」為靜態的種屬或共相轉為動態的命運 (Geschick; destining) 來瞭解。當我們對科技本質靜態地面對時，是以認識論立場來掌握；當對之動態地面對時，是以存有論立場讓它儘量自身呈現。框架與其所帶來的危機作為命運來看，是讓此危機不只針對著人，更針對著揭蔽本身來呈現。揭蔽本身的命運活動就是海氏所稱的真理自化 (Ereignis der Wahrheit; propriative event of truth) (Heidegger 同上: 32)。故面對科技問題人不宜從自己角度來掌握或解決，海氏曾言不論是去盲目推動科技，或無助地抗拒它，甚或詛咒它，這些都無濟於事 (Heidegger 同上: 25)。科技問題要放在真理的自化來看。

但真理之揭蔽活動需要人的參與。當科技出於人對於自然的過度揭蔽，因而忽略了真理的自化；今人們要對此自覺，將科技本質的框架視為真理自化之一現象，要共同與真理自化去持續保障 (fortgewähren; grant continuously) (Heidegger 同上: 31) 對自然的揭蔽活動，這才可具體對科技問題做一解決 (Heidegger 同上: 32-33)。在此海德格提到藝術領域為人對於科技本質深思與折衝之處，他問著：是否揭蔽要求著藝術去維護拯救者的產生，重新喚起與建立對於揭蔽保障者的注意與信任呢？(Heidegger 同上: 35) 答案應是肯定的，因至少在藝術領域的深思不對真理封閉，而且藝術不只將某某帶出來 (herbringen; bring forth)，也將某某帶向前 (vorbringen; make present)(Heidegger 同上: 34)；前者表示它仍是生產某某的人為活動，後者則表示這種人為活動旨在將某某儘量呈現自己。

科技問題之為一種疾病亦被我們視為真理的剝奪。當海德格將科技問題放在真理的自化來看時，即是將科技之病置於存有論的立場來看：它不只源於人過度對自然的揭蔽，更在於揭蔽本身的命運；但我們卻不能僅視科技為時代的命運，以之為不可避免與不可改變的過程 (Heidegger 同上: 25)。因科技畢竟是人對真理自化的參與，只不過強取操縱了其自化的行程。今人繼續在參與中善盡揭蔽之保障於維護之責，以藝術作為人結合真理自化方式，讓被剝奪之疾病在存有論層次上復原或療癒。



海德格在 Zollikoner Seminare 中可說是從自己和佛洛伊德的差異為出發點，展開其對自然科學影響下的心理與精神醫學之批判，並將之回歸到現象學的基本態度去。海氏與佛氏根本上以此有分析 (daseinsanalytisch) 與心理動力 (psychodynamisch) 的不同方式對人做觀察，後者預設了以綿密之力與力間的因果關連來說明心理所發生的跡象，人根本上也成了一個以因果律可說明 (erklärbar) 的對象 (Heidegger 1994：7-8)。

根據海德格，佛洛伊德概述現今的科學心靈是毫無批判的採用，結果變成被他哲學繼承的心照不宣的存有論的認可所陷

。佛洛伊德心照不宣的存有論有它在笛卡兒哲學的起源，以它對於一個統一的、全面的、科學的哲學的發展的要求；然後在被吸收進康德哲學的伽利略-牛頓物理學中[亦有它的起源]；最終在新康德主義的 Helmholtz 學派[有它的起源]。海德格非常明確[地指出]：「佛洛伊德的後心理學是新康德哲學在人類上的應用。」 (Heidegger 2001：260)

海德格藉由使用對於佛洛伊德後心理學理論的最基本的哲學預設的批判的反思尋求打破科學思維的獨裁。海德格把佛洛伊德的笛卡兒主義預設分成以下三者：

- 1.主客體的二分對我們的心理運作來說是本質的(the subject/object dichotomy is intrinsic)。
- 2.只有客體的「存有物」或「事物」存在。
- 3.兩種客體事實存在：心理的和物質的。

佛洛伊德繼續假設：

- 1.心理事實是由意識和無意識的過程建立起來的。
- 2.心理事實是由一種可以與物理能量類比和相互轉換的能量施力而成的。
- 3.心理能量是終極地不同於物體的、機體的過程。
- 4.心靈和身體是由其本能而結合在一起。
- 5.這些本能須為心理過程和意識的發展負責。
- 6.這些本能、愛欲和自我毀滅的本能，是所有活動的終極原因，且因此自由是一種幻覺。

佛洛伊德的類似-康德式的假定包括：

- 1.精神集中經由心理儲存持續地修正內在與外在的事實。
- 2.獨立存在的世界的真實本性和在其之下的物理過程是終極的不可知覺的。
- 3.空間和時間是「思想的形式」。

在這些預設的光照下，海德格認為佛洛伊德根據物理和心理過程的本性和功能做了其他假定。首先，他假定兩個主宰以相同的機械方式運作(Heidegger 同上：24)，且所有的東西都是終極地奠基於身體的過程(趨力[force])(Heidegger 同上：233)。如此，他認為物理和心理的都要被看做被涉及在一個持續的因果關係的連結裡。因此，每件事物都是對化約論式的科學分析來說必然地可主觀的(Heidegger 同上：148, 104)，且每個存在的東西都是可測知的。則，佛洛伊德假設在因果項

中的(ZS 148[in causal terms])心理生活的完整的解釋能力(Heidegger 同上：260)。然而，既然沒有「不可駁斥的解釋能力」顯示在意識之中，佛洛伊德發現它必然得去(a)「『發明』無意識」(“invent 'the unconscious'”)(Heidegger 同上：260)，藉此介紹介於意識與無意識的「關鍵的區別」(fatal distinction)(Heidegger 同上：319)(b)訴諸於「無意識的意圖」(unconscious purpose)的假設作為解釋(ZS214)(c)錯誤地建立「無意識的動機」(unconscious motivation)的觀念(Heidegger 同上：233)，並把「原因」(cause)和「動機」(motive)合併起來(Heidegger 同上：25 f.)。

根據海德格，佛洛伊德的「錯誤的理論」(erroneous theory)(Heidegger 同上：282)失敗於兩種主要的原因。首先，它忽略去滿足它自身的方法學判準。例如，佛洛伊德訴諸於無法證實的前提和非經驗的概念(如，「無意識」、「本能」等等)(Heidegger 同上：218-19)。甚者，他，像是一個自然科學家，失敗於給予一個適當的心靈與身體的關連性和轉化非物質的為「身體地-物質的」的機制。

對海德格來說，更顯著的是佛洛伊德只是沒有看見「清晰性」(clearing)(Heidegger 同上：228)和忽略去確定作為人的存有的存有學特質的事實(the ontological characteristics of the being of man)(Heidegger 同上：282)。海德格指出佛洛伊德的利比多理論排除了人(person)，在其中人類(humans)化約至一個願望的衝動、渴求、本能等等的配置(a configuration of wish impulses, urges, instincts)。佛洛伊德的理論甚至變得更棘手，當我們瞭解到在世存有的重要性/有意義性(significance/meaningfulness)是不可能由這樣的願望、渴求和潛能的心理性行為建立起來的。甚著，是此有的在世存有一直已經被預設著(Heidegger 同上：217-9)。相同地，佛洛伊德的「投入」、「投射」、「移情」和「轉移」的概念變成被籌畫好的建構，在一個主/客體的模式上被預知，這個主客體的模式對於在世存有的原初性是明顯的。再者，這樣的佛洛伊德式的概念預設，尚未由此有一對在世存有的統一體是本質的這個此有一的共在面向抽象(Heidegger 同上：207-10)。<sup>1</sup>

歸結上述關於海德格的討論，我們其實是將疾病與療癒視為存有之剝奪與復原，即在以存有論立場將病症作為現象－即顯示自身的病症－呈現出來，故對於心理發生的跡象就不能對象化，以認識論的立場去面對它們。簡單來說，佛洛伊德以自我(ego)作為維持動力平衡的機制中心，就是將心理與人當作被認知的對象，更何況以自然科學之因果模式為預設對其認知；它已失去了以存有論立場來讓它顯示自身的自體(self)面貌，此自體可以說即是在存有論狀態下運作的我。前面強調不論亞里斯多德與海德格皆將運作的我或自體視為具機體性的自然生命，人處於健康狀態時，固然是其生命本質的實現，但當罹患疾病時，其實現的本質被剝奪而轉為潛在的，療癒即是潛在本質的再復原成為現實的。海德格

---

<sup>1</sup> Richard Askay, “Heidegger’s philosophy and its implications for psychology, Freud and existential psychoanalysis”, p.308-312

將這種自體 self 原初地視為寓居於世的此有，從前面環繞著現象、真理、死亡、科技等客題的討論，我們也可體會到人如何可本真地實現其本質。本質無非是讓人之所以為人之人之存有，這就是此有；而規定此有的卻是存有本身，存有的開顯於此有是促成此有本真性的條件，這個開顯不過是原先已潛在的復原而已。

實際上就精神病患來說，其存有潛在深藏，而潛在的存有常具體表現在譬如病患所體驗的時間與空間性裡，它們就與存有實現在正常人之上，所具體化的時間與空間體驗有所不同。時間與空間之所以被海德格以存在性徵 (Existenzialien) 來表之，就是將時空感的心理跡象就其自身來呈現，它是屬於運作或寓居於世之自體 self 本身的。相反的若將之視為被認知的對象，那麼精神病患心理跡象永遠不能被掌握到，該自體時空性扭曲成了被對象化的範疇 (categories)，精神病患這個人也永遠不能被掌握。我們注意到讓病患自身呈現其自體性，而非強調認知主體之去認知疾患，就像前述對於科技的問題不只以人的角度來界定，更要放在真理的自化來看一樣。這也讓我們去審思：是否面對著疾患，也如同對面對科技問題之以藝術作為人結合真理自化的方式，讓被剝奪的在存有論層次上得到復原？

### (三) 台灣精神疾病的醫療環境

精神病學自詡為一門以科學為基礎的專業學門，因此被期待它能有計畫地組織精神疾病知識與發展有效治療的方法，尤其是被期待具有在特殊案例與特殊情況下，能宣稱運用了特殊的科學知識而具有解決特殊問題的能力，以此來證明自己的專業品質。於是精神病學作為專業知識必須更加專門化，方法就是透過科學的理論與技術之運用來為此一專業的實踐目的服務。換言之，技術理性主導了整個過程，它的功用在於能夠提供強而有力的診斷架構，以證明精神病學的實踐是與科學密不可分的。

為了能令人信服地顯示這門專業能在疾病發生時加以描述與辨識，以便了解與治療特殊型式的疾病，區辨出疾病的亞型，甚至為了顯示這門專業能有效地預防與治療具有嚴重後果的疾病以獲取地位與影響力，首先要做的就是要以令人信服的方式對疾病加以定義，形成辨識疾病特徵的系統，以及形成一套疾病定位程序使之在某種分類架構下能將類似疾病現象加以區分。對於一切科學來說，描述與分類是其基礎，因此精神病學不得不對外界攻擊其心靈失調概念分類無效的批評提出反駁，藉由分類系統的合法化來駁斥全盤放棄精神病學診斷的講法。

二十世紀後半，歐美精神醫學的主流在 ICD-9 (國際疾病分類第九版) 以及 DSM-III (診斷與統計手冊第三版) 出現後，漸由心理分析學派走向流行病學學派，台灣亦不例外。現今台灣之精神病學界主要使用的醫療模式包括藥物控制、診斷分類方法及社區醫療，其理論與實務主要發源自西方。然而台灣醫學界在接收西方的精神醫學的主流思潮之際，亦面臨其本有社會文化的限制與挑戰。當前台灣精神醫學界普遍使用 ICD-10 與 DSM-IV 作為精神疾病的診斷醫療根據，這

類精神疾病分類手冊的發展各有特定歷史時空的因緣，然而台灣在運用西方科技化精神疾病醫療技術之時，會出現與台灣的民情是否相符之問題。

在傳統台灣社會裡，一個家庭的存在是一個血緣、婚姻、共同生活以及祭祀等因素同時並重的，但是傳統的祖先牌位崇拜強調的是親子關係原則，強調親子關係也使得家庭的養護照顧功能特別突出，這些，都是影響家屬照顧精神病患就醫的文化因素。這種文化有利有弊，好處是家庭願意傾付心力來照顧患者，壞處是家庭仍有其結構上與能力上的限制。在過去，民間一直存在的合法或非正式的，收容精神病患的單位，目的正是在解決家庭功能不足的問題，所以這些單位本質其實是一種社會救濟，而不是專業醫療機構。但今日之

社區精神醫療體制，雖標榜其專業的醫療與復健之能力，卻缺少有效補充家庭功能不足而作為一種社會救濟的特質，精神醫學所謂的社會復歸的目標，是否不包括社會救濟以及與家庭功能的配合，值得我們進一步反省。

至於台灣之精神醫學研究本身，一直跟緊著歐、美、日本等國的精神醫學發展的脚步，如今以 ICD-10 與 DSM-IV 構成台灣精神醫療診斷分類的主流，其中並未經過研究這些分類體系是否適用，即冒然引入台灣社會，其所帶來的第一個衝擊，就是與傳統民間醫療文化搶奪合法性，其次

，則是因為將西方特殊時空環境下所產生的科技文明強行移植於本土社會，不僅將這些產物原本存在的問題也帶入此地，還可能與本土文化發生互相排斥的副作用。

因此，現代精神醫療要如何與既有的民間醫療文化相輔相成，並如何與本土文化、甚至更根本的人之存在方式作一調適，這或許是台灣精神醫學發展上的主要課題。

雖然，台灣的精神醫學界已注意到要給予家屬多層次的協助，包括經濟上、心理上的支持或教育，使家屬對於精神病的原因、症狀、治療、臨床經過、預後等有正確的認識，因而對醫院的治療有信心而合作；醫療人員也應有技巧地傾聽家屬申述其心聲與困難，使其得到心理上的支持（葉英？ 1985：37~38），但是這種自居於協助家屬的心態，似乎隱藏著以專業來領導外行的想法，已經缺乏一種謙卑與救苦的心。台灣當前各種學科的心態大多來自承襲的西方學術傳統，如何改良外國傳統使其成為本地的傳統，其實還有許多可以努力之處，重新探討精神醫學的社會復歸概念，以藝術作為人結合真理自化的方式，或許就是其中一個有助於改進今日台灣精神醫療所遭遇的問題的嘗試。

#### 四、計畫成果自評

在本研究計畫當中，對整體精神病理學相關研究的方法檢討，以至於更直接地以現象學的方法蒐集原初的田野材料，目的是要真正深化理解本土精神照顧的意義。關於這個問題，筆者以社會科學研究方法為主的實務研究中，以及醫療照顧系統採用的質性與量性典範的意涵，並透過對於病患與照顧者的原初描述的

田野資料蒐集，重新探討本土精神病以及照顧工作的特殊意義。故本研究所欲探討的課題包括：

- (1) 探訪瞭解國內精神科醫師對疾病如何被分類，以及醫治所採用的方法與過程的反省情形：是否在現代科技影響之下能從生物科學向心理、社會等各種科學觀點，乃至從科學到人性去回溯更深刻的意義，而這將與第一階段所探討出的現象學意義做一比較。訪談瞭解之結果將作為在下一項目去選定屬於某醫師之某病人為訪談對象之參考。
- (2) 定一至二間合作的精神療養院或綜合醫院精神科，實地觀察與訪談病人接受醫治的過程，以瞭解醫療效果，檢驗是否病情與醫治方式可如實呈現？進一步去探討精神病患之現象學或詮釋學本質意義，並求得一確實之醫治方式。
- (3) 檢討所訪談病患醫治如何受統計分類方式所影響，瞭解此分類的理論依據，探究其如何以一實徵科學之量化方法為前提，而受醫學科學與工業的影響為何？在我們以一質性研究方法回溯至現象學意義以及謀求可能之醫治方法後，將對此二方法之意涵與價值做一比較。

關於第一個問題，最近在東華大學舉辦之第一屆「臺灣本土心理治療」學術研討會 (2003, 4. 5/6)，即有台中清海醫院的李清發與台大醫院的李宇宙兩位精神科醫師，在其論文中直接涉及了對於佛洛伊德自我 ego 心理學的批判，以及強調出了 H. Kohut 的自體 self 心理學。前者李清發以〈心理領域：本土詞語的準備〉為題，而試將諸如西方 ego 與 self 之概念，移植到本土《成唯識論述記》中的「我所」與「我體」二概念的語境裡。後者李宇宙則以〈從經驗自體到敘事自體〉為題，而重揭「敘事作為一種治療」之意涵，但他也感於實驗醫學與科技醫學促使敘述性對話能力喪失了。他們二者皆注意到精神病患自體呈現之重要，這是我們所認為的以存有論立場來面對病患之一面；而惟如何去療癒，如何達到敘事之作為一種治療，是否他們正（應）以人為的「藝術」醫學結合著機體自然生命的復原過程呢？

任職於玉里榮民醫院社會工作師的黃璦齡 (2000)，長期觀察與從事著讓精神病患復原的工作。首先在觀察之前，她定位工作人員與病患都為個別行動主體 (黃璦齡 2000：110)，根本上就是要將二者置於非彼此被認知的對象性裡，而還原到在存有論狀態運作的自體本身。如是她理解到患者常有內在世界所感知的「體驗」－譬如幻覺，它區分於需伴有外在客觀事實的「經驗」，她稱該體驗為「擬象真實」(黃璦齡 同上：112)。妄想症患者即常期以來相信自己的擬象真實性。惟她觀察到在玉里有更多的精神分裂患者，他(她)們在病情穩定時可以區別在自己內在世界外，還有常規社會世界的存在。而也因為這種區分能力，讓患者經歷了精神世界的分裂。(黃璦齡 同上：115)

這種病情穩定的「恢復」時候，讓病患有自我的覺知或所謂的「病識感」。黃璦齡即利用患者可區別常規世界與自己內在世界的的能力，「在常規世界與擬象

真實之間，重新撐起病患的生活結構」。她觀察到在此兩個世界中，患者分別有「殘餘症狀」與「殘餘功能」，其所致力於患者「支持性就業」的治療方式，就是「扣緊殘餘功能的概念，讓病患透過身體的勞動，在工作中建立自身的價值感，學習自我控制」，工作者試圖「在病患的殘餘症狀跟工作生活中，重心黏貼出一個生活的形貌」。(黃媛齡 同上：118)

因而「重建病患生活結構」成了黃媛齡致力於患者復原的具體工作，除了支持性就業外，「結構化的團體」活動為重要的行動策略。她觀察到發病中病患時空常混淆或錯置，故而固定的生活作息是重建病患生活結構中，策略性操作的首要工作 1(黃媛齡 同上：19-123)。

在對國內精神病患以重建其生活結構為復原工作的大原則下，黃媛齡提出讓患者循序漸進入三個治療性社區：醫院治療性社區化、玉里鎮為治療性社區，以及全省性社區，此乃視患者殘餘能力的復原大小，將其納入與社區結構互動頻率高低不等的的生活形貌中，以去支持與維持其生活秩序之穩定 (黃媛齡 同上：128-129)。

我們也曾以海德格弟子漢娜鄂蘭的思想，來賦予黃媛齡所觀察與所從事之工作背後的哲學意義<sup>2</sup>，其概要為鄂蘭將海德格之論存有在此有上的開顯，轉化為建立在言談與理性溝通為主的行動生活 (*vita activa*)，黃媛齡從開始對病患與工作者之定位為行動者主體，更應可藉海氏與鄂蘭思想發展其內涵。今我們更從存有之剝奪與復原看疾患與療癒，黃媛齡利用患者殘餘功能，使其以行動的角色置身於常規的社會生活結構裡，她基本上正落實著我們的主張，亦即以生活之藝術作為人結合真理自化的方式來重新檢討社會復歸的意義。

因此，關於第一個問題的答案已經很明顯，國內確實已有若干精神科醫師對疾病如何被分類，以及醫治所採用的方法與過程做出反省，這些相關的醫師將成為我們進一步聯繫的對象，以便選定某醫師之某病人作為實際訪談對象。

關於第二、三個問題，將於下年度實際進行田野調查之後才能有所突破。然而直至目前為止，我們已經完成有關疾病之現象學理論之耙梳，並對於台灣精神疾病發展的背景得出一個概括的了解，也找出精神醫學界分類系統長期存在的問題，我們將針對我們的假設：以生活之藝術作為人結合真理自化的方式來重新檢討社會復歸的意義來做檢證，上述的成果確實已為接下來的實地研究做好了準備。

## 五、參考文獻

李宇宙 (2003)：〈從經驗自體到敘事自體〉，第一屆「臺灣本土心理治療」學術研討會，東華大學。

李清發 (2003)：〈心理領域：本土詞語的準備〉，第一屆「臺灣本土心理治療」學術研討會，東華大學。

---

<sup>2</sup> 見〈本土精神病患照顧倫理的現象學探討〉一文，將刊登於近期之《本土心理學研究》。

黃媛齡 (2000) :〈回到根本之處思考：在擬象真實跟常規社會之間重建精神病患的生活結構〉，《中華理衛生學刊》第十三卷第四期，2000 年 12 月，頁 109-130。

葉英? (1985) :〈台北市精神病患醫療制度之研究— 慢性精神病患醫療、復健系統的建立〉，台北市政府研究發展考核委員會，台北市。

Aristoteles: *Metaphysik*, übersetzt und herausgegeben von F. Schwarz, Stuttgart: Reclam, 1997.

Askay, Richard (2001): “Heidegger’s Philosophy and its Implications for Psychology, Freud, and Existential Psychoanalysis”, Translators’ Afterwords for *Zollikon Seminars* (eng. Translated by Fr. Mayr and R. Askay), Evanston: Northwestern University Press, pp. 301-315.

Heidegger, Martin (1967): “Die Frage nach der Technik“, in: *Vorträge und Aufsätze, Teil I*, Tübingen: Neske, pp. 5-36.

Heidegger, Martin (1994): *Zollikoner Seminare*, hrsg.: Medard Boss, Frankfurt a.m.: Klostermann.

Heidegger, Martin (2001) : *Zollikon Seminars*, translated from the German and with notes and afterwords by F. Mayr and R. Askay, Evanston: Northwestern University Press.

Kierkegaard, Sören (1982): *Die Krankheit zum Tode*, Mohr: Gütersloher Verlagshaus.

(謝秉德譯 (1990) :〈致死的疾病〉，收於《祁克果的人生哲學》，香港：基督教文藝出版社。)

Volkman-Schluck, Karl-Haunz (1979): *Die Metaphysik des Aristoteles*, Frankfurt a.M.: Klostermann.