

精神分裂症與 許密茲身體現象學

王心運

高雄醫學大學醫學系

地址：80708 高雄市三民區十全一路 100 號

E-mail: shinyun@kmu.edu.tw

摘要

精神分裂是種嚴重的精神疾病。研究者雖仍未能詳其原因，但在臨床上已有如 Scharfetter 等人透過身體精神的方式展開治療，並將精神分裂的病徵聯繫至身體與自我關係的失調，但可惜的是 Scharfetter 仍未提供較為周詳的解釋架構。因此本文嘗試以當代現象學家許密茲的身體理論提供另一種解釋的架構。經由介紹許密茲身體現象學的特點，嘗試以身體的五個面向做為身體與世界互動的基本模式，而身體彼此動力關係的失衡則做為解釋某些精神疾病的原因。此篇文章我們將特別談到精神分裂症的身體現象學式的原因。

關鍵詞：精神分裂症、身體現象學、赫曼·許密茲

投稿日期：2012. 11. 02；接受刊登日期：2013. 02. 20

責任校對：蔣逸群、劉澤佳

精神分裂症與 許密茲身體現象學*

壹、精神疾病與身體現象學

「精神疾病是身體性障礙」(Psychose als Störung der Leiblichkeit)，此語為精神科醫師暨現象學家 Dr. med. Dr. phil. Andrea Moldzio 對精神疾病所下的結論。¹她談到：「精神疾病裡所見的不只是思想、情緒以及知覺障礙，身體性的根本轉變也屬常見。例如，身體性認同的障礙常導致心理性運動變異、錯誤的身體覺知、抑鬱性不安、身體流失感或緊張性現象。將自我與他者做出分離與區別的依據是自我認同，然自我認同由身體性所確立。但例如在感受他人的介入、思維無拘束地在自己與他人間自由轉移（思維剝奪或思維插入），甚至與他人格混淆的情況下，自我認同的確定性將受動搖」。²

身體精神治療 (Körperpsychotherapie) 在心理治療領域裡其實並不少見，而且已發展為種種不同的進路與方法學。若以主要的心理學學派，如精神分析、行為主義與人本主義心理學看來，解釋身體心理

* 本文受國科會計畫「許密茲論精神分裂症」(99-2410-H-037-001-)所補助。同時也受共同主持計畫「身體情緒—病人膚慰技術的探索」(主持人余德慧：99-2410-H-320-007-)以及「冥視空間的探討」(主持人余德慧：98-2410-H-320-001-)所贊助，特此表示感謝。另外謝謝兩位匿名審查者的卓越意見，讓本文得以更加完善。

¹ Moldzio, A.: Philosophie der Psychosen vom Sympton zum Phänomen. 這篇文章可由新現象學網站自由下載：<http://www.gnp-online.de/Anwendungen.6.0.html>.

² Moldzio, A.: Philosophie der Psychosen vom Sympton zum Phänomen. ,6。

治療產生功效的理論仍有待加強。Loew 等人就曾就不同進路分析過，身體心理治療雖有實證上的良好功效，量性上也已取得改善病程的良好數據，但其領域內部的理論結構與假設的形成仍不明朗，因此還不能算是具備了良好的科學基礎 (Loew 2006: 18)。至於著重身體性以治療精神分裂症 (Schizophrenia)³ 的領域裡，瑞士精神病學者 C. Scharfetter 算是一位先驅。他將精神分裂的主要病徵聯繫至身體 (Leib) 與自我 (Ich) 間的種種失調關係，提出以身體導向的治療方法 (body-including therapy)。隨後我們會看到，Scharfetter 雖然提出五個基本的自我面向做為分析的基本架構，但仍不能算是提供了良好的理論說明。

關注於 Scharfetter 對精神分裂與身體導向治療法的關係，Moldzio 嘗試以德國當代身體現象學家赫曼·許密茲 (Hermann Schmitz) 的理論重新解釋她「精神疾病是身體性障礙」的論述，並嘗試以現象學哲學提供身體心理治療法的某種可能解釋。⁴作為系統與嚴謹的德國哲學家，許密茲的身體現象學主要建立在他五部十卷「哲學的系統」(System der Philosophie) 龐大巨著上。他關於精神分裂症的研究主要集中在標題為「人格」(Die Person) 的第四部，第 275 節約 60 頁專門關於精神分裂症的討論。當然，為了進入精神分裂的討論，我們必須熟悉許氏諸多身體性的術語以及概念。此外，作為許密茲的忠實追隨者，並以精神分裂症的現象學分析而獲得哲學博士學位的 Moldzio，她已出版專著：《精神分裂症－哲學的疾病嗎？》

³ 當今社會對精神分裂症的理解往往與某些負面的評價，如不治之症、羞恥等聯繫在一起，因此精神醫學學會曾興起一股正名為「思覺障礙」風潮。然因精神分裂症與其原來定義相一致且行之有年，且新的名稱在逐漸定形後是否能避免污名化的危險仍有疑問，因而本文仍以精神分裂症暫稱之。

⁴ Moldzio 也強調，身體現象學的解釋並不是取代心理治療與精神分析，而是提供某種不同的思考模式與偏向人性思考的哲學態度 (Moldzio 2004: 153)。

(Schizophrenie – eine philosophische Erkrankung ?)，並有幾篇論文已發表於新現象學網站上。⁵以上的著作與論文將是本文現象學方面的主要文獻，並以許密茲龐大的哲學系統作為研究的背景。我們將從情緒空間、原始當前 (primitive Gegenwart) 身體性、個人處境 (persönliche Situation) 以至於人格進行一系列的分析，嘗試進入許氏以身體現象學分析精神分裂症的理論。

當然在哲學與當代思潮方面，對精神分裂症也有諸多解釋。Moldzio 認為，各種不同的理論可大致區分為四個主要立場：1. 內向心理立場 (intrapsychische Position)，2. 間向心理立場 (interpsychische Position)，3. 社會學立場 (soziologische Position)，4. 反精神分析立場 (antipsychiatrische Position)。本文所要討論的主要為前兩種立場，它們牽涉到對自己身體、環境、世界以至於他人的知覺、認識與情緒障礙的解釋。社會學立場認為精神分裂症不過是生病社會的具體縮影，它反映整個人類的生活處境。反精神分析立場則認為精神症狀是社會壓抑機制的發明，心理治療師則是社會的幫兇 (Moldzio 2004: 59-60)。綜合上述，Benedetti 視精神分裂為「具超維度的顯微器，攤現隱微著的人類存在形式」(Benedetti 1994: 179)。而弗洛伊德則以分析伊底帕斯情結，視人類主體打從一開始即進入異化的過程，即使最後可能得到克服，但幼時的情結仍有可能在夢中突然襲擊「正常的」主體。從這個角度看來，最終仍是分裂著的主體。此後拉康以幼兒鏡像時期的分析，結合黑格爾主奴辯證更加深了弗洛伊德的伊底帕斯情結 (趙山奎 2006)。似乎精神分裂與人類存在本身密不可分。精神分裂是一面鏡子，它反映人類脆弱與分裂，並從世界消失的內在可能性 (Moldzio)。德勒茲與瓜塔利則採取了完全不一樣的手法，反對以家庭式的慾望生產，視精神分裂的主體為真正的慾望主體，以正向自然的

⁵ 參考同上網站。

慾望主體打破由弗氏家庭慾望與資本社會共謀的生產關係（趙山奎 2006）

貳、精神分裂症與身體心理治療（Körper - psychotherapie）

生理心理學將腦以及周遭神經系統視為一切思維、感受、情緒、意志等一切行為的唯一原因，因此被視為化約論的代表。雖然許多專家希望能在腦神經生理學基礎上找到精神分裂症的病因，但是確立精神分裂症診斷的條件之一卻為「無器質性腦病」（DSM - IV）。意謂精神分裂症基本上與生理受損所導致的其它精神病變有著根本的差異。雖然隨著技術的發達，目前可從如 PET（正電子發射成像）等判別出精神分裂病人腦形態的變化，如腦室擴大等異常，但其因果關聯孰先孰後則作未有定論。此外，精神醫學用以診斷精神疾病的指導手冊－《心理疾病診斷與統計手冊》（The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders，簡稱 DSM），自從第三版後即變成了一個「非理論性」的手冊，因為它不再探討精神疾病的成因。⁶雖然精神分裂症是精神病裡最嚴重的一種，然其病因未明。或許，「精神分裂患者將我們帶至人類非理性式存在中不可理解的精神病症裡」（Modzio 年代不詳: 2），同時它也是最困難與難解的；困難在於相對於其它精神疾病，它的療癒最差，難解是因為雖已有各種假設的出現，但仍缺乏清楚的解釋（Modzio 2004: 44）。

精神分裂的精神症狀可分為四大類如思維障礙、感知覺障礙、情

⁶ 維基百科：<http://zh.wikipedia.org/zh-hk/DSM-IV>。第五版雖已於 2012 年公布出版訊息，然其立場仍受普遍質疑，並有學者提出暫時停止出版的連署要求。故本文仍以第四版已接受的部分為主。此部分感謝審查者的意見。

感障礙、意志與行為障礙等等（中華醫學會 2007）。其中每一大項與其它項都有密切的關係，同時也再分化為種種的具體內容。為了提高診斷精神分裂標準的可能性，Schneider 提出一級精神症狀，認為患者如果有一級症狀中的某種症狀，而沒有器質性疾病，即可診斷為精神分裂症。Schneider 提出的 11 項一級症狀為：思想化聲、爭論性幻聽、評議性幻聽、軀體影響妄想、思維被奪、思維被插入、思維被擴散或被廣播、被強加的感情、被強加的意志、被強加的衝動、妄想性知覺等等（沈漁邨 2009: 507）。另外標準教科書也有如下精神分裂症的描述：「精神分裂症思維內容的障礙，主要表現為各種形式的妄想；思維形式的障礙，則表現為破裂性語言、語詞新作和刻板性語言；思維過程的狀態，表現為象徵性思維、強制性思維和思維貧乏等多種形式。具有這些豐富多變思維障礙，並由此導致許多荒謬怪誕的行為，匯集了陽性症狀的精神分裂症；與之對立的是陰性精神分裂症，以孤獨、退縮、思維貧乏、情感淡漠等陰性症狀為主」（沈政 2004: 176）⁷。看得出精神分裂症狀裡思維、情感、知覺與行為等等都是彼此影響與相關聯的。

另外一方面，近年來受到心理學裡現象學派的影響，精神分裂症裡紊亂的自我 (ego / selbst) 認知與自我離散的經驗逐漸受到重視，並與精神分裂症患者經常感受到的扭曲或變形的「身像」(body image) 經驗聯繫起來，發展出以身體為指向的心理治療方法。Röhrich 等人則認為此種將「自我病理學」(ego - pathology) 連繫至「身像畸變」(body image aberration ; Coenästhesie) 的做法可構成精神分裂症的一

⁷ 此外，在 DSM-III 精神分裂症之診斷準則裡包括以下幾項：1、怪異之妄想，如被控、思考被廣播、思考插入、思考抽走等妄想。2、身體跨大、宗教、虛無等妄想或其他非「迫害、嫉妒」性質之妄想。3、伴有幻覺的被迫害或嫉妒性質之妄想。4、批評性或二個或更多對談性聽幻覺。5、與情緒憂鬱或興奮無關之其他語言性聽幻覺。6、思考脫軌、鬆散、非邏輯性思考或思考內容貧乏。

種亞型 (subtype)，視自我經驗的混亂為早期精神分裂的病徵，以便早期做出適切的診斷。若自我病變與身體經驗的失常間具有一定的聯繫，那麼從中即可發展一系列關於介入精神分裂的治療策略 (Röhrich 2009: 20)。此治療策略可以是上述身體心理治療的手段，一方面因為具有「軀體」(Körper)，自我的心理現象才能發生，但也因為自我的佔據，「軀體」才變成了「肉體」或「身體」(Leib)。擁有了肉體我才存在，並且是我各種思想、知覺與情緒的載體，也因此是我主體所在的地方。軀體也標示著為他人能夠辨視的我之處所，因而與他人一起成為社會人格的載體與交互主體 (Blankenburg 1995: 73)。

在身像畸變方面，據 Lukianowicz 的研究，已經識別出身像障礙常關聯至某特殊障礙模式的診斷，61% 他研究的精神分裂患者有「形態知覺」(Gestaltwahrnehmung) 的改變（如變形、中陰狀態 (transkarnation)、離體的副身 (autoskopisches Double)）、形態喪失、分裂，17% 的人有「尺度知覺」的改變，22% 有空間內身體知覺的改變（漂浮的臨睡幻覺等等 (hypnagogische Erfahrung der Levination)）(Röhrich 1997: 326)。

至於結合身像畸變與自我病理學，並發展為具體身體心理治療策略的代表人物之一為瑞士心理治療家 Scharfetter。他認為「精神分裂症是一種最嚴重的自我障礙 (ego disorders)」，它表現在於自我活力 (ego vitality)、自我活動力 (ego activity)、自我協調性 (ego consistency and coherence)、自我區隔 (ego demarcation) 與自我認同 (ego identity) 等五個基本自我面向的障礙 (Scharfetter 1999: 13)。當患者出現以上五種障礙時，往往對自我產生解離、消失、破碎化等等的自我離散或吞嚥的經驗，同時患者也會在身體上做出相應的行為代表某種自我障礙的經驗。例如自我不能與外界做出區隔時，患者將會不斷搓磨自己的皮膚，似乎想藉此方法來確認自己的存在界線在那裡，那裡是我的

內在，那裡又是外在於我的環境。若身體的表現的確可做為自我障礙的表徵的話，那麼藉由身體行為的反應，系統性地評價身體的自我障礙將是具體可行的。同時反過來，某些身體的處置將可反過頭來改善自我障礙，因此可以做為精神分裂者的治療手段。例如，針對自我協調性，可使患者將注意力集中在身體中央，用手環抱自己的軀幹，做出刺蝟或烏龜的姿勢等等 (Scharfetter 1999: 14)。此外，也有身體意識治療 (body awareness therapy) 等等不同但也類似的方法，例如集中注意力於呼吸、步伐、身體韻律，如心跳等等 (Roxendal 1985: 12-15)。

當然除了身像之外，包括身模與身體的軸線都有可能產生障礙。心理治療師 Schmolli 曾以 23 歲的 Florian Klein 的案例說明身體性與自我障礙的關係。Florian 完全喪失對自己的掌握；他緊張，無助與害怕。他意識清楚，能夠有正常的聽覺與視覺功能，但無法對這些感官訊息處理為對世界的反應，例如對距離與空間的估算以進行身體運動的反應。行走時無法保持住步伐，只有儀式般地，兩腳分別重覆地由外向內劃圈扭轉進來，好像運動員在檢視每個動作片斷般。在休息室時他用背靠著書架而走，因為他的身體隨時有崩解的可能，書架的阻力可讓他覺得行走的下壓力，好讓他找到自己身體的方向性(重心)。在坐下時，他專注地往下注視著身體，重覆讓臀部從椅面抬起再坐下，有時重覆發著特定音節。(Schmolli 1988: 28)。Florian 的解釋是他喪失了身體的重心 (Schwerpunkt)，重心代表他對身體內在秩序狀況的掌握。儀式般的行為保持他對重心的內在掌握，而不斷抬起再坐下也是為了讓他的重心能夠下沉些，因為重心下沉讓他覺得內在秩序還存在著。當他失去重心的內在秩序時即完全喪失對自己的掌握。接待他住院的心理師記載著：他身體非常緊繃。他不能將他衣服脫掉，因他害怕他自己就從此消失了。Schmolli 認為上述案例為我們表明了身體與自我的關係，即使這層關係在 Florian 的意識裡只是被暗中知覺著 (Schmolli 1988: 36)。於類似案例裡，精神分裂病患喪失了自我

的同一性，此時往往得依靠尋回自我邊界 (Ich - Grenze) 的方式得到療效。

如同哲學家 Fichte 所描述的，我寫字，我也意識到有個我在寫字，但也在寫字裡意識到旁邊的另一個我。那麼是哪一個我寫下這些字呢？尋找自我與他異者間身體的邊界，對哲學家是個理論與抽象的挑戰，但這對一位精神分裂症患者而言，卻攸關著自己實際與生存的需要 (Moldzio 2004: 120)。做為一個哲學論文如果不能照顧他者的需要，而仍然以思想的自由為樂，基本上並不是倫理的作法。希望在未來的研究中能時時顧念到這點為己任。

參、許密茲身體現象學的特點

以上我們從精神醫學的精神疾病診斷手冊以及身體心理治療來談論精神分裂症的診斷與治療。精神醫學強調藥物治療，而身體心理治療著重在實際的操作層面。雖然如 Scharfetter 將身體知覺的障礙與自我障礙做了深刻的聯結，然其內部的理論形成與結構仍不明確。身體在身體心理治療裡只是做為精神疾病的表徵，或做為某種內在障礙的外部顯像，因此在心理治療領域裡，對身體的操作意義仍然大於一切。出於理論解釋的匱乏，如心理治療師 Schmoll 即以梅洛龐蒂的身體現象學做為理論援引。然而，雖然身體與世界的關係得到深刻的連結，可是在 Schmoll 的理論援引中仍只能看見實際操作手段與哲學理論的分離。因為哲學的專門術語是抽象的，包括梅洛龐蒂的身體現象學，基本上仍以哲學高度抽象的術語及概念上的連結方式，提供我們知性以及真理的體驗樂趣，但他對以上的自然科學基本上採取的仍是敵視的態度。因為自然科學，包括腦神經生理學為化約論 (reductionism) 的代表，而身體現象學則是反化約論的，提供身體—世界—存有的「身體存有學」的整體解釋。我們並不否認如梅洛龐蒂

身體現象學關於身體的詮釋，然而站在不同的旨趣與目的上，目前希望以許密茲的身體現象學提供另外可能的視野與連結的方式，並探討由身體現象學是否具備發展具體操作方法的可能性，或者，至少能達到一些預備性的工作目標。

在哲學界裡，許密茲或許並非如其它大師般地引人注目，然他對身體操作，並與其它學科產生交流方面確有其獨到之處。此外也曾有研究者以許密茲的身體現象學進行某些精神疾病實際案例的分析。例如自殘行為，是在肉體、情緒、認知以及存在層面上的失調，展現為自我認知以及離散的可能性。而身體做為個人認同的原初領域，患者經由傷害肉體的自殘行為，重新找回自我認同以及凝聚的可能性，進一步阻止離散的可能性；身體維持的動態平衡是患者目前身體狀況較為健康的象徵。雖然一般哲學術語或精神分析領域，不太願意採取比較「世俗」的觀點，不願輕易為「健康」做出操作的定義，以至於喪失了整個醫學的目的。這並不是說許密茲的身體現象學就是世俗與淺白的，然站在現象學的觀點看來，許密茲的現象學方法反而能回到具體世界的初衷。就像芝諾的阿奇里斯詭論，時間與距離無限分割的可能性，站在純知性與時間性的發生現象學是可能，甚至無限可能的——每一無限點都蘊藏著無限發生的運動，並循環相扣的返回自身與生產更多意義。但是，身體的意識是「需要」時間，「消耗」時間的：我們需要零點幾秒的時間由某個概念專注地轉移至另一個概念，甚至我們對時間的當下意識的明證性是奠基在大腦神經網絡放電震盪的幾微秒內，並同步產生當下記憶與確認的。這並不是一種化約論，卻是意識流裡具體的生發。我們沒有辦法認為從時間之流裡瞬間截取的片斷，經時間凝固的檢視後，放回意識流裡仍是原本的東西。問題是現象學預設從現象中抽離並獨立運用反省以及知性的自由（不介入的旁觀者），然我們並不具備這種自由：如果精神分裂是人類的鏡像，那麼精神分裂的人剛好就是不具備這種自由的人們。我們「正常人」似乎擁有這種自由，但這種自由在精神上只是假象，因為採取距離是

身體性，而非精神性的運動。如果採取距離是現象學還原的初衷的話，以身體性現象學還原應直接回到肉身性流動的底層，在動態中觸摸到意義，而非以玻片凝固瞬間的方式。因為對許密茲而言，靜止時才能採取對象化活動造成客觀的世界，然它不過是身體一系列動態平衡中的局部平衡而已。

從此看來，許密茲的身體現象學所採取的方法更像是徹底「操作體驗」的身體現象學。這種操作現象學有著一種不可預測的性格：若不實際操作它，意義的結構是無法出現的，或無法以正常的意識狀態推論出所謂「不正常狀態」。因為我們無法以「不正常」來涵蓋這些精神疾病的意義，相反，操作的身體現象學表明這些現象是有其獨特意義聯結創造性的。因此，許氏的用語近乎是種可以操作與推論的原則，但又與 Scharfetter 純粹操作，或與心理學喜愛的操作定義不同。當然，我們不能忽視語言或思想的力量，但畢竟我們還是得返回身體的動態現象中，看待現象本身能給予我們什麼意義。我們現在並不能像胡塞爾原初的觀查或看的哲學一樣看待意義的給出或建構，反而，在新現象學裡，意義是被操作出來的。操作性的好處在於，它可以輕易跨過不同概念間思辨的困難點：不需解釋與邏輯的建構，不需意識的嚴格明證彼此的聯繫與交集。相反，在與現象的流動當中，意識與現象混合成為流動著的感受、知覺。它要滿足的並不是知識本質的聯繫與合理性，因為身體現象學操作的時空已轉移到許密茲所謂「原始當前」(primitive Gegenwart)⁸ 的五個面向裡，它的合理性只有在五個面向彼此依強力的交叉限制與擴展裡被接受與被突顯，這麼彼此限制與平衡的方式或許與語言之網堆積的邏輯是截然不同的⁹。

⁸ 有關「原始當前」可參考〈身體與處境：赫曼·許密茲 (Hermann Schmitz) 的新現象學簡介〉一文。王心運 (2006)，《哲學與文化》，32 卷第 2 期：83-99。

⁹ 筆者認為身體五個面向間的流動是不同的身體團塊互相以拓撲 (topology) 的方式彼此定位與被定位的。

肆、原始當前與個人處境

許密茲是如此定義身體的：身體是在我們的軀體範圍內可感受到 (spüren) 的東西，但是對身體的感受並不依賴於我們的五種知覺器官（像是視覺，聽覺，觸覺，嗅覺與味覺），也不依賴我們以前從五官而來，並被動地接受它所形成的既有身體圖式 (Schmitz 1998: 12)。這有點類似梅洛龐蒂的區分，如他也清楚地區分「身體知覺」(body percept) 與「身體圖式」(schema corporel) 的差異。前者形成我們的「身像」(body image)，後者為「身模」(body schema)¹⁰。像精神分裂患者的身像畸變屬於身像的部分，身像有時甚至是「空間上不連續的」，如幻肢病患的下臂並不一定與上臂相連，而患者純粹是以動感或感覺的方式找到自己的身體範圍。至於身模也可產生變化，像 Folrian 的例子，儀式般的行走模式只是為了掌控重心所需要。此外我們認為身體有個中心線，或即使手掌置於心口，也感覺離「我」較遠等等都屬身模的部分。身模可以改變身體運動模式，雖然它對身體的控制是在意識或知覺以外或者之前，但有時也與知覺配合，因此也被稱為「知覺-運動的能力與實現的系統」(system of sensory-motor capacities and actualities) (Gallagher 2001: 149)。身體作為動力的系統，有些行為較屬於習慣性而非特定意向性意識的產物，身模在我們身體內以「邊緣覺知」(marginal awareness) 的方式起著整合的作用 (Gallagher 2001: 148)。由此看來，許密茲所建議的身體概念應屬「身模」，而它的具體地動力結構則以許氏的「原始當前」(primitive Gegenwart) 概念理解。

原始當前具備五個環節，包括「此地 (Hier) — 此刻 (Jetzt) — 自

¹⁰ 這裡 schema 的意義有些不同，但大致上是與身體的形像對立的。依不同情境，以「基模」或「身模」表達較符許密茲對身體性理解的概念。

我 (Ich) — 現實性 (Wirklichkeit) — 此一者 (Dieses)」所組合的原始基模，它們各有舒展與狹密的狀態。例如強烈的痛楚具有明白的「現實性」，讓我們感受到：正是「此刻」，是「自我」在承受著痛楚，而我有股強烈的驅動力，想讓我逃離「此地」！同時一切均指向著唯一不可被替換的「此一者」的真實處境。此時，思維、反省、知覺等所需要的反省空間是不存在的。原始當前統整身體散佈的各種感受，標幟身體的原始定位與範圍。如現實性，或存在與虛無不再是思想的產物，相反，它們的範圍是由身體感受性模式所界定。

痛楚描繪出許密茲認為的身體極度狹密的狀態，而逃離念頭所要逃離的地方 (weg!) 即是以原始當前所定義之身體面向所融合在一起的超前點。當然身體也會有舒展的狀態，例如作日光浴而在太陽下打個小盹。值得注意的是，現實性讓我們理解某種「擁有」的關係，例如這是我肉體的傷口，有著極端的痛楚；而「此一者」的概念則表達著「同一性」，或「自我認同」的起因。如身體性動態的結構意謂著「自我認同」與「現實」也是動態的結構。但精神分裂症的患者有時並無法在自我與現實間找到動態平衡，以至於他們明白有些動作或思想的確屬於他們自己，但卻又不能與他們自己達到認同。以下我們還會對此進行簡述。

依上述，既然身體性屬動力關係，而非某種固定的本質，我們就不能以固定的區域簡單地劃定身體性的範圍。這裡許密茲是用所謂「半物」的概念表達一種既屬於本己，又察覺出異於己的現象。看似抽象的概念，其實「半物」充斥於日常的身體經驗裡：如牙痛的經驗就是半物的經驗。我們確實知道痛楚是屬我的知覺(否則就不會痛了)，然而我又是在抵受著它，以我的身體抗拒著它，以至於牙痛的經驗又像個外來異物，要鑽進我的神經裡，一陣陣地刺痛。據此，身體性的界域似乎以半物來限定，但半物又有屬於本己的部分。這些不同的感覺分配也是隨著身體性的動力關係而改變。例如牙痛會將身體界域狹

密化，但仍不減其半物的動力性質（亦即在極端痛楚當下，我們仍能區別它與自我的差異）。反之在面對著清晨的微曦時，身體性的界域舒展開來，似與當前美景形成「同體化」(Einleibung) 的現象。至此我們瞭解，身體基模（原始當前的環節）形成身體的動力結構，然而動力之源頭起源於半物，如牙痛，懼怕等等情緒的「主觀性」（Subjektivität，它與主體 (Subjekt) 不同，主體屬身模的部分，而主觀性屬半物），由這些主觀性的半物決定我們身體動力狀態的「部署」與「分配」（身體島 leibliche Inseln），同時也主導我們對「身像」的構成。

因此我們可以說，如痛楚與懼怕等主觀性的半物構成我們對身體性「身像」可感覺的範圍，同時也因為它是由各種感知、感受與情緒所交織成半物發生的區域，依其半物的性質，身體性本質上與外界有著密切的關係，並在動態中界定自己的「身像」所感知的區域，因此，身體與外在環境間是以質而非量的方式彼此確立的。身體原初當前的五個面向以動力的方式構成身體運作的模式（身模），它同時以質和量的方式運作。量的方面如「自我」的消失可慢慢移至另一端「他異者」的出現，彼此以互相消長的方式變化著。然「自我」只是身體原始當前的其一向而已，它與另外四個面向則以不同質的方式糾纏著。例如說，「自我」與「現實」若同時壓縮至極大值時，有可能出現類似精神分裂患者如「僵化的人格性失調」。但無論五個面向在身體性裡彼此多麼緊緻地壓迫在一起，它們仍以質性的差異而有所區隔，但又複雜地以各種形態部署著，形成種種局部的身體島。

事實上，身體性的形態可以用海德格後期地型學的概念理解，五個面向是以鑲塊的方式拓樸學式地連結在一起的。因此，身體性的形態是由半物的「身像」範圍與原始當前五個面向形成的「身模」所交織而成的。這樣理解的方式與傳統對身體的理解方式截然不同，因為如「現實（存在）/虛無」不再是思想或身體的某個屬性，而是身體

性發生（運動）的方式；身體也不是一個在時空中移動的靜止對象，因為身體本身是徹底由運動所構成與分布的。身體性依身模的方式有各種不同流變的形態（身像），它們是屬於「主觀性」的半物動態範圍，而所謂的「客觀化」，或「客體化」(Objektivierung) 並不是意識意向性的行為。因為對身體理解而言，客觀化或客體化只是身體動力狀態達到一個局部與穩定的平衡狀態。

若我們再回到身像的領域看主觀性的客觀性時，它是由身體的「情緒際遇」(affektive Betroffensein, 或「情遇」)，走向外在較為客觀性的「處境」(Situation) 的過程，而人格性則是在此具體處境裡被提顯或壓縮的特質聚合處。

主觀性所關心的是「主觀的事實」(subjektive Tatsache)，亦即在未形成客觀對象時，身體性所接觸的原初事件，是無法不與我「個人」(persönlich)相關的。例如許密茲舉「我很悲傷！」(Ich bin traurich!)，在這句話中表明了無可避免的「我之相關性」(Ichbezogenheit) (Moldzio 2004: 29)，而環繞著「我之相關性」所在的身體性空間充斥著各種不同的界域，在身體周圍形成各種不同的局部動態平衡，亦即，各種半物與情緒所在的身體空間。這個身體空間被許密茲稱為「情緒際遇」(affektive Betroffensein, 或「情遇」)所發生的「情域」¹¹，而此身體空間的位置，包括以原始當前五個面向做為動力面向所聚集的主觀性所在地，稱為「人格」(Person) (參見 Schmitz 1990: 14)。

除此之外，許密茲尚細分了兩種不同的主觀性：「人格主觀性」(personale Subjektivität) 與「前人格主觀性」(präpersonale Subjektivität) (Moldzio 2004: 29)。「前人格主觀性」與身體性的「情遇」相關，此

¹¹ 這是個人設想的詞，可以表達複雜情緒（半物）在身體空間裡複雜的部署。類似我們肉體的皮膚將內外區隔開來，諸多情域間也存在著諸多身體性的皮膚，感知著動態的平衡與半物的生消，確定彼此的界域。

時具有無自我描述的自我意識之可能性。如，在盛怒的當下意識到自我意識的同時也是自我忘卻，亦即此時尚無法與客體化的主體搭上關係。對許密茲的身體現象學而言，對象化行為無寧為動態平衡下的靜止點。意向性的對象化行為 (*Vergegenständlichung*) 相對於原始當前而言是個事後的行為 (Schmitz 1994: 108)，亦即它不是當前的行為。所以，即使在極端的痛楚裡，所有的思維都失去作用之際，「此一者」所代表的極大同一性、一個「真實」的痛楚、就在「此地」「此刻」讓「我」感受無比痛苦的這一瞬間，卻以清楚無礙的方式自我展現出來。或許，思考即是客觀的運動，而身體性的情緒或感知則是主觀的運動。主觀性所在的身體性領域隨後被許密茲稱之為「混沌的雜多」(*chaotische Mannigfaltigkeit*)，它是附著在原始當前的主觀性或身體性的原初領域。至於前者「人格主觀性」則已涉及客體化的問題，包括此時此刻所面臨的事態 (*Sachverhalte*)、計畫 (*Programme*) 與難題 (*Probleme*) 的客體化，並且必須關涉至主體 (*Subjekt*)。事態、計畫與難題的整體又被許密茲稱為「處境」(*Situation*)，而以上可統稱為個人處境。

此外要注意的是，主體是主觀性之客體化所關涉之物，但它並不是具有唯一本質的存在物。因為它的產生唯在身體性的動態平衡裡，所以，對許密茲而言，客體化或對象化的行為並不如胡塞爾所言是「奠基的意向行為」，而只是身體動態平衡下的某個靜止狀態(若以非線性的相空間而言，客體化是固定的某些特定解)。主體是徹底於「操作」或「運動」中的「被體驗之物」，而非被認知與意向之物。

最後，將人格的主體從原始當前提顯出來的動作，許密茲稱作「人格解放」(*personale Emanzipation*)，反之重新落入原始當前的動作稱為「人格退化」(*personale Regression*) (Moldzio 2004: 33)。介於客觀主體與原始當前(五個環節)的中間階段則為上述之「前人格主觀性」與「人格主觀性」階段，它們是身體性的動力結構與情緒相涉的際遇，

或是際域性的身體空間。在身體空間內動力平衡與失調是許密茲分析精神分裂症的重點。但是因為篇幅的關係，以下我們將只能進行簡短的說明，若日後有機會，可以用較具體的案例做詳盡的分析。

伍、精神分裂症的分類

至於許密茲在「人格」一書裡則對精神分裂症做了以下不同的分類，包括：

- 一、人格性癱瘓 (Die Lähmung der Persönlichkeit)，在
這個項目之下又包括：
 - (一) 已成定局的基調 (Die Endgültigkeitstönung)
 - (二) 僵化 (Die Erstarrung)
 - (三) 思想發動障礙 (Störungen der Denkinitiative)
 - (四) 情緒際遇障礙 (Störungen des affektiven Betroffenseins)
 - (五) 了無生機 (Der Defektzustand)
- 二、表達障礙 (Die Explikationsstörung)
- 三、客體化失能 (Das Versagen der Objektivierung)
- 四、人格喪失 (Die Auflösung der Person)
- 五、幻覺 (Der Wahn)
- 六、知覺 (Die Wahrnehmung) 問題
- 七、運動 (Die Motorik) 問題

我們目前仍沒有辦法對所有障礙進行分析。以下只針對幾項較符合之前我們介紹的脈絡進行分析，以展現許密茲身體現象學具體的進行工作。

陸、人格性癱瘓裡的「已成定局的基調」

依據 Modzio，精神分裂病人喪失了情緒擺蕩的能力，改變第一印象的能力也遭癱瘓。由於患者的人格性、適應能力及敏捷力的癱瘓，世界的所有印象將患者推入狹密的窘境裡 (Modzio 2004: 80)。正常人格的人可將所經歷的機靈地整合與加工，他的人格主體擺蕩於觀望、適應甚至征服之間，並找到自己的立足點。但失去印象加工能力的患者會朝向「一之而為定局」(ein-für-alle-Mal) 的方向判斷。喪失與世界爭執 (Asueinandersetzung) 的能力，雖然仍尋求將複雜化約為簡單性的解決之道 (Schmitz 1990: 430; Modzio 2004: 81)。但這解決之道並不具有邏輯關係，而是徹底地分裂。

人格性癱瘓的人喪失理解變動與暫時的能力，於狹密的緊縮性裡承受著「一切已成定局」之念頭的不斷侵襲，同時也不可改變一切，無法對一切衡量相對化 (relativieren)。對這種症狀的精神分裂者而言，沒有夥伴、沒有對話的關係、沒有能與夥伴挑戰與回應的關係。許密茲稱這種狀況為「精神分裂的一元論」(schizophrener Monismus) (Schmitz 1990: 430-431)。然這種一元論的解決之道是鬆散與非邏輯的，絕不具有概念般演繹或歸納的聚合作用。像許密茲以浮士德一瞥置水星於中的宇宙符號時說：「我是神嗎？是如此燦爛！」為例，精神分裂者在祈求上帝拯救時也聽到同樣的聲音：「我是帝王還是神！」，並迅速寫下「R. K., 德國之神」(Schmitz 1990: 427)。浮士德仍能在忘我中尋得進一步沉思這個經驗，並與之對話的空間，但人格性癱瘓的患者無法形成如此空間，只能透過簡短迅速的總結：「德國之神」壓抑了思想發動的可能性 (Schmitz 1990: 427)。

人格總是在處境裡擺動的可能性，時時刻刻必須處理不同事態、計畫與難題的「處境」，並找到行動的方案。人格的癱瘓就是對衍生出來的事態，並形成計畫以解決難題之能動性的失敗，其具體的展現

是人格的僵化，無法形成解決難題所需的交互空間 (Spielraum, Schmitz 1990:429)，因而喪失其行動的可能性。比對我們之前談論過的強烈痛楚，以及在痛楚中感受的狹密性即可以理解，痛楚的狹密性讓身體自動彈放出離開的動力性質，因為痛楚本身即是可為身體所感知的，是身體所識，也形成身體界域的半物（既同又異的東西）。痛楚本身雖然帶至極端的狹密性裡，然其本質仍是動態與身體性的，亦即，雖然我們沒有辦法在感官、理性等單方面識別痛楚，並進而劃分痛楚與身體的區域，但是身體在動力過程中能夠識別痛楚與身體性互為半物的特性（如前述的客體化過程）。

已成定局的患者並非宿命者，而是絕對的靜止者，靜止在一元論的無差別裡，或狹密性裡。一元論是種分裂，而非對立力量間平衡的結果。身體動力性質的癱瘓，進而無法看進「背面」，念頭就像平面而無紙的顏色，或失去動力性質的純粹印象，僅僅是並列就足以說明它們之間的聯結關係，並不需要任何特別的視野——僅僅是並列而無深度與詮釋可言。事物的意義是被強塞給患者的，「就是一個印象，而它是癱瘓的」(Schmitz 1990: 429)。

因此，在精神分裂患者的思想間，人格解放與人格退化間的動態平衡空間是不存在的，這就是人格性癱瘓的情況，因而人與人相處時所需的「合適的客體化、扮演性的同一化作用 (objektivierende spielerische Identifizierung)」(Schmitz 1990: 429)也不存在。如前所述，人格必須從原始當前裡，充斥著各種情緒、氛圍等主觀性的雜多中，通過客體化作用得以突顯出來，然突顯出來的先決條件是與雜多的背景之間形成對比。若我們想到胡塞爾的現象學，在邏輯研究一書裡，對比是以範疇直觀的方式，通過主題化的意向過程將事物置於自身呈現的意識領域，而直觀是突顯或共性的「看」的方式（本質直觀）。但如果就身體性而言，並克服了感官經驗以及感官而來的身體圖式的身體性而言，如何能從雜多的背景突顯出彼此的限際？這涉及到以下所

述的身體的情緒際遇的功能。

柒、情緒際遇障礙與客體化失能

情緒際遇障礙也是人格化癱瘓的一種形式，精神分裂患者無法衡量與他直接相遇的印象，無法以調節性的人格解放與人格退化機制來處理與客觀化其印象，反而讓襲捲的印象迎面而來。「在這意義下，他無立足點，沒有採取距離與調適的空間，僅僅是被放逐著。在這意義下，他從自己手裡流失了自己，自己也變的陌生…。人格性主體庇護之崩塌，一切無中介地襲來，從沒像如此迫近與豐富地漫延。對此充滿著預感的氛圍 (Ahnungsvolle als Atmosphäre) 有著相應提高的感受力，氛圍在此傾向迫近與預示性的色彩，而這是在情緒的際遇裡完成的。迷惑的心緒是與主觀性一起降臨的，這時患者注意到所有的事都是圍繞著他個人而切近著的」(Schmitz 1990: 441)。

痛楚對身體以半物的方式呈現，是既屬於我但同時也以異於我的方式為我所呈現。其實這是對痛楚感受的一種定位方式，同時也界定個人身體的界域。同樣情緒際遇也具有身體半物的性質，我們常覺得情緒突然侵襲而至，佔據了我的整體。此與已成定局的人格癱瘓類似，人格失去主動應變的能力。

但是情緒際遇障礙與一切已成定局的方式也是不同的，前者的經驗並非靜止狀態，而是活生生地在不停變動的意義賦予際遇當中。在情緒際遇中，情緒源源不絕漫延著，無止盡的延長，讓半物性質的情緒，異於己的部分一直延遲出現。也就是說，在「已成定局」的障礙裡無物具有背面，因為它的背面即是正面，因而沒有任何期待的可能性；然在情緒際遇障礙裡，預期著情緒的背面，然它永遠不出現。彷彿期待著單方面屬已成份暗示異己到來的時刻；因而他者(情緒、痛楚、異物)一直不以他者的面貌出現，而是不斷以「屬己的他者」出

現。在這個情況下，他者以未完成的夥伴關係，或是以未完成的關係人的關係制造無法與之區別的膨脹關係。

對正常人而言，所有情遇所造之情域觸及身體性的狹密與原始當前，對此，人格的主體以「關係性」的人格性與之對應，呈現為情緒和諧的人格。然而對人格性癱瘓的患者而言，此和諧定調的能力遭逢障礙，情緒無法被定位、無法形成身體性的界域與動力性的情域。因此，若無法將情緒或感知的任何事物以異物的方式被定位，自己的身體、氛圍、情境、周遭皆沒有辦法達到客體化的要求。這就聯繫到我們接下來要討論的客體化失能。

人格解放與客體化的運動是息息相關的，若後者的失敗也會經由人格性的癱瘓阻礙前者的發展。前述已將人格解放定義為「人格的主體從原始當前提顯出來的動作」，或者將主觀性的情域使其客體化的作用。但若喪失從前述關係性、夥伴性的主體提取出某種距離的話，自我與他者間的距離也會消失。因而，許密茲視客體化失能帶來的焦慮感是最容易被識別的病徵：將自己消融在事物裡，並再也不能回復為個人世界的某種焦慮 (Schmitz 1990: 454)。許密茲舉一位年輕患者作為例子，這位年輕人經常抱怨對週遭無可忍受的移情。他說「別人的意識插進來而讓我變的蒼白」(Schmitz 1990: 454)。甚至有些病患的看法：「經歷他人的意識是強迫性地如此清晰，啊！痛苦的洞穿」。或者就像 Conrad 所言：「我與外界蕃籬的撤除，魔法般加乘的效果」(Schmitz 1990: 456)。或者，像另一位女病患的描述。每天，她認為，頭像要被擰開並被刮掉，她像在外面的風裡，在空氣裡，感覺自己像自然力量或是星星…，有時像巨大的人有著魔法，她可以同時在不同的地方。她想從每個不同角落讀盡一切。若忘卻了自身，稠密的程度將遠大於現實性 (Schmitz 1990: 455)。甚至也出現患者與外面的物品產生完全的認同，就像 Bychowskis 拒絕鋸東西，因為自己就是一塊木頭 (Schmitz 1990: 456)。

捌、討論

許密茲身體現象學帶來某種分析的架構，而這觀點與心理治療的方式有些許的不同。例如，Scharfetter 曾將自我病理學與身體畸變的關係視為精神分裂症的一個首要關係，並以身體畸變的量表測定出自我五個面向：自我活力 (ego vitality)、自我活動力 (ego activity)、自我協調性 (ego consistency and coherence)、自我區隔 (ego demarcation) 與自我認同 (ego identity) 等等的障礙，並以操作身體的身像或身模來達到治療的效果。若我們以現象學的角度看來，Scharfetter 的理論固有其操作價值，但也許不能做的那麼細緻。其中最主要的原因是他未能操作身體的現象學還原，或者對身體性的「對象性」做分析。Scharfetter 的「身像」是在時空中的感受範圍，而「身模」則是某些身體的運動功能，這些「存在物」仍以「手前性」(Vorhandenheit) 的方式被理解，因此身體在 Scharfetter 看來仍只是自我病理的重要表徵之一，並非自我的本源。

但從身體現象學看來，「自我」與「實在性」都是身體五個面向的其一面向，身體與自我並不是先後與表徵的關係，身體也不是以「實在性」先存在的對象，因為不管是「自我 / 他異者」、「實在 / 虛無」、「同一 / 差異」、「此時 / 綿延」、「此地 / 他處」，它們都是動態地將身體（身像）構成身體主觀性聚集的界域。如「實在」本身是自己的維度，與「自我」等其它的維度不在同一維度裡，但都同時作用於身體的主體性裡。即使他們在同樣的地方彼此交錯，但我們總能在身體性的任何一點內分出五個向度的存在：即使不斷地扭曲、交纏，它們是以拓樸的方式彼此接近，但下一刻又可能彼此分離的。那麼，由身體現象學看來，身像就不再只是狹義的為「感知」的身體範圍。如同人格性癱瘓裡的「已成定局的基調」，它主要是由「自我」受到「現實」的阻礙而規定的「身像」（表達在患者簡短的結論裡），而

此身像只能呈現於原始當前的五個維度裡，它絕對不能僅以某種「知覺或感知」的對象客觀地，或心理地存在著。

許密茲現象學對於精神病源的解釋是操作性的，亦即身體動力性喪失平衡，當下身體的五個面向無法找到彼此的界限與關係。至於為何會喪失平衡的問題，則可找到多重的原因，當然生理與物質性的基礎是絕對存在的。然而有些病徵的確可以較為純粹地以心理-身體動力平衡喪失來解釋：如過失傷害了親近的人所造成的強烈悔恨感，一方面造成的現實指向自我的「此刻、此地」，另一方面「若是假的」，或是「一切若能重來」的逃逸念頭又與悔恨的指向強烈衝突。自我與現實的邊界有可能互相破壞而失去原本平衡的狀態。

當然如前所述，這並不表示身體現象學可以取代身體心理治療的工作，而是加深未來觀察與解釋的面向，或者在概念與現象的解剖下，加深未來身體操作的細緻性。至於其它關於精神分裂症的說明就有待以後繼續研究，例如幻聽、幻視、以及妄想症狀等等。本文雖然以許密茲的身體現象學為主，但可惜的是並無餘力進一步研究現今腦神經或神經生理學的新發現以及詮釋。例如「行動的發起者」與「行動擁有者」間的不一致正是幻聽或妄想的成因：例如患者知道是自己的手在動作，但並不是自己要動它；又例如知道自己在說話，但似乎又不是自己要說的等等如思想抽走、思想插入等症狀。目前腦神經科學似乎已發現神經傳導具有兩個不同的迴路在負責「行動的發起」（如何的迴路）與「行動的確認」（行動視覺的迴路）（Ramachandran 2002: 118），而不同程度的損傷會引起以上兩者間的不一致。此外關於傳統身體現象學，如梅洛龐蒂關於幻肢的解釋亦受到現代神經生理的挑戰與加強，在這方面作者認為必須更進一步加深科學知識，並提出哲學方面的問題，以加深跨學門的進一步可能（以上也可參考 Gallagher 2001）。

參考文獻

中文：

- 中華醫學會 Zhonghua yixuehui, 2006, 《臨床診療指南：精神醫學分冊》 *Linchuang zhenliao zhinan: jingshenbingxue fence*, 北京 [Beijing]: 人民衛生出版社 [PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE Co., LTD]。
- 孔繁鐘、孔繁錦(編譯)KONG Fanzhong, KONG Fanjin Eds. and Trans., 1999, 《精神疾病診斷準則手冊》 *Jingshen jibing zhenduan zhunze shouce*, 台北[Taipei]: 合記圖書出版社 [Heji tushu chubanshe]。
- 沈漁邨 SHEN Yucun, 2009, 《精神醫學》 *Jingshenbing xue*, 第五版 5 Ed, 北京[Beijing]: 人民衛生出版社 [PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE Co., LTD]。
- 拉瑪錢德朗 Ramachandran, V. S., 2002, 《尋找腦中幻影》 *Probing the Mysteries of the Human Mind*, 朱迺欣 譯 ZHU NaiXin Trans., 台北[Taipei]: 遠流出版社 [Yuan-Liou Publishing Co., Ltd]
- 趙山奎 ZHAO Shankui, 2006, 〈評俄狄浦斯情結中的主體和慾望問題〉 Ping edipusi qingjie zhong de zhuti han yuwang wenti, 《南京師範大學文學院學報》 *Journal of School of Chinese Language and Culture Nanjing Normal University*, 第一期 Vol.1: 31-34。

西文：

- Benedetti G. 1994. *Todeslandschaften der Seele*. Auflage: 4. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Blankenburg, W., Haltenhof, H. 1995. "Selbst und Leib - Ein phänomenologischer Zugang." In *Integrative Bewegungstherapie 2*. S. 72 – 77.
- Gallagher, S. 2001. "Dimensions of embodiment: body image and body schema in medical contexts." In *Handbook of Phenomenology and Medicine*. Ed. by S.K.Toombs. Vol 68: 147-175. Nietherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Loew, T.H., Tritt, K., Lahmann, C., Röhricht, F. 2006 . "Körperpsychotherapien–wissenschaftlich begründet?" In *PDP*. 5: 6-19.
- Modzio, A. 2004. *Schizophrenie - eine philosophische Erkrankung?*. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.
- . (年代不詳). *Philosophie der Psychosen vom Sympton zum Phänomen*. available from <http://www.gnp-online.de/Anwendungen.6.0.html>. 查閱日期：2013/04/29。
- Röhricht, F., Priebe, S. 1997. "Störungen des Körpererlebens bei Schizophrenen Patienten", In *Fortschr Neurol Psychiatr*. 65 (7): 323-336.
- . 2002. "Do cenesthesias and body image aberration characterize a

subgroup in schizophrenia?", In *Acta Psychiatr Scand.* 105 (4): 276-82.

Röhrich, F., Papadopoulos, N., Suzuki, I., Priebe, S. 2009. "Ego-pathology, body experience, and body psychotherapy in chronic schizophrenia". In *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 82: 19-30.

Roxendal, G. 1985. "Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation". In *psychiatric physiotherapy.* Sweden: Kompendium Tryckeriet Kålleröd.

Scharfetter, C. 1990. "Schizophrenic ego disorders - argument for body including therapy." In *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie.* 11-15.

Schmitz, H. 1964. *System der Philosophie. Die Gegenwart.* Bonn : Bouvier.

———. 1990. *System der Philosophie. Die Person.* Bonn : Bouvier.

———. 1992. *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik.* Paderborn: Junfermann-Verlag.

———. 1994. „Situationen oder Sinnesdaten - was wird wahrgenommen?“ In *Allgemeine Zeitschrift für Philosophie.* 19: 12.

———. 1997. *Höhlengänge. Über die gegenwärtige Aufgabe der Philosophie.* Berlin: Akad.-Verl.

———. 1998. *Der Leib, der Raum und die Gefühle.* Stuttgart: Tertium.

Schizophrenia and Hermann Schmitz's Body-phenomenology

WANG Shin-Yun

School of Medical, Kaohsiung Medical University

Address: No.100, Shiquan 1st Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung City 80708, Taiwan

E-mail: shinyun@kmu.edu.tw

Abstract

The schizophrenia belongs to a serious mental disease. Though its causes are still in concealments, psychiatrist Scharfetter etc. have launched such as body-psycho treatments at clinic for schizophrenia, and they try to connect its symptoms to the disorders between bodies and egos. But as we know, Scharfetter still failed to offer one comparatively clear framework to explanation their treatments. In this article, we try to introduce and suggest another framework from contemporary German phenomenologist Hermann Schmitz. With Schmitz, the five body-dimensions are the basic schema for the reactions of the body and the world, so their normality hangs on the dynamic balance between five body-dimensions. It also explains some serious mental diseases such as schizophrenia are the direct consequences of their disorder.

Keywords: Schizophrenia, Body Phenomenology, Hermann Schmitz

