

性別識盲及其不滿：

以精神病為論述對象

林耀盛（高雄醫學大學心理學系專任助理教授）

女性精神病患的聲音，面臨主流醫療論述往往是沈默的或消音的。在這樣的反思起點下，首先，本文以解構的方式，探討實證取向精神醫療的性別識盲。其次，藉由現象還原的路數，本文交織著一位接受筆者八次心理治療女性精神病個案的敘說資料選段，嘗試揭示被社會常模指稱為「瘋狂」女性的生病經驗。復次，回歸實徵資料與論理學說的交互分析，以精神分析作為基底，指出個案生病經驗的創痕，其實正回應著受苦倫理的召喚，顯象著建構自我主體性的可能性。最後，回到再脈絡化的討論，本文指出超越性別本質論的文化心理病理學，得以洞察精神病論述的性別識盲。

經由本文敘說資料與文獻探討的讀解分析，可知所謂「躁鬱症伴隨宗教妄想症」的診斷語言，其實涵蘊生活經驗與生命故事。在時間彷如圓形監獄的囚禁下，個案似乎尋找不到生命的出口。不過，當個案得以將生活世界從時間禁錮的牢籠掙脫，朝向於生命立體空間的徹底轉化，就能逐漸見證新行動的社會實踐，開啟生命新旅程。因此，心理病理的故事具備詰問醫療專業權力，同時涵蘊轉化生命基調的功能。

關鍵詞：性別識盲、心理病理、心理分析、生病經驗

收稿日期：91.3.19；定稿日期：91.8.13

一、前言

這陣子相較於「樂透熱現象」蔚為台灣社會的全民運動，農曆年前政府初步核准「龍發堂」合法化的事件，形同冷門議題。其實，龍發堂於台灣社會的另類存在，從民間非法「收容所」到「康復之家」附設身心障礙養護機構的成立，顯示著過往民俗療法與精神醫學二元對立的療癒取徑，得以漸次打破隔閡。跨出合法化一小步，卻是重要的一步。雖然，等了二十餘年。只是，假若政府這樣的作為，是基於醫療體制極端理性化的發展後果，目的僅是為了加強社會控制，配套措施忽視患者的內在經驗世界，以全人為思維的關照方式就隱而不現。如此，反而形成「合法化的危機」。

返回歷史鳥瞰，瘋癲現象可說是一種社會建構的結果。從羅馬帝國崩解以降，瘋癲的意象是以附靈說的姿態出現，為了驅趕惡靈，放逐、溺斃或火燒的淨身逐邪儀式，形為瘋癲者的宿命。及至從所謂黑暗大陸中世紀時期到十九世紀的瘋癲樣貌，Foucault 以其尚處於「精神病學考古學時期」的知識構則進行分析，將瘋癲的歷史劃分成三個時代，第一個時代為「中世紀末到文藝復興時代」。第二個時代為「古典時代」（17-18 世紀）。第三個時代是「現代精神病學與精神病院時代」（自 18 世紀末以降）（于奇智，1999: 84）。在第一個時代，癩瘋病在中世紀末被根治，癩瘋病人消逝，狂人和愚者出現。狂

致謝辭：作者首先感謝本論文案主，沒有她參與這段心理重建的旅途，本文無法完成。個案在文內的現身是匿名的，卻無損作者對其的敬意與謝意。另外，兩位審查人對本論文的指正與建議，中肯犀利，作者獲益良多，也充分體會投稿是一種學習的過程，謝謝您們。最後，申謝《女學學誌》編委會，以及編輯助理對本論文校稿與編排作業的協助，以及許多未能一一點名的朋友之支持與鼓勵。

人與愚者乘船通過水道被運往別處，同流放犯人沒啥兩樣，他們與所謂的正常人和智者之間存在著難以解開的封閉性邊界。事實上，瘋癲者與癩瘋病人的區隔時期，約略可以十字軍東征結束作為切割點。根據 Davison 和 Neale (2001: 8-12) 的說法，十字軍東征結束後至十五世紀間，因為戰亂停止，也切除阻絕了癩瘋病從東部區域感染的來源，癩瘋病人逐漸減少，關於癩瘋病人的收容，不再成為社會關注的議題，因此，瘋癲者成為社會注目的新焦點。據估計，在十二世紀的時候，英格蘭與蘇格蘭約有 220 處癩瘋病收容所 (Davison & Neale, 2001: 8-12)。當癩瘋病被根治後，這些收容所成為一種掌控社會秩序的新機制，瘋癲者不但須進駐其間接受治療，同時開始承受著被壓迫與遭監禁的命運。進入古典時代，瘋癲者不再被安置到遙遠的地方，不再搭乘愚人船，而是住進醫院。在醫院，他們不僅是接受治療，而更重要的是被迫承受懲罰與禁閉。巴黎總醫院於 1657 年成立，隨後在全法國推廣，並獲得歐洲其他國家的效法。此時，歐洲社會視瘋癲為社會大毒，狂人、貧民、醉漢、犯罪之徒、叛亂者都成為社會所驅逐或拋棄的異常人。到了現代精神病學與精神病院時代，法國人 Philippe Pinel 將巴黎總醫院改制成精神病院，瘋癲者從準監獄回到了純粹的醫院，成為真正的病人，不再被懲罰與罪化，而是接受心理治療。這種心理治療雖無害於肉體，但嚴重損害了心靈，變成新的牢籠與枷鎖。後來，貴格派 (Quaker) 裡的 William Tuke 主張將精神病人回歸於田園生活，經由營構寧靜的與宗教的氛圍，使瘋癲者可以在花園裡從事散步、工作、生活與休息等具目的性的活動，並且得以向照顧者討論抒解他們所遭逢的困難，這種治療方式稱為「道德療法」。不過，道德療法在十九世紀中葉之後，逐漸被捨棄不用。一方面是醫藥產業的發達，藥物療法倍受重視。一方面，道德療法成效不彰，約

略不到三分之一的人，透過道德療法獲致病情改善或復原，可以重新回到社會（Davison & Neale, 2001: 8-12）。於此，進入現代時期，實證主義精神病學建立了一套嚴格的規則，發明了高超的醫療技術，成為一種新道德救贖的化身。然而，事實上，瘋癲者置身在一個時代比一個時代更受到壓迫的歷史，這也映射出常人更被重視的歷史，進一步說，理性日漸盛行的歷史，就是非理性日漸隱匿（沈默）的歷史（于奇智，1999: 86）。透過理性常規試圖解放非理性的囚錮，成為一種狀似良心事業的投資，造就精神醫療的正當性與合法性。是故，進入現代時期，瘋癲現象與實證精神醫療的關係已益形鞏固。

然而，根據 Kelly 與 Field 於 1998 年的研究，隨著社會變遷，人們的生活形態與風格逐漸多樣化。在這般樣態下，「正常」（normality）自身就形成一個只是分殊的與相對的議題，也就是正常是一種層次上的差異，而不是一個絕對閾限的指認（引自 Williams, 2000）。在此意義延伸下，近來，Wakefield 透過十二個概念實驗的論述，說明以演化的（evolutionary）觀點所構築「有害的反常功能」（Harmful Dysfunction）語彙，比 Lilienfeld 與 Marino 所提出違常是一種典型性（prototype）概念，更可以解釋不適環境對違常的影響、正常與變異（偏峰狀態）的分界，以及心理違常的診斷理論等等議題（引自 Wakefield, 1999）。

不過，Kirmayer 與 Young (1999) 認為以 Wakefield (1999) 所提出的「有害的反常功能」一詞替代「心智違常」（Mental Disorder），基本上仍然是以生物化約論的論點，以物種演化的適應觀點探討個體內在機制的不平衡狀態，其盲點在於忽略了疾病同時是社會與文化建構的結果（例如他們指出像憂鬱症、後創傷壓力症候群、解離性認同違常等狀態，本身就涵蘊社會文化的多重意義，不單只是一

種疾病意義而已）。因此，Kirmayer 與 Young (1999) 強力論證，關於心理疾病的意義是個人經驗（包含個人的態度、行動與意圖性）與社會文化不斷地磋商、競逐與辯證而建構出來。所以，心理疾病的概念不是單向度的生理意義，而是一種涵蘊文化知識與社會實踐的多重構概念。

Bracken 和 Thomas (2001) 認為當代精神醫療建制的根源來自於啟蒙運動，在這樣過度重視理性方案的氛圍下，導致（1）瘋癲被內在化；（2）以技術先導解釋瘋癲現象；（3）強調矯正的政治（politics of coercion）。他們進而提出「後精神醫療」（postpsychiatry）的概念，轉向（1）重視脈絡的重要性；（2）以倫理的取向，而非技術的取向解釋瘋癲現象；（3）反思矯正政治的意識形態。因此，「後精神醫療」認為精神疾病患者的聲音影像是醫療建制舞台的主要成分，患者的生命經驗是充滿意義的，並非只是心理病理的指涉而已。

在這樣的問題意識反思下，本文書寫的佈局，將分別從「解構」、「現象還原」（即把現象還原到基本的要素，如自我、他者與時間，暫且不論自然世界的脈絡，以便揭露現象的本質結構與特性）、「建構」及「再脈絡化」（即把現象重新放回自然的社會世界中考察）的部分，以四個層面進行討論。¹首先，以解構批判的方式，探討實證取向心理病理論述的性別識盲。其次，藉由現象還原的路

¹ 這裡所指的「現象」還原，意味著讓個案的敘事說話，這是有別於已被症狀指認的病名診斷術語，讓個案的聲音呈現自身，是相當現象學式的觀點。換言之，所謂的現象（phenomenon）一詞源自於希臘文 *phaenesesthai*，意味著照亮的，顯現自身的。所以，現象涵蘊著在光照的境況下，一切呈顯在我們面前的物事，亦即所謂的現象就是那能夠以自己的方式自行開顯者。因此，現象學可說是揭顯事物自身的知識，這是人文科學與所有知識的基礎。

數，以別於症狀導向所給出的精神病診斷語言，本文交織著一位共接受筆者八次心理治療的女性精神病個案的敘說資料選段，嘗試體現、揭示被社會常模指稱為「瘋狂的」、「憂鬱的」女性的生病經驗結構與生活世界特性。復次，回歸建構分析的層面，為加強女性生命經驗的論理基底，本文主要以 Lacan 的心理分析看法，經由實徵資料與學說論理的交叉對話，嘗試揭示個案生病經驗的創痕，是一種生命歷史的書寫，其實也回應著受苦倫理的召喚，筆者作為一個傾聽他者的存在，經由個案敘說的現象還原與建構分析，試圖重塑個案的生活經驗與周遭關係，這樣的路徑顯象著個案病後，建構自我主體性的可能性。最後，回到再脈絡化的討論，本文指出以多元文化為基礎的心理病理學，得以洞察精神病論述的性別議盲，進而顯示在環球科學的圍繞下，心理病理論述若依然安置於科學帝國主義的象徵空間裡，則受苦經驗者如何發出自己的聲音，成為具能動性的施為者（moving agent），正是我們高度反思性別議盲心理病理論述之後，另一個思索問題的新起點。

當然，本文所謂的現象還原路徑，雖說是經由個案敘說的組織描述，以揭露現象的本質結構與特性，但本文的目的並非意圖介入疾病的「唯名論」（nominalism）與「實在論」（realism）的科學哲學爭論議題。簡單來說，唯名論認為疾病並不是存在實體，疾病的病名只是一種抽象範疇，只有生病的人，才是具體的實體。實在論認為真實是以一種普遍的本體形式存在，因此可以透過人體部位的功能定位，確實找出疾病的位置與實體。無論是唯名論或實在論，都預設一種實體存在，難以脫離實證主義計畫的遺緒封印。事實上，除了強調實證邏輯外，精神醫療的傳統，並非全然忽視來自於現象學的影響。例如，Ghaemi (2001) 指出，精神醫療大致上有三個派流受到存在式的

現象學啟迪。第一個是奠基於胡賽爾現象學，主要挪用現象的存而不論與變形還原等概念而開展自身，例如 Jasper 所提出的現象學心理病理學。第二個是奠基於海德格早期的思維，強調個體世界的存有結構，例如 Binswanger 所形構的存有分析（Dasein analysis）。第三個是奠基於海德格晚期的觀點，凸顯理解人類在世存有的本真性（authenticity）之重要性，例如 Sartre 的存在主義式心理療法或 Laing 的反精神醫療心理治療。Laing 曾說，「作為精神病理學家，我一開始便遇到如下的主要困難：如果我所掌握的精神病理學語言將患者拒于一旁，我又怎麼可能直接面對患者呢？」（林和生譯，1994: 4）在這樣的提問下，先行棄置既存的醫療術語，轉而直接面對受苦者的經驗敘說與日常作為，是重探精神病患生活世界的一個切點。另外，Bingwanger 認為在世存有就是一種「先天的存在」（existential a priori），這是供應個體的生活特性，及其與世界交往關係的一種既有基地（Ghaemi, 2001）。由此，本文的立場可以說是沿著胡賽爾的超驗現象學概念與海德格的在世存有結構性而開展，認為奠基與構成世界內的所有存有意義本質早已先在，現象自身開顯著。超驗在這裡不是意味著超越了經驗或者無涉經驗界，而是主體與世界交往的經驗生活，以及認識世界的安立點。Henri Ellenberger 認為精神醫學的現象學從胡賽爾那裡吸納了一些方法，並轉型分梳為三種方法：「描述現象學」，它完全仰賴病人對主觀經驗的描述。「發生・結構法」，就是在個體意識狀態中先設定了基本統一性，然後嘗試從那些意識中得出一個公分母〔就是發生因素（genetic factor）〕。藉此之助，其他部分就會易於理解，並且便於重新結構出來。「範疇分析」，這個方法使用一個現象學的座標體系，其中幾個重要的範疇（「軸」）有，時間〔或時間性（temporality）〕、空間〔或空間性（spatiality）〕、

因果性（causality）、物質性（materiality）等。研究者應先分析：病人在上述諸範疇中的體驗是什麼？然後他才能以此為基礎而徹底重建病人內在經驗的世界（以上引自宋文里譯，1988）。因此，本文一方面試圖透過個案的自我敘說描述其生病經驗，以瞭解個案的意識狀態與生活世界；一方面則透過敘說文本類籌分析的組織結構（如自我、他者與時間），重塑個案的主體性與生活意義，進而詰問實證精神病理擘劃對人性異化存在的烙印，並反思其在認識論上之侷限。

二、來自醫療建制的精神病理論述

Foucault 在為其老師 Canguilhem (1991: 17-18) 的重要著作《常態的與偏態的》撰寫序言中指出，Canguilhem 所發展的生命科學，其重要性是強調「科學化的弔詭」，即使物理化學機制與數學模型能使我們日趨精微地理解諸如細胞或分子的現象，然而，生命與死亡，以及疾病、畸形、異常、偏差或失誤，就其自身而言並非物理化學的科學問題，而是價值與政治的問題；因為生命自我保存，自我調節的特殊性與原創性是不能被所謂生命科學的「科學化」過程所化約掉。易言之，Foucault 認為「對我們來說，即使已經有這麼多可敬的努力試圖引進科學理性化的方法（methods of scientific rationalization），但在臨床診療的必要核心層面，是建立或保存常模（the normal）的一種技術，它不能被化約成一種知識的單一形態（a single form of knowledge）」（Canguilhem, 1989: 34）所以，Canguilhem 所做的不是「發展出嚴格的生命科學」，而是提出一套生命現象的「正常」與「病態」的觀念，以反駁將正常與病態視為僅有量的層面上有差別的一般看法。他認為「健康是一種探索存在的方式，健康者不只是價值

的擁有者或承受者，更是價值的創造者，重要常模／生命常模（vital norm）的建造者」（Canguilhem, 1989 : 201）。健康者建造了生理意義的常規常態，亦帶來生活價值。易言之，健康是一種對「現下生活的安全」與「未來生活的保證」之組合狀態。從這層意義反思，疾病與健康的差異，只有在「經驗的層次上」有所差別，而不是什麼基於「科學的層次上」的分類結果。

同樣的，Schaffer (1999) 指出，「健康」與「疾病」概念的二元對立，基本上是以生物演化的功能邏輯為出發點，反映出生物醫學所認定的「事實」與「價值」之間的哲學觀點溝隙。因此，他認為健康與疾病的概念，含納價值的成分，以功能常模論述來看，即使個體欠缺疾病病名的診斷，但個體主觀的受苦（suffering）狀態及其折磨，也構成探討身心健康的重要內涵。Freud (1999) 亦道出，所謂的「常態性」是一種社會建構的結果。常態性可以被界定為一種統計意義的平均值，也可以指涉一種具高度性的正向價值，同時也意味著一種奠基於社群標準的慣俗行為。但進一步言，常態性其實是一項倫理上的、法律上的與臨床上的互為涵攝的議題，也是一項人文價值與政治意涵的課題。

然而，一項對生命現象高度關懷的道德問題，卻因為「後啟蒙」時期對物理化學機制與數學模型越來越專業化的認識，逐漸成為一種要求價值中立的、客觀性的、準確性的「生命科學」課題。在此境況下，本文主要的問題意識為探究精神病理與精神醫療實踐的糾葛關係。從歷史上來看，近代精神醫療體系的興起、鞏固與傳播，基本上是客位（etic）導向的，亦即本身的意識形態是以優勢的科學文化為宗，將他者文化／在地知識視為大文化母體的小花邊新聞，未能回到異質文化的主位（emic）立場，進行文化差異的理解與實踐。

Kirmayer & Minas (2000) 就指出，近代精神醫學的源起，可以說是從 Emil Kraepelin (1856-1926) 遠渡爪哇島，進行「早發型癡呆症」(dementia praecox) 與「躁鬱症」(manic-depressive psychosis) 理當含具普同性的調查開始。Kraepelin 經過考察後指出，早發型癡呆症（後來認為是當代精神分裂症語彙的前身）是由大腦化學物質的失衡所引起，躁鬱症則肇因於代謝過程的不規律。由此，他認為心理疾病的病因係由生物機能上的喪失功能所致，所以，應具跨文化的普遍性現象。

不過，Foucault 從知識考掘學的認識論指出，某種歷史地位明確的意識形式，佔據了瘋狂，並且主宰其意義。如果新意識似乎把自由和正面真相交還給瘋狂，它這麼做也不是僅僅靠著舊有束縛的消失，而是透過兩個正面性操作系列所產生的平衡：其中一個系列可以說是進行解放；另一個系列則急速地建立新的保護機構。在此境態下，瘋狂在一個一開始就具有異化能力的結構裡，被呈現給認識。進一步說，這個既解放又奴役的雙重運動，構成現代瘋狂體驗秘密的具體基礎。於是，精神醫療「實在論」的歷史性來臨，和知識提昇的關係只是次要的；在一開始，它是一種自處瘋狂之外的特定模式的固定化。這是某種我不瘋狂的意識，而這種意識後來成為知識主體的具體處境，它形成一個堅固的基礎，使得認識瘋狂因此開始成為可能。由於這項突然的變換，使得數年之內，歐洲世界的表面上，逐漸建立起新的瘋狂知識和療法。是故，歷史產生了實證主義精神醫療的預設，也產生人類之為客觀科學的探究主題。實證主義將不再只是一個理論上的計畫，而是「異化存在」的烙印 (林志明譯，1998: 552-557)。

在精神醫療實在論的訴求之下，以症狀為導向的心理病理診斷分類系統，成為其近親繁衍的產物。Poland、Eckardt 及 Spaulding

(1994) 認為心理病理研究分類知識的誕生，源於兩個因素。（1）認為分類範式可以降低臨床的不確定性；（2）認為分類範式可以促進科學研究方案，產造學術社群內可接受的研究證據。由此，廣為精神醫療界運用的《精神疾病診斷與統計手冊》（*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*，簡稱 DSM）系統的發行，可說是體現心理病理分類學的典型性。然而，審視該系統的內容，可發現 DSM-III-R (American Psychiatry Association [APA], 1987) 只是從身體位置及症狀叢結的引發做為精神疾病的根據，忽略疾病也是社會、歷史、語言、性別及家庭脈絡下的產物 (Barclay, 1990)。例如，Cook 及 Warnke (1993) 認為 DSM-III-R 的系統，存有以下性別偏見：（1）以男性常模為基礎的分類系統，例如以社會性別價值觀所塑造的刻板印象，認為女性是較為柔弱的、依賴的、隱抑的、情緒化的（相較之下是較為病態的）；（2）只著眼於症狀叢結，對於個體的生命經驗，不是加以忽略就是保持沈默；（3）心理治療者本身對性別的預期與認識，造成診療時的影響。到了 DSM-IV (APA, 1994) 的版本，雖然因應著研究新發現與時代變遷而在診斷軸度上與類別上作調整，但基本上仍以症狀樹枝圖的構念為病理依據，充滿性別偏見的心理病理模式，仍然並未獲得改善 (Ritchie, 1994)。由此，我們雖不必一味地否認疾病自然類籌的存在，卻可進一步反思圍繞在疾病周遭的文化建制與社會實踐問題。²

2 當然，分類系統所造成的問題，不僅是女性被「邊緣化」或「偏鋒化」，更值得批判的是，其背後所輸出的文化普遍論意識形態。例如，我們所熟悉的 DSM 系統並非不處理文化議題，卻只是把文化當作獨立變項操弄。事實上，初期的文化精神醫學，其實就等同殖民地的考察活動，宗主國學者遠渡重洋調查蒐羅殖民地區或原始部落的「文化特有症候群」（culture-bound syndromes），其意圖並非為了凸顯文

在實證診斷學的精神醫療引導效應下，性別因素往往成為統計分類心理疾病的重要獨立變項，女性在所謂「脆弱因子」特性的統攝下，經常使其成為心理疾病的高危險群。Wetzel (1991) 就指出，在心理疾病的光譜上，女性經常被編列為如同邪惡的／瘋癲的使徒，男性則充滿著陽剛的與健康的特質。事實上，以脆弱性的角度解釋女性心理疾病事件，不外乎是植基於認定傳統女性角色的「低容忍度所造成的規限」、將女性的疾病表徵「視為一種抗議的與引發注意的行為」、以及呈現「在男性支配的社會所無法接受的，但實具創意的、差異的女性行為」等三個因素 (Prior, 1999)。在此境況下，女性的「生活故事」總是被化約為「病人生涯」，從「個人變成病人」的個體，開始以特殊的方式呈現自我，而當這樣的呈現方式不被（男性）

化上的差異，而是以充滿蒐集異國情調奇珍異寶的姿態，滿足殖民者的統治威權與窺視心態，這般作為猶如將這些文化特屬病徵展覽於「化外博物館」(museum of exotica)，供人觀賞品足論斷一番，真正的意識形態則為鞏固精神病理的（生物醫療）「普同性」現象。直至今日，這般隱喻殖民姿態的基本意識形態，並未進行視野移位工程，遑論產造哥白尼式的革命翻轉。事實上，DSM-IV 將「文化特有症候群」聊備一格地羅列於該手冊的附錄 I (例如馬來西亞的 amok，一種解離現象，瘋狂的斬殺；西非的 brain fag，高中生或大學生因為學業壓力導致的頭頸部位倦怠感、僵硬感，視覺模糊；印度的 dhat，一種嚴重焦慮，擔心精液的流失而慮病；北美原始部落的 Ghost sickness，擔心過度地被亡靈附身；東、南亞的 koro，擔心陽具倒縮入體內，嚴重會致死；以及日本的 tai-jin-kyofu-sho，對他者的恐懼)，DSM 系統只是簡單交代應用該手冊時，需留意異文化所產造的心理病理現象，並未深入瞭解背後所涉及的人觀、身體、社群或宇宙等文化象徵上的差異。附錄只是一種「後正文」的參考，一切仍是以手冊正文的分類邏輯為根本，這般處理方式彷彿是將「文化特有症候群」視為奇聞軼事般的消費，未能將文化視為主位對待。是故，DSM 系列宣稱心理病理分類普同性的診斷邏輯，如今其實還是綁架著我們繁複綿密的置身生活世界。在（男性）文化普遍論的暗影籠罩下，文化的多樣性流於視而不見，女性主體的殊異性，就更容易被取消瓦解。

社會／周遭他者接受時，苦痛的經驗往往就被「懸擋化」、「邊陲化」或「病理化」，隔閡相互理解的通道。³

事實上，女性的心理健康（如同男性）是由生理因素、個人歷史、心理經驗、社會實在與靈性象徵所形塑，然而，在實證主義精神醫療的普遍意志下，女性往往成為一種分類變項，造成理解心理病理

³ 謝謝評審委員的提醒與建議。確實，近代醫療場域將「個人」變成「病人」的現象，其實意味著「個案管理」的興起，也是將個體「病理化」的政略展演。Foucault分析說明規訓（discipline）是古典時期結束後開始發展的，它是作為社會控制與社會組織的一種特殊策略。規訓化技術的特性，就是它同時兼具既常模化又階層化；既同質化又差異化的能力。換言之，規訓化的興起，可說是反映了社會改革方案中，不同建制間種種衝突與爭奪的糾葛後，一種建制實踐（institutional practices）的發展（Foucault, 1977:14-16）。由此，「個案管理」的觀念，是一種看似重視個別差異，卻又將個體常模化、控制化與階層化的規訓手段。值得注意的是，這樣「個體病理化」的現象，在本文雖是以 DSM 系列為討論現象，但也不單是指涉著「病人生涯」是被 DSM 系統所建構出來的，同樣的，就算不對個體進行病理上的診斷，針對個案病歷描述／生病經驗書寫本身也不保證就可以規避「生活故事」變成「病人生涯」的路徑。其實無論是採取「個案」或「病人」或「個人」的稱謂非關宏旨，重要的是，生活場域是否可以提供主體發聲的管道。事實上，晚進以「社會建構論」重新解讀「正常」／「偏鋒」議題，仍然遭逢著經驗究竟是否可以表述（建構）的問題。像 Hacking (2000:47-48) 指出，建構論者，即使是棲身於不同的學術與智識圈（如 constructivists, constructionists, constructionalists），其共通挑戰的議題是「事物並非其所顯現的樣子」。在這般對「建構」界定下，Hacking (2000:100-124) 認為，關於精神病的概念，與其認為是「生物的」與「建構的」兩者間的僵硬選項，不如認為是強調重點的差異（a choice of emphasis rather than rigidity）。對照於「自然式的類籌」（natural kind）概念，將許多分類視為理所當然、客觀中立，他提出「互動式的類籌」（interactive kind）概念，認為有意識的人類與施為者會與其所察覺的類籌互動（人類也會對將其分類的他者與系統產生互動），意即在分類體系裡，人類是主動的察覺者。鑑於無論是自然生物論，或社會建構論都是一種單行道式的思考，Hacking (2000) 以生物的循環圈（biolooping）概念，說明知識類籌的產造是一種動力學的議題，必須從互動的、主動的、多元的觀點思考類籌，而不是透過語意學的解決即可終竟全功。

／心理健康的「性別識盲」（gender illiteracy）。性別識盲基本上是以「本質論」的角度分梳人類的生活世界現象，透過生理性別分工的熟悉論調，認定兩性之間確實存在「真實的」與「必要的」差異，意圖規約或偷渡繁複的心理社會議題。如此因為挪用熟悉的認識論所造成的誤識與盲點，反而遮蔽了人類寓居於世的多元真實現象。所以，將我們所「熟悉的（性別分類）陌生化」（to make familiar strange），成為我們認識精神病論述的新起點。

Crossley 及 Crossley (2001) 指述，精神病患的聲音是被建構出來的，是一種從社會場域所衍生的慣習結構，更是一項歷史發明。面對醫療論述的專業權威，精神病患不但被「去人格」與「對象化」，專業醫療更收編個人的獨特受苦故事，轉錄為集體他者的公共版本。在此境況下，性別的範疇功能濃縮於父權關係的脈絡下，異質的生活經驗與繁聲的話語影像，約簡為單向度的聲音，性別成為一種複製「父制社會」的工具。於是，我們對精神病的接受知識與理解概念，就深受置身場域的慣習所形塑，個人的受苦史變成一種抽象的集體史。Crossley 及 Crossley (2001) 進一步為病者的沈默聲音辯護，當閱聽者做好準備，以嶄新的方式與角度傾聽時，病者的聲音也將有所改變的機會。所以，探討心理健康醫療系統使用者（精神病患）的議題，不會只是一項精神病理的問題，同時更是社會的、心理的與醫療的轉化運動課題。

晚近，在多元文化甚囂塵上的張力下，雖說已有文化的精神醫療學之作為，但根據 Kirmayer 及 Minas (2000) 的研究，指出關於文化的精神醫學之社會進程，大抵歷經三個階段的轉折：(1) 關於心理違常與傳統療癒方法的跨文化比較研究；(2) 回應對文化多樣性族群（包括土著民族、移民者、難民）的心理健康需求的瞭解，所努力

推進的相關研究；（3）對特定文化所蘊生的精神醫學論述，進行民族誌的研究。由此考察，可知當代精神醫療的走向，雖然試圖抹銷過往文化殖民的深刻鑿痕，但對於女性主體生病經驗如何建構與言說的議題，仍未見積極有力的回應。

三、回應田野現場受苦聲音的召喚

Skultans (2000) 指出，知識總是置身於特定的文化、歷史與生物情境而蘊生，因此知識本身總是反映一種相對的立場。Skultans 認為邊緣性的議題往往具備某種認識論的優位性，像若是從奴隸的位置探討殖民地社會的情境，就較從主人的立場更能揭顯某些人類的處境。同理，從疾病敘說的角度探討健康的觀點，相信更能深邃地瞭解描繪人類存有之圖像。依此，從女性的邊緣處境出發，同樣更能揭顯實證主義精神醫療計畫下，對人類「異化存在」烙印的政略。在此情境下，疾病敘說的關鍵點並非鏡射世界真實，而是在於透過敘說促使人們達致某種認同。換言之，疾病敘說的歷程深度地轉化我們的經驗，提昇探詢「我們究竟是誰」的覺知，也供應我們批判省思生活傳記史的機會。因之，敘說生病的故事或經驗，可說是映現了我們所面臨的社會難題（異例）的核心結構。

Frank (2000) 認為由病人來敘說生病史，意義不在於使其敘說的故事得以被分析，病人的故事敘說是一種召喚，召喚他者的故事，使他者的故事與自身的故事得以彼此經驗分享，進而發現人類共譜的命運交響曲，重構人類的社會關係。所以，病人現身說法的故事，一方面是獨特性的，一方面又是普同性的，這樣的「病者主體聲音」與「專業醫療手冊」的敘述，是寓居於不同的社會世界，他們的故事也

是我們的故事。因此，摒除生物醫療的凝視，擺脫性別議盲的偏誤，病者的故事是在社會關係裡發現意義，而不是在性別分類裡分殊你我。由此，從醫療權威論述轉向個案聲音的呈現，不僅具有治療的功能，更具有解放的意涵。⁴

Radley及Chamberlain（2001）進一步指出，「個案」／「案主」／「案例」（case）的意思是依循著理論上與歷史上而決定，也就是個案的形塑，是與概念的分析及情境脈絡的肯認有關。如果將「個案」視為一種「表述的代理人」（discursive agents），個案的意義可說是一種範例，用來「顯示」某物某類的一種表徵，也就是說，個案研究是一種描述與分析的敘說取徑，藉以顯現自身或他者的經驗，也是一種修辭的成就。所以，個案研究兼具「表達」（expression）、「範例」（exemplification）與「顯意」（denotation）的意涵，經由個案式的觀點瞭解受苦經驗，受苦就無法被化約為一種客體，也拒絕被界定為一種心理變項，這是探討個體心理社會經驗歷程的重要轉向路徑。⁵

⁴ Holmes（2000）認為，故事總是存在於人際之間的處境，有說故事的人，就有聽故事的人。因此，故事需要以「關係」（relationships）之名進行瞭解。他指出一個具有反思性功能（reflective function）的人，也就是可以透過言說來表述、反省自身經驗者，無論這樣的經驗是苦痛不堪的或者是問題重重的，能夠賦言經驗者，往往比欠缺該能力者，較可形塑安全的依附性。是故，在進行心理治療時，需鼓勵個案成為自身故事的作者，使個案思索自身發生了什麼事，其如何反應，以及自身對故事的感受，以期個案可以透過敘說與賦義的過程，建構新自我。由此，說故事／聽故事的辯證關係，可說是同時兼具解放與療癒的功能。

⁵ 兩位評審都提到，在這樣的個案報告裡，筆者的現身位置究竟如何的問題。誠然，如一位評審指出，所謂的「個案」當然不僅只有一種，在不同的歷史文化情境下，個案的意義有其不同的功能，不能一概而論。受苦拒絕作為一種客體化心理變項，指涉著受苦經驗是無法被量化的。當然，這就面臨著方法論上的選擇。拒絕量化，

在前文的討論基礎下，接著本文將以一位前後共接受筆者八次心理治療的女性個案為例，說明遭逢心理困擾的個體，經由精神醫療的論述，可以輕易地被診斷為情緒失控的精神疾病患者。然而，從其邊緣性生命經驗的敘說與傾聽場域的營造，一方面照見了我們置身社會的結構性難題（精神醫療專業的性別識盲），一方面召喚了我們重新省思生命掙扎裡的存活意義（受苦倫理的承認）。

本論文個案的基本背景是年約三十歲的女性，高農畢業，未婚，上有一個哥哥，四個姊姊，下有一個弟弟。個案目前與父母同住，父務農，權威性格；母家管，大小事情卻仍由父親作最後決定。在眾多的手足當中，個案從小到大，一方面父親對其管教嚴格，另一方面又長期為父親所忽略，很少獲得父親的肯定與讚許。個案自高職畢業後，未曾擁有固定工作。約三年半前，因為在一次和父親的互動過程

並不意味著擁抱質化，這樣依然掉入二元論的陷阱。筆者藉由精神病患個案的敘說，意在重新省思實證心理病理論述空間，充斥過度飽滿的醫療聲音，不在另立一套「正典」範例。事實上，本文經由個案聲音，呼應著「後現代醫學」對同理心的概念批判。若以 Levinas 的說法，假設我們可以感受他者的情感，其實是一種自我欺騙的行業，這是將愛欲轉化為一種工具權力的伎倆。在我們與他者面對面的遭逢裡，重要的是承認對方的絕對他者性，所以，同理心在此意涵下是一種關於體驗的／經驗的倫理學，疾病也意味著關乎生活品質的事件。換言之，罹病狀態影響生活層面甚廣，甚至改變生活認同。「健康無非是反映在更長的平均餘命，以及在死亡之前能有更好的生活品質」(Kaplan, 1995)。因此，在以個案與筆者的互動關係為考量基礎下，筆者在兩造間的位置，是作為「將疾病的敘說從治療者的主導權轉移到病人敘說自身故事」的一種中介元，如此傾聽的態度是回應 Wollheim (2000) 所認為的，「在實證邏輯講究凡事均需通過驗證法才是有意義的科學命題之金鑑之下，使我們錯過了心理治療歷程的意義生產。」唯有擺脫實證迷思，允許技藝的、創造的與想像的不同方法參與科學命題，心理治療歷程才不會只著眼於文意上的真實 (literal truth)，忽略隱喻上的真實 (metaphoric truth)。如此，心理治療的督導，才會從對心理治療時個案所說內容 (what the patient was saying) 的檢

中，父親要個案幫忙做家事，個案亂發脾氣，煮飯時在青菜裡大量灑放鹽巴、醬油、辣椒，把家庭搞得天翻地覆，父親無法控制場面，所以，把她帶往精神病院。個案就醫後，被精神醫療體制的診斷病名為「躁鬱症伴隨宗教妄想症」（個案接受一貫道的修行，並積極傳道），就一般流行病學的統計資料顯示，女性罹患「情感違常」的比例約為男性的兩倍，個案被安置於此類籌也不足為怪。個案於接受心理治療期間，其心身狀態多數是處於躁鬱雙極違常的鬱態。

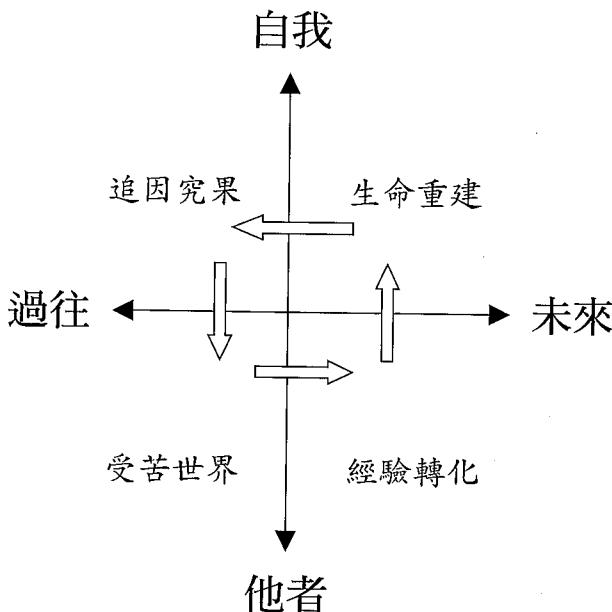
但是，在這些制式的個案描述外，如果我們仔細傾聽、閱讀與析解個案所產造的敘說資料，可以發現個案的身份認同是依違在「自我」與「他者」之間，生命時空是擺盪於「過往」與「未來」之間，因而其聲音交織出一幅追求經驗轉化與賦予生活意義的立體構圖，而不是被簡化為充斥著病徵辭彙的代名詞。⁶換言之，本文認為經由個

討，轉向注意當個案這麼說時個案可能「正在做」什麼 (what the patient was "doing" by saying so much)，如此才能揭開個案話語／儀式背後的多層次意義。當然，必須注意的是，Freud 認為心理分析師的見證與被分析者的見證相互呼應，同時允許潛意識真相參與見證，心理分析治療可說是呈現一種獨特性的生命見證。或者如 Lacan (1977: 15, 80-81) 所言的，像蘇格拉底一樣，精神分析師是個知識上的助產士或接生婆，可以幫助病人在意識狀態下「生出」過往的隱念潛思。是故，精神分析師必須一面抵擋病患，防止他把自己帶進病痛之中；一方面也要抵擋自己，對抗扮演先知的誘惑。所以，「範例」式的個案書寫，不過是藉由個案話語的發聲模態，像是透過顯影獨特生命經驗視野的一具顯微鏡，試圖管窺當代實證精神醫療知識論之侷限。當然，這樣個案研究的符徵願意是局部性的，無法一探整體知識圖像之全豹，但總是值得嘗試的路數。

6 如此的分析架構方式，是基於 Lacan 的精神分析過程中，「時間性」、「自我」與「他者」是其重要的概念。就「時間性」而言，Lacan 於 1966 年指出，「精神分析學的既往病歷不是關於現實的，而是關於真理的；因為一種完全的語言的功能在對過去的偶然事件重新予以排列；因為對它們而言存在著屬於未來的必然性意義。」（引自李幼蒸，1998: 198）。進一步說，慾望的真理可以顯現於具體症狀中，幼年

案敘說資料的展示，可知所謂的情緒違常經常涵蘊一種「再書寫」生命故事的基調，反覆閱讀理解個案的逐字稿文本，筆者認為個案的生病經驗是迴盪於「追因究果」、「受苦世界」、「經驗轉化」及「生命重建」的四個象限裡，如圖一所示。以下，筆者將從個案敘說資料的實徵性重現，探究心理病理故事的底蘊。

的精神創傷作為慾望的窗口可以「事後」，即在時序的靠後階段，獲得其真正意義。過去雖然在現在之先從而決定著現在，然而，這樣的決定方式是通過現在的共時性象徵網絡所多元決定的（李幼蒸，1998：199）。所以，Lacan (1977:86) 認為：「我的生命史所成就的不是過往的過去肯定式 (the past definite of what was)；因為這甚至已不再是，我已經成就者的現在完成式 (the present perfect of what has been in what I am)；而是在遞嬗轉化的過程中，我的目前將會已成就的未來前景 (the future anterior of what I shall have been)。」受苦經驗能指 (signifier) 的功能，重要的不在於「告知」，而在於「啟發」，這樣的認識正是個體對受苦經驗賦義的根本路途。Lacan (1981: 40) 進一步認為，「回憶」(remembering) 與「重複」(repetition) 並不具時間系列上的互為溝通意義，即一開始「回憶是為了處理對重複的阻抗」與「重複是為了擁抱回憶」並不是一件相同的事情。回憶總是與限制有關，但主體是命定式的遭逢漏失，而這樣的誤失卻是一種啟示錄。每一次的重複都呼喚一種新的索求 (Repetition demands the new.) (Lacan, 1981: 61)。就「他者」與「自我」的關係而言，Lacan 將人類主體言說分為「想像界」、「真實界」與「象徵界」三層結構，這三層秩序是彼此繆繆盤纏，未能切割 (Lacan, 1977: ix-x)。大體來說，想像界是自我和身體鏡像的關係，象徵界是大主體 (Subject) 和言說／語言／能指的關係，從想像階段到符號象徵，意味自我進入了歷史，逐漸形構社會化主體。在這層意義上，自我是主體的異化疏離部份。真實界是象徵界語言秩序所缺乏的，是指所有言語關連中，所無法徹底消除的殘基，所以，可將真實界視為本能的潛意識範疇。想像界會發展遲滯，象徵界會遭逢阻隔。只有真實界，總是回到相同的地方。真實界誠實地（但不被察覺的）指出自我的差別概念，打破自我的想像虛幻，並提供動力，促使自我進入象徵界，以建立主體。綜合上述說明，拉岡式主體的建立，只有在個體認識到，並繼承象徵界的他者的規則時，才能真正形構。由此，拉岡式精神分析觀所強調的，主體和大對體具有欠缺，反而是溝通、妥協、改變、對話的契機，如此開顯了新認同的可能。



圖一：個案敘說資料分析概念圖

(一) 自我與過往之間／追因究果：醫療的規訓，病原的探微

我一直想追根究底，為什麼我的身體從求道開始，就會一直不好，就會一直越來越糟糕，我就一直搞不清楚為什麼人家不用求道不用住在那些醫院，我就要住在那些醫院，人家不用吃藥我就要吃藥，我就覺得很奇怪，我就想說大概是我太入迷了，太想修更好就太執著在裡面，可是就像人家在玩遊戲，玩叉路的遊戲，你要左邊那條還是要右邊那條給你選擇，也許有很多的叉路給你選擇，也許你不小心選擇了死路一條，你必須又退回原路，那你就耗費時間，那你

就重新再走過另外一條，你要走中間那條，左邊那條，右邊那條，隨便你選擇，就像這樣子我走了很多的冤枉路，但是我又想說我要走到原點，人沒有一個是完全完美的，但是我卻要求我自己是一個完美的人，我要求我自己要求的很高，我會希望我自己怎麼樣怎麼樣，我會要求自己很多很多很多，所以呢，我就想說究竟哪一條路才是對的，我總是在摸索中成長，錯誤當中接受懲罰，也許別人走到一半就放棄了，所以他不用接受這些懲罰，他走到一半他就灰心了，有很多道親走到一半，他被人家罵一句，他會說我不要修了，我要離開了，我需要自由，我需要自由的環境，經不起考驗。但是我覺得不行，我要修下去，不管是怎麼樣的磨練，我還是要修下去，直到有一天我倒下去為止，所以我還是這樣慢慢修，有時候是有形的修，有時候是無形的修，所以說現在我媽媽叫我做有些事情，有時候我是心甘情願的去做，有時候我是心不甘情不願的去做，以前不是，以前大部分都是心不甘情不願的去做，表示我還有一點點的進步了，阿要完全心甘情願的去做，我覺得不是很簡單的一件事情，就是說別人的要求一定很多，而且每個人的要求都不同，你要符合每個人的要求是一件很困難的事情，我以前變成是說我都盡量去符合每個人的要求，變成是一個好好先生的感覺，一個好好先生很難做很累ㄟ，變成是說我在這個人生當中我太多的觀點角色話題都需要去修整與調整就對了……

因為我跟我姊姊講的話，跟我與我爸講的話差很多，爸爸也許會覺得很無奈，因為他自己生一個女兒來，生這樣子的病也不知道哪時候真正的不用服用藥物，因為他們會覺得我很少跟他們在去談論到我的病情，但是我隱隱約約的感覺到說，好像我本身感覺倒是一種恥辱的感覺，當然鄰居鄰居有時候會問說工作啊怎麼樣，哪時候沒

有去啊，人家也那種感覺口氣就會令我覺得不是很舒服，但是以我目前的心態我想說我想去就去，不想去那是我的自由啊，我我昨天跟XX醫院的院長跟他聊天，我就說我那個，說要我達到某種標準，就是說啊要成全我家人那意思說，順從我爸爸媽媽的意思，每天就是想說做一個正常人，就是意思是說正常的作息，不要作息這樣起起伏伏這樣子，但是我去工作是隨著我的心情去工作，我不知道為什麼有時候不是隨著我的心情去工作的話，我就覺得心裡就很難受，然後我覺得現在我覺得說太過迎合別人的話好像我心裡會很難受，然後不去迎合別人的話又好像又不對，所以好像那種感覺好像很多事情當中好像都是會產生那種矛盾的那種現象，好像做這樣也不是，做那樣也不是的感覺，像說我迎合別人，我心裡很難受；我不迎合別人，別人生氣，所以在生活當中有很多狀況是產生這種狀況。以前在道場當中，每次看到學弟妹回來的時候，我有時候說會說我哪時候要去看他們，哪時候去找他們，可是往往大環境說哪時候要開會，哪時候做什麼，又蒙蔽掉我心中想做的事情，所以往往好像是說開出去的支票沒辦法兌現的那種感覺，就像透支這樣子，所以有種現象是說躁鬱症的患者，就像是說一個空轉的馬達一樣，一直轉一直轉轉……好像沒有去停止，沒有去停止就像你要就不用藥物，不用藥物就沒有辦法睡覺的那種感覺一樣，就會一直不斷的一直想一直想一直胡思亂想一直想想……然後想很多，可是卻是不太有意義的感覺……

就精神醫療角度，個案是屬於宗教妄念與偏執性格的診斷，但個案是將自己的「疾病歸因」和「宗教修為」、「生活選擇」間串連關係。她以隱喻方式指出，修道「像人家在玩叉路的遊戲，你要左邊那

條還是要右邊那條給你選擇，也許你不小心選擇了死路一條，你必須又退回原路，那你就耗費時間，需要重新再走過另外一條。就像這樣子我走了很多的冤枉路，但是我又想說我要走到原點，人沒有一個是完全完美的，但是我卻要求我自己是一個完美的人。」因為個案將自己的修道視為生命重要事業，無論有形或無形的修道，在完美的修道自我要求下，個案表示將一直修道，直至倒下來為止。然而，個案的宗教實踐堅持，卻容易被認為是一種宗教妄想或強迫行為，得不到家人的諒解。權威父親認為有這樣的女兒，是家門不幸，不願向鄰居提及個案的遭遇。如此，周遭他者回向個案的是，自己的所作所為，反而形成一種恥辱的感覺。

在自己的生命經驗被壓縮成疾病術語後，個案試圖尋找如何成為一個父母親所期待的「正常人」。父母眼中的正常是規律作息、固定工作，但個案是矛盾的，「我覺得現在太過迎合別人的話，好像我心裡會很難受，然後不去迎合別人的話又好像又不對，所以好像那種感覺，很多事情當中會產生矛盾的現象。」如此與他者相處態度如何拿捏的矛盾經驗，不也是一種「正常反應」？面對矛盾的困局，個案對此的回應是迴射於修道的困難，以及不易被瞭解的孤立感。然而，精神病理論述將個案歸類為躁鬱症，個案的底層聲音與實作意圖，就被取消不見。個案自述「有種現象是說躁鬱症的患者，就像是說一個空轉的馬達一樣，一直轉轉轉……好像沒有辦法停止，沒有去停止就像你要就不用藥物，不用藥物就沒有辦法睡覺的那種感覺一樣，就會一直不斷的想……一直胡思亂想，然後想很多，可是卻是不太有意義的感覺。」此其中所凸顯的問題是，個案所認定的疾病空轉隱喻，是參照於社會規範下所界定的常模意義，個案的邊緣聲音淹沒於主流精神醫療論述裡，於是，宗教在個案生命經驗裡的重要性，漸次地被稀釋

化、狹隘化與病理化。究其實，個案言說底蘊所指涉的是，維持常模性與其說是存在一套標準化客觀模態，毋寧說是一種個人認同，或者是個人在變動不居的時空中維持一種連續性／同一性的感受。從這層意義反思，個案的生命經驗敘說，深切呼應著所謂「適應與否／偏態與否」的差異，只有在「經驗的層次上」有差別，而不是基於什麼「科學層次的分類」實證結果。

(二) 他者與過往之間／受苦世界：難盡的天涯，阻絕的探解

因為…他們（家人）比較喜歡吃大魚大肉的…我有時候很看不慣阿！但是也沒辦法…我會覺得說…我在家裡面…吃葷的…吃的很無奈…我覺得說…這不是我願意的…但是我已經沒有吃素的環境了…所以…道場對我的影響很大…我奶奶對我的影響也很大…然後…我跟我的…兄弟姊妹…沒有妹妹啦…就是…兄弟姊…不太有話聊…跟我家人不太有話聊…我媽媽有時候會找話題跟我聊…可是…都是聊表面的…都不敢觸及到有關道場的一些東西…如果觸及到道場…他們又會乒乒乓的…他們會…又很生氣又很反感…所以…有時候好像…我會希望他們求道…我就是說…是我現在沒辦法度化他們…然後…我覺得說…好像每天…日子一天過一天…一天過一天…沒有在修道的話…那種感覺好像在耗時間的感覺…那種在耗時間的感覺…然後…能夠…能夠做的也是慢慢的在調整心態…因為我以前…在律師事務所當中過的很安逸…我很習慣那邊的生活…我那時候…回到家…然後…每天…去山上工作…然後坐在那個…坐在我弟的車上…然後跟我爸媽一起上山工作…我是覺得那種感覺像…我那時還沒調整過來…我就覺得說…這好像囚犯一樣…被人載到山上去的感覺…

那種感覺…然後…做的就很心不甘情不願這樣做…不過…這幾年下來…我家…本來那舊家…後來買了一棟房子…然後後面又蓋了冰庫…經濟也慢慢好轉起來…也許他們就是想說…要拼命的賺錢、賺錢再賺錢…就是再讓生活好一點…我姊也是…我姊說…賺錢都來不及了…你還有其他時間想東想西的…因為我曾經…看過…有一段故事…我忘了…我有沒講過…就是…有一個人坐了一輛火車…經過了一座橋…結果那個橋斷掉了…結果他想說…還好我沒有掉下去…然後…我就問他說…那你這一生的希望是什麼？他反問我啦！我這一生希望是什麼？我說…賺的夠用…夠穿就好了…然後他就講說…我只要有一口飯吃就好了…從他的問題來說他實在想的有夠低的…真的覺得很低…所以有時候…我會覺得說…我自己有時候覺得說我像是一個正常人的感覺…有時候又會覺得說自己想法想的好像天馬行空的感覺…就像好像自己瘋瘋癲癲的感覺…我覺得好像有一段時間我好像跑到不同的空間去，可是那一度空間好像沒有，沒有真正我所熟悉的面孔……

然後…還有…四姊…在聖誕節的時候打電話給我，四姊阿，祝我聖誕節快樂。我覺得到現在還一直活在過去，他（謝 XX）過去的一些人事，他還是…雖然我不了解他的世界，他…那些人事還記得，還惦念著，就像說我…在我記憶當中，某一部分我還惦念著一樣…就像說，人有七情六慾一樣，你會有一些部分，你會惦念著有一些部分，但是如果能夠看清世事的功力，因為，執著的越深的話，越陷入，人家說大千世界，就像說，在地上有好幾個漩渦，好幾個漩渦，就像蜻蜓點水一樣，如何能夠這樣跳過跳過跳過跳上去，就看個人的功力，可是有些人不行阿，有些人就這樣咻~就跑下去了，就到那裡面去了…我就有一種想法想說，為什麼自己還是一樣，平

凡的凡人一樣，自己的執著還是這麼深…所以自己又時常檢討自己，不應該這樣子，不應該想，不應該想，可是還是會想…所以，這段時間，偶爾想起他，你知道我實在不該如此，我還是打了一通電話到他家，可是我沒有講話，他的女兒接的電話，他女兒年齡也很大了…然後，有時候是晚上…晚上醒來，然後就寫上他的名字在我的筆記本上。

從 Lacan 的辯證式主體來看，自我總是經由他者而現身。個案過往的生活世界，無時無刻不想開啟和他者互動的窗口。因為個案基於關懷、責任與悲憫之情，一心一意想將求道的心得化度家人，所以經常會向家人提到道場的人情事物。然而，家人一聽到個案的話語，就會認定個案的病情尚未好轉，會責罵個案不正經，她的姊姊也認為賺錢都來不及了，個案怎還有時間想東想西。可是，個案認為「日子一天過一天，沒有在修道的話，那種感覺好像在耗時間。」個案妥協於現實，嘗試讓自己正經一點，學習與父母、弟弟上山工作（種植水梨），但個案感覺這樣的生活像囚犯一樣，做事不甘不願，缺乏自由。個案的複雜心境反映在這樣的故事「有一個人坐了一輛火車，經過了一座橋，結果那個橋斷掉了。可是他說，還好我沒有掉下去。」個案的生活世界像是一座坍塌的橋樑，缺乏與外界溝通的管道，生活處境與常人經驗之間斷裂，她的生活寄望何方？終究，他者的誤解使個案掉進「正常」與「瘋癲」的分類陷阱裡，個案說「我自己有時候覺得說我像是一個正常人的感覺，有時候又會覺得說自己想的好像天馬行空的感覺，就像自己瘋瘋癲癲的感覺。我覺得好像有一段時間我跑到不同的空間去，可是那一度空間好像沒有真正我所熟悉的面孔。」不易被瞭解的心路轉折經驗，一旦被症狀論述框架，個案的生

活將持續陷落於沒有熟悉面孔的孤獨受苦世界裡。

即使在「瘋癲」的面目下，個案同樣有其生活情慾面。個案曾經喜歡過一個有婦之夫，直至現在仍然惦念那段若無似有的情感記憶。就像我們面臨情感試驗的折磨，一個「瘋癲者」的情慾世界卻容易被指認為「偏鋒的演出」，甚至社會的生活政治透過禁制的方式，壓抑、扭曲與忽略邊緣族群的情感表述。個案情感的苦痛結構，呈現於其自述「人有七情六慾一樣，你會惦念著一些部分，但是如果能夠看清世事的功力最好，因為執著越深的話，越陷入。人家說大千世界，就像說在地上有好幾個漩渦，就像蜻蜓點水一樣，如何能夠這樣跳過去，就看個人的功力。可是有些人不行，有些人就這樣咻~就跑下去了，就到那裡面去了…我就有一種想法想說，為什麼自己還是一樣，平凡的凡人一樣，自己的執著還是這麼深。」個案仍然會忍不住打電話給這位喜歡的男士，只為了聽到他的聲音。由此，「正常」／「瘋癲」與「平凡」／「非凡」之間，是一道劃不清的界線，尤其面對情感結構的漩渦，個體究竟是得以輕舟渡重山，抑或沈溺愛情海的掙扎歷程，豈是精神醫療論述得以輕易收編統攝的生活實踐。是故，從個案的敘說，清楚顯示生命與疾病、畸形、異常、偏差，就其自身而言並非物理化學或精神醫學的科學問題，而是價值、心理、社會與法律的繁複議題。

（三）他者與未來之間／經驗轉化：入世的困蹇，求道的原鄉

像我每一項工作是要求自己要怎麼做，每一樣都要求，可是太多的要求，我們沒有做適度的選擇，縱使自己好像面臨快要崩潰的狀態，比較聰明的人都會做那種自我適度的去調整就對了，可是我就

不是啊，我就是這個想要做好，那個也想要做好，到最後就什麼也做不好。所以從我在高中以前的時候，比較沒有那種目標，對人生比較沒有目標，週遭的人沒有跟我提醒，到了在高中以後，家人對我參加宗教很不滿，會唸唸唸…我那時候我沒有處理好他們這樣子的唸，會產生往後這麼大一個影響，我只是不管他們唸唸唸，我想要做就做，我想要怎麼就怎麼做，所以呢，等於說我那時候沒有好好去了解他們，他們所接觸的一貫道是怎樣的一個情況。我到後來才慢慢的了解說他們所接觸的一貫道，是一些對於一貫道是有在接觸，可是那種身心沒有在修持的人所表現出來的。可是很難講啊，每個人也許每個人都有在修持，只是修持的程度不同啊。

所以呢，不同的話每個人所講的那種角度也不同啊，所以我那時候會覺得說宗教給我的感覺是那種叫人家，勸人為善啊，叫人家做善事啊，然後也沒有花多少的錢啊，但是我會覺得說，那時候參加會覺得說雖然很忙雖然很累，但是我覺得生活很充實的感覺，很快樂的感覺，還有辦什麼活動我就很高興，因為那些活動有時候，好比說有一次辦那個中秋節的類似月光晚會那一類的，我會覺得很高興看到他們彈吉他，然後唱歌這樣子，我覺得很嚮往啊，那時候還高中生而已，所以很嚮往，或者是參加那個我們那時候有個信義佛堂，在太平有辦一個青少年育樂營的啦，大概在暑假的時候在辦，那也是幫一些小朋友奠定一些學習基礎那類的，所以說我會覺得說好像就是像那個大海裡面的那種舵手的感覺，就是超越自我的那種人生方向的感覺，可是現在我受到家人的影響，我又不知道說究竟對或不對呀，但是我總希望說在有生之年做一些有意義的事情，因為我會覺得說人生難得來這一趟…

個案回溯生命歷史，認為過往因為缺乏宗教明燈的指引，生活比較沒有目標。自從接觸一貫道，個案流離失所的心靈彷若找到停泊的良港，因著關懷體諒他者的見證行動，她會希望可以協助周遭他者，能夠藉由宗教的殊勝因緣，規避自身的迷途，進而積極建構生活目標。她希望可以播下勸人為善的種子，她指出嚮往帶領青少年認識宗教的營隊，個案自述「會覺得說好像就是大海裡面的那個舵手的感覺，就是超越自我的那種人生方向的感覺，可是現在我受到家人的影響，我又不知道說究竟對或不對呀，但是我總希望說在有生之年做一些有意義的事情，因為我會覺得說人生難得來這一趟。」

個案的所作所為是有其意圖性，但家人卻對個案宗教上的「走火入魔」深感不安。個案對此的解釋是信教後一直較少與家人溝通，導致家人對一貫道的瞭解僅是片面的。個案認為「到後來才慢慢的了解說他們（家人）所接觸的一貫道，是那種身心沒有在修持的人所表現出來的。」個案意在言外的是，她是一個身心雙具努力修持的信徒，家人卻不願瞭解個案化度他者的心願，只是將她視同「精神病患」的對待方式。然而，儘管存在外界的誤解，個案對未來的想像，還是以宗教為依歸，希望可以關懷他者，成為人生迷航海洋中的指導舵手。

（四）自我與未來之間／生命重建：彼岸的世界，後勁的彈道

但是到目前為止只是一個構想，但是這個願望會不會成為實現很難講，因為以我現在的狀況，第一個作功課不穩定，第二個身體又還沒有脫離藥物的控制，別人只會把我畫一個框框說精神病患，一個躁鬱症的患者，貼一個標籤，所以得不到其他人的贊同，所以呢，我前幾天聽那個成功哲學他說，智囊團隊，好比說今天是玩股

票的人結果玩股票的人就成一堆，然後去研究這個股票怎麼玩。人生就是一個賭注嘛！不是贏就是輸嘛！那這些人就是個團隊，像一個治療團隊，有些人是往健康的，很多方面隨便你怎麼想，然後志同道合的就聚在一起去研究。可是我看到的道場的好像不是這個樣子，道場的好像就是一窩蜂的喔來這邊修一貫道這個樣子，可是呢當事情過了就喔又散掉了。然後等到事情來了又一窩蜂的相聚，又一窩蜂的散掉了。好像沒有一個延續性，只是一直聚散、聚散…這樣子。所以說好像沒有一個傳承，一個真正的傳承。他們所謂的傳承讓我感覺到說那是個形式上的傳承，而不是經驗上的一個傳承。就像說每次辦送舊的時候啊就是一艘船，就是做成一艘船的樣子，然後大家照個像。啊這就叫傳承，傳給下面的每次又都重新開始讓他們去度學弟、學妹…，我生病以後，沒辦法在伙食團的伙伴離開以後，我還繼續聯絡，一直聯絡，我知道那效果不好，但是我能夠做的儘量在做。我知道因為沒有一個人可以跟我一起研究，所以那時候我只好找謝XX研究，因為我就想我知道他有心啊！可是他好像是沒有在進修的那種感覺。就像說，好比說聽這個類似說這個成功哲學，類似這一類的，或者是說管理方面的，我感覺到說他好像都沒有再進修，他好像都是這樣一直聽我講，他沒有說什麼。然後我發覺到說每次都是我在講，阿他就是一直聽聽聽……他不知道說要怎樣去幫助我的感覺。但是我需要的是一個可以一起去研究，可以去一起修辦的，或者是說可已組織成一個不同的團隊，就是一個類似智囊團隊的狀況，然後去研究道悟的。因為如果不是道親的人家也許會說，啊……你的想法有點太荒謬了一點，像我弟他們也許會對我的想法不苟同，所以我在家裡面我沒辦法談道悟的事情啊。因為我跟他們談了他們聽了一定不苟同啊，然後一定會反對的啊。

所以我在家裡面我閉口不談，因為不能談啊。所以有些是我就必須憋在心裡面啊，我對我弟媳我不能談啊。啊我對外面來講，外面會覺得說我生病啊。

我就想說曾經講師講了好幾遍，就是有關天地一沙鷗，岳納珊的故事。你知道…其他都在覓食，但是我覺得我就像那隻想要飛的鳥一樣，雖然跌跌撞撞的…我還是一樣…還是一樣一步步的走…然後…我想說我就是不願意人生啊就像是這樣子忙忙碌碌，就這樣子覓食、賺錢賺得死去活來的，就這樣子一直賺賺…就吃、喝、拉、撒、睡，就這樣子忙忙碌碌的又過了一生，又沒有了。我總是希望說能夠啊能夠學得一次的教訓，其實這樣子粗茶淡飯啊也是一種人生的樂趣啊。你穿得再好、住得再好那也是一天啊，但是你穿的衣服雖然破破爛爛的但還可以保暖，這樣子也是一天啊。至少不會餓死、不會冷死，在精神上面有崇高的一個目標。但是如果我將這方面的東西跟精神科醫師講，醫生會覺得說我…我不知道他腦袋會想什麼啦！我在猜啦他可能會覺得這個病人又開始在啊呆啊呆了。

個案長期置身受苦世界裡，但其對未來依然存懷希望。宗教信仰是個案目前重要的情感依附客體，那是一種長期追尋匱乏客體的象徵物，是其生命裡具高度個人意義性的一種重心。因此，宗教對個案而言，底蘊著個案經由宗教的中介性，嘗試學習其與生活世界、周遭他人相處應對的一種基本認識論意涵，也是一種個人認同的表徵，不可盡以迷信妄念斥之。個案在受苦世界裡，認為自己「現在的狀況，第一個作（修道）功課不穩定，第二個身體還沒有脫離藥物的控制，別人只會把我畫一個框框說精神病患，一個躁鬱症的患者，貼一個標籤，所以得不到其他人的贊同。」儘管如此，個案還是期盼可以在生

活實際層面上籌組一個成功團隊，傳承自身的修道經驗，不希望眾人一窩蜂擠進道場，卻又離散四方。不過，因為社會的議論框架仍是一種排擠邊緣他者的形式，因此個案家人的支持力量仍是薄弱的。個案認為「我在家裡面我閉口不談，因為不能談啊。所以有些是我就必須憋在心理面，我對我弟媳我不能談啊。我對外面來講，外面會覺得說我生病啊。」外界污名化的烙印，如影隨形地跟跡於個案疏離孤獨的日常生活裡。

不過，個案對未來的投射想像，還是引用「天地一沙鷗」的故事作為路引。「其他的都在覓食，但是我覺得我就像是那隻想要飛的鳥一樣，雖然跌跌撞撞的…我還是一樣…還是一樣一步步的走…然後，我想說我就是不願意人生就像是這樣子忙忙碌碌，就這樣子覓食、賺錢賺得死去活來的，就吃、喝、拉、撒、睡，就這樣子忙忙碌碌的又過了一生，又沒有了。我總是希望說能夠學得一次的教訓，其實這樣子粗茶淡飯啊，也是一種人生的樂趣啊。」個案在後續的心理治療裡，不止一次提到「天地一沙鷗」的故事，顯示個案逐漸將疾病經驗與宗教修持，鑲嵌入生命世界裡，在跌撞的沙灘上，期盼生命重建後，再度展翅遨翔於天地間。

（五）小結

Lesser 與 O'Donohue (1999) 以認識論角度探討「妄想」議題，他們從科學哲學的「否證」(falsification) 觀點指出，妄想是個體一種不易被否證的保護信念（或個體不願意承認有任何的否證可能性），而且個體對這般保護信念有強烈的情感依附，同時個體會以瑣碎的偶然事件支持該信念，會認為這樣的偶發事件高度不尋常的、具

個人重要性與個人偏好的。因此，探討妄想信念不能只側重個體信念的謬誤、不為明顯反證所動（imperviousness to counterargument），及其與所屬次文化產生偏差等層面，更應該重視的是，個體對所持（妄想）信念的態度與基本認識論之層面。

經由敘說文本的讀解分析，以及個案宗教妄想信念所涉及的基本認識論來看，可知所謂「躁鬱症伴隨宗教妄想症」的診斷語言，其實涵蘊著個案的生命故事。個案的受苦狀態，其實展演著一種不容易被「否證」的生命信念，這是受苦個體在世存有的地基，只是，眾人的「常態論述」將其區隔排擠，造成個案浮現「寂寞又疏離」的心身位置。個案從被以瘋癲之名的指認，置身於孤立與異化的社會位置，卻一方面祈願度道家人，一方面期許自己越挫越勇，這不就是一則面對生活困題的常人故事，如果，我們遮蔽掉個案的病名診斷的話。進一步說，藉由症狀的指認，個案「追因究果」，認為或許求道不精，或許入道過迷，致使身體變差。而後，周遭他者的孤立誤解，個案的情慾經驗濃縮，加上和外界溝通的橋樑阻斷，個案長期置身於不易被瞭解的、孤立無援的「受苦世界」裡。然而，個案不斷尋求脫困之道，有時藉由生活實踐，有時藉由幻象構成，努力期許自己成為度迷航眾生的舵手，個案嘗試從疾病世界裡「轉化經驗」，為自己的人生旅途留下充滿意義的足跡。最後，個案從逆境孤流裡學習「重建生命」，藉由天地一沙鷗的隱喻，替自己的未來描繪藍圖。在時間彷如圓形監獄的囚禁下，個案似乎一直尋找不到生命的出口。不過，當個案得以將生活世界從時間禁錮的牢籠掙脫，朝向於生命立體空間的徹底轉化，個案就能逐漸展翅高飛，見證新行動的社會實踐，開啟生命新旅程。

四、歸返生活故事的現場

筆者在和個案晤談期間，個案不止一次提到，筆者為何願意聽她說話？她表示，周遭的人只要一聽到她談到一貫道的事情，就覺得個案走火入魔，病況不輕。她也提到，每次在家裡分配到的工作就是一些雜碎家務事或幫忙照顧弟弟的小孩，好像她只能做這些事。個案雖然沒有明顯的性別意識覺醒，但個案認為女人也可以成為優秀的道場講師，可以造福他者，這也一直是她的願望，而不願自己就這麼被鎖定在廚房社群裡。治療期間，個案也認為她在晤談室內有一種被瞭解的感受，過往她害怕「真的」發瘋的恐懼，亦可以逐漸消解與釋懷。個案在此期間也拿出她在接受心理治療後的筆記給筆者看，這些筆記資料與敘說文本一再顯示個案的故事，其實展演著一種被遺棄失落經驗的修補與撫慰過程。⁷以下，為了回到本文的企圖，經由個案敘說的修辭成就，反思實證主義精神醫療異化烙印計畫的侷限，並嘗試建構女性主體經驗，在呈現一位女性個案的田野聲音後，筆者接下來將簡略引進主要為 Lacan 的精神分析觀點討論心理病理現象。這般用意不在於試圖以精神分析學派解析個案的敘說資料，而是在於開啟另一個論述空間，嘗試經由實徵資料與論理學說的交叉取徑，進一步指出實證主義導向精神醫療的性別議盲，揭露症狀話語的背後其實深蘊異

⁷ 個案的生命故事，某個程度呼應著 Sedgwick 的自我病歷書寫，「現在，在我已經走得夠遠，再回頭去看的時候，我發現一路上陪伴我的是沮喪，而不是精神病。」（陳佳伶譯，2002:155）「我現在才知道，『我被遺棄了』比起『我很害怕』更容易感覺。」（陳佳伶譯，2002:174）因此，生命的苦痛故事，抗拒簡化的解釋，需要細膩的聽法，這樣的說法或許不證自明，但作者卻從陪伴個案過程，觀察到個案的轉變，而有了更切身的體知。

質性的生命經驗，並回首省思心理治療的意涵。⁸

Damisch (2000) 認為精神分析是架構在兩個場景之間——「沈默」與「言說」；或者「傾聽」與「敘說」之間。他以佛洛依德的《歇斯底里研究》為例指出，藉由描述的歷程，（創傷的）影像將返回到個案的心靈；經由相同的證徵 (by the same token)，當（創傷的）影像已經被述說了，立即就消失了。沈默不是無話可說，有時反而是飽含無法言銓的更多話語，重要的是他者的傾聽。沈默關閉了個案所看見的，一旦述說了，所見的能見逐漸顯明開來，敘說參與了生活的見證。經由治療過程中語言遊戲的解釋與建構，中介橋接了敘說（沈默）與傾聽的兩個場景，也使得心理分析的治療成為可能。換言之，精神分析可說是一種「緘默性」(muteness) 與「能見度」(visibility) 間的對話關係。無怪乎，Lacan (1977: 40) 認為「精神分析只有一種媒介，亦即個案的話語；…只要有人傾聽，任何話語都會有回覆。那怕是『沈默』，也是一種回覆。」由此，本論文個案在晤談過程中，善於引用隱喻或語言遊戲描述自己的境況；也曾發生在筆者積極傾聽下，個案數度的沈默不語或欲言又止的情況。個案在晤談過程中語文或非語文訊息的呈現，其實是個案一次次參與自身生命經驗重塑的見證行動，而非僅是一種未能療癒的症狀反覆出現的意涵而已。

本論文個案每次被家人送往精神病院的時機，往往是個案又再度

⁸ 至於，一位評審問到，為什麼筆者會選擇 Lacan 的精神分析作為本文論述的基底？一方面，由於筆者是臨床心理學的訓練背景，Lacan 本身也從事臨床的心理診療工作，故筆者對於 Lacan 論述的接觸機會較多，具選擇上的親近性；另一方面，Lacan 發表過一冊的精神病講演集，在其概念挪用上也能貼近本個案的處境。是故，本文的主要概念工具是取材於 Lacan 的論點。

呈現所謂「瘋狂的」或「憂鬱的」（melancholia）不穩定情緒。Wright 和 Owen (2001) 透過文獻回顧指出，所謂的「女性」與「心理疾病」／「瘋癲」的高度關連，其實是近代歷史建構的產物，其透過「精神醫療作為一種社會性控制女性的方式」與「將女性的不幸遭遇予以醫療化」的雙重手段，遮蔽了女性的受苦經驗。當代精神醫療建制化的興起與專業化的鞏固，依靠的不是像外科醫師的手術刀，而是透過道德處理的姿態，精心安排琢磨醫療院所裡的物理空間設備與家用例行活動，嘗試規範、改變女性的偏差行為。在此狀態下，女性尋求專業協助，冀求的是希望「祛除控制」卻反而被「再控制化」，到頭來還得感恩醫術高明，醫德可風。事實上，專業精神醫療背後的權力機制運作，但見生物本質論的性別分工操演，卻忽視「性別關係」（gender relations）的爭論議題，造成性別識盲的擴張與兩性間誤解的加深。

回頭省察本論文個案的憂鬱情緒，可以說是映射著一種愛戀對象的空蹈與求道理想的失落，這是一種在性別關係／社會關係裡的生活事件，卻容易透過女性為罹患憂鬱疾病的脆弱因子逕行予以病理診斷化，忽略所謂「異於常規」的生命演出，其實可能正是個體建構批判式施為者（critical agency）的一種形態。事實上，Freud (1957) 認為，「悲悼」（mourning）與「憂鬱」（melancholia）的差別，在於前者是一種對失去所愛的人所作的正常反應，或者是對一種抽象東西的失去之常態反應。後者則指失去自我指認的能力，也指涉一種關愛的能力的失去，但憂鬱的主體並沒有能力去看清楚到底他自己失去的是什麼。換言之，憂鬱的主體會失去對自己的尊重，於是這種對失去客體的感受便逐漸地轉變為自我的失去（ego-loss）。故 Freud (1957) 認為，憂鬱的對象正是主體自身（ego）。Freud認為「一旦

悲悼的工作完成之後，自我（ego）便自由了，並且也不再受到禁止。」Freud所欲指出的是，當存活者與失落客體之間的依附感太強，無法切斷鍵結，或者，已然可以祛除依附，可是個體卻未將心理能量（libido）投資於他者客體，因而將其內化，轉向自己，導致存活者對亡者的過度投射性認同，將失去的客體視為自己的一部份，則易形成自我的失落。因此，悲悼雖然涉及生命態度上重大的分離，但其從來不會被視為是一種病理學上的意義，也不會因此被安排治療。由此，本論文個案認為一天不修道，或者無法將修道心得化渡他者，就是在虛度光陰，耗損生命。個案指出，一個躁鬱症患者就像是一個空轉的馬達，一直不停地旋轉，對照著個案所表述的胡思亂想狀態，個案甚至也不能確定失落的到底是「她的什麼」，因著沒有依附目標的具現，像宗教場域心理能量投資的空轉，日常生活愛戀對象的落空失所，都可能是一種象徵上或實質上的失落意涵。個案未將依附關係的心理能量予以轉化，反倒將之內化之後形成一種喪失的／失落的投射性認同，因而自我流於感到沒有意義，加上求道化渡理想的難行空蹈，如此的心理社會反應歷程可能形構著個案的憂鬱狀態。

本研究個案除了憂鬱狀態外，宗教妄想亦構成其生活故事的主軸線。Lacan（1993: 321）從「排除」（foreclosure）的觀點提出了空洞片語（holophrases）和造新詞（neologism）（特別是基本詞語）的問題，闡述了被象徵界拒絕的／排除的事物再次出現在真實界的現象，Lacan指出這般被拒絕的／被排除的事物從外部回歸所涉及的「排除」與「回歸」，是解釋精神病的中心機制。他說：「遲早，被排除的以父之名（Name-of-the-Father）會再現於真實界，然而，主體無法同化它。結果，因為主體和這個未能同化的能指（inassimilable signifier）的碰撞，導致個體呈顯幻覺或妄想的精神病特徵」（1993: 321）。其

實，關於妄想型精神病的討論，Lacan 曾就 Freud 已經解讀分析過的經典個案之一 Schreber 再加探究。Schreber 是一位法官，長年為妄想所苦。Lacan 認為 Schreber 因為同性戀傾向無法擁有自己的孩子，加上在一場重要的法院職位選舉中失利，這些失敗因素導致他在真實界的經驗裡，必須面臨關於權威的問題。因為「以父之名」的召喚被排除在象徵秩序外，以父之名的功能喪失，也意味著大對體（Other）的能指（signifier）作為一種律法所在（locus of the law）的失效（Lacan, 1977: 221）。如此能指所在的失效，致使象徵秩序出現一個空洞／無（hole），因而喪失了父親隱喻（paternal metaphor）的功能。於是，父親隱喻的象徵功能被化約停留在想像界，主體被想像界禁錮了。事實上，Lacan (1977: 217) 經由 Schreber 的案例分析，說明在精神病方面，因為它跳躍，所以能指與所指分離了，處在精神病根底的能指遲滯了，能指無法真正的象徵化。職是之故，因為精神病人拒絕接受本源性缺失，客體的匱乏卻又是永恆的命定，「客體缺乏的匱乏」致使病患的惶然不安，主體也逐漸失去了呈現自己的印記，故其存活的情感紐帶遭受扭曲，從世界上失去了自己的居所。

進一步言，對 Lacan 來說，父親功能形構的匱乏，是診斷一個人是否為精神病的重要標準。父親功能並不是指血肉之軀的父親角色的扮演，而是一種語言隱喻的父親形象的生活實踐，Lacan 將它稱為象徵秩序中的父之隱喻（Lacan, 1977: 200）。象徵秩序「以父之名」的召喚，意味著孩子進入社會化歷程的通過儀式。孩子對於父親意義的認識，往往是透過母親話語的元素來達成，例如：「如果你的爸爸還在，你這樣做，他會怎麼想呢？」「如果你爸爸回來了，你就會被他處罰」等。因之，父親的名字，就不再是孩子語言發展的發音練習，而是一種能指，指向衍異的所指（signified）。一般來說，論者多以

「現實感」（*reality*）的測試，作為鑑別診斷精神病和精神官能症的指標，但 Lacan 認為「確定性」（*certainty*）是一更廣泛的有用概念，精神病患的妄想或幻覺現象，就是他（她）們在缺乏證據下，仍然確定肯認其所聽的或所見的，正是別人所未能察覺的（Fink, 1997: 84）。Lacan (1993: 106) 認為，「在做精神病診斷之前，我們必須確定語言困擾的存在。」他（她）們不像精神官能症患者，因為來自象徵父親的道德律法的威脅，而產生懷疑或時憂慮；（她）們在缺乏父親的形構功能下，確定象徵界無法覆寫（*overwrite*）想像界，因此無法啟動新隱喻，引進經驗的新向度。

職是之故，精神病患是鏡像階段的轉化中，「象徵他者」無法覆寫「想像他者」的結果。象徵秩序的符號規則，最重要的是語言，精神病患可說是匱乏象徵秩序，產造語言困擾現象。一般來說，透過鏡像階段，孩子們逐漸內化父母的符號化理想或目標，逐漸形塑自我理想。但重要的是，孩子須穿過想像秩序的語言之牆，才能藉由大對體（*Other*）的象徵軸線，重構自我的大主體（*Subject*）。對於精神病患而言，其想像界（鏡像時期）持續支配生活，象徵界反而被邊緣化。所以，象徵界的符號無法有效執行功能，象徵界就無法徹底地改寫個人自我意象，象徵界就難以同化為成長的部份，於是，孩子們的行為就多停留在模仿階段。缺乏父親大對體意義的認定，對置身成長關鍵期的個人自我觀而言，經常是飄移不定的。進一步說，精神分析的分析客體並不是個人，而是他所匱乏的東西。這樣的匱乏不是絕對意義的，而是一種存有的匱乏（*lack of being*），這也構成了分析經驗的核心（Lacan, 1977: 251）。面對一個缺乏父親關愛的環境，個案在幾次的晤談中提及，權威的父親一直是其從小到大的生活上陰影，直到現在仍經常作惡夢，甚至曾經夢過父親好像過世了，自己卻仍然無動於

衷而感到震懾；個案幾次生病住院期間，父親也一直認為個案是假裝生病以逃避責任，太閒了才會胡思亂想。個案認為父親缺乏愛人的情感，希望可以透過宗教感召父親及家人。我們可以說個案是試圖以宗教的信仰力量填補象徵界的能指空洞，認為透過成為一貫道的主要講師，可以化度眾生，成就全能的自己。然而，宗教皈依所帶來的挫折，造成個案無法進駐父之隱喻的象徵秩序，於是，主體仍被囚禁在想像界，而被宗教語言所困擾。症狀是一種思考困難事物的方式，一種靜音的思考。將 Freud 在《一個幻覺的未來》中的觀點延伸，可知信仰就像是病症；我們想像要是我們放棄信仰，災難就會隨之而來，這是一種不離開家的方式（楊韶剛譯，1989/1999）；換言之，信仰本身涉及一種面對上帝代理人式的權威關係。以精神分析觀點來看，重複的行徑本身代表著一種創傷，對於個案來說，宗教思考與行動的反覆性衝動，映射著本身遭逢一些難以表達的創傷經驗，或者因為缺乏聽者而變成難以表達的經驗，意在言外的、未被說出的能指飽含豐富意義，外人卻容易透過宗教妄念的專有病理辭彙將之稀釋掉。Lacan (1993: 250) 指出，「如果精神官能症占據了語言，精神病則被語言所居住或所挪用。」面對精神病患，Lacan (1977: 214) 認為我們必須傾聽，傾聽精神病患的訊息所遭遇的問題，是語言在敘說著主體，而不是主體在敘說語言。只有傾聽，即使是任何神奇古怪的話語，我們都不可懷疑個案的能力，如此才會引致孕生能指法則的種子。Lacan (1977: 215) 進而指出，不只是不要以瘋癲的角度瞭解人類，如果無法忍受人類在自由的限制下的瘋狂現象，那也不是對人類存有的認識。因此，本論文的個案藉由宗教修持的情感依附與想像化度他者的領導意象，可說是個案嘗試回應父親隱喻功能形構匱乏的問題之作為（甚至個案希望可以成為一貫道講師，也可說是期待自己成

為一種父之象徵，取消父親，成為自己的來源），這般意義或許在表層上並不容易被理解認可。然而，筆者在幾次與個案晤談所供應的傾聽空間，以及對個案的持續尊重與高度同理，或許正好打開一扇窗口，使個案得以發聲露臉而被聽見看見。如此，在不易被同理瞭解的受苦世界裡聲音影像反映出的，或許，正是個案在孤立的社會秩序裡，學習建構新主體的生命經驗轉化歷程，即使，大多數時候仍然處在鏡像階段的想像界裡頭。

當然，Lacan 強調「以父之名」的召喚，面對當代多元文化社會的異質體系，衍生出許多 Lacan 當時尚未關照的難題，父親的隱喻功能，是否將走入歷史灰燼？Fink (1997: 111) 認為，Lacan 並不是以高舉父親作為社會的支撐點。Lacan 只是要提醒警告我們，拒絕父親的角色，低估父親的當下象徵功能，將不會有任何益處。甚至這樣拒絕的後果，很可能會比父親功能本身的存在還要嚴重，例如可能會增加精神病的發生率。事實上，Lacan 早在 1971 年就已提出，如果我們把父親看做是兩個惡靈中較不邪惡的那個，若果我們拒絕了父親，那就是助長更邪惡的那個幽靈壯大 (Fink, 1997: 111)，這是值得深思的歷史意蘊。是故，從 Lacan 的精神分析來看心理病理現象，如何貫串、縫合及再生產能指、所指及父親象徵的隱喻與意義，仍是我們得進一步批判反思的議題。

於是，在筆者與本論文個案的晤談過程裡，筆者從他者的回應不斷拆解性別化／醫療化的精神病理論述，同時省思心理治療的意義。⁹

⁹ 筆者在心理治療過程中，是扮演著（象徵）父親的角色嗎？或許是，但不確定。不過，可以確認的是，回首省思筆者進行心理治療的立場是「女性主義式的」，亦即治療的目標不僅在於改變求助者的個人生活，同時也高度反思社會的建制。根據 Sharf (2000: 467) 的整理，女性主義心理治療法的目標包括（1）症狀的消解；

Berger (2000) 認為在常規科學的客觀思維下，心理治療的師法步數，往往不出以建構數學模式為基底的「結構—內容」論；或者以設立目標導向為標準的「功能—行為」論，但這兩種論述，基本上都將人類本性的主觀經驗、價值取向與次級屬性過度簡約化或祛除化，而這些所遺落的正好是心理治療歷程所必要的。因此，Berger (2000) 提出以「踐行」(praxis) 作為心理治療架構的另種基進選擇。踐行不等同於「實踐」(practice)，踐行意味著向人類開放的一種生活方式，恰確地展示一種特定活動，就倫理學意義來說，踐行是指個體以負責任的、道德式的樣態顯構自我。由此，踐行式的心理治療，是高度政治上的選擇的策略，試圖挽救人類本性的經驗世界，是挑戰實證主義精神醫療的普同文化設準與性別識盲論點，這樣的路數不只是為了「反精神醫療」，而是為了呼應「後精神醫療」的主張。假若社會大眾對精神病充滿岐視與偏見，如果心理治療流於一種政治修辭或道德救贖，吾輩對於精神病患的瞭解，依舊存有污名的想像與恐懼的投射，無法跨越孤立他者的人為藩籬，所謂反精神醫療的「去機構化」，往往指涉著「機構轉移」，精神病患只是從一個機構更換到另一個機構，甚至造成「無處可歸」的失所狀態，最後，還是回到「再機構化」。¹⁰ 是故，唯有以倫理取代技術，省視置身脈絡的重要性，嘗

(2) 自我的尊嚴；(3) 人際關係的品質；(4) 身體意象與情慾感受；(5) 對多樣性的注意；(6) 政治覺醒與社會行動。由此，女性主義心理治療法的策略，不僅在於症狀的處理而已，更為積極的是以完型式(Gestalt)的取向召喚個案察覺自身的生命處境，並促進自我反思與迎向他者。這樣女性主義導向的目標，也是筆者進行心理治療的初衷。

¹⁰ 例如，Garfinkel (2001) 指出，「喪失心智」(losing one's mind) 的想法對社會大眾而言，總是令人感到驚懼。因為社會對心理違常的普遍污名化迷思，總是誤認心理違常者會產造令人感到羞恥的行為，而這意味著瘋狂被視為一種失落，失

試理解精神病患生病經驗的創痕，其實正回應著受苦倫理的召喚，如此才能顯象自我主體性建構的可能性。

五、代結語

如今，在全球化趨勢下，文化疆界漸次模糊、混雜及多樣，對於精神醫療的體質勢必帶來質變。一般而言，全球化對精神醫學的衝擊，大體可以分成三個層面：（1）對個體及集體的認同形式與社群生活產生效應，進而與心智違常相互影響；（2）經由經濟資源的不平等發展與分配，影響心理健康；（3）對於精神醫學知識自身的形塑與擴散，產生影響（Kirmayer & Minas, 2000）。不過，全球化現象產造歷史效應之際，同時也會製造抵抗的「反」作用力。全球化是一個異質的概念，全球化的分殊性不亞於其統合性；它在統合的同時也分化了，分化的原因也正是那些促進全球化一致化的因素（張君政譯，2001:2）。所以，未來文化精神醫學的發展，應置身開放系統，走向多重認同多元民主的混血兒式（mestizo）療癒模式，一方面，展現「文化生物化」（biologize culture），人類具備在文化世界裡生存的能力，是生物有機體組織的一部份。一方面，顯示「生物文化化」（culturalize biology），我們的生物模式與隱喻，是被文化價值與基本預設所塑造（Kirmayer & Minas, 2000）。

走出性別識盲的心理病理羊腸小徑，邁進文化視野的陽關大道，

去「我們之所以為人」的一種核心層面。因此，Garfinkel 認為當代精神醫療的發展，需要從消費者運動、社區意識覺醒與專業知識成長的互體結盟，形構一股與主流科學論述相互抗衡的「反文化」（counterculture），方能落實人類受苦倫理的關照。

我們領略到 Lopez 與 Guarnaccia (2000) 在一篇整理文化心理病理學相關研究的論文裡所指出的，文化社會歷程與心理行為歷程之間並非單向道，而是彼此間具相互影響性的雙軌運動路線。在這樣的思維下，文化不再被視為一種獨立變項或控制因子，而是文化自身融入於心理病理研究的社會脈絡裡。無論從研究問題意識的形構、研究設計與測量工具轉譯、概念模式引導、研究者與被研究者間的人際互動、乃至症狀語彙的界定、解釋，以及圍繞個人心理健康問題的社會世界之結構，文化在這些面向裡都扮演著重要角色。Lopez 與 Guarnaccia (2000) 總評認為，文化心理病理學的研究已成為注目的焦點 (on the map)，其發現了心理疾病的社會世界，終極目標是寬解人類苦痛，改善人類生活。心理的、社會的與文化的諸變項是互文交織於心理病理論述理路間，彼此共變影響，而非何者具優位性的組合。是故，以尊重文化多樣性作為前導，精神醫療的發展才會暸悟種族／族群／階級／性別／性取向的異質性，如此才能規避性別議盲的嵌陷，發現女性主體的聲音影像，心理病理論述方可擺脫科學帝國主義的象徵殖民與語言暴力。

Katz 和 Shotter (1996) 指出診斷晤談過程中，除了病名診斷術語外，更涵蘊「社會詩學」(social poetics) 的時空。在醫療時空裡，當病人對著醫生敘說有關生病的任何故事或訊息時，病人所回憶的，並非僅是其所經驗過的，同時也是這些經驗對他（她）們的意義。經驗的意義建構，映射著文化往復的過程，敘說著個體如何與疾病共存的故事，而不是談論有關疾病的事件。由此，社會詩學的晤談是從「談論有關」(talking about) 移轉為「談論自身」(talking of) 和「與之共談」(talking with) 的歷程，使個體重新安置於一個特定的、持續運轉的、開放的與對話的時空裡，修繕自身的生活世界與社

會關係。藉由「社會詩學」的概念提出，病人就不至於被擠壓到醫療論述的邊緣，僅能佔有固定的位置，而是一個具能動性的施為者，得以不斷地揭露疾病世界（world of illness）的本性，及其與疾病世界關係的置身所在。

藉由筆者尊重同理積極傾聽他者及透過個案敘說重現的現象還原所給出的「社會詩學」空間發聲，同時經由精神分析論述的援用，顯示個案在罹患精神病的意外旅途裡，處處看似破碎的敘事文體，其實飽含著黏稠密實的生命肌理及關照悲憫他者的生活倫理，這是充滿性別識盲的精神醫學所無法涵蓋的層面。個案從生活異樣的「追因究果」，到置身被污名孤立的他者脈絡，個案長期身處「受苦世界」裡，再到期待化渡眾生宗教修持的「經驗轉化」，直至想望脫困而出，歸返自我認同的「重建生命」歷程，個案的經驗世界其實是一種動力性的生活故事再湧現與再書寫樣態，絕非只是實證主義精神醫療論述所指涉的心理症狀發作或精神病殘跡復現的意義而已。

其實，治療（therapy）的希臘字源為「therapeia」，原意含有服務（service）、看護（attendance）與療癒（healing）的意思。進一步說，therapy 的意蘊，連結著一種服務的行動，亦即對他者提供自由的、忠實的選擇，而非強迫的、推銷的強行給予（參考自 Gantt, 2000）。因此，Gantt (2000) 認為，心理治療需從「去人道化」的二元論，以及當代醫療模式的機械化約論泥淖裡出走，移動轉向回應和受苦他者此時此刻的不幸遭逢共苦如苦的倫理義務之召喚。共苦如苦不是一種技術頻道的修通，而是承認他者的絕對性。是故，受苦是一種呼喚社群性的、道德性的狀態，治療者重要的是真誠的回應，而非僅以技術導向的策略，逕行將受苦等同症狀，嘗試予以醫學意義上的診療。

Frank (2001) 感同身受地道出，受苦指涉著個體「置身於生活理當如斯的對岸」(on the other side of life as it should be)，生活體驗的一切並非那麼理所當然，而受苦狀態是沒有任何事物或資源可以橋接如此的對岸隔離。受苦是無法言說的、難以界定的、未能理解的狀態，受苦其實是一種召喚，召喚抵抗任何象徵暴力或支配關係的回應。所以，探討受苦經驗的研究者，當宣稱傾聽病者的聲音時，卻不時製造論述分析的類別，將病者的話語安置於既定的概念架構下，如此將他者類籌化，其實也是一種象徵的暴力。Frank (2001) 認為當研究者與受苦者遭逢，需要的是打造一個使不同病者得以發聲的空間，使病者少一點思考關於自己的故事，多一點與自己故事的共處感知體驗，同時傾聽沈默的聲音。是故，假若研究者的學術生產是服膺布希亞式的消費社會邏輯，順服於一切是歡愉的慾望享樂，將無法滿足誘惑的物件逕行排除於物體系之外，則任何形式的研究只會靠往自身正向滿足的視域，任何不可言說的、模糊不清的、邊緣異質的、難以界定的經驗，會因為被誘惑滿足的自身機制所檢查監控，因此，就容易被棄卻排擠在文本／論述／期刊／報告之外。如此徑路，將更無法回應受苦他者的召喚，這是作為一個研究者／治療者所必須基進反思的環節。

Abma (1999) 認為置身精神病院的患者發聲，在醫師專家角色的反覆要求下，往往只是進一步鞏固醫生與病人間的階層關係，因此維持了精神醫療的專業實踐。然而，若我們可以打造一個信任傾聽的、社會詩意的、具性別意識的文化空間，瞭解心理重建的每一段旅程都是充滿著模糊、苦痛與挫折，則每一個故事都是一項詮釋，具象化個體的生活經驗，映現個體自我決策生活定錨的方向。因此，心理病理的故事也具備詰問醫療專業權力，並轉化生命基調的功能。本論

文所呈現的心理治療敘說文本選段，以及與其相關的討論分析，亦當作如是觀。

◎作者簡介：

林耀盛現為高雄醫學大學心理學系專任助理教授，高雄醫學大學附設醫院家醫科與精神科加聘心理治療師。主要研究興趣為健康心理學、心理病理學與災難心理學。

email: yslin@mail.psy.kmu.edu.tw

參考文獻

中文部分

- 于奇智(1999)《傅科》。台北：東大圖書公司。
- 宋文里譯(1988)〈精神醫學的現象學及存在分析之臨床導論〉，《思與言》，25(6): 593-624。（Henri Ellenberger 原著）。
- 李幼蒸(1998)《欲望倫理學》。嘉義：南華管理學院出版。
- 林志明譯(1998)《古典時代瘋狂史》。台北：時報文化出版公司。（Michel Foucault 原著）。
- 林和生譯(1994)《分裂的自我：對健全與瘋狂的生存論研究》。貴陽：貴州人民出版社。（R. D. Laing 原著）。
- 張君政譯(2001)《全球化：對人類的深遠影響》。台北：群學出版有限公司。（Zygmunt Bauman 原著）。
- 陳佳伶譯(2002)《與愛對話》。台北：心靈工坊文化事業股份有限公司。（Eve Kosofsky Sedgwick 原著）。
- 楊韶剛譯(1999)《一個幻覺的未來》。北京市：華夏出版社。（Sigmund Freud 原著）

英文部分

- Abma, T. A. (1999) Powerful stories: The role of stories in sustaining and transforming professional practice within a mental hospital. In R. Josselson and A. Lieblich (Eds.), *Making meaning of narratives in the narrative study of lives* (pp. 169-195). Thousand Oaks: Sage.

American Psychiatry Association (APA) (1987) *Diagnostic and statistical manual of*

- mental disorder* (3rd ed. Rev.). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatry Association (APA) (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.). Washington D.C.: APA.
- Barclay, M.W. (1990) *Utopia/dystopia/atopia: A dissertation on psychopathology and utopia thinking*. New York: Saybrook Institute.
- Berger, L. S. (2000) Praxis as a radical alternative to scientific frameworks for psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 54(1): 43-54.
- Bracken, P. and Thomas, P. (2001) Postpsychiatry: A new direction for mental health. *British medical journal*, 322(7288): 724-727.
- Canguilhem, G. (1989) *The normal and the pathological*. N.Y.: Zone Books.
- Canguilhem, G. (1991) *The normal and the pathological* (2nd ed.). New York: Zone Books.
- Cook, E. P. and Warnke, M. (1993) Gender bias and the DSM-III-R. *Counselor education and supervision*, 32(4): 311-322.
- Crossley, M. L. and Crossley, N. (2001) "Patient" voices, social movements and the habitus: How psychiatric survivors "speak out." *Social science and medicine*, 52: 1477-1489.
- Damisch, H. (2000) Bridging the gap between two scenes. In P. Brooks and A. Woloch (eds.), *Whose Freud? The place of psychoanalysis in contemporary culture* (pp. 93-95). New Haven: Yale University Press.
- Davison, G. C. and Neale, J. M. (2001) *Abnormal psychology* (8th ed.). New York: Johnson Wiley & Sons, Inc.
- Fink, B. (1997) *A clinical introduction to Lacanian psychoanalysis: Theory and technique*. Cambridge: Harvard University Press.
- Foucault, M. (1977) *Discipline and punishment: The birth of the prison*. London:

- Tavistock.
- Frank, A. W. (2000) The standpoint of storyteller. *Qualitative health research*, 10(3): 354-365.
- Frank, A. W. (2001) Can we research suffering? *Qualitative health research*, 11(3): 353-362.
- Freud, Sigmund (1957) Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (V: 14). London: Hogarth Press.
- Freud, Sophie (1999) The social construction of normality. *Families in society: The journal of contemporary human services*, 8(4) 333-339.
- Gantt, E. E. (2000) Levinas, psychotherapy, and the ethics of suffering. *Journal of humanistic psychology*, 40(3): 9-28.
- Garfinkel, P. E. (2001) The changing culture related to the practice of psychiatry. *Psychotherapy and psychosomatics*, 70: 227-231.
- Ghaemi, S. N. (2001) Rediscovery existential psychotherapy: The contribution of Ludwig Binswanger. *American journal of psychotherapy*, 55(1): 51-64.
- Hacking, I. (2000) *The social construction of what?* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Holmes, J. (2000) Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence? *Medical ethics: Medical humanities*, 26: 92-96.
- Katz, A. M. and Shotter, J. (1996) Hearing the patient's "voice": Towards a social poetics in diagnostic interviews. *Social science and medicine*, 43(6): 919-931.
- Kaplan, R. M. (1995) Changed subject or wrong subject? *Psychology and health*, 15: 277-280.
- Kirmayer, L. J. and Young, A. (1999) Culture and context in the evolutionary concept

- of mental disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108(3): 446-452.
- Kirmayer, L. J. and Minas, H. (2000) The future of cultural psychiatry: An international perspectives. *Canadian journal of psychiatry*, 45(5): 438-446.
- Lacan, J. (1977) *Ecrits: A selection*. New York: W. W. Norton & Company.
- Lacan, J. (1981) *The four fundamental concepts of psycho-analysis*. New York: W. W. Norton & Company.
- Lacan, J. (1993) *The seminars of Jacques Lacan: The psychoses(1955-1956)*. New York: Norton.
- Lesser, J. and O'Donohue, W.(1999) What is delusion? Epistemological dimensions. *Journal of abnormal psychology*, 108(4): 687-694.
- Lopez, S. R. and Guarnaccia, P. J. (2000) Cultural psychopathology: Uncovering the social world of mental illness. *Annual review of psychology*, 51: 574-598.
- Poland, J., Eckardt, B. V. and Spaulding, W. (1994) Problems with DSM approach to classifying psychopathology. In Graham, G. and Stephens, L. (eds.), *Philosophical psychopathology* (pp.235-260). Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Prior, P. M. (1999) *Gender and mental health*. London: Macmillan Press LTD.
- Radley, A. and Chamberlain, K. (2001) Health psychology and the study of the case: from method to analytic concern. *Social science and medicine*, 53: 321-332.
- Ritchie, M. H. (1994) Cultural and gender biases in definitions of mental and emotional health and illness. *Counselor education and supervision*, 33(4): 344-348.
- Schaffer, K. F. (1999) Coming home to Hume: A sociobiological foundation for a concept of "health" and morality. *Journal of medicine and philosophy*, 24(4): 365-375.
- Sharf, R. S. (2000) *Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases*

- (2nd Ed.). Thomson Learning: Brooks/Cole.
- Skultans, V. (2000) Editorial: Narrative illness and the body. *Anthropology and medicine*, 7(1): 5-13.
- Wakefield, J. C. (1999) Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108(3): 34-74-399.
- Wright, N. and Owen, S. (2001) Feminist conceptualizations of women's madness: A review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 36(1): 143-150.
- Wetzel, J. W. (1991) Universal mental health classification systems: Reclaiming women's experience. *Journal of women and social work*, 6(3): 8-31.
- Williams, S. J. (2000) Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept. *Sociology of health and illness*, 22(1): 40-67.
- Wollheim, R. (2000) Psychoanalytical theory and kinds of truth. In P. Brooks and A. Woloch (eds.), *Whose Freud? The place of psychoanalysis in contemporary culture* (pp.296-299). New Haven and London: Yale University Press.

Gender Illiteracy and Its Discontent: A Dialogue with the Psychopathological Discourse

Yaw-Sheng Lin Assistant Professor

Department of Psychology

Kaohsiung Medical University

First, the aim of the paper is to deconstruct the psychopathological discourse with gender illiteracy that dominates female suffering voices. Second, through the method of phenomenological reduction, the narrative of a woman diagnosed as "bipolar disorder" and suffering from "religious persecution" is presented, with the view to explore the illness experience and life world of this "mad" woman. Third, based upon the psychoanalytical discourse, the empirical narrative and the theoretical concept are constructed inter-textually, it becomes apparent that the voices of the victim are an active response to the ethics of the sufferings. Finally, reconceptualization of the psychopathological discourse beyond gender essentialism is proposed. From the present study, it seems that the metaphorical function of the story narrated by the sufferer with "mental disorder" could not only confront the power of the medical profession, but also transform the illness experience by way of reconstructing the subjective world of experiences.

Key words: gender illiteracy, psychopathological discourse, psychoanalysis, illness experience