國立臺北大學社會學系《社會實踐獎》
2021 年 3 月

無所適從的生活裡，我們一起活過的十天：精神科急性病房的社會學觀察與紀錄*

林芷婷

摘要

筆者於 2021 年 1 月 8 日至 25 日接受新北市某部立醫院（以下代稱為 S 醫院）精神科急性病房之住院治療，本文為筆者於住院期間所進行的社會學觀察及田野筆記之**部分整理成果**，並**著重**於紀錄以下三點：1）住院期間對於急性病房既存的空間設計及日常作息時程（課程）安排感到諸多疑惑，在多次觀察及與病友的互動下發現病房「全控且隔離」的環境樣貌與「流於形式」的生活規範時常使病患**無所適從**或感到不適；2）與同期接受住院治療的病患們從相互不認識因此各自「表演」到一同發展出屬於彼此的**病房文化**，其可能對彼此在獲取治療資訊及應對醫療團隊時有一定程度的幫助；3）多次與較親近之病友深聊有關**自殺念頭及行為**相關話題，傾聽他們的想法及生命故事時，認識到更多關於精神障礙者面對自身障礙症狀、性別議題、家庭互動或親密關係時的**選擇**。最後也於後記淺談同時進行精神科治療及田野觀察可能的收穫與限制。

◎如需引用，格式如下：
林芷婷（2021）無所適從的生活裡，我們一起活過的十天：精神科急性病房的社會學觀察與紀錄。國立台北大學社會學系《三鶯人文社會資料庫》。

*其中有關住院同期精神病患們（以下簡稱病友）之個人資料、自我陳述、與筆者互動內容等紀錄，皆已在筆者出院前，當面於病友身心狀態穩定下徵求其口頭同意受訪及被紀錄，若有特殊例子將於後文中詳細說明。

一、前言與實踐動機

在精神科急性病房裡接受治療，需要配合醫療團隊所制定的生活作息表及相關規定，然筆者從辦理住院報到後進到「急性病房」區域開始，就時常對病房裡既存的環境設計及人為規範感到困惑及不適應，經過幾日的熟悉後，更是發現存在著不少流於形式的活動及因人而異的多重標準，可能使得病患們容易不知所措或莫名受責備，進而發展出自己的應對策略，以及許多屬於病友間的互動模式及象徵符號，筆者因此決定在治療過程中，一邊進行社會學觀察並進行田野紀錄，以本文試圖呈現出精神病患們從自身**「無所適從的生活」**中進到「急性病房」後的感受，亦期望記錄下與同期病友的共同生活經驗。由於一次治療的時間單位為十四天（也就是每個病患住進急性病房後必須待上至少十四天），大致上將病患間開始熟悉彼此並展開密切互動的時間取為**「十天」**。

二、精神科急性病房的樣貌

（一）環境介紹（見圖 1）

精神科急性病房[1]是提供精神病患全天治療及照顧的住院病房，收治對象為緊急或短期需要醫療照顧之嚴重精神病患，與一般病房相當不同，是具有高度保護性及隔離性的環境。S 醫院精神科急性病房（以下簡稱為「急性病房」）的最外側是牢固的大鐵門，除精神科醫療團隊[2]外，每個人都需要按電鈴等待回覆並獲得進入許可才能進去；進入後看到的是警衛桌、會客室以及保護室[3]（隱密性

1 本文所介紹之精神科急性病房，皆僅僅指涉於筆者接受其住院治療的新北市某部立醫院（代稱為 S 醫院），而文中所有提及的醫院政策、精神科醫療團隊、病友等，也僅限於筆者住院期間（2021/1/8-25）之情況。

2 S 醫院急性病房的精神科醫療團隊包括了專科醫師、住院醫師、專科護理師、（負責主要照顧工作的）護理師、職能治療師、臨床心理師、社工師、護佐及專任警衛。

3 因筆者住院期間並沒有進過保護室，又保護室的位置並沒有在大多數人的活動空間內，因此本文在保護室相關概念上的描述，僅是透過些許的觀察、病友們的經驗及醫療團隊的回饋來撰寫，可能不夠完整。

高，不容易辨識出是保護室），在警衛桌附近的小空地，是給準備住院或有申請會客的病患及家屬暫留的空間，辦理好入院手續被允許進入病房後，會在這裡進行「安全檢查」；接著還有第二道大鐵門，也是要經由專業人員們帶領或開啟才能出入，進去後才「真正」進入到住院時所生活的公共空間及個人房間[4]。

公共空間包含了護理站、座位區、團體教室、浴室／廁所。**護理站**是幾乎密閉、與病患物理上隔絕的獨立空間，基於安全考量，護理站是由一片片厚實的透明玻璃保護著，僅有開一個小窗口（並連接著一個小平台）讓病患能從中向醫療團隊領取／歸還東西，**窗口開的位置是在大部分人的胸口至腰部高度左右**，在窗口旁有急性病房裡唯一的一小面鏡子（擺在病人碰不到的內側）供病友們使用，另在左右兩邊各有一道需經由醫療團隊刷卡才能進出的玻璃門。**座位區**的部分由許多的四人桌組成，另有兩張沙發、一組投影設備及兩台公共電話，以及許多為了安全起見而**經過稍微改造**的公用物，像是兩台沒有電力的室內健身腳踏車、一台有塑膠保護殼的電視、一台沒有熱水功能的飲水機、一張從沒有使用過的桌球桌以及一個有跑馬燈功能的數字時鐘（也會顯示日期，同時還能傳遞病床或浴廁發出的**求救訊號**），跳早操、用餐、看電影、唱 KTV 等活動都是在座位區進行，事實上，除了少數幾位病友長時間都在個人房間外，大部分人連非共同活動時間，也會聚集在座位區看電視、相互交流，或只是一個人坐著看書、畫畫，甚至是發呆。**團體教室**裡有存放許多圖書、雜誌及職能活動的用具，有團體課程時才開放給病患們使用，同時也是每周精神科團隊的會議空間。**廁所和浴室**是連通的，浴

4 在此釐清關於本文提及的空間概念：由於 S 醫院的精神科急性病房是從一般病房改造而成（原先的格局設計與其他樓層大致相同），**可能與一般對醫院病房空間的想像相差許多**，本文中的「急性病房」所指的是精神病患們接受治療的地方，包含了物理上的**整體**空間（從第一道大鐵門進來算起），同時也指涉在筆者住院期間與精神病患們、醫療團隊**共組而成的抽象團體概念**；相對於前者，本文以**「個人房間」**來代稱一間間病患們睡覺、休養用的小病房，（不知是否因為防疫政策）通常一間房間僅二至三人同住，亦可參見附錄的手繪俯視空間圖。

室在比較內側，每天下午三點才開放洗澡至晚上八點，女性浴室[5]共有四間，單間裡上方有蓮蓬頭，下方（已接近地面）有水龍頭，**蓮蓬頭是固定在牆上的**，並沒有軟水管（也是基於安全考量，因與繩索有類似功能），另有一小角的置物平台，以及一張椅子；女廁部分有五間，都是坐式馬桶，洗手台部分與一般洗手台無異，**但牆上並無鏡子**，各間浴室及廁所皆設有具通話功能的**緊急求救鈴**。

個人房間約有十五間左右，每間有三至五個床位，一個病患可以使用一張病床、一個可移動式的床頭櫃以及房間內牆上的一格置物櫃，房間裡的電燈是在靠腳那側，也就是頭頂上是沒有燈光的，因此**整個房間幾乎整天都是灰暗的**，另個人房間內有一廣播器在房門上方的角落。

（二）空間設計的意義：「全控機構」（total institution）

前面說到急性病房是一個高度具有保護性及隔離性的場域，意味著將**「還」**不屬於此病房的一切人事物都隔絕在外，即便已辦完入院手續，似乎是獲得了資格得以進入，但這是一個「再社會化」的場域，因此**還必須先在做為「中繼站」的兩扇大鐵門間，進行「安全檢查」**：將個人的物品一項項打開並審核，不符合急性病房規範的[6]會當場請陪同者帶走，而**部分**對個別病患而言需要用到卻又可能造成安全疑慮的物品，則會直接收至護理站存放至個人的置物櫃裡，要使用時再自行到護理站**「借取」**。檢查完成後，病患才真正屬於這個急性病房的一份子，最後僅留下每個人在生活中基本所需的用品，其中不論是收在護理站或自己保管的物品，有**繩索**的話則會被割斷或抽走，而塑膠袋則是會被割破以避免窒息。像

5 筆者由於生理性別之限制，無法得知男性浴廁的狀況，亦無特別詢問受訪者有關浴廁的部分，故無介紹。

6 不符合急性病房規範的物品有：尖銳物品（如各式刀類）、玻璃製品、電器用品（含 3C 產品）、金屬類、繩索類（包括個人長板衣物：絲襪、皮帶、圍巾、浴巾等）及其他具危險性物品或食品（如煙、酒、檳榔）。另外，每個人有自己生活上的習慣用品及食品，若具有安全疑慮則必須存放於護理站，像是絕大多數病患的**牙籤／線、文具用品、（尼古丁）口香糖、茶、咖啡、私人其他用藥等**都在管制範圍內。

是我先前至醫院報到時身上的棉褲有鬆緊帶，進到病房時則馬上被要求換下來交至護理站，護理師就盯著我進房間趕快換完拿出來給她（或是當場要直接把繩帶抽走，那麼褲子就可以放在自己房間），直到出院前的觀察，可以發現在安全檢查部分，急性病房做得算是蠻徹底，若監護人還未抵達病房門口，就還不到放人出去的時候，所以也不輕易把有安全疑慮的物品交還給病患。還記得在我監護人抵達前不到半小時，受訪者蘭姐還問我說「妳怎麼還沒去換衣服？」，我回答說「因為我的褲子有鬆緊帶啦！」，她馬上就點頭表示懂了，等到監護人已經到了之後，護理師才將褲子交給我。

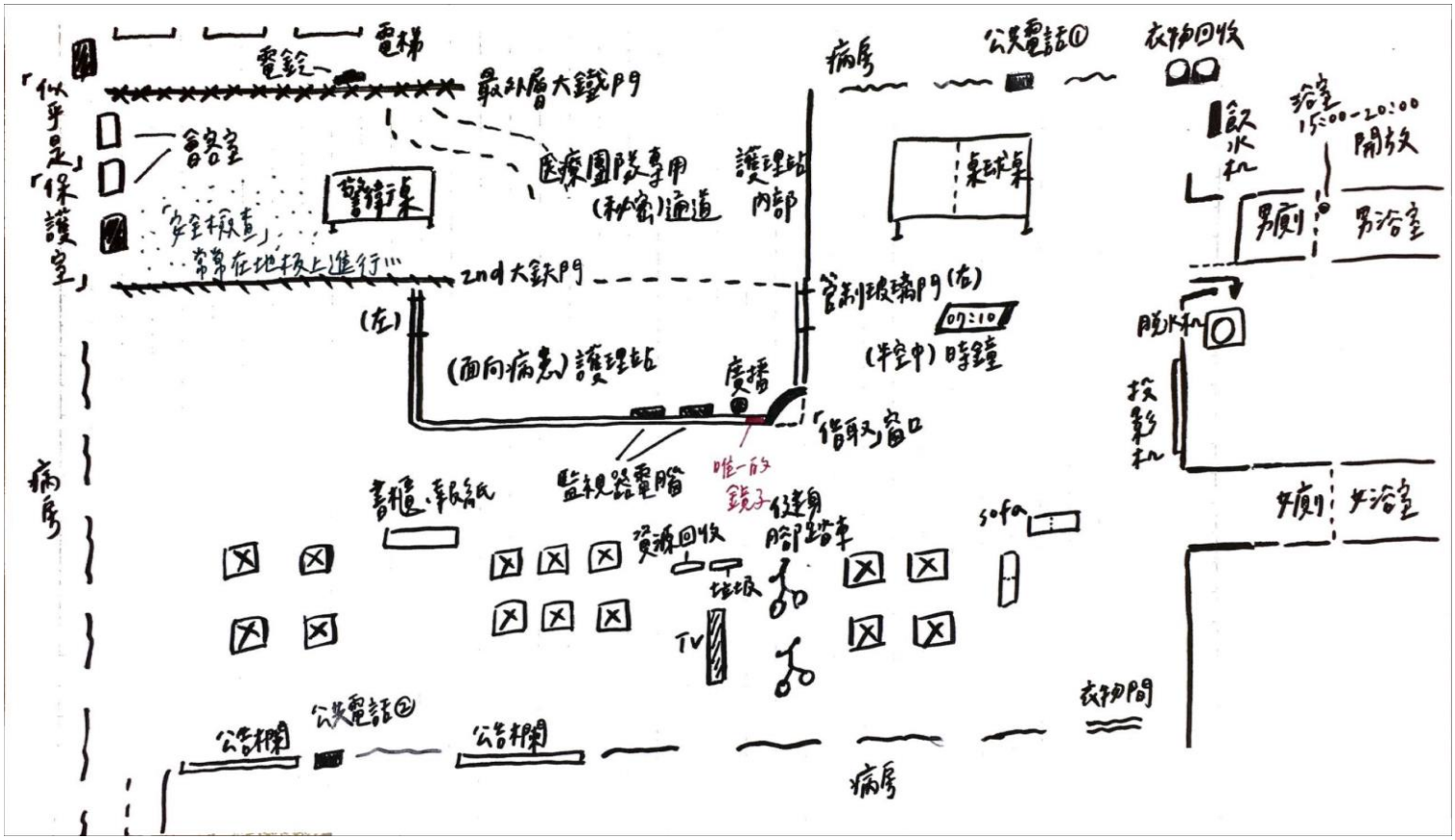
護理站是急性病房裡權威象徵的中心，醫療團隊會盡可能聚集在護理站裡準備好一切、彼此交換好資訊後才出來[7]找病患，而前面所介紹到的窗口位置更是加劇醫療團隊與病患之間的距離及權力不對等，當窗口高度位於一個人的胸口至腰部高度，意味著兩個情況：1)病患站直地說話，用一般音量根本無法穿透護理站厚實的玻璃讓護理師們聽到，因此，通常會採取 **2)彎下腰來，頭歪一邊以接近窗口**，想辦法對著護理站裡面傳達需求，這是相當不符合人體姿勢的做法，如此刁鑽的空間似乎是藉著考驗病患的耐心或試圖造成病患不適，進而能盡量少接收到其聲音及需求，可以說是將病患視為一個即將來臨的「要求」或「麻煩」，而非當作一個「人」在對待。到後來我們每次去到護理站，**彷彿**都看到玻璃上貼著「在聲音傳達到我們（護理師）**聽得到**之前，我們是不會理你的。」的警示，關於「聽不聽得到」，已經住院第三次的榮哥就很有心得，常常悠哉地坐在一旁說：

> 他們哪是聽不到？！他們就是不想理你們而已，還不如等他們看起來比較不忙、心情好一點的時候再去要東西！不然亂吼亂叫是要被抓去**保護室**喔！？
>
> （受訪者　榮哥）

7 醫療團隊從急性病房外進來的路經通常為：先經由急性病房外與護理站間的專用通道進到護理站，再從護理站兩側的玻璃門進到座位區或病患個人房間來做治療或問診。

另外，護理站裡許多的電腦中有兩台是監視器畫面，醫療團隊**隨時**都可以進行監看，除了追蹤病患的行蹤[8]以策安全（避免「異常行為」造成突發狀況），同時也是每個階段完全掌握病患們作息的手段，而監視器旁則是一座大型**廣播器**，一天中的所有活動及課程，護理師們都會透過此廣播器清楚而大聲地提醒所有病患，如此完善的、全套式的**「正式管理」**，便是封閉的「全控機構」（total institution）十分重要的特徵（Goffman，1961），同樣地，個人房間內昏暗的燈光也是為了讓病患多走出來而設計的，若能增加病患參與團體活動／課程的機會，似乎較能掌控病患們的所在位置、身心狀況、行為表現等。

圖 1 急性病房俯視空間示意圖（筆者手繪）



8 據警衛大哥說法，監視器只看得到個人房間的畫面

（三）日常作息與規範

在急性病房裡原則上是需要按表操課的（見表 1），幾乎每個時間點護理師都會用廣播器大聲而清楚地傳達兩次，像是「各位病友早安，現在是早上用餐時間，請各位病友到護理站洗手（酒精消毒）及領取餐具，等待用餐！」、「各位病友好，現在是下午兩點，今天有心理團體課程，請各位病友到團體教室集合，準備參加活動囉！」。大部分病患通常在進去後兩三天就會習慣過於響亮且有點擾人的廣播，也真的以此做為其生活作息的依據，呈現**相當「被動」的態度及行為**；另外，其實團體課程的運作在 S 醫院並不是那麼地順利，通常參與的人數不多，實際上團體活動也帶不太起來，然而比起關於「人」、「氛圍」的探討，在**時程設計**上更是弔詭，像是在下午的課程結束後馬上就是三點領病人服的時間，常常導致有參與課程的人，反而因為課程延遲結束，而團體教室出來往衣物間時被護佐阿姨碎唸，甚至星期三下午的電影欣賞時間，更是在三點一廣播要領取病人服、宣導「現在是下午三點洗澡時間，浴室已開放，請各位病友把握時間，盡量不要拖到晚上」之後，病患們紛紛離開座位區，我住院期間三周來都落得只有自己一個人看電影的情況；還值得注意的是，某次看電影看到一半，社工師來找我問說方不方便進行會談，我當下就把困惑許久的質疑丟出來了，『可是現在不是醫療團隊安排好的職能活動時間嗎？電影肯定都會超過一小時，為何是現在會談？』社工師頓住了許久後，和我約隔天的時間便離去，**並沒有多做解釋**。

而在每日排定的固定時程中，最嚴重影響到病友們生活的，就是**護理師交班時間**了，早上八點與下午四點分別是早班與晚班的交班時間點，不過其實並沒有從病患進來時就向我們宣導，而是**直到大家經過多次的「無所適從」後整理、相互報消息才得知**，像是早上七點十分用餐，大概八點左右用完餐需要牙籤、想要領取自己的茶、咖啡等，或者是因為早上起不來沒有趕上早餐時間所以需要領早餐的病友，很可能遇上交班時間，到護理站後卻只能看著透明玻璃上擺著「現在在交班，等下再來」的小白板，病友可能因此大聲嚷嚷取得護理師關注後被責備及敷衍，又或者就在一旁乾等。護理師們這樣的態度也就意味著，即便是因為身

心上的不適**而非個人意願／選擇**所以沒有遵從生活作息表的時程，病患也應該自己想辦法跟上才是，護理師確實也會在交班完之後來關心狀況，但多半卻仍會給予「那也沒辦法啊，我們得交班」的結論，或甚至是半開玩笑式的一句「誰叫你昨天不乖乖睡覺」來**調侃**病患，看似每天都會上演的平凡互動，我認為並不妥當，是**可能使得病患態度更加被動或消極，或導致雙方關係惡化。**

不過如果能如此規律地照表來生活，也是為什麼如果一位病患是從門診與醫生討論住院的話，醫師通常會問說「看要不要住院**『調整』**一下作息，讓身體好好休息」。然而，我曾經向我的住院醫師表示很擔心出院後生活作息和在急性病房裡差太多了，他給我的回饋是：

> 「其實這樣的生活，沒有住在這的人，是幾乎做不到的啊，這…怎麼可能這麼早睡？」
>
> 「可是這時程設計不是為了讓人體最能好好休息嗎？那…難不成只是方便安排，就是類似這個組織要運作，所以…」我順著問了下去。
>
> 「其實…對啊。就是這樣也對我們醫生、護理師啊，最符合我們的時間、方便管理…」
>
> （筆者與住院醫師會談紀錄）

雖然我大概可以猜測出來這樣的解釋，但從醫生口中親口聽到的當下還是十分驚訝，並且這其實在過去許多研究中也早就被提及，在「全控機構」裡，每個人整天大部分的作息都必須與群體共同進行，且很可能是**為了達到機構期望的官方目標及管理效果**（Goffman，1961）。

表 1　S 醫院急性病房每日生活作息表

<table>
<tr><th>時間</th><th>一</th><th>二</th><th>三</th><th>四</th><th>五</th><th>六</th><th>日</th></tr>
<tr><td>07:00</td><td colspan="7">起床廣播</td></tr>
<tr><td>07:10</td><td colspan="7">早餐</td></tr>
<tr><td colspan="8">（08:00 開始為早班護理師交班時間）</td></tr>
<tr><td>08:30</td><td colspan="7">量血壓、體溫、紀錄大號次數；每周二量體重</td></tr>
<tr><td>09:00</td><td colspan="7">早上吃藥</td></tr>
<tr><td>09:50</td><td colspan="7">跳早操</td></tr>
<tr><td>10:00
早上活動</td><td>職能
（手腦／眼腦協調）</td><td>X</td><td>職能
（手工藝）</td><td>護理團體
（衛教）</td><td>職能團體
（人際互動）</td><td>X</td><td>X</td></tr>
<tr><td>11:00-11:30</td><td colspan="7">取物（指甲剪、刮鬍刀）時間；早上會客時間*
【因應醫院防疫政策，自 1/20 起改為 11:00-11:20 及 11:30-11:50】；
每周二、四可代購物品／食物、借還圖書雜誌</td></tr>
<tr><td>11:30</td><td colspan="7">午餐</td></tr>
<tr><td>13:00</td><td colspan="7">下午吃藥</td></tr>
<tr><td>13:30-14:00</td><td colspan="7">下午會客時間【因應醫院防疫政策，自 1/19 起取消此時段】</td></tr>
<tr><td>14:00
下午活動</td><td>職能
（運動）</td><td>心理團體</td><td>職能
（電影）</td><td>社工團體</td><td>護理團體
（生活討論會）</td><td>KTV</td><td>KTV 或
電影</td></tr>
<tr><td>15:00</td><td colspan="7">領病人服；周四可提出換床單需求*</td></tr>
<tr><td colspan="8">（16:00 開始為晚班護理師交班時間）；含咖啡因物質須於 16:00 前用完</td></tr>
<tr><td>17:10</td><td colspan="7">晚餐</td></tr>
<tr><td>18:10</td><td colspan="7">晚上吃藥</td></tr>
<tr><td>18:30-19:00</td><td colspan="7">晚上會客時間【因應醫院防疫政策，自 1/20 起取消此時段】</td></tr>
<tr><td>21:00</td><td colspan="7">睡前吃藥</td></tr>
<tr><td>21:30</td><td colspan="7">熄燈、晚點名；每周六日可 22:00 再進房間</td></tr>
</table>

三、病患共創的病房文化及專屬於「我們的」象徵符號

從大部分病友的記憶中可以發現，剛開始住進到急性病房時的第一、二天（至少第一個整天）都是在睡覺、昏睡，不一定與其病況有關，而是身心在適應一個「再社會化」的全新環境，如果已經可以融入到和病友的互動，那麼通常會先從**「你怎麼進來了？」**這句話問起，**做為彼此認識的開始**，甚至可以說在被大家問這句話之前，該病患可能不被當作這個群體的成員：在所謂「先來到的／既存的」病房成員面前，「新來的」病友只是在進行自己的「表演」，確實受訪者小杭也和我表示過，『因為都不認識啊，所以我就都裝神祕』；不過有趣的是，認識了之後，彼此打招呼的方式就變成了**「你現在是醒著的嗎？」這樣一句高度調侃性質的話**，而病友們也會找時間試圖**透過他人反饋或向醫生諮詢**來得知自己頭幾天的樣貌，同樣是小杭也曾經有問過我：『你有印象我第一天進來時候的樣子嗎？嗯…我想問的是我那時候是不是看起來很有事？』我向他表示我那幾天都只有看到他的背影，意思是我看到的就只是他（可能去廁所或浴室出來）走回房間的畫面，他又接著說道：『我到最後一天和醫生確認才知道，那時候我的狀態是快要精神分裂了，其實我當時也有感覺到很錯亂。』

而面對急性病房這樣高度且絕對的專業與權力，病患雖然容易緊張、煩躁，卻也發展出**照應彼此的應對策略**，若是意識清楚、有注意到自己的醫生或照顧護理師可能快要來問診了，也就會隨時注意護理站的動靜，或是故作自然地繼續自己當下的活動（甚至背對護理站），**再向病友們打聽**，像是病房裡年紀最小的受訪者娜娜就很常在她的主治醫生準備要從護理站出來前開始到處找我：

> XX 妳快過來啦！我的主治，我剛剛又跟他對到眼了，我的直覺告訴我他馬上就要來找我了，妳坐在我旁邊我們一起畫畫好不好，這樣他就不會跟我講太久了，我現在開始不會再面對他們（護理站）那邊了，XX，就交給妳了喔！
>
> （受訪者　娜娜）

另外，我還想在這個部分分享兩個「當時」我和較親近病友的「專屬符號」，像是 1）**「一起去保護室囉！」／「一起去捶玻璃啊！」**：由於敲打護理站的玻璃（幾乎沒有例外）便會馬上被送進去保護室隔離，所以到後來，每當我們有人心情比較低落、過於浮躁時，彼此就會以這兩句話來讓彼此放輕鬆；又或只是因為在病房高度監控、枯燥乏味的生活規範下，大家一起開開玩笑，依照小杭某次自己向護理師要求要去保護室靜一靜後回來的說法，『保護室裡真的就是一張床和一盞燈而已，安靜得可怕，我那時候要進去他還要我拔掉眼鏡…』，用來**勉勵／反諷彼此**不要隨便進去保護室。2）**「999」**：其實「999」是醫院這個場域專用的緊急醫療救護代號，只要院內發生危及生命安全的緊急狀況，就會有內部專線通報總機廣播至全院；不過在我住院期間，每當我們聽到「999」時，會集合在一起**默哀**一陣子，祈求一切是最好的結果。

四、關於「自殺」

筆者於住院期間與較熟悉之病友深聊時，多次討論到有關自殺相關議題，並傾聽他們**自述「為何選擇」自殺**（及為何選擇那樣的手段），整理後發現一般會談及（該次）自殺意念強度、手段可行性及面對現實的態度三面向，同時，由於能和他們在急性病房裡相遇相識，即是其過往或本次的自殺行為並無成功之意，因此此部分也試圖呈現病友們對於自身**自殺經驗的詮釋**，以及**面對「自殺失敗」時（活過來之後）的反應及感受**。

我很抱歉，但我真的想離開

> 我覺得自己就是一個累贅，其實我媽養我到現在我都為她感到不值得，願意待在我身邊的人也都好傻，我實在太令人疲憊了對吧？後來我甚至得了厭食症，我媽就更辛苦了，然後我愈來愈討厭我爸，根本不想和他待在同個空間裡。

受訪者娜娜原先是藝術高中一年級的學生，依照娜娜的說法，家裡環境並不是很優渥，但是爸媽很努力工作讓她有資源可以往自己喜歡的道路走，尤其娜娜從小和母親的關係就很親近，在她與父親關係逐漸惡化、而她也在學習表演的過程中被確診為**厭食症**後，她對母親的**虧欠感**就愈來愈重了。某天娜娜留下遺書並吞了一百多顆藥，不過沒多久就被送往急診，我還記得她剛進來的時候，連可以換上的拖鞋都沒有，但她也並不是很在意，就這樣光著腳過了快兩天，直到她母親把生活用品整理好帶過來給她。在狀況比較穩定後，娜娜就很常跟我一起用餐、畫畫，有天她**主動**和我提起在急診的情況：

> …直到我在急診室醒來看到我阿嬤，聽到她那句『阿妳把妳爸媽的藥都吞下去，他們是要吃什麼』，我好像才知道自己做了什麼，但是我心中還是覺得有可惜，**『居然還真的沒有成功？』**，到後來已經不知道要怎麼看待自己的行為舉止，不過我就真的覺得活著好累，其實我很認真過每一天，升上高中後我也常常感覺很棒、很有意義，我真的超喜歡我們班，但是好痛苦，跳舞不是快樂的事了。

在每天互動下，我注意到娜娜的手上有著深刻的催吐痕跡，同時左手也有割腕自殘留下的大量劃痕，她並不是很怕我發現這些曾經的自傷及自殺意圖，甚至時常有意無意向我透露出仍然不太想繼續活著的想法，我曾經試圖詢問為何是選擇「吞藥」這個手段，不過**她並沒有多做說明**，而是開始和我們*提及她其實查過很多自殺的方法，尤其對於「跳樓」的相關資訊，她很亢奮的表示：

> …我查了很久才整理出來的，至少要六樓以上才有致命的可能，哈哈，不過我每次查這些都要用無痕模式（搜尋網頁），不然怕我媽發現，她又會很難過。

那次的談話還有另一位病友（受訪者小芸）在場，小芸因為娜娜的分享也接著說出自己被送進急診的情況：

> 嗯，我當初就是穿著我衣櫃裡最像婚紗的禮服，真的很漂亮喔，跑到樓上按別人家的門鈴，然後衝進去，打開窗戶準備要跳下去，然後，對，就被報警了，從急診轉到急性病房後，我先在保護室裡待了整整三天，**可能他們真的覺得我瘋了吧**，想要讓我鎮定。

小芸是一位非常有禮貌的**思覺失調症**患者，許多時候她的**意識並不是清楚的**，可能會突然無法分辨時空場合，不過她大概自己有感覺，如果是和我互動時，會和我說聲「我現在腦子有點亂」後先到一旁獨處，她常表示很開心我進來（住院）了，在認識我之前，她盡量不向大家表現出她的症狀。而相較於自己有什麼病症、又該怎麼隱藏，她則是非常願意分享她的性別認同與經歷——她同時也是一位正在變性的變性人，直到住院前半年一年還在吃賀爾蒙藥：

> 妳們應該都看得出來我的氣質不太一樣吧，我其實是位生理男性，但我心裡認定自己是女性，所以我的病房裡只有我一個人，就是他們（醫療團隊）覺得我畢竟還是個男生的身體嘛，雖然很孤單，不過有天我去跟護理師問說想要穿粉紅色（女性）的病服，他們討論了一下後就給我了，到現在的話，如果我太靠近男廁，他們還會唸我說『妳不是（用）那邊的（男廁）啊，要記得喔！』，我覺得很開心，那代表他們認同我是一位女性。

小芸在談論到「好事」時，總是特別激動並滔滔不絕，然而，每當有人問起那為何她變性過程只走到一半／還沒完成、為何進來住院了等**關鍵問題**，她便會表示身體不舒服不想再談，而在我快出院前幾天，她來和我勉勵說：

XX，妳出院後一定要健康快樂幸福的喔！我會一直這樣希望、這樣祝福妳的！雖然我現在進來住院，妳知道的，我其實已經沒有憂鬱了，我十年前有過憂鬱症，不過後來我都跟爸媽講開了，我和他們說我想當女生、我喜歡男生的時候他們也都很包容我，才發現他們其實是很愛我的，到現在他們也很支持我，所以啊，妳不要放棄、要相信他們是可以溝通的，妳以後一定會很好的！我現在也是每天都很努力，妳看我不是都在讀法文嘛！我在自學，出院之後我想要到外商公司工作，我想照顧好自己，**就是給我爸媽最好的回報了。**

其實並不難察覺到小芸的「**刻意忽略**」，又或者那也是她的症狀之一，到最後我仍無從得知她為何如此強調她早已走過十年前的憂鬱日子、有著爸媽長期的照顧與支持，卻停下「變性」的腳步、卻精心打扮去自殺。

兩位受訪者娜娜和小芸都是很在意親子關係的人，總是能從她們的話中聽到想對家人好一點但卻不想活著怕造成家裡麻煩、很謝謝爸媽的支持但還是不知道怎麼辦所以打算離開的**矛盾心情**，她們的自殺念頭可能較高或是危險行為時常無法被預測，加上這次都是「自殺失敗」從急診進來急性病房，可以明顯感受得到她們對自己的**失望或逃避**，我做為他們兩位在住院期間最親近的病友，很榮幸能夠聽到她們許多的內心話，不過除了傾聽也只能隨時注意她們的狀況。

我好像就是死不了，那就進來逃避一下吧

就…活著很累啊，我這樣照顧癌症媽媽，要二十年了欸，我的姐姐妹妹她們就真的，覺得嫁出去後就沒有這個家欸，所以就會有那種時候啊，難過到想死，我曾經在巷子裡上吊啊，繩子掛在那種冷氣機有沒有，掛在那個鐵架上，就沒有成功(指著自己脖子上已經褪去的勒痕)，也有割腕啊，阿這次我是自己進來休息的，不然怕撐不住吧，她們現

在就得輪流去照顧啊，不然我不在對不對，但是妳看，我差不多要出院了，就還是一樣。

受訪者榮哥在家庭照顧工作壓力下，已患有憂鬱症十幾年，他曾經自殺過三次，這次住院是自己向醫生詢問、自願住院的，他表示既然三次了都沒成功，可能就是要活著受苦受難吧，那得想些辦法，**是在嘗試多種自殺手段卻不斷失敗後，對現實、對人生態度大轉變的一個例子**，榮哥對於大多數的病友們都是令人安心的存在，**因為很多事他都太熟悉了，就能常常協助我們判斷**，比如前述要在什麼時間點去找護理師，或是各個主治醫師的專攻領域、對病人態度如何等等。

同樣多次嘗試自殺而總是失敗的，還有受訪者蘭姐，不過和榮哥（以及大部分的病友）很不一樣的是，她至今還沒找到自己得憂鬱症的原因：

我大概在五六年前被診斷有憂鬱症的，不過其實，我看過的醫生，還有我想了很久、回顧我的人生之類的，我們都還是找不到原因。我其實蠻順利的長大，而且活到現在五十歲了，嗯…雖然我是個女同志，但我是很幸運的女同志，我和我的伴侶也在一起十幾年了，我們也沒有走太曲折的路，前陣子還等到了同婚法通過，就去辦登記了，雙方的家庭也都互相支持，…所以，我實在搞不懂，不過有一些麻煩的問題，也有可能它們就是原因本身吧，我被診斷為憂鬱症後反而愈來愈低落，莫名的那種喔，就會一直哭，然後很害怕獨處，寧願是吵雜的環境也不能沒有人，然後也有生理上的解離現象，可能看劇、讀書到一半會突然完全看不懂，不知道字怎麼唸，或是在路上突然不知道那是哪，很可怕吧！我後來整個沒辦法繼續工作了（出版社），我的伴侶是精神科藥廠員工，她工作是很穩定，但是沒有辦法總是陪我啊，加上前陣子我家人、寵物都過世了，我不知道，我就覺得至少來住院會好一點吧，反正就是只能想辦法和自己共處了。

受訪者蘭姐告訴我她可能是某種「先天性因子」的憂鬱症，但是這些症狀、診斷到後來讓她在情緒上也陷入嚴重憂鬱，因此也嘗試自殺很多次，像是從電扶梯上直接跳下來、在捷運站跳軌等，不過都沒有成功，**最後她還是選擇「回來」熱衷於生活**，在住院期間，因為她伴侶職業的緣故，她幾乎知道臺灣目前的精神科藥物，也因此較能直接且清楚地和醫生討論**用藥（比如藥物是來自原廠還是台廠、不同顆藥之間計量的調配等等）**，在和我關係比較親近後，她也和我分享不少用藥經驗。

「可控制的」自殺？

> 我覺得我自己快出事了，所以想說進來調整一下，用正常的藥物調整，…嗯，對，其實我本來應該是要去**勒戒所**的，不過因為我本身算是，有輕度的憂鬱吧，所以反正就想辦法進來了，之前是在診所拿藥，過來就是先看了幾次門診。

受訪者小杭是一名**藥癮**患者，這次住院是因為進來前用「藥」[9]過度到自己覺得有生命危險了，怕無法控制所以從診所轉診到 S 醫院精神科門診，並向其主治醫師提出住院需求。他曾表示醫生大概是看在他過往「驚人的生命經歷」，且長期以來都有憂鬱、**幻覺**等症狀，所以沒有直接把他轉介到勒戒所，同意讓他住院**「調藥」**：

> 嗯…其實妳應該多少有聽到我和醫生談話吧，反正因為現在跟我一起生活的人，她是有中高度憂鬱，久了之後，有時候也不太知道我們在幹嘛，還會拿錯成彼此的藥吃下去，喔，我有次吃了她的藥，隔天差

9「藥」其實就是有被管制的藥、甚至是毒品的意思。

點掛掉，那跟那些快樂的（藥癮）是不一樣的，當然，我用「藥」的時候絕對不碰酒，對，現在順便教妳正確觀念，「藥」跟酒絕對不行一起，隨便亂來真的會出事。

從小杭的言論可以知道「藥」對他而言是**生活中重要的消遣或娛樂**，他清楚地知道「藥」的使用方式及危險性，但是住院期間到後來逐漸發現他對「藥」的需求（必要性）非常強烈後，我便好奇他是否正因為知道如何用「藥」、（長久下來）有較多管道可以獲得「藥」的相關資訊，而可能在有自殺念頭時能更有效進行自殺行為，不過他比起選擇自殺，**更追求活著能獲得的效益（賺錢）及快樂感（藥癮）**：

…我覺得我有很多事情還沒處理好吧，有些事還沒想通，妳也知道，關係很麻煩，然後我最麻煩的又是有那種「特定的幻覺」，就是和某個人相處的時候才跑出來的幻覺，所以有時候真的會蠻想死的，**當然也有很多可以死的機會啦，不過也就蠻容易失敗的，那我活著賺錢的話，我就是希望愈有效率愈好啊**，你們現在時薪多少？阿沒關係，反正我可能就會不擇手段想辦法可以時薪八九百一千的那種，然後用「藥」，真的會蠻快樂的…

而當我問及工作是否和藥癮有相關聯時，他並不諱言地說出：

…其實我做的就是黃色產業啊，等妳出院之後再去搜尋我的名字吧，之前我算蠻大尾的，那這就要看個人道德觀了，大部分人大概會覺得我是社會敗類吧，不過至少在我這邊，工作和用藥完全是兩件事啦，賺錢工作的地方我也不會提供「藥」，就是純粹大家交易獲得彼此要的，平常和朋友什麼的，其實也不會隨便帶人用「藥」，因為我就真

的知道「藥」有多危險，有些人我用看的就知道，他這輩子玩不起，大概一次就會掛了…

這小節的最後舉出受訪者小杭的經歷，是試圖呈現個人如何衡量自殺的「價值」，又有什麼「替代方案」，其實他**並非都沒有過自殺念頭**，甚至是只要幻覺出現的時候就足以讓他痛苦到想脫離現實，但當自殺對小杭而言並不是最佳選擇時，他決定在現實生活中另尋出口——歡愉地用「藥」；同時，「藥」在他長久的生活經驗中，已經成為**具高度可近性及高度致命性**的工具，其實只要他打算以「藥」為進行自殺行為的手段，自殺對他而言並不困難，然而最關鍵的是，他想面對過去在親密關係中所受的傷害，所以即便常常用藥到像是活在「虛幻」裡，卻還是有他堅守的原則和信念：至少要**「真的活著」**才能往下走。

小結

我想討論的是，不論對於這些病友們來說自殺是什麼樣子的，自殺的意義到底是什麼，又或者，試圖**合理化**自己為何要自殺、為何選擇什麼樣的手段自殺，都在在傳達出他們在生理上／實質上的不適（厭食症、變性過程、照顧工作、解離現象、藥癮／幻覺）及日復一日心理壓力的相互影響下，所感受到的「絕望」，而自殺也是他們認為當時還能做出的某個**「人生選擇」**，因此即使自殺行為最終是「失敗的」，**卻是自我定義與認同的一部份**，也在他們後來「看似成功地活下來了」的生命中，成為需要被書寫、被重視的經驗。

五、後記與誌謝——我在實踐什麼？我想實踐什麼？

首先，我想在此表達對 S 醫院精神科急性病房全體醫療團隊的感謝，接受住院治療期間，大致上我覺得醫療團隊（尤其是護理師）提供的照顧相當完整，我也與之形成不錯的醫病信賴關係，本文雖有許多看似直指醫療團隊的不是，但我想強調這些質疑並非都是對於團隊的「態度」，而是有許多制度上的設計不良而

使病患產生「不適應」或「無所適從」，這是我想先特別說明的。

而在文章的最後，**我想正式地、真實地訴說出自己對這篇文章的「敏感」，試圖找出我與這篇文章的關係**－－從住院期間打算記錄下所遇所見所聞，到出院後時不時整理自己在病房時遇到的「矛盾」與發現的「收穫」，再到終於完成這篇文章，即便所有過程都小心翼翼在進行，卻仍然覺得它有很多的不足、自己的表達能力與空間很有限，於是動筆後的每天都會問自己這樣的一篇「揭露」紀錄是否「正確」？能有什麼意義？我想透過此文傳達什麼？而這其中曾讓我最不知所措的是關於病友們當初的「坦誠相見」：雖然是曾經徵得了病友們的同意才將他們做為題材、資料來源，但是同樣做為一個所謂的「精神障礙者」，我想我很清楚我們的心情／情緒／意願在日常生活中是具有「變動性」的，我的意思是，我想試圖確認是不是在我出院後、我們分道揚鑣的兩個月後，他們依然如當時那樣相信我？是否依然同意我將認識他們、觀察他們、與他們互動的過程公開地記錄下來？

我最終沒能一一完成**再次確認**的工作便決定寫下這篇文章，雖有些自責，但也相信上述的疑惑並沒有因此變得多餘或是沒有意義，當時的我同時接受著精神科住院治療並進行著社會學田野觀察，無論是因為我隨和、熱心的個性也好，又或是我真的成功使用了一些些的訪問技巧，因此病友們無意間／願意成為我筆記中的受訪者、觀察對象，這不只是我做為一個初踏入障礙研究領域的社會系大學生恰巧得到的「收穫」或「好處」而已，同時**也讓我深刻體會到做研究時個人身分與研究者角色交錯下可能遇到的「衝突」或「限制」。**在一邊反思一邊完成文章的過程中，我更確信自己透過這篇文章可以試圖實踐的一些內涵，以及未來在學習路上可以繼續做的努力：要持續願意去傾聽、去記錄下需要被重視、被書寫的障礙／生命經驗（**尤其當這個人／群體希望如此**）；持續做一個異議分子，在既存的制度規範下提出疑惑，以找到對於障礙者的「合理對待」，我想這兩點也是我對自己和所屬團體的重要照顧、療癒與實踐。

最後的最後，我想感謝所有在我住院前後給予協助的親愛的人們、謝謝友人WX 直到最後一刻都支持我完成此文，並特別感謝社會系上教授、學長姐、學弟妹們長期以來的傾聽、包容與各種形式的幫助。此文除了對過去的自我做點交代，也想送給現在仍正經歷著痛苦的辛苦人們與自己－－雖然我們是「**怕黑的夜行性動物**[10]」，但我們不孤單，有彼此一起走向未來。

10 比喻靈感源自歌曲《怕黑的夜行性動物》，演唱者為麋先生及法蘭黛樂團。

六、參考文獻

Goffman, Erving 著、徐江敏等譯，2012，《日常生活中的自我表演》。台北：桂冠。

Goffman, Erving 著、群學翻譯工作室譯，2012，《精神病院：論精神病患與其他被收容者的社會處境》。台北：群學。

謝國雄等，2007，《以身為度、如是我做：田野工作的教與學》。台北：群學。

七、受訪者名單（依出現順序）

受訪者／觀察對象（化名）	生理性別（性別認同）	年齡	職業	病症	住院次數	本次住院原因（門／急診）
蘭姐	女（女同志）	50	（昔）出版業	憂鬱症（解離現象）	第一次	門診
榮哥	男	50	賣天珠	憂鬱症	第四次	門診
小杭	男	38	黃色產業	輕度憂鬱、藥癮、幻覺等	第一次	門診
娜娜	女	16	表藝科學生	厭食症、憂鬱症	第一次	急診
小芸	男（變性為女）	30	無	思覺失調症	不確定	急診