

精神分裂症患者之烙印處境

林美伶¹ 熊秉荃¹ 林淑蓉² 胡海國³

國立彰化師範大學學務處¹ 國立台灣大學醫學院護理學系¹ 精神科³ 國立清華大學人類學研究所²

摘要

目的：大眾認為精神病患等於暴力、危險，以負向的態度對待，影響患者心理、社會層面，本研究旨在瞭解精神分裂症患者的烙印處境。**病人與方法：**本研究以現象學研究法，針對九位精神分裂症患者進行面對面深度訪談，並以Colaizzi分析方法將訪談內容加以整理分析。**結果：**精神分裂症患者之烙印處境，包括「疾病不被接受」、「他人對能力的質疑」、「本身無法接受疾病」、「多重失落」、「預期生活困境」。**結論：**精神分裂症患者的烙印問題須長期關切，亦須瞭解患者接受疾病角色的矛盾情感以及家屬對疾病的態度，未來協助烙印的處理可藉認知治療、社交技巧訓練、患者與家屬的支持團體等，協助患者與家屬面對外在壓力，及調適個人內在心理壓力。(慈濟醫學 2002; 14:381-388)

關鍵語：精神分裂症，烙印，現象學

前 言

報紙與大眾傳播媒體，對於精神疾病以負面角度進行報導，如一般的刑事、暴力等，報導時常以心理狀態、精神狀態不穩定，作為推論為犯罪的原因，認為心理、精神狀態不穩定等同於精神疾病，精神疾病等同於犯罪，間接推論精神疾病與社會刑事案件劃上等號，然而真正因精神疾病犯罪的比率有多少卻是不得而知？雖然在精神病患因病情不穩定，造成治安不穩、干擾社區的狀況，的確有所聞，但是這樣的狀況畢竟是少數未按時治療、病情不穩定的精神病患[1]，因此令人質疑片面斷定精神病患等同於犯罪的觀點。由於社會大眾採防衛態度，並且以訛傳訛的渲染不正確精神疾病的知識，

因此當被診斷為精神疾病或外顯精神症狀時，患者會承受來自他人的負向看法及態度，而他人面對精神疾病時過度誇張的反應，也讓患者甚至患者家庭承受來自社區、家人、教友、同事、醫療人員及媒體對精神疾病的刻板印象[2-4]，也就是對患者反映出負向及拒絕的態度，認為有不可預期的危險及暴力[5-10]，這些大眾對於精神分裂症患者根深柢固的態度，讓患者感受到自己被烙印[11-14]。「烙印」一詞最早源於古希臘，是藉以區別一般人和其他因道德或行為上的缺陷或不尋常的人，在他們身上加上標記或火印，告示帶印記的人是個奴隸、犯人或叛徒或是有污點的人，而在近代「烙印」所象徵恥辱的意義遠甚過於外表的印記[15]；烙印的情境中被烙印者的特質、主觀感受、他人的態度三個層面[16,

收文日期：91 年 1 月 9 日，修改日期：91 年 3 月 8 日，接受日期：91 年 7 月 8 日
 抽印本索取及聯絡地址：台北市仁愛路 1 段 1 號 國立台灣大學醫學院護理學系 熊秉荃助理助授



17]，呈現複雜的相互關聯，在他人的態度方面，烙印反映著社會上對於某些族群，(如殘障者、盲人、精神病患)的一種評價態度，認為這些人不值得信任、是沒有價值的[18]，而這樣的負向評價態度，在受到烙印者的生活、心理上造成許多困擾，如此標籤化與烙印的現象，對精神病患本身及其家庭都造成傷害[19]，負向態度不僅威脅患者的自尊、安全感、認同及生活希望[20]，更影響精神病患社交互動、導致士氣低落、聘僱機會下降[19, 21]，出現沮喪、傷害、生氣情緒[3, 22]、退縮逃避的態度，進而影響生活品質及傷害個人的自尊[9, 11, 23]；但是這樣的傷害也因精神病患身為弱勢族群，少有機會被一般人瞭解，另外，國內的研究亦多著重於瞭解社會大眾對精神病患的態度[5, 6]，較忽略精神分裂症患者在烙印中的處境。

為了正視大眾對患者仍存有負向態度的問題，世界衛生組織(WHO)於2001年提出「心理健康：停止排斥，勇於照顧」的目標(Mental Health: Stop Exclusion-Dare to Care)，指出社會需透過適當的政策、立法及服務，減少精神疾病治療的隔閡，並且以行動處理精神疾病在社會上受到的排斥、烙印和歧視[24]，由於過去文獻多著重於烙印的過程及相關的變項[3, 15, 20, 21, 23]，因此在朝向此目標時醫療專業人員需要由精神分裂症患者的觀點瞭解其在生活中烙印的處境，作為協助患者面對烙印處境之基礎，因此，本研究希望深入探討精神分裂症患者的疾病烙印處境。

病人與方法

研究設計

本研究採現象學(Phenomenology)研究法，德國哲學家愛德蒙·胡賽爾(Edmund Husserl, 1859-1938)是二十世紀初現代現象學的創始人，他主張獲得知識(事物的真實面)，應採取還原和描述的方式將所收集的資料恢復原貌，並認為知識的根源乃是來自事物的本身，而存在只有在自我意識層面，且與意義不可分割。現象學的目的，即是在調查人類生活經驗的基本結構或本質，本質即在意識經驗裡面以它最原始的面貌呈現，它是一種基本性的結構，此基本結構是生活經驗內的一種有系統的結構，也是共同存在於所有經驗到特定現象中的特質[25]。研究者

有系統的對所研究生活經驗之主觀意義採開放態度，且不斷質疑、反思、專注、及直覺的洞察，以讓經驗盡可能的呈現其整體性及其本質[25, 26]。

研究對象

研究對象乃透過北部及中部某醫學中心轉介或其主動聯絡者，選樣的條件包括被診斷為精神分裂症的患者，曾有住院經驗或正在住院(日間留院或開放性病房)，在病後曾有過工作經驗(包括院內工作或院外工作至少一個月者)，其活性症狀及負性症狀不影響會談，能以國語或台語溝通者，且無其他身體疾患，並願意表達其主觀感受及看法者。

九位研究參與者中，五位來自北部，四位來自中部某醫學中心，其年齡介於24歲至44歲之間(平均32.33歲)，僅一位已婚其餘八位未婚，男女比例為4比5，學歷介於高中與大學之間，其中信仰佛教四人、基督教三人、民間信仰一人、一人並無宗教信仰，目前四位無工作其餘分別從事工、自由業及院內工作。參與者認定發病年齡介於16歲至30歲之間(平均21.44歲，中位數為19歲)，發病時間介於5年至21年之間(平均發病10.89年，中位數為10年)，分別有一至四次的住院經驗，每次住院期間自半個月到30個月(平均13.22個月，中位數為4個月)，發病後工作時間由1個月至120個月不等(平均39.44個月，中位數為22個月)。

資料收集

本研究以訪談指引進行深度訪談以收集資料，訪談指引方向包括對疾病的主觀經驗、認為大眾對精神疾病所抱持的態度、因病遭受負向態度或經驗，及如何因應負向經驗，本文僅著重於烙印經驗及處境的論述，因應部分則另文陳述。研究時間由民國八十九年十一月至九十年二月，每次訪談時間由四十五分鐘至兩小時二十二分鐘不等，訪談地點為研究者借用之會談室。研究者於訪談前與每位參與者接觸3次至6次(包括建立人際關係、訪談、及參與者檢視)，實際訪談共進行11次。訪談過程徵得參與者同意，以錄音機全程錄音，並於二十四小時內轉錄為文字稿，訪談稿共獲得153,822字。當第一個訪談錄音資料謄成文字後即開始資料分析工作，當訪談至第七位參與者，分析資料時已無新的主題產生，故基於飽和理由(saturation)再增加兩名參



與者後，即停止收案，於是共有九位參與。

資料分析

本研究的資料分析法主要依據Colaizzi的七個步驟[27]。資料分析與資料收集過程採同時進行，並與一位研究生及本文第二作者，依本研究所提供的資料及分析過程，循序再次分析。於資料分析兩週後，再進行分析比較前後一致性，並與研究反省雜記內容做比較。同時為達到本研究的確實性(credibility)、適用性(fittingness)、可審查性(auditability)與可確定性(confirmability)之嚴謹度[28]，研究者並分析異質性患者(negative cases)、請研究參與者檢視內容是否符合其經驗、同儕辯證、及運用反省雜記(reflexive journal)等。

結 果

由訪談的資料分析得知精神分裂症患者之烙印處境，主要是疾病的不被接受，而不被接受來自兩方面，一是由外在所致如他人的態度、現行的政策，對於精神疾病不瞭解，進而對於罹患精神病患者以排斥、拒絕或懷疑的態度(包括「疾病不被接受」、「他人對能力的質疑」)；另一方面，患者長期以來內化社會對精神病患負向評價、以及他人對待自己的方式，並比較患病之後生活的情勢及以往印象中精神病患的形象，因而面對可能遭受的待遇(包括「本身無法接受疾病」、「多重失落」、「預期生活困境」)，研究者將詳述烙印處境的內容如下：

疾病不被接受

參與者於患病之後，由他人言語標籤，拒絕、排斥及誤解，感受到疾病不被接受，而覺知疾病烙印的存在。

受到言語標籤指參與者因疾病受到他人負向的言語指罵，雖然家庭為參與者一個重要支持來源，但由於長期患病，仍受到姊姊直接言語的指罵：「像我小兒麻痺的姊姊也罵我『哮耶』(台語)，他就當著我的面罵我啊！現在生病了沒什麼用處了啊，連姊姊都會罵我」，參與者因而感受到精神病患受到不一樣的看待。

受到拒絕、排斥指參與者由他人言行態度或相

關規定，感到自己因疾病被拒絕、排斥。參與者四在車上認識一位朋友，在對方不知道參與者的精神分裂症診斷時態度尚友善，在得知診斷後，呈現對參與者隔離拒絕的態度，「第一次打(電話)給她，她說她租房子，可以去她那邊坐，或她到我家坐，然後我就跟她講我在看精神科，然後第二次打(電話)去，我說要不要到我家來坐一坐，她說不用了啦」。參與者四有另外一次因疾病公開而遭拒絕，「剛開始她也是不知道，後來我也是跟她說我在吃精神科的藥，就是有一次她好像說什麼時候打給她，我就那個時候打(電話)給她，她就說沒有啊，她就是亂講，講得就跟她以前講得不一樣。很明顯就知道被拒絕，不是男女的拒絕，就是不願意跟你做朋友這樣子」。

受到誤解指因大眾不清楚疾病，以及媒體片面、負向的報導，加上參與者並未如其他身體殘障者呈現外觀之異樣，因此在使用身心障礙角色時，無法獲得對方的瞭解及體諒，參與者因而覺得受到大眾的誤解。例如，參與者九因持殘障證明購票，受到質疑：「我拿殘障手冊買車票，他說，你好手好腳的啊，用什麼殘障手冊？對啊，他們就覺得買那種殘障的，應該都是坐輪椅的、還是拿拐杖的，好像我們精神疾病的不可以有殘障手冊」。

雖然罹患精神分裂症之後，參與者歷經社會上多數對於疾病不接受的負向態度，然而也有少數的情境中，參與者發現他人可以接受自己，例如，參與者六在教會主教詢問之下據實回答自己疾病：「大多數的人也不太知道我是生什麼病，我們教會那個主教問我，我就說我日間住院，最後他問到底是什麼病，我講是精神分裂，可是他也沒有排斥我」，主教的反應不但未讓參與者有負向的感受，反而讓參與者覺得被接受的些許意外。

他人對能力的質疑

參與者患病之後，發現他人得知患病事實之後，以「不接受」的負向態度對待精神病患，並且將個人的表現，皆與疾病劃上等號，參與者因而感受到疾病因素被過度放大，及讓參與者自覺能力遭到貶低。

疾病因素被過度放大指他人知道參與者患病後，對參與者表現較差皆歸因於疾病之故，並視為理所當然。參與者二指出：「當我做得不好的時



候，我跟人家講說我是精神病患，他好像是理所當然的說：『原來你是精神病患』，然後就會覺得你怪怪的」，當參與者說出自己的疾病，對方以想當然的態度，將精神病患與能力不好視為相關。

自覺能力遭貶低指他人對參與者的能力及往後的生活有諸多的懷疑，雙方對能力認知差異。參與者三指出案母擔心參與者往後的生活，案母舉出許多極度退化的精神病患的行為提醒參與者：「像我媽媽他有時候會很生氣，告訴我一些精神病患，發作時候連大便都抓起來吃，就是說很亂這樣子，那他的意思是告訴我說，如果我不再乖乖聽話的話，我可能會被送到那種地方去，然後看到那一些人是那樣子的」，但參與者認為自己仍有能力，因而感受到能力遭到貶低。

本身無法接受疾病

參與者在罹病之前同屬社會之一份子，因此也抱持著大眾對精神病患的刻板印象，並內化這些印象，在患病之後，既身陷於刻板印象的窠臼中；同時認為自己狀況與過去的刻板印象不相符，難以接受自己患病的事實，因而感到矛盾衝突。

身陷刻板印象窠臼指參與者知道罹患精神分裂症時，將自身情況與以往社會對於精神分裂症既有的刻板印象連結。參與者二病後認為自己狀況如同先前所認知的精神病患，「我以前讀到有些精神病患，嚴重的話會被褫奪公權，褫奪公權就不能選舉，還加上精神病是弱勢團體，一種四肢健全卻是心理殘障的人，那我好像就是米蟲、窩囊飯啊，不會工作啊！」參與者內化大眾對精神疾病的負向特性，在患病之後將自身情況與社會對於精神分裂症既有的刻板印象連結而給予自己負向的評價。

自覺疾病與診斷不相符指自己所認知到的疾病問題與刻板印象的精神分裂症患者並不一致。參與者八在初聞自己為精神分裂症診斷時感到懷疑：「我是覺得，會嗎？不可能啊，我感覺好像還是跟平常一樣，還是跟家人講話啊，什麼都很正常，不會有哪些方面失常。」覺得自己不太可能的同時，也擔心自己會遭到他人以精神病患的刻板印象看待之，因而感到衝突：「心裡想說，會不會讓他當成好像龍發堂，或者是像路上看到一些精神失常的人，我心裡在想會不會被人家當成這樣子」。

多重失落

多重失落是指參與者患病之後，感受到疾病不被大眾接受、不被認同、不被信任，無法經歷如同一般的人生過程與工作機會，這些情境均一而再、再而三的造成參與者在心理、人際、情緒層面等的失落，包括：發展性任務受阻、工作權遭剝奪、失去信心、無力感。

發展性任務受阻指參與者因疾病的因素，在生活上受到許多限制，無法如一般人擁有對生活的自主權。參與者一認知到自己因疾病必須長期服藥，也認為服藥會影響結婚、生子，「剛開始會很難過啊，難過自己不能跟別人一樣，結婚、生孩子、有家庭啊，那我必須要吃藥。我覺得我如果想結婚的話，不可能了，因為人家如果知道我生病的話，也會離得遠遠的」，參與者體認到生命的過程受限於疾病的角色，比起他人多了一些阻礙，而選擇放棄人生中某些過程。

工作權遭剝奪指參與者因疾病曝光而失去工作權利。參與者九提到在公司的法規上明文規定員工若患精神疾病則解雇，「我們公司有一個人事規章，上面有一條，假如患有精神疾病或者惡性傳染病，都予以解雇，就不能繼續做」，感到工作權受威脅。參與者八更因疾病遭信任的同事傳出，被主管約談後遭辭退：「主管跑來找我到會議室跟他談一下，結果他跟我講說，你是不是有某方面的疾病，在工作上是不是有什麼困難的地方，我那時候就嚇了一大跳，我想主管怎麼會知道這一些事情，我就跟他講是有啦，是目前在看精神科，他說是什麼樣的病，我就講是精神分裂這方面的疾病。過了一、兩個月之後，他就找我說，他問過公司，公司方面說沒辦法用像你這樣疾病的人，他說總經理的意思是，我們另外再請人，然後等你這個疾病好的時候，再回來公司做，然後工作就這樣泡湯了」。

失去信心指參與者患病之後，因病深覺對自己沒有信心，以負向的態度看待自己。參與者二在精神科治療之後，各方面覺得自己較不如他人因而選擇舞女為職業，「我覺得我會這樣墮落都是因為，我被烙印一個叫精神分裂症這種不名譽的病，所以我才會作賤自己，做這些很破壞名譽，就是很沒有道德的事情，因為當我確定我生病以後，我就對我自己的信心就喪失了」。

無力感指參與者患病後對大眾的態度感到無



奈，卻無法有任何改變。例如參與者八指出因患有精神分裂症，在職訓上因病受阻，「想要去職訓中心又看到職訓中心寫這個(拒絕精神病患參與職業訓練)，又覺得很氣餒，有時候心裡想，精神病患根本就沒有生活、生存的空間啊！我想要另外再學一個一技之長，又沒有地方可以學，你想要做工作，別的人又會對你的看法、你的想法有一些意見」，參與者八因此覺得氣餒、不公平。

預期生活困境

罹病後，參與者因疾病不被大眾及自己接受，更因為過去的經驗，因此在面臨未來的生活時，呈現擔心未來極可能遇到的生活問題。包括擔心影響家人聲譽、擔心未來生活安置、擔心他人負向態度、擔心留下記錄。

擔心影響家人聲譽指參與者在罹病後擔心因自己的疾病讓家人受到排斥或拒絕。參與者三的家人在其罹病後，特別提醒參與者要保密罹病的事實，避免影響案妹未來的婚嫁，「因為一般來說，人家如果知道你家有這個病喔，那可能會考慮到遺傳，怕妹妹嫁不出去，因為我有這個病，人家說，他有一個姊姊是得精神病，怕說有遺傳，那就不敢來提親，當初爸爸提(醒)我是這樣子」。

擔心未來生活安置指參與者對於病後的生活安置感到擔心。參與者九家人的擔心引發參與者對未來的擔心，「他們覺得我以後可能會三餐不繼、流浪街頭，他們很不放心我就對了，講說，兩個老的走了之後，我要怎麼辦，對啊，我一個人要怎麼辦？家裡面環境又不是很好，那誰來照顧我」。

擔心他人負向態度指參與者因親身經歷或耳聞他人的經驗，預期性的擔心自己會遭受他人所投以拒絕、疏離的態度。參與者三認為：「如果告訴他們的話，我怕他們會有額外的想法，因為同樣的一個名詞，精神分裂症跟憂鬱症，可能給他們的感受不一樣，或者因為每一個患者發病跟沒發病都會有一些差距，怕他們會有其他的負面想法」，因而擔心精神分裂症的病名讓他人產生負向想法。

擔心留下記錄指參與者擔心疾病留下記錄，造成對自己的影響。參與者七指出：「我媽媽怕我辦了殘障手冊之後，會有記錄在，就是電腦記錄、什麼記錄，就是有記錄嘛！感覺就是有案底那種感覺」，因此參與者七一直未辦理殘障手冊，以避免

疾病記錄遭存檔。

討 論

本研究採立意取樣，提供醫療人員更深入瞭解精神分裂症患者烙印之主觀經驗，而此現象的普及性有待於未來研究更進一步深入驗證，建議可擴大樣本數，探討不同疾病期及不同疾病患者，在烙印處境中的經驗，如此可以突破本研究之限制。

本研究的結果由九位患者陳述呈現，精神疾病的確存有烙印的問題，而這樣的烙印處境影響患者生活及心理，甚至社會層面，對精神分裂症患者來說，受到烙印並不是簡單的拒絕、排斥，進一步來說應是疾病的不被接受，「拒絕」與「不被接受」雖然看似相似，實際確有不同。拒絕是個人呈現對事物一種不願意接受的方式，不被接受可以有許多不同的表現方式，涵蓋拒絕、排斥、厭惡等負向態度[12,13]。而部份社會學家及社會心理學家曾爭論烙印是否存在，例如 Gove[29]的論述雖曾指出精神疾病的烙印並不重要且呈現的時間短暫，然其並無實證研究佐證其論述。在本研究中參與者的平均10.89年疾病歷程裡，精神分裂症患者烙印問題的確存在，並影響患者的生活，此與 Gove[29]的見解差距極大，可能因為精神分裂症為長期慢性化之疾病，慢性化過程亦出現退化情形，另由於中國人認為家醜不可外揚，增加精神疾病隱諱羞恥的層面，因此與先前的論述有所不同。亦有學者由文化的觀點進行比較，認為非西方的文化如印度、中國、伊斯蘭教社會文化，因為家庭、宗教的因素對精神病患較能包容，所以呈現的烙印現象較少[30]，在本研究發現在社會上，家屬對於精神病患的包容度的確較高，九位研究對象中除一位必須因工作居住在外地，其他八位皆與家人同住，但研究者並不完全贊成前述文獻所有的論點，因為家屬的包容度高，所呈現的烙印現象並不一定較少，在台灣社會家人擔心揭露之後，影響家人的聲譽，因而較少被揭露，因此，烙印的意義有文化意義和內涵上的不同，由此觀點，將來亦可進行跨文化社會之比較。參與者三提到因父親擔心自己身患精神分裂症，而影響家人的婚事，這也顯示傳統社會中，家庭是一個緊密的單位，家庭成員的表現，攸關全體家庭的榮辱，而這樣的現象是否會因家人對疾病烙印的感受程度



不同，而加成影響患者烙印的經驗？而患者所覺知烙印的程度，可能也會因家屬所影響，家中成員有精神病患，更須注意到家屬對於精神疾病的態度，是否會造成家屬的關連烙印及壓力？因此在家屬部分需要注意，一是家庭成員對於疾病的態度是否會影響患者的烙印經驗；二是患者因病烙印是否會讓家人感受到因患者罹患精神分裂疾病受到相關連的烙印影響。後者曾有研究烙印確實會對家庭其他成員造成影響[31,32]，所以建議在處置患者烙印問題時，需考量家屬的處境，一同併入進行專業的介入性處置。而家庭成員對於疾病的態度影響患者的烙印經驗，有待未來研究進一步探討其相關性及其因素。

烙印的生活經驗中，雖然患者極力表現正常化行為，但因疾病或服藥因素而不能輕易的表現如一般人正常，而導致患者害怕他人的評斷，精神分裂症患者除對現況處境擔心之外，更存在著對未來的擔心，患者面對未來的工作既擔心他人的態度與看法，也擔心留下可能辨識身份的資料，種種皆顯示又再次印證烙印的影響並非短暫。因此評估精神分裂症患者患病後呈現的烙印問題，更須注意不同疾病階段性呈現不同的烙印問題。不被接受除了來自人的不接受之外，亦包括規條制度的不接受，一般大眾對於精神病患缺乏認識，並將其與暴力、危險等聯想，在於人生過程的任務，如結婚、生子、交往異性朋友，受到現實上的阻礙，面臨失去工作機會以及工作訓練，與文獻相似[3, 9, 19, 21, 22]，精神分裂症患者除非在病前已婚，或是對方不知情之下結婚(如參與者三)，否則在病後面臨兩性交往、婚姻，有許多因病而致阻礙。社會懷疑患者的能力，雇主雇用身心障礙者，將身心障礙定義在身體障礙，對於精神病類之障礙加以否決，使得精神病患求職更是雪上加霜，患者為獲得工作機會，由過去經驗學習到以保密方式，不告知雇主自己的疾病，先獲得工作機會。雖然一般大眾對精神病患的工作能力提出多方面的質疑，未以個人能力、工作態度來評價工作表現，忽略疾病治療穩定後具有的空間，更缺乏對於工作權的保護，患者受到不平等的待遇。

患者在社會化中瞭解精神疾病所受到負向對待，在患病後，一方面以這樣的判斷，質疑自己罹病事實，否認疾病的角色；另一方面，擔心他人以

負向態度對待自己，導致患者陷入精神疾病刻板印象的窠臼。然而在精神科中界定否認疾病、不認同症狀、治療不合作為缺乏病識感[33]，如此太簡化患者面對精神分裂症診斷的心理歷程，本研究結果發現患者於診斷之後即開始不斷地將自己與過去印象中的精神病患相比較，由於不盡相符因此懷疑自己的診斷，同時，患者受到社會文化長期對精神疾病的負向觀點的影響，也極力拒絕將自己與「精神分裂症」病名劃上等號，因此在評估精神分裂症患者是否具病識感時不能僅就患者表面上對疾病診斷及治療的質疑而界定其為缺乏病識感，更需正視潛在的複雜烙印經驗對病識感的影響。

本研究同時發現患者本身矛盾於接受與拒絕疾病，患者一方面將人生低潮、生活困難推諉疾病所致，免於背負責任；另一方面，他人當其歸類於患有精神分裂症時，讓患者感受到被貶低、不以為然，此時則又極力反駁患病事實。在社會福利方面烙印呈現另一種矛盾，精神分裂症屬於重大傷病，在工作時，健保可享受有健保費減免的部分優待，有的患者樂於接受優待，減少經濟負擔，但由於政策的行政流程，在行政部門通知雇主(投保單位)減免健保費，可能導致患者的患病因而曝光，有失去工作的風險，因此部份患者可能相權之下選擇不接受補助以免曝光，而未達政府對身心障礙者減免健保之預意。研究曾指出患者面對烙印情境時有兩個方向的因應，一則以對外試探對方接納的程度，並以良好的社交技巧避免直接暴露於烙印的情境中，另一是內在自我的調整，患者正視自己與疾病的長期關係，瞭解服藥的重要，藉由服藥改善(或控制)症狀，減少烙印對本身的傷害。因而本研究建議須注意到患者個人調適的問題，識別患者目前所處的心理社會處境，專業人員以實際的行動對患者充分的「尊重、接受」，藉認知治療、患者自助及支持團體介入等，期使患者獲得自信與希望、支持與肯定，讓其有充分反思及成長的機會，以權能激發(empowerment)的觀點，改善烙印處境，以協助患者面對外在壓力，及調適個人內在心理壓力，以期讓精神分裂症患者在患病之後能自在生活、走入人群。

誌 謝



感謝台灣大學附設醫院及中國醫藥學院附設醫院精神科，轉介個案及行政協助，更感謝九位個案無私的分享生命故事。

參考文獻

1. Monahan J: Mental disorder and violent behavior. Perceptions and evidence. *Am Psychol* 1992; **47**:511-521.
2. Jamison KR: Stigma of manic depression: A psychologist's experience. *Lancet* 1998; **352**:1053.
3. Wahl OF: Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999; **25**:467-478.
4. Angermeyer MC, Matschinger H: The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *Soc Sci Med* 1996; **43**:1721-1728.
5. 林憲、陳珠璋、林信男等：貧戶家屬對精神疾病的看法。中華民國神經精神醫學會會刊 1977; **3**: 31-41。
6. 葉英堃、吳英璋、陳朝灶、林幸魄：北市居民對精神病的態度。心理衛生通訊 1981; **24**:56-63。
7. Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C: The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993; **162**:93-99.
8. Fabrega H Jr: Psychiatric stigma in the classical and medieval period: A review of the literature. *Compr Psychiatry* 1990; **31**:289-306.
9. Penn DL, Martin J: The stigma of severe mental illness: Some potential solutions for a recalcitrant problem. *Psychiatr Q* 1999; **69**:235-247.
10. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG, Stueve A, Kikuzawa S: The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health* 1999; **89**:1339-1445.
11. Brunton K: Stigma. *J Adv Nurs* 1997; **26**:891-898.
12. Cumming J, Cumming E: On the stigma of mental illness. *Community Ment Health J* 1965; **1**:135-143.
13. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido B: Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am J Public Health* 1999; **89**:1328-1333.
14. Weinstein R: Labeling theory and attitude of mental patient: A review. *J Health Soc Behav* 1983; **24**:70-84.
15. Goffman E: Stigma: Notes on the management of spoiled identity. New York: Simon & Schuster Inc, 1963, pp 23.
16. Spicker P: Stigma and Social Welfare. New York: ST. Martin's Press, 1984, pp 2.
17. Page R: Stigma. London: Routledge & Kegan Paul, 1984, pp 1-24.
18. Miles A: The stigma of psychiatric disorder: a sociological perspective and research report. In: Read J, Lomas G eds. *Psychiatric Services in the Community*. Croom Helm: Beckenham, 1984, pp 66-73.
19. Link BG, Mirotznik J, Cullen FT: The effectiveness of stigma coping orientations: Can negative consequence of mental illness labeling be avoided? *J Health Soc Behav* 1991; **32**:302-320.
20. Scambler G: Stigma and disease: Changing paradigms. *Lancet* 1998; **352**:1054-1055.
21. Link B: Mental patient status, work, and income: An examination of the effects of a psychiatric label. *Am Sociol Rev* 1982; **47**:202-215.
22. Littlewood R: Cultural variation in the stigmatization of mental illness. *Lancet* 1998; **352**:1056-1057.
23. Wright ER, Gronfein WP, Owens TJ: Deinstitutionalization, social rejection, and the self-esteem of former mental patients. *J Health Soc Behav* 2000; **41**:68-90.
24. Anonymous: Reducing the stigma of mental illness. *Lancet* 2001; **357**:1055.
25. 穆佩芬：現象學研究法。護理研究 1996; **4**:195-202。
26. Holstein JA, Gubrium JF: Phenomenology, ethnomethodology, and interpretive practice. In: Denzin NK, Lincoln YS eds. *Strategies of Qualitative Inquiry* 1998, pp 137-157.
27. Colaizzi P: Psychological research as the phenomenologist view it. In: Valle R, King M, eds. *Existential-phenomenological alternatives for psychology*. New York: Oxford University Press, 1978.
28. Sandelowski M: The problem of rigor in qualitative research. *Advances in Nursing Science* 1986; **8**:27-38.
29. Gove W: The current status of the labeling theory of mental illness. In: Gove W, eds. *Deviance and Mental Illness*, Beverly Hills: Sage 1982, pp 273-300.
30. Fabrega H: Psychiatric stigma in non-western societies. *Compr Psychiatry* 1991; **32**:534-51.
31. Phelan JC, Bromet EJ, Link BG: Psychiatric illness and family stigma. *Schizophr Bull* 1998; **24**:115-126.
32. Teschinsky U: Living with schizophrenia: The family illness experience. *Issues Ment Health Nurs* 2000; **21**:387-396.
33. Cuesta MJ, Peralta V: Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; **20**:359-366.



The Stigma Experience of Patients with Schizophrenia

Mei-Ling Lin, Ping-Chuan Hsiung¹, Shu-Jung Lin², Hai-Gwo Hwu³

Office of Student Affairs, National Changhua University of Education, Changhua, Taiwan; School of Nursing¹, Department of Psychiatry³, National Taiwan University, Taipei, Taiwan; Institute of Anthropology², National Tsing Hua University, Hsinchu, Taiwan

ABSTRACT

Objectives: The general public assumes that patients with schizophrenia are violent and dangerous and therefore holds negative attitudes toward them. This affects the patients in various psychosocial aspects. The purpose of this study was to investigate the stigma experiences of these patients. **Patients and Methods:** Nine patients participated in this phenomenological study through face to face in-depth interviews with an interview guide. Interview data were analyzed using Colaizzi's method. **Results:** Results showed that the stigma experiences of patients could be categorized as: "having an unacceptable disease," "ability being doubted by others," "self-inflicted rejection," "multiple losses," and "anticipatory life strains." **Conclusion:** The implications of the study are two-fold. First, the stigma experiences of patients should be one of the critical elements of patient care. Secondly, health care professionals need to be aware of ambivalent feelings of patients toward their illness. It is suggested that cognitive therapy, social skill training and support groups can be used to regulate internal and external stresses of patients and families. (*Tzu Chi Med J* 2002; **14**:381-388)

Key words: schizophrenia, stigma, phenomenology

Received: January 9, 2002, Revised: March 8, 2002, Accepted: July 8, 2002

Address reprint requests and correspondence to: Assistant professor Ping-Chuan Hsiung, School of Nursing, National Taiwan University, 1, Section 1, Jen Ai Road, Taipei, Taiwan

