

探討精神疾患污名化、精神疾患發展歷程與現行制度之關係

Discussion of Stigmatization, Developmental History of Psychiatric Disorders and the Relationship with the Current Public Mental Health Policies

實習單位：臺大醫院精神醫學部

實習學生：陳雲慈、劉沛綺、李孟潔 指導老師：郭柏秀教授 單位指導：陳宜明醫師

壹、前言

現今社會對於精神疾患的刻板印象與偏見是長久以來所存在的問題。制度上的不全也導致無法及時給醫療人員與患者需要的支持與幫助。因此我們決議透過訪談的方式進行深入探討，並且已通過臺大醫院之IRB倫理審查。

貳、問題意識

心理健康與精神疾患在公共衛生頗受重視。在本次研究發想前，最有感的莫過於生活中受心理健康問題影響的人不在少數。不論是穩定例行回診或著重心理與社會功能恢復的留院治療，其中的制度、潛在問題、精神疾患發展歷程，引起我們的興趣。我們開始思考除了旁人轉述，更深入理解現行制度運行、對深陷其中的人如何提供幫助以及已經存在或潛在的問題是有必要的一步。

精神疾患污名化一直存在於現代社會，如電視劇《我們與惡的距離》勾勒出思覺失調症患者遭受社會的排擠。由於戲劇反映社會焦點，所以首先進入問題視野的是社會氛圍如何看待精神疾患？我們的社會從過往到現今有何改變？污名化問題又對精神健康產生什麼影響？與臺灣社會又有何交互作用？

由污名議題為始，延伸思考被污名、引發恐懼的精神疾患從何而來？進而試圖探究現行制度如何介入，在症狀發生過程中給予何種支持？施力點於何？治療後的回歸社區？以及現行體制是否確實提供幫助給有需求的人？

綜合以上脈絡，我們歸納出本次研究以前驅研究方式進行，重點訪談對象以精神醫學科一線工作人員為中心，詢問他們對現行制度的感受與工作經驗。透過詢問受訪者經歷，歸納上述污名化議題、精神疾患發展歷程、與制度的交互作用和制度的潛在缺失。本次研究成果，將提供未來其他正式研究參考。

參、研究方法

一、個案招募：將個案定位在臺大醫院精神醫學部的第一線工作者，比如：醫師、護理師、臨床心理師、社工師等，受訪者將以立意取樣的方式招募。

二、測量工具：為了在聚焦特定議題的同時，盡可能不限制個案思考的空間、保留個案經驗感受的歧異度，我們將採取半結構式的訪談，試圖將欲探究的議題化約成三個區塊，並在每一個區塊僅設定一個主軸問題，希望訪談的過程能環繞之盡可能延伸。以下為主要提問方向：

- 對於民眾對於精神疾病患者的目光以及精神醫學領域在臺灣的現況（如：精神疾患污名化等），您有什麼看法？
- 在過去的就職經驗中，您的心境是否曾經歷過怎樣的改變與轉折？又或者這些經驗曾經帶給您什麼樣特別的感受？與患者的相處是否有讓您特別印象深刻的地方呢？
- 如果從實務角度切入，現行精神疾患的政策與制度，您認為有什麼最需要改善的地方？或者值得注意之處？

肆、調查結果與討論

本次調查共訪問三位精神醫學領域從業人員，分別為臺大醫院精神醫學部之護理師（受訪者A）、社工師（受訪者B）、住院醫師（受訪者C）。

一、不同的精神疾患患者

根據研究期間的觀察與國衛院資料，精神疾患可大約分成 "Neurosis" 及 "Psychosis" 兩大類，"Neurosis" 又稱「精神官能症」，患者主要多為心理或社會適應上的障礙，常見症狀有焦慮症、憂鬱症等；"Psychosis" 又稱「精神病」，患者與現實脫節，在情緒、思考或認知上有嚴重障礙，常見症狀如幻覺、妄想、思覺失調症。不論是 "Neurosis" 或 "Psychosis"，醫療體系的作用在於希望透過與社區支持系統的配合，最終達到精神患者可以回歸社區的目標。

二、醫療與社區支持系統的銜接

本段將先從分級醫療制度切入，同時連結他國制度比較。

綜合三位受訪者視角，目前臺灣的分級醫療制度屬於「正在進步但尚有不小之改善空間」，最主要的問題點是社區承接量能的不足。臺灣處理精神疾患之現行制度，醫療體系分成急性病房、慢性病房、日間留院，離開醫療體系的承接則為社政體系，主要依靠社福體系、公衛護士等。

急性病房主要處理情況不穩定的患者、可能自傷或傷人，日間留院理論上的功能是與社區接軌，協助病友離開醫療體系，回歸社區，慢性病房則為兩者之間的過渡。由於慢性病房容留量有限，並不一定能承接所有尚未有能力回歸社區的病友，當部分個案由日間或到社區體系沒有足夠的資源，情況多半會惡化，於是重新進入醫療體系，呈現短暫好轉後又重複進入醫療體系的循環。

再者，患者不一定有病識感或復健動機，受訪者舉出可能因為家庭本身不能發揮良好的支持功能、或者持續留在日間病房反而有更多資源或利益可以取得（可能是醫療或生活上的幫助），複雜的因素使個案有時沒有動機去改變「可以獲得幫助的現況」，進而達到「持續復健至回歸社區」的目標。

談及醫療與社區的連接，受訪者A提及澳洲精神醫療系統包括三部分：Medicare 給付服務（醫師、心理治療師）、精神醫療相關機構（醫院、社區或住宿型精神醫療服務）、支持性服務（失能與遊民支持服務、精神醫療計畫）（衛生福利部，2018）。個案管理（case management）及綜合醫院精神科為兩大核心，其下有住院型、居家型、社區型精神醫療服務，佐以個案管理系統進行長期追蹤，並以此為醫療與社區系統間的橋樑。

相比之下，臺灣多側重醫療方面的處理，社區方面有較多進步空間；澳洲則注重以個案為核心的管理，透過分配個案師來追蹤病友是否需要醫療協助。

三、污名化與影響因素

「污名（Stigma）」一概念源於社會建立了將人分類的工具，作為社會行動者的個體從與其他社會成員進行社會互動經驗中，逐漸建構出規範性期待，而在與陌生人接觸之初最普遍的期待即為——「他要是正常人」，而我們通常會在他人沒有達成期待時察覺到期待的存在（Goffman, 1963）。

談及污名化，三位受訪者均認為近年有所改善，並一致提到污名的嚴重程度與疾患種類息息相關，人們往往更容易標籤化具幻覺、妄想等症狀之精神疾患。經訪談與文獻回顧我們認為其原因有二：其一為社會成員對於相關疾患相對陌生，因不夠了解疾患的病因與病徵，而容易以少數個案推及整體，比如：思覺失調症患者會殺人。其二則為可能涉及症狀的可見性（visibility），相對於精神官能症患者相對有能力進行印象整飭（impression management），精神病患者的精神症狀更可能在不經意間為人所知，於Goffman的定義中更趨向與常人差異明顯可見的「明恥者（the discredited）」。

將視角移至污名對於患者的影響，受訪者A坦言身處醫療體系，很難洞悉患者回歸社區後面臨到的具體困擾。受訪者B以建議患者申請身心障礙證明的過程，說明患者確實受污名影響，並同時談到身分認同建構。受訪者C則根據與患者互動的經驗指出，精神病患者有一定比例不會注意到污名，反而是精神官能症患者回到社區後更常感知到偏見與壓力，我們也因而留意到患者在與其他社會成員互動的過程多少會採取矇混過關（passing）或掩飾（covering）的策略。

綜整三位受訪者在訪談中提到改善精神疾患污名現象方向：其一是「媒體」，其二是「教育」。受訪者C提及近年以精神疾患為主軸的影視作品具引導社會成員以多元角度理解患者與其家人之功能，受訪者A肯定公眾人物的自我揭露，認為有必要以真實的聲音取代過度渲染，三位受訪者一致指出教育更可能揉合於社會行動者的成長脈絡，發揮潛移默化之影響。

伍、結論跟建議

- 臺灣應投入資源發展可以銜接醫療體系之社區支持系統，如：個案管理。
- 落實分級醫療，區分醫療與社區支持系統，避免於兩者間反覆進出。
- 充份的了解可以有效減緩污名化議題，改善方式可以從媒體或教育著手。

陸、研究限制

本研究於實習期間收案，招募之個案均為在臺大醫院精神醫學部從業者，因而將有選擇偏誤的問題，我們很可能無法區辨受訪者的回應，是奠基於臺大醫院精神醫學部的情境，抑或是奠基於整個社會結構。且礙於實習時限，並不能提高樣本數，因而在外推性與代表性頗為有限。

「以實習的型態」進入精神醫學場域做研究帶給我們一些限制，因此建議未來的相關研究可以規劃更完整的訪談，或者輔佐以長期追蹤觀察等形式。