

精神病患與家庭政策

鄭 夙 芬
文 榮 光

壹、前言

家庭是我們人類社會中相當重要且親密的一種互動關係。因此，我們往往會發現，家中若有人人生病，則病人之外的其他成員亦會受到疾病所帶來的種種影響，改變了生活習慣，甚而家庭氣氛或家庭負擔都因此而惡化。對於精神病患家屬而言，影響更鉅，林宗義教授指出：家庭這個社會的基本單位是影響精神病人醫療命運的關鍵力量(Jin, 1980)；包括求醫，病因診斷，治療以及復健等種種項目及過程，家屬可以說被視為息

息相關，不可或缺的角色。當病因無法在生化、神經等檢查上有較好的解釋時，家屬的態度或行為有時會成爲病因解釋的其中一大要項，而在治療、復健的過程中，更是視家屬的適當介入爲預後較好的必備條件。所以，精神疾病療程與家屬之關聯性高，是本文探討的動機之一。

現在台灣的精神醫療可說「大部分」爲慢性病人，雖然無可靠資料，據估計這個「大部分」(可能在八十五%左右)，即約一二二〇一床爲慢性病人所佔，然而全國估計有最少六〇〇〇〇慢性病患(林宗義，民八十三)因此，慢性病患之療養設施是一大課題，若未加規畫，則「對於

社會、政府或許多有關提供支持的機構，均會形成社會面或財政面的負擔」(Wu, 1992)，而回顧過去有關探討精神病患家庭的研究報告中，多數均以臨床工作的角度來探討家屬的問題、需求及對策，所形成的建議較屬微視或抽象，例如：應組家屬團體彼此分享，專業者應更了解家屬感受與困境，給予家屬支持，減少家屬壓力等等，鮮少從大環境結構或法令政策方面來思考有關議題，本研究探討的動機之二即是希望能自臨床的問題爲出發點，試圖在相關的大環境空間中找出可著力探討之點。

精神疾病患者正如同殘障、老人、低收入戶

者一樣，被視為社會資源生產、分配上之弱勢團體，精神疾病正如同中風、糖尿病、癌症一樣被視為療期長，康復不可期之慢性疾病，但不同的弱勢團體與慢性疾病可獲得的社會支持及資源卻大不相同，更有甚者，易被標上「污點」(stigma)的精神疾病，具有更多醫學之外的社會文化意含，其對家屬所形成影響或反應，具有延申的義意，是為本文探討的動機之二。

因此，本份報告之研究目的有二：

一、分析精神病患家庭之問題特徵，及其與外在環境之關係。

二、整理與精神病患及其家庭有關政策之理論及實務面。

三、形成研究者之建議。

貳、精神病患家庭之問題特徵

探討中國人的家庭文化特徵，可以很清楚發現在精神病患的家庭中亦具有其相似性與關聯性，促使研究者在分析的觀點上，具本土化，同時，對於精神病患家庭問題的探討更具延伸性。研究者整理楊國樞（民七十七）、金耀基（民七十七）、黃堅厚（民七十七）、余德慧（民七十九）等學者的論述，整理成爲下列六項

文化特徵：

1. 親子間慣以「和合」的關係存在，相互依賴，不容分離、獨立，要求「家和萬事興」。

2. 「怨」的文化設計，強烈潛存著需對方相對應的期待。

3. 「卑」的文化設計，上位者提供愛護、疼惜，下位者處於被動。

4. 家庭的安全感來自保守與安定的地理、人際關係。

5. 強調世代間的聯繫與歸因。

6. 忽略小我，完成大我，重視家庭重於自我。

林宗義教授對於中國人的家族在面對精神病處理模式方面，歸納出五個階段（林宗義，民七〇），第一個階段是家族內部的處理時期，運用家人的動員，進行家庭內部可以做到的治療法，第二個階段開始會拜託可信任的外人來協助處理病人的異常行爲，第三個階段是請家庭以外的治療者，例：內科醫師、道士、藥草治療師等，這時患者仍被期待留在家族的範圍內；而經由信賴的內科醫師等外人確定爲精神病，家屬也可以承認時，便視爲第四階段的開始，家族內部處理疾病的力量已竭盡，而歷經門診、住院的治療，家屬發現患者恢復正常無望，經濟上、心理上全都無

法再承受壓力，就進入第五階段，排斥患者，爲這樣的疾病尋找罪羔羊，包括風水、家人，邪靈等，家屬不再確定誰可以來照顧、幫助他們；文榮光教授更在此五階段之後，補充說明第六階段（文榮光，民七十四），家屬對於病患的影響力幾乎完全撤退，家屬已放棄前述之療法，代之而起的，是讓病人有個「適當的」地方收容；回顧每一階段病患家屬對精神病患的處理模式，雖不一定必然適用於每一個精神病患家庭，但，有心者應重視每一階段的特色，自其中發現出家屬的問題、需求，進而掌握合適的時機，有效協助家屬及患者。

一、家屬對疾病知識不足

家屬對疾病的無知，往往導致其對事實的無法接受、不斷的更換治療方式，不斷受到茫然與失望的打擊（劉蓉台，民七十六），包括病因的解釋，治療的過程，效果，藥物的作用以及預後的照顧都與疾病的知識有關。家屬對疾病知識接收的來源，包括：醫療專業人員，其它病友或家屬，親朋好友口授，宣導手冊、短片或報章雜誌文章等等，在這看似多元豐富的管道中，其實質助益卻相當有限。專業人員無暇一一解釋，使用名詞過度深奧，對家屬缺乏同理；宣導資料不易

方便獲得，對低教育程度者，閱讀、理解不易；親朋好友通常亦是一知半解，所知有限。現今精神疾病衛生教育的窄化，不被重視，象徵性的政策配合，缺乏階段性、完整性、實踐性的衛教政策，亟需改進。

二、家庭負擔成本的過重

正如前述的家屬處理精神疾病的過程，尚需應付許多續發性的生活壓力，其中以經濟負擔的加重特別顯著，目前台北市的免費醫療、有關之醫療保險及衛生署的精神病患醫療補助已為病患就醫減輕負擔，唯病患仍多屬依賴人口，所形成的其它成本屬偏高，例如生活消費的持續，生產能力的降低，康復訓練的花費等，病患的就養費用，便形成家庭之負擔。家中其他成員在自我成長、個人時間、工作、休閒、甚至是婚姻生活的犧牲，更是家屬所付出的高額成本。精神疾患家屬的情緒往往伴有罪惡感、恥辱感(stigma)，對於外在社會的價值觀傾向「家醜不可外揚」，以避免標籤化(labeling)，不僅使得家屬心理負擔大，更使得其在尋求社會支持時，顯得很退縮且無力。在此同時，家屬間的人際關係壓力處處浮現，包括病人與父母、丈夫與妻子、病人與兄弟姐妹、甚至是病人與祖父母間的關係都將顯得很

緊張(Wu,1992)。

三、家屬照顧角色的模糊

病患在接受醫院治療期間，院方常會為實施醫療項目，而出示所謂的家屬同意書，由家屬在既定的文字敘述內容之後，簽名以示照顧責任之切結，責任之歸屬多為家屬。事實上，家屬在醫療上的知識所知有限，究竟能切結至何種程度，如何才算醫療者與家屬所應善盡之照顧責任，使得家屬在醫療同意之配合上，甚感無力。家屬除了在病患住院或門診的期間，能夠接觸到相關照顧的訊息之外，在平時家庭生活中，持續的相關訊息非常缺乏。再加上每個家庭對於病患的照顧方式隨著家庭生活形態，家人互動模式等等而有所差異，照顧角色的扮演差異性很大。根據周士雍等人之研究(Jou, 1989)家屬對精神病患之表露情緒(expressed emotion)變化，與精神分裂病之預後有關。若家屬表達過分界入(批評、關心)，不僅增加照顧者負擔，亦易形成疾病之復發；家屬該如何自處，又是一項不小的學習。由此可知，家屬面對患有心理疾病的患者，似乎只有協助其能按時服藥，算是一般家屬較能確定的照顧內容，而患者其它所需的生活能力訓練，情緒同理與安定，藥物副作用的了解甚至可

能發生的暴力、自殺、逃跑、拒絕醫療等方面

的照顧不易掌握，相較之其它慢性疾病之照顧，顯得模糊又不確定。

近年來由於職業婦女數量增加、「免機構化」概念的倡導，家庭對精神病人的照顧責任是越來越受重視；對於家中同時有一個以上精神病患的家庭而言，照顧者可能成為發病者，病情輕者可能必需照顧病情重者，因此，整個家屬照顧系統充滿不穩定亦是理解的。

四、精神病患家庭相關政策之不適用

任何公共政策之制定，法令之公布與實施，一方面固為執政者施政之依據，另一方面，亦反應出執政者對政策適用之特定對象與問題所持有之價值觀和施政理念(張荳雲，民八〇)。另一方面，心理衛生政策問題同樣地受政治環境、經濟條件及社會情況的影響(林蒲慕蓉，民八〇)。因此，本部分將從二方面來討論：

其一，回顧政府民國五十四年所頒的民生主義現階段社會政策中，可以發現在「社會救助」一節，首次提及有關精神病患之處理：「四、加強防治傳染病，擴大對殘障病者之救助與重建，並積極收容精神病患者」。另外在「福利服務」一節中，提示了家庭的觀念：「二十六、

重視家庭教育、家庭衛生、國民營養、生育常識，並推廣家庭副業，加強家政指導，以增進家庭幸福」。由此可知，當時對精神病患之處理偏重所謂的救助式的「收容」，家庭的觀念尚未與精神病患有所聯結。就福利服務而言，較可明確了解，家庭是屬於福利服務工作中健康促進單位，這對現代的政策走向應具有實質的啟發意義。

其二，目前在「精神衛生法」的內容中，與家屬有關的部分，包括對家屬的定義，法定代理人，保護人的設置及其有關義務內容等，根據第七條對於家屬的定義係指「與罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，共同生活於一家之親屬或他人」，從家庭結構變遷的觀點來看，目前小家庭有日益增多的趨勢（謝秀芬，民七十八），同住之家人人數逐漸減少，因此，以「共同生活」來界定，又有所謂「他人」，顯得缺乏執行力且不合時宜。

同時，該法要求家屬擔當保護人，並負有協助就醫、治療、復健等之責任，卻未對家屬在權益保護上有所相對保障。而該法所定的家屬義務儘偏向醫療面，過於強調病人及家屬的就醫選擇，這是否真正為家屬與病患唯一的選擇？應還包括病患的就養處遇，與其他社會資源的結合

（例：社會福利服務機構，社區民間團體，就業輔導單位等等）。尤有甚者，社區心理衛生的工作仍未見到在法令中受到應有的重視，這亦使得精神病患與家屬的社區生活投下一大不可知的變數。並且，精神衛生法所謂之保護人，係經專科醫師鑑定之嚴重精神疾病患者，那中度或輕度之精神疾病患者和家屬，在家庭中的角色地位又該如何訂定？保護人亦經常為這過程中的應被保護者（年邁雙親、輕症患者等）；當病患、家人及社會大眾人權有所衝突時，孰重？孰輕？

參、精神病患家庭政策相關理論之探討

從與精神病患家庭之相關議題中，我們可以很清楚的發現到與精神病患家庭相關政策之不適性及缺乏完整性。因此面對這些推行上的困難，研究者認為，我國有必要制定一套完備的精神病患家庭政策。本部分擬由理論面來做進一步探討。

一、以系統理論(system theory)及社會標籤理論(social labeling theory)來看：

家庭系統的功能在促成家庭成員間彼此的互相關照，讓家庭成員在社會化過程中學習成長，並強調系統各個部分是彼此有相互關聯的。家庭不只是可以讓成員學習社會化，並且兼具有生產和消費的功能，家庭結構不足或過剩，往往會影響到整個家庭的平衡狀態和接收周圍環境的訊息及適應環境的能力，對整個家庭產生了負面的回饋，易造成邊界不明的後果，形成整個家庭狀態不安和混亂的後果（許純敏等譯，民八〇）。

依上所述，綜觀精神衛生法，幾乎所強調的均是精神病人本身，極少是由整個家庭為考量的出發點，將家庭或家屬納入精神衛生法中加以明文規定或保護。精神衛生法中所列之保護人，往往可能即是精神病人的主要照顧者。當病人的照顧責任只集中於主要照顧者身上時，容易形成主要照顧者在家庭角色的扮演上過度涉入，其它次要照顧者則顯得涉入不足，對於系統理論提及之促成家庭成員間的彼此照顧，似乎有些偏離。

因此，研究者認為，有關精神病患家庭政策之制定應考量到整個家庭，而非僅止是考慮到精神病患個人而已。政策制定之考量應該首要考慮及是否真能促成家庭成員間對於精神病患之照顧

和關心。家中有一位精神病人，對於整個家庭來說，除了家屬會產生罪惡感、羞恥感之外，精神病人原先於家庭角色已無法適當扮演，其所空缺的角色，勢必要適當分配到其它家庭成員身上，也因此家中其它成員的角色會因而加重，造成家人負擔。但這並非意味著精神病患在家庭中完全無角色存在，只是其家庭角色及地位需作一番新的詮釋及調整，因此政策制定上應考量到此點。其次，對於精神病患之家庭政策制定，應顧及的層面應考慮到如何提昇家庭與外在環境之互動關係。社會價值所賦與精神病患家庭的恥辱感是造成精神病患家庭難以與外界良好互動的原因，政策制定的方向實應朝向如何使家庭去接收外界資訊並使用家庭內外部的資源。

二、以社會支持理論(social support theory)來看：

越來越多的人在討論生病所帶來的打擊之時，將注意力放在「社會」的這個層面，探討其與健康狀態的關係是如何透過機轉被大家所關心。因此，本理論是針對「恢復」為主來探討，可分為「壓力消除模式」(stress-mitigation model)及「社會心理轉型模式」(psycho-social transition)每一模式所注意的焦點以及應對、改

變的方式均不一樣，前者直接針對壓力的部分做處理，適用急性短期，後者則是關心持續、長期的結果，C. Murry Parkes 在對後者的定義中指出：所謂社會心理轉型是希望對人們的生活空間(life space)產生轉換，及在個人的假設世界(assumptive world)有所調適，也就是關心個人的自我概念認同以及角色表現(Thomas, 1992)。特別是在有關社會支持的部分，例：來自社區、朋友、類似遭遇的病人等外在社會網絡，將使病人及家屬獲得更多復原的訊息、做決定的訊息，除了情緒性支持之外，聯結社會資源，使自我與他人獲一工具性支持，亦應重視。

對於精神病患家屬而言，轉換其建基於過去經驗的生活空間，很重要的一個方法便是社會資源的促進，建立足夠之醫療、福利服務機構及人力，藉由外在之改善以避免其情緒、感覺上之沮喪、無助。

三、以家庭壓力理論(family stress theory)來看：

家庭壓力理論強調家庭壓力事件有常態和非常態之分，當家庭壓力事件發生時，整個家庭對情境的定義會影響整個家庭功能的平衡，進一步影響家庭取用資源的情形。家庭若不能滿足情境

需求則可能產生家庭危機，而為處理此一危機，家庭可能使用家庭對象；而由於不同時期，家庭對情境的定義不同，危機及需求也不同，故家庭之對策也不同（許純敏等譯，民八〇）。家庭生活週期是以社會制度，社會間人際互動及個人人格等因素來探討家庭關係（藍采風，民六十八），對於家庭週期各階段之劃分，不同學者有不同看法，僅以謝秀芬教授（民七十八）將西方學者對週期之劃分方式，參與核心家庭週期由結婚、養育子女，至子女受教育、離家、結婚等過程所劃分的家庭七階段及其任務為參考，摘要敘述如下：

- (一) 婚姻調整期（從結婚到第一個孩子出生約一～三年）夫妻開始學習新的角色。
- (二) 養育學齡前子女期（第一個孩子出生至第一個孩子入小學前約六年）加入父母的角色，並學習扶養子女。
- (三) 有學齡兒童期（第一個孩子年齡在六至十三歲之間）發展家庭與學校之間的關係。
- (四) 有青少年子女期（第一個孩子從十三至二十歲約七年）因應青少年期的特性，發展更具彈性的家庭生活。
- (五) 子女準備離家期（從第一孩子二十歲成年離家、求學、服役、就業或結婚到幼兒結

婚約十二年)子女開始成熟，離開家庭。

(六)第二次蜜月期(從幼兒結婚分家到丈夫死亡約十年)夫婦關係重整，健康維護。

(七)孤寂期(從丈夫死亡至妻子死亡約八年)

重新發現生活意義，接受「老人」之認同，子女負起照顧之責任。

若是病人發病時正好在養育學齡前子女期，她要如何教導兒童學習新的技能？孩子在有青少年子女期發病，父母或照顧者如何加以協助來完成當階段任何？在孤寂期發病，政策或法令上是否可提供協助？所以，研究者認為，家庭政策在制定時，應該將家庭生活週期的觀念納入，對不同家庭階段的家庭或精神病患作最佳之考量才是。

四、以衝突理論(conflict theory)來看：

政策之制定是經由競爭、妥協、合作協商、談判等過程而形成的。由於資源之稀少產生了團體或個人以犧牲他人或其他團體的利益以獲利的方式，因而採用合作、協商、談判等等手段，企圖侵略他人利益，有效控制情境，以承諾或威脅手段取得獲取資源最有利之位置或途徑(許純敏等譯，民八〇)。由於社會價值及觀念至今仍視精神疾病為可恥、家中未燒好香、未積陰德的結

果，連帶使得精神病患家庭留下烙印，造成精神病人罹病事實被刻意掩蓋，家屬也多不願承認家有精神病人的情形，加上照顧病人的沈重壓力及心理負擔，導致家屬或病人不願也無力出面組成團體(葉錦成，民八十二)，更不用說要透過合作、協商、談判的手段去和其他團體爭奪有限的資源，甚至可說是站在獲取資源有利通道上還猶豫不決。

因此，制定精神病患家庭政策之過程中，不應忽略了精神疾病在社會上的特殊特性；而精神疾病患者和家屬在控制情境及獲取資源之最有利位置上，我們也實在應正視他們是一群發不出聲音的弱勢族群的客觀事實。

五、以交換理論與選擇理論(exchange theory & choice framework)來看：

其基本假設中指出家庭是由理性、決策、採取行動的人類成員組成。由於擁有之資源及預測未來的能力有限，因此根據報酬及代價來做選擇。所謂的報酬，包括了社會贊同、自主性、衣食住行及健康照顧或身體安康的生理保障、能藉由同意他人價值或地位之過程中，找到並增強自我價值感和能力、平等性(許純敏等譯，民八〇)。在政策制定上，人們尋求最大報酬及最小

代價，雙方互動建立於互信互賴的互惠原則上；但是政策制定者的最大報酬及最小代價，卻不一定是精神疾病患者的最大報酬及最小代價。病患及家屬遵從精神衛生法，充其量只能說是患者及家屬在比較自身獲取報酬及付出的代價上所做下之較佳選擇，並不意謂著精神衛生法就較適用於精神病患和家屬。例如：精神衛生法中規定醫療費用可以申請補助，但是採用需申請補助證經審查合格的方式，對於急欲減輕經濟負擔的家庭來說，領有補助證可能會造成烙印或標籤化的代價是必需承擔的；可是在報酬上來說，病人及家屬獲得的可能是社會上歧異的眼光和因社會所給予之標籤而帶來的恥辱感，自我價值的低落等。另外，精神病患的經濟補助額度到底要多少？研究者認為，其經濟補助應具社會保險的意義，不應使用社會救助的原則，以避免失去普遍性及強制性，造成社會上認為對精神病患補助是濟貧、扶弱的偏差印象。另外精神病人喜歡固定看某位醫師及其具有社會性治療的特色，似乎也應一併納入保險給付中來看。

六、以菁英理論(elite theory)來看：

政策反映出的是菁英的利益及價值。所謂的菁英，通常是在社會上享有聲望、權威、地位

者。而菁英依據權力之操弄，談判及說服的技巧而取得政策制定上的有利地位，亦即影響決策情境的能力（許純敏等譯，民八〇）。精神衛生法是由一群以精神科醫師為主力的專業團隊共同制定的。精神科醫師所瞭解的精神病人在精神衛生法中所呈現的似乎僅止於缺乏醫療。但是病人的需要真的只有這些嗎？由精神衛生法之制定是否也可代表我國在精神病患的政策上，目前也僅止於定位於醫療照顧上而已？這些所謂的菁英，其在精神衛生法中所呈現出來的價值觀念，讓整個精神衛生法的意義和目的似有在保護正常人居多的意味。因此研究者認為，當制定精神衛生法時，精神科醫師的參與固然有其必要性，然而，其它如精神醫療團隊及病患或家屬之參與意見更為重要，切忌只依賴某些菁英份子主導，這很容易有偏誤的。

肆、建議

在維護一般社會大眾權益，尤其是社會弱勢團體的基本權益，必需透過公權力有效之運作，或透過立法程序加以保障（楊孝濂，民八十

二）；目前全民健保(health insurance for all)實施在即，對於精神疾患，政府應非採取一窄化的醫療面政策，而是注重如何透過公權力之資源分配，以增加精神病患的福祉，且顧及其它社會大眾之公平分享，建構以病患、家庭及社區為網絡主體的心理衛生促進系統，研究者將從以下三方面，提出我們的建議：

一、在醫療照顧方面

在一九五〇年至一九六〇年期間，家屬被視為精神疾病的致病因素，至一九七〇年代，有關的研究方向轉而由家庭系統的觀點出發，認為病患影響家庭的功能，一九八〇年代以後，較朝向瞭解家屬們長期間的負擔與問題的拓展（沈志仁，民八〇）。因此，我們可以確定，在精神醫療的探討上，家屬與精神病患應是不可分開的一體兩面，根據衛生白皮書的推估，目前尚需一七二八四急、慢性床（民八十二），且台灣地區醫療資源分布於東南西北部相當不平均。因此，各地區平均分布之醫療院所，足夠的急慢性病床及專業人力，亦即精神醫療工作達全國普及性(nation-wide availability)（林宗義，民八十二），將可使得某些家庭不致於因就醫距離遙遠，資源接受不易而搬遷、分住或寄居，且促使

病家較不易放棄門診追蹤。

另一方面，在消費者意識抬頭的今日，是否應保障精神病患拒絕治療(refusal to treatment)的權利（林蒲慕蓉，民八〇），身為保證人的家屬可獲有何者權利來面對此兩難的局面？另外，可以利用目前精神醫療的領域所提倡的個案管理(case management)、團體復健(group rehabilitation)及復健村(village)富有融合病患及家屬為一照顧單元的精神，值得再開發。

過去傳統社會中「男主外，女主內」、「男尊女卑」的觀念（周勵志，民八十二），在家庭照顧精神病患的現況中，仍可發現患者的父母，尤其是母親仍佔照顧者的大多數（鄭夙芬，民八十二），研究者認為在此傳統文化體系之下，實不利於婦女本身之心理健康，應特別關心。

同時，精神醫療包括就醫、人員培訓、機構及設備等等，所需之費用龐大，該如何計算與支付，更是刻不容緩。

二、家庭心理衛生促進工作

研究者以系統理論探討精神病患家庭壓力時，發現壓力係來自於家庭資源短缺，而由於社會資源具有平衡家庭資源短缺的功用，因此，研究者認為應正視社會資源之加強，並增進家屬運

用社會資源之能力，同時借助政府對資源之掌握及政策決策權，確實履行現有的政策法令，並能鼓勵家屬及民間團體本「自助他助」精神，促成社會資源供需間的平衡，讓精神病患家庭藉政府的支持力量與各方福利方案的提供，達到心理衛生與健康促進的目標。擬以下列兩方面來說明：

(一) 鼓勵民間團體合作參與

政府辦理的福利服務事業有其經費來源穩定、人員配置固定、直接表達政府關懷等優點，但其繁雜的作業程序，不合時宜、民意及僵化的科層，確實也減低其效率和品質，（張雅麗，民七十五）而民間機構正好可以補其不足，若能與政府取得合作的互動模式，將可更有助於人民福利之推廣。精神衛生法第十二條即已明確訂定：「各級政府應按需要，設立或獎勵民間設立精神醫療機構、精神復健機構及心理衛生輔導機構。」因此，由政府以獎勵或合作方式來推行民間機構辦理家庭心理衛生促進的工作，可以考慮下列幾個方向：

(1) 由民間團體來辦理家屬與病患共同參與的方案，包括社交技巧訓練，支持性團體，家庭協議、諮商及所謂的表達性治療，它透過舞蹈、詩詞朗誦、繪畫、手工藝等非語言、非理性層面，提供個人在價值感提升及情緒穩定等方面的促

進，聯合家屬及病人的參與，可增進相互間的互動，減少不必要的磨擦。

(2) 目前政府所試辦的社區復健中心，若能取得醫療協助之後盾，應可考慮廣為設置，由民間來承辦，增加其在社區落實之可行性，減少「醫療」的標籤化；降低家屬照顧之負擔，家人若因此得以工作，亦即意謂家庭生產能力之恢復。

(3) 在精神衛生法第十條中曾明訂：「直轄市及縣（市）衛生主管機關得設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生及輔導。」研究者認為該中心的設置有其相當之重要性，然目前各級地方政府對此似有遲滯發展的現象，若能交由民間團體來設置或自既有的服務對象為出發點，加強其對精神疾病的相關了解，同時，學習探討自己及親近家人的心理健康情況，配合民間團體地方化的特色，根據各地社區不同的特性提供不同的社區需要，發展合適當地之心理衛生方案；而對於社區內之精神病患及其家屬而言，可以藉由中心的服務獲得最迅速有效的支持、諮詢，同時能真正達到去機構化之目標。

社區心衛中心應該落實衛生教育的推廣，提昇其在政策中的重要性，不僅在醫療機構，而能融入學校、工作場所、宗教、法律、警政及社區

集會的各場合中，增進大眾之知識，加強活潑、生活、感人的宣導包裝，避免標籤。政府對於民間團體的投入，應審慎探討其可行性，以尊重，協助，諮詢，提供資源的長期性觀點為主，切莫過度干預或朝令夕改，才可能落實其可行性。

(二) 籌組病人及家屬自助團體：

「自助團體」在國內已不算陌生的名詞，在正式的醫療服務及社會服務體系又無法有效滿足其需要或解決問題，往往便有自助團體的產生，其能激發個人潛能勇於面對自己問題，在預防或治療疾病，促進心理健康及克服孤單、寂寞方面具有極大貢獻（許釗涓，民八〇）；雖然，由於家屬對精神病患恥辱感的標籤心結仍為一大難題，但，台灣目前已有若干「康復之友協會」或類似的組織正在運作或即將形成，這象徵著病家的自覺，解決類似問題，交流情感與支持，並形成共識，爭取權益，「使家屬團體能有權的第三者在政策制定上的制衡與監督」（張芷雲，民八〇）。

值得一提的是，自助團體形成及運作上往往會遭遇到一些危機，比如：專家、政府外部的干預、團體資深成員的過分介入、團體成為少數人所控制，致養成成員的依賴、成員缺乏或高估主觀的知識、造成團體與專家學者互相敵對、對

社會標準的敵對等等，因此，在解決上建議：政府方面應該給予最大的協助與支援但非干預；提供完整的資訊與報導；給予正向的回饋與建議（許釗涓，民八〇）。同時家屬必須瞭解自助團體成立對其自身的影響與幫助，透過志願團體的衛教與指導，協助病患家屬彼此在情緒上、工具上、資訊上經驗分享與支持，在遭逢問題時，可以更便利獲得解決的方式。換言之，家屬團體對於社會支持網絡的建立是一項重要的元素之一。

三、其他

精神病患與其家庭之困難，除前文所述外，其它如：婚姻、生育、就業、就學……等方面，皆可能直、間接影響著家中其他成員。在此，研究者以既有的相關法為基礎，探討其對基本人權、家庭保障之適用性，特別是精神衛生法及有關的福利法令等，同時也關心其法令修改之方向及可能性。在法令之外，也期待從社會正義公理、道德規範、價值觀所帶來的衝突，來思考其兩難及可能之建議。

(一) 婚姻

家中有精神病患的家庭，經常面臨的婚姻的相關問題，包括病患是否適合結婚，已婚的病患婚姻是否應維持，家屬常因照顧或擔心遺傳而忽

略或受他人拒絕婚姻等等，我國民法第九百九十六條為保護婚姻當事人雙方，明訂「當事人之一方於結婚時係在無意識或精神錯亂中者，得於常態回復後六個月內，向法院請求撤銷之」，另

外，配偶若能舉證患有精神疾病之伴侶為重大不治之症，則在民法第九百七十六條：「婚姻當事人之一方有重大不治之病者，他方得解除婚約」，精神衛生法則視配偶具擔任第二順位保護人之義務（第一順位為監護人），我們發現法令有其不同的考量，究竟如何保障各方（病患、配偶、照顧者、子女等）孰先孰後？精神病患及家屬的婚姻品質應朝何種面象思考，實稱兩難。

(二) 生育

雖然現代社會中，生育已非家庭之固有功能，但家庭仍具保有合法生殖之功能；在優生保健法中明訂：「中央主管單位除依據優生保健法，補助及減免精神病患施行人工流產或結紮手術之費用？」基於現實考慮，家屬往往也傾向「勸導」精神病患「自願」施行結紮手術或人工流產，以避免所謂遺傳或照顧子女的問題；另一方面，在基本人權的考量下，實無法強制或剝奪精神病患者的生育權，胎兒、病患及家屬應如何處理，實稱兩難，而號稱重視病人之權利的精神衛生法反而在此議題上缺席，是否意謂其對之前

的優生法觀點之同意？

(三) 就業

依據中華民國憲法規定：人民之工作權應予以保障，人民具有工作能力者，國家應以適當之工作機會。在現行之精神衛生法中，對於精神病患之就業問題，雖未如殘障福利法第十八條對殘障者薪資提出保護（規定：應比照一般待遇，於產能不足時，可自行減少，且不得低於百分之七十。），但於精神衛生法第四十條中指出：「勞工行政主管機關應協助康復之病人，接受職業訓練及輔導，推介適當工作。」因此，可以確信政府對於病患在就業復健上的肯定，但應如何才能確實執行呢？我們關心的是病患因精神疾病之故，往往就業上坎坷重重，是否勞委會及職訓單位應有具體法令、方法之制定來保護病患就業？如何來評定「康復之病人」？究竟應將精神病患安置正常工作環境中，接受一般之工作要求，抑或廣設庇護性工場，集中式職訓、就業？研究者認為方法之一可考慮由社會局結合職訓中心主動協助康復之精神病患尋找工作，而對於較嚴重之病患，可暫規畫庇護性工作廠內工作，經工廠的產銷，獲得基本生活費用。如此，不但保障精神病患的工作權，且其照顧者也因此能回生產行列，以「鼓勵就業，提高生產力」理念，協助開

發病患者家庭之收入來源，降低其經濟壓力，肯定個人價值。

(四)就學

在精神衛生法第三十六條中指出，「病人之人格與合法權益應受尊重與保障……」，對於已康復之病人，除能證明其無勝任能力，不得以曾罹患精神疾病為由，拒絕入學、應考……」，很多因病輟學之病患都希望能重回學校，但由於精神病藥物副作用、生活自理能力缺乏及學習能力降低等影響，使病患不易回到正常的學習環境。針對此，政府如何保障其受教育權，設計合適的教育環境、學習內容及教學師資、鑑定學力、選定教育地點……等問題，應是相當值得重視。

伍、結論

儘管世界各地的社會、經濟快速變遷，但，對中國人的家庭而言，家庭永遠是家庭，無可取代，也沒有什麼比它更基本、更重要的(Wu, 1992)，個人的價值觀、成就感都是息息相關地以家庭為中心，而我們也認定精神疾病的防治工作不僅是醫療問題，同時也是社會問題、經濟問題(張芷雲，民八〇)，政府在面對這樣多種難題的對象，應傾向扮演「保護性」及「彌補性」的

角色(林蒲慕蓉，民八〇)；因此，研究者認為一個合宜的精神病患家庭政策應：

一、家屬及病患是一體兩面，相關之權利及義務議題都不應單獨考慮。

二、重視並落實精神病患家屬及社區民眾之心理衛生教育政策，相信它是解決問題、促進健康之基礎。

三、精神病患家庭政策應有的方向不是一種「社會救助」，而是一種「福利服務」。

四、相信政府公權力的伸張是謀求精神病患及家屬福祉的不二法門。

林宗義教授指出：根據加拿大及北美的經驗，利用藥物及心理療法與日間治療等可使八〇%的急性期病患，於六個月以內完全康復而回家從事其生病前的職務或學業與日常生活。如給予適當的追蹤治療就可避免其復發或慢性化，其再發率在過去十五年內，自六〇%降至十二%—十八%，可以說克服了「精神分裂症為不治之症」的一般偏見。基於這個信念，再配合精神衛生法第一條所宣示的「增進國民心理健康，維護社會和諧安寧」的宗旨，我們相信，整體相關政策的最終訴求，應是提供精神病患及家屬一個安全、自尊的醫療復健環境，消弭社會大眾對精神疾病的歧視，以人民的心理衛生促進為最大福祉。

註：本文寫作過程中，蒙吳就君教授惠予建議，高雄醫學院醫學社會系學生張瓊文及施清發允以協助，特此一并致謝。

(本文曾於「家庭與社會福利學術研討會」中宣讀，作者文榮光現任高雄長庚醫院精神科主任、鄭夙芬現任高雄醫學院醫學社會學系講師)

參考書目：

1. 文榮光：「使慢性精神分裂病人免於機構化照顧的可能因素」，中華心理衛生學刊，民七十五，第三卷第一期，頁五十七—六十七。
2. 文榮光：「精神疾病與求助行為」，中華心理衛生學刊，民七十四年，第二卷第二期，頁三十七—四十五。
3. 白秀雄：「社會福利與精神病患社會復健：以台北市為例」，台北市立療養院七十五年年報，民七十六年，頁三十五—三十九。
4. 台灣省精神病患住院醫療補助工作手冊，南投：台灣省政府衛生處，民八十一年。
5. 台灣省社政法規彙編，南投：台灣省政府社會處，民八〇年。
6. 沈志仁、張素凰：「精神病患家屬的壓力源、

- 對策策略與健康狀況——時間序列的探討」，中華心理衛生學刊，民八〇年，第五卷第二期，頁一〇三——一三三。
7. 沈志仁、張素鳳：「精神分裂病患主要照顧家屬的需要及其相關因素」，中華心理衛生學刊，民八十二年，第六卷第一期，頁四十九——六十六。
8. 余德慧：「中國人的面具性格」，民七十九，台北：張老師出版社。
9. 楊國樞主編：「中國人的心理」，民七十七，台北：桂冠圖書公司。
10. 呂淑好：「精神衛生法對醫療照護之影響」，中華心理衛生學刊，民八〇年，第五卷第二期，頁二十七——三十一。
11. 李文瑄、葉英堃、劉蓉台、劉運康、張世靜：「慢性精神病患出院後社會適應的評估」，中國心理衛生學刊，民七十三年，第一卷，頁四十一——四十七。
12. 周勵志：「女性精神官能症病人之早年家庭生活經驗（初報）」，中華精神醫誌，民八十二年，第七卷第一期，頁三十八——四十五。
13. 林宗義：精神醫學之路，台北：稻鄉，民七十九年。
14. 林宗義、Arthur Kleinman 編：文化與行為，香港：中文大學出版社，一九九〇。
15. 林宗義：「精神保健在全民健康保險制度應負之責任與角色」，精神醫學教育研討會活動手冊，教育部，民八十三年。
16. 林蒲慕蓉：「美國心理衛生政策及推行——去向及可取經驗」，中國人的心理衛生國際研討會，民八〇年，頁五五三——五五九。
17. 胡海國、葉英堃、張苙雲、葉元麗：「精神疾病流行病學與社區精神醫療行政——精神疾病盛行率與社區精神醫療人力之探討」，中華心理衛生學刊，民七十六年，第三卷第一期，頁四十三——五十五。
18. 許文耀、戴傳文：「社區居民與病患家屬對精神病患態度之探討」，中華心理衛生協會，民八〇年，第五卷第一期，頁三十五——四十八。
19. 許純敏、陳芬苓、葉琇姍合譯：家庭政策，台北：五南，民八〇年。
20. 許釗娟編譯，自助團體，中華民國社區發展研究訓練中心，民七十八年。
21. 張君強：醫事及衛生法規。台北：桂冠，民八十二年。
22. 黃文翔、林秀芳：「慈惠醫院強制住院個案出院之後續照顧問題」，行政院衛生署慈惠醫院強制住院病人後續照顧問題研討會會議手冊，民八十二年，頁二。
23. 黃梅羹：「精神科住院病患及其家屬的心理暨社會問題探索研究」，中華民國醫務社會服務協會，民七十六年，頁五十六——六十九。
24. 黃梅羹、劉瓊瑛、胡海國、馮燕：「我國適用之「精神病患者家庭評估量表」工具之修訂及其適用性」，中華民國醫務社會工作學刊，民八十一年，第二期，頁六十五——八十五。
25. 張苙雲、王國羽：「從精神衛生法草案內容論台灣過去十年的心理衛生政策」，中國人的心理衛生國際研討會，民八〇年，頁五七九——五八七。
26. 張雅麗，社會福利機構如何委託民間辦理，中華民國社區發展研究訓練中心，民七十五年。
27. 陳金鈴：「精神病患家庭常面臨的問題」，台北市立療養院七十五年年報，民七十六年，頁一五三——一六〇。
28. 楊素端：「精神醫療體系內社會資源的整合與運用」，社區發展季刊，民八十一年，第六期，頁八十二——八十六。
29. 楊孝潔：福利社會學，台北：黎明，民八二年。
30. 葉錦成：精神病觀察——康復的疑惑與解迷，台北：台灣商務印書館，民八十二年。
31. 葉英堃：「我國醫院——社區精神醫療服務的發

- 展：回顧與展望」，中華精神醫學，民八十一年，第二卷第一期，頁四十七—五十七。
32. 趙世琳、李秀娟：精神分裂病照護，台北：匯華圖書公司，頁六十六—八十一。
33. 劉蓉台：「病患家屬：治療過程中的關鍵人物」，台北市立療養院七十五年年報，民七十六年，頁五十一—五十五。
34. 蕭淑貞、陳永成、林梅鳳：「教養態度對兒童行為發展之影響：精神分裂病患組與正常組之比較」，中華精神醫學，民八十一年，第六卷第一期，頁二七七—二八七。
35. 蕭淑貞、黃佩玲、周照芳、陳珠璋、李明濱：「精神分裂年輕男性病患與其母親參與「家庭壓力調適」團體治療效果之評估：初步報告」，中華精神醫學，民八〇年，第五卷第三期，頁八—二十九。
36. 戴傳文、許文耀：「社區居民對精神病患的觀念與態度」，中華心理衛生學刊，民八〇年，第五卷第二期，頁七十一—八十七。
37. 蔡宏昭：英美日社會福利政策與措施，台北：中華民國社區發展研究訓練中心，民七十九年。
38. 精神衛生法及其施行細則，台北：行政院衛生署，民八十一年。
39. 謝秀芬：家庭與家庭服務，台北：五南，民七十八年。
40. 鄭夙芬：精神病患社區復健計畫之評估，衛生署，民八十一年。
41. 衛生署白皮書，台北：行政院衛生署，民八十二年。
42. Bennett DH, Watts FN: Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation. U.K., John Wiley and Sons Ltd. 1983.
43. Halford WK, Schweitzer RD, Varghese FN: "Effects of family environment on negative symptoms and quality of life of psychotic patients". Hospital And Community Psychiatry 1991; 42(12):1241-7.
44. Hatfield AB: "Psychological cost of schizophrenia to the family". Social Work 1978; 23: 355-59.
45. Miles Agnes: The Mentally Ill in Contemporary Society. U. K. Basil Blackwell Ltd. 1987.
46. Jou SY, Wen JK, Kleinman A, Kleinman J, Wu Y, Chiu CL, Schiller M: "A pilot study of expressed emotion of relatives of patients with schizophrenia in Taiwan". Chin Psychiatry 1989; 3(Suppl 1):124-37.
47. Jung-Kwang Wen: "The Hall of Dragon Metamorphoses: A Unique, Indigenous Asylum For Chronic Mental Patients In Taiwan". Culture, Medicine and Psychiatry 1990; 14:1-19.
48. Thoma A. Glass and Maddox George L: "The quality and quantity social support: stroke recovery as psychosocial transition". Social Science And Medicine 1992; 34(11):1249-61.
49. Vivien Ng: Madness in Late Imperial China - From Illness to Deviance. London: University of Oklahoma Press. 1990.
50. Wu Chew-Chung: A Cross-Cultural, Cross-National Study of the Family Caregiver Burden of a Severely Mentally Ill Family Member. Faculty Of The Graduate School Of Social Work University Of Southern California. 1992.