



精神障礙的性別現象

——臨床精神科醫師的三個困惑

文 | 徐淑婷 | 高雄長庚紀念醫院精神科醫師

舉凡發病年齡、致病原因、疾病後的結果等等，在精神醫學的討論中不乏性別差異的議題。也有婦女特有的精神疾病，如經前症候群與懷孕、甚至停經的精神醫學議題集結成書。這些討論對於精神問題的成因——尤其是生理的因素，如基因、荷爾蒙等等，越來越複雜。但是，知道這些討論，對於女性精神障礙者的處境，並無助於解決身為臨床醫師的我的困惑。

障礙的判定，和文化角色的期待難以切割

精神疾病的流行病學調查顯示，具有焦慮與憂鬱的診斷者女性比男性多，而有酒藥癮問題與人格問題者，男性比

女性多。目前國內對精神障礙的界定，必須是因為精神病（包括精神分裂症、躁鬱症、有精神症狀的憂鬱症、因為腦部受到傷害引起的精神病等等七項），而引起職業功能、社會功能、與自我照顧功能的退化。在民國99年底的內政部身心障礙者統計，男性與女性精神障礙者的人數均約5萬5千人，男性約比女性多500人，相差不大（內政部統計處，無日期）。這和世界各地嚴重精神疾病盛行率幾乎沒有明顯性別差異的現象一致。

我的桌上有兩本身心障礙者鑑定表。但同樣是二十多歲的，高中時後發病輟了學在家，診斷都是妄想型精神分裂症，症狀與嚴重程度類似，等級要怎

麼寫？

精神障礙者的障礙程度是以就醫與支持需求、自我照顧功能、社交功能、與職業功能來做區分。尤其是職業功能的判定，對障礙程度的判定影響最大。所謂的輕度，是指「職業功能、社交功能輕度退化，在協助下可勉強維持發病前之工作能力或可在非庇護性工作場所工作，且毋需他人監護，即具日常生活自我照顧能力者」。所謂的中度，是指「職業功能、社交功能退化，經長期精神復健治療，可在庇護性工作場所發展出部分工作能力，亦可在他人部分監護，維持日常生活自我照顧能力者。」輕、中、重、極重度在男性精障者所佔的比例分別是21.5%、59.0%、18.0%與1.5%，而在女性精障族群分別是28.2%、54.7%、15.9%與1.2%。似乎女性精障者比男性較晚申請身心障礙手冊，而嚴重程度也較輕微。

然而，這兩本鑑定表的等級卻讓我困擾。對這位男性來說，沒有工作經驗就很難比較病前功能是什麼，而且在家裡本來就不需要做家事，生了病以後在家也不會被訓練做家事，生活自理能力似乎處處依靠家人，因此障礙等級應是中度。可是另外一位女性，生病之前和之後都可以幫忙家中日常生活事務，家裡面的人也不期待她要去工作，所以

障礙等級卻是輕度。當障礙等級影響到福利輸送的時候，我不免懷疑，這依照文化期待下所判定的障礙等級是公平的嗎？如果要公平，又如何和文化影響男女性職業發展的趨勢切割？

障礙的情境，讓精神障礙女性更難踏出身心障礙的狀態

精神分裂症是精神疾病當中比較嚴重的疾病，數十年來研究都發現一致的性別差異現象。包括，男性比較早發病，動機與語言缺乏等負性症狀比較嚴重，其預後（prognosis，通常意指醫療上的結果）也比較差；女性比較晚發病，激躁與情感現象比較顯著。如果控制了人口學變項以及症狀學的不同程度，女性和男性的社會功能卻沒有顯著差異（Galderisi, Bucci, Üçok, & Peuskens, in Press）。但是，將近四十年來的研究也發現，不論後續社會心理治療的遵從程度如何，女性的社會功能仍比男性為佳。也就是說，「和技巧訓練等社會心理治療的因素來比較，應該有更強的決定性因素來影響女性的社會適應」¹⁴（Smith et al., 1997, pp.128）。這也暗示著文化似乎是女性社會功能的保護性因素，例如，對女性有比較好的社會支持、比較低的社會角色期待，與對病人的批評程度較為緩和。

不過，我懷疑這樣的研究移到臺灣

¹⁴ 文中引述為作者自譯。

又會如何。臨床上，絕大部分的家屬會擔憂遺傳問題，並不贊成精神障礙者有婚姻關係。但是家族安排精神疾病的男性娶外籍新娘並不少見，大部分的理由是怕這位男性以後沒有人照顧。沒結婚的，就得靠家人。一般而言，男性精障者感受到家庭對他不能賺錢的壓力比較大，這趨勢也反應在尋求身心障礙者職業重建服務的精障人口比例上，男遠多於女的現象。但是，社會期待較低的女性，卻也常因不要浪費金錢的理由，家人並不常鼓勵去進一步復健與學習，或是參與社會生活。在孤立貧乏的生活中，精神障礙逐步愈發嚴重。

結了婚的女性，更是精神健康問題的高危險群。做為配偶，需要敏銳的人際關係覺察能力與良好的社會技能來維繫家庭關係；做為母親，需要良好的問題解決技巧與敏感又有彈性的教養能力。但不幸

的是，因為精神疾病而受損的腦部認知功能的障礙，嚴重影響了這些能力。在印度，已婚的精神分裂患者的功能障礙比起男性更為顯著（Shankar, Kamath, & Joseph, 1995）。像病友阿華算是運氣比較好的，得到婆家與娘家的支援，女兒已經念到高中二年級了，她只要接送她上下課就好。運氣差的阿秀，外籍先生過世了，娘家又很窮，靠著有限的社會福利過活，讓她最想死的事情是得請小學五年級的兒子放下自尊，打包學校廚房的營養午餐剩菜回家吃。兒子說，「媽媽，我可不可以只要吃白飯配醬油就好？」她心如刀割，只是為了兒子的營養，還能怎麼辦？

身體自主權的行使，受到做決定的能力與效力而被影響

精神障礙者常常被告誡這樣的邏輯：「精神疾病會遺傳，所以你不可以結婚生小孩，而且談感情會受傷害，所以你最好不要談戀愛。」有時候真的有交往的親密對象了，就會補上一句：「如果你真的要談戀愛，也不可以搞男女關係。」精神障礙者的身體自主權，普通時刻是軟性地威嚇阻止。

「她每次月經來的時候就會亂，」對面坐著阿文的媽媽，一臉無奈又很擔心的表情，「可以讓她的月經不要來嗎？」

看到阿文媽媽期待的表情，這回倒是換我遲疑了。沒有明確的證據證明嚴重精神症狀和月經有關連（Severino & Yonkers, 1993）。但是，醫師有責任去回答病人與家屬的問題，提供不同的解決方案。我的遲疑是，要怎麼說，可以讓阿文有自己選擇的權利？轉診到婦產科，醫師也能夠針對停止月經提供訊息，但是，只要精神或智能障礙者的家屬堅持，醫師就會（或是就得）聽從家屬的決定。既然問題的焦點不在於月經來不來，而是媽媽對阿文的症狀的解釋，後來還是在阿文和媽媽面前，打個電話諮詢婦產科醫師。他說，用藥物的方法或是手術的方法都可以試試。不過我掛上電話後，詮釋電話裡的內容說，用藥物的方法或是手術的方法都可以讓月經不來，可是不能保證症狀不會再發，而且藥物的副作用是什麼、手術的副作用是什麼。聽了以後，阿文的媽媽幽幽地說，那我們再觀察一陣好了。

這一幕倫理困境常常上演在精神科的診間。如果把症狀歸咎在身體的某一部分，那下一個問題就會是，身體的主權究竟是誰的、誰的決定算數。精神障礙與智能障礙的婦女，她們做決定的能力，可能被法院宣告需要監護，也可能被周遭的親友以愛之名宣告掌控。面對已被法院做監護宣告者，我們只能尊重監護人的決策權，謹慎地了解「最大利益」是不是有益。但更常發生的，是週

遭的親友代做決定，而決定的前提常是以是否照顧方便或是不是要多惹麻煩做為優先考慮的方向。我也聽過病友在不知情下被媽媽帶去裝避孕器的故事，更誇張的是事後她還是不知道。這個故事大概就是精神障礙婦女缺乏行使身體自主權的決定權的最明顯的例子了。

身心障礙客製服務 新制鑑定7月1日實施

【本報記者李宜欣報導】NOWNews 2012/3/30日 17:42:21

【本報記者李宜欣報導】

時代在變，服務給弱勢族群的品質，也要跟上時代腳步，自101年7月起身心障礙鑑定法實施後，民衆除了在醫院鑑定外，還可由評量團隊、與身心障礙者所定切的需求進行評估，雖然在鑑定與評估的時間，將比現行的制度來得長，但能提供身心障礙者需求服務。

為了在進行身心障礙鑑定前，民衆可尋求醫師協助鑑定後更可協助身障手冊；自101年7月起進行身心障礙鑑定分級方式，改採為由評量團隊（WHO）與「國際功能與身心障礙分類系統（ICF）」之「八大身心功能障礙類別」。

此外，專為生活起居、身心障礙鑑定方式也將有所改變！除了原有醫院鑑定外，還加入由評量團隊、職能治療師及社工...等專業人員，共同組成評量團隊，使身心障礙鑑定更完善。

身心障礙者在醫院完成鑑定後，由市政府社會處之需求評估團隊主動聯繫個案進行需求評估，與身障者和家人共同討論福利與需求，協助需求與定切的需求服務並提供諮詢，因此使民衆申請社會福利將更簡便及符合需求。

以需求與生活需求而言，評量員為各類服務者，包括無交通工具，所以即使有工作機會也無法前往；主要目標為改善車輛運輸等代辦，有穩定工作，基本生活能自給，在政府訂定制度下，將困難不再能尋求服務，而給予二人不行的福利服務，僅靠無交通工具所以必須申請補助，如復健、生活訓練、職業訓練等；而主要目標有交通工具所以必須申請免費生活服務、車輛運輸服務等，幫人在了這些也將提供個別身心障礙鑑定服務。

目前該項服務正積極推出，為民衆服務最大，未來將由身心障礙鑑定法第二階段實施：進行：第一階段：3年（101年7月1日至104年7月10日）-以新申請、申請鑑定鑑定或復健申請以新法則之身心障礙者為主要對象；第二階段：4年（104年7月11日至108年7月11日）-以永久效期手冊之身心障礙者為主要對象；在未來階段，身心障礙者其功能與需求與身心障礙類別、類別需求高、需特別用，如無自給生活服務。

自101年7月起將開始實施新制身心障礙鑑定法，身心障礙者在醫院完成鑑定後，由市政府社會處之需求評估團隊主動聯繫個案或家屬進行需求評估，與身障者和家人共同討論福利與需求，使社會服務更符合個人需求（圖為NOWnews 2012/3/3新聞網頁：<http://tw.news.yahoo.com/身心障礙客製服務-新制鑑定7月1日實施-065131504.html>）。



結語

精神障礙婦女因為精神疾病影響了心智能力與生活功能，卻要面對婦女與精神障礙的雙重處境的難處，需要更多的關注與支持。而且，自101年7月即將實施身心障礙者新制鑑定，預計會納入憂鬱症與嚴重精神官能的患者族群，而這兩類疾病診斷恰是以女性患者為多。

「障礙」一詞，本來就不只是指疾病的結果而已，還需要包括哲學的社會的經濟的等等深度。以上三點僅僅是一個臨床精神科醫師簡單描述觀察到的現象，期待婦研界的朋友將更多元更深度的討論帶進這此一領域來。

| 參考文獻 |

- 內政部統計處（無日期）。〈九十九年底身心障礙者人數按性別、年齡、等級及障礙類別分〉。<http://www.moi.gov.tw/stat/gender.aspx>。（2012/1/1瀏覽）。
- Galderisi, S., Bucci, P., Üçok, A., & Peuskens, J. (In Press). No gender differences in social outcome in patients suffering from schizophrenia. *European Psychiatry*. Available online since 2011/5/24.
- Severino, S. K., & Yonkers, K. A. (1993). A literature review of psychotic symptoms associated with the premenstruum. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 34(4), 299-306.
- Shankar, R., Kamath, S., & Joseph, A. A. (1995). Gender differences in disability: a comparison of married patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 16(1), 17-23.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Anthony, D. T., Goodman, M., Hedayat-Harris, A., Felger, T., Kentros, M. K., MacKain S. J., & Romanelli, S. (1997). Post-hospitalization treatment adherence of schizophrenic patients: Gender differences in skill acquisition. *Psychiatry Research*, 69(2-3), 123-129.