

# 『無家可歸』是病嗎？！

周才忠

2007/7/3

日前，某媒體報導了一則『駭人聽聞』的驚聳消息，東部一家署立醫院的精神科主任除了涉嫌詐領健保費之外，檢方還從病歷清查中，發現他長期以遊民(homelessness)為對象，故意將正常人「鑑定」為精神病患，並不停地開藥以收取藥商巨額回扣。目前證實，總計過濾有一百多位遊民、心智障礙或有輕微心理困擾的民眾被「沒病看到有病」，因為大量服用不該吃的藥，一些人已呈現精神呆滯現象，甚至糊里糊塗被強制住院隔離治療。

這應該不只是單一案例而已，長期以來，精神醫療院所即積極利用各種管道(如政府、各級學校、民間機構、基金會、社團等)，大規模進行各種篩檢及遺傳病因研究，廣置相關通報系統及共同照護網，定期辦理社區與校園巡迴精神醫療服務，以及在沒有具體科學實證(scientific evidence)之下，透過各媒體誇大精神疾病在國內的高盛行率，並向全民宣傳精神藥物的神奇療效，極力倡導有心理困擾的民眾能儘量就醫，要求村里長或老師能轉介相關個案，甚至還提供各級學校有關「精神疾病嚴重病人強制住院醫療機構」名單。另外，相關學會(及協會、公會、基金會)亦經常接受藥商或藥廠的贊助其研究計畫、專業期刊、訓練課程、研討會、年會活動、工作坊等部份經費，顯見國內精神醫療專業與政商階層、傳播媒體之間，早已形成一個綿密共生的結構。

每至深夜時分，美國各地仍然大約有 70 萬名街友(the streets)無棲身之處，據諸多研究指出，街友罹患嚴重精神疾病(如精神分裂症、藥酒癮、雙極性疾患、憂鬱等)的盛行率在 15%至 33%。反觀台灣，內政部統計資料顯示，台閩地區每年受理或查報的街友人數約在三、四千人之間，而且在收容的街友人數中，有十分之一左右比例被直接轉介到精神療養院治療。另外，除了內外科疾病，精神疾病與酒癮是收容機構中街友最常判定的身心健康問題。雖然從以上數據，可以看出街友群體比一般民眾較常經驗到精神疾病的困擾，這也說明了街友餐風宿露的高壓力情境。其實，這些病例數量增加的狀況，有很多是受到「去機構化」(deinstitutionalization)政策的影響，精神病人在回歸社區之後，無法受到完善的追蹤照顧(例如社區復健或日間照護相關計畫未能真正落實)，假使再遭遇其親屬的棄養，很有可能就從此流落街頭，另外中老年的身心障礙者也有類似的情況。所以街友與精神病患之間常彼此互為影響，如果沒有嚴謹的實徵研究(empirical research)探討及具有信效度的診斷過程，其兩者的因果關連是很難加以客觀釐清。

『無家可歸』是一種個人基因遺傳或腦部病變等因素所造成的精神疾病嗎？還是一個廣泛性的社會問題(widespread social problem)？國外相關研究文獻曾一再指出，形成街友的因素可能來自不同面向，例如文化、制度、社區、組織、家庭等皆包括在內，個人內在特質占其中一小部份而已，甚至只是『貧窮』(poverty)世代循環下的社會階級(social class)犧牲者。如果社會環境與生態系統也需要負起重要責任，為何如今要街友們來承擔所有的疾病歸因，在有意無意、半推半就等情況之下，被大量餵食各種精神疾病藥物，甚至利誘遊民成為新藥引進之臨床試驗者，完全無視這些藥物可能對街友們的長短期身心傷害，醫療院所及精神科醫師本人卻從詐取健保費與藥商回扣中獲得龐大金額.....為什麼這樣戕害人心的『醫療專業』還能繼續存在呢？！

面對國內如此惡質的醫療生態、醫學倫理與助人工作環境，筆者認為以街友為主要服務對象的政府機關、宗教團體、基金會組織或收容單位等也應該守住最後一道防線，秉持著專業責信(accountability)及道德良知，凡事以服務對象最佳利益為優先考量，加強定點巡迴醫療與轉介過程的嚴謹度，並且慎選辦理倡導活動、課程、研討會的主題及講師，以免成為一般正常的街友淪為精神病患或新藥試驗者等離譜情事之推手。另外，更重要的是立即重新檢討我國的社會救助與遊民輔導的相關政策，跳脫以庇護場所(shelters)、衣食供應(發放便當、年節辦桌)、衛浴設備、醫療照護、戒酒班、以工代賑、金錢補助、康樂活動等為處遇重點之「初級改變」(first-order change)傳統思維。否則，我們台灣的街友們永遠將重覆地遊走在街頭、收容所、精神病院、監獄、勒戒所之間(institutional circuits)，成為一位名副其實的『遊民』，看不到未來及希望。

因此，我們應該從不同面向(multifaceted)切入，以更主動積極(active)的作為，瞭解街友不同類型的心理服務需求，找尋街友的快樂來源與自我主導(self-mastery)、自我掌控(self-control)、賦權(empowerment)之關鍵點，並扮演一個社會改變(social change)行動主義者，整合跨領域專業團隊的資源力量，以進一步提昇街友的心理安適程度(psychological well-being)，亦使其在高低起伏、孤寂無依、四處漂泊、社會邊緣的人生肥皂劇中，找到自己一絲絲存在的價值及意義。例如，提供社區性(community-wide)的預防教育方案、規劃危機處置或外展(outreach)方案、建立自助(self-help)或互助(mutual-help)團體、善用靈性與宗教之社會支持功能、消除社會歧視及偏見、影響政府及立法機關擬訂相關政策或法案(如振興經濟發展、抑制產業外移、減少外勞引進、廣建平價國宅等)、提昇社會公平正義、促進友善接納的社區心理意識、發展長期的自然支持網絡系統等可行之參考策略。但無論如何，以上這些處遇都是需要長期投入與耐心等待的，如今精神醫療人員卻妄想用一顆顆的藥丸來解決所有社會問題，並從中謀取不當暴利，這種專業的無知、淪喪與蠻橫，真令人不寒而慄，但這也許只是冰山一角吧？！