

特教醫療化現象之探討

張如杏

台大醫院兒童心理衛生中心

林幸台

國立台灣師範大學特教系教授

摘 要

「醫療化」(Medicalization)是指非醫療的問題被界定為醫療問題，當成疾病進行處遇(Conrad, 2007)。在科技與醫療業、醫療專業化及醫療相關市場的相互推動與資訊普及化的趨勢下，醫療化現象的範圍愈來愈擴大，從許多社會問題的界定與處理，到特殊教育的資格鑑定、安置建議、醫療人員參與縣市特殊教育諮委會、特教專業團隊巡迴輔導等，醫療人員的角色從疾病診斷與治療，擴大到對身心障礙學生教育政策參與。

本文將從美國特殊教育發展過程，檢視醫療專業的角色與影響，接著討論台灣社會醫療化現象的演變，從特殊教育發展過程：特教對象、鑑定安置與特教服務等面向，分析醫療專業的角色與影響。透過訪談資料分析醫療化的情形，並建議建立特教理論與因應之道。

關鍵字：醫療化、特殊教育

壹、前言

歐美國家對於身心障礙者的態度是從忽視、拋棄，到收容與慈善救濟開始，而其服務對象從盲聾障礙、肢體感官障礙，慢慢擴大到其他障礙，到20世紀中期漸漸重視障礙者教育權利，並擴大服務更多類別身心障礙者。

對障礙者提供特殊教育是社會尊重差異、重視人權的指標，歐美國家對障礙者收容與教育的起步較早，美國從海倫凱勒（Helen Keller）和幾位障礙者學習成果，體認到障礙者接受教育、學習社會適應是融入社會、脫離貧窮、隔離等不利因素的積極做法。因此障礙者接受教育不是給障礙者「特權」，而是透過教育給障礙者公平的機會，讓他們可以在社會安身立命的「基本人權」（簡明建、邱金滿，2002；Smith, 2006；Ysseldyke, Algozzine, & Thurlow, 2000），透過教育參與讓障礙者融入社會，減少社會負擔。

「醫療化」（medicalization）是醫學權威擴大版圖，將其專業影響力從疾病診斷治療擴大到社會問題的界定與處理，將社會現象與問題以醫療的模式解釋、處理。換言之，醫療化即以醫療術語定義問題，使用醫療語言描述問題、採用醫療架構理解問題、並運用醫療介入「治療」問題。在這一社會控制的過程中，台灣的特殊教育亦不免淪入這樣的場域中。

台灣的特殊教育發展與身心障礙福利關係密切（張恆豪，2007），身心障礙法規對障礙者的就醫、就學、就業、就養等有相關的規定：身心障礙的類別鑑定，即由醫療衛生機構負責。台灣特

教的醫療化的現象，從特教學生鑑定、安置需要醫療診斷或身心障礙手冊，到醫療專業人員參與特殊教育諮詢委員會、特教專業團隊進行巡迴輔導等，延伸到在醫院精神科日間病房設立情障班，醫療人員的角色從疾病診斷治療，擴大到對身心障礙學生教育政策參與，將醫療的模式、權威帶入特教體系。

本文將探究美國與台灣醫療化與專業化的情形，檢視醫療與特教的關係，從特殊教育的歷史、鑑定安置與專業合作，探討特教的醫療化現象與問題。作者將以「建構特教體系中專業社會工作—以台北縣為例」（張如杏，2006）及「嚴重情緒障礙學生自我決策、家庭參與在轉銜服務歷程之探討—以又一村情障班個案為例」（張如杏，2008）中，教師、專業人員的訪談內容，討論台灣特教醫療化現象，最後建議強化特教理論與建立特教基礎的專業合作。

貳、美國醫療化現象與特教發展

近百年西方醫療的發展突飛猛進，對於人類的疾病控制從治療到預防，掌握人的生死、喜怒哀樂。隨著醫療專業知識與科技的發展，從解除疾病的痛苦到複製人，深入影響生活，醫療的特殊性也讓其專業地位躍升，從台灣每年大學招生的排行，醫學系的分數一直奪冠，就可以理解社會對於醫療專業的態度。

現代醫學的發展以實證主義（positivism）、理性主義為根基，20世紀解剖學的發展、發現細菌、控制傳染病，強化其健康服務，建立其社會的威信，醫

師在社會上形成特有的階層，慢慢將對疾病的理解擴大到對社會問題的介入。張苙雲（1998）認為醫療化現象，從酒癮、藥癮、同性戀等過去不被接納的社會問題，轉變成歸因為「生病了」而需要治療，醫療扮演「社會控制」角色日益明顯。醫學詮釋和介入的範圍擴大，醫師對疾病界定的權力及對醫療照顧擴增，從個人健康與疾病到非醫療問題的界定與處理，醫師有更大的權力進行社會控制。

Conrad（2007, 1992）認為醫療化是指非醫療的問題被界定成醫療問題，當成疾病（illness or disorder）進行處遇（treatment），Wikipedia（2008）認為醫療化是由醫療來界定與治療人的行為，生活的議題變成醫療議題；由醫師界定、處理生活上的議題為疾病。過去兒童行為問題、偏差犯罪行為，變成醫療問題，將個人問題以「醫療模式」（medical model）處理，界定診斷、以藥物或醫療復健改變問題。

精神醫療強調從生物心理社會（biopsychosocial）層面、依據DSM（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder，精神疾病診斷準則手冊）進行疾病評估與診斷，與傳統西方醫療依賴生化檢驗、生物實驗不同。精神醫療以症狀為主（symptom-based）進行診斷，所謂「症狀」與不被社會接受的行為的重疊性很高，因此精神醫療被認為其社會控制角色更甚於其他醫療（Chodoff, 2002; Conrad, 1979）。近來愈來愈多問題需要精神科醫師治療：例如憂鬱症（depression）、自我傷害（self-harm、suicide）、焦慮症（anxiety disorder）等，這些疾病通常

以主客觀的描述與個人社會功能評估為依據，醫師的判斷影響疾病的盛行率，Chodoff（2002）即認為當美國憂鬱症的盛行率高達25%以上時，究竟憂鬱症是一種病或是社會現象，值得深思（多數人在目前的社會環境中呈現的狀態）？

近年台灣的憂鬱症盛行、自殺率、家庭暴力增加，對於憂鬱、自殺、家庭暴力、性侵害加害人的處理，都建議接受精神科醫師評估和治療，這樣的做法即可能忽略其他因素對個人的影響，例如失業壓力、家庭關係衝突、缺乏支持系統等因素對個人行為和心理健康的影響。簡化社會問題為個人疾病，讓醫師「治療」個人問題，取代了對經濟壓力、社會制度和社會環境的檢討。社會認可精神科醫師診斷個人情緒心理壓力為疾病時，社會是否賦予醫師更多（太多）的權力去界定社會現象？

Conrad（2007）認為美國醫療化的情形是長期社會共謀的結果，不是由醫療專業單方面造成的。醫療化建立在醫療（醫師）專業化的基礎上，由於醫療科技突破限制，對疾病的診斷與治療有很大進步，基因醫學的發展對於疾病預防有突破性的發展，許多過去無法處理、不了解的疾病與現象，醫療漸漸可以處理，因此社會對於醫療專業有更高的期望，對於醫生有更多的依賴。醫師的專業成長與成熟，比其他專業更早得到社會的認可，而科技與醫療業、醫療專業化（professionalism）發展、醫療市場（medical market）帶動醫療商業化、以及社會上資訊普及化，讓醫療化現象的範圍愈來愈擴大。醫療化的結果是擴大醫生的影響力，或是造成「醫療帝國

主義（Medical Imperialism）」影響，但是這是由社會大眾、醫療產業與媒體共同造成的結果。

Conrad從1978年開始研究ADHD（Attention Deficit Hyperactivity Disorder, 注意缺陷過動症）個案，發現ADHD的醫療化現象從學齡階段延伸到成人，醫療對於ADHD的診斷標準（門檻）降低，導致學齡階段被診斷ADHD的人數增加，ADHD也從兒童的診斷擴大到成人，許多成人在精神科得到這個診斷，配合治療的藥物methylphenidate（中文名稱：利他能），從1990-1999年的成長700%，許多兒童成人服用利他能，控制情緒、以適應學校和職場生活。雖然利他能被認為是治標不治本（Smith, 2006），但是ADHD的家長與個案成立的組織（家長團體），對於ADHD的藥物使用不遺餘力的推動，相關的藥廠業績成長，大量投入藥物研究支持用藥的必要性、開發新的藥物（新一代藥物「思樂通」成為取代利他能的長效藥），愈來愈多人被診斷ADHD，以藥物控制維持生活。於是醫生界定注意力、活動／衝動是否正常，然後更多學齡兒童、家長與成人接受以藥物控制情緒是一種選擇。醫療化的結果是醫師影響力擴張，這是家長團體、藥商、媒體、利益相關者（stakeholders）認可，一起推波助瀾的結果，將疾病普及化，降低疾病診斷門檻，讓藥物成為生活的必需品，台灣精神科ADHD和憂鬱症成長是最好的例子。

相對於醫療專業快速發展，特殊教育專業發展就顯得比較慢，Skrtic（1995）認為特殊教育的發展是建立在慈善與經驗基礎，特教專業的發展缺乏

其他如自然科學以客觀基礎的知識透過實證辯證過程形成的理論，特教知識主要來自特教專家的主觀經驗的知識累積，缺乏可驗證的客觀的知識，個案經驗難以類化成為規則或理論，難以驗證其服務成效。特教的實務經驗難以形成模式和理論，影響其專業化發展，因此特殊教育在與其他專業互動、辨證時就顯得脆弱，淪為實務經驗之談。

Dorn（2002）認為特教是一個「領域」（field）也是「實務」（practice），特教以自然科學與實證主義的概念、引用心理學、行為科學為基礎進行對學生的服務，其領域和現象的定義不一致，專業基礎比較脆弱。專業的條件必須建立在理論上，專業的理論必須是可以被重複檢驗、能有系統的操作，「專業化」是由專家和白領階級演變為一種具職業控制的特殊結構和文化形式的過程。專業的形成必須諸多條件，包括：以理論知識為基礎的技術、有訓練和教育的設施、對成員能力的測驗、遵守一套專業行為準則、專業組織、利他服務、社會認可的專業權威（詹火生譯，1987）。特殊教育和社會工作有類似的狀況，都是從慈善開始的、理論的建立比較不足，沒有從實務服務累積成為模式或典範（paradigm），Ysseldyke等（2000）則認為特殊教育是「以實務為基礎的專業」，多年來並沒有從實務經驗累積轉換成特教理論，因此被歸類為實務、領域，難以發展為專業。

特教服務過程就需要借重其他專業的方法與理論：例如智力測驗、認知行為改變技術、提供相關專業服務等，這些方式企圖將特教導向有理論基礎的實務、朝向專業發展，但是其他學門

的理論與方法應該要能融入特教實務，否則，只是將其他領域的理論在特教領域進行，還是無法從實務經驗累積成理論。當醫師（或醫療專業人員）進入特殊教育服務時，醫療專業的優勢在與特教互動時，其專業權威也就很快凌駕特教。

參、醫療專業在特教發展過程的角色

過去社會對於障礙（disability）的界定是個人的悲劇，需要被治癒、矯正，以「醫療模式」界定「障礙」，將障礙的處理簡化成個人與家庭的責任。為了「戰勝」障礙，個人與家庭要配合（醫療）專家，持續各項治療以改善障礙狀況，特殊兒童、犯罪者變成病人，醫師治療疾病，個人必須配合醫師或專家的建議才能改善個人障礙（張恆豪，2007；葉秀珊、陳汝君，2004）。特教是對身心障礙者提供的教育，以分類方式界定特教對象的做法需要有醫療診斷，疾病診斷與治療主要是來自醫師判斷，特教以「醫療模式」界定服務對象，是指聚焦在身體、可見的損傷或疾病，身體感官障礙者比較容易被發現，但是對於輕度障礙者或心智障礙者的比較會被忽略，醫療模式即可能忽略非生理因素對障礙的影響，例如社會環境和文化等因素的影響（Reynolds, Fletcher-Janzen, 2002）。

特殊教育引進治療模式、診斷取向，試圖將特殊教育從「實務」、「領域」帶向自然科學與實證主義。隨著特殊教育由對傳統身心障礙者的教育，延伸情緒障礙（Emotional disturbance）、

ADHD、學習障礙（learning disorder），將普通教育中有學習困難的兒童隔離到特教領域。目前以類別區分特教對象，基本上就是以「醫療模式」在決定誰是特殊學生，這樣的思考是醫療「對症下藥」的觀念，認為確定障礙或疾病類別就可以用相同的方式與藥物去治療，忽略環境與其他非生理的因素對學習的影響。

特教的類別依疾病特徵考量，只能說診斷相同者的症狀比較類似或接近，但是相同症狀者的學習問題、學習需求受到環境影響而不同。不同障礙類別的症狀差異大，學習需求卻比較接近，輕度智能不足和學習障礙的學生為例，雖然兩類分屬不同障礙，但是教育需求與服務可能比較接近，輕度智能不足與重度智能不足者，同屬一類障礙，但是教育需求與安置可能不同，依障礙分類的做法容易簡化學生的個別差異。

18-19世紀美國義務教育發展初期，許多州的法令允許學校可以因障礙者的外觀會「令人做噁」為理由，拒絕障礙者入學（Yell, 2006b），障礙者要到學校學習必須在不會影響其他人學習的前提下進行，當時就是由醫師來判斷（決定）誰可以就學，誰應該留在家裡。

從美國特教歷史看到不同文化對障礙者態度不同，不同類別的身心障礙的地位也不同。早期醫療科技不發達，肢體感官障礙者的人數較多，盲聾者最早開始接受學校教育，社會的接納比較高。肢體感官障礙和認知障礙得到不同的對待，其中以認知障礙（智障）的社會地位最差，Smith（2004）引述The Black Stork的記載，1915年Harry Haiselden醫師針對有缺陷的初生

嬰兒進行安樂死的做法，在當時是被社會所支持的，Helen Keller也認同這樣的做法，她認為：有心智缺陷（mental defective）的人活著不會快樂，未來成為犯罪的機會很大，讓醫師判斷嬰兒是否繼續生長是符合科學的做法。在1927年有些地方通過對障礙者進行節育（sterilized）的法令，因為基於當時的科學研究，認知障礙的原因和基因（genetic）有直接關係，基於優生學的考量，政府可要求智障者進行節紮，以確保人口品質，這樣的判斷也是來自當時醫學研究發現。

從歷史紀錄可以了解早期美國對於障礙者的診斷和處理是由醫師決定，當時的科學是來自醫師的研究，由於醫師專業地位，社會授權醫師判斷、處理有缺陷的人，醫師濟世救人兼為社會篩檢缺陷者，進行社會優生學的控制，醫師可以推測哪一個嬰兒應該被淘汰，以免影響大家的生活。這樣的觀念延續到現在障礙鑑定，許多還是藉重醫療儀器的檢驗，以生理的差異為依據，忽略環境對個人功能的影響、障礙與教育需求的關係，由醫療主宰特教對象篩選。

Dorn（2002）介紹美國特教歷史的一些重要演變，早期美國特教是為了解決教育管理者與普教老師處理障礙學生的困擾而進入校園，當時並沒有理論（atheoretical）、沒有方法，教師或工作人員的訓練有限，他們「只要不犯錯就好」，沒有客觀的作業標準。過去不論特教或普教老師對於特殊教育概念都不清楚，他引述許多學者對於特教在學校（教育）場域中引進「治療（therapeutic）」概念與作法，將對窮人、學習困難的問題導引到福利與心理

衛生問題，將使學校更有理由變成治療的場所（therapeutic state），醫療的模式進入校園，影響學校的處理。當時許多的治療方式在目前看來是無效的，但是在當時卻被大家所認同。

張恆豪（2007）指出，特教歷史是對身心障礙兒童從孤立（isolation）、到隔離（segregation）到整合（integration）的過程，越來越多學生被鑑定為有特教需求學生，是否意味社會對「正常」的標準越來越嚴格，這樣的標籤對兒童學習是否有助益？Ysseldyke等（2000）提出特教對身心障礙兒童是要cure（治癒）或是fix（修復）？是要teaching（教學）或是remediation（矯正）、treatment（治療）？目前以障礙分類的做法，就注定特教對醫療的依賴（由醫學診斷決定特教對象），忽略文化、社會因素對學生學習的影響，將學習簡化為個人（認知、動機、記憶等）因素，醫療和藥物成為處理學生問題的優先選擇，也強化醫療對教育的影響力。特教以醫療模式思維、忽略社會模式對建構障礙的影響，對醫療有過高期待，助長特教領域的醫療影響力。

肆、鑑定、診斷的方式影響特教學生類別消長

特教鑑定（identification）與評量（assessment）是為了找出需要接受特殊教育的學生，透過鑑定與評量，找出符合特教的障礙類別、決定安置、及特教服務的內涵。美國特教法規定，特殊學生的鑑定評量是由「多專業團隊」（multidisciplinary team）進行，以多元（種）工具、人員與環境的評

估，包括行政人員、普通班老師、特教老師與學校心理師，一起進行，多專業團隊成員必須在至少在2個不同的場所進行評量，收集來自不同角色關係（父母、老師）的資訊，學業和社會技巧的表現都要考量。這樣的做法是為了避免人為偏差與歧視造成教育的種族歧視，PL94-142中規定身心障礙學生的評量要符合「非歧視的評量」（Nondiscriminatory Assessment）原則（Yell, 2006a），讓有障礙又需要特教服務的學生可以取得資格（eligibility）接受服務，此外評量的資料是擬定學生IEP（Individualized Educational Plan，個別化教育計畫）的基本資料。

Ysseldyke等（2000）認為，特教採分類方式必須是符合障礙類別且需要接受特教服務者才能成為特教學生，鑑定過程的穩定性特別重要。目前對於視、聽障礙的鑑定以儀器檢查判讀為主，較為客觀。但是美國在20世紀中期後特殊學生的人數與類別增加，傳統肢體與感官障礙者（盲聾、肢障）的比例漸漸下降，新興的特殊教育對象，例如學習障礙、情緒與行為障礙、自閉症（Autism）（自閉症在1990年與腦傷並列特教對象，之前是歸在情緒障礙）等成長迅速，這些類別的診斷、鑑定是來自他人的觀察、行為觀察量表（behavioral checklist）檢核，以「軟體」（software）進行診斷，信效度問題被質疑，常模的代表性也被質疑。由於特殊兒童鑑定診斷的結果，盛行率呈現黑人和少數民族的比例偏高，特殊教育被質疑是另類的種族隔離的做法（Dorn, 2002; Ysseldyke et al., 2000）。

Smith（2006）認為行為的判斷在

不同文化背景的人可能出現不同結果，黑人在情緒行為障礙、智能不足佔的比例偏高，與這兩類障礙的鑑定與非白人學生文化基礎不同有關。面對鑑定爭議，醫療的診斷又成為鑑定客觀的依據，但是疾病診斷只能說明其身心狀態偏離常模，和個人教育需求無關，特教鑑定與醫療診斷結合只是讓特殊學生的類別和疾病診斷一致。特教在「確定」學生身分與早期介入兩種取向的角力下，變成Kauffman（1999）批評的「等待失敗的哲學」，耗費許多能量在鑑定、確定診斷上，等到問題形成、符合診斷才提供服務，已錯失早期介入的時機。

特殊學生的鑑定需要符合法規，還要依照個別的「特殊教育需求（special education needs）」提供服務，Hardman與Nagle（2004）認為特殊教育的鑑定與標籤，是為了讓符合資格的學生得到服務，既然類別代表群體間的差異存在、不同類別的障礙的需求不同，但是在鑑定之後的對學生的安置和服務又是不分類：將不同類別輕度障礙學生安置在普通班並接受資源教室服務，這樣的鑑定障礙類別、給予障礙類別標籤，結果得到的服務又沒有差異，特教鑑定分類的目的何在？鑑定分類對學生心理造成的負面影響是否大於從特教得到的服務（好處）？張恆豪（2007）從近年特教推動融合教育的做法，提出是否社會對於「正常」的的界定標準越來越小，以致於越來越多學生被鑑定需要接受特教？由於標籤與隔離的傷害大，特教應該思考課程設計和和教育系統中的障礙，讓身心障礙學生可以和「一般人」一樣學習。

Paul、French & Cranston- Gingras

(2002)認為特教發展一直被認為是慈善的、道德的專業服務，然而回顧歷史許多在當時認為是正確、有利障礙者的做法，日後卻被推翻，例如機構和特殊學校收容安置、鑑定分類（工具）忽略文化因素導致黑人和少數種族過度鑑定、訴諸道德的安置（融合）忽略個別需求，這些爭議提醒實務工作者必須注意目前特教鑑定過度依賴醫療診斷的問題，將鑑定、服務與特教需求密切連結。

伍、台灣特教鑑定、分類的問題

我國的特教發展，民國五十七年「九年國民教育實施條例」規定「體能殘缺、智能不足、天才兒童，應施以特殊教育或與以適當就學機會」，當時只有三類特殊學生。民國五十九年「特殊教育推行辦法」增加特教對象類別，「特殊教育對象包括：資賦優異、智能不足、視覺障礙、聽覺障礙、言語障礙、肢體殘障、身體病弱、性格或行為異常、學習障礙」，但是當時並沒有明確的鑑定原則或辦法，所以，主要參考醫療診斷書和身心障礙手冊，由醫療診斷決定特教資格。到民國八十六年特教法修訂通過，民國八十七年教育部頒布「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」，特殊學生鑑定才有具體的準則和依據。

我國「身心障礙及資賦優異學生鑑定原則鑑定基準」（教育部，2001）規定，由各縣市政府之「特殊學生鑑定及就學輔導委員會」負責學生鑑定，以多元評量的原則進行，依學生個別狀況採

取標準化評量、直接觀察、晤談、醫學檢查等方式，或參考身心障礙手冊記載收集個案資料，綜合研判。但是其中部分類別明確規定**參考醫療鑑定**，例如「肢體障礙，指上肢、下肢或軀幹之機能有部分或全部障礙，致影響學習者；其鑑定標準依行政院衛生署所定「身心障礙等級」中所列肢體障礙之標準」。「身體病弱，指罹患慢性疾病，體能虛弱，需要長期療養，以致影響學習者；其鑑定由醫師診斷後認定之」。「嚴重情緒障礙之鑑定標準如下：一、行為或情緒顯著異於其同年齡或社會文化之常態者，得參考精神科醫師之診斷認定之」。另外視障、聽障、自閉症與智能障礙者依據相關法令可以申請身心障礙手冊，其身心障礙鑑定即由醫師為之。

我國特殊教育身心障礙學生的資格鑑定雖稱是以專業團隊進行多元評量，但實際上多以醫療診斷與評量為主要依據，以醫療診斷與身心障礙手冊決定特教資格，疾病診斷與教育需求的關係不一，障礙程度不能反映教育需求，這樣的模式強化特教對醫療的依賴，難以在疾病形成前早期介入，也是「等待失敗的哲學」，必須等到學生取得診斷或手冊、學習失敗後教育才伸出援手，這樣的做法對學生不利，診斷和教育安置與服務關聯性也不高。

黃文慧、林幸台（2007）檢視台灣特教法身心障礙類別的演變，認為我國大致採用身體損傷與特教的序列模式進行立論，透過醫學、心理診斷模式界定偏異程度，以此系統辨識特殊教育學生。我國特教學生鑑定依賴醫療、偏重生物醫學模式，鑑定安置和教育需求的評估並沒有連結，忽略造成身心障礙

的社會文化因素，將障礙歸因為個人的問題，以疾病類別、身心障礙手冊界定學生資格的作法，難以脫離對醫療的依賴，然而特教鑑定分類和服務需求不連貫，診斷結果並未因應學生個別教育需求提供服務，這些現象也是國內特教的問題。

「身心障礙權益保障法」（內政部，2007）已經改變傳統對障礙的定義，以「身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者」，並針對身心障礙者進行需求評估，強調「需求評估，應依身心障礙者障礙類別、程度、家庭經濟情況、照顧服務需求、家庭生活需求、社會參與需求等因素為之。」因此未來特殊教育提供身心障礙學生的教育及相關專業服務，「特教需求」評估與服務傳送才是重要的關鍵點。

陸、推動專業合作加深對醫療的依賴

20世紀由於醫療的進步，改變人類的健康與生活，有一些過去無法生存的疾病因此存活，但是卻成為障礙甚至重度障礙，需要醫療器材和藥物持續生命，由於特教對障礙者受教權的保障以及融合教育概念，重度障礙學生在普通學校人數增加，老師有機會接觸處理障礙學生，也需要了解學生的醫療相關情形，相關「專業人員」透過特教法規，進入教育領域提供學生、老師與家長服務。

由於教師缺乏醫療診斷的訓練，期待了解醫療診斷與治療方式，老師也希望對醫療專業人員（醫師、心理師、職能治療師、語言治療師、聽力師等）進入校園協助處理各類特殊學生的問題。張如杏（2006）調查台北縣國小中學老師、特教相關人員，對於專業人員進入校園服務的需求與意見，受訪老師認為最需要增加的专业服務是職能治療和語言治療，老師也最常轉介學生給這兩類專業人員，這兩類專業人員最早進入校園、人數最多。老師認為自閉症、ADHD、情障（包括精神疾病）學生的輔導，最需要醫師的建議與指導，這些學生被認為需要藥物控制情緒行為，老師期望學習醫療的處理模式來協助學生。

教師期望專業人員協助的項目包括：對個案的評估診斷（93.5%）、提供治療訓練（93.5%）、提供教學方法（90.3%）、增加對醫療專業的了解（77.4%）、提供IEP討論（51.6%）等。九成以上老師期待醫療專業人員提供學生治療訓練和教學方法，以醫療的模式來「治療」障礙學生、提供教學建議，將醫療的角色從鑑定診斷擴大到教學訓練，醫療專業人員長期與學校合作，也漸漸建立對學校決策的影響，其參與範圍擴大。從教師的訪談和調查中，醫療的服務是教師所期待的，他們認為疾病的診斷和治療有助於學生的學習、學校適應。

目前大部分專業人員（除了學校社工師）都是專職在醫療院所，兼職到學校，提供服務的時間非常有限，專業人員到學校提供學生評估、擬定執行IEP、老師諮詢等服務。37.9%受訪老

師認為治療師決定學生服務目標，21%認為是特教老師決定服務目標，45%受訪老師認為是共同討論後決定，17.2%受訪老師認為是IEP會議決定學生接受專業服務的目標，然而依法特殊學生接受專業服務前，他們的診斷類別已經確定（或領有手冊），疾病診斷不等於教育問題診斷，老師過度期待醫療知識或模式來解決特殊學生的問題，即使是在學校場域，專業合作的主控權也交給醫療專業人員，因此雖然醫療專業人員進入校園時間有限，老師對醫療的期待過高，期待由專業人員主導教育決策，沒有相對合作機制。

大部分專業人員的訓練是針對在醫療體系的病人提供服務，和特殊學生在教育場域學習的狀況並不相同，老師在專業合作的準備不足，教育體系的專業合作變成是醫療模式進入學校、主導特殊學生的服務，老師成為特教醫療化的推手。

染、醫院情障班的學生的醫療化歷程

嚴重情緒障礙（以下簡稱情障）是我國特殊教育的對象之一，這類學生的服務需要醫療專業的介入，Wanger與Davis（2006）從美國的調查發現，情障學生被發現的年齡偏高，半數以上在12歲以後才進入特教，平均10-13歲才被診斷出來，13歲進入特教體系接受服務，傳統特殊教育的鑑定、分類、安置的服務流程過於繁複，從家長發現問題、接受評估治療，到取得資格成為特教學生、接受服務，大約要2年的時間，許多學生取得特教資格卻沒有得到服務，

或是受到情緒與行為不穩而安置在比較隔離的環境學習，比較容易被轉介到醫療體系接受服務。

張如杏（2008）訪談對專業人員（2位個管社工、1位精神科醫師、1位護理長）、教育人員（5位特教老師）、情障學生（8位）與家屬（4位），針對情障學生的專業合作經驗，檢視專業互動的權力磨合，及不同角色者對於服務的看法。

受訪者進入醫療的原因通常是學校的學習、行為情緒出現異常，經老師發現轉介或協助就醫（案例A、B、C、D、F、G），可見老師的觀察與判斷對於疾病的早期介入非常重要，8位受訪者過去都不曾接受特教服務，病後復原不好，家長才考慮申請身心障礙手冊、特教，家長（A母、B父、C母、D父）認為有經濟補助、教育機會保障才申請，尤其對於家庭經濟壓力較大的學生。受訪個案與家長病後對於漸漸形成對醫療人員的依賴，認為精神科醫師對於疾病診斷較權威、專業，不論老師、家屬或個案都認同醫療專家是主要的決策諮詢對象，但是忽略了精神科醫師會治病，不一定懂得教學、生活、就業等（Lieberman，2008）。

家屬和特教老師期待了解情障（或精障）診療模式、藥物的選擇，情障學生會有思考問題、情緒不穩、怪異行為，個別差異非常大，受訪特教老師「我們不知道他有沒有精神症狀，但是就是覺得他需要用藥。（SET2逐字稿，p2）

「訪談者：妳們怎麼處理對藥物？妳們的期待？跟醫生的溝通？」

受訪者：我自己會去評估，如果我

認為學生的就醫需求高於教育需求，那我會完全去配合醫生，…，也許我們就只好去接受（藥物的影響），…所以就變成白天醒不來，就只好在家，然後他的學習就會變成是用另外一種方式在處理」（SET2逐字稿，p3）。

老師的經驗讓他對於藥物有些初步概念，因此也會對學生的治療表達意見。但是這樣的方式並不是每次都順利，和醫療溝通時遇到專業界線不易跨越：

「我覺得我們和醫生合作最大的麻煩就是，醫生有時候會本位到覺得學校是沒辦法幫這個孩子，或者是說當我們覺得這個學生這時候（上學時）該清醒，可是醫生給的藥就是讓他想睡…，我合作的過程會覺得有一些醫生是排拒學校老師的意見的，那我們也遇過很好的醫生，他會在學生去看完病後寫mail給我，…與醫生合作的經驗差很多啦」（SET2逐字稿，p3）。

「和醫生合作經驗？差很多，看學生和家長的需求，需要家族治療的就轉有做家族治療的醫師，特教老師會有自己的口袋名單」（SET1逐字稿，p5）

特教老師從學生過去的就醫經驗，累積對醫療、藥物的認識，從教育的觀察與需求和醫師討論，期待醫療能讓學生穩定學習，但是和醫療合作的經驗差異大，磨合的經驗會讓教育人員覺得權力不平等，當專業間意見不同時，醫生的意見優先被接受。但是對於部分症狀難以完全康復的學生，特教老師要怎麼教？或是如何持續學生在學校的學習？特教老師似乎期待醫療穩定（症狀減少或消除）後才能教，如果學生必須在殘餘（residual）症狀中學習、生活，老師

和家長要如何因應？

「情障班學生主要來源？答：比較多其實是學校的老師，直接轉過來…這裡收的其實都是功能比較差外面沒辦法適應的」（醫生訪談p.1, p.3）老師得知醫院設情障班時，比較會建議家長去醫院試試，特別是對於症狀不穩的學生，然而醫院情障班是提供對病情較穩定需要復健學生的暫時安置，如果學生功能好、適應學校有困難則應該回到學校（醫生訪談，p.3），這點醫療和教育的看法並不同。

「我們最大的問題困擾，他們（教育局）當初為什麼想要辦一個新的地方（在社區另設對特殊學生安置的場所），就是為了不想讓醫生完全做主導。據我知道因為在醫院情障班裡面…老師就沒有辦法放手去做事情，有一些事就做不了主…」（SET1訪談p.12）

特教老師希望醫療穩定學生的症狀，然後學生回到學校來學習，但是部分學生治療效果不好，因此醫院設置情障班，避免學生請假、住院等手續，可以住院兼上學，在醫療的環境裡進行特教，特教的角色與決策就比較受限，特教老師認為這是醫療為主（教育配合）的學習環境。

生病後個案的生活、教育、生涯規劃都以醫療為主，和醫師討論藥物與症狀（A、B、E、G都曾和醫生討論減藥），在認同病人角色後許多決定比較會和醫療人員討論，和教育的關係變得比較疏離。在學生與醫療連結後，老師退居次要角色，各項教育安排也會先徵詢醫療意見（醫師、護士曾經去參加C、D、E、H的學校IEP會議）。

A、B、G接受日間留院的就業訓

練，E、F和醫療人員討論後決定升學，並由護士協助報名及選擇科系，受訪家長認為醫療人員比老師了解情障學生的需求（即使是就業、就學的安排）。醫療人員過去並沒有特教訓練，卻成為情障學生教育、生活與就業的主要決策者，從學生、家長、教師都認為醫師、精神醫療人員了解疾病，對於相關的事也比較懂，老師缺乏對於精神醫療的訓練，醫療的專業優勢與權威在合作過程漸突顯，醫療權威在大家認可下成為主要決策者，擴大到對情障學生就學、就業的決策參與。

所以，在醫療體系設置情障班是為了將學生所需的服務密切結合，然而合作過程因不同體系的理念差異，衍伸專業權力的角力，醫療的權力成為主導，情障班的特教老師的任用是由醫師和護士面談，在醫院的運作是配合醫療時間、認同醫療團隊（SET3，訪談摘要p.1）。

精神疾病（或情障學生）的康復過程，需要在疾病部分復原的情況下學習與生活，老師發現學生疾病主動轉介接受醫療服務，對於早期治療非常重要，但是若依賴醫療決定學生的處理，將使情障學生愈來愈朝向隔離、聚焦在病症處理，不利學生融入普通教育環境。愈來愈多情障（包括ADHD）學生被發現、接受藥物，忽略學校（環境因素）是學生康復的助力與推力，特教在面對情障學生時，並沒有從與醫療專業合作過程提升專業能力，而是在醫療專業的強勢下退居被動，情障學生安置到醫院，結果是醫療主導特教。

醫療體系的特教服務結合不同專業的合作，讓情障學生可以同時滿足學習

和治療的需求，減少學生因為生病而中斷學習得到完整的服務。雖然教師、家長與學生都認同專業合作對教師與學生有幫助，但是醫療與特教的合作是以醫療為主要決策的合作，並沒有將醫療服務「融入」特教體系，反而促成特教的醫療化趨勢（強調診斷用藥），衝擊特教對其專業主體性的反思。

捌、建議：強化特教專業理論，建立以特殊教育為基礎的專業合作

特教醫療化的趨勢從障礙鑑定，到政策建議、醫療專業人員進入校園提供特教服務，如此一來對特教的參與和影響越來越多。從專業發展的歷程，特教必須建構相關理論，以改變等待失敗的哲學，從實務經驗建立典範與工作模式、形成理論是邁向專業必經的過程。近年特教育其他專業服務都面臨提出「服務成效」的或提供「實證基礎」（evidence-based）的服務，特教發展和社會工作有類似的情形，都是從慈善理念與實務起步，Payne（2005）認為社工是以實務開始的專業，缺乏客觀辨證的理論形成過程，社工理論的建構可以由「正式理論」（formal theory）與「非正式理論」（informal theory）來看，其正式理論大部分是來自其他領域的理論（例如心理學、社會學）、社工的非正式理論來自社會的道德文化（公平、正義）等，這些理論提供實務工作者建構出「社工是什麼（theories of what social work is）、社工如何做（theories of how to the social work）、案主是什麼（theories of the social work

clients) 三面向的理論。

作者建議特教從經驗累積，建立特教整體理論（見表一）、特教方法理論與特教對象理論，特教整體理論是「特教的理論」（theories of what special education is）包括特教理念、價值、理論等；特教對象理論是「特殊學生」（theories of the special education students）相關定義，包括特質、鑑定、特教需求等，另外還有特教方法是對各類障礙者教育需求與有效的模式（theories of how to do the special education），包括特教方法、評量、績效指標、師資培育等，提供有實證基礎的服務，重視顧客（服務使用者：家長與學生）的需求與意見，累積有效的實務經驗，才能建構出特教專業理論、提升特教專業化。

上述特教理論基本上都是來自國外的經驗，雖然許多理論有其普同性，可

以運用在不同的社會環境，但是社會文化的因素影響非正式理論，例如不同的社會文化對障礙的歸因、對於個人與家庭關係、障礙者自我決策的差異，可能影響個人、家庭和社會，也會影響非正式理論中對於特教對象的理論與服務模式，對於個人與家庭的關係非正式理論（實務者的理念、價值判斷）的累積，則是未來可以深入探討的主題。

特殊教育本身理論的建構，有助於特教專業的自主性，在與其他專業互動時，即可發揮自主功能，在與其他專業共同組成的團隊中，適切地發揮特教的力量，共同合作規劃並實施因應學生需求的特教服務。

總之，因應「身心障礙權益保障法」對於障礙類別與需求鑑定的重大改變，未來身心障礙者的評估將由專業團隊進行，特教應該儘早規劃評估身心障礙學生「教育需求」架構，跳脫疾病診

表一 特教理論形式

理論形式	正式理論	非正式理論
關於特教是什麼的理論 Theories of what special education is	對於特教的正式界定、各種理論對障礙、特教的探討（特教的信念、理念、典範、模式、倫理）	實務者將社會道德、文化、價值運用在工作裡（尊重、接納個別差異）
關於特教要如何做的理論 Theories of how to do the special education	特教的鑑定安置原則、特殊學生課程教學、教育需求、評量與評鑑、專業合作、融合教育模式、績效指標	從實務經驗建立不同階段、不同障礙、程度的學生的教學與服務方法
關於特教服務對象的理論 Theories of the special education students	關於個案社會科學理論和實務資料（發展心理學、行為改變理論、智力、障礙與家庭）、自我決策	實務者從經驗累積對障礙者特質、障礙對家庭影響、障礙對心理影響的概念

* 依Payne（2005，p.5-6）架構

斷分類。既然大部分的特教學生安置在普通班、普通學校及特教融合理念繼續推動，普通班特殊教育將是特教的主要場域，融合教育希望將身心障礙學生安置普通環境，實務界需要累積經驗形成模式、正式理論，進行驗證（辨證）、形成屬於台灣本土的特教理論。其次，特教服務成效的界定與提升，有助特教專業發展，並能突顯特殊教育專業主體性，在專業的基礎上與其他專業競合、強化專業成長。

註：SET為受訪特教老師，A、B、C…
H為受訪者代碼

參考文獻

- 內政部（2004）：身心障礙者保護法，見網站<http://www.nknu.edu.tw/~sec/dis1.htm>
- 內政部（2007）：身心障礙者權益保障法，見網站<http://sowf.moi.gov.tw/05/news/news-960716.htm>，97年9月22日查閱。
- 教育部（2001）：特殊教育法，見網站<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4A.asp?FullDoc=all&Fcode=H0080027>
- 教育部（2001）：身心障礙及資賦優異學生鑑定標準，見網站<http://home.educities.edu.tw/ylk/l5.doc> 97年8月27日查閱。
- 教育部（1999）：身心障礙教育專業團隊設置與實施辦法，見網站<http://law.moj.gov.tw/Scripts/Query4A.asp?FullDoc=all&Fcode=H0080061>，97年9月3日查閱。
- 黃文慧、林幸台（2007）：從ICF演變檢視我國特殊教育障別系統。**特殊教育與復建學報**，17期，89-108。
- 張如杏（2007）：台北縣特殊教育相關專業合作模式及運作方式之探討。**東台灣特教學報**，第九期，93-108。
- 張如杏（2008）：嚴重情緒障礙者自我決策及其家庭參與轉銜之歷程——以又一村的個案為例。國立台灣師範大學特教系博士論文（未出版）。
- 張荳雲（1998）：健康與醫療的社會文化面，**醫療與社會：醫療社會學的探索**（29-60頁）。台北：巨流。
- 張恆豪（2007）：特殊教育與障礙社會學：一個理論的反省。**教育與社會研究**，第13期，71-94。
- 詹火生（譯）（1987）：專業主義的雙重角色，**社會政策要論**（K. Jones, J. Brown, & J. Bradshaw著：Issues in social policy）。台北：巨流。
- 葉秀珊 陳汝君（譯）（2004）：失能、障礙、殘障：身心障礙者社會工作的省思（M. Oliver, & B. Sapey著：Social work with disabled people.）。台北：心理出版社。
- 簡明建、邱金滿（2002）：特殊教育的發展指標，載於林寶貴編，**特殊教育理論與實務**（87-111頁）。台北：心理出版社。
- Chodoff, P. (2002). The medicalization of the human condition. *Psychiatric Service*, 53, 627-628. from <http://psychservices.psychiatryonline.org/cgi/content/full/53/5/627>
- Conrad, P. (1979). Types of medical social control. *Sociology of Health and Illness*, 1, 1-11
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of*

- society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Conard, P., & Schneider, J. W. (1992). Children and medicalization: Delinquency, hyperactivity, and child abuse. In P. Conard & J. W. Schneider, (Eds.), *Deviance and medicalization: From badness to sickness* (pp. 145-171). Philadelphia: Temple University Press.
- Dorn, S. (2002). Reading the history of special education. In J. L. Paul, C. D. Lively, A. Cranston- Gingras & E. L. Taylor (Eds.), *Rethinking professional issues in special education* (pp. 279-300). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Hardman, M. L., & Nagle, K. (2004). Public policy: From access to accountability in special education. In A. M. Sorrells, H. J. Rieth & P. T. Sindelar (Eds.), *Critical issues in special education: Access, diversity, and accountability* (pp. 277-292). Boston: Allyn and Bacon.
- Kauffman, J. M. (1999). Commentary: Today's special education and its messages for tomorrow. *The Journal of Special Education*, 32, 244-254.
- Lieberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Paul, J. L., French, P., & Cranston- Gingras. (2002). Ethics and special Education. In J. L. Paul, C. D. Lively, A. Cranston- Gingras & E. L. Taylor (Eds.), *Rethinking professional issues in special education* (pp. 301-330). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Payne, M. (Ed.). (2005). *Modern social work theory* (3rd ed.). Chicago, Ill: Lyceum.
- Reynolds, C. R., & Fletcher-Janzen, E. (2002). Medical model, defense of special education. In *Concise Encyclopedia of Special Education: A Reference for the Education of Handicapped and Other Exceptional Children and Adults* (Second ed., pp. 618). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Skrtic, T. M. (Ed.). (1995). *Disability and democracy: Reconstructing (special) education for postmodernity*. New York: Teacher College, Columbia University.
- Smith, D. D. (2006). The context of special Education: A time of opportunity. In *Introduction to special education: Teaching in an age of opportunity (IDEA 2004 Update Edition)* (Fifth ed., pp. 2-37). Boston: Allyn and Bacon.
- Smith, J. D. (2004). The historical contexts of special education: Framing our understanding of contemporary issues. In A. M. Sorrells, H. J. Rieth & P. T. Sinderlar (Eds.), *Critical issues in special education: Access, diversity, and accountability* (pp. 1-15). Boston: Pearson.

- Wagner, M., & Davis, M. (2006). How are we preparing students with emotional disturbance for the transition to young adulthood? Findings from the National Longitudinal Transition Study-2. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14(2), 86-98.
- Wikipedia. (2008). Medicalization. Retrieved June 20 2008, from <http://en.wikipedia.org/wiki/Medicalization>
- Yell, M. L. (2006a). Identification, assessment, and evaluation. In M. L. Yell (Ed.), *The law and special education: Includes the IDEA Improvement Act* (2nd ed., pp. 249-272). Upper Saddle River, NJ: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Yell, M. L. (2006b). The history of the law and children with disabilities. In M. L. Yell (Ed.), *The law and special education: Includes the IDEA Improvement Act* (2nd ed., pp. 61-81). Upper Saddle River, NJ: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Ysseldyke, J. E., Algozzine, B., & Thurlow, M. L. (2000). Competing perspectives. In *Critical issues in special education*. Boston: Houghton Mifflin.

Exploring the Medicalization Phenomenon in the Special Education

Ju-Hsing Chang

Department of Psychiatry
(Child Mental Health Center)

National Taiwan University Hospital

Hsin-Tai Lin

Department of Special Education
National Taiwan Normal University

ABSTRACT

Medicalization is the social phenomenon in the United States; it does so in Taiwan. “Medicalization” describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illness and disorders. The special education was charity for the disabilities in the early 20 century, and it is more and more medicalized in this century. The medical professionals involved in the diagnosis and categorical of the disabilities, and expanding its professional power into the policy-making of the special education. The medical professionals have more influence on special education.

This article discussed the phenomenon and process of the medicalization in Taiwan, with evidence from interviews with medical professionals, teachers, parents, and students of serious emotional disorders. As the influence of the medicalization prevail in the special education domain in Taiwan, the authors suggest to development the special education theory in the future, and enhance its professional independence while collaborating with other professionals.

Key words: Medicalization, Special education.

