

身心障礙者的社會建構

社會學者 亞洲大學社會工作學系 陳美智

一、前言

七〇年代，英國愛丁堡大學的一群科學社會學家，提出了日後被稱作「社會建構論（social constructivism）」的「科學知識的社會學（sociology of scientific-knowledge）」，主張不僅社會文化因素會影響科學家的活動，而且科學知識本身也無可避免地是由科學家所決定；科學知識是利益、權力、意識型態等種種社會因素所建構而成；是科學家和社會群體的實踐、生活與互動中磋商與折衝（negotiation）後才約定的，因此科學知識只是一種在社會文化中所形成的共識（consensus），科學知識不是如過去學者所想像般單純地反應自然實在；它不是由自然決定，而是由社會決定（陳瑞麟 2001）。

社會實體的建構理論，明白地揭示了我們對人、事、物的認知、評估以及定義，決定了社會實體（social reality）。亦即，我們對他人行為所做出的反應，是取決於我們如何看待與詮釋他人行為的涵義，這些認知、評估與詮釋，影響我們的作為，同時也影響社會實體中的社會次序。換句話說，社會制度與社會秩序並非先驗或與生俱來的，大多數的社會結構並非一成不變，而是憑藉團體之間的實力或權力（power）大小，透過討價還價和交換過程磋商與折衝而建構出來的（Schaefer 著，劉鶴群等譯 2005：123-126）。

以身心障礙者權益保障法為例，過去到現在，我國從沒有殘障福利、到 1981 年制訂空有法條沒有實施要點亦無處罰條款的「殘障福利法」、1997 殘福法修訂為「身心障礙者保護法」，2007 年再翻修為身心障礙者權益保障法，這三、四十年間，身心障礙者的社會角色，從「被保護對象的客體」轉換為訴求「保障其公民權利的主體」，從早期以障礙為主體，強調障礙者的劣勢與次等特質的「殘障者（the handicapped）」，逐漸正名為以人為主體的「有障礙的人（people with disability）」（張恆豪 2006），再進步到學者專家與民間社福團體共同倡議下，身心障礙者被定義為「處於障礙情境的人」（people in the handicapped situation），透過身權法回應世界人權潮流，希望藉由法令與制度措施，消除或減少社會結構的障礙，避免障礙者處於障礙情境更容易加深「障礙狀況與程度」，進而更易處於社會經濟不利的位置。

承上所述，身心障礙者社會角色的變遷源自於社會價值觀念的改變，但價值觀念的改變，靠的是不同利益團體之間的鬥爭與抗爭。不同團體之間存在著「支配」與「被支配」的關係，在我們的社會，主流的非身心障礙者是支配團體，可以左右一個社會偏好的價值觀與相關的制度措施，如果沒有身心障礙者的自我倡議、民間團體與專家學者的呼籲，「白痴、瞎子、聾子、跛腳、殘廢、殘障...」這些諷刺的簡稱與別名，相信仍大量充斥在我們的身邊。社會建構的觀點強調我們賴以維生存的社會，即是透過不同身份與團體間漸次地抗爭、協商與互動形式，創造緩慢變遷的社會結構。

障礙概念乃是透過一系列的法律、行政程序、醫療診治、福利制度、專業分工，以及蘊含各種經濟利益考量的文化產物，其中更牽涉特殊的權力哲學。法律論述、西方醫學論述、福利機構論述，加上障礙者自我發聲或透過福利團體凝聚抗爭的發言力量，不同的專業交鋒，均揭示身心障礙者是社會建構的客體對象（陳惠萍 2001:8-9）

然而，從身心障礙的範疇來看，不同的專業如何看待與定義身心障礙的問題？我們可以分別從俗眾慣常思維的宗教與文化層面，漸次思索在不同專業領域所如何看待身心障礙的問題，包括醫療層面、社會層面、政治層面、與經濟層面，藉此檢視身心障礙者的社會建構內涵，檢視各式專業力量如何透過專業論述或實踐管道運作其中，並深刻影響身心障礙者的自我形象、社會認同與生活的實際處境。

二、宗教與文化層面的障礙觀點

文化與宗教層面對於身體或心智殘缺的詮釋，強化社會文化普遍存在的觀念障礙。不管是西方或東方，宗教信仰對於身心違常的障礙者存有的污名，常常強化對身心障礙者為「社會偏差」的標籤。如後天的疾病、意外或天生畸形，被視為障礙者個人或其家族多行不義、因果業報的惡果。這種將障礙者道德貶低與罪惡附會的信念與媒體大眾或鄰里街坊口耳相傳的輿論意識，瀰漫台灣傳統社會，也易被內化成為障礙者本身和其家屬的自我譴責與罪惡感。殘缺的身體對應「美／醜」、「善／惡」的分類，其間涉及的道德、美學、宗教與哲學的意義，使得身體的殘缺並非僅是個人悲劇或生理徵候，而是一種具有文化意義與價值的社會現象。從社會心理學之自我概念與自尊形成的角度，宗教與社會文化層面的歸因結合「正常」與「異常」的分類，暗潛蘊含的善惡輪迴信念，「我們」與「他們」不同，孰善孰惡與孰優孰劣的自我意識作祟，成為強化一般社會大眾對身心障礙者之偏見與刻板印象的來源。

事實上許多文化研究顯示，不同社會文化與標準下所認定的障礙類不盡相同的。如人類學家 Ruth Benedict（1934）以癲癇為例，在現代社會中，即使是最輕微的癲癇患者也被視為異常，但是這類生理狀況異常者在其他文化中卻可能是一種聖者的標誌、或是社會地位甚高的巫師。換言之，疾病與文化亦息息相關（張珣 1989）。因此在所謂的「正常」／「異常」的截然二分當中，其實隱含相當深層的社會文化差異，並且更多是充滿爭議的模糊地帶。異常或畸形是由社會所建構的文化意義，此一觀點也幫助我們理解在同一社會中身心障礙意義的縱時性變遷（陳惠萍 2002:4）

其實，一個社會若沒有障礙偏見、就業歧視，身心障礙者能廣被接納、認同，其自我心理健康不僅有助於自我的發展與實現，也會減少障礙者處於社會不利地位，進而導致其成為社會經濟弱勢者的可能性。

三、醫療模式與社會模式的障礙觀點

醫學診斷至今仍是台灣政府／國家（state）界定孰為身心障礙者障礙類別及其障礙等級的重要且唯一的依據。透過醫學知識論述，身心障礙者的成因開展科學除魅的過程，醫學檢驗賦予障礙者為遺傳、基因、疾病或意外的病人身份，也成為障礙者去除污名的重要依據，在醫學論述下，身心障礙者得以藉此相信自己不過是延醫診治與需要治療的病人而已（陳惠萍 2002）。在醫學診斷上，醫療模式（medical model）的障礙觀點將身心障礙視為個人身體或心智損傷（impairment）導致個人身心功能受到限制，進而造成參與社會及生產活動的限制。因此透過醫療照護、復健或治療，從而痊癒或減輕病症；而身體或心智損傷無法復原者，在醫療模式觀點中，由於身體是個人與他人發展社會互動和建立社會關係的媒介，身心損傷所造成的身體外觀或內在狀態的改變，與社會對「正常的」身體想像有落差，因此，身心障礙被認為是失常的，不符合社會規範的。社會往往假定他們有被照顧的特殊需求，無論是在教育、住宅、就業、福利服務方面，需要以被區隔的、不一樣的服務來保護他們，以致於身心障礙者的生活被排除與主流社會生活之外。然而醫療模式往往放大損傷所帶來的限制，忽略其他身體部位或心智的功能與可能性，將障礙的焦點訴諸個人，也掩蓋文化與社會環境所造成的社會參與限制（吳秀照 2007）。

由於體認到醫療模式觀點下的身心障礙政策對身心障礙者所造成的壓制，1970 年代英國「身體損傷者反對隔離聯盟」提出「社會模式」的障礙觀點（social barriers model of disability）。英國社會模型學者的論述，也造成英國風起雲湧的身心障礙者權利運動。在實務工作上，醫療模式與社會模式並非截然對立，但這樣的分類，有助於我們理解不同模式對於身心障礙者各種議題的看法以及反思對政策發展可能造成的影響。社會模式重視反思形成障礙的社會結構特質，從社會模式（social model）觀點來看，「損傷」（impairment）是肢體、器官或機能缺少或有缺陷，但是「障礙（disability）」則是指社會對身體損傷者缺少認識與關注，致使其在社會中處於不利的地位，而被排除於主流活動的參與之外。社會模式也強調生理或心理之客觀的損傷或缺陷的經驗，可能會帶給當事人痛苦與不便，但不必然會造成在實際參與社會生活中的障礙。反倒是主流社會處處充斥著不合適的、不友善的空間環境、設施設備與刻板印象、偏見歧視等態度，這些是物理／社會／態度的環境障礙，加重障礙者之身體損傷的影響，因此改變社會結構，建構一個互相尊重、平等機會與社會正義的社會文化與經濟環境，給予身心障礙者獨立自主、充分發展的空間是社會模式觀點的核心理念（Oliver 著，葉琇珊、陳汝君譯 2004）。

身心障礙者的處境是社會建構的，傳統的機構安置與隔離式的服務，代表公眾對身心障礙者的歧視態度與長期壓制，社會對身心障礙者專斷的、曲解的認知與不合時宜的機構隔離式服務需要改革。除社會文化與態度觀念的障礙，其他的障礙環境還包括？制度的障礙，如現階段國家司法人員、交通事業人員、民航人員... 等相關特考還存在有就業歧視之虞的體格檢查制度，或現行華而不實、多元零碎的、象徵性意義大於實質幫助的身心障礙者職業訓練、就業服務方案。？資訊的障礙：在資訊社會中，資訊能力不足或資源不足的身心障礙者，對於現有的各種療育照顧、托育看護、教育、就業、社區關懷與家庭支持服務等社會福利服務措施，高達 6-7 成不為身心障礙者所知，加深其被社會排除的機會。？物理環境的障礙：從給予障礙者無障礙環境的特殊考量，轉而強調以通用設計作為空間、建築、設施設備設計依循的理念，仍有賴政府與社會大眾重視。

四、政治層面的政策立法與制度資源分配

社會模型論者將焦點放在外部社會結構因素與政策的改善，政治觀點則強調國家如何解決障礙定義、鑑定與資源分配的兩難問題。這些問題包括了（1）何種障礙足以納入法定障別；（2）其次，誰有權力、依據何種標準鑑定障別與障礙等級；（3）領有手冊的身心障礙者可以獲得哪些福利服務與資源？利益攸關的身心障礙團體、專家學者、服務提供者、政府等社會行動者，如何參與和影響身心障礙相關政策立法的制訂與實踐過程。政治觀點反映了王德威（1993）所指出的：「身體不只是一個生理結構，我們的身體也擁有一個政治結構，且是各種權力衝突最劇烈的場所」，我們的身體在日常生活中蒙受各種權力關係的合成、分化、操縱等控制。

以台灣經驗而言，過去的某些障礙類別是依照個體的疾病診斷名稱來認定，如自閉症、慢性精神疾病...，某些類別則是依照個體的生理機能損傷來認定，如視覺、聽覺、平衡、聲音或語言、肢體。障別的定義系統不僅無法反映出我國身心障礙者的盛行率，從 1981 年殘障福利法時期的 6 種障別到現行障別雖有 16 種，但仍無法滿足分類學上互斥與周延的要求。如車禍腦部外傷患者同時衍生肢體動作控制、思考反應速度、立體空間視覺、情緒控制等功能受損，但在障礙定義與障別鑑定系統中，則被鑑定為「肢體障礙者」，個案的實際障礙雖存在卻無法完全歸類，導致台灣身心障礙人口統計的偏誤和身心障礙者之多元複雜的個別需求未被看見。各部會也難以依據實際的障礙人口需求來擬定身心障礙相關政策（曾中斌、江玉靖 2008）。

由於身心障礙鑑定之醫學診斷仍有許多人為的操弄空間，台灣的身心障礙鑑定之科別與內容依障別的不同而有所不同，但幾乎所有障別鑑定的主責者均是醫生；在此一過程中，最關鍵的問題就是幾乎都是由醫師一人來決定申請人是否為身心障礙者？以及屬於何種障別與程度？此外，依目前法規，只有慢性精神疾病與頑性癲癇症兩種障別有法規明訂多久須複查一次，其餘均由醫師完全決定，此也顯示每個障礙類別的測量層次不一致問題。再進一步討論，障礙類屬將影響套餐式的福利服務，而福利資源的多寡，泰半會受醫生對於人的價值觀與對社會福利體制的意識型態、醫病間的社會關係與權力，都會影響障礙鑑定的結果（成令方 2002，王雲東 2004，王國羽 2005）。

從障別分類愈來愈細，範圍不斷擴大，各項福利與權益爭議構成不同障礙團體時而合作、時而競爭較勁互相傾軋的現象。較有權力的障礙團體獲有較多的資源，甚至影響福利服務的模式與走向。

五、經濟層面的障礙根源

吳秀照（2007）檢視歷史文化與社會建構的「工作」意義，指出希臘文明將滿足物質需求的工作視為是低下的，應該留給奴隸從事。馬丁路得的宗教改革則將「工作」賦予靈性意義，視勤奮工作為實踐神的召喚與意旨，是靈魂的救贖。喀爾文教派更進一步將從事市場勞動視為基本的生命目的，「工作」同時包含經濟性與靈性的意義。然十九世紀以來工業資本主義發展，市場勞動成為工作的核心，社會學家博蘭尼（K. Polanyi）指出工場制度所建立起的生產效率，工作對窮苦工人建立更大的控制。當「工作」以「就業」的形式在勞動市場呈現，有沒有能力取得並維持就業機會，便成為人們生存與融入社會生活的基本條件。問題是，透過勞動市場就業才能取得生存資源的工作方式，實際上嚴重影

響弱勢者的生存權利；因為市場是以勞動者的技能、勞動時間與勞動能量是否符合雇主的用人需求，「理性」計算勞動價值，不符合雇主要求條件者於是被排除在勞動市場之外。身心障礙者除了要適應工作所要求的功能表現與生產力較為困難外，社會長久以來對身心障礙者的偏見與歧視，也產生一連串的社會排除效應。被視為「無工作能力」的身心障礙者更淪為貧窮救助或機構收容保護的對象。然而，救助收容對身心障礙者所造成的能力貶抑與負面烙印，加上經濟資源和社會網絡的匱乏，也進一步剝奪了身心障礙者的生活機會（life chances）。

吳秀照（2007）從工作權、社會權、公民權的角度，論述「工作」與「就業」對身心障礙者的意義。強調當身心障礙者的工作權必須以就業的形式在勞動市場獲得經濟資源與社會生活的滿足時，政府與社會大眾均有責任排除勞動市場的障礙、彈性調整勞動市場的生產方式、擴大身心障礙者的工作場域與創造就業機會，透過環境的調整與社會支持，促使身心障礙者的能力與潛能得以發揮。

六、小結

檢視身心障礙者意象的社會建構過程，與實際參與社會的諸多限制，在身心障礙團體與不同專業論述的反思與建構下，形成政策立法壓力，2007年六月，身心障礙權益保障法修訂，已預備於2012年採用世界衛生組織提出的「國際健康功能與身心障礙分類系統（簡稱ICF）」的八種身心功能障礙類別為判別依據。ICF的架構整合了對宗教文化、醫療與社會模式、政治與經濟層面所關照的障礙個人與障礙處境的關係，認為一個人的身體系統構造的損傷，以及相對應的功能限制，妨礙了個人的日常生活活動，以致個體參與社會的程度也受影響。除此，ICF系統也將「情境因素」納入考慮——如社會文化、他人態度、法律、制度、建物、地形氣候等等物理環境因素，以及「內在個人因素」——如性別、年齡、適應方式、教育程度、個人經驗與氣質等等，都會影響個人對障礙的主觀感受，因此身心障礙者的功能障礙是個人的「健康狀態」與「障礙情境因素」互動的動態結果。

ICF在生物心理社會模式下，將障礙定於生態論的健康狀態觀點，建構健康、身體、活動、參與以及環境等要素彼此互動的多向度模式，強調情境因子、個人內在因素和身體功能之間的雙向互動，這些考量都將影響此一領域之相關專業人員在臨床與實務工作上更加敏感於這些因子間的互動。醫療模式與社會模式都有其過與不及之處，期盼透過ICF此一多元全人的角度與審慎的政策實踐過程，有效提升身心障礙者的公民權利。