

精神疾病與智能障礙：流行病學與醫療照護需求分析

蔡艷清¹ 嚴嘉楓² 林金定^{1*}

¹ 國防大學國防醫學院公共衛生學系暨研究所

² 財團法人中華啟能基金會附設台灣智能障礙研究中心

*通訊地址：114 台北市內湖區民權東路6段161號；

E-mail: a530706@mail.ndmctsgh.edu.tw

摘要

智能障礙者合併精神疾病的問題漸漸受到西方國家高度的重視，精神醫學也針對此一議題尋求深入研究與探討。國內智能障礙者的精神衛生問題正屬於萌芽階段，相關的研究較為缺乏，本篇論文以文獻回顧的方式探討智能障礙者精神疾病的盛行情形和影響因素，並分析智能障礙者精神疾病的醫療照護需求。文獻回顧結果顯示，智障者普遍遭受精神疾病和行為異常的困擾，且種類繁多複雜，兒童、青少年和成年智障者罹患的精神疾病種類不同。目前一般成年人精神疾病的診斷標準普遍運用於智能障礙者，然而目前精神疾病相關評估工具琳瑯滿目，智能障礙者精神疾病盛行率的測量因診斷標準不一致以及缺乏具代表性的樣本，致使各國對盛行率測量的結果不一；而在影響智能障礙者罹患精神疾病之影響因素的各種研究調查中，也顯示因診斷標準的差異致使各研究在結果上也有些差異存在。本研究亦發現隨著西方國家對智能障礙者的照護策略趨向於社區化後，智能障礙者精神疾病需求有降低的傾向，尤其反映在住院利用率上，一般的精神服務被認為無法反映出智能障礙者精神衛生照護的需求，而專業的智能障礙精神衛生服務為目前少數先進國家另一個醫療照護發展的方向。

關鍵字：智能障礙者、精神疾病、醫療照護需求

前言

近年來，智能障礙與精神疾病(mental disorders/psychiatric disorders)之間的關聯性備受重視，智能障礙者(以下簡稱智障者)精神疾病之診斷分類系統、疾病危險因子的探討、乃至於其醫療照護需求的評估，是許多研究者以及服務提供者所關心的研究課題；智障者精神專科服務更是芬蘭、美國、英國等先進國家正在發展的衛生政策(Xenitidis et al., 2004)，因此，智障者的精神衛生已成為醫療照護體系當前以及未來應該關注的重點。

精神疾病的範疇非常廣泛，目前運用於智障者與一般成年人的診斷標準並無不同，國際上普遍採用國際疾病分類診斷系統 ICD-10¹ (WHO, 1993) 以及精神疾病診斷統計手冊第四版 DSM-IV² (APA, 1994) 作為智障者精神疾病的分類診斷標準之依據(表一)。至於何謂精神疾病，在 DSM-IV 原書的序言中，有一段相當詳盡精闢的定義：「精神疾病是發生於某人臨床上明顯的行為或心理症狀群或症狀類型，伴有當前的痛苦煩惱(distress)或功能不良(disability)，或者伴有明顯較多的發生死亡、痛苦、功能不良或喪失自由的風險。而且，這種症狀

群或症狀類型不是對於某一事件的一種可期望的、文化背景所認可的(心理)反應，例如對所愛者死亡的(心理)反應。不論其原因為何，當前表現的必然是一個人的行為、心理、或生物學的功能不良。但是，無論是行為偏離正常(例如，政治的、宗教的、或性的)，還是個人與社會之間的矛盾衝突，都不能稱為精神障礙，除非這種偏離或衝突是正如前述那樣的個人功能不良的一種症狀」(APA, 2000；顏文偉，1994)。而我國精神衛生法對精神疾病所下的定義為：「…精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給予治療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮及其他經中央衛生主管認定之精神疾病」(衛生署，1990)。從上述精神疾病的定義，可見我國的定義較為廣泛，而 DSM-IV 明確指出精神疾病是某人發生於臨床上明顯的症狀群，道出精神疾病是以「臨床」診斷作基礎，並且必須考量當地的文化背景，表示了不同文化背景對精神疾病診斷的重要性。

不過，各研究對精神疾病所採用的診斷標準不盡相同，主要原因為研究評估常以問卷、醫療記錄、篩檢問卷、面談篩檢或綜合性評量為研究工具，因此在診斷結果上會有所差異。如 Emerson(2003)的研究就是以綜合性的評量工具-DAWBA(Development and Well Being Assessment)作評量，包含了訪談、

¹ ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research (DCR) (World Health Organization 1993)

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (DSM-IV) (American Psychiatric Association 1994)

問卷以及 DSM-IV & ICD-10 電腦診斷系統，而評量結果可與 DSM-IV 和 ICD-10 作對照；另外有些研究使用的評量工具則不一定能與 DSM-IV 或 ICD-10 作對照。研究者對精神疾病盛行率的呈現方式不同—以類別或單一障礙作呈現，以及是否將行為異常 (behavior disorders/ behavior problems) 歸類為精神疾病、研究樣本選取的差異、各研究對診斷標準與分類的差異，都使得各研究結果難以作客觀性的比較；此外，智障者本身的溝通障礙，常會影響評量結果，甚至造成無法評量 (Deb et al., 2001; McGrother et al., 2002)。除此，由於「智能障礙」本身就是精神疾病診斷分類其中的一類，因此，智障者的精神疾病診斷一直被稱為「雙重診斷」(dual diagnosis) (Reber, 1992)。針對雙重診斷執行上的困難，目前國際智能障礙科學研究協會 (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability, IASSID) 正努力發展另一套適用於成年智障者精神疾病的診斷分類標準 (DC-LD³)，期望能補足 DSM-IV 和 ICD-10 在實證研究的限制 (Cooper, 2003)。此外，中國大陸之中華醫學會中華精神病學分會也發展出一套精神障礙的分類和診斷標準，名為《中國精神障礙分類與診斷標準》，目前已發展至第 3 版 (CCMD-3)，屆時更能與

DSM-IV 與 ICD-10 的分類和診斷標準接軌 (陳彥方, 2000)。本研究期盼藉由國外相關文獻的回顧，瞭解智障者精神疾病的盛行情形和影響因素，以及瞭解智障者精神衛生的照護需求，提供相關單位作為未來規劃智障者精神衛生照護需求相關政策之參考。

一、精神疾病之盛行情形與影響因素

針對智障者是否較一般人口容易罹患精神疾病一直是許多相關研究所關心的主題，盛行率的多寡和罹患疾病的危險性會牽涉到所需的照護需求以及照護政策的規劃與管理；然而，礙於缺乏客觀且具代表性的樣本，許多有關智障者精神疾病的研究結果至今仍多所爭議 (Duggan et al., 1997)。

智障者精神疾病盛行率的測量因診斷標準的信度問題以及智障本身的功能損傷與精神疾病症狀容易混淆的狀況，致使盛行率的測量複雜化，除此之外，智能障礙為各國社會福利所關注的重點，基於行政管理的方便，精神障礙盛行率的調查通常以某行政區或服務單位之智障者為研究樣本，而非以全人口為基準作測量，使盛行率的調查結果可能會有誤差的情形。

以下將依照智障者兒童、青少年時期以及成年時期作區分，分別探討不同時期智障者精神疾病的盛行率與影響因素，而基於我國精神疾病相關診斷手冊、醫學與心理學叢書，在精神疾病診

³ Diagnostic Critical for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/ Mental Retardation (Royal College of Psychiatrists 2001)

斷名稱的中文翻譯頗多差異，本文對精神疾病的中文翻譯將盡量符合坊間對精神疾病的用語習慣。

兒童、青少年智障者精神疾病的盛行率與影響因素

智障者精神障礙形成過程中，青少年時期是很關鍵的階段，由於智力的損傷導致智障者無法有效調適青少年時期身心上的轉變，加上此時期的服務多著重在智障者的教學與社會適應，而忽略了精神層面的照護，致使青少年智障者罹患精神障礙的危險性增加，Masi(1998)回顧了青少年智障者精神障礙的研究發現，其盛行率約較一般人口高出 2-3 倍，主要出現的精神障礙分別為情緒障礙 (mood disorders)、精神病 (psychotic disorders)、行為障礙症 (behavior/conduct disorders)、人格障礙症 (personality disorders)、焦慮症 (anxiety disorders) 和注意力不足症 (attention deficit disorder) 等六類精神疾病。

英國全國精神障礙調查資料顯示，5-15 歲的智障兒童、青少年罹患精神疾病的盛行率為同齡非智障者的 7.3 倍，情緒障礙與行為障礙症兩類精神疾病的危險性約為一般人口的 2.5 倍。情緒障礙以焦慮症 (8.7%) 最常見，其次為憂鬱症 (depression) (1.5%)；行為障礙症則以注意力不足過動症 (ADHD/Hyperkinesis) 與普遍發展障礙 (pervasive developmental disorder) 最常見，盛行率分別為 8.7%，

7.6%，其他障礙如反社會行為障礙 (unsocialized conduct disorder) 與飲食障礙 (eating disorder) (Emerson, 2003)。澳洲研究發現，五個地區 4-18 歲的智障者，高達 40.7% 有重度的情緒和行為異常，年齡和性別對智障者的精神異常情形沒有影響，然而極重度智障者明顯較其他等級智障者較不會罹患精神疾病 (相對危險性較低)，輕度智障者以分裂性 (disruptive) 及反社會 (antisocial) 的行為為主，重度智障者則多以自我為中心 (self-absorbed)、孤僻 (autistic) 行為為主，但只有少部分 (10%) 的智障者有尋求專業幫助 (Einfeld & Tonge, 1996)。

智障者家庭狀況和智障者本身的生活經歷會影響智障者罹患精神和行為疾病的危險性，而各影響因素對於智障者罹患精神疾病的類別也有些差異，研究指出男性較女生有較高的精神障礙盛行率；而年齡因素上，大於 11 歲的智障者較容易受憂鬱症的困擾，而小於 11 歲者則較易罹患普遍性發展障礙；居住在單親家庭、父母從事非技術性職業、家庭收入較低、使用懲罰式教養、照顧者精神狀況不佳等特質家庭長大的智障者，罹患精神疾病的危險性較高 (Emerson, 2003)。

成年智障者精神疾病的盛行率與影響因素

研究顯示成年智障者與一般人口罹患精神疾病的危險性有較不一致的結

果，瑞典的研究指出住院的智障者，他們罹患精神疾病的盛行率為一般人口的2-3倍(Gustafsson, 1997)，Hurley(1999)等人的研究與Holland(2003)的文獻回顧結果也得到相同的結論。然而，Deb等人(2001a)針對英國16-64歲智障者的研究發現，整體精神疾病的盛行率為14.4%，與一般人口精神疾病的盛行率相約；不過，單獨將某些精神疾病的盛行率與一般人口作比較，則發現精神分裂症(schizophrenia)和恐懼症(phobic disorder)盛行率皆較一般人口高，盛行率皆為4.4%，而憂鬱症(2.2%)和廣泛焦慮症(generalized anxiety disorder)(2.2%)的盛行率則有相同的盛行率。

許多研究因樣本選取方式的不同，在智障者精神疾病的盛行率調查結果差距懸殊。英國某地區1983-2001年間需接受智障服務中心精神疾病評估者，其精神疾病有逐年增加的趨勢，平均每年的盛行率為53.2%，其中以普遍發展障礙(19.5%)和精神分裂症最常見(17.6%)，憂鬱症(8.1%)、人格障礙症(7.6%)、焦慮症(7.3%)、適應障礙症(adjustment disorder)(6%)、癡呆症(dementia)(3.6%)也出現在智障者身上，而輕度智障者精神疾病盛行率較高(Bouras et al., 2003)。同樣為英國的研究，Taylor等人(2004)針對英國某行政區所有成年智障者作調查，發現精神疾病的盛行率較前者低，盛行率僅為20.1%，而作者也將精神疾病類別作歸類，情緒障礙的盛行率為

14%、精神病和器質性精神障礙症(organic condition)的盛行率分別為10.2%和3.9%；在影響因素方面，研究指出女性智障者較容易有情緒障礙，且越年輕盛行率越高，而且，住院智障者較在團體式照護中心或社區居住的智障者較容易有精神病。McGrother等人(1996)則發現英國某郡20歲以上的智障者無論居住在家或接受團體式照護，精神問題均為他們明顯的健康問題，而居住在團體式照護的智障者，其行為問題的盛行率明顯高於在家的智障者(McGrother et al., 1996)；作者更將白人智障者和南亞洲人智障者作比較，發現兩者的精神問題盛行率相當，81.1%和41.8%南亞洲人有精神問題和行為異常，其中侵犯行為和破壞行為的盛行率分別為16.6%、8.8%(McGrother et al., 2002)。

針對智障者行為異常的盛行情形，諸多研究發現智障者的行為問題繁多且盛行率非常高，如英國研究顯示，60.4%智障者有行為異常，其中尋求他人注意(attention-seeking behavior)和發怒(temper tantrum)行為的盛行率最高，超過35%，攻擊行為(aggression)、自傷行為(self-injurious behavior)、過動(overactivity)和咆吼(screaming)的比例也相當高，約在23-29%之間不等，且行為異常和居住地、服用精神科藥物、障礙等級等因素相關(Deb et al., 2001b)；針對居住地的不同，研究發現長期住在團體式照護的智障者，其行為異常的盛行率高達76.5%；

其中超過一半智障者有自傷行為和攻擊行為(Mansell et al., 2002)，而機構式照護中心的智障者也常因攻擊行為和自我傷害而被轉介至當地精神科(Carvill & Marston, 2002)。

以接受精神科服務的智障者為研究對象，由於是高危險群的關係，研究結果顯示精神疾病與行為問題較為普遍且種類繁多。美國某醫學中心精神科智障病患憂鬱症和躁鬱症(bipolar disorder)的盛行率高達三成，兩者均較非智障者的盛行率高，而障礙等級在此兩類精神疾病的相關性不同，前者以輕度智障者的盛行率較高，後者則相反。智障者之焦慮症和人格障礙症較非智障者低，其他的精神疾病包括精神分裂症、注意力不足過動症，盛行率皆在10%以內，另外，侵犯與自傷行為的盛行率較一般人口高(Hurley et al., 2003)。另一篇瑞典某郡5年間住院的智障者，罹患精神疾病的人數頗多，其中以三成智障者罹患行為障礙症最最多，其他如精神分裂症、情緒障礙、行為障礙症、未定型憂鬱症(psychosis NOS)、未定型精神病(depression NOS)、普遍發展障礙、器質性精神病、適應障礙症等等(Gustafsson, 1997)。印度精神疾病服務中心12-55歲之門診病患，60%有精神障礙，其中未註明原因之精神疾病(unspecified psychosis)最常見(16.7%)，躁鬱症、精神分裂症、憂鬱症的盛行率分別為13.3%、10%和3.3%(Kishore et al., 2004)。

此外，居住在團體式照護的智障者也廣受精神疾病的困擾，美國兩個地區所有團體家庭40歲以上的智障者，精神分裂症和躁鬱症的盛行率分別約10%和5%，69歲以上智障者癡呆症盛行率為2%，70歲以上盛行率升高為4%(Janicki et al., 2002)，老年智障者癡呆盛行率升高的情形在荷蘭針對機構內智障者的研究更能明顯看到上升的趨勢，癡呆盛行率隨年齡的增加而增加，發生率則由40歲開始上升，且在患有唐氏症者身上更為明顯(Van Schrojenstein et al., 1997)。挪威某機構所有成年智障者，人格障礙症的盛行率更高達89%，焦慮症、精神分裂症和身心症(somatoform disorder)的盛行率分別為34%、57%和13%；而僅有24%智障者沒有行為方面的問題(如自傷行為、侵犯行為、被動行為(passive)等)(Nøttestad & Linaker, 1999)。

從以上的研究可發現智障者的行為問題的確非常普遍，然而，這些行為問題是智障者本身的智力障礙所導致或是因精神疾病所引起，兩者之間的關係如何？仍需作進一步的探討；而精神疾病的評估難以進行皆因行為問題所導致(Kerr et al., 2003)，可見行為問題是精神醫學上另一種挑戰。不過，行為問題/行為異常是否包含在精神障礙的分類標準中？涵蓋的範圍如何？世界各國的智能障礙與精神學專家仍在為此問題作深入的探討，且有待日後精神醫學的發展，為此難題找出標準或答案。

二、智障者精神衛生之照護需求

自 1960 年代開始，西方國家提倡去機構教養化的障礙福利服務，使得社區照顧遂成為各國身心障礙服務發展的趨勢，而機構中的智障者也在各國此政策目標下從教養院搬到社區中生活，同時，智障者與一般人口使用相同的健康服務體系，在社區中接受醫療照護，其中包括精神服務；如挪威精神醫療照護體系屬於三段式分級醫療服務(轉診)模式：(1).地方社區：提供基本健康和社會服務，包括家庭醫師；(2).郡：一般醫院精神科、精神科醫院和兒童成年人的復健服務；(3).全國性的罕見疾病中心以及高專業化醫療服務機構(Nøttestad & Linaker, 1999)；智障者透過這樣的服務模式接受精神服務，不過，不同的國家其醫療照護體系會有所差異(Holt et al., 2000)。

精神疾病智障者的醫療利用研究指出，瑞典某郡內智障者在 1985-1989 年間(已社區化)只有 1.4%的智障者曾接受一般社區門診和醫院住院服務，經門診診斷，智障者罹患適應障礙症居多，將近四成，其次為普遍性發展障礙和行為障礙症，而最常因行為障礙症(30.5%)住院、其次為未定型憂鬱症(19.4%)以及情感性精神障礙症(11.1%)，高達八成住院者為輕度智障者，平均住院日為 50.8 天，輕度智障者較重度智障者長期住院(≥12 天)比例高出許多，長期住院智障者的住院日，以獨居者較居住在團體家庭

和機構者長；四年智障者住院率範圍在 0.9%-1.3%，雖與一般人口精神疾病的住院率無差異，但智障者精神疾病的盛行率較高，可見智障者住院的利用率較低(Gustafsson, 1997)。另一篇挪威的研究更指出，自社區化後 8 年內，智障者沒有任何精神科住院記錄，在社區接受的醫療服務也減少，尤其是心理治療師與精神科醫師等精神專業服務(Nøttestad & Linaker, 1999)。另外，針對倫敦一般社區精神服務與附設智能障礙專科醫院對智障者精神疾病照護的成效研究顯示，附設智能障礙專科醫院對智障者的適應能力、行為功能、精神疾病程度以及症狀皆有正面的治療效果，而智障者性別、年齡、住院日、精神疾病類型等因素與治療效果無關；此外，在專科醫院建立以來(病患必須經由社區轉介到醫院)，智障者對一般社區精神服務中心的需求量有所增加(Xenitidis et al., 2004)。

社區化固然使智障者享有更方便的醫療環境，但就醫可近性的增加似乎對可自理的輕度智障者較有助益，重度智障者如果沒有他人陪同前往看病，再方便自由的醫療環境對他們而言也是枉然，加上精神服務轉介制度下，後續的治療(住院或進一步的精神評估)也無法延續，真正的精神服務需求便無法呈現；而專屬的智能障礙醫療服務似乎對智障者所需之精神照護有正面的成效。

結論

從上述針對兒童、青少年以及成年智障者的精神疾病和行為異常盛行率看來，他們普遍遭受精神疾病和行為異常的困擾，且種類繁多複雜，前者以情感性精神障礙症和行為障礙症為主，後者的精神疾病類別則較多元，目前國內智障者精神疾病的情形，可從領有身心障礙手冊之慢性精神疾病者、失智症者和自閉症者的多寡略知一二，不過，目前國內很少針對此議題作全面性的探討，可見我國智障者的精神衛生仍有很大的進步空間；兒童、青少年以及成年智障者在行為異常盛行的型態不盡相同，兒童、青少年智障者以反社會和自閉症傾向的行為異常為主，成年智障者則以侵犯、自傷行為為主。事實上，智障者本身的功能損傷導致常出現許多的行為異常，對照顧者產生極大的困擾，而研究指出智障者適應行為越好，行為異常的比例越低(Mansell et al., 2002)，因此，針對智障者的行為問題，行為改變的介入應可減少智障者的行為問題。

諸多研究指出智障者精神疾病的盛行率高於一般人口，不過，並非每一種精神疾病的罹病率皆比一般人口高，而精神疾病的盛行率差異很大，研究對象的不同是最主要的差異所在，明顯地，在精神服務中心或醫院的智障者，盛行率較高。在影響因素方面，智障者本身的障礙等級、性別、年齡、居住地、服用精神科藥物等因素，不同的研究有不同的結果，而且影響因素之間有交互作

用(Emerson, 2003)。就障礙等級而言，較多的研究指出輕度智障者較重度智障者容易罹患精神疾病，但是否真是如此，或是導因於目前的評量工具無法對重度智障者進行測量所致；在居住地方面，居住在團體式照護機構/服務中心的智障者也較社區中智障者精神疾病的盛行率較高且和種類較繁多，然而，這些研究結果仍然有許多的爭議。

在智障者精神疾病逐漸受到關注的同時，智障者的精神服務也是研究者非常關心的議題，在西方國家，去機構教養化之國際障礙發展趨勢對於智障者精神服務型態也有所改變。機構無法給予智障者適當的醫療照護是去機構化其中一個論點，因此，西方許多研究著重在去機構化後，智障者在社區中接受與一般人相同的精神服務是否符合智障者的照護需求。針對智障者社區化後，精神照護服務相關研究中指出在社區化初期，智障者精神疾病的議題是被忽略的，各國缺乏明確的政策和法令，社區化的服務並沒有為精神衛生服務提供相對的配套措施，尤其是住院服務的需求，加上社區精神服務團隊缺乏對智障者的了解，使得無法反應智障者精神衛生照護的需求；因此，專業的智能障礙精神衛生服務被認為可改善此狀況，不過並非所有國家的研究皆認為特別需要專業的智能障礙精神衛生服務，如澳洲、希臘以及西班牙，而英國和愛爾蘭則已將此議題放在國家政策發展目標之

一，芬蘭和美國則正在發展中(Bouras et al., 2003; Holt et al., 2000; Xenitidis et al., 2004)。

近年來，我國政府也積極推動智障者社區化，從西方國家的經驗似乎有一些可以引以為鑑的地方，一般精神服務未必能全面滿足所有智障者的精神衛生服務需求，而專業智能障礙精神服務的必要性如何？障礙等級和精神疾病等因素與服務需求之間的關係如何？都是在規劃智障者精神服務相關政策必須考量的地方。而長久以來我國智障者的精神(醫療)問題一直處於被忽略的狀況，近來相關研究指出，智障者罹患精神疾病與服用精神科藥物非常普遍(Lin et al., 2003)，且從事啟智專業的工作者深受智障者精神和行為問題的困擾(胡雅各等，2002；莊美娥，2003；蔡艷清等，2003)，顯示國內智障者同樣遭受精神疾病的侵襲，然而，國內智障者精神疾病的盛行

率和嚴重性如何，仍然是未知之數，因此，針對智障者的精神問題，必須作需求評估以發展適切的服務模式。西方國家精神衛生服務發展趨勢強調精神衛生需藉由各專業的整合，以社區為基礎提供可近性高的精神衛生服務，並且落實做好轉介制度(Bouras et al., 2003; Xenitidis et al., 2004)，此模式與國內少數教養機構長期與鄰近醫院建立的醫療合作模式(醫師在機構內註診，比較了解智障者)，在原理上有許多共通點；以機構為社區單位，由於合作的醫師可提供機構內智障者方便且適切的醫療利用，再藉由教養機構內之護理人員、社工員及心理治療師等專業人員與醫師間建立專業整合，若需要進一步的檢查評估，更可與合作醫院作轉診的服務，這種服務模式可能是現階段國內可以考慮推行之服務方式。

表一 DSM-IV 與 ICD-10 分類診斷標準之精神疾病類別 (APA, 2000; WHO, 1997)

DSM-IV	ICD-10
1. Disorders usually first diagnosed in infancy, children, or adolescence	Organic, including symptomatic, mental disorders
2. Delirium, dementia, and amnestic and other cognitive disorders	Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use
3. Mental disorders due to a general medical condition not elsewhere classified	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
4. Substance-related disorders	Mood (affective) disorders
6. Schizophrenia and other psychotic disorders	Neurotic, stress-related and somatoform disorders
7. Mood disorders	Behavioral syndromes associated with

8. Anxiety disorders	physiological disturbances and physical factors
9. Somatoform disorders	Disorders of adult personality and behavior
10. Factitious disorders	Mental retardation
11. Dissociative disorders	Disorders of psychological development
12. Sexual and gender identity disorders	Behavioral and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence
13. Eating disorders	Unspecified mental disorder
14. Sleep disorders	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders
15. Impulsive control disorders not elsewhere classified	
16. Adjustment disorders	
17. Personality disorders	
18. Other conditions that may be a focus of clinical attention	
19. Additional codes	
20. Multiaxial system	

參考文獻

- 行政院衛生署 (1990) 精神衛生法, 中華民國七十九年十二月七日華總(一)義字第七〇〇七號公布。
- 胡雅各、林千惠、徐享良 (2002), 啟智教養機構內重度障礙院生問題行為及其相關因素之調查研究。 *台灣人文生態研究* 4, 119-52。
- 莊美娥 (2003), 對教養機構中住宿智障兒童精神疾患之探討。 *兒童福利期刊* 5, 145-56。
- 陳彥方 (2000), 面向 21 世紀的中國精神疾病分類與診斷標準第 3 版研討會紀要。 *中華精神科雜誌* 1。 <http://www.windrug.com/pic/30/15/13/16/842.htm> (2004/2/15)
- 蔡艷清、嚴嘉楓、林金定 (2003), 啟智專業工作者之實務工作經驗分析。 *身心障礙研究* 1, 43-52。
- 顏文偉 (1994), DSM-IV 美國精神疾病診斷標準。正道心理諮詢網 <http://www.zgxl.net/xlzl/cjxlbj/dsmiv.htm> (2004/2/15)
- American Psychiatric Association (APA) (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition, text revision. Washington D.C., American Psychiatric Association.
- Bouras N., Cowley A., Holt G., Newton J.T. & Sturmey P. (2003) Referral trends

- of people with intellectual disabilities and psychiatric disorders. *Journal of Intellectual Disability Research* 47, 439-46.
- Carvill S. & Marston G. (2002) People with intellectual disability, sensory impairments behaviour disorder: a case series. *Journal of Intellectual Disability Research* 46, 264-72.
- Chaplin R. (2004) General psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 1-10.
- Cooper S.A. (2003) The Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) papers. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(Supplement 1), 1-2.
- Deb S., Thomas M. & Bright C. (2001a) Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16-64 years. *Journal of Intellectual Disability Research* 45, 495-505.
- Deb S., Thomas M. & Bright C. (2001b) Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16-64 years. *Journal of Intellectual Disability Research* 45, 506-14.
- Duggan L.M., Morris M. & Adams C.E. (1997) Prevalence study of the randomized controlled trials in the Journal of Intellectual Disability Research: 1957-1994. *Journal of Intellectual Disability Research* 41, 232-7.
- Einfeld S.L. & Tonge B.J. (1996) Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability: II epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research* 40, 99-109.
- Emerson E. (2003) Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 47, 51-8.
- Gustafsson C. (1997) The prevalence of people with intellectual disability admitted to general hospital psychiatric units: level of handicap, psychiatric diagnosis and care utilization. *Journal of Intellectual Disability Research* 41, 519-26.
- Holland A.J. (1999) Psychiatric and mental retardation. *International Review of Psychiatry* 11, 76-82.
- Holt G., Costello H., Bouras N., Diareme S., Hillery J., Moss S., Rodriguez-Blazquez., Salvador L., Weber G. & Dimitrakaki C. (2000) BIOMED-MEROPE project: service

- for adults with intellectual disability: a European comparison. *Journal of Intellectual Disability Research* 44, 685-96.
- Hurley A.D., Folstein M. & Lam N. (2003) Patients with and without intellectual disability seeking outpatient psychiatric services: diagnosis and prescribing pattern. *Journal of Intellectual Disability Research* 47, 39-50.
- Janicki M.P., Davidson P.W., Henderson C.M., McCallion P., Taets J.D., Force L.T., Sulkes S.B., Frangenberg E. & Landrigan P.M. (2002) Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences. *Journal of Intellectual Disability Research* 46, 287-98.
- Kerr A.M., McCulloch D., Oliver K. McLean B., Coleman E., Law T., Beaton P., Wallace S., Newell E., Eccles T & Prescott R.J. (2003) Medical needs of people with intellectual disability require regular reassessment, and the provision of client- and care-held reports. *Journal of Intellectual Disability Research* 47, 134-45.
- Kishore M. T., Nizamie A., Nizamie S.H. & Jahan M. (2004) Psychiatric diagnosis in persons with intellectual disability in India. *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 19-24.
- Lin J.D., Lee P.N., Yen C.F. & Wu J.L. (2003) The health status profile of persons with intellectual disability in institutions in Taiwan. *Journal of Medical Sciences* 23, 285-90.
- Mansell J., Ashman B., Macdonald S. & Beadle-Brown J. (2002) Residential care in the community for adults with intellectual disability: needs, characteristics and services. *Journal of Intellectual Disability Research* 46, 625-33.
- Masi G. (1998) Psychiatric illness in mentally retarded adolescents: clinical features. *Adolescence* 33, 425-34.
- McGrother C.W., Bhaumik S., Thorp C.F., Watson J.M. & Taub N.A. (2002) Prevalence, morbidity and service need among South Asian and white adults with intellectual disability in Leicestershire, UK. *Journal of Intellectual Disability Research* 46, 299-309.
- McGrother C.W., Hauck A., Bhaumik S., Throp C. & Taub N. (1996) Community care for adults with learning disability and their carers: needs and outcomes from the Leicestershire register. *Journal of Intellectual Disability Research* 40, 183-90.
- Nøttestad J. A. & Linaker O.M. (1999) Psychiatric health needs and services before and after complete deinstitutionalization of people with

- intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 43, 523-30.
- Reber M. (1992) Dual diagnosis: psychiatric disorders and mental retardation. In Batshaw M. L. & Perret Y. M., *Children with disabilities-a medical primer*. 3rd edition, 421-440, Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.
- Taylor J. L., Hatton C., Dixon L. & Douglas C. (2004) Screening for psychiatric symptoms: PAS-ADD Checklist norms for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 37-41.
- Van Schrojenstein Lantman-de Valk H.M.J., Van den Akker M., Maaskant M.A., Haveman M. J., Urlings H.F.J., Kessels A.G.H. & Crebolder H. F. J. M. (1997) Prevalence and incidence of health problems in people with Intellectual Disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 41, 42-51.
- World Health Organization (1997) Translator ICD10 to ICD9. In International Classification of Disease, translator, ninth and tenth revisions, 11-13, World Health Organization.
- Xenitidis K., Gratsa A., Bouras N., Hammond R., Ditchfield H., Holt G., Martin J. & Brooks D. (2004) Psychiatric inpatient care for adults with intellectual disabilities: generic or specialist units? *Journal of Intellectual Disability Research* 48, 11-8.

Psychiatric disorders and intellectual disability: epidemiological and healthcare need analysis

Im-Cheng Choi¹, Chia-Feng Yen², Jin-Ding Lin^{1*}

¹ School of Public Health, National Defense Medical Center, National Defense University, Taipei, Taiwan

² Research Center for Intellectual Disabilities Taiwan, Chung-Hua Foundation for Persons with Intellectual Disabilities, Taipei County, Taiwan

*Correspondence: No.161, Min-Chun E. Rd., Sec. 6, Taipei, Taiwan 114.

Email: a530706@mail.ndmctsgh.edu.tw

Abstract

Western countries have paid more attention to identify and respond to the issue of mental health and intellectual disability in recent decades. In Taiwan, very little has been done to this issue. This present paper aims to review the epidemiological characteristics and examines the healthcare needs toward intellectual disability and psychiatric disorders based on literature reviews. The reviews found that most studies have stated that people with intellectual disability are more often afflicted by psychiatric disorders than the general population. The studies of psychiatric disorders among this group reported huge variations in prevalence rates and associated risk factors, an important reason for the differences is the methodologist dissimilarity, particularly in assessment tools and the sampling methods used. As deinstitutionalization has been carried out in many western countries, healthcare needs of people with dual diagnosis decreased, particularly in inpatient care. Consequently, the development of specialist psychiatric care has been a new service strategy for this group in some advanced counties.

Keywords: intellectual disability, psychiatric disorders, psychiatric health needs