

如何有效的幫助精神病人 ——現代行動篇

衛生福利部心理衛生專輯(22)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著
衛生福利部 出版



目錄

一、常見的精神疾病及如何協助他們……	2
二、如何協助病人就醫……	18
三、如何協助病人病情穩定……	22
四、如何協助病人生活安排及社區適應……	28
五、家屬及病人自我的調適……	35
六、人際關係的維持……	41
七、協助連結相關資源……	44

隨著精神醫療的發展與提供相應的復健、資源，多數病人如能及早就醫治療，並規律地返診，且維持規律生活，疾病對病人的生活影響將可盡量減少。因此本書將教導民衆如何辨識身邊的親友可能罹患精神疾病，面對精神症狀的處理方式，適時地尋求醫療協助，並提供病人抗拒就醫的引導技巧。當病人開始接受治療時，如何協助病情的穩定，並依著病人的年齡及發展狀態，規劃個別化的生活，以促進社區適應，並介紹相關醫療及社會資源，包括日間照顧、社區復健、就業輔導等。文中穿插案例分享，希望使讀者可以更貼近有效幫助精神病人。當然陪伴病人有意義地生活當中，病人與家屬自己心理的調適、人際維持、社會支持也是相當重要的，除了靠自己照顧好身心健康，也能運用台灣既有的支持性團體，讓我們在有效幫助精神病人的路上不孤單。

一、常見的精神疾病及如何協助他們

(一)常見的精神症狀

人的思想及感官能力是生物中最發達、最精密的，因此，我們每個人可以對事物做有條理的分析，使得情緒表現能夠和現實的情況互相配合。比方說，我們看得到眼前的事物、聽得到遠近的聲音、聞得到周遭的各種氣味，腦中會有不斷的思考，內心有各種心情，也會表達出喜怒哀樂的行為。

如果人的思想或感官有了障礙，對日常生活事務的處理會造成嚴重的影響，甚至出現不切實際的怪異行為。例如眼睛看到別人看不到的東西、耳朵聽到不存在的聲音、在公共場所大聲自言自語、腦中有了怪異偏執的思考、情

緒過度誇大或脫離現實、行為舉止怪異等等。

除了以上奇特的精神現象以外，其實精神症狀有各式各樣的表現，一般而言，可以考慮下列五個層面（ABCDS）的表現：

(1)情緒情感 (Affect)：持續憂鬱，焦慮，易怒，暴躁，過度欣快等。

(2)行為 (Behavior)：行動遲緩，坐立不安，怪異行為，自傷暴力行為，酒精藥物濫用等。

(3)認知思考 (Cognition)：妄想，幻覺，悲觀意念，自殺想法，記憶注意力減退等。

(4)生理驅力 (Drive)：失眠，食慾增加或減退，性慾增加或減退。

(5)身體症狀 (Somatic symptoms)：與情緒有關的身體不舒服，如心悸，胸悶等。或是身體虛弱不舒服，但是到處做檢查也查不出原因。

如果以上的精神症狀，造成工作、人際、

家庭、個人衛生無法正常運作，無法好好吃飯、睡覺、無法生活自理，或者無法與人溝通互動，造成社交障礙，無法清晰思考和表達，就可能需要就醫。

(二)常見的精神疾病

1. 思覺失調症（舊名精神分裂症）

人類之所以為萬物之靈，乃是因有細膩的思考推理判斷及精密的知覺，這個病顧名思義就是思考和知覺的失調，表現在兩個主要的症狀，也就是妄想及幻覺。妄想就是明明沒有的事，病人卻堅信這件事真實存在，例如堅信家人同事勾結要圖謀加害於他（被害妄想），堅信自己出門都被別人跟蹤監視（被監視跟蹤妄想），堅信電視報紙都在報導與他有關的事，出門覺得路人都在注意他（關聯妄想），堅信自己身體想法行動都被外力控制，被電波影響（被控制妄想）等。幻覺就是外界沒有刺激，

五官卻清楚知覺到，通常因為病人是真實從五官感覺到，他們會堅持這些幻覺是完全真實的，最常見的是聽幻覺，例如明明旁邊沒有人，卻聽見人聲在罵他或是評論他的思考行為，或是聽見好幾種不同的人聲，彼此在討論他的事情等，這時常見病人好像對著空氣講話或對罵，甚至受幻聽的影響而有奇怪的行為（如半夜跑出門，傷害自己等）；另外可能有說話文不對題、問東答西、語無倫次的現象；或可能有混亂的行為，例如裸奔，四處四處遊盪，激動暴力的行為等。而在急性發病後可能有所謂的負性症狀，包括面無表情，不修邊幅，少話，思考想法變得非常固執，不與人互動，生活懶散等。

此病發病常從青少年開始，男女比率相當，男性通常發病年齡為 15-25 歲，女性發病年齡約晚 5 歲，發病早期症狀並不容易偵測，常表現在人際關係、學業，及日常生活中發生障礙，例如變得不跟人互動，沒有朋友，躲在

房間裡，學業成績明顯退步、不想上學、躺床、對事情缺乏興趣。或是有一些特別的想法及行為：例如覺得同學都在說他的壞話、自己的夢會成真、有預測未來的能力，偶而小聲自言自語，傻笑等。這個疾病若能早期發現和早期治療，可以延緩疾病的發作及嚴重度。因此，若能在發病早期就能就醫，對這個疾病的治療及之後功能的影響有非常正面的幫助。

2. 妄想症

此病純粹以單一的妄想為主，少有出現幻覺及混亂的言語及行為，也不會出現負性症狀，常見的妄想是被害妄想，忌妒妄想（堅信自己的配偶或親密伴侶有不忠的行為），誇大妄想（堅信自己是偉大的人物，有很強的能力），情色妄想（堅信別人，通常是身分地位比自己高很多的人，如明星，喜歡自己，透過各種方式對自己表達愛意）及身體妄想（堅信自己身體的某部分外觀或功能異常），通常以一種妄

想為主，內容常結合現實，並不怪異。

此病常發病於青壯年或中年之後，最困難的部分是病人堅信自己的妄想是真實的，很難勸導其就醫接受治療。這時不要直接針對他的妄想，與他爭執這些妄想是假的，是生病，而要針對這個妄想造成的情緒，睡眠，食慾，行為的影響勸導其就醫接受治療。

3. 憂鬱症

憂鬱症是至少持續兩週以上的憂鬱情緒及缺乏興趣及活力的症狀，同時伴隨行為反應遲鈍，躺床或社交退縮行為，負面思考，記憶力及注意力減退，無望無助感，死亡的想法，自殺意念或自殺行為，失眠或多眠，食慾減低造成明顯的體重減輕，及如胸悶、疼痛等各種的身體不適等症狀。

憂鬱症可以發生在任何年齡，是相當常見的精神疾病，病人或家屬常常無法分辨正常的憂鬱情緒和憂鬱症的區別，一般而言，正常的

憂鬱情緒不會持續到兩週以上，並可以聽音樂、與朋友聊聊及到戶外走走等方法轉移，且不會造成日常生活，人際關係，及學業工作的明顯影響。反之，若是憂鬱情緒持續兩週以上，無法轉移開，且有行為反應遲鈍、躺床行為，記憶力及注意力減退，自殺意念或自殺行為，睡眠食慾的明顯的影響，並明顯影響日常生活功能，建議就應就醫接受進一步的評估。憂鬱症早期治療會使病情易康復且恢復正常功能。

4. 雙極性情感精神病（舊名躁鬱症）

此病以情緒的憂鬱（鬱症狀態）及高亢（躁症狀態）兩極性的變化為主要表現，鬱症狀態的表現如上所述。躁症狀態的表現主要以情緒高亢，過度愉快為主，伴隨精力過度充沛、話多停不下來、手機一直講、過度自信、覺得自己能力很強、過度樂觀、覺得自己做什麼事都會成功，甚至有誇大妄想，不當及過多的計畫，亂花錢或亂投資，花很多金錢或時間從事

享樂的活動，例如跳舞，夜店，不當的性接觸等，睡眠過少仍精力充沛，甚至自認為不需睡眠，食慾可能增加或因活動量過大太忙而減少進食。

此病常在青少年開始發病，也有青壯年或中年以後才開始生病的，三分之二是鬱症開始，三分之一是躁症開始，大部分的躁症或鬱症經過治療後，症狀會康復，但大部分的躁鬱症會有復發的現象，規律就醫，減少復發，以增進病人的生活及工作功能及減少對病患及其家庭的負面影響。

5. 強迫症

此病的主要表現是無法控制的重覆想法或行為，最常見的是重覆怕髒的想法導致重覆洗手，洗澡和清潔的行為，以及重覆擔心安全及物品遺失的想法導致重覆檢查門窗，瓦斯，水龍頭等行為，也常因這類的強迫想法及行為導致焦慮及憂鬱的情緒及影響日常生活功能。

6. 恐慌症

這類疾病是以焦慮情緒為主，主要表現為突發性，無法預期陣發性的極度恐慌焦慮的情緒，坐立難安的行為，伴隨嚴重的身體症狀，例如胸悶、心悸、呼吸困難、頭暈、血壓升高、心跳加快等，病人常有快休克，快死掉或失去控制快瘋掉的感覺，這種恐慌發作持續約十分鐘到一小時，到內科檢查心臟，肺臟等身體器官，通常沒有什麼異常，病人在沒有恐慌發作時也會擔心恐慌的發作而導致不敢出門，影響日常生活的功能。

7. 器質性及物質引發的精神疾病

所謂器質性精神疾病就是身體的疾病造成的精神症狀表現，例如譫妄，甲狀腺功能過高引發之躁症，紅斑性狼瘡引發之精神病等，可以有上述各類精神疾病的表現。物質引發之精神疾病就是使用一些非法藥物，如安非他命，海洛因，K他命，搖頭丸，大麻，強力膠等，所

造成的精神疾病，其表現也可能有上述各類精神疾病的表現。若懷疑家人有使用這些非法物質，可以注意其交友狀況，以及是否可以找到針筒，吸食用具等，並注意其精神症狀的出現與這些非法藥物使用及停止的時間關係，以利就醫時幫助醫師的診斷。

8. 創傷後症候群

人若遭逢重大事故，例如大地震、空難、重大車禍、被強暴、長時間被家暴虐待等，常會有一段時間有急性壓力反應的症狀，包括失眠，噩夢，反覆回想事故情景，伴隨嚴重的身體不舒服，如心悸、胸悶、發抖，彷彿回到事故現場，焦慮，恍惚，憂鬱感，甚至出現死亡念頭，自殺意念及自殺行為，這些急性壓力反應通常經過家人親友的陪伴支持，事故本身傷害性的減少，會隨著時間經過而逐漸減緩。若這些症狀沒有隨著時間減緩，噩夢及重覆回想仍不斷，伴隨焦慮及嚴重的身體不舒服一直持

續，憂鬱情緒及罪惡感也沒有減少，甚至出現情緒麻木，對生活變得不在乎，憤世嫉俗，無法控制的暴怒等症狀，這樣的狀況稱為創傷後症候群。建議若發生重大事故後有上述症狀，就應及早就醫，這樣可以預防創傷後症候群的發生，使事故對精神心理的傷害降到最低，共同陪伴走向康復之路。

(三)各種精神疾病症狀的協助方法

若病人有妄想或幻覺症狀，應該採取中立的態度，不要跟他爭論或加以批評，也不要贊同病人幻覺妄想的内容，要接受病人可以有他自己的想法及感覺，但是可適當表示自己並沒有這種感覺、看法，最重要的是要關心病人受妄想幻覺影響時的情緒困擾及行為影響，並以現實生活層面受影響的程度勸導病人接受就醫。

若病人有暴力徵兆時，可試著傾聽，讓病人將心中的想法、不舒服說出，或者提供一個



發洩的方法，如：打枕頭、做其他體力的活動，如：打球、跳繩、跳舞等等，來避免暴力行為的發生。

若病人有所謂的「負性症狀」，應了解這也是思覺失調症的一種症狀，並非個性懶惰所造成，要多鼓勵病人，先從規律生活做起，找病人可以接受的活動加上一些獎勵，增加病人的活動力，若可以盡量鼓勵病人參與醫院或社區的復健活動。

有憂鬱症的病人建議的協助如下：

(1) 溝通方面：應以簡單的詞句、溫柔的語調與病人對話，了解病人目前的狀況並非故意，乃是處於生病狀態，此時傾聽與陪伴比提出生活上的建議還重要，諸如「想開一點就好了」「多出去走走就好了」之類的生活建議應避免講，因為病人會覺得沒有被了解尊重。

(2) 生理身體方面：病人缺乏食慾胃口差，所以注意病人進食情形是很重要的。在食物選

擇上宜採易咀嚼、易消化高熱量蛋白質的食品；採少量多餐及在旁陪伴協助進食的方式，不要因病人拒絕就馬上拿開，而要繼續溫柔的勸導，但也不要過度強迫。此外在病人同意之下幫助按摩身體四肢可使其放鬆及改善血液循環。

(3) 環境方面：應儘量減少嘈雜音以避免刺激，適時地鼓勵活動或和人接觸，但不宜過度勉強。

(4) 自殺問題：須預防病人因憂鬱而產生的自殺行為，避免讓病人單獨居處，多留意病人情緒及言行舉止，特別是自殺前兆：例如在病人行為突然改變時，如嚴重憂鬱者轉變成較開朗、活躍；或仇恨攻擊轉變成畏縮、拒食；或一直在交代物品財產的分配等。

若病人有躁症症狀，這時病人常有不合理的要求及不符合現實的計畫，若家人過度限制或態度嚴厲，常造成病人的激烈反抗，導致暴力行為的發生。因此，態度一定要溫柔和緩，

對於可行的要求可給予滿足；對不合理的要求，不需要立刻答覆以暫緩不可行的要求，可利用這類病人注意力不容易集中的症狀，設法轉移他去做其他活動，或用其他獎勵滿足其需求，若病人仍堅持這個不合理的要求，可跟他討論，設法轉換成不會造成太大傷害的要求，彼此妥協。假使病人激動得無法接受勸解及轉移，可以用肯定堅決但溫婉的態度告訴病人：「這是不可以的，因為我們關心你，擔心造成你的傷害。」其次要特別注意病人是否因為活動量過多，注意力分散，缺少耐心而疏忽本身的安全，因此佈置一個簡單的環境，減少危險物品，如剪刀、煙灰缸的擺設，預防出現危險攻擊的行為。照顧日常生活、維護安全、補充病人耗費的體力等更是不容忽視。

若是病人有強迫症狀，此時病人常會覺得自己很不正常，怕被別人知道，諱疾忌醫，首先要讓他了解這是一種大腦疾病，可以用藥物

或心理治療幫忙；若病人有重覆行為時，不要一開始就打斷他，在他從事一段時間的強迫行為後，再關心他是否感到困擾，可以給予什麼協助，再根據他可接受的幫助方式協助之，這類病人常會要求家人對他的強迫行為予以重覆保證，會一再重覆問同樣的問題，例如：手有沒有洗乾淨，同樣地，一開始還是要肯定的回答他，重覆幾次後，可以提醒他已經肯定的確認幾次了，他會這麼不放心是因為症狀的關係，要學習放心。

若是病人有恐慌發作時，還是要先在內科或神經科確認沒有其他明顯的身體器官異常，再轉診至精神科或身心科進行治療。若確定是恐慌症，在恐慌發作時，應陪伴在病人身邊，鼓勵其進行深呼吸放鬆，將注意力轉移開，並告知其心臟等器官檢查皆無異常，這是恐慌發作，沒有生命危險。

若您的親友遭逢重大事故，有急性壓力反

應的精神症狀時，首先要幫助他（她）脫離該重大事故的威脅，幫他（她）找到安全的環境，例如家暴受虐的親友，可鼓勵他（她）尋求社會資源及法律上的協助，脫離家暴被虐，找到安全的環境。此時最重要的幫助是傾聽陪伴，情緒支持，鼓勵其表達內在情緒，而非要求他要堅強，親友長期的溫柔耐心陪伴鼓勵，是這類患者康復的關鍵。

二、如何協助病人就醫

有些精神疾病會影響病人的認知功能，病人往往不知道自己需要就醫，或者病人與家屬相信民間信仰、超自然歸因，讓病人在順利接受醫療診斷與協助前，耗費一段時間、金錢，但仍無法改善病人或家屬的困擾。病人缺乏病識感不願意就醫，常是家人最困擾的問題。以下提供幾個方法以勸導病人就醫。



1. 動之以情

當病人不致於有自我傷害、傷害他人的前提下，儘量以商量、引導的方式協助就醫，親友不要用「你生病了、你是病人」的方式強迫病人接受自己生病的事實，而是站在病人立場試想，他現在的狀態，可能會讓他感到什麼地方最不舒服、最不愉快，可能已經很多天睡不好，或者一直定不下心有很多事急著要去做、腦中有很多想法停不下來，但又感到好累，透過傾聽他的不舒服，同理反應對方，我們一起去看看有沒有什麼改善睡眠的方式，讓病人可以靜下來的方式，或者透過病人哪裡身體的不舒服作為引線，引導病人可以順利出門、順利來到醫院門診。當生病的家人愈有抗拒的可能時，也最好有兩、三個親友協同一起來醫院，一、兩人隨側陪伴，另一人則幫忙掛號。

2. 說之以理

有些病人覺得就診精神科會被貼上標籤，

可以找一些資料告訴病人，精神現象起源自大腦的問題，就跟感冒、高血壓、心臟病一樣，也是身體器官的問題，透過醫療就會改善。可以盡量用身體器官的原因勸病人就醫，例如：自律神經失調，血清素分泌不夠等原因，可以減少病人對精神醫療的負面觀感。

3. 強制就醫

假使病人因為生病症狀導致有自我傷害或傷害他人行為，卻又無法透過上述尊重其意願引導到門診就醫，親友可以考慮急診住院的管道。如果親友無法自己帶病人到醫院，也可以尋求鄰里長、衛生所公共衛生護士的協助。若病人出現暴力行為，如果是受到疾病影響（如：有被害妄想或幻覺干擾），在此時不需要與病人辯論事情的真假，而是保持傾聽的態度先了解什麼在影響病人，保持不要激怒病人的態度，在減少任何人受傷的前提下，勸服或必要時可啟動強制就醫機制，強制有自傷傷人傾向的病

人接受住院緊急治療。

三、如何協助病人病情穩定

當病人開始接觸醫療時，協助其病情穩定是重要的。要注意病人是否規則就醫、藥物是否有依照醫囑服用、會不會因為什麼藥物副作用就自行停藥等。精神疾病通常透過藥物的協助可以大大改善症狀的影響，及早就醫能夠減緩病人受到症狀干擾的程度，也會大幅提昇藥物治療的效果。而慢性精神疾病就和糖尿病、高血壓一樣，常需要透過一定的藥量來幫助生病的親友穩定其精神狀況。

有時生病的人在初次感到自己罹患精神疾病，會很抗拒就醫，即便來到醫院可能看一、兩次就不願意來，認為沒有效果，或是對藥物副作用很擔心而抗拒繼續治療，但如果親友能在這樣的時候協助病人耐心和醫師溝通討論調



整，通常把副作用調整到較低的程度。在治療過程和醫師保持互信的關係，反應溝通是很重要的事情，當病人無法具體陳述困擾時，親友陪同診間可在醫師與病人會談後做補充，將事前觀察到的症狀表現、行為的特性扼要地陳述給醫師聽，更有助於醫師在診間對病人狀況的掌握。

藥物通常也會有副作用，很多病人可能在還沒有感受到藥物的幫助前，因為副作用的不適，就感到很害怕不願意繼續吃藥，或者是藥物服用一陣子自行減藥，卻反而帶來更多的不舒服。一般醫師也都會希望協助病人藥物單純化，視每個病人的症狀程度調整劑量，親友若能居中協助病人一起耐心等待藥物的效果，對於不適的反應與醫師反應，才能讓原本受精神疾病困擾的問題獲得改善。

◎ 案例：小珍的故事

小珍是 28 歲的女性，家中長女，有一個弟

弟，目前與父母親及奶奶一家五口同住。小珍在大四下學期剛開課時，不去學校上課，且在學校宿舍與室友相處會有一些特殊的行為，因此學校宿舍教官與老師聯絡台北的家長。當時父母親很憂心地帶小珍到門診就醫，但治療進展有限。父親與弟弟會認為小珍即將大四，課業繁重、且要準備專業執照考試的壓力，無法面對才不願意去上課，並責難小珍，且怪罪其母親太寵愛小珍，才使小珍抗壓性低。懷疑小珍的狀況真的需要吃藥嗎？因此服藥情形有一搭沒一搭的。

學校輔導老師則發現小珍，晚上不睡覺、焦躁不安，且一直跟室友表示隔壁間的人在唱歌、甚至會說一些難聽的髒話罵她，也覺得有人對她有敵意，但室友們都表示沒有小珍所說的情形。輔導老師擔心小珍可能是因為生病才有此感受與反應，並評估小珍這些現象可能需要就醫。

父母親起初難以接受，也懷疑小珍在學校宿舍被人欺負？但母親在老師的多次說明，並舉過去協助幾位同學就醫的例子後，帶小珍就醫，就診後醫師建議小珍需要服藥治療。母親顯得惶恐不安，一方面心疼小珍、一方面又憂慮不知如何跟家人交代。

父親認為小珍做事不專心，回家後都在睡覺，認為小珍可能在外生活交到壞朋友，生活習慣變差，對小珍很不諒解，奶奶則擔心小珍眼神渙散，被不好的東西附身，一直要求其父母要帶小珍去廟宇收驚，求神拜佛只希望小珍能回到以前乖巧聽話、努力用功。母親則很是擔心小珍是否在學校與同學相處受了什麼委屈。

某天小珍在廁所內哭叫，直到父母跟奶奶回到家中，耗了多個小時，母親因為擔心小珍這幾天都沒有睡好，且不太願意吃家裡的東西，情急之下撥了電話請求救護車協助，將小珍緊急送醫，急診精神科醫師評估後，因小珍受到

症狀干擾會有自殺的念頭，經與家屬與小珍說明，小珍同意住院治療。

小珍的母親就在這樣的機會下跟醫院的社工接觸，社工嘗試瞭解家人對於小珍現況的看法，知道母親的憂慮與擔心，邀請父親也一起前來讓醫師有機會跟家人說明病人的病情和狀況，協助家人了解小珍真的是生病了，而非因為逃避壓力、沒有挫折忍受力才如此。家人才漸漸了解，原來小珍這段時間的行為表現是生病的現象。

◎ **小提醒**：很多病人與家屬常在接受正規治療前，因不了解精神疾病，往往延誤就醫，或單一用生活情境壓力、心理因素解讀病人的異常行為，徒增家屬和病人間的誤解。當見到家人有異於往常的行為表現時，及早尋求醫療人員的專業判斷，可以適時對症下藥，減少走冤枉路！！

四、如何協助病人生活安排及社區適應

病人在藥物治療症狀穩定時，整體生活安排是值得注意的事情。病人及家屬可運用家中資源（例如親友自營的工作機會、擔任志工），或既有的社會福利及精神醫療復健資源，幫助病人依據自身能力狀態，有適得其所的安排，以下列舉幾項不同的資訊。

（一）日間復健病房

是由醫療人員提供結構性活動安排，帶動病人生活作息的規律、保持一定程度的人際互動機會、維持自我清潔照顧能力的訓練、人際應對的技巧、藥物規則服用訓練、自行搭乘交通工具能力等，讓因為生病後能力受到影響的病人，可以循序漸進地融入一般生活。



(二)社區復健中心／工作坊

針對疾病穩定性高，較不需要密集醫療介入，能夠自行規則門診、服藥的病人，這樣的單位都設置在醫院外的社區裡。更重視職能復健評估、工作訓練，及比較長時間的工作模擬，讓病人可以更加瞭解自己體耐力狀態，及工作上可能需要的學習或調適。

上述日間病房、社區復健中心的資源均可參見全國心理衛生與精神醫療服務資源手冊（本文最後附有網路連結資訊），內有各縣市的訊息，並註明各家醫院附有的治療型態可供民衆參考。

(三)庇護性及支持性就業服務

有的病人病情穩定，但進入一般性職場工作，可能因為壓力因應、人際敏感、工作情境友善不足的限制等，工作不久病情會惡化或復

發。親友如果能夠協助病人適時接受自己的狀況，選擇比較合宜於自己的工作情境，較能提高病人工作的穩定性。目前某些縣市政府勞工局有提供有就業意願與能力的身心障礙者就業輔導的管道，提供包括庇護性就業、支持性就業的服務。

(四)身心障礙者資源中心

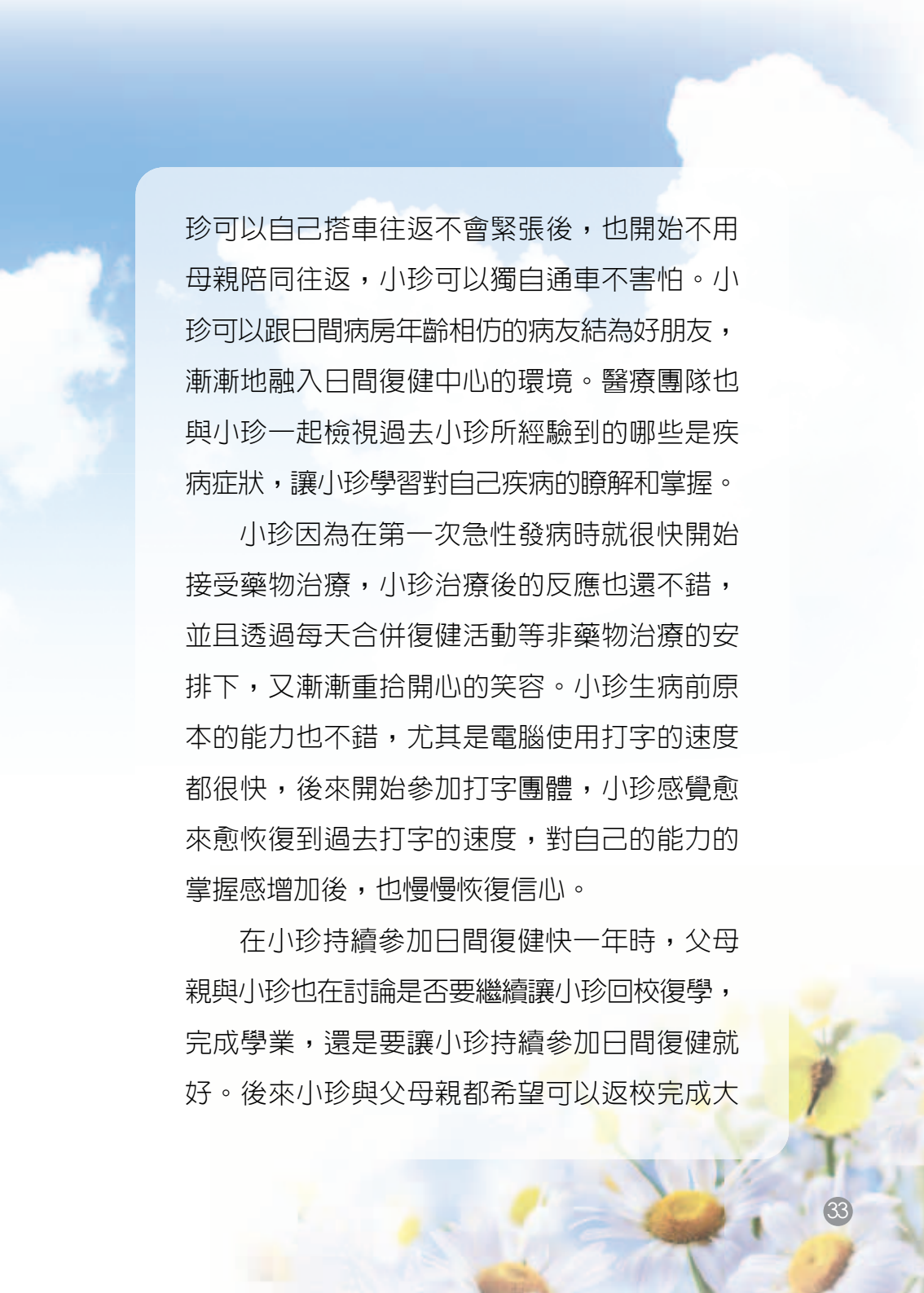
有的縣市設置身障者（家庭）資源中心，提供身心障礙者於社區內獨立生活所需之協助與支援，提升生活自理自我照顧能力，減緩身心障礙者身體功能退化及家庭照顧負擔並提升家庭照顧能力，促進身心障礙者的社區參與及社區融合。

有的中心也提供多樣性的教育/家屬照顧支持課程，讓區域內具備身心障礙資格的病人及家屬可以就近在居住所在地內活動學習。

◎ 案例：小珍的故事

小珍在急性症狀控制後，較少受到幻聽妄想的影響，但負性症狀仍然存在，且會對人群感到害怕。醫療團隊在小珍急性病房出院前，建議小珍與家人可以讓其參加醫院日間病房的復健活動。小珍雖然覺得做這些事情時比較可以幫助自己轉移注意力，但也多少覺得自己動作變慢，不如以前的反應很挫折。小珍受到過去幻聽干擾的經驗，也很害怕自己去到人多的地方。醫療團隊建議剛開始由家人帶病人固定交通往返，一方面確保小珍外出的安全性，在家人陪伴提供的安全感下順利來到日間病房復健，另一方面也避免小珍受負性症狀影響退縮在家，透過每天固定參與活動，保有規律的生活作息，並且透過人際互動、活動參與保持病人的生活樂趣與功能。

小珍就在媽媽每天接送陪伴，參與復健兩個多月時，母親嘗試走在小珍身後數次，看小



珍可以自己搭車往返不會緊張後，也開始不用母親陪同往返，小珍可以獨自通車不害怕。小珍可以跟日間病房年齡相仿的病友結為好朋友，漸漸地融入日間復健中心的環境。醫療團隊也與小珍一起檢視過去小珍所經驗到的哪些是疾病症狀，讓小珍學習對自己疾病的瞭解和掌握。

小珍因為在第一次急性發病時就很快開始接受藥物治療，小珍治療後的反應也還不錯，並且透過每天合併復健活動等非藥物治療的安排下，又漸漸重拾開心的笑容。小珍生病前原本的能力也不錯，尤其是電腦使用打字的速度都很快，後來開始參加打字團體，小珍感覺愈來愈恢復到過去打字的速度，對自己的能力的掌握感增加後，也慢慢恢復信心。

在小珍持續參加日間復健快一年時，父母親與小珍也在討論是否要繼續讓小珍回校復學，完成學業，還是要讓小珍持續參加日間復健就好。後來小珍與父母親都希望可以返校完成大

學學歷，只是小珍學校在南部，勢必要在外地住宿，家人也對這部分比較掛心。小珍努力嘗試融入學校環境，但重新返回校園時的焦慮不安感變多，有時候也會忘記吃藥，敏感學校師長同學態度的狀況增加，尤其在意別人的眼神，小珍向父母親坦承自己對於獨自與外人居住的害怕，父母親因此特意決定一人跟著搬到南部處所半年的時間，希望陪伴小珍渡過這半年的學校生活，並且更要在小珍面對環境適應階段，提醒穩定服藥的重要性。學校輔導老師也持續關懷小珍的返校適應狀況，定期與小珍會談，小珍也已經能夠拿連續處方簽每三個月才需要回診一次。

◎ **小提醒**：每個病人復健生活安排的方向也許不一樣，但小珍的故事告訴我們，唯有循序漸進依著病人的步調，運用合適的資源，陪伴病人一起克服可能的困難，從一起做、漸漸讓病人嘗試獨自面對的過程，讓病人感到對自

己生活的掌握與信心，減少疾病對生活的影響是值得期待的！！

五、家屬及病人自我的調適

病人生病後，有時承擔社會對精神疾病的污名或眼光，家人陪伴在側也一起面對實屬不易。但病人與家屬本身如何看待疾病對自己、家人、家庭的影響也很值得關心。他人的態度有時不見得我們都能夠影響，但自己要用什麼態度來面對疾病帶給生活的衝擊，則是我們比較可以去探索、了解、進而掌握的。

病人因為生病難免會有比較需要倚賴家人幫忙的階段，但隨著病情的穩定，生活自理能力的提升，依賴他人的部分也可以逐漸減少。近年來，針對精神疾病的復原更提倡病人能夠覺察自己、肯定自己的優勢，為自己的生活負起責任，從最基本的病人保持疾病症狀穩定、

如何規律作息開始。也提醒病人與家屬，隨著病況的穩定，回到每天生活習慣、生活態度的部分，要怎麼建立讓自己滿意、喜歡，有意義的日子，是病人可以學習著力的地方。家人也要適時地放手，讓病人有更多學習獨立的可能性，也許在病人學習獨立、家人學習放下的過程中都會有一段逐步調整的路要走，但長久下來，隨著照顧者年老，病人年紀增長時，病人要獨立生活面對未來才會有較好的基礎。

疾病對個人、家庭的影響是不可小覷的，慢性疾病本身不能被逆轉，但面對疾病的態度則可以調整。病人家屬要調整自己，要根據病人不同狀況、不同階段有適當合理的期待。每個病人因著疾病影響、治療後反應程度的差異，也會影響其生活功能發揮的程度。每個人都是獨特的，需要依著病人的個別狀況、不同階段調整每個階段的生活目標，有些病人因疾病帶來的負性症狀、功能退化，讓其規則作息可能



都不容易，這時如果勉強病人去找全職工作，實在是太困難，病人與家屬都會很挫折。

有的病人在受到疾病影響下，也許睡眠狀況不好、缺乏動力，以及不佳的生活習慣都會使得日夜作息顛倒，嚴重者影響三餐、自我清潔等基本能力，長期下來也會衍生其他的生理疾病。因此，病人及家屬都需要把目標放小一點，設想一個人要能夠有規律的作息，的確也是需要花點心力在生活習慣的調整。因此每當有人在說想要去工作，我們都需要自問是病人自己想要去工作，還是身邊的人期待病人能夠去？病人自己的工作動機如何？體耐力怎麼樣？生理時鐘狀態、心理準備度，以及自行交通的能力如何？這些條件中那些是病人想過、也已經準備好的？那些是病人還沒有想過？如果要去做可以執行嗎？如何執行？透過整體的考慮，規劃現階段可以從什麼地方做起。

另一方面，有些病人隨著治療穩定，有良好

的自我照顧，生活安排也有一定的豐富度，卻受到發病前的情境因素影響，讓病人或家屬即使有工作復健的盼望，都不敢再嘗試，深怕再次經驗急性發病的狀態，對病人與家屬而言代價實在太大。有些生病較久的病人，整體病況沒有明顯改變，但面對生活有重大改變、壓力增加的時候，容易以症狀表現其因應調適的困難。在這樣的狀態下，透過家人或專業人員一起協助釐清，並與病人一起討論當初發病有哪些前兆？什麼樣的狀況下病人容易感到有壓力，而有壓力的時候可以怎麼反應？如何調整？學習怎麼預防復發，關照自己的面對壓力生活變動時的內在感受。選擇改變（例如：開始工作）可以帶給病人什麼，何以讓他想要嘗試？家人的擔心又是什麼？所擔心的事情一定會再發生嗎？透過這些比較細緻的討論，病人及家屬才能夠依著每個人的狀況，面對現狀有所意識、有所選擇。

病人與家屬充分了解生活現況，對病人獨立生活、功能發揮有合理的期待下，才能循序漸進，每一步康復的步伐都更加穩固、或接納自己的狀態。而且期待與目標是一個可以有變動、彈性的，如此才能因人而異、因狀態而不同，依照每個人的步調實踐自己想要的生活，降低病人被疾病限制的可能性。

除了病人的康復要有方法外，家屬也很需要有適時的協助，有的家屬會在病人生病復健的過程中，疑惑自己是否要辭掉工作全心全意陪伴病人？其實病人生活若有安排，且自我照顧能力尚可，則不盡然需要家屬 24 小時陪同在側，且家屬若能有自己的生活重心，對於長期照顧病人也是好事，減少心思全被照顧病人事務所佔據。

每個人要能夠引導、陪伴協助他人的前提，也要能夠將自己照顧好，畢竟照顧任何慢性疾病的家屬，需要走過漫漫長路，尋求其他

家屬或外界資源的協助是很重要的，如適時地找其他家人輪替照顧，給予自己休息、補充能量的機會，才是長久支持病人的不二法門。當家屬照顧病友感到情緒低落、憂鬱的時候，也一定要就醫請專業人員協助評估自己的狀態，更是刻不容緩的。

六、人際關係的維持

病人生病後可能受功能的影響、自信心的降低而變得人際退縮，不若生病前可以維持原本的人際關係，長久下來可能會與社會脫節或更加對自己沒有信心。如果能夠運用家內既有的人際網絡或過去的人際關係，讓病人自然地跟親友聊天、一起做活動，保持跟人互動連結的機會，從人際互動中獲得對自己生活的意義與正向肯定，那麼都會對病人復元，維持生活有加分效果。



有的家庭對於病人的支持本來就不錯，不論對病人或是家人的長期相處都是很好的基礎。然而，有的病人因為各種狀況造成家裡衝突不斷，讓家人十分苦惱。首先，需要了解家庭內衝突的主因為何，如果是症狀的原因（例如將家人納為症狀內容的一部分）可能仍然需要就醫治療。如果經過治療後仍然無法完全消除症狀，以致干擾與家人的互動，到已不是家庭成員所能承受的程度時，適時地分開減少互動衝突，有時對病人與家人雙方反而較好。

有的家屬會擔心病人是否可以結交朋友？男女朋友？結婚生子？不乏家屬會很擔心自己病人的交友狀況。病人也是人，會有自己的人際情感需求，可以不用馬上去問是不是應該要結婚，而要先考慮病人病情穩定嗎？進而了解兩個人的相處狀況怎麼樣，即便是一般的朋友相處都會有彼此相契合程度的差異，要能夠成為朋友本就需要緣分，要能夠成為男女朋友，

相處一段時間更有很多要調和的地方，兩個人要能夠結婚成家也得要有具備足夠的獨立能力，因此很難回答一個既定的答案，而要看病人個別的病情穩定度、個人意願、自我準備度，跟他人協調合作的可能性，家人一方面可以是關懷病人人際交往需求的同理者，另一方面也能陪伴病人討論結婚成家可能承擔的角色責任。當病人有想要懷孕生子時，家屬也可以陪同病人與門診醫師討論目前藥物使用狀況，了解藥物可能對胎兒的影響和疾病遺傳的可能性。不論如何，病人生病後維持正常的人際互動的關係，對其生活的維持通常都是具有正向幫助的。

七、協助連結相關資源

(一)精神醫療相關資源

病人生病最主要的資源就是醫療服務，各

縣市均有精神醫療單位，但各家醫院的設置不同，最完整的是有門診、急性病房、日間病房、慢性病房、藥酒癮戒治服務。有的病人因為生病症狀的影響，就是容易針對家人，即便透過藥物治療下仍然會有殘餘症狀的影響，使得病人與家人共同生活實在很困難，如果是具有病識感，能夠規則就醫、遵醫囑服藥的病人，在家內經濟資源允許的前提下，分開居住減少互動的磨擦。康復之家也是讓病人學習獨立生活的照顧機構，在有精神科專業人員協助下協助精神病人參與復健、學習自我照顧，也減少病人與家屬同處一室的困難。

民衆可以參考衛生福利部心理及口腔健康司網站的「全國心理衛生與精神醫療服務資源手冊」，內有詳細的介紹，讓參閱者可以清楚知悉全國各縣市精神醫療機構的設置狀況（包括社區復健中心、康復之家的資訊）。

(二) 社會福利／身心障礙手冊

病人如果因為長期生病導致功能的影響，經醫療與社政單位的評估，可以取得身心障礙手冊的病人，也能夠獲得健保、勞保等方面的減免補助，家庭經濟狀況欠佳的病人也可能可以獲得生活補助津貼。因著身心障礙手冊申請的通過，病人可以取得專門提供給精神科身心障礙者相關的服務措施（如：前述身心障礙就業輔導服務）。

若病人的病情經醫師初步評估病情符合可以申請身心障礙手冊，家屬可以準備相關文件，包括 1. 戶口名簿或身分證。2. 一寸半身照片 3 張。3. 印章。4. 身心障礙手冊或身心障礙證明（初次鑑定者免持）。5. 受委託之法定代理人或他人須檢附個人身分證明文件，受委託之他人另應檢附委託授權書。到戶籍所在地直轄市區公所或鄉（鎮、市、區）公所申請。

(三)長期照顧資源

除了前述談到病人生活安排方面涉及到的相關復健、學習、就業資源外，有的病人隨著年老、其他生理疾病導致的失能，可能也會需要更多支持與照顧協助，尤其平時家內缺乏可照顧者（如病人獨居、家人平時均就學、就業等）。如果因為生病或年老導致的失能，在三餐準備、自我清潔衛生、家事打理、回診就醫需要協助，可以聯絡各縣市長期照顧管理中心，透過到府評估了解需要，經過審查通過後，便會有專門的居家服務員到家中協助生活照顧事宜，或者協助病人與家屬運用居住所在地的照顧資源，如政府立案通過的安養護、護理之家、日托中心等長期照顧機構，協助病人的照料。

(四)康復之友團體

全台灣各縣市也有成立康復之友協會，是

透過精神科病人、家屬及專業人員所組成的團體，主要在協助生病的病人家屬（尤其著重思覺障礙、躁鬱症、憂鬱症類），透過各種服務的提供，增進病人在社區生活的勝任度，也協助長期照顧負荷家屬的支持。其中「家連家」家屬衛教課程已經在台灣各縣市相關家屬組織中推廣多年，透過家屬擔任講師分享疾病藥物的認識、照顧技巧、緊急狀況處理等課程的結構安排，協助病人家屬在面對疾病時多一分了解、少一點辛苦，也透過家屬團體的形成，分享家屬照顧經驗、情緒支持、拓展家屬自己的人際資源，凝聚作為病人家屬的力量，更有甚者，在病人家屬基本權益的爭取、福利服務措施的反應，為廣大的精神病人家屬爭取利益，都是十分重要的唷！！

筆者衷心希望任何一位照顧病人的家屬，在有效行動陪伴病人復原的路上，能夠適時的關心自己，並充分運用現有的社會資源，有力

量的前行。

(五)相關資源網站

下述為精神疾病病人及家屬，可以運用的相關資源網站，內含眾多值得參考使用的資訊：

1. 全國心理衛生與精神醫療服務資源手冊 http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%e6%9c%8d%e5%8b%99%e8%b3%87%e6%ba%90%e6%89%8b%e5%86%8a102.pdf
2. 中華民國康復之友聯盟 <http://www.tamiroc.org.tw/>
3. 精神健康基金會 <http://www.brainlohas.org/>
4. 台灣憂鬱症防治協會 <http://www.depression.org.tw/>
5. 財團法人天主教失智老人社會福利基金會 <http://www.cfad.org.tw/>
6. 社團法人中華民國失智者照顧協會 <http://www.cdca.org.tw/>
7. 中華民國家庭照顧者關懷總會 <http://www.familycare.org.tw>

如何有效的幫助精神病人—現代行動篇

著者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主筆：田禮瑋、劉智民

校訂：田禮瑋、劉智民

出版者：衛生福利部

地址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電話：(02)8590-6666

網址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：中華民國 103 年 12 月

版次：第一版第一刷

I S B N : 978-986-04-3955-7

G P N : 1010303246