

精神病人復健之路 ——溫馨陪伴篇

衛生福利部心理衛生專輯(23)



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

致謝.....	1
復健緣起.....	1
精神復健緣起.....	3
去機構化的影響.....	7
精神復健的範疇.....	8
精神復健的原則.....	8
精神復健的目標.....	10
精神疾患個案的復健需求.....	12
慢性精神病個案常見的功能缺失.....	18
結合臨床治療與復健.....	19
精神復健治療的內容.....	19
精神復健的叮嚀.....	22
精神復健的計畫及執行模式.....	22
惠唯德旅店計畫.....	26
社交技巧訓練.....	27
職業復健.....	27

職前訓練.....	29
庇護性就業.....	31
庇護性就業的特質.....	33
支持性就業.....	34
競爭性就業.....	36
其他.....	37
計劃成效評估.....	37
如何協助個案生活安排及社區適應.....	38
精神復健的實例分享.....	44
精神復健的未來展望.....	47
參考文獻.....	49

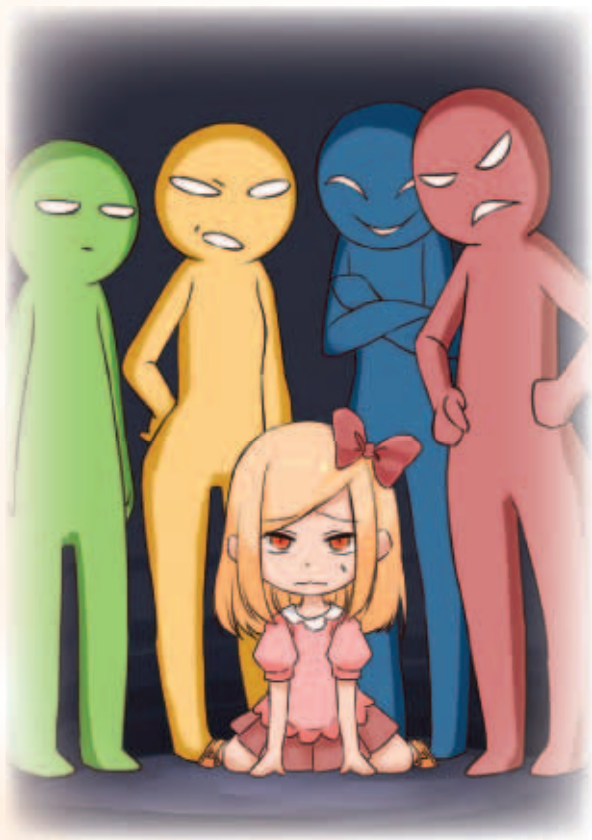
* 致謝

感謝衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部桃園療養院職能治療科唐士芬主任、社會工作科顏鳳茹主任、廖書儀職能治療師、台大醫院謝明憲醫師和陳宜明醫師等人提供本章節的相關資料，謝謝。

* 復健緣起

俗話「傷筋挫骨一百天」，指的是如果筋骨受到損傷，需要休養很長一段時間。在過去還沒有完整的復健概念的時代，人們就發現有些創傷病痛除了急性病症之外，尚須要長期療養，否則可能會有許多後遺症。直到了世界大戰後，由於殘酷的戰爭造成許多士兵身心受創傷殘，大家發現這些受傷的士兵後來儘管急性傷痛改善，卻有許多身心上的「失能」，嚴重影響到他們的生活和職業功能。當時美國醫師魯斯克（Howard A. Rusk）便開始想辦法改善這狀況，他發現復健不僅能夠改善個案身心狀況，也能促進生活品質，進而發展推廣，逐漸成為一門醫學專科。

「復健 (Rehabilitation)」一字源自拉丁文「habilitas」，意思是讓某個人有能力 (To make able)。之後引伸為如果一個人本來能力因某種原因喪失，使其再恢復之意，隨著醫學進展，復健涵蓋的範圍越來越廣，包括讓



個案將殘餘功能充分運用、使其潛能恢復至最大限度、讓其過比較有尊嚴的生活，達到「殘而不廢」的效果等。結合復健概念的醫療不再只侷限於救命扶傷，而是尋求更好、更有尊嚴的生活，也讓人類對於身心健康的定義及照護，邁入了新的領域。

*精神復健緣起

在早期，精神疾患個案常被視為中邪、邪靈附體或「卡到陰」，他們在世界各個角落都受到歧視與可怕的對待，嚴重者甚至如同中古世紀「焚燒女巫」活動般遭受虐待酷刑。到了後來發現部分個案其實是罹患了精神疾患，於是將這些個案集中在醫院或是機構統一管理、與世隔絕，著名電影《飛躍杜鵑窩（One Flew Over the Cuckoo's Nest）》、《隔離島（Shutter Island）》或《雨人（Rain Man）》等劇中都有相關場景，那時候關於精神復健的概念尚未完全建立。

精神復健運動約莫始於 20 世紀後半，1960 年代抗精神病藥物研發問世後，能有效改善個案的精神病症狀，為精神疾患個案帶來人生曙光。也因藥物的進步讓許多精神疾患個案在病況穩定狀況下，可以離開醫院和養護機構，

重新回歸社區、回到溫暖的家中，因此在西元 1970 年代，精神疾患個案的人權再度受到大家關注與檢視，因此有了精神醫學史上著名的「去機構化（deinstitutionalization）」活動。去機構化活動是希望能減少醫院或安置機構如牢籠般關住精神疾患個案，讓個案回歸社區、回歸家中。當初目標是希望尊重個案人權，讓個案回歸社區行使相關社會職業功能，也減少機構的收容負擔。當時開始為慢性精神疾患個案提供出院準備服務計劃，這些計劃目的是讓個案減少長期機構和反覆住院的問題，也因為 1970 年代的去機構化運動後，讓精神復健受到社會更多的重視。

而為了符合這些需求，當時美國國家精神衛生研究院（NIMH）及其他團體陸續提出許多「社區支持系統」的觀念與方案。如著名的學者 Stroul 在 1989 年指出良好的社區復健系統必須以個案為中心，需要具備精神醫療單位、危機處理服務、衛生與牙齒照顧、住宅服務、收入維持與其他救助、同儕支持方案、家庭與社區支持方案、復健服務、保護與倡導服務及個案外展服務等。另外精神復健先驅學者陸特曼（Irving Rutman）曾在 1989 年提出對於精神復健計劃的定義：

精神復健是指為一位長期精神疾患個案提供一系列的計畫，而這些計畫設計的目的是要強化個人能力及技巧，以符合居住、就業、社會化以及個人成長所需。精神復健的目標是要改善精神疾患個案的生活品質，協助他們儘可能在社會當中擔負起主動以及獨立的生活能力及責任。精神復健所提供主要的心理社會復健服務是連續性的，包括了社會化、娛樂治療、個人及家庭支持、教育計畫、居住服務、職能訓練以及日常生活技巧訓練。

個案可能短期或長期使用這些計畫，而這些計畫也都在社區、不受歧視下的環境下進行，精神復健強調個案的「正常人」角色，而非其「個案」角色。精神復健強調個人的責任感和自尊，鼓勵復健的主動性。而這些復健治療服務通常會與精神醫療機構與社會服務機構緊密合作。

學者Barton則在1999年的研究中指出，良好的精神復健須包含三大概念：

- 「賦權」 (Empowerment)
- 「能力」 (Competency)
- 「復元」 (Recovery)

之後由此三大概念衍伸，社區精神復健內容需有下列四大主軸：

- 1. 技巧訓練：**從基本的認知技巧開始到社會化所需之相關技巧，在訓練的過程中促進個案學習與自我效能。許多研究顯示，此類治療可明顯降低精神疾患個案之正、負性症狀，並縮短復原時間。
- 2. 同儕支持：**包括個案的社交俱樂部、自助網絡、自助團體等。此過程可幫助個案發展正向之自我概念，並共同分享社區參與經驗。
- 3. 就業服務：**包括職前技巧訓練、工作現場訓練、支持性就業服務等。許多研究亦證實其對精神疾患有長期維持效益。
- 4. 社區資源開發：**在復健的過程中，協助個案開發社區資源是使其可長期適應社區之重要因素。其中最重要的是家屬教育。研究顯示，經由家屬教育與社區資源開發，可減少個案精神症狀、提升自我效能、降低再復發率。

而近年來，許多民衆因為心智疾患所苦，舉凡思覺失調症、憂鬱症、躁鬱症、焦慮症、酒精依賴、或毒品造成的精神病等，都造成個案、家庭乃至於整個社會體系承受重大壓力與損失。世界衛生組織（WHO）也認定憂鬱症

與愛滋病、癌症共列 21 世紀三大疾患，突顯心智疾患為現代社會帶來的嚴重問題，許多罹患心智疾患的個案儘管急性期的症狀改善，但是之後的生活卻沒辦法回到發病前的樣子，容易慢性化，導致工作或是家庭失能。因此心智疾患個案的精神復健，便成為當今世界的一個重要的共同課題。

* 去機構化的影響

1970 年代美國進行的大規模去機構化運動，由於當時精神復健以及社區治療的制度尚未完整，最後結果雖不盡如意，許多個案離開醫院及安置機構回到社區後，讓許多社區民衆和醫療衛生人員措手不及，無法負荷及妥善照顧這群個案，反而產生破壞社區安寧、個案症狀惡化以及家庭成員痛苦的相關問題。另外，由於對於精神疾患的不了解，許多個案仍飽受污名化與歧視，常被社會「貼標籤」。當這些個案因生病而住院時，被視為「病人」，但當他們病情穩定改善出院回到社區後，很多並未被視為社區的「居民」，這些個案的心理往往背負著沉重的壓力以及飽受他人的指指點點。由於林林總總因素，導致許多個案去機構化後，短時間內又回到醫院或機構治療或安置。

儘管去機構化運動的結果不盡理想，但讓全世界重視到「精神復健」的重要性，以及讓社會思考如何讓精神疾患個案能夠有尊嚴、有品質的回歸社區、發揮個人價值以及實踐人本等重要議題。也是精神復健史上一個重要的里程碑。

✿✿✿*精神復健的範疇

精神復健主要可以包括三大領域，包括了醫療復健、社區復健以及職業復健，主要目的是減少疾患造成個案的失能或痛苦，盡量讓個案發揮功能，讓個案對於疾患更能適應與調適。

✿✿✿*精神復健的原則

精神復健的治療核心，目標在加強個人功能，藉由教導個案因應技巧，以及提供支持性環境來強化個案的能力，另外也讓個案順利調適生活以及改善因疾患造成的功能缺損。精神復健的一個重要核心概念是「賦權」。精神疾患個案過去常飽受被社會汙名化的痛苦，不管是生活或是就業，他們常被視為無決策或行為能力，讓他們通常感

到無助以及無望。在精神復健的過程裡，個案會被賦權，開始重新學習如何自己做決定，並接受相關行為的責任與後果。而在學習及適應的過程中，他們會冒險和犯錯，進而逐漸回到正常的社區生活。精神復健通常還有幾項原則如下：

1. 相信大多數的精神疾患個案都有成長與改變的潛力，「希望」是精神復健的重要基本元素。
2. 精神復健的焦點是整個人而非疾患或症狀，重點是強化個案的「正常人角色」，而非「個案角色」。
3. 治療的核心是行為和功能，而非症狀。重點是「健康導引」而非是「症狀減輕」。
4. 減少治療者以及個案之間的距離，強化彼此的工作夥伴關係。
5. 精神復健主要是針對每位個案日常生活的實際需要。
6. 所有的精神復健治療都是基於個案的自我決定，所以各種的活動或治療都希望個案能夠主動參與。
7. 精神復健服務盡可能提供機會，讓個案能夠在社區過正常人的生活。
8. 避免不必要的住院治療。
9. 精神復健計畫會盡可能去符合每位個案的需求，量

身訂做。

10. 精神復健會努力去發展個案的支持性社區環境和人際網路。
11. 發展因應技巧是一個主要的目標之一。

✿✿✿*精神復健的目標

目前的精神復健目標，取代過去傳統對於嚴重的精神疾患無望且消極的做法，可以有幾項目標，包括了減少負面功能，降低人際交往障礙和環境障礙，並恢復獨立生活能力，提升社會化程度和有效生命管理，以及協助個案實現更大的獨立性和更好的生活水平。

現代的精神復健計劃，可以包含以下六大層面：

- 藥物管理
- 自主性社區治療
- 支持就業
- 疾患管理和復原教育
- 家屬教育
- 雙重障礙者的整合治療



✿✿✿ 精神疾患個案的復健需求

精神疾患個案往往需要長時間的復健；使其發揮其最大的潛能，並將環境不利的因素減至最低，以減少精神病導致的腦功能及社會功能障礙。故復健治療是慢性精神疾患個案不可或缺的治療。我們由不同的面相提供協助，如以下所列：

● 自我照護及人際關係需求

個案必須持續於精神醫療院所定期追蹤狀況，並學習如何能夠將自我照顧照顧好，避免症狀惡化，以及學習在社區及家庭中學會人際關係的應對進退，其中包括了如果自己有任何症狀時應該要如何處理和求助？而當自己有任何症狀起伏時該如何跟醫療人員反應。另外個案盡量參與社區或醫療院所舉辦的課程和活動，藉由團體的關係、師長的教導與同儕的學習效應，促進個案的生活能力以及學會如何人際互動。我們可以透過行為治療的原則，訓練其自我照顧的能力，並利用社交技巧及自我肯定訓練，來訓練其人際互動的能力。

● 壓力管理需求

人在遭到極大的刺激或挫折時，可能會發生暫時性的

情緒或精神反應，其中較嚴重的就是俗稱的「反應性精神病」，如果個案學會深呼吸、肌肉放鬆法、轉移注意力法等方式，都能改善應付壓力的方法。此外還可以利用支持性心理治療及壓力因應策略等技巧，增進個案處理壓力挫折的能力，並提高其自信心。

●居家及鄰里需求

個案是無法脫離家庭與社區而生活的，所以需要靠社會大眾與家人的支持，接納與認同。而家人及社區鄰里如果了解精神衛生的相關知識與議題，包括學會如何初步協助個案處理情緒及症狀，會有很大的幫忙，以下說明如下：

●各種精神疾患症狀的相關協助方式

當精神疾患個案的症狀急性發作時，最好的方式應即刻與精神科醫院聯繫，如果個案本人感覺到自己的精神狀態開始發生變化，趕快請求您的親友或醫療院所求治，如果生病的是您的親人或朋友，應盡量去了解他所擔心害怕的事，嘗試去了解他及陪伴他，經過這些努力後大部分個案都可以合作就醫，接受醫療專業人員的協助，以防止症狀的持續惡化。

一、有幻覺妄想症狀及怪誕行為的個案該怎樣幫助？

- 對個案的幻覺妄想或怪誕行為不必跟他爭論或批評，應該採中立的態度，接受個案有他的想法的事實，但不要對個案對於幻覺妄想的解釋起共鳴，然而可以適當表示自己並沒有這種感覺，且要關心個案有這種幻覺時的感受。
- 儘量轉移個案的注意力於活動上。
- 如個案深受幻覺妄想影響，而有怪誕或自傷傷人行為時，應立刻送醫診治。

二、有攻擊或暴力行為的個案該怎樣幫助？

有些個案在情緒無法控制或有不尋常想法時，可能會出現攻擊或暴力行為，盡量保護好人身安全，並試著傾聽，讓個案將心中的想法、不舒服說出，或者提供一個發洩的方法，另外可以做某些活動，如：打球、跳繩、跳舞等，來達到宣洩情緒的效果。我們也可以教導個案，讓他了解自己在什麼情境之下情緒較易激動或不安，而利用前述方法給予幫忙。但若是個案已經出現了嚴重的攻擊或暴力行為，應儘快將個案帶到醫院就醫。

三、有情緒過度高昂的個案該怎樣幫助？

當你覺察個案突然顯得過度樂觀、自誇、聯想力豐富、說話快的像連珠砲、慷慨、愛打扮、對不相關的事物

過份熱心。有時候個案也會變得敏感、易受環境影響、斤斤計較、愛批評、易怒且固執，甚至出現不合理的要求及行為。如果我們了解這是症狀，用接受的態度來傾聽個案的話，但不需要立刻答覆其的不合理要求，假使個案無法接受勸解及轉移注意力，可以用肯定堅決但不責備的態度告訴個案：「這是不可以的，因為我們關心你。」另外特別注意個案是否因為活動量多，注意力分散，缺少耐心而疏忽本身的安全。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發洩行為。照顧日常生活、維護安全、補充個案耗費的體力等更是不容忽視。

四、有拒絕態度的個案該怎樣幫助？

拒絕態度可以出現在許多方面，如飲食、治療與外界溝通等，當發覺個案呈現這些情況時，首先要了解是否這是受到疾患症狀的影響（如妄想、幻覺），而在個案週遭的我們很重要的一點是「觀察」，以進一步了解這種拒絕態度在何種狀況下最為明顯、持續期間的久暫、個案的反應等等。當個案的拒絕對生理功能有不良影響時，我們照顧個案的目標則放在滿足個案的基本需要上，如讓個案吃夠足量的飲食以減少體能的耗損、定時提醒個案上廁所、按時給個案服藥以避免症狀惡化；當個案拒絕服藥時，如

果婉言相勸仍然無法改善個案拒絕的現象，此時可以考慮尋求醫療照顧。

五、有嚴重憂鬱的個案該怎樣幫助？

我們常會有心情不好的經驗，大多時候我們可以自己找到使心情恢復平衡的方法。但在嚴重憂鬱症個案卻會呈現長期沈溺於無助、絕望的感覺及思想中，覺得自己是無用的、被遺棄的，甚且不說一句話或做任何事，活動減少而緩慢。此外還會伴隨著睡眠差、食慾不振、胃口差等狀況；這些表現都會讓人們產生莫大的困惑，家屬們更不知何去何從。面對這樣的個案我們該如何協助呢？可從幾方面來著手：

- 溝通方面：應以簡單、直接、重復的詞句、溫柔的語調來接近個案，而且必需以溫暖的了解及尊重對方的態度來鼓勵個案，在嚴重的情緒低潮下，慢慢地再有信心接觸外面的事物，減輕不被瞭解、孤獨、沒信心的感受。
- 生理身體方面：個案缺乏食慾胃口差，所以注意個案進食情形是很重要的。採少量多餐、在旁陪伴協助進餐等方式都會有助於進食狀況，不要因個案拒絕就馬上拿開。此外由於個案活動不足而常會導至便秘，故需小心觀察，可給予高纖維的食物及水果

幫忙改善便秘的情況。

- 環境方面：應儘量減少嘈雜音以避免刺激，適時地鼓勵活動和人接觸。
- 最後提醒家屬須預防個案因憂鬱而產生的自殺行為，避免讓個案單獨居處，多留意個案情緒及言行舉止，防止意外。在門診治療時應遵從醫生指示按時確實給藥，接受治療，並定期到門診追蹤、和醫師保持聯繫。

六、有自殺意念和自殺行為的個案該怎樣幫助？

- 注意個案自殺意念的表現，因為 60~80%自殺個案都直接或間接提到過想死的事，因此要注意自殺的人示警的訊號。
- 隨時陪伴個案，但避免讓個案有被監視的感覺，以免加速個案自殺的意念。如何發現自殺前的預兆呢？在個案行為突然改變時，如嚴重憂鬱症個案突然變成極度開朗活躍時，也要特別小心自殺的風險。

✿✿✿ 慢性精神病個案常見的功能缺失

美國職能治療學會（The American Occupational Therapy Association，縮寫AOTA）在西元1987年也提出了慢性精神病個案常見的功能缺失，包括了：

1. 基本個人衛生和自我照顧能力的缺失。
2. 缺乏與人談話或社交的動機。
3. 喪失尋求協助的能力。
4. 缺乏對於休閒活動的愉悅感。
5. 無法找到工作。
6. 沒有能力去處理壓力和生活所需的事情。
7. 不能有效的利用時間。
8. 過度依賴他人。

可能會導致復健困難的問題：

1981年代學者Wing和Morris曾經舉出三項因素會造成預後不良的殘障：

1. 精神疾患的症狀和病程，造成長期的功能缺失。
2. 不利的社會條件，包括貧窮或失業。
3. 對疾患預後不利之個人習慣和反應。

✿✿✿ 結合臨床治療與復健

臨床治療與復健兩者息息相關，而臨床治療及功能改善的效果以兩者同時結合為最好。最有名的例子是 1991 年學者 Hogarty 所做的研究，他隨機將個案分成四組：

1. 單獨使用長效針劑治療
2. 長效針劑加上社交技巧訓練
3. 長效針劑加上家庭訓練
4. 長效針劑、社交技巧訓練以及加上家庭訓練

研究結果發現同時結合臨床治療與復健的第四組，疾患復發率較低、就業率較高、復健成果也較好，因此如何兼顧臨床治療以及之後的復健計畫，是相當重要的。

✿✿✿ 精神復健治療的內容

當病人症狀趨於穩定而進入復健階段時，可以協助他恢復工作或復學，家人仍需隨時觀察，注意病情變化及適應情形。另外希望能透過家庭與里鄰的關懷與了解，進一步減少誤解與歧視，使病人能回到自己所屬的社區。而精神復健包含的內容非常廣泛，除了個案以外，家庭、朋

友、雇主、朋友、醫療人員都扮演著相當重要的角色，舉凡基本的個人衛生和生活自理，到複雜的就業訓練以及金錢管理，都屬於精神復健的範疇。一般來說精神復健治療的內容可以初步分成四大領域：

- 1. 自我獨立及社交技巧：**包括了自我照顧、社交技巧、個人衛生、人際關係以及決斷力，細節包含了對於食物的安排以及食用過程、女性個案處理月經相關事宜、個人儀容及外觀打扮及化妝、使用電梯或交通工具以及基本社交技巧等。
- 2. 家務處理技巧：**包括了煮飯、洗衣，使用熱水器、微波爐以及瓦斯爐等家庭器具，注意家中整潔，如何打掃和倒垃圾，採購居家用品，注意門戶安全以及回應外來訪客等。
- 3. 休閒生活：**休閒活動對於個案來說相當重要，好的休閒活動可以讓個案陶冶身心、減少壓力、增進自信心、學習人際互動及交到朋友，常見的休閒活動包括了運動、參加社團、聚餐或拜訪朋友等。
- 4. 工作：**工作對於個案來說相當重要，但是也有一定程度的挑戰性。一般來說，如果資源允許，可以先請職能治療師進行職能評估，來了解個案的狀況、工作能力、工作期待以及是否做好相關準備。職能

治療師會依據個案的狀況來進行建議和職前準備。

工作部份可以根據其性質分成以下幾種：

1. 全職／兼職
2. 志工
3. 庇護性工作
4. 支持性工作
5. 競爭性工作
6. 家管工作

若是個案或其家屬不了解，可以告知相關社會資源以供詢問或了解，常見的社會資源包括了職訓中心以及就業輔導中心等。學者 Kramer 也指出適當的職前工作團體，能分享知識、練習工作技巧以及提供支持的工作復健方式，也是個好的復健模式。

精神復健可視為連通醫院機構以及社區的橋樑，在醫院住院接受治療時需要有核心治療團隊，而出院之後要有延伸至社區的治療，而這種治療應該是以個別化治療為主，因為每位個案的特性、病情以及病程變化上具有高度的異質性，治療的方式亦因人而異且隨時調整。另外持續的治療和追蹤是精神復健一個很重要的概念，為了使個案有充分的機會和足夠的時間恢復其功能並繼續進步，也必須要有持續且長期的治療和復健服務，以確保治療的連貫

性。

✿✿✿ *精神復健的叮嚀

1. 用心傾聽個案想法，發現個案問題。
2. 知道社會資源所在並鼓勵個案使用。
3. 注意個案生活細節，減少個案復健阻礙。
4. 注意世界不停在改變，醫療團隊必須針對個案當下狀況以及現實環境，來做適當的整合判斷及處置。

✿✿✿ *精神復健的計畫及執行模式

目前大家對精神復健的共識是，精神復健對於降低再住院率、提升病識感、提升社區適應功能等都是有效的。但由於精神復健治療的包涵領域廣泛以及複雜度很高，因此有許多發展的相關計畫與模式，但是究竟哪個方式一定比較好，或是個案一定適合哪種模式？目前沒有人可以說得準，需要醫療團隊詳細的評估以及與個案適當溝通，才能選擇比較適合個案的模式，其中也不一定一個個案只能接受一種精神復健模式，以下略舉幾個範例：

● 俱樂部會所

俱樂部會所 (clubhouse) 是最常被模仿的精神復健模式之一，最早 1940 年末期成立於美國紐約市的「活泉之家 (fountain house)」便是一個著名的例子。一般來說，在俱樂部會所計畫下，個案們會營造出一個社區，其中的成員有機會在同儕及治療人員的支持下，擔負起管理會所的基本管理以及生產工作，也不會被排除在任何活動以外。任何對工作有興趣的人，不論其功能高低，都會被安置在競爭性工作的兼差職務。需要住宿的成員，則會被安排到俱樂部會所與其他的成員同住。根據 1982 年學者 Beard 的研究發現，參與活泉之家計畫的個案，有較低的再住院率、住院天數較短以及在社區有較高的功能表現。

● 高期望模式

有許多早期的精神復健機構使用「高期望模式」計畫。這些計畫比俱樂部會所模式更加結構化，並針對每位個案的目標以及進展做設定「期望值」。通常這些計畫會為個案設定一系列有順序的步驟，依序遵循這些步驟，會讓個案變得更加獨立、有技巧以及有競爭性。如果高期望模式與俱樂部會所做比較，俱樂部會所就像是提供寄養家

庭，而高期望模式就彷彿是讓個案「就學」。個案必須上課或學習，來讓自己有更好的發展以符合期望值。

● 主動式社區治療

主動式社區治療（Assertive community treatment，簡稱 ACT）又被稱為「沒有圍牆的精神復健」。與其他精神復健比較不同的是，主動式社區治療的個案不一定是主動加入，而是治療團隊把臨床和復健治療銜接，讓個案能夠接受持續性的治療與復健。當初主動式社區治療發展的原因是為了降低再住院率，改善病識感以及提升需長期藥物治療個案的藥物遵從性，此模式把社區當成治療場所。

主動式社區治療最早是由學者 Stein 和 Test 等人在美國威斯康新州發展，讓原本只能在醫院中被治療的個案，能夠在社區中延續治療及復健，減少社區及家庭負擔。因為顯著的成效，主動式社區治療在 1974 年得到了美國精神醫學會的金獎（Gold Award）。一般來說，主動式社區治療有四項特質：

1. 核心服務團隊
2. 持續延伸服務
3. 個別化治療

4. 持續性的治療及支持

主動式社區治療的服務進行並沒有一定的時間表，相較於一般的個案管理師，主動式社區治療的個案管理師照顧較少數量的個案，提供更精緻的服務。而服務團隊提供的服務是每天 24 小時、1 週 7 天、號稱全年無休的完整服務。核心服務團隊係由精神科醫師、社工、護士、臨床心理師和職能治療師等多種專業組成的，藉由多元化的專業服務，可以儘量避免將個案轉介到其他服務提供者的情形。而為了避免員工的缺席或調動造成服務中斷，團隊的成員同時也都是可以互相替換的。服務進行的場所及內容皆具有相當的彈性，機動選擇的地點可以是在社區中任何適宜的角落，可能是在餐廳、街道上，或是住家。而治療的計畫的擬定與執行也都可以依循個案的需求與意願進行調整，而非一成不變。

在治療中，團隊必須要積極主動的去接觸個案也是其特色之一，對於拒絕或是無法主動尋求治療的個案，利用各種方式協助個案進行治療，但是否同意服務，仍須依照個案的意願來作出主要決定。

由於主動式社區治療所服務的多為嚴重精神疾患之個案，恢復緩慢，因此服務必須要長期提供，並且為了讓個案能夠在生活上更能融入社區，團隊會提供職業復健，協

助個案在社區中就業，並且鼓勵其多參與社區活動，減少社交孤立。在社區的生活中，個案周遭的親友也會影響個案的復健狀況，因此治療團隊也會著眼於衛教個案的親友給予心理支持。此外，物質濫用、精神衛教及健康照護也都是主動式社區治療能夠提供的相關協助。

和其他社區精神復健模式相比，主動式社區治療能有效維持個案照護延續性，在時間及地點上，也具備更多彈性，並有較多密切的接觸。在進行延續性的照護上，主動式社區治療的多元團隊可以提供職業訓練或住所安置等服務，比起其他的服務類型可以減去個案在機構間轉換所造成的不便以及治療銜接的問題。

惠唯德旅店計畫

「惠唯德旅店計畫 (Fairweather Lodge Program)」是由惠唯德 (George Fairweather) 最早提出，他為了能讓個案從醫院回到社區，他設計讓個案們住在一起，訂定生活規則和討論彼此的期望。他們通常也會投資小型商業，由個案共同經營和擁有。在此模式之中，治療人員只扮演推動者或諮商者的角色。由團體成員自己擔負解決問題以及設定目標的責任。惠唯德旅店計畫通常

會發展成高度向心力、工作取向的團體，也能在社區中維持良好運作。而惠唯德旅店計畫也被 1988 年的研究證實，可以降低再住院率以及增加團體成員的就業率。

✿✿✿ 社交技巧訓練

許多研究發現，精神疾患個案經過社交技巧訓練可以改善個案的行為，比方說訓練眼神接觸、講話音量、聆聽技巧以及解決問題的策略等訓練方式，都可以有效提升個案的能力。另外社交技巧也能改善個案的臨床預後、減緩精神症狀以及降低復發率，但是成果是否能普及化以及持續下去，目前研究尚沒有共識。

✿✿✿ 職業復健

個案由「病患」轉換成「居民」後，常常要面對的就業上的困難與挑戰，因為精神疾患可能會影響到個案的智力、專注力、現實感、思考力、自信心以及活動力，因此若是個案仍有殘餘精神症狀，對於就業往往是個很大的挑戰。適當的工作可以讓個案找回成就感、自信心、提升責任感與判斷力、促進人際關係發展、發展社交技巧與社會

功能、避免社交退縮獨自在家，甚至可以讓個案的生活得以自給自足，因此若能穩定的工作，對於個案和社會來說都是利多於弊。

職業復健因為相當複雜，職業復健包涵了各種計畫以及每位個案的相異性。過去統計的結果發現，精神疾患個案的就業率很低，約只有 25%。而各領域的研究對於職業



復健尚沒有完整共識。一般來說，職業復健目標是讓個案能夠參與「有報酬或薪資的工作」，讓精神疾患個案從「病患」的角色轉變為「工作生產者」。廣義來說，職業復健包括的範圍相當廣泛，也有程度上的差別，以下舉幾個常見的模式。

職前訓練

醫療機構在精神疾患個案病情剛穩定的時候，希望透過工作的方式來協助個案恢復一定的功能，會藉由職前訓練來恢復病人工作態度及習慣。工作訓練的主要精神在於治療以及訓練為主，產能為其次。在所有職業復健之中，職前訓練所接受的保護性最高，個案也最為仰賴他人的協助及指導。在職前訓練之中，個案工作所獲得的工作盈餘（或稱為工作獎勵金）金額較少。而在工作的過程中，需要職能治療師比較密集的協助，因此所需要的醫療成本較高。以衛生福利部桃園療養院為例，職前訓練包括了工作坊、清潔隊及電腦課程等治療活動。



庇護性就業

庇護性就業是針對有就業意願，但無法進入競爭性就業市場之身心疾患個案，經職業輔導評量後，來提供長期的就業支持。有別於競爭性就業職場，庇護性就業職場內，多有專業就業服務人員暨技術輔導人員，提供密集且長期之協助。另外庇護性就業人員與雇主屬勞雇關係，雇主應為其投勞健保等社會保險，以保障其權益。庇護性就業的目標包括了：

1. 提升工作能力不足之身心疾患個案工作適應及能力。
2. 提供工作能力不足之身心疾患個案密集且專業之就業支持。
3. 積極協助工作能力不足之身心疾患個案進入競爭性就業職場。
4. 結合政府及社會資源建構完善之庇護性就業服務機制。



✿✿✿ 庇護性就業的特質

1. 庇護性就業屬長期就業支持。
2. 庇護性就業職場配置專業服務人員以及技術輔導人



員。

3. 庇護性就業者與庇護工場屬勞雇關係，除薪資所得依產能多寡核發，庇護性就業者享有與一般勞工相同之權益。

以衛生福利部桃園療養院為例，醫院個案若經過職能評估、職能訓練後能力達到一定程度、以及有一定動機的話，可以轉介至「樂桃桃美食坊」以及「樂桃桃洗車坊」進行庇護性就業，並與醫院提供的服務做結合。

✿✿* 支持性就業

支持性就業是針對具有就業意願及就業能力之身心疾患個案，但其能力不足以獨立在競爭性的就業市場工作，依其工作能力，來提供個別化就業安置、工作訓練以及其他工作協助等支持性就業服務。支持性就業的工作環境強調在融合的工作環境與一般員工一起工作，藉由就業服務員專業的支持，如工作技巧訓練、職場環境適應、職務再設計、交通、社交、健康與財物等，使其能獨立工作，且薪資與勞動條件均符合相關勞動法規規定。

美國因應去機構化，在 1986 年通過了復健法修正案，特別對於支持性就業有了明確的規範和說明，一般來說支

持性就業有下列四項基本特質：

1. 服務對象以重度殘障者為優先考慮
2. 工作性質有競爭性，且每週至少要工作 20 小時，薪資給付要符合勞基法的標準與規範。
3. 須在有與一般民衆一起工作的環境下，讓個案與一般人有互動及接觸的機會，原則上同個工作環境裡面不超過八位個案。
4. 提供連續及定期的工作訓練，每月至少兩次。



支持性就業的型態包括了幾種型態：

1. 一對一的個別安置
2. 小型工作環境（4~8 人一組）
3. 機動性工作團隊（一組人承包工作到不同地方工作）

個案的支持性就業準備可以分成三部份：

- 1. 就業前的準備：**訓練個案的自我表達能力、自我照顧能力、協助他人能力、處理事務能力、執行命令和管理的能力、體力及耐力、影響力和說服力。
- 2. 就業中的準備：**促進個案的人際關係以及職業發展，人際關係的促進包括加強個案人際溝通、社交禮節以及維持身心健康。職業發展則包括了職業能力的增強、提升和就業安排。
- 3. 就業後的發展：**包括了退休準備、提升生活品質、追求獨立生活的能力、培養良好休閒活動、工作與居家之間的轉換與聯繫。

✿✿✿ *競爭性就業

一般性（競爭性）就業服務：對象為 15 歲以上領有身心障礙手冊且具工作能力與就業意願者。他們具有獨立

工作的能力，不需要特別提供輔導員支持或協助，只需由政府協助提供就業諮詢、工作媒合推介、工作適應與追縱輔導、或轉介服務等，協助有工作能力的身心疾患個案能順利在競爭市場就業。

✿✿✿ 其他

其他尚有許多治療計畫及模式逐漸發展出來，包括了過渡性就業方案、居住以及教育方案等。

✿✿✿ 計劃成效評估

精神復健之計劃成效可以由以下幾點來進行評估：

- 症狀改善
- 降低住院率
- 減少發病
- 競爭性職場就業
- 生活品質的提升
- 增加社區參與
- 藥物濫用控制

✿✿✿ 如何協助個案生活安排及社區適應

個案在藥物協助下症狀、不適獲得一定程度改善下，個案整體生活安排是值得注意的事情。因為藥物並不能將人生病伴隨的社會心理生活問題解決，只是經過藥物治療後讓個案可以有比較穩定的情緒、相對清楚的思緒來瞭解自己遇到的困難，面對生活的各種情境。有的家庭可能因為家內資源的充足，可以運用自己親戚朋友的管道（例如當成年的個案病情穩定、可規律作息時，到親戚的公司兼差、一起做家庭代工等），或是就近安排個案運動、可以吸收學習的課程，協助讓個案有適當的生活安排都是相當不錯的（例如因為空巢期有憂鬱傾向的家庭照顧者，在憂鬱狀態較改善後，除了原本家庭生活外，安排參加社區唱歌班、義工活動，發展家庭外其他的活動）。

每個人的生涯發展不同，需要有不同型態的生活安排，下述針對幾種常見情況介紹個案與家屬可以運用的資源。

一、如果個案還在求學，可以獲得什麼協助？

就學學齡期的個案可能會面臨學校適應的狀況，比較輕微的個案可以在門診治療後，仍然維持學校生活，但有

的個案如果受症狀干擾或情緒困擾明顯影響學習吸收、同儕間人際互動，家屬需要適時地跟學校老師溝通，協助老師瞭解個案的現況，有一些學校內的專業人員如輔導、特教老師，可以作為個案適應的幫助。也有的個案因為情緒困擾嚴重、人際互動困難到無法繼續在一般學校環境內學習，也能透過醫療與教育結合的方案，如台北榮總向日葵、松德又一村，讓學生保有學籍，並在具備醫療專業人員與特教老師協助的青少年日間房繼續學習，維持生活重心。

二、如果個案在日間病房，可以獲得什麼協助？

每位個案因為疾患症狀的特殊性，以及生病後影響生活能力的程度不一，需要依照個案康復的程度協助個案逐步地回歸社區，如有些思覺障礙的個案，在藥物控制下雖然可以減緩症狀干擾，但因為認知功能受影響下，要馬上回歸原本的生活情境與大家相處應對，有時候會有困難，特別是負性症狀及認知缺損較多的個案，很難透過藥物改善生活的動力，因此需要透過醫療團隊的協助在日間病房復健，精神科個案的復健跟一般肢體受損的個案不太一樣，往往是透過一整個星期結構性活動的安排，來帶動個案生活作息的規律、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，讓個案循序漸進地融入一般生活。

三、如果個案在社區復健中心、工作坊、或是康復之家，可以獲得什麼協助？

不少病友在上述機構可以接受有結構性安排的復健活動，想要繼續就學、就業的人，也能夠在專業人員的協助下朝自己的目標邁進。社區復健中心／工作坊就是合適這類需求的個案，當他們藥物調整的需要減低，可以不用那麼密集的醫療介入，而是透過職能評估、工作訓練及工作模擬，讓個案可以更加瞭解自己的體能狀態，及工作上可能需要的學習或調適。另外目前也有很多身心疾患個案資源中心，提供多樣性的單一課程，讓區域內具備身心障礙資格的個案可以就近在居住所在地內參加活動。

康復之家是介於醫院與家庭間，提供一個半保護性、暫時性及支持性的居住環境，在專業人員的協助下，協助病情改善無須再住院的康復期精神疾患個案，於出院後遷入康復之家，以期建立自信、培養獨立之生活能力，適應社區生活，對有「居住」的問題的個案，更是一個理想的暫時去處。康復之家一般是由個案共同生活的住處，與普通的家庭生活方式一樣，可視為個案的宿舍，除了自由出入外，週末假日時亦可回家探望家人。此外，每名個案都

有安排輔導人員協助照顧，同時安排參加白天的訓練或就業。

上述機構、社區復健中心的資源均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」，裡面提供各縣市的訊息，並註明各家醫院附有的治療型態可供民衆參考。

四、如果個案在老人日間照顧中心，可以獲得什麼協助？

精神疾患當中，有一些年紀比較大的長輩因為罹患失智症，記憶力的減退讓他們在家自己張羅三餐或是外出社交會有一定程度的風險，但若讓長輩自行待在家中缺乏其他人際連結的機會、活動的安排，反而讓他們更容易退化，因此在社區中也有不少特別針對失智／失能長輩日間活動安排的場所，通常稱為老人日間照顧中心，有專門的交通接送，減少長輩及家屬交通往返的困難，也有特別針對長輩能夠參與的活動設計，如懷舊活動等，讓生病的長者也能有品質在適當照顧與活動提供下享受生活。

五、如果個案想要工作，想接受庇護性及支持性就業服務，或是職業訓練，該如何？

成年期的個案通常會很期待自己能有穩定的工作，工作同時也是成就感和重要的人際互動管道。不少精神科門診個案即便生病後，仍然可以保有自己原本的工作，有的

人則在病情穩定下順利找到工作，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下，工作不久病情會惡化或復發，那麼親友如果能夠協助個案適時接受自己的狀況，選擇比較合宜於自己的工作情境，較能提高個案工作的穩定性。目前縣市政府勞工局有提供身心疾患個案就業輔導的管道，提供包括庇護性就業、支持性就業的服務。

庇護性與支持性就業均針對有就業意願與能力的身心疾患個案，故精神科的個案如果具備身心障礙資格，但在競爭性職場工作有困難，身心障礙就業服務就能提供另外的管道。可以在網路或各縣市政府相關窗口詢問「身心疾患個案職業訓練補助」相關資訊，進而找到關於庇護性與支持性就業的相關資訊。

前述兩者的差異在於庇護性就業，是透過職業輔導評量後，認為個案需要提供長期就業支持者，庇護性就業職場內因多有專業就業服務人員暨技術輔導人員，提供密集且長期之協助，讓個案可以持續穩定在較多保護的環境下持續工作。

支持性就業則是依個案的工作能力，提供個別化就業安置、訓練及其他工作協助，就業服務員會帶領個案到一般性職場，強調在融合的工作環境與一般員工一起工作，

藉由就業服務員專業支持，如工作技巧訓練、職場環境適應、職務再設計、交通、社交、健康與財物等，使其能獨立工作，且薪資與勞動條件均符合相關勞動法規規定。隨著個案可以融入工作後，就業服務員也會漸漸退出。

經常有個案家屬考量社會對精神疾患的汙名化與誤解，擔心個案會因為申請身心障礙手冊就會讓他人知曉自己有罹患精神疾患，事實上個案可以在申請殘障手冊時，辦理隱藏身分（也就是所謂的媒體資訊不交換），這樣就可以避免雇主得知其身心疾患個案身分，又同時取得適合的社會資源協助。當然如果選擇隱藏身分求職，雇主不會特別包容，個案會面臨雇主對工作原本的要求與期待。相反地，個案如果是透過上述身心疾患個案就業輔導管道，提供的庇護性就業或是支持性就業，基本上雇主一定都曉得你的身心障礙身分，雇主的包容度可能增加，且在遭遇困難時支持性就業員也比較能夠適時介入協助。因此是否要隱藏身分，除了個案主觀想法外，也可以斟酌自己整體的狀態決定之。不論是隱藏身分透過競爭性管道或者透過身心障礙就業輔導支持性就業，只要個案與家人考量過自己的狀態，能夠在取得工作後維持穩定的就業，都是不錯的安排。

若個案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。

*精神復健的實例分享

精神疾患是可以復元的，只是需要經歷較長時間的治療與復健過程，由專業精神醫療團隊將完整、多元與優質的治療、復健與照護服務，從醫院延續到家庭、社區與職場，幫助不同年齡期之個案預防復發、恢復功能、重新適應社會，讓許許多多為疾患所苦的個案與家庭，能重新看見生命與生活的希望與曙光。以下我們以一位思覺失調症個案小芳（化名）的實際經歷，來說明重症精神疾患個案的治療以及復健的過程。

小芳的母親早年罹患思覺失調症，無法擔負家庭與親職功能，雖然父親因而倍加疼愛小芳，卻也賦予了同樣多的責任與壓力，因此小芳從小就十分努力、認真地學著照顧母親和幫忙家務，也許是基因遺傳，也許是家庭與課業

的多重壓力超過了負荷，小芳在國中時，曾因幻聽症狀的出現而休學了一年，好不容易重新調整好步伐，考上高商，父親卻中風病倒了，小芳只得被迫休學，扛起照顧父母與打理家中大小事務的重擔，然而無情的病魔仍強行帶走了父親。小芳失去了唯一的支柱，精神疾患再度趁虛而入，幻覺、妄想、自殘行為等症狀不斷地侵襲小芳的身心與生活，彷彿墜入幽暗的深淵，飽受折磨，直到小芳幻想自己的雙手是棉花，放在瓦斯爐上燒產生嚴重的燒傷，除了身體上的傷害，小芳也因為長期思覺失調症的傷害，產生認知功能、社交功能以及職業功能的相關障礙，因而輾轉來到衛生福利部所屬的桃園精神專科醫院，接受全人全程的精神醫療照護，小芳的人生有了新的開始。

小芳一開始接受急性病房的治療，在適當的精神科藥物的治療之下，讓小芳不再為幻聽、妄想等症狀所苦，之後轉到復健病房，復健病房的照護提供漸進式的功能訓練，讓小芳先接受自我照顧，如洗衣、自我清潔、打掃環境等基本訓練，並且於病房中接受人際互動的團體心理治療，來改善社交功能。小芳達到一定程度的功能以及持續力後，接下來開始轉介職能訓練，在職能治療老師的協助下，來接受簡單手工的庇護性工作，經由這些的治療以及復健訓練，幫助小芳恢復生活功能。在準備出院之前，因

為考量小芳的家庭支持能力以及仍有繼續復健治療的必要，治療團隊建議小芳入住醫院附設的康復之家，由精神科醫師、職能治療師、社會工作師與個案管理員幫助小芳在社區中進一步學習，增進其自我照顧、生活安排、人際互動、工作適應、解決問題、壓力調適…等能力，現在的小芳不必再獨自面對疾患與生活壓力，周遭多了許多像家人一般的工作人員與室友陪伴並相互扶持，雖然雙手僅剩姆指，但其工作、生活的能力與態度，絲毫不受影響，還經甄選錄取為醫院清潔隊的一員，得以自食其力，然而小芳始終沒有忘記父親要其照顧媽媽的叮嚀，經常至復健病房探視母親，幫忙處理大小事情，也常帶母親外出走走，令人感到溫馨。

精神疾患個案在社會上很容易遭到他人誤解與排拒，他們需要社會大眾一起包容、接納與關懷，讓精神疾患個案能夠穩定接受醫療以及復健。完整的社區精神醫療照護體系，包括：日間病房、社區復健中心、康復之家、居家治療以及社區關懷計畫等，以強化精神疾患個案在家庭與社區所需之延續性治療、復健訓練與照護服務，不僅有助於減少個案因反覆發病住院，為個人、家庭與社會帶來的負擔，更有許多個案可以像小芳一樣，在接受醫療照顧、生活訓練、社交功能訓練以及職能復健訓練後，降低了對

他人的依賴，甚至能有所回饋與貢獻，讓這個社會更加健康與幸福。

✿✿✿ 精神復健的未來展望

在民間團體的敦促與政府部門的努力下，台灣精神醫療與照護體系的發展持續在進步，整體醫療與照護服務的水準也明顯提昇，幫助了許許多多的個案擺脫精神疾患的纏擾，重新回到正常生活，對這些個案與家庭來說，治療與復健的歷程是十分漫長而艱辛的，雖然從 1950 年代起，各種抗精神病藥物不斷地被研發與改良，讓愈來愈多的精神症狀獲得緩解與控制，但是這種疾患會對人際、工作與生活等功能造成影響，也會對個案的自我認同產生衝擊，個案和家屬還常常必須承受他人觀感的壓力，這些都深深影響精神疾患個案復原的進展，所以即使接受藥物治療讓症狀穩定後，仍然需要精神醫療團隊持續並耐心地提供維持性治療和精神復健，才能幫助個案預防復發、恢復功能、重新適應社會。除了醫療人員的用心治療以及復健，精神疾患個案也需要社會大眾的包容與關懷，認同精神疾患只是一種病症，以相同的態度期待精神疾患個案得到良好的醫療以及幸福的人生。

精神復健對罹患心智疾患的個案來說相當重要，不僅可以改善個案的身心狀況、發揮個案的功能，提高他們的生活品質，以及維持他們身為「人」的尊嚴，這也符合



「全人治療」的社會趨勢。而一個良好的精神復健，需要政府部門的政策規劃與行政支持外，也需要醫院、社區民衆以及不同團體間的共同合作，更需要個案和家屬的賦權與參與。

目前台灣社區精神復健機構的發展已初具規模，但許多人力、物力和措施、復健的內容及精緻度，都還有很多可以改善的空間。我們希望提升的不僅是機構數量及服務種類，更需要提升個案的生活機能以及生活品質。在此與各專業團體和服務提供者彼此勉勵，一起為弱勢的精神疾患個案與家屬的權益和更好的生活品質來共同努力。

*** 參考文獻：

1. William R. Breakey (1996)。現代社區精神醫療-整合式心理衛生服務體系。(郭峰志主譯、胡海國總校閱)。台北：心理出版社。(原著出版於 1992)
2. 黃曼聰、陳威勝、陳芝萍 (2010)。精神健康職能治療理論與實務。台北：五南出版社。
3. 黃媛齡 (2006) 傾聽曠野裡的聲音：精神復健玉里模式。聆聽曠野裡的聲音台北：記憶工程出版社。

精神病人復健之路—溫馨陪伴篇

著者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主筆：林子堯、詹宏裕、田禮璋

校訂：林子堯、詹宏裕

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：978-986-04-3954-0

G P N：1010303245