

## 第二章 文獻探討

本研究的主要目的，在於了解精神分裂症患者在罹病過程中的主觀經驗，除了疾病本身症狀對其生活的干擾外，另外還有患者本身所處的社會文化脈絡如何看待精神分裂症而對患者所產生的影響，以及患者對這些現象的主觀認知如何。

因此，本章除了探討精神分裂症此一疾病外，同時還要探討與精神分裂症相關的心理與社會之理論及其研究，以及目前精神分裂症患者出院後，其在社區中所能獲得的精神醫療與復健的現況。

### 第一節 精神分裂症

精神分裂症曾被視為精神疾病中的癌症，是所有精神疾病中症狀最為嚴重、對患者個人生活影響最為廣泛、深遠的一種疾病(曾文星等，1984)。精神分裂症的主要症狀包括了認知、生理、情緒、感覺、動作及行為等各方面的改變，許多研究對精神分裂症的描述、定義分別有許多的註解。

#### 一、有關精神分裂症的研究

1893年，Kraepelin 首先將此複雜的症狀叢集命名為早發性痴呆(dementia praecox)，並且對生病歷程作出如下的描述：「患者起初的意識狀態仍然清楚。接著，經歷一連串的狀態。共同的特徵是內在人格連結的逐漸瓦解。最終，原有心智生活的情緒與意志層面均受其支配。」另外 Kraepelin 也區分出四種亞型，包括青春型、僵直型、妄想型及單純型(引自 Gelder, Gath & Mayou, 1983)。

至 1911 年，Bleuler 將此假定的疾病更名為精神分裂(schizophrenia)。他認為疾病的主要特性是心理功能上的分裂，從那時候開始，精神分裂一詞便廣為精神醫療界所接受，一直沿用至今(Bentall, Jackson & Pilgrim, 1988)。精神分裂症之病因眾說紛云，現在大部分學者多接受其為生因性疾病的說法，或者，是一連串的生理因素所造成的疾病，其為病人腦部活動異常所造成。但是，患者所身處的社會心理因素仍不可忽視，心理因素如壓力可能是觸因，會引發原本生理上有隱因的個體發病(Holmes, 1997)。

在有關精神分裂症的研究上，除了生理層面外，也有研究者關注社會文化因素對疾病的影響，以及患者本身的主觀因素。胡海國(1992)曾以精神分裂症患者為對象，進行精神病理演進的模式的研究，認為精神病理研究必須涵括生物學、心理學、社會學及文化人類學。提出過去精神醫學在研究精神病理時，著重其精神疾病表現之特定症狀、固定模式，其發病病因、病理心理機轉、病理生物機轉與相對應之治療方法、治療效果，固定模式精神病理表現之演變過程，以及相應於演變過程之相關因素之控制。這樣的研究視角忽略了患者本身的生命是一個動態的演進過程，個體生命會與其所處身的環境互動，個體在精神疾病演化過程中，仍會維持其獨特性與自主性，其生命主題是患者這一個人，而不是疾病。因此，在研究精神分裂症時，需要同時考量患者本身因其性格特徵、家庭狀況、社會狀況與文化價值傾向之交互作用。

## 二、精神分裂症的症狀與診斷

美國精神醫學會(APA, 2000)訂定之精神疾病診斷與統計手冊第四版修訂版(DSM-IV-TR) 對精神分裂症的診斷要點如下：

1. 特徵性症狀(characteristic symptoms)：下列各項兩項(或兩項以上)，每一項出現時期至少一個月(若被成功地治療，時期可以稍短)，且其出現占有相當高的時間比例。
  - (1) 妄想(delusion)。
  - (2) 幻覺(hallucination)。
  - (3) 說話缺乏組織(disorganized speech)：如時常表現言語脫軌或語無倫次 (e.g., frequent derailment or incoherence)。
  - (4) 整體而言混亂(disorganized)或緊張(catatonic)的行為。
  - (5) 負性症狀(negative symptoms)，意即情感表現平板(affective flattening)、貧語症(alogia)、或無動機(avolition)。
2. 社會/職業功能障礙：自從疾病開始發生後，有相當高比例的時間在主要功能領域諸如工作、人際關係、或自我照顧等，有一種或一種以上的功能明顯低於病發前的水準 (若發病是在兒童期或青少年期，也指不能達到其人際關係、學業、或職業成就的預期水準 )。
3. 總時期：連續有疾病症狀的時期至少六個月以上，此六個月時期內必須至少有一個月時期 (若被成功治療可更短 )其症狀符合上述特徵症狀，此六個月並可包括前驅症狀或殘餘症狀的時期。
4. 上述病情並非情感性與器質性疾病或藥物濫用或其它身體疾患所引起。

綜合上面的描述，顯示精神分裂症為一相當複雜的心理疾病，主要特徵為扭曲的思考知覺，與不當或遲鈍的情感表現，涵蓋了認知及情緒功能障礙。

而其認知、情緒已受到損害，因而導致對現實判斷有所困難，並且在生活功能方面有明顯不佳的表現，且在人際、工作、學業、自我照顧等方面有適應上的困難現象。

## 第二節 精神分裂症患者的疾病適應研究

### 一、精神分裂症具有慢性病的特徵

罹患精神分裂症對個人往往是一場痛苦失落的經驗，依照上節所述，在 DSM-TR(APA, 2000)的描述中，精神分裂症會對個體許多重要生活功能造成損害，患者的求學過程因此常受到干擾，甚至無法完成學業而不得不輟學者大有人在。許多患者在進入職場後無法長期保持一分工作，並且常從事較父母社會地位為低的職業，未婚比率達 60%至 70%，社會接觸相當侷限。病程預後上，將近七成患者終生無法痊癒緩解，且需持續服藥看診(林宗義，1994)。

就精神分裂症本身疾病的特性而言，由於它必須接受一連串醫療程序，即使病情穩定，患者也需要長期服藥以控制病情，因此精神分裂症同時具有慢性病的特徵。Bachrach 對慢性病的界定為：「因為長期或終生的嚴重喪失能力，為此遭遇而產生重要心理疾病痛苦經驗的個體。」而 Radley 則認為，「慢性病一種持續性的狀況。雖然症狀本身不一定持續發生，但個人仍會不斷察知到潛在疾病的存在威脅，這是一種個人在時間向度裏的不確定性的狀態。」換言之，慢性病經驗會改寫個人的生活傳記史，影響個人的生活歷程。(林耀盛與吳英璋，1997；引自 Bachrach，1992；Radley，1994)。精神分裂症患者所經驗到的生活與罹患慢性病

患者相類似。Miller(1983)曾道出慢性病患者普遍有「無力→無助」感，情緒起伏明顯，與自尊低落的事實。而在長期面對慢性病的過程中，「無力→無助」感會呈現循環式的樣貌，在此循環中患者對疾病因應的態度趨於消極被動，對未來的希望渺茫。

精神分裂症患者生病影響涉及的層面實際上囊括了生理、心理及社會向度。在心理社會層面上，疾病的慢性化使患者的自我認同發生變化，情緒趨於低落憂傷。當患者失去了原先的社會角色能力，再也無法恢復往昔健康正常的生活時，匱乏失落及人際苦痛感便容易相應而生(Estroff, 1989)。但是若回顧往昔對精神分裂症患者疾病結果的諸多探討，可以發現焦點常在於患者的社會功能與疾病症狀層面，疾病對自我及心理帶來的深刻衝擊卻常被忽略。

在精神分裂症患者的疾病適應歷程中，同時也要加入個人控制信念的因素來考慮，蘇逸人(2002)的研究發現，精神分裂症患者之疾病適應受到患者自身對疾病的覺知、疾病的社會污名、個人對疾病的控制信念以及社會支持等因素所影響。而研究中也進一步指出，適應良好的病人，其在社會支持、疾病內控信念、對疾病的覺知均明顯較高，而社會污名、機運外控信念則明顯較低。在疾病的適應過程中，患者對於自身疾病及造成的障礙有較客觀及清楚的認識，有較佳的病識感，且環境中的社會支持度高，患者的疾病心理適應也會較好。由此可知，若患者個人的屬於內控信念同時具有高社會支持，對後續的適應歷程有相當大的幫助。

精神分裂症患者在面臨長期的醫療程序中，究竟是透過什麼形式取得個人對自身變化的解釋與控制權，以維持一種個人的認同感，從而繼續生活角色的扮演，是值得我們探討的議題。尤其對於精神分裂症患者而言，改善他們的社會心理適應，降低他們生活中不利於疾病的危險因子，以避免病情惡化，藉此提升生活品質，是實務工作者的重要工作。

## 二、精神分裂症導致自我概念的改變

在探討精神分裂症對患者自我概念的影響研究中，Fabrega(1989)就曾指出，疾病對患者的影響深遠廣泛，其中包括了自我概念、自我覺察、及自我功能等。Estroff(1989)表達出類似的看法：精神分裂症不僅是個人所有的病，它就是個人所是(one is)與個人所成為的(one may become)。易言之，精神分裂症患者的認同形成是一種人際與社會性歷程，在隨時隨處的人際場景中，他人的反應對待會喚起深化自己生病的事實。疾病的慢性化演變就是一部患者自我的轉變史，讓患者由先前、持續、已知、珍視的自我，轉成未知、陌生、貶抑及失能的自我。在這種自我的變遷中，患者將面臨發展任務停滯的威脅(丁雁琪，1992)。丁氏的研究指出患者的主要困擾包括症狀、藥物副作用、人際關係、自我改變等方面，其中以自我改變的困擾最為明顯，患者對於未來感到徬徨，也對於病人的位置感到茫然。

Lally(1989)對精神分裂症患者的住院經驗進行研究，發現住院時期長短與住院次數多寡，會影響到患者的自我認同。其使用角色吞噬(role engulfment)來形容患者原有的自我認同轉變為精神病患角色的現象。隨著住院時期漸長、次數漸增，病人的角色吞噬現象也益發明顯。長期患病與頻繁住院的境況，對患者的自我意象及勝任感是一種持續性的威脅。為了能與住院及瘋狂(crazy)經驗共處，他們必須重新打造意義，將這些成為生活常態的經驗納入自我概念，同時仍努力維持生活的勝任感。因此生病的人並非處於全面挨打而不還手的局面，雖為病痛侵襲所苦，仍會適時採取積極與控制的策略因應。

如上所述，精神分裂症患者由正常生活撤退出來，往昔的健康自我身陷於長期生病的世界，患者身處此境，隨著漫長生病時間的衍伸，雖然仍對自身的轉變與未來感到茫然困惑，但如果患者能得到良好的復原因子，如內控信念、規律的治療、高社會支持，則仍有機會重擬自我，恢復對生活的控制與經營權。

### 第三節 精神分裂症之疾病污名現象

上節研究探討指出精神分裂症患者在生病過程中，可能面臨的心理衝擊與適應。精神分裂症與其他慢性病相似處在於：均明顯影響個體的諸多生活功能層面，導致失能狀態，粉碎原本的自我概念。由於無法預知症狀何時出現、無法掌控疾病的形貌，使得個體處在不確定與害怕的位置。另外，精神疾病的問題總難以免除他人的異樣眼光與對待，亦即疾病污名的現象，呂春英(1997)的研究中發現，精神分裂症患者在其罹病後，其心理壓力以「生病後影響家庭名譽」最高，可見得疾病污名因素造成個體的適應上困難。以下，就精神分裂症的烙印現象與標籤理論來探討疾病污名的議題。

#### 一、精神分裂症的烙印研究

疾病污名的現象成了精神分裂症患者獨有的疾病烙印，Goffman(1963)發表有關烙印的文章問世後，引發許多關於烙印的討論，其中亦包含精神疾患烙印主題的熱烈討論(Weinstein, 1983)。在精神疾病方面，其烙印來自社區、家人、教會、共同工作者、甚至心理衛生專業人員等(Wahl, 1999)，更由於大眾對精神疾病不了解，將精神疾病急性期出現的病症，誤認為精神病患即是如此，因而認為所有精神病患皆具危險及暴力(Penn & Martin, 1999)。

在許多研究或文章中，精神病患被建構為一個「非理性」存在者，而病患在建構自我認同時，又不斷落入社會建構的烙印中(范燕燕，2000)，大眾在面對精神病患時採用排斥與拒絕的態度，而這樣的標籤化與烙印的現象，對精神病患本身及其家庭都造成傷害(Link, Mirotnik, & Cullen, 1991)。在所有的精神疾病中，精神分裂症是受到烙印最為嚴重的病症，因此，精神分裂症患者也是受到疾病烙印影響最為嚴重的一群。

從過去的研究中發現，即使病患的症狀或偏差行為都消失了，烙印仍可能存在，存在的原因可能如下：第一，一次的標籤，即使病患的病症改善之後，其他人對病患的烙印仍在；第二，過去被拒絕的創傷，仍持續烙印於病患的身上，因而對病患的生活產生負面的影響；第三，烙印的傷害影響不僅來自於他人直接的拒絕，也來自病患將他人拒絕的反應內化，所以儘管他人的拒絕已經不存在了，對病患的影響仍在；第四，不管真實經驗到或預期拒絕，病患本身因應的方式如退縮或保密等，可能造成其他潛在的傷害結果(Link, Struening, Rahav, Phelan, & Nuttbrock, 1997)。另外，不僅是病患，甚至連病患的家人亦存在烙印經驗，增加家屬壓力(唐子俊，1995；徐瑩嫩，2000)。

林美伶(2001)曾以現象學的方法研究精神分裂症患者的烙印經驗，將患者的烙印經驗分成三大部分，分別為如何覺知烙印、烙印的處境以及烙印的處理策略。在如何覺知烙印的部分裏，受訪者出現疾病不被他人接受，以及自己無法接受疾病兩大主題，顯示出對疾病的刻板印象除了他人外，連病患自己也接受了社會所建構的精神分裂症的疾病標籤。而在烙印的處境部分裏，主要的主题是他人對疾病的過度凸顯、生活上的多重失落經驗、預期未來的生活困境及患者對自身疾病與烙印處境的發現接受。患者由於疾病緣故，在生活上處處遇到困境與限制，除了疾病造成能力上的改變外，他人對其評價與限制，對他們更是重重的枷鎖。在面對這樣的處境，往往令患者對自己失去信心，並有強烈的無力感，擔心自己未來可能面臨生活無依的窘境。

在這樣的處境下，患者的在烙印處理策略上有幾個現象，如患者會隱匿病情或疏遠他人以避免讓自己處在不被接受的情境下，或以委婉的方式尋求被接受的可能，在仔細的評估後再決定是否告知病情，或是尋求相同處境的朋友，例如病友。另外，患者也開始調整自己原來的觀點，來因應自己罹病的事實。



## 二、有關精神分裂症標籤的相關研究

疾病標籤對精神分裂症患者的影響的探討，我們可以由當事人的自我概念這一方面來探討。Goffman(1961)認為自我概念的轉變，在導致和維持精神疾病上扮演重要角色。他發現，被標籤的當事人面臨兩難的矛盾：認同被標籤的類別，或是努力適應以維持原有的自我認同。Goffman 稱它為角色合併過程 (affiliation cycles)，即個體在接受自己屬於被標籤的這一群之前，會先拒絕它，接下來才會表現出符合此群體的信念。

Lally(1989)也對精神病患者被標籤的過程提出說明。由於標籤產生烙印的負向結果，使個體喪失自由，所以個體會強烈拒絕它。假如個體無法抗拒此標籤，便會逐漸接受這個標籤，這就是角色吞噬的過程。它比標籤的影響更強，意味個體自我概念及行為愈來愈像精神病人，更有系統地扮演精神病人的角色。此後，個體不光只受到精神疾病之苦，他同時還有精神病人的地位或認同，這個角色變成他的主要角色。Lally 的研究報告將精神病患所經歷的角色吞噬過程分為三個階段，包括從認為自己只是偶爾或部分時候是精神病人，到任何時候都已完全接受自己是個瘋子。以下為 Lally 研究中的三階段發展：

第一階段：患者在接觸精神科前對精神病患已有一些偏見、負向的看法或刻板印象。然後發現自己也將成為這群人中的一員，內心出現矛盾衝突，行為上會努力掩飾病情或合理化自己的問題。

第二階段：患者已接受自己有精神問題，但不確定症狀是否永久存在，仍相信自己可以克服它。此時逐漸認同其他病患，在人際關係上出現病友與一般人的兩種團體的分別，覺得自己是有病的人，擔心別人怎麼看他。

第三階段：視自己為永久的精神病患者，對於自我的喪失感到悲傷，認為再也不能回到正常的自我。

從 Lally 的研究中，我們再來省視一般社會大眾對於精神分裂症患者普遍的刻板印象，Peterson(1996)歸納一般人對於精神分裂症患者經常有如下的迷思：

迷思一：精神分裂症有分裂的性格。事實上，精神分裂症的分裂不是一個人的性格，而是他的思考與情緒分開來，有這種疾病的人常在他所想的，和他所感受的有明顯的不一致。

迷思二：精神分裂症病人是危險的。事實上，雖然精神分裂症病人有可能傷害他人，但從統計觀點來看，他們並非特別危險的一群。

迷思三：精神分裂症病人經常失去控制。事實上，只有在急性期的病人會失去現實感，其認知、情緒、行為與外界隔離獨立，但精神分裂症病人並非一直處於急性期，只有某些時候是。

迷思四：精神分裂症是一種漸進的病程，會無可避免的愈來愈壞，直到死去。事實上，精神分裂症有極為分歧的病程，某些病人功能會下降，而另一些則完全康復，還有一些人一生中會出現幾次循環，反覆發病。

迷思五：精神分裂症在生物基礎上是無可避免的。事實上，精神分裂症的機率與基因有關，但也受到環境因素的影響，精神分裂症病人可能在特定的環境中，有生物基礎上的傾向發展出疾病來，並非完全是生物決定論。(Peterson, 1996)

事實上，這些迷思不光是一般社會大眾所有，甚至連精神分裂症患者及專業助人工作者多少都受到這些似是而非的迷思所影響(Wahl, 1999)。由於精神分裂症患者本身弱勢的地位，無法拒絕這些加諸於他們身上的迷思或標籤，逐漸地，他們也接受了這些看法，進而讓自己的行為表現得愈來愈像這些刻板印象中的精神分裂症患者所應有的行為，這樣的過程如同 Lally 所提的角色吞噬過程。患者的角色吞噬程度愈高，對其預後也有愈不良的影響，而這樣的影響並非來自於患者本

身生理性的疾病問題，而是來自於其所處身的環境因素。

如上所述，精神病患及精神分裂症患者本身除了要面對疾病外，同時更要面對社會環境所加諸於他們的壓力，而社會文化因素在患者疾病適應的過程中，所產生的影響不亞於疾病症狀。因此，在探討精神分裂症患者的疾病適應歷程此一問題時，絕對不能忽略會造成精神分裂症患者疾病標籤的社會心理因素。

### 三、媒體報導對疾病污名的影響

在今日媒體高度發達的現代社會裏，社會大眾依賴媒體提供對環境中許多事物的相關資訊，成為大眾獲得知識的主要來源。由於目前精神衛生教育的不足，社會大眾對精神疾病常有著混淆、錯誤的認知，而傳播媒體也常對精神疾病做負面報導，更影響了大眾對精神疾病的認知。在報導精神疾病患者的新聞上，媒體常是過於簡化，只針對患者突出的外顯行為加以強化、渲染，而較少深入了解內在的原因。例如，媒體常把報導焦點集中在精神疾病患者傷人或古怪的行為上，未了再加上精神病患這種不定時炸彈造成的安全問題值得深思的評論，導致社會大眾習慣於將精神疾病患者視為有潛在危險的人，對其防衛高於接納。多數人在大眾傳播媒體的渲染下，對精神病患的刻板印象是如此的根深蒂固，再多的解釋與教育都是效果有限，形成對精神病患歧視的現象，精神病患也可能接受了這樣歧視的態度而影響他們接受復健治療的意願。(楊延光，1999)。

不可否認地，精神病患在生理、心理及行為上的症狀表現是比較特殊的，這樣的特殊性也使得相較於其他疾病的患者，精神病患較容易成為新聞媒體報導的焦點。媒體報導的焦點常又多集中在負面事件上，使得一般不瞭解他們的大眾對精神病患形成偏頗的印象，這對極需要社會支持做為復健基礎的精神病患來說，

成了他們在復原過程中的一大致命傷。媒體偏頗的報導，一直為心理衛生人員及推動精神病患福祉工作的相關人員所詬病。精神疾病患者、康復者、家屬及心理衛生工作人員努力爭取改善精神病患在社會上備受歧視的處境，往往因為媒體一個負面報導而付諸流水，這樣的現象，長久以來是許多精障團體所困擾的問題(王晴美，2002)。

王晴美(2002)以專為精神障礙服務的機構工作人員為對象，研究媒體報導對精神病患處境的影響，明顯發現這些工作人員對於目前媒體的表現都相當不滿意，但雖然如此，卻沒有抒發的空間及管道，亦缺乏與媒體公平溝通的機制，即使採取行動來對抗媒體的錯誤報導，效果也相當不理想。在與媒體的互動過程中，因為媒體的強勢作為，把關著對大眾發聲的有利公器，使得這些努力為精神病患爭取權益的團體或個人飽嘗挫敗的經驗。

王氏呼籲面對媒體因不瞭解精神疾病所做的負面、偏頗或傷害性的報導時，需要有一個機制可以適時的反應。例如精神病患傷人的事件除了以不定時炸彈這樣的角度來看待之外，其實背後反應出社區精神醫療網絡的未臻健全的問題，精神病患會暴起傷人，更代表了病患當事人身邊缺乏良好的社會支持與照顧，在無人聞問與照料的冷漠處境下，才會造成類似的社會事件。精神病患自醫院返家後，後續的治療與復健問題更是值得重視。這樣的反應機制，一旦在發生與精神病患有關的不幸事件時，能夠把握第一時間向社會大眾解釋、澄清事件發生的原委，並教育大眾有關精神病患在疾病症狀、及相處方面的知識，以減低恐懼及焦慮，避免烙印及排斥行為的產生。研究中更進一步建議，這樣的反應機制應由精神衛生單位主責，建立一個單一窗口來負責提供心理衛生訊息的服務，以消除偏見。

## 第四節 精神分裂症患者的社區精神復健模式及需求

### 一、台灣現時社區精神復健模式

我國早期對於精神病患醫療系以收容、療養為主，直至民國七十五年政府積極推動建立全國性區域性精神醫療網工作，為於七十九年十二月公布施行「精神衛生法」，針對精神醫療體系等相關問題予以規範。在籌設精神醫療網計畫中，其工作措施除了建立精神醫療行政組織、建立區域精神醫療網、與增設精神醫療設施外，加強精神病患社區復健也為其中重要措施方案之一(莊明敏、鄭若瑟、黃繡、柯少華、褚增輝，1995)。

關於慢性病患者之長期照顧規畫，自一九七〇年代中期起發端於西方的「去機構化」政策。當時美國政府重新反省對老人、兒童、精神病患者、發展性障礙者及監獄犯人收容安置的有效性，進而採取新的策略：避免將這些人口收容在大型機構中，而讓原先被收容者儘量回歸到社區之中，回歸主流即是當時主要的倡導。因此在去機構化之後，這些原先被收容在機構中的人口紛紛回到社區，當時美國關閉了許多大型的州立收容機構和精神病院，另一方面則嚴格限制案主進住公立機構的資格，以減少醫院的收容人數，根據美國去機構化的定義包括：(一)預防不需要機構收容的病患住進機構；(二)對不需要機構照顧者進行教育、訓練、復健、治療等過程，使其得以在社區中生活；(三)對於需要機構照顧者，改善機構的環境、照顧與治療方式(萬育維，1999)。

在去機構化的過程中減少精神病院的人數，轉向以社區為主的服務方式，照顧病患之工作由醫院轉為社區。去機構化的目的除了促進病患更有尊嚴的生活方式及更優質的生活品質外，另外一個重要因素也在於減少因長期收容大量精神病患所帶來的龐大醫療支出。

去機構化的政策已蔚為風潮，「加強積極治療與復健，減少消極收容與養護」也成了我國精神疾病防治的政策方向(衛生署，1997)。目前台灣的精神醫療體系設計如圖 2-1 所示(莊明敏等，1995)，呈現的內容包含四大部分：精神醫療(醫院)服務、社區精神復健服務、精神醫療網相關機構、與精神醫療網轉介中心，以下略做說明：

#### **(一)精神醫療院、所服務系統：**

以醫院為主，配合病患的病情需要，提供門診、急診、全日住院(加護病床、急性病床、慢性復健病床)、日間留院等服務模式，給予病患治療。

#### **(二)社區精神復健服務：**

精神疾病多屬於慢性化疾病，除醫療照顧外，尚需要社區支持系統，包括：康復之家、庇護性工場、社區復健中心、居家治療、危機處理醫療服務、職業評鑑及就業諮詢輔導等，形成一完整性、持續性的社區服務網絡。以下分別介紹之：

- 1.康復之家：**提供病情穩定無需住院的病患一個居住處，並在專業人員的輔導協助下，學習獨立生活於社區中，其為介於醫院與家庭間，提供一個半保護、暫時性、支持性的居住環境。
- 2.庇護性工場：**提供因病而功能退化無法從事競爭性工作或暫時不能勝任的精神病患，訓練其工作態度、工作習慣、受雇能力及工作生活安排，協助解決病患在社區中工作及就業問題。
- 3.社區復健中心：**提供病患多元化復健訓練活動，如休閒活動、生活技巧訓練活動、職能工作訓練等。

**4.居家治療：**醫療人員視社區中精神病患個別需要，採定期或不定期的實地家訪或電話追蹤，提供醫藥諮詢、生活適應及家屬衛教，以達經濟、復健與預防的目標。

另外，國內仍無針對社區中精神病患的危機處理醫療服務，原因此舉牽涉到警政，而國內尚無跨部會的機制加以運作。至於職業輔導評量，尚在起步階段，僅台北市委託一些機構試行辦理，其成效還有待觀察。

### **(三)精神醫療網相關機構：**

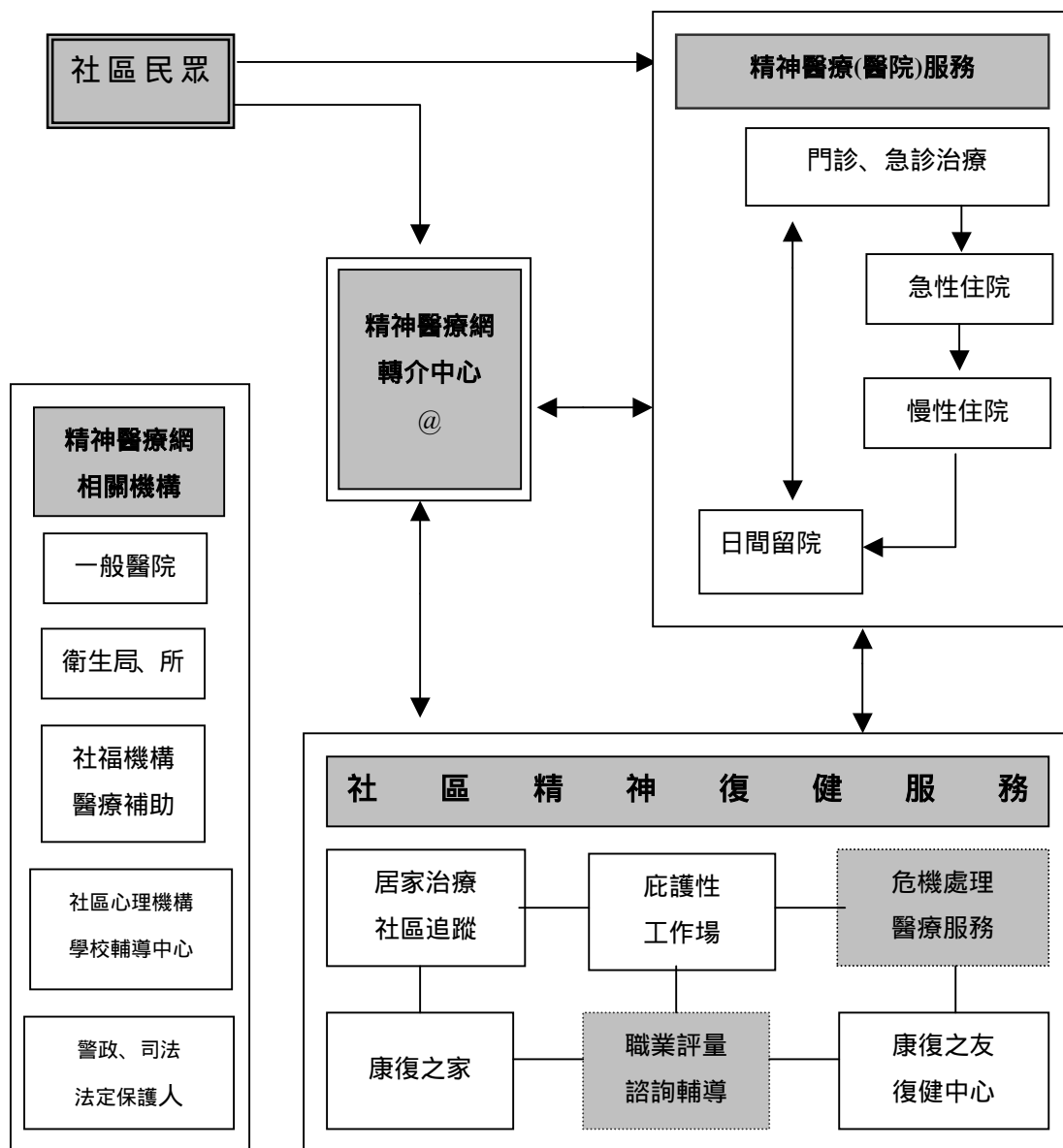
由於疾病污名化的緣故，精神病患可能不希望到專科醫院接受治療，這時一般醫院也可做某些程度上的治療。目前衛生所的公衛護士負責社區精神病患的發現與追蹤工作，扮演類似個案管理人的角色，惟公衛護士的工作繁重，往往無法有效落實病患追蹤與管理的目的。

自從民國八十四年開始，精神障礙納入身心障礙福利服務體系後，一些社會福利補助開始以精障者為對象提供服務，例如全民健保保險費補助、復健及生活輔具補助、身心障礙者生活費補助及教養與養護費補助等。而社區心理輔導機構提供病患心理衛生教育及預防工作；警政機構及法定保護人協助處理緊急事件等。

### **(四)精神醫療網轉介中心：**

在民國七十五年推行精神醫療網時，將全台灣分成七個區域，每個區域由一指定核心醫院負責行政協調、轉介照會及教育訓練工作。實施至今僅有部分醫療網規劃轉介中心來執行此業務，顯示這項計畫仍在初步發展階段(引自莊明敏等，1995；宋麗玉，2000)。

圖 2-1 現行我國精神醫療服務模式及流程



## 二、個案管理者的角色

在精神醫療復健體系中，個案管理者(case manager)此一角色的重要性逐漸為人所重視(宋麗玉，1998；胡正申，2001；蔡紋苓、戴玉慈、李豫芸，2002)，究其原因，在於現行精神醫療體系資源不足，且精神病患的社區精神復健服務內容涵括了醫政、社政、勞政及教育體系，目前各體系缺乏有效的聯繫機制，加上精神



病患及家屬往往屬於社會弱勢族群，本身即處於社會邊緣地帶，不懂得如何運用這些相關的資源，往往本身有其需要但卻不知道也不懂得使用這些資源(胡海國、黃梅羹、黃曼聰，1994；宋麗玉，1998、2000)。因此，病患出院回到社區後，有個案管理者協助其接受有系統的復健服務、整合運用目前現有的社會資源，達到病患最大的利益是相當重要的。

儘管行政院衛生署過去十餘年來努力推動社區精神復健服務，但國內社區精神復健服務如康復之家、庇護工場、社區復健中心及居家治療等精神醫療資源仍呈現不足的現象(宋麗玉，2000)。雖然精神醫療資源不足，但吊詭的是，精神病患在使用社區精神復健設施的比率卻是偏低的，其中社區復健中心的使用率為73%、康復之家為60%、庇護性工場為55%、居家治療為84%(莊明敏等，1995)。

對於社區精神復健資源使用率偏低的原因，研究發現有高達54.7%的病患及家屬不知道有社區復健這一回事，其他人即使知道有社區復健這項資源，也缺乏使用動機，究其原因在於病患與家屬對這些設施的內涵及其環境不了解所致(胡海國等，1994)。在這樣的情況下，設立社區精神復健的美意未能嘉惠有需要的病患。為什麼病患與其家屬不是對社區精神復健服務一無所知、要不然就是認識不清？事實顯示依目前的精神醫療處遇模式，於傳達社區復健的訊息予病患及家屬上不夠清楚及完善。其中的原因與醫院內部之專業人員不足、個案量負荷沈重以致無法針對每位病患之狀況給予完善的出院後安排有關。另外，也因現行精神醫療模式尚缺乏良好的個案管理制度，以致於有關的資源訊息無法充分且有效率的傳達。而研究也發現，若有人建議病患或家屬並解釋有關社區精神醫療服務的內涵，則病患使用復健服務的比例會增高，即使家屬認為病患不需要這類服務，但也會傾向讓病患使用(宋麗玉、張作貞，2000)。由此可知，適時提供正確訊息，對於幫助病患回到社區後的復健相當重要。

上述研究結果，在在突顯了個案管理(case management)在精神醫療體系中的

重要性。個案管理是藉由助人者本身的專業知識，透過協調整合服務輸送的體系，達成服務個案的預期目標，更精確的說，個案管理是提供個案服務的一種方法，以確保複雜或多重障礙的個案，能獲得適時及適當的資源連結。因此，個案管理的目的有三：(1)確保服務的連續性：個案管理者在提供個案服務的過程中，評估案主各階段的需求，提供連續性的服務；(2)恪守責信原則：個案管理者必須確保提供個案服務品質、責任與信賴的關係；(3)增強服務效果：個案管理者在服務輸送的體系裏，要監控案主服務效果的發揮(胡正申，2001)。

在目前我國社區精神復健體系中，要由誰來擔任精神病患的個案管理者呢？理論上通常是由社工員來擔任這個角色，但是以住院的精神病患為例，由於醫院中社工員的編制不足以負擔這麼大量的個案管理工作，造成無法提供每位病患適切的服務。另外，在病房中擔任照顧病患工作的精神科護士，因為長時間與病患相處，反而對於病患的需求與情況有更深入的了解，因此，有時候也會由精神科護士來擔任病患的個案管理者，除了提供病患住院時期的治療服務外，同時也協助病患出院後的規劃，來幫助病患能在出院後可以繼續接受良好的醫療服務(蔡紋苓等，2002)。但是大部分的精神病患一旦出院後，除非轉而接受醫院日間留院的治療方式，否則醫院很難繼續提供個案管理的服務，如果只是接受門診治療的病患，甚至不再就醫，醫院礙於人力上的限制，常無法再提供服務。

在衛生署的精神醫療網計畫中，當精神病患出院後，則醫院將病患資料轉往當地衛生所，由衛生所的公衛護士來負責後續追蹤的工作(莊明敏等，1995)，公衛護士在後續追蹤工作上，大多為督導服藥、督導按時回診、協助病患家務管理及提供相關資訊等(洪美玟、張瑛昭、陳妙芳、吳聖良、張鳳琴，1997)，工作重點比較著重病患的疾病管理，至於積極的生活、職業、社會角色功能復健則較少涉及。究其原因，還是與其工作量大，人力不足有關(謝宏林，2000)。洪美玟等人的研究(1997)認為，精神復健體系缺乏社區復健機構的參與，只靠衛生所的公衛護士人力

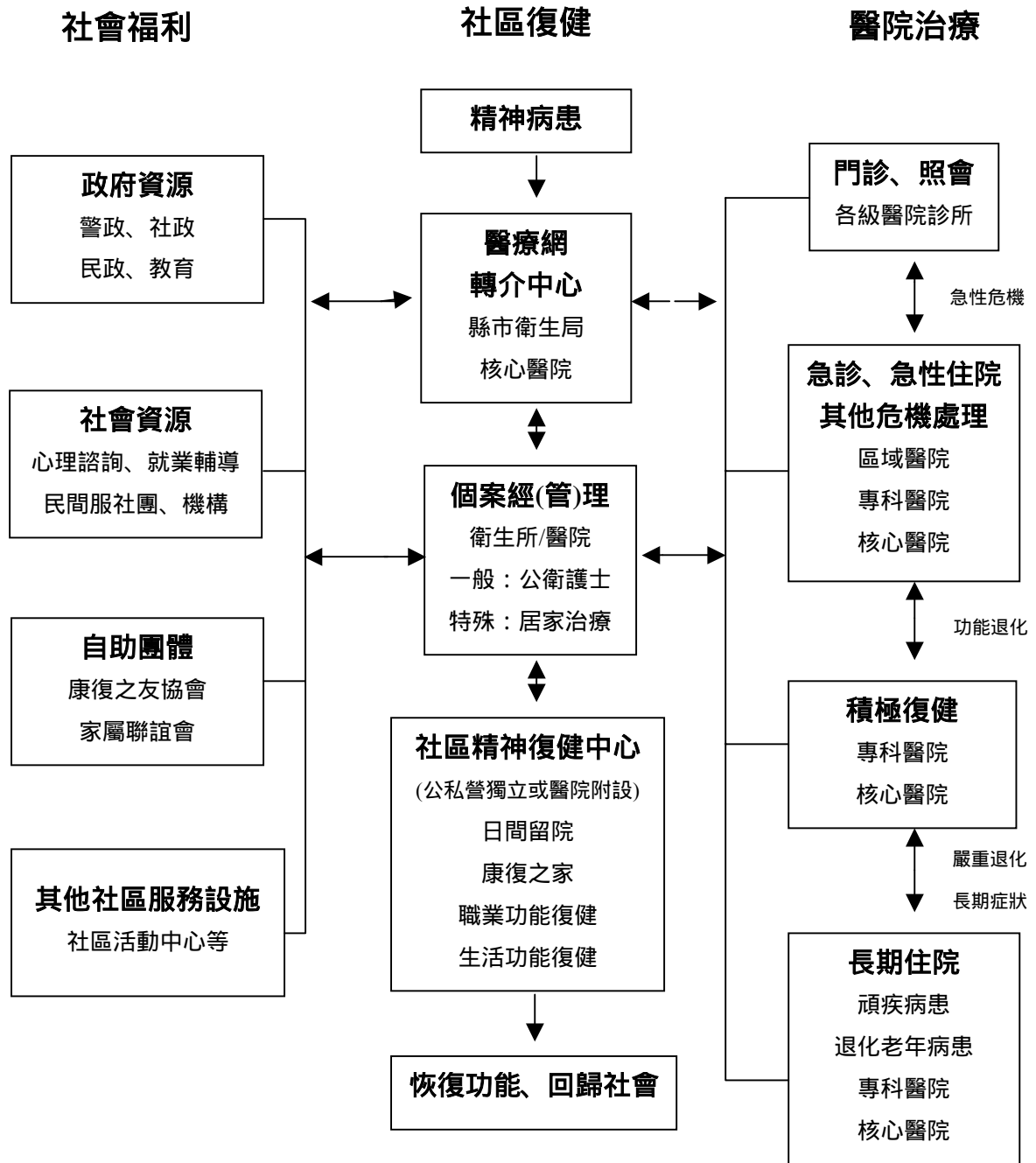
是相當不夠的，無法真正落實精神病患在社區中接受良好復健服務的目的。

目前社區精神復健系統中，個案管理者的制度尚在起步階段，曾有一些學者及縣市機構著手進行方案試辦(宋麗玉，2000；洪美玟等，1997；陳快樂、吳聖良、呂孟穎，1999)，其研究結果大都肯定個案管理者的角色與功能的重要性，惟目前大多都屬於試辦階段或是局部性網絡規模，離建構完整的精神復健網絡的理想還有相當距離。

在建構積極的社區精神醫療復健模式中，我們可以看出個案管理者制度建立的重要性，由於目前我國的醫療、社福資源有限，加上病患與其家屬往往也缺乏使用這些相關資源的知識，因此即使資源少，也仍存在使用率不高的問題。因此，若我們希望建構出一個理想的社區精神醫療模式，目前國內學者認為可以發展個案管理者制度，並結合目前的精神復健體系的資源，以達充分利用現有的資源，盡最大努力來照顧有需要的精神病患(宋麗玉，2000；胡正申，2001；莊明敏等，1995)。

莊明敏等(1995)便曾就結合個案管理及設立整合性的社區精神復健中心來建構理想的整合性社區精神疾病防治網絡(見圖 2-2)。此一體系基本上要整合三大體系，醫院體系以治療為主，醫院和診所之主要角色為依病情需要提供門診、急診、住院治療、其他危機處理、積極復健和長期院等治療項目。社區體系以復健追蹤為主，以社區精神復健中心為軸心，處理病患多層面的問題，並結合社會福利資源，以利個案管理者運用社會福利體系來解決病患食衣住行育樂及就業、就學等問題。

圖 2-2 整合性精神疾病防治網絡



### 三、精神分裂症患者重回社區後的需求

精神分裂症患者出院返家，重新回到社區後，即意味著希望能夠如同正常人一般在社會中生活，這也是去機構化的一個主要目的。由於精神分裂症本身具備慢性化疾病的特徵，特別在認知功能上的影響，往往會造成患者在社區中生活有許多適應上的問題(陳建良、李新民、王家駿、張敏，2000)，因此患者在回到社區後，除了必須接受持續的治療外，還同時需要其他協助來幫助他們適應社區生活，以及他們重新取得社會角色的需求。

莊明敏等人(1995)曾做過調查，精神病患及其家屬主要有三大需求，分別是：**急性發病有床可住、出院回家有事可做、無依年老有處可安身**。由此三大需求來分析，第一與第三項需求均屬於機構中的生活，只有第二個需求屬於病患在社區生活中的需要，而這項需求，其實可以視為病患就業上的需求。許多精神病患回到家庭、回到社區後，常常面臨到的問題便是是否就業及如何就業。而協助精神障礙者就業，也成了許多人關心的問題(呂淑貞、沈莉貞、周美華、張自強、陳國良、楊明仁、滕西華，2003；林文惠，2002；萬育維，1999)。

自精神障礙納入身心障礙福利範圍後，加上精神醫療強調社區化的趨勢，精神病患的復健不再只是病情控制、症狀消除而已，其就業、社會角色的發展與個人的自立也均視為復健的一環。一直以來，精神醫療的資源多集中在醫療體系，醫療體系所發揮的功能也大多集中的治療上，對於病患在社區中的生活問題、就業問題較少涉及，即使醫院中的職能治療或庇護工場，因其規模較小，且其環境與現實情況仍有相當差距，即使病患在其中表現良好，回到一般職場中，其所需要的抗壓力與因應能力是在庇護工場中無法相比的。

這幾年來，許多服務身心障礙者的機構開始以精神障礙為對象，提供服務，而原本歸屬於社政的身心障礙者就業安定基金也自民國八十六年轉由勞政單位管

理後，顯示原本將身心障礙者就業視為收容、救助的觀念，改變為潛在人力資源的開發，開始正視身心障礙者這個族群的人力資源，因此有更多的積極措施投入，例如支持性就業、身心障礙者創業貸款及提高庇護性工場的產值與競爭力等。這些是可喜的現象，但也正因為如此，在精神障礙者的復健計畫中，除了醫療外，同時還必須整合社政、勞政資源。整合性的以社區為基礎取向來替代過去的醫療取向。