

精神健康你我他

實用手冊 第三輯

三分鐘讓你輕鬆擁有精神衛生小常識

沒有一個人類社區可以免疫於精神疾病



精神疾病的復健／徐淑婷 醫師.....	1
思覺失調症的藥物治療／李朝雄 醫師.....	13
在地的努力：訪談台灣的精神疾病公益組織.....	25

社團法人台北市心生活協會 96年9月首印 / 105年11月修

你我他，都是關懷精神健康的心朋友

民國103年7月起，「精神分裂症」更名為「思覺失調症」。

摘錄 精神健康你我他第①輯（第12、13頁）

☆什麼是精神疾病呢？☆

☞ 什麼是精神疾病呢？

精神疾病總括來說是精神上的一種困擾。有這樣困擾的人，行為上可能異於常人，也可能在生活的安排上發生問題。就種類上來說，可以分為思覺失調症、躁鬱症、或因器質性或藥物引起的病變，或者像大家常聽到的憂鬱症、焦慮症、恐慌症、強迫症、轉化症、心身症、社交恐懼症等這一類的精神官能症。

☞ 人為什麼會得精神疾病呢？

目前的醫學雖然很發達，但是也還沒辦法回答到底為什麼罹患精神疾病。不過，總括來說發病的成因，不外生理、心理、社會三方面因素的影響。

1. 生理因素：也就是體質影響；像遺傳，或者是生產過程中受到的傷害，或者是腦部的變化。
2. 心理因素：像是長期的恐懼，或者成長過程中，遇到心理壓力而沒有適當的處理，都可能會有比較高的機會罹患精神疾病。

本節參考：楊廷光醫師所著張老師文化出版的「杜鵑窩的春天」一書第三章。
並感謝：林喬祥醫師提供意見。作者：金林

摘錄 精神健康你我他第②輯（第5頁）

要自己承認自己的頭腦出了問題，實在是很困難的，這個病，會愚弄患者，讓你發展出一套和人數眾多的一般人所不同的思想架構。因為他會發展出和大多數人不一致的認知系統。

但問題是，如果一個人沒有辦法知道自己思考混亂，別人怎麼能幫得了忙呢？一個人如果根本不相信自己有病，怎麼會想要去治療他的紊亂呢？

我後來找到一種接近這類患者的好辦法，那就是跟他們提說，雖然他們也許沒有精神混亂，不過別人顯然把他們當作是精神病人來對待。他們通常同意我的這套說法，特別是那些曾經住過院的人。這些夥伴通常接受像是「搏生者」（survivor）之類的稱呼，一旦他們接受別人可能認為他們是精神病人的事實，他們就有動機要多知道一些有關這個病的訊息。

一般而言，對於病人的否認，最好試著不要當面抨擊，嘗試建立信任的關係，然後漸進地鬆動或「解凍」那個使得病人否認患病的頑強的認知防禦系統。

本篇「和精神分裂症相處的十二招」作者：Frederick J. Frese
譯者：Joan，金林等



台北心生活協會第三屆會員大會成長課程講座

精神疾病的復健

徐淑婷 醫師

- 講演時間：民國九十五年九月九日
- 逐字稿錄音整理：台大職能治療學系 陳妍伶同學
- 校對/摘要編輯：金 林

幾位思覺失調症復元者的啟示

曾 有兩個人的傳記，被刊登在一流的期刊，在以科學為主流的時代中，復元者的故事特別地吸引人。

約翰·納許(John Forbes Nash, Jr.)

其中一個人是約翰·納許（John Forbes Nash, Jr.，也就是《美麗境界》中描述的主角）。在文章中講到一件很重要的事情，就是約翰的復元，不完全是藉助藥物，而是強烈地自我趨策，強迫自己排斥過去那些不切實際的幻想，努力從現實中甦醒過來。藉由自己的力量，及期望能好起來的意念。他努力想擺脫過去的一些事情，那些所謂的症狀，而親朋好友給予的支持，即使在他情況最嚴重時也沒放棄他，成為他很大的動力來源。因此從他自己的本身，以及週邊人的幫助，是他復元的主要動力。

丹·費雪(Daniel B. Fisher)

另一個人是丹·費雪（Daniel B. Fisher），他在讀生物化學博士時，開始有症狀，當時他覺得腦像酵素一樣，把一些物質加入就可變成另一物質。於是開始疑惑為何老是把自己幻想成別的東西，覺得自己的腦袋生病了，就去念醫學院。但他在醫學院的那段時間，是精神疾病最嚴重的時期，甚至無法上學，只能關在家中，蓬頭垢面，課業勉強完成，向其他同學借筆記，而之後在他人幫助下情況慢慢穩定〈這也符合現在大家的瞭解，發現思覺失調症的病程在一開始會很嚴重，之後會漸緩〉。從醫學院畢業〈他們的醫學院是唸四年〉後，費雪的症狀頗穩定，也成為精神科專科醫師，於哈佛醫學院接受住院醫師訓練。

美國總統布希上任後，成立一個身心障礙政策的研擬小組，費雪因為有是精神病患者且又是精神科醫師的雙重身份，所以被邀請至白宮為這個小組做演講。

我遇到費雪時，發現他臉上常有笑容，會主動跟人打招呼，且會關心他人，問別人是否需要協助；這和一般人印象中的以為的思覺失調症患者，很不一樣。所以一般認為精神病患者無法復元的觀念是錯誤的，還是有這樣的可能性存在。



或許大家會認為以上兩位是屬於特殊例子，前面兩個人都唸到很高的學歷才發病，不是一般人。那麼接下來介紹一位更令人拍案叫絕的人物—荻根女士（Patricia E. Deegan）。

荻根女士(Patricia E. Deegan)

她是一位思覺失調症患者。我在美國唸復健學位所就讀的學校，有間社區復健中心〈像是日間照護的場所〉，中心的學員會接受一段時間約一年的電腦訓練，這些受訓的學員實習生，在畢業的時候有一個畢業典禮，荻根女士被邀請到這個典禮上演講。

一般我們認為思覺失調症患者連思考都成問題，不太可能還說得出頗具詩意的詞語，然而當天演講的開場她說：「傍晚我從北部（住家在波士頓北部）一路開車過來，道路兩旁的燈一盞一盞地亮起來，就像我今天的演講，是要來點燃其他人心中的燈，讓大家燃起希望。」。是一段充滿了詩意的開場白。

她演講的時候五十歲，自述在十七歲的時候生病，嚴重到需要住院。那時美國是機構化的時代，她住在慢性病房，每天都只做兩件事情：抽菸和喝可樂。每天看著因為抽煙而發白的手指頭，和因為喝可樂而發黃的牙齒。有一次她回家，媽媽請她一起做麵包，但她做不到5分鐘她就沒有辦法做下去，那時候的她無法集中精神、沒有能力持續做麵包〈此為思覺失調症患者的一種症狀〉，她跑到屋外去哭，覺得自己怎麼這麼差勁。所以十多年的時間，待在慢性病房，過著只抽菸和喝可樂的日子。

症狀發生的十多年後的某一天，她忽然覺得自己不應如此過生活，決定要當一個高功能的思覺失調症患者，這是她體驗到的第一個召喚。這召喚不是幻聽，而是覺得自己有使命，要完成某些事情。於是她就出院把高中唸完，並到社區大學唸書，但當時功能仍很差，共耗費8~10年的時間才結束學業。

前八年時，把課業修完，她就只是一門一門的把課修完就好。但，大學畢業後她感受到第二個召喚。覺得自己已是高功能的思覺失調症患者，拿到大學畢業證書，接下來就要試試心理學能否幫助自己的病情，



於是唸心理學碩士。成為碩士後，認為自己應可做個有用的人，於是感受到第三個召喚，便繼續唸心理學博士，做一個同時是消費者（美國稱呼精神病患者為consumer，消費者）且提供服務的心理學博士。並因此而受到注目。

曾有人如此描述荻根女士：她與其他人不同，就在於她是一個敢去作夢的人，嚮往、盼望當一個醫生“The dream Pat Deegan dared to dream was that she could become a doctor.”。之所以想當一個醫生，是因為當時在病房裡醫生需要拿一串鑰匙來開門，不像現在可以用刷卡或採用指紋辨識來進出病房，那個時代一串鑰匙掛在身上，鏘鏘作響，走起路來十分威風，是個握有權力的人。而荻根女士敢去作夢，要做一個有權力的人，所以她的生活開始不一樣。

有一次，她去一個大學演講，聽眾裡有一位是她以前剛開始生病時看過的醫生，當時那個醫師認為荻根的思覺失調症是不會好轉的。當天演講的開場她一時不知如何開口，但當她的演講結束後，那醫生走過去向她表明自己錯了，當初不應該說她是一位不會好的思覺失調症患者。

聽了這些故事，給我們精神科醫師很重要的意義：要怎麼樣向別人說明，精神疾病的希望。其實復元並非看不見，復元是很常發生的事情。只要你睜開眼去看，復元就是活生生發生的。我自己就是被這些復元者所說服的。

荻根女士（Patricia E. Deegan）是個很重要的人物，她講話很吸引人，但不只是這樣，她寫了很多重要文章，相當程度地影響美國的精神復健、精神醫療。在她的一篇文章「Recovery: the Lived Experience of Rehabilitation（復元：活生生的復健經驗）」裡，有很多重要的想法。現在摘錄給大家參考。

復元：活生生的復健經驗

Recovery: the Lived Experience of Rehabilitation

Recovery我要用吳就君老師的翻譯，採用「復元」這個「元」字，是日本人講的「元氣」。（註：國內多半將Recovery翻譯成「康復」）



從荻根女士復元的歷程，來看復健應該是怎樣的一個過程。

精神疾病並不是要恢復到以前。復元並非是要恢復到沒生病以前，而是恢復元氣。即使是一般人，成長過程中也不可能回到15歲、20歲的樣子，總會失去一些。

元氣就是一種精神，生病後恢復氣力、精神、希望、元氣。

荻根女士認為，復元是面對精神障礙的困境下，接納或克服隨著精神障礙而來之挑戰的活生生體驗。

復元的過程是很辛苦的，可能是需要別人協助的，而復健則是在復元過程裡提供給病人的養分、協助。復元像一顆小樹要長成大樹，撐起一片天，而復健則像是灑在土壤中的養分。復健可能是一個包案，例如到社區復健中心接受治療，有一個結構的生活；也可能是生活中的一件小小的事情，例如參加家庭活動、或者是讀報，只要在過程中患者所需要的而我們可以提供的，就稱作復健。

荻根女士說：“We rebuilt our lives on the three cornerstones of recovery— **hope, willingness, and responsible action.**” 復元有三大基石，希望／想望，意願／願意進步，與負責任的行動；從這基石重新建立起生活。

“Our recovery is marked by an ever-deepening **acceptance of our limitations.**” 復元很大的一部分是來自接納的過程，接納自己因為有了這個疾病所帶來的限制。比方說，因為生了病，所以沒有辦法在5分鐘內就寫完作業，生病後可能要花費10分鐘的時間，所以需要多留一些時間來寫作業。

“Recovery does not refer to an absence of pain or struggle. Rather, **recovery is marked by the transition from anguish to suffering.**” 復元不是沒了痛苦或是沒有掙扎，而是苦與痛的轉型。而轉型就是說從這當中我們怎樣學習如何生活。

“Recovery is the urge, the wrestle, and the resurrection.” 十分令人動容的一句話，她認為，復元是一種渴望，是一種角力的過程〈因為要出力、奮鬥〉、是一種甦醒〈重新復甦〉。也就是在過程當中，是學習從跛腳站起來走路（rise on lopped limbs）。我們不可能叫一個中風的病人

都像以前那樣走路，但可使用拐杖，或手部操作，可利用好手帶壞手。讓癱瘓的人雖不能像從前那樣，但還是有走路的功能，這就是復元。

復元的階段

從1970年以後，美國陸陸續續有很多復元者在發聲，學界的人注意到這些聲音，啟發了思考的改變，開始去探討復元的歷程。以前的復健是很機械式，就好像是在固定的時間給個什麼東西而已。1990年以後精神疾病有了另外的發展方向，就好像有著很多的積木，但需要一張藍圖才能夠成型，從那時開始有很多以復元為導向所作的研究。

有位學者Spaniol et al.他2002年發表的一篇研究結果，認為復元歷經的階段為：

● 第一階段：“*Overwhelmed by the disability.*（失去一切能力）”

剛開始生病時，患有精神疾病是件痛苦的事，因為感覺世界變得不一樣、怪怪的，似乎身旁的東西，都跟患者自身有一些關係，都在暗示些什麼，嚴重時生活中會有很多難控制的事物，包括自己的腦袋。

● 第二階段：“*Struggling with the disability.*（在失能的障礙狀態中掙扎）”

這時的患者開始規律看門診，漸漸了解他可能是被一個疾病影響。慢慢的練習處理疾病的事，而其中一種就是學習規律看門診。對病人來說，每天規律做某件事情，是很痛苦的，且有時不想講話仍要對醫生敘述現況。所以這階段病人學習處理疾病，包括忍耐、處理藥物副作用。

● 第三階段：“*Living with the disability.*（跟疾病共存）”

吃藥、看醫生，以及在生活中與疾病有關的事，已僅是一小部份，很容易去處理，例如可以很輕鬆地去社區復健中心。

● 第四階段：“*Living beyond the disability.*（超越障礙）”

疾病變成只是生活的一小部分，和一般想要做的事情如工作、聊天是相同的。



- 判斷何時從第一階段到第二階段，再從第二到第三階段，目前是无法預測的。但我們復健要做的事情，就是要往上提升。

精神復健的角色

精神復健，應是促進自我療癒。在自我療癒的過程中，精神復健扮演促進的角色，而不是告訴他要做些什麼，就會復元。有很多文獻顯示，接受心理治療的個案，有很大的一部分來自於自我療癒。人不用看精神科醫師、心理醫師也可以自己恢復，心中的難過會自己好轉，所以對精神疾病同樣可抱持這種希望。

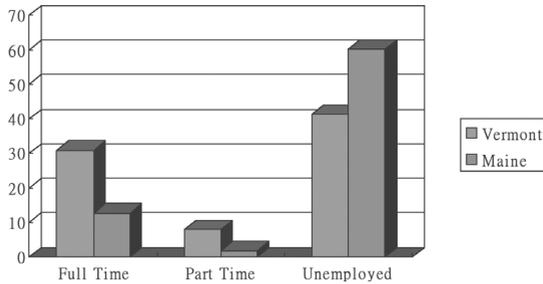
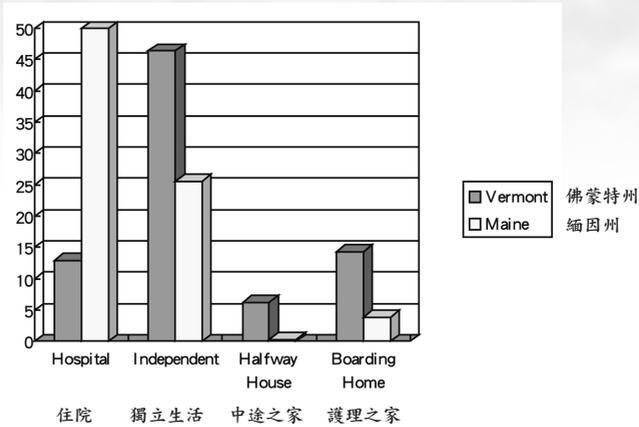
而自我療癒包括身體健康、心理及靈性健康、還有社會健康，這些不能完全依靠週遭人的幫助，那樣是無效的。復健是幫助患者自我療癒的過程。

精神復健的功用

有無復健對精神障礙者影響很大。根據一項研究顯示，美國東北邊有兩個州—Vermont佛蒙特州和Maine緬因州，於1960年開始作精障個案的登記，30年後作調查。緬因州對精障者的醫療是屬較傳統的，病人於出院後就回到家中，而佛蒙特州則比較有復健的，病人在出院後接受復健服務。

30年中緬因州的病人大部份時間是住在醫院，而佛蒙特州的個案大部份時間是可獨立的，他們住在“halfway house中途之家”（類似康復之家）或“boarding home”（像是護理之家），都是一群人同住。居住方面顯然佛蒙特州的情況比緬因州好。而工作方面佛蒙特州也比緬因州好得多，佛蒙特州的病人可以規律工作、從事part time工作，然而緬因州失業的人口較多。我們可以得知，復健服務系統，如康復之家、社區復健中心、支持性就業等等，對精障者的預後影響其實很大，雖然病人可以自我療癒，但還是盡量讓復健多一些，提供更多的養分。





精神復健服務的主要面向與模式

精神復健其實有很多種不同的服務：key component

- * 康復之家 (Residential Programs)
- * 支持性就學 (Education)
- * 工作 (Employment)
- * 社會化 (Socialization)：包括到如何做休閒娛樂。
- * 個案管理制度 (Case Management)：不只打電話詢問是否去看門診，可以很積極，包括幫個案找社區復健中心，陪他看病，甚至他靜坐也陪著他，這是以個案生活為中心導向的服務方式，其實有點像台灣的家教，你想要學就陪伴、協助你學。
- * 家人的支持 (Family Support)：這是與家屬有關的要素。



Models/Technology 〈美國的模式〉

- * 支持性就業（IPT）：個案喜歡此工作，老闆也願意接受，確定個案能有此工作，於是就有一就業輔導員協助個案，讓他能在工作崗位上發揮。支持性就業比起傳統從社區復健中心、庇護性工場，來做一連串階梯式的安置，要更來得有效。
- * 主動式社區醫療（ACT; Assertive Community Treatment）：精神醫療團隊到社區幫忙，比傳統上只用電話詢問來得有效。
- * 給家屬的教育（Family Psychoeducation）

以上三類已實證確定，接受這些方式服務之個案的治療效果一定較好。而所謂實證醫學，是分成兩組研究，一組接受此治療，另一組則無，而接受治療那一組的結果證明比另一組好，稱之實證醫學。

精神復健的概念

Interaction of Concepts ICF 2001

以前精神復健是認為患者因為疾病的關係，而不能做某些事情，所以有了殘障，而現在的觀念是要用其他方式讓患者減少殘障。舉例來說，一個長大後才坐輪椅的人，和一個從小就坐輪椅的人來比較，長大後才坐輪椅的人他的殘障嚴重程度比從小就坐輪椅的人嚴重。因後者能做的活動與參與方式已有自己習慣的方法，所以殘障程度較小，接受程度較高。而對精障者來說，復健的價值在於安排有意義的活動，讓他能有好的社會參與，殘障程度便可減少。

我們的生活有很多活動可以參與，如可到社區復健中心、心生活、動物園，或做些想做的事，那麼我們因為障礙、精神疾病而不能做的事情減少，殘障程度就會減少，所以復健該做的事情，就是增加個案活動的機會、增加參與的機會。

Choose – Get – Keep（選擇－達到－持續）

復健和復元的階段是有關聯性的，不同時期，所需要的養分就不同，像長稻子一樣，種稻子開始的時候和後期所需要的養分是不一樣的。



復健很重要的原則，在於開始時所做的選擇，決定要做什麼事情，這是關鍵時刻。例如：選擇的工作職種不同，所需的技能就不相同；而能否獲得工作，也需要不同的技術；獲得工作以後，如何維持工作狀態，所需要的技術也不一樣。

復健是要根據不同時間點、不同的需求，給予技巧的訓練。

一開始，選擇給個案的技巧，可能是看報紙，然後是看會不會透過104、就業服務站找工作，須具有選擇的技能。之後應徵，則屬另一種訓練，如需懂得四目相對、知道如何回答問題。得到工作後，要持續工作，需要的是如何與同事相處，替自己爭取權益〈如加班費〉，皆是須具備的能力。這些不同技術，是由精神復健提供，讓個案學習。

精神復健可用一個公式來涵蓋

“Support (支持) + Skills (技能) = Success + Satisfaction (滿足與成功)”

提供支持，比方說，我從外地來，我不是台北人但要去台北火車站，那麼我會需要什麼支持。旁人可以提供資訊，比如說告訴我怎麼搭乘公車、捷運，提供資訊也是給予支持。若他不知該如何去，可能就需帶著他去，或訓練他如何到火車站，該搭乘幾號公車、如何辨認等，而這些就是技能。

復健只有兩件事情—支持和技能。最終目標是在這過程中，讓個案認為自己成功地踏出一小步，而且很滿意於自己的表現，這就是精神復健。所以精神復健並非只是社區復健中心、康復之家、日間留院而已，可以是日常活動的一些小事，例如幫忙蒐集一些資訊。

比方說，我常會請想要工作的個案，到就業服務站幫忙蒐集一些資訊。在過程中看他能否完成，若不行則找出困難處，而精神復健便要去克服這些障礙。其他人希望、期待他做、或他認為重要但做不到的事情，精神復健便想辦法把障礙移開，或是部分地帶著他做，精神復健是具有彈性的，重點是要讓個案執行他想做或認為重要的事，使他可執行或跟他一起做完，再一步一步讓他有更多的獨立性。

精神復健過程可以是很開心的共同完成有趣的事，並不是機械化、無聊的過程。



同理精神疾病患者的十二條指引

（吳就君老師的翻譯）

和精神疾病患者互動，重要的是我們能不能夠有同理心。要站在他們的立場去想。

1. 不要評論
2. 不施壓力、不爭辯、不懲罰
3. 把握機會忽略當事人的負向行為，把握機會稱讚正向行為
4. 學習認清和接受腦部失常疾病的根本症狀以及病後的殘餘影響
5. 不要接收一般環境對精神疾病的歧視、烙印和偏見
6. 家人要尋求其他社會資源，做為情感的寄託，這樣可以使生病的當事人減少內疚
7. 學習彼此相處，有個固定遵守的生活規則，建立彼此合適、合理的要求和限制
8. 鼓勵生病的當事人獨立
9. 不要老提病患從前的樣子
10. 精神疾病當事人病情好轉和進步的時候，就是他回到危險地帶的時候
11. 家屬朋友之間也需彼此商量如何了解精神疾病，以及如何鼓勵所關愛的人
12. 能給予精神疾病患者的最大恩寵是什麼呢？寬容，它的同義詞就是忍耐、慈悲、持久力和自我節制。

精神復健的宗旨

陳映真先生（註：有名的小說家）曾寫道：『使喪志的人重新燃起希望；使受凌辱的人找回尊嚴；使悲傷的人得著安慰；使沮喪的人恢復勇氣』。這四句話亦傳達了精神復健的重要心態，我們要與其他人一起做這四件事情。

【104年9月個案服務研討】（摘述）

服務社工提問：病人因為「多疑」（例如：認為家人偷東西）造成家人困擾。此精神病友邁入六十歲，神經科診斷有些失智。

王欽毅心理師對服務者與病友互動的建議：

- (1) 不爭執、不評價：讓案主知道我們懂他的意思。
- (2) 儘量具體明確。
- (3) 動態性的陪伴。

當事人感覺到自己的能力下降，對自己的信心就更低了，所以只好轉嫁到別人（歸咎、懷疑別人拿走自己的東西…）；此時最好採動態式陪伴：他能力所能及的儘量讓他做，但明知做不到的地方，我們支持他做到但不居功也不否定、讓其感覺是自己做到的。

舉例：一個人手沒力，杯子是一定拿不起來的，但在他要拿杯子的時候，我們並不是去幫他拿，而是當他說「我自己來」，你說「好啊、好啊」，你用手扶住杯子（不是去動他的手），他說「你不必、我自己可以拿」，你說「對阿；我是晚輩扶一下是應該的」，等他拿杯子喝完水，說「你看我自己可以」你說「是啊」。

維持案主的尊嚴。不要只是說、或讓當事者感覺做不到，而是要支持、建立「經由…的努力，就可以獲得此資源」的可能性。



台北市心生活協會第三屆會員大會成長課程講座

思覺失調症的藥物治療

李朝雄醫師

- 講演時間：民國九十五年九月九日
- 逐字稿錄音整理：台大職能治療學系 陳妍伶同學
- 校對/摘要編輯：金 林

思覺失調症的核心症狀是 認知功能的退化

思覺失調症有人稱為早發性癡呆症—顧名思義，就是很早發病，智能一直退化。

對於思覺失調症大家可以換一個想法，它是一種退化性的疾病，至於幻覺、妄想、攻擊性行為那些，乃至於別人後來加給我們的所謂不定時炸彈的說法，那些反而是次要的症狀。

思覺失調症最主要的核心症狀是腦部的想法、思考及記憶能力逐漸在退化。也就是能力越來越不好，做事越來越沒有動機、講話越來越簡單、越來越沒有條理，那才是最重要的部份，也是影響生活最大的部份。至於幻覺、妄想、被害妄想那些次要的症狀，其實只要吃藥就可以處理。有些病人會說，他雖然還是一直有幻聽，但他還是可以繼續工作。

治療的重點是要能安排空閒的時間

對於思覺失調症的治療，我們要注重的是，他有沒有工作、有沒有人家交往（人際關係）、能不能夠安排自己的娛樂、空閒時間。

哪件事最難呢？要安排空閒時間最難，很多人說「阿，我要退休來減少壓力」，但退休以後發現時間越來越多，生活反而很難安排。對一般退休的老年人來說，安排空閒時間已經是一件困難的事，病人能否安排自己的時間，最困難也最重要。他的生活就是要有事情做，要能夠和人家交往講講話，要能夠有些娛樂。

為什麼病人需要治療，為什麼他做不到那些事，是因為他的生活受到很多因素的干擾，其中最主要的部份就是受到所謂「正性症狀」的干擾。



思覺失調症的症狀

❖ 正性症狀

「正性症狀」是指平常人沒有但他卻有的。例如，患者聽到平常人聽不到的聲音，即幻聽；看到一般人沒看到的物品，即幻視。但是這種正性症狀，其實影響患者生活的部分僅佔四分之一，可是一般人大多只把焦點擺在這裡。

❖ 認知功能退化

但，真正對病人影響較大的，是認知功能的症狀，重點是在於病人認知功能的退化。記憶力越來越不好，解決問題的能力越來越差。例如今天要去陌生的地方，應該搭乘公車或捷運、或者是請人來載？煮飯、炒菜的時候想，到底要加糖還是加鹽？拖地時，到底要拖到什麼程度，角落要不要拖？這些事情病人可能無法決定。難以決定這就是認知功能的退化。

❖ 負性症狀

再來就是「負性症狀」，這是平常人有的他沒有。例如，比較不喜歡講話，對事物較無成就感。沒有什麼動機，對社交活動較無興趣，情緒平緩，比較沒有什麼喜怒變化，也不想找工作。

❖ 情緒問題

另外，很多思覺失調症病人其實也有很多心情的問題，包括會憂鬱，會難過、生氣、焦慮、緊張；這些也會影響到病人的生活。

負性症狀和認知功能問題最需要被解決。這也是為什麼大家要成立心生活協會、要幫病人找工作、找復健的地方，協助他參加活動，主要的目的就是要結合家屬、社區力量，一同幫助個案。正性症狀就交給醫師煩惱就好，讓醫師去考慮怎麼用藥。

思覺失調症的致病原因： 環境的壓力加上先天基因的缺失

思覺失調症基本上是基因有缺失。但基因上有缺失，不是說爸爸有兒子就有，那只是一部分的病因而已，另外還有一個病因，是環境壓力的問題。環境的壓力加上先天基因的缺失，就會產生疾病，也就是中國人所說的，「先天不足、後天失調」。所以兩個問題都要處理。

研究基因是否為病因的方法，是做雙胞胎的研究。同卵雙胞胎的基因型態完全一致，研究結果，同卵雙胞胎的其中一人發病，另一人發病的機率是二分之一，異卵雙胞胎比率就很低了。基因對思覺失調症、躁鬱症確實有影響，有他的重要性。

但基因之外，還是會受到後天環境的影響，如果先天不足，但後天好好調理，是可以改變的。後天的環境，可以好好調養。

基因有很多地方有問題，合起來才會發病。多加注意，好好教育，好好調養、好好用藥，都可以幫忙病人並且預防發病。

早發現，早治療

因發病的症狀會破壞腦神經細胞，使之退化、死亡，所以一定要治療，也等於說，永遠都需要治療。若不治療，會愈來愈嚴重。每發病一次，腦細胞就死亡一些。若發病過程中未好好接受治療，隨著時間的過去，腦皮質的量會愈漸減少。

思覺失調症其實從小就有一些徵候，顯示之後有罹患思覺失調症的可能性。在嚴重發病前，即有一些徵兆出現，需要特別注意。

思覺失調症現在新的趨勢是，發病以前就需要治療。透過篩檢出高危險族群，早一點給治療，症狀得以緩解。（有人問：何時開始篩檢，醫師答：國小的時候就可以開始。十年前大約只能做一些智能的篩檢。這種篩檢不同於早療的篩檢。台灣還沒有開始做這個部份，國外已經有了。）

罹患思覺失調症的風險因素，包括基因的弱質性，再加上嬰幼兒期



的時候，例如幼兒營養不良、或懷孕過程的病毒感染或生產時的缺氧；或者是成長過程時，在城市長大的危險高、常常遷移搬家的危險高、生活較孤立/孤僻的危險高；長大之後有很多壓力的、有物質濫用、使用毒品如大麻的危險高；這許多的因素合在一起，就很容易發病。

嬰幼兒期本無任何症狀，而後有些前驅症狀，智力沒那麼好、表現沒那麼好、動作有點遲緩。發病後，情況起起伏伏，吃藥不持續，發病症狀時好時壞，不斷復發，則退化，能力愈來愈差，就須長期復健。

第一時間，醫護人員就將病人治好，只要病人持續吃藥，不停藥，症狀幾乎可受控制，然而只要一停藥，病程馬上往下掉。大家都有個印象，思覺失調症病人沒有動機不喜歡工作，但其實不是，如果能夠在第一時間，就把症狀控制，而且永遠不停藥，就能夠控制得很好，可以好好工作。我就有這樣的病人，可以唸研究所、可以教書，功能好的很。

思覺失調症的藥物治療： 症狀與藥物之間要有連結

多巴胺的理論—從完全的抑制進步到維持中庸之道

一九八零年代以前的概念：認為在腦深部，中腦到腦部負責情緒行為的區塊，多巴胺功能太高，因此藥物的治療便將多巴胺量降低，以為這樣就好了。但，大家都深受其害過，那時候第一代的藥物只能夠把症狀壓下來，但發現為什麼病人都不想工作，沒有動機，病人認知功能愈來愈退化。

這是因為思覺失調症的另一病理症狀為，中腦到額葉—額葉是負責人思考、理性的部份，這個區域的多巴胺功能太低，受到藥物的影響而更低。

多巴胺高的地方會有正性症狀，但太低會有負性症狀，會有認知功能的不好。以前的藥物治療，可把正性症狀（如幻覺、妄想）削減，但會有負性症狀（如認知功能不好）的發生。後來發現應該改變治療方式。

1952年，第一種藥被開發出來（這種藥現在已經不生產了）。當時效果很好，但是副作用也很大，如嗜睡、性功能異常、口乾、便秘、心

悸、血壓低（電影美麗境界中Nash先生當時就有這樣的經驗）。就是正性症狀會改善，但負性症狀越來越嚴重，所以後來藥物就有改良版，改良之後，90年代藥物治療重要，強調一定要病人服藥。

多巴胺是人體很重要的東西，如果全部將之抑制，會有大麻煩。我們看球賽，足球踢進門的剎那，我們很興奮那就是多巴胺的作用。多巴胺是讓人產生快樂感、成就感、興奮的物質，但量太多則會使人過於敏感；量太高了，對於很小的事情都會吸引注意，隔壁鄰居在說話，就會覺得是鄰居在說我，不相干的事情也被吸引，環境中的風吹草動都以為跟自己有關係，也就是為什麼病人會把週遭人的談話內容，當成在批評自己。

而新藥的優勢即在於多巴胺，將其控制在適量的範圍內，不會太多也不會太少，所以是中庸之道，不同於舊藥一味將多巴胺的量壓低。重點是要降到什麼程度，也是藥物治療最困難的地方。

先天因素，再加上後天失調，導致多巴胺失調，量太高，則使動機過強，注意很多小事情，認為別人要害他、有影子出現就害怕等，即是所謂正性症狀的產生。因此生活中大大小小的事情皆吸引他的注意，幻聽、幻覺佔滿病人的生活。因此要用藥物將多巴胺的量稍微降低，但不能太多，症狀便可改善。若停藥，病人便復發。

對於病人，需將其多巴胺的量降得適切，使之生活有動機、快活、愉悅，又無正性症狀產生，這是藥物治療的困難之處，而新藥解決一部分這方面的難題。

多巴胺的舊藥，把多巴胺所有接受與訊息傳遞的通路都堵住，堵太多以致於副作用出現，動作遲緩、面無表情、不自然，使病人看起來就和一般人不一樣，不過新的藥物則讓病人看起來相對地自然許多。

新的藥物理論，將多巴胺降低65%，即阻斷65%，降三分之二，就已足夠，保留三分之一，若降到70%、80%以上，副作用就出現。

新的藥物加大調整多巴胺的空間

雖說將多巴胺控制在60~70%之間，在這10%的範圍內就是好的治療，但事實上，要這麼精準是具有困難度的。新的藥物，將這個解決的

空間範圍拉大，使臨床醫師得以有更大的運用空間，而病人才能得到好處。

1990年代以來、最近這十五年以來，新的藥物出現，有許多好處。

1952年以前完全沒有藥物，僅靠人道救濟，把所有病人集中在大療養院保護他們，因為沒有藥物只能這樣做。

新的藥物，好處在於解決EPS的困難。並將60~70%的範圍拉大，變成45%以上即有效果，可在45~70%之間迴旋、運用。藥物調整好，只要沒有副作用，病人生活變好，可以減輕一部分負性症狀，認知功能也可以改善，動作比較靈活，病人就比較願意吃藥。很多病人之前不吃藥，是因為他吃藥以後，覺得人會被限制住，不吃藥反而覺得很舒服，但不吃藥沒多久之後，就又發病。

多巴胺第一型與第二型

藥物治療的進步，除了減輕副作用之外，還有更進一步的治療。

後來發現，正性症狀是第二型多巴胺太高，負性症狀是第一型多巴胺太低，發現是不同型，就較好解決。

以前著重在將第二型的功能降低，第一型功能並未獲得很好的改善。而第一型有其重要性，大腦前面之額葉處，若第一型功能太低，就沒有辦法學東西。

不能學習事物，較易受到環境影響，容易分心，不能分別事情之重要性。正常人能夠判斷什麼訊息比較重要。在額葉這邊給一個刺激的訊息，病人的額葉神經無法形成重要訊息，但一般人可形成主訊息。比如演講時，我們會分辨演講的聲音比較重要，窗外下雨的聲音比較不重要，但病人無法這樣分辨。這就是病人復健為何困難的原因，因為輔導員在指導他做手工藝、廚藝活動時，病人的注意力無法集中，環境中有很多的雜訊；當額葉這邊第一型多巴胺低而第二型多巴胺高的時候就會這樣。

腦的額葉部分，一定要第一型多巴胺高、第二型多巴胺低才行，偏偏分裂症的患者正好相反。因此治療必須要能將其反過來，才能學習東西。

新的藥物

新的藥物有許多種，其目的在於解決正性症狀的同時，還能保留人的衝勁，保留多巴胺的自然功能。在額葉的地方，能夠將第一型的功能向上提升，第二型功能向下降。

第二代藥物的最基本型，其實很簡單，就是一方面有「好度」（註：藥名）的作用，把第二型的功能往下降，然後多一個血清素（5-HT, serotonin）的作用。利用血清素第二型之A型的阻斷，來達成目的。這個想法聽起來好像很簡單，但是藥物治療經歷了三十年、四十年以後才想到。

多巴胺與血清素這兩種神經傳導物質，是會互相影響的。多巴胺上有血清素第二型之A型的接受體，當血清素釋放時，會完全抑制住多巴胺之功能。所以血清素第二型之A型，正好也有控制多巴胺的作用。

因此血清素第二型的阻斷作用，讓病人在執行正常功能時，能夠微調，將煞車稍為放鬆，使得多巴胺在必要時能稍微提高，才能執行復健活動。

藥物還是要配合復健，光靠藥物是沒有辦法讓病人完全好上來的，藥物要設計到讓病人可以接受復健，藥物使復健及生活上的調整可以更有效。

另外一種第二代藥物的功能，一方面促使前面的多巴胺釋放增加，另一方面再做後面路徑的阻斷。好處在於，一方面降低第二型多巴胺的功能，另一方面促進多巴胺的釋放，因此第一型的功能才會提升。整體多巴胺的量增加，便刺激第一型的功能產生，使病人較能記憶、學習。

第二代藥物另有一類，是在額葉處，讓多巴胺的釋放較多，刺激第一型。並在第二型較多處，使其適當地下降。

第二代另有一種最新的藥物（但不一定是最有效的），它能阻斷多巴胺正常的功能，但他本身也有多巴胺的功能，其本身就有多巴胺的作用，讓全身所需的多巴胺皆靠它供應，如同裝上人工關節一般。因此，讓多巴胺的量保留一部份，但又能消除思覺失調症之症狀。

第二代有很多種藥物。基本上，新的藥是讓第二型的功能適當的



下降，使幻覺、妄想消除，但要同時能夠微調。微調功能藉由血清素第二型A型，它的微調功能尚保存。當患者遇到正常事情時，才有動力執行，聽到別人讚美時，才有愉悅的情感，賺到錢的時候，才能感覺高興。另外，第二代藥物還讓第一型功能往上升，如此患者才能記住東西，才能夠學習。基本上各家藥廠的新型藥物，都有這樣的功能。

如何選一個好的藥

選擇藥物，最重要是要有藥效、副作用少、價格便宜、方使用藥。最好能每項都符合，但很困難，第二型藥物往往價格談不攏。

新型藥的問題

但新型藥物有新型藥物的缺點。

以前使用舊藥，其副作用會有EPS的症狀，且泌乳激素太高，病人的性功能不好，影響生活品質。新藥雖不會造成EPS，有許多藥效上的優點，但也有許多缺點。

代謝疾病即為其中一項副作用，就是較容易肥胖、胃口較好。舊藥其實也有代謝疾病方面的問題，但其他症狀更迫切需解決，因此便被忽視，而新型藥物的使用，EPS等副作用消失，其他副作用便顯露出來，特別是肥胖與代謝問題。所以，復健變得愈來愈重要，因為要促使病人運動、控制飲食，使其瘦下來。

新型藥物有肥胖問題，會產生所謂之代謝症候群。腰部變粗較胖，血壓高，血糖上升，好的膽固醇降低，三酸甘油脂升高。但是這些都可克服，要藉由運動、飲食來控制，不要抽煙，並且透過復健及生活型態的改變，所以二代藥物的治療需要和生活環境（所謂心理社會的治療）作配合。

代謝症候群會影響病人的死亡率，心臟病的死亡率也會上升。

提升生活品質

我們為什麼要治療病人？治療病人的目的在於延長壽命，而且在壽命延長的同時，還更要讓他們活得好，活得有尊嚴。有適當工作，能安排娛樂活動，想打球、想玩牌，皆可隨心所欲地去做，而不是單單沒有症狀而已。活得久，活得有品質、有尊嚴。不是只是活著沒有症狀，沒有症狀還不夠，要讓病人的生活有品質。

正性症狀對工作、人際關係、自我照顧，影響較小，雖然有幻聽，仍可工作。但負性症狀和認知功能症狀，就較麻煩，所以未來比較需要消除的問題是這兩個問題。

要讓病人能夠持續的接受治療，是非常困難的。研究顯示，剛開始所有的病人都有吃藥，隨著治療時間的過去，服藥病人的比例愈來愈少，這是目前最大的困難。

雖然新的藥物，解決了很多作用和副作用上的困難，但是病人不願意服藥的問題，還是很嚴重。

最好的藥、能夠讓病人最不會停藥的藥物，一年半之內，仍有65%（三分之二）的病人會停藥，如果是其他的藥那麼四分之三的病人會停藥。病人的預後便不好。這是很嚴重的問題，是我們現在極需努力的部分，這就是為什麼要有心生活協會，家長、病人、醫療人員可一同努力。

很多人問，吃思覺失調症的藥會不會成癮，是不會的（可惜我們的藥物沒有這種效果，所以病人會停藥）。反而是有些對症狀沒有作用的藥物，像安非他命反而會讓人成癮，而我們這些可以對思覺失調症有作用的藥，實際不會成癮。

吃藥的方便性也很重要。我們要每天找到固定吃藥的時間。要固定下來比較好，所以為什麼要有工作，因為工作會強迫你出門，讓作息規律下來。對我們、家屬及病人皆重要的是，要在一天之間找到固定的吃藥時間，方便服用，才不會忘記吃藥。

若能藉由藥物好好治療，其他如肥胖、抽菸等等問題，能慢慢解決，在治療當中加入行為治療，使生活品質提升，壽命延長。



結語

第二型多巴胺，是我們感性的世界，在我們腦部深處的邊緣系統，第一型多巴胺在額葉，是我們的理性系統。我們必須讓感性世界與理性世界產生平衡，一方面消除症狀，一方面要能學東西，得到好的生活品質。

第二代藥物在抑制第二型多巴胺時，儘量讓它不要24小時皆作用，一天中只要6~9小時多巴胺處於低潮讓幻覺、妄想下降即可，其他時間可以讓病人快樂一點。

雖然一百年前就有病人，五十年前開始有藥物，但是現在有新的概念，有更新的藥物，讓我們的病人症狀緩解，但要有好的生活品質，除了藥物治療之外，家人的支持、復健都十分的重要。



103年8月7日心生活協會邀請馬偕醫院 李朝雄醫師演講『思覺失調症的康復密碼』，心姊姊聽到李醫師闡釋「台灣精神醫學會」官方標章（LOGO）圖片的意義，覺得非常有啟發性，寫下來與大家分享。



這個圖左右好像各一個人相互對看、相互對話，而您再仔細瞧瞧，左邊又像有三個人，右邊也像有三個人。

左右兩個人要相互對話，設若一個人是醫師、一個人是甜心，醫師所面對的甜心其實有三種可能：真實的甜心、醫師心中的甜心、甜心中的甜心；甜心所面對的醫師也有三種可能：真實的醫師、甜心中的醫師、醫師心中的醫師。

舉例：當甜心中的甜心是個偉人（例如認為自己傳達上帝或玉皇大帝旨意），而醫師對話只認定甜心有症狀時，醫師就未能同理到病人。

是不是蠻有意思的？對話者可以是任何人，你與我、我與他、甲與乙、丙和丁，都在三對三的關係中，如果對話時未能傾聽同理自己所對話的究竟是誰，就可能徒勞而已。

～長學問、開見聞，盡在心生活協會舉辦的活動中～

在地的努力

一 訪談台灣的精神疾病公益組織 (中南部協會及北部的基金會)

社團法人台北市心生活協會在94年底申請新境界文教基金會補助1名訪談員差旅費用^(註1)，在95年上半年走訪了中南部和北部的若干精神疾病公益組織，從訪談稿中去瞭解台灣精神疾病公益團體最初的緣起，和目前大家努力掙扎向前的軌跡。

我們非常感謝以下團體的總幹事、執行長或負責人，公益贊助不收取任何費用的接受我們的訪談，並且感謝王怡方小姐（台大護理系）、呂煒婷小姐（政大心理系）、廖鍾靈小姐（東海社工系）利用他們畢業出國前或實習時的一點時間，幫我們進行訪談的工作或者是整理稿件。

感謝受訪者^(註2)：

高雄市忘憂草憂鬱防治協會	林耕新理事長（凱旋醫院醫師）
高雄市康復之友協會	劉宗芳總幹事
高雄市小草關懷協會	張振文總幹事
社團法人寬德健康協會	楊明仁理事長（高醫中和醫院精神科主任）
高雄縣心理復健家屬關懷協會	陳仙季總幹事
財團法人火鳳凰文教基金會	文榮光董事長（慈惠醫院 院長）
高雄縣康復之友協會	張貴英秘書長
苗栗縣康復之友協會	林玉財理事長（為恭紀念醫院 副院長）
南投縣心理衛生協進會	林永鴻理事長（縣議員）
南投縣康復之友協會	賈惠州理事長（醫師，嘉南康復之家 院長）
嘉義縣康扶之友協會	陳素網總幹事及工作人員王小姐、江小姐
台南市康復之友協會	江冰理事長及幾位理事與甜心
財團法人台北市光智社會事業基金會士林青少年心理衛生中心	陳珠璋主任（前董事長，台大醫學院榮譽教授）、王瓊玉幹事
財團法人精神健康基金會	呂宜璋執行秘書
高雄縣心理復健家屬關懷協會	綠色活力園區工作人員 梁先生

註1：新境界當時為全國性的十大社福團體募款所得的剩餘款開放給一般縣市團體申請小額補助。

註2：受訪者職稱及醫院職務係95年受訪當時的狀況。

訪談的篇幅太長，謹將這些團體發展過程中，您可能不知道但很有意義的歷史，或者是大家共同反映出來的問題，以綱要的形式整理如下，提供各界做為參考。（稿件整理：金林 96.09.05）

一、台灣第一個精神疾病公益協會成立於高雄：

高雄市康復之友協會是台灣第一個精神疾病民間公益組織。

創辦人文榮光醫師的回憶：

『二十五年前（民國七十二年）我到高雄醫學大學附設醫院精神科當主任，直接接觸到病人，發現家庭排斥他們，深深感覺到「改變民眾偏見」的重要性。所以當時，我結合病情好轉的患者的家屬，一起成立了台灣第一個精神民間團體「高雄市康復之友協會」。』

高市康復之友協會當時成立了「仙人掌咖啡屋」，有會作畫的病友提供很好的作品，媒體報導引來了捐款。但咖啡屋在經營一年之後關閉。面臨的問題包括：

『缺乏後續組織動員的能力』。

『仙人掌咖啡屋，那時一位社工車禍，當時沒有健保制度，也沒有為他加保勞保，所以車禍事故光是賠償就需要花一百多萬元，只好關閉經營』。

二、台灣最多精神疾病公益團體的縣市可能在高雄：

★南台灣的高雄，可能是有著最多精神疾病公益組織的縣市。

很多人以為台北是首善之區，精神疾病的公益團體一定是北部最多，但實際查訪起來，會發現南台灣的高雄讓人訝異，除了我們本次拜訪的七個團體之外，還有：大岡山康復之友協會、生活調適愛心會高雄分會、安心會等組織。

三、精神公益團體由精神科醫師扶植創辦的佔大多數

★許多民間精神疾病公益團體，最初成立的時候，都是因為精神科醫師或者是醫院的支持及鼓勵而誕生，或者是在醫師們的指導扶持下，慢慢發展起來。



★ 由醫院的服務開始，漸漸的會發現有籌組民間組織的需要：

『最先接觸到凱旋大察院區，看到那個模式非常好，病人可以參與很多工作訓練、社區接觸，不是一直住院而已，覺得對病人幫助是最大的，因為住院很多都是在醫療部分而已，職能部分還是比較缺乏。…後來工作中遇到蔡麗琴女士，她那時候在社政體系工作，幫助這種病人送醫、找資源協助病人。她就說要做看看，民國七十九年我辭掉慈惠醫院的工作，一起成立社區復健中心。…因為地點跟國軍八零二醫院比較近，所以開始合作。住院的病人早上就送到我們社區復健中心來，下午接回去。…那時候做了快一年都是沒有經費的狀況。衛生署醫院評鑑時，很多委員過來看了、說沒有經費的服務這樣模式長久下來沒辦法。…醫院也認為要分清。…所以各方面建議透過管道去申請經費，才開始獨立運作起來。』（高雄縣心理復健協會佛明社區復健中心 陳仙季總幹事）

『開始往社區推展後，發現更多問題。藥廠和政府給的資源都有限，必須要把自己推到第一線才有辦法整合資源。…公立醫院屬於公家機關，募款有層層的限制。』（寬德 楊明仁理事長）

『忘憂草協會是為了獲得協助病人的資源，從讀書會開始慢慢的成立為協會。患者的團體重要的是大家回來、大家彼此見面彼此支持。因為要花人力還要自己掏腰包買東西，有一些團體或廠商就想來贊助我們，為了要獲得捐助所以需要成立協會，九十三年四月份成立之後，外界才能小額捐款一千、兩千給我們。』（忘憂草 林耕新理事長）

『我是1993年一月退休，以前都是做成人部分，所重的是治療，退休後希望在青少年部份以預防的方式做，所以成立了全國唯一私人的青少年心理衛生中心，經費其實都是家族兄弟姐妹所提供的』（光智 陳珠璋教授）

『台南市康復之友協會開始的時候，醫師、護士專業的人在主導。…當時開辦大型、高級的精障者就業餐廳一日昇之屋，結果在經濟上失去平衡，日昇也結束營業。…我們現在家屬主導，轉租在東門路，開辦社區復健中心十七床，130坪有庭院，每個月租金二萬兩仟元。我們覺得這樣小而美，更好，量入為出、細水長流。』（南市康復之友 江冰理事長）

『我們協會是因為各縣市政府衛生局鼓勵成立而成立的。理事長黃明偉醫師服務於嘉義榮民醫院。前屆理事長是王嘉玲主任。』（嘉義康扶之友 陳素網總幹事）

『我在埔里成立了嘉南康復之家，一百五十床，經營了三年多。…我們在外面有很多點讓病人出去工作，每個月出去工作然後存錢。…就業方案還有麵店，基本上都是機構自己在負擔成本，後來覺得只靠私人的成本不夠，後來才成立康復之友協會找政府幫忙。』（南投縣康復之友協會 賈惠州理事長）

『苗栗縣康復之友協會成立之初，都是靠為恭醫院。一直到現在都是一樣。』（苗栗縣康復之友 林玉財理事長）

★ 消費者自己創立協會困難重重，經費求助無門：

『精障病友如果在生病的時候，被家人自己都放棄的話，那會造成社會成本很大的付出。當初想成立關懷性團體是因為感覺很需要，因為我自己是過來人，在我自己生病的時候，除了家人之外沒有人。出去會被貼標籤，朋友大家知道我有怪怪的病、就沒有來往。覺得生病一定是做壞事。因此在我那自閉的時候下宏願，如果好起來、要對這一塊的病友家屬有幫助。做「救家屬陪病友」的事。

小草最欠缺可以寫方案申請到經費的人。我什麼都會、但不會電腦。…曾參與青輔會的方案管理研習班，但是上一上還是不太會寫。

曾經問過聯合勸募可不可以給這些志工（24小時不關手機）固定薪水，但因為沒有五大專業背景，所以經費就沒辦法下來。這五大專業都在醫院、治療病，關懷的部分其實需要我們這樣的公益團體。…所有持有殘障手冊者在當地社會局都有立案，但沒見過任何個管員來家訪或來電話問候過，到底是沒有編列人、還是有人但沒有發揮功能？給這些病友關心的就只有我們這些團體，有些醫院還怕麻煩。這種公益團體關懷團體不是每個精神科醫生認同需要，因為有的會很小心過度、覺得團體跟病友接觸時間過久、若不當言詞、會破壞其跟病友的醫療過程效果。認為團體過度膨脹以為可以幫助病友。

政府應該每個月固定給經費、而不是重大活動才給。』（高雄市小草關懷協會 張振文總幹事）（註：小草改選第二屆理監事後，張先生已離開總幹事職務）



四、精神疾病公益組織普遍面臨的一些問題

★ 缺乏經費，需要有人不斷的寫計畫書申請政府各類補助款：

『一個協會發展上會到什麼程度真的很難預測，因為不是很有錢說馬上說可以花多少錢請人。』（忘憂草 林理事長）

『運作協會每天都在想錢的問題』（寬德 楊理事長）

『一定要寫方案才有錢，花費很多時間，但是方案下來的補助費又不包括人事費這些，而且政府對我們社工人員的認可和感覺，也不是很支持或尊重。』（嘉義康扶之友）

『沒有錢申請督導。』（嘉義康扶之友）

★ 人力不足。志工本身也是需要被服務的人，無法擔負很多責任。

『很多人狀況好的時候，很有熱心想要服務，過兩天活動開始，就會有狀況，昨天都沒睡就不來了』、『協會因為主打心理層面，所以有心理方面困擾的人會親近過來。號召志工來一堆，接觸久了發現也有邊緣型人格、人格異常的，進來做志工管理卻很難。（林理事長）

『志工有志工的角色、不可能幫你一個單位作常態性的管理。開一個店，一定要有組織、要有制度、要有人去做管理。』（高市康復之友協會 劉宗芳總幹事）

『寬德人力上偏向於聘用退休的人員，中年的就業人口，他們需要的薪資並不高，相對上又是比較穩定的勞動力。』（楊理事長）

★ 專業服務人員缺乏培訓和督導。

『有時候也會惶恐；學校學的和實際上要做的，說實在的實在差很多，剛開始他們（註：患者或家屬）打電話來問一些東西，津貼什麼的，其實我自己也不是很了解。』、『做精神疾病的服務，真的非常需要「經驗」。學校教的，其實還只是在了解精神疾病方面而已，至於對病人有什麼服務這些，教得還是很少』（嘉義康扶之友）

『服務身心障礙的人的特質最重要的是很熱心、對於障別的敏感性要很夠，所以這方面專業要很瞭解。這個工作沒有熱忱愛心會挫折感很大』（陳總幹事）

★ 醫院留住好病人，社區裡找不到合適就業的病人。

『初任理事長時想要開個洗車廠，但我們協會社區心理衛生中心的20個學員，並不是都可以勝任，就想到去療養院希望醫院轉介適合來做職訓的病人，但結果療養院不允許那些病人離院進入職場，他們是日間留院的病人，不能夠離開醫院。變成是我們訓練半天，結果病人能不能踏入社區就業，還是取決在醫師決定他們可以去哪裡不可以去哪裡（編註：深入的看是取決於經費資源），即使我現在有一個洗車廠變成也沒用。……後來也有想說租幾塊地做園藝，因為樹一吋有一吋的價錢，雖然投資成本比較多，可是不用看短時間的回收，它會一直長。但結果還是沒有用，一樣是病人不夠用的問題。』（南投縣心理衛生協進會 林永鴻理事長）

★ 國內精神疾病公益組織們，彼此之間的互動非常少。

有幾位負責人提到這個現象。雖然覺得重要，但各自發展下來，有很多人的問題、協會間搶資源的問題、以及各團體人力財力有限，自顧不暇的問題。精神公益團體彼此間少有互動，也就難以共同推展什麼樣的倡導議題。

五、創辦人或者是主責的工作人員，都有著很強的人文關懷素養（舉兩人為例）

★ 文榮光醫師注重人權與慈悲。

『我除了有精神的背景之外，還修過人類學。』

『其實只要有點悲天憫人的心，一定都會感受到「社區」對於病人的重要性。孩提時代，我們走在街上，時常見到流落街頭的病人，他們的處境還不如乞丐，過去病人被社會遺棄，就像是野生動物。』

★ 楊明仁醫師醫學之外加上社區關懷的訓練。

『我畢業後在高醫受訓，很榮幸的高醫送我到美國哈佛大學進修社會人類學，這個學習很自然有了對人與社會的關懷。而且注重「不應該只是發現問題」而是「要解決問題」』



六、各個團體不同的發展方向：

★ 忘憂草協會由病友的團體，慢慢轉型為做憂鬱預防，變成是健康促進而非疾病治療。

★ 寬德健康協會服務的對象包括所有的弱勢者。像是老人、婦女、破碎家庭的受暴者等，並不侷限於精神障礙者；但是在做這些服務的時候，會訓練、聘用精神障礙者來做服務或工作。比如：病人在高醫的社區復健中心訓練，然後為老人做送餐的關懷服務、或者是病人跟著家暴受暴婦女一起，到老人的住所提供清潔服務、或者是由病人擔任關懷站的文書作業工作。

★ 光智青少年心理衛生中心著重於青少年心理衛生的預防工作。

『在預防、治療、復健這三方面，我們首重預防。希望在青少年行為方面有問題時，能及時輔導做解決，以免將來出現精神方面的疾病。在學校方面的連結也比較多，若在學校方面出現問題時，也會到學校去做個案輔導，並給老師輔導技巧方面的宣導，讓學生在學校有問題時可以先找班級導師或是輔導室老師做輔導，若真的有問題再轉介到我們這裡做進一步的諮商。』

『中心的功能和效果，就是要讓學校看到個案行為的改變，並告訴、訓練老師如何去幫助其他同學接受此個案，所以目的不只是要老師接受，同學亦是。學校會轉介個案來本中心，本中心會和學校討論、會議。而第一次來夜間門診是必須全家成員都要參與，之後才兩個禮拜一次，前八到十二次〈次數視情況而定〉是免費的，由衛生局補助，若要加入本中心會員是一年一千兩百元，可在前八次之後繼續做諮商，第二年則是一千元，而本中心雇用的夜間門診醫師一個小時是一千元，社工或心理師則一個小時五百元。』

★ 精神健康基金會重視教育及預防。從健康而非疾病的面向來切入，民眾的接受度更高。

『從健康的角度切入，如何讓自己更健康』。

『大家都很知道，肝臟如何保養、腎臟如何保養，但卻忽略了腦部的保養。』（精神健康基金會提出十個保養腦部的方法）

『過去大家都只從心理衛生工作的角度切入，社會把精神疾病患者

的問題視為道德的、個人的問題，應該要導正過來，從腦科學的角度來切入，讓大家真正的認識精神疾病，重視這個健康的課題。』

服務內容及分工包括：『里鄰關懷組－做種子志工的培訓；腦科學教育組－推廣教育；精神健康指數調查組；論壇組；腦博物館組（註：籌設）；病理研究推廣組；網站資訊組。』

★ 綠色活力園區－高雄縣政府社會局特別規劃的農場。

『綠色活力園區是佔地五、六千坪的農場。…當初原本是高雄縣政府要蓋污水處理廠，但是遭受到居民抗爭，所以縣政府就由社會局規劃成身心障礙農園、休閒農園。…由三個單位承辦：我們高雄縣心理復健家屬關懷協會、智障協會、伊甸基金會，但伊甸前不久退出，改由紅十字會接手。』

『很感謝楊秋興縣長。我們高雄縣的社會局長更是全國考評第一名的首長。』

『雖然有地，但是一片荒蕪。…我們從填土整地開始，花五、六年的努力，非常的辛苦。包括載運澄清湖清除的淤泥到這裡來改善土質、拿台電廢棄的木頭電纜輪軸/水塔等，到這裡來當作桌椅/水塔等等使用。…每樣東西，都是我們想辦法找資源，一點一滴開拓起來的。』

『協會的曾爸爸幫了很多的忙。…設計工會的理事長，幫忙設計了那個園區入門，也是大家一起幫忙砌成的。…公共走道最近才有的，是由兩位替代役男來幫忙築成的。』

『我們心理復健會有十多名學員，會到這個農園來做事。中午的時候，他們會自己騎摩托車回協會休息。…夏天的時候，園區酷熱，中午很難耐的。…現在的這裡除了自己種植之外，也開始規劃開放給市民來租用種菜的觀光農園。』

★ 嘉義康扶之友協會有社政立案的日間照顧中心、社區團體家庭。

『目前我們提供的服務，包括職訓、家屬成長團體，以及不久前才在灣橋、太保地區開辦的社政日間照顧服務方案。…93年內政部精障試辦計畫，給我們社區家庭硬體的補助，95年度縣政府再補助軟體，我們現在有十床。』



『職訓有小太陽烘培坊和農園。…多元就業方案目前有十個人，我們是申請經濟型的，服務中高齡失業者 and 精障者。烘培坊是九十年用兼職的人力開始做的，從兩台小烤箱先做起，九十一年再申請設備費。』

★ 高雄市康復之友協會多方面拓展經費的來源。

『非營利組織精神上是非營利、但實質上他還是要營利，營的利是我們服務的利，只要我的服務對個案有幫助就是利、只要我的服務好有品質就是利。如果由於這樣的利贏得來自社會的肯定或財源、那也是利。我們自己是在做服務、那你自己內部的人就要先服務好、管理好、才能出去。』

『我有一個概念：我不能用方案來養人，一定要讓協會長期性的穩定，不管有沒有方案、人都是在的，要給工作人員有保障。』

七、大家對於政府制度、自身組織或者是社會資源的期許：

- 『像長期精神病患你一定要全程照顧他啊。當然現在有重大傷病卡，但仍應在福利上照顧，可以提高殘障手冊的補助、進入社會福利國家。很多精神病患是需要補助的、每個月就靠那幾千塊過活，國家可以在社福上補貼他們。』（忘憂草 林理事長）
- 『治療是要讓他獨立、而不是要讓他什麼都依賴你。家屬打電話來諮詢，但是就像刀子的兩面，你要去輔導他、但是不能讓他依賴。』（忘憂草 林理事長）
- 『在醫療住院方面應建立一個完整的系統，如住院、日間留院、康復之家或中途之家等，整個循環都應該告知病患，讓病患去了解各環境的好處。出院後的後續追蹤也很重要，像出院的準備照顧、安排等，都應該建立一個系統的。』（光智 陳教授）
- 『每個人都需要精神健康教育。正規的教育課程就應該要放入精神健康的教育。』（精神健康基金會 呂宜璋執行長）
- 『警察相關人員一定要接受相關的訓練。』
『例如，家屬打電話叫警察，然後再打電話請我過去幫忙，勸病人去醫院。因為是我們協會的個案。我去到那裡，病人要拉我的手講

話給我聽，手才剛過來，警察馬上拿出電擊棒要敲那個病人，我趕快制止，告訴他病人只是要和我說話而已。』

『很多時候，警察本身就非常的緊張。其實我去和病人說幾句話，就勸他們去就醫，可是旁邊的警察都如臨大敵的樣子，讓現場的氣氛更緊張。』（嘉義康扶 陳總幹事）

『請119緊急送醫時，那個救護車喔咿咿的聲希望能夠拿掉。』（編註：時常病人聽到這個聲音會更加緊張或者被激怒，而救護車的聲音，也會引起左鄰右舍的注意，招來異樣和歧視的眼光。）（台南市康復之友 陳永輝常務理事）

- 『現在衛政、社政、勞政切割得太清楚且經營補助相互排斥，所以會有很多限制；如果可以不切割能夠做到的就更多。…我這邊的病人現在在外面工作的，在進來康家之前，都是時常會出現暴力的，但現在都非常好。…很多那些當初很acute的病人，幫他安排之後現在很好。…希望三個主管機關的資源不要切割太清楚，病人在醫療機構接受照顧和控制，如果同樣能幫他安排一些工作之類的，醫院那邊可以不用結案，能夠給的幫助會更多。』（南投市康 賈理事長）
- 『希望精神衛生法裡面明訂：1.精神病人要由政府來照顧。2.要給服務提供的單位經費。而監護的問題不應該由機構來承擔。要怎麼修要謹慎，要注意到權利和義務的對稱性。』（南投市康 賈理事長）
- 『現在病人出院通報給衛生所，但衛生所根本就沒有人手去訪視。希望精神衛生法中能夠明定，把這個訪視的工作下放給各縣市康復之友協會來做，給與經費。』（嘉義康扶 陳總幹事）
- 『有個盲點：為什麼功能好的病人反而待在醫院，不好的在外面。我們把這個問題，提到中央反應，醫院最後都會推給家屬，說是家屬的責任、是家屬不願意讓病人出來工作。照理說，我覺得穩定的病人，出去要有一定的程序嘛。醫院裡面應該要有社區復健中心，穩定的病人醫院應該放到復健中心，然後更好的病人出來就業。』（南投縣心理衛生 林理事長）
- 『我們希望可以兩種復健的模式都並行（編註：係指機構式醫療的社區復健方式與非機構式的社區活動服務兩種併行）。…從某個角度來看復健，有的時候，也就是讓學員有活動而已。以家屬團體或病友團體的社團活



動來進行。不一定要有一定的硬體設施，而是可以在各個地方找現有的東西、合適的地點來做，比如之前找過廟宇的活動中心、鄉公所的活動中心等。…社區裡可以做的東西很多，…我們可以持續的做，但是政府這邊卻沒有持續的支援。』（苗栗康 林理事長）

- 『我覺得應該每月有一個會報，邀請警政、社政、消防、醫政、社區的人。類似像現在對於身心障礙者有一個就業的會報，是勞工局召開的。就業、醫療等等要有固定會報，避免大家各行其事。…此外政府作政策、分配預算就好，像社區裡訪視的直接服務、社會教育的工作大可把權力資源下放給民間團體來做。』（高縣康 張秘書長）
- 『增強社區服務是勢在必行的事。美國早在一九六七年由甘迺迪總統發布社區精神衛生法案，重視社區心理復健Psychiatric Social Rehabilitation. 精神病人要國家來照顧，罪犯國家都需要給與照顧了，更何況是病人。…台灣現在時間到了。精神科的藥有進步，醫師也會比較有信心。』、『現在健保沒有錢，精神科處於弱勢。…健保整個的餅縮小了，而精神科佔的比重又下降到二個多百分比，這表示精神醫療的品質整體下降得更快，也就是家庭要自己負責。』（火鳳凰 文董事長）
- 『勞政現在劃分得很清楚、庇護性要有產能的，你的營收一定要能支付學員薪資才算庇護性的，區隔的很清楚。…但是很多精障的要說產能可以去付它們的薪水真的很難。所以我覺得還是要走社政這個部分。…區分非產能的歸社政管，可是社政沒有經費阿！勞政經費多，包括就業基金專戶、就業安定基金等等，是一大塊的餅。…我們一直希望跟其他身心障礙的團體共同成立一個聯盟，希望縣政府把公益彩券的盈餘拿幾%出來做庇護性規劃，用社政的經費來做庇護性就業服務。』（高縣心理復建 陳總幹事）
- 『輔導個案的過程當中可能會發現一些問題、如果家屬的連結強一點、我們可以避免很多事情的發生，需要有連結家庭的服務。…另外心理協談的部分也很需要，精神障礙患者會打電話進來給我們、講很久的話做心理協談，雖然我們很願意跟他聊、但是有很多事要做。希望政府可以多成立那種類似張老師、針對精神疾病的心理協談中心。你要去處理他家庭的問題、聽他講很多的話、都是需要時間精神的、還要專業人員。…理想狀況是做一個精障者的服務中心，裡面有類似

張老師這樣，可以面對面也可以用電話的協談服務，並且可以提供休閒聯誼功能、唱卡拉ok之類。和社區復健不同，偏向心理舒壓休閒功能（也可提供一般人服務）。』（高市康 劉總幹事）

- 『我們服務下來看到很多精神障礙者的家庭狀況都不好，希望在精神衛生法中有可以屬於對於家庭提供協助的部分。』（劉總幹事）



心生活編者後記：

受限於缺乏經費，不能夠訪談更多團體，或者做更完整的文稿整理，雖然頗感到遺憾，不過我們試著「拋磚引玉」希望能讓更多人瞭解精神公益組織和精神族群的困難，並一起向公益前輩們致敬。



實際 ♥ 心行動捐助精神公益

社團法人台北市心生活協會 TAIPEI LIFE OF HEART ASSOCIATION

台北市心生活協會是由精神疾病患者與家屬發起成立，從精神疾病消費者的需求出發，結合心理衛生專業者的支持及協助，開展心生活，自助、助人。我們提供精神疾患直接的個案關懷、諮詢、訪視及就業輔導等服務；倡導修訂法案、改善治療及福利服務制度，期待台灣能建立全面而完整的精神疾患照顧與復健體系，以知識取代恐懼，協助社會去除對於精神疾患的污名。

贊助心生活協會的方式：收款戶名：社團法人台北市心生活協會

①郵政劃撥 劃撥帳號：19793224

②直接電匯 郵局(700)活期存款 帳號：000157-4-078547-3

③信用卡授權 (授權書如下)

④捐贈發票 電子發票愛心碼：1979322



心生活協會愛心碼：1979322

台北市心生活協會信用卡(郵購)捐款

以下註明**的欄位，請持卡人一定要自行填寫

捐款人	姓名：	電話：	E-mail:
通訊地址	□□□-□□		
刷卡的用途	<input type="checkbox"/> 一次性捐款 <input type="checkbox"/> 每期 (月或 年) 捐助金額欄所載金額 <input type="checkbox"/> 購買義賣品 _____ <input type="checkbox"/> 其他 _____		
信用卡別**	<input type="checkbox"/> VISA、 <input type="checkbox"/> MASTER、 <input type="checkbox"/> JCB、 <input type="checkbox"/> U卡、 <input type="checkbox"/> AE		
發卡銀行**	信用卡號**		
有效期限** (月/年)	卡片背面簽名欄上後三碼**		
簽名** (須與卡片背面簽名一致)	金額**	\$	
持卡人同意依照信用卡使用約定，一經使用或訂購物品，均應按所示之全部金額，付款予發卡銀行。			
消費日期	商店代號		
授權碼	其它：		
郵購注意事項：			

傳真至：2739-3150 【誠摯的謝謝您的支持，也歡迎您隨時不吝給與我們指教】



105年修改版部分印製
經費由衛生福利部「精神
機關團體獎勵計劃」補助

電話：2732-8631 傳真：2739-3150

通訊：(110)台北市基隆路2段141號5樓

郵政劃撥帳號：19793224 捐贈電子發票愛心碼：1979322

信箱：heart.life@msa.hinet.net 網站：<http://www.心生活.tw>

 搜尋：〔心生活協會〕

 搜尋：〔台北市心生活協會〕

 粉絲團：〔社團法人台北市心生活協會附設心朋友的店〕、〔心朋友工作坊〕



心生活協會



心朋友的店



心朋友工作坊



Facebook QR Code

～你、我、他，一起做關懷精神健康的心朋友～