國立政治大學社會工作研究所

碩士論文

指導教授：宋麗玉博士

優勢觀點為基礎之社會工作者與
情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討
—穿越生命隧道之旅

A Study on Mutual Recovery Process of Strengths-based Social Workers and Clients with Mood Disorder

研究生：胡孟菁

中 華 民 國 １０２ 年 １２ 月 ２７ 日

國立政治大學
National Chengchi University

記錄編號：G0098264001

國立政治大學

博碩士論文全文上網授權書

National ChengChi University

Letter of Authorization for Theses and Dissertations Full Text Upload

(提供授權人裝訂於紙本論文書名頁之次頁用)

(Bind with paper copy thesis/dissertation following the title page)

本授權書所授權之論文為授權人在國立政治大學社會工作研究所系所

102 學年度第一學期取得 碩士學位之論文。

This form attests that the Department of Graduate Institute of Social Administration and Social Work at National ChengChi University has received a Master degree thesis/dissertation by the undersigned in the semester of 102 academic year.

論文題目（**Title**）：優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討—穿越生命隧道之旅（A Study on Mutual Recovery Process of Strengths-based Social Workers and Clients with Mood Disorder）

指導教授（**Supervisor**）：宋麗玉

立書人同意非專屬、無償授權國立政治大學，將上列論文全文資料以數位化等各種方式重製後收錄於資料庫，透過單機、網際網路、無線網路或其他公開傳輸方式提供用戶進行線上檢索、瀏覽、下載、傳輸及列印。國立政治大學並得以再授權第三人進行上述之行為。

The undersigned grants non-exclusive and gratis authorization to National ChengChi University, to re-produce the above thesis/dissertation full text material via digitalization or any other way, and to store it in the database for users to access online search, browse, download, transmit and print via single-machine, the Internet, wireless Internet or other public methods. National ChengChi University is entitled to reauthorize a third party to perform the above actions.

論文全文上載網路公開之時間（Time of Thesis/Dissertation Full Text Uploading for Internet Access）：

網際網路（The Internet） ■ 立即公開

● 立書人擔保本著作為立書人所創作之著作，有權依本授權書內容進行各項授權，且未侵害任何第三人之智慧財產權。

The undersigned guarantees that this work is the original work of the undersigned, and is therefore eligible to grant various authorizations according to this letter of authorization, and does not infringe any intellectual property right of any third party.

● 依據 96 年 9 月 22 日 96 學年度第 1 學期第 1 次教務會議決議，畢業論文既經考試委員評定完成，並已繳交至圖書館，應視為本校之檔案，不得再行抽換。關於授權事項亦採一經授權不得變更之原則辦理。

According to the resolution of the first Academic Affairs Meeting of the first semester on September 22nd, 2007,Once the thesis/dissertation is passed after the officiating examiner's evaluation and sent to the library, it will be considered as the library's record, thereby changing and replacing of the record is disallowed. For the matter of authorization, once the authorization is granted to the library, any further alteration is disallowed，

立 書 人：胡孟菁

簽　　名(Signature)：胡孟菁

中 華 民 國 103年 1 月 27 日

Date of signature：27 / 01 / 2014 (dd/mm/yyyy)

國立政治大學
National Chengchi University

國立政治大學社會工作研究所

研究生 胡孟菁 君所提之碩士學位論文

優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討—穿越生命隧道之旅

業經本委員會審議通過

論文考試委員會委員 [signature]

[signature]

指導教授 [signature]

所　　長 [signature]

中 華 民 國　102　年　12　月　27　日

國立政治大學
National Chengchi University

謝　　誌

這篇論文的產出伴隨著我在政大三年畢生難忘的時光，夢想咫尺天涯，文章寫起來苦樂參半，苦的是心中一份堅持的責任感，樂的是柳暗花明又一村的發現，或許多年以後，當我再度看見自己的文章，說不定又有回甘的滋味。

記得宋老師在我們碩一研究法的課堂上曾提過：「沒有一個創作是不痛苦、不孤獨的！」同樣地，我認為人生就是一連串的創作，勢必得經過千錘百鍊才能到達最終的依止。寫作是存在，社會工作則是一生的邀請，論文完成了，人生的考驗才正要開始，持續邁向下一個穿越生命隧道之旅。

特別感謝：

宋麗玉老師提供我優勢觀點的學習機會，指點論文迷途的方向完成「終生大事」；

施教裕老師對我靈性與哲思上的啟發，欣賞我的學習成果；

王增勇老師使我理解質性研究成為一種生活態度上的精神；

以及在校園之外，家人們對我的厚愛與工作夥伴的體諒。

一生中有你們陪伴與支持，心中充滿無限感恩！

抱持著一顆激賞的心，要感恩的人、事、物實在太多了，

最後，想說的是：

如果這篇論文對於未來社會有任何一絲一毫的貢獻，

都要真摯地歸功於妳/你們的促成與付出，

妳/你們曾經給予我的時間與精神是生命中最美最棒的禮物！

胡孟菁　冬日于溫暖的政大校園

國立政治大學
National Chengchi University

中文摘要

本研究旨在探討以優勢觀點為基礎之社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案助人關係歷程、雙向復元因素與意涵，與不同組織政策與文化對雙向復元之影響，進一步形成實務場域中助人關係與雙向復元之建議與策略。

本研究運用質性研究深度訪談法與詮釋現象學觀點，採立意與滾雪球抽樣，使用半結構式訪談大綱與研究者於田野之互動與觀察，再現八名受訪者（五名優勢觀點社工、三位情感性精神疾病個案）之生活經驗，回歸現象本質綜觀與探討。

本研究主要發現如下：

一、**情感性精神疾病的重新詮釋**：社會工作者正視個案憂鬱或躁狂發作而產生生理、心理與社會的排除，將疾病常態化、普同化，並經由多面向的宏觀檢視以打破原本負面框架與預設立場，包含：1.給予自殺的生命解套—給予選擇與自我決定；2.賦予反覆訴說的意義—重新詮釋生命的機會。

二、**歷經「隧道」、不斷攀升—助人關係發展之歷程**：歸納優勢觀點社會工作者與情感性精神疾病個案發展助人關係之歷程，可分為想像期、建立期、考驗期、合作期與復元期五大階段，形塑「穿越生命隧道之旅」般的助人關係意象，並發現差序格局文化下的助人關係連續體之特色。

三、**雙向復元的實質意涵**：由個案「置身死地而後生」與社會工作者「從助人意義中回觀自我」的復元經驗中，歸納「雙向復元」之實質意義與內涵，是一種助人關係與個人內、外在情境三者交互作用而成的超越狀態與主體終極目標，影響成因包含個人、人際與環境三大層面和七個項目。

四、**組織政策與文化對雙向復元之影響**：不同組織政策與文化之對雙向復元具有實質之影響，分析受訪社會工作者所屬的機構內部可發現「考驗」與「支持」的態樣，後者不但創造充分的人際支持與成長環境，更能促進社會工作者的復元、提升個案服務品質與績效、穩定社工流動率。

依據上述研究發現，提出以下建議：

一、**情感性精神疾病個案之助人關係策略**：1.**增強個體權能**：擱置並轉化問題、充分尊重與信任、著力優勢與能力、累積成功經驗、創造選擇性。2.**善用關係影響**：借重家庭的影響力、保持助人關係中的接觸與等待、建立分享與互惠的彈性關係、善用權力落差形成改變。3.**導入環境資源**：地緣與文化的親近性、開放的會談地點與時間、連結資源與網絡合作。

二、**正視雙向復元之目標**：回歸自身被忽略的正向經驗，賦予生命及工作狀態之意義，個案或社會工作者復元的同時也使對方進一步昇華和復元，像漣漪效應般能擴及旁人，間接影響家庭與社會系統，啟動整體社會文化的善循環。

三、**機構推動優勢觀點模式之建議**：瞭解如何有效學習並運用優勢觀點模式、適度激勵並給予充分支持、提供合理的保障與實質誘因。

四、**未來研究之建議**：瞭解情感性精神疾病之特性並有所應變、具備接近田野之管道並增加研究對象的多元性、學習與受訪對象共創新的復元價值。

關鍵字：優勢觀點、情感性精神疾病、雙向復元、助人關係

Abstract

The study aimed to explore the process, elements and meanings of mutual recovery for social workers and the clients with mood disorder, the organizational influences on the mutual recovery, and to propose strategies for mutual recovery for social workers.

The methodology adopted in this study was hermeneutic phenomenology. Using purposive/ snowball sampling, the researcher interacted, observed, and in-depth interviewed the participants using a semi-structured interview guide. Though this process, the living experiences of the eight interviewees (five strengths-based social workers and three clients with mood disorder) were represented to reveal the nature of the phenomenon of mutual recovery.

The major discoveries of this study include:

1. Re-definition of mood disorder: social workers could recognize the consequence of clients being seriously excluded from the society due to their depressive or manic episode; they helped the clients to normalize their disease, as well as to break their own negative assumptions toward the disorder. The tactics that they used were such as like：a) Providing relief to suicide－personal choice and self-determination, b) giving meaning to repetitive narratives－opportunity to redefine life.

2. “Tunnel” process, continuing to rise, the process of helping relationship: the process of strength-based social workers in developing relationship with clients with mood disorder could be categorized into five stages: imagination stage, development stage, challenge stage, cooperation stage, and recovery stage. Hence, the nature of helping relationship was like “going through the life

tunnel” . The characteristics of such a relationship reflected the differential association continuum among Chinese culture.

3. Essential meaning of mutual recovery: For the clients, the recovery experiences were as if being brought back to life. For the social workers, they rediscovered of themselves in the meaning of assisting others. The real meaning and essence of mutual recovery could be summed up as the interaction of within a person, internal and external environment, and in turn further shaping the transcendental force to help acquire the life goal. Moreover, those goal were affected by personal, relational and environmental factors.

4. Organizational influences on mutual recovery: by analyzing the effects of organizational policies and cultures on mutual recovery, we found that “supportive surrounding” creates an environment which was better for the development of interpersonal relationship than an “challenging surrounding”. The former could help facilitate the recovery and performance of social workers, as well as decrease the turnover rate of social workers.

Based on these findings, we propose:

1. Strategy for forming the helping relationship with clients with mood disorder: 1) empowering individual: letting go and transform problems into respect, trust, and focusing on advantages, capabilities, and successful experiences to create options. 2) Better utilizing the effects of interpersonal relationship: by using the influences from family, maintaining the contacts in interpersonal relationship, building mutual and flexible relationship, and using the power differentiation to facilitate changes. 3) Introducing resources from surrounding: an open location and timing that connect the clients/social workers with their surrounding and

culture, and enabling the linkage of resources and networks.

2. Emphasizing mutual recovery: stressing the positive experiences that were over sighted previously and finding meaning to life and work status. The recovery of the clients and social workers will further influence their families and the whole social system, and create a benign cycle accordingly.

3. Suggestions for organizations in promoting the strength-based model: to learn the effective ways of learning and applying strengths-based models, giving adequate encouragement and support, and providing reasonable assurance and incentives.

4. Recommendations for future research: should understand the characteristics of mood disorder and know how to handle the situations, to expand the sources of participants, and to have the intention of creating the new meaning of recovery with participants.

國立政治大學 National Chengchi University

Key words: Strengths Perspective、Mood/affective Disorders、Mutual Recovery、Helping Relationship

國立政治大學
National Chengchi University

目錄

第一章　緒論……1

第一節　研究背景……1

第二節　研究動機……2

第三節　研究問題與研究目的……9

第四節　名詞解釋……10

第二章　文獻探討……12

第一節　情感性精神疾病個案概述……12

壹、情感性精神疾病的特徵與比較……12

貳、精神疾病個案復元的助力與阻力……21

第二節　復元與助人關係的意義與重要性……24

壹、復元的定義……24

貳、影響復元的因素……28

參、復元相關的實證研究……34

第三節　社會工作助人關係之意義與相關研究……52

壹、社會工作助人關係的概念與發展……52

貳、助人關係的功能與限制……56

參、社會工作者與個案的權力關係……61

第四節　優勢觀點助人關係中之特色……66

壹、優勢觀點與傳統缺點（醫療）模式之比較……66

貳、夥伴關係與專業友誼關係……69

參、優勢觀點助人關係中的界限……73

第三章　研究方法與設計……..……78

第一節　研究架構……..78

第二節　研究方法……..81

壹、質性研究……..81

貳、詮釋現象學觀點……..81

參、深度訪談法……..84

第三節　研究設計……..87

壹、研究對象……..87

貳、研究工具……..92

參、資料處理與分析……..94

第四節　研究倫理……..97

第四章　研究分析與發現……..……99

第一節　助人關係的內涵……..99

壹、展開隧道之旅：助人關係的建立……..99

貳、幽深隧道之衝撞：助人關係的挑戰……108

參、點亮隧道之光：助人關係之策略……116

肆、走出隧道邁向各自新起點：助人關係的圓滿……145

第二節　雙向復元之經驗……152

壹、情感性疾病個案的復元經驗……152

一、 關於這些復元者的曾經……...……152

二、 自我復元的經驗……...155

貳、社會工作者的復元經驗……180

一、 自我覺察陷入低潮……...180

二、 學習自我調適與抒壓……...182

三、 非正式支持的力量……...184

四、 復元的展現……...188
第三節　機構政策與文化對復元的影響……199
壹、機構推動優勢觀點之過程……199
一、推動背景……199
二、社會工作者的學習過程……201
貳、機構政策與文化之影響與結果……...……206
一、考驗與因應……..……206
二、支持與成效……..……217
第五章　結論與建議……...……..…..224
第一節　研究結論……224
壹、情感性精神疾病的重新詮釋……..……224
貳、歷經「隧道」、不斷攀升—助人關係發展之歷程……..……...226
參、雙向復元的實質意涵……...……230
肆、組織政策與文化對雙向復元之影響……..……234
第二節　研究限制……..……236
壹、研究者之限制……..……236
貳、受訪者選擇之限制……..……237
第三節　建議……..……237
壹、情感性精神疾病個案之助人關係策略……..……..239
貳、正視雙向復元之目標……..……..240
參、機構推動優勢觀點模式之建議……..……..241
肆、未來研究之建議……..……..242

參考書目……..……..244

壹、中文部分……..……244

貳、英文部分……..249

附件……255

附件一　參與研究同意書.....255

附件二　訪談大綱.....256

表次

表一　憂鬱期與狂躁期症狀之比較……..13

表二　重鬱症與躁鬱症之比較……..20

表三　復元的定義……25-26

表四　復元的全觀比較……28

表五　國內對精神疾病個案之「復元」或「復原力」相關實證研究……35-39

表六　國外對精神疾病個案之「復元」相關實證研究……40-43

表七　優點模式與缺點（醫療）模式之比較.....68

表八　專業關係與友誼關係之比較.....70

表九　受訪個案基本資料.....89

表十　受訪社會工作員基本資料.....89

表十一　情感性精神疾病個案助人關係及復元之歷程.....177

表十二　優勢觀點社工助人關係及復元之歷程……194

表十三　不同督導風格下對社會工作者的影響……219

圖次

圖一　壓力-脆弱-保護因子模式……...17

圖二　憂鬱的罹患傾向：特異質—壓力模式……..18

圖三　精神疾病個案復元的助力與阻力架構圖……..23

圖四　復元之統合模式—追求生活範疇之自主性……..…….29

圖五　優勢觀點的本質：C-P-R 架構圖…….....……69

圖六　參考架構……..78

圖七　研究流程圖……80

圖八　生活世界深描詮釋的四個詮釋/四個視域間的融合……83

圖九　訪談互動與關係圖……..85

圖十　優勢觀點社工與情感性精神疾病個案發展助人關係之歷程……227

圖十一　雙向復元之成因……234

國立政治大學 National Chengchi University

國立政治大學
National Chengchi University

第一章　緒論

本章緒論先於第一節說明本研究興起之背景脈絡；第二節闡述研究者之研究動機、研究之重要性；第三節則根據研究背景與動機進一步提出研究問題，並訂定研究目的；第四節「名詞解釋」為澄清並界定本研究主題與內容之關鍵字彙。

第一節　研究背景

2010 年四月一九日曹姓婦女攜女燒炭自殺一案，引發社會軒然大波，該名主責社會工作者不幸地背負失職之嫌、成為眾矢之的，社會工作界面對此一「專業衝擊」，藉機檢討整體社會工作專業、通報系統與人力配置等結構面問題，並形成充實地方基層社會工作人力之政策倡議(內政部社會司，2010 年 9 月 26 日）[1]。無獨有偶，相隔不到一個月，2010 年五月三十日又發生患有情感性精神病之婦女在三天內三次燒炭尋短，九歲女童三度報警救母的事件（公共電視，2010 年 5 月 30 日)；當時臺海兩岸的社會氣氛，更籠罩在富士康科技集團員工接連自殺的陰霾下……。類似的事件層出不窮，讓人不得不正視精神疾病患者及其家屬（尤其是同住之未成年親屬）於社區中的人身安全。同時，另一群肩負著個案責任的社會工作者，她（他）們在背後默默付出的情緒勞動（emotional labor）[2]與欲振乏力並不亞於個案的壓力。

面對社會底層弱勢生命的消逝是眾人所不樂見的，對主責社會工作者更是一

[1]曹姓婦女攜女燒炭自殺一案歷經五個月後，內政部正式宣布行政院核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」(內政部社會司，2010 年 9 月 26 日)。

[2]與男性的身體勞動作出對比，Abel（1987）在女性提供服務被簡化為「愛」的基礎上提出「情緒勞動」之概念，情緒勞動通常是被忽略且邊緣化的（引自王增勇，2006)。

記「痛擊」,但自殺事件之原因乃高度複雜性,非單一事件或原因可定奪[3](Mishna, Antle, & Regehr, 2002),要專業體系全全背負這種「不能承受之重」之責任本屬不易;Golding(1991)更提及社會工作者面臨的「掙扎」是來自於不良的公共形象(不善於經營公共關係)、民眾對社會工作的認識不足、以及低專業聲望的結果(引自沈慶鴻,2005)。筆者不禁進一步想像,僅靠社會工作人力擴編的政策,能帶給多數第一線社會工作者多少的「喘息」呢?又能有效降低精神病患的自殺率與提升其社區生活的福祉嗎?

當可預料精神疾病個案未來的自殺行為時,公共體系的強行介入是責無旁貸的;但在臺灣,公共介入卻是小心翼翼地視狀況進行著,深怕破壞了「家庭關係」內的保護機制,所以上至政府、下至執法人員與心理衛生人員對精神疾病個案處遇的態度上有更多的觀望,仰賴著家庭與社區不甚完善的系統,所以先有曹小妹案,後有九歲女童案,無論在自殺防治網絡通報或精神疾患強制就醫系統均又緩又遲。若以這種「補救」心態做預防的工作,未來,這將不會是第一齣,也不會是最後一齣的社會悲劇……。

第二節　研究動機

壹、 我對精神病友的見證

「這種人就像溺水的人,看到浮木就抓,所以請妳疏遠她吧,她只會不斷地糾纏著妳、給妳帶來困擾……。」父親對我下了一道溫柔而堅定的命令,要我不要再接小雪(化名)的電話了,手機嗡嗡的震動聲整晚都沒有停過,小雪就是這種凡事鍥而不捨的人,所以活得很卓越,也很辛苦。

[3]自殺行為的成因包括社會壓力、烙印、精神疾病、慢性疾病與身體障礙等等,自殺可能產生於種種因素的交互作用下,非因單項因素而成立(湯華盛,2007)。

小雪是我一位很特別的朋友，認識六年的時光裡，她在我生命重要里程碑中從未缺席，並且，我也見證著她與上帝的親近與追求復元歷程的顛簸。擁有纖細骨感的身材與聰明自信的頭腦，是小雪給我的第一印象，同時她也是一位領有重大傷病卡的躁鬱症（manic-depression/bipolar disorder），典型的邊緣性人格障礙（borderline personality disorder, BPD）的疾患，夜夜需吞下十幾顆藥丸才能入眠，但這些年來我依然陪伴他完成碩士論文，走過情感創傷的幽谷、求職與失業、反覆自殺未遂等等的生活危機。在高考社會工作師放榜的前一天，小雪特地打電話給我，她充滿自信地說：相信我必能考上，因為過去幾年的陪伴下來，她看見我對一位連專業體系中都束手無策的精神病患的態度、溫暖與接納他人的特質、以及永不放棄的希望，而放榜後我的成績也沒令她失望。**我想，若沒有小雪對我專業學習上的鼓勵與支持，恐怕自己也無法確立走向社會工作之路的決心**。

小雪最後在內觀（mindfulness）練習中懂得調節情緒、尋找真正統合的自己，**學有所獲的興奮點燃了她對生之眷戀，縱使背負著過往情感的創傷，也能讓這份沈重昇華成生命內涵的深度。**小雪自出院後，不但靠著毅力找到一份工作，維持至今，並且亦計畫朝著自己的興趣攻讀博士班。我與小雪的這段情誼裡，交織著明朗與抑鬱的時刻，我們的生命因彼此而多姿多彩……。

貳、 情感性精神疾病個案經歷的結構性阻礙

像小雪這一類病人，多到幾乎可以淹沒醫院精神科的門診與病房（Linehan，1993），專業人員很無奈，實際上卻缺乏一套有效可行的對治方法。根據行政院衛生署（2010）的統計資料，臺灣九十七年門、住診合計（包括急診）精神疾患總人數共為 206 萬 4,276 人，最多為精神官能症（neurotic disorders）患者（57.55%，N=1,188,059），其次為其他精神疾患（other mental disorders）（37.43%，N=772,615），情感性精神疾患（affective psychoses）則排名第三位（9.83%，N=202,913）。其中情感性精神疾患為女性的比例（66.22%，N=126,253）遠高於男性的比例

（37.78%，N=76,660），且年齡層多集中於四十至四十九歲之間（22.14%，N=44,934）。依此數據可見，精神病患充斥於每個人的生活周圍，**幾乎每十位病患中即有一人是精神病患，每十位精神病患中即有一人是情感性精神疾患**，而此數據仍不包含潛在精神病患的黑數。

這些精神病患終其一生有較高的機率出現自傷與自殺的行為，自殺個案中患有精神疾病的盛行率至少為 80%以上，情感性精神疾病就佔了其中 50%，當這類個案處於憂鬱狀態時的自殺風險則為 10%到 15%(Hughes & Weinstein, 2000)，憂鬱症患者甚至遠比一般人高出二十倍的自殺率（湯華盛，2007）。

對於這群有高度自殺風險的情感性精神疾患而言，縱使「去日苦多」，卻也「來日方長」，在社區與家庭環境中他們像是令人憂心的不定時炸彈，不堪承受社會的高壓與競爭；若安排在溫室般的機構或醫院環境中，主要目標放在症狀穩定，並不強求過多的激勵和成長，但不可否認的是在這種規律、安全、保護的環境中存有慢性療養化的味道，對於功能良好的病人而言，只像是去到消磨時間的處所，而非真正邁向復元的道路。國外因此而於 1965 年到 1980 年間興起「去機構化」（deinstitutionalization）的風潮（Mechanic，1989）；但這股風潮吹進臺灣後，在醫療院所建制不甚完全的狀況下，家庭與社區蒙受更高的照顧壓力。宋麗玉（2004）指出社區精神復健資源不足、分佈也不均，不宜將社區精神復健視作為醫院或機構照顧的延伸，應重視精障者社區生活之融入與提升其功能。

社會工作著重人與環境的交流與互動，Gordon Hamilton 認為人在情境中（person-in-situation, PIS）是個案工作理論的核心，這是由個人、環境、以及兩者互動所構成的三重結構，故情境或環境實則包含了個人、複雜的社會及生理環境之壓力（引自 Hollis, & Woods, 2000）。而對於多數情感性精神疾病個案而言，他們重要依存的環境與體制結構並無法適切地回應他們的需求，這種無形的阻隔就像筆者曾於社會工作實習中遇到一位憂鬱症個案的自白一樣：「我沒嚴重到需要天天到醫院報到，卻因為健忘與嗜睡（藥物副作用）導致無法過著正常人的生

活，我既高不成也低不就，卡在中間動彈不得。」另一位憂鬱症個案則生動地將自身被限制的處境比喻為在「杜鵑窩」裡：

> 要把這些（團體中所學之溝通技巧）運用在生活上的話.....我不知道耶，像我們這樣子、這種人啊，要應用在生活上是很困難的，因為外面的社會觀我不太清楚，我們只是關在裡面的，說難聽一點就是「杜鵑窩」.....《飛越杜鵑窩》[4]好幾十年了，記得他們拼命地想逃離那個杜鵑窩.....我們在裡面的話我們根本不用溝通，像杜鵑窩一樣的話如何去溝通啊，其他人翻臉像翻書一樣。

這些情感性精神疾病個案對於自我形象充滿著社會烙印（social stigma）與對未來的無望感（hopelessness）和無助感（helplessness），他們在經歷結構性的阻礙下，即使想過著和普通人一樣自由的生活，也僅僅只是個誘人的夢想。Saleebey（2005a）指出，儘管心理衛生專業人員再如何努力地啟發社會大眾對於心理疾病的認識，社會拒絕仍然無所不在，於是精神疾病個案被迫在空間與情感上隔離，他們缺乏機會去應用所學，回饋他人，也缺乏離開環境結構的機會。故社會工作者不可忽視「最直接、也最靠近個案」的生活環境，即個案日常賴以維生的食、衣、住、行的社區（引自 Saleebey，2005a）。

參、 社會工作者面對精神疾病個案的誠惶誠恐

人與環境相互交流的影響固然重要，人與人之間、案主與社會工作者間的關係也是不容忽視的。像病友小雪一樣被體制歸類為「難纏」的情感性精神疾病個案，在社會工作界一樣會被認定為棘手的案主；而社會工作者身為「人」，一樣俱備與社會脈動共感與脆弱之生命，在對外被要求溫暖、同理的專業態度與普遍

[4]《飛越杜鵑窩》（*One Flew Over the Cuckoo's Nest*）是美國於 1975 年上映的經典電影，內容在描述一群機構內的精神病患對於去人性化的環境的反動，以及對院外自由的渴望。

家父長主義（paternalistic）的思維下，社會工作者常將個案視為子女，給予個案過深的保護、過高的期待、以及過多的不信任，每當個案一有狀況即過度之回應，並視為自己該負擔的責任。

因此，社會工作者的心中難免出現典型的兩種聲音：責難受害者（blame the victim）、或是自我責難（self-criticism）（Bell, 2003）。前者的責難受害者中，社會工作者以較高的道德批判位置，嘗試以排他與壟斷性質之專業與權威介入個案生活，且標準化的科層福利體制更強化對個案「分類」與「去個人化」的權力（王增勇，2006）；後者的自我責難中，朱慧敏、呂佳霖（2010）描寫一位面臨案主死亡的社工員心中自責著「是不是什麼沒做好？」（頁 336）甚至社工員的身心狀況深受個案狀況影響，以致於平時無法安心休息、惡夢連連，在持續緊繃與隨時待命的狀態下，「社工員都要用很謹慎的態度來面對每一次、每一句的自殺語言，即使有時明知是一種情緒性的勒索，都要小心處理」（朱慧敏、呂佳霖，2010，頁 331）。

筆者於社會工作實習的經驗中，亦曾感受到各種領域的社會工作者將精神疾病個案視作燙手山芋般地誠惶誠恐，雙方帶著彼此的創傷與不滿在互動中磨合，歷程是艱辛的、關係發展是充滿不確定性的，且個案是在精神醫療與福利體系中四處循環、難以結案的，「怎麼又來了！」是社會工作者共同出現的心聲；反之，當筆者藉實習機會訪問這群情感性精神疾病個案時，亦發現他們對社會工作者同樣也有許多隱而未言的心聲，其形容的字句包括：「太主觀」、「很嚴肅」、「冤枉我的人」、「我覺得對她（社工）蠻灰心的」。

肆、 助人關係中的假設與鬆動

上述個案與社會工作者在關係中的內耗，令人不禁想像學理與實務上的假設將如此描述：情感性精神疾病個案伴隨著各種多重複雜的生活問題，在社會工作界會認定為不受歡迎的案主，同時也是令社會工作者挫折與感到壓力的原因之一；

而情感性精神疾病個案對於社會工作者有許多的投射、防衛、失衡與變形的關係（依賴、拒絕與疏離[5]），並且情緒管理能力不佳。長期下來，案主不但獲得的幫助有限，社會工作者更容易在惡劣的助人關係與支持性不足的環境中耗竭（burnout）、甚至出現替代性創傷（vicarious trauma）（汪淑媛，2008）。

回歸筆者對精神病友見證的經驗，鬆動上述對社會工作者與情感性精神疾病個案的假設，因為這在我的前見（foreknowledge/pre-understanding）中，既是符合的、卻也是不符合的說法—符合的是隨著病情變化，在雙方關係中無可避免產生的挫敗與高低起伏的波動；不符合的則為，筆者相信這群個案是社會工作者生涯的動力的推手，能夠處於相互信任的利基（niche）中激勵彼此成長，所以吾人更願意以耐心與堅持與病友走在復元之道上，不讓創傷與挫折粉碎助人關係。

實務智慧的累積是何等不易，進一步思考，也是激勵筆者帶著優勢觀點（the strengths perspective）的視框，回歸人本主義（humanism）與對人性價值的尊重，對個案以真誠之心相互扶持與伴陪走在復元的旅途上。

伍、 優勢觀點視助人關係為播種的過程

> 我知道我可能無法解決任何問題、或是及時地回應棘手的問題，但我至少在接下來的時間裡提供了對案主有用的資訊。假使我是幸運的，可能他們可以真正聽進我說的話，及時地走出來；但是，如果他們做不到，<u>我相信我所做的努力就像是播種一樣，相信他們總有一天會記得我說過的話，並且知道哪裡是可以協助的地方，可做哪些努力</u>。（Bell, 2003, p.518，底線為筆者所加。）

社會工作者與個案工作彷彿如同「播種」（planting seeds）的歷程，社工如何從自我懷疑到重新得力，從個案身上得到自我肯定，進而持續穩健地工作下去？Bell（2003）、沈慶盈（2007）和林彥宏（2008）認為社會工作者本身的自我效

[5]施教裕（2009b）：「依賴即是依附的極端倚重，拒絕乃是自立的極端偏執，和疏離則是對依附和自立的雙重否定。」（頁 352）。

能（self-efficacy）是重要的關鍵。一個高自我效能的助人工作者，能夠用優勢觀點看待自己與個案的價值、肯定自己曾經履踐的努力；此外，優勢觀點更提供了解套專業困境（professional dilemma）的新視野，跳脫傳統以缺點模式（the deficit model）發展的專業關係與助人歷程，即助人的焦點「在於優點而不是問題和病理」（宋麗玉、施教裕，2009，頁 283）。

國外以優勢觀點為基礎的文獻中（e.g. Bell, 2003; Brun, & Rapp, 2001; Rapp, 1998），說明了優勢觀點可有效增進個案與社會工作者間的正向關係，增強對工作壓力之因應能力，使社會工作者能以更正向積極的觀點看待助人工作，甚至能療癒個人的創傷，讓原本曾身為個案的「過來人」投入成為助人者，達到個人層次的增強權能（empowerment）；國內學者宋麗玉（2008）亦認為能夠肯定自我成功實務經驗的社會工作者，較能以增強權能的處遇策略回應個案需求，甚至當社會工作者表現出脆弱時，個案反而更加堅強。

然而，國內外文獻探討之相關主題，仍多為社會工作者之壓力負荷與工作滿意度調查、對精神疾病個案專業（治療）關係的運用、或以病理觀點對精神疾病個案實施處遇的成效，以優勢觀點為基礎的處遇則著重個案的單向復元經驗，卻鮮少論及在優勢觀點模式中精神疾病個案對於社會工作者之影響，以及社會工作者個人的創傷與復元經驗，尤其是社會工作者與個案間的「雙向」復元歷程。

再者，國內外文獻中研究對象的選擇多以慢性精神疾病個案為主，忽略了另一群擁有較高自傷與自殺的機率的情感性精神疾病個案，而這群個案往往是令社會工作者容易處於挫折與高壓中的對象。綜合上述，筆者認為「優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討」為有價值之研究題目，欲進一步深入探索之。

第三節　研究問題與研究目的

本研究嘗試平衡詮釋情感性精神疾病個案與社會工作者一來一往之助人歷程，並且以質性研究之方法進一步探討專業助人關係中雙向復元之精神。根據上兩節之研究背景與研究動機、以及筆者與情感性精神疾病個案相處的生命經驗，本節進一步提出研究問題與形成研究目的。

壹、 研究問題

一、 優勢觀點為基礎之社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案間的助人關係是如何發展的？其互動樣態與權力關係為何？

二、 優勢觀點助人關係中，有哪些因素影響情感性精神疾病個案邁向復元？社會工作者的生命復元經驗又受到哪些因素影響？

三、 社會工作者與情感性精神疾病個案「雙向復元」之實質意義與內涵為何？

四、 不同組織政策與文化對雙向復元有哪些影響？

貳、 研究目的

一、 瞭解優勢觀點為基礎之社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案間發展的助人關係、互動樣態與權力關係。

二、 歸納優勢觀點助人關係中，影響情感性精神疾病個案與社會工作者共同邁向雙向復元之因素。

三、 釐清社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元之實質意義與內涵。

四、 瞭解不同組織政策與文化對雙向復元之影響。

五、 形成在一般社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案發展助人關係與雙向復元之建議與策略。

第四節　名詞解釋

壹、情感性精神疾病（mood/affective disorders）

精神疾病包含了精神病（psychosis）與精神官能症（neurosis），精神官能症係指較輕微的焦慮、恐慌、輕度憂鬱與強迫性症狀，精神病則係指較為嚴重的精神症狀（如：幻覺與妄想），且有嚴重的行為與思考障礙，現實感與病識感不佳（湯華盛，2007）。

而情感性精神病與精神分裂症同屬於精神病[6]，前者在情感或情緒上處於極端或長期悲傷、冷漠或亢奮的狀態（Hughes & Weinstein, 2000），影響層面擴及個案每日的情緒、動機、行為、認知，甚至自尊與人際關係。以下就孔繁鐘（2000/2007）翻譯之《精神疾病診斷準則手冊》（*DSM-IV-TR*）中，針對情感性精神病的兩大類別：憂鬱症與躁鬱症（亦稱為雙極症）簡述其症狀（symptom）：

一、 重鬱發作（Major Depressive Episode）

至少兩週期間內，出現憂鬱心情、無價值感、罪惡感、反覆想到死亡與自殺意念、自殺行為、疲累或失去活力、失眠或嗜睡、思考能力或專注能力減退、無決斷力、體重下降或增加等症狀。

二、 狂躁發作（Manic episode）

至少一週期間內，情緒異常亢奮、過於快樂及易怒、膨脹且不切實際的自尊心或自大狂、睡眠需求降低、說話量增加、意念飛馳、注意力分散、過份且輕率地追求個人目標而未考慮到風險或節制等症狀。

本研究之情感性精神疾病個案意指經精神科專科醫師診斷罹患憂鬱症（出現重鬱發作或精神官能症中輕度憂鬱之症狀）或躁鬱症（出現重鬱與狂躁發作之雙極症狀）之個案，包含部分緩解中（in partial remission）之情感性精神疾病個案。

[6]落入嚴重精神疾病範疇內的情感性疾病一般認定為：有多重社會功能障礙的躁鬱症與重鬱病（major depressive disorder）患者（Hughes & Weinstein, 2000）。

貳、助人關係（helping relationship）

優勢觀點中的助人關係，為社會工作者與個案之間「藉由創造信任與互惠關係形成的共同工作（working together）的基礎」（Rapp, 1998, p.61）。傳統心理治療師視關係為重要的治療因素，而優勢觀點更強調連結（engagement）與新的夥伴關係（new partnership）的重要性，即 Rapp（1998）提出五項重要的關係因子：目的性、互惠、友善、信任與增強權能；施教裕（2009b）進一步強調夥伴關係中「真實關係」的人道回應，係指「兩人以上的人們可以真誠相待，且使彼此之間可以獲得最大的適配」（頁 408）。

故綜合上述，本研究中之助人關係，係指優勢觀點中強調夥伴與專業友誼的助人關係，社會工作者將視個案為正常人般對待，彼此的關係亦存有更多彈性、尊重、對話與互惠的機會。

參、雙向復元（mutualrecovery）

Anthony（1994）對復元（recovery）的定義為：「是一種改變個人的態度、價值、感受、目標、技巧、以及/或角色之深度個人、獨特的歷程，即使因疾病限制，亦能過著滿意、充滿希望與貢獻的生活」（pp. 559-560）。宋麗玉、施教裕（2009）指出復元既是達到自我主體性的終極目標，亦為由現在出發、重新找到自己之生命經歷（process），是一種來來回回、螺旋上升的過程。

本研究中的「雙向復元」，係指社會工作者與情感性精神疾病個案縱使各自帶著生命中的創傷或疾病，亦能在優勢觀點的助人關係中不斷成長與超越受限的自我，並對未來持有希望感、願意朝向復元目標且付諸行動。

國立政治大學
National Chengchi University

第二章　文獻探討

本研究欲從社會工作者與情感性精神疾病個案的經驗，探討優勢觀點中雙向復元的歷程，故第二章文獻探討包含以下四節：第一節針對情感性精神疾病作背景式的概述，並探討其復元的助力與阻力；第二節進入復元與助人關係的意義與國內、國外實證研究的發現；第三節則以傳統社會工作的角度探討助人關係的本質、發展與權力關係；第四節聚焦優勢觀點助人關係中之特色，包含夥伴關係與專業友誼關係，最後探討優勢觀點助人關係界限的議題。

第一節　情感性精神疾病個案概述

壹、 情感性精神疾病的特徵與比較

情感性精神病屬於精神病（psychosis）的一種，典型的兩大類別為「憂鬱症」（單極症）與「躁鬱症」（雙極症），情感性精神疾病顧名思義與人的情感或情緒息息相關，只是其展現的極端情感引發當事人的主觀痛苦或周遭重要他人的困擾，故多數被放在醫學診斷與治療的水平上探討。

一、 情感性精神疾病的分類與症狀

歷史演進上，Goodwin 和 Jamison（1990）指出憂鬱症與躁鬱症最早開始歸屬於同一分類中，20 世紀以後才被加以區分，輕度憂鬱症屬於精神官能症的一種，而躁鬱症則屬於較嚴重的精神症（引自杜仲傑、沈永正、楊大和、饒怡君、吳幸宜，2002）。現今在《精神疾病診斷準則手冊》（*DSM-IV-TR*）多軸向分類系統[7]下，第一軸診斷為憂鬱症與躁鬱症的個案則同樣屬於「情感性疾患」的範疇中，並依據疾病嚴重程度或症狀組合分成多種類型（孔繁鐘，2000/2007）：

[7]診斷的五個軸向的分別為：臨床疾患、人格疾患與智能不足、一般醫學狀況、心理社會及環境的問題、功能的整體評估。

（一）憂鬱症之類型

憂鬱症依據嚴重程度可分成**輕度、中度與重度**，輕度憂鬱亦稱為情緒低落疾患（dysthymic disorder）；另外依疾病歸因分類，生物或遺傳性原因屬內因性憂鬱（endogenous depression），對外在環境事件反應則為外因性憂鬱（exogenous depression）；其他尚有因季節變化而規律影響心情的「季節型情感疾患」（seasonal affective disorder, SAD）。

（二）躁鬱症之類型

躁鬱症的躁期同樣依疾病嚴重程度可分成**輕躁（hypomania）與狂躁（mania）**。第一型躁鬱症（bipolar Ⅰ disorder）意指狂躁與重鬱期交替；第二型躁鬱症（bipolar Ⅱ disorder）則是輕躁與重鬱期交替；程度較輕的躁鬱症稱做「循環型情感性疾患」（cyclothymic disorder），特徵為為輕躁與輕鬱在短期內快速交替，患者往往在一天內經歷心情上不同的高低起伏。

值得注意的是憂鬱症狀至少**持續兩週**，而狂躁症狀（如：情緒亢奮）則至少**持續一週**，並均排除藥物、身體疾病引發的可能。憂鬱期與狂躁期的症狀差異可由情緒、動機、身體、行為與認知面向進一步對照比較，請參考下表一：

表一　憂鬱期與狂躁期症狀之比較

	憂鬱期症狀	**狂躁期的症狀**
情緒	低落、難過、憂鬱與空虛的心情。	躁亢、得意與自大的心情。
動機	參與活動喪失興趣或樂趣；疲憊或喪失精力。	過度投入歡愉，卻愚昧地追尋。
身體	食慾、體重下降或增加；入睡困難或睡眠過多。	睡眠減少；性需求增加。
行為	激躁易怒或遲滯（活動量下降且遲緩）；自傷、傷人。	活動量、消費行為增加；多話；自傷、傷人。
認知	負向思考、悲觀、無價值感、無望；過度罪惡感；思考或專注的能力降低；一再想到死亡。	思考飛馳；容易分心。

資料來源：整理自杜仲傑等（1996/2002），頁 407、442。

二、 情感性精神疾病的流行病學

（一）情感性精神疾病的盛行率與人口變項

情感性精神疾病是常見而普遍的，重鬱症在美國就像一般感冒一樣高達 20% 的盛行率，且終身復發率超過 50%（Holosko, Jean-Baptiste, Eaton & Power, 2007）。躁鬱症則將近 1%以上的盛行率，且病程容易慢性化（Hughes & Weinstein, 2000）。但 Behrman（2005）與筆者對精神疾病診斷的觀察，均發現將躁鬱症誤診為憂鬱症的比例不小，故躁鬱症的在統計上的黑數可能高於憂鬱症。

以「性別」作比較，躁鬱症的男女比例相當，但男性更傾向以物質濫用與反社會活動來表現憂鬱狀態（杜仲傑等，1996/2002）。以「年齡」作比較，重鬱症與躁鬱症均**好發於青少年與成人前期階段**，重鬱症初次發作則可從童年到老年時期，躁鬱症通常在 25 歲到 30 歲左右初次發病（Hughes & Weinstein, 2000）。

（二）情感性精神疾病的主要影響

Anthony（1993）認為精神疾病將造成四個負面階段的影響，「損傷」（impairment）為臨床病理治療的焦點，且與其他的影響階段環環相扣，逐漸產生心理與社會層面的「失能」（dysfunction）、「障礙」（disability），最終陷入「弱勢」（disadvantage）結構與處境：

1. **損傷**：身心功能與結構的喪失或異常，如：憂鬱或躁狂的發作。
2. **失能**：執行活動與任務的限制或缺乏，如：缺乏社交技巧、低親職能力。
3. **障礙**：履行角色的限制或缺乏，如：失學、失業或失婚。
4. **弱勢**：缺乏「機會」執行活動與角色，如：因精神疾病受到社會歧視。

而重鬱症與躁鬱症屬嚴重的精神病，存在多重生活功能損害與慢性化之風險，對病患的「工作」與「家庭」影響深遠，且情感性精神疾病個案常會進入醫院**住院系統，並有自殺意念與自殺行為**（Holosko et al., 2007; Golightley, 2006）。湯華盛（2007）指出，超過一半以上的憂鬱症病患者曾經有過自殺意念，平均有15%

的憂鬱病患者自殺成功。若從所有自殺者的疾病史分析，罹患情感性精神疾病者約佔50%，其中憂鬱症病患的比例高達七成（Hughes & Weinstein, 2000）。而重鬱症產生的心情消沈常使得個案改變的動機低落、興趣缺缺，封閉在自我的世界裡，日常生活中的社會功能與參與亦會逐漸衰退；處於躁期中的躁鬱症個案雖自我感覺良好，卻缺乏病識感，易沈迷於躁期高功能與精力充沛的感受中，大夢初醒後才陷入揮霍無度與人際、角色失落的懊悔裡（李欣容，2009/1998）。

由上述可知，情感性精神疾病帶來的主要負面影響為「**自殺**」、「**社會功能損害**」、「**角色履行障礙**」之威脅。但由另一種眼光看待疾病的成就，歷史上大量的文學、藝術創造、科學研究、社會改革與躁鬱症有明顯的關連，換言之，因精神疾病所帶來源源不絕的豐沛精力與靈感也可能是帶動社會的發展的動能之一（杜仲傑等，1996/2002）。然而，情感性精神疾病所加諸於個人及其重要他人的折磨，並非一般人所能長期忍受的，所以亟需接受進一步之治療。

三、 情感性精神疾病的歸因與治療

憂鬱症與躁鬱症在短期內不易區分，往往造成診斷與用藥的困難，Behrman（2005）敘說長達十年來，自身罹患的躁鬱症一直被誤診為憂鬱症，因此受盡各種治療的折磨。再者，藉由藥物治療雖可穩定主要精神症狀，但對其依賴成性卻也造成自我控制的挫敗感與無望，陷入服藥的兩難（Yip, 2005）。以下就情感性精神疾病的歸因與治療加以說明。

（一）精神疾病特異質—壓力模式（the diathesis-stress model）

「特異質-壓力模式」亦稱為「壓力-脆弱模式」，普遍運用於精神疾病、癌症、高血壓等疾病解釋上。其認為**個體除具備引發某種疾病的遺傳、基因之特殊脆弱體質之外，同時結合個體承受的壓力才構成發病的原因**，此壓力可以是內在（如：飲食、睡眠、想法）或外在（如：工作、經濟、人際關係或意外事件）的來源（杜仲傑等，1996/2002）。

精神疾病的疾病歸因上，特異質-壓力模式已在憂鬱症、躁鬱症與精神分裂症上獲得支持，疾病的成因不單由「生物學」的角度解釋與分析，而需將「環境壓力」的因素及「生物與壓力的交互作用」共同考量在內，其治療關鍵在於教導病患如何調適、抒解壓力，以達病情的有效控制（杜仲傑等，1996/2002）。

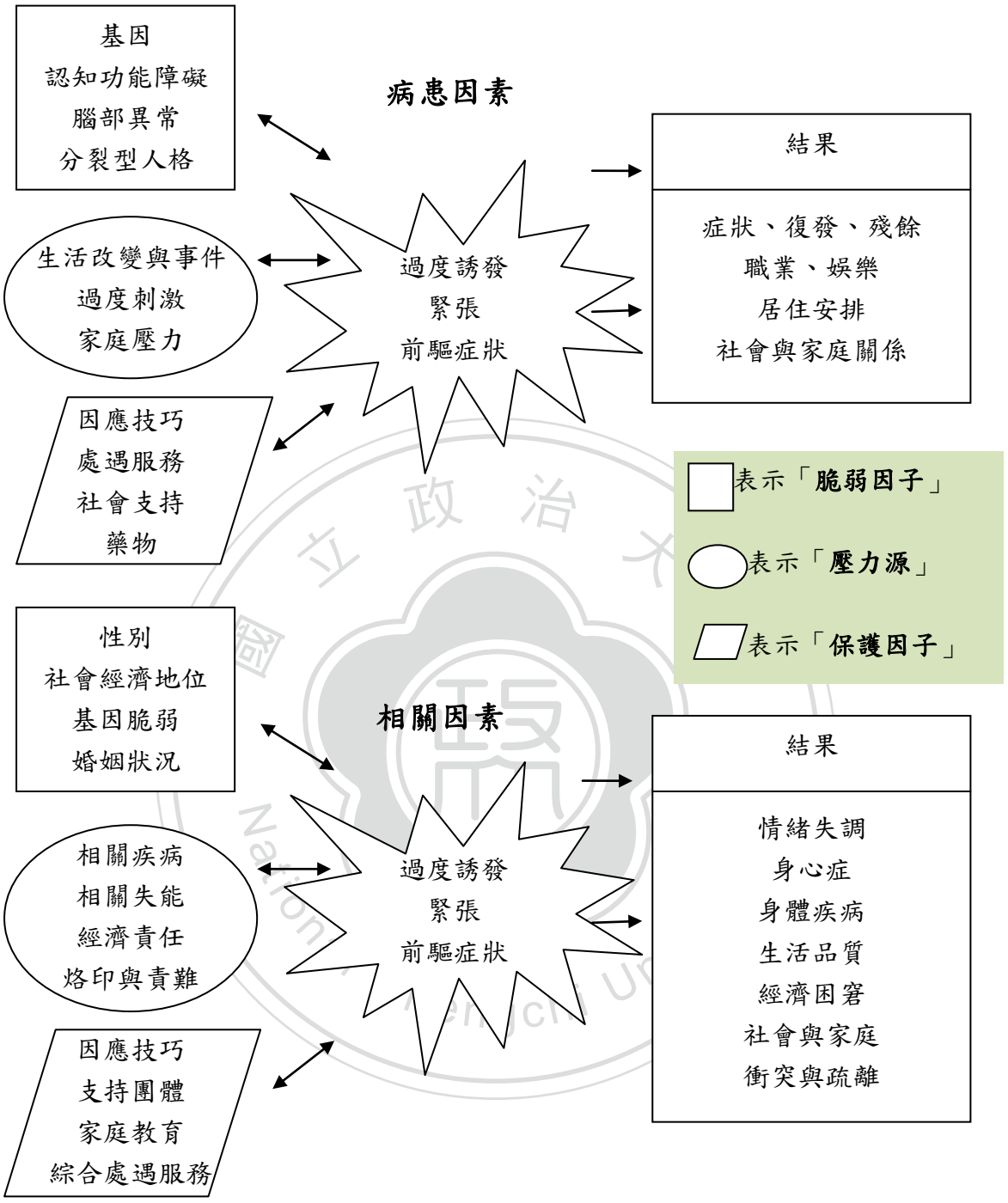
Liberman（1980）與同事進一步在特異質-壓力模式的基礎上發展出「壓力-脆弱-保護因子模式」（the stress-vulnerability-protective factors model），**精神病患面臨疾病與壓力危機時，可藉由一套保護或幫助的方式，使處遇變得更加人性化、更具效能與增強權能的效果**（引自 Glynn & Liberman, 1990），如下圖一所示。

而壓力源、脆弱因子與保護因子在此模式中又可以「病患個人因素」與間接的「相關因素」面向分析，產生不同的結果。另針對壓力源、脆弱因子與保護因子的詳細說明如下（Glynn & Liberman, 1990）：

1.脆弱因子：意指個人先天的遺傳、障礙，以及相關的性別、社經地位、婚姻狀況等人口學變項。

2.壓力源：壓力源可來自個人面臨的生活事件、環境刺激與家庭壓力，以及內部相關的疾病、障礙與承受之烙印。

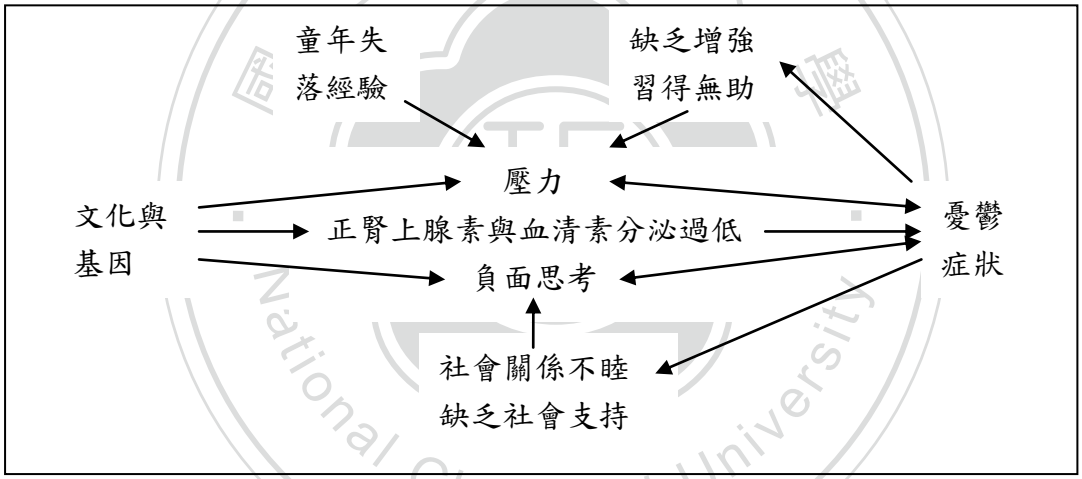
3.保護因子：保護因子則具有緩衝（buffer）與抵銷（neutralize）脆弱因子與壓力源的效果，使得病患受到精神疾病帶來的衝擊與影響較小。保護因子如：個人因應技巧、接受處遇服務與藥物治療、社會支持與家庭教育等等。



圖一　壓力-脆弱-保護因子模式（Glynn & Liberman, 1990, p.257）

（二）憂鬱症的歸因與治療

憂鬱症在古希臘體液理論（humours theory）[8]中的解釋是一種「黑膽汁」分泌過多而造成情緒空洞的疾病，現代生物學則將憂鬱症歸因於神經傳導物質：正腎上腺素與血清素分泌過低（Hughes & Weinstein, 2000）。心理學觀點中，包含心理動力的早期失落、行為理論的缺乏增強物與習得的無助感、以及 Beck 著名的認知理論（cognitive theories）—其認為負向的認知基模是憂鬱的問題核心，而憂鬱症患者最常見的認知偏誤為過度地自我責難（杜仲傑等，1996/2002）。社會文化的觀點則納入一般人口學變項、社會支持與壓力的多面向解釋，亦即憂鬱的特異質—壓力模式，如下圖二所示：



圖二　憂鬱的罹患傾向：特異質—壓力模式（杜仲傑等，1996/2002：400）

關於憂鬱症的治療，生物醫學的治療多給予抗憂鬱劑，如：百憂解（Prozac）、單氨氧化胺抑制劑（MAOIs）（Hughes & Weinstein, 2000），嚴重時採用電擊治療（electroconvulsive shock therapy, ECT）（杜仲傑等，1996/2002）。除生物醫學治療外，同時結合連續性的心理治療是最為有效的，茲簡述說明如下（Giovanni, Elena, & Silvana, 2007; Holosko et al., 2007）：

[8]體液理論是現代醫學之父 Hippocrates（460-377 B.C.）所提出的論點，其認為身體主要由四種體液構成：血液、黑膽汁、黃膽汁與黏液，若體液間失去平衡將引發疾病（杜仲傑等，1996/2002）。

1. 認知行為治療（cognitive behavioral therapy, CBT）：

認知行為治療為憂鬱症最主要的治療方法之一，藉由覺察與改變負向或扭曲的認知、教導問題解決、情緒教育與社會技巧，增進個案自我監控疾病的能力、因應技巧與生活形態的修正。認知行為治療被證實對 50%～60%個案具有良好之成效，並廣泛地與其他方法相互搭配。

2. 人際心理治療（interpersonal psychotherapy, IPT）：

人際心理治療是一種短期（12 到 16 週）、結合心理動力與認知行為治療的治療方法，處遇人際衝突、困擾、失落與角色轉換等社會性議題。人際心理治療被證實能達到 55%～65%個案的有效改善。

3. 婚姻與家族治療（marital and family therapy）：

家庭與婚姻問題將造成較高的憂鬱機率，藉由增加夫妻、伴侶或家人間的親密性與溝通技巧，減少家庭內部的衝突或糾結的結構，重新連結或建構彼此的關係。其被證實與認知行為治療具有同樣良好的成效。

社區網絡介入憂鬱症個案的方法上，透過社會倡導與教育，排除個案使用心理衛生資源之障礙（如：交通、費用、歧視），同時在增加藥物治療、減少心理治療的基礎上，被證實 75%的憂鬱症個案獲得復元（Katon & Ludman, 2003；引自 Holosko et al., 2007）。另外，亦可藉由評估憂鬱症個案自殺之風險，結合社區網絡的預防機制與社會支持（Golightley, 2006）。

（三）躁鬱症的歸因與治療

躁鬱症與憂鬱症同樣具有高度「遺傳」與「壓力事件」誘發傾向，但躁鬱症合併有物質濫用之雙重診斷佔了較高的比例（Golightley, 2006）。再者，躁鬱症一方面醫師容易發生誤診，一方面病患也缺乏病識感與治療動機（Behrman, 2005），這些複雜性使躁鬱症的歸因與治療更加困難，故筆者認為較佳的解釋仍為前述綜合生物、心理與社會歸因的特異質—壓力模式。

治療躁鬱症主要的藥物為「鋰鹽」（lithium）與部分抗癲癇藥物，這些情緒穩定劑有助於控制狂躁與憂鬱的兩極情緒，維持心情上的衡平，但由於躁鬱症有自殺與衝動控制不良的風險，住院治療可能也是必要的（Hughes & Weinstein, 2000）。此外，躁鬱症的藥物治療若能結合不同的心理治療，將可發揮較大的療效，如前述介紹之認知行為、人際心理、夫妻與家族治療，而為因應躁鬱症雙重診斷的複雜性，社區介入為積極外展的方式、以及最重要的「整合式資源」服務（Golightley, 2006）。

綜合上述對情感性精神疾病的介紹，可形成重鬱症與躁鬱症疾病特色、盛行率、復發率、性別比、發展面向、危險因子與有效的治療的比較，筆者整理如下表二。Giovanni 等（2007）最後則提醒我們除了精神藥物治療與傳統心理治療外，不可忽視個案在復元中扮演的的積極角色，以及殘餘症狀與復發之後續治療。

表二　重鬱症與躁鬱症之比較

	重　鬱　症	**躁　鬱　症**
疾病特色	憂鬱期顯著。高自殺率。	憂鬱期和狂躁期交替。雙重診斷。
盛行率	20%。	1%。
性別比	女性是男性的 2 倍。	女性與男性比例相當。
發展面向	**終身**都可能發生；好發於年輕的成年人；歷程多變異。	少見於兒童期；通常在 **25 歲左右到 30 歲**發病；病程可能**慢性化**。
疾病歸因	遺傳、神經傳導物質、壓力、負向思考、童年失落、習得無助。	遺傳、壓力、重大生活事件、認知扭曲。
治療	抗憂鬱劑、電療、認知行為與人際心理治療、伴侶與家族治療、社區網絡介入。	鋰鹽、抗癲癇藥物、認知行為與人際心理治療、伴侶與家族治療、社區網絡介入。

資料來源：筆者自行整理。

貳、 精神疾病個案復元的助力與阻力

精神疾病除了放在醫學診斷與治療的面向之外，前述的特異質-壓力模式與壓力-脆弱-保護因子模式筆者認為是較為完整的分析架構。精神疾病的復元歷程中，同樣會面臨各個層面的助力與阻力，值得進一步深入去探究。

Spaniol, Wewiorski, Gagne, 和 Anthony（2002）研究十二位精神分裂症患者的復元歷程，發現復元的「阻力」(resources）與「助力」(obstacles）可分別歸結成以下幾點（引自宋麗玉，2005)：

一、復元的阻力

（一）**物質濫用**：濫用藥物或酗酒將使疾病惡化，形成復元的阻力。

（二）**貧窮與弱勢處境**：貧窮與弱勢處境使人基本生存與安全的需求未被滿足，無法蓄積復元的力量。

（三）**種族**：黑人具有疾病、種族烙印、高比例的物質濫用與貧窮，故在復元歷程中比起其他種族將面臨更多阻力。

（四）**發病年齡**：發病年齡較晚者有較多成功的角色與經驗，例如：已完成教育、親密關係、工作與職涯等等；反之，發病年齡較早者，無法建立較多的個人能力，成為復元的阻力。

二、復元的助力：

（一）**重要他人的支持**：重要他人包括家庭成員、同儕、朋友與專業人員，這些重要他人的支持、陪伴與鼓勵將是復元過程中的重要助力。

（二）**服藥有效性**：調整藥物以「有效控制病情」是復元的基礎，更可提升個案對自我的掌控感。

（三）**日常生活之支持**：他人提供個案日常生活的支持、增加服務可近性，將有助於其復元。

（四）**宗教與精神支持**：宗教或與個人靈性上的寄託可增進復元。

宋麗玉（2005）指出上述 Spaniol 等人的分析中，「阻力」多為個人因素，「助力」則多為外部環境的支持與症狀控制。Davidson & Strauss（1992）則認為精神疾病復元中的「阻力」同時來自於個人內部與外部因素，**內部因素**包括個體的疾病干擾、抗壓機能，**外部因素**為家人關係不佳、重大事件、文化歧視與社區排除；「助力」則多為外部環境所能給予的支持，包括鉅視的社會福利體制、專業服務與人性化的支持（引自宋麗玉、施教裕，2009）。依此可見，社會工作與其他助人專業對個案持續發揮的外部支持與影響力是相當有意義的。

Smith（2000）從十位嚴重精神病患的質性研究中歸納出復元有六項重要的助力與四項阻力：「助力」為 1.對症下藥、2.支持團體、3.有意義的活動、4.控制感與獨立、5.堅定復元的決心、6.以正向觀點看待現在與未來；反之，復元的「阻力」則為：1.烙印、2.症狀、3.缺乏經濟來源、4.因生活壓力而突發的反應（引自 Tuttle, 2004, p.22）。

故無論是 Smith 或 Spaniol 等人都在助力與阻力中分別提到內部與外部因素，再次呼應 Tuttle（2004）提及之「復元是內部與外部情境交互作用的結果」（p.20）。內部意指個人本身的態度、所遭遇的內在經驗與疾病歷程中的改變，外部則為正向的環境與文化、權利與政策、復元導向的心理衛生專業的促進等等，而筆者認為所謂內部、外部情境之分即為「個人」與「環境」之辨別。另外，筆者同時參考 Cowger, Anderson, Snively（2005）所提出的個案評估架構，橫軸代表內部個人因素與外部環境因素，縱軸代表復元的助力與阻力，再根據 Smith 與 Spaniol 等人的文獻嘗試整理出精神疾病個案復元的助力與阻力架構圖，如下圖三所示：

助力

外部環境因素	1. 重要他人的支持（家庭成員、同儕、朋友與專業人員）。 2. 日常生活之支持。 3. 宗教與精神支持。 4. 支持團體。 5. 有意義的活動。 6. 良好的社會福利體制。	1. 服藥有效性。 2. 控制感與獨立。 3. 堅定復元的決心。 4. 以正向觀點看待現在與未來。
	1. 重大事件、因生活壓力而突發的反應。 2. 家人關係不佳。 3. 貧窮與弱勢處境缺乏經濟來源。 4. 文化歧視、烙印、社區排除。	1. 物質濫用。 2. 少數種族。 3. 發病年齡較早。 4. 疾病與症狀干擾。 5. 抗壓機能低。

阻力

內部個人因素

圖三　精神疾病個案復元的助力與阻力架構圖

資料來源：筆者參考 Cowger, Anderson, Snively（2005）評估架構後自行整理。

第二節　復元與助人關係的意義與重要性

本研究欲探討優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案之雙向復元歷程，經由上一節對情感性精神疾病的背景介紹後，本節正式進入「復元」（recovery）的意義、影響因素與相關研究的文獻探討，最後談及優勢觀點助人關係與復元間的重要性。

壹、 復元的定義

一、復元概念的形成背景

美國於去機構化（deinstitutionalization）風潮之後，1980 年代興起的「使用者增強權能」（consumer empowerment）運動裡「復元」被正式地引入精神障礙領域中，象徵著精神障礙者的潛力、權力與身分受到重視（Turner-Crowson & Wallcraft, 2002；引自宋麗玉，2005）。Anthony（1993）指出，1980 年代同時也是精神障礙者社區支持系統與精神復健（psychiatric rehabilitation）日益崛起的時期，「復元」於往後持續引領著美國心理衛生體系的願景。21 世紀後，「復元」甚至成為加拿大、英國、澳洲國家心理衛生體系中的指導原則，運用於相關政策與服務輸送中（Noiseux, Tribble, Leclerc, Ricard, Corin, Morissette, et al., 2009; Kelly, Wellman, & Sin, 2009; Chopra, Hamilton, Castle, Smith, Mileshkin, Deans, et al., 2009）。反觀我國對「復元」概念的引入，直到 2005 年才由學者宋麗玉在〈精神障礙者之復健與復元—一個積極正向的觀點〉一文中正式且完整地探討之，並在隨後以質性研究方法形成復元的統合模式（The Unity Model）（Song & Shih, 2009）。

總而言之，以復元為導向的心理衛生服務已成為本世紀的趨勢，並廣泛運用於精神疾病與各種專業領域中，不管是以第一人稱的自我敘說或實證客觀的研究，復元的討論日益豐富。

二、復元的全觀（holistic）定義

復元的定義至今仍眾說紛紜，Laudet（2007）指出雖然復元是普遍存在的概念，但人們卻對它所知有限且定義不明，Silverstein 和 Bellack（2008）批判復元缺乏強而有力的科學依據，Noiseux 等（2009）則認為復元經常與治癒、重新適應（readjustment）、甚至是復健等概念混淆，可能降低使用者、臨床專業者與心理衛生政策制訂者對復元的理解，進而影響相關服務。

有鑑於此，為求復元定義的釐清，筆者參考 Tuttle（2004）、Silverstein 和 Bellack（2008）從 1994 年到 2005 年整理的復元的定義，以及自行蒐集 1993 年至 2009 年的文獻後，共彙整成下表三：

表三　復元的定義

作　者（年代）	復　元　的　定　義
Anthony（1993）	復元「是一種改變個人的態度、價值、感受、目標、技巧、以及/或角色之深度個人、獨特的歷程，即使因疾病限制，亦能過著滿意、充滿希望與貢獻的生活」（p. 15）。
Sullivan（1994）*	復元是至少在社區中生活兩年，過著半居住安排與參與職業類型的活動。在症狀或無症狀期間能均發揮能力。
Lefley（1994）*	復元是個人主觀經驗與定義的復元，藉由 創造新的行為模式，使生活更加滿意與具生產力。
Kersker（1994）*	復元是健康（wellness）的基礎，包含立基於個人選擇、責任、自我決定與自尊而發展之新的自我（ego）認同架構。精神障礙者能接納障礙、接受持續的治療、並且欣賞自己的優點與限制。
Landeen, Kirkpatrick, Woodside, Byrne, Bernardo & Pawlick（1996）*	復元是希望的復燃，並且可概括成兩部分的歷程： 1. 哀悼曾經失去的。 2. 擁抱現在可能的（possible）。
Barton（1999）*	復元是症狀減緩，並且回歸正常的角色運作。
Thomas（2000）*	復元是不讓障礙阻撓全面與有意義的生活之選擇，同時

	也是成長、從新開始、毅力與復原力（resilience）的過程。
Liberman, Kopelowicz, Ventura, and Gutkind（2002）**	1. 精神病理學： 簡要精神評定量表（Brief Psychiatric Rating Scale）中負性與正性症狀得分等於或小於4，代表精神疾病需在為輕度到中度或輕度以下。 2. 心理社會功能： (1) 至少有一半的時間參與工作或學校。 (2) 能夠獨立管理自己的藥物與財務。 (3) 每週至少一次與家庭、治療者外的同儕從事社交。 3. 持續時間：需「連續兩年」符合前兩項標準。
美國物質濫用與心理衛生服務管理局（SAMHSA）（2005）**	復元是療癒與轉變的過程，使精神病患能選擇在社區中過著有意義的生活，同時亦能致力於實現自我潛能。
Behrman（2005）	復元是重新建立起社會生活，有能力照顧自己，並且隨時準備好因應疾病復發的可能；也是一個人不再感到恐懼和羞恥，並且能與朋友、家人與公眾分享生病的經歷，幫助更多人瞭解與因應疾病。
Laudet（2007）	復元是一種經驗豐富的「新生活」，更是一個持續成長、自我改變、找回自己的歷程。
Noiseux, et al.（2009）	復元過程的特色是一組個人、環境與組織情境的互動。

*代表引自 Tuttle（2004）的資料。

**代表引自 Silverstein 和 Bellack（2008）的資料。

由上述復元的定義可知，復元普遍用於各種精神疾病的領域中。在精神醫療的臨床實務中，復元指涉疾病的療癒；而從使用者（消費者）的觀點出發，**復元的意義遠大於疾病的治癒，其積極意涵為找到自我生命的意義、參與社區生活並與發揮潛能**，並大多參照 Anthony（1993）對復元的定義：「是一種改變個人的

態度、價值、感受、目標、技巧、以及/或角色之深度個人、獨特的歷程，即使因疾病限制，亦能過著滿意、充滿希望與貢獻的生活」（p. 15），筆者亦認為此乃早期對復元較完整的界定。然而，復元本身是一個複雜的歷程（Song & Shih, 2009），除了是個人內在深度且獨特的歷程外，晚近 Noiseux, et al.（2009）更認為**復元是一組個人、環境與組織情境的互動，並具備互為主體性（inter-subjective）的特色**，包含個體在關係領域中對自我地位（place）的協商（Noiseux, Corin, St-Hilaire, Morissette, Leclerc, et al., 2010）。

我國復元的本土論述中，施教裕（2009a）指出復元之「元」代表「自己唯一獨特的自體（Being）和世界一切存有（beings）兩者之間的相依共存的生態」（頁 73），「復」則為「復活性命與心靈，和恢復精氣」（頁 74）。故**復元為個體不斷探尋生命之奧妙與義理，找到自我與世界的本質與意義，發展具生命力、希望、轉變與重生之正向元氣**（施教裕，2009a；宋麗玉，2005）。而復元的核心範疇（core category）為透過自立/獨立性（independence）與自力性/勝任能力（competence）而展現的「主體/自主性」（autonomy）（施教裕，2009a）。Song 和 Shih（2009）在我國本土「由下而上」紮根實務經驗所建立的理論模型中，復元的發展階段便藉由主體/自主性的展現程度，區分成「**初學型**」、「**半復元型**」與「**完全復元型**」，對應國外的復元過程與經驗，初學型仍處於與失能或障礙掙扎對抗的階段，半復元型則逐漸能與失能或障礙和平共處，直到完全復元型才是真正地超越失能或障礙之限制，不因疾病而失去自我主體性。

綜合上述，復元既可以量化指標的方式呈現，亦可由個人主觀界定，顯示復元既是**客觀**亦是**主觀**、既是**結果**亦是**過程**的**全觀**的概念（Silverstein & Bellack, 2008; Tuttle, 2004；宋麗玉, 2005；宋麗玉、施教裕，2009）。若從實證結果與客觀的角度看待復元，其具備操作型定義與標準，能以具體或量化的方式呈現，例如：疾病嚴重程度降低、自我效能提高、習得社交與職能技巧；而從使用者導向

與主觀角度（consumer-oriented）看待復元，其為持續進行的過程，包含 Song 和 Shih（2009）提及的復元過程要素：1.自我覺知、2.障礙處理度、3.希望、意願、負責的行動。但過度重視復元的客觀結果將忽略真實經驗的復元歷程，而過度重視復元的主觀過程則難以有一致的標準與共識，故需從復元「全觀」的角度探討之，復元的全觀對照請參考下表四：

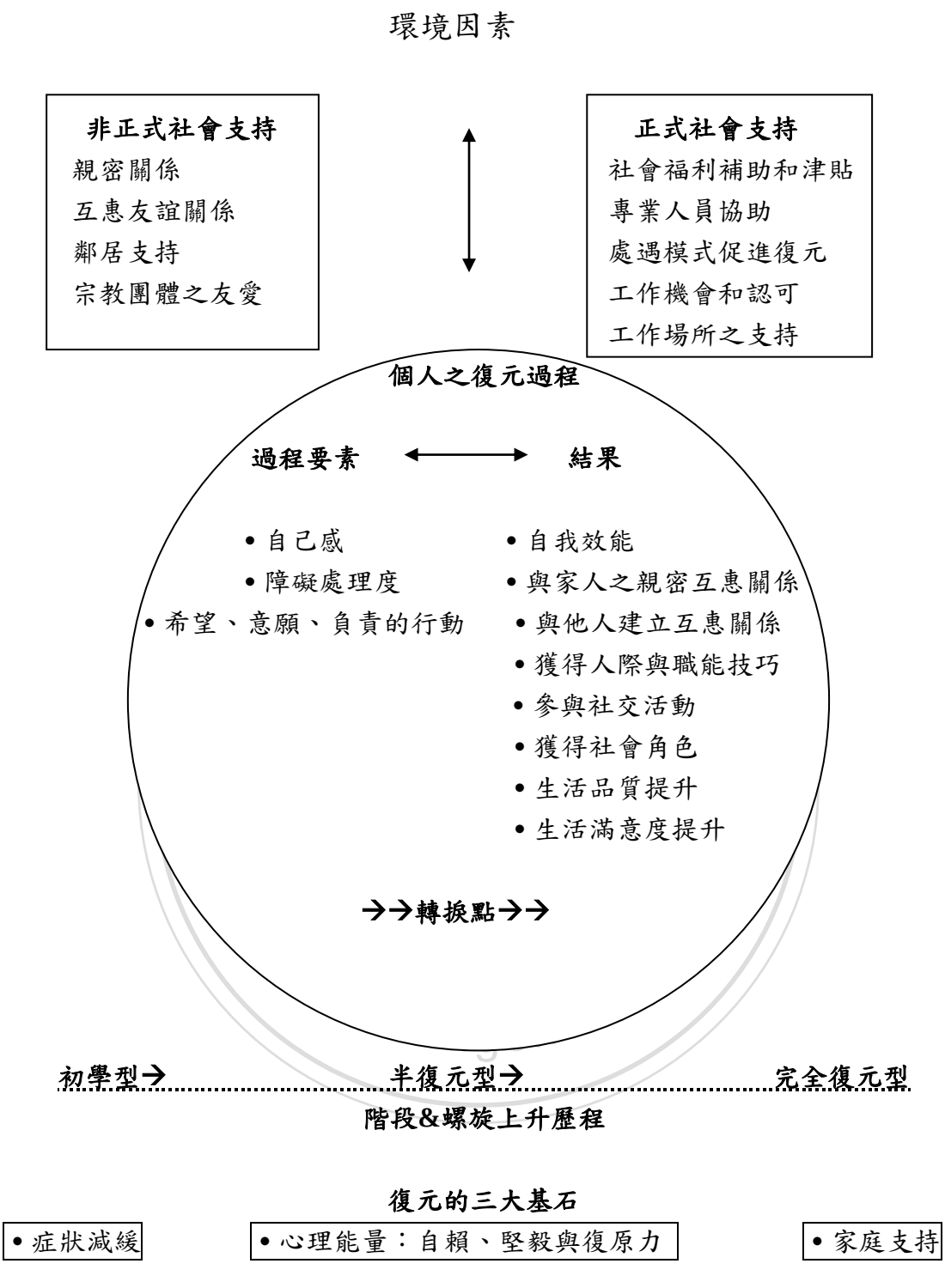
表四　復元的全觀比較

	復元是結果/客觀	**復元是過程/主觀**
脈絡	重視治療/處遇之實證研究。	使用者導向的服務。
焦點	復元有操作型定義與標準。	復元為持續進行的過程。
支持者	心理衛生專業人員。	精神病患及其家屬。
限制	有限的復元定義，缺少真實經驗，而使標準測量成為未知數。	有限而不具體的復元定義，缺少研究、評估與形成公共政策之架構。

資料來源：整理自 Silverstein 和 Bellack（2008）。

貳、 影響復元的因素

Song 和 Shih（2009）採用質性研究方法提出「復元之統合模式」，於兩年期間訪談我國十五位精神障礙者，形成具本土化之統合模式，其核心在於追求個體生活範疇之自主性，為至今較為完整且符合本土適用性之模式(詳見下圖四)。影響復元的因素已於上一節精神疾病復元的助力與阻力中初步提及，故本段落將依據此一模式，依照復元的前置因素分成**直接起因（causal）、基礎條件（conditional）、間接脈絡（contextual）**三點來說明。



圖四　復元之統合模式—追求生活範疇之自主性

資料來源：Song & Shih（2009）

一、復元的直接起因

Song 和 Shih（2009）的復元統合模式中，**「自我覺知/自己感」（Sense of self）**是復元最核心的直接起因，唯有當個體能真正地覺醒、意識真實的自我與世界，才能成為自我的主宰，不聽任疾病或問題控制自己的生命。根據《大英百科全書》對「自我」（Self）的解釋，自我是一種積極的行為主體，在心理學中有如下探討：Carl G. Jung 認為自我的生成為意識與潛意識的和諧統整，較 ”ego”的範圍與強度都來得大，Carl Rogers 提及「自我」的內在意識可決定個體的行為模式和處世原則，是行為改變發動的源頭，而 Abraham H. Maslow 提出的需求層級理論中，「自我實現」（Self-actualized）乃屬生命最層次的需求，能為自我帶來最大的滿意度。

故綜觀「自我覺知/自己感」的概念，是除病識感與問題意識外，一種感受並相信自己有充分發揮潛力與朝向自我實現的傾向，而能因應與管理負向情境與障礙，追求積極的正向目標與展現實踐能力，即使需承受疾病與失功能的限制，也能重新發現並再造具功能性之自我覺知/自己感。此乃 Davidson 和 Strauss（1992）提及邁向復元之路的第一步是「發現一個更積極的自我」（discovering a more active self），並落實 Deegan（1988）所稱復元的三大磐石「希望、意願與負責的行動」（hope, willingness and action）之上（引自 Song, & Shih, 2009, p.353、355）。

二、復元的基礎條件

基礎條件是復元統合模式中的三大基石，包含症狀減緩、心理能量（自賴、堅毅與復原力）與家庭支持，分述如下：

（一）症狀減緩

復元的生物基礎建立在症狀減緩或穩定（宋麗玉、施教裕，2009）與藥物控制（朱淑怡，2007）的前提上。Kopelowicz et al.（2005）和 Liberman et al（2002）歸納的復元的病人因素（patient factors）包含：獲得全面協調與持續的治療、無

物質濫用情形、參與合作式治療聯盟、對抗精神疾病藥物有良好的反應等等（引自 Silverstein & Bellack, 2008）。故接受精神藥物與心理治療，實為復元刻不容緩的必經之道，有了症狀減緩或穩定（不一定是完全治癒）基礎條件後，才能較順暢地發展後續復元的多元面向。

（二）心理能量

復元的內在經驗中特別著重個體心理能量的激發，在 Song 和 Shih（2009）的復元統合模式中包含了**自賴（self-reliance）、堅毅（hardiness）與復原力（resilience）**，強健的心理能量能堅定自我意志與信念，倚靠自我的能力向人生挑戰、不輕言放棄。而根據 Wolin and Wolin（1993）的擴大界定，「復原力」不僅代表個人有能力跳脫出問題與危機外，還包括運用自己持久性的優勢從創傷經驗中倖存下來，其內涵包括七個主題：「洞察力、獨立性、主動性、關係、道德感、創造力與幽默感」（引自 Anderson, 1997, p.595）。

Giovanni 等（2007）、趙莉玫（2007）亦發現決定復元的關鍵在於個人「正向的心理特質」，例如：幸福感、樂觀與自信。另外針對心理層面，Tuttle（2004）認為尚有三種主要復元因素（p. 20）：

1. **希望（hope）**：個人對復元的可能性懷有希望，聚焦自我的優勢，並將負向的經驗視作為恩典或禮物。
2. **療癒（healing）**：個人能將疾病與自我劃分開來，藉由「自我照顧」穩定病情。Roe（2001）則發現個人對減緩症狀、恢復功能的「期待與態度」將影響復元（引自 Silverstein & Bellack, 2008）。
3. **增強權能（empowerment）**：個人改變原本的依賴、無望與受限狀態，包含自主決定與行動，並有擔當地和專業人員共同工作。

此外，Kupper & Hoffman（2000）、Roe（2003）認為**「自尊」（Self-esteem）**是影響復元重要的因素，低自尊者即使症狀較少也不會有好的復元結果，而高自

尊者縱使症狀較多也能維持復元的希望與目標（引自 Silverstein & Bellack, 2008）；另一個相關的復元要素則是「**自我效能**」（**self-efficacy**）[9]，高自我效能者，越能相信自己能達成工作與任務，同時也越願意去勝任，而自尊與自我效能都被證實是有效地調節疾病、負向經驗之因應要素（Silverstein & Bellack, 2008）。

（三）家庭支持

家人往往是個案身邊最貼近、最能提供立即協助的重要他人，故「家庭支持」在復元的過程中佔有一席之地，更是永不放棄的復元基石。Song 和 Shih（2009）指出特別在亞洲文化中，即便罹患疾病的子女已成年，父母對子女仍負有照顧的義務，故家人無怨無悔的付出對於個人有深厚的意義，並可成為復元的重要動力。趙莉玫（2007）針對女性躁鬱症病患的質性研究中，亦發現其家人的心理支持、關照與尊重有助於復元，同時也是監控病情起伏的重要資源。

三、復元的間接脈絡

Song 和 Shih（2009）的復元統合模式中，將外部的情境/環境因素視作是間接脈絡，並進一步區分為「正式社會支持」與「非正式社會支持」：

（一） 正式社會支持

正式社會支持包括：社會福利補助和津貼、專業人員協助、處遇模式促進復元、工作機會和認可、工作場所之支持。Jacobson 和 Greenley （2001）強調復元為導向的服務（recovery-oriented services）中相信復元是可能的，並且致力於排除各種阻礙（引自 Tuttle, 2004）。而復元為導向的服務涉及專業工作者所依循的工作原則，Davidson et al.（2005）進一步認為工作原則中需包含復元的十項要素[10]：(1)自我指導、(2)個別化與人本照顧、(3)增強權能、(4)整體觀點、(5)非

[9]Bandura 於 1977 年提出自我效能的概念，自我效能意指「個體對自我在某種特定情境下，是否能實行或完成特定行為或任務的能力知覺或判斷」（引自沈慶盈，2007，頁 208）。

[10]美國物質濫用與心理衛生服務管理局（SAMHSA）亦認定復元的基本組成為此十項要素（Frese, Knight & Saks, 2009）。

線性、(6)優勢為基礎、(7)同儕支持、(8)尊重、(9)責任與(10)希望（引自 Silverstein & Bellack, 2008, p.1110）。

復元是一個建立社會與人際關係的歷程，Jacobson 和 Greenley（2001）認為「**連結**」（**connection**）即個人能重返社會世界，並發現有意義的社會角色，如：工作者、助人者、社區成員（引自 Tuttle, 2004）。尤其「工作者」的角色能帶來更高功能性的自我覺知、經濟收入與生活意義（Roe, 2001; 引自 Silverstein & Bellack, 2008），Lloyd, King, 和 Moore（2010）的研究中亦發現有工作的精神障礙者在權能感受與復元程度上顯著高於請領社會安全補助的精神障礙者。

組織管理層次上，正式機構中的環境對個人的間接影響為復元不可忽視的一環，Mancini 和 Lawson（2009）發現具支持性的社會工作服務環境較能設計出人性化的工作配置與政策、形塑良好的工作氛圍，進一步改善工作人員負向的情緒勞動、提升生產效能。Michael 和 Ferrell（1996）的研究中則顯示，一旦提升員工的自我效能與權能感受，對增進服務品質有莫大的幫助（引自林彥宏，2008）。故工作情境與組織文化將直接影響社會工作者的工作表現，間接帶動服務對象邁向復元。

（二）非正式社會支持

非正式社會支持包括：親密關係、互惠友誼關係、鄰居支持、宗教團體之友愛。Roe（2001）透過敘事研究發現，「人際關係」的連結為復元的重要因素，其意指能夠建立並維持滿意的人際關係，並排除關係中可能的障礙（引自 Silverstein & Bellack, 2008）。此外，Huguelet, Mohr, 和 Borras（2009）發現「**宗教與靈性**」是提升精神病患復元的重要力量，故復元需同時置於多元文化的脈絡下來探討。

論及鉅視的社會文化脈絡，Jacobson 和 Greenley （2001）提出另外兩項影響復元的外部情境要點（引自 Tuttle, 2004, p.21）：

1. 人權（humanrights）：去除個案的社會烙印，獲取所需之資源，並且擁

有平等的工作、居住、教育與治療機會。

2. 正向的療癒文化（a positive culture of healing）：在正向的氣氛中可達到相互充權、包容、傾聽、同理、尊重、信任與多元文化之理解。而個人隸屬的特定「社會文化脈絡」也會影響復元（Jenkins and Carpenter-Song, 2006; 引自 Song & Shih, 2009）。

總結上述影響復元的因素中，復元的直接起因為自我覺知/自己感的意識與實踐，基礎條件（conditional）為症狀減緩、心理能量與家庭支持之復元三大基石，間接脈絡（contextual）則為正式與非正式社會支持與連結，同時鉅視的社會文化脈絡對復元亦是不容忽視的影響力。

參、 復元相關的實證研究

本研究欲探討的對象為情感性精神疾病個案與社會工作者本身，故復元相關的實證研究大致可以分成兩大方向：一為精神疾病個案的復元研究，二為心理衛生專業人員的復元經驗，而前者又可再分為國內與國外之文獻，以供對應比較。

一、精神疾病個案的復元研究

（一）國內精神疾病個案的復元研究

筆者於 2010 年 10 月 31 日搜尋近十年來（2000 年至 2010 年）國內期刊與碩博士論文發現，探討精神疾病個案「復元」之實證研究文獻僅有四筆，因文獻過少，故筆者將相關概念「復原力」（resilience）[11]與高度有潛在精神疾病的「自殺個案」亦納入關鍵字，新增六筆文獻，整理後共十筆文獻，茲依照年代順序羅列於下：

[11]宋麗玉（2005）認為復元較復原力的意義來得廣，**復原力僅為復元過程的一種內在助力**，故「復原力」與「復元」為不同之概念，使用上需慎重區別。

表五　國內對精神疾病個案之「復元」或「復原力」相關實證研究

作　者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研　究　發　現　與　建　議
蔡宜玲（2001）	自殺意念青少年復原行為之探討：復原力之研究。	具有強烈自殺意念的青少年	探討自殺意念的青少年如何運用內在的保護機制（復原力），抵抗壓力情境的傷害，發展正向的復原行為。	質性研究方式深度訪談二位過去曾有強烈自殺意念，但現階段已無自殺危險之受訪者。	1. 「情緒調節能力」使當事人負面情緒得以獲得緩解與抒發的出口，減少自殺危險。 2. 「人際支持的建立」提供當事人情感支持與依附的對象，許多正向復原行為也因之產生。 3. 「正向的死亡概念」及時遏止當事人想以自殺作為逃避，轉而能接受現實向困境挑戰。 4. 「認知思考能力」如正向積極信念、問題解決思考能力等，當事人能主動採取因應策略。 5. 「對未來目的導向與自我正向期待」使當事人產生希望感，而願意忍受挫折挑戰。 6. 「個人特質的影響」，能善用個人特質的影響如開朗、樂於社交、勇於冒險。
劉紀能（2004）	前精神分裂症者復元行動歷程之自我敘說。	前精神分裂症者自我敘說	透過自我研究（發聲）的另類聲音，傳達病友自我復元模式的可能性	行動研究為方法，運用自我敘說蒐集資料，並且以整體－內容來分析所有的逐字稿。	1.「醫療行動樂章」：生命變奏曲、正式宣戰、漫漫長夜無盡頭、修畢十二年門診學分。 2.「復健行動樂章」：學生證vs.精神分裂「證」vs.身份證、士大夫情結烙印vs.精神疾病烙印。 3.「發聲行動樂章」與精神醫學學術場域接軌、多元精神社區復健模式之邂逅、行動阻卻駝鳥心、與病友家屬站在一塊的悲歡交響曲、另一種自我敘說。 4.敘說書寫論文的矛盾情結，最終天涯我獨行；再看行動我，再回過頭去看行動之歷程。 5.希望即一切！
黃鈺婷（2006）	復原力的力量：個人與來自家庭、學校脈絡中的保護機制對青少年憂鬱症狀改變之影響。	憂鬱症青少年	具象化復原力理論觀點，加入動態時間面向確認負向事件與青少年憂鬱症狀發展的因果關聯，探討個人、環境關係運作對青少年憂鬱症狀平均數、變化	應用潛在成長曲線模型(Latent growth curve model)的分析方法，加入長期貫時性追蹤資料(1996-1999)，捕捉青少年憂鬱症狀的「起始狀態」、與	1.青少年的「改善」或「惡化」憂鬱症狀發展軌跡在環境的節制之下存在著個別差異。 2.此外，青少年起始的憂鬱狀態並不影響憂鬱症狀軌跡發展的變化率。家庭經濟不利這項負向生活事件，對於青少年憂鬱症狀的預測，只呈現短暫的初始影響。 3.自尊和好朋友關係皆是青少年可以主動建構與可為之舉，為兩個最重要能影響青少年憂鬱症狀變化的關鍵因素。 4.學校脈絡，則可視為在家庭脈絡之外，能提供青少年憂鬱症狀改變效果的新路徑，以及

作　者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研　究　發　現　與　建　議
			方向與速率的跨時間影響。	「個別的成長軌跡發展」。	讓青少年可以順利「轉大人」之雙重機會的結構因素。
丁嘉妮（2007）	憂鬱症家屬與患者相處過程中的逆境經驗及其復原力發展之探究。	憂鬱症家屬	探究憂鬱症家屬與患者互動中的逆境經驗，及其走過逆境之復原力運作過程。	1.質性敘說研究，半結構式深度訪談。 2.整體-內容分析模式瞭解憂鬱症家屬互動的故事。 3.類別-內容分析模式分析復原因子。 4.由研究者分析與詮釋。	1.憂鬱症家屬與患者相處中的逆境經驗中，包含心理、生理、社會、經濟等四個層面，其中以心理層面的負向經驗為最多。 2.逆境/危機與個人復原因子、家庭復原因子、社會復原因子之間形成交互運作，藉「直接影響」、「間接影響」、「交互作用影響」路徑，發展憂鬱症家屬從逆境中復原的現象。 3.復原的現象包含：家庭狀態穩定、患者痊癒、生活回復常軌，以及重新框架逆境影響、獲得生命意義、相信有能力改變環境、發現生活樂趣、有能力幫助別人與助人期待、分享有助適應的具體建議等積極復原的現象。
朱淑怡（2007）	康復之家精障者的復元內涵探討。	康復之家精障者	一、瞭解精障復元者的故事與經歷。 二、探討精障者復元的相關影響面向。 三、發掘康復之家對精障者復元的意義。 四、提供「復元觀點」服務處遇之建議。	1.質性研究深度訪談為主、焦點團體為輔。 2.自 2006 年 11 月至 2007 年 3 月以滾雪球方式邀請參與者七位精障復元者。 3.以多面向分析分析生命故事與經驗。	1. 復元是多面向的經驗：自我層面上，復元者由被動到主動的轉化過程；系統多是以疾病照護為主，個體與系統的協調上多是順應以求生存，此外藥物與工作對復元有重要性；復元為個體向外與他人連結的行動展現，有賴自然關係下所形成的支持架構；復元者對疾病不同的解釋來自經驗的反思與體認。 2. 康復之家提供精障者再生的「家」；亦為精障者邁向復元的中介角色，催化復元的發生。 研究建議： 1. 實務工作者：與精障者建立夥伴關係，傳遞復元的希望與權能感。 2. 政策及方案：建構長期性、個別性且整合性的個案服務系統。 3. 未來研究者：對於復元定義與內涵的深入探討；瞭解康復之家以外的精障者之復元經驗。
柯誼楨（2007）	自殺企圖者的解釋風格與復原力歷程之研究。	自殺企圖的成年人	瞭解自殺企圖者在與環境互動中展現哪些復原力以度過自殺危機，並	以半結構式深度訪談蒐集研究資料，採用現象學觀點進行個案分析與	研究對象的共同復原力因子內涵分為三層面 1. 外在支持和資源層面：有良好的角色楷模、宗教信仰的洗禮、家庭正向功能的發揮、展現健康且適當的教養方法、有效的課程協助個體改變、家庭外的社會支持網絡。

作　者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研　究　發　現　與　建　議
			探究自殺前後解釋風格有何轉變，及在逆境中如何促動復原力歷程運作機制，而發揮積極生活功能之效果。	跨個案分析。	2. 個人內在的力量層面：知足與珍惜、重新框架，賦與事件正向意義、自我覺察能力、正向自我概念、自我承擔負面情緒的能力、更有彈性面對挑戰、重新獲得生命的掌控感、對未來有盼望與信心、擁有愉悅休閒活動。 3. 社交及人際技巧層面：同理與尊重他人、幽默感、問題解決能力、獨立自主生活的能力、主動進取尋求資源。 復原力要素如下： 1.個體覺察人生無意義而決心重新掌舵人生。 2.與環境脈絡息息相關，展現動態交互作用。 3.復原力歷程乃是保護因子與危機因子交互作用，關鍵在個體願意原諒過往自己與創造正向思維而賦予事件或人生正向意義。 4.個體重新獲得自我控制，發展出正向的因應逆境策略。 5.個體有信心勝任挑戰，對未來有無限盼望。
徐于婷（2007）	憂鬱症患者復原力保護因子之研究	憂鬱症患者	探討憂鬱症患者從生病到復原歷程中的復原力內涵，其中包含個人、家庭、社會系統保護因子。	1.採質性研究方法以立意取樣選取受訪者:精神科醫師根據DSM-IV診斷為憂鬱症，且停藥一段時間從憂鬱症狀緩解者。 2.深度訪談二位受訪者，以現象學類內容分析法進行資料分析。	復原力的內涵分成三個部份呈現： 1. 個人的保護因子包含自我覺察、相信專業、正向自我概念、問題解決的能力、協助他人、正向的生活態度、自我激勵的能力、意志力、責任心、自我了解、思考與判斷的能力、接受新觀念、從資訊上去做自我評估、個人休閒習慣及自我調適的能力等。 2. 家庭系統所呈現的保護因子包含家人的關心與敏感度、良好的家庭關係（夫妻關係）、家人的資訊收集與提供、配偶的樂觀與包容以及普同感。 3. 社會系統保護因子，包含良好的醫病關係、良好的社會支持系統、醫療資源的進入以及普同感。
黃秀文（2007）	收斂與發散之間：從雙極性疾患病友的生命故	雙極性疾患病友	使病友能夠透過口述歷史訪談經驗回溯、思考、再現的	敘事取向口述歷史。透過口說轉化文字過程呈現病友生	1. 單一價值與多元行動的創造性追尋：病友早年因為情感支持結構的不穩定或缺乏，希望獲得一種社會網絡中穩定的位置及安定的連帶。單一的目標以多元發散方式追求，展現

作　者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研　究　發　現　與　建　議
	事找尋復元的曙光。		過程去獲得認識自我機會；過程中所產生的知識也滋養科學與人文的領域，促成對精神病友的再認識。	命故事重要細膩的內涵。	生命中種種具有創造性的生產力，反而將自身在人際之中的位置推得更遠，並進入一種精神疾病的經驗之中。 2. 精神病患的新身分與衝擊：初期精神疾病的治療對病友而言，只不過是從社區轉換到機構，一種場域不同的狂亂而已。 3. 趨於穩定單一價值的再現：然而因為疾病的緣故而獲得警醒與沉澱的機會，終將難以駕馭的發散行為漸漸收斂於單一，也因這般的體認，對於復元之路，照見了彼端的曙光。 4. 來自醫療機構的對話：重新詮釋後的治療性社區是一種良性的反思與轉向。
趙莉玫（2007）	女性躁鬱症患者之復原力研究－以中部某醫學中心為例。	女性躁鬱症患者。	解女性躁鬱症患者之生病經驗以及從疾病中復原之復原力。	採質性研究方法，以效標抽樣，半結構式訪談訪談四位受訪者。	1. 受訪者覺察自己的症狀，意識疾病對自己及生活帶來的影響，因此願意以復原為目標，因應方式如下:辨識能力、調整能力、選擇的能力、因應壓力的能力、求助及助人的能力。 2. 復原的人格特質與能力，包括樂觀開朗、幽默感等「正向的人格特質」、同時有剛柔並濟的「中性化的特質」，及獨立自主、不服輸、與病對抗的「對逆境不妥協的毅力」。 3. 外在推力包括家人的關心、尊重，及心理的支持，以及警覺病況；人際、工作、學校的接納與配合；宗教信仰；與醫師之正向關係。
蕭真真（2009）	疾病管理與復元方案對精神障礙者復元成效之研究。	精神分裂病患者	檢驗「疾病管理與復元方案」團體介入能否促進精神障礙者在疾病管理與復元之效能。	1.依據SAMHSA所編撰之團體方案內容，以四十位社區復健中心的精神分裂病患者為研究樣本。 2.採用「等組前後測之準實驗設計」分為實驗組與控制組來進行研	1.「疾病管理和復元」團體介入成效： (1) 提升患者的「病識感」，對疾病有更多的瞭解和控制管理。 (2) 在生活品質分量表中的「生理」、「心理」、「信仰」及「生活品質總分」有顯著提升與持續性之效果。 2. 實驗組在復元的「跨越障礙」、「學習和自我再定義」、「全面健康」、「新潛能」等個面向後測都比前測提升，但兩個月後追蹤後測發現數據都下降，顯示團體成員在未獲持續性的支持時，原本復元成效是無法維持。 3.「社交退縮」和「社會功能量表總分」達到統計顯著性，顯示團體成員社會功能的增長。

作　者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研　究　發　現　與　建　議
				究，並綜合量化及質性資料分析討論。	研究建議： 1. 心理健康專業應量身訂做介入方式，以補償個案的缺損並利用其長處。 2. 藥物與心理社會治療適當的結合，建立對核心症狀、社交損害與角色功能、提昇復元的信念及希望，可降低疾病的沉重負擔，並在正向功能與整體幸福感上的改善。

由上述國內對精神疾病個案之「復元」或「復原力」相關實證研究整理可知，關於精神疾病個案之文獻僅七篇，當中憂鬱症有三篇，躁鬱症有兩篇，精神分裂症有兩篇。再者，**「復元」或「復原力」的概念在國內文獻中難以區別，甚至交替使用**。以上顯示國內將「復元」概念運用於情感性精神疾病個案之實證研究並不多，且容易與復原力的概念相混淆，未來有繼續發展之潛力。

研究方法方面，多為「**質性研究**」，包含深度訪談法五篇，述說與口述歷史兩篇。量化研究僅有兩篇，一篇採貫時性追蹤方法，另一篇採等組前後測之準實驗設計。資料分析方式方面，有兩篇採用現象學觀點，其他為整體-內容分析模式、類別-內容分析模式與潛在成長曲線模型分析。抽樣或樣本取得方法上，包含效標抽樣、滾雪球抽樣與立意抽樣。

此外，國內「復元」或「復原力」的文獻歸納上，筆者參考 Song 和 Shih（2009）提出「復元之統合模式」的分類，可分成以下三點：

1. **直接起因**：個案能充分覺察自我、重新詮釋疾病意義與「化危機為轉機」，對於未來抱有希望，增加病識感、自我效能、情緒調節能力與生活品質，甚至能主動地幫助他人、朝向希望付諸行動。
2. **間接脈絡**：正式社會支持著重專業人員、學校與工作場域之服務，非正式社會支持對青少年主要為友伴支持、對成年則為宗教靈性之寄託。
3. **基礎條件**：復元的三大基石包含症狀減緩、心理能量（多數國內文獻稱作「正向的個人特質」與「復原力」）與家庭支持，特別是症狀減緩與

心理能量幾乎是所有國內文獻均提及的部分。

（二）國外精神疾病個案的復元研究

筆者於 2010 年 11 月 1 日搜尋近十年來（2000 年至 2010 年）國外的期刊發現，探討精神疾病個案「復元」之實證研究相當豐富，經進一步篩選與情感性精神疾病相關或具代表性（引用次數與精確度較高者）之其他種類精神疾病的實證研究後，共整理出十筆資料，茲依照年代順序羅列於下：

表六　國外對精神疾病個案之「復元」相關實證研究

作者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研究發現與建議
Tuttle (2004)	精神分裂症的希望、態度與復元。	精神分裂症成人疾患。	探索 100 位精神分裂症疾患在五個精神復健方案中希望與復元態度之樣態。	1.實驗設計與量表施測：Snyder 的希望量表與復元態度量表第 7 版（RAQ-7）。 2.因素分析。	1. 希望與復元兩個變項無顯著相關，且希望的建構並非以對疾病的正向態度達到復元目標。 2. 希望與復元變項可解釋所有變異量的 20%。且個案在七年後對復元有更多正向的態度。 3. 復元程度與其每週參與志願服務時數達顯著正相關。故應鼓勵個案參與志願服務，獲得有意義的社會角色。
Behrman (2005)	第一人稱的復元：與躁鬱症共存。	躁鬱症患者。	透過述說自身疾病治療的過程，提供復元與解脫的方法。	自我述說。	1. 超過十年以來，作者被誤診為憂鬱症。當作者最後被診斷為躁鬱症時，相當令人震驚。他在接下來的十年間接受了37種不同的藥物治療，也經驗到每種可能的副作用。 2. 最後作者選擇使用電療，終於在疾病得以控制下，開啟他另一段邁向復元的新生活。
Cappeliez, Robitaille, McCusker, Cole, Yaffe, Sewitch, et al. (2007)	高齡重鬱症患者在基層照護中的復元：與憂鬱嚴重程度和社會支持相關。	高齡重鬱症患者（60 歲以上）。	檢驗顯著改善憂鬱與否在憂鬱嚴重程度、社會網絡與社會支持之差異	為期兩個月追蹤 66 位個案的憂鬱症狀、診斷、社會網絡與支持。	1. 社會支持不足的個案憂鬱症狀較嚴重。 2. 憂鬱嚴重程度、情感與工具性社會支持對於高齡者的憂鬱結果是重要的。

作者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研究發現與建議
Comninos, Grenyer (2007)	人際因子對重鬱症復元速度的影響。	憂鬱症成人疾患。	瞭解人際因子對於憂鬱症復元速度的影響。	1.自變項：62位憂鬱症成人疾患接受為期16週的支持性表達動力心理治療。 2.依變項：憂鬱程度，採貝氏憂鬱量表。	1. 三分之一的個案經歷到早期且快速的回應(ERR)，第六週至少可減少50%的憂鬱程度。 2. 經歷早期且快速回應(ERR)的個案比起其他未經歷者 (non-ERR)，高出5倍復元的機率。 3. 可能解釋為憂鬱症病患較容易有低的人際掌控感、更多的社會隔離與對親密依附的恐懼。 4. 不同人際模式的個案需要接受不同的心理治療取向。
Green, Polen, Janoff, Castleton, Wisdom, Vuckovic, et al. (2008)	解臨床醫病關係與相關的照護連續性如何影響從嚴重的精神病中的復元：STARS研究結果。	情感性精神病、精神分裂症、分裂情感性疾患。	提出改善照護的建議，包含增加臨床醫病關係的合作、增強病患權能與更佳的照護連續性。	1.深度訪談92位女性個案與85位男性個案的個人與精神病史。 2.問卷施測：生活品質與復元量表。	1. 正向且信任的臨床醫病關係歷經長時間的發展，有助於個案復元。 2. 長期、連續性的照護有助於發展緊密和合作的醫病關係，促進良好的醫病管理，支持病人主導的決定。 3. 多數被評價為有能力、關心、值得信任、對待病患「如友誼關係」的臨床人員，能增加個案尋求幫助的意願，當治療無效時也能繼續關照個案，支持「正常」而非「精神疾病」的認定。
Huguelet, Mohr, & Borras, (2009)	精神分裂症的復元、靈性與宗教。	精神分裂症疾患。	質性研究。	探討精神分裂症的復元、靈性與宗教間的意涵。	1. 復元作為一個過程而非目標，反應了病人的價值偏好與生活目標。 2. 宗教與靈性是復元的重要元素，是因應疾病與其他生命議題的方法，更是個人認同與設定生活目標的條件。 3. 少數病人經驗到與宗教內涵相關之妄想並未持續，也無阻礙病人自宗教與靈性上所得收穫。 4. 治療開始應做宗教靈性上的評量，之後引導各種議題，如：從社會與日常生活的觀點動員，個人認同等等。 5. 與病人在多元文化背景的宗教影響下討論疾病與治療，可以增加堅持度，與以復元為導向的照護。

作者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研究發現與建議
Noiseux, Tribble, Leclerc, Ricard, Corin, Morissette, et al. (2009)	發展心理衛生中的復元模型。	精神分裂症、焦慮、情感性與邊緣性人格疾患。	提出精障復元過程的理論模型，適用對象：精神分裂症、焦慮、情感性與邊緣性人格疾患，及其家庭成員與主要照顧者。	1.質性研究。 2.加拿大魁北克省三個城市的多地研究。選擇108位個案依疾病類別分成四組，各27人。 3.半結構式訪談，紮根理論做深度分析。	1. 復元過程的特色是一組個人、環境與組織情境的互動。 2. 焦慮、情感性與邊緣性人格疾患逐漸增加，對加拿大健康照護系統、病人、病人家庭與其他重要他人的社會經濟負擔影響重大。 3. 在健康照護系統的轉型、精神疾患福祉與自主重要性下，增加對復元的瞭解，提高此領域知識體系的成長。 4. 較少研究在驗證復元，以及在復元過程中納入家庭成員或照顧者的觀點。
Noiseux, St-Cyr, Corin, St-Hilaire, Morissette, Leclerc et al. (2010)	精神病患的復元歷程：病患、家庭成員與照顧者的觀點：第一部份。	1.精神分裂症、焦慮、情感性與邊緣性人格疾患 2.家庭成員與照顧者。	檢驗分歧與統合的觀點。	1.質性研究，半結構式訪談 36 位參與者(3 位一組：病患、家庭成員/朋友與照顧者)。 2.橫斷分析與三角測定，分析三方復元歷程中分歧或統合的觀點。 3.變異與個人特質、參與者及精神疾病相關。	1. 將病患置於他們的動態脈絡中。 2. 復元歷程中的關係議題：超出我們對此議題的理解。 3. 選擇 4 組個案（共 12 組）證實復元互動脈絡覺察、解釋與表達的變異。 結論： 1. 病患、家庭成員/朋友與照顧者三方觀點建議復元仰賴對疾病經驗的建構性意義，此過程立基於每個人的動態脈絡（dynamic context）（如：社會網絡、社會關係）、生命經驗與其他社會決定因素（如：症狀、環境）。 2. 擴充既有關於精神疾病復元決定因素的知識，以及其他重要的加拿大蒙特利爾公共心理衛生服務。
Lloyd, King, & Moore (2010)	嚴重精神疾病的復元主觀與客觀指標：橫斷式研究。	精神分裂症、焦慮/憂鬱症或躁鬱症疾患。	1.決定是否復元的主觀面向（權能感）與客觀指標（社區參與層次、工作收入）有關聯。 2. 診斷或其他個案特質	1.量化研究。 2.測量工具：以社區整合測量、增強權能量表、復元評估量表、Camberwell 需求滿足評估表對 161 位精神疾患施測。	1. 多數個案的診斷為精神分裂症、焦慮/憂鬱症或躁鬱症。 2. 增強權能量表與復元評估量表、社區整合測量有相當顯著的相關。 3. 躁鬱症個案的復元與增強權能分數顯著高於精神分裂症或憂鬱症患者。 4. 有工作的個案的復元與增強權能分數顯著高於領社會安全補助的個案。 5. 復元的主觀面向（權能感受），對全面的精神疾病復元者有評估效度。

作者（年代）	研究主題	研究對象	研究目的	研究方法	研究發現與建議
			是否為中介變項。		6. 躁鬱症病患在主觀與客觀的復元復元指標中有較高的分數。
Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, & Harvey (2010)	躁鬱症疾患功能性復元之相關因素。	躁鬱症疾患。	檢驗人口學、臨床與神經認知因子對躁鬱症疾患功能性復元之影響	1. 65 位受試者以居住與工作指標評估功能性復元，神經認知功能評估與表現的神經心理測驗，並蒐集人口及臨床資訊。 2.以多元邏輯迴歸檢驗功能性復元的預測因子。	1. 教育程度越高，生病年數越少。 2. 即使控制殘餘的憂鬱症狀、診斷類型與精神併發症，已婚與功能性復元具獨立相關。 3. 未達功能性復元者口語表達流暢度較差，但納入殘餘心情症狀與教育程度影響後未達顯著差異。 4. 在輕度狂躁與憂鬱的躁鬱症病患裡，教育程度越高、已婚、發病年數較少均與功能性復元相關。

經由上述與國外「復元」相關的實證研究整理可知，疾病類別方面，精神分裂症共七篇、憂鬱症六篇、躁鬱症五篇，其他為焦慮症與邊緣性人格障礙各為三篇與兩篇。另外，也有文獻將精神障礙者的「家庭成員」與「主要照顧者」納入復元模型中，顯示復元延伸之多重意義與人際動態性。

研究方法方面，量化研究有五篇、質性研究有四篇、以及一篇質性與量化兼採。量化研究採用的測量問卷有復元量表、增強權能量表、希望量表、生活品質量表等等，質性研究則以半結構式的深度訪談、三角測定、自我敘說或紮根理論的方法進行。

研究發現與結論方面，影響復元的因素包括以下四點：

1. 人口學變項：精神疾病的嚴重程度、教育程度、婚姻狀況均會影響復元，尤其令人意外的是，「躁鬱症」個案被證實在復元狀況與權能感受中顯著高於精神分裂症與憂鬱症患者，打破復元不受疾病類別影響的觀念。

2. 心理因素：具有正向與樂觀特質、幸福感或宗教信仰者較容易復元。

3. 人際因素：包含個案投入志願服務的角色，能與家人、主要照顧者或專業人員建立起信任與友誼關係。

4. 社會支持因素：個案可接受情感性與工具性的社會支持，專業人員早期且快速的回應，以及長期與連續性的服務。

綜觀國外與國內精神疾病個案的復元實證研究中不難發現，在研究方法上，國內多採用質性研究，而國外則多採用量化研究，但在影響復元的因素上卻無過多差異，同樣論及復元的三大基石：症狀減緩、心理能量與家庭（社會）支持（宋麗玉、施教裕，2009）。最後，誠如 Noiseux 等（2009）與筆者認為的，過去有太多復元的研究僅聚焦在精神分裂症或嚴重精神病人身上，晚近的實證研究則呈現逐漸朝向研究對象與疾病種類「多樣化」的趨勢，顯示復元概念的發展日益精緻化。

二、 心理衛生專業人員的復元研究

（一）心理衛生專業人員公開疾病與復元經驗的兩難

多數關於復元的研究均以精神疾病患者本人為主，鮮少論及心理衛生專業人員如何看待復元，甚至是分享自身的復元經驗。一般而言，心理衛生專業人員並不希望暴露自己的精神疾病史，對於較年輕的工作者更是如此，因為透露自己的疾病將損害未來的專業生涯發展（Frese, Knight & Saks, 2009）。

然而，過去幾十年來，一群學有專精的心理衛生專業人員在使用者倡導運動中，願意公開與出版自身復元的心路歷程：從被診斷為精神分裂症與接受治療，一直到接受高等教育、成為專業者的經驗，這些人包含社會工作者、精神科醫師（e.g. Dan Fisher, PhD）、護士、心理師（e.g. Patricia Deegan, PhD）、職能治療師等人（Frese et al., 2009）。曾經身為精神科醫師的 Kay R. Jamison 在《躁鬱之心》（”An unquiet mind”）一書中描述她公開自我疾病的感受：

我已經厭倦了掩飾、浪費精力、假道學和無法光明正大行事。我就是我，即使有學位、職稱和形形色色的言語作為屏障，不誠實就是不誠實，或許有必要，但仍是欺騙。雖然對公開病情心懷憂慮，但罹患躁鬱症超過三十年的好處之一便是：沒有什麼困難是無法克服的，如同在奇沙比克灣（the Chesapeake）的狂風暴雨中穿越海灣大橋，只能向前走，卻不能回頭。我也在羅威爾（Robert Lowell）[12]所提出的基本問題中得到慰藉，即是：「那麼，為什麼不說出真相呢？」（李欣容，2009/1998，頁 V-VI）

對心理衛生專業工作者而言，揭露自己疾病隱私一直是個兩難的問題，畢竟當他們坦承佈公地表達病況時，仍無法免除社會的烙印與歧視。Kay R. Jamison基於種種考量，出版該書後即辭退精神科醫師一職，致力於精神疾病的教學與倡導，Deegan等人則選擇繼續留在心理衛生的體系中工作，為復元的目標繼續努力。如果越多心理衛生專業人員願意公開自己的病情，精神疾病的「正常化」與去污名化便指日可待（Frese et al., 2009）。

（二）心理衛生專業人員對復元的看法

Torgalsboen（2001）研究十七位精神分裂症復元者與他們的治療師後發現，復元者與治療師各自重視的復元因素值得兩相參照：

1. **相異的部分**：復元者重視治療師的個人特質（平等、接納、理解與信心）與性別（可能跟復元者將性別連結到經驗豐富性有關），而治療師較重視自我工作的專業聯盟（the working alliance）與個案有能力自我決定。
2. **相同的部分**：復元者與治療師均重視個人擁有的「權能感受」。

[12]Robert Lowell（1917～1977 年）為美國詩人，作品擁有濃厚的現實感，詩集曾獲普立茲獎（李欣容，1995/1998，頁 I）。

故可見不同利害關係者對復元的焦點有不同的考量。若專業工作者兼具有病人的角色，在定義復元上顯得較有說服力，Ron Bassman（2007）以心理學家與精神分裂症患者的雙重身份，認為復元的重要因素包含：「希望、安全利基、自然支持、與家人和解、無損害性的治療、自我信念、成功經驗、有意義的工作、心理治療、親密關係、時間經過。」（引自Frese et al., 2009，p. 375）。Deegan（1993）則強調復元是接受一連串非人性治療與歧視、貶抑的對待後，找回的「自我覺知」，但「此任務不意味變得正常，而是成為你自己（who you are），以及成為你被稱作的自己（who you are called to be）」（p. 11）。

若能將精神疾病復元者（包含兼具心理衛生專業人員的身份）放入更大的社會層次中，對社會大眾是一種「再教育」，可轉換污名為尊重與尊嚴，且為數眾多、具有相同疾病者帶來復元的一線希望。筆者認為雖然這些專業者具有高度楷模的象徵，但同時亦不可忽略另一群心理衛生半專業或從事相關初級服務者，他們或許一開始沒有機會接受高等的專業教育，但在復元的歷程中因秉持著助人的心願而接受訓練、組織互助團體。

（三）同儕提供者（peer-providers）

「同儕提供者」亦被稱做「同儕專家」（peer-specialists）與「同儕」（peers），意指**精神疾病患者在復元的基礎上，提供各種心理衛生相關的服務給其他同樣罹患精神障礙的人**（Mancini & Lawson, 2009）。顧名思義，「同儕」意味著彼此的助人關係是平等、互助、去階層化的（nonhierarchical），他們可在主流臨床的場域中提供傳統的個案管理與精神復健服務，也可以從事倡導、帶領非正式的自助團體，或提供其他心理衛生專業者支持性的角色（Solomon, 2004; 引自 Mancini & Lawson, 2009）。

同儕提供者最早的雛形來自於 Abraham Low 於 1937 發展的「以復元為導向的自助團體」（Lee, 1995; 引自 Tuttle, 2004）。直到 1970 年代因人權意識抬頭，加上心理衛生系統可觀的經濟負擔，才在使用者、倖存者/前精神病患（consumer

and survivor/ex-patient）組成的草根基變團體倡導運動中，正式提出同儕支持的服務與非正式的自助團體的訴求，扭轉主流心理衛生體系的服務（Adame & Leitner, 2008）。

同儕提供者強調以曾罹患精神疾病的過來人經驗去幫助其他同樣的罹病者，有助於支持在精神醫療服務體系受不公平對待與受挫的人，並提供實質與心靈上的幫助。Mancini 和 Lawson（2009）以質性訪談 15 位同儕提供者的經驗後發現，他們卻因特殊的角色與職責、以及認同的衝突（如：個案不認為同儕提供者為「同儕」，視之為心理衛生工作者；組織亦不認可同儕提供者為「專業者」，視之為隨時會復發之病患）而面臨挑戰，可能導致負向情緒勞動：

1. **個人專業**：產生界限模糊（boundary blurring）、過度認同與再次經歷創傷。
2. **機構影響**：在非以同儕為主的工作環境中，同儕提供者可能經歷角色混亂、關係緊張或再次污名化。

但若組織與員工間能提供同儕提供者充分的協助與支持網絡，分擔其精神疾病與調適之壓力，上述職業倦怠與耗竭的狀況將獲得改善，同儕提供者甚至能提高生產力、開發潛能，故應積極發展具「支持性」之組織環境與文化。

（四）心理衛生專業人員在助人歷程中的成長

不管是否自身經驗過精神疾病，心理衛生專業人員在參與助人的歷程中，亦有機會隨著情境與個案的變化調整自己、改變自己、最終看見真正的自己。而藉由助人過程中「互為主體性」與「對個人經驗的重視」，助人關係可共創更多的意義，若社會工作者能從實務中充分反思自我，將在專業與個人認同上達到和解與一致（Butler, Ford, &Tregaskis, 2007），促使雙向的自我實現之目的（翁開誠，2004；引自許育光，2005）。吳麗娟（2003）則以自身的體會闡述輔導與助人歷程中，助人者是由 Human ”doing”變成 Human ”being”的歷程：

由許多個案和我個人的成長過程中，看到我們這個「人」的成長、改變……昔日我常感覺到要「做」些什麼，好像需要從外界的成績、成就才能界定自己的價值……（現在）由許多「應該」的綑綁中掙脫，重獲心靈的自由。自己不再是被強迫做事的「機器」，而成為一個樂於去實現自己抉擇，和自己真實在一起，活出自己也尊重他人的「人」。（頁5-6）

“Being”是存在、真實與獨特的自體，勝於本質與現象，非外在的擁有（having）（施教裕，2009a），“Being”同時也是一個隨時變動的過程、內在狀態與生命力自在展現，非僅是成就導向地的做（doing）（吳麗娟，2003）。因此，社會工作者在助人關係中的成長是由深層的內在萌發的自我價值感、以及逐漸發展與茁壯的專業認同感，這是與案主「同步」走過的歷程，落實真正的陪伴與無畏。如同許育光（2005）反思在助人關係中的挫折經驗，從隱身既有助人理論與技術中走出，真實面對與個案關係的斷裂，並復合自我感受與對專業的熱忱，藉由「去專業化」的嘗試反而更加釐清助人專業的本質，最終得著的仍是自我的助益。

總而言之，心理衛生專業人員的復元研究目前以國外的論述為主，但似乎篇幅與數量遠不及精神疾病患者的復元。從僅有的文獻中，吾人可發現心理衛生專業人員的復元經驗大略為兩種樣態：首先，復元建立在專業人員與精神疾病患者身份兩種重疊的立基點上，當身份同時公開後，縱使面臨輿論與歧視眼光，但個人壓迫的經驗卻能回歸團體或社群持續發聲與倡導，形成增強權能與追求社會正義的重要動力，整體而言甚至有減少精神疾病社會烙印之功效，並為復元內涵與實務服務注入新的氣象。另外，即使心理衛生專業人員本身雖無精神疾病患者之身份，亦有機會藉由助人歷程的啟發自我價值感與專業認同感，獲得自我真實的存在和世界一切存有之調和經驗，與個案共同走在復元之道上。

三、 優勢觀點與復元相關的實證研究

優勢觀點重視個案與環境中的優勢與潛能，相信問題與苦難能在個案主體性的彰顯下重新框架、賦予意義與發揮無限的可能性，邁向「復元」的終極目標（宋麗玉、施教裕，2009）。而復元過程中特別重視**個案所認定的發展目標與自我優勢**，而非個案管理員或臨床工作者診斷後所開立的處方（Chopra, et al., 2009）。精神障礙領域中運用優勢觀點為基礎的處遇研究提供了實證基礎，自 1988 年至今的研究證實，**優勢觀點模式能夠減少精神症狀、住院時間與家庭的照顧負荷，並增加生活各個領域的功能與福祉**，說明如下（Rapp, 1998, p.57-59）：

（一）日常生活的獨立性：Rapp 和 Wintersteen（1989）與 Kisthardt（1933）的研究中發現，接受優勢觀點處遇的個案有更多的生活目標，且目標達成率高達 84%（n=2,218），日常生活能力（Macias et al., 1994）與社區生活技巧（Modrcin et al., 1988）亦顯著較佳。

（二）職業/教育：Rapp 和 Wintersteen（1989）與 Kisthardt（1933）發現，接受優勢觀點處遇的個案在「職業與教育」面向的目標設定達成率為 77%（n=1,541），參與職業訓練的比例亦顯著較高（Modrcin et al., 1988）。

（三）休閒時間與社會支持：Rapp 和 Wintersteen（1989）與 Kisthardt（1933）發現接受優勢觀點處遇的個案在「休閒時間與社會支持」面向的目標設定達成率為 80%（n=2,225），休閒時間的比例亦顯著較高（Modrcin et al., 1988）。

（四）經濟/法律：接受優勢觀點處遇的個案在「經濟與法律」的目標設定達成率為 78%（n=701）（Rapp & Wintersteen, 1989; Kisthardt, 1933），Ryan et al.（1994）亦發現這些個案有「較穩定且安全的收入」。

（五）健康：Macias et al.（1994）發現接受優勢觀點處遇的個案在「身體與心

理健康」方面顯著較佳，且健康目標設定的達成率為 85%（n=1,834）（Rapp & Wintersteen, 1989; Kisthardt, 1933）。

（六）症狀：Macias et al.（1994）發現接受優勢觀點處遇的個案與控制組對照，有較少的心理與思考問題、較高的心理福祉，其家庭成員能以更正向的態度面對精神症狀，**心理衛生專業人員也有較低的憂鬱程度、較高的理性與清晰思考**。Modrcin et al.（1988）則發現**個案有較高的壓力耐受力**。

（七）家庭負荷：Macias et al.（1994）發現接受優勢觀點處遇的個案**家庭成員**面對疾病問題時有**較低的負荷、憂鬱程度、與個案關係的挫折與衝突**。

針對優勢觀點對憂鬱症的處遇研究，Ronen 和 Dowd（1998）發現優勢觀點之工作模式有助於高齡憂鬱患者重新接納自己、發現生命之意義。White（2002）亦認為優勢觀點的諮商取向有助於將憂鬱症普遍存在的自我責難與問題「外部化」（externalization），使疾病與個體分離，並協助個案發現自我優勢與資源。故除了被動接受抗憂鬱劑的藥物治療外，優勢觀點為個案找回處遇的積極參與感與自我的控制感。

綜合上述文獻，雖然僅有兩篇是實驗研究、一篇準實驗研究、五篇非實驗研究，卻為優勢觀點與復元相關的早期研究累積了相當的實證基礎。晚近根據 Mueser, Meyer, Penn, Clancy, Clancy, Salyers（2006）的研究顯示，參與優勢模式的**個案有較高的滿意度、功能增進與生活品質**（引自 Chopra, 2009）。此外， Chopra, et al.（2009）歸納三篇優點模式相關之研究後，實證結果如下：**1.無法完全改善症狀概況**[13]**、2.增加社會心理的結果、3.增加病人的滿意度、4.減少急性服務的依賴**（p. 203）。Kelly et al.（2009）在英國 Hounslow 早期積極復元團隊（Hounslow

[13]優勢模式非藥到病除的處方，嚴重或慢性精神疾病需要長時間的復元，期間的病況可能是時好時壞、來來回回的曲折線段。而復元亦非精神症狀解除，而是個體如何超越疾病，找到自己。

Early Active Recovery Team , HEART）的研究中發現，運用 Rapp（1998）優點評估量與目標計畫可**有效提升個案的滿意度，且高達 57%就業率與就學率**。

由國外文獻可知，優點模型與復元目標近幾年來以成為各國精神衛生政策的主流，且實證上亦普遍顯示能有效提升使用者的滿意度與多元生活領域的功能。然而，筆者仍有兩點疑惑尚待解答：

（一）文獻中缺少以使用者或心理衛生專業工作者觀點出發，對優點模式進行深度看法與經驗之描繪。

（二）西方文化強調的精神障礙者「獨立生活」與「自主自決」目標，於臺灣本土的情境與復元指標之中的適用性為何？

最後，復元不僅是個人深層的歷程，亦是在人際互動所形成之結果，故優勢觀點「助人關係」與復元之間的關聯深具意義，個案與心理衛生專業工作者的互動經歷將為彼此帶來影響與改變。

而本研究中的「雙向復元」，係指**社會工作者與情感性精神疾病個案縱使各自帶著生命中的創傷或疾病，亦能在優勢觀點的助人關係中不斷成長與超越受限的自我，並對未來持有希望感、願意朝向復元目標且付諸行動**。故雙向復元實則隱含著互助與成長的意味，這與傳統社會工作助人關係的本質有何關聯或差異呢？本文將於下一節接續探索社會工作助人關係的內涵與意義。

第三節　社會工作助人關係之意義與相關研究

介紹完復元的概念與相關研究後，可瞭解復元在人際關係中具有「互為主體性」的特色，而「助人關係」或「專業關係」是個案與助人者或社會工作者的重要維繫橋樑，亦是達成目標、影響直接服務成效的關鍵（曾華源，1985；劉珠利，2005）。本節則回歸傳統社會工作的角度，探討助人關係的本質、發展與權力關係。

壹、 社會工作助人關係的概念與發展

一、關係（relationship）之意義

根據《韋氏大辭典》對關係的解釋，「關係」是一種**人與人之間彼此連結的特定型態**；詮釋學的角度則認為**關係乃由「一人以上」之觀點所組成，為一種交流互動的過程**（Meacham, 2007）。而關係之多重意義可由心理學、社會學、社會工作之不同角度來思考（潘淑滿，2005）：

（一）心理學：心理學視關係為「人與人之間情緒互動的感受」（頁 175）。根據社會交換理論（social exchange theory），關係之建立是經過一連串審慎的思考與比較估量的結果，且攸關投注的成本效益與比較基準，唯有在利益大於損失時，關係才較有可能建立。

（二）社會學：社會學家墨頓（Merton）視關係為「角色連帶（role bond）或角色組（role set）所帶動的角色關聯」（頁 174）。個人在不同情境下與他人有不同的互動關係，並有權利義務之連帶，而這些角色關係亦可能發生轉變或終止，如：個案因結案而與社會工作者終止專業關係。

（三）社會工作：Barker（1991）、Brammer（1985）和 Johnson（1995）認為

關係意指「**案主與工作者因特定目的，產生互動關係，在互動過程產生一種情緒的交流經驗與動態的互動，這種情感、認知和行為相連的經驗與情境稱之為關係**」（頁 175）。

綜合上述「關係」的定義，心理學著重個人內在所感之關係，社會學著重社會互動層面之關係，而本文則站在「社會工作」的觀點：既重視環境與社會角色的影響，亦站在關係的本質與心理內在之角度，從雙方的交流與動態看待個案與社會工作者之關係。

二、社會工作助人關係（helping relationship）[14]之概念

（一）助人關係之定義

助人關係是助人工作中的靈魂與基石，又被稱為「疏通關係」（rapport relationship）、「專業關係」（professional relationship）（潘淑滿，2005）或「治療/處遇關係」（treatment relationship）、「諮商關係」（counseling relationship），廣泛運用於心理、輔導、醫療、護理等助人專業領域中（曾仁杰，2009）。而社會工作的助人關係定義強調，**社會工作者與案主基於特定目標與責任，形成雙向交流與互動之經驗，產生彼此內心感受（feelings）與態度表現（attitudes），透過此專業關係的交互作用促使案主生活的適應能力與改變**（李增祿，2002；廖榮利，1986）。故助人關係中包含目標性、時間性與動態變化的過程，並反應在社會工作者與案主雙方的感受、態度與行為上。

根據 Johnson（1995）提及的動態關係裡，分別以社會工作者與案主為中心、會談（interview）形式為主軸，發展出結構化的助人關係，而所謂「動態」是一種一連串具情感與目的性的語言與非語言的交流，此一動態系統牽動著案主系統（client's system）與工作者系統（worker's system）的變化（引自潘淑滿，2005）。

[14]筆者認為「助人關係」在社會工作領域中為較中性與平權的用詞，此已涵括專業、疏通、處遇/治療與「助人自助」的意涵，故之後統一採用助人關係稱之。

（二）助人關係之過程

助人關係的過程包含建立、維持與結束，尤其是助人關係的建立是助人工作得以開啟與維繫的必備方法。關係建立意指「社會工作者與案主間產生一種**互動式的溝通模式**，不僅能消除案主的威脅感受，也能使案主感覺到社會工作者願意了解和真誠關心，進而對社會工作者產生信任感。」（曾華源、李自強，2002/2006，頁 49-50）故社會工作者的尊重、接納、非評斷的態度在互動式的溝通模式中十分重要。

施教裕（2009b）將助人關係的發展分成五大階段，摘要如下（頁 401-405）：

1. 初期：助人關係起使於實物、訊息及情感的資助，要素為接觸與親善。

2. 前期：滿足心理上的安全需求與無條件積極悅納，要素為同理與關注。

3. 中期：能夠發現對方優點並真誠分享，共創正向經驗，要素為信任與分享。

4. 後期：雙方能有所覺察，形成平等共識與責任承諾，要素為期待與規範。

5. 終期：對生命能有所超越，達到自我實現與雙向關係之融合，要素為成長與團結。

上述五大助人關係的發展階段是一種理想的助人過程，但在實務過程中有可能因種種因素而前進、停滯或後退，但如同復元一般，助人關係若以長期及整體觀之，仍屬螺旋式不斷上升的發展（施教裕，2009b）。

除此之外，林萬億（2002）認為社會工作者與案主建立關係需依循三個方法：

1. 確立案主參與之角色：包含(1)澄清案主的期待、(2)介紹助人過程與定義雙方角色。助人關係本身即同時具有「為案主工作」（work for clients）與「與案主一起工作」（work with clients）意思。

2. 同理的溝通（empathic communication）：此為助人關係中的潤滑劑，包含傾聽以利深層理解、覺察對方內在感受、語言與非語言的回應。

3. 真誠（authenticity）：真誠排除偽裝與造作，結合公開透明與誠懇的內涵，常用的技術即自我揭露（self-disclosure），包含對案主資訊的自我表示、

或是運用自我（use of self）[15]傳達個人的經驗。

最後，助人關係的過程的末端即為助人關係的結束，通常在個案工作過程中以「結案」（termination）表示。許臨高（1999）認為結束助人關係可分為「有計畫性」或「無計畫性」，前者可能為機構無法提供滿足案主的服務、工作人員離職或調職、原訂工作期限已到、目標達成，後者則可能因為個案抗拒或突發意外而結束助人關係（引自潘淑滿，2005）。而個案面臨助人關係的結束時，將出現**感謝、解脫、失落、對未來不確定等複雜情緒**（曾華源、李自強，2002/2006），社會工作者可以下列五種方式調適關係結束之反應：1.漸進式調整結束的步伐、2.與案主討論結束關係、回顧與分享、3.處理案主負面情感、4.處理難以結束的關係、5.對案主的後續追蹤責任（黃源協、陳伶珠、童伊迪，2007：200-201）。

不管是社會工作者或個案本身可能因為助人的關係結束而有一些正面與負面反應，然而，**多數助人關係的文獻偏重社會工作者對案主的處遇與技術，卻無法回應社會工作者自身所遇到的狀況，如：關係挫折、罪惡感、逃避或補償心態、過早或過遲的結案**。故以下進一步探討助人關係中心理層次的轉移與反轉移。

（三）助人關係之情感轉移與反轉移

Freud 的精神（心理）分析論認為精神分析師與個案間的「治療關係」是治療中最重要的要素，尤其強調「情感轉移或移情」（transference）的關係，**轉移為「當事人潛意識地將過去生活中對重要他人的情感與幻想轉到分析師身上」**（修慧蘭，2001/2006，頁 101），這些不切實際的情感與期待投射可能是正面的（如：戀慕、吸引）或負面的（如：憤怒、抗拒），透過精神分析師或社會工作者的修通（work-through），個案得以釋放內在衝突，理解過去人際關係中的未盡事宜（unfinished business）；另一方面，**社會工作者容易在密集的助人關係中，同樣**

[15]善於「運用自我」的社會工作者**視自己為助人的主要工具**，「使用立即的回饋技術、並表露自己的感受、看法和經驗，以提供案主開放而真誠的互動經驗，促使案主的成長和目標的達成」（曾華源、李自強，2002/2006，頁 59）。

面臨潛意識的衝突與矛盾，將不適當的情感與非理性的反應投射在個案身上，即為「情感反轉移或反移情」(counter transference)（修慧蘭，2001/2006）。

人難以免除受過去經驗而影響現在，轉移與反轉移可能讓助人關係失去理性與客觀，成為處遇上的阻礙。但若**以優勢觀點的角度，抗拒表示一種自主性的表現，任何的情感轉移則是成長與改變的機會**，社會工作者若能如如不動地展現理性、真誠與同理反應，案主則能超脫既有的互動模式與重新體驗關係與意義（施教裕，2009b）；另外，Searles（1979）認為**反轉移是一種具有正向功能的工具**，當精神分析師或社會工作者能透過自我規範或同儕、督導等協助，理解自己被誘發的情感，以及個案的動機與表達的需要，即可深入了解個案的內心世界，同時亦幫助自己發揮助人關係的功能（引自修慧蘭，2001/2006）。故社會工作者不應逃避情感轉移或反轉移，因這些都象徵著個體未被滿足的情感需求。

貳、助人關係的功能與限制

一、助人關係的因素與功能

（一）正向的助人關係有助於個案改變

任何助人關係目標的都是希望個案能獲得幫助、達到改變，根據 Lambert（1992）的研究顯示，「助人關係」能解釋個案改變的 **30%**[16]（引自伍育英、陳增穎、蕭景容，2004/2006）。而理想的助人關係中有三項因素可解釋這些改變：**經驗**、**關係品質**與**正面結果**，豐富的工作經驗往往能累積實務智慧，帶來更佳的關係品質與正面結果（Gonyea, 1963；引自施教裕，2009b）。

早期人本主義心理學大師 Carl Rogers（1961）做了一系列治療過程與成效的研究，發現**治療師與個案的「關係品質」是影響個案改變的關鍵**。1970 年代 Truax

[16]Lambert（1992）發現影響個案改變的成因中，治療關係可解釋30%的改變，個案外在與環境（如：社會支持、環境資源與偶然事件）可解釋40%的改變，自我期待與安慰劑效應可解釋15%的改變，治療技術僅可解釋15%的改變（引自伍育英、陳增穎、蕭景容，2004/2006）。

驗證 Rogers 的另一個假設：若治療師給予個案更多的無條件積極接納、同理心與一致性，則精神病患出院的速度較快、停留在醫院外的時間較長（引自 Tuttle，2004）。回顧治療中亦發現，個案感受最長久的往往是治療師的溫暖與接納的態度，而治療師的分析或詮釋則容易隨記憶消散（吳麗娟，2003）。近年來根據 Green, et al.（2008）的研究則發現，助人關係在情感性精神疾病與精神分裂症個案復元上扮演了重要的角色，特別是**正向、信任、長期與連續性的助人關係有助於個案復元與自決**。

（二）助人者的特質將影響助人關係

助人者本身的「特質」是處遇成敗的關鍵，甚至**助人者特質與助人關係對處遇成效的影響上，反而大過於處遇或技術取向本身**（Horvath, Gaston, & Luborsy, 1993; Horvath & Symonds, 1991; 引自吳麗娟，2003）。Miller和Rollnick（2002）進一步認為在會談初期，個案與諮商師或其他專業者的助人關係即快速確立，甚至可預測將來的治療成效。故吾人不禁好奇，什麼樣的助人者特質有助於助人關係的促進呢？Breggin（2008）參考Martin Buber (1968)提出的人我關係（“I–Thou” relationship）與自己在同理心治療（empathic therapy)的鑽研，提出助人者應有的特質，摘錄如下（p.43-56）：

1. **珍視個案**：於每次會談中如同迎接新朋友般歡迎個案的到來，溫柔以待而不去冒犯。
2. **勇於關懷**：寧可冒著被拒絕與誤解的風險，**關懷本身即為療癒的核心**。
3. **創造並維持安全、舒適與信賴的關係**。
4. 敏覺個案的異常行為，嘗試**同理**個案的創傷與痛苦，並溫和地詢問。
5. 抱持**樂觀**態度，對於個案具有**信心**。
6. 視個案為**全面發展的人**，非狹義的精神病患。
7. **願意分享自我價值觀**：良好的價值觀有助於改善生活態度，個案有權利

知道助人者的價值觀是如何影響自己的（例如：一個對個案尊重的助人者能影響個案對他人的尊重）。

其中**創造安全的環境與關懷、信賴之關係**是助人歷程中最基本的要素。Carl Rogers 提倡當事人中心（client-centered therapy）[17]的人際關係中，諮商師需提供支持且安全的環境，以促使個案改變，三種方式分別為：**精確的同理、無條件積極關注與真誠**（Miller & Rollnick, 2002; Payne, 2005; Rapp, 1998；宋麗玉、施教裕，2009）。特別是「精確的同理」在許多實證研究中顯示為改變的關鍵因素，其強調專業助人者需精確與敏感地接收訊息、有技巧地反應傾聽，如同「穿著他的鞋、走他的路」般深入個案的經驗與生活世界（Truax & Mitchell, 1971; Sheafor, Horejsi, & Horejsi, 1991; 引自 Rapp, 1998, 64）。

相反地，若諮商師經常採用面質的態度，將招致個案不良的結果（Miller & Rollnick, 2002）。曾華源、李自強（2002/2006）指出，助人關係中任一方的「負向情緒反應」將降低彼此合作的功效，這些偏差的互動模式導致個案難以改變或完成目標，形成關係之限制。以下就助人關係中的限制作進一步的探討。

二、助人關係的限制

古云：「水能載舟，亦能覆舟」，看似良好的方法亦有其限制之處，故助人關係的建立、維繫與結束的過程裡，可能面臨社會工作者與個案之關係的挫折、衝突、甚至是專業倫理的議題，筆者就助人關係中可能的抗拒與威脅、依賴與犧牲、工作耗竭（burnout）與替代性創傷（vicarious）、權力不平等四個主題探討之。

（一）抗拒與威脅

當助人關係中出現抗拒與威脅時，代表對彼此不信任與害怕關係的脆弱性，

[17]Carl Rogers 於 1951 年將非指導性諮商命名為「當事人中心治療」，後因理論取向獲得驗證並拓展到教育、工商管理與世界和平等多方領域，遂更名為「個人中心治療」（person-centered approach）（修慧蘭，2001/2006）

以及顯露某些未被滿足的需求。抗拒的類型包含：減敏感（desensitization）、轉向（deflection）、內射（introjection）、投射（projection）、迴射（retrojection）、自大（egotism）、混淆（confluence）（Passons, 1975; 引自施教裕，2009b：354）。故抗拒不見得是正面激烈的反應，特別在典型的抗拒類型中—被動攻擊（passive-aggressive）的狀況，將關係中隱藏的憤怒與不滿透過遺忘與背道而馳的行為一點一滴地顯露出來，亦為一種抗拒與威脅。

社會工作者應敏感警覺表面平和下的暗潮洶湧，或是潛意識中自我抗拒與個案接觸的議題，對於直接的關係抗拒與衝突更要妥善利用之。同時，社會工作者應視抗拒與威脅為一種失望與未被滿足之需求，溯其根源找尋處遇的癥結。

（二）依賴與犧牲

過度地仰賴助人關係，象徵自主自立的不安全感。Miller和Jordan等人發展出的「關係中的自我」（Self-in-Relation）理論，認為女性被社會形塑成「一種喜歡和他人建立關係的自我（connected self）的成長過程，一種重視關係的自我（relational self），不同於男性的強調獨立、與人分離的自我（separated self）」（引自劉珠利，2005，頁132），故**女性的自我與認同來自於關係中**。Jordan（1991）認為「同理」是一種建立關係的手段，但女性傾向成為關係中犧牲的一方，給予對方過多的付出與合理化，進而失去價值感，導致心理憂鬱（引自劉珠利，2005）。

然而，**關係中的犧牲並不會帶來真實的滿足與快樂**。社會工作作為助人與照顧的專業，具有高度女性化的特質，在助人過程裡可能會落入關係的陷阱—**過度地看重與依賴關係，而失去原有的目標**。若案主對專業協助不領情，負向回饋的關係使社會工作者的個人情緒、關懷能力與案主利益優先等信念有所衝突，甚至陷入掙扎與不安（汪淑媛，2008）。故較理想上為**導向「相互同理」（mutual empathy）與發展彈性的自我界線（self boundary）**（Jordan, 1991；引自劉珠利，2005），如此才能真正增強個案自我照顧的能力，並使社會工作者在關係的束縛中解脫。

（三）工作耗竭與替代性創傷

社會工作者與其他專業助人者長期暴露在個案危機與問題之下，處遇未見成效，又有排山倒海、接踵而來的新問題，令其常面臨低自我效能與工作勝任感。Ashforth（2001）、Scheid（2004）指出越堅定、越投入與越專業的工作者，最有可能為個案投入越深、甚至超乎職責的服務，導致工作倦怠與替代性創傷（引自Mancini & Lawson, 2009）。汪淑媛（2008）認為這種威脅工作者身心健康與專業生涯發展的情況是一種「**社會工作職業風險**」。Bell（2003）指出輔導人員長期接觸個案的創傷、或自身的創傷歷史可能導致負面的認知基模與情緒耗竭，產生Chrestman, Kassam-Adams（1994）、Schauben和Frazier（1995）指出的專業助人者的**創傷後壓力症候群**（posttraumatic stress disorder, PTSD）[18]，例如「深陷或逃避案主的創傷故事、睡眠障礙與（負面）心理反應」（p. 514）。

Lisa McCann和Laurie Pearlman（1990）指出「替代性創傷」是一種助人者受到創傷個案影響而無可避免的風險，其症狀包含「強迫性視覺重現、惡夢、不能停止地想著同一件事情，有可能導致麻木、疏離感、憤世嫉俗、尖酸刻薄、工作狂熱、耗竭等」（Bell, 1999; Bell, Kulkarni, & Dalton, 2003; Cunningham, 2004; Cunningham, 2003; Hesse, 2002; Sexton,1999；汪淑媛，2006；邱琇琳，2005；引自汪淑媛，2008，頁20）。**社會工作者面臨替代性創傷與創傷後壓力症候群的風險並不亞於個案親身經歷的創傷**，尤其當個案亡故，社會工作者面臨助人關係的強烈失落時，同樣也會有否認、悲傷、麻木與罪惡感的心理反應，可能影響日後助人關係的建立。

（四）權力不平等

Saleebey（2005b）認為助人關係的權力不平等將造成助人者與個案之間的

[18]根據《精神疾病診斷準則手冊》（*DSM-IV-TR*）對**創傷後症候群的診斷標準，個案需要**經歷目睹或遭遇引起自己或他人實際上或威脅性的死亡、嚴重受傷、或威脅自己或他人身體的完整性之一個或一個以上的事件，而有烈的害怕、無助、或驚慌反應。此創傷事件必須**持續一個月以上**反覆**持續地再度被體驗、或個案持續避免與創傷性事件相關的刺激或對外界反應麻木、或持續警覺性增加的症狀（如：睡眠障礙、**過分警覺）。**創傷後症候群**症狀若持續**小於三個月**稱為「急性」，持續**三個以上**月則稱為「慢性」，亦有可能在**六個月後**才出現「延遲反應」，**（孔繁鐘，2000/2007）。**

「距離」、甚至是合作關係的傷害，而權力不對等的原因有三：

1.因知識、階級、機構化角色與規範地位的差異而形成。

2.病理觀點所強加之身份剝奪。

3.法律、政治命令與機構制度、價值上的社會控制傾向。

權力的不平等造成助人關係中的有限的效果或軋傷已廣泛地在助人專業中被討論，因關於此方面的論述甚多，故將在下一主題「社會工作主與個案的權力關係」細緻地討論之。

最後，儘管助人關係有以上諸多的限制，但為達助人目標亦不能因噎廢食，抹煞了助人關係的正向功能。筆者認為工作耗竭與替代性創傷的議題既然是助人關係中無可避免的風險（Lisa McCann & Laurie Pearlman, 1990），更需要社會工作者的自覺與互助支持，如同 Breggin（2008）提倡的，**助人者肩負尋找自身資源的「專業義務」，不能放任自己淪陷在悲傷、怨恨與絕望的情緒裡**。再者，多數助人關係的議題可放大到人際關係與互動交流的層次來討論，**故助人關係中的「危機」，可能是促進社會工作者與個案雙向反思與成長的「轉機」**。

參、社會工作者與個案的權力關係

助人關係中大多預設了社會工作者與個案的二元對立：前者是問題解決者，後者是問題製造者；前者是理性客觀者，後者是非理性主觀者；前者富有淵博的知識與技術，後者則無知且貧乏。如此一來，助人關係容易在社會工作者高、個案低的權力關係下成為單向的服務輸送，不但兩者的世界是隔離的，更會落入「三角關係陷阱的三分法」：拯救者—受害者—加害者的三角循環之中（宋麗玉、施教裕：174）。

一、權力關係不平等的類型

社會學的功能論認為不平等本身發揮了社會整體功能，能滿足各種位置與階層的需要；反之，衝突論的觀點則認為不平等是源自資源較多者對較少者的剝削與控制（蘇國賢，2005）。而兩種觀點均承認社會上存在著不平等現象，助人關係中此一主題亦是相當值得討論的，筆者參閱文獻歸納出以下**責任、政治與知識**三種權力關係不平等的類型。

（一） 責任的不平等

社會工作者被賦與較高的社會義務，在助人關係的成敗中需負擔多數的職責（潘淑滿，2005）。且在專業職責下不僅僅對案主，社會工作者同時對自己、機構、社會大眾與專業發展負有責任（Skidmore et al., 1994；黃維憲，1995；引自潘淑滿，2005）。然而，Carkhuff 和 Berenson（1977）強調人們應為自我決定而負起行動的責任（引自 Payne, 2005），Breggin（2008）、Kisthardt（2005）亦認為**個案需為自己負起「最終的責任」**。故理想上，社會工作者與案主間應為彼此與自己負起相對的責任，而非相互推諉與責難。

（二） 政治的不平等

社會與政治的系統性壓迫是形成權力不平等的背景，而整體社會所造成的問題結果要由全民來承擔。Goroff 認為社會工作是一種政治性的活動，故若在助人關係中的權力關係不平等的狀況下，個案的問題傾向個人歸因，此將無法促進個人與社會結構、權力間的對話，忽略社會的壓迫性系統，讓個案更加無助（引自 Cowger, et al., 2005）。

（三） 知識的不平等

教育與知識使一般社會工作者取得國家認可的證照，獲得專家地位的合法性

與涉入個案私人生活之權限，形成專業權威之來源，藉此社會工作者可引導案主解決問題、提供專業建議（曾華源，1985）；然而，汪淑媛（2008）認為社會工作者的知識並無想像中的理想化，在實務運用上「如雞蛋碰石頭，一擊就碎。表面弱勢的案主對提供服務的社工員事實上有很強的影響力與傳染力，不容忽視。」（頁26）。

故另一方面，個案在生活世界中的默會知識（tacit knowledge）[19]是社會工作者難以運用語言或文字來意會與掌握的規則，甚至精熟的個案比起新手社會工作者懂得更多福利系統中的知識與默會道理。誠如 Polanyi 謂之：「我們所能知道的比我們所能述說的還要多」（引自鄒川雄，2005，頁 36），故社會工作者理解默會知識的方法除了藉由與個案接觸、積累實務智慧外，更要不斷在日常生活中反思與檢視。

二、權力關係的實證研究

Shonfeld-Ringel（2001）研究臺灣社會工作者與案主間的權力關係，得出以下結論：初步建立關係時，案主視社會工作者為專家、長輩、握有權力地位，故採取像「變色龍」的態度—以順從與沈默掩飾不認同的觀點；**當案主與助人關係變得熟稔後，雙方的權力關係才趨近於平等，案主更願意說出真正的想法**。

然而，平權的助人關係並非是所有個案所渴望追求的目標，Cohen（1998）的研究中顯示 50%的個案對「具上下權力之分」的助人關係感到偏好，Orr 和 O'Connor（2005）針對 6 位女性憂鬱症患者的深度訪談中亦發現，病患最在意的是與醫療團隊人員的關係良好、充滿信任，而自決的權力反倒是其次（引自劉珠利，2005）。顯然此種自願放棄權力的退讓與女性在（助人）關係中的認同有關，呼應前述 Miller 和 Jordan 等人提出的「關係中的自我」的概念[20]。

[19]默會知識亦稱為內隱知識（implicit knowledge），相較於顯性或明言的知識，其好比隱沒冰山之下看不見的知識根基，泛指「只能意會不能言傳」的知識，雖然默會知識無法以明確的邏輯與規則加以說明，但人們卻能透過日常生活的行塑來理解並掌握之（鄒川雄，2005）。

[20]筆者認為此現象不啻為一種社會馴化過程，更加鞏固與合理化助人關係中權力不平等之地位。

為了更加生動地解釋社會工作者與個案的權力關係，Cohen（1998）提出**助人關係「連續體」（continuum）**的概念：一端是代表導師關係（mentorship）的權力失衡狀態，個案高度仰賴社會工作者的專業；另一端則代表夥伴關係（partnership）的平權狀態，可促進個案自身的成長，而最後在社會工作的專業價值裡，仍傾向將個案**導入夥伴與平權的助人關係中**（引自劉珠利，2005）。

三、減少權力關係不平等的方法

助人關係中之權力就像海潮一樣有漲有退，亦像蹺蹺板一般有起有落，形成了高潮迭起的復元之旅。無論如何，為避免不平等所造成的關係限制，社會工作者應善用各種方法，致力於減少權力關係不平等的狀況。

劉珠利（2005）指出「良好的助人關係會改變社會工作者與案主之間的權力型態」（頁 137）。Cowger, et al.（2005）認為社會工作者若能更充分地傾聽、理解個案的需要，將個案納入評估的過程並取得其同意，有助於縮小助人關係中權力不平等的現象。Shonfeld-Ringel（2001）強調良好的助人效果非單次會談便可一蹴可幾，而是要不斷累積會談的深度與次數，奠定厚實的助人關係基礎，案主在平權的關係下才有可能增強自我權能。

故綜合上述方法可知，減少社會工作者與個案間權力關係不平等的狀況，需要做到以下三點：**1.建立良好的助人關係、2.接觸時間與深度的累積、3.相互尊重與同理**。

但至今文獻尚未回答是否**不同的專科社會工作領域**[21]中，社會工作者與案主的權力關係是否有不同的差距？（例如：假設醫務領域大於兒童、少年、婦女及家庭領域的權力關係）未來值得進一步探究。

[21]根據「專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法」，專科社會工作領域分成五大類：1.醫務、2.心理衛生、3.兒童、少年、婦女及家庭、4. 老人、5.身心障礙（檢索自法務部全國法規資料庫網頁，2010 年 11 月 8 日）。

助人關係本身具有普遍一致公認的影響力，其功能、限制與權力關係也不斷地在研究與討論，而社會工作者與案主一樣，都會在助人關係中產生情緒、渴望關係的連結與鞏固，這些都是人的基本需求。故**助人關係非單向的施與授，而需仰賴互動式的溝通模式**（曾華源、李自強，2002/2006）。

最後，扣連前一節關於「復元」主題的討論，社會工作者與個案終需回歸自身主體，即「**由現在出發，重新找到自己**」（宋麗玉，施教裕，2009，頁 53），而不是在助人關係中遠離了自己、迷失了本心。

國立政治大學 National Chengchi University

第四節　優勢觀點助人關係中之特色

精神疾病被社會賦予難堪的沈痾，個案娓娓道來數不清的傷口，有誰願意花時間時間耐心傾聽？有誰相信靈魂的撕裂真的可以被治癒？優勢觀點助人工作裡，傾聽最多的、因相信而看見的永遠是跑在服務第一線的社會工作者。本節首先介紹優勢觀點與傳統醫療－復健模式之差異，接著論及優勢觀點助人關係中的夥伴關係與專業友誼關係，最後探討優勢觀點社會工作者與個案間的助人界限。

壹、優勢觀點與傳統缺點（醫療）模式之比較

一、 優勢觀點的緣起背景

優勢觀點起源於社會工作、心理衛生與其他助人專業領域中對病理觀點與醫療模型的反省與反動，是一種由缺點模式（the deficit model）到優點模式的典範轉移（paradigm shift）（Rapp, 1998; 宋麗玉、施教裕，2009）。

自 1930 年代 Freud 精神分析理論興盛開始，替個案的問題焦點（缺點）提供理論上的架構，此種缺點（醫療）模式帶來以下五點負面影響「1.範定於問題、缺失與病理之中、2.損害模式、3.環境缺失、4.責難受害者、5.照顧的連續性與變遷受影響」（Rapp, 1998, p.2）。Saleebey（2005b）則認為**問題導向的個案評估是一種脈絡剝奪（context-stripping）**，當專業人員急於替個案歸類為某種問題時，將錯失其他更重要的政治、經濟、社會、文化等脈絡的全觀。Adame 和 Leitner（2008）亦認為在過度重視醫療模式的架構下，心理衛生專業將忽略更大的社會環境，包含政治壓迫、家庭系統與人際關係。

1980 年代美國在保守主義與新左派的政治氛圍下，基變思想與集體行動當道，人權倡導與社會運動風起雲湧，諸多學者（e.g. Hepworth& Larsen, 1986; Shulman, 1979; Germain & Gitterman, 1980）亦陸續發現狹隘地聚焦於病理而忽略

個人優勢的危機，尤其 Kenneth Gergen（1994）認為心理健康專業與文化間形成「逐漸衰弱的循環」（cycle of progressive infirmity）趨勢—疾病治療的技術與理論日新月異，但在真正協助個案成長、實現目標的服務卻停滯且貧乏（引自 Saleebey, 2005b）。

故當時 Kansas 大學社會工作福利學院發展出「優點模式」，使得助人專業在問題與處遇的焦點上，開始重視使用者的權利、想望、優勢、環境支持與資源（Saleebey, 2005b；宋麗玉，2005）。根據 Rapp（1998）指出優點模式的正向影響為「**1.整合與正常化、2.生態觀點、3.復原力、4.希望、5.社區（環境）優勢、6.復元**」(p. 13)。若社會工作能真正地落實優勢觀點於個人、家庭與社區的處遇，將**有助於受壓迫的處境重新政治化（repoliticize），促進專業人員與個案間之正向關係**（Cowger, et al., 2005）。

二、 優勢觀點與傳統缺點（醫療）模式之差異

優勢「觀點」並非是一種理論或模型，它是一種看世界的立場（Saleebey, 2005b），亦像戴上有色眼鏡後的視野（宋麗玉、施教裕，2009），故優勢觀點本質上不與傳統理論與模型相悖斥或對立，故以下比較僅為釐清優勢觀點之內涵。

缺點（醫療）模式使得社會工作的專業養成傾向問題導向，曾華源、李自強（2002/2006）認為助人的目標在於「將案主的問題本質明確化」(p.52)，並以問題評估為切入點，包含問題嚴重程度、持續時間、可能改善程度等等。然而，優勢觀點並非忽視問題，而是視問題與症狀為個案整體的一小部份，故通常採取下列三種方法：1.將問題置於個案脈絡中解釋、2.簡單陳述問題、3.不特意關注問題（Weick & Chamberlain, 1997; 引自 Rapp, 1998）。

優勢觀點與傳統缺點（醫療）模式存在許多差異性，從看待問題的角度、價值到處遇的方式與原則都有各自對應的焦點，兩者的比較如下表七：

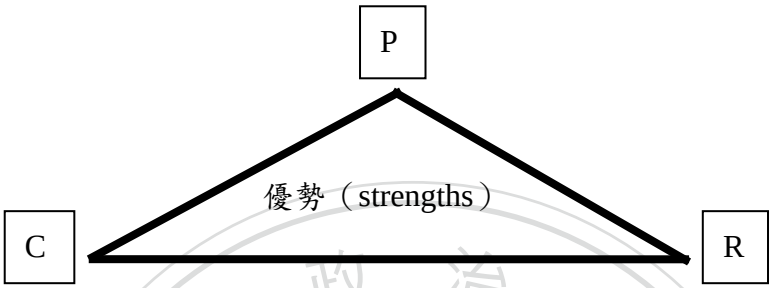
表七　優點模式與缺點（醫療）模式之比較

	優點模式 **（案主/消費者取向模式）**	**缺點（醫療）模式** **（供給者/體系取向模式）**
助人的價值基礎	1. 案主具備**成長、恢復健康與學習的潛能**。 2. **案主有能力認定自己的需求**。 3. **案主是行動的主體**。	1. 問題解決仰賴專業知識與技術。 2. 案主缺乏對自己所面臨問題的洞察與知識。 3. 案主是被影響的主體。
個案焦點	**潛能與優點**（確認和發展）。	**問題**（確認）**和病狀**（處理）。
個案經理	積極參與、改善缺失、提出指導。	依從和採取服務方案。
個案管理的目標	正向指導、給予選擇和自主、培養其自信心與獨立性。	統整資源、監控消費者行為、改善消費者/病患的行為模式。
需求評量	依據案主的指導計畫和目標。	依據服務提供者的定義和產出。
資源連結	視整個社區為資源，特別強調**非正式**的社會網絡。	轉介至現存的服務提供者，且使用**正式的體系**。
評估	自主性的增加、嚴格評量社會網絡、增加自信、涉入**非正式網絡**。	增加消費的服務量、使用較少住院日、改善依從。
處遇焦點	確認達成目標的**助力與阻力、發展社會網絡**、使案主免於臨床的判斷和侮辱、評估支持或阻礙每一服務體系的角色。	問題的確認、轉介、確信案主遵守處置計畫、留意案主的行為和功能、家庭的互動、遵守約定。

資料來源：整理自 Rose & Moore, 1995, p.338; Moxley1997, p.15-24 & Fast & Chapin, 2000, p.19.（引自黃源協等，2007，頁 23）。

經由上述比較可發現，**優點模式立基於個案優勢與潛能的焦點上，較相信個案的主體性與主導自我成長的能力，服務亦拓展至非正式社會網絡的連結與開發**。而回歸優勢觀點的本質（essentials），瞭解其核心價值則有助於追求個人、家庭

與社區最高的生活品質。Saleebey（2005b）提出優勢觀點本質的 C-P-R 架構，詳見下圖五：C 代表才能（competence）、能力（capacities）與勇氣（courage），P 象徵承諾（promise）、可能性（possibility）與正向期待（positive expectations），R 為復原力（resilience）、積蓄（reserves）與資源（resources），融合三方面的價值與能量即成為核心的優勢觀點（p. 10）。



圖五　優勢觀點的本質：C-P-R 架構圖（Saleebey, 2005b, p.10）

貳、 夥伴關係與專業友誼關係

隨著時空脈絡變遷，二十世紀的後現代主義（postmodernism）認為案主的疾病或問題由社會與專業體制所建構，而非歸因於個人結果，故後現代主義的助人關係強調夥伴關係（partnership）、對話（dialogue）與參與（participation）、可能性（possibility）、主體性（subjectivity）（林萬億，2002）。與優勢觀點同樣講求「夥伴關係」的學派包含基變社會工作、女性主義社會工作與反壓迫社會工作，這些學派與傳統對助人關係之界定有很大的差異（曾仁杰，2009）。Rapp（1998, p.45-54）、宋麗玉、施教裕（2009，頁 264-333）認為優勢觀點的原則（principles）有下列六項：

（一）個人有能力去學習、成長和改變。

（二）焦點在於優點而不是問題和病理。

（三）**案主是助人關係中的指導者。**

（四）**此一助人關係被視為基本且必要的。**

（五）外展是較佳的處遇方式。

（六）社區是一個資源的綠洲。

其中與助人關係有直接相關的原則分別為第三點、第四點。第三點「案主是助人關係中的指導者」強調案主能在自我覺察與理性負責的前提下發揮「自決」精神，並具有三個以上的多重選項與機會（宋麗玉、施教裕，2009）。第四點「此一助人關係被視為基本且必要的」指出助人關係的重要性，重視互助互惠的夥伴關係與專業友誼關係，此部分將於後續說明之。

一、專業關係與友誼關係之辯證

傳統上認為助人關係中的「專業」首當被強調，因為社會工作作為助人專業，必須建立在案主的「最佳利益」（the best interest）之上，而非重視社會工作者私利或友誼般的互惠之上（潘淑滿，2005），問題一旦解決即結束此一助人關係（曾華源，1985）。傳統的專業關係與友誼關係壁壘分明，如下表八之比較：

表八　專業關係與友誼關係之比較

	專業關係	友誼關係
目的性	有目的的關係	關係即目的
時間性	暫時性	暫時性或永久性
功能性	混和性（工具性與情感性）	情感性
涉及範圍	機構	個人
利益	個案最佳利益優先	利益互惠，可涉及個人需求
權力	不平等且非互助	平等且互助

資料來源：筆者改編自曾華源（1985）。

然而，實務上助人工作的真能將專業關係與友誼關係清楚劃分開來嗎？何謂個案最佳利益[22]呢？助人關係中完全排除平等且互助嗎？在二十世紀後現代主

[22]即便在諮商輔導的領域，諮商師個人的利益（如：提升自我權力與重要性、增強勝任感）與個案間的需求亦難以完全劃分，故需要一定專業的成熟度方能誠實地面、覺察對關係中最佳利益的流向，並且避免為滿足自我需求而剝削案主（修慧蘭，2001/2006）。

義的思潮下出現去標籤化與反對二元對立的聲浪，專業關係與友誼關係開始出現朦朧的灰色地帶。優勢觀點則鼓勵社會工作者與案主**發展「夥伴」與「專業友誼」之關係，既強調理性的專業規範，亦著重友誼互惠的關係發展，兩者具有動態融合與交互辯證之關係**（宋麗玉、施教裕，2009）。

二、復元為導向的優勢觀點助人關係

復元為導向的優勢觀點助人關係之目標放在「促使彼此都可以找到真正的自己，以及增進個體自己和群體世界可以相互真誠對待和如實融合，並且不斷提升與永續進步」（宋麗玉、施教裕，2009，頁 307）。優勢觀點助人關係的基礎建立在 Carl Rogers 提出的人本治療三方式：「**精確的同理、無條件積極關注與真誠**」，並且結合「夥伴關係」的五項特色：「**目的、互惠、信任、親善與增強權能**」（Rapp, 1998, p.62-64；宋麗玉、施教裕，2009，頁 307）：

1. **目的（purposeful）：**助人關係本身即達成目標之媒介，其功效像是火箭推進器與安全網，若社會工作者與個案間的關係越好，則火箭推進器的威力越強、安全網越稠密。在優勢觀點中的一般目的為「專業目的」、終極目標為「復元」。
2. **互惠（reciprocal）：**助人關係是一種相互學習的經驗，非單向的施與受。好的社會工作者可從個案身上學習與對話，此基礎建立在反應、尊重與相互學習上。
3. **信任（trusting）：**助人關係需有高度的信任基礎，扭轉個案挫折與痛苦的人際經驗。信任包含：誠實、承諾、相信個案是最清楚情境與自己的人，個案過去對關係的誤解更需要同理、無條件地積極接納。
4. **親善（friendly）：**親善是一種溫暖、接納、照顧、尊重與有趣的特質。助人關係像是從有距離感的心理分析師到親密友伴的連續體，但社會工作者並非一般的朋友，尚協助個案與他人建立「真實的」朋友關係。

5. **增強權能（empowering）：**助人關係即是一種增強權能、提供個案優勢的方法，增強權能的關係可增加個案的能力、選擇、機會與自信。

曾仁杰（2009）認為夥伴關係的「**『夥』具有一起承擔責任、共同分享成果的意思；『伴』則有親近陪伴、相互扶持的意味**」（頁 93）。當個案面臨一連串的困頓與失望時，社會工作者首要應激發個案的希望，並在「自然的互動」中發揮助人關係的影響力，畢竟個案的轉變不能僅靠著工具性的方法（Saleebey, 2005a）。Green, et al.（2008）的研究中發現，能有效增加個案求助的意願的臨床人員，其**具備關心、值得信任、能力與對待精神病患「如友誼關係」的特質，即使無法成功治療，也能能持續扮演關心的角色，將病患當成是「正常人」般對待**。國內研究中，朱淑怡（2007）亦建議實務工作者應與精神障礙者**建立夥伴關係**，而非只是當成服務對象之一，如此才能真正傳遞復元的希望與增加權能感。上述研究即是回歸人本的精神，善用良好的助人關係達到精神疾病之療癒，同時再次驗證激發**個案的改變動機是建立在一般關係互惠的基礎上**。此外，若助人者能夠以樂觀助人的態度面對精神病患，他們將成為更富生產力者，活出對生命的熱愛（Breggin, 2008）。

Deegan 和 Drake（2006）則假設實務工作者與個案均為「專家」—前者為科學與臨床經驗的專家，後者為知曉自我偏好與主觀經驗的專家，故雙方應建立良好的夥伴關係，此乃一種彼此分享資訊與合作的「**共享決定權**」的過程。這種夥伴關係既不仰賴醫療模式的權威與武斷，亦不完全偏袒或放任個案的自決，能均衡助人關係中的責任歸屬、分擔決定之壓力。

三、優勢觀點助人關係成效之實證研究

Saleebey（2005b）認為優勢觀點轉換一般社會工作者對個案的態度、思考與看見更多的可能性，進而能改善彼此間的助人關係。此外，**優勢觀點被證實可有效地預防專業助人者的替代性創傷**，經質性研究發現，優勢觀點可「增加個人

的因應能力感、維持正向的工作動機、借鑑正向因應的角色楷模、以及緩衝個人信念，甚至解決專業助人者本身的個人創傷」（Bell, 2003, p.514）。Cunningham（2004）、Figley（1999）、Pearlman 和 Mac Ian（1995）、Pearlman 和 Saakvitne（1995）表示替代性受創程度與其過去個人生活經驗相關，而雖然專業助人者受自身創傷經驗與情緒干擾性大，但是**已從創傷中復元的專業助人者，在工作上有較大的抗壓性**（汪淑媛，2008）。

Chopra, et al.（2009）認為傳統的精神照顧關係上較少病人與臨床工作者有積極性的合作，而復元過程中則強調共同合作的重要性，故**社會工作者與個案間首要需建立「共同一致」的目標**，而非僅有社會工作者單方面的設定。曾華源、李自強（2002/2006）發現在實證的基礎上，此種作法將使得服務更加地有效。此外，這些研究亦發現若能**多灌輸個案改變的可能性、善加「回饋」，個案對於自我概念與對問題的想法是影響深遠的**。優勢觀點如同吳麗娟（2003）指出的長期的「修正性經驗」（corrective experiences），隨著時間的推移曾經經驗過的正向感受將烙印在心中，產生潛移默化的能量，促成深層的改變。Bell（2003）則生動譬喻社會工作者與個案間的工作彷彿如同「播種」（planting seeds）的歷程，助人關係的成效不見得會立竿見影，但一個高自我效能的助人者始終能「因相信而看見」，不因外在變遷或案主的反應而動搖優勢的信念。

參、 優勢觀點助人關係中的界限

> 我的個案管理者比起過去其他的工作人員，像是一位朋友。她真正地關心我，並且不會強迫我做事。我們討論我們的母親，我們共同抽煙與歡笑……她就像是來自天堂的禮物，是我生命中的真實奇蹟……她幫助我拾回生命裡不願失去的東西。（Kisthardt, 2005, p.176）

優勢觀點的助人工作者以案主的想望與需求為引導，拓展傳統實務中助人關

係之界限，在互惠互助中共同承擔起改變的責任（Kisthardt, 2005）。然而許多社會工作教科書上不斷強調專業助人關係應與友誼關係有所區隔，不少社會工作者也擔心與個案的關係過於友好，可能導致個案三不五時便來叨擾、攀關係，有損於專業形象的樹立。

筆者開始亦認定上述的信念，但經接觸優勢觀點與社會工作實務後，發現助人關係中越是自然的互動、越難剔除友誼的成分，但此一助人關係亦非純然友誼之關係，亦非親密關係，不禁衍伸出疑惑：社會工作者自我揭露的必要性或限制？專業助人關係轉變為純友誼或多重關係的危機？社會工作者參與個案非正式活動的考量與抉擇[23]？優勢觀點助人關係中的界限議題確實有不少探討的空間。

一、 助人關係界限的倫理議題

助人關係界限指「社會工作者與個案之間的不同有清楚界限，而保持工作關係。此一界限有助於**澄清彼此之關係不是社交性質，而是帶有高度信任和個案的自我表露，雖然感受到彼此像朋友、夥伴、家人一樣，但不是親密性的**」（曾華源、李自強，2002/2006，頁 95）。

首先由專業倫理的角度談論助人關係界限，美國社會工作協會（NASW）《倫理守則》中**明訂社會工作者不應與案主或前案主發生雙重、多重與性關係**，甚至連案主的**親屬**或其他案主**親近的朋友**都有所規範（引自林萬億，2002），「社會工作者不應將案主的角色混雜有第二種或多種的角色關係」，「專業以外」的關係應盡量淡化（引自林萬億，2002，頁 552）。而所謂「親密關係」的定義係指情色或性關係，例如：和前案主親吻、擁抱、上床，「雙重關係」的定義則是非愛情與非性關係，例如：共同參與娛樂性和社交活動、發展友誼或其他關係、案主是前交往對象、案主為朋友或親戚等等（Jayaratne, Croxton, & Mattison, 1999）。

[23]例如曾經有個案單獨邀請筆者一同爬山健行，但因考量安全議題與助人界限而思索良久，最後委婉拒絕；但在另一次情境中，該名個案與另一群團體成員、領導者共同邀請筆者加入舞廳的聚會，筆者相較之下較快地答應，考量的因素並非自己的興趣，而是團體帶來的人際稀釋效果，且能避免單獨與單一個案有太深的關係涉入。從中筆者也省思自我在助人界限的取捨上，同時牽涉有意識地調整關係發展、無意識地自我防衛，更與對人的信任、價值與開放程度有直接相關。

Jayaratne 等（1999）於美國做過一項助人關係的研究，1,494 個樣本中絕大多數（96.2%）的實務工作者為社會工作碩士（MSW），其研究結果令人十分訝異，高達八成（83.7%）的社會工作者曾經與案主**擁抱**過，且他們同樣認為這種親密關係合乎專業倫理；在雙重關係中，約有四分一（25.4%）的社會工作者曾經實際**與案主參與娛樂性和社交活動**，不過在此項目的態度上，有七成（69.8%）的社會工作者認為不合乎專業倫理；最後反應在地域差異的結果，**都市地區反而較鄉村地區更容易有雙重關係**。

但筆者認為親密關係中的擁抱可能有詮釋上的差異，故需將此行為放在當時的情境脈絡，並考量東西方文化之差異。再者，社會工作者身為人，亦可能迷失在自己的盲點中，故社會工作者於職務上仍須遵守社會工作專業倫理守則與機構規範，釐清專業關係的界限。最後，除了避免逾越當前的專業助人關係，更要避免未來的因複雜關係所引發的法律問題，防範於未然。

真實情況中，助人關係界限常處於模糊地帶，尤其「雙重與多重關係」在優勢觀點助人關係中可被接受，也不排斥關係外的非正式人際互動。美國社會工作協會（NASW）補充說明，若無可避免產生雙重或多重關係時，「**社會工作者應採取行動保護案主，並有責任設定清楚的、適當的及符合文化敏感性的界限**」（引自林萬億，2002，頁 578）。故在此前提下，雙重與多重關係是可彈性調整的。

二、 優勢觀點助人關係的彈性空間

優勢觀點助人關係較傳統學派有更大的彈性空間，尤其在雙重與多重關係的界限調整較不受倫理或機構規範的侷限。優勢觀點的實務操作上，宋麗玉、施教裕（2009）指出社會工作者與個案會談場域的選擇不拘泥於機構中，而可約在公園、店家或案家等令案主感到舒適的地方，社會工作者也容易獲得豐富之訊息與會談媒介；在階段性目標達成後，則重視慶賀與回餽，例如：交換卡片與禮物；社會工作者亦可自行判斷是否出席對個案具重大意義的（婚喪喜慶）典禮、接受

聚會的邀請等等。

Gitterman（1996）認為雙重關係屬於一種界線跨越（boundary crossing），儘管可能造成助人關係中的緊張，卻也有其功能，例如：接受案家招待的茶飲代表尊重，也能更快地與案家建立關係。但無論如何，**雙重關係最終的考量為案主是受益的，而非剝奪、操控和傷害**。Gitterman 的觀點呼應 Rapp（1998）提及在夥伴關係中若面臨助人界限的兩難時，必須**回到助人關係的「目的性」**來探討，當工作目標能夠清晰明確時，助人關係才能合作、真誠地維繫下去。

社會工作專業教育養成的過程中，許多深信不疑的倫理守則運用在實務上總需要一番掙扎，故倫理守則只是一種參考的標準，而非絕對的真理，它是可以討論、挑戰與突破的。而重要的是，必須將當下的倫理事件置於文化與情境脈絡之中被「個別化」地討論，在助人關係界限的抉擇困境中找到皆大歡喜、或最小衝擊的因應對策。

而筆者認為優勢觀點助人關係對界限的掌握，是一種落實「專業自主」的展現，一位富有「彈性與人性」的社會工作者才能真正地增強案主的權能，充分發揮自尊、自愛與自信的助人關係影響力。

本章總結

本章文獻探討首先介紹情感性精神疾病的兩大類別—「憂鬱症」(單極症)與「躁鬱症」(雙極症),精神疾病特異質—壓力模式、壓力-脆弱-保護因子模式下的疾病歸因,以及精神疾病個案復元的助力與阻力;再來本章回顧國內與國外關於「復元」的文獻,雖然這些文獻回答了許多個人的復元要素、情境與歷程,卻未見個人的復元如何擴及周圍重要他人—特別是對專業助人者的影響,以及深入描述助人關係的發展與動力、雙向復元的機制為何?針對具有較高自傷與自殺的機率的情感性精神疾病個案之復元僅有零星幾篇研究,尚比不上慢性精神疾病的豐富性。

以復元為終極目標導向的優勢觀點助人關係中,與傳統的缺點(病理)模式有著不同的典範,其重視夥伴關係與專業友誼關係之發展。優勢觀點彰顯**精神疾病個案作為「人」的價值,認為疾病並不與人劃上等號,更非生命的全部;同時,社會工作者也具有「人」的價值,服務或工作並不與之劃上等號,更非一味地犧牲與奉獻**。一如汪淑媛(2008)指出「社工員也是人,不只是侷限於某個專業角色,他們有其基本身心理需要,有情緒,有價值觀,具有所有生物體共同的脆弱性,例如生老病死。社工的生命歷程是與案主一樣,要面臨各種生活挑戰,在生命的週期過程,社工員本身也可能處於類似案主的危機處境」(頁 32)。

故雖然多數文獻將助人關係的焦點放在如何促進個案的復元,但較少回應社會工作者的個人創傷、耗竭、復元等議題。同時,因情感性精神疾病的複雜議題常使社會工作者處於擔憂、挫折與高壓的工作負荷下,而從文獻與經驗中亦可瞭解,助人關係也需要友誼與互惠元素的滋潤,莫為維持專業界限,反而讓助人成效劃地自限。優勢觀點下「專業友誼關係」具有專業規範與友誼互惠關係的動態融合與辯證之特色,以及重視「夥伴關係」中的目的、互惠、信任、親善與增強權能之特質,對於助人關係與雙向復元將是有效的良方,值得深入探究其歷程與內涵。

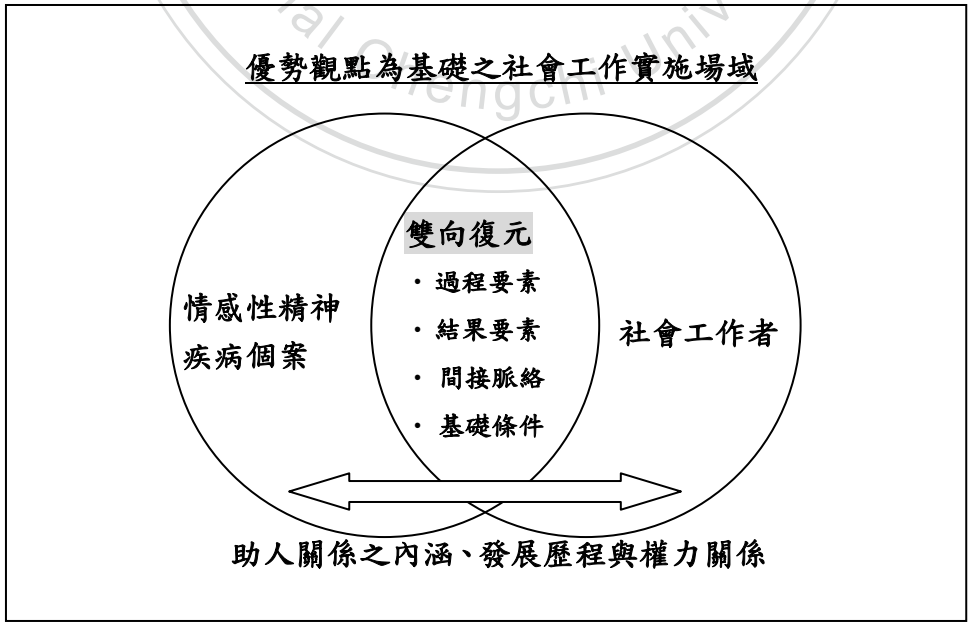
第三章　研究方法與設計

本章分為四節加以說明：首先為本研究之架構與研究方法，本研究使用質性研究方法、詮釋現象學觀點與深度訪談法探索研究問題，研究設計則依序為研究對象與抽樣、研究工具與資料分析方法，最後為本研究中應注意的研究倫理。

第一節　研究架構

本研究之問題為探討優勢觀點為基礎之社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案之間的助人關係內涵為何？有哪些因素影響復元？「雙向復元」之實質意義與內涵為何？故本研究目的欲從社會工作者與情感性精神疾病個案的優勢觀點助人關係經驗中，瞭解雙向復元的歷程，形成未來一般實務場域中助人關係的建議與策略。

依據研究問題與目的以及文獻，本研究之參考架構如下：

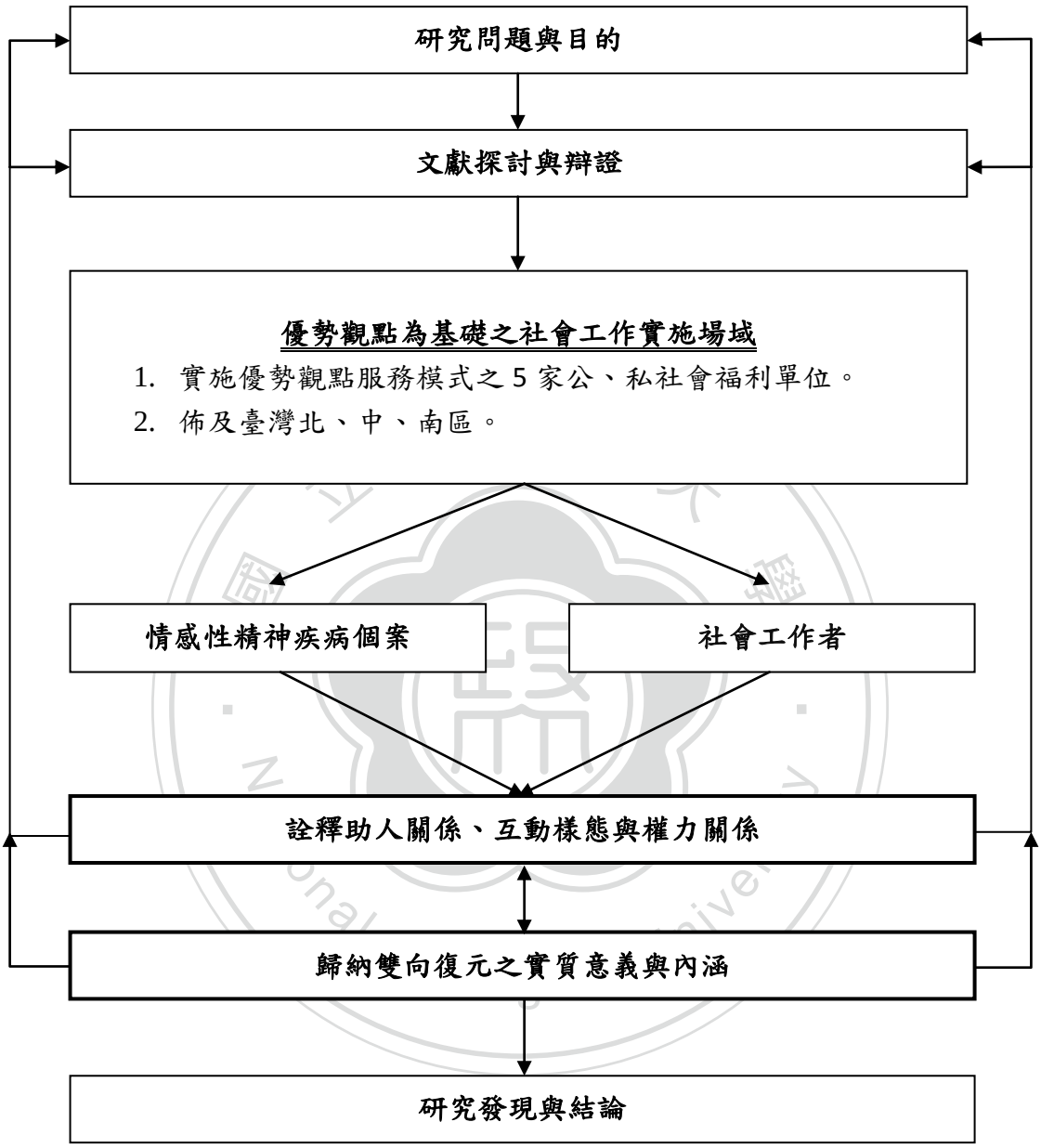


圖六　參考架構

由圖六的參考架構可見，社會工作者與情感性精神疾病個案處於優勢觀點為基礎之社會工作實施場域中，以助人關係之內涵、發展與權力關係作為彼此連結、互動的基礎，共構成雙向復元之歷程。而其雙向復元的內涵向度是由 Song 和 Shih（2009）的復元統合模式所構成，包含：「**過程要素**」中個體能意識到真實的自我知覺/自己感而採取希望、意願及負責之行動；而由過程過渡到「**結果要素**」中，個體主觀達成自我效能、生活品質及滿意度之提升，且客觀上能與他人建立親密及互惠關聯、擁有社會角色；「**間接脈絡**」則為環境中正式與非正式社會支持與連結；「**基礎條件**」則有如房屋之地基，承載復元的三大基石：症狀減緩、心理能量（自賴、堅毅與復原力）與家庭支持。

本研究流程採用迴遞式（recursiveness）或彈性（flexibility）、互動取向的研究設計，運用歸納法（inductive method）將實地觀察、蒐集的研究現象進一步分析與詮釋，故會在上述步驟中來回循環與不斷提問，使現象與文獻不斷地交互辯證，有別於單一線性架構的思維（潘淑滿，2003）。最後，將透過上述步驟所產生的深描詮釋，賦予雙向復元經驗與意義，形成社會工作者與情感性精神疾病個案的助人關係與雙向復元之建構策略。本研究流程如下圖七所示：

國立政治大學 National Chengchi University


研究問題與目的
文獻探討與辯證
優勢觀點為基礎之社會工作實施場域
1. 實施優勢觀點服務模式之 5 家公、私社會福利單位。
2. 佈及臺灣北、中、南區。
情感性精神疾病個案
社會工作者
詮釋助人關係、互動樣態與權力關係
歸納雙向復元之實質意義與內涵
研究發現與結論

圖七　研究流程圖

第二節　研究方法

壹、 質性研究（qualitative research）

本研究為探討優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程，採用「質性研究」（qualitative research）方法，理由有以下三點：

一、 **具有少數且具特殊性的個案研究價值**：本研究為發現優勢觀點工作脈絡下的獨特、深度的雙向復元歷程，乃非一般處遇中大量的個案研究。

二、 **重視助人與復元歷程的時間性**：本研究重視助人與復元歷程的先後順序、來回互動、轉換或改變，非單一時間點的橫斷式研究可知悉。

三、 **意義詮釋為主軸**：本研究主軸為探討雙向復元現象對當事人的「主觀」意義與價值，即社會工作者與情感性精神疾病個案如何深入看待與詮釋現象本身，非客觀地分析共通現象或驗證因果關係的真實性。

研究者需從社會工作者與情感性精神疾病個案的內在觀點出發，以當事人「主觀詮釋」為架構探索並賦予生活經驗中雙向復元的意義、歷程的描述，探討現象中的「經驗本質」。有鑑於此，本研究在接下來的方法論上採用「**詮釋現象學**」觀點，在資料收集方法上採用「**深度訪談法**」（**in-depth interviewing**）。

貳、 詮釋現象學（hermeneutic phenomenology）觀點

Husserl 所提出之現象學（phenomenology）為質性研究之母，意味著**重回母體的懷抱、回歸事物的本質**（高淑清，2008）。故瞭解並進入個體的主觀意識與生活意義是質性研究所關注之焦點，尤其現象學強調的回歸事物本身，可用以重新檢視社會工作者與情感性精神疾病個案的基本互動觀感，跳脫現象既存的表象與框架，尋求現象的深度描述以掌握事物本身之根源意義，在一片黑暗混沌中尋求清澄的光亮。

一、現象學探究本質的方法

現象學探究本質的方法可依據 Giorgi（1997）提出的哲學分析步驟進行（引自高淑清，2008）：

（一）現象學的描述：研究一開始，研究者具體與忠實地描述現象，不做抽象論證或分析深層結構，使現象在自然中呈現原本樣態。

（二）存而不論/還原（reduction）的態度：接著透過存而不論/還原和懸置（bracketing）[49]將前見與知識置於一旁，以受訪者角度描述現象。

（三）科學性本質：將原本片段而表面的意義依據「特定（學科）觀點」重新整理，再現現象的真實意義。

Heidegger 在 Husserl 的現象學基礎上進一步提出「詮釋現象學」[50]，其認為人類所有的經驗都是詮釋性，執著表象或純粹深度描述是不夠的，**必須在生活世界中透過「存而不論」真正開放多元的詮釋論述，開展出可能的整體論述形式**（高淑清，2008），同時亦強調「**回到經驗現象自身，與原本的經驗重新接觸，讓經驗自己發聲**」（高淑清，2008，頁 52），這意味著研究者須將自我的價值評斷與理論框架先擱置一旁，全心領會與探索研究對象的生活世界，才能讓多元的生活經驗（lived experience）真實浮現。

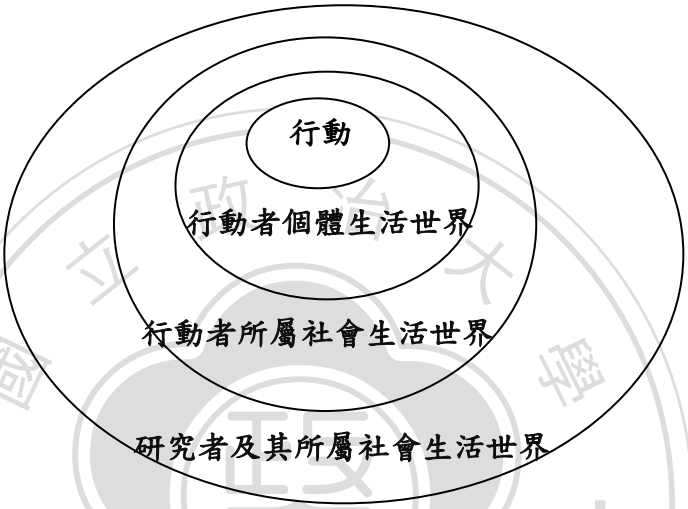
此外，詮釋現象學受詮釋學影響，重視溝通與了悟（verstehen），了悟是一種客體對主體立場的理解與頓悟（潘淑滿，2003），換句話說，了悟即尋求「互為主體意義的理解」。而生活世界的「意義」來自人與人之間共創的互動過程（潘淑滿，2003），若欲達到對他人的理解相互理解，可藉由 Gadamer（1989）提出之**「視域的融合」（fusion of horizons）**方法（引自畢恆達，1995）。

[49]現象學中的「存而不論」又譯作「還原」，意指研究者應跳脫日常生活中慣常的觀點與學科中的論斷，回到事物的源頭—一個無法再進行化約的生活世界（鄒川雄，2005）。而「懸置」則代表一種終止判斷、抱持保留與懷疑的態度（高淑清，2008）。

[50]德國哲學家 Martin Heidegger（1889-1976）主張人是被拋擲於世的個體，必須由「詮釋」的過程來理解人類「在世存有」（being-in-the-world）的根本存在，故歷史性超越了客觀科學性（畢恆達，1995）。也唯有透過理解的過程，人類方能與世界及他人產生連結（鄒川雄，2005）。

二、視域融合與深描詮釋的方法

視域（horizon）是一種範圍、背景－圖像（background-figure）間之關係（高淑清，2008），為個體從一個特定的角度放眼望去的視野，當人移動時視域也跟著變動與轉換（畢恆達，1995）。而當研究者欲朝向研究對象的視域走去時，如何從表面描寫到深厚描寫[51]、從描述到深化的詮釋呢？鄒川雄（2003）提出四個主要視域層次間的融合，如下圖八所示：



圖八　生活世界深描詮釋的四個層次/四個視域間的融合

資料來源：鄒川雄（2005），頁 27。

（一）行動：包含欲研究的行動、創作、事件與制度的泛論與表面描寫，或稱淺描（thin description）。

（二）行動者個體生活世界：逐漸刻畫出行動的細節與深厚描寫（如：感受、脈絡、互動、關係網絡等等），令讀者感到栩栩如生、身歷其境。

（三）行動者所屬社會生活世界：達到「深描詮釋」與「互為主體性」（inter-subjectivity）的境界，為整合歷史脈絡與互動的過程，行動者的主觀意義與其置於社會生活世界的客觀意義將呼之欲出。

（四）研究者及其所屬社會生活世界：即反思的（reflexive）深描詮釋，行動與研究者與讀者自身的生活世界產生關聯，建構出新的意義。

[51]深厚描寫簡稱「深描」，是一種「對研究對象進行整體性、情境化的、動態的描述，力圖將讀者帶到情境現場，產生身歷其境之感」（齊力，2005，頁 14）。

綜觀上述對本研究於方法論上的啟發，**現象學**的要義為「在具體中抽離出現象，在現象中直觀本質」（高淑清，2008，頁 19），遵循的方法為 Giorgi（1997）提出的哲學分析步驟：現象學的描述、存而不論的態度與科學性本質；**詮釋現象學**則進一步強調多元的詮釋論述、互為主體意義的理解、以及鄒川雄（2003）提出四個研究者與被研究者之間主要視域層次間的融合。

而不論是現象學或詮釋現象學均認為研究者應從生活世界出發，在自然情境中深入探究人類的生活經驗與意義，重新反思理所當然的事物。故研究者以詮釋現象學觀點進行現象描述時，除了蒐集研究對象的思想、感受與行動事實外，更要運用「開放的態度」將背後架構、自我與研究對象之詮釋串連起來，瞭解共築生活經驗的本質與意義（高淑清，2008）。

參、 深度訪談法（in-depth interviewing）

英文中“interview”的原意就是相互交換對方的觀點，為一來一往的互動、導引溝通的需要，受訪者甚至可反過頭來詢問田野工作者問題，不僅是田野工作者單向地詢問與受訪者回答（謝國雄，2007）。「訪談」（interviewing）為「互動式」的交談，是受訪者與訪談者共同建構意義、彼此相互理解的過程，且無法脫離當時情境與現象脈絡（Mishler, 1986；引自畢恆達，1995）。

而「深度訪談」是研究者與受訪者間「特定目的」的會話，焦點為受訪者以在地語言表達自身的經驗感受（Minichiello et al., 1996；引自王仕圖、吳慧敏，2005），同時亦重視研究者與受訪者雙向交流、平等互動、彈性調整與積極傾聽（潘淑滿，2003）。但深度訪談並非諮商或會談，其特定目的僅為經驗描述與建構意義，並非對他人進行處遇或影響改變。

一、深度訪談的四個層次

所謂訪談「深度」的意涵，John Johnson（2002）認為至少有四個層次的意義（引自王仕圖、吳慧敏，2005，頁 99）：

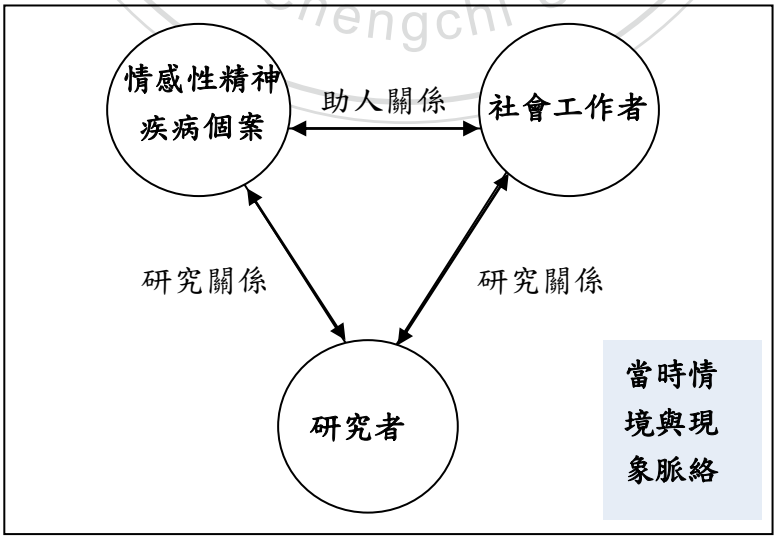
（一）尋求受訪者每日的活動、事、地所持有的理解與看法

（二） 目標在探索潛藏在表層觀點下所蘊含的意義，以理解該經驗的本質。

（三） 揭露與反省一般普通常識的假設、作法和討論方式。

（四） 捕捉及表達對某些活動、事件、文化物件的多元觀點。

本研究的訪談過程涉及社會工作者與情感性精神疾病個案複雜而獨特的自身經驗，故於資料收集方法上採用「深度訪談法」較能突破結構化與單向問答的限制，獲得彼此的理解、超越與解構常識、重構多元觀點等深度意義。此外，研究者將受訪者生活情境脈絡中的事件與行動相互串連，以形成完整圖像與獲得重要訊息（潘淑滿，2003）。而本研究之訪談是研究者基於「研究關係」對情感性精神疾病個案、社會工作者的雙向互動，研究者另站在參與建構和詮釋「助人關係」之現象的角色，公開身份地與兩造互動，如下圖九所示：



圖九　訪談互動與關係圖

二、深度訪談的策略

關於深度訪談法的策略，Spradley（1979）認為親善對話（friendly conversation）的部分元素可適用於深度訪談，例如：問候（greetings）、表示興趣（expressing interest）、輪流（taking turns）與道別（leave taking），但民族誌（ethnography）[52]的訪談元素更多了：明確的目的、民族誌解釋（反覆說明與澄清）與提出問題。民族誌問題分為三種（Spradley, 1979, p.60）：

（一）**描述性問題（descriptive questions）**：訪談一開始可詢問描述性問題，透過受訪者經驗陳述獲得大體方向感，之後可進一步追問更細微問題。

（二）**結構性問題（structural question）**：確認回答的範圍都能被充分提及，藉此資訊可發現受訪者組織與建構經驗知識之方式。

（三）**對照性問題（contract question）**：詢問對照性問題可區辨出經驗世界中事件的差異性，利於進一步瞭解與比較。

此外，Minichiello 等人（1996）提醒「豐富的回應是來自於問受訪者一些含『如何(how)』、『何時(when)』、『什麼（what）』等開放式的問題，而不是問一些無法回答的『為什麼(why)』問題」（引自王仕圖、吳慧敏，2005，頁 104）。而在探問時，更重要的是表示「**文化無知**」（**cultural ignorance**）的態度，文化無知並非一無所知，而是代表一種社會位置的差異，提醒訪談者需以田野為師，並以此差異性創造共同敘說的需求（Spradley，1979）。

筆者認為民族誌擁有豐富的傳統，且適合與詮釋現象學的觀點相結合，故訪談進行時以親善對話為基礎、民族誌問題為架構策略，敏覺訪談情境與文化脈絡之影響，做出彈性之應變。而深度訪談結束後，研究者為求慎重，寄送訪談逐字稿請受訪者再次確認，並用電話、郵件或電子郵件進行追蹤訪談，把前一次的訪談中所產生的疑惑，帶入下一次的提問裡，重視研究中的對話與互惠。

[52]民族誌是一種描述文化的工作，相信人可透過文化創造意義，研究目的在於捕捉文化以理解在地人的觀點（Spradley, 1980）。其源自於人類學家 Malinowski 提出的在地觀點與參與觀察法，重視由日常生活中的行為、信念與文化瞭解當地的樣態（潘淑滿，2003）。

第三節　研究設計

壹、 研究對象

一、 研究對象之性質

（一）研究對象篩選指標

本研究之研究對象有二，一為社會工作者，二為情感性精神疾病個案。筆者參考 Kersker（1994）、Noiseux et al.（2009）、SAMHSA（2005）、Song 和 Shih（2009）對復元者的定義與標準，可形成以下篩選研究對象之指標：

1. 社會工作者

本研究之社會工作者需同時符合以下標準：

(1)受雇於優勢觀點為基礎之社會工作實施場域。

(2)曾經接受優勢觀點相關課程與訓練，並認同優勢觀點之社會工作者。

(3)現有或曾有情感性精神疾病個案的接案經驗，並運用優勢觀點個案管理進行處遇。

2. 情感性精神疾病個案

本研究之情感性精神疾病個案需同時符合以下標準（由社會工作者篩選）：

（1） 現有或曾經**罹患情感性精神疾病**：經精神科專科醫師依據《精神疾病診斷準則手冊》（*DSM-IV-TR*）或《國際診斷疾病分類》（*ICD*）診斷罹患憂鬱症（出現重鬱發作或精神官能症中輕度憂鬱之症狀）或躁鬱症（出現重鬱與狂躁發作之雙極症狀）之個案，包含部分緩解中（in partial remission）之情感性精神疾病個案。

（2） 現有或曾經接受優勢觀點個案管理的處遇，且處遇暫告一個段落或結案，能與社工取得聯繫。

（3）現有或曾經經歷過復元的狀態：

A. **症狀穩定**：至少連續八週沒有出現重鬱或躁狂症狀，且個案有能力管理與控制自己的疾病。

B. **擁有自我覺知/自己感**：擁有病識感且能接納自我疾病，瞭解自己的優點與限制，對未來懷有希望、目標與規劃，並能嘗試行動。

C. **社區生活**：居住於社區中，保有安全穩定的住所（如：自宅、租賃、寄居、宿舍或其他廣義的住所）或工作。

D. **社會參與**：擁有有意義之社會角色（如：親職、負擔家計者、志工等等）或規律的社會參與。

以上社會工作者與情感性精神疾病個案均需**同意參與本研究**，並具備基本聽與說之中文能力。此外，研究對象同時排除：1.有嚴重身體健康問題以致於影響溝通者、2.智能不足者。

（一）研究對象描述

本研究之研究對象包含 3 位情感性精神疾病個案及 5 位社會工作者。個案中有 1 位為憂鬱症輕度、2 位為躁鬱症輕度及重度，罹病時間普遍較長，分別為 15 年、32 年及 30 年，職業以家管、電子加工及家庭代工之勞力工作為主，均居住於中部，共有 2 位女性、1 位男性，其中有 2 人關係為對夫妻，平均年齡為 49 歲，教育程度有 1 位為空中大學（商科）、2 位為高職（電子科與機械科）畢業，宗教信仰上有 1 位為天主教、2 位為基督教。

其中 5 位社會工作者服務領域以兒少、婦女及家庭綜合類為主，從事家庭暴力、性侵害及家庭相關服務，有 3 位任職於公部門、2 位為民間單位，社工年資分佈於 2 年到 13 年間，平均年資 5.4 年，服務地區分佈於北、中、南區 5 個不同縣市，其中有 4 位為女性、僅 1 位男性，其均為社會工作本科系畢業，教育程度有 1 位為專科、3 位為大學、1 位為研究所碩士畢業，宗教信仰上有 3 位為一

般民間信仰、1 位無信仰、1 位為佛教。

以上3位情感性精神疾病個案及5位社會工作者基本資料以受訪當時之背景資料為主，羅列如下：

表九　受訪個案基本資料

編號/暱稱	疾病類別	罹病時間	職業	居住地區	性別	年齡	教育程度	宗教信仰	受訪日期
C-1 / 蘭芝❖	憂鬱症輕度	15 年	家管	中部	女	55 歲	大學	天主教	101/12/22 面訪
C-2 / 阿珠＊	躁鬱症中度	32 年	電子加工業	中部	女	46 歲	高職	基督教	101/12/22 面訪；102/1/20 電訪
C-3 / 信子＊	躁鬱症輕度	30 年	家庭代工	中部	男	47 歲	高職	基督教	101/12/22 面訪；102/1/20 電訪；

❖備註：個案蘭芝與下表社工員筱元為訪談配對組。

＊備註：個案阿珠與信子關係為夫妻。

表十　受訪社會工作員基本資料

編號/暱稱	服務領域	機構屬性	社工年資	服務地區	性別	年齡	教育程度	宗教信仰	受訪日期
S-1 / 霍德	兒少、婦女及家庭	公部門	3 年	南部	男	29 歲	大學	民間信仰	100/3/20
S- 2 / 筱元❖	婦女及家庭	民間單位	5 年	中部	女	28 歲	專科	民間信仰	100/3/20
S-3 / 永陽	婦女及家庭	民間單位	2 年	北部	女	24 歲	大學	民間信仰	100/5/14

編號/暱稱	服務領域	機構屬性	社工年資	服務地區	性別	年齡	教育程度	宗教信仰	受訪日期
S-4 / 小銘	兒少、婦女及家庭	公部門	13 年	北部	女	41 歲	大學	無信教	101/3/2
S-5 / 心慈	婦女及家庭	公部門	4 年	南部	女	31 歲	碩士	佛教	102/1/26

二、 抽樣方法

研究對象的選取上，本研究採取**立意抽樣（purposive sampling）**與**滾雪球抽樣（snowball sampling）**。筆者藉由參與優勢觀點研討會蒐集的案例資料研判，尋找獲得最典型、具豐富資訊之代表樣本，同時透過筆者於社會工作實務場域之熟識者連結田野裡的關鍵報導人或守門員（如：社工員、督導、主管），透過他們的引薦以「滾雪球策略」尋找合適的受訪對象，若為個案則先請主責社工詢問其參與研究之意願。

採取立意抽樣的優點在於能充分運用研究者已知之資料、快速取得符合特殊目的之研究對象、以及在控制下形成理想之樣本名單（Monette, Sullivan & DeJong, 2005），然為增加抽樣來源的多元性，亦參考滾雪球抽樣中關鍵報導人或守門員之社會網絡中的推薦人選。

本研究於民國 100 年 2 月 14 日至 102 年 1 月 26 日期間，針對 3 位情感性精神疾病個案及 5 位社會工作者各進行一次或多次深入且完整的資料收集，每次訪談時間約 1 小時多到 3 小時左右。然因個案訪談比預期之可行性較低，故僅有 1 組個案及社會工作者能配對，為考量研究內涵豐富程度，原訂訪談 4 位社工增加至 5 位。

三、 進入田野之策略

研究者主要進入田野的策略有三點，詳如說明：

（一）具備優勢觀點或相關背景之知識

研究者對優勢觀點的內涵有所學習與運用，針對部分個案亦藉由案例研討的管道而有所認識，故擁有這些知識基礎能拉近彼此瞭解之距離、縮小語言溝通之障礙，便於進入當事人之觀點。

（二）累積接觸與曝光經驗

研究者於民國 99 年曾經擔任社團法人臺灣復元優勢觀點社會工作學會行政助理，與學會會員（欲研究之社會工作者）曾有通聯往來，在研討會與會議上亦與他們有實際接觸之經驗，彼此並不全然陌生，故可能提高田野的接納度。

（三）雙重身份之便利性

研究者於研究期間具備雙重身份—學生與實務工作者，前者有利於在開放求知、以田野為師之態度上取得資料與文獻，但又非全然處於實務無知的狀態，後者的身份有利於增進對實務場域與情感性精神疾病個案之敏感度。在雙重身份的基礎上，田野對研究者的信任感可能有所提升。

在一般情境下，田野報導人的「心之所繫」（stake）關心務實狀態（practical mode）中事務的完成，為常民世界的慣行，田野工作者的「心之所繫」則關心理論狀態（theoretical mode）中現象的理解與生活的反省；反之，一旦進入報導人與田野工作者互動的情境下，報導人將進入描述、反省其事業與生命的理論狀態，田野工作者則處於訪談與蒐集資料的務實狀態（Bourdieu, 1990；引自謝國雄，2007）。依此可見，報導人與田野工作者的理論與務實狀態反覆交疊，並在日常生活世界（the life world）呈現出差異，本研究的訪談對象（社會工作者與情感性精神疾病個案）與研究者間亦呈現此種區別的關係，故研究者當釐清自我的學術慣行與務實敏感之狀態，有目的性地涉入研究，反思性地進行深描詮釋。

貳、 研究工具

一、研究者本身

研究者本身即為最佳之研究工具，謝國雄（2007）提出「以身為度」的概念，說明研究者將自己融入田野工作中、經驗被研究者的經驗之重要性，此涉及研究者自身的生命與學術的共鳴，特別需要瞭解並力行田野中的兩層意義：

（一）研究者應善用自己的視聽嗅味觸之感官來感受田野的脈動。

（二）研究者知道報導人全面的同時，也讓報導人認識自己的各個層面，建立分享與互惠的關係。

第一層意義攸關研究者對田野的敏感度，第二層意義則破除傳統上研究者隱匿自我作為常人之情境，有助於平衡權力關係的傾斜，一如女性主義認為知識根植在社會文化脈絡的前提下，研究關係應是對等且互惠的（Haraway, 1991; Harding, 1991，引自畢恆達、謝慧娟，2005）。而在本研究中，研究者被賦予多重角色，包含：題目訂定者、研究設計者、訪談者、謄錄者、以及內容分析與檢核者，儘管看似理性客觀的程序中，依然存在研究者的前見與主觀詮釋，故當反省進入田野後可能產生的病理化標籤、文化視盲或文化震撼等挑戰。

總而言之，訪談與田野工作是一種含括「內容（content）、脈絡（context）與弦外之音（connotation）」的 3C 產業（謝國雄，2007，頁 50）。具備敏銳度的研究者能像社會工作者般，能準確意識與尊重受訪者的性別、年齡、種族、宗教、性取向與特殊身心疾病等多元面向（Gitterman, 1996），且從資訊中的蛛絲馬跡勾勒豐富的地圖，將「百姓日用而不知」的慣行放回學術與文化脈絡中重新理解。

二、訪談大綱

訪談進行前，研究者主動聯繫受訪者後徵求其同意（詳見附件一*參與研究同意書*），再寄出訪談大綱供參酌；訪談進行時，研究者採用「半結構式

（semi-structured）的訪談大綱」，以一對一、面對面之方式訪問社會工作者與情感性精神疾病個案，研究者不必刻意地照著大綱內容逐字依序地進行，而是依據現象場之實況彈性調整、進一步探問經驗之本質，甚至將前一位受訪者所提之議題帶入下一次的訪談之中，充實多面向的詮釋內涵。

半結構式訪談大綱之設計介於結構式與非結構式之間，優點在於提供研究者一個大方針，以利更加順暢、聚焦地引導訪談進行，但又不會侷限於結構化的制式問答中，較能蒐集到開放、深入、豐富之經驗（潘淑滿，2003），對於本研究探討雙向復元的經驗是合適的。本研究的訪談內容有社會工作者與個案兩個版本，均按照以下訪談架構進行（詳見附件二*訪談大綱*）：

（一）**助人關係**：對情感性精神疾病個案或社會工作者的想像、特殊的互動經驗、在優勢觀點助人關係中的角色、立場與關係發展，比較優勢觀點與一般助人關係有哪些相似、相異之處。

（二）**雙向復元經驗**：描述自己和他人復元經驗的感受、影響與成因，以及雙向復元對自我生命意義感。

（三）**反思與回饋**：反思助人關係中之成就感與動力，想像自己能給對方之滿意感與建議，以及任何對優勢觀點助人關係的想法與意見。

（四）**基本資料**：性別、年齡、教育程度、宗教信仰，社會工作者的服務領域、職稱、年資，個案的疾病類別、程度、罹病期間與家庭成員。

三、研究信度與效度之考量

質性研究是否適合以量化研究的信度與效度思維作為評估依據？儘管學界仍莫衷一是，但筆者認為運用信度與效度概念可增加質性研究的嚴謹性，同時提醒研究者進行研究應注意的重點。質性研究中將信度（研究的一致性及穩定度）稱作為「可靠性」（dependability），而「確實性/可信性」（credibility）與「外推性」（transferability）分別相當於量化研究的內在效度與外在效度（Guba, 1990；

引自潘淑滿，2003）。

（一）可靠性

「可靠性」意指研究者運用有效的研究工具與策略，獲得具穩定性、一致性之可靠資料。本研究之資料蒐集策略為運用一臺以上之錄音設備與非口語的觀察筆記獲得忠實之紀錄，並統一以逐字稿整理錄音檔；同時研究者也同樣採開放、傾聽與敏感之態度面對所有受訪者，並於研究後給予回饋與必要之聯繫。

（二）確實性/可信性

「確實性/可信性」意指研究者能從資料呈現的真實性，獲所欲觀察之內容。本研究首先在參與研究同意書中徵求受訪者同意，在自願下與研究者進行一對一面訪，並排除他人誘導或干擾的影響；此外，研究者依據文獻形成的半結構訪談大綱與「開放式」問句亦容許相當彈性，讓受訪者較無壓力地詮釋復元經驗。

（三）外推性

「外推性」意指研究者能將受訪者傳達的感受與經驗有效地轉換成文字描述。本研究充分告知研究過程之細節，並且將受訪者的感受與經驗以深厚描述方式紀錄盡可能轉化為「文本」（texts），包含口語的陳述與非口語的觀察。

簡而言之，本研究透過可靠性、確實性/可信性與外推性之檢核，盡可能成為「值得信任的」（trustworthiness）研究（LincoIn, 1995；引自齊力，2005）。此外，研究者之反思（reflexivity）亦為突破主觀偏見（bias）之方式。

參、 資料處理與分析

本研究的資料分析融入現象學中之「詮釋循環」（hermeneutic circle）分析方法，並結合具體之「主題分析」（thematic analysis）方式。詮釋循環乃詮釋現象學中的重要原理，另外，高淑清（2008）認為現象的認識與詮釋理解的循環中可透過「共同主題與命名反思」（頁 12）的主題分析技術，形構生活經驗的意義。

一、詮釋循環分析方法

質性研究所捕捉的是人「活過的經驗」或「生活經驗」(lived experience)，當每一次活過的經驗相逢（encounter）時，人們能給出不同的理解，甚至推翻過去曾經賦予的意義，故歷史性的經驗交疊著經驗，形成詮釋循環的動力[53]（余德慧，2001)。在詮釋循環下，部分（part）與整體（whole)、或圖像（figure）與背景（background）的**整合關係**得以顯現，如同心理學中「完形學派」的核心概念，詮釋循環分析方法可以「整體-部分-整體」的順序解釋之（高淑清，2008)：

（一）整體：首先針對文本進行整體閱讀，獲得生活經驗的整體層面觀感。

（二）部分：從整體性中萃取構成之「部分」現象，自主體之際共享與文本分析過程中產生共同的主題（themes）與類別（categories)。

（三）整體：將「部分」置於整體脈絡中，做出部分與整體間合理的融入與相對循環，透過抽象的直觀形成能被理解的整合意義。

「直觀」乃現象學與詮釋現象學中根本的原則。Husserl 認為分析現象表象可分為「再現」(representation）與「直觀」兩個概念，再現純粹是符號化的意指對象，如：文字或聲音，而直觀的定義是「將其對象作為它們的內在內容並包含於自身」(陳志遠，2009，頁 50-51)，故直觀在質性研究中乃一種把握事物本質的方法，為意指對象的內容存在。

人們在直觀中能**放下既有的知識、判斷與成見，以開放的態度領會事物新的意象內涵**，其方式即為前述說明的現象學描述及存而不論與還原的態度，對範疇內進行現象的本質直觀，範疇外的內容則存而不論，故回歸經驗自身的本質既是一種開顯、也是一種遮蔽（余德慧，2001)。

[53]余德慧（2001）對詮釋循環的註解之一為「當下不能理解的東西，永遠是在我們離開的當下，又碰到「再」(re-）的時候，理解才發生。」(頁 104)。

二、主題分析

Ezzy（2002）定義主題分析為一種研究者嘗試**從蒐集資料中以系統性的觀察與紀錄定義出主題的過程**，而編碼是分析過程中重要之技術，此為「分拆解與重新組合資料的過程」（p.94），即編碼能將片段的資料再次排列，形成資料異同的對照，為研究者帶來新的理解。主題分析純粹運用紮根理論（grounded theory）中的三層次編碼（coding）方法作資料分析，但其最終不以建構理論為目的。吳芝儀、廖梅花（1998/2001）將紮根理論的編碼技術分為以下三種：

（一）開放編碼（open coding）

以「逐行分析」方式發現原始資料之概念（concepts）並命名、發展概念本身，此種被標定的現象過程為概念化（conceptualizing）；接著，將具有相同性質之概念加以群聚、累積，形成更高層次且抽象的類別。

（二）主軸編碼（axial coding）

研究者依據形成的類別為主要軸線，有系統地整理概念與概念間之關係，充實與比較其中的面向（dimensions）與屬性（properties），排除層次較低的概念，接著拆解為各種與主要類別相關的次類別（subcategories），而此連結屬於概念抽象的層次，帶有研究者的主觀判斷。主軸編碼常用的技術為：交叉分析架構、圖示陳列法等等。

（三）選擇編碼（selective coding）

選擇編碼在主軸編碼的基礎上，接續建立最具分析與解釋力的「核心類別」及其次類別，做最後案例資料與概念架構的整合（integration）。核心類別具有與其他類別高度連結、抽象性與邏輯性之特徵，浮現於資料中的頻率與變異性的解釋力也高於一般類別。研究者可運用的技術為：重新檢閱資料或繪製統整圖表後的反思帶出故事線（storyline），且在現有精鍊架構中持續完備其邏輯與一致性。

而質性資料中的「主題」究竟是如何形成的？Orona（1990）認為紮根理論仰賴晦澀不明的直觀、預感與創造力產生出主題，這種方式的優點在於能創造新的想法與融入解釋，缺點是不容易釐清與費時費力（引自 Ezzy, 2002）。吳芝儀、廖梅花（1998/2001）亦提及資料分析的過程同時具有創造性與流動性兩個特色，三層次編碼並非截然壁壘分明，而是可以自由運用、互通有無的分析技術。

有鑑於此，**主題分析高度仰賴研究者本身對現象之詮釋，研究過程既是建立在嚴謹的資料堆砌上，也是富有創意與生產力的建構過程**。Alfred Shutz 提出的「二度建構」（second-degree construct）概念指出，研究對象的主觀詮釋為一度建構，而研究者的詮釋則必須建立在研究對象的詮釋基礎之上，故為二度建構（齊力，2005）。故研究者應清楚意識到一度與二度建構之存在及差異，並持續地於研究分析過程中納入文獻資料，以使編碼與最後的統合呈現漸趨縝密。

第四節　研究倫理

Reese 和 Fremouw（1984）將「倫理」（ethics）定義為一種適切或不適切的行為準則，社會大眾必須對其遵循並負有道德義務（Monette et al., 2005）。而質性研究中，研究者為主要的研究工具，為蒐集完整且深度的資料而深入受訪者的內心世界及生活現象場，一旦有閃失很可能造成研究者與受訪者雙方的傷害，因此研究必須正視「研究倫理」（research ethics）的重要性。本研究中規範研究者之研究倫理說明如下：

壹、告知後同意

訪談正式進行前，研究者簡要告知受訪者本研究的內容及目的，並使用「參與研究同意書」說明受訪者自身權益保障與研究之進行方式，取得其簽名同意，希望能出於受訪者自願的參與和對話。且受訪者若於訪談期間出現任何身心不適

或顧忌，有權利隨時終止錄音或訪談。

貳、保密原則

由於本研究主題「雙向復元」屬於個人內心較深層的經驗，故告知受訪者，足以辨識身份相關之資訊和未取得個人同意以前的隱私內容不會公開，並以隱匿或化名方式處理。研究者謄寫完逐字稿後，以紙本或 E-mail 之方式寄送給受訪者做再次的資料保密確認，研究結束後訪談錄音檔立即銷毀。

參、避免傷害與風險

研究進行前研究者告知受訪者，如果有痛苦經驗在訪談中被挑起，其有權利隨時停止敘說，不會被責難，研究者亦會對受訪者的情緒或反應做當下的處理，事後與其主責社工或單位主管誠實告知。再者，研究者本身的身份與角色與受訪者較無利害關係或業務往來，可使研究關係較單純，保護受訪者之權益。

肆、誠信與互惠

研究者從受訪者的經驗中提取研究有效的資料，而受訪者由研究者身上往往也可獲得有形或無形的回報，雙方為研究中的互惠關係。故研究者除了對受訪者真誠以待與口頭的感謝、肯定外，亦提供實質禮品餽贈，並且有責任誠實地報導研究發現，與受訪者及社會大眾共享研究成果。

國立政治大學
National Chengchi University

第四章　研究分析與發現

本章分為三節加以說明：第一節分析研究中之助人關係之內涵，可分成四個歷程；第二節分析情感性精神疾病個案與社會工作者的雙向復元歷程，以兩者互為主體之經驗交織而成；第三節進一步分析機構政策與文化對兩者復元的影響。

第一節　助人關係之內涵

助人關係宛若一場「穿越生命隧道之旅」，從一開始在幽暗的隧道中跌跌撞撞地前行、歷經長不見底似地摸索、被隱形的牆擋住去路，充滿未知、害怕與挫折，一直到方法之光指引著隧道出口，終於到這段旅的程盡頭，個案與社會工作者飽滿著精神與力量邁向各自新起點……。本文就優勢觀點社工與個案的互動經驗中，分析助人關係之內涵。

壹、展開隧道之旅：助人關係之建立

一、 建構中的關係圖像

（一） 妖魔化－未知的害怕與負面觀感

一開始社會工作者對於特定的案主存有某些「妖魔化」的想像及刻板印象，帶著這份前見進入個案服務中，心態上顯得戰戰兢兢，如同受訪社工小銘所擔心的：「會覺得不知道什麼時候他會發生什麼事情。」令人有無限想像空間。而對情感性精神疾病個案的一般印象，多令人感到害怕的、難以掌握，是處理起來有諸多顧忌的高危險群，並預設「躁鬱症」個案有衝突、攻擊之傾向，隨後又深陷悲傷中，無限迴圈；「憂鬱症」個案則是環繞於特定未盡事宜、固著於低落情緒中，容易鑽牛角尖、認知窄化，習於依賴他人等等：

我之前想像她們是比較**難搞**的，可能情緒一來就會有一些，**情緒**很大的**波動**，我會沒辦法處理可能會有**衝突**的場面或什麼。（S-2：筱元）

我會擔心，會擔心會有**攻擊**傾向……講難聽一點「**肖ㄟ**」（臺語發音）……我幹嘛去跟他講這麼多呀，他一發病可能一整個都**忘記**了。（S-1：霍德）

他們會「**固著**」在一個情緒這樣……很黏、很黏，可能她**鎖定**妳，就會把所有情緒丟在妳身上，然後她會持續在一個很**負向的情緒裡很久**。（S-3：永陽）

憂鬱症的話他的動力比較低落，情緒都一直處於**無力感**之中，加上他們也非常的**固著**，他們看到的世界就是這麼**窄**；躁鬱就比較、我覺得他的**衝動性**比較強，衝動過後容易深陷在他就是那種認知上的「**輪迴**」，我會覺得他又深陷、掉在在那種非常**悲觀**……想**自殺**的負面想法。（S-5：心慈）

受訪社工霍德和小銘也坦承對情感性精神疾病個案會有「預設立場」，尤其是在正式接觸個案以前便「事先」知道個案有感性精神疾病，擔心與壓力都比一般個案重，另一方面也擔心歸咎於己。

我們接到一個通報表，上面可能寫說有精神疾病，大家多半怕得要死……會有這樣預設心理。（S-1：霍德）

心理上會有一些恐懼和排斥上……妳會擔心他會不會有毆打人、鬧自殺或一些特別的行為，結果到是「**歸責**」在妳身上……如果妳「事先」知道她有（情感性精神疾病），我覺得那個**責任和壓力**會大很多。（S-4：小銘）

即使社會工作者帶著模糊的負向標籤進入個案服務中，這些關係圖像仍會不斷被重新建構，從實際的互動過程經驗個案的多元面貌，可能映證自己的前見，

也可能打破對情感性精神疾病個案的想像。

（二） 包羅萬象－個案的複雜與多元現象

情感性精神疾病個案除罹患憂鬱症或躁鬱症外，其他層面的態樣更是包羅萬象，霍德、永陽和心慈發現個案的「共病」現象十分普遍，例如：合併有身心症、精神分裂、被害妄想、幻聽等等，且有自殘及自殺行為；於情緒層面，是類個案較容易激動、憤怒、悲傷、受挫與無力感；於人際關係層面，則是出現封閉、不信任的親密關係、以及缺乏傾聽與陪伴的對象，一再重述負面想法。

> 她就是有一點**躁鬱**，**被迫害妄想**……會開始胡思亂想，然後她就自殘，她就覺得講完之後，對方對她的評價就不好了，對方開始要**陷害**她了，所以相較我很緊張……還有這個**重度憂鬱**的，有**幻聽**，她就哭，告訴我說她每天都想**自殺**，她說她木炭都買回來了。（S-1：霍德）

> 她不是一般人家那種憂鬱，她是**整天二十四小**時，我第一次跟她接觸時，我進到案家看到她整個人是**灰色的**，明顯就是生病了，然後她講話都沒有力氣，她所說的話都是**負向**的……她只要陷入那個情緒全身會**發抖**，而且她會覺得**心臟很痛**。（S-3：永陽）

> 她容易出現**憤怒**啊，或著是非常的**低潮**或完全**無力感**，很無力的那種傾向是很**嚴重的**，我說的嚴重就是她會說：「社工，每一項我都不會，妳幫幫我（臺語發音）。」（S-5：心慈）

社會工作者實際接觸個案後，除了發現其病況的「複雜性」與「多元性」，小銘與筱元不約而同地由原先擔憂自我的人身安全，轉而擔憂個案的自殘或自殺危機，於此壓力下心情感到格外緊張、焦慮，心慈甚至因為目擊個案跳海自殺剛被拯救上來的畫面，而深受心靈衝擊。

> 可是在**感性面**的那一面上，當妳接觸到這樣狀況的人，還是會覺得**有壓**

力……自己感覺上覺得比較難處理、比較棘手，會跟一般的個案比較不一樣，嗯，妳會**擔心她自殺或自傷……**妳會**隨時擔心**有沒有什麼地方會觸動到她某個點，**讓她可能想不開**。（S-4：小銘）

我覺得剛開始的時候很擔心，**我有能力處理這件事情嗎？**我到底要怎麼去評估她自殺的風險，那我要注意什麼地方？我會去想說，怎麼去預防、做努力……但是**當下就是會很緊張**。（S-2：筱元）

她說沒有意義、沒有希望，她存在的價值感一點都沒有，她就做**自殺**行為……對**我自己的「衝擊」也很大**，因為（跳海）自殺個案，她的全身都是泥沙，剛救上來的時候那個神智都沒有很清楚。（S-5：心慈）

（三） 破除迷思－負面框架的拆解

除了感受到個案問題的多元與複雜，受訪社工小銘和心慈接觸情感性疾患後，透過觀察情感性精神疾病發病與未發病時之真正態樣，反而打破原本負面框架與預設立場，重新瞭解到：會有極端及攻擊行為僅在少數個案，沒有想像中的誇張；或與不同精神症狀對比後，發現情感性精神疾病個案並非全然難以處遇，有些類型反而較易找到處遇的「著力點」。例如：心慈發現個案是有分「程度」的，最難處理為嫉妒妄想型個案、再來為躁鬱症個案、最後是憂鬱症個案，而面對「輕度憂鬱症」個案，只要能夠與之建立穩定、信任與支持的助人關係，他們復元的動力與意願都較高。

我覺得那種**刻板印象**會比較**打破**，真正接觸後比較有很大的**落差**……只有在**少數的人**，而且是在**發病的狀況下才**可能會有這樣的行為，實際上大部分的人，尤其是憂鬱症的患者，他攻擊的行為其實不大的。（S-4：小銘）

我就會發現，很有趣，發現「**一山還有一山高**」（笑），因為我覺得**憂鬱型**的個案已經蠻難的，後來發現**躁鬱型**不簡單，後來又發現最近又再處理

精神**嫉妒妄想**的這個部份的個案，又發現「更難」！憂鬱的個案是比較輕症狀的話**還算好處理**。（S-5：心慈）

相對的，個案接觸到社會工作者後，同樣也是打破刻板印象與迷思，體認到其真的是誠心誠意地幫助自己，而非虛應故事：

我就是打破那個對社工,我覺得說社工和一些行善人士應該只是表面一套、「表面功夫」而已啦，然後我就**打破**那個**迷思**，會覺得說筱元（社工化名）不是這樣的人，那應該別人也不是這樣的人，他們是**真的要「幫人」**（加重語氣）的。（C-1：蘭芝）

（四） 異中求同－疾病常態化

另一種情況中，社會工作者能對情感性精神疾病個案建構起一套理性的圖像，切割個案「發病期」與「正常期」的狀態，並將後者視作為一般健康人。霍德和心慈藉由學校實習或罹患精神疾病的親戚、朋友身上，吸收相關知識與互動經驗（如：急性期、未發病之一般狀態），瞭解他們在穩定服藥時「正常」的一面：

知道他們就是**有急性期跟一般時候的分別**，所以會**強調是正常人**……有定期服藥跟沒有服藥的差別很大，那有在服藥他是**穩定**的狀況的時候，我就把他當作是一個「**功能正常**」的人。（S-1：霍德）

受訪社工永陽及筱元則於實際接觸情感性精神疾病個案後，體認到他們僅是現實生活上遭遇挫折，跟一般人一樣需要適度休息與抒發，只是情緒的困擾較嚴重；小銘亦嘗試將個案普同化，她認為每一個人均有憂鬱或躁鬱的可能，畢竟一般人在日常生活中本就有高低起伏的情緒，心情低落時可能接近憂鬱、生氣時會摔東西、甚至來回擺蕩等等,惟沒有嚴重到被診斷為情感性精神疾病。

她就是有能力的人，她現在就是在她的生活當中她可能受傷了，所以她**需要時間休息，就跟我們每個人都一樣**。（S-3：永陽）

其實她們**跟一般個案沒有兩樣**，只是說她們可能在情緒方面可能有一些波動。（S-2：筱元）

我一直以來都覺得**每一個人或多或少都有一些憂鬱或躁鬱的存在**，只是有沒有嚴重到有這樣的症狀。（S-4：小銘）

二、 有你同在－陪伴是助人關係的起點

人大多時候都是害怕孤獨和被遺棄的，優勢觀點強調社會工作者透過「陪伴」與個案建立真誠與平等關係，非把與人之互動僅當成是工作之一部份。而初期建立關係的陪伴，實質意涵主要為：1.破冰—積極傾聽與訴說、2. 放下—縮小權力關係的落差、3. 耕耘—建立完整的助人關係。

（一）破冰—願意傾聽與訴說

1.大量並積極地傾聽

關係培養的過程中，社會工作者剛開始不會直接給予太多指導性的干預，而是「傾聽」個案如何說，並且在找對時機點給予適當的關懷，進而打破個案的防衛心。有鑑於情感性精神疾病個案於「發病期」負有生病角色，所以永陽相對地做好投注較多時間陪伴的心理準備：「我會覺得他們就是生病了……我比較多的角色是**陪伴**，就是**一直聽她講，幾乎都是聽她講**……**沒有太多的「指導」**說她要幹嘛。」小銘和心慈也認為情感性精神疾病個案具有「特殊性」，需要抒發大量的情緒，故願意花更多的時間和耐心專注地傾聽是類個案的心聲，才有機會向前更進一步：

這個個案她有些**特殊**性，所以花了很長的時間……講了三個多小時的原因，

當中有很大一塊我擔心她如果沒有講完，她出去的時候可能有些狀況……我很有**耐心**地聽完她**倒完所有情緒上面的「垃圾」**，讓她能夠把一些長期的complain、或是一些話發洩完，她的**壓力**就會**抒解**掉。（S-4：小銘）

她（個案）對於**愛的渴求**，對於人願不願意**傾聽**她說話，她很需要！我覺得我第一步建立關係的方式，就是**大量的用傾聽**……「**她說、我聽**」的方式，讓她發洩她的情緒，**一定要讓她抒發**，再來慢慢慢慢再回到我們工作上聚焦。（S-5：心慈）

從個案的角度來看，蘭芝感受得到社會工作者的把自己的遭遇「聽進去」並給予關心和解套，光是這一點便能讓她有所感動並覺得助人工作者的偉大：

自從我遇到她，我就覺得**社工很偉大**，可以聽譬如說妳要傾聽別人講話，有的人沒有耐心……可是社工不是，**她會很耐心地傾**聽，就像妳現在這樣傾聽我跟妳說了什麼，**很認真的在聽**，所以我覺得可以當社工的都**很了不起**！（C-1：蘭芝）

2. 願意敞開心胸訴說

對於個案而言，一開始可能非自願性地落入助人關係中，隨時間經過、密集接觸而彼此瞭解，逐漸感受到社會工作者不厭其煩地的同理與真誠協助，以及想要進一步瞭解自己的興趣，他們也漸漸自然地願意開放自我、說得更多且更深入；而個案越是有意願自我主動地吐露情況，社會工作者可不用再耗費力氣地獲取資料，而這些主動的訊息與評估也越完整，有助於建立未來工作目標與資源運用：

我在那邊的時候，她（社工員）**每個禮拜都會來看我**、跟我聊天，問我那邊的情況，那我就會跟他講，或是問我家庭的情況，那我們就會「**坦誠相見**」，都會**把心裡的話都跟她講**。（C-1：蘭芝）

我就會比較多**同理**的角度，OK，就是沒有關係，就是**慢慢**跟他建立關係……

他也會感受到妳的**真誠**的話，那其實會慢慢影響到**他願意跟妳碰面、越來越開放**。（S-5：心慈）

久了之後，這個東西慢慢會被打破，就是他們不太會像以前跟你講話這麼拘束，可以**談些東西**。（S-1：霍德）

讓她講的**時間越長**，她可以談出來的東西越多，所有的東西都在我們**談話和釐清過程**中她自己**慢慢地講出來**的。（S-4：小銘）

從那個**時機點**跟她**建立關係**，就會覺得**「順暢」很多**了，她就、她好像把她的……，就是有什麼事情會**開始找社工說**，或是說我們一直**不斷的不厭其煩地跟她聊**、跟她談啊。（S-5：心慈）

（二）放下—縮小權力關係的落差

個案的態度一開始往往是有些陌生、戒備的，社會工作者需要暫時「放下」自己高姿態的專業角色，個案較可能打破對社工權力的假想與關係的束縛，進入平等的助人關係中。從優勢觀點社工的經驗裡，他們體驗到自己與個案的關係距離逐漸縮小，專業的外袍得以卸下，例如：受訪社工霍德從一個公部門社工的角度來看，不再覺得自己是高高在上的權威角色，而是「可以很真誠地與他們工作」；另外，筱元也從瞭解個案的生活經驗中體會到平等的真諦：「會用很多的方法去瞭解她的生活點滴……真正我覺得在做優勢觀點那種『**平等**』的感覺。」

當此一權力落差降低後，個案首先體會到的是一種始料未及的「受尊重感」，如同受訪個案信子說的：「社工對於我們的訪問是很尊重，沒有那種被歧視的感覺。」甚至這種歧視是深深內化的，受訪社工心慈的個案從童年起到進入職場、步入婚姻，一路上受盡了不平等的家庭暴力與性虐待，對於自己存在的價值感低落，所以當社工出現並將她視為「正常人」互動且重視時，心慈描述個案的感受：「她就覺得這個關係是她在外面所沒有的，也沒有遇過這麼的、就是把她當作真

正的一個人，用很尊重她的一個**平等**的角度被看待。」

此外，在優勢觀點社工的服務經驗中，「非語言」的會談技巧運用在縮小權力關係的落差上具有畫龍點睛之效果，無聲勝有聲，往往最深的理解埋藏在在沈默之中。透過簡單的眼神、肢體接觸，例如：摟肩、拍背、握手等等，即勝過千言萬語，社工不必說話干擾或評斷，便可自然而然地傳達出同理、支持與接納的態度，以及「你並不孤獨」的訊息，這種平等且親近的舉動能加速彼此的關係建立[54]。

> 我有一些服務的經驗了，然後我會用一些肢體的語言跟這個人接觸，譬如說她難過的時候會摟著她、拍拍她背啊，或談話的時候會一直握著她的手啊，跟她接近……剛好她也是這個特質，所以可能是關係建立得更快的原因。（S-2：筱元）

（三）耕耘—建立完整的助人關係

陪伴有助於落實個案服務的完整性，一旦運用優勢觀點，霍德發現自己能夠更完整且有耐心地傾聽個案，與先前來去匆匆的個案服務有所差異，對於案家也能沈澱更多的觀察、理解：

> 做優勢之後，他們（個案）就覺得我在服務上很**完整**，很**願意陪伴**他們，覺得我**耐心變多**了……我覺得**「陪伴」很重要**，對他們來講不希望我只是來一下，我自己也需要更多的時間去觀察最近的改變。（S-1：霍德）

經由完整陪伴中的交談，可充實「相互理解」的豐富程度，例如：運用優勢

[54]如同 Louise Carroll 形容：「身體上的觸碰和愛的關懷一定讓他的內心為之溫暖。往後，他也許**記不得當時人家說了什麼，但他將會記住那份溫暖和親近**。那將會有一層愛的薄霧蓋在他的悲傷之上，幫助他度過艱難的時光。」（引自劉育林，1999/2002，頁 25）惟身體碰觸需有一定的關係基礎並評估對方的接受度後較合宜進行。

觀點的評估架構，可擴展多元會談主題，如：日常生活、興趣、才能等等，透過分享與交流，個案被完整地放入脈絡與時空中理解，找出被忽略的正向經驗，而非片斷而武斷地評估：

> 會去談她有興趣的東西……我**自己**就會去**分享**以前類似的經驗，我覺得那個話題是很多元的，因為透過這個話題妳更瞭解這個人的一些**脈絡**、她的**生長背景**。（S-2：筱元）

貳、 幽深隧道之衝撞：助人關係之挑戰

一、 層層防衛？關係建立之困難

部份情感性精神疾病個案對於過去的傷痛執著性強、缺乏療癒的信心、自卑感等，故於人際關係上充滿不信任與防衛，認為社會工作者難以瞭解及幫助自己而抗拒之、或對於會談內容感到厭煩、失去耐心等等，受訪個案蘭芝回想到自己當初拒絕專業者介入的心情：

> 我想說，**沒有人治得了我**，連醫生都救不了我，我沒辦法，連我自己都搞不清了，我就想說像社工、心理諮商師他們也是，他**每次都說「同樣的話」**，我就**覺得很煩**（研究者問：「她說什麼話讓妳覺得很煩？」）就是問這個、問那個，然後每次都說那些譬如說說**「臺面上」的話**啦……**社工來不是一樣嗎**？會有什麼用？只是**口頭上講一講，事實上她也不能幫到什麼**。就今天自己**想輕生的話**，就**自己的事情**啊，**別人幫不了妳**。（C-1：蘭芝）

多數優勢觀點社工亦能感受是類個案在一開始的防衛心較重，關係接觸較困難，需要花較長的時間耐心地傾聽、陪伴及關心，以建立信任關係：

> 他們需要**花比較長的時間**，剛開始一定要**耐心**聽他們說，讓他們信任，不

然他們在很長期的被背叛或不被信任的時候，如果我們要接觸會**比較防衛**。（S-2：筱元）

一開始接觸，她很明確，她其實**有一點拒絕**……一開始花比較多的時間建立關係像我跟她，對，都是**以「家訪」為主**，都是直接跑去她那邊，讓她知道說我是**真的關心她才來的**。（S-3：永陽）

她的態度一開始是「**不信任**」的，**不相信我們**，也會對我們有一些**防衛**……因為她講話有構音障礙，所以她又認為說：「妳是不是把我的話**曲解**？」。（S-5：心慈）

不過換個角度來思索，如同心慈說的：「他們對情感上面的需求是比較強的，很需要被傾聽、或是被瞭解、被認同的一群。」**個案抗拒與固著的背後其實反應了強烈的需求**；再者，誰能想像一個素昧平生、僅打過幾次照面的人能快速打入彼此的世界呢？更何況是經年累月的心靈傷口，如果沒有足夠的時間、關係質量與人際智慧的積累，就沒有真實的專業及夥伴關係的建立。

二、 專業依賴？剪不斷、理還亂

好不容易建立助人關係後，情感性精神疾病個案可能仗著凡事有社工提供服務而產生惰性，而社工又未適時地維持關係界限或有效處遇時，緊接著便浮現出「專業依賴」的議題，如同受訪社工筱元所言：「一旦當他們信任我時候，**不管任何事情就會打來跟分享，我反而覺得蠻依賴的**。」進一步剖析，在依賴中包含了「不斷訴苦、被迫傾聽」、「原地打轉、沒有進展」的膠著現象，甚至是前功盡棄的情況。

（一）被迫傾聽訴苦

1. 單向式獨白

情感性精神疾病個案通常有滿腹的辛酸史，周圍的親朋好友往往已經不堪再

負荷，而視其為拒絕往來戶，如同心慈所言：「情感性憂鬱的精神疾患的婦女她們都非常愛講話，但她們的生命周遭都**已經講到沒有對象聽她們抒發**。」當個案被迫選擇來到社工面前，非正式人際資源往往已被用罄，好不容易遇到得以一吐為快的機會，便過度依賴社工情感上支持，不但會談頻率及時間拉得過長，且**淪為案主說、社會工作者被迫聽的「單向式」獨白**，永陽、筱元及小銘都談到這些個案會不斷地在會談過程中向自己**陳述重複的議題及抱怨**：

> 他們可能會**一直打電話來**，需要一個人支持他……可能剛好他的情緒在很低落的階段，可能就會**訴苦**、講一些他經歷的事情，**會談時間會拉很長**……**每次都是講一樣的話**。（S-3：永陽）

> **三個多小時**的時間她**不斷在重複**小孩子、先生不 OK 的狀況……她將近十年左右（生病）的生活裡面，到後來大家都**不太願意聽**她講話，因為**永遠都是在講這幾句話**。（S-4：小銘）

另一種極端的例子中，小銘的憂鬱症個案把社會工作者當作是服務機器，而忽略其本質仍是跟自己一樣有血有淚的「人」，個案在電話訴說過程中會反覆「檢驗」社會工作者有無專心傾聽或敷衍，甚至不能表現出任何消極不耐的態度：

> 她就會開始一直講，妳**必須要很專心**聽她講，對，而且妳不可以唬攏她，妳不可以不專心做其他事情，因為**她絕對聽得出來，她覺得妳沒有認真聽**。（S-4：小銘）

2. 同理心疲乏

即使社會工作者傾聽時難免表現出疲累、消極的態度，個案仍難以止遏地把所有想法與感受毫忌憚地敘說，彷彿永無止境，如同筱元的經驗：「我曾經聽她講，連一句話都沒有回應，她**自己可以講半個小時**，我想說天哪！**我不知道我要怎麼服務她耶！**」。此種「剪不斷、理還亂」的會談歷程，容易令社會工作者產

生「反轉移」的負向情緒，例如：厭煩、害怕、無力感，心慈即有切身體會：「妳說我會不會**不知不覺被這些（個案負面）狀態影響**，我覺得還是會有……出現**無力感**這也會有，甚至我當社工的**耗竭**。」這樣的助人關係令人壓力倍增、喘不過氣來；永陽甚至曾經受個案的負面情境影響，一同掉入問題漩渦：

> 在跟個案工作時之前會一直去，就是會**陷在她的問題**。譬如說她跟妳講說，她跟她先生的關係，她跟她小孩沒辦法修復了，妳就會去聽她講，然後妳心理會想說：「她沒辦法修復，那怎麼辦？」就是**跟她一起掉到「漩渦」裡**。（S-3：永陽）

特別是在社會工作的分類架構中屬於「無須緊急處遇」的狀況，即無立即性的人身安全危險、無明確處遇議題，僅需密集「情緒支持」的個案，例如：面臨婚姻觸礁、心理創傷的憂鬱症個案、單純寂寞想找人聊天的個案等等；然而，是類個案卻「密集地」佔去社會工作者許多時間與精力，不但**排擠掉其他個案處遇時間導致工作延宕，引發同理心的疲乏、負向的情緒困擾**，更與社會工作者養成過程中強調的無條件同理與支持相悖斥，**形成專業上之焦慮與矛盾**：

> （個案）打電話來求助，可是其實她需要比較密集的一些情緒支持，其實她沒什麼問題……剛開始可以、可以盡量去做到同理、支持啊，可是如果**太密集我好像會有一種「情緒」上來**，對，我覺得這個東西**剛開始可能比較困擾**……剛開始給我的感覺就是**很煩**，每個禮拜都要跟她談兩、三次，而且每次都要談一、兩個小時，妳就會覺得說：**好害怕她打來**喔……我覺得我**自己情緒也受到她影響，不是我能力可以去做到的**。（S-2：筱元）

> 當他一直在說，說到後來**聽到膩**，聽到後來妳會**很疲累**，就會覺得「**好累喔！**」，就是回到自己個人的時候，就覺得**好累！**……這部份佔**據掉我很多工作的時間，「排擠」掉其他個案服**務的部分，這部份當然會**影響到我的心情跟情緒**，會覺得**焦慮**啊，我也會覺得會**陷入一種矛盾**。（S-5：心慈）

（二） 原地打轉難以結案

1. 陷入膠著

情感性精神疾病個案容易沉湎於自我的負向堡壘內、深陷在情緒困擾中，長期以來內化他人對自己低度的期望，而缺乏向前的動力。社會工作者面臨的困難與挑戰，除了會談時難以聚焦討論重點，而使話題在原地打轉、一再重複之外，莫過對個案改變及成長的期待過高，但卻發現其習慣於既定的現況，導致毫無進展、案情陷入膠著，無法朝向規劃目標前進：

> **沒有進步，就是她沒有進步**，就是在過程中**真的沒進步**，我們每一次見面在談的東西都**還是一樣的**，然後每次……我**看不到**還可以就是說**有機會到達**的那個狀況。（S-1：霍德）

> 我就覺得我**好希望她改變**，**希望她快一點**，又覺得這樣對她好殘忍，她不是沒有努力，她只是努力得比較慢……**我不知道要陪她陪多久？**因為她，我說她一小時會談的時間「**幾乎**」（加重語氣）都在講**負向**的東西。（S-3：永陽）

面對不斷求助、永無止境被通報的案主，專業網絡系統已經失去耐心，而個案卻越來越熟稔專業助人者的理論與模式，游刃其中，卻依然無法借重這樣的表面知識來拯救自己，其反過頭來操控助人關係，死咬著社會工作者，使人望之卻步。

> 我後來猜她也「**打爆**」了不少地方的**電話**，像生命線等等……我們會很**棘手**，因為她是「檯面上」很專業的案主，她就說：「妳不要跟我講什麼精神分析、認知心理學的東西，這些我都知道。」她會直接這樣告訴妳。（S-4：小銘）

2. 前功盡棄

生命雖不斷向前邁進，但結果無法盡如人意，有時難免會退回到原初的狀態，

尤其是情感性精神疾病個案容易隨著環境的壓力與病情的發展，時好時壞，令人擔心個案隨時會再發作、再倒退：

> 憂鬱症或躁鬱症的狀況其實都是**反反覆覆**的，**隨時都可能再發作**，而且發作的時間可能是兩天或三天，可能兩、三天之後她又會再打電話來跟妳講她又不 OK 了，因為她們其實很容易因為一些小事情她的想法又不一樣了，她**壓力忍受度是比其他人還要低**。（S-4：小銘）

受訪社工霍德的個案進行優勢觀點處遇十分成功，但又被某個生命的關卡困住，倒退回原初的狀態，使得兩年來的心血與努力付諸東流，霍德因此對個案的退步表達失望與無力：「你的進步我看得到，可是最近你又讓自己回到以前的那個你，那我其實已經找不到我可以做什麼。」另外一個家暴案例中，永陽的個案由婚姻暴力「被害人」變成「加害人」，而陷入自我責難、懊惱及害怕法律刑責與親權剝奪的無限迴圈中，彷彿看不到進展與結案的機會：

> 她會覺得她是「壞人」，因為她傷害了她先生，怎麼可以拿那種東西（鹽酸）去傷害人，她就是在這個「**循環**」裡頭……就是妳要**拉很長的時間**，因為我**從去年到現在，我都還沒有結案**。（S-3：永陽）

心慈的個案雖已是成年女性，但卻表現出青少年期狂飆行為，彷彿像顆不定時炸彈遊走在社會規則的邊緣，包含：偷錢而被罰勞動役、飆車被開罰又積欠罰鍰、住進庇護所卻違反禁煙規定而被取消資格等等，使得案情又旁生枝節：「她又**常常會給妳來捅一個簍子**（笑）……她就是那種遊走在邊緣的人，就是很野性的人，完全不是受規範長大，妳**只能夠一直不斷的勸戒、勸說**。」面對個案經年累月所形成的固著性、消沉感、無法付諸行動，心慈的介入顯得無效，令心慈感到生氣、心疼又無奈，形成期待越高、失望越深的挫折感：

對個案也有很大的**憤怒**啊，妳到底是怎麼樣**把我們社工員的「承諾」當什麼**？或著是有時候難免對她有些情緒在，也會**生氣**，也會**氣到**有時候就是**完全不想理她**（笑）……**挫敗**的部分比較多是，因為「（個案）改變」真的不容易，因為我們社工還是希望個案能有自己改變的動力……我們真的對他們的**期待很高**，而且我對他們的期待真的是希望有些改變，如果都沒有，難免會陷入一種**無奈**，就**必須要再等等**，或著是會有一些**失望**。（S-5：心慈）

三、 喪失信任？欺騙與掩飾

（一） 個案的謊言面具

社會工作者產生對個案懷疑、喪失信任感，可能源自雙方帶著自我價值觀在詮釋同一事物上的差異，個案感受性、認知上的需求與社會工作者的評估不一致；抑或是個案明顯說出與事實不符的矛盾狀況，藉著說謊的面具來掩飾道德瑕疵，某種程度來講，**說謊代表個案還有道德良知**，知道什麼是對的、什麼是不對的，並且會在意社會工作者的感受與評價，讓他們不會過度擔憂與操心。

她（個案）說她身上沒有錢，需要一些補助，我覺得這個東西**應該沒有像她說的這麼需要補助**……她跟庇護所的人說，現在她已經很節省了，以前她去百貨公司不花個三、五萬出不來。最後，確定**她認定經濟狀況的不 OK 的標準，比我們一般人高很多**。（S-4：小銘）

她會說謊，會**說小謊**騙我們，但是**我們都知道**，比方說像有一次喔，很好笑，她就是跟委外婦保社工（在電話中）說，她現在是人在哪裡、沒有要回去家裡，因為在船上，渡船的人很多，她就在渡船的這頭、社工員在另一頭，她還說謊說人在哪裡，**明明就要回去還在亂講**。（S-5：心慈）

心慈認為自己對於個案「接觸越久、瞭解越多」，雖然知曉個案所撒的「善意的謊言」，目的是不讓社工擔心她返家後遭到相對人施暴的風險，但心慈仍然

感到擔憂：「就是因為她**不穩定性太高**，所以就會讓我們對她個性上面包含行事作風會**充滿**比較多**不放心**。」心慈原本期待個案也能像自己一樣開誠布公，一旦謊言的面具被拆穿，連帶影響日後的信任關係與評估：

> 這婦女有的時候她說了，**妳會覺得「到底是不是真的？」**對，有時候妳真的跟他先生所講**落差很大**，**兩種不同版本**，妳真的**無從相信**到底誰說的是真的、誰說的是假的？（S-5：心慈）

（二） 專業倫理的瑕疵

另一種狀況中，專業上欺騙案主的倫理與道德瑕疵更叫社會工作者無法忍受。在小銘遇到的例子中，由於她已預期個案通常有待協助，對其包容力比較強，較能接受各種狀況發生；反而是工作上面對主管的要求，一旦有違專業情事則令她無法苟同，她的上級請她採用「連哄帶騙」的手段帶一位疑似遭受性侵害的孩子做筆錄，不但違背誠信原則，可能也使得助人關係受到破壞。對此，小銘甚感無奈與氣憤，負面情緒的背後是對專業的失望、以及擔心對案主的二度傷害：

> 有些明明就是專業、內部人員，但卻叫妳做一些，或他的行為明明**違反專業倫理**的時候，妳就會覺得，我覺得啦，自己專業的東西那個**要求就會很高**……我當下就**非常的生氣**，就跟她說：「今天如果我是這個小朋友，妳就這樣把我騙過去，我從此之後就不會再跟妳說任何話。」（S-4：小銘）

對於社會工作者而言，捍衛誠信為專業倫理之必要，對於個案而言，有能力建立一段穩定而誠信的關係為復元之必要；然而，當欺騙與掩飾的面具使信任關係之危機出現，可能導致助人關係建立的困難或破壞，使得好不容易相互敞開的心更加退縮。

總結上述助人關係之挑戰，社會工作者與情感性精神疾病個案產生的矛盾關係與情感負荷，並非單一例經驗，幾乎是每段助人過程都會經歷的試煉關卡，不得不讓人放慢角步來進一步思索助人的意義與全貌；但即使有那麼多的力不從心和無奈，都找不到放棄的理由，這群優勢觀點社工反而更努力為不斷受苦的人找到復元的方向及出口。

參、點亮隧道之光：助人關係之策略

一、 增強個體權能

情感性精神疾病個案對於負向問題往往有較強的執著性，但無論個案如何表現負向、無力或無限自我膨脹等狀況，都是對關係的渴求、希望他人可以肯定自己。增強增強個體權能無非是希望扭轉缺乏能力、信心與依賴的狀態，使個案擁有自主選擇與行動力，提昇對自我的價值與信心。

（一） 擱置並轉化問題

1. 跳脫問題焦點

優勢觀點社工技巧性地透過問題的擱置，不為個案的遭遇表現得過度震驚，也不去強調或惡化問題本身，逐漸地淡化問題的色彩，讓個案釐清「此時此刻」的需求，甚至轉化問題為正向的語言，平衡正、負面訊息。

我覺得哪邊很挫敗，她（社工）會講給我聽，讓我覺得**那不算挫敗，那只是一個「經驗」**而已，說到讓妳覺得「心服口服」這樣。（C-1：蘭芝）

妳有沒有發覺？其實妳看過去事實不是妳想的那麼大，**不要把一些芝麻綠豆大的事情把它渲染開來**，她（社工）常常跟我這樣講，她說：「對啊，妳**不要把一點點的東西放得那麼大**。」（C-2：阿珠）

其實我當時沒有直接回應她曾經自殺好幾次這件事情上，我就直接問她說：「妳今天要來找我協助的是什麼部分？」對，我就問她的需求，**把注意力帶**

開這（自殺）一塊，先不著重自殺的東西，而是她今天來的需求是什麼？（S-4：小銘）

可以在她狀況比較不好的時候跟她，有點像是**岔開話題**，就是去讓她想她**好的**那一面。（S-2：永陽）

有的時候真的是太憂鬱了，就用策略方法，就會跟這個一個個案定一個規定：「那你一天要跟我講快樂的事，**負面**的講幾遍、**快樂**的講幾遍這樣，做一些『**抵銷**』」。（S-5：心慈）

社會工作者透過優勢觀點的練習與洗禮，變得較能打破問題框架，帶領個案跳出負向問題的漩渦，朝向正向發展：

當我用優勢觀點，我**用很正向、開放的態度去包容**這麼多不同屬性的個案的時候，我的**視野**比較**打開**，我不會跟著個案一起鑽牛角尖、只看到問題。（S-5：心慈）

而是我比較容易陷入說，去看個案的問題，所以**接觸優勢以後**就是有幫我「**翻轉**」，就是如果我一直去看問題的話，就是我會、我自己也會，妳越看妳就越沒有力量……我會在漩渦外面，要把她**拉出來**，**一起在外面看這個漩渦**，對，就是不會說社工也跑進去漩渦裡就對了，會比較**正向**。（S-3：永陽）

具體的例子例如：當個案不斷地哭泣時，社會工作者能將「情緒宣洩」視作是好訊息，肯定案主釋放壓力的能力、並進一步探究其擔憂的訊息；若個案曾經透露「自殺」的意念，社會工作者亦能回到「此時此刻」，瞭解到：沒有自殺、即為進步，並以正面的眼光看待與回饋個案的「自我控制」、教導如何轉移自殺的焦點，使個案對復元更具信心：

當時的**工作整個停下來**，可是後來我自己想喔，**她沒有去自殺就是進步**，所以後來她跟我說她覺得很沒有用，我跟她講說：「不會啊，妳現在還可以跟我講話，妳都告訴我說妳想自殺，可是每次我來看妳，**妳都活得好好的，不要講沒有用，表示妳可以控制得了自己**。（S-1：霍德）

低潮時後，第一個我想自殺，她都會**同理心**啦！就**傾聽**，然後過來幫我想辦法，教我怎麼做這樣。那我都會**照著她的方式做**，結果都會**很有效**，**讓我更加信任她**。（C-1：蘭芝）

一旦個案可以體會：過去發生的事情已經無法改變，著眼於現在與未來才是可行且實際的，處遇才有辦法繼續向前進行。而優勢觀點與一般處遇模式都是朝向個案改變的目標前進，但不強調案主的問題，而是朝向「想望」實行。

2. 覺察常態、多元的自我

情感性精神疾病個案容易長期內化精神疾病之標籤，導致缺權與無能感，社會工作者可協助其自我覺察「常態化」的一面，例如：受訪社工霍德將個案精神疾病的「帽子」摘掉，並請個案將發病期的自我加以命名、「外部化」疾病與問題，比較發病時的自己、服藥後能穩定控制的自己之不同；永陽把憂鬱症個案遭逢的傷痛比擬成竹編籃子上一個又一個的「結」，並與個案討論如何「解結」：

她（個案）就是蠻扣上那個（精神疾病的）帽子，當時會想做她就是想要**幫她把這個帽子摘掉**……同時我也要**幫助他們去認識自己**，就是發病時的自己，跟**你現在服藥你是穩定的自己**……她開始會覺得自己以前在做什麼會發現不一樣的地方，對呀，這是她肯定自己的方式，會讓自己盡量不要回到以前的那個狀況……我都跟她講說：「發病期的妳叫什麼？穩定的叫什麼？」（S-1：霍德）

跟她討論說要把這個「結」打開要花多久的時間？然後先跟她討論說她打開

了幾個結？……我就跟她說：「所以**妳說的『可是』都是這些還沒有打開的『結』**」。（S-3：永陽）

這些作法可讓個案認知到傷痛是外於自己的一部分，並且有機會可還成「本然面貌」，當個案能發現這樣嶄新且多元面貌的自我後，就像霍德所言：「那個東西留在她們是很久的，但是對他們來講那個**轉變是一輩子的**，這是真的。」個案能進一步接納、肯定自己、發展正向的自我效能，影響與轉變是深遠的。

3. 看見當事人的情境脈絡

另外一種轉化問題的方式，便是進入個案的情境脈絡中，從他們的角度去看到他們形塑的觀點、以及與自己相異之處，讓問題不再是個問題。例如：受訪社工筱元面對個案不斷地抱怨、傾訴，將厭煩的心態轉化為個案信任分享的善意；又小銘面對個案的隱瞞、謊言，將不信任的心態轉化，相信個案是誠實的、需要被認同的（所以會強調對自己有利的言語）等設身處地著想的解釋。

以前可能就覺得除了煩以外，就覺得很討厭，現在還是覺得很煩，可是我覺得說靜下來想，這是一個她對於我就是情感，**她對我有「信任感」**，所以想跟我一起去分享這樣子，比較可以去調適。（S-2：筱元）

我不覺得她隱瞞了什麼東西，只是我會覺得她的標準跟我們大部分比起來不太一樣，她經濟狀況的不 OK 不像我們以為的，幾百塊對她來講是經濟上面的困難，她的標準比別人高出很多，但是**對她來講**，她手邊沒有三、五萬塊確實是有**不安全感**。那個東西在**她的生活上和我們生活上有落差**，這是**需要被釐清的**，而**不見得是她說謊**。（S-4：小銘）

（二） 充分尊重與信任

優勢觀點重視個案與社會工作者的開放式的對話，並尊重案主擁有「自主性」，

自我即是助人關係中的指導者，可以瞭解自己的限制與目標，從對生活不滿中找到繼續向前的希望，故社會工作者應在低度限制中讓個案自主自決，並持續關懷追蹤（Chopra, et al., 2009）。

如果你不讓他有自信，讓他願意自己去面對這些東西的時候，那妳的**個案就是永遠的個案**……他是有能力的，為什麼不讓他有努力的空間去完成自己的事情？我相信他遭受家暴或縱使有困難只是**「短暫」的狀態**，但他一定有他的**能力**、總是有他的**方法**去做一些事情。（S-4：小銘）

如同受訪社工小銘所言，個案之所以成為個案，僅是一時的缺乏權能與自主性；但若是凡事都習慣由他人帶勞，依舊無法學會面對困難，甚至會讓原有的能力退化。故社會工作者若能尊重、相信個案是有能力解決問題、為自己負責的，並協助其釐清、共同找出想望及目標設定與過程執行，就像受訪者心慈對個案說的：「我們**共同討論**，這件事情不是我叫你怎麼做，而是**你跟我一起**喔！」如此一來，個案的「自主性」便得以彰顯，結果不論好壞均有其意義。

我覺得就是社工自己的「信念」很重要，就是**我相信個案是有能量的**，就像開始工作如果我覺得她是沒有能量的，我跟她工作一定也很負向，就被她帶著走。（S-3：永陽）

我常跟他們講說：「很多事情**你比我還瞭解**，因為這是你自己在過的生活，那你一定比我更知道想做什麼，那我要求你做沒有用……今天就算失敗了或什麼，至少你做了，也知道**失敗有意義**。」（S-1：霍德）

我**相信**很多的個案，他們都**有能力**去處理他們的問題……他只是還沒有想清楚他要怎麼做，他只是希望我幫他**釐清**他可以怎麼做。（S-4：小銘）

相信還是有她的能力、跟她的一個身為媽媽的優勢，我覺得她自己很看重

她當媽媽這一塊「**母職的力量**」，她是一個很愛孩子的媽媽。而且我覺得她就是那種以前的生活中都沒有希望和目標的人，有了那兩個孩子之後，然後再經歷過自殺行為，她對她的人生好像有**多一些的「努力」**。（S-5：心慈）

受訪社工小銘、霍德與心慈都強調「相信就有力量」，即便再如何弱勢的個案，都有值得相信的希望，如同「小小的亮光」一般永不熄滅：

因為不可能每個人都一無是處，他**一定是有一些東西是可以被肯定的**，我盡量找到這些部分去跟你談。（S-1：霍德）

我覺得那個對人的「**相信**」的是跟其他理論最與眾不同的，社工員對於人性的堅持，或是**對人的那種價值的信任**，能會讓我在這個家庭就算它已經像泥淖、爛泥一般，還是**看到他有「小小的亮光」**。（S-5：心慈）

一旦個案能重新體會到有別於不被外界重視與信任的感受，從冷漠、疏離或防備中重新習得新的經驗，即願意開啟自我心胸去「相信」，個案會更願意向社工袒露自我、對自己有信心突破現況，在每個機會中帶來改變。

（三） 著力優勢與能力

未接觸優勢觀點以前，社會工作者主要以「問題解決」的方式服務個案，而運用優勢觀點與一般處遇模式最大的差異在於：社會工作者能跳脫「問題解決」模式的消極與限制，由指導變為「順勢引導」，以案主現有優勢及能力為著力點，激發案主無限改變之潛能。

1. 具體且精確地描述能力

操作方法上，首先可從個案的對話與觀察擷取，「具體且精確」地陳述其能力與優勢，但需避免空泛地給予回饋或陳腔濫調，以免個案感到不被同理：

我唯一做的是引導她，而且**她還用她的能力去做**，我用很「**具體**」的東西去告訴她去做這些東西其實是**有能力的**，然後用妳的能力做了些什麼事情，讓她去**肯定**她**自己**做的事情。（S-4：小銘）

我要用很多**增權**的方式，我要不斷的給她**鼓勵**，給她非常多的**正向的**詞彙，帶她來看到她「喔，妳很棒！**妳今天做了哪件事情？妳要跟我分享的是**.....。」（S-5：心慈）

在處理案件時多了一些**彈性**，也比較容易去關注到案主的心理層面，開始會去考量案主自己的力量以及家庭的力量，不是只有做做表面功夫而已.....我可能會去**關注他「功能」的部分，講出來，讓他知道說他的能力是很大的**。（S-1：霍德）

2. 找對時機點

再者，這些能力與優勢若能讓個案感到契合自己「關鍵」的能力，較能引發自身共鳴的力量；但有時候除了靠社會工作者本身敏銳的觀察力與精確的同理外，「時機點」也是不可或缺的，可能是當時個案疾病的緩解或恢復的狀態較佳，或是真的已經跌到人生的谷底的狀態，物極必反，剛好這個時機點接觸到社會工作者，只會逐漸向上爬、不會有更差的情況。

雖然我聽了很久很久的話，至少我抓到她的能力，而且對她來講是**重要的收穫**，她能夠從這個部分走出來，對；也許我今天抓到的是其他的能力，但不是她的**重點、關鍵**的東西，也許她不能夠那麼順利地走出來.....加上我覺得她**那段期間剛好也是比較恢復的階段**。（S-4：小銘）

她就是從這一次的自殺行動後，就答應社工她再也不要自殺，她想到「為了孩子」。這也不是說我們做了什麼，而是說當時候，我們社工的介入點「**剛好碰巧**」是這個婦女**最低潮跟最混亂**的時候。（S-5：心慈）

之前那個 OO（優勢觀點社工）或多或少會來看我，幫助我怎麼去復元，因為在**三年前還是四年前**，我們這個**「婚姻風暴」很大**……我跟我的先生衝突是非常大的。（C-2：阿珠）

（四） 累積成功經驗

優勢觀點社工與情感性精神疾病個案設定生活目標時，盡量會循序漸進地依據個別狀況，從「小型、易達成」的任務開始[55]，以累積成功的改變，若一開始給予其過高的任務容易使個案產生挫敗感，連帶地社工也容易有低成就感。在實際操作上，首先，優勢觀點社工投入時間與案主討論目標後，可初步瞭解案主改變的動機與行動能力，並不是要個案在一開始時便完全擺脫疾病、完全自立，而是先朝向細微的進展，包含：使疾病發作延後、有能力控制情緒等等，就像受訪社工小銘提到的：「去協助她怎樣**讓發作的時間延後**，怎樣讓她不會為一件小事情就發作出來，這是比較重要的。」

再來，從案主最熟悉的安全環境著手進行練習，例如：霍德針對自我封閉的躁鬱症個案，先從跟家人每日講三句問候的話做起，由家人身上得到的成功人際經驗，進而擴充到社區鄰里；或是心慈與個案把目標訂在「穩定就醫」時，必須拆解成幾個短、中及長程的行動計畫，先務實地協助個案取得健保卡之後，再去安排就醫：

她大概花了一些時間，兩、三個月的時間……她從家裡先從跟她的家人講話開始，我跟她說**不用多，就講三句話**：「『早安』、『吃飯了』，就晚上回家吃飯了，跟『晚安』，三句話就好，慢慢來。」**跟家裡的人開始熟了之後她再出去，跟鄰居講**。（S-1：霍德）

媽媽有非常嚴重的憂鬱症，她一直處於負面的情緒，那就需要醫療資源，

[55]研究者曾經遇過一名個案受憂鬱症所擾，連出門看病前「綁鞋帶」這個動作也萬分困難，他曾經在家門口獨自折騰了將近 1 個小時，才把這項看似輕而易舉的任務完成，令一般人難以置信。

所以我們說設定目標第一個是取得健保卡，一定要把卡片辦完，不然她沒辦法看醫生，就是有**設定**這些**短程、中程目標**，然後她就醫才穩定了。（S-5：心慈）

每個小任務或行動是無法交由他人代勞的，一個再有能力的社會工作也不可能代替個案做所有的事情，但是重要的是要放手一搏，讓個案去「嘗試」，社會工作者從旁「適度地陪伴、支持與鼓勵」，讓個案體會到靠自己完成任務的成功經驗。過程中優點社工的角色是多元的，例如：小銘覺得自己是從旁協助的陪伴者，心慈則認為和個案間像是工作夥伴、又像教練與球員間的關係，要不斷鼓勵並支持個案，讓他們能夠準備上人生戰場贏得一場精彩的勝利：

過程中你（社工）可能不會實際去做，而是**讓他（個案）自己去辦**，因為你不可能永遠陪著他，可是重點是**過程中我都陪著他**……我甚至叫他自己過去，可是我可能會先跟他講清楚，然後我先打個電話告訴說誰誰誰會過去，然後請對方提供協助，然後等他辦完之後，再打電話去跟他們確認是不是都辦好了？我會事後告訴他：「對啊，**你看，你自己都可以做啊，你很厲害、很不錯！**」（S-4：小銘）

她跟我們社工員建立的關係其實有點像嗯，我都覺得把它形容的有點像**夥伴**、或是**教練跟球員**的關係（笑），她可能要做一些**行動**，但是需要很多，也許是**鼓勵**她、給她力量、**push** 她，包含聲請保護令，對，做一些改變、做一些行動。（S-5：心慈）

一旦這股「善循環」得以帶動，再加上社會工作者的充分讚美與鼓勵，個案能自我肯定、維持正向的一致性，進而**不斷複製「成功經驗」**，這些潛能並具有運用於生活各層面的多方性（如：工作、進修、發展人際親密關係等等）。

你覺得狀況再差，都找得出來一點點功能，之後會越來越多……就覺得他

們的**潛力會出來**，因為**他得到成功經驗，他就會想要再成功給你看**。（S-1：霍德）

（五） 路不轉、人轉－創造選擇性

當個案僵持在唯一一種想法時，往往會感到山窮水盡，就像受訪社工心慈所言：「我們的個案剛好就是**在一個念頭上卡住**，那個就**固著**、完全**沒有彈性**」。然而，山不轉路轉、路不轉人轉，總歸是「天無絕人之路」，社會工作者在此刻若能採用不同的處遇方式、抑或是提供不一樣的視角，將創造更多的「選擇性」，打破思考上的僵局，這些選擇便是生命中的各種機會，值得進一步嘗試。

受訪社工小銘的憂鬱症個案原本對於家人缺乏信任感，懷疑先生的忠貞、懷疑大家覬覦她的錢財而痛苦地過著守財奴的生活，透過小銘創造的選擇性：「妳有沒有考慮把這些錢用在自己身上？如果妳真的這麼擔心、不舒服的話，妳不需要把這些錢留下來，留在自己的身上，可以讓自己過得更快樂一點。」個案便放下執著的念頭，而有不一樣的選擇性：

> 她聽到就說：「對喔，**我都沒有想過，我可以自己花這些錢**，我可以找我的某某某朋友，雖然她經濟狀況比較不好，不過沒關係，我可以請她喝下午茶，那我可以去哪裡哪裡喝下午茶，我喜歡哪家店，我還可以找誰誰誰.....。」她也**不再去在意**誰搶這個錢，因為**突然發現她自己可以用這些錢**（S-4：小銘）

有了一個起點，小銘的個案開始自己勾勒出一個新的運用錢財的方向，也不再執著離婚與否，她自動連結人際網絡的資源，激發起一份想望及目標：「她突然發現她其實**有第三個選擇**的時候，而且她可以**做到**這個的時候，她就很**高興**，因為她發現她不一定要選擇這個東西。」個案突然發現生命中有很多有意義的事情待完成，不是只能成天想著要防備他人、要自我了斷而已。

另外，面對無望感與缺乏權能，優點社工除了能跳出問題的牢籠外，可妥善運用優勢觀點，帶著無比信心一同與個案披荊斬棘，開拓出無數條希望與復元之路。受訪社工心慈便認為自己可選擇的處遇方式變得更加多元、更加彈性，像是家外會談、團體工作等等，相對的，個案在這些方法中也獲得更多復元的可能性。

> 優勢觀點是可以幫助個案**探索**更多「**不可能**」，我覺得可以**激發**說，自己以前就是這樣子直直的只走這條路，我現在有**好多路可以選擇**、可以這樣走……我覺得可以**有很多方法可以嘗試**，因為有**很多可能，沒有侷限在一個特定工作方式**。（S-5：心慈）

二、 善用關係影響

（一） 親情的呼喚－借重家庭的影響力

人生在世，為他人付出的意義感可能遠比自己的存亡還重要，任憑社工苦口婆心、口沫橫飛地介入勸導，可能比不上親人真摯的一句話。如何讓案主的「重要親人」發揮影響力、成為非正式社會網絡的資源，乃重要的處遇技巧，例如：霍德運用親情與重要他人的牽引，拉回情感性精神疾病個案徘徊在自我放棄的無望漩渦，一開始是社工無計可施下的實驗方式，但卻累積成可用的經驗與策略：「**無計可施的時候**，可能我**不得不把你家人拉進來工作**，就是運用一些人情，運用一些**親情的力量**，去讓你成長，當我跟你這樣工作走不下去的時候，必須要有其他資源進來，才有辦法跟你工作。」心慈也僅於資源盤點時知道有親屬資源，但面臨處遇後期的瓶頸，才將非正式資源納入並善用之：

> 我們介入之後，再把她的資源做一些盤點，就得知說她的姊姊其實假日都會帶他們全家、就我的案主和小朋友們出去玩，得到這個資訊，但是後期就會想說「**如何運用」這些周圍的資源**，尤其這個家庭真的需要被協助啊，**不是只有單靠社工一方的幫忙，啊家屬要給他們一些支持的力量**。（S-5：心慈）

家庭與親人帶來的支持影響力，可能是情感性精神疾病個案存活的理由、恢復身心健康的動力，是復元的重要基石：

1. 存活的理由

情感性精神疾病個案往往能為了維繫與孩子的親情而找到存活的理由，原本死意堅決的態度也會隨之軟化，就像阿珠說的：「我不會像別人一樣不擇手段（自殺），可能有小孩子也有差。」個案甚至為一個孩子心目中「正常」的媽媽，願意改變自己，燃起了讓自己努力活下去的希望。霍德、心慈及筱元都有運用親情與孩子牽繫力量的經驗：

> 在她生命、身體慢慢復元的過程，都一直有在關心她，給她一些鼓勵啊、給她正面的能量，然後因為媽媽也會擔心孩子在我們這邊過得好不好，我們就會一直**鼓勵她說「為了孩子，妳要堅強活下去！」**希望**用孩子的力量去讓媽媽看到自己的價值**，母職功能的價值。（S-5：心慈）

> 我告訴她說：「我今天把妳這包（木炭）收走，妳再去買就有了。」所以我拿走沒有用，然後我就在紙條上寫說：「**想想妳的小孩、想想妳自己。**」對，最後我還寫說：「妳是不是要讓我看不起？」（笑），貼在那個上面。一直到現在，快一年的時間了，她沒有自殺，那堆木炭還躺在那裡，那張紙還在那裡，她說**她好幾次都想去拿，可是看到那張紙她會停下來**。（S-1：霍德）

霍德在個案準備用來自殺的木炭上貼上「標語」，隨時提醒案主成為自己「看得起」的人、為孩子而努力活著；此一舉動亦代表社工相信案主不會真正走到自我傷害的一步、有「自我控制」的能力，而非一味地禁止或指責案主不當的行為。此一策略，成功地讓案主於自殺的危機邊緣懸崖勒馬。

另外一例中，「喪偶」是生命中沈痛的失落經驗，為壓力源排序中最高的項目，尤其是步入中老年後的衝擊尤大，可能因此加劇情感性精神疾病個案的病況。

霍德面對個案喪偶壓力事件，連結親情（孩子）力量陪伴案主，共同哀悼亡者，激發案主繼續活下去的動力：

我就**跟她的小孩講好，我們怎樣幫助他媽媽**，對，所以他利用在等當兵的這段期間，他陪媽媽**每天出去外面走**，他不避諱帶媽媽去**掃墓**，去、他說**帶他媽媽去跟他爸爸講話**……他爸爸過世了，然後他就跟他媽媽講話，因為他覺得他媽媽還有很多事情想跟爸爸講……我必須**很謝謝她小孩，幫他媽媽跨出很大一步**。（S-1：霍德）

擁有年幼的孩子可能是情感性精神疾病個案較佳的存活的理由，然而，也有一種情況使得這項策略失靈，受訪個案蘭芝認為孩子長大、有謀生能力後，自己存活的理由已不復存在，她不需要再為了養活、照顧孩子而對生命有所冀望，所以選擇在孩子長成後的時機點自殺：

（自）割的時候，用棉被捲著就睡……那時候我最「阿雜（臺語發音，指心情煩躁）」，我想說**孩子都大了！**我以前一直想說我要活著、活著，是因為小孩子還小，我想說**至少等他們大一點再來說**吧。（C-1：蘭芝）

從受訪個案蘭芝的觀點出發，她當時存在的意義全是為了「他人」而活，自己的重要性是依附於他者的、次要的，呼應 Miller 和 Jordan 等人提出女性在「關係中的自我」（Self-in-Relation），並且傾向成為犧牲的一方，進而喪失價值感與自我認同（引自劉珠利，2005）；但人是有改變的可能性的，直到她的自我覺知與價值感甦醒後，才有可能珍惜並保有自己的生命，進一步邁向復元。

2. 恢復身心健康的動力

受訪社工永陽藉由憂鬱症個案對於孩子的想念，肯定其有母職的能力與堅強的特質，鼓勵案主追求身體健康，並共同明確訂出「每天走路運動」之計畫，藉

由身體的鍛鍊無形中轉移負向情緒，最後個案在社工陪同下就醫，穩定身心健康，爭取更多的本錢去維繫親情：

> 她那時候也是覺得說**她的健康要趕快恢復起來，她才可以去看小孩**……，**她的動機是小孩**，所以我跟她工作都會比較以說「**她愛孩子**」、「**她很堅強**」這個部分去著手。（S-3：永陽）

受訪個案蘭芝認為，促使自己追求身心復元的動力，仍是為了三名子女，她說：「**孩子需要我，我也需要孩子！**」不但要看到孩子平安長大，甚至在長大後，能夠不為自己的身心健康而擔心、煩惱，或是讓疾病照顧問題影響孩子的工作就業情形，一家人幸福平安地日子：

> 因為我們想看到**孩子**很平安的**長大**，或著說他們過著很好的日子，所以我覺得應該很**堅強地活下去**，才看得的到！而且他們也希望我能夠**好好的過日子**，讓他們**不要擔心**，因為**我覺得生病會弄得雞飛狗跳的**……因為我憂鬱症，他們就要**輪流請假照顧我**，有的請一天、有的請兩天這樣子。（C-1：蘭芝）

（二） 鍥而不捨－保持接觸與等待

助人關係建立誠屬不易，需要社會工作者發揮鍥而不捨的精神來維繫與經營，而一旦建立助人關係後，更要定期、持續地接觸，才能隨時瞭解案家瞬息萬變的發展和動態。例如：霍德認為透過每個月的定期家訪與案家經營關係是重要的，他不希望個案取得短暫的協助後，生活仍在原地踏步、甚至退步；社工永陽也實踐了「從開始到最後」的陪伴，直到個案習慣她的存在、願意不藏私心地分享；受訪個案蘭芝、阿珠則是有感於在困頓時，社工持續且隨傳隨到的陪伴，覺得自己被支持而有所感動：

> **算我遇到「貴人」**，筱元（社工化名）**處處都關心我**，像我剛去烘焙坊，我遇到什麼挫折，剛去的時候，那個老師很兇、很嚴，都會這樣一直罵人，會

禁止我們，把我們當白痴來管，就覺得很不習慣，然後我就跟她（社工）**哭訴，她就會來看我**。（C-1：蘭芝）

我們出狀況的時候，她（社工）都會跟我聊，真的喔，莫名其妙妳下班的時候就有一個人等著，**覺得很窩心**，會覺得為什麼她們，**我婆婆一通電話她就來，用下班的時間跟我聊一聊**。（C-2：阿珠）

「等待」是助人關係中的最高藝術，我們心甘情願地為所愛的人等待、守候，風雨無阻，更何況是情感性精神疾病個案長期以來養成的習慣、執著與疾病影響，要想改造深植其體內的每一個細胞、念頭、情緒等等，除了時間的等待、還是等待，是在等待之中，社工不斷地植下「希望的種子」：

有一些個案真的是妳怎麼講，其實是沒辦法改變的，也許就會用我的宗教信仰、或是我的佛法的觀念去想，**可能是他的「因緣」還未到**，對，那個種子還沒有發芽，但是**我今天想起我種下一顆種子，有一天會發芽的**，那剛好跟老師的希望花田說「**灑下一顆希望的種子**」不謀而合。（S-5：心慈）

畢竟影響個案改變的因素有很多，社工即使觀察不到個案的改變也不代表成效不彰，不用灰心喪志，這些歷程均屬復元的必經之路罷了！將一切交給時間去改變。例如：霍德描述他的憂鬱症個案：「我們試了快半年，她才敢出去外面跟鄰居講話。」在他的經驗裡，對於是類個案又花了將近一年的時間才看見復元的可能；永陽也在一年後，才看見憂鬱症個案開始對自我小小的肯定：

她當然還是有負向的東西，不完全 OK……可是她會講說：「我**知道我還沒有完全好，可是我知道已經有好一些了**。」就她會講這個話，對。所以她是有**慢慢往前走**，只是比較慢了一點。（S-3：永陽）

另外一些案例中，透過優勢觀點社工鍥而不捨的邀請，終於使個案擁有病識感、認同就醫之必要，而願意自主就醫。永陽的個案是虔誠的基督徒，以為憂鬱症可以透過教信仰的力量奇蹟療癒，實際上她的健康狀況卻每況愈下，但永陽不採強制就醫的手段，而是在「尊重個案」的前提下循循善誘：「如果當妳覺得這個方式（宗教奇蹟）不適用了，我們就是去看醫生。」「**每一次**」永陽與個案會談時，都會提到這句話；受訪社工小銘與心慈則是耐心地維持助人關係，並採取「等待」個案情緒發洩完並穩定下來時，再跟她談及就醫：

我會等她講得差不多、**情緒比較穩定**的時候，她說她非常想睡覺了，我就會**叫她去看醫生，然後她都會答應**。（S-4：小銘）

他**慢慢**會有一些調整跟**改變**，我覺得**維持**那個**關係**，他們到最後都非常 ok 耶！他們也都很穩定在看醫生、服藥，那**他的情緒穩定下來，他就能夠回到現實，他認知 ok** 了，才能思考下一步該怎麼走。（S-5：心慈）

漫長的等待過程中，社會工作者不斷的誠懇邀請、不怕被個案拒絕的心態是溫柔又堅定的基調，而這份堅持長久下來，個案亦能被社會工作者的誠意及尊重所感動，而願意敞開心胸，如同受訪個案蘭芝回憶起當初優點社工筱元對自己的關心與付出：

（社工）她一直要找我輔導，可是**我一直拒絕她，直到她的誠意打動我**……我現在是覺得說：沒有，那些都是心理問題啦！現在**想起來真的是對我幫助很大**……她說她等一下也要加班，她看到下雨但是她沒帶雨衣，她說她**一定要來看我，不能失約**！她說不能失約，**我就覺得好感動**，我就**哭出來**了。（C-1：蘭芝）

（三） 建立分享與互惠的彈性關係

鮮少人談論助人關係中產生的互惠效益，因為傳統上認為社會工作者是「提供」服務的一端，而案主是「接受」服務的另一端，在「供需關係」中有需求再啟動服務，但事實上並不一定要等到案主出現「問題」後社會工作者才被動地展開聯繫、協助，自然的人際交往中本來就充斥著「有形與無形的分享與互惠」元素，一來一往間非私人的圖利、亦非單向的施與受。

其中「無形」的交流包含優勢觀點社工與個案的相互揭露與感謝，「有形」的分享建立在實物交換，不見得是多昂貴的東西，但卻是重要的心意表徵，社工可以藉由實質的東西鼓勵案家的孩子努力上進，案家也可以藉由自產的收穫回饋社工、聊表感謝，當對方願意用開放的心接受時，不但讓案家體驗有能力「付出及回饋」的快樂，也能促進彼此的助人關係，在本土文化的意義上甚至代表尊重與情面的看重：

> 有一些小朋友比較上進的（咳嗽），比較乖的，我可能就買個雞排，就帶去給你吃這樣子……**對一個小孩子他們的加油打氣上面是有幫助的**，所以這個東西我是可以**容許我自己做**這樣子……就像他們今天假設有收成，或是**他們給你柳丁哪、會抓魚給你**，他們**不會這麼重視我們可能講的專業關係**，不會這麼死板。（S-1：霍德）

> 我們會辦一個就是**幫她慶生**，媽媽自己本身很會廚藝那方面，所以就是那次慶生就是，**她一邊做著她的鬆餅，然後我們慶祝**。訪視過程當中，也很多次就是**她請我吃她煮的東西**，不管是炒麵、或是後來她職訓做的麵包、那鳳梨酥等等。（S-2：筱元）

受訪者永陽認為，她的個案於生活各個層面處於人際隔絕之狀態，缺乏付出之機會，連給予餅乾都會被自己親生孩子拒絕，而社會工作者的造訪使案主擁有「為人付出」的正向經驗，使個案感知到自我有能力可關心他人，就是人際關係

邁出的一大步！於專業關係上也像是「天秤」的兩端，達到互助關心的平衡：

到現在就是像我去家訪，她就會說：「我知道妳今天會來，所以我去買巧克力，我想我們**兩個一起吃**。」……有一次她自己煮東西，因為我們都約那個時間，所以她又再**多煮了一份給我**……讓她覺得說自己也是有能力去關心他人。到後面我們的**關係就是、就是比較有在「天秤」上，就她關心我、我也關心她**。（S-3：永陽）

（四） 善用權力落差形成改變

社會工作者一開始與個案的權力位置不對等，在助人工作的思維裡假定個案是弱勢，而社工代表專業、合法性與握有資源的權威。但若能善用權力落差，透過**建立助人界限與時間規範、恩威並濟、主動出擊與監督**等方式，影響個案成長的動力，不失為一種改變的契機。

1. 建立助人界限及時間規範

（1） 建立助人關係界限

社會工作者是處遇節拍的掌控者之一，同時也是助人規則的建立者，某些狀況下建立明確的工作界限是必要的，例如：金錢、私人關係等較為敏感的議題，永陽提到她與個案關係的底線：「專業關係反而不能越界，**不會有金錢往來**……如果我們約在外面，我也不會讓個案請，一定會**各付各的**。」但是，霍德卻對於特定個案的金錢關係較彈性，他發現一位經常足不出戶而自我封閉的父親，寫得一手好春聯，故呼朋引伴地鼓勵大家買春聯，以改善過年期間案家的經濟壓力，無形中讓個案擁有成就感，形成後續改變的動力：

他（個案）就很怕我自己掏腰包說買春聯，我跟他講說：「我沒有，是我朋友大家一起……然後他還說要算便宜一點，我說：「不用，你之前一副賣多少就多少。」所以那一年據小朋友說啦，他們的年夜飯吃得比往年好（雙方

笑）。（S-1：霍德）

另外一種情況，若是遇到「指使型、強勢的」情感性精神疾病個案，明確劃分工作界限是較有效率的作法，例如：心慈採取溫柔堅定的立場，不厭其煩地複述自己能為、不能為之處，建立明確的工作界限：

有些個案比較「**強勢**」的，會一直不斷指使妳……我現在也找到一個方法，會很**婉轉且堅定**的告訴他，**我能做到跟不能做到的程度**，如果她要跟我「揮（臺語發音，意指不願配合）」或跟我在那邊吵，那**我還是會「重複幾次」**告訴他，再**說明我的立場，然後請他諒解**，後面其實工作都還算 OK，不會遇到什麼態度不滿。（S-5：心慈）

助人關係中的「轉移」是一個契機，可以增進自我情緒的覺察及成長，例如：永陽會分明工作界限，將會面地點改至較正式的環境，並談論較制式的內容（對於社工自身私人議題有所保留）等等，透過這些設計使會談更聚焦、更進入工作狀況：

如果說**個案轉移**的話，那個**界限就要更清楚**了，我可能會更，譬如說他已經越界，他的**友誼是**有點**越界**的，我就比較不會跟他約在這種環境，也不會跟他約這種輕鬆的環境，就約在辦公室**比較正式的環境**，這樣看可不可以調節，可能一個小時裡頭就會**去談比較多制式**的東西，剩下十分鐘是比較軟的東西，就會調配。（S-3：永陽）

（2）建立時間規範

當個案過度訴苦、依賴社工傾聽，並不斷複述負向的語言中時，心慈和永陽將適時採取「打斷」與「摘要」的技巧，以及溫和堅定的態度，讓個案知悉自己時間的限度，並於會談進行中建立更明確的「時間分配」概念，甚至可請個案回

去冷靜思考問題，以避免一昧於負向的漩渦中打轉或漫無目的地抒發情緒，使得會談失焦：

個案他就會講說：「我能不能每小時打電話給妳？（笑）」……我還是**會跟他設「界限」**，告訴他說因為我工作的情況比較忙碌，沒辦法每一個小時都聽他說，但是如果他願意的話，他可以「約個時間」跟我講話……我**會用很溫和、很堅定的方式去設立一些界限**，對，我們會談差不多一個小時，或在電話中我發現他一直重述了，我就會幫他做一個**摘要整理**……或請他先回去，先**拋問題**給他，請他再回去想一下。（S-5：心慈）

譬如說這個會談是一個小時，我可能聽她半個小時，我會花**十五分鐘**去跟她討論說她的**優勢**。（S-3：永陽）

在相互尊重的前提下，情感性精神疾病個案亦能同社會工作者的日理萬機與辛勞，能諒解自己的話語被打斷，而不會有負面的感受，同時也習得人我界限的分際：

讓他們知道我困難的地方，然後她們被我打斷都能接受，不會覺得不舒服或不悅，好幾個婦女也是啊，她們會說：「社工謝謝妳，**妳很忙碌我知道**。」（S-5：心慈）

2. 恩威並濟與人情關係

霍德身為公部門的社工，透過施展「棍棒」（法令宣示、公權力干預）與「蘿蔔」（資源或補助之誘因），軟硬兼施，形成個案改變的力量。他也發現，位處偏鄉相對弱勢的案主，通常視社工為政府權威及專業的代表，而心存敬畏，因此對於介入處遇唯命是從：

可能他們知識沒有這麼好，可是他們就是很真誠，他們不懂得去運用很多關

係，但是他們就很實在啊……**他們會把你講的東西當「聖旨」**……當然我們是**政府的社工**，他們或多或少還是有一些**害怕**，盡量去**配合**啦。（S-1：霍德）

然而，上述社工與個案的權力落差所帶來的改變並非真正的改變，案主即便短暫地配合，亦難保長久維繫，且雙方的助人關係易淪為假象的交際，無法更進一步深入發展。但社會工作者若能視情況提供福利資源或勉勵性質的回饋，讓個案體會這份心意，將有助於關係拉近。例如：筱元在外會談時，通常會替個案負擔所需費用；霍德亦認為在獎勵案主上：「自己掏腰包，這個小錢，我覺得 OK，在、在經營關係上面我自己是可以容忍這樣子」。

特別經濟上較弱勢地區，因居民對公共資源的無知，使社會工作者可掌握資源把關的權力，對是類個案適度地施加福利恩惠，不論福利或資源是否延續，均有助於信任關係建立，個案甚至將社工納入「友誼」關係的範圍內，霍德就有以下心得：「當你帶給他們一些**資源**的時候，他們會**把你當成朋友**跟你經營……那這些資源消失之後，並沒有改變，還是跟以前一樣**很真誠**地在工作。」進一步善用華人社會重視的人情關係與面子壓力，將形成另一種改變的動力：

像有的那個計畫表到時間沒完成的，可能一次、兩次的，我會直接跟他說：「這樣子喔，**讓我不知道怎麼幫你，不知道我們要怎麼工作**，而且，這樣我會**擔心是不是自己努力不夠**。」對呀，我會這樣跟他講，我會直接跟他講這種喪氣的話。（研究者：那他們的回應呢？）他們都會**有點不好意思**，對，然後**通常都會承諾**說：好，下一次他們可能就會完成或什麼，對，那我會跟他講：「我回去不知道怎麼跟主管報告這個案件的進度。」可能又有點讓他們，用「**人情壓力**」呀，他可能會有一點**愧疚**。（S-1：霍德）

3. 主動出擊與監督

社工進行多次的家庭訪視，通常會事先與案主約定好時間再過去，一方面讓

案家感到受尊重，一方面也可避免找不到人的窘境；然而，在某些狀況下，社工可能未事先約定便進行家庭訪視，此一作法的優點在於能夠看到案家最不經矯飾的樣態，屬「監督機制」之一環，可以同時達到案況蒐集與建立關係的雙重目的。然看在案家眼裡，此一作為可能詮釋成：1.因社工不信任的臨檢心態，感到不被尊重。2.社工順道拜訪是彈性的類友誼關係，感到受重視。而以上兩者的差異，取決於社工表現出的「態度」，霍德認為這種未經聯繫造訪案家的方式，可以緩和社工監督機制執行時造成的懷疑、緊張關係：

> 還有空的時間的話，我就會多去一下，做「**突擊檢查**」，這是我的習慣……我就跟他們講說：「經過**順便進來看一看**。」相對**他們聽到會更舒服，會覺得你重視他們**，我就說：「剛好有那個時間，所以我就過來看看這樣子。」（S-1：霍德）

同樣地，透過社工主動電話聯繫落實監督機制，也是一種雙重的運用，社工能更及時地瞭解案況，個案也有機會從「專業依賴」上解套。畢竟人不可能無時無刻都處於最哀傷、最失落的狀態，筱元發現當自己**化被動為「主動」**聯繫案主時，有機會得知個案不同時期的情緒狀態，個案在感受上亦認為社工會「主動地」關照自己，無須靠不時向外的電話「求救」去凸顯自己的問題：

> 妳等她打來的時候，就是她的情緒比較低落，才想找人求助嘛，所以**變成妳主動打給她，妳看看情緒是不是一樣？**或是想法是不是也一樣？對，所以當**她打來時情緒真的比較低落**。（S-2：筱元）

三、 導入環境資源

環境資源具有空間、時間、正式與非正式的特質，可彈性地運用形成助人關係之策略，歸納受訪者經驗，導入環境資源包含：地緣與文化的親近性、開放的會談地點與時間、連結資源與網絡合作。

（一） 地緣與文化的親近性

1.文化相近有助於貼近在地服務

社會工作者與個案的生活圈相似度高時，在語言（方言）的使用上、融入地方的文化脈絡較能駕輕就熟，提高相互的理解度。多數優勢觀點社工都有異地求學、返鄉服務的經驗，其動機就像小銘所言：「我覺得一個是我從小生長、熟悉的地方，一個是我希望可以回饋地方，人不親土親嘛！」此外，霍爾、筱元特別提及因為自己與服務對象都是「在地人」，這份「生於斯、長於斯」之熟悉與親切有助於關係建立：

> **可以理解**為什麼她們這時候要拜拜、這時候要怎樣……我**自己也是在很鄉村的地方長大，本身就很有「親和力」**，那就是講話、講臺語什麼的，我是覺得說互動上都還蠻不錯的。（S-2：筱元）

> 因為我**自己也是海邊長大的**，也**習慣這樣（指三不五時摻雜髒話）的說話方式**……（研究者：不過你可以接受？）剛開始還是會膩呀，我都是用比較，我知道那是他們的**語助詞**或什麼。（S-1：霍德）

比較特別的是，受訪社工小銘由於經歷地方社會工作草創期，對社工的角色及定位朦朧，迫使她到大都會地區尋找社會工作專業學習的機會，學成後再返鄉服務。擁有不同城鄉的工作經驗，小銘體會城鄉發展的極度落差，為她帶來不同的刺激與反思；霍德也因為從小對這塊土地的熟悉，在工作中能依據地域特性建立不同處遇方式，他強調：「不一樣的海邊跟山上，服務的方式是完全不同的。」其發現個案分佈的地域性影響著助人關係：若個案居住得越接近「海濱」，其防衛心與草根性較高，對於社工灌輸的新觀念或知識較無法吸收；反之，若個案居住得越接近「市區」，其防衛心與草根性較弱，對於社工灌輸的新觀念或知識相對較能夠吸收。

2. 文化差異是相互理解的起點

即使同樣生長在同一塊土地上，可能存在著階級、年齡、性別、職業及次文化之差異，就像心慈認為對個案自己衝擊較大的差異為：「他們比較多是**階層上的次文化，比方她會喜歡抽煙、喝酒、會酗酒**，這個部分的次文化就是我們家都沒有，我自己也沒有（笑）。」此時，個案與優勢觀點社工的「差異」不見得會成為關係建立的阻礙，**「文化差異」反而是形成共同話題的機會、相互理解的起點**。

永陽及心慈不約而同提及國臺語的「語言溝通問題」，社會工作者為了要弭平言語的鴻溝、貼近個案的生活圈，所以可能會使用對自己相對不熟悉的「臺語」進行會談，但如果遇到聽不懂臺語的狀況，也能虛心求教：

> 他們又是那種住在海邊的漁民社區，所以那邊的**風俗習慣是比較「土地人（臺語發音）」，很草根，怎麼樣都是三字經的**。妳就是想像一個父親他又是滿嘴檳榔，就很勞工階層……互動的方式也是盡量互動，會**用「臺語」**，我**必須一定要**這樣子，這也是這個工作帶給我的，因為我們要去**貼近他們的生活**。（S-5：心慈）

> 像曾經遇過有個個案的職業是農夫，但是**他講的臺語我聽不懂**，我會問說：「可不可以用國語說？」**他就會跟我解釋**，包含他所使用的農具。（S-3：永陽）

（二） 開放的會談地點與時間

1. 家外會談引導走出封閉的幽谷

情感性精神疾病個案於憂鬱期時的人際互動封閉，退縮在自我的世界中，並對外界懷有不信任感，但長期處在家裡鑽牛角尖的世界是狹小的，若能適時走出去將看到嶄新且宏大的世界。因此，社會工作者若能適度創造個案外出的機會，讓他們體會到外界環境與氣氛的友善、安慰，將是個案改變的契機。

受訪社工霍德適時借重社區環境的資源，從中扮演引導者的角色，鼓勵案主步出家門，接觸大自然的鳥語花香與人事物，一點一滴地為其生活帶來改變，最終敞開案主的心扉；永陽則面對一個晚上家裡經常不開燈、習於把自己鎖在黑暗中的憂鬱症個案，在正確地辨識出其求救訊息後，她邀請個案走出家門，放鬆其身心靈：

> 我現在去家訪的時候，我跟她說不要在家裡談，我跟她說我們**到外面走一走**，因為她家外面就是廟，有很多椅子、有很多老年人會在那裡聊天什麼的……她現在需要有人就是**幫她推一把**，然後**她開始會抗拒啊，現在不會了**。（S-1：霍德）

> 她（個案）不會說死或說我要去自殺，她說：「我今天可能撐不過了。」有一次我就**陪她去走路**，我覺得走路的時候是**讓她的身體可以休息**，她身體有在休息，**雖然說她腦袋還是一直在想，不過她身體可以休息**，不然她身體也會受不了。（S-3：永陽）

2. 公眾場合會談的安心自在

另一種狀況下，個案或社會工作者擔憂家訪存有人身安全顧慮，於機構內的封閉環境會談又顯得不方便、不自在，為避免這種潛在風險與威脅性，優勢觀點社工會借重社區中的「公共」場所進行會談，例如：麥當勞、簡餐店、飲料店等等，這些場所通常是雙方可付得起、且有半隱密的空間適合會談。於公開的情境下會談，一方面個案能感受輕鬆氣氛，一方面社會工作者較安心，可直言不諱地暢所欲言，拉近彼此關係：

> 如果說她家不是一個讓我覺得很放心的地點，我基本上都會約在「公眾」的場所，譬如說：這些東西一方面也是**公眾場合**，一方面也是這些**消費不是那麼高**，不管是我付錢或個案付錢都不會造成雙方太大的負擔這樣子，

那個環境下會讓我覺得**比較安全**。（S-2：筱元）

跟個案建立關係要怎麼做，像是**會談可以約出來**，像有一次我就跟個案約在麥當勞啊，跟這個婦女**建立關係的方式**就是去吃麥當勞啊。（S-5：心慈）

3. 非預期的相遇是關係進展的好時機

多數的社會工作者在「非上班」、「非正式」的場合遇見案主，通常是充滿尷尬或不適的一刻，心中想法的可能是：基於專業考量，應該劃清彼此的界線，避之唯恐不及。然而，就像心慈對助人工作的期許：「不會拘泥或侷限在那種只有『會談室』的夥伴關係。」社會工作者與案主生活圈的重疊，讓彼此的關係更加地彈性，反而多一個機會觀察案主真實的生活態樣，有助於瞭解個案更多優勢及資源，例如：平時的交友圈、親子互動狀況等等。

妳會看到她跟她的朋友出來，妳會發現哇！**原來她有這麼多的朋友**，對呀這些都是**未來妳可以運用的人**，對，或是說哇！她平時也會帶孩子出來逛夜市，她**親子關係是不錯的**，妳發現她的一些優勢。（S-2：筱元）

有時候在夜市都會遇到案主，我就跟爸爸講說：「**你今天很好耶，帶小孩出門逛夜市**。」那個是兒少保的案，打小孩的那種，很不一樣耶，會帶小孩出來逛夜市耶！（S-1：霍德）

若在非正式的時段或場合相遇，能打破基於專業關係形成的交集，優勢觀點社工將個案定調為類似遇到「朋友」般互動、寒喧，可減少專業關係建立之壓力、增進一份瞭解的機會；同樣地，案主亦可發現社工褪去一般專業形象後的樣貌，回歸一般自然人際交往的進程：

這不浪費我太多時間，那就當成遇到「**朋友**」一樣去**打招呼**，因為我也沒有要做紀錄，就只是跟你，當下你有一些狀況**我覺得是可以肯定的，我就**

是真實反應給你知道，我們離服務對象太近了。（S-1：霍德）

我們遇到就像「**朋友**」一樣**打招呼**，然後會問她就是**聊聊天**什麼的。（S-2：筱元）

（三） 連結資源與網絡合作

前述提及，情感性精神疾病個案的狀況複雜、議題多元，若靠社會工作者單打獨鬥，很容易消磨掉助人的熱忱。此時，社會工作者能以優勢觀點個案管理的精神，連結其他內、外部資源，即能開闢不同的受助管道，對個案來說亦為多方轉機。

1. 連結內部資源

內部資源包含同儕與督導間的意見交換、個案研討凝聚處遇共識、當面臨潛在的人身安全風險時可協同家訪、以及資源共享等等，有助於彌補社會工作者個別的不足與盲點，也讓內部「團隊」共同決策、承擔自四面八方而來的壓力，並做好萬全之準備：

妳看大人、我看小孩，一起去，訪**視完畢後一起討論，做一個怎樣的共識**……當**有別人跟妳分享一些東西**，妳多少會發現，對，我怎麼沒看到這一塊，還有**另一個角度可以切**入……我的個案可以享受到她知道的資源，她的個案可以享受到我知道的資源。（S-4：小銘）

如果我們去訪視的時候**覺得不安全**，我們在評估通報表，如果她的暴力問題很嚴重，而且她先生可能長期失業都在家……我們心裡還是會覺得說，**還是帶著一個人跟我一起出去**。（S-3：永陽）

為她、為這個家庭召開個研，就**個案研討**，該用盡的都**用盡了**（笑）！真的是我們社工「VIP」級的個案。（S-5：心慈）

2.連結專業網絡資源

外部資源或專業網絡資源包含：社區復建中心、身心障礙鑑定與個案管理、家庭喘息服務、心理諮商、團體治療、安置資源、低收經濟補助等等，一旦連結即全面啟動助人機制，並與醫療系統共同討論疾病狀況，解除社會工作者「單兵作戰」的壓力：

> 連結一些**身障個管**的資源，他們有去關懷，有去處理這一塊……協助他們（個案親屬）去做一些譬如說如何跟他溝通、和一些**喘息**相關的資源進去。（S-4：小銘）

> 心理諮商那部分的，那決定運用這個資源，讓這個個案去接受這個服務，然後還有，對，那時候有辦一些團體，邀請她來參加。那當時候的想法是我可以**解除**一點**壓力**，她有**不同的求助的來源**，那我覺得可以**卸下**自己一點**壓力**。（S-2：筱元）

> 後來有很多網絡單位，像自殺防治中心的社工，然後還有包含婦保的社工，就是我們大家都**通手聯合**，然後全部都把它「**全面啟動**」……**後面這一連串的資源都用上**了，她從沒有健保卡到最後有健保卡才能夠定期就醫，又碰到一個很好的醫生，協助她去做身心障礙的鑑定，給她（身心障礙）手冊，又有低收（資格）這樣，所以有補助，不然原本都沒有錢啊！（S-5：心慈）

連結外部資源的實際操作上，社會工作者除了電話聯繫、轉介資料的準備外，更重要的是要「陪同」個案去瞭解資源使用的狀況，如果個案還沒做好心理準備，需要花較多的時間等待、適應之，就像受訪個案蘭芝描述第一次進入社區復健中心時，內心的擔心與害怕：

> **從來沒有接觸過**，所以我第一次看到他們的情形就**嚇到**，**不敢去**。後來我

回家後筱元（化名）問我要不要去？她先帶我去看看，然後就看那些人走來走去，就覺得好害怕，氣氛又很怪，我就不敢去嘛！後來**經過一、兩個禮拜**，就覺得我去看看也好，那我就跟筱元說**我要去**，她就帶我去。（C-1：蘭芝）

從受訪社工永陽、筱元及心慈的經驗中，他們認為針對情感性精神疾病個案較有效果的外部資源為**心理諮商及團體工作**，不管是個別的或集合相同生命經驗的眾人之力，這些個案在「深度」建立的人際關係中，找到生命的另一個出口；另一方面，個案有接受諮商的意願，就是復元能力的展現之一：

那時候有搭配**諮商**，有幫她引入這個資源……因為她先生也有外遇，而且又長期對她施暴這樣子，她說：「我希望可以丟下對我先生的仇恨，所以**想聽聽諮商老師**怎麼講。」（S-3：永陽）

曾經極度依附社工筱元支持關係的個案，在進入團體工作後，在更開放的人際關係中、獲得團體小組長角色而受到激勵，少了怨天尤人，多了不同視野去反思自我人生，願意前進、努力並承擔責任，是極大的成長與改變；而心慈的個案也在敘說團體中找到可以聽懂她、理解她的夥伴，不因自己身心缺陷而退縮，同時也「重新建構」了自我的生命史：

她很能夠思考、反思，把老師講的運用在自己身上……我覺得**那八次團體對她而言是一個很大的鼓勵**，她覺得她自己**想通**了一些事情。（S-2：筱元）

邀請這個婦女參加我們的**團體諮商**啊……婦女的「敘說團體」，她每個禮拜都準時去，她「**很愛**（加強語氣）」去，因為她找到可以**理解**她說話的人……讓媽媽去「**重新建構**」看待，媽媽有畫一個生命的圖喔，讓她怎樣看待她的生命史，那媽媽就覺得有孩子在之後是比較快樂的。（S-5：心慈）

肆、 走出隧道邁向各自新起點：助人關係之圓滿

有始就有有終，有開案便有結案，當個案逐漸邁向復元之路時，意味著在隧道內漫長而幽深的助人旅程已找到出口，優勢觀點社工與個案的關係進入尾聲，邁向各自的新起點。

一、 走自己的路，為自己而活

（一）學習自性自渡

在結案的階段，個案的自主性逐漸顯現，社會工作者不需再像一開始耗費時間與精力與個案互動，聯繫次數也不像往常密集，專業角色逐漸淡出個案的生活中、卸下處遇的壓力。直到最後一次的助人關係接觸，社會工作者將會釋出對個案的關心與祝福，恭賀他們有能力靠自己的力量走出：

> 我結案的時候有告訴他們，但是我會告訴他們說，結案只是說因為我們個案關係或暴力**議題結束**了，我們必須終止這個關係，但是**我對妳還是關心**，或是你還是**可以回來**跟我**分享**你的**改變**，我還是會跟我的個案做這樣的**祝福**。（S-5：心慈）

> 更重要的是之後，她的**人生不會只到這裡**，如果可以幫助他有一些新的想法才是真的幫助，當她自己**轉念**了，其實就**可以自己決定說他之後的生活是怎樣**。（S-3：永陽）

復元是邁另一個新生活的開始，個案有自主能力與信心能夠勝任未來的挑戰，劉育林（1999/2002）提到一個人願意接納現實並且適應新生活時，通常會有以下的跡象：女性可能會換了髮型、裝扮，男性也可能換了儀容（如：蓄或刮鬍子）、甚至買一臺新車。當然每個人的方式都不盡相同，但重點都是透過外在的改變宣示告別過去、展開新生活的開始。例如：霍德的個案曾經是蓬頭垢面、講話充滿

三字經的形象，但是經過兩年多的努力：「她不講髒話了，他開始願意為自己的儀容做一些整理，你就會覺得她有成長。」而霍德的另一個個案則是透過搬家、找新工作開啟另一段生活；永陽提到個案最大的轉變，在於能夠肯定自己的價值，拋開憂鬱情結、拋開無法為孩子付出的痛苦，為自己換了新眼鏡、新髮型，並自行運用教會資源往自己的音樂興趣發展、攻讀碩士班學習，看似在絕境中的生命又峰迴路轉，展開獨立而嶄新生活：

教會有一位老師要教非洲鼓，然後她自己就說：「我也想要打那個非洲鼓。」所以她就去買了，因為她就是告訴自己：她自己的工作是很穩定的，所以她的財力都沒問題……到後面她會**自己講出來**：「我這份工作也很好啊，**為什麼說我不好？**」就她**漸漸會去思考**，就是慢慢地才看到的。（S-3：永陽）

心慈的個案雖然沒有辦法像永陽的個案一樣，有足夠的機會與資源完全脫離曾經受暴的家庭，但是在與相對人同一個屋簷下的狀況，仍能信守與社工的承諾，穩定地生活、就醫、肯定自己：

她後來真的就是**兌現**跟我們社工的**承諾**，她再也沒有任何自殺的行為……目前媽媽算是很**穩定的活下來**，一直不斷地朝自己的目標邁進，她又能「正向」**肯定自己，完全為了孩子、為了我們**。（S-5：心慈）

（二） 發揮超乎想像的潛能

優勢觀點社工對於個案的期待不再受過去侷限，反而能夠在其成長歷程、面對挫折的態度上起敬佩、讚嘆之心；另外一個層面，社會工作者覺察到個案與自己的生命經驗差異性雖大，但看到個案從一路顛簸坎坷、超乎期待地走到復元，重新獲得「人有無限可能」的啟發：

妳**沒有辦法**想像她後來的復元是那麼的好，而且讓我覺得**很敬佩**的是，對呀，

如果是我，**我可能都無法那麼順利地走到那樣子**……才一、兩個年的時間，其實我覺得很快速……它**可能一直在發芽，還沒有結果**，但是過程當中**人是有無限可能**的！（S-2：筱元）

我就覺得她很**像在很不起眼的土壤中冒出來的那個芽**，很努力地從細縫中長出來的那種。因為我陪她陪那麼久，就會覺得她的**生命力**是很**堅強**的、就很有**韌性**的，即便說她所有的思緒都覺得說：她撐不下去，可是**她還是在撐**，我看她就覺得好感人喔！（S-3：永陽）

這婦女其實是受盡凌虐長大的，我覺得跟我的**生命經驗**是完全**不一樣**的！讓我的「**衝擊**」更大的是，她居然可以把兩個孩子教育得這麼聽話、乖巧……他們有蠻多讓我們覺得蠻**不可思議**和**生命力**，就是**在社會底層卻蠻有生命力的價值**。（S-5：心慈）

二、 建立彈性的亦親亦友關係

（一） 平等的關心互動

助人關係的轉化上，社會工作者與個案建立信任關係後，彼此的權力關係差距逐漸縮小、漸趨「平等」，結案時因較無處遇的壓力，彼此互動起來格外真摯自然，既像是朋友、又像是親人般對待，例如：相互關心、打氣、擁抱、撒嬌、實物餽贈等等，從人際互動的小細節中可看出關係的親近：

我通常會去找她（社工），把她當作我的「女兒」、或者是我的「誰」這樣子……醫院裡面的心理諮商師，就是每個月會約個時間這樣，就覺得有點公式化、冷冰冰的這樣子，不會說分擔。（C-1：蘭芝）

她（個案）把我當成是她的**女兒**，每次她看到我**很開心就「擁抱」我**，然後嗯或是說跟妳講話她會**撒嬌**，說：「那麼久沒有看我，好想妳喔。」……我好像說雖然學優勢觀點，可是我好像也很少有這樣子會跟這個人關係這麼

「**平等**」。（S-2：筱元）

她（個案）**到後面的時候她會關心我**，譬如她就會說：「吃飯了沒？」，不然天氣冷時會問妳說：「最近天氣比較冷。」我們都是約傍晚的時間，她會說：「妳回去要小心。」然後她也會拿衛生紙，就是要從**很細的地方**去看。（S-3：永陽）

甚至她（個案）也會**跟我們講笑話**（雙方笑），**很有「幽默感」**，因為我們都聽得懂，而且跟她閒聊（臺語發音），她就覺得我們很親切啊，又像她的「**朋友**」、又像她的「**姊妹**」，她做不對的時候，我們也會**唸她**。（S-5：心慈）

（二） 好消息的分享

助人關係的尾聲，個案即將邁向自己的新生活，但關係建立得宜，個案還是會充滿信心地回來分享他們生活上的點點滴滴與成就，遇到「好消息」第一個告知的對象便是優勢觀點社工，令人倍感窩心：

因為碩士班放榜，她就提早一個小時來找我，可是因為我不在，**她是來跟我講她考上了**……她在那裡不知道幾個月，**她終於可以升設計師**，我們就有一起說：「那如果等到妳升上設計師的時候，我們就**一起去吃飯**。」然後我還有就是跟她說：「我之後要**成為妳的客人**。」（S-3：永陽）

我會「**全部**」告訴她（社工），**，不管我會哭、會笑我都在他面前，我會跟她說很多很多**，如果**有一點點小成就，我也會跟她分享……**譬如說我進烘焙班，很多人去報名，啊結果我被選上了，那時候就好高興！跟筱元（社工化名）講說：「我選上」了！服務一年之後，我做麵包、**第一次做好的麵包**，我就**趕快拿給她吃**，跟她說：「這是我做的麵包」（兩人笑），考過丙級（執照）**我會趕快跟她講**，有時後**也會去看看她**。（C-1：蘭芝）

回顧一路走來復元的歷程，社會工作者亦發自內心地為個案的好消息感驕傲與成就，共同分享成長與收穫的喜悅，這種真誠的人際互動，使彼此成為對方生命中的重要他人：

真的就**像朋友**一樣，她跟妳分享生活點滴，聽了我也很高興，為她感到很幸福，她真的**找到他自己的路了**！而我們在當時候陪她走過低潮，那她也找到他的目標，我也很為她**高興**、為她**驕傲**，這就是**肯定、鼓勵**。那也是會有很多婦女，也是在我結案或關係結束之後，她也會打電話跟我分享。（S-5：心慈）

一路上看到她的一些不管是挫折或成功，妳會**比她更高興**，也會**比她更難過**，我覺得說當時看到她的一些改變，妳會真的就是很**發自內心**地去**肯定**她，然後那些對於她而言是很重要的**回饋**。（S-2：筱元）

（三）創造聯繫機會

即使個案結案了，社會工作者仍然創造機會，與個案保持聯繫，例如：共同慶祝、物資發放、機構的活動邀請、研究訪談等等，透過這些人際交流活動除了可讓社會工作者瞭解個案的新訊息，個案亦能從中獲益，感受到被重視與接納：

我如果**想到個案需要**，還是會**主動**跟她**聯絡**，她們會很高興來這邊**領取物**資，順便跟我**聊天……**我們就像她們（個案）的「**家人**」，像家人情感一樣，就是**陪伴妳、保護妳**、讓妳不再受暴，可是當妳離開我們服務的組織，或妳到外面去飛、到外面去走，如果妳覺得要**過來充個電**也都可以。（S-5：心慈）

她結案之後，陸陸續續因為我有**做研究**的時候有**訪談**她，所以我們陸陸續續都**還有再聯絡**，那也知道說她後來自己**規劃了一些目標**，也漸漸在達成，這是結案之後。（S-2：筱元）

我有去過兩次她(社工員)辦的活動……教授還是專家來講一些家庭的相處。（研究者：對妳有幫助嗎？）有啊，一方面我覺得有這種疾病參加**可以走入人群**，因為我發覺說妳**一直孤立、關閉起來，反而問題更大**。（C-2：阿珠）

因為妳們要寫報告，又找到我，我會覺得說：啊！我這樣**有價值**了！……妳想要知道我們這一類的人是怎麼走過來，這樣對我也是一種**加油、鼓勵**！（C-3：信子）

（四）感謝與感動

沈澱助人關係的歷程，受訪者賦予的最大意義是油然而生的「感動與感謝」，對於社會工作者而言，感恩個案艱辛而豐富的生命經歷開拓了自己的視野，理解到凡事並非理所當然，從中也創造付出和收穫的機會，如受訪社工心慈所言：

很感謝妳，每次都有這麼多我以前沒遇過的狀況，**讓我有機會處理到**……**對所有認識的人都是難得的緣份**，所以我對於我的個案還**蠻謝謝的**，他們**開拓了我的世界觀**，可能以前的我不知道世界上有那麼多很辛苦、苦難的人，可是因為我的個案，讓我**有機會付出……**我覺得「**感恩**」啊會油然升起，**充滿感恩**來面對那些人的生活，凡事不是那麼的理所當然。（S-5：心慈）

對於個案而言，能夠感恩並肯定社會工作者在自己最需要的時刻的陪伴與扶持，視其為生命的轉捩點：

一路上筱元（社工化名）都陪我走啦，我自己也覺得說，這樣一路上跌跌撞撞的，她都在旁邊扶著我，沒有讓我摔得更嚴重……她也很辛苦。我相信她接到我這個個案，頭也很痛，她那時候也剛出來當社工沒多久……**如果我沒遇到她，我可能還在那裡過，看著日子在數時間，每天渾渾噩噩這樣子過**。（C-1：蘭芝）

一旦相信，我就覺得可以從**個案**身上得到很好的「**回饋**」，他就會跟我說他的**感謝跟改變，他會發現自己的改變，然後謝謝網絡（專業人員）的陪伴**；我覺得那種會**相互分享**，跟我的案主的分享，妳當然會從中得到**成就感**跟肯定，或是可以得到一些安慰。（S-5：心慈）

國立政治大學 National Chengchi University

第二節　雙向復元之經驗

助人關係的目的無非是希望達到復元的目標，並且透過生命與生命之間的共鳴、互為主體，看見彼此的需要與理解，達成同步的雙向復元與成長。本節就情感性精神疾病個案與社會工作者的復元經驗，嘗試呈現出雙向復元之完整內涵。

壹、 情感性精神疾病個案的復元經驗

情感性精神疾病個案受訪以前，已由其主責社工與筆者充分告知研究訪談的內容與目的，故個案受訪時對於自己過去經歷的負面生病經驗、自殺與自傷行為、以及復元的歷程皆能自然地侃侃而談，除了受訪個案信子於訪談中有些脫序、不斷描述自己對音樂的熱愛外，另外兩位受訪個案蘭芝與阿珠，均能聚焦主題進行分享。以下是這些情感性精神疾病復元者的生命經驗，包含關於他們的背景介紹、找尋自我與追求復元的歷程。

一、 關於這些復元者的曾經……

（一）顛沛流離的逃亡者

蘭芝是一名五十五歲的婦女，面對受訪，她豪邁地捲起左手的衣袖「亮」出割腕自殺的刀疤，那是一個埋藏久遠故事的起點，看得到的傷口早已癒合，而看不見的傷口卻常在午夜夢迴裡隱隱作痛，令人不禁恍然大悟：今天蘭芝能以一名復元者的身份出現在研究者面前，絕非偶然。

蘭芝自小從中產階級的環境長大，高職畢業出社會後，不幸遭受前夫下藥迷姦而懷孕，在六零年代重視女人遵照三從四德的禮教與貞操的綁架下，蘭芝被迫嫁給目不識丁、其貌不揚的街頭混混。婚後，吃、喝、嫖、賭樣樣來的前夫經常對蘭芝拳打腳踢，而蘭芝在沒有愛情也沒有其他奢求的生活中，努力做著從小不曾接觸的粗活與照顧工作，在幾乎毫無援助下拉拔三名子女長大成人，並且靠著

自學進修空中大學的商科，以讓自己有更多的機會從家的束縛中脫逃、自立，但擁有這麼高的學歷好像也是一種罪惡，婆家的閒言閒語與譏諷從來沒間斷過。

好不容易結束二十四年不幸的婚姻，蘭芝帶著孩子住在婆婆留下的房屋，相互依偎，但卻要面對前夫酒後三不五時破門而入、拿著酒瓶敲她的頭、拿刀砍等等瘋狂蹂躪的恐懼，十五年來蘭芝過著如同驚弓之鳥的生活，一有風吹草動隨時準備逃亡，逃到友人家、店家、公園裡……離婚後不斷隱忍的蘭芝發現自己罹患了中度憂鬱症，開始想要從這個絕望的世界上逃開，從自割、吞藥、睡馬路到跳樓，每一次都有理由讓她從死亡的魔爪中掙脫：

> 我天一亮起來就想說用什麼方式死了比較快，我曾自己自殺過三次都沒有成功……上帝為什麼對我這麼不公平，連死的權利都沒有？就更挫折、更挫敗，然後就覺得更絕望……我覺得我到底要怎麼辦？很想走，丟不下小孩；不走，活不下去。（C-1：蘭芝）

蘭芝為了避免夫妻衝突在孩子心中留下陰影，不斷隱忍退讓，但她也坦承自己沒有面對的勇氣，不想讓家暴這種丟臉的秘密公諸於世，也沒有能力再與異性建立親密關係，因為她說她「怕到了」，這輩子不過是拼命在「逃亡」，但求解脫的一刻。

（二）婚姻風暴的生還者

初見阿珠會覺得她是一位溫柔內向的婦女，很難想像她長達四十六年的人生裡，有三十多年都和躁鬱症搏鬥。阿珠生長在一個貧窮的鄉村家庭中，由於家族遺傳的魔咒，阿珠的父親與三名姊妹都患有或輕或重的情感性精神疾病，從小在充滿藥物與進出醫院的環境中長大，也因為阿珠國中畢業後就發病了，所以不管是後續求學、工作與婚姻，都比一般人晚了四、五年。雖然阿珠患有中度躁鬱症（較偏向鬱症），但在藥物與基督信仰的維持下，以及 1980 年代初期電子、紡織

工業與家庭代工的興盛，阿珠靠著一雙巧手來掙錢養活自己不是問題。

有著虔誠基督教信仰的阿珠，並不因為疾病而自怨自艾，年近三十的她在教會遇到洋溢著音樂才華的先生，燃起自己籌組家庭、過著安穩踏實生活的希望，殊不知這是婚姻風暴的起點。婚後，阿珠一肩扛起經濟大梁、照顧女兒與家務勞動的任務，龐大的經濟與勞動壓力壓得她喘不過去，對外，阿珠在工廠與同事發生人際衝突，工廠主管也在大庭廣眾下宣告阿珠患有躁鬱症，同事間開始用異樣的眼光看待她，使她不得不另謀出路；對內，阿珠發現自己與先生的生活習慣迥異，兩人經常為了家庭內芝麻綠豆大的事情爆發激烈的口角，先生說不過阿珠，只能透過激烈地敲破大門、電視機等破壞物品的方式宣洩心中的不滿，並造成其他人的恐慌與驚嚇，這樣衝突的循環上演了有十六年之久……邁入青春期的女兒甚至因為受不了這場婚姻風暴而出走。

阿珠發現自己完全承受不了任何精神上的壓力與刺激，為了這個瀕臨分崩離析的家，感到精神上痛苦的折磨，她吞藥自殺後，卻又存活下來……。

（三）不再風光的音樂家

信子是阿珠的先生，受訪時為四十七歲，罹患躁鬱症的時間也差不多和阿珠一樣長達三十年，吃藥的年齡還比不吃藥的長，但不同的是，信子充滿對音樂的浪漫情懷與熱情，希望有朝一日能到德國學習作曲，當一名音樂家。

信子的父親是國小老師，對身為長子的他期望很高，信子從小也能自主學習，學業優秀，直到國中三年級的時候，他在升學的壓力與校園霸凌的脅迫下，誘發家族遺傳的躁鬱症，並且數次想在學校頂樓自殺，開始經歷連連考試失利的痛苦。信子 23 歲的時候，面臨人生最殘酷的打擊，他說：「真的是家庭巨變，我說我爸爸成為植物人，那時候我就把我躁鬱症最強的都發出來，發病到完全不覺得是人。」接著服兵役、工作期間，因為病情時好時壞、記憶迷糊與服藥後的副作用，備受他人欺侮。

信子只好降低對出國夢想的追求，選擇在家當一名校外音樂教室的老師，靠著小提琴與鋼琴的專才漸漸招收不少學生，在地方小有名氣，並且也虔誠地走入基督教信仰、走入婚姻，期待靠這些努力可以為人生帶來更多的信心。然而，好景不常，2008 年美國雷曼兄弟破產事件引發全球經融海嘯，音樂產業也一蹶不振，加上長期夫妻衝突、親子不合，信子的躁鬱症又嚴重地爆發，邁入中年的他不但無法工作養家，甚至遭受家人、鄰居與朋友的鄙視，擊垮好不容易建立起的自尊心—唯有徹夜陶醉音樂的世界中，才能為他帶來一絲安慰，但也與家人的心漸行漸遠……。

關於這些復元者的曾經，我們可以發現他們生病的原因，符合精神疾病「特異質-壓力模式」，除了先天疾病遺傳之脆弱體質之外，長期感受到壓力、重大事件的打擊與環境外因性誘發的影響更是不容忽視，他們的家庭關係通常都面臨嚴峻的挑戰，不管是精神或肢體上的暴力；並且初發年齡早者，復元的阻力越大，他們罹患憂鬱症或躁鬱症期間平均有 25 年之久，即使現階段他們的疾病雖然已經減緩許多，但就像是如影隨行的慢性病一樣，無法撲滅、治癒，只能和平共存，可貴的是他們竟能進一步超越疾病對自我的限制。

二、 自我復元的經驗

（一）身心的利基－症狀穩定

1. 疾病與治療的洞察

受訪個案均能洞察疾病對於自身的影響，擁有較強的病識感、成為合作且具主動性的病人，例如：阿珠在工作與家庭的雙重壓力下，懂得辨識即將發病的前兆而「自行」住院，且對她而言醫院是一個得以轉換壓力、沈澱情緒的場域，同時也對治療與病際關係有所信賴與認同；心慈的個案同樣也接受自己的疾病角色、主動就醫，甚至在醫院中主動連結病友圈，建立良好的醫病關係：

都一個人去（住院）啊，OO 嘛，OO 醫院，我住三次，之前產後那裡也有住一次……那鹿基三次都是我**弄一弄自己去**，那邊很好啊！為什麼妳知道嗎？它給妳一些訓練，可以**有一個團體生活**，**讓妳覺得說不會跟社會脫節**……可以**交很多朋友**，一樣這樣疾病的朋友，我那時候住進去也不會跟他們不一樣，就是**一樣的人聚在一起**（笑），只是病輕跟重而已……在那裡（醫院）待一下，讓自己**沈澱**一下……之前壓力大的時候會**轉換一個環境**、到一個**住院的**環境。（C-2：阿珠）

她（個案）那個時候在自殺最嚴重的時候，她現在都有在**穩定服藥**，穩定在我們 OO 醫院（某醫院名），在我們精神專科醫院那邊就醫、**規律的回診跟服務**，所以....而且她也蠻喜歡**跟醫生聊天**的，很喜歡跟醫生談（笑），裡面她也有交朋友、**認識病**友。（S-5：心慈）

受訪個案信子同樣對自己的疾病有所洞察，但卻是透過擅自停藥後躁鬱症的大發作，才開始警覺躁症帶來暫行性的快感，並瞭解作為一名病人規律治療的重要性，這種「以身試法」雖然後果嚴重，卻也讓信子永遠記得關照自我的疾病狀態，並且穩定就醫：

我曾經因為說躁症的感覺會很舒服、很愉快、反應很快，就覺得說不要吃藥，這是我第一次嘗試說**憑自己的感覺停藥**，結果就「大發作」，一次大發作會發作到自己的**腦袋就很受影響**。（C-3：信子）

「藥物」之於情感性精神疾病個案，幾乎是形影不離的終身朋友、必備的食糧，多數受訪個案均提及對藥物的依賴與肯定，甚至無法想像沒有藥物隨身的世界要如何過下去！即便瞭解完全康復的機會渺茫，但唯有透過規律、穩定地服藥，才能使自己過著正常人般的生活，不至於過度脫序、受到情緒轉變的折磨：

不吃藥還是不行的，每個月都會**固定**跟醫生拿藥……他會開給我慢性處方

箋……**現在只要吃藥控制就好**，以前要住院……我一直固定在吃。憂鬱症的藥一直都在吃啊，如果一餐沒吃，會覺得心悸，然後不知道做什麼，全身都發抖，覺得很緊張、很害怕、很恐懼……。（C-1：蘭芝）

我不能不吃藥，我一些莫名其妙的情緒不舒服，有時候情緒快要不一樣的時候，就發現ㄟ，我今天沒有吃藥……**吃藥會比較穩定**，沒那麼 high、沒那麼 down，就會比較穩定，也不會因為一些言語刺激就發作[56]。（C-2：阿珠）

我會不會好我不知道，我這麼多年有看醫生、也有吃藥，我吃藥 30 年間一直在吃藥，我幾乎都是「**吃藥比吃飯還重要**」，如果去旅遊去住還是去哪裡，第一個藥一定都要帶到，**如果藥不夠我就會恐慌……**我們以前的話一開始吃藥是用「鋰鹽」，吃下去就整個人變得很奇怪，像「動物」一樣，流口水啦、然後走路走不動，可是我們吃這麼多年鋰鹽吃到現在，**鋰鹽對我好像「飯」，非常有用！**。（C-3：信子）

在需長期就診、服藥的歷程裡，受訪個案蘭芝正式揮別過去病態的自己，不願意再回到發病住院那段渾渾噩噩、抓狂拔針頭的狼狽狀態，她對自己的精神科醫師極為信賴，願意每個月千里迢迢地跨縣市追隨著醫師、穩定服藥，終於從不健康的狀態走到現在，並且覺得自己服藥能控制憂鬱症，就是個正常人：「**我正常了！對，我除了固定吃藥之外，也沒什麼別的了**。」霍德的個案也有類似的經驗：「**我吃藥，我就是穩定的人了**，那我幹嘛要一直覺得我就是精神病患？我幹嘛不去工作？」

2. 欣賞生命的節奏

所謂復元，並非完全治癒、抑或著完全不會復發，而是來來回回、逐步超越

[56]阿珠的生命經驗中，因為擔心懷孕期間服藥影響胎兒，故接受精神科醫師的建議停藥，僅靠著自己的意志力克服身心失調與不適，其餘時間均穩定服藥。

的歷程，重鬱症的終身復發率超過 50%（Holosko et al., 2007），躁鬱症的病程則是最容易慢性化（Hughes & Weinstein, 2000），故疾病再次復發、退回的時刻是在所難免的事情，一旦克服後個案將會一次比一次好，對於生命的節奏也越來越能掌握。

例如：婚姻暴力的陰影有時會以「夢境」的形式回到蘭芝的身上，當她再次經歷到不好的回憶時，可能導致情緒更加不穩定；抑或是與家人有所摩擦時，不滿意的關係狀態也會令蘭芝感到非常寒心、難過，這些壓力都很有可能造成她的憂鬱症加重：

> **（婚姻暴力）陰影都一直存在**，有時候我會**做惡夢**，**夢得好可怕**喔！我就講給醫生聽，醫生就說我壓力太大了……有時候跟兒子開開玩笑，兒子就嗆一句話，我就很不喜歡聽，可能他也沒什麼意思，可是我自己**心裡就覺得很難過**；啊或著是有什麼事情壓在我心裡，我就會**大哭**，**哭得淅哩嘩啦**這樣子。（C-1：蘭芝）

對於躁鬱症病患而言，信子及阿珠在躁症與鬱症的擺盪中，體會到情緒、思考上有快、有慢的循環，如同天平或翹翹板的兩端，但他們能**逐漸學習找到維持平衡的方法，隨時做好面對疾病準備**，瞭解疾病不是全有全無、非勝即敗的零合遊戲，在**學習接納疾病與自我的歷程間，欣賞疾病帶來的生命的節奏與樂趣**：

> 躁鬱症會引起某些躁症或鬱症的週期的時候，會有**出現出人意外的、我自己的一些特別的表現，正面的**，特別是我在躁症的熱情上，會讓我在**小提琴技巧**，我已經成年了仍然**「不斷的（加強語氣）」進步**……鬱症的時候動作會比較慢、反應也比較慢，然後就**沒關係**啊（笑），因為我們**很快就有躁來**了啊！像我現在蠻輕的不會被發現，啊不代表說不會變重，其實心裡頭都要**隨時面對這些，會變重、會變輕**……我這樣子去**經歷**我自己**人生的樂趣**的時候，來抵擋一些看不起我的人。（C-3：信子）

我的情緒在那個躁的巔峰狀況要下來降下到鬱，還是鬱要升上來，這是**我自己要去驗證清楚**，然後我自己坐的「**翹翹板**」，我自己踩在我自己**精神的平衡點**上，是什麼狀態，然後**去調整這個狀態因素的落差**。然後我自己處於鬱症的衰弱狀態，就有那種想法，我這樣的狀況就多吃一些抗鬱劑。（C-2：阿珠）

（二） 絕望中的一線希望－支持的力量

1. 社工的支持與鼓勵

人人喜歡被讚美，從讚美中得到更多的信心，當看見個案的優勢與能力時，優勢觀點社工從不吝惜大力地鼓勵與讚美，除了是一種「正增強」外，個案也能從他人的肯定中逐漸找到自我肯定的力量，願意持續成長與突破：

她很高興她自己有能力去幫她女兒到郵局辦戶頭，我後來**藉由這個東西去詢問她、鼓勵她**……（後來個案）留了條子說：**她很謝謝我那一天給她的「開導」**，我很**開心**的是她自己找到她生活的方向。（S-4：小銘）

我就說：「我跟妳一起走那麼久，**我都覺得妳很堅強，是很有力量的人。**」……這個時候妳就可以幫她看到，**她是可以找資源的**，那無形當中妳也會**覺得說她是有能力的**，就是妳會去看他背後的動機。（S-3：永陽）

在優勢觀點社工的激勵下，個案開始出現對自己評價正向的語言，永陽的個案回饋說：「好！那**我要努力先讓我自己變好**。」受訪個案蘭芝也說：「我覺得她（社工）有那個誠意，**所以我覺得我一定要做得更好，才不會辜負她！**」這些都是絕望中的希望、運用優勢開拓無限可能的開始。

2. 信任親友的支持

畢竟社會工作者不會長久陪個案，只是在個案生命困苦的時刻來幫忙，助人

關係總有結束的一天；一旦度過了這個時間，個案的人生還是要繼續往前走，此時，家人及重要他人的支持顯得更加重要。例如：蘭芝雖然沒有穩定的工作與伴侶，但是她有三名貼心懂事的成年子女共同居住，在最需要的時候主動提供她實質及情感層次之陪伴，不分彼此：

我都隨便他們（子女），他們也很乖啦！……之前打官司，聲請保護令的時候都有跟我一起去作證這樣子……（烘培坊的）老師就每天盯死我，反正就把我盯住了，我遲到三秒鐘她都會在那邊罵人……我兒子接我回家的時候我都大哭啊，在回家的路上我就一直哭說……**我們三個就像「朋友」一樣**……大家都**生活在一起，不會分你的是你的、我的是我的**。（C-1 蘭芝）

對於情感性精神疾病個案（特別是疾病遺傳機率高的家族）而言，健全的家族聯繫，成為彼此的支持者、體諒者、接納者，是相當重要的支持連結。例如：信子雖然已經另組家庭、不與母親同住，但仍然仰賴其關心與支援；阿珠對於同樣罹病且婚姻不順遂的遠房親戚，感到自己負有照顧及關懷的責任，而願意提供房舍供其短期居住：

我媽現在還在關心我，叫我媽媽自己坐計程車去ＯＯ（某醫院）幫我拿藥。（C-3：信子）

像前些日子我婆婆的那個妯娌，有一個女兒啊，她就是婚姻有點不好，我們就說：「好啊！妳來住我們三樓啊，就住兩個禮拜。」……我覺得是說這種（情感性精神）疾病的，這種**家族連繫要更緊密，會比較好**。（C-2：阿珠）

以性別權力的視角分析，傳統女性她們結婚後便和自己的原生家庭逐漸脫離，轉而尋求婆家的接納與認同，這份認同代表對自己於宗親地位的被認可、有更大的資源後盾，這份「成就」具有重要意義，在受訪個案蘭芝和阿珠身上，都可以

看到這幅圖像:蘭芝是用辛勤勞務工作換來的認同,一直到離婚還是殷勤地照料、孝敬中風後的婆婆;阿珠也是一肩扛起養家與家務勞動的任務,不一樣的是她是「有幸」遇到一個同為躁鬱症的先生,至少婆家能夠熟悉並接納這樣的疾病:

> 我婆婆就中風了,中風那他兩兄弟嘛,那我小嬸她做美髮,她沒辦法一個人照顧啊,把屎把尿一定要的,而且完全無法行動。那我說好,我跟妳輪好了,**那時候我們早就離婚**了,一個人、一個月,一個月去他那邊、一個月過來我這邊,然後**我婆婆到最後就覺得很感動,她本來不喜歡我,後來就說留一間(房子)給我兒子**[57]。(C-1:蘭芝)

> 我婆婆知道說他兒子也是這樣疾病的人,**她也能接納我也是這樣疾病的人**,我娘家的爸媽也都知道……我就申請家暴,後來我就是出去了,我一個人出去……我婆婆已適時的將小孩子給大叔那邊住……大部分都是我婆婆去接觸說,**ㄟ我們家有狀況**了,**婆婆就會主動聯絡她(社工)**,OO(社工)就會來找我們。(C-2:阿珠)

阿珠的疾病也是家族遺傳,上至父親到阿珠的手足都陸續出現或輕或重的憂鬱症及躁鬱症,只因為阿珠發病得較早、較嚴重,所以原生家庭的兄弟姊妹以「體諒」阿珠為由,不讓她在第一時間因母親的過世而憂心勞力,即使她仍然有些愴然若失,好像嫁「出去」後與原生家族的關係就像斷了線的風箏一樣:

> 我娘家的媽媽過世,我們家的爸爸、媽媽都走了,兄弟姊妹卻**沒有一通電話**,因為爸媽都相繼走了,兄弟姊妹更應該彼此扶持,後來我發覺說**他們不要我這樣去辛苦**。(C-2:阿珠)

至於建立家庭以外的人際關係,對於以前遭受前夫限制交友圈的蘭芝而言,

[57]傳統父系社會中僅男性才有資格繼承家族遺傳,女性必須透過三從四德求得生存與依附地位,蘭芝的婆婆將房屋留給自己的長孫(蘭芝的兒子),而非傳給將家產敗光的兒子(蘭芝的前夫),某種程度上其實是認可蘭芝在家庭中的貢獻,即使她已與前夫離婚多年。

幾乎是遙不可及之事，而復元後的蘭芝有更多的信心，**藉由與社會工作者、朋友間的穩定的互動連結**，讓蘭芝**恢復對人的信任**：「覺得世界上不是只有壞人而已，好人很多。」甚至自然的人際交往間，朋友會連結更多同類的朋友，彼此以平等且正向的方式互動，使得蘭芝的交友圈得以拓展、獲得滿意的人際關係：

> **認識**一些那個彰基的**志工朋友**，我們都很好啊，會一起吃晚飯……朋友大部分都對我非常好，而且給**我正向、很正面的鼓勵**，都然後**把我當「正常人」**……我跟他們聊的都很開心，我們一起出去玩的時候都跟平常一樣，他們**沒有把我當成是病人**，因為他們知道我有在吃藥，有在做治療。（C-1 蘭芝）

3. 宗教靈性的撫慰與力量

「宗教信仰」是重要的心靈寄託，對於虔誠的信徒而言的甚至超過重要他人的影響，這份支持的力量讓情緒掉到谷底的情感性精神疾病個案獲得生命的撫慰與解脫，是絕望境地中的一絲曙光、一線轉機，在信仰中重新得力、找到生命的價值。阿珠與蘭芝都認為自己憑藉著信仰的支持才走過來，不過何嘗不是靠虔誠且信賴的心自我救贖呢？

> **那時候情緒低到谷底，只能靠我的主**，我感覺到那個**力量是非常大的**。（研究者問：「是什麼樣的力量可以描述一下嗎？」）妳能感覺到說，其實四下都沒有人，那情緒真的很憂傷，妳卻能**感受到有一個人在幫妳擦眼淚、在擁抱妳**，妳很難想像說，這樣的神妳也看不到啊，可是妳能清楚就是說，現在有一個人在妳的裡面，不斷地安慰妳、擦乾妳的眼淚，那時候我就覺得說，**我就慢慢走出來**。我覺得我們走主這條路，活在這個世界上因為有一個目標，那我們就虔誠的走……**我一路過來靠著主耶穌走**。（C-2：阿珠）

> **人要向善，妳該走的時候就會走**，不用去刻意說自己去想不開、或是怎麼樣，然後該走的時候就會走，**上帝就是會看著妳**、看著妳……**我們都是「上帝的**

子民」，不能做壞事，一定要向善，一定要幫很多人，也不能有那個壞的念頭……因為普通人會閃（路邊遇到疑似精神病患者），為什麼我不閃，就代表**我已經戰勝了我自己**。（C-1：蘭芝）

受訪社工永陽雖然宗教信仰與個案不同，但在運用策略上，每當個案提及很「恨」她先生時，永陽便能信手拈來提醒案主「饒恕」的功課，並讓案主將經文朗誦出來、背下來，讓正面的聲音顯現，讓受傷的心靈得以平和：

她就覺得**「饒恕」是她的課題**，所以她就跟我說：「每次我都唸哪一篇、哪一篇，哪一篇是饒恕。」因為我沒有在唸聖經，可是我就會知道說她在唸饒恕這一篇，然後她會把它背起來，然後我可能會說：「好，那妳下次記得要**把它背起來**。」用這種方式。（S-3：永陽）

受訪社工心慈亦善用個案民間信仰的觀念，讓自殺而復獲救的個案，相信老天爺讓她活下來的意義與使命，激勵自己重新振作：

我有在跟她工作的時候，我跟她一直鼓勵，跟她說就是她又重新活過來，老天要她活下來啊，她們這種**民間宗教信仰**，我們就會用：「妳看，**佛菩薩或老天爺讓妳活下來，妳要重新建構妳的生命，重新站起來**，為了妳兩個小孩。」就增強她當媽媽（的身份）。（S-5：心慈）

（三）做自己的主人－擁有自我覺知

1. 自我學習成長

（1）情緒疏通的出口

情感性精神疾病個案除了對於疾病有所洞察外，能夠靠著自己的能力、主動學習尋找適合情緒疏通的出口也是重要的因應方式，譬如寫日記、唱歌、運動、遛狗、從事園藝等，轉移對負向情緒的焦點，專心投入另一項事物之中，並感到

情緒的壓力解除與放鬆。例如：蘭芝、阿珠都提及透過「寫日記」可以自我安慰與解嘲，靜態的文字塑造一種安全的宣洩管道，可以盡情地自我對話、抒發情緒：

開始我會**寫**一些**日記**，什麼（婚姻）風暴情況，就是一種**情緒的抒發**，自己寫一寫，寫一寫完我發覺說，那沒辦法讓妳自己跳出來，妳就會**寫一些安慰自己的話**……我就說，妳做了要死也沒有人（關心），你幹嘛做這麼認真，我就**自己嘲笑自己**這樣（笑）。（C-2：阿珠）

阿珠及信子對「音樂」有共同的喜好，陶醉在優美的旋律與歌曲中，使人暫時忘卻世俗的煩憂與苦惱，不管是一彈一唱、還是一個人對著卡啦 OK 機高歌，都能快速地轉換情緒與氛圍：

情感性精神病厚，我們對那個人的情感很**容易被那個氣氛、尤其是音樂，很容易被音樂撥動**，所以我會**喜歡**在這個氛圍內就是這個樣子。（C-3：信子）

昨天晚上（信子）就會一直彈鋼琴，啊我唱這樣……我覺得說**我很苦悶，整個人都跳不出來**，就自己一個人去唱（卡啦 OK），投十塊錢就可以唱，**還有人跟妳「鼓掌」**，就等於是**情緒轉換**。（C-2：阿珠）。

另外，個案自己願意走出家門運動、親近自然環境的動、植物，也是轉換情緒與壓力的良方，身心是不可分離的一體，受訪社工永陽的長期觀察下來，發現憂鬱症個案的轉變是逐步的，要改變負向悲觀的心境，從運動並鍛鍊身體著手；蘭芝與阿珠也透過外出遛狗、照料寵物的過程，體驗到付出的愛與關懷，獲得更多的安全的感受與成就感：

我覺得跟她身體變好有關係，因為她開始比較有力氣，身體好，她會拉長，譬如說她要去教會，她就會選擇用走路的方式去教會，可是很遠，大概四、五十分鐘的路。（S-3：永陽）

我家有養狗，我每天都會帶狗去跑步運動...帶牠去那個公園拉大便，我就帶著鏟子和袋子，牠拉了就趕快鏟起來.....牠如果有人靠近會提醒妳一下。（C-1：蘭芝）

先前還養寵物、養貓啊，牠我也喜歡種花，有時候**心情不好去看那些植物**，在前門口一小塊而已，我想要去**種花、養寵物**，我們之前有種吃的，現在有幾根蔥，繡球花還沒開，還有薰衣草，海芋我去年種的.....我是最近有看到公共電視臺的「植物治療師」，藉由精神病患去照顧那些植物；寵物也有，**寵物也是個治療**。（C2-阿珠）

（2） 有效的人際因應方式

情感性精神疾病個案透過學習新的人際因應方式，找到有效的面對人際關係壓力與衝突的能力，方能提昇自我保護與情緒觀照能力，透過「**自我改變與控制**」改寫過去一再重複、引發疾病與危機的腳本，有效避免衝突與對立釀成悲劇。阿珠提到她先生與自己是如何學習情緒控制與避免衝突的，包含學會察言觀色，避免在生氣時又惹惱對方，或是乾脆離開現場、避而遠之，走出家門到外面繞一圈再說：

教會的人會跟他（先生）說：「你太太發脾氣的時候，你**不要火上加油**。」後來我也學會說，如果我們這樣相處的時候，我會**先離開現場**，讓火不要那麼旺，我會慢慢**去外面騎摩托車繞一圈再回來**。（C-2：阿珠）

另外，穩定情緒除了藥物控制，**自我認知功能的強化、轉變內在負面的自我對話**也是重要的調節機制，同時也是自我負責的表現，例如：阿珠告訴自己「怒氣」對親密關係的維持不但於事無補、反而是一種破壞；信子也清楚人際互動的要訣，但在疾病發作時往往不受控制，故贊同自我情緒控制的重要性，且要為其自己負責：

我有吃藥，不會每天發脾氣，妳如果跟人家講話照那個腦波會改變，妳是沒有朝夕相處住在一起才不知道，我跟我先生朝夕相處，有時候他的習慣我不能認同就「啪」，大家就很火大，後來就發覺說：**怒氣講不出好話，怒氣也沒辦法做什麼事情**。（C-2：阿珠）

疾病穩定的時候，任何人講的**我們都知道**……可是如果在病嚴重的狀況底下，我們必須負擔說，另外一個變成說自我的精神疾病，我們**必須負擔把那個情緒拉平、拉穩**，來做**正常的互動**，所以這一方面**要靠自己**。（C-3：信子）

受訪個案蘭芝未與前夫同居、白天孩子也都去上班，家中只剩她一人看家，面對前夫三不五時闖入家門的騷擾、侵害，她清楚知道自己不是正面衝突的對手，否則喪命是遲早的事，所以已學會一套**察言觀色**與**自我保護**的方式：

他還是會回來找我麻煩，但是我**學會**，醫生教我說：「他如果來，你就趕快逃跑。」反正你看到他有點酒意的樣子，他還沒回到家就會大吼大叫，然後我就趕快走啊，去朋友家，或者到 OO 醫院逛逛，找那些社工聊聊天這樣子。（C-1 蘭芝）

至於對外的人際因應，從事燈具加工的阿珠於職場上能夠自覺自己干涉他人過多、重複絮聒的問題，透過言語節制與關照他人的感受，於工作中之人際關係有所改善，並降低以往類似的人際衝突：

我的感覺是自己雞婆，現在**我會叮嚀自己**說：不是我的事情，不要講，譬如說我修理了嘛，我會跟我前一關做的人說：「你要做好一點，修理比較不用這麼多。」修理不良品，後來我發覺說，**我今天已經跟你講，你同樣的毛病（再犯），那我就不要再講了**。（C-2：阿珠）

（3） 願意寬恕與放手

情感性精神疾病個案可能由於過度地為他人、為家庭設想，乃至於背負、累積龐大的「情緒垃圾」，但走到復元階段，他們對造成身心痛苦的執著與未盡事宜能夠漸漸地放下，讓這些沈重的負荷成為過去式，他們願意正式地放手、甚至寬恕他人的傷害。

例如：長期受暴的蘭芝曾經相當「恨」過打她的前夫、也曾經在孩子面前訴苦前夫的惡形惡狀，但是走到現在，不願再與前夫講任何話的她，仍舊暫時放下對前夫的仇恨，告訴她的孩子要好好照顧、對待他們的父親，她一方面不願意再讓兩個人親密關係的暴力，成為孩子心中永恆的陰影，一方面也成全前夫做父親的天倫之樂：

> 我一直灌溉他們說：「那是我跟他的事情，**他永遠都是你們的爸爸**，如果哪一天他倒下去、病了，**你們還是要去照顧他**，沒一口飯吃，你也是要給他飯吃」，我都會這樣跟他們講；如果說要跟他講什麼，你們都要**輕聲細語**的回他，不要跟他大聲、大吼大叫的，引來一些不必要的爭執。」我都會這樣跟他們講，**他們也有在聽**，譬如說他前一陣子去金門，然後回來開刀，也是我們兒子去照顧他的。（C-1：蘭芝）

同樣身為母職的阿珠，回憶起過去情緒失控的狀況：「因為很多像我們這種疾病的人，一點點（刺激或壓力）就會讓你自己渲染開來。」但她能從家庭關係與家務勞動分工不均的挫敗中，逐漸體悟到放手與量力而為的智慧：與其重播令人無感的絮聒，不如學會了瀟灑地放手吧！衡量自己的有限性，要做就要做得心甘情願，不再替先生與女兒背負責任—結果阿珠發現女兒獨立了、自己的身心也輕鬆許多：

> 唸他(先生)他**不能感受妳的感覺**……後來我就覺得說，我自己製造的垃圾，我自己整理，他們製造的垃圾，他們自己去整理，一般的情況下**我都不去唸**，

因為唸他，他聽起來心情也不好，後來我就覺得**自己有體力就做**……對小孩子**放手**了，我就這樣慢慢看見她的**成長**……我不太注重她的成績怎麼樣，她這個人的人格要很正確，因為**我們沒辦法陪伴她一生啊，畢竟她的一生是她要自己走的**。（C-2：阿珠）

2. 建立自信且滿意的生活品質

長期受到社會排除與壓抑的結果，可能使得情感性精神疾病個案缺乏權能與自信，然而，對自我充滿信心，未來才有更多無限的希望，在復元的階段中，個案對於能力的肯定與自己價值感均有大幅度的提昇，過著自信與滿意的生活：

她們一旦改變的話，其實妳會發現整個人，第一個就是**「自信度」都提升了**，第二個再過來她講話就完全不一樣……比方說她更願意開始從「問題」轉變到她願意跟妳分享「生活的經歷」……我覺得媽媽會**重新看待自己的生命**，她會漸漸覺得自己「**有價值**」。（S-5：心慈）

受訪社工小銘的個案能自我肯定的說：「對啊，其實我也很厲害，這些東西我都會做，為什麼以前都覺得我不會做？」信子原本感嘆沒有從幼稚園「黃金學習期」就開始學音樂，以往對於自己的音樂才能感到自卑，但經過自我權能提昇後，他，發現了自己在音樂天份及教學上的優勢—能體會一般學生的辛苦，從零開始教起，同時也有教會資源提供學生來源，讓他藉由教音樂的成就感、旋律的激勵找回自信與快樂，翻轉過去蒙上疾病陰影的宿命：

我能作曲是非常**快樂**的事情，這種這麼奇妙的東西自己能夠創作出來，不僅我自己覺得很快樂，而覺得說很**挑戰**……貝多芬的調調為我的偶像，他就是要翻轉他的命運，就像所有**人類都要翻轉命運**一樣。（C-3：信子）

此外，受訪個案蘭芝在無娘家家人可以依靠的生活下，亦學會靠著自我激勵

不斷地告訴自己：「心要轉變」，看到更悲苦的人都在努力地活著，為自己所愛跟幫助她的人著想，不但不要放棄自己，更是要堅強、積極樂觀地珍惜現有的生活：

> **心要轉變**，心不轉變的話永遠走不出去那個『坑』……我可以過了快樂、平安就好，全家人平安就可以了。」我現在不會想到說，聽妳這樣講有想到說明天怎麼去死，我現在想說：「喔！昨天又賺了一天！**過了一天、又賺了一天！**」至少**我比他們幸福**啊，為什麼我要想不開？而且我兒子，如果我真的走了，壓力應該會很大；再來是**對不起幫助我的人**，我就想說，**我一定要堅強！**一定要堅強！（C1-蘭芝）

3. 目標規劃與自主選擇

透過個案「自主性」的提昇，自己真正的想望將被釐清，取代原先較為消極的目標，例如：小銘的個案原本最想達成目標的是離婚，為了打離婚官司而備受艱辛，但她其實真正的想望是想要追求一份「獨立的新生活」，而不受自己丈夫的約束及外遇的陰影下生活：

> 她開始努力地想到很正面、有能量的部分……當她想到未來的生活有一些不同的想法出來，她想到：「**我自己就可以過我自己的生活**，我為什麼要依靠他？為什麼我一定要離婚或不離婚？」重點是這些東西都是她自己的、她想要的，**所有能力都在自己身上**。（S-4：小銘）

一旦能成為自我生命的主導者，存有「目標」與「想望」，便能為自己的人生藍圖進行下一階段及長遠的策劃，小至日常生活、求學、大至年老與人生意義的追求，從這些個案身上都可以看到自主成長的力量。

例如：永陽與心慈都不約而同地提到，復元的個案在沒有家庭負擔及照顧年幼子女的壓力之下，希望能夠到學校進修學士、碩士，自我充實並追求有興趣的

知識，並一圓自己的夢想：

我有個婦女，離開受暴環境後，她回來 OO（某縣市），她跟我講她跑去報名大學，**她重新回大學**，她是唸 OO 大學（某大學名稱）的**在職進修專班**之類，她跟我說以前沒有想過為自己唸個學位，因為她本來就對裁縫、設計有興趣，但是她現在終於有一個時間，孩子都大了，她現在**自己也沒有負擔**。（S-5：心慈）

蘭芝則於唸完空中大學後，認為透過積極地規劃自己近期的生活，像是煮飯做菜、找朋友閒聊、全家人一同旅遊等等，能讓自己活得更有目標與品質，不會因為過多的思慮而庸人自擾：

我去過我今天的生活，我今天要買什麼菜，我可以寫個菜單啊，買了菜，孩子下班可以吃啊，啊我今天要做甚麼事，我**會自己「規劃」**一下這樣，或是我會找朋友啊這樣子……**找回自己生活的目標**這樣子，一定要**找一點事情給自己做**，才不會每天都想一些亂七八糟的事情。（C1-蘭芝）

畢竟子女都有各自成家立業的一天，蘭芝甚至對於長遠的未來都能有所規劃，不同的年紀對生活的意義會有更不同的想法，以她的生命發展任務來看，最後一個階段要能回顧過去一生、建立人生價值與意義，蘭芝想要透過一個人旅行來安靜沈澱：

老了我有自己的規劃，他們（子女）如果說結婚了，搬出去，他們不可能說不讓我住吧！對啊，我想說去旅行，所以我想賺錢一點自己的私房錢，當然孩子會給我啦……我一直跟我兒子說：「**我很想一個人去旅行**，你們不要跟我好嗎？」就是想說**一個人靜一靜**，**回想自己這一生是怎麼過的**，在低潮的時候怎樣走過，怎樣去**檢討以前**，現在應該要怎麼過。（C1-蘭芝）

阿珠從以前凡事以家人為重心的目標，轉移到對自己的關注，聽從自己的心，對於宗教參與上擁有自主選擇之能力，不再依附先生與婆婆所屬的教會，而決定去阿珠二哥所屬的另一個教會系統；阿珠以前必須要把辛苦工作的所得全部奉獻給家庭，導致逐漸喪失經濟自主，但是經過家庭協商與磨合後，家庭經濟負擔由阿珠的先生、女兒共同分擔，使阿珠肩頭上的經濟壓力大為減輕，並且擁有經濟獨立自主權：

我想買什麼東西佈置家裡就買，我不想買就不買，**我自己的經濟自己去管理，在經濟方面真的差很多**……我跟我先生商量，所有的帳單都分三分之一，這樣差很多，以前全都我付……以前都是我的「無私奉獻」，後來（財產）就分成我的這一份、我女兒一份、我先生那一份。（C2-阿珠）

（四）人生新頁－社會參與的經驗

1. 工作圈的維繫

工作之於具生產力者而言，不但是為賺取收入，更重要的是它維繫了家庭以外的人際關係，並可能為自己帶來「成就感」與「價值感」。根據 Lloyd, King, 和 Moore（2010）發現擁有工作的精神障礙者復元程度亦較良好，故對於情感性精神疾病個案而言擁有「工作者」之社會角色是重要的復元機制，只有家庭為唯一重心是狹隘的，長期待在家裡甚至會增加互動與摩擦的機會，透過外出工作轉換環境及心境，並擴大人際交友圈、累積財富，有助於疾病復元：

上班、工作也是一種精神治療，妳有沒有發覺？很多人就是因為他有這個疾病，他不去工作，反而他的範圍更小，那**我藉著工作來治療**。（C-2：阿珠）

我在賣音響的時候，**我也有被肯定過**……我在那邊做六個月，我曾經賣過一些高級的東西，因為**我會聽**，辨別說這套到底**有沒有價值**，這一套看起來有板有眼，事實上根本是不行嘛！那個要有點鑑別度。（C-3：信子）

然而，從受訪個案的經驗裡，精神病人找工作是需要面對重重困難與挫折，除了認知與情緒不穩定的問題外，更要克服用藥後的後遺症，如同信子所言：「我們本來頭腦會「脫線、脫線（臺語發音）」，**記憶力不好**，然後做事情**比較複雜、亂**，有時候會弄一些狀況、**闖一些小禍**，那這樣**老闆不太喜歡**。」而就業市場往往是殘酷的，對於情緒不穩定且反覆請假的狀況接受度低。

即便如此，工作維繫自我價值及尊嚴，尤其在傳統對性別角色較期待由男性外出工作養家，在此信念與社會期待下，信子希望能被當作「正常人」看待，想要靠自己腳踏實地工作賺錢，不想申請身心障礙手冊、也不依賴福利補助（此為一種標籤「正常」與「非正常」的分水嶺），他激動地說：

> 我要去領這個我的**自尊心**就不願意認為我是這樣，**人家看我這樣是「別人」看我，我不看（加強語氣）我自己是這樣！**（筆者：「你把自己當作是正常人。」）對，**我不願意也把自己設定是這樣**……我把自己認為是殘障，我覺得說思想上有這個東西，去領那個殘障手冊沒有什麼福利，那結果呢？我自己心裡面的**陰影很深**……**我想找工作**……如果我一個月又領四千(身心障礙津貼），那我**不就成了廢人！**（C-3：信子）

工作也是一種「自我實現」的方法，受訪個案蘭芝經由社會工作者連結社區復健資源後，除了開始為了消極地找到一個可以躲避前夫暴力的地方外，逐漸形成新的積極生活目標，她進入專門收容精神病患的社區復健中心當「義務廚媽」、安撫並照顧比自己更嚴重的病人，並被推舉成為決策角色之一，雖然僅有微薄的零用收入，但贏得了大家的尊重、喜愛，也開始覺得自己能夠對社會有所貢獻、是有價值的：

> 他們（某區復健中心學員）都叫我「蘭芝姐」、「蘭芝姐」這樣子，小的叫我「蘭芝阿姨」(化名)，**他們還蠻尊重我的**，因那時候我剛去剛好就一個，因為中午都要吃飯，我就說：「那我來煮好了」……譬如說他們有病嘛，或

是他家人不知道眼睛痛，我會帶他去看醫生，然後幫他們把藥分好、讓他們吃藥，然後就是譬如說他們來不及上廁所的話，他們都有帶褲子嘛，我就會幫他們換一換這樣子……那時候才真的覺得說，**我可以為社會做一點點「貢獻」，而且他們比我還要慘**。（C-1：蘭芝）

2. 宗教活動的參與

宗教活動創造了人際互動的機會，亦為個案重要的非正式資源，蘭芝在社區復健中心認識一位天主教的學生後，就此打開信仰的大門，讓她的假日生活變得多采多姿；阿珠則在一次國小同學會中，經由國小老師傳了基督教福音給她；受訪社工永陽發現她的個案所屬教會的「姊妹」，會扮演傾聽者、提出建議者的角色，是很好的非正式支持資源。他們接受宗教的洗禮，實質感受到教友的關心、團結與尊重自己作為「人」之基本價值，不因疾病而受到標籤化的對待：

教會說，信主的人很像是那個「羊」，過著群居的生活，**周圍有很多的人關心著妳……**像這種（情感性精神）疾病的人，我們**教會有很多人**，有的是（夫妻）一方而已，另一方是正常。（C-2：阿珠）

我們在自己的社團裡面，總是有互相、**互相關照**的教會，我們剛開始信主的時候，我因**蒙基督耶穌的恩，真實的**，而且也是**藉著那些教友直接的幫助**，他就一直叫我去拉小提琴啦，拉了十年，他也**介紹學生給我教**。（C-3：信子）

在阿珠的經驗裡，教會姊妹弟兄的資源甚至等同是她的第二個家—做為婚姻及家庭風暴的避風港，他們曾經「收容」了阿珠兩個多月，並且讓阿珠有信心重新返家、面對夫妻議題：

我就是（受暴後）出去了，我一個人出去。（研究者：妳去了哪裡？）我當然是走教會啊（笑），我去到哪裡？去臺北、去教會啊（笑），**有弟兄姊妹**

願意接納我，我就去……那樣的環境之中，就變成教會弟兄來跟我說：「妳回來」，**叫我要回來，就回來了**。（C-2：阿珠）

3. 成為下一位助人者

案主不是永遠的案主，他可能蛻變為一名有志的助人者，曾經是手心向上的人，也有能力把手心翻向下，回首分享一路走來的點點滴滴，貢獻出自己生命中珍貴的禮物，並隨者社會工作者的腳步進入家庭、串起自助連結的網絡，為同樣遭逢不幸處境的人打一盞希望的明燈：

可能他婚姻最後還是要離婚，她會**把自己的人生跟大家分享**，得到尊重，因為很多受暴婦女，她們都把自己放在最後一個順位，把自己想得很卑微……**一旦她們願意走出來，就會不一樣**……**我們單位是他們的「家」**（雙方笑），這裡是妳**娘家**，可以過來，可以跟姊妹**分享**……邀請我們很多的受暴婦女，她們曾經走過、或她們正在走的，她們願意就是**跟受暴姊妹分享**，她們是**已經走過來**的，她們願意去**回過頭來，幫助這些正在受暴的婦女**。（S-5：心慈）

她（社工）有建議我喔，我自己這樣**一路走來有一些經驗**，可以**幫助比較弱勢的家庭**，她有建議我這樣，後來她也聯繫到一些人。（研究者：「可以怎麼幫助她們啊？」)應該是說去的時候妳是單親家庭,我可以**跟妳作朋友**，因為人常常僵持在現況,走不出去,如果我不走去,我們還是僵持在那裡……像我喜歡去唱歌，那**我們就一起去唱歌**，我會這樣。（C-2：阿珠）

我想過，我想要輔導說我的表演，就去天主教殘障教養院表演，就算是如果說我已經夠熟練的話，要我也去**做義工**也可以。（C-3：信子）

越是具開放性的家庭系統，資源挹注也越豐沛，為復元中的一大助力。信子

與阿珠願意「開放」自己的家庭，接納相同信仰、異國的陌生人入住，透過接待及準備的過程，展現家庭凝聚力與最佳自信的一面，他們也認為這是一件值得榮耀的社會與宗教的貢獻：

> 你花一點點錢去國外，你不用住旅社，你去你去住弟兄姊妹的家裡，他們是**把他們的主臥房讓出給我們**，像我們搬來這邊啊，我們已經**連續接待3次**，有一次是那個哈爾濱的，大陸的老先生他們夫婦，有一次是內蒙古，是年輕人，今年我們接待那個韓國一家四口，我覺得差很多欸，他們不用花多餘的時間跟那個錢，去住那個旅館飯店……去**接觸外面的人很好**……「**微笑」是國際語言**，再來就是我們自己那個阿門、哈雷路亞，也都是國際語言，都聽得懂啊。（C-2：阿珠）

這群由過來人組成的志願服務者，由原先將焦點放在自己的苦痛上，轉變成樂於協助他人，他們會漸漸減緩、並遠離曾經受過的傷痛，體驗助人為樂（Helper's High）的心境，這樣的成功經驗渲染至個案及其家庭成員、甚至啟發社會工作者對助人工作的信心：

> **過去我其實還蠻「幸福」的啦！**我覺得**很幸福**，我想說，像我現在，就是說，我能**回饋社會**就回饋，做得到的我都會做……**我應該去幫助別人**，譬如說我會覺得說，看到很多的人比我更可憐，然後我可以伸手說拉他一把。（C-1：蘭芝）

> **助人**的那種**力量**是讓人看不到的，卻能夠**改變**人的一生，就是**我的啟發還蠻大的**，怎麼會這麼神奇？就那時候很不可思議耶！在助人關係的過程，會真的影響改變一個人，**不是只有改變一個人，而是他整個家庭**。（S-5：心慈）

總結上述情感性精神疾病個案的復元經驗，Gergen（1994）認為疾病為個案的「非常態」帶來一種可被理解的解釋，但是疾病標籤的確也造成了這群人心理及公共參與上的無力感（引自Saleebey, 2005b）；然而，也有《無量義經》云：「譬如船師身有病，若有堅舟猶度人」，這些復元者雖然曾經銘心鏤骨地遭遇這些負面的體驗，卻能夠憑藉自己的力量與各界支持走出來，我們說「案主」，其實也可以詮釋為回頭是「岸」－作自己的「主」人，聽從自己的心寫下人生新的章節，並成為下一位來回彼岸擺渡的助人者，如此生生不息。

國立政治大學 National Chengchi University

筆者就以上情感性精神疾病個案助人關係及復元之歷程，以下表呈現之：

表十一　情感性精神疾病個案助人關係及復元之歷程

個案編號/暱稱	曾經	對助人關係的觀感	復元結果
C-1/蘭芝	1. 罹患外因性憂鬱症（中度）15 年，多次住院。 2. 壓力源：遭受前夫嚴重肢體暴力。 3. 情緒低落、無力感、無價值感、一再想到死亡。 4. 多次自殺未遂。	1. 破除迷思：打破助人關係只是表面功夫的迷思，感到社工的誠意、善意、重承諾與實質幫助。 2. 陪伴的力量：對社工的傾聽與同理感到佩服、信任與感動，願意「坦誠相見」說更多心事。 3. 有助於問題（自殺與挫敗經驗）的轉化。 4. 關係影響：當社工是關心自己的貴人，有需要隨時趕到，形成動力讓自己變好，才不會辜負社工苦心。 5. 彈性的亦親亦友關係：視社工為自己的女兒，願意分享第一次做的麵包、考上證照等好消息。 6. 感動與感謝：肯定社工扶持避免自己摔得更重，同理社工的辛苦。	1. 症狀穩定：穩定就醫與服藥，覺得自己能控制憂鬱症即為正常人；偶爾因婚暴陰影做惡夢。 2. 找到支持力量：社工的鼓勵、信任子女與朋友、婆婆的肯定，重新恢復對人的信任感；信仰天主教，相信　上帝保佑並珍惜生命。 3. 擁有自我覺知： （1）自我學習成長：情緒疏通（寫日記、照顧寵物）、有效的人際因應（察言觀色、自我保護）、願意寬恕與放手（暫時放下對前夫的仇恨）。 （2）建立自信且滿意的生活品質：滿意當前過得快樂、平安的生活，擁有幸福感。 （3）目標規劃與自主選擇：規劃具體的生活目標、回顧並建立人生意義。 4. 社會參與的經驗： （1）工作圈的維繫、成為助人者：擔任社區復健中心的義工及監事，感到對社會有貢獻。 （2）宗教活動的參與：拓展人際關係與知識。

個案編號/暱稱	曾經	對助人關係的觀感	復元結果
C-2/阿珠	1. 罹患內因性躁鬱症（中度）32 年，多次住院。 2. 壓力源:遭受先生精神暴力，夫妻衝突，曾經離家出走；經濟壓力、職場衝突。 3. 情緒低落、無力感、恐慌、憤怒，情緒起伏大。 4. 自殺意念、自殺行為。	1. 陪伴的力量：在最需要幫助時，對社工的即時陪伴感到窩心，自己有機會傾訴且感到情緒被支持。 2. 有助於問題（家庭衝突）的轉化與淡化。 3. 關係影響：社工長期支持，想自殺時會先想到孩子而較不會不擇手段；因社工鼓勵走出家門，不再孤立。 4. 感動與感謝：感動社工在自己最混亂的時候耐心陪伴，並感謝其提供學習新知、接觸人群之機會。	1. 症狀穩定：穩定就醫與服藥，懂得辨識發病前兆自行住院，以翹翹板譬喻在躁鬱中有能力調整精神的平衡點。 2. 找到支持力量：社工的鼓勵、婆婆的接納與幫助，肯定精神病患家族聯繫的重要；信仰基督教，感受 上帝安慰而逐漸走出苦痛。 3. 擁有自我覺知： （1） 自我學習成長：情緒疏通（寫日記、唱歌、照顧植物與寵物）、有效的人際因應（察言觀色、離開衝突情境、理性認知取代負面想法）、願意寬恕與放手（不再替先生與女兒背負責任）。 （2）建立自信且滿意的生活品質：不再因疾病而內向自卑，滿意當前平靜且能遮風避雨的家。 （3）目標規劃與自主選擇：從關注家庭到關照自我，可選擇想要參加的教會，且經濟獨立自主。 4. 社會參與的經驗： （1） 工作圈的維繫：懂得於職場上察言觀色、避免衝突。 （2） 宗教活動的參與：感覺如「羊群」般有歸屬感且受到教友關心。 （3） 成為助人者：透過自身經驗協助弱勢家庭、自願開放家庭接納遠房親戚與教友居住。

國立政治大學 National Chengchi University

個案編號/暱稱	曾經	對助人關係的觀感	復元結果
C-3/信子	1. 罹患內因性躁鬱症（輕度）30 年，多次住院。 2. 壓力源：夫妻衝突；經濟壓力、中年失業。 3. 情緒低落與亢奮、精力充沛、自我感覺良好、憤怒，情緒起伏大。 4. 自殺意念。	1. 陪伴的力量：感到社工平等對待、無歧視，自己受到尊重。 2. 關係影響：透過社工鼓勵與加油打氣，感到自己有價值。	1. 症狀穩定：穩定就醫與服藥，願意接納自我與疾病，視自己為正常人，欣賞躁鬱症帶來的生命的節奏與樂趣。 2. 找到支持力量：社工的鼓勵、母親的關心與協助、為家人付出的意義。 3. 擁有自我覺知： （1）自我學習成長：情緒疏通（欣賞音樂與演奏、照顧寵物）、有效的人際因應（自我控制）。 （2）建立自信：擁有音樂天份與教學經驗。 4. 社會參與的經驗： （1）工作圈的維繫：工作意願高（不領取福利補助），肯定自己過去賣音響時辨認音響音質的能力，後因藥物副作用改接家庭代工補貼家用。 （2）宗教活動的參與：感到教友的相互支持與關照，擁有教授及表演音樂的機會。 （3）成為助人者：有意願成為身心障礙教養院的音樂志工。

國立政治大學 National Chengchi University

貳、 社會工作者的復元經驗

當社會工作者對於專業有「過度的認同」，不管是陷入負面的問題漩渦、抑或是過度追求完美而忽略自己的身心狀態，長久下來不但容易累積負向的情緒勞動、挫折與職業倦怠，並且使得這樣的專業身分（identity）成為一種區分（identify）自己與他人的鴻溝。故社會工作者復元的可能性從自我覺察出發，由個人的調適、非正式支持、價值觀的轉變，逐漸放下過份自我要求、完美主義與維護「拯救者」形象，到最後得以展現復元力。

一、 自我覺察陷入低潮

長時間面對個案的負面情緒，社會工作者的感知能力很可能會有潛在退化的危機，漠視或壓抑自我心靈的聲音，削弱自己與自己的連結，把自己當作是一臺服務生產的工具般地疏離異化。若社會工作者一開始能對自我有充分瞭解，當陷入低潮或負向情緒時，能夠明白自我的心理狀態、反思個人特質的影響，以利掌握自己的情緒跟思考，當中最可貴的即是誠實面對「自我」的能力：

> 因為自己知道自己現在這種狀態，可以**掌握自己的情緒跟思考**，所以其實**對自己的瞭解程度是基本的**。（S-1：霍德）

> 我個人的**特質**比較不喜歡衝突，也害怕衝突，或是不知道怎麼去拒絕個案，我可能在服務個案的時候盡量會去「**壓抑**」自己的情緒，其實我心裡面覺得有些不耐煩或什麼的。（S-2：筱元）

> 社工她本身就是工作的「工具」，我們**自己是用這個人在工作**，……**我會去想到我自己經驗的影響**……想說：「我怎麼會這樣？」（S-3：永陽）

但在面對案主時，社會工作者可能會選擇掩飾、抑或是坦承自己的脆弱與失望。在前者掩飾的情形中，為樹立工作專業形象，社會工作者會帶上「專業的」

面具，在一般案主（初步關係建立）面前暫時地隱藏及壓抑感受、情緒與想法，以展現出社會工作專業形象，此面具直到回到自己生活中才真正卸下；又好比「頻道切換」一樣，面對不同的人轉換不同面貌，劃分上較為涇渭分明，社會工作者亦需有充足的心理能量以自我調適：

> 對自己的瞭解程度是基本的，只是在工作的時候，還是會把那個**專業的命脈**給**維繫**住，就是**不會讓案家去看到自己是情緒緊張的、負面的一些想法**，就是工作跟自己的生活可以**劃分**得很清楚。（S-1：霍德）

> 如果是**初期**的一些個案，我覺得會**盡量壓抑自己情緒**，然後再去想辦法，譬如說回頭去想他們為什麼會這樣？調適自己的情緒。（S-2：筱元）

> 我覺得當我今天如果是要去**面對個案**的時候，我會**提醒**我自己我現在要面對的是個案，會**有所轉換**自己的心情；有可能我今天在辦公室的時候，可是我的情緒就來了，可是我覺得會談又是另外一個狀況。（S-4：小銘）

社會工作者選擇向個案掩飾或坦承自我，實與助人關係之發展程度是緊緊扣連的：在關係建立「初步」階段，社會工作者重視「專業角色」的樹立，需示範良好的情緒調適，然過程中社會工作者可能需暫時壓抑負面的情緒；反之，社會工作者的自我揭露具有冒險性，若於關係建立「穩固」階段，較能預期案主給予正向回應或體諒，故願意坦承自己的脆弱與無力。在優勢觀點助人關係中，將「專業友誼關係」視作合作與維持服務品質之基礎，一旦社會工作與個案進入專業友誼關係，將可暫時拋下生硬的專業角色，真誠地自我揭露負向的情緒狀態，坦承自我的無力感，但並非是一般情緒宣洩，而是具「建設性」地讓案主心中有所準備：

> 我都**我把你當「朋友」**，我們**用朋友的角色在合作**……有時候我心情不好或什麼，我可能**直接跟他說**：「唉，我今天的狀況不太好……沒有辦法講很多

話，給你很多建議，沒關係繼續你本來在做的事情，然後我在旁邊看，或著是你告訴我。」他們**多半都能接受**。（S-1：霍德）

有幾個個案我**比較熟悉**的，慢慢地我覺得我會去跟她講說，會去**看「時機」**，我會**表達**說我心裡面怎麼想：「我覺得我想幫助妳，可是我覺得現在也，心情也不是很好，我也暫時想不到辦法。」類似這樣，就是把我自己的立場跟她們講，然後她們可以自己去**體諒**。（S-2：筱元）

二、 學習自我調適與抒壓

長期處在高壓的工作及生活型態中，缺乏支持與調節的力量，輕則容易引發身心失調、重則產生疾病，若處於生病狀態可能會讓一個人無法發揮完整的功能。然而，根據英國學者 Stephen Fineman（1986）對於社會工作壓力之研究顯示，生病不但是社會工作者本身可以接受的一部分，更是可以讓自己有充分暫時休息的理由（引自汪淑媛，2008），換言之生病具有常態化與合理性，對外的意義則是警訊與求救象徵。然而，當社工以「公益」為名為他人奉獻、燃燒的同時，卻像泥菩薩過江般自身難保，從受訪者霍德的生病經驗中，其在「生病角色」（sick role）的扮演上，專業助人者似乎被賦予更高的超越疾病的期待，這個期待不論是自己高度的「責任心作祟」，抑或是組織政策下低度的工作彈性，生病時自我照顧時間是被壓縮的：

醫生跟我說請假個兩天，在家裡完整休息，不要去上班，**我跟他說沒辦法**……那他說：「**你要睡兩天，還是睡一輩子？**」……我們一直希望去幫別人，獲得比較好的生活狀況，到**最後我們自己都顧不到自己**，對，特別是像**最基本的健康都賠掉**……一個人吃不下那麼多（案）量的時候，身體就出狀況了。（S-1：霍德）

但人不可能無時無刻都扛著別人丟出來的「垃圾」，一定要有卸下重擔歇歇

的時候，故懂得如何自我調適、抒壓與放鬆是「服務自己」相當重要的一環，優勢觀點社工業餘的調適與抒壓，較重視「個人時間」的運用，範圍包含身、心、社會、靈之連結：

我們**回到家裡要休息，讓腦袋有空間**，所以可能就不會這麼愛說話，就回到家裡面，可以靜靜地想一些事情…… 不可能全心奉獻給案主，**一定要有自己的時間**，這樣可以幫助我做下去。（S-1：霍德）

不只是工作啦，應該要讓自己有時間**認真思考怎樣去生活**，所以慢慢地我會讓自己一個禮拜有幾天時間**我一定要準時下班**。（S-2：筱元）

在工作關係可以像友誼的，但是我們也要保有**私人的時間**……我們如果說晚上去家訪，自己白天會**休息**……**聽音樂**啊，我心情不好的時候會去**逛書店**，會自己一個人去走一走，可以放鬆。因為我自己知道怎麼處理壓力跟處理情緒，所以我通常比較快就好。（S-3：永陽）

我現在有做一些調適，等於是我下班了，我就會告訴我自己下班了，回到家就做一些整理，**整理完再出去當志工，會分得比較清楚，換一個工作就是「休息」**啊！（S-5：心慈）

自我照顧的時間不見得是工作之餘的，即使在家庭訪視風吹日曬的路途中，也是忙裡偷閒、感受放鬆的好機會，專注地**打開自我感官**後，能充分體驗沿途風光的明媚、鳥語花香，這種「心流經驗」對服務心態的影響將更充實與快樂。受訪者霍德描述一次家訪的情形：「好山好水，光騎機車上山，聞到那空氣你就開朗了，你再去跟他們談就很愉快。」

三、 非正式支持的力量

（一） 感恩與回饋－個案的支持

那有些**快樂**在這個機構、在這個單位找不到的，可是**很神奇的是案家會給我**。（S-1：霍德）

受訪社工霍德定義自己社工生涯的「黃金時期」，意味著案量低（低於 20 案）、專業關係品質的建立、人際聯結度強，且社工可從工作中主觀感受到**幸福及快樂**，在直接服務中尋找到的真實快樂及案主回饋，是一種充實而成就的狀態，對比極端工作中的疏離及異化。個案除了會以口頭、實物、肢體擁抱的方式表達對社工的感謝，另一種經由社工介入後案主在認知、行為、價值觀等層面呈現的正向改變、成長的回饋，亦讓社工感受到「成就感」，進一步可肯定自我價值，找到工作之意義，如同心慈所言：「對我來說能夠看到媽媽（指個案）成長，是一種**成就感**。」霍德也有相同的感受：

> 一方面在**肯定自己**，還在這個崗位上面，你**還有人在支持你**……就算他們（個案）沒有很直接地講，就是講說你怎麼樣對待他們，讓他們獲得成長，可是**看他們改變**這些狀況，**你就會覺得在做的事是有意義的**。（S-1：霍德）

特別是這些情感性精神疾病個案「面對」現實與人生困頓的勇氣，社會工作者能正面詮釋案主的努力而深深感動，更加**深度同理及肯定**案主，並且學習個案的精神面對挫折與壓力，成為助人之動力：

> 我覺得很感人啦，看得到他們想要突破，然後對他們來講要費很大的力氣，**對他們來講「逃避」才是最適合活在這個世界上的方式，可是當他們選擇面對的時候，我真的覺得需要很多「勇氣」**。因為我們不是那樣的患者，這樣接觸下來必須肯定他們很付出的東西啦！。（S-1：霍德）

我有挫折或什麼，就會想到這個個案，對她來說生命是很多災難的，可是她自己沒有被打倒，她自己一直努力，對，所以我覺得這是一個很感人的故事，**她的努力值得我學習**……這些東西都是**支持我繼續工作或生活下去的動力**。（S-3：永陽）

（二）堅實的後盾－家庭的支持

受訪社工心慈坦承自己難免將個案的負面情緒帶回家裡：「這是在不知不覺中我們接觸到這些（個案負面的）情緒，那我**難免帶回家**，**讓家人充滿憂慮感**，**會有一種「好累喔」，感覺像疲勞轟炸**，這是**個案對我的挫折跟壓力。**」然而，一個彈性的「家庭」是支持一個人向外追尋理想的堅實後盾，當代對家庭的想像亦日趨多元，唯一不變的是能夠包容與支持的力量，就像受訪社工永陽說的：「我覺得他們（家人）聽我講就是支持啊！」家人反而是社會工作者心靈的傾聽者。

心慈認為家人對自己支持的力量很大，即使對於她目前在做的保護性工作感到有些擔憂，但因為全家人的宗教信仰都是佛教，這股虔誠的心凝聚家庭的向心力，有共同的社會服務的理念，所以父母均認為這是一份偉大的工作，支持、祝福心慈繼續在崗位上走下去，亦協助她轉化工作上的挫折與壓力：

> 我爸媽因為他們也都是佛教徒，**有共同的信仰**，然後所以在從事志工服務上面，大家的**理念**都很**一致**……因為知道做這份工作不簡單，這是一份「捨」的工作……在當人間菩薩，菩薩在做的事情不算是人，可是我們也努力在做，這也是**了不起的事**！爸媽都**支持**、**祝福**我啊，就是在支持我覺得對的事……有時候被相對人辱罵到一文不值，搞到最後我很無力的時候，我**媽媽**就變成我家裡的「**另外一個督導**」。（S-5：心慈）

但也有優勢觀點社工的家人對從事的保護性工作（較危險與緊急）、以及身為女性身份感到不捨與擔憂，永陽的家人希望能她轉換工作跑道，家父長保護主

義的思維下，並不支持她們處在危險的工作環境中：

家人一開始是支持我做社工，現在**比較希望我換工作**，因為他們覺得家暴這個工作**危機性比較高**，而且**步調很快**，它機動性也高，所以家人看到我一直跑來跑去，也是會**心疼**，就會覺得很**辛苦**，所以叫我換工作。（S-3：永陽）

我身為**女兒**的部份，當然會**很擔心**說，妳當一個家暴社工會不會有危險？也會有「**人身安全」的顧慮**，然後家訪的時候，我媽媽都會特別叮嚀我不要親自單獨前往，因為女生.....，多數的時間都擔心。（S-5：心慈）

但並非所有社會工作者的家庭生活都是美滿幸福、一帆風順的，受訪社工永陽從小在類似單親的環境下長大，她經常會聽到個案說「都是為了孩子」，但對於沒當過母親的她而言是無感的，直到她與一位青少年個案接觸後，告訴她：「我覺得媽媽是因為我而留下來，就說我覺得好像是因為我才害了媽媽。」當案主這麼說的時候，也觸動到社會工作者的心，進而對母親無悔的付出有更深的感觸：

可能我跟妳談的過程中，**妳講到一些東西去觸發到我**，我就會想：原來這個東西對我來說是**這麼重要的**，而**我沒有發現**……我爸因為工作比較少回來，我媽是家管，所以都是我媽在照顧我們三個（姊弟妹），她都會說買好的衣服給我們，自己隨便穿，我就覺得不用啊，妳也可以買妳要穿的。反正她總說把青春和時間都花在我們身上，**一切都是為了我們好**……這**連結到我的經驗，回憶過去我像他一樣是青少年的時候的想法**。（S-3：永陽）

而受訪者霍德的生命經驗中，自小經歷家庭變故與解組，在工作後亦面臨喪父之痛、手足紛紛成家立業，回想之前在家人面前無須掩飾自己真實的樣貌，他們對自己脾氣的忍受、沈默的包容，都是可貴的回憶；如今，霍德自我的生命經

驗被要求「獨立生活」，由家人支持轉向自我及友伴的支持，相對上毫無家庭牽掛，能夠專一實踐自我負責與貢獻社會，不失為一種自在、充實的生活形態：

> 獨立習慣了，從小到大……從來在哪邊生活對我都不是太大的問題……相對於一個人生活，我現在加班就不會有問題，不會有家人的牽累……我做很多事情不需要對家庭負責，我**沒有家庭上的負擔**。（S-1：霍德）

（三） 靈性的啟發－宗教信仰的支持

受訪社工心慈自從皈依並奉行佛教後，整個人生觀與工作態度有所改觀，她明白人生脫離不了生、老、病、死苦的牽絆，所以更加的把握每一個當下，認真地活出生命的熱度，並且感恩每一個活著的時刻。宗教靈性帶給她最大的成長，就是貫徹生命與生活的宗旨，帶著一顆歡喜之心找到生命正向的詮釋，從訪談的過程中，無不流露**積極樂觀的人生態度與對人之豐富的價值性**：

> 透過像是佛法、透過生命教育，讓我去比較正向，我覺得「**轉念**」比一般的人或沒有宗教信仰的人來得強，所以就**一念之間而已啊，轉過去就沒了**……我的師父有說每一個人都是一部經典啊，佛經、佛經、**每一個人都是一部「大藏經」**啊，是妳**值得去挖掘的寶藏**。（S-5：心慈）

當其他社會工作者下了班，窩在家中休息或是到各地旅遊休憩時，受訪社工心慈卻四處尋找付出的機會—她選擇當一名「志工」，繼續為悲苦的人們服務；當研究者提問這樣會不會疲累時，她卻回答：「生命的意義不在長，而在它的厚度跟深度」、「換個工作就是休息。」心慈的智慧妙語源自她於佛教中得到靈性的啟發，見證了證嚴法師與許多志工真實、積極與歡喜的生命經歷，而被這些楷模深深感動、感召，並建立了對宗教的歸屬感、使命感，所以決定利用週末、下班等工作之餘的時間參與志願服務，效法前人的努力將生命功能發揮到極致。心慈亦覺得自己的社會工作服務風格因此受到宗教的潛移默化，由原本的強勢、主

觀變得更加地溫暖、包容，待人接物上不會帶給他人過多的負擔與壓力：

> 我們該如何**活出生命的每一天，把握當下**……當一個志工或把**生命發揮到極致**……那個生命是我要的品質，會覺得說在裡面會找到我要的「**歸屬**」……直接的**衝擊**，都是那種**感動**，原來**每個人生命可以發揮到這麼有用的地步**喔！……服務的風格，應該都或多或少會有很大的影響……生命就是智慧有**這麼多種方法，不是只有單一**，比方說妳不是只能扮演強悍的角色的人，有時候溫柔或是柔和也是有力量的，「**以柔克剛**」的力量，就是我的**人生哲學**會是這樣，就慢慢好像潛移默化。（S-5：心慈）

四、 復元的展現

（一） 個人價值觀的改變

當兩個不同生命經驗的人相互碰撞時，會產生種種衝擊及火花，回到人的根本裡，難道不是共同性超過差異性的嗎？當社會工作者開始從個案身上反思到與己之差異時，便是展開相互理解的開始。受訪社工霍德與其他同樣是運用優勢觀點的社工有相同的感觸，他說：「**案家是一面明鏡，幫助社工檢視自己的本質。**」心慈則是在價值觀受到衝擊後，進一步對人的本質有所反思：

> 我覺得人喔，對我來講人的本質會讓我去思考，**人的本質為什麼會「差異」這麼大**？當然也會**衝擊**到我的**價值觀**，因為我的環境和成長背景還算是平順，都是很健全的家庭，所以（個案）跟我自己的生命經驗完全是**兩個不同世界**的人，**如果不是我的工作，我一輩子可能無法接觸到這樣的個案**。（S-5：心慈）

社會工作者可以抱怨個案的背景十分複雜，好像兩個不同世界的人，卻又要挑起改變的重擔；但也可經由個人價值觀念的轉變，發自內心地讚嘆個案在某個

領域的專精、所遭逢人情世故的豐富，設身處地地為他人付出，在人群互動中找到生命的價值與成就，永陽回饋個案說：「不曉得你自己有沒有發現，我想跟你講，其實我在跟妳工作過程中，其實妳也**豐富了我的人生**。」對於永陽而言，個案的複雜多元的現象反而轉化為多采多姿的生命經驗，豐富了她的工作生涯。

優勢觀點社工在工作中養成正向觀念，連個案在水深火熱中都可以看見優勢，何況是**回到自己的生活圈、生命裡**，而**習慣性的正向思考及眼光**對社會工作者自我生命態度造成改變，此等信念能夠滲透在生命中的各個層面，無論面臨何種困境，均能從挫折經驗中磨練成長，有能量去面對、解決，並懷有希望：

> 當妳去學過這一套東西（優勢觀點）後會有很大的落差，妳會很**習慣性地去看到大家的優點，**尤其是當大家都很負面在看待一件事情的時候**……**當碰到這些人妳都能面對的時候，下次妳就能覺得誰都 OK，**很難的東西會覺得比較簡單**，因為被這邊**磨過**了（笑）。（S-4：小銘）

甚至社會工作者可自個案生命經驗為借鏡，從中習得的教訓及經驗，或具有正向意義的學習，面對案家的瓦解、分崩離析（離婚），可以用更正向眼光看待，提早為自己做好預防避免家庭解組：

> 更多時候，在工作的時候你可以去發現說，**以後要避免掉這種狀況**，對，他們可能告訴我怎樣，那從他們身上我可以**學習到經驗**啊，所以我要怎麼避免或是警惕，**很多是警惕**，不見是害你不敢去做什麼事情。（S-1：霍德）

（二）自我接納與包容

優勢觀點有助於個人的專業成長與優點的發掘，當社會工作者能內化、應用於自身時，對於「自我認識」的成長是令人喜悅的，能夠包容自己的缺點是誠實而勇敢的，不用再追求百分百的完美表現：

我覺得可能是對自己**沒有自信**，做事情的方法上比較沒有很快的效率……但**現在我覺得沒關係，我就花多一點的時間去完成它就好**了。（S-2：筱元）

我以前假設花一個小時**鑽牛角尖**，可是我現在大概花四十分鐘或半個小時，就我還是會這樣，可是循環會比較快……我自己**同時也在想說我有哪些好的地方……**……至少我願意花時間、付出我的心力在做這份工作，**雖然說有挫折，可是這不會一直都這樣，我只是現在能量比較低而已**。（S-3：永陽）

一旦優勢觀點社工能夠真正自我包容與接納，不會因為個案的狀況變化而忙亂起舞，懂得學習放下為個案生命背負的責任，對於自己的能力所及與期待亦能更加合理，並理解自我的底線，如同永陽所言：「**不是縱容自己，而是包容自己**說：這個就是我，我會流眼淚、我會難過、我會生病、我也會有壓力，不會對自己嚴格。」受訪者小銘認為，自己如果已經對個案盡力地提供精神、資源與資訊，也確保個案能夠周延的思考及分析未來情形後，真正的決定權就回到個案身上，而不是永久背負著個案的命運在走：

說實話，**要怎麼做的人都是她、不是我，要過的人生也是她的、不是我的**，所以我只能夠去協助她先去澄清這一塊。（S-4：小銘）

我覺得是有一種態度是變得更「接納」，**會接納別人、也有接納自己**，我是這樣的我，對。可能曾經傷害我的人，或是曾經發生挫折的事情，我都會接納說，那個就是他，或著是比較尊重他的想法，然後也會去接納這樣的自己，不會覺得說，就是**不會給自己錯誤的期待**。（S-3：永陽）

（三） 自我權能的增強

相較於一般的個案服務，當社會工作者選擇運用優勢觀點時，對於增強自我權能的效益較大，特別是從個案身上得到的激勵與力量，能夠讓社會工作者學習

看到自己的優點與成長，重新得力來面對錯綜複雜的家庭與社會、以及自我的壓力與挫折：

我覺得社工真的是很、很有趣的工作，因為我就覺得就是**人跟人好像彼此會給彼此力量**……我覺得優勢觀點有點像是正向心理學，就是**給我正向的東西**，我也會告訴自己說不要看問題，**要看自己的優點。**（S-3：永陽）

（優勢觀點）讓我們**看到更多自己還可以再成長的地方**，也可以看得到、**學習到自己的優點**……**當我們服務對象他們成長，我就會獲得間接的力量**，我覺得這是很，在之前的工作的經驗可能沒辦法這麼明顯。（S-1：霍德）

如果都不**先把我們自己的專業先準備好或建構好**，我們真的很難去處理現在那麼多元類型服務個案……因為我們遇到兒保的議題、又是婦保的議題，很多的問題都要處理，這一個案家錯綜複雜，我覺得社工員的**能力**真的因此**被「激發」，一直要往前不斷成長**。（S-5：心慈）

社會工者自我權能增加後，對於自我的自信將大幅增加，對於變異的情境也有更多處理的彈性，甚至形成「自我實現」的動力，希望能藉由不斷學習、蛻變與成長邁向下一個人生階段。例如：社工永陽對自己未來的規劃即是要繼續進修、念研究所，充實更多社會工作專業知能。社會工作其實是一門追求幸福與夢想的工作，除了可以幫助個案，亦能夠幫助自己，助人過程的最後，收穫最多的仍是回歸自己，就像受訪社工永陽說的：「我自己是很喜歡這份工作，我會覺得我以當社工為榮！」惟有看重社會工作的價值，有心有志就不難。

小結

總結本節，從情感性精神疾病個案及社會工作者的復元經驗中，吾人可發現雙向復元之實質內涵，**是一種助人關係與個人內、外在情境三者交互作用而成的超越狀態與主體終極目標**。「內在情境」包含主觀的改變、正視多元化的自我並接納包容、滿意的生活品質與生命意義感，以及「外在情境」中可觀察到客觀的疾病的穩定、外在形象、態度與觀點的轉變；而在互為主體的「助人過程」中，由原本固守自我及求生存的低階目標，到情感性精神疾病個案與優點社工特質的能相互融合，從負面的問題中藉由溝通、互惠與分享帶動共同成長的能量，彼此在彼此身上能找到正向的改變與超越：

> 我覺得跟個案**一起分享是很重要的**，就是、就像有時候社工也是會**自我揭露**，**她分享她的、我也分享我的**，然後就是**彼此給彼此力量**。（S-3：永陽）

> 更多的時候就是怎麼**從他們身上學到一些東西，雙向都在復元**，我覺得那比較重要，遇到一些個案**也會成長很多……我不是單純地幫助一個人，我可能在幫助更多人**，因為**他們的成功經驗會去分享給其他人**。（S-1：霍德）

從本研究中分析具配對性的受訪個案蘭芝與優點社工筱元，可發現筱元克服了自己對情感性精神疾病不耐煩的情緒與挫折，理解到個案和自己的同步改變：「**多留給她一點方向**去想跟**肯定**她，她也慢慢發現自己**能力**了，對，那**她有些進步，我也有一些改變**……我會把一些看到的對她的**鼓勵**跟她**分享。**」個案蘭芝也由原本的抗拒到認同社工的服務，甚至在筱元身上發現了她在專業處遇上的進步，從開始的生澀、溫吞到具有處遇行動與說服力：「剛開始她（社工）比較會傾聽妳，可是她不知道怎麼安慰妳，比較不會講話，那**慢慢她會幫妳想辦法……**說到讓妳**覺得心服口服**這樣。」從互為主體助人關係中，蘭芝與筱元由彼此身上找到自身復元的動力，帶動進一步的成長與超越。

而影響情感性精神疾病個案與社會工作者共同邁向雙向復元之因素，吾人可歸納以下六點可能的原因：**個人**層面：1.學會將負面問題及觀點轉化，並傾向正向的詮釋。2.具有自我照顧與保護能力，能夠調適情緒與壓力。3.找到生活及工作的目標與意義，並積極自我實踐；**人際**層面：4.建立較長且有品質的助人關係，願意陪伴與等待。5.擁有穩定的非正式支持資源，如：親人、朋友與宗教團體；**環境**層面：6.對於環境的變動更具彈性與變通性，甚至嘗試突破環境的限制。至於，不同的機構政策與文化對個案與社工復元的影響為何？下一節中將進一步分析呈現。

國立政治大學 National Chengchi University

筆者就以上社工助人關係及復元之歷程，以下表呈現之：

表十二　優勢觀點社工助人關係及復元之歷程

社工編號/暱稱	對個案的想像	實際接觸個案後	助人的挑戰	處遇策略	調適與因應	結果回饋
S-1/霍德	1. 有攻擊傾向，社工人身安全疑慮 2. 健忘、情緒控制不佳	5. 共病現象：幻聽、被害妄想 6. 常態化：能區分急性期與一般穩定狀況	1. 原地打轉難以結案：陷入膠著、前功盡棄 2. 對個案自殘或自殺意念或行為感到擔憂與緊張	1. 陪伴：縮小權力關係落差、建立完整助人關係 2. 增強個體權能： （1） 擱置並轉化問題：跳脫問題焦點、覺察常態與多元的自我 （2） 充分尊重與信任 （3） 著力優勢與能力：具體且精確地描述能力 （4） 累積成功經驗 3. 善用關係影響： （1） 借重家庭的影響力 （2） 保持接觸與等待 （3） 分享與互惠的彈性關係 （4） 善用權力落差形成改變：恩威並濟與人情關係、主動出擊與監督 4. 導入環境資源： （1） 地緣與文化的親近性 （2） 開放的會談地點與時間 （3） 連結資源與網絡合作：經濟補助、自殺防治	1. 自我覺察陷入低潮 2. 學習自我調適與抒壓：安靜休息、保有自我時間、開放感官經驗 3. 個案支持的力量，從個案身上獲得幸福及快樂 4. 復元的展現： （1） 個人價值觀的改變：以個案為借鏡 （2） 自我權能的增強：看見自己優點與個案成長而重新得力、肯定自我付出之價值	1. 化解個案自殺的危機 2. 個案展開新的生活，改變新的面貌， 3. 個案對社工表示感謝並持續聯繫 4. 個案成為下一個助人者，幫助更多人

社工編號/暱稱	對個案的想像	實際接觸個案後	助人的挑戰	處遇策略	調適與因應	結果回饋
S-2/ 筱元	1. 情緒波動大、易發生衝突 2. 困難處理	1. 對個案自殺感到緊張 2. 自我懷疑能力不足 3. 防衛心重或容易過度依賴 4. 常態化，個案如同一般人	1. 關係建立之困難 2. 被迫傾聽：單向式訴苦、同理心疲乏（厭煩、害怕、以及無力感） 3. 擔憂個案自殘或自殺意念或行為	1. 陪伴：縮小權力關係落差、建立完整助人關係、非語言的會談技巧 2. 增強個體權能： （1）擱置並轉化問題：跳脫問題焦點、看見當事人的情境脈絡 （2）著力優勢與能力 3. 善用關係影響： （1）借重家庭的影響力 （2）保持接觸與等待 （3）分享與互惠的彈性關係 （4）善用權力落差形成改變：主動出擊與監督 4. 導入環境資源： （1）地緣與文化的親近性 （2）開放的會談地點與時間 （3）連結資源與網絡合作：心理諮商及團體工作、社區復健中心	1. 自我覺察陷入低潮 2. 學習自我調適與抒壓：保有自我時間、準時下班 3. 復元的展現：自我接納與包容	1. 個案發揮超乎想像的潛能，令社工敬佩；即使還沒有結果，但有無限可能 2. 建立彈性的亦親亦友關係： （1）平等的關心互動：個案把社工視作為女兒，開心擁抱與撒嬌 （2）好消息的分享 （3）創造聯繫機會：研究訪談、活動參與 （4）感謝與感動：個案感動於社工的付出，認其為生命的轉捩點

國立政治大學 National Chengchi University

社工編號/暱稱	對個案的想像	實際接觸個案後	助人的挑戰	處遇策略	調適與因應	結果回饋
S-3/ 永陽	1. 固著於負向情緒中 2. 丟情緒、緊黏並鎖定社工	1. 共病現象：身心症 2. 理解個案生病狀態 3. 常態化，個案如同一般人	1. 關係建立之困難 2. 被迫傾聽：單向式訴苦、同理心疲乏 3. 原地打轉難以結案：陷入膠著、前功盡棄 4. 同個案陷入問題的「漩渦」裡	1. 陪伴：大量並積極地傾聽 2. 增強個體權能： （1）擱置並轉化問題：跳脫問題焦點、覺察常態、多元的自我 （2）充分尊重與信任 3. 善用關係影響： （1）借重家庭的影響力 （2）保持接觸與等待 （3）分享與互惠的彈性關係 （4）善用權力落差形成改變：建立助人界限及時間規範 4. 導入環境資源： （1）地緣與文化的親近性 （2）開放的會談地點與時間 （3）連結資源與網絡合作：協同家訪、心理諮商及團體工作	1. 自我覺察陷入低潮 2. 學習自我調適與抒壓：保有自我時間、休息、聽音樂、逛書店 3. 非正式支持的力量：個案、家庭的支持 4. 復元的展現： （1）個人價值觀的改變：個案經驗豐富自我生命 （2）自我接納與包容 （3）自我權能的增強：看到自己的優點、進修與專業成長	1. 學習自性自渡：個案可自我決定要過的生活、外貌改變、持續學習進修 2. 發揮超乎想像的潛能：像在很不起眼的土壤縫細中冒出來的芽，有強韌的生命力 3. 建立彈性的亦親亦友關係： （1）平等的關心互動：個案主動關心社工的日常生活與細節 （2）好消息的分享 4. 個案的生命也豐富社工的人生，是工作與生活的動力

國立政治大學 National Chengchi University

社工編號/暱稱	對個案的想像	實際接觸個案後	助人的挑戰	處遇策略	調適與因應	結果回饋
S-4/ 小銘	1. 未知的恐懼、排斥 2. 攻擊、自殺行為	1. 狀態反反覆覆，隨時可能發作 2. 想法變化性大、壓力容忍力低 3. 常態化，一般人如同個案會有情緒 4. 困難處理的責任與壓力，擔心被歸咎	1. 被迫傾聽：單向式訴苦 2. 原地打轉難以結案：陷入膠著、前功盡棄 3. 欺騙與掩飾：個案的謊言面具、專業倫理的瑕疵	1. 陪伴：大量並積極地傾聽 2. 增強個體權能： （1） 擱置並轉化問題：跳脫問題焦點、看見當事人的情境脈絡 （2） 充分尊重與信任 （3） 著力優勢與能力：具體且精確地描述能力、找對時機點 3. 累積成功經驗 4. 路不轉、人轉－創造選擇性 5. 導入環境資源： （1） 地緣與文化的親近性 （2） 連結資源與網絡合作：協同家訪、身心障礙資源與喘息服務、心理諮商及團體工作	1. 自我覺察陷入低潮 2. 復元的展現： （1） 個人價值觀的改變：習慣性看到優點，很難的東西會覺得較簡單 （2） 自我接納與包容	1. 化解個案自殺之危機、轉化個案對金錢的執著與關係的不信任 2. 個案感謝社工的付出與開導

國立政治大學 National Chengchi University

社工編號/暱稱	對個案的想像	實際接觸個案後	助人的挑戰	處遇策略	調適與因應	結果回饋
S-5/ 心慈	1. 未知性、難以掌握、自殺行為 2. 想法固著、鑽牛角尖、重複陳述 3. 鬱症較為情緒低落、無力感 4. 躁症較為衝動、亢奮、精力充沛、喋喋不休	1. 共病現象:嫉妒妄想 2. 反覆回想負面情緒 3. 無力感與依賴社工 4. 憤怒與無力感影響日常生活 5. 輕度憂鬱是好處理的	1. 關係建立之困難 2. 被迫傾聽:單向式訴苦、同理心疲乏 3. 原地打轉難以結案:前功盡棄 4. 欺騙與掩飾:個案的謊言面具 5. 個案嘗試自殺後的心理衝擊與壓力	1. 陪伴：大量並積極地傾聽、縮小權力關係落差 2. 增強個體權能： （1） 擱置並轉化問題：跳脫問題焦點 （2） 充分尊重與信任 （3） 著力優勢與能力：具體且精確地描述能力、找對時機點 3. 累積成功經驗 4. 路不轉、人轉－創造選擇性 5. 善用關係影響： （1） 借重家庭的影響力 （2） 保持接觸與等待 （3） 善用權力落差形成改變：建立助人界限及時間規範 6. 導入環境資源： （1） 地緣與文化的親近性 （2） 開放的會談地點與時間 （3） 連結資源與網絡合作：召開個案研討、自殺防治、申請健保卡、身心障礙手冊與低收入戶補助	1. 學習自我調適與抒壓：轉換工作、做志工 2. 非正式支持的力量：家庭、宗教信仰的支持 3. 復元的展現： （1） 個人價值觀的改變：人的本質差異與多元性 （2） 自我權能的增強：激發成長動力	1. 學習自性自渡：個案兌現承諾，不再自殺並穩定地生活，不斷地朝自己的目標邁進 2. 發揮超乎想像的潛能：個案善於照顧孩子、不可思議和社會底層的生命力 3. 建立彈性的亦親亦友關係： （1）平等的關心互動：講笑話、有幽默感，關係朋友與姊妹 （2）社工持續表示關心、邀請分享 （3）感謝與感動

第三節　機構政策與文化對復元的影響

雙向復元的過程裡，不可忽視的是人在情境中的交流與互動，而對於社會工作者而言，最主要的情境便是所屬機構之環境，甚至情感性精神疾病個案亦會間接受到機構的影響。本研究訪談之社工均來自實施優勢觀點模式之機構，本節嘗試分析當中的政策與文化背景與推動過程為何？對於社會工作者及個案的適應與復元有何影響？

壹、 機構推動優勢觀點之過程

一、 推動背景

本研究中之受訪對象來自各種實務領域與機構，不同的工作環境對社工復元的影響究竟為何？亦為本研究的分析重點，以下針對五名受訪社工之機構推動優勢觀點的過程做背景說明與介紹：

霍德來自公部門，其組織自 97 年至 99 年由主管引入優勢觀點模式於個案服務中，從第一年開始創新推動、試辦講座，經試探水溫後第二年再正式編列預算，全面實施社工教育訓練，並於實務研討會中發表案例，受訪社工霍德認為一路走來雖然跌跌撞撞，卻也學習許多，即使第三年因主管（主要規劃推動者）人事異動而無法持續推動，而他仍持續將優勢觀點靈活運用於服務中。

筱元於民間基金會工作，其組織早自 92 年便引入優勢觀點至今，剛引入時採用「選案」實施，直到 96 年起才針對「高危機案」普遍實施。筱元的工作內容係承接政府委託方案，雖自 100 年度起因契約規定面臨分工模式、服務對象的轉變，但筱元認為因組織推展優勢觀點已行之有年，在這波契約變更中人事流動率低，且多數社工對優勢觀點服務理念熟悉度、默契度均高，組織上下均頗具成就感與意義性。

永陽於社工師事務所工作，其組織自 97 年起引入優勢觀點至今，特別強調

藉由完整學習、多元嘗試與雙向復元的理念，讓個案與社工都能從中獲益、正向發展。該事務所主要承接政府委託成人家庭暴力被害人及相對人之服務，而永陽自願進到案量較低、個案危機度較高之小組工作，她覺得單位對於自己的專業及心理支持度很高，使她在工作上擁有全力以赴的使命感，同時以社會工作這份行業為榮。

小銘來自公部門，其單位自94年由內政部指定試辦優勢觀點個案管理模式，服務的對象以家庭暴力及性侵害被害人為主，然而隨著年度計畫的結束與人員流動率過高，至今持續使用優勢觀點服務模式的社工寥寥無幾，而小銘的單位主管站在把事做好、個案處遇好即可的立場，並不特別鼓勵或禁止社工使用特定的處遇模式。小銘之前當社工時便接觸優勢觀點，並從100年起擔任社工督導，她覺得優勢觀點的精神相當符合自己的理念，所以願意在缺乏支持的組織環境下繼續運用優勢觀點模式來幫助更多的人。

心慈同樣來自公部門，其單位自94年迄今因感到家庭暴力及性侵害服務淪為緊急與簡短服務，故主管及部份同仁積極爭取引入優勢觀點個案管理模式，以解決實務上的面臨的瓶頸。心慈覺得自己在完整的教育訓練、督導、同儕討論與讀書會中，逐漸形成對於此優勢觀點模式與工作組織上的認同，在環境的支持下她也有較多的信心面對多元複雜的個案。

根據上述上受訪資料，各個公、私部門服務對象與專精領域多偏重家庭暴力及性侵害防治業務，並由上而下推廣優勢觀點模式，但是實施的深淺差異性高，小至作為協助個案達成目標的服務方法，大至滲入組織風氣及影響社工服務風格，而關鍵在於組織領導者的支持與社會工作者的相信與行動力。

二、 社會工作者的學習過程

（一）學習與行動的挑戰

社會工作者一開始學習運用優勢觀點，難免有生澀的感受，就像在黑暗中提燈摸索一般，由受訪社工的描述中，可歸納社會工作者學習新的優勢觀點服務模式需歷經三個轉折的階段：**（1）形塑服務理念與內化個人價值、（2）將理念轉化為服務與行動、（3）將服務與行動轉化為文本**。

於第一階段服務理念與內化個人價值的形塑中，受訪社工心慈認為優勢觀點強調回到人本的價值與平等，但不見得每個學習者都能夠心領神會，越是回歸單純、簡單的理念，越是不容易：

> 優勢觀點它發展的脈絡，其實就是回到「最原始的單純狀態」，人跟人之間那個平等，尊重相互是一個完整的人……但不見得每個社工員都能夠理解，抓到那個 point。（S-5：心慈）

受訪社工筱元於第二階段將理念轉化為服務與行動的轉折上，因無法融會貫通、過於僵化地運用優勢觀點工具，故形成挫折，甚至開始對於優勢觀點助人的成效感到存疑：「那我那時候可能太拘泥於說『一定』要怎麼用，所以對我而言會覺得說，那時候我覺得說優勢觀點真的那麼好嗎？」社會工作服務若是太過強調規範性，則容易喪失原初的美意，形成運用上的包袱與限制，而真正的專業服務往往需要回歸到實務上、在助人關係中彼此磨合，才得以彰顯。

受訪社工霍德於第三項將服務與行動轉化為文本的過程中面臨挫折，且無督導可協助，只能在黑暗中摸索，與自己原先習慣的方式不同而有些排斥，其則歸因於服務目標的缺乏與運用優勢觀點的生澀所造成的不適應；小銘則是發現個案一開始於撰寫自我優點評量（希望花田）時感到困難，自己因此也有些力不從心：

> 沒辦法適應是來自於：**我的服務還不成熟**，所以在寫這個東西的時候，我會覺得**沒有目標**，我還**不知道**到底它要**怎麼去寫**……開始我也是**排斥**，那我

還是去做，因為它的理念跟我很多東西是相符的，可是我還是**不知怎麼著手**。（S-1：霍德）

其實**一開始**的時候，大家都有點抓不到方向，就是請他們（個案）**寫**這個東西（優點評量）的時候，大家都會**覺得很難**。（S-4：小銘）

（二）成長與適應的方法

即便在運用優勢觀點模式服務個案的過程中面臨障礙與挑戰，但社工為何仍持續選擇採用？如何去接受與適應呢？

1. 回到初發心—原理原則的相契合

優勢觀點的服務模式吸引社會工作者之處，可能係因工作價值與方法與自己原初已在運用的的理念相近；也可能是社會工作者先接觸此一觀點後，逐漸找到與自我個性相契合之道。受訪社工小銘反思自己在華人文化中所受的教育，均是習慣挑出做得不好的地方，而做得好是應該的本分，她深受這樣的規條侷限，所以她剛接觸優勢觀點時即感到耳目一新，同時與個人感受及個性相契合，認同正向、讚美與鼓勵將使人激發他向前努力的意願：

我還**蠻喜歡這個理論**的，因為我自己比較**喜歡這種正向的東西**，去看一些比較正向的東西，因為我覺得，就我自己的感覺，依我自己的**個性**……我覺得**人需要鼓勵的**，至少我自己覺得是這樣，我覺得每個人聽到被讚美都會高興，比較想努力，所以我會比較**喜歡用優勢的角度去看、去做**。（S-4：小銘）

也有社會工作者認為優勢觀點具有「本土適用性」，符合人本及華人文化角度，形成處遇中之基本態度及原則，受訪社工霍德認為像是：愛面子、重情意等等均符合臺灣的風俗，在服務運用上顯得平易近人，另也與自己原先的價值信念接近；抑或是心慈將自己的宗教信仰與優勢觀點做結合，相信每個人都是「平等」的，並有「自我成就」的潛力，助人的本質與真理是相通的：

那些優點，或著說都看重一個人他**有能力**的地方，佛教其實也說就是相信「**眾生平等**」，凡夫跟眾生都可以成佛的，那個**信念跟價值觀就是會有相近、契合的**，這樣接近的話那個力量就會出來……雖然我們使用的文字、語言不一樣，把優勢觀點跟佛教結合，它的本質還蠻多相連的。（S-5：心慈）

受訪社工永陽發現優勢觀點跟一般社工服務信念有些相通的部分，例如：案主自決、自我揭露與互助互惠的助人關係，這些相通處也讓她有所共鳴，發現學習優勢觀點模式與實務服務提供並不衝突：

案主自決的話，那就跟「案主是助人關係的指導者」比較接近，像助人關係是基本，建立關係是最基本的，所以這個也是很接近的……優勢觀點有點像工作信念，所以我覺得它**不會跟我提供的服務有衝突**。（S-3：永陽）

2. 找到適合自己的學習方法

社會工作知識的學習可分成兩種：一為藉由別人教育訓練「給」出的知識，二為自己從經驗中「整理」與「發現」出來的在地化的知識，前者提供概括的原理原則，後者是默會知識的積累之道。途徑本身沒有好壞對錯，但社會工作者遲早都會面臨一種需要回顧自己的想法與行動的本質情境，並尋求「理所當然」的觀念中的差異性，**透過不斷與自我對話的過程，內化並粹練出服務的火候**。受訪社工心慈、筱元與永陽都是從進入機構工作的一開始，便接受完整的優勢觀點訓練洗禮，於初期態度上對優勢觀點的原理原則都屬於「欣然接受」一型，直到自己真正實做個案後，才真正體會到優勢觀點有助於個案改變與增強其權能，並對自我專業成長的助益。

而多數優勢觀點社工均能化被動為主動，**不斷從案例及書本中汲取知識，並與自己的實務經驗對話。**受訪者霍德認為，對自己最有學習收穫的方式係採「案例」的文字閱讀，一旦瞭解前人鋪設的具體案例分享，便可明白如何操作優勢觀

點的流程、技巧，以及轉化為文本彙整處遇經驗；相反地，受訪者筱元與心慈則重視回到實務經驗的累積，從中摸索出對自己最適用之方法：

需要一些方法去引導啦，那妳有一些**經驗**慢慢去**累積**，**下次可以用比較好的方式**……一陣子妳比較有經驗的時候，妳其實會去選擇什麼時間點適合用（希望花田及計畫）……很多的原則都可以運用，妳**不一定要拘泥於這時候一定要用什麼**，我就可以**融會貫通**一點。（S-2：筱元）

因為畢竟是寫在課本上、教科書上，我看的、跟我**實際服務當然還是有些落差**，就好像「指引守則」，跟自己在組裝家具有些落差（雙方笑）.....，它不可能把一百零八種類型的個案、遇到的狀況都寫在上面，大概只能做一個提醒……**帶著這樣的信念跟價值觀**我們就跟個案工作，再運用我們的一些會談技巧、或著說我們助人的方式。（S-5：心慈）

心慈進一步闡述，除了薰陶於優勢觀點的工作環境中、讓自己保持接觸之外，能夠時時刻刻勤加運用、練習，從**案例中得到感動的激勵與回饋**是重要的，如此一來優勢觀點模式才有辦法深植人心、內化為己用：

不是只有工作吧，還要**內化**，要能夠**打入我們每一個社工員的心**，才有辦法影響社工願意去使用優勢觀點，我覺得那個**需要「感動」**，感動的個案越多或感動的事情，會讓妳**覺得相信用優勢觀點是有效的**。（S-5：心慈）

3. 發揮文本的價值與意義性

優勢觀點處遇模式具有一套系統化的評估工具（例如：希望花田）及計畫表格（例如：花田計畫），社會工作者若能融合相關優點工作原則並落實工具的操作與書寫，有助於提昇助人架構與未來藍圖的掌握度，於優勢觀點處遇上將能更加從心。受訪社工永陽和小銘就是運用了希望花田，才發現案主過往生活經驗的

多采多姿與具體優勢，心慈亦把握優點工作原則，善加利用社區是資源的綠洲；而個案一旦經思考並撰寫出後自己的優點後，將能自我肯定與發現能力，對社會工作者而言亦發現具體可工作的著力點，展現個案的優勢與能量：

我是在討論花田的時候，才發現她以前的生活……討論到那個財務的時候，**她就眼睛發亮**，她說她**以前是玩股票的高手**。**討論花田**妳可以**發現**她的**優勢**。（S-3：永陽）

今天**他寫（希望花田）給妳的時候**，那些東西很**明確**，妳就可以去抓到一些東西，然後可以去跟他談那些，就是從他**有能量的部分**開始去做，我覺得這個東西就是還**蠻不錯的**。（S-4：小銘）

優勢觀點可以讓我覺得，更有那種**架構**，就是它有幾個大**原則**、社區資源的運用，我覺得那個部份，喔，**原來社區哪些資源妳可以試著開發、可以怎麼用**；今天如果我只是單純學個案工作，就個案怎麼說、個案怎麼處理來做。（S-5：心慈）

社會工作將評估表格「希望花田」隨身攜帶，成為常用之工具，一旦評估個案需要長期建立關係，且其缺乏權能感、或對未來的目標不明確之時，即能以優點評量檢視個案當前情況、未來想望與曾經使用過的資源，進行日常生活、財務及保險、職業及教育、社會支持、健康、休閒及娛樂、法律、靈性各個層面的釐清與統整，並進一步在經驗中累積靈活運用、融會貫通之道，**將「有形」的表件與文字、內化為「無形」的助人方法架構**。

開始會有一些適合的（個案），當然他自己也有想要改變的潛力的時候，**「希望花田」表格就拿出來**……我需要的是幫他做「**統整**」，然後給他，我跟他說：「如果對你的**未來迷惘**的時候，**可以看這個**。」（S-1：霍德）

如果是比較「**重鬱**」的部份那要花的時間，建立關係就比較久、比較長，

要不斷的討論，這時候就**必須要拿出「希望花田」**，對，拿出花田跟他一起**討論生活、人際等層面**。（S-5：心慈）

此外，霍德、筱元、永陽與小銘甚至透過工作坊、研討會等學習機會，由實務經驗中「整理」出大量的文本資料並公開發表，透過將服務與行動轉化為文本，使經驗知識有效傳承，同步地讓社會工作者得到回饋及鼓勵，增強自身權能。

貳、 機構政策與文化之影響與結果

由受訪社工所屬的機構政策與文化分析，可發現機構內同時存有兩種不同的態樣：考驗的部分，對於社會工作者的支持度較低，存在專業發展及推動優勢觀點模式上之阻礙；支持的部分，對於社會工作者的支持度較高，較能貫徹整體優勢觀點模式之推動，並促進專業發展與社會工作者的復元。

一、 考驗與因應

（一） 缺乏支持性的機構環境

1. 人事異動頻率過高

受訪者霍德在機關實施優勢觀點的第三年，面對機構政策不再持續推動優勢觀點模式服務的狀況，而公部門的保護性社工流動率過高，導致這些學習經驗難以傳承，新的社會工作者進來一切都得「重新摸索」；再者，「師父引進門，修行在個人」，這些曾經受過訓練的社工可選擇延續優點模式或恢復以往問題解決取向，碩果僅存的優勢觀點社工缺乏集體同儕共進的機會，只能靠自己孤軍奮戰，以自我堅持所學理念、回歸書本及案例來摸索：

其實我們辦公室還有在做優勢的人，**大概就剩下我了**……還有之前舊的也有接受過相同訓練的，**他們對這一塊不是這麼的積極**……上面的資源真的是沒辦法的……**只能夠靠我自己**。（S-1：霍德）

組織環境的變動、人事改組等波動，直接導致社工無法專心於服務，工作上出現散漫、倦怠心態與逃避作為（同時也是消極保護及調整自我之方式）。對於公部門中組織衝擊影響最大的，應是未納入正式公務人員體系的約僱社工，他們的工作缺乏保障，面臨久任危機，甚至被無尊嚴地被對待（例如：公認優秀的社工卻被臨時告知不再續聘），導致其他仍停留在組織中、面臨相同處境的社工士氣大受打擊，開始喪失工作動機與心情低落，影響未來工作態度與留任意願：

> 很多人開始都對這個工作會有些**排斥**，會有些**反感**，有一點想要**逃離**……一些**群龍無首**的感覺，變成大家會有些**漫不經心**，就我來說也**面臨很大的關卡**……你在這個位置上面的時候你是**浮浮沈沈**，你不知道什麼時候人家要把你踢開，所以大家開始會去保留，**不想要做到那麼積極**。（S-1：霍德）

曾經攜手打造組織戰績的革命情感、努力建制的新體系，在這種不健康的工作環境下一點一滴地崩解，特別是組織「挖東牆、補西牆」的用人政策，無益於長期人力發展，高工作量與時效要求，反而加速任職社工之身心耗竭。一旦社工面臨存亡的危機，便容易產生自我價值之懷疑、與低成就感。受訪者霍德心痛地說：「有人被弄走了、有人病了、制度壞掉了，對，變成說大家會開始**懷疑自己的價值在哪裡？**」

2. 高案量與時間限制

優勢觀點開始於機構內推動時，有別於社會工作者對短期問題解決取向的典範依賴，強調密集服務與書表的呈現，然而，在學習過程不甚成熟時可能造成直接服務社工的壓力，多數受訪社工談到的原因便是「高案量與時間限制」的困難，包含：（1）現實中的個案服務時間比例**分配不均勻**：高案量中僅能針對特殊（緊急）個案處遇，壓縮其餘個案處遇時間；（2）時間受到**零散地切割**：服務處遇與

報告紀錄撰寫的切割，片段而零散。從事直接服務的社工，除了外展、外勤，亦要撰寫紀錄、報告，中間可能不時受到電話、會議或緊急事件打斷，使得時間分配受壓縮：

剛開始是「反彈」（加重語氣）……第一直覺考量到的就是**我們的「案量」，沒有辦法去突破這樣的東西**，因為畢竟講優勢真的需要**很多的時間**，那再加上長期以來大家都是「問題取向」的服務方式，解決完你的問題就好了，我們**沒有多餘的時間**幫你繼續下去。（S-1：霍德）

今天如果妳是用全套的這個東西（優勢觀點）的話，大家都會比較自己會有**壓力**，因為沒那麼多「**時間**」去做。（S-4：小銘）

而時間運用的困難反應了單位與組織背後並未給予合理的人力與工作量，高案量、社工人力不足的情形已成一種常態，例如：受訪社工霍德在同時背負著兩百六十多件的案量下產生雙重的壓力：深切感受制度對社工不公，又強調自我表現與服務的到位，似乎體系對社工的要求還不夠，社工又對自己增添要求；永陽看似背了五十多件的高危機個案，卻也落入積案的壓力中而自我否定，可能導致社會工作者難以招架、消化，甚至出現鬆動專業自信、自我懷疑等限制：

就是「**責任心**」**作祟**啦！……還是會擔心，重點是**擔心你的工作**、你服務的對象，再加上**現在的案量**好像**不容許你有太多的時間休息……**當社工的時候發現沒有辦法，對，到目前為止我還沒有出國，你會**不敢離開這個工作**。（S-1：霍德）

其實我們自己也會**落入好像自己很不好**，這個案子一直結不了、積案，我們怎麼那麼懶惰，**紀錄寫不完**，我們也會落入這個東西。（S-3：永陽）

3. 缺乏即時性督導與支援

實施優勢觀點階段機構因政策緣故，若缺少密集性的優勢觀點督導，在僧多粥少的狀況下，社工一旦面臨突發性或實際操作上的問題，無法即時找到熟諳優勢觀點者詢問，小銘和霍德都曾經面臨這種處境：

> 我在操作上面，我們裡面沒有專業優勢督導……**沒有人可以問，沒有正式督導可以教我**，這是很遺憾的地方。（S-1：霍德）

而另一種情形中，機構內部雖有優勢觀點督導的協助，但社工主觀感受上覺得缺乏即時性、淪於「被動」，尋求協助後亦未受到真正的方法引導或情緒支持：

> 接觸到這個個案的時候，妳的**情緒**就是會受到一些「**干擾**」，有時候也沒辦法很順利地嗯，（長官）講的時候好像很簡單，只要說妳怎麼做，但**實際上妳要做的時候不見得是這麼順利**……應該要視這個工作者他的狀況，要有些**個別的支持**，那不要讓這個工作者覺得說，我遇到事情**就我一個人承擔**……督導應該要**主動**，而不是被動在那裡。（S-2：筱元）

社會工作是一門助人藝術，在不同的情境及服務對象上具有個殊性，無絕對方法與標準，然而，督導或主管口頭建議與社工實際處遇上存在「差異」，社工容易因情感性精神疾病個案引發的情緒困擾成為執行面阻礙，即便尋求上級協助，心理感受上仍得不到充分支持。

4. 績效彰顯不易

優勢觀點作為一積極「預防性」工作，是社會工作者在理想層面認為「應為的」，在現實層面卻不被重視的工作項目，因其在問題解決與重量不重質的角度下難以看出工作績效，使得機構管理者質疑優勢觀點社會工作者處遇的績效（無法凸顯社工介入前後的落差）。

受訪者霍德及永陽均將優勢觀點定調為預防性服務，但在一般績效的部分難以彰顯，進而產生與社工專業比較下的矛盾，道德上對於預防性服務的應為，不及現實指標上的要求，如同霍德所言：「預防性工作很難做……我會一直覺得社工應該多做預防性工作，當然**預防的工作好像不是被定位在社工要做的**。」

回到社會福利評核的績效指標，似乎始終無法與「量化」及「數字」拖鉤，社會工作者服務做得佳與不佳的「品質」不易呈現。尤其案件從接案、開案到結案中，社會工作者評估與處遇服務被視作理所當然，沒有功勞（有形或無形的酬賞）只有苦勞，若服務一旦成為例行公事，社會工作者容易感到低成就感，喪失積極服務的動機：

> 我們這邊並不是一個邀功的地方，就算你這個案件**處理得再漂亮都沒有用**……對我的工作並不會有什麼加分，對我的績效沒有加分，因為它**做得好是應該的**。（S-1：霍德）

另外一種情況，考核機制無法如實呈現個人的績效，缺乏細部的評核內容及透明化的評核程序，當社會工作者主觀自評與主管考核的結果有所差距時（社會工作者感到十分盡力，但評分結果無法盡如人意），易產生不滿及不公平的感受，受訪社工筱元為此感到有所失落：

> 我覺得不滿是他們的考核內容我不知道，也不會說明我為什麼會給妳這個（考核結果）……我覺得更**透明化一點更好**，讓每個人知道說是怎麼去評價，不然有些人會覺得說為什麼？**大家會覺得不公平**。（S-2：筱元）

幾乎每個人自小都被教育成要有榮耀心、爭取最佳的表現，即便步入職場，仍然受此「陰影」影響極深，反應在專業工作上，每位員工都不可免除地接受評比，此一價值係由他人（主管）共同決定，被數量化，並直接對應到薪資結構。但大多數的時候裡，我們也僅知輸入與輸出的評核結果，但不知被決定的過程、

以及背後代表的意義及理由，黑箱作業一旦見光，或許不滿的聲浪會更激烈。

（二） 安身立命的方法

組織環境是社工提供服務的基礎，內部的政策與文化則為前端服務的推手，執行優勢觀點的社工若遇組織環境無法適切地支持服務，如何尋求資源協助？又如何找到自己「安身立命」的利基呢？

1. 去與留之間－堅持不退轉

社會工作者為自我「留任原機構」之選擇擔負責任，表現敬業態度，但同時亦面臨個人想望、生涯目標與維繫工作的取捨困難，而去與留之間的抉擇，受個人內在的自我鞭策、目標設定與外部組織規範影響。受訪社工筱元認為轉換新工作能為自己帶來不同刺激、學習不同的專業服務，是值得嘗試的；但霍德因對個案的責任心與使命感，站在專業的立場維護個案權益，仍以堅守工作崗位為優先考量：

> 現在還在工作崗位上，對我所服務的對象就還有一份**責任**在……陸陸續續有人離職，**我們還在堅持住，因為再有人走，這些案家的權益真的都得犧牲掉**，會讓其他社工他們的案量一直增加……大家都「責任心」作祟。（S-1：霍德）

其他受訪社工是**透過發現自我的工作意義與自我激勵之方式，對社會工作擁有高度的認同感、情感而堅持不退轉**，例如：心慈想到個案工作累積了生命的豐富度，頗有收穫，而打消離職的念頭；小銘雖然面臨主管不支持且干預處遇的問題，但她覺得一旦能克服這項最大的關卡，自己將有所突破，也不再害怕其他的挑戰：

> 我也會有**不想幹、不想做了**這種狀態！如果今天假設我轉行了，不當社工了，我可以當什麼？如果今天好，我當一個秘書、當個外語的英文老師好了，**我**

過的不會比現在豐富或多彩多姿，就是那種生命經驗是來自我、因為**我遇到各式各樣身份的人，累積生命帶來的一些收穫的保障**。（S-5：心慈）

就像說我之前有碰到一些不 OK 的的主管，我的感覺跟態度就是，**反正這就是最壞的狀況**嘛，如果我今天能夠把這個狀況都處理完畢的話，那我的狀況**只會更好、不會更差**。（S-4：小銘）

當組織環境無法全面支持社工進行優勢觀點處遇時，僅能「單兵作戰」的社會工作者需要有強烈的毅力堅持下去，並且自我激勵，受訪社工霍德與小銘便是不願半途而廢的社工，他們對自我的期許是能夠與個案共同嘗試、成長，將每次的服務都視作「最後一次服務」；而給案主多一個機會嘗試，就是預防其落入福利資源的依賴中（若預防性服務做得佳，能間接減低案量），促使他們秉持信念、自我鼓勵地做下去：

你已經做到一半了，我就**不想要**它（優勢觀點）就這樣**結束**掉，當案主還有那個優勢的希望，他想要獲得一些不一樣的時候，**我就應該盡力去跟你一起成長**，對，**你突破了，對我來講，我也知道一個方法**。（S-1：霍德）

繼續願意用（優勢觀點）的，嗯，**大概剩下我**吧……因為我覺得在我們部門的裡面，主管不會去干涉妳用什麼理論，都會尊重大家各自不同的領域啊。（S-4：小銘）

2. 彈性調配時間與案量管理

高案量、時間分配的困難在多數社會工作者身上存在已久，彷彿歷史共業，而優勢觀點模式的實施包含了多元且密集的處遇，特別需要長期處遇、陪伴個案，而非蜻蜓點水式地快進快出，但可能礙於人力、時間及資源有限的困難，而使人打退堂鼓。

然而，方法是死的、人是活的，Chopra, et al.（2009）認為優勢觀點模式應被彈性地運用，視個案不同的狀況給予個別化的計畫與服務，並且維持處遇流程上的彈性。就像受訪社工小銘所言：「我們很難每一個個案都用一個很完整的理論去協助她，我們只能**就有限的資源去做協助**。」秉持這般做多少、算多少的服務信念，不計較得失，優勢觀點社工可在不影響其他一般個案服務的狀況下，形成時間安排之策略。

從受訪社工的經驗中，可發現他們較能彈性地調配服務時間並篩選案件實施，例如：受訪社工霍德認為自己運用**假日、加班**時間執行優勢觀點處遇，一方面可避開受其他事物打岔的可能，一方面亦較不壓縮其他個案處遇的時間；另外，透過「以量管制」（約 5 至 10 案以內）的方式：等結清了舊案、再篩選新案的實施，背案的負荷與壓力較不這麼重。多數優勢觀點社工在「完整全套地」運用優勢觀點時係採「**篩選**」的方式執行，而依據個案主觀意願與社工評估其嚴重危急程度，篩選案件的標準可歸納如下表所示：

表十二　篩選實施優勢觀點案件之標準

個案意願 / 社工評估	有意願	無意願
嚴重危急[58]	**第二象限** **危機介入、優勢觀點**	**第一象限** **危機介入、優勢觀點**
非嚴重危急	**第三象限** **優勢觀點**	**第四象限** **問題解決**

從第二象限和第三象限看來，個案本身較有「意願」參與優勢觀點處遇進行者，便是一個好的著力點，無論處於嚴重危急或非嚴重危急狀態，都較具有改變

[58]本研究中的「嚴重危急」係指社會工作者評估情感性精神疾病個案面臨生理、心理及生命威脅與損害的特殊嚴重狀況，具有急迫、危險與未知性，社會工作者與其他專業網絡人員必須在短時間內啟動處遇機制並做出決定。

之潛力，社會工作者也比較容易篩選其實施優勢觀點服務。座落於第二象限的情況例如：永陽在個案嚴重危急且有意願的狀態下，同時採用危機介入及優勢觀點：

憂鬱程度比較高，就會比較**著重她當下的安全**，就是把她拉到安全性……打電話，面訪也會啦，就是比較著重在她的安全，或像**自殺**，比較會 care，再花一些時間跟他一起**討論一些生活**啊，他一些**想望**或什麼。（S-3：永陽）

但受訪社工筱元與心慈認為，選擇採用「階段式」的處遇方法，先回應個案「問題」與「危機」（即最迫切的需求及想望），等案主脫離危機情境、社工的觀察與評估更完整、彼此關係建立後，再針對座落於第三象限之有意願、非嚴重危急個案回應其優勢與潛能，調整步調設立想望與目標：

這個個案在**危急**的狀況下，妳必須**先處理她的問題**，那後來從相處之間才發現她的優勢，**後續**她比較安全、比較沒有危機的時候，妳才有辦法**繼續用優勢觀點**去回應她在過程當中的努力、能力呀。（S-2：筱元）

對於一個情感型的個案，他的**危機度**已經慢慢**降低**了、也沒有的話，他只是要跟社工員建立關係、工作的話，那我的目標就會讓他，我就會**用一個比較舒服、比較不會那麼急躁的目標**，讓他覺得他可以、**他準備好他再說**。（S-5：心慈）

座落於第一象限危機度較高、卻低意願的保護性個案，社會工作者的角色是帶有權威性的、指導性的，個案（被害人）則屬受保護之對象，例如：受訪社工心慈以核心安全議題為優先：「那種**危險型**的個案就是不能隨著他的情緒在那邊慢慢來、慢慢做了，當然要有『**優先順序**』。」而這種危機的介入，對「暫時」喪失權能的個案是強而有力的支持，例如：個案蘭芝受暴後暫時陷入無力的狀態，難有積極的意願求救，她認為自己當時非常仰賴社工筱元的陪同與協助：

我在家裡，那時候好像被打得烏漆麻黑，她後來就陪我去法院聲請保護令……她還幫我、幫我弄了一些需要的證件，**都是她幫我弄的啦**，然後她陪我去法院，陪我去了兩次，才聲請到保護令。（C-1：蘭芝）

Reamer（1999）的倫理判斷原則中提及「人類生命與健康」優先於其他事物（引自林萬億，2002），社會工作者在保護生命的指導原則下，對於保護性個案的人身安全的評估與維護即為一大重點，在危急的時刻社會工作者往往會切斷個案的漫談，聚焦於人身安全及自殺議題。

最後一種情形，座落於第四象限的無意願、無嚴重危急的個案是社會工作服務的「邊陲」，在筱元的經驗中，她覺得針對較強勢的問題導向個案比較不適合實施優勢觀點，因為個案將社工視為諮詢者，僅希望回應問題、提供一般服務即可，不需要深入密集地進行處遇：

有些人可能不適合用優勢觀點，需要其他的問題解決，就是有些人希望就是**回答她的問題就好，不用跟妳談這麼多**什麼的。對於一些比較「**強勢**」的個案，我會比較**不容易用優勢觀點**。（S-2：筱元）

優勢觀點社工認為選案實施操作上無法一體適所有個案，考量案主態度、意願與危機評估而採用不同模式，但大部分會以優勢觀點的精神、原則融入在所有個案處遇中，形成一種「工作態度與技巧」，像是降低專業指導性、多肯定個案的努力與能力，並盡量「均衡」地提供服務以維持工作品質：

我可能**沒有辦法每個案件都做優勢**，但是**我可能會用優勢的方式去輔導**，用優勢的方式去跟他們工作，我最大的轉變就是我不會再去跟他講說你應該要怎麼做、你應該要怎麼做，對，我可能會去**關注他「功能」的部分**……把這樣的**觀念帶進去**。（S-1：霍德）

我們有**盡量提醒自己均衡的提供服務，**現在運用優勢已經變成社工本身一種

工作態度，他比較**融入**在社工**工作技巧**裡了。（S-3：永陽）

3. 集體力量與發聲

100 年 2 月臺東縣一位家暴防治中心的約聘社工鳳珍，疑似在連續加班及高案量下猝死，此事件引發民間團體陳情，中央因此開始進用社工人力及調高待遇的具體作為.....。受訪社工霍德暫時拋下公部門社工的角色，身先士卒，以參與陳情運動表達心中不滿與專業期盼，於個人層次上達到抒壓效果，集體層次上則為專業捍衛，透過結盟形成政策影響力：

> 陳情完回來之後就覺得**至少對這個專業做了一點點的事情**，其實一方面是**抒壓**，一方面是真的 OO（某不被續聘且有精神疾病的社工）的狀況讓我們覺得**上面應該去重視這個問題**，服務到別人連健康這種基本的都顧不到的時候，我覺得有需要被檢討了。（S-1：霍德）

霍德從一個握有公部門權力的社會工作者，成為抵制公權力不公的社會運動者與變遷的媒介，在權力關係的競賽中，究竟誰才是最大的贏家呢？特別是公部門的社會工作者，礙於政治、捧鐵飯碗的壓力，抑或是養成國家規馴下依循制度的慣習，無法形成集結發聲的力量，導致專業上受到削權，即使難得有像霍德一樣單獨跳出來響應群眾運動的，也都是稀少而特殊的案例，大多數時候，社工遇到超出專業上可解決的議題，都必須各自處理、各自面對，導致這些單打獨鬥的經驗無法累積與運用；然而，社會工作者是一門「照顧他人」的專業，公益性質重於私人性質，應同時被照顧及保障，畢竟社會工作的目標不在謀取個人利益，而是為保護、照顧及鞏固社會重要單位—「家庭」之安定性。

二、 支持與成效

（一）支持性的機構環境

1. 同船共渡的力量－同儕支持

機構同儕彷彿身處在同一艘船上，共同面臨外頭的風雨飄搖與大風大浪，社會工作者無法向個案、主管、外界說出口的困難，在同儕團體中可以互吐苦水、相濡以沫，當不適當的制度留不住員工時，人際間的連結鍵卻牽繫得住彼此，甚至影響持續留任之意願。受訪社工筱元表示，因機構同儕年齡相近、關係緊密，當自己面臨個案處遇上的困難時通常先尋求同儕諮詢，而非優先考量督導；小銘亦肯定身邊有同儕作為支持、傾聽自己的角色，並能共同討論解決的方法：

> 因為我們**年紀都蠻相當**的，而且就是感情也都還不錯，所以有蠻多的事會**先跟同儕之間討論**，那也許有個結果就會直接去做了。（S-2：筱元）

> 一定會有同仁，會有一些比較要好的同仁可以去 complain 一些東西……講一講講完就算了，或是**大家會討論一下**有沒有甚麼方式。（S-4：小銘）

另外，同儕支持不見得會發生於機構工作的場合，在工作時間以外的之「非正式」接觸也是一種重要的情感支持，譬如說受訪社工永陽提及同儕間會定期聚餐與出遊；霍德固定與同事進行打球、衝浪等運動，可放心地談心哭泣，或以運動、幽默對談等方式抒解壓力：

> 大家準備一些料理，聚在一起，談談心事，要哭的哭一哭啊，對，要抱怨的抱怨一下，找一些**非正式管道**讓大家**抒壓**……**同事是很好的支持團體**，我現在跟同事固定會去打球、去衝浪啊，就是跑向大自然，去**釋放一些壓力**，對呀，有的時候很多念頭是**自己纏著**啦！（S-1：霍德）

究竟同船共渡的同儕支持力量有哪些激勵的作用？受訪社工永陽相當珍惜

自己的工作團隊，認為彼此可相互加油打氣，發現對方未發現的優點；霍德表示，同儕團體的存在可集體抒壓、凝聚士氣，是影響社工願意留任的「一絲命脈」：

> 我們是一個「**團隊**」，所以當我們譬如說在工作上遇到挫折，回到辦公室就會一起分享，**大家就會給一些力量**……其實同仁看到就是說：「妳哪有那麼不好。」就是他**會看到妳好的那一面**。（S-3：永陽）

> 我常跟他們（同儕）講說：「**希望我們也可以堅持下去**。」因為我們這個**團體是動力來源**……當士氣一點都不存在的時候，想追求對我們服務的品質，因為對案家來說都是很大權利的損害，所以到現在還是會跟大家「**精神喊話**」。（S-1：霍德）

同儕團體提供專業成長的裝備，受訪者心慈和小銘都認為同儕之間可達同步專業成長的功能，例如透過簡單的資訊交換、經驗分享、抑或是正式地籌組讀書會等等。讓前面的抱怨歸抱怨，抒發完了情緒，**不僅僅只停留在自怨自艾，而是化為向前解決行動的動力**，回應千變萬化的務實面向，快速地重新上軌道：

> 我們的組內會有讀書會，我們有晨讀的時間，比如說大家去上課、受訓，會把在職訓練得到的一些課程消化，再**分享**給我們……**我們都是走在社會的潮流**，我們就算不想動，他們（個案）也逼得我們**一定要動**。（S-5：心慈）

> 我覺得指責歸指責、抱怨歸抱怨，怎麼樣讓這個東西變 OK、我覺得**把問題處理好**，才是重點。（S-4：小銘）

2. 尋求督導或上級資源

社會工作者對自己的督導或主管都有一些想像與期待，可能視其為權威、抑或是或共同打拼的好夥伴，但實際上督導及管理體制是否完備、風格的差異等都會造成直接影響力。當優勢觀點社工面對實務處遇上之困難時，根據不同督導的

回應，在受訪社工的分類架構中可分成兩種型態，整理如下表十三：

表十三　不同督導風格下對社會工作者的影響

督導風格	指揮命令型	雙向討論型
權力關係	**由上到下**	**權力平等**
社工反應	**勉強允諾、無所適從**	**自由表態、互動討論、接受度高**

（1）指揮命令型：權力關係由上至下，上位者如何說，下位者應如何做社會工作者只能於表面上聽取建議、勉強允諾，但實務處遇上仍無所適從。

（2）雙向討論型：權力關係趨於平等，上位者可傾聽社會工作者、感同身受與開放溝通管道，社會工作者較有意願向上級討論、反應與表達自我想法與困難，依照經由討論而實際操作可行之方法較能被接受。例如受訪者筱元、小銘及永陽以下所述：

有些督導就會讓我覺得說，**妳比較敢跟她反應**，然後可能會跟她討論要怎樣，她問我：我的掙扎點是什麼……她會**把我的事情看成是她的事情**一樣，去想辦法去協助妳完成，她認為好的方法，也要我能接受的方法，**她會跟我討論……**一來**她也是從社工員成變督導**，所以她**更可以體會**說我們遇到的困難點，真正要做實務我們比較會找督導談。（S-2：筱元）

如果說她**完全願意開放那個管道，願意聽**、然後 OK 的東西願意去**支持**，妳就會**很願意**去跟她做一些意見的交換或者是**討論**。（S-4：小銘）

我們的工作環境是**很溫暖、很彈性的**，所以其實**只要有挫折的話**，同仁們都可以**討論**，那個空間是很**包容**的，而且很**開放**，所以跟主管跟督導都是可以**討論。**（S-3：永陽）

小銘於受訪當時已升任督導一職快滿半年了，由於她深感內部雙向溝通與討

論的重要性，願意擔任社工與主管之間的中介橋樑，把自己過去當社工員的經歷與同仁遭遇的困境使之浮上檯面，爭取更多跟上級討論的機會：

> 妳跟上面的長官**溝通的機會**其實是更多的，那當同仁有碰到一樣的問題，那些我碰過的困境的時候，**我就會比較願意去跟主管討**論這一塊說，為什麼他們覺得不 OK，為什麼大家沒辦法做到，譬如說案量太大，為什麼大家沒辦法達到這個標準。（S-4：小銘）

（二） 復元的成效與收穫

1. 創造人際支持與成長環境

支持性的機構環境能夠為社會工作者帶來支持感、凝聚力，體會到案件的處理不是僅有自己一個人孤軍奮戰，而是與彼此同在，如同受訪社工永陽所言：「在這裡大家都是**一起工作**，像一個 team……**主管是很照顧社工**，覺得好像**天塌下來都有她擋著**。」心慈亦感到同儕之間輕鬆且正面的能量支持能適時地轉化個案工作壓力，幫助彼此度過難關：

> 我們的同事真的是很**支持**，而且都會相互吐槽，我們還是會「**苦中作樂**」啊，應該是說我們都會**用我們正面的能量，幫我們社工度過**，比方說我們遇到一些個案的無理，或是一些操控、情感轉移啊，遇到這些狀況我覺得能夠適時做一些「**轉化**」，**轉移一些工作上的壓力**。（S-5：心慈）

此外，督導及主管能對於社會工作者充分信任與授權，並給予適度引導，這種由上而下支持的力量是更為強大的，有效地減輕社會工作者對於個案工作的負荷與擔心，充沛而穩健的後援將有助於回應個案即時的處遇：

> 我們的**督導**，不管社工員怎麼做，她都**充分的信任**，而且我們整個團隊的工作方式，讓我覺得在這裡工作得很**安心**，**我不用擔心遇到無理的個案陷入困**

難沒有人幫我……包含會談上面拿捏的分寸，**督導會有辦法**，因為我們社工會陷入個案的情緒啊，難免有時候掛他電話，會覺得很生氣、很焦躁，有時候會翻白眼，有時候會嘆一口氣，**督導**會在旁邊**提供協助**，包含怎麼說啊或怎麼提醒妳，我覺得這是蠻好的。（S-5：心慈）

優勢觀點的工作環境中令社會工作者感到有效成長與回饋，長期下來形成一種具滋養的機構文化，例如：機構主管鼓勵社會工作者參加社會工作師與研究所考試、嘗試新技術與新方法，在同儕分享中倍受激勵，學習看見彼此及個案的優點等等，受訪社工永陽與心慈為自己所處的機構環境感到慶幸、滿意，擁有充分的機會不斷學習、充實自我專業：

優勢（觀點）**深植在我們工作的信念**，就是因**為大家都會回饋、分享**，會提到說不會像以前都一直聚焦在他的問題，也會看到他的優點，就不會覺得個案沒有能量，就是**我們的環境都變得很優勢**（雙方笑）。（S-3：永陽）

我覺得我們**工作環境**對我來講是蠻**滋養**的，對我來說是一種成長，因為每天都在**變動跟學習成長**啊！（S-5：心慈）

2. 提昇個案服務品質與績效

機構就像人一樣，是一個生生不息的有機體，機構的政策與文化支持著主管、社會工作者與督導，間接影響著個案的處遇，甚至是優點社工與個案邁向雙向復元的後盾，優勢觀點的工作環境中反饋給社會工作者與個案的力量遠比想像中的多，就像受訪社工小銘說的：「在妳需要的時候，她（主管）就**會支持妳去做**，妳就可以去做一些東西出來，**維護**個案更多的**權益**，或是幫他找**更多的資源**。」永陽的經驗中，發現個案對自己的回饋增加了，形成綿延不絕的「善循環」：

我們在外督的時候我們也會丟我們的情緒啊，我們也會丟啊，我們有時工作

壓力很大，可是老師幫我們看到的東西就是，他們就是**把正向的能量帶進來我們這邊**……**個案無形之中也把正向的能量還給我們**。（S-3：永陽）

服務的「量化」可以得到一個多數綜觀性的概況，因此，民間社福單位於管理及績效上設定出不同的量化指標，做為社工處遇的目標，例如：規範每月外展服務的次數（一個月十五次）等等，受訪社工筱元認為此量化績效的好處是目標的明確性，自己會努力執行以符合標準。

曾仁杰（2009）認為就短期來看對優勢觀點模式的效率持保留態度，但長時間比較，優勢觀點模式之成效可能勝於其他模式，因其有助於實際改善個案缺乏權能的困境與不適應，不需要耗費更多的時間與人力處理個案重複進案的狀況。而受訪社工霍德及小銘的經驗中，他們發現**接受優勢觀點個案的正向回饋高、重複通報率低，是最有品質的服務**，對於社會工作者與個案而言都是「雙重解脫」：

我覺得這個東西（優勢觀點模式）都是**有用的**，對，**屢試不爽**，你會發現**失敗的經驗很少**……至少**案件量不會再成長**，我想**重複比例很低**，就我自己來說，幾乎都是新案進來，所以自己這樣做完之後，對他們來講他們也是「**解脫**」啊……對一個個案來說他很有**可能「最後一次」接受你的服務**，如果可以這樣做的話，**對他們而言可能多一個嘗試，對我們而言可能就少一個案件**，我常這樣告訴自己。（S-1：霍德）

他們（個案）如果能夠看到自己的方向跟目標，這一點其實是**值得**幫他們**慶賀**；那往另一個角度來講，就是，當一個**個案解決了她自己的問題**之後，對我們來說就會**少一個個案**。（S-4：小銘）

3. 穩定社工流動率

在一個充滿支持的工作環境與文化中，即使面對的服務對象是充滿不確定性與風險性的，仍有一個正向且有力核心來凝聚社會工作者的力量，讓其有「免疫

力」抵禦外在的風風雨雨，並且從工作中獲得合理的薪資保障、成就感與價值感；於機構層面而言，透過降低社工的流失率、留住人才，更是符合成本效益的概念。

受訪社工永陽及筱元都來自民間基金會，雖然在薪資待遇不及公部門的前提下，仍能穩定組織內部的社工流動率，她們的歸因，不外乎是充滿支持性、凝聚力及普遍實施優勢觀點的組織政策與文化，提高社會工作者繼續留任之意願：

> 從我來之前聽說流動率都還蠻高的，然後就是都做不久，然後**我來的那一年（開始普遍實施優勢觀點模式）**嗯，**之後的社工流動率是零**，都沒有在流動，那直到前幾年有一個外配的方案，兩個社工流動以外，**其他幾乎都沒有什麼流動**。（S-2：筱元）

小結

總結本節，機構推動優勢觀點之機緣不盡相同，剛開始可能是中央政府指定的實驗計畫、抑或是由主管及同仁有意願積極引入，然而，不論機構政策是否能貫徹延續或曇花一現，受訪的五名社會工作者都能堅持將優勢觀點理念與自己的實務工作經驗結合，並內化為個人價值與執行力，即使學習優勢觀點模式時經歷了學習與行動的挑戰，亦能尋找激勵、成長與適應的方法，公開分享自身經驗。

機構政策與文化對復元的影響是不容忽視的，有關機構內「**考驗**」的部分包含：人事異動高、高案量與時間限制、缺乏督導與支援、缺少績效，因為較缺乏支持性的機構環境，優點社工進一步透過發現自我的工作意義與自我激勵，學習彈性調配時間與工作案量，甚至尋找集體的發聲管道，以在充滿考驗的環境下安身立命；有關機構內「**支持**」的部分包含：同儕互助、督導及上級能充分支持且雙向討論、具有團體凝聚力，結果發現不管是直接影響社會工作者或間接影響個案復元的成效與收穫都較為明顯，有助於社會工作者的專業成長、提昇個案的服務品質。

國立政治大學
National Chengchi University

第五章　結論與建議

本研究最後一章係根據前四章之內涵，對照文獻資料提出整體討論、結論與限制，並對於社會工作者與情感性精神疾病個案發展助人關係與雙向復元之實務策略、未來研究之方向提出具體建議。

第一節　研究結論

本研究目的係瞭解以優勢觀點為基礎之社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案助人關係之歷程、雙向復元之因素與意涵，以及不同組織政策與文化對雙向復元之影響，進一步形成實務場域中助人關係與雙向復元之建議與策略。本研究運用質性研究深度訪談法與詮釋現象學觀點，再現八位受訪者（五位優勢觀點社工、三位情感性精神疾病個案）之生活經驗，回歸現象本質進行綜觀與探討。

壹、 情感性精神疾病的重新詮釋

以問題或病理取向的醫療模式充斥在社會工作專業養成教育與實務工作中，過度強調情感性精神疾病個案伴隨的不穩定性與自殺、自傷的風險，這種默許或習以為常的思維，支持並延續著病理化標籤的合理性，朱淑怡（2007）即認為臺灣的社會文化仍將精神疾病視為烙印並歧視之，尚待啟蒙的復元概念不及醫療模式的普遍性。的確，片面且去脈絡化的認識忽略了個案的「在地經驗」，也抹煞了個案本身的自主性及選擇能力，演變成 Anthony（1993）所說身心損傷將造成執行活動的失能、角色的障礙，最後被放逐於社會的弱勢地位。

本研究中五名受訪社工實際接觸情感性精神疾病個案後，打破對疾病妖魔化的想像—未知的害怕與負面觀感，發現其複雜與多元現象超乎原本的想像，難以用單一疾病的向度來橫量，故**轉而正視個案憂鬱或躁狂發作而產生生理、心理與社會的排除，將疾病常態化、普同化，並經由多面向的宏觀檢視以打破原本負面框架與預設立場**。針對情感性精神疾病的特殊性，經由優勢觀點社工重新詮釋後主要有以下兩項理解：

一、 自殺的生命解套—給予選擇與自我決定：

面對情感性精神疾病個案不容忽視的自殺風險，優勢觀點社工雖無法阻擋個案對死亡的念頭，也無法真正維繫個案生命，但卻能透過發現個案存活之意義（為重要他人而活、為自己而活），創造另一條出路供其選擇；同時，優勢觀點社工亦不把個案生命存續與否之重擔背負於己身，在建立相互信任與尊重之真實關係之前提下，僅秉持優勢觀點的信念、努力嘗試各種助人策略，最終將生命的「選擇權」與「決定權」交還給個案。

二、 反覆訴說的意義—重新詮釋生命的機會：

情感性精神疾病個案於會談中多半鉅細靡遺地重述從前發生的負面經歷，像是反覆播放「錄影帶」一般，但是由優勢觀點社工詮釋上會認為：付出時間、精力去傾聽個案的心聲，反而是處遇上最經濟且有效的方式，而個案不斷倒帶、再重播的狀況是「必要且有意義」的過程，勢必藉此不斷詮釋自我切膚的經歷和感受，一步又一步地遠離疾病的控制，直到打開心結、重新賦予這些苦難與悲觀意義，願意且自主地邁向復元。

另外，從本研究中三名受訪的情感性精神疾病個案的經驗裡，可發現**疾病本身並非復元的阻力**，他們平均長達 25 年的罹病期間，早已「久病成良醫」，對於自我疾病洞察力、身體及情緒的掌握能力高，願意積極、規律地參與症狀處理與治療；然而，他們**長期所經歷的社會排除壓力、不友善且缺乏尊嚴的環境才是**

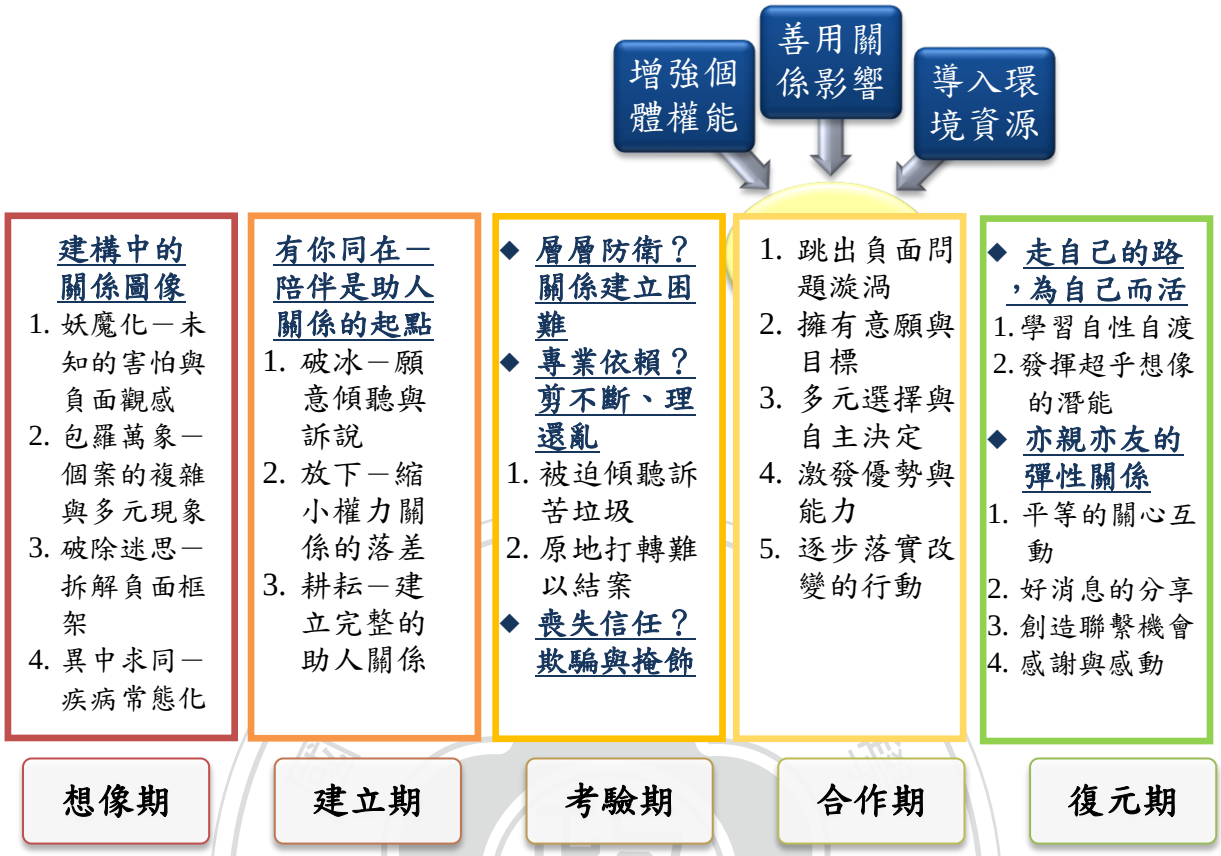
真正難以跨越的障礙。面對這些處境，他們敏感於周圍人際的眼光，可能選擇默然接受、消極抵抗、抑或是大聲地說出憤怒，每位受訪個案的的親身經歷與位置、以及筆者進入田野的位置，影響了彼此互動與訪談資料的呈現和詮釋[59]。

貳、歷經「隧道」、不斷攀升—助人關係發展之歷程

一、助人關係發展的五個歷程

回歸助人的本質是一種充實與快樂，但助人歷程卻漫長而充滿挑戰，本研究於情感性精神疾病個案與優勢觀點社工的互動經驗中，**形塑「穿越生命隧道之旅」般的助人關係意象**：社會工作者於第一時間接觸到的情感性精神疾病個案，通常處於最無助、最缺權的狀態中，彼此關係建立的開端如同在黑暗的隧道中潛行，充滿未知、風險與考驗，透過一連串如光的策略—穩定陪伴、激勵、共同討論與合作等方式跨越重重路障、或繞道而行，從漫長的等待中懷抱希望，相信隧道總有出口，最終走向雙向復元的大道，繼續朝向各自生命未完的旅程。本研究歸納此助人關係之歷程，可分為想像期、建立期、考驗期、合作期與復元期五大階段，如下圖十所示：

[59]誠如藍佩嘉（2005）所言：「田野裡有很多關鍵時刻（critical moments）突然讓你明白了很多事情，這就是我的一個關鍵時刻，這句話清楚點出了我和田野對象之間的社會界線。」（頁 26）當受訪個案說出「我們生病的人、你們正常人」的用語時，弦外之音可能代表著個案將筆者視為「正常的、代表社會工作者的」一國，而自己是「不正常的、生病的」一國，這一連串遭受不斷削權的過程裡，使得情感性精神疾病個案與常人世界產生隔離與區分，甚至認同自己的疾病角色。



圖十　優勢觀點社工與情感性精神疾病個案發展助人關係之歷程

（一）**想像期**：社會工作者與個案帶著各自的前見，想像彼此的動機、功能、差異與權力地位等，帶著模糊而簡化的標籤進入以下階段後，無論是前見的驗證或解構，關係圖像將不斷地重新建構。

（二）**建立期**：社會工作者提供支持與陪伴以建立真誠與平等關係，包含：（一）關係破冰—社會工作者積極傾聽、個案敞開心胸訴說。（二）放下—縮小助人關係中權力不平等的落差。（三）耕耘—建立完整關係以增加相互理解的深度。

（三）**考驗期**：與情感性精神疾病個案關係建立時可能面臨層層防衛、不信任與抗拒，或在「不斷訴苦、被迫傾聽」、「原地打轉、沒有進展」形成專業

依賴與難以結案的循環，抑或是因為欺騙與掩飾的行為下喪失關係信任，使得社會工作者產生同理心疲乏及挫折，助人關係面臨挑戰；不過另一方面，助人關係中的「危機」，可能是促進雙向反思與成長的「轉機」，例如：個案抗拒與固著的背後展現了自身力量，反應出更多傾聽與支持的需求，而社會工作者有機會從中覺察到自我情緒的存在，反思自身限制與合理期待，對於調整未來處遇及目標訂定上更具彈性與選擇性。

（四）合作期：建立合作關係並做出改變的行動為助人工作的核心，運用助人的三大策略「增強個體權能」、「善用關係影響」與「導入環境資源」，使得個案與社會工作者能跳出負面問題的漩渦，有意願與目標地從多元選擇中做出決定、自我期許，並激發自身的優勢與能力逐步落實改變的行動。

（五）復元期：復元期的個案告別過去、展開新生活，具備足夠的自主能力與信心以勝任未來的挑戰，甚至發揮超乎想像的潛能；最後的助人階段偏向彈性的亦親亦友的關係，個案與社會工作者的關係互動更加平等、互惠，並採取「漸進式分離」方式，彼此能主動分享新訊息、保持適當聯繫，感謝對方為自己生命帶來的收穫。

二、差序格局文化下的助人關係連續體

費孝通（1947/2007）指出東方的社會組織是「差序格局」，人與人的關係彷彿如石子投入湖心後的水紋般，以自己作為中心，由親密到疏遠，形成無數個同心圓，對親近者是因時因地而彈性的，「每個人都是他社會影響所推出去的圈子的中心。被圈子的波紋所推及的就發生關係。」（頁27）。換句話說，東方社會中差序格局的彈性決定了一個人的「社會資本」（social capital），關係是重要的，且由親疏遠近交疊出關係的連續體，團體卻是不存在的（王崧興，1967；引自謝國雄，2007）。回歸發展助人關係的文化脈絡上，謝秀芬（2002）指出在臺灣助人關係之建立已融入「差序格局」之特色，藉由相互關係的親疏遠近而區

分信任、分享與改變的程度，越是親近者的關係開放與影響性較大，反之亦然（引自劉珠利，2005）。本研究發現優勢觀點社工在關係建立初期之專業色彩較濃厚，卻顯得疏離、充滿不請自來的干預色彩（特別是有人身安全疑慮的保護型個案），於個案眼中可能顯得較高不可攀或淪於表淺的人際交往，個案可能因其權威性而消極配合、積極閃躲、抑或是專業依賴；但隨著優勢觀點社工與個案逐漸熟識、彼此揭露，關係開始變得熱絡、彈性，甚至發展專業以外亦親亦友的情誼……直到優勢觀點社工的專業角色逐漸淡出，此時助人關係轉換為較平等的專業友誼或夥伴關係，個案「自主權能」便得以彰顯、牽動生命與生活中的善循環（例如：改變家庭關係、學習進修、穩定就業）。

上述關係變遷中，本研究發現個案與社會工作者之角色發展為**持續演進的「連續體」（continuum）**，且每個關係位置與權力的變動彷彿秤坨的兩端，巧妙地相互呼應、取得平衡。施教裕（2009b）指出，在真實關係中個案被激勵超越原本病患或個案的標籤，社會工作者也被允許跳出專業角色的限制，如此一來才能建立真正的專業友誼;所謂「專業友誼關係」並非指涉跨越專業倫理的關係，而是助人關係的脈絡與情境之下，人際間自然發展的友愛與情誼，個案與社會工作者能真誠地展現分享、關心與祝福，如同古希臘哲學家亞里斯多德將友誼定義為:「在任何一種人際關係或社會關係中，彼此之間所表現的互愛、互信和善意，並因彼此關心而互惠的一種德性。」（頁130-131，引自黃藿，1996）。

參、 雙向復元的實質意涵

從本研究中，可清晰地聽見兩種聲音，一種是代表個案的疾病復元體驗之聲，一種是代表優勢觀點社工的專業心路之聲，兩種聲音在各自立場、經驗、價值、以及意義上所詮釋的異質性，但也因為有此差異，才有機會開展無限的對話表述、相互聽見與關係發展，建構出共同的雙向復元標的。

一、 置身死地而後生—個案的復元經驗

臺灣實施去機構化的政策後，精神病患回歸社區化的結果，不是只有付出社會與家庭照顧代價與折損專業人員之衝擊，而是有更多社區復元的可能性。誠如本研究中三名情感性精神疾病個案的復元經驗，他們均曾經在絕望中感到被支持而萌生一線希望，包含來自社會工作者的鼓勵與讚美、親友的陪伴、家族認同與宗教靈性的撫慰力量，藉由與社會工作者、親友間的穩定的互動連結，讓他們恢復對人的信任，獲得滿意的人際關係與信仰支持。

尤其在臺灣的本土文化中，家族與親友系統具有強大的影響力，楊逸鴻、葉英堃、胡海國（2012）嘗試分析十一個國家與地區，發現臺灣、香港與上海的憂鬱症及躁鬱症疾患的終生盛行率，明顯低於南韓及非東方文化背景的國家，而臺灣可觀察到的主因為「文化和家庭系統」發揮的積極保護作用。筆者進一步比較東西方文化中，強調精神障礙者的復元目標為「獨立生活」及「自主自決」，在臺灣本土以家族為單位的團結及保護意識裡較不被鼓勵與重視，甚至性別差異上更是明顯（男性被期待獨立自主、女性被教育成要聽從且為他人犧牲），本研究中呈現兩項較不同的復元趨勢：

（一）建立社會取向「關係生活」：復元後的個案脫離不健康的家庭環境，並傾向展開新的、與重要他人（例如：子女、親戚、教友）有所連結的社會關係，追求穩定的居住與生活型態，而不傾向獨立生活。

（二）女性彰顯「自主性」的突破：女性復元者對於自主自決不再猶豫、

恐懼，反而在重視與期待生活與關係品質下，形成主動規劃並追求各項目標的動力，從外貌、日常生活、教會、求學、就業的選擇到年老安排與人生意義的追求，無不展現自主成長的力量。

疾病帶來的負面經驗讓這群復元者渴望能返回發病前的狀態，雖然事實上不可能完全回到過去的樣態，但在尋覓的歷程中，他們發現自己對於復元有了新詮釋：**在症狀穩定之利基下，他們逐漸學習接納疾病與真實的自我，欣賞疾病為生命帶來的的節奏與樂趣**，身心一度失去平衡後襯托出曾經擁有的健康，置身死地而理解生命的可貴，從非志願到自願的挑戰者，進而**形成生命意義的整體背景（background），主體性則從中逐漸浮現**……他們擁有自我覺知、自願學習做自己生命的主人（自主學習與成長、建立自信且滿意的生活、擁有目標規劃與選擇等等），如同黃藿（1996）對「自願」的闡明，是一種理性選擇的能力與負責的行動，並且能對自我、特殊狀況有清楚的認知。

特別在情感性精神疾病復元者身上，其自我權能、調適情緒轉變的能力均有效提升，進而能扮演各種社會角色，融入工作圈、宗教活動、當志工等形式參與社會活動，透過社會回饋達到自我正面形象的重塑。而此一改觀的機制即類似建構論中的「重新框架」、賦予正面的「新標籤」，進而形塑出有別於以往且多元的真實自我。

二、 從助人意義中回觀自我—優勢觀點社工的復元經驗

生命中最美麗的回饋之一，便是在誠心誠意幫助他人的同時，也幫助了自己。（Emerson, Ralph Waldo，引自劉育林，1999/2002，頁 498）

優勢觀點社工與一般助人者共同面臨到相同的處境：面對個案高複雜度之挑戰仍無法免除經歷情緒勞動與職業倦怠的挫折，進而對自己產生懷疑、從過重的責任負荷中迷失，陷入工作與自我要求的雙重枷鎖，若又缺乏自我照顧或機構支

持下，便引發身、心、社會、靈的失衡狀態。社會工作者在面臨這些壓力情境時，可能會陷入與各案雷同的失序狀態，服務品質將受到最直接的影響。

Laura Ting、Sara Sanders、Jodi M. Jacobson 與 James R. Power（2006）發現「個案自殺」對於正在提供服務社會工作者而言，造成高度的壓力與負面情緒經驗，例如：不可置信、焦慮、哀傷、悔恨、強烈的罪惡感、質疑自己專業能力不足等等，進而陷入低潮、冷漠、想要逃避工作的狀態（引自汪淑媛，2008）。的確，面對個案的身亡需要很大的勇氣，剛好本研究受訪的五名社工當中並無遇過類似的不幸事件，但是筆者認為對個案生命危在旦夕的「不確定感」的壓力亦不容小覷，即使是優勢觀點社工亦有一再反覆確認卻仍自我懷疑的情形。

傳統思維上，社會工作被認為是個案與福利服務之間中介者（broker）之角色，被屏除在主體性之外，然而，「身是載道器」，社會工作者在助人前必當自救，**從助人意義中回觀自我主體性，方能長遠行走在復元之道**。本研究發現優勢觀點社工的復元經驗中，從「覺察」自身陷入低潮出發，放下燃燒生命的「拯救者」形象，願意自我揭露、學習調適與抒壓，並且擁有家庭、信仰與機構政策與文化作為堅實的後盾。

更難能可貴的是，這群優勢觀點社工跳脫了傳統個案處遇「（問題）評估→處遇→結案」中單向而簡化的過程，**逆向思考如何從個案的正、負經驗上獲得回饋與啟發**[60]，**創造另一種雙向交流與正向循環，為助人關係增添價值感與意義性，進而得以反思助人工作的本質、回到自我生命中改變價值觀與態度，從原先斷裂的工作經驗與負面情緒中找到與自我的重新連結**，並反應在三個層次上：（一）能夠檢視低潮前後、復元前後的自我。（二）發自內心地自我肯定，正視多元化的自我，例如：習慣性的正向思考及眼光、自我接納與包容、自我權能的增強等成長。（三）重新拾得工作價值與人生意義。

[60]受訪社工分享學習優勢觀點中，主要影響為自我專業成熟度及人生價值觀之轉變，並經歷對案主詮釋上的轉變－對個案狀態抱持正向解讀、多一份鼓勵及回饋，而非停留在抱怨與無望感。

三、 雙向復元之意義

如果說助人關係是由個案、社會工作者、會談、機構、制度等等所構築，是一個囊括「部份與整體」的中介世界，當個案與社會工作者建立了真實且信任關係後，在此開放的中介世界裡彼此都能得到更完全的「現身」，理解的焦點也將由自身挪移到對方，再由對方身上回歸對自我的理解，最後，在關係動力與反覆辯證裡共創一種新的「整體性」，彼此因為參與了對方的世界，而獲得歸屬與潛藏的本質意義，同時也是雙向復元的開始。

根據文獻資料與訪談內容的分析，本研究中可歸納出「雙向復元」之實質意義與內涵，是一種**助人關係與個人內、外在情境三者交互作用而成的超越狀態與主體終極目標**：

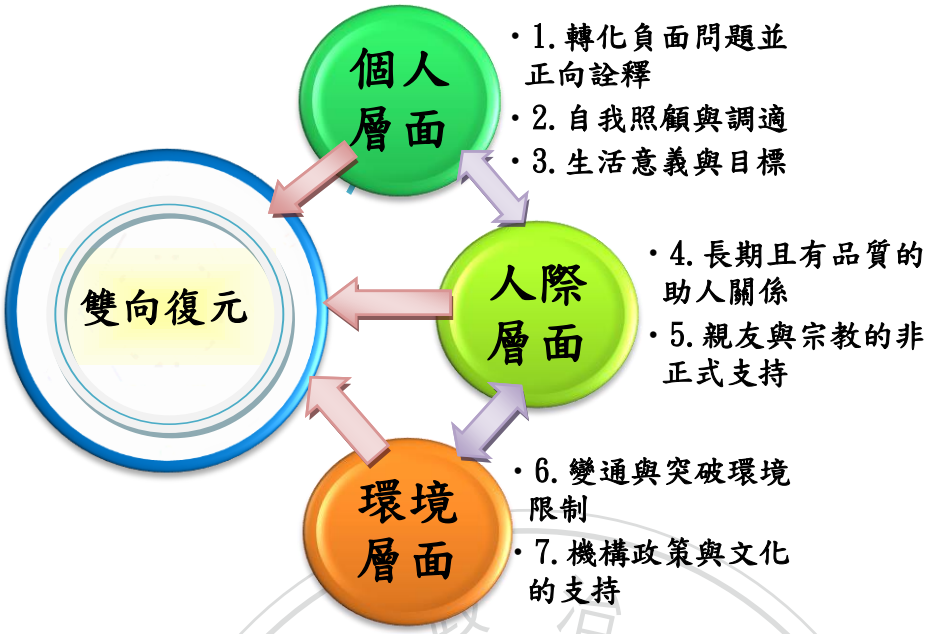
（一）在**互為主體的助人過程**中，社會工作者與個案藉由激勵與分享帶動共同成長，在人際互助中燃起正向改變、超越的動力與希望，且能承諾朝向復元目標，由相互扶持到自主展開具體行動。

（二）個體縱然經歷過疾病或創傷卻不受其限制，於**內在（主觀）情境**中能感到自我的成長與改變、接納包容「多元化」的自我、並具有滿意的生活品質與生命意義感。

（三）於**外在（客觀）情境**中達到疾病的穩定與控制，外在形象、態度或觀點有所轉變，並為個體帶來正面效益。

四、 雙向復元之影響成因

本研究中歸納影響情感性精神疾病個案與社會工作者共同邁向雙向復元之影響成因，包含個人、人際與環境三大層面、七個項目，如下圖十一所示：



圖十一　雙向復元之成因

（一）個人層面：

1.學會將負面問題及觀點轉化，並傾向正向的詮釋。

2.具有自我照顧與保護能力，能夠調適情緒與壓力。

3.找到生活及工作的目標與意義，並積極自我實踐。

（二）人際層面：

4.建立較長且有品質的助人關係，願意陪伴與等待。

5.擁有穩定的非正式支持資源，如：親人、朋友與宗教團體。

（三）環境層面：

6.對於環境的變動更具彈性與變通性，甚至嘗試突破環境的限制。

7.機構政策與文化形成支持與滋養的環境。

肆、 組織政策與文化對雙向復元之影響

生態觀點認為「個人與環境是相互依賴、共生共存的組織系統，個人與環境需維持正向交流關係以利生存發展。」（宋麗玉、施教裕，2009，頁 55）而雙向

復元的環境層面影響成因的第七項「機構政策與文化形成支持與滋養的環境」，本研究發現並非優勢觀點社工所屬的機構均能提供此種環境，而不同組織政策與文化之對雙向復元具有實質之影響，分析受訪社工所屬的機構內部可發現「考驗」與「支持」的態樣：

一、 **機構內「考驗」的部分**：對於社會工作者的支持度較低（包含人事異動頻率過高、高案量與時間限制、缺乏即時性督導與支援與績效彰顯不易），社會工作者於專業發展及推動優勢觀點模式上較為孤軍奮戰，必須藉由強烈信念與堅持、彈性調配時間與案量管理、嘗試運用集體力量發聲等不同管道以自我調適，復元過程之阻力、來自機構的挫折亦較大。

二、 **機構內「支持」的部分**：機構中同儕、督導與上級對於社會工作者支持度較高，由上而下較能貫徹優勢觀點模式之推動、具有凝聚力面對外在壓力，不但創造充分的人際支持與成長環境，更能促進社會工作者的復元、提升個案服務品質與績效、穩定社工流動率。

本研究中亦發現，優勢觀點社工均經歷過機構「同儕」的支持經驗，這些實際的幫助有哪些呢？一為優勢觀點社工可以藉由他人的視角看見自己潛藏的優點，二為藉由同儕會心團體凝聚「革命情感」，形成集體抒壓管道，三則提供專業成長的裝備，重新點燃助人的動力，有力量繼續往前走。

反而是機構對於優勢觀點社工的支持，較偏重透過督導及主管提供心理層面、專業成長層面與充分授權上的支持，較無談及政策性的實質補助與人身安全相關配套，以管理學上激勵-保健因子理論的角度來看，較偏重激勵因子，而忽略的基本的保健因子，容易使得優勢觀點社工必須自行吸收時間與金錢的成本，同時要擔負人身安全的風險。

第二節　研究限制

壹、 研究者之限制

一、 文化視盲的風險

筆者對優勢觀點的內涵有所學習與運用，亦藉由案例研討的機會而有所認識情感性精神疾病個案，擁有這些知識基礎有助於拉近彼此距離、縮小語言溝通之障礙，便於進入當事人之觀點；但另一方面，可能造成「文化視盲」，導致筆者無法敏感於訪談內容，對於看似理所當然的事物缺乏「局外人」的觀點。

有鑑於此，筆者除了反覆聆聽訪談錄音檔及閱讀逐字稿之外，另外邀請未曾接觸優勢觀點模式的學習同儕與指導教授共同檢視研究分析內容，以增加多元的觀點。

二、 實務工作者身份的混淆

筆者於研究期間具備雙重身份—學生與實務工作者，田野的信任感可能會有所提升，但對於這種跨越性亦容易令人混淆。筆者反思在訪談過程中「社會工作者」的角色與聲音不時會突然浮現，一般個案會談中運用的資訊蒐集、同理心、評估與摘要等技巧在訪談中都自動化地跳出，有時候受訪個案也會將筆者視作專業的社工師，希望筆者提供一些回饋性質的評估與建議；而受訪社工則將優勢觀點實務及專業上的術語當成是理所當然、無須進一步解釋的概念，筆者亦很難假裝成全然無知者，較難突破過去自身經驗的受限。

有鑑於此，筆者不斷地提醒自己放下實務工作已知之經驗，投身「研究者」的角色，並在訪談前的說明中強調自己對於以現象與田野為師的學習態度，即使已知的事物仍提出疑問，回歸受訪者的經驗詮釋；若受訪者要求筆者回饋，筆者則真誠並簡要地給予正面回應、不作指導性建議，並盡量讓大部分發言的時間留給受訪者。

三、 缺乏發病經驗的深度同理

筆者面對受訪個案習慣性的反覆陳述、超出訪談大綱且缺乏研究關聯性的資料而感到焦慮，希望盡快引導受訪者回到研究主題上，進一步反思，自己沒有實際情感性精神疾病的發病經驗，對於受訪個案的理解可以到多深呢？若是自己也是是類患者，是否對於訪談過程中的相互揭露與同理有所提昇？

不過對於受訪者而言，講述這些日常生活的瑣事或過去的豐功偉業確實都是對於當事人最重要的「在地觀點」與「生活經驗的再現」，從「無意識」的說到「有意識」地賦予詮釋與意義，故筆者告訴自己：以研究者為主體的角色應暫時安心地放下。此外，筆者認知到自我於現實生活中的社會界線是被個案劃分為「正常人」的一邊，即使難以切身經歷受訪個案遭遇疾病痛苦與社會排除的經驗，但清楚自己在他人眼中的位置、以尊重與善意為前提下，反而能促使訪談中不同的經驗得以湧現，提供彼此反思與詮釋現象的機會。

貳、 受訪者選擇之限制

一、 情感性精神疾病的復元者稀少且可近性低

本研究在尋找情感性精神疾病復元者之過程中，發現一個現象：幾乎所有運用優勢觀點的社工都遇過情感性精神疾病個案，但是真正結案且可接受訪談之復元者寥若晨星，只能在有限的三名個案與社工間接口述中汲取成功經驗。筆者亦曾經碰上兩次情感性精神疾病個案因天候轉換導致心情較低落而打退堂鼓、性侵害個案的身份敏感性、以及機構政策不支持個案受訪等因素，使得本研究中無法如預期的理想上呈現個案與社工配對式的經驗對照。

不過，正因為情感性精神疾病的復元者的接近不易，筆者長期等待亦是一種對研究信心的磨練，更凸顯本研究呈現的雙向復元經驗是十分珍貴的資料。

二、 優勢觀點社工服務領域同質性高

本研究受訪之優勢觀點社工服務領域均為家庭暴力或性侵害防治，服務對象多為社區中的兒少、婦女及家庭，可能受限於筆者同為此服務領域之人脈限制，可以尋找與接觸到的集中此類社會工作者。此外，早期在政策上推動優勢觀點模式時多為引入家庭暴力及性侵防治相關單位，故實務上以此類業務單位為多。由於上述機構選擇限制，本研究尚缺乏身心障礙機構或醫院精神部門的社會工作者參與，一來可能受限於受訪社工服務背景同質性高而遺漏其他服務領域的經驗，二來可能對於後續受訪個案的選擇性上形成限制。

然而，即使從相同的服務領域中，仍可看出 5 名受訪社工的異質性，例如：不同性別（4 名女性、1 名男性）、分屬不同機構（3 名公部門、2 名民間單位）、不同地域（2 名北部、1 名中部、2 名南部）、不同宗教信仰（3 名民間信仰、1 名佛教、1 名無信仰）、社工年資分佈在 2 年到 13 年間、年齡在 24 歲到 41 歲間、教育程度由專科到研究所，這些多元的個人背景與經歷有助於增加研究資料的豐厚度。

三、 缺乏家庭成員的改變與復元經驗：

Bateson 等人（1956）提出「雙重束縛」（double-bind）理論[61]，顯示家庭成長環境對於精神疾患的影響性大（引自 Payne, 2005），尤其憂鬱症與躁鬱症被證實有基因遺傳傾向，家族中可能有多位親屬罹患相關疾病，形成跨世代影響；而在探討個體復元時，可發現復元的力量有甚至擴及家庭與生活圈中重要他人，引發相對應的改變。然而，本研究受限於研究對象的選擇，僅聚焦在情感性精神疾病與優勢觀點社工兩者的復元經驗，並未納入家庭成員的經驗，無法進一步捕捉復元者是否能回過頭影響並帶動家庭成員的改變與復元現象。

[61]「雙重束縛」（double-bind）理論，指出精神病患處在「不管怎麼做都會遭到懲罰與否定」的家庭互動與溝通中，既不能表態、也不能逃避，容易產生精神疾病的混亂反應，產生人際互動的錯誤認知與障礙，故應重視家庭因素的考量（引自 Payne, 2005）。

第三節　建議

經過上述研究歷程，茲歸納分析結果提出以下建議：

壹、 情感性精神疾病個案之助人關係策略

針對一般社會工作實施場域中，社會工作者與情感性精神疾病個案發展助人關係之建議與三大策略如下：

一、 策略一：增強個體權能

（一）**擱置並轉化問題**：學習跳脫問題焦點，讓個案覺察常態、多元的自我，並看見個案的情境脈絡。

（二）**充分尊重與信任**：重視相互開放式的對話，尊重個案擁有「自主性」，自我即是助人關係中的指導者，並給予充分信任。

（三）**著力優勢與能力**：社會工作者能具體且精確地描述個案的優勢與能力，並找對時機點順勢著力，使個案認同並覺察自我優勢而有改變動機。

（四）**累積成功經驗**：循序漸進地從「小型、易達成」的任務或生活目標開始（如：講三句問候語、延後發病時間）以累積成功經驗，並適度給予支持與鼓勵，即使失敗仍有值得肯定之處。

（五）**創造選擇性**：採用不同的處遇方式、抑或是提供個案不一樣的視角與方法，創造三個以上的「選擇性」與生命機會，打破固著的思考僵局。

二、 策略二：善用關係影響

（一）**借重家庭的影響力**：連結「家庭與重要親人」發揮影響力，建構非正式社會網絡的資源，成為個案存活的理由與恢復身心健康的動力。

（二）**保持助人關係中的接觸與等待**：定期且持續地保持接觸以維繫助人關係、掌握個案的發展動態，建立相互信任的基礎，即使處在漫長的「等待」中仍能鍥而不捨地陪伴並懷有希望。

（三）**建立分享與互惠的彈性關係**：除誠摯邀請個案參與處遇，在不違反專業倫理下，透過有形、無形的分享與互惠回歸「彈性且人性化」互動。

（四）**善用權力落差形成改變**：建立助人界限及時間概念，善用恩威並濟（如：依法介入及資源誘因）、人情與面子策略，最後主動出擊與落實監督。

三、 策略三：導入環境資源

（一）**地緣與文化的親近性**：社會工作者與個案的生活圈與文化相近有助於貼近與熟悉在地服務，但亦可從多面向的文化差異（如：階級、年齡、性別、職業、宗教及次文化）中展開話題並建立相互理解的起點。

（二）**開放的會談地點與時間**：除機構面談與家訪，可嘗試彈性安排家外會談引導個案適時走出家門，或於公共場所的會談空間較令人安心自在；甚至專業友誼關係中，隨機、非預期的相遇與寒暄是關係促進的好機會。

（三）**連結資源與網絡合作**：適時地連結機構內部資源與外部專業網絡資源，整合並架構團隊合作與溝通機制，為個案開闢不同獲取資源的管道。

貳、 正視雙向復元之目標

隨著社會變遷，個案類型的多元化與變動性化遠超出一般人的想像，社會工作者為因應龐大的案量壓力下採取「快進快出」的工作步調，導致個案處遇缺乏深度、淪於表象問題解決，難以回應個案需求的核心與復元目標，形成個案假性結案、真實回流之現象，亦造成社會工作者的同理心疲勞與低就感。

有鑑於此，本研究建議助人工作中應「**正視雙向復元的目標**」，透過重新檢視助人歷程及相互調整角色期待，回歸個體自身被忽略的正向經驗，並賦予生命及工作狀態的意義性，個案或社會工作者復元的同時也使對方進一步昇華、復元，彼此成就的圓滿狀態是一種個人的潛能激發、成長與超越；於實務工作面上，不但有助於社會工作者的專業發展與自我實現，更對提升個案服務品質與績效有所貢獻。而一旦個體能突破自我的限制、重新獲得權能，逐漸由「找回自己」、「改

變自己」做起，便像漣漪效應般能擴及身邊的人，間接影響家庭與社會系統，啟動整體社會文化的善循環。

參、 機構推動優勢觀點模式之建議

機構的政策與文化對於雙向復元是有影響性的，誠如本研究發現長期實施優勢觀點模式的場域中，社會工作者感受到凝聚力與支持度較高、人力流動率較低且對個案服務品質有正面效益。本研究針對機構推動優勢觀點模式之建議如下：

一、 瞭解如何有效學習並運用優勢觀點模式

本研究整理社會工作者學習優勢觀點服務模式歷經的三個階段：（一）形塑服務理念與內化個人價值、（二）將理念轉化為服務與行動、（三）將服務與行動轉化為文本。在適應此新模式的過程裡，建議社會工作者需回到自身助人動機個人價值裡，找到與優勢觀點模式的理念相契合之處，再來尋找適合自己的學習方式，如：案例學習、角色扮演、整理實務經驗，並且從中獲得專業成長與回饋，找到專業倫理、類友誼與夥伴關係之平衡。

二、 適度激勵並給予充分支持

社會工作者實際運用優勢觀點模式的過程中，或多或少都會經歷處遇上的困難與疑惑，建議應同步導入優勢觀點督導、主管及同儕團體資源，主動提供激勵與支持，以即時調整期待上的落差、回應社會工作者之需求，如：彈性調配時間、篩選案件實施、建立相互補位機制、充分授權與參與決策，並透過相互分享、上下暢通的「雙向討論」形式中找到實際可行的解套方法，使社會工作者在滋養的機構環境中得到充分信任與鼓勵，增強自我於專業層面之權能。

三、 提供合理的保障與實質誘因

此外，一個制度若要長久推行，機構應在合理的保障與多層次的誘因上有所規劃，除適時提供助人專業成長、心理支持與激勵外，基本的人身安全相關

配套（如：防身配備、衛星定位及保全系統、後續心理與法律的保障措施等）、合理的薪資報償與休息時間、與政策性的實質補助（例如：外訪交通費、手機配費、公關費用、加班費及考績獎金等）等面向更要有所突破，回應執行面上務實之需求，方具有落實優勢觀點模式之誘因。

肆、未來研究之建議

一、 瞭解情感性精神疾病之特性並有所應變

建議未來從事相關研究者，首先需瞭解情感性精神疾病個案之基礎知識，最好有相關的接觸經驗，以便展開自然的相處與互動，且對於田野現象能有察言觀色、隨機應變之能力，例如：個案一講到自己過去的經驗可能滔滔不絕、難以打斷；又或著個案突然處於情緒低落狀態，對於深入的受訪有所抗拒。尤其研究訪談的場域可能逕於案家中進行，附近也可能缺少便捷的交通與對外聯繫管道，研究者需單槍匹馬地完成研究，故務必於事先通知主責社工於何時、何地約好跟個案訪談、預計何時結束，以確保個人人身安全。

二、 具備接近田野之管道並增加研究對象的多元性

建議未來從事相關研究者本身具有接近田野之管道並建立相關人際資本，像是於工作或實習上具有接觸相關研究對象的機會、或透過滾雪球方式找到「更多元」的受訪對象，除了家庭暴力領域外，未來可嘗試納入身心障礙機構、康復之家或醫院精神科的社會工作者、不同復元階段個案與家庭成員，以探討雙向復元的不同態樣。

三、 學習與受訪對象共創新的復元價值

尋找到受訪對象時不一定能捕捉到真實的在地經驗，畢竟在詮釋現象學的角度上真實的本質是未知的、模糊的，必須仰賴「經驗本身感覺到的實在」（余德

慧，2001，頁 119）。故建議未來從事相關研究者勿過快地論斷主觀詮釋中的真實性為何，而是先體驗、還原研究對象之視域中的景象，接著進行現象的深度描繪，揉合研究者自身的生命經驗，縮小研究者與被研究者之間的權力差距，共創出新的復元價值。

例如：曾有受訪者並不覺得自己已經復元，而是意識到「正在」朝向每個生活目標邁進，又透過研究報導的機會讓他們的經驗藉由語言與文字再現、公開，在被充分同理與尊重之中為自己曾經奮力活過的生命再次賦予價值與意義；於筆者的生命與社工生涯中，對於見證情感性精神疾病個案與社會工作者的雙向復元又有更深的相信與耐心，並嘗試從機構政策面上提出未來可行之作為，將研究心得分享予周圍的助人者，而不是只能被動地看著自己的同僚在處理精神疾病個案無限迴圈負面問題裡，一批又一批流失、抱著遺憾歸去。

最後，建議未來從事相關研究者能主動開放心胸、學習欣賞雙向復元經驗裡本身具有的獨立生命，瞭解現象本質與被安放在不同的時空脈絡或背景中擁有不同的詮釋意涵，無須執著本研究中對雙向復元一詞之定義、或受限於助人歷程如隧道般的想像。

國立政治大學 National Chengchi University

參考書目

壹、中文部分

內政部社會司（2010，9月26日）。充實社工人力全心照護弱勢行政院核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」。（新聞稿）。上網日期：2010，10月9日。檢自：http://www.moi.gov.tw/das/news_content.aspx?sn=4651

公共電視（2010，5月30日）。婦欠債欲輕生九歲女三度報警救母。上網日期：2010年，10月20日。檢自：新浪新聞網 http://magazines.sina.com.tw/article/20100530/3203408.html

孔繁鐘（2007）。*精神疾病診斷準則手冊（American Psychiatric Association, 翻譯）*（4修正版）。臺北：合記圖書出版社。（原作出版於2000年）。

王仕圖、吳慧敏（2005）。深度訪談與案例演練。於齊力、林本炫編著，*質性研究方法與資料分析*（2版）（頁97-115）。嘉義：南華社教所。

王增勇（2006）。為何我不夠格幫助我的族人？－行政官僚體系、社工專業制度與原住民主體性的辯證，*臺北市原住民社會福利政策總體檢研討會*。臺北：臺北市政府原住民事務委員會主辦，社團法人中華至善社會服務協會承辦。

伍育英、陳增穎、蕭景容（2006）。*諮商與心理治療：理論與實務（D. Capuzzi & D. R. Gross, 翻譯）*。臺北市：臺灣培生教育。（原作出版於2004年）。

朱淑怡（2007）。*康復之家精障者的復元內涵探討*。未出版之碩士論文，臺灣大學社會工作學研究所，臺北市。

朱慧敏、呂佳霖（2010）。高風險社工面對自殺類型個案的處理機制，*開創與前瞻：實務觀點的高風險家庭服務研討會*（頁329-340）。臺北：內政部兒童局、兒童福利聯盟文教基金會。

行政院衛生署（2010）。九十七年度全民健康保險醫療統計年報：門、住診合計患者人數統計。上網日期：2010年，10月20日。檢自：http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10904&class_no=440&level_no=3

余德慧（2001）。*詮釋現象心理學*。臺北：心靈工坊。

吳芝儀、廖梅花（2001）。*質性研究入門：紮根理論研究方法(A. Strauss, J. Corbin, 翻譯)*。嘉義市：濤石文化。（原作出版於1998年）。

吳麗娟（2003）。一個諮商員（父母、老師…）的專業成長：一個「人」的成長—從human ”doing” 到human ”being”。*中華輔導學報*（14），1-30。

宋麗玉（2004）。臺灣精神障礙者之社區照護（復健）發展。於胡海國編著，*臺灣精神障礙者之社區照護發展：理想與實務研討會彙編*（頁13-21）。臺北：國家衛生研究院論壇長期照護委員會。

宋麗玉（2005）。精神障礙者之復健與復元--一個積極正向的觀點。*中華心理衛生學刊，18*（4），1-29。

宋麗玉（2008）。增強權能策略與方法－臺灣本土經驗之探索。*社會政策與社會工作學刊，12*（2），123-194。

宋麗玉、施教裕（2009）。*優勢觀點：社會工作理論與實務*。臺北：洪葉文化。

李欣容（2009）。*躁鬱之心*。（K. R. Jamison, 翻譯）。臺北：天下文化。（原作出版於1995年）。

李增祿主編（2002）。*社會工作概論*。臺北：巨流。

杜仲傑、沈永正、楊大和、饒怡君、吳幸宜（2002）。心情疾患。於*變態心理學（C. Peterson, 翻譯）*（頁402-456）。臺北：桂冠。（原作出版於1996年）。

沈慶盈（2007）。談社工員自我效能的提升。*社區發展季刊*（120），208-220。

沈慶鴻（2005）。保護性服務社會工作者工作困境之研究－以臺北縣家暴中心疑似性侵害案為例。*臺灣社會工作學刊*（4），112-142。

汪淑媛（2008）。論臺灣社工教育對社會工作職業風險之忽視。*臺大社會工作學刊*（17），1-42。

林彥宏（2008）。民間社工員之增強權能感、自我效能與工作滿意度之研究。未出版之碩士論文，國立臺灣師範大學社會工作學研究所。

林萬億（2002）。*當代社會工作：理論與方法*。臺北：五南。

法務部全國法規資料庫工作小組（2010）。專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法。上網日期：2010年，11月8日。檢自：http://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?PCode=D0050170

施教裕（2009a）。復元的理念和模型。於宋麗玉、施教裕編著，*優勢觀點：社會工作理論與實務*（頁135-150）。臺北：洪葉文化。

施教裕（2009b）。優點助人關係的內涵和操作。於宋麗玉、施教裕編著，*優勢觀點：社會工作理論與實務*（頁341-421）。臺北：洪葉文化。

柯誼楨（2007）。*自殺企圖者的解釋風格與復原力歷程之研究*。未出版之碩士論文，國立彰化師範大學輔導與諮商學系所，彰化縣。

修慧蘭（2006）。*諮商與心理治療：理論與實務（G. Corey, 翻譯）*。臺北：雙葉書廊。（原作出版於2001年）。

徐于婷（2007）。*憂鬱症患者復原力保護因子之研究*。未出版之碩士論文，中國文化大學心理輔導研究所，臺北市。

高淑清（2008）。*質性研究的18堂課：揚帆再訪之旅*。臺北：麗文。

畢恆達（1995）。生活經驗研究的反省：詮釋學的觀點。*本土心理學研究*，*4*，224-259。

畢恆達、謝慧娟（2005）。女性研究者在田野中的性別處境與政治。*女學學誌：婦女與性別研究*（20），93-130。

許育光（2005）。切斷與復合—一段治療關係的敘說、反思與探究。*輔導與諮商學報*，*27*（2），33-52。

陳志遠（2009）。*胡塞爾直觀概念的起源：以意向性為線索的早期文本研究*。南京：江蘇人民出版社。

曾仁杰(2009)。邁向復元之路—優勢觀點社會工作處遇關係之內涵與歷程研究。*復元與優勢觀點國際研討會*。臺北：國立政治大學社會工作研究所、臺灣復元優勢觀點社會工作學會主辦。

曾華源（1985）。社會個案工作的專業關係。於黃維憲、曾華源、王慧君編著，*社會個案工作*（頁105-156）。臺北：五南。

曾華源、李自強（2006）。*社會工作直接服務：理論與技巧（D. H. Hepworth, R. H. Rooney, J. A. Larsen, 翻譯）*（6版）。臺北：洪葉文化。（原作出版於2002年）。

湯華盛（2007）。*精神疾病與自殺防治*。臺北：行政院衛生署自殺防治中心。

黃秀文（2007）。*收斂與發散之間：從雙極性疾患病友的生命故事找尋復元的曙光*。未出版之碩士論文，臺北醫學大學醫學人文研究所，臺北市。

黃源協、陳伶珠、童伊迪（2007）。*個案管理與照顧管理*。臺北：雙葉。

黃鈺婷（2006）。*復原力的力量：個人與來自家庭、學校脈絡中的保護機制對青少年憂鬱症狀改變之影響*。未出版之博士論文，國立政治大學教育研究所，臺北市。

黃藿（1996）。*理性、德行與幸福：亞理斯多德倫理學研究*。臺北：臺灣學生書局。

楊逸鴻、葉英堃、胡海國（2012）。社區中精神分裂症、雙極型疾患、憂鬱症在臺灣與其他國家的盛行率。*台灣精神醫學*（26），77-87。

費孝通（2007）。*鄉土中國*。大陸：江蘇文藝出版社。(原作出版於1947年)。

鄒川雄（2005）。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。於齊力、林本炫編著，*質性研究方法與資料分析*（2版）（頁21-55）。嘉義：南華教社所。

鄒川雄（2005）。生活世界與默會知識：詮釋學觀點的質性研究。於齊力、林本炫編著，*質性研究方法與資料分析*（2版）（頁21-55）。嘉義：南華教社所。

廖榮利（1986）。*社會個案工作*。臺北：幼獅文化。

齊力（2005）。質性研究方法概論。於齊力、林本炫編著，*質性研究方法與資料分析*（2版）（頁1-19）。嘉義：南華教社所。

劉育林（2002）。*此刻有你真好—陪伴悲傷者走過哀痛（June Cerza Kolf, 翻譯）*。臺北：張老師文化。（原作出版於1999年）。

劉紀能（2004）。*前精神分裂症者復元行動歷程之自我敘說*。未出版之碩士論文，國立陽明大學衛生福利研究所，臺北市。

劉珠利（2005）。助人關係與女性－一個文化取向女性主義的角度。*社區發展季刊*（112），130-140。

潘淑滿（2003）。*質性研究：理論與應用*。臺北：心理。

潘淑滿（2005）。*社會個案工作*。臺北：心理出版社。

蔡宜玲（2001）。*自殺意念青少年復原行為之探討：復原力之研究*。未出版之碩士論文，彰化師範大學輔導與諮商系，彰化縣。

蕭真真（2009）。*疾病管理與復元方案對精神障礙者復元成效之研究*。未出版之博士論文，國立新竹教育大學人資處教育心理與諮商碩士專班，新竹市。

謝國雄（2007）。四位一體的田野工作：《茶鄉社會誌》的例子。於謝國雄、高穎超、李慈穎、吳偉立、劉怡昀、劉惠純、鄭玉菁、葉虹靈、林文蘭等編著，*以身為度、如是我做*（頁38-50）。臺北：群學。

蘇國賢（2009）。階級與階層。於王振寰、瞿海源編著，*社會學與臺灣社會*（頁103-128）。臺北：巨流。

藍佩嘉（2005）一個質性研究的誕生：以家務移工的研究為例。*婦研縱橫*（76），22-30。

貳、英文部分

Adame, A. L., & Leitner, L. M. (2008). Breaking out of the mainstream: The evolution of peer support alternatives to the mental health system. *Ethical Human Psychology & Psychiatry, 10*(3), 146-162.

Anthony, W. A. (1994). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990's. In IAPSRS (Ed.), *An Introduction to Psychiatric Rehabilitation* (pp. 557-567). Boston, MA: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.

Behrman, A. (2005). First Person Recovery: Living with Bipolar Disorder. [Article]. *Journal of Dual Diagnosis, 1*(4), 97-99.

Bell, H. (2003). Strengths and secondary trauma in family violence work. *Social Work, 48*(4), 513-522.

Breggin, P. R. (2008). Practical applications: 22 Guidelines for counseling and psychotherapy. *Ethical Human Psychology & Psychiatry, 10*(1), 43-57.

Butler, A., Ford, D., & Tregaskis, C. (2007). Who do we think we are? Self and reflexivity in social work practice. *Qualitative Social Work, 6*(3), 281-299.

Cappeliez, P., Robitaille, A., McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M. J., Sewitch, M., et al. (2007). Recovery from depression in older depressed patients in primary care: relation with depression severity and social support. *Clinical Gerontologist, 31*(2), 17.

Chopra, P., Hamilton, B., Castle, D., Smith, J., Mileshkin, C., Deans, M., et al. (2009). Implementation of the strengths model at an area mental health service.

Australasian Psychiatry, 17(3), 202-206.

Comninos, A., & Grenyer, B. F. S. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 239-249.

Cowger, C. D., Anderson, K. M., & Snively, C. A. (2005). Assessing strengths: The political context of individual, family, and community empowerment. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4 ed., pp. 93-115). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 31*, 7–11.

Deegan, P. E., & Drake, R. E. (2006). shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services, 57*(11), 1636-1639.

Ezzy, D. (2002). *Qualitative analysis: Practice and innovation*. New York: Routledge.

Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views ofpsychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 370-369.

Giovanni, A. F., Elena, T., & Silvana, G. (2007). The road to recovery from depression – don't drive today with yesterday's map. *Psychotherapy & Psychosomatics, 76*(5), 260-265.

Gitterman, A. (1996). The life model of social work practice. In C. B. Germain & A. Gitterman (Eds.), *Advances in theory and practice* (2 ed.). New York: Columbia University Press.

Glynn, S., & Liberman, R. (1990). Functioning of relatives and patients facing severe mental illness. In: H. P. Lefley & D. L. Johnson(Eds.), *Families as allies in the treatment of the mentally ill: new directions for mental health professionals*

(pp.255-267). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Golightley, M. (2006). *Social work and mental health* (2 ed.). Exeter [England]: Learning Matters.

Green, C. A., Polen, M. R., Janoff, S. L., Castleton, D. K., Wisdom, J. P., Vuckovic, N., et al. (2008). Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS Study Results. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 32*(1), 9-22.

Hollis, F., & Woods, M. E. (2000). The psychosocial frame of reference: An overview. In F. Hollis & M. E. Woods (Eds.), *Casework: A psychosocial therapy* (5 ed., pp. 35-80). New York: McGraw-Hill Higher Education.

Holosko, M. J., Jean-Baptiste, N., Le, T., Eaton, A., & Power, L. (2007). Major depressive disorder. In B. A. Thyer & J. S. Wodarski (Eds.), *Social work in mental health: An evidence-based approach* (pp. 289-306). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Hughes, R., & Weinstein, D. (2000). Understanding severe and persistent mental illnesses *Best practices in psychosocial rehabilitation* (pp. 1-33). Columbia, MD: International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.

Huguelet, P., Mohr, S., & Borras, L. (2009). Recovery, spirituality and religiousness in schizophrenia. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 2*(4), 307-316.

Jayaratne, S., Croxton, T., & Mattison, D. (1999). Social work professional standards: An exploratory study. In S. A. Kirk (Ed.), *Social work research methods: Building knowledge for practice*. Washington, DC: NASW Press.

Kelly, J., Wellman, N., & Sin, J. (2009). HEART – the Hounslow Early Active Recovery Team: implementing an inclusive strength-based model of care for people with early psychosis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 16*(6), 569-577.

Kisthardt, W. E. (2005). The opportunities and challenges of strengths-based, person-centered practice: Purpose, principles, and applications in a Climate of Systems' Integration. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4 ed., pp. 171-196). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

Laudet, A. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal Subst Abuse Treat, 33*(3), 243-256.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Lloyd, C., King, R., & Moore, L. I. Z. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross-sectional study. *International Journal of Social Psychiatry, 56*(3), 220-229.

Mancini, M. A., & Lawson, H. A. (2009). Facilitating positive emotional labor in peer-providers of mental health services. *Administration in Social Work, 33*(1), 3 - 22.

Meacham, M. G. (2007). Ethics and decision making for social workers. *Journal of Social Work Values and Ethics, 4*(3).

Mechanic, D. (1989). Central perspectives in formulating mental health policies. In D. Mechanic (Ed.), *Mental health and social policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). Why do people change? In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2 ed., pp. 3-12). New York: The Guildford Press.

Mishna, F., Antle, B. J., & Regehr, C. (2002). Social work with clients contemplating suicide: Complexity and ambiguity in the clinical, ethical, and legal considerations. *Clinical Social Work Journal, 30*(3), 265-280.

Monette, D. R., Sullivan, T. J., & DeJong, C. R. (2005). *Applied social research: Tool for the human services* (6 ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

Noiseux, S., St-Cyr, D. T., Corin, E., St-Hilaire, P.-L., Morissette, R., Leclerc, C., et al. (2010). The process of recovery of people with mentalillness: The perspectives of patients, familymembers and care providers: Part 1. *BMC Health Services Research, 10*, 161-174.

Noiseux, S., Tribble, D. S.-C., Leclerc, C., Ricard, N., Corin, E., Morissette, R., et al. (2009). Developing a model of recovery in mental health. *BMC Health Services Research, 9*, 1-12.

Payne, M. (2005). *Modern social work theory* (3rd ed.). London: Macmillan press.

Rapp, C. A. (1998). *The strengths model: Case management with people suffering from severe and persistent mental illness*. New York: Oxford University Press.

Ronen, T., & Dowd, T. (1998). A constructive model for working with depressed elders. *Journal of Gerontological Social Work, 30*(3-4), 83-99.

Saleebey, D. (2005a). Honoring philosophical traditions: The strengths model and the social environment. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4 ed., pp. 261-278). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

Saleebey, D. (2005b). Introduction: Power in the People. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice* (4 ed., pp. 1-23). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

Shonfeld-Ringel, S. (2001). A re-conceptualization of the working alliance in cross-cultural practice with non-western clients: Integrating relational perspectives and multicultural theories. *Clinical Social Work, 29*(1), 53-63.

Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1108-1124.

Song, L., & Shih, C. (2009). Factors, process, and outcomes of recovery from psychiatric disability—The Unity Model. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 348-360.

Spradley, J. P. (1980). Ethnograph and culture *Participant observation* (pp. 3-12). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Spradley, J. P. (1979). Interviewing an informant *The ethnographic interview* (pp. 55-76). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Tuttle, T. L. (2004). *Hope, Attitude, and Recovery from Schizophrenia.* Unpublished PhD, Virginia Polytechnic Institute and State University Virginia.

White, V. E. (2002). Developing counseling objectives and empowering clients: A strength-based intervention. *Journal of Mental Health Counseling, 24*(3), 270-279.

Wingo, A. P., Baldessarini, R. J., Holtzheimer, P. E., & Harvey, P. D. (2010). Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients. *Bipolar Disorders, 12*(3), 319-326.

Yip, K. (2005). A strengths perspective in working with an adolescent with depression. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 28*(4), 362-369.

國立政治大學 National Chengchi University

國立政治大學
National Chengchi University

附件一

參與研究同意書

親愛的受訪者您好：

本研究為「優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討」，目的為瞭解您寶貴的復元經驗，以利未來形成助人關係與雙向復元之建議與策略。有鑑於此，為讓您瞭解自身權益保障與研究之進行方式，需要正式徵得您參與本研究之同意。

一、研究進行方式

（一）**訪談錄音**：訪談時間約一至兩小時，訪談期間將進行全程錄音，以利未來謄寫逐字稿與資料分析，研究結束後此錄音檔將立即銷毀。

（二）**文本資料確認**：研究者謄寫完逐字稿後，將以紙本或 E-mail 之方式寄送給您做再次的確認，您可進一步刪改或補充文本資料；另外，研究者將視實際需要，擇日以電話或面對面之方式與您進行補充訪談。

（三）**誠實報導**：徵得您同意後，這些文本將於正式報告中節錄引用，研究者將誠實報導，既不斷章取義、亦不移花接木。

二、您的權益保障

（一）**隱私與保密**：文本中有關辨識您真實身份與個人隱私之資料，將以隱匿或化名方式處理，研究者將確實保密，徵求您同意前絕不傳散或公開。

（二）**中止錄音或訪談**：您有任何身心不適或顧忌，可隨時終止錄音或訪談。

（三）**分享研究成果**：您想進一步瞭解研究成果，研究者未來可採書面或口頭方式與您共同分享。

（四）**回饋禮金**：為實質答謝您參與研究之貢獻，於訪談結束後將餽贈新臺幣 600 元禮金。領取者：（簽名）。

國立政治大學社會工作研究所
指導教授：宋麗玉
研究生：胡孟菁敬上

本人確實知悉上述研究進行方式與權益保障，並同意參與本研究：

研究參與者/受訪者：（簽名）中華民國年月日

研究者/訪談者：（簽名）中華民國年月日

【優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討】

訪談大綱（社會工作者版）

一、助人關係：

（一）您自己對情感性精神疾病（憂鬱症與躁鬱症）個案在接觸前的想像為何？

（二）您如何描述自己和情感性精神疾病個案間的關係？特殊的互動經驗為何？

（三）依據您的經驗，您自己在優勢觀點助人關係中的角色與立場為何？如何發展助人關係

（四）您認為優勢觀點助人關係與一般助人關係有哪些相似、相異之處？

二、雙向復元經驗：

（一）專業層次

1. 您與情感性精神疾病個案的工作過程中，面臨的挫折與壓力有哪些？採用哪些因應或克服的方式？
2. 您自己從優勢觀點的情感性精神疾病個案處遇上獲得的成就感為何？支持自己繼續做下去的動力是什麼？

（二）個人層次

1. 請您描述自己在運用優勢觀點助人關係時，對您自己的影響？
2. 這些經驗對您自己和他人的影響為何？
3. 促進您的這些經驗的因素有哪些？
4. 您如何看待這些經驗對您自己生命的意義？

（三）組織文化層次

1. 請您描述自己所屬實務工作場域的文化與氛圍？
2. 組織實施優勢觀點後，您認為有何變革與限制？
3. 組織支持您實施優勢觀點的程度與具體政策為何？您是如何看待其對復元的實質影響？

三、反思與回饋：

（一）您現在如何看待自己？與實施優勢觀點以前比較之下，有哪些改變？

（二）您認為個案與其他重要他人現在如何看待您？與實施優勢觀點以前比較之下，有哪些改變？

（三）如果好的建議像禮物一樣，您最想送給個案的禮物是什麼？

（四）您對於優勢觀點助人關係有何想法與意見？

四、 基本資料：

（一）服務領域（可複選）：

□心理衛生 □兒童、少年 □婦女及家庭 □老人 □身心障礙

（二）職稱：

□社會工作員 □社會工作師 □督導 □其他（請註明）

（三）服務年資：

____年 ____月

（四）性別：

□女 □男

（五）年齡：

民國____年次

（六）最高學歷：

□社會工作科系：□專科 □大學 □研究所以上

□非社會工作科系：□專科 □大學 □研究所以上

（非社會工作科系請註明系/所別）

（七）宗教信仰：

□基督教 □天主教 □佛教 □道教 □一貫道 □一般民間信仰

□回教 □無信教 □其他（請註明）

（八）同住家庭成員：

□獨自居住 □父母 □子 女□兄弟 □姊妹 □祖父母

□配偶或伴侶 □其他（請註明）

※本訪談大綱僅供參考，實際訪談之內容可彈性調整，未必依照這些問項及順序。

【優勢觀點為基礎之社會工作者與情感性精神疾病個案雙向復元歷程之探討】

訪談大綱（個案版）

一、助人關係：

（一）您自己對社會工作者在接觸前的想像為何？

（二）您與社會工作者特殊的互動經驗為何？

（三）您自己在優勢觀點助人關係中的角色與立場為何？

（四）依據您自己的經驗，與社會工作者的關係是如何發展的？

（五）如果可比較，您感受到不同社會工作者在助人關係中的相似、相異之處有哪些？

二、雙向復元經驗：

（一）您曾經因情感性精神疾病面臨的挫折與壓力有哪些？採用哪些因應或克服的方式？

（二）請您描述優勢觀點助人關係中感受到自己和他人（尤其是社會工作者）的復元經驗（哪些不一樣的正向改變）？

（三）復元經驗對您自己和他人的影響為何？

（四）促進您的復元經驗的因素有哪些？

（五）您如何看待雙向復元對您自己生命的意義？

三、反思與回饋：

（一）您現在如何看待自己？與實施優勢觀點以前比較之下，有哪些改變？

（二）您認為個案與其他重要他人現在如何看待您？與實施優勢觀點以前比較之下，有哪些改變？

（三）如果好的建議像禮物一樣，您最想送給社會工作者與家人的禮物是什麼？

（四）您對於助人關係有何想法與意見？

國立政治大學 National Chengchi University

四、 基本資料：

（一）疾病類別與程度：

□憂鬱症：□輕度　□中度　□重度

□躁鬱症：□輕度　□中度　□重度

（其他疾病請註明）

（二）罹病期間：

自_____年_____月～自_____年_____月

（三）成案原因：

（請主責社工說明）

（四）福利身份（可複選）：

□低收入戶　□中低收入戶　□特殊境遇家庭　□高風險家庭

□身心障礙者　□其他（請註明）

（五）性別：

□女　□男

（六）年齡：

民國____年次

（七）教育程度：

□不識字　□識字（但未就學）　□小學　□國中　□高中（職）

□專科　□大學　□研究所以上

（八）宗教信仰：

□基督教　□天主教　□佛教　□道教　□一貫道　□一般民間信仰

□回教　□無信教　□其他（請註明）

（九）同住家庭成員：

□獨自居住　□父母　□子女　□兄弟　□姊妹　□祖父母

□配偶或伴侶　□其他（請註明）

※本訪談大綱僅供參考，實際訪談之內容可彈性調整，未必依照這些問項及順序。