

精神障礙者之復健與復元—— 一個積極正向的觀點

宋麗玉

在1980年代，美國的一些精神障礙者提出復元觀點，之後引導歐美精神障礙者復健服務至今。在邁入二十一之際，更加強調進入“The Decade of the Person”，重申重視精神障礙者作為一個“人”，而非等同於“疾病”。許多復元者自身經歷的披露以及幾項長期追蹤研究，都顯示精神障礙者復元的可能性，比例也相當高，重要的是及早給予復健和適應社區的機會。儘管復元觀點與實務在西方已燃燒二十餘年，在台灣卻鮮少有人加以討論，在本文筆者試圖整理復元的定義內涵、復元的過程、復元過程的阻力與助力、並提出一復元過程與結果之參考架構；進而討論復健與治療之別和復健之價值與原則，以及以復元為導向之精神復健體系和實務特色；最後，以復元觀點檢視台灣的精神復健政策與資源，提出粗淺的建議。藉此拋磚引玉，期待未來有相關研究結果激起更深沉的討論。

關鍵詞：精神復健、復元、精神障礙者

宋麗玉：國立暨南國際大學社會政策與社會工作研究所教授。

收稿：2004年11月26日；接受：2005年03月14日



一、前言

精神疾病一向被視為是傾向慢性化且預後很差的疾病，特別是精神分裂症患者；教科書裡Kraepelin的著作不斷傳遞慢性精神病患的負面論述，深化於專業人員的認知架構中，使得病患與家屬本身都不再抱持希望(U.S. Department of Health and Human Services, 1999)。對社會大眾而言，精神疾病如謎一般的難以理解，包括疾病的肇因與症狀表現，社會大眾忽略這些人的存在，只有在媒體報導負向案例的場景時(精神病患的暴力行爲、傷人與自傷、或是干擾他人行爲)又加深了人們心中的恐懼。社會烙印的標籤緊跟著精神病患，透過社會化過程的傳承，根深蒂固，難以打破(Cnaan, Blankertz, Messinger, & Gardner, 1989; Hannigan, 1999)。精神障礙者(person with mental disability)於是不再被視為「人」看待，而被視為是「疾病」本身；精神醫療人員著重於病患的維持症狀穩定，以及控制與避免再發病住院，藥物的服用在許多醫院裡成為主要的治療之方(Anthony, Cohen, Farkas, Gagne, 2002)。

然而在美國的1980年代，另一種聲音出現了，復元(recovery)的概念被一些精神障礙者(在西方一般稱之為consumer)引進，幾位已復元者為文陳述他們如何因應症狀，逐漸好轉，重新獲得生活的希望與力量，並且在社會再度擁有身分(identity)(Deegan, 1988; Leete, 1989)。許多精神障礙者深受這些人的鼓舞；隨者西方「使用者增強權能」(consumer empowerment)運動的興起，嚴重精神病患者的潛力開始獲得重視(Turner-Crowson & Wallcraft, 2002)。儘管「復元」的定義目前尚未有一致的界定，但是其釋放出重要的訊息，亦即儘管有嚴重的精神疾病，仍有重新獲得有意義生活的希望(Deegan, 1988; U.S. Department of Health and Human Services., 1999)。

除了復元者個人的心聲與見證之外，幾個長期追蹤研究也呈現了精神分裂症者的長期照顧結果中，完全復元者與完全失能者都有。這些研究涵蓋瑞士、德國、美國、與日本，研究期間最少22年最多35年，研究的樣本在140至502之間，綜合各研究發現，46-68%的精神分裂症患者好轉並且 / 或復元。這幾個研究對復元的界定是

指沒有症狀、沒有服藥、沒有怪異行爲、有工作、有社會關係、並生活於社區。好轉則指前者中有一項狀況仍不佳(DeSisto, Harding, McCormick, Ashikaga, & Brooks, 1999)。這樣的研究結果可以說顛覆了一般(包括筆者本身)認為精神分裂症患者中只有三分之一能夠完全復元的迷思(行政院研考會, 1995)。另外, Ellison & Russinova(1999)進行一項調查, 找到500位具有精神障礙的專業與經理人員, 了解他們的就業狀況以及促進就業穩定的因素。當然其樣本並不具代表性, 這些人是具高教育水準者, 83%有大學及以上教育水準。這些人中有73%是全職工作者, 62%在現職有兩年之久, 29%則有五年之久。這些數據顯示有精神障礙者仍能夠從事較高層次的工作, 而非侷限於低層次低薪資的工作, 並且也顯示他們對社會的貢獻。

波士頓大學內的精神復健中心(Center for Psychiatric Rehabilitation)長期致力於相關研究與服務倡導; 其執行長William A. Anthony在1993年的一篇文章提倡以「復元」為願景引導精神醫療服務, 並指出未來將是「復元的十年」(decade of recovery)。在過去十餘年該中心依循這樣的願景, 進行研究並且發展以復元為導向的創新服務方案, 並且透過訓練與出版傳遞觀念與服務。根據Anthony et al. (2002)的定義, 復元乃指: 「一個改變態度、價值、感受、目標、技巧、與 / 或角色的深沉個人過程, 無論疾病所造成的限制是否存在, 個人能夠超越疾病, 過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(p.31)。正如由身體疾病與失能復元者一般, 復元的概念並非指症狀或痛苦完全消失, 或是功能完全恢復(Anthony et al., 2002)。半身不遂的人可能復元, 中風的人可以學習如何恢復肢體功能, 地震中受重創的家庭可以由失落中重新站立, 這些人未必完全痊癒(cured), 但是社會期許他們透過復健可以再獲得技能與心理的力量, 並且再度參與社會。我們也看到許多經歷心理創傷經驗者, 能夠走出傷痛再度面對未來的生活, 即使他們無法改變創傷存在的事實。同樣地, 精神病患作為一個人, 應該被視為有克服疾病與障礙, 重新過有意義生活的希望與潛力。這也就是為何筆者將recovery譯為「復元」而非「復原」, 乃在強調「元氣」的概念, 指的是過程中希望的萌生與生命力的再現, 進而影響行動的力量, 帶來正向的結果。

筆者認為這樣的定義隱涵復元是一個全觀(holistic)的概念，包括過程與結果，不過較強調其過程。Deegan(1988)區分復健與復元的差別，復健是促使精神障礙者重新適應世界的服務，復元則是個人接受並超越障礙的個人親身經歷；前者強調「服務」本身，復元著重於「人」的主體性。復元的過程中可能涉及復健服務的使用，復健服務可以以促進復元為導向。例如DeSisto等人(1999)的35年長期研究發現Vermont州的病患復元狀況比起Maine州比較組好，是因為病患較早給予機會適應社區的生活，這些機會包括居住安排、工作、與社交等。

精神病患復元的事實造成一些震撼，其過程究竟如何？又有哪些助長因素使這樣的過程發生？目前西方所知道的是復元並非是線性的發展過程，而且是相當個別化的經驗，透過訪談一些實際經驗復元者，Spaniol, Koehler, & Hutchinson(1994)將復元過程初分為七個階段，Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony(2002)最新研究則是分為四個階段：深受障礙的打擊(overwhelmed by the disability)、與障礙對抗(struggling with the disability)、與障礙共存(living with the disability)、超越障礙(living beyond the disability)。在Spaniol等人(2002)的研究樣本中都沒有處於第四階段者，他們目前正在進行的研究中，試圖尋找處於第三與第四階段者，進一步了解復元的過程與促進因素。

復元觀點與實務在西方已燃燒二十餘年，在台灣卻鮮少有人提起甚至加以討論，在本文筆者試圖整理復元的定義內涵、復元的過程、復元過程的阻力與助力、並提出一復元過程與結果之參考架構；進而討論復健與治療之別和復健之價值與原則，以及以復元為導向之精神復健體系和實務特色；最後，初步以復元觀點檢視台灣的精神復健政策與資源，基於篇幅之限，提出粗淺的建議。筆者藉此拋磚引玉，期待未來有相關研究結果激起更深沉的討論。

二、文獻探討

(一) 復元的內涵

前面提及Anthony等人(2002)給「復元」下的定義：「一個改變態度、價值、感

受、目標、技巧、與 / 或角色的深沉個人過程，無論疾病所造成的限制是否存在，個人能夠超越疾病，過著滿足、有希望、又有貢獻的生活」(p.31)。這個定義是波士頓大學精神復健中心所持的界定。這個定義內涵是過程導向，但也隱含結果，即是生活滿足感、生活品質、與 / 或社會角色的扮演。復元是一連續但是非線性的複雜演變歷程，也是痛苦與困難的經歷，在這過程中必然有抗拒，因此個人可能來來回回，但是逐漸地一個新的自我感受浮現 — 與自己有更真實的連結、與他人產生連結，並且生命顯得更有意義與目標(Spaniol et al., 1994)。Deegan(1988)指出復元並非指涉一個最後結果，並不意味「治癒」，而是更深沉接受其限制，但是有希望的灌注，即使受苦，內心仍有平安，因為知道痛苦將引導她邁向新的未來。她認為：「復元是一個過程、是一種生活方式、是一種態度、是面對每日挑戰的方法」(p.57)。

(二) 復元的過程

Spaniol等人(1994)在Recovery Workbook中提到復元過程的七階段：震驚、否認、沮喪 / 傷痛、憤怒、接受 / 希望、因應、與倡導 / 增強權能，前面六個階段其實與一般遭逢劇變或重大疾病者沒有太大的差別；過去研究也涉及精神病患家屬面對疾病的反應，不過並未強調希望以及倡導 / 增強權能面向。最新的一項長期追蹤研究(Spaniol等人，2002)以12位有精神分裂症者為研究對象，在四年中每半年進行質化訪談一次，研究主題著重在受訪者的疾病經驗與對疾病的了解，研究者中有兩位本身即有精神障礙的經驗。他們的研究歸納出四個復元過程階段：

1. 深受障礙的打擊：

這個階段開始於發病期間，可能持續幾個月或許多年。對個人而言，每天的生活對身心都是一種掙扎；他們試圖了解與控制自己，但是通常感到的是困惑，與他人與自己欠缺連結，失去控制自己生命的能力，逐漸地個人對自己內在與外在都失去信心。個人渴望與他人建立關係，不過關係難以建立且都是短暫的。這時個人無法清楚陳述自己的目標，即使有目標也不知道該如何實現。在他們的研究對象中有兩位在整個研究過程中都還停留在這個階段。

2. 與障礙對抗：

這個階段的特色是個人試圖建立力量與信心，以採取行動追求自己的興趣。這時個人開始發展對自己疾病的解釋，也能面對疾病將持續一段時間的事實，他們也認識到需要採取一些方法因應，才能有更令人滿意的生活，但是因為障礙，且害怕失敗，可能讓個人裹足不前。他們仰賴專業人員的服務與支持，當個人尚未有足夠的信心時，他／她可能延遲行動。他們仍持續與藥物的副作用對抗，會採取一些因應措施減緩症狀的干擾。有六位受訪者持續停留在這個階段。

3. 與障礙共存

這個階段的個人已經可以面對與處理障礙，他們有較強的自我感受，覺得對自己的生活有一些控制感，並且也知道即使有障礙的事實，追求滿足的生活仍是可能的。個人能夠運用有效的因應方法處理疾病，也擁有一些具有意義的角色；生活中的人、角色與環境給予個人一致與安全感，亦即他／她在他的環境中找到了定位(niche)。這個階段符合Lieberman, Kopelowicz, Gutkind, & Ventura (in press)對於復元的定義(引自Spaniol et al., 2002)。有四位在研究過程中由第二個階段進步到這個階段。

4. 超越障礙(living beyond the disability)

在所有的研究對象中沒有任何一位處於這個階段，其乃是作者由自助(self-help)文獻中概念化而來。在這個階段裡，障礙只是個人生活中的一小部分，並不成為其追求滿足與有貢獻生活的阻礙。個人與自己、他人和環境有很好的連結，並且經歷有意義且目的的生活。

相較於前面的七階段，這四個階段較能呈現在不同階段裡復元的狀況與內涵，包括對障礙的接受度與處理程度、障礙對個人生活的干擾程度、個人的生活控制感、與自己、他人和環境的連結、角色的獲取、以及生活的意義與目的感。

Deegan(1988)提到她的復元是建立在三大磐石上：希望、意願(willingness)、和負責的行動(responsible action)。Spaniol等人(1994)指出自我感(sense of self)的重要性，包括自我效能、自尊、和內控，並提到自我感的幾個面向：

1. 發掘更活躍的自我 (Discovering a More Active Self)

個人發現可以用具體行動追求自己的利益或興趣，這在復元過程中是一項重要的自覺；亦即我們的行動對自我感有很大的影響。逐漸地這種自覺形成動力，不過也容易遭受負向經驗打擊，需要他人的了解與支持。

2. 建立自信 (Taking Stock of Self)

透過不斷檢驗自己的力量，個人建立了信心，當有需要時一個新的自我可以面對一切。在這個試驗時期，別人的回饋相當重要。

3. 採取行動 (Putting the Self into Action)

當透過不斷的行動與回饋後，個人的自我感逐漸增強，個人的自我有行動的力量，能夠重新過日常生活、工作與學習，並且能夠面對社會的負面價值、態度與行為。

4. 靈活運用自我 (Appealing to Self)

當個人的自信心增強，自我感也更強壯，成為個人的內在資源，在需要時可以運用，個人不再那麼容易被負面經驗打擊；個人的權能被增強了。

雖然復元是一個很個別化的歷程，Turner-Crowson & Wallcraft (2002) 指出一些共通主題 (theme)：「希望」的重要性、至少有一個人相信且鼓勵自己能夠進步、對於「過去」發展自己的解釋以能夠繼續往前走、為自己的生活負責、透過行動重建生活、發展關係與角色、重建他人對自己的信心、逐漸獲得生活的滿足感、發展生活的意義與目的、以及在痛苦與掙扎中保持堅忍；其中幾項可與前述 Deegan (1988) 所指出的以及 Spaniol 等人 (2002) 提及的三項任務 (發展解釋架構、某種程度能夠控制疾病、獲得有意義的角色) 相呼應。

(三) 復元過程的影響因素—阻力與助力

復元隱含個人對於精神障礙這項人生的重大逆境的一種調適過程與結果。Cnaan 等人 (1989) 檢視了十五個心理學、社會學、與社會工作理論與社會心理復健

原則之連結後，顯示生態系統觀點最為適用，其餘理論或多或少符合精神復健的精神，可作為參考的理論。根據生態系統觀點，個人與環境之間適配程度(fitness)決定其適應好壞，當個人能夠運用外在資源與內在資源，與環境之間有良好的交流關係(transaction)，並能夠在其所在的環境中找到定位(niche)，有利於個人的生存與成長，那麼個人即處於適應良好的狀態。因此當我們檢視一個人的狀態時，必須了解其所在環境的系統內涵，以及個人與這些系統之間的互動狀況；環境的要求與可用資源狀況決定系統的動態。在生態觀點當中，以個人為中心向外推，含括微視系統、連結微視系統之間的中介系統、外在系統、與鉅視系統(Greene, 1999；鄭麗珍，2002)。鉅視系統包含社會制度與規範、文化信念與態度、社會信念與態度、政策與規章、服務系統等；微視系統則可能包括家庭、工作場所、學校；中介系統則是連結微視系統的一些組織或制度，如學校的家長會、社區的委員會等。個人系統則指個人所擁有的本人的可變與不可變因素，不可變因素如基本人口特徵、出生背景、生物遺傳特徵、人格特質等；可變因素則可能含括個人擁有的資源、態度、技能、因應技巧等。因此運用生態系統觀點可幫助初步建構影響復元過程與復元結果的可能因素。

另外，世界衛生組織(WHO)在2001年建構了功能的世界分類(International Classification of Functioning, Disability, and Health(ICF))，這項分類立基於人類的功能，而非只是障礙(disability)，其為整合且普遍模型，非只是醫療或社會模式，涵蓋脈絡因素而不只是個人因素，因此可以具有跨文化與跨年齡的適用性。這項分類模式如圖一，個人的健康狀態違常或有障礙時，會帶來身體功能與結構的損壞，如生理的身體組織的變化；也會影響活動能力，如每日生活所需執行的任務與行動；並且可能影響各種生活情境的參與。身體功能／結構、活動能力、與參與度三者之間相互影響，同時也會反過來影響健康狀態。WHO視精神疾病如同其他疾病，如因為感冒而在工作或學校缺席，如同因為憂鬱而缺席一般，都屬於疾病帶來的活動限制；再者，社會對精神分裂症的烙印如同對癲癇與HIV帶原者一般。另一組影響身體功能／結構、活動能力、與參與度的因素為脈絡因素，包括環境與個人因素。WHO這項資料提出個人因素可能包括：性別、年齡、教育程度、社會背景、

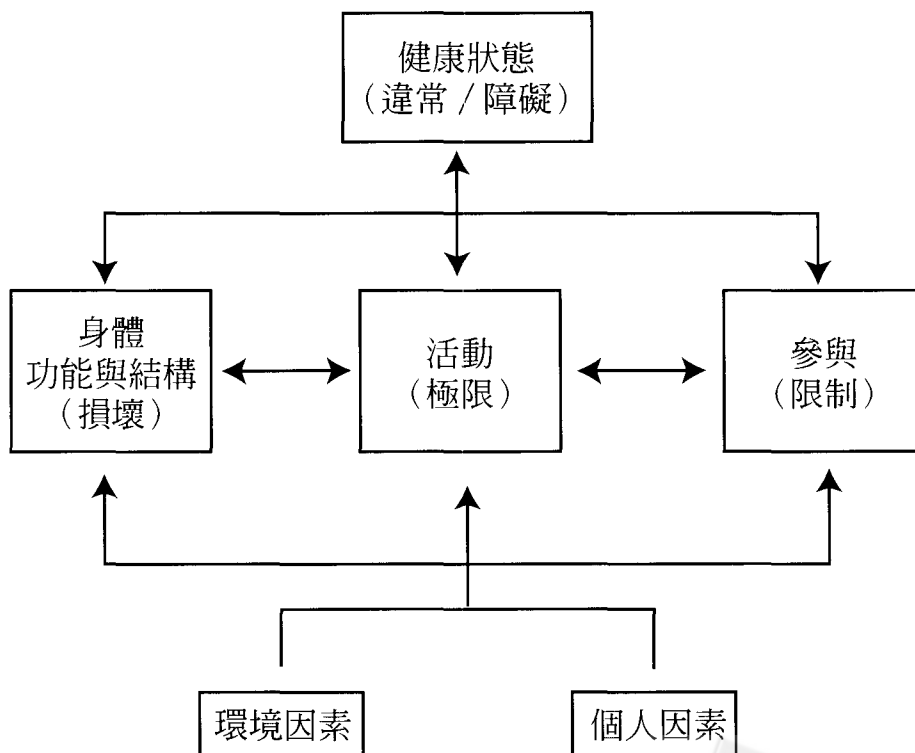
其他健康狀況、因應型態、專業類型、過去經驗、性格。環境因素則含醫療產品、週遭環境、機構組織、社會規範、文化、政治因素、自然環境等。

應用於復元這個主題，身體功能(症狀處理)、活動與參與乃是過程指標，不過比較重視後兩者；個人因素與環境因素可能影響復元過程，進而影響復元結果。前述生態觀點則著重於個人因素與環境因素的交流互動對於復元的影響。

在實證研究方面，根據Spaniol等人(2002)的研究發現，在十二位受訪者中的復元過程中有四項阻力：

1. 物質濫用

物質濫用會阻礙復元的進展，即使在清醒期間有一些進步，重新使用藥物或酗酒，使得個人回到原來的狀態；物質濫用也使得個人的重要資源與支持可能喪失，



圖一：WHO功能的世界分類 資料來源：WHO(2001)

如住所與有助益的人際關係。要能夠同時處理物質濫用與精神疾病，需要更多的專業協助、更強的非正式支持系統、與個人自我的韌性。在他們的研究中，有物質濫用者傾向停留在「深受障礙的打擊」與「與障礙對抗」兩階段。

2. 貧窮與弱勢處境

他們的研究對象有十一個人處於貧窮狀態，當每日生活處於匱乏狀態，如何存活與個人安全成爲每日關注的重點，個人沒有足夠的力量面對復元的一些任務。

3. 種族

黑人必須面對精神疾病與種族的雙重烙印，而且專業服務系統對他們的處境並沒有特別的關注。黑人當中物質濫用與貧窮的比例更高，三個因素交互影響，形成巨大的阻礙。

4. 發病年齡

那些比較能面對復元任務者傾向於發病較晚者，他們在發病前已有成功的成人角色經驗，如完成了教育、有滿意的成人關係、有好的工作習慣、與生涯歷程，儘管有精神障礙，過去已建立的個人能力仍被存留，成爲可以運用的資源。

復元的助力則包括下列四項：

1. 重要他人的支持

包括家庭成員、同儕、朋友與專業人員，藉由灌注希望、鼓勵與給予機會，這些人可以促進精神障礙者復元。

2. 服藥有效性

受訪者提到當改變藥方，效力增加時，可以提升他們對於生活的掌控感。

3. 日常生活之支持

提供精神障礙者每日生活所需，以及增加治療與服務的可近性。

4. 宗教與精神支持

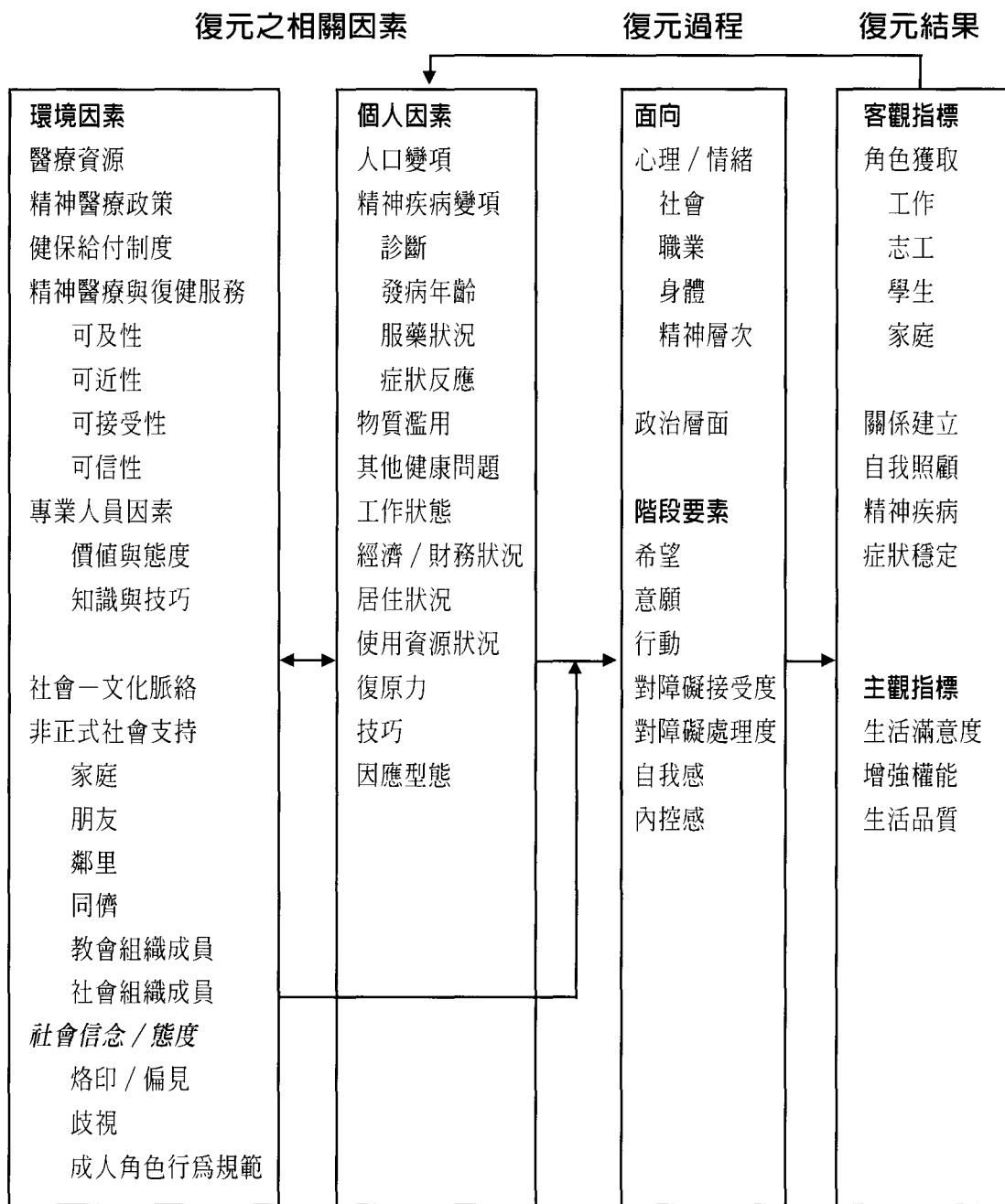
即使沒有宗教信仰，能夠有一個超乎自己的存在作為心靈的寄託，可增進復元，特別是對黑人而言。持續參與有組織的宗教活動，可提供一些精神障礙者在社區的角色。

上述阻力多屬於個人因素，而助力因素則主要在於社會支持(環境因素)與症狀的處理。

依據生態觀點、WHO的功能分類模型、與Spaniol等人(2002)的發現，筆者初擬一個精神障礙復元的參考架構(見圖二)，這個架構目前未能呈現過程中的複雜與非線性，只能呈現復元內涵中可能涵蓋的向度與階段要素。架構中復元過程大致可區六個面向，個人可能在某一個面向復元較佳，但是其他部分仍在努力中。實務上專業人員往往鼓勵精神障礙者選取一個面向為努力目標，當目標完成後再進行其他面向，如此比較容易成功。另一方面，個人可能在某些面向達到目標，但是在其他面向有較大的限制與困難。筆者根據Spaniol等人(2002)提出的四個階段內涵以及Deegan(1988)提到的復元三大磐石：希望、意願與負責的行動，抽離出這七個要素，各階段可能是這些要素的組合。復元結果的指標乃根據復元定義而來，粗分為客觀指標與主觀指標。

復元的相關因素分為環境因素與個人因素兩大類，兩者交流互動下，影響復元過程，進而展現不同的復元結果，復元結果可回饋影響個人因素中可能變動的部分，如工作、經濟、居住、使用資源狀況、因應方法等。環境因素與個人因素乃依據WHO的功能分類文獻之建議，再進一步細分。環境因素可區分醫療政策系統、服務方案系統、專業人員系統，以及社會文化脈絡中的非正式支持系統及社會信念/態度系統。這些環境因素可能反映出台灣與美國之精神障礙者不同的復元過程，未來值得加以研究。

Spaniol等人(2002)的研究已呈現了社會支持的重要性，關於社會支持對個人面對壓力情境時所產生的效應，在文獻中已有許多探討(宋麗玉，2002)。社會支持對心理健康的影響有兩條路徑：第一，有效的網絡能夠提供個人的歸屬感，使個人有正向經驗和另人滿意的角色，直接促進個人的心理健康；第二，社會支持在壓力事



圖二：復元過程與結果之參考架構



件下可發揮緩衝效應，避免負面心理效果，其影響機制有三：(1)直接或間接增進因應行動因而減輕壓力的威脅、(2)提昇個人的自尊感、(3)支撐個人對於環境的掌控感(Lloyd, 1995)。因此除了直接效應外，社會支持可能緩衝個人因素對於復元過程的影響，例如社會支持的存在可能可以減緩因經濟因素對於復元行動的阻力。

在個人因素中，Spaniol等人(2002)的研究發現發病年齡、服藥有效性、物質濫用與貧窮的重要性，筆者認為工作、經濟/財務、和居住狀態是與貧窮相關的面向。診斷反映了精神疾病的病理也某種程度可預測此疾病對病患功能的影響和後續障礙程度，不過診斷對於復元的影響目前仍不清楚，仍需持續探究。筆者在此架構中另外加入「精神症狀」一項，乃在於其嚴重程度可能影響個人的思考和行動能力，進而影響復元的歷程。當然，服藥狀況也可能與症狀表現有關，包括服藥配合度、服藥有效性，間接影響復元。人口變項的影響，目前所知不多，只有Harding & Morgain(1997)的長期研究發現女性的復元結果較男性差。筆者預期其他健康問題將阻礙行動的力量，而使用資源的能力將有助於復元。在個人因素當中筆者含納resilience，國內一般翻譯為「復原力」，並有許多相關論文探討復原力作為保護因子，如何協助個人超越逆境與壓力情境(如李佳容，2001；李麗慧，2001；施惠琪，2002；陳彥竹，2001；蔡宜玲，2001；蔡群瑞，2002)，這些研究皆肯定復原力的正向影響。Resilience的原意為彈性，這個概念起於心理病態的研究，而不是常態發展心理學。Garmezy(1991)定義它為：「在初期退縮或無法面對壓力事件之後得以回復並維持調適行為的能力」(引自Staudinger, Marsiske & Baltes, 1993, p.543)。Staudinger等人(1993)認為這個定義意含兩種調適反應：一是儘管有威脅或危險存在，仍能維持正常發展；另一為由創傷中復元。他們進一步論及resilience並非一種人格特質(trait)，這種能力會在不同的情境與挑戰下，而有不同的能力表現。亦即在某一情境或時期下的表現，無法概推到另一個情境與時期。Resilience是可塑性(plasticity)的一種型態，可塑性是為適應而改變的潛力，涵蓋增進、維持與減少；前者則是維持及獲得正常發展的潛力。由此看來resilience乃是個人發展歷程中逐漸成形的一種內在能力，它可能是一種復元過程的助力，但不同於復元，如前所述復元是一全觀的概念，指涉過程與結果。

因應型態是屬於個人內在資源之一，與個人的環境掌控感息息相關。Moos和Schaefer(1993)由「因應焦點」和「因應方法」兩個向度將因應過程分為四類。因應焦點分為「面對」和「逃避」兩種，前者個人積極就問題尋求解決之道，後者則逃避問題，主要在處理因問題而生的情緒。因應方法分為認知和行為兩取向。「認知面對」涉及邏輯分析，每次只著重在情境的某個面向，由過去經驗擷取可能的解決方法，並在腦中反覆演練；接受現實情況，但是在當中重新建構正向意義。「行為面對」則是有具體行動，包括主動尋求資訊和幫助，並以行動解決問題。「認知逃避」指在思考面否認事實或極小化事情的嚴重性，並且接受現況為不可改變的事實。「行為逃避」包括尋求替代滿足，或是參與其他活動以暫時忘記目前的問題，或暫時發洩或抑制情緒壓力。根據Moos & Schaefer(1993)的文獻整理，因應過程與一些心理適應狀況有顯著的關係。對憂鬱症者而言，在一年或四年的追蹤研究多發現，較常使用問題解決和較少使用尋求訊息或情緒宣洩者，其憂鬱程度有改善。另外，研究也發現能夠成功戒酒者，較常使用問題解決取向的因應方法。最後，使用行為或認知面對因應方法者，有助於戒菸。基本上使用面對因應方法者較能處理生活中的壓力，也較少出現心理適應問題。但是面對因應方法也可能產生負面結果，如問題嚴重者可能一直在一些小問題上尋求他人的支持和訊息，卻沒有面對真正的問題。另外，對於短暫的問題(如噪音)或是自己無法改變的事實(如自己的外貌或家庭中父母的關係)，採用逃避的方法有時可降低情緒的困擾。那麼精神障礙復元者大都採取哪些因應方法？在復元過程中因應方法又有哪些變化？這些都值得探究。

(四) 精神復健之定義

精神復健於美國去機構化政策實施後興起，1970年代開始蓬勃發展。Anthony等人(2002)對照去機構化政策與精神復健之間的差異，藉以呈現精神復健的內涵。去機構化著重關閉機構，復健聚焦於開創生活；去機構化著重終結侷限病患的實務；復健聚焦於獲得個人的支持；去機構化著重使個人自由，復健聚焦於在自由中獲得生活。因此精神復健服務的宗旨乃在：「幫助有精神障礙的個人增強其功能，使他們能在最少的專業協助下，於他們所選擇的環境中過著成功且滿足的生活」

(Anthony et al., 2002, p.2)。世界衛生組織(WHO, 1996)給社會心理 / 精神復健的定義為：「社會心理復健是一個促進個人盡可能在社區獨立生活的過程，它涉及增進個人的能力與改變其環境，使有精神障礙者能夠創造更好的生活；社會心理復健的目標在達到個人與社會的最佳功能，並且減少失能、障礙與壓力影響個人的選擇，以使其能成功地生活於社區。」(Anthony et al., 2002, p.102)。

精神復健與精神治療不同，前者主要在於發展個人的力量，協助啟動個人的資源，重新恢復他們在社區生活的能力；治療則重在病理及減緩症狀。表一呈現了二者在宗旨、因果理論、焦點、診斷內涵、主要的技巧、與歷史根源的對照。在因果理論部分，筆者認為精神復健不根據任何因果理論並非意味其欠缺理論基礎，Cnaan等人(1989)的論述呈現了生態系統觀點、行為修正理論、認知理論、衝突理論、危機干預、預期理論、精神分析理論、完形理論、標籤理論、學習理論、現實治療、角色理論、結構功能論、任務中心模型、交流分析理論與精神復健之間的關聯。

精神復健模式的建構是依據精神疾病所帶來的四個階段負面影響：

1. 損壞

心理與生理的結構或功能失常，如幻想、幻聽。

2. 失功能

從事或執行任務方面的限制或失能，如缺乏工作技巧、社交技巧、日常生活處理技巧。

3. 障礙

執行角色的限制或失能，如失業、失婚。

4. 弱勢

欠缺成功執行正常角色的機會，如貧窮與歧視。

由復健的宗旨觀之，其比較著重在失功能、障礙與弱勢三個層面協助案主克服與解決問題，並且運用與發展個人技巧，增進生活的滿足感。

表一：復健與治療的差異

| 復 健 | 治 療 | |
|-------|---|--------------------------|
| 宗旨 | 增進在特定環境下的功能與滿足感 | 症狀減緩、發展治療所需的洞察力、治癒 |
| 因果理論 | 不根據任何因果理論 | 根據因果理論決定治療方法 |
| 焦點 | 現在與未來 | 過去、現在與未來 |
| 診斷內涵 | 評量在特定環境下目前已具備以及欠缺的技巧和支持 | 評量症狀與可能的原因 |
| 主要的技巧 | 技巧訓練、技巧演練、資源連結與統整 | 心理治療、化學治療、行為治療、服藥管理及症狀處理 |
| 歷史根源 | 人類資源發展、職業復健、物理復健、案主中心治療法、特殊教育、社會心理與社會學習取向 | 心理動態理論、藥理、操作制約理論 |

資料來源：Anthony et al., 2002

(五) 精神復健之價值與原則

波士頓大學的精神復健中心二十多年來致力於精神復健觀念與實務模型之發展與推動，乃是這個領域的先驅者，他們所建構的「波士頓大學模式」在美國一些機構中被採用，這個模式相當以「人」為中心，強調個人的「選擇」，包括所處的環境與努力的目標；實務上以特定環境為目標設定與努力的脈絡，因為他們相信人在不同的環境會有不同的行為表現。以下呈現他們所標示的八項價值(Anthony et al., 2002)：



1. 全人導向：聚焦在整個人，而不是診斷或是疾病。
2. 功能導向：著重每日活動的表現。
3. 持續支持：只要個人有需要，應持續提供支持。
4. 特定環境：著重在特定的學習、社交與工作環境。
5. 案主參與：在復健所有面向中，案主都扮演夥伴角色。
6. 案主選擇：整個過程都著重案主個人的偏好。
7. 結果導向：注重評估復健服務對案主的影響。
8. 成長潛力：聚焦在個人的進步部份，儘管案主目前仍有障礙。

在2002年精神復健中心舉辦了一個研討會：「Innovations in Recovery & Rehabilitation: The Decade of the Person」，整個會議主旨如附標題所要彰顯的，讓我們重新思考我們服務的標的對象是一個人，不是他的疾病或症狀，也不是我們所在的體系。的確這些價值可激發實務工作者省思；至於在實務操作上的落實，他們也有一套模式，但是如何運用在不同的文化脈絡仍需要許多的討論與實驗。例如案主的選擇這項價值是可欲的，但是在實務上如何面對對專家抱以期待的案主？他們期待專業人員給予建議與提供資源；或許這就涉及到使案主了解，他們才是行動的主體，以及如何增強他們的權能了。

上述的價值引導出九項精神復健實務原則(Anthony et al., 2002)：

1. 精神復健的主要焦點在增進個人的能力與勝任度。
2. 個人具體的獲益是在特定環境下的行為改善。
3. 目前對他人支持的依賴終會導向獨立功能的提升。
4. 精神復健兩項基本處遇(intervention)是技巧發展與環境支持發展。
5. 精神復健的焦點在增進個人的居住、教育與就業三方面的結果。
6. 復健過程中案主積極的參與及涉入是精神復健的磐石。
7. 在精神復健中長期的藥物治療是必要但是非充分的條件。
8. 精神復健基本上是折衷取向，採用許多技巧。
9. 「希望」是復健過程中最重要的成分。

Cnaan, Blankertz, Messinger, & Gardner(1990)整理了十五項心理社會復健原

則，並依各原則發展操作化的問項，經分析72位實務工作者填答的資料，驗證了其中十三項原則的重要性；這十三項原則與Anthony等人(2002)的原則有雷同之處(上述的1, 2, 4, 6)，只是陳述的角度有所差異且涵括更廣。其指出的原則如下：

1. 所有的人都有能力學習技巧(社交、就業、教育、人際與其他)。
2. 人們有自決的權利與責任。
3. 服務應該盡量在正常的環境中提供。
4. 評量個別的需求與受照顧狀況(立基於個別案主的獨特需要、欠缺與環境)。
5. 服務人員具有深度委任感。
6. 照顧是在親切的環境中提供，沒有專業權威的藩籬。
7. 最好能提供早期干預。
8. 運用環境中的資源提供服務。
9. 試圖改變環境，包括態度、權力、服務和行爲(即社會變遷)。
10. 案主可以無限期使用服務，除非是明確的短期且需求量高的方案。
11. 工作和職業復健相當重要。
12. 採用社會照顧模式而不是醫療模式。
13. 強調案主的能力而不是病態。

Anthony & Liberman在1986年的一篇文章論述了精神復健實務，提出以藥物減緩疾病帶來的損壞(impairment)，透過技巧訓練和支持性干預彌補個人的失能，並且經由環境變遷的努力減少個人的環境阻礙。根據Anthony等人(2002)發展出來的模式，精神復健服務過程分為三大部分：診斷、計畫與處遇，每個階段與相關活動都有詳細的步驟，在此無法詳述，僅摘要呈現大概。(1)診斷方面首先是評量個人的「復健準備度(readiness)」，若未準備好，則需協助個人增進其準備度；若個人已準備好，則與其共同設定整體的復健目標；進而進行功能評量與資源評量，包括列出重要的技巧與資源、描述使用狀況、評估技巧表現與資源使用狀況、教導案主如何運用。(2)計畫階段涵蓋技巧發展與資源發展兩個部分，每個部分都包括設定先後順序、範定目標、決定處遇與形成計畫。(3)處遇階段包含四大項活動：直接教導技巧、技巧運用的安排與演練、資源統整與連結、資源修正(促進改變)。

(六) 復元導向的精神復健

復元為導向的精神復健服務除了上述價值、原則與實務內涵之外，需要加入一些元素。Anthony (1993)論及復元導向的心理衛生體系，Deegan (1988)以一個過來人並且擁有心理學博士學位者，提出她對復元導向精神復健方案的觀點，Rusinova (1999)則從「激發希望(hope-inspiring)」的觀點，建議實務工作者應有的一些能力。體系、方案與專業人員三個層級彼此是息息相關的，因此他們的觀點也有許多重疊之處，且都是由目前所知的復元過程與要素導引而來。

1. 專業人員之態度與工作方法

(1) 態度為關鍵要素

Mitchell (2001)是一個精神疾病的復元者，他認為復元是一個「發現自我(self-discovery)」的歷程。因此復元是個人的旅程與責任。Carpenter (2002)提醒專業人員的目標並非是去「復元」案主，而是去支持他們自己的復元過程，案主本身握有通往復元之門的鑰匙。兩位的觀點指出專業人員的信念與態度的重要性。Rusinova (1999)指出專業人員若要激發案主的希望，需要抱持下列信念與態度：

- 具有案主能夠由精神障礙中復元的信念：希望的灌注是很重要的元素，且需要有人能對案主持續抱持希望，相信他／她是能夠進步的。正如Turner-Crowson & Wallcraft (2002)指出的：至少有一個人相信且鼓勵精障者能夠進步。Fisher和Ahern (2002)提及精障者必須相信自己有能力復元，也需要他人相信精障者有活出自己的能力。因此這項信念為是否具有復元取向的關鍵。專業人員若具備此種信念，並且與案主建立真誠的助人關係，即可以傳達希望予案主，並且協助他邁向復元之路。
- 能夠忍受未來結果之不確定性：復元的過程並非線性，案主可能進步一段時間後又退步，且雖然有人復元了，還是有人持續與疾病對抗，因此專業人員本身必須能夠在這種情況下，對案主持續抱持希望，事實上這也是對專業人員最大的考驗。

- 具備提升案主結果的動機：專業人員持續協助案主超越現狀，只要是案主自己想望的，這反映出專業人員是否真正對案主抱持希望，並且付諸行動。
- 採用激發希望的策略：運用案主的人際、內在、與外在資源激發案主的希望(Russinova, 1999)，增進他人對案主的肯定、容忍度與關懷；並協助個人發展有效的因應技巧，體驗成功經驗與處理失敗經驗；並提供外在資源，協助個人在居住、教育與職業等方面的改善等。

(2) 促進復元的方法

Carpenter(2002)提及「自決」與「自我管理技巧」是促進復元過程重要元素。其討論在直接服務中社會工作人員(以下簡稱社工人員)如何協助精障者復元：
①傳遞精障者有復元希望之訊息，並藉由相關研究資料與案主討論這種可能性。
②提供各種服務與處遇可能性的資料予案主，以促進其運用自決原則進行選擇。
③協助案主建立和連結社區正式與非正式資源網絡，這些資源乃散佈於案主生活週遭，可提供案主直接的協助；社工人員可經由優點評量了解案主過去與現在擁有的資源與運用的狀況，據以建立資源建構的目標。
④社工人員應了解復元的方法是多元的，因此當案主不願意使用正式服務，應與案主討論其個人已擁有的支持體系，並且思考如何適度修改正式服務方法與內容以適合案主使用。
⑤肯定案主是具備優點與成長的潛能，並且持續傳遞給案主這種想法。
⑥擴大案主參與至服務體系的各個層面，如成立「復元工作小組」、雇用復元者且有倡導經驗者訓練決策者與專業人員與復元相關的議題等。
⑦倡導更適合精障者的資源，包括居住、就業訓練、和其他可促進復元的資源。
⑧精障者經營的組織所提供的服務有助於復元，社工人員應該支持並且倡導此類組織，並且熟悉這些組織，由經營者的觀點了解組織的需求與關注。

關於精障者經營的組織，重點乃在過來人的切身經驗往往可以發揮很大的激勵和模範作用。在相同的原理下，同儕團體也是經常被運用的方法。Szegedy-Maszak(2002)在U.S. News & World Report的一篇報導提到一個例

子：Larry Fricks因精神疾病住院過三次，他的主要症狀是覺得上帝在對他說話且任命他為使徒之一；他一直拒絕服藥，認為這是撒旦使他喪失擔任上帝使徒能力的計謀。直到有一天，在醫院中他與一位有相同疾病和錯覺者熟識，那個人告訴Larry說：「Larry你知道嗎，我也和上帝說話，我想你應該服藥，因為藥物幫助我和上帝有更好的關係。」Fricks說這是他疾病過程的轉捩點，同儕幫助他了解自己的疾病，選擇自己的復元道路。

復元過程的第一步是接受自己有精神疾病的事實，也就是病識感；再者就是專業人員能夠提供選擇的機會，使案主能運用自我決定的能力，如此可增強案主權能。許多實務工作者當然也質疑是否每個案主都有病識感與作決策的能力，主要涉及強制住院與強制處遇的適當性。Munetz和Frese (2001)對於此項議題有一些討論，他們提到有些病患的疾病性質本身使他們很難有病識感，若因此放任他們依照自己的決定拒絕就醫，則很可能因而使其病情更加惡化，也就難以邁向復元之路。他們建議對於間歇性喪失決策能力者(如再度復發者)，可在具備決策能力狀態時預先計畫(advanced directive)，寫下自己希望進住的醫院與處遇方法，並且指定一個暫時替代的決策者。對於持續不具有決策能力又拒絕服務者，則須指定一個監護人代為決行。其主張最大化程序正義，亦即這個過程盡可能是案主、專業人員和家屬的共同參與。問題是誰來判斷病患是否有決策能力呢？他們建議可組織一個審查小組進行研判，小組成員可以包括接受過強制治療而現今已復元者、家屬代表、和專業人員。筆者認為這不是一項容易達成共識的議題，必須先建立喪失決策能力的判準，並且確保的確是為案主的最佳利益與過程中的程序正義，如何做才是真正維護精障者的權益，並有助於其復元，仍有待未來持續討論。

2. 方案層面

- (1) 方案結構保持彈性：案主的復元過程往往是在嘗試 / 失敗之間來回，是一個非線性的過程，因此一個助長復元的方案必須能夠具備高度的彈性，容許案主有多次進入方案以及在各種狀況下進入方案，且方案的設計也不應是線性

的，也就是由A到B到C，當一個人在C階段狀況變差時，他不必由A開始。這樣的方案設計不是分級制，而是整合的方案，提供各種服務供案主選擇。

- (2) 增加方案的選擇與價值多元：每個人復元的過程都是獨特的，因此方案中需要盡量提供各種可能的服務，並且幫助案主設定目標與選擇；另一方面也需檢視方案的價值基礎，思考競爭的職業是否都適合每個人，是否獨立居住都是可欲的，是否復元必然是一個個別努力的目標，是否團體的努力過程對某些人比較有幫助？他們可以互補互助。
- (3) 雇用有復元經驗者：Deegan(1988)認為「希望」是可以相互感染的，因此雇用由任何障礙中復元者是相當重要的一環，他們可以激發其他人的希望，並作為模範。在美國現在有相當多的機構雇用有復元經驗者擔任全職或兼職的工作人員，他們可能擔任專業人員，也可能是輔助專業人員(paraprofessional)；也有一些方案則完全是由使用者經營(consumer-run program)。
- (4) 不區隔正常 / 不正常的態度：如果專業人員持續抱持案主是不正常的一群人，而專業人員是正常的人，這種區分將有害案主的復元，使得專業人員無法真正幫助案主。每個人或多或少都有創傷的經驗，專業人員應該審視自己的傷痛與復元過程，那麼他們就更能同理和了解案主。

3. 系統層面

Anthony(1993)認為心理衛生體系應建構在「整體大於部分的總合」這個概念上，一個案主接受職業復健，他的獲得不只是在職業方面；再者，服務的目標並非只是「減緩」問題，而是創造「更多」…。具體可能挑戰既有系統的是，既然提供個人支持對復元是如此重要，那麼誰該是這個(些)人？是專業人員嗎？還是仰賴非正式體系？目前的支持性心理治療是否包括這個部分？或者專業人員是否具備這種訓練？另外，一個信任且同理的助人關係相當重要且耗費時間，那麼系統是否願意給付這類服務？第三，要協助案主發展有意義與有目的的生活，需要能提供案主各種方案與機會選擇，光是知道有選擇的機會本身就是復元中很重要的要素。第四，系統必須能夠具備彈性，讓

案主以自己的步調復元，專業人員必須敏銳察覺案主的反應；創造刺激與有助於復元的方案；並且提供不具烙印而了解的環境。

三、結語：台灣的借鏡

無論由系統、方案或專業人員來看，有助於復元要素是體系中必須具備多元的方案提供案主選擇；方案的設計需要保持彈性，並且運用有復元經驗者作為模範，甚至提供服務；在專業人員方面則須具備復元的信念，灌注案主希望，持續對案主抱持信心，以及不區隔的態度。這些相信對於專業人員的專業價值、現有的方案設計與既有的服務給付體系都帶來很多的挑戰，這對於美國的照顧管理體系是如此，對台灣的系統尤然。不過經由創意，一些方案仍在美國開展多年。

台灣的復健環境在政策層面與資源充足度和分配都不如理想。政策方面，在「精神衛生法」第二十五條，將社區復健納入精神醫療方式之一，並沒有特別專條規範，其是否意味其為醫院醫療的延伸或是一環？前述Anthony (2002)論及精神治療與精神復健的宗旨是相當不同的，前者目的在「症狀減緩、發展治療所需的洞察力、治癒」，後者則是「增進在特定環境下的功能與滿足感」。因此，未能顯示政府對於復健的重視，進而提升精神病患復元的可能性，需要訂定專門條文清楚界定復健的定位和內涵，以引導實務發展的方向。

就精神復健資源方面，過去的研究早已提出相關設施和服務量不足、區域分配不均、與服務使用狀況不佳等問題(宋麗玉，1998)。余漢儀(2002)整理1999年的資源狀況顯示康復之家的數量有增加，但是仍與預估的目標差距甚遠。可喜的是近年健保局提高健保復健服務之給付標準，增加供給誘因；另一方面，內政部社會司推動精神障礙者居家服務，提供精障者另一項選擇，至於居家服務內涵如何，又如何能促進使用者之復健和復元，未來值得觀察。整體而言，這些現況顯示在資源欠缺的情況，台灣的精神障礙者選擇有限，如此將限制其希望的萌生、自我權能之增強、與社會角色的重新獲取。

體系的改變曠日費時，需要持之以恆倡導；筆者認為專業人員觀點和態度的改

變是可以先努力的部分，其能直接影響精障者，積極協助他們復元，另一方面他們也可能因而參與倡導方案與整體系統的改變。至於以復元為導向的精神復健的實施並不侷限於社區或醫院，重要在於方案所立基的價值與原則，在Center for Psychiatric Rehabilitation (2002)的研討會中可以看到美國與其他國家如瑞典和荷蘭等在醫院當中成功地推行精神復健方案，在台灣也有一些醫院積極地推動；以台灣目前的醫療資源分佈觀之，醫院仍是未來精神復健服務的主要潛在實施者。

「復元」的觀點提醒我們回歸精障者作為一個人的基本價值與應得的尊重和對待。社會應該給予他們追求生命的熱望與目標之機會；社區民眾本著正常化精神，應該接納他們如一般人；專業人員應該真誠地傾聽和同理他們內在的聲音，視他們為有希望和能有作為的個體。如此，他們或許會帶給我們莫大的驚奇。畢竟，「希望」激發生命的動力，「意義」是行動的依歸。

致 謝

本文之觀點啟發乃是於2002年因國科會補助國外短期研究旅美期間(補助編號：40165F)得之，在波士頓的Center for Psychiatric Rehabilitation獲得許多寶貴的資料，在此感謝國科會的補助與該中心之協助。

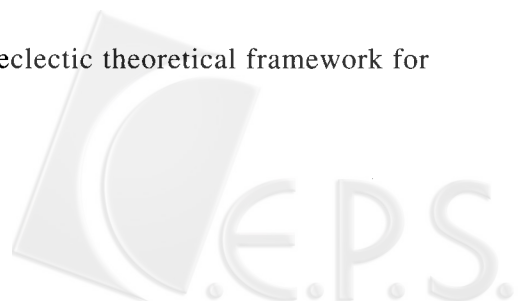
參考文獻

- 行政院研考會(1995)：《精神病患醫療服務體系之檢討》。行政院研究發展考核委員會編印。
- 行政院衛生署(1992)：《台灣地區精神疾病防治工作現況與展望》。
- 行政院衛生署(1997)：《醫政要覽》。



- 行政院研考會(1995)：《精神病患醫療服務體系之檢討》。行政院研究發展考核委員會編印。
- 余漢儀(2002)：〈經障者社區復健模式探討—以台灣地區的四個康復之友為例〉。《中華心理衛生學刊》，15卷2期，頁1-24。
- 宋麗玉(1998)：〈精神病患社區照顧之省思—社區化或機構化，選擇或困局？〉《中華心理衛生學刊》，11卷4期，頁73-103。
- 宋麗玉(2000)：〈促進社區精神復健服務之使用——一個實驗方案結果之呈現〉。《社會政策與社會工作學刊》，4卷1期，頁157-197。
- 宋麗玉(2002)：〈社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇〉。於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍著，《社會工作理論—處遇模式與案例分析》(頁285-338)。台北：洪葉文化事業有限公司。
- 李佳容(2001)：《個人面對親人死亡事件心裡復原歷程之研究》。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 李麗慧(2001)：《關於兩個女人的「變」—受創婦女轉捩現象之探討》。東吳大學社會工作研究所碩士論文。
- 施惠琪(2002)：《成人超越逆境之分析研究》。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文》。
- 陳彥竹(2001)：《為何不再犯？少年時期進入矯治機構者離開後生活經驗之探究》。台灣大學社會學研究所碩士論文。
- 鄭麗珍(2002)：〈生態系統觀點〉。於宋麗玉、曾華源、施教裕、鄭麗珍著，《社會工作理論—處遇模式與案例分析》(頁252-283)。台北：洪葉文化事業有限公司。
- 蔡宜玲(2001)：《自殺意念青少年復原行為之探討：復原力之研究》。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 蔡群瑞(2002)：《復原力對離婚後個人適應之影響研究》。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。
- 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.

- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health & Social Work*, 27(2), 86-94.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K., & Gardner, J. R. (1989). Psychosocial rehabilitation: Towards a theoretical base. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(1), 33-55.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K., & Gardner, J. R. (1990). Experts' assessment of psychosocial rehabilitation principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(3), 59-73.
- Center for Psychiatric Rehabilitation. Innovations in recovery & rehabilitation: *The decade of the person*. Conference program, October 24-26, 2002, Boston, MA.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. 亦刊登於 L. Spaniol, M. Koehler & D. Hutchinson (1994). *The recovery workbook*. (pp. 54-59). Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., & Brooks, G. W. (1999). The Maine and Vermont three-decade of serious mental illness: Longitudinal course comparisons. In Patricia Cohen et al. (ed.), *Historical and geographical influences on psychopathology*. (pp. 331-348). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ellison, M. L., & Russinova, Z. (1999). *A national survey of professionals and managers with psychiatric conditions: A portrait of achievement and challenges*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Fisher, D., & Ahern, L. (2002). People can recover from mental illness. http://www.power2u.org/recovery/people_can.html.
- Greene, R. R. (1999). Ecological perspective—An eclectic theoretical framework for



- social work practice. In R. R. Greene (Ed.), *Human behavior theory and social work practice* (pp. 259-300). New York, NY: Aldine DE Gruyter.
- Hannigan, B. (1999). Mental health care in the community: An analysis of contemporary public attitudes towards, and public representations of, mental illness. *Journal of Mental Health*, 8(5), 431-440.
- Harding, C. M., & Hall, G. M. (1997). Long-term outcome studies of schizophrenia: Do female continue to display better outcomes as expected? *International Review of Psychiatry*, 9(4), 409-418.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 197-200.
- Lloyd, C. (1995). Understanding social support within the context of theory and research on the relationship of life stress and mental health. In T. S. Brugha (Ed.), *Social support and psychiatric disorder* (pp. 41-60). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Mechanic, D. (1989). *Mental Health and Social Policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Mitchell, L. (2001). Discovering and maintaining recovery for the consumer (A consumer's perspective). <http://akmhweb.org/recovery/RECOVERYMODEL.htm>.
- Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and process: Current concepts and measures. In Leo Goldberger, & Shlomo Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2nd Ed.).
- Munetz, M. R., & Frese, F. J. (2001). Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 35-42.
- Russinova, Z. (1999). Providers' hope-inspiring competence as a factor optimizing psychiatric rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 50-57.
- Surgeon General Report (1999). Mental health: A report of the Surgeon General. <http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/>

- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). *The recovery workbook*. Boston, US: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Journal of Psychiatry*.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5, 541-466.
- Szegedy-Maszak, M. (2002). Consuming passion: The mentally ill are taking charge of their own recovery. But they disagree on what that means. *U.S. News & World Report*, 132(19), 55+.
- Turner-Crowson, J., & Wallcraft, J. (2002). The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(3), 245-254.
- U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Administration, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- World Health Organization (2001). New Member in the WHO Family of International Classification. <http://www3.who.int/icf/>



Rehabilitation and Recovery of Persons with Psychiatric Disability—a Progressive and Positive Perspective

LI-YU SONG

The concept of recovery has guided the rehabilitation policy and practice in the United States and some European countries since 1980s. The concept was brought into the field by some personal recovery experiences. Their experiences and a few long-term follow-up studies demonstrated that recovery is possible and there are high percentages of persons with psychiatric disability recovered or improved. Although the concept has been popular in the West for more than two decades, there is almost no article focused on this topic in Taiwan. In this article, through literature review the author presents the concept of recovery, the recovery process, the barriers and facilitators of recovery, and further proposes a conceptual framework of recovery process and outcome. In addition, the author discusses the differentiation of rehabilitation and therapy, the principles of rehabilitation, and recovery oriented rehabilitation. Finally, the rehabilitation system and practice in Taiwan are examined from the recovery perspective. Tentative suggestions are made and the author hopes to stimulate related research and discussions in the future.

Key words: psychiatric rehabilitation, recovery, psychiatric disability

Li-Yu Song: Professor, Department of Social Policy and Social Work, National Chi Nan University.