

社會團體工作在精神醫療領域的運用

——林美珠——

「社會團體工作是一種工作方法，透過個人在各種社區機構的團體中，藉由團體工作者的協助，引導成員在團體中互動，促進成員彼此建立關係，並以個人能力與需求為基礎，獲致成長的經驗」（林萬億，民七十四年），從上述的定義得知它是在團體的互動過程中，達到個體的成長。此一團體的工作方式，近年以來在精神醫療領域的治療與復健上，已逐漸成爲最主要的工作方法（Levine, 1990）。不管是國外較早期的實務工作者，或是臺灣目前的臨床實務者，常會對「團體工作」與「團體治療」感到迷惑不清，因此，本文擬先對「團體工作」、「團體治療」做一個比較說明。

團體工作與團體治療

從歷史觀點來看，社會團體工作源自於十九世紀末二十世紀初期，當時的社會普遍存在着貧民問題及移民問題，一些慈善機構爲了改善他們的生活環境，設立了社區之家，如最有名的胡爾之家（Hull House），因此，早期的社

會團體工作發展都是以社區爲基礎，並且是以現實生活爲導向（夏林清、麥麗蓉等，民國七十六年），所以此一階段的社會團體工作是一種有目標性的社會運動，而不是工作方法（Middleman & Gale, 1987）。漸漸的社區工作重點着重在兒童、青少年以及他們的家庭，處理他們在社交、經濟、個人內在方面的困擾，意即關心團體中成員需求的滿足，因此，此時的社會團體工作，逐漸出現團體中的個人導向（夏林清、麥麗蓉，民國七十六年；Levine, 1990）到一九三〇~四〇年代，社會團體工作與心理分析的發展產生密切連結（Levine, 1990）；此時也正值二次大戰及戰後的階段，大量情緒困擾及心理疾病患者返回社區，但是傳統個別心理治療的方式，一來無法應付衆多的需求人口，二來心理分析對這些患者無法產生立即的治療效果，因而在經濟、省時、省力的前提之下，團體的工作方式漸漸取代一對一的治療方式（Lindanood & Klein, 1983）。

「團體治療」是指在治療者的指導之下，對心理障礙的人，透過治療者與成員間的互動，以達成減除患者痛苦，改善個人人際與社會功能，或改變其人

格爲目的的一種治療方式(林萬億, 民國七十四年)。其歷史發展始於二十世紀初, 歷史上第一個治療團體, 公推一九〇五年由美國 Pratt, J. H. 醫師, 爲肺結核患者所帶領的團體, 波瑞在團體中以鼓勵、指導、支持的方式, 來處理患者在醫療及心理健康上的問題(夏林清、麥麗蓉等, 民國七十六年; 毛家齡, 民國六十九年)。一九一八年美國精神科醫師 Edward, W. L. 以講述的方式治療一羣精神分裂病的老兵, 藥物性的團體治療漸漸擴展到心理疾病的患者(夏林清、麥麗蓉等, 民國七十六年), 到了一九二五年 Moreno J. L. 創造了心理團體治療方式, 使團體治療的發展有了更清楚的團體型式(毛家齡, 民國六十九年)。同樣地, 在心理分析盛行的三、四十年代裏, 團體治療的走向也愈來愈具有心理分析的架構概念, 在團體的互動中, 以聯想、解析的方式來進行(夏林清、麥麗蓉等, 民國七十六年)。

由上述可知, 二者有其不同的發展源頭、知識背景, 以及關注的焦點, 但在實務的工作中, 「團體治療」似乎被賦予較高的地位與價值, 其實究其原因, 可能因爲領域不同, 採用的字眼也就不同 (Levine, 1990), 醫師的領域都採「團體治療」的字眼, 也可能是因爲工作對象的不同, 而有所不同(呂勝瑛, 民國七十三年), 團體治療的對象都是以精神障礙者爲主。以精神醫療社會工作的實務內容來看, 服務對象包括有患者及其家屬, 尤其是後者, 而這些服務對象又分別來自於門診、住院、社區等情境, 以「團體」的方式來進行服務方案, 近年成了社會工作者極爲重要的工作取向 (Levine, 1990), 因此社會工作百科全書 (Encyclopedia of Social Work) (Middleman & Gale, 1987) 認爲, 用「團體性的社會工作」(social work with groups) 來取代社會團體工作或是團體治療, 是一個較彈性、較廣泛及符合實際的名詞, 如此更能適應現今精神醫療社會工作的現況。

團體性社會工作與個案工作之不同

以團體形式爲主的社會工作方法, 之所以會取代一對一的心理治療, 除了前述所言經濟效益的因素之外, 極爲重要的是因爲它具有下列的功能, 而這些

功能是個別治療所無法達到的(柯少華, 民國七十七年, Lindamood & Klein, 1983)。

1. 希望的灌注 (Instilling of hope)：團體成員間的互動, 給彼此帶來新的希望, 看到他人日漸康復, 自己的信心也愈形堅強。

2. 普遍性 (Universality)：在團體中, 成員們發現彼此都有類似的問題或困擾, 因而心中並不覺得孤單, 亦即彼此能「同病」而「相憐」。

3. 人際之間的學習 (Interpersonal learning)：成員間訊息的傳遞及情感的溝通, 促使成員有所收穫。

4. 利他性 (Altruism)：團體中的成員發覺自己不再是一無是處或是沒價值的, 自己一樣能, 貢獻自己, 幫助他人。

5. 家庭型態的重視 (Recapitulation of family group)：與團體領導者, 其他成員的關係, 可比擬家庭中親子、手足的關係一般。

6. 學習社會化 (Socialization)：疾病通常使病人、家屬與社會隔離, 團體提供他們一個學習社會化的安全場所。

7. 模仿行爲的機會 (Imitation)：適應不良者可經由團體的過程, 模仿、學習適應良好者或治療者的言行舉止。

8. 宣洩 (Catharsis)：在安全、被支持的團體氣氛下, 能夠表露心中懼怕、悲傷的感受。

9. 訊息的傳播 (Imparting of information)：經由說明或經驗分享, 患者可以獲得不少與其症狀、疾病有關的知識。

10. 團體凝聚力 (Group cohesiveness)：凝聚力意謂團體對成員的吸引力, 它使成員有被接受、被支持的感覺, 彼此建立同舟共濟的情感。

11. 存在的意義 (Existential factors)：團體可重新賦予成員生命的意義, 使其餘生更有價值。

從精神病的病因, 治療、復健的角度來看, 患者的生病有其生理上的病因, 也有其個性、人格上的病理, 藥物可以針對患者的症狀進行改善, 但是對於心理、社會能力上的缺失 (Psychosocial deficit) 所引致的社交能力缺乏, 却無法以藥物來進行改善, 可是它却是治療與復健上的一大重點, 要改善患者這些負性症狀 (Negative symptom)、「團體」是唯一可資運用的治

療復健情境，也是可以收到極大效果的一種治療復健形式（Bond & Graaf-kaser, 1990）。就以國內精神醫療院所的復健內容來看，以團體形態來進行治療活動的，都佔有極高的比例（張宏俊等，民國八十一年）。

團體形式的工作方式，因為它的省力、省時，在精神醫療領域已成為各領域的工作者，包括醫師、護理師、臨床心理師、職能治療師、社會工作師所採用的治療方式。團體的帶領上，常會隨着治療的目的、成員的對象，或各醫院所賦予各工作領域者的角色地位，而決定是哪一個領域者帶領，有時是單一領域者帶領，有時則是多重領域者一起協同帶領。社會工作師所帶領或協同帶領的對象，如前所述，除了患者之外，家屬更是工作的焦點；至於「團體」實施的場所（Area），包括有在醫院、機構、保護性社區中，或是在自然的社區中，而團體的進行形式，有的強調體驗性的，有的則是以結構性的方式來實施，所以以下乃以 Bond & Graaf-kaser（一九九〇）的架構，來介紹精神醫療領域的團體工作形式。

精神醫療領域的團體類型

Bond 等人用團體所進行的方式及進行的情境，將精神醫療團體分為八種團體類型（如表一）

表一：精神醫療的團體類型

	經驗性的 (Experimental)	結構性的 (Structured)
人為或保護性的環境 (Artificial or sheltered environments)	* 傳統的團體心理治療	* 教育團體 * 社交技巧訓練（在治療情況下） * 居住性的團體
自然的環境 (Natural environments)	* 社區復健中心 * 自助團體 * 俱樂部式的團體	* 社交技巧訓練 （在自然環境下）

（源自：Levine, B. (Ed.) Group work with the emotionally disabled. 1990. P23）。

以下乃參照上述的分類型式，並以國內精神科的團體型式，以及社會工作師參與的角度，逐一加以說明。

一、傳統的團體心理治療（Group psychotherapy）

此一團體方式是一種典型的團體，強調成員的互動過程，透過團體的過程，促使成員在思考、行為或人格上獲得改變，所以其團體過程較漫長且緩慢，重視成員的過去，並且以成員過去的經驗來解析他目前的狀況。此一型式的團體對象通常是以病患為主，包括全日住院，日間住院或是門診的病人；在治療的實施上，治療者通常會依患者的功能情形，分為高功能團體（high level group）及低功能團體（low level group），前者着重成員的互動，以及是以領悟為導向（insight oriented）的，因此是以語言溝通為進行方式，後者則是結構的，以「活動」作為治療媒介來觸發患者的參與能力；在團體成員的組成上，大部分的治療者都認為以同質性為佳，比如在診斷、功能、自我強度上（Yalom, 1983）。醫師通常是這種團體型式的治療者或是主要帶領者，有時會有其他專業領域者擔任協同治療師，但也有少數醫院是由非醫師的人員如社會工作師或臨床心理師擔任主要治療師。

二、教育取向的團體（Education groups）

在所有的團體型式，教育團體是最為普遍的一種。團體的形成是為了某種特殊的目的與需要，以一個類似教室的情境，領導者與成員的關係，如同教師與學生一般，領導者提供與疾病、醫療、照顧有關的知識訊息。在進行的過程中，團體有其時間上的限制，每一次有特定的主題內容，團體的終極目標乃是透過團體教育的形式，影響一個人的價值觀與態度，進而學習新的行為模式。

就實施的對象而言，患者及家屬都是教育團體的工作對象；對家屬的團體工作上，社會工作師扮演了第一線且是最重要的角色。在免機構化（de-institutionalization）的運動下，對患者的照顧，家屬的責任極為重要，相對地也造成家屬極大的照顧負擔，因此需要專業人員提供具體的協助與幫忙，在此一前提之下，家屬座談會、家屬教育團體於焉產生了；而從病因角度來看，除了生物因素之外，患者的心理能力缺失（core psychological deficit）增加了他對外在刺激的脆弱性（vulnerability），致使患者在面對壓力時易再次發病，家庭環境是患者的重要生態空間，因此家屬需要清楚瞭解環境對病程具有決定性的影響（McFarlane, 1983），所以具體、有系統的心理衛生教育團體方案乃應運而生，其目的在於1.減輕家屬在照顧過程的心理負擔，2.提供家屬有關的治療訊息及建議，3.減低家庭氣氛（尤其是情緒外顯情形）對患者病程的影響。

在實務運作中，有非系統性的家屬衛教團體（例行性的每週或每個月舉辦一次），也有系統性的危機取向的家屬團體方案，多階段性的家屬教育方案，或是以溝通訓練、問題解決能力訓練、壓力處理能力訓練為主的團體方案（楊連謙、郭葉珍，民國八十年；Lieberman, 1983）。

在這些團體方案的執行上，社會工作師通常扮演著策劃者、帶領者、執行者的角色，有時醫師、護理師也會扮演協同帶領者的角色。

三、機構中的社交技巧訓練團體

(Group skills training in a treatment setting)

「社交技巧訓練團體」乃是近年來針對精神病患（尤其是精神分裂症）的復健所發展出來的主要治療模式，因為抗精神病藥物能改善患者正性症狀（positive symptom），却不能有效改善患者的負性症狀（negative symptom），這些冷漠、退縮、孤立的症狀，唯有透過團體人際互動的教導與訓練，才能使患者學習到自我照顧、獨立生活的社交技巧，使患者能早日適應外界的社會生活。所以團體的基本目標乃是在於1.使患者學習基本的溝通、

表達技巧2.鼓勵患者與他人維持穩定的互動關係，並從人際關係中得到支持3.獨立生活技巧的訓練。

團體訓練的技巧，通常是經由說明、解釋、角色扮演（role play）、訊息回饋（feedback）、社會增強（Reinforcement）、示範（modeling）、行為演練（behavior rehearsal）、教導（coaching）以及家庭作業的分派來執行（Lieberman, 1983）。團體的帶領者通常為臨床心理醫師或是社會工作師及職能治療師，團體的進行內容，有的是結構化的設計社交技巧訓練內容，有的則是透過一些媒介來進行訓練，如以服藥行為為主的社交技巧訓練，藉著與病友討論服藥問題為媒介來訓練病患，培養獨立生活，自我照顧之能力，以及學習溝通、表達、解決問題的能力。

四、居住性的團體 (Group residences)

社區中的居住性團體，乃是指社區復旦之家（Half-way house）復健模式而言，這是一種特別為增強因罹病而造成社會適應能力缺損的病患，使他們繼續留在社區中，儘其最大可能參與社區生活的一種團體居住場所（Budson et al., 1977）。此一中途之家的復健方式，主要是用來解決免機構化及復健之需的居健問題，這些同住一起的患者，一起發展成爲一個小型的封閉性團體。

國內的社區復旦之家，始於民國六十六年，由臺北市立療養院率先開辦（劉蓉合，民七十六年），近年已有多家療養醫院，如桃園療養院、國軍八一八醫院……加入行列；目前在衛生署的大力推展之下，綜合醫院的精神科，也漸漸參與此一社區復健方案。在工作的執行上，醫療諮詢小組仍為多重的團隊人員所組成的，但絕大部份的策劃、工作內容的擬定與執行，社會工作師都扮演著極為主要且重要的角色。

五、心理社會復健團體 (Psychosocial re-

habilitation centers)

精神復健模式中之所以會有此種團體，乃是因為慢性精神病患仍然是人，

所以他也會有與正常人一樣的需求，活動性的團體形式(Group activities form)就是強調在自然的環境中從事學習的活動，比如娛樂活動、職能活動、居家生活訓練，此一訓練的最終目的在於協助患者1.達成就業目的2.獨立生活的能力3.能夠自行規劃、運用休閒生活。

這種類型的團體，除了普遍存在於社區之中以外，在國內的情形，它也是患者在住院（全日或日間住院）期間的一種重要的治療，稱之為活動團體治療(Activity group therapy)，包括運動、舞蹈、遊戲、手工藝、雕刻、園藝……等，這些活動的帶領者通常為職能治療師。

六、自助團體與互助性組織(Self-help groups and mutual aid organizations)

它是近二十年以來才興起目前正在急速發展的一種團體型式。是指一羣人爲達成某些目標而志願參加一個互相幫助的小團體。Barman, L. 認爲自助團體有下列五個治療功能：1. 認識問題的普遍性，使成員瞭解有這種困擾問題的不只我一人，因而得到支持，並減少焦慮，2. 成員之間的互動與經驗分享，可以使彼此的情緒獲得宣洩，及認知上的收穫，3. 接受問題的存在事實，而不再採取自我責難的態度，4. 經由幫助他人而肯定自己，5. 提供日常生活及長期問題的解決方法，進而提供長期的社會支持網路系統（劉蓉台，民國七十六年）。

美國目前最大的家屬自助團體當屬「全美精神病學家屬聯盟」（簡稱NAMI）團體的主要目的在致力於家屬團體的形成，學習有關精神病患者的健康輸送體系資訊，並且以消費者倡導的角色來提倡「去烙印」（de-stigmatization）運動（Lieberman, 1988）。再以我國精神病學家屬自助團體的發展而言，民國六十六年臺大醫院、市立療養院曾先後提出社區復健計畫，接着北區數所醫院的社會工作師也極力欲促成家屬成立自助團體，但因社會輿論普遍不利於精神病患及家屬，直到民國七十三年，在市立療養院社會工作室聯合臺大、榮總、三總、長庚、馬偕醫院的社會工作師、醫師、家屬及康復病友，加上民意代表的力量，終於成立了「臺北市康復之友協會」，以後陸續在南區

、東區……也先後成立類似的組織團體。

七、俱樂部式的團體(Drop-in centers)

這種團體性質被稱爲「治療性的社交性俱樂部」(therapeutic social club)，在這個俱樂部裏，提供點心、娛樂及娛樂伙伴，加入的成員可以具名也可以匿名，所以團體的型態是一種開放式的，成員的組成會顯現出高度的自我選擇(self-selected) 志趣、個性相投者會自然形成團體。

以在臺灣的情形而言，民國七十年初在高雄曾設立過類似的組織——「仙人掌咖啡屋」，由精神患者與工作人員所組成的，提供康復患者社交用餐的場所，但後來因患者狀況的不適宜及經費限制而結束。

八、社區環境中的社交技巧訓練團體(Group skills training in natural environments)

此一型式的團體，較偏重於生活在社區環境中的康復病友，由職能治療師或是社會工作師提供「職前訓練團體方案」，針對就業前的社交技巧、職業技巧設計方案內容；另一個方案即是「就業中的團體方案」(supported employment) 針對已處在工作中的患者，所會產生與工作有關的問題，如人際關係、工作競爭、壓力等，加以討論與處理。

國內康復之友協會所設立的「博愛商店——清新坊」即屬於此類型，它是在自然的社區中所設立的商店，社會工作師以訓練患者的工作能力、人際相處能力爲目的，作爲下一階段就業前的準備。

未來團體的新走向

從上述的團體類型中得知，現今的「團體」與傳統的團體治療走向有頗大的不同，而從國內的復健模式，以團體的方式進行的，又佔了極大部份，在這

些走向中，不難歸納出團體的走向，變得較為結構化，而在內涵上，與患者的現實生活內容有極多的聯結，因此，在這些團體的新走向中，社會工作者在帶領團體實務時的方向也當有所調整 (Bond & Graaf-Kaser, 1990)。

1. 以在真實環境中訓練患者，來取代原來在機構中訓練患者的工作模式。
2. 訓練患者真正所需的特殊技巧，如社交技巧、工作技巧……等，而非僅僅提供患者廣泛的支持與希望。

參考書目

毛家齡：團體治療的理論及應用。護理雜誌，二七(二)頁一~七、民國六十九年。

呂勝英：團體診療的過程與實際。五南出版社，民國七十三年。

林萬億：社會團體工作。五南出版社，民國七十四年。

柯少華：社會團體工作在精神醫療中的運用。中華醫務社會工作協會，民國七十六年年刊。頁三九~四一。

夏林清、麥麗蓉合譯：團體治療與敏感度訓練。張老師輔導叢書，民國七十六年。

張宏俊、東連文等：中華民國精神醫學會團體心理治療小組月刊，民國八十一年五月號。

楊連謙、郭葉珍編譯：家屬與精神病患。合記圖書出版社。民國八十年。

劉蓉台、郭照美、林雪姿：社會支持網絡——臺北市精神病患家屬自助團體的發展。中華民國醫務社會工作協會，民國七十五年年刊。

Anderson, C. M. A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia In W. R. Mc Farlane CED, *Family therapy in schizophrenia* P99-116, The Guilford Press. NY. 1983.

Bond, G. R., De Graaf-Kaser, R. Group approaches for

persons with severe mental illness: A typology. In B. Levine CED, *Group work with emotionally disabled*. P21-32. 1990.

Budson, R. D., & Grob, M. C. & Singer, J. E. A follow-up study of Berleely House-A psychiatric half-way house. *social psychiatry*. 23(2), P120-131, 1977.

Levine, B. *Group work with the emotionally disabled* P3-11 1990.

Liberman, R. P. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. P147-244. American Psychiatric Press, Inc. Washington D. C. 1988.

Lindamood, M. M. & Klein, F. Running groups within the institution. In L. Hubschman. (Ed.) *Hospital social work practice* Praeger special studies Praeger, 1983.

Middleman, R. R. & Gale, G. social work practice with groups. In A. Minahan, R. M. Mecewa, S. Becerra (Eds.) *Encyclopedia of social work*. (18th) (2) P715-727. Silvers Spring, MD: NASW. 1987.

Yakim, I. D. *Impatient group psychotherapy*. P209-312. Basic Books, Inc. Publishers. NY. 1983.

(本文作者現任三總精神醫學部社會工作師及中興大學社會系兼任講師)