

# 阻止孤立發生 ——開放式對話與精障家庭： 伊甸敲敲話行動入家團隊實踐經驗

胡珈華、郭可盼

## 壹、前言

臺灣精障者（註1）在社區的照護問題，因近年來的社會案件備受關注。據統計，扣除急性、慢性病床和精神護理之家收治的病人數，有81%（約11.3萬人）的精障者是生活在社區中，與家人同住的更高達78%（王婉諭，2020；衛生福利部，2018a），顯示社區與家庭是大多精障者落腳之處。而近年來強調的精障者復元觀點提到，精障者的社會支持網絡是重要的復元關鍵，越早撐起網絡連結，預後效果更好（黃智玉、曾明月，2018）。因此如何協助精障者在其家庭中、社群裡，能有足夠的社會支持，一直是精障照護上的核心焦點。行政院也於2018年核定「強化社會安全網計畫」，希望以家庭為中心、以社區為基礎，進行更多預防與整合的工作，讓需要的家庭不掉出網絡之外（衛生

福利部，2018b）。

然而即使社會支持網絡為精障者的復元關鍵，因為社會氛圍對精神疾病的汙名、缺乏醫院到社區連續性服務及衛政、社政、勞政的資源整合、服務未以精障者和家庭／社群（註2）的需求為中心等困境（歐陽文貞，2020；衛生福利部，2021），許多精障家庭無法得到現有的資源支持和及時的協助，家庭依舊孤軍奮戰，家屬不堪照護負荷、精障者與家庭更進一步退出社交生活和人際生活，陷入孤立當中（林惠珠，2020a）。

為回應上述之困境，伊甸活泉之家2016年由工作人員與一群志工組成「敲敲話行動入家團隊」服務面臨精神危機的家庭。以從芬蘭起源的「開放式對話」的工作方法為精神，揉合臺灣在地經驗，形塑出一個落實以家庭為中心、強調「阻止孤立」發生的服務模式。本文透過服務者用

者訪談，回顧與整理「敲敲話行動入家團隊」的在地實踐經驗，與當前的服務空缺進行對話，期待作為後續發展「以家庭為中心、以社區為基礎」的服務參照與基礎。

## 貳、精障者與家庭的孤立困境

伊甸活泉之家2015年和一群資深精障者家屬建立「精神疾病照顧者專線」，至今接聽超過一萬通全臺各地照顧者的來電，聽見精障家庭與社群遭遇的困境。精障家庭常見困境如下：

### 一、汙名下只剩「精神疾病」而沒有「人」

精神疾病長期以來給人陌生可怕的印象，加上社會媒體的渲染，似乎只要貼上「精神疾病」的標籤，隨之而來的便是許多負向想像：瘋子、怪異而脫序、具有攻擊性的不定時炸彈等。一份訪問「康復之家」（註3）工作人員的研究也顯示，汙名與偏見仍然是當前大眾鄰里對精神疾病患者的態度，使得精障相關機構難以順利進駐社區，附近居民拉起布條、簽名連署抗議的狀況層出不窮（王翊涵、尚和華，2016）。

以偏概全的汙名與標籤，對精障者的復元來說，形成強烈的反作用力；大眾忽略即便是罹患精神疾病，他們也仍是完整

的人，有自己的成長故事和個性、有獨特的生病脈絡、有在意的價值和親近的人，因為多了「精神疾病」的診斷，個體的獨特性被隱沒在聳動的想像裡（張皓涵，2020）。

精神疾病與心理、社會的連結本身就比其他疾病有更密切關聯，發病的觸發點經常來自人際壓力事件或是社會文化壓抑，而當汙名的想像跟隨著精障者時，內化了疾病烙印，難以建立自我認同與價值感，使其在精神世界裡更加孤立（黃佑詢，2015）。

### 二、「不夠嚴重」就只能被動等待

當前社會仍舊充斥著汙名與標籤，精障者家庭對於主動求助時常止步不前，部分家庭甚至會先尋求各種偏方、宗教儀式來理解精障者症狀的不尋常；或是在家人意識到需要醫療協助時，精障者本身卻沒有意願求助，此時除非精神狀態有嚴重到「自傷傷人」之虞，醫療相關單位無法主動或強制介入（陳湘瑾，2021）。根據統計，精障者從實際發病開始，平均延遲半年至三年才接上醫療資源，也許在更之前就已出現前驅症狀，因此錯過處遇的黃金時期（林淑蓉，2013）。

即便接觸上醫療資源，但精障者出院後回到社區，家庭往往不知道除了醫療還有哪些其他資源。甚至有許多社區資源（居住、就業等）的使用都要求有障

礙證明，排除了有需求但資格不符合的精障者。甚至有研究推估，因為汙名化的恐懼，可能有高達40%以上的慢性精神病人符合資格，但卻沒有辦理障礙鑑定（歐陽文貞，2020）。

因此，很多精障家庭即便面臨精障者的症狀明顯在生活中產生摩擦、症狀不穩難以回歸職場、學校等困境，卻都因為精障者對於就醫沒有意願或是沒有身障資格，而無法得到所需的資源協助。

### 三、精障家屬的需求不被看見

提到精神障礙相關議題，大部分的關注都還是在精障者當事人，資源與處遇也都以提供精障者為主，然而身為精障者的家屬，他們的處境比其他疾病照顧者更為複雜與艱辛，卻沒有完善的系統來撐住這群人。

在臺灣文化中，照顧生病的家人被視為一種理所當然的責任，但精神疾病比一般生理疾病更多了汙名的重擔——「家裡有人有精神病是丟臉的事」、「生病是因為家庭有不良基因，或是不當教養」這使得家屬在歷程中充滿自責、憂鬱、社會退縮，甚至因為要隱瞞家中狀況而更無法向外求助。在沒有支持系統的幫忙下，照顧過程情緒上的壓力與體力時間上的付出，都只剩親近的家屬獨自吸收。研究顯示，精障者的照顧者負荷程度，高於照顧無生活自理能力的老人及其他慢性病患（鍾佳

伶，2010）。

在精神障礙社區服務的規劃中，家屬往往只被視為照顧和協助精障者的角色，沒有針對其需求所提供的服務，政府提供的資源只有零星的活動，且各地資源的品質不一、數量參差，家屬只能依靠少數民間的家屬團體或專線電話陪伴（林惠珠，2020b）。

### 四、從資源網的破洞中掉落

雖然在社安網計畫推出後，正嘗試調整成以「家庭為中心」的社區照護，讓不同的服務因著家庭需要發展合作；然而在政府檢討第一期施行效果時也發現，不同職種之間因對彼此領域的陌生、各自案量負荷高、業務更迭頻繁，精障家庭仍經驗到被服務拆解、甚至銜接不好，家庭又再次掉出資源之外（衛生福利部，2021）。

例如精障者的需要經常合併多重問題，然而社區服務通常都以業務做區分，當精障者有自殺議題、且同時身處在高風險家庭時，他會有社區關訪員、自殺關訪員、高風險家庭個管，然而這些不同單位的服務該如何整合，也只能仰賴該工作者本身自發性的積極度。沒有系統性的合作訓練，被拆解下的精障者家庭得不停重述困境、甚至面對相牴觸的建議（劉玟宜、蔡欣玲，2020）；另外，醫療單位與社區單位的斷層亦是使精障家庭掉出服務

外的原因，例如當精障者要從醫院返回社區前，醫院會召開出院準備計畫，預備重回社區，並和家庭介紹社區可能適合的資源。但精障者離開醫院後，往往狀況會和住院的想像有所不同。在實際接觸資源時，如果適應不良或覺得不適合時時，家庭很多時候沒有可以討論的對象，而因此掉出服務網絡之外。

精障家庭常常在服務與服務之間，獨自面對健康適應、關係溝通與調適、生涯發展以及社區生活等挑戰（孫德利、林純妙，2017），而服務單位的跨體系溝通平臺尚未完善與偏於行政庶務分配、網絡人員更迭頻繁，導致無法落實以家庭為中心的整合服務（劉玟宜、蔡欣玲，2020；衛生福利部，2021）。

## 五、決定照顧計畫時，精障者的聲音出不來

對於精障者相關照護計畫，常以「疾病控制」、「穩定服藥」為主要目標，精障者，常被想像和認定他們沒有能力為自己做決定（宋麗玉，2005）。精神障礙者較無邏輯或參雜幻想的語言、或是波動不穩的情緒也侷限工作者納入精障者聲音的空間。因此與其有關的會議計畫，舉凡出院準備計畫、個案研討等等，精障者經常是不在場的，而就算在場，可能也只是幾分鐘的「叮嚀」：記得按時吃藥、規律作息等（劉玟宜、蔡欣玲，2020）。然而

以復元的觀點，精障者理想的狀態應該是在能因應症狀的狀態下，被視為一個完整的人，擁有一個意義與力量的生活，但在決定照護計畫時，精障者的聲音卻不被聽見（宋麗玉，2005）。Seikkula與Arnkil（2013）亦指出「由專業人士繪出的理想未來，會隔閡於真實生活中的行為人及其看法。」因此除了關注症狀穩定，避免再度發病之外，專業工作者以平權、透明的態度、細緻的對話和聆聽，和精障家庭與社群一起討論對他們而言有意義的生活，也應是服務提供照護時所需關注的焦點。

## 參、「開放式對話」作為一種可能

### 一、「開放式對話」與芬蘭經驗

1980年代於芬蘭發展的開放式對話（Open Dialogue），一開始在開羅普達斯醫院（Keropudas Hospital）中發展。「開放式對話」的團隊在精障者住院前，召集精障者本人、家人、相關工作人員，公開而透明的討論現在的困難、找出這個家庭獨特的需求，和思考不同的建議與方法。在會議之後，需要住院比例下降四成（活泉之家精神疾病照顧者專線，2019）。

開放式對話結合適應病人需要（Need-Adapted Treatment, NAT）、系統家庭治療（Systemic Family Therapy, SFT）、對話理

論以及社會建構論，相信精神危機的發生乃是因為「當事人（即精障者）經驗到高強度的壓力創傷，在無法通過語言處理表達，與外界產生孤立焦慮時而發展出的生存策略」（Putman & Martindale, 2021; Olson, 2018），開放式對話的核心創始人 Jaakko Seikkula 如此說道：「我們的一切計畫，應當以阻止孤立的發生為目標」（活泉之家精神疾病照顧者專線，2019）。

這樣的哲學信念顯現於開放式對話從開案流程、會談形式設計、到會談的工作方法。其工作原則像是：**立即性（立即反應）**：在接到家庭求助電話的24小時內立即提供協助，開始安排會談；**確保有人負責**：接到電話的工作人員安排第一次的會議，避免在轉換負責人之間因交接失誤，使家庭未得到合適幫忙；**納入病人的社會關係**：精障者當事人與家庭成員、相關資源工作者、社群都參與進會談；**強調當事人話語及故事，而非症狀**：打開症狀背後的脈絡，理解症狀對精障者當事人的意義；**對話性**：在會談中重視每個人的聲音（不同專業以及社群關係裡的每位成員），藉由多聲複調，讓多元可能性呈現於會談之中（Seikkula & Arnkil, 2013）。

而這樣的工作方法，在臨床研究上的成果包括住院天數減短、精神病相關藥物使用減少、復發率降低、就業狀況較佳以及殘留的精神症狀較少等（Seikkula et al., 2003）；在兩年的追蹤報告中顯示，

84%的精障者可以重返工作場域、84%的精障者不再有任何精神症狀（Seikkula & Arnkil, 2013）。因良好的成效，世界各地也跟進發展開放式對話，伊甸基金會活泉之家於2015年受到Jaakko Seikkula的啟發，開始著手發展臺灣在地的開放式對話入家工作（表1）。

## 二、臺灣敲敲話行動入家團隊

伊甸基金會活泉之家於2015年和精障家屬團體合作開辦「精神疾病照顧者專線」，以家屬陪伴家屬的精神，接聽家屬的來電諮詢，在累積了大量聆聽困境的經驗後，同時受到開放式對話創辦人之一Jaakko Seikkula的啟發，有感於開放式對話的工作方法能回應許多現行的難題，2016年在專線底下發展出敲敲話行動入家團隊小組，由專線的工作人員以及多位志工共同組成。

2017年開始實際入家，由2位工作人員在原有業務下挪出部分時間，搭配志工，因此只能維持少量入家。截至2020年，一共與27個家庭開啟對話會談工作也漸漸形塑成熟；為了能有更多的人力與時間接應需要的家庭，2021年通過衛生福利部心口司「公益彩券回饋金」補助案，從原先專線下的小組中獨立出來，正式成立敲敲話行動入家團隊部門（以下簡稱敲敲話），申請3位專職人力，截至當年度11月份，新開案了17個家庭。

表 1 開放式對話原則與要點

開放式對話原則與要點	
開案流程	立即反應 彈性與地點可宜性 確保有人負責 心理延續性
會談形式設計	納入病人的社會關係 團體會談需要有兩位以上的治療師
工作方法	容忍不確定 對話性 使用開放式問題 回應當事人的話語 強調當前此刻 引發多元觀點 對話中「關係聚焦」之運用 對於論述或行為方面所遇難題的回應，需就事論事並注重意義 強調當事人的話語及故事，而非症狀 治療會談中，專業人士之間的交談「反思」（註4） 透明公開

資料來源：作者整理自Olson等人（2014）。

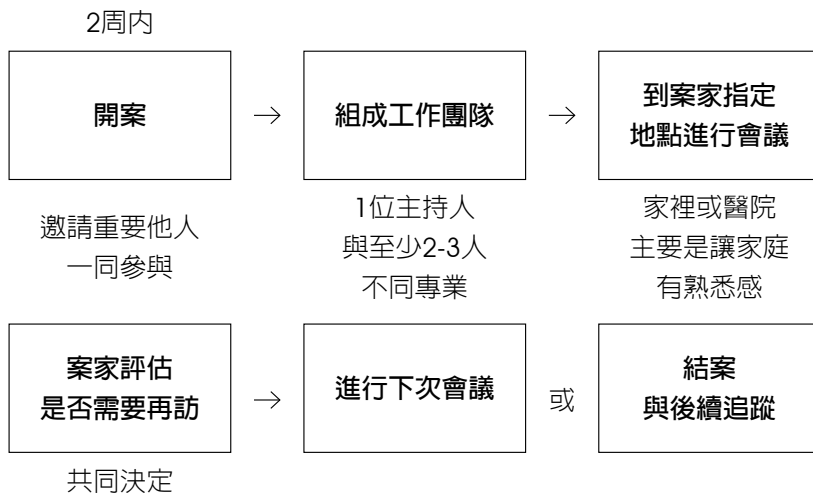


圖 1 敲敲話行動入家團隊開案流程

資料來源：作者整理。

### 三、臺灣與芬蘭的比較

由於小組發展的起點，是工作人員與志工一同共學、實驗入家，因此志工的參與成為敲敲話的重要特色。志工多元的身分角色，包含精神科醫生、社工、心理師、職能治療師、家屬、精障者等等，能讓入家工作體現多元聲音的精神，是敲敲話的服務特色之一。

然而在服務場域上，因敲敲話從社福單位起家，與芬蘭開放式對話從醫院場域發展不同，其強調藥物的調整可以在會談中充分被討論，但敲敲話並非醫療執業場所，因此對於藥物作用的討論無法進行直接的調整，與芬蘭經驗不同。但目前敲敲話致力於建立與醫療院所銜接的合作制度，希冀能邀請更多醫事人員進入對話，讓藥物、就醫的議題能被充分地討論。

另外，開放式對話在家庭精神危機

事件發生的24小時內會進到家庭中開啟對話，然而由於人力配置的限制（目前只有一組3人團隊搭配志工），因此敲敲話無法在24小時內及時進入家庭。但為維護「立即反應」的精神，敲敲話於家庭求助後盡快入家（以兩周內為原則），且在危急事件發生的當下提供精障家庭電話支持、討論當下可以安定彼此待到下次入家的方法。

但與芬蘭相比之下敲敲話也有其優勢，從社區場域起源更能貼近生活脈絡，有更多機會從「疑似發病」的階段開始陪伴。例如從照顧者專線中聽見家屬的困惑，這時敲敲話即能在發病症狀輕微時，就展開家庭會談；或是精障者出院後，因無法接上其他社區資源，敲敲話也能主動進到家中，討論慢性症狀的適應等。

敲敲話盡力把握開放式對話的核心精神，持續思考這樣新穎的服務方法如何揉合進現行臺灣精障服務的體系之中（表2）。

表 2 芬蘭開放式對話與臺灣敲敲話團隊比較

	芬蘭開放式對話	臺灣敲敲話行動入家團隊
資金來源	國家精神衛生政策	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 小組時期：伊甸基金會自籌</li> <li>● 政府方案時期：衛生福利部心口司補助及伊甸基金會自籌</li> </ul>
工作團隊	跨專業的全職工作者 同時具有家族治療師培訓的精神科醫生、精神科護士、心理師	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 小組時期：部分兼職工作人力、以及跨專業志工：精神科醫師、社工、心理師、職能治療師、精障者、家屬與其他</li> <li>● 政府方案時期：三位全職人力、25位跨專業志工</li> </ul>

	芬蘭開放式對話	臺灣敲敲話行動入家團隊
開案原因	精神危機事件發生，醫院接聽到家庭緊急電話	精神危機事件、家庭支持脆弱、家庭衝突、照顧者負荷、精神狀態導致重大變故
開案時間	24小時內入家	1-2週內
工作密集程度	初期1-12天內可天天召開會議	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 小組時期：最高頻率可一週一次</li> <li>● 政府方案時期：最高頻率可一週三次</li> </ul>
開藥	是一種選擇以安眠和抗焦慮藥物為主	無法開藥
與其他單位關係	可與住院的團隊、社區的危機診所共同工作	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 小組時期：與社區關懷訪視員合作，但與醫療院所沒有正式合作</li> <li>● 政府方案時期：持續與醫療單位、地區衛生局、社福機構、學校接洽合作</li> </ul>
社群	納入社群關係	納入社群關係

資料來源：作者整理。

## 肆、實踐經驗——找回人與社會的連結

從2017年開始入家後，敲敲話至今（小組時期至政府方案時期）共與44個家庭開啟對話，五年多的服務過程中，不定期以問卷、訪談等方式收整回饋（註5），檢視服務品質以及是否回應開放式對話的精神（表3、4）。

### 一、打開症狀背後的故事，身而為人的共鳴

開放式對話認為，精神症狀是壓力經驗在找不到語言闡述時的現象，所以聆聽症狀背後的故事、並為其找到語言是重要的；因此敲敲話在與精障家庭工作

時，比起對症狀的辨認與控制，更好奇症狀對精障者的意義，在實際對話工作中，把握「強調當事人的話語及故事，而非症狀」、使用「開放式問句」、「強調當前此刻」、「注重意義」等對話方法，在精障家庭在場的空間下，讓精障者分享症狀發生的脈絡、象徵性與功能，而敲敲話團隊成員（以下簡稱團隊）透過「反思」的形式，在家庭面前揭露自己相近的情緒經驗；當情緒可以共鳴、不被評價，它可以幫助精障者從孤立的壓力經驗中，慢慢回到信任的人群世界裡。

一位有躁鬱和物質濫用的當事人，在接受敲敲話服務後，對於團隊開啟會談時，從不深究他的疾病診斷感到驚訝；在過程中，他感受到自己被好奇、被尊重，

而當他提到適應新工作的焦慮時，團隊揭露自己也有過類似的經驗，這讓他感覺自

己不怪異、不是有問題的人，有重新被社會接納的感覺。

表 3 訪談背景資料

年度	訪談人數	訪談資格	訪談形式	訪綱	訪談時間
2019	三位	服務超過八次且有意願受訪之家庭	結構式訪談	1. 你覺得這個服務的特色是什麼？ 2. 跟接觸過的其他單位服務有什麼不同？ 3. 你最印象深刻的經驗或片段式什麼？ 4. 具體上幫到你／家人的是什麼？	30分鐘
2020	五位	服務超過八次且有意願受訪之家庭、合作工作者	半結構式訪談	1. 使用服務的原因？ 2. 接受服務後的感想？ 3. 與其他服務關係？ 4. 原來有的生理或精神困擾，是否有些在入家前後有變化？你覺得是什麼造成這些改變？ 5. 對家庭有什麼影響？ 6. 服務建議？怎麼樣服務怎麼做可以更好？	1-2小時

資料來源：作者整理。

表 4 受訪者基本資料

年度	代號	身分	診斷名稱	服務次數	服務時間
2019	A	當事人	重鬱症	17	10個月 (2018.9-2019.6)
	B	家屬	思覺失調	13	1年4個月 (2018.2-2019.6)
	C	家屬	思覺失調	17	1年4個月 (2018.1-2019.5)
2020	A	當事人	躁鬱症	9	8個月 (2020.5-2020.12)
	B	家屬	躁鬱症	9	8個月 (2020.5-2020.12)
	C	工作者	重鬱症	8	6個月 (2019.8-2020.1)
	D	家屬	思覺失調	22	1年11個月 (2018.10-2020.9)
	E	家屬	思覺失調	15	1年 (2019.8-2020.8)

資料來源：作者整理。

他們（敲敲話團隊）一開始來的時候完全沒有問我說我是什麼疾病，我也很納悶就是他們怎麼都沒有問我說我生了什麼病啊、有沒有看醫生、有沒有吃藥這些，他們不在意就是我吃藥有沒有穩定，然後反而是跟我討論我生活上遇到什麼樣的問題，可以怎麼樣去面對，就是很單純的把我當成一個人去看，沒有把我當成病人。（2020-A048）

好像有一種是幫助我跟社會連結的一個緩衝，我覺得就可能精障者在跟社會的連結是比較難的、比較弱的，可是因為有敲敲話進來，就當我譬如說不知道怎麼跟同事相處的時候，中午要不要一起去吃飯啊、在電梯遇到主管要不要打招呼啊，可是在敲敲話團隊就發現有人也講說，哦我也會有這個煩惱，或我中午也找不到別人吃飯，然後我就突然覺得原來大家都有這個煩惱。（2020-A055）

而當精障者能好好敘說自己的想法與感受，並且得到聆聽，原本物質成癮的需求就消失了。

我覺得可以好好的講我自己的想法就是這個心情抒發完之後，我好像就不會那麼頻繁地要去使用毒品，就對我來說敲敲話的效果對我的幫助就是蠻大的。（2020-A052）

對精障者而言，疾病經驗的被理解，是重回社會人群最重要的要素。敲敲話透過不斷學習對話方法，讓那些看起來古怪

詭異的症狀，都可以因為找到背後身而為人真實的情感需求，而使一切更被社會理解；帶著看重人的本質的精神，持續穿透精神疾病的標籤，找到彼此共鳴的時刻。

## 二、家庭有需要，主動積極的服務

在開放式對話中，因相信孤立經驗越早被打破，症狀的複雜度越低、僵固程度越小，當然也會有更好的預後。因此「立即反應」，及早進到家庭社群中很是關鍵。敲敲話有感於臺灣精障家庭若果能得到即時的幫忙，需克服的關卡與挑戰太多，因此敲敲話的服務更為主動積極，致力移除會阻礙家庭主動求助的障礙，像是無須診斷證明、無須身障證明、會談地點由家庭決定，以其舒服方便的地方為選擇、頻率依照家庭需求而定（沒有一周一次的限制）等。這些特性都讓家庭不用在「夠嚴重」時才能接上服務，讓服務更容易取得且更自在。

一位小孩有思覺失調診斷以及繭居行為的母親提到，因為小孩不願意踏出家門，又沒有出現足以強制通報的「嚴重行為」，幾乎接不上任何資源，身為家屬只能眼睜睜看自己的孩子隔絕於社會，卻做不了任何事。但敲敲話服務的靈活性，使其能有機會被服務。

我沒有……應該說其他單位我等於沒有接收到什麼樣的服務，我這樣一路走來，除了敲敲話這個，我幾乎沒有得到其

他單位的服務。(2019-B002)

另外，在新冠肺炎(COVID-19)疫情期間，敲敲話接應上一對伴侶：先生對於患有躁鬱症即將出院的妻子返家有許多擔心，不知道如何與病發後的妻子相處、如何照顧、又擔心疫情期間沒有其他資源可以使用；而妻子也同時在思考疾病對自己的意義，也擔心先生不能理解，彼此會有更多衝突。敲敲話在妻子返家前一週，就以視訊會談的方式，同時與伴侶展開對話。事後先生也回饋，及時且高頻率(至多一周三次)的對話會談，對家庭來說很有幫助。在團隊高密度的支持底下，由於不須獨自面對家庭緊繃的氛圍，家庭也比較有安全感地討論較為衝突的事件和做出新的嘗試。

敲敲話提供主動、彈性的服務，對在患病過程中感覺到孤立無援的家庭來說，更能貼近他們的需求。

### 三、每個家庭成員都是主角

開放式對話對於疾病症狀的理解，相信不僅只是精障者當事人的受苦經驗，系統也共同受苦，因此會談中需要納入對當事人而言重要的社群系統。敲敲話在開啟會談前，一定會詢問精障者和家屬，對他們而言重要的關係，是否有意願參與進會談；在會談裡，一同談論大家都覺得重要的事情，即便談論的是精障者當事人的疾病，也強調疾病在關係裡的影響，把握

開放式對話中「對話中『關係聚焦』之運用」、「引發多元觀點」的原則，讓每個家庭成員都是主角。

在一個兒子有思覺失調診斷的家庭裡，因父親對於兒子的疾病照護的想像就是穩定用藥，如果症狀無法控制，就是強制就醫，但這也讓兒子對父親的強硬感到憤怒：父親的擔憂變成了訓斥、兒子的挫折變成了回擊，這對夾在中間的母親而言非常無助。但敲敲話加入後，打開衝突事件背後各自的情緒，在疾病之下家人之間牽掛的心情，父子關係開始有了新的狀態，母親明顯感受到變化，不再擔心父子單獨相處會發生口角。

我以前出門，都會很擔心他們倆(父子倆)會不會在家裡就打起來。現在比較好、比較不擔心。(2020-E256)

我老公改變很大。他、跟我兒子講話口氣就不一樣啊！(2020-E243)

而一位躁鬱症兒子的父親也說到，好像本來團隊進來是幫忙兒子的，但對話過程中自己也被陪伴到。

他(敲敲話團隊)會陪你，陪伴你，就這樣子。他也不認為你是個糟的人，我們自己知道我們不是骯髒的人，我知道。(2020-B090)

對話讓疾病對家庭的影響，成為可以被好好聆聽的經驗，當系統中的成員各自開始挪動時，便能有更大的能量與空間因應疾病的複雜。

#### 四、將資源納入會談，而非轉介

敲敲話在接觸家庭時，會將家庭原有的資源納入會談，在引進新的資源時，會納入新的資源一起進到會談中讓家庭熟悉。比起一般常見的轉介制度，精障家庭更能實際感受「以家庭為中心」的服務，避免必須不斷和不同資源重述自己的困境，以及在轉介後因不適用服務而從資源網中掉落。不同資源彼此說出自己幫上的忙，闕漏的部分可以直接在會談中核對補齊，資源與資源之間也更能配合彼此的專業。

例如有司法議題的案家，由於案家每個人對於法律的想像和理解不同，過往只有一位家人去諮詢法律專家時，由於法律術語的生疏，常無法將專家的意見很好地傳達給其他家人，亦無法進一步回應其他家人的追問。後續敲敲話連結法律專家一同入家，澄清家人當下面對法律議題的疑惑，且對於精障者一些不實的想像「對方如果告我，那我告回去就不會有事情啦！」得以有專業的法理回應，安頓家人對於司法的焦慮，讓彼此對於當前問題達成一致性的理解。

除了正式的服務資源，很多案家身邊的朋友、同事也是家庭重要的非正式資源。一位重鬱症的案主，因著她家人一直很焦慮她的身心狀況對於工作的影響，敲敲話與同住的家人及同事一起展開對話，

家人理解到同事對於案主的接納後，對於案主假勤狀況的焦慮得以緩解。案主也感受藉由討論，身邊的人對她的認識變得更為立體。

串聯資源。服務是以我為主、以我為中心，把身邊的人call在一起。（2019-A001）

我同事也回饋說，他認為這樣的方式對他們的幫助比較大……，因為他們可能也會希望透過這樣的方式來認識我理解我。（2019-A004）

敲敲話營造一個資源社群可以平等對話的平臺，當資源對家庭的心意可以不被片段式的截斷，在重疊處和空缺處彼此稍作挪移，讓各種資源專業得以發揮其最大的功效。

#### 五、專家「透明化」決策歷程，讓所有人一起加入討論

開放式對話理解到，當在對話中擁有權力的人、堅信自己的觀點是正確的時候，對話將不是真正的對話，只是單向的獨白，而這會再次樹立起孤立的高牆；因此在對話中設計「反思」的形式，利用透明化的對話方法，讓擁有權力的人有機會打開內在的思考歷程，而參與會談的人可以藉由窺探建議產出的過程，有機會進行調整，帶來真正的對話。敲敲話在與家庭工作時，經常利用透明化的方式，將對家庭的看法、建議、感受呈現在家庭面前，

而其中嶄露人性的一面，讓家庭可以更平等的一同參與，也能更自在地反駁團隊對家庭的假設、修正團隊給的建議。

有多次合作經驗的社工也提到，敲敲話的會談工作是很重視每個人的聲音，無論是客觀或主觀的想法，而最後都會以家庭的需要為主。

應該說這滿特別的一個方式，所以就覺得在場的每一個人都可以談談，就是都有發言權，所以就不會特別覺得拘謹啊或者什麼的。（2020-C021）

覺得比起我們一個人，入家那樣的一個……不管客觀想法都可以跟這個家庭一起討論。（2020-C007）

敲敲話透過對話方法的設計，讓家庭真的體驗到所有的建議與方法都是因著他們的需求出發，在過程中，家庭被鼓勵表達自己的聲音，而所有的想法都會被尊重。

## 伍、結論與展望

芬蘭自1980年代開始，結合適應病人需要（Need-Adapted Treatment, NAT）發展出開放式對話這個將社群與資源聚集在一起、充滿彈性和透明平權的工作方式。而如今我們也在問「臺灣精神疾病的家庭需要什麼？」以開放式對話的精神和工作方法為基底，敲敲話也在嘗試回應這個問題。透過納入資源、建立家庭社群連結

感、平等尊重對待，使資源的合作和社群的連結，當事人及家屬也都能有朝著回歸社會、復元之路前進。

2021年推出的社安網第二期，再次強調跨專業合作以及社區支持的重要（衛生福利部，2021），然而敲敲話在實踐的過程也發現，並非佈建服務及擺放不同專業的工作者在同一個辦公室即可以達成此目標。不同領域的工作者有著不同的工作方法、對於案家的評估，因此工作者要能夠彼此合作而非互相掣肘，需要足夠的訓練和對於服務合作共識的培養。

且要能打開各種聲音並存的對話，是亟需團隊默契以及對話工作的培養。以敲敲話的訓練過程為例，培訓一個團隊至少都需要半年以上的學習，時間上的訓練是重要的成本。

本文初步整述敲敲話五年的在地實踐經驗，在發展實務經驗的過程中，仍同步致力於服務成效的研究發展，然若期許更貼近如芬蘭經驗良好成效，敲敲話未來仍需：

### 一、更多資源進駐

開放式對話的工作方法強調以「團隊」的形式，呈現多元聲音的並立以帶來更多照護計畫的創意與可能性，因此一個家庭的服務配置為三位成員，目前以一組團隊（3位專職人力）的配置，一年至多服務20餘個家庭。目前敲敲話以搭配志工

人力以達符合案家彈性的需求，不定期的頻率以及完整落實24小時內入家的「立即性」，仍待更多人力的配置投注。且要透過對話方法打開疾病背後的故事，並在家庭面前以合適的語言呈現工作者透明化的思考，都很仰賴對於彼此的安全感與信任，而培訓一個團隊至少都需要半年以上的學習，時間上的訓練是重要的成本。

## 二、更多與醫療院所銜接上合作的制度

在入家的過程當中，藥物代表的意涵、如何服用藥物、藥物副作用常常是精障家庭討論的議題，藥物常常與精障者的自我認同和生活交織在一起，也常常是家庭當中互動和衝突的緣由。藥物對於案家的影響需要從生理、社會與生活多面向的討論，也需要跨專業的知識。目前少數敲敲話的案家，團隊當中有擔任志工的精神科醫師，在討論藥物時面向的討論較為完整，案家也較為放心。但大多數案家，團隊和醫療院所目前還沒有建立合作的關係，或只是進行轉案。若能團隊、醫療院所和案家建立定期共同會議的合作模式，對於案家的協助將能較為完整。

## 三、結論

當前面對危機處遇時，目前會第一想到醫療的協助，但往往忽略急性時期對於家庭帶來的震盪和不安，特別是高衝突到

需啟動強制住院的情況，但最後未順利入院，家庭關係往往在此時已經撕裂且深感受傷。因此，危機時能有即時的服務進場支持家庭、協助彼此討論現在的困難，可以避免家庭獨力承擔危機的孤立。且當精障家庭面對精障者返家時，能有串接醫療回到社區落實的團隊，一路陪伴家庭，能將在醫院的照護計畫延續到社區中落實，且確保有固定的團隊持續保持討論與串接不同資源的使用狀況，能更避免精障家庭在不同服務間的建議中無所適從，進而調出資源網絡。

敲敲話未來也期待透過宣廣、研究等方式，發展在地的工作方式，也期待其他的精神領域的工作者共同合作和對話，最終能讓精障者與家庭在對話裡不孤立，可以更自在回到社會人群裡。

現今我們逐漸意識到支持精神障礙者需要以支持家庭、建立網絡的方式，才能夠讓面臨精神危機的家庭仍然安穩的生活在社區之中，而不會陷入孤立。借鏡芬蘭開放式對話精神為工作方法的敲敲話是一個嘗試，團隊能實際在社區的生活現場中落實各種生活困境的討論，避免家庭獨力承擔照護，對於照護計畫往往只能選擇較保守、消極，甚至是過度保護精障者，而忽略精障者仍是一個完整的人，需要更有積極且多元的生涯規劃，非只有治病而沒有生活。

※致謝：本文感謝伊甸敲敲話行動入家團隊研究小組成員（依姓氏筆劃排序）：王君緯、王基璋、呂美玉、李欣怡、李淑華、邱壬貞、黃馨慧、葉思含、葉雅欣、廖福源、劉文玉、蔡湘妤、嚴靚、蘇如意。

（本文作者：胡珈華為伊甸基金會附設活泉之家敲敲話行動入家團隊諮商心理師；郭可盼為伊甸基金會附設活泉之家敲敲話行動入家團隊督導）

**關鍵詞**：開放式對話、精障者、精障者家屬、敲敲話行動入家團隊

## 註 釋

- 註1：本文「精障者」指（疑似）罹患精神疾病之當事人，不限領有身障證明或重大傷病卡者。
- 註2：本文提及之精障者的家庭／社群，意旨對精障者當事人而言重要相關的人際連結，可以包含家人、伴侶、朋友、同事、同學、鄰居等等，後文將簡稱為精障者家庭。
- 註3：「康復之家」指的是住宿型的社區復健機構，服務的是精神障礙族群，居住在此的精障者稱之為「住民」，康復之家提供住民吃住、復健與學習。
- 註4：反思（reflexion），在法語的意涵中，指的是一個歷程的組合，包括一個人觀察、傾聽、注意、與思考對話中令人感動或有意義的事物。在「開放式對話」中，專業工作者會在家庭面前展開一場對談，交換對於治療計畫的想法、聆聽家人對話的感受等，在對談完之後再請家人回饋。
- 註5：問卷使用過「照顧者負荷量表」、「生活品質問卷」，目前持續參考相關問卷以規劃合適之量表內容。訪談逐字稿引用來自2019、2020年兩次計畫性的案家訪談成果，訪談過程遵循倫理原則，訪談員皆非入家成員。逐字稿編碼原則為：「訪談年度-訪談者編號+逐字稿編號」如：2019-A001。

## 參考文獻

- 王婉諭（2020年6月5日）。〈臺灣的社區精神照護出了什麼問題？〉。RIGHT PLUS，<https://rightplus.org/2020/06/05/wang-wan-yu-4/>
- 王翊涵、尚和華（2016）。〈協助精障者社區融合：康復之家推展精障者社區融合經驗初探〉，《臺灣社區工作與社區研究學刊》，6（1），139-173。
- 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。

- 林淑蓉（2013）。〈身體、自我與失序的詮釋：精神疾病與文化療癒的會遇〉。收入余安邦編。《身體、主體性與文化療癒：跨域的搓揉與交纏》（頁2-38）。中央研究院。
- 林惠珠（2020a）。〈現行臺灣精神康復者的社區照護：衛政、社政資源與問題〉。收入賴德仁、張家銘編。《精神病人社區照顧需求探討及評估》（頁101-123）。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 林惠珠（2020b）。〈建置精神康復者友善社區（強化家庭與社區的支持及融合）〉。收入賴德仁、張家銘編。《精神病人社區照顧需求探討及評估》（頁233-244）。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 活泉之家精神疾病照顧者專線（2021年4月6日）。新時代心理健康照護下的「開放式對話」（Open Dialogue）。Youtube。https://youtu.be/2rze8dwO\_F0
- 孫德利、林純妙（2017）。〈以社區復健中心建構在地支持生活的行動〉，《東吳社會工作學報》，33，133-147。
- 張皓涵（2020年11月11日）。〈如果是精神病汙名化，那不可以沒關係〉。衛生福利部草屯療養院，https://www.ttpc.mohw.gov.tw/?aid=508&page\_name=detail&iid=996
- 陳湘瑾（2021）。《尋找黑夜的盡頭——精障照顧者的困境與支持》（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北。
- 黃佑詢（2015）。《探討疾病烙印、賦能對慢性思覺失調症病人之社區生活功能、生活品質之影響》（未出版之碩士論文）。國立臺北護理健康大學，臺北。
- 黃智玉、曾明月（2018）。〈康復之家慢性精神病患社會支持與復原力探究〉，《精神衛生護理雜誌》，13（1），14-25。
- 劉玟宜、蔡欣玲（2020）。〈臺灣社區精神衛生照護發展的困境〉。收入賴德仁、張家銘編。《精神病人社區照顧需求探討及評估》（頁40-48）。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 歐陽文貞（2020）。〈精神康復者的長期照顧需求〉。收入賴德仁、張家銘編。《精神病人社區照顧需求探討及評估》（頁197-210）。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 衛生福利部（2018a）。《105年身心障礙者生活狀況及需求調查報告》。
- 衛生福利部（2018b）。《強化社會安全網計畫（核訂本）》。
- 衛生福利部（2021）。《強化社會安全網第二期計畫（110-114年）》。
- 鍾佳伶（2010）。《精神障礙者家屬社會支持，權能感與烙印感之相關性探討》（未出版之碩士論文）。國立臺灣大學，臺北。
- Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The journal of behavioral health services & research*, 36(3), 320-329.

- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in open dialogue: Fidelity criteria. University of Massachusetts Medical School. <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements/v1.109022014.pdf>
- Olson, M. (2018). “Introduction to Dialogic Practice” with Mary Olson. Retrieved from [https://www.youtube.com/watch?v=q35LW\\_i09GA](https://www.youtube.com/watch?v=q35LW_i09GA)
- Putman, N., & Martindale, B. (Eds.). (2021). *Open Dialogue for Psychosis: Organising Mental Health Services to Prioritise Dialogue, Relationship and Meaning*. Routledge.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Open dialogues and anticipations-Respecting otherness in the present moment*. National Institute for Health and Welfare.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical human sciences and services*, 5(3), 163-182.