

論心理社會障礙者同儕支持之困境： 以自立生活同儕支持方案為例

廖福源

壹、前言

心理社會障礙者因為種種從社會大眾誤解而來的社會排除、周遭親友的保持距離、障礙環境帶來的不友善，或者疾病帶來的失控感，加上自身累積的汙名化感受，以及在受服務過程中，總是處在「獲得幫助」一方的無助感，處於一再失能的失落，而走向自我封閉。

同儕支持，即是心理社會障礙者透過分享情緒與心理上的痛苦，還有在生活中如何面對障礙的處境，當他們發現彼此相似，他們會感到連結，成為社群。這理解乃建基於他們在彼此的經驗下能「互相同在」，關係是脫離傳統專家與心理社會障礙者角色，建立社群的自我認同，以及追求所想要擔任的社會角色（Mead, 2003）。

但是，目前臺灣同儕支持的資源，仍以專業身分作為區隔。政府考慮的是同儕

的訓練、考核及認證該怎麼做，的確也需要這樣的制度，但我們卻仍以舊的專業建制思維，並且急就章的設定出一套辦法框架，來符合所謂的專業標準。同儕支持，並不否定專業，同儕支持，是為了讓沒有這些障礙經驗的人可以更理解，也讓障礙經驗的「主體」長出自己的「社群」，因此簡化的建制一套同儕的專業標準，會讓同儕失去其自主性，變相向傳統的專業靠攏，甚至是收編到原有之專業。

2020年王婉諭立委向作者諮詢「精神衛生機構團體獎勵計畫」，我即指出，提供同儕支持的方案，獎勵對象的人事費補助，仍只有領有專業資格的人才能接受補助，這就是為何我們沒有真正的「同儕支持方案」，並提供國外同儕支持的方向建議，因此2020年王立委就此事質詢衛福部心口司，請其改善。2021年作者發現「110年度精神衛生機構團體獎勵計畫」直接刪除同儕支持的字眼，以規

避同儕支持一事。我立即通知王婉諭立委辦公室此事，隨即就在11月26日立法院再度質詢衛福部心口司司長，司長謹立中則回應道，同儕支持概念定義還需要「再研議」。

台灣失序者聯盟共同發起人郝天行在公益媒體多多益善的專文中，對此事指出：在這場質詢裡所觸碰到的問題是：「誰有資格做同儕支持服務？同儕支持的意涵要如何研議？」若欲回應之，則不該由官員與專業人士由上到下研訂「同儕支持應該是什麼」、「同儕支持資格如何建置」，而需先對在地草根實踐有更審慎的探索，才能對這些疑問有所理解。

同儕支持不該依據原有專業服務框架而生，同儕支持也並非要取代專業工作者，而是專業工作者透過參與同儕社群，去向他們的經驗學習，藉以提供更貼近心理社會障礙者需求的服務，專業工作者也可以是平等的夥伴、同伴的關係，往非專業關係更靠近一些，亦不僅是服務提供者與使用者間的關係。因此，本文是為探討心理社會障礙者的同儕支持為何與現行的自立生活支持下的同儕支持產生衝突，並且必須重新認識心理社會障礙者的主體性經驗，不急於建置同儕的專業化，而是讓經驗被記錄與書寫，並且長出同儕支持的社群，不只是成為另一種「服務」，而是始知社群長出來需要哪些支持的條件。

貳、我國對心理社會障礙者同儕支持的誤認與錯置

臺灣的障礙者同儕支持附屬在自立生活方案裡頭，而現行的自立生活方案以服務為導向、樣態單一及過於強調個人需求，而同儕支持較像是補充性的人力資源，同儕關係是從服務中產生，這是臺灣移植自立生活概念後的狀況，而不見得是自立生活運動的本質，這也忽略不同障礙運動歷史與生成方式，用自立生活大鍋炒做同儕支持的謬誤。從新活力自立生活協會網站所介紹的自立生活運動歷史，可得知自立生活是從美國肢體障礙者在學校遭遇到的障礙處境，從支援身心障礙者學生的計畫（Disabled Students' Program）開始，當這群障礙者學生畢業後，回歸社會生活，發現社區中有太多障礙跟困難，為了消除這些困難，他們在1972年組織了全世界第一間「自立生活中心」（Center for Independent Living），推廣障礙者和一般人一樣「自主決定權」並完全參與社會之哲學思想，且強調「障礙」為一種個人「特徵」，增進社會大眾對「個別差異」的重視。隨後障礙者自立生活的概念迅速在全球擴展，提供障礙者居住在一般社區，過著融合社會、自主的生活，的確在後來是擴張到各障礙類別，但心理社會障礙者仍是少數。

心理社會障礙者運動（郝天行，2020）來自在1970年代去機構化後，社區卻未有相應的配套措施，於是精神失序者們集結起來，接軌當時的公民運動浪潮，形成大規模消費者／倖存者／前病人運動（Consumer/Survivor/Ex-patient運動，簡稱C/S/X運動），並在這場運動中摸索方法、實踐同儕支持，以形成社群、解放心理社會障礙者所遭受的壓迫。

同儕支持源於在美國去機構化後，加上1960年代當時反戰、女權、性解放、黑人民權、反文化、反精神醫療等公民／人權運動風起雲湧，像是反文化運動就在討論精神藥物實驗的問題，而後1980年代又有消費者、倖存者運動。Mead與MacNeil（2006）提出雖然有一些「支持團體」是圍繞共享的疾病經驗而形成的，但當時心理社會障礙者所處的環境是各種負面精神健康治療經驗的受苦裡集結成的聯盟，與支持團體有所不同，針對像是強制治療、過度醫療、權利侵害及將生命故事醫療化等進行社會倡議，同儕支持更重視的是在經驗精神治療中獲得的反應是什麼，而不僅是共同經歷而已，像是非強制性而是自願性的治療，由消費者管理及主導（包括政府和計畫），具有彈性的非正式環境、非分級制度，以及非醫療方法（如：不診斷等），透過這樣創造出心理社會障礙者在認識自身經驗過程中，擁抱自身認同的空間，如何建構他們的世界觀，並運用自

身經驗創造心理社會障礙者的同儕支持方式，包含重新定義專業對疾病的詮釋、使用自身社群的語言、建立社群自己的認同框架，以及我們是如何支持彼此。

「自立生活運動」與「心理社會障礙者社會運動」皆從美國而來，並強調「主體性」與「同儕支持」，卻又有各自的歷史脈絡與運動策略，其工作方法及需求當然也有其異之處，然而回到臺灣的環境，在沒有充份瞭解這樣的差異及不同障礙需求下，卻用「身心障礙者個人照顧服務辦法第九章自立生活支持服務」來概括這所有的一切，這樣的法令制定到服務辦法，對「心理社會障礙者同儕支持」的形成，究竟有著什麼樣的阻礙。

一、「心理社會障礙者同儕支持」不應該跟自立生活綁在一起

目前臺灣的同儕支持是藉由「公益彩券回饋金推展社會福利計畫申請主軸項目及基準」作為自立生活與同儕支持的推動，衛生福利部社會及家庭署（以下簡稱社家署）委託暨南國際大學王育瑜副教授於109年度「身心障礙者自立生活同儕支持服務模式發展計畫」研究案，製作《身心障礙者自立生活同儕支持服務參考手冊》，該報告已是目前相較完整的臺灣在地化障礙者同儕支持研究，然而基於時間、角色位置、障礙族群差異、研究方法等條件限制下，又要因應並符合現有法規

制度修正框架，已給出諸多相當好的建議，實屬不易。作者撰寫此文重在我們需要一個從行動中累積認識同儕經驗，並非不認同此研究成果，因此不希望我提出之建議被使用來評價該份研究成果不佳，而是希冀社家署跳脫現有框架，建立一個更符合、回到心理社會障礙者主體及需求為中心的同儕支持體系。

該同儕支持手冊報告建立在自立生活的架構之下，形成「協力同儕認為同儕支持員有五大任務，首先是讓使用者看到自立生活的可能性。」這就是忽略障別生成的差異與不同障礙運動路線所帶來的偏誤，心理社會障礙者許多人面臨的不僅是生活能否自立，而是如何存在、如何生活、與人與社會的關係等等。

自立生活是為障礙者掌握其生命的自主性，但至少心理社會障礙者同儕支持不應該跟自立生活綁在一起，同儕支持應有其獨特的、尚不能定論、仍在辨識的價值。

其同儕工作參考手冊裡社家署署長的話是這樣子說：「同儕支持服務是喚醒障礙者自立生活意識的關鍵因素。」也許署長在短篇幅裡無法詳述其意，然而心理社會障礙者的同儕支持服務不能限縮在這樣的思維裡，不限以自立生活為依歸，因為這好像是在說：你們這些心理社會障礙者要自立喔！看看你們那些很棒的同儕也可以耶！也很容易被誤會成另一種暗喻：沒

有自立生活就不對，這對於心理社會障礙者在意的與「人」與「社會」的關係，恰恰是價值的衝突。

CRPD第五號一般性意見（衛生福利部社會及家庭署，2017）指出：「自立生活的權利指向個體，是解放自己而不被剝奪手段及機會的權利。所有身心障礙者都應能夠自由選擇積極參與及歸屬於自己選擇的文化，必須享有與社區其他成員同等的生活選擇及掌控權。」然而現在的自立生活支持服務卻忽略障別差異有不同的生活處境，並且在臺灣心理社會障礙者過度被醫療化的情況下，首先應發展的是其對自身經驗的文化論述，其同儕支持應該獨立於自立生活同儕支持方案，不然就會受限於現有的自立生活的同儕支持框架上。

二、心理社會障礙者同儕支持需要的是社群「關係」，而不是化約成「服務」

目前臺灣的同儕支持服務在自立生活之下像是自立生活的輔具，自立生活的補助是在「衛生福利部 111年度公益彩券回饋金推展社會福利計畫申請主軸項目及基準」的身心障礙福利自立生活中第二項的「身心障礙者自立生活支持服務計畫」與第三項「身心障礙者自立生活支持服務中心試辦計畫」可申請，然而從工作項目與成效計算標準可得知，這是一個以舊有的

方案思維去推進的補助案，對自立生活的想像充份流露出以「個管服務為想像」，而不是發展「支持關係的想像」，是偏向「個人」需求，而非「群體」的建構，是「掉出主流的人」，而非有其「社群文化」的一群人。同儕支持不該只是為了服務自立生活支持服務計畫，事實上自立生活也不該窄化成個人計畫或工作坊、體驗。

我們太便宜行事的將同儕支持從認識心理社會障礙者的生命經驗是什麼，就跳到服務的層次去發展，而當缺乏足夠基於心理社會障礙者生命經驗的脈絡為本的心理社會障礙者同儕支持之服務，就容易變向的成為新的專業被管理與規範。

心理社會障礙者同儕支持應該是立基於「日常生活」，在長期關係中自然地形成社群聚落，以彼此的受苦經驗相待，去建立自己的社群認同與文化，以抵抗並解構專業關係與醫療化的論述。

郝天行（2020）指出在許多沒有大規模精神失序者社會運動歷史的國家，容易浮現上述同儕支持服務執行歷程中產生的問題，肇因於同儕支持的在地草根經驗尚未被探索，病人又缺乏集體發聲的能量與管道，於是「同儕支持」被急躁移植為「新興服務」後，其日常的社群連結精神被遺忘、過度由專業主導。這都是從上到下建置同儕支持服務時，需慎重反思的問題。

三、「自立生活支持計畫」補助案與「身心障礙者自立生活同儕支持服務參考手冊」的脫勾，顯現的是自立生活與同儕支持精神的失去

當閱讀完補助案內容及如何做自立生活同儕支持的手冊時，明顯方案是一套，手冊是另一套的脫勾之感。像是自立生活同儕支持的使命與任務裡頭，說明同儕關係是障礙者網絡關係，補助方案卻建基於專業工作者的服務思維，在自立生活支持計畫、及中心試辦兩計畫，我遍尋不著符合編織起「障礙者網絡關係」的指標，比較接近的是同儕團體及工作坊，而工作坊卻是辦給同儕支持員的，同儕團體卻是提供同儕支持「團體領導」活動，但從我上述或手冊裡所述說的同儕支持團體，不會是以「領導」的方式來進行，使用文字代表背後的價值、方法乃至於策略，這不會是同儕支持的樣貌，然而所謂同儕支持社群網絡還是跟方案無扣連，究其原因，我認為這是以專業人士的眼光來編寫的補助案，建立在個人問題解決取向上，仍是服務輸送的執行。

我們再從另一個面向來看，有個工作項目是「對社會大眾倡議宣導自立生活精神」，然而至少心理社會障礙者同儕支持倡導不該只是自立生活的推廣，還要倡議障礙經驗、障礙文化建構乃至於障礙政治，而不會受限於自立生活的倡議，這樣

的工作項目設計本身就窄化障礙者倡議的力道，這也是此方案僅服務於自立生活計畫，而無法發揮自立生活精神很大的原因！

補助方案與同儕支持工作參考手冊的不扣連，進一步的扣問在於更大的視野——自立生活支持方案與自立生活／同儕支持的精神、價值、方法與發展策略根本性脫勾嚴重的問題。

四、發展心理社會障礙者的同儕支持是在建立社群的障礙認同、文化以及其世界觀，而不停留在同儕支持服務的面向上

根據美國Intentional Peer Support (IPS) 創辦人Shery Mead定義其意圖性同儕支持為 (Mead, 2003)：

同儕是一個施與受的系統，建基於尊重、責任分擔及共識什麼是有幫助等重要原則。同儕並非基於精神醫療模式及診斷標準，同儕是透過分享情緒與心理上的痛苦，以達到同理地明白他者的處境。當他們發現彼此相似，他們會感到連結。這種連結及在一起是一種深刻及全面的理解，這理解乃建基於他們能在彼此的經驗下能互相「同在」，這個關係是脫離傳統專家與病人角色的關係。當建立彼此信任後，如發現有重回舊有的病人角色時，雙方能夠以尊重的態度挑戰對方。所以，這容許同儕群體內的成員能跟其他人嘗試

新的行為計畫，並可以脫離過去建立在障礙、診斷、與創傷的世界觀中的自我。專業的服務告訴我們應該如何，疾病應如何治療，如何在疾病下安排生活。我們在很多關係上也失去了自己的力量與選擇，我們好像只能依靠專業說明我們的經驗。然而Intentional Peer Support (IPS) 同儕訓練是建立我們有能力去反思「我要成為什麼？」危機是分擔而非去處理。同儕服務要挑戰現有系統如何讓人被剝奪，我們不應被視為精神病或大腦疾病的障礙。尊重個人經驗，學習如何用新的角度去述說自己的故事，藉以建立一個社群，可以去討論不按醫囑的「病人」的身分與期望；拒絕沒有幫助的治療；質疑過度用藥；以及訴說創傷與傷害。最後，我們可以去詢問：這是誰的問題？建立新的社會規範，取代讓我們困住的環境。建立新的理解觀點，去建構問題／危機及協助的內涵，這不是減少個人病徵的問題，而是論及真正的社會改變。

通過Shery Mead對同儕支持的定義可知心理社會障礙者同儕支持有其獨特的對自身經驗的認識論，乃至於對於同儕關係的支持也有其有別於專業工作者的方法，而成一套體系，這也就是為什麼我會強調：心理社會障礙者同儕支持擺放在現有的自立生活同儕支持服務裡，是難以去形成社群、認同與改變的。

CRPD第五號一般性意見（衛生福利

部社會及家庭署，2017）並說到自立生活與社區融合也要反映人類生活文化取向的多樣性，並確保了其內容不偏向某些文化規範及價值觀。自立生活意即行使自由決定權與對自我生活的控制，對生活的選擇影響個人的生活與最大程度的自我抉擇與在社會中的互相依賴程度。這一權利的不偏離須建構在，發展心理社會障礙者符合其主體的社群文化論述基礎之上，而不是仰賴醫療專業或助人專業的詮釋上，文化的多樣性才能被認識與發展。

五、障礙經驗是障礙者的專業，社工要向同儕學習，然而自立生活支持方案的同儕支持員比較像是輔助性角色，也非同等位階

也許工作流程設計的本意並非矮化同儕支持員的角色，同儕支持員也並非主要的人事費補助對象，但在這樣的補助資格與服務設計裡，難免不讓人有如此之疑慮。王育瑜（2020）在其主持的同儕支持手冊裡談到：自立生活支持服務方案的整個服務流程中，主責人員是社工／專案管理人員，同儕支持服務是自立生活支持服務的一環，也是社工／專案管理人員所連結的服務資源之一。其也不斷的透過工作手冊提醒社工應如何與同儕支持員合作：社工需要釐清在個案服務流程中，同儕支持員的角色是什麼，才能將同儕支持員視為一同工作的夥伴、善用與尊重同儕支持

員的「專業」，使其能充分發揮支持心理社會障礙者自立生活的功能。這樣的提醒是好的，但這是建立在社工個人的意識上，而不是制度及工作文化使然，因此主動去建構一個以同儕支持團隊及社群為核心，才是根本解決的開端。

郝天行（2020）指出2010年代，「同儕支持」成為世界衛生組織呼籲的「全球化心理健康復元模式」，各國大量增設「同儕支持員」（peer supporter）相關職位，像是「同儕專員」（peer specialist）、「同儕職員」（peer staff）等。表面上，這看似是「同儕支持」的勝利，可是同儕支持「服務」不一定由失序者自身主導，同儕工作者很可能還是在從事傳統的「個案管理」工作，甚至被要求績效，卻與專業的個案管理員同工不同酬，或許這也導致臺灣的全職同儕支持工作者少之又少。

因此，當臺灣要將同儕支持視為一種專業時，我們至少必須做到同工同酬，在服務設計上也不是將之附屬於社工，而更像是工作上的同儕合作。

六、我們尚不夠清楚心理社會障礙者的同儕支持是什麼，卻已經有了同儕支持服務既定的框架，這是不利於同儕支持的發展

這在澳洲的同儕支持經驗裡也有重要的發現。根據Kemp與Henderson（2012）

在澳洲所做的同儕支持研究指出，擔任同儕支持工作的參與者所面臨的最緊迫的挑戰是缺乏角色的明確性，和在精神疾病復發後要再重返工作。缺乏角色的明確性是文獻中反覆出現的一個議題（Hutchinson et al., 2006）。有人認為，在工作人員沒有接受足夠的訓練去認識同儕支持工作者角色的組織裡，試圖以同儕身分工作的人很可能會面臨困難和挫折。當心理健康專業人員瞭解到同儕支持和復元的效益（Hutchinson et al., 2006），保密性和界限問題獲得解決（Mowbray et al., 1996），同儕支持者的角色被明確定義（Daniels et al., 2010; Dixon et al., 1994），以及充份的督導和支持機制被建構到方案當中，同儕支持方案才會獲得成功。為了使同儕支持成功地整合到服務之中，支持需要持續發生，並鑲嵌到組織的政策和程序當中（Gates & Akabas, 2007）。也許接受讓消費者在心理健康領域提供服務的最有說服力因素之一——無論是在公部門或非政府組織——是工作人員願意採取以消費者為導向、聚焦在促進復元的文化。工作人員願意轉而聚焦於消費者導向與復元，於是促進了復元的文化。從澳洲的經驗，再回到台灣沒有充份認識心理社會障礙者同儕支持的樣貌，就用自立生活支持方案取代了所有障礙者的「同儕支持」，這不是一個充分的、貼近需求的，更不是有進步思想的制度設計。

七、自立生活同儕支持仍舊跳脫不出專業工作者的服務視角，工作者的技巧、利益或計畫不應強加在社區，而是成為社區的資源之一

我們該改以讓他們決定怎麼設計屬於他們的所需，但前題是認識他們的經驗。我認為我們必須先提供一個「寫自己故事」的土壤，這需要各種資源與條件，打破他們不同意的專業詮釋，從他們社群自身去建立多元的敘事，視他們為有自身獨特經驗的群體，而不僅是生病或受苦的個人，這樣的過程是讓他們建立其文化，如此的新文化為社會注入的是人文精神的豐厚度，同時在貼近的理解中向他們學習，讓他們設計他們所需的服務。

臺灣社會對於心理社會障礙者，普遍是以醫療的視角看待，認為人的障礙是缺損的結果，並把障礙視為個人的問題，而忽略或缺少環境造成的障礙處境。聯合國世界衛生組織於 2001 年正式發表的「國際健康功能與身心障礙分類系統」（International Classification of Functioning, Disability and Health，簡稱 ICF）重新看待「身心障礙」的定義，不再將身心障礙僅侷限於個人的疾病及損傷，同時納入環境因素與障礙後的影響，重新定義障礙是：「沒有障礙的人，只有障礙的環境」（邱大昕，2011）。

心理社會障礙者時常被一般人視為

「有缺陷」、「不正常」，跟其他所謂的正常人相比，因為疾病而缺少了某些能力，所以需要以「復健」恢復其能力。然而，我們對心理社會障礙者的想像，難道只能以「跟正常人相比，你缺少某些能力」，或是「你不是正常人，你比正常人差」的眼光來凝視呢？

我們應打破這種凝視心理社會障礙者的框架，並將人類各種精神狀態，視為展現不同的心智能力，肯定社會中多元性生存樣態的存在，是人與環境互動的過程，而不是「單一的正常」。依著心理社會障礙者的主體，我們必須認識、尊重並學習他們的文化。要肯認不同群體之間的文化差異，首先要認識心理社會障礙者的文化，然而在過去，他們在醫療或各種專業的視框裡被論述，現在我們要創造空間與資源讓他們建構自己的文化論述，而我們要做的是尊重他們的主體經驗，瞭解他們對生活的經驗知識及內在感知，並且理解這些生活經驗與社會互動如何形塑他們的世界觀與生活方式，我們要向他們學習，一起努力改變社會結構中壓迫或不適合他們的生存本質。我是用這樣的信念在支持我的社會工作實踐：「總有一天，這社會生存的樣態本質，可以適合所有的人」。

參、結論與建議

一、政府可以用什麼格式、思想與價值設計同儕支持

（一）計畫依據

上述的壹、貳，更重要的是研究國外心理社會障礙者運動的脈絡，以及臺灣心理社會障礙者的運動脈絡及在地需求。

（二）目的

1. 看見同儕支持的可能樣貌。
2. 建立心理社會障礙者的主體經驗論述。
3. 拓展社會對心理社會障礙者的多元認識。
4. 分析現行專業服務與同儕支持的差異。

（三）獎勵對象

依法登記、立案之社會團體、心理健康、精神衛生之相關民間非營利團體（包括學、協會、公會及基金會）、精神疾病病友及家屬組織等，其章程之設立目的、業務項目或宗旨、任務中明定精神疾病之心理社會障礙者為其服務對象之一或辦理本案獎勵項目相關內容者均得提出計畫申請獎勵。

(四) 獎勵對象應置下列人員之一提供服務

1. 有精神疾病診斷者，不限領取身心障礙者證明者。
2. 能運用自身精神疾病生命經驗，建立雙向支持關係。

(五) 補助人員服務費之規定

由符合第（三）項獎勵對象申請之單位提出符合第（四）項之人員擔任同儕支持專案人員即可，因此可由受補助團體，自行推舉出符合以上條件之人員即可，讓受補助單位可以依其同儕支持經驗，選擇其最適合人選。

回到身心障礙者權利公約的精神，本就不以領取身心障礙者證明為標準，而是有心理社會障礙之事實即為心理社會障礙者，同時，也為讓心理社會障礙者及早得到支持，在發展同儕支持時，不論是使用同儕支持服務或者以同儕支持為工作者，皆不該受到身心障礙證明為限制，而是以能運用自身精神疾病生命經驗，建立雙向支持關係，發展同儕支持社群，建立同儕社群文化及認同為首要。

(六) 工作項目

事實上應該在全國辦理各種具有公民審議的會議，邀請心理社會障礙者研議討論，服務的設計、指標及項目，因此，以

下也只是依據作者跟心理社會障礙者工作經驗而來的建議，並不適合未經討論逕自使用。

1. 提供心理社會障礙者同儕支持服務

- (1) 同儕生活支持（先不要訂內容，實驗案嘛）。
- (2) 辦理同儕支持活動或課程（先不要訂內容，實驗案嘛）。
- (3) 其它（他們有他們的創意或文化，相信會有我們想像外的可能發生）

2. 推動心理社會障礙者去污名化政策宣導或社區融合活動

3. 心理社會障礙者各種經驗的書寫、整理與發表

(七) 成效計算標準：與承辦單位討論

1. 提供心理社會障礙者同儕支持服務

- (1) 同儕生活支持：受益人數／人次／月。
- (2) 辦理同儕支持活動或課程：週或月／頻率。
- (3) 其他：活動說明及辦理情形。

2. 推動心理社會障礙者去污名化政策宣導或社區融合活動

- (1) 相關政策宣導辦理場次/平面、電子媒體露出篇數。
- (2) 社區融合相關活動受益人數/人次／辦理場次數。

3. 心理社會障礙者各種經驗的書寫、整理與發表

- (1) 每月一篇，但篇幅不限。
- (2) 年度整理報告。

(八) 獎勵方式與獎勵金額

1. 獎勵方式

為使經費能確實運用於心理社會障礙者之社區照護，本計畫採補助團體、組織提供服務之方式辦理，以發揮最大效益。

2. 獎勵金額

- (1) 至少2名以上全職人力或拆成數名兼職人力（彈性工時）。
- (2) 要有固地場所之租金、開辦費、辦公設備。
- (3) 業務費、管理費。
- (4) 不需有自籌經費。

二、建立同儕社群支持實驗案要注意哪些狀況（以作者辦理同儕支持活動為例）

(一) 重視行動過程的梳理，而不是服務的達成率

建立同儕支持社群的初期階段，要重視的是承辦單位「看見什麼」，所以做了什麼，「看見什麼」比做了什麼的成果更為重要，從那個經驗去看到什麼跟原本的想像不一樣，什麼是一樣的，然後做對了什麼，什麼是這個活動大家最有連結、共鳴而把人集結起來成為社群，會讓人有動

機繼續參與的，反之亦然。

因此，初期是將成效放在探索性，承辦單位要做的是說明「看見什麼」、「預期促成什麼」、「做了什麼」、「落差是什麼」、「我們是什麼樣的群體」，比較是梳理行動的過程，不要太快有明確的KPI綁住，這也是往往政府提供預算補助太快強加績效，導致實驗案沒有探索、走遠路甚至犯錯的空間。

(二) 創造社群自在的氛圍感，沒有誰是權威，沒有誰能認定對錯

過去我們舉辦「瘋子大亂鬥～去你的正常人」，我們是由精神疾病當事人阿生、龍龍、山椒魚、小潔等人組成工作小組（志工性質）辦理活動，當時每個月舉辦一次對外活動，每次有一個主題，我們沒有活動的帶領者，只有說明活動主題的人，也不要求每個人都要自我介紹，也不用說話，但會去培養說話是安心、自在的氛圍，沒有說錯話、要政治正確、不去評價、誰設定好壞對錯等等，因此會聊到住院有趣或不爽的經驗，找尋特殊療法的過程，會怎麼自行調整藥物這種不被專業人員認可的討論，還有不覺得自己生病，而是自覺我是什麼困難，不想去看醫生的原因，怎麼跟醫生交手……等等，像是有一次是討論戀愛主題，我們邀請願意的人準備一首自己的主題曲，用歌曲訴說自己的情感經驗，但不用每個人都說，甚至只

放歌，可以不用介紹，大家靜靜地聽著歌曲。團體是非常沒有目標、沒有結構的，但讓每個人都可以決定自己如何參與，重點是想「在」一起。我們沒有簽到，但至少每次20人參與，最多塞爆到50人左右，平均有30-40人左右。舉以下幾個活動：

2/19（日）：聊聊醫院篇：就診<https://fb.me/e/3gILPTtGD>

3/26（日）：聊聊醫院篇：藥物<https://fb.me/e/1Qyh7ebBC>

6/25（日）：聊聊醫院：住院<https://fb.me/e/33jlbf9G>

（三）願意說出來自己的經驗，是同儕支持的第一步

我們當初是「看見什麼」而辦理這個活動呢？其實是跟心理社會障礙者聊到家屬有自己的家連家健康教育課程，可是我們心理社會障礙者在自己的疾病歷程裡都是醫療的語言，我們認同的會變成是疾病的「醫療認同」或「專業認同」，但明明我們自己不全然是那樣認同，但「我們」的認同究竟是什麼呢？我們是否可以藉由個別到社群的對話，找出來我們經歷到的各種情況，而有我們對自己經驗的多元認同，這同時可以提供不同階段同儕經驗的參照——我們「預期促成什麼」，因此我們辦理了這樣的聚會——「做了什麼」。

我們發現一個很大的落差，我們不能

帶著蒐集與整理經驗的目標去進行活動，這樣會失去彈性，會對團體動力造成壓迫，無法安心自在的流動，更重要的是願意說，於是我們根本沒有紀錄與書寫該場活動（不錄音、不做筆記），以致於我現在全憑金魚腦的破碎記憶寫下經驗，可是我們形成了個非常無結構又鬆散卻有效的群體。

（四）同儕共同的經驗是疾病及社會受苦，而不是擁有重大傷病卡或身心障礙證明

在經驗這樣的歷程裡，看見了什麼？看見了有一群在15~30歲左右的生命，在疾病或失序裡受苦，生命正在經歷激烈的變化-不斷自傷、過度用藥、甚至自殺都是常態，他們多數不擁有社福資源身分，也是走不進社福機構的年輕人，他們對自身生命的詮釋沒有被聽見與理解，因此現行社家署自立生活同儕支持還停留在身心障礙證明的資格上，明顯是不符合群體的樣態。

（五）心理社會障礙者的同儕支持，需要一個有彈性及給予充份探索的計畫空間

在行動上的促成什麼，也要隨著時間逐步修正，而且設定目標也在過程中變動，原本設定的什麼課程或認同歷程的什麼，也都跟群體現在的現況與動力有距離，因此要再Re-Set。計畫往往必須訂人

次、場次與各種成效無可厚非，但會限縮行動的靈活度與可能性，實驗所需要的是怎麼描述行動、反思行動再做出因應調整的空間，尤其是這樣未知卻重要的實驗。

以上是我對於該行動的詮釋，是片段的，不能代表當時其他夥伴的經驗與理解，重點放在提出一個給予補助案或計畫最大空間的可行性，希望不要政府習慣的

方案設計，壓壞了、窄化了同儕支持的成長空間，這真的需要好的實驗土壤。

（本文作者為伊甸基金會精神障礙者協作模式服務據點外聘督導、人生百味文化建構協會外聘督導）

關鍵詞：同儕支持、自立生活、心理社會障礙者、精神疾病、精神障礙者

📖 參考文獻

社團法人台北市新活力自立生活協會全球資訊網。http://www.ciltp.artcom.tw/ap/cust_view.aspx?bid=30

邱大昕（2011）。〈誰是身心障礙者——從身心障礙鑑定的演變看「國際健康功能與身心障礙分類系統」（ICF）的實施〉。《社會政策與社會工作學刊》，15（2），187-213。

郝天行（2020，11月30日）。〈精神障礙同儕支持服務，誰才有資格做？切勿從上到下急躁移植、專業主導〉。Right Plus，https://rightplus.org/2020/11/30/peer_support/

廖福源（2020，11月27日）。對同儕支持方案的想像。Facebook。https://reurl.cc/VjQR15

廖福源、吳家琪（2022）。〈精神疾病經驗者的文化：策展實務與反思〉。載於陳佳利（主編），《當我們同在一起——博物館友善平權實踐心法》（第二冊，頁172-188）。藝術家。

衛生福利部社會及家庭署（2017，8月31日）。《CRPD身心障礙者權利公約》。https://crpd.sfaa.gov.tw/BulletinCtrl?func=getBulletin&p=b_2&c=C&bulletinId=301

衛生福利部社會及家庭署（2020）。《身心障礙者自立生活同儕支持服務參考手冊》。https://dpws.sfaa.gov.tw/popularize-detail.jsp?serno=202110270001

衛生福利部社會及家庭署（2021，4月22日）。〈111年度公益彩券回饋金推展社會福利計畫申請主軸項目及基準〉。https://www.sfaa.gov.tw/SFAA/Pages/Detail.aspx?nodeid=1303&pid=10574

Kemp, V., & Henderson, A. R. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J*, 35(4), 337-340. https://www.doi.org/10.2975/35.4.2012.337.340

Mead, S. (2003). *Defining peer support*. https://mhepinc.org/defining-peer-support/

Mead, S., & MacNeil, C. (2006). Peer support: What makes it unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 10(2), 29-37.