

家屬也是復元路上的主角—— 美國NAMI家連家經驗對臺灣精神疾病照顧者支持體系的啟示

張朝翔、蔡旻霏

壹、前言

家庭是精神疾病患者最長期且最緊密的支持網絡。隨著去機構化政策的推行，越來越多的嚴重精神疾病患者在急性期治療後返回社區，家庭因而成為主要照顧來源。儘管家屬在支持復元的過程中扮演關鍵角色，卻常被服務系統忽略。研究指出，家庭提供的心理支持（如共情、信任與關愛）對於患者的病程管理具有深遠影響（Duke, 2016）；然而，長期照顧者本身亦面臨沉重壓力，根據美國全國精神疾病聯盟（National Alliance on Mental Illness, NAMI）報告，約有三分之一的精神疾病家庭照顧者出現顯著照護負荷（NAMI, 2013）。

英國國家健康與照顧卓越研究院（The National Institute for Health and Care, Excellence, NICE）於2020年公告，針對症狀長期且對一般治療無效的精神疾

病患者，應提供專門的復健服務，包括住院復健與社區復健團隊，並整合成完整的復健照護路徑，協助患者達到最佳獨立程度。臺灣自1990年代起，精神衛生政策逐漸從以醫院為中心的照顧模式轉向社區支持導向，鼓勵精神疾病者返回社區生活（呂淑貞，2018；陳湘瑾，2021）。配合政策轉型，政府建立社區追蹤訪視制度與通報機制，期望透過社區資源穩定病情與預防復發。然而在現實中，社區支持體系資源仍顯不足，地區間資源分配不均，也使出院患者難以獲得足夠協助，導致家庭成為實際照顧主體，背負日常照護與治療監督的重擔（陳湘瑾，2021）。

陳湘瑾（2021）實地訪談精神障礙者與其家庭後指出，許多家庭並非拒絕照顧，而是因「無力妥善照顧」而陷入困境：缺乏應對複雜症狀的知識與技巧、缺乏喘息與支持系統，導致身心俱疲。在理想情況下，社區照護與長照2.0應為精

神康復者提供復健、就業與日間活動等支持，使家庭免於獨自面對壓力。但陳湘瑾（2021）研究調查顯示，多數服務並未能有效涵蓋精神康復者的特殊需求，例如評估制度與人力配置的限制，導致服務「不合用」，且區域間資源分配不均，加劇城鄉差距。

目前對照顧者的直接支持仍極為有限。雖長照政策提及「照顧者支持服務」，實際對精神疾病家庭的支援措施則仍偏向缺乏（張文彬，2021；李宜玟等人，2020）。特別是喘息服務幾近闕如，許多照顧者多年無休，身心疲憊卻無從求援。此外，教育訓練資源缺乏，造成家屬多半處於「邊做邊學」的摸索狀態。僅有少數醫院或民間團體提供講座，尚未建立制度化、普及化的訓練體系，導致家屬難以即時獲得正確資訊與技能，進而增加挫折感與照顧疲憊（李錦彪，2003）。

隨著《精神衛生法》於2024年12月14日完成修正，首次明文規定家屬支持應納入社區精神照護體系。特別是在第23條第3項中，規定地方主管機關應提供心理衛生教育、情緒支持、喘息、專線服務等多元措施，對政策推動具有重大意義。行政院亦於2023年核定《113至117年身心障礙者照顧服務資源布建計畫》，其中明定「減輕家庭照顧者負擔」為主要策略，並將「精神病病人及家庭支持服務」列為

正式資源方案。至2025年，該項政策已設立29個專案，補助地方與民間單位推動家庭支持模式，內容涵蓋心理教育、情緒支持、入家評估與轉介網絡。

從政策說明書可見，臺灣的家屬支持體系逐步走向制度化與跨部門合作，構築出「家庭—社區—服務網絡」的復元三角結構。然而地方執行仍存落差，尤其在喘息服務與入家訪視社工資源的配置上，是否能依實際需求精準導入，仍需進一步觀察與調整。在復元導向的觀點下，復元不僅關乎患者個體，更包括其家庭的創傷修復與生活重建。過去精神醫療與社會服務系統多忽視家屬的支持與教育需求，使其在無助中承擔照護責任，嚴重影響家庭功能與生活品質（魏芳婉、趙雨龍，2005）。因此，建構以家屬為主體、強調賦權與參與的支持體系，已成為當前社區心理衛生政策與實務發展的關鍵課題。

貳、國際視野下的家屬支持模式：從美國NAMI與香港家連家反觀臺灣現況與挑戰

一、美國NAMI家連家教育課程的起源、內容與成效

美國NAMI於1979年成立，是由一群精神康復者的家屬在美國發起的全國性草根組織，旨在為受精神疾病影響的個

人與家庭提供教育、支持與倡導（NAMI, 2023）。進入20世紀末，研究逐漸反思將焦點僅限於病患治療的侷限性，開始強調家庭心理教育（psychoeducation）在嚴重精神疾病照顧中的重要性。然而，當時多數地區仍缺乏正規化的家屬教育課程。1997年，美國NAMI推出「家連家」（Family-to-Family）課程，由具有照顧經驗的臨床心理學家Joyce Burland所開發，融合個人經驗與專業知識，並採取同儕教學模式，由受訓的家屬擔任講師（Dixon et al., 2001; Burland, 2003）。此課程於2000年代起被列入美國聯邦SAMHSA認可之循證實務（SAMHSA, 2019），確認其在整體心理衛生服務體系中的價值。

該課程強調家屬照顧者在復元歷程中的關鍵角色，主軸為賦權（empowerment）與同儕支持。課程結構明確，主題涵蓋心理、生理與社會層面，安排為每週一次、共八週，內容包括壓力與情緒調適、問題解決技巧及社會資源運用（Dixon et al., 2001; NAMI NYC Metro, 2022），也涵蓋辨識危機、有效支持親人、提升家屬自我效能等議題（Lefley, 2009）。

課程自2001年開發至今，已有多項實證研究指出：參與課程後的家屬在自我照顧能力、心理健康、壓力調適與家庭功能方面皆有顯著提升（Dixon et al.,

2001, 2011; Lefley, 2009; Mercado et al., 2016）。量化研究也顯示，家屬的因應能力、精神疾病知識與信心水準均有明顯進步，主觀壓力與孤立感則顯著下降，且支持與接納感顯著增加（Lefley, 2009）。例如，紐約大學社會工作學院的研究指出，完成課程後，家屬在家庭賦權、自信心與家庭功能方面均顯著改善；對照顧者產生的負面情緒，如倦怠與無力感，亦大幅減少（Dixon et al., 2001）。雖然樣本數相對有限（83位課後測量），但研究結果與先前諸多研究一致，進一步確認課程的效果（Dixon et al., 2011; Lefley, 2009）。

Mercado等人（2016）將318位參與者進行隨機分派，將精神疾患之照顧者分為立即參與課程組及等待三個月組，期間照顧者可自由使用其他社區與專業支持服務。研究者於課程前及課程結束後進行質性訪談，結果發現當照顧者立即接受課程，在壓力調適與心理負擔下降方面有顯著改善（Lucksted et al., 2017）。課程能協助照顧者重新界定「可控制與需放手」，並提醒其在支持親人的同時也需照顧自身需求，進而減少照顧者之緊張與挫折感。

綜上所述，該課程效益可歸納為四項：第一，增強家屬的賦權感，使其能在家庭與醫療體系中積極參與與發聲；第二，提升壓力與危機管理能力（Lefley,

2009)；第三，增進疾病與復元知識，降低迷思與標籤 (Burland, 2003)；第四，改善家庭關係與照顧能力，強化照顧者的調適與求助行為 (Dixon et al., 2001)。值得一提的是，這些成效並非僅止於短期效果。研究發現，即使課程結束六個月後，家屬在壓力調適、疾病理解與自我效能等方面的進步仍能維持 (Dixon et al., 2001)。因此，該課程被廣泛認為是一種具轉化力的復元導向實證介入模式，對於全球家庭支持策略具高度參考價值 (SAMHSA, 2019)。

二、香港的引入與本土化：從家庭教育到倡導行動

在亞洲地區，香港是最早將美國 NAMI 課程本土化的地區之一。2000 年代初，香港中文大學社會工作系的趙雨龍博士引進並翻譯美國的 Family-to-Family 課程為「家連家精神健康教育課程」(Chiu, 2004a)。課程以 8 週為一單元，由具有照顧經驗的家屬擔任講師，採同儕支持教學模式。

自 2003 年起，課程逐步在社福機構與醫院中推廣，擴展至地區與公共健康體系 (Chiu, 2004a)。課程本地化過程強調文化調適與政策倡議，包括設計本地教材、翻譯為粵語、培訓照顧者講師，並在精神科醫院及社區機構中建立支持團體 (Chiu, 2006)。2009 年，香港正式成立

「香港家連家精神健康自助協會」，成為政府資助的倡議型組織，推動教材出版、講師培訓與政策參與，成為家庭照顧者體系化支持的重要平臺。

香港課程的本地轉譯策略包括：(一)在地化教材與語言，使課程更貼近家庭生活；(二)專業與同儕共同授課，強化課程實務性與參與感 (Chiu & Ng, 2010)；(三)與公營機構合作，提升服務可近性；(四)政策倡導與延伸性發展，如推動設立家屬諮詢平臺與同儕小組 (IPSGG, 2017)。研究評估顯示，該課程有助於提升家庭連結感與功能，改善家屬心理健康與復元力，並減少內疚與污名 (Ng et al., 2020)。其發展經驗亦成為臺灣、新加坡等地家庭支持制度設計的重要參考。

三、臺灣的引入與發展：臺灣家連家精神健康教育協會的成立

臺灣對美國 NAMI 課程的引進深受香港經驗影響。2003 年，趙雨龍博士授權臺灣學界與機構使用其翻譯教材，開啟本地試辦。當時由國立臺北大學社工系魏芳婉老師領導團隊，進行初步試行與在地化評估 (魏芳婉, 2005; Chiu, 2004b)。課程由受訓專業人員與家屬共同帶領，每週一次、每次約 2 小時，並搭配參與者問卷評估。

2005 年魏芳婉研究指出，臺灣課程

在充權、壓力調適與服務使用上具顯著效果，特別在家庭分工與社區資源運用上成果顯著（魏芳婉，2005）。課程亦有效提升家屬的包容理解與情緒調整能力，且成效具持續性（魏芳婉，2006）。後續研究透過《東吳社會工作學報》進行發表，進一步肯定其文化適配性與制度化潛力（魏芳婉，2008）。課程亦逐步轉為以家屬為主體的同儕教育架構，進行跨縣市推廣與講師培訓。

為推動課程長期發展，2013年起，來自全臺的家庭照顧者與專業工作者共同成立「台灣家連家精神健康教育協會」。協會承接香港授權教材，並組成家屬培訓團隊，協同醫療與社區系統推廣照顧者課程與支持方案。截至目前，協會已在全臺13個縣市開設課程，累計培訓超過3000位家屬參與者，成為推動臺灣家庭同儕教育課程的重要組織基石。

參、制度回應與盲點：探討臺灣現行家屬支持體系的不足與進展

一、家屬的需求

對精神康復者而言，精神疾病的復元往往面臨著社會污名、人際關係失調、學業或工作中斷、重拾社會角色的困難等多重挑戰（Wing, 1990）。而根據宋麗玉（1999）的研究發現有95%在社區中的精

神康復者與家人同住。對其家庭而言，如何在自身心理煎熬中仍持續陪伴與支持康復者走過漫長復元之路，則是一項艱鉅且未有標準解答的任務。

研究指出，家屬在初聞親人確診精神疾病時，常經歷震驚與否認反應，對疾病的基本知識與應對方式亦多所匱乏。加之社會污名與資訊不對等，照顧者普遍承受巨大心理與生活壓力（王嫻靜，2015；Keletwaetse Sakwape et al., 2025）。宋麗玉（2002）、陳佳琪與吳秀照（2023）研究指出，精神疾患照顧者負荷包含：烙印、社交干擾/依賴、照顧者緊張感、生涯干擾、家庭關係干擾、經濟壓力與愧疚等。此外，根據監察院調查結果，不少精神疾患未實際獲得或接受長照2.0的服務，雖然有照顧者的壓力監測機制，卻未實質舒緩照顧壓力（張文彬，2021）。

臺灣的精神衛生政策演進，與國際趨勢在時間上存在同步性，但在哲學理念的轉化上卻呈現明顯的「滯後」。雖然自1990年代起，臺灣也逐步推行去機構化，將政策導向社區支持，但這一轉變在實務上更多是物理性的「去機構化」，而非深層次的「復元導向」轉型。換言之，臺灣的制度思維未能將復元觀點的核心精神——即將家庭視為主體、賦權與參與——同步納入考量。

這種「哲學滯後」效應，導致了家

屬支持體系長期的制度性邊緣化。儘管患者返回社區後，家庭成為主要的照顧來源，但服務系統的思維仍停留在以「醫療資源」為主的模式，未能有效將家屬納入服務網絡的核心。在衛生福利部自2024年起推動「精神病病人及照顧者社區支持服務資源布建計畫」之前，我國公共政策中鮮少將家屬明確納入精神健康支持體系，家屬支持體系長期處於起步階段的根本原因，它將家屬的實際需求與龐大負擔，長期置於政策的邊緣地帶。

根據現有文獻，可將家屬需求歸納為三大類別：實質支持、建構家屬教育體系與心理支持，並需輔以跨面向整合之服務策略。

（一）實質支持

自1986年「精神醫療網計畫」與1988年「社區復健計畫」實施以來，臺灣逐步建立起以醫療與社區照護為主體的精神健康服務體系，涵蓋急慢性住院病房、日間留院、居家治療、社區復健中心、康復之家及精神護理之家等服務。2022年起進一步拓展至精神障礙者協作模式據點、社區心理衛生中心與社區家園，試圖形塑多元支持網絡。雖然這些資源名義上針對康復者，但亦可間接緩解家屬的照顧負擔（王嫻靜，2015）。

然而，實際上許多家屬長期面臨經濟壓力與時間精力的耗竭，部分家屬甚

至因照顧責任而無法持續工作，迫切需要金援與替代照顧資源以維持生活品質。家屬期待獲得相關的醫療補助或是生活補助，紓解家庭經濟壓力（胡海國等人，2000）。

（二）建構家屬教育體系

資訊的獲取與疾病知識的學習是家屬自我賦能的起點。資訊不對等為家屬使用資源的一大阻礙，家屬並非拒絕服務，而是往往不知其存在或申請方式，顯示出政府在資源整合與宣導上的不足。多數家屬反映在照顧歷程中難以獲得系統性資訊與相關資源申請方式等（李姿瑩等人，2000；李錦彪，2003）。醫院僅提供基本用藥指導，對於疾病的起伏歷程、行為預兆、溝通策略及危機應對則未有明確說明（Keletwaetse Sakwape et al., 2025），使家屬多以「邊做邊學」方式在危機中應對。雖部分醫療機構有辦理精神疾病衛教課程，然多數內容著重於醫療面向，較少涵蓋陪伴與支持技巧。家屬實際所需包括疾病成因、病程演變、藥物副作用、家庭互動方式等實務指導（沈淑華等人，2005；陳麗玉，2015）。因此，建構以家屬為核心的系統性教育體系，對其心理賦能與照顧品質具有關鍵意義。

（三）心理支持與整合性服務

長期照顧與社會排斥讓許多照顧者

承受巨大的心理負荷，常見焦慮、抑鬱與無助感交織發生，若未獲得適當情緒抒發管道，將嚴重削弱照顧效能並衝擊家庭關係（宋麗玉，1998）。Keletwaetse Sakwape等人（2025）指出，家屬普遍表達對情緒支持團體的高度需求，期待有可傾訴的對象與支持性團體的陪伴。這些回饋清楚揭示：家屬需求不僅止於資訊與資源的提供，更渴望「被理解」與「被聽見」。唯有建立穩定的心理支持體系，才能回應家屬的照顧疲乏與孤立處境（陳佳琪、吳秀照，2020）。

二、家屬處遇的典範轉移

自19世紀初以來，精神疾病處遇模式歷經多次變革。美國早期的「庇護所運動」（asylum movement）倡導將精神病人隔離於療養院中，進行休養與道德治療，初期以人道主義為出發點。然而，隨著時間推移，機構過度擁擠與資源匱乏導致療養院淪為收容機構，忽視個體尊嚴與復元潛能。

1950年代，第一代抗精神病藥物（如氯丙嗪）問世，使精神症狀獲得一定程度控制，精神醫學逐漸轉向生物學取向，將精神疾病視為腦部功能失調的結果。與此同時，改革者與家屬揭露療養院內的非人道待遇，推動社區化浪潮。1963年《社區心理衛生法》（*Community Mental Health Act*）通過，標誌著去機構化運動的開

端，精神復健模式也隨之崛起。到了1990年代，美國政府正式將「復元」列為精神健康體系的核心目標，肯認服務使用者擁有主體性與生活自主的價值（Anthony, 1993）。

家屬角色的演變亦與此歷程同步（彭美琪，2006）。1940年代，精神分析與家庭病因論盛行，將家屬視為致病因素，排除於治療歷程之外。1960年代，精神康復者自療養院返家後，專業人員開始介入家庭教育，教導應對技巧，家屬轉為照顧者角色，但互動仍以單向指導為主。直至1970年代人權運動興起，家屬開始組織自助團體，倡議自身權益。1979年，美國威斯康辛州成立美國NAMI，開創家屬由「案主」轉為「合作者」之先河，並以家屬經驗作為教育與政策參與的資源。

香港的發展歷程與臺灣文化背景相近。自1990年代起，社會福利署與醫管局推動「社區精神健康政策」，將家屬納入服務架構。初期以專業人員主導之家屬教育小組為主，後逐步發展至由民間組織承辦的家屬支援與賦權方案，並促進家屬互助團體之形成與自主參與。此一轉變標誌著家屬從被動接受者，轉化為「經驗擁有者」、「同行支持者」乃至於「家屬同儕支持員」，在服務系統中占據更積極與能動的位置。

三、優勢觀點下的家屬支持模式

由上述美國與香港的歷史沿革可觀察得知，家屬介入方案的發展已由「缺失模式」逐漸轉移為「以優勢為基礎」的家庭支持與賦權（Chiu & Chiu, 2012; Dixon et al., 2001; NAMI, n.d.-d）。宋麗玉等人（2003）更於2000年代初期起，便將優勢觀點應用於精神障礙家庭的介入策略，提出系統性的實務手冊，成為臺灣本地化的實踐依據。

以下為優勢觀點的六大原則與家屬支持服務的整合說明（宋麗玉等人，2003）。

（一）個人有學習、成長和改變的能力

此原則強調，相信每個人都擁有潛能去發揮、表現與實現自我，同時具有獨特而不可取代的主體性，能夠揭示自我並活出生命的意義。因此，家屬不應被視為「長期焦慮或無力的照顧者」，而應被肯認為有能力學習、適應與重新定位自身角色的重要他人。家屬亦能在陪伴精神康復者的歷程中獲得成長，發展自我照顧策略，並逐步找到與康復者共處的平衡方式。根據此原則，已發展出多元的家屬教育與支持課程，如「家連家精神健康教育」、溝通訓練、讀書會、敘事治療團體等。

（二）焦點在於個人的優點而不是病理

在助人過程中，專業人員不應僅著眼於個人的缺失與困難，而應看見其潛能、興趣、成功經驗及可運用的支持網絡，並強調個人所擁有的能力與資源。每個家庭皆有其使家庭得以持續運作與發展的優勢，例如家庭成員間的連結與承諾、家屬本身具備的知識與技能，或其既有的個性特質與過往興趣等，這些都是推動家屬與康復者共同走向復元的重要動力。因此，在與家屬互動或帶領團體過程中，專業人員應秉持此原則，協助家庭探索並認識自身的優勢。

（三）案主被視為助人關係中的指導者

每個人都是自己生命歷程中最了解自己的專家，無論是康復者或家屬，皆具有詮釋與決定自身生活的主體性。因此，專業人員的角色應是引導者與促進者，而非控制者或決策者，需鼓勵並支持家屬發掘與實踐其個人目標與生活選擇。

（四）夥伴關係是基本且必要的

建立真誠、尊重與同理的夥伴關係，是促進改變與成長的核心基礎。專業人員不應將自身定位為權威性的指導者，而應與家屬站在平等的位置，成為同行者與支持者。這種夥伴關係須以真誠地表達信念與感受為前提，透過同理理解對方，並尊重家庭所處的文化脈絡與價值觀，避免評

價與批判。無論是在日常互動、教育課程，或是心理諮商中，皆應貫徹此原則。

(五) 外展是較佳的處遇方法

對個案的全人理解應涵蓋身心、社會與靈性層面，並延伸至其在家庭、職場、人際網絡、休閒嗜好與宗教信仰等生活場域的日常經驗。真正有效的支持，不應只是等待對方進入服務體系，而是主動進入其生活世界。考量到許多家庭可能因為羞愧、疲憊或經濟壓力而難以主動求助，服

務單位需以積極的外展策略與行動接觸家屬，例如社區宣導、到宅訪視、電話關懷與設立精神疾病照顧者專線等，都是實踐外展的重要方法。

(六) 社區是資源的綠洲

專業人員的任務不僅是將各項資源連結成服務流程，更應從家庭實際的社區生活脈絡出發，與家屬共同編織一個具備文化敏感性與在地支持力的網絡。支持資源的來源不應限於醫療或社福體系，還包括

表 1 家屬支持模式對照：從「缺失模式」到「優勢復元觀點」

核心原則	缺失模式特徵（臺灣現況）	優勢復元觀點實踐（國際經驗）	家屬在其中扮演的角色
哲學觀點	焦點在於家屬的無助、壓力與知識不足。	焦點在於家屬的韌性、潛能與內在資源。	從「問題承載者」轉變為「潛力擁有者」。
服務設計	單向、被動的「問題導向」服務。	以家庭為核心、主動、預防性的服務。	從「被動接受者」轉變為「共同指導者」。
人力與資源	喘息服務與系統化教育訓練不足。	提供喘息服務、心理支持與結構化教育課程。	從「孤軍奮戰」轉變為「被支持的照顧者」。
服務場域	服務多集中於醫療與社福機構。	服務主動「外展」，深入家庭與社區脈絡。	從「服務使用者」轉變為「社區參與者」。
最終目標	解決家屬的單一問題（如壓力）。	賦權家屬，使其成為復元路上的行動夥伴。	從「附屬照顧者」轉變為「制度倡議者」。

資料來源：由作者整理補充。

鄰里關係、宗教團體、在地機構、自助團體與家屬支持系統等。於實務操作上，專業人員不應僅止於提供資訊，而應深入理解家庭處境，陪伴家屬主動探索與建立適切的社區支持網絡。

為了更精確地剖析臺灣制度的盲點，本段援引「缺失模式」(Deficit Model)與「優勢觀點」(Strengths-Based Model)作為分析工具(表1)。傳統的「缺失模式」是一種以病理為中心的助人取向，其焦點放在個人的「問題」、「不足」與「缺失」上，將家屬的困境視為缺乏知識與技能的病理狀態，並將其視為需要被教育、被指導的對象。

肆、雙向復元觀點下的家屬角色轉變與互助實踐

一、家屬社群的建立與倡議行動

家屬長期被視為精神康復者的自然照顧者，然而，其照顧壓力與心理耗竭常遭忽略。家屬支持團體的出現不僅提供情緒紓解與經驗交流平臺，也推動政策改變與去污名行動。美國 NAMI 與香港的「家連家」課程均為典範，透過家屬講師制度與公共參與，轉化經驗為倡議動能。

臺灣的發展也逐步跟進。2003年引進香港「家連家」課程後，逐漸形成穩定的家屬社群，並組織倡議型團體「台灣家連家精神健康教育協會」，參與政策遊說、

社會教育與記者會，促進精神健康體制回應家屬需求，並強化公共論述中的「家屬聲音」。

美國 NAMI 由家屬發起並發展為全美最大的心理健康草根組織，長期推動家屬參與的倡議行動。在公共政策遊說方面，美國 NAMI 動員家屬與患者共同向各級政府發聲，成功促成多項重要法案的通過與改革。例如，美國 NAMI 的草根倡導者曾協助推動聯邦《心理健康同等法》(Mental Health Parity Act)等立法，擴大醫療保險對精神健康服務的覆蓋，並捍衛精神疾病患者權益不受削弱(NAMI, n.d.-a)。

美國 NAMI 亦積極鼓勵家屬參與立法聽證與決策過程，透過分享親身經歷來影響政策制定——美國 NAMI 強調「親歷者的故事」能夠打動政策制定者的心，帶來有利於精神疾病者家庭的政策改變(NAMI, n.d.-a)。為培力家屬成為有效的倡議者，美國 NAMI 設計了專門訓練課程(如“NAMI Smarts for Advocacy”)，教授家屬運用自身經歷進行有技巧的草根倡導，包括敘說自身故事、與議員會面溝通等技能(NAMI, n.d.-c)。

在去污名方面，美國 NAMI 發起 StigmaFree 全國運動，號召社會大眾(包括患者和家屬)以實際行動終結對精神疾病的污名化(NAMI, n.d.-b)。透過公開演講、媒體宣導和社群活動，美國 NAMI

動員家屬分享故事以消弭大眾對精神疾病的偏見，營造更具同理與支持的社會氛圍。此外，美國NAMI每年舉辦心理健康宣導日、美國NAMI Walks健走等活動，凝聚家屬與社區力量提高公眾意識，展現家屬在倡議行動中的關鍵角色。

二、雙向復元的實踐意涵

Anthony (1993) 強調復元為一項極具個人性與主體性的歷程，然早期實務多聚焦於服務使用者，忽略陪伴者本身亦處於復元旅程中。「雙向復元」(mutual recovery) 理念指出：家屬與康復者在互動中相互影響，共同成長。許多家屬初始將焦點放在「如何讓孩子變好」，而非自身的照顧狀態。然隨著歷程推進，家屬逐漸意識到唯有照顧好自己，才能真正支持他人。透過自我照顧、恢復社交與重拾個人目標，家屬亦進入復元過程中，逐步重塑角色與價值觀。

美國NAMI的家屬倡議與同儕支持實踐體現了一種雙向復元 (mutual recovery) 的理念，即在支持精神疾病患者復元的同時，家屬自身也從中獲得成長與復元。傳統上精神復元著重於患者個人的重建歷程，但近年來的研究與政策文件日益強調：家屬照顧者本身也有其復元旅程，需要得到關注與支持 (Wyder & Bland, 2014)。Wyder與Bland (2014) 指出，復元觀架構有助理解家屬對精神疾病

的回應歷程，家屬必須在滿足患者與自身需求之間取得平衡，經歷屬於家屬本人的心理調適和成長。

當家屬參與像美國NAMI這樣的同儕支持活動時，其角色不再只是單向付出照顧，更是在互助過程中實現自我賦權與療癒。例如，家屬在支持小組中分享自身經驗，不僅幫助了別的家庭，也因他人的共鳴與感激而增強了自我價值感和應對信心 (所謂「助人自助」的原則)。這種互惠的支持關係正是雙向復元的體現：家屬與患者在互動中彼此促進復元、共同成長。

國外文獻亦強調，共學共助可以帶來雙向的益處——不僅患者從中受益，家屬和專業人員也能獲得復元力的提升。例如，有研究發現，融合患者與家屬共同參與的復元教育能增進雙方的同理心與互相理解，減少污名和家庭衝突，進而促進共同復元的實現 (Aldersey & Whitley, 2015; Crawford et al., 2013)。美國NAMI的家屬同儕支持正契合了這種理念：透過讓家屬成為平等的同儕伙伴，其經驗不再被侷限於「照顧者壓力」的負面框架，而是昇華為一種積極資源，在助人的過程中找到意義與力量 (NAMI, n.d.-d)。

同樣地，患者也從更健康、更有知識與支持力的家庭環境中獲益，兩者形成良性循環。可以說，「雙向復元」為心理健康復元提供了一個整合觀點，強調患者與

家屬福祉的聯結。美國 NAMI 透過家屬倡議與同儕支持實踐了這一觀點，展現出當家屬被賦權並參與到復元進程時，不僅能改善患者的結果，亦能療癒家屬自己的創傷與成長需求。這一經驗也逐漸反映在政策與學術論述中，呼籲在心理衛生體系中納入對家屬復元的支持，推動真正意義上的雙向復元。

伍、結論：邁向以家屬為夥伴的支持體系轉型

本文探討精神疾病者家屬於復元導向照護體系中的角色與需求，並透過分析美國 NAMI 與香港「家連家」的家屬支持模式，對照臺灣現行政策與實務，提出關鍵觀察與反思。綜合研究與實務發現顯示，家屬長期以來在精神健康服務體系中常被視為「附屬照顧者」，其自身的心理壓力、教育與支持需求未獲應有重視。然而，隨著國際復元取向的深化與社區支持系統的改革，家屬的主體性、賦權歷程與系統參與，已被廣泛視為促進精神障礙者與家庭共同復元的關鍵環節（SAMHSA, 2025）。

首先，美國 NAMI 推動的「Family-to-Family」課程與倡議行動展示了結構化、循證化的家屬支持模式，成功促進家屬自我效能與社會參與，並產生明確的心理與家庭功能改善成效。該模式強調同儕帶領

與經驗分享，體現「家屬也是復元主角」的理念。其影響力不僅遍及美國，也透過香港的本土化轉譯，發展出結合文化調適與政策倡議的亞洲版本，提供制度化支持、建構家屬社群、並推動公共政策改革，成為亞洲精神健康照顧體系的重要借鑑。

臺灣在引進美國 NAMI 模式後，逐步發展出具文化適應性的「家連家」教育課程，並成立專責組織推動跨縣市的培力與倡議行動。然而，就整體制度層面而言，家屬支持服務仍處於起步階段。儘管 2024 年《精神衛生法》修法與「身心障礙者資源布建計畫」已將家屬納入照顧體系，但在實務運作上，支持措施（如喘息、專線、教育與情緒支持）尚未能制度化、常態化，亦缺乏全國一致性的課程標準與服務架構。地方資源分配不均、服務人力不足與跨部門合作薄弱，皆影響了政策目標的實現。

根據 SAMHSA（2025）提出的實務架構，家庭同儕支持在精神健康照護體系中不僅具備服務功能，也承擔倡議與變革角色。該報告強調，家屬經驗者的參與，有助於公共服務的設計更貼近現實情境，並有潛力促成復元觀點於整體體系內制度化。

因此，本文基於優勢觀點與雙向復元的理論架構，主張家屬不應僅是被動的照顧者，而應視為具有潛能的系統合作者與

倡議者。其在照顧歷程中的反思與成長，不僅能提供支持資源，更有助於轉化為公共參與的推動力。

綜上所述，為促進家屬支持體系的深化與永續，本文建議如下：

- (一) 制度化家屬教育與支持服務：建議仿效美國NAMI模式，發展國家層級的家屬教育課程，並建立同儕帶領與專業協作的師資制度，納入公部門常態訓練與補助計畫中。
- (二) 強化家屬心理與喘息支持：各地方政府應將家屬情緒支持、心理協談與喘息服務列為社區心理衛生照護核心指標，並增編社區支持網絡單位之家屬工作人力。
- (三) 發展家屬倡議與同儕制度：建立家屬參與政策平臺，發展家

屬講師、同儕支持員與倡議網絡，促進從「經驗者」到「助人者」的角色轉化。

- (四) 跨部門整合支持網絡：建立橫向整合平臺，串聯衛政、社政、教育與勞政資源，提供「以家庭為核心」的整合性照顧與資訊平臺。

透過上述策略推進，臺灣精神健康服務體系將邁向更具參與性、回應性與復元導向的發展，家屬也將從壓力承擔者轉化為社會共融與制度改革的行動夥伴。

(本文作者：張朝翔為社團法人中華民國康復之友聯盟秘書長；蔡旻霏為社團法人嘉義市心康復之友協會督導)

關鍵詞：家庭照顧者、家連家課程、精神復元、優勢觀點、家屬同儕支持

參考文獻

- 《精神衛生法》(2024)。https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0020030
- 王嫻靜(2015)。《社區精神康復者在康復歷程中主要照顧者之支持服務需求及資源使用之調查》(碩士論文，國立政治大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。https://hdl.handle.net/11296/6t24wz
- 王禎邦、歐陽文貞(2020)。〈臺灣社區精神復健機構發展近況及興革建議〉。《中華心理衛生學刊》，33(4)，315-340。https://doi.org/10.30074/FJMH.202012_33(4).0001
- 呂淑貞(2018)。〈臺灣社區精神衛生照護政策的沿革〉。載於賴德仁、張家銘編，《精神病

- 人社區照護需求探討及評估》(頁13-39)。財團法人國家衛生研究院、衛生福利部。
- 宋麗玉(1988)。〈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(4)，73-103。
- 宋麗玉(1999)。〈精神疾病照顧者之探究：照顧負荷之程度與其相關因素〉。《中華心理衛生學刊》，12(1)，1-30。
- 宋麗玉(2002)。〈精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證：以實務應用為取向〉。《社會政策與社會工作學刊》，6(1)，61-100。
- 宋麗玉、施教裕、張錦麗(2003)。《基礎優點個案管理訓練手冊》。內政部。
- 李宜玟、謝秀芬、林惠珍、林秀玲、金玉華(2020)。〈協助一位中年慢性思覺失調症個案回歸社區之家庭護理經驗〉。《精神衛生護理雜誌》，15(1)，19-26。[https://doi.org/10.6847/TJPMHN.202006_15\(1\).02](https://doi.org/10.6847/TJPMHN.202006_15(1).02)
- 李姿瑩、蔡芸芳、楊美賞(2000)。〈花蓮地區原住民與非原住民精神分裂病患主要照顧者需求及其相關因素探討〉。《慈濟醫學雜誌》，12(4)，247-257。<https://doi.org/10.6440/TZUCMJ.200012.0247>
- 李錦彪(2003)。《精神病患主要照顧者之需要及其滿足程度之相關因素探討》(碩士論文，臺北醫學大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/8pr6hh>
- 沈淑華、沈秀娟、張達人、顏妙芬(2005)。〈社區慢性精神病患主要照顧者心理衛生教育需求之探討〉。《健康促進暨衛生教育雜誌》，25(12)，89-108。
- 胡海國、吳就君、鄭若瑟、黃梅羹、胡小萍、黃宗正、陳珍信、葉玲玲、張宏俊(2000)。〈精神分裂病患者主要照顧者之負擔〉。《台灣精神醫學》，14(3)，205-217。
- 張文彬(2021)。〈精神疾病與長期照顧的距離：論2018年龍發堂事件後的精神病人長照制度〉。《社科法政論叢》，9，1-41。[https://doi.org/10.6268/RSSLP.202103_\(9\).0001](https://doi.org/10.6268/RSSLP.202103_(9).0001)
- 陳湘瑾(2021)。《尋找黑夜的盡頭：精障照顧者的困境與支持》(碩士論文，國立臺灣大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/fschua>
- 陳麗玉(2015)。《精神病患者家屬照顧經驗歷程之研究及其教育意涵》(碩士論文，國立中正大學)。臺灣博碩士論文知識加值系統。<https://hdl.handle.net/11296/74mf78>
- 彭美琪、許銘能(2006)。〈建構社區精神病患照護網絡：以台北縣為例〉。《長期照護雜誌》，10(4)，323-332。[https://doi.org/10.6317/LTC.200612_10\(4\).0002](https://doi.org/10.6317/LTC.200612_10(4).0002)
- 魏芳婉(2006)。〈照顧者支持課程六個月後之追蹤評估〉。《中華心理衛生學刊》，19(3)，223-244。
- 魏芳婉(2008)。〈台灣文化適應版本的家連家課程分析〉。《東吳社會工作學報》，6，1-20。

- 魏芳婉、趙雨龍（2005）。〈家連家精神健康教育課程在台灣實施驅動研究前：台灣家庭連心心理健康教育計畫成效試行研究〉。《東吳社會工作學報》，12，19-48。https://doi.org/10.29734/SJSW.200506.0002
- Aldersey, H. M., & Whitley, R. (2015). Family influence in recovery from severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 51*(4), 467–476. https://doi.org/10.1007/s10597-014-9780-5
- 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. https://doi.org/10.1037/h0095655
- Burland, J. (2003). *Family-to-Family Education Program*. National Alliance on Mental Illness.
- Chiu, M. Y. L. (2004a). Translating psychoeducation across cultures: The Family-to-Family programme in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry, 50*(1), 41–52.
- Chiu, M. Y. L. (2004b). The development of family psychoeducation in East Asia: The case of Hong Kong and Taiwan. *Hong Kong Journal of Mental Health, 33*, 14–24.
- Chiu, M. Y. L., & Chiu, A. W. L. (2012). From psychoeducation to policy: Family empowerment in Hong Kong mental health system. *Asian Journal of Psychiatry, 5*(3), 205–210.
- Chiu, M. Y. L., & Ng, K. Y. (2010). Partnership between mental health professionals and family caregivers in Chinese communities. *Community Mental Health Journal, 46*(1), 10–17.
- Crawford, P., Lewis, L., Brown, B., & Manning, N. (2013). Creative practice as mutual recovery in mental health. *Mental Health Review Journal, 18*(2), 55–64. https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2013-0019
- Dixon, L. B., Lucksted, A., Medoff, D. R., Burland, J., Stewart, B., Lehman, A. F., Fang, L. J., Sturm, V., Brown, C., & Murray-Swank, A. (2011). Outcomes of a randomized study of a peer-taught Family-to-Family Education Program for mental illness. *Psychiatric Services, 62*(6), 591–597. https://doi.org/10.1176/ps.62.6.pss6206_0591
- Dixon, L., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A., & Hoffman, M. (2001). Outcomes of the NAMI Family-to-Family Education Program. *Psychiatric Services, 52*(7), 935–942. https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.935
- Duke, R. (2016). NAMI Family-to-Family: A network of support. *NAMI Blog*. https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/November-2016/NAMI-Family-to-Family-A-Network-of-Support
- Integrative Peer Support Growth Group. (2017). *Peer support and empowerment outcome report*.
- Keletwaetse Sakwape, K., Kovane, G. P., Chukwuere, P. C., Moagi, M. M., & Machailo, R. (2025). Exploring the needs of family caregivers of people living with mental illness: A qualitative study in

- Lobatse, Botswana. *BMC Nursing*, 24, 183. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02813-7>
- Lefley, H. P. (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness*. Oxford University Press.
- Lucksted, A., Stewart, B., & Forbes, C. B. (2008). Benefits and changes for Family-to-Family graduates. *American Journal of Community Psychology*, 42, 154–166.
- Mercado, M., Fuss, A. A., Sawano, N., Gensemer, A., Brennan, W., McManus, K., Dixon, L. B., Haselden, M., & Cleek, A. F. (2016). Generalizability of the NAMI Family-to-Family Education Program: Evidence From an Efficacy Study. *Psychiatric Services*, 67(6), 591–593. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500519>
- NAMI NYC Metro. (2022). *Family-to-Family (Mandarin)*. <https://naminycmetro.org/programs/family-to-family-mandarin/>
- National Alliance on Mental Illness. (2013). *NAMI Family-to-Family gets the recognition it deserves*. NAMI Blog. <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/November-2013/NAMI-Family-to-Family-Gets-the-Recognition-It-Deserves>
- National Alliance on Mental Illness. (2023). *What we do: Through the years*. <https://www.nami.org/About-NAMI/What-We-Do/Through-the-Years>
- National Alliance on Mental Illness. (n.d.-a). *Advocate for Change*. Retrieved May 30, 2025, from <https://www.nami.org/Advocacy/Advocate-for-Change>
- National Alliance on Mental Illness. (n.d.-b). *StigmaFree Pledge*. Retrieved May 30, 2025, from <https://www.nami.org/Get-Involved/NAMI-StigmaFree/StigmaFree-Me/StigmaFree-Pledge>
- National Alliance on Mental Illness. (n.d.-c). *NAMI Smarts for Advocacy*. Retrieved May 30, 2025, from <https://www.nami.org/Support-Education/Mental-Health-Education/NAMI-Smarts-for-Advocacy>
- National Alliance on Mental Illness. (n.d.-d). *NAMI Family-to-Family*. Retrieved May 30, 2025, from <https://www.nami.org/Support-Education/Mental-Health-Education/NAMI-Family-to-Family>
- Ng, R. M. K., Chiu, M. Y. L., & Cheung, V. Y. T. (2020). Evaluating long-term impacts of family psychoeducation programs in East Asian mental health systems. *Psychiatry Research*, 284, 112726. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112726>
- NICE. (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng181>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2019). *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices (NREPP): Family-to-Family Program Profile*. <https://nrepp.samhsa.gov>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2025). *Family peer support services:*

Broadening the view (Publication No. PEP24-08-009). U.S. Department of Health and Human Services. <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep24-08-009.pdf>

Wing, J. K. (1990). Meeting the need of people with psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(1), 2–8. <https://doi.org/10.1007/BF00789064>