

100 種 支援復元的方法

一本給精神健康服務專業同工的指引

Mike Slade 著
第二版





我們是誰

原著

Rethink Mental Illness 是一個慈善團體，相信數以百萬計的精神病康復者能擁有更美好的生活。在過去 40 年，Rethink Mental Illness 凝聚互助的力量，在英國提供服務和支援小組，以改善人們的生活，同時改變大眾對精神病的態度。

譯者

新生精神康復會成立於 1965 年，是專注發展精神健康服務的非政府社會服務機構，致力透過專業服務、社會企業、推動互助及家屬支援，為精神病康復者爭取平等機會，協助他們改善生活質素，全面融入社會。

本會於 2014 年獲《100 ways to promote recovery》作者 Mike Slade 授權翻譯小冊子中文版。

翻譯團隊：

新生精神康復會臨床心理服務 凌悅雯 黃國良 楊翠兒 黎潔瑩
新生精神康復會復元動力機構及職員事工小組 羅家平、邱少彪、黃潤權、
譚以晶、張敏儀、楊焯森、莊艷芳、梁適懿、鄭艷霞、黃家傑、楊瑞玲
香港中文大學心理學系 陸嘉星



內容

簡介	02-07
第一章：什麼是個人復元？	08-10
第二章：關係的重要性	12-14
第三章：復元為本的精神健康服務的基礎	16-18
第四章：評估	20-24
第五章：行動計劃	26
第六章：支援發展自我管理技巧	28-32
第七章：危機中的復元	34-36
第八章：辨識復元為重心的精神健康服務	38
第九章：精神健康系統的轉化	40
附錄一：支援復元的電子資源	42
附錄二：參考書籍	43-46

序



Rethink Mental Illness 致力改善精神病康復者的生活，改革現有的精神健康服務。這本手冊提供了 100 種實務的方法，讓精神健康服務提供者參考如何運用人為本及復元為本的手法工作。

簡介

自 2009 年出版第一版後，這本手冊已從 Rethink Mental Illness 網站被下載超過 23,000 次 (rethink.org/100ways)，並翻譯成不同歐洲語文版本。第二版加入最新的研究證據，以及相關資源的最新連結。

本手冊的作者 Mike Slade 博士是南倫敦及莫茲理國民保健基金信託會的顧問臨床心理學家，並為英國倫敦國王學院精神病學研究院的健康服務研究的教授。他的研究團隊正踏入為期 5 年的 REFOCUS 研究試驗的最後階段，並將於 2014 年完成。在英國，REFOCUS 正發展和檢討一套應用於成人精神病康復者的復元為本介入工具。

這本手冊出版後數年間，各界對復元發展的關注更趨成熟。復元已融入成為日常精神健康服務不可或缺的部份。為支援以人為本服務，政策上也有相關發展，如：「個人化及個人健康預算」(Personalisation and Personal Health Budgets)。

但是，我們還有很多功夫要做。在 2012 年，精神分裂症委員會發表有關全面檢討現行服務及研究的報告 (schizophreniacommission.org.uk)，並識別出一些需要改善的範疇，以確保康復者能獲得所需的支援及治療，真正改善生活。第二版《100 種支援復元的方法》手冊提供一套實務工具，讓服務提供者共同推行復元。

Paul Jenkins
Rethink Mental Illness
行政總裁
2013 年 4 月

簡介

這是一本給精神健康服務提供者的手冊，旨在支援復元為本服務的發展。它提供不同的建議，讓服務提供者以復元為本的手法 and 康復者合作。

這本手冊建基於兩個信念：

- 復元是康復者努力的方向，同時也是康復者的自身經歷。復元並非指服務為康復者做什麼。職員的貢獻是支援康復者邁向復元。
- 復元的旅程是個人化的。支援康復者復元的最佳方法因人而異。

由於並沒有所謂「完美」或「準確無誤」的服務，我們沒辦法向服務提供者作出逐步支援復元的指

示。所以，這本手冊提供的是一個指引，而不是一步一步的行程計劃。

這本手冊的核心是提供一個概念框架——「個人復元框架」(Personal Recovery Framework)，以識別有效的支援方法。這個概念框架建基於精神病康復者的自身經歷，而這本手冊的目的是把這框架轉化為實務。



第二版

自從第一版《100種支援復元的方法》於2009年出版後，這本手冊已從 Rethink Mental Illness 的網站被下載超過 23,000 次 (rethink.org/100ways)。



我們對復元的理解來自康復者的故事，而對復元的定義自2009年之後並沒有太大改變。復元是指「康復者即使正與疾病對抗，透過積極的奮鬥和良好的支援，他們的生活可以跨越病患。」不過，近年的精神健康學術文獻也有新的證據相繼出現。

例如，精神病學研究院的復元部門已進行多項有關復元的研究（資料詳見於 researchintorecovery.com）。當中包括用嚴謹的方法綜合證據，進行系統化檢討，以識別重要的復元過程：連繫 (Connectedness)、希望 (Hope)、身份 (Identity)、意義 (Meaning) 和充權 (Empowerment) (CHIME 的架構)¹、如何評估復元²、如何識別優勢³和如何增加希望感⁴。

現在我們可以識別一些最好的實務方法，讓精神健康服務提供者支援復元⁵。我們已經檢討一些評估工具的成效⁶，以識別良好的復元支援手法，現正發展最新的免費評估工具 INSPIRE (researchintorecovery.com/inspire)。

我們正發展⁷及檢討⁸一些支援復元的介入手法，同時在英國各個地區推行新的國家措施去變革現有的精神健康服務⁹。在這些服務發展當中，Rethink Mental Illness 一直擔當指導者和伙伴的角色。為呈現新證據，第二版《100種支援復元的方法》已更新。

Mike Slade
英國倫敦國王學院
健康服務研究教授

前言



香港的精神康復服務以復康模式為主，主要集中於消除病徵、訓練生活技能及藥物治療，以協助康復者返回以往的生活。新生精神康復會由2009年開始引入「復元為本」服務，重視康復者對患病起伏過程的瞭解，並強調康復者自身的責任及其參與對復元歷程的重要性，期望康復者能在患病的經歷中重新認識自己，享有全面發展的機會，選擇自己的生活目標，重新建立自我及人生意義，不視疾病為生活的唯一關注或生命的全部。

二零一三年，本會五位專業同工及香港中文大學到訪英國，了解當地的復元導向服務，探討服務系統轉型的過程與當中的挑戰。倫敦國王學院的 Mike Slide 教授授權本會《100 Ways To Support Recovery》一書翻譯成中文版，期望能幫助復元為本的服務推廣至華人社會，並有效實踐復元為導向的服務。

本會於過去幾年間，由最初的逐步試行，到今天的全面開展，我們推行了以復元為導向的不同計劃（如：個人復元計劃、身心健康行動計劃等）。然而，我們都知道復元理念最核心的精髓並不在於計劃內容，而是每一次跟康復者相處時的每一個微小行動，以及當中所活現出來的一種態度。

本冊子將會討論多種於介入時可供參考的實際行動例子和背後的理念框架，期望能幫助同工於服務當中演活復元精神，鼓勵康復者建立自我，活出有意義的人生。


新生精神康復會行政總裁
游秀慧女士
二零一五年三月

第一章：什麼是個人復元？


復元一詞有兩個意思。

臨床復元 — 由精神科的專業人士所制定的一個概念，意指減少徵狀、回復原本的社交功能，或「回復到正常」。

個人復元 — 由擁有一身患病經驗的康復者所制定的一個概念，與臨床復元的意思不同。最廣泛使用的個人復元定義來自安東尼 (1993)¹⁰：



「…是一個非常個人化及獨特的過程，當中包括改變個人的態度、價值觀、感受、目標、技能和 / 或角色。這是一個在病的限制下仍能滿足而有希望的生活方式。復元包括發展新的個人生活意義和目標，使人跨越精神病所帶來的負面影響。」



現時大部分精神健康服務都以臨床復元為主要目標。但是，世界各地的精神健康政策亦逐漸邁向提供個人復元的支援。例如，在 2011 年的英格蘭國家精神健康策略中的一個中心目標是：「更多精神病康復者會復元。」¹¹ 那麼究竟我們如何把現有服務轉向復元為本？這個報告識別出 100 種不同方法，我們將先提供一個概念架構，以鞏固變革的基礎。

方格一：個人復元任務

復元任務一：發展正面身份

復元的第一個任務是在精神病患以外發展一個正面身份。一些身份的元素對某些人來說可能很重要，但對於另一些人來說則較次要，這意味著只有康復者自身可以決定哪些元素能建構他們個人所重視的身份。

復元任務二：重新建構「精神病」的定義

第二個任務涉及將專業人士對精神病的理解演繹成為具個人意義的經歷。從經驗中尋找意義，將患病視為人的一部分，而不是一個人的全部。這個意義或許表達為一個診斷、一個概念 (formulation)、又或者和任何專業模式無關，而只是一個靈性、文化或存在危機。

復元任務三：自我管理精神病

重新建構精神病的定義能將病患經驗轉化為人生的一個挑戰，讓康復者發展自我管理的能力。康復者從臨床管理的被動角色轉為負上自我管理責任的主動角色。這並不代表康復者獨力完成所有事情，而是承擔自己身心健康的責任，包括在需要的時候尋求協助。

復元任務四：發展受重視的社會角色

最後的任務包括獲得以往的、經過改善的、或擁有新價值的社會角色，這些社會角色通常和精神病無關。受重視的社會角色能支撐康復者的身份。在社區的環境下，尤其是在危機發生的時候，與康復者合作是重要的，因這時候朋友、家人和同事的支援通常變得最為緊扣。

個人復元框架

支持個人復元意味從治病為中心，邁向至提昇個人身心健康 (well-being)。這會帶來觀念轉變，其中專業模式 (professional model) 成為理解人的眾多方法之一。「個人復元框架」(Personal Recovery Framework) 建基於康復者的自身經驗，由四個範疇組成，並能幫助我們理解復元¹²：

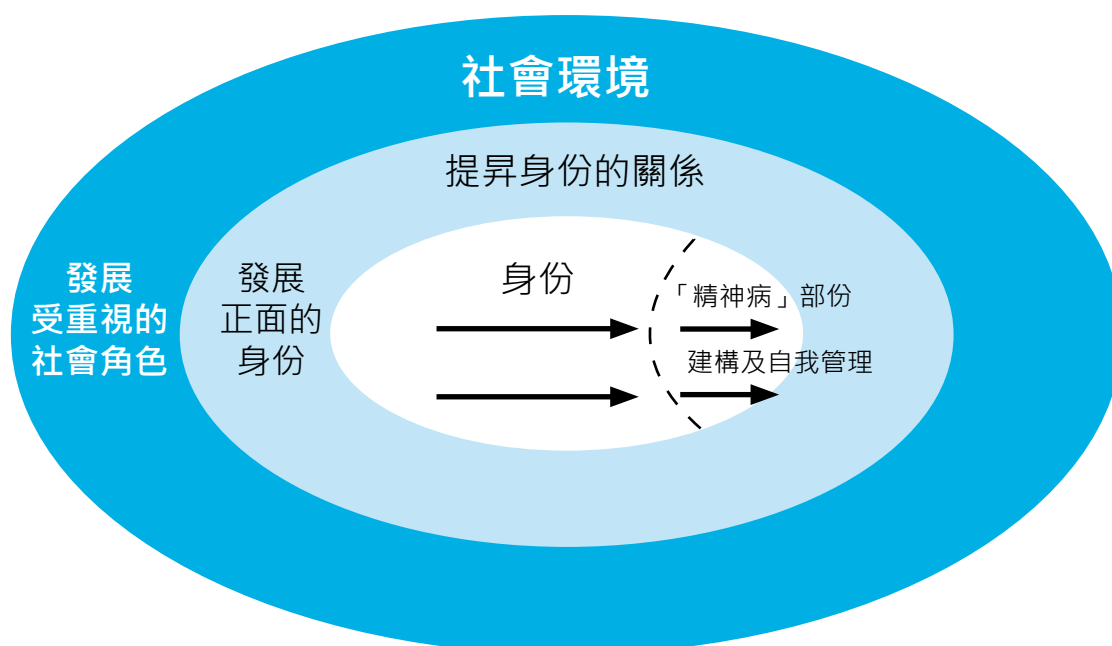
- 希望：最常提及的復元元素
- 自我身份：包括現在和將來的自我形象
- 人生意義：包括人生目的和目標
- 個人責任：為自己的人生負起個人責任的能力

個人復元框架 (圖一) 建基於四個在復元過程中常見的任務。這個概念概括了由信念到行動，及由個人到社會的過程，是一個普遍而非全部通用的次序。

箭咀表示復元透過重新建構精神病的定義及自我管理去減少精神病的影響，同時透過建立正面的身份及受重視的社會角色去達致最佳個人身心健康。

個人化和復元為本精神健康服務強調以關係為基礎，能支援康復者承擔上述四個復元任務。幾位曾經推動復元服務發展經驗的作者嘗試解釋傳統康復和復元為本服務的主要分別¹³⁻¹⁷，重點參見表一。

圖一：「個人復元框架」(Personal Recovery Framework)



表一：傳統和復元為本服務的分別

傳統手法	復元為本的手法
價值觀和權力分配	
(表面上) 不涉及價值觀 (value free)	以價值為中心 (value-centred)
專業責任	個人責任
著重控制	著重選擇
權力大於康復者	喚醒康復者的力量
基本概念	
科學化	人性化
病歷	個人經歷
病理化	困擾的經驗
診斷	個人意義
治療	成長與發現
職員與病人	過來人 / 擁有相關經驗的專家
知識	
隨機對照實驗	引導下敘述
系統化的檢討	從角色榜樣去學習
脫離環境規範 (Decontextualized)	在社會環境規範之內
實務工作	
陳述	了解
集中在「病患」	集中在「人」
問題為本	優勢為本
建基於減少負面 / 不良事件	建基於希望及夢想
康復者適應康復計劃	服務提供者適應康復者
獎勵遵從及被動行為	促進充權
專業的個案經理	自我管理
服務的目標	
抵抗疾病	有利健康
被控制	自我控制
服從	選擇
回復原狀	轉化

由於個人復元與個人經驗有關，職員的工作是去支援康復者邁進復元的旅程。本手冊將繼續討論實踐的方法。

第二章：關係的重要性

這個章節開始詳述 100 個讓精神健康服務提供者支援復元的方法。它著重與朋輩、服務提供者及其他人的關係。



2.1 支持朋輩關係

有復元經驗的人士（朋輩）可以直接對其他康復者作出貢獻¹⁸⁻²⁰。有意義的朋輩參與和現時國際嶄新的復元為本服務有密切關係。以下將介紹三種不同類型的朋輩支援。

1. 互助小組

朋輩互助小組對於康復者的親身經歷是首要的，其成立是建基於相信所有參與者都能有所貢獻的信念。

2. 朋輩支援工作人員

朋輩支援工作人員以其患病經驗在精神康復服務機構提供服務。設立朋輩支援工作人員的職位為機構帶來四種好處。

- i. 對於朋輩支援工作人員來說，這工作本身已帶來很多益處：包括肯定康復者親身經驗是有價值的，轉化「精神病」經歷所帶來的意義。朋輩支援工作人員能夠為其他康復者付出，這是重要的治癒元素。同時，自我管理技巧及與工作相關的技能也得以鞏固。
- ii. 對於職員來說，朋輩支援工作人員的出現也能提昇對個人價值觀的意識。與有康復經驗的同事共事也自然地（而非強迫地）挑戰他們既有的「我們和他們」標籤性想法。

- iii. 對於其他服務使用者而言，接觸朋輩支援工作人員提供一個可見的復元榜樣，也是希望的泉源。而且相比起職員，朋輩支援工作人員能減少與康復者之間的距離，使他們更願意投入於服務當中。
- iv. 對於精神健康服務系統而言，朋輩支援工作人員能成為復元文化的承傳者。因著康復者本身的復元經歷，他們較少需要復元導向服務的培訓。

3. 朋輩主導的服務

由朋輩運作的計劃並非單單由康復者擔任職員這樣簡單¹⁸，而是透過朋輩工作本身的意義和價值以及運作上的實踐，去達到推廣個人復元目標的服務。朋輩服務與傳統精神健康服務有很大不同：朋輩服務能直接表達出一個信息——「精神疾病的經歷是一種資源」。重點目標是支援康復者重新投入決定自己的將來。

行動要點

職員可以透過以下方法提昇朋輩支援：

1. 與其他志願機構合作，以發展互助性質的自助小組，並積極向他人推廣。
2. 向服務使用者發放與復元有關的資訊²¹⁻²⁴。
3. 於復元服務中聘請朋輩支援工作員，並支援他們作出獨特貢獻。
4. 鼓勵發展由朋輩策劃及執行的服務計劃。
5. 透過故事演說訓練；透過建立復元故事分享平台；透過鼓勵服務使用者於本地及國際媒體，去支援他們分享個人的復元故事。
6. 熟悉網上電子資源，例如：
www.mentalhealthpeers.com,
www.recoveryinnovations.org

2.2 與專業人士的關係

在不抵觸法律的情況下，復元導向的服務認為服務使用者是最終的決策者。這並不表示職員只會依從服務使用者的指示而行動。職員不能作出有違專業操守的行動，或與服務使用者同謀作出有害的行為。然而，服務的基本原則著重我們主動徵詢服務使用者的意願，並視職員的專業角度為理解康復者個人經驗的其中一種方式，而並非唯一的方式。

我們可以用「相互關係 (mutuality)」來形容這種與服務使用者之間的伙伴關係，強調我們每個人都曾經從挑戰中恢復起來的共通點。從事復元工作的職員要準備好與服務使用者同行，並視工作為提供更多選擇而非修補問題。他們亦可能會被服務使用者挑戰、影響及改變。

職員有時會為服務使用者作出決定。當服務使用者暫時失去照顧自己的能力，而又沒有其他更好的選擇的時候，職員可能需要因應情況提供強制的指導及介入。

在復元路上的初期（專業人士或許稱之為急性不適），把過高的期望加諸個人身上未必能夠幫助他們。同樣，有時候康復者會尋求專業意見，例如：關於診斷、病情發展及治療方案的意見。對於一些想從精神病的角度去理解自身的經驗的服務使用者，他們亦有權知道相關的專業意見及協助方法。

教練模式 (coaching) 是復元為本服務中的一種特定溝通方式。教練模式有以下的優點：

1. 它假設個人有能力管理自己的生命，並有承擔個人責任的潛能。
2. 著重於促進復元過程的發生，而非針對個人。教練模式旨在幫助個人與精神病共存。這有別於傳統著重於治療精神病本身的模式。
3. 教練的角色是激發個人的自我改善能力，而非修補問題。這有助強化個人優勢及現有的支援關係，而非著眼於不足處。
4. 教練模式的關係致力達成受教者 (coachee) 的個人目標，而不是教練的目標。運用教練技巧並非目的本身，而是作為提供資源的方法。
5. 雙方均須積極投入參與在伙伴關係當中。

行動要點

職員可以透過以下方法支援復元：

7. 視服務使用者的喜好及意願與職員的意見有同等的重要性。
8. 盡量以服務使用者考慮的事項優先，而非職員所考慮的事項。
9. 以開放的態度向服務使用者學習及願意受其改變。
10. 可以的話，盡量運用教練技巧。
11. 在提供及接受督導的時候，我們需同時考慮與康復者的關係及專業介入的能力這兩個方向。

雖然專業知識應用於支援自我管理，它仍然擔當一個主要的角色。轉向伙伴關係不代表職員減少其工作、輕易放棄，或使用非實證為本的治療，而是代表以不同的方式去運用專業知識支援復元，包括：評估、目標計劃和治療的整個過程。



2.3 支援其他關係

人們不單需要從精神病中復元，他們亦需從情感、身體、知性、社交及靈性等方面復元。與其他人的聯繫和積極投入生命是個人身心健康的重要來源。很多康復者發現當他們感到被遺棄的時候，保持信念是十分重要的支持。

行動要點

職員可以透過以下方法鼓勵靈性層面及與他人的聯繫：

12. 詢問個人對人生的意義及目標。這有可能超越職員的知識範疇，但也可能觸及個人的需要。
13. 當服務使用者表示遇上挫折的時候，向他們表達關懷 (compassion)，以培養他們的正面自我形象。
14. 增加體驗靈性經驗的途徑，例如宗教經文、禱告、參加崇拜、接觸網上的宗教資源。
15. 增加體驗鼓舞經驗的途徑，例如藝術、文學、詩歌、舞蹈、音樂、科學、自然。
16. 增加自我探索的機會，例如個人治療、寫日記、詩詞或歌曲創作及寫自傳。
17. 協助康復者回饋他人，例如鼓勵參與義務工作、養寵物、對他人或物件負責任。
18. 熟悉網上電子資源，例如：
www.spiritualcrisisnetwork.org.uk
www.spiritualcompetency.com
19. 鼓勵康復者發展社會資本，例如體驗公民的權利與義務、積極參與政治事務，包括康復者倡議。
20. 鼓勵康復者參與文化活動，例如參與特定的文化團體、參與治癒性及淨化性的文化儀式。
21. 創造個人思考的時間，包括寧靜的地方和有助冥想的提示。

第三章：復元為本的精神健康服務的基礎

復元為本的工作手法始於慎思其價值。清楚辨識意義價值，並以此引導日常的決定，是發展成熟的復元為本服務所貫徹的主旨。

這需要三個過程：

- 使價值觀變得清晰
- 把價值觀實踐於日常實務中
- 運用工作表現的回饋以改善實務

第一個過程是把**價值觀變得清晰**，以便討論。這涉及把機構已有的價值觀活現出來，而非紙上談兵。什麼是引領復元為本的精神健康服務的價值觀？這並不需要很複雜，比爾安東尼 (Bill Anthony) 提倡²⁵：

患上嚴重精神病的人
也是普通人。

這為精神健康服務提供了一個基本方向。患上精神病的人渴望與所有人一樣都擁有應得的權利、社會角色和責任。精神健康服務的任務是支持他們達到這些目標。

這個單一的原則對一些本來已有復元價值觀的人易於理解，但對於很多職員來說，他們需要更詳盡的說明。方格二建議一些核心價值觀。

方格二：復元為本精神健康服務的建議價值觀

價值觀一

精神健康服務的基本目標是支援個人復元

支援個人復元是精神健康服務的首要的目標。

價值觀二

職員的工作著重於確認、擴展和支持個人目標

倘若人們需要對他們自己的生活負責，那麼職員支持他們的方法是強調個人生活的目標，而不是把自己對人生的意義和假設強加於別人身上。

價值觀三

精神健康服務假設人們會為自己的生活負責，即使在危機當中他們未必能做到，但在危機過後他們將可以對自己的生活負責

職員的工作不是修補人們的問題，也不是帶領人們走向復元。他們的首要工作是支持康復者在生活中發展及運用個人管理技巧。職員對任何情況的即時反應需要是：「你能夠做得到，我們可以協助。」

- 「你能夠做得到」— 因為相信每個人都有自我完善的潛能及負起個人及社會責任的能力。
- 「我們可以協助」— 因為相信專業知識對很多人來說都是有價值的，尤其當價值觀二存在的時候。

這些價值觀表明我們需要在「履行個人的責任與共同承擔責任」之間取得平衡。「共同承擔責任」指透過公開的商議和合作的關係，把個人的責任逐步交回康復者的手上。由最初職員為康復者提供服務（在危機當中），到與康復者一起參與，到最後康復者能夠獨立完成自己的目標。職員需要在這個過程中意識到自己的價值觀，包括對個人及專業價值觀的自我認識。

第二個過程是於**日常生活和精神健康工作當中實踐價值觀**。這是一個巨大的挑戰，因為價值觀的訓練往往不容易在實踐中發揮作用。

第三個過程包括**透過工作表現的回饋去度身訂造實務內容**。如果沒有關於成功的資訊，我們會傾向假設一切事情都沒有問題（或者只著眼於當前迫切的問題）。

行動要點

職員可以透過以下方法支援復元：

22. 透過網頁資料（見附錄）、復元故事²⁶⁻³⁰、與康復者會面以學習復元。
23. 在機構內清晰體現價值觀。
24. 廣泛地向所有持份者宣揚價值觀。
25. 期望職員對這些價值觀負責。
26. 在精神健康機構締造一種充權文化而非盲從附和，職員毋須為推動已確立價值觀的行動改變而「申請批准」。
27. 收集違背這些價值觀的工作資訊，並改變行為以改善表現。
28. 機構層面的轉化，如果可以的話，例如：積極推廣復元冠軍、加盟現有網絡向其他人學習，例如：精神科醫生復元聯盟 (Coalition of Psychiatrists in Recovery) www.wpic.pitt.edu/AACP/
29. 聘請有復元取向的人^{31;32;24}，在面試中詢問一些有關復元的問題，例如：為什麼你認為患有精神病的人渴望工作？這些問題可以讓申請者展現自己的價值觀，也可以用來評估他們對復元的知識、態度和技巧³³。



第四章：評估

評估可以如何促進復元？評估的目的有別於識別疾病以及計劃治療的傳統目標。



4.1 透過評估以發展並肯定個人意義

發展個人意義 (personal meaning) 是復元旅程的重心，然而卻鮮有人會滿足於精神病患的身份。在評估康復者的過程中，職員可以如何避免強加負面意義，並促進復元？

在個人復元架構 (Personal Recovery Framework) 中，指出經歷精神病的人與精神病在本質上的區別，著重以「人」而非「疾病」作焦點的重要性。

康復者精神疾病的經歷與自我身份認同的整合是復元歷程的重要一步。而這個過程並不能由旁人代勞，所以評估過程需要協助康復者發展對自己的理解。

尋找意義是這個過程的開始——理解過去及現在發生的事情。很多人希望從精神健康專業人士得到答案藉以減少不安。所以，職員需在部分的評估過程中取得足夠資料以提供專業意見。專業人士有必要分享他們對診斷的意見，並在評估過程中保持暫定性 (tentativeness)，視診斷為給康復者的一種資源而非唯一的答案。

診斷可以為康復者帶來幫助，例如可以表示其他人也有類似經歷。但若果服務使用者或職員視診斷為一個「原因」或

「答案」而非「描述」時，診斷則對復元過程毫無幫助。如果康復者認為職員會知道所有的事情，並任由他們去「治癒」自己時，便會阻礙康復者的復元進程。

或許大多數康復者都會希望能有一次見效的靈丹妙藥 (magic bullet)，然而事實上復元需要無數的微小行動。在溝通專業意見時所保持的暫定性態度必須出於真誠，而非粉飾病情的真實情況。

康復者尋求到的意義或許與專業意見並不一致，這是不要緊的。因為復元過程的目標並不是要變回「正常」，重點是擁抱人性價值，變成一個更活生生的「人」³⁴。

行動要點

職員可以透過以下行動支援康復者發展其個人意義：

30. 於工作當中顧及對生命意義的研究³⁵。
31. 發展出一套能肯定個人意義的語言。例如康復者說自己有精神分裂時，可以這樣回應：「我很好奇你是自己如此認為，還是因為別人這樣形容你的？」

32. 在臨床環境以外與康復者接觸，例如透過自助組織接觸有幻聽的人士 (Hearing Voices Network / Intervoice)、建立思覺失調研討會 (psychosis seminar)³⁶，或是以同事身份與康復者職員 (user-employee) 相處。
33. 了解有幻聽的人士與其幻聽之間的互動關係³⁷，確立受害感、權力、恐懼以及充權等為評估的重要主題。

4.2 透過評估強化優勢

如果能夠仔細留意每一個人的話，我們就會發現其實沒有一個人是「完全正常」的。只留意缺失會讓我們對別人的理解有所偏差，忽略了他們的優勢以及個人或社交資源。評估的過程中如何能夠強化優勢之餘同時辨別到困難之處呢？

其中一個方法就是發展一套與精神狀態檢查 (Mental Status Examination) 相若的結構性訪問去辨別個人優勢、價值觀、應對壓力的策略、夢想、目標以及抱負。我們在方格三附上一份建議的「精神健康評估」工具，並以方括號標示出於標準個人歷史訪問當中相對應的元素。

行動要點

職員可以透過以下行動支援康復者發展其正面身份認同：

34. 同時於障礙和能力這兩方面作出評估，例如使用方格三所建議的問題、或實踐「優勢模式」(Strength Model)³⁸、或使用「價值觀和行動問卷」(Values in Action Inventory)(網上問卷：www.viastrengths.org)³⁹，或是 Rethink 的精神疾病身體健康檢查 (www.rethink.org/physicalhealthcheck)。

4.3 透過評估培養個人責任

評估的目標是建立伙伴關係，從而放大康復者為復元付出的努力。對職員來說，評估的挑戰是去避免妨礙復元的陷阱，包括：養成依賴的關係、以問題為本的評估、為康復者代勞的治療方式、以及過於緩慢的責任轉移（從職員到康復者身上）。而這個導向會於實踐層面帶來什麼不同呢？

其中一個例子是訂立目標，很多人在發展賦有目的活動 (purposive activity) 時會遇到困難。職員可以透過以人為本的問題去支援：

- 你於什麼時候最有「活著」的感覺？
- 你最近一次享受玩樂是什麼時候？
- 什麼能為你的生命帶來改變？
- 你的夢想是什麼？
- 你生命中想得到什麼？
- 什麼能令你的生命變得更好？
- 什麼能為你的生命帶來更多意義？
- 什麼能令你的生命變得更值得享受？

當中的挑戰就是避免職員因自覺要承擔責任而妨礙康復者復元，如：為康復者決定哪些目標是實際可行的，或為康復者決定實現目標的過程的所需步驟。

為解決這種專業同工承擔責任的傾向，可以應用教練指導 (coaching) 技巧以支援伙伴關係。「你需要付出什麼去達成這個目標？」、「假如你要挑戰那些不准你去做規則時，將會發生什麼事情？」職員需要專業的技巧去去促進這個過程。

方格三 - 精神健康評估

現有優勢及資源 [現有疾病的歷史]

什麼支撐著你繼續走下去？考慮靈性層面、社會角色、文化 / 政治身份、自我信念 (self-belief)、生活技能、抗逆力、幽默感、對環境的掌控感、其他人的支持、透過藝術表達情感的能力。

個人目標 [風險評估]

你希望為自己的生命帶來什麼改變？你現在有什麼夢想？夢想曾如何改變？

過往應對壓力 (coping) 的經驗 [過往精神病歷史]

你有否經歷過什麼困難的時刻？你曾發現什麼有用的支援？你希望自己的過去曾發生什麼事情？

遺傳資源 [遺傳背景]

你的家族歷史中有沒有出現過成功人士？(例如：藝術家、作家、運動員或學者)

家庭環境 [家庭環境]

你的成長時期有沒有一位仰慕的人？你在兒童時期有什麼重要的得著或啟發？

經驗中的得著 [導火線 - 引發事件]

你的經驗教會你什麼？你曾經歷過什麼正面的改變或個人成長？可考慮如感恩、利他主義、同理心、惻隱之心、自我接納、自我效能或意義等。

成長歷史 [成長歷史]

你成長時的生活是怎樣的？你當時享受些什麼？當中最美好的回憶是什麼？你有否發現自己有什麼技巧或能力？

受重視的社會角色 [職業歷史]

你認為一個清楚了解你並喜歡你的人會如何形容你？你希望他們會怎樣說？你對其他人是如何有用或受重視？

社交支援 [人際關係歷史]

當你遇到困難時會依靠誰？誰會依靠你？

個人天賦 [法律訴訟、濫藥及酗酒]

你有什麼特別之處？有沒有人曾經讚賞你？你有做過什麼令你引以為傲？

健康的生活、飲食以及身體質素，或是任何令人對自己感到滿意的事，都能產生一個正面的身份認同。

4.4 透過評估支持正面身份認同

職員都知道精神病的經歷幾乎必定會改變康復者。在個人復元過程中身份認同的改變和其他復元過程一樣獨特而個人化。這種改變能分成兩類：

1. 重新定義現時組成身份認同的元素 (identity re-definition) 和
2. 發展新的元素以使其身份認同有所成長 (identity growth)。

復元導向的職員知道身份認同的工作要盡早開始——只聚焦於醫治精神病會妨礙康復者活出美好的生活。

行動要點

職員可以透過以下行動支援康復者發展正面身份認同：

35. 在病情嚴重時尋找不同的方法去看到康復者人性的一面。例如：運用時間線，以提供一個更廣闊角度使康復者去檢視人生、在康復者狀態良好時和他們接觸，令職員在危機中仍然記得對康復者在狀態良好時的印象；同時鼓勵家屬參與於工作中。
36. 學習其他非精神健康界別的手法去培養正面身份認同。(如：www.bluesalmon.org.uk)
37. 一起找出對服務使用者有用的解釋。
38. 以「人」而非「病患」為討論的焦點，在考慮病徵以及障礙的同時亦要顧及到身心健康 (well-being)、能力以及個人喜好。

4.5 透過評估培養希望

身份認同的改變有時會帶來不安，感到有可能復元的希望是十分重要的。當我們不能預測康復者的將來時，如何能夠實際地提供支持？職員的價值觀、態度及行動可以加強康復者的希望⁴⁰⁻⁴²。促進希望的方法可參照表二。

行動要點

職員可以透過以下行動支援康復者發展希望：

39. 運用表二當中所列出的方法。
40. 運用每次會面的機會去幫助康復者更進一步了解自己。
41. 對專業知識持有謙遜及留有餘地的態度，明白其限制。
42. 談論復元。



表二 促進希望的方法

	運用人際資源	激發內在資源	得到外在資源
職員價值觀	重視每個人都是獨特的個體	失敗的經驗是投入的正面跡象，並有助建立自我認識	致力支援康復者維繫人際關係及社會角色
	相信康復者所說的話的真確性	人之為人必有限制，我們的挑戰是到底要超越它或接納它	尋找或建立一群願意了解康復者獨特性、長處及其所付出之努力的聆聽者
職員態度	相信康復者的潛能與優勢	明白失去是需要哀悼的過程	房屋、就業及教育是重點外在資源
	接納康復者的原貌	康復者需於精神病患中尋找意義，更重要是在自身生命中尋找意義	在服務中聘請康復者，以作為復元的榜樣
	視障礙與復發為復元的一部分		
職員行為	不帶批判地聆聽	支援康復者建立並達成他所重視的目標	協助康復者接觸朋輩榜樣以及自助小組
	接納康復者的將來存在著未知之數	支援康復者發展更好的應對技巧	在危機時撥出時間
	表達出對康復者的身心健康的誠懇關懷	幫助康復者回想過往成就及正面經驗	支援康復者取得多方面治療及資訊
	適當運用幽默	支援並積極鼓勵靈性層面的探索	支援康復者建立和維繫親密關係

第五章：行動計劃

於以個人復元為焦點的精神健康服務中，評估能幫助識別兩種目標。

復元目標是康復者的夢想與抱負，受著性格與價值觀影響，是獨特而帶著個人特質的。縱然復元目標有時候會和過去有關，但總是前瞻性的，並取決於康復者想追求的事物，而非想逃避的事物。復元目標是以優勢為本的，以幫助建立正面的身份認同，以及發展受重視的社會角色。對職員而言，復元目標可能帶著挑戰性，因為它們可能不切實際、不合宜或是涉及職責範圍以外的支援。所以，要達到這些目標有時需要職員的支援或參與，但有時候也可以跟精神健康服務沒直接關係。復元目標永遠都需要康復者承擔個人責任，並付出努力，由康復者去訂立，並需設立時間期限。

治療目標是精神健康服務回應社會訴求和專業責任去約束、控制行為以及改善健康。治療的目的通常是把疾病的影響減至最低並避免壞事發生（例如：復發、入院、有害的風險等）。隨之而來的行動往往是由職員為康復者去做事。治療目標及相應的行動為保護性措施提供重要而必須的基礎。

復元目標及治療目標，兩者是不同的。復元目標就彷彿與普羅大眾的目標無異。於評估的過程中，我們需要刻意去辨識出復元目標。

行動要點

職員可以透過以下行動支援康復者識別復元目標：

43. 運用個人復元計劃^{43,44}。
44. 支持使用由康復者發展的工具^{45,46}。身心健康行動計劃（Wellness Recovery Action Plan, WRAP）⁴⁷是一套國際最被廣泛應用的手法⁴⁸（www.mentalhealthrecovery.com）。
45. 親自完成一份身心健康行動計劃— 識別職員在生活所經歷的復元，促進體驗式學習以及減少標籤。

第六章：支援發展自我管理技巧

職員透過提供有效治療或介入，以增強康復者的自我管理技巧，從而支援復元的過程。對很多人而言，獲取有效的治療對其復元是一項重要的支援，但提供治療並非精神健康服務的單一主要目的。復元為本的服務是支持康復者使用藥物、其他治療及服務，以作為康復者復元過程當中的資源。

當康復者體驗到治療是以人為本、優勢為本、社區為本，以及有助增強支援的時候，其復元便得以支持。與康復者同行是一項挑戰：回應服務使用者需要的時候，應盡早提供可即時使用的服務；並非高高在上，遙不可及 (Service on tap, not on top)。

行動要點

職員可以透過以下行動，支援自我管理：

46. 建立一個舒適、尊重並歡迎康復者的環境 — 展示復元故事、提供水果及飲料。
47. 關顧和康復者的第一次接觸，例如：服務單位會聘請接待員去歡迎新的服務使用者、亦有院舍聘請康復者成為朋輩工作人員，以使任何經歷危機的人能第一時間接觸到其他曾經歷過精神病患的康復者。

6.1 支援康復者發展自我掌控能力

自我效能感 (agency) 是指一種相信自己能夠影響個人生命的自我信念，是達致自我管理的必須要求。這個過程可以是困難的，因為精神病患往往使康復者的自我信念帶來嚴重的衝擊。在康復者未有足夠的承載力之前，要求他們為自己生命承擔責任，對他們不會帶來好處。但這並不代表降低對康復者的期望，而是將支援調整至符合康復者的復元進度 — 人會為了衝破挑戰而成長。

行動要點

職員可以透過以下行動，支援發展自我效能感：

48. 運用生活中個人轉變經歷，以提昇自我覺察，了解掌管生命是不容易的。
49. 支持康復者追求目標。
50. 幫助康復者經歷成就感。
51. 鼓勵康復者回饋他人。
52. 支援康復者獲得愉悅的經歷。
53. 放大個人成功，並協助融合正面經驗到個人身份認同當中。

6.2 支持發展充權

充權源自於自我效能感的信念，涉及一些對個人生命有正面影響的行為。傳統的服務模式將人視為問題，而復元將人視為解決方法的一部分，為模式帶來根本性的轉變。復元假設人有能力為自己的生命負責。因此，服務的方向不再是職員如何停止康復者的傷害行為，而是如何引導康復者自己決定停止那些行為。

問自己「我能從中得到什麼？」(WIFM, what's in it for me?) 能推動大部分人的行為。困難在於要分辨什麼行為阻礙了邁向個人重視的復元目標。如果一個服務對達致個人復元目標沒有幫助，就算選擇離開服務也是合乎常理，與其精神病徵無關。

行動要點

職員可以透過下列方法，支持發展充權：

54. 設立投訴機制，確定其運作暢順。
55. 提供轉換職員的選擇。
56. 支援服務使用者去取得自助資源（例如：www.glasgowsteps.com）。
57. 鼓勵接觸有參與充權行動和能展示自我管理經驗的康復者。
58. 提倡僱主對精神病患經歷給予正面的評價⁴⁸。
59. 支持由使用者作主導的治療和服務評估。
60. 提供堅定表達 (assertiveness) 技巧訓練，例如：教授 DESC script⁴⁹ 並鼓勵充權行為。
61. 認同服務使用者透過精神健康系統以外的自我管理方法，例如：靈性或宗教的支援。

62. 在職員會議上，可選擇一位職員戴上「復元帽」。這位職員的責任是作為服務使用者的倡導者，他們集中在討論中表達服務可以如何支援個人復元。
63. 因為復元是分階段發生的，抗拒轉變是合理的、可理解的和正常的。

6.3 支持動機的建立

動機面談的方法有助推動邁向復元目標的行動⁵⁰。動機面談是一個以人為本的方法，透過探索和解決矛盾感，並著重合作、引導和自主，從而支援行為的轉變。

行動要點

職員可透過下列方法提昇康復者的動機：

64. 聆聽時可利用反映式聆聽，例如：「似乎你……」、「你覺得……」、「所以你……」，以檢查自己所理解的是否與服務使用者的意思一致。
65. 集中在康復者想轉變的原因，而非他們會如何轉變。
66. 集中討論支持轉變的動機：「想想你的復元目標。利用 1 (完全未準備好) 至 10 (完全準備好) 的等級評估你對改變行為的準備程度，以達成目標。為什麼你給自己的評分高於 1？(例如：為什麼是 5 而不是 1?)」
67. 故意淡化，例如：「割腕真的完全沒有為你帶來任何問題？」

68. 以退為進，例如：「似乎你完全沒有機會可以達成的目標？」
69. 利用問題以提昇動機 — 「什麼令你覺得你能做到？」、「如果你成功了，你的生活會有什麼不同？」、「問題出現前的你是怎樣的呢？」、「這個情況令你有什麼擔憂？」、「如果你不轉變的話，最壞的情況會是什麼？」
70. 探討價值觀 — 「你生命中最重要的是什麼？」— 留意其行為和價值觀的相違之處。
71. 訂立慶祝的方法，以強調和鞏固成功。

6.4 藥物對復元的幫助

以復元為本的精神健康服務可能會提供一系列的精神科藥物。但是，服務的重點並不是不惜一切地要服務使用者服藥，而是支援其個人的復元。在生活中某一個時段中，他們或未必一定需要使用藥物。因此，藥物是眾多復元支援中的其中一項，要平衡其帶來的正面和負面影響。

行動要點

以支援藥物運用作為一個復元工具，職員可以用下列方法：

72. 以提昇康復者的個人責任為宗旨。
73. 藥物和心理治療皆可幫助服務使用者預防復發⁵¹。藥物可視為一種「可替換的預防復發保障」(exchangeable protection against relapse)，著眼提昇必然重要的抗逆力而非可能重要或不重要的藥物上。有關更多抗逆力的資料，請瀏覽 www.resilnet.uiuc.edu。
74. 運用有關藥物的專業知識，協助服務使用者作出最適合他們的選擇。
75. 我們須理解由於近乎所有康復者都有藥物處方，這難免令他們質疑是否真的有選擇權。
76. 確保有需要人士能獲得充足的藥物處方。
77. 面對一些對使用藥物存有疑慮的人，可透過提出具體的問題、集中討論藥物如何幫助達致復元目標、提供客觀的資訊(包括副作用)和支援他們去計劃和進行實驗。
78. 學習以創新的方法去支援對一般醫療上(例如：www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm, <http://decisionaid.ohri.ca/index.html>)或精神科藥物的決策(例如：CommonGround - patdeegan.com)。
79. 支援意欲停藥的服務使用者，例如：提供有關好處和缺點的資訊、發掘其他選擇的可能(繼續維持用藥一段特定的時間後再作檢討、停藥前先辨認復發的早期警號和共同訂立危機計劃、循序漸進地減少用藥等)、即使他們的決定有異於處方的意見，也對其感受予以肯定，並找出其他非藥物的支援。
80. 增加對資源⁵²⁻⁵⁶和網站的認識，尤其是那些能支援意欲停藥的服務使用者(如：www.comingoff.com)。

6.5 冒險 (risk-taking) 對復元的作用

讓康復者掌控和對自己的生命負責，這個轉變引伸一個重要的問題——風險。基於政治和專業的現實，精神健康系統傾向採取避免風險的態度。這議題尤關重要，因為人需要透過冒險去成長、發展和轉變。冒險是生命不可或缺的一部分。把「必須經歷的風險」和「須避免的風險」的兩種定義混為一談是沒有建設性的。在復元為本的服務中，這兩種風險有清晰的分別定義。

有害的風險是指非法或社會不容許的行為，例如：謀殺、自殺、反社會和犯法行為、妄顧個人責任、傷害自己的行為模式和精神病復發。有害的風險是須要避免的，而治療目標亦須要集中減低有害的風險。縱使避免有害風險有其原因，但這也可以是復元目標的一部分，例如：「義務工作對我來說是很重要。我想避免因為精神狀況欠佳而影響了義務工作的情況。」

積極的冒險是指接受挑戰以達致個人成長和發展的行為。這包括發展新興趣、嘗試一些自己不一定能否做到的事情、決定在一段關係之中作出轉變和擔任新的角色。即使一切事情發展都錯了，這些行為通常都是有益的，從嘗試和失敗的過程中提昇抗逆力。很多復元目標的達成都需要這種正面而有原因的冒險。

行動要點

職員可透過下列方法支援與復元有關的風險：

81. 要意識到如果職員的行動只集中避免有害的風險，這可能會營造一種風氣，令服務使用者減少發展為個人行為負責的技巧。
82. 意識到把復元目標的優次放在治療目標之上，有助於提高服務使用者對精神健康服務的參與。
83. 確保機構有經審核及機構支持的系統去評估、發展和記錄那些為達致復元目標而進行的正面冒險行為。
84. 集中於正面冒險行為，較避免有害風險，更有助於發展自我管理風險的技巧。
85. 和服務使用者合作去識別一些盡量減少有害風險的行為。



第七章：危機中的復元

在復元為本的精神健康服務中，危機時的強制治療有時是需要的。對於一個有潛在風險會傷害到自己或其他人的人，最好有服務的介入。重視個人復元並不代表當服務使用者沒有尋求幫助時，可以袖手旁觀讓悲劇發生。如果已用盡所有辦法，在有危機時，職員運用強制方法也是可以接受的。

復元為本的危機處理有以下目標：

- 防止不必要的危機
- 在危機之中盡量減少康復者喪失個人責任感
- 在危機之中和危機以外支持其身份認同

7.1 防止不必要的危機

減少危機發生的最好的方法是發展自我管理技巧。這有助於提昇自我效能感、充權和抗逆力，以應付生活中的挫折。辨別和回應精神病徵狀的能力是一種重要的自我管理技巧。復元工作的挑戰是，在管理初期警號的工作中，職員要提昇服務使用者的自我修正能力，而非製造復發的焦慮和過分警惕。

職員需要技巧地去傳達兩個訊息：

1. 並非所有生活問題都代表復發。發展投入生活的技巧和處理困難的態度（而非逃避）需要同等努力。
2. 復發或退步是正常的。當人們努力去改變以往的行為或情緒模式時往往會遇到挫折。職員可告訴服務使用者大部分成功戒煙的人都有 12 至 14 次嘗試戒煙的經驗⁵⁷，而千萬富翁平均經歷破產或瀕臨破產邊緣有

3.2 次⁵⁸。正面的冒險和有關經歷的挫折在生活中是必須的——那是健康而非疾病的跡象。

行動要點

職員可以下列方法在發生危機發生前作出支援：

86. 和服務使用者合作去識別可能發生危機的初期警號。
87. 傳遞一個正常化的訊息——什麼才是建立有用的自我監察方法。
88. 強調挫折是正常的，怎樣處理挫折才是重要。

7.2 在危機之中盡量減少喪失個人責任感

復元為本的服務目的是盡量減少為康復者作出決定，並讓決定的過程貼近康復者。

我們可以將做決定的過程盡量交回康復者。最理想的情況是讓康復者為自己做

決定。如康復者暫時失去決定的能力，可以使用他之前所提出的意見或由已授權的決策者為他們做決定。只有當這些方法都無法使用時，職員才基於康復者最大利益為他做決定。而運用預設醫療指示 (advance directives) 可以減少失去自主權。此類的方法有很多，其法律效力則在每個國家也不同。適當的運用幫助職員從中取得所需資料，在處理危機中保障康復者和他們的價值觀。

行動要點

職員可以透過以下方法減少在危機出現時而所喪失的個人責任感：

89. 在危機中保留康復者的價值觀為目標。
90. 在危機出現之前，習慣運用預設醫療指示及其他手法，例如：共同護理協議、病人所得紀錄。

7.3 在危機出現時支援身份的認同

在危機出現時，與康復者的關係變得尤其特別重要。在康復者出現危機時，傳統服務的方法是入院治療。而在復元為本的住院服務，建立伙伴關係的重要性變得清晰。為處理經歷危機中的康復者，新類型的短期住宿服務也相繼出現，例如：Rethink Mental Illness 在羅瑟漢姆的 Cedar House。

行動要點

在經歷危機時，職員可透過以下的方法去支援身份認同：

91. 在危機中，平衡對安全的需要、從過去中學習和調整未來計劃方向的機會。
92. 保障康復者繼續正常的生活：確保康復者接收郵件、餵養寵物、照顧老少家人、支付賬單、保障家居安全及取消送貨等。
93. 擴大康復者的支援網絡，例如：設立無限時探訪、積極鼓勵探訪、邀請探訪者一同用膳及進行其他活動。
94. 繼續保持生活技能。如果康復者能夠為自己及其他人煮飯，免費提供日常膳食是無幫助的。如果康復者享受看書、做運動或其他個人治療方式 (personal medicine⁵⁹)，鼓勵他們的參與是重要的。
95. 從第一次見面開始，收納程序強調康復者的個人身份，而非以疾病為中心。與康復者討論他的生活、問他想從入院治療中獲得什麼和他之後希望做些什麼等。
96. 支持康復者慢慢反省和理解過去的危機：它怎樣出現？它帶來什麼好處和壞處？它教曉你些什麼？康復者將來需要什麼計劃、目標、支援或技能？
97. 善用時間，而不是提供強制性活動。調整支援以切合康復者的個人需要，可能包括給予康復者私人空間、提供輔導去支援復元過程，或者提供藝術媒介和治療讓康復者表達經驗。



第八章：辨識復元為重心的精神健康服務

我們如何辨識精神健康服務的復元重點？雖然最佳的實務方法已逐漸變得清晰，但仍缺乏一個去辨識復元服務焦點的認證過程。

支援服務的工具開始相繼出現：

- INSPIRE 是一套由精神健康工作者給予服務使用者的評分工具，用來量度復元支援。它可以從以下網頁免費下載：researchintorecovery.com/inspire。
- 最廣泛被使用的質素標準：Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care^{60,61}。
- 對於朋輩支援服務的保真度 (fidelity) 評估：Fidelity Assessment Common Ingredients Tool (FACIT)⁶²。
- 量度服務發展的工具：Pillars of Recovery Service Audit Tool (PoRSAT)⁶³。
- 由服務使用者評分，用來量度關係對於復元過程的支援：Recovery-Promoting Relationships Scale⁶⁴。

我們可以如何評估一個以復元為重心的精神健康服務？成效評估應該建基於理論架構，同時量度真正重要的向度。

「個人復元框架」為成效評估提供理論基礎，識別出兩方面的成效，包括：提昇社會身份所受重視的社會角色，以及提昇個人身份的復元目標。綜合性的成效評估應該策略地去量度這兩方面。第一，客觀生活質數的指標，如：房屋、友誼、安全、就業、親密人際關係和收入等。第二，邁向於個人目標的進展。能夠達到以上標準便已很接近復元為本的精神健康服務。

行動要點

職員可透過以下行動來體現復元成效：

98. 運用復元支援質素標準及服務發展工具。
99. 評估復元過程及成效，例如：INSPIRE 量表 (可免費從以下網頁免費下載：researchintorecovery.com/inspire)。
100. 定期監察和發佈有關復元成效，包括對於受重視的社會角色，以及對於個人有價值的復元目標。



第九章：精神健康系統的轉化

我們如何辨識精神健康服務的復元重點？雖然最佳的實務方法已逐漸變得清晰，但仍缺乏一個去辨識復元服務焦點的認證過程。



其實，提出轉化為個人復元等同於提出範式 (paradigm) 轉變，在其中：

1. 復元知識是從主流精神科學以外衍生，是從擁有精神病經歷的人而起，而非源自於精神健康工作者。
2. 過往的關注，如風險、症狀和住院治療，在新模式下只視為其中要考慮的一些元素。
3. 過往被認為次要的考慮——即「病人角度」變得重要。

復元手法的中心和傳統的假設相反：

- 精神病經歷是康復者的一部分，精神病病人不是康復者的唯一身份，例如不是「一個精神分裂症」。
- 擁有受重視的社會角色能改善症狀及減少住院，而不是在治療後才能準備承擔責任和生活角色。
- 復元目標從服務使用者而來，支援達至這些目標從職員而來。職員並非自行訂立治療目標，然後要求服務使用者服從。
- 評估要集中在康復者的優勢、喜好和技巧，而不是他們的限制與缺失。
- 人們均需要工作、愛和玩樂，治療或許可以幫助達到這個目標。
- 精神病康復者和常人無異，每個人一樣都有抱負和需要。
- 當有機會得到支援和鼓勵時，康復者慢慢會學懂為自己的生活做好的決定，而並非總是做錯誤的決定，要職員為他們承擔責任。



對於服務使用者及職員來說，開展復元旅程的影響深遠。復元旅程有明顯的潛能去促進服務使用者的充權和轉化。不過，轉變還不止於此。復元手法有潛力使精神健康服務提供者從不能達到的期望中解放出來：診斷人們、治療疾病、治癒病人、有效管理風險、保障公眾安全和排除不正常行為等。將復元置於中心對所有人都有好處。

附錄一：支援復元的電子資源

一般的復元資源

Rethink Mental Illness	www.rethink.org
Mental Health Commission	www.mhc.govt.nz
Boston University Center for Psychiatric Research	www.bu.edu/cpr
Ohio Department of Mental Health	www.mhrecovery.com
National Empowerment Center	www.power2u.org
Scottish Recovery Network	www.scottishrecovery.net
Recovery Devon	www.recoverydevon.co.uk
Section for Recovery, Institute of Psychiatry	www.researchintorecovery.com
Yale Program for Recovery and Community Health	www.yale.edu/prch

特定的復元手法

Intentional Care	www.intentionalcare.org
Tidal Model	www.clan-unity.co.uk
Intentional Peer Support	www.intentionalpeersupport.org
Wellness Recovery Action Planning (WRAP)	www.mentalhealthrecovery.com
The Village	www.mhavillage.org
Intervoice	www.intervoiceonline.org
Promoting Resilience	www.resilnet.uiuc.edu

污名相關 / 服務使用者的敘述

Media Action Group for Mental Health	www.magmh.org.uk
Time to Change	www.time-to-change.org.uk
Like Minds, Like Mine	www.likeminds.org.nz
See me	www.seemescotland.org
Narratives Research Project	www.scottishrecovery.net
Mental Health Stigma	www.mentalhealthstigma.com
Active Minds	www.activeminds.org
StigmaBusters	www.nami.org

正向心理學資源

Centre for Applied Positive Psychology	www.cappeu.org
Positive Psychology Center	www.ppc.sas.upenn.edu
Centre for Confidence and Well-being	www.centreforconfidence.co.uk
Values in Action Inventory of Strengths	www.viastrengths.org

附錄二：參考書籍

1. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br. J. Psychiatry* 2011;199:445-52.
2. Shanks V, Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Slade, M. Measures of personal recovery: systematic review. *Psychiatr. Serv.* in press.
3. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M, Larsen J, Oades L, Williams J, et al. Assessing the strengths of mental health service users - systematic review. *Psychological Assessment* 2012; 24:1024-33.
4. Schrank B, Bird V, Rudnick A, Slade M. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc. Sci. Med.* 2012;74:554-64.
5. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr. Serv.* 2011;62:1470-76.
6. Williams J, Leamy M, Bird V, Harding C, Larsen J, Le Boutillier C, et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012;47:1827-35.
7. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. REFOCUS: Promoting recovery in community mental health services. London: Rethink (researchintorecovery.com/refocus), 2011.
8. Slade M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, McCrone P, Leamy M. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
9. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
10. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Innovations and Research* 1993; 2:17-24.
11. HM Government. (2011). No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health.
12. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2003; 37:586-594.
13. Allott P, Loganathan L, Fulford KWM. Discovering hope for recovery: a review of a selection of recovery literature, implications for practice and systems change. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2002; 21(2):13-34.
14. May R. Making sense of psychotic experience and working towards recovery. In: Gleeson JFM, McGorry PD, editors. *Psychological Interventions in Early Psychosis*. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. 246-260.
15. Roberts G, Wolfson P. The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment* 2004; 10:37-49.
16. Roberts G, Wolfson P. New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In: Roberts G, Davenport S,

- Holloway F, Tattan T, editors. Enabling recovery. The principles and practice of rehabilitation psychiatry. London: Gaskell; 2006. 18-37.
17. Farkas M, Gagne C, Anthony W. Recovery and rehabilitation: a paradigm for the new millennium. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1999.
 18. Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 11, 123-8.
 19. Repper, J. & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20(4), 392-411.
 20. Tse S, Cheung E, Kan A, Ng R, Yau S. Recovery in Hong Kong: Service user participation in mental health services. *International Review of Psychiatry*. 2012; 24: 40-7.
 21. Heyes S, Tate S. *Art of Recovery*. Yeovil: Speak Up Somerset; 2005.
 22. Perkins R. *Making it! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London and St George' s Mental Health NHS Trust; 2007.
 23. Davies, S., Wakely, E., Morgan, S., Carson, J. (2012). *Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers*. Brighton: Pavilion Press.
 24. Mental Health Commission. *Oranga Ngakau. Getting the most out of mental health services. A recovery resource for service users*. Wellington: Mental Health Commission; 2003.
 25. Anthony W. The Principle of Personhood: The Field' s Transcendent Principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; 27:205.
 26. Lapsley H, Nikora LW, Black R. *Kia Mauri Tau! Narratives of Recovery from Disabling Mental Health Problems*. Wellington: Mental Health Commission; 2002.
 27. Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with Voices: 50 Stories of Recovery*. Ross-on-Wye: PCCS, 2009.
 28. McIntosh Z. *From Goldfish Bowl to Ocean: personal accounts of mental illness and beyond*. London: Chipmunkpublishing; 2005.
 29. Scottish Recovery Network. *Journeys of Recovery. Stories of hope and recovery from long term mental health problems*. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2006.
 30. Bowyer T, Hicks, A., Mailey, P., Sayers, R., Smith, R., Ajayi, S., Faulkner, A., Larsen, J. *Recovery insights. Learning from lived experience*. London: Rethink Mental Illness, 2010.
 31. O' Hagan M. *Recovery Competencies for New Zealand Mental Health Workers*. Wellington: Mental Health Commission; 2001.
 32. Hope R. *The Ten Essential Shared Capabilities – A Framework for the whole of the Mental Health Workforce*. London: Department of Health; 2004.
 33. Farkas M, Gagne C, Anthony W, Chamberlin J. *Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions*. *Community Mental Health Journal* 2005; 41:141-158.
 34. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1996; 19:91-97.
 35. Baumeister RF. *Meanings of life*. New York: Guilford; 1991.
 36. Bock T, Priebe S. *Psychosis seminars: an unconventional approach*. *Psychiatric Services* 2005; 56:1441-1443.
 37. Byrne S, Birchwood M, Trower P, Meaden A. *A Casebook of Cognitive Behaviour Therapy for*

- Command Hallucinations. Routledge: Hove; 2005.
38. Rapp C, Goscha RJ. *The Strengths Model: Case Management With People With Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Second ed. New York: Oxford University Press; 2006.
 39. Resnick SG, Rosenheck RA. Recovery and positive psychology: Parallel themes and potential synergies. *Psychiatric Services* 2006; 57(1):120-122.
 40. Russinova Z. Providers' Hope-Inspiring Competence as a Factor Optimizing Psychiatric Rehabilitation Outcomes. *Journal of Rehabilitation* 1999; Oct-Dec:50-57.
 41. Perkins R, Repper J. *Social Inclusion and Recovery*. London: Bailliere Tindall; 2003.
 42. Snyder CR. *Handbook of hope*. San Diego: Academic Press; 2000.
 43. Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Burlington, MA: Elsevier; 2005.
 44. Tondora J, Pocklington S, Osher D, Davidson L. *Implementation of person-centered care and planning: From policy to practice to evaluation*. Washington DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2005.
 45. Coleman R, Baker P, Taylor K. *Working to Recovery. Victim to Victor III*. Gloucester: Handsell Publishing; 2000.
 46. Ridgway P, McDiarmid D, Davidson L, Bayes J, Ratzlaff S. *Pathways to Recovery: A Strengths Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence, KS: University of Kansas School of Social Welfare; 2002.
 47. Copeland ME. *Wellness Recovery Action Plan*. Brattleboro: VT: Peach Press; 1999.
 48. Becker DR, Drake RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
 49. Bower SA, Bower GH. *Asserting yourself. A practical guide for positive change*. Cambridge, MA: Da Capo Press; 2004.
 50. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing people to change (addictive) behavior*. New York: Guilford Press; 2002.
 51. Libermann RP. Future directions for research studies and clinical work on recovery from schizophrenia: Questions with some answers. *International Review of Psychiatry* 2002; 14:337-342.
 52. Icarus Project and Freedom Center. *Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs*. <http://theicarusproject.net/HarmReductionGuideComingOffPsychDrugs>.
 53. Darton K. *Making sense of coming off psychiatric drugs*. London: Mind; 2005.
 54. Lehmann P (ed). *Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*. Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing; 2004.
 55. Breggin P, Cohen D. *Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*. Reading, MA: Perseus Books; 2007.
 56. Watkins J. *Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely*. Victoria: Michelle Anderson; 2007.
 57. Zhu S-H. Number of Quit Smoking Attempts Key to Success. *Scoop Health* 2007; 6 September.
 58. Tracy B. *21 Success Secrets of Self-made Millionaires*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler; 2000.
 59. Deegan P. The importance of personal medicine. *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33:29-35.
 60. Tondora J, Davidson L. *Practice Guidelines for*

- Recovery-Oriented Behavioral Health Care. Connecticut: Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services; 2006.
61. Davidson L, Tondora J, Lawless MS, O'Connell M, Rowe M. A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice Tools for Transforming Mental Health Care. Oxford: Oxford University Press; 2009.
 62. Johnsen M, Teague GB, Herr EM. Common Ingredients as a Fidelity Measure for Peer-Run Programs. In: Clay S, Schell B, Corrigan P, Ralph R, editors. On our own, together. Peer programs for people with mental illness. Nashville, TN: Vanderbilt University Press; 2005. 213-238.
 63. Higgins A. A recovery approach within the Irish Mental Health Services. A framework for development. Dublin: Mental Health Commission; 2008.
 64. Russinova Z, Rogers ES, Ellison ML. Recovery-Promoting Relationships Scale (Manual). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 2006.

致謝

「我非常感激眾多擁有親身或專業精神病經驗人士在這份報告無私地貢獻專門知識。我於正職的休假期間撰寫這份報告，在此衷心感謝精神病學研究所及倫敦南部和莫茲利 NHS 信託基金會的支持。我也感謝 Rethink Mental Illness 的 John Larsen 和 Vanessa Pinfold，他們的大力支持和熱誠使復原能夠成真。」

Mike Slade (本手冊的作者)

© Mike Slade · 2013

所述內容可被轉載，但必須不收取費用並引用資料來源：

Slade M (2014) 100 ways to support recovery, 2nd edition, trans Ling C.Y.M., Hong Kong: New Life Psychiatric Rehabilitation Association.

邁克·斯萊德 (Mike Slade) (2014) 《100 種支援復元的方法》(第二版)，翻譯：凌悅雯，香港：新生精神康復會。

第一版已被翻譯成丹麥語、德語、葡萄牙語和冰島語，可從以下網址取得更多信息：

researchintorecovery.com/100ways

本手冊的部分內容，從一本更詳盡的書授權轉載：

Slade M (2009) Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals, Cambridge: Cambridge University Press.

這份手冊的副本可免費從 www.rethink.org/100ways 下載。



New Life
Psychiatric Rehabilitation Association
新生精神康復會



帶領受到精神疾病影響的人們邁進更好的生活質素。
欲了解更多信息，請透過以下方式聯絡：

Rethink Mental Illness (原著)
電話 0300 5000 927
電郵 info@rethink.org
www.rethink.org

新生精神康復會 — 復元動力 (翻譯)
電話：2332 4343
電郵：recovery@nlpra.org.hk
www.recovery.nlpra.hk



Registered in England Number 1227970. Registered Charity Number 271028. Registered Office 89 Albert Embankment, London, SE1 7TP. Rethink Mental Illness is the operating name of National Schizophrenia Fellowship, a company limited by guarantee. © Rethink Mental Illness 2013.