

# 100 种 支援复元的方法

一本给精神健康服务专业工作者的指引

Mike Slade 著  
第二版





## 我们是谁

### 原著

Rethink Mental Illness 是一个慈善机关，相信数以百万计的精神病康复者能拥有更美好的生活。在过去 40 年，Rethink Mental Illness 凝聚互助的力量，在英国提供服务和支援小组，以改善人们的生活，同时改变大众对精神病的态度。

### 译者

新生精神康复会成立于 1965 年，是专注发展精神健康服务的非政府社会服务机构，致力透过专业服务、社会企业、推动互助及家属支援，为精神病康复者争取平等机会，协助他们改善生活质量，全面融入社会。

本会于 2014 年获《100 ways to promote recovery》作者 Mike Slade 授权翻译小册子中文版。

### 翻译团队：

新生精神康复会临床心理服务 凌悦雯 黄国良 杨翠儿 黎洁莹  
 新生精神康复会复元动力机构及职员事工小组 罗家平、邱少彪、黄润权、  
 谭以晶、张敏仪、杨炜森、庄艳芳、梁适懿、郑艳霞、黄家杰、杨瑞玲  
 香港中文大学心理学系 陆嘉星、朱辰

## 内容

简介	02-07
第一章：什么是个人复元？	08-10
第二章：关系的重要性	12-14
第三章：复元为本的精神健康服务的基础	16-18
第四章：评估	20-24
第五章：行动计划	26
第六章：支援发展自我管理技巧	28-32
第七章：危机中的复元	34-36
第八章：辨识复元为重心的精神健康服务	38
第九章：精神健康系统的转化	40
附录一：支援复元的电子资源	42
附录二：参考书籍	43-46



Rethink Mental Illness 致力改善精神病康复者的生活，改革现有的精神健康服务。这本手册提供了 100 种实务的方法，让精神健康服务提供者参考如何运用以人为中心及复元为本的方法工作。



自 2009 年出版第一版后，这本手册已从 Rethink Mental Illness 网站被下载超过 23,000 次 (rethink.org/100ways)，并翻译成不同欧洲语文版本。第二版加入最新的研究证据，以及相关资源的最新连结。

本手册的作者 Mike Slade 博士是南伦敦及莫兹理国民保健基金信托会的顾问临床心理学家，并为英国伦敦国王学院精神病学研究院的健康服务研究的教授。他的研究团队正踏入为期 5 年的 REFOCUS 研究试验的最后阶段，并将于 2014 年完成。在英国，REFOCUS 正发展和检讨一套应用于成人精神病康复者的复元为本介入工具。

这本手册出版后数年间，各界对复元发展的关注更趋成熟。复元已融入成为日常精神健康服务不可或缺的部份。为支援以人为中心的服务，政策上也有相关发展，如：「个性化及个人健康预算」(Personalisation and Personal Health Budgets)。

但是，我们还有很多功夫要做。在 2012 年，精神分裂症委员会发表有关全面检讨现行服务及研究的报告 (schizophreniacommission.org.uk)，并识别出一些需要改善的范畴，以确保康复者能获得所需的支援及治疗，真正改善生活。第二版《100 种支援复元的方法》手册提供一套实务工具，让服务提供者共同推行复元。

Paul Jenkins  
Rethink Mental Illness  
行政总裁  
2013 年 4 月

这是一本给精神健康服务提供者的手册，旨在支援复元为本服务的发展。它提供不同的建议，让服务提供者以复元为本的方法和康复者合作。



这本手册建基于两个信念：

- 复元是康复者努力的方向，同时也是康复者的自身经历。复元并非指服务为康复者做什么。职员的贡献是支援康复者迈向复元。
- 复元的旅程是个人的。支援康复者复元的最佳方法因人而异。

由于并没有所谓“完美”或“准确无误”的服务，我们没办法向服务提供者作出逐步支援复元的指

示。所以，这本手册提供的是一个指引，而不是一步一步的行程计划。

这本手册的核心是提供一个概念框架——“个人复元框架”(Personal Recovery Framework)，以识别有效的支援方法。这个概念框架建基于精神病康复者的自身经历，而这本手册的目的是把这框架转化为实务。



## 第二版

自从第一版《100种支援复元的方法》于2009年出版后，这本手册已在Rethink Mental Illness的网站被下载超过23,000次 (rethink.org/100ways)。



我们对复元的理解来自康复者的故事，而对复元的定义自2009年之后并没有太大改变。复元是指“康复者即使正与疾病对抗，透过积极的奋斗和良好的支援，他们的生活可以跨越病患。”不过，近年的精神健康学术文献也有新的证据相继出现。

例如，精神病学研究院的复元部门已进行多项有关复元的研究 (资料详见于researchintorecovery.com)。当中包括用严谨的方法综合证据，进行系统评价，以识别重要的复元过程：连通性 (Connectedness)、希望 (Hope)、身份 (Identity)、意义 (Meaning) 和充权 (Empowerment) (CHIME的架构)<sup>1</sup>、如何评估复元<sup>2</sup>、如何识别优势<sup>3</sup>和如何增加希望感<sup>4</sup>。

现在我们可以识别一些最好的实务方法，让精神健康服务提供者支援复元<sup>5</sup>。我们已经检讨一些评估工具的成效<sup>6</sup>，以识别良好的复元支援方法，现正发展最新的免费评估工具INSPIRE (researchintorecovery.com/inspire)。

我们正在发展<sup>7</sup>及检讨<sup>8</sup>一些支援复元的介入方法，同时在英国各个地区推行新的国家措施去变革现有的精神健康服务<sup>9</sup>。在这些服务发展当中，Rethink Mental Illness一直担当指导者和伙伴的角色。为呈现新证据，第二版《100种支援复元的方法》已更新。

Mike Slade  
英国伦敦国王学院  
健康服务研究教授

## 前言



香港的精神康复服务以复康模式为主，主要集中于消除病征、训练生活技能及药物治疗，以协助康复者重返以往的生活。新生精神康复会由2009年开始引入“复元为本”服务，重视康复者对患病起伏过程的了解，并强调康复者自身的责任及其参与对复元历程的重要性，期望康复者能在患病的经历中重新认识自己，享有全面发展的机会，选择自己的生活目标，重新建立自我及人生意义，不视疾病为生活的唯一关注或生命的全部。

二零一三年，本会五位专业工作者及香港中文大学到访英国，了解当地的复元导向服务，探讨服务系统转型的过程与当中的挑战。伦敦国王学院的Mike Slide教授授权本会《100 Ways To Support Recovery》一书翻译成中文版，期望能帮助复元为本的服务推广至华人社会，并有效实践复元为导向的服务。

本会于过去几年间，由最初的逐步试行，到今天的全面开展，我们推行了以复元为导向的不同计划 (如：个人复元计划、身心健康行动计划等)。然而，我们都知道复元理念最核心的精髓并不在于计划内容，而是每一次跟康复者相处时的每一个微小行动，以及当中所活现出来的一种态度。

本册子将会讨论多种于介入时可供参考的实际行动例子和背后的理念框架，期望能帮助工作者于服务当中演活复元精神，鼓励康复者建立自我，活出有意义的人生。

新生精神康复会行政总裁  
游秀慧女士  
二零一五年三月

# 第一章：什么是个人复元？

复元一词有两个意思。

**临床复元** — 由精神科的专业人士所制定的一个概念，意指减少症状、回复原本的社交功能，或“回复到正常”。

**个人复元** — 由拥有第一身患病经验的康复者所制定的一个概念，与临床复元的意思不同。最广泛使用的个人复元定义来自安东尼 (1993)<sup>10</sup>：

“...是一个非常个人及独特的过程，当中包括改变个人态度、价值观、感受、目标、技能和 / 或角色。这是一个在病的限制下仍能满足而有希望的生活方式。复元包括发展新的个人生活意义和目标，使人跨越精神病所带来的负面影响。”

现时大部分精神健康服务都以临床复元为主要目标。但是，世界各地的精神健康政策亦逐渐迈向提供个人复元的支援。例如，在 2011 年的英格兰国家精神健康策略中的一个中心目标是：“更多精神病康复者会复元。”<sup>11</sup> 那么究竟我们如何把现有服务转向复元为本？这个报告识别出 100 种不同方法，我们将先提供一个概念架构，以巩固变革的基础。

## 方格一：个人复元任务

### 复元任务一：发展正面身份

复元的第一个任务是在精神病患以外发展一个正面身份。一些身份的元素对某些人来说可能很重要，但对于另一些人来说则较次要，这意味着只有康复者自身可以决定哪些元素能建构他们个人所重视的身份。

### 复元任务二：重新建构“精神病”的定义

第二个任务涉及将专业人士对精神病的理解演绎成为具个人意义的经历。从经验中寻找意义，将患病视为人的一部分，而不是一个人的全部。这个意义或许表达为一个诊断、一个表述 (formulation)、又或者和任何专业模式无关，而只是一个灵性、文化或存在危机。

### 复元任务三：自我管理精神病

重新建构精神病的定义能将病患经验转化为人生的一个挑战，让康复者发展自我管理的能力。康复者从临床管理的被动角色转为负上自我管理责任的主动角色。这并不代表康复者独立完成所有事情，而是承担自己身心健康责任，包括在需要的时候寻求协助。

### 复元任务四：发展受重视的社会角色

最后的任务包括获得以往的、经过改善的、或拥有新价值的社会角色，这些社会角色通常和精神病无关。受重视的社会角色能支撑康复者的身份。在社区的环境下，尤其是在危机发生的时候，与康复者合作是重要的，因这时候朋友、家人和同事的支援通常变得最为紧扣。

## 个人复元框架

支持个人复元意味从治病为中心，迈向至提升个人身心健康 (well-being)。这会带来观念转变，其中专业模式 (professional model) 成为理解人的众多方法之一。“个人复元框架” (Personal Recovery Framework) 建基于康复者的自身经验，由四个范畴组成，并能帮助我们理解复元<sup>12</sup>：

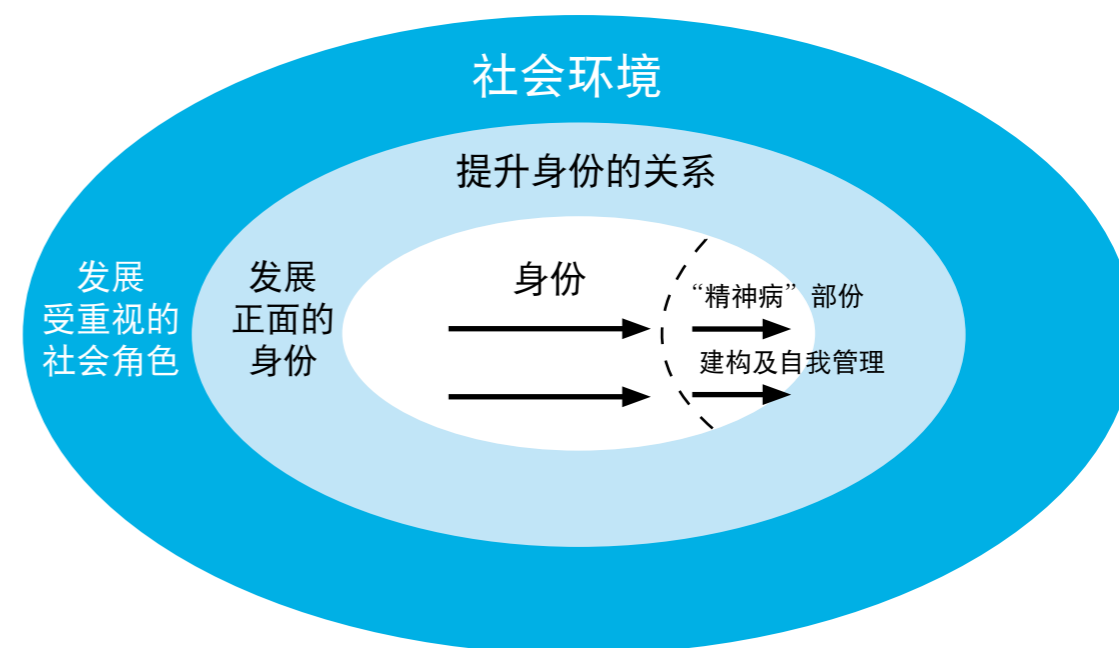
- 希望：最常被提及的复元元素
- 自我身份：包括现在和将来的自我形象
- 人生意义：包括人生目的和目标
- 个人责任：为自己的人生负起个人责任的能力

个人复元框架 (图一) 建基于四个在复元过程中常见的任务。这个概念概括了由信念到行动，及由个人到社会的过程，是一个普遍而非全部通用的次序。

箭头表示复元透过重新建构精神病的定义及自我管理去减少精神病的影响，同时透过建立正面的身份及受重视的社会角色去达致最佳个人身心健康。

个性化和复元为本精神健康服务强调以关系为基础，能支援康复者承担上述四个复元任务。几位曾经推动复元服务发展经验的作者尝试解释传统康复和复元为本服务的主要分别<sup>13-17</sup>，重点参见表一。

图一：“个人复元框架” (Personal Recovery Framework)



表一：传统和复元为本服务的分别

传统方法	复元为本的方法
价值观和权力分配	
(表面上) 价值中立 / 价值无涉 ( <b>value free</b> )	以价值为中心 ( <b>value-centred</b> )
专业责任	个人责任
着重控制	着重选择
权力大于康复者	唤醒康复者的力量
基本概念	
科学化	人性化
病历	个人经历
病理化	困扰的经验
诊断	个人意义
治疗	成长与发现
职员与病人	过来人 / 拥有相关经验的专家
知识	
随机对照试验	引导下叙述
系统评价	从角色楷模去学习
脱离环境规范 ( <b>Decontextualized</b> )	在社会环境规范之内
实务工作	
陈述	了解
集中在“病患”	集中在“人”
问题为本	优势为本
建基于减少负面 / 不良事件	建基于希望及梦想
康复者适应康复计划	服务提供者适应康复者
奖励遵从及被动行为	促进充权
专业的个案经理	自我管理
服务的目标	
抵抗疾病	有利健康
被控制	自我控制
服从	选择
回复原状	转化

由于个人复元与个人经验有关，职员的工作是去支援康复者迈进复元的旅程。本手册将继续讨论实践的方法。



## 第二章：关系的重要性

这个章节开始详述 100 个让精神健康服务提供者支援复元的方法。它着重与朋辈、服务提供者及其他人的关系。

### 2.1 支持朋辈关系

有复元经验的人士（朋辈）能直接对其他康复者作出贡献<sup>18-20</sup>。有意义的朋辈参与和现时国际崭新的复元为本服务有密切关系。以下将介绍三种不同类型的朋辈支援。

#### 1. 互助小组

朋辈互助小组对于康复者的亲身经历是首要的，其成立是建基于相信所有参与者都能有所贡献的信念。

#### 2. 朋辈支援工作人员

朋辈支援工作人员以其患病经验在精神康复服务机构提供服务。设立朋辈支援工作人员的职位为机构带来四种好处。

- i. 对于朋辈支援工作人员来说，这工作本身已带来很多益处：包括肯定康复者亲身经历是有价值的，转化“精神病”经历所带来的意义。朋辈支援工作人员能够为其他康复者付出，这是重要的治愈元素。同时，自我管理技巧及与工作相关的技能也得以巩固。
- ii. 对于职员来说，朋辈支援工作人员的出现也能提升对个人价值观的意识。与有康复经验的同事共事也自然地（而非强迫地）挑战他们既有的“我们和他们”标签性想法。

#### iii. 对于其他服务使用者而言，接触朋辈支援工作人员提供一个可见的复元楷模，也是希望的泉源。而且相比起职员，朋辈支援工作人员能减少与康复者之间的距离，能使他们更愿意投入于服务当中。

#### iv. 对于精神健康服务系统而言，朋辈支援工作人员能成为复元文化的承传者。因着康复者本身的复元经历，他们较少需要复元导向服务的培训。

#### 3. 朋辈主导的服务

由朋辈运作的计划并非单单由康复者担任职员这样简单<sup>18</sup>，而是透过朋辈工作本身的意义和价值以及运作上的实践，去达到推广个人复元目标的服务。朋辈服务与传统精神健康服务有很大不同：朋辈服务能直接表达出一个信息——“精神疾病的经历是一种资源”。重点目标是支援康复者重新投入决定自己的将来。

### 行动要点

职员可以透过以下方法提升朋辈支援：

1. 与其他志愿机构合作，以发展互助性质的自助小组，并积极向他人推广。
2. 向服务使用者发放与复元有关的资讯<sup>21-24</sup>。
3. 于复元服务中聘请朋辈支援工作人员，并支援他们作出独特贡献。
4. 鼓励发展由朋辈策划及执行的服务计划。
5. 透过故事演说训练；透过建立复元故事分享平台；透过鼓励服务使用者于本地及国际媒体，支援他们分享个人的复元故事。
6. 熟悉网上电子资源，例如：  
[www.mentalhealthpeers.com](http://www.mentalhealthpeers.com),  
[www.recoveryinnovations.org](http://www.recoveryinnovations.org)

### 2.2 与专业人士的关系

在不抵触法律的情况下，复元导向的服务认为服务使用者是最终的决策者。这并不表示职员只会依从服务使用者的指示而行动。职员不能作出有违专业操守的行动，或与服务使用者同谋作出有害的行为。然而，服务的基本原则着重我们主动征询服务使用者的意愿，并视职员的专业角度为理解康复者个人经验的其中一种方式，而非唯一的方式。

我们可以用“相互关系 (mutuality)”来形容这种与服务使用者之间的伙伴关系，强调我们每个人都曾经从挑战中恢复起来的共同点。从事复元工作的职员要准备好与服务使用者同行，并视工作为提供更多选择而非修补问题。他们可能也会被服务使用者挑战、影响及改变。

职员有时会为服务使用者作出决定。当服务使用者暂时失去照顾自己的能力，而又没有其他更好的选择的时候，职员可能需要因情况提供强制的指导及介入。

在复元历程的初期（专业人士或许称之为急性不适），把过高的期望加诸一个人身上未必能够帮助他们。同样，有时候康复者会寻求专业意见，例如：关于诊断、病情发展及治疗方案的意见。对于一些想从精神病的角度去理解自身的经验的服务使用者，他们有权知道相关的专业意见及协助方法。

**教练技术 (coaching)** 是复元为本服务中的一种特定沟通方式。教练技术有以下优点：

1. 它假设个人有能力管理自己的生命，并有承担个人责任的潜能。
2. 着重于促进复元过程的发生，而非针对个人。教练技术旨在帮助个人与精神病共存。这有别于传统着重于治疗精神病本身的模式。
3. 教练的角色是激发个人的自我改善能力，而非修补问题。这有助强化个人优势及现有的支援关系，而非着眼于不足处。
4. 教练技术的关系致力达成受教者 (coachee) 的个人目标，而不是教练的目标。运用教练技巧并非目的本身，而是作为提供资源的方法。
5. 双方均须积极投入参与在伙伴关系当中。



### 行动要点

职员可以透过以下方法支援复元：

7. 视服务使用者的喜好及意愿与职员的意见有同等的重要性。
8. 尽量以服务使用者考虑的事项优先，而非职员所考虑的事项。
9. 以开放的态度向服务使用者学习及愿意受其改变。
10. 可以的话，尽量运用教练技术。
11. 在提供及接受督导的时候，我们需同时考虑与康复者的关系及专业介入的能力这两个方向。

虽然专业知识应用于支援自我管理，它仍然担当一个主要的角色。转向伙伴关系不代表职员减少其工作、轻易放弃，或使用非循证的治疗，而是代表以不同的方式去运用专业知识支援复元，包括：评估、目标计划和治疗的整个过程。



### 2.3 支援其他关系

人们不单需要从精神病中复元，他们亦需从情感、身体、知性、社交及灵性等方面复元。与其他人的联系和积极投入生命是个人身心健康的重要来源。很多康复者发现当他们感到被遗弃的时候，保持信念是十分重要的支持。

#### 行动要点

职员可以透过以下方法鼓励灵性层面及与他人的联系：

12. 询问个人对人生的意义及目标。这有可能超越职员的知识范畴，但也可能触及个人的需要。
13. 当服务使用者表示遇上挫折的时候，向他们表达关怀 (compassion)，以培养他们的正面自我形象。
14. 增加体验灵性经验的途径，例如宗教经文、祷告、参加礼拜、接触网上的宗教资源。
15. 增加体验鼓舞经验的途径，例如艺术、文学、诗歌、舞蹈、音乐、科学、自然。
16. 增加自我探索的机会，例如个人治疗、写日记、诗词或歌曲创作及写自传。
17. 协助康复者回馈他人，例如鼓励参与义务工作、养宠物、对他人或物件负责任。
18. 熟悉网上电子资源，例如：  
[www.spiritualcrisisnetwork.org.uk](http://www.spiritualcrisisnetwork.org.uk)  
[www.spiritualcompetency.com](http://www.spiritualcompetency.com)
19. 鼓励康复者发展社会资本，例如体验公民的权利与义务、积极参与政治事务，包括康复者倡议。
20. 鼓励康复者参与文化活动，例如参与特定的文化团体、参与治愈性及净化性的文化仪式。
21. 创造个人思考的时间，包括宁静的地方和有助冥想的提示。



# 第三章：复元为本的精神健康服务的基础

复元为本的工作方法始于慎思其价值。清楚辨识意义价值，并以此引导日常的决定，是发展成熟的复元为本服务所贯彻的主旨。

这需要三个过程：

- 使价值观变得清晰
- 把价值观实践于日常实务中
- 运用工作表现的反馈以改善实务

第一个过程是把**价值观变得清晰**，以便讨论。这涉及把机构已有的价值观活现出来，而非纸上谈兵。什么是引领复元为本的精神健康服务的价值观？这并不需要很复杂，比尔安东尼 (Bill Anthony) 提倡<sup>25</sup>：

患上严重精神病的人也是普通人。

这为精神健康服务提供了一个基本方向。患上精神病的人渴望与所有人一样都拥有应得的权利、社会角色和责任。精神健康服务的任务是支持他们达到这些目标。

这个单一的原则对一些本来已有复元价值观的人易于理解，但对于很多职员来说，他们需要更详尽的说明。方格二建议一些核心价值观。

## 方格二：复元为本精神健康服务的建议价值观

### 价值观一

精神健康服务的基本目标是支援个人复元

支援个人复元是精神健康服务的首要的目标。

### 价值观二

职员的工作着重于确认、扩展和支持个人目标

倘若人们需要对他们自己的生活负责，那么职员支持他们的方法是强调个人生活的目标，而不是把自己对人生的意义和假设强加于别人身上。

### 价值观三

精神健康服务假设人们会为自己的生活负责，即使在危机当中他们未必能做到，但在危机过后他们将可以对自己的生活负责

职员的工作不是修补人们的问题，也不是带领人们走向复元。他们的首要工作是支持康复者在生活中发展及运用个人管理技巧。职员对任何情况的即时反应需要是：“你能够做得到，我们可以协助。”

- “你能够做得到” — 因为相信每个人都有自我完善的潜能及负起个人及社会责任的能力。
- “我们可以协助” — 因为相信专业知识对很多人来说都是有价值的，尤其当价值观二存在的时候。

这些价值观表明我们需要在“履行个人的责任与共同承担责任”之间取得平衡。“共同承担责任”指透过公开的商议和合作的关系，把个人的责任逐步交回康复者的手上。由最初职员为康复者提供服务 (在危机当中)，到与康复者一起参与，到最后康复者能够独立完成自己的目标。职员需要在这个过程中意识到自己的价值观，包括对个人及专业价值观的自我认识。

第二个过程是于**日常生活和精神健康工作当中实践价值观**。这是一个巨大的挑战，因为价值观的训练往往不容易在实践中发挥作用。

第三个过程包括**透过工作表现的反馈去度身订造实务内容**。如果没有关于成功的资讯，我们会倾向假设一切事情都没有问题 (或者只着眼于当前迫切的问题)。

## 行动要点

职员可以透过以下方法支援复元：

22. 透过网页资料 (见附录)、复元故事<sup>26-30</sup>、与康复者会面以学习复元。
23. 在机构内清晰体现价值观。
24. 广泛地向所有持份者宣扬价值观。
25. 期望职员对这些价值观负责。
26. 在精神健康机构缔造一种充权文化而非盲从附和，职员必须为推动已确立价值观的行动改变而“申请批准”。
27. 收集违背这些价值观的工作资讯，并改变行为以改善表现。
28. 机构层面的转化，如果可以的话，例如：积极推广复元冠军、加盟现有网络向其他人学习，例如：精神科医生复元联盟 (Coalition of Psychiatrists in Recovery) [www.wpic.pitt.edu/AACP/](http://www.wpic.pitt.edu/AACP/)
29. 聘请有复元取向的人<sup>31,32,24</sup>，在面试中询问一些有关复元的问题，例如：为什么你认为患有精神病的人渴望工作？这些问题可以让申请者展现自己的价值观，也可以用来评估他们对复元的知识、态度和技巧<sup>33</sup>。





# 第四章：评估

评估可以如何促进复元？评估的目的有别于识别疾病以及计划治疗的传统目标。

## 4.1 透过评估以发展并肯定个人意义

发展个人意义 (personal meaning) 是复元旅程的重心，然而却鲜有人会满足于精神病患的身份。在评估康复者的过程中，职员可以如何避免强加负面意义，并促进复元？

在个人复元架构 (Personal Recovery Framework) 中，指出经历精神病的人与精神病在本质上的区别，着重以“人”而非“疾病”作焦点的重要性。

康复者精神疾病的经历与自我身份认同的整合是复元历程的重要一步。而这个过程并不能由旁人代劳，所以评估过程需要协助康复者发展对自己的理解。

寻找意义是这个过程的开始 — 理解过去及现在发生的事情。很多人希望从精神健康专业人士得到答案借以减少不安。所以，职员需在部分的评估过程中取得足够资料以提供专业意见。专业人士有必要分享他们对诊断的意见，并在评估过程中保持暂定性 (tentativeness)，视诊断为给康复者的一种资源而非唯一的答案。

诊断可以为康复者带来帮助，例如可以表示其他人也有类似经历。但若果服务使用者或职员视诊断为一个“原因”或



“答案”而非“描述”时，诊断则对复元过程毫无帮助。如果康复者认为职员会知道所有的事情，并任由他们去“治愈”自己时，便会阻碍康复者的复元进程。

或许大多数康复者都会希望能有一次见效的灵丹妙药 (magic bullet)，然而事实上复元需要无数的微小行动。在沟通专业意见时所保持的暂定性态度必须出于真诚，而非粉饰病情的真实情况。

康复者探寻到的意义或许与专业意见并不一致，这是不要紧的。因为复元过程的目标并不是要变回“正常”，重点是拥抱人性价值，变成一个更活生生的“人”<sup>34</sup>。

### 行动要点

职员可以透过以下行动支援康复者发展其个人意义：

- 30. 于工作当中顾及对生命意义的研究<sup>35</sup>。
- 31. 发展出一套能肯定个人意义的语言。例如康复者说自己有精神分裂时，可以这样回应：“我很好奇你是自己如此认为，还是因为别人这样形容你的？”

- 32. 在临床环境以外与康复者接触，例如透过自助组织接触有幻听的人士 (Hearing Voices Network / Intervoice)、建立知觉失调研讨会 (psychosis seminar)<sup>36</sup>，或是以同事身份与康复者职员 (user-employee) 相处。
- 33. 了解有幻听的人士与其幻听之间的互动关系<sup>37</sup>，确立受害感、权力、恐惧以及充权等为评估的重要主题。

## 4.2 透过评估强化优势

如果能够仔细留意每一个人的话，我们就会发现其实没有一个人是“完全正常”的。只留意缺失会让我们的理解有所偏差，忽略了他们的优势以及个人或社交资源。评估的过程中如何能够强化优势之余同时辨别到困难之处呢？

其中一个方法就是发展一套与精神状态检查表 (Mental Status Examination) 相若的结构性访问去辨别个人优势、价值观、应对压力的策略、梦想、目标以及抱负。我们在方格三附上一份建议的《精神健康评估》工具，并以方括号标示出于标准个人历史访问当中相对应的元素。

### 行动要点

职员可以透过以下行动支援康复者发展其正面身份认同：

- 34. 同时于障碍和能力这两方面作出评估，例如使用方格三所建议的问题、或实践“优势模式” (Strength Model)<sup>38</sup>、或使用价值实践 (VIA) 突显优点调查 (Values in Action Inventory) (网上问卷：[www.viastrengths.org](http://www.viastrengths.org))<sup>39</sup>，或是 Rethink 的精神疾病身体健康检查 ([www.rethink.org/physicalhealthcheck](http://www.rethink.org/physicalhealthcheck))。

## 4.3 透过评估培养个人责任

评估的目标是建立伙伴关系，从而放大康复者为复元付出的努力。对职员来说，评估的挑战是去避免妨碍复元的陷阱，包括：养成依赖的关系、以问题为本的评估、为康复者代劳的治疗方式、以及过于缓慢的责任转移（从职员到康复者身上）。而这个导向会于实践层面带来什么不同呢？

其中一个例子是订立目标，很多人在发展赋有目的活动 (purposive activity) 时会遇到困难。职员可以透过以人为中心的问题去支援：

- 你在什么时候最有“活着”的感觉？
- 你最近一次享受玩乐是什么时候？
- 什么能为你的生命带来改变？
- 你的梦想是什么？
- 你生命中想得到什么？
- 什么能令你的生命变得更好？
- 什么能为你的生命带来更多意义？
- 什么能令你的生命变得更值得享受？

当中的挑战就是避免职员因自觉要承担责任而妨碍康复者复元，如：为康复者决定哪些目标是实际可行的，或为康复者决定实现目标的过程的所需步骤。

为解决这种专业工作者承担责任的倾向，可以应用教练技术 (coaching) 以支援伙伴关系。“你需要付出什么去达成这个目标？”、“假如你要挑战那些不准你去做规则时，将会发生什么事情？”职员需要专业的技巧去去促进这个过程。

## 方格三—心理健康评估

## 现有优势及资源 [现有疾病的历史]

什么支撑着你继续走下去？考虑灵性层面、社会角色、文化/政治身份、自我信念 (self-belief)、生活技能、抗逆力、幽默感、对环境的掌控感、其他人的支持、透过艺术表达情感的能力。

## 个人目标 [风险评估]

你希望为自己的生命带来什么改变？你现在有什么梦想？梦想曾如何改变？

## 过往应对压力 (coping) 的经验 [过往精神病历史]

你有否经历过什么困难的时刻？你曾发现什么有用的支援？你希望自己的过去曾发生什么事情？

## 遗传资源 [遗传背景]

你的家族历史中有没有出现过成功人士？(例如：艺术家、作家、运动员或学者)

## 家庭环境 [家庭环境]

你的成长时期有没有一位仰慕的人？你在儿童时期有什么重要的收获或启发？

## 经验中的得着 [导火线—引发事件]

你的经验教会你什么？你曾经历过什么正面的改变或个人成长？可考虑如感恩、利他主义、同理心、恻隐之心、自我接纳、自我效能或意义等。

## 成长历史 [成长历史]

你成长时的生活是怎样的？你当时享受些什么？当中最美好的回忆是什么？你有否发现自己有什么技巧或能力？

## 受重视的社会角色 [职业历史]

你认为一个清楚了解你并喜欢你的人会如何形容你？你希望他们会怎样说？你对其他人是如何有用或受重视？

## 社交支援 [人际关系历史]

当你遇到困难时会依靠谁？谁会依靠你？

## 个人天赋 [法律诉讼、滥药及酗酒]

你有什么特别之处？有没有人曾经赞赏你？你有做过什么令你引以为傲？

健康的生活、饮食以及身体素质，或是任何令人对自己感到满意的事，都能产生一个正面的身份认同。

## 4.4 透过评估支持正面身份认同

职员都知道精神病的经历几乎必定会改变康复者。在个人复元过程中身份认同的改变和其他复元过程一样独特而个人。这种改变能分成两类：

1. 重新定义现时组成身份认同的元素 (identity re-definition) 和
2. 发展新的元素以使其身份认同有所成长 (identity growth)。

复元导向的职员知道身份认同的工作要尽早开始——只聚焦于医治精神病会妨碍康复者活出美好的生活。

## 行动要点

职员可以透过以下行动支援康复者发展正面身份认同：

35. 在病情严重时寻找不同的方法去看到康复者人性的一面。例如：运用时间线，以提供一个更广阔角度使康复者去检视人生、在康复者状态良好时和他们接触，令职员在危机中仍然记得对康复者在状态良好时的印象；同时鼓励家属参与于工作中。
36. 学习其他非心理健康界别的方法去培养正面身份认同。(如：[www.bluesalmon.org.uk](http://www.bluesalmon.org.uk))
37. 一起找出对服务使用者有用的解释。
38. 以“人”而非“病患”为讨论的焦点，在考虑病征以及障碍的同时亦要顾及到身心健康 (well-being)、能力以及个人喜好。

## 4.5 透过评估培养希望

身份认同的改变有时会带来不安，感到有可能复元的希望是十分重要的。当我们不能预测康复者的将来时，如何能够实际地提供支持？职员的价值观、态度及行动可以加强康复者的希望<sup>40-42</sup>。促进希望的方法可参照表二。

## 行动要点

职员可以透过以下行动支援康复者发展希望：

39. 运用表二当中所列出的方法。
40. 运用每次会面的机会去帮助康复者更进一步了解自己。
41. 对专业知识持有谦逊及留有余地的态度，明白其限制。
42. 谈论复元。



表二 促进希望的方法

	运用人际资源	激发内在资源	得到外在资源
职员价值观	重视每个人都是独特的个体	失败的经验是投入的正面迹象，并有助建立自我认识	致力支援康复者维系人际关系及社会角色
	相信康复者所说的话的真实性	人之为人必有限制，我们的挑战是到底要超越它或接纳它	寻找或建立一群愿意了解康复者独特性、长处及其所付出之努力的聆听者
职员态度	相信康复者的潜能与优势	明白失去是需要哀悼的过程	房屋、就业及教育是重点外在资源
	接纳康复者的原貌	康复者需于精神病患中寻找意义，更重要是在自身生命寻找意义	在服务中聘请康复者，以作为复元的楷模
	视障碍与复发为复元的一部分		
职员行为	不带批判地聆听	支援康复者建立并达成他所重视的目标	协助康复者接触朋辈楷模以及自助小组
	接纳康复者的将来存在着未知之数	支援康复者发展更好的应对技巧	在危机时拨出时间
	表达出对康复者的身心健康的诚恳关怀	帮助康复者回想过往成就及正面经验	支援康复者取得多方面治疗及资讯
	适当运用幽默	支援并积极鼓励灵性层面的探索	支援康复者建立和维系亲密关系





# 第五章：行动计划

于以个人复元为焦点的精神健康服务中，评估能帮助识别两种目标。

**复元目标**是康复者的梦想与抱负，受着性格与价值观影响，是独特而带着个人特质的。纵然复元目标有时候会和过去有关，但总是前瞻性的，并取决于康复者想追求的事物，而非想逃避的事物。复元目标是以优势为本的，以帮助建立正面的身份认同，以及发展受重视的社会角色。对职员而言，复元目标可能带着挑战性，因为它们可能不切实际、不合宜或是涉及职责范围以外的支援。所以，要达到这些目标有时需要职员的支援或参与，但有时候也可以跟精神健康服务没直接关系。复元目标永远都需要康复者承担个人责任，并付出努力，由康复者去订立，并需设立时间期限。

**治疗目标**是精神健康服务回应社会诉求和专业责任去约束、控制行为以及改善健康。治疗的目的通常是把疾病的影响减至最低并避免坏事发生（例如：复发、入院、有害的风险等）。随之而来的行动往往是由职员为康复者去做事。治疗目标及相应的行动为正当措施提供重要而必须的基础。

复元目标及治疗目标，两者是不同的。复元目标就仿佛与普罗大众的目标无异。于评估的过程中，我们需要刻意去辨识出复元目标。

## 行动要点

职员可以透过以下行动支援康复者识别复元目标：

43. 运用个人复元计划<sup>43,44</sup>。
44. 支持使用由康复者发展的工具<sup>45,46</sup>。身心健康行动计划（Wellness Recovery Action Plan, WRAP）<sup>47</sup>是一套国际最被广泛应用的方法<sup>48</sup>（[www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com)）。
45. 亲自完成一份身心健康行动计划——识别职员在生活所经历的复元，促进体验式学习以及减少标签。



# 第六章：支援发展自我管理技巧

职员透过提供有效治疗或介入，以增强康复者的自我管理技巧，从而支援复元的过程。对很多人而言，获取有效的治疗对其复元是一项重要的支援，但提供治疗并非精神健康服务的单一主要目的。复元为本的服务是支持康复者使用药物、其他治疗及服务，以作为康复者复元过程当中的资源。

当康复者体验到治疗是以人为中心、优势为本、社区为本，以及有助增强支援的时候，其复元便得以支持。与康复者同行是一项挑战：回应服务使用者需要的时候，应尽早提供可即时使用的服务；并非高高在上，遥不可及 (Service on tap, not on top)。

### 行动要点

职员可以透过以下行动，支援自我管理：

- 46. 建立一个舒适、尊重并欢迎康复者的环境—展示复元故事、提供水果及饮料。
- 47. 关顾和康复者的第一次接触，例如：服务单位会聘请接待员去欢迎新的服务使用者、亦有院舍聘请康复者成为朋辈工作人员，以使任何经历危机的人能第一时间接触到其他曾经历过精神病患的康复者。

### 6.1 支援康复者发展自我掌控能力

自我效能感 (agency) 是指一种相信自己能够影响个人生命的自我信念，是达致自我管理的必须要求。这个过程可以是困难的，因为精神病患往往使康复者的自我信念带来严重的冲击。在康复者未有足够的承载力之前，要求他们为自己生命承担责任，对他们不会带来好处。但这并不代表降低对康复者的期望，而是将支援调整至符合康复者的复元进度—人会为了冲破挑战而成长。

### 行动要点

职员可以透过以下行动，支援发展自我效能感：

- 48. 运用生活中个人转变经历，以提升自我觉察，了解掌管生命是不容易的。
- 49. 支持康复者追求目标。
- 50. 帮助康复者经历成就感。
- 51. 鼓励康复者反馈他人。
- 52. 支援康复者获得愉悦的经历。
- 53. 放大个人成功，并协助融合正面经验到个人身份认同当中。

### 6.2 支持发展充权

充权源自于自我效能感的信念，涉及一些对个人生命有正面影响的行为。传统的服务模式将人视为问题，而复元将人视为解决方法的一部分，为模式带来根本性的转变。复元假设人有能力为自己的生命负责。因此，服务的方向不再是职员如何停止康复者的伤害行为，而是如何引导康复者自己决定停止那些行为。

问自己“我能从中得到什么？”(WIIFM, what's in it for me?) 能推动大部分人的行为。困难在于要分辨什么行为阻碍了迈向个人重视的复元目标。如果一个服务对达致个人复元目标没有帮助，就算选择离开服务也是合乎常理，与其精神病征无关。

### 行动要点

职员可以透过下列方法，支持发展充权：

- 54. 设立投诉机制，确定其运作畅顺。
- 55. 提供转换职员的选择。
- 56. 支援服务使用者去取得自助资源（例如：[www.glasgowsteps.com](http://www.glasgowsteps.com)）。
- 57. 鼓励接触有参与充权行动和能展示自我管理经验的康复者。
- 58. 提倡雇主对精神病患经历给予正面的评价<sup>48</sup>。
- 59. 支持由使用者作主导的治疗和服务评估。
- 60. 提供自我坚定 (assertiveness) 技巧训练，例如：教授 DESC script<sup>49</sup> 并鼓励充权行为。
- 61. 认同服务使用者透过精神健康系统以外的自我管理方法，例如：灵性或宗教的支援。

- 62. 在职员会议上，可选择一位职员戴上“复元帽”。这位职员的责任是作为服务使用者的倡导者，他们集中在讨论中表达服务可以如何支援个人复元。
- 63. 因为复元是分阶段发生的，抗拒转变是合理的、可理解的和正常的。

### 6.3 支持动机的建立

动机性面谈的方法有助推动迈向复元目标的行动<sup>50</sup>。动机性面谈是一个以人为中心的方法，透过探索和解决矛盾感，并着重合作、引导和自主，从而支援行为的转变。

### 行动要点

职员可透过下列方法提升康复者的动机：

- 64. 聆听时可利用反映式聆听，例如：“似乎你……”、“你觉得……”、“所以你……”，以检查自己所理解的是否与服务使用者的意思一致。
- 65. 集中在康复者想转变的原因，而非他们会如何转变。
- 66. 集中讨论支持转变的动机：“想想你的复元目标。利用1（完全未准备好）至10（完全准备好）的等级评估你对改变行为的准备程度，以达成目标。为什么你给自己的评分高于1？（例如：为什么是5而不是1？）”
- 67. 故意淡化，例如：“割腕真的完全没有为你带来任何问题？”

68. 以退为进，例如：“似乎你完全没有机会可以达成的目标？”
69. 利用问题以提升动机——“什么令你觉得自己能做到？”、“如果你成功了，你的生活会有什么不同？”、“问题出现前的你是怎样的呢？”、“这个情况令你有怎样的担忧？”、“如果你不转变的话，最坏的情况会是什么？”
70. 探讨价值观——“你生命中最重要的是什么？”——留意其行为和价值观的相违之处。
71. 订立庆祝的方法，以强调和巩固成功。

#### 6.4 药物对复元的帮助

以复元为本的精神健康服务可能会提供一系列的精神科药物。但是，服务的重点并不是不惜一切地要服务使用者服药，而是支援其个人的复元。在生命中某一个时段中，他们或未必一定需要使用药物。因此，药物是众多复元支援中的其中一项，要平衡其带来的正面和负面影响。

#### 行动要点

以支援药物运用作为一个复元工具，职员可以用下列方法：

72. 以提升康复者的个人责任为宗旨。
73. 药物和心理治疗皆可帮助服务使用者预防复发<sup>51</sup>。药物可视为一种“可替换的预防复发保障”(exchangeable protection against relapse)，着眼提升必然重要的抗逆力而非可能重要或不重要的药物上。有关更多抗逆力的资料，请浏览 [www.resilnet.uiuc.edu](http://www.resilnet.uiuc.edu)。

74. 运用有关药物的专业知识，协助服务使用者作出最适合他们的选择。
75. 我们须理解由于近乎所有康复者都有药物处方，这难免令他们质疑是否真的有选择权。
76. 确保有需要人士能获得充足的药物处方。
77. 面对一些对使用药物存有疑虑的人，可透过提出具体的问题、集中讨论药物如何帮助达致复元目标、提供客观的资讯（包括副作用）和支援他们去计划和进行实验。
78. 学习以创新的方法去支援对一般医疗上（例如：[www.dhmc.org/shared\\_decision\\_making.cfm](http://www.dhmc.org/shared_decision_making.cfm)，<http://decisionaid.ohri.ca/index.html>）或精神科药物的决策（例如：CommonGround - patdeegan.com）。
79. 支援意欲停药的服务使用者，例如：提供有关好处和缺点的资讯、发掘其他选择的可能（继续维持用药一段特定的时间后再作检讨、停药前先辨认复发的早期警号和共同订立危机计划、循序渐进地减少用药等）、即使他们的决定有异于处方的意见，也对其感受予以肯定，并找出其他非药物的支援。
80. 增加对资源<sup>52-56</sup>和网站的认识，尤其是那些能支援意欲停药的服务使用者（如：[www.comingoff.com](http://www.comingoff.com)）。

#### 6.5 冒险 (risk-taking) 对复元的作用

让康复者掌控和对自己的生命负责，这个转变引申一个重要的问题——风险。基于政治和专业的现实，精神健康系统倾向采取避免风险的态度。这议题尤其重要，因为人需要透过冒险去成长、发展和转变。冒险是生命不可或缺的一部分。把“必须经历的风险”和“须避免的风险”的两种定义混为一谈是没有建设性的。在复元为本的服务中，这两种风险有清晰的分别定义。

有害的风险是指非法或社会不容许的行为，例如：谋杀、自杀、反社会和犯罪行为、妄顾个人责任、伤害自己的行为模式和精神病复发。有害的风险是须要避免的，而治疗目标亦须要集中减低有害的风险。纵使避免有害风险有其原因，但这也可以是复元目标的一部分，例如：“志愿者工作对我来说是重要。我想避免因为精神状况欠佳而影响了志愿者工作的情况。”

积极的冒险是指接受挑战以达致个人成长和发展的行为。这包括发展新兴趣、尝试一些自己不肯定能否做到的事情、决定在一段关系之中作出转变和担任新的角色。假使一切事情发展都错了，这些行为通常都是有益的，从尝试和失败的过程中提升抗逆力。很多复元目标的达成都需要这种正面而有原因的冒险。

#### 行动要点

职员可透过下列方法支援与复元有关的风险：

81. 要意识到如果职员的行动只集中避免有害的风险，这可能会营造一种风气，令服务使用者减少发展为个人行为负责的技巧。
82. 意识到把复元目标的优先权放在治疗目标之上，有助于提高服务使用者对精神健康服务的参与。
83. 确保机构有经审核及机构支持的系统去评估、发展和记录那些为达致复元目标而进行的正面冒险行为。
84. 集中于正面冒险行为，较避免有害风险，更有助于发展自我管理风险的技巧。
85. 和服务使用者合作去识别一些尽量减少有害风险的行为。





# 第七章：危机中的复元

在复元为本的精神健康服务中，危机时的强制治疗有时是需要的。对于一个有潜在风险会伤害到自己或其他人的人，最好有服务的介入。重视个人复元并不代表当服务使用者没有寻求帮助时，可以袖手旁观让悲剧发生。如果已用尽所有办法，在有危机时，职员运用强制方法也是可以接受的。

复元为本的危机处理有以下目标：

- 防止不必要的危机
- 在危机之中尽量减少康复者丧失个人责任感
- 在危机之中和危机以外支持其身份认同

## 7.1 防止不必要的危机

减少危机发生的最好的方法是发展自我管理技巧。这有助于提升自我效能感、充权和抗逆力，以应付生活中的挫折。辨别和回应精神病征状的能力是一种重要的自我管理技巧。复元工作的挑战是，在管理初期警号的工作中，职员要提升服务使用者的自我修正能力，而非制造复发的焦虑和过分警惕。

职员需要技巧地去传达两个讯息：

1. 并非所有生活问题都代表复发。发展投入生活的技巧和处理困难的态度（而非逃避）需要同等努力。
2. 复发或退步是正常的。当人们努力去改变以往的行为或情绪模式时往往会遇到挫折。职员可告诉服务使用者大部分成功戒烟的人都有 12 至 14 次尝试戒烟的经验<sup>57</sup>，而千万富翁平均经历破产或濒临破产边缘有

3.2 次<sup>58</sup>。正面的冒险和有关经历的挫折在生活中是必须的——那是健康而非疾病的迹象。

## 行动要点

职员可以下列方法在发生危机发生前作出支援：

86. 和服务使用者合作去识别可能发生危机的初期警号。
87. 传递一个正常化的讯息——什么才是建立有用的自我监察方法。
88. 强调挫折是正常的，怎样处理挫折才是重要。

## 7.2 在危机之中尽量减少丧失个人责任感

复元为本的服务目的是尽量减少替康复者作出决定，并让决定的过程贴近康复者。

我们可以将做决定的过程尽量交回康复者。最理想的情况是让康复者为自己

做决定。如康复者暂时失去决定的能力，可以使用他之前所提出的意见或由已授权的决策者为他们做决定。只有当这些方法都无法使用时，职员才基于康复者最大利益为他做决定。而运用预设医疗指示 (advance directives) 可以减少失去自主权。此类的方法有很多，其法律效力则在每个国家也不同。适当的运用帮助职员从中取得所需资料，在处理危机中保障康复者和他们的价值观。

## 行动要点

职员可以透过以下方法减少在危机出现时所丧失的个人责任感：

89. 以在危机中保留康复者的价值观为目标。
90. 在危机出现之前，习惯运用预设医疗指示及其他方法，例如：共同护理协议、病人持有的病案。

## 7.3 在危机出现时支援身份的认同

在危机出现时，与康复者的关系变得尤其特别重要。在康复者出现危机时，传统服务的方法是入院治疗。而在复元为本的住院服务，建立伙伴关系的重要性变得清晰。为处理经历危机中的康复者，新类型的短期住宿服务也相继出现，例如：Rethink Mental Illness 在罗瑟汉姆的 Cedar House。

## 行动要点

在经历危机时，职员可透过以下的方法去支援身份认同：

91. 在危机中，平衡对安全的需要、从过去中学习和调整未来计划方向的机会。
92. 保障康复者继续正常的生活：确保康复者接收邮件、喂养宠物、照顾老少家人、支付账单、保障家居安全及取消送货等。
93. 扩大康复者的支援网络，例如：设立无限时探访、积极鼓励探访、邀请探访者一同用膳及进行其他活动。
94. 继续保持生活技能。如果康复者能够为自己及其他人煮饭，免费提供日常膳食是无帮助的。如果康复者享受看书、做运动或其他个人治疗方式 (personal medicine<sup>59</sup>)，鼓励他们的参与是重要的。
95. 从第一次见面开始，收纳程序强调康复者的个人身份，而非以疾病为中心。与康复者讨论他的生活、问他想从入院治疗中获得什么和他之后希望做些什么等。
96. 支持康复者慢慢反省和理解过去的危机：它怎样出现？它带来什么好处和坏处？它教给你些什么？康复者将来需要什么计划、目标、支援或技能？
97. 善用时间，而不是提供强制性活动。调整支援以切合康复者的个人需要，可能包括给予康复者私人空间、提供辅导去支援复元过程，或者提供艺术媒介和治疗让康复者表达经验。







# 第八章：辨识复元为重心的精神健康服务

我们如何辨识精神健康服务的复元重点？虽然最佳的实务方法已逐渐变得清晰，但仍缺乏一个去辨识复元服务焦点的认证过程。

支援服务的工具开始相继出现：

- INSPIRE 是一套由精神健康工作者给予服务使用者的评分工具，用来量度复元支援。它可以从以下网页免费下载：[researchintorecovery.com/inspire](http://researchintorecovery.com/inspire)。
- 最广泛被使用的质量标准：Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care<sup>60,61</sup>。
- 对于朋辈支援服务的保真性 (fidelity) 评估：Fidelity Assessment Common Ingredients Tool (FACIT)<sup>62</sup>。
- 量度服务发展的工具：Pillars of Recovery Service Audit Tool (PoRSAT)<sup>63</sup>。
- 由服务使用者评分，用来量度关系对于复元过程的支援：Recovery-Promoting Relationships Scale<sup>64</sup>。

我们可以如何评估一个以复元为重心的精神健康服务？成效评估应该建基于理论架构，同时量度真正重要的向度。

“个人复元框架”为成效评估提供理论基础，识别出两方面的成效，包括：提升社会身份所受重视的社会角色，以及提升个人身份的复元目标。综合性的成效评估策略应该去量度两方面。第一，客观生活质数的指标，如：房屋、友谊、安全、就业、亲密人际关系和收入等。第二，迈向个人目标的进展。能够达到以上标准便已很接近复元为本的精神健康服务。

## 行动要点

职员可透过以下行动来体现复元成效：

98. 运用复元支援质量标准及服务发展工具。
99. 评估复元过程及成效，例如：INSPIRE 量表 (可免费从以下网页免费下载：[researchintorecovery.com/inspire](http://researchintorecovery.com/inspire))。
100. 定期监察和发布有关复元成效，包括对于受重视的社会角色，以及对于个人有价值的复元目标。





# 第九章：心理健康系统的转化

我们如何辨识心理健康服务的复元重点？虽然最佳的实务方法已逐渐变得清晰，但仍缺乏一个去辨识复元服务焦点的认证过程。



其实，提出转化为个人复元等同于提出范式 (paradigm) 转变，在其中：

1. 复元知识是从主流精神科学以外衍生，是从拥有精神病经历的人而起，而非源自于心理健康工作者。
2. 过往的关注，如风险、症状和住院治疗，在新模式下只视为其中要考虑的一些元素。
3. 过往被认为次要的考虑——即“病人角度”变得重要。

复元方法的中心和传统的假设相反：

- 精神病经历是康复者的一部分，精神病病人不是康复者的唯一身份，例如不是“一个精神分裂症”。
- 拥有受重视的社会角色能改善症状及减少住院，而不是在治疗后才能准备承担责任和生活角色。
- 复元目标从服务使用者而来，支援达至这些目标从职员而来。职员并非自行订立治疗目标，然后要求服务使用者服从。
- 评估要集中在康复者的优势、喜好和技巧，而不是他们的限制与缺失。
- 人们都需要工作、爱和玩乐，治疗或许可以帮助达到这个目标。
- 精神病康复者和常人无异，每个人一样都有抱负和需要。
- 当有机会得到支援和鼓励时，康复者慢慢会学懂为自己的生活做好的决定，而并非总是做错误的决定，要职员为他们承担责任。



对于服务使用者及职员来说，开展复元旅程的影响深远。复元旅程有明显的潜能去促进服务使用者的充权和转化。不过，转变还不止于此。复元方法有潜力使心理健康服务提供者从不能达到的期望中解放出来：诊断人们、治疗疾病、治愈病人、有效管理风险、保障公众安全和排除不正常行为等。将复元置于中心对所有人都有好处。



## 附录一：支援复元的电子资源

### 一般的复元资源

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

### 特定的复元方法

Intentional Care	<a href="http://www.intentionalcare.org">www.intentionalcare.org</a>
Tidal Model	<a href="http://www.clan-unity.co.uk">www.clan-unity.co.uk</a>
Intentional Peer Support	<a href="http://www.intentionalpeersupport.org">www.intentionalpeersupport.org</a>
Wellness Recovery Action Planning (WRAP)	<a href="http://www.mentalhealthrecovery.com">www.mentalhealthrecovery.com</a>
The Village	<a href="http://www.mhavillage.org">www.mhavillage.org</a>
Intervoice	<a href="http://www.intervoiceonline.org">www.intervoiceonline.org</a>
Promoting Resilience	<a href="http://www.resilnet.uiuc.edu">www.resilnet.uiuc.edu</a>

### 污名相关 / 服务使用者的叙述

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

### 正向心理学资源

Centre for Applied Positive Psychology	<a href="http://www.cappeu.org">www.cappeu.org</a>
Positive Psychology Center	<a href="http://www.ppc.sas.upenn.edu">www.ppc.sas.upenn.edu</a>
Centre for Confidence and Well-being	<a href="http://www.centreforconfidence.co.uk">www.centreforconfidence.co.uk</a>
Values in Action Inventory of Strengths	<a href="http://www.viastrengths.org">www.viastrengths.org</a>

## 附录二：参考书籍

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: Chipmunk Publishing; 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.

## 致谢

“我非常感激众多拥有亲身或专业精神病经验人士在这份报告无私地贡献专门知识。我于正职的休假期间撰写这份报告，在此衷心感谢精神病学研究所及伦敦南部和莫兹利 NHS 信托基金会的支持。我也感谢 Rethink Mental Illness 的 John Larsen 和 Vanessa Pinfold，他们的大力支持和热诚使复原能够成真。”

Mike Slade（本手册的作者）

© Mike Slade · 2013

所述内容可被转载，但必须不收取费用并引用资料来源：

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

迈克·斯莱德 (Mike Slade) (2014) 《100种支援复元的方法》（第二版），翻译：凌悦雯，香港：新生精神康复会。

第一版已被翻译成丹麦语、德语、葡萄牙语和冰岛语，可从以下网址取得更多信息：

[researchintorecovery.com/100ways](http://researchintorecovery.com/100ways)

本手册的部分内容，从一本更详尽的书授权转载：

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

这份手册的副本可免费从 [www.rethink.org/100ways](http://www.rethink.org/100ways) 下载。



**New Life**  
Psychiatric Rehabilitation Association  
新生精神康復會



带领受到精神疾病影响的人们迈进更好的生活质量。

欲了解更多信息，请透过以下方式联络：

Rethink Mental Illness (原著)  
电话 0300 5000 927  
电邮 [info@rethink.org](mailto:info@rethink.org)  
[www.rethink.org](http://www.rethink.org)

新生精神康复会 — 复元动力 (翻译)  
电话：2332 4343  
电邮：[recovery@nlpra.org.hk](mailto:recovery@nlpra.org.hk)  
[www.recovery.nlpra.hk](http://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.