

慢性精神分裂病患生涯故事 與生涯復健之探究

溫錦真

慈濟大學通識教育中心

溫嬛椿

花蓮女中輔導室

林美珠

國立東華大學
(美崙校區)
諮商心理學系

王迺燕

基督教門諾會醫院身心科

洪曜

基督教門諾會醫院身心科

摘要

本研究關心社區復健中心慢性精神分裂病患的生涯復健議題，藉「敘說」展開一個從「認識」到「行動」的探究過程。研究一的目的是為認識病患的生涯故事及其遭遇那些生涯困境。方法是訪談十位年齡介於 29 至 49 歲病友的生涯故事，並以「敘說形式」進行分析。結果發現，病患的帶病生涯走向一個背離常人應有的正軌發展，即使暫時安頓在社區復健中心，心理上則是陷入患病帶來的失落與傷痛、對未來的不確定及漂浮感而無法安身立命。研究二的目的是設計與實施「敘說取向」的生涯復健團體，期待病患透過團體找回安身立命之道。行動結果是十二位年齡介於 25 至 48 歲病友因受限於疾病症狀而使團體缺乏活力與互動，但病友仍可以透過團體的帶領重新敘說有方向的生涯故事，再度肯定工作的價值、體認生病不是生命的全部並可以規劃未來。行動結果初步支持生涯復健團體的可行性。最後，本研究進一步提出研究者的省思以及未來對慢性精神分裂病患生涯復健實務工作的具體建議。

關鍵詞：生涯復健、敘說、慢性精神分裂病

* 感謝勞委會職訓局、花蓮縣康復之友協會於經費與人力的支持，以及陳憶玲、潘曉琪與廖素絨小姐的協助。同時感謝匿名審查委員對本文所提供的寶貴建議與修正意見。

壹、緒 論

一、慢性精神疾病病患之職業復健與生涯發展

對精神醫療而言，當一個人在其思考、知覺、情感、行為等多方面受損，且發病過程中，某一段時期，其精神活動已達到病態性的精神錯亂現象，且與現實有明顯的脫節，例如聽到事實上不存在的聲音(幻聽)、奇怪的思想(妄想)、或情緒過於狂躁，導致自我照顧、人際關係、學業、職業等各方面功能受損時，便會將此人歸類於「精神病」(psychosis)，加以診斷並進行醫療。然而，每位病患的病程與預後情形不一，若是急性發作之後，雖有治療，但發作仍頻繁，且導致功能逐漸退化，精神醫療系統又將此類病患歸類於「慢性精神疾病」(chronic psychosis) (Davidson, Neal, & Kring, 2004)。

特別是嚴重的慢性精神疾病，例如精神分裂病(schizophrenia)常常因為缺乏病識感且服藥合作度不理想，即使規則服藥，病症復發亦不能完全避免，如據研究，規則服藥的精神分裂病患者中，一年內的復發率是30-40%，而兩年內的復發率高達40-70%，因藥物只能解決生物性的致病性因素(vulnerability)，無法解決病患出院後所面臨的社會和家庭壓力，及病患的適應能力等壓力問題所導致的疾病復發(林知遠, 1999a)。因此，此類的慢性精神疾病的醫治已無法單由急性病房的症狀緩解與隔離處理而滿足，病患因病所導致的功能退化與生活社會適應的問題逐漸成為醫療社群所需面對的問題。

鑑於此，國內有關慢性精神疾病的治療，除了急性病房的症狀緩解與隔離處理，病患出院後所面臨的社會和家庭壓力，及病患的適應能力等壓力問題所導致的疾病復發，已由社區精神復健方案如康復之家、社區庇護性工廠、社區復健中心、與居家治療等之實施而得以有後續的照護(行政院研考會, 1995)。社區復健機構的目標是讓症狀穩定的患者，使其在較少壓力之下學習工作技能、提供工作能力、工作態度等訓練，以便讓病患將來回到充滿競爭力的現實社會裡謀生(謝明憲、劉智民, 2002)。因此，慢性精神疾病患者在離開醫院與

有能力回歸社區恢復其本然的生活秩序之間，有了一個過渡地帶，幫助患者繼續得到醫療的照顧與職業復健。

職業復健是社區復健中重要的一環，其主要成效目標在於病患能夠穩定的工作，即表示病患之病情穩定、注意力、持續力、人際關係和社會化行為已達到一定的程度（林知遠，1999b）。然而，復健治療團隊¹在其實務工作上發現輔導病患就業時不約而同地面臨「社會歧視精神病患、拒絕病患」、「雇主對精神病患不瞭解而產生誤解」等市場因素，以及「病患工作經驗不足」、「體力差」、「疾病影響」、「缺乏工作專長」、「缺乏自信」、「缺乏工作動機」、「藥物副作用」等病友個人因素，再加上病友家人的過度保護或不期待，及精神復健團隊中缺乏工作復健專家與職場訊息等，導致慢性病患支持性就業成功率低（陸瑞玲、張阿雪、劉美秀、葉紅秀，2003）。另有國外研究指出，病患找工作時常見的壓力有：缺乏與職業要求相關之經驗與教育、精神病患求職中的壓力經驗、雇主對精神病患的偏見與負向態度、病患對找工作之希望與夢想不易持續、過去失敗經驗傷害病患的自我效能與自尊等（Krupa, Lagarde, Carmichael, Hougham, & Stewart, 1998）。由此可知，幫助病患進行職業復健是一件挑戰性與困難度很高的工作。

此外，慢性精神病患者職業復健亦涉及「生涯」議題。「生涯」（career）一詞由狹義來看，是指職業的安置；廣義來看，則包含個人一生中所從事的工作，及其擔任的職務、角色，同時也涉及其他非工作、非職業的活動，如個人食衣住行育樂各方面的活動與婚姻家庭、休閒生活等的經驗（金樹人，1997）。而主流的生涯發展更是所謂的標準式的從求學、成家立業、到老年後的退休安養……等。然而，這樣的生涯發展型態對慢性精神疾病患者來說，又是怎樣的情景與意義呢？

當一個人得了精神疾病，又在疾病反覆復發、進出醫院，幾經流轉折騰後，終於往社區復健路上準備回歸社會，但又在職業復健時，面臨社會現實、職業

¹ 社區復健治療團隊是以精神科醫師、護理人員、社工師、職能治療師、就業輔導人員為主。視需要，再邀請心理師加入。

的選擇性變少、與自身能力退化的限制，生命走到如此處境，個人將如何安放自己？帶病的日子又如何走下去？心理助人工作者在「社區復健」這一環節，可以關照慢性精神病患的哪些生涯心理議題？可以提供什麼樣的心理服務？可以設計何種生涯心理復健方式？這些都是心理助人工作者不得不面對與思考的議題。

二、從疾病診斷到「人」的心理探究

精神病患在經歷精神症狀混亂而後送進精神醫療體系接受治療後，「症狀緩解與服藥」自然為最主要的介入手段與目標。但是心理助人工作者如果繼續帶著「疾病適應、症狀緩解」醫療模式來看待病患，就不會有進一步瞭解慢性精神病患患病後的生涯心理需求或困境的整體面貌，甚至發展出生涯心理復健的行動方法。如何不受傳統醫療模式的遮蔽，而看見慢性精神病患作為「人」之生生不息與生涯的轉折？瀏覽過去的文獻，發現已有一些學者在精神醫療與健康心理領域裡嘗試以「敘說」(narrative)作為探究一個「人」的路徑(Murray, 1997; Roberts, 2000)。

學者 Sarbin (1986) 在其編輯的《敘說心理學：人類行為的故事性本質》書中說到：

「敘說 (narrative)，以口語白話來說，就是故事 (story)，也就是以時間為向度，用言說方式記錄人的各式行動；且這個故事通常有著「開頭」、「中間」、與「結束」等三個橋段。故事裡又包含著各式情節 (plot)，通俗情節大多在描述人如何遇到困境與如何解決困境。」(頁 3)

西方社會文化裡認定一個「好故事」(well-formed narrative)通常有下列特徵：每個故事都有其所要突顯的目的價值 (a valued end point)、故事裡所被選擇幫助描繪的事件都是根據這個目的價值、一旦價值目的與故事事件確定後，就要進行事件間的編排，且故事事件之間都是有個前因後果，及故事的開始與結束都普遍要有個標記；又，一個「好故事」的敘說結構 (narrative structure)

能幫助形塑出一個有連貫性與方向性的生命故事 (Gergen & Gergen, 1988)。

此外 Gergen 和 Gergen (1988) 認為依故事的「目的價值」與故事事件的「發生時間順序」，可以區分出三種基本的敘說形式 (narrative form)：「穩定的敘說」(stability narrative)、「前進式敘說」(progressive narrative) 以及「後退式敘說」(regressive narrative)。所謂「穩定的敘說」是指故事是維持朝向一個穩定的目的價值，可能是一個正向的目的價值，或是一個負面的目的價值，而這樣的穩定亦可預期將延續至未來。「前進式敘說」及「後退式敘說」，是指故事的敘說者拼湊故事事件，展現出故事隨時間的流動愈發是向上提昇，是為「前進式」，或是向下沈淪，是為「後退式」。然而，現實裡的故事是更為複雜，如「喜劇—羅曼史故事」便是一種先「後退式」後「前進式」的故事形式，以突顯轉悲為喜的故事戲劇效果，如灰姑娘的童話故事。

Gergen (1980) 及 Gergen 和 Gergen (1987) 曾利用敘說形式分析美國社會裡的兩個次族群，29 位 19-21 歲的青少年與 72 位 63-93 歲的老年人，請他們用生命線方式整理描繪自己的生命史，結果發現，大部分的青少年的生命故事是呈現一個「羅曼史」的故事形式，生命的初期是喜樂的開始，進入青春期間遇見一些困境或危機而低落，但是面對未來，卻是充滿希望與樂觀。而大部分的老年人看待自己的生命故事如同一個「彩虹圖」，人生在中年之後逐步向上提昇，50 至 60 歲時達到最高峰，為個人的黃金歲月階段，而後人生因面對老化與死亡，逐漸轉向成一個後退式敘說。大部分的美國人是如此建構與理解自己的生命路徑，然東方社會文化裡的人呢？不同族群，特別是精神疾病患者呢？

Polkinghorne (1988) 認為過去心理學領域裡科學實證取向視「人」如「物質」(material)，用的是如 Bruner (1986) 所提之「典範式模式」(paradigm mode)，其特色是從事件脈絡中抽取事件，驗證其因果關係，並形成一個類別 (category)，所以不論時空的向度，產生法則性 (universal law) 的解釋。然，心理治療與心理諮商領域的心理學家視「人」如追尋「意義」(meaning) 的存在，治療室裡所面對的「人」是處於一種複雜、模糊、零碎、不確定的經驗狀

態，心理治療者用的是一種如個案研究般的故事性的理解，以此串連個案的行動，是一種如 Bruner (1986) 所提之「故事性模式」(narrative mode)，主要在尋求故事事件間的關聯，按時空向度尋找出有脈絡的解釋，也就是將事件放回事件背景脈絡中。

由上可知，敘說對「視人為整體」的心理探究，突顯的不再是零碎與被動，而是整體與主動。

三、敘說在慢性精神疾病心理療癒上的價值

精神醫療的關注點在於疾病、症狀的病因診斷與醫治，這樣的觀點對急性精神症狀來說是重要的。但因診斷是一種高度濃縮的故事，且心理病理學是一種充滿不適應與負向的故事。若醫療關注的焦點侷限於此，慢性精神病患會因此被疾病名稱所遮蔽，而變成我們稱之為「精神分裂症」診斷而已，他們已失去他們的故事。若回復生命史觀 (biographical perspective) 將有助於恢復病人作為「人」的覺知與尊重。因故事的建構可瞭解部分精神病內容的意義，將開始去除對病患無法理解的部分，並促進同理心的開展 (Roberts & Holmes, 1999)。

每個人都有其個己性、生命經驗與優勢，不該僅僅是診斷的類別與一組失能標籤。Strauss (1994) 認為故事可以整合病患的主觀經驗 (如內心的傷害、失落、希望、哀傷與痛苦) 與客觀經驗 (症狀與診斷)，增進對精神疾病的瞭解。故事可以超越「生理心理社會病理模式」(焦點放在心理異常者的失能與病理)，轉向「生命脈絡模式」(life context mode)，強調意圖性、暫時性、意義性、及有能與失能的共同存在性。因此，要回答「如何治療」這個問題時，除評估症狀、社會關係、工作功能等，還有需要瞭解病患本身身為「主體」是如何看待自己的患病與療癒問題。

McLeod (2004) 引用「個人的安適之所在」(personal niche) 的概念，認為個人位處於一個複雜與崩裂的社會處境下，透過與他者的言說與互動中，不斷地建構自己的認定 (identity)，在個人的生理、職業、人際關係、社會文化

與敘說空間之各式條件中，形塑「個人的安適之所在」。然而，這個「個人的安適之所在」可能因內外力因素（如生命發展階段的轉變、虐待、疾病等）而導致斷裂或失能，因此，個人所面對的議題是如何再建構或修復一個新的「個人的安適之所在」。慢性精神病患者亦是如此。

四、敘說取向的生涯諮商

近來，受後現代思潮影響，生涯諮商突破過往的那種生涯是放諸四海皆準的，或生涯諮商員是專家之生涯諮商觀點，注重多元觀點與個人所獨有的社會脈絡，及其社會經驗中尋求意義。諮商的過程是諮商員與個案的對話過程，個案在諮商中透露出過去的生命經驗、現在的存在位置，與未來的行動的故事中揭露其自身的自我認識（包括興趣、能力、成就與動機等）與自我了解。所以，這種「生涯即故事」（career as story）的生涯諮商觀，認為生涯諮商的歷程即是個人對自己的生涯（職業）經驗敘說故事（storying）與重編故事（restorying）的過程（金樹人，1997；Brott, 2001）。

Brott（2001）認為敘說取向的生涯諮商的重心是故事開展（story development），幫助個案整理與敘說清楚個人之過去、現在與未來的生命經驗與生活意義，而這些生命經驗包括各式之生命角色，如家庭角色、學生、工作者、休閒、社區，其步驟有三：

- （一）共構生命故事（co-construction）：如諮商員可以利用生命線（life line），幫助個案探索過去的生命經驗，幫助個案探索經驗當中對各種角色的理解，並幫助個案反思其生命經驗的意義。例如「為什麼這些經驗對你來說這麼重要？」、「你從這些經驗當中學到什麼？」。
- （二）解構生命故事（de-construction）：幫助個案回觀自己過往的生命章節，嘗試解構「不具生產力的故事」。如想像不一樣的經驗、尋找不一樣的觀點、或開啓新的方向，企圖從中幫助個案從社會主流的故事裡解放，自己用自己喜歡的方式開啓不一樣的生命角色。

(三) 建構生命故事 (construction)：幫助個案成為自己未來的生涯故事的作者，在自身的內外條件的限制下，尋找與開展可能的故事 (possible stories)。

過去有關生涯諮商團體的文獻相當豐富，但是針對特殊群體，像是精神疾病患者的生涯諮商介入，相對而言卻較少。有研究者探討敘說取向的生涯諮商，如 Krieshok、Hastings、Eddberwein、Wettersten 和 Owen (1999)發現幫助退伍軍人敘說故事與重寫故事是一個有效的職業復健介入模式；又如國內黃慧森 (2006)發現「敘說取向」生涯探索團體可以幫助高三學生走進個人生命經驗脈絡、引發成員自我角度位移與重新建構未來生涯故事。然而這些研究都不是以精神疾病患者為對象。再者，雖然有一些研究是以精神疾病患者為對象，例如 Lysaker、Davis、Hunter、Needs 和 Wickett (2005)研究的是精神分裂症病患在職業復健介入的前後，敘說連貫性 (narrative coherence) 的改變，但其復健方案中的團體介入是以支持性為基礎。總括而言，運用敘說取向的生涯團體諮商來協助精神分裂症病患，這樣的研究目前甚為缺乏。

敘說取向的生涯諮商思維，較不受特定人與工作的適配性，或適應性的生涯發展觀點所拘束，是回到人所獨有的生命經驗，透過敘說來梳理自己、突破障礙，主動地為自己未來的生涯重塑出一個面貌。敘說取向生涯團體，有著如一般生涯團體共有經濟效率的特色，亦提供自我知識與職業知識的傳遞、生涯苦惱的情緒分享與抒解、生涯社會技能的觀察與示範學習、與生涯希望的激盪與感染等功能，具有似於個別諮商的認知、情緒、行為改變的效果 (金樹人，1997)。因此，對慢性精神疾病患者而言，設計一個敘說取向生涯團體是一個可以嘗試的實務工作方式。

五、研究目的

本研究為研究者亦是心理助人工作者，進入社區復健中心為慢性精神分裂病患的生涯諮商開啓一個「知行合一」的實務與研究過程。研究目的有二：第

一是「認識」階段，傾聽並描繪病患的生涯故事以及病患在其中遭遇那些生涯心理議題；第二是「行動」階段，是基於前一階段的認識而為病患設計與實施一個敘說取向的生涯諮商團體形式，並反思此種團體介入形式，是否能在社區職業復健團隊裡成為另一個可行的照顧行動。

貳、研究一：認識慢性精神分裂病患的生涯故事

研究一的目的是讓慢性精神分裂病患敘說其生涯經驗，並透過敘說方法的整理，呈現病患的生涯故事之整體面貌，藉此研究者得以重新貼近病患的生涯經驗世界。有關研究方法、研究結果與討論，分述如下：

一、研究方法

(一) 研究參與者

研究一的參與者是來自國內某醫院精神社區復健中心參與支持性就業方案中 10 位已接受支持性就業或待業中的慢性精神分裂病病友，其中四位為女性，六位為男性，年齡介於 29 至 49 歲間，平均年齡為 38 歲，皆未婚，平均發病年齡是 23 歲，平均罹病病程是 16 年。參與者的基本資料，如表一。

表一
研究一之參與者的基本資料

病友編號	性別	年齡	學歷	發病年齡	罹病時間 (年)	就業狀況
1	女	30	專科肄業	19	11	花圃整理
2	女	38	高農	19	19	清潔工
3	女	36	高商	28	8	食品工廠
4	男	38	高商	23	15	花圃整理
5	男	29	高中	22	7	無業
6	男	46	高工補校	18	28	待業
7	男	42	高中補校肄業	30	12	就輔站櫃臺行政
8	男	49	官校畢業	19	30	花圃整理
9	女	37	專科	29	8	無業
10	男	38	專科	21	17	無業

(二) 訪談歷程

為獲得病友的生涯故事，訪談員依據訪談大綱以半結構性訪談（semi-structural interview）方式進行。訪談大綱的設計主要目的是促發病友回觀過去工作經驗，敘述與工作相關的故事。訪談者訪談時，不必然刻意要依照所舉列的訪談大綱依序問答，是以聽故事的心情和態度，邀請受訪者暢談其生命故事，此時，需保持故事沒有所謂好與壞、也無所謂成功與失敗的傾聽態度（林美珠，1990）。

訪談引導方式是先建立關係、說明訪談目的，再初步瞭解基本資料：如年齡、婚姻狀態，再進入訪談的重點：第一，邀請病友依工作時間的先後次序逐一敘說其工作經驗，例如什麼時候開始這個工作？做多久？離開的原因是？第二，邀請病友敘述生病對個人生活與工作的影響。第三，請病友繪畫「生命線圖」，將線分段成十、二十、三十、四十……歲，請受訪者敘說每個生命段落發生什麼事，亦請受訪者在生命線上標出生命中的高潮、低潮與轉折點，並敘說每個點的故事。最後，邀請病友想像未來十年自己會在哪裡，做什麼，過怎樣

的生活？

本研究由三位訪談員分別進行訪談，其中兩位由本論文第一和第二作者擔任，第三位訪談員則由從事過精神科社工兩年工作經驗的社工員擔任。訪談進行前先由訪談員說明訪談目的，並請病友簽「研究同意書」，經病友的同意後再進行訪談，每次訪談皆錄音。每位病友訪談時間平均約半小時至兩小時，訪談結束後，所有訪談錄音內容都轉謄為逐字稿。

（三）敘說資料的分析

1. 病友生涯故事的整理

三位訪談員運用「故事性思考」(narrative thinking) 對各自負責之訪談逐字稿，反覆閱讀後，編排出有「開頭」、「中間」與「結束」，且是可以被閱讀與觀看的生涯故事。所謂「故事性思考」是一種理解、編造故事時所用到的思考歷程，是個人主觀的將零散的部份放在一起，並將這些細節結合成彼此協調且有意義的整體。故事性思考有四個主要要素：選擇事件、連結事件、形成主題與動用主觀 (Wong, 1994)。三位訪談員共同先以一位病友的訪談稿做編排故事的練習，直到三位訪談員皆有使用故事性思考敘說一個完整的故事後，才各自整理其它的訪談稿。

另外，訪談員在書寫故事時所用的詞彙是使用病友在訪談時所運用的詞彙，以貼近病友的原貌，並順著病友工作時序，以「我」為第一人稱進行敘說，呈現一個有現在、過去、未來的生涯故事。

2. 病友生涯故事的分析方法

為完整呈現十位病友的生涯發展圖像，本研究採用 Gergen 和 Gergen (1988) 的「敘說形式」來分析病友的生涯故事，橫軸以「時間」(過去、現在、未來) 為向度，縱軸以「目的價值」(職業實踐的興衰) 為向度，並搭配病友個別的生輝故事，以呈現病友在其中遭遇的生輝心理議題。按 Lieblich、Tuval-Mashiach 和 Zilber (1998) 之歸類，此種方法為「整體一形式」(holistic-form) 的故事分

析方法，看的是整個生命故事的情節或結構，例如喜劇或悲劇、十字路口或轉捩點的故事形式。

二、研究結果與討論

按時間軸向編排，本研究結果的呈現先從「現在」開始，這是訪談過程中最先也是最容易導入的故事，接著帶出過去和未來的生涯故事。

(一) 現在

故事的起點是病友目前的生涯處境，典型的故事如下：

我今年 30 歲，專科肄業，沒有結婚，在◎◎那邊的餐廳工作。工作的項目是洗碗、洗菜、切菜、排火鍋、出餐。以前都工作十小時，現在六個小時，一個月八千多塊，以前比較多，都一萬多。現在又多請了兩個人，因為生意比較好可能是忙不過來，我也不知道老闆什麼時候請人，因為要多支付她們的薪水，所以就叫我少上班，有工作做就好了。我希望我的工作可以是像做麵包有技術性的工作，我比較喜歡做那樣的工作。(病友編號 1)

我今年 38 歲，未婚，五專畢業。我之前在◎◎醫院地下室自助餐做清潔、洗碗、送便當到護理站的工作，一天做 5 個小時，一個小時 50 元，從 91 年 7 月開始，做了 9 個月，是復健中心就輔員介紹的。因這幾個月 SARS 關係休息快兩個月。對這個工作感覺還不錯，可以學習人際關係，不會懶在家裡面那麼無聊。(病友編號 10)

病友目前所從事的工作，整體而言，大都是低薪資(每月不超過 10,000 元，或是 50 元的時薪)、時有時無，且隨時被解雇的勞動工作，甚至，是找不到工作。這些工作機會大多是社區復健中心的就輔員協助介紹，為增加就業機會，就輔員需要與附近雇主作公關，並隨時輔導病友工作適應的問題。這些病友對「這種工作」的心情是「有工作做總比待在家裡好」、「工作可以讓自己心安」。

現階段，十位病友在社區復健中心的協助下努力朝著微弱地正向、穩定的生涯發展前進。

(二) 過去

病友在回溯與敘說自己過去的工作經驗與生病後對工作的影響時，其典型的故事與故事命名如下：

1. 生涯崎嶇路

我做過許多工作，都斷斷續續，十七、八歲在學功夫，做汽車保養、補胎、汽車板金，也去過鞋廠，沒幾天就被炒魷魚，如果沒有工作，我就很認真找工作，如果被辭掉，我就再找，不過也沒做太久，做二、三個月，或半年，當兵前我在一個成衣廠做整燙的工作，當兵回來我還繼續做，人家都賺兩、三萬，我都賺差不多將近兩萬而已，工作很累，有時候要做通宵，時間很長，我做了五年，後來因為景氣不好，自己動作比較慢，就回◎◎做毛巾的毛整工作，這要操作機器，但動作比人家慢，技術學不會。(病友編號4)

第一份工作是在電子公司，做半年而已。我21歲就去◎◎公司，負責很多零件，薪水兩萬五以上，待遇不錯，大概做了8年，◎◎公司是比較有穩定性啦，第一次做5、6年，想回來家鄉工作，找不到工作，又上去上班3年，再回去的時候，競爭性更大，比較沒有工作，比較沒有加班，以前都有加班我就說我身體不好不能加班，然後漸漸老化要退休了，3年都沒有加班，有隔週六放假，那時候就在家裡，蠻好的。留職停薪大概八個月到一年，在家裡休息，應該不能適應吧！很不要壓力那麼重。台北連上班都很緊張，壓力更重，一個小時要做多少數量，就看你的能力，競爭比較激烈，因為我是精神障礙的，在◎◎公司都有去拿藥吃。電子業大部分都是面對機器，到最後甚至連眼睛都看不到，眼睛都痛，精神不好才離職，回來的時候30歲左右。(病友編號3)

在發病前，有些病友可維持數年的工作，有些則是頻頻換工作，工作多屬於勞動工作。生涯的中斷是因受行業景氣下降，或工作技能技術無法進步，或因精神疾病發作所致。病友生涯的出發便是崎嶇，生命與職業專長因故難有積累，呈現一種「前進」而後迅速「後退」的週而復始敘說形式。

2. 生命的陷落—我得了精神病！

我念五專，病愈來愈嚴重，醫生就說我有精神分裂症，念到四年級就自動退學。後來就是一一直在家裡，然後去◎◎醫院看，在高雄的醫院也有看過，以前我爸爸都會送我去住院，後來他就沒有再送我去，因為他說送我去醫院沒有用，然後就把我關在家裡面，沒有讓我吃藥，然後我就逃家，跑出去流浪，就全省亂跑。(病友編號1)

我是1997年發病最嚴重，有兩年期間我都不敢住在家裡，我都在家的附近流浪，晚上就睡火車站，或在學校公園走廊上躺著休息。因我那時候被我爸爸嚇壞了，他要跟我拿證件要辦殘障手冊，我的幻聽在我耳邊說爸爸要殺死我，我嚇到門都不敢開，後來我爸爸用鐵條開門，我害怕。我被幻聽幻影纏繞著，我還到警察局報案，幻聽還說這個警察要沒收我的身份證，要謀殺我，我嚇壞了。後來我走路走到市中心，很瘋狂。我去住二哥家，每天昏眩、身體熱燙痛、靈異現象一直纏繞著我。後來我不大吃東西，我準備餓死，因我拼命找工作都找不到，我連健保費都繳不起，所以決定餓死。二哥才帶我去住院，一個月後我才知道我得到精神分裂病。藥物治療後才比較控制助情緒，幻聽也比較少。就一直持續門診治療，直到衛生所的護士介紹我到復健社區，離家裡較近。回想過去，其實我專科時代便生病很嚴重。那時每天全身熱燙痛，頭暈目眩、有聲音干擾，但我沒注意。外表看起來正常，但身體有很多病痛。去看醫生都沒用，沒有對症下藥。所以我是抱著必死的決心唸完專科。(病友編號9)

這段期間生病所帶來生命的痛苦、混亂與失能，甚至是因延誤治療，使病

情更加嚴重，而因此中斷學習與工作，生涯是因病更加迅速「後退」的敘說形式。

3. 帶病的生涯

回◎◎後就跟我大哥做板模，拔鐵釘，一共做七年。當時一天可以領一千，但因我身體不好，我一個月只能做十天，十天一萬元就可以養活自己。這個拔鐵釘的工作是拼體力，我覺得我身體虛弱，又不曾做這種粗工，不適合，而且這工作比我工廠工作還死板。因我動作比較慢，只能做別人的一半，還好老闆是我大哥，就半買半相送。後來，四年前，工作機會緊縮，沒有人要蓋房子，所以板模的工作變少了，就沒工作了。板模工作做了七年後，我就生病住院三次。(病友編號8)

加油站的工作，我也沒作多久，因我身體太虛弱、幻聽干擾嚴重、頭暈目眩，有時候會恍惚，老闆就說我不適合，我聽了好傷心，我真希望有個穩定的工作做。但我一直找不到，找不到工作蠻苦的，很絕望，我的自信心全被打垮。沒錢沒辦法生存，我不希望一直靠家人。我也不好意思開口請求幫忙，想餓死算了。現在家裡瞭解是我生病，不是懶惰不去工作。如果可以早點瞭解這個病，我也不用受苦那麼久。(病友編號9)

帶病的生涯是病友拖著疾病地找工作、工作、換工作、發病住院、再找工作……，甚至是因為生病沒辦法工作時還要忍受被人誤解是懶散的痛苦，病友的心情是「找不到工作蠻苦的、很絕望，我的自信心全被打垮。」像是生命孤單地處在底層的深淵中，帶病的生涯是陷入一種「低潮、負面的穩定」的敘說。

(三) 未來

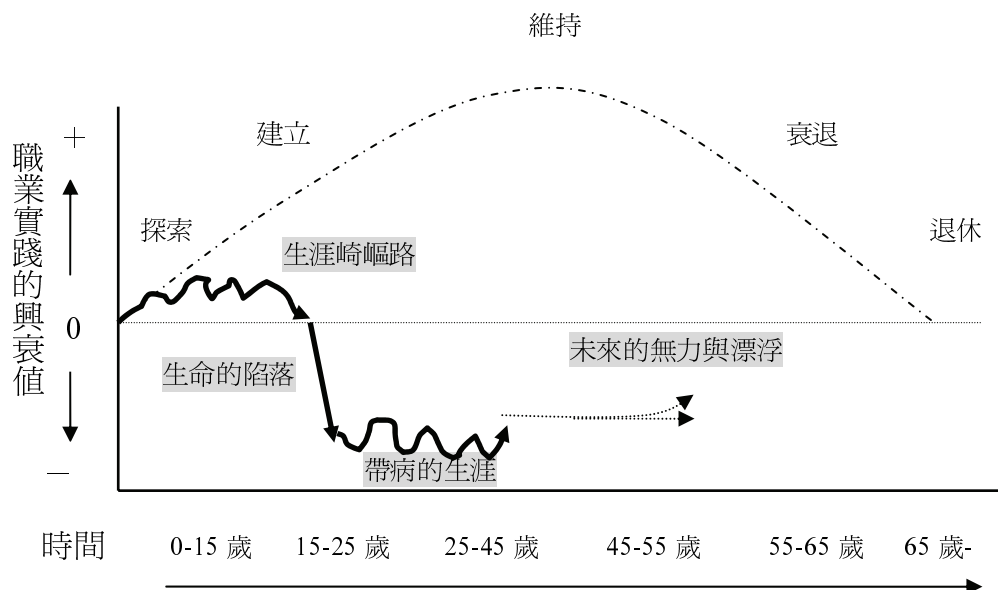
最後，讓病友回觀自己的生涯，並遙想未來十年的人生發展，病友如此敘說自己的觀感與希望，典型的故事如下：

回顧我的過去，我覺得自己的人生大部分都浪費掉了，都在跟心理、疾病征戰，青春年華就浪費掉了。現在年紀越來越大，失落感蠻重的。現在還是感到不踏實、無法生根、漂浮不定。對於未來不知道應該怎樣掌握自己，前陣子想死掉，只有想沒有做。我現在是太陽慢慢西墜，青壯期體力最好的時候已經慢慢過去了。未來要怎麼走我感到很徬徨，我很想組織一個家庭、有一個穩定的工作，安排自己的生活。可是我現在年紀大、又生病，感到失落、一無是處、失落感很重。像我想結婚，我已經 43 歲又生這個病，怎麼組織一個家庭？怎麼建立自己的一個事業？我體力也衰退了。我希望未來十年可以找到一個成長性工作、經濟穩定、加強語言。工作不要一直換，一直換不好。（病友編號 7）

未來……未來的生活我真的不知道，有人說結婚可以改變一個人，我希望能結婚生子，本來我在家裡就是唯一的男孩，不曉得是應該做小生意，擺夜市，還是繼續當作業員，我跟媽媽住在一起可能會比較會有生活的依靠，能力做不到的，就不要去要求呀！（病友編號 4）

病友受盡疾病痛苦的折磨，沒有苦盡甘來的感受，而是對自己人生的失望與失落，或是只能現實地接受自己，即使寄望著工作為自己帶來微弱的穩定與自信，但仍對自己未來的生涯只能勾勒出一種虛無的無力與漂浮感的敘說。

連結上述之現在、過去與未來生涯敘說形式，便形成出慢性精神分裂病患的生涯發展圖像（如圖一），此圖像是與 Super 的生涯發展階段說對比而成。



圖一 慢性精神分裂病患的生涯發展形式²

因受訪病友的年齡是介於 29 至 49 歲間，以 Super (1980) 的發展階段來看，生涯應是已經結束「探索與試驗階段」對各式職業的摸索，並形成自我確定而邁向「建立階段」的職業衝刺狀態。然，本研究受訪病友的平均發病年齡是 23 歲，隨後是平均 16 年的帶病日子，病友的生涯故事在未接受社區復健中心的支持性就業之前是朝著「短暫正向穩定—急速後退—低潮負向穩定」的悲劇性發展，對比同階段常人生涯發展，如 Super 所言是如彩虹圖般「前進—穩定」的敘說形式，病友的帶病生涯發展卻是背離著人應有的「常軌發展」。

且從敘說中可知，當病友回觀過往的生涯便心生因罹病所造成「常軌式生

² Super (1980) 整理常人的生涯發展階段是 15 歲起的「探索與試驗階段」、25 歲時的「建立階段」、45 歲的「維持階段」、55 歲後「職業衰退階段」及 65 歲的「退休階段」。生涯發展是如同彩虹圖般地逐步前進、維持而後衰退。若用「敘說形式」來分析，將繪畫出一個「前進—穩定—後退」的敘說形式，如圖一的實線後之虛線。

涯」的失落與傷痛的心理苦境，即使在社區復健中心的幫助下讓病友朝向「微弱正向穩定」的生涯努力，但面對未來生涯時是存有夢想也會讓人隱隱作痛，期待的未來是飄忽不定。因此，生涯或是職業復健，對病友來說，除了協助其找工作或工作適應問題等「有工作做就好了」的職業救助外，亦需走出自己「脫軌」生命與生涯的失落與感傷，並有能力重新刻畫出一條生涯軌道。若用這樣的心情來經營自己的生涯，生涯發展或許無法像常人般的發展，但仍可以有著自己生命應然的發展，活出自己來。若沒有機會如此整理，病友看自己的生涯處境的心態就會出現很多的「怨」（怨自己生病）、很多的「如果」（如果沒有生病）與「寄望不出有希望與確切的未來」（未來的生活，我不知道），而尋不了「個人安適之所在」，也就是沒法安身立命了，當下成了一種痛苦，覺得人生是不公平的。

參、研究二：慢性精神分裂病患生涯心理復健團體

帶著研究一階段的「認識」後，接著進入研究二的「行動」階段，是由研究者為社區復健中心的慢性精神分裂病患設計與實施生涯復健團體，目的在於實踐一個敘說取向諮商方法幫助病友解構其原有看待自己生涯的觀點，再建構一個安適自己的生涯觀與生涯計畫，行動方法與成果分述如下。

一、團體設計理念：「安身立命之道」

生涯的基本元素之一是「時間性」，生涯發展是指一生當中連續不斷的過程，縱貫一生的過去、現在、與未來的各式「位置」的接二連三地前進，如學生變成工作人，工作人變成退休者；之二是「方向性」，是個人對自己的生涯發展有一方向性可循，能擬定出透過工作達到目標的生活計畫（金樹人，1997）。由研究一可知，慢性精神分裂病病友的生涯是因病背離了「常軌式」生涯發展應有的連貫性、方向性。所以，安身立命之道之一是幫助病友重建自己生涯發

展的連貫性與方向性。然而，生活中的創傷事件可能導致嚴重的迷失感，造成連貫的生活故事的崩解，例如罹患 AIDS 或臨終的病患在隨時會死亡的陰影下，有過去與現在，但卻是沒有未來（朱怡羚、康翠婷、柯禧慧、蔡欣志、吳芝儀譯，2000/2004）。由研究一可知，病友生涯心情陷落於對過去罹病、養病而逝去的時間的哀痛、對現在的不踏實感，以及對未來的虛幻。所以，安身立命之道之二，在進行時間的梳理的同時，也需對造成自己生命斷裂的罹病創痛有所釋懷，如此其生涯的時間感才能重新恢復流動，專注於現在與未來。

依據上述團體設計的理念，本次團體名稱為「生涯敘說成長團體」，應用 Brott（2001）敘說取向的生涯諮商的步驟：「共構生命故事」、「解構生命故事」與「建構生命故事」，透過團體的介入，幫助病友依順著時間向度重新敘說個人過去、現在與未來的生涯經驗，梳理後期望能賦予新的情節與意義以理出一個新的生涯故事與計畫。

二、團體內容

團體的進行是選擇用結構性團體的帶領方式，共計六個單元，每次團體進行 3 個小時，每週進行一次團體，共計六週。六次的團體單元主題設計是以研究一結果中病友的生涯歷程特色與故事命名來擬定，如「生涯崎嶇路」談的是發病前的工作經驗，「生命的陷落」談的是患病的過程，以及「帶病生涯」談的是病後回歸工作人角色的困難，團體關照的是病友生涯的失落與重新安放。所以，六次的團體單元主題分別是「故事的現身—我是誰？」、「我的生涯故事—過去的我」、「我的生涯陷落—生病後的我」（一）與（二）、「彩色人生—我的生涯開展」（一）與（二）。分次單元進行方式也是結構式的，分別是「身體舞動的暖身操」（約 20 分鐘）、「故事開場白」（如：一部約 30 分鐘符合主題的紀錄片或繪本）、「中場茶點」（20 分鐘）、「單元主要活動」（110 分鐘，依主題進行繪畫、勞作等藝術活動與分享討論）、結束是分享今天在團體的學習與同唱「生涯之歌—愛拼才會贏」、與終場發放便當，全程控制在 3 小時內。如此的設計是

因於慢性精神病患在語言表達能力、持續力與理解力有限，加上需克服藥物副作用造成的昏沈、與病後長期隔離後的放棄或症狀本身造成的被動及遲緩，希望藉著身體舞動、看紀錄片或繪本、繪畫或勞作來表達生涯處境、與唱歌激勵自己、加上會中會後的餐點，讓參加團體的病友把這六次的聚會中經驗一場「生命梳理的饗宴」，而不是參加一場「心理輔導活動課」。

敘說團體的特色是為促進團體氣氛是充滿故事性，並以此催化病友講述自己的生涯故事，本研究選擇繪本與紀錄片作為「故事開場白」，以此因感同身受而有促發病友的故事性思考的效果（翁開誠，1994）。如第一次團體所導讀的故事繪本「你很特別」（丘慧文、郭恩惠譯，1997/2000）是講述主人翁一直活在他人的評價裡而對自己很不滿意，直到遇見造物者，開始瞭解自己的尊貴與獨特、坦然享受自我。以此，創造團體裡的價值氛圍就是每個人都很特別，都有特殊的生活遭遇，都要學會珍愛自己，並以此鼓勵病友在團體裡勇敢敘說自己，是為「共構生命故事」階段。

為「解構不具生產力的生命故事」，帶領病友觀看紀錄片學習從不同角度反觀自己的生病與失能過程。團體所選擇的紀錄片，除因紀錄片時間較短且敘說真實人生故事外，故事主角的人生還需是一種看似渺小微弱，也有著某種程度地「脫軌」的生命存在，但依然活出生命主體的生命啟發者，讓病友看完後能產生「普同感」，又能帶出「希望」，向他們學習。例如第二次團體所播看的「超級台傭」（蘇柚年，2005），是導演拍自己的媽媽與工作搭檔阿姨，敘述媽媽因學歷的限制而只能選擇以幫傭維持家計，相對於在台灣經濟起飛後到處引進的「菲傭」、「印傭」，兩位「台傭」秉持著職業不分貴賤的風骨，從事低階層勞動的工作，相信只要勤奮與努力、誠實無欺，除獲得生活的基本滿足外，一樣會獲得雇主、家人的肯定與尊重，還有餘力去幫助他人。以此，帶出團體主題二「我的生涯故事—過去的我」並帶領成員討論從事低階勞動工作的經驗。又如，患有紅斑性狼瘡與器質性精神疾病的林音（劉懷拙，2003a），講述的是她患病後治療、服藥的痛苦與自殺的企圖，而後她在家人、醫療與宗教信仰的扶持下

走出疾病的網綁，勇敢地繼續帶病生活。另外，出生就沒有雙手與殘廢的右腿的蓮娜瑪麗亞（李志偉，2001），她的殘障敘說推翻一般人對殘障者的論述，如殘障後淪為乞討者或在療養院度過一生，反而是不被殘障所限制，相信不是有沒有手或健全的雙腳的問題，而是練習的問題，以此態度克服成長過程中的種種困境。以上兩部紀錄片帶出第三、第四次的團體主題「我的失去與剩下」，引導病友一起討論因罹病的失能與克服之道，並將眼光轉向剩有的生命的願景。

「建構生命故事」階段是幫助病友尋找可能開展的生涯故事。第五與第六次的團體是帶領病友實際地討論如何實現與實踐生涯願景。「奮鬥的向日葵—重返社會與就業」（劉懷拙，2003b）是記錄精神病友病癒後回歸社會的困境與阻礙，帶動成員敘說現實的生涯苦境與討論脫困之道，並引導成員規劃近半年的生涯安排，找回自己生活與生涯規劃的主體權。

三、團體實施地點與參與者

團體實施地點是在國內某區域性醫院身心科團體室，成員共計 12 名（不同於研究一的參與者），其中 10 名是來自某醫院精神社區復健中心，由該中心社工員進行篩選與邀請；另 2 名是來自某區域性醫院身心科日間病房病友，由該科護理長（亦是團體觀察者）篩選與邀請。12 名成員中，男性 8 名，女性 4 名，皆未婚，年齡介於 25 至 48 歲，平均年齡為 35 歲；9 名為慢性精神分裂病，另 3 名為雙極性疾患（亦在社區復健中心接受支持性就業，並有意願參加團體）；而 7 名成員正參與支持性就業（工作職場有苗圃、游泳池、郵局），另 5 名皆曾參與支持性就業，但目前待業中。11 名成員同意研究者使用團體資料進行研究分析。

四、行動結果分析與反思

在此「行動」階段，是為慢性精神分裂病患設計與實施一個敘說取向生涯心理復健團體形式，並探究此種團體介入形式是否能幫助病友重拾生涯。結果

的呈現是研究者，亦是實務場境中的心理助人工作者，倚靠行動科學（action science）的精神與此次團體歷程與結果進行一場反映對談（reflection conversation）（夏林清、鄭村棋譯，1989），在記實與反思中，敘說這次「生涯敘說成長團體」實踐行動的「無行之處」、「可行之處」與「借力之處」。

（一）「無行之處」：團體工作無法改變的事實

「團體動力」（group dynamic）是帶領團體時需觀察的現象，指成員與領導者態度與彼此間的互動。「常人」的團體動力是成員會隨時間而更有互動，更有自發性、反思性與回饋性對話。病友始終受限於病況所致的認知思考社會互動功能的退化，或藥物副作用的影響，成員帶著呆滯、僵硬、嗜睡的表情、遲鈍或時而答非所問的反應，使團體氣氛多了僵化、被動、沈悶與無厘頭，就是少了活靈活現的激盪與滋養，與少有對他人的生涯故事產生興趣而主動回饋，使團體互動大多是各說各的，需要領導者穿針引線。

另，有些病友在團體進行中時而陷入精神症狀而導致無法接續團體的實況，例如某一病友在雕塑「生病圖像」團體活動時雕塑了「男性性器官」，並說「生病就亂亂地，愛看女孩子」，又不好意思地補充說明「小時候喜歡做模型，做的奇奇怪怪地，現在做的是無聊才做這個」，赤裸裸地對女性領導者呈現自己的性慾望，而下一次團體時又恢復現實感地表示對自己的舉動感到抱歉。另一位病友則視領導者為競爭對象而想要突顯自己的誇大慾望，或生產過於樂觀、偏離現實的生涯規劃時，無視其他病友的回饋，如「白日夢！有工作就做比較踏實」，反而斥責其他人對自己期待太低、很悲哀，應像自己一樣有目標、衝衝看；但又時而陷入憂鬱的無望中。

但是，意外發現病友對彼此的理解與包容力，他們會用微笑或忽略成員的怪異表現（如對突兀的性器官），或主動向領導者解釋成員無厘頭的舉動，或是面對衝突而阿Q地說「自己往後要學會看人說話，說話不要太直」。在團體裡成員的「非常」與「正常」之間的來來回回，是病友的本然面貌。面對無法改變的事實，對心理助人工作者反而是要學習悅納與涵養，進而雇主與家人也需學習

接納此等面貌。

(二)「可行之處」：病友的敘說挪動

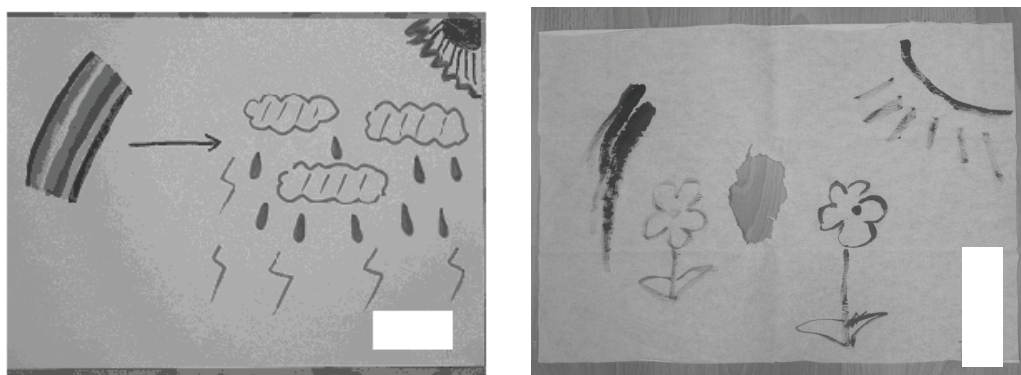
即便有著上述之無行之處，並無損於病友個人生產敘說的表達與主體性，或是在疾病的限制與團體氣氛僵化之中，病友卻又有著相互回饋、關懷或出現意外的啟發性的、反思性的對話。這些靠著是在團體「說故事」與「聽故事」中激發出病友的「人味」，他們在相互鼓舞中整理患病的創傷與未來的生涯規劃，支持敘說取向生涯心理復健團體的可行之處。

例如，團體單元一藉「生命線」活動，讓成員畫出自己的生命旅程，病友繪出如研究一所得的「後退性敘說形式」，彼此觀看敘說生命裡的低潮時，共有的是得病後的痛苦與無望、家人的離開與身邊的人越來越少，會覺得害怕。但是，有成員已經走過疾病的磨難與可以工作存錢慢慢改善生活，帶著生命的歷練對已經失望的成員鼓舞著，要他們相信「路還很長，生命才會結束」、「繼續走」、「還有很多的機會」、「人生有一天會結束的，所以要好好活」。

單元二「生涯名片」活動，分享成員曾經擁有的工作，並討論工作的意義與價值。其中一位成員如此說「我想去工作，但有一點害怕，沒有膽量，怕被別人取笑，怕去工作又發病，我不適合做賺很多錢的工作，但是自己也很怕自己沒有工作做，現在病情穩定，很想找工作。自己過去曾經半工半讀在餐廳工作，因為自己發病後，行動緩慢，人家不要我。」這位病友，卑微地分享完自己唯一的工作經驗後，其餘成員紛紛對他說「他現在苗圃工作，工作表現很好，工作順序很清楚，拔草速度快，工作態度認真，得心應手，並且會帶動、照顧其他人，是全部病友的班長。」讓這位話很少、聲音很小聲的病友露出難得的笑容。雖然成員很期待有工作，因為肯定「有工作才是有用的人」、「有薪水、有工作不會胡思亂想，可以實現夢想」，但是，也有成員提醒著現實是「發病工作，真的會出事情，不要勉強」。

而且，生病後對工作所造成的困境，如藥物副作用所引起的發胖或手抖，讓成員無法應徵到工作或失去工作；或因疾病引起的退化讓自己在工作上變得無法有擔當、能力有限，讓成員心情上感到挫敗與退縮。單元三藉藝術活動，

一位成員雕塑繪畫自己生病的圖像（如圖二左圖），並敘說「這是生病的我，人生就好像彩色的一樣的多采多姿，自從生病後，就好像烏雲密佈，有時也會哭，就好像遇到閃電、打雷一樣，太陽都被遮住了，心中的太陽都被烏雲遮住，對人生沒有多大的期望……」。



圖二 「生病的隱喻」(左圖)與「因病的失去與剩下」(右圖)

其他成員則是用「我捏了四個紫色黏土，好像壓力壓著」、「藍色是水，有光線從水透射上來，生病時好像浮在水面上，要動才會游上來，需要光線指引」、「這是我二專的盛開期的花朵，是在沒有生病前。生病後好恐怖，像塊大石頭」等隱喻來勾勒生病後的自己所經歷的病痛網綁，顯露疾病的可怕與無助。當看完林音的故事，成員能較有信心地相信自己在醫師用藥、家人支持或宗教的信仰逐漸走出病痛而發覺「可以稍微打開烏雲、撥雲見日」、「大石頭可以輕一些，變成小石頭」般的反思性地了悟。一位成員分享自處之道是「疾病會一直跟著我們，要按時服藥照顧自己，睡覺、出門玩、聽收音機讓自己心情愉快」。團體工作讓成員體會如領導者的結語「體認疾病不是生命的全部，或是一直是失控的。」

單元四繼續整理因病所造成的失去。領導者比喻若人生的全部是這一張完整的紙，因病而失去的像是「被撕掉的紙」，一位成員對「撕去」(失去)的部分說，「生病後就錢賺得很少，還有朋友離我遠去。以前可以賺二萬多元，現在幾千

塊，都不夠自己花。朋友害怕我的病，所以拒絕與我聯絡。」(如圖二右圖撕去的部分)。另有成員說「撕去」的是「失去工作，包裝的工作，一個月可以賺一萬多。失去時間，生病這段時間就浪費，大約十年。如果沒有這生病十年，可以累積更多的工作經驗。」。

領導者為解構與再建構故事觀點，利用剩下的畫紙隱喻「大家沒有將紙張(自己的人生)全部撕去，代表自己的人生沒有因病而全部失去，那剩下來的人生，大家想要怎麼過活，讓自己的人生是有色彩的？就像蓮娜瑪麗亞充分發揮剩下的手腳依舊過好生活。」讓成員藉著畫紙的隱喻的敘說整理，告別了失去，啟動自己正視現在、寄望未來的敘說眼光。成員說「剩下的生命可以更有意義一點，可以開花，讓太陽進來，還有彩虹。可以做一些有意義的事情，例如可以再找一些好的工作，現在游泳池的打掃工作，做蠻久的，還蠻好，慢慢再找更好的工作，有事做可以賺錢。」(如圖二右圖空白部分的彩繪)。另有成員說「一點一滴就是我希望有一個精彩的人生。人生可以從低往上爬。紅色是希望我的心情永遠快樂；綠色，是茂盛、有成長；橘色是，平平安安；咖啡色，有意志力，可以有信心、克服困難。」

(三)「借力之處」：未來生涯的開展

正視現在與未來後，單元五與六是帶領成員討論未來生涯的開展與實踐。領導者問「你現在擁有什么能力、體力、技能專長等，可以讓你過彩色的生活？」成員回答擁有「打掃、除草、清潔、服務生、美容、美髮、體力、汽車駕照、餵魚、挑西瓜、雕刻」及「打籃球、學英文、慢跑、游泳、學修腳踏車」等能力過彩色生活。目前適合的工作機會是「技術性質工作，如美容、化妝品專櫃、美髮、服飾、店員、烹飪、學徒、麵包店、腳踏車店、拔草、清潔工、服務生、文書處理」等，並擁有「社工師、復健中心主任醫師、老闆、朋友、家人、就輔員」等身邊資源可以幫助自己。

團體領導員帶領成員一起做時間、金錢、休閒、感情家庭與人際、身心復健、工作等討論後，個別成員的生涯計畫如：「可以就業，可以找服務生或廚師的工作。生活作息正常、增加能力、體力，工作可以有 18,000 到 25,000 元」、「庇護性

工廠作一陣子，更穩定後，再找薪水較高的工作。要控制住病情、不要讓病情控制我。平凡是最大的幸福，把病情調整好不要起伏太大，平平凡凡過日子。」等一般地現實與實在，未來不再是漂浮與無力。但隱憂的是，帶領病友觀看公視「奮鬥的向日葵」觸及回歸社會的困境與就業的阻礙，成員不自主地陷入「自己過去曾經沒有告訴雇主自己有精神疾病，自己的工作表現依舊被雇主肯定，但是一旦雇主知道自己有病，就會被另眼相看」、「自己因病情關係，在職場做一陣子，同事會覺得自己怪怪的，跟自己保持距離，自己覺得這樣很難受，就因此辭職」、「只能做臨時性質的勞力工作」，或者「不會因病而被歧視，反而是自己身體不堪負荷，再也無法做過去喜歡的工作。」等沮喪中。對慢性精神分裂病友而言，即使有了生涯計畫，但實現未來生涯仍需要倚賴社區與復健資源的協助。

爲此，研究者爲讓他人也看到病友對生涯的企求而得助力，決定實踐行動的跨越，走出團體室，在社區復健中心舉辦一場「生涯故事發表會」，讓復健工作團隊與園區病友，以及受邀的職訓局長官一起聆聽病友參與六週團體整理得來的「生涯故事」中努力跨越疾病創傷與對生命的渴望與生涯計畫。過程是，園區其他病友聆聽後流露出一不簡單與佩服的感想，也期待自己可以參加這樣的團體；復健團隊與長官更是勉勵病友「不畏懼疾病，要有信心，一定可以找到人生的出路」，使這場「生涯故事發表會」不僅讓病友的生涯心聲得以被理解、被靠近，也激發了整個復健團隊有信心地爲病友謀福利。

肆、結論與建議

本文探討社區復健中心慢性精神分裂病病患的生涯復健議題，藉「敘說」展開一個從「認識」到「行動」的探究過程。研究者亦是心理工作者，爲病患設計與實施生涯復健團體前，透過敘說，跳脫固有的「醫療模式」，視病患爲「人」，重新認識病患的生涯故事與處境；而後在實踐行動上不是複製常人的生涯規劃方案，如注重職業資訊的提供、探索性向、興趣、成就等生涯相關的資

訊等，而是選擇一個能貼合病患生涯心理處境的「生涯敘說成長團體」介入策略。結果是，「敘說」不僅讓病友可以告訴他人「我是誰」，也重新開啓一條路徑讓心理助人工作者走向病友之心理世界，以及讓敘說者與閱讀者之間開展出一個「人之心理、生命的理解空間」。且從病友的生涯故事可知，病友的生涯陷入因背離常人生涯的「常軌發展」的失望與無望中。經過共構故事、解構故事與建構故事的生涯團體敘說，病友因此被啓動、被鼓勵，挪動而重新開展一個有方向性的新篇章，即使無法如常人般，還是能擁有對未來生涯的具體想像與計畫，可以為自己的生活努力、繼續走。不過要提醒的是本研究限制之一是缺乏團體後的追蹤，無法得知病患的持久性改變而進一步支持團體正面改變的效能。

又，回觀這一路的「知」與「行」，團體進行到末期，面對病友稀薄的、非自我實現式的生涯故事時，研究者直接的感受是不禁懷疑這一路對慢性精神分裂病患之生涯復健的工作是否可行？成員能從此生涯開展？一度陷入「無力感」與「懷疑感」，因與原有的期待有落差。反思當時的心情，發現即使跨越了「病的視框」，還是另有障礙來自於研究者本身既有的中產階級男性觀點的生涯模式，是內化、期待的職業發展是一個線性與不中斷的邁向成功的 Super 式生涯觀。因此，建議未來從事敘說取向的心理工作者需學得內化敘事治療「無為」與「放空」的哲學觀（黃素菲，1997/2006）後，才能夠與病友一起面對生命裡的無力與平凡，又能在其中浸泡出「安身之道」。在現實裡，病友生涯的持續性與實現力還是需要倚賴社區復健資源的支持與幫助病友增進職業存活技能，例如職場人際溝通、壓力管理等，並加強結合社區與家庭資源，為病友尋找職業出路。

針對本文之任何回應、回饋或意見，請直接聯繫：溫錦真，970 花蓮市中央路三段 701 號，e-mail: melody@mail.tcu.edu.tw，慈濟大學通識教育中心，03-8565301 轉 7416、7221。

收件日期：96 年 05 月 16 日

複審一日期：96 年 08 月 31 日

複審二日期：96 年 11 月 13 日

通過日期：96 年 12 月 20 日

參考文獻

- 丘慧文、郭恩惠譯 (2000)。你^很特別。台北市：道聲出版社。Lucado, M. (1997). *You are special*.
- 朱怡羚、康翠婷、柯禧慧、蔡欣志、吳芝儀譯 (2004)。敘事心理與研究。嘉義市：濤石文化。Crossley, M. L. (2002). *Introducing narrative psychology: Self, trauma, and the constraction of meaning*.
- 行政院研考會 (1995)。精神病患醫療服務體系之檢討。行政院研究發展考核委員會編印。
- 李志偉 (製作人), 孫葆媛 (導演) (2001)。用腳飛翔的女孩【影片】。(浸傳中心發行, 台北市 100 杭州南路一段 77 巷 29 號)。
- 林知遠 (1999a)。復健精神醫學。2007年9月10日, 取自
<http://www.psychpark.org/paper1/article/?keyword=%AAL%AA%BE%BB%B7>
- 林知遠 (1999b)。職業復健—支持性就業模式。2007年9月10日, 取自
<http://www.psychpark.org/paper1/article/?keyword=%AAL%AA%BE%BB%B7>
- 林美珠 (1990)。敘事研究：從生命故事出發。輔導季刊, 36 (4), 27-34。
- 金樹人 (1997)。生涯諮商與輔導。台北：東華書局。
- 夏林清、鄭村棋譯著 (1989)。行動科學—實踐中的探究。台北：張老師文化。
- 翁開誠 (1994)。同理心開展的再出發—成人之美的藝術。輔仁學誌, 26, 264-274。
- 陸瑞玲、張阿雪、劉美秀、葉紅秀 (2003)。提升某醫學中心日間留院慢性精神病患工作復健—支持性就業模式之方案。醫院, 36 (1), 71-81。
- 黃素菲譯 (2006)。敘事取向的生涯諮商。台北：張老師文化。Cochran, L. (1997). *Career Counseling: A narrative approach*.
- 黃慧森 (2006)。共許生涯願景—高中生敘事取向生涯探索團體的故事。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文, 未出版, 高雄市。

- 劉懷拙 (製作人), 張綦薰 (導演) (2003a)。跨越極限的愛系列第六集【影片】。
(公共電視, 台北市內湖區康寧路三段 75 巷 70 號)。
- 劉懷拙 (製作人), 陳義雄 (導演) (2003b)。跨越極限的愛系列第十集【影片】。
(公共電視, 台北市內湖區康寧路三段 75 巷 70 號)。
- 謝明憲、劉智民 (2002)。社區精神醫學。載於李明濱 (主編), 實用精神醫學
(353-357 頁)。台北: 國立台灣大學醫學院。
- 蘇柚年 (製作人), 蘇柚年 (導演) (2005)。超級台傭【影片】。(慈濟大學傳播
系, 花蓮市中央路三段 701 號)。
- Brott, P. E. (2001). The storied approach: A postmodern perspective for career counseling. *The Career Development Quarterly*, 49, 304-313.
- Bruner, J. (1986). *Actual mind, possible worlds*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Davidson, G. C., Neal, J. M., & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th ed.). NJ: John Wiley & Sons.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1987). The self in temporal perspective. In R. Abeles (Ed.), *Life-span perspectives and social psychology* (pp. 121-137). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1988). Narrative and the self as relationship. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp.17-56). New York: Academic Press.
- Gergen, M. M. (1980). *Antecedents and consequences of self-attributional preferences in later life*. Unpublished doctoral dissertation, Temple University, Philadelphia.
- Krieshok, T. S., Hastings, S., Eddberwein, C., Wettersten, K., & Owen, A. (1999). Telling a good story: Using narrative in vocational rehabilitation with veterans. *The Career Development Quarterly*, 47, 204-214.
- Krupa, T., Lagarde, M., Carmichael, K., Hougham, B., & Stewart, H. (1998). Stress, coping, and the job search process: The experience of people with psychiatric

- disabilities in supported employment. *Work, 11*, 155-162.
- Lieblich, A., Tuval-Mashiach, R., & Zilber, T. (1998). Holistic analysis of form. In A. Lieblich, R. Tuval-Mashiach, & T. Zilber (Eds.), *Narrative research: Reading, analysis, and interpretation* (pp. 88-111). Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Hunter, N. L., Needs, M. A., & Wickett, A. (2005). Personal narratives in schizophrenia: Increases in coherence following 5 months of vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 29*(1), 66-68.
- McLeod, J. (2004). Social construction, narrative, and psychotherapy. In L. E. Angus, & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 351-365). California: Sage Publication.
- Murray, M. (1997). A narrative approach to health psychology. *Journal of Health Psychology, 2* (1), 9-20.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and human sciences*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Roberts, G. (2000). Narrative and severe mental illness: What place do stories have in an evidence-based world? *Advances in Psychiatry Treatment, 6*, 432-441.
- Roberts, G., & Holmes, J. (1999). *Healing stories: Narrative in psychiatry and psychotherapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sarbin, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- Strauss, J. S. (1994). The person with schizophrenia as a person II: Approach to the subjective and complex. *British Journal of Psychiatry, 164*, 103-107.
- Super, D. E. (1980). A life-span, life-space approach to career development. *Journal of Vocational Behavior, 16*, 282-298.
- Wong, K. C. (1994). Narrative thinking and advanced empathy. *Fu Jen Studies (Liberal Arts), 23*, 384-359.

A Study of Career Narratives and Career Rehabilitation for Patients with Chronic Schizophrenia

Chin-Chen Wen Tzu Chi University	Shuan-Chun Wen National Hualien Girls Senior High School	Meei-Ju Lin National Dong Hwa University (Meilun campus)
Nai-Yen Wang Mennonite Christian Hospital	Yao Hung Mennonite Christian Hospital	

Abstract

The purpose of this study was to understand the career stories of patients and the predicaments they have undergone. The study adopted a narrative method to reveal the process, from “understanding” to “acting”, of the career rehabilitation of patients with chronic schizophrenia in a community rehabilitation center. In the first part of this study, ten patients (aged from 29 to 49) were interviewed and their career stories were analyzed with the method of narrative form. The results showed that patients’ concept of career development had gradually deviated from a normal path since they suffered from psychotic diseases. Even when temporarily settled in a community rehabilitation center, they still sustained loss and pain induced by psychotic disorders. They also felt uncertainty for the future and a sense of fluidity that, as a result, stops them from settling down in a place and establishing a career. In the second part of this study, it was designed in terms of “acting”—to develop a narrative approach based career rehabilitation group in order to assist patients with chronic schizophrenia to resettle in their lives and careers. The result showed that twelve patients, aged 25 to 48, could re-narrate new and constructive career stories through group interventions, despite the fact that the group dynamic was limited by the patients’ psychotic symptoms. They reaffirmed the value of work, realized that

the illness was only a part of their lives, and thus, accepted the possibility of a personal career plan for the future. These results supported the feasibility of the narrative approach based career rehabilitation group. Finally, the study presents a number of reflections from the researchers and suggestions for refining career rehabilitation strategies for patients with chronic schizophrenia in the future.

Keywords: career rehabilitation, chronic schizophrenia, narrative.