

國立臺灣大學社會科學院社會工作學系



碩士論文

Department of Social Work

College of Social Sciences

National Taiwan University

Master's Thesis

佔領助人專業的剩餘地帶：

臺灣精神疾病家屬同儕支持實踐經驗探討

Occupying the Remaining Territory of the Helping
Professions: An Exploratory Study on Mental Health
Family Peer Support Practices in Taiwan

謝宜恩

Yi-En Hsieh

指導教授：謝宛蓉 博士

Advisor: Wan-Jung Hsieh, Ph.D.

中華民國 114 年 2 月

February, 2025

謝辭



孤獨與焦慮，是我這一年的研究與書寫中最常出現的兩種情緒。孤獨來自於許多對於現象的捕捉與觀察、對於自身社工實踐的反思，以及與文本及過去研究的對話，被認為經常只發生在研究者個人身上；同時我亦期待自己完成一份為了社群而生產的知識，因此對自己喊話把論文當成這六年在活泉的畢業製作，導致經常背負著憑空而生、無來由的（想像的）龐大期待，經常在落筆時反覆叩問這是否是社群的聲音，我是否代言、是否超譯。

是在寫謝誌的時候，才意識到我把自己看得太大又太小，因為這份論文得以完成，全部仰賴許多的支持與協助、知識生產的共同參與，以及支持網絡提供的種種條件。

首先要感謝所有的受訪者，以及其所代表的廣大精神疾病家屬與照顧者社群。謝謝你們把故事與智慧交付到我手上，是因為你們豐厚的經驗，才有這份研究的完成。各位曾走過的路都成為與人連結的橋樑，聆聽你們的經驗是我的榮幸。

再來要感謝我的指導教授宛蓉老師，老師帶著豐厚臨床經驗回到學術研究，成為我在想像職涯時的榜樣。老師總是給我最大的自由去發展研究，尊重我的想法與判斷，以意見交換取代建議，但依舊適時地提醒我作為一個研究者應當注意、關照的面向，以及如何更周全地思慮。同時老師面對我時常出現的焦慮與缺乏自信，總是給予我非常多的鼓勵。因為老師的支持，我才能順利的在一年內完成論文。感謝論文的口試委員增勇老師與玟如老師細膩而精彩的評論，兩位老師在口試時精準且清楚的指出論文裡因遮掩而模糊不清的概念，點出研究與運動可再往下想的一步，同時不吝嗇的給予學生回饋與鼓勵，有機會

讓老師們閱讀我的草稿並接受指導是我的榮幸。特別是玟如老師從我大學實習、成為社工與督導，再到碩論口試的現場，一路上一直提供我支持，謝謝老師作為一個進入研究者位置的資深實務工作者，成為我重要的典範。



感謝我的讀者，顥宇、奕伶、子茗、旭、照旻，你們是除了指導與口委以外，最清楚我的書寫限制的人，謝謝你們的閱讀與回饋，幫助我看見盲點，也減緩了我初稿最後階段的孤獨與焦慮。謝謝凱威、旭、邦豪，在海外實習跟你們成為朋友是我研究所生涯中最快樂的事，組成論文壓力小組對於我的進度更是有莫大的幫助，也謝謝三位分別在論文過程中提供給我的不同支持。

感謝伊甸活泉專線的同事、主管與志工夥伴，過去六年的同工過程成為我作為社工的重要養分，也構成了我這份研究的許多核心思想；感謝曾經與現任的倡議／政策小組夥伴經常陪伴我思辯討論，也在我的論文結果概念尚未成形時提供許多建議與觀點；感謝接線小組的大家，是你們領我走上這條道路，我經常看著你們的身影，進而生出勇氣，謝謝你們讓我成為一份子，也謝謝其中一些未參與正式訪談的成員仍慷慨地提供自己寶貴的實踐經驗與知識。

這一路上能夠完成學位，特別要感謝專線的同事與主管，謝謝我的主管們對我的信任，在管理與行政上盡可能協助我兼顧工作與學業，謝謝你們走在我前面作為一個助人者的示範，也謝謝你們成為我的後盾，讓我可以無後顧之憂回到學校。更要感謝我在專線的同事，我很任性地做了回學校唸書的決定，有時候請假去上課很難找人，甚至中間有兩個多月的時間拋下組長的管理工作跑到美國實習，沒有你們的協助與分擔，我無法走完這條路，謝謝你們的扶持與無條件的支援。

感謝一路滋養我成為此刻的社會工作者的組織：台權會、紹興社區、振興精神科、同志熱線，以及台大社工系。所有幫助過我、帶領過我，與我共同工

作的夥伴與前輩族繁不及備載，非常感謝所有志工、成員、工作人員、老師、助教與系辦，這個豐盈的歷程缺一不可。感謝所有對我生命帶來能量與提醒，與我一同走過一段路的朋友們，礙於篇幅關係，所有致謝均以不同管道表達謝意，若有任何遺漏，懇請海涵。

謝謝我的家人，我的爸爸、媽媽、姊姊與三叔，儘管並不熟悉我使用的語言，但在不理解的情況下仍然沒有要求的鼓勵與支持我完成學業。謝謝我的奶奶，距離你離開至今已經五年，但我從你身上學會何謂無條件的愛。謝謝照旻，你見證我所有醜陋的時刻，那些公眾看不見的軟爛在地上的崩潰、把手剝到鮮血直流的焦慮、不敢向人承認的自卑與自傲，你總是毫無保留地騰出空間，讓我置放那些難堪，與我分擔困頓、共享喜悅，謝謝你不求回報的支持。

謝謝古館春一老師，孤獨的研究日子經常把排球少年當成聖經，每次感到挫折、困惑時，我就會鼓勵自己不要放棄磨練心志、行遠必自邇。

最後要感謝我自己，這三年的日子裡幾乎都過著張開眼睛只有上班或唸書兩個選項的日子，通常休息的時候就是病倒的時候，相當不健康。縱使我是如此幸運，得以擁有以上所有條件與資源，但我也要謝謝自己一直在努力，因此在日復一日的操練中成長。

這份研究獻給我心繫的精神疾病社群、家屬與照顧者，以碩論的規模要能夠回應社群與我自己的期待並不容易，我個人的分析與書寫能力也仍在持續練習與打磨，導致偶爾詞不達意、雜亂模糊的限制。文責自負，但期許以書寫與研究作為家屬運動的一小步。這個研究實際上是上百上千的社群夥伴共同生產而成，將此獻給你們。

2025.01.22

中文摘要



作為當代精神衛生與心理健康系統的重要資源，精神疾病家屬與使用者的生命經驗漸趨在系統合作中受到重視。然而以經驗知識為支持核心的家屬同儕支持，儘管實踐在各地發展，目前在臺灣的相關研究仍不多，也經常性地面臨正式系統對其知識體系的質疑。本研究期盼探索本土的精神疾病家屬同儕支持實踐經驗，從其實作知識、同儕支持者的培力歷程，到家屬同儕作為經驗專家帶來的專業反思，藉由整理在地的實踐敘事，豐富同儕支持相關討論。

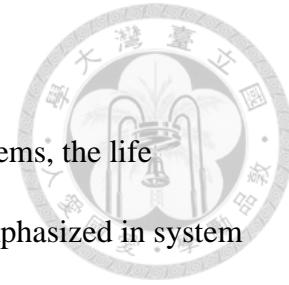
本研究選取建構主義的質性研究方法，採用半結構式深度訪談，共採納 9 位臺灣本土精神疾病家屬同儕支持者之分享，分析其同儕支持經驗的共通性，指出參與者的歷程與經驗差異，藉此描繪在地家屬同儕支持之圖像。

研究發現從家屬同儕之實作方法內涵切入，藉由二維光譜定位目前在臺灣家屬社群中仍舊模糊之同儕支持概念，並且展開說明家屬同儕平等自由的故事交換哲學觀、自我揭露的助人技術與其在支持中的實作意識。再以自助助人與公共性之觀點，分析家屬同儕之投身動機與成長和改變。最後說明照護知識之價值與其所面臨之論述挑戰，並且藉由定位為「佔領」助人專業剩餘地帶之姿，以平行的專業位置為現行助人與精神醫療工作者帶來提醒。

本研究藉深入探索家屬同儕之經驗，輔以研究者與家屬社群工作之實務觀察，論述精神疾病家屬如何作為「生活的專家」，成為精神衛生系統中重要的聲音。期盼此研究能為與家屬合作的助人專業帶來深刻反思，並成為家屬社群運動往下邁進的討論素材。

關鍵字：精神疾病家屬、家屬同儕支持、經驗知識、同儕性、專業化

英文摘要



As an essential resource for contemporary mental health systems, the life experiences of mental health users and families are increasingly emphasized in system collaboration. However, despite the development of family peer support focusing on experiential knowledge, there is still little related research in Taiwan. Moreover, the formal system has also often questioned the peer knowledge system. Thus, this study aims to explore the practice of family peer support in Taiwan's mental health system and to enrich the discussion by organizing the local practice narratives. The study starts with practical knowledge of peer support, the process of peer supporters' empowerment, and finally, the reflection of professionalization brought by family peers as experiential experts.

This study adopted a constructivist qualitative research methodology and semi-structured in-depth interviews with nine Taiwanese family peer supporters. It aims to analyze the commonalities of their peer support experiences and highlight the differences in their journeys and experiences to depict the experiences of family peer support in Taiwan.

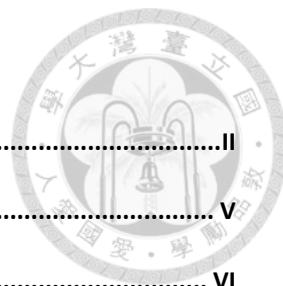
Findings identified the connotation of family peer supporters' practical experience, using a two-dimensional spectrum to locate the concept of peer support that is still ambiguous in the Taiwanese mental health family community. It develops a philosophy of equal exchange in storytelling among family peers and reveals the disclosure techniques in helping and their awareness of practice in peer support. Also, the motivation and changes in the growth of family peers are analyzed from the perspectives of self-help and publicness. Finally, it illustrates the value of caring

knowledge and the discursive challenges it faces. Positioning family peers as 'occupying' the remaining territory of the helping professions reminds current professions in the mental health system of peers' parallel professional positions.

This study explores the experiences of family peers and the researcher's observations of family members' communities. It discusses how family members with mental illness can serve as 'experiential experts' and bring an important voice to the mental health system. The study will provide insightful reflections on the helping professions working with families and serve as a source of discussion for the family community movement moving forward.

Keywords: family members of persons with mental illness, family peer support, experiential knowledge, peerness, professionalization

目 次



謝辭	II
中文摘要	V
英文摘要	VI
目次	VIII
圖次	X
表次	X
第一章 緒論	1
第一節、研究背景與動機	1
第二節、研究目的與問題	3
第三節、研究者位置與前見	4
第二章 文獻探討	10
第一節、精神疾病家屬	10
第二節、同儕支持	16
第三節、精神疾病家屬同儕支持	29
第三章 研究方法	37
第一節、研究設計與策略	37
第二節、研究對象	38
第三節、資料蒐集與分析	41
第四節、研究嚴謹性	42
第五節、研究倫理	43
第四章 遭受而後穿越：同儕支持實作方法	45
第一節、家屬同儕支持的二維光譜	45
第二節、反說教的故事交換	49
第三節、揭露作為支持的助人技術	55
第四節、同儕支持的實作意識	64
第五章 自助與助人：成為同儕支持者	72
第一節、以助人自助的互惠性	72
第二節、先群而已的公共性	78

第三節、組織經營層次分析	84
第六章 低度語言化的生活專業：同儕性與專業化.....	89
第一節、以肉拼搏的經驗專家	89
第二節、專業建制立場	97
第三節、平行的專業	111
第七章 討論.....	116
第一節、「家屬同儕支持」的模糊邊界與社群歷史	116
第二節、揭露成為精神疾病家屬的關鍵字.....	127
第三節、跨越家的邊界直面污名	130
第四節、從草根經驗到馴化專業	132
第八章 結論與建議	138
第一節、實務與政策建議	138
第二節、研究限制與未來研究建議.....	142
第三節、結語	145
參考資料	147
附錄一、訪談大綱	155

圖 次

圖一 二維同儕支持光譜.....46

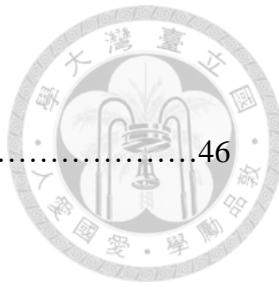


表 次

表一 研究參與者資料.....39

表二 參與者專業化偏好.....103

第一章 緒論

第一節、研究背景與動機



「聽別人的故事，練自己的功夫。」/黃莉玲

助人這門技藝，知識路徑有二，一是來自於對於理論與學問的理解，二是來自實踐中的積累。研究者長年與精神疾病家屬社群共同工作，見證在苦難中生成的智慧如何成為與人連結的橋樑——研究者過去在伊甸基金會活泉之家的精神疾病照顧者專線擔任社工，此專線作為「以家人陪伴家人，由照顧者接聽照顧者」的精神疾病家屬同儕支持專線，招募精神疾病家屬或有精神疾病照顧經驗者成為接線志工，運用電話提供同儕支持（peer support），基於相似的歷程與共同的照顧語言，同是家屬與照顧者的雙方得以彼此理解，且能夠知曉如何運用以肉拼搏的照護知識回應迎面的挑戰。

在心理衛生與精神健康領域，服務提供端多需具備相關醫事人員或社工資格，而各專業建制化的歷程中，專業意識抬頭，排除許多非專業出身的助人資源。然而，許多國家在其心理衛生服務系統中已有意識地納入精神疾病病人與家屬同儕，臺灣相關實踐卻是零星散落各地。部分組織培力一群有豐厚生命經驗的家屬，這群非助人專業背景的「素人者」，因著自己的陪病經驗，帶著在照顧現場中肉搏出來的常民知識，他們成為了同儕支持者。

研究者成為一名社會工作者的路途中，最敬重的助人前輩即是專線的志工們，在每個與夥伴彼此對話的過程，積累另翼的同儕知識，進而使得彼此逐漸長出助人的信心。這些助人的技術與智慧，在每日反覆操練的過程中延續，然

而傳承同儕支持的心法是困難的，培訓新人成為同儕支持者多仰賴大量的觀摩、服務前後的討論，因此如何「做」同儕、知曉同儕支持的經驗與方法便成為服務現場重要的財富。然目前卻尚未有可複製、供參考的紀錄，這樣的遺憾是促使研究者想描繪同儕支持現場、進行服務經驗梳理的一大原因。

因為看見家屬難以在正式體制中取得日常照顧實作的細節指引，在專業語言中缺乏陪病知識與草根照護技能，幾個資深家屬與工作者深知家屬在面臨照顧時，實際需要比專業訓練更多的現場經驗，因有時專業知識不如草根判斷實用（黃克先，2012），秉持著以上的信念，本研究關注家屬如何成為與作為一名同儕支持者。然而，在精神醫療為主流的現代社會，同儕支持的服務理念也持續受到挑戰，因此，對同儕支持實踐者來說，如何面對限制仍堅守同儕支持的理念，對外如何向工作者重新框架專業並闡明家屬經驗的價值，皆促使研究者探索家屬同儕支持的內涵與實作心法，意欲論述家屬同儕如何作為一種常民專家（lay expert），透過分享照護與陪病經驗提供其他家屬支持。

臺灣目前家屬同儕支持（family/carer peer support）相關的學術研究相較於國外仍相對稀少，研究者與家屬同儕支持者工作多年，深感其深厚的經驗知識未能與專業人員對話、紀錄、書寫，進而有機會反思實為遺憾，故為補齊臺灣研究缺口，以及整理實務上的觀察，本研究旨在探索臺灣實踐精神疾病家屬同儕支持的實踐者之同儕支持經驗與實作知識，期盼探索在地化「草根實踐與學院知識」間的對話（黃克先，2012），豐富臺灣本土的精神疾病家屬同儕實踐資料。研究者也期盼同儕支持研究可為未來精神疾病照顧實務服務發展以及政策制定奠基更深厚基礎，拓展精神健康服務體系提供端的資格限制，破除只有專業才能提供服務的迷思，重視家屬的肉搏知識，正視同儕支持的實作實踐。

第二節、研究目的與問題

本研究作為初探性研究，意圖描繪精神疾病家屬同儕支持之圖像，豐富臺灣本土的精神疾病家屬同儕實踐文本。



本文研究目的為：

1. 論述精神疾病家屬同儕支持之實作方法與經驗知識。
2. 探究精神疾病家屬同儕支持之培力實踐。
3. 反思精神疾病家屬同儕支持的專業化權衡歷程。

本文研究問題：

1. 同儕支持者在服務中運用何種方法與經驗實踐同儕支持？
2. 同儕支持者如何看待自己以生命經驗提供同儕支持服務的歷程與價值？
3. 同儕支持者與工作者對於同儕支持的同儕性以及專業性的觀點形成過程為何？

第三節、研究者位置與前見



2018年9月17日，是我從社會工作學徒身份畢業，開啟苦難家庭工作現場的第一天。我加入活泉之家精神疾病照顧者專線的團隊，至今已經歷六個季節變換，此段落會從這篇論文的起心動念談起，試著還原我在活泉的經驗、轉變與所思所想，敘述在主流社工教育長大的我，在活泉的軌跡樣貌，如何將「專業助人」的想像從挑戰、解構，到嘗試論述、再建構，以及我的研究位置、在社群中的位置是什麼，帶著怎麼樣的前見去開啟這份論文。

一、起點：來處

在寫這些時，我都會想到我自己，想到以前關係裡的自己，想到有照顧經驗的自己，也想到後來開始有精神危機的自己。我有時在黑洞中索取，有時在山洞外等待，在關係中來來回回，在經驗中穿梭，在身份中變換，好像只能期許自己更模糊，也更清楚。——（2020年4月5日，研究者工作隨筆）

在少年時，曾在親密關係中經驗精神疾病陪伴的我，或有意識或無意識地，在陪伴與照顧的道德兩難中，經常不自覺的「選邊站」：在失序經常帶來的各式痛苦中，精神疾病家屬的失落與為難容易讓我感到心疼。也因為加入專線後，絕大多的時間都在與家屬社群同工，我漸漸地產生了「我是家屬社群一份子」的認同；然而因為渴望成為社群的一份子，也以為自己已經「成為」社群一份子的我，卻也在一些時刻感受到被社群劃出去的區隔。

在工作第二年時，一次專線接線小組運用我的服務錄音檔做討論時，有夥伴注意到我對來電者說「我常聽到一些家屬這樣說……」，他標定出這個語言的使用，表示我用「我聽家屬」，而非「我們」，讓人感覺我依舊是個專業

工作者而非家屬。當時的我因為渴望被社群認同與接納而感到受傷，但也讓我接下來更注重我的語言，以及我真實的位置。



幾年後，逐漸積累對於自己作為社工的底氣、也與精神疾病社群有更深厚
的連結與羈絆、累積幾年社群與組織工作的經驗，我也不斷地轉換我的位置，
我開始不再為自己「是否在社群中」動搖。如同夏曉鶴（2006）提出的理想知
識份子應該是「有良心的狼人」一說，過去我會不斷自我質疑，包含敏感於社
工專業與家屬照護現場實務間的緊張、提醒自己不該為家屬代言，因此小心翼
翼、謹言慎行。然而我卻也不願成為「虛無性批判知識份子」——害怕被體制
收編以及與社群越行越遠，而成為永遠處於焦慮、無法行動的工作者。如夏老
師對於知識份子的提醒，我們能成為具有實踐力、拒絕虛無的批判知識分子、
「有良心的狼人」，作為社工的我們清楚了解自己的野性與破壞性，因此與社
群共同工作的第一步就是必須先承認自己是狼人，而非佯裝無害（夏曉鶴，
2016）。因此現在的我，首先先看見自己作為社工的訓練與眼光，同時看見自
己的陪伴經驗，我才看見自己在社群工作中的位置，進而有機會反思工作者的
角色，也重新思考參與家屬社群是否需要有照顧經驗的資格論。

或許我作為一個理解、看見，且希望參與改變照顧苦難的行動者，就像同
志社群中的友善異性戀（直同志，straight ally），我不是家屬，但我也是陪伴
者與曾經的照顧者；我是社工，但我也在過程中模糊專業助人與草根實踐的邊
界。我深受夥伴影響，我被改變，我同時也改變他們，而我們也一起凝聚社群
力量，從小集體到大集體，我們持續運用日常的實踐去改變社會。



二、憤怒與不甘：去向

在主流社工教育長大的我，自然也吸納了社工作為一門「專業」的信念，大三實習也選擇了被社工學生們口耳相傳「最專業」的精神科實習；然而我同時在大學期間，認識一些希望翻轉社工教育、抵抗社工證照建制化、以及做社工工會運動的夥伴，我自身也因接觸社會學、人權工作，加入了反迫遷社區的學生組織，不斷地在社會工作專業的邊緣中嘗試各種不同的實踐。或許在這些接觸與淺移默化之下，我也感受到我作為一名社工，並不太適應正式體系中的社會工作，因此誤打誤撞，我進到了活泉，開啟我的第一份全職社工工作。

在活泉，重視「經驗者」的聲音，一直是我們單位組織文化中重要的精神。我在上工頭幾個月的「部門實習巡禮」中，教導我最多的不是忙碌的同事們，而是會所裡的會員跟專線裡的志工，我從他們身上見到經驗的力量，以及他們如何透徹的理解自己、表達分享，在不知不覺中，我內化了這樣的經驗文化，漸漸忘記活泉以外的世界運作邏輯並非如此理所當然。

工作第三年時，在一次向基金會高層報告單位工作時，專線曾受來自醫療背景的學者挑戰：「你們接電話的人是家屬喔，不是醫生怎麼有辦法做精神疾病服務？」當時的我非常不服氣，我認為家屬一直以來都是我助人路上的老師，然而這些智慧卻被評為一文不值，使得我跟同事們對於這樣的發言感到很氣憤。因此也在那一年，我決定回研究所唸書，並且帶著想要做家屬同儕支持研究的動力，度過了邊全職工作邊讀書的兩年。生氣是進修的起點，也是我持續推進論文研究的動力，也可以想見，我一開始想要在研究場域經營的東西，是一套抵抗醫療與專業至上邏輯的論述。

然而，在時隔多日後，不服氣的情緒漸漸降落，我開始意識到該高層背後的結構與歷史軌跡，這種「菁英主義知識份子」式的姿態，不相信草根與基層



的能力與潛力（夏曉鶴，2006），絕非僅為個人的偏好；單純把「重專業、輕經驗」的結果歸因於個人也並不公允，而醫療主導精神失序領域的現象也並非自古皆然。所有個人的行動與小歷史，都應放回社會與國家的歷史脈絡來看。因此我嘗試回顧台灣這幾十年來的精神醫療發展與家屬運動演變，從此建構我對於現況的理解，也看見過往的經驗指向什麼樣的下一步：

根據 Wang & Lu (2013) 對於台灣精神衛生系統歷史的爬梳，在 19 世紀中期之前，台灣的精神疾病照護多為私人、家庭的事，並非公共議題，華人家庭倫理、宗教信仰等觀念使得精神疾病被視為家庭的恥辱，因此關起家門來照護，並且混雜中西醫、民俗療法的處理方式非常普遍。台灣的現代精神健康系統深受美國的影響，然也是直到 1980 年代中期才完全發展起來，同時因為龍發堂事件在媒體上的熱度，過往傳統民間療法的方式便在 1990 年《精神衛生法》以保護病人人權的主張潮流下受到嚴重挑戰，而這些立法結果在政治上也象徵了西方醫學與民間宗教間的權力鬥爭，精衛法的通過也被視為西方精神醫學的勝利。同時也在 1994 年全民健保的實施下，因為財政給付規定，奠定了精神健康服務系統的西醫照顧基礎。可以說台灣精神疾病的醫療化與正式化的歷史並不超過 40 年。

一方面理解台灣精神疾病醫療化的發展，另一方面也看見精神疾病家屬在促進台灣社會改變、倡導自身權益的運動上的進程。台灣的身心障礙運動與民主化歷程息息相關，解嚴前各路障礙先鋒團體與行動者便開始發聲、集結，在解嚴後更是蓬勃發展（張恆豪，2011）。儘管身心障礙運動的歷史與台灣民主的年紀相當，然而精神疾病者與家屬卻因污名而現身困難，影響精神障礙社群政治性的集結。回顧精神疾病家屬運動史，在前精衛法時期，已有零星家屬自助團體，但多由專業人員扶持成立並且由專業者主導；1990 至 2000 年代，各



地有不同家屬策劃的草根家屬團體，並且積極參與修法與倡議等公共性討論，然而其餘許多團體仍是專業人員服務的延伸（余漢儀，2001；鄭舒文，2006；顏苡安，2016）。在這些家屬團體中，也不乏有團體內專業者與家屬間的張力，例如認為早年台北市康復之友協會的家屬出走潮反應的便是家屬主體性與專業思維模式之間的衝突（鄭舒文，2006）。

而我的來處——活泉之家專線，在約莫十年前從家屬組織者的需求中生長，活泉專線的模式是由個位數的專職工作人員，以及許多的家屬、疾病當事人或相關專業者所集結的志工社群共同發展而成（謝宜恩等，2022）。活泉專線也並非全由家屬營運，從一開始就是家屬與專業者混雜、共同籌備，從余漢儀（2001）分析家屬團體內權力互動的角度觀看，在專線中，專業知識與經驗知識的差異與互補，一直是社群與團隊重視的面向。然而究竟組織是否真正如我們所宣稱的「實踐肉搏知識的價值」，這個提問在這幾年來也不斷地縈繞在我的腦海。

我重視家屬的經驗，但我也發現我經常困於無法清楚地表達此珍貴之處為何，多數是困於語言的缺乏，有時則是難以抵抗「專業論述」的力量。我相信專線的夥伴們之間是互為主體，我也在面對外在對專線的挑戰時感到氣憤，我從家屬志工們身上得到養分，而成為如今的我。回顧了這一路來的變化與感受，我知道我想要捍衛家屬同儕支持這套獨特卻不被主流專業認可的模式，因此我想要找到語言去戰鬥，為了這幾年的實踐，也為了專線的夥伴、家屬社群所共享的苦難與智慧。

因此，在這篇論文中，我的角色不僅僅是研究者或記錄者，更是深受家屬社群與活泉專線的志工夥伴們滋養的一員，期盼透過書寫為社群做出貢獻。這段行動的反思使我明白，這份研究不僅僅是台灣家屬同儕支持的片段紀錄，更

是我與社群在這條路上學習與思考的見證。我的田野不僅是資料的來源，而是真實生活的一部分，與家屬同伴們的對話、挑戰與共同學習，使我得以深入理解這些議題的複雜性，並在這過程中找到自己的立足點。因此，這篇論文的每一部分都深深植根於這些經驗與情感之中，從社群而來，並回歸於社群，是我與社群做運動的一小步。



第二章 文獻探討



本研究旨在探討臺灣精神疾病家屬同儕支持之實踐經驗，從實作方法、同儕支持提供者培力對自身的實踐意涵，以及同儕支持專業化觀點形成歷程切入深探。本章透過國內外文獻，回顧現有文本對於以上研究問題之認識基礎。首先於第一節回顧與定義精神疾病家屬，梳理其需求、歸納現有家屬服務，再於第二節爬梳同儕支持相關研究，同儕支持作為上位概念，以跨領域同儕支持之文獻點出不同類型同儕支持模式、專業化與同儕性的討論，以及同儕支持提供端的經驗與相關理論，最後於第三節收斂精神疾病家屬同儕支持，論證其特殊性、實作方法，並回顧臺灣實踐經驗。

第一節、精神疾病家屬

精神疾病是一種受苦的疾病，在之中掙扎的除了精神疾病者本人以外，連帶對周遭社會關係的影響也十分巨大，特別是其關係親近的家人，尤其在去機構化浪潮後，家庭變成嚴重精神疾病者的主要照顧者（Shor & Birnbaum, 2012），顯示相當大的照顧負擔。

一、精神疾病家屬

回顧臺灣精神疾病文獻，社會工作領域文本多以障礙資格為界，稱領有身心障礙者之慢性精神病患為精神障礙者（陳姿廷等，2015；陳芳珮等，2020），也有許多碩士論文限定研究主體的疾病範疇，直以 DSM（精神疾病診斷與統計手冊）的疾病診斷別為研究對象篩選標準（陳佳君，2003；田禮瑋，2008；張育瑛，2016）。然在實務上，考量取得身心障礙資格的限制日益嚴格（張光華、劉燦宏，2014），且因精神疾病的污名所致，許多精神疾病者並無



意願鑑定或拒絕精神醫療，以致於無法得到診斷，因此許多草根精神疾病家屬服務的使用資格並不限於障礙身份，也較少單一疾病的特定服務，多以較為廣義的「精神疾病」指稱服務範圍，實際以思覺失調、雙極性情感疾患與重度憂鬱症或經驗相似症狀者為主要服務對象。本研究考量家屬服務實務現場的經驗，選以西方學術常用定義「嚴重精神疾病」（serious mental illness，SMI）來界定精神疾病，因此「精神疾病」在本研究為經驗精神病症狀與長期損害生活能力的障礙（Schinnar et al., 1990），以跳脫障礙鑑定與疾病診斷的狹義框架。

與西方精神衛生機構化乃至到去機構化的歷史不同，受到臺灣福利國家的特點——殘補式、發展主義與受到中國儒家家庭倫理的影響，使得國家責任隱形，精神病人的照顧被認為是私人議題，因此臺灣的慢性精神病人許多是在家中接受照顧（Wang & Lu, 2013）。儘管在臺灣家庭中，精神疾病者的照顧者多為父母，但其他家庭成員，例如手足、子女、伴侶等，也可能因各式原因，進入照顧關係中（陳姿廷等，2015；吳書昀、黃純滿，2022），現行家庭工作的工作對象，也在許多研究的焦點關注下，被認為應該延伸，破除原先家屬與家庭的界定，去含括婚姻、親子與手足關係（Glynn et al., 2006）。臺灣民法界定「家」為「以永久共同生活為目的而同居之親屬團體」，並將非親屬而以永久共同生活為目的同居一家者視為家屬，考量現行家庭形式多元，照顧與陪病等關係也不僅限於有法定關係的家人，因此本研究使用「家屬」一詞來含括精神疾病家庭與社群，意旨對於精神疾病者個人而言重要的人際連帶，包括但不限於家人、伴侶、朋友、親戚等（胡珈華、郭可盼，2022）。

綜上所述，本研究指稱之精神疾病家屬為「當個人經驗精神病症狀與長期損害生活能力的障礙，其周遭參與日常照護或陪病之重要關係人」，並排除單純因專業關係而涉入照護的工作者。



二、精神疾病家屬需求

根據全民健保申報資料顯示，2019 年臺灣國人因精神疾病就醫約 280 萬人（衛生福利部，2021），將近每 9 人即有 1 人就診精神科；2023 年因慢性精神疾病而領有身心障礙證明者約 13 萬（衛生福利部統計處，2023a），佔約身心障礙人口的 1 成，而衛生福利部統計處（2023b）的 110 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告中顯示，慢性精神病患者中有 84.77% 的障礙者居住地點為「家宅」，與親屬、家人同住之比例約為 8 成，此外，慢性精神病患者中有 48.57% 無法完全獨立自我照顧，其中 6 成 6 的照顧提供人員是家人。雖此調查僅統計有身心障礙證明的慢性精神病人，仍可見精神疾病者與家人的互動密切，由家人提供照顧的比例相當高。

相比於西方文化強調個人自主性，家屬與病人的利益與觀點時常有差異，在照顧或醫療決策上不常需參考家屬的意見，然而臺灣的情況卻不同，精神病與家人同住的情況很普遍，尤其是父母，這表示家庭經常承擔照顧責任（Wang & Lu, 2013）。當有家庭成員受苦於精神疾病時，對許多家屬來說很容易造就創傷性經驗，導致內化社會汙名，感到孤立（Reynolds et al., 2022），許多研究都指出精神疾病家屬經常受苦於顯著的壓力、經驗高程度的負荷，也常無法接受足夠的精神衛生專業的協助，因此精神疾病家屬必須在資源有限或是沒有專業指導的情況下，承擔起照護角色（Saunders, 2003; Lucksted et al., 2008）。然而，也並非有資源進駐就能解決家屬所有困難，家屬可能在接觸資源後仍然有持續的需求或是需求的變更，不同家屬的需求差異可能取決於當下家庭的狀態與生病家人的精神狀態，而屬於脆弱處境的家庭，例如年齡較小或剛住院的患者家屬會需要更多資訊與支持；相反的，病史較長的患者家屬通常

已經掌握了幫助家人的知識技能，需求來源反而更聚焦於更特定的資訊

(Drapalski et al., 2008)。

在照顧中，不分家屬身份，照顧者都有情緒支持的需要，可能會有負面的心理影響，需要被同理與了解（楊芝菁等，2008；許馨云，2011；陳姿廷，2013）。不同身份的照顧關係質地、需求與家屬處境會有所差異，例如：相較於父母的全心投入，手足可能受限於個人或家庭因素，影響涉入照顧生病手足的程度，或是產生尋覓伴侶的擔憂，無法完全等同於父母照顧者經驗（陳姿廷等，2015；張育瑛，2016）；子女則是面對父母生病的情境時，家庭角色錯位，可能從小就會親職化以解決生活問題，並且照顧失去生活自理能力的父母，承擔「家戶管理」的任務，也因此容易發展負向情緒（紀馨雅，2018）；配偶跟伴侶若有子女，需讓生病的另一半回歸家中父母的「正常」位置，努力維繫家庭運轉，以更貼近一般家庭（李佩玲，2009）。從以上可見，精神疾病家屬面對疾病有許多衝擊需調適、因應。

從精神疾病家屬的負荷來看，學者宋麗玉（2002）建立了本土的精神病患照顧者負荷量表，後續許多文獻皆引用此量表測量。徐瑀謙等（2016）引用宋麗玉的負荷量表，測出臺灣社區精神病患家屬有高達 6 成以上呈現重度負荷，特別以照顧者緊張最為明顯，顯示家屬在照顧歷程中，時常對於未知感到緊張。國內的相關需求研究相當多，但多以碩士論文為主，對象從精神病患主要照顧者（李錦彪，2003）、初診精神分裂症主要照顧者（林仕芯，2005），到情感性障礙主要照顧者（劉雅惠，1995）等，較近期的統整為王珮靜（2015）的分類，考量臺灣精神衛生服務系統與過往本土的研究，將家屬需求分成六類：資訊支持、精神健康照護支持、照顧者教育支持、社會照顧支持、專業支

持及心理支持，且在支持服務都僅有中度以下的獲得，顯見家屬需求與服務運用上的落差。



三、精神疾病家屬服務

現行臺灣精神疾病服務多以精神疾病者為主體，家屬的服務經常散落在系統中。精神疾病者的服務可分為四類：1. 就醫——包含門診、住院（急性、慢性等）、精神復健服務（康復之家、社區復健中心等）、社區追蹤服務（社區關懷訪視、居家治療等）、社區心理衛生服務。 2. 就學——以特殊教育、身心障礙學生服務為主。 3. 就業——以身心障礙職業重建服務系統為主。 4. 就養——以身心障礙者福利（如障礙生活補助）為主（游淑真，2019）。根據研究者對於現行服務的觀察，家屬的支持服務多以家庭為單位提供，例如醫院住院服務專業分工中的社工家庭會談、社區關懷訪視中的家庭訪視等，且以社區關懷訪視員的人數來看，111 年有 3147 員，列管個案約 10 萬人，可服務的個案家屬也僅限於列管個案家庭，與上述所提精神疾病就診紀錄之 280 萬人比例相差甚大，而精神醫療機構中提供家庭服務的社工也僅 656 位（衛生福利部，2023a；2023b），更遑論家屬服務並非關訪員與精神醫療社工的主要業務，可見目前臺灣精神衛生正式體系在家屬服務上的量能不足。而若論以家屬為主體的服務，多來自民間單位，如家屬聯誼會、各地康復之友協會之家屬活動、聚會與課程等。

根據以上精神衛生服務分類，可粗略分成醫療端與社區端，在精神疾病服務中，醫療的提供是重要的，然而儘管精神疾病者配合定期門診追蹤，且願意配合服藥，仍有許多精神疾病家屬面臨照顧困擾（徐瑀謙等，2016），顯見醫療並無法回應所有家屬的需求。雖然專業的介入非常重要，但現況是，醫療的

專業處遇無法解決部分甚至是多數精神疾病家庭照顧者的實務難題，實際上家屬接觸治療團隊的機會也經常受到嚴重限制，Glynn 等（2006）指出，在其研究中有超過 6 成家屬已一年多沒有接觸到治療團隊，甚至有高達 4 成家屬從未接觸過工作者。這與研究者的實務經驗一致，有許多家屬除了門診醫生外，其他工作者與可使用的資源則從未有機會了解，而這樣的情況不僅發生在新手照顧者身上，許多家屬已照顧十多年，卻從未見過社工人員，顯示家屬在照顧現場持續孤身奮鬥。家屬經常會感到挫折、孤單、被求助對象遺棄，也會自陳與精神健康系統互動的負面經驗，可見照顧者們需要的不只是醫療，家屬的處境如何能夠有其他的支撐與替代方案（Dixon et al., 2004；王育慧，2016），是所有精神疾病家庭工作者都持續關注的議題。

面對臺灣社會精神健康服務體系的不連續性，家屬多數需利用自身資源去面對家庭需求，現行精神健康服務體系無法有效回應家屬的期待，因此進入自助團體、尋求不同於正式系統服務的資源，便成為家屬的一種因應策略（Lucksted et al., 2008；郭芬如，2013），這也正是本研究關注精神疾病家屬同儕支持的立論之一。

四、小結

家屬作為精神疾病者的重要資源，受到精神疾病的影響相當大，應為精神衛生工作者的重點關注對象。本節綜合文獻與服務現場的觀察，界定精神疾病家屬的範圍，並藉由回顧其需求，論述家屬支持服務的必要性，並透過盤點現行家屬服務的概況，點出家屬服務的缺口。下一節將聚焦於同儕支持，從歷史回顧、不同類型間的比較、同儕支持者角度的經驗到同儕性與專業化歷程分析，統整同儕支持的相關概念。

第二節、同儕支持



同儕（Peer）在拉丁語原意為平等（equal），因此同儕支持可被視為平等的個人給予彼此協助與鼓勵（Dennis, 2003）。同儕支持是一種在尊重、共同責任與雙方對於何者有幫助有共識的基礎之上，給予與接受幫助的系統，透過共享情緒與痛苦經驗，同理地理解對方的處境、感受脆弱，當人們認同其他「像」自己的人時，他們會感受到連結（Mead et al., 2001）。

由同儕提供（peer-base/peer-delivered）的服務端常以同儕支持專家（peer support specialist）、同儕支持倡議者（peer family advocate）、同儕顧問（peer advisor）、同儕支持工作者（peer support worker）、同儕促進者（peer facilitator）等稱呼命名，或是常民（lay）／社區（community）／健康（health）幾個詞搭配顧問（advisor）／支持員（counselor）／工作者等（Simoni et al., 2011; Acri et al., 2017）。以下文獻將爬梳相關概念，並以「同儕支持」為統一用詞。

一、同儕支持歷史

同儕支持實踐可被劃分為六類：自助團體、線上支持團體、同儕提供的服務、同儕運行的服務、同儕夥伴關係與同儕工作者（Solomon, 2004）。同儕支持的起源，最早可追溯到 19 世紀的酒癮同儕支持，1935 年的自助／互助團體——戒酒無名會（Alcoholics Anonymous, AA）可以說是最有名的濫觴（王育瑜，2023）。而精神疾病同儕支持，早期是由心理健康領域的消費者和前病人對於負向心理治療的經驗發展而來，與復元運動息息相關，1970 年代精神疾病去機構化浪潮後，一群當時不滿心理健康服務的病人，反對精神醫療系統性創造專業的精神病人，並且抵制精神疾病知識的客體化與他者化，形成消費者／

倖存者／前病人運動（Consumer／Survivor／Ex-patient 運動，簡稱 C/S/X 運動）（郝天行，2020），因此同儕支持是關於如何正常化那些因為其他人感到不適而視為異常的事物，主張相互培力、去病理化地理解精神受苦，企圖提供一種不同的、替代性的支持（Mead et al., 2001）。同儕支持利用對話來建立和發展人們的經驗和關係，在這種學習性社群中，每個人都有自己的角色與關係（Mead & MacNeil, 2005; Biggs et al., 2019）。

直到 1980 年代，越來越多心理衛生工作者見證同儕支持在系統外的力量，同儕支持才被納入正式的心理衛生系統，也因為低成本，漸被視為專業服務的替代或輔助。1990 年代開始，基於同儕的介入措施在世界各地快速擴散，吸引了許多研究深入探索，例如，在美國，同儕支持取得正統資格是自 2007 年同儕支持被納入聯邦醫療補助開始（Davidson et al., 2006; Acri et al., 2017; Stratford et al., 2019; Shalaby & Agyapong, 2020），可見運用同儕提供服務為現行精神健康服務中的世界趨勢。

同儕支持可以減少孤立與寂寞感、影響健康行為、促進正向心理狀態、使人感受到被同理、消除對於疾病的疑慮、對未來保持希望感、正常化自身情緒反應、提供社會支持、獲得生命經驗分享以及得到實務建議與小撇步等，且在不同領域的實踐中皆得到類似的效果（Dennis, 2003; Lucksted et al., 2008; Skea et al., 2011; Skirbekk et al., 2018; Visa & Harvey, 2019）。因此同儕支持也逐漸被廣泛地應用在各種健康與社會服務領域中，包含嚴重精神疾病、成癮與藥物使用者、司法服務、年長者、青少年、障礙者、家庭，以及經濟弱勢（Shalaby & Agyapong, 2020）。

然而，儘管已有不同同儕支持的實踐模式在世界各地運行，許多國家尚未對於這個改革做出明確的規定（Shalaby & Agyapong, 2020）。目前台灣制度化



的同儕支持服務屬於身心障礙者自立生活支持服務中的一環，但多數提供障礙者同儕支持的組織因非由政府提供經費支持，導致經驗上面臨較大挑戰；而前述的身心障礙者自立生活同儕支持員的訓練與服務並未特別針對精障同儕做區隔，雖然中華心理衛生協會近年有在自籌款項下舉辦訓練，臺灣失序者聯盟也對於相關專業化發展提出擔憂，然而整體精障同儕支持資源，不論人力亦或者服務計畫都相對匱乏（王育瑜，2023）。

二、同儕支持類型比較

同儕支持可透過多元的互動模式實踐，包含一對一會談（one-to-one/one-on-one，又稱 mentoring）、同儕專線、自助團體、支持團體、同儕教育方案等，針對多種人口群，從與疾病相關、疾病預防到促進健康，都可以運用同儕介入（Dennis, 2003; Lucksted et al., 2008; Greenwood et al., 2013; Biggs et al., 2019）。以下針對四種常見的同儕支持形式做文獻回顧：

1. 一對一同儕支持

一對一同儕支持以同儕支持者與需求者兩人一組為配對，常見在癌症病人服務應用上，以癌症病人來說，一對一面對面的同儕支持類型在實證中效果最好（Hoey et al., 2008）。家屬的一對一同儕支持則以領航父母（Pilot Parent）最為出名，領航父母是美國身心障礙家長廣為採用的支持模式，由 Santelli 等人（2001）提倡，將受過訓練的種子父母/領航父母跟需求父母一對一配對，臺灣的家長支持家長（parent to parent）方案便是源自於領航父母，透過配對形成同儕支持，運用在特殊兒童家庭支持服務之中（許素彬等，2006；劉凱，2015）。

這類型的同儕支持將同儕進行配對，而此模式的心理機制與社會比較理論的運作機制相似，根據社會比較理論，具威脅的條件促使人們向其他面臨類似威脅的人進行比較，透過檢視受助者與支持者的「正面向上比較（positive upward comparison）」，同儕支持者作為一個「榜樣（role models）」，讓受助者可以獲得安慰以及得到參照，受助者藉由看見一個同樣經歷類似經驗的「過來人」在面前，以助人的角色提供支持，使得同儕支持本身就帶來希望感，並且能夠調節受支持者的憂鬱，使其受益（Leggatt, 2007; Skea et al., 2011; Skirbekk, 2018）。

2. 同儕專線

同儕專線係指同儕以電話提供支持，其好處是隱私與彈性，同時可以避開地理距離限制提供服務，包括但不限於暖線（warmline）、熱線（hotline）與專線（helpline）等，雖然在英語國家，暖線、熱線與專線的適應領域些微不同，例如暖線通常是作為傳統熱線危機服務的替代設計（Losee et al., 1988; Solomon, 2004; Biggs et al., 2019），然其接線形式助人機制大同小異，以下皆統稱專線。同儕專線廣泛運用在各個健康與疾病領域，包含針對周產期心理健康（Biggs et al., 2019）、阿茲海默與相關失智症家庭照顧者（Zechner et al., 2020）、精神疾病者（Dalgin et al., 2011）、精神疾病照顧者（Shor & Birnbaum, 2012）等。

電話形式的助人可能會有些常見的擔憂，包含在沒有視覺線索下判斷與使用助人技巧的能力，非語言訊息的缺失會影響助人者與受助者的互動，因此助人者需要更敏銳地搜集以及注意自身的語調、情緒、語氣等等，甚至連在面對面助人情境下可運用的「沈默」，在電話助人中都需要再小心與注意（Irvine et



al., 2020）。此外，專線形式的同儕支持，可能因為非固定接線者，缺乏服務的連續性，因此限制了同儕之間建立關係的狀態（Solomon, 2004）。儘管有以上疑慮，電話助人卻因無法見到彼此，可以提供更大的匿名性，使得受助者可以更自由、開放的分享，因此電話助人有其利也有弊。研究也指出，面對心理健康問題的電話助人與面對面心理治療，在治療聯盟、移情與參與方面，差異都不大（Irvine et al., 2020）。綜上所述，同儕專線可被視為正式系統的補充，提供立即性、可近的、彈性跟匿名的資源，也因具成本效益，可以填補傳統社區心理健康服務的空缺（Dalgin et al., 2011; Shor & Birnbaum, 2012）。

3. 自助團體

自助團體，或互助小組，是由相同或類似情況的人所組成，在許多領域都有自助團體的運作，從肢體障礙、心理健康、照顧者到成癮者，都有自助團體的存在（Munn-Giddings & McVicar, 2007）。從歷史上來看，自助團體源自於成癮領域，戒酒無名會就是一個經典例子。目前在工業化國家，自助團體迅速擴展，自助團體會定期聚會、交換資訊、給予與接受彼此心理支持，團體內容由成員決定，並非結構性的介入措施，這種同儕性的支持可以補足自然支持網絡的缺乏（Pistrang et al., 2008）。然而，自助團體內部也有其異質性，有些團體注重經驗的分享與因應策略的交流，有些則重視倡議以改變現行主流服務（Munn-Giddings & McVicar, 2007），視團體成員與目標而定。

自助團體與個人自助資源還有由專業人員帶領的支持小組不同，參與自助團體的人尋求的是不同品質的支持，是有經驗知識的人才能提供的，自助團體創造了安全的空間，使人在其中分享擔憂、尋求他人的資訊與建議（Munn-Giddings & McVicar, 2007），在自助團體的經驗中，成員也不再被視為「依賴

者」或是「問題」，而是有能力解決自己問題的「行動者」（王增勇、蔡曉欣，2014）。以精神疾病者自助團體來說，研究顯示，自助團體的效果等同於由專業人員提供的成本更高的心理介入措施（Pistrang et al., 2008），因此可以說自助團體是「另類的助人服務」（王增勇、蔡曉欣，2014）。

4. 團體式教育方案

以團體形式進行的同儕支持相當多元，其中一種相對結構、有明確目標與設計的方案即為教育方案（Education Program），在精神疾病領域，尤其常見於照顧者與家屬的服務中。臺灣目前有引進由香港編修過的美國 Family-to-Family（FtF）課程，並以「家連家精神健康教育課程」為名，在台實踐多年（魏芳婉、趙雨龍，2005）。

美國的 FtF 是一個 12 週的結構式資訊性自助課程，由兩個受過訓練的同儕志工帶領，針對 FtF 的質性研究顯示，參與者表示感到更有自信，以及面對問題時擁有多樣選擇（Lucksted et al., 2008）；臺灣的家連家則考量臺灣民情與文化，修訂為 8 週的封閉式團體，由一到兩位結訓的學員成為種子老師，依照固定的家連家教材帶領課程，也因團體目標明確，種子老師主要角色在於催化團體與鼓勵成員互動與分享，落實「團體中每位成員都不是專家，也都是專家」的充權信念，讓家屬經歷從受助到助人的歷程，完成自我充權（魏芳婉、趙雨龍，2005）。

這類有明確結構可依循、成員基於教材作為素材，用生命經驗互動的教育方案，團體的參與者會在方案中了解關於精神疾病、治療處遇、藥物與復健相關的資訊，也會學習自助與互助、溝通技巧、問題解決策略以及倡議觀點，研究顯示教育方案可有效減少家屬的主觀負荷、增加權能以及對疾病的了解，也

會增加自我照顧的能力、減少憂鬱，使其充滿希望、調整期待（Dixon et al., 2004; Lucksted et al., 2008），同時也能夠改善父母的溝通與管教技巧，提升為家庭倡議的意識（Brister et al., 2012）。



三、同儕支持者

大部分同儕支持者參與同儕支持的動機都是想利用自己的困難經驗來幫助其他有類似經歷的人，有些同儕支持者甚至原先是參與同儕計畫中的服務使用者，因此同儕支持也是在滾動「求助、自助、助人」的過程（Courey et al., 2021；謝宜恩等，2022）。同儕支持可從同理心—利他假說（empathy-altruism hypothesis）切入，根據 Batson 的定義，利他是以最終目標對他人有利為行為動機，而同理心—利他假說則主張同理心可作為利他的動機之一，因此助人方對於受助方的同理心越強，利他動機就越強（Batson, 1991; Batson & Shaw, 1991; Batson et al., 2002）。在同儕支持模式當中，因為自身曾經經驗過類似的困難經歷，所以同儕支持者對於彼此更容易產生同理心，因此產生同理心的同儕支持者會更具有利他動機，進而更願意投入同儕支持（Biggs et al., 2019）。

然而，儘管同儕支持者的初衷是經驗的分享，經驗的相似性卻是雙面刃，有些服務使用者表示不願成為同儕支持者的原因，是因為要處理的議題太靠近自身經歷，也有同儕支持者在培訓期間或是入職初期就退出計畫，因為發現同儕支持太具挑戰性，或是比自己預期的要求更高，經驗到想像與實際角色的落差（Berry et al., 2011; Gillard et al., 2013），而有些使用者則可能因為還沒有完全接受自己的經歷、仍在經歷內化污名，所以還沒有「準備好」成為同儕（Berry et al., 2011）。在提供服務時，若需求者對於服務期待與同儕服務的本質有落差，例如希望同儕提供「專家」意見，可能反映出對於同儕支持的不滿



足，使得同儕支持者自我懷疑、折損服務意願，進而造成配對服務失敗，甚至使同儕支持者萌生退意（許素彬等，2006）。同時，在同儕支持中，揭露自身的經驗時，同儕可能變得脆弱，因為其提供支持的方法與一般性支持不同，可能會更強烈的體驗到情緒，也伴隨著回想創傷經驗的風險，也因此可能更容易遇到同情疲勞的風險，因此同儕支持者需要知道何時與如何分享個人經驗（Moran et al., 2012; Zerubavel & Wright, 2012; Nicholson & Valentine 2019）。由此可知，同儕支持者也是需要「被支持者」，協助同儕支持者在服務中遇到的困難，並提供有效的支持機制是必要的，需加強對於同儕支持者的專業與情緒支持，以維繫其身心健康與服務品質，因此會報（debriefing）便成為重要的支持與照顧同儕支持者的方法之一，可以避免情緒負擔的風險以及情緒浩劫（許素彬等，2006；Biggs et al., 2019）。

相比於傳統心理健康假設有一個專家可以評估、指認問題以及提供治療，這樣的治療是為了提升個人功能、協助個體適應，較少關注關係性的互動結果以及更大的社會改革。然而，同儕支持關注關係與互惠性，同儕支持在意圖性同儕支持（Intentional peer support, IPS）的哲學中是互惠的，沒有固定的助人與受助者的角色，互惠是建立自然社群的關鍵，這對於視「服務」為理所當然的人是很大的挑戰（Mead & MacNeil, 2005）。因此與傳統治療關係不同，同儕支持者並非僅是單方面給予，同儕提供者也可能從同儕服務中獲利，這與利他的動機並不衝突（Repper & Carter, 2011; Greenwood et al., 2013; Biggs et al., 2019）。同儕支持者在同儕支持中需要分享自身的故事，同時在分享中可以重新框架經驗、為了提供服務持續的學習、幫助他人以及獲得支持性的團體環境（Anonymous & Martin, 2020），因此在助人中，同儕支持者從中會收穫許多益處，包含因為對於他人生命產生影響而增加人際能力、發展人際間給予與索取

的平等意識、獲得與個人相關的新知識以及在助人中獲得社會認可等（Skovholt, 1974）。曾有同儕支持者提及作為一個支持提供者而非接收者，似乎互相抵觸地促進了他自身的心理健康（Anonymous & Martin, 2020），而擔任同儕支持者也可能促進自身家庭的復元，使其從悲劇中創造意義，以及療癒悲傷與失落（Courey et al., 2021），可見同儕支持對於同儕支持者的培力性。

同儕支持者在提供支持的過程中如何受益，以及如何建構助人的意義，從幫助的接受者轉化成幫助的給予者，可以以助人者治療原則（helper theory principle）來談起（Riessman, 1965）。助人者治療原則指出，幫助本身即是培力，因為他使得問題成為解方的一部分，同儕支持使人分享自身經驗與提供建議，同時正向地影響自身的健康與福祉，這與助人者治療原則一致（Riessman, 1990; Skea et al., 2011）。當助人者幫助同伴時也幫助了自己，這可以追溯到「受傷的醫者（wounded healers）」的傳統——病人擅於或熱衷於幫助其他病人的信念，觀察到助人行為對於助人者的治療比受助者的治療來得更多，其大量應用在尼古丁成癮、藥物濫用、憂鬱症、創傷後壓力症候群與糖尿病的醫療領域，互助小組間的成員會受到彼此幫助，助人者從中得到意義感、自我價值、社會角色與健康上的提升（Pagano et al., 2010），體現了「施比受更有福」的概念。

四、同儕支持之同儕性與專業化

同儕支持者是否勝任同儕支持工作並不是基於學歷條件或職業資格，而是透過他們作為使用者的生命經驗（lived experience），基於自己的疾病或服務使用經驗，藉由培訓來處理、分享與轉移經歷，運用這些知識來提供同儕支持，讓自己成為改變的工具，體現了經驗專家（experiential expertise）的意涵

(Solomon, 2004; Adams, 2020)。經驗專家為運用經驗知識 (experiential knowledge) 提供支持的人，經驗知識係指基於某個現象親身經驗後學習到的真理，而非透過論述推理、觀察或對於其他人提供的資訊進行反思而獲得的專業知識，其特點是透過經歷與參與而獲得的智慧與訣竅，且它往往是具體、特定且常識性的，因為他是以個人的實際經驗為基礎，且或多或少代表了其他遇到相同問題的人的經驗 (Borkman, 1976)，經驗知識在當代被視為一種新的資源，可以同時使專業工作者與病人受益 (Jones & Pietilä, 2020)。

從上可論，同儕支持的先決條件是生命經驗，然而，是否將兩個有類似經驗的人放在一起，同儕支持就會發生？是什麼使得同儕是「同儕」，什麼特質、內涵與經驗對於一個同儕來說是需要或充足的 (Nicholson & Valentine, 2018)？又，何謂「同儕性 (peerness)」？現行的文獻較少對於同儕性的描繪，有學者指出同儕性的元素應為相似生命經驗的揭露、共享的關鍵特質、處境與經歷，或是相同的邊緣化、受污名化地位 (Simoni et al., 2011; Corrigan, 2023)。然而，相似若為同儕性的核心，衍伸的討論是同儕是否需要配對 (matching)，例如是不是一定要有相同的疾病、經驗與身份，才能實踐同儕支持。對此目前不同研究中有不同的見解，部分實證研究指出同儕支持介入在沒有相同診斷配對的情況下也產生效果，但在其他情況下，配對可能很重要 (Fisher et al., 2014)；Santelli 的研究則顯示，當配對雙方有類似溝通模式、人格特質與親職教養觀，家長對於媒合會最滿意 (劉凱，2015)，實務上配對也可能會媒合雙方的特質，減少差異性，增加服務成功的可能性，以領航父母來說，通常會以特殊孩子的特質（障礙、年齡、需求等）、家庭特質（家長教養風格、個性、能力等）作為配對原則（許素彬等，2006）。就目前研究可知，如何定義同儕性，探索何謂同儕實踐的核心，現行文獻相當侷限，仍待探索。

根據 Davidson (2006) 等人，將由同儕提供的介入措施分成三類，互助 (mutual support) 、參與使用者或同儕運行的計畫 (participation in consumer or peer-run programs) 以及運用使用者作為服務提供者或支持 (the use of consumers as providers of services and supports) ，自助團體與互助小組形式的同儕支持屬於第一類，而同儕專線、一對一配對與教育方案等類型的同儕支持則屬於第三者。在廣義同儕支持，也就是互助與使用者運行的計畫中，同儕的關係被認為本質上是互惠的，而狹義的同儕支持則被定義為不對稱的關係，因為他應是由一方提供支持與服務給另一方；Davidson (2006) 在同篇研究中，歸類出助人關係光譜 (continuum of helping relationships)，依照單向性與互惠性區分助人關係的光譜，從最單向性的助人：心理治療、個案管理，此類有意建立的關係，非自然形成；到最具互惠性的友誼以及自助、互助、使用者運行計畫，在這之中的模糊便是同儕支持，我們可以根據誰參與這些活動、參與者如何認同自己、角色與位置，還有關係本身的性質，來去區分這個光譜上的各種行動。因此，界線與友誼關係也是同儕支持中重要的討論，通常互助的關係中不限制成員間的友誼，甚至鼓勵人們之間超越團體界線的彼此支持，然而，雖然同儕支持經常在三個經常彼此衝突的同儕角色中兩難：朋友、不參與的聆聽者與常民專家，同儕支持者並不是個付費的朋友 (paid friend)，應該在符合個案最佳利益的情況下才會揭露自身的資訊。同時，同儕支持中的界線也因強調自我揭露的運用，比傳統臨床工作中的助人界線更具滲透性 (permeable)，也因其關係的不對稱，界線也成為使用者社群內持續保有張力與爭論的來源，這種「互惠到接受照護 (from reciprocity to receiver of care)」的轉變，是否也反映了被精神衛生系統拉攏與收編 (Pudlinski, 2001; Davidson, 2006; Repper &

Carter, 2011; Nicholson & Valentine, 2019），便是同儕支持運動中，重要的檢核指標。

從同儕的本質——同儕性，到同儕關係的內涵——互惠性，最後到同儕的定位——專業化的歷程，根據 Dennis (2003) 的社會關係分類，支持性的關係可分為社會關係與專業關係，社會關係中的鑲嵌式社會網絡（embedded social networks）以家庭成員、親朋好友與自然的常民助人者（natural lay helper），如教會成員、同事與鄰居為主；同儕支持則歸屬於創造的社會網絡（created social networks），其中可細分為沒有專業參與的自助團體或一對一同儕支持、有專業參與的支持團體與一對一同儕支持，以及有廣泛培訓且有專業參與的類專業/半專業人員（paraprofessional）（Dennis, 2003）。在 Dennis (2003) 的分類中，將同儕支持與類專業/半專業人員做區隔，然而同儕支持者是否必須是自發性的志願活動，還是可以領取薪資或津貼，進而走到類專業/半專業人員，也在爭論中有很大的分歧（Dennis, 2003; Fisher et al., 2014）。以芬蘭的經驗來看，多數同儕支持者是沒有報酬的，同儕支持者須經過訓練，並且花費大量時間從事支持工作，然而，其中部分同儕支持者會強烈主張自己是志工，因為領取工資可能會損害他們的「可信度」，並認為一旦把同儕支持視為工作，就會失去同儕支持的意義；同時也擔心一旦成為有償的受雇員，會因此失去與服務對象的連結，且因為進入體制，所以無法再提出批評建議，這也正是部分研究者的疑慮，擔心簡化的專業建制會使同儕失去自主性與彈性，使其被心理衛生系統收編（Davidson et al., 2006; Jones & Pietilä, 2020）。

專業證照與執照確實經常被視為確保執業品質的方法，但對於同儕支持者，專業化亦或者成為類專業/半專業人員是否會使其錯失同儕的本質，需在實踐過程中持續小心關注，有研究者主張不論透過何種認證方式，都應避免讓同





儕失去同儕性，需注意專業化不應阻礙同儕支持的靈活發展（Fisher et al., 2014; Biggs et al., 2019）。基於以上觀點，目前訓練、督導與教練資源可被視為「同儕外加（peer-plus）」，雖然同儕需要多少訓練才足夠成為同儕或是類專業人員仍待探索，普遍認為適切的同儕服務應在同儕支持的基礎知識與技巧上，增加針對家庭了解的培訓，有學者主張在同儕性的維持上，最小化的訓練才能確保同儕的定位，實務上，同儕接受的培訓通常也比可以獲得學位或公認職業地位的正規教育計畫更加有限（Dennis, 2003; Simoni et al., 2011; Nicholson & Valentine, 2018; Biggs et al., 2019）。在這個論點上，培訓應該是開展工作的先決條件，且應該是強制的（Jones & Pietilä, 2020），因為僅僅具有經驗，並不意味著能夠「做」同儕（Berry et al., 2011）。

五、小結

從草根的實踐起源，到具規模性的發展趨勢，同儕支持已蔚為潮流，運用同儕支持概念做出行動的實踐模式多元，並且從多個實證研究中可知其在服務中的效果與價值，尤其同儕支持對於接受支持方的探索已有多項成果（Dixon et al., 2004; Pistrang et al., 2008; Skirbekk et al., 2018），然而對於同儕的專業化歷程、互惠性、同儕性、同儕支持者實作方法與經驗知識仍待統整性的分析與討論。本節概述同儕支持應用於各領域的研究發現，下一節將聚焦於精神疾病家屬同儕支持，並探討臺灣本土同儕支持經驗。

第三節、精神疾病家屬同儕支持



精神疾病家屬同儕支持作為同儕支持的應用領域之一，多數文獻聚焦在同儕支持的效果（Dixon et al., 2004; Olin et al., 2010），其中實踐模式又以團體形式為大宗（Chien & Thompson, 2013; Reynolds et al., 2022）。以下將分以論證精神疾病家屬同儕支持的特殊性與實作方法，最後回顧臺灣精神疾病家屬同儕支持發展與現況。

一、精神疾病家屬同儕支持之特殊性

同儕提供的服務經常使用在較具污名的服務領域，精神疾病即是其一（Hoagwood et al., 2010），然而與其他形式的同儕支持相比，照顧者或家屬同儕支持之文本相對有限（Visa & Harvey, 2019）。在成人與兒童精神疾病領域中，同儕之運用有主要的不同：成人精神疾病的同儕計畫多為精神疾病者本人提供，兒童精神疾病則較多家屬同儕（family peer advocates）或父母同儕（parent advisors）（Acri et al., 2017），這或與西方家庭文化與同儕發展歷史有關。因此精神疾病家屬同儕支持文獻，許多是建立在特殊兒童與精神疾病青少年的父母同儕模式的研究之上。

家屬同儕（family peer）係指曾經或現為精神疾病者的父母或照顧者提供相同經驗者支持與指導（Shor & Birnbaum, 2012），可能以父母同儕（parent peer）（Nicholson & Valentine, 2019）、父母帶領同儕支持（parent-led peer support）（Thornburgh et al., 2020）等名稱現身。家屬同儕作為經歷過相同或類似經歷的「榜樣」，可以消除恐懼，並使家屬對情況抱有希望感，除此之外家屬同儕也會解釋精神醫學系統，並鼓勵照顧者向專業人員提出自己的擔心（Leggatt, 2007），讓家屬透過整理與敘述自己的經驗，會使家庭與家庭間有彼

此連結、談話的可能，可以讓家庭照顧者得到安慰（王育慧，2016）。研究發現，同儕支持最能夠回應照顧年限較短的照顧者，以及對於心理衛生服務有負面經驗，或是與專業有互動困難者，有相似經驗的同儕可以創造獨特且安全的學習與分享環境，與經常出現批判與污名的專業介入形成強烈對比，顯示同儕支持對於精神衛生正式服務是重要的補充性與替代性資源（Hoagwood et al., 2010; Shor & Birnbaum, 2012; Visa & Harvey, 2019; Courey et al., 2021）。

Hoagwood 等人（2010）整理出家庭支持服務所提供的元素，包含：資訊教育、指導性或技能發展、情緒或肯定性、工具性與倡議等五種支持。以此家庭支持服務類型為架構，家屬同儕支持服務不出情緒支持、提供因應策略的建議、給予特定資訊以及協助資源連結這幾類，又以情緒支持與資訊提供為大宗，包含被瞭解、給予信任感、提供非評價式的建議（Wisdom et al., 2011; Shor & Birnbaum, 2012）。以失智症為例，照顧者同儕支持的經驗中顯示了以下特點：雙方相似經驗帶來的特殊連結（bond）、減少孤立、產生普同感、帶來希望，以及提供照顧者不同的觀點（Greenwood et al., 2013; Zechner et al., 2020）；特殊兒童的家長支持也顯示，醫療人員的專業意見對於家庭來說有實踐的困難，若是有家屬同儕在旁協助，將可使專業意見更貼近生活、落實在日常中（劉凱，2015），且精神疾病家屬同儕可以協助重新框架經驗、正常化照顧歷程、哀悼「為人父母」的失落（Nicholson & Valentine, 2019）。精神疾病家屬同儕支持能夠提供對於照顧者與被照顧者皆有利的情緒支持，接受同儕支持的照顧者常受益於談論照顧經驗的機會以及非正式的情緒支持，因為共享的生命經驗，使得接受同儕支持者能感到自在、不被評價、更被理解以及減少孤立，帶來希望感以及賦能，除了提供情緒上的協助，同儕支持也能提供實際的

幫助，包含財務上的建議、陪診、轉介以及如何與正式系統打交道（Shor & Birnbaum, 2012; Visa & Harvey, 2019）。

同儕模式通常是草根的實踐模式，也因此，專家在比較家屬同儕與專業服務的提供時，時常會有一個先入為主的看法：家屬的經驗「不夠專業」，包含可能會面臨部分風險：有些服務被認為是家屬同儕過於概化推論自己的經驗到求助者的處境上，或是對危機有更低的敏感度（Wisdom et al., 2011）。然而，家屬同儕支持提供了正式系統所缺乏的「適當的臨床照護知識」，因為家屬的日常照顧實踐是專業工作者無法複製的，應將家屬視為實務的專家，家的現場才是常民知識的產地，這種知識生產過程與工作者在專業養成歷程中的從理論到實作的路徑不同（王育慧，2016）。因此可知，由同儕提供的服務與專業提供的支持服務有焦點上的差異：Hoagwood 等人（2010）比較由家屬同儕、臨床工作者與同時有臨床工作者也有家屬同儕的團隊提供的服務，家屬同儕型的服務較多給予資訊提供與方法討論，另外，也只有家屬同儕型的計畫大量提供倡議服務；臨床工作者不同於家屬同儕提供個人方面的自我照護技巧，著重在教養行為的訓練、焦慮憂鬱等情緒的控管，評估方式也以孩子症狀減少或功能改善為主；團隊服務則會採工作者與家屬同儕分工，工作者負責資訊與方法技巧的提供，家屬同儕則給予情緒支持、經驗分享與促進資源連結。可見由同儕提供與由專業提供的服務著重的焦點不同，同儕提供的服務關注照顧者「自身」的需求或關心，重視自我照顧，減少孤立、壓力與自責，給予充權；相對的，專業提供的服務較強調增強照顧者的教養技巧、認知行為技術，以改善孩子的症狀、社會功能、行為問題。

然而，同儕支持也有其限制，部分照顧者認為如果對於被照顧者有實際協助，將更有幫助，因若照顧情況仍舊，儘管同儕支持提供了情緒支持，對其並



沒有實質意義；或是照顧者可能已從其他服務取得足夠協助，同儕支持便無法提供更多既有服務以外的支援（Visa & Harvey, 2019）；亦有學者指出「時間遺憾（Time Regret）」的概念，意旨並不是所有人都會從精神疾病同儕支持中受益，而影響受益程度的其中一個要素便是「時間」，距離家屬成為家屬到接觸同儕支持服務的時間長短，會影響其從同儕支持課程中收穫的多寡：對於新手家屬來說，同儕支持課程的內容對其而言相對是新的、有啟發性的；反之，已有多年應對與照顧經驗的家屬則會分享自己摸索而來的故事，並反映接觸同儕支持課程的「時間遺憾」——希望能更早接觸這樣的資源（Lucksted et al., 2008）。

二、精神疾病家屬同儕支持之實作方法

承上段可見，家屬同儕顯現其作為替代性的資源如何補充現行精神健康正式系統。然研究者整理及閱覽與精神疾病同儕支持有關之文獻時，發現關於其實踐內涵缺乏著墨，相關文獻相當有限。現有文獻多聚焦接受同儕支持者的使用經驗，包含益處與對同儕支持的看法（Dixon et al., 2004; Shor & Birnbaum, 2012; Visa & Harvey, 2019），然關於同儕支持的實作方法較缺乏描述。部分文獻會以「家屬同儕需有目的、有意圖地揭露與自身有關的訊息」概括說明同儕的心法（Nicholson & Valentine, 2019），然而對於如何「做同儕」，例如如何揭露自己的家屬同儕身份、何時揭露自己的陪病經驗、是否可以判斷應該提供何種資訊給求助者、同儕支持是否應該避開需要特殊訓練的特定主題、同儕支持提供端的經驗、同儕會不會過度概化自身的經驗，以及擁有不同生命經驗的同儕會帶來的支持效果是否有殊異等較少書寫，也有研究直接指出以上的文獻缺口（Shor & Birnbaum, 2012; Biggs et al., 2019）。

若挪用精神疾病同儕支持的資料，同儕支持文獻中指出幾個同儕支持的機制，包含運用情緒誠實（一致性）、生命經驗（同理心）以及情緒勞動（Watson, 2019），同儕支持關係通常建立在故事的相互分享，有類似經驗使得同儕支持者可以與對方的問題產生連結，故事經常被使用在表達同理或與建立和來電者間的共通性。同儕支持熱線的分析中，也可見避免給予指導性的建議，認為應該給出「意見（suggestions/opinions）」而非「建議（advise）」，保持積極聆聽與尊重的界線。然而，給建議通常被視為幫助他人與表達關心的做法，但提供建議的幫助者可能會威脅到受助者的自主性，因此同儕支持者可能透過三種方法來給出解方，包含藉由詢問提供候選答案、分享自己的經驗以及僅僅提供關於解方的資訊，藉著在做 X 的同時也達成 Y，建立連結、維持非指導性，同時達成問題解決（Pudlinski, 1998, 2001）。同時，同儕支持除了自身的生命經驗基礎以外，也會運用到社群的知識，例如其他家庭的經驗、對於醫療系統與服務輸送的了解，還有其他來源所得到的資訊（Jones & Pietilä, 2020）。

然而有時同儕支持者會犯下「過度連結（over-relating）」的錯誤，會使用「我完全了解你的意思，我有完全一樣的經驗」，過度認同彼此的疾病經驗與病人角色（Mead et al., 2001），例如因為自己個人使用的正面經驗而推介資源，並非奠基於對於家庭的了解，這樣的同儕若過度類推自己的經驗至求助者上，可能被是為較無助益或不適切的（Wisdom et al., 2011）。

承上可知，精神疾病家屬同儕支持的實踐知識既有文本仍待補充，因此本研究之研究目的之一為探索家屬同儕支持之實作方法，以實務觀察與經驗整理，豐富臺灣既有文獻。



三、臺灣精神疾病家屬同儕支持

如前述所提，臺灣目前正式系統中的同儕支持，是身心障礙者的自立生活方案中的一環，根據「身心障礙者服務人員資格訓練及管理辦法」，自立生活方案中的同儕支持員主要服務對象為身心障礙者，身心障礙之家屬僅為同儕支持員進行家庭訪視的資源之一，且成為同儕支持者的條件其一需為身心障礙者（賴品好等，2019），可見目前臺灣同儕支持的發展，仍與身心障礙資格相互綑綁，家屬或照顧者目前尚未在正式系統中取得同儕支持服務資格。而目前身心障礙同儕支持的支持員也多集中在肢體障礙，其他障別之障礙者較少參與訓練並取得資格，以至於實務配對上，難以媒合相同障礙之支持員提供服務（黃伶蕙等，2018）。研究者搜尋現同儕支持員之統計資料，僅可從黃伶蕙等人（2018）根據衛福部社家署針對各地方政府的公文統計中得知：民國 104-106 年間，實際提供服務之同儕支持員人數約落在 107 到 111 人之間；若從社家署的自立生活資源平台中登錄的同儕支持員，可見 2024 年的總筆數為 154 人（衛生福利部社會及家庭署，2024），相比於 2023 年的總身心障礙人口約 120 萬來說，現行同儕支持服務量能是遠遠不足，顯示臺灣目前正式系統中的同儕支持發展仍處在初期階段。

而既有精神疾病家屬同儕支持文獻如前所述，許多家屬同儕研究資料皆為精神疾病兒童的父母，然在華人文化主導的臺灣，從文獻回顧第一節可知，精神疾病家屬如何承擔大部分的照顧負擔，卻在系統中被賦予最低的地位，在這樣的家庭意識形態之下，精神疾病者照顧的家庭化（familialization）可以說是臺灣精神衛生系統的特點（Wang & Lu, 2013），因此成人精神疾病的家屬服務在臺灣有其特殊的重要性。



臺灣各類社會運動中，身心障礙福利運動在解嚴後持續為社會改變帶來強烈的影響，臺灣本土精神疾病家屬團體的興起最早可追溯到 1985 年，不同於美國 C/S/X 運動是由服務使用者本人發起，臺灣精神疾病家屬團體早年多由各地醫療院所、精神科醫師、衛生局與專業人員發起，精神醫療人員在精神疾病家屬協會的催生與後續運作都扮演主導角色，與西方運動對於專業的反動路線差異甚大（余漢儀，2001）。早期的精神疾病家屬組織目標也多聚焦於心理衛生推廣、社會教育與促進病患治療等，直到 1994 年「台北縣康復之友協會（現新北市康復之友協會）」成立時，才訂定了強調家屬需求的協會宗旨，漸漸凸顯家屬自助的色彩（余漢儀，2001）。

縱使家屬團體或相關協會成立多年，然以「家屬同儕支持」為名進行服務的組織並不多，臺灣相關文獻紀錄也難以找到家屬同儕支持的資料，在研究者可及之搜索中，多以伊甸基金會精神疾病照顧者專線的紀錄為主（謝宜恩等，2022）。然若以家屬互助、自助、彼此支持等概念延伸，精神疾病家屬之資料也較難見，多見失智症家屬（王增勇、蔡曉欣，2014）、藥癮家屬（蔡佩真，2017）等紀錄，可見精神疾病家屬同儕支持此概念在臺灣仍有發展空間。

儘管非以「精神疾病家屬同儕支持」為名運作，臺灣仍有幾個著名實踐同儕支持概念的組織：包含但不限於伊甸基金會活泉之家精神疾病照顧者專線（下稱專線）、臺灣家連家精神健康教育協會（下稱家連家），以及甘草園家屬聯誼會（下稱甘草園）。專線的組織介紹、工作經驗整理可見謝宜恩等人（2022）之紀錄，專線為臺灣第一支精神疾病家屬同儕支持的專線，招募有家屬或陪病經驗者成為接線志工接聽電話，目前已運作約 9 年；家連家如上節所述，是由美國 FtF 方案修改而成，家連家成員自 2003 年陸續參與家連家課程，協會於 2013 年正式成立，臺灣家連家課程可從魏芳婉與趙雨龍（2005）的前驅

性研究了解運作方式；甘草園則較因低調行事，多年未立案且靠家屬口耳相傳，尚未有完整的文本紀錄，其運作方式可從陳湘瑾（2021）略知一二。



四、小結

精神疾病家屬同儕支持可以回應家屬在照顧中的多項需求，目前在各國皆有不同實踐（Dixon et al., 2004; Stephens et al., 2011; Shor & Birnbaum, 2012; Visa & Harvey, 2019; Reynolds et al., 2022），相比之下，臺灣的實踐在各地零星發展，然尚未有系統性的研究探索，也較少各模式間的對話與比較。本節爬梳精神疾病家屬同儕支持的研究發現，並點出現行文獻缺漏之處，可證本研究對於臺灣實踐經驗的意義。

第三章 研究方法



本研究目的在於了解臺灣精神疾病家屬同儕支持實踐者之同儕支持經驗與實作方法，透過探索家屬同儕的經驗，了解家屬同儕支持運行的圖像，提取臺灣本土家屬同儕支持的實踐知識，為未來相關研究與服務提供基礎。以下說明本研究之研究取向、策略與資料分析等研究方法設計。

第一節、研究設計與策略

精神疾病家屬同儕支持的學術研究相對少，尤其在臺灣，關於此主題的研究文獻尚未見有系統性地整理，相關之概念仍模糊待探索，屬於仍在發展中的研究領域。另因本研究主題焦點多元複雜，家屬同儕支持的實踐經驗非單一固定；加上研究焦點依賴情境脈絡，不同人、不同場域的實踐方式有所差異，因此研究者選取基於建構主義下的質性研究方法（鈕文英，2021），透過質性訪談與文本資料的爬梳，捕捉家屬同儕支持現象的複雜性。本研究目的為整理精神疾病家屬同儕支持之經驗，從多位受訪者的敘說中提煉此概念的共同性，窺見臺灣家屬同儕支持的圖像。

第二節、研究對象



本研究主題為「臺灣精神疾病家屬同儕支持實踐經驗探討」，探索精神疾病家屬同儕支持者的同儕支持實踐經驗。研究參與者為「有實作同儕支持經驗的精神疾病家屬同儕支持者」，採取立意抽樣輔以滾雪球方法，以以下設定的標準作為研究參與者的招募條件，且需四樣條件皆符始能參與研究，取樣條件如下：

1. 精神疾病家屬：曾經或現正陪伴或參與照護精神疾病者，且精神疾病者受精神困擾影響生活能力或被醫療診斷為精神疾病，包括但不限於家人、伴侶、朋友、親戚等。
2. 同儕支持者：以陪病或照顧精神疾病者的生命經驗，提供其他有類似經驗的人支持者。
3. 曾經或現正有實作同儕支持經驗：以精神疾病照顧者專線而言，接線志工多需經過密集陪聽約半年到一年後才能獨立接線，服務時數大約在累積 40 小時後可減少與志工督導的討論頻率。因此為確保有足夠同儕支持實作經驗，提供同儕支持之實作年資需超過一年，且實作時數超過 40 小時。
4. 參與者需年滿 18 歲，且有意願參與本研究。

本研究採取公開招募研究參與者，並張貼於研究者個人的社群媒體、轉貼於家屬社群（包含但不限於 Line、Facebook 等），同步邀請研究者的合作網絡轉發，最後透過幾個實踐精神疾病家屬同儕支持的單位協助招募受訪者（包含但不限於伊甸基金會活泉之家精神疾病照顧者專線、新北市康復之友協會、臺灣家連家精神健康教育協會等），亦有部分受訪者於受訪後協助研究者邀約其他參與者。

研究者於 2024 年 4 月至 6 月進行訪談，共計訪談 13 位家屬。後續分析階段時，因考量同儕支持之實作界定，共挑選 9 位受訪者納入分析，其基本資料可見下方表一。為保護研究參與者隱私，以下皆以受訪代號做匿名處理，並考量部分參與者期模糊其可識別資訊，以不影響分析之引注前提抽換部分關鍵身份資訊，以下受訪者順序以參與研究訪談順序呈現。



表一 研究參與者資料

	家屬/陪伴身份	實作同儕支持經驗	陪伴/照顧年資	同儕支持實作年資	備註
S1	大姑	家連家種子導師、伊甸精神疾病照顧者專線接線志工	逾 25 年	逾 15 年	
S2	母親	伊甸精神疾病照顧者專線接線志工、甘草國家屬聚會成員	約 15 年	約 7 年	
S3	伴侶、朋友	不隸屬組織，在日常生活中實踐	約 7 年	約 5 年	
S4	妹妹	家連家種子導師	約 12 年	約 5 年	應要求 共訪
S5	母親	家連家種子導師	約 10 年	約 5 年	
S6	子女	伊甸精神疾病照顧者專線接線志工	約 5 年	約 2 年	
S7	女兒、妹妹	家連家種子導師、伊甸精神疾病照顧者專	約 7 年	約 7 年	

		線接線志工、心生活 協會心家庭暖房帶領 者	(現 40 多歲， 自幼家人即有 疾病狀態，然 近年才有家屬 認同)		
S8	女兒	家連家種子導師、新 北康精障家庭關懷專 線接線志工	約 21 年 (40 年前家人 即有疾病狀 態，然 21 年前 才參與照顧)	逾 15 年	
S9	姊姊	新北康精障家庭關懷 專線接線志工	約 7 年	約 3 年	

如文獻回顧所述，同儕支持模式多元，實踐樣態差異大，而臺灣目前同儕支持文本，無論是深度描寫或橫向比較，都尚待累積。本研究透過招募臺灣本土不同的在地精神疾病家屬同儕支持實踐經驗，回答研究目的，並藉由初步的行動者經驗整理與分析，形成實踐方法與實作判斷的對話。

也因臺灣投身服務與運動的精神疾病家屬社群較小，考量精神疾病之污名，願意公共參與者也有限，因此家屬同時擔任不同團體的理事、監事與志工為常態，本研究招募之部分參與者也實際具有雙重，甚或三重身份，也就是可能同時是家連家種子老師，亦是精神疾病照顧者專線志工。研究者認為考量臺灣家屬運動的特殊性，且多重身份的同儕支持經驗在個人內在可能會有不同思考，因此將於研究分析時納入比較與對話重點。

第三節、資料蒐集與分析



本研究採用深度訪談法，以半結構式訪談、個別訪談方式為原則進行資料蒐集，並將訪綱附於附錄。訪談過程中全程錄音，事後將錄音檔轉打成逐字稿，並透過逐字稿轉錄軟體 Goodtape 做初步謄錄，後續由研究者校稿，以了解研究參與者的主體經驗；並輔以研究者過去 2018 年至 2024 年在精神疾病照顧者專線家屬同儕支持實作現場（接線服務）的田野筆記與經驗反思，以及 2024 年 3 月至 5 月擔任家連家課程觀察員的研究歷程紀錄，透過參與觀察，捕捉家屬同儕支持實作的其他面向，包含但不限於志工訓練、接線旁聽與督導、課程會前與會後討論等，了解同儕支持者如何討論運用家屬同儕經驗。

本研究採用主題分析法（thematic analysis），主題分析法係指對於訪談文本做系統性的分析，從資料中搜集、歸納與研究問題有關的意義，並以主題方式呈現，捕捉文本中的共同性意義，以了解受訪者的生活經驗，以「整體—部分—整體」的方式進行文本的閱讀與分析，首先在對於文本有整體性的理解後，再對其重要的概念予以編碼與標記，從中得到核心意義概念，最後再綜觀文本，確立共同主題，找到文本主軸（高淑清，2001），從資料概念化，呈現參與者的同儕支持經驗。

第四節、研究嚴謹性



一、可信性

本研究之研究主題大量奠基於研究者過去工作實務現場的觀察，部分參與者也是研究者的夥伴，研究者於精神疾病照顧者專線服務超過五年，透過長期投入，長時間累積對於研究主題的認識，並與部分受訪者建立關係，確保可信性。在研究計畫書與研究進行階段，皆透過同儕探詢，請研究者過去在專線的工作夥伴、研究所同學、大學同學、指導教授閱讀並提供意見，保持討論。在訪談逐字稿完成後以及研究論文書寫完畢時，皆會提供給研究參與者參閱，並請相關人等提供意見，確保研究結果貼近實際現場的現象。

二、可靠性

研究者亦透過反身性描述以及研究歷程的書寫，交代自己的研究設計以及進行過程，作為訪談與資料分析之外的參考，以確保研究的可靠性。

三、可轉移性

研究者藉由深厚描述（thick description），並引用受訪者訪談的原句，確保閱讀者可清楚理解研究進行的脈絡，作為其推演至其他場域參考的基礎。

四、可驗證性

研究者邀請受訪者閱讀與參與研究，請受訪者確認逐字稿與編碼結果，確保書寫內容符合其所表達，減少研究者的主觀詮釋。

第五節、研究倫理



研究者在訪談前皆充分告知參與者相關權利、研究目的與相關研究資訊，使其了解可隨時暫停或終止參與，在訪談中可選擇其所願意揭露的內容分享，並於訪談前簽署知情同意書。此外，為保護受訪者的隱私，研究呈現時，關於受訪者皆以代號匿名處理，可辨識之資訊也適當改寫。受訪者在研究參與中，若因需回想本身之照顧經驗，可能在自我揭露中引發負面感受，研究者亦妥善回應與處理，不強迫受訪者回想不願分享之經驗，必要時暫停研究，協助受訪者安頓身心，需要時連結相關資源。

因質性研究的循環特性，在資料搜集過程，研究者分析更多文本後，來回修正對於「家屬同儕支持」的定義，也影響了研究參與者的引用資格界定，因此本研究於訪談後，共有 4 位受訪者之訪談資料因不符本研究之家屬同儕支持定義而未納入正式分析。於分析階段時，研究者皆有向 4 位未納入分析之受訪者說明於本文未直接引用其訪談逐字稿，然其分享仍對本研究有重要啟發，並協助研究者釐清研究概念。後續論文學位口試、社群分享會亦有邀請 13 位受訪者參與，並承諾畢業後提供論文全文留存。

本研究部分受訪對象為研究者多年的工作夥伴，優勢為因已有關係上的建立，在訪談中可更深入探索受訪者的經驗，且受訪者也能在較輕鬆自在的氛圍中分享，能夠揭露更多。然，研究者過去的工作者與志工督導的身份是否讓受訪者可能不能分享特定的經驗、自我審查，關於批評或是對於服務具挑戰的看法較不易出現，此為研究者在訪談中時刻注意的。研究者在研究進行中皆提醒與確保受訪者可自由分享，無需顧慮研究者之態度立場，且保持透明公開，主動與受訪者核對其擔心。此外，研究者亦留意以下倫理議題，包含但不限於：在知情同意說明時，確保受訪者了解自身參與研究中的任何分享與意見不會影

響其在機構的服務以及權利；在受訪中，提醒受訪者其回答不影響受訪者與研究者在未來各場域間的關係。另，研究者與非屬同單位之第三方以及指導教授分享研究過程，保持對話、討論與反思，以確保研究者不受狹隘之觀點影響以產生盲區。

在本研究中，研究者也反覆思索何者對於研究參與者有益，研究者在研究動機上必然希望研究成果可以回饋給精神疾病家屬社群與相關精神疾病服務，期透過研究結果的分享，將生產的知識返回社群，因此研究者亦於在論文通過學位考試後，召開數場社群內的研究分享會，開放給研究參與者與相關協助招募的組織成員參與，藉由分享研究進行社群內的對話交流，並藉此得到寶貴意見，協助修改論文全文。同時也不忘研究成果與知識的積累是奠基于許多家屬前輩、工作者與精神疾病運動團體的參與，於研究後方羅列本研究參與者與應歸功的夥伴。另外，亦在可負擔的前提下，提供超商禮券給全數接受訪談的參與者作為車馬費。

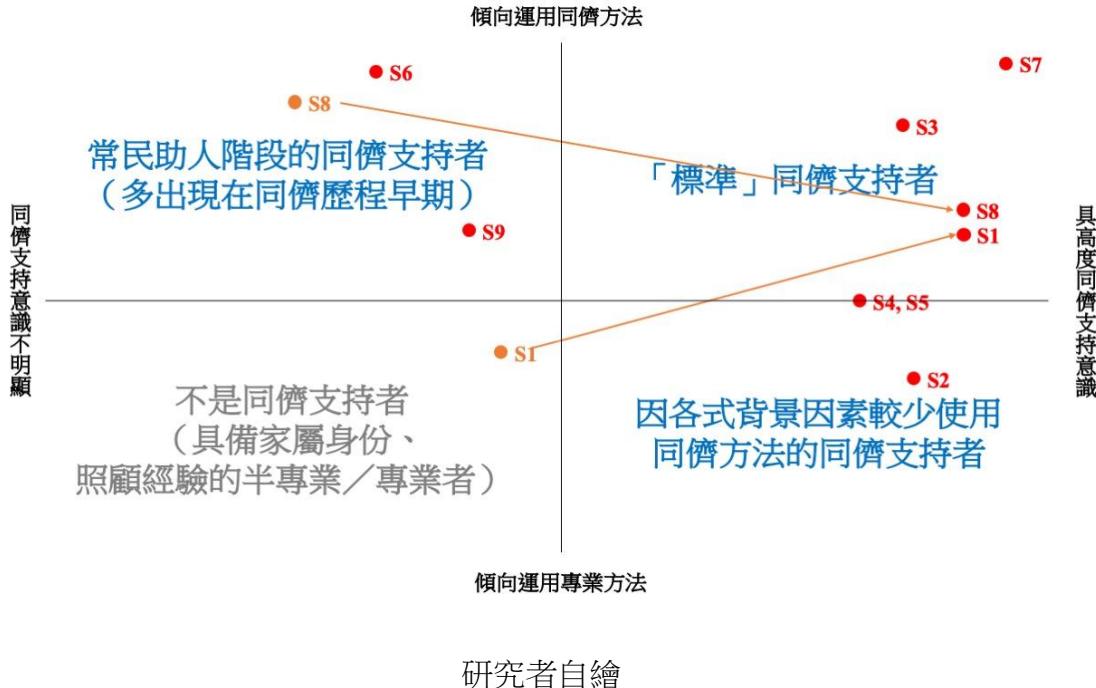
第四章 遭受而後穿越：同儕支持實作方法

本章將論述精神疾病家屬同儕支持者在實作中的技術與經驗知識，聚焦於同儕支持者的實作經驗與方法論。首先透過定位參與者們的位置，提出「家屬同儕支持的二維光譜」，以「同儕支持意識」與使用「同儕支持方法」的傾向來分類參與者。再來聚焦於二維光譜中的「同儕方法」：從同儕支持的哲學基礎——反說教的故事交換開始，論述故事性的經驗交流如何反應平等與自由的價值。其次，透過經驗的相似與差異的對照，深入說明故事帶來的可能性。再從同儕支持方法的關鍵核心——自我揭露如何作為同儕支持的助人技術開展，說明同儕支持者如何運用自我作為工具，其背後的心智模式與考量，同時以「遭受而後穿越」的概念，闡述自我揭露的基礎與要素。最後分別從「資深指導、比較的危險、異化的風險與相互建立的意識」說明同儕支持的實作意識，以反向說明何為同儕支持的方法。

第一節、家屬同儕支持的二維光譜

本節以兩個軸度：是否具有同儕支持意識與同儕支持方法，立體化同儕支持者於實作中的心智模式（mindset）。在招募階段，研究者發現「同儕支持」一詞在社群內、各行動者間的理解與實作差異甚大，而在同儕支持者的實作經驗與心智模式中，研究者亦注意到有相當高的歧異性。因此根據參與者的資料，研究者整理出一個二維光譜，分別以具備同儕支持意識的程度，以及運用同儕支持方法的傾向，來定位研究參與者們。

圖一 二維同儕支持光譜
(橫軸為同儕支持意識程度，縱軸為同儕支持方法傾向)



同儕支持意識的程度為：如何詮釋與理解自己正在提供的支持，而同儕支持方法則是運用作為家屬的生命經驗提供支持。過往文獻中提出同儕性（peerness）的要素有「相似生命經驗的揭露」及「共享的關鍵邊緣化地位」（Simoni et al., 2011; Corrigan, 2023），研究者以此為基礎，嘗試延伸與分類要素，將後者「共享的關鍵邊緣化地位」視為同儕的「條件」，而相似生命經驗的揭露，則應為同儕支持的方法之核心。

首先，符合同儕支持的條件，不表示就具有同儕的意識。例如 S1 與 S8 不約而同地說道，一開始作為服務提供者時，並沒有同儕的意識：「我幫忙康盟帶了很多梯次的家連家，我都還認為是在上課，我只是分享這些書本上的這些，……，照著照著那個課本，老師怎麼教，我就怎麼教，就這樣按照那個模式下去教，所以我只認為帶課而已。」（S1）、「我（一開始）也沒有意識到

（在做家屬同儕支持）」（S8）。也有其他受訪者表示過去其實並不具備同儕支持意識，但是確實在實作過程中，經常性的使用作為家屬的經驗（同儕支持方法）。而這幾位受訪者的經驗都共同顯現了時間性，S1、S5、S8 都已參與同儕支持服務多年，因此，這個同儕支持的意識在他們的實作中，是漸漸培養出來的。

S6 則是很好的對照，S6 接觸同儕支持與實作時間較短（2 年），S6 也是 9 位參與者中少數的說自己的心智模式比起同儕更像是「志工」的行動者：「（服務時）是志工的身份比較大」（S6）。該參與者很少對外表示自己參與的志工服務只有精神疾病家屬可以擔任，對於正在提供「家屬服務」也沒有明確的使命感，更多是秉持認同其志工身份地理念在做精神疾病服務，然而其在接線當下，卻會大量的使用自己身為家屬的經驗。這個看似矛盾的狀態——運用同儕支持方法卻未高度具備同儕支持意識，帶出一個問題：這是否表示 S6 並非在做同儕支持？研究者目前將其視為一個同儕支持者的早期階段，如同 S8 的同儕支持早年時期一樣。S8 在一開始並沒有帶著同儕支持意識實作，然而其在課程中因為前輩的示範，自己也經常大量的分享自身的經驗，而在後續督導與持續的浸泡在同儕支持的環境中，才逐漸意識到自己正在做同儕支持，並且產生認同。這樣的歷程來自於同儕支持的草根性，「常民助人」多半指涉未經過學院的系統性知識訓練，以自身生命經驗實作助人的行動者。在同儕支持的實踐中，處在這個階段的行動者並非不認同同儕支持，而是相比於概念上「標準」的同儕支持者，同儕支持意識較為淡薄。其運用自身的經驗不一定是經過「有意識的選擇」，而是多半仰賴素樸的直覺、習慣與個人特質，方法中的技巧程度偏低，對於自己助人的心智模式也較少有經過思考統整的立場。因此，S6 所位處的象限，研究者命名為「常民助人階段」的同儕支持者。



其次，同儕支持者並不會理所當然的使用「同儕支持方法」。當然，特別需要注意的是圖一之 Y 軸定義是「傾向的程度」。實際上，在同儕支持的現場並不是這麼二元的使用同儕／專業方法，針對方法的開展將於本章實作方法與第六章專業化段落更詳細說明，在此段先暫時以「相似生命經驗的揭露」來指涉同儕支持方法。與上段使用同儕支持方法卻不具同儕支持意識的 S6 相反，S2 則是具備同儕支持意識，卻因為個人原因未經常使用同儕支持方法——因認為自己少有「成功經驗」，覺得難以把自己的故事當作素材分享——這是在這九位參與者中非常特殊的心智模式與位置。也可從 S4、S5 的位置來看，除了家屬經驗以外，同時受過社工訓練的他們，也經常性的揉合社工專業知識與技巧進入同儕支持的現場。因此相比之下，S2、S4、S5 使用照護經驗的比例並未這麼高。由此可見，同儕支持的方法並不必然就是同儕支持的核心元素。

然而，純粹位於右下角象限的同儕支持者比例上較少，因為具備同儕支持意識者，通常性的也會重視照護的肉搏知識，因此更會有意識地運用照護的經驗與故事。S2 的心智模式較為少見，其考量包含了更多的個人因素與照顧故事的背景，此部分的說明將於本章第三節「自我揭露」段落更詳細說明。

反之，若是不認為家屬的肉搏知識有其不可取代性的行動者，經常也難以擁有同儕支持意識，而更高比例的崇尚專家、重視專業知識。因此會落入左下角的現象，不具同儕意識，也不傾向使用同儕方法者，在研究者的分類中，屬於具備家屬身分、照顧經驗的半專業／專業者，這類實踐難以被同儕支持概念所涵括，也是部分接受訪談者後續於分析階段被排除在參與者資料之外的原因。

第二節、反說教的故事交換

而究竟何為同儕支持的「方法」？「故事」與「經驗」兩者經常在參與者的分享中出現，也凸顯同儕的位置及方法與專業助人關係中最關鍵的差異是「生命經驗」，因此分享故事與經驗便成了同儕支持方法中重要的關鍵。然而，高度運用陪病經驗不僅是同儕支持中單純的助人技巧，更反應出故事交換的底層哲學觀——反說教的平等、自由與受苦後的謙卑。



一、故事的魅力

雖然因為參與者的實作場域差異，不同服務與實踐間的設計與框架會影響行動者的作法與心法。例如家連家的課程中，傳達精神健康教育的「知識」比重會更高；專線的一對一談話，則更著重個別情緒性支持及照護技巧探討。儘管如此，經驗分享仍是同儕支持的基礎。從家連家的帶領經驗——「當他願意虛心來這邊聽聽，聽聽這些資深家屬的一些陪伴的經驗」（S4），到電話形式的個別支持——「我覺得都可以聽聽欸，……你可以否決到他的觀點不能在你的生命、例子上適用，但是他也是這樣子做過也成功或者也失敗，我覺得這都是一個很好的嘗試」（S9），在參與者口中，都可看見經驗分享與故事的重要性：

他所有的（藥物）問題（我們）都不談機轉、不談作用，不談他的什麼……副作用什麼東西、有的沒的，……，我只是講，我最會講故事咩！我們家屬裡面那麼多故事，誰誰誰怎樣，我們沒有吃藥，然後產生什麼樣的，……，有很多故事，我這個故事累積起來一大堆，那你要聽哪一個，隨時隨地我都可以告訴你。（S1）

而「故事」之所以有魅力，在於它「反說教」、「抵抗評價」的意義。S7 就直指，現代人並不一定喜歡被說教，然當聽到故事，就能從中找到自己對應的位置與感受。這種溫和的對話，正是同儕支持的基石——支持並非獨白，也不是教導；更非論是非，而是交流與分享。故事不該有評價，因為在故事的交換中是無法去「評價故事的對錯」的，故事是「聽另外一種可能性、另一個版本的人生」（S3）。如同 S3 所認為的：

同儕支持會交流的東西，可以是一種故事的分享，……，故事的分享就有別於論是非，論什麼事情好、什麼事情不好，什麼事情對、什麼做法錯，也不同於給建議。它單純就是講我的經歷、我觀察到別人的經歷，我聽聞到別人經歷，那這些故事的交流跟分享，……，它所帶給聽故事的人一個好處是，它並沒有限制聽故事的人要以什麼姿態去面對和運用這些故事。這就不同於論是非或給建議，它們容易讓聽者落入要不要認同、是要接受還是要抵抗的二元立場。

同時，故事的交換恰巧反應同儕支持中重要的積極聆聽與尊重，同儕支持者會傾向提供「想法」而不是「指導」。參與者並不一定會有系統性地歸納自己的實作方法，但卻不約而同地在分享中共同傳達類似的現場判斷。例如 S1 也表示這樣的經驗分享與說故事的方法，經常是作為一種「參考」，讓雙方一起想一想，同時也同意同儕支持者是透過分享自己來提供對方其他種照護的可能性。S3 也表示用意見取代建議的優點在於：「意見是不施加壓力的，只是提供一個在那邊的可能性。陪伴如果是用給建議的方式，那就有一種好像我不照做是不是我就失去了什麼，我不照做我是不是就失去了一個機會，我不照做是不是就違反你的期待，可如果故事分享的話，你就有更自由的空間去選擇要怎麼消化這個故事，要用它來幹嘛。所以我會覺得說，同儕支持的過程是一種有啟

發性的故事的分享交流，這個價值跟效益是自然在故事交流中萌發的。」這種故事交流中的自由，能展現同儕支持的底層哲學觀，使得支持中的雙方更為平等。



而採用這樣的故事交流方法，並非單純來自書本上的助人倫理的學習、也不一定是基於組織訓練傳達的原則，而是來自於受苦後的謙卑姿態，因為經驗過苦難，所以更理解邊緣處境，因此更能自然地產生同理。從 S2 與 S9 的回答或許最能理解：

我覺得能夠提供的也只是說我曾經走過的、或者我曾經聽到過的狀況是什麼，然後來電者他可能可以從這中間可以用到的是什麼，我只能用這樣子的角度去做一個分享……我會覺得我的角色就只是我提供我曾經聽到的、或者我自己經歷過的情況給你參考，然後讓你知道有一個，可能有不一樣的方向，或者是不一樣的解讀，去處理這些問題。（S2）

如果受的挫折夠多，你就會願意傾聽。我的人生在我妹妹上面的確是受到一些挫敗，……，其實是讓我也能夠知道說這世界不是你說了算，……因為每個家屬、每個人的狀況、每個人的養成、每個人的資源、每個人遇到的人都不一樣，所以我不能跟你說我的一定是對的。（S9）

從 S2 的照護敘事中可以看見，因為深知作為家屬的艱辛，以及「自己曾經那樣無助的走過」，明瞭個人的經驗有其侷限，自己擁有的條件、資源與背景他人不一定適用。同時，也知道照顧故事百百種，因而看見每個家庭的特殊與個別性。這些啟發或意識，來自自身受苦後對他人的同理，因為自己經過，所以明瞭。可見在同儕互動中的同理，並不一定是訓練後的結果，更多是來自於推己及人的共感，以及回過頭來反身地理解自己的經驗，而有意識的選擇了謙

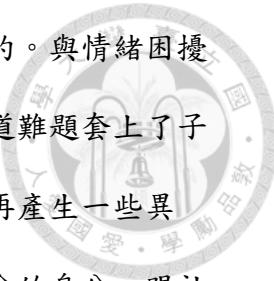
卑的位置。如同 S9 所說，當人受的挫折夠多，就會願意傾聽——傾聽作為傳授的反義，再三地彰顯故事交換的哲學內涵。



二、經驗的相似與差異

從上可見，經驗與故事分享是同儕支持中的重要核心，而經驗是否「相似」究竟是否影響實作，也就是是否要進行「配對」，多數參與者都同意在同儕支持的現場可以看見經驗相似所帶來的益處，如同 S1 的看法：「聽一個人的照顧心路歷程，假如是同樣經驗，很容易找到我們相似的東西，……，可以找到答案，……，有很多的獲得、也可以有很多的看見，……（若是經驗不同）就是比較不會有那麼多的共鳴。」然而，世上難有完全一樣遭遇與條件的家庭或個人。因此參與者的回答都指向家屬同儕支持的基礎應只有一個共同點，即「因精神困擾所產生的陪伴性受苦」，同時點出差異所帶來的好處——打開視野。

關於經驗的差異，特別是身份與疾病別所帶來經驗上的不同，多數參與者都認同不同家屬身份的心情是不一樣的，而不同身份或疾病別的組成或配對也可能在支持上經驗會有點落差，然而這個差異不直接反映同儕支持的深度與廣度。例如 S5 表示，在照顧與支持生病者的歷程中，那些陪伴者不能使力的同質性才是真正的關鍵；更有受訪者提出，當回到「以人為本的中心概念（S2）」時，配對在同儕互動的情境中就更是次要考量；S3 更是直接指出這樣以身份做拆分的配對可能忽略了陪伴者的共性，而那些身份上的差異也可能僅是受到社會規範與家庭文化的影響，因此這種分類方式只能反映表層的不同，無法觸碰到陪伴者之間的核心連結：



情緒困擾狀態……會衍生的周遭的問題還是有某種共性的。與情緒困擾者相處會產生的基本互動難題也是有些共性，只是當這道難題套上了子女對父母的關係、父母對子女的關係的時候，它可能會再產生一些異變，……，陪伴情緒困擾者的困難……在透過某一種社會的身分，跟社會期待的換位的這種影響之後，會有一種後繼的文化性影響，產生了一些額外的一些困擾，或者把本來的跟情緒困擾者相處的一些共通的困擾，扭轉成了不一樣的表現形式，某些情緒被壓抑、某些情緒被張揚，所產生的一種表象上的難以溝通。（S3）

同時，經驗在一定範圍內的差異本身，更是對於同儕支持而言深具意義，不少參與者皆不約而同地表示「打散有打散的用意」，刻意維持異質性可以帶來不同觀點。例如在病程上的不同，反而更能讓雙方看見不同階段的陪伴樣態。而正是因為在一定的基礎上的差異，讓參與者認為身為家屬的共通點使得自己不同角度的解讀可以被採納，類似的語言但不一樣的經驗與狀態，正巧會成為彼此的參考與提醒：

反而打散有打散的用意，比方說就好像我在說我當家連家學員的時候，因為我的角色不一樣，我可以有不一樣的眼睛去看大家訴說的故事，……，比方我的想法有可能會比較是子女出發點的想法，可是當我是接線的人的時候，我可以適度的去講，像我如果是小孩我可能會有什麼樣的想法，所以他那樣子我可能可以理解之類的，那有的時候我覺得不一樣的角度的解讀也會是需要的，然後我們就會反而會滿感激說，至少我們還有一個共通點，就是我們都是家屬，那所以不會覺得我講的話完全不值得採信，……，那至少說我們還有一個共通點是，我們都是精神疾病的患者的家屬，那就會有遇到一些共通的辛苦、情緒的困擾，然

後突然出現一些事情的困擾等等的，但是至少還是有一定程度的共通性。（S7）

正因如此，故事的交換邏輯同時也能回應同儕支持中「配對」的難題，如上一段所述，當經驗以故事的方式訴說，並非意圖使用會談技巧中的同理，也不是「包藏著建議的寓言」（S3）。同儕以故事的方式交換訊息，故事的情節相像程度多高、情節與方法多「成功」就並非檢視同儕支持是否會產生連結的要素。參與者也確實表示了自己的經驗在對話中是否會被參考不一定跟照護情境類似程度有關，根據 S6 的用詞，她認為這種情況跟「性格」有關，也就是取決於對方是否認知自己是來「聽故事」的，若是焦點不在於比較、解決問題，而是故事的交換，配對在這個基礎之上的重要性便會變淡。關於故事交換的反面，將於第四節——同儕支持的實作意識進一步展開說明。

綜上所述，以身份／疾病別等進行配對，多數受訪者認為並不必要，反而經驗的異質性會為對話注入可能性。然而儘管不需要特別設計與安排配對，同儕支持者卻會有自己不太能回應的對象。以 S2 為例，S2 表示「如果以目前專線的接線情況的話，我是覺得不需要配對，但是確實是會有我覺得我不太能接的電話，我覺得可能每一個接線者都會有這種狀況，可能都會有一些他不太……就是因為本身的議題的關係可能會有影響。」，而這樣的挑戰是來自於同儕支持者把自我當作主要工具，經常性的需要回顧自身狀態以及使用自己的生命經驗，這使得部分「尚未穿越」的議題會影響著同儕支持者的判斷。下一節將延伸此部分，探索「自我揭露」這個高度在同儕支持中使用的助人技術的內涵。

第三節、揭露作為支持的助人技術

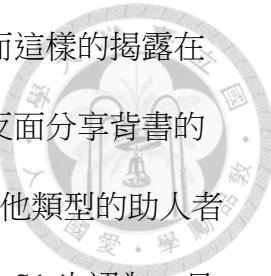


「自我揭露」作為助人專業中經常被有意識地使用來形成對話或作為治療一環的技術，身為社會工作的學徒應該並不陌生，而自我揭露這種助人技術在家屬同儕工作中更是相當核心的方法，甚可說是使得同儕支持與其他專業最為不同的部分。本節從自我作為工具，開展說明自我揭露支持技術的細節與行動者的考量；再進到穩定自我揭露的要素——穿越，說明使用自我揭露的同儕支持者的複雜心智模式。

一、自我作為工具

自我揭露在同儕支持者的現場互動中，經常是作為「敲門磚」，是拋磚引玉地促進討論的起點，例如 S8 就表示自己在家連家的課程中，經常會分享自己的故事跟經驗，但是自己會注意要「話少」，因為自我揭露的目標在於帶出對方的經驗，可以說揭露式的經驗分享本身並不是解答，而是打開對話；亦或者從 S6 的分享中可見，作為家屬的歷程，自我揭露身份或是故事經常是讓對方感受到經驗上的靠近，而因此產生信任、願意聆聽，以及更敞開的分享自己的困難。

家連家課程……另外一個主軸精神就是要讓家屬覺得他也可以，不是……只有講師可以，大家都有那個力量，然後我們這個力量要從這個團體裡面去找，然後大家互相，……，他希望我們可以讓家屬有這個自信，所以我們在帶課的過程要話少，或是我在分享我的案例的時候，可能只要一分鐘或是可能 30 秒，但是主要還是要把他的經驗帶出來，然後肯定他好的地方，所以我覺得這個地方有讓我學到，我要用更比較宏觀的角度來看待這個家屬同儕的支持。（S8）



同時，自我揭露也可以說是家屬身份與照顧經驗的現身，而這樣的揭露在許多時候是具有更高說服力的「背書」性質，參與者也各從正反面分享背書的重要性。包含 S3 指出：若不現身，那作為同儕的經驗可能與其他類型的助人者甚或親友無異，正是因為現身，使得陪伴經驗更可信與有價值；S1 也認為一旦對方知道自己是照顧者，藉此達到拉近距離，也讓對方對於這樣的互動有所預期，知道你作為家屬而非專業人員，能提供的經驗與他處不同。

然而，值得注意的是，人作為一個整體，擁有多重經驗，因此在同儕支持的實作現場，同儕支持者除了家屬與照顧者的身份以外，更同時擁有其他經驗，因此其自我揭露的素材篩選會遠比全是分享照護故事來的複雜。例如 S6 作為先經歷精神困擾才成為精神疾病家屬的支持者，更經常性的分享自己作為精神疾病子女的經驗，對於照顧家人的故事可以很自然地訴說，然而針對自己的憂鬱經驗，自己幾乎少有在支持中揭露的經驗；相反地，同樣身兼情緒困擾者與陪伴者的 S3，在同儕支持中則會自由地穿梭在自身的情緒困擾經驗與陪伴者的位置，他會自然的視情況分享自己的困擾以及陪伴經驗，與 S6 的偏好有巨大差異。由此可見，自我揭露的概念應被更立體的觀看，雖然形成同儕支持的核心揭露主要與照顧／陪伴經驗相關，然而作為一個全人的行動者，其他面向的生命經驗如何被納入考量，也是在實作中，一個高度需要技術的方法。

「不」揭露的考量

儘管自我揭露經常性地被同儕支持者使用，這個方法對於支持者而言並非如此理所當然。如同在同儕支持的二維光譜章節所述，具備同儕意識卻不傾向使用同儕方法者，經常是經過有意識地選擇，以下分以兩點說明，分別是沒有成功經驗，與自我作為工具的風險：



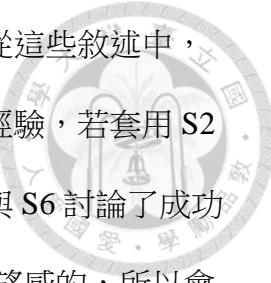
1. 沒有成功經驗

我不會很主動的去揭露自己的狀態，就是在頻率上面其實不高，但是會分享說我聽到當事人他的想法是什麼，怎麼、什麼樣的情況，或者是聽到其他家屬怎麼做，這個比例是有、是不算低，那……應該是說自己沒有成功經驗吧，所以很難去分享自己的情形。（S2）

沒有成功經驗，是在這 9 位參與者針對自我揭露的分享中，研究者認為相對特殊的考量。S2 因為照顧歷程與經驗，讓作為家屬的她經常感到挫敗與無力，多年來的嘗試也難以回應他對於家人病況改變的期待，在這樣的背景條件與故事之下，S2 會以「沒有成功經驗」來置放自己的情形，確實事出有因。

S2 認為自己沒有成功經驗，因此在同儕支持過程中並不經常分享自己作為例子，這個行動的邏輯在訪談的當下相當理所當然，同時也因研究者認識 S2 多年，感受到這個「沒有成功經驗」敘事背後的傷痛與情緒，因此也自然地接受了這樣的說法。然而這樣的敘事在訪談結束後促使研究者思考，是否同儕支持者在自我揭露時，是首先定位自己的經驗「值得分享」，才會運用這些故事。研究者發現，經常分享自己的家屬故事與經驗者，粗略可分成兩派，一是將自己的經驗「詮釋」為成功經驗者，二是認為如何消化失敗經驗本身也深具意義者。

「詮釋」自身經驗為成功經驗者，並不一定會以「成功」一詞來概念化自身的經歷，卻經常可以在表達中感受到行動者認為自己分享的經驗是「可具參考價值」的，例如 S1 在分享中說出看見病人從吃藥、復健到可以出去工作的歷程，「那你要相信我，還是要相信……其他人說的話，隨便你，你自己選擇」；或者 S5 也有提到「『S5，我也很佩服你，為什麼你們家的 OO（孩子）可以怎麼樣怎麼樣，他為什麼會有工作的動力，我們家都沒有耶，一天到晚對



著空氣說話』，哎，姐姐我也不知道要怎麼樣給你解釋。」。從這些敘述中，都可以感受到同儕支持者採用比較正向的角度看待自己分享的經驗，若套用 S2 的用詞，或許可以說是「成功的經驗」。在訪談中，研究者也與 S6 討論了成功與失敗經驗的看法，S6 也同意因為自己認為家人的例子是有希望感的，所以會在支持中使用自己的故事。可見置放自己的經驗為成功的同儕，更容易使用自我揭露的方法。

然而也並非只有「成功經驗值得分享／失敗經驗需要隱藏」這樣的二元論述，S3 就指出不太可能有哪個陪伴者的成功經驗比失敗經驗更多，S3 表示「失敗經驗其實對於陪伴者來講，是一個很關鍵的經驗，因為他如何去消化這個失敗經驗，會很大程度的影響到他怎麼繼續陪伴，或者他怎麼看待陪伴，而失敗經驗又是大家必不可免的。」，反而因為這樣跳脫「成功經驗才適合分享」的框架，讓 S3 仍選擇在同儕支持中經常性的分享自身經驗，其中當然包含成功、也包含失敗的敘事。

2. 自我作為工具的風險

同時，對於經驗分享者而言，自我揭露也是冒險的行動，因為在同儕支持的情境中，許多的揭露都具有高度脆弱性，因此揭露時確保自己安全也是同儕支持者實作中經常需要考量的技術。例如 S2 就分享曾在接線中遇過的情形：「可是在我有時候，我會碰到一兩通來電者他會一直去跟你做比較，他會說：『那你的孩子是什麼樣、什麼什麼情況，那你怎麼樣……』這種狀態下，我就會很不想繼續回答，對，我就會轉移話題，因為我會覺得這個好像對這通來電不是那麼的有相關性，我就比較不會去說。」「不想繼續回答」的感受彰顯了同儕支持者因頻繁運用自我作為助人工具所需面臨的風險，自己揭露的私密經

驗在互動中被對方評價或是比較，可能會使同儕經常處於不舒服的情境中，也因此會發展出確保自己安全的技術，例如「轉移話題」、「反問對方為何這樣提問」等等。



同時，從 S6 的態度中也可看見這種風險管控的判斷：

有的時候我看待我跟我媽媽的這個歷程，會覺得那也許只是一個敲門磚或是一個工具而已，……，那這樣是不是也可以解釋（為什麼）我不會隨便拿我自己當工具，因為拿我當工具是比較危險的（R：那我很好奇……，把你跟媽媽的這個陪伴經驗當成一個工具，當這個陪伴經驗被拿來比較的時候，你會覺得不舒服嗎）所以就不會不舒服，不會真的走心……（R：喔～），就是你覺得沒有同理到那就沒有，你覺得我跟你不像那就不像，某種程度上我覺得也許也可以說是一個穩定的狀態，就是我很清楚我媽媽的狀況，所以你怎麼講都不會影響到我，你想怎麼比較都沒有關係。

S6 在同儕支持中之所以比起自身的憂鬱經歷更頻繁的分享作為家屬的照顧經驗，背後的考量在於將自我作為工具並且運用在支持的對話中是「危險」的，然而此時的他面對過往的照顧辛苦已經能夠保持距離，因此這個經驗儘管私密，但其脆弱性已顯著下降，因此陪伴經驗可以作為單純的素材，而無涉內在傷痛。可見同儕支持者經常有意識地選擇揭露的範圍與程度，取決於自我作為工具的風險，也隨之發展出管理風險、確保安全的技術。

其中也需注意，不揭露的考量並非鐵板一塊，並非揭露或者是不揭露的二元判斷，更理想的理解方式是歷程與階段性的，例如 S6 表示「每個人（聽到揭露後）的反應不一樣，……，他後續的反應可能就會影響到我要揭露多少」，

因此揭露的技術相當複雜，包含確保自身安全的風險管理，到促進對方分享的對話策略經營，都是運用自我作為工具的繁瑣實作。



二、穿越作為穩定要素

如同上段所述，自我揭露具有高度脆弱性，過於貼近內在的情緒衝突，使得在助人過程中自我的運用不穩定，甚至可能對自身產生傷害，也因如此衍伸出揭露的風險管理。本段展開說明自我揭露的穩定要素——「遭受而後穿越」，論述同儕支持者如何藉由與自身經驗保持距離而更自由地運用自我。

「穿越」與「遭受」的概念由 S6 提出，S6 在訪談中指出：穩定的自己才能夠提供服務，而當自己「還沒有穿越問題時，沒辦法在那個問題裡面跟對方在一起」。這樣的觀點確實地反映了家屬同儕支持實作的特殊性，因為雙方都經歷過類似歷程與處境，使得同儕支持過程經常會引發支持者聯想自身經驗。

而穿越與否究竟如何影響同儕支持實作？首先可能會出現的情形是難以區分自己的經驗與來訪者的經驗。例如 S2 自覺自身部分尚未穿越的議題曾經影響其助人判斷：

前一陣子就是我接到跟我很類似狀態的，……，那時候我會覺得自己接不太……不太能接，因為我也還在想辦法中，我不曉得該怎麼辦，但是後來其實我……掛完線……回家在想的時候……會覺得，我太著重在來電者的求助問題上面，我反而應該……因為我自己曾經有過這個經驗，我可以去跟他聊聊，來電者他的感受啊、他的怎麼樣去照顧好自己啊這方面的，而不是，……，那個時候我有點被他帶著走了，……，我覺得就是可能在當下……因為自己的經驗會影響到當下的判斷，我會受到那個一樣都無解、那種無力感的影響。（S2）



這種因為與自己經驗太過相似，且若自己仍在同樣的困難中受苦，會使得同儕支持者無法與自身經驗保持距離、過度認同來訪者的困境，也就是 S6 所描述的「尚未穿越」。有時候這種未穿越的狀態，同儕支持者可能有自覺，但也有許多時刻在其中的人難以辨別，反而其他共同工作的夥伴們會發現，例如 S6 如此提到：「我……會覺得是不是他們（其他夥伴）有些東西還沒有穿越過去，所以好像還需要時間，……，我會感覺他們有一些東西還沒有很清楚，或還沒有很穿越，所以有的時候會……在接線的時候容易有一些困擾。」這種未穿越帶來的支持困擾，並不一定有意識地被同儕支持者理解為與尚未遭受完的照護苦惱有關。

相比之下，能夠與照顧經驗保持距離者，在同儕支持的過程中，比較不會「搖晃、動搖」（S6），可以將經驗與自我適度的拆分，將焦點放在對方身上，而非被自己或對方的情緒帶走，也就是因為「遭受」完了而後「穿越」，產生這種「非旁觀但冷靜」（S7）的特殊位置。幾位參與者也都認為，自己因為已經穿越／穩定，才有辦法出來提供服務，例如 S6 分享：「今天假設我媽媽是持續還在受苦的，或者是我認為他不是好的，我覺得我可能沒有辦法，……，我會不會去當志工？不會，我比較傾向是這樣。」，或是 S7：「我其實以前是情緒很不穩定的人欸，如果不是因為我是先接觸靈修，我才來這裡，我也會成為那個沒有辦法培養的種子導師……的學員。」從中可見，穿越與穩定在同儕支持的自我運用中高度相關。

而這種穿越的基礎，以及家屬如何走到與經驗保持距離，亦或者保持距離是否需要條件，從受訪者經驗可知，與照顧經驗保持距離取決於心理上的距離，而心理距離又可能來自於照護上的實際距離。例如 S7 作為精神疾病手足跟子女，認為自己與家人的疾病狀況比較疏離；S6 也認為因為自己並沒有跟家人



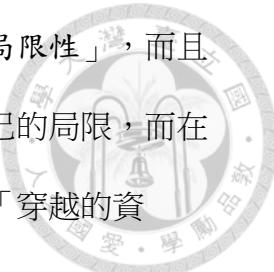
同住、有其他兄弟姊妹共同分擔照顧，比較不像「主要照顧者」，兩者在實際擔負照顧的責任程度都偏低，因此當家人的疾病狀態達到客觀程度上的穩定，穿越的條件就相對充足。

我算是家屬當事人本身，可是那個家屬當事人的角色，有的時候他是有一點距離的，尤其因為我們那一班（家連家的學員）除了我之外都是照顧者，……，應該除了 Leader 跟我以外都是爸媽的角色，那那種角色去看待疾病的經驗跟我會完全不一樣，……，因為父母的那種苦惱，跟子女的苦惱是……，百分之五十到八十左右是不一樣的。……一個故事要可以渲染別人是，這個被渲染的人他可以接受這個故事套在自己身上，或者是說去套用自己可能知道的某些過去曾經產生過的情緒或感受，那可是當他們在講故事的時候，我比較不會是套他在講的那一個故事，就會產生一點心理上的距離，所以某種、某些角度的冷靜是來自於這裡。

(S7)

然而，儘管穿越是穩定運用自我的重要要素，但絕非前提。首先，精神疾病的失序與照顧經驗歧異性太高，儘管同樣作為家屬或照顧者，每個家庭或關係面臨的挑戰也都不同。認為自己沒有「成功經驗」的 S2 就表示若是來電者的經驗跟自己不一樣，不論對方是否陷於無力或無助，他都能幫對方「找到一些亮點，去讓他看到……不是他目前所說的那麼的沒有希望或者是困難的」，可見對方的議題他並沒有穿越，因為他未曾「遭受」，所以就也無穿越可言。

再者，也並非「穩定」的家屬才能提供或參與同儕支持。回到家屬的照顧歷程，許多照護困境是隨著時間演變，精神疾病的穩定與復元也並非「痊癒」的邏輯，再加上每個家屬擁有的條件與資源都不同，因此要求同儕支持者要整理完所有個人議題再投入實作不但不實際，也絕非對於助人者的合理要求。S6



就指出自己面對尚未穿越議題的處理方法，就是「接受自己的局限性」，而且「現階段不行，不代表以後不行」，更重要的是認識並理解自己的局限，而在同儕支持的過程中，這樣的自我認識的積累會逐漸累積支持者「穿越的資本」，漸漸的可以成為在同儕互動間讀懂「跳脫那個照顧者角色、那個痛苦的照顧者角色的一個很重要的資料」（S1）。關於自我認識的探討將於第五章進一步展開說明。

由上可見，從一個同儕支持者經歷過的故事，到他成為一個同儕支持者後，如何擺放過去的經驗，再反覆地將擺放的位置與參與同儕支持所需要的狀態對齊，這樣的動態歷程或許更適合用來理解同儕支持者的「遭受而後穿越」。

第四節、同儕支持的實作意識



前兩節聚焦在同儕支持的「做」，然而在這些實作之中，「不做」或者「意識到所以避免」也是同儕支持社群間關注、在實踐中的重要自我提醒。本節從同儕支持的實作意識切入，企圖爬梳在同儕支持形成以及支持者助人的過程中，可能遇到的挑戰，以及同儕如何擺放這些難題。透過闡述資深家屬的指導情形、陷入比較的危險、助人異化的風險以及同儕支持需仰賴雙方相互的意識建立這四點，從參與者的經驗與思索中盤點實作的挑戰，並藉由反向的立論，指出同儕支持者企圖透過維持實作的意識，而去避免、進而創造的理想與期待的同儕支持哲學觀與支持環境。

一、資深指導

在研究進行階段，研究者與未參與研究正式訪談的家屬 B 有過兩次的對談，一次是在 S2 與 S3 兩次的訪談之間，因為恰巧與 B 碰面，而有了一次非正式的交談；第二次是在全體訪談蒐集完成後，研究者主動邀請 B 談話。家屬 B 對於本研究一直有個隱憂，他向研究者提問要如何證實同儕支持是有效或有幫忙的，研究者後續追問後，B 分享了自身的經驗。

B 回憶起過去在家屬社群中的經驗，經常會覺得自己被「更有能耐、更資深、更有資源的」家屬責備、指導，自己好像被評價為一個「不夠好的照顧者」、「無能無力的家屬」，被置放在一個沒有能力的位置。而之所以持續待在團體中，是因為作為照顧者經常是孤立無援的，因為沒有選擇所以只會忍受資源，但不表示資源是好的。這種「過來人的約束與規範」讓他感受到壓迫，「支持」理應是正向的，然而這種「同儕支持」反而造成傷害。

B 所分享的主觀經驗與觀察，研究者在過去幾年的實務經驗中多少也有留意到這種「資深指導」的情況，不論做出指導行動的家屬意圖為何，可能是因為不希望對方走自己走過的冤枉路，也可能是因為認為自己參透了許多照顧的真理想要分享，但在接收建議的一方會真實地感受到「自己什麼都不會所以要被教導」的訊息。正如前節所提，同儕支持應該是故事的交換，應該避免獨白性的傳授，這樣的資深指導現象與同儕支持的精神與方法相互衝突。

如何理解同儕社群內部的壓迫與政治，S3 是這樣說：「專業社群裡面其實也會有這種資淺被資深打壓的情況，有些心理諮商師也會覺得不爽，感到某些大佬講話不太客氣。我想社工一定也有一樣的情況，不管在哪裡多少都會有這樣的情況，人就是容易區分誰比較懂、誰比較嫩，在同儕社群中也是如此，有些人會認為自己懂得比較多，可以對別人指點點，這反而會惡化同儕社群之間的互助關係。」資深指導並非家屬社群中獨特的現象，如同 S3 所述，各個專業劃分的地盤都可能有權力的痕跡、話語權的分配不均，形成部分行動者認為自己有「資格」評斷他人的作為，因此這些現象並非推翻同儕支持價值或意義的原因，反而是將資深指導視為警訊，回頭檢視社群的互動狀態與反壓迫的討論。

資深指導的現象如何成為同儕支持者的自我覺察與提醒，S9 就如此分享：

如果受的挫折夠多，你就會願意傾聽。我的人生在我妹妹上面的確是受到一些挫敗，……，其實是讓我能夠知道說這世界不是你說了算。然後我會這些總和，就是我會願意去聽，當然我有時候也會下指導棋，但我會看狀況，但我下指導棋我一定不會說你要這麼做，我會說或許有一個方式可以試試，那或者是我有一個經驗你可以參考，對，就是我是跟你分享的狀態，我想人家就會願意接受，可是如果我說不對啦，你就是要照我這樣

做，可是因為每個家屬、每個人的狀況、每個人的養成、每個人的資源、每個人遇到的人都不一樣，所以我不能跟你說我的一定是對的。……對就是我走過那麼多，所以我知道就是對的，可是讓我忘記，每一個病患、精神障礙的家庭，他們所獲得的資訊跟資源跟能力都是不一樣的，你有辦法這樣做，可是不一定別人有辦法這樣做。

S9 的體會來自於前節所提的「受苦後的謙卑」，然而人受苦後，也可能會有「媳婦熬成婆」的心態，形成不健康的壓迫循環，S9 更是相當貼切的使用「維護脆弱的傲慢」一詞來形容這個狀態。謙卑亦或者再製壓迫經常是一線之隔，這個選擇來自於行動者對於權力的意識與反思，如同 S3 所主張，不論是專業主義抑或經驗主義，都該小心資深指導，真正理想的應該是理解個人的獨特樣貌，陪伴彼此一起摸索，對於「反說教、平等、自由」的家屬同儕支持，更是如此，因此保有「反資深指導」的意識，亦是家屬同儕支持中的重要實作。

二、比較的危險

在故事交換的原則中，應該避免評價與是非論斷，然而在未經設計或行動者未有意識的情況中，家屬社群內的「比較」實際上非常常見。從研究者過去的實務經驗中也會感受到，家屬社群內部也會有隱微的階層，而這個階層文化的特殊劃分指標是「受苦與付出的程度」。這種受苦與付出的比較很遺憾地經常出現，有些家屬在言談中會很明確的使用「我比較／你比較……」等語言，例如「沒有家屬跟我一樣付出」、「起碼我比一般家屬更認真一點」，有些則是從反覆的圍繞自身受苦的敘事展現，難以聆聽他者的故事與聲音，這種困於苦難中的對照與衡量，使得家屬社群會不自覺地自我篩選，排除不符合理想照顧者標準的家屬。

另一種比較，是誰的經驗更靠近真理的比較，這樣的比較經常混雜著上一節的「成功經驗」邏輯，這類型對錯、好壞的分辨，與故事的交換差異，可以從 S3 的分享中看出

比如說，一個媽媽出來分享說：『我對我的精神疾病孩子怎麼樣做，我跟你講我看了三種做法，這個做法是最棒的做法』，另外一家的家長卻說：『可是我就不是這樣的做法，你的做法我跟你講可能會有什麼樣的問題』。這顯然就不是在分享彼此的故事，而是變成了爭論誰對誰錯、誰的作法更好的是非論斷場景。（S3）

比較會帶來的危險，是可能置聽者於自我否定的位置，如同上段的家屬 B 感受自己的無能為力，這些比較同時也無助於彼此建立連結，甚或可能會瓦解支持的網絡。

究竟如何減少這種「互相比較、評價，議論誰才比較是一個有效用的陪伴者」（S3）的情形，第一步依舊是來自於同儕支持者與社群的自我覺察，要「願意在相遇的時候有覺察力地控制自己的說話，保持彼此是在進行故事分享、交換經驗，著重於發生了什麼、觀察到什麼，以及感受到什麼，經驗是沒有對錯的，不需要去批判或指點別人分享的故事」（S3），將故事交換的原則放在首位，避免故事變成「寓言」，包藏建議與意義，也要讓聆聽故事的空間變大，減少聽者需要動用認知系統的狀態，反覆地自我提醒每個人的資源與條件、能力都不同，不要忘記「你有辦法這樣做，可是不一定別人有辦法這樣做」（S9）。因為照顧沒有絕對的真理可供辯論，回到經驗與故事，才能減少比較所帶來的危險。



三、異化的風險

上一段描述了比較的危險，值得注意的是，這種比較經常出現在相對草根的實踐當中，相比之下，光譜上有一群更靠近諮商或社工訓練的同儕支持者，因為某種程度上經常浸泡在助人專業的訓練之中，較會有意識地避免將經驗拿來比較，然而，卻可能落入習慣專業語言的異化風險。

S7 是唯一一位使用異化概念描述這個困境的參與者，當時研究者提問：「你覺得你是在做同儕支持嗎？」，S7 思考後這樣回應：

這樣講起來的話是同儕支持，沒錯，但我覺得也要謝謝這個問題，我覺得其實它也提醒了一件事情，就是說其實我們的出發點就是同儕，可是當我們在受訓的過程中，我覺得可能會越來越異化吧。好比說社工領域有很多術語，其實沒有接觸社工的人是聽不懂的，可是當受訓的家屬們已經都很習慣去接受專業的語彙的時候不會意識到這件事，我自己也不會意識到，然後甚至是到後來發現，其實不是只有我、大家都是，結果原本應該是同儕的家屬們也變得越來越……不能說遙遠，但是就是異化了。（S7）

S7 坦言，同儕在助人中異化的情況，家屬同儕社群本身並不一定會發現到，就算察覺也不一定會將問題意識化。當研究者與 S7 共同爬梳這個異化的過程，認為源頭可能來自於家屬服務為了進入體制而被迫學習「有資格的語言」。為了與公部門、學者專家等資源的守門人對話，成為一個服務者就要改變自己的外顯語彙，甚至是內在思想，因為「好像不去搞清楚這些專業語彙，就不一定能夠做一個好的服務提供者」（S7）。

而究竟異化會帶來什麼問題與風險，S7 認為第一個是與常民間的距離會越來越遙遠，例如家連家的課本中，經常使用「社區」這個概念，然而在資料中



完全沒有解釋，種子導師受訓過程中也沒有人說明，光是這兩個字被普通且頻繁地使用，卻缺乏思考一般人是否可以理解，這就是一個顯而易見的狀況；S7 也分享另一次在帶領家連家時，被協會的主責社工師提醒不要使用「同理心」一類太過專業的詞彙，S7 當時感到疑惑，因為「在台北大家都這樣用」，然而這個經驗卻時常被他回想起。這類型的專業語彙在專業內部溝通時，確實是很省力的共同語言，然而他可能難以接近常民，無法對大眾訴求，而這種「異化」，可能有更多同儕支持者並沒有自覺的反覆發生：

我覺得有的時候也許……我知道的家屬的這些服務，很多時候那個建制的過程裡面是有仰賴很多專業人士的，然後所以在這個過程裡面，我就會聽到 OO 姐姐去講述說，她跟某某專業人士那邊學了很多，所以她其實也很希望我去跟那個人學啦。……可是我沒有去具體問她說，你學的很多是什麼意思、是哪個部分，可是我覺得在那種過程裡面會變成，我覺得那真的是異化耶，就是會變成說好像不去搞清楚這些專業語彙，就不一定能夠做一個好的服務提供者，但是我覺得這件事情它本身會是一個問題，因為當這些專業語彙它在專業人士內部溝通的時候是很省力的共通語言，可是它是沒有辦法對大眾訴求的。（S7）

其次，S7 也指出了犀利的疑問，如果我們持續內化專業語言而不自知，「當眼睛不再是自己的的時候，是不是真的能夠看見原本的苦痛？」更甚之，這使得我們作為家屬同儕與專業者有什麼不同？關於同儕與專業的分隔與差異，將於第六章專業化歷程進一步闡述，然由此可見，S7 的立場認為同儕的異化是需被意識的議題與風險。

面對同儕逐漸遠離常民知識，而向助人專業靠攏，甚至走到異化、與自己生命經驗脫鉤，S7 認為「如何面臨同儕的異化」，思考這個問題本身就是問題

的答案，也許習慣灌輸成為專業者的同儕成員也許不認同、甚至公部門仰仗的學者專家不一定理解，然而嘗試在社群中產生這樣的意識，開始意識、保持彈性、共同討論、持續修正，「就能夠發現那這是上醫呢」（S7）。



四、意識建立的相互關係

先前的實作方法主要說明同儕支持者如何主動的行動與保持意識，而本段將從同儕支持的環境如何設定，也就是如何讓來訪者一同參與現場的意識，說明為什麼同儕支持雙方相互的意識建立會影響同儕支持的實作。

第一，若是尋求同儕支持的家屬抱著想要同儕「解決問題」跟得到「建議」的心態，會打壞故事交換的原則，跳脫單純的經驗分享，進而破壞同儕支持彼此的信任。甚至可以說是如果參與同儕支持的來訪者以「專業的」角度來期待同儕，本身就可能會與同儕支持的範疇與精神相互抵觸：

很多精神困擾者抱持的期待就是，我來諮詢室就是要解決問題，如果這樣想，恐怕是要準備失望了。可是如果他抱持的期待是，我來諮詢室其實也沒有要解決什麼問題，我來這裡甚至也沒有期待自己一定會變得更好，我就是來這邊體驗一下嘛，那體驗一下之後呢，或許更好或許不好，那就順其自然了。那這種時候，反而諮詢會帶來比較大的益處。所以我也覺得，同樣的道理，也可以應用到尋求陪伴的心態上。（S3）

S3 進一步解釋，這種不合宜的預設，可能會讓接受者在尋求協助的過程中經常覺得不足夠，因為來訪者會覺得「我需要的就是你來幫我解決問題啊，因為我現在就解決不了問題啊，我找你就是要你幫我解決問題啊，你只是分享你的經驗，這到底是能解決我什麼問題？」，然而不論是陪伴、照顧亦或者是同儕支持，都不是解決問題的過程，陪伴與同儕支持都是「我們都不知道這問題

能不能夠解決，但是我們創造一種情境，讓我們可以繼續等下去。」（S3）因此同儕支持者的實作方法其中一環，是要去調整來訪者的期待，設定清楚的同儕支持框架，跳脫求助與解決問題的單向助人關係。



第二，來訪者如果害怕改變的風險，而不願意「跨出」（S4）本來的方法，同儕支持的情境可能會變成「吐苦水」（S1）、或是「取暖」（S9），參與者也直接地指出：「可能家屬他就可能會覺得那個沒有用，甚至有的都已經在家裡很久了，就是那個生病已經在家裡很久了，……，（S5：不要亂就好啊）對就是會到最後覺得說你乖乖就好了，我不要在那邊想，他也不會想要再幫他找什麼、想方設法找路。」（S4）這樣的來訪對於同儕支持者而言，也很難做到故事的交換，因為在交換中經驗並沒有流動。當然「倒垃圾」（S7）式的取暖對於某些階段的家屬也是重要的需求，然而同儕支持者更關注彼此「培力」的互惠性，因此在其實作方法中，讓來訪者有意識地離開單純情緒抒發，而願意擁抱改變的風險與力量，也是同儕支持重要的實作方法。

第五章 自助與助人：成為同儕支持者



本章將從家屬同儕支持的現象與實作技術的焦點轉移至同儕支持者作為行動者的內在動機與改變。不論是起心動念亦或者是從同儕支持中收穫的體會，研究者選以採用個體／公共與社群作為一、二節的區分，分別為個人的「為己為家的助人動機」、「為自己加碼的操練」，以及朝向他者的「為他為群的驅力」與如何「從家屬到倡導者」，以此綜合闡述同儕支持者的思索與經驗；第三節則是從組織層面進行分析，補充前兩節現象背後延伸的「專業者參與培力」的意義，以及「人力培養困難」的議題。

第一節、以助人自助的互惠性

一、為己為家的助人動機

實際上，由於參與者實作同儕支持的年資多半較長，邀請他們回顧並探討其最初投入的動機存在一定的挑戰，參與者最初進入與持續投身同儕支持的動機，原因可粗略分為兩類，分別為朝向自助目標的「為己為家的助人動機」，以及著眼於他人與更大社群的「為他為群的投身驅力」，本段針對第一部分展開說明，後者將於第二節詳細闡述。

因為精神疾病的複雜性與照顧的不可控程度高，精神疾病家屬經常覺得自己缺乏因應的策略與武器，也因此，有些同儕支持者是帶著「想要透過同儕支持的訓練或服務來學習成長」的心態進入同儕支持實作中，雖然同儕支持是「助人」的行動，然而對於這些支持者而言，透過「助人」實際上「自助」更貼近他們的需求與心理狀態。例如在精神醫療正式服務中多年碰壁的 S2 即表示，會投入同儕支持「一部分是自己想要多了解相關的一些知識嘛、情況」，這種想找到方法可以幫助自己、幫助家人的渴望，變成最初的拉力。

不僅 S2 帶著自助的期待參與服務，不論是 S8：「那我都是以去了解、更了解精神疾病然後怎麼去幫助他們的立場，蠻多部分是為了自己跟自己的家人，倒是沒有想到其他家屬。」，或者是 S6：「我擔心我媽媽的狀況，所以我想要知道大家都是怎麼應對這個狀況，然後我也想要，就是某種程度也看能不能再多認識我媽媽一點，同時也是多認識我自己一點，好像大部分都是圍繞在這個上面。」多位參與者都擁有類似狀態。可見，雖然助人服務經常被認為是利他的行為，然而助人行動的動機經常是更為複雜的，以精神疾病家屬同儕支持來說，有部分的同儕是帶著自助的心態加入。

另一部分的參與者，是來自於自己接受同儕支持的協助後，感受到自己從中獲得的能量，因此為了持續在這些夥伴身上得到觸動，而選擇投入甚至持續參與。例如從小就與瘋狂共同生活的 S7 這樣說道：「這個課程確實讓我很受感動，然後那種很長年的……苦，好像得到了答案，然後也得到了療癒，然後又以前從來不知道自己可以有這麼多同儕。」，以及難以在生活的他處找到支持的 S8 也這樣認為：「我如果要找到同溫層，我就在家連家帶課程的時候才有到同溫層的感覺，或者是我參與協會工作彙報跟這群社工一起開會的時候，我才有同溫層的感覺，可是離開那裡，沒有了，甚至他們可能是負面的看法。」如此可見，這些助人的動力與起點，經常不是為了他人，而是從中「收穫、受益」（S5）、受到「翻轉」（S4），以及對自己產生「幫助」（S7）的同儕支持者本身。

二、為自己加碼：同儕實踐作為一種操練

從上段可知，有些參與者是帶著明確的學習期待進入同儕支持，然而也有參與者表示，投入的起點是為了將家人照顧的更好、解決問題，然而沒有預料

的，最終更大的收穫是把自己照顧好。綜合參與者們的體會，不論是否有預期，可以確定的是，投身同儕支持對於同儕支持者本身帶來許多益處與意義。

首先，參與同儕支持實作的過程對於照顧帶來實質上的幫助。例如 S9 認為投入同儕支持使得自己可以經常保持接收照顧資源的資訊：

我妹妹現在雖然不住家裡，可是她還是需要照顧資源，我在這個中間我也獲得到一些照顧資源的訊息，雖然我妹妹現在很穩定在慢性病房，可是因為我妹妹五十幾歲，我也五十多歲，我只會就是我必須要在財務上面做好，如果萬一我怎麼了，她的安排，所以我也是在北縣康因為他們有做微型信託，我就知道說我這個部分也可以安排，那我就可以量力而為來做這件事情，所以對我來講我會收穫到在照顧資源上面會更多。

不僅是單純資訊性的了解跟幫助，成為同儕支持者也使得參與者們更知道如何面對照顧問題，像是提倡精神健康家屬教育的 S1，在初接觸家連家時，因為知道「及早發現、及早治療」的精神疾病防治重要性，所以重點關注自己在青春期就面臨母親生病、自身體質也較為敏感的姪子，也因此順利讓幾年後的姪子在遇到壓力事件後自行尋求醫療協助，降低自己的精神危機。S1 從自己的經驗發現家屬教育的重要性，因此讓自己產生持續參與與投入的動力。這種因為裝備了知識與資訊，而運用在照顧與家庭內的經驗，S5 也有類似感觸：

「（因為）我有看到我自己家庭裡面的改變。」，可見參與同儕支持本身對於家屬的照顧帶來許多實際上的益處。

再者，同儕支持者因為面對許多不同經驗與故事的來訪者，經常能「從他人經驗中學習」，S1 就如此比喻每個與來訪者的相遇：「只要張開眼睛，然後每個人、每一個家屬都是妳的一本書。」在閱讀中漸漸「看懂」，同時也因為看見經驗的多元性、看到「每個人都有不同的過程跟答案」，可以放下「應

該」、「期待」以及「標準答案」，磨掉框架。S1 也指出，這個過程對於同儕支持者作為一個家屬本身的重要：

OO 以前不是一天到晚講 XX 應該要怎麼樣、應該要怎麼樣，都是怎麼樣，很多的那個他家庭裡面的那個制式，那會很標準的 typical 照顧者嘛，……，可是她現在可以了，XX 就是 XX，他那個樣子，……，也沒辦法改啊，那就這樣子囉，那不然怎麼辦勒？對不對，……，那個過程裡面，沒有標準這件事情是多重要，對照顧者多重要。……，就是接線的那個工作、就是工作而已，可是他在工作中，是不是就做中學、學中做，做什麼？讓他放掉這一個標準答案的這個東西，就很重要了，他可以放下所有的應該、不應該這些事情多重要，他的孩子也沒有一定要跟別人一樣啊，不是嗎？(S1)

從家庭得到實際改變，到打開視野、看見經驗的多樣性，參與者們不約而同地分享，在同儕支持中，他們所收穫的並不小於他們給予的。

然而在支持過程中更關鍵的不僅是獲得知識、不只是家人疾病的康復，而是回到「自我」的課題，來自於內在的變化與成長。S1 使用了很清楚的三個概念來描述這個內在的變化，分別是「自我認識、自我肯定與自我成長」。

第一部分的自我認識，包含更多面向的自我覺察、關注自身需求的意識，以及反省的自覺，這種自覺性是在同儕支持實作的過程中慢慢被建立與打磨出來的。例如在帶領家連家課程中，S8 進行善待自己的第五課時，透過分享自己的情緒經驗覺察到自己的憤怒議題，他如此說道：「當我在做這些分類的時候，我才發現說原來有一些議題是我自己的議題，比如說有一些我需要被安撫的，……，然後有一些是要調整我自己想法的。」，S6 也同意這樣的影響：「影響就是剛講的，……，累積比較多認識自己的方面，……，為什麼我在這



樣的狀況下會是這種回應，然後我用什麼方式回應、我對於各種精神疾病看法是什麼，更多更多的是認識我自己。」這種自我的意識以及認識是透過不斷整理與反覆訴說而產生，這也正是同儕支持者因運用自我作為工具長期向內觀看自己產生的產物。

第二是自我肯定。S1 指出，作為精神疾病家屬，經常會有強烈的自我否定與自責，因為「家屬就是覺得，我做不好所以他才生病」，儘管理性上知道家人的生病不應歸咎於自己，但總是會想「假如是有發生一些事情，都是因為我做不好」。而這個自我否定的破除，需來自於更強大的自我肯定：

我覺得最大的幫助，那個自我肯定的部分，因為我藉由這樣子的一個路
程，我更認識自己，我剛才講說因為助人嘛，所以有很多的學習這些東
西嘛，然後你就會覺得，我覺得那個自「我」這個部分，我可以很扎
實，我很認識我自己，很重要是，當我認識自己的時候，我很能夠讀懂
別人，我不會因為別人給我什麼樣的評價，我這個「我」會受到影響，
那個我的部分是很紮實的，你說什麼，我會聽，我可能也會受傷，或者
是怎麼樣我會很受傷，可是我會很快過去，因為我的自我的療癒功能，
我也有自我療癒能力，我不可能不受傷嘛，也不可能團體裡面什麼事情
都沒有嘛，可是我會不會就是一直還在那個傷裡面，不會，我會有自我
的療癒能力，我覺得這是我對我自己來說，我最大的收穫。（S1）

不再自我批判、懂得自我肯定，進而看見自身的力量、獲得療癒與理解，
這件事本身就是一種「empowerment」（S7），甚至透過自己的付出，感受到
能夠給予本身就是一種生命的祝福。

最後，認識自己、肯定自己，同時也會逐漸累積自我成長的哩程數。學習
與成長可能包含「溝通」技巧上的進步（S2）、調整待人處事上「過去沒有注



意到的地方」（S7）等等。而這種全面性的幫助，其實就是「透過服務的形式幫助自己的過程」（S7），在過程中「做中學、學中做」（S1）。S1用了很精準的比喻來形容這種自我成長的過程：

我自己因為在這個場域、氛圍裡面，我可以很快的知道自己怎麼療癒自己一下，很快就會平順了，所以因為我有這樣子的操練，對不對，我在專線裡面常常有這種小操練，我本來只能擔五斤，……，雖然呢，每天加不多，……，一次來專線加 500，我最起碼加到最後我也有個十斤了吧。我回家碰到我們家那個現在開始在亂的時候，是說我以前最多承受五斤，我現在有這樣，我最起碼現在可以有八九斤可以承受你，所以我就比較容易跳脫那一個，整個陷進去的那個狀況，……，出來當志工叫做什麼，叫做加碼，為自己加碼，加那個碼數，我就有力量了，我就不會掉進去啦。（S1）

自我認識、自我肯定與自我成長的過程會反覆循環，「為自己加碼」是因為同儕支持者在實作支持中自身經驗被勾動所產生的療癒操練，這種承受力的積累，顯示了同儕支持的助人行動同時也反向的幫助的自己，同儕支持絕對不僅是單向的服務提供，而具有更高的互惠性。

第二節、先群而已的公共性

不同於上一節之焦點，動力與收穫的主體在於個人，本節將聚焦於同儕支持者參與的另一個驅力：他人與社群，點出同儕支持者鉅視的眼界，以及著眼他人的驅力與行動。



一、為他為群的投身驅力

這些同儕支持者為何願意跨越自己的家庭、照護範圍跟需求之外，走到別人的家庭裡面，這些關懷從私領域的照顧關係到公共的利他服務，並非每個家屬都能抵達的地方，珍貴的動機來自於何處？

首先是來自於推己及人的心理狀態。經歷許多無力與碰壁的 S2 便這樣說：「像我會在專線待這麼久，我會覺得是因為，自己曾經那樣是很無助的走過……所以那時候就會想說也許有我能夠幫得上忙，或者是能夠去改變的地方嗎，大概是這樣子的心態讓自己一直留在這裡面。」從自身的經驗產生對類似經驗者的同理，因為自己經驗過摸索的辛苦，所以希望能夠成為其他家屬的擺渡人。帶著類似心境，S5 也分享自己成立協會、參與同儕支持的起心動念，從第一次上家連家時就產生：「那個時候……我記得有一個習作嘛，未來的大計畫，我那時候就想，……，我有什麼未來的大計畫，如果有這麼多人要受那個生病的痛苦啊，那可不可以我們一起來減輕一下這痛苦，那我有沒有那個能力或有沒有那個機會，我也來成立一個協會。」這也正是家屬同儕支持模式中很典型的助人動機。

不僅是推己及人，也有參與者是帶著回饋的心情進入同儕實作，例如 S8 表示雖然「對自己是很沒有自信的，但對協會很感恩，所以協會只要有什么活動都努力支持」，帶著感謝的心因此自己成為其中一員，是一種動機的可能。這



種因為認知到自己的收穫與受他人所助，因此也認為自己若有能力時就要「再去陪伴一些更有需要的人」（S4），不全然是「受人點滴，湧泉以報」的邏輯，而是更像把幫助傳遞下去，因為作為家屬的同儕支持者理解受助與助人並非理所當然。而在同儕支持的過程中，也會反覆感受到持續投入的動力，經常來自於看見他人跟自己一樣也從中受益，可能是「陸陸續續看到家屬的改變，還有家屬願意站出來一起來推這個課程」（S5），這樣的發現都是激勵與鼓勵的力量，使得同儕支持者持續走下去。

如果說上述的推己及人與傳遞幫助，是將焦點從自身轉移到他人，那麼同儕支持者投身的另一個主要的動力，可以說是來自於「集體社群的想像」，這樣的想像從個體與家庭轉眼到社群與社會。例如 S4 認為除了首善之都台北以外，多年前就希望自己所在的縣市也可以有家連家課程，給予更多家屬支持與幫助，而自己參與是希望可以盡一臂之力，更重要的是「大家一起」促成這樣的服務發生、回應家屬社群的需要。如此的集體社群想像，可以從 S3 的分享中略窺一二：

我對於同儕支持的未來會有某種集體社群的想像，就是我會覺得，情緒困擾者實在太孤單無助了，我有點恨不得把這個社群撐起來的這種感覺。但我也意識到我一個人的能量是有限的，我可能做不到把一個社群撐起來，但是我可以把它撐起來一點點，那其他人有共同的興致的，比如說妳，或者是像其他對陪伴議題有興趣的人，我們大家如果一起合作，或是在不同的地方努力著，可能慢慢的就會帶來一些比較大的改變。（S3）

上述所提之集體社群的意識，同時也伴隨著作為社群中一份子的個人，想要成為這些行動與運動的「種子之一」（S8）的動機，許多「前行者的牽手」



(S1) 所帶動的「群我」概念，反應的是公共性的觀點，可見要從個體到集體，前行者的現身對於社群的形成至關重要。從學生時期就參與異議性社團的 S7，後設的觀看自己與其他同儕者踏入這條路的共通點，他如此說道：

你看像 OOO、XXX 去倡議的時候，他們也都是會出現的耶，XXX 記者會也去了，然後 OOO 那時候我們去公聽會她也有去耶，就是真的能夠做得久的人是他會願意在這上面去想他需要的是什麼，然後如果有舞台給他，他也願意去說的人，然後也不會去不一定要去介意自己是不是說得像專業人士，……，他不一定是衝組的那種形象的人，可是他願意，這樣的人她可以走很久，因為他會覺得這真的是切身的議題。沒有公共性的人，不會在服務的領域待很久。（S7）

值得注意的是，這種「社群」的想像，比較少出現在「常民助人階段」的同儕支持者，以 S6、S9 的動機中，有想將「幫助回饋於他人」（S9）、亦或者為自己、為照顧找到新的路，然而在他們的分享中，「社群」的想像相對薄弱，或許與其在相對早期階段，同儕支持意識仍在建立與培養中有關。當然，其他「標準」同儕支持者具有的公共性觀點，究竟是這些相對資深的參與者在一開始就帶著明確意識的決定，抑或是在同儕支持中長期浸泡後產生的後見之明，現已難以回溯，然而仍然可見公共性的動機反映的更是視野的轉變，以及他在同儕支持者中的歷程性意涵。

二、從家屬到倡導者：離開照顧與抵抗污名

進入同儕支持的實作，在其中磨練後，會從家屬與照顧者的心境位移到助人者與倡導者的身份，而這種跳脫照顧者的執著、離開狹窄照顧視角的轉變，

是部分同儕支持者回看自身與夥伴所發現的一大變化。S1 便經常有這樣的宣

稱：

身為家屬的話呢，那個觀點會比較 focus 在自己的問題上面，……，可是你會發現自己的問題……每一步都很艱難……，然後時時刻刻、分分秒秒，妳都會沉浸在那個艱難跟困苦裡面；可是當你走到助人者的腳步的時候，當你把頭抬起來的時候，你會發覺你不是看著脚下，你看著前面那個目標的時候，……，那當妳邁腳的時候，那個目標會越來越清晰，你就越來越有信心，然後你頭呢抬的就會越高，然後你的腳步就會走得越快，然後呢那些小小在足下的那些小石頭、小東西，你都覺得它雖然還是一樣會刺痛你的腳，可是那都不是很困難的事情，那個因為那個前面有一個風景，有一個目標在那裡，妳就會邁開腳步往前走，我覺得那是很大不同的地方。（S1）

S1 點出了單純身為照顧者的家屬與作為助人者的同儕支持者在心境與視野上的差異，這種更為宏觀的角度，會使人不再「沉浸在照顧者每天跟當事者的折磨和過程裡，可以稍微把眼光抬起來一點」，因此「跳脫照顧者的執著身份」，可以「用助人者的角色去看被我照顧的人，而不是『我是他家人』的那個角色」。也因為本來家庭角色或支持關係中的期待，照顧者與陪伴者們經常難以「拉角色分寸」，導致自己情緒經常被勾動、感到痛苦與受傷，然而當照顧者能在照顧者與助人者身份中游離，這些位移都是在同儕支持的過程與社群中磨練成的轉化，在不同人的故事中聆聽、在他人的經驗中得到印證與啟發、也在同儕支持中持續學習，因此可以保持抽離，跳脫痛苦的照顧者角色。不僅 S1，S5 也在同儕支持中得到啟發，因此經常鼓勵他人「不要只有站在一個家



屬、照顧者的身分去看待自己的家人」，而這些心境的轉換都是來自於「足夠的支持力量」而產生。

對於部分參與者來說，公共性是投身的動機，而同儕支持的過程本身也會再產生或強化這樣的意識，可以說「抵抗污名」是在成為同儕支持者的路上，不論個人或社群集體皆持續受到的提醒。而同儕支持者們在參與同儕支持實作、進入社群的過程中，更會逐漸發展回應污名的策略與意識。例如在社群中學習看見倡導權利的重要性便是其一，S4 是如此分享：

我就覺得說這個課程（家連家）對我來說，就是就像後來我在面對（自家社區的事），……，我覺得……對我來說，我自己覺得說我好像也變勇敢，我可以去，其實坦白講我那時候，因為我乍聽到姐姐生病這件事情，我覺得又面對……社區的這些抨擊，……，我確實我有一度在社區我就覺得很丟臉，我真的覺得很丟臉，我很怕他們就會，好像你會覺得說他們會指指點點，說你看那個就是他妹妹，你看那個就是半夜都在那裡撞撞撞，……。也是上了這個課讓我覺得，我不應該要，不要當那個，我不應該要隱藏起來，我覺得我自己要去接受，接受姐姐是生病，接受我要更勇敢的去面對。（S4）

以 S4 而言，他以社會溝通的方式實踐去污名，透過在所住社區鄰里間去介紹精神障礙、介紹生病的姊姊，真正落實倡導權益在自己的生活中。而持續參與同儕的服務以及與社群同工，也是參與者面對污名的方法，S8 是這樣認為「精神疾病是汙名的這件事情到現在都還在努力的階段，……，就是萬一一個社會事件就會讓這個往前進的力量又往後退，所以我覺得汙名的這件事情需要大家一直在線上，那一直在線上的這件事情我就會期許我自己是那個種子之一。」參與是一種現身，也是一種發聲，甚至在同儕支持中光是營造安全分享

的氛圍，對於飽受污名之苦的家屬們來說，在安全的環境中訴說本身就是抵抗、
污名的重要行動：

所謂的同儕支持這一塊，我覺得有時候是，不見得是每個人都願意這麼
做的，這個當中我覺得可能跟這個精神疾病污名……（S4：對，對），
被污名化了，是有蠻大的影響。像我這樣子連續這幾年下來，我觀察到
的，願意再融入到我們協會來，甚至說，變成我們的種子老師（也很困
難）……。那這幾年當中，……我分享（經驗）出來，然後大家……在
這個氛圍裡面也有感受到說，對耶，其實精神疾病沒有什麼（S4：對
啊），沒有什麼不可告人的地方。（S5）



第三節、組織經營層次分析

前兩節整理同儕支持者本身以及同儕與家屬社群的經驗觀點，本節將分析層次位移至組織經營與管理的面向，企圖從專業者與同儕間的互動，以及同儕支持者如何看待壯大同儕社群、培養同儕支持人力的困難，指出同儕支持者作為群我養成與擴展的意義與挑戰。



一、同儕培力中的專業者參與

不論是從同儕支持中逐漸自我成長，抑或是習得倡權的重要、找到抵抗污名的社群，同儕支持者在實作過程中並非單純浸泡其中就會自然地受到啟發，尤其是自我覺察，對於助人的素人來說經常仰賴他人的引導，因此上述的種種影響與改變，許多時候也是在專業者的支持與催化中發展，而在社福或家屬組織中提供服務或者實踐者，這種現象尤為明顯。

例如為自己加碼的操練，經常是在大量的對話中發生，S7 就認為自身的成長經常是來自與專業者與同儕者間互動而形成的：

我覺得我到專線來成長很多，就是我覺得這個部分的幫助是很大的，但是也是前提是說專線的工作人員的出發點不是專業凌駕經驗，所以我在這裡我的體驗是，我其實我覺得我成長很多，而且是舒服的、很療癒的在成長，然後在接線的過程中再去配合督導們的回饋，這些其實都會再回應到我的生活態度裡，那這個對我的幫助其實是很全面的，所以他對我來講比較是一個透過服務的形式幫助自己的過程。

從自我覺察的習慣培養、自我成長的積累養成，經常是透過「督導們」，也就是經過助人專業訓練的工作者提供。而針對精神疾病的知識、同儕團體帶領的焦點，也經常是督導給予同儕支持者的重要分享，S8 即指出自己在帶領家



連家的過程中，有些帶領上的轉變是來自於督導：「我覺得轉變是因為那個督導，就是會後會的督導他會給意見，……，我是從他們那邊給我的想法，我從那邊去調整，……，所以他們的督導對我來講幫助很大，就是（例如）他會說我剛剛在分享當中我分享自己太多，因為家連家課程除了教育以外，另外一個主軸精神就是要讓家屬覺得他也可以，不是只有自己不是、只有講師可以，大家都有那個力量。」在這種專業並非凌駕經驗，反而更提醒同儕重視家屬的力量的對話之中，同儕支持者與專業者可以說是相輔相成。

另一方面，建立宏觀視野的其中一個面向就是重視家屬本身的照護知識。例如，S1 提到自己剛開始帶領家連家時，常常感到「心虛」和自我懷疑。S1 第一次擔任 co-leader 時，配合了一位資深的精神科社工主任，他生動地對研究者說：「你知道那個壓力有多大！」，然而，隨著時間推移，S1 逐漸對分享自己的生命經驗產生了自信。即使他沒有經過學院的正式訓練，他仍然感受到自己的經驗是有價值的，這很大程度上是因為當時康盟的社工對他說：「阿姨就是家屬講妳的事情就好了，妳不用那麼擔心。」經過專業者的認可與提醒，S1 也開始相信自身的生命經驗本身就深具價值。

S8 也有類似的自信培養過程，不僅僅是內化專業者的鼓勵而產生的個體信心，更多的是在反覆的對話與提醒中，強化及內化同儕的價值與照顧知識作為一種另類的平行專業：

每一個精神疾病患者他的生病歷程都不一樣，所以每個人都是獨特的經驗，那你這個就沒辦法類比，既然沒有辦法類比，我們的照顧經驗都是獨特的經驗，這個獨特經驗其實就是一種專業，因為我拿我的案例或我拿我的方法，別人不見得適用，然後他不適用不代表失敗，他只是應該再換個方法，然後這個方法，他可能一直要一直不斷的去聽各種方



法，或是一直不斷的調整，那他在調整的過程這是一種專業，社工跟總幹事就一直在告訴我，這是一種專業，為什麼，因為你願意去試試看，這個精神就很可佩，然後第二個就是你把它拿來試，你會觀察，然後你會去，你也許沒有記錄，但是你會觀察，這個方法不 OK，那個方法才 OK，然後什麼時間 OK，什麼時間不 OK，那這個就是一種科學，然後這就是一種專業啊，那這個專業醫生怎麼會懂，醫生不會懂，護理師也不會懂，社工也不會懂，只有家屬懂，我說喔原來是這樣，他就一直強化、一直強化，然後要我把這個強化，自我內化的過程去告訴家屬。

(S8)

這些過程都不僅是同儕支持者單純自我反芻思考而得，更可見得專業者在同儕支持者與社群的培力上所佔的關鍵位置。

二、人力培養的困難

由上節可知，同儕支持者的動機可能源於公共性的視野，也因為面向集體社群而參與社會服務、發聲現身，並在同儕支持的實作過程中累積了抵抗污名的經驗。這些行動所帶來的能量與培力，對於同儕支持的實踐者來說，是珍貴的成長經驗。然而，矛盾的是，污名同時也是阻礙同儕支持社群壯大的主要困難來源。

部分參與者帶著與污名搏鬥的意識進入同儕支持，剩餘的參與者則是在支持實作中受到啟發，不論其動機如何，這些參與者都在同儕支持中推動了社群與自我的去污名化。儘管如此，進入同儕支持實作的門檻卻令人遺憾地高，S1面對人力培養的挑戰，曾挖苦地分享了自己與衛福部的互動：

這個種子老師的培訓有多不容易，……，所以你看衛福部，我在寫方案的時候呢，衛福部要我呢，一年一梯次 15 個人，第二年就要……兩個協同領導產生，那簡直就是，就是要卡你預算嘛，媽的老娘就不寫了啦，對啊我每一次都在講這個，……，你以為每個人，都可以當老師啊，每班教出來那麼多學生，你為什麼不叫每個人去當老師咧，他要叫我們家屬 15 個人裡面要出來兩個老師，你是在講啥物瘤話（講什麼瘋話）。

從 S1 的分享中，可見將接受服務者（學員）轉變為同儕支持者（種子老師）的轉換率相當低的困境，而這背後的原因與污名高度相關。儘管從前節可看出，成為同儕支持者本身就是污名抵抗的起點，但對於大部分家屬來說，投入的門檻被污名的高牆擋住，難以跨越。S5 作為家連家種子導師以及協會的工作者，營運家屬服務便有很深的感觸：「能不能持續說每一個人都能夠有那個意願，願意除了自己的家人、支持自己的家人之外，同時也能夠發揮……同儕支持……，我覺得有時候是，不見得是每個人都願意這麼做的，這個當中我覺得可能跟這個精神疾病污名（S4：對，對），被污名化了，是有蠻大的影響的，像我這樣子連續這幾年下來，我觀察到的，願意再融入到我們協會來，甚至說，變成我們的種子老師、種子導師的這一塊，也是到這一兩年才比較成熟一點。」。

污名對每個人的影響方式不同。對於參與者而言，污名或許並非加入同儕支持服務的最大阻力，但對於其他非實作者而言，可能是相當大的考量。例如 S8 便分享自己的手足很少提爸爸生病的事，因此深刻體會到精神疾病的自我污名對於家屬而言，不容易改變；S5 則表示，儘管自己的孩子也是精神疾病者，仍不敢與丈夫分享太多服務的細節，甚至需要淡化服務的風險以減少丈夫的擔

憂，才能繼續投入服務。可見，即使身處同一家庭，家人的不支持或自身能量有限，都使得要家屬跨越污名高牆投入同儕支持難如登天。

此外，對社群產生想像也並非理所當然。S7 指出，許多家屬在日常生活中難以接觸到與自己類似的人，因為照顧者群體的能見度太低，要在沒有夥伴的情況下建立照顧者認同更是難上加難，因此要能讓同儕社群茁壯，需要更有意識的思考群我的模式。讓家屬或者「同儕工作的群先長起來」（S7），經營社群、提高家屬的能見度，而後才有可能在更多接觸的基礎上培養家屬成為同儕工作者。

同時，如同第四章所提的「穿越作為穩定條件」，參與者也認為若是病者的情況不穩定使得照顧者分身乏術、難以「穿越」時，照顧者即使有意願，也會很難有力氣去抗衡照顧的壓力。例如 S7 認為當家庭狀況穩定，亦或者家屬的動力非常強，才較有可能出來投身同儕支持，因此如 S8 所說的：「家屬同儕這件事情，我覺得還有一段距離，可是那個距離要做的事情，我會覺得那個階段第一階段是家屬的教育，就是家屬的教育，然後家屬的成長課程。」也就是先讓家屬穩定家庭與自我後，才有充足的條件現身與參與，在此基礎上，社群才有可能茁壯，讓行動者看見群我，而非困於照顧的困難中難以抽身。

第六章 低度語言化的生活專業：同儕性與專業化

本章嘗試論述精神疾病家屬的照護敘事如何作為一種當代的經驗知識，在精神衛生系統中扮演重要的角色。第一節先從肉搏的照顧作為一種資產，點出家屬同儕現身的意義以及精神疾病照護作為一種日常的學問，如何「佔領專業的剩餘地帶」。第二節進到家屬同儕支持的專業建制發展，統合參與者的專業建制立場，提出未來家屬同儕制度發展的可能性。第三節以平行的專業說明家屬同儕與專業助人的差異、在系統中的補充性位置，以及同儕社群內部可能產生的偏誤。

第一節、以肉拼搏的經驗專家

一、不只是受苦：現身的意義

家屬同儕支持的方法與哲學觀體現了平等與故事交換的精神，然而，即使不考慮具體的實作方法，同儕支持本身對於家屬來說即具有深遠的意義，這可以從 S2 的分享中看出：

為什麼要讓家屬來接電話，我覺得一個差別是，我可以讓來電者看到，我們不是只是受苦而已。因為確實在我接線的過程當中，有幾位家屬他們會提到說：「你還可以這樣子出來做服務，好像我也可以，我如果，就是孩子穩定了，或者是怎麼樣的情況下，我好像我也可以貢獻我自己這份力量。」我覺得……如果是非家屬的人接線，大概不會有這種效果……（R：聽您這樣講，……，所以聽起來您其實覺得，有時候不一定是同儕支持有什麼樣經驗分享的方法，而是光是你接電話這件事情本身，……，光是他知道你是家屬，然後你出來助人，這件事本身可能對於來電者來說就有一個意義）對，我覺得是這樣子，因為確實接線的過

程中，有接收到這樣子的訊息不只一次，然後甚至也有一個家屬是說，他也希望他自己可以走上這條路。（S2）

S2「不只是受苦」的表達，在訪談現場帶給研究者巨大的震撼。光是家屬同儕的現身本身就會為彼此帶來嶄新的可能，S2所提的示範效果，可以為來訪者打開一扇窗，有超越自己困境的不同看見，而這樣的接觸經驗，對於彼此帶來強大的力量。如同S7所說：「（面對）過去很汙名而且很孤立的狀態，光是可以跟同儕講到話，本身其實都是很有力量的，……所以為什麼堅持家屬服務家屬，我不能幫別人代言，可是我自己覺得這個堅持是非常有意義的。」如此回應污名與孤立的支持現場，帶來的力量是藉由彼此的現身，而非專業者的「培力」，「大家……在這個氛圍裡面感受到說，其實精神疾病沒有……什麼不可告人的地方。」（S5），「不只是受苦」所帶來的希望感、示範效果、去污名意涵，對於同儕支持的雙方而言都深具意義。

家屬與照顧者們超越苦痛的力量，在研究者與其他家屬交流時也可感受到，有一位參與活泉手足聚會的家屬曾如此講道：「我們因為相似所以在這裡相逢，希望有一天我們可以從受助者成為穿越迷霧、到達彼岸的助人者。」助人的力量始終來自於每個同儕者自身，他們從苦難中移動至他人的故事面前，反映了位處邊緣與逆境中，這群照護者們的復原力，透過轉化自身的痛苦經驗成助人的能量，這群同儕支持者們受著苦，但也不只是受苦。

二、專業的剩餘地帶：日常的學問

家屬同儕與專業工作者，舉凡精神科醫師、心理師與社工等心理從業人員，最大的差異可以說是「視角上的不同」（S3）、「角度的不一樣」，以及「談論」焦點的區別（S5）。參與者們實際指出自己經驗的分享，與門診中、





諮詢室內關注的焦點有許多差異。包含許多家屬關注的、深受困擾的陪病問題，醫師可能不一定會直接回應，而是傾向回到精神疾病的治療與醫療專業，尤以藥物為重。例如 S5 如此表示：

專業比如說醫師……所講的，跟我們家屬自己做的分享，是不一樣的境界。……，很多我們自己可以去聊的，包括家庭這一塊、包括子女……教養這一塊，我們都可以聊，但是你不可能去跟醫師談到那麼私密的事情，……，他也是就醫療那一塊……去跟你解惑而已。……就算他（兒子）告訴我他的那些（幻視）狀態，其實我也不懂，……，因為醫生也不會去教你怎麼去認識那個精神狀態，醫生只是告訴你說，這個（藥）是好讓他吃了情緒會穩定一點。

很多時候家屬不一定理解醫療的語言，S1 便說道：「醫生在那邊講，講了一大堆天花亂墜，這全部都是學術理論，聽不懂，『（但）那說的跟我們家的不一樣。』」從中可以看出家屬會期待求助時對照自身家庭的陪病經驗，但醫療的「學術理論」與他們的照護現場距離太遠，這些常民的生活現場所衍生的經驗知識，便是家屬同儕的戰場，這也是家屬社群在談的「過日子的智慧」。

「照顧是門專業」的概念反覆地在不同參與者的分享中出現，在社群的覆述中，從單薄的宣稱，到實際例子的佐證，這個主張漸漸茁壯。首先，照顧是門廣泛的專業，因為照顧的基礎在於日常生活，而生活包山包海：「精神照顧……其實會碰到的問題很多，……他的生活能力、就業、照顧，然後他的財務的安排，其實它是一個很廣泛的東西。」（S9），這些生活與照護的「眉角」，可以從兩位參與者分享的故事中理解：

比如說……我帶我妹妹，……如果他不去看病的時候，我可以拍下來（手機拍照或錄影，方便醫師了解）或怎麼樣，這個東西就是家屬在這

個共鳴感他會比較大，……，他們（非家屬）沒有辦法在照顧的經驗上面提供一些（見解）……。……然後包括你去看醫生你要有技巧，……，我覺得那個是要跟醫生談，你必須要跟他…我以前去跟醫生談我是必須要把我的問題整個都想好，然後我知道醫生時間可能給我五分鐘或不到十分鐘，那我可以問什麼問題，……，我必須要去整個想好去找醫生。（S9）

或者甚至怎麼使用（藥物），你就像……就像滴藥，醫生可能他的想法很簡單，你就加進去給他吃就好，問題是怎麼加不被他發現，然後還可以讓他每次都吃到，這個是要有方法的，然後有多少個家屬，他會真的自己去試藥，像我自己我就是去試過，我不試，我怎麼知道我要加在什麼東西裡面，他才不會吃出來，我覺得這個醫生不會跟你講到這麼細的，然後他們都跟你說那個滴藥無色無味啊，才怪！無色是，（但）那根本都還有藥味，甚至苦味都有，那個根本不是你說的無色無味。所以像我之前……就有接到一通電話，那個來電者說後來用滴藥，然後他們就是加在一杯水裡面，我一聽我就冷汗直流，因為那個水是壓不過那個藥味的，所以……他也不曉得到底孩子吃了多少，有沒有吃到，然後孩子後來自己還問他說這水怎麼怪怪的。……還有一些照顧上的技巧啊，或者是相處上的方式啊，我覺得這都不是專業可以提供的。（S2）

不論是照顧的技巧，舉凡如何協助家人進入醫療、得到藥物或心理治療的支持，跟醫護人員互動、與資源系統交手，甚至到日常生活中如何協調家務分工、陪伴病者在生活中練習與復健，種種的技術都來自於常民經驗。同時也是資深護理從業人員的 S2，也直接點明了家屬跟專業的差別在於：「家屬是 24

小時觀察生病的家人，醫生不是、護理人員也不是，所以他們看到的面向是片段的、是比較不那麼全面性的。……你說藥物，它的副作用也是經由統計出來的。」，S2 進一步分享其他家屬的經驗，該家屬的家人服用特定藥物後有某種不適反應，然而醫生表示根據他的了解這樣的副作用並不可能，該位家屬卻反覆地試驗，在生活中陪家人做了類似控制實驗的評估，發現確實「只要吃到它就有、不吃就沒有」，然而若沒有這樣的嘗試經驗，亦或者沒有聽聞這樣的情形，家屬可能不會往副作用方向去想，進而有機會調整藥物治療的方式。

其次，從前章節引用 S8 的分享可知，每個人的生病歷程都不同，自然每個照顧經驗也都相當獨特，無法直接類比，而這個分享經驗、他人採用、因不完全適用進而調整的過程，本身就是專業，這也是同儕支持故事交換的特殊之處，因為「這些歷程是專業人員沒有的」（S5），而「經驗的分享跟交流」（S7）更是難以在其他精神醫療或助人專業中取得的，這種從家屬的角度提供的方法以及照顧的方法本身即是難以取代的。

其中一位參與者如是說道：「不是專業人員才是專業……如果你是專業取向、證照取向的思維的話，你真的完全不會去體認，而且完全沒有辦法去接受說家屬有專業、具有專業知識這件事情。」（S5）。從參與者的態度中可以反思，家屬同儕的存在本身對於當前被廣泛推崇、看似理想的專業主義提出了一個重要的提醒，也在精神照護系統中提供了重新定義「專業」的契機。然而，在這個解構與再定義的過程中，勢必會面臨許多挑戰。

這些挑戰可能來自於衛政資源的把持者，例如，S5 提到：「衛生局長官講的話我覺得還蠻失望的：『要帶這個團體其實也可以由專業來帶，不一定是由家屬來帶，那家屬沒有受過這個專業訓練，這個過程這樣子喔真的可以幫助到

彼此嗎？』我印象裡面他講的大概就是這樣子內容。」反映了官方對於家屬同儕支持的質疑，認為家屬缺乏專業背景，因此不適合帶領團體。

此外，挑戰也可能來自於具有不同專業背景的來訪者或學員。例如，S8 描述了面對這些挑戰時的情景：「當然我也有被挑戰，就是裡面有律師，他自己……曾經是赫赫有名的律師，……，（或者）他也是護理師、他曾經是醫生、他可能是一個企業家，但他小孩生病了，或是他手足生病了，然後他也不知道怎麼辦，……，他們在現場質疑我們的時候，其實那個質疑有時候是直衝著我們帶領者，有時候是直衝著這個課程。」這些來自不同專業領域的質疑，不僅對帶領者構成了挑戰，也直接針對了家屬同儕支持的有效性。這些質疑並不容易回應，S3 清楚地點出了宣稱照顧經驗作為一種專業的困難：

心理師所見到的是在諮商室裡的個案所表現的和敘說的……陪伴者所見到的，則是在日常生活長期相處累積的細小體會，……這些從日常生活中見到的，可能跟睡覺有關、跟出門有關、跟吃飯有關，這些很草根的，一些有關的陪伴上的事情，……，從這些日常細微處建立的對於受苦者的理解，這是陪伴者的專業所在，也是他們跟其他陪伴者分享時可以著重的經驗內容，因為我們都是在日常生活中在執行陪伴的事情，我們的專業就在於日常生活。……我們需要去讓日常生活的這些……實際上也是一種專業，但目前並沒有語言去指涉這些行動，能夠被語言去描述，所以要有很好的一套語言去說明……這個情緒困擾的支持……、生活中的內涵到底是什麼，……，這些內涵反過來定義了陪伴者的專業所在，那也定義了陪伴者跟陪伴者之間值得交流的那個專業支持所在，那也鑑別了他們跟其他專業的不同。但現在日常陪伴經驗還很難稱為一個專業，因為日常生活中進行的事情還是低度語言化的，大家還看不見陪

伴到底包含了什麼，好像這個過程就只是專業治療的剩餘地帶、兩次回診之間的事情，它還沒有經過專業化、沒有形成自主性、沒有被認可為一個有著具體效力和可以學習的技能。所以我覺得，這可能是未來可以推進的部分。（S3）

因為日常生活的論述與經驗低度語言化，同儕在支持過程中所高度運用的照護知識看似是「專業治療的剩餘地帶」（S3），然而實際上並非如此。引用S3的分享可知：「從專業者的角度來看，會覺得你不行，你根本沒有受過專業訓練。但其實，從非專業者的視角來看，同樣也可以看到專業者的盲點，……，我們需要一個更強烈的、而且可能不是來自專業社群內部的反省，而是來自外在文化的一個攻勢，去凸顯出專業社群的問題，以及去談論草根陪伴者的經驗的重要性和不可替代性。」這些以肉身拼搏出的照護與陪伴知識，「課本裡面不會有、教材裡面也不會有、書本裡面也不會有，那這種東西就是我們存在的必要，這也是我們可貴的地方。」（S8），同儕支持的意義與照護知識的價值可以作為一種文化性的運動，挑戰既有專業的盲點。而除了積累論述、找到語言以外，同儕支持者若要主張常民專家的論述，需要社群先對於自己異於專業者的「專業」有意識：

我覺得做同儕支持一個很重要的點，是你能夠覺察到前面所講的，你跟專業者其實有所不同，那當你能夠覺察到不同的時候，你就有更多的立場去覺得我是有價值的、我做這個事情是有意義的，因為我所做的事，是這些專業者不見得有辦法取代的事情。那我相信，一些陪伴者他之所以會產生困難，是因為他覺得他就是一個比較沒受過訓練的諮商師、業餘的精神科醫生，他什麼都做不好，這種低自我效能感，就會影響到他對於陪伴是否值得繼續下去的看法。所以同樣的道理，陪伴者的

陪伴者也會有一樣的問題，就是當他覺得說，是不是陪伴者就直接去找諮詢師就好了，陪伴者自己去接受諮詢，這樣不就解決了，他需要我嗎？他就容易看不到自己所能夠給出的價值，而沒有動力去成為陪伴者的陪伴者……所以，能夠瞭解到說作為非專業者仍能提供什麼有價值的經驗，對於陪伴的動機是有影響的。（S3）



第二節、專業建制立場



在訪談階段，研究者提問參與者個人對於家屬同儕支持的「專業化」立場，卻發現「專業」一詞經常性地在對談中被混用。如前節所述，所有參與者對照護知識的價值有著一致的共識，並同意作為經驗專家，「照護是門專業」這一觀點是無可置疑的。然而，當討論轉向本研究的其中一個核心問題——同儕支持的專業化（professionalization）以及相關制度建置的制度化（institutionalization）時，卻難以獲得同樣明確的一致意見。專業化議題目前在社群內部並未被高度意識與討論，因此在對話中釐清參與者的態度並選擇適當的詞彙本身就是一項挑戰。從 S7 的分享中或許可以略窺一二：

（R 說明文獻中整理的三種專業化路線：專業建制、有訓練的半專業、反建制的草根。）

S7：……你剛談的這個東西，它甚至我們這些人不一定會意識到這件事情，然後就算他隱隱約約意識到了，他不會，我們不一定會把問題意識化，就是不會發現說它其實是需要去深入的點，然後這樣聽哎呀國外就已經有研究，然後就是因為我覺得，再來講這件事情應該是要當事人要趕快先發現到的，可是我覺得家屬同儕不一定會發現，……。

R：……想做這個題目也是，……，就是這些事情其實其他地方已經在思考了，那並不是說我們還沒思考，而是也許我們的運動……

S7：沒有，真的是還沒有思考。

本節將先從多數參與者對於專業化方向的傾向——半專業談起。在進到這樣的傾向可能反映的現象——「組織的馴化」，以呈現 9 位受訪者的專業化偏好立場。最後以各種專業化可能共存的發展收結本節。



一、揉合專業助人元素與肉搏知識的半專業傾向

多數參與者認為，同儕支持雖然重視家屬經驗與照顧知識，但仍需經過「特定的基礎訓練」，其原因有四：避免傷害、減少心虛、不離譜，與透過受訓進行「篩選」。

首先，「避免傷害」是從助人者的立場出發，希望能避免對來訪者造成傷害。S7 坦言，即使自己已經受過訓練，在過程中仍可能會對服務對象造成傷害，更何況若未經過訓練，這樣的服務可能會變成帶刺或有毒的「支持」。不僅如此，「避免傷害」的訓練也可能是為了避免「傷己」，S7 認為面對助人的情境，助人者能量要夠、方法也要對，不然傷人或傷己，都不是理想的結果，因此即使自己對於「經驗」的評價比社會一般人平均還更高，他仍然認為受部分專業訓練是必要的。同樣地，S9 也認為，即使作為家屬，如果沒有任何培訓，可能會習慣性地把「社會面的東西帶進來」，結果反而可能是在「在同溫層取暖，或者是互相傷害」，而這都違背了家屬同儕支持的初衷。因此，基礎的助人技巧與倫理對於同儕支持者來說是必備的知識。

其次，傳遞「正確的知識」對於部分參與者而言也是重要的。S1 便表示，自己因為在助人路上做中學、學中做，同時經過基本訓練的他，能「確保自己講出去的話基本上不離譜」。S1 作為在家連家課程實作同儕支持者，更容易在意或表達對於理想的「精神疾病教育」的立場，這樣的「不離譜」、「正確」的語言，相比於其他實踐者，家連家的種子導師更傾向有對於表達的立場的評價，研究者認為這與家連家課程的支持本質是傳遞精神健康資訊有關，在課程的價值體系下的行動者，更傾向認為要經過訓練得到正確的知識。

第三，除了單純的知識、倫理與技巧，受訓有時候也是累積底氣的過程。S1 分享自己第一次帶家連家課程時感受到心虛，對自己沒有自信，會不斷問自

己「我這樣子講對不對？」，也因此訓練對於同儕支持者來說，除了裝備武器，也會帶來一種「我現在具有武器」的踏實感。

最後，這個訓練過程，有時候也是篩選的過程。這裡的篩選不僅是能力條件上的，若同儕支持者是隸屬於特定團體或組織，那這更多是透過訓練的過程中確認同儕支持者的觀念與所屬組織間的磨合，例如 S4 是這樣說道：

為什麼家連家他要從家屬當中去……你要觀察員，然後再去當那個種子老師、然後帶領課程，我覺得這個過程是很重要的，因為我們也曾經有家屬，在這個過程當中我們發現那個觀念差別很大，因為他就是他自己就從那個課程當中，他就是沒辦法接受用藥的部分了，他後面怎麼去帶這一些家屬，所以後來也是慢慢的大家就是（S5：漸行漸遠啦），可是我覺得這個是很重要的，……，你需要經過這些的訓練，然後你才能慢慢把這個觀念去帶領給其他的家屬，……，可是如果說在這個當中有一些他已經沒辦法了，我覺得也不需要勉強，因為他就是他自己就沒辦法接受。（S4）

這些「基礎訓練」的內涵，包含「基本的助人技巧」（S1），以及「怎麼去適當的回應、去接到對方的情緒」（S2），對於參與者來說，學習對話與理解情緒，此類的回應技巧、語言使用、情緒同理的觀念，比精神疾病的知識或資源地圖更為重要。當然，這些訓練也並不限於「職前訓」，持續性的督導與會報，對於同儕支持者的服務品質、自我照顧與認識也都有必要性：「我們就一天到晚就被人家督啊，……，因為我有那樣子的一個過程，所以我們也很快的會認知到我們哪些部分需要調整。」（S1）可見對於大部分參與者來說，素樸的助人並非理想狀態，在學習中納入助人專業的邏輯是相當理所當然的。





值得注意的是，部分參與者在聽到「專業化」一詞時，第一時間的理解更像是「向既存或既有的助人專業靠攏」的專業化¹，特別是心理師、社工等助人專業。S1 便對此表達自己不傾向「專業化」的原因：「你只要是一個專業者或一個高度，我不能說這是錯的，……你們專業的工作者……偶爾都會講出那個，他的思維邏輯，就是用那個社工的邏輯在跟你說話，所以他們講的都是官話。」參與者認為官話與市井小民的白話相距甚遠，同儕作為市井小民，與來訪的家屬沒有距離，而因專業關係而產生的距離與同儕支持的本意不同。如同 S7 所提的異化概念，雖然 S1 並未使用這樣的詞彙，但 S1 也如此說道：「你到了專業化了以後你就是開始講官話，……，然後你的所有的思維模式都是按照那樣子的一個理論系統，就是已經完全跳脫到我是……專業助人者的那個角度去看事情，那個邏輯判斷的時候你會其實帶著一點點教育跟指責。」可見 S1 認為，同儕支持者的訓練並不是要成為心理師或社工，也因此認為自己並不傾向（向既存助人專業靠攏的）專業化。

從以上分享可見，同儕者自身有時會有矛盾的立場，一方面既認為照護知識是門專業，另一方面又希望可以學習「更理想」的對話方式，與此同時又會擔心同儕走向成為專業心理師／社工的方向。這個動態的協商，有時候是來自於同儕支持者自身的思索，有時來自社群內對話的素材。例如 S5 便主張，自己並不反對家屬充實與學習專業知識，但是在同儕支持的現場中，家屬如何看待抽掉專業知識框架後，自己在團體中的「角色」，對於家屬本身的經驗，以及同儕團體的互動，可能有其意義，可見 S5 認為同儕支持重視家屬自身外於訓練的經驗。相反地，S6 主張引入特定的團體討論框架、重視個人生命經驗的原則，可能更有利於同儕在團體中的發展，這種團體的集體意識，包含對於界線

¹ 感謝 2024 活泉專線倡議小組夥伴的提醒

的彈性、看見個人行動背後的脈絡與歷程，積極地傾聽與理解彼此、營造安全的空間，反而這種助人者的自我覺察、團體框架設定、社群文化的營造，這類型的專業訓練進入，更可以有意識地保留家屬經驗與主體性：



會影響到整個組織的決策（R：以你的，至少以專線的經驗來說，就算我們要有訓練、要有專業來參與，也可能是以家屬主體、家屬經驗出發的同儕支持？）對，我覺得甚至還可以很好的保留這個部分，……。但專業嘛，專業感覺就是講話比較有分量，專業感覺是比較好、比較明亮，然後有時候比較能夠拿到錢，……例如說，……共識營的時候，OO會想要提醒大家「經驗是重要的」，也有可能是因為在那樣的氛圍之下大家會越來越往怎麼樣讓我們更專業去討論，然後需要有一個人去提醒大家，所以他才會提出來，……，我在後面一直點頭如搗蒜，「你完全講中我想要講的東西」，可是我剛剛講不出這樣的分別。（S6）

由此可見，吸納專業助人的技術與學問益處，但又保持肉搏知識的價值與精神，便是同儕支持者彼此間以及在組織、社群內不斷透過對話動態的協商過程。而這個路線的選擇，經常是需要社群與行動者保持意識，這樣「揉合專業助人元素與肉搏知識的半專業傾向」的挑戰便是不斷尋求平衡的過程，S7 也指出：「我覺得一方面當我們異化了的時候，也要去反省、檢討一下，然後二方面是好用的要拿來用，因為過去（專業）的這些經驗累積，為什麼學術的累積論文要發表，其實就是要促進整體的進步嘛……所以我覺得就是合用的用，大概是這樣子。」這種平衡需要不斷試錯、共同尋求答案，如同第四章所述，面對專業訓練帶來的異化，社群要保持彈性、共同討論，這樣的動態調整能確保不會因為專業助人者而失去家屬同儕的本質；同時，對於同儕支持與照護經驗的認同，經常在參與與實作中不斷循環與再強化，也使得肯認肉搏知識與具

備同儕支持意識的家屬群體高度重疊。當然，也有選擇越趨專業而屏棄肉搏知識與同儕服務的家屬，然而這群家屬自然不會高度參與同儕支持服務中，漸漸成為前述所提的具備家屬身份與照顧經驗的專業者，而離開本研究的討論範圍。



二、趨向馴化的同儕支持

在這 9 位參與者中，有 7 位明確表達認為同儕支持應該需要訓練，其中 6 位也表明自己對於「草根」支持的擔憂或不偏好，多數參與者以較為負向的感受描述其對於未經訓練的家屬支持的想像：包含是「聚在一起吐苦水」（S1/S5）、「沒有主題性」（S6/S8）、「聊八卦、只是閒聊」（S6）、「沒有核心思想體」（S4）……等。當然，沒有專業訓練亦或者專業工作者介入的草根路線，究竟是否真的是「沒有主題的閒聊」，必須回到各個實作現場去理解，然而從這幾位受訪者的態度與經驗中可以看見，其對於草根路線的想像或理解都相對消極。

研究者嘗試將 9 位受訪者的歷程與行動的場域納入分析與比較，如下方表二所示，可見多數參與者的傾向集中在中間，也就是上段所述之揉合專業訓練與肉搏知識的半專業傾向；相比之下，參與草根家屬組織多年的 S2，與從靈修的接觸中重視常民經驗的 S7 之立場則視支持形式與條件，支持採取草根或半專業發展；而習慣以結構視角回答問題、受過社會科學訓練的 S3 則是認為三者可共存。主張可共存的 S3 將於下段說明，而 S2 與 S7 儘管也認為有意識運行的草根支持有其價值，然而兩位參與者也認同受訓的益處，更遑論另外六位參與者幾乎一面倒的認為要往半專業方向發展。

表二 參與者專業化偏好



	偏向純互助的草根	混合專業知識的半專業訓練	朝向同儕專業化建制
S1		V	
S2	V (視支持形式與條件)		
S3	V	V	V
S4		V	(V)
S5		V	(V)
S6		V	
S7	V (視支持形式與條件)		
S8		V	
S9		V	

研究者自繪

從背景來看，除了 S3 以外，其餘八位參與者都隸屬於特定組織、服務與特定框架之中，據了解，各組織也都有其培訓與執行服務的規劃，研究者認為有幾點值得討論：

首先，是否要納入專業助人元素，認為同儕是否要訓練的半專業傾向是行動者的「選擇」，而非家屬或同儕社群必然的路途，這樣的選擇並非中性，選擇反映的是其對於專業想像的世界觀。半專業傾向的選擇，可以說是自我篩選的結果，也是因為參與此研究的參與者多隸屬於特定社福組織，顯示了倖存者偏差的現象：多數進入組織實作同儕支持的行動者，在前期已清楚需經過培訓，因此是在知情的前提下參與；同時也因長期浸泡在與助人專業合作的環境中，經常接觸心理與社工背景知識、助人技巧，若組織內部沒有再三強調肉搏



知識的重要意識，在潛移默化中越趨半專業，甚或是往朝向專業助人發展的路便是相當自然的，如同本對專業化發展沒有想法的 S1，在多年來的組織實作中，漸認為應該要朝向半專業。因此同儕支持者從決定投身、接受培訓，到持續實作，都是不斷地在專業化傾向做出選擇，而不認同組織內同儕支持「標準」者，自然會離開組織所在的社群，而這群人也是本研究較少接觸的。

再者，社福組織因為責信（accountability）問題，經常需要做服務的風險管控，以及會與同儕支持者討論倫理問題，曾有家屬夥伴表示，進到組織服務後覺得自己有「資訊上的責任」，因此不僅是提供自身真實的主觀經驗，會開始思考更多，也會漸漸進入專業助人的模式思考，而非單純分享自己。研究者將此屬性命名為「組織的馴化²特性」，此馴化概念並非在於引用野生動物馴化的受人控制元素，而是指出野生的家屬與照護經驗，如何在機構與組織的框架內，與專業助人者的互動與知識融合，逐漸離開野生的位置，而發展出新的知識體系與世界觀的過程。相比在私人生活中實作或是草根的家屬聚會，在機構或組織中實作者，更傾向認為同儕支持需要經營與設定框架，如 S6 所述：「把一群好像有一樣的經驗的人丟在一起，他們就會自動成為同儕、相互支持，我覺得不會欸。」經過篩選、馴化後的同儕支持，對於相對具有「野性」的草根，容易出現擔憂或是不偏好的傾向，認為草根的支持有其侷限：

(R：所以如果兩個家屬放在一起，你覺得他們同儕支持是不會自然而然發生的？) 當然還是會有，情感的支持的、經驗的交流啊，或是我們去上課聽到的一些案例的分享啊，這都可以是一個支持他的一個媒介嘛，但是會覺得如果我希望影響更多人，可能某些專業的東西還是要有啦，……，比如回歸到家庭，……，每個人角色互相牽動的那個影

² 感謝邱照曼提供概念化建議。

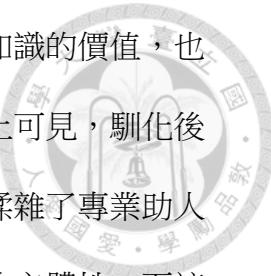
響，……那個家庭動力是怎麼影響的這件事情，如果家屬同儕都有這樣子的概念，也上過這樣的課，我會覺得他們在支持家屬或是支持這個當事者，會更客觀的角度來看待。（S8）



最後，這種馴化的詮釋，也部分考量了參與者們實作的同儕支持中的知識管理現象，不論是在隸屬於基金會或協會的兩支專線中實作，亦或者主體為家屬的家連家協會，督導同儕支持者的人多半仍是專業助人者，亦或者是受過專業助人訓練的家屬，而參與者們普遍對於督導提供的幫助抱持正面看法，例如 S1 也提到：「上課完了以後開會後會，然後呢，督導給你講幾句，聽起來有點受傷，可是呢也要承認（有道理）啊，對不對。」吸納督導的建議、專業的觀點，對於 S1 來說是相對理所當然的，而 S8 也這樣說道：

會後會的督導他會給意見，……，我是從那邊北縣康劉麗茹跟謝詩華，對，我是從他們那邊給我的想法，我從那邊去調整，謝詩華那時候是我帶家連家的一開始的督導，他後來督導又有又熙，對所以他們的督導對我來講幫助很大，就是他會說我剛剛在分享當中我分享自己太多，因為家連家課程除了教育以外，另外一個主軸精神就是要讓家屬覺得他也可以，不是只有自己不是、只有講師可以，大家都有那個力量。

如前一章所提，同儕培力中的專業者參與度高，而同儕工作者作為在有專家迷思的社會文化中生長的一員，自己也可能會對於自身的能力感到懷疑，S6 說道：「不過……專業嘛，專業感覺就是講話比較有分量，專業感覺是比較好、比較明亮，然後有時候比較能夠拿到錢，……家屬可能甚至會有一點覺得自己……不夠專業，有的時候其實我也會這樣子懷疑我自己，就是像我那樣……去分享自己的經驗，誰都可以來分享自己的經驗啊，這樣的感覺，說實在話，我自己在有的時候也會批判自己這樣的接線模式，偶爾也會。」甚至經



常是透過專業者的提醒，同儕支持者才意識與再確立自身經驗知識的價值，也因此許多參與者會認為專業者的督導對自身來說深具意義。從上可見，馴化後的同儕支持，確實與野生的、草根的常民互助狀態不同，因為揉雜了專業助人元素以及同儕自身的肉搏知識，並不一定僅是侵害了家屬同儕的主體性。而這個看似衝突或矛盾的觀點協商過程，實際上沒有一個終點，至今都仍在對話中持續變化中。

三、專業場域核心、邊陲與外圍共存的分工

不同於從組織中取得實作經驗與能量的其他參與者，具有社會科學訓練的S3作為唯一一位不隸屬任何組織的實踐者，提出了認為專業建制、半專業化跟非專業化可並存的想像，他以心理療癒界的現象做了比喻：

至於說同儕支持是不是可以專業化，從我的角度來看，……我會覺得專業化明顯是有它的一些好處，但也有它的一些疑慮。我剛才聽你邊講的時候就會覺得說，這不衝突啊，就是我覺得專業化，半專業化、非專業化，可以同時發生。那同時發生其實也像現在的心理療癒場域，既有專業化的人士，例如心理師、精神科醫生、社工師、各種督導和大師，但也有半專業人士，例如自行學習許多諮商知識，甚至還在接受諮商教育，或者還在諮商實習階段尚未取得牌照的人士，……，又有些人，他可能是非專業的，例如身心靈界的許多老師，他們連證照都沒有，甚至會被一些專業界的人認為，你這是什麼妖術。但說到底，不管是專業化的、半專業的、非專業的療癒者的存在，都同時在提昇社會的療癒力不是嗎？所以我會覺得說，其實我們的目標是一樣的，不需要互相否定彼此，是可以在各自的崗位上一起努力的。（S3）

S3 指出這樣的並存是社會中自然發展的結果，S3 認為一個既有的專業化體系，本就會有在體系中高度專業化的人，信奉專業化的信條；當然也有在邊陲的人，可能想要走入專業社群內部但卻遇到挑戰；更會有一些非專業化社群內的人，會引用另一套論述去批判專業社群。這些不同場域位置的人，不論是靠近場域核心、邊陲抑或是外圍，行動者信奉的價值與行動邏輯都不同，而這是非常自然的。

而在參與者專業化偏好的表二中，相對在草根與半專業中間的 S2 認為，端看服務提供的形式，訓練的要求程度會隨之不同，以 S2 所待過的甘草園與伊甸活泉專線為例，他便認為缺乏視覺線索、可能單次性的以電話形式提供的專線應該要有受過基礎訓練，以防弄巧成拙；相對的，能夠面對面、以團體形式進行的家屬聚會如甘草園，因為有其他成員可以彼此補強，加上舊成員比例經常較高，風險性不如專線的一對一、無法見面的狀態來得高，因此後者維持草根的特性便是相對安全的選擇。S7 也認為若是帶有同儕意識的家屬聚集，在專業訓練要求便不是必要條件。從 S2 與 S7 的立場可見，訓練與專業建制發展應該因事制宜，這也呼應了 S3 的觀點，同時共存的多樣態專業建制發展路線，實際上更能回應不同需求，「而專業化、非專業化跟不專業化這三者彼此之間又是可以透明往來的」（S3）。如 S3 所示，同儕支持者可以同時參加非專業化的社群，但是又接受半專業化的訓練，然後同時又受到一個有專業化訓練的人陪伴自己，這三者之間並不衝突，可以同時發生，事實上 S2 與 S7 也正是如此，同時經驗與參與不同專業化程度的社群。

從上可見，在半專業與草根之間，參與者們有其偏好與想像，然而對於同儕支持的專業建制，例如專業化亦或者半專業方向的制度化細節，研究者嘗試在訪談中探索參與者這方面的態度，例如資深同儕支持者自己的檢核與訓練體

系，包含是否要有給、制度建立的人員配置、制度規劃、認證制度，各參與者卻難有共識。

以專業建制來說，有認為證照檢定沒必要的 S2 與 S9，兩者雖然都同意訓練的好處，但都認為證照與檢定「大可不必」，家屬沒有必要要取得同儕的證照資格才能實作同儕支持；S6 也認為不該發證照，但其立場是覺得家屬經驗差異大，完全無法想像如何有統一個檢定資格考，也認為有一套標準去限制同儕的做法沒辦法尊重個體經驗與歷程。與上述不同意認證制度不同，S4 與 S5 雖然並沒有直接列舉專業建制的細節，但兩位都指出由全國性學會來提供認證的好處，可以因應政策面的需求，例如申請經費時，可以回應專家學者的疑慮，顯現家屬同儕本身生命經驗的專業性；S3 也在分享中進一步說明由學會發行證照檢定的想像：

至於說同儕支持要怎樣專業化，我想在一開始的階段，可以有一小群的組織是在推動同儕支持的專業化、發行某種認證，……，可能是某些具有可信度的民間團體聯盟，甚至發展出某種公會，由他們去發認證，去檢定同儕支持者的知能。這有點像律師公會，……，律師公會對於整個律師界的內部規範力蠻大的，就算今天撤除國家的證照規定，光是律師公會的內規也挺有約束力。同儕支持的專業化，可以走向團體認證的模式，仰賴有公信力的團體來進行這種專業門檻的把關。……像現在，也有那種什麼生涯導師……Life Coach，也開始出現這種民間的認證，而不是政府發的執照，是這些所謂的 Life Coach 組織它們自己去發行，你通過我的課程培訓我就發給你認證，那這個認證的效力就取決於我這個組織的公信力。這其實就是在專業化早期階段會發生一些現象。所以我覺得同儕支持，之後也可以往這方面發展，就是可以開始發展一些有公信

力的團體，推展一些訓練和檢定來篩選出符合資格的人發給你認證，那有這樣的認證的人，他的同儕支持的知能就等於是組織和聯盟背書的，就是說你是一個夠格的同儕支持者，這樣的一張認證。我覺得發展這種認證機制，利大於弊。（S3）

以 S3 的舉例來說，學會提供的證照不具有法律上的排他性，也可以讓信奉專業化的市場機制感到安心，同時也避免了草根模式受到社會既定界線割裂的風險，若有強大統籌力量的學會組織營運，這類型的證照會更真正當性。

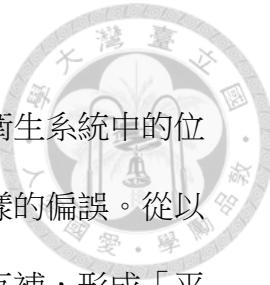
但不論是證照大可不必的立場，亦或者認為由學會提供認證有其好處，參與者們都並未舉出完整正式化同儕支持專業制度的主張。除了認證制度以外，制度的設計也是眾說紛紜。包含認為應該持續以志願服務形式提供即足夠的 S6，認為現行專線提供的志工福利已足夠，以現行市場供需來看，有給的同儕支持比較難想像；S3 也有類似態度，認為現行社會團體的資源條件不足，應該由使用者付費亦或者國家挹注，若以使用者付費，便可能會毀掉家屬同儕之間真誠性的關鍵，但若以國家提供支援，勢必需要解決冒牌者的問題，而這也綁定同儕支持者的資格審核，因此綜合來看，現行看來難以有穩定的財源，因此有給以現實條件來說難以達成。

然而也有參與者認為不論現實狀況如何，長遠來看應該要有給，S7 便認為這個方向對於長期的同儕支持發展與對於照護知識的重視是必要的，因此即使困難也應該嘗試。而有給是以勞務費形式提供亦或者正職職位，參與者們也有不同意見，例如 S1 認為應該提供勞務費用，不能隸屬於政府單位的正職職位，以避免同儕支持者的行政成本，避免正式化與科層體制的弊病；相反地，S7 反而認為應該是一個全職的工作，因為他認為時薪的勞務費制度，若如諮詢一樣一節動輒 1000 多元，對同儕支持者來說壓力太大，但若以助人兼職時薪 200 來

計算，又會沒有誘因，不如不要，因此認為有正職的職缺對組織而言會比較穩定。

由此可見，目前參與者對專業建制的議題並未有非常堅決的主張，S7 在訪談最後表示不論志工或有給、半專業或草根，只要能保持彈性、提高同儕支持價值，也許都是不衝突的。這也正是 S3 的觀點，在此階段或許社群不需要有一個集體共識，反而讓現行的實踐如其所示，讓不同路線的組織與行動者各自發展，在場域核心、邊陲與外圍進行分工，也許是此刻社群的答案。

第三節、平行的專業



本節將闡述家屬的經驗知識與專業者的特性差異、在精神衛生系統中的位置，以及點出本研究所描繪的同儕支持社群方法論可能有什麼樣的偏誤。從以上三點嘗試論證家屬的經驗知識、同儕性如何與專業知識形成互補，形成「平行（parallel）的專業」，並同時點出其挑戰與考驗。

一、異於專業者的特性

雖然同儕支持是揉雜專業助人元素與肉搏知識的，許多參與者也指出不論是專業者或同儕支持者，都可以提供有品質的陪伴，亦即有品質的陪伴並不一定綁定照顧經驗，但參與者們仍指出一些從實作者觀看同儕支持與專業者差異的觀點，包含：專業使得家屬自我否定、使用語言的差異、同理強度差異、更為彈性、具滲透性五點。

首先，S1 指出專業者的課程與家連家課程的定位的差異。專業者經常舉行講習式的衛生教育，這樣的教育經常是上對下的關係，以「教授」方式進行，因此家屬在課程中會帶著「我不會所以我來學、我做錯所以我調整」的自責與內疚，不斷複製自我否定的過程，這種專業置家屬於無力的位置，與第四章的資深指導現象相當類似。但家連家的經驗與帶領者定位並不同：

我來做家連家，我從來……不讓他們叫我老師，我說我是這個團體的領導者，我只是比你們走前面一點而已，我分享我的經驗、分享我看見的東西，我是分享給你們知道，我們兩個是平行的，沒誰人較厲害，只是我走比較前面而已。（S1）

其次，語言使用的差異，在上一節半專業化段落已闡述，家屬同儕採用的白話文語言相比專業者的「官話」沒有距離，容易理解、勾動參與者的需求，

這也彰顯了肉搏知識的「語言」反應了「彼此共通或類似的經驗，所帶來的意義（心領神會），簡單地講述對方就會懂，或者說不只懂字面上的意思、背後的心情也懂等等。」（S7）。接著，參與者也認為專業與同儕在同理強度上會有差異，因為「受過苦的人跟沒有受苦的人心態會有差」（S2），這並不表示何者的助人技術更好，而是來自於「頭腦同理與心對心同步」（S1）的不同。

再者，S6 認為在同儕支持中，倫理與界線都更為彈性，同儕支持者與來訪者雙方都擁有更多選擇，他這樣認為：「我覺得似乎在自我揭露或是讓對方參與我的生活上面，我有更多的彈性跟選擇，我沒有一定要怎麼樣或按照學理上的知識去幫助你。」同時也因高度運用自我揭露，具備滲透性的助人界線使得「分享傾聽與探人隱私（S5）」經常在一線之隔，因此比社工或心理師更容易面臨，朋友與服務者的雙重關係，例如 S6 在聽到朋友面臨精神疾病照顧後，選擇轉而提供專線電話給對方：

他跟我很熟，而且我不覺得我有什麼東西不能告訴他，但是我沒有跟他分享很多，我好像跟他在這個議題上保持某一種界線，而且我會覺得讓其他不認識他的志工跟他講會更好，我居然有這樣的想法……我覺得（轉介）那樣可以更好的幫助到他，即使他是我很好很好的朋友，是無話不談的朋友，可是我跟他見面聊天的時候我們更多聊我們的生活，我當然會關心他，可是更像是我是以朋友的角度在關心他爸爸，如果是要開始跟他討論要怎麼辦的時候，這時候反而會有點保留，或者是會開始切換到有很多其他的考量。（S6）



二、補充性的系統位置

從家屬的資源網絡與支持系統角度來看，同儕支持是屬於補充性的系統位置。S1 便指出，每個人都需要同儕支持，然而同儕支持並非意圖替代專業解決問題：

每個人都需要同儕支持啊，不然的話那麼多什麼癌友會、什麼什麼會，是不是，都需要嘛，就是同樣經驗者的分享啊，……，為什麼他們要發展那麼多的病友會，為什麼有那麼多的什麼自閉家屬協會啊，什麼心智障礙者協會，那就是其實他們在做的最基本的，就是那個同儕支持不是嗎？就是同儕的陪伴啊、支持啊，那互相的協助不就是在做這些東西，那我們精神疾病只是跟著他們走而已。……（不過）你不是專業者，就是說你不能認為你是專業的，很多同儕支持的部分，你不能說我要替代專業者為他解決任何問題，你不可以有這樣的想法，（R：實際上也沒辦法）實際上也沒辦法。（S1）

這也正是第一節 S2 的分享，他認為作為家屬確實不能像醫生一樣開藥、下診斷，然而作為照顧者的經驗，能有效地補充醫生並不管轄的日常生活地帶。S6 也表示自己不太會批評自己不像諮商師一樣專業，因為同儕與專業關係的服務定位並不同，自己並沒有打算成為諮商師。這也正是 S3 所主張的，誠如上段所提的專業助人與同儕支持的不同，S3 認為這些不同「有一些是相互衝突，有一些是互相分工的情況」，互相衝突或許是來自於視野觀的差異，這樣視野的差異也不僅發生在專業與家屬同儕之間，專業內部職業專門化的分工也會產生類似情形，例如關注精神科藥物的醫師與協助控制感體驗創造的心理師的知識與認識論可能有所衝突，同理可證，家屬同儕與專業者之間也是。

然而儘管部分衝突，同儕支持的真誠性與生活專業，便能很好的與專業進行分工。這樣的補充性的系統位置，S3 的立場或許最能作為總結：

我們需要讓一些專業者知道說，的確，你的專業知能很重要，可是你也不要小看其他人的草根知能，那些你看起來覺得不專業的東西，其實它可能只是尚未專業化的另一種專業。好比說，很多的精神科醫生，他也許一輩子都沒有真的在自己的日常生活中密集陪伴過情緒困擾的人，你說他專業嗎？對，他專業，但他的專業是來自學院訓練和臨床觀察的積累，但他不見得有機會去體驗日常陪伴者面臨的困難、掙扎，以及尋路的過程，後者發展出來的知能，是陪伴者的經驗位置賦予他可能性去發展的。所以，大家的專業還是有不同的，陪伴者尋求其他陪伴者的協助與尋求醫生的協助，可以得到的東西是不一樣的。（S3）

上述的表態都彰顯了，家屬同儕如何作為一個平行的專業，貢獻補充性的系統位置。

三、自我篩選的偏誤

如同上節所提之馴化的同儕支持，這個自我篩選的過程，也可以從參與者們認為誰適合／不適合成為同儕支持者來看。多數參與者都不以能力與條件來評斷適合的指標，而是以「開放與改變意願」的特質來判斷，包含「不要堅持己見、不要不願意改變、不要自以為是」（S1）、「不過度主觀、要比較開放」（S2）、「對陽剛氣質要有大程度地反省」（S3）、「願意接納、不固著、不消極」（S4）、「樂於分享與傾聽、不要一成不變」（S5）、「願意做出改變、有好奇、可以適應變動」（S6）、「具有希望感、不悲觀」（S7）、「不鐵齒、願意嘗試、保持寬闊與彈性」（S9），在這方面的回答，眾參與者



出乎意料的一致，這樣的一致性，反應了社群自我篩選的機制，特別是從保持開放、樂於傾聽以及對陽剛氣質的反省，也呼應第四章的資深指導，是同儕支持實作方法中有意識地避免的。

例如 S4 這樣說：「（沒有這樣特質的人）他自己就會自然而然就不會，我們就不會連上」，S5 也在旁補充「他自己就會退出」；S1 也認同最後會留下來的、以及持續有辦法投入的同儕支持者，都會「洗成」認同組織信念的人。因此組織內對於支持文化的認同會越來越高、特質也會越趨同質，而這也其實反映在社群內的衝突演變：

當然這當中也有遇到說很相挺的家屬，然後也來當 leader、co-leader 之類的，但是在這個過程裡面，……，我發現到不是每一個家屬的那個想法都是一樣的，我們希望我們自己家人好，但是好到什麼樣的程度，或者是說我願意為這一個團體來付出多少時間，還有我願意付出的是什麼，我想要有所獲得的是什麼，哇見真章耶，我覺得真的那個當下真的是見真章耶。……我就好像同樣都是家屬，真正要一起共事的時候，也沒那麼容易，真的也沒那麼容易，因為每一個人的那個觀念不一樣。

(S5)

然而這究竟是這幾個組織的參與者偏誤，亦或者機構化、馴化的同儕支持的走向，從目前的初探可能難以有結論。但這樣自我篩選的偏誤，究竟是維持同儕支持的平等、反說教，亦或者是受到當代心理／助人工作的影響，因此喪失了草根的解殖動能，將是台灣的家屬同儕支持下一階段的反思與挑戰。

第七章 討論



本研究透過二維光譜分類家屬同儕支持者，並且闡述家屬同儕支持者的助人技術、哲學觀與實作邏輯，展開說明同儕支持的實作方法，再藉由爬梳同儕支持者的動機與改變說明同儕支持者的助人歷程，最後以樹立生活專業的論述切入同儕支持作為一種平行專業以及未來發展方向。本節將針對研究發現，揉合研究歷程中的社群聲音、研究者反思以及與過往文獻資料的對話進行延伸討論。

第一節、「家屬同儕支持」的模糊邊界與社群歷史

本研究在受訪者招募至正式分析階段時，受到多方行動者的對話邀請，加上各報名者的經驗歧異性大，種種皆彰顯出本研究的核心——「家屬同儕支持」概念在研究者／社群間共識的模糊性，促使研究者反覆思索家屬同儕支持的概念化與操作型定義是否需重新調整。

一、家屬同儕支持的定義挑戰

從參與者條件設定中可見，探索精神疾病家屬同儕支持者的實踐經驗，勢必得從「誰屬於精神疾病家屬」、「誰是同儕支持者」到「何謂實作同儕支持之經驗」開始談起。縱使在研究計畫書訂定階段，研究者已透過過往實務經驗以及文獻綜覽，界定操作定義，然在參與者招募過程中，這樣的界定仍受到許多挑戰。

研究者在使用「『精神疾病家屬』同儕支持」一詞時，即遇到界定上的困難。目前本研究採用的定義為「曾經或現正陪伴或參與照護精神疾病者，且精神疾病者受精神困擾影響生活能力或被醫療診斷為精神疾病，包括但不限於家



人、伴侶、朋友、親戚等」，意圖避免精神疾病的診斷限制、繞過「照顧者」的認定與自我認同，以及避開指涉血緣關係的狹窄「家屬」定義。然若回到文獻，可發現大部分家屬同儕相關文獻經常以「父母或照顧者」為界定：父母同儕（parent peer）因為是「父母」，因此在身份認定上較無困難；而「照顧者」不論是單向承擔照顧責任的「caretaker」，亦或者是提供情緒支持、物質與經濟資源，還有協助疾病照顧的「caregiver」（陳姿廷等，2015），都會有明確的「照顧事實」，指涉參與疾病照護決策、日常生活協助等。而從實務上來看，以精神疾病照顧者專線 2022 年的接線志工招募條件為例，「家屬」同儕需：(1)為精神疾病當事人的家屬，(2)與當事人共同生活，(3)有照顧或陪伴當事人的事實，符合三者其一即可，可見在實務操作上，組織工作者也面臨界定的困難，並嘗試以更廣闊的範疇涵括「家屬」社群。

報名者們則對於自己「是誰」有相當不同的差異，從認為自己「既是家屬也是照顧者」、「是陪伴者而非照顧者」、「在不同階段與狀態時是家屬，也是陪伴者，也是照顧者」，也可能「是家屬而不是照顧者」，甚至「從未想過自己的身份」，從報名者與參與者的分享可見僅用身份去切分是粗暴的。

然用經驗去區分，也有實際上的困難：照顧與陪伴的實作，經常因為不同情境條件、關係與互動、精神疾病者受精神困擾影響生活的主觀感受與外在表現，等而有巨大的差異。例如：面對主要影響生活的核心為「情緒困擾」的陪伴時，比起經常與「怪異」連結在一起、相對面臨「失現實感」的思覺失調光譜類的疾病的照顧實作不同——前者的陪伴更多的可能是「提供正面的情感的體驗」，後者則經常需要實際安排治療與復健計畫、尋找精神醫療與社區資源、應對妄想與幻覺等經驗。照顧實作的差異使得很難單純的說「照顧」就是「參與疾病決策」或「提供日常生活支持」。更遑論這些照護與支持的行動，

疊加上社會文化期待的親屬關係時，提供照顧或陪伴的經驗者所提供的支持內容、擺放自己的照護角色位置，也相距甚遠。

然而，究竟是什麼共通的受苦基礎才有辦法產生連結，確實是同儕界定的難題。例如有參與者指出自己從未「提供照顧」、無法提供來自自身的具體照護經驗，然「若是面對疾病的污名經驗，卻曾體會且須一同承擔」。這樣承擔污名的體會，也就是 Goffman (1963；曾凡慈 譯，2010) 所談的，旁人因社會結構而與受污名者產生關聯——因血緣、家庭或親密關係，在被迫或自願的照護／陪伴關係中，成為精神疾病者的知情者 (the wise)。污名會擴散，使得這群家屬在社會中，取得連帶污名 (courtesy stigma)。這類型家屬的經驗知識並不在於照顧技巧或危機應對策略，而是在於如何受累於污名，卻又與污名交手、共存。這種面對污名的體會，以及對其他家屬與照顧者的共感，再三反映出儘管沒有承擔照護責任，仍屬於家屬社群一份子的原因。

因此，本研究根據過往同儕服務現場及研究報名者、參與者的經驗，嘗試提出一個定義，精神疾病家屬同儕的條件應為：在社會文化給定、或自由選擇的關係中，長期高度參與在日常生活中且無酬的提供照護與支持、抑或因關係而受對方精神困擾影響，經常性需共同承擔疾病污名經驗者。這樣的定義，企圖含納有實際照護與陪伴經驗者，也涵蓋沒有參與照顧決策，卻因家屬關係在陪病中經常性面臨精神疾病污名者。與研究計畫書階段的核心在於「曾經或現正『陪伴或參與照護』精神疾病者」略微不同，也可以說是針對同儕支持的提供者是否具有「照顧實作」的界定變得更加寬廣，而本研究參與者的選取也以此為主。



二、同儕支持實作的界定

由於研究者過往對於同儕支持的理解與想像，是在社福組織的服務框架下生長的，因此在設定條件時是以組織／機構內的同儕支持出發。在機構中，會有明確的同儕支持「提供者」與「接受方」，而在服務框架下的支持，也並非自然有機的發生，勢必是在特定情境、服務架構下運作。然而，在招募與訪談過程中，遇到許多與研究者過往經驗不同之「實踐的宣稱」，使研究者須個別化的檢視每個報名者的「資格」，也促使研究者思考，同儕支持是主觀認定，亦或是研究者有自己的立場與標準。經過整理以及與社群、指導教授對話，以下藉由區別不同報名者／受訪者的實作經驗，透過何者「不是」同儕支持，嘗試界定同儕支持的範疇：

1. 相同陪伴／承接圈

在訪談資料蒐集中，研究者遇到一個挑戰——以一個情緒困擾者為核心，周遭陪伴網絡的彼此支持，也就是「相同陪伴／承接圈的內部共同陪伴」算不算是同儕支持？

何謂相同陪伴／承接圈？以某報名者的經驗為例，他曾被招募進一個Facebook群組，與群組內其他人一起陪伴、協助大學朋友的精神危機，這個群組內的陪伴者便可說是隸屬於相同陪伴圈，而陪伴圈內部也會自然發生互相支持的情形。

經過逐字稿的閱覽與分析後，研究者決定排除以同個精神困擾者為核心的周遭陪伴圈同儕支持。實際上這一類的經驗在範疇上確實符合本研究於研究方法階段的定義——同儕支持者為「以陪病或照顧精神疾病者的生命經驗，提供其他有類似經驗的人支持者」，然而這個以情緒困擾者為核心的周遭陪伴者相



互的陪伴現象，與本研究探討的同儕支持在關係的互動上有許多差異。例如所遇見的困難：該報名者提到在相同陪伴圈中可能遇到一個典型挫折經驗：

「（報名者分享了關於一個陪伴分工的衝突例子）其他人對於這個共同協助的過程產生不滿，……，既然是共同協助，那你少做的就是他要多做的，對不對？那如果我不夠的為他人著想的話，就會讓這個網絡中其他人不爽，那這就是一種挫敗的情況。」這種分工的「零和現象」顯然就並非本研究所指涉的同儕支持會遇到的困難，因為同儕支持的雙方或多方並非在同個陪伴／照顧網絡中，彼此的支持並不會進入到「照護的分工」，也相對的，不會面臨照護零和的困難。

研究者進一步分析，因為該報名者的陪伴對象主要是伴侶或朋友，因此會形成陪伴的「網絡」，經常性會有同儕／陪伴者彼此支持的現象。然若將該參與者的情況套入核心家庭的現場，或可以類比為面對生病孩子的父母。父母的相互支援一般而言不被視為「同儕支持」，雖然同樣作為精神疾病家屬／照顧者，然而他們彼此的支持並非單純經驗交流，而是進到照護細節的討論與分配，更遑論許多衝突也是源於照護意見的不一致。因此，在相同照護圈／陪伴圈的人，除了作為「彼此的同儕」外，更有另一層關係，可能是朋友或是家人，而這層關係可能會蓋過同儕關係，使彼此互動時，不僅基於同儕關係，而是其他的社會關係。同時，很多紛爭與衝突，也是基於分工與其他的互動。

從上可見，本研究的家屬同儕支持更聚焦在「**非相同照顧圈的家屬**」之間的同儕支持，以避免照護與陪伴分工的困難混入同儕支持的實作與方法的分析。



2. 支持 VS 「傳授」

在接受研究訪談中，亦有一位在正式書寫中未納入分析的參與者 A。A 在訪談中與研究者分享其實作經驗，包含：經營 FB 家屬社團（多由 A 每日分享多篇自身照顧智慧與外部講座資訊分享）、經營 LINE 群組（偶會召開群組通話，由 A 做復健概念、藥物動力學的介紹，以及解答參與者問題），以及過去曾受其他協會邀請做講師分享。

研究者於分析時選擇將 A 排除於資料之外，主要有兩點考量：一是比起同儕支持的「相互性」，A 的實作經驗更有獨白（Monologue）／指導（Teaching）的味道。A 也表示，自己在分享後很少有家屬會來與自己進一步談話、舉辦 Line 的線上座談會也很少人參與，因此現在也幾乎不舉辦。而在 A 的經營中，以「回答家屬的提問」形式為主，A 也表示「很少看到有家屬像自己這麼用心，到現在為止沒有看到第二個」。研究者在訪談中提問，A 怎麼看待若有人想要加入這樣的經營？A 認為，不太可能有人能像自己一樣付出，顯示 A 在「家屬間彼此支持」的實作中以單打獨鬥的「傳授」知識為主，獨白性與指導性很強。因此，研究者認為比起同儕間的支持，A 更像是「資深家屬」提供問題解決與教育。二是在訪談中，研究者向 A 提問其同儕支持實作的方法與經驗，A 分享較多作為一個家屬如何更深入了解精神醫學、藥物動力學與復健治療，在與研究者交流時，A 也很期待研究者可以寫更多精神疾病的機轉與精神動力學。在 A 的分享中，較少作為一個家屬與其他家屬間同儕性的互動，更多的是其多年的照護智慧如何帶給其他家屬益處，這與本研究針對同儕支持的實作知識關懷略有差異。綜合考量後，不將 A 納入正式分析。

這個排除資料的行動也顯示，研究者對於同儕支持的定義與想像確實有立場，研究者認為同儕支持重點在於平等的經驗交流，而非一個人提供「解答」

與「指導」。儘管 A 符合研究初期歸納出之同儕的先決條件，然實作內涵與哲學觀仍需符合「同儕支持」的定義，否則僅是符合同儕資格、卻擁有專家腦袋的家屬。同儕支持的哲學觀與內涵將於後續第四章進一步論證闡述。



3. Be-er VS Do-er

在招募過程中，研究者也面臨研究標的設定問題。有兩位多年來參與過去研究者於活泉之家服務期間所帶領的家屬聚會的成員，主動聯繫研究者並欲報名參加，促使研究者重新思考「同儕支持實作經驗」中的「實作」應如何定義。回顧研究招募階段的定義，研究者曾載明：「以陪病或照顧精神疾病者的生命經驗，提供其他有類似經驗者支持的人」，乍看之下，這兩位成員似乎都符合條件。然而，在資料搜集和與指導教授討論的過程中，研究者逐漸嘗試區分參與（Being）與實作（Doing）之間的差別。

作為一個同儕支持的 Be-er，在同儕支持的情境中投入與參與，端看團體的設計與規範，在特定團體中的經驗或許會與同儕支持的作法類似。然「Being」狀態在同儕支持中，經常是從自身需求出發的提問或回饋，較少將自己的經驗作為「工具」、並不一定帶著「同儕支持意識」，或者使用「同儕支持方法」。比起「做」同儕，更像是「在」同儕支持中互動。而一個同儕支持的 Do-er，更趨向同儕支持的「提供者」，雖然同儕支持的互惠性很強，同儕支持的「Doing」卻仍會有一個明確的輸送支持過程，分享經驗與分享故事的目的在於「給予」，因此分享是有目的性；Be-er 通常更為被動，不具有運用經驗的「同儕意識」，參與時也較以自身需求為主。相比之下 Do-er 在實作中可能有更多的概念化、意識與方法論，因此本研究的同儕支持實作經驗探討，觀看的是「Do-er」的經驗。

以上藉由三個情境的對比指認何者「不是」家屬同儕支持，藉此研究者嘗試定義精神疾病家屬同儕支持為：精神疾病家屬運用自身因照護而遭受污名的地位與生命經驗，提供其他經歷類似處境者的支持，以經驗交換、產生連結為主，更重視互惠性與培力，而非指導與教授的關係。本研究以這樣的定義作為基礎，挑選進入分析階段的研究參與者。

三、同儕支持的概念使用歷史

從上述研究對象的設定歷程可見，原先研究者透過過往實務經驗與文獻而界定的「家屬同儕支持」操作化定義，在實際招募過程中遇到許多挑戰，不同實踐者的宣稱促使研究者反覆思考界定的命題，這也顯示出目前家屬同儕支持的實踐尚未有社群共識，內部也仰賴更多的對話去核對與澄清。本研究嘗試提出了根據文獻與報名者、參與者經驗為基礎的定義，而此定義在實作上與學術上是否有需再調整、修改或增補的，仍待未來更多行動者討論。

同時本文運用「同儕支持」概念作為本土家屬彼此支持間實作的命名，這個命名的使用對研究者來說相當理所當然，而根據文獻回顧的爬梳，也認為「同儕（peer）」間的支持確實可以描述這些實作現場。然而，在招募過程中，這樣的命名在精神疾病社群內有些提醒。

在資料搜集階段，有一位實作家屬支持然未參與正式訪談的夥伴——家屬**B**聯繫研究者，**B**向研究者提問：「家屬同儕支持」一詞是否有被台灣家屬社群使用，以及家屬同儕支持在台灣使用的歷史與淵源從何而來。**B**作為家屬服務社群的一員，表示並沒有聽過這個命名，也很好奇社群是否有更在地的語言來描繪這些實作。



研究者藉此思索，若將「家屬同儕支持」還原回現象，這樣的家屬間有意識地互助與支持，不論是結構、非結構地，抑或在組織中或草根網絡之間，經常出現的用詞包含但不限於：「同樣身為家屬的帶領者（家連家、心生活協會）」、「家屬自助團體（甘草園）」、「以家人陪伴家人、由照顧者接聽照顧者（伊甸活泉專線）」、「培力、家屬互助團體（嘉義心康復之友協會）」，以及各康復之友協會透過招募家屬會員，強調家屬團結等理念。由此可見這樣的支持方法與互助現象一直都存在在台灣社會以及家屬群體間。

然若從正式立案的家屬自助／互助的組織歷史來看，相關的家屬互助現象、經驗與組織籌措過程的正式紀錄與相關著作有限，研究者主要參考余漢儀（2001）〈精障病友家屬團體與專業之權力互動-兼論社工之介入策略〉、與碩士論文兩篇：鄭舒文（2006）〈精神障礙者家屬領導者參與社會運動之主體經驗〉以及顏苡安（2016）〈旁門左道？「道」亦有道—跳脫醫療觀點的另類精神障礙社區復健模式〉，並綜合研究者過往聽聞運動前輩的口述分享，作出以下整理：

第一章前見曾提及台灣身心障礙運動與民主化歷程高度相關，同時也點出精神疾病運動與身心障礙運動因污名而產生進程上的差異。據余漢儀（2001）的紀錄，台灣地方的精神疾病家屬團體的成立時間可以分成三波，最早是在1985年前後，同時也是解嚴前兩年，這時的康復之友協會（包含高雄市、台北市、花蓮縣與桃園縣）多與醫療院所或醫師發起有關，並非由家屬自行創立。同時根據家屬運動前輩的口述歷史，儘管已解嚴開放，在精神疾病組織發展中，當時的政府對於沒有有醫療背景的專業工作者參與籌組的「平民」家屬團體仍採保守態度，因此部分由精神疾病家屬籌組的協會之籌備許可遲遲難以通過（劉麗茹，2020）。



這樣的風氣直到了 1990 年精衛法通過、精神醫療網第二期五年計劃執行後才改變，當時衛生署（現衛福部前身）透過補助鼓勵各縣市衛生局協助精神病家屬團體成立，因此第二波家屬團體的設立約落在 1990 到 1995 年間。各縣市衛生局開始催生家屬協會，同時於 1994 年台北縣市與高雄縣各自有強調「家屬」為主體的家屬團體創立，分別是「台北市心理復健家屬聯合協會（現又稱心怡）」、「台北縣康復之友協會（現改名為新北市康復之友協會）」以及「高雄縣心理復健家屬關懷協會（現為高雄市心理復健協會）」。其中台北縣市的兩個家屬團體均跟早年台北市康復之友協會的家屬聯誼會出走，抵抗組織內家屬的象徵性參與有關（余漢儀，2001）。

而 1996 年至 2000 年間，康復之友協會數目急速增加（余漢儀，2001），直至今日各地有許多康復之友協會以家屬／家庭服務為主，更有零星具規模的立案／未立案團體，包含但不限於台北市心生活協會、甘草園家屬聯誼會、臺中市心樂活關懷協會等。其服務可能從專業人員主導的家屬成長團體，到家屬自助、互助組成的聚會都有。然而並不一定有統一的名稱或做法，也可以說是「經驗先於命名」。

而回到「家屬同儕支持」一詞，在研究者可及之資料中，最早是由研究者曾任職的伊甸基金會活泉之家精神疾病照顧者專線使用——於 2022 年社區發展季刊中運用「精神疾病家屬同儕支持」來介紹專線的理念（謝宜恩等，2022），而後續部分活泉專線與新北康的網路文章與活動宣傳，也可看見這個詞的使用。因此儘管以經驗知識實踐互助的方法行之有年，然這樣「家屬」加上「同儕支持」的命名組合，到了近年仍並未被廣泛使用。

而在現在的家屬同儕社群中，如同家屬 B 一樣，許多參與者其實並未特別去概念化或命名自己正在做的事，多半用「經驗分享」、「陪伴」、「家庭支

持」來描述自己的實踐，而因為研究者的研究主題與訪綱、提問中經常性的使用「同儕支持」一詞，因此參與者們在訪談時也經常順應研究者的語言，使用「同儕支持」一詞來進行分享與對談。



而究竟家屬同儕支持一詞的使用是否是社群的共識，研究者在後期訪談中選擇再與參與者確認，亦好奇參與者本身會如何描述自己在實踐的概念。多數受訪者皆表達過去並不會特別定義與命名，甚至覺得「名稱什麼其實不重要」（S1），但對於使用「同儕支持」多半未持反對意見，認為只要能反應「我們都是同路人，都是同樣走在協助家裡面這個生病的家人康復之路上的陪伴者，那我們就是同樣都在走這一條路的人」（S1）即可，因此命名是其次。甚至，也有參與者表示過去或許家屬社群在工作中並未強調「同儕」，但要改變稱呼也不是不行。同儕一詞在此刻的台灣，可能是在正式系統內更易於讓彼此理解「家屬互助、彼此支持」概念的，若此，那「同儕支持」就是精準可用的。

因此為求討論的共同語言，研究者仍先以「家屬同儕支持」一詞來概念化本研究所關切的家屬互助現象，並期盼未來有更多社群內、學術上關於此的深入討論。

第二節、揭露成為精神疾病家屬的關鍵字



第四章指出同儕支持者的重要方法為「自我揭露」，自我揭露在助人者（治療師、心理師、社工……等）的臨床工作中非常普遍，然而其界定與應用方法，隨著治療師的學派、社會文化背景、實踐場域等因素有許多差異：例如師承 Carl Rogers 的人本主義治療師，強調真誠與同理心，認為只要治療師自我揭露有利於與個案的連結與福祉，便是適合的做法；而作為經典批判實踐之一的女性主義理論因重視檢視治療關係中權力的運用，因此自我揭露的焦點在於重新檢視治療關係如何促進公平與合作（Gibson, 2012）。可見自我揭露在助人技術上是常見的方法，只是內涵與哲學觀可能有所差異。

而在同儕支持研究中，不論是針對同儕性的解釋，抑或是闡述同儕支持的實作方法，實踐者與學者們也經常提到「有意識地揭露與自身有關、相似生命經驗的訊息」（Simoni et al., 2011; Nicholson & Valentine, 2019; Corrigan, 2023）。實作中也經常因為揭露的故事「太切中要害（felt more close to the bone）」（Gillard et al., 2013），因此會本研究參與者指出的「穿越與否」的議題。這也呼應了許多諮商與社工的文獻所提出的過度認同（over-identification）：當治療師面對自身的脆弱性與來訪者的痛苦時，由於情感的共鳴與自身經歷的影響，可能因產生過度認同，而導致難以有效區分自身的感受與對方的感受（Cadwell, 1994）。種種條件與實作背景的經驗，皆使得「是否揭露」以及「運用自我」對於家屬同儕來說，比起一般助人者更為複雜。

研究者在訪談中探索參與者在揭露上的心法與判斷，同時也使得研究者聯想過去在專線工作時，曾經在一次志工會議中觀察到的張力。在 2023 年 9 月時，研究者於活泉專線帶領的研究小組在一次全體志工會議上報告了過去兩年進行的接線服務研究，其中一部分是關於來電者在服務使用中，接線者是否有



揭露自己的家屬身份，而後續在分組討論時，有接線夥伴便提出疑問：「為什麼要詢問來電者這個問題？」，接連在大團體的討論、小組會後會的反思，以及個別志工會後的對談中，研究者被提醒：「揭露」之所以成為精神疾病家屬的關鍵字，一是來自於污名、日常生活不能揭露的現實，二則是實際上同儕在服務中也運用許多其他對話策略，若僅是放大「揭露」可能就忽略掉其他的努力³。

從 Goffman（曾凡慈 譯，2010）對污名概念的分析中可知，精神疾病家屬作為可貶者（discreditable），經常需要管理與自身連帶污名有關、尚未曝光但可能不利的訊息，這也就是 Goffman 所稱的「矇混通關」（passing）。這種矇混通關的技術已成為可貶者的集體知識，幾乎每個受污名的群體都有一套關於「令人尷尬的揭露」的警告，大多數成員也有相關經驗來印證這些傳言。因此，矇混通關者常需對於那些「正常人」不會注意的社會情境保持高度敏感，而對於「正常人」而言例行性的活動，對可貶者來說卻往往需要經過仔細的掃描與管理。由此可見，精神疾病家屬作為連帶污名者，不得不在日常生活中熟練運用資訊管理技術、精熟矇混通關，因而「揭露」自然成為精神疾病家屬的關鍵詞。

然而，Goffman（曾凡慈 譯，2010）也指出了可貶者在其道德生涯中的下一個階段，即受污名者會逐漸不屑於矇混通關，轉而接受「自我接納、自我尊重」的論述。他們從艱難地學習如何隱藏，走向放棄隱藏「缺陷」的行動，「自願性揭露」成為這一階段的重要里程碑。在許多受污名者的自傳中，自願性揭露往往被描述為「成熟」、「適應良好」或「優雅狀態」的階段，而這也

³ 感謝李昀以及 2023 接線研究小組成員、接線小組夥伴的討論與提醒。

正是本研究大多數參與者所處的狀態，他們認為分享自己的經驗、自我揭露是一種可行且自然的選擇。

從上述矇混通關的概念以及社群的討論與聲音，都再三提醒儘管揭露生命經驗為家屬同儕支持方法中的重要方法，然研究者也不應過於強調揭露的心法，以致忽略同儕支持者身為精神疾病家屬，因而與污名相關而無法揭露的考量。同時，也應注意不能過度放大揭露的益處而忽略揭露可能帶來的風險，意識到精神疾病家屬在社會中生存時所需面對與抵抗的精神疾病照護污名。

另外「揭露」是否為同儕支持者的「唯一」方法亦是值得關注的焦點，本研究發現的書寫方式是否過於放大揭露而遺漏其他技術與方法，亦是研究者持續反思的問題。實際上訪談過程中參與者也有個別分享其他方法，只是多數比較碎片化、個別化，例如鼓勵、讚美；亦或者經常混雜著專業助人的技巧，例如積極聆聽、同理等，使得這部分的方法較難以整合以及與專業方法切割，因此未放在本文的四至六章中。

同時，家屬同儕支持者除了揭露家屬身份、照顧經驗以外，如第四章所提，參與者們可能會有其他的身份與聲音，例如同時是陪伴者，也是情緒困擾者；是女朋友，也是社工系學生等，這也是 Seikkula 等人（2014；吳菲菲譯，2016）所提的「垂直複調性」。因此揭露身為家屬的經驗相當關鍵，但並非唯一方法，研究者認為未來的家屬同儕社群經營者可持續對此保持關注，包含在揭露資訊中從矇混通關到自我接納的個人性與社群面的轉變，以及還有何者為家屬同儕的其他關鍵要素，不應受限於本研究的發現，而是以此為基礎，疊加更多經驗知識的積累。

第三節、跨越家的邊界直面污名



第五章之中「為自己加碼」的分析，直接呼應了前述文獻所提之助人者治療原則（Riessman, 1965），同儕支持者在助人中實際上自助的現象，讓研究者憶起活泉專線所提倡的「求助、自助、助人」循環，顯示這樣的宣稱不僅僅是專業者與組織的主張，而能在同儕支持者的自我價值的積累及服務現場中的收穫得到見證。

而不僅是為己，為他人而投身的動機，也呼應了「同理心—利他假說」，因為共同面對陪病的邊緣處境，相似經驗產生的處境上的理解，使得同儕助人者更產生利他的動機，因此願意投身以及持續參與同儕支持（Biggs et al., 2019）。不只推己及人，看見其他與自己處境類似的他者，更甚者，看見家屬作為一個「集體社群」，如此的公共性眼界反映了「社會學式的想像」，讓其家屬的經驗從「個人的煩惱」連結到「社會的公共議題」（Mills, 1995），也在意識與行動的層次使得家屬同儕的社群漸漸壯大。

然而，在跨越家的邊界連結到公共時，同時也因跨越安全空間而需面對社會污名。家屬對於污名的主觀經驗，根據 Angermeyer 等人（2003）的分類，從人際互動、結構性歧視、精神疾病的公共形象，到社會角色取得的機會限制，種種污名經驗出現在精神疾病家屬生活的各個層面。可見受污名所苦者不僅僅是擁有精神失序經驗的疾病者本人，周遭連帶的家人、親友，甚至是關心精神疾病社群的所有知情者都參與其中（Goffman, 1963；曾凡慈 譯，2010），此一廣義的精神疾病社群面臨污名的擴散，尤以精神疾病家屬最需處理連帶污名的標籤。Angermeyer 等人（2003）也指出，家屬不僅是單純受困於連帶污名所帶來的不利處境，有時甚至會將他們在環境中感受到的所有負面反應都「歸因於污名」，儘管這些負面經驗不一定跟連帶污名相關。但由於家屬有時會難以

區分針對自身與針對生病家人的負面反應，因此除了連帶污名，也同時承擔了部分來自可貶者家人的污名效應，形成雙重污名（double stigma）。由此可見，精神疾病的標籤與污名對家屬來說無所不在，家屬若想跨越自己的家庭範圍，對於部分人來說可能風險過高，與其需增加需要矇混通關的情境，家屬可能會選擇保守的姿態來自保。

因此考量污名與集體性，這種從自己的經驗位移到群我的想像、跨越自家邊界的行動，也正是同儕支持模式中特殊的「培力」意義，污名與社會處境並非個人的力量提升就可以回應的。然而現行台灣精神醫療社會工作的實務現場，經常提供照顧技巧的指導與教學、精神疾病衛教、舉辦紓壓團體等等，這些活動確實回應了部分照顧者的需求，從上一段同儕支持者自我成長的收穫中也能看出個人受到支持的重要性，但過度關注個體增能而忽略培植整體社群，絕非同儕支持的豐沃基礎。進到同儕支持實作中，不僅是由「我」作為個人提供豐厚的照顧經驗，更多的是累積社群的集體知識與智慧，以及共同對於污名的搏鬥，這種「群我」的模式才是同儕支持「培力」的真正意涵。

第四節、從草根經驗到馴化專業



同儕支持的實作從故事交換到自我揭露，這些行動皆高度運用家屬的經驗知識。經驗知識在當代對於衛生工作者與病人、家屬是相當重要的資源（Jones & Pietilä, 2020），也正是同儕性的核心要素，作為以肉身在陪病現場拼搏的經驗專家，照顧者透過現身與分享照護知識，彰顯了同儕性如何成為同儕支持者的根本關鍵（Simoni et al., 2011; Nicholson & Valentine, 2018; Corrigan, 2023），同時也點出了同儕支持本身的意義與價值。

而醫療的「學術理論」經常與家屬的照護現場距離太遠。相比之下，比起「疾病」（disease），家屬同儕或許更能陪伴來訪者討論「病痛」（illness）的難題，從人類學家 Arthur Kleinman (1988；卓惠 譯，2020) 的著作《談病說痛》中可見，病痛指涉的是生活世界，相對應醫療與科學的世界，這些常民的生活現場所衍伸的經驗知識，便是家屬同儕的戰場，這也是家屬社群在談的「過日子的智慧」。這種照護知識——多數由女性進行的照顧勞動——並非僅僅是一種脫離常民世界的知識命題（know that），而是知道怎麼做（know how）的實踐智慧（吳秀瑾，2013）。透過高度肯認這類勞動知識，無疑能為當代的知識正義注入新的活力。

家屬同儕支持的發展對於專業主義及專業者具有深遠的意義。精神醫療的專業化過程，家屬經常被置放「被教育者」的位置，需要醫生解釋如何藥物與症狀、向心理師學習溝通、向社工師請教資源。然而家屬同儕的現身，指出家屬在照護現場的生活經驗、照顧知識是尚未被抽象理論圈地的範圍，且正是照顧知識的價值與意義。從這個自覺開始，生活的專業逐漸找到語言，也許透過「佔領」專業的剩餘地帶，得以體現家屬在日常生活中抵抗的知識生產。



一、專業與經驗的平衡及轉向

本研究在研究發現嘗試論述精神疾病家屬的照護經驗如何作為日常生活的學問，並企圖定位家屬同儕作為「常民專家」，藉此政治性的宣稱，期盼挑戰既有專業的盲點。「常民」與「專家」兩詞的組成本身就會形成張力，而這樣的宣稱，研究者企圖使用語言來挑戰與顛覆既有對於專家的想像。常民專家作為一種矛盾修辭（Oxymoron），這樣的宣稱會帶來運動上與政治上的意涵，研究者希望藉由這樣矛盾的張力，挑戰與解構專業化的邏輯，「常民不會是專家，但常民也是專家」。這樣的肉搏知識的論述建立過程，若能鬆動精神衛生服務對於精神疾病家屬的扁平想像與偏見，便回應研究者的研究動機。

縱使如上所述，雖然希望能讓「崇尚專業」的精神醫療與相關系統，位移到「重視經驗」，然而重視經驗若走到極端，也可能會面臨「經驗資格論」⁴的風險。例如 2024 年中社群媒體 threads 上曾有一陣討論，關於「年輕諮詢師沒有經歷過我現在階段的人生，他能理解我嗎？」，類似命題也可以延伸到「沒有生養孩子經驗的社工怎麼有資格教我當父母」等，這類的資格審核，絕非同儕支持所談論的「重視經驗」所期望帶來的效果。本研究企圖平衡專業與經驗的衡量天秤，透過將生活專業「語言化」，使其被肯認與意識，而能成為眾多助人專業中的平行，真實的生命經驗非常可貴，而專業背後的學術基礎、助人理論也絕非因此被視為無參考價值。

同儕支持者自身的助人意識，也會帶著社會文化的洗禮，從一開始的崇尚專業，到浸泡同儕支持後重視經驗主義，同時受到專業者的督導、訓練與支持，進一步反思及回顧整理專業訓練與照護知識的平衡，這樣的信奉專業、信奉經驗，再到專業與經驗平衡的轉向歷程，如同研究者於前見所提，思考專業

⁴ 參考郝柏瑋心理師的臉書貼文



的建構、解構與再建構，實際上反應了同儕支持者方法與哲學觀的階段性，點出了同儕支持者與專業者間的合作與相互影響，同時也對於家屬運動、家屬同儕支持的發展進程帶來提醒。然而，過往家屬同儕實作的經驗散落各地，台灣家屬同儕的運動進程尚未有社群的集體共識，社群可能也缺乏跨團隊、跨實踐的策略性思考，這也是這本研究的期許，本研究作為小規模的、初探性的經驗整理，期盼本研究能拋磚引玉，引起更多相關學術的探索以及社群的討論。

二、馴化與收編

在論述家屬同儕的知識後，下一步的制度建置與發展方向，也是本研究的關注焦點。然而，首先需要先提出來思考的是，在訪談中「專業化」的討論，多數是根據研究者訪問而展開，而究竟受訪者與更大的家屬同儕社群是否已經進入討論專業化的階段，研究者在後續分析時反思，或許答案是「尚未」。回到台灣精障家屬運動的進程，實際上目前推動家屬同儕專業化的制度或內部討論並不多，而在研究中較能對此題有態度或立場者，多半與他們身兼「組織者」有關。因為組織者的位置涉及組織／方案營運、預算爭取、向政府倡議等考量，思考同儕的資格、運作體系便較為自然，然而受訪者多數並未具備組織者身份，因此專業化的討論多由研究者發動，受訪者並未對此有太多的明顯態度。

而研究發現中參與者的半專業化偏好亦促使研究者思考：「馴化」是否意味「收編」？研究者同時也在研究進行中反覆叩問「通篇反映的是誰的觀點」？若是粗略的將相對沒有助人專業參與的家屬同儕支持稱為更「草根」的同儕支持，本研究的文本中確實較少此類型的參與者聲音。然而揉合了專業助

人元素的馴化趨向，是否反映漸漸沒有以「家屬為主體」，研究者認為有值得討論之處。

從研究發現中可知，雖然多數參與者對於制度化的方法有所分歧，但大多皆不希望透過檢定與證照來篩選參與同儕支持的資格。從 Freidson (1986) 的觀點來看，透過證照制度來發展專業，其實是一種資格主義的展現，意味著壟斷，可以避免外來「非專業者」的競爭（引自蕭信彬，2006）。由此可見，參與者雖然希望「證明同儕的專業性」，但他們並不希望進入壟斷或競爭的遊戲中，因此反制度化更像是反正式化，而這也更是許多對於收編的疑慮所關注的議題。

另外，在家屬同儕支持的實作中，是以專業者為主體，抑或以家屬為主體、背後的觀點是醫療／專業觀點，亦或者照顧者／陪伴者觀點，同時在這樣的實踐中，經常在系統中處於被壓迫的家屬，轉為主導而產生翻轉的權力結構是否有改變，都是理解馴化是否意味收編的切入點。

回顧本研究參與者的經驗，多數都是實作「機構中的同儕支持」，以結果來看，多數參與者也都支持融合助人訓練的半專業方向。若從研究者的研究位置、前見與動機中可見，研究者長期所處的社群，皆為家屬與專業者混雜的空間，在機構中生長的條件、與專業者共生的環境，是否會變成複製壓迫結構、採用醫療觀點並以專業者為主體，值得社群意識與關注。舉活泉專線為例，是否有持續重視「經驗主體」、是否以「（家屬）志工」為主發展組織與服務方向，一直是志工社群與工作團隊在意且持續討論的，很多時候這樣的「組織決策」意識，在社群內也會形成討論張力，有些夥伴認為自己作為志工，決策應該由有領薪的工作者負責；但也有夥伴提醒著社群共識的重要、家屬經驗的主



體性，可以說光是活泉專線這八、九年來，這種張力的拉扯經常隨著時間、社群成員的組成、組織的條件，甚至是社會氛圍、政策方向而不斷地在變化。

研究者認為，草根服務也有可能是由帶著「專業腦袋」的家屬組成，相對的，有專業參與的實作亦或者半專業傾向，也有可能如 S6 所說的，有意識地的保留家屬的經驗知識。因此馴化是否意味著收編，研究者此刻並沒有絕對的答案，反而認為這樣的提問，本身對於社群內部就是提醒。社群能否自我檢視、反覆討論，形成每個階段暫時性的共識，在家屬主體性、照護知識與專業參與中取得平衡，也是接下來家屬同儕支持若要制度化或擴大規模，勢必需要保持對話的重要議題。

同時，家屬同儕也須注意內部殖民的風險，過去研究指出，就算將原先受到邊緣化的主體納入看似包容的系統，若是沒有重新調整壓迫體系，那有可能也只是利用支配以及從屬的制度下看似進步的做法進一步鞏固既有的權力，因此同儕支持者要注意在服務中回應需求，但又避免將自己與自己所代表的社群區分開來，減少用邊緣性特質來換取特權的矛盾結果（Voronka, 2019）。因此在研究發現中，儘管參與者會提出什麼樣的人「適合成為同儕支持者的人」、要受訓避免「離譜」的立場，面對這些「好的同儕」的篩選與自我規範，社群都需要再自我提醒，「好」的標準來自於何處，是否有值得反思、挑戰的地方，我們是否仍是以社群為基礎，亦或者我們從被壓迫者位移後，仍然進入壓迫與管理的體系。反思沒有捷徑，仰賴社群內部的聲音，提出、並且對話。

而也不僅是家屬同儕需要保持意識，在同儕支持模式中參與的專業助人者也須持續自我提醒。如研究者於前見階段所提，社工、專業者須秉持平等與夥伴關係的角度參與同儕支持，不應該阻礙家屬的主體性，不應以專業凌駕經驗，反而應該運用自身的組織專業、助人技術，協助扶持家屬社群的壯大，參

與「社群性的培力」，意識到專業的原罪、做一個有良心的狼人，小心專業的野性、無意識的助人需求，將焦點回到社群的發展、生活專業的論述建立。



第八章 結論與建議



第一節、實務與政策建議

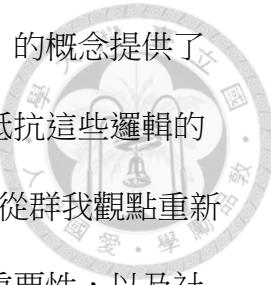
研究者嘗試提出三點建議，分別為針對社工實務工作的建議——重新意識以「群我」的培力模式服務精神疾病家屬；再來是從專業者、政策制定者到家屬自身皆需共同意識並且調整的建議——建立肯認家屬常民知識的文化；最後則是針對服務發展與政策制定提供幾點原則與方向。希望藉此將本研究之研究發現轉換成實作現場的指引參考，並有機會促進更多的反思與對話可能。

（一）重新意識社群「群我」（I am because we are）的培力模式

如討論章節所提，現行精神醫療／心理衛生社工服務除了個管工作、資源連結以外，針對家屬的服務經常以照顧技巧、疾病衛教等主題進行，然而這種服務設計僅能回應照顧者個別層次的問題，背後的意識形態也多半隱含著讓照顧者成為「更好的照顧者」，因而照顧者在這樣的邏輯下成為疾病的附屬。

然而研究者認為面對精神疾病家屬的處境，「培力（empowerment）」應該以群我的意識來進行。精神疾病家屬／家屬同儕社群並非個體的集合，因此解決個別困難儘管必要，但無法回應集體層次的問題，例如抵抗污名的行動不是單靠「賦」予個人力量即可達成，在本研究中常民知識的積累單位也不只是個人，而是在於社群面向。因此，不僅是同儕支持者要具備公共性的視野，組織經營者或是有意做家屬培力的社會工作者應一同位移，不僅關注個體增能，亦須培植整體社群，因為有好的社群，才有好的個人；但好的個人的集合，不一定能反映整體社群處境的改變。

如同非洲文化中的「Ubuntu」概念，其意旨「I am because we are.」，這種人之間的連結，點出了人際參與間的倫理，反映了互惠性在於維持與建立社



群，焦點轉移到社群在正義與平等基礎上的願景。這種「群我」的概念提供了一種眼界，凸顯了現行主流個人主義論述的問題，進而產生了抵抗這些邏輯的機會，並提供以新的框架與他人相遇的可能（McKen, 2020）。從群我觀點重新觀看精神疾病家屬的培力，自然可以理解社群的經營與培力的重要性，以及社群工作與賦能個人在焦點上與意義上的差異。

因此實務工作者若能調整視野以及介入方法——從個體到社群，這種重新意識會為精神疾病家屬的運動帶來邁向下一階段的能量，同時也會為社會工作的實踐帶來新的養分。

（二）建立肯認家屬常民知識的文化

本研究從動機到討論，不斷地嘗試論述家屬同儕的經驗知識。如同 S3 的主張，同儕支持及家屬照護與陪伴的知識本身的主張與宣稱，便可以作為一種文化性的運動。家屬同儕支持的出現，絕非意圖替代專業服務，也並非推翻精神醫療、社會工作與心理療癒過往累積的發展，而是在於「佔領剩餘地帶」之姿，以生活的語言、常民的智慧，挑戰現行專業的盲點，成為專業反思的力量與來源。

然而，時間遺憾（Time Regret）其實也直指了家屬同儕的地位在現行體系中尚未被賦予平等的地位（Lucksted et al., 2008）。當家屬有「希望早一點接觸到家屬同儕」的感受，也就表示現行醫療體系有其限制，亦反映家屬期望進到助人體系後，接收到同儕知識應是一個選項，而現行制度尚未意識到同儕經驗的價值、常民知識的不可替代性。

本研究許多參與者了解也已習得專業語彙，因此可以調整自己的語言以配合專業文化、在爭取資源、財源籌措過程中清楚如何表達才能在系統中取得合



法位置。然而，研究者認為除了專業影響常民，專業反過來也要能夠接受常民經驗的挑戰，更積極的在系統中建立肯認家屬或常民知識的文化。以上的行動包含但不限於：在政策制定或病家訴求過程中，不輕易地將家屬的經驗化約為「個別案例」或是「家屬的個人情緒問題」，而能使用家屬視角觀看其處境，並且接受其建立在自身經驗上的建議；抑或是在服務方案審查中，鬆綁服務綁定專業的規範。現行制度立意良善，為避免造成個案傷害，因此以證照與專業資格作為限制，避免未受管束之行動者在未受監督之下提供可能具傷害性的服務。然而，從研究發現可知，許多「傷害」或未滿足的服務實際上來自有正式資格的專業者，反而許多療癒經驗或實際幫助來自沒有資格獲補助的家屬同儕。此經驗值得當權者反思，如何在避險之下仍能回應家庭各樣需求，讓肯認常民文化不只淪為口號，而是落實在系統之中。

最後，肯認常民知識不僅是針對外界文化性的努力，同儕支持者／家屬自身若要能夠主張常民專家的論述、形成文化性運動，社群自身也要對自己的經驗價值有所意識。當社群不再內化污名、自我矮化，跳脫低專業一等的自餒，而能夠自我肯認常民智慧的價值，不僅會達成上述的「培力」，更能具備條件促進整體社會與正式系統的轉變。

（三）設定以社群為基礎的彈性規範

在政策規劃上，研究者認為以本研究資料推論形成政策建議言之過早，在家屬社群內也尚未有制度化的共識前，輕易設定規範可能會揠苗助長，因此研究者並未意圖提出完整的制度與規範。然基於本研究發現，研究者仍嘗試提出一些以社群聲音為基礎的規範設定方向與原則，以供政策制定者與相關有意發展家屬同儕支持的團體參考。



首先，從專業化程度來看，多元的模式百花齊放對於家屬社群來說有益無害：從學會的建立，綁定認證制度；到接受特定助人基礎訓練，但保有常民知識的純度；到反對收編、無需由專業人員運行的草根模式等，研究者認為不論是否有給、是否有訓練、是否有專業者參與，不同組合若能多元發展，對於家屬社群中擁有不同考量的主體，便有更多機會選擇與嘗試，而支持者們也能在組織中流通，交換各團體或不同模式中有益的元素。因此制度本身如何設定不一定有絕對的答案，但在團體中保持對話、對於尊重彼此的經驗有意識，從組織者到參與者都認同不斷反思的文化，才是發展家屬同儕支持的關鍵。

再來，在家屬同儕支持發展上，解構與建構同等重要。上段所提的反思便是提醒「異化」、「比較」與「資深指導」的關鍵，然而在運動推行或組織營運中，亦需要行動者作出行動或畫出框架與範圍，讓社群對其有所調整反思，若是因為長期處在焦慮與擔心中，可能會如第一章所提，成為「虛無性批判知識份子」（夏曉鶴，2006），這樣的不行動並不一定利於社群的運動推展。因此在各處都需要分工，不論是政府單位亦或是民間組織、家屬團體，若有行動也有反思，才會為社群持續注入活水。

因此若相關單位或團體有益發展家屬同儕支持，應提供更具彈性、減少行政本位風險管理的思維、營造安全對話的討論空間，並且適當的提供發展的資源，不限於人力與預算，使得各地家屬自由發展社群所認同的家屬同儕模式，藉由更多實踐遍地開花，社群未來才有機會擁有足夠共通基礎，發展下一步制度化的想像。

第二節、研究限制與未來研究建議

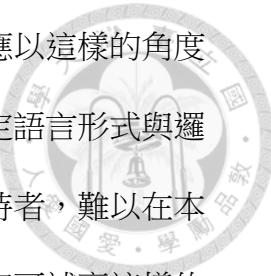


本研究作為台灣精神疾病家屬同儕支持的初探性研究，嘗試統整實踐者的心法與對於家屬同儕支持的實作經驗與心智模式。然因研究規模限制，研究者雖盡可能招募不同地區、不同陪伴身份的參與者，參與者仍大多來自特定的實踐組織或團體，並顯現許多高同質性，不論是人口學上的特徵、經驗的相似性，皆有其限制，難以涵蓋更多元的經驗與聲音。

首先，在社會性別上，多數參與者仍為女性，陪伴關係上以母親、姐妹、女兒為大宗，參與者性別的建構過程與其在台灣社會文化中以順性別女性身份生長的經驗，可能相對缺乏陽剛特質的養成，因此本研究之結論「故事的交換」是否是這種在柔順、適應的陰性溝通文化中產生，仰賴更多不同類型參與者的經驗探索，因此也建議未來研究可更注意這類人口組成特質如何影響經驗的累積。

其二，在參與者實踐的地區上仍以雙北為主，雖有部分受訪者來自中部，然從其經驗中也能感受到不同地區資源上的差異，也或因研究者現有之人際網絡多觸及雙北實踐組織，因此導致參與者多來自資源相對豐富的台北與新北市，盼未來研究能進一步探索不同地區更異質的家屬同儕支持經驗，看見更多在地的多元實踐。

其三，本研究參與者多數已實作同儕支持多年，甚或可能同時擔任不同家屬組織的理事長、監事、總幹事等重要決策職位，參與者們經常多年反覆自我對話、整理自身經驗，因此能夠清楚的表達自己的照顧故事與同儕實踐，並且能夠以結構層次觀看社群動向與制度發展，許多分享與分析都不是最「原始」的狀態，而是多年累積、整理的結果。研究者認為這群參與者許是家屬運動中重要的領頭聲音，且擁有極高的反思力，語言門檻相對高。因此本研究參與者

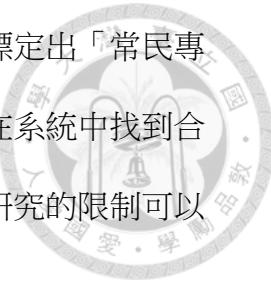


是否有足夠的「代表性」，仍需要更多對話，參與者們的經驗應以這樣的角度被閱讀與觀看。然而同時也顯現出本研究較難以捕捉不熟悉特定語言形式與邏輯的參與者，部分尚無法擺放自己的同儕支持位置與經驗的支持者，難以在本研究中被呈現。研究者認為此為本研究之限制，並期許未來研究可補齊這樣的缺口。

再者，本研究因初探性之定位，聚焦於三個主要問題意識，訪談策略選以廣蒐而非深探，針對各點難以更細緻了解，此部分值得未來研究者進一步探究。另本研究以綜合分析的類型學（Typology）方式彙整參與者於訪談當下的經驗，較少納入參與者作為家屬整體的生命故事與心路歷程，難以觀看同儕支持者從家走到公共的時間性敘事，相對地個體在本研究中較不立體、個別經驗難以完整呈現，未來研究可更著重同儕支持者的經驗敘事，採用不同研究典範以更豐富家屬同儕社群的資料。

此外，研究者的研究位置使得本研究的參考性需被讀者考量。研究者自許為社群的一份子、局內人的位置，可能會將某些經驗與觀點視為理所當然，並且缺乏描繪現場。例如「揭露」的概念與用語在訪談中很自然的被參與者與研究者接受，並且在分析階段成為實作方法段落的主要核心概念，然這個「自然」究竟為何自然，這種在社群中的默會知識（Tacit Knowledge）在研究過程中，研究者反覆提醒自己避免內化詮釋以及預設前提，而期盼自身在研究中進一步外顯這些默會知識，同時盡力保持懸置，過程仍仰賴非局內人的他者提供回饋，然仍可能有未竟之處。

同時，從本研究標題「佔領助人專業的剩餘地帶」中可見，研究者帶著明確對於現行精神醫療專業分工下的專家邏輯的挑戰，「佔領剩餘」的論述與意圖形成的張力，是研究者在參與者資料中選取的位置。然如同每個社會運動有



不同路線，社群中也自然會有不同聲音，本研究之立場是藉由標定出「常民專家」的經驗知識，企圖為專業社群帶來反思，並且為家屬同儕在系統中找到合法的位置。社群內可能會有不同的聲音、態度與主張，期盼本研究的限制可以成為社群與運動的素材，以利後續更多知識與論述的生產。

最後，因研究者不外於社群，在研究進行過程中經常需在社群中對話、核對期待，也須面對差異帶來的衝突，當然也因此會有情緒起伏、身心反應，局內人的優勢與挑戰，是所有社群中的成員在做社群研究中不可避免的。研究者須先直面自己並無法代表所有社群的經驗，研究位置也於第一章前見段落說明，作為家屬運動、家屬同儕支持倡議以及精神疾病運動的一份子，在避免本質化精神困擾者／陪伴者與照顧者／專業工作者的經驗、聲音與位置的同時，也不斷需意識這些位置所帶來的權力關係與話語權的分佈。研究者期盼未來有更多不同角度出發的家屬同儕支持研究，以反映真實社會中多元的聲音，並且避免專業者本位的研究弔詭地持續主導常民的領域。

第三節、結語



他（Arthur Kleinman）「花數十年的時間才讓自己擺脫專業解釋的自我保護」，真正聆聽病人真實的生存反應。對現代所謂「專業者」來說，專業知識一方面是理性知識的洞識，另一方面也是生活智慧的閉塞來源，專業者的成長，一方面強化專業知識，另一方面也要消解專業的閉塞，就如新陳代謝，有進有出，有吸收也有消解，既建構也解構，但是，智者多少知道曾經有個源頭，那是尚未成為知識的真實處境，裡頭有各種無法被理性整頓的混亂與無法被語言所調製的秩序，那是非知識之地，卻是知識的源頭，各種知識不過是被裁剪的成品，而那源頭，如人類的受苦處境，卻不斷地如紅塵滾滾的塵埃，總是漫天漫地構成人類永存的背景，跟隨著任何時代的人類。（余德慧，2007）

余德慧老師在為 Arthur Kleinman 的《道德的重量：不安年代中的希望與救贖》一書所寫的序中，運用 Kleinman 身為醫療人類學家，並長期關懷受苦經驗與照護工作的智慧，為所有從事苦難工作的專業者與精神醫療從業人員帶來了深刻的反思。同時，這篇序也為本研究一開始模糊、難以化為清晰語言的研究者動機，提供了很好的註解。

從反說教的故事交換、受苦後習得的謙卑，到資深指導可能帶來的危害，這些同儕支持的哲學觀與實作方法，研究者認為家屬同儕支持的實作與精神對所有助人專業都有重要啟示。同儕支持之所以能在體制中扮演補充性角色，並且能夠佔領專業的「剩餘」地帶，從使用者的角度來看，必然反映專業者在某些時刻距離苦痛現場過於遙遠。精神疾病家屬的需求相當綿密，從治療、復健、教育到生活，儘管當前心理衛生專業看似分工明確，總有家屬在這樣的分

工中掉落。無論是高強度的危機介入時期，亦或者危機降落後的生活範疇，都有專業需求，但同時也有常民專家的領地。

尤其在社會工作中，如果我們自認是協助案主生活的專家，那麼在社工專業向高度專業化發展的同時，是否如 S7 所說，還能「看見原本的苦痛」？是否會受限於專業的自我保護，並且形成了生活智慧的閉塞？研究者認為這需要助人者時刻警惕，不斷自我提醒。社工專業在台灣公辦民營化與證照化的專業發展方向上，如何尋求「助人專業之解放許諾的平衡點」（黃克先，2012），找到貼近社會正義的實踐路徑，更是社會工作者的現代挑戰。

回到研究的起點，「專業才幫的上忙」的論點立意良善，專業的訓練與知識體系積累，是帶著經過檢驗的方法必然帶來效果的確信，然而生活與照護的挑戰，經常在書本與治療室中，難以找到完美的答案。正如社群夥伴所說：家屬擁有「過日子的智慧」，所有專業的目標，起點都是來自於讓人「更有品質的過日子」。而家屬同儕的經驗，或許能如暮鼓晨鐘般，喚起助人專業的初心，讓工作者反思自己走過的路，以及期盼抵達的地方。



參考資料

- 王育瑜（2023）。身心障礙者人權議題：自主、倡議與社會工作使命。臺北市：五南圖書。
- 王育慧（2016）。踏不出家門的專業－從「咱們」關係初探精神失序者（思覺失調症）的照顧經驗，國立陽明大學臨床護理研究所碩士學位論文。
- 王珮靜（2015）。社區精神康復者在康復歷程中主要照顧者之支持服務需求及資源使用之調查，國立政治大學輔導與諮商碩士學位論文。
- 王增勇、蔡曉欣（2014）。自助互助做為另類助人服務類型：以瑞智互助家庭為例。社區發展季刊，145，218-233。
- 田禮瑋（2008）。由家庭脈絡呈現重鬱症病友手足的聲音，國立臺灣大學社會工作碩士學位論文。
- 余漢儀（2001）。精障病友家屬團體與專業之權力互動－兼論社工之介入策略。臺大社會工作學刊，(5)，1-51。
- 余德慧（2007）。序三：從真實道德看見「終極關懷」。於 Arthur Kleinman，道德的重量：不安年代中的希望與救贖（劉嘉雯、魯宓譯）。臺北市：心靈工坊。（原著出版於 2006）
- 吳秀瑾（2013）。關懷立場論的知識優勢：背負關懷價值的強客觀性。科技醫療與社會，(17)，9-58。
- 吳書昀、黃純滿（2022）。回首復原路：青少年子女照顧精神障礙父母之回溯性敘事。社會政策與社會工作學刊，26(2)，105-149。
- 宋麗玉（2002）。精神病患照顧者負荷量表之發展與驗證－以實務應用為取向。社會政策與社會工作學刊，6(1)，61-100。
- 李佩玲（2009）。我的丈夫是精神分裂：女性配偶照顧行動之現象探究，高雄醫學大學護理學碩士學位論文。
- 李錦彪（2003）。精神病患主要照顧者之需要及其滿足程度之相關因素探討，臺北醫學大學醫務管理學系碩士學位論文。
- 林仕芯（2005）。初診精神分裂症患者及其主要照顧者的健康照護需求，國立臺灣大學護理學碩士學位論文。
- 紀馨雅（2018）。青少年子女面對父母罹患精神疾病的觀點、經驗與壓力因應策略，國立臺灣大學社會工作學碩士論文。
- 胡珈華、郭可盼（2022）。阻止孤立發生——開放式對話與精障家庭：伊甸敲敲話行動人家團隊實踐經驗。社區發展季刊，177，175-191。
- 夏曉鶴（2006）。新移民運動的形成－差異政治、主體化與社會性運動。台灣社會研究季刊，(61)，1-71。
- 夏曉鶴（2016）。關於跨域連結的反思與提問。台灣社會研究季刊，(102)，145-163。



徐瑀謙、黃莉萍、徐敏芳（2016）。社區精神病患家屬照顧負荷及其預測因子。健康與建築雜誌，3(2)，64-71。

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

高淑清（2001）。在美華人留學生太太的生活世界：詮釋與反思。本土心理學研究，(16)，225-285。

張光華、劉燦宏（2014）。身心障礙與復健醫學－復健專科醫師在身心障礙領域的挑戰與機會。台灣復健醫學雜誌，42(2)，71-79。

張育瑛（2016）。思覺失調症患者手足的生命經驗初探，國立臺北大學社會工作學碩士論文。

張恆豪（2011）。障礙者權利運動的策略與組織變遷：提供服務作為社會運動的手段？載於社會運動的年代：晚近二十年來的台灣行動主義（何明修、林秀幸編）。臺北市：群學。

許素彬、張耐、王文瑛（2006）。身心障礙幼兒家長支持團體運作之研究與評估：以領航父母為例。臺大社會工作學刊，(13)，1-40。

許馨云（2011）。憂鬱症患者其青少年手足的生活經驗，國立臺灣大學社會工作學碩士論文。

郭芬如（2013）。精神障礙者家屬之照顧經驗，國立臺灣師範大學社會工作學碩士論文。

陳佳君（2003）。躁鬱症患者配偶的照顧經驗及因應歷程——以優勢觀點分析，東吳大學社會工作學碩士學位論文。

陳芳珮、王敏菱、林嘉珮、林易萱、滕西華（2020）。精神障礙者自立生活營隊對參與者影響的分析。東吳社會工作學報，(39)，39-72。

陳姿廷（2013）。中年精神障礙者手足照顧經驗之初探，國立臺灣師範大學社會工作學碩士論文。

陳姿廷、吳慧菁、鄭懿之（2015）。臺灣精神障礙者手足照顧經驗之初探：以父母照顧經驗做對照。臺大社會工作學刊，(31)，55-103。

陳湘瑾（2021）。尋找黑夜的盡頭—精障照顧者的困境與支持，國立台灣大學新聞學碩士論文。

游淑真（2019）。台灣都會地區精神障礙者健康服務的使用型態與影響因素，東海大學社會工作學博士學位論文。

鈕文英（2021）。質性研究方法與論文寫作（三版）。台北市：雙葉書廊有限公司。

黃伶蕙、吳建昇、李育穎、羅子婷、劉雅文、謝若涵、徐蕙菁、古登儒（2018）。自立生活之執行現況與發展。社區發展季刊，164，6-21。

黃克先（2012）。助人專業與多元情緒勞動：社工員與常民助人者服務外籍配偶的比較研究。台灣社會學，(24)，99-154。

楊芝菁、馬維芬、顏文娟、藍先元（2008）。手足罹患精神分裂症之認知歷程。實證護理，4(3)，182-190。



劉凱（2015）。「家長支持家長」的在地實踐－陪伴障礙幼兒家長的行動研究，國立臺灣師範大學特殊教育學博士學位論文。

劉雅惠（1995）。社區中情感性障礙病患主要照顧者的需要及影響因素，高雄醫學院護理學碩士學位論文。

劉麗茹（2020）。我與精障者家屬組織的生命交會，輔仁大學社會工作碩士學位論文。

蔡佩真（2017）。藥癮者家屬支持團體之運作與經驗探究。刑事政策與犯罪研究論文集，179-202。

衛生福利部（2021）。世界心理健康日衛生福利統計通報。衛生福利部。擷取日期：113 年 9 月 2 日。擷取自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-72112-da6ac125-fd2f-42ae-a6e4-09f496699ed3.html>

衛生福利部（2023a）。精神衛生行政工作執行成果表。衛生福利部。擷取日期：113 年 9 月 2 日。擷取自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-55650-b8d68012-aa2a-4e56-961e-5479c6bde6b5.html>

衛生福利部（2023b）。精神醫療資源現況表。衛生福利部。擷取日期：113 年 9 月 2 日。擷取自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-17698-9238f4f6-9b97-4564-922e-e819b028f7a1.html>

衛生福利部社會及家庭署（2024）。同儕支持員服務專長。衛生福利部社會及家庭署。擷取日期：113 年 9 月 2 日。擷取自：https://il.sfaa.gov.tw/resume/handicapped_assistant。

衛生福利部統計處（2023a）。身心障礙者人數按類別及縣市別分。衛生福利部統計處。擷取日期：113 年 9 月 2 日。擷取自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-69410-3372b4eb-e96d-4b84-ad30-b9f88d657042.html>

衛生福利部統計處（2023b）。110 年身心障礙者生活狀況及需求調查報告。衛生福利部統計處。擷取日期：113 年 9 月 2 日。擷取自：<https://www.mohw.gov.tw/dl-83264-b27950da-58e4-44c8-94e8-04a515bec2b0.html>

鄭舒文（2006）。精神障礙者家屬領導者參與社會運動之主體經驗，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

蕭信彬（2006）。共識的形成或想像的限縮？－關於社會問題「社工化」的專業社會學考察，國立清華大學社會學研究所碩士論文。

賴品妤、尤素芬、潘佩君（2019）。臺灣身心障礙者自立生活同儕支持服務發展之回顧與現況。社區發展季刊，168，230-242。

謝宜恩、鄭龍驥、范軒昂（2022）。精神疾病照顧者專線：精神疾病家屬同儕支持的在地實踐經驗。社區發展季刊，177，114-127。

魏芳婉、趙雨龍（2005）。家連家精神健康教育課程在台灣實施之前驅性研究。東吳社會工作學報(12)，19-48。

顏苡安（2016）。旁門左道？「道」亦有道－跳脫醫療觀點的另類精神障礙社區復健模式，國立政治大學社會工作學研究所碩士論文。

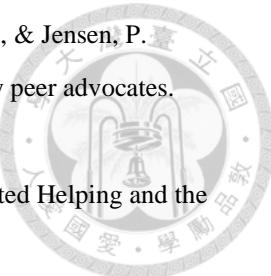
- Acri, M., Hooley, C. D., Richardson, N., & Moaba, L. B. (2017). Peer models in mental health for caregivers and families. *Community Mental Health Journal*, 53, 241-249.
- Adams, W. E. (2020). Unintended consequences of institutionalizing peer support work in mental healthcare. *Social Science & Medicine*, 262, 113249.
- Angermeyer, M. C., B. Schulze, & S. Dietrich (2003). Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 593-602.
- Anonymous, & Martin, K. (2020). Characteristics of Peer Facilitation That Impact Recovery: How One Family Member's Experience Leading Groups Changed Her Life. *Journal of Recovery in Mental Health*, 3(1), 54-61.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Batson, C. D., Ahmad, N., Lishner, D. A., & Tsang, J.-A. (2002). Empathy and altruism. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 485–498). Oxford University Press.
- Batson, C. D., & Shaw, L. L. (1991). Evidence for Altruism: Toward a Pluralism of Prosocial Motives. *Psychological Inquiry*, 2(2), 107-122.
- Berry, C., Hayward, M. I., & Chandler, R. (2011). Another rather than other: experiences of peer support specialist workers and their managers working in mental health services. *Journal of Public Mental Health*, 10(4), 238-249.
- Biggs, L. J., McLachlan, H. L., Shafiei, T., Small, R., & Forster, D. A. (2019). Peer supporters' experiences on an Australian perinatal mental health helpline. *Health Promotion International*, 34(3), 479-489.
- Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review*, 50(3), 445-456.
- Brister, T., Cavaleri, M. A., Olin, S. S., Shen, S., Burns, B. J., & Hoagwood, K. E. (2012). An Evaluation of the NAMI Basics Program. *Journal of Child and Family Studies*, 21(3), 439-442.
- Cadwell, S. A. (1994). Over-Identification with HIV Clients. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 2(2): 77-99.
- Chien, W. T., & Thompson, D. R. (2013). An RCT With Three-Year Follow-Up of Peer Support Groups for Chinese Families of Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(10), 997-1005.
- Corrigan, P. W. (2024). Understanding Peerness in Recovery-Oriented Mental Health Care. *Psychiatric Services*, 75(6), 597–599.



- Courey, L., Hyndman, D., Sheasgreen, C., & McCay, E. (2021). What we know—and want to know—about Family Connections: a review from the perspective of lived experience. *Current Opinion in Psychology*, 37, 44-48.
- Dalgin, R. S., Maline, S., & Driscoll, P. (2011). Sustaining Recovery through the Night: Impact of a Peer-Run Warm Line. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 65-68.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D., & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 443-450.
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332.
- Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C. H., Postrado, L., McGuire, C., & Hoffman, M. (2004). Outcomes of the peer-taught 12-week family-to-family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(3), 207-215.
- Drapalski, A. L., Marshall, T., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., & Dixon, L. B. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric Services*, 59(6), 655-662.
- Fisher, E. B., Coufal, M. M., Parada, H., Robinette, J. B., Tang, P. Y., Urlaub, D. M., Castillo, C., Guzman-Corrales, L. M., Hino, S., Hunter, J., Katz, A. W., Symes, Y. R., Worley, H. P., & Xu, C. R. (2014). Peer Support in Health Care and Prevention: Cultural, Organizational, and Dissemination Issues. *Annual Review of Public Health*, 35, 363-383.
- Gillard, S. G., Edwards, C., Gibson, S. L., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer worker roles into UK mental health service teams: a qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1-13.
- Glynn, S. M., Cohen, A. N., Dixon, L. B., & Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: Opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 451-463.
- Goffman, E. (2010). 汚名：管理受損身分的筆記（曾凡慈譯）。臺北市：群學。（原著出版於 1963）
- Greenwood, N., Habibi, R., Mackenzie, A., Drennan, V., & Easton, N. (2013). Peer support for carers: a qualitative investigation of the experiences of carers and peer volunteers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(6), 617-626.
- Hoagwood, K. E., Cavaleri, M. A., Serene Olin, S., Burns, B. J., Slaton, E., Gruttadaro, D., & Hughes, R. (2010). Family support in children's mental health: A review and synthesis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 1-45.
- Hoey, L. M., Ieropoli, S. C., White, V. M., & Jefford, M. (2008). Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 315-337.



- Irvine, A., Drew, P., Bower, P., Brooks, H., Gellatly, J., Armitage, C. J., Barkham, M., McMillan, D., & Bee, P. (2020). Are there interactional differences between telephone and face-to-face psychological therapy? A systematic review of comparative studies. *Journal of Affective Disorders*, 265, 120-131.
- Jones, M., & Pietilä, I. (2020). Alignments and differentiations: People with illness experiences seeking legitimate positions as health service developers and producers. *Health*, 24(3), 223-240.
- Kleinman, A. (2020)。談病說痛：在受苦經驗中看見療癒（卓惠譯）。臺北市：心靈工坊。（原著出版於 1988）
- Leggatt, M. S. (2007). Minimising collateral damage: Family peer support and other strategies. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S61-S63.
- Losee, N., Auerbach, S. M., & Parham, I. (1988). Effectiveness of a Peer Counselor Hotline for the Elderly. *Journal of Community Psychology*, 16(4), 428-436.
- Lucksted, A., Stewart, B., & Forbes, C. B. (2008). Benefits and changes for family to family graduates. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 154-166.
- McKen, A. S. (2020). I Am Because We Are. In Julio Cammarota (Eds.), *Liberatory Practices for Learning: Dismantling Social Inequality and Individualism with Ancient Wisdom*(pp. 93-110). Springer Nature.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134-141.
- Mead, S., & MacNeil, C. (2005). Peer support: A systemic approach. *Family Therapy Magazine*, 4(5), 28-31.
- Mills, C. W. (2020)。社會學的想像：從「個人的煩惱」連結到「社會的公共議題」，歡迎來到社會學的世界！（洪世民譯）。臺北市：商業週刊。（原著出版於 1995）
- Mol, A. (2018)。照護的邏輯：比賦予病患選擇更重要的事（吳嘉苓、陳嘉新、黃于玲、謝新誼、蕭昭君譯）。新北市：左岸文化。（原著出版於 2006）
- Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., Yim, J. Y., & Sprague, C. (2012). Benefits and Mechanisms of Recovery Among Peer Providers With Psychiatric Illnesses. *Qualitative Health Research*, 22(3), 304-319.
- Munn-Giddings, C., & McVicar, A. (2007). Self-help groups as mutual support: what do carers value? *Health & Social Care in the Community*, 15(1), 26-34.
- Nicholson, J., & Valentine, A. (2018). Defining "peerness": Developing peer supports for parents with mental illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 41(2), 157-159.
- Nicholson, J., & Valentine, A. (2019). Key Informants Specify Core Elements of Peer Supports for Parents With Serious Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 106.



- Olin, S. S., Hoagwood, K. E., Rodriguez, J., Radigan, M., Burton, G., Cavalieri, M., & Jensen, P. S.(2010). Impact of empowerment training on the professional work of family peer advocates. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1426-1429.
- Pagano, M. E., Post, S. G., & Johnson, S. M. (2010). Alcoholics Anonymous-Related Helping and the Helper Therapy Principle. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 29(1), 23-34.
- Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), 110-121.
- Pudlinski, C. (1998). Giving advice on a consumer-run warm line: Implicit and dilemmatic practices. *Communication Studies*, 49(4), 322-341.
- Pudlinski, C. (2001). Contrary themes on three peer-run warm lines. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(4), 397-400.
- 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.
- Reynolds, D., McMahon, A., & McMahon, J. (2022). Being held through pain: An interpretative phenomenological analysis of experiences of receiving a peer support intervention for family members of individuals with mental illness. *Counselling and Psychotherapy Research*, 22(3), 736-747.
- Riessman, F. (1965). The Helper Therapy Principle. *Social Work*, 10(2), 27-32.
- Riessman, F. (1990). Restructuring Help - a Human-Services Paradigm for the 1990s. *American Journal of Community Psychology*, 18(2), 221-230.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Schinnar, A. P., Rothbard, A. B., Kanter, R., & Jung, Y. S. (1990). An Empirical Literature-Review of Definitions of Severe and Persistent Mental-Illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608.
- Seikkula, J. and T. E. Arnkil (2016)。開放對話・期待對話：尊重他者當下的他異性（吳菲菲譯）。臺北市：心靈工坊。（原著出版於 2014）
- Shalaby, R. A. H., & Agyapong, V. I. O. (2020). Peer Support in Mental Health: Literature Review. *JMIR Ment Health*, 7(6), e15572.
- Shor, R., & Birnbaum, M. (2012). Meeting unmet needs of families of persons with mental illness: evaluation of a family peer support helpline. *Community Mental Health Journal*, 48(4), 482-488.
- Simoni, J. M., Franks, J. C., Lehavot, K., & Yard, S. S. (2011). Peer interventions to promote health: conceptual considerations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(3), 351-359.

- Skea, Z. C., MacLennan, S. J., Entwistle, V. A., & N'Dow, J. (2011). Enabling mutual helping? Examining variable needs for facilitated peer support. *Patient Education and Counseling*, 85(2), e120-e125.
- Skirbekk, H., Korsvold, L., & Finset, A. (2018). To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. *Patient Education and Counseling*, 101(4), 711-716.
- Skovholt, T. M. (1974). The client as helper: A means to promote psychological growth. *The Counseling Psychologist*, 4(3), 58-64.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392-401.
- Stephens, J. R., Farhall, J., Farnan, S., & Ratcliff, K. M. (2011). An evaluation of Well Ways, a family education programme for carers of people with a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1), 45-53.
- Stratford, A. C., Halpin, M., Phillips, K., Skerritt, F., Beales, A., Cheng, V., Hammond, M., O'Hagan, M., Loreto, C., Tiengtom, K., Kobe, B., Harrington, S., Fisher, D., & Davidson, L. (2019). The growth of peer support: an international charter. *Journal of Mental Health*, 28(6), 627–632.
- Thornburgh, C., Kidd, K. M., Burnett, J. D., & Sequeira, G. M. (2020). Community-Informed Peer Support for Parents of Gender-Diverse Youth. *Pediatrics*, 146(4).
- Visa, B., & Harvey, C. (2019). Mental health carers' experiences of an Australian Carer Peer Support program: Tailoring supports to carers' needs. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 729-739.
- Voronka, J. (2019). The mental health peer worker as informant: Performing authenticity and the paradoxes of passing. *Disability & Society*, 34(4): 564-582.
- Wang, F. T.-Y., & Lu, Y.-H. (2013). Chinese Cultural Variation on the Clubhouse Model in Taiwan. *International Journal of Self Help and Self Care*, 7, 167-192.
- Watson, E. (2019). The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health*, 28(6), 677-688.
- Wisdom, J. P., Olin, S., Shorter, P., Burton, G., & Hoagwood, K. (2011). Family peer advocates: A pilot study of the content and process of service provision. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 833-843.
- Zechner, M., Lundquist, M. C., Swarbrick, M., & Wey, A. (2020). Care2Caregivers: A Retrospective Examination of Needs Addressed and Services Provided by a Peer Support Helpline. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(10), 13-16.
- Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482.

附錄一、訪談大綱



1. 身為精神疾病家屬的故事與經驗
 - I. 你成為家屬或照顧者多久了？
 - II. 家裡是誰生病，生什麼病？生了多久的病？
 - III. 你覺得身為精神疾病家屬是什麼樣的經驗？
2. 投入家屬同儕支持的歷程
 - I. 是什麼讓你開始投入家屬同儕支持？投入大約多久了？
 - II. 你做同儕支持的場域為何？（例如：是在哪個組織？或是什麼情境下？）
 - III. 你提供的服務內容為何？
3. 何謂同儕支持
 - I. 你覺得什麼是同儕支持？
 - II. 你認同「家屬同儕支持」這個詞嗎？你自己會用什麼字眼來形容自己的實踐或工作，或者是推廣的時候可以用什麼字眼來描述你在做的事？
 - III. 你覺得什麼是同儕支持中最重要的事？
4. 同儕支持的實作
 - I. 你覺得做同儕支持與其他助人專業或志工服務有什麼不同？這怎麼影響你「做」同儕支持？
 - II. 在同儕支持中時，什麼時候會揭露自己的家屬身份，或分享自己陪伴或照顧的經驗？可否舉個例子？
 - III. 你認為同儕支持中，「配對」重要嗎？若同儕支持中的對方在身份/年齡/性別/當事人的病程狀態/疾病別上，跟你的經驗或身份相同或不同，會如何影響你的實踐？
 - IV. 除了分享經驗、產生共鳴之外，你還會運用什麼方法、使用什麼經驗來實踐同儕支持？
 - V. 你認為什麼樣的特質／經驗／能力的人適合（或不適合）成為同儕支持者？
 - VI. （若為參與多重組織者）不同組織間的同儕支持服務的相同或相異之處？這如何影響你在不同組織間作同儕支持的方法或考量？
 - VII. 總結來看，你覺得同儕支持的實作方法是什麼？
5. 同儕支持的困難與挑戰
 - I. 你在實踐同儕支持中會遇到什麼困難與挑戰？



- II. 在你的經驗中，同儕支持有沒有限制？例如難以回應的家屬需求、非同儕支持者可介入的服務範圍。
6. 參與同儕支持服務的影響與意義
- I. 成為同儕支持者，對你來說的意義與影響是什麼？
- II. 是什麼原因讓你持續參與同儕支持服務？(又，若已停止同儕支持服務者，你決定不再參與同儕支持服務的原因為何？)
7. 同儕支持的專業化
- I. 你認為同儕支持是一門專業嗎？
- II. 你認為同儕支持是否應該走向專業化，例如利用證照、檢定、資格限定等排除「不符合專業條件」的人？或是走向半專業化，例如必須接受特定訓練才能落實同儕支持？以及同儕支持是否應該有給，如何給？對此你是否有立場或態度上的變化？（社群中好像有不同聲音，發布招募後，發現有些夥伴反應不同）
- III. 你覺得在組織中，家屬同儕的經驗與聲音是否被重視？同儕支持者的經驗如何影響組織間的決策與服務發展？
8. 在你服務經驗中，有沒有印象深刻的故事願意分享？