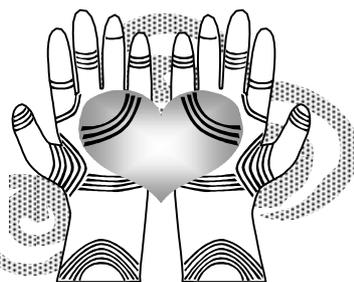


從「洪大俠」事件 看社會大眾對精神病友的迷思



蔡鎮戎

壹、前言

民國 96 年 10 月 24 日，某大報以頭版刊載一名精神病友被家人關在一個長 2m、寬高各 1.8m 的籠子裡達 31 年之久，屏安醫院院長黃文翔前往探視時，詢問從年輕關到現已腦門禿、白髮蒼蒼的「洪大俠」：「先生姓什麼？被關這邊多久了？」，「洪大俠」是低頭縮在鐵籠角落，全無回應。當一個人被莫名其妙強制與社會隔離這麼久的時間，我們當然無法期待他能與社會大眾有語言溝通的能力，就如同屏東東港安泰醫院精神科主任秦安鎮醫師所說，病患早期發現早期治療，才能有最好效果，本案例被關三十多年，「沒病也關到有病」。

這並非單一個案，最近有被報

導的另一個重大個案，是民國 96 年 9 月 7 日在彰化縣一名 41 歲陳姓男子自幼智力嚴重受損，並喪失語言能力、產生重度精神障礙，母親爲了安全，自他 18 歲那年起將他關在 3 坪大的陋室裡長達 23 年。這兩件分別被家人「囚禁」長達 31 年、23 年的個案，對已經是 21 世紀、號稱「準已開發國家」的臺灣社會，實在是極爲諷刺且悲哀的現象，本文將從精神病史與現況來分析臺灣社會在對待精神病友上的歷程及成果，並提出一些未來可行的具體建議。

貳、對待精神病友的簡史

在吳來信、廖榮利著（2005）「精神病理社會工作」裡，將對待

精神病友的歷史歸納為「機構化處遇時期」及「去機構化運動時期」，簡述如下：

一、機構化處遇時期

(一)收容所時期

收容精神疾病病患的機構在 14 世紀開始在佛羅倫斯、西班牙、比利時與英格蘭建立，其中最著名的，是位在倫敦的聖瑪麗亞·伯利恆醫院，最常被稱為「瘋人院 (Bedlam)」，它在 1403 年開始接受精神病患，而在 1547 年前，都負責照顧精神病人，這家收容所以殘暴手段對付精神病患出名。1845 年，艾斯奎爾 (Esquirol) 報導收容所沒有人道的一面。他描述道：「如果病人發狂，則他會被以鎖鏈控制他的行動……有許多發狂的病人因為被鎖鏈固定在床的時間過久而造成癱瘓的情況」。在當時的英國與美國，病人會在星期天公開展露以滿足好奇人的眼光。

1793 年時，法國的皮聶 (Pinel) 以收容所的監督者自居，因此，他將精神病患身上的鎖鏈解除。他發展一種親切的「道德性處遇」對待精神病人。扈胥 (Benjamin Rush) 被稱為美國精神醫學之父，他是美國獨立宣言的簽

署者之一，由於他倡導以人道主義的方式對待精神病患而受到國際的喝采。他監督費城的賓州醫院，並強調採取以生理與環境為基礎對待精神疾病。在處遇過程中，他同時提倡「同情心的傾聽」。迪司 (Dorothea Dix) 是美國 19 世紀精神健康 (心理衛生) 運動的主要推動人物，她倡導建立更多的精神醫院。1844 年，費城的 13 間收容所所長就成立「美國精神病人機構醫學監督協會」(Association of Medical Superintendents of the American Institutions for the Insane)，這個協會是「美國精神醫學會」的前身。

(二) 20 世紀初葉處遇期

1934 年梅都納 (Von Meduna) 引入電療。他認為，癲癇與精神分裂症狀經過電療後可完全不受症狀的折磨 (後來證實，事實並不是這樣)。早期的電療會造成知覺喪失 (anesthesia) 並產生骨折併發症，某些人也抱怨記憶力差的問題。

(三)精神疾病藥物的發明

法國的科學團隊丹尼克 (Pierre Deniker)、樂柏璽 (Henri Leborit)、德雷 (Jean Delay) 在 1950 年代初期發現抗精神病藥 chlorpromazine，開啓了精神藥物的紀元。

二、去機構化運動時期

〈1948 德拉差的聲音 (Deutsch's Expos, 1948) ——國家之恥〉 (The Shame of the State, 1948) 這篇文章主要刊登在 PM 報，報導美國 20 個州立精神醫院的虐待狀況。它以文字及照片記錄令人憤怒的現象：「病人擠在一間房間，病人數量是病床數的 2 至 3 倍，舊式的建築，跳蚤、老鼠處處，病人營養不良而未著衣物，病人受到監禁，或免費剝削勞力一天工作 12~14 小時」。它同時揭露醫生與病人的比例非常低 (1:800)。這樣病院不止像是病人的倉庫而已，同時也會增加意外事故、身體虐待與過早的死亡。

去機構化運動在〈國家之恥〉刊出之後十年開始發生。審計局 (General Accounting Office) 所做的報告曾加以定義 (Comptroller General of the United States, 1977)：(一)它是預防無必要的住院或停留的過程。(二)它在發現替代方案，並發展合宜而以社區為基礎的住屋、處置、訓練、教育與復健，以減少精神障礙者沒有必要的機構收容。(三)它用以改善需要接受機關照顧的個案的環境條件、照顧與處置。

去機構化運動主要目的在預防

沒有必要的機構收容與降低機構停留的期間為主。而機構化的主要群體包括：精神疾病病患、發展障礙者、刑事犯、兒童與老人五種。實際上，去機構化運動被簡單詮釋為減少公立精神醫院的數量。

參、臺灣精神醫療發展史與精神醫療政策

在吳來信、廖榮利著 (2005) 「精神病理社會工作」裡，對臺灣精神醫療發展史與精神醫療政策的歷史歸納為「機構化處遇時期」、「精神醫療機構設立與社區照顧準備期」及「醫療網建置與社區精神醫療復健時期」；此外，臺灣在最近十多年來對精神病友的逐漸重視也表現在立法及修法上，簡述如下：

臺灣並沒有大規模的去機構化運動與政策推動，但是由於長期住院的病患減少，而原本長期住院的病患也逐漸出院，精神醫療社區化的腳步因此慢慢展開。

一、機構化處遇時期 (日據時代~1964 年代末期)

臺灣並沒有真正實施大規模的機構化照顧 (除花蓮玉里療養院

外)。臺灣也沒有像美國「國家之恥」(The Shame of the State, 1948)以描述精神病患遭不人道禁錮與處置這樣有震撼力的報導。1937年中脩三教授在臺北帝國大學創設精神科，是臺大精神科的濫觴。當時臺灣各地雖已有指定精神醫院存在(臺北私立養浩堂醫院、臺南永康莊醫院、臺中市救濟院)，但臺灣精神醫學的重鎮仍是臺大精神科及養神院(二次大戰後依次改為省立錫口療養院、省立臺北療養院，即今行政院衛生署桃園療養院之前身)。1947年~1955年是臺大草創並確立主要學說、教學及工作方針之時期。1953年開始有非正式之心理治療及個案討論會。

二、精神醫療機構設立與社區照顧準備期(1965~1994)

或許是受到歐美去機構化運動的影響，臺大精神科在1965年開辦成人日間留院部，並著手精神病患回歸社區的治療模式。臺大精神科的歷史可說是臺灣社區心理衛生工作發展的歷史。行政院衛生署並自民國75年起將臺灣地區依地理環境、人口及資源分布情形，劃分為臺北、北部、中部、南部、高雄、東部和澎湖7個責任區，每個區域

指定一所公立醫院為核心醫院，結合區域內醫療、衛生、福利、輔導、警政及學校單位，建立區域性精神醫療網(衛生署，1997)。

三、醫療網建置與社區精神醫療復健時期(1995起~)

民國84年全民健保的推動，對於精神醫療網的建置產生正面的支持作用。行政院衛生署曾在民國86年訂立衛生白皮書—跨世紀衛生建設健全精神疾病防治措施(衛生署，1997)。在該白皮書的措施中，對精神疾病採「加強積極治療與復健，減少消極收容與養護」的政策導向。為使精神病患得以在全民健保體系中接受精神科之完整積極治療，已將慢性精神疾病患者納入重大傷病範圍，免除其負擔部分醫療費用，這對該類疾病的人捨棄機構式照顧，回歸到社區發揮了關鍵性的作用。

四、民國84年殘障福利法(96年6月5日修改為「身心障礙者權益保障法」)第3條條文修正案

將慢性精神疾病患者納為該法所稱身心障礙者的範圍。領有身心障礙手冊之慢性精神病患者可依相

關法規享有健保的保險費補助、就業之保障等各項福利。為落實「精神衛生法」第 40 條規定，且因應身心障礙者權益保障法將慢性精神疾病患者列入救助對象，保障其職業重建之福利服務，衛生署並邀請相關單位，研議慢性精神疾病患者職業訓練及就業服務方案，精神疾病患者可藉由精神醫療機構或精神復健機構轉介至職訓或就業服務機構接受職業訓練或就業服務。另外，精神疾病患者申報綜合所得稅時，亦享有身心障礙特別扣除額。

五、臺灣的精神病理社會工作發展

分為開創期（1950～1970）、理論培訓期（1971～1992）與發展期（1993～）。開創期期間，社會工作的發展主要由精神科醫師林宗義博士與其夫人所訓練，並藉由讀書會的摸索來進行；而理論培訓期則由廖榮利教授赴美專攻精神病理社會工作，並採精神分析的動力觀點，有系統透過大學正規教育與實習的過程培養相關人才開始；精神病理社會工作發展期則是延續 80 年代衛生署對於精神醫療政策的支持而有所進展，但是也隨著醫療機構引入管理主義，而要在專業倫理與績效掛帥的機構政策面臨兩難。

肆、臺灣未來努力的方向

前面已經概略介紹歷史上精神病史的重要發展，我們可以看到，就「學理上」而言，人們已經將罹患精神病者，從視為「邪惡」、「怪物」，轉而視之為需要受到照顧的「病人」；處遇方式也由以不人道的「禁錮終身」、「巫術的極端處理（如火燒其身）」，轉而考量其身心需求而研究以人道方式待之，甚至於近年來積極推動「回歸社區」，亦即為精神病友設置一個與大眾住在一起的社區，讓他們與一般人一樣，可以藉由輔導而工作、自主生活。

但是在實際面上，我們看到的成果並不是這樣順利與人道，從 2004 年 2 月及 2006 年 7 月份爆發，轟動一時的「新莊康復之友協會」要在新莊市景德路「台銀頂好」社區設立工作坊乙案來看，該方案試圖讓精神病友融入社區，卻引起該社區居民強烈抗拒精神病友的入住，就是最令人心寒與心痛的例子，居民不但認為成人精神病友的入住會「破壞社區的品質」、「社區房價會下跌」，竟然還害怕會被「傳染」，時至 21 世紀，我們對待精神病友的觀念，在實際上仍然是

停留在 17 世紀的「巫婆」觀念，即使是自己的家屬罹患精神疾病，也一向被視為「家族之恥」、努力隱瞞之。更遑論精神病友真的能如政府所計劃的可以擁有學習及工作的機會了！就以某市博訓中心來說，其設立宗旨即在促進身心障礙者就業的機會，惟在其「職業訓練班招生簡章」裡，過去一直將精神病友摒除在其「招生對象」中，近二年來雖已不再刻意摒除精神病友，但卻有著相當嚴格的限制。

我們的社會現今在對待精神病友的方式上，「積極面」而言是採取藥物控制，「消極面」而言，就形成「洪大俠」的「禁錮」方式。臺北縣立醫院身心科主任許添盛醫師在其《不正常也是一種正常》書裡提到，病患到後來之所以會配合吃藥，不過是為了早日取得身體上的自由。其實藥物不過是麻痺一個人知覺的「道具」罷了，任何一個人吃了控制神經知覺的藥，都會顯得極不舒服、四肢麻木，無力再對外在世界的刺激產生任何反應，而一般人竟然以為被藥物所控制知覺而無力再對外在世界刺激有所反應的病患，就是「病情好轉」的實證，而鼓勵病患吃藥，完全沒有考慮病患的心理需求，此種做法實為

謬誤；至於排斥精神病友的大眾，為了謀取不勞而獲之利，則將精神病友所說的話當成「六合彩明牌」來源、「供奉」為「財神爺」，其對精神病友的認知與其所表現出來的行徑，則是更顯得荒謬且矛盾！

所以就實際面而言，雖然對待精神病友的觀念和方式在人類史上，已經歷經逾四百年歷史的努力，臺灣本土亦已經有超過一百年的歷史，但我們只就臺灣社會觀之，我們仍然在原地踏步，所以才會產生這樣被關了 31 年、23 年，卻沒有人知道的悲劇，而且筆者相信，這不會是臺灣社會最後的二個個案，一定還有無數的精神病友，終年活在暗無天日的社會角落裡，吃飯、睡覺、等待死亡。

臺北縣立醫院身心科主任許添盛醫師在其《不正常也是一種正常》書裡提到：目前精神醫學有二種走向，一是「去機構化」（deinstitutionalize），早年的精神病患都是關在精神病院裡集中管理，甚至隔離，直到 1950 年代，有了抗精神病藥物的出現，就開始讓病人回歸社區，這在整個精神醫學史上是個很著名的過程；二是「內科化」，精神醫學本來是心理學、精神動力學、心理治療學，後來變

得像內科一樣，比如血壓高吃降血壓的藥，胃潰瘍吃治胃潰瘍的藥，只純粹探討身體狀況，把心理因素、人類靈魂丟到一邊去了，現在，大部分人看精神科都吃藥，醫生也只會開藥——焦慮，就吃抗焦慮劑；憂鬱，就吃抗憂鬱劑；精神分裂，就吃抗精神病藥物；躁鬱症，就吃情緒安定劑；失眠，就吃安眠藥；所有症狀都被物質化而投以藥物。

許醫師又提到，要治療任何疾病，首先我們應該要找到它之所以存在的目的、理由與意義，並予以肯定。精神病人在現實生活中已受了許多挫折，覺得自己什麼都不是，痛苦到根本活不下去，以至於進入他「人工製造的白日夢」。強制用藥物逼使其脫離妄想，病人的症狀改善了，卻也產生出「自殺傾向」——因為，連他最後的那一點妄想自由，也被剝奪怠盡。作為一名治療師，角色上更像是協助個案做心靈整合的人，必須清楚個案的精神症狀，輔導他面對心靈的種種現象，換句話說，個案的症狀等於是明明白白把他的潛意識演給你看了，治療師如果還讀不到個案潛意識的訊息，一味使用藥物壓制，那就根本談不上治療了。

基此，筆者根據己身研讀精神心理學、社會學的角度與心得，以及實務上經驗所見，提出我國社會未來在面對精神病友上可以努力的方向：

一、加強教育宣導

絕大多數人對於精神病友抱持著錯誤的觀念，認為精神病友是「魔鬼」、「殺人魔」、「不定時炸彈」，這些對精神病友的偏差觀念，主要來自於各種媒體的「大力炒作」和「加油添醋」，刻意把精神病友的「犯罪行爲」加以擴大渲染，描述得好像精神病友都是魔鬼一樣，在張葦（譯）（2003）《不要叫我瘋子》裡談道：大部分有精神障礙的人都過著溫和的生活，但新聞媒體只集中報導其犯罪行爲。「精神疾病」其實分為很多種，精神病友的「犯罪行爲」也沒有比一般所謂「正常人」的犯罪行爲恐怖，試問：各位有看過被鑑定為精神疾病的精神病友殺人分屍嗎？

許添盛醫師在其《不正常也是一種正常》書裡即提到：罹患精神分裂病的人，反而是本性善良、敏感膽小易受傷的，他們「怕」所謂的正常人，比正常人「怕」他們來得多。在個案心底，這世界充滿了

恐懼和不安，如果有人要抓他或強制他去某處，便會被動抵抗，甚至產生攻擊行爲——不要說是人類了，就算一隻可憐的狗，被追打之下，也是會跳牆的。他又說道，精神病患其實是社會上相當弱勢的一群，他們無法解釋自己到底發生什麼狀況，無法對自己的存在辯白，他們脫離現實、自我強度降低、生活機能薄弱、所說的話沒人相信，因此多半被剝奪了人權，被貼上「有病」的標籤，人們拼命想把他們從「瘋子」變回「正常人」。然而，這個世界裡，到底什麼是瘋子？什麼是正常？難道發動戰爭、製造毀滅性武器或殺人放火的人，不比幻聽的精神病患更是瘋子嗎？我們只能說，精神分裂症的人是遭遇到一種心靈現象，但我們現存的精神分析和心理學理論無法真正解釋它，並澈底幫助病人。

所以，一個進步的社會、國家，除了在學校教育裡就應該教導孩子們正確認識精神病友的特徵，使孩子從小即能建立正確看待精神病友的觀念外，更應該藉現代科技發達之便，善用傳播工具（如電視、網路、廣播電台等）來教育宣導一般民眾，使民眾能以正確的觀念來看待精神病友，並給予和一般

人相同的權利。

二、強化里長與社區結合的功能

里長是平日與人民最容易接觸到的廣義公職人員，照理說應該是對轄內居民狀況最清楚、最能掌控並提供即時性服務的一里大家長，但現在的里長能真正了解轄區內里民家庭狀況的人比例上偏低，許多里長辦公室也是形同「空殼服務公司」，這種情況在偏遠地區更爲顯著，里民要找到協助都很困難，因而造成很多需要幫忙的人求助無門以致發生憾事的現象。

筆者並不反對里長爭取自己的福利，但最重要的是：里長是否發揮了應有的功能？盡了應盡的義務？建議政府可以建立「里長責任通報制」，讓里長平時即能主動對所轄居民的居家情況清楚、了解，遇有精神病友（以下簡稱「個案」）的家庭（以下簡稱「案家」），能立即向所在地之縣（市）政府社政相關單位通報，並協助社政單位對案家進行訪查與了解，提供案家需要的服務，如果個案需要就醫診斷、治療，而案家經濟上有困難時，亦能由政府社政單位提供急迫性補助，讓個案可以即時得到最適宜的處遇服務，避免個

案長期被「囚禁」而導致言行越來越退縮，終至與社會完全脫節。

而政府民政單位所屬村（里）幹事，則應不定期針對所負責之區域進行抽查並詳實回報，村（里）幹事所屬上級單位則應派員以不定期戶口抽查方式來避免所屬人員虛報、誤報、漏報行為，使我們有限的社會資源可以更有效運用在真正有需求的個案及案家身上，如此建立監督制度，相信能有效減少精神病友暗藏在社會角落、無法接受適宜處遇服務，以致過著暗無天日的日子的機率。

三、積極、逐步協助精神病友融入社區

精神病友要融入社區，最困難的不在於精神病友本身，而是在於社區居民的觀念。筆者認為在教育宣導實施初期，居民對精神病友的既定「刻板印象」是難免的，且與一般人相較，精神病友自我控制力確實因種種因素（如所接受到的教育程度較低等）而顯得較為缺乏，精神病友本身也需要較長的時間做自我重建、復健、增強自我控制力，以去除社會大眾對他們的疑慮，所以若硬要立即讓社區居民接受與精神病友是同住一社區勢必有

困難，故筆者亦不認為必須立即、以公權力強制性實施「入住社區」專案，此舉恐怕會帶來反效果，激起更大的對立與敵視。

故，筆者建議實施進程如下：

(一)對精神病友進行詳細鑑定：

精神病與其他疾病一樣，症狀亦有輕重之別，處遇方式自然不同，在胡海國（1981）《心病要用心醫——精神疾病的認識》裡，就提到精神疾病依其症狀輕重有所區分，且並非所有精神症狀的人都應該被認為有精神疾病，正常人的生活當中，也可以表現出某些類似精神疾病諸症狀的情形。筆者主張對於確有精神疾病且症狀較嚴重、易受到幻聽幻覺影響而較難有自制力的病友，應該優先考慮給予一個較為安靜的獨立空間，吃藥是不得已狀況下的處遇方式，我們卻常常把它視為治療精神病的唯一方法，這是不正確的，要對精神病友病情有效幫助，主要仍應透過其家屬、諮商輔導專業人員與病友從事長期對話、溝通，紓解其情緒上的緊張與壓力感、使病友感到安全與安心，進而減緩幻聽幻覺對病友的影響，如果病友無法有效增強自我控制力，則可延長將其安置在安靜獨立空間的時間，一方面保護病友本

身、另一方面也避免其他不相干之人受到不可歸責的無妄之災；如果病友可以有改善的空間、能漸漸增強自我控制力，則可以考慮進入下一階段。

(二)團體互動輔導：

在張貴傑等譯（2004）《心理劇臨床手冊》裡，強調心理劇運用在小團體治療的重要性及其效能，而杜家興（譯）（2006）《精神分裂症的團體治療》裡，也強調精神病友藉由團體活動的過程以學習與人相處之道的重要性。這類團體在我國仍不普遍、亦缺乏有系統的運作模式，以致成效極有限。筆者認為，精神病友本身其實幾乎都是害怕、膽小、缺乏安全感的人，特別是在外在環境的「敵視」之下，對自己會顯示出更不了解及沒有自信，所以要協助他們發掘出真正的自我、建立自信心及掌控周遭環境的能力，而達成這個目的的方法，就是將有改善空間、能增強自我控制力的精神病友以小團體的方式進行互動式輔導，藉由具有社工或心理諮商執照的專業輔導員的帶領，增進精神病友間的互動、學習相處之道、培養適度的容忍力、建立人際關係，此一階段可以與往後的階段配合，持續實施以達到更佳的效果。

果。

(三)培訓工作技能：

在「身心障礙者權益保障法」及「精神衛生法」立法精神下，政府應補助精神病友學習技能、輔導其就業，建議依據病友的病情輕重，從兩個方向來進行：針對較易產生焦慮情形的精神病友，可以考慮設置工作坊，採取「庇護工場」的模式，使其在輔導員的積極協助下，有學習工作機會；對於較具自我控制力的精神病友，則協調廠商提供其到一般職場工作的機會。在培訓過程中應有專人帶領，降低其焦慮情況，至其進入職場後，亦應有專人負責持續追蹤以隨時了解精神病友在職場上的適應情形，並提供必要的協助（如在職訓練與個別諮商輔導等），使精神病友能夠從工作中建立自我價值感。

(四)協助漸次融入社區：

精神病友要進入一個社區，與一般人共同生活，社區居民勢必有相當多的疑慮與排斥，所以筆者建議採取「宿舍」模式集中住宿在幾間房子裡，每 5 位精神病友即應配置一名有社工或心理諮商輔導背景的宿舍輔導員，協助精神病友逐漸適應社區生活、遵守社區規範，並藉由輔導其參與社區活動、與社區

居民互動，增進社區居民對精神病友的了解與漸次接納。當然，如果精神病友自我控制力降低、無法遵守社區規範而造成社區的困擾，宿舍輔導員即應與精神科醫師共同對個案重新評估，給予精神病友更適合現況的處遇。

伍、結語

心理學大師佛洛伊德說過，人類與生具有生與死的本能，每一個人天生都具有攻擊的本能，這本能來自於為避免外來的侵犯而產生的自我保護意識，在社會教育之下，大多數人能夠學會判斷外來威脅的急迫性、真實性與否，不會隨意產生保護自我的本能而攻擊他人；但是，精神病友裡，有許多人都具有幻聽、幻覺的症狀，所以對外來的刺激容易產生誤判而攻擊他人，以致被冠上「瘋子」的稱號，進而予以強制「禁錮」、隔離人群的「處分」，所以才有「洪大俠」及陳姓男子案例的發生。

一直以來，我們對待精神病友的方式除了隔離，還是隔離，我們認為他們就是「不正常」的人，必須與「正常」的人隔離，「正常」的人安全才會受到保障。「隔離」只會造成精神病友與社會人群越來越脫離，終至無法與社會產生連結，喪失與社會人群溝通、建立關係的能力與機會，一般人一味以消極方式（吃藥、隔離）來處遇精神病友是不正確的。所以，筆者藉此鄭重呼籲政府當局及社會大眾，正視精神病友本身因生病而產生的痛苦，以積極和正面的態度協助精神病友及其家庭，讓不同程度的精神病友皆能得到其最適宜的處遇方式，我們也應該對精神病友的努力復健（原）多予肯定、鼓勵與接納，唯有如此，精神病友也才有重生的契機，我們的社會也才能在歷史潮流中繼續往前進步！

（本文作者蔡鎮戎現為國立高雄師範大學教育系生命教育碩士班學生）

參考文獻

于而彥（譯）（2000）Michael Jacobs 著，佛洛伊德：精神分析之父，台北：生命潛能。

- 吳來信、廖榮利（2005）精神病理社會工作，台北：國立空中大學。
- 杜家興（譯）（2006）Nick Kanas 著，精神分裂症的團體治療，台北：心理。
- 胡海國（1981）心病要用心藥醫：精神疾病的認識，台北：正中。
- 徐靜（1988）精神醫學，台北：水牛。
- 張葦（譯）（2003）Patrick Corrigan、Robert Lundin 著，不要叫我瘋子【還給精神障礙者人權】，台北：心靈工坊。
- 許添盛口述、李佳穎執筆（2006）不正常也是一種正常——精神疾病的人格整合療法，台北：遠流。
- 張貴傑、林瑞華、蔡艾如（譯）（2004）Leveton 著，心理劇臨床手冊，台北：心理。