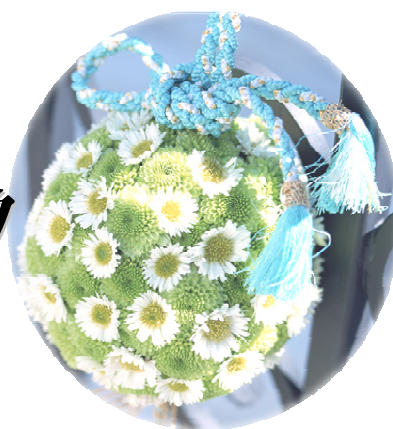


後現代思潮中 精神醫療社會工作發展的 另類可能



萬心蕊 (註 1) · 劉蓉台 (註 2)

壹、前言

精神醫療社工 (註 3) 從 1950 年起，在臺灣發展約已有五十年，前十多年，精神醫療社工們較有條件在醫療體制內找尋社工服務的各種可能，有在日間病房帶著病人 (註 4) 賣便當、有在治療室內摸索進行婚姻/家族/團體治療、有到學校或社區內了解或安排病人的出院回家生活、有在社區與精神病人家屬一起成立自助團體...，在社會精神醫學 (註 5) 仍流行下，各種樣貌被生成。中間十多年，各種心理治療派別隨著臺灣經濟起飛而輸入，一直與家庭工作的精神社工們群起自費受訓，端起更專業的治療面貌，在醫療團隊中搏取生存空間，但同時也在強調個人和家庭病態化下，限縮了我們對環境大層面的關注。近十多年，在新管理主義進入醫療體制下，各種控制手段頻出，健保即是其一，加上強調實證科學典範的生物精神醫學盛

行下，社工無法因著社會、經濟、政治變動大導致病人問題更複雜的情況下，發展出社會性的視框和工作方法，反而更工具化地被使用，著實讓人感慨也心焦。本文即在此脈絡下，試從精神醫療體制面、精神病人生存處境、醫療體制化下的精神社工三方面進行探討，並對未來發展提出可能發展的方向。

貳、精神醫療體制現況

一、精神醫療體制層面

(一) 醫療模式對精神病人的個人病態化歸因，忽視社會心理因素

精神病從遠古視為獸性囚禁，到人道主義解放鐵鍊囚禁，到心理動力精神醫學，到強調生理因素及自然科學模式解釋並視之為疾病，以突顯與主流醫學之同化而鞏固其專業地位 (劉北成，1992；余風

高，2006；Coppock & Hopton, 2000)。在生物性因素最有力的歸因下，頂著“科學”知識的名義和現代高科技技術及訓練的支持，醫師獲得了權威性和合法性，亦即賦予醫師權力去操弄病人生化狀況，且不管病人是否有對等資訊和權力及同意之下，達到控制病人個人行為之意圖。故當精神科醫師下了精神疾病的診斷時（僅能由精神科醫師來判讀和執行），他/她即在做分類人的工作，畫分“正常”和“違常”的界限。藉著醫療標籤有病的人，來達成“醫療化瘋狂”，醫生於其中擁有極大的社會控制權力，控制了界定疾病的權力和壟斷醫療照顧的權力，他們主控了“疾病”的社會建構。雖然科學研究精神疾病已百年，其實至今仍未提出足夠的證據說明精神疾病成因及如何可有效治療(Coppock & Hopton, 2000)。

在醫療體制控制建構疾病權力之下，聚焦於診斷和治療的醫療病態化模式對病人造成許多負面的影響，如：命定生物性的強調，根絕了希望；將病人視為一個“診斷”--帶有精神症狀的個案，而非一個“人”；只看症狀和弱點、限制，非健康、優點和成長潛能全人的看待和認可，造成了去人性化的後果；強調醫療外在控制，培育出病人的無望和長期慢性化，且診斷及治療過程中，醫生掌握了最高的權力，是高度父權的象徵，形成了“專家助人者”相對於“匱乏的受助者”的權力差異、不同地位和自尊狀態，並在此絕對的診斷權威關係中，服務使用者的本質及需求被專家認定及被提供服務；以及只重生理因素

而忽略了社會、心理相關因素等(Carpenter, 2002; Munetz & Frese, 2001; McMillen, Morris & Sherraden, 2004; Manning, 1998)。

(二) 重醫院式治療輕社區生活化治療

1990年12月「精神衛生法」公布實施，明定了精神醫療服務包括了門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健（社區復健中心及康復之家）及居家治療，是精神醫療保健服務的里程碑。

根據內政部統計處發布 2010 年底領有身心障礙手冊之慢性精神病人者計 110,809 人，扣除在醫院住院的精神障礙者，約有七到八成生活在社區。但根據學者吳肖琪之研究發現，全民健保一年精神科門診費用約總計 100 億，其中門急診約占 42%、住院約占 57%、社區復健僅占 1%（吳肖琪，2004），從此數據清楚可見有七成的精神病人僅有 1%的資源可使用，在以「醫院為基礎」的服務模式下，社區復健中心、康復之家、居家治療，都成為點綴而已，精神醫療的連續照護性和有效使用資源上均有極大的問題。

精神障礙者生活在充滿污名、復健資源不足的社區中，不僅康復者深受其苦，照顧康復者的家人，在傳統文化上被賦予沈重的照顧負擔，甚而在精神醫學的病因上家屬亦在遺傳和家庭病態動力上擔起了原罪。這些弱勢的聲音是不被聽見的！

(三) 健保制度鉗制下漸失專業自主、自律

自從民國八十三年四月實施全民健康

保險制度後，醫院專業實踐空間愈來愈小，因為醫療給付制度改變了（註6）。精神社工可給付的項目只有「家族治療，每次475點」（註7）一個治療項目通過社工可申請給付，此即意謂其他諸如打電話給病人、家屬追蹤諮詢；社區資源聯繫、轉介...等費時且重要的工作均不算服務項目。因為健保的精神在於只保個人不保家庭。在醫院已無公務預算須自負盈虧下，社工就易成為第一個被考慮縮裁的人員，要成為醫療團隊中病人權益代言人的自許就更難達成了！我們被其他專業及管理體制做決定--被形塑和認定了我們專業的內涵和生存勞動條件，彼時無意識下沒有為服務使用者及專業信念而抗議及爭取，真是時代的集體遺憾啊！

健保實施加上醫院營運制度改變，國家公務預算刪除必須自負盈虧後，各單位以猛開健保給付項目為策略，如會談一次即將記錄拆成兩次申報，社工作完初步開案評估之後，即使看到案家需要後續諸多服務，但為增加新案接案量，只得犧牲提供後續服務，病人和家屬所面臨的諸多社會心理情緒問題只好以等到下一次“有機會”時再說吧！至此，案主/家權益和專業自主性遭致嚴重扼殺，常在做假和專業良心堅持中拉扯。另外，為了縮短書寫記錄的時間（以往一份詳細的評估記錄要寫一個多鐘頭），開始設計勾選式記錄，“人”愈來愈被看不見，剩下的只是固定的選項。如此精簡下，社工對人及人際關係複雜和細微的部分就更沒有能力、沒有意願和時間去深入了解和提供所需服務了。目

前情況在健保給付日漸減縮下持續惡化中。

二、精神病人生活在污名的陰暗悲慘世界

在精神醫療的專業診斷下，精神病人和家庭皆會被冠以失功能的醫療術語，如病人缺乏日常生活技巧、缺乏人際關係、缺乏工作持續力、缺乏病識感，而家庭亦連帶地被視為家人關係疏離、情緒過度涉入、三角關係。這些指責皆造成了權力上的不平衡，在醫療專業定義他們狀況時，他們是無以為自己發聲的(Gutiérrez, Parsons & Opal, 1998)。的確，當我們在治療室中一次引導性與家屬會談完後，我們即開始以專家姿態下專業判斷和後續治療，他們被我們想像和認定。

標籤造成了污名化，讓週遭的人先戴了一付有色的眼鏡觀看和認定，忘了她/他是個人，連他/她自己忘了他/她是誰。長期處於社會污名中，易於內化此些刻板印象，如精神病人是可怕的、瘋狂的、像定時炸彈的，而造成康復者對自我懷疑、沒信心、沒能力替自己做決定、恥辱感，被邊緣化和被排除，也失去有用、和有意義地參與社會的機會和能力。

因著醫療專家的意識形態，專業和病人的關係成為傅科所謂非對稱的相互性，臨床研究或實踐均排除病人的觀點或視其為被動的被研究的客體。專業人員成為機構的代辦，有效地控制減緩問題的資源和方法。有時他們竟然使案主自助失能，其中潛在著案主必須符合專業人員期待（不

能幫助自己)才能獲得專業協助,這是一種很精妙地維持案主於無權力地位和增強支配者給予之認同的把戲(劉北成,1992; Fook, 1993)。

三、醫療體制化下的精神醫療社工

(一)精神社工過度認同醫療論述,造成專業無能及崩熬

當特殊之科學醫療知識獲得社會大眾認可時,除了擁有臨床診斷和治療的專業權威和專業決策權外,醫師亦從中獲得了控制機構管理的正當性,增加了科層的以及企業管理經營的監控權力(胡幼慧, 2001)。每天的團隊合作關係、各種形式會議(如個案討論會、晨會),社工員皆要面對醫療專業做最後決定之最高權力,若在過程中未能清楚知道、認同社工與醫療在專業社會化過程有諸多不相同,如在價值觀、治療和照顧目標、病人的權益和團隊工作的認識均不相同,極易在為了維護病人權益下挑戰、對抗醫療霸權失敗後,妥協、聽命、甚而全面內化醫療知識,轉向臣服醫療專業而非社工專業(註8)。當社工員醫療化愈高,她/他愈服從及受控於醫療權威和其他專業的決定,她/他無法區辨強調理解案主世界的社工任務與醫療診斷實不相同,混淆後,陷入無權力、無助和缺乏專業自主性的狀態中。即在高度醫療知識階層化的權控系統中被醫療體制化,強烈地感覺到社工專業無能(Bentley, 2002; Yip, 2004)。社工源於精神醫學及心理學之科技理性知識造成社會問題個人

化、個人問題病態化,失去社工鉅視層面之關注。

1920年代,美國社工進入精神醫療領域後深受現代精神醫學的影響,精神醫療社工 Brydon-Miller Jarrett 和 Jessie Taft 以及美國精神醫療社會工作協會之刊物(註9)均強調精神社工要基於精神醫學、心理分析及個人心理建構為改變和發展的目標,並重新概念化友善訪問者為專業關係。隨後佛洛伊德精神分析、1950年代 Carl Rogers 人性主義的心理學皆為非醫師身分亦可進行,且其適用範圍較廣,故社工更加投入心理治療領域。社工模仿醫療--基於科學和理論而擁有技術後,即診斷後進行治療,社工之工作被視為應用科學,其合法性及專業地位亦因而大增(Kirk, 2005)。再加上,精神醫療領域中,社工一直被視為補充性、協助性的角色,此種被視為次要和周邊工作難以讓人滿意,再加上精神醫療社工多為女性,醫師又多為男性,在此種傳統性別角色關係中,有些女社工會想擁有更多的獨立性,而心理分析取向的治療正是較有創意和思考性,同時精神分析式的治療性關係亦開啓了社工的自主性,而精神醫療診所及社區心理衛生工作的推廣更提供了社工投入治療的機會,在權力、影響力和合法性上一直都不是重要份子的精神社工,終於有了更寬廣和可發揮之處(Spect & Courtney, 1994)。但社工大量投入心理治療領域,也造成相鄰專業間執業領域的地盤爭奪戰,以及競逐誰做治療能力和治療效果較好,以能獲得較多之保險給付,競爭、協商、不公正地

操作層出不窮。

而臺灣，心理師從醫療霸權處得到獨立執業進行心理治療的權力，同時告發社工沒有足夠的訓練和能力不配/能進行治療工作，社工在被貶抑中，極力證明自己的能力，研修社工師法，朝更專業化邁進，精神社工則更處於猶如驚弓之鳥狀態，深恐在各專業爭相圈畫生存疆域鬥爭中，失去自己的專業生存地位和謀生機會。社工若未對自己生存源起之使命有所認同，那麼終將迷失在生存競技中！

(二) 窄化之治療階級關係

“社會心理評估”是精神社工多年工作經驗累積和接力發展出來藉以申請健保給付維持生存之重要專業知識和工作方法，但是我們戮力發展出來的評估方法其實是從評估進入治療的一種線性治療模式，著重病人及家庭之病態及缺失處，且由專業社工訂好治療計畫，家屬及病人依此計畫，接受各種治療及服務，他們被視為被動的、有問題的和資訊的提供者。

而各種治療計畫也就在小間會談室中或辦公室的電話聯絡中進行和完成，頂多有動機、有條件接受治療的家庭會在出院後回到會談室繼續談話，其他大多數病人和家庭在社區生活中之全貌及遭遇到之困難、被社會排擠和壓迫及被醫療政策體制的忽視是難以被看見和被關注的，病人和家屬的生存世界均被窄化。而社工的角色也在此有限的框框中，成為治療師、教育者、資源連結者，但對社會結構面造成的苦難，卻難以感覺及承擔！家屬提供資

訊，社工則落入成為資訊收集的探子，家屬與社工均被物化、工具化！

在進行完評估後，因著我們的專業發展是以有能力施行各種治療為重心，所以社工除治療外提供的其他型態之處遇就被認定是不專業的工作，而自然被排擠到邊緣。此外，精神醫療團隊間，專業競爭充滿了威脅，具有家族/婚姻/團體治療的能力較易為其他專業所認同，因為前述國外的醫療模式即為如此。為了生存，強調“治療”的工作方法自然成為主流，是以，我們一直在全省強調和推動各種治療訓練，也就形成與醫療模式相呼應的「治療為高，處遇為低」的價值觀。

然而所謂邊緣的處遇不也都是在碰觸案家的痛苦嗎？處理生活中的諸多困難不就是自許重視「人與情境」的社工!?精神社工其實是可以有諸多面貌的，我們是有能力進行治療工作，同時我們也關注他們罹病生活中活生生的苦痛，但是在過去醫療獨大壓迫的生存壓力和意識型態之下，沒人細緻地看過、欣賞和整理社工處遇中的多種角色、意義及實務知識。

西方社工發展所處氛圍與精神醫療社工心理治療專業化的歷史進程，臺灣精神醫療社會工作緊追其後，為美式殖民，失去自身社會行動之認同，成為社會工作心理治療師。從中，對臺灣臨床社工發展重要的警示有：

1.我們深處臨床個專業夾擊的氛圍中，除了傳統關注個人層面之外，還能如何胸懷社會正義觀點及其意義；

2.如何在個人、家庭、團體治療的服

務輸送中，增加社會正義的觀點綜融而實踐之？

3.且當社會對心理治療的需求強烈和吸引人時，我們如何訂出優先順序，以免誘惑臨床社工的心理治療造成社工任務的轉向？雖說這個含有政治屬性的道德使命是我們逃避不掉的社會責任，但是對於沒有基進傳統且需要與心理治療緊緊擁抱的我們來說，可真是最大的挑戰，生怕放下治療後，變得什麼都不是！

(三) 社會工作知識論層面

當社會工作進入科學嚴謹發展的醫療領域時，專業性霎時矮了一大截。醫療領域是科學體制發展最完整的領域，有全國性的國家衛生研究院、醫療教學中心醫院（臺大醫院、臺北榮民總醫院等）、各種醫學研究中心，強調科學量化研究，即援用實證主義(positivism)的方法論去做假設、實驗控制、蒐集資料、分析和作推論，以此有系統的實徵方法來了解各種人類生理問題，將基礎科學與應用臨床科學發展連結。此些科學知識將疾病分類，只要病人住入病房就有一連串標準的臨床路徑提供診斷、治療、預測和復健。

在醫療領域專業競合下，要成爲一個專業就要如 Schön 所形容須具備四項基本屬性：專精化、界限明確、科學化與標準化(夏林清，2004：37)。但當我們努力要成爲科學化的專業的道路上，則會遭遇到科學造成社會工作領域的專業知識階層化，因爲在科學領域，通常由學者專家生產出基礎和普遍性科學知識，臨床工作者

則將之應用以協助做評估和問題解決，是以臨床之應用科學是建立在基礎科學的基礎之上，如此即會造成所謂專業知識的階層模式(夏林清，2004：39；鄭增財，2006)。

例如社會工作界學者(研究者)設計符合某理論的工作模式而形成一套科學知識的假設—推論系統，提供實務工作者以解決某些社會問題，實務者採用後回應臨床狀況及問題給研究者研究，以檢驗其提供之抽象模式經由實作之實驗證明有效否。連帶實踐知識被實證主義簡單化約成方法與目標之間的關係的知識，找到最有效的解決手段，取代找到和發展實踐者如何於解決過程中繼續行動的知識，實踐及工作者日益被研究者工具化。

典型的量化過程將複雜的概念簡化成數個特定問題，接著擬出與複雜概念相關的一組問題，經過科學操作性測量和分析過程，運用一些抽象詞句代表他們對整個事件的發現。研究結果得出之統計數字是因爲我們選擇了某理論和價值而被“創造”出來，人類的行動是那麼的多樣和複雜，即使在統計顯著相關情形之下，亦會有個案情況與結論不同，且任何一個測出的相關，都有可能被其他未被選擇的變數介入而致無效，無法顯示因果連結。也更沒有哪個受控制的科學研究接近我們真實生活的複雜性、豐富度及氛圍(Clein & Bloom, 1995；魏希聖，2003)。

其實，科學處理的是屬於生物的範疇，才得以被觀察和重複操弄，屬於人類有意識的世界則遠超過科學所能理解。人類存在是由不同範疇組成的真實所構成的階

層系統，在此階層系統中最高層次的是人類意識、心靈、人際互動之各種複雜活動，探知此階層是無法以研究較下層次之生物和有機現象之科學研究之變項操作而獲知。且以探究自然界、無生命之物質世界的科學方法來處理活生生的、有血有肉的人，那麼人性的尊嚴與價值則被貶抑和踐踏（鄭增財，2006）。

所以，看來複雜的、人性的社會科學沒有理由也沒有必要遵循自然科學的典範而走。如同 Schön 所說，科學的實驗、數學的統計模式操作的理性—科技典範，對深具不確定性、複雜性、不穩定性、獨特性和價值衝突性的、歧異性高、模糊的目標、變動的實務脈絡的社工實踐專業者來說，是不足夠、無法勝任的。應該要發展出較符合實務上富藝術性及直覺性的實踐認識論（夏林清，2004），也就是要將行動者放回社會氛圍中，對案主和他人的話語、對話和行動，及在社區中人們一起生存和合作的過程要更為敏銳，方能體查出實踐之藝術美感。

然而，社會工作為獲專業合法性和地位向科學理性化嚴重傾斜，發展出以證據為基礎的研究法的實踐（註 10）（evidence-based practice），且夾擊於醫院管理績效和科學研究（醫院評鑑）的不當要求下，形成實用主義式的評估（Payne, 2005），臨床複雜、豐富、多樣的、重氛圍和脈絡的工作和累積知識的方法卻長期被貶抑，我們這些實務工作者如何能重視並發展出基於臨床經驗為基礎的累積知識的方法呢？

參、心衛社工集體力量集結

一、“由敘說到行動工作坊”--典範轉向

如前所述，精神社工其實身處不利病患就醫權益及專業發展之困境，然而在壓制體制中，意識極弱，即使有，也因分散全省很難形成共識和有所反應。針對此狀態，民國九十年代開始，中華民國醫務社會工作協會精神醫療委員會（註 11）舉辦了接續橫跨兩年全省的精神醫療社工員在職訓練方案—由敘說到行動工作坊（註 12），期由經歷學習不同典範（異於前述醫療模式之科技理性實證典範的社會建構之敘事典範和批判之行動典範（註 13））之探索和研究方法中，整理共同經驗，面對精神社工發展之集體處境，因而達成意識覺醒、確認社工之主體性、產生方向及集體行動，更於體會自己增權之歷程後展開與病人及家屬一起增權。

全省工作坊中精神社工所書寫出的故事，依其與體制關係之狀態可分成三層次來細看：

（一）兩種人在體制化的規訓、嵌卡、壓制、扭曲中相遇

故事一：

一般說來，慢性復健病房的病人都有很長的住院史，動則十年上下，他們每天的作息就是去院內庇護性工廠做代工，阿仁也不例外，不過他常跟我說做的手指痛，我向負責庇護性工廠的職能治療師反

映，他說：「病人太多，沒辦法做個別安排，為了管理，一定得做，否則出院，沒其他選擇」。我只好告訴阿仁醫院的困難，他必須學習忍耐！經過努力，他找到了一份管家的工作，他會提及要煮三餐的困難及老闆的挑剔，…我協助他適應外，也支持他，給他打氣，…可是我萬萬沒想到他在一次回診時來找我，沒找到，不久就聽到有人跳樓。…我為醫院無法針對病人個別的需要提供服務，及病人根本沒有選擇機會難過。但我也深刻的體認到：除非死亡，人永遠應該是有機會做選擇的。

故事二：

…即便這個病人已好到可以出院到社區進行復健，卻因其為醫院中擔任重要的職務（常常是取代部分的護佐功能），或家屬不同意或醫院不願意放人，而必須久待下來，即便他喊破了喉嚨：『我要出院』，周圍的人仍可以似若無睹的視而不見。再者針對那些功能程度必須留在醫院的另一群病人，即便想為他們做一些事，仍會受限於環境的限制與自己能力的不足，而無能為力，不管病人被分到哪一族群，其最終似乎無法做到什麼改變。對於他們似乎不會有任何幫助與改變，對於自己的專業則產生更多的質疑—我到底做了些什麼？我的專業能力是不是真的很不足？…那兩年的工作生活，似乎就在對環境的渾沌與無助即對病人的無能為力中度過，一直到這個無力感不是自己願意忍受的時候，便決定離開，尋找其他的可能。

自許成為醫療良心的社工，尊重病人的獨特性和個別化的需要，當我們面對體

制無法滿足病人需求時，深知精神病人是沒有權力為自己說話的，因為他們已被診斷為有病。同時當我們帶著這個信念面對其他專業的政治判斷時，常是複雜難解的。團隊合作中，我們需要考量到每個專業皆有其領域和界限，那是要尊重和不可侵犯的，而每個專業在精神科裡的地位高低又因專業功能、賺錢多寡而有不同。我們為病人協調後，常是無奈地發現其實我們和病人一樣沒有做選擇的機會和權力。

（二）在結構夾層中痛苦、遺憾的選擇

故事一：

我認同了弟弟妹妹照顧案主的辛苦，站在跟家屬同盟的位置迫使案主獨立，對案主來說醫療人員跟家人是一國的，但這真的是案主的最佳利益嗎？由誰來認定？被貼上情感性精神病的被診斷者有發聲的權利嗎？即使是，案主並不要啊！我要如何看待案主自決的工作原則？

在精神科的工作中協助安置病人是重點工作，處於家屬與案主不同需求的拉扯也是無可迴避的議題，急性病房中因病人的精神症狀活躍，意識常是混亂不清，安置的決定通常病人是沒有機會參與的。…在人性層面有機會貼近病人的喜怒哀樂，要操作病人不情願的離家機構化時，似乎也會陷入與家屬同步遺棄病人的情感衝突中。上面的這案主給了我很大的衝擊，如果生命中真的有「不得已」，精神病人在面對這樣的處境時，是否跟你我一樣被允許可以為自己的未來，畫出他想要的藍圖，即使那是一張殘破不全的畫紙？

故事二：

是的，看到她再次出現在病房時，已相隔了一年，去年所發生的一切仍歷歷在目，記得當時我做了所有我應該做的事，也看到了病人的成長與家人互動的改善，但是我得到的不是掌聲，是與主治醫師之間的對立，因為病人是他的，病人應該依賴他而不是漸漸康復好起來。

「你可以私底下以個人名義去找社工我不管，但我絕對不會把你轉介給她，因為你是我的病人……。」「那我還可以私底下找你跟你約時間嗎？」病人轉述醫師口中的話並詢問我的意願，我心中想到的是我還要在這個環境中存活，我沒有必要跟任何同事有過節，畢竟每天看到的是同事不是這個病人，我當下冷冷的說：「○醫師說的沒有錯，他已經在為你做治療這樣就夠了，或許以後有機會吧！」

我看著他失望而難過的眼神，我選擇轉身，拒絕再與他有任何的接觸，下意識的我渴望隔絕掉所有的感受，所有對她的、對自己的、對環境與醫師之間複雜交錯的情緒，我只知道我還得要在這裡生存，所以我選擇不去感覺……。

這個拉扯太熟悉了，“一顆老鼠屎不能壞了一鍋粥”是最真實、無奈的寫照，我們同時牽扯進病人和家人的痛苦決定中，“其他人還要活下去啊”，犧牲病人就是家屬和我們唯一的解決之道!但，人雖離開，負擔減輕，但不捨和自責卻永遠埋藏心中。我們這個社會為什麼不能有個像樣的、有人性的，讓他們有尊嚴的活下去的地方，而不被視為垃圾、糞土呢？這

樣起碼可以讓家人安心點啊！病人也不會在各種權力角力中失去了選擇所需的權力。

社工常易成為團隊的劊子手，在面對病人以抗拒醫療行為來捍衛自己的主體性時，社工矛盾、掙扎、痛苦、無力/助，逃離，我們未有與恐懼一起走下去的歷程，也害怕和無法貼近病人和家屬的恐懼，這個疏離，讓我們無法與他們一起發展出對抗社會的集體防衛（害怕病人回家）和爭取人權，也無法對抗醫療最大的霸權，爭取他們自我選擇的權力。

最後社工一在敘說團體中說道：「我想找力量」

（三）如何自己復原體制化的部分，重新發現、看見自己

社工一：

這篇文章充滿情緒的宣洩是2001.4.9所寫，因一星期後我所照顧的居家個案上吊自殺，這些我照顧1-2年的案主，去家裡訪視，陪伴他們，哀傷與不捨勝過一切，雖然我已不是新手，強烈的情緒反噬曾讓自己疑惑，選擇儀式上的告別（對死者的悼念與祝福）讓我舒服不少，也學習以更健康有意義的方式重新省思，在過程中背叛的感覺、想念、對自己對同事的憤怒，在專業威權與自我意識的掙扎，學習寬容自己與批判自己，治療者人格與神格的陷阱，自責與自省的區辨，理解自己挖掘信念，都是生命的軌跡也是累積。

社工二：

經歷了一整天的課程，我才知道原來它與我自己的生活的、自己的經驗是那樣的貼近。我知道如果認真的去接觸我的內在，並與之產生一種對話時，我其實就在進行敘事及行動的功課了。回想起過去在第一份工作的那段期間，我就是這樣的面對自己，每當於辦公室經歷不愉快的感覺，或做個案很挫折時，我便會一個人坐在公園裏靜靜的思考，想著今天自己到底發生了什麼事，為何會有這樣的反應以及這樣的情緒出來。常常這樣的思考會帶給我意外的自我發現，並令我雀躍不已。我覺得那段期間帶給自己很大的成長，也奠定我日後從事與人接觸的工作的基礎。

然而曾幾何時，我卻也在制式化、機械化的工作歷程中漸漸失去“自己”，我帶著所謂的“專業”角色去接觸病人或病人家屬，雖然在當中也曾令我感動或衝擊，但很快的，這些感動或衝擊就被忙碌的工作所遺忘，或被專業防衛及專業分析所隔離。

今天的課程，讓我想要重新拾回自己，而且更棒的是，它讓我更肯定了自己所經歷的每個生命體驗是那樣的寶貴。我想把它化成一種知識、一種支持我行動的力量。而當我將這樣的精神也應用在與個案的接觸時，我發現自己變得更人性了，並且更感動於個案的每個生命歷程，也更尊重她/他在每個歷程中所做的決定。以前所一直學習的傾聽、同理、尊重，原來早就涵蓋在行動研究的精神中，它已超越了技巧並且內化於治療者的生命中。

與病人保持距離，不去看他們在日復

一日、一成不變的日子中如何被對待是較安全的做法，否則看了後滿是痛苦，能怎麼辦呢?! “不去感覺”是社工常用的防衛機轉，雖然可以幫助我們在艱困的情況下繼續存活，但同時也遮蓋住看懂惡劣、複雜情境和面對挑戰長出能耐的可能。

所以逃離就沒法真正的明瞭，只能在專業的想像中提供他們我們以為的需要的服務；逃離也就沒有了力量，以為我們和他們的日子也就只能那樣過！只有從貼近中攪和在一起才知道他們的日子是怎麼樣子過來的，從他們過日子的方法中找出潛在的力量和新的可能。

我們真是要想法留住這些撞擊，否則過去就是過去了，被我們維持生存的機轉給吞噬，那麼社工專業存在的必要性何在呢？工作中如何能留一絲絲空間給自己，自己與自己貼近，貼近感覺，將工作中與病人、家屬、工作團隊、醫療體系相處的困惑的、傷感的、憤怒的、無力的，一點一滴地留下來，從自己看自己或創造機會同儕間相互觀看、聆聽、對話，從微視的個人層面覺察到鉅視的制度層面的覺察。屬於微視個人的改變，自己承擔起來，每日的生活中找出自己想要的不一樣，唯有透過面對自己也才能深刻體會案主改變的不易和漫長。鉅視制度面的覺察則可從解析社工在體系中生存狀況來明瞭整個歷史、經濟、文化、社會等層面對我們的箝制，如此也更看得懂病人世界的複雜，也更要透過集體的力量改變社工的處境，而與我們相互對照的病人世界，也才有機會因我們將鉅觀的角度帶入微觀的實務工作

中而有不同，甚或結伴一起產生社會行動。也就是透過社會建構之敘事典範和批判之行動典範的深厚書寫和批判反映(reflection)及對話，引領我們逐步看懂在體制壓制下扭曲變形的我們(精神病人/照顧者與社工)，在重重壓制體制仍難以撼動下，如何得以結伴同行。

二、臺灣心理衛生社會工作學會成立—集體找路走

精神醫療社工的聚集早在 1970 年代即開始(註 14)，多年的定期聚會發展出資深社工帶領資淺社工的重要社群工作信念及作法。隨後延續在中華民國醫務社會工作協會的組織中有精神醫療社工委員會，負責全省精神醫療社工的教育訓練工作。

前述全省“由敘說到行動工作坊”凝聚了大家處於危機的共識，故在精神醫療社工委員會之下成立了精神醫療社工政策小組，研討及規畫精神社工未來走向。因為以往精神醫療委員會主要工作目標為承接衛生署委辦之專業教育訓練促進精神社工臨床專業能力提昇即可，但民國 90 年來，健保體制、醫院評鑑制度、精神衛生法等政策和制度均醞釀修正，政府在民間倡導團體壓力下，採較開放政策，邀各團體參與政策制定過程之討論，會中精神醫療團隊的其他專業均有各專業學會理事長為代表，而醫務社工協會主任委員的頭銜在重視專業性(協會不如學會專業)、社會位階(主任委員權力遠不如學會理事長)的社會氛圍中，更形弱勢；且社工工作領

域寬廣，衛生署官員常以找不著合適之對口單位而忽略我們；在攸關精神社工生存及精神病人和家屬權益思考上，若有名稱清楚之專業組織，較可明確成為衛生署對口單位，以能在精神醫療相關政策之倡導上有代表性及有所著力，故大家開始思考是否要成立學會以做因應。

我們討論了約兩年多，臺灣心理衛生社會工作學會終於九十三年三月成立。

學會成立至今已七年多，還在發芽階段，著實艱辛不易，尤其臺灣政經混亂，中產階級減縮，貧富懸殊差距大，導致失能者分配到的資源更少；福利及衛生政策更炒短線而忽略長期扎根；管理主義對社會工作發展的牽制更多，且加深科技理性以數據為基礎之實證引導臨床工作(evidence-based)而貶抑以實踐為基礎(practice-based)臨床工作平行發展的重要性，亦因此形成實踐知識難以累積。在西方社會工作專業知識殖民狀態中，未真正看重我們自己和服務使用者獨特、複雜、多元、價值選擇的實踐經驗；在醫療帝國主義及製藥產業王國主導現象下，生物精神醫學的發展以及醫療行政管理和政策制定皆採醫療觀點，資源大量投入疾病生理研究，更導致忽略疾病社會心理層面；健保在僧多粥少下，排擠精神科給付，縮短服務時間以求得給付，更重量不重質；各種新興社會性議題(家暴、性侵、物質濫用等)亦在精神醫療帝國主義效果下強納入工作範圍，而社工人力依舊，排擠對精神病人該有之關注；雖政治解嚴後社會開放度大增，各種民間力量蓬勃，但社會文

化對精神疾病的污名仍難以撼動，亦影響了倖存者及照顧者的自助運動不易推動；《精神衛生法》修法中雖強調人權，但缺諸多配套及誠意；各類專業人員管理法的訂定，強調專業證照化，反造成專業間地盤惡性競爭和排擠，忽視服務使用者權益（萬心蕊、謝依君，2011）。但若弄清楚了心中堅持的信念—對人性尊嚴及社會正義的承諾，再長、再緩慢都值得熬下去！

我們長久面對醫療科技理性知識的掌控，社工更要有抗拒醫療模式不人性對待病人及的社工論述及實踐能力，故在精神醫療社工專業發展方面可繼續以下的努力（註 15）。

（一）在治療取向上：於傳統臨床氛圍中增加社會正義的觀點

我們可採用後現代思潮中之增權實踐（註 16）、優勢觀點、女性主義實踐、敘說取向、互助團體、自我覺察與反思等此些與社會正義價值觀相契合之理論，並依此些取向理論發展出評定及各種形式之處遇計畫，方能不受限於病態取向的醫療模式，形成社工基於信念之實踐。

（二）與服務使用者的關係上

1. 聆聽，成為主體；從病態到強項 (strengths)

坐在醫院會談室中和病房中所看到的精神病人和家屬是被醫療診斷病態，及與其日常生活切割剩下的部分，其實對社工來說，與案主的相遇，應是個探索、了解彼此差異及其全貌性的重要歷程，因為精

神病人獨特的罹病經驗，以及他們日常生活中的境遇是我們無法想像的。在貼近中，帶著敘說的精神，重新理解，不以專業自以為是的知識指導他們如何帶有病識感和遵從醫囑做個標準好病人過日子，而是鼓勵他們使用自己的語言來定義和描述這些活生生罹病的壓力和經驗，以及尊重每個人在她/他的文化脈絡中長期所發展出來的面對疾病的方式，那不是追尋不可得的治癒，那是種學習將疾病視為生命一部分的經驗（註 17）(Bailey, 2002)。

因而他們與疾病和體制抗衡的力量，將被我們重新看見和正向看待，這是屬於他們的強項，讓他們自己從絕望中再度擁有希望。在聆聽他們故事及與他們對話 (dialogue) 的同時，相對主流醫療論述中病態化的客體，他們開始擁有自己經驗性的知識，奪回了自己的詮釋權和被提供了經驗的合法性，抗拒醫療論述為唯一的霸權，展開了增權的歷程。當社工員帶著這增權的態度與倖存者相遇後，因著這個相信，相信倖存者有能力及可從自己的經驗中學習，倖存者亦得以從無助、無望、自我懷疑中開展成有希望和其他的可能。此即所謂“案主主導模式”而非“提供者主導模式”（Rose, 1991。引自 Manning, 1998）。

2. 從治療階級式走向聯盟關係

在朝向增權（註 18）實踐的過程中，我們與病人和家屬不再是傳統專業關係中社工員永遠是專家，他們是被治療者，權力是被重新分配的，共同創造出雙方協商的过程，相互依賴、互補、平等、民主。

即在臨床工作上，我們要發展超越以往單向教導和治療的專家角色，亦即我們對家屬過去視之為精神疾病的促發者和病人永遠就是病人的態度和看法已轉變，進入所謂的協同關係。協同關係就是：實踐者與倖存者間有雙向溝通，雙方皆是開放、合作和同理，見面的程度、頻率、議程、目標由雙方一起決定，使用雙方各自的專精、優勢、知識和技術，一起辨識、評定和解決問題。這是優勢取向(strength orientation)，相信倖存者的自我決定，及在參與過程中產生尊嚴。

我們(社工與倖存者/照顧者)在同處壓制體制境遇中結伴出發，如此方可與他們一起協助更多的倖存者/照顧者成為彼此間相互支持，教導、教育社會大眾、監督體系、倡導、發展方案(Bentley, 2002)，及成為研究者和研究的主體，如行動研究。體制中被壓制扭曲變形的我們，也才得以有機會自解、舒展及重構。

(三) 從實踐中的兩難和矛盾中找出路

社工雙焦點關心個人及結構關係之間的互動，關心權力、壓迫、不公平，並一起和案主及家屬往增權、反抗壓迫、挑戰目前社會和政治氛圍之路而努力。也就是當我們帶著追尋倖存者人性地被對待、成長和增權，及成就較正義和公平的社會的企圖心、使命感在身時，藉著批判的思考和行動，正可測試我們的實踐。在每日生活中、在每個臨床實踐的抉擇中，協助我們完成這些有價值、有意義的目標，和掙扎於臨床困境的我們有樂觀轉機的可能。

此猶如在漫天荒草中開羊腸小徑，有待社工在每一次的實踐兩難困境中，感知、釐清，因為我們無路可逃，定被捲入。要撐住壓力，不因工作要求解決案主問題，或團隊壓力而掉入工具性刻板角色。對該情境重新框定，找出一最能啟動案主力量行動策略之可能，不斷地觸碰界限，接受世間沒有最好結果的解決，但知道每一次的越界，即使是失敗、挫折的，都是為案主增權而努力，也是為累積專業的發展而冒險，這是條批判實踐的道路，是有創意的、樂觀的、冒險的和需要/值得終身發展的。

(四) 形成在地實踐知識

藉學會團體力量，發展聚會平臺，展開故事書寫及批判性對話，以從中解構和產生增權取向的實踐力量和能力，並形成社工臨床實踐知識(註 19)。

西方增權之實踐定要落實到我們的文化脈絡中，深厚書寫即可成為追尋社工根本的解構和重構歷程，培養不同於臨床“只要做”的能力，而能將經驗書寫下來，並透過批判對話，淬取經驗中之實踐智慧形成經驗性知識。持續增加對隱藏宰制體制辨識及批判的視框及能力，否則極易不自覺地掉回禁錮已久之主流意識形態中，同時也從中為倖存者奪到些許人性生存的空間。

(五) 政策層面

持續與服務使用者展開不同於治療的關係，形成聯盟，協同發揮政治力量，並

隨時反省有否因生存情勢艱困而氣餒妥協，及培養我們基於社工信念對醫療制度和政策有批判性之了解，進而有制定政策之能力，以造成體制變革。

我們帶著對過去臺灣社工生存處境的理解和接納，認識到社工發展歷史的特殊性，隨著大環境的改變，覺察到醫療體制化的箝制，將過去在醫療體制下發展出來的工作方法--與案主世界的切割、分離逐漸拉近。我們在以醫療病態知識為唯一獨大論述、重視醫院忽視社區治療、倖存者及照顧者的生存被他者界定、精神社工重個人心理輕體制變革的氛圍中，重回到社

工重視人文關懷和社會正義之信念，協同倖存者和照顧者一起努力朝向創造一個具人性的生活空間，這是社工強調進入人們的生活中才觸摸得到他們在社會不均結構下的困難生存和他們底層生命的韌性、強項。我們透過集體力量，期許持續對倖存者真實生存的悲慘世界以及再對社會工作的工作方法及發展重新理解、定位和行動！

(本文作者：萬心蕊現為東吳大學社會工作學系副教授；劉蓉台現為北市康復之友協會總幹事)

註釋

註 1：作者一為臺灣心理衛生社會工作學會現任副理事長及創會和第二屆理事長。曾為臺北榮民總醫院精神醫療社工員及督導，現為東吳大學社會工作學系副教授。

註 2：作者二為臺灣心理衛生社會工作學會現任理事長及創會和第二屆秘書長。曾為臺北市立療養院社工室和署立八里療養院社工科主任、省衛生處精神衛生股股長及衛生署醫事處四科專員。

註 3：精神醫療社會工作(psychiatric social work)指社會工作在精神疾病防治及治療機構提供專業服務，精神醫療社會工作師與精神科醫師、精神科護理師、臨床心理師及職能治療師等專業人員組成精神醫療團隊，提供整體性的服務。精神醫療社會工作的工作重點在於協助處理病人及家屬經歷診斷、治療及復健各階段時所面臨的心理暨社會問題。

註 4：本文視文中脈絡以病人、案主、服務使用者、倖存者交互使用，家屬與照顧者亦同。

註 5：社會精神醫學(social psychiatry)指精神疾病病因學著重於探討社會力對心理衛生造成的影響，因而重視跨專業的團隊合作(Pilgrim, 2005)。

註 6：精神醫療支付制度：在民國八十三年健保制度實施前，已有公保、農保、勞保等保險制度提供醫療費用，臺北市還以社會救助之所得重分配機制，特別針對精神病人編列專案提供免費施醫，公立醫院又有公務預算，所以營運狀況好，自然精

神科各專業人員就可視病人需要而提供必要之各種治療服務，專業人員間除可依專業而各自發展外，專業間的合作亦多，各種治療蓬勃發展，專業自主性皆較高，這真是醫院、專業人員、服務使用者共同擁有的黃金年代。健保實施後，轉為危險分擔的保險機制，採論量計酬制，限定支付項目，各專業亦有其專門支付項目，支付項目少的專業就成不賺錢的冷門單位，且各醫院皆為衝服務量拿到更多支付而要求工作人員「以少報多」或「以無報有」，專業人員開始昧著專業良心賺錢，且造成專業團體之間搶支付項目而惡性競爭和排擠。病人住院日數縮短，以從新病人才有的檢查項目中賺錢，整體來說服務項目減少、醫療品質下降，醫院亦引進管理制度來增源節流。此諸多原因造成醫療資源大幅增加和浪費，健保局以審核來控管整體醫療費用上漲，但效果不彰。

註 7：家族治療目前修為 515 點/每次，另增加「精神科社會功能評估」一項，344 點/每次。

註 8：香港社工學者 Yip 即整理了社工與醫療知識的對照表如下：

社工知識與醫療知識相較(Yip, 2004)

	社會工作知識	醫療知識
知識本質	一般的、人性的、和價值取向的	特殊的、技術的、疾病和症狀取向
社會地位和知識被認可	低的、次專業、可被一般人和外人理解	高的、專業的、一般人和外人無法理解
知識體制化（適於控制和階層化）	易為個別化，難以體制化	技術的、正確的、臨床實驗和科學的
知識合法性	低合法性	在診斷、治療、出院上有高合法性

註 9：二十世紀初，美國心理衛生、孩童輔導運動興起，及第一次世界大戰後退伍老兵罹患戰爭創傷症候群者眾多，而提供出許多工作機會給社工。Brydon-Miller Jarrett 為波士頓精神科醫院的社會服務主管，亦是史密斯學院精神醫療社工方案的創始人之一，她曾發表“個人對其環境之適應，取決於其心智之構造”，故對於個人心理建構的重視成為精神醫療社工發展的新方向。孩童研究部門社工 Jessie Taft 提及精神醫學與社工關係時說：「現在對社工來說首要目標是學校要提供個案工作理論和實務的訓練，社會診斷和治療要基於精神醫學對於行為的解析...。」1931 年 AAPSW (American Association of Psychiatric Social Work)發行的刊物提及“精

神醫療社工改變中的目標”最重要的是要協助社工擴大案主與社工員關係的心理層面及增加精神分析的概念。個案工作中傳統的友善訪問者藉家訪了解案家處境以決定要否值得給予協助之關係，重新概念化為專業關係 (Spect & Courtney, 1994)。

註 10：Evidence-based practice 指社工實踐要使用有證據且可顯示出哪些行為最能達到意圖目標實踐方法，即證據可提供因果解釋和可概化。運用調查、實驗和統計等技術，以儘量避免主觀影響。將此科學知識使用在政策和行政框架下作為解析實踐的基礎是適合的，但卻很難為臨床實踐所用 (Payne, 2005)。

註 11：「中華民國醫務社會工作協會」是由一群關心醫務及精神社工專業發展的社工和老師於民國七十二年成立的專業團體，組織分成醫務社工及精神醫療社工兩委員會。

註 12：敘說行動工作坊之設計為經由理論之講演到敘說團體實務操作，北區由市立療養院、東部由玉里榮民醫院、中區由草屯療養院和臺中榮總、南區由成大和凱旋醫院相續接辦。協助推動的老師包括夏林清、翁開誠、丁興祥、王增勇、陶蕃瀛等諸位老師。

註 13：詳見萬心蕊(2008)：《「破牆」的分離與重返：臺灣精神醫療社工返回根本的一種路線》。輔仁大學心理學系研究所，博士論文。

註 14：精神醫療社會工作的群集約始於 1970 年初，由當年臺大精神科資深社會工作人員吳就君女士帶領，邀請學術界及實務界各院之精神醫療社會工作人員每週四早上於臺大聚會，分享、討論臨床工作經驗和閱讀書籍，參與者除臺大精神醫療社工周清玉、黃梅羹外，還有市立療養院（現臺北聯合醫院松德院區）林幸魄主任、劉蓉台、陳美俐；馬偕醫院陳諶；榮總馬淑榮、萬心蕊；三總林美珠等。大家都積極投入，因彼時精神社會工作專業資訊缺乏及無督導帶領，週四聚會提供了培養能力和專業發展的好機會。在群聚中，資深者開放、關照，與新生代攜手共進，是精神社會工作傳承的好模範，更形成了一股向心力和凝聚力，也同時促使精神社會工作人員自己扛起了專業發展的責任。1983 年，臺灣大學社會系廖榮利老師有感於社會工作實務界應該有自己的專業團體，乃號召全省醫務及精神社會工作共同組成了中華民國醫務社會服務協會（現在之中華民國醫務社會工作協會，簡稱醫協），協會的理監事會除醫務社會工作外，也聚集了全省精神社會工作的代表，承續了週四聚會的精神，一起為精神社會工作專業發展而努力。精神醫療社工發展歷史脈絡詳見萬心蕊、謝依君(2011)。〈精神醫療社會工作〉，載於古允文總校閱，《社會工作概論》，第十四章。臺中：華格那。

註 15：以下所寫因限於篇幅僅呈現部分，請詳見萬心蕊（2008）：《「破牆」的分離與重

返：臺灣精神醫療社工返回根本的一種路線》。輔仁大學心理學系研究所，博士論文。

註 16：如學會於九十六起推動「以增權理論建構精神醫療社會工作實習方案」。

註 17：如學會於 97 年「與服務使用者結盟共創臨床實踐新路徑研討會」中，討論精神衛生法「強制治療」之執行—精神醫療服務使用者與社工結盟共進議題時，邀請三位倖存者/照顧者敘說自己及家人遭受強制住院之創痛經驗。

註 18：增權非一基於既存緩慢的進化，而是一**典範改變的根本革命**。與傳統科技理性專家和治療典範不同。增權取向的社會工作，她/他貼近服務使用者每天生活中的掙扎、發展視野、意識提升、採取行動和投入實踐中(praxis)，即行動、對行動做反映、返回行動和再反映，以發展批判性的觀點和挑戰內化了的以及外在壓迫我們的權力，且藉由行動和權力分享，而增加了個人的控制力，並與被壓迫的個人和群體秉著夥伴關係，因著愛、關照、權力和正義，而努力創造屬於他們的社群，這是個人或團體的參與過程，經由社會變革和資源的動員，維護了倖存者的尊嚴和社會的公平性(Clark & Krupa, 2002; Dalrymple & Burke, 1995; Lee, 2001: xi; Weber & Bugarszki, 2007)。

註 19：如臺灣心理衛生社會工作學會九十六年舉辦「以實踐為基礎的臨床研究方法研討會」、96-99 年舉辦四次「社區精神病人關懷訪視方案」社工員與案主故事發表會、九十六、九十七年舉辦「以增權理論建構精神醫療社會工作實習方案工作成果分享與展望研討會」等。

📖 參考文獻

- 余風高(2006)。《智慧的痛苦：精神病文化史》。長沙：湖南文藝出版社。
- 沈楚文等(1989)。《新編精神醫學》。臺北：永大書局。
- 胡幼慧(2001)。《新醫療社會學：批判與另類視角》。臺北：心理出版社。
- 夏林清（譯）(Donald A. Schön)(1983/2004)。《反映的實踐者—專業工作者如何在行動中思考》。臺北：遠流圖書公司。
- 曾文星、徐靜(1994)。《現代精神醫學》。臺北：水牛出版社。
- 劉北成等（譯）(1992)。(Michel Foucault)《瘋癲與文明》。臺北：桂冠圖書公司。
- 萬心蕊(2008)。《「破牆」的分離與重返：臺灣精神醫療社工返回根本的一種路線》。輔仁大學心理學系研究所，博士論文。
- 萬心蕊、謝依君(2011)。〈精神醫療社會工作〉，載於古允文總校閱，《社會工作概論》第 14 章。臺中：華格那。

- 鄭增財 (2006) : 《行動研究原理與實務》。臺北 : 五南圖書公司。
- 魏希聖 (譯) (Lena Dominelli) (1997/2003) : 《社會工作的理論與實務》。臺北 : 韋伯文化。
- Bailey, D. (2002). Mental health. In Adams, R., Dominelli, L., & Payne, M. (Eds.), *Critical practice in social work*, Basingstoke: Palgrave-now Palgrave Macmillan.
- Bentley, K. J. (2002). *Social work practice in mental health: contemporary roles, tasks, and techniques*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Carpenter, J. (2002). Mental health recovery paradigm: Implications for social work. *Health and social work, 27*, 86-94.
- Clark, C. C., & Krupa, T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health: Giving shape to an elusive idea. *Psychiatric rehabilitation journal, 25*, 341-350.
- Clein, W. C., & Bloom, M. (1995). Practice wisdom. *Social work, 40*(6), 799-808.
- Coppock, V., & Hopton, J. (2000). *Critical Perspectives on Mental Health*. London: Routledge.
- Dalrymple, J. & Burke, B. (1995). *Anti-oppressive practice: Social care and the law*. London: Macmillan/Open University.
- Fook, J. (1993). *Radical casework: a theory of practice*. Australia: Allen & Unwin Pty Ltd.
- Gutiérrez, L. M., Parsons, R. J., & Cox, E.O. (1998). Creating opportunities for empowerment-oriented programs. In Gutierrez, L. M., Parsons, R. J., & Cox, E.O. (Eds), *Empowerment in social work practice: A source book*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Kirk, S. A. (2005). Introduction: Critical Perspectives. In Kirk, S.A. (Eds.), *Mental disorders in the social environment: Critical Perspectives*. New York: Columbia University Press.
- Lee, J. A. B. L. (2001). *The empowerment approach to social work practice: Building the beloved community*. New York: Columbia University Press.
- Manning, S. S. (1998). Empowerment in mental health programs: Listening to the voices. In Gutiérrez, L. M., Parsons, R. J., & Opal, C. E. (Eds.), *Empowerment in social work practice: A sourcebook*. CA: Brooks/Cole Publishing Inc.
- McMillen, J. C., Morris L., & Sherraden, M. (2004). Ending social work's grudge match: problems versus strengths. *Families in society, 85*, 317-326.
- Munetz, M. R. & Frese, F. J. (2001). Getting ready for recovery: Reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 25*, 35-43.
- Payne, M. (2005). *The origins of social work: continuity and change*. Basingstoke: Macmillan-now Palgrave Macmillan.

- Pilgrim, D. (2005). Social psychiatry and sociology. *Journal of Mental Health*, 14(4): 317-320.
- Spect, H., & Courtney, M. E. (1994). *Unfaithful angel*. A division of Simon & Schuster Inc.
- Weber, Z., & Bugarszki, Z. (2007). Some reflections on social workers' perspectives on mental health services in two cities-Sydney, Australia and Budapest, Hungary. *International Social Work*, 50(2), 145-155.
- Yip, Kam-Shin (2004). Medicalization of social workers in mental health services in Hong Kong. *British Journal of Social Work*, 34(3),413-435.