

南華大學人文學院生死學系碩士班

碩士論文

Department of Life-and-Death Studies

College of Humanities

Nanhua University

Master Thesis

中西醫整合之短期結構式心理治療

應用於精神科門診輕型精神疾患之前驅研究

A Pilot Study on the Feasibility of a Short-Term  
Integrated Traditional Chinese Psychotherapy among  
Minor Mental Disorders of Outpatient Psychiatric Clinic

施春華

Chun-Hua Shih

指導教授：陳增穎 博士

楊明仁 博士

Advisor: Tseng-Ying Cheng, Ph.D.

Ming-Jen Yang, Ph.D.

中華民國 110 年 6 月

June 2021

# 南華大學

生死學系碩士班

碩士學位論文

中西醫整合之短期結構式心理治療  
應用於精神科門診輕型精神疾患之前驅研究

A Pilot Study on the Feasibility of a Short-Term  
Integrated Traditional Chinese Psychotherapy among  
Minor Mental Disorders of Outpatient Psychiatric Clinic

研究生： 施君華

經考試合格特此證明

口試委員： 廖俊祐

莊騷霞

楊心

陳增穎

指導教授： 廖俊祐

陳增穎

系主任(所長)： 廖俊祐

口試日期：中華民國109年12月24日

# 致謝

白蘭花飄香，梔子花開放。論文進到最後階段，心情五味雜陳，回首來時路，發覺研究生三年時光彌足珍貴，讓我可在工作之餘，聞書香，踏踏實實地做學問，實乃人生幸事啊。正是這三年，我學會了感恩，讓我更懂得珍惜擁有。

謝謝系辦助教惟文及職場工作夥伴，沒有您們，想必我會更焦頭爛額，不可能順利三年完成學業。

感謝指導教授陳增穎老師將我納入門牆，接納我，指導我，及對我的支持與寬容，每念及此都感激不盡。

感謝廖俊裕老師口試對於論文的指導和無私點撥，讓本論文更完臻。感謝莊勝發老師在論文口試過程提出了許多寶貴修改意見，您的鼓勵我銘記於心。

感謝同學淑卿及許多關心幫助過我的同學，你們陪伴我度過了三年快樂的時光，我們惺惺相惜，共同度過最困難的時期。

衷心感謝我的爸爸媽媽，我知道這三年來您們倆努力自己安排生活，默默一直陪伴著我，您們的愛是我源源不斷的動力所在。謝謝哥哥、大嫂、妹妹、妹婿，尤其妹妹及妹婿，正是您們辛苦付出，才使我得以毫無後顧之憂完成學業。

旻，謝謝你，總是會為我留一盞燈，陪我挑燈夜戰，你總是二話不說幫我。

昱，謝謝妳，每看到妳天真無邪的笑容，總會讓我疲憊的心得到放鬆。

最後我要特別感謝楊明仁院長，對我而言，您是亦師亦友。與您的相遇認識，是我的幸運與福氣，您讓我有機會從社工進入心理學外，也涉入中醫世界，為我打開了一扇又一扇窗，雖然學習過程是跌撞艱苦的，但，不積跬步，無以致千里；不積小流，無以成江海，我真的體驗了這句話。

路漫漫其修遠兮，吾將上下而求索，揮別九品蓮花大道。最後，再次向所有指導、關心、支持、幫助過我的人表達最誠摯的謝意！

春華（小美女）  
2021年 端午凌晨

## 中文摘要

**研究目的：**本研究目的在以中西醫整合的心理治療應用於精神科門診中的輕型精神疾患的治療，並以深度訪談瞭解其治療改變歷程，以作為其未來心理治療可行性之評估。

**研究方法：**研究者採質性研究取向，以立意取樣來選取4位符合ICD-10診斷準則，神經性憂鬱症或焦慮狀態診斷之患者為研究對象，進行中西醫整合之短期結構式心理治療，並於心理治療結束後針對歷次諮商之經驗與感受進行深度訪談，並以歷次治療內容及訪談之逐字稿加以分析，以瞭解治療改變歷程，症狀改善之主觀感受。中西醫整合之短期結構式心理治療結構分為三個階段六次治療，（1）初始階段：辯證情志建立信任安全的醫病關係；（2）治療階段：低阻抗意念導入的操作；（3）鞏固階段：以心理針灸方式化解過去的創傷圖示建立新的神經迴路。

**研究結果：**本研究結果發現，經過三階段六次治療後，研究參與者的身心症狀困擾嚴重緩解程度，平均下降達7分（總分十分），症狀有很明顯的改善，且也產生新的認知行為模式。中西醫整合之短期結構式心理治療介入前研究參與者都經過身心症狀糾纏著與茫然無助的求醫之路。求醫之路中也會因為社會文化對於精神疾病的詮釋，擔心被污名化，而延誤就醫。治療初始階段中治療關係的建立是治療成功與否的關鍵，而關鍵就是諮訪雙方都要能夠在當下形成「我們」。治療者在過程中藉由研究參與者的名字搭起治療關係的橋樑，除此之外，內在真實的連結，交叉體驗更是拉近諮訪關係，且也是治療改變的開始。另，治療中「低阻抗意念導入」與「心理針灸」技術除了具有治療作用外，也算是一種重要儀式，研究參與者可以感覺到治療者似乎要將研究參與者的困擾拍掉，並將美好的感覺鞏固在身體中。

**研究結論：**為提高精神疾病的防治回歸本土化的精神醫療是當前迫切且必要的課題。治療上該以全人整體的觀點來介入；以西方治療模式，加入原本有效的本土文化的治療因素應是值得被參考的。除此之外，世界醫學心理學需要中醫心理學的加入，立足於中國傳統文化的背景和基礎，在心理治療工作中大力推展，搭配各種技術，在共情的基礎下「損有餘而補不足」，針對不調和的心理衝突之處進行工作，中西醫整合之短期結構式心理治療是一種具有特色、有效且符合現代人需求的現代心理治療，達到治療的效益。

**關鍵詞：**心理針灸、中醫心理治療、低阻抗意念導入、精神疾病

# Abstract

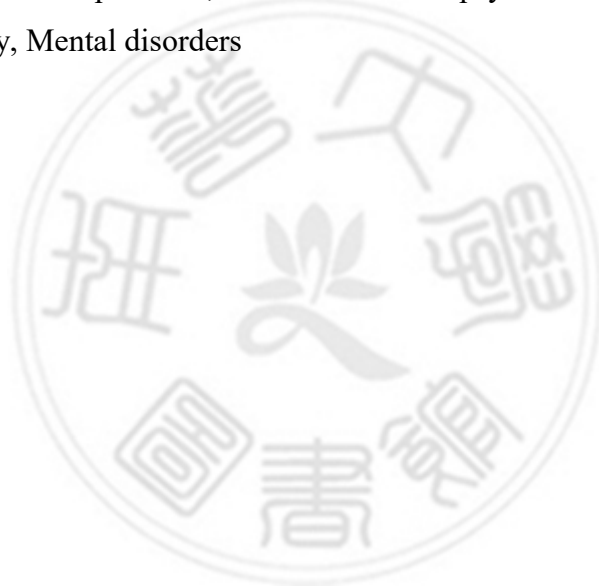
**Purpose:** The purpose of this study is to apply integrated Chinese and Western psychotherapy to the treatment of psychiatric patients with mild mental disorders, and to understand how the treatment process changes through in-depth interviews. This research will help to evaluate the feasibility of psychotherapy in the future.

**Methodology:** The researcher adopted a qualitative approach and selected four patients who met the ICD-10 diagnostic criteria for depression or anxiety as research subjects. The subjects were then treated with short-term structured psychotherapy based on integrated Chinese and Western medicine. After performing psychotherapy, in-depth interviews were conducted on the subjects' experiences and feelings during their consultations. Researchers then analyzed the treatment course and the interview transcript in order to understand how the course of treatment changed over time as well as the patients' subjective feelings towards the improvement of their symptoms. The short-term structured psychotherapy was divided into three stages and took place over six sessions: (1) Initial stage: using dialectics to establish trust and a safe patient-doctor relationship; (2) Treatment stage: the introduction of low-resistance thought imprint therapy (TIP); (3) Consolidation stage: psychological acupuncture is used to resolve past trauma and establish new neural circuits.

**Results:** The results of the study revealed that after completing three stages and six sessions of treatment, participants found there was on average a 7 point (out of 10) decrease in the severity of their psychological disorders. Furthermore, there was a significant improvement of their symptoms and new cognitive-behavioral patterns were established. Study participants had endured the torment of psychological symptoms and fruitlessly sought treatment before the intervention of integrated Chinese and Western short-term structural psychotherapy. Their road to recovery was further delayed due to social and cultural stigmas towards mental disorders. In the initial stage, the key to treatment success was determined by whether or not a therapeutic relationship could be established. It was also key that both parties be able to form an "us" in the present. The therapist was able to build a bridge by using the participant's name. In addition, creating a real connection and exchanging experiences was what began to create a therapeutic change. During the course of treatment, "low resistance TIP" and "psychological acupuncture" were not only therapeutic tools, but also important psychotherapy rituals. The participants felt it was as if the therapist was swatting away their troubles and helping them consolidate good feelings within themselves.

**Conclusion:** Returning to the localization of mental healthcare is both urgent and necessary if doctors wish to prevent and treat mental disorders. Treatment should take a more holistic approach. While using the Western model of treatment, it should be worth considering adding effective elements from local Chinese medicine. Furthermore, global psychiatric care needs the addition of Chinese psychotherapy, which has a traditional Chinese background and foundation. Doctors should vigorously promote psychotherapy and utilize various treatment methods. With empathy as the foundation for treatment, doctors should work to “reduce surplus to relieve deficits” and treat a patient’s yin/yang imbalance. “No blockage, no pain” is an interesting and effective concept that fulfills the needs of modern people when it comes to psychiatric care and treatment.

**Keywords:** Psychological acupuncture, Chinese medicine psychotherapy, Low resistance thought imprint therapy, Mental disorders



# 目錄

致謝	I
中文摘要	II
Abstract	III
目錄	V
圖目錄	VII
表目錄	VIII
第一章 緒論	1
第一節 研究背景與動機	1
第二節 研究問題與目的	2
第三節 名詞解釋	3
第二章 文獻探討	5
第一節 輕型精神疾病的致病機轉與治療	5
第二節 心理治療	12
第三章 研究方法	29
第一節 研究方法選擇	29
第二節 研究參與者	32
第三節 研究工具	33
第四節 研究步驟與流程	43
第五節 資料處理與分析	47
第六節 研究倫理	49
第四章 研究結果與討論	51
第一節 研究結果	51
第二節 研究討論	66

第五章 研究結論建議與限制	78
第一節 研究結論建議	78
第二節 研究限制	81
參考文獻	82
中文部分	82
英文部分	89
附錄	94
附錄一：研究邀請函	94
附錄二：研究參與同意	96
附錄三：重要體驗回憶紀錄表	97
附錄四：訪談大綱	98
附錄五：訪談札記	99
附錄六：研究參與者 A 治療過程紀錄	100



## 圖目錄

圖 3-1、研究步驟與流程.....	44
--------------------	----



## 表目錄

表 3-1、本研究參與者基本資料.....	33
-----------------------	----



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景與動機

隨著時代的發展和科技的進步，人們都會經歷著許多重大的變化，相對的也逐漸感受到來自於生活、職場等等之各種壓力，不可避免的也產生諸多情緒上的問題，包括喜怒哀樂驚恐等等，而長期處於經歷這些情緒的起伏狀態下，因而間接的促使一些輕型精神疾患患者有日漸增加的趨勢。而在面對這些情緒所帶來的身體不適應症，更讓人常不知所措，到處求醫，也不一定會有令人滿意的改善，長期下來更可能會導致慢性化，影響生活、家庭甚至人際關係，所以情緒問題對人體健康的影響已不容忽視。

情緒是人們對客觀事物的一種內心體驗，情緒直接影響到生活、工作和健康外，情緒的反應是複雜的，包括神經系統、肌肉、五臟六腑和內分泌等都參與其中反應。當一個人心理疾病的發生，就應該必須考慮到疾病是發生在人的身體上，但必定伴隨著有著複雜的心理活動，與社會生活環境的密切聯繫。

例如在新冠肺炎的流行期間隨著疫情的發展造成人心恐慌，以至身心不能安寧。根據過去的經驗，在災難發生時即使不是直接遇難，但因為心理恐懼而導致死亡者卻也不在少數。因為面對恐懼時，除了當下情緒驚恐之外，身體也會因恐懼發生心率改變、血壓升高、盜汗、顫抖等生理反應，嚴重時甚至發生心臟驟停、休克等更強烈的生理反應而導致猝死。長期處於恐懼或擔心狀態也會導致癌症、糖尿病、風濕病、心血管疾病等嚴重疾病的發生。

在精神科門診中情緒疾病患者常會以各式各樣的身體症狀呈現，例如，頭痛、關節痛、腰背痛、關節痛、胃食道逆流、胃漲痛、心悸、胸悶、胸痛、頻尿、耳鳴、腦鳴等症狀，對於這些長期慢性症狀，患者大都跑過各種大小醫院診所，做過無數的檢查，但是就是找不出原因、除了過度使用醫療，造成醫療資源的浪費外，長期下來對人無不是一種折騰，情緒更加擔心害怕、焦慮（Lipowski, 1988）。

然而對於這些情緒疾病患者的處理治療上目前主要還是以心理治療與藥物治療為主。但由於社會變遷，加上健保給付限制的關係，臺灣現形看診的模式與「心理治療」是有差異的，在健保局抽審慣例下，每星期向健保局申請1次支持性心理治療（97點/次，一點不等於一元，低於一元）都會被核刪，更不要說是向健保申請每週一次40分鐘深度

心理治療（1203點／次），往往在這樣的健保體制限制下，讓基層醫師就以藥物治療為導向，對於這類患者大半也以鎮靜劑為主要藥物，藥物治療的重點是透過藥物改善生理狀況，迅速的控制症狀，但其副作用的問題卻是難以解決，且療效也有限；再者除了健保給付限制外，長期的傳統諮商及心理治療需求漸漸不符合需求，現在很多人都希望在幾次，甚至一次性的諮商中就可以從中獲益或解決其困擾。過去研究中指出，平均6.1次會談，78%個案在8次內結束，治療長度的中數為6次（Blackwell et al., 1988；Garfield & Kurz, 1952）。歐吉桐與邱碧慧（2004）研究結果指出，心理治療過程中流失的個案中有81.8%會談次數在四次以內結束，且以恐慌症66.6%為最高，其次是適應性疾患46%，焦慮症，憂慮症也有42%的流失比例，流失的原因治療期間過長無法立即解決其問題，個案期待在心理治療中可以得到問題的諮詢與說明，需求上並不在於想對自己心理動機加以探討；換言之，社會變遷下，很多人講求快速，在短時間內就可以看到效果，不願花長時間在自我探索，使得短期諮商就有它存在的價質性。

西醫在身心二元論的概念下，對於心理問題總是單獨抽離軀體進行探討。單獨來看待生理的變化，缺乏整體觀點，所以在治療上難免就會頭痛醫頭、腳痛醫腳；但中醫在形神一體、天人合一的思想之下，天、地、人彼此之間是相互滲透連結而交互影響，陰陽五行的平衡更是身心健康的根本基礎（賴羿霽，2016）。早在二千多年前，中醫經典著作《黃帝內經》，就從理論與實踐中提出了心理預防，心理診斷、心理治療醫學，中醫學歷來重視心理因素在治療中的重要作用，治療上也常會利用軀體作為工作的破口，進行診斷與治療。

所以將中西醫整合之短期結構式心理治療來進行輕型精神疾患的治療，亦能形神互參，在「損有餘而補不足」，在高度的共情之下進行治療，應可以減短治療療程及花費，且達到治療的效益。

## 第二節 研究問題與目的

世界衛生組織（WHO）報告中指出到2020年，精神疾病將成為殘疾與全球女性死亡的第一位、人類死亡第二大原因，儼然成為除心臟病外給社會經濟造成負擔最大的一種疾病（余貞賢、顧武軍，2008）。

現代精神醫學則是以自律神經失調、神經免疫、神經荷爾蒙等作用機制解釋情緒與疾病的關聯，雖然語言不同但其實也都是在闡述人在不同的狀態下的軀體變化。但可惜

的是西醫以器官功能單獨來看待生理的變化，缺乏整體觀點，在治療上難免就會頭痛醫頭、腳痛醫腳。精神醫學的治療就只在認知、情緒、與行為等處打轉，卻很少能將軀體列入考慮，難免就顧此失彼，忽略很多資訊，在治療上也當然有所不足。再者，藥物治療雖然快速，如搭配心理治療其效果將可加成，而在社會變遷，時間就是金錢之下，短期心理治療應是不失為一具有實用性的諮商策略。所以本研究目的在以中西醫整合的心理治療應用於精神科門診中的輕型精神疾患的治療，並以深度訪談瞭解其治療改變歷程，以作為其未來心理治療可行性之評估。

本研究的焦點在於瞭解輕型精神疾病患者運用中西醫整合之短期結構式心理治療其改變歷程。綜上所述，本研究的研究目的如下：

- 一、探討輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療介入前之經驗及感受。
- 二、探討輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療過程之經驗及感受。
- 三、探討輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療介入後改變的機轉與治療後的影響。

基於以上研究目的，本研究所要探討的問題如下：

- 一、輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療介入前之經驗及感受為何？
- 二、輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療過程之經驗及感受為何？
- 三、輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療介入後改變的機轉為何？與治療後的身體、情緒體驗為何？

### 第三節 名詞解釋

#### 一、 中西醫整合：

中醫是以辨證（辨證論治）為重點，西醫則是以辨病（辨病論治）為重點，本研究將以中醫治療上常利用軀體作為工作破口的特色，並整合中醫與西醫的醫療的重點及其心理治療技術，來以作為診斷與治療方式。

#### 二、 短期結構式心理治療：

「短期心理治療」之名稱是相對於傳統的沒有時間期限、長期治療而言的，也就是在有限的、短的 會談次數內就結束或完成治療的活動。結構式則為以一種已規劃好的方式進行，以達到目標。故，短期結構式心理治療則是一種以規劃好的方式所進行的短

期心理治療。本研究所指的短期結構心理治療是指自行設計融合中西醫多學派的心理治療方法，此治療方法為一種三階段六次結構性心理治療法。包括有：1.初始階段：辯證情志建立信任安全的醫病關係；2.治療階段：低阻抗意念導入；3.鞏固階段：建立新的認知圖示等三階段，此所設計之三階段六次結構性心理治療方法與焦點解決短期治療技術（SFBT）是不一樣。

### 三、 輕型精神疾病：

也被稱為精神官能症、神經症或自律神經失調，診斷上包括國際疾病分類第十版 (ICD-10) 第五章精神（心智）與行為疾患中的 F32 憂鬱症、F40-F48 精神官能症、壓力有關及擬身體疾患（障礙、病症）及 F50-51 飲（進）食、非器質性睡眠疾患等。此類患者其症狀尚未有嚴重妄想、幻覺，日常生活也沒有明顯的脫節，仍具有現實判斷能力。本研究將以 F32 憂鬱症、F40-F48 精神官能症、壓力有關及身體疾患（障礙、病症）為主要的研究個案。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 輕型精神疾病的致病機轉與治療

#### 一、西醫對輕型精神疾病病因解釋

精神疾病可分為重型與輕型。常見的重型精神疾病有思覺失調症、躁鬱症等。重型精神疾病雖然初期可能也會出現焦慮、強迫等症狀，但其認知功能、邏輯等能力都會日漸變差。

輕型精神疾病也被稱為精神官能症、神經症或自律神經失調，診斷上包括國際疾病分類第十版 (ICD-10) 第五章精神（心智）與行為疾患中的 F32.0 輕鬱症、F40 畏懼性焦慮疾患、F41 其他焦慮疾患、F42 強迫性疾患、F43 嚴重壓力反應，以及適應疾患、F44 解離（性）轉化疾患、F45 擬身體化疾患、F48 其他精神官能症疾患、F50 飲（進）食疾患及 F51 非器質性睡眠疾患等。此類患者其症狀尚未有嚴重妄想、幻覺，日常生活也沒有明顯的脫節，仍具有現實判斷能力，主要是表徵在感情障礙（如焦慮、憂鬱等），思維障礙（如強迫觀念等），但這類患者的認知、邏輯推理能力基本上應算是完好的（何志仁等，2004）。

輕型精神疾病主要是因心理社會機能障礙而引起的身心面的機能障礙（羅佳，2014）。且初次發作之患者，有 80% 以上有明顯的心理社會的壓力因素（王俸鋼，2013）。自身壓力無法達到一個平衡時，交感神經與副交感神經就不能相互協調制衡，調節控制情緒與內分泌系統，則就會導致身體內在環境失序與其它器官病變（張振書，2010）。

就西醫來說，抑鬱症或憂鬱症、焦慮症、強迫症、創傷及壓力障礙等都分屬於不同的診斷，而診斷的標準主要將症狀描述和病程把精神疾病分門別類而加以定義。雖然，在生物學、心理學及社會環境的影響下，在病因學上認為不同的診斷會反映著各種神經遞質的失調狀態（陳淵渝，2005）。目前為止基本上並沒有單一神經學可以完全解釋此類精神疾病的病因與病程變化，但某些神經介質與接受器特定症狀常會有明顯關聯（例如焦慮與血清素）（王俸鋼，2013）。除此之外，大腦功能運作紊亂以致認知、情感、意識和行為等精神活動出現不同程度障礙的疾病。基本上它是描述邊緣系統(Limbic system)中杏仁核(Amygdala)被激發，呈現不穩定狀態所造成的影響，造成藍斑核的交感神經與延腦附近迷走神經系統功能失調（陳兆斌等，2018）。

交感神經亢奮就會壓抑部分腦部迷走神經的功能，造成注意力不集中、認知功能退化，臉部與咽喉部受影響而影響人際關係；同時亢奮的交感神經也會造成臟腑的變化，症狀出現包括內臟、腺體、與肌肉（Liu et al., 2017）。影響範圍不一，或許只是胸部症狀出現，也可能加上腸胃症候，影響再大一點時，甚至會擴及泌尿、生殖系統，有時頭部也會出現病徵，嚴重時自律神經失調則會演變到疾病。這是人類應付危機的生理調節機制，把輸送到大腦的血液減少，並調動大量的血液與能量到四肢準備戰或逃，或是癱瘓時則將血液送往內臟，保存基本生存的能力（Rosenberg, 2017/ 2019）。

## 二、中醫對輕型精神疾病病因解釋

### （一）中醫心理學的形成與發展

中醫藥學在發展過程中，積累了豐富的心理學知識，形成了系統的理論診治技術。中醫心理學（Psychology of Chinese medicine）是以中國固有傳統文化為背景，以中醫理論為指導，並建構為現代臨床心理學和精神病學的臨床實踐學科，這也是中醫學中基本內涵的重要組成部分（董湘玉，2001；王克勤，1988）。

「中醫心理學」一名詞於1985年被成都中醫藥大學王米渠教授首先提出，後被廣泛採用。中醫心理學雖然是一個新型學科與交叉學科，但又是一個橫向學科，從基礎到臨床各科都與中醫心理學密切相關（董湘玉，2001；王克勤，1988）。目前中醫心理學的臨床存在形式有以下幾種：

1. 傳統中醫藥治療模式：最傳統的中醫治療模式則就是以中醫藥、針灸、按摩、拔罐等方法為主。
2. 傳統中醫藥及現代臨床心理學療法一起的治療模式：以在傳統中醫藥治療模式為治療基礎上，再加上現代臨床心理學各個學派的心理治療技術。
3. 傳統中醫藥及現代臨床心理技術外，再加上創新中醫心理療法治療模式：以傳統中醫藥治療模式，並運用傳統中醫學的整體、辨證、中庸、動態平衡等思維，除了有現代臨床心理學方法與技術，再加上創新中醫心理治療技術，例如「低阻抗意念導入療法（TIP）」、「心理針灸」等技術。

中醫治療心理疾病歷史悠久，其包括中醫情志療法、中醫認知療法、中醫行為療法（楊倩，2006），再加上後來創新中醫心理治療技術--低阻抗意念導入療法等。中醫心理治療則為促進西醫精神病學、臨床心理學與中醫藥學、中醫心理學的學術交流快速融



合，逐步建立具有我國本土特色的精神醫學與臨床心理學體系的工作模式之一（何志芳、曾凡嬌，2018）。

中醫的基礎在於天人合一，形神合一，整體論治（王克勤，1988）。神生於形、神依附於形。“形”即形體，是指人的身體和體質，包括臟腑、經絡、氣血、津液、精、骨、肉、筋、脈、髓等及其生理活動。“神”即神識神明，泛指各種精神心理活動，包括人的感覺、知覺、記憶、思維、想像、情感、意志、性格等。人在天地之間的時空中與其所處的環境有著密切的聯繫（王克勤，1988）。

海德格爾也有類似的論述：身體是生命所依，不僅是一個生理機器，更與自然宇宙融合存在。身體之於物質如同食物之於空氣，在精神上與他人、情境和宇宙之間的關聯，是無法人為做為區別的。就像母親和嬰兒之間的關係一樣；彼此之間是哺喂，又是溫暖、關懷的人際互動，二者不能截然劃分。因此，身體是融合於與他人共同生活的系統之中，而不僅只是在皮膚包裹的身軀中（Gendlin, 1981/ 2009）。

現代醫學常識認為人的精神與意識思維活動是大腦的功能。相比之下，中醫把人的精神意識和思維活動與各臟的生理活動關係緊密聯繫。《素問宣明五氣篇》中說：「心臟神，肺藏魄，肝藏魂，脾藏意，腎藏志。《素問陰陽應象大論》提到「人有五臟化五氣，以生喜怒悲憂恐」。中醫臟象學認為人的精神情志變化與臟腑功能密切相關。由於五臟的生理活動能夠統帥全身整體的生理功能，所以認為大腦的生理功能正常，有賴於五臟生理功能的平衡協調。五臟的功能活動異常，則大腦的精神情志和意識思維活動也必受其影響。反之，精神情志和意識思維活動的異常，也勢必反作用於五臟，從而影響五臟的生理功能（張清賢等，2017）。

中醫心理學更強調心是心靈的主宰。心統合了所有心理過程與認知，不僅塑造了人的人格，也和諧五行的運作。因此，在心主神明的思想概念下，人的知情意也就因而依次確立，並在聯繫間層次開展運作，維持個體生命活動的整個過程（張清賢等，2017）。

心是心理過程與認知的總帥。不只中醫，佛學的看法也一樣；佛學唯識學把心分為兩大類，即心法和心所有法（蔡伯郎，2006）。心法或稱心王就是八種識，為心之體。眼識、耳識、鼻識、舌識、身識、意識、末那識、阿賴耶識，就是八識，也叫做心王。心所即心所有法，也就是心的作用。心王附帶五十一種心所，所以這五十一種是屬於心的，所以稱之為心所有法，是心的作用（杜怡嫻，2012；蕭涵勻，2018）。

六塵的影像並非心的相。心相是清淨無為的、是無罣礙自在的、是慈悲喜捨的。所以將看到的六塵的影像化作自己的心相，起種種的思惟、貪瞋癡，乃至包括一切行善，

其實都是心的影像（杜怡嫻，2012；蕭涵勻，2018）。

心神，心王就是一切的本體，由此作用而引起導致外向的各種變化；其實只要能夠回歸清淨的本性，自然一切和諧，那或許就是所謂的道。這也是我們追求天人合一、形神合一的境界（張清賢等，2017）。

## （二）中醫心理學的診斷與評估

中醫心理學是繼承中國古代哲學對心理現象的認識，運用中醫基礎理論和實踐經驗，與現代心理學相互滲透和交叉，研究心理現象發生、發展規律及心理因素在防病治病過程中的作用及其規律的一門學科。

在對於身心醫學這部分不管是中醫或西醫都開始越來越重視，而且也越來越強調心理因素對疾病的影響。在身心疾病發病的過程中，以西醫的角度來看，心理問題對身體的影響是藉著情緒活動為媒介。中醫對此的看法早在先秦文化中就已可見。中醫基礎理論的「七情」、「五志」中的相關概念中有對情志的認識與理解（賴羿霄，2016）。中醫有關情緒產生的理論更強調人的情緒與五臟功能之間的變化關係。七情是中醫對情志認識的切入點，以七情為中醫對情志認識的物件，分析瞭解情志與七情相對應的生理表現，病理規律性改變以及與臟腑的關係（賴羿霄，2016；孫燁、齊向華，2018）。

《靈樞·百病始生》曰：『喜怒不節則傷藏，藏傷則病起於陰也』，情志之傷由裡向外發生，對其內臟的損傷也有五行規律，根據五臟和五志的關係，心、肝、肺、脾、腎分別對應喜、怒、憂（思）、悲、驚（恐）七情（金光亮，2007）。換言之，不同情志其影響著所主臟器，對其所主臟器產生影響，當影響太過或持續時間過長，則就會導致臟腑功能失調，而導致心身疾病的發生。

中醫經典「黃帝內經」就已將中醫心理學的精髓做了深刻的描述，內經中所強調的整體性與形神合一的概念，正是中醫心理學的核心。中醫心理學通過天地人的三才觀，闡述在天人合一之下，天地變化、身體變化、神識變化的相互關聯；由陰陽五行辯證軀體與精神的各種狀態。所以，身心疾患可以視為是「情志致病」與「情志治病」二者之間交互互動，相互相依的變換。這是在「形神合一」的概念基礎下，因著「形者神之體，神者形之用」所體現的身心變化（賴羿霄，2016）。

中西醫在診斷心理疾病的病因機制及治療上，雖然在認識與實踐上有著很大的歧義，但究其根本而言，二者也各有所長，如何截長補短相互結合運用，在臨床實務上的意義重大。

中醫診病過程，會以望聞問切四診的方法，從不同的角度收集患者的病情資料，作為辨證論治的根據。

### (1) 病症的確認

心理問題的呈現方式多樣，就「擔心」而言，就能誘發多種情緒，以及軀體的症狀；因此，對於主症、病位、以及病性的確認就益顯重要。

中西醫對於心理疾病的診斷名詞並不統一，彼此間難以相互對照。目前最為便利的理解方法，應該可以朝著應激的反應光譜以及神經解剖的區域作為病症的推斷。

根據應激的反應光譜，自律神經系統、神經荷爾蒙系統、神經免疫系統的變化及情緒與認知的反應，再參照陰陽五行的情志變化，應可簡易分辨出病理的神經解剖學位置，與病性的發展。

### (2) 心理疾病的新解

中醫鬱症是指氣機鬱滯所引起的氣鬱症狀，滿悶發脹為其特徵；氣鬱有時也會持續發展而繼發血鬱、火鬱、濕鬱、食鬱、痰鬱，最後將會造成心、脾、肝、腎虧損的虛症（郭坤萌、周唯，2011）。

情志內傷是鬱症的致病原因，會隨著喜怒思恐悲不同的五臟對應功能而引起各式的症狀；病因與情緒強度及持續時間有關，但機體本身臟器的強弱則是更重要的決定因素。

換言之，鬱病病因是情志內傷；然而，病機主要則與受病臟腑與六鬱的關係，主要為肝失疏泄，脾失健運，心失所養以及臟腑陰陽氣血失調。辨證論治依據臨床症狀，辨明其受病臟腑側重之差異，治療時候要清楚辨明六鬱變化（任愉嬭等，2017）。一般說來，氣鬱、血鬱、火鬱主於肝；食鬱、濕鬱、痰鬱主於脾；而虛證證型則與心的關係最為密切。此外，鬱病初起病變以氣滯為主，常兼血瘀、化火、痰結、食滯等，多屬實證。病久則易由實轉虛，依其影響的臟腑與損耗氣血陰陽的不同，形成心、脾、肝、腎氣血或陰精虧虛的不同病變則屬虛證（郭坤萌、周唯，2011）。

因此可理解，「鬱」是中醫情緒（情志）疾患的病因機轉，因為氣鬱而會引動一連串的血、火、津液的變化，進而導致陰陽五行生克以及五臟六腑的病症（杜漸等，2020）。

就西醫而言，抑鬱症或憂鬱症、焦慮症、強迫症、創傷及壓力障礙等分屬不同診斷，而診斷的標準是將症狀描述和病程把精神疾病分門別類而加以定義。病因學上認為不同的診斷會反映著各種神經遞質的失調狀態（胡文祥，2018）。但基本上仍以生物心理社會模式（biopsychosocial model），指出生物學，心理學和社會學因素在引起情緒障礙中都起著重要作用。也就是在生物學、心理學及社會環境的影響下，大腦功能運作紊亂以

致認知、情感、意識和行為等精神活動出現不同程度障礙的疾病。

至於生病機轉的認識，最常被提起的就是「素質－壓力模式」(diathesis-stress model) 這模式的觀點主要是認為，當一個預先存在且易受傷害的脆弱體質或身體素質，被極其緊張的生活事件所啟動，疾病就會發生。預先存在易受傷的身體素質可以是遺傳的，也可能造因於童年時期對挫折與創傷（洪佳琳，2012）。因而，就素質－壓力模式來看，情緒障礙或心理疾病是患者的既有易感性（素質）被生活中的應激事件啟動所造成的，倘若可以在應激壓力下情緒、認知、行為、與軀體的變化下來進行探究這問題，跳脫名詞的差異直接探討這些變化下的神經、內分泌、免疫學上意義，反而更能突破目前中西醫的隔閡給治療帶來新希望。

### （3）神經解剖與陰陽五行

某種程度上中醫情志與陰陽五行的變化，可以相對應在創傷或應激壓力之下人類腦部的變化過程；變化的發生說明應激狀態下，大腦邊緣系統與腦幹等處的神經反應所產生的現象（廖桂聲等，2011）。

陳柏源博士（2011）提到：『怒為肝志，是遭遇不暢之事、氣憤不平的表現，經過外在的或自我調節，情緒恢復平穩，乃正常反應。怒而不解，木鬱不達，則氣機鬱滯，橫逆上沖，血隨氣湧，並走於上，腦神被擾，則清竅失靈。』

中醫認為肝主疏泄，喜條達而惡抑鬱，因肝失疏泄、氣機不暢、心神失養，氣血失和是鬱證的主要病機，而引起的情志病證很多，如不寐、鬱證、癲狂、臟躁、眩暈等。另外，肝鬱氣滯、化火煎熬津液成痰，上擾神明，阻塞清竅而引發各種心理與精神疾病也是常見的原因（沈潔等，2009）。

依照中醫情志學的歸納，七情即喜、怒、憂、思、悲、恐、驚七種情志，是人正常精神活動的表現；這些表現如果是正常和適度的，則對人體沒有什麼損傷。如果在各種因素的作用下，七情過極，就會影響正常的精神活動，成為精神疾病的致病因素（莊田畋，2013）。接著再將其歸納為五類，以配合陰陽五行相生相剋來進行辨證。五臟，肝、心、脾、肺、腎，分屬木、火、土、金、水，分別藏有著精與神。臟者「藏」也，肝臟所藏的精神能量稱為「魂」，心藏「神」、脾藏「意」、肺藏「魄」、腎藏「志」；這五種精神能量與五臟是共鳴的。然而「情志」則會傷害五臟，怒傷肝、喜傷心、思傷脾、悲傷肺、恐傷腎（翟雙慶等，2002）。

就病因而言，「急病」通常是外邪，如病毒、細菌等感染所造成，而「慢性病」則大部分與情志產生的臟腑五行生克變化有關。情志（喜怒思悲恐）與神志（神魂意魄志）

互為相對應存在，當五臟「虛了」環境、飲食、風水、因果業障、八字、流年等等各項因素會透過負面情緒侵入，引動杏仁核而影響我們的自律神經系統，長期失調的自律神經系統就會造成各種疾病，如慢性病、免疫失調、癌症等（廖桂聲等，2011）。

然而，急性應激的情緒反應也會引動的情志變化與交感神經「戰與逃反應」有關，迷走神經系統影響則較為慢性，或是較嚴重時才會發生。初始可能只是功能失調的現象症狀，接著演變為疾病，最後就病入膏肓了（Rosenberg, 2017/ 2019）。這也說明疾病的虛實變化過程。

情志引動造成陰陽五行的變化，就是自律神經在軀體的作用而出現各種不同的生理現象（周映廷，2015）。古代中醫根據這些變化以陰陽五行作為歸因於診斷的歸類，透過辨證論治或辨氣論治以為治療的根據。

五行相生相剋，肝鬱生心火克脾胃，情緒疾病出現的症狀不僅會在對應的經絡中呈現，也會顯示在生克之中。所以平調陰陽「損有餘而補不足」，標本緩急兼顧，辨證論治就是中醫治療的原則。也就是中醫在處理情感障礙的時候，只要把握病機病理調理氣血就能達到治療的效果；而在西醫，就會看到患者在不同的科室間流轉，得不到合適的治療。

因此，透過對於神經解剖生理學理解在演化發展過程中不同腦部的作用，對照以中西對於身與心／軀體與情志（廖桂聲等，2011），或許就可以推斷彼此間結合接軌之處的桃花源。

腦，又名髓海，主宰生命活動、主精神意識及主感覺運動。腦由精髓彙集而成，與脊髓相通，而精由腎藏，故腦與腎的關係密切。腎精不足，則腦髓失養，腦髓不足，進而生命活動、精神意識障礙，其他臟腑功能活動受阻，精、氣、陰、陽受損，久之則腎之精、氣、陰、陽虧虛。腦與腎密切相關，故「虛則具虛」（武峻豔等，2016）。

中醫「腎」的範疇相對於現代醫學來說，對應廣泛，涵蓋神經、生殖、內分泌等多個人體的系統。因此，這也可以理解中醫腎概念的本質與下丘腦-垂體-腎上腺軸（hypothalamic pituitary adrenal axis, HPA）有較大關聯（嚴燦、徐志偉，2007）。

#### （4）鬱症的新解

若以中醫氣的理論來理解，瘀滯不能順暢流通的氣是各種疾病的病因，心理障礙也是如此。對照於精神分析理論，可以理解被潛抑不能流動的意識流就是各種心理問題的根源。就認知科學而言，過去創傷的圖示也是意味著固定不能被整合的神經迴路，都能被理解為是一種「鬱」。

因為氣鬱化火而導致痰濕食等變化是心理疾病的重要機轉，所以氣血循環的障礙以致細胞得不到滋養、同時代謝毒物無法也無法排出，因而造成一連串細胞的萎縮或死亡，導致大腦自律神經系統的失調，就會造成心理與臟腑功能障礙。

### 三、輕型精神疾病治療

輕型精神疾病發生的原因與生理、心理、社會有著密切的關係，所以在治療上，除了藥物治療外，還有心理治療等療法。但現今為了達到快速的效果與健保給付的驅使下，對於輕型精神疾病的治療最常還是以藥物治療為優先，藥物上以抗焦慮藥、抗憂鬱藥、鎮靜劑為主，其目的是改善自律神經失調，用以減輕自律神經失調所產生的緊張，使自律神經系統穩定，也讓管理情緒的血清素達到平衡狀態。藥物治療雖然快速改善其不舒服的症狀但往往無法心理或社會等相關問題，所以要藥物也只是治標不治本的治療方式；如果可以搭配心理治療讓患者可以覺察致病的原因，改變自己情感或與其周遭人際關係、適應等問題，不僅可避免疾病的發生，亦可減輕其症狀，有助於該疾病的治療與預防。

輕型精神疾病在中醫中是認為是情志抑鬱、氣機不暢所引以的疾病，其它的發生與肝、脾、心有關，所以治療此疾病，應以健脾、舒肝解鬱、安神寧心為主，所以身心疾病就中醫治療方式相當多元，從導引、氣功、按摩、針灸等等，莫不以經絡作為治療的思路標誌。近年來中醫除了藥物治療外，中醫心理治療也開始受到重視，在葉天士的「臨證指南醫案」強調鬱症治療不能僅靠藥物治療，藥物治療無法解決心理問題，張從正在「儒門事親」中強調以情勝情的心理治療法（楊惠如，2008）。故在輕型精神疾病的治療上不管是西醫或中醫不再是單靠藥物可以解決的，心理治療也是重要的治療方法。

## 第二節 心理治療

### 一、西醫心理治療

心理相關研究已經有一百多年的歷史，過去心理學一直歸屬於哲學直到 1879 年，德國生理學家威廉·馮特，說明人的高級心理現象後，心理才脫離了哲學的範疇，成為一門獨立學科。十九世紀末，佛洛德以精神分析學，開創了現代心理治療的先驅，緊接著眾多的心理治療觀點應運而生。傳統上，心理治療的流派可以歸納為四大取向。主要有（1）「心理動力取向」以分析個人內在心理動力與潛意識為主，主要的理論派別有

佛洛伊德的精神分析學派、阿德勒的個體心理學、榮格學派、以及新精神分析取向的客體關係學派等。(2) 著重情感與治療關係的「存在/人本取向」，包括 Carl Rogers 的個人中心學派、存在主義心理治療、完形治療等；(3) 認知/行為取向，包括貝克 (Beck) 的認知學派、艾裡斯 (Allis) 的理情行為治療法 (REBT)、Bandura 的社會認知理論、Glasser 的現實治療等。(4) 後現代的焦點解決短期治療、敘事治療與家族系統治療理論，以及多元文化諮商等理論取向 (Corey, 2016/ 2016)。

精神分析療法是以精神分析論為基礎，不管是佛洛伊德也好，榮格好，二者的心理治療都把重點放在了潛意識層面 (Corey, 2016/ 2016)。行為治療是以行為主義為理論基礎，此心理治療法就是使用一定的治療程式來說明解決人們的異常或不良行為。這與精神分析著重在於瞭解個人當前的行為如何受過去的衝突影響是完全不同，行為治療注重於本身行為的改變。認知治療是以認知建構論為理論基礎，幫助人改變對人、對自己、對事物的扭曲認知，以改善個人與其生活社會環境關係 (Corey, 2016/ 2016)。

人本取向治療是以美國心理學家 Carl Rogers 的人本主義理論為基礎，主要是要讓求助者對自己的思想與情感做探討，並協助他找到自己的解決問題的辦法，幫助求助者更充分地變成他能變成的那樣的人，強調以個案為中心的治療方法。其主要技術手段包括：共情、真誠、溫暖等 (Corey, 2016/ 2016)。

後現代主義認為人們對外在的事實是無法直接掌握，人所知道的，經驗到的都是自己對這世界的想法或是由建構所創造來的，這與現代主義的客觀概念就有很大的差別。後現代主義觀點的治療方式主要就是以當事人為主體，貼近當事人的需求，強調當事人的情境脈絡，重視當事人個人主觀的語言論述獨特的經驗，以為當事人的問題解決提供了另一選擇性 (Held, 1996)。

我們可以看出，對於心理問題的生成、緩解、消除是多方面因素交織而生成，各學派方法有其運用的寬度，也有其效能範圍，有明顯療效，但由於其自身不容爭辯的局限性，尤其是對心理問題的治療、擬定心理問題解決方案和進行心理治療的過程中，並不是從全域或整體的觀點出發，而是局限於某些問題或症狀，出現了許許多多「哪痛醫哪」、治標不治本的現象，影響了心理治療的效果，所以沒有哪種心理諮詢理論是十全十美的，也沒有哪一學派是萬能的。只有通過哲學思維的引導，「用正確的哲學觀點去觀察分析問題，用辯證、發展、系統、整體的觀點」去把握人的本質，才能清楚心理問題或障礙的產生以及心理治療方法的選擇。因此心理治療應已不再是「單一學派」而是整合各學派資源和力量的綜合方法體系。

## 二、中醫心理治療

我國傳統的中醫理論和與心理相關的理論都有著悠久的歷史淵源和文化傳承，也累積了豐富的臨床實踐經驗。儘管中醫心理學有著久遠的淵源，但在漫長的醫學歷史進程中，由於各種原因沒有得到更好地傳承和發展，並未形成一套系統的概念和方法。1980年之後，中醫心理學的概念才被正式提出來，逐漸發展為獨樹一幟的中醫心理學學術體系，先後出版有關中醫心理學的專著，以中醫心理學為基礎的心理養生方面等著作。此外，在西醫心理學的一些專著中，也介紹了中醫心理學的理論和治療方法(胡萍，2008)。

中國心理學過去雖然沒有獨立發展出來，但它在中醫學理論中，處處可見心理學思想。整體觀也是中醫心理學的基本特點。它將人的心理現象置於自然環境、社會環境、生理環境的廣泛聯繫與相互影響中看待身心靈一體是中醫理論核心價值(張柏華、胡霜，2018)。

### (一) 中醫心理治療的原則(莊田畋，2013)

#### 1. 通則不淤，淤者不通 - 疏通淤滯的記憶

氣鬱的最根本原因，追根究底可以被理解是各種急慢性的生命安全威脅情境下軀體的變化。

佛教有所謂八苦的說法，這詮釋了人類不安全威脅所將會面臨的各種狀況，亦即生、老、病、死、怨憎會、愛別離、求不得、五蘊熾盛等八苦。八苦源於人類對於死亡與不安全的畏懼，體現於嬰幼兒時期與母親、父親互動的養育過程，這就是所謂不安全的造成原因。

就心理學而言，家庭養育過程中蘊藏著各式各樣造成創傷的潛在危險，例如依戀、自戀、客體關係、無常與失控、分離焦慮、俄狄浦斯情結、…，不能被滿足的心理需求多被體驗為死亡恐懼，這些經驗就會主宰自己的生命；在趨吉避凶、離苦得樂的過程之中，慢慢地就會形成固化的應對模式，人們就會不斷地重複經驗人生的苦。

「久病入絡」，經絡中的絡脈被認為是儲存久遠淤結資訊的地方。因此，體悟心神與陰陽五行的辯證，在軀體的變化中可找出過去創傷記憶的根源與如今疾病症狀的因果關係，並施以適當地治療方得最好的療效。



臨床中經望聞問切可見證身體記憶等資訊儲藏在經絡穴道裡，觸診及相應的叩問能將暗隱於身體中與症狀相關的隱性記憶昭彰顯現。中醫的身體性治療結合話療對疏解創傷記憶有其理論及實踐基礎。

## 2.陰陽平衡 - 損有餘而補不足

「平」與「中庸」也是中醫心理治療技術的原則；也就是在中醫陰陽的概念之下，損有餘而補不足維持平衡的狀態，就是治療的最大的考慮。也就是在望聞問切後，透過辨證論治或辨氣論治，辨明陰陽虛實的變化，思考如何疏泄過度的情緒？如何給予更多的共情與支援？施以適當的治療技術，確有其必要。

## 3.共情（Empathy）是治療的基礎

共情是所有治療的基礎。唯有在共情之下治療才得以能順利開展，這是所有心理技術得以開展的最重要因素。一般都在回饋而後才能順利繼續推進，探討來訪者的心理期待、內心的衝突與情緒狀態。回饋，基本上就是針對來訪者的認知、情緒、與行為來進行工作；近代心理治療技術，聚焦心理治療則是透過軀體的反應取得把手，再體驗之中交叉感應而達到體會。這也透露了，軀體的工作在當代心理治療得到跟多關注。

## 4.當下是治療的場域

治療最終的關鍵是來訪者與治療者都能處在當下形成我們。專注在此時此刻，人際問題就會自然呈現，適時給予個案回饋，才是諮商過程中重要的施力點（徐瑄憶，2018）。所以諮商歷程中，不需要高深的專業技術，此時此刻真誠的陪伴及建立合作關係更是重要，彼此的互動才是真正的治療核心所在（徐瑄憶，2018）。真正的治療效果是從治療關係中產生出來的（劉淑敏，2013）。

### （二）中醫心理治療的方法

中醫心理治療，主要是以語言技巧治療疾病，解除病痛。言語疏導治療便是其典型的治法，《靈樞師傳篇》說：『告之以其敗，語之以其善，導之以其所便，開之以其所苦』（賴羿霄，2016）。醫生與患者交流過程中通過語、態度和行為影響或改變人的感受、認識、情緒、態度和行為，以減輕或消除使患者痛苦的各種情緒和行為，以及由此引起的各種軀體症狀等。可見言語疏導在中醫心理治療中應屬於主要的方式。《東醫寶鑑》指出：『欲治其疾，先治其心，必正其心，乃資於道』，在以心理治療為主時，還可以輔以藥物針灸等治療，這是以心理治療為主體的一種綜合治療（鞏豔春，2015）。

中醫心理治療方法具體包含了中醫情志療法、音樂療法、說理開導療法、中醫行為療法、情境療法、激情療法、物證釋疑療法、導引吐納療法等，在臨床上可靈活應用。

其中最具特色的是中醫情志療法，情志療法就是根據中醫學藏象理論，通過調節精神情志以治療疾病的方法，其包括情志相勝療法、語言開導療法、順情從欲療法等（王洪志，2015）。

中醫學以陰陽五行作為理論基礎，將人體看成是氣、形、神的統一體，以辨證論治原則，使用多種治療方法，使人體達到陰陽調和。中醫治療的積極面在於希望可以協助恢復人體的陰陽平衡，而消極面則是希望當必須使用藥物來減緩疾病的惡化時，還能兼顧生命與生活的品質（王洪志，2015；梁宏山，2016）。

二元對立與陰陽分別代表了西方和中國文化發展中，極具影響力的思想模式。「二元對立」中的每一元都是清楚的定義，二元之間彼此是互斥，非此即彼，不能相容。中國文化中的「陰/陽」二氣其本質上是有所差異的。「陰/陽」二氣的關係是兩極，互為其根，陽中有陰，陰中有陽，陽去陰來，陰盡陽至，彼此是不互斥的（王洪志，2015；梁宏山，2016）。

中醫心理學是一門實踐整合學科，是在中醫思想的指導背景下，運用心理方法與技術來進行臨床治療，因而其治療技術也博採眾長，相容並蓄，整合中醫及現代心理技術，傳承發展，旨在對實際治療有更好的療效；並運用陰陽調和的觀點，並遵循中醫學整體觀念和辨證施治的基本原則，治療中應注意處理好醫生與患者、體療與意療等各方面的關係。

### 三、中西醫心理治療比較（李炳全，2007）

現代心理治療都源至於西方國家，且歷史悠久，而中醫心理治療去只有短短幾年，也可說還在發展中。不可諱言，中醫心理治療中的思想、概念、理論框架、操作技術多少都有現代心理治療的影子，但也不難發現兩者間還是有其相異處。

#### （一）文化根基上的差異

由於中西方文化存在著很大差異，因而其心理治療思想也存在很大差異，二者的差異首先表現在它們的理論基礎上。西方文化的是個體主義，其治療思想明顯具有個體主義特徵。西方文化以個人為本位，以個體自己的需要或欲望為導向，強調個人的中心地位和作用，要求尊重個體，一般而言，西方文化是一種獨立性自我的文化，即西方人的自我大都是一種獨立性的自我，以突出自我主要特徵（高良等，2010；汪鳳炎、鄭紅，2007）。中國文化則是整體主義為主，講求和諧，強調以社會和群體為中心，要求個體

對社會和群體的服從和對社會和群體利益的維護。中國文化主要是一種群體性自我的文化，強調個體與他人的相互關係或聯繫（高良等，2010；汪鳳炎、鄭紅，2007）。

## （二）醫學基礎上的差異

西方的心理治療思想與其醫學理論相一致，是其西醫理論在心理治療上的發展、延伸和體現。西醫從其哲學基礎的歸因論、本質主義和基礎主義出發，著重於探討疾病的機理，尋找疾患的根本起因，在此基礎上，以找到特定的病變部位、疾病的性質與機理、致病因素以及消除病源的藥物與方法等為主要目標。從精神分析到行為主義，再到認知心理治療，儘管各心理治療流派的理論與方法之間差異很大，但其最為基本的理念沒有本質差異，都是依其心理問題探究心理問題的性質、類型和起因，以此為基礎，採取適合特定心理問題的治療方法或措施。

中國的心理治療思想與中醫學理論相一致，是其中醫理論在心理治療上的發展、延伸和具體體現。中醫與西醫不同，它不是用分析的方法，而是採用整體的方法，從自然環境、社會與人的關係以及人自身的整體協調或和諧與否等方面探討疾，它不是著眼於對致病因數的排除或抵禦，而是以人的整體機能的「補（恢復）與「調（調理）」為指導思想與基本治療方法或途徑。其目的不只是治癒疾患，而且更重視人的整體機能的提升。

## （三）心理治療目的與理念上的差異

西方心理治療的目的主要是治癒心理疾患，恢復人的心理平衡，因此在治療時主要是針對心理問題本身進行正式治療。

中國的心理治療目的是增進心理健康，而不只是治癒心理疾患，由此，其出發點不僅是治，而且更要防，是治療、預防與素養提升並重。

## 四、低阻抗意念導入-TIP 技術（Thought Imprint Psychotherapy，TIP）（汪衛東，2011）

低阻抗意念導入是中國中醫科學院廣安門醫院汪衛東教授將中國中醫氣功學、精神分析、發展心理學、人格心理學等基本原理解融合出來適合中國國情的本土心理治療技術，也是現代中醫心理治療法之一。治療者透過特殊的方法，讓被治療者產生不同的意識狀態，讓治療者得以建立與其內在宇宙連結，並與之直接對話進行溝通協調，改變了被治療者潛意識內容。

氣功狀態（介於睡與醒之間的特殊狀態）本質是人體的氣狀態以共振頻率運作的特殊狀態。其特點是：身鬆、心靜、氣強（能量高），因而能夠對氣系統及身心靈起強大的作用，有效提升生命的素質（林孝宗，2018；李仕元，2019）。而催眠術是藉由施術者利用一些暗示的語言和手段讓受術者呈現一種特殊的狀態，受術者會消除普通狀態下的各種自發性雜亂的情緒感受與想法，呈現一種寂靜的心境（李嗣涔，2016）。

因此，低阻抗狀態是可以瞭解為氣功入靜狀態，在意念和神志清醒的情況下出現高度安靜的狀態。同時，低阻抗也可以解釋為催眠態，指的是通過語言暗示或催眠術，使患者處於類似睡眠的狀態（呂學玉等，2009；劉曉雯、汪衛東，2019）。簡而言之是一種從清醒到睡眠的中間狀態；此時，生理徵兆會出現肌肉放鬆、表情從容、嘴巴微張、眼睛自然合起、呼吸均勻、脈搏平穩、整體姿勢自然、舒適。當下被治療者意識範圍減少，意識阻抗降低，容易實施意念導入治療。

低阻抗狀態能以音樂、語言、行為等方式導入，具有中國傳統文化和中醫理論文化特徵，將中醫理論「氣」、「經絡」等運用於催眠及治療過程，在進入一種類似於「氣功入靜」的狀態下，就可以降低阻抗。低阻抗狀態有兩種：一種是真正的無阻抗，在對自己疾病的病因、狀況有比較清晰的認識，從而對治療方式可以接受，治療時處於清醒低阻抗狀態；另一種則是透過人為誘導，創造出一種由清醒到睡眠的中間狀態，很類似「氣功入靜狀態」的「催眠狀態」，在這種狀態下，患者降低對治療的阻抗，成為放鬆狀態下的低阻抗（呂學玉等，2009；汪衛東，2009；汪衛東，2011）。創造臨床的低阻抗狀態可以提高意識權威、建立良好的醫病關係、尊重患者的自主選擇權、最重要的是還可以對症治療。

顧名思義，低阻抗意念導入治療就是在低阻抗狀態之下，醫病建立親和且緊密和諧的移情關係，所以有利於治療的開展；然後，借著思維的操作，在低阻抗下進行意念剝離與導入，進而改變來訪者的認知，達到治療的目的。雖然與心理諮詢不同，但在本質上卻是一致的。低阻抗是 TIP 治療的前提和基礎，因此低阻抗狀態營造的成功與否直接關係到治療的效果（汪衛東，2011）。

## 五、低阻抗意念導入治療的延伸

認知的呈現或在意識層面，但更多是在人類的潛意識之中；認知的呈現方式也有各種不同的樣態，抽象思維、意象思維與具象思維，代表著人與人類發展階段的認知思維

特徵（劉天君，1995）。

就心理治療的觀點而言，意象與具象思維更多的是潛藏在潛意識的內容，也是平日難以言語表達的創傷。這些內容通常會以夢、隱喻、情緒、軀體症狀或者其他方式呈現（劉天君，1995）。心理治療的派別，也有不少技術是針對這些內容工作的，借著新的體會（意義）的啟發，而達到治療效果。例如聚焦、意象對話、敘事、焦點等治療就有這些特色。尤其在低阻抗之下，可以配合這些技巧的使用，那就是可以在溫和的情境進行意念的導入，而達到治療的效果（劉天君，1995）。

這些治療技術也各有差別，所以導入意念的品質、重量、溫度…等，也會有所差別。例如敘事治療是強調支線故事帶來的新的意義，鬆動過去固著價值觀，溫和的帶入正向的意念進入思維系統，進而改變認知帶來治療效果。意象對話，以想像的方式與內在性格進行對話，促進內在意識的流動，改善自己與問題客體的關係而達到治療的效果。移空技術則是將症狀與問題具象化，並與之工作將其移開，就像把堵塞的經絡進行具象想像，再將其移開而達到治療的效果（劉天君，1994；劉天君，1995）。

這些技巧有的將問題症狀經過再框架而產生認知變化，有的將問題症狀透過意象或具象化的過程進行處理，目的都是在將潛意識的情結意識化而達到療愈的目的。

這與認知治療直接將錯誤或不良的的認知進行矯正相較，在本質上都一樣可以改變認知，但作用的位置、機轉、與力道似乎有著層次上的差異，或許在低阻抗之下可以試著嘗試不同的方法與技術的導入，而順利進行思維操作達到治療的目的。

## 六、中國心理針灸

### （一）源起與理念

《黃帝內經靈樞·九針十二原》中說：「夫善用針者，取其疾也，猶拔刺也，猶雪汙也，猶解結也，猶決閉也。疾雖久，猶可畢也。言不可治者，未得其術也。」意思就是說，善於用針的醫生，治病就像拔刺、滌汙、解結、浚淤一樣。得病時日雖久，還是可以達到治癒效果的。那些說久病不可治癒的，是因為沒有掌握對症的技術。古人講，「凡諸孔穴，名不虛設，皆有深意。」心理穴位選擇了穴名包含神、府、門、舍、台等穴位，只要適當刺激這些特定穴位，就能對心理狀態產生影響。就可以對不良情緒產生即刻的影響，產生快速解決情緒困擾的問題（張守春，2016）。中國張守春君融合西方心理學的思想與中醫傳統，所整合的一種便捷、高效的本土化心理治療技術--心理針灸

術。這個技術系統是建立在，心理學理論和技術，中醫哲學和傳統經絡學、針灸學、情志學、以及在現代「生物—心理—社會」醫學模式的基礎上，所發展出來的心理針灸術，這是心理治療的新觀點。

心理針灸的系統是張守春君在孫思邈「鬼門十三針」的基礎上，從十四條經絡 361 個穴位中借助現代計算器大資料採擷，梳理出 81 個心理穴位，其心理穴位分類有原穴、八脈交會穴、五腧穴和經外奇穴，根據不同病症及所在經絡選擇不同組合。按照中醫的整體辯證思維，並綜合中醫經絡、生物全息、快速動眼、TFT、正念、心理學、催眠術、心理神經免疫、大腦神經可塑性、表現遺傳學等現代前沿科學，創新改良傳統針灸技術，所提出植根於中醫經絡本土化的創新技術（張守春，2016）。

## （二）三大核心原理（張守春，2016）

### 1. 大腦神經可塑性：

神經元的發生和死亡，神經連接的形成和剪切，或已有連接的強度發生變化，涉及大腦對各種內外刺激感知、調節和應答的多種重要過程，以及神經元結構和功能的多種變化。換言之，神經可塑性是指大腦可以為環境和經驗所修飾，具有在外界環境和經驗的作用下塑造大腦結構和功能的能力，分為結構可塑和功能可塑。

### 2. 刺激穴位杏仁核即刻縮小：

美國哈佛大學醫學院通過磁共振研究成像（fMRI）和正電子發射斷層顯像（PET）掃描腦組織，當穴位受到針刺時，杏仁核即刻縮小，警示就消失了，針刺特定的穴位能降低杏仁核、海馬體和其他與恐懼有關的腦組織活動強度。

### 3. 眼動減敏與歷程更新療法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing，簡稱 EMDR）創傷處置：

心理疾病來自更早的生活經歷所形成的一系列不具適應性的模式和隨之形成的自我認知結構。當經歷創傷性事件，激發強烈的情緒，內在的適應性資訊處理系統不能有效的處理資訊，沒有被充分處理的病態應對模式被「凝結」和「阻滯」，形成如 PTSD，畏懼症等。找到被阻滯在神經系統中的未處理資訊，定位消極的記憶，重新處理創傷性記憶，就會迅速代謝過去殘留下來的障礙。

PTSD 是指在強烈的精神創傷後發生的一系列心理、生理的應激反應綜合症，主要症狀有反覆性創傷再體驗、持續性回避與麻木、及持續性警覺增高等；它是一種慢性致殘性心理障礙，臨床上常見表徵有焦慮、抑鬱、軀體形式障礙、進食障礙和酒精或藥物依賴等（林建平等，2011）。

Brewin (2001) 認為病患對情境過程的細節出現失憶症狀是 PTSD 辨識的指標之一。因此，創傷記憶是可以用來瞭解 PTSD 的神經心理機制是重要焦點之一，因為 PTSD 病患的創傷記憶呈現高度情緒性與干擾(Yehuda et al., 2010)。目前，EMDR 針對 PTSD 的治療效果已得到國內外很多研究的證實(黃淑珍, 2004; 謝馨儀, 2011; 陳櫻仁, 2013)。

EMDR 由美國心理學家 Francine Shapiro 于 1991 年創立，其主要概念從開始的單純降低焦慮的脫敏法發展為整體整合再加工的概念。Francine Shapiro 在 1989 年無意間他發現將他自己的眼睛挪到另外一端時，可以減少他困難的想法及焦慮情緒。由此，他假設這快速眼動具有減敏的效果，所以她開始與其他治療技術整合，發展一套「快速眼動減敏法」(Eye Movement Desensitization, EMD) (黃淑珍, 2004)。爾後 Francine Shapiro 將其用在創傷後壓力症候群(PTSD)，且發現這些個案痛苦症狀有明顯的改變，在 1991 年 Francine Shapiro 正式將這理論的名稱更改為眼動減敏與歷程更新療法(黃淑珍, 2004)

Shapiro 認為精神障礙是因早期生活經歷中負向生活事件引起的高警覺狀態之原始的情緒、軀體感覺和信念被儲存起來的未加工記憶；PTSD 患者的噩夢和侵入性的想法就是由這些記憶所觸發的反應(Shapiro, 2014)。

EMDR 可以幫助大腦接近和加工創傷記憶，以獲得可適應接受的問題解決。EMDR 採用 AIP (Adaptive Information Processing Model, 適應性信息加工) 模型來解釋大腦中的創傷記憶網路是如何被加工的，如何形成新的訊息、認知和如何進行適應性的加工。AIP 模型對連接儲存在網路中的記憶進行概念化，這些記憶是圍繞早期的相關事件以及與相連的情緒感受，記憶網路包括相關的認知、圖像、情緒和軀體感覺(施琪嘉, 2010)。AIP 模型假定當與痛苦或創傷經歷有關的訊息沒有得到完全的加工時，那麼在事件發生之初所體驗到的知覺、情緒和扭曲的想法就會被儲存起來。AIP 假定這些未被加工的經驗就成為了當下不良功能表現的基礎，並成為許多心理障礙的原因(Shapiro, 2001; Shapiro, 2007)。

EMDR 的雙向眼動和再加工的程式化治療可說明患者恢復大腦資訊加工的平衡，找到適應性解決方案，最終達到自我康復(Shapiro, 2014)。因此，Shapiro 認為，EMDR 的治療目標不僅在於說明患者減低焦慮，也包括引出正向情緒、喚起自覺、改變信念和行為(Shapiro, 2014)。

EMDR 治療的主要目標就是要以這些受到當前生活環境誘發的功能失調的記憶為加工目標，透過促發對整合記憶自然的神經再加工過程，使得這些功能失調的記憶轉化為功能良好的記憶(Solomon, & Shapiro, 2008)，讓個案可以以較調適的方法處理過往

的訊息，並將負面的情緒調適為可以學習的經驗，並釋放負向情緒與感受（鄔佩麗，2008；Shapiro, 2007）。EMDR 是一種可以很好與其他流派一起作用的心理治療方法，在各種學派的心理治療方法中可以很好地整合進 EMDR 之中。（陳維樑、吳薇莉，2010）

### （三）特點（張守春，2016）

1.經濟性：心理針灸直達心理問題核心，不做深度的精神分析，成本很低，比起常規的心理治療，心理針灸大大縮短了治療時間，可以大大節約治療費用和時間，是非常經濟的一種心理治療技術。

2.有效性：心理穴位刺激下，發生了生物學改變；

A：大腦神經迴路發生改變，建立了新的神經迴路；

B：血液迴圈發生變化，紅血球活性增強；

C：血液中皮質醇下降，可以使人承受壓力或者緊張的生活節奏，焦慮降低；

D：心率變異性-反映自主神經系統性和定量評估心臟交感神經與迷走神經張力及其平衡性，趨於平衡，降低了緊張和抑鬱。

根據研究顯示，可使 75%至 80%的人心理問題立刻得到好轉，多數人的負面情緒可以得到根治。操作者具有心理學和醫學背景，技術熟練，成功率可以上升到 98%。療效可以和藥物相當甚至超過了藥物，而且沒有副作用。

3.便利性：

簡便不需要複雜的儀器設備，不需要做心理測量，甚至也不需要中醫針具，只需用手指操作，易學好用，不受場地限制隨時可用。

4.時效性：

可以將解決心理問題的時間，從幾年幾個月幾天，縮短到幾小時甚至幾分鐘。

5.安全性：

與藥物治療比較，心理針灸沒有副作用，更不會像藥物治療產生依賴性，沒有侵入性創傷，只用手指。對治療的創傷不需要再現，既保護了來訪者的隱私又不會造成次傷害。

6.特殊性：指標起到了疏通經絡的作用，具備中醫經穴及針灸原理。

### （四）心理針灸術規則（張守春，2016）

1.室內環境：室內乾淨通風舒適，無噪音干擾。

2.安排主導：主要以培訓過治療師，對心理穴位及按拍力度等準確把握來進行拍打。特殊情況下，個案可以自行拍打，但需要前期輔導。



- 3.坐立方位：個案坐立時背北面南，躺臥時頭北腳南。
- 4.拍打序次：男性先按拍左邊，女性先按拍右邊。男性按拍 8 次的整倍數，女性按拍 7 次的整倍數。
- 5.按拍時間：按找子午流注規律運作。
- 6.按拍力度：拍拍使用指甲邊緣，或指腹，力度要適中。
- 7.按拍前後喝水：心理針灸施做前先喝 1-2 杯水、弱鹼性或能量水，以便疏通經絡，治療結束後再喝下 1 杯水、弱鹼性或能量水。

#### （五）心理針灸術操作（張守春，2016）

- 1、坐椅深呼吸：坐在椅子上，不被打擾的房間，閉上眼睛做深呼吸三到五次，假設特別焦慮的就多做幾次深呼吸。
- 2、聚焦敲穴位：五指併攏敲擊，聚焦困惑的畫面，敲擊穴位：百會、印堂、人中、間使、後溪…。
- 3、九合一法及倒序評分：整合心錨、大腦神經可塑性、眼動減敏與歷程更新療法(EMDR) 技術中的九合一模式，簡稱九合一法。左右、圓周眼球運動，以三明治式，先哼唱一句，數數，再哼唱一句 倒序評分。

## 七、情緒釋放術（Emotional Freedom Techniques, EFT）

情緒釋放術（Emotional Freedom Techniques, EFT）在近二十年來已呈為一項心理治療技術，是源自美國一種結合我國傳統中醫學說和西方現代心理治療理論的一種情感創傷療愈方法（卓雪芳等，2018），它是一種快速釋放過量的負向情緒及心理創傷的心理治療方法。一種利用手指來敲擊人的穴道。情緒釋放術建立在中醫經絡學說基礎上，利用手指敲擊經絡穴位，以改變身體內在能量流動，進而消除負向情緒。

### （一）源起與理念

情緒釋放術（Emotional Freedom Techniques, EFT）是從思維場療法（Thought Field Therapy, TFT）演變而來的。TFT 由美國人 Callahan 於 1980 年治療一位嚴重恐水症（Intense Water Phobia）病人，因為使用了 4、5 年的傳統心理治療方式未見效果，所以開始從非傳統治療方式來思考，在出於好奇之下，嘗試以他過去接觸的中醫經絡相關知識，並受到「身體能量系統學說」影響，認為此病人的恐水症是因為身體能量阻塞了，所以他以拍打的方式在一些特定的經穴位置來進行拍打，很意外，第一次排打之後出奇

出現效果，胃痛的部分消失了，接著頭痛恐懼都相繼消失（Callahan, 2002/ 2003；宋木子，2018）。

Gary Craig 就以 TFT 為基礎創造出來的 EFT 理論觀點是，所有的負面情緒都是由於一些積留在我們經絡系統內未被排除的能量的作動所造成的。Gary Craig 認為經絡就像是一河流，流著心靈的能量，只疏通經絡即就可疏通情緒（Craig, 2011/ 2012）。Gary Craig 的 EFT 與 Callahan 的 TFT 不同的地方就是，TFT 需要對能量失衡做一診斷，一個問題情緒擬定一個對應的一組經穴敲擊；但 EFT 則認為沒必要找出相對應的經穴，而是提出一個固定敲擊的程式，以足夠的敲擊能量點，來修復整個能量系統。如此一來也可以避免診斷誤判而降低療效，反而可以大大提高治療效果（宋木子，2018）。情緒釋放術在國外心理治療對於憂鬱、焦慮、創傷等之治療以證實有顯著的效果（Flint et al., 2005; Patterson, 2016; Salas, Brooks et al., 2011; Church, 2013），且是一個符合中國文化優點的技術。

EFT 結合了中醫的經絡穴位治療原理與大腦語言神經學（Neuro-Linguistic Programming, NLP）、眼動減敏與歷程更新療法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR）發展出來的一種治療方法。

西方的「眼動減敏與歷程更新療法」（Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR）理論認為，利用兩邊刺激眼動來啟動存在於大腦內的適應性資訊加工系統，因為當求助者有消極情緒或創傷，會讓大腦皮層某個區域地方，產生過度興奮，以致使阻滯了正常的資訊處理過程，表現在影響大腦資訊加工系統的生化平衡，最後會引起神經病理改變。這種平衡失去會使資訊加工無法達到適應性解決，在從經驗中得到的如信念、知覺、情緒等就會被「困」在神經系統中。當求助者在過去的創傷中形成的非適應性或功能障礙，如情緒、認知、軀體不適，轉化為適應性的解決方式，形成健康的反應模式，接受並適應隨之而來的喪失，重新建立相同環境的社會和情感聯繫（孫海霞、楊蘊萍，2004）。

大腦語言神經學（Neuro-Linguistic Programming, NLP）。從腦神經元來看的話，人曾經因某事而產生情緒，而這件事驅動腦神經元與某種情緒產生連結，像這樣類似的事件如果一而再，再而三重複發生的話，便會反覆產生制式的情緒反應，這就是 NLP 所說的「心錨」（anchor）（陳寶釗，2008）。

## （二）情緒釋放術操作

EFT 是依照一定的順序，用手指輕輕敲擊幾個特定的穴位。基本上和指壓與針灸的

動作原理是一樣的，而這之間不一樣的地方就在於 EFT 它所處理的是情緒問題而不是生理問題（宋木子，2018）。

EFT 的整個治療程式主要是由四個部分構成的（Flint et al., 2005）：

- 1.設置（The Setup）：在進行釋放動作前有四項工作，對焦（Tune-In）於情緒、評估情緒強度（Measurement）、建立宣告句（Affirmation）與提示語（Reminder Phrase）以及解除反動機制（Psychological Reversal）。
- 2.敲擊（The Sequence）：敲擊順序依序為後溪、摺竹、瞳子膠、承泣、人中、承漿、俞府、周容、大包。
- 3.敲擊中結合九個動作（The 9 Gamut Procedure）：除了敲擊以外，另再加上 9 個 NLP 動作，是用來促進左右腦間的協調以加強釋放效能用的。
- 4.敲擊（The Sequence）：這是做完 NLP 動作後再做一次敲擊的步驟。

### （三）情緒釋放術的特點

情緒釋放術具備有（1）便利性：個案自己就可以操作完成，不用將內心深處的問題情緒表達；（2）時效性：不用冗長的治療時間；（3）經濟性：不用診斷，不需儀器檢查或心理測驗；（4）特殊性：從身體能量平衡來解釋心理問題的產生與處理，結合中醫經穴治療原理，採用非侵入性敲擊方式來進行，利用手指敲以恢復達身體能量的迴圈，並同時利用 EMDR 及 NLP 來重整大腦功能

## 八、心理針灸與情緒釋放術之比較

心理針灸術及情緒釋放術就其特點來看，心理針灸術更重視天地大自然的和諧，例如在坐立及躺臥上，以中國文化傳統思想來看，人體陰陽，首為陽，足為陰；大自然界，南為陽，北為陰。所以，頭抵北為陰，腳抵南為陽，如此就能陰陽平衡。就西方及現代科學而言，地球是一個有南北兩極的大磁場，人是帶有磁性和極性的小磁場，人體隨時隨地都受到地球磁場的影響，躺臥時，頭朝北，腳朝南，西方保健觀點認為床的位置應該是南北方向，睡覺時頭朝北，腳朝南順應了磁力線，最大限度地減少地球磁場的干擾，使生物電加強，利於血液通暢。除此之外，對於敲擊拍打的次數與方向也不一樣，心理針灸比情緒釋放術更講究更在意遵從中國傳統文化思想。

現代的心理學理論實務都是以西方為主，心理學理論的建構與社會文化、價值觀，有著密不可分的關係，所以西方所發展出來的心理學理論與技術應用在華人甚至中國人

身上往往還是會產生矛盾或不相容的時候，在心理治療上就無法貼切在幫助個案上。而中國心理針灸雖然與西方的情緒釋放術都是應用傳統的經絡理論，但中國心理針灸也結合中國針灸原理，採用經穴按摩技術，比起情緒釋放術更能根植於中國的傳統文化，具有明顯的中國特色，符合中國人的情感特點。

## 九、身體心理療法（Body psychotherapy）

佛洛德認為疾病的直接病因並不是真正的病因（比如受到驚嚇），真正的病因是個案童年時期就在潛意識裡形成了。克萊恩發現嬰兒的心理狀態決定了個體本身以後的心理健康狀況，以及是否會患精神病或神經症，且克萊恩也意識到身體層面的原因也能影響心理狀態和行為（Freud, 1917/ 2018）。

在過去情緒認知理論中認為情緒是一系列認知評價的結果（Spackman & Miller, 2008）。認為產生情緒的認知加工不需要身體感知或活動等的參與。儘管沙赫特的三因素情緒理論有強調身體部分的必要性，但需要個體對身體狀態進行認知性的喚醒，才能有情緒的產生，也就是說人的情緒體驗是由認知決定的（彭聃齡，2001）。所以情緒的認知理論只能讓我們了解在認知上去理解他人的情緒，而無法讓我們在情感上去體驗他人的情緒（Rizzolatti & Craighero, 2005）。

後來的心理學家開始重視身體變化對情緒的影響，認為情緒是由特定情境觸發的身體反應和中樞活動變化的集合（Damasio, 1998; Dunn et al., 2006; Reimann & Bechara, 2010），認為情緒體驗和情緒加工均離不開身體感覺。身體感覺可以是直接來自外在的感覺回饋，但如果沒有外在刺激的情況下，也可以是身體存在大腦模式特異性系統中的類知覺表徵（Niedenthal & Maringer, 2009; Winkielman et al., 2009）。所以就會重新部分啟動或再現真實的情緒反應。

在傳統的「話療」都是鼓勵個案談論他們的經歷，以了解其負面消極的思維模式，並辨識不好行為模式或學習應對壓力等新方法，而這樣的心理治療模式非常需要且很重視語言的表達及認知功能，即使談論到身體傷痛也只是在「說」而已，身體的體現反應是有限的（Payne et al., 2015）。創傷專家 Bessel van derk Kolk 指出，軀體方法實際上在創傷治療中可能是必不可少的，過去創傷相關的感覺可能會記憶在身體中內，且會反映在面部表情，姿勢，肌肉疼痛或其他形式的肢體語言中，所以身體心理療法（Body

psychotherapy) 可以補充當前話療法，以提供整體康復治療 (Bessel van der Kolk, 2015/2018)。

身體心理療法 (Body psychotherapy) 是以身體為中心的心理治療，專注於身心之間複雜而深遠的連結，以及這些連結如何影響我們去處理創傷和其他情緒困擾，並從中恢復。身體心理治療始於身體，致力於發現身體遭受創傷的方式和位置，並找到安全「釋放」與創傷相關的能量的方法 (Payne et al., 2015)。

對於身體心理療法 (Body psychotherapy) 影響力最大，就非奧地利精神分析家 Wilhelm Reich 莫屬了。Reich 是 Freud 的學生，他結合身體的心理動力學概念，成為最早研究人體在心理治療中作用的人之一 (Young, 2008)。並於 1933 年所出版的《Character Analysis》中提到，壓抑的情緒，甚至一個人的性格都會反映在肌肉緊張，姿勢方面和身體運動，他稱之為「防彈衣」的概念。(Antonic, 2019)。

一些臨床實證研究顯示，非語言干預是一種具有良好的療效的治療方式，尤其對那些具有身體相關的精神疾病或身體圖像的人，例如 PTSD、神經性厭食症等，所以身體心理療法得以為精神障礙的治療提供另一種獨特的貢獻 (Rohricht, 2009)。身體心理療法則偏重於感受身體的感覺和伴隨而來的情緒，鼓勵人們參與身體對記憶，經歷和環境的反應 (Payne et al., 2015)。

自從 1900 年發展以來，現今越來越多的心理專家現在開始意識到身體心理療法的好處，相對開始展開調整各種與身體心理療法整合的治療方法。Reich 就整合出正念與身體方法相結合的心理治療方法 (Weiss et al., 2015)

雖然在生活中我們會常不自覺以身體及情緒慣有模式來做反映，但卻未覺察這種慣性行為模式。身體心理療法是幫助個人對自我意識以及與他人的連結有更多的體驗，利用對身體以及自我內在情緒的覺察，以發覺潛藏在身體裡的潛意識、情緒、感受、思想、記憶等，同時也可以讓累積在身體的心理情緒加以適當的釋放。現今越來越多創傷壓力症候群 (PDST) 的治療，都會以身體心理療法為導向 (Wylie, 2004; Payne et al., 2015) 創立的「身體體驗」也是一種身體心理治療方法 (Payne et al., 2015)。換言之，專業人員可以用身體心療法幫助個案更了解自己身體感覺，並釋放身體所保持的任何緊張感鼓勵接受治療的人反思行為模式，並確定這些模式可能對治療中出現的任何新情緒，新經歷或新問題產生的影響。

身體心理療法是既針對身體又針對心理的一種治療，是通過身體來觸及心靈的治療。身體和心靈是完全交織在一起，是一體的，身體是心理的基礎，心理是身體最完全

的表達，而且彼此有著很複雜的回饋機制存在，心理甚至可以改變我們的身體外形和行為，所以，在任何治療中身體和心靈都是不可分的，而身體心理療法是通過身體來觸及心理的治療方法，所以身體心理療法是很有效的心理治療之一（Rohricht, 2009）。



## 第三章 研究方法

本章節主要在論述本研究之研究設計與實施步驟流程，其內容分為：(一)研究方法選擇；(二)研究參與者選擇；(三)研究工具；(四)研究步驟與流程；(五)資料處理與分析；(六)研究倫理。

### 第一節 研究方法選擇

區別於量化研究，質性研究假設現實世界是複雜的，並非運用單一因素或者變數能夠解釋的。這種現象是處於不斷變動中的，由多層面意義與想法構成，很大程度上受到情景與環境中的主觀因素影響（簡春安，鄒平儀，2004）。很多以質性研究法來進行的研究，不外乎都希望可以提供研究現象豐厚的描述；質性研究關注的是在個人主觀意義，並試圖進入其經驗世界，以了解人們如何建構及解釋其日常生活經驗的意義（高淑清，2008）。海德格的「語言過度經驗」，也就是說，經驗沒有透過語言，是無法被理解（余德慧，2001）。在量化研究中，其缺乏描述性研究，雖然其可以歸納出或發現某些結果，但個體之間的差異性卻在統計的過程中無法凸顯或是表現出來，相對之下，這樣的結果使得在對臨床與工作者的幫助意義就被削減（鄭日昌等，2005）。

本研究系旨在以中西醫整合的心理治療應用於精神科門診中的輕型精神疾患的治療，並以深度訪談瞭解其治療改變歷程，在這治療過程中研究參與者會有著許多情緒變化與感受，也或許隱含著個人的情緒、問題與生命故事，更是充滿著個人主觀及如何詮釋與看待這過程，將個人化表露無遺，換言之，就是需要瞭解研究參與者的經驗與內在的想法，因此本研究採質性研究取向來進行。

#### 一、質性研究的概念

以研究方法論，採用質性研究方法，可以反映了心理治療相關研究，重視的是個體之間的差異性，對於一個小樣本的研究，能提供豐富的個別化經驗，這些基本的哲學理念和人性觀與諸多心理治療與諮詢理論的哲學基礎相吻合（Ponterotto, 2005）。劉仲冬（1996）曾提到質性研究的特性有：1.研究參與者生活是動態的，有交互關聯的活動，重要的是要瞭解改變過程及改變背後的因素機轉；2.將個人預設立場或是不適切的解釋

降到最低；3.透過研究參與者來看所想探究的現象，透過研究參與者的經驗感受詮釋來瞭解研究者所要闡述的；4.透過對事件場景脈絡的描述，可幫助研究者瞭解研究參與者的解釋，並提供完整的線索讓讀者來評價研究者的分析與解釋；5.將事件置於個體及社會的脈絡去解釋及瞭解此事件對研究參與者的意義；6.研究者需要保持開放探索與發現的態度，透過開放收集的資料進行歸納，形成概念和理論。現象的過程是質性研究中研究者所重視注重的焦點，探究一個人如何看待事件，如何敘述或賦予其意義（高淑清，2008）。質性研究方法更強調描述的「整體性」（Holism）和「情境性」（Contextual），除此之外更重視研究中的人、事、地、的互動，及因互動而產生的意義（Babor et al., 1987）

## 二、選擇質性研究法的理由

本研究選擇質性研究方法主要是因為：

（一）在重視「同時性」（synchronic）的實證研究中，很難全方位掌握研究參與者對於經「中西醫整合之短期結構式心理治療」後之改變的深層結構。故本研究倘若要對真實現象的複雜原貌有個初步脈絡性的瞭解，需採用質性研究方法，利用質性研究設計方式來對研究現象做一整體的敘說性闡釋。

（二）過去對於此主題現相關研究幾乎沒有。因此，本研究將採用可以反映過程改變的研究方法，針對完成「中西醫整合之短期結構式心理治療」研究參與者進行深度訪談，獲取最全面的資料。

本研究焦點在於瞭解輕型精神病患者運用中西醫整合之短期結構式心理治療其身心症狀的改變歷程，換言之，就是想瞭解受訪者在這治療的過程中的經驗和感受。訪談者及受訪者既是共同創造訪談的情境，又是共同建構出社會現象本質與行動意義的人（潘淑滿，2003）。因此本研究採取深度訪談法來進行資料搜集，企圖呈現出輕型精神病患者運用中西醫整合之短期結構式心理治療其身心症狀感受與經驗，亦可從中找到這治療對當事人改變的因數，及中西醫整合之短期結構式心理治療運用在輕型精神疾病患者的可行性。

## 三、個案研究法

質性研究法有多種不同的研究方法，可依其研究目的、需求及所要探討的面向來選擇研究方式。而本研究期待可以深入瞭解「中西醫整合之短期結構式心理治療」對於輕



型精神疾病的治療效果及可行性。基於本研究問題及理論框架，並在對多種研究方式進行考慮後，研究者本研究將採以個案研究法。其決定基於以下幾個理由：1.本研究試圖對「中西醫整合之短期結構式心理治療」對於輕型精神疾病的治療效果及可行性，進行探究個人的經驗、認知與感受等本身便是難以完全量化，且需要深入瞭解過程。這與個案研究法重視研究的深入和透徹的分析不謀而合；2.對於探究治療的可行性及效果於個案背後的個人經驗、社會脈絡有著相關；3.個案研究法的靈活性也正是本研究所需要的，可以透過多管道的資料搜集和分析對問題進行較全面的探究和更清晰的闡釋；4.但礙於在使用這個治療技術的個案大都不願意將自己的內心深處的問題化做故事公開，害怕被辨識出來，甚至將個別可以辨識的基本特徵模糊，個案還是不能接受。因以上因素考慮，故以個案研究來為本研究方法。

個案研究 (Case Study Research)，也稱為案例研究，作為質性研究的一種重要方法，個案研究已有一百多年的歷史，它源起於人類學、社會，後來，後又廣泛應用於心理學、醫學、教育學等研究領域中。在心理學與醫學的研究，是針對個別病例做詳盡的檢查，以瞭解其病理與發展的過程，這是一種主要針對一個病例之假設去做深入詳盡的探討瞭解與分析 (林佩璿，2000)。

個案研究特徵性，其包括：1.對這事例的研究，具有其獨特；2.對個案深入研究；3.在自然情境進行研究；4.使用雙方角度來詮釋看待事例。個案研究的成功與否，大多賴於調查者的虛心，感受力、洞察力和整合力。他所使用的技術包括仔細的搜集各種記錄，無結構的訪問，或參與觀察。Merriam and Tisdell (2016) 指出個案研究有特定、描述性與啟發性三項特徵。所以個案研究法通常要求重視整體和脈絡的觀點，以某一個或幾個典型個體作為研究物件，在自然情境下對有關研究現象或行動進行深入調查，試圖以少量研究物件來概括和反應總體，對研究現象進行概念建構 (潘淑滿，2003)

#### 四、訪談法

Mishler (1986) 認為訪談指的是一種面對面的言語溝通，最主要的目的就是要企圖瞭解對方的想法與感受，是一種有目的的對話。訪談法在質性研究中也是常被使用的方法，尤其是在社會科學的研究中。訪談法就是一種以對話為主的研究方法，也可以說是以目標導向，面對面的溝通方法，主要的目的在瞭解研究物件的特性、經驗、感受及想法等等。

深度訪談法，又稱質性訪談法，一種有目的的對話（conversations with a purpose）。此類訪談法的問題是以開放式的為主，其有半結構式和非結構式的深度訪談法（Burgess, 1984）。本研究是以半結構式深度訪談法為主，研究者先擬定訪談大綱，在訪談對話上的內容並不會有嚴格限制，在訪談過程中也會因訪談其內容，適當深入提問和修正所提的問題。藉由深度訪談，讓研究者在研究參與者詳細描述事情發生的經過，能夠綜合不同觀點，以探討事件及現象的背後意義，更清楚瞭解研究物件的經驗、感受與想法之脈絡。

然最常見的訪談法可區分為：結構式、半結構式及無結構式等三種（陳向明，2002）。顧名思義，結構式（structured interview）就是提問順序、記錄方式等都已經標準化的訪談法。非結構式訪談法（non-structured interview）在主題下受訪者可以不受拘束的自由表達自己的意見，沒有一定提問順序、記錄方式，也沒有設計的研究問題。半結構式訪談法（semistructured interview）是介於結構式與非結構式之間的資料搜集法，在訪談前會依其研究目的與問題來設計擬定一份訪談大綱，作為訪談的使用參考（潘淑滿，2003）；訪談過程以開放靈活的態度，原則上訪談是依其順序及訪談大綱進行，但訪談過程中必要時，也可以依據當時需要，根據被訪談者的應答隨時調整提問策略，延伸支線的訪談，在提問時轉化為被訪談者可理解的通俗語言。同時也鼓勵受訪者對相關議題做更多更詳細的說明表達，以獲得更多與研究相關的資料。

研究資料的搜集方法則運用質性研究中的深度訪談法搜集相關的研究資料，並採用個案研究法的特性，進行研究資料的分析。運用個案分析法技巧對特殊問題能有確切深入的認識，以確定問題所在。

## 第二節 研究參與者

本研究依據研究目的與問題，以立意取樣的方式徵求符合研究目的個案自願參加。而立意取樣是指在可及的母群體中，針對研究特定的需求目的，而來選取適合的研究參與者（吳麗珍等，2014）。本研究是循便利，透過心理治療師推薦來選取符合本研究目的之個案作為本研究參與者。

參與研究之條件需符合：

- （一）年滿 20 歲具行為能力的成年人；

(二) 精神科門診診斷上符合國際疾病分類第十版 (ICD-10) 第五章精神 (心智) 與行為疾患中的 F32 憂鬱症、F40-F48 精神官能症、壓力有關及擬身體疾患 (障礙、病症) 及 F50-51 飲 (進) 食、非器質性睡眠疾患等；

(三) 未有嚴重妄想、幻覺，日常生活也沒有明顯的脫節，仍具有現實判斷能力。

符合以上條件者，研究者將主動說明本研究內容與目的，以邀請參與 (附錄一)，願意參與者將給予簽立參與研究同意書 (附錄二)。

本研究共有 4 名參與者，年齡都 20 歲以上，在性別上分別為 2 名男性 2 名女性；國籍中有 3 名臺灣人，1 名美國人，其基本資料如表 3-1。在 4 名研究參與者中，一位願意將治療內容與過程公開，其餘三位僅願意提供治療後對於此治療之訪談資料作為分析。

表 3-1、本研究參與者基本資料

代稱	國籍	性別	診斷	病程	中西醫整合短期結構式心理治療期間
參與者 A	臺灣	女	適應障礙、慢性創傷症候群	2 年	109.04.09- 109.05.14
參與者 B	臺灣	女	恐慌、慢性創傷症候群	4 年	109.08.07- 109.09.11
參與者 C	美國	男	恐慌、慢性創傷症候群	40 年	109.06.24- 109.07.24
參與者 D	臺灣	男	憂鬱症、慢性創傷症候群	32 年	109.07.18- 109.08.22

研究者在本研究中，於訪談進行前先向研究參與者說明對於訪談、錄音等所得資料就將予以保密，並填寫知情同意書，若參與者或治療師對對方有負向想法感受之表達時，研究者保持中立立場，只聆聽不做任何回應與詢問，且不介入。

### 第三節 研究工具

本研究達到本研究目的，在過程中採用研究工具以搜集相關資料，本節依序說明包括有研究者、訪談大綱、協同分析者、當事人重要體驗回憶紀錄表及訪談札記。

## 一、研究者

### （一）研究之訓練

研究者目前就讀於生死學所諮商組碩專班，其訓練背景包括有心理學、諮商理論、諮商倫理、諮商技術、變態心理學、質性研究、詮釋現象學、諮商實習等相關專業課程；並個別於社工領域從事助人及臨床研究等多年工作經驗。

在質性研究訓練上，研究者過去曾參加過質性研究相關研究法的工作坊，並將所學運用於臨床中，曾經多次發表過臨床個案報告；在諮商實務訓練上，研究者亦為醫療社會工作者，服務領域以醫療單位精神科（身心科）為主；除此之外，研究者在諮商訓練上，個人一直聘有督導以指導臨床諮商技術及協助個人工作上覺察處理。

### （二）研究者角色

研究者本身就是最研究主要的工具。在研究者以一局外人的角色進入研究場域，將個人放空，提高個人對於研究現象的覺察能力、敏感度及反思，傾聽研究參與者的想法與感受。本研究研究者是一位訪談者，也是資料搜集者、文字轉譯者及資料分析者。

## 二、治療師

考慮治療師與研究者雙重角色會使研究偏頗不客觀，所以另由他人擔任本研究治療師。本研究邀請一位就有 35 年臨床經驗的精神科教授擔任本研究治療師，治療師無論在臨床專業知識及技術或學術領域都有舉足輕重地位、非凡的成就與豐厚的經驗。

本治療師本者中國古代哲學對心理現象的認識，融合中醫的心理學概念與西醫精神醫學原理，實踐於其臨床精神醫療服務中，除了精神醫學專業背景外，亦有相對年資的臨床心理治療經驗，同時也是北京廣安中醫心理研究所汪衛東教授（中醫心理--低阻抗意念導入療法創始人）中醫學術傳承人。秉持著人與自然宇宙和諧運作基礎下，尋求身心靈的統一與平衡。在治療上並不注重傳統精神藥物的治療，而是強調與非藥物處遇的配合，例如正念、心理諮詢、低阻抗意念導入、與心理針灸等方法，以提供促進個人自身廣闊潛能的開發，達到自我理解、產生前進動力，突破當前困境，得到療癒。

## 三、中西醫整合之短期結構式心理治療

### （一）中西醫整合之短期結構式心理治療設計理念

心理治療是一種源自西方醫學與心理學的專業服務，中醫心理學也融合西醫精神病学、臨床心理學與中醫藥學、中醫心理學。中西醫整合之短期結構式心理治療設計理念主要就是要創建一以中國固有的傳統文化為基礎，中醫治療以軀體作為工作的破口的特色，並整合中醫與西醫的醫療的重點及其心理治療技術，來以作為診斷與治療方式，在這治療模式中有一項重點就是身體心理治療。

創傷有兩種，一種像平常天災，這算是顯性記憶，另一種是成長或三歲前的，沒記憶的，也既是隱性記憶的創傷。對於隱性記憶的創傷要找就只能靠身體來找（Koch et al., 2012）。心理學家簡德林說過：身體就是潛意識，所以以身體為中心的心理治療，專注於身心之間複雜而深遠的連結，用身體以及自我情緒覺察，來發覺潛意識的感受與想法。換言之，要找隱性記憶的創傷，除了資料收集以外就是要靠身體來找。靠著身體去連結情緒。正念與聚焦是最快捷的方式。除此之外，本治療模式另一特色是，加入兩項中國本土的心理治療技術，包含有低阻抗意念導入-TIP 技術（Thought Imprint Psychotherapy, TIP）及心理針灸。

中西醫整合之短期結構式心理治療在設計上分成三階段，第一階段為初始階段，包含有四次治療，第二階段是治療階段，為一次治療，第三階段是鞏固階段，包含一次治療。第一階段是本治療模式最重要的階段，治療是否成功此階段扮演著很重的角色，所以六次治療中，以前面四次，也就是第一階段治療為最重要。

所有的諮商過程，不管用事什麼學派的治療技術，關係建立與否會決定此治療的效果，所以前四次的治療中，關係建立是主要工作之一。關係的建立將以深度同理心來同理其情緒感受，涵容個案的情緒，可以讓個案感覺到被接納，讓個案可以感受到安全而無威脅的治療關係，願意在治療者的引導下漸漸促使個案願意探索其問題。

而這此階段除了關係建立之外，另一重要工作就是探索相關經驗，確認問題。當問題可以被聚焦和具象化後，將有助於治療及安定個案內心焦慮。所以前四次不僅建立關係，還在找問題圖像及故事題材。

個案來的時候一般帶來的是身體問題，就可以用身體把情緒反應出來。這部分可以用正念或是用聚焦（澄心，focusing）等技術來進行。以讓個案可以產生圖像，有一個鮮明的意象，更具象化，把隱藏的故事撐開。

敘說的過程有助於再建一統整的自我外，用敘事治療來開展支線故事，發展新故事出來，就可以以低阻抗意念導入來進行治療階段，在低阻抗下將新的故事導入，改變個案的認知，其為本階段的治療目的。以心理針灸來進行最後第三階段--鞏固階段，在敲

擊前可以先問個案對於圖像的嚴重度分數，敲擊的時候讓個案看著圖像，完成之後，再問問個案對於圖像的嚴重度有幾分。

所以本研究的「中西醫整合之短期結構式心理治療」是以西方心理治療的「敘說」、「正念」及「聚焦」技術為主要方法的基礎下，融入中醫的望聞問切的診斷方法，以及「低阻抗意念導入治療」和「心理針灸」心理治療技術，而發展出來的一種整合性心理治療技術。藉由這套治療模式讓個案可以在被接納與安全的環境下敘說生命的故事，交織統整出新的自我，讓自己找到生命新的意義，繼續往後的人生。

## （二）中西醫整合之短期結構式心理治療其方法及內容

中西醫整合之短期結構式心理治療之治療結構分為三個階段六次治療。首先，在初始階段治療者以中醫望聞問切，結合敘說與聚焦之心理治療技術，定位原始心理創傷記憶的圖示與脈絡，是為確立受困情緒病因，並據此擬定治療的策略；接著是為治療期，先以正念引導放鬆後，在氣功態（催眠狀態）下進行低阻抗意念導入治療；後期則是主要以心理針灸作為的治療的鞏固。在這三階段的順序，會依其工作目標不一樣，而使用適合的心理治療技術（Shih et al., 2020）。

對於參與者除了整體評估之外，在治療結束後將以深度訪談來瞭解治療改變歷程，症狀改善之主觀感受。

中西醫整合之短期結構式心理治療方法及內容如下：

### 1. 初始階段：辯證情志建立信任安全的醫病關係

#### （1）通過症狀而確認主證

透過軀體症狀得以確認情志狀態，藉由情志進行聚焦得倒到體會，再將其圖示具象描述。為了得以快速找到創傷的圖示，以中醫情志學的概念，五志對應五臟經由對於軀體症狀變化的掌握而辨識並確立情緒。所以，通過對於軀體症狀的望聞問切，就得以便捷地確立病之於五臟六腑的部位，推論是為何情緒所導致軀體症狀。這過程中身體的症狀變化是可比擬為潛意識的象徵與隱喻。在此階段可以透過軀體症狀評估、望聞問切診斷思路等方法來進行（Shih et al., 2020）。

**A. 望：**心理學的望診就是要通過視覺來觀察個案的外觀、形態、神色、行動、以及在互動中的反應；中醫心理透過舌、耳、或身體局部的觀察也可以得知個案的身體狀況。本程式的重點在評估身體外顯狀況，包括身高、體重、高矮胖瘦、臉色膚色、眼神、舌象（王明珠，滕晶，2016）。另外還有一個重點就是，也要觀察是否有陪伴者，個案與陪

伴者的互動情形。

**B.聞：**聞診是透過聽覺和嗅覺來感知個案的聲音與氣味。語言的表達內容、語言多寡、語言的使用、語調高低、陳述的方式、以及表達時候的肢體與情緒的整體反應等都是傾聽時候所要關注的重點。從個案身上氣味、個案陳述對於味道的感知覺，往往也都能得到珍貴的資訊。本治療方式重點在透過個案對於症狀內容的描述，進行身心互參以辯證情志（王明珠，滕晶，2016）。

**C.問：**透過詢問探究個案問題的來龍去脈與蛛絲馬跡，包括症狀與問題的內容與形式、發生的經過與情境、事件的脈絡、求助的經驗、過去的記憶…等資訊外，還要詢問、家族史、睡眠情況，作為判斷診斷以及治療計畫擬定的依據（王明珠，滕晶，2016）。本治療方式重點在，透過心理治療的各種技術，包括敘事、聚焦、正念的方法，探究目前症狀並與過去記憶經驗的連結，取得記憶圖示以為治療時具象化思維操作的參考依據。

**D.切：**切診包括脈診和按診，通過手指和指端的感覺，對個案體表觸摸按壓檢查。脈像是判斷個案心理狀態的一個重要的客觀指標。脈診在中醫「五神」疾病的診療過程中，會將脈診與個案軀體症狀、表現的主要神志症狀相結合，以來確定疾病治療方法（王明珠，滕晶，2016）。切診是運用手觸按個案體表、感受其脈搏及軀幹肢體各部位狀況，往往可以獲得身心狀態的資料，推測個人的情緒與軀體的反應，作為個體陰陽五行表裡虛實寒熱的判斷依據。本治療方式的重點在，透過觸診的方式，取得脈搏、心跳、與軀幹肢體各部位狀況等，感知自律神經系統的變化，已確認被治療者當下的身心狀態。

## （2）建立安全與信任的醫病關係

在研究初始階段主要的任務除了在資訊的取得外，更重要的是在建立安全與信任的「我們」的醫病關係。在這個關係之下個案可以得到認同和歸屬感；而是這種關係本身就帶有著治療的元素。換言之，若個案與治療者可以彼此連結，創造良好的醫病關係，治療必然會產生更大的效益，也就是二個相連結的個體，心意流通彼此理解，就是療效作用的初始。

心理治療最講究的其實就是關係，一切都是在關係中產生創造出來的。「我們」是來自於互動所創造的關係，好的互動關係更是決定內在的呈現，進而維持一個好的連結系統。心理學的「移情」是治療的重點，這也是需要良好關係作基礎的（刑志彬，陳秀蓉，2018）。這連結絕對不是表面語言上的連結，而是內在真實的連結。所以，讓個案在當下覺察、理解、體會心裡的變化，進而產生體會才是治療的關鍵，否則一切都是空談。

### (3) 確立初步診斷與治療計畫

在中醫「形神合一」、「以形治神」的原則上，容易從軀體症狀入手獲取情志的目標，也就是藉由軀體（或整體感覺的症狀與變化）確立把手（Handle），認定象徵物（隱喻、意象、夢），經由把手所呈現的潛意識內容與個案交叉感應，善用回饋推進的技巧，在不斷地體驗形成新的體會，沉澱分析記憶的創傷圖示。確認創傷記憶與情景後，並認定過去記憶所衍化的「錯誤」認知，與其所形成的價值觀（情緒與期待），以此確立衝突的所在，並確立診斷與治療計畫。

#### A. 憶溯建立創傷記憶圖示與脈絡

憶溯是以目前的情志來推測過去創傷記憶，並將其圖示脈絡化的方法。確立激化創傷記憶情緒後，再以聚焦技術配合敘事等技術，在回饋中與個案交叉感應，因著出現的體驗變化前進而確定體會，尋找創傷的記憶點作為拓展去的創傷圖示與脈絡。

##### (A) 聚焦（澄心，Focusing）技術

聚焦技術是延續著人本主義的遺緒，並在這基礎上簡德林將心理治療帶入了一個新的境界，那就是確立了聚焦治療的技術。聚焦治療除了人本的魂之外，更有著非常深刻的佛學的鑿痕（吳燕霞等，2016）。

在聚焦中這些暗藏的形式都在等待進一步的探究、運作、繼而形成生命的體會，稱為對把手（Handle）的工作。聚焦過程中，傾聽也是很重要的一環。傾聽過程中其實暗藏中著內觀的玄機，無形中對於個案的困擾、症狀不僅給了空間，也給了生命。此刻症狀已經成為有生命的主體，而非只是客體的存在，借著主客體位置的不同而產生了更為深刻的體驗。當下就更能將暗藏中混沌晦澀  $\beta$  狀態的情緒或念頭逐漸顯現，而以各種身體的變化、象徵性的意象、或隱喻呈現。聚焦是一種緩慢推動的過程，以聚焦者的主體體驗作為工作的主要過程，聆聽者只要跟隨不介入地追著他的體驗來體驗，讓被潛抑的意識的流動通暢（吳燕霞等，2016）。

##### (B) 正念

正念的概念起源於東方，但是被廣泛地應用於西方的臨床領域，尤其是在心理學領域的研究已經很是成熟，具有系統性和專業性。西方學者基於正念理論開發出正念療法，主要的正念療法有四種：正念減壓療法（Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR）、正念認知療法（Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT）、辯證行為療法（Dialectical Behavior therapy, DBT）、接受與承諾療法（Acceptance and Commitment Therapy, ACT）等（Hofmann & Gómez 2017）。



正念是個體通過對各種感受，來覺察，以致完全接納最終達到覺悟。正念最重要的就是可以讓人跳脫原本的自動化認知模式，在當下的到全然不同的覺知（呂凱文，2014）。經由長時間的臨床實踐，正念療法對於精神官能症、焦慮症、精神分裂症、恐慌症、抑鬱症、強迫症、重大創傷後症候群和慢性疼痛，都有相當程度的改善作用（Kimbrough et al., 2010；Dutton et al., 2013；湯華盛，2018）。

### **(C)潛意識內容的意識化與意象具象化**

將創傷記憶形成圖示與脈絡後，再將其強化清晰地將潛意識內容轉化為意識的過程（劉天君，1995）；也就是在定位創傷記憶的圖示與脈絡後，進一步地將這體驗轉化為經驗得到體會，並將其呈現於意識的具體過程。最終將體會化為意象，而不單僅是以抽象語言符號的方式呈現。

善用敘事技術透過客觀化的技巧，將意象內容以動態圖像呈現。潛意識創傷內容將不再只是文字與符號，而是以具有色聲香味觸覺動態意象圖畫，建構蒞臨其境的感受。

### **(D)敘事療法**

敘事療法是一種不診斷也不分析，就是讓個案敘述自己的故事的治療法，藉由在敘述的故事中找到生命生存的意義，從而構築積極的生命，改變自己過去的生活型態（周志建，2012）。

敘事療法是一種隱喻，當事人在選擇和述說其生命故事的時候，會維持故事主要資訊與主題，往往會遺漏一些片段，為了找出這些遺漏的片段，諮商師採用敘事療法隱喻來引導當事人思考併發展出雙重故事。在諮商過程中，諮商師聚焦於喚起當事人生命中曾經活動過的、積極的，來增加內在能量，更有意義的體驗生命故事（邱聖玲，2004；胡愈琪，2008）。

## **2.治療階段：低阻抗意念導入-TIP 技術（Thought Imprint Psychotherapy，TIP）**

在形成安全與信任的「我們」的共情關係之下進行低阻抗意念導入的操作。首先先以「正念」在呼吸調整之後將個案引導進入「氣功態」（催眠狀態），之後再以手按頂讓來訪感受溫熱或麻的體感來確認得以被暗示的程度，時機成熟後，治療者開始進行「低阻抗意念導入治療」，亦即以具象化的操作為基礎，剝離導致困擾的認知、導入健康、在衝突之下可以接受的妥協思考與行為並保留個人美好的認知內容（汪衛東，2011）。

低阻抗意念導入-TIP 技術（Thought Imprint Psychotherapy，TIP），即在低阻抗狀態下，語言暗示的過程中，重新進入意象化的圖示與脈絡之中改變創傷圖示意象，進而達

到改變創傷記憶的目的（汪衛東，2011）。治療者透過特殊的方法，例如音樂、語言、行為等方式導入，讓被治療者產生不同的意識狀態，稱為低阻抗狀態；因此，低阻抗狀態為氣功入靜狀態（催眠態），是一種從清醒到睡眠的中間狀態；此時，生理徵兆會出現肌肉放鬆、表情從容、嘴巴微張、眼睛自然合起、呼吸均勻、脈搏平穩、整體姿勢自然、舒適。當下被治療者意識範圍減少，意識阻抗降低，容易實施意念導入治療；亦即治療者得以建立與被治療者內在宇宙連結，並與之直接對話進行溝通協調，改變了被治療者潛意識內容（呂學玉等，2009；汪衛東，2009；汪衛東，2011）。

具象思維操作，就是借著思維的操作，在低阻抗下進行意念剝離與導入，進而改變個案的認知，達到治療的目的。雖然與心理諮詢不同，但在本質上卻是一致的。治療的過程主要是在低阻抗狀態下進行，治療者針對獲得的創傷圖示的意象，鉅細靡遺並身臨其境地用語言描述事件發生的過程，並在關鍵之處進行意象操作，進而改變創傷圖示協助脫困而達到治療的目的。有的將問題症狀透過意象或具象化的過程進行處理，目的都是在將潛意識的情結意識化而達到療愈的目的（汪衛東，2011）。與認知治療直接將錯誤或不良的認知在意識層面進行矯正相較，在本質上都一樣可以改變認知，但作用的位置、機轉、與力道似乎有著層次上的差異，或許在低阻抗之下可以試著嘗試不同的方法與技術的導入，而順利進行思維操作達到治療的目的。

### 3.鞏固階段：建立新的認知圖示

本階段除了正念技術外，最主要就是以心理針灸方式化解過去的創傷圖示，建立新的神經迴路，以完成整個治療。

參照中醫對於鬱症的辯證，交感神經亢奮的狀態基本上就是所謂的氣鬱與上火；副交感神經驅退的瀕臨死亡狀態，基本上可說是中醫所謂的痰濕瘀血（宋舒舒等，2018）。因此，對應自律神經系統的變化，就可以清楚地解釋各種臨床的症狀表現。相對的，參照中醫辯證也可以明瞭，不同的經絡對應關係，而施以針灸治療。

心理針灸是一種非侵入性的治療方式，在低阻抗狀態下，透過指標敲擊特定的穴位而達到自律神經系統平衡，進而達到症狀緩解的效益。心理針灸的系統是，張守春在「鬼門十三針」的基礎上，從十四條經絡 361 個穴位中甄選出 81 個「心理穴位」，按照中醫的整體辯證思維，並綜合心理學、生物全息、心理神經免疫學、神經可塑性等現代前沿科學，創新改良傳統針灸技術，所提出植根於中醫經絡本土化的創新技術（張守春，2016，張守春，2019）。就心理問題而言，這是屬於非藥物、非語言的另一類治療。在

西方醫療也有相類似的方法，例如顛薦治療、整複治療、情緒釋放治療等，但這種治療方式早就存在於五千年歷史文化的中醫治療中，就如孫思邈的鬼門十三針就是特色（張守春，2016）。

中西醫整合之短期結構式心理治療整個療程以六次為基礎，每次的內容可以隨機應變的調整。

#### 四、當事人重要體驗回憶紀錄

研究者參考重要事件回憶法（Elliott, 1992），再根據本研究之需要擬定當事人重要體驗回憶紀錄表，藉由重要體驗回憶紀錄表（附錄三）讓研究參與者在每次治療後立即紀錄治療過程中重要體驗，而這些紀錄將可以說明我們深入探究研究參與者的改變脈絡。



## 五、訪談大綱

本研究訪談大綱（附錄四）依本研究所要探討的問題設計，每個研究問題所對應的訪談問題如下：

研究問題		訪談問題
1. 輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療介入前之經驗及感受為何？		1.在還沒進到這次的治療流程時，您當時的身體與心理的困擾、不舒服是什麼？對於這些困擾、不舒服嚴重程度您會打幾分？（0-10分，0分完全沒有，10分為最嚴重）
		2.過去因為這些症狀您做過哪些努力及尋求過哪些幫忙？
		3.過去在尋求幫忙後，對於你的身體及心理的體驗？
2. 輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療過程之經驗及感受為何？		4.當初什麼樣的契機讓您決定願意接受中西醫整合之短期結構式心理治療？
		5.最開始你對於中西醫整合之短期結構式心理治療的期待與擔心有哪些？
		6.在治療過程中您體驗到正向及負向感受有哪些？最有感受的是哪個？
3. 輕型精神疾病患者在中西醫整合之短期結構式心理治療介入後改變的機轉為何？與治療後的身體、情緒體驗為何？		7.治療完成後，目前您的身體與心理是一個怎樣的狀態？與治療前有什麼樣的差異？
		8.治療過程中，對您而言改變的契機為何？這個契機對您有什麼影響？
		9.治療後的改變為自己帶來怎樣的影響？對於治療前所提到的那些困擾、不舒服嚴重程度，您現在會打幾分？（0-10分，0分完全沒有，10分為最嚴重）

## 六、協同分析者

本研究中資料分析將以研究者為主，同時並邀請本研究兩位指導教授協助，其對於質性研究、心理治療及臨床精神醫學都有多年實務經驗，有兩位指導教授的協助，對本研究會有相當大的益處。

資料分析將由研究者與協同分析者分開各自閱讀文本，進行編碼工作，完成後彙整，取得共識歸納後，提出分析及解釋，得出研究結論。

## 七、訪談札記

在訪談結束後儘快書寫札記，將印象深刻之處記錄下來。訪談札記其實正是在回顧研究者當次訪談的「經驗」（方格正、李佩怡，2016）。訪談札記如同一份詳細的日記，不僅詳細記載其研究的實質材料也記載研究歷程，也可作為日後反省參考用。因此，訪談札記的主要功能是輔佐分析資料之用，以清楚的掌握資料的正確性，這也是研究者在日後分析解釋資料和撰寫報告時的重要依據。研究者在每次訪談回來之後，確實記錄每次訪談過程，內容包括：1.訪談個案姓名；2.訪談時間（次數）；3.訪談地點；4.訪談過程：訪談前、訪談中、訪談後；5.訪談發現；6.研究反思。以作為下次訪談與日後分析的參考；7.備註（其他）（附錄五）。

## 第四節 研究步驟與流程

本節將介紹本研究進行的步驟與流程，如圖 3-4-1。本研究為質性研究，以重要體驗回憶紀錄表及訪談大綱來進行一對一深度訪談，以為研究來搜集相關資料。並以立意取樣的方式於 2020 年 3 月自 2020 年 12 月進行收案。符合條件者，研究者將主動說明本研究內容與目的，以邀請參與，願意參與者將給予簽立參與研究同意書，成為本研究參與者後正式進入本研究，治療結束後進行深度訪談，之後訪談資料轉譯文字進行分行，最後完成報告撰寫。

## 一、研究步驟與流程：

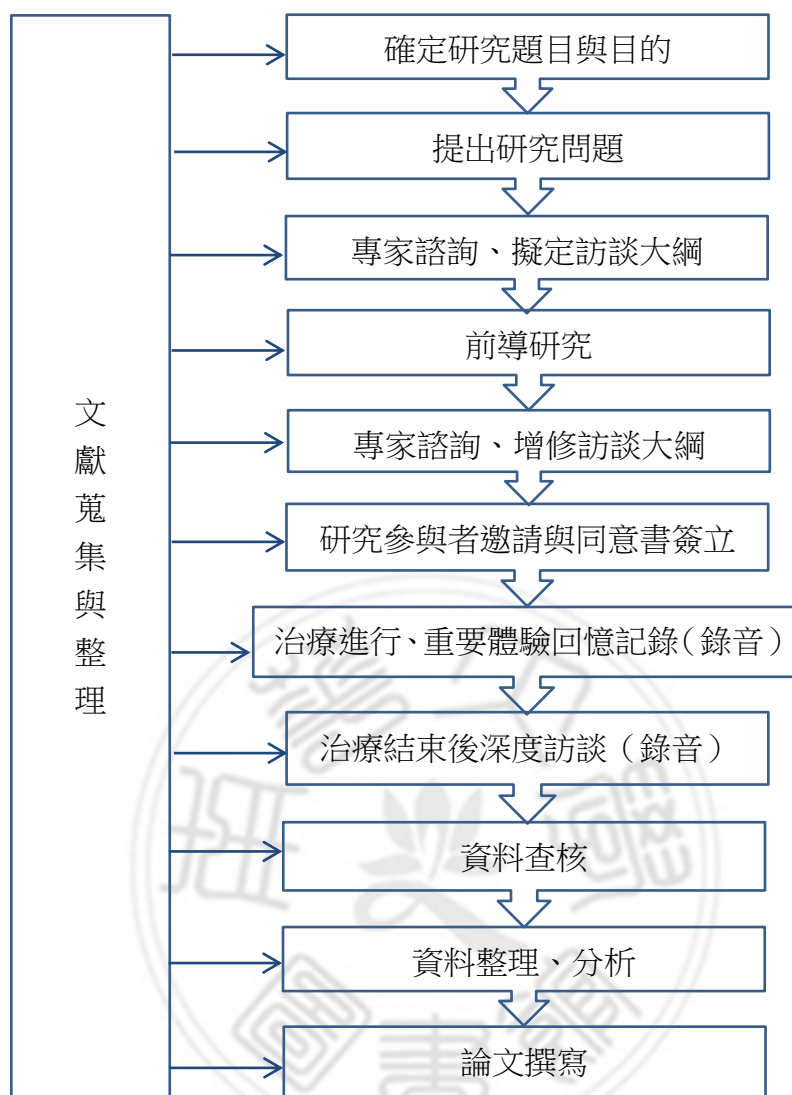


圖 3-1、研究步驟與流程

## 二、前導研究

前導研究，研究參與者有一人，完成六次治療，並接受一次訪談。研究參與者治療過程中表示並沒有感覺到特別的中西醫的區別。因為過去也沒有諮詢過的，所以也不知道有什麼不同，但是體驗到過程中有多次一種莫名的感覺突然而生。前面幾次治療過程中，每次結束後都有輕鬆的感覺，到最後二、三次，是在治療過程中就有那種安定，有希望的感覺，且就越來越輕鬆，那種安定、有希望感覺似乎在整個治療中就是要讓他停留在身體裡，治療結束後他說的最後一句話「都沒有了，很輕鬆，一切都過去了」（附

錄六)，似乎就是代表了治療的結果。

### 三、前導研究反思

#### (一) 前導研究結果與結論

1. 與治療者的關係是治療成功與否的關鍵：本研究在第五次研究參與者症狀就有明顯的改變，所以惟有在共情之下治療才得以能順利開展，這也是決定所有心理技術是否得以開展的最重要因素。
2. 軀體的工作的重要性：讓創傷具象化在本治療中是很重要的一環，如何讓創傷具象化，基本上就是針對研究參與者的認知、情緒、與行為來進行工作，而利用聚焦（澄心）技術就是用軀體來工作，可以在體驗之中交叉感應而讓研究參與者自我體會。
3. 儀式化作用：在訪談中，研究參與者提到「在最後兩次的治療，感覺到 X 醫師是在穩固我的想法與那種我前幾次莫名產生的一種踏實很安全的感覺」、「後面一、二次的治療，醫師重新帶我用不一樣的角度來看，那種不一樣的想法的想法更強了，不是以前那種所想的，我感覺到一股很強的希望」那在這治療過程中「低阻抗意念導入」與「心理針灸」技術也是算一種儀式，誠如參與者的回饋，對於新的體驗有鞏固的作用。

#### (二) 前導研究設計及分析

在訪談過程中，回顧這六次的治療對於身體與心理的變化，研究參與者其實有些過程已經想不起來，但在研究者引導下，有時勉強可以再想起來，所以在為了能在訪談時候可以讓研究參與者可以回憶治療過程其身體心理一些重要的變化，所以考慮設計「重要體驗回憶紀錄表單」，在每次治療結束後 2 天內完成，可以將當次身體、心理正向或負向的體驗記錄下來，有助於訪談時候讓研究參與者回憶當時情境，也可以讓研究者作為訪談的參考，同時研究參與者可以藉由這份檔的撰寫，再次仔細思考本次治療的過程，進行反思。

在訪談大綱設計上，加上研究參與者治療前後對於自己身體心理整體評估作一程度上的比較，更能清楚瞭解此治療方式對於患者的改善程度。另，也對於研究參與者過去尋求治療的方法作一瞭解，同時也瞭解研究參與者自覺在治療過程中其改變的契機為何？除此之外，如果研究者對於訪談大綱如果可以再更加熟練，讓訪談方式可以在更彈性，自然，應也有助於與研究參與者訪談氣氛與進行。

最後，有關於研究者身份，如果研究者又是治療者，在雙重關係中，還是會有所影響，研究者會更在意研究的成敗，似乎在於治療倫理上會有所忽略，所以在正式的研究進行時，還是決定研究者將不再擔任治療者工作。但為了可以還原治療當下情境，除了全程錄音外，也邀請治療者進入本研究，如此將有助於治療情境脈絡的呈現。

### (三) 自我反思

1. 與過去熟悉的研究方法截然不同：過去熟悉量性研究法，目標清楚，測量研究參與者在某時間點瞭解與個體表現情形的相關一變相。質性強調情境中它的歷史與社會脈絡影響真實的呈現，突顯歷史與社會脈絡對於人的百態之影響的重要性。
2. 存而不論：訪談過程中會不自覺帶入自己不當的預設，不自覺就以諮商治療的態度方法進行研究參與者經驗探究。自我應該保持客觀與接納的態度進入研究參與者的主觀世界，直接去瞭解研究參與者的經驗，在訪談過程中覺察到自己主觀涉入時，應馬上適時調整，以盡可能維護「存而不論」的研究態度。
3. 在分析文本時，最大的擔心就是漏掉什麼，漏掉「別人」認為是重要的訊息，一直有這種恐懼感緊緊抓著自己，就是擔心害怕自己不夠仔細，看得不夠仔細，看不到文本的應有的全貌，所以對於別人所提到的可能就會相信「別人」比較對，相信「別人」看到更多的東西，看到重要的東西。這反映出對自己的不夠自信，沒有勇氣面對相信自己，所以在這研究法應該可以讓自己學習勇敢面對自己的聲音，面對自己可能的不理想不完美，更得學著去接納現在的自己就是這樣，大膽去嘗試，作自己。除此之外，藉由多次閱讀質性資料，也可以彌補這部分的擔憂。
4. 面對文本分析時的質疑：在分析時常常會被「這樣是正確的嗎」、「好像還不夠」、「這樣做可以嗎」、「這樣說有理論的根據嗎」等許多的自我質疑所困住。所以在未來或許需要指導老師或同儕或相關人員更多內容上的對話。
5. 每位研究者看到的都不一樣：每位研究參與者的經歷歷程都是獨特的，因此研究的重點在於瞭解個人經驗，體驗感受，不再像是量性研究將結果推論到其他人身上。每位元研究者所看到的內容裡的東西應該也是不一樣的，也是獨特的，沒有對錯好壞，相對應該研究者就應該對自己能放下對自己完美的要求。
6. 是真的發現問題還是受到影響：研究參與者對於原本所認為的結果在訪談後會有所質疑，這質疑是研究參與者自己為能清楚思慮看待而只是逃避而來的還是會因為是訪談者用自己主觀的觀念引導出來的結果嗎？如果是訪談中引導出來的？那未來正式研究應該儘量避免。



## 第五節 資料處理與分析

本研究是以短期結構式的方法將中西醫整合的心理治療應用於精神科門診中的輕型精神疾患的治療，藉由個案在生理、心理症狀之改善評估，再配合訪談瞭解治療改變歷程，作為其可行性之評估。研究者搜集的相關資料以訪談內容逐字稿、每次治療的諮商內容、研究參與者重要體驗回憶記錄為主，並參考研究者札記，持開放態度，以研究參與者為分析主體，檢視資料中呈現出的訊息，加以歸納分析。

### 一、質性資料整理與分析

質性研究的資料分析不是測量某些概念出現的頻率，而是讓文本自己來「說話」，研究者來體會其中的意義。分析質性資料的基本過程分為編碼、資料分析歸類和闡述結果（Creswell, 2007），基本邏輯是歸納法，即從具體的、個別的、經驗的事例中逐步概括、抽象到概念和理論。

本研究採用質性研究中的個案研究法。個案研究法一種續進行的收集臨床資訊、諮詢活動，在交互作用的動態過程。它強調是在自然情境下所進行研究，研究者本人是研究的工具，透過一位有意義的個案深入實地的研究探究與體驗，過程中可以採用多種資料收集方法，如訪談、參與和非參與觀察、相關實物分析等方法收集資料，採以歸納法由下而上，在資料的基礎上整理出分析類別和理論假設，最後形成對某一種共通性或現象有較深入、詳細和整體性的瞭解。

本研究是以短期結構式的方法將中西醫整合的心理治療應用於輕型精神疾患的治療，藉由個案在生理、心理症狀之改善評估，再配合訪談瞭解治療改變歷程，作為其可行性之評估。研究者搜集的相關資料以訪談內容逐字稿、每次治療的諮商內容、為主，並參考研究參與者重要體驗回憶記錄、研究者札記，在反復閱讀比較，尋找事件與症狀的相關關係，治療過程中研究參與者細微的改變，並將研究參與者的認知、感受、情緒變化進行具體化明晰化的分析，並透過敘說分析法，對研究參與者發生治療性改變及其變化機制進行細節描記和機制闡述。瞭解治療過程中其心理感受、情緒、認知及行為發展過程，分析輕型精神疾病患者運用中西醫整合之短期結構式心理治療其身心症狀的改變，給予觀察、描述、分析及解釋，得出研究結論。

## 二、分析步驟

對訪談資料進行細心、反復地閱讀。陳向明（2002）曾表示在閱讀過程中採取「主動投降」的態度，暫時將自己預先設計的價值標準、判斷等懸置起來，讓「資料自己說話」；同時，Lofland & Lofland（1995）也建議，要向自己在與資料互動過程中產生的想法和感悟「投降」，因為雖然資料是「死」的，但研究者卻是有生命的，研究者的想法和感悟會因人生經驗、閱讀能力、相關情境的不同而有所不同。

這是資料分析中最基本的工作，將資料對有意義的內容選擇取決於研究的問題、目的和資料本身的特性。研究者對原始資料中的每個詞語、句子、段落進行認真考慮。從資料中尋找並提取那些能反映當事人改變因數組成部分的最小意義單元，即抽取能最有力地回答研究問題的資料。隨後，對資料進行編碼，編碼的一個十分重要且具體的工作，這些編碼（code）是資料分析中的基礎分析單位。

本研究之文本編碼分為第一區說明研究參與者的代號分別以 A、B、C、D、E 表示；第二區說明文本類型，I 代表訪談文本，II 諮商過程文本；第三區表示文本頁數，第四區表示文本中第幾行。例如 B 號研究參與者，訪談文本的第 2 頁第 4 行，則編碼為 B-I-02-04。

在分析資料之前必須將其訪談及治療過程錄音檔謄寫為逐字稿，所有口語資料、情緒反應及其相關情境都付諸於文字表達，逐字稿完成之後，仔細閱讀全部原始資，針對質性資料內容模糊或是缺漏的地方做記號，再與研究參與者進行確認與澄清，並將完成的逐字稿讓研究參與者看過，使得資料完整齊全。獲得個案原始且完整資料後，研究者與協同分析者分開各自進行，將資料中呈現出的意義列出，相關的句子強調出來並編碼。爾後研究者與協同研究者再一同討論，以歸納法由下而上，在資料的基礎上整理出分析類別和理論假設，最後形成對某一種共通性或現象有較深入、詳細和整體性的瞭解，最後提出分析及解釋，得出研究結論。過程中如遇到分析者間出現分歧時，最終的結果主要通過集體討論的形式決定。

## 三、個案研究品質指針

個案研究的品質建立在研究過程中資料搜集的嚴謹度、豐富度，與研究報告的可讀性、清晰度。其主要品質指針有（鈕文英，2018）：

（一）**構念效度**：構念效度是指，建立正確的研究工具探究研究主題，包括：1. 資料搜集，

- 使用多種來源的研究證據，例如觀察、訪談、與協同研究者檢核等資料；2.建立一系列的證據，以做三角查證；以及 3.報告撰寫，如與研究參與者檢核研究報告初稿。
- (二) **內在效度**：內在效度係指能正確解釋某個現象因素，特別是在於解釋性的個案研究，而不是描述性或探索性的個案研究，其主要是在資料分析時，可利用 1.組型配對分析（pattern matching）、2.時間系列分析（time-series analysis）、3.解釋建立（explanation-building-）以及 4.邏輯模式（logic model）來提高內在效度。組型配對分析是將該研究取得的資料與一個或多個預測粗型相比較，如果兩者一致，則能提高研究內在效度。時間系列分析是指長期建立某項個案料，以瞭解其隨著時間的變化而其改變的。解釋建立是指用相關文獻以建立能解釋個案資料的結論。邏輯模式是以某些理論解釋個案資料以建立該個案料與理論的輯關聯性。本研究將以「解釋建立」與「邏輯模式」為內在效度指標。在研究中可以藉由研究者的分析解釋與論點具有根據、研究結果的呈現有連慣性，呼應整個報告的論點、建立解釋跨個案資料的結論來提本研究內在效度。
- (三) **外在效度**：外在效度意味從特定個案得到的結果能否呼應理論。理論是透過更多的個案研究來驗證。本研究將以透過多個個案來驗證，並將其研究所獲得的結論運用實務工作上。
- (四) **信度**：信度意指的是說明清楚資搜集的程式，其他研究者是可以複製。在本研究中將藉由清楚界定個案、研究者檢視進行本研究的動機、成分呈現個案的脈絡資料、研究者展現同理心的態度、考慮研究參與者的利益與福祉，避免因研究而受到傷害、清楚說明研究設計與資料收集流程，以提高本研究之信度。

## 第六節 研究倫理

### 一、堅持尊重與接納原則

訪談開始前，研究者必須堅持尊重的原則，不論服務物件實施了多麼惡性的犯罪行為，都應該對其表達應有的尊重，盡可能讓研究參與者瞭解研究目的和研究過程。在研究過程中，研究者尊重研究參與者的個人特質、工作性質、價值觀、風俗習慣等，不評價、不批判，充分地傾聽與接納，確保研究過程不會對研究物件造成困擾和傷害。

## 二、誠信與開放

本研究基於誠信原則，完成研究報告後，將適時發表。

## 三、遵循自願和知情原則

在邀請研究參與者之前應該準備好相關資料，先以口頭及紙本詳細告知研究物件本研究的具體內容、目的和用途與進行的方式，同時告知其相關的權益以保障，對於參與的意願應由研究參與者自行決定，不可有任何的脅迫與壓力。如果研究參與者在訪談過程中不願意繼續進行訪談，研究者應該適時終止訪談。簽署研究參與同意書及錄音同意書前，應再確認研究參與者是否清楚瞭解明白自己的權益及研究的目的方法。雖然參與者簽好同意書，在研究前對於文本逐字稿資料的公開感到後悔或不安，屆時依舊會尊重參與者的決定，將不在研究論文中呈現全部文本內容的逐字稿。

## 四、遵循隱私保護和保密原則

對與研究參與者的個人資訊嚴格保密，堅持做到不暴露研究參與者的姓名和身份，要注意研究參與者的隱私保護，避免資訊外漏影響研究參與者的正常生活。除此之外，對於研究參與者的心理治療及訪談錄音檔、紙本紀錄，絕對不外流，做好保密的工作，不假第三人的手，以確保保護研究參與者的個人隱私。研究參與者，保護研究參與者的權益和感受。訪談錄音檔和文檔都加密，紙質資料存放於帶鎖的櫃子中，所有關於研究參與者的資料均只用於研究而不用做其它用途。

在研究過程中，應做好各項預防措施，積極作為與謹慎態度，盡力符合研究倫理的規範。

## 第四章 研究結果與討論

### 第一節 研究結果

#### 一、 研究參與者背景資料

##### (一) 參與者 A

本參與者是本研究中唯一願意公開治療過程（附錄六），女性，今年 32 歲，診斷為適應障礙症、慢性創傷症候群，因失眠問題、容易悲傷哭泣、低自尊、拔指甲來、經常腹瀉、口乾舌燥、癢、全身乏力、頭暈、怕冷、失眠求診。研究參與者為獨生女，父親不詳，母親在研究參與者五歲時自殺身亡，從小由舅舅與舅媽照顧長大，目前與女性友人同住。

此參與者具有很好的藝術天份，這是承襲母親原生家庭的才能，舅舅也有很好的繪畫天分，但是就是認為天下唯有讀書高，所以對研究參與者在課業要求很高，對於不理想的成績會施予體罰。參與者在五歲前與母親相依為命，雖然簡陋但是生活是愉快的，其母親在舞廳工作，在 17 歲時未婚生下參與者，在 23 歲自殺結束生命。自此參與者就開始與舅舅與舅媽同住在舅媽家中，那時候只有爺爺（舅媽的爸爸）對參與者最好，視同自己的孫子看待。舅舅與舅媽的管教就是打罵，所以在參與者國中時期就開時反抗及逃家，到處住在朋友家，舅媽也視參與者為麻煩，甚至認為她與舅舅沒有自己的小孩都要歸咎於研究參與者。

研究參與者從小就在不同的家裡度過，有保母、母親、舅舅及朋友們，因小時候被舅舅嚴厲的管教如同虐待般的生活，也令研究參與者一直有痛苦害怕的陰影在，因為不堪每天處在驚恐的生活中，研究參與者就住在同學家，認識同學哥哥，在 17 歲那年未婚懷孕，後來舅舅強迫拿掉，之後又回到舅舅家，舅舅管教更嚴格，包括上下課時間的控管，印象永遠記得的是，舅舅每天下班回來不預警的發脾氣，罵打。考上大學後就搬離舅舅家。

在大學交了一位男朋友，男友也是暴力，後來分手。在人生 23 歲的時候認識現在同住的這位女性友人，選擇跟她一起生活，就在她的陪伴照顧下顛顛頗頗的度過這十年。因最近兩年家人的過世（舅媽的父親），讓心情開始受到影響，漸漸也影響工作上的創作，大環境景氣不好在民國 108 年選擇關了自己的店，最近頻尿睡不好，早醒，有

時會自殘、拔自己的指甲，情緒控制不了。透過朋友介紹求診，並接受「中西醫整合之短期結構式心理治療」，並依計畫完成三階段六次的治療。

此次治療的工作意象：被舅舅每個晚上進行檢討反思三部曲。

## （二）參與者 B

參與者 B 今年 21 歲，女性，目前就讀大二，家中排行老大，還有一位相差兩歲的弟弟。父親是工程師，母親是私人企業行政人員。主要診斷是恐慌、慢性創傷症候群，病程有 4 年，求診主要症狀：失眠、恐慌、煩躁、易怒、多夢、緊張、經常會頭痛、反胃、吃不下。

參與者 B 小時候，家裡的大小事由媽媽負責，爸爸很少講話。所以跟媽媽關係緊密，跟爸爸相對的疏離。爸爸屬於比較木納型，媽媽是一位很活潑很健談的人，但是媽媽對於參與者 B 的管教是非常的嚴格。小時候幾乎完全是以媽媽的意見為意見。

參與者 B 與媽媽那邊的親戚比較常來往，幾乎每週都會見面，但對於爸爸這邊的親戚就很陌生，但是只要一碰面就會產生不愉快的情緒，甚至身體症狀，尤其對嬸嬸及年齡相仿的堂妹。總覺得爺爺、奶奶偏心對叔叔家人較好，嬸嬸嘴巴又不饒人，常常會炫耀堂妹的好。最近因為奶奶過世，與他們碰面的機會更多，在互動中不舒服、不愉快的情緒一直存在，且出現嚴重身體症狀，甚至影響參與者 B 生活。

參與者 B 的父親是一位很傳統的人，常常會要求全家所有的事都必須「跑在別人前面，不能讓別人等」，父親對爺爺、叔叔他們很好，卻犧牲自己，因為這些事參與者 B 與父親的衝突就越明顯。從小被教育凡是都要做的很好，以一次就做完美為目標，所以在常被比較之下參與者 B 總覺得自己都是不好的，同時心裡也存在著對嬸嬸與堂妹的憤怒。

在這之際，在學校也發生因為被比較而失掉工讀機會，因為認真、快速完成工作的態度讓他在學校工讀的環境中顯的特別亮眼，甚至讓團體中的學校行政人員倍感壓力因而失去工讀機會。對於這些不公平讓參與者 B 心升憤怒外，又覺得是件丟臉的事，種種委屈得不到老闆（自己的老師）任何的支持，連家人都不理解，這就如同對嬸嬸、對堂妹的情緒，得不到家人的支持與理解一樣。

參與者 B 因為教養的方式，讓他覺得人是不能有不滿情緒，對人不能有憤怒，所以在人際關係中就常會因為一些負面情緒而一再地壓抑，壓抑的同時也認為是自己不好所造成的。之所以來求診，是因為情緒失控，暴哭，呈現出完全碰不得狀態。

此次治療的工作意象：對學校老師及工作人員的情緒。

### （三）參與者 C

男性，身材壯碩，是位 57 歲的單身美國白人，只能說英文，速度很快又帶著南部腔調，目前從事教職，工作的關係長期居住在台灣。他個性溫和友善，平時自我要求嚴格，因為長期失眠、焦慮、對死亡恐懼、頻尿、睡眠中斷、多夢而求診，診斷為恐慌、慢性創傷症候群。

參與者 C，18 歲時是足球明星，從小開始就對家裡的氣氛感到擔心，父母的關係卻像是一顆未爆彈一樣，隨時都會被引爆。所以一直都盡自己最大地努力，儘量避免災難的到來。爭取各方面都有好的表現，維持著美好的自己絲毫不敢怠惰，不能造成任何差錯；同時，在家中也竭盡所有的能力，讓每個人都可以感受溫暖的氣氛，來拯救任何可能發生的危機。

那晚爸媽延續著那些日子的爭吵，爸爸以威士卡將自己灌得酩酊大醉，他似乎完全失控的狀態，暴力衝動一觸即發，為了保護媽媽，參與者 C 只能像防守對方持球的進攻一樣地把爸爸抱擒撲倒在地。當下，媽媽立刻奪門而出，逃走之後就再也沒能回到家。爸爸絲紅的眼睛，拿著刀四處尋找，一條馬路接著一條馬路，一條街接著一條街，像極了發瘋的漢子。後來在一條暗黑的街道上遇到一個獨行的女子，她看到手拿刀子的父親就驚慌地報警。後來爸爸吃上了官司被起訴，被送進監牢。

這件事上了當地報紙，而當天自己因為足球比賽優異的表現成了當地的英雄，因此，當日這二件事同時上報被大幅地報導。父子同時上新聞，大家議論紛紛，自己則感到羞愧不已，生命已毀無可挽回，這是多麼諷刺的一件事啊！

從此以後參與者 C 的命運發生巨大的改變。

參與者 C 不斷地懊惱自責自己為何沒能挽救這個家？沒能維持父母美滿的婚姻？就像自己不能成功撲下對方四分衛，阻止他達陣得分一樣，感到嚴重地失敗與挫折。四十多年來，每當任何空檔的時候，腦袋就不由自主的糾纏在恐懼的情緒中，在那混亂時

刻，那個晚上一幕一幕的情景歷歷如繪，恨自己不能把悲劇成功地擋下。這個時候就會聯想到死亡與發瘋。每當心裡找麻煩的時候，會引起自己的焦慮而想到如何趨吉避凶，接下來就是酒精與藥物，然後又是帶來更多的麻煩。

此次治療的工作意象：爸爸絲紅的眼睛，拿著刀四處尋找媽媽，內心對死亡的恐懼與焦慮。

#### （四）參與者 D

參與者 D 今年 60 歲，已婚育有一子，是電機工程師，診斷為憂鬱症、慢性創傷症候群。求診主要症狀：情緒低、失眠、胸悶、心悸、心慌、頭劇痛。

參與者 D 父親很早就過世，對父親印象模糊，家裡就是爺爺撐著，爺爺是醫術精湛的漢醫，對參與者 D 的教養則十分嚴格，他左撇子習慣也是在爺爺責打之後才改用右手。爺爺過世後二個哥哥就被叔叔帶去高雄讀書，只剩下參與者 D 和媽媽相依為命。爺爺過世後生活就馬上陷入了困境，媽媽開始試著接些零工養活家裡。

有天已經過了半夜二點，媽媽還沒有回家，等不及天亮，他就急著衝向媽媽工作的外省人麵店。一路急踩著腳踏車，感覺那十幾分的路程竟是那麼地沈重與遙遠，內心的忐忑像打鼓一樣，緊繃著全身的肌肉，讓自己喘不過氣來。清晨麵店一切都還沒開始，清潔好的餐具和碗筷在一旁靜靜地晾著。他一路跑上二樓，看到媽媽安穩躺在那老兵身邊沈睡著，不禁愕然淚下，不敢出聲悄悄轉身下樓。

他腦海一片空白，全身癱軟地推著爺爺留下的腳踏車，一邊掉淚，一邊走路回家。心中漲滿翻攪不去的悲憤，他沒有恨但卻萬分不捨媽媽為了錢、為了養家而必須委屈求全。

為了三餐，媽媽只能向那男人伸手。最怕開學繳學費，或者學校有任何活動有額外的開銷，因為那男人的不屑、鄙夷、又不耐煩的臉色，會讓參與者 D 覺得像做錯了事的乞丐一樣。那天麵店打烊後，媽媽和他在樓上又為了錢吵了起來……，一陣拳打腳踢後，我聽到媽媽從二樓滾到樓下的慘叫……。

永遠揮之不去的夢魘，也是他與媽媽共同經驗。

窮、沒錢、沒靠山，把他們逼上絕境。那一幕幕的貧窮悲慘的記憶到現在還在鞭打著參與者 D。沒有錢意味著就是不安全的恐懼，媽媽直到臨終前還向參與者 D 要了二百



元，手裏緊緊握著錢包才安心離開。這個畫面永遠忘不了，而那個錢包參與者 D 一直都帶著它！

此次治療的工作意象：媽媽媽媽被那個男人毆打，從二樓樓梯滾下

## 二、中西醫整合之短期結構性心理治療過程分析

### (一) 求診症狀與過去治療經驗

#### 1. 身心症狀糾纏著

一般輕型精神疾病患者的症狀常常會以身體症狀，例如頻尿、多夢（夢中的情緒常伴隨著恐懼、緊張出現）、睡眠中斷、經常會頭痛（二側顳葉）、全身酸痛、容易胸悶、心慌、咽部不適、鼻腔乾澀；同時食慾很不好、經常腹瀉、口乾舌燥、癢、全身乏力、頭暈、怕冷、失眠來呈現外，也伴隨著煩躁、易怒、情緒低落、瀕死感、容易悲傷哭泣、拔指甲、喜怒無常等心理症狀。在中醫辨證論治中身體的症狀透露著「鬱症」的各種變化：情志不暢則身體氣機出現紊亂阻不行，氣血逆亂，而肝鬱不舒，又可加重氣機鬱滯，情志不暢，氣血鬱滯，濕聚生熱，甚至食滯。

輕型精神疾病的身心症狀常會在人的生活中反覆出現，容易以身體各種不同的病痛問題呈現，且心理困擾頻率越來越多，無法靠自己控制。

我睡眠不好，主要是難以入睡，頻尿、多夢（恐懼又緊張）、睡眠中斷；經常會頭痛、還有全身酸痛；容易胸悶、心慌、咽部不適、鼻腔乾澀；同時食慾很不好、經常腹瀉、口乾舌燥、癢、全身乏力、頭暈、又怕冷。我同時也感到焦慮、煩躁、易怒、情緒低落、瀕死感、容易悲傷哭泣、拔指甲等。（A-II-02-09）

…那時候整個人就是行屍走肉般，不知道自己是如何生活，朋友都說我卡到無形，我也不知道到無形到底是什麼感覺？對什麼都沒感覺…。（A-I-01-20）

…完全不能好好的睡覺，翻很久才能睡，自己也不知道有沒有睡著，白天莫名就很緊張，全身緊繃，整天都沒有胃口，頭劇痛到受不了，時好時壞的現象。（B-II-01-10）

…我的腦袋就不由自主的糾纏在恐懼的情緒中，在那混亂時刻心理就產生快死的感覺，情緒更低落，常常不知不覺就會發生這樣的情形，而且頻率越來越密集，甚至不知不覺就會哭。（C-II-01-11）

睡不好常常就是這樣，一個念頭來想到事情心理就慌，不管大小事都一樣，…常要上廁所，但是每次都只尿一點點，泌尿科檢查就沒事啊。(D-II-01-02)

…每次只要想到過去種種或看到現在兒子的樣子，頭就會痛，頭痛之後心情就不好，很想讓自己不去想但是又控制不了自己會去想，太太一致認為我不往前看，但我也想啊，但就是控制不了，我也不知道為什麼就是會不時想到。(D-II-01-23)

## 2.茫然無助的求醫之路

目前精神疾病的治療已經非常普遍與成熟，主要治療為藥物治療和心理治療。在二十世紀90年代，隨著第二代抗精神病藥物的廣泛使用，大多數精神疾患都可以得到很有效的控制，且抗精神病藥也陸續一直研發上市。基於現在醫療的政策，健保還是以藥物治療為導向，對於心理治療給付上不普及，使得醫師對精神疾病的處理方式傾向藥物治療，藥物所產生的副作用在所不免，但有時還是會被刻意忽略，甚至也會有過度使用藥物等問題。然而，藥物所產生的副作用，可能會對患者產生各種或是不同程度的困擾，如吃不下、頭暈、噁心、嗜睡、無力、性功能障礙等（許崇銘，2007；金玉華，2006），進而影響日常生活。所以藥物不僅影響個人身體的不適外，而可能會造成生活與適應上的問題（Glenmullen, 2001），但似乎也無其他選擇。

最開始覺得喉嚨怪怪的，以為感冒，耳鼻喉科、家醫科診所一間換過一間，最後到大醫院檢查，檢查什麼都沒問題，繞了一大圈最後就要我去看精神科，吃藥後卻在一個月後身體不適，嘔吐無法進食，所以抗拒繼續治療，藥物一直調整都很不舒服，很痛苦。(A-I-01-10)

拒絕治療之後，整個人越來越與社會隔絕，就像別人說的就是像憂鬱一樣，想把自己藏起來，我也不知道怎麼辦？(A-II-13-20)

頭痛、莫名擔心害怕、吃不下、噁心、胸悶，就一直在我從小在看診的診所看診。症狀就反覆，有時頭都快炸掉，醫師也束手無策，就要我做 SPA，按摩，放輕鬆，也沒其他方法。(B-I-01-03)

在美國這些症狀忍一下就過了，還不會有什麼妨礙。但有次在曼谷機場時，恐慌又發作了，突然間崩潰的我什麼都不知道了，…這次之後我就開始去治療，看過很多醫師，…醫師就是主要還是開藥，我只要提到我最近又發作，醫師就會再加藥，擔心害怕都還是在。(C-II-01-12)

藥物只是讓我暫時讓我忘記，藥效沒有了，那可怕的感覺又來了，我告訴我的同事，同事總是回答去看醫生，按時吃藥，後來我藥物依賴，上癮，除了吃藥我沒有其他方法來面對突然來的恐懼…。(C-II-01-16)

再來也是覺得醫生只是例行公事的開藥，沒有什麼傾聽治療，每個病患都是領藥回去，一直吃藥的循環，只有能吃藥嗎？一輩子就這樣了嗎？沒人可以給我答案。(A-I-01-13)

早期…一直在內科看頭痛、睡不著，頻尿就去看泌尿科，胸悶就去看心臟科、胸腔，腸胃也看過，哪一個部位問題就看哪一科，結果有問題也是一般小問題，但看一個症狀就吃一種的藥，一餐吞十幾顆都很正常。(D-I-01-18)

…因為太太工作的關係，帶我去精神科看看，就這樣了好幾十年，也是時好時壞，除了吃藥就只能吃藥，困擾擔心的還是在，過一天算一天，有時痛苦的時候會想就放棄了。(D-I-01-16)

### 3.困在局中的污名化與恥辱感

當時社會環境對於精神疾病的詮釋會影響一個人對於精神疾病的求助行為。人在無助時，常會尋求另類的幫忙，求醫過程也不例外，且個人宗教信仰也會影響其另類治療的方式。在台灣過去的社會中，精神病患者出現的行為也會被解釋為煞到、卡到陰、或無形附身等，所以就以一些儀式，例如收驚、改運來化解（陳思樺，2006）。但會因社會對於精神疾病詮釋上的偏見，而產生烙印，將精神疾病污名化，這也使被烙印的人不敢接受自己的疾病，寧可相信自己卡到陰，也嘗試接受宗教民俗方式來處理身心症狀，也因此延誤治療時機。

…車禍之後某天我縮在牆角發抖，家人見狀不對，把我送醫，住了院，精神科，但對於醫生的問話，我沒有全部照實說，我怕我真的是精神病，那時候我只想趕快出院，住在精神科就是瘋子，別人會用異樣的眼光看我。(B-I-01-15)

出院之後還是要回診，但我看的是頭痛、失眠。其實心裡的恐懼，不好的情緒，沒有改善，一樣，時不時很想大哭，很想大叫，有時情緒低到不行還是哭不出來，而且被人掐脖子的感覺越來越嚴重，越來越明顯。有天告訴媽媽，我一直有感覺被掐脖子，晚上都覺得有人在身邊，…，外婆阿姨們都要媽媽帶我去收驚。(B-I-01-20)

收驚的師姑跟媽媽說我卡到陰，所以才會有睡不好，精神恍惚，收驚後就交代了很多注意事項，回家後確實有兩三天的睡眠比較好。(B-I-01-25)

我也覺得是卡到陰，不是精神病。其實我不能接受我有精神病，很丟臉，家裡的人也會覺得見不得人吧。(B-I-02-08)

…去看精神科的人都是瘋子，就是”起肖”(台語)，從來沒想過去看精神科。但中醫也看，求神問卜，收驚、改運、化解都做了還是一樣。(D-I-01-18)

## (二) 建立「我們」的關係

### 1. 名字是家庭脈絡橋樑也是治療關係的橋樑

治療中藉由名字由來打開話題，開始會談論家庭狀況，就開始敘說過去自己的人生經歷。名字往往隱含一個人與家族連結的重要秘密，不但能探知綿延家族的命運，以及延續著家族生存的文化價值，進一步還能理解社會脈絡是如何塑造家族文化與個人心理彼此間如何交互滲透而形成了當前困境的現象。

在治療中讓個案也看懂或是感受到治療者對於他的人生好奇時，容易也會滔滔不絕繼續下去。其實在這過程中治療者與個案一來一往交叉比對其感受時，無形中關係就在這時候悄悄建立了。

醫師輕輕的問：「這名字是你本名嗎？」她帶著訝異的回答：「不是，那是外公認為原來的名字不好所以改了，希望我的命可以好一點。…阿公就是家族的天，主宰著全家的命運；然而他卻又是個不負責任的人。雖然外公國小肄業……。」(A-II-01-06)

醫師開口說道：「\*\*\*，妳有一個很美的名字，感覺就在悠悠的水上，名字誰幫您取的。她說：爺爺取的，我家的名字都是爺爺取的，堂妹叫…，弟弟叫…，這全也都是爺爺取的。很多人都說爺爺名字都取得很好聽…。」(B-II-01-03)

### 2. 內在真實的連結

諮訪雙方彼此交叉內在的體驗，不必明說，這裡就是工作的所在。不管是語言或非語言的形式，在相互體會下，一切治療都將從這裡開展。良好關係作基礎絕對不是表面語言上的連結，而是內在真實的連結。必須讓研究參與者在治療過程中當下有自我的覺察、理解、體會心理的變化，如此一來才有治療的效果。

她一進診間還沒坐好就說：「醫師你昨晚沒睡好？」醫師驚訝的眼神似乎覺得不可思議她敏銳的觀察。醫師：「是啊，謝謝關心；你一向都是如此體貼嗎？」  
(A-II-03-01)

醫師讓我可以卸下防備心，眼神看到醫師的眼睛似乎在告訴我，放心的說，講什麼都可以。自然就不會覺得很像是挖內心深處的秘密之類的，所以會覺得很安全，很有親切感及信任感。(B-I-03-03)

…他用非常急切的眼神說：「醫師我好想要走出來，你真的是可以幫我的人。你懂我的感覺，一直沒人知道我的痛苦，醫師我想要試試看低阻抗意念導入治療，你覺得如何？」(C-II-02-01)

…他暫時停頓一下又說：那天麵店打烊後，媽媽和他在樓上又為了錢吵了起來…，一陣拳打腳踢後，我看到媽媽被那個男人毆打，從二樓樓梯滾下。」彼此就此停駐沈默。眼神交錯心領神會之際不語，他露出強烈地陰狠殺機，身體隱隱發抖，眼眶泛著淚。醫師輕輕淡說：「當你看到這一幕，你憤怒又無奈，你恨不得殺了這老兵，但畢竟當時才小學四年級的你，弱小的身軀根本打不過他。」他的眼淚流下說道：「原本一直認為這一輩子只能這樣守著這個他與媽媽的秘密，沒想到現在你幫我說出我說不出的痛，這種被瞭解的感覺從來覺得不可能有。(D-II-02-30)

### (三) 憶溯性創傷

#### 1. 社會脈絡下的悲劇

懷孕青少年的原生家庭功能多半不健全，其原生家庭是處於貧窮、單親的家庭環境等，懷孕的青少年常常經濟上會陷入困境，使得這群原低社會經濟階層者又再落入低社經的循環中。

戰後士官兵會跟本省女性結婚，成為跨族群婚姻，這帶來了臺灣社會不少文化衝擊，婆媳問題，其實就是那個年代台灣的省籍情結。婆婆將憤怒發洩在媳婦身上，釋放在身體中的負向能量，平衡內心的不滿，媳婦成為代罪羔羊。但那個創傷，以及那個創傷所造成的另一個創傷，到底要怎麼才能過得去呢？

台灣社會對於重男輕女、單親、省籍的家庭都是帶有偏見的，在這樣社會環境下長大的小孩除了是銘刻在個人身心下的創傷之外，也帶著人類社會受苦受難的集體記憶，

記憶著個人家族背後創傷的故事。榮格的集體潛意識說明著世代傳遞（李朝旭等，2018），透過生命的流動，將資訊代代傳遞，甚至跨世代傳遞，包括行為、情緒、認知、身體狀況及命運遭遇等等。對世代傳遞的覺知，才能將阻力變成助力，讓生命繼續往前而不逆流。

阿公與阿嬤很早就離婚。繼母對舅舅和媽媽非常不友善；為了生存他們過得非常辛苦，成長過程就是自生自滅。…媽媽國中時就中輟進入職場工作，…在舞廳上班，…我只能到處寄宿。（A-II-04-08）

未成年的未婚媽媽因為需要工作，無法把我帶在身邊，由保姆帶。…保姆都是一個照顧很多人，…，保姆尚未成年的女兒偶爾也會來幫忙照顧她，…保姆的女兒幫她洗頭的時候，總會將她的頭按在浴缸的水中，直到我喘不過氣來，…（A-II-06-10）

她是外省人，礙於當時社會的氛圍，以及媽媽對於外省人的仇恨，讓我在這個情結中掙扎裹足不前，所以我跟我太太我們交往七年後才結婚。（D-II-13-22）媽媽講話的語意與語調是非常尖銳不好聽的，說話又毒又刻薄，我可以理解接受沒問題，但是加上她對我太太成見，對我太太什麼都要挑剔，即使是買便當這種小事，她也是永遠不會滿意…，二人之間永不安寧，…我每天都過得很忐忑。（D-II-15-21）

這些痛苦的記憶也無時不刻暗中造成生活的障礙，例如太太是外省人，我就聯想到那外省老兵；因為不想向他伸手，所以我就不會牽太太的手；…，我就不得必須隨時繃緊神經對抗揮之不去漂浮在腦中的記憶碎片！（D-II-16-07）

## 2.代間傳遞下的不安全依附

照顧者如果本身是不安全依附類型的人，那也可能帶著自己早期生命所形成的依附型態來教養小孩子，也會將過去創傷經驗帶入家中，而這不安全的依附關係就會世代傳遞。兒女對父母愛感受很高，對於父母的身言會學習並複製。曾端真（2005）指出，小孩會將自己所經歷的親子對應模式烙印在心裡，成為其日後處理情感的腳本。童年創傷總是與我們的早年養育者有著千絲萬縷的相繫。

我的命運就像媽媽的命運一樣，媽媽 17 歲未婚懷孕生下我，我也是 17 歲未婚懷孕；但，不一樣的是她把我生下來，而我把那個生命流產掉了。另外我們最大的差別是，她在 23 歲時自殺了，而我苟且活到現在。（A-II-05-02）

以前舅舅做不好，爺爺就會很凶打罵舅舅，舅舅的繼母更是沒有理由的虐待舅舅及媽媽。…舅舅就是自己的父親，或許舅舅舅要避免我重蹈媽媽後塵吧，對我就是嚴苛的教育…，沒能達到他的預期，換來的就是一陣打罵。（A-II-10-01）

我每天活在害怕中，不管怎麼努力都不能滿足他的要求，…，每天晚上的三部曲就是，先來一陣打罵，然後開導，最後就是反省；如果回答久久不滿意，就是一再重復責罵，一整套下來就是四個小時。（A-II-10-11）

…從小我就跟媽媽外婆一樣，自己吃虧沒關係，媽媽阿姨也都是這樣，外婆也是這樣，被欺負就當吃一點虧就好，不能說別人不對…（B-II-03-02）

爸爸是很一板一眼的，爺爺對爸爸的教育就是不能讓別人等，要跑在別人前面，一樣，不管做任何事爸爸就會要求我們必須在預定的時間前就完成，只有我等人家不能人家等我…，這樣下來讓我就一直處在緊張。（B-II-04-17）

外婆對我們很好，很保護我們，就像他很保護舅舅阿姨媽媽他們一樣。…媽媽的管教說好聽是保護，但其實很多時候都覺得是監控，但是我也很怕媽媽不理我不管我。…車禍發生時，獨自在醫院辦手續，…，車禍處理完，男朋友又不告而別，又是一種被遺棄的感覺。（B-II-06-11）

對於家庭中衝突的場面及令人害怕的家庭氣氛，孩子是難以建立信任感、安全感，在恐懼的成長環境下，孩子產生不安全依附關係。

保母有時候還會要我照顧唐氏症的小孩，有次不小心被奶粉罐頭裡面那尖銳的部分把手割傷了，對別的小孩就不會要他們做什麼，…。那時候媽媽只有有空時，才去看我，在痛苦和害怕的日子中，我總還是帶有著盼望，再過幾天媽媽就會來看我了。（A-II-06-15）

…爸媽延續著那些日子的爭吵，爸爸以威士忌將自己灌得酩酊大醉，他似乎完全失控的狀態…媽媽立刻奪門而出，逃走之後就再也沒能回到家。爸爸絲紅的眼睛，拿著刀四處尋她，一條馬路接著一條馬路，一條街接著一條街，像極了

發瘋的漢子。…我很怕跟爸爸一樣，…面對心理煩躁就會喝得爛醉，情緒失控…

(C-II-02-02)

我不斷地懊惱自責自己為何沒能挽救這個家？…就像自己不能成功撲下對方四分衛，阻止他達陣得分一樣，我感到嚴重地失敗與挫折。…現在連週末又多喝了二杯啤酒、沒有上健身房、上課的時候學生似乎沒有很好反應，我都會自責，自責自己沒有能夠做好。(C-II-03-19)

…家裡的氣氛不好，兒子少話，少與人互動，我也不知如何是好，…錢很重要沒錯，不想讓我兒子跟我一樣的命運，很擔心他的未來，擔心他沒有朋友，擔心他被排擠被看不起…。(D-II-05-24)

#### (四) 轉化與鞏固

##### 1. 療癒就是找到情緒的出口

每一種情緒都會在我們的身體裡產生一種生理反應。透過適當情緒表達就可以找到出口。在治療過程中研究參與者體驗了與治療者的安全的依戀下，覺察到自己的情緒感受，放心將其情緒感受適當表達出來，讓情緒找到出口而療癒。

在幾次療程後，我正式的整理完，說完我的人生後，很像是整理了一個包袱準備去回收，不能用的就丟掉的感覺，那髒髒厚厚的包袱感覺清掉了，輕鬆多了。我好像不那麼憂鬱和焦慮，輕輕的也好睡了。(A-I-02-12)

沒想到我居然在講舅舅舅媽家成長的那一段不停的掉眼淚，不是爆哭的那種，就是靜靜的落淚，但心情不是太大的那種情緒波動。我想憂鬱迴圈的 loop 可能也有出口了，不會時不時跳針。(A-I-02-20)

…透過一次次的治療，一層一層剝開自己從未去正視的內心世界，有一種從模糊越看越清楚的感覺，…，讓我敢去看內心真正的想法，並在沒有壓力下讓我不知不覺中將我內心的想法感覺說出來，…，頓時中感覺好輕鬆，胸悶不見，擔心害怕消失。」(B-I-02-32)

抱持好這個家庭的完整的重量最後自己仍是承受不了的重量的重量，最終還是功虧一簣。但畢竟一切都已經過了，而且當時我的能力也還無法承擔這個責任。這不是我可以維護的，因為我的不放手只是一味將大家都困在家裡，大家都是痛苦



的，接受…。我想我進入了我的潛意識的世界了？我突然覺得很輕鬆。

(C-II-06-02)

匈牙利的心理學者米哈裡·奇克森特米海伊（Mihaly Csikszentmihalyi），觀察卓越的藝術家、科學家、運動員在進行活動時的共同特徵，就是能達到有意識的心流狀態。心流是一種全神貫注投入、沉浸在充滿創造力或樂趣的活動中時，體驗到渾然忘我的一種感受。在心流狀態，意識會失去了對時間、人、分心的事、甚至基本身體需要的感知（蕭淑碧，2018）。因為在此狀態人的全部注意力在專注的事物，沒有可分配的注意力。瘀堵的痛苦記憶似乎已被消化而轉為心流了，這也是情緒的出口。

…每當頭腦思緒紛亂、心情不平的時候，就會拿起雕刻刀，讓自己沉醉其中。雕刻可以讓我所有的憤怒生氣、不平消失，…，我用鈦作為材料，再上網查甲骨文慢慢地琢磨雕刻，當下是全神貫注、不吃飯、只有靈感像流水一樣涓涓流動，可以毫無雜念捕捉腦中浮起的立體圖像。這是多麼享受的時刻！！

(D-II-16-02)

## 2. 認知行為改變

意念導入治療過程中，有敘說，也有數術；在敘說與數術中，治療者與研究參與者將她的生命重新回憶、詮釋、重構，內心透過了再組織而產生了新的意義以及前進的力量。這個方式的心理治療已經超越了原來架構下的心理治療；不僅治療者離開了自己的位置，同時也加入了歷史、社會文化、與政治經濟的脈絡，藉著敘事與聚焦的技術改變來訪者的認知，而達到治療的效果。

我覺得現在挺好的，可以決定自己的人生；當然媽媽也有自己的宿命，但是我覺得只有把自己搞好才是對她最好的回報。至於媽媽也有必須要承受的業障，如果陽壽未盡她應該一樣還在受苦吧？應該怎樣就怎樣，順其自然就好。

(A-II-13-18)

…我的人生從現在開始會順遂了！我想我的大腦潛意識收到了，思路也即將會改變。變得比較能夠整理自己的情緒，自己向自己下指令句（好的那種），簡單說是比較正向一點。（A-I-03-01）

…堂妹其實不像我想得那麼那樣，奶奶入殮那天，她遞衛生紙給我…，那次回家後我發現我打從心底肯定了堂妹…，這治療這改變了我舊的思考模式，現在可以更條理的分析及冷靜的處理面對。(B-I-03-25)

…我在醫師意念導入那次後，我覺得我自己開始漸漸接受自己、肯定自己。(B-I-04-13)

…與其感到懊惱、傷心、與自責，整日陷在無止盡的焦慮與想像，不如回頭看看其實這也沒什麼不好，最終爸媽都各自找到自己的歸宿。手足們也都能解脫一切的糾纏與羈絆，自在地獨立著過著自己的美好。(C-I-02-10)

治療後，我更覺得對於一些事不再那麼在意，固執只會讓自己更不好。(D-I-01-03-14)

從16歲到60歲，我真的做到了。這時候，我已經逐漸可以放下仇恨，平淡地面對過去，那都是時代和社會造成的。(D-II-11-23)

### 3.儀式提高療效

儀式是敘事的一種方式，儀式將我們的過去、現在和可能的未來，社會文化緊密連結在一起。儀式以敘事的方式結合共同經歷的不幸與傷痛，加深情感聯結(彭信揚，2000)。除此之外，儀式也是建構意義的一種手段，心理治療中治療師透過積極鼓勵個案自己建立象徵，有了新的象徵，則表示個案就有機會形成新的行為模式及人際關係，新的意義也有此而生(張潔，2018)。這治療過程中「低阻抗意念導入」與「心理針灸」技術也是算一種儀式。一種文化背景下的治療技術，治療人的身心疾病所使用的某些儀式隱含著現代的心理治療的原理和技術，同時是具有積極的心理暗示和安慰劑作用，除此之外，誠如參與者的回饋，對於新的體驗有鞏固的作用，儀式作用也提高了療效。

在拍打的過程中，一生中最恐怖的畫面就是，以前每個晚上都幾乎會進行被檢討反思三部曲；就感覺那一幕已經逐漸地褪去了，將所有恐怖畫面拍掉了。(A-I-03-10)

…我認真的感受到拍打有針紮的感覺，我覺得太奇妙。(A-I-03-19)

…拍完之後，憤怒的畫面像碎片，拼不起來，很碎的碎片，感覺醫師就是要把他打亂，最好把他打不見…(B-I-04-25)

我看著『糾纏』的記憶所幻化的恐懼與焦慮，被熱能融解，化為灰燼，隨著身體的穢物被往下推動，慢慢地灰飛而逝；一陣陣從眼睛到臉部，再到身體隨著熱流從湧泉消逝。（C-II-07-01）

在最後兩次的治療，感覺到要我享受著每一天的美好，珍惜著每一個時刻的幸福。記住這美好的感覺，那個安全感覺就像被拍進去到身體裡面。（C-I-03-02）當醫師握起手的那一剎那，一陣前所未有的安心突然跑出來，讓我感覺到一股希望、一股像小時候我媽媽抱著的感覺，接下來每拍一下就像把這安心的感覺紮進去一次。（D-I -03-20）

### （五）治療後身心症狀困擾嚴重程度評估

對於中西醫整合之短期結構式心理治療對研究參與者來說，是有明顯改變，身心症狀困擾嚴重分數平均下降在改變過程中，除了最後兩次「低阻抗意念導入」及「心理針灸」明顯的感受到自己的改變外，其在治療前四次的諮訪關係，治療者給予的安全感、接納與理解也是重要療效因數之一。中西醫整合之短期結構式心理治療具有很大可行性，符合現代人的生活方式。

沒有生存的動力，沒辦法工作，頭痛，焦慮頻尿干擾睡眠，會自我傷害身體。不舒服指數 9 分，…，完成治療後，我自己也知道人生還是會不停的有課題——經濟的壓力還是不曾少，但我整個人感覺很有正能量，有希望，應該剩下 2 分而已。（A-I-03-23）

還沒開始進行治療時，很痛苦應該 10 分，…最讓我不可思議不容易改變的我既然會改變，肯定自己，…不舒服的感覺剩下 2 分左右，我覺得滿意，但不可能 0 分啊」（B-I-04-29）

…就很痛苦，隨時都來找醫師，那時候就感覺比 10 分高，…治療結束後，剩下 2-3 分吧。（C-I-03-21）

其實幾十年來都是這樣過，也不知道怎麼說幾分，如果最不好的時候一定都 10 分，…療程結束之後我感覺特別舒服、平靜，頭腦很清爽，更能專心，不但亂紛紛的思緒不見了，連司空見慣的頭痛，竟然也都沒有了。很神奇，我覺得改善好多，現在應該 3 分。（D-I-04-01）

## 第二節 研究討論

### 一、輕型精神疾病的求醫過程

輕型精神疾病的身心困擾誠如研究參與者所言，頻率會越來越密集，自我控制也控制不了，造成自我及生活上很大的問題。輕型精神疾病身體或心理困擾都是大腦皮質下所謂無意識的範疇，掌管自動化運作的機制維持人體系統的動態平衡（Merker, 2007）。也是人類的本能所在，維持生命正常運作，完成繁衍種族的任務。被破壞的平衡就會產生需求以回復平衡，這個需求也就是佛洛伊德所講的慾望，在意識層面中則會以感覺的方式呈現。心理治療的工作就是在探究痛苦背後深藏於無意識記憶中沒有被滿足的需要。那些不能被滿足的需要化成慾望，在意識層面上就是我們的痛苦情緒與重複性的行為模式；同時，身體的反應也會透露系統平衡被破壞的結果。

過去在大部分的社會文化中，默默地忍受精神疾病的痛苦，常被理所當然地視為可接受的表現（Lepine et al., 1997; Donoghue & Tylee, 1996; Katon et al., 1995）。另外，因為精神疾病給人不好的印象，使得病人不願向精神科求助，或者是不知道精神疾病已有有效的治療，都是不曾尋求治療的原因。缺乏精神健康知識以及對於精神疾病恥辱感，是影響精神疾病治療及防治的重要因素。精神疾病像是烙印一樣，被烙印的患者在面對不再是疾病症狀，而是害怕疾病所帶來的污名問題。

在過去的社會中由於精神疾病的複雜性以及歷史上傳統的觀念和偏見，對精神疾病存在著刻板印象就是認為精神病就是瘋子，具有危險性，且有暴力傾向。不僅自己覺得丟臉，家人也會覺得丟臉的，這樣的社會背景下，患者和家屬很容易遭到社會歧視，而產生恥辱感，病人及其家屬自尊心受損，承受著巨大的心理壓力，因而可能會把疾病保密，自我封閉，導致患病者與家屬都否認有病，不願意接受精神科治療。也因此往往會在內科一直尋求治療，延誤治療，這與世界衛生組織另一項跨國流病調查比較研究發現是一致（Unknown author, 2000）。

### 二、中西醫整合短期結構心理治療

佛學、道學、中醫學、心理學、精神醫學表面上似乎沒有交集，但，細想卻是暗通的。試著將這些理論融合理解，也許正是開創本土精神醫學的「道」路。因此，如何結合正念、陰陽五行、心理治療、與自律神經系統等不同的概念在相同的框架下工作，也許就在深入理解軀體的感知覺變化過程中。

正念，就是在六根與六塵接觸的「色」上進行工作；如果可以學會正念專注、不帶批判地接受當下出現的所有一切，讓空無自然顯現起落，五蘊必然就會緩和不再造作(呂凱文，2014)。這是傳承自南傳佛教的方法，目前繼認知治療後，廣泛地被接受成為主流的治療方法，似乎也是新一波心理治療的革命(石林、李睿，2011)。

覺知，就是聚焦體驗的過程；經由聚焦我們不斷重複體驗，讓潛意識的存在意識的前沿出現，並連結與「集諦」的體悟。自然會產生前進的力量-療愈！這是精神分析產生治療的機轉，重點在於聚焦體驗；意即不同流派的精神分析治療，如果沒經由體驗，就不會有治療的效果(楊維中，2013)。基本上一切的基礎是建置在「我們」的空間；只有「我們」的形成才能彼此暗在連接，繼而共情、共鳴、以至於共調，在鏡映、回饋的推進下彼此相隨，沿著心河曲折深入到達心的深處，在集諦作用之處產生作用。

心理針灸，是以能量系統平衡論和中醫針灸理論為背景的，但如果單用此技術會缺乏診斷，對問題認識不清，不利於諮詢師對個案形成綜合性的判斷，對個體情況的掌握，也難以形成相應地應對措施(張守春，2016)。在操作過程中，個案無需和諮詢師進行深度交流，只需要按照流程進行敲擊即可。這的確有一定的積極作用，但個體也很難在諮詢師那裡感受到被無條件接受、關愛、尊重、共情的感覺，治療的也僅是負性生活事件帶來的情緒問題，對個體性格的成熟與完善推動作用於有限。但不可否認的是，對於創傷、焦慮等，它確實能比較快速而有效地解決，但如果同本研究一樣，這一技術具有很強的融合性，能與其他傳統的理論取向相結合，這也是許多傳統的心理治療技術所無法做到的。

本研究中所使用的「中西醫整合短期結構心理治療」方法嘗試將多種治療技術巧妙而有效的結合起來，這種全新的結合方式讓治療效果產生了一加一大於二的效果，是值得其他諮詢模式借鑒學習的。

### 三、「我們」的形成

本研究三階段六次中所使用的心理治療技術為何種並不是最重要的，重要的是在於工作過程中是否產生共情。共情是所有治療的基礎。惟有在共情之下治療才得以能順利開展，這是所有心理技術得以開展的最重要因素。本研究中西醫整合之短期心理治療，其治療是否成功，第一階段如何建立治療關係是一重要關鍵時期。由理解他人並做出相應回應，這樣的共情而產生體會的力量，可以從絕望帶到希望。除此之外，其實不置可

否的，治療最終的關鍵是個案與治療者都能處在當下形成「我們」，「我們」是一切關係的基礎。

「我們」這個概念強調的是「關係」，一個彼此連結的關係，一切都是在關係中產生創造出來的。然而諮客關係或醫病關係尤為特殊，這種關係本身就帶有著治療的元素，而非在於身份上的差別，流動起來不似看似平靜，水面下經常也有致命的漩渦。因此，關係與治療之其間最重要的是必須要有好的技能才能維持你我關係，那關鍵就是諮訪雙方都要能夠在當下形成「我們」。

然而好的互動關係更是決定內在聚焦的呈現，進而維持一個好的連結系統，自體心理學的「移情」是治療的重點，這也是需要良好關係作基礎的（賈曉明，2004）。這連結絕對不是表面語言上的連結，而是內在真實的連結。最重要的是，在過程中我們做了什麼？而不是說了什麼？這與傳統精神分析的觀點很不一樣，在傳統的精神分析範疇內，只能透過「言語」，來做治療的工作，但在後現代的心理治療是允許將「內隱」直接表達，即使是「付諸行動」也是被允許的（林杏足，2013）。或許這就是人之常情，而我們只是將它回歸於人性；我做了什麼，而不是我說了什麼，藉由這樣的模式，在互動中讓整個情況、讓彼此關係變得更好。這就是轉化內隱於外顯的做法！

#### 四、「憶溯性回顧」，創傷記憶圖示意象與具象化思維操作

「憶溯性回顧」，創傷記憶圖示意象與「體會」、「意義」讓治療效果呼之欲出。一般都在回饋而後才能順利繼續推進，探討個案的心理期待、內心的衝突、與情緒狀態。回饋，基本上就是針對個案的認知、情緒、與行為來進行工作；而近代心理治療技術，聚焦（澄心，Focusing）技術則是透過軀體的反應取得把手（Handle），再體驗之中交叉感應而達到體會。這也透露了，軀體的工作在當代心理治療得到更多的關注（吳燕霞等，2016）。

心理治療中，治療師可以通過積極鼓勵來訪者在治療儀式中為他們自己建立象徵：他們的精神創傷、他們的喪失、他們的將來、他們的智慧、他們感到安全的場所、他們新的自我等的象徵來增加儀式的治療力量與意義治療儀式中新的象徵物新的儀式行為的出現，意味著來訪者形成新的行為模式及人際關係，新的意義就開始建立。

## 五、「體會」、「意義」，治療效果呼之欲出

個人面對發展的創傷以及適應，因為不安全的依戀，終將造成個人錯誤的學習與認同，繼而固化神經迴路，形成強迫性重複的心理模式，以及神經生理現象（王建雅、陳學志，2009）。

創傷體驗是一種強迫重複性身體症候及心理體驗。強迫重複性是指創傷性事件在事發之際並沒有被吸收和體驗。體驗遲遲的被推後，一而再，再而三地攫住受害者。受創意味著被一個意象或一個事件牢牢攫住（李桂榮，2010）。由於創傷發生的原因，被自我防禦壓抑或掩蓋住了，所以創傷者往往是在無意識下，重複相同的行為及各種感覺夢境的重演。

創傷體驗是人生經歷的斷裂，創傷者無法得到所經歷創傷經歷的合理解釋；不僅如此，創傷者的身體更是創傷記憶的容器，也是對創傷記憶進行再現與表達的媒介；要解決創傷不再出現，無法言說的危機，身體感覺具有直接性、原始性，真實性，因此身體可以記憶生命最真實的痛感體驗（薛淑菁，2018）。聚焦是一種緩慢推動的過程，以聚焦者的主體體驗作為工作的主要過程，聆聽者只要跟隨不介入地追著他的體驗來體驗，讓被潛抑的意識的流動通暢（吳燕霞等，2016），讓創傷記憶圖示意象化。以敘事具有「修復故事」的特點，將其生命過程活動和經歷通過敘事的原則使事件之間產生關連性，這也正是穩定的、連續的「聯繫」使得事件充滿了「意義」和故事，而不是用認知邏輯論點，它是交流意義的工具（劉紅，2012）。換言之，在敘事中通過治療師與當事人共同建構的故事，使當事人對過去、現在、將來的理解產生新的意義，這可以幫助治療師在創傷治療中通過與當事人建立安全的治療關係並改變過去負性認知甚至替代的新的認知，說明大腦資訊處理系統將創傷記憶中相關負性感知、記憶等等連結並注入新的資源，再經過大腦資訊加工對創傷記憶產生新的認識與感受，重整以獲得對現實與未來的控制感（劉紅，2012）。

在聚焦治療的過程中，似乎也會出現這樣的體驗（龐曉華、劉大文，2005）。雖然使用的語言不一樣，作用的方式也有很大的不同，不過當敘事治療的技術把問題外化的時候，那「把手」的概念就會不約而同地浮現在自己的腦海中。以把手為工作的物件和個案交叉感應而產生新的體會，這與經由外化或客體化個案的問題，並將其擴展深入探究而豐富故事的厚度，那個案就會慢慢地產生新的生命意義，二者之間是何其相像。其間最大的差別是，敘事是在認知層面工作，而聚焦重視的是身體與整體的感覺所帶來的

新的體會。

## 六、「低阻抗意念導入」與「心理針灸」在治療過程的意義

### (一) 儀式化作用

佛洛德在《圖騰與禁忌》中就把「萬物有靈論」稱為「一種心理學的理論」。佛洛伊德就認為宗教是人的一種強迫神經症行為，且非常的普遍，他指出強迫神經症者與宗教徒都很強調某種特定的儀式，且儘量遵從一定特定的規則，不然內心可能會產生心理罪惡感。因此佛洛德認為人們信仰宗教是「普遍的強迫神經症」就像是由性壓抑導致的個人強迫神經症一樣（Freud, 1976/ 2013）。

不管是過去或現在，在心理治療中不乏見到已具有悠久歷史的儀式。儀式可以提供給個體一個具有保護性，透過它可以讓個體通過人際互動而得他人的支持，宣洩自己負面的情緒，讓個體產生新的動力繼續向前推進，獲得重生（張志濤，2012）。巫術儀式、宗教儀式這些文化中的儀式深根於人類的原始思維模式及宗教崇拜，在從人與神靈關係的民間宗教角度來看，它詮釋疾病與醫療之間的關係。儀式是文化背景下的治療技術，治療人的身心疾病所使用的某些儀式隱含著現代的心理治療的原理和技術，宗教或巫術儀式的治療機理是具有積極的心理暗示和安慰劑作用（裘蒂、董進，2015）。

儀式能成為心理治療的重要一項工具，是在於個體本身自己的體驗及身體活動的變化能引起心理狀態的相應改變，也就是所謂的身心交互作用。身體、心理和環境，三者必須形成一個整體。用身體去感受、去認知身體的結構、身體的活動方式、身體的感覺，最後決定了我們怎樣認識世界，決定了我們的思維風格及價值觀。認知的內容也是身體提供的，認知的起源同身體及其動作是緊密聯繫的（張志濤，2012）。

儀式是一種充滿象徵意義的，儀式對於行為者而言都具有特殊意義是在於，儀式行為者對於儀式中各種元素都賦予了不同的意義，儀式能夠讓原本矛盾複雜的內心，以具體形式展現出來，產生於潛意識的象徵（林淑蓉，2013），繼而能夠超越和整合原本衝突、對立的心理內容，因個體整合而讓個體人格轉變，進而促進個體的心理健康。

在治療過程中對於「低阻抗意念導入」與「心理針灸」技術，參與者提到「在最後兩次的治療，感覺到醫師是在穩固我的想法與那種我前幾次莫名產生的一種踏實很安全的感覺」、「後面一、二次的治療，醫師重新帶我用不一樣的角度來看，那種不一樣的想法的想法更強了，不是以前那種所想的，我感覺到一股很強的希望」。那在這治療過



程中「低阻抗意念導入」與「心理針灸」技術也是算一種儀式。一種文化背景下的治療技術，治療人的身心疾病所使用的某些儀式隱含著現代的心理治療的原理和技術，同時是具有積極的心理暗示和安慰劑作用，除此之外，誠如參與者的回饋，對於新的體驗有鞏固的作用。

## （二）建立創傷圖示，導入新故事

記憶是由我們對於經驗態度、行為以及對一些有印象的言語所建構或重構而來的。然而記憶與我們的認知、行為、情緒感受等有著很大的關連。當記憶改變時，心理狀態也隨之會改變。

人的記憶可能會經過加工，所以不一定是發生的事實，也就是所謂的錯誤記憶，也因如此（曹海麗等，2013），在本研究中的低組抗意念導入療法就以這方式，將一個以前的記憶中沒有或是將過去曾經有的記憶加以改造來植入個案中，以讓個案對於過去經歷的認知模式及事件記憶形成改變， 認知改變，協助個案將不合理的自動思維、認知圖示等更為深層的和難以改變的心理問題因素去除， 並達到認知改變。

低阻抗導入療法融合了抽象思維、形象思維和具象思維三種思維形式， 其三種思維的媒介各為不同（汪衛東，2009），這也是中醫氣功學的原創思維（劉天君，1994）。本研究中，在治療過程中創造一個故事，導入個案中，語言使用抽象思維， 有畫面感的場景使用形象思維， 想像那種感覺的則是具象思維，治療過程有運用更多具象思維，達到對創傷事件的再認識，也更提升低組抗導入之治療效果。

另佛洛伊德會利用自由聯想讓個案自由說出自己想到的事件，同時也鼓勵個案回憶過去孩童時期的精神創傷（郭本禹，2014）。這實際就是一種將「潛意識」變成「意識」，潛意識提取的過程。低阻抗療法也是在做將內隱記憶變成外顯記憶，將內隱認知變成認知，換言之，除了讓個案瞭解過去的痛苦經例外，還要讓個案自己可以意識到這創傷事件是導致心理問題發生之因素，形成精神或心理疾病的根源。在低阻抗狀態之下，因個案處於較不抗拒、批判狀態下，治療者容易將適當或可被個案接受認知植入，即半催眠狀態下置入新認知，清醒後可轉化為新的認知信念，進而改變固有不當的想法與行為。

## （三）疏通脈絡，整合神經迴路

在低阻抗狀態下，透過指針敲擊特定的穴位，打通經絡、，而達到心理針灸的系統是，張守春在「鬼門十三針」的基礎上，從十四條經絡 361 個穴位中甄選出 81 個「心理穴位」，按照中醫的整體辯證思維，並綜合心理學、生物全息、心理神經免疫學、神經可塑性等現代前沿科學，創新改良傳統針灸技術，所提出植根於中醫經絡本土化的創

新技術，其可化解過去的創傷圖示，建立新的神經迴路，作為的治療的鞏固（張守春，2019）。

但在 TFT 中，個案拍打後有一半沒效，Callahan 發現人體會有心理反向筋絡逆行的現象，所以 Callahan 在拍打前就先做心理反向點的敲打；但在本治療模式中的心理針灸，並未先做心理反向點的敲打，其關鍵差異就在在治療初期個案已可以從諮詢師那裡感受到被無條件接受、關愛、尊重、共情的感覺，建立了於「我們」的治療關係。

## 七、創傷與身心疾病的關係

心理創傷在身心醫療是棘手的問題，不僅只是發生在退伍軍人、遭遇大地震、或者重大災難的倖存者，它其實是無所不在。尤其那種看似稀鬆的平常事，也都會對人們帶來巨大的傷害，例如重男輕女、醉酒父親的家暴、性別意識主題……等等，也都不時啃食著受難者的心靈，主導著他們的人生。

創傷的記憶會出現在有意識的記憶，更多則以無意識的方式潛藏在人們的軀體，隨著自律神經系統的變化造成身體的症狀。就中醫而言，則會透過陰陽五行生剋乘侮的方式，呈現各式經絡臟腑的病證。長期無法疏通的創傷記憶，不僅造成心理障礙，久了也會影響身體引發各種慢性病、免疫失調、癌症。

斯人也，有斯疾也，疾病複雜性的根源其實就在我們生活的脈絡中。

心理創傷雖然很普遍，但是治療並不容易。透過後設分析，在精神醫療臨床實務治療方法有療效的很少，以致每次重大災難，精神醫療團隊總是鎩羽而歸。目前為止，眼動治療的療效是少數可以被接受肯定的。在汶川地震後，廣安中醫心理研究院張守春院長發展了心理針灸治療，對於創傷治療有不可思議的療效。不過即使再有效的治療，基本上都是建立在共情的基礎上。

當下是治療的領域，「我們」則是一切關係的基礎。治療最終的關鍵是個案與治療者都能處在當下形成我們。在主體間性間，治療者提供了認同和歸屬感與來訪者彼此連結創造良好的醫病關係，二個相連結的個體，心意流通彼此理解，才能有效地共情，產生共鳴與同調。所以，連結不僅只是表面語言上的連結，而是內在真實的連結。之後，來訪者才能在當下覺察、理解、體會心裡的變化，促成個人的轉化改變，產生向前進的力量達到療癒效果。

因此，所有的治療都是在關係中產生創造出來的。

## 八、心身疾病是社會文化的構建

家庭會因處在不同社會體系而有所不同，家庭經驗對一個人的成長有著很大的相關。心身的各種現象也會反映生活脈絡的種種，處遇也應反映在社會文化所造成的困境。

文化人類學「社會/文化建構」概念指出，習以為常並被認為是自然而然、理所當然的客觀事物，其實並不是必然會存在，而是人們在歷史的進程裡、在社會生活中創造出來的（藝文，2018），當然，情緒也是如此（衛藍，2001）。

情緒是機體對於外界刺激的反應。來自周邊環境的各種訊息經由五官傳入中樞神經，過程中神經迴路系統會持續進行各種情況與人是否安全、危險或生命受到威脅的辨別。Stephen Porges 以神經感知（neuroception）這名詞來描述這評估歷程（Porges, 2003; Porges, 2007; Rosenberg, 2017/ 2019）。

神經感知發生於原始大腦部分，在無意識下運作對個人對安全或危險的覺察，從而將會觸動神經生物學的反應，做出利社會參與或防禦行為的決定（秦榮彩等，2011）。所以在人們未能在認知層次上覺察危險，但在神經生理的層次，身體早已開始展開一連串的神經活動過程，以便利採取適應性防禦行為 - 戰、逃、或凍結癱瘓（Porges, 2003; Porges, 2007; Rosenberg, 2017/ 2019）。

多重迷走神經是人類演化的遺跡，包括起源於哺乳與爬蟲動物的腹側髓鞘迷走神經系統、二棲動物的交感神經系統、以及原始脊椎動物的背側無髓鞘的迷走神經系統。三個系統分別應對決定神經生理反應，安全社交狀態由腹側髓鞘迷走神經系統主導；戰與逃的狀態由交感神經系統主導；凍結癱瘓狀態則是由背側無髓鞘的迷走神經系統主導，以便應對環境變化所帶來的威脅（Porges, 2003; Porges, 2007; Rosenberg, 2017/ 2019）。

安全的神經感知會優化提升生理狀態，以便支持參與社交行為建立安全依戀恆常的關係連結；可是當神經感知對於環境的解讀是危險有生命威脅時，就會啟動防衛機制，產生不一樣的生理反應（Porges, 2003; Porges, 2007; Rosenberg, 2017/ 2019）。然而，在安全的神經感知之下，代謝作用就會隨者不同的狀況而調整。例如面臨壓力時主導戰與逃，亢奮地交感神經，與下視丘-腦下垂體-腎上腺軸，所引起心跳加快、皮質醇分泌增加的現象就會被平復。同理，在安全的神經感知之下也會避免癱瘓生理反應，而進入血壓下降、心跳緩慢、暈厥、喘不過氣的凍結或解離狀態（Bessel van der Kolk, 2015/ 2017）。

神經行為系統必須在社交與防衛行為的二重關係中取得調適平衡。為了可以自在參

與人際互動，人類必然先要評估安全與否，只有在環境安全的前提之下才會解除戰、逃、凍結癱瘓的原始防衛本能。從環境到感覺，神經感知系統會不斷地運作，針對對所有訊息危險進行評估，在維持繁殖的生存原則之下，進行社交參與活動行成社會連結（Rosenberg, 2017/ 2019）。

當安全環境之下防衛體系不能被解除，或在不安全的環境而防衛體系不能被啟動，就會導致適應障礙。只有在安全的情境抑制防衛啟動社交機制，才会有正向的社會參與行為。也就是，在一般狀態下，腹側髓鞘迷走神經會主導自律神經系統的運作，三種自律神經系統狀態會因外界環境的變化隨之和諧應對，但長期暴露於危險壓力狀態，自律神經系統運作就會失控，而被交感神經系統或背側無髓鞘迷走神經系統所綁架，而出現各種身心症狀（Rosenberg, 2017/ 2019）。

簡單來說，神經感知（neuroception）是對於個人所處情境安全與否的神經迴路系統，偵測後的訊息主要是透過無意識下原始腦部之多重迷走神經系統的運作，以決定神經生理為安全社交、戰、逃、或凍結癱瘓的狀態，便利應對環境變化所帶來的威脅。然而，錯誤的神經感知，也是許多生理失調與精神障礙的根源（Rosenberg, 2017/ 2019）。

所以，個人對於所處情境安全與否的感知評估，將會啟動內心情緒反應與身體的因應變化（Rosenberg, 2017/ 2019）。如果長期慢性對環境的感知是不安全，久之將會導致心理障礙與軀體症狀。就不難理解為何感知不安全的環境是導致心身疾病的病因。

社會化的人類其實就是棲息在關係之中。

安全的關係是存在的基礎。在安全的感知下人類才有能力去建立聯繫，愛與被愛，不然就會感到焦慮、抑鬱和疏離。

安全的需求會透過各種不同的方式被表達，它是一種歸屬？是愛？被認同？被理解？不恐懼？金錢？財富？不僅反映著人與環境、人與人、以及人與自己的關係，同時也有著對這些關係的反應，以及對反應的反應。

心理學依戀理論（何家宜，2017）則是描述並分類人類對於安全與否的心理主觀體驗，依戀是人類最原始關係的起點。隨著與母親的互動，嬰兒感受不同程度的安全感，就是一切心理問題的起源。安全不僅反映於親子互動，更體現在人際氛圍中。依戀的類型並非一成不變，它在成年後會再現於親密關係之中，並隨著關係的經驗而產生變化。

就身體的反應來看，在安全依戀下，身體會隨著內外環境變化而自然調節。如果依戀缺乏安全，焦慮的情緒會導致身體會過度防衛，交感神經失調，造成長期的戰或逃反應，長期之下會接續引起慢性交感神經失調，造成長期的癱瘓狀態，而這一切都是

意識下運作的 (Rosenberg, 2017/ 2019)。

## 九、社會文化衝擊下的心身疾病

《黃帝內經靈樞·本神》中有：『天之在我者德也，地之在我者氣也。德流氣薄而生者也。故生之來謂之精；兩精相搏者謂之神；隨神往來者謂之魂；並精而出入者謂之魄；所以任物者謂之心；心有所憶謂之意；意之所存謂之志；因志而存變謂之思；因思而遠慕謂之慮；因慮而處物謂之智。』 (蘇萍，2006)

神、魂、魄、意、志，五神的概念與相互關係，闡述秦漢醫家關於人類生命的產生、精神意識活動的形成的基本觀點。人之生，源於先天之精與神。人之始生而有魄，在魄的基礎之上，形成魂，是謂魂魄。魂魄形成後，隨著與外界交流的擴大，產生了「所以任物」的心(腦)。而後「心有所憶」是謂意，「意之所存」謂之志，是謂志意。從此以「思、慮、智」人類智慧逐步形成 (王明珠、滕晶，2016)。

當代中醫對於五神的詮釋認為，「魂」與「魄」意味著人類本能的基本活動，或可進一步延伸理解為就是自律神經與神經荷爾蒙的功能，有著維持身體恆定 (homeostasis) 的重要作用。五臟藏五神，又五臟對應五志，怒、喜、思、悲、恐；因此，這也說明精神意識與心身疾病的關聯性 (蘇萍，2006)。

在形神合一的概念下 (賴羿霄，2016)，情緒與軀體之間又如一體二面，彼此密切交互協調運作維持身體的恆定。神，生命的整體運作或精神狀態的穩定，是來自於對外界安全的感受。定、靜、安、慮、得 (唐甲哲，2015)，如果感受置身環境不安全，那心身也都不得安寧，必然就有疾病症狀產生。這說明瞭社會文化脈絡對於心身疾病的建構形塑的機制。

心身疾病是社會心理因素導致的心身變化，其間安全與壓力的感受是為一關鍵的連結，經由情緒與自律神經系統的變化 (Rosenberg, 2017/ 2019)，或情志而五臟五行相乘和五行相侮導致生理功能的紊亂 (顧思夢等，2016)，久了最終成為器質與病理的疾病。

心身疾病、自律神經失調、未病雖然各有所表，但實質上卻都脫離不了情緒與疾病的關係。中醫傳統主張「形神合一」 (賴羿霄，2016)。西醫則是「心身二元」 (李辛，2000)，這是目前現代醫療的最大矛盾所在。因為心身二元以及機械還原論的原則，西醫對所有的疾病與症狀都歸於器官來處理，缺乏系統性的考量，以至於導致頭痛醫頭，腳痛醫腳的困境。例如，頭痛、暈、喉乾異物感、大腿外側與髌骨酸痛等症狀在中醫可

能只是中風肝陽亢，但西醫卻得歷經各各科別的檢查判別診斷，甚至必須開刀治療。西醫這樣的治療方式在綜合醫院裡，就容易滿足這樣的需求，但對於社區基層醫療機構的醫師們則是相當大的考驗，畢竟以器官為專科的治療處遇方式還是難以系統化的妥善處理相關狀況。

文化與社會透過人的感知其安全與壓力之下，而引動一連串的身心症狀、情緒、認知、行為上的變化，且彼此之間相互交織更是息息相關。軀體就是心識的投射的物理結構與生理活動的所在，而心識狀態就意味著個人的整體功能；當意識，眼耳鼻舌身被啟動的同時，身心就會同時起了反應與變化，負向的社會條件也就會透過這樣的變化導致人的生病與疾病。心識有很多種子，要選擇哪個綻放，即刻能見。

上世紀七十年代美國醫學人類學家凱博文（Kleinman）到中國進行田野研究，發現中國的精神科醫師大量使用「腦神經衰弱」的診斷，經過對照他發現被診斷腦神經衰弱的患者們，其實就是符合西方「憂鬱症」的診斷。當時曾經引起很大的論戰，之後中國以及華人世界的醫師們就很少再使用腦神經衰弱的診斷，改而採用了西方精神醫學的診斷標準，以憂鬱症來標的情緒障礙又有著不同軀體症狀表現的這群患者（Kleinman, 1987/2008）。

為了因應這樣的窘境，台灣基層的精神科，俗稱身心科，巧妙創造了「自律神經失調」這診斷名稱，來說明因為社會心理因素導致情緒障礙合併生理功能紊亂的現象。通常或以「憂鬱症合併自律神經失調」，或單獨的「自律神經失調症」的非正式診斷，作為與患者溝通的方式。但在治療處遇上，仍舊多只是處方血清素再回收抑制劑，試圖只以生物藥物學的方法來處理社會心理問題造成的生理反應。這樣的處遇似乎又掉入了心身二元化的基本矛盾，主張心的本質只是物質的腦，憂鬱情緒本身就是來自於腦的故障造成的運作障礙，而非是源自於對置身其中的生活脈絡之社會心理現象的反映。此種思維方式，很容易讓精神醫療失去對社會心理因素的關注與個人的關懷，而將關切的焦點主體又轉回病的物質基礎，也就是大腦本身，因而認定只要改變大腦的神經遞質就可以解決心身問題的單純思維，相對忽略了社會心理的處遇之重要性。

心身的各種現象反映了生活脈絡的種種，處遇也應反映在社會文化所造成的困境。形神合一是原本根植華人心中的認知現實，形神共治就是處理心身障礙的方式，養身之外更重視養心，而情志養生也是治未病的重要概念（周淑媚，2014）。最重要的就是要能天人合一，不僅生活合於自然之道，行事也要能合乎社會道德。《黃帝內經·素問遺篇·刺法論》中有，『正氣存內，邪不可干』與《黃帝內經·素問·評熱病論》中的『邪

之所湊，其氣必虛』，說明了只有固護好體內正氣，才能有力地抵禦疫病侵襲（陳麗英，2010）。但因為西方精神醫學隨著強勢文化影響本土對於心身疾病的看法，除了改以憂鬱症來稱呼腦神經衰弱外，繼而再以自律神經失調來補充說明憂鬱症合併的軀體不適的現實；最後，甚至避開憂鬱症的診斷，而直接改用自律神經失調的診斷稱謂與民眾溝通。但依然繼續以血清素再回收抑制劑來作為治療的主要方式，也說明瞭接受西方醫學的概念，直接認為腦的結構與功能障礙，是病源與病因的所在。全然藥物治療的精神醫療，是目前台灣健保下的趨勢，也是目前台灣精神醫學現況的現實呈現。失焦了的精神醫療，呈現了西方速食文化對於本土社會的挑戰吧！

## 十、本土心理治療

近代的精神醫療雖然在生物-心理-社會模式（林耀盛，2014）之下，力求彌補過度物質化機械論的西方醫療色彩。不過仍未能擺脫生物醫學的主流，這樣的思維體現在健保的給付制度上尤為明顯。

精神醫療服務在健保給付上是重藥物而輕非藥物治療，嚴重的給付不足導致服務的提供者傾向以藥物為主的治療模式（許淳雅，2008），儘管在認知上又著社會心理的考量，但往往也是心有餘而力不足。這現象尤其在社區基層精神醫療服務更為明顯，縱使相同的服務基層於醫院給付不一樣，更有多種限制（劉亞明等，2017）。長久下來，民眾擔心藥物上癮、副作用，對於需要的精神醫療也就裹足不前了。

心身疾病反映文化與社會在個體的構建，同時更體現在社會文化對它的應對。在中西文化交錯與政治經濟扭曲之下反思，華人社會到底需要什麼樣的精神醫療？

無可諱言，我們需要醫病都可以相互溝通的語言，不是全然西方的專有名詞與診斷術語。其次，對於病症需有整體化思維，以及全人的介入方式，而不是只有片斷的藥物處置。另外，也要斟酌加入文化的優勢，在傳統本土文化中尋求有效可以應用治療的元素，無論是藥物經方、針灸、氣功等，加入現有的治療模式之中。

## 第五章 研究結論建議與限制

### 第一節 研究結論建議

本研究結果發現，經過三階段六次治療後，研究參與者的身心症狀困擾嚴重緩解程度，平均下降達7分（總分十分），症狀有很明顯的改善，且也產生新的認知行為模式。中西醫整合之短期結構式心理治療介入前研究參與者都經過身心症狀糾纏著與茫然無助的求醫之路。求醫之路中也會因為社會文化對於精神疾病的詮釋，擔心被污名化，而延誤就醫。治療初始階段中治療關係的建立是治療成功與否的關鍵，而關鍵就是諮訪雙方都要能夠在當下形成「我們」。治療者在過程中藉由研究參與者的名字搭起治療關係的橋樑，除此之外，內在真實的連結，交叉體驗更是拉近諮訪關係，且也是治療改變的開始。另，治療中「低阻抗意念導入」與「心理針灸」技術除了具有治療作用外，也算是一種重要儀式，研究參與者可以感覺到治療者似乎要將研究參與者的困擾拍打掉，並將美好的感覺鞏固在身體中。

如結果所呈現，中西醫整合之短期心理治療，其治療是否成功，第一階段如何建立治療關係是一重要關鍵時期。由理解他人特有的經歷並相應地做出回應，這樣的共情而產生體會的力量，它可以把我們從絕望帶到希望。除此之外，治療關係也是治療成效的決定因素。關係與治療之其間最重要的是必須要有好的技能才能維持你我關係，那關鍵就是諮訪雙方都要能夠在當下形成「我們」。除此之外個案如能確信治療者正在幫助他們，相互的溫暖確信、尊重及積極的治療氣氛也是有助於治療效果。

現代精神醫學則是以自律神經失調、神經免疫、神經荷爾蒙等作用機制解釋情緒與疾病的關聯，語言不同，但也是在闡述人處於不同的狀態下的軀體變化。西醫在身心二元論的概念下，對於心理問題總是單獨抽離軀體進行探討。單獨來看待生理的變化，缺乏整體觀點，所以在治療上難免就會頭痛醫頭、腳痛醫腳；但中醫在形神一體、天人合一的思想之下，天、地、人彼此之間是相互滲透連結而交互影響，陰陽五行的平衡更是身心健康的根本基礎。

早在二千多年前，中醫經典著作《黃帝內經》（賴羿霄，2016），就從理論與實踐中提出了心理預防，心理診斷、心理治療醫學，中醫學歷來重視心理因素在治療中的重要作用，治療上也常會利用軀體作為工作的破口，進行診斷與治療。所以軀體與心理間



彼此關聯的關鍵，更是中西醫身心醫學的交匯之處。瞭解與掌握人類軀體在各種狀態下變化，其實也是心理治療的高速公路。簡德林聚焦心理治療的精髓，就是在這個基礎下工作。以前學習時不懂為什麼聚焦治療總是要探尋來訪者感受到的身體的變化，現在才理解原來軀體的變化其實就是獲得「把手」的最佳快捷方式；因為，透過軀體的感知覺進行工作，在生理上的意義就是在當下覺察自律神經系統的變化，對照反映當下的心理狀態變化，接著再以其為象徵或隱喻作為入口，循著前進就會將潛意識內容啟動而達到治療的效果。

中西醫對於心理疾病的診斷與病因機轉的認識存有著不同的看法；然而，在西醫的診斷之下，再加以中醫辨證也可以發現各種病機機理的痕跡。再者，中醫學中並無精神病診斷之名，但對精神疾病卻有深入的認識和有效的治療經驗。這是否意味著，隨然不同名稱與治療方式都可以針對某一特別的現象進行有效的處遇，就是在不同的概念之下認識相同的現象，雖然施予不同方式的治療，但其實都可以達到療效。這只是認識論上的問題，但本質上應是一樣的。且以「五行」理論為指導的「情志相勝」心理治療，具有鮮明的中國文化特色，更值得進一步研究與應用推廣。

現今社會中越來越多的諮詢師會把個案視為是社會文化體系的一部分，治療師應考慮如何使心理治療適用於特定文化下所建構的心理問題發展，發展對文化敏感的介入策略。在過去的幾十年裡，心理治療的進程逐漸從長期治療轉變為短期治療，各個流派都在發展短程療法，短程療法迅速發展並成為心理治療的一種普遍形式。除此之外，然在不同情境下，以最合適的技術來進行治療；或可使用單一技術，也可融合多流派技術。不同治療方法在策略和技術的選擇上並沒有不可逾越的鴻溝，它們之間具有整合和統一的可能性。整合多種心理治療技術，不僅對臨床實踐具有重要意義，而且對心理學的發展也有促進作用。

在不同情境下，以最合適的技術來進行治療；或可使用單一技術，也可融合多流派技術。在中西醫整合之短期結構式心理治療中的低阻抗意念導入治療是有實證基礎的治療方法，一般而言它是被當成獨立的中醫心理治療技術單獨使用。但嘗試在低阻抗的概念下，融合不同流派的治療技術。因此，工作的「場域」可以不全然只是在意識層面，以認知治療的技術導入新的信念，甚至也可以嘗試在前意識處工作，針對象徵、隱喻、軀體、夢等呼之欲出的潛意識主題，以其他的流派技術，例如移空的方式，將過去創傷的經驗意識化。最後在以心理針灸方式化解過去的創傷圖示，建立新的神經迴路，作為的治療的鞏固。還是會有意想不到的效果。

除此之外，除了生物因素外，社會心理種種因素也深深影響人們的心理，塑造著人們的行為與疾病，所以心身疾病需要被還原到個人置身其中的社會文化脈絡來探討，當然治療也是理當如此。

只有從神經到關係，再到文化等的各個水準有了更多理解，才得以對構建人的生物、心理和社會過程的相互關係有更加深入的理解。就像所有的生物系統一樣，從單個神經元到複雜的生態系統，大腦依賴與人和環境的互動才得以生存、成長和獲得幸福。

所以回歸本土化的精神醫療是當前迫切且必要的課題。無論在醫病之間溝通的專有名詞或診斷術語，如何加入本土的語言，加入什麼樣的語言以增進醫病關係，提高精神疾病的防治是為當務之急。治療上也該以更為全人整體的觀點來介入，而社會心理因素的介入處遇在幾乎被藥物全然掩蓋之下，更值得被重視。以西方治療模式，加入原本有效的本土文化的治療因素應該是最終該被考慮的。

傳統文化之中醫，遵循天地萬物的運化規律，如四季更替、萬物盛衰的自然變化，並體現於日常生活的實踐中，這不但與現代神經科學和心理學不相違悖。如能進一步探討，相互參照運用，俾能有助於臨床心理與精神醫療服務的發展。

心理治療思想具有一定的文化相關性、相對性，中西因文化的影響而成為各具特色的心理治療思想或理論。當然，中國的心理治療思想或理論不像西方的那樣完整、系統，只是散居於中醫學理論、養生之道等之中，但其價值不容低估。倘若在今後的心理治療理論構建和實踐中，既要積極挖掘中國傳統的心理治療理論思想以及治療實踐中所形成的一些積極因素，做到古為今用，並用中國的東西彌補所引進的西方的東西的不足；又要積極實現西方心理治療理論與方法措施的中國化，同時又要依據當代中國人的心理和諧社會構建，積極探索及預防、治療和心理素質提升為一體與身心相結合的系統化心理治療模式。

中國傳統文化是中華民族精神和思維方式的載體，蘊含著極其豐富的中醫心理學思想。隨著時代的進步，人類的病譜發生了重大變化，社會心理因素所導致的疾病凸顯出來，人們潛移默化中步入了心理負重的時代。應對新的挑戰，世界醫學心理學需要中醫心理學的加入，立足於中國傳統文化的背景和基礎，在心理治療工作中大力推展，百搭各種技術，在共情的基礎下「損有餘而補不足」，針對陰陽不調和的衝突之處進行工作，想必一定是一種具有特色、有效且符合現代人需求的現代心理治療，達到治療的效益。

## 第二節 研究限制

本研究只是一個初探式的研究，只有四案例雖然在實證效力稍顯薄弱，以個案窺測整體或有不足，但無可否認本研究結果與發現值得我們深思，且令人對於未來的發展感到非常信心，本土化精神醫療的落實確有其必要性。為目前以藥物導向的精神醫療上注入一本土化心理治療新希望。且整合化與短程化仍是心理諮詢與治療的兩大主要發展趨勢。中西醫整合之短期結構式心理治療無論在於便利性、適切性，初步的結果更呈現出其快捷便利的有效性，未來在臨床實務中應值得被重視的心理治療方法。



## 參考文獻

### 中文部分

- 方格正、李佩怡 (2016)。詮釋現象心理學方法論之整理與補充。 *本土心理學研究*, 46, 121-148。 <https://doi:10.6254/2016.46.121>
- 王克勤 (1988)。 *中醫神主學說*。中國古籍出版社。
- 王明珠、滕晶 (2016)。中醫「五神」辨證體系四診要點淺析。 *湖北中醫藥大學學報*, 4, 52 – 54。
- 王建雅、陳學志 (2009)。腦科學為基礎的課程與教學。 *教育實踐與研究*, 22 (1), 139- 168。
- 王洪志 (2015)。中醫心理治療理念簡述。 *中國心理衛生雜誌*, 29, 729- 732。
- 王倬綱 (2013)。精神官能症與婦女。 *血管醫學防治季刊*, 14, P18- 19。
- 石林、李睿 (2011)。正念療法：東西方心理健康實踐的相遇和融合。 *中國臨床心理學雜誌*, 4, 566。 <https://doi:10.16128/j.cnki.1005-3611.2011.04.027>
- 任愉嬈、蔣燕、屈樂、王凱利 (2017)。「丹溪治法心要」六鬱證探析。 *國醫論壇*, 2, 18- 21。
- 刑志彬、陳秀蓉 (2018)。莫忘初始：心理治療初談增進來談者動機的重要性。 *輔導季刊*, 54 (3), 57- 66。
- 何志仁、孫藝文、劉珣瑛、歐麗清、李鬱芬 (2004)。非精神科門診中常見精神疾病患者之一年預後追蹤研究。 *臺灣精神醫學*, 18 (1), 51- 61。
- 何志芳、曾凡嬌 (2018)。淺談中國傳統文化對中醫心理治療的影響。 *科教文化*, 14, 87- 88。
- 何家宜 (2017)。 *大學生生命意義與依附類型關係之相關研究* (未出版碩士論文)。南華大學生死學系碩士班。
- 余貞賢、顧武軍 (2008)。中醫在治療情志疾病的臨床經驗。 *中華推拿與現代康復科學雜誌*, 5 (1), 8- 18。 <https://doi:10.30059/JTRS.200810.0002>
- 余德慧 (2001)。 *詮釋現象心理學*。心靈工坊。
- 吳燕霞、徐均、王俐佳 (2016)。人本主義療法新進展：聚焦取向心理療法研究述評。 *社會心理科學*, 4, 93- 99。

- 吳麗珍、黃惠滿、李浩銑 (2014)。方便取樣和立意取樣之比較。《護理雜誌》，61 (3)，105- 111。https://doi:10.6224/JN.61.3.105
- 呂凱文 (2014)。正念療育的實踐與理論與33個正念練習。臺灣正念學學會。
- 呂學玉、呂夢涵、汪衛東 (2009)。氣功入靜狀態下的意想式脫敏療法。《國際中醫藥雜誌》，31 (6)，254- 255。
- 宋木子 (2018)。心理諮詢中情緒釋放技術(EFT)的原理與技術述評。《佳木斯職業學院學報》，2，430- 431, 476。
- 宋舒舒、包潔、竇曉兵 (2018)。上火與交感神經興奮的關係探討。《浙江中醫藥大學學報》，42 (10)，825- 825。
- 李仕元 (2019)。身心靈健康與轉化：心靈原力對氣功的新詮釋。《中華自然醫學研究》，2 (2)，33- 48。
- 李辛 (2000)。「五神」及「形神合一」解析--論中醫學情志病理論的基本內容及其與心身醫學的關係 (未出版碩士論文)。天津中醫學院。
- 李炳全 (2007)。中西方心理治療思想之比較。《醫學與哲學：人文社會醫學版》，8，58- 59。
- 李桂榮 (2010)。《創傷敘事：安東尼·伯吉斯的創傷文學作品研究》。智慧財產權出版社。
- 李朝旭、韓洋、高偉偉、袁玉琢、謝偉、魏靜遠 (2018)。中國傳統殯葬習俗的宗教心理療癒意義。《宗教心理學》，4，260- 288。
- 李嗣涔 (2016)。心靈的結構與物理。《佛學與科學》，17 (1)，6- 16。
- 杜怡嫻 (2012)。《佛教《成唯識論》與新時代《賽斯書》之比較探討》(未出版碩士論文)。南華大學宗教學研究所。
- 杜漸、孔軍輝、楊秋莉 (2020)。情志相勝干預抑鬱症機理的理論探析。《中國中醫基礎醫學雜誌》，26 (6)，739- 741。
- 汪鳳炎、鄭紅 (2007)。論中西方自我的差異。《西南大學學報 (人文社會科學)》，33 (1)，11-16。
- 汪衛東 (2009)。氣功入靜狀態下的情志干預技術--中醫系統心理療法 (SPT) 之一。《國際中醫藥雜誌》，31 (3)，255- 256。  
https://doi:10.3760/cma.j.issn.1673-4246.2009.03.037
- 汪衛東 (2011)。低阻抗意念導入療法—「TIP技術」的理念與實踐。人民衛生出版社。
- 沈潔、張謙、潘能榮、吳愛勤、何煥榮、梅其一 (2009)。焦慮、驚恐和抑鬱病人的

- 中醫辨證分型。青島大學醫學院學報，45（2），113- 114、118。
- 卓雪芳、林燦、章希婭、王文（2018）。情緒釋放療法對癌症患者焦慮、抑鬱情緒的影響。中國現代醫藥雜誌，4，99- 101。
- 周志建（2012）。故事的療癒力量：敘事、隱喻、自由書寫。心靈工坊。
- 周映廷（2015）。從中醫觀點認識自律神經失調與陰陽異同。黎明會訊，9，2。
- 周淑媚（2014）。《黃帝內經》情志論述與文學情志療法研究。中醫藥雜誌，25（2），197- 211。https://doi:10.3966/101764462014122502011
- 林孝宗（2018）。氣功原理與方法。自發功研究室。
- 林杏足（2013）。敘事諮商中當事人自我認同轉化歷程之研究。中華輔導與諮商學報，37，209- 241
- 林佩璿（2000）。個案研究及其在教育研究上的應用--質的研究方法。麗文文化公司。
- 林建平、于文豔、李臻（2011）。創傷後應激障礙的分型和診斷及干預方法研究進展。人民軍醫，54（5），375- 376。
- 林淑蓉（2013）。從夢、神話到儀式展演：中國貴州侗人的自我意象與象徵形構。臺灣人類學刊，10（2），101- 137。https://doi:10.7115/TJA.201212.0101
- 林耀盛（2014）。從概念到實踐：臨床健康心理學實征成果階段性檢視。中華心理衛生學刊，27（4），495- 504。https://doi:10.30074/FJMH.201412\_27(4).0001
- 武峻豔、王傑、張俊龍（2016）。腎腦相關理論探討。中醫雜誌，20，1711- 1714。https://doi:10.13288/j.11-2166/r.2016.20.001
- 邱聖玲（2004）。敘事治療—以一個創傷復原個案為例。諮商與輔導，226，2- 6。https://doi:10.29837/CG.200410.0003
- 金玉華（2006）。慢性精神分裂病患藥物治療與性功能之關係（未出版碩士論文）。樹德科技大學人類性學研究所。
- 金光亮（2007）。情志源流與概念探討。北京中醫藥大學學報，30（8），514- 516。
- 施琪嘉（2010）。心理創傷記憶的腦機制及其治療原理。神經損傷與功能重建，5（4），242- 245。
- 洪佳琳（2012）。以壓力生成模式與素質壓力模式探討大學生之人際行為、人際困擾與憂鬱症狀（未出版碩士論文）。輔仁大學臨床心理學碩士班。
- 胡文祥（2018）。精神神經遞質統一論。交叉科學快報，2（2），47- 510。https://doi:10.12677/ISL.2018.22009

- 胡萍(2008)。中醫心理學的中國傳統文化基礎。*南京中醫藥大學學報*, 9(2), 72-76。
- 胡愈琪(2008)。試述敘事心理治療的原理和技術。*成才之路*, 13, 68。
- 唐甲哲(2015)。*厥陰病體質心理學與臨床證治規律研究*(未出版碩士論文)。湖北中醫藥大學中醫學系碩士班。
- 孫海霞、楊蘊萍(2004)。眼動脫敏與再加工(EMDR)治療現狀。*中國臨床心理學雜誌*, 12(3), 324-326。
- 孫燁、齊向華(2018)。七情過度傷五臟之氣與寒熱理論。*中華中醫藥雜誌*, 33(1), 55-57。
- 徐瑄憶(2018)。*存在哲學諮商之探討—以歐文·亞隆為例*(未出版碩士論文)。中央大學哲學研究所。
- 秦榮彩、王振宏、呂薇(2011)。情緒和社會行為的迷走神經活動基礎。*心理科學進展*, 19(6), 853-860。 <https://doi:10.3724/SP.J.1042.2011.00853>
- 高良、鄭雪、嚴標賓(2010)。幸福感的中西差異：自我建構的視角。*心理科學進展*, 18(7), 1041-1045。
- 高淑清(2008)。*質性研究的18堂課—揚帆再訪之旅*。麗文文化。
- 張守春(2016)。*中國心理針灸術*。西安國際商務進修學院。
- 張守春(2019)。*心理針灸術探索與實踐*。第六屆國際中醫心理學大會論文集。
- 張志濤(2012)。*儀式心理治療技術理論及應用初探*(未出版碩士論文)。江西師範大學應用心理學系。
- 張柏華、胡霜(2018)。中醫整體觀「廣角鏡」中的心理現象及應用價值—論中醫心理整體觀。*應用心理研究*, 69, 3-22。 <https://doi:10.3966/156092512018120069002>
- 張振書(2010)。全身不對勁?!自律神經失調檢查找原因。*彰基院訊*, 27(3), 10。
- 張清賢、施柏瑄、楊仕哲(2017)。心腦主神明學說的沿革。*中醫藥雜誌*, 28(1), 1-10。 <https://doi:10.3966/241139642017062801003>
- 張潔(2018)。*儀式與儀式話語研究的發展與演變*。*現代交際*, 6, 114-116。  
<https://doi:10.3969/j.issn.1009-5349.2018.06.056>
- 曹海麗、趙冬蕾、王天雪、余樺(2013)。情緒對錯誤記憶的影響。*商業經濟*, 5, 78-79, 86。
- 梁宏山(2016)。中醫心理治療對現代心理治療的啟示。*臨床醫學研究與實踐*, 1(10), 67-68。

- 章英華 (1995)。殊性與共性、關係與集體:讀《差序格局與華人組織行為》的隨想。  
*本土心理學研究*, 3, 221-228。
- 莊田畋 (2013)。中醫心理學 (第3版)。人民衛生出版社。
- 許崇銘 (2007)。混沌之後,開竅之前-台灣憂鬱症患者的疾病角色、疾病經驗與醫療化過程 (未出版碩士論文)。臺灣大學人類學研究所。
- 許淳雅 (2008)。醫院卓越計畫對醫師行為是否有影響?以醫學中心重度憂鬱症患者門診處方為例 (未出版碩士論文)。國立陽明大學醫務管理研究所。
- 郭本禹 (2014)。神經精神分析學:精神分析發展的新取向。*南京師大學報社會科學版*, 1, 103- 110。
- 郭坤萌、周唯 (2011)。抑鬱症辨證論治述要。*山東中醫雜誌*, 2, 77- 78。
- 陳兆斌、張博、劉秀敏、黃樹明 (2018)。焦慮症發病機制的研究進展。*天津中醫藥*, 35 (4), 316- 320。
- 陳向明 (2002)。社會科學質的研究。五南。
- 陳思樺 (2006)。我憂鬱,因為我卡陰—憂鬱症患者接受台灣民俗宗教醫療的療癒經驗 (未出版碩士論文)。慈濟大學宗教與文化研究所。
- 陳柏源 (2011.08.11)。精神分裂症及相關疾患的中醫治療。<https://m.xuite.net › blog › cpy930814355 › twblog>
- 陳淵渝 (2005)。淺談憂鬱症的中西醫治療。*臺灣中醫臨床醫學雜誌*, 11 (3), 202- 208。  
<https://doi:10.6968/TJCCM.200509.0202>
- 陳維樑、吳薇莉 (2010)。我所認識的EMDR。*西華大學學報 (哲學社會科學版)*, 29 (5), 3- 5。
- 陳麗英 (2010)。中醫「治未病」之三要素探析。*上海中醫藥雜誌*, 44, 35- 36。
- 陳寶釗 (2008)。創出積極人生:NLP 實用手冊。明窗出版社。
- 陳櫻仁 (2013)。運用眼動減敏與歷程更新法於創傷後壓力症候群病人成效之統合分析 (未出版碩士論文)。臺北醫學大學護理學研究所。
- 彭信揚 (2000)。以敘事治療在網路諮商中陪伴故事主人重寫生命藍圖。*中華輔導與諮商學報*, 26, 203- 237。<https://doi:10.7082/CJGC.200909.0203>
- 彭聃齡 (2001)。普通心理學。北京師範大學出版社。
- 曾端真 (2005)。剪不斷理還亂—談親子關係諮商中的分化議題。*諮商與輔導*, 231, 37- 44。



- 湯華盛 (2018)。強迫症的正念治療。《中華團體心理治療》，24 (2)，15- 21。
- 鈕文英 (2018)。質性研究方法與論文寫作。雙葉書廊。
- 黃淑珍 (2004)。EMDR：眼動身心重建法。《諮商與輔導》，219，39- 45。  
[https://doi:10.29837/CG.200403.0009](https://doi.org/10.29837/CG.200403.0009)
- 楊倩 (2006)。中醫心理治療的主要方法及啟示 (未出版碩士論文)。南京師範大學心理系。
- 楊惠如 (2008)。以中醫辨證理論基礎驗證西醫理論之憂鬱症相關研究 (未出版碩士論文)。屏東教育大學體育學系。
- 楊維中 (2013)。佛教在精神分析與心理治療中的意義。《南京大學學報(哲學·人文科學·社會科學版)》，3，149- 157。
- 董湘玉 (2001)。中醫心理學。貴州科學技術出版社。
- 裘蒂、董進 (2015)。論儀式在生命過渡階段的心理治療價值。《常州大學學報(社會科學版)》，3，103- 106。
- 賈曉明 (2004)。現代精神分析與人本主義的融合—對共情的理解與應用。《北京理工大學學報(社會科學版)》，5，36- 38。
- 鄔佩麗 (2009)。EMDR 訓練工作坊。EMDR 訓練工作坊，國立臺灣大學師範大學。
- 廖桂聲、蔣永孝、李政育 (2011)。七情致病與中樞邊緣系統之相關性及中醫臨床用藥。《中國醫藥研究叢刊》，29，76- 88。
- 翟雙慶、王長宇、孔軍輝 (2002)。論五神、七情的五行五臟歸屬。《北京中醫藥大學學報》，5，1-4。
- 劉天君 (1994)。禪定中的思維操作剖析佛家氣功修煉的心理過程。北京人民體育出版社。
- 劉天君 (1995)。具象思維是中醫學基本的思維形式。《中國中醫基礎醫學雜誌》，1 (1)，33-34。
- 劉仲冬 (2006)。量與質社會研究的爭議及社會研究未來的走向及出路。戴于、胡又慧 (主編)。質性研究--理性方法及本土女性研究(第二版)(101- 106)。巨流圖書。
- 劉亞明、羅德芬、粘毓庭 (2017)。醫院退出市場因素之分析。《臺灣公共衛生雜誌》，36 (3)，273- 286。  
[https://doi:10.6288/TJPH201736106005](https://doi.org/10.6288/TJPH201736106005)
- 劉紅 (2012)。敘事治療在EMDR創傷治療中的應用探索。《西華大學學報(哲學社會科學版)》，3 (1)，8- 14。

- 劉淑敏 (2013)。存在主義與存在諮商—以傅朗克意義療法及亞隆的心理療法為主軸的探究 (未出版博士論文)。東海大學哲學系。
- 劉曉雯、汪衛東 (2019)。汪衛東教授臨床辨治失眠經驗淺述。《世界睡眠醫學雜誌》，5，603- 605。
- 歐吉桐、邱碧慧 (2004)。某療養院門診個別心理治療流失狀況初探。《臨床心理學刊》，1 (2)，122- 131。
- 潘淑滿 (2003)。《質性研究：理論與應用》。心理出版社。
- 蔡伯郎 (2006)。佛教心心所與現代心理學。《中華佛學學報》，19，336- 361。  
<https://doi:10.6986/CHBJ.200607.0336>
- 衛藍 (2001)。《反本能：如何對抗你的習以為常》。天地出版社出版
- 鄭日昌，鄧麗芳，張忠華 (2005)。教育部《大學生心理健康測評系統》課題組。《心理與行為研究》，3 (2)，102- 108。
- 鞏豔春 (2015)。淺析從氣機論治功能性消化不良。《遼寧中醫雜誌》，42 (4)，717- 718。  
<https://doi:10.13192/j.issn.10001719.2015.04.01>
- 蕭涵勻 (釋知居) (2018)。《唯識學心識理論在情緒管理之應用—以《八識規矩頌》為例》 (未出版碩士論文)。南華大學宗教學研究所。
- 蕭淑碧 (2018)。《自然體驗對意識能量共振之效益研究—以「心流學習法」為例》 (未出版碩士論文)。臺灣師範大學環境教育研究所。
- 賴羿霄 (2016)。《黃帝內經》情志理論研究 (未出版碩士論文)。南華大學生死學系碩士班。
- 薛淑菁 (2018)。《以「身體」為「療癒場」—身體經驗療法助人工作者之敘說研究》 (未出版博士論文)。南華大學生死學系碩士班。
- 謝馨儀 (2011)。《EMDR介入PTSD治療歷程與效果之個案研究》 (未出版碩士論文)。臺灣師範大學教育心理與輔導學系。
- 簡春安，鄒平儀 (2004)。《社會工作研究法 (二版)》。巨流圖書。
- 藝文 (2018.09.10)。《否定客觀 (一) 後現代主義與社會建構論》。  
<https://www.thenewslens.com/article/103827>
- 龐曉華、劉大文 (2005)。關於聚焦心理治療的探討——一個人中心療法的新發展。《山東理工大學學報：社會科學版》，21 (6)，95- 97。
- 嚴燦、徐志偉 (2007年12月)。肝主疏泄調暢情志功能的中樞神經生物學機制探討 (論

- 文發表)。中國中西醫結合學會第五屆基礎理論研究專業委員會學術研討會。廣州。
- 蘇萍 (2006)。《黃帝內經》中身心健康問題的研究 (未出版碩士論文)。武漢體育學院應用心理學系。
- 顧思夢、余蕾、王福順、喬明琦 (2016)。中醫情志的現代心理學探究。《世界科學技術-中醫藥現代化》，4，709-713。
- Bessel van der Kolk (2017)。《心靈的傷，身體會記住》(劉思潔譯)。大家出版社。(原著出版於2015)
- Callahan, R. J. (2003)。《敲醒心靈的能量: 迅速平衡情緒的思維場療法》(林光國譯)。心靈工坊。(原著出版於2002)
- Corey, G. (2016)。《諮商與心理治療: 理論與實務 四版》(修慧蘭、鄭玄藏、余振民、王淳弘合譯)。雙葉書廊。(原著出版於2016)
- Craig, G. (2012)。《打通你的氣場: 改變千萬人命運的心靈按摩術》(彭月明、堯俊芳合譯)。吉林文史出版社。(原著出版年: 2011)
- Freud, S. (2013)。《圖騰與禁忌: 一些野蠻人與精神官能症患者心靈世界的一致性》(李至宜、謝靜怡譯)。好讀出版社。(原著出版年: 1976)
- Freud, S. (2018)。《精神分析引論》(彭舜譯)。左岸文化。(原著出版年: 1917)
- Gendlin, E.T. (2009)。《聚焦心理: 生命自覺之道》(王一甫譯)。東方出版中心。(原著出版於1982)
- Hammerschlag, C. A. (1994)。《失竊的靈魂: 儀式與心理治療》(汪芸譯)。遠流出版社。(原著出版於2013)
- Kleinman, A. (2008)。《苦痛和疾病的社會根源: 現代中國的抑鬱、神經衰弱和病痛》(郭金華譯)。上海三聯書店。(原著出版於1987)
- Rosenberg, S. (2019)。《迷走神經的自我檢測與治療》(李宇美譯)。一中心有限公司。(原著出版於2017)

## 英文部分

- Antonic, T. (2019). Genius and geniality: William S. Burroughs Reading Wilhelm Reich. *Humanities*, 8, 101. <https://doi:10.3390/h8020101>
- Babor, T., Stephens, R.S., & Marlatt, G.A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization. *Journal of Studies on Alcohol*, 48(5),

- 410- 424. <https://doi.org/10.15288/jsa.1987.48.410>
- Blackwell, B., Gutmann, M., & Gutmann, L. (1988). Case review and quantity of outpatient care. *The American Journal of Psychiatry*, *145*(8), 1003- 1006. <https://doi:10.1176/ajp.145.8.1003>
- Brewin, C.R. (2001). Memory processes in posttraumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, *13*(3), 159- 163. <https://doi:10.1080/09540260120074019>
- Burgess, R.G. (1984). *In the field: an introduction to field research*. Allen and Unwin.
- Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology*, *4*(8), 645- 654. <https://doi:10.4236/psych.2013.48092>
- Creswell, J.W. (2007). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches (2nd ed.)*. Sage.
- Damasio, A.R. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, *26*(2-3), 83- 86. <https://doi:10.1016/s0165-0173>
- Donoghue, J.M., & Tylee, A. (1996). The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *The British Journal of Psychiatry*, *168*(2), 164-168. <https://doi:10.1192/bjp.168.2.164>
- Dunn, B.D., Dalgleish, T., & Lawrence, A.D. (2006). The somatic marker hypothesis: A critical evaluation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *30*(2), 239- 271. <https://doi:10.1016/j.neubiorev.2005.07.001>
- Dutton, M.A., Bermudez, D., Matás, A., Majid, H., & Myers, N.L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(1), 23- 32. <https://doi:10.1016/j.cbpra.2011.08.003>
- Elliott, R., & Shapiro, D.A. (1992). *Client and therapist as analysts of significant events*. In S.G. Toukmanian & D.L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: paradigmatic and narrative approaches*. Sage.
- Flint, G.A., Lammers, W., & Mitnick, D.G. (2005). Emotional Freedom Techniques. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, *(1-2)*, 125- 150. [https://doi:10.1300/J146v12n01\\_07](https://doi:10.1300/J146v12n01_07)
- Garfield, S.L., & Kurz, M. (1952). Evaluation of treatment and related procedures in 1,216 cases referred to a mental hygiene clinic. *Psychiatric Quarterly*, *26*, 414- 424. <https://doi:10.1007/BF01568477>
- Glenmullen, J. (2001). *Prozac Backlash*. Simon & Schuster.

- Held, B.S. (1996). Solution-focused therapy and the postmodern. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 27- 43). Jossey- Bass Publishers.
- Hofmann, S.G., Gómez, A.F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739- 749.  
<https://doi:10.1016/j.psc.2017.08.008>.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G. E., Bush, T., Robinson, P., & Russo, J. (1995). Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. *JAMA*, 273(13), 1026- 1031.  
<https://doi:10.1001/jama.1995.03520370068039>
- Kimbrough, E., Magyari, T., Chesney, M., & Bernan, B. (2010). Mindfulness intervention for child abuse survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 66(1), 17-33.  
<https://doi:10.1002/jclp.20624>.
- Koch, S.C., Fuchs, T., Summa, M., & Müller, C. (2012). *Body Memory, Metaphor and Movement*. John Benjamins.
- Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (1997). Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12(1), 19–29.
- Lipowski, Z.J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *The American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368. <https://doi:10.1176/ajp.145.11.1358>
- Liu, Z.W., Shu, J., Tu, J.Y., Zhang, C.H., & Hong, J. (2017). Liver in the Chinese and Western Medicine. *Integrative Medicine International*, 4(1-2), 39- 45.  
<https://doi:10.1159/000466694>
- Lofland J., & Lofland L.H. (1995). *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, 3rd edn. Wadsworth Publishing Company.
- Merker, B. (2007). Consciousness without a cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine. *The Behavioral and Brain Sciences*, 30(1), 63- 134.  
<https://doi:10.1017/S0140525X07000891>
- Merriam, S.B., & Tisdell, E.J. (2016). *Qualitative research: a guide to design and implementation (4th ed.)*. Jossey Bass.
- Mishler, E.G. (1986). *Research interviewing: context and narrative*. Harvard University Press.
- Niedenthal, P.M., & Maringer, M. (2009). Embodied emotion considered. *Emotion Review*, 1,

122- 128. <https://doi.org/10.1177/1754073908100437>

Patterson, S.L. (2016). The effect of emotional freedom technique on stress and anxiety in nursing students: A pilot study. *Nurse Education Today*, 40, 104- 110.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.003>

Payne, P., Levine, P.A., & Crane-Godreau, M.A. (2015). Corrigendum: Somatic experiencing: using interception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00093

Ponterotto, J.G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://doi:10.1037/0022-0167.52.2.126>

Porges, S. W. (2007). The Polyvagal Perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. <https://doi:10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>

Porges, S.W. (2003). The Polyvagal Theory: phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79, 503-513.

Reimann, M., & Bechara, A. (2010). The somatic marker framework as a neurological theory of decision-making: Review, conceptual comparisons, and future neuroeconomics research. *Journal of Economic Psychology*, 31(5), 767- 776.

Rizzolatti, G., & Craighero, L. (2006). Mirror neuron: A neurological approach to empathy. *Neurobiology of Human Values*, 3, 107- 123. [https://doi:10.1007/3-540-29803-7\\_9](https://doi:10.1007/3-540-29803-7_9)

Rohricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156. <https://doi:10.1080/17432970902857263>

Salas, M.M., Brooks, A.J. & Rowe, J.E. (2011). The Immediate Effect of a Brief Energy Psychology Intervention (Emotional Freedom Techniques) on Specific Phobias: A Pilot Study. *The Journal of Science and Healing*, 7(3), 155-161.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1(2), 68- 87. <https://doi:10.1891/1933-3196.1.2.68>

Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-77. <https://doi:10.7812/TPP/13-098>

Shapiro, F.(2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). Guilford Press.

- Shih, C.H, Yang, M.J., & Wen, J.K. (2020). The application of traditional Chinese medicine to western psychotherapy: A Case Study. *Open Journal of Social Sciences*, 8(5), 265-281. <https://doi:10.4236/jss.2020.85019>
- Solomon, R. M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315- 325. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>
- Spackman, M.P., & Miller, D. (2008). Embodying emotions: What emotion theorists can learn from simulations of emotions. *Minds and Machines*, 18(3), 357–372. <https://doi:10.1007/s11023-008-9105-7>
- Unknown author (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413 - 426.
- Weiss, H., Johanson, G., & Monda, L. (Eds.) (2015). *Hakomi mindfulness-centered somatic psychotherapy: A comprehensive guide to theory and practice*. W.W.Norton & Company.
- Winkielman, P., McIntosh, D.N., & Oberman, L. (2009). Embodied and disembodied emotion processing: Learning from and about typical and autistic individuals. *Emotion Review*, 1(2), 178- 190. <https://doi.org/10.1177/1754073908100442>
- Wylie, M.S. (2004). The limits of talk: Bessel van der Kolk wants to transform the treatment of trauma. *Psychotherapy Networker*, 28, 30-41.
- Young, C.(2008). The history and development of Body-Psychotherapy: The American legacy of Reich. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, 3(1), 5-18. <https://doi:10.1080/17432970701717783>

## 附錄一 研究邀請函

您好：

我是南華大學生死所諮商組研究生施春華，指導教授為陳增穎博士（南華大學生死所教授）與楊明仁博士（楊明仁診所院長）。因目前進行心理治療所需的時間都不短，一般人除了時間限制外，費用也是大眾對於心理治療裹足不前的因素之一，然而在現今健保給付限制下，一般大眾還是放棄心理治療的機會，以藥物治療為主，為了提升精神科非藥物治療的機會，目前我們正著手進行以「中西醫整合之短期結構式心理治療運用於門診輕型精神疾病患者」之可行性研究。本研究的目的是在於瞭解門診輕型精神疾病患者使用中西醫整合之短期結構式心理治療後其身心症狀改變歷程。我們竭誠邀請您共同參與，讓我們有機會與您共同體驗您治療當下身心感受外，同時與我們一起發展一套結合中西醫整合概念的心理治療，讓心理治療方式更為貼切華人文化，更為普及化，邁向另一里程碑，

**本研究的目的是有三：**

- 一、探討輕型精神疾病患者未使用中西醫概念整合以短期結構式心理治療之經驗及感受。
- 二、探討輕型精神疾病患者使用中西醫概念整合以短期結構式心理治療過程之經驗及感受。
- 三、探討輕型精神疾病患者使用中西醫概念整合以短期結構式心理治療之治療中改變的契機與治療後的影響。

**本研究進行的方式說明如下：**

- 一、如果您願意參與本研究，首先需簽署一份研究參與同意書（含錄音及錄音使用同意書）。
- 二、本研究參與者務必完成六次「中西醫整合之短期結構式心理治療」之療程。
- 三、本研究所有錄音檔或是文字資料會由研究者謹慎保管及保密，您真實姓名和背景等資料會改編並隱匿，錄音檔及文字資料等只會呈現在學術性質的報告中，我們會秉持保護個人資料隱密的原則，未經由您的同意不得用於其他用途且不得透露給第三人。
- 四、在您六次的心理治療過程我們每次全程錄音，除保留每次錄音檔外，也會將錄



音檔轉譯為逐字稿，以便之後做研究分析使用。

- 五、 在每次心理治療結束之後我們會交付一份「重要體驗回憶記錄表」，請您當次治療結束後兩天內完成，將當次治療過程中對於正向或負向最有感觸的那段感受對話記錄下來，下次治療時交給研究者。
- 六、 在六次治療結束後，我們在兩週內會有一個1-2個小時的訪談，但也可能視情況而調整。訪談主要目的是瞭解在進行心理之前前與療程完成後您的身心改變，六次治療您的轉變契機為何？
- 七、 對於您所提供的「重要體驗會議記錄表」中所提到的，我們也會視與研究相關程度再深入瞭解，除此之外，在有關「心理治療過程」與「訪談」錄音檔轉譯出來的逐字稿有模糊不清楚的地方，也會再與你澄清，完整逐字稿必要時也會交由您做最後的確認。
- 八、 倘若在整個研究的過程中，您因為某些因素要離開、中斷其研究參與，您有絕對有權利選擇結束退出本研究。最後我們也期盼您也願意接受我們的訪談，其目的在於瞭解您在幾次心理治療中的經驗與想法，以對心理治療的進行與改善有更多的認識。

期盼您可以接受我們誠摯的邀請，提供您真實的感受體驗，若您同意，請將您的姓名，與聯絡方式填寫於回函中，交給治療師，我們會盡快與您聯絡，儘快完成本研究說明及進行方式及同意書簽署，如有任何問題也歡迎您與我們聯絡。請洽研究生施春華 (e-mail: schua@ksts.seed.net.tw)；TEL：07223-2223

敬祝 平安快樂

南華大學生死學系所

指導教授： 陳增穎

楊明仁

研究生： 施春華

## 附錄二 研究參與同意

我\_\_\_\_\_經研究者當面說明，已充分瞭解研究目的與研究進行方式與流程。本人詳細思考過在自我決定的下，本人同意參與「中西醫整合之短期結構式心理治療應用於精神科門診輕型精神疾患之前驅研究」。

我同意先接受「中西醫整合之短期結構式心理治療」6次的個別心理治療，並且每次治療後，兩天內將當次不管是正向或負向感觸紀錄與研究所提供的「重要體驗回憶記錄表」，並於下次治療時交給研究者。

1. 我同意在完成六次治療療程後兩週內，接受本研究訪談(約 1-2 小時)。
2. 我同意每次的心理治療及最後的訪談全程進行錄音，並同意研究者將錄音檔轉譯為逐字稿，以利研究分析及報告撰寫。
3. 研究過程中，研究者承諾遵守保密的專業倫理下，謹慎保管及保密所有錄音檔及文字資料。在研究過程中，本人有權利隨時終止退出參與研究，且事前會告知研究者。

我對於以上所述的內容已經熟讀並完全瞭解且同意。

研究參與者：\_\_\_\_\_ (簽名)

研究者：\_\_\_\_\_ (簽名)

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 附錄三 重要體驗回憶紀錄表

請你紀錄下在本次治療過程中您認為最有感觸或最有印象的體驗，依據您真實的體驗填寫，包括內容、當下身體變化及心理感受。

研究參與者 編號			
治療時間 (次數)	民國      年      月      日	時間：	-
治療地點			
重要 體 驗 回 憶 紀 錄	主要內容	當下身體變化	當下心理感受

## 附錄四 訪談大綱

感謝您參與本研究的訪談，我在訪談過程中會進行錄音，訪談的進行是以本研究所設計的談大綱為主，同時也會參考您在治療過程中所記錄的重要體驗回憶記錄所提到的內容，但訪談的順序可能會依照訪談當時的實際狀況來做調整，請您以個人真實的感受來作答，讓我可以更瞭解治療過程對於您的影響及您的改變歷程。本研究訪談的資料轉成逐字稿以利研究分析，本資料只做研究分析之用，其訪談的內容也會依保密約定，保障您的權益。在訪談過程中，有任何不清楚的地方，隨時都可以提出，整個訪談時間約為 1-2 小時。

對於以上的說明，不知以上的說明是否還有其他疑問，可以現在提出。如果沒有，讓我們就開始進行今天的訪談。請您以真實的感受來回答以下所提出來的問題：

- 一、 在還沒進到這次的治療流程時，您當時的身體與心理的困擾、不舒服是什麼？對於這些困擾、不舒服嚴重程度您會打幾分？（0-10 分，0 分完全沒有，10 分為最嚴重）
- 二、 過去因為這些症狀您做過哪些努力及尋求過哪些幫忙？
- 三、 過去在尋求幫忙後，對於你的身體及心理的體驗？
- 四、 當初什麼樣的契機讓您決定願意接受中西醫概念整合以短期結構式心理治療？
- 五、 最開始你對於中西醫概念整合以短期結構式心理治療的期待與擔心有哪些？
- 六、 在治療過程中您體驗到正向及負向感受有哪些？最有感受的是哪個？
- 七、 治療完成後，目前您的身體與心理是一個怎樣的狀態？與治療前有什麼樣的差異？
- 八、 治療過程中，對您而言改變的契機為何？這個契機對您有什麼影響？
- 九、 治療後的改變為自己帶來怎樣的影響？對於治療前所提到的那些困擾、不舒服嚴重程度，您現在會打幾分？（0-10 分，0 分完全沒有，10 分為最嚴重）

## 附錄五 訪談札記

研究參與者編號	
訪談時間	年 月 日時間： -
訪談地點	
訪談過程	訪談前：
	訪談中：
	訪談後：
訪談發現	
研究反思	
備註（其他）	

## 附錄六 研究參與者 A 治療過程紀錄

### 《第一次治療》

她，32 歲；來診的主要問題是睡不好。

醫師掃描一下初診病歷，抬頭看看她，口罩下的臉龐只露出半隻鼻子和一雙鳳眼，高寬的額頭上有著濃密的黑髮；陪同前來的朋友則是削短頭髮造型，似乎他們有著比朋友更為親密的關係。

她有些緊張，但並不拘謹。

醫師輕輕的問「這名字是你本名嗎？」通常看到比較不通俗的名字總會好奇地探問，往往也能從這找到入口，找到來訪者生命暗在潛藏著的問題根源。名字隱含一個人與家族連結的重要秘密，不但能探知綿延家族的命運，以及延續著家族生存的文化價值，進一步還能理解社會脈絡是如何塑造家族文化與個人心理彼此間如何交互滲透而形成了當前困境的現象。

她帶著訝異的回答「不是，那是外公認為原來的名字不好所以改了，希望我的命可以好一點。」「哦？那真的對你的命運有幫忙嗎？外公改的？怎麼不是自己的爸媽？」醫師一面笑著回應

她回應「改了名字也不見的命運有多好！」

醫師覺得好奇，也就不急著問她求診的問題，就在這裡沉吟一下，把思考再重新組織一下。

緊接著，還沒等待醫師的發問，她就主動地說了下去：

「阿公就是家族的天，主宰著全家的命運；然而他卻又是個不負責任的人。雖然外公國小肄業，但聰明又有能力，曾經有過大事業，只是後來失敗了。阿公的情緒管理很差，教育是以責打為主。也因為家暴的關係，阿公與阿嬤很早就離婚。繼母對舅舅和媽媽非常不友善；為了生存他們過得非常辛苦，成長過程就是自生自滅。在繼母虐待下，媽媽國中時就中輟進入職場工作，17 歲時生下我；因為學歷不高，又要有足夠的收入，所以都在舞廳上班。23 歲時，媽媽自殺了。我出生就沒有父親，也從來不敢問父親是誰，擔心會傷了媽媽、舅舅的心。就形式而言，舅舅就是父親的角色，沒有愛，只有物質。」

她似乎能讀懂醫師臉上的好奇，一下就把身世與歷史交代得清楚了；我又想著，一

般人如果沒有經過長時間的咀嚼與沉澱是不可能把自己的命運故事交代得那麼清楚的！我想這暗藏她曲折生命的風景。此時醫師並不急著拓展開，因為時間往後延宕，早上的門診就會看不完，因此，只好訕訕地跟她道歉，「我對你的生命故事很感興趣，不過，限於時間我們可以先把它打包等著下次再好好談好嗎？」她點頭同意。醫師接著說，請你大概談談你有什麼想要解決的問題嗎？

她拿起手上的小抄直念下去：「我睡眠不好，主要是難以入睡，頻尿、多夢（恐懼又緊張）、睡眠中斷；經常會頭痛（二側顳葉）、還有全身酸痛；容易胸悶、心慌、咽部不適、鼻腔乾澀；同時食慾很不好、經常腹瀉、口乾舌燥、癢、全身乏力、頭暈、又怕冷。」

沒想到她也是很快的就把一連串的症狀給拋了出來。

接著她又繼續說著，「我同時也感到焦慮、煩躁、易怒、情緒低落、瀕死感、容易悲傷哭泣等。」

醫師邊聽邊琢磨，身體的症狀透露著「鬱症」的各種變化：情志不暢則身體氣機出現紊亂阻不行，氣血逆亂，而肝鬱不舒，又可加重氣機鬱滯，情志不暢，氣血鬱滯，濕聚生熱，甚至食滯。

我思索著，又一邊問她這些症狀是怎麼發生？

她說「去年 12 月（四個月前）因為經濟壓力情緒受到嚴重的影響；當時情緒低落時就會拔指甲、扯頭髮，自傷，情緒也容易失控、易怒、甚至會把手機摔壞。曾在高雄、臺南診所就醫。服藥二個月暴瘦（6 公斤），一吃就吐；雖然到醫院身體檢查，卻也沒發現什麼問題。之後，情緒稍有改善，就停止吃藥。」

嗯，從冬天到春天，身體症狀依著時序出現著系列的變化，情緒也由憤怒而到出現瀕死的恐懼。那，治療該從哪下手？

時間也差不多快一個小時了，醫師試著與她達成治療的共識。說道「那，這次來診有什麼想處理的目標嗎？」

她說，「感覺生命就是一場混亂，渾渾噩噩，不斷地重複失去；我想要藉助一些方法，讓自己可以有活力與勇氣面對生命。」

## 《第二次治療》

### 2-1 診問

她一進診問還沒坐好就說「醫師你昨晚沒睡好？」我驚訝她對人觀察細膩入微。

「是啊，謝謝關心；你一向都是如此體貼嗎？」醫師好奇的問。這是她第一次正式的治療。評估她的初診狀況後，開始進入中西醫整合之短期結構式心理治療重點，來面對這一連串的人生創傷。

治療方案的起始，會花一些時間與來訪者建立「我們」的關係；同時，也會標誌創傷記憶圖示的意象。之後，整個療程會依著這意象進行「低阻抗意念導入」，或「心理針灸」的治療。

創傷記憶圖示意象的過程就是，中醫四診、西方敘事與聚焦心理治療的技術相互參合運用；簡單的說這個步驟就是在確立主證，以便接下來的治療進行。這是確立診斷，但在整個療程中這不僅是基本，更是靈魂所在。透過它建立了「我們」的治療關係，也才得以精確地快速標誌創傷記憶圖示的意象。

她進入診問的動作，激起了我內心的疑問「這麼敏銳的心，是過去經歷怎樣的人生？」同時，我也想著「如果診問是她生命經驗的投射，那醫師在這個過程會是以怎樣的樣貌呈現；要如何去感應她的投射？」

我趕緊回過神，暫時擱下將所有的想法與預見，不預設立場，當下來體驗當下現場的體驗。

### 2-2 媽媽

#### 2-2-1 媽媽

「我的命運就像媽媽的命運一樣」她開口娓娓地道來。

「媽媽 17 歲未婚懷孕生下我，我也是 17 歲未婚懷孕；但，不一樣的是她把我生下來，而我把那個生命流產掉了。另外我們最大的差別是，她在 23 歲時自殺了，而我苟且活到現在。」

沒想到一開始就是這樣的破口？

她媽媽的父親，也就是外公，雖然國小沒有畢業，卻是憑藉自己的力量稱為一個成功的創業家。在那個日劇時代的末期，處於戰亂之際一般家庭的小孩可以順利完成高等教育的並不多；不久台灣光復，雖然政治環境並不理想，但韓戰與越戰再接下來的十大



建設，到之後成為亞洲四小龍，台灣由農業社會進入中小企業，也給那個時代的人們提供了各種機會。

她外公在因緣際會下也找到了致富成功的機會。弔詭的是，在那社會快速變動的年代，成功的機會很多，可是要能守得住卻是不容易，畢竟這就也太快了。因此可以像王永慶一樣建立堅韌地屹立不搖的事業其實是鳳毛麟角，更多的是家族小企業禁不起時代的考驗，隨著退潮而成為泡沫。

像一般小企業家一樣，她外公也是很快地被燈紅酒綠的世界給淹沒。事業才剛開始，就因為第三者的介入而與外婆離婚了。媽媽的繼母，就像一般傳說中的繼母一樣容不下前妻的子女。不僅刻薄，更也是虐待！

「媽媽國中時輟學，獨自到外自力更生」她說。我好奇的想，國中沒能畢業，那應該是差不多 15 歲吧？那，可以做什麼呢？

無家可依又沒有學歷、技能的女性青少年，是絕對弱勢中的弱勢。就像飄零的落花一樣，在《孤女的願望》中尤雅所詮釋那個離家少女，不知不覺地在自己的腦海中隨著音符瀰漫開來。

那個年代，快速的城市化多少人帶著青春的夢來到五光十色的世界。夢中，大家都帶著台灣錢淹腳目的願望來到臺北圓夢，不過工廠女工畢竟敵不過賺錢又快又容易的聲色場所。青春的肉體與靈魂就是一張張白花花的鈔票吧？難道我們不需要生活嗎？

或許不僅只是為了自己生活所需，她還必須幫忙哥哥們，讓哥哥們繼續讀書。因此，她下海了。

「媽媽 17 歲就生下了我」，她似乎就像在講自己的故事一樣。

## 2-2-2 媽媽的溫馨小公寓

未成年也未婚就生下了自己的小孩，但孩子的先生是誰？這始終是個謎。

帶著她，未成年的媽媽還是必須咬牙繼續工作；因為需要工作，無法帶在身邊，由保姆帶。幾坪大的狹小空間經常擠著好多個小孩。印象深刻的是，保姆都是一個照顧多人，多半也不會很有耐心，有時甚至會要個案去照顧其他的小孩，保姆尚未成年的女兒偶爾也會來幫忙照顧她。這個照護的過程其實是相當粗暴，又帶著虐待的狀況。

媽媽只有有空時，才去看她；她在痛苦和害怕的日子中，總還是帶著盼望。她幼小的心裡只是想著「再過幾天媽媽就會來看我。」

保姆的女兒幫她洗頭的時候，總會將她的頭按在浴缸的水中，直到她喘不過氣來。

有次為了照顧唐氏症的小孩，不小心被奶粉罐頭裡面那尖銳的部分把手割傷了，媽媽發現情形不對，就把她帶走。

那時候她媽媽租了間套房公寓在臺北林森北路附近。她回憶說，「媽媽住在一間溫馨的小公寓，在那裡二人可以非常放鬆自在地生活」。她愉快地說「經常在晚上，媽媽上班前就會幫她洗完澡，擦拭她的濕露的頭髮，那時二人可以彼此開心地交談」。

其實她還是對於自己的身世好奇的。記得有一次她問爸爸的事，媽媽難過的哭了，為了不讓她難過，她寧可就當他已不在人世。一方面也在抗拒自己內在不好的感覺。

### 2-2-3 不乾淨

不過她說「大樓有鬼」；經常在媽媽去工作自己獨自在公寓的時候，她會感覺特殊的靈異般的感受。而且她不僅半夜會看到厲鬼，同時也認為媽媽是被抓交替的；她記得那時候媽媽看起來總是無精打采，神情怪怪的，但並沒有人會幫她。

### 2-2-4 媽媽跳橋

媽媽 23 歲時，跳橋自殺，當時她 6 歲；媽媽沒有留下隻字片語，大家猜測可能是經濟壓力。

她回憶的說，「有天媽媽將她放到朋友處，然後就音訊全無。大家都不知道到底怎麼一回事，也是在媽媽失蹤幾天後，家人透過神明的指引家人才知道她凶多吉少，也才找到她的屍體。」

喪禮那天，她看到很多人在哭，雖然自己知道媽媽再不會回來了，但卻哭不出來。

推測那時該是九十年代初期吧！也就是那個時代台灣經濟開始出現了敗相，應該轉型的產業並沒有成功。同時，那也是台灣勞工和運動最為激烈的年代，每個週末整車整車的遊覽車載著示威的勞工上臺北遊行抗議。

然而對岸在改革開放後，追求低利潤的台灣製造業也大量的往大陸遷移。陷入空轉的台灣經濟也造成了社會的浮躁與恐慌，憤怒與不滿的情緒更逐漸地指向政府的執政無能，政黨輪替似乎是人們甜蜜的幻想的投射。

歷史的洪流是擋不住的。

只想著如何執政的政府、短視近利的企業、還有貪婪急著享受的嬰兒潮世代，是不是還有可能進化台灣的發展？說到底，我們也只能在大時代下被玩生活弄而隨波逐流。

## 《第三次治療》

### 3 寄人籬下

#### 3-1 爺爺

六歲時媽媽過世後，二舅接手撫養她；帶著悲傷，告別漂泊不安定的童年，她開始新的生活。

雖然她也早習慣輾轉與不同的照顧者在一起，不過自己仍舊期待穩定的生活。也常在深夜哭泣，思念著不會再回來的媽媽。

當時舅舅必須服兵役，所以就由還在讀書，當時還沒有正式婚姻關係的舅媽帶著到她家與她家人同住。那是一個複雜的大家庭，成員有爺爺、奶奶、舅媽的姐妹們，甚至還有大阿姨離婚帶著小孩同住。

那是在臺北都區的一個小角落的社區，隨著巷子蜿蜒進去有著像鴿子籠一樣的公寓，住著很多外配，爺爺與奶奶做著小吃的生意，大部分居民都是中下階層辛苦工作賺錢的勞工，她的同學很多是住那兒。而她家應該是巷子裡最吵雜的，因為每天都有打罵小孩的聲音。

在那裡她充分感受到，「經濟的壓力讓大家喘不過氣來！」

爺爺是威嚴的大家長，不過對於她的到來卻很友善地歡迎。他要求大家公平對待她，但是這卻激起大阿姨的敵意了，因為大阿姨認為她會分走爺爺對她的小孩的愛。所以，大阿姨平常對她「差別待遇」，敏感的她就會感受到不被喜歡的敵意。

「可憐的壞小孩」，寄人籬下的她說愈想討好周圍的人，卻總是弄巧成拙。但她仍盡量委屈地討人開心。不過對於舅媽家人而言，她只是一個被可憐的對象，還是不是受歡迎的。

#### 3-2 舅舅

就情感上而言，舅舅就是自己的父親。

二舅學歷大學畢業，工作也比較穩定；所以，在媽媽自殺後，舅舅順理成章的接手她的教養。

舅舅認為只有讀書才能翻轉人生，對此，本性善良活潑，有雙纖巧的手，卻不善於讀書她確實嚐到了苦頭。

她想，「或許這是舅舅要她避免重蹈媽媽後塵吧？」

舅舅近乎偏執地要求她的學習成效，即使她有其他優勢，但在舅舅的眼裡只有成績才是一切。只要沒能達到他的預期，換來的就是嚴厲地責打與怒罵，羞辱與監控，即使愛之深責之切，但，其實她心裡明白這就是「虐待」。

「我每天活在害怕中，不管怎麼努力都不能滿足他的要求，後來就決定放棄了！」回憶這些經歷時，她感到非常恐懼。她說每天晚上的三部曲就是，先來一陣打罵，然後開導，最後就是反省；如果回答久久不滿意，就是一再重復責罵，一整套下來就是四個小時。這種重復交代認錯又不被相信的折磨，讓她到現在都不敢說謊。

「對我，舅舅沒有愛；物質的給予則是在控制、監視，有如監獄一般的狀況。」



## 《第四次治療》

### 4 告別，終於鬆了一口空氣

#### 4-1 叛逆的青春

##### 4-1-1 心裡就想要脫離那個環境

舅舅對於學業的期待，讓原本注意力不足的她，在學習上吃了很多苦；不能達到要求，正式走完打怒罵就需四個多小時。有時還要她光著腳丫在門口罰站。附近居民，大都是自己的同學與鄰居，也不忍多看，大多就快速離開了。

「那真不是人過的日子，不能有自己的意義人生，只能看著別人的眼神過日子。」上了國中以後，她想著為什麼自己還要委屈地呆在那裡？是為了要有一個正常的家的感覺？還是怕被遺棄？

日子開始過得沒有意義，自己也沒變壞但也沒怎麼好，雖然心中總是有著陰影，但讀書這事也變得無所謂了，她想著只要有機會一定要逃離這裡。

她開始叛逆翹家，並將自己的生命重心轉到與朋友的關係。

偶然的機會，認識了一個大她二歲的男孩。那晚她就住進他家，感受到從來沒有的「被疼愛的感覺」；但一個月後，她被找回家了。也被冠上「背叛舅媽的罪名」，可是她心裡並不如此認為，因為舅媽根本沒有給過她愛的感受。

雖然她盡量表現正常，讓舅舅看到理想的樣子，可是經常還是會被打得很慘，最令她受不了的則是語言的污辱。

青春期的她開始喜歡打扮，舅舅們看了總是會輕蔑的說「你要去做站壁的人嗎？」她對自己愛漂亮感到難過與委屈。記得有一次她偷用了舅媽的化妝品被發現後，不僅被惡狠狠的打臉，頭髮被亂剪後，還要她羞辱地站到門口，給鄰居看。

令她難堪和困惑的還有「錢」這事。舅舅們對她花費的苛刻令人難以想像，他是金融業，舅媽也有不錯的工作，但他們總是喊窮。每次學校要交班費，舅舅都會打電話與導師吵架要開支出明細。對此，她對「花錢」這事內心有著說不出來的痛苦與愧疚。

##### 4-1-2 墮胎

基測因為陰錯陽差沒能上舅舅與舅媽的母校，而就讀其他綜合高中。

舅舅感到失望，監控也更為嚴格了，她最擔心老師拖延下課時間，因為回家晚了就是打罵；這種日子她覺得彷彿在監獄一樣。

在學校她的才華在課外活動得以展現，英文能力、各項藝術才能也總能讓她活躍在同學之間。她覺得有種說不出來飽滿的感覺，不過導師卻是認為她在招蜂引蝶，而嚴加限制她參加各種活動。

那種窒息的感覺，又讓她迷失了自己；要找回自己的歸屬與認同感也愈來愈為強烈。她渴望可以找到錨定之地，哪想到卻又遇到更大的亂流。

那時她認識了好友的哥哥，酒店的圍事，他能讓她得到歸屬與保護。那年她 17 歲，與母親一樣妊娠懷了小生命；當時她不知所措，向學校教官求救，但不免又回到家裡來處理。

未婚懷孕，這件大事不知怎麼就由外公出面處理了。那個男孩已不知去向，留下一團混亂，外公向對方要了 10 萬元，而他的媽媽則是認為被我們勒索了。然而，似乎沒有人關心她心裡的感受？

那一幕，她永遠記得很清楚。她孤獨的在手術臺上掉著眼淚面對著，絕望、害怕、難堪、愧疚、還有一種說不出來的罪惡感；她不知道等下醒過來後將會面臨怎樣的世界。這時候有個資深的護理師走過來握著她的手，說「你願意有一個那樣兇狠的婆婆嗎？」她覺得這是混亂的過程中，唯一一句最貼近人心的話。

大家出來鬧場結束後，最後還是自己得孤單面對冷酷的世界。她依舊找不到溫暖的港灣，生命就像一座孤島，她孤立了自己，同時也沒有人願意接納她。

#### 4-1-3 好友的決裂

在那件事之後，噩夢就排山倒海一樣接二連三的發生在她身上；而自己也與好友從此決裂了。

海靈格《誰在我家》：「……愛通常是經受不起墮胎的。墮胎的後果是父母會為此贖罪，……例如，妻子通常會通過找不到、擁有不了或者留不住伴侶來贖罪。或者通過另一種方式——重病。有時候，癌症也是對墮胎的贖罪。贖罪是一種通過同樣的傷害和同樣的命運來進行補償的嘗試，贖罪之後人們就感覺好多了。只是，……人只看自己。對方會孤零零地被拋棄，不會被看見。」

#### 4-2 舅媽的歇斯底裡

對於自己的存在舅媽是不諒解的。

因為婚後，舅媽一直都不能順利懷上小孩，而她則是責怪自己害他們生不出小孩

的！她說「舅媽認為她把青春都給了我，而我卻不能如他們所願的好」。

每次他們夫妻爭吵，舅媽就會歇斯底裡發作，發泄對她的恨！

#### 4-3 終於鬆了一口氣

舅媽在好幾年後終於生下了自己的兒子。

「弟弟出生後，我覺得有種失落，似乎他們不會再在意我了；但同時也感覺大大的鬆口氣，似乎解脫了。」在說這句話的時候，她似乎有著復雜的感情，然後，她又接著說「他們對弟弟的教養與對自己不一樣，是沒有責打體罰的」。

直到現在，她的睡眠還是非常不好，會經常做夢。夢的內容有家庭關係、還有與舅媽姐妹的小孩間的相處；大部分都與自己被責打有關，夢中的她通常都是傷心痛哭的。



## 《第五次治療》

### 5-1 出口

「醫師我已經感覺好多了！」她才剛坐下馬上告訴醫師她症狀的改變。

喔！對於她的提手勢，醫師似乎思考著該如何回應？我也想著她想傳達的意念是什麼？

「嗯，這挺好的，可以說是什麼樣的改變讓你覺得很好呢？」醫師回應著。

「不再頻尿、也可以有深度的睡眠。」她很快回應醫師的問話。

接著，醫師又問「感覺進步很多呢！到底促成進步的後面是什麼呢？」

「應該是出口！！我的情緒找到了出口。」

原來，她體驗了情緒找到出口的感受。從這樣的回應看來，她體驗了安全的依戀，而且可以放心談論她從小到大的創傷經驗；或許在這裡，有別於過去在他處的創傷治療性體驗。

除了情緒出口之外，醫師更想確認並預防另一個可能影響治療的關係的發展，那就是關於付費的體驗。因此，醫師接著探問，「我好奇在你每次完成治療，到櫃台繳費的時候，又有著怎樣的體驗呢？」

她回答，「會有點壓力，然後，覺得要好好賺錢，因為現在都在花老本！」

嗯，醫師笑著說，「那會不會有種回到過去在學校時要交班費的感覺？」

她哈哈大笑，「是啊，也是有點！！不過現在這種感覺減輕了許多，畢竟都是自己的錢；而且，她指了一下在診間外頭的朋友說，她也是希望我能夠好好接受治療，『所以要我不要擔心，先把病看好再說。』如果，現在付錢的是舅舅，那我就會很害怕，擔心他懷疑我說謊、也擔心他來查明細，心裡負擔大，我必然會選擇放棄治療了。」

看來一提到繳費她內心不自主就會再糾結起來。即使離開那段日子十年了，但揮之不去的悲慘陰影依然纏繞不已。

「誘發這次症狀復發的原因是自己的愛貓生了重病，又陸續發生了一些其他的事，如好友結婚生了小孩、認識了一個外國的追求者。這些困擾都大概在前一陣子發生，讓自己承受不了。」她這樣的說著。

三個月她認識了個外國男性，原本想結婚不過後來與現在的伴侶仔細討論後決定結束這段關係。現在的伴侶是大三認識，直到現在彼此交往也已經 10 年了。她是一名醫療專業人員。彼此間感情相當穩定，也非常坦誠、無話不談。在結識這個外國男友後，



他們坐下來討論「他們之間」以及「她和外國男友」的困擾。後來，決定繼續留下來彼此照應，維持目前狀態，拒絕外國人結婚的要求。

對於與外國人交往這件事，她仔細想想後認為只是一個出口。

醫師好奇地問她，「你說他只是出口，所以還是決定結束這段關係。這出口是什麼呢？是否可以再多談談呢？」

她點點頭後慢慢地說，「出口就是一種像國中或高中時候的感情，對方給我的感覺就是可以聽懂，並愛護我像爸爸一樣的異性長輩；有時候，我就會對某些異性有著這種特別的情愫。也每次都在這樣的關係中吃了大虧、惹了大麻煩，但是面對著這樣的感情，自己卻總是沒法理智地判斷，又捲入其中。」

我腦海浮起一個分析式的好奇？如果這樣被照顧、被理解的感覺是她的期待，那，這個期待的原型是什麼？或許是內在無法擁有的心理滿足的投射，還是過去某個美好的關係的重複？我想應該是前者吧！

如果是一種對理想的投射，那她內心極度缺乏的那一塊，是可以由現在的「同性」關係所取代嗎？這個「同性」關係的意義又是代表著什麼？是否又是一種對與異性親密關係的恐懼後所發展的替代性情感呢？

她的雙性戀我蠻好奇的，難道是一個既可以滿足心理需求卻又不會帶來危險的親密關係？

權威但不理想的外公搞得全家天翻地覆，沒有存在的父親只是一個壓抑存在的幻想，給她溫飽但卻又嚴厲管教她的舅舅則是像惡魔一樣。對於她內心中那個男人的原型到底是什麼樣呢？或許「原型」就是引誘她的出口；他浪漫又不負責任，他可以給她帶來保護、可以給她理解與溫暖，他可以給她帶來安全的想像……。可是，在現實的生活中的這些「他」其實是不夠理想的；如果真的以這樣他為對象，生活應該又是另一個水深火熱。

相對的，她的她卻是一個穩定的存在。在一起不知不覺就過了 10 年了，這可是她生命的三分之一！！搬回高雄與她的家人同住後，她更享受了不一樣的家人倫的幸福，尤其是與對方父母的關係與互動。然而，她卻闖了大禍。

她無意中發現了「爸爸」的異狀，就檢查了他的手機，進而發現他的外遇。這卻給平靜的家庭生活掀起了場大風暴。她認為自己是一個倒楣鬼，每到一個地方就給那兒帶來麻煩，然而對於「她發現了父親的外遇」，難道，這個發現也透露她對於異性的不信任？

## 5-2 離家

19 歲上了大學必須住校後就有了離家的好理由，雖然經濟上仍不是自己全然作主，但至少可以遠離那令人窒息的地方，也是小確幸。

大學期間，算是逐漸脫離了那段陰霧瀰漫的日子。

大學時認識了現在的伴侶，也沒想到就是這樣固定下來了。23 歲大學畢業，就迫不及待地想搬出那個家。然而，舅媽卻覺得被她背叛了，不可思議地在這場家庭革命的過程中舅舅卻默默地旁觀，不再插手介入她與舅媽二人的戰爭。最後，在慘烈的抗爭中她得到勝利，搬離了那個令她百感交集的家。

23 歲，她想著在那個年紀，媽媽跳橋結束了自己生命。然而與媽媽不一樣的是，她找了個業務的工作，獨立過自己的日子。她說，「當然，生活總是要能夠活下去！」

醫師回應「也是，但那個時候你對生命有什麼想法嗎？」

她很實際的說，「其實那時候想法很單純，我只想到如何照顧自己的生計、以及整頓自己的身心。而且，那時候和她在一起，很有希望、生活也很好，不用再靠舅舅了，我覺得自己也有能力賺錢，這是新生命的開始。同時生活也不再混亂了，我只想有個家。」

再來就是辭掉業務，自己擺地攤，跑員警；時隔多年在一個偶然的機緣之下，她在臺南的一個文創小區找到間店面開始做起買賣文藝手工藝品的生意。全心投入工作，她在中東與歐亞大陸間穿梭，日子過得有聲有色。直到二年前，不知怎的生意在突然間就大幅地下滑了，大部分的時候整天都沒有一個客人賣不出東西。有人說她是被無形的卡到了、也有人說修行解脫的時間到了，總之就是要投入宗教的意思。

醫師在嘴裡嘟囔「卡到無形到底是什麼感覺？」

「就是像憂鬱一樣，想把自己藏起來」她回答道。那時，她只要回到住處就渾身不對勁，情緒很也不穩定，整日把自己關起來什麼也不想做。後來年初時把店頂了出去，整個人才好了起來。

「我覺得現在挺好的，可以決定自己的人生；當然媽媽也有自己的宿命，但是我覺得只有把自己搞好才是對她最好的回報。至於媽媽也有必須要承受的業障，如果陽壽未盡她應該一樣還在受苦吧？應該怎樣就怎樣，順其自然就好。」她這樣說著，不知不覺中她似乎也慢慢地脫離了那些苦難。

我又好奇問，「外公呢？」

「外公去年過世了。再娶的阿嬤得了所有的財產，她並沒有分給自己的小孩，她目

前最有錢的獨居富婆。」她靜靜回答著，又接著說「將近半個世紀，她活得最得力，真個家族都被她搞得七葷八素地；我媽的人生，還有我的人生！！」

是啊，就是業障，一切的糾纏與羈絆都在冥冥中發展消逝。

### 5-3 意念導入

嗯，敘說完故事後，她內心已經有了新的體會。

「那就開始我們的治療吧！」醫師說著。

她回答，「好」。

一般在這短期結構式治療的療程中，前二次是以聚焦、敘事、以及憶溯性回顧作為主要的技術；醫師會藉著不斷的反饋，也就是張沛超易心八法的承析啟作為基礎，在聚焦與敘事的框架下，交叉反應回憶追溯來訪者的內在創傷記憶圖示，再依據這發展出來的故事為梗概進行意念導入。

所謂回溯性意念導入就是，在催眠狀態下針對來訪者的創傷圖示進行回溯，改變其中重要的關鍵元素，或是將情緒與事實進行剝離，操作思維而達到認知改變，神經迴路整合重新再塑，進而達到治療的效果。

這是北京廣安門中醫院汪衛東所發展出來的中醫心理治療技術。目前已廣為運用在心理門診失眠、抑鬱、創傷後應激障礙……等，各種心理疾病的治療，並取得良好的效果。這一年來醫師引用這治療方法作為精神科門診的治療方式，雖然不像精神分析可以改變個人性格而達到治療目的；但因為針對症狀可以迅速達到治療的效果，符合現代醫療需求的期待，不啻為一值得推廣的治療技術。

首先藉著三條放鬆，醫師在與她同頻的狀態下進行低阻抗的導入。

「吐氣！慢慢地吐氣！就在最後的時候把那些擔憂慢慢地吐出去。耳朵注意聽著古琴的演奏，注意聽那音與音之間的休止符。眼睛慢慢地閉起來，專心聽那深沉古琴的樂音，慢勻細長調整你的氣息。讓自己與音樂、與這個空間、與整個世界宇宙融合；體驗身心合一的感受，那是身體和靈魂輕鬆和諧的運作互動。身心內外一切是那麼的和諧美麗。

慢慢放鬆！再放輕鬆！……。頭皮放輕鬆，眼睛放輕鬆，臉部放輕鬆，喉嚨放輕鬆，牙齒放輕鬆，頸部肩膀放輕鬆，雙臂放輕鬆，二手放輕鬆，背部放輕鬆，腰部放輕鬆，臀部放輕鬆，大腿放輕鬆，膝蓋放輕鬆，雙腳輕鬆踏在地板上，慢慢呼吸感受空氣進入肺部、擴張收縮，橫膈膜輕鬆上下起伏，心臟也輕鬆地跳動著，腹部像海浪一樣一波波

地來回著，腸胃輕鬆蠕動著。

將身體全然的放鬆，之後醫師慢慢感受手掌所傳遞的熱量，從頭部到臉部，到身體、到腿部，由上往下地慢慢地流動；那就像是傳遞著來自宇宙太陽的能量，感受著這個熱量在身上流動！！看著這個熱帶來的力量在身體由上往下地流動著，將身上的穢物清除，從腳底湧泉之處流出。」

在進入催眠下的低阻抗狀態後，醫師在社會歷史與經濟的脈絡之下把她的故事敘述了一遍。過程中，醫師強調了她的美好與美德，以及這些美好與美德與社會主流價值的衝突，刻意在這衝突下將故事劇本做了改變。醫師默默擴大了這改變的劇本，操作對方的思維，因而也達到改變認知達到症狀治療的目的。

操作的過程中，雖然她深閉著眼睛，但醫師仍可以從臉部與全身的肌肉變化看出她所經歷的各種狀態變化。當醫師敘說她中學時代的遭遇，尤其是舅舅的晚上三部曲，她涓涓的淚水不斷地流下；最後，在改變的腳本的故事中，她逐漸地放鬆緊縮的額頭，內心慢慢地恢復平靜。

「嗯！你可以停留在這裡，體會並記住這個感覺。之後再請你慢慢地睜開眼睛，深深地再一次吸氣吐氣！」醫師在這裡結束了整個過程。

接著，醫師問她目前的狀態，「現在這令你感覺痛苦的過程嚴重度大概有幾分呢？」

她，「大概只剩下二分。不過，在你敘說我國中時候的成長歷程，當下我感覺頭很昏，就是那種說不出來的感覺。」

我想著，過程中，有敘說，也有數術；在敘說與數術中，自己與來訪者將她的生命重新回憶、詮釋、重構，內心透過了再組織而產生了新的意義以及前進的力量。這個方式的心理治療已經超越了原來架構下的心理治療；不僅治療者離開了自己的位置，同時也加入了歷史、社會文化、與政治經濟的脈絡，藉著敘事與聚焦的技術改變來訪者的認知，而達到治療的效果。儀式的作用必然也會提高療效，我想，這已不僅只是治療，應該算是表演了吧？

## 《第六次治療》

### 6-1 也找尋心理針灸的下針穴道

「可以談談你的情緒嗎？我們再回顧一下，在離開舅舅家後，它還是會再回來嗎？以怎樣的方式回來？」

醫師試著再一次澄清她的情緒狀態，同時也找尋心理針灸的下針穴道。

她想了一下說，「其實十幾年來大概每隔二三年就會有一次類似這樣的情緒不穩定，發作嚴重時還會想自殘，想離開這個世界；但這次發作是從二年前持續到現在，每天早上起來就覺得好無力，什麼都不想做，也做不了什麼事，完全提不起勁。我不知道確切發作的原因是什麼，或許跟經濟狀況不穩定、親人過世有關，但似乎又沒有什麼特別的原因。」

比起之前還沒離開家，她這幾年情緒顯然好多了，不過，這一陣陣情緒不穩定的原因，還是令人好奇。這十年來她和同性伴侶的相處讓整體情緒狀態穩定了不少，醫師好奇她為何對自己的人生做了這樣的選擇？因此，醫師故意的問道，「你會不會覺得 17 歲時候，小孩沒有留下來覺得可惜？」

她想了一會兒，說「那個時候會，現在則覺得，一來那時候自己根本沒能力養小孩，畢竟一言一行都是身教，但我根本不是個好榜樣，二來我不穩定的情緒更是不適合。不過，在內心深處一直都渴望能有自己的家，自己的小孩。但，前提是要讓他有健全快樂的家庭，並且經濟充裕。我想男孩女孩都好，只要家庭氣氛好就可以。」

### 6-2 家

醫師特意拓展她對於家庭的期待，希望她可以任意馳騁在想像之中。

她接著又說，「這個家是要健全的，我希望有面大落地窗，讓陽光灑落滿屋，木製傢俱可以擺滿我從國外帶回來各式藝品，還有一貓、一狗、一個小孩。另一半的他一定要有智慧而且冷靜圓融，不會對我和小孩亂發脾氣，可以帶領引導我和小孩。他願意陪伴、付出、花時間在家，每天回家吃晚餐，至少假日一定要留給家人。我們有一部歐洲車，福斯的，就像現在家裡開的一樣，安全就好。」

窺見她內在的渴望，一個健全的家、一貓一狗一小孩、還有一個脾氣好又有智慧的好老公。這是一個完全小女孩的完美夢想，其實，世間男女在現實的考驗下多少人可以這麼美滿呢？

然而，即使有這種渴望，十幾年來她仍然只是與同性伴侶廝守著。好奇的醫師繼續追問，「那，你和她分享過你的夢嗎？」

「會啊！」，她輕快的回答。但是，她又悠悠的說「大多是她在講她想要的家、婚姻和未來，我只是靜靜地聽，不會太想加入。」

我思索著那個不會太想加入意味著什麼？醫師已經緊接著問，「是喔，那你是否會考慮真實的婚姻生活呢？」

「其實，我對婚姻是恐懼的。總有一種預感，即使結婚了，我也會離婚，因此跟她在一起我還是覺得比較安全。最近看了韓劇《夫妻的世界》，講述一對看似相愛的夫妻因背叛而將愛情切斷後，陷入漩渦的故事。有錢表面看似美滿，但真實生活卻是很空虛，只是在維持一個婚姻的表象。我覺得大部分的婚姻大概都是這樣，我如果結了婚，就會很想確保不會離婚、不讓家人擔心……。所以，說真的要找到讓我感到安全的另一半實在很難。最後，總是在選擇的煎熬下就放棄了。」

原來，在她的經驗中很少有可靠安全的對象。因為一出生，那個可靠的人就不在了？醫師再度回到她的人生尋找答案。生平從未見過一面的生父、還有因為出軌而導致全家悲慘命運的外公、還有國高中交往的對象，他們都不能承擔責任，沒有一個靠譜。這些男人對她而言，婚姻就是危險，就是不可靠。

她又說，「我也遇到過脾氣不好的男友，就是在與我現在伴侶之前所交往的對象。我們交往了三四年，經常不知為什麼而大吵，現在想想就是我不能信任他那可有可無不在乎的態度。分手後與現在伴侶在一起後就沒有這些問題了，我們不太會吵架，偶爾吵，但馬上就講開，她就是完全合符我的理想的對象，可是他不是男性。」

伴侶的父親原本在我心目中是高分的，也讓我看到不一樣的男性，完全符合我的要求。但，最後因為一些蛛絲馬跡，我們偷看了他的手機後，還是發現了問題。這讓我更覺得真的沒有婚姻是可以被信任的了。

我想，一輩子都沒有對象也無所謂。

我現在的伴侶對我有無限的包容，也會開導我，讓我情緒穩定。跟她在一起就是很舒服，頻率相近、她無怨無悔地陪伴，凡事以我為中心，甚至辭職陪我一起創業吃苦。」

「無限的包容與陪伴」醫師輕輕地回應著。

「是！有時像爸爸、有時像媽媽、有時又像姊姊，但更多時候是理想的另一半。」  
她眼神有點迷惘？

### 6-3 身體的狀態

根據多重迷走神經理論，自律神經系統運作通常會處於五種狀態。一是和諧運作狀態，社會性迷走神經主導整個系統運作，隨著面臨的各種狀況交感、副交感神經交替著工作；二是競爭比賽的狀態，在社會性迷走神經主導整個系統運作之下，面臨緊張激烈比賽的狀態；三是舒服的癱瘓狀態，就像在社會性迷走神經主導整個系統運作之下，舒服地癱著放鬆的狀態；四是戰或逃的激烈狀態，交感神經脫離社會性迷走神經的控制而主導整個運作，呈現亢奮狀態；五是瀕臨死亡狀態，副交感神經脫離社會性迷走神經的控制而主導整個運作，呈現瀕臨死亡的狀態。

參照中醫對於鬱症的辨證，交感神經亢奮的狀態約略就是所謂的氣鬱與上火；副交感神經退驅的瀕臨死亡狀態，大概就可以推測就是中醫所謂的痰濕瘀血。因此，對應自律神經系統的變化，就可以清楚地解釋各種臨床的症狀表現。相對的，參照中醫辨證也可以明瞭，不同的經絡對應關係，而施以針灸治療。

心理針灸是一種非侵入性的治療方式；主要是藉著拍打特殊的穴道而達到自律神經系統平衡，進而達到症狀緩解的效益。就心理問題而言，這是屬於非藥物、非語言的另一類治療。在西方醫療也有相類似的方法，例如顱薦治療、整復治療、情緒釋放治療等，但這種治療方式早就存在於五千年歷史文化的中醫治療中，就如孫思邈的鬼門十三針就是特色。

我想以我們固有文化的中醫融合了西方近代心理學，這也算是一種後現代的心理治療。

進行心理針灸之前，醫師想再度確認一下她身體的狀態。

「說說看，你是否可以清楚體驗不同情境狀態下身心的變化？」醫師探詢道。

她似乎再次回到過去，靜靜的體驗過去的那些感覺，隨後緩緩說「和伴侶在國外採購時，雖然身體緊張疲累，但心靈是愉悅的；日子沈寂平淡時，內心裡頭的那一個悲傷的部分就會被撞擊，而就會經常陷入那種癱死的感覺。這時候我什麼都不想做，整天關在家裡，身體也有很多不舒服，不僅生理期全都亂掉，消化也非常不好，一下腹瀉一下便秘，也會感覺全身冰冷。簡單的說，就是一種卡到陰的感覺。」

所以，我發現她會在不經意間，自律神經系統就會脫離安全狀態，進入了副交感神經主導的瀕臨死亡狀態。我推測除了經濟是一個因素外，閃回的恐懼記憶應該也是一重要原因。因此，她就必須靠著購物、或者新奇事物的刺激來提振交感神經。

不過，她接著又說「其實，比起以前國高中的時候，整個狀況在和現在伴侶交往後

好很多了，因為她給我就是一種安全依靠的感覺。」

我感受她在這裡似乎找回一部分安全的依戀，對她而言，伴侶就是一種多重角色的存在。這也可以理解為，伴侶是穩定迷走神經的重要因素；伴侶在，迷走神經就會和諧地調和整個自律神經系統的狀態。

#### 6-4 心理針灸

「嗯，在進行心理針灸之前，你可以試著回想，在記憶中最痛苦、讓你覺得最頭暈的畫面是哪一幕？」醫師試著尋求下針的穴位。

她回答，「一生中最恐怖的畫面就是，以前每個晚上都幾乎會進行被檢討反思三部曲；在上次意念導入的時候，那一幕讓我感到頭暈最明顯。不過，在上次治療之後，就感覺那一幕已經逐漸地褪去了。」

醫師緊接著對她說，「那也好，我給你一句話你就牢牢地記住。『雖然我的生命經過那麼多的苦難，但，我都順利走過了，我相信在未來絕對可以克服困難，實現美好的人生。』麻煩你複誦一次，牢牢地記住，等下進行治療的時候，內心就不斷地重複唸著這句話。」

這是在進行心理針灸錨定的技術，通常在無法產生意念的圖像時使用。

接下來，就按照標準程式將她導入低阻抗狀態。先是三條放鬆，接下來引導她進入催眠狀態。之後，醫師找到後溪穴並開始拍打，很快地半個小時過去了，醫師也結束所有穴位的拍打。

醫師緊接說，「麻煩你繼續深呼吸，我們調整一樣的呼吸頻率，等下我數到三，麻煩你再睜開眼睛，看著我的手指跟著移動，記得眼動頭不動。」

「數到三後她慢慢地張開眼睛，眼球跟著我的手指移動，左右各三次，然後順時鐘，再接著逆時鐘。完成眼動之後」，醫師又指導她繼續再閉著眼睛調整呼吸，在彼此呼吸同頻後，告訴她，心裡跟著我默念到 10。

之後醫師說著，「請你輕輕地哼唱最喜歡的那首歌的一段旋律。」

她輕輕地唱起我的家庭……，醫師：「很好，接下來麻煩你背誦自己的手機號碼。」

「09\*\*\*\*9457」她快速的回應。然後，醫師接著說「那，麻煩你把後四碼再說一次。」她沈吟了一下，慢慢的說「9457」。

「嗯，很好！那，再麻煩你把剛才那個旋律再唱一次。」醫師立刻再丟給她一個指令。



「我的家庭真可愛，整潔美滿又安康，姊妹兄弟很和氣，父母都慈祥，雖然沒有好花園…」

我心裡突來一陣好奇，她所謂的家是指哪個家？她心裡起碼存有對這個家的理想期待，知在這個期待中，她會是如何處理這痛苦的經驗。

「請你慢慢地張開眼睛，輕輕地用手揉一下臉。慢慢的深呼吸……，現在你覺得如何？那個痛苦不舒服呢？」。

「都沒有了，很輕鬆，一切都過去了。」他揚起笑容注視著醫師說。

我也以相同的心境與眼神來回應，並看者她輕鬆離開診間，微笑迎向伴侶且對她說「好了！」。

是啊！好了！對她來說一切都過去了，她告別了過去的自己，開始展開迎接新的人生。對醫師來說治療階段完成了，此時腦海不禁響起「…OH！再會吧 OH！向前走…」的旋律。

