



本期內容

身心社靈·整合治療	p1
心理治療第三波	p2,3
病悉感與盼望	p4,5
輔導員的一天	p6,7
退修會中的反思—— 精神健康工作者的社會責任	p8-10
整合治療與教牧關顧的反思	p11,12
中心消息	p12

董事暨榮譽顧問

麥基恩醫生	賴子健醫生
康貴華醫生	陳玉麟醫生
陳熾鴻醫生	李詠茜博士

榮譽顧問

歐銘鏘醫生	何定邦醫生
張鴻堅醫生	馬燕盈醫生

專業團隊

李詠茜博士	吳張秀美女士
胡鳳娟女士	賴靜琳女士
顏昭華先生	郭麗芳女士
蘇劉君玉博士	陳偉基先生
謝翠瑩女士	劉曾詠思女士
梁趙穎懿女士	

香港中心

上環干諾道中130-136號
誠信大廈21樓2103室
電話：2815 5661
傳真：2815 2119

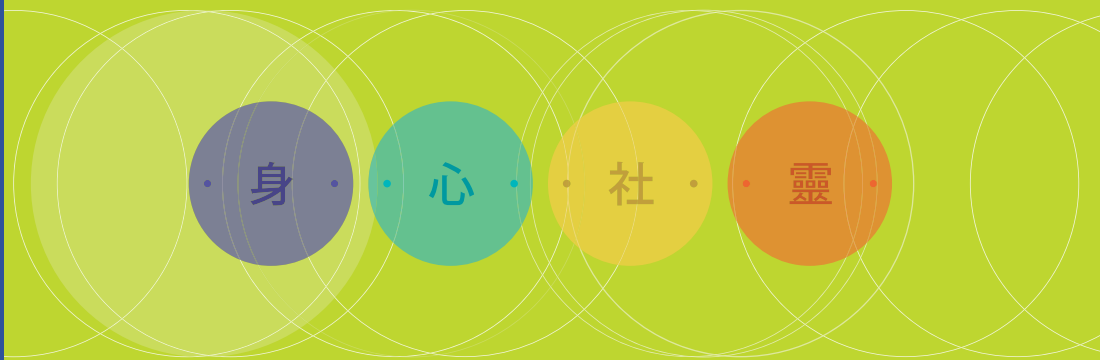
九龍中心

旺角彌敦道655號12樓1205室
電話：2397 0798
傳真：2787 3069

網址：www.allianceholistic.com.hk
電郵：info@allianceholistic.com.hk

第十四期通訊編輯小組

督印：李詠茜博士
編委：陳熾鴻醫生 梁趙穎懿女士
郭麗芳女士 許丘加莉女士



編者的話

身心社靈·整合治療

陳熾鴻醫生

隨著中心踏入十周年，我們希望再次反思「誠信」的創辦理念——全人綜合治療，以比較廣闊的角度，包括從身體、心理、社會及靈性各層面，去理解心理及精神問題，所以「整合」便成為我們各項十周年活動的主題。繼上期通訊後，今期通訊再以整合為題旨，邀請各同事發表心得。中心於四月舉行的退修會，更以「社會使命」為題，邀得中國神學研究院候任院長李思敬博士主講，帶領同事反思，而幾位中心的董事、臨床心理學家及輔導員就此作出回應、分享。

我們先玩一個文字遊戲：你認為是「身心社靈的整合治療」還是「整合身心社靈的治療」較為重要？

現今社會，談及身、心、社、靈，往往是以不同的角色配合治療：要吃藥的，找醫生；心理治療找臨床心理學家或心理輔導員；需要社區復康或社交技巧訓練，找有這方面訓練的社工；靈性關顧、意義重整等課題，則拜託宗教人士了。這樣的專門化分工，相信是現代社會、工業革命帶來的影響吧！

我們的取態，是更著重整合「身心社靈」的治療，因為人之為人，就同時具有肉體及心靈，人與生俱來就是社會性的，人的心理與關係及意義不可分割。從這個角度去讀今期的文章，你不難發現，在心理的範疇裏有靈性與核心價值的重要性（見李詠茜博士的專論「心理治療第三波——淺談接納及承諾治療」，從精神科醫生的角度，也有心理、靈性與社區復康的重要性（見賴子健醫生的「病悉感與盼望」），謝翠瑩女士的「輔導員的一天」，探討了治療關係和治療歷程相關的議題，也剖析了「人是關係性的存有（relational being）」這人觀如何在治療關係中體驗。最後，陳熾鴻醫生分享在個人的實踐中反思牧關及整合治療的關係。

此外，中心為求更深化整合的理念，將於本年11月30日舉辦「靈性與精神健康的整合」（Spirituality and Mental Health）研討會，詳情請參閱附頁之宣傳及中心網頁的活動消息。名額有限，請及早報名，踴躍參與。

心理治療第三波

——淺談「接納及承諾治療」



李詠茜博士

2

以實證為本的心理治療趨勢，於過去十多二十年間進入第三代或所謂第三波（3rd wave），強調跨越診斷類別（transdiagnostic）的整合性治療模式（unified approach）。被納入第三波的療法包括：接納及承諾治療（Acceptance & Commitment Therapy, ACT）、辯證行為治療（Dialectical Behavioural Therapy, DBT）、靜觀認知治療（Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT）、整合療譜（Unified Protocol）、基模治療（Schema Therapy）及上認知治療（Metacognitive Therapy）等。它們的焦點各有不同，但共通點是提倡一些關注全人的概念，例如：靈性與核心價值的重要性、對情感經驗的接納、上認知（metacognition）的角色、活在當下，以至了解及尋回真我等。

何謂第一、二波？

行為理論及療法，被稱為心理治療的第一波，皆因它是把心理治療建基於科學及人文科學實驗數據的始祖。後來居上的認知療法，強調如何改變大腦在處理資料或思想模式上的謬誤，被視作第二波。儘管認知行為治療的療效已獲得無數研究及臨床經驗支持，可是仍有好些患者覺得這些療法不奏效，又或者療效不夠長久；於是心理學者及治療師便致力繼續把療法改善，加入新的研究發現，務求找出種種窒礙心理健康的基礎因素，好對症下藥。正如ACT的始創人Steven Hayes，認為單靠引導情緒病患者作出理性的思考與行動，不一定見效，因為背後有好些因素維持著他們的「不理性」。

接納及承諾治療（ACT）

以下是對「接納及承諾治療」（ACT）的簡介，好讓讀者看看它跟傳統認知行為治療的異同。

ACT提出六大窒礙心理健康的因素及其對策：

毛病	對策
1 逃避情感經驗	願意接納並體驗人生經驗
2 認知混融（cognitive fusion）	認知辨離（cognitive defusion）
3 專注在過去或將來	活在當下
4 以經驗中的思想感受來定義自我	我是一個有意識的觀察者、經驗者
5 不知自己重視甚麼	清楚知道（或發掘）自己的價值取向
6 隨意、衝動、情感主導的行動（或不行動）	承諾逐步進行價值導向的行動

1. 逃避情感經驗 → 願意接納並體驗人生經驗

情感是全人的一部分——驚慌使我們更敏捷地應付危險，哀傷或焦慮提醒我們所失去（或可能失去）的東西對我們的重要性，因而珍惜我們所擁有的，並聚焦去解決困難，改善生活。但研究發現很多人會害怕及抗拒哀傷、焦慮及憤怒等負面情緒，為了逃避經歷這些情緒而不去做他們原來想做的事，過他們希望過的生活。例如一個喜歡有朋友為伴的人，為了逃避（想像中的）批評所帶來的焦慮與傷感，便索性不參與社交活動；或一個渴望得到真愛的人，為了逃避在正常關係中出現磨擦而帶來的傷害與空虛，選擇投入短暫而無承諾的關係或一夜情、婚外情等，最終還是得不到真愛。

ACT認為苦難（suffering）是人生的一部分，是無可避免的；痛苦（pain）是苦難的必然後果，然而痛苦的程度卻受到很多主觀因素影響，例如：把焦點放在痛苦（或傷感、焦慮等負面感覺）上，常常想着不要它，只會感覺更痛苦；愈害怕及抗拒痛苦，它便好像更大更兇；因逃避痛苦而不去做想做的事，生活變得無聊無意義，人生因而更痛苦（“Pain of Absence”）。ACT提倡接納各種負面情緒為人生正常經驗的一部分，不因害怕、逃避而讓這些痛苦坐大，令人生偏離了價值取向。勇於擴闊體驗，才能培養出更高的應對能力。

讀者可能會想：「這些負面情緒的確不好受，怎能樂意『擁抱』它呢？」且看ACT提供的「貼士」……

2. 認知混融 → 認知辨離

過去的經驗，無論是親身經驗、觀察別人的經驗、或被教導而相信的經驗，會在我們的腦海中形成各種關聯系統，把相關的情況、感受、思想、自我評價等連成一體，當遇上誘因 (trigger)，便會一湧而出。例如：若有人小時候常被罵「污糟」，或經歷「沙士」時期十分擔憂，便可能在現時一般生活中也好端端的想起「這很污糟」，同時感受到（當年的）緊張焦慮，但這「只是一個思想」及其聯繫上了的感受，並非眼前的現實；若被焦慮情緒奪去注意，繼而進行逃避焦慮大行動，便墮入強迫症的圈套了。

再舉一例：很多長期抑鬱症患者，常常想起「人生只有痛苦」，或「沒人了解我」，這些都「只是一個思想」，多半在某個時空曾經發生過，但不一定是眼前現實；若患者把這些思想看為真理，繼而陷入關聯的痛苦情緒中，再因逃避痛苦情緒而不去做有價值的事，他的人生便真的「只有」痛苦了。

ACT有好些練習，幫助情緒病患者分辨「這只是一個跳出來的思想」、「這只是一個回憶」，及其關聯的感受或影像，並非眼前現實；同時要貫徹上述樂意體驗的原則，不去壓抑或逃避思想及感受。實驗證明，辨清思想與現實，加上不逃避或壓抑，那想法的「可信性」會逐漸降低，而關聯的情緒困擾也會隨之而淡化，主觀的痛苦感覺自會減輕。

3. 專注在過去或將來 → 活在當下

有見好些情緒病患者的主觀世界總是專注在過去（例如過往的創傷或打擊）或將來（例如可能發生的問題），以致現實生活上「人在心不在」，好像行屍走肉般過活，ACT提倡活在當下，建議患者以一種非批判性的心態去接觸眼前生活上的種種，從而培養出更有彈性的適應能力，以達成與核心價值相符的行動。「靜觀」是處理這個環節的主要技巧之一。

4. 以經驗中的思想感受來定義自我 → 我是一個有意識的觀察者、經驗者

當一個人過分認同他的「情緒病患者」身份，與身份不符的事情（例如開心地享受一頓美食）可能會變成匪夷所思；若別人建議他去做一些有建設性或快樂的事，他會很快拒絕，認為「冇用」、「冇可能」、「不想做」、「做了也不會開心」等。ACT建議患者不要以一些思想感覺來定義 (define) 及規範自己，反要察看 (notice) 及容許自己在不同情況下有不同的經驗。經驗和感覺會變，但經驗者的身份卻是穩定的。這可提供一個安全的空間，讓人放心去接觸負面事情及情緒，因這些經驗都只是短暫的。ACT會運用靜觀及角色扮演等技巧，幫助患者掌握這個察驗者身份 (the "Noticing Self")。

5. 不知自己重視甚麼 → 清楚知道（或發掘）自己的價值取向

當我們缺乏清晰的核心價值，便很容易被恐懼、內疚或無意識的服從主宰行動。ACT有一句名言：「價值是要每分每秒活出來的」 (Values are lived out moment to moment)，而不是抽象、遙不可及的。例如：某人若重視家庭，總有無數的大小方法可於日常生活中對家人好一點，小如一個微笑、一聲招呼，已是在實踐自己所看重的價值。所以不在乎你「想不想」做，而是要根據自己的價值觀行事和生活。ACT會利用各種體驗性的練習，跟患者探討他們的核心價值，繼而設計一系列價值導向的行動計劃。

6. 隨意、衝動、情感主導的行動（或不行動） → 承諾逐步進行價值導向的行動

近年的心理學研究，屢次發現逃避傾向的破壞性。ACT療程中會不斷鼓勵患者逐步改變有毛病的行為，使行動更吻合他們的價值定位；這部分與傳統的行為治療很相似，一般的行為改造法、面對及暴露療法，皆會如常被採用。

在ACT的概念中，治療的終極目標是提高心理彈性，使人在面對不同的人生經驗時，仍能靈活地改變行為模式，讓生活與核心價值得以貫徹始終。

結語

ACT曾惹來不少批評，有人認為它只是新瓶舊酒，或太哲學化、理論化。誠然，ACT的一些概念，例如認知混融問題，是屬於上認知的研究範疇，早已被應用在強迫症的標準化治療中；「活在當下」也不是甚麼新猷，靜觀練習早已獲得功能磁共振 (fMRI) 數據證實能改變大腦思維及感覺；行為治療的效用就更是已知的事實；但有好些臨床研究證明ACT對於抑鬱症、強迫症、濫藥等問題頗有療效^{1,2}。其實ACT從沒宣示自己是一套與別不同的療法，它只是整合了近年在臨床心理和腦功能心理研究的一些結果，並提倡以核心價值為軸心，把這些研究發現結合起來；如此看來，ACT也不失為一個更具全人觀念及整合新的研究結果之誠意嘗試。

參考書籍：

1. Hayes, S.C., Pistorello, J., & Levin, M.E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40 (7), 976-1002.
2. Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

病悉感與盼望



賴子健醫生

在精神病理學中，有一個相當重要的概念，稱為“Insight”，中文譯作「病悉感」，亦可譯作「自知力」或「內省力」。

簡單來說，病悉感是指一個病人對自己健康狀況的病態變化的認知程度。通常較嚴重的病（如思覺失調或精神分裂症），病者一般病悉感較低，不接受自己有問題，亦較常抗拒治療。但這並非必然的現象，有部分嚴重精神病患者，仍會聽取別人的勸解和自願接受治療。

病悉感也並非有或完全沒有，而是有不同程度。在作臨床評估時，醫療或心理人員可用不同的問題，將病悉感的程度，作以下的區分：

1. 病者有否覺察到其他人所發現在他／她行為和其他方面所出現的改變？
2. 如果有的話，他／她是否認同這些現象/改變是不正常的？
3. 如果是不正常的話，他／她是否認同這些現象/改變是由精神上的疾患引致的？
4. 如果是的話，他／她是否認為自己需要接受治療？

醫療人員當然會盡力向當事人解釋其病情，從而增加他／她的病悉感，並藉此勸導病者接受治療。

不正確的病悉感可能產生負面影響

如果病者被告知的主要是病情的嚴重性，及治療和有關的副作用，而忽略了較正面的資料，那麼病者所知道的，可能是自己得了一個很難康復的長期病患；人生的夢想破滅了，對人生、將來失去了盼望，很可能會經常自憐、自我形象低落，容易有抑鬱情緒，或悲觀、絕望的心境，甚至自殺念頭。對有關精神病的種種報導，特別是媒體對精神病患者發生事故後的負面報導（包括可能帶有侮辱性的稱呼），病者或會感到很沮喪和失望，對自己的康復也失去信心，也懼怕面對身邊的人、鄰居和街坊。

相反，如病悉感太低，病者會變得自我中心，不

覺得有病，傾向放棄治療，令病情轉差，甚至復發。嚴重的有自殺傾向或其他危險行為；或「負性/陰性病徵」(negative symptoms) (註1) 惡化，令自我照顧能力減弱，甚至出現自我放棄的境況。

亦有不少的情況，病者明白自己的病情，也知道要面對，但也有各種的恐懼，例如：吃藥（或長期吃藥）、藥物的副作用、理想破滅、失去幸福、一生一世被病纏擾、入院、失去自由、被家人遺棄、歧視、不公平待遇等。

那麼，兩者如何取得平衡，令病者有適當的病悉感，而又不致失去盼望，能以積極態度與病共存？我認為我們可從康復觀念的再思入手。

康復的定義

病者和家屬經常問，如何界定「康復」(recovery)？(註2) 我不能給予一個簡單又普遍認可的答案，但讀者可參考以下不同的角度。

1. 病徵的康復：指身體機能、情緒（如抑鬱、焦慮、興奮）、正性/陽性徵狀（例如幻覺、妄想、思想紊亂）等病徵的減退或消失。
2. 功能的康復：指身體機能、思維能力、起居作息及自我照顧能力、工作技能等的恢復，即負性/陰性病徵都大致減少了。
3. 個人心理層面的康復：雖然病徵可用藥物或其他治療方法去控制，各種生活或工作技能可以學習，但病者終歸仍需認識本身患了甚麼病：包括病徵、可能的成因、治療方法（包括效力及副作用）、預後（包括復發機會）、生活配合、預防復發的方法等等。除了認知層面，病者也要處理個人的自我形象、自我接納等問題，這比只在理性上認識一個疾病可能更困難。
4. 生活、社會角色上的康復：這不單指生活技巧、工作技能上的恢復，而是指一個人在其家庭、社群，以至整個社會中所扮演的角色。

除了心理上對病患的適應，也可能涉及更深層的困擾。例如，病者會問：「為甚麼會發生在我身

上？」「為甚麼命運如此作弄？」「人生的意義是甚麼？」這不單是醫學、認知或心理的問題，也是心靈上 (spiritual) 的問題。

所以，面對一個慢性精神病的康復，我們應有一個更廣闊和長遠的目標：就是病者「須將生命的計劃及抱負調整，以至形成一個生活與疾病共融的新人生觀」，包括了：

- 接受那病帶來的障礙；
- 夢想及抱負的調整、修改；
- 將那病融入實際的生活中；
- 有準備面對偶然的挫折及失敗；
- 明白復康的道路因人而異。

總的來說，務求達至最佳的康復 (recovery)，最大的社區融合 (community integration) 和最高的生活質素 (quality of life)，包括了衣、食、住、工作、社交、娛樂、兩性交往等。

治療方法及復康服務要與時並進

首先，使用有效及正面的治療進路是最基本的。這包括了：藥物治療 (控制病徵、預防復發) 和心理及行為治療 (心理教育和輔導、處理情緒困擾及負面思想、改善行為問題/ 社交技巧，以至認識復發的早期徵兆)。

在復康 (Rehabilitation) 服務方面，由於病者的需要因人而異，服務要**個人化**，在最大程度上容許服務使用者參與，並考慮其喜好及價值觀。服務也要盡量**正常化** (normalized)，即看來不是特別為能力低的人士而設或有其他標籤成分，以及**建基於社區** (community-based)，即不是設於遠離民居、交通不便的隱蔽設施。評估及作復康服務的配對時，亦應著眼於康復者的**強項而非弱點**。

此外，服務要全面而綜合，並且是持續的、易於使用的及協調的。職業治療/ 訓練，要著重工作上的技能訓練及支援，但要避免沉悶、單調、重複及無意義的訓練程序。(近年「社會企業」在這方面有很大的發展。) 若能與家人合作，建立伙伴關係，效果會更理想。

康復者在復康過程中的角色

有了上述以「全人」理念去建立的復康服務，康復者亦要作出配合，以發揮最大的功效。首先，要正確認識「康復」的理念 (見上文)，同時不要自我標籤、放棄，要學習接受自己的病患。定時服藥、與醫

生商討病情、服藥後的反應及副作用也很重要。亦要留意有關健康資訊及醫學上的新進展，以及在日新月異的都市化生活中可以自我增值的課程 (例如電腦課程)。參加病人自助組織，亦可加強互相交流和勉勵。

較成功的康復者可作為榜樣，透過大眾媒介主動表現正常化的生活，從而在社會上建立正面的形象；甚至參與政治上的表達和醫療及復康政策的商討及制定。作為「過來人」，康復者自己可以參與復康工作，服務其他病患者。而參與醫療或有關復康服務的研究工作，亦有助促進精神科及復康科的學術發展，長遠而言有助改善治療及復康服務的效果。

在患難困苦中，不少人會嘗試尋求宗教上的幫助。若信仰有助病者得到安慰和建立正面的人生觀，又不妨礙病者的治療，我認為可鼓勵循這方向探索，並支取情緒和精神上的力量面對困難。

結語

回顧過去二、三十年，精神科的治療和康復過程的社區化、康復者的權益、生活質素和工作機會等，都有很大的進步；再加上治療方法、藥物和設施的改善，令康復過程更順利。

所以，在解釋病情時，若能同時**強調較正面的資料**，例如治療的成效，預防復發的方法，新藥對治療的幫助，和其他支援病者重回人生學習和成長的復康服務等，助病者/康復者將目光放在康復過程中的光明樂觀一面，從而令病者心態上接納自己，與病患共存共融。這人生觀的改變能使病者/康復者對將來更有目標和盼望。到時再想到「苦難病患為甚麼會發生在我身上」，便能有信心回應：「那又如何？我仍能活得精彩和有意義！」

註1：「負性/陰性病徵」 (negative symptoms)，是精神分裂症中，除了幻覺、妄想等「正性/陽性病徵」 (positive symptoms) 外的常見的現象，包括：情感冷漠、語言貧乏、缺乏動機或興趣、社交退縮、難以和其他人建立持久及有感情的關係等。

註2：由於「康復」和「復康」二詞在使用及含義上容易混淆，在本文裡筆者用「康復」代表痊癒 (recovery)；而「復康」則指更闊層面的“Rehabilitation”。而「病者」和「康復者」二詞，筆者亦不作區分，因二者代表了病者處於不同的階段。



輔導員的一天

謝翠瑩姑娘

6

早上，回到辦公室，稍稍整理桌面的東西，看著同事為我預備好的檔案，核對今天的預約，又是排得滿滿的一天！呷一口茶，聚精會神翻閱每個受導者上一節的面談記錄，回憶面談的印象、過程，並其中的感覺。蓋上檔案，看看時鐘，差不多是接見第一位受導者的時間，這是對方第一次求助，電話響起，是接待同事的聲音，簡短告訴我，受導者已經填妥有關文件。於是，站起來稍稍整理衣履，打開通往等候室的門，向受導者作簡單的自我介紹，之後，邀請對方進入輔導室……。

關係——從困擾開始

這是一位教會傳道人轉介來的受導者，A進入輔導室後，不安地打量著房間，我先交待自己的座位，然後，邀請他隨意選擇座位，他猶豫了一會，揀了距離我最遠的雙人沙發坐下。我簡略解釋「輔導須知」，以後約談的安排，以及我處理個案的方式等等；之後，我邀請A講述其求助原因，並困擾的情況。A這樣開始：「我是一位基督徒，我想找一位基督徒輔導員，傳道人將你介紹給我，我以前沒有見過輔導，也不知輔導是怎樣的，所以，我在網頁上閱讀你的文章和個人履歷，掙扎了差不多一個月，最後才決定來找你，我的困擾是……。」我專注地聆聽他的困擾，澄清一些不清晰的地方，邊聽邊簡短地複述我聽到的信息，並反映信息背後的感觉。當他講完後，緊張地問了我一句：「我很辛苦，你可以幫助我嗎？你會如何幫助我？」

人的一生，難免會遇到受困的狀態，我們一般都有解決問題的經驗、能力、方法和資源，但有一天，當我們慣常使用的方法和資源都不奏效，而困擾又大

至影響我們正常的生活運作、情緒、精神健康、人際關係等範疇，便需要踏出求助的一步。

從以上A進入輔導室的神情、表現、行為、語氣、說話等內容，輔導員大概可以感覺他的緊張與不安，是的，需要勇氣才能踏出求助的一步，正如A所言：「我掙扎了差不多一個月，最後才決定來找你。」這的確不是容易的一步，所以，他來之前先做了一些功夫，好像了解輔導員的簡單背景，請相熟的人士轉介（教會傳道人）。在這種情況下，輔導員需要了解受導者在求助起步時的感覺和困難，並給予明白、肯定和支持。《整合心理治療》書中提及，在治療開始的階段，輔導員需要與受導者建立一個穩固的「治療同盟」，「合作」是必要的條件，也隱含雙方的夥伴關係，「夥伴」也說明受導者也需要主動參與。

此外，設定清晰的治療架構也是重要的，這設定包含了實際的治療環境及與其相關的事物，好像時間、地點、收費、保密等的一致，透過對架構的了解和掌握，讓受導者可以安心地進入治療的關係和歷程中，一個強而穩固的治療同盟和架構，影響著接下來的治療進程。所以，當受導者詢問他關注的問題時，一方面我會與對方探索其問題背後的感觉和需要，同時也會給予清晰的架構，讓對方可以知道自己在做甚麼、接著可能會怎樣，以致可以安心地接受治療。

我們坐在同樣的椅子上——我們也是人

送走了這位新受導者，坐下來沈澱了一會，寫好這節的面談筆記，不其然想到A的開場白：「我是一位基督徒，我想找一位基督徒輔導員，傳道人將你介紹給我……」。

我是一位基督徒心理輔導員，成為了某些受導者尋求幫助時的考慮對象，也成為我與受導者在治療關

係上的共通點，到底我應該怎樣看我跟受導者的會遇呢？不少學者及神學家在探討人與他人的關係性時提出——「人是關係性的存有 (relational being)。個人主義的人觀，把人打了折扣。人並非首先是個人 (individual)，然後才建立關係。反之，人是共人性 (co-humanity) 的存有……人不是個獨的自我。人之為人的實現，在乎往還的相交 (reciprocity of fellowship)，愛的感通 (communion in love)，以及人作為彼此守護的合一體 (mutual keeper — unity in well-being)。因此人是與他人同在 (with others) 與成全他人 (for others) 的存有。」(註1)

如此看來，人基本上是關係性的存有 (relational being)，在治療關係中，輔導員與受導者是兩個真實人性的會遇 (encounter)。輔導員以真誠懇摯的態度與受導者相待，透過治療歷程，並治療關係上的互動、磨合、建立，讓受導者亦慢慢放下自己的防衛，表露真實的人性。輔導員透過個人的素質 (尊重、接納、同感、關懷)，並專業的訓練和技巧，成為一個安全可靠的可載體 (container)，讓受導者敢於向「他者」開放自己的心靈，從而越發認識自己，在這種相互往來的歷程裡，受導者得以從其困擾中走出來。

穿上你的鞋子——我的框架、你的內容

下午見了今天第三個案，B接受輔導好一段時間了，今天她在面談的中段突然問我：「你明白我的困擾嗎？」原來我回應她的敘述時，誤會了她的意思，她感到有點不滿，於是我即時跟她討論當下的感受和經驗，並重新澄清一些不清楚的地方，我才發現自己真的掌握得不準確。

受導者對輔導員有期望是很自然的事，不少受導者期望輔導員可以不用他們講，已可以準確掌握他們想講或講不出的事情，但無奈輔導員也是人，有其限制和不足之處，所以，要明白並準確地體會受導者的感受和經驗，是不容易的事。歐文·亞隆指出：「要從別人的窗戶往外看，試著去看病人所看到的世界。」記得讀輔導的時候，聽過對同理心有類似的闡釋：「我的經驗是圖畫的框架，透過我曾經有過的經歷，稍微體會受導者的感覺和遭遇，但受導者的自身經驗卻是畫的內容，需要了解才能掌握得全面。」

進入受導者的世界，一方面感覺對方遭遇這些事時的感受，也要將內心世界的感覺和體會反映出來，讓受導者經驗被明白的過程，被明白的經驗讓人感到沒有這麼孤單，裡面好像多了一點力量和空間去面對困難。對輔導員而言，每次的澄清和瞭解，也加強自己對受導者內在世界的明瞭，並與受導者進入更深層次的溝通和治療裡。

分離的矛盾——鼓起勇氣前行

好幾個月前，C主動跟我討論結案的安排，今天黃昏是她最後一次來見我。記得幾節之前，她突然這樣問我：「這個時候，我真的可以結束輔導嗎？以後可以自己應付困難嗎？」

A. Bateman在當代精神分析導論中指出，結案的過程與新的開始、戒斷、哀悼、分離和成熟有關。受導者的心情會很矛盾，一方面想獨立自主，另一方面又想退回依賴的關係裡，這時，輔導員要接納受導者在這兩者之中擺動，其實，輔導員本身也要面對治療關係將要結束的複雜心情，因此，輔導員和受導者要一同接納彼此經歷已是「足夠好」(good enough)的過程，而不必活在彼此讚美或互相指責中。

在這幾個月中，一直與C面對結束治療的反覆狀況，回顧過去幾年，跟C一同經歷這段治療歷程，對我而言，也是一段成長之旅，中間的高低起伏，實在是不容易的功課，今天看著她離開我的辦公室，心情是有點複雜的。

是祝福、也是榮幸——我也成長了

送C離開輔導室，趕快寫完本節筆記，離開辦公室已經很晚了，今天選擇慢慢走一段路回家。一邊散步、一邊思想今天的個案，真是豐富的一天！回想過去這十年來處理過的個案，實在感到豐富和美妙！感謝上帝呼召我進入這個助人的行業，雖然其中出現過不少困難的情況，在處理受導者的同時，更要面對自己的不完美和不足，但都一一渡過。這十年，是祝福、也是榮幸，因為自己跟受導者一樣，經歷不同的生命事件，並在這些人與人的關係互動中，體會真實人性相遇的珍貴和掙扎！真的意想不到，在成全別人的同時，自己也被成全，事實上，我也成長了！

參考書籍：

Anderson, Ray S. *Christians Who Counsel*. Grand Rapids, Michigan: Zondervan Publishing House, 1990.

Bateman, Anthony & Holmes, Jeremy. 《當代精神分析導論——理論與實務》，林玉華、樊雪梅等譯。台北：五南圖書，民國90年。

McMinn, Mark R. & Campbell, Clark D. 《整合心理治療》，林德昀譯。美國：麥種傳道會，2007。

Yalom, Irvin D. 《生命的禮物——給心理治療師的85則備忘錄》，易之新等譯。台北：心靈工坊，2002。

註1：鄭順佳著。《生命倫理研討會文集》。從基督教人觀看家庭教育——2009年「家庭友善政策初探」研討會。香港：明光社，2009。

退修會中的反思——

精神健康工作者的社會責任

今年誠信綜合治療中心的退修會，特別邀請李思敬博士以「精神健康工作者的社會責任」為題，分享聖經的教導，挑戰中心的同事、董事等反思在專業中的應用。本文摘錄了部分李博士的分享，亦邀請了幾位同事及董事作出回應、分享。



經文：申命記24:14-22

¹⁴困苦窮乏的雇工，無論是你的弟兄或是在你城裏寄居的，你不可欺負他。¹⁵要當日給他工價，不可等到日落，因為他窮苦，把心放在工價上，恐怕他因你求告耶和華，罪便歸你了。¹⁶不可因子殺父，也不可因父殺子；凡被殺的都為本身的罪。¹⁷你不可向寄居的和孤兒屈枉正直，也不可拿寡婦的衣裳作當頭。¹⁸要記念你在埃及作過奴僕。耶和華你的神從那裏將你救贖，所以我吩咐你這樣行。¹⁹你在田間收割莊稼，若忘下一捆，不可回去再取，要留給寄居的與孤兒寡婦。這樣，耶和華你的神必在你手裏所辦的一切事上賜福與你。²⁰你打橄欖樹，枝上剩下的，不可再打；要留給寄居的與孤兒寡婦。²¹你摘葡萄園的葡萄，所剩下的，不可再摘；要留給寄居的與孤兒寡婦。²²你也要記念你在埃及地作過奴僕，所以我吩咐你這樣行。

李博士妙語如珠，以下是部分摘錄，與讀者共勉：

「上帝關心孤兒、寡婦、寄居者，但祂沒有天降嗎哪，祂透過富足的人去眷顧他們……」，

「信仰，不是關上門，在十字架面前，認罪悔改，過聖潔的生活。雅各書說那清潔沒有玷污的虔誠，是先講照顧在患難中的孤兒寡婦，然後才說保守自己不沾染世俗……這是摩西的律法基本的教導，舊約如是，新約也如是。」

「耶和華你的神曾在埃及將你救贖，所以祂這樣吩咐，我們這樣行，是因為我們知恩，是因為我們對上帝回應，是因為我們屬於耶穌基督。……今日我們沒有葡萄園，沒有橄欖園，但我們有財富，有收入，我們希望上帝可以在我們手所辦的一切事上賜福我們，不過，這樣，留多少？……這段聖經的提醒，不是對著窮人，是對著我們一班專業人士，在芸芸眾生中，也算是略有成就的香港人。上帝對我們講甚麼？」

懷著感恩的心回饋社會

「要記念你在埃及作過奴僕。耶和華你的神從那裏將你救贖，所以我吩咐你這樣行……」

我們是蒙恩的一群，能夠成為精神健康工作者是恩典，一切皆是領受的，沒有可誇的地方。回想那些曾幫助我們生命成長、指導和裝備我們成為助人者的導師，及一個個的學習機會，我們滿心感恩。誠信綜合治療中心已成立十年，是時候再思考如何回饋社會。既是白白的領受，就應白白的施予，向偏遠社區的人士，提供心理和精神科服務，這是一個回饋的契機。

不要向「錢」看，蝕底也無妨

「莊稼……一捆…要留給寄居的與孤兒寡婦。這樣，耶和華你神必在你手裏所辦的一切事上賜福與你。橄欖樹……剩下的，不可再打；要留給寄居的與孤兒寡婦。你摘葡萄園的葡萄，所剩下的，不可再摘；要留給寄居的與孤兒寡婦。」

在一個經濟掛帥的社會，我們要不斷提醒自己，以免不知不覺被同化，只會向「錢」看，卻要學習勇於「蝕底」，才能有效地履行「精神健康工作者的社會責任」。神似乎在提醒我們，要離開已習慣的安舒區，將我們的服務延展至有更大需要的偏遠地區和人群，無懼高風險的投資和挑戰。我深深相信神必按祂的應許，更大的祝福我們的服務和所服侍的人。

康貴華醫生

面對今日香港貧富懸殊、工人被欺壓、貪污腐化、年青一代沒有盼望及種種不公義之社會現象，很多市民的身心靈飽受莫大的困擾，特別是某些資源缺乏的地區，情況更為嚴重。作為土生土長、從事精神健康工作的我可以怎樣回應？

李思敬博士藉摩西律法的精神給予我很大的提醒。每天我忙於接見很多在精神心理上受困擾的人，往往只專注於個別受助者身上，而忽略了自己對社會有一定的責任。李博士鼓勵我們不要跟隨現今世代總要「賺到盡」的心態，相反，在有能力的時候把一部分留給有需要的人。我相信這正是社會良知和責任的表現。聖經教導我們不一定要做甚麼驚天動地的偉大事情，最少我們應把有餘的分給鄰近窮乏的人。

誠信綜合治療中心至今已經過了十個年頭，感謝上帝的保守及各同事的努力，中心的服務總算上了軌道，能有更大的發展空間，接受新的挑戰。我們的專長是推動精神健康，趁著今天還有能力的時候，應好好學習聖經的教導來回應社會的需求，可以選擇到較為偏遠、資源缺乏的地區提供服務，我相信這就是作為精神健康工作者可以盡上的社會責任。

陳玉麟醫生

眷顧有需要的群體是一種社會責任，我相信沒有人會反對。但為何知易行難，有時我們會對別人的需要視若無睹、袖手旁觀？

我想起社會心理學提到的「旁觀者效應」(bystander effect)——若有人需要協助，唯一的在場人士多數都會施以援手，如果有其他旁觀者，則較少人會採取行動。為甚麼呢？當我們不確定發生了甚麼事情時，為免尷尬，多數人會先看看別人的反應。別人漠不關心的態度往往影響了我們對事情的詮釋，以為情況並不緊急，亦不需要協助。例如看見街上有小孩在哭泣，其他人只站着看，我們可能以為他在發脾氣，父母躲起來罷了，自己不要多管閒事。此外，我們可能會想：「路上熙來攘往，如果小孩子真的有需要，總會有人協助他的。」正因為有其他旁觀者，大家的責任就分攤了。人人都依賴他人採取行動，最終沒有任何人提供協助。

聖經教導我們要眷顧他人，但多少時候我們會受這旁觀者效應影響呢？無論在個人或機構的層面，讓我們多留意別人的需要，有獨立的判斷，無論其他人士或機構是否採取行動，讓我們也盡上自己的本分。幫助別人，是上帝的吩咐，也必有祂的祝福！

胡鳳娟姑娘（臨床心理學家）

摩西這段教導是對那些有田地，有橄欖園，有葡萄園，有財有勢的人講，他們是老闆，有雇工，可以因寡婦欠債，用他們的衣服作賠償。上帝對著這群體說話，再三表達——那些是你的財產，是你的收入——但當你收割時，留一些給寄居者、孤兒、寡婦，這樣，耶和華你的神必在你手裏所辦的「一切」事上賜福予你。

李博士指出：聖經沒有講「留多少，留多少要看你信心有多少，你信上帝多點，就蝕多些……是蝕還是賺，現在不知道，所以是信心……這樣做時，上帝是透過你，去幫助那些本來是沒有幫助、絕望、無依無靠的人。」

回望過去的日子，多次經驗別人留給我的「一捆」又「一捆」，心裏感謝他們，通過他們留給我的，使我真實地經歷祂是信實可靠的供應者，是細心眷顧我的天父。我也試過留「一捆」又「一捆」給有需要的人，好像自己少了，但經歷一次又一次施予後被神祝福，祂的應許很實在。

李博士特別提到以下兩句，是兩小段的「副歌」，也是兩句總結語：

24:18「要記念你在埃及作過奴僕，耶和華你的神從那裡將你救贖，所以我吩咐你這樣行」。

24:22「你也要記念你在埃及地作過奴僕，所以我吩咐你這樣行」。

李博士指出兩節經文都有「要記念你在埃及作過奴僕」和「所以我吩咐你這樣行」，中間那句「耶和華你的神從那裏將你救贖」第二次（22節）沒有提，有三個可能的意思：

- 1) 你做過奴僕，你會明白，若你被人欺負過，你就不應該這樣對待你身邊的人。
- 2) 因為是救贖你的上帝吩咐你，你是祂救贖的，祂現在吩咐你這樣做。
- 3) 這是文學技巧，以上兩點的意思同時存在。

這段經文的要旨是不要忘記親身的經歷，知恩而謙遜，知恩而懂憐恤。這提醒我需要突破我現在的安舒，來回應這位「在埃及救贖過我的上帝」。

郭麗芳姑娘（心理輔導員）

李博士的信息給我一些深思與反省；記得多年前在詩班獻唱過一首詩歌——People need the Lord，其中一段這樣說：

Everyday they pass me by, I can see it in their eyes.	人們走過我身旁，他們眼中流露出；
Empty people filled with care, Headed who knows where?	心中空虛與愁煩，走向未知路。
On they go through private pain, Living fear to fear.	人生路程極艱難，整日心恐懼，
Laughter hides their silent cries, Only Jesus hears.	歡笑掩飾心哭泣，耶穌能醫治。
People need the Lord, people need the Lord.	人們需要主，人們需要主，
At the end of broken dreams, He's the open door.	當美夢破滅之時，祂為人開路。
People need the Lord, people need the Lord.	人們需要主，人們需要主，
When will we realize --people need the Lord?	何時我們才知，人們需要主。

從教會的牧養，到宣教工場的體驗，之後在家庭服務中心的社區工作，直到今天的心理輔導，這二十年來，接觸過不少困苦、貧乏的心靈，需要比比皆是。身為一位精神健康工作者，在幫助別人的時候，應該注意甚麼呢？不論是講道的信息，還是詩歌的內容，都再一次提醒我，要敏銳於身邊的人的需要，透過上帝給我的一切，以感恩的心與那些跟我接觸的人分享。

此外，當我們擁有富足生活的時候，要緊記這些東西都是上帝賜予的恩典，同時也要回想，我們是在為奴寄居的境況中，被上帝救贖過來，因此要以周到和體諒的態度來幫助那些有需要的人；幫助別人的時候，要照顧對方的感受，讓受助者在接納和尊重下，得到所需要的供應。

謝翠瑩姑娘（高級心理輔導員）

整合治療與教牧 關顧的反思

陳熾鴻醫生



我學習精神科的啟蒙老師是黃世和醫生。醫學院畢業後兩年，基督教聯合醫院是我服務的第一間醫院，他是該醫院精神科的主管，他有一些名句，到現在也常在我的腦海中。

「不是每一個人都可以做精神科醫生，你要先照照鏡，看你可以不可以。」當然，他指的不是樣貌，而是要有自知之明：志向、興趣、對人的了解、聆聽的耐性等等，他沒有明言，但我可以意會到。我相信我可以，一晃就做了三十年。

現時，我有機會時會跟一些後輩分享心得。其中，「整合 (integration) 是一個態度，是必須由治療師自己去做功夫」；「你的人觀、價值觀、世界觀等決定了你的治療取向」，「Integration is based on integrity」。不知道有沒有無意間用了別人的說法，或者是英雄所見略同。在心理治療的範圍，我提醒學員，我們要學的，不是一些技巧，而是怎樣sharpen「自己」去聆聽、了解、盛載和醫治。內心的整合好像「內功」，要日子的積累。

治療整合的另一角度，是團隊的共同努力，互相補位，這也是整合的一種呈現。我的這位啟蒙師傅，可以說是香港精神科社區治療的先導者，他有另一句金句：「不是我不懂做（心理治療），而是做不了這麼多，由別人做他們專長的！」。他這樣的整合觀念，是多元協作 (multi-disciplinary collaboration)，在他領導之下，無論是心理學家、社工、職業治療師、護士、阿嬈、社區組織工作者，以至學校老師、教會工作者

都有他們的位置。「協作」(collaboration)，不是一件容易做得好的事，要有廣濶的胸襟及對別人的一份尊重，所以，也很大程度上看我們的「內功」有多深厚了。

教會牧者在協助受心理及精神困擾的人方面有很獨特的角色，（這只是筆者個人的觀點，可能基於個人的信仰）也是我特別看重的一群。首先，他們往往是有需要者的第一接觸點，教友對他們很信任，亦有經常的接觸，如果他們對精神及情緒問題有更多了解，他們可以及早發現問題，也可以鼓勵有需要的人及早求助。其次，我也多次聽到一些病友告訴我他們返教會後開心了，積極了。教會給予一些人失落的自我感、人生的價值與意義，也給予他們一個關係網絡，可能是幫助的原因之一，但是，教會之中的人際關係也曾為好些病人帶來不少困擾；這也是牧者不可不知的事實。

（請讓我再三表明，這反思不是一個信仰的討論，純粹從個人經驗談起，不表示其他信仰或宗教不會產生相同的效果；信仰對人的影響是否也可能有超自然的因素等，也不是本文所討論的範圍。以筆者個人經驗而言，一般不會主動建議求助者去教會，以免影響治療的中立性，但有意義的信仰探討，如果由受助者提出，既是人生的一部分，在無所不能談的輔導空間，就不會避諱。要花這麼多篇幅申明立場，可能正反映話題的複雜性。）

此外，我認為牧養及輔導有共同的目標——讓人

成長。我與一些志同道合的弟兄姊妹在自己教會開設輔導服務，也有十多年了。我們開始時的異象，是要在教會中建立輔導文化。我們重視的，不是見多少個案，幫助甚麼人，而是希望在教會生活的朋友，更多重視溝通、真誠對話，重視面對問題、不逃避，也重視生命的成長。在剛過去的中心退修會中，聽到李思敬博士的分享，其中他表達「輔導文化在神學院留下了很 significant 的 impact，就是我們要建立怎樣的人——會成長的人。」這也令我深深感動。我相信這輔導文化的建立，不是一個人或一個部門的成果，而是源於所有師長的同心努力。

不過，個人成長這個目標未必是經常存在於每一位牧者的意識中。多年前，在某教會一個牧養輔導研討會中，我問過牧者們一個問題：牧養的目標是甚麼？這是一個集思問題，沒有標準答案，但與會者很快講出的是：他們能自己懂得讀聖經，能有好的見證又懂得傳福音，能夠成熟地帶領小組，懂得關心別人等等。這些都可能是牧者心目中的成長，但是，於我來說，具體的能力及表現並不是個人成長的核心。所以，牧養及輔導有其共通點，但也可能有競爭之處。

我常常希望能幫助牧者明白輔導的角度，但過程中我也更明白牧者的角度。兩年前，我主領了一個牧養輔導研討課程，有牧者告訴我牧者與教友的關係是十分多元的。他有時是父母親、朋友，有時是教師、指導員、教練，有時是輔導者，有時是聖職人員。輔導員比較被動，要求受導者有求助的動機，但牧者很多時要主動追訪；輔導員可以較為抽離，但牧者往往會像家人般緊張他的教友；受導者與輔導者的關係是個人的，但牧者往往認識他的家人和朋友，也同時關顧他們。與此同時，牧者卻不一定願意把個人成長「外判」給輔導員，因為他不知道該輔導員的信仰情況、因為他們是他的「羊」、因為輔導員常常談私隱以至他們不知道「羊」的狀況，很難合作等等。

明白了牧者的角度，令我更深感到或許不能要求牧者兼任輔導的角色。牧者與輔導員與他們的對象之間實在有著不同的關係，也因此會有不同的角色，需要協作來達成共同的目標，但是，牧者可以在牧關的角色上運用更多輔導觀念。同時，輔導員與牧者也要彼此尊重、信任、溝通，我們明白成長需要空間，保障私隱是輔導成功必要的因素；而牧者也往往與教友有很重要的關係，他的主動關懷可以成為受導者非常重要的支持。

從整合治療的角度看，每個人都有他的角色，協作是整合的重要一步。

如閣下希望知道本中心最新活動資訊，
歡迎瀏覽中心網頁 www.allianceholistic.com.hk

中心消息

退修日

今年機構同工退修日於4月14日假中文大學崇基神學院舉行，特別邀請李思敬博士蒞臨證道，一眾同事、舊同事和緊密合作的醫生都得到勉勵提醒。



在神學樓前留影

十周年「人生雋語」貼紙

誠信綜合治療中心今年慶祝成立十周年，製作「人生雋語」貼紙，藉此小小的心意貼紙，宣揚正向生活，隨本期通訊送贈讀者。



新同事介紹

顏昭華先生

臨床心理學家
香港心理學會副院士、註冊臨床心理學家
香港大學 社會科學碩士（臨床心理學）
英國赫爾大學 文學碩士（社會工作）



顏先生早年修讀社會工作。臨床心理學課程畢業後任職公營醫療機構，為員工提供心理評估及心理治療、壓力情緒管理等服務。加入誠信綜合治療中心前，於支援癌症病人機構服務。顏先生累積多年工作經驗，對抗逆因素及正向心理學最感興趣。期待在誠信綜合治療中心一起去細味人生得失的滋味，如何在困境中，仍能好好地活，並活得有意義！

（登入中心網頁www.allianceholistic.com.hk可參閱更詳細介紹）

搬遷消息

誠信綜合治療中心（香港中心）已於今年六月遷往誠信大廈21樓，地方更寬敞舒適。

中心新地址：上環干諾道中130-136號誠信大廈2103室