



本期內容

編者的話	1
特稿	
誠信綜合治療中心的緣起及發展	2
我和AHCC的成長路	3-4
賀詞	4-6
誰可相依	7-9
共創饒恕的療癒故事	
暢談心理學	
生不如死？從「濕疹殺人自殺」個案引起的思考	10-12
童心同行	
棒下真的出孝兒？	13
心靈小天地	
跟沙遊的緣份——再遇	14-15
瞬間看心理	
靜觀情緒的天氣	16

董事暨榮譽顧問

李詠茜博士 賴子健醫生
陳熾鴻醫生 陳玉麟醫生

榮譽顧問

麥基恩醫生 何定邦醫生 鄭保強醫生
康貴華醫生 馬燕盈醫生 莊勁怡醫生
張鴻堅醫生 陳方揚醫生 陳華發醫生
歐銘鏘醫生 楊明康醫生

專業團隊

李詠茜博士 賴靜琳博士 葉魏佩琮女士
胡鳳娟女士 歐靜思女士 郭麗芳女士
陳穎昭博士 梁趙穎懿女士 余漫怡女士
譚日新博士 吳張秀美女士

九龍中心

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

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

元朗中心

元朗壽富街55號元朗中心1樓104室
電話：2187 2426 傳真：2187 2424

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

第二十八期通訊編輯小組

督印：李詠茜博士
編委：梁趙穎懿女士 許丘加莉女士
余漫怡女士



編者的話

譚日新博士

當筆者執筆寫這篇文章時，正值香港有一位年輕女歌手因躁鬱症自殺身亡，心中有不少疑問及難過，亦令我想到15年前張國榮自殺的情形，也是我們中心開始投入服務的那一年，特別當看到今期中心15週年的特稿，兩位積極創立中心的董事陳熾鴻醫生和李詠茜博士所寫關於中心的緣起及發展，同事們分享到他們在過去加入中心的經歷及成長，發覺人生的確充滿著不同的可能，歷史也不必然是這樣發生。中心過去15年發生的大小事情也浮現在腦海中，雖然當中曾經歷不少困難，心中不其然為到所有事情而感恩，也為到董事們的祝賀和祝願而銘記於心，更思考到我們對社群是否做得已足夠，還是有地方可以更努力和改進，以減低悲劇的發生。

今期除了15週年的特稿外，仍有我們恆常的專欄，包括梁趙穎儀女士討論夫婦間怎樣「共創饒恕的療癒故事」，筆者從「濕疹殺人自殺個案」思考長期病患者的精神壓力及殺人後自殺現象，賴靜琳博士透過「棒下真的出孝兒？」探討體罰對兒童的影響，而歐靜思姑娘會繼續與我們分享她跟沙遊「再遇」的緣分，陳穎昭博士會透過心理漫畫帶出靜觀如何幫助我們了解情緒就像天氣一樣。

最後也請大家留意我們在11月24日（星期六）慶祝中心15週年舉辦的專題講座「同傷共苦——助人者的心靈創傷與療理」，詳情請參閱附上之海報。

誠信綜合治療中心的 緣起及發展

陳熾鴻醫生
董事暨榮譽顧問

回想中心的成立及發展——為何？如何？心中就是感到「有幸」！

- 有幸參與了誠信綜合治療中心的成立及發展。誠信是一所有抱負、有理念的心理治療及輔導中心。
- 有幸認識麥基恩醫生。我在大學時因着一些醫療宣教的追尋認識了他，後來就在他開設在上環誠信大廈的診所和康貴華醫生一起工作。
- 有幸在工作上因一些個案的合作認識了孫遜萍女士 (Dorcias)。她是在英國受過嚴格訓練、後來回歸香港服侍的心理治療師。
- 有幸在 1997 年和 Dorcias 合作成立了香港心理治療中心，提供心理分析小組訓練，從她的經驗中學習了很多心理治療的基礎知識。
- 有幸當時得到麥醫生和康醫生的默許和祝福，讓我在他們的診所工作，同時在位於太子的香港心理治療中心隔壁開始了新的診所。
- 有幸大約在 2000 年能夠在中國神學研究院教了一兩堂精神病理課，之後也成為其中一些同學的治療師。

「有幸」是怎樣的感覺？就是有些偶然性、是幸福、是自然而然；不用謀算、張羅；時候到了，開花結果。也可以把上文的「有幸」換成「感恩」！

大約到了 2002 年的後段，這幾條不同的線，似乎聚合在一起。其一，香港心理治療中心的工作到了一些轉折的位置，我想到要如何走下去；其二，我在九龍的診所也發展得不錯，當中的病人大部分也會同時接受其他機構或輔導員的輔導服務，但是，在合作上總有一些距離，而且上環診所還有其他病人的需要，我想到要如何讓更多病人可以接受輔導服務；其三，一些中神的同學正要為畢業後的工作安排，深感缺乏讓他們在剛畢業的階段，能持續學習及累積輔導經驗的工作空間。在這種種的動

機下，便萌生了聯合起兩個診所的力量來發展一個輔導中心的想法。

誠信綜合治療中心 (AHCC) 在 2003 年成立。當時，臨床心理學博士李詠茜早已在麥醫生和康醫生的診所工作，連同賴子健醫生和幾年後離開了誠信的沈孝欣醫生，一共六人成為了 AHCC 的董事。沈醫生離開後，陳玉麟醫生加入了誠信的大家庭。有賴大家的努力，把中心帶領到今天的規模。話說回來，AHCC 更是誠信醫療中心 (AMC) 的「大哥」，因為診所是在 2007 年才改組成為現在的 AMC。

依據中心成立的動機，我們的宗旨就是要為大眾提供整全的精神治療，我們相信人的構成，身心社靈是一體互動的；我們希望為大眾提供在費用上能負擔的服務，有經濟困難的人士可以自行與治療師協商，這協商完全是以信任為基礎的，中心沒有設審查的機制。我們也希望中心能夠成為培育及協助治療師成長及自我完善的平台。從這些角度看，中心多年來也是在其成立的軌跡上，繼往開來。

談到中心的發展，我想要感謝的是董事們無私的貢獻。我們的作風是不具甚麼野心（意即「有計劃、有預謀地要達致怎樣的目標」），所以，也從來沒有預見要發展一個怎樣規模的機構。但是，我們倒是有夢想的（意即「有動機、有原則地要做到想做的事」）。中心的發展也就隨這個方向走了 15 年。從起初的一位心理學家及一位輔導員，到現時的五位心理學家、一位榮格分析師及五位輔導員，我相信中心提供了一個能吸引大家參與的平台。中心的發展其實就是各位同事的發展，大家的工作，完成了我們的夢想。所以，我也感謝大家，以大家為榮！

未來的日子就看你們了，年輕人！



我和AHCC的 成長路

李詠茜博士
董事會主席
顧問臨床心理學家

真難以想像這樣就十五個年頭了！

心理學上的臨床應用部分（意即直接與有需要的受助者接觸，進行評估或治療），向來是我熱愛的工作，但我亦喜歡教書及做研究。（真是貪心哦！）早年，無論是在英國國民保健服務工作，抑或在香港大學精神醫學系的教席，都能某程度上滿足到我的「貪念」；到了2002年尾，當我轉職到心理學系時，毅然決定只做半職，餘下一半時間繼續做臨床工作，一於自製我的「貪婪組合」。但臨床工作從哪裏來呢？初期全無頭緒，我只知道神總有安排。

麥基恩醫生是我在精神醫學系的同事（當然他比我高級很多啦），有天他問我有沒有興趣到他的診所工作，我抱著不妨一試的心態，一試就是十五年多。

其實試驗初期也有不少疑惑及引誘。好些行家知道我「出來做」（即私人執業），也很關照地邀請我合作；有享負盛名的教授，診所位於中環高檔

地區，在那裏出入好像給人一種虛榮感（我們誠信的醫生在行內亦大名鼎鼎，但他們很低調嘛！）；亦有舊同事邀請我跟她一起在私家醫院建立兒童發展評估服務，看來十分有挑戰性，相當吸引。心想，私人執業初期不會有太多「生意」罷，加上盛情難卻，便全都接受下來，以試驗性質合作看看。怎料沒幾個星期，時間已經不敷應用，只好求問神如何取捨。有一天，我問麥醫生：「為甚麼我們的診所開在上環呢？地方好像不太體面，跟幾位醫生的資歷及名聲不太相襯啊。」麥醫生回答我說：「中環的租金那麼貴，羊毛出在羊身上，免不了要將昂貴的租金轉嫁到病人身上，那他們便要付高昂的診金了；而且有好些病人仍然對看精神科醫生有些忌諱，不喜歡在太高調的地方出入，上環這地點正好適合他們。」我聽著便想：「這的確是一個真心為病人設想的醫生。」加上當時跟各位醫生討論個案時，發現他們都著重病人身、心、社、靈的全人治療，而不是單從生理角度去理解精神情緒病患，這跟我心目中的信念及服務宗旨十分膾合，於是便一心留在誠信這大家庭（那時只有我及五位精神科醫生，還未成立AHCC哩！）

漸漸地，眼見需要心理輔導的病人越來越多，而且不同的求助者也有不同的需要及經濟考慮，於是我們便決定聘請多一、兩位心理輔導員，並正式成立誠信綜合治療中心。中心成立初期，大家都是摸著石頭過河，事事親力親為；要維持低廉收費，便要減省開支，還記得我們到處找尋價廉但令人舒適的傢俬、去灣仔玩具街尋找適合做遊戲治療的玩具等，牆上的裝飾，不是陳熾鴻醫生太太親手製作的十字繡，便是從麥基恩醫生獲病人送贈的掛飾中「借來暫用」，甚至連中心的標誌也只是外子的拙作！就這樣，AHCC一天一天地茁壯成長，先擴展至旺角，近年更加入元朗的服務，從one-man band到現在十一人的專業團隊，真不能不感謝神的恩典、保守及使用。

談到中心的成長，不能不提陳熾鴻醫生的無私奉獻。中心漸漸壯大，發展方向及行政各方面都複雜起來；我們常說麥基恩醫生是我們的精神領袖，但在日常運作上仍很需要一個「阿頭」，當我們開始人多混亂之際，陳醫生毅然負起執行董事的角色，帶領中心釐訂方向、持續發展，直至2017年才退下來。如果陳醫生是我們的「阿頭」，那麼賴子健醫生就是執行官及安全顧問；賴醫生是中心的執行委員會主席，多年來不辭勞苦地為中心執行各樣事務，每次開會時，有甚麼資料上的需要，那怕是一、兩年前的會議紀錄，他都可以從他的神奇文件夾中隨手拿出來！多虧賴醫生的思想細密、行事謹慎，中心從沒因疏忽而墮進甚麼陷阱。當然功不可

沒的還有我們的大內總管 Carol，帶領一支行政團隊，把中心打理得妥妥當當，令專業同事可以專心投放精神在輔導工作上。

這些年來不斷有專業同事加入，亦有人離去；這個團隊不算小，各人的訓練背景不同、理論派系有別，各有所長。但我們堅持有恆常的督導以及個案討論會議，把有困難的或特別值得學習的個案以不記名方式拿出來一起研究；看得見大家都虛心學習，全無爭競。有時我覺得我們誠信的專業同事有特異功能，竟然可以在忙碌的生活中，兼顧事業與家庭，並且不斷的進修。在這十五年以來，我看沒有一年是沒有同事在進修的，範圍包括：臨床心理

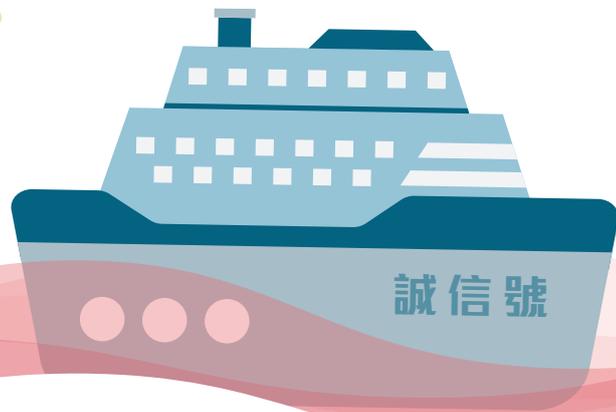
學、情緒為本婚姻治療、遊戲治療、榮格分析等等，多得不能盡錄；同事早已有認可的執業資格，為甚麼還要那麼辛苦進修？還不是為了更有效地幫助我們的受助者！各位同事，讓我在這裏說一句：我實在為你們對工作的熱誠及對受助者的真心關懷而感到驕傲！

最後要多謝這十多年來信賴我們一起同行的受助者，給予我們機會服務您們，從中互相學習，實踐我們從神所領受的使命，幫助有需要的人。

未來十五年應怎樣走？求神給我們聰明智慧，知道如何回應社會的需要，做到榮神益人！

賀 詞

4



若不是要為誠信綜合治療中心十五周年寫點甚麼，我差不多已忘記當初是怎樣開始的。在回憶中搜索後，只記得大概那年邀請李詠茵博士加入我的診所，後來加上譚日新先生，AHCC就誕生了。雖然多年來有人加入有人離開，今日 AHCC 已長大及發展良好，真是奇妙！在此恭賀所有委身於此的同事。

我一直相信跨專業隊工，AHCC 和誠信醫療中心 (AMC) 正是這樣服務社會的隊工，最少理念上如此。精神科醫生是這隊工的一分子，但不一定是掌控者。每一個專業都有其優點和限制，只要攜手合作，可產生協同效應，比單方面做好多了。可惜在實踐上，上述的理想隊工合作並非常常做到。

也許這重要的慶祝時間，也是一個成熟時機，讓我們重新思索 AHCC 的未來，以及它與 AMC 和其他相關機構的關係。為了對應社會的變遷及對專業輔導和心理治療的特殊需要，AHCC 需要新時代第二梯隊的領袖。正如約書亞記第一章所載，約書亞繼承摩西，在其他人對所謂應許之地的疑慮中，帶領民眾過約但河。在主的帶領和保護下約書亞成功了，儘管過程有痛苦。誰是 AHCC 的約書亞呢？使命和領導的傳承是 AHCC 未來要面對的挑戰！

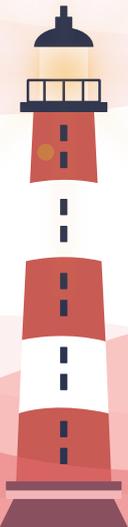
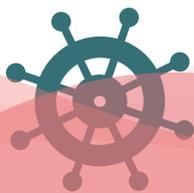
感謝憐憫人的主，在過去的十五年中，透過誠信綜合治療中心的各位輔導員和心理學家，幫助了無數受困疲乏的心靈。我盼望未來的日子，神繼續祝福您們。我為您們的禱告是：

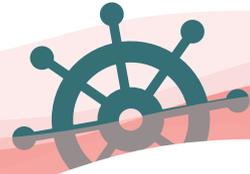
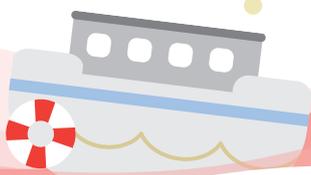
「主耶和華賜給了我（們）受教者的舌頭，使我（們）知道怎樣用言語扶助疲乏的人；主每天清晨喚醒我（們），祂每天清晨喚醒我（們）的耳朵，使我（們）能像受教者一樣靜聽。」（聖經新譯本以賽亞書 50:4）。若可以，「要把各人在基督裡完完全全地引到神面前。我（們）為此勞苦，照着神在我（們）裡面運用的大能，盡心竭力。」（聖經和合本歌羅西書 1:28,29）

扶弱紓困，德澤社群；
弘揚主愛，彰顯榮光。

康貴華醫生

麥基恩醫生





當年參與中心的籌備工作時，是私人執業了大概一年的時間，對很多輔導模式及心理治療的方法，都不算有很深的認識，可以說是邊做邊學。在過程中，自己實在獲益良多，成長了不少。

其中一個成立中心的初衷，是覺得精神科的臨床工作主要是「醫療模式」，較著重病徵的控制，並且容易帶有負面標籤；如果有心理困擾的人來求助，或會產生抗拒，亦難做到全人醫治。

經過十五年來整個團隊上下的努力，中心的工作已略有成績。但是，同時整個社會的氛圍及精神心理健康也出現了新的變化和挑戰。所以我們仍然不敢怠慢，期望自己及一眾同事，同心協力地向著提供身、心、社、靈的全人治療方向邁進。

賴子健醫生

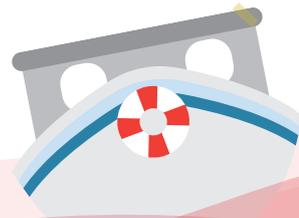
在現今競爭激烈的社會，我們每天勞碌奔波，都只是為了基本生活而已！可能沒有太多空間去探索自己的心靈需要，久而久之便影響了我們的心理健康。有見及此，誠信綜合治療中心過去一直為有心理困擾的人士進行心理治療；及在社區推廣心理健康教育，提升大眾對心理健康的關注，對及早治療及預防有很大的幫助。

轉迅間已經十五個年頭，樂見「中心」團隊彼此合作無間，以基督的愛及專業知識，幫助了很多心靈困苦的帮助者，服務備受肯定。在此深深祝願中心能繼續蒙上帝帶領，在未來的歲月照顧更多有需要的人，在社區作鹽作光！

陳玉麟醫生

我相信好的心理治療師，在提供專業服務時能與受導者同心同行，引領他們走向更好的人生方向，縱然當中可能會經歷高低起伏，也有可能因面對真相帶來不安或痛苦。誠信就是這樣一個機構，能讓我們治療師無後顧之憂地為受導者提供身心社靈的幫助，在受導者的風雨中達至彼岸。假如十五年是一個人到了青少年期，誠信也到了這個階段。深願能一如既往，在董事、專業及行政同工的持續合作下，誠信能邁向更成熟及更能祝福人的成人階段。

譚日新



紙短情長，惜字如金，我以一首詞表達在誠信十多年的感想。

如梭歲月，十五載，蒼生川流不絕。

驛站斗室，迎行旅，療傷抖擻上路。

風雲幻變，幾許無奈，怎破千重浪？

同行共話，尋覓光源仄徑。

縱橫心靈天地，身心社靈義，兼蓄融匯。

暗世燭光，相助勉，同儕披荊創路。

柔韌多情，懷使命獻奉，涼水餅魚。

同傷共苦，銘愛盼待天恩。

梁趙穎懿

「光陰似箭，日月如梭」，這是我中學時作文常用的開場白，直至年齡漸長，才體會它的真實。不經不覺，我加入誠信綜合治療中心已接近十二年。感謝神，給我這個機會，與一群專業認真的夥伴合作，互相支持，為有需要的人士及他們的至親提供心理服務。願神繼續使用中心，成為祂施恩的渠道，讓人得以從過去的創傷、現在的掙扎及將來的憂慮中被釋放出來，重拾活潑喜樂的人生。

胡鳳娟

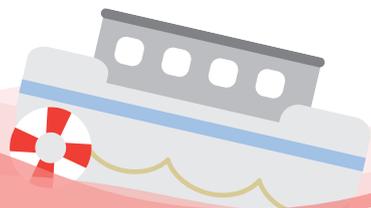
多謝上司及督導的信任，讓我在誠信綜合治療中心有足夠空間去發展輔導專業。更感謝陳熾鴻醫生無私及耐心的指導，讓我們對受導者的精神狀況有更深的掌握，並從心理分析的角度給予寶貴意見，使我們能提供更適切的治療。而作為董事的精神專科醫生亦樂於回應我們對受導者需要的諮詢，以達致跨專業的整合 (Holistic)。

自由、彼此尊重及互信，讓不同專長的同事合作無間，並願意同心合意去實踐誠信綜合治療中心理念。

祝願誠信綜合治療中心，在未來的日子，蒙神帶領，更切實服務香港社群。

吳張秀美





數算一下，跟誠信綜合治療中心的關係已有十二年。十二年並不是短日子，這期間也是我生命和專業的新里程。在誠信工作，讓我在心理治療領域上，有寶貴的學習和豐富的實踐。我的性格很內向，喜愛寧靜，而誠信的團隊讓我感到我擁有同路人。團隊有不少的專業同工，有不同的性格和專長。每當我們走在一起，彼此學習，發現心理治療可透過多角度、多層次、不同的方法來接觸受助者的生命。

在生命成長的旅程，有三個元素我看為很重要：信仰、心理、藝術。三者開始於人生不同的階段，他們只有開始而沒有結束，直至生命的完結。當心理學遇上信仰，我要面對不少挑戰和反思，但信仰卻變得更「貼地」。來到今天，我遇上了藝術，期待生命旅程的新體驗……祝福誠信綜合治療中心在未來的發展，也走上新階段，迎接新挑戰。

歐靜思

在誠信工作，是天父賜我的一份禮物，是我生命中的一個祝福。

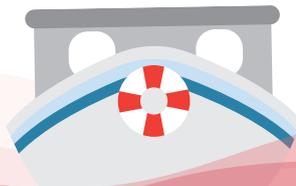
在這裡有很多機會專心和進深做輔導，有空間認識自己並成長。這麼多年來，我的生命被栽培、被滋潤！感謝我的伯樂和恩師給我耐心的指導；感謝董事們，給當年黃毛丫頭的我機會；感謝受助者對我的信任，讓我與你們同行；感謝同事對我的包容和教導！

願誠信的存在祝福這一代有需要的人。願人來到這裡，身心靈重新恢復健康，找回、遇見、重建自己和關係。

郭麗芳

一眨眼便已在誠信這個大家庭六年。一直以來，很感恩能在這個充滿愛和熱誠的地方，與一班很有才華和幹勁的精神科醫生、臨床心理學家和心理輔導員一起為香港市民的精神心理健康努力。特別感謝陳熾鴻醫生多年來無私地在心理治療技巧上的教導和支持，讓我在作為助人者的心路歷程上成長了許多。亦很感激各位行政同事一直以來很多的幫助、關心和支持，與我們一班專業同事互相配搭，讓我們可以無後顧之憂地專心服務受助者。祝願 AHCC 在未來的日子，大家能更合作無間，發揮誠信的精神，同心促進更多受助者身、心、社、靈的健康。

賴靜琳



很感恩能夠於過去幾年在誠信這個大家庭工作和成長，同事們的親切、專業態度和熱誠、互相的尊重，幫助和學習，令工作環境倍感喜樂。

願天父繼續保守帶領誠信，祝願誠信繼續將身心靈健康的種子傳播給有需要的人。

陳穎昭

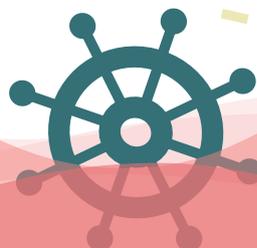
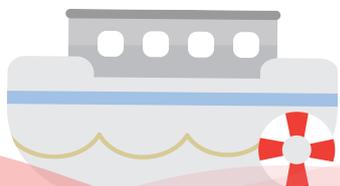
「……或許人生越來越得心應手的話，就會更容易對自己的理解模糊了、對自己的要求更輕忽了……」這是四年前，在加入誠信的時候，我所寫的一封信裏的一段話，那是當時回望自己在輔導行業十多年似乎「順風順水」的經歷後的感言和鞭策。四年後的今天，我感恩沒有辜負自己的話，在誠信的專業團隊裏，定期與不定期的交流和合作，都有形無形地影響著我，叫我能帶著不卑不亢的態度以及不敢怠慢的心情與每一位案主同行，在此我感謝上主的帶領，也感謝案主們的信任，以及誠信這群體裏每一位給我的幫助、機會和造就。

不知為何，從加入誠信那天起，我就有一種自豪感。最近跟美國一位精神科醫生說起誠信，他感嘆，「在華人的地方，能有這樣心志，這樣實力的團隊，真是特別。」對，就是這個原因，因為她很特別！她是一個理想與現實握手的地方，助人的熱誠和務實的专业精神在這裡交匯。她不但致力於人的身心健康，更有獨特的靈性眼光。她召聚的這群助人者既有共同理想，又各有專長。

在她 15 年生日之際，深深祝願誠信繼續走出自己特別的路，完成恩主在這個時代賦予她的使命。

余漫怡

葉魏佩琮





共創饒恕的療癒故事

梁趙穎懿女士
高級心理輔導員

在夫婦的愛恨故事中，小傷痛會自然癒合，若事情造成依附創傷，則需要雙方勇敢面對，共創饒恕的療癒故事。

世間沒有完美的丈夫，也沒有完美的太太，總有傷害對方的時候；一句話、一個行為都可以如骨在鯁，甚至如刺在心，歷久難以釋懷。愛與恨不能對沖抵銷，卻能以愛消怨化恨，撫平傷痛，在彼此饒恕中重建連繫。

依附創傷不一定與創傷事件 (Trauma) 掛勾，關鍵在於事發時伴侶的反應有否令對方情感受傷 (即下文提及的 5d)。例如：婆媳爭執並非創傷事件，但若丈夫長時間偏袒母親，可能造成關係的裂痕及依附創傷。反過來即使發生創傷事件如太太小產，如丈夫有適切回應，可令夫婦感情連結更強韌。

依附創傷是在一方最需要伴侶的脆弱時刻，卻被忽略、撇下、批評或背叛，破壞夫婦之間情感的連結和信任。最常見的處境是一方遇上困難或打擊，心靈痛苦而脆弱，亟需伴侶陪伴與支持，伴侶若沒反應或有負面回應，容易造成依附創傷。例如自己或至親重病、天災人禍、婚外情、失業、流產

等是關鍵時刻，情感連結增加還是下滑在於伴侶的回應。

本文按常見情況虛擬一個婆媳衝突的故事，以闡述如何共創饒恕的療癒故事。在中國人的婚姻中，往往與奶奶形成三角關係。小方是幼子，雯雯是長女，婚後在夫家附近居住，以便照應寡居的奶奶，並計劃生孩子後由奶奶主力照顧。起初三人關係還可以，太太雖不滿奶奶經常往他們家，但她幫忙打掃及煲湯煮飯，她也不好意思說甚麼，就是覺得奶奶更像女主人，事事關心與過問。

到孩子出生時太太餵母乳不順利，有很多情緒纏在一起，挫敗、擔心、疲倦、焦躁等，常發脾氣，渴望丈夫陪伴支持。但丈夫在她發脾氣時多沉默，愈來愈多加班、約朋友運動，對她與奶奶不同的照顧方法不予置評，只希望太太忍讓，接受媽媽的好意。

有次媽媽流感，小方陪她看醫生，剛巧兒子發燒，太太大為緊張，多次召喚小方也遲遲未歸家，只叫她不用緊張，先帶兒子看夜診醫生，待他安頓媽媽後便回家。雯雯覺得他只關心媽媽，不理會她和兒子，看醫生後回娘家住。丈夫又氣又累，覺得

她小事化大，等她消了氣才回家。一星期後，太太在家人相勸下回家，自此夫婦常因奶奶爭執，且愈演愈烈。

雖然這對夫婦的關係累積了好些問題，但本文聚焦在饒恕和療治依附創傷，其他方面暫不探討。要共創療癒故事絕不可急於求成，願意饒恕也難以立即做到，需經過一個歷程。在個人層面，情感受創者所經歷的傷要充分覺察、體會、明白、接納各種情緒，找到事情的深層意義，才會漸漸消化和放下。若傷害發生在婚姻中，情緒聚焦婚姻治療視伴侶的參與為不可或缺的部分。

若創傷並非十分嚴重，夫婦可嘗試以下的分享六部曲，若創傷太複雜或嚴重，必須求助，避免因獸鬥或長期迴避問題而關係惡化。

一、辨別依附創傷事件，充分陳述

感到受傷的一方先鎖定造成依附創傷的事件，縷述發生經過及感受甚麼痛苦，這事件又如何影響夫婦關係？請注意分享的態度，不是要控訴或埋怨，是希望對方聽到自己的心聲，增加了解並予以正面回應，不落入爭拗誰對誰錯或自衛、反駁中。受傷一方經歷的痛苦一般有五類 (5d)，分別為得不到支持與關顧 (deprived)、痛苦和驚慌感受被否定 (dismissed)、被撇下不顧而感孤單 (deserted)、感到被低貶 (devalued)、感到危險 (dangerous)，可能被出賣或佔便宜。

對雯雯來說，兒子發燒是依附創傷事件，因為小方在她脆弱無助時選擇了陪伴媽媽，令她得不到所需的支持。

常見情況：太太埋怨或指責丈夫不負責任，不理兒子，表達憤怒與不滿。小方極可能會自辯，甚至反指她不夠冷靜。

較佳反應：太太在冷靜後表達當時經歷的困難和感受。

「兒子年幼，第一次發燒又是晚上，我擔心又害怕，醫院細菌多怕交叉感染，不求醫怕兒子是流感有併發症，相熟醫生明天才開診，再觀察會否耽誤治療？我六神無主，渴望丈夫在身邊一起應對。我明白奶奶有病需要照顧，但為甚麼看完醫生不立即回家支援我？奶奶比自己和孩子重要嗎？我氣憤又傷心，但無法告訴你心底的想法和感受，尤其被撇下不顧的孤單感和不安全。」

二、傷害者用心聆聽、全情投入

夫婦間的依附創傷很多都是無心之失，但始終傷害了伴侶，姑且用傷害者和受傷者方便描述。當傷害者明白了受傷者的感受，而且承認對方所受的傷害自己要負上責任，痛苦才得以消滅、放下。當然不希望傷害者卡在內疚與自責中，最好能回顧當時的反應怎樣形成？傷害者經歷了甚麼心路歷程？當時的反應發生在電光火石間，慢鏡重播才發現行動背後的想法、感受是甚麼。

為免太快回應而錯失進入受傷者的經歷，嘗試感同身受，傷害者宜先體會受傷者的心境，核對是否準確明白其感受，才表述自己當時的接收與反應。常見的情況是雙方對同一件事有不同理解或處理手法，並非受傷者所想像般明知卻不理會。

常見的回應：小方解釋為何他這麼晚才回家，媽媽有甚麼需要，自己作為獨子必須負責任等，希望得到體諒，自己也很累很煩。

較佳反應：明白太太的感受，嘗試設身處地去感受她的感受，直至充分體會，身體反應與感受一致。

「我聽到你面對兒子第一次發燒原來這麼擔心、掙扎，這麼渴望我在旁陪伴支持你，我想像掉換位置，我也會心急如焚，想你立即回家。真是難為你一個人面對！我當時沒想到這些，只是忙亂地照顧媽媽。我信任你的能力，還以為分工一人照顧一個是最佳辦法。」

三、受傷者轉變立場：

人受傷的本能反應是感情撤退，以免再受傷害。不想多講，是以前講了得不到期望的反應，或愈講愈不開心，索性放棄表達，認定講也無用，自求多福——即不再信賴伴侶，自己想辦法。現在受傷者可表達對方怎樣反應令自己信任下降或不想再講。當時心中有甚麼想法和感受？現在甚麼令自己想再嘗試表達和信任對方？

常見對話：不講了，講也不會聽。(開始冷戰，不理不睬。)

較佳反應：「我不是不想溝通，只是你總有原因，想我認同你，卻不明白我的感受和需要，我漸漸失去信心，你真的在乎我嗎？大家各說各話，只會爭辯不休，我便放棄了。但剛才你專心聽我講，關心我的感受和需要，我希望能再信任你。」

四、傷害者表達歉意及受傷者的痛苦怎影響自己

傷害者若感受到伴侶的傷痛，生出悔咎，願意真誠道歉及積極補救或改善，最能讓受傷者生出希望和饒恕。道歉不是為了快速解決問題。體會你如何傷害所愛的人那份觸動，令你由衷甘願改變自己，這樣的承認和道歉最能治療依附創傷，最鼓舞對方再次冒險交心，連結感情。畢竟你對伴侶最有影響力。

常見情況：草草道歉了事，若對方不接受，表示不滿。

「算了，是我錯。(對方仍生氣)我已道歉，你還想怎樣？」

較佳回應：

「我承認當時忽略了妳，我沒想過妳會這麼擔心、孤單，以為我不理你們，不重視你們。看見妳這麼難過，我覺得自己很不濟，只懂解釋，對妳的感受和需要那麼遲鈍、那麼不理解，對不起！如果我知道，我一定會急趕回家，也會電聯跟妳商討怎應對，給妳支持。他日若我不察覺，妳可否幫助我，告訴我妳的感受和需要？」

五、受傷者找出現在需要甚麼來結束這創傷

依附創傷令人痛苦，既已發生，需想想傷口需要怎樣料理，方法因人而異，亦跟事件的性質與嚴重性有關，最好由受傷者提出，最貼近自己的需要。現在怎可撥亂歸正？有甚麼可補償/補救？甚麼有助療傷？怎避免再發生？再出現怎處理？人的慣性行為改變需時，可商討受傷者怎樣提示有助傷害者持續改變？若依附創傷嚴重，如婚外情，需要更多保證與改變，需要專業協助。

常見對話：

傷害者：「我已盡力做好，你不信我也沒辦法。已經這麼久了，你何時才可以放下？」(帶著無奈或一點憤怒。)

較佳回應：

傷害者：「我做得不好多次令你失望，我願意改變但需要時間；同樣，你也需要時間，希望你看到我的努力和誠意，對我回復信心。我怎樣回應會令你舒服點？做甚麼或不做甚麼對療傷有幫助？」

六、共創療癒故事

最後一步是一同編寫你們的療癒故事。主題是關係的更新與重建連繫；前段描述事件的經過，記下甚麼言行(包括非語言的表現)令人最難受？哪一刻印象最深？甚麼反應造成傷害？這經歷怎影響你對自己、伴侶及關係的看法？受傷的一方最期待的回應是甚麼？若伴侶不認同你的看法，怎樣回應較易接受？你怎樣應付不喜歡的回應？你的反應如何影響對方？你們跌進怎樣的互動循環？

後半部分記述重提這創傷事件時，你們有甚麼新發現或正面的經驗？甚麼幫助你們開放內心，表達深層情緒？過程中對方有甚麼表現令你怒氣下降，更趨向饒恕及放下？故事尾聲是彼此對改善關係的願景與承諾。

婚姻像一個旅程，有風光明媚的美景良辰，也有風雨交加的崎嶇窄路，需要夫婦攜手面對，持定婚盟信念。沒有人從不犯錯，願意彼此饒恕，才有可能進入上述深層對話，締造療癒故事。

參考書籍：

1. 黃麗璋著《情緒傷害的醫治》突破出版社，2018年2版
2. Johnson, Sue. Hold Me Tight—Seven Conversations for a Lifetime of Love, Little, Brown and Company, 2008, Part 2, conversation 5 pp.165-184.
3. AIRM: the Attachment Injury Resolution Model (Online program)



譚日新博士
臨床心理學家

生不如死？

從「濕疹殺人自殺」個案引起的思考

今年在父親節於屯門發生的倫常慘案，一名 23 歲女兒殺了父母後自盡，報章說原因是因為女兒長期受濕疹折磨所引起，對於這宗悲劇筆者感到震驚和難過，由於不肯定傳媒的資料是否正確，不方便評論這宗個案，但當中引發筆者對「長期病患者的精神壓力」及「殺人後自殺現象」的一點思考。

長期病患者的精神壓力

研究顯示，身體長期病患者除了要承受疾病的折磨和醫療帶來的困擾外，也要承受不少精神壓力和心理困擾（例如：Lee et al., 2007; Zhang et al., 2016），常見的有抑鬱和焦慮情緒，輕則會令人活得不安，重則會令人生無可戀。而本地調查亦發現以往不少老人病開始年輕化（陳藝賢，2011），如「三高」- 即血脂高、血壓高和糖尿高，除了服藥，病者需要調整生活的習慣，如要放棄喜歡的食物和勤做運動，這對一些只有三十至四十歲的中年人來說並不容易，特別是他們當中有些人很討厭做運動和喜歡吃東西，這會令他們感到生活質素下降，嚴重的甚至會形成情緒困擾。

而皮膚的長期病患，例如濕疹，研究顯示（例如：Halvorsen, Lien, Dalgard, Bjertness & Stern, 2014），

除了要承受皮膚痕癢及藥物的副作用外，因皮膚問題影響了外觀而降低了自信，有些甚至會逃避與人相處，而青少年可能會被人排斥、甚至欺凌，而青年人更會影響擇偶和工作中待人接物的信心。另外，本地研究顯示幾類常見的長期痛症（包括頭痛、頸痛、背痛及關節痛）亦與抑鬱有關（Lee & Tsang, 2009）。對於長期病患，服用的藥物有些也有可能引起情緒或焦慮問題（如對服用藥物有疑問，應請教你的主診醫生）。故當我們關心身邊長期病患者時，除了要關心他們身體方面的需要，也要顧及他們心理、人際關係、甚或靈性方面的需要。另外，照顧長期病患者也會構成家人很大壓力，本地研究顯示，他們患抑鬱或焦慮比一般人高（例如：Ho, Chan, Woo, Chong, & Sham, 2009）。

事實上，在心理學的領域，有一門學科稱為健康心理學（Health Psychology），是對健康、疾病，及醫療保健的心理和行為過程的研究，會關注人的心理、行為和文化等因素如何促進身體健康和對疾病的理解，相信心理因素能直接影響身體的健康，例如可幫助一些喜歡用食物減壓的「三高」人士，透過心理治療去改用其他較健康的減壓方法等。而筆者在美國受訓時有一位同事是康復心理學家（Rehabilitation Psychologist），她的專長是幫助長期病

患者，無論是因先天或創傷引起的傷害或疾病，去實現最佳的身體、心理和人際功能，當中也可能會幫助其家人。可惜的是香港相關的心理從業員供不應求，往往未能在公營機構或醫院提供這方面的服務普及大眾。

殺人後自殺現象

美國耶魯大學精神科學系助理教授及法律心理學家 Marc Hillbrand(2001) 指出，「殺人後自殺」(Homicide-Suicide) 是指一個星期內發生兇殺案，然後是肇事者自殺。美國的研究顯示，在 2013 年「殺人後自殺」事件發生率為每 100,000 人中 0.23%(約佔美國所有殺人案的 5%)，另一些美國同類研究指出這些個案中有 15.6% 有精神病紀錄。Hillbrand 提到，「殺人後自殺」的常見受害者有四種，分別是

- (一) 子女、
- (二) 配偶(包括因嫉妒和健康衰退引起)、
- (三) 家族成員(可包括父母或兄弟姊妹等)及
- (四) 外人。

當中，殺配偶後自殺是最常見的個案。殺外人後自殺事件較少，但受到傳媒最大關注，包括校園槍擊案行兇者自殺，受害者沉澱自殺(Victim Precipitated Suicide 如「警察自殺」)、因政治動機和暴力罪犯「殺人後自殺」等。

香港大學犯罪學中心及病理學系於 2003 年做的本地研究(Chan, Beh & Broadhurst, 2003)，是中國人社會第一個有關「殺人後自殺」的系統研究，數據來自香港警隊及死因裁判庭的調查及死亡報告。於 1989-1998 年 10 年間發生的 56 宗案件，當中涉及 133 人死亡，大多數殺人者是男性(75%)而受害者是女性(64%)，殺人者和受害者的平均年齡分別為 41.9 歲和 32.3 歲。受害者多為配偶和戀人(46.4%)，其次是兒童(36%)。多數事件是由於分手、結束婚姻或親密關係所引至(39%)，其他也有經濟原因(25%)和家庭糾紛(20%)。最常見的殺人方式是勒死/窒息(26%)，刺死/切碎(24%)，其次是煤氣/中毒(14%)和高處跳下(14%)。最常見的自殺方法是從高處跳下(48%)，其次是煤氣/中毒(22%)和勒死/窒息(13%)。抑鬱症(18.3%)及脾氣暴躁(28.3%)是最常見的精神/情緒問題。大多數犯案者來自低社會經濟背景，三分之二的人失業，76.6%的人受過九年或更少的教育。這研究指出，與西方文獻的研究

相比，香港個案與經濟因素有高度相關性，比較少年老夫婦之間的憐憫殺害(Mercy Killing，例如有些要照顧長期病患妻子的年老男士，因發現自己有絕症而怕自己死後無人照顧妻子，會先把妻子殺掉才自殺)，也有較高比例的殺害兒童後自殺，以及很少使用手槍等。

另一個較近期的本地研究(Yip, Wong, Cheung, Beh & Chan, 2009)，是從死因裁判庭 98 宗於 1989-2005 年「殺人後自殺」案件作出的分析，當中 231 人死亡，大部分殺人者是男性(68.7%)，年齡介乎 30-49 歲，大部分個案是在家庭發生，而當中 60% 是因配偶衝突或利他原因引起，死者多為配偶(46.5%)和兒女(47.5%)，主要行兇的方法是用武器切割(33.3%)和燒炭(22.2%)，四個主要近因是爭執、關係中的衝突、利他因素和精神病引致，而主要的遠因與財務困難、長期爭執和家庭暴力有關。他們研究的建議是希望可以加強這些遠因的預防工作。

西方文獻方面，一個在意大利 2011 年的研究(Roma, Spacca, Pompili, Lester, Tatarelli, Girardi, & Ferracuti, 2011)，從 1985 年到 2008 年報紙中「殺人後自殺」的案例，發現 662 宗個案中，有 1776 人死亡，比率約為每年在 100,000 中有 0.04 宗。兇手大多是男性，最多年齡組別是 35 至 54 歲，主要運用手槍，而女性行兇者最常見的年齡組群是 25 至 44 歲。而死者多數為女性，比行兇者年輕。男性行兇動機主要為因妒忌而產生的情殺案，而女性行兇動機則是與家庭和經濟問題有關。不同年齡的行兇原因也不同：25 至 54 歲主要是因為感情中的妒忌，而 64 歲以上是因為利他的原因(例如：憐憫殺害)。而這研究當中的個案有 10.9% 有精神病紀錄。在瑞士 2013 年的一個同類研究(Panczak, Zwahlen, Spoerri, Tal, Killias & Egger, 2013) 也有類似結果，特別的是行兇者以離婚男性比已婚男性為高，沒有瑞士國籍的外國人為高，沒有宗教信仰比天主教信仰為高，居住環境擠迫和低社會支援等因素為高等。另一個在荷蘭 2007 年的同類研究也有相類似的結果(Liem & Koenraadt, 2007)。

綜觀以上本地及外地的研究，「殺人後自殺」案的比率雖然較低，但在社會當中帶出的震撼卻相當大，無論是在家庭或社區當中發生，都會帶來相當大的震驚和不安，當中可以涉及遠因和近因，包





括社會、家庭和個人因素在內。Hillbrand(2001) 特別指出，會發生傷害自己及他人的個人危險因素 (Risk Factors)，包括：

- (1) 童年及青少年有破壞性行為的歷史、
- (2) 具有抑鬱情緒、
- (3) 暴力傾向及
- (4) 長時間有發脾氣、衝動、吸毒及人際關係問題。

而 Hillbrand 亦建議專業人士在幫助有情緒困擾而談及有自殺的傾向人士時，不要忘記評估他們傷人的可能，相反亦然。因防患未然永遠是減低悲劇發生的最好方法。

另一方面，Hillbrand 亦提到防止發生「殺人後自殺」案的保護因素 (Protective Factors) 包括：

- (1) 智力正常、
- (2) 宗教信仰、
- (3) 有生存下去的原因、
- (4) 正面的社交方向、
- (5) 抗逆氣質、
- (6) 達致成功的健康信念及
- (7) 與父母、同輩及他人有良好的支援關係。

故此，我們應對家人和身邊的人多一些關心關注，特別是對一些長期病患者和要照顧長期病患者的家人，增加他們以上提及的保護因素。而如果你留意到你關心的人有以上愈多危險因素而愈少保護因素，也有以上提及的社會和家庭問題，應密切關注他們，有需要時亦應尋求專業幫助。故此，切勿輕看你的一句問候、關心和鼓勵的話，或許這會減低一件悲劇的發生，莫以小善而不為。而對一些悲劇一旦發生的家庭，要對他們作出適切的支援和幫助，特別是當中仍生還的家人，以渡過這重大創傷。

參考資料：

Chan, C.Y., Beh, S.L. & Broadhurst, R.G. (2003). Homicide-suicide in Hong Kong 1989-1998, *Forensic Science International*, 137, 165-171.

DOI:10.1016/j.forsciint.2003.12.001

Hillbrand, M. (2001). Homicide-Suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 626-635. DOI: 10.1037//0735-7028.32.6.626.

Halvorsen, J.A., Lien, L., Dalgard, F., Bjertness, E., and Stern, R.S. (2014). Suicidal ideation, mental health problems, and social function in adolescents with eczema: a population-based study. *The Society for Investigative Dermatology*, 134, 1847-1854. doi:10.1038/jid.2014.70.

Ho, S. C, Chan, A.; Woo, J.; Chong, P. & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *The Journals of Gerontology: Biological sciences and medical sciences*, 64A, 873-879.

Lee, S. and Tsang, A. (2009). A Population-based Study of Depression and Three Kinds of Frequent Pain Conditions and Depression in Hong Kong. *Pain Medicine*, 10, 155-163. doi:10.1111/j.1526-4637.2008.00541.x.

Lee, A. M., Wong, J.G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P.C., Chu, C.M., Wong, P.C., Tsang, K.W. and Chua, S.E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 233-240.

Liem, M.C. and Koenraadt, F. (2007). Homicide-suicide in the Netherlands: A study of newspaper reports, 1992 - 2005. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18, 482-493. DOI: 10.1080/14789940701491370.

Panczak, R., Zwahlen, M., Spoerri1, A., Tal, K., Killias, M. and Egger, M. (2013). Incidence and risk factors of homicide-suicide in Swiss households: national cohort study. *PLoS ONE*, 8, 1-9. doi:10.1371/journal.pone.0053714.

Roma, P., Spacca, A., Pompili, M., Lester, D., Tatarelli, R., Girardi, P. and Ferracuti, S. (2011). The epidemiology of homicide-suicide in Italy: A newspaper study from 1985 to 2008. *Forensic Science International*, 214. e1-e5. doi:10.1016/j.forsciint.2011.06.022.

Yip, P.S., Wong, P.W., Cheung, Y.T., Beh, S.L. & Chan, K.S. (2009). An empirical study of characteristics and types of homicide-suicides in Hong Kong, 1989-2005. *Journal of Affect. Disorders*, 112, 184-192.

Zhang, N., Fielding, R., Soong, I., Chan, K.K., Tsang, J., Lee, V., Lee, C., Ng, A., Sze, W.K., Tin, P. and Lam, W.W. (2016). Illness perceptions among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*; 24, 1295-1304. DOI:10.1007/s00520-015-2914-3.

陳藝賢。(2011)。隱藏社區心臟病發高危人士研究。心臟健康列車。檢索自 http://www.hearthealthytrain.com/file/files/HHT_PPT_community_study_2011-1.pdf



近年來，跟朋友們聚會的時候，很多時都會談及湊仔經，分享各自對教育小朋友的心得和見解。眼見這一代的父母越來越重視孩子的心理健康發展，心感欣慰。但我亦發現，一些家長們仍然深信體罰在某些情況下是有效，甚至是有必要的教兒方式。

體罰真的有效？

家長體罰小朋友的主要目的，是要懲罰和減少不當行為的發生，並提高恰當行為在未來出現機會。體罰雖然對不當行為可能有即時的阻嚇作用，但學術研究顯示，越多對小朋友使用體罰，他們長遠會表現出更多不聽話的情況，對自己的不當行為感到內疚的機會也會較低。換言之，體罰似乎只能讓家長發洩他們的憤怒，並立刻停止小朋友當下的負面行為，但未能有效地教懂小朋友正面的行為和背後的因由。更多時候，小朋友在被體罰後，主要學懂怎樣避免再被體罰，更小心地防範家長發現他們的不當行為，而非明白自己的行為為甚麼是錯的。在一個減低兒童不當行為的隨機對照試驗

(randomized controlled trial) 中，訓練了超過 500 個家庭減少體罰的使用，結果實驗組的家庭的兒童行為問題得到很大的改善，反映體罰不但對行為的改變沒有正面的作用，甚至可能是使不當行為加劇的一個重要因素。

體罰對身心健康的負面影響

一連串的統合分析 (meta-analyses) 研究指出，體罰跟童年和成年時期的心理健康問題、童年的反叛行為、成年的犯罪行為和負面的父母子女關係，都有一定的關聯性。體罰的應用似乎也與兒童被身體虐待的風險增加有關。研究顯示，體罰與兒童、青少年、和成年人的心理問題有關聯，包括抑鬱、不開心、焦慮、絕望的感覺、酒精與藥物的使用、和一般的心理適應問題。研究人員亦發現，體罰跟兒童的認知發展緩慢和學業成績的負面影響有關。神經影像學 (neuroimaging) 的研究亦反映出體罰對腦部結構和功能有負面影響的可能性，例如減少腦部的灰質 (grey matter)，和對腦部多巴胺區造成改變而增加酒精和藥物成癮的風險。雖然有部份研究顯示體罰並未帶來負面結果，但至今都沒有實驗找出體罰有任何長遠的好處。近幾十年的心理研究結果，似乎都在告訴我們——體罰是對兒童的成長百害而無一利的教導方法。

我記得自己曾經在討論這個話題時，問我的一位朋友：「如果有更好的方法，可以不用打自己的孩子也可以改善他的行為，為什麼還要用體罰呢？」他面有難色地說：「但我仍然覺得打是有必要的。」其實我並不感到意外，因為有不少人因自己的成長背景和經驗等因素，對體罰的果效和重要性深信不疑。希望家長們都能從多年的心理研究結果中的重要信息，認識體罰的弊處，並更多善用正面、有效的育兒方法，讓孩子們能在愉快的環境下身心健康地成長。

References :

- Durrant, J., & Ensom, R. (2012). Physical punishment of children: lessons from 20 years of research. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 184(12), 1373–1377. <http://doi.org/10.1503/cmaj.101314>
- Gershoff, E. T. (2013), Spanking and Child Development: We Know Enough Now to Stop Hitting Our Children. *Child Development Perspectives*, 7, 133–137. DOI:10.1111/cdep.12038

跟沙遊的緣份——再遇

上期專欄，跟大家分享到 2004 年我跟沙遊的初次相遇，那次相遇沒有給我帶來太大的轉變，往後 5 年我的生活和工作也沒有沙遊。然而，奇妙的事情就在 2009 年發生了。

沙遊治療工作坊

某天，朋友問我是否有興趣參與一個為期五天的沙遊治療工作坊，主講者是來自美國 Dr. Barbara Turner，她是一位沙遊治療師，也是一位家庭治療師。當時我沒有太大渴望，只是剛好那時間較清閒，找些事做也好。我也沒有回想跟沙遊初次相遇的經歷，只是帶著一份平常心去學習。

工作坊的開始是一些理論基礎，我並不真的完全聽得懂，但吸引我卻是 Dr. Turner 帶來了她部分的沙遊物件。她為那次教學的預備確令我感動。沙遊治療的理論基礎是榮格的心理分析，當時我對沙遊和榮格心理分析也沒有概念，但我又不太介意自己明白多少，我所專注是課室四周的沙遊物件。

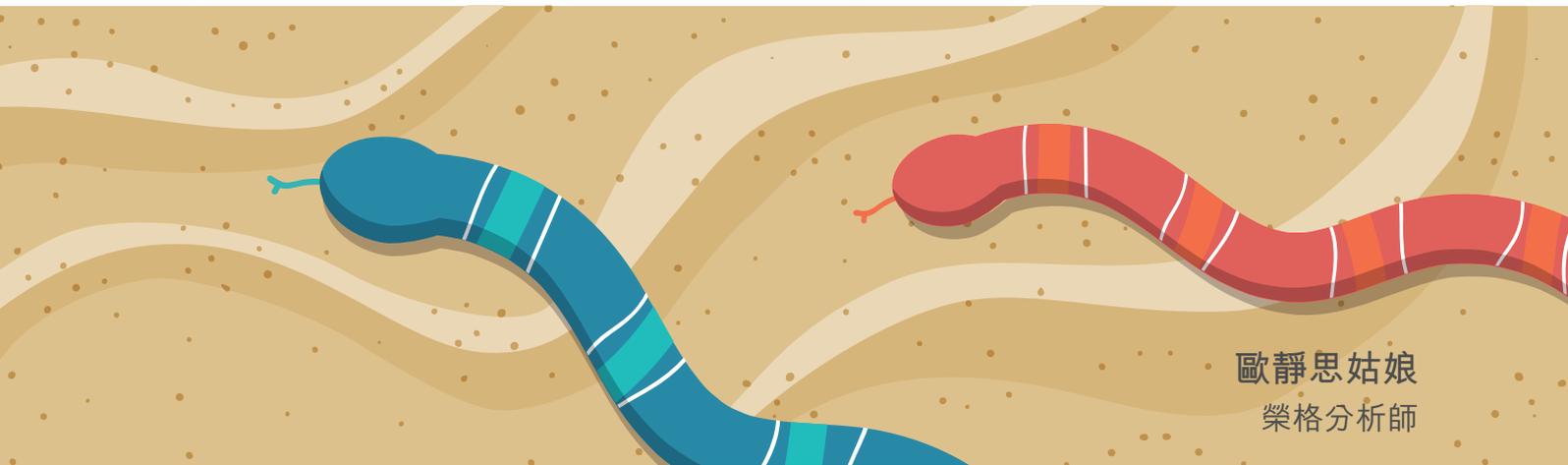
機會來了！Dr. Turner 帶來的沙遊物件，並不只為給我們作介紹，她希望每位參加者能有機會去體驗沙遊治療。參加者被分為兩組，分別是沙遊者和治療者，二人成為一對，角色輪流替換，並要求二人要互不認識。開始前，大家知道這是體驗而不是真正的治療。Dr. Turner 鼓勵沙遊者不用計劃要做甚麼，一切由心出發，想做甚麼就做甚麼；而治療者的角色是觀察，只用心感受而不作任何分析。參與工作坊人數有三十多位，故未能安排各人使用正常大小的木沙盤，取而代之是小型的膠沙盤。工作坊內也提供了沙和水，讓大家好好體驗，自由發揮。

蛇的再遇

作為沙遊者的角色，我感到期待和興奮。開始時，我先細心欣賞 Dr. Turner 的沙遊珍藏，感到很有趣。當我來到擺放動物的區域，看見兩條大蛇。雖然它們是假的，但仍讓我覺得害怕。我稍加快步伐，繼續向前走，過程中繼續欣賞精緻的小物件。不知不覺地走了一圈，我又回到兩條大蛇的位置，立刻緊張起來。這次我沒有加快腳步走過去，我停下來，注視它。那害怕的感覺仍在，而且感受到心跳加速。我決定還是不要理會它，繼續向前走。

然而，這次跟上次不同，我向前走了幾步就停下來，並且回頭再注視那兩條大蛇。我不懂為何我要停下來？不懂為何再回望那兩條大蛇？更奇怪的是我沒有只是多看兩眼就離開。慢慢地我走到兩條大蛇前面，看著它們既感到恐懼但又被吸引。就在那刻，我的右手伸出來拿起一條大蛇，心想：「不得了，我在做甚麼？」我看見我的右手在發抖。同時我的左手也伸出來，拿起另一條大蛇。兩條大蛇都在我手裡，雙手也在發抖。我腦海一片空白，本能反應使我急促地走向自己的位置，沒有多想就把兩條大蛇「掉」在沙盤裡。

看著兩條大蛇在沙盤內，我深深呼了一口氣，然後再拿了些其他物件，但後來的小物件我就沒有太深刻印象了。當所有沙遊物件全放在沙盤，我再次專注我的沙盤圖畫，眼淚瞬間流下來，感受到憂傷和激動。我的治療者也很專注我的沙遊圖畫，但她不知道我在流淚。因為我們本不認識，所以我也沒期望會被明白和安慰。我示意已經完成我的沙遊，然後獨自離開了課室。



歐靜思姑娘
榮格分析師

在課室外，我找了一個角落坐下來，那份複雜的感受仍在，眼淚沒有停止，也不明白發生了甚麼事。我花了些時間讓自己平靜下來，但直覺告訴我沙遊對我的成長是重要，也思想是否開始個人的沙遊體驗。

沙遊治療的體驗

2009年，香港當時仍未有認可的沙遊治療師，經朋友介紹，我聯絡上廣州的申荷永教授，也開始了我個人的沙遊體驗。沙遊治療是一個過程，而我的沙遊體驗也開展了一段旅程。為了一小時的沙遊體驗，我需要花上7-8小時的交通來回。有人問我這付出值得嗎？當時我沒有答案，只知道路要向前走。

每次去廣州我也是獨自一人，沒有太強的孤單感，相反獨處對我而言是一種享受。只是我方向感不好，迷路的時候總感到迷茫和恐懼。開始了沙遊體驗，也象徵我踏上了生命的新旅程。在火車上，我會沉思，也會記錄沙遊過程的感受或發現。當迷茫和疲倦的感覺出現時，我承認也有停下來的想法，只是內在的聲音又會告訴我：「當下的感受只是整個過程的一部分。」我對自己的生命旅程有一份渴望。就因為渴望知道生命的意義，我又堅持走下去。

沙遊帶來的轉變

仍記得第一次跟申教授做沙遊，出現在我沙盤內的仍是蛇。害怕的感覺仍然存在，只是沒有之前的強烈。此刻回想，2004年的初遇，到2009年的再遇，與蛇的相遇似乎是它對我的呼喚，象徵昏睡

心靈的甦醒。在第20期通訊，我曾經寫下有關蛇的文章《蛇的象徵意義——靜與動》。

在廣州的沙遊體驗維持了兩年，我離開的原因是要走更遠的路。某天，我如常去到申教授的工作室，剛好他的同工不知道有人會前來，他們把沙拿去清潔。後來知道我來了，急忙把沙放回沙盤內，所以當日的沙特別濕。申教授問我：「沙是否太多水？」我回應：「可以的。」

當我完成了沙遊，奇怪地內心有一種想把它破壞的感覺。我帶著那感覺離開了申教授的工作室。那破壞的感覺很強烈，我嘗試把它壓抑下來，或否定它的存在，以至可以回到我的生活，但我沒有成功。我已知道它的存在，就不能裝作甚麼事情也沒有發生。我安靜下來問自己：「破壞的渴望對我重要嗎？甚麼東西要被破壞？」有一天，我突然有一想法：「離開香港一段時間。」那刻我明白了！我要破壞的是當時穩定的生活，走出我的安舒區，才會知道生命要如何走下去。

沙遊體驗帶我去到廣州，但似乎有更大的轉變等候我。再次離開並且去更遠的地方，這是不容易的抉擇，卻是生命旅程的新突破。後來的經歷，留待下期再跟大家分享。



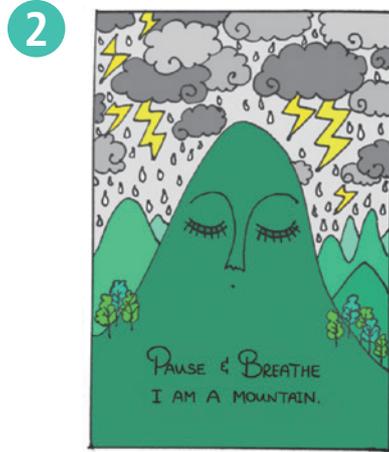


靜觀情緒的天氣



我們的情緒就像天氣，時晴時雨，瞬息萬變。

遇到不如意事，感到情緒困擾如感到不快、憤怒、徬徨、焦慮等，是人之常情。情緒告訴我們自己對不同事物的反應，我們的價值觀和需要、甚麼是對自己重要的。它為我們提供訊息和方向，準備反應及行動。在受到威脅或緊急情況下，啟動防禦求生機制，去保護自己。



我們可以由靜觀(Mindfulness)開始，去覺察及調節自己的情緒，製造一個平靜、清晰的空間去選擇適當的回應及方法，不被情緒操控、不抑壓或逃避情緒，做情緒的主人。

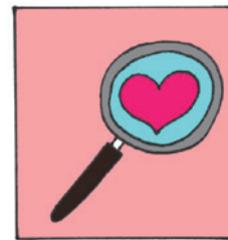
停一停，抖擻氣（靜觀呼吸）。

3 覺察(Aware)及確認(Acknowledge)此刻自己內在的經驗：
(態度：不批判、初心、好奇、有興趣、開放、接納、有耐性)

此刻有甚麼情緒需要我關注？(Name the emotion)	身體有甚麼感覺？	腦海有甚麼念頭浮現？

*就讓自己如實地去覺察任何所浮現的情緒、身體感覺或念頭，不需要刻意分析它們。

4 好奇、不批判地探索(Investigate)：



- 此刻有甚麼最需要我關注的？身體的意感(Felt sense)如何？
- 此情緒背後有甚麼是想讓我知道的？它有甚麼需要？



以慈愛、自我關懷的心(Self-compassion)去聆聽自己：

- 我現在最需要的是什麼？
- 我可以如何關心和照顧自己？

靜觀(Mindfulness)是指有意識、不加批判地覺察當下此刻的個人內在狀況（包括思想、情緒、身體感覺和行為）以及外在環境，讓人如實地觀察和接納自己。

它是一種修練、一種生活的智慧和態度，讓我們能夠活得更自在，去選擇適當的應對方法，打破不自覺、機械式的惡性循環反應。