



本期內容

編者的話	1
專論： 「認知障礙症」劃時代的治療—— 無創腦磁激（rTMS）	2-4
人·全人 「完全變了個人是甚麼感覺？」	5
暢談心理學 「一念無明」的啟示—— 人有病？社會有病？	6-8
心靈小天地 分離不能逃避的痛	9-11
誰可相依 明白雙方的情感傷口	12-14
童心同行 為什麼我的小孩會說謊？	15
中心消息	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	馬燕盈醫生
康貴華醫生	陳方揚醫生
張鴻堅醫生	楊明康醫生
歐銘鏞醫生	鄺保強醫生
何定邦醫生	莊勁怡醫生

專業團隊

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

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

第二十五期通訊編輯小組

督印：李詠茜博士

編委：譚日新博士 許丘加莉女士

吳張秀美女士



編者的話

譚日新博士

首先，筆者想代表中心通訊編委多謝陳熾鴻醫生多年來作為義務主編的工作，在他的帶領下，中心通訊在過去數年也做得非常出色和專業。今期開始，主編的工作將由中心宣傳小組委員會成員承擔，希望我們能一如既往，能保持中心通訊專業的水平。

今期的文章非常精彩，特稿有中心顧問馬燕盈醫生的「認知障礙症劃時代的治療——無創腦磁激（rTMS）」，為我們介紹如何運用腦磁激在認知障礙症上，亦讓我們知道除了藥物和心理治療外，腦磁激也可運用在抑鬱症上。精神科專科陳熾鴻醫生的專欄，會從一種罕見的自體免疫性腦炎如何影響人的情緒和思覺，從而帶出「完全變了個人是什麼感覺」。臨床心理學家譚日新博士透過《一念無明》這電影，說出社會和人的精神情緒問題之關係。剛獲得榮格心理分析師資歷的歐靜思女士，透過她完成六年在瑞士蘇黎世榮格研究院的訓練體會，分享出分離乃人生不能逃避的痛。而高級心理輔導員梁趙穎懿女士向我們指出，明白配偶的情感傷口，可幫助雙方互相諒解，從而建立更深入的關係。臨床心理學家賴靜琳博士則向我們講解，小孩說謊背後的常見心理因素，值得家長反思。

而高級臨床心理學家陳穎昭博士的專欄「瞬間看心理」，會在她休假回來後繼續，讓讀者可繼續看她發人心省和精緻的漫畫，亦希望讀者可留意中心的最新消息、活動和新榮譽顧問的加入。另外，假如你對文章有任何回應或疑問，歡迎在我們網頁的「互動平台」留言，希望你喜歡今期的通訊。

「認知障礙症」劃時代的治療—— 無創腦磁激（rTMS）

馬燕盈醫生
精神科專科醫生

「認知障礙症」普遍延遲求醫

雖然「認知障礙症」越來越普遍，可惜大部分患者不太了解「認知障礙症」。¹ 很多長者不懂得求醫，家人也未必懂得辨識，甚至被坊間思維影響，認為：「年紀大，機器壞，記性轉差好正常啫！」，以致錯過了醫治的黃金時間。行醫多年，發現大部分人求醫的時候，情況已惡化至中、後期，很多家人都嘆謂：「早知早啲帶佢睇醫生，唔駛佢同大家受咁多苦！」

「認知障礙症」並非正常老化

「認知障礙症」並非正常老化，而是一種腦部疾病，是大腦神經細胞病變而引致大腦功能衰退的疾病，患者的記憶、理解、語言、學習、計算和判斷能力都會受影響，部分且會有情緒、行為、感覺，甚至性格等方面的變化⁴ 以致影響個人情緒、人際關係及日常生活。

（表一）「認知障礙症」的成因及分類^{4,5}

阿爾茨海默病（Alzheimer's Disease）

- 最常見的類型（佔 50% 至 75%）
- 衰退是漸進式的
- 此病成因至今仍未明，有研究發現腦細胞出現病變，形成「斑塊」，並擾亂大腦內的信息，破壞腦細胞之間的連接。腦細胞的死亡導致某些機能或能力喪失

血管性認知障礙症（Vascular Dementia）

- 第二常見的類型
- 衰退大多是梯級式的
- 因連串的腦中風或血管疾病，導致積聚性腦部損壞所致

散播性路易氏體認知障礙症（Dementia With Lewy Bodies）

- 腦部神經裏發現一些細小的球狀組織，稱為路易氏體，一般相信這會導致腦細胞死亡
- 容易產生幻覺、極度混亂、跌倒及帕金森式顫抖等情況
- 病情會有很大的波動

額顳葉認知障礙症（Frontotemporal Dementia）

- 佔少於 10%
- 發病年齡多為 40 至 60 多歲，腦部所受影響的部份主要為額葉腦和顳葉腦。
- 在個性、行為（多為缺乏抑制能力）和言語上的退化會比記憶力衰退更早被發現及比較嚴重，此病的成因至今仍未明，但有少數的病例是由家族遺傳而引起的

「認知障礙症」常見嗎？

「認知障礙症」（從前被稱為老人癡呆症），特別是「阿爾茨海默病」（Alzheimer's Disease），是社會日益增長的問題。有研究報告指出，預計到了 2050 年，全球約有 1 億 3150 萬人患上「認知障礙症」，當中 68% 來自低收入及中等收入國家，而每三秒全球就會多 1 個人患上「認知障礙症」。¹ 本地研究顯示，每 10 名 70 歲以上長者便有 1 名患者，85 歲以上患病比率更高達三分之一。² 隨著人口老化及平均壽命增長，本地的「認知障礙症」患者將隨之而劇增，預計情況會急劇上升三倍，由約 10 萬（2009 年）名患者，增加到約 30 萬名患者（2039 年），³ 情況實在不容忽視。

亨廷頓舞蹈症 (Huntington's Disease)

- 由遺傳引致，發病年齡多為 30 至 50 歲
- 患者的腦部功能退化以致思考力及身體受到影響
- 特點為智力退化及手足和面上的肌肉會不規則、不由自主地抽動

其他成因

- 包括缺乏維生素及荷爾蒙、腦部創傷、腦部良性腫瘤或腦積水、病毒感染、甲狀腺分泌不足、精神問題如焦慮及抑鬱、藥物中毒、酗酒等

「認知障礙症」的病徵

根據美國精神疾病診斷與統計手冊第五版 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder version 5)，「認知障礙症」(Major Neurocognitive Disorder) 和「輕度認知障礙症」(Mild Neurocognitive Disorder) 會影響六個認知領域，包括整體注意力、執行能力、學習及記憶力、語言、感覺與動作整合和社交認知。⁶ 由於每個患者受影響的大腦區域不同，所呈現的徵狀也會不一。常見的早期徵狀如下 (見表二)。

(表二)「認知障礙症」的常見症狀

認知變化

- 短期記憶受影響，如隨處亂放東西，常常到處找東西或說別人偷了他的東西
- 常常遺失錢包、鎖匙、電話、眼鏡；忘記關掉水喉、爐頭、燈、如廁後沖廁、赴約、看醫生、食藥、食飯，常常重複發問
- 原本熟悉的程序出現困難，如忘記煮饅、洗澡的步驟等
- 對人物、時間及方位感到混亂，容易迷路
- 計數出現困難，如不懂找續
- 說話能力退步，難以表達和理解詞彙，不能說出物件的名稱，未能用適當的字句來表達，說話很難理解
- 抽象思考能力降低，想不到複雜的事情
- 很難學懂新事物
- 判斷力下降，如夏天穿了冬天的衣服，容易受騙等
- 失去主動性，變得被動，甚至對自己以往喜歡做的事也失去興趣
- 日夜顛倒，失眠
- 把從沒發生的事情當以為真，時空交錯

心理變化

- 情緒起伏不定，易焦慮、發怒、發脾氣、罵人
- 妄想、幻覺
- 性格轉變 (如變得多疑、固執、不願意合作、對人或事變得冷淡及較少說話等)
- 不當行為

「認知障礙症」的治療發展

由於早期從病理學的角度發現患者出現大腦某種傳遞物質失衡⁷，所以大部份早期的治療都在於使用藥物 (acetylcholinesterase (AChE) inhibitor) 來改善這種腦分泌⁸。而最新的外國研究顯示，「阿爾茨海默病」患者的腦有連接功能 (dysfunctional connectivity)、皮層可塑性 (neuroplasticity) 和興奮性 (excitability) 的障礙。⁹ 可是目前用於「阿爾茨海默病」的藥物，並沒有研究能證明它可以增強腦神經元連接性或改變疾病進程¹⁰，換言之，目前使用的藥物是無法治愈或停止疾病進展，只有減輕症狀。最常用的藥物多奈哌齊 (Donazepil) 僅對 20% -60% 的患者有一些益處，¹¹ 但當中只有 2.3% 的有顯著效益。¹² 然而，長期研究顯示，與安慰劑相比，並沒有研究支持此藥物能改善患者的生活功能¹³，而且有許多患者因受不了嚴重的副作用而停藥。

有鑑於此，不斷有人提倡其他的產品或訓練來補充或代替藥物治療，可是其效果不能被臨床實驗所驗證。有研究顯示個人單對單培訓¹⁴ 相比藥物治療，效果較差。¹⁵ 最近有一個關於運動大腦可以預防認知衰退的研究，Reichman 指出雖然坊間有許多聲稱健腦的產品或療法，但實情是這些產品或療法並沒有科學根據。¹⁶

腦磁激 (Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation rTMS)

腦磁激 (rTMS) 是一種無創、安全、有效、不需要直接接觸頭皮，易於使用的治療方案。這是一種在體外刺激腦特定部位的技術，以磁場轉化為電流的原理，針對刺激大腦負責控制功能的區域來調節大腦的神經活動，其作用是調節大腦皮層興奮性和功能。¹⁷

其操作原理是把一絕緣線圈放在特定部位的頭皮上，當線圈中有強烈的電流通過時，就會有磁場產生，發出短暫電磁脈衝 (brief magnetic pulses)，進入大腦皮質表層數毫米處並產生感應小電流，磁場穿過頭皮，到達大腦皮層，增加腦神經元活動 (stimulating excitation and neuronal firing)。¹⁸ 有研究顯示腦磁激 (rTMS) 可增強大腦皮質興奮性 (excitability) 和可塑性 (plasticity)。此外，神經元之間的信號傳遞會持久增強 (long term potentiation)。¹⁸ 有研究顯示完成腦磁激 (rTMS) 治療後，效果仍然是存在的。¹⁹ 另一方面，在 AB1-42 毒性誘導的老鼠中，低頻腦磁激 (rTMS) 能夠逆轉空間記憶缺陷²⁰。在功能磁力共振的研究中，腦磁激 (rTMS) 能增加皮質和海馬區域的功能連通性，並伴隨著改善關聯記憶性能 (associative memory)。腦磁激 (rTMS) 能增強神經可塑性 (neural plasticity)²¹，並有修復疾病的潛力，²² 多份聚合系統研究 (Systemic reviews and meta-analysis) 顯示腦磁激 (rTMS) 可以改善「阿爾茨海默病」，「輕度認知障礙」和「帕金森病」患者的認知功能，包括執行力、學習、記憶、注意力和解決問題的能力。²³⁻²⁶

腦磁激 (rTMS) + 認知訓練

融合腦磁激和認知訓練技術，能調節「阿爾茨海默病」患者腦部退化的認知區域，以強化相關腦部認知區域的作用。同時使用這兩種技術，已証實比只單獨使用藥物、腦磁激或認知訓練更有效。²⁷ 患者不僅在認知能力、日常活動和決策能力上獲得改善，此療法也能夠協助了解患者實際的病程以作為調整治療的方向。

腦磁激 (rTMS) 的副作用

研究已證明腦磁激 (rTMS) 是一種非入侵性、安全、耐受性好的治療方法。治療很方便，不需要入院或打麻醉藥，可以在門診使用，完成後可以如常活動。不是每個病人都會經驗副作用，若有的話，常見的副作用只是頭部放置儀器時有一些按壓感、輕微的頭部不適、牙痛或面部肌肉抽搐，這些情況可通過調整裝置位置減少發生率。副作用在治療過程後不久便會改善，而嚴重的副作用則很少見。因為所有病人都會經過細心的評估，決定是否適合此項治療。所有曾患有癲癇症 / 躁狂症 / 腦部有金屬裝置的人都不會被納入此項治療，所以潛在的嚴重副作用（癲癇）是非常罕見的。整體來說，腦磁激 (rTMS) 被認為是安全和耐受性好的治療方法。²⁸⁻²⁹

(表三) 腦磁激 (rTMS) 的治療流程¹⁸

評估	在進入治療計劃之前進行預篩選評估
治療前磁力共振腦掃描 (MRI Brain)	準確識別治療腦區，精確定位
治療	在選定的大腦區域，同時進行腦磁激 (rTMS) 和相關的認知訓練 每天 1 小時 x 每週 5 天 x 6 週 = 共 30 次治療

腦磁激 (rTMS) 的認可和使用

在 2008 年，腦磁激 (rTMS) 被美國食品藥品管理局 (U.S. Food and Drug Administration, FDA) 獲批為醫治「抑鬱症」的有效治療。在 2015 年 12 月，腦磁激 (rTMS) 被英國國家臨床醫學卓越研究院 (The National Institute for Clinical Excellence NICE) 認可為醫治「抑鬱症」和「偏頭痛」有效及安全的治療。除了「抑鬱症」外，越來越多研究顯示腦磁激 (rTMS) 能被成功應用於「認知障礙症」上³⁰，最近腦磁激 (rTMS) 已被歐盟獲准為醫治輕度至中度「阿爾茨海默病」的有效治療¹⁸，預計腦磁激 (rTMS) 將成為越來越普遍的治療，為患者及家人帶來曙光。

References :

1. The World Alzheimer Report (2015). The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends
2. Department of Health, HKSAR. Dementia Care Seminar cum Kick-off Ceremony for Dementia Care Campaign 2006. <http://www.dh.gov.hk/English/press/2006/061013.html>.
3. Yu, R., et al. (2012). International Journal of Alzheimer's disease. Doi:10.1155/2012/406852
4. http://www.elderly.gov.hk/tc_chi/common_health_problems/dementia/dementia.html
5. http://www.hkda.org.hk/tc/?page_id=1840
6. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM5)
7. Perry EK, Perry RH, Blessed G, Tomlinson BE (1977) Necropsy evidence of central cholinergic deficits in senile dementia. *Lancet* 1:189
8. Birks J (2006). Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD005593. doi:10.1002/14651858.CD005593
9. *Nature Rev Neuroscience* 2014;15:683
10. Robert Howard et al. (2012) Donepezil and Memantine for Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *The New England Journal of Medicine*, 366:893
11. Burns A, Yeates A, Akintade L, et al. (2008). Defining treatment response to donepezil in Alzheimer's disease. *Drugs Aging*. 25 (8):707-714
12. Lanctôt KL, Herrmann N, Yau KK, et al. (2003) Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Can Med Assoc J*. 169 (6):557-564
13. Courtney C, Farrell D, Gray R, et al. (2004). Collaborative Group Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease: randomised double-blind trial. *Lancet*. 363 (9427):2105-2115.
14. Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV (2006). Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 114:75-90
15. Birks J (2006) Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 1:CD005593. doi:10.1002/14651858.CD005593
16. Reichman WE, Fiocco AJ, Rose NS (2010). Exercising the brain to avoid cognitive decline: examining the evidence. *Aging Health* 6:565-584
17. Lisanby SH, Luber B, Perera T, Sackeim HS (2000) Transcranial magnetic stimulation: applications in basic neuroscience and neuropsychopharmacology. *Int J Neuropsychopharmacol*, 3:259-273
18. www.neuronixmedical.com/neuroAD
19. G Cirillo et al. (2016). Neurobiological After-Effects of Non-Invasive Brain Stimulation. *Brain Stimul*, 10 (1), 1-18
20. Ma J, Wang J, Lv C., Pang J., Han B., Gen Y., Wang M (2014). The Role of Hippocampal Structural Synaptic Plasticity in Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation to Improve Cognitive Function in Male SAMP8 Mice. *Exp gerontol* 2013;48:786-20 science 2014 Aug 29;345 (6200):1054-7
21. Wang JX, Rogers LM, Gross EZ, Ryals AJ, Dokucu ME, Brandstatt KL, Hermiller MS, Voss JL (2015). Targeted enhancement of cortical-hippocampal brain networks and associative memory.
22. Alexander V. Chervakov, Andrey Yu. Chernyavsky, Dmitry O. Sinitsyn and Michael A. Piradov (2015) REVIEW ARTICLE: Possible mechanisms underlying the therapeutic effects of transcranial magnetic stimulation. *Front. Hum. Neurosci.*, 16 June 2015 | <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00303>
23. Claudia Lage, Katherine Wiles, Sukhwinder S. Shergill, and Derek K. Tracy (2016). A systemic review of the effects of low-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation on cognition. *J Neural Transm (Vienna)* 123 (12): 1479-1490.
24. Wan-Yu Hsua, Yixuan Kua, Theodore P. Zantao, and Adam Gazzaley (2015). Effects of non-invasive brain stimulation on cognitive function in healthy aging and Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis *Neurobiol Aging*, 36 (8): 2348-2359.
25. Freitas C, Mondrago n-Llorca H, Pascual-Leone A (2011) Noninvasive brain stimulation in Alzheimer's disease: systematic review and perspectives for the future. *Exp Gerontol* 46:611-627
26. Liao Xiang, Li Guangming, Wang Anguo, Liu Tao, Feng Shenggang, Guo Zhiwei, Tang, Qing Jin Yu, Xing Guoqiang, Chen Huaping, He Bin, Liu Hua, Mu Qiwen (2015) Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation as an Alternative Therapy for Cognitive Impairment in Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis *Journal of Alzheimer's Disease*, vol. 48, no. 2, pp. 463-472, 2015
27. Rabey JM, Dobronevsky E, Aichenbaum S, Gonen O, Marton RG, Khaigrekht M. (2013) Repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training is a safe and effective modality for the treatment of Alzheimer's disease: a randomized, double-blind study. *J Neural Transm (Vienna)*, 120 (5) :813-9
28. http://www.psych.med.umich.edu/tms/side_effects.asp
29. <http://www.mayoclinic.org/tests-procedures/transcranial-magnetic-stimulation/details/risks/cmc-20163840>
30. J. Bentwich, et al. (2011) Beneficial effect of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with cognitive training for the treatment of Alzheimer's disease: a proof of concept study. *Journal of Neural Transmission*, 118, no. 3, pp. 463-471

「完全變了個人 是甚麼感覺？」

陳熾鴻醫生
精神科專科醫生

封面上這幾個字吸引了我的注目。設計師成功了，我把書買了下來，而且近乎一口氣的把它看完了。「我」是誰？是探討心靈與精神學的核心問題。「不是我」又可會是甚麼感覺？我就是不可能放過這了解病人心態的機會！其實很多病人也多少經歷過這種變——這不像我，但是「我」這主體經驗仍是存在的，所以他才能說「這不像我」。也有些患上重性精神病的康復者在憶述病中的經驗時仍然相信他當時是真的受到監視或迫害，所以他還是不會認為他是「變了個人」！「完全變了個人」是甚麼感覺？應該是很古怪的吧！我便從這好奇心出發。

揭開「作者的話」一頁（第 13-14 頁），她談到病中很多經驗都是模模糊糊的，但是作為訓練有素的記者，她透過『數百場訪談；數千頁的醫療記錄；父親在這期間寫的日記…醫院攝影機在我住院時錄下的影像…來重建自己那段閃爍不明的過往』，『所以，』她說寫這本書的同時，『我也在尋找自己失落的過去。』這就更加吸引了！實在沒有幾多病人有此能力對發瘋中的自己可以有如此詳盡的整理！

這本書的題目是 Brain on Fire—My Months of Madness（譯本：我發瘋的那段日子——抗 NMDA 受體腦炎倖存者自傳，譯者：張瓊懿，「行路」出版社出版）。作者 Susannah Cahalan 患的是一種非常罕見的自體免疫性腦炎，病狀包括情緒及思覺的失調，但也有明顯的腦疾表徵如意識混亂、癲癇發作等，而最後的確診要靠大腦切片這侵入性的檢驗，治療上也用上了控制病徵的抗癲癇藥及精神科藥物，控制發炎的高劑量類固醇，及治療免疫系統的免疫球蛋白靜脈注射和血漿置換。她確是經歷了死裏逃生的一場硬仗！

正如頁底節錄的一個短評，這書的確「引人入勝」！但是，要尋找「完全變了個人是甚麼感覺？」的話，可就有點失望了。病中的感受當然地包括了恐懼、暴怒、迷罔、疑惑、憂慮、失望…等等，但我只能歸納這些為病人對她所認知的世界產生的感受，而不是「變成了另一個人的感覺」，我起初想這是因為在疾病的過程中，她也不知道自己變成了怎樣的一個人，又或許在經歷巨大壓力的當下，人的大腦運作只會聚焦於處理環境壓力而不能處理感受。不過，閱讀這書卻給了我另一個了解的角度！

以下節錄的一段是蘇珊娜在康復中的一個體會，是有關她男友的。（第 273-274 頁）

『他不僅對我不離不棄，還在我生命最大的難關給了我安全感，給了我活著的意義。我不知道問過他幾百次，為甚麼他要留下來，他給我答案總是一樣：「因為我愛妳，因為我想要留下來，因為我知道原來的妳還在。」不管我被破壞到多麼支離破碎，他的愛都足以讓他依舊見到藏在裡面的我。』

這反思讓我了解：原來她沒有真的變了另一個人！「裡面的我」沒有變。這也與我的經歷及觀察吻合。小時候的我好會找問題。我問自己「人變老了會有甚麼感覺？」看着爸爸，我想他不會有甚麼特別的感覺，因為他是一天天變老的，一天的轉變不會太大！我就安心了。現在我也在老去，也不覺得裡面的我有怎樣的改變。我們一點一滴地組織起的「自我感」藏在裡面，即使疾病破壞到多麼支離破碎，「我」還在！

這反思也讓我了解，當你所愛的人好像變成了另一個人時，你可會有甚麼感受？而你的愛、你的信念、你的堅持對他是何等重要！

以下一段是有關她和爸爸、媽媽怎樣經歷她的「變」。（第 291-296 頁）

『我爸爸乾脆把他在那段時間所記的私人日記交給我，讓我自己去研究。透過他的日記，我從他的角度再次體驗當時的情景…裡頭有歡樂，有沉重，更有痛徹心扉的時刻…而他對我的愛更是難以計量的。「我知道她還活著，她的靈魂完好無缺。雖然還得回醫院治療…但是我的寶貝終於要回家了。」日記結束。』

『為了幫助她自己度過這個難關，我媽媽為我的病做了新的註解，堅持我的狀況「根本就沒有那麼糟」、「她一直都知道我會沒事」…直到仲夏的某一天…用餐當中，我開始問她我住院前那一陣子的事…我媽媽的臉突然漲紅了，她的下嘴唇開始顫抖，接著，掩面哭了起來；…「噢，妳那時完全瘋了。妳甚至走進餐廳裡，命令人家立刻給妳吃的，用命令的。不過妳實際的個性差不多也是那樣。」…那一刻，我媽媽終於承認她當時有多害怕了，藉著淚水，她終於表態，她根本沒有一直就知道我會「沒事」。因著這樣簡單而真誠的告白，我們之間的關係有了改善。』

其實，家人能坦誠面對精神康復的過程，也可以是很寶貴的心靈之旅！

「一念無明」的啟示—— 人有病？ 社會有病？

譚日新博士
臨床心理學家

6

前陣子港產片「一念無明」在香港電影金像獎拿了不少獎項，影片寫實地描繪了一位香港躁鬱症男士（余文樂演）的處境，在看的過程中有幾幕筆者也頗有感觸，包括主角父親（曾志偉演）面對過去不知怎樣照顧妻子（金燕玲演）和未能背負家庭責任，他現在面對兒子病困的無奈，與及男主角令母親離世和女朋友要承擔他債務的內疚等。看完電影後亦覺得鬱悶、沉重和有很多無奈，包括整個社會躁鬱的無奈、人在社會上要不斷向上爬的無奈、醫療制度僵化和「怕預鑢」的無奈、生活空間狹小和擠迫的無奈、教會對饒恕過分粗疏教導的無奈、與及社會大眾對情緒精神病患者標籤和誤解的無奈等。

社會的「躁」「鬱」現象

導演在一個訪問（黃進，2017）中，解釋片名「一念」是指到佛偈中「一念生萬念」，說的不只是一個念

頭，而是不斷堆疊的思想，而「無明」是指到人往往不夠智慧，不能看清楚什麼是最重要和看破事情的本相。導演希望透過電影說出躁鬱症不單單是指到一個人的病，而整個社會也可能是活在一種躁鬱的病徵當中。而整個社會躁（即興奮）的情形，包括人要不斷向上爬，去到一個無止境的狀態，包括「做唔掂就要跳樓」，在社會中要懂得「錢搵錢」和不要做一些「用手謀生」的工作等，筆者相信如果人不是有一點躁狂（或說過度興奮），也不會做這麼多不顧後果的過度投資或不斷要向上爬的傾向。另外，社會也有鬱悶的情緒，這令我聯想到幾年前雨傘運動及去年的魚蛋革命後，與及前陣子特首選舉帶給不少香港人的一點希望和及後之失望鬱結等。事實上，生態系統理論（Ecological System Theory, Bronfenbrenner, 1994）告訴我們，一個人的家庭、學校、公司、社區、教會，甚至整個社會的政治、經濟、文化、宗教和歷史等因素，也是環環緊扣、相互影響的，小環境可以對大環境作出影響，大

環境更加會影響小環境的狀況，還記得 2003 年沙士時期，整個社會也強調防菌的重要性，故一些已經常常洗手的人，更可能會去到一個地步像有潔癖（強迫症）人士一樣。

醫療系統的失衡

片中的醫療人員，大都是一些「怕頂鑊」冷漠的專業人士，見病人時往往也只是看電腦屏幕，不停問一些基本診症問題，更重要是很著重問病人有沒有「自殺」的高危情形，而護士的建議就是多吃朱古力可增加血清素。當然筆者認識的公營精神科醫護人員很多也不是這樣。至於臨床心理服務在公營機構則更加矜貴，大多是經精神科醫生轉介才可接受服務，因著人手短缺的關係，大部分病人的接見頻率也比較疏落。如能力範圍許可的話，不少情緒病患者也選擇在非政府資助機構（Non-Governmental Organizations; NGOs）、私營的診所或輔導中心尋求幫助。事實上，不少研究和檢討報告也建議政府增撥資源在幫助情緒精神病患者身上（例如：香港精神健康議會，2012），縮短輪候診症時間，特別是近年學童自殺個案在傳媒廣泛報道後，需要更加明顯。

居住環境與性格發展

導演在訪問中也指出，居住環境與性格發展有密切關係，特別是現在香港的樓價已去到不是一般人可承擔的能力範圍，不少人也要蝸居在劏房裡，形成心裡不少鬱結，逼到沒有私人空間，結果是受壓的弱勢（即劏房鄰居）遇到更弱的一方（情緒病患者及家人），就會變成欺壓人的一方（即要求患情緒病的人離開他們）。這些居住環境的問題亦形成了近年兩個很極端的現象，一方面有能力的人士會幫兒女排長龍買房子，這便是為何有「成功靠父幹」的流行術語；另一方面，青年人對地產權貴、既得利益者和政府極度不滿，也有些拒絕玩這個「買樓遊戲」，寧願把供樓的金錢拿去旅行、見識世界或發展興趣，也不願意把未來 20 年薪金的一半用來月供 200 呎的單位，更有不少青年人在年滿 18 歲時便立刻入紙排隊抽公屋，當中不乏大學生。在這樣的情況當中，我們可以想像青年人日後的性格會如何被塑造。

對饒恕的教導

影片中提及男主角的女朋友，在教會聚會中被「鼓勵」去饒恕男主角，而男主角亦受到壓力在未有多大心理準備下要與女主角復和，結果令情況變得更壞，

筆者認為這些對饒恕的教導有商榷的餘地。如讀者對饒恕這課題想有多些了解，可參看筆者上一期通訊的文章《饒恕，一個可能的選擇？》（譚日新，2017）。

對情緒精神病患者標籤和誤解

影片中男主角在社交場合和鄰舍間也受到很多歧視。事實上，我們從小到大聽過不知多少人用「痴線佬」、「癲佬」或「會斬人㗎」等去形容情緒和精神病患者，甚至在社區中建立中途宿舍，也受到不少人反對，因擔心會被傷害。其實，精神病患者除了要接受病患的困擾之外，也要不斷受到社會歧視帶來第二重的傷害，令他們更難重新投入社會生活和工作。可幸的是，近十多年來，不少明星和名人也願意公開承認患有情緒病和分享接受治療的經歷，令社會人士較明白和接納情緒病人士，減少標籤效應。

照顧長期情緒精神病人的壓力

在電影中我們看到阿東不是母親最愛的兒子，因父親不懂照顧患情緒病的母親而逃避照顧家庭的責任，阿東卻要付上照顧母親的責任，因而要承受照顧長期病患者的巨大壓力，甚至辭去工作。雖然電影沒有詳細交待母親是怎樣死，無論是阿東有心或錯手，他心裡的內疚是不容易面對的，雖然沒有法律上的責任，但不代表沒有良心上的責任。而我相信主角之所以病發是因為長期積累這些壓力，以致不斷堆積負面思想的後果，並他本身沒有很大的支援。相對他父親，在掙扎後最後願意參與精神病家屬支援小組很不同，這亦是不少研究家屬如何照顧情緒精神病患者（例如：Chan, 2011）的建議。

面對過去、始獲重生

導演在訪問中說到「我們要有勇氣面對黑暗，才是真正的積極」，這正正是我們這些從事心理輔導的人經常談及的。筆者不時也會聽到一些受導者說，原本不來輔導也「好地地」，但見了之後更不開心，因為在輔導的過程有可能要了解和面對自己和別人過去的黑暗面，這些真相會帶給我們痛苦，嚴重的甚至會出現一些抑鬱的情緒。有時我們情願忍受不面對真相帶來的痛苦，而用不同方法只希望去除這些病徵就算了。對從事心理輔導的人，這是一個非常大的挑戰，一方面我們要學習用同理心去接納受導者的黑暗，另一方面我們亦不能不把真相說出來，因為有時受導者真的是活在一個自欺的情況當中，他們需要承認和面對自己和別人也有黑暗的一面，要透過好好整理和修通，

才能被釋放出來，活出精彩人生。如讀者對這方面有興趣，可參看分析心理學大師榮格（Carl Jung）對陰影（Shadow）的討論（例如：Christopher Perry, 2015, *The Shadow*）。

不能「外判」的責任

此外導演亦談到，阿東既是一個照顧有情緒病母親的兒子，及後自己也成為一位情緒病患者，需要由爸爸照顧，在這些親密關係當中彼此不時會互相折磨，很想放棄，過程中也有不少猜忌和懷疑。而阿東父親也沒有學過做丈夫和父親，就擔當了這些角色，更遑論要做一個照顧情緒病患的丈夫和父親。他年輕時因為要努力工作「搵錢」而長期居留在大陸，逃避了面對妻子對他的鄙視和照顧她的病患，但當妻子死後到阿東得了情緒病之後，他今次選擇不再逃避，而是願意一步一步去學習照顧患病的兒子：他學習聽從醫生的指導，勸喻兒子要服藥；護士教他要給兒子吃朱古力，到後來他願意去看一些情緒病的單張和參加情緒病患者家屬支援小組，與及在鄰居要求他們搬走，都與阿東一起面對，這在在顯示他不想把照顧兒子的責任「外判」給別人。雖然他表面上好像對情緒病患者一無所知到懂得一點點，但他實在已做了非常重要的舉動，就是與兒子同行和照顧他日常的起居飲食，幫助兒子面對病困帶來的起伏，面對日後人生的痛苦和挫折，這絕對是我們這些提供專業治療人士不能做的工作，假如情緒精神病患者的家屬也可以學習這父親的行為，相信不少患者的康復絕對可以更暢順一些。

總結

筆者在學習精神病理學時，談論到形成精神病不同的成因，例如生理遺傳因素，環境心理成長等因素，而當中有一些看法說精神病是社會建構（Socially Constructed, e.g. McCann, 2016）出來，較為極端的甚至說根本沒有「精神病」這種病，這是藥廠為了賺取病人金錢而編造出來的神話，當然筆者未能完全認同他們的看法，但精神病患是因着不少社會因素形成則很認同，因現今社會實在充斥著很多在政治經濟上奇形

怪狀的情況，形成對人情緒和心裡不少的扭曲。筆者希望透過「一念無名」這類電影，能用一個較軟性的方法讓我們更明白情緒精神患者的困苦和狀況，從而對他們有多一份體諒和接納，便能直接或間接減輕他們受病困折磨之痛苦。另一方面，亦希望整體社會能正視大環境當中的「情緒病」，各階層也能一同檢討及努力改善，建立一個心理更健康的城市。

參考資料：

- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. In *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2nd Ed. Oxford: Elsevier. Reprinted in: Gauvain, M. & Cole, M. (Eds), *Readings on the development of children*, 2nd Ed. (1993, pp.37-43). NY: Freeman. Retrieved from www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf
- Chan, S.W. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25, 339–349.
- McCann, J. (2016). Is mental illness socially constructed? *Journal of Applied Psychology and Social Science*, 2, 1-11. Retrieved from http://insight.cumbria.ac.uk/2203/1/McCann_IsMentalIllness.pdf
- Perry, C. (2015) *The Shadow. The Society of Analytical Psychology: Jungian Analysis and Psychotherapy*. Retrieved from <http://www.thesap.org.uk/wordpress/wp-content/uploads/2015/08/shadow.pdf>
- 香港精神健康議會。(2012)。《全民精神健康意見書》。檢索自 http://www.hkmhc.org/wp-content/uploads/2012/11/%E9%A6%99%E6%B8%AF%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%81%A5%E5%BA%B7%E8%AD%B0%E6%9C%83%E6%84%8F%E8%A6%8B%E6%9B%B8%E8%8D%89%E7%A8%BF_20130405.pdf
- 譚日新。(2017)。《饒恕，一個可能的選擇？》。誠信綜合治療中心通訊 2017 年 4 月第 24 期。檢索自 http://www.allianceholistic.com.hk/ni/0504-185115_ahcc24online.pdf
- 黃進。(2017)。《一念無明製作花絮（上）——瘋狂世界下的一種註解》。檢索自 <https://www.youtube.com/watch?v=dTbvruJD40U>



分離

不能逃避的痛

剛由瑞士回來，再次遇上有意思的經驗。我的分析師 Dr. Ribí，是一位八十多歲的精神科醫生；他獨居多年，跟他為伴是他的狗 Kelly，美麗的黃棕色大狗。某天，我如常到他家接受他的心理分析，卻發現 Kelly 不在。我感到奇怪，因為從我認識 Dr. Ribí 以來，Kelly 跟他是不會分開。後來知道 Kelly 在數月前已經去逝，我呆住了！

分離是失去的痛

對我來說，Kelly 的死訊真的太突然。當我安定下來，Dr. Ribí 帶著沉重的聲線說出 Kelly 患病和死亡的經過，我邊聽邊回想跟 Kelly 的相遇。還記得第一次見 Kelly 是在榮格學院，因她體形較大令我感到害怕，也不敢親近她；但眼見其他同學跟她玩得很開心，心裡羨慕起來。

歐靜思姑娘
榮格分析師

後來，我邀請 Dr. Ribí 成為我的分析師。第一次到他家裡接受分析，Kelly 熱情地歡迎我；事實上，我被她嚇倒，因她跳起來的高度跟我的身高差不多，但我沒有足夠的氣力把她抱著，只能勉強地仍站住而沒有倒下。然而，Kelly 的存在，漸漸地成為了心理分析的一部分。每次分析的時間，她總是靜靜地伏在我和 Dr. Ribí 兩人之間，似乎她很享受成為我們之間的連繫。現在，她不在了！

Dr. Ribí 談到他和 Kelly 的關係，眼淚就下來；我能明白他們深厚的感情，也感受到 Dr. Ribí 失去 Kelly 的痛，我的眼淚也控制不了。Dr. Ribí 跟我說他對 Kelly 的照顧並不是太好；過去不是 Kelly 需要他，是他需要 Kelly；也不是他接受 Kelly，是 Kelly 接受他。

Dr. Ribí 性格內向，不太喜歡群體活動，但多年來他積極參與學院的工作。他跟我說，每當他帶 Kelly 到學院時，她必然成為眾人的焦點，因此他害怕成為焦點的壓力就減少了。現在 Kelly 不在，他要獨自走自己的路了。分離就是失去，是痛苦的經驗。我感受到 Kelly 的死亡，讓 Dr. Ribí 再次體驗生命裡的失去。死亡是永遠的分離，是無奈、痛苦、不能選擇的經歷。

生命的誕生，分離的開始

分離經驗存在於整個生命的旅程，沒有人可以避免，學習分離也成為成長過程中重要的主題。生命裡最早的分離經驗，就是嬰孩出生、離開母體。所以，曾經有母親分享：「懷孕期間，嬰孩在自己體內，讓我有一種完全擁有的感覺，那感覺很實在、很滿足；但當分娩後，嬰孩出生了，我反而有一種失落的感覺。」再加上生理、生活上各種適應，母親的情緒有可能因而受到困擾。

至於嬰孩，雖然離開了母體，但他並未感到自己真的與母親分離，相反仍感到母親跟他是一體。直至嬰孩 1-2 歲，開始感到母親是另一獨立個體，而不是「全能、全在」，不分晝夜地照顧他。嬰孩對這發現是會有不安，而他們也需要時間作出適應。現今社會，職業婦女的數目不斷提升，照顧孩子的責任自然地轉

到祖父母或外傭身上，但他們跟孩子的關係始終不能取代母親的角色。

當然，小孩跟母親更明顯的分離，是開始上學的階段。仍記得姨甥仔第一天上幼稚園，他沒有大叫大哭，也沒有拒絕離家上學；當外婆帶他去到幼稚園，準備離開前他強忍住眼淚，手拉著外婆，囑咐她一定要回來接他。當時只有三歲的他，正在努力學習分離的功課，今天的他已長大並在社會上工作了。

分離是成長的關口

離開母親、離家上學，是早期的分離經驗；往後孩子的生命，仍會遇上大、小不同的分離。在不同的成長階段，孩子要學習不同的分離課題。當孩子走過一關又一關，生命就成長起來。

成長期，孩子要離開幼稚園、小學、中學，才可以上到大學；每次分離，除了面對失去，同時要預備在新環境、新制度、新關係上的適應；對孩子並不是容易、輕鬆的事情。如果在孩子年幼時，轉變過度頻密，例如：搬家和轉校，會令他們失去安全感，焦慮因此產生起來。此外，不少父母為了孩子有更好的學習機會和環境，提早把他們送到外國去；孩子除了跟父母分離，同時也跟他們的同學、玩伴分離，獨自在陌生環境學習和生活確是困難的事。

成年期，遇上的分離經驗可以是轉換工作、親密關係，過程中又是另一種適應。離開校園，進到社會工作，是重大的適應。由家庭關係、學校關係，延伸至工作關係，接受的挑戰也愈來愈大、愈來愈困難。工作之外，親密關係的建立也是重要的學習。兩性相處，由認識、拍拖、到結婚，不一定是一帆風順；當關係再不能維持下去，往日的甜言蜜語，來到今天惡言相對，甚至分手收場，這種分離也是可等的痛苦。

老年期，面對的分離多跟「完結」有關，例如：退休生活、親友去逝。工作了數十年，並不是必然可以放下，享受退休生活；失去了工作，也就失去了一份能力感。心態上的轉變很重要，工作上退下來，但生活可以退而不休；進入退休之年，生命仍可以精



彩、豐盛。死亡是永遠的分離，看著至愛的逝去，讓人觸及內在的失去、脆弱、孤單、無奈、甚至憤怒。

面對分離的哀傷，除了個人的經驗，也有集體的經驗。前兩天收到消息，一直被中共囚禁的異見人士劉曉波先生逝世；即時網絡平台鋪天蓋地地報導，無奈而哀愁的氣氛濃罩了香港。大眾以不同的方式去表達那份哀傷，例如：在街上遊行、寫吊唁冊、在網絡平台表達感受……各人選用適合自己的方式，一起悼念這位 2010 年諾貝爾和平獎得主——劉曉波先生。

治療關係中的分離

回到我們的受助者，分離的主題在治療過程中是常常出現。除了受助者個人的分離經驗，每當治療師準備個人的假期，難免聽見部分受助者會表達憂慮。他們會擔心治療師不在，有困難時就不知道可以怎樣。然而，不是每位受助者有勇氣表達這份感受，因為理性告訴他們，治療師放假是合理的，故此把分離的痛苦壓抑下來。

如果受助者曾經歷分離的創傷，面對治療師的假期就更困難了。他們很可能感受上感到被遺棄，一份不安全、恐懼的感覺；當治療師假期回來，他們有可能也不再出現，沒有半句說話就停止了治療，治療師也不能再找到他們。事實上，他們內心真的很恐懼，不再出現只害怕不知何時治療師再次放假，他們再次經歷被遺棄的痛苦。

治療師的假期並不是要遺棄他的受助者，假期之後治療仍是繼續，治療關係也沒有改變。相反，每次治療師的假期，也是受助者面對自己的機會；當假期之後，治療關係沒有改變，對受助者也是新的經驗。這經驗在治療過程中重複又重複地出現，也就成為了醫治過程中重要的元素。

分離在成長中不能避免，在治療關係中也是如此。個案完結的那天，受助者就真正面對跟治療師分離。今次前往瑞士，是進入整個訓練的最後階段，意思是我跟 Dr. Ribí 也要進入分離的階段。在我未觸及這部分的感受前，Dr. Ribí 先坦誠讓我看見他如何面對分離。

分離的痛是不需要否定、或隱藏，面對這份傷痛時也不需要裝強。我們感受到痛，因為這份治療關係值得我們珍惜。治療關係總有完結的一天，但這份關係的經驗就永遠藏在我心底處。

治療者面對分離的學習

作為治療師，是需要承載受助者的分離焦慮。這份能力是源於治療師可以面對個人的分離經驗。Dr. Ribí 跟我分享了他的夢，這夢發生在 Kelly 離逝前。夢中的他和 Kelly 像平日般在街上散步，他看見一位全身黑帽和黑衣服的男人，站在街的對面。他知道這男人是死神，他心裡害怕、不敢走動。死神也沒有動，只是看著他。那刻，Kelly 走近死神的面前，沒有叫吠，同樣靜靜地看著死神。夢完結了。

對於一位八十多歲的老人，死亡確實是很近的事。Kelly 讓 Dr. Ribí 知道，死亡是不能逃避，到來時就只有面對。我聽到這裡，心裡感動，學習心理分析就是面對生命，分析師個人的生命、受助者的生命。我們可能正處於生命的不同階段，學習不同的分離經驗；勇敢面對分離的痛，生命亦會成長起來。



明白雙方的情感傷口



梁趙穎懿女士
高級心理輔導員

很多人都試過皮膚敏感，痕癢難熬，有時也會紅腫疼痛。若找不到致敏源，只能以藥物抑制徵狀，隨時復發，令人措手不及又無可奈何；若找到致敏源，則藥物治療加上從源頭著手，對避免或減輕敏感更為有效。情緒的過敏反應也一樣，情感的傷口也有源頭，要療癒殊不容易。要好好料理情感的傷口，第一步是承認它存在，慢慢認識它，透過新的正面經驗（corrective experience），撫平傷痛，撥開雲霧，進而體諒與接納自己。

所謂新的正面經驗，指透過與另一個人建立安全的關係和情感連結，得到正面的回應如鼓勵、安慰、明白、同情、關懷、重視等。這個人可以是師長、至親、摯友、輔導員、牧者或伴侶。情緒治療學派非常強調伴侶在治療各種創傷中的角色，藉由加強夫婦的依附連結（attachment bonds），讓伴侶成為治療的助力。相

反，不良的夫婦關係會加深或造成依附創傷¹。在心理輔導中，輔導員成為過渡性依附對象，用各種方法協助當事人重新整理創傷經歷，提升自尊自信自主，共創新的人生故事。

情感的傷口往往是關係的傷口，可稱為依附創傷，通常在最親密的關係中發生，例如：父母、知交、男女朋友、伴侶等。在一個人最脆弱時得不到預期的關注、回應，感到不被重視、失望、傷心，已造成依附創傷，例如在生病（尤其危疾）、失業、至親死亡等脆弱時刻，若被重要人物（significant others）忽略、否定、狠批、拒絕等，會經歷依附創傷，影響對自我和他人的看法，令關係受損，信任下降。創傷的程度與關係的親密度及事情的嚴重性成正比，因此經歷背叛（例如婚外情、出賣）、遺棄、欺騙、侵犯、虐待等的人，自我形象與對人的信任均受沉重打擊，傷害至深。

在人類的重要關係中，不論是過去還是目前的關係，很容易發生情感上的忽略與遺棄（deprived and deserted），累積起來變成痛處（即未癒合的情感傷口），出現敏感反應——看來雞毛蒜皮的小事卻招致強烈的情緒反應，如怒氣沖天，讓人覺得不合比例，莫名其妙，這正是觸及痛處的表徵。另一個表徵是相處的氣氛出現突變，急轉直下，瞬間夫婦感情像連線中斷或出現故障，關係變得不安全，同樣令人摸不著頭腦。夫婦相處常會不自覺地踩到對方的痛處，多是來自原生家庭，尤其與父母的關係。若要正面回應伴侶的痛處必須先放下自己的防衛與抗拒，進深了解這痛處。

- 這痛處的表層情緒是甚麼？藏著甚麼深層情緒？（見表一）
- 從這痛處可感受到當事人內心有甚麼依附渴望與恐懼？（見表二）
- 甚麼言語或行為激發痛處的敏感反應？有時候激發點（trigger）是非語言的，例如語氣、眼神、表情、動作，接收一方有被刺中的感覺。
- 痛處被觸動時身體也有反應，例如心跳加促、血液流到拳頭、咽哽、胸部抽緊、聲音尖而高等。情緒與身體反應是相連的，留意身體的變化可幫助我們追蹤情緒。
- 對激發點的反應極快，好像是不需思考的自動反應，細心想想卻發現對激發點有某種理解（perception），某個眼神代表甚麼？談話中對方為何轉身背向自己？受傷一方賦予的意義與對方的原意未必相同，但他/她的結論已造成傷害，並且引發反應，包括情緒與行為表現。
- 通常被觸動痛處的反應分為兩大類：恐懼時言語或行為上出現退縮、逃遁，憤怒時則會防衛或反擊，背後藏著的情緒卻被忽略。
- 痛處之痛在於它是一種心靈的傷痛，深藏心底。別人看見的每每是表層情緒，而痛處暗藏的是深層情緒（primary emotions）。

表一

痛處常見的表層情緒	痛處常見的深層情緒
憤怒、挫折感、冷漠、麻木、嫉妒、擔憂、焦慮、憎恨、抑鬱、後悔、徬徨、尷尬、輕蔑、自怨自艾等	恐懼、羞恥、內咎、失望、孤單、不安全、受傷、悲傷、絕望、無助、痛苦難受等

表二

常見的依附需要	常見的依附恐懼
• 需要被接納、被尊重、面子 • 需要親密、聯繫、連結 • 需要被了解、支持、關懷 • 需要感到重要、被重視	• 懼怕被拒絕、被貶低、被輕視、失去面子 • 懼怕被遺棄、孤獨、失去連結 • 懼怕不被了解、單獨作戰、沒有人關心

常見的依附需要

- 需要感到被愛、被珍惜
- 需要被肯定、反映好的素質
- 需要被欣賞、得到注意
- 需要覺得有用、成功、有影響力
- 需要得到保證、寬恕
- 被需要、戀慕、有吸引力
- 需要無條件的愛
- 需要感到特別、獨特
- 需要能自主、有自由、有空間、能掌握自己的生命
- 需要安全、能揭露自己

常見的依附恐懼

- 懼怕自己並不重要
- 懼怕失去愛、不被珍惜
- 懼怕被否定、被批評
- 懼怕不被欣賞、被忽視
- 懼怕沒有用、達不到標準、失敗、不足
- 懼怕得不到保證、寬恕
- 懼怕不被需要、不被戀慕、失去吸引力
- 懼怕失去愛、自己是不可愛的
- 懼怕被視為平凡、普通
- 懼怕被控制，失去自我、空間、自主權、自由
- 懼怕情緒被揭露、脆弱、冒險

從源頭說起

兩夫婦做了幾十年人，要明白自己的痛處源頭也不容易，需要耐心回顧、整理，才意識到自己的痛處何在，以下是一個簡易的步驟。

1. 創造空間：改善關係需要知己知彼，值得在繁忙的生活中停一停，將注意力放在內心的需要上，接觸自己的感受。找一個寧靜而不受騷擾的空間，坐得舒服，可以鬆弛自己，聆聽自己的心。任何鬆弛身心的練習、音樂都可以用。
2. 回憶一個過去令你感到痛苦的人際關係（並非目前的伴侶），愈早期愈好。你最快想起誰？他/她做過甚麼？說過甚麼？甚麼令你最難受？
3. 當時那些言行令你怎樣看自己？觸動你甚麼深層情緒？盡量詳細寫下來，為你的情緒命名。這些感覺似曾相識嗎？令你想起誰？
4. 時至今日，有哪些深層情緒仍不時在你的婚姻中以至其他關係中出現？
5. 回想近日一次被伴侶觸動痛處的經歷，當你看到伴侶 _____ 或/及聽到他/她 _____ 時（語言或非語言的刺激），你便感到 _____（表層及深層情緒），你通常的反應是 _____（行為），因為你收到的訊息是 _____（你的解讀 interpretation）。
6. 你現在怎樣看自己？如果他/她 _____（具體的言行），你會覺得舒服點/較易接受。
7. 在你覺得適合時與伴侶分享你以上的發現/整理。

分享痛處的目的是讓對方明白你容易受傷或敏感的地方，相處時小心誤踩地雷，兩敗俱傷。即使有時真的踩中地雷，也可以在冷靜後重提衝突，作出修補或給予對方更合適的回應，例如澄清誤會、道歉、給予肯定（reassurance）等。

如果你非常抗拒與伴侶分享自己的痛處，可能代表你們的關係不夠安全感，向伴侶展示自己的脆弱便感到危險、害怕。不要逼自己分享，可先談談你害怕對方聽你分享後有甚麼反應？最差的反應是甚麼？怎樣的反應是你期待的？

以正面關係療治依附創傷²

人的自然傾向是迴避痛苦，害怕一旦接觸到心靈的痛苦，會困在痛苦中無法自拔，甚至失控或不能如常運作。可是不理會痛苦，否認它、壓抑它就會消失嗎？剛好相反，壓抑了的痛苦會變為關係中的暗湧，表面平靜卻可突然將人拖進海底，對關係的殺傷力不容少覷！親密關係蘊含脆弱容易受傷的一面，同時蘊含強大的療愈力量，猶如水能載舟，亦能覆舟。逃避面對自己及伴侶的痛處，亦無法建立真正穩固的親密感情連繫，有甚麽比同甘共苦更令夫婦緊緊靠在一起？

若伴侶曾經歷嚴重創傷，千萬別一下子抖出所有情緒，自己與對方均可能承受不了，較安全的做法是鋪設安全網，即有朋友及輔導員的支持，一點一滴漸漸接觸、整理和分享。若太快抖出一切而對方不能正面回應，可能造成二次傷害，弄巧成拙。伴侶不是輔導員，面對至愛過去的依附創傷，極可能手足無措，其實撫平傷痛的良藥是真愛——真誠陪伴、用心聆聽、擁抱、同哭、明白、安慰，只要是真情回應，關懷愛顧，情感的連結令人不再孤獨地默默受苦，感到被重視珍惜，傷口便開始癒合。

在衝突中，夫婦一旦感到不安全，便會提高防衛、築起圍牆來保護自己，在冷靜後能否坦然面對內心的脆弱，甚至與伴侶分享？這些脆弱的感受，包括「寂寞、沒有被理會且不重要、挫折與無助、神經繃緊不自在、害怕、受傷、無望、無助、畏怯、受威脅、恐慌、被拒絕、好像我不重要、被忽視、無能、遭到排斥且孤單、惶恐與迷失、困窘、羞愧、茫然、恐懼、震驚、悲傷、淒涼、失望、孤立、希望落空、麻木、羞辱、不知所措、卑微或無足輕重、被拋棄、脆弱、擔憂」³。

小結

「情緒會告訴我們，甚麼是最重要的，它就像指南針一樣引導我們的方向。」⁴意思是人的行為往往受內

心情緒驅動，既然情緒那麼重要，值得我們花時間去認識、體會，尤其上述的脆弱情緒。你可圈出準確描述自己內心的感受，適當時與伴侶分享。

明白伴侶的痛處，對夫婦相處的好處是多了諒解和照顧。想像你的伴侶曾經在運動時膝蓋嚴重受傷，現在大致上已復元，無礙日常生活，但仍不時隱隱作痛。那麼你就會在計劃戶外活動時考慮這點，不會期望他/她參加毅行者一類的活動，而在轉天氣痛楚增加時你也可以替他/她按摩貼膏藥。面對情感的傷口，更需要耐心聆聽，學習適切回應。你渴望對方怎樣回應你——那就是對你的適切回應了。對方如能明白與配合，就出現新的正面經驗——伴侶的同理、珍惜、愛顧，是醫治心靈傷口的良藥。

如果你和伴侶平日多衝突，做尋找痛處的練習不能急進，分階段進行較穩當。先談與伴侶無關的經驗，學習聆聽、給予同理反應。關係較好時才分享上面 4-6 題，而且先談一些不太嚴重的事件。有些人一談到夫婦間觸動痛處的經驗，會快速掉進上一期文章談及的負向互動循環，那麼又要努力停止這循環。若依附創傷較嚴重——不管是否直接與伴侶有關——自己無法梳理，就需要找專業輔導幫忙。

參考資料：

蘇珊·強森博士著，劉婷譯《情緒取向 vs 婚姻治療》台灣：張老師文化出版 2015 二版 6 刷

蘇珊·強森博士著，劉淑瓊譯《抱緊我》台灣：張老師文化出版 2015 初版 12 刷，第五章，頁 104-126

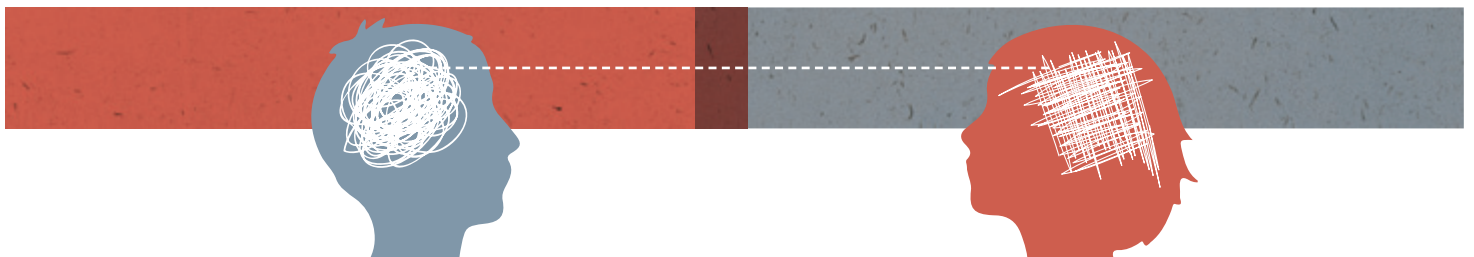
蘇珊·強森博士著，江孟蓉、丁凡譯《療愈親密關係，也療愈自己》台灣：張老師文化出版 2015 初版

Attachment Injury Resolution Model (AIRM) Training Manual

International Centre for Excellence in Emotionally Focused Therapy (ICEEFT) Training Manual

註釋

1. 依附創傷的定義是：在最需要他人的關鍵時刻，被所愛的人拋棄或背叛，也就是對「人與人之間情感連結的破壞」。《情緒取向 vs 婚姻治療》，頁 286
2. 情緒取向治療學派發展了一個名為 AIRM (Attachment Injury Resolution Model) 的治療方法，這專欄日後將再闡述。
3. 《抱緊我》，頁 112
4. 《抱緊我》，頁 124





為什麼我的小孩會說謊？

賴靜琳博士
臨床心理學家

小孩說謊的行為通常會令很多家長們感到很擔心和憤怒。雖然說謊可算是人類的其中一個共通點，但當家長發現自己的幼兒開始學識說謊時，少不免會擔心自己的小孩會養成這個不良習慣，甚至發展成不誠實的性格。究竟為什麼小孩會說謊？

說謊行為其實是小孩認知發展的一個里程碑。學術研究顯示，小孩說謊行為跟他們的大腦執行功能（executive functioning）與了解別人想法的能力（theory of mind）有着正面的關係。小孩說謊的能力會隨着年紀和認知能力的發展而提升。當然，建立了說謊的能力就不代表小孩會不斷運用這個技巧。讓小孩運用這能力的原因普遍有以下幾種。

小孩說謊的普遍原因

得到關注

年幼的小孩可能會說些無關緊要的大話，例如：「我剛才看見一隻象飛過」。這可能是他們想得到一些關注的行為，或是運用想像力以增加對世界環境了解的一種表現。

害怕責備或懲罰

每個人做錯事的時候都會害怕被發現和承受後果。能勇敢承認錯誤和主動提出補救方案是需要學習和鍛鍊的。若小孩缺乏這方面的解難能力，說謊可能是他們最先或唯一想到的方法。

逃避不想做的事

面對沒有興趣的工作，例如沉悶的功課或家務，很多小孩（甚至大人）都會有拖延的情況。如果跟媽媽說「我做完功課了」或「今天很少功課」便可即時換

來打遊戲機的時間，講這個大話的吸引力的確很大。

父母的限制太多

有些父母可能因過度緊張和保護他們的青少年子女，不讓他們有適度的自主性，過度限制他們的正常社交活動；所以，子女們可能感到除了藉着說謊或隱瞞，便不能正常的發展重要的社交群體生活。

模仿行為

如果父母經常教導孩子要誠實，但自己間中甚至經常說謊，父母口頭的教導便缺乏說服力和影響力。一個我很喜歡的小故事是這樣的——一天，一位父親帶着三個分別是三歲、七歲和十歲的孩子到嘉年華會去。票務員說：「六歲或以下的小孩半價」。父親說：「那我要三張正價和一張半價票」。票務員好奇的指着七歲的孩子問：「你為什麼不說要兩張半價票呢？我不會知道他不只六歲呀！」父親便說：「但他自己會知道呀！」

當家長明白小孩說謊背後的原因，便可對症下藥，以適當的方式處理，把握時機教導小孩誠實這重要的人生課題。如果孩子每次說謊家長都只是懲罰和標籤他們為不誠實，這對糾正孩子的不當行為沒有太大幫助，甚至可能會有反效果。家長可以怎樣用正面的方式來回應小孩說謊的行為，達到鼓勵、培養、和教導孩子誠實美德的目標？

《下期續》

參考資料：

Talwar, V., & Lee K. (2008). Social and cognitive correlates of children's lying behavior. *Child Development*, 79, 866-881. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01164.x

人事消息

精神科專科醫生鄭保強醫生及莊勁怡醫生 2017 年 8 月 1 日起加入本中心榮譽顧問行列，日後會在中心的期刊及網頁平台中分享他們的專業知識，歡迎！

歐靜思姑娘 2011 年開始於瑞士蘇黎世榮格學院接受心理分析訓練，經過漫長的訓練，終於完成並取得榮格分析師的資歷。正如她在《通訊》第 16 期專欄「心靈小天地」的分享，「…這小天地是我的學習空間，而你們就是見證人。」透過「心靈小天地」這專欄，歐姑娘深入淺出地和讀者分享她學習心理分析的理論和概念的心得，值得讀者重溫慢讀。歡迎讀者登入本中心網頁瀏覽。



《蘇黎世榮格學院》

16

誠信綜合治療中心主辦 精神健康講座 「回應青少年自殺傾向的實用錦囊」

講者：



莊勁怡醫生
精神科專科醫生



劉詠汶小姐
臨床心理學家

對象：教師、社工、父母和精神健康服務等助人者

日期：2017 年 11 月 25 日（六）

地點：屯門大會堂演講廳（二）

近年接二連三發生的學生自殺事件令大家非常關注，當中 2016 年 1 月至 4 月的四個月內共發生了 18 宗的個案，更是讓人扼腕嘆息。作為老師、社工、精神健康服務等助人者，心痛之餘亦更急切想知道可以如何幫助有自殺傾向的青少年，甚至可以防範於未然。

有見及此，精神科醫生及臨床心理學家將透過這個講座和大家分享實用的方法，去了解及幫助受情緒困擾的青少年，留住寶貴的生命。

講座內容：

1. 流行有因：香港青少年實況
2. 警號：什麼因素險「求死」？
3. 安全：什麼因素助「求生」？
4. 應付有法：給父母、老師、社工、和助人者的「實用錦囊」

免費講座歡迎參加

查詢及留位請致電誠信綜合治療中心 2815-5661