

創傷知情戒毒治療實務手冊

相遇 傷癒



林安佑 劉美娟 區月顏 編著

香港路德會社會服務處 輔導服務中心組 出版
禁毒基金 贊助

序言

本書是以創傷知情（Trauma-informed）為導向，進行戒毒治療的第二版手冊。承蒙禁毒基金贊助，我們的團隊得以自 2019 年開展這個項目，到今天亦已進入了第四個年頭。我們撰寫這本手冊，希望總結和分享我們在過去 3 年多以來，把創傷治療應用在戒毒工作上的得著和經驗，提供給業界同工們參考，並希望同工們能為我們提供寶貴的意見，也希望這項有意義的工作，能得以傳承、增潤和發展。

正如我在第一版手冊中的序言所述，創傷在吸毒的人群中是一個很普遍的現象，研究顯示超過 90% 的吸毒者都曾有創傷經歷。當中有很大部分是童年時的創傷和在人際關係中受到的創傷。在關係中受到的心靈傷害，對當事人的自我價值感和與他人的關係建立方面，都具有深遠和重大的負面影響。這種傷害使當事人對自己失去了信心，對別人也失去了安全感，在人群中儼然成為了一個孤島。他們在無助和絕望中，很多時都會尋求以毒品或其他成癮行為，來短暫舒緩這種生存的痛苦和孤獨感，而結果是陷入更絕望的惡性循環中。

我們作為戒毒工作的助人者，面臨著很大的挑戰。首先是與戒毒者建立關係，這是一個需要全人投入和艱辛曲折的過程。在同工們盡心投入明白和結連戒毒者的同時，也增加了他們在同情疲乏和替代性創傷（secondary trauma）方面

的風險。因此作為助人者，尤其是從事戒毒工作的同工們，更需要懂得助人時能先自助的原則，具備有效的自我關顧技巧和策略是戒毒工作最終能成功和得以健康延續的關鍵。

我們的團隊在這手冊中所提出的關係理論，和關係為本的治療模式，是比較新穎的觀點和進路，因為它結合了腦神經科學的理論，進一步理解關係的特性和解構關係的本質，把關係的概念進行了建設性的擴展，擴闊了治療方法和技巧的應用層面，增加其有效性，使能更有效地整合其他不同的治療模式。我們的治療模式也因此而命名為——「相遇・傷癒」(Seeking Connection)，意思是通過助人者和戒毒者的相遇，和他們的關係結連，達致創傷的療癒，從根源和根本上，幫助服務使用者戒除毒癮。

最後，我衷心希望我們的工作能對業界和專業同工們有所裨益，也期待同工們不吝賜教，給我們寶貴的回饋和建議，一起努力，以求不斷提高和完善戒毒治療和服務的質素和效用。

香港路德會社會服務處
服務總監
吳雪琴女士

目錄

序言	3 - 4
----	-------

第一部分 理論篇

第一章	引言——探尋更有效的心理治療模式	8 - 13
第二章	關係理論——腦神經科學的啟示	14 - 33
第三章	大腦的雙重架構	34 - 47
第四章	內在關顧系統	48 - 65
第五章	認識創傷和吸毒問題	66 - 83
第六章	同理心與同情疲乏	84 - 89

第二部分 實務篇

第七章	修正性經歷、記憶重構和正向神經可塑性	92 - 101
第八章	資源建立	102 - 115
第九章	自我照顧的方法和技巧	116 - 135
第十章	「相遇・傷癒」治療模式概覽	136 - 141
第十一章	結連與評估	142 - 159
第十二章	治療技巧和應用	160 - 201
第十三章	結束治療	202 - 206
第十四章	前線同工經驗分享	208 - 220

參考文獻	222 - 225
------	-----------

香港路德會社會服務處 輔導服務中心組——聯絡資料	226 - 227
--------------------------	-----------



第一部分 理論篇



引言

01

探尋更有效的 心理治療模式

她是一位瘦弱的女士，正很緊張地坐在梳化上，輔導員能感覺到她的呼吸有些急促，眼睛瞪得圓圓和大大的，她說很怕到人多的地方，會感到呼吸困難，有時她會聽到一些不知從哪裏來，責備她的聲音，使她很害怕，當她很辛苦的時候，她會有想結束自己生命的念頭，但她同時也很害怕，所以每天都會喝咳水來鎮靜自己的情緒。她自小在屋邨長大，父母工作的時間很長，沒有時間照顧她，由於她的身體瘦弱和內向怕事，在學校常常被同學欺負。當她回家告訴父母時，由於他們都忙於工作，並沒有理會和給予應有的支援。她感覺不到家庭的溫暖，17歲就離家出走和男友同居。她已經經歷了很多段的感情關係，但每一次，都會被男友粗暴地對待，經常對她拳打腳踢……

身材高大的他會讓人感到一種威脅和壓迫感。他帶著很粗的金鏈，手臂露出的地方是青色和紅色的紋身，有一雙濃眉大眼，面上是黝黑的皮膚，額頭上隱隱看到長長一道刀痕。他透露他曾經是一位江湖大佬，有很多手下，經歷過很多驚險的打鬥大場面，因為吸食冰毒成癮，使身體每況愈下，現在從大佬的位置上退了下來，因感化令要接受戒毒服務。他常常會作惡夢，夢見刀光劍影打鬥的場面。他出生後不久媽媽就因病去世，爸爸因為要工作，把他交給寄養的家庭去照顧，但那家的人對他很差，常常向他施



予言語及身體暴力。他告訴爸爸，爸爸反而不相信他，責怪他。他積下了很多的憤怒，到他長大的時候，他發誓不會再被人欺負……

上面所描述個案的情況，相信在從事戒毒輔導的工作中，是常常會見到的景象。戒毒輔導是一項非常具挑戰性的工作，無論是對富有經驗或初入職同工，面見個案時常常都會遇到很棘手和難處理的問題。

當我們深入地去了解服務使用者的背景時，往往都會不約而同地從他們的經歷找到共通點，例如，在童年時成長於一個缺乏溫暖的家庭，被疏忽照顧，甚至在被虐待的環境長大；他們在人際關係中，通常都會受到很多的傷害，或者經歷很多創傷性的經驗。也許令輔導員覺得最困難的地方，是很難和他們建立互信的關係，感到很難進入他們的內心世界，如果你查看 **DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013)**，你會發現他們會符合裏面很多關於嚴重精神疾患、人格障礙和創傷後壓力症的診斷標準，他們的心理和身體狀況極端的不穩定，今次見了面，都很難確定下次是否能再見到他們。

在心理治療的領域中，近年興起了很多針對心理創傷而

設計的治療模式，對創傷的心理治療工作，和戒毒的輔導有很多相似之處，它們都具有差不多的挑戰性和難度，而吸毒和有創傷的人群當中，有很高比例的重疊，研究發現，有超過 90% 的吸毒者，都曾有過創傷的經歷，而其中 30%-50% 的人符合創傷後壓力症的診斷（Gielen et al., 2012）。近 20 年來，醫學科技有了突飛猛進的發展，尤其是在腦掃描技術上的改進，使我們能對大腦的功能和結構，有了更清楚和深入的了解，這些發展也大大促進了心理治療的發展，通過認識大腦的運作，更有效地改善心理治療的方法。

從佛洛伊德到現在，從事精神健康領域的同業們都在不斷致力尋求更有效的心理治療方法，腦神經科學的進步以及對大腦功能的進一步認識，使心理治療產生了重要的範式轉移（Schore, 2012）。而創傷治療的工作也大大得益於腦神經科學的進步。近年在國外有很多以創傷知情為導向的戒毒輔導模式逐漸興起。

自從 2019 年，我們開始得到禁毒基金（BDF）的資助發展本土化，以**創傷知情（Trauma-informed）**為導向的戒毒輔導服務。過去三年多以來，參考和整合了腦神經科學的理論以及各種治療創傷的模式和技巧，開始逐漸形成和整合了一套本土化的綜合治療模式。一直以來我們都有一班熱心



的同工在一起，不斷地去探尋和設計更加有效的治療方法，幫助吸毒者去解決創傷和吸毒的難題。當我們看到服務使用者生命的改變，同工的需要得到照顧，使他們能走得更遠，對我們來說是最大的滿足和鼓勵。我們對於各種的理論和治療方法，都根據我們在實務上的經驗，進行了創新的整合和優化，使它們能更適合我們的服務使用者和本地的情況。我們知道有效的治療方法不會是以一個固態的方式存在的，我們相信治療的方法就好像科學的發展一樣，不斷會有新的發展和改良。科學的目的不是找到真理，而是使我們不斷地、無限地更接近真理。心理治療的模式也會因著同工們的不斷探索、研究、努力和分享變得越來越有效。

我們在 2020 年出版了第一版的英文手冊（Lam & Lau, 2020），當時用英語的考慮，是為了能更準確地表述所整合的源於西方的治療理論和方法。新的這本手冊是增潤的版本，整合增加了更全面的理論和治療技巧。我們特意用中文來寫，希望能更符合本地同工的需要和有利這個治療模式的發展。這些手冊紀錄了我們的思路，通過學習和臨床的實踐而整合的理論和技巧。我們衷心希望業界的同工能對我們的見解和工作，給予寶貴的意見和指教。對於書中不足之處，我們期待大家給予建設性的修正和改善的建議。



關係理論 —— 02

腦神經科學的啟示

2.1 意義理論：追尋生命的意義

在 2020 年初版的英文手冊中 (Lam & Lau, 2020)，我們採納了弗蘭克 (Frankl, 1988) 的分析存在主義 (Existential Analytical) 的理念來理解成癮 (addiction) 行為的根本原因。弗蘭克認為人天生有一種意願 (Will) 就是去追求生命的意義，人只有在找到生命的意義時，才能有真正滿足和幸福的感覺。他認為感覺只是找到意義的結果，而不是意義的本身，他所指的意義是可以使人快樂的原因，換句話說，感覺只是信號，代表了我們正在經歷的生活是否使我們覺得有意義，正面的感覺代表活得有意義，負面的感覺代表活得缺乏意義。

弗蘭克在納粹奧斯威辛集中營的不尋常經歷中，悟出了這個理論，而我們在臨床經驗中，也的確能觀察和感受到弗蘭克的意義理論的真實。加上科技的進步，近年對腦神經科學有了很多有價值的發現，我們發現可以再進一步增潤這個理論，使它能更合適地應用在臨床治療當中。我們會在本書稍後的章節再進一步闡述意義理論的增潤版，也就是關係理論。在這一節，我們先闡述意義理論可以如何解釋吸毒和一些心理疾患的根本原因。

圖 1 是弗蘭克的**意義理論的核心模型** (Frankl, 1988)，弗蘭克覺得人對意義的追求是一種與生俱來的意願，他認

為人生來就有一種內在的意願，就是不斷地去追尋意義。什麼是有意義的事呢？弗蘭克認為有三個途徑可以找尋到生命的意義：(i) 投身有意義的工作，也就是取得成就和成功；(ii) 體驗生活和與人建立關係，弗蘭克認為最重要是能去愛與被愛；(iii) 經歷和忍受苦難。弗蘭克認為如果單純追尋快樂的感覺，而不是因感到生活有意義和快樂，這種快樂不會持久。因為沒有了可以維持快樂的原因。

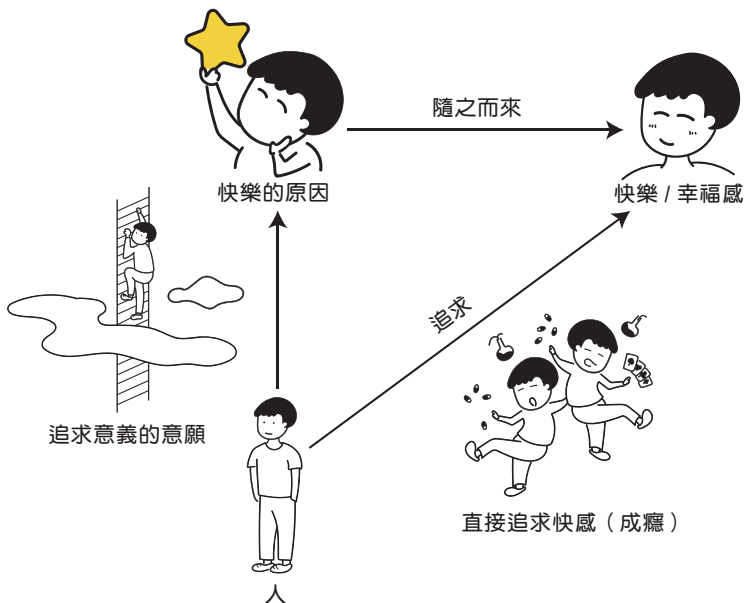


圖 1. 弗蘭克分析存在的意義理論模型

他的觀察正好反映了吸毒的核心問題，吸食毒品是直接通過毒品對身體的化學反應，而取得感官刺激，它只能維持一段很短的時間，需要靠不斷吸食去維持快感。同時，我們的身體對直接感官的刺激會產生耐受性（tolerance），也就是說，身體會不斷適應因毒品而產生的刺激感，而需要不斷增加毒品的份量去取得和之前同等強度的感官刺激。

相反，當人能找到他認為有價值和有意義的目標，而為之努力和追求的時候，他就能有持續的滿足和幸福感。現代腦神經科學證實了當人在追求實現他認為有意義的目標時，身體就會自然分泌能夠產生動力（dopamine，多巴胺）、專注力（noradrenalin，去甲腎上腺素）、和力量（acetylcholine，膽鹼）的神經傳導物（neurotransmitters; Fabritius & Hagemann, 2018）。身體自然產生的物質往往對人是適應性的，當人缺乏這些適應性的物質分泌時，就會想通過成癮的途徑，從外界取得這些物質，而通過這種途徑所獲得的快感，會使我們的身體產生耐受性的現象，使吸食的頻次不斷地增加，從而使身體健康和經濟上所付出的代價愈來愈大。

圖 2 是我們把弗蘭克的意義模型應用在**成癮問題的版本**，在這幅圖中，我們把成癮的問題理解成人生失去有意義的追

求時而產生的問題，當人生好像失去有意義的追求時，圖中是用障礙（blockages）去表示的，代表了當事人正在經歷不斷的失敗、失望和沮喪的經歷，從而產生很多心理和生理的問題，這些症狀其實是身體給我們的警號，告訴我們生存因為缺乏意義而面臨危機，弗蘭克把這種狀態形容為**存在的真空（existential vacuum）**，假如當事人找不到另一個他可以覺得有意義去追求的目標時，吸毒、賭博、或者其他成癮的行為，就成為了一個快捷方便，但代價沉重的解決方法。

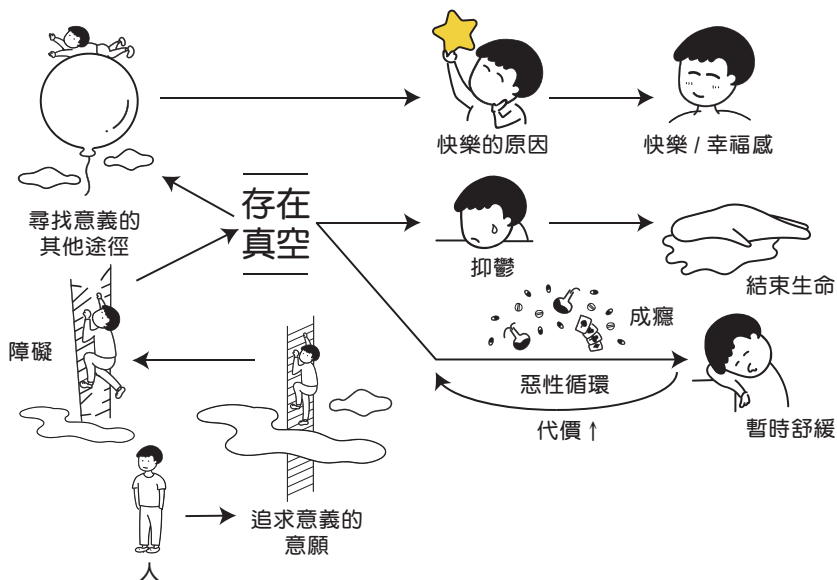


圖 2. 從分析存在意義理論的角度看成癮

毒品能快速提供一個短暫的快感，這正是弗蘭克所說的，直接得到快感，無需意義支持的途徑。我們都很清楚知道，通過這種途徑的快感是短暫的，由於身體的耐受性（我們的身體好像有一種天生的本能，不能適應這種解決途徑），毒品的使用會不斷地增加，當事人在惡性循環中付出越來越高的代價，當代價變得很高，而當事人再也不能支持下去的時候，他可能會選擇求助，但也可能會選擇結束感到毫無意義的生命。當我們理解了圖 2 所描述的對成癮問題與人生意義的關聯時，我們就能明白吸毒並不是問題的根源，反而毒品只是一個提供短暫舒緩的解決方法，然而它是有害的方法。

當我們用分析存在（Existential Analytical）的角度去理解吸毒的行為時，我們就會意識到需要小心，不要很單純地勸求助者去停止吸食，而忽略探討用健康的代替，來解決心靈的痛苦。因為心靈的痛苦，才是問題的根源，假如案主停止了吸食毒品，但又找不到一個健康的代替，讓他能舒緩痛苦或真正找到存在的意義，就可能會產生更嚴重的問題或危機。



2.2 關係理論——追尋關係的結連

史提芬·波格斯（Stephen Porges）在上世紀 90 年代發表了他的重大發現，就是「多重迷走神經理論」（Polyvagal Theory; Porges, 1995），這個理論其後被廣泛應用在理解和治療心理創傷問題上。這個發現是我們「相遇·傷癒」（Seeking Connection）治療模式中關係理論的基本前設。這個關係理論，簡單來說就是人與自己（Intrapersonal），人際之間（Interpersonal）和人與情境（person-contextual）的關係結連，是人存在的最基本意義。這可以說是我們這個團隊對多重迷走神經理論所得出的一個獨特推論。下面我們先從明白多重迷走神經理論開始，來分析和解構關係理論的來龍去脈。

2.2.1 神經覺（Neuroception）

神經覺這個名字是波格斯創作出來，用以形容我們身體的自主神經系統（Autonomic Nervous System; ANS）的運作機制。這個與生俱來的神經系統，能夠在不需要大腦的理性部分（認知腦，cognitive brain）的參與而獨立運作，就好像一位守護天使一般，時刻保護我們脫離危害生存的威脅。

我們稍後會詳細闡釋大腦的兩大功能部分，包括理性意識和本能感覺的部分（認知腦，cognitive brain 和本能

腦，instinctual brain)。自主神經是和本能腦連在一起的，它遍佈我們全身，與我們的感官和各個內臟器官連在一起，它不斷地監察著周圍的環境和我們身體內部的狀態，它會根據身體外在和內在在不同情況變化，調配身體的資源，來滿足我們對生存的需要。它好像自己有一個獨立的程式或者智能系統，自主地進行著各種監察和管理的功能，波格斯就把這種功能稱為「神經覺」。他用這個詞特別用來區分「知覺」(perception)，它們兩者最大的分別在於知覺需要認知腦的參與，但神經覺純粹是本能腦的自主反應。神經覺相比知覺，最大的不同，是它能很快速地作出反應，因為不需要通過認知腦緩慢的處理過程，它能直接、本能地作出反應，這個快速的反應機制，可以在危急時有效地保障我們的安全。在危急時，快速的反應往往是保障生存的重要條件。

然而任何事物都有正反兩面，神經覺在危險時的即時反應，有時會發生警鐘誤鳴的情況，由於它不能具體分辨危險的種類，對於所有它認為危險的情況，都一視同仁。而當一些危險是需要認知腦的分析和決策時，它仍會迴避認知腦，不讓它參與或主導，這就是我們常說的「不經大腦」或者用腦神經科學的術語，稱為「杏仁體騎劫」(amygdala hijack; Goldman, 1996)，就是說認知腦被杏仁體 (amygdala) 所

騎劫了。杏仁體是在本能腦中一個像杏仁核的組織，也被稱為恐懼中心（fear centre）。杏仁體騎劫可以使人產生不必要的應激反應（stress reaction），這其實是很多情緒精神疾患或者創傷後壓力症（PTSD）的根源問題。

2.2.2 自主神經系統的三種狀態

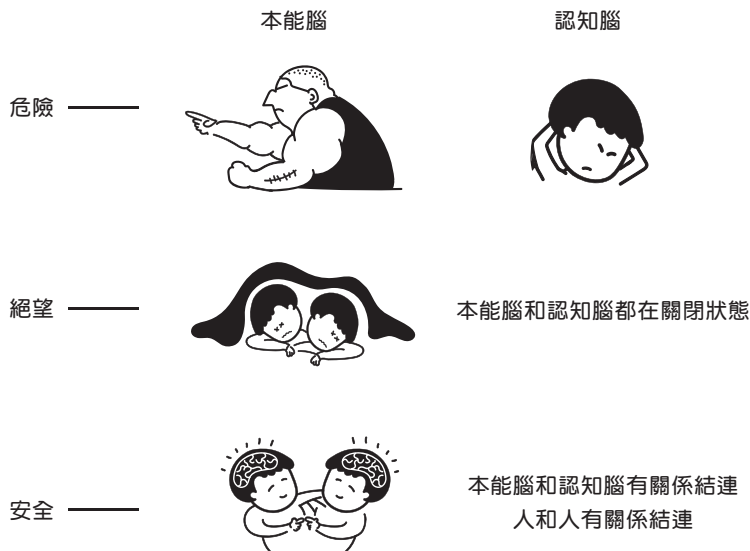


圖 3. 自主神經的三種狀態

圖 3 顯示了 in 多重迷走神經理論中所描述的，自主神經的三種狀態。這三種狀態分別是安全、危險和絕望。而這

三種狀態正是由神經覺來決定的。也就是說，這三種狀態是不經大腦（即認知腦），由本能腦來決定的。前面提過自主神經就好像一位守護天使一樣，在任何情況的信息到達我們的認知腦之前，它會先快速地檢查和評估（通過神經覺），認為情況安全，才會讓認知腦來參與分析和決策，而在危險和絕望的狀態，本能腦就會負責先清除危險，等回到安全狀態了，再讓認知腦參與。

圖 4 顯示了在三種自主神經狀態（Autonomic States）下，自主神經的三個分支，以及所對應的身體狀態和功能。圖中顯示了自主神經系統的三個分支，分別是交感神經（Sympathetic Nervous System），腹側迷走分支（ventral vagal）和背側迷走分支（dorsal vagal），其中腹側迷走分支和背側迷走分支是副交感神經的兩個分支，雖然同屬副交感神經，它們的構造和功能實有天淵之別，「腹」和「背」兩個字在腦神經科學的術語中，只是前和後的意思而已（就好像成語腹背受敵，指的是前後都有敵人）。所以腹側分支和背側分支，可以理解成副交感神經的前面和後面的分支，這是以它們的位置來給它們命名。

我們先說說交感神經的反應，也就是當人感到危險，但仍可有解決的可能性時，我們的守護天使（自主神經）的回

應方式。在這個狀態，交感神經會被啟動，交感神經沿著脊椎延伸，再連接身體各個器官和肌肉，負責傳遞應激反應所需的信號。當代表有危險的信號傳到本能腦時，情緒系統中的杏仁體（amygdala）就會被觸發，釋放提醒有危險的信號，杏仁體就是人體的警鐘，當警鐘響起後，情緒系統中的動員機制就會啟動，這個動員機制的目的，是調動身體所有力量去應對這個危險，這個機制稱為「HPA 軸」就是由下視丘（hypothalamus）、腦垂體（pituitary gland）和腎上腺（adrenal gland）

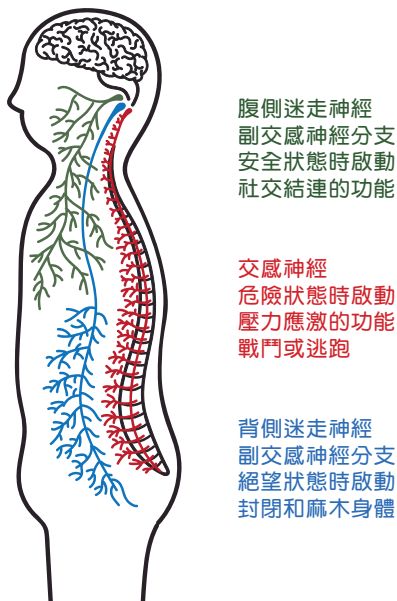


圖 4. 自主神經的三個分支

所組成的系統（Van de Kolk, 2014）。這個系統是人體內分泌的中樞，它會分泌出壓力荷爾蒙，這些荷爾蒙能使身體各個器官處於應激的狀態，例如加快呼吸，讓身體有更多氧氣，而氧氣又能使肌肉收緊有力，心跳會加快，使血液流動得更快，讓氧氣能更快到達全身的肌肉，準備好作戰或逃跑（fight or flight）。本能腦在這個時候，只能作戰鬥或逃跑的簡單決定，不像認知腦可以進行複雜的分析。哺乳類動物都有本能腦，只能作簡單的決定，而只有人類才有認知腦，進行複雜的思考和決策。

無論是戰鬥或逃跑的決定，都很簡單地需要力量，所以整個動員系統（HPA axis）都是向給力的方向來進行的，這個時候人的情緒狀態會處於非常緊張和焦慮的狀態，比危險更嚴重的狀態是絕望的狀態，也就是當守護天使認為危險已無法清除，這個情形就好像被投進了獅子坑中，或是被鎖在了快將倒塌的屋子裏一樣，感到危險但無法逃脫。在這個狀態裏，本能腦會啟動**背側分支的迷走神經**，這個分支大部分覆蓋橫隔膜以下的身體和器官，它包括了我們的消化系統。這個分支是副交感神經中比較原始的分支，它沒有髓脂的包裹（unmyelinated），所傳遞的信號比較簡單，這些信號基本上是命令身體處於關閉的狀態，在這個狀態下，內臟消化器官會收縮，身體會變得麻木，對周圍的觸覺會減低，會產



生腹悶，昏眩等感覺。這種狀態就是人在抑鬱時的狀態，會對所有事情都失去動力，不想活動。這和哺乳類動物在面對無法逃避的生命威脅時，所共有的反應是一樣的，例如，老鼠被貓逮住，或小動物被捕食者抓住，它會不自覺地進入這種關閉（shutdown）的狀態，也稱為「裝死」（feigned death）的狀態，希望能通過減少身體的活動和能量消耗，來儘量延長生命，同時麻木自己的感官和感覺來減輕痛楚，就好像進入一種瀕死的狀態中，會讓捕食者覺得獵物不吸引而放棄。

假如自主神經系統對危險產生誤判的情況，就會令身體進入非適應性的情緒應激狀態，這個情況很多時會發生在生活中心理創傷中所產生的壓力，這些壓力不適合用「力量」去解決，因此本能的應激反應不能解決問題。由於長時間不能解決問題，身體就會進入自主神經的絕望狀態，使人困在一個惡性的情緒循環當中。

無論是危險或絕望的狀態，對身體都會造成一定的虛耗，因為在當中產生的壓力荷爾蒙會使身體處於緊張或關閉解離的狀態，就像參與了一場戰爭一樣，會動用大量身體的資源，短期是可以應付，也可能是必須的，但由於誤判而長期處於這兩種狀態，身體的免疫系統會受到損害，也會漸漸失去正常調節情緒的功能，使人產生情緒精神的疾患，也會導致各

種情緒和精神的問題。

相反，當人能處於安全狀態時，**腹側分支的迷走神經**就會啟動，這是副交感神經系統中較發達的分支，有髓脂包裹（myelinated）。可以傳送比較複雜的信號，它也被稱為聰明的迷走神經（smart vagal）。這條神經線，從腦幹開始，連接我們的視覺、面部、聽覺、聲線等等的器官肌肉，最後連接到我們的心臟，覆蓋和調節橫隔膜以上的器官。你會發現這條神經所聯繫的器官和人體的部分，都是與關係和社交結連有關的（社交的溝通和表達需要運用這些器官）。因此，可以明顯地看到，人在安全狀態下，會自然地去尋求關係和社交的結連，而唯有在這狀態下，我們理性的腦才會完全地打開，同時和本能腦相互配合，身體的資源會被用作進行關係建立和作有意義的結連，情緒系統也會自然分泌有助調節和使人輕鬆愉快的荷爾蒙，由於腹側神經與心臟連接，當我們在關愛的關係中時，我們的心也會有感應，顯示這條聰明的神經在運作呢！現在明白為甚麼「心」這個字常常會被用在有感動的關係情境中了，是因為關係的感應觸動了腹側神經，繼而觸動了心臟。

2.2.3 關係結連是人的核心需要

多重迷走神經理論的重大發現為我們提供了什麼啟示呢？



首先人的狀態是因著環境和內在情況的變化而改變的，人的身體本能好像有一個天然的程式，像守護天使一樣保護著我們的安全，似乎人天生有一種自然的傾向，就是保證自己的生存，而當人身的安全受到保障後，人在安全的狀態下，會自然地去打開關係結連的功能，腹側迷走神經明顯是為尋求關係的結連而設的，如果我們把弗蘭克的意義理論，結合多重迷走神經理論，我們就能得出一幅比較清晰的圖畫：人活著的基本功能是提供生存所需的一切條件，而生存的最基本條件是人身的安全，自主神經系統中的危險和絕望狀態，就是為了保護我們的人身安全而設計的天然防禦機制。**有了安全之後，生存的更重要條件是建立有意義的關係**，這就是腹側迷走神經的功能。當人在有意義的關係中時，能付出愛和得到關愛，身體就會自然分泌催產素（oxytocin）和多巴胺（dopamine）這類使人有快樂和幸福感的荷爾蒙（Fabritius & Hagemann, 2018）。催產素常被形容為愛或擁抱的荷爾蒙，除了在女性生育時會分泌，減輕身體的痛楚外，當人在愛中相互擁抱或者在關愛互助的情感連結時，催產素也會分泌，給我們滿足、愉快、和幸福的感覺。而多巴胺，就是在我們看到對自己的生存有利的目標時而分泌的，它能提供給我們動力去完成和達致目標。很多時候多巴胺和催產素是會關聯在一起分泌的，多巴胺會提供動力去尋求愛與被愛的體驗，而催產素是在得到關愛時，讓人產生愉快和幸福感。

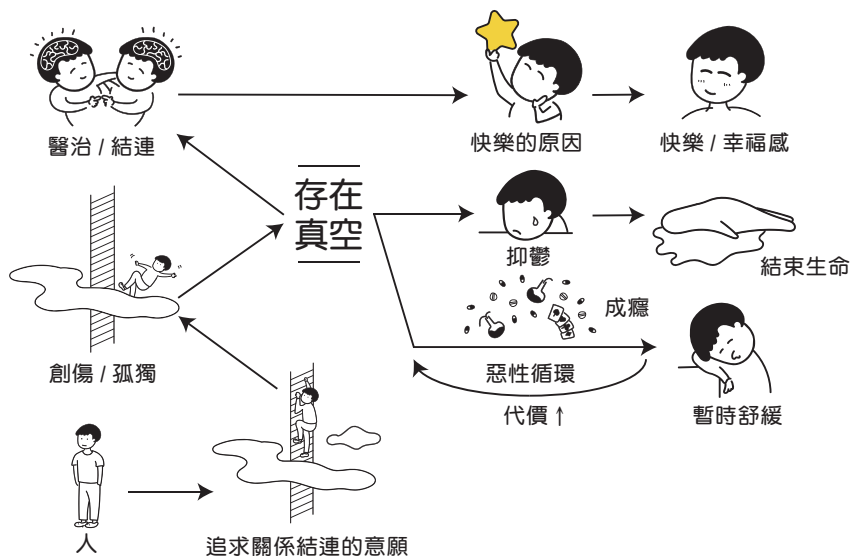


圖 5. 從關係理論的角度理解成癮的問題

我們認為由催產素產生的愉快幸福感，正是弗蘭克在他的意義理論中所述，因獲得意義而產生的幸福感，而既然腦神經科學發現產生這種感覺只有通過安全關愛的關係結連來獲得，那麼我們可以放心地推論，人生存的意義來自關係的結連。因此我們提出了把弗蘭克的「追求意義的意願」(Will to Meaning)，改寫為「追求關係結連的意願」(Will to Connection)，而當我們把這個理念更多更深地應用在臨床的實踐中時，就越能體會它的真實性，這也是我們的治療模式命名的來源，「相遇・傷癒」在第一版手冊的英文名稱是

「Seeking Connection」，就是追尋關係結連的意思。我們把基於以上闡述的關係理論的概念顯示在圖 5，是圖 2 的更新版。

2.2.4 容納之窗 (Window of Tolerance)

容納之窗是著名的精神科醫生丹尼・西格爾 (Dan Siegel) 所提出的概念 (Siegel, 2010)，用來表示情緒狀態的不同區間，這些區間和自主神經狀態 (autonomic states) 是可以相互對應的。如果我們把兩者結合起來一起看，就形成了圖 6 的情況，在容納之窗內的情緒狀態 (中間綠色的部分)，是自主神經的安全狀態。在這個區間中，關係結連是當事人的主要活動狀態，在這個狀態，認知腦和本能腦能相互配合和結連。

可以看到，自主神經的狀態和情緒狀態是高度關聯的，因為情緒就是本能腦發出的其中一種信號，來通知我們有關守護天使 (自主神經) 所感受到的狀態，在心理治療的過程中，案主的情緒狀態是我們能夠跟蹤和了解案主的自主神經狀態的重要指標，另外從案主的外表、行為、身體語言、聲線也可以為我們提供了解案主狀態的信息。作為治療師，我們應當時常追蹤案主的自主神經狀態，以便作出相應恰當的介入，這在治療的過程中是至關重要的。

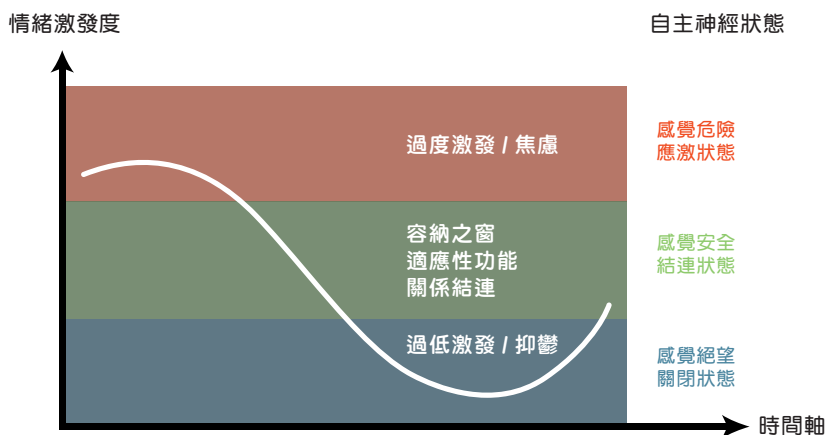


圖 6. 容納之窗和自主神經狀態的對應關係

當情緒狀態離開容納之窗時，也就是當事人感到危險或絕望，進入了自主神經的自衛（戰鬥或逃跑）和關閉（麻木或解離）的兩個狀態，如果我們觀察到當事人比較激動和不安，這狀態是處於容納之窗的上限以上的區間（圖 6 中紅色的部分），稱為過度激發（hyperarousal）的狀態；如果我們觀察到當事人比較低落和麻木，他就處於容納之窗下限以下的區間（圖 6 中藍色的部分），稱為過低激發（hypoarousal）。過高的激發是焦慮緊張的狀態，過低的激發是無助無望的抑鬱狀態。

掌握當事人處於何種狀態，對於我們決定用哪種的介入方式很重要，如果當事人在焦慮和抑鬱中時，也就是在容納之窗以外的區間時，最重要的任務是幫助當事人重獲安全感。在這兩個狀態，認知腦都不在線，如果用太複雜的認知介入，反而令案主因為無法做到，而增加不安全的感覺。這個時候通過有效的，針對右腦的介入，幫助調節和穩定情緒，是較適合的處理方式，我們會在第二部分的實務篇，詳細論述介入的技巧和方法。



03

大腦的雙重架構

在研讀有關腦神經生物學（neurobiology; Schore, 2003; Schore, 2015; Siegel, 2010; Siegel, 2016）和創傷治療有關的文獻（Schore, 2012; Van der Kolk, 2014）時我們常常會看到左腦、右腦、皮質腦（cortical brain）、下皮質腦（subcortical brain）、心（mind）、身（body）等等的詞語，我們仔細去研究會發現其中一些常用的詞語，並沒有一個確實統一的定義，如心和身，它們的使用很多時是啟發性的，和實務經驗與現象關聯的。然而歸納起來，我們發現有一個明顯的方向就是，我們的經驗似乎指向人的大腦是一個雙重的架構，這是我們團隊在 2020 年出版的英文手冊中所提出的，我們仍然感到這個啟發性的概念模型，適合在治療的過程中用來概念化大腦的功能和運作，以及理解各種情緒、精神和創傷問題的原因。

3.1 三重腦架構

我們的雙重架構是從三重腦的架構（Triune Brain）演變出來的，三重腦的概念是腦神經科學家保羅・麥克林（Paul Maclean）在上世紀九十年代提出的簡化大腦模型（MacLean, 1990）。從今天腦神經科學的角度看，這是一個極簡化的模型，但在心理治療的領域，它仍然是一個很具啟發性和有實用價值的模型。因為在心理治療的過程中，我們

並不需要一個複雜的大腦模型。模型越複雜，所涉及的細節就越多，就有越多的資訊在心理治療的工作中並不需要，反而阻礙了理解和概念化的過程。圖 7 是三重腦的模型架構，麥克林把人的大腦按照進化階段分成上、中、下三個部分，而這三個部分所對應的功能，恰恰吻合了：爬蟲腦（最下面腦幹部分）；哺乳類動物腦（中間的邊緣系統）；和人類智能的腦（最上面的新皮質）。下面我們來分別簡述一下這三個部分的特點和功能。

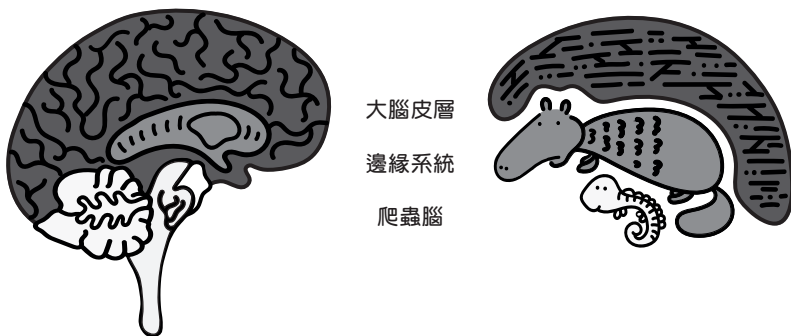


圖 7. 麥克林的三重腦模型架構

3.1.1 爬蟲腦 (Reptilian Complex)

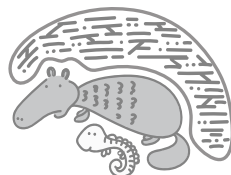
爬蟲腦被認為是在進化最早階段的腦，而在人體中也是最先發育完成的，它負責最基本的生存功能，例如呼吸、血液循環、身體恆溫等任務。由於他的構造和功能與爬蟲的腦

差不多，所以被稱為爬蟲腦，它主要由腦幹和小腦所組成，和脊椎以及通過脊椎通向全身的神經系統連在一起，它包括了自主神經系統，也是神經覺的發源地。它就像一個守護天使那樣保護著我們。

3.1.2 哺乳類腦（Mammalian Brain）

哺乳類腦是處於爬蟲腦和新皮質之間的邊緣系統（Limbic system），由於它和哺乳類動物這個部分的大腦結構和功能類近，所以被稱為哺乳類腦，更準確地說，哺乳類腦包含了爬蟲腦和邊緣系統，只是它有**具備情緒功能**的邊緣系統，是爬蟲類動物所沒有的。邊緣系統是我們的情緒中心，我們所有的情緒感覺，好像恐懼、快樂、憤怒、哀傷和關愛都是在這裏產生的。

情緒系統被認為是人際結連和依附關係的重要部分，情緒是本能腦向認知腦所發出的信號，告訴我們周遭環境、其他人，以及身體內部是否處於安全狀態，它和自主神經系統的三個狀態有著緊密的聯繫，不同的自主神經系統狀態，能對應不同的情緒，如在安全狀態，我們會有愉快、關愛、滿足等情感；在危險狀態，對應的情緒是恐懼、焦慮、憤怒、著急等；而在絕望狀態，對應的情緒是，苦悶、抑鬱等等，這些狀態和情緒能幫助我們躲避危險、適應環境和與人建立關係。



3.1.3 新皮質（Neocortex）

新皮質也稱為大腦皮層，是最遲發育完成的，也是三個部分中最具智能處理能力的部分，其中新皮質前面的組織結構，稱為前額葉，也被稱為大腦的行政中心，它**掌管我們大部分的行政決策和認知功能**。而其中很重要的一個功能，是情緒的管理和調節，它的內側前額葉和邊緣系統的連接，是情緒調節的重要組織。新皮質是人類能有別於其他動物，賦予我們認知、智能和邏輯分析、文字語言等高等生物所具有的認知和意識功能的大腦結構。

3.2 從三重腦到雙重腦的架構轉化

基於三重腦的架構，我們再進一步把它簡化成雙重腦的架構。基於我們前面所述，我們所尋求的不是像醫學和解剖學模型的精確性，醫學模型需要很精確的細節，因為醫生會根據這些細節去進行複雜的手術或功能分析。而心理治療的模型，則不需要這種精確性，更重要的是在臨床實踐中的可應用性。因此，我們的雙重腦架構並非精確的解剖學模型，而是大概地按大腦的功能來區分，同時我們參考了一些重要的創傷和心理治療的文獻（Schorer, 2012; Schorer 2015; Siegel, 2010; Van der Kolk, 2014），發現很多作者也是循這個方向去理解大腦功能的。當我們在文獻中看到人類大腦功能的描述時，我們

常常會看到這種雙重架構的影子，如心（mind）與身（body）、左腦和右腦、認知腦和本能腦、意識（conscious）和潛意識（sub-conscious）等，這些名稱，有些是基於大腦的功能結構（如左、右腦）；有些是基於現象經驗的（如身、心、意識、潛意識等）。我們似乎看到了現象經驗和功能架構之間存在一種不謀而合的對應，就是這種大腦功能的雙重性：它包括了認知和本能的部分，大致對應了傳統心理學所指的意識和潛意識的部分。圖 8 所顯示的是這個雙重腦的模型，我們會在下面介紹這個模型。

3.2.1 認知腦和左腦

如圖 8 所示，大腦認知的部分在結構上，大約是大腦的新皮質部分，位於大腦的最上方，它對應的是**理性分析、思考、文字語言、專注和意識**等的功能；這個部分和左面的大腦有較緊密的聯繫，所以它也會習慣性地被稱為左腦的處理模式（Badenoch, 2008; Siegel, 2010; Siegel, 2012）。

3.2.2 本能腦和右腦

大腦本能的部分在結構上是大腦皮質下面的邊緣系統，和爬蟲腦的部分，也就是和哺乳類動物的大腦差不多的結構，它所對應的功能是**維持基本生存的自主操作，如呼吸、血液循環**等活動，以及信息和信號的搜集和傳送，和身體動作的實行。

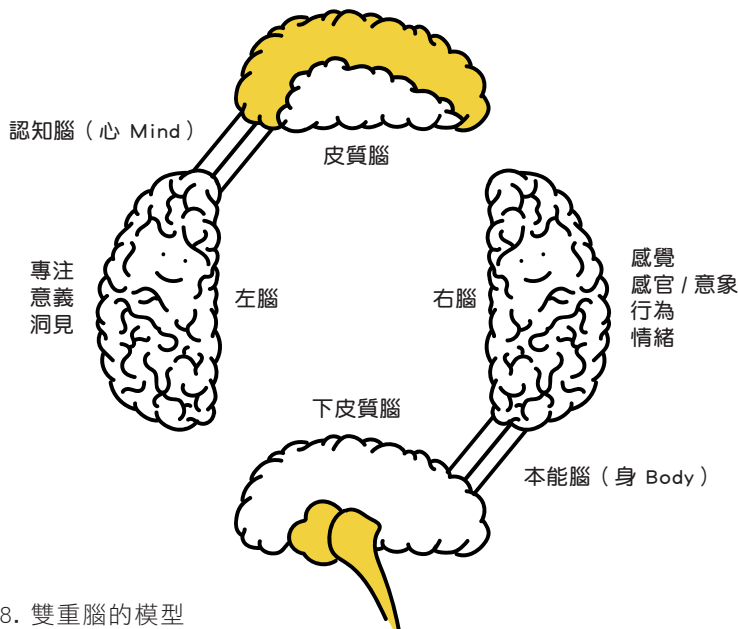


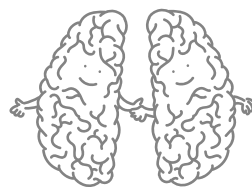
圖 8. 雙重腦的模式

現代的大腦掃描技術發現皮質下的本能腦，有更多的連接是在右半邊的大腦，所以這個部分也會被稱為右腦處理模式 (Badenoch, 2008; Siegel, 2010; Siegel, 2012)，這個部分很多時也被習慣地稱為身體 (Van der Kolk, 2014; Gendlin, 2003)，因為它通過神經網絡和身體連在一起，掌管身體的功能、處理及傳遞從身體而來的資訊，而這個部分的信息包括感官資訊（圖像、意象）、身體感覺、身體行為、情緒，都被歸納為潛意識的信息，這是相對在認知腦的信息——想法和意義，屬於意識層面的信息而界定的。我們理解創立生命自覺的心理治療大師，尤金·簡德林 (Eugene Gendlin) 所說「**你的潛意識就是你的身體**」(Gendlin, 2003)，正是指這些在本能腦的信息，潛藏著身體給我們重要的信息。

和 2020 年英文版的手冊一樣，這本手冊會把左腦和認知腦，看為意義相近的詞語，可以相互交替使用，同時右腦和本能腦，也看為是另一組意義相近的詞語，也會交替使用。

3.3 雙重腦與自我關係

當我們不斷去探究和了解我們人類大腦的架構和功能時，再加上從多重迷走神經理論所獲得的啟示，我們逐漸地發現，人的自身存在著一種和自己建立親密關係的途徑，在關係中我們需要起碼兩個獨立的個體，才能產生關係，而這個關係的質素，視乎兩個個體之間的態度和互動。自從在 2020 年英文版的手冊，我們提出了自我關係這個概念，並不斷把這個概念應用在我們的臨床實踐中，我們越來越發現這個模式的真實和重要性。我們從多重迷走神經理論去推論，**關係建立是人生存意義的核心**。但這個關係並不限於人與人之間，而且是可以和自己發生的，我們只需要能在自身界定出兩個或以上不同的個體，就可以讓自我關係發生，而我們發現認知腦（左腦）的部分和本能腦（右腦）的部分，恰恰能成為建立自我關係的兩個個體。這兩個部分，一個負責「思」的功能，一個負責「感」的功能，一個是認知，一個是本能，一個是意識，另一個是潛意識。在人的主觀經驗中，就好像兩個各自有自己意志獨立運作的個體。



我們是從經驗的角度來作出這個論述的，經驗告訴我們，我們的身體有很多功能，如身體的感覺和情緒，都不是由我們的意識和認知來直接掌控的，在我們的身體裏，好像有另一個智能，也就是在一些文獻中所提到的身體智能（Levine, 2010b），它好像有一種天然的意識，就是不斷地去維持我們身體各個部分的配合和正常運作，保障我們能得以繼續生存。例如，我們身體內的免疫系統、血液循環系統和消化系統都在本能腦的掌管下，在認知腦和我們的意識以外，自主運行著一套獨立的程序，維持這些系統的順暢運作。這個部分也有搜集資訊的功能，它有很多的探測器，包括我們的感官：視覺、聽覺、嗅覺、味覺、觸覺等，也有一些內在的探測器，可以監控身體內部的狀態，而自主神經系統，就是其中一個主要的監測系統，保護我們的安全，而本能腦和它所連結的身體的另一重要功能，就是信息的傳遞，它可以通過情緒、體感、身體動作和感官意象，把有關環境和內在身體的重要信息，傳遞到我們的認知和意識中（認知腦），讓我們可以進行分析和決策，我們本能腦和所連接的身體，就好像前面所提到的一位守護天使，保證我們身體各部分運作正常和把重要的信息傳遞到行政中心（認知腦）。

我們對自己的意識和知覺來自於認知腦的部分，所以我們可以把這個部分看成是自己，而把經歷到的感官意象資訊、

情緒和感覺，看成是從另一位同伴（守護天使）給我們的重要信息，這位同伴就是我們的本能腦。如圖 9 所示，這兩個部分的互動，就形成了我們自我關係的基礎。我們會在下面詳細地講解圖 9 的內容。

在這本手冊以後的章節，我們有時會取方便用左腦來代表認知腦，和右腦來代表本能腦以及和它相連的身體。我們認為這兩個部分的互動和溝通，決定了我們和自己的關係的質素，而這個關係對於我們的情緒和精神健康起著關鍵性的作用，很多研究和觀察都顯示，我們每天都是不斷地進行著自我對話的（Geurts, 2018），而這個自我對話的過程，決定了我們的自我價值感和與我們自己的關係。

在臨床觀察中，我們也開始發現依附關係（attachment）也影響著這個自我溝通的過程，而通過改善這個自我溝通的過程，也可以對依附關係的模式（attachment style）作出正面的影響。我們在第二部分的實務技巧中會詳述如何能進行自我關愛的溝通，促進自我關係和如何幫助案主促進這種自我關係，從而治療成癮和創傷的問題。

在這裏我們先介紹和認識這些自我溝通的基本語言元素。我們採用了彼得·萊文（Peter Levine）所提出的

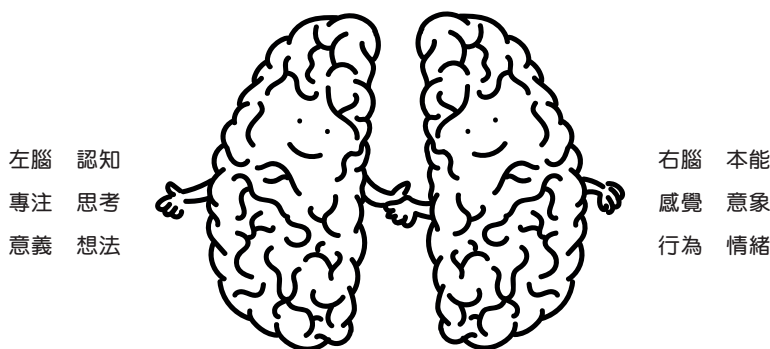


圖 9. 內在自我關係與五大經驗元素 (SIBAM) 的基本模型

SIBAM 模型 (Levine, 2010a)，來進行和處理左腦和右腦的溝通，萊文原來用這個模型是為了幫助治療師可以觀察和追蹤案主的狀態和經驗，而我們認為這個模型除了這個用途外，也可以幫助我們進行自我的溝通和建立關愛的自我關係。SIBAM 模型是**把人的所有經驗，歸納為五種元素**，而取這五種經驗的元素的頭五個字母命名的，這五個元素分別是，**感覺、意象、行為、情緒和意義**。我們認同萊文的看法，這五個元素大致涵蓋了人的經驗中所有的元素和語言頻道。

如圖 9 所示，我們把這五個元素和自我關係建立的模型顯示了出來。可以看到其中四個元素是右腦所使用的，包括感覺、意象、行為和情緒，而意義和想法則是屬於左腦的。下面我們會參考和引用萊文的著作 (Levine, 2010a) 來講解 SIBAM。

3.3.1 感覺頻道 (Sensation Channel)

這個頻道是指所有從**身體內部所產生的感覺**，它們來源

於附在我們身體內部的各個感受器（receptor），它的學名是內在體感（interoception）。這些體內的感受器，通過體內神經的脈動把信號通過神經系統傳送到腦幹上部的丘腦，然後再傳送到大腦的其他部分，這個頻道包括了不同種類的感受器，可以感受身體的活動，我們的肢體在空間的位置、移動的速度和身體的平衡；也有來自內臟器官狀態的信息，通過身體的神經網絡傳送到大腦。這些信息反映我們對周遭環境和內在狀況的覺知情況。例如我們的血管和內臟會在感到危險時收縮，使我們感到冷和恐懼；而當在安全舒適的狀態時，我們的血管會溫柔地像水母那樣伸縮，以產生溫暖和良好的感覺。

3.3.2 感官意象頻道（Imagery Channel）

意象慣常指的是視覺的資訊，萊文把它擴闊到泛指所有通過**感官所獲得的身體以外的信息**，這些感官資訊包括視覺、聽覺、味覺、嗅覺和觸覺，這是一個很重要的信息頻道，通過這個頻道我們可以經歷當下身處的情景，也可以通過想像回憶過去的經歷，在我們的記憶神經系統中，重塑過往的經驗，重新體驗當時的情景。

3.3.3 行為頻道（Behavior Channel）

這個頻道是唯一能讓其他人清楚地觀察到的，也是治療師最常用來觀察案主狀態的途徑，它包括了**所有的身體動作、面**



部表情、神態、身體的姿勢等。通過觀察行為，我們可感知到案主的自主神經狀態和情緒，從而作出合適的回應和介入。我們不自覺的身體動作往往反映了我們一些潛意識的意向和情況。

3.3.4 情緒頻道 (Affect Channel)

這個頻道包括了**不同類別的基本情緒** (Ekman, 1992)，如恐懼、憤怒、哀傷、快樂和厭惡，這些情緒信號是對原始感覺信號的演繹。

此外，萊文把簡德林所稱為的意感 (felt sense)，也歸類在情緒這個頻道，稱它為感覺的輪廓 (Contours of Feelings)。由於身體的原始感覺需要一些時間讓大腦去演繹，而在這個演繹過程中，會把逐漸浮現的模糊感覺變得愈來愈清晰，這種感覺被簡德林稱為意感 (Focusing, 2003)，他認為這些意感藏著身體給我們的重要信息，而不斷去注意和留意這些信息能使我們慢慢明白這些信息，而產生洞見和意義的演繹。

3.3.5 意義頻道 (Meaning Channel)

意義是我們給予經驗的標籤，它是**集合了右腦的感覺、意象、行為和情緒四種元素的資訊，加上左腦的處理而得出的認知的信息**。左腦的認知信息把右腦的經驗演繹成可表達的語言，使我們能和自己和別人溝通所體驗到的情況。



04

內在關顧系統

過去三年我們不斷地整合各種有關創傷治療的理論和技巧，在我們的臨床實踐中不斷地驗證到「內在個體理論」(Parts Theory) 和「體化認知」(Embodied Mind) 的真實性和實用性。我們在這兩個概念的基礎上加入臨床的觀察和驗證，發展出本章所要闡述的「內在關顧系統」(ICS)。

4.1 「我思，故我在」—— 心身二元論

在談及體化認知的概念之前，需要先談一談 17 世紀的著名法國哲學家笛卡兒 (Descartes, 1850) 所提出的「我思，故我在」(I think, therefore I am) 的哲學命題，這是著名的「心身二元論」(Mind-Body Dualism) 的基礎。笛卡兒秉承了古希臘哲學對理性和認知的重視，認為理性(心；Mind) 是引致和推動任何真實改變的真正背後原因，而理性(非物資) 和身體(物質) 是兩種本質截然不同東西，它們是可以相互獨立而存在的。

4.2 「我感，故我在」—— 體化認知

現代腦神經科學的發展開始使人對笛卡兒的「二元論」猜想產生懷疑，尤其是一群從事腦神經生物學 (Neurobiology) 研究的科學家們 (Craig, 2015; Varela et al., 2017)，他們



觀察到人的認知過程，並不是獨立於物質的身體感覺和反應的，往往身體的感覺、情緒和反應，在深深地影響著人的思考認知過程，因此一個新的範式開始形成，上世紀 90 年代一些學者提出了體化認知(Embodied Mind)的理論 (Varela et al., 2017)，這個理論的主要內容和笛卡兒的正正相反，它認為人的認知和智能，是和物質的身體息息相關的，身體的本能和感覺，在很多情況下，甚至起著主導性的作用，所以**身體和認知是一體的，並非各自獨立的個體**，是源於物質和被客觀環境所影響的。

體化認知的理論和靜觀的修練與普及，以及佛學思想開始對西方文化和哲學的影響，使一批以情緒或體感 (somatic) 為導向的治療模式，在過去三十年如雨後春筍般地湧現。當中有靜觀正念 (Mindfulness)、生命自覺 (Focusing)、本體療法 (Somatic Experiencing)、體感療法 (Sensorimotor Psychotherapy) 等等的治療模式。

4.3 理性是否只是物質或大腦的作用

另外，一些學者和心理治療的大師們，在認同體化認知的同時，開始發現理性 (Mind) 並不單純是物資的作用，這似乎是純粹的體化認知和笛卡兒的理論之間的平衡點

(Badenoch, 2008; Siegel, 2016)，因為他們發現物質的確是可以被意識和意念所改變的。雖然物質可以影響意識和意念，但物質同時也是可以被意識和意念所改變的。例如，其中一種針對強迫症（OCD）治療的有效方法（Schwartz, 1997），通過改變患者對強迫症症狀的認知和進行相應行為的改變，能成功改變和治療強迫的症狀。強迫症的成因是我們大腦中的偵測錯誤系統，由眶額皮質（Orbitofrontal Cortex）和前扣帶皮質（Anterior Cingulate Cortex）所組成的部分，不斷地產生錯誤的信號所導致的，當事人會不斷地感覺到有不妥，如身體和手不乾淨、門沒有鎖好、火沒有熄滅等信號，使當事人需要不斷重複強迫性的行為，或者被身體，也就是大腦強迫去從事不情願的重複行為，但舒華茲（Schwartz）使用了一種特殊的認知行為治療——集中性的注意力（focused attention），是類似靜觀默想（mindfulness meditation）形式的治療方法。經過了大約 10 星期，強迫症患者的症狀開始慢慢消失，不再感到需要再進行強迫的行為。而大腦的偵測錯誤系統所傳遞的錯誤信息，也大大地減少。

這種治療方法證明了人的理性和意念（Mind），如能有效正確地運用，是可以改變物質的大腦和身體的運作和結構。這些心理治療的現象，確切地證實了自由意志的存在和有效



性，人並非被動地被一堆細胞和神經的隨機脈動所主宰。因此認知行為的治療模式，具有一定的治療效果，有它一定的臨床價值，雖然它和大部分的心理治療方法一樣，本身都有一定的限制。

西格爾（Siegel, 2016）是其中一位學者，認為**心思理性是能以非物質的狀態存在的**，他認為這種非物質的能量狀態，不但是身體內的基因和細胞的相互作用所形成，同時也會被人與人之間的關係，人與環境的互動相互作用而影響的。西格爾認為心思非物質，但他也採納了人的認知過程並不是獨立於物質的，他認為我們心思的源頭是源於內在身體的各部分的互相作用，以及人與人之間的人際互動。

西格爾以此創立了他的人際神經生物學（Interpersonal Neurobiology; Siegel, 2020），把關係的元素，帶進了心身難題（Mind Body problem）的討論中。

4.4 關係體化認知（Relational Embodiment）

我們大致上認同西格爾的人際神經生物學的論點，也就是人是同時具有非物質的理性和自由意志，以及物質的身體，兩者是互為作用互為影響，相互依賴而存在的。心思（Mind）

是非物質的存在，是由身體內在關係的互動，和人際關係之間的互動而產生的能量。

我們對關係的看法，是從腦神經科學（多重迷走神經理論）的角度去驗證的，和客體關係理論（Object Relations Theory; Greenberg, 1983）中所說的，關係是人生存背後的主要動力的觀點，不謀而合。

在西格爾的基礎上，我們結合臨床觀察和前面所述的關係理論，擴闊了有關自我關係的部分。我們的觀點，和西格爾，以及客體關係理論不同之處，在於對關係的所涵蓋的範圍，西格爾和客體關係理論以人（person）作為關係的基本單位，我們認為人自己內在在不同個體間的關係（Intrapersonal Relationship），應該是更基本的關係結構。

在體化認知的概念中，認知與本能是密不可分，相互作用和影響的，然而正如我們前面所述，在觀察和體驗大腦具體操作的過程中，我們發現大腦有些部分是較多負責認知功能（認知腦），有些部分是較多負責本能和感覺功能的（本能腦）；這兩個部分是形成自我關係中最基本的一對，我們把這個認知和本能，心和身的關係組合，稱為「心身關係對偶」（Mind Body Relational Dyad; MBRD）。這個對偶，形

成了人內在最核心和基本的關係單元。這是我們在 2020 年的英文版手冊中所提出的模型。

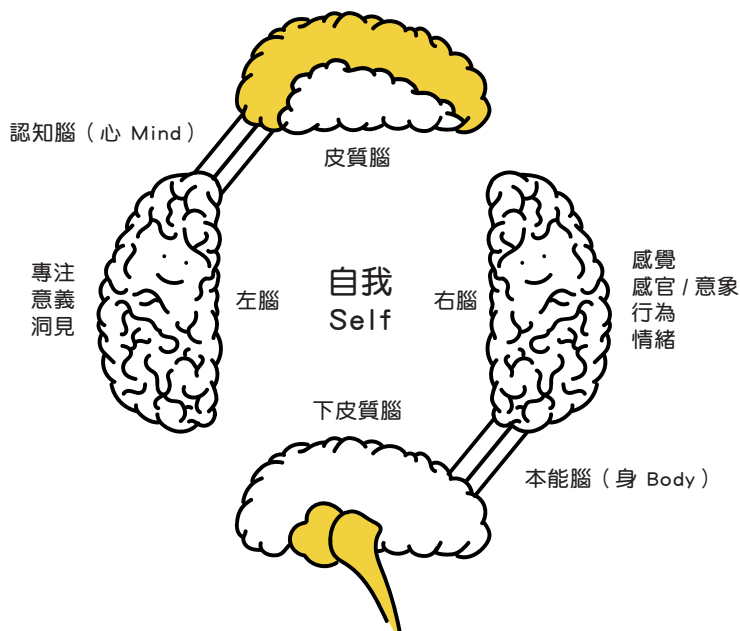


圖 10. 心身關係對偶模型

圖 10 是這個心身關係對偶 (dyad) 的模型。由於皮質腦 (Cortical Brain) 和左邊的大腦，負責比較多認知的功能，而它們之間也有較多的神經聯繫，所以我們把這個組合統稱為認知腦；而下皮質腦 (Subcortical Brain; 包括邊緣系統

和腦幹）和右腦負責比較多本能和感覺的功能，它們之間也有較多的神經聯繫，我們把這個組合稱為本能腦，有時我們也會把它們簡稱為左腦和右腦，注意這只是一個用於心理治療的啟發性的模型，並非解剖學、醫學那種精度要求的模型。

認知腦和本能腦兩個部份的互動，也形成了人最基本的自我意識（Self）。腦神經科學發現，自我的意識是一系列處於認知腦和本能腦之間的組織，稱為皮質中線結構（Cortical Midline Structures; Northoff & Bermpohl, 2004）。而這兩個部分（認知和本能）的互動越多，這些組織間的神經聯繫，就會越豐富（基於神經可塑性；neuroplasticity），人的自我意識、自我價值感和情緒調節能力就越強。從這個角度看，自我意識是認知腦和本能腦關係互動的結果。

在關係體化認知的概念中，還有內在關顧系統內個體（Parts）間的關係，以及人和情境的關係。總括來說，關係在我們的治療模式中，有以下幾種：

- 心身關係對偶（核心和基本的關係單元）
- 內在關顧系統的個體（Parts）間的關係
- 人與人的關係
- 人與情境的關係（關係化；Relationalization）



我們會在下面章節逐一詳細解釋這些關係的特點和形式。值得一提的是，在這些類型的關係當中，心身關係對偶，是所有關係的核心和基本組成部分。

4.5 內在關顧系統模型

我們的**內在關顧系統模型**（**Internal Care System**）是基於「**內在個體**」（**Parts**）的概念發展出來的。內在個體的概念是指，一個人的人格（Personality）是由很多的內在個體或子人格（Sub-personality），或是自我狀態（Ego-States）所組成的。這個概念最早是由保羅·費得因（Paul Federn）提出的（Emmerson, 2007），他認為人的人格是由不同的自我狀態所組成的。然後約翰·沃金斯（John Watkins）在 70 年代把這個概念發展成自我狀態治療模式（Ego State Therapy）。

內在
關顧
系統

而運用相似概念的另一個著名治療模式是李察·舒瓦茨（Schwartz & Sweezy, 2019）在 80 年代創立的內在家庭系統的治療模式（Internal Family Systems Therapy）。

我們的內在關顧系統模型整合了這兩個治療模式，同時加入關係和腦神經科學的元素。我們界定內在個體是大腦中

的一組能形成基本關係個體的神經網絡，這些神經網絡是通過從出生到現在的經驗和記憶所組成的，它們的產生是因為大腦神經的可塑性(neuroplasticity)。大腦神經元(neuron)的連接和神經迴路，可以通過經驗來改變、增加或減少。一個基本的關係個體就是一個具備能進行完整的經驗互動和交流的神經網絡，它有輸入和輸出，能與其他關係個體進行互動和溝通。圖 11 顯示了一個關係個體需要的元素和條件，它具有所有的經驗頻道，包括感覺、感官、行為、情緒和想法。

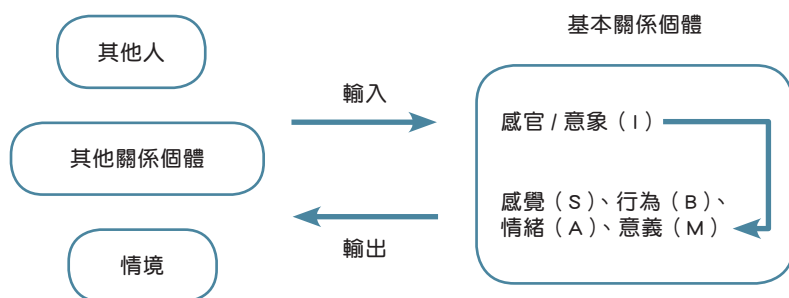


圖 11. 基本關係個體的元素

我們對於內在個體的界定，是比較具有彈性的。基於神經網絡的可塑性，它可以符合自我狀態所指的可轉變的狀態；也可以在一段時間內，維持一個比較固定的狀態，就如內在家庭系統裏的子人格 (Sub-personality)。在治療的過

程中，每一個內在的個體，有時會習慣性地被稱為一個「部分」(Parts)。部分是內在個體的英文原文的直譯，說明它是我們全人整體之中的一個部分。我們把它翻譯為「內在個體」，希望能更好地表達這個詞的原來意思。

其中一些內在個體或部分的例子，包括更年輕的自己 (younger self)，如 6 歲剛上小學的自己；8 歲時曾被欺凌的經歷；20 歲時獲得大學獎學金的經歷、吸毒時的自己、不吸毒時的自己等等。每個部分都必須有大約的年齡和發生的時間。和這些部分之間的互動，大多是通過想像和意象的技巧，我們在第二部分會詳述如何進行內在個體的工作。

基於前面所述的關係理論，我們認為每個內在個體的建立，是基於各種關係的經驗而形成的。我們的心思和身體都具有一個與生俱來的目的，就是「生存」。而**生存的核心意義，就是關係的建立**（推論自多重迷走神經理論）。

通過臨床的經驗和觀察，我們發現內在的個體，也就是不同神經網絡所組成的不同部分，形成了一個相互關顧、具有適應環境和有利生存目標的系統。

我們總結了這個系統有 4 類成員，每一類成員都和系統

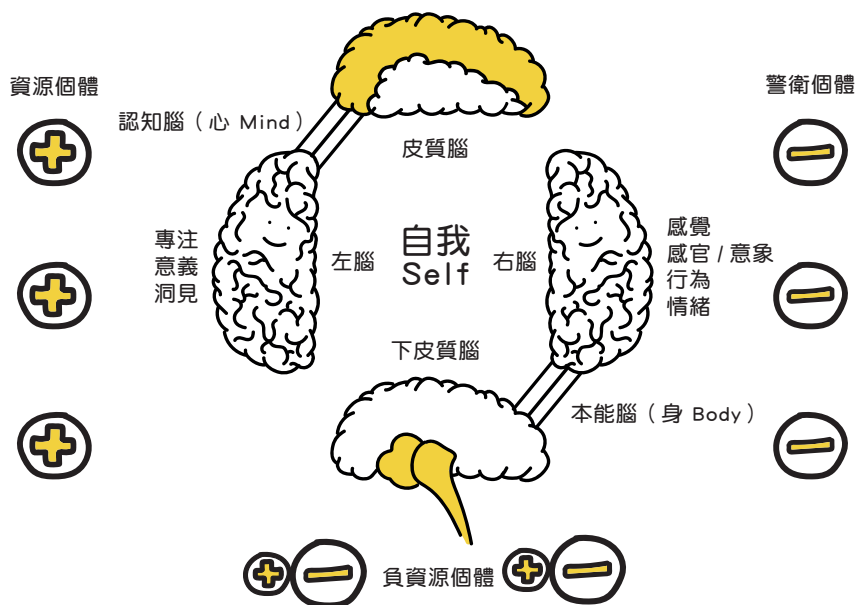


圖 12. 內在關顧系統模型

4.5.1 自我 (Self) —— 領導者

我們認同內在家庭系統治療理論的觀點，認為人的「自我」，在這個內在系統中是處於領導的核心部分。在正常的

狀態下，「自我」領導和管理其它的內在個體，但與內在家庭關係系統的不同之處，是我們認為這個自我不會以恆久固定的狀態存在（由於神經可塑性），它會不斷成長或演變，也會受其它與它所接觸和發生關係的，活躍中的內在個體所影響。這個自我的部分，正如前所述，本身是由心身關係對偶所組成的，負有領導整個內在關顧系統的功能，而它也在和其他內在個體（如，資源和警衛個體）不斷相互作用的關係中，而不斷豐富和演化。在這個心身關係的基本關係之上，我們還可以和內在關顧系統中其他的個體部分，如童年的記憶、某次創傷的經歷、某次美好的經驗，產生互動和關係。通過這些互動產生修正性的經歷，達致治療創傷的效果。

我們會在第二部分的實務篇中，詳述如何促進內在關顧系統的互動、溝通和關係建立，達致治療的效果。

4.5.2 資源個體（Resources）

在圖 12，中心有正號（+）的圓形代表了具有正向經驗的資源個體。和 2020 年版的手冊一樣，我們對正面和負面有清晰的界定，正面和負面是相對於生存有利或有害而言的，資源是正面的內在個體部分，它代表對我們生存有利的經驗，比如童年得到父母的關愛，那我們就會產生很

多正面的資源個體。

4.5.3 負資源個體 (Negative Resources)

由一個小的正號圓型和一個大的負號圓型所組成的個體，是負資源個體。這種特別的個體指的是初始或表面的經驗是正面的，好像是有利生存的，然而最終的結果或經驗的本質卻是負面的。一個負資源的例子是吸毒的經驗，它給身體帶來興奮和刺激，但對身體其實是有害的。所有的成癮行為都屬於負資源的個體。

4.5.4 警衛個體 (Body Guards)

「警衛個體」在圖 12 中是中心帶負號 (-) 的圓形，代表**人生中負面的經驗和記憶所形成的神經網絡**。當我們遇到對生存不利的經驗時，我們就會本能地保護自己，而相應所產生的神經網絡，也會是專責提供保護，或避免受到傷害的功能的，因此這些部分被命名為警衛。

這些警衛的部分，當單獨出現時，往往很少認知腦的資料，而大量充斥著右腦的感覺、影像、防衛機制和行為，它為的是保護自我不受傷害，但同時也抑制了左右腦的溝通和關係，而單純處於防衛的狀態，會令整個人都處於自主神經的危險或無望的狀態中。



創傷的經驗屬於警衛個體，我們在以後的章節，會講述如何通過內在關顧系統和修正性的經歷來醫治創傷，使創傷經驗能轉化為資源，達致創傷後的成長（post-traumatic growth）。這裏先提一提，警衛個體需要正面的資源個體的陪伴，才能重新建立和自我的溝通和關係，一般來說，如果任何的情境觸發了警衛的出現時，它都會採取主動，進行本能的求生功能，即戰鬥（fight）、逃跑（flight）、解離（dissociate）等，而自我中的認知部分，會退居二線，讓本能的部分作主導，奮力求生存。

4.6 關係化

除前面所提到的三種關係外，包括兩種的自我關係：心身關係和內在個體關係；還有人際的關係；還有最後一種：就是人與情境的關係。**圖 13** 是四種關係的示意圖。

情景可以泛指是一個情況、一個處境、一個難題。當人遇到一個情境時，例如一個難題，會很自然地陷於其中。就好像要預備一個很難的考試，當事人不免會有緊張焦慮，會自然地想到，這次考試的失敗，就是自己的失敗，然後想逃避，失去了預備的動力，成為一個心理包袱。這種情況我們把它形容為，人和情境糾結（Enmeshed）在了一起，要解決這個糾結，

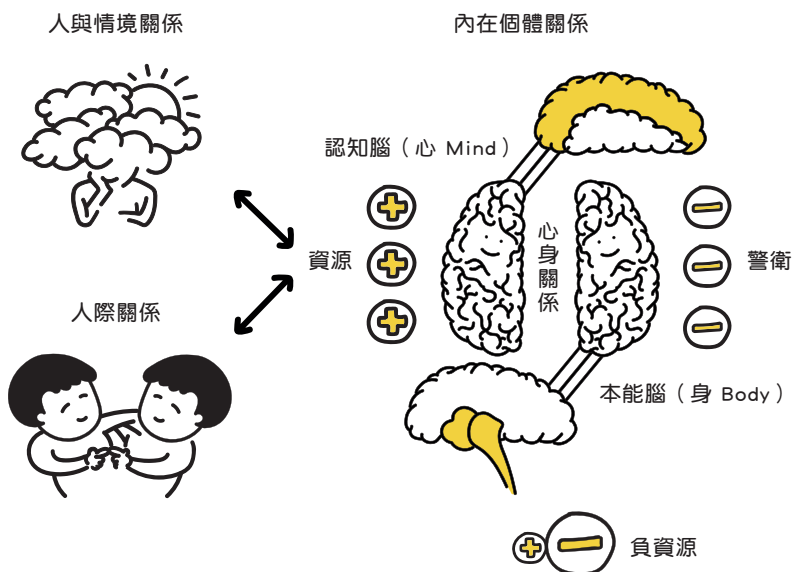


圖 13. 四種關係的示意圖

我們要把人從這個情境中分化 (differentiation) 出來，把我們和情境分開。例如，用一種動物去代表這個考試，比如當事人選擇了用一隻生病的貓，去代表這個考試，當事人很關心這隻貓，但同時貓的病也很難治。當事人做了這個比喻性的分化後，發現她不再那麼害怕考試了，因為她覺得好像為貓治病一樣，只要她盡了力，就可以了。

這種分化的技巧是敘事治療 (Narrative Therapy) 常用的技巧 (White et al., 1990)，稱為外化問題 (Externalization)。

我們的方法，是參考了敘事治療的技巧，而用關係理論的角度來理解這個技巧，把它稱為關係化（Relationalization），這個命名的由來，是因為關係需要兩個或以上的個體才能產生，一個單獨的個體是不能產生關係的。

關係化的過程，就是把一個原本看似獨立的個體，分化出多於一個獨立的個體，從而能讓個體之間產生有意義的關係，為解決問題提供更多的進路和選擇。從關係理論中我們知道，關係是意義產生的來源和途徑，意義又是正面感覺，使人有盼望的來源。所以關係化在我們的治療模式中，是一個重要的技巧和概念，通過關係化，關係的模式不再局限於人與人之間，而是擴闊到人的內在，心與身之間，自我和內在個體之間，以及人與情境之間，為更有效的心理治療，提供更多的方向和選擇，使當事人能有更多的進路和途徑，經驗到有意義的關係，消除孤單感和有效調節感覺和情緒。



05

認識創傷和
吸毒問題

5.1 創傷是不能用言語形容的恐懼

這一章會集中講述什麼是創傷的議題，以及它與吸毒行為之間的關聯。要明白什麼是創傷，最好能看看當人在創傷壓力被觸發，創傷的經驗重現時，人大腦的狀態。貝塞爾·范德曲（Bessel von der Kolk）博士在他的著作《心靈的傷身體會記住》一書中（2014），把退伍軍人的創傷經驗，用磁力共振（MRI）掃描紀錄呈現了出來，這個掃描的結果我們用一個形象化的圖畫（圖 14）來顯現。圖 14 中顯示了在創傷經驗中，大腦的右面和後面，有較多的活動，這些區域正是人的本能腦的區域，它所呈現的是圖像、感覺和情緒等等的內隱記憶（implicit memory）的資訊；相反，大腦的左面只有很少的活動，這邊的區域屬於認知腦的範圍，儲存外顯記憶（explicit memory）的資訊，這些資訊就是萊文（Levine, 2010a）整體經驗元素 SIBAM 中的 M（意義 / 洞見）的部分，是對事件的文字語言、時間、地點等等屬於認知層面的資訊，這些資訊在經歷創傷反應時，是幾乎沒有的，也就是說，當事人看到很多很恐怖的景象，也許還聽到炸彈呼嘯而過的聲音，彷彿置身在戰場一樣，但同時這一切，就好像都在當下再一次發生一樣，這是因為認知腦（左腦）是處於暫停的狀態，當事人這時對事件缺乏發生的原因、時間和地點等概念。

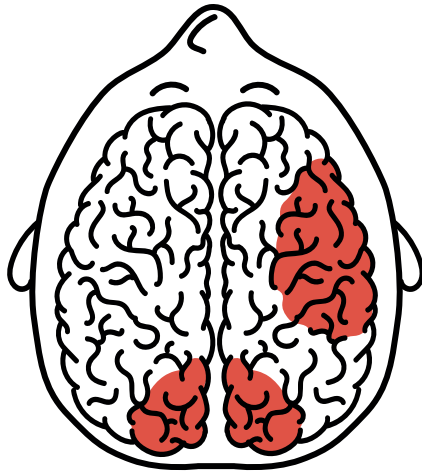


圖 14. 創傷經驗重現的大腦掃描印象圖

5.2 內隱記憶和外顯記憶

西格爾（Siegel, 2010）把經歷創傷的患者形容為「被困在過去的囚徒」（prisoners of the past），這是因為當人在創傷重現（flashback）時，就好像重新經歷過去的痛苦經驗，她好像困在了過去痛苦的記憶中，不能自拔。

在這問題上，如果能明白我們的大腦如何儲存記憶資料很重要，就像前面所述，大腦中有不同部分，分管認知和本能的功能，大腦中的記憶也相應地分成兩類，就是外顯記

憶和內隱記憶，萊文（Levine）所提出的 SIBAM 元素中的 SIBA，即是感覺（S）、感官意象（I）、身體活動（B）和情緒（A），都大致屬於內隱記憶的資訊，這個部分的資料，大部分是本能腦（或稱為右腦）所處理的，在人成長的早期階段，也就是從出生到 18 個月大的時間，內隱記憶是主要的記憶，也被稱為潛意識（unconscious）的記憶，因為它所包含的，都是感受、意象等資訊，相對於外顯記憶的文字、時序等，屬於顯意識（conscious）的資訊，內隱記憶中的資訊是屬於潛意識。

其中一個內隱記憶的例子，就是騎單車，在騎的時候，我們不需要去思考如何平衡，我們的本能腦會運用內隱記憶中的資訊，而不需要通過認知腦的有意識的處理，就可以順利自如地平衡。但如果你去用左腦思考如何平衡時，你可能就會馬上失去平衡，因為你的左腦沒有關於如何平衡的資訊，所以當你想用左腦去思考騎單車的時候，你就會有一片空白，不知如何是好的感覺。

而外顯記憶所儲存的資訊就是 SIBAM 中的 M 的部分，由於有認知的資料（cognitive information），包括對事件的文字語言描述，具體的時序、發生地點等，就能分清事件的來龍去脈和原因，也知道事件是現在，還是過去發生的。

對於內隱記憶，所有被觸發的記憶，都好像在當下的現在發生，雖然記憶被觸發的這件事，已是在很久以前發生的了，這解釋了為什麼被創傷所困擾的人們，就像西格爾所說的一樣，是被過去所囚禁的囚徒。如圖 15 所示，當創傷的經驗被重新觸發時，右腦（內隱記憶）充滿了過去恐怖的景象，但左腦（外顯記憶）卻在封閉的狀態，缺乏相關認知的信息，形成了無法用言語形容的恐懼的狀態（fear without words）。

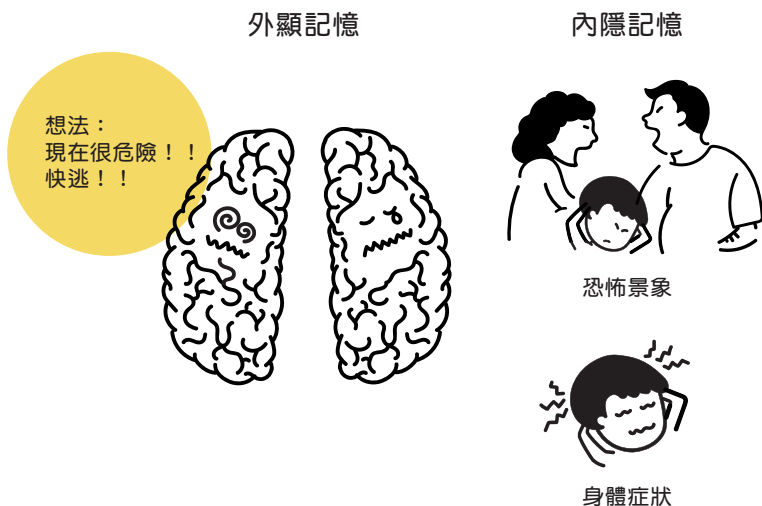


圖 15. 創傷經驗重現時，外顯和內隱記憶的狀態。

內隱記憶和心理治療中的潛意識，對我們的作用基本是一樣的，就是它們會形成本能反應的模型（mental models），在你不清晰原因的情況下去做出一些行為，或對事物產生某些特殊的感覺，而你又不能給出具體原因，**我們很多根深蒂固的習慣和不自覺的行為，往往是在出生到 18 個月之間形成的**，在外顯記憶還未形成之前，被我們潛意識的內隱記憶中所儲存的經驗，所深深影響。其中一類很重要的內隱記憶資訊，就是依附關係（attachment relationship），關乎我們自己與他人的關係，是感覺「世界是安全，還是危險」的內心運作模型（internal working model），它會深深地影響我們與他人，我們與自己的關係，而且這種影響是在我們的認知和意識之外的，因此很難改變。

很多研究也發現（Khoury et al., 2010），兒時受到的創傷和長大後出現的情緒問題，或吸毒成癮的情況，有很重要的關連。因此，要治療創傷，如何能接通和處理潛意識的資訊，是很重要的課題。

5.3 海馬體與記憶的關係

當我們經歷任何事情時，內隱記憶是首先被大腦所記錄的資訊，但稍後才會被記錄成外顯的記憶。而決定內隱記憶

是否會被記錄成外顯記憶的關鍵，在於當時我們有否用認知腦，留意和意識這個經驗，當我們有留意和關注這個經驗時，位於本能腦中負責情緒的邊緣系統中的海馬體，就會啟動，它負責把內隱記憶，演繹並記錄成外顯記憶，使我們的左腦和右腦，都能同時對這個經驗產生認知和感受的資訊 (Siegel, 2010)。圖 16 顯示了海馬體在大腦中的位置，感覺危險的狀態時，海馬體 (hippocampus) 會被抑制，不能把內隱記憶演繹和記錄到外顯記憶中。

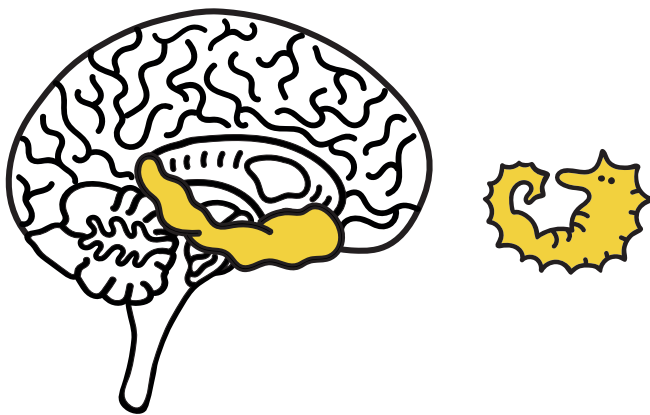


圖 16. 海馬體在大腦中的位置

然而，當我們遇到有重大危及生命安全（life threatening）的事件時，也就是遇到創傷性的經驗時，我們的內隱記憶會照樣記錄這個經驗，但我們的身體會被「神經覺」啟動，進入感覺危險的狀態（根據「多重迷走神經理論」）。這時，邊緣系統會分泌大量的壓力荷爾蒙，如腎上腺素、皮質醇等等，預備我們的身體去進行戰鬥或逃跑的行動。當我們承受的壓力，令情緒反應超過了容納之窗的上下限時，我們的認知腦，就會被抑制，避免阻礙本能腦的求生應對過程，而海馬體，一個在情緒系統中形狀像海馬的組織，在這個時候也會被抑制。因此，**充滿了恐懼的圖像和感覺的內隱記憶，就不能被演繹和紀錄在外顯記憶裡，這些資訊不能進入我們的顯意識，但仍停留和記錄在潛意識中**，這就是本章開始所描述的，不能用言語形容的恐懼，那種創傷重現狀態的原因。而這個創傷經驗，大部分是以內隱記憶的模式儲存，存在我們大腦的右腦中，每一次當相關事件的信號觸發了這個創傷經驗時，當時的圖像和感覺，就會再一次重現，好像在當下發生一樣。由於內隱記憶沒有時序，也由於觸發的情緒再一次超過了容納之窗的範圍，左腦再一次被抑制，海馬體也再一次停止了轉化和記錄外顯記憶的動作，這些重現的創傷經歷，又會再一次不能被記錄在外顯記憶中，繼續形成一個左腦和右腦間的記憶斷層。



通過分析這個過程，我們看到治療創傷的關鍵在於，創傷的經驗重現時，如果當事人能有安全感，可能是通過良好的治療關係或有效的治療技術所獲得的安全感，這個創傷的經驗就能被記錄在左腦，從此，當它被觸發時，由於左腦和右腦都有對它的意識和資訊，它所觸發的情感就能得到調節，創傷因而得以治療。這是我們在另外章節會詳細闡述的正向神經可塑性（positive neuroplasticity）和記憶重構（memory reconsolidation）的觀念和技巧。

5.4 從癥狀學 / 精神疾患的角度看創傷

美國精神醫學協會（APA）在 2013 年出版的最新第五版，精神疾患診斷與統計手冊（DSM 5）是精神科和臨床心理科現在作為診斷精神疾患的黃金標準工具，它是以症狀為標準去診斷各種精神疾患，其中包括了創傷後壓力症（PTSD）。圖 17 顯示了 DSM 5 對於創傷後壓力症的四大症狀的診斷標準，如果我們從之前所描述的創傷在大腦的呈現狀況，是可以很容易理解這四大症狀的根源。以下我們來簡述這些症狀和實際情況的比較。

第一類的症狀是**重新體驗（Re-experiencing）**，就是創傷的經驗會不斷地被重新觸發和重新經歷，會通過痛苦的記

憶或發惡夢等形式來重現。

第二類的症狀是通過**逃避或麻木自己（Avoidance）**，以至不需再重現痛苦的創傷經歷，例如，發生車禍後，會避免駕車或乘坐交通工具，以圖避開相關能觸發創傷經驗的事物。然而，如果能觸發創傷經驗的是不能避開的，例如關係

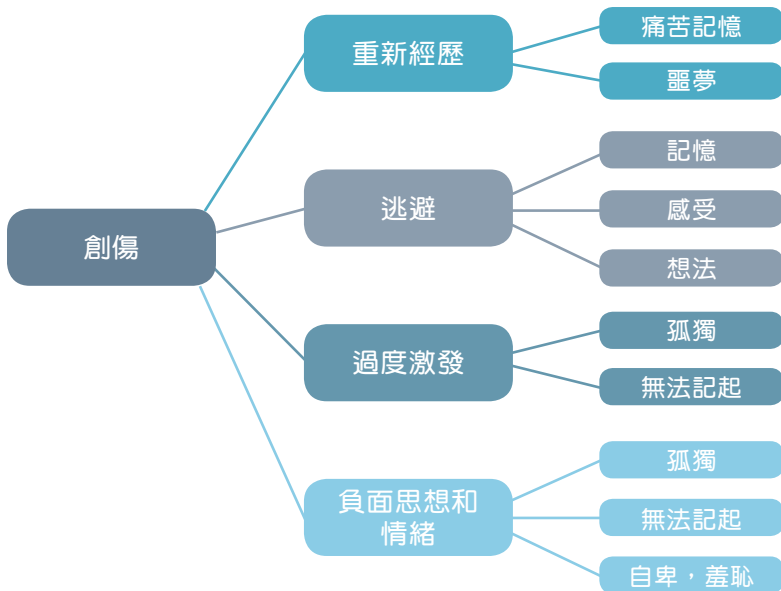


圖 17. DSM 5 創傷的 4 大症狀

的創傷，所觸發創傷經驗的是人，但總不能避開人來生活，這就會使人在與人相處時，產生莫名的不安全的感覺，也就產生了不安全的依附關係了。

第三類的症狀是**過度警戒（Hypervigilence）**。這是由於內隱記憶的防衛和預估（anticipation）的功能所致。創傷在內隱記憶就好像有一個危機，不知道什麼時候會爆發，也無從預防，所以會令當事人常常處於危險警戒的狀態，很容易受到突如其來的聲音和變化驚嚇。

最後，第四類的症狀是**對自己產生負面的看法和感受**。由於我們的左腦和右腦，在創傷記憶的部分出現了斷層，這會影響當事人對自己的自我產生負面和不完整的感覺，又由於發現自己對個人情緒的反應難以管理和調節，會覺得自己無能，和由於常常產生創傷的反應和症狀而害怕被人發現，因而對自己失去了信心。

5.5 從關係的角度看創傷

「相遇・傷癒」治療模式的最重要特色，是以關係角度來理解創傷和人的精神心理疾患。同時，以關係的模式發展治療的進路和技巧。

當我們以關係的角度，去看創傷時大腦的反應和狀態時，我們看到了認知腦和本能腦之間的關係被切斷了，直接地影響了人內在最核心和基本的心身關係，如前所述，這個關係是自我意識的重要組成過程，同時創傷的經歷，屬於前面所述的內在關顧系統中的警衛個體（body guard parts），它們被儲存在我們大腦的內隱記憶中，當有相應的危險時，它們就會被觸發和啟動，進行防禦和自衛的工作。在這個時候，它們會獨立行事，離開認知腦這個在和平時的行政中心，而進入戰鬥時的狀態，即便當下的情況已沒有危險。這個圖畫（圖 18），就好像作為領導者的自我，和本應屬於他管理的軍隊之間，失去了良好的溝通和互動，以致產生不必要的戰爭。



圖 18. 從關係的角度看創傷，左腦和右腦失去了結連和溝通。

如果從這個角度去理解創傷，我們就必須通過有效的技巧去改善心身在創傷重現時的關係，和核心的自我與其他內在個體的關係。當我們內在的個體能一起面對負面的經驗，一起商量和相互合作去解決問題時，他們就能達致像沙維雅（Virginia Satir）所說的，「與己和，與彼和，與眾和」（Peace within, peace between, peace among）的境界了（Banmen & Banmen, 1991）。

5.6 吸毒與創傷的關係

毒品能快速地麻醉因創傷帶來的痛苦，由於毒品能直接影響我們的情緒和神經系統，能改變我們的荷爾蒙和神經傳導物的分泌，也就是直接改變我們的本能腦的信號，使痛苦的感覺在很短的時間內消失，但毒品的問題是它的效果不能持久，而且對身體有害，當藥力過後，痛苦依舊，甚至比以前更甚，而身體也會慢慢產生對毒品的耐受性（tolerance），就是身體會不斷適應毒品所帶來的刺激，每一次都要增加毒品分量，才能產生短暫舒緩痛苦的效果。圖 19 顯示了吸毒與創傷的關係。

大量的研究和證據顯示，創傷與吸毒有很大的關聯性，有些研究顯示（Gielen et al., 2012），超過 90% 的吸毒者

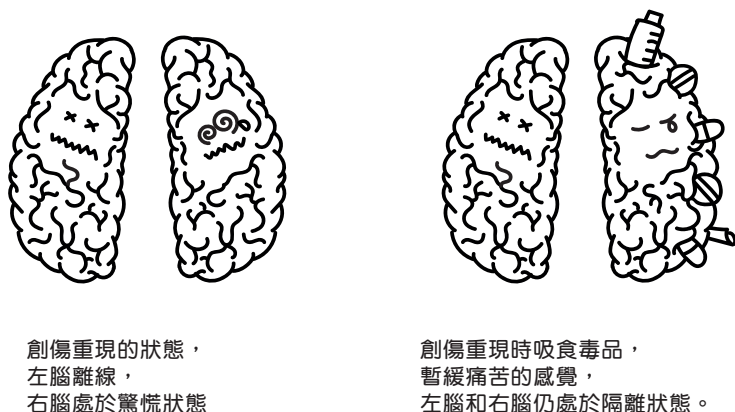


圖 19. 吸毒與創傷的關係

都曾有創傷的經歷，當中大約 30%-50% 的吸毒者符合創傷後壓力症的診斷。如果我們能理解創傷經歷中那種無法用言語去形容的恐懼時，我們就能理解為什麼毒品和創傷有這麼密切的關聯。而其中創傷對人最大的傷害，是它使人長期處於不安全的自主神經狀態，這個狀態會關閉我們與人建立關係的腹側迷走神經，嚴重地影響我們和其他人的關係，也影響我們和內在自我的關係。因此，創傷使人長期處於像法蘭克（Frankl, 1988）所描述的那種「存在真空」的狀態，難怪經歷創傷的吸毒者，在找不到其它更好的替代時，會不惜代價去吸毒以求短暫舒緩痛苦。毒品如可卡因、冰、咳水和

鎮靜劑等，能直接地作用在人的情緒和本能系統，產生短暫的舒緩和興奮的感覺，這些感覺會給在邊緣系統中的伏隔核（nucleus accumbens）一個錯誤的信息，讓伏隔核認為毒品是對生存有利的東西。伏隔核是一個負責記錄對生存有利的事物的組織，也被稱為大腦的快樂中心（pleasure centre）。當伏隔核對毒品儲存了這個錯誤信號的時候，當有負面感覺出現時，大腦就會對毒品產生強烈的渴望（craving），尤其是當創傷的經驗被觸發時，渴望吸食毒品來得到短暫的舒緩。

雖然認知腦在這個時候也知道毒品不能解決問題，而且長期有害，但本能腦在這個時候的反應遠遠比認知腦強大，因為它負責生存的功能，所以能得到身體較大的關注。尤其是在**創傷重現的狀態時，認知腦是退居幕後的，由本能腦來主導求生的功能**，因而周而復始，形成一個惡性循環。由於身體的耐受性，吸食毒品的數量和頻次越來越增加，而對金錢和健康的損害，則愈來愈大，直到當事人無法再承受。

毒癮的效果和創傷的效果很類近，它們都是直接在本能腦中產生反應的，是由本能腦作主導，而非認知腦，而認知腦是無法與天生的求生本能來抗衡的。毒品作用在本能腦的

快樂中心（伏隔核），以及創傷作用在本能腦的恐懼中心（杏仁核），它們相互合作，一起把當事人牢牢地捆在毒癮的惡性循環中。

圖 20 以內在關顧系統的模型來表達毒品與創傷的關係。毒品由於對本能腦中的快樂中心（伏隔核）的作用，使右腦誤以為這是資源，但其實是有害的物資，因此我們把它命名為負資源。**負資源的毒品只能暫緩痛苦，最終更會增加痛苦。**人需要真正的資源（有益的正面經驗和記憶）去治療負面的經驗和創傷，所以只有在真正的資源建立後，才能使人脫離負資源（毒品）的轄制。

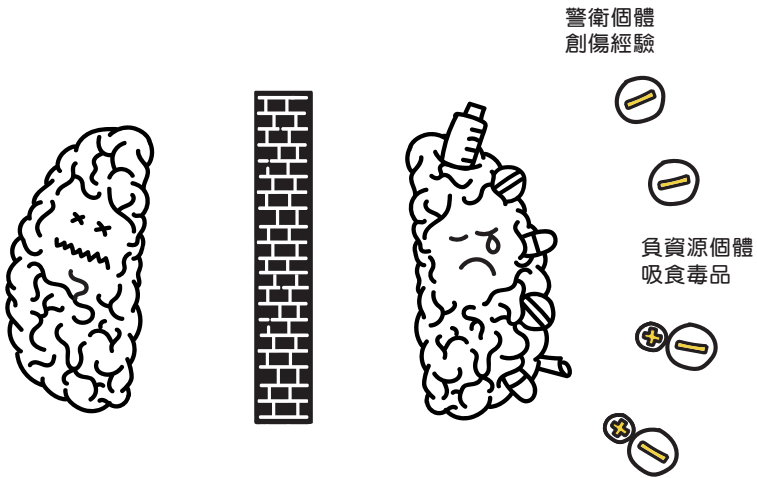


圖 20. 內在關顧系統模型顯示的毒品與創傷的關係



06

同理心與同情疲乏

6.1 同理心

同理心（Empathy）是心理治療很重要的技巧，它能使我們明白和結連案主的內心世界。我們能有同理心，是因為大腦中有「鏡像神經元」（mirror neuron）。這些鏡像神經元遍佈在大腦的不同位置，能使我們體驗所留意的另外的人當下的經歷（Riess & Neporent, 2018）。鏡像神經元是一組意大利的生物學家在上世紀 90 年代意外發現的，當時他們正在為猩猩做實驗，他們把電極接在星星的頭部，以取得他們腦部的活動狀態。在吃午飯的時候，當研究員吃果仁的時候，猩猩看著他們，同時在掃描猩猩大腦的屏幕上，竟然出現了一組特殊的影像，顯示這時猩猩的腦部活動，就像是在取食和吃果仁一樣。這引起了研究員的興趣，他們進一步研究，發現了在猩猩的大腦中，有這種特別的神經元，可以使猩猩體驗它們所觀察的同伴的經歷。

然後科學家們發現人的大腦中，也有同樣的神經元具有類似的功能，科學家們把這種特別的神經元，命名為鏡像神經元。鏡像神經元能讓我們運用同理心，對另一個人的經驗，產生同情共感。要實現這個目標，有一個重要的條件，就是我們需要有**集中的關注（focused attention）**，鏡像神經元才能打開，就像之前的猩猩，如果它們看著的是科學家們寫筆記，或一些它們沒有興趣，不會注意的活動，它們的鏡像神經元也不會有相應的活動。相反，猩猩對人類



進食的活動就很有興趣，所以促成了對鏡像神經元的發現。

在 2020 年的手冊中，我們把鏡像神經元稱為**人際關係的調諧器（interpersonal tuner）**。調諧器的功能是掃描合適通訊的頻率和頻道，從而達成和對方接通和溝通的目標，所以用來形容鏡像神經元是很合適的。根據鏡像神經元的特性，**我們需要關注（attend）和真實地接納（accept）對方，才能同理和明白對方的內心世界。**

6.2 同情疲乏

在戒毒工作中時間較長的同工，很有可能會經歷**同情疲乏（Compassion Fatigue）**的現象。戒毒工作是一個非常容易導致同情疲乏、過勞（burnt-out）甚至替代性創傷（secondary trauma）的專業。對於這方面的認識和知識以及預防方法，可以幫助同工們有更好的身心健康，支持服務做得更好，走得更遠。

鏡像神經元是一把雙刃的劍，一方面，它能使我們同理和深入了解我們的服務使用者，另一方面，如果我們真誠地希望進入服務使用者的內心世界，而他們的內在世界也充滿了痛苦和創傷經歷，我們的大腦也會常常經歷他們所經歷的

痛苦和創傷，長此下去，如果沒有適當的自我照顧，我們就很容易產生同情疲乏，甚至替代性的創傷。替代性的創傷指的不是自己親身經歷的創傷，而是通過別人的描述或目睹別人的創傷而感受到的創傷經驗。

6.3 同情疲乏的預防

要明白預防同情疲乏的原則，讓我們先回到創傷對我們大腦的影響。在經歷創傷的時候，我們的認知腦和本能腦是處於斷開的狀態，我們存在內隱記憶中的經驗，不能被記錄在認知腦的外顯記憶中，而產生了不能用言語形容的恐懼狀態。如果你在做完了一天輔導的工作後，覺得頭很重，或者胸口和胃部有漲悶的感覺，這些感覺和反應來自我們的自主神經系統，就要留意可能有同情疲乏和替代性的創傷在醞釀了，需要及時地進行自我照顧。

預防同情疲乏和替代性創傷的最好方法，就是**培養和維持良好的自我內在關係，以及維持和同工之間的情緒支援系統**。我們會在第二部分詳細講述如何進行自我照顧。在這裏我們想先指出一個重點，就是自我關係的重點，是讓認知腦和本能腦常處於連接的狀態，這是建立心身自我關係的重點，在認知腦和本能腦之間有一個叫島葉（insula）的組織，



它可以整合和演繹認知腦和本能腦之間的信息，我們把島葉稱為**自我內在關係的調諧器（intrapersonal tuner）**。正如鏡像神經元，可以促進人與人之間的關係和了解，島葉可以促進認知和本能，心與身之間的關係和了解。

同理心與同情疲乏

A large, irregular watercolor splash in shades of orange and red, centered on a white background. The splash has a textured, painterly appearance with varying intensities of color.

第二部分 實務篇



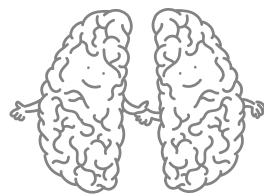
07

修正性經歷、記憶重構
和正向神經可塑性

進入第二部分，我們開始講述實務方面的理論和技巧。如何治療創傷？困在過去的囚徒是否能被釋放？都是我們需要回答的問題。

7.1 修正性經歷

我們觀察了很多類型的心理治療方式，以及在臨床和服務使用者的互動，我們發現似乎最核心的改變，在於一個在心理治療中有悠久歷史的概念，就是**修正性的情緒經歷 (Corrective Emotional Experiences)**。這個概念最先是在 1946 年由從事精神分析的兩位治療師亞歷山大 (Alexander) 和法蘭茲 (French) 所提出的 (Castonguay & Hill, 2012)。這個概念在當時是一個很前衛的觀點，因為它不同當時主流的精神分析的進路。由於這個修正性的經歷其實並不只是情緒上的，也有認知和行為上的，後來高富得 (Goldfield, 1980) 用了一個更合適的名字，就是**修正性經歷 (Corrective Experiences)** 來取代原來的名字，並且他肯定了修正性經歷是所有心理治療中所共有的，能產生治療效果的因素。研究修正性經歷的學者們對修正性經歷的共識定義是 (Castonguay & Hill, 2012)：能使當事人對事件或關係產生完全不同，或意想不到的看法或經驗的經歷。



7.2 記憶重構

我們認為在 2000 年發現的一個重要的腦神經科學理論——**記憶重構 (memory reconsolidation)**，正好通過腦神經科學的實驗，證實了修正性經歷的真實性。我們認為這個發現對於治療創傷，以致大部分的心理問題，提供了穩固和實用，具科學根據的有效方法。

在記憶重構的現象被發現前，一般認為長期記憶是不能被改變的。記憶開始是以短期記憶的方式存在，然後它們會經過蛋白結合和大腦的化學處理，而在腦神經系統中形成長期記憶，這個由短期記憶到長期記憶的轉化過程被稱為**記憶構固 (consolidation)**。在 2000 年有三位科學家 (Nader, Schafe, and LeDoux) 發現這個構固了的長期記憶，在特殊的情況下，是可以被改變的，他們把這個過程，稱為記憶重構。這個過程被越來越多地應用在心理治療和創傷治療上 (Ecker et al., 2012)。

修正性經歷、
記憶重構和正向神經可塑性

圖 21 顯示了記憶重構的過程。當新的經驗產生時，大腦會先通過記憶構固的過程，把這個經驗從短期記憶儲存到穩定的長期記憶中。當進行記憶重構時需要先喚起在長期記憶中的這個經驗，這個步驟稱為**記憶重現 (Reactivation)**，當構固了的記憶重新被喚起到當下的意識中時，這個記憶就處於可重構的狀態，這個時間大約有五小時。如果這個時候，

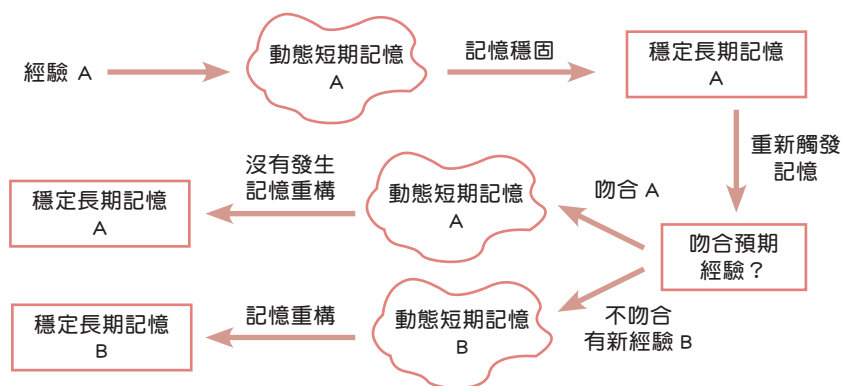


圖 21. 記憶重構的過程

當事人經歷了一個和之前不同的經驗時，新的經驗就會被記錄，並且在之後構固的過程，把新的經驗版本寫進長期記憶中，這個過程就稱為記憶重構。但如果新的經驗和原來的記憶吻合，記憶重構就不會發生。所以在創傷治療的過程中，如果沒有了修正性的經歷，改變就不會發生。

舉一個簡單的例子，在小學時，小明的數學老師很兇，對他很嚴厲，小明很怕他，因此做數學功課時常常出錯，因此老師對他更嚴厲，從此小明見到數字就害怕，因此影響了他讀理科的科目。在中學三年級他遇到了一位很明白他和關心他的老師，剛巧這位老師教他數學，這位老師對他很有耐心，常看到他的長處，認為小明其實很有數理的天份，小明

因而再不害怕數字了，而且對做數學題重拾了信心，後來他還選讀了需要數學底子很好的工程學。

小明在中三遇到關懷他的老師，就是小明對數學恐懼促成記憶重構的修正性經歷，在這個情境中，記憶重現（同樣是數學科的學習，同樣是數學老師），修正性的經歷（新的數學老師和之前的不同），這些元素都具備的情況下，就實現了小明對數學科的感覺和記憶的重構了。

當把記憶重構應用在創傷治療時，有一個很需要留意的問題是，當創傷的記憶重現時，如前所述，這個被喚起的記憶會使當事人處於不安，甚至驚恐的狀態，當事人可能會立即進入戰鬥 / 逃跑的壓力應激狀態（stress reaction），而無法去留意什麼是新的經驗，因為認知腦已離了線，所以我們需要在喚起記憶之前，多做一個步驟，就是先讓當事人處於安全狀態中，我們把這個步驟稱為「資源建立」（resource building）。資源在本手冊中泛指對人有益，使人有安全感和愉快的經驗，而沒有任何負面作用的。這些經驗可以是正在當下發生的，也可以是通過想像來經驗的。

在心理治療過程中，一項最常見的資源，就是治療師與案主的治療關係。治療師對案主的關注、接納、明白和肯定

給予了案主一種舒適、安全的關係體驗。治療師的同在，成為了案主在當下的資源。當人在經歷危難時，如果有關愛自己的人的身邊，會大大地減低恐懼的感覺，就是這個原因。同時，為了加強案主的安全感，治療師也可以通過意象導引（guided imagery）的技巧，幫助案主建立更多的內在資源個體（resource parts），例如，讓案主想像自己置身安全的地方（safe place），與關愛自己以及可靠信任的人在一起（safe people），通過意象導引，甚至可以把不安全的依附關係轉化成為安全的依附關係（Parnell, 2013）。

建立這些資源以後，才算預備好進行創傷記憶重現的步驟。圖 22 顯示了**利用治療關係和內在關係個體建立資源的過程**，在圖中創傷經驗屬於警衛個體，它被觸發的時候，會激發本能腦的部分，因為這個個體的記憶很少認知的資訊。而資源個體，包括當下的治療關係、安全地方和可信任的人，治療師可以通過一個叫**情景重塑（portrayal）**的技巧，讓正向資源和屬於警衛個體的創傷經驗整合，通過修正性的經歷，實現記憶重構。我們在稍後的章節會講述這些能幫助產生修正性經歷的技巧，從而達致創傷治療的效果。

根據記憶重構的理論，治療創傷必須先喚起對創傷記憶的重現。因此，確保案主在重現這個記憶時，能保持安全的

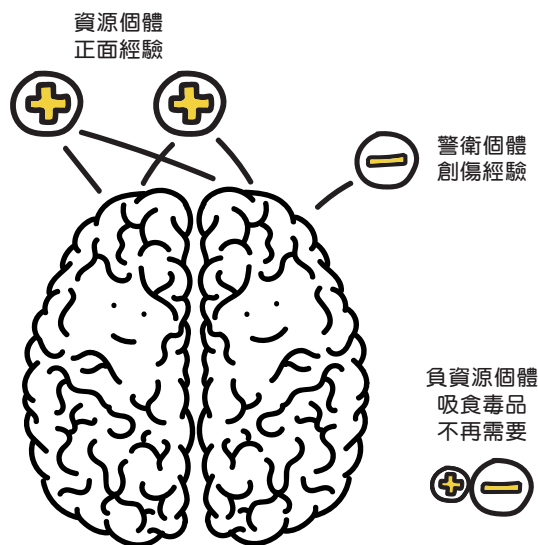


圖 22. 內在關係個體建立資源治療創傷和戒毒的過程

自主神經狀態，和情緒在容納之窗的上下限之內，是很重要的。這樣一方面符合了記憶重構需要修正性經歷的條件，另一方面安全的狀態也令海馬體啟動，能演繹和把內隱記憶紀錄到外顯記憶，使認知腦也能把這個修正性的經歷，以認知資訊的方式儲存在大腦中，給負面的創傷經歷賦予了原因、時序（這事已過去），和希望（現在是安全的），從而達致治療創傷的效果。

7.3 正向神經可塑性

正向神經可塑性 (positive neuroplasticity) 是腦神經心理學家，歷克・漢森 (Hanson, 2013) 提出的概念。他根據在兒時解決自己負面情緒的經歷，悟出這個理論。雖然他並沒有把他的理論歸在記憶重構的現象中，但我們的觀察發現，正向神經可塑性正正符合記憶重構的原理。我們更傾向把改變的核心過程，稱為正向神經可塑性，因為這個詞語捕捉了我們使用的技巧中重要的兩大元素，就是「正向」和「神經可塑性」。我們也會用修正性的經歷來形容這個核心的治療導致改變的過程，所以我們把正向神經可塑性、記憶重構和修正性經歷，看成是同一性質，在心理治療的改變過程中的核心元素。

根據漢森的描述，他第一次認識到正向神經可塑性的經歷，是大約 40 年前他仍在大學的時期，漢森小時候是一個瘦弱內向的男孩，雖然沒有什麼很負面的經驗，但沒有人會留意他，這使他覺得自己不重要，和其他人總像隔了一塊玻璃似的抽離，這使他感覺孤單。然而，當他在大學的時候，他發現只是一些普通的，別人對他友善的經驗，就好像幾位朋友邀請他吃飯或者有女孩子開始對他產生好感，就能使他的情緒狀態完全不同，而他再把這些經歷記住和深化，常常拿出來回味，他開始發現這些正面的經歷，開始在他裏面成長和穩固，使他感到生活越來越愉快，自信也越來越大，他由此創立了正向神經可塑性的理論和技巧。

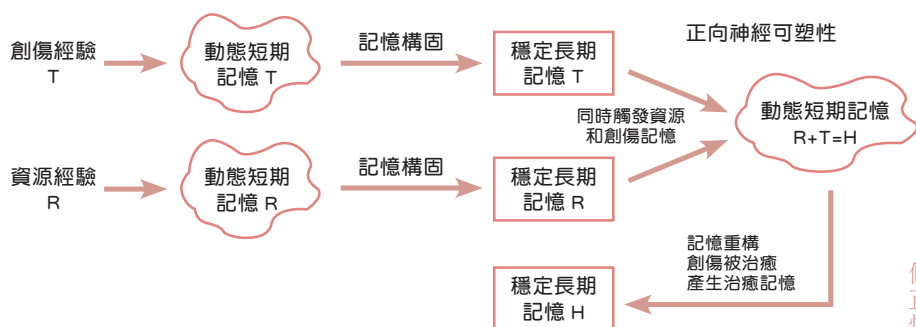


圖 23. 通過正向神經可塑性和記憶重構治療創傷

我們取用了漢森的概念，但我們在技巧方面，並不限於他所提出的四個步驟（Hanson, 2013），而是提供原則和內在關顧系統模型，讓讀者可以自由整合和發揮，在後面的章節，我們也會介紹一些整合了的技巧供大家參考。

圖 23 顯示了如何通過正向神經可塑性和記憶重構治療創傷。如圖所示，要治療創傷的經驗，需要同時有資源的經驗，在喚起創傷記憶的同時，也要喚起資源記憶，當兩種經驗同時在意識中存在和互動時，這個新的經驗，就可以覆蓋之前的創傷經驗，達致記憶重構，治癒創傷的效果。正向神經可塑性的主要過程，就是讓正面和負面經驗同時存在，只要正面的經驗夠強，就能把負面經驗整合，兩個經驗的結合，成為一個更具適應性的經驗。這比之前單一的負面或單一的正面經驗更全面，更具適應性。



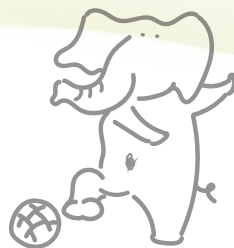
08

資源建立

資源在任何情況下都是很重要的，國家的建設需要資源，要完成項目需要資源，而要治療創傷，心理和關係的資源也很重要。從前面的正向神經可塑性理論中，我們認識到負面的創傷經驗，需要正向的資源來整合，而達致治療的效果，只是負面的經驗和專注在負面的事情中，只會越轉越負面，最後跌在坑中，難以自拔。因此，正面資源的建立，對治療創傷的成敗，起著至關重要的作用。

8.1 正面和負面

在談及資源建立和深入的治療工作之前，清晰界定什麼是正面和負面是很重要的。當我們不清楚正面和負面的真實意思，和對人所產生的影響時，就很容易像盲頭蒼蠅進退失據。用簡單的文字來表達，**正面帶有追求、需要、想獲得、想達致的意思**，也就是需要什麼，它帶有目標和方向性，在應用時，一般是指對生存是有利的東西。而**負面帶有避免、排斥、拒絕的意思**，也就是不要什麼，一般是指對生存不利的東西。舉一個簡單的正負面的例子，就是如何令人不去想一隻粉紅色的大象的指引。如果我不斷地提醒你，「記住不要去想那隻粉紅色的大象。」「如果你腦海出現一隻粉紅色的大象，千萬不要想。」「留意那隻粉紅色的大象，千萬不要想它。」你會多想這隻粉紅色的大象，還是少想了呢？很明顯，



讓你不想都難，因為我不斷地提醒你。可能在你的印象中，從來沒有見過粉紅色的大象，但因為我常提起，叫你不要去想它，你反而常常被提醒，在腦中不斷地出現這隻粉紅色的大象，而由於你按著我的指引，控制不了自己去想，你甚至會有一種挫敗感，也可能是恐懼的感覺：「怎麼我連這麼簡單的事情都做不到！」時間久了，也許你的內心就會發展出羞愧感（shame），甚至見到我，也下意識地避開，因為你覺得做不到我的要求，好像在我面前抬不起頭來。這個例子，也說明了右腦比左腦對人的影響力更大，粉紅色和大象的形象，是右腦的資訊，而「不去想」是左腦的指示，左腦在這個情況下是無法控制右腦不去想的。

這個例子給了我們甚麼啟示呢？如果我們把「粉紅色的大象」，換成是「吸毒」、「賭博」或其他一些成癮的行為，效果會如何？用否定負面的方式去表達，所得到的是反效果，人們只會更多去想這個不想要行為，有更多的挫敗感和更多的羞愧感。在輔導的過程中，我們也要小心不要過份地專注在負面的事情上，談著談著氣氛就會越來越陰暗和慘淡，大家一起掉進坑中。這個例子，也同時反映了毒品對右腦的影響，是遠遠大於「毒品是對身體有害的」左腦信息。因此，通過修正性的經歷改變右腦的感覺，對於戒毒是至關重要的過程。

再回到粉紅色大象的例子，如果是正面的表達，應該如何呢？有很多的可能性，最直接的就是：「請你想一隻深灰色的大象。」這個指引是不是很容易能做到？感覺一下自己的心情，是否有一種簡單輕省的感覺，當人有目標，就是在正向的方向中時，我們的神經系統也會自然分泌有動力的荷爾蒙（多巴胺），使我們有動力去完成。在正面的指引中，左腦和右腦的方向和目標是一致的。但負面的指引，左腦和右腦的方向是衝突的，同時也會使我們自然產生警覺和焦慮。

當我們專注在負面，我們只知道逃避什麼，而不知道要做什么，因此很容易產生焦慮挫敗感，甚至羞恥的感覺，這個在親子教育中是一個大忌，在心理治療中也是一個大忌，所以第一個重要的資源，就是為案主確立正面的方向，同理案主的負面經驗是可以的，也是必須的，因為這是向案主表達我們的理解和同在，但要適可而止，要把握機會把負面的事情轉化成正面方向。

有一個很簡單的原則，可以把負面轉化成正面，在心理治療中的工作需要常常留意，就是負面和正面其實是硬幣的兩面（參考圖 24），看到硬幣的一面，自然就會聯想到硬幣的另一面，例如，「我今天很不小心，一直都做錯事，很不



正面

需要
留意深灰色的大象
建立資源取代毒品



負面

不足
不要想粉紅色的大象
不要吸毒

圖 24. 以硬幣的兩面來比喻正面和負面的例子

順利。」這句話正面的說法就是，「我今天需要小心工作，多留意，增加準確度，讓工作能順利完成。」正面的表達是不是感覺更有動力和能量？

8.2 不足和需要

漢森認為人是傾向更留意負面的，這是因為要知道什麼對我們有害，能有效避開危險，對生存是至關重要的。慢慢地，專注負面成為了唯一的專注。負面只能告訴我們什麼要躲避，但不能告訴我們要做什麼。所以正面和負面不是好壞之分，而是各自擔當不同的功能，需要平衡正面和負面，而

不是顧此失彼。完全正面，就會缺乏危機感，對危險掉以輕心，但完全負面，就會焦慮、抑鬱，甚至想完全避開這個世界，這就是人輕生的其中主要原因，完全的負面會使人再也看不到希望。

我們的服務使用者，甚至包括治療師自己，都經常會傾向看到自己的不足和缺乏的地方，如果我們應用以上正面和負面平衡的原則，看完了不足，還應看看正面的需要是什麼，不足和需要是我們在治療工作中經常會遇到的對偶（dyad）。在治療初期，結連和評估的階段，會聽到案主講述很多負面和不足，這是正常的，作為治療師，我們需要把這些負面的資訊，轉化成硬幣的另一面，就是案主的需要。這個轉化的工作，本身就是一個重要的資源建立。有了這個資源，就是案主的需要和目標方向，治療的工作才可以有方向，有目標地進行下去。

8.3 內在資源個體

人際關係是很重要的資源，然而它不是常常可以唾手可得，在遇到困難時，如果身邊沒有人，我們會感到孤單，甚至絕望。所以人的資源雖然重要，但並不完全可靠，如果我們能夠把在與人相處時，能得到支持和有安全感的經歷，儲



存在記憶中，在有需要的時候，取來支持自己，這不愧是一個可靠，又實用的資源運用方法。既然創傷的經驗能夠令人好像完全經歷當時受創時的感覺和經驗，為什麼我們不能利用腦神經的這個重現經驗的特點，來複製正面的經驗呢？在心理治療的領域中，很多的治療模式，都是通過這個進路來複製正面的經驗的，例如催眠治療、完形治療（Gestalt Therapy）、意象導引等等，在這手冊中，我們整合了這些技巧，加入內在個體治療的元素，建立了內在關顧系統的模型，來實現這個正面經驗複製和資源建立的模式。在這個模型中的資源個體，就是指所有存在我們記憶，腦神經中的資源個體，在我們喚起對這些資源個體的記憶時，如果能運用自己本能部分的感覺（S）、感官意象（I）、身體活動（B）、或情緒（A），重新經歷這個記憶，我們整個人就能重新經歷這個正面的經歷，這個方法最大的好處，是能改變人的自主神經系統狀態，當人能在一個較佳的狀態下，回到容納之窗的範圍之內時，認知腦和本能腦就能整合，建立良好的身心關係和溝通。

這些內在資源，是自我照顧和治療工作中的好幫手，在戒毒工作中，我們遇到的服務使用者，大部分都是缺乏正面資源的，可能小時候缺乏父母的關愛，成長的過程中充滿了坎坷和創傷，在這個情況下，可以如何發掘和建立他們的內

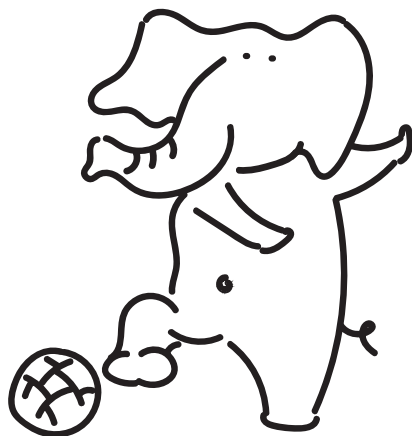


圖 25. 踢足球的大象：大腦能整合新的意象

在資源呢？臨床的經驗發現，**人是有能力把不同的印象，在大腦中拼合，組合出新的意象**。例如圖 25 顯示了一隻在踢足球的大象，相信就算你沒有看過這個圖像，只憑我言語的提示，你也可以在腦中建立這樣的一個形象，因為大象和足球在我們的大腦記憶中，是已有的形象，只需要把這些已有的形象拼湊在一起，就好像拼圖遊戲那樣，我們就能建造幾乎是無窮的意象和經驗。即使在現實生活未經歷過，我們也可以幫助服務使用者建立有利調節他們情緒狀態的資源，通過這個方法，我們可以為案主建立如安全地方，安全的同伴，能滋養成長的朋友，理想的父母等等，按著案主的需要，而建立的資源。有些治療技巧，甚至可以為案

主建立新的健康的依附關係的對象，例如理想的父母（Brown & Elliot, 2016）等等的資源。從而把不安全的依附關係，轉化成安全的依附關係。在我們的臨床經驗中，我們發現這些方法的確有其實用的價值，尤其是吸毒和經歷創傷的案主，很需要這些從無到有的資源建立。

8.4 關係過程的資源——正面的態度

在 2020 年版的手冊中我們用 AAA 內概括了在建立關係的過程中，正面態度的原則，在這一版的手冊中，我們沿用了原來的 AAA，另外加上了一個 A，就是「Attend」——關注，成了 AAAA 的 4A 方程式，這四個 A 分別是，**關注（Attend）、接納（Accept）、明白（Attune）和肯定（Affirm）**。這 4A 原則可同時應用在建立自我關係和治療關係的進程中。

8.4.1 關注（Attend）

關注是本版手冊新加入的元素。關注的功能是在認知腦的部分的，所以要關注，就必須運用認知腦，要運用認知腦，就必須自己先處於安全的狀態，**集中的關注是打開自我調諧器——島葉**，和人際調諧器——鏡像神經元（mirror neuron）的基本條件，也是進行靜觀和生命自覺時所需的心理技巧，要能做到關注，首先要對所關注的對象有興趣和

關注，也就是我們有和這個對象建立關係，產生結連的意願。在自我關係的建立中，我們運用的是認知腦中的專注功能，去關注本能腦所傳達給我們的意象、感覺和動作等等的信號。正如前面所述，這兩個部分就好像兩個獨立的個體，而本能腦就好像獨立於我們意識的另一個意識，稱為潛意識。所以我們在後面建立自我關係的技巧介紹中，會建議把自己的身體（本能腦），看成是自己最好的同伴，或者守護天使，因為我們的身體 24 小時不間斷地保證我們的生存，忠心地把有用的資訊，有關身體內在和周圍環境的情況，不斷地告訴我們。在設定了這個關係情境後，我們自然會對這個重要的夥伴（身體），加以關注和專注。

8.4.2 接納

接納是建立關係的過程中重要的元素。不接納就不能建立結連和關係，在自我關係中，接納正面和負面的感覺和情緒，是最關鍵的部分。接納正面的情緒是容易的，但接納焦慮、哀傷、甚至憤怒是很困難和不自然的。

能接納自己和別人的負面情緒和經歷，是建立關愛的自我和人際關係的關鍵。因為這些經歷所產生的負面感覺，是身體給我們的信號，讓我們能明白和通過這個經歷成長。



在評估的章節裡，我們會提及馬蘭（Malan, 1979）所提出的衝突三角理論（Triangle of Conflict）。這個理論所反映最核心的問題，是如果不接納負面的身體信號，會引致非適應性的焦慮和防禦機制的產生。所以接納的態度，是調節負面的身體信號，建立自我關係的關鍵元素。

如何能促進接納呢？我們的案主常常會問我們這個問題。接納的關鍵，在於看到要接納的對象，是有價值的，如果地上有一堆垃圾，我們不會去接納，因為沒有價值。換句話說，我們不能接受負面的感覺和情緒，是因為覺得這些情緒感覺給我們痛苦，所以看似沒有價值，只要能認識到（通過心理教育），留意和關注這些信息，能為我們帶來有用的洞見和重要的資訊，就好像是從一位無條件愛我們的同伴（身體）而來的信息，我們就能接納這些信息，同樣道理，如果要和服務使用者建立治療關係，也要看到案主的價值，我們才能全心的關注和接納眼前的人。所以我們要留意自己對所服務的案主的態度，是否能保持尊重關愛的態度。

8.4.3 明白

有了關注和接納，我們的調諧器，包括自我和人際的，就會打開，**只要我們保持關注和接納的態度，自然就能明**

白從身體來的信息，自然就能明白案主的經驗和內心世界。在這個過程中，我們最好減少認知腦的思考活動，因為這會影響我們的專注，就像靜觀的原則，暫時放下判斷，因為認知腦很難一心多用（multitask）。專注和思考在同一個時間，只可以進行其中一個活動。

8.4.4 肯定

肯定是我們向對方表達我們的明白和接納的部分。前面三個 A 都是我們內在的過程，**肯定是向對方表達的過程，讓對方能知道，感受到我們的關注和理解**。當對方能接收到我們肯定的信號時，就能進入自主神經的安全狀態，預備好進一步作更深入的結連和關係建立。

在感動治療（Fosha, 1980）中有一個技巧，叫肯定防衛（validate defense），就是當我們看到案主不能接受負面情緒時，我們能給予明白和肯定，不試圖去改變或挑戰案主的取態，這樣反而能使案主有安全感，改變他的不安全感，同時在肯定裏，包含了我們對案主防衛的原因的理解，案主也接收到了這方面原先在他們潛意識中的資訊，使他們能有意識地去做選擇，是否繼續這個防禦機制。例如，一個肯定防禦的例子是，案主的父親曾虐待案主，案主對他有很多憤怒，但是他認為不應該對父親有怒



氣。治療師的反應是：「我能理解你不想生父親的氣，他雖然對你不公平，但除了他以外，你再沒有另一個你覺得可以依靠的人，你不想破壞和他的關係，而且他也有關心你的時候，所以你對他的感覺是很複雜的。」這個回應使案主更明白和父親之間的互動和關係，幫助治療師和他進一步探討和父親的關係，以及促進案主作適應性的決定和選擇。



09

自我照顧的
方法和技巧

心理的治療應該是從自己開始的，尤其是創傷和戒毒的治療工作，因為我們內在的問題有機會影響治療的工作。雖然我們不需要把自己內在所有的問題都解決了，才能開始心理治療的工作，因為我們每個人都會在生活中經歷不同的困難，然而作為治療師，一定要先了解和掌握基本的自我照顧技巧。

我們在這裏所介紹的方法和技巧，不但可以應用在自我照顧上，也可以應用在心理治療的工作中。進行心理治療工作，能恆常安排督導和同行支援（peer support）的會議，是基本和必須的自我照顧的日程。除此之外，本章希望介紹的技巧和方法，是通過建立自我內在的資源，來建立一個可以自己實行的自我照顧的過程。

9.1 態度、原則和總體指引

- a) 這部分所描述自我照顧的技巧，分為「建立內在資源個體」，和「建立心身自我關係」兩個部分。這些技巧整合了簡德林（Gendlin, 1982）的生命自覺（Focusing）、羅斯曼（Rossman, 2010）的意象導引和自我狀態治療（Ego State Therapy），以及內在家庭系統治療（Internal Family System

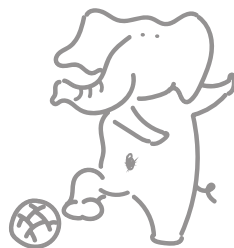


Therapy) 的理念和方法而設計的。

- b) 這個部分的內容原來是按照自我照顧的導向來編寫的，同時也可以應用在為案主建立資源上，可以按照這裡的內容，在治療過程中為案主建立自我照顧的導向來應用。這些技巧在為案主建立資源和自我照顧在實踐上，是相通的。
- c) 把自己的身體（本能腦）當成是自己最好的同伴和幫助者，對它保持一種感謝的心，因為我們的身體每天 24 小時不停地照顧我們：呼吸、血液循環、新陳代謝等等都是身體的功能，它不需要我們費心，無時無刻都盡心地維持我們的生命和健康，就好像一個對我們有無條件的愛的照顧者，時時刻刻悉心照顧著我們。我們可能都想尋找一個能無條件地照顧和愛護我們的人，但想一想，這個人就在我們自己裡面。根據之前提及的內在關顧系統的概念，身體是我們內在最重要的資源個體。
- d) 我們是可以和自己的身體進行溝通的，而且我們的身體有智慧（body wisdom）可以為我們提供豐富有用的資訊，和我們一起理解和解決問題，

身體（對應右腦）所用的語言和理性的腦（對應左腦）所用的語言是不同的，身體的語言是通過意象（感官資訊）、感覺、情緒和活動來和我們溝通，而我們的左腦會用語言、文字、邏輯來溝通，所以當我們和身體溝通的時候，我們要先減少左腦的分析和思考，讓左腦專注在觀察並感受從身體而來的意象、感覺、情緒和活動，從而讓島葉能整合左腦和右腦的信息。

- e) 和身體的溝通需要保持一種自我關愛的態度和對自己的同理心，那就是 4A 的原則：關注（attend）、接納（accept）、明白（attune）、和肯定（affirm）。自我關愛的態度會使我們的身體產生正向的荷爾蒙和神經傳導物，如催產素，使我們產生正向的情緒，能改善免疫系統的功能。
- f) 分心是練習過程中常見的現象，當有雜念出現時，也就是左腦的思想過度活躍時，讓這些思緒像雲一樣在頭上飛過，或者想像把它們都包好，放在旁邊，稍後再處理，暫時不理會。當留意到自己有雜念和分心時，只需要回到原來的專注就可以了。這個技巧是通過提高右腦的想像，來減少左



腦的思想活動。

- g) 練習時，可以合上或打開眼睛都可以，如果開眼，當要專注時，可以選擇望著前面舒服的一點。雖然合上眼睛可能會比較容易集中，但是開著眼睛做練習，可以讓自己習慣平時隨時都可以進入自我照顧的狀態，所以，可以兩種模式都練習。
- h) 最好能每天有兩段時間來操練，時間長度不限，最好不要太長，免得有壓力，愈長的練習，往往愈難開始，最好是自己感覺舒服的長度，可以一分鐘，也可以五分鐘或十分鐘，習慣後慢慢增加，寧願開始時做短時間，讓自己能夠容易開始，以及容易增加練習的次數。可以選擇午飯、晚飯後小休的時間；晚上睡上床後在自我關愛的練習中睡著也是很理想的情況。重點不在長度而是練習的次數，平時一有空閒，坐車、等人時就可以隨時做幾十秒到幾分鐘，讓自己習慣能隨時進入自我關愛的狀態。當有壓力時，習慣了能夠隨時進入自我關愛的狀態，能讓我們增加處理壓力的能力。
- i) 每個練習可以單獨練，熟練後可以綜合一起練。

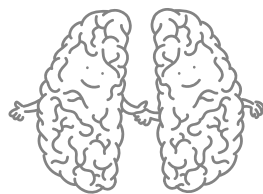
- j) 自己熟練了這些技巧以後，可以應用在心理治療的過程中，幫助減低替代性創傷的風險，也可以幫助案主調節情緒，建立自我關愛和自我照顧。
- k) 如在練習過程中感到非常不適，應立即停止，不要勉強。先慢慢找出原因，如果是因為不習慣這裡用的技巧，可以考慮參加靜觀正念或生命自覺的課程；如果是由於一些個人心理情緒的因素而阻礙了練習，建議先尋求心理治療。同樣的原則也適用在個案工作上。

9.2 內在資源個體的建立

如前面章節所述，內在的資源個體就是能帶給我們正面感覺的意象和經驗。這些經驗，通過練習，可以在有需要時重現，成為我們大腦中正面的，屬資源性質的記憶和神經網絡。我們把他們統稱為資源個體。我們先從建立最基本的，屬於內在資源個體的安全地域的技巧開始。

9.2.1 安全地域（Safe Place）

關於這個技巧，我們先提供一個較詳細的指引。



- i. 在準備的時候，想像一個讓你覺得安全和舒服的地方，如果想不起，可以是你現在身處的地方。想像這個地方有一個範圍，大小能讓你感到舒服，你可以很安全地留在裏面。如果你能夠想起一些支持你，使你有安全感的人，可以想像和他們一起在這個地方，如果想不起，就和你的好同伴（自己的身體）一起就可以了。
- ii. 然後重複這個步驟：吸氣時，讓新鮮健康的空氣，連同安全的感覺一起吸進身體；呼氣時，讓身體放鬆，和身體一起置身在這個安全的地域裡。
- iii. 處理分心：當在練習過程中出現分心，例如有雜念，就讓它們像雲一樣飄過，或者用想像把它們包好放在一邊，稍後再處理。當留意到自己有雜念和分心時，只需要回到原來的呼吸就可以了。

你可以先嘗試體驗一分鐘。如果自己練習，可以設定鬧鐘，設定合適的結束時間。

附加提示：所選的這個地方需要讓你感到安全和

舒服，而沒有負面的感覺，可以是一個花園，草地或者海邊，或者是你的房間，也可以是電影裡，或幻想出來的地方，如一個世外桃源、天空之城等等；可以在想像時加入感官的元素，除了看到的景象，通過想像加入使你舒服的聲音、味覺和觸覺；範圍是一個界限，可以是一個圍欄，草地的邊，或者房間的牆，也可以是一個保護罩，能讓你感到舒服的都可以；可以不斷多發掘使你有安全感的地方。

下面是一個簡短指引，讓自己練習時方便記得重點。

- a) 想像一個讓你覺得安全和舒服的地方，有一個讓你舒服的範圍，和你的好同伴（身體），和支持你的人一起。
- b) 吸氣時，讓新鮮健康的空氣，連同安全的感覺一起吸進身體；呼氣時，讓身體放鬆，置身在這個安全的地域裡。
- c) 有雜念和分心，不用理會，專注回到呼吸。



9.2.2 支持與關愛的人物（Supportive and Caring Figures）

在我們出生到青少年的階段，如果我們的照顧者是明白和理解我們的需要，同時又能夠及時滿足和關愛到我們的需要時，我們就會產生安全的依附關係。然而，並非每個人都能如此幸運地在兒時擁有理想的照顧者。我們的案主，甚至我們自己，也許都帶有一些不安全的依附關係的特點在身上。而建立一個或多個支持和關愛自己的內在資源個體部分，便是針對建立安全的依附關係而設計的。我們在這裡參考和整合了珀莉（Parnell, 2013）的技巧和方法。

- a) 先取一個觀察者的角度，好像自己是另一個人，觀察現在的自己，想像看到自己在面前，以觀察者的角度看自己。
- b) 然後想想，我要給自己最好的支持，我應該取一個什麼角色合適呢？是自己的父親、母親、兄弟姊妹，還是只是一位最能關愛自己的好朋友、或老師、上司？你所選的角色，是在你的經驗中，最有可能提供支持和關愛的部分。假如你最能愛你的兒女，那麼你可以選父親或母親的角色，或者你最能照顧自己的下屬，你就選一個上司的角色。

- c) 當選好了一個最能關愛自己的角色（例如關愛的父親）後，就把自己代入這個角色。這個代入就好像在圖 26 中所示，把中間的自我，連上了右邊正向資源的個體部分。讓自己通過想像，經歷這個部分的資源所能帶給自己的體驗。例如，我取了關愛自己的父親的角色，本來我這個部分的內在資源是用在我的兒子身上的，是我對真正關心的兒子的行為和態度模式，現在我能夠把這個部分的資源用在對待自己身上。圖 26 顯示除了聯繫父親的資源

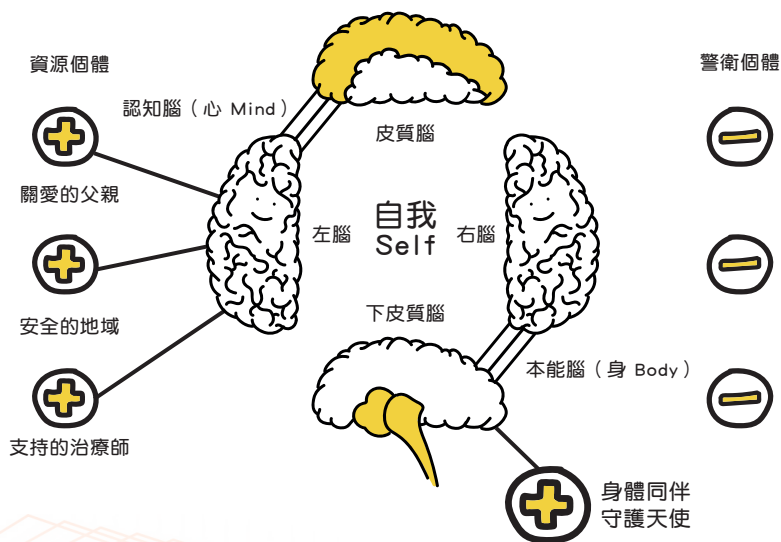


圖 26. 建立資源後的內在關顧系統



外，還有之前建立的安全地域，還有和自己的治療師，如果有好的治療關係，也可以成為自己的資源。

- d) 然後在新的角色中（如，能關愛自己的父親），先看看成為了兒子的自己的優點和長處，我們希望能營造對自己 4A 的態度，所以先看自己的長處和價值很重要。在這個過程中，我們好像真的和自己進入一種關愛的關係中，當看見自己的優點後，感受一下對自己這個好兒子的感覺，用一種關愛的態度對待自己，問問自己是否願意，從此義無反顧地支持和關愛眼前這個人，然後肯定自己，並向自己作出這個承諾。
- e) 完成了以上步驟後，離開父親的角色，換回到自己的位置上，同時意識身邊多了一位願意一生陪伴自己的父親，感受一下這位關愛自己的父親在旁邊時，讓他關愛自己的感覺。感覺一下，和之前只有自己一個人的時候的分別，很多時候我們會感到身體有溫暖的感覺，覺得放鬆、實在、有陪伴、被愛、被支持。留在這個感覺一些時間，感受一下這位理想的父親的同在。

- f) 你可以把這位父親稱為你的內在父親，因為他是你的一個內在資源個體，讓你可以把你用在關愛兒子的資源個體，也用在對待自己上。他和你外在的親生父親不一樣，你和親生父親的關係不會受到影響。

9.3 心身自我關係

心身自我關係的技巧，是把內在關顧系統中的身體部分（對應右腦和本能）建立成為一個重要的資源。也就是在圖 26 中，右腦和本能腦部分的「身體同伴」資源個體。讓我們的意識部分（對應左腦）能習慣歡迎和接受從身體來的感覺和信號，無論是讓我們感到舒服或不舒服的，從而提升情緒調節的能力。

9.3.1 自我關愛技巧

這是一個基本的，和身體連繫的練習，是同時聯繫自己和聯繫別人的基礎。在練習過程中，對來自身體的所有感覺抱著開放接納和肯定（4A）的態度。下面先提供一個詳細的指引。

- i. 聯繫身體：開始練習時想一想自己的身體是自己的好同伴和幫手（也可以是守護天使），感覺身體



和坐椅接觸的部分，腳板和地面的接觸，留意自己的坐姿，把坐姿調整到最舒服的狀態；看看周圍，再看看自己的身體，確認一下自己和身體一起在這個地方；然後感受一下自己的呼吸，呼吸就是身體的氣息，感受一下來自身體的氣息，讓自己可以自然地呼吸……

- ii. 自己和同伴身體一起的意象：想像身體是另一個人，可以是同伴、守護天使等正面的形象，想像自己和這位同伴在一起的意象；可以自由加入多種感官，如視覺、聽覺、觸覺等，目的是能加強這種關愛和親密的感覺。
- iii. 感謝身體：對自己的好同伴說：「感謝你一直照顧我。」然後停下來，感受一下身體給你的信息（SIBA）；如果你感覺到的是一種正面的感覺，例如愉快、放鬆和平靜的感覺，你可以繼續告訴同伴你感謝他為你所做的，如每時每刻都保證你各個器官的運作正常，需要食物會提醒你……以感恩的心數算身體為你所做的。每數算一項，就停下來，聽一聽身體給你的回應。讓後確定、肯定這些回應。

- iv. 結束：假如覺得時間差不多了，可以和身體說，現在要結束了，看看他有甚麼回應，或許還有一些信息提醒你，或許他需要一些預備，然後感覺身體預備好了，就可以回來了。

下面是一個簡短的指引，方便自己練習時記憶重點。

- a) 聯繫身體：想到身體是自己的好同伴，感覺身體，留意呼吸，調整坐姿。
- b) 自己和同伴身體一起的意象：想像自己和同伴身體在一起的意象（如同伴、守護天使等正面的形象）。
- c) 感謝身體：感謝身體照顧自己。以感恩的心數算身體為你所做的。每數算一項，就停下來，聽一聽身體給你的回應，確認和肯定這些信息。
- d) 結束：告訴身體要結束了，感覺預備好就可以回來。



9.3.2 內在顧問的技巧和方法

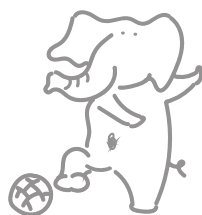
這個技巧是在熟悉了自我關愛的技巧後，和身體建立一個良好關愛的關係，讓身體成為自己的顧問，一起通過心身的互動過程，來深入明白並解決面對的各種難題。

步驟和方法：

- i. 先讓自己處於有內在和外在資源支持的狀態（起碼有其中一種支持），可以先做以上「自我關愛」和「安全地域」步驟。目的是先有「內在資源」的支持做基礎。就像進行體操或雜技時，地上會有一塊很厚的軟墊作保護。這些正向的心理資源，就是這塊保護墊。進入了正向資源的狀態後，應該能感受到很穩固的正面的感覺。必須先有這個狀態，才能繼續以下的步驟。
- ii. 把你的身體看成是一位很有智慧的同伴（或守護天使），能為你解答疑難。想像和這位有智慧的同伴在一起，可以向他提問；也可以和他一起重新經歷一些困難的情景，整合新的洞見和解決方法。
- iii. 在這個練習中，我們可以嘗試一些簡單的提問。

例如：「如何能和你建立更緊密和關愛的聯繫？」

- iv. 提問完之後，存開放的心聆聽（留意，等候）和接受身體的信息，留意它們的變化就可以了；開始時，可能只是一些模糊的感覺（如身體感到溫暖），也可能是一些意象（如想像到自己一個人在安靜），專注和留意就可以了，慢慢地，可能會浮出一些洞見，如「你可以在返工坐車時和我聯繫」等等，確認和肯定這些信息，減少左腦的思考（如「這是不是我自己想出來的？」），多去聆聽身體有甚麼新的信息（SIBA）。
- v. 在聆聽的過程中，你也可以提其他的有關問題，如「甚麼的聯繫是你喜歡的？」或者，如果你的身體持續地給你一個感覺，你可以問：「你想告訴我甚麼？我在聽……」等等，每次提問完，像以上第 iv 步那樣，繼續接受和聆聽身體的信息就可以了。
- vi. 最後，當你對這個問題的洞見和認識累積到一定程度後，你會發現你的感覺和想法慢慢會愈來愈產生共鳴，你的感覺好像在說「對，就是這樣！」



到了這裡，你就完成了徵詢身體對這個問題的建議的過程。

- vii. 如果由於時間限制，你需要在和身體有共鳴前結束，你可以先告訴身體要結束了，讓身體感到預備好了，就可以結束了。

9.3.3 雙調節 (Dual Tuning)

心理治療的過程愈來愈著重治療師與案主一起同在時的狀態 (Presence)。我們在 2020 年版的手冊中提出了雙調節的技巧，就是針對治療師如何能與案主在面談時調整自己進入最佳狀態而設計的。**雙調節的意思是治療師能同時專注案主的內心世界，也和自己的內在自我有關愛的結連。**

我們在之前的章節提到鏡像神經元，形容它像一個調諧器一樣，幫助我們調準對方的頻道，從而進入對方的內心世界，達致與案主良好的同在狀態。要有效地啟動鏡像神經元，我們要保持對案主開放和關注的態度，但這也同時提高了我們被案主的情緒狀態影響和牽動的情況，而引起同情疲乏和替代性創傷的問題。要解決這個問題我們需要一個內在自我的調諧器，使我們能在關心案主的同時，也能關愛自己。這個內在自我的調諧器就是位於認知和本

能腦之間的一個島狀組織，稱為島葉（Pavuluri & May, 2015）。當我們留意案主的同時，也留意自己身體的感覺和所出現的意象時，我們就在打開了鏡像神經元的同時，也打開了島葉。

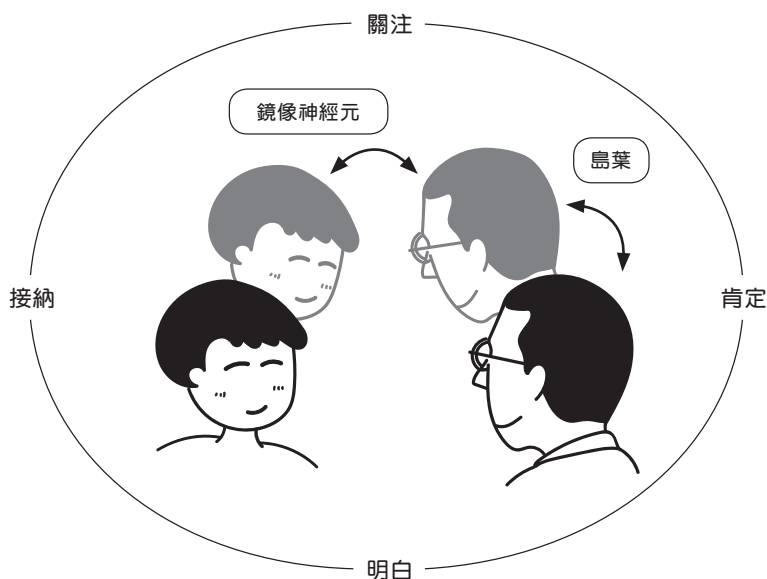


圖 27. 雙調節：能專注與案主的同在，也能和自己聯繫。

島葉可以幫助我們調節自己的情緒狀態，讓我們能專注與案主的同在，也能和自己聯繫，使我們進入這個雙調節的

狀態，也就是人際和個人內在的調諧器，鏡像神經元和島葉都同時打開，可以同時與自己，也和案主一起緊密地同在。

圖 27 是雙調節的概念圖，圖中可見我們同時對自己和案主都保持 4A 的態度，在雙調節的狀態中，治療師好像和自己的好同伴，或守護天使（身體）一起關愛和聆聽案主。如能多練習本章的自我關愛和自我關顧技巧，會有助我們在面談時能更自然和純熟地進入雙調節的同在狀態。



10

「相遇・傷癒」

治療模式概覽

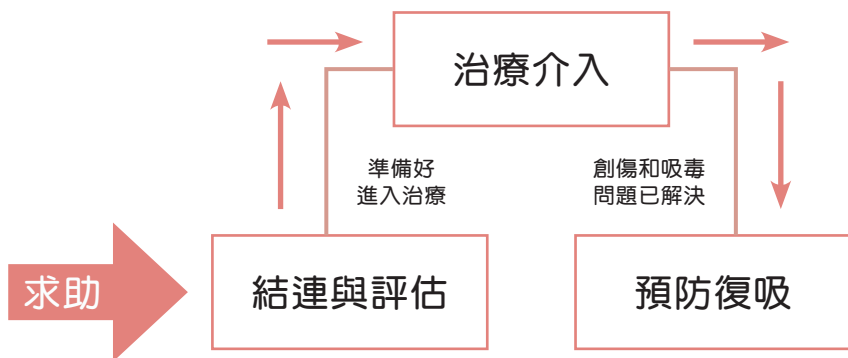


圖 28.「相遇・傷癒」治療模式的階段圖

在這章我們會開始介紹「相遇・傷癒」的治療模式的具體內容。這是一個階段性的治療模式，分為三個階段。在下一章開始，我們會介紹每個階段的實務技巧和過程。**圖 28 是「相遇・傷癒」治療模式的階段圖**。下面我們會就每一個階段，概覽這個模式的各種治療元素。

10.1 第一階段：結連與評估

這個階段的目的，是讓案主能了解我們的服務和治療過程，使他們能安心和有安全感，也讓我們能了解案主以及和他們建立治療的關係。我們提倡把評估和結連成為一體化的步驟，讓評估同時成為一個建立關係的過程。評估和結連都需要尊重 4A 的原則，就是關注、接納、明白、和肯定。評估的目的，是讓我們能更好地結連。要留意在這個階段，案主會告訴我們很多有關身心和生活上所遇到的問題和困難，



我們需要同理和明白，同時不要太糾纏在負面裏面，了解情況之後要致力建立正面的資源，就是正向的目標。

我們採用了關係導向的評估，主要從個人內在，和人際關係兩個方面，去評估案主的情況。這個階段，我們也需要確定案主的情況是否適合繼續進行治療，是否需要藥物和其他生活的資助，以維持基本的運作功能。

另一個要留意的，是和案主的同步和合作性（collaboration）。我們取用了在認知行為療法（Cognitive Behavioral Therapy）中一個重要的技巧，稱為共同合作驗證（Collaborative Empiricism; Kazantzis et al., 2013）。我們希望用案主能明白的語言告訴他，我們對問題的理解，取得他的認同和合作，同時也和他一起定立能使他產生動力的目標和方向。

10.2 治療介入

在整個治療過程中，我們所著重的原則，是正向神經可塑性，也就是說，在真正著手治療創傷和任何負面的問題之前，需要先為案主建立正面資源，然後使他們能運用這些建立好的資源，治療創傷和情緒的問題。

治療介入（Intervention）的階段分為兩個子階段，它們是：(a) 資源建立；(b) 記憶重構。

10.2.1 資源建立

在這個子階段中，根據內在關顧系統模型，我們會幫助案主建立正面的內在資源個體，這些個體部分，在前面介紹自我照顧的技巧時也有提及，例如安全地域、支持和關愛的人物，這些內在資源，在有需要的時候，能改變和調節案主的情緒狀態。有了這些資源，我們可以在這些資源的幫助下，進一步幫助案主，建立心身自我的關係。在這個部分，我們會運用關係化的生命自覺（Relational Focusing）的技巧，這裏我們也整合了自我狀態治療，內在家庭系統治療和一些改善依附關係的治療技巧。

10.2.2 創傷和心理問題的記憶重構

建立了正面的資源後，案主開始能進入比較穩定的狀態，和比較能調節自己的情緒，開始預備好進入下一個子階段，就是通過修正性的經歷，和正向神經可塑性，達致記憶重構，也就是在安全的環境下，通過把創傷或負面經驗的重現，以及運用各種治療的技術，改寫這些負面的經驗，把他們轉化成正向的資源個體，在後面的章節，會介紹一些常用的技巧。我們常用的技巧，是一種整合了情境重現和關係介入的技巧，



我們所設計的治療介入階段，是原則和目標主導的。我們所尊重的核心原則是安全、關愛、合作和身心結合。我們所提出的技巧都只是我們跟從這些原則，所採納的一些方法，讀者也可以按自己所熟悉的治療方法，通過不同的途徑，達致相同的目標和效果。我們所介紹的方法，只是一些範例，希望能更清晰闡述治療的原則和目標，並不是限制技巧和方法的運用，反而鼓勵讀者能把他們所專長的技巧，整合運用在這個模式中。

10.3 預防復吸

來到最後的階段，代表案主所面對的吸毒和創傷問題，已得到大部分的解決，而能和自己建立起一個自我關愛的關係，這個最後的階段，所專注的，是讓案主能重新投入社區和建立健康的社交人際網絡。在這個過程中，我們同時也支持案主，處理在這個過程中產生的新的壓力和問題，也會和案主同行這段路，幫助他們能把學到的技巧，獨立地應用在自我關係和人際關係的建立上。



11

結連與評估

正如我們前面的解說，結連和評估是同時進行，不可分割的過程。評估是明白和了解案主的過程，它就好像一把尺，去量度案主的狀態和情況，這把尺應該是量度案主的安全感。從關係導向的角度，安全感和建立關係結連的能力是存在直接關係的，所以安全感是會直接影響人的精神和情緒狀態。在這裏我們希望能提出一個較新的臨床評估進路，就是關係導向的評估，我們認為安全感、關係和精神情緒狀態是密切相關的。我們仍然參照傳統利用症狀作為其中一種重要評估指標。然而我們對於症狀的演繹，是放在一個以關係為導向的框架中的。

評估分兩個部分，一個是個人內在關係維度的評估，另一個是人際關係維度的評估，兩個相互關聯。下面我們就逐一講述每個評估需要留意的地方。

如果你已經有一定的經驗，其中很多的評估內容和方法，你可能已經很熟悉，我們在這裏只是把它們重新整理在一個關係導向的框架中。

11.1 評估時的基本態度和取向

在結連和評估的階段，最重要的是保持對案主 4A 的態



度。正如前面的篇章所述，這是建立正面的關係必要的重要基本態度。4A 代表了關注、接納、明白、和肯定四種重要的態度。

臨床評估最基礎的工具其實是評估者的觀察，本章所提到的各種工具，例如 DSM-5 的標準，容納之窗的框架和 PHQ (Patient Health Questionnaire; 病人健康問卷)，都是輔助臨床觀察的工具。既然評估的最基本工具是靠治療師的觀察，那麼評估就需要靠治療師本身的鏡像神經元，和左腦與右腦的溝通來完成。這需要運用我們在前面的章節中所提到的雙調節的技巧，也就是治療師先要有自我身心的調節，自己處於意識和感覺溝通無阻的狀態中，然後再和案主通過鏡像神經元進行關係結連。鏡像神經元運用的是我們的本能部分（右腦），通過 SIBAM 中意象的頻道，提供給我們有關案主的狀態資訊。

結連與評估

11.2 通過意象代入案主的處境

通過意象代入案主的處境，是進行評估時必不可少的重要方法。治療師一邊專心聆聽案主，一邊在腦中按案主所描述的，呈現相關的意象。留意自己的身體所感受到的信息中的感覺、情緒和身體活動，然後把自己通過這個方法所理解

到的情況，用自己理解後的說法反映（paraphase）給案主聽，以確認自己的理解是否正確。通過意象代入案主處境的技巧，是一項很有效進入案主的內心世界，明白案主的進路。當我們能完全明白和掌握案主的內心世界時，我們就能達到與案主深度結連的狀態，深入明白案主的需要，這是為之後的治療介入工作所作的最重要的預備。

11.3 內在個人關係的評估

內在個人關係的評估包括目前的情緒和功能狀態，和過往身體和精神狀態的歷史，以及是否存在特殊的問題。

11.3.1 當前情緒和功能狀態

11.3.1.1 容納之窗與 PHQ 工具的運用

容納之窗是一個重要的評估當前狀態的工具，它是很好的例子，反映自主神經的狀態，密切影響人的情緒狀態和大腦的運作，也同時影響關係結連的能力。我們嘗試採納了容納之窗作為我們的評估工具中所使用的這把尺，以情緒的激發度來評估人的狀態和關係結連的功能。

我們使用容納之窗的 Y 軸來作這把尺，在容納之窗上限以上的區間，屬於焦慮的情緒；在容納之窗下限以下的區間，



是過低的情緒激發，屬於抑鬱的情緒；在容納之窗之內的情緒狀態，是感覺安全和預備好作關係結連的狀態。

如果我們要為這把尺配上刻度，我們在這裏介紹一套很有用的評估工具，是由輝瑞公司（Pfizer, n.d.）資助的精神醫學團隊所發展和驗證的一套精神健康評估工具，簡稱為 PHQ，意即病人健康問卷（Patient Health Questionnaire）。根據 PHQ 的指引手冊（Spitzer et al., n.d.），PHQ 的前身是 PRIME-MD，是在 1990 年代發展出來的，在醫療體系中幫助評估 5 種最常見的精神和情緒疾病的心理評估工具。5 種最常見的精神和情緒病包括：抑鬱、焦慮、心身性疾病（somatoform）、酗酒、和厭食症。為了簡化和縮短評估的時間，在 PRIME-MD 的基礎上，發展和驗證了 PHQ 的工具，可以由病人自己填寫。這套工具被越來越多廣泛地應用在評估病人的情緒狀態上，逐漸取代了原有的 PRIME-MD。雖然 PHQ 的設計和 PRIME-MD 一樣，是評估 5 大精神病症，但最常用的評估是其中 3 類病症，包括抑鬱症、焦慮症和心身性疾病，分別為 PHQ 工具中的 PHQ-9，GAD-7 和 PHQ-15 的問卷。在執筆寫這手冊時，輝瑞公司仍然把 PHQ 公開給專業人士免費使用，可自由下載和分發這些問卷。這些問卷可分開使用，也可一併使用。其中 PHQ-9 有 9 條問題，用於評估抑鬱症；GAD-7 有 7 條問題，

用於評估焦慮症；PHQ-15 有 15 條問題，用於評估心身症（somatoform；也稱為體化症）。PHQ 容許自由複製、下載、和轉發，讀者可在輝瑞公司的網站下載和複製使用這些工具（<https://www.phqscreeners.com/>）。

要注意的是，PHQ 只是初步篩選的評估工具，單憑 PHQ 的結果不能作診斷。最後的確診，仍需臨床的觀察和評估，但 PHQ 的評估結果能很快篩選出患有精神情緒失調的病人，而分數越高，代表受該症狀影響的可能性越大。

三個 PHQ 最常用的問卷：PHQ-9，GAD-7 和 PHQ-15 都分別針對每個重要的相關症狀來評分，它們都使用了同一個計分標準來評定症狀的嚴重性：5 分是輕度，10 分是中度，15 分是嚴重，20 分是極嚴重。如果把 PHQ 和容納之窗結合，就可以整合出如圖 29 所示的評估尺。由於 GAD-7 是評估焦慮症，它的向度是 Y 軸情緒過度激發的方向，我們把 GAD-7 的 5 分定為容納之窗的上限，如此類推，隨著 GAD-7 的分數越高，焦慮的問題就越嚴重。PHQ-9 是評估抑鬱症的工具，由於抑鬱症的症狀，是過低的情緒激發，所以我們定 PHQ-9 的 5 分是容納之窗的下限，如此類推，PHQ-9 的分數越高，離開容納之窗的下限就越遠。

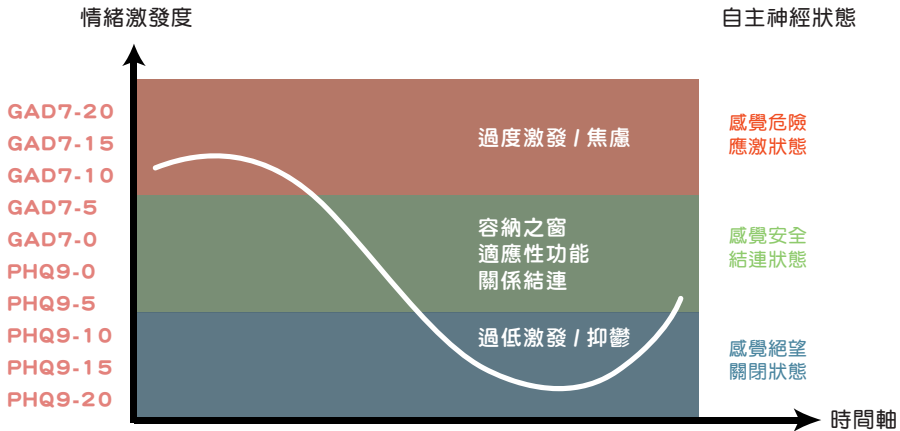


圖 29. 容納之窗與 PHQ 的參考對應

・ 焦慮和抑鬱的症狀是否能同時存在？

是可能的，而且非常常見。由於 PHQ 評估的時段是 2 至 4 星期內的狀態，案主在一段時間中的不同時段，經歷焦慮和抑鬱的症狀是很普遍的，這些變化在容納之窗的時間線上反映出來。案主在一段時間內可以從高漲的焦慮情緒，轉變成低落的抑鬱情緒，很多時案主白天是抑鬱的狀態，不想出門、上學或工作，但晚上卻在焦慮的狀態中不能入睡，因此有些吸毒者會在白天吸食興奮劑的毒品來提神，晚上卻吸食鎮靜劑類的毒品來幫助入睡。

還需留意的是圖 29 所提供的評估只是一個參考，並非用於確實診斷的工具，正如 PHQ 只是一個篩選的工具，作

為臨床評估的一個參考，我們提供這個評估尺的目的，是希望能為同工對服務使用者的情緒狀態能有一個更清晰和直觀的參考，由於 PHQ 中的問卷內容，是按照 DSM 的症狀所製定的，這也可以為初接觸臨床評估的同工們，提供一個目測觀察徵狀的參考，讓他們慢慢能熟悉臨床的觀察和評估。

▪ PHQ-15 的使用

由於戒毒的服務使用者，精神狀態較差，可能不適合做太多的問卷評估。一般來說，PHQ-9 和 GAD-7 總共 16 條的問題，已能掌握案主基本的狀態。PHQ-15 有 15 條問題，所評估的是可以作為輔助參考。這 15 條問題評估的是因心理情緒的問題，而導致身體的症狀，被稱為心身症狀，也可稱為體化症（Somatoform），意思是身體的不舒服，是源於心理情緒的。這些症狀都和自主神經的交感神經分支，和背側神經分支有緊密連繫。前面介紹多重迷走神經理論時，提到交感神經和背側神經與身體的內臟器官和肌肉相連，所以如果案主多報告這些部分的痛感和症狀，顯示當事人由於常處於情緒失調和精神壓力的狀態中，導致身體產生不適的反應。

11.3.1.2 如何詢問目前的症狀和功能

在臨床評估中需要通過結構化的提問來評估案主的各種症狀和功能，以及心理情緒問題。在這方面已有很好的著作



論述（Shea, 2016），讀者可參考這些指南，在這裏我們只希望能指出我們常用的一些重要指標，能夠幫助掌握案主的情況。

詢問案主睡眠的情況，是掌握目前精神健康狀態的其中一種方法。大部分常見的情緒失調都會涉及睡眠的問題，睡得過多或過少、頻繁醒來、難於入睡、醒來時感到累等症狀，都顯示可能有焦慮和抑鬱的問題。

另一個掌握案主情況的指標，是每天的高低狀態，可以問案主：「你每天感覺最佳和最差的時間是什麼時候？當時你在幹什麼？」這些問題很多時候都能反映案主比較關注的事情，導致情緒失調的原因和解決問題的有利因素。

11.3.1.3 衝突三角理論（Triangle of Conflict）

在短期心理動力治療（Short-term Dynamic Therapy）中一個有名的理論，就是馬蘭（Malan, 1979）所提出的衝突三角理論。**圖 30** 顯示了這個理論的基本模型，這個理論認為，**人的基本核心情緒，是人對所經歷的事情的適應性反應（三角形的底部）**，適應性的反應和情緒，是導向適應性行動或行為的條件。但如果這些情緒不被接納，通常會有兩個反應，這兩個反應分別是三角形的**另外兩個角，一個是產生**

壓抑性的情緒，即是焦慮、羞恥等等的感覺，另一個是防禦機制。無論是壓抑性的情緒或防禦機制，都脫離了對我們有用的資訊，就是核心的情緒信號，而阻止了適應性行動的產生。

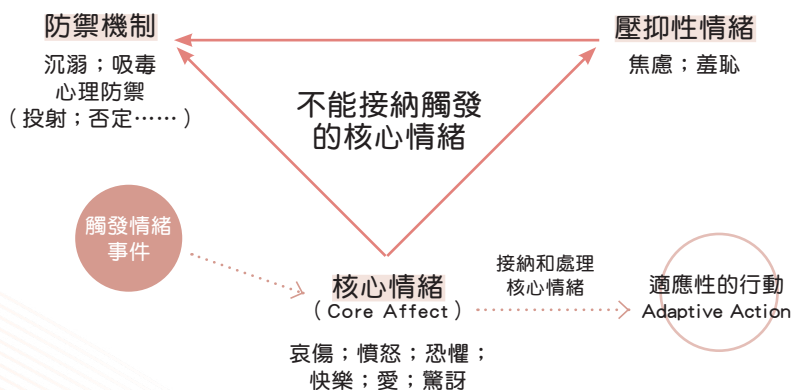


圖 30. 衝突三角形 (Malan, 1979)

如果把衝突三角應用在「相遇・傷癒」的治療模式中時，下面的核心情緒需要擴大至除了情緒以外，其他的經驗元素，包括意象、感覺、情緒、行為、和意義 (SIBAM)，因為情緒只是身體給我們意識的其中一個信號，我們要包含所有的經驗，需要同時包括 SIBAM 裏面所有的元素，因此衝突三角形可能應該更正確地被稱為經驗的三角形 (Triangle of Experiences)。

經驗或衝突三角形所反映最核心的問題，是不接納負面的身體信號，而引致非適應性的焦慮和防禦機制的產生。從關係理論的角度，是自我關係（心身的不協調）出現了問題，而引致這些症狀的出現。這個理論在臨床上的應用，可以幫助我們理解案主所不接納的情緒，而這些情緒往往與一些過去的經驗和創傷有關。

11.3.1.4 危機、自殺和傷害他人的風險評估

如果我們感到案主對人生失去希望，在很抑鬱低落的狀態，就需要評估有關自殺或傷害他人的風險，由於有很多其他的文獻有處理這個問題（Alonzo & Gearing, 2017; Jobes, 2016），我們不在此重複了，讀者有需要可以參考有關的文獻。

如果案主的居住情況、身體和情緒狀態處於很不穩定的狀態，例如，沒有合適和安全的住處，或者不能自理，又或者存在嚴重的精神問題，使治療難於進行，這時就需要考慮為案主尋求多界別的協助，先恢復生活和精神狀態的穩定，才能繼續戒毒和創傷的治療工作。

11.3.1.5 毒品的功能

毒品的功能指的是毒品在案主的人生中所扮演的角色，

正如前面的篇章所述，毒品只是暫時舒緩案主因感到人生缺乏意義，以及自己與人的關係所出現問題時的痛苦，能更具體了解案主所困擾的最終問題，對於最後能為案主戒除毒癮反而是最重要的。

11.3.2 身體和精神健康歷史

身體的情況和情緒狀態是相互緊密結合的，能夠對案主從出生到目前所經歷與身體和精神健康相關的重大情況，有一個初步的了解，對於明白案主的問題根源有很大的幫助，對於案主這些非常有用的過往的歷史資料，最好能在了解了目前的狀態後，在治療的早期能盡量一併了解，對於案主在每個人人生階段，如出生、孩童、求學、工作、組織家庭和養育兒女的各個階段，都可以詢問有沒有一些特別的事件，尤其是和身體及精神健康有關的，有沒有曾經做過手術，住院或患有長期病患等等，當我們對案主的這些過往歷史有一個全面的了解，就能對案主建立一個立體的認識，更能把握個案問題的重點。如果能為案主從出生到現在畫一條人生時間線（Life Timeline），在上面記下重要的事件，除了以上所述的健康狀況外，創傷和意外的經歷，例如，是否有經歷重大意外、被人欺凌或虐待、疏忽照顧或嚴重的生命威脅，都有助我們全面深入地評估案主，了解問題形成的真正原因，和是否存在其他隱性但重要的問題。



遺傳因素也對案主的身體和精神健康存在重大的影響，因此了解直系親屬是否存在某些嚴重的精神健康問題也是非常重要的。

11.3.3 特殊問題的評估

此外，還有很多的特殊問題需要我們格外留意，這些問題對戒毒和創傷的治療，起著關鍵性的影響，有關以下所提到的特殊問題，已有很多文獻論述有關的狀況和處理，我們在這裏只作一個簡單的介紹，讀者有需要可參考有關的文獻，進一步了解有關的問題和處理方法。

結
連
與
評
估

・ 專注力失調和過度活躍問題（ADHD）

專注力失調和過度活躍問題，簡稱 ADHD。ADHD 是與吸毒最常見的共病（Comorbidity）之一，有 ADHD 的人士在專注力、自制力方面有嚴重的困難。他們可能自孩童階段，由於這些問題，而衍生出很多的人際關係方面的問題。這個群組的人很經常會通過吸食毒品來解決專注力和人際關係所導致的情緒問題。

・ 認知障礙（Cognitive impairment）和失智症（Dementia）

吸毒可能會導致認知障礙，年紀大的人也可以患上失智和認知障礙症，這些症狀需要受過訓練做評估，也可以尋求

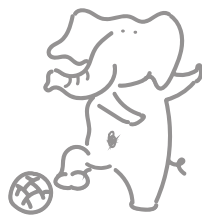
有關的專業人士的幫助進行評估。通過評估的過程，我們可以作出適當的判斷，這些問題會有多大程度影響案主的功能和戒毒治療的進行。

• 智能障礙 (Intellectual Disability)

有部分案主可能有輕度的智能問題。一般來說，有中度或嚴重智力問題的服務使用者，已接受其他的服務，很少出現在戒毒輔導的治療服務中。有輕度智力問題的案主常常會使治療師不自覺地產生煩躁的感覺，尤其是在開始還未知道對方有智力問題時，把他們當作正常智能的人看待，他們一般不會告訴你，他們其實不明白你說的話，因為他們常常處於焦慮狀態，擔心被人看出自己的智力有問題，所以努力去掩飾。如果你留意到案主思想比較單純，和有抽象思維的困難，而且常常誤會你，很早就離開學校等現象，最好能評估一下他們的智力水平。有智力問題的案主，需要得到家人或從事相關服務的機構所提供合適的協助。

• 自閉症譜系的問題 (Autistic Spectrum Disorders)

如果案主在社交方面有困難理解別人的觀點，而產生很多的社交問題，需要評估案主是否有自閉症譜系的症狀。患有自閉症的案主，很多時感官會很敏感、容易焦慮、比較固執、難於適應改變，也可能有嚴重的言語表達和社交問題，



可能需要熟習這方面的專業人士和相關服務的機構協助。

11.4 人際關係評估

我們與別人的關係模式，是受著我們人生中的第一段與人發生的關係所深深影響的。我們的第一段關係是在出生和兒時與我們照顧者所發生的。由於這段早期關係所形成的基本關係模式，會影響我們與他人和世界的聯繫，這種基本的關係模式就被稱為依附關係模式（attachment style）。

結
連
與
評
估

11.4.1 依附理論（Attachment Theory）

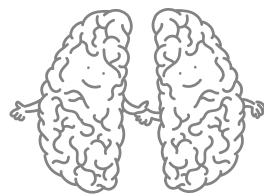
依附理論是由約翰·鮑比（John Bowlby）首先在 1960 年代所提出的，然後由瑪麗·艾斯沃芙（Mary Ainsworth）進一步發展，成為了一套整全的人際關係和個人成長發展的重要理論。在艾斯沃芙之後，依附理論有兩個主要方向的發展，這兩個方向都是由艾斯沃芙的兩位學生主導。其中一位學生，瑪麗·銘恩（Mary Main）主張四種的依附類型分類。而另一位學生，派翠西亞·克莉丹婷（Patricia Crittenden）則發展出了動態成長模型（Dynamic Maturation Model）。有關依附理論的詳情和其中比較有代表性的評估和治療方法，可以參考丹布朗和艾利略的著作（Brown & Elliott, 2016）這是一本全面論述根據依附理論，進行評估和治療

方法的難得好書。

11.4.2 人際關係評估的過程

人際關係評估的目的，是對當事人的依附策略和關係模式，作全面深入的了解。可能在你的臨床經驗中，你已留意到大部分的服務使用者，開始時都具有不安全的依附關係模式。我們對於不安全的依附關係的理解，是兒時（包括 18 個月大之前，外顯記憶尚未形成的時期）在關係中所受到的創傷所形成的。這些「創傷」雖然可能只是疏忽照顧，需要得不到滿足等等，好像不符合導致創傷的條件（沒有危及生命），但對於只有幾個月大的嬰兒，他們對於這些經歷的主觀感覺，可以是達致危及生命程度的。正如前面所述，創傷對人的影響，是只有右腦的感受和意象信息，而缺乏左腦的認知信息，當人具有不安全的依附模式時，在與人建立關係時，會不自覺地產生一種不安的感覺（右腦的不安全感），但不明白為何這樣（左腦的空白）。因此會不斷地重複非適應性的關係應對模式。在我們所接觸的服務使用者當中，絕大部分都在兒時經歷過不同種類的創傷，因此了解和評估案主的關係和依附模式是評估的主要部分。我們在下面總結了在人際關係評估中所需留意的重點。

當我們在面談中和案主會面時，可以留意案主和我們的



互動，這樣會啟動我們的人際關係調諧器，就是鏡像神經元，使我們能觀察並時刻理解案主的狀態和內在活動過程。當我們能留意觀察案主的身體語言，和關係互動時，我們就開始形成對案主的依附模式的理解和感覺。我們的鏡像神經元能通過感覺告訴我們，案主是否在逃避深入的連結，還是焦慮地找到依靠，還是能平靜安穩地與人相處。這些特點正是不同依附模式的重要指標。

之前提到，在評估中所獲得的案主的人生時間線，是一個很有用的工具，對於個人內在和人際關係的評估，都提供了很有用的資訊，案主和身邊人的聯繫，尤其是和家人的關係，都為我們了解案主的關係模式，提供了很有價值的啟示。

此外，案主目前的社交網絡情況，也很重要，案主是否有社會支援網絡，他們在工作和學校的環境有怎樣的社交網絡，都有助我們評估和了解案主的人際關係狀態。



12

治療技巧和應用

在這個部分我們把治療技巧分成兩大類，第一類的治療技巧是治療關係技巧，第二類的技巧是內在個人關係技巧。

12.1 治療關係技巧

第一類的技巧旨在建立治療師與案主的關係結連。治療關係是整個治療過程的基礎，它有兩大主要目的，第一個目的是建立治療師與案主的互信關係，使案主能在治療過程中有安全感。案主的安全感是治療工作能持續進行的關鍵。治療關係的另一個目的，是通過建立一個成功的關係結連，讓案主能體驗修正性的經歷，從而對關係創傷所造成的記憶發揮治療果效。

能和案主建立良好的治療關係，治療師本身的狀態很重要，因此治療師最好能先掌握和經常使用前面章節所提及的自我關顧的技巧，使自己能常常保持合適的狀態，可以和案主建立良好的治療關係，同時預防同情疲乏和替代性創傷。在這個部分所提到的治療技巧，有很多是參考感動治療（Accerlerated Experiential Dynamic Psychotherapy; 簡稱AEDP）的治療技巧所編寫的，我們覺得這些技巧很適合用作建立良好的治療關係，如果讀者希望能更詳細了解這些技巧的詳情，可以參考有關著作（Fosha, 2000）。



12.1.1 相互情緒調節 (Dyadic Affect Regulation)

治療師通過引導案主留意自己的身體、個人能力、或所體驗的正面經驗，來幫助他們調節自己的情緒。這些引導，可以在案主還未熟悉自我情緒調節的技巧前，使他們能初步使用情緒調節技巧，並讓治療師在過程中，通過正面的經驗培養和案主的治療關係。下面是一些有關這個技巧的例子：

・ 同理和肯定案主的經驗

「我能夠感受你的困難和你所作的努力。」

「你對兒女所付出的愛使我很感動。」

・ 幫助案主穩定情緒

「讓我們慢下來，感受一下自己，也照顧一下自己的感受。」

「讓我們先停一停，留意一下呼吸，和身體給我們的感覺。」

12.1.2 消除孤單感 (Undo Aloneness)

治療師主動地結連案主，和支持案主，使案主能感受到治療師的關懷、接納、和支持，從而消除案主孤單的感覺。下面是有關這個技巧的例子：

「嗯，我在聽，你可以慢慢把你的經歷告訴我。」

「感謝你和我分享，當你回顧這些痛苦的經歷時，你能感受到

現在我也和你在一起面對嗎？」

「讓我們一起回到過去，重新回顧一下這些重要的經驗。」

12.1.3 主動支持 (Explicit Support)

治療師給予案主支持後，讓案主回顧這個被支持的經驗，深化正面的經驗和治療關係。下面是一些例子：

「當我支持你的決定時，你有什麼感覺？」

「能感到被我支持，你體驗到了些什麼？」

「如果所有關愛你的人都在這裏，他們會和你說什麼？」

12.1.4 肯定防禦 (Validate Defense)

當我們感到案主有不安全的感覺，而嘗試進行心理防禦或逃避時，我們要對案主表達同理，而不要去面質。我們認為面質只會使防禦更堅固，使案主更失去安全感。同理和肯定案主的防禦，可以在給予案主安全感的同時，也能讓他意識到自己不自覺的防禦，是一舉兩得的技巧。下面是一些例子：

「你感到很緊張，因為你想保護好自己。」

「能理解你選擇了保持沉默，因為你不了解情況。」

「第一次作輔導面談時，會感到不習慣和不舒服是很自然的。」



12.2 元處理

元處理（Metaprocessing）是感動治療常用的技巧，對於鞏固已取得的修正性經歷很有用。可以同時應用在治療關係和個人內在關係的建立中。

在完成了一個記憶重構的過程後會使用，目的是加強案主對這個正面經歷的左右腦連結，深化正向的改變。

在元處理的過程中，我們會和案主一起回顧剛才發生的正向經驗，然後探索案主的左右腦對這個經驗的體驗。根據經驗，我們認為元處理比較偏重左腦對經驗的洞見和認知比較好，右腦感覺的處理，只是在需要時用來深化所取得的認知。在這個過程中，因為之前的記憶重構或修正性經歷，比較著重右腦的體驗，案主已得到足夠的安全感，預備好打開左腦對事件的處理，所以在這個過程中，可以多作一些認知的整合和整理。下面是一些元處理的提問例子：

「經過了這個過程，你有什麼得著？」（開始作總結）

「你對自己的看法，相對之前，有沒有一些改變？」（探討對自我認知的改變）

「有了這個改變，你覺得自己的生活、工作、家庭關係、有沒有什麼不同？」（探討人際關係的改變）

「你會如何把今天所學到的，應用在你的日常生活上？」
(或應用在處理類似的問題上?)

12.3 內在個人關係技巧

在建立了穩固和互信的治療關係後，我們開始著手專注和案主進行內在個人的治療工作。當然，在整個治療過程中，我們都常常要不斷鞏固治療關係，所以治療關係也是需要整個治療過程中常常留意的。

在內在個人關係的技巧上，我們採納了很多想像的技巧模式，也是基於本書第四章的內在關顧系統的模型。這個部分的技巧，主要是針對治療創傷，促進記憶重構的目的來進行的。包括資源建立、身體顧問、促進內在個體溝通，和情境個體的溝通等過程。

12.3.1 想像技巧——心理治療的元宇宙

在這個部分我們採用了很多想像的技巧，正在執筆寫這本手冊時，互聯網正掀起了一股元宇宙（Metaverse）的熱潮。臉書公司（Facebook Inc.）在 2021 年把公司名改為 Meta Platforms，寓意成為元宇宙的平台。元宇宙的理念，是通過一系列的虛擬數碼技術，使人們可以通過互聯網，在不需要



現實環境和實體接觸的情況下，進行各種不同的活動和體驗，例如，旅行、召開商務會議、社交聚會、表演等等。元宇宙的實現，是通過我們的感覺器官，接受影像、聲音、觸覺等等的虛擬刺激，而達致和現實經驗差不多的虛擬體驗。

在有這些高科技之前，心理治療其實已經大量使用想像的技巧，讓人可以不用通過實體的環境和接觸，而產生類近的經驗（Singer & Pope, 1979）。最早使用這些技巧的是催眠治療和心理分析，然後這些技巧也被應用在不同的治療模式中，如完形治療（Gestalt Therapy）、意象導引（Guided Imagery）、短期心理動力治療、和感動治療。有些治療模式（如感動治療）把想像技巧稱為情境重塑。我們把想像的技巧比喻為心理治療的元宇宙，因為兩者都是**利用人類的感官系統（意象的頻道），以虛擬的模式，製造或重現現實的經歷和體驗**。當中的分別，在於想像的技巧需要靠治療師或案主通過人的大腦，主動去製造影像和重現這些需要的經驗，而元宇宙科技則大部分依靠電子科技去製造這些需要的影像和經驗，人只是被動接收。

12.3.2 內在個體關係技巧常遇到的問題

內在個體關係技巧是一個可以產生很明顯的治療效果的有力過程，有時在運用時，案主由於不了解，會對這些技巧

產生懷疑。當然，這些技巧對於一些精神狀態很不穩定，如仍有思覺失調、躁鬱症、或者嚴重解離症狀的服務使用者，需要先穩定精神狀態，才能考慮使用這些技巧。對精神狀態比較穩定的案主，這裡的技巧一般都適用。

其中一個常聽到服務使用者問的問題是：「用這個技巧會不會使我人格分裂？」相信這裡人格分裂所指的是解離性人格障礙（Dissociative Identity Disorder）的精神疾患，簡稱 DID。可以肯定的是，這些技巧，如果運用得當，反而是可以幫助預防和治療 DID 的工具，原因是人的內在心理是自然地分成不同的內在個體的，一些理論（Schwartz & Sweezy, 2019）把這些內在個體稱為子人格。我們有一個主體人格的部分，是我們的自我，加上其他不同的內在個體，就好像一個關顧群體一樣相互支持合作，正常的狀態下，內在個體是在自我的意識和領導下運作，使我們能應對生存所需的各種需要。比如說，有個部分或個體幫助我工作，有個部分幫助我做父母、或兒女、或其他不同的角色，而精神和情緒疾患（包括 DID）所形成的其中一個原因，就是這些內在個體之間產生了不協調，也就是我們個人內在的關顧系統出現了衝突和不協調的情況，嚴重的時候，甚至會有解離和失憶的症狀。因此，內在個體治療工作的目的，就是恢復這些個體間的友好關係和協作，從而恢復個人內在關係的良好狀態，以達到



治療創傷和精神疾患的目的，最終幫助案主戒除毒癮或其他成癮行為。

另一個可能發生的問題，是案主難以代入其他人的角色，內在個人關係的技巧，常常需要案主代入他人的角色，或通過想像，暫時體驗另一個個體的經歷，但部分案主對於作這些想像有困難，例如，部分自閉症譜系的案主，或有智力障礙，或者很不習慣這種模式的服務使用者，基於各種原因，難以使用這些技巧。對於這些案主，在引導他們進入另一個角色時，可以建議案主轉換位置，或移動到一個新的地方，可能有助這個角色轉換的想像，這是在完形治療中常用的技巧。然而如果案主真的很有困難使用想像的方法，我們就需要改變方法，使用合適他們的進路來進行治療。我們鼓勵讀者整合和運用不同的技巧來幫助案主改變，這裏所提供的的方法和技巧，只是供大家參考的例子。

12.3.3 建立內在個體關係技巧的虛構案例

在以下的部分，我們希望能用一個虛構的案例，使讀者能更好地掌握各種個體關係技巧的應用。在講述具體的技巧，和有關的治療過程的對話紀錄之前，我們先在這裡向大家介紹這個虛構案例的基本情況。雖然這是一個虛構的案例，但其中的情景和對話，都整合了我們在臨床治療中所常遇到的

情況和互動，與實際的治療過程很接近。

明德是一位年約 40 歲的汽車推銷員，他是一位優秀的推銷員，曾多年成為公司裏業績最佳的員工。但他和同事的關係很不和諧，常常會起衝突，他也被迫常常轉換工作。自從五年前開始，明德開始嚴重濫用鎮靜劑和安眠藥，因為他和太太的感情開始發生問題。他有兩個兒子，一個十歲，一個五歲。

明德小時候和父母的關係很差，父母對他很嚴厲，常常打罵他，他感受不到父母的關愛。在學校裏也常常被同學欺凌，但也得不到父母的支持，長大後立志要做一個和父母不同的人。他很愛自己的孩子，雖然和太太的性格不太合得來，但仍然努力維持婚姻，不想讓孩子在單親家庭中長大。五年前和太太關係惡化後，明德開始變得很焦慮，每星期都會有幾次恐慌突襲（Panic Attack）的情況，每次都需要吃鎮靜劑來平復自己，晚上也常常失眠，逐漸地，他開始自己濫用鎮靜劑和安眠藥，由於這些藥物的耐受性，他濫用的份量愈來愈多。最近一年，太太覺得實在很難和他繼續相處下去，就帶著兩個兒子離開了他，主動和他分居，他們正在辦理離婚手續。他的焦慮和濫藥問題就變得更加嚴重了，和太太分居後，工作表現每況愈下，差不多快要失去工作了。



12.3.4 建立內在資源

這個部分的技巧，和前面章節介紹的自我關顧的技巧和方法很類似，只不過在這裏，我們把這些技巧，從運用在自己身上，轉化為運用在服務使用者身上。在開始時，可以先和案主嘗試簡單的資源建立方法，例如安全地域，看看案主是否能習慣想像的技巧。如果案主能初步掌握這個技巧，可以用來幫助案主在有需要時，調節自己的情緒狀態。讓我們來看看圖 31 的**內在關顧系統圖**，**安全地域成為了案主所建立的第一個資源個體**，在這個基礎上，我們會繼續為案主建立更多的資源個體，直到案主能有足夠的資源去處理和轉化負面的經歷，使負面的警衛個體不再需要處於警覺的狀態。

第二個資源個體，可以是一位支持或關愛自己的人物，這個關愛自己的人物，在很多的治療模式中，尤其是改善依附關係的治療模式，會和案主建立理想父母（Ideal Parent）的資源個體，關於理想父母的技巧，有一些很好的著作（Brown & Elliott, 2016; Parnell, 2013），讀者可以參考。理想父母最常用於治療依附關係，是很有效的治療方法，然而，在我們的臨床經驗中，有時案主因為對自己的父母有很負面的印象，和創傷的經驗，這些經驗使他們一接觸到父母這個概念，就已經心身分離，進入焦慮和創傷重現的狀態。所以我們不能一味套用理想父母的技巧，可以按案主的需

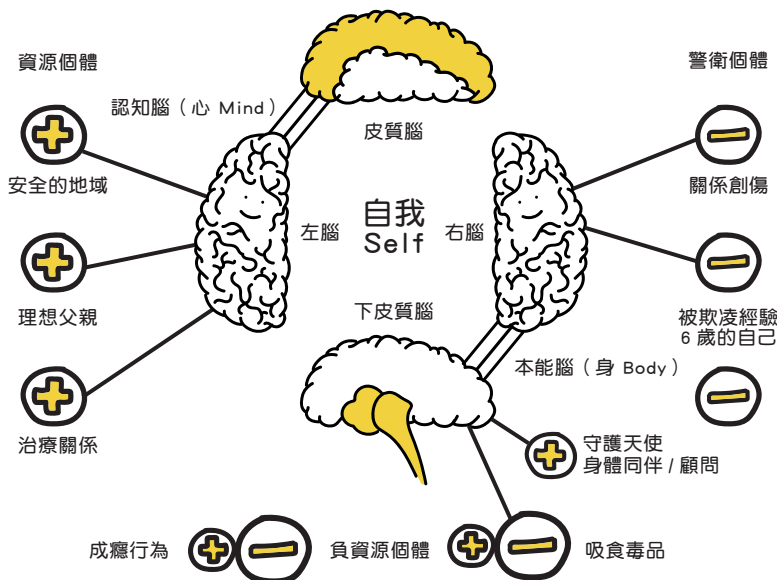


圖 31. 內在關顧系統內，建立資源後各成員的示意圖。

要，把它改變成理想的兄弟姊妹，或理想的朋友等等的理想人物。總之，這個角色需要能給案主一種安全、被關愛、接納、和支持的感覺就可以了。

此外，這位人物可以是一個虛構的角色，除非案主自己有一位很正面的人物，是沒有任何負面的印象的。因為我們希望能建立一個比較純正的正面的資源，虛構的人物比較能把案主內在本身所具有的正面特質，自由組合並賦予這個虛構的人物。我們的目的是提供一個途徑，讓案主能整合自己內在已有的正面資源特質，而組合成一個比較有力的正面資源個體，因為這個資源個體，越有力，就越能發揮治療的作用。很

多時，案主會選電影的角色作為這個資源個體的原形，因為電影中的角色一般比較性格突出和少雜質，很適合作這個用途。這些角色的例子如，電影《尋找快樂的故事》中韋史密夫（Will Smith）所飾演的爸爸；或者卡通片中的多啦A夢、千年女王、或韓劇中的愛心媽媽等等。在下面的案例中，明德選用了電影《海洋天堂》裡的主角，大福的爸爸作為這位內在的理想父親。這部戲講述的是一位叫大福的自閉症患者在父親的悉心照顧下，如何克服自己的限制，融入一般人的生活的故事。大福生性愛水，爸爸安排了他在海洋館工作，他每天都能和他喜愛的海洋動物一起。爸爸因患肝癌要離世時，告訴大福：「爸爸快要變成海龜了，你以後看到海洋館的海龜，就是見到爸爸。」雖然爸爸離開了他，但在大福的心中，他每天都可以繼續快樂地和變成了海龜的爸爸一起。

當案主開始想像這些人物成為自己理想的父親或母親時，或者自己的兄弟姊妹，或最好的朋友時，我們會運用想像的技巧，讓案主能看到、聽到、感受、甚至觸摸到這些人物正面關愛的互動，我們觀察到當案主能進入這種體驗時，往往會有很大的感動，就如親身經歷這種美好的經歷一樣，完成了這種美好的體驗時，我們會以元處理的過程，把這個右腦的正向經歷，鞏固和落實到左腦的認知和意識中，使這個經歷能在治療後成為案主的資源個體，繼續發揮它的作用。

下面我們會用明德的例子，為讀者提供一個資源建立的治療對話範例（留意：本書所有的對話，T 代表治療師，C 代表案主）。

T：如果現在讓你想像一個人，他在你身邊陪伴你，你會覺得很自在、很舒服，你能夠感覺到有力的支持，和他對你的接納和關愛，你會想起誰？

C：好難想啊。

T：你慢慢試試想想，可以是你看過的電影，或者卡通片的角色，可以是一些關愛你的父母、或者兄弟、姊妹、朋友的角色。

C：不需要是真實認識的人嗎？

T：可以是虛構的人物，只要能讓你產生被支持、接納和關愛的感覺就可以了，因為只要你能想像出的人物，就代表你內在認識這個資源的特質，就可以運用它來支援你自己了。

C：哦，原來是這樣……我很喜歡李連杰在《海洋天堂》中飾演大福爸爸的角色。

T：他有什麼特點使你選他？

C：因為他很愛他的兒子，無論自己多辛苦，都照顧他，一齊共患難，最後把很大的困難都解決了，使我感到好有希望！

T：太好了！你可以想像讓大福爸爸做你的父親嗎？你可以當他是來支持你的親生父母的，能補足他們的不足，你和親生父母的關係是不變的，可以嗎？（要小心處理案主和親生父母的關係，確認不會讓案主產生混亂。）

C：好呀！如果真是讓他做到我爸爸就好了！

T：好，在你的想像中，你可以把他當成是你的父親，經歷他對你的關愛。想像一下，如果現在大福爸爸坐在你旁邊，你是他的兒子。留意一下他向著你的表情是怎樣的？（可以多引導案主留意自己的感官意象頻道，產生所需的正面依附的感覺。）

C：我看到大福爸爸很放鬆地坐在沙發上，他微笑著，看著我。

T：看到他，感受一下自己，你的身體有沒有一些反應？（除了問案主有什麼感覺，我們可以轉換問問題的方式，增加案主的心身聯繫。）

C：我感到很溫暖，有一股暖流，通過我身體。（暖的感覺，可能是腹側迷走神經的反應，說明案主正經歷關愛的情感結連，這些正面的感覺需要加強。）

T：慢慢讓自己感受下這股暖流，讓自己舒服地坐在椅子上，慢慢感受一下大福爸爸對你的愛……

C：我覺得好舒服，感覺很安定和實在。

T：嗯，太好了！可不可以想像一下，大福爸爸和你說：「我會一世陪住你，關心同支持你。」

C：（點了點頭。）

T：聽到他這樣說，你裏面有什麼反應？

C：我覺得好安心，好幸福。

T：想像一下，現在有他陪住你，想一想，有他和你一起面對你目前的困難，你有什麼不同的感覺？（當案主對依附對象產生了正面的體驗後，可以想像和依附對象一起解決一些當前的困難，從而加深這種正面關係的結連。）

C：我覺得安心了很多，對太太離開了我，不感到這麼傷心了。

T：你覺得大福爸爸在太太和你分居這件事上，會對你說什麼？

C：他會說：「阿仔，雖然你和太太分開了，仍然可以定期探你的兒子，把愛帶給他們。」

T：是的，我也很認同大福爸爸說的，你雖然離了婚，但仍然可以做一個好爸爸。關鍵是讓孩子知道，爸爸媽媽分開不是他們的錯，是父母之間的事情，爸爸媽媽都會像以前一樣愛他們，聽到我這樣說，你覺得怎樣？（治療師在適當的時候，可以對案主加以適當的心理教育，加強案主的安全感和適應能力。重要的是，要詢問案主對治療師的意見的看法和感受，以避免把治療師的意見強加在案主身上。）

C：嗯，我也認同，我現在安心多了。

T：現在能有位愛你的爸爸陪伴著你，你覺得自己和以前有些什麼不同了？（開始元處理，鞏固剛建立的資源。）

C：我好像覺得沒有以前那麼孤單，人實在了很多。對將來好似看到了新的希望。

T：太好了！我也能感受到你的改變，為你感到高興！今天和我一起經歷這個資源建立的過程，你覺得怎樣？

C：我覺得很好，多謝你！開始時，我有些懷疑，不知道自己能不能做到，試過之後，真是覺得很有用。

T：很欣賞你願意嘗試，和多謝你信任我，你掌握得很快，也掌握得很好。現在嘗試想像一下，在你的工作和生活上，讓大福爸爸也陪著你，你會有什麼不一樣？

C：我會輕鬆很多，沒那麼繃緊了，對同事會比較沒那麼防備。

T：太好啦！你想不想多些用這個技巧，更加熟習，到有需要時，可以自然地用出來？

C：都好呀，是不是可以平時多些練練？

T：是呀，最好能夠養成習慣，無論有事沒事，每日都試試關愛一下自己，用這個方法關愛自己。我自己很多時候，吃完飯，休息的時候，都會試下做一組類似的自我關顧的技巧，一方面讓自己休息放鬆，一方面讓自己更熟悉這個技巧。你覺得這樣適不適合你？

C：好呀，我也會去試一下。

T：太好了，期待下次聽你分享你的體驗！（下次見面時，可以和案主一起回顧一下他的嘗試。）

12.3.5 身體顧問

身體顧問的技巧，在第九章的自我關顧技巧中有提及和論述，在心身關係的對偶中，我們的身體也是一個很重要的資源，他時刻為我們提供右腦的信息（意象、情緒、感覺、和活動），告訴我們周圍環境以及與他人互動的重要情況，

當我們把身體當成是一位顧問時，身體就成了我們內在一項重要的資源。**圖 31** 顯示，當我們把身體看成是這樣一位無條件愛我們，從出生到現在都 24 小時忠心陪伴，保護，和照顧我們的好夥伴時，身體就成為了正面的資源，於是我們就能接受和歡迎所有從身體而來的感性信息。**當我們能接受和聆聽這些信息時，身體就成為了我們的守護天使，也成為了我們的顧問，讓我們能深入地，心身並用地去理解和領悟所要處理的問題，而作出最適應性的決定。**基本上這是生命自覺所使用的進路（Gendlin, 2003），我們整合了有關的技巧應用在創傷治療中。

12.3.6 與不同時期的自己結連

當和案主建立了穩固的資源個體後，並且案主已能掌握和運用，就可以開始一些創傷治療的修正性經歷。案主在過去經歷創傷時的那段時間，那時所經驗的創傷成為了一個警衛個體（經歷負面經驗的內在個體），我們會把這個個體看成是案主較年輕時的自己（Younger Self），而治療這個創傷經歷的關鍵，在於能使案主和這個較年輕的自己，重新有正面的關係結連。由於創傷經歷，案主很可能會對這個年輕的自己，產生負面的感覺，當開始和這個負面的自己相遇時，我們需要先結連已建立的資源個體，如關愛自己的人、理想父母等等，然後治療師和現在的案主（Present Self）一起

通過想像，和這個較年輕的自己相遇。治療師會促進案主的資源個體和年輕自己的正面互動，使之成為一個修正性的經歷，從而達致記憶重構的效果。這個技巧分開 4 個步驟，下面會用例子詳細論述。

第一步 感覺聯想技巧——找出過去關鍵創傷經歷

創傷的經歷一般會以負面的感覺，和現在的經歷相連，例如，案主曾在求學時，被同學欺凌，在開始的時候，他不一定會告訴你這個創傷的經歷，他可能會告訴你，他在工作的地方和同事不和，他覺得同事常常針對他，而他也常常和同事有矛盾，於是借助毒品來減輕自己的情緒波動。從創傷知情的角度，我們會假想案主的每個呈現問題，可能是由於過去的一些經歷所導致的。但開始時，我們先不去追尋這個經歷，而是**先為案主建立資源個體**（參考本章上一節內容），因為我們不知道這個過去的經歷，會否是一個很大的創傷，假如案主接觸之後，產生很大的情緒反應，在建立穩固的資源個體之前，案主可能會很難處理這個反應，也不必要地增加了案主的負面經歷。而建立好了資源個體後，這些資源可以幫助案主調節情緒。

建立了資源個體後，如一位完全接納和支持案主的理想父親，我們**再引導案主回到這件事上**（與同事的矛盾），我們可以邀請案主想像他和理想父親一起，也同時在輔導室，

和治療師一起處理這個問題，我們可以通過感覺聯想的技巧（Floatback technique; Shapiro, 2017），讓案主找出和這個問題相關的事件。這個技巧是讓案主順著這個和同事相處時的感覺，回想一下有沒有曾發生的事，也給他這個感覺。案主可能會想起幾個經歷，我們盡量先處理最早期的經歷，因為這接近問題的根源。但在一些特殊的情況下，例如案主感到這個最初的經驗反應太大，有困難處理，即使有資源個體的支持，也難以面對，我們可以先選較近期的，反應沒有這麼大的事件先處理，因為處理完較近期的事件後，案主和其中一個年輕的自己有了正面的結連，又多了一個資源，可以更穩定處理較深的創傷經驗。這個過程可重複多次，直到案主把有關的創傷經歷完全處理好才完成。下面我們用明德的案例，展現治療過程中的對話。

T：聽到你說和同事的關係常有問題，你和他們一起的時候有什麼感覺？

C：我會覺得很不自在，總覺得他們在針對我。

T：現在慢慢感受一下這個不自在的感覺，你的身體有沒有一些反應？

C：我感到胸口很緊，呼吸有些困難，頭有些疼。

T：好的，現在讓我陪住你，一起回想一下（消除孤單感技巧）。以前有沒有一些經歷也有類似這樣的感覺，可以慢慢順著這個感覺想一想，最早有這個感覺的經歷，是什麼事情？

C：我記六歲時，剛上小學，當時我很瘦弱，班裏面有些高大的同學，常常在課後嘲笑我和欺負我，常常欺凌我，拿走我的文具和書本，讓我找不到，被老師責怪。我也不敢和父母說，因為他們對我很兇，我怕他們會責罵我……

T：聽到這個經歷，我為你感到難過，我好像能看到小時候的你很孤單，很需要幫助，但沒有人明白他和幫助他（治療師通過意象，代入案主的經歷，自然地表達同理心），不如讓我們一起回到過去，一起關心和支持一下六歲時的你好嗎？

C：嗯，好呀。

第二步 和年輕的自己結連

假如案主能和資源個體一起去面對年輕的自己，我們會先讓案主以旁觀者的角度，去觀察和體會當時自己的經歷，要注意的是，這裏可能會有多個角色，包括案主現在的自己、

治療師、資源個體（如想像中的理想父母）、年輕的自己（過去經歷創傷的個體部分）。一般會把年輕的自己想像成現在自己的弟弟或妹妹（可以提議並和案主確認），以促進情感關係結連，如果案主覺得不習慣，也可以選擇其他的角色，如好朋友，當案主建立了身體顧問，那麼身體顧問也可以成為案主的另一個資源個體。

首先治療師會引導案主現在的自己，去回顧年輕自己所經歷的情景，接納和理解當時自己的內在心理過程。治療師需要不斷**找機會讓案主對年輕的自己產生正面的感覺和體驗，並幫助現在自己和年輕的自己建立正面的關係結連**。可以詢問案主欣賞年輕自己的地方，明白當時的努力和限制，當案主對年輕的自己產生了關愛的感覺後，我們可以詢問案主，是否願意從此照顧這個年輕的自己。當案主願意接納這個部分（年輕的自己）時，這個部分就開始由警衛個體轉化為資源個體了，而和負資源個體（如吸毒、成癮行為）脫鉤。下面我們通過明德的案例，介紹一個與年輕自己結連的對話過程。

T：現在我和你一起，我們也邀請大福爸爸（案主的理想父母資源）和我們一起，你覺得好嗎？（多些資源，有助案主調節情緒，並成功進行記憶重構）

C：好呀。

T：感受一下，現在大福爸爸在你旁邊，和我們一起，你有什麼感覺？（先確立與資源個體的經驗結連）

C：我覺得很安心，很有安全感。

T：好的，現在也感受一下自己的身體，自己的同伴，一直陪伴你的守護天使，他有什麼信息給你？（幫助案主接觸身體顧問，增強心身結連）

C：我覺得他現在很穩妥，很期待，準備好一起去歷險，也有些緊張。

T：很好！當你現在感覺到 he 給你的信息時，和他結連時，他有什麼反應？

C：他又再安定了一些，覺得我們之間有種同心和合作的感覺。

T：嗯，很好呀！現在回想一下六歲時的 you，你眼前會出現什麼情景（開放讓案主自由地聯想當時的創傷經歷）。

C：我見到自己在課室，被五、六個同學圍著，我縮在角落，他們不停地嘲笑我。

T：看到這個情景，你有什麼感覺？

C：我覺得自己呼吸很淺，頭有些暈，我不想看六歲的自己，我覺得很不舒服（案主開始呈現創傷重現的反應，這個反應像是背側迷走神經的反應，有些抑鬱絕望的狀態。由於案主已離開了容納之窗的範圍，需要先幫助現在的案主調節情緒）。

T：我想邀請你看一看大福爸爸，看一看和你一起還有我，還有你的守護天使，你現在有什麼感覺？

C：我覺得好些了，不過仍然很不很舒服。

T：你看看大福爸爸，他會怎樣安慰你？

C：他會抱著我，告訴我，他會和我一起。

T：嗯，很好！感受一下他的手臂，他溫暖的擁抱，關愛的聲音，慢慢感受一下，我們留在這裏一會兒……

C：我覺得好些了，頭沒有暈了。

T：很好。現在我們一起回到你六歲的時候，去支持一下六歲的你，好嗎？

C：好的，他很需要人幫忙。

T：現在我和你，和你的守護天使，和大福爸爸一起，來到你小學時的課室，一起來到你六歲的你旁邊，你覺得爸爸見到這個情形，他會有什麼反應？（通過結連資源部分，促進案主產生修正性經歷）

C：他會很生氣和焦急，他會大聲喝止那班欺負我的同學。

T：然後呢？

C：然後他會抱住六歲的我（這時案主忍不住哭了出來……案主通過自己的資源個體，得到安全感，從而接觸到了核心情緒和適應性的反應）。

T：感受一下自己的眼淚，感受一下你的身體，守護天使有什麼信息給你？

C：他說，你很辛苦呀……（案主停了下來，開始哭得更厲害了）我實在太難了，太辛苦了，嗚嗚……（為自己創傷的經歷，感到哀傷，這是案主有了安全感之後，接觸到適應性的核心情緒的反應，是一個好的現象，可以幫助案主處理這個情緒）

T：你的確受了很多苦，經歷了很多困難，我能感受你的

眼淚，埋藏了很多的傷心和痛楚（通過代入案主的意象和感覺，治療師也能真誠地同理案主的感受），你很需要安全感，很需要支持，很需要陪伴（哀傷是一個適應性的情緒，一般反應被支持和安慰的需要，這時同理案主的需要，可以幫助他處理這個情緒）。

C：（案主慢慢停止了哭泣）我覺得哭了出來舒服了很多。

T：是呀，我都見到你放鬆了很多，現在可以看看六歲的你，他怎樣了？（先安定了現在的自己，然後才處理年輕自己的情緒）

C：他在爸爸的懷抱中沒有緊張了，那些欺負他的同學都走光了。

T：你看著六歲的你，想想他是你的弟弟，可以嗎？

C：可以。

T：你看到弟弟有沒有一些值得你欣賞的地方？

C：我覺得他很善良，心地很好，我現在發覺他亦都很堅強，很有抗逆力，遇到這麼多困難，都能夠熬到今天。

T：是呀，我都覺得他很堅強，很有忍耐力，實在非常不簡

單啊！你現在對弟弟有什麼感覺嗎？

C：我對他有一種憐憫和關愛的感覺。

T：很好，你很想照顧他。你有沒有話想和他說，或者想不想擁抱一下他，鼓勵他（治療師可以適當推動案主的適應性行為，讓他關愛年輕的自己）。

C：我只是想拍一下他的肩膀，和他說，你以後都不用怕了，我們會看著你，不會再有人欺負你了。

T：你說完了之後，看到他有什麼反應呀？

C：他很安心，人自在舒服了很多，他開始能笑了。

（到了這裏，案主與年輕的自己的結連步驟就完成了。）

第三步 代入年輕的自己，鞏固已轉化的資源個體

當年輕的自己仍處於負面狀態時，也就是轉化成資源個體之前，我們會引導案主通過現在的自己，在資源個體的支持下，以旁觀者的角度去和年輕的自己互動，這樣做的原因，是讓案主能常常處在容納之窗的範圍內，能保持在穩定的

情緒狀態中，有利進行修正性的經歷和轉化的工作。當年輕自己的部分被轉化為資源個體後（完成了第二步），我們就可以放心讓案主通過想像，代入年輕的自己，這樣做可以加強案主的鏡像神經元的功能，讓這個結連更穩固和親密，從而增進自我關愛的感覺。我們會引導案主在年輕自己的位置，經歷轉化後的正面感覺和體驗，讓這個自己經歷已有的資源個體的支持、接納、關懷、和照顧，最後再回到現在的自己。下面是通過明德的案例，呈現這個步驟的對話過程。

T：我想邀請你現在代入六歲的自己，感受一下改變了的自己。當你代入了六歲的自己時，就示意我，好嗎？

C：嗯，我預備好了。

T：現在從六歲的自己的角度，你看到的是怎樣的情景？

C：我覺得好像經歷完一場風暴，心裏面仍有些害怕，我見到你們，覺得有些陌生，不是很肯定你們會不會繼續和我一起。

T：我想邀請你現在看看大福爸爸，以你對他的了解，他會怎麼回應你？

C：他會說，兒子，你辛苦了，放心，我會一直保護你的。

T：你聽到他這樣說，有什麼感覺？

C：我的心定了很多。

T：試下想像一下大福爸爸抱著你，安慰你，你有什麼感覺？
（治療師可按需要，引導正向關係與體驗）

C：我覺得好舒服，我不用再害怕那班同學了。

T：很好，現在回到現在的自己（肯定了六歲自己的正面經驗後，回到現在的自己，最後以元處理來結束鞏固正向經驗）。

第四步 元處理

在完成了以上三個步驟後，一般來說，對創傷經歷的記憶重構已大致完成，我們在最後**加入元處理的步驟，能更堅固這個重構了的記憶，更好地完成治療創傷的工作**。在這個元處理的過程中，我們第一步先作重新經歷過去事件的元處理，然後再回到現在，為現在因創傷記憶得到治療，而產生的改變作元處理。**圖 32** 顯示了被治療的創傷經歷轉化後的圖畫，可以看到轉化了的自己，情緒穩定了。再不用靠負資源個體去維持情緒穩定。

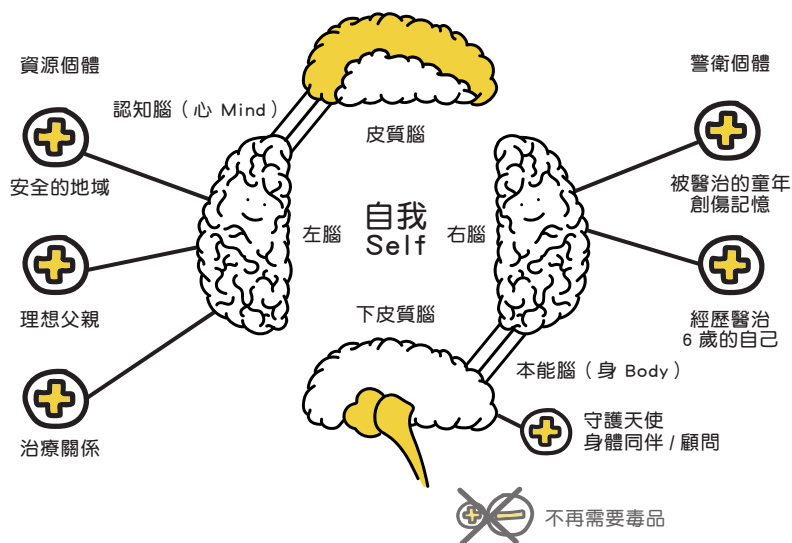


圖 32. 完成記憶重構後的內在關顧系統

下面再通過明德的案例，示範元處理步驟的對話過程。

T：感受一下自己和六歲的你之間的關係，你有什麼感覺？

C：我覺得和他親近了很多，之前我不太想想起他，因為會很不舒服？

T：你想不想和他說，從今以後。你會和他一起，會一直支持他，保護他？

C：好呀！

T：試一試在心裡和他說，說完了有甚麼感覺？

C：我覺得好像多了份責任，不過人感到很暖，很充實，很樂意這樣做（微笑）。

T：六歲的弟弟，聽到你這樣說，有什麼感覺？

C：他完全放心了，知道以前不好的事情已經都過去了。

T：太好了。經過了這個經歷，你體會到一些什麼？

C：我學到有困難時要找人幫手，不要自己硬撐，肯去找，一定有辦法的。

T：嗯，很認同你，辦法總比困難多。還有些什麼得著？

C：我覺得無論多辛苦，總會過去的，只要堅持，保持希望。

T：是呀。保持信心，保持希望，真是很重要。我很為你高興，因為見到你現在充滿了信心和希望。我們回到現在，你覺得自己和剛才有什麼不同了？（回到現在，為創傷得到治療而對現在產生的改變作元處理）

C：我覺得人輕鬆了，完全沒有了之前的緊張。

T：你對自己的看法和之前有沒有不同了？

C：我覺得自己好像高大了，有力量了。

T：當你回到你的工作崗位時，你覺得和同事的關係有沒有不同了。

C：我覺得沒有之前那麼害怕他們了，我知道他們和我小時候的同學是不同的，我不需要那麼防備他們了。

T：當你對同事放鬆了，多了安全感之後，你和他們的關係有沒有甚麼不同了？

C：我會比較放心和他們合作，可能會和他們建立友誼，起碼我很想嘗試一下。

T：聽到你這麼說，很為你高興，我相信你一定可以不斷成長，不斷進步，達成你的目標和理想的。

12.3.7 內在個體間的溝通

在和案主面談的過程中，有時候案主會出現內在矛盾的情況，例如，拿不定主意，或對親近的人的感覺又愛又恨，又或者面臨選擇時，左右矛盾，這種情況我們可以理解為，

有多個內在個體同時啟動，他們之間還未能達成協議，遇到這種情況，我們可以引導案主通過意象導引的技巧達成個體間的協議。**如果其中有些個體很固執，難以妥協和改變，也許和某些過往的創傷經驗相連，我們可以先暫停這個個體間溝通的過程，先處理創傷的經驗。**就像之前章節所論述的，在進行個體間溝通的過程中，最好能有已建立的資源個體參與，這樣有助穩定情緒和提升正面的修正性經歷。下面是通過明德的案例，進行內在個體間的溝通的對話過程範例。

C：我不知道應如何處理和我父母的關係，因為他們自小對我很差，我其實很生他們的氣，很不想再和他們來往。但是又覺得這樣不好。怕人說我不孝。

T：似乎你裏面有兩個部分，暫時未達成協議，一個很不滿爸爸媽媽，想不和他們來往，而另一個好擔心這樣會被人議論。

C：是呀，有些好為難的感覺。

T：看來這兩個部分都為你著想，都想幫你，不過大家有不同看法，不如和他們一起商量一下，看看可不可以達成共識？

C：好呀。

T：你想先聽那邊的意見？

C：我想先聽聽不滿那邊。

T：好呀，當你留意不滿那邊時，身體有什麼反應？

C：我覺得很憤怒，很不想再見到他們。

T：他會想和擔心別人的意見的那邊說些什麼？

C：他想說他很不舒服，見面只會吵架，為何要自討苦吃？

T：擔心那邊聽到他這樣說，有什麼意見？

C：他覺得爸爸媽媽年紀大了，沒有以前那麼執著了，可能有機會改善和他們的關係。

T：然後不滿那邊想如何回應？

C：他也認同，不過，過去的經驗實在太差了，他沒什麼信心。

T：擔心這邊又會怎樣回應呢？

C：他也明白的，所以他說不應該勉強自己，可以見步行步，做到多少就多少啦。

T：不滿那邊同意嗎？

C：他也同意，所以他說，先看看他們有沒有改變，可以嘗試一下，如果感覺不好就不勉強自己了。

T：你現在對這個問題有甚麼感覺？

C：覺得舒服多了，沒有之前那麼糾結了？

12.3.8 與情境個體的溝通

在第四章我們提到人與情境也可以發生關係。情境指的是一個處境或難題，所以當案主面對一個難題或處境時，可以把它看成是一個情境個體，這個個體，可以是一個正面的資源個體，也可以是一個警衛個體，或者是負資源個體（如成癮問題）。在和案主探討難題和處境時，**如果能把這個難題和處境意象化，案主就能開始把這個抽象的難題具體化，並和它發生關係互動。**而在這章所述及的技巧，就可以用上。

舉個例子，案主面對的是吸毒的難題，第一步是把這個難題意象化，這個過程類似敘事治療中的**外化技巧**

(Externalization)，在關係為本的進路中，我們把這種技巧稱為關係化 (Relationalization)，情境外化的結果是難題與案主自我的分化，成為獨立的個體，從而難題和案主之間能建立有意義的關係，促進適應性的調節和改變，外化是途徑，關係和調節是目的。

治療師詢問案主如果用一樣東西，可以是物件、人、動物、或圖像去代表吸毒，你會用什麼去代表？在這個例子中，案主選用了「損友」來代表吸毒的問題，然後和案主運用資源個體對話的方式，來處理這個問題。

下面我們通過實際的對話來呈現這個過程。

C：吸毒的問題困擾了我很多年，本來想停很多次了，但最後都重吸，使我很沮喪。

T：這個問題的確很困擾，如果用一樣東西，可以是物件、地方、人、動物，或圖像去代表吸毒，你會用什麼去代表？

C：很難想呀……（有時案主在開始時不習慣，需要給時間和鼓勵。但如果案主很抗拒，或真的想不到，也可以轉用其他的方法）

T：不要緊，慢慢想想，用什麼代表都可以，只要你覺得像就可以了。

C：哈哈……（想著想著，笑了出來），他好像一個損友那樣，沒有了他就好悶，很想找他，但見完他之後，就糟糕了。但是總是撇不掉他……

T：現在想像一下，自己面對這個損友，他的樣子是怎樣的呢？（開始打開案主右腦的意象和經驗頻道）

C：他的樣子很吸引，穿的衣服很有型，但是他會一直拉著我，不讓我走，要我不斷給錢和他玩，最後把我的錢、時間和健康都拿走。但我和他一起玩得好開心，很不想離開他。

T：現在的你，在旁觀者的位置，看看和這個損友一起的你（意識另一個自我個體，是和損友一起的，促進反思），你有甚麼感覺？

C：我很明白和同情他，很想叫他不要這樣浪費青春，但是又知道沒用，因為當他一個人的時候，他會好孤單，好不舒服，好像整個世界都是灰色的。他很害怕和人接觸，覺得自己很差，很沒用（當案主在一個旁觀者的角度，會比較容易感受和意識到問題的根源）。

T：你真的很了解他，我們嘗試在想像中和他一起，他是你

的弟弟，你想不想邀請你的理想爸爸和你一起陪伴弟弟？

C：好啊。

T：可以把你現在看到的景象描述一下給我聽嗎？（讓案主自己描述右腦的意象）

C：我見到弟弟坐在我和爸爸中間，你在我們的旁邊，現在你和爸爸和我一起陪伴著弟弟。

T：你感覺到什麼？

C：我感覺到弟弟沒有感到那麼孤單了。他有些笑容了。

T：看到他笑，有我們陪，多了安全感，你有什麼感覺？

C：我也覺得很安慰，心裡有些溫暖的感覺。

T：你有什麼話想和你弟弟說？

C：我想告訴他，我明白你，我會陪著你，你不用害怕（眼睛有些感動的淚光）。

T：（治療師幫助案主接觸和處理這個感動的情緒，做一個小的元處理，此處略去……）你爸爸在旁邊會說什麼？

C：爸爸會很有耐心，他會輕拍弟弟的背，安慰他，會和他說，不用擔心，我們會和你一起，你有什麼需要，我們都會幫助你，你不用再去吸毒了。

T：看看弟弟他現在怎樣了？

C：弟弟現在很平靜，他在爸爸的懷裏，很有安全感。

T：我想邀請你，想像把自己代入弟弟的位置，感受一下他現在的感覺……現在想像你成為了弟弟，能體會他的感覺了嗎？

C：（案主點頭，在這裏會和弟弟一起進行一次小型的元處理，鞏固這個正面的經驗，這部分的細節略去。）

T：現在在弟弟的位置，對那位損友有什麼感覺？

C：很奇怪，他仍有些吸引，但好像低了很多，我已經不太想和他一起了。

治療師在結束時會和案主一起就整個體驗作一個完整的元處理，讀者可以參考本章的元處理例子，在這裏不再重複了。案主有了以上的體驗後，日後遇到心癮，也可以重新記起這次經驗，去減少吸食毒品。治療師在後續的治療中，也

可以繼續幫助案主處理導致人際關係問題的創傷，以及轉化這些創傷的內在個體，使它們成為資源，並與自己更好的結連，以達致完全戒除毒癮的效果。



13

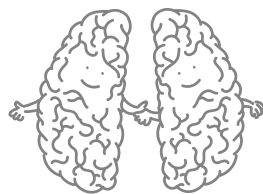
結束治療

13.1 預防復吸的階段

完成了治療介入的階段後，案主主要的創傷經驗已通過修正性的經歷和記憶重構得到處理和治療。案主在這個時候，在和自己關係的範疇上已有足夠的提高，以致他們能不再依靠毒品去調節自己的狀態和情緒。案主已準備好進入最後的治療階段，就是預防復吸的階段。

在這個階段中，治療師仍會陪伴案主，這時比較像是一位教練的角色，目的是促進案主繼續使用和熟練已掌握的技巧，能獨立處理問題。在這個階段，促進和鼓勵案主與他人建立健康的人際關係和網絡是一項很重要的工作。案主過去的人際關係網絡可能會比較負面，朋輩的影響可能會提高案主復吸的危機，尤其是在剛剛戒癮的階段。

幫助案主慢慢脫離不良的關係網絡和建立新的健康關係網絡，是對於預防復吸很重要的一步，我們不打算在這個部分著墨太多，因為知道業界同工在這方面已有豐富的資源和經驗，如小組活動、群體活動、健康社區的建立等等的手法。很多的機構在這方面已有成熟的經驗和服務配合。同工有需要也可參考有關的文獻。



13.2 結束治療

能成功地結束治療是一個喜悅和值得慶祝的時刻。如果發現案主對於結束有些不捨，這是正常的現象，同時也有可能顯示案主仍依靠治療師的面見，作為他們重要的資源。

「相遇・傷癒」治療模式的設計，是通過建立和強化案主內在的資源來達致治療的目標，治療師與案主的結連，是一個達致案主能靠自己內在資源獨立處理問題的橋樑。因此在結束階段，治療師可多專注促進案主使用已建立的內在資源和正面經驗，給予他們更多機會自己嘗試，並取得成功的經驗，同時可以逐漸隔長些時間見面，讓案主慢慢適應獨立處理問題。

結束
治療

我們也有不少個案，在成功戒毒之後，有心繼續以過來人的身份加入同工的隊伍，這是最讓我們感到欣慰的事情。過來人的經歷對於新的服務使用者，具有更強的說服力和治療效果，這些過來人同工，是戒毒工作中很寶貴的資源，很值得我們用心去栽培和愛護。

能看到服務使用者成功戒除毒癮，並且得到有意義的個人成長，人生重拾力量和希望，相信是每一位從事戒毒服務的同工最感欣慰的事情。雖然戒毒的工作存在著很大

的挑戰，應算得上是輔導工作中最艱辛的治療過程之一，然而得益於很多有心人和同工們的不斷探索和努力，今天我們有幸能看到多種具效用的治療理論和模式如雨後春筍般湧現，使我們能更有信心和資源來完成這項艱辛的工作。

我們希望在分享經驗的同時，也與同工們互勉，一起努力，使戒毒的工作能不斷地完善，治療效果能不斷得以提高。



14

前線同工經驗分享

承蒙禁毒基金贊助，本中心在 2018-2022 年期間推行兩個禁毒基金計劃，鑽研及發展以創傷知情、關係為本的戒毒治療模式，透過一連串培訓向業界同工分享當中的理論與技巧，實務經驗的整理，得以讓我們團隊製作英文版及中文版的工具書，以供業界同工使用。作為一名戒毒輔導服務的前線同工，有幸參與當中的培訓及個案督導小組，將培訓所學所悟嘗試運用於前線工作，從中有很深的體會，讓我反思該以一個怎樣的眼光與態度重新去認識及理解我的服務使用者，以致能更深入地理解他們的實際處境與需要，成為他們在戒毒歷程中其中一位同行者。

多年前，初出茅廬的我，本著一顆讓個案成功戒毒的心志作為自己工作上的指標。過程中當然處處碰壁，甚至會因為個案的冷淡、無動於衷的反應以及戒毒停滯不前而產生無力感。多年後，當我對創傷與吸毒問題之間的關係理解多了，使我不至於只將著眼點放在個案的戒毒成效，而忽略了吸毒背後的根源問題。自此，我多了一個角度去理解我所跟進的個案，不只看到他們表面的吸毒問題，更關注及敏銳他們吸毒背後的創傷經歷。即使他們的外表如何冷漠及像是失去靈魂似的軀殼內，其實都是曾經受過傷害的小孩一樣。我希望將本來的無力感漸漸化為工作的動力，以關懷的心連結個案的內心世界。



在創傷治療導向下，我漸漸得出了一個結論，就是眾多個案的吸毒行為與創傷經歷有著密切的關係，他們常以毒品麻醉自己，暫時中斷回憶一些創傷經歷的片段或者因創傷經歷所帶來的負面情緒。當看到毒品影響著個案的思維及感受，以致難以連繫自己的感覺及情緒，也為之而痛心。作為工作人員，若然對他們這個處境多了認識和理解，更能讓我們以同理心及耐心面對他們，向他們提供的心理治療或者服務能更切合實際需要。我們能在輔導過程中協助他們理解吸毒行為如何受以往的創傷經驗所影響，讓他們也能有一個新角度自我了解。同時，工作人員如果能引導他們多些留意感受及身體感覺，也較能讓他們重新與自己連結，甚至連結他人。

當個案帶著毒品問題求助，第一次面對一位素未謀面的社工時，相信他們內心都充滿著恐懼、擔心而變得戰戰兢兢。我們時常說第一印象或者第一感覺對初次見面的人來說很重要，作為社工都很重視與個案的第一次約見，若能給予個案一些正面舒服的感覺，相信能為日後維持一個穩定的工作關係定下重要的基礎。此時的我，並不急於將焦點放在吸毒與戒毒的問題上，反而較為關注眼前的這位求助者此時此刻的心情，他正在面對讓他感困擾的處境，他所關注的事情為焦點，進而展現出關懷，表達願意與他們同行面對問題，一起尋求一些可行的解決方案，並給予希望。如何營造一個充滿

安全感的空間及氣氛很重要，同時讓個案感受到有人願意聆聽、陪伴、讓他們不覺得孤單，彼此間的安全感自然地產生。在輔導的過程中，適當的停頓能發揮作用，個案才有足夠的空間留意及感受這份支持與鼓勵的力量，感受身體的感覺及接收到的信息。這是一個進入治療創傷過程的開始，亦是邁向戒毒的歷程。

作為助人者，我們會慣性地問個案的感受，但很少留意自己的身體反應或者感受。當聽到個案分享一些難過或恐怖的場面和經歷時，我們都會有不舒服的感受，我們都需要誠實地面對及接納這些真實的感覺。因此，適當的喘息空間及自我關顧是不能缺少的。在輔導的過程中，需觀察及評估個案的承受能力，避免其情緒過分澎湃。遇到這個情況，我會嘗試讓對方停一停，同時也會留意自己有種不舒服的感覺，例如會心跳加速，這時都會有意識地提醒自己也需啟動自我調節的部分，自我接納及告知個案有關自己聽後的感受，真誠的分享也有助連結個案，讓個案感受被明白被重視，有人替自己感到難過。過程中，我們以真誠認真的態度對待個案過去的傷痛經歷，並以關懷憐憫的心去關注他們內在的情感需要，陪伴當下的感受，這些都是輔導過程中工作人員與個案的共同經歷。相信大部分的前線同工們，在見個案時都甚少留意自身的內在感受與反應，所以同情疲乏逐漸地反映在

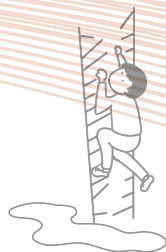


我們前線的同工身上，因為我們將太多專注力放於個案所描述的內容，深陷其中而不自知，甚至將負能量吸入而導致身心疲累的感覺。所以，培訓讓我明白有意識地作出適當的抽離以及自我關顧的重要性，這才能讓我們與個案走得更遠。在這三年多，有數位接觸過的個案讓我甚為印象深刻及感動，他們的轉變與成長讓我看到人的美善，為我的工作帶來了希望以及滿足感，有助我維持工作的初心，很想藉此有個簡單的分享。

在前線接觸的一位戒毒婦女同時亦是一位母親，在她年幼時父母離異，對她而言，她是一個被遺棄的小孩，在缺乏父母保護的環境下成長，展開長期寄人籬下的日子，讓個案對人缺乏安全感及信任，更沒有作為一個父母角色的榜樣可跟隨。當她成為一位母親，身邊的人對她有很多期望，她承受著很多親職方面的責任及壓力。當無從抒發情緒或者壓力大的時候，吸毒空間便成為了暫時歇息的時候。在我看來，個案在照顧子女方面以及教養方面，或許未能符合大眾的標準而受到質疑與否定，個案對自己作為母親的角色及能力因而產生了愧疚及無力感。當個案向我訴說著身邊的人如何評價她的親職能力或者教養方面的處事方式，我並不會評論她所做的是否符合大眾的標準或者評價好壞，但我會表達我看到她的出發點是為子女，指出那份對子女的重視及出於真心

的付出，我認為她不是需要別人稱讚自己將子女照顧得有多好或者很懂得教育子女，反而讓個案感受到被明白，看到她辛勞背後所付出的真心真意，正正是個案最想被認同的部分。當個案感受到這份肯定，亦能從心而發地自我接納與肯定，她們便會釋放壓力及無力感，無需再使用毒品減壓或者掩蓋無力感，自然減低對毒品的渴求減低，重新找到作為母親的親職意義，建立信心及滿足感。雖然個案是一名吸毒者，有一段缺乏家庭溫暖而又充滿創傷的成長經歷，但無礙她成為一位稱職母親的決心，子女的出現讓個案重新獲得愛的力量以及改變的動力，並為著子女的成長努力戒毒。

面對媽媽突然離世，對個案的打擊很大，多年來也自覺未能走出哀傷。失去至親、繼而無法從伴侶身上得到依靠，更在子女出世後經歷骨肉間的分離……種種的失去及對生活前景毫無把握的不安感覺，對個案來說實在太難面對。每當夜闌人靜時，個案的情緒就如過山車般起伏不定，所有負面的情緒一湧而上，讓個案無法承受內心的沉重及翻騰的感覺，所以不難理解為何夜闌人靜成為了她復吸毒品的高危處境。作為工作員，會替她的遭遇而難過。同理心或者情感共通就是嘗試代入處境，感受當事人的感受。獨自面對生活上的種種困難，這份強烈的孤單感實在難以



招架。作為她的社工，同行與穩定的關顧有助與她建立穩定的工作關係。在跟進個案的過程中，我嘗試理解個案所呈現的情緒反應，理解她內在的情感需要。在輔導過程中給予個案尊重、陪伴、讚賞、關心及情感方面的支持，更重要是讓個案也能理解自己的創傷經驗帶來的情緒與吸毒關係，讓個案也能感受到被明白被理解，而不是只看到吸毒問題而導致無法與子女團聚的困局。個案對子女的愧疚時常侵蝕著她的理性思維，為她帶來了很多負面思想與情緒。作為工作員，讓她知道有人會看到她的努力付出及正面改變，發現她的強項，欣賞她為子女的付出，為她而感到安慰。雖然個案與兒子每次的互動時間很短，但最重要的是讓個案接收到一個信息，就是全心全意及有質素的陪伴才是最珍貴的。另一方面，正正是這份骨肉相連的母子之情驅使個案改變，產生動力和生命力，讓這種情感產生自癒的作用，協助個案建立正面的經驗並重新喜愛自己，減少自我批判及自責的情緒，增加多些正向思維，朝著一家團聚的目標進發。

當初約見的一位中年男士，他一直抱著及不停地捉緊自己的背包，他外顯的行為中展現出內心的不安。在太太眼中，他是一位沉默寡言，有吸毒問題的危險人物。長期缺乏社交圈子及聆聽自己的傾訴對象，最親的太太也只看到他的吸毒行為，沒有關懷及鼓勵，整天嚷著要離婚。個

案內心充滿了寂寞，變得越來越沉默。面對這位個案的首要挑戰是融化他的防衛機制，當我告訴他所看到的狀況：即使他有吸毒習慣，仍能堅持工作有固定收入，相信是為了向家庭提供經濟需要；堅持不離婚，相信是為維繫一個完整家庭並對兒子成長需要的重視。在前期工作，我並沒有與個案討論如何戒毒，而是找出個案的亮點，避免大家都困在一個死胡同般的狀態。我由衷地表達我看到他的表面行為背後的正面動機，自此個案變得不一樣了，並不像最初的沉默寡言，開始變得輕鬆，漸漸地分享了很多過去的經歷及想法。我亦開始對個案的狀態多了理解。在個案中一階段，哥哥遇上工業意外離世，在發生意外的前一天，個案因接過哥哥給予的五百元而開心。當家人忙於處理哥哥的身後事，家裡亦瀰漫著沉重的傷痛，媽媽及姐姐均無暇關心個案。對於一個當時只是就讀中一的男生，他不懂得如何反應及沒有任何途徑可以表達自己的恐懼與難過，也沒有得到任何人的開解。後來更將哥哥的死變成自己的錯，總是想假若當天沒有接過五百元，會否結局就不一樣呢？個案形容這麼多年就像一把刀插在心口，很想拔出卻無奈不夠力量。聽到個案這麼深入的分享，我很心痛他承受這種想法多年。自小爸爸因債務問題離開家庭，個案最害怕同學問起爸爸在哪裡，個案感覺自卑。哥哥的離世以及生活在一個單親家庭，年少時已經習慣了選擇沉默及逃



避一些不想面對的處境及情緒，令我開始明白為何個案想逃避太太或者煩惱時便會以咳水麻醉自己，咳水在壓力來襲時就像充當著一個依靠。只要個案對社工有足夠的安全感及信任，他就願意將內心的深層感受及眼淚表露出來，減少壓抑。在一次難得的機會，個案在我的陪同下，心理學家與他進行了一次情景重塑。過程中，個案提及一直都沒有勇氣到墳前拜祭哥哥及媽媽，因為他一直將哥哥的意外身亡與自己扯上關係，也無法面對這種傷痛，而一直未能處理吸毒問題並心感愧疚，無法面對離世的媽媽，但個案靜下來時就會很掛念他們。心理學家邀請個案並得他的同意下，有我及心理學家陪同下構思前往拜祭的場景。個案十分投入，想象購買一些媽媽哥哥生前喜歡吃的食物以及他們的喜好（例如麻雀牌及電單車）。個案與他們很開心地聊起兒時一起過節的情景，還有深情地與他們對話。過程中，心理學家問個案會對他們說什麼，他們有什麼回應或者反應，社工在旁觀察著個案的反應及表情，亦能感受到那份真實，感受到個案對親人的掛念以及釋懷。

男個案往往容易給予人一種不苟言笑、沉默寡言的形象，很難進入他們的內心世界。曾經接觸過一位男個案，他身形健碩，說話大大咧咧，在急促的語氣下手舞足蹈，起初面對他時，會有種莫名的壓迫感，心裡在想，他表現出這樣的神

情與語氣，好像遭受過很多不滿及壓力下所呈現的反應。他坦白地說，曾經接觸過很多社工，他覺得社工對他們這一類的「粗人」會有定型的印象及看法，亦因為有多次出入喜靈洲的記錄，連自己都會質疑是否真的能成功戒毒。對他來說，女兒被安排入住保良局，他只能順應要求戒毒。面對這個帶著一顆不是心甘情願的心態，我覺得需要改變這種心態才能進入輔導的核心。我在前線工作上接觸過很多不同類型的服務對象，我相信「外表再硬朗的人，內心都會有柔軟的部分。」往往強悍的表面其實是其中一個自我保護的機制。個案在以往的經驗中接觸過太多權威人士了，第一次見面時也感覺他像刺蝟般面對著我。我希望給予個案一種對等的關係，沒有批判性，不指責及說大道理，也不將驗尿機制掛在口邊。相反，我嘗試以一個同樣作為父母的身份與他分享面對骨肉分離的焦急及不安。漸漸地，個案焦躁不安的情緒在言語間稍微減少，漸漸地願意與我坦誠對話，我亦會把他對人慣性的溝通模式視為直率的表現，他漸漸地也沒有了最初見面的那種壓迫感了。後來，我對個案的成長背景多了深入的了解，原來他成長在一個單親家庭，三姐弟均是吸毒者。在個案尚年輕時，大家姐突然跳樓自殺，家裡頓然失去經濟支柱，個案成為了家庭中的經濟支柱，肩負起這個無法言喻的重擔。對當時的他來說，他不清楚這份壓力的來源，只知道沒有錢便要想盡



辦法維持生活，不假思索地直衝，掩蓋了內心的壓力，日子久了壓力像層層疊般積壓起來。成為了父親後，再擔起另一個家庭時，更無暇關顧自己的需要，原來個案一直都不敢意識或者正視內心的壓力及恐懼，只知道當他的生活環境中籠罩著很多煩惱事情時，毒品能暫時給他喘息的空間。當然，家庭支柱可以是一種無形的壓力，但亦可以是一種幸福的動力。社工與個案共同找到了一個很強的戒毒動機。當個案說起女兒時無意間會展露出含蓄卻又真摯的笑容，迎接女兒回家度假前，他會刻意購買玩具，上網搜尋一些給兒童進食的食譜，我能從他身上感受到滿滿的父愛以及對女兒的重視，相信即使面對再辛勞的工作或者壓力，都能讓個案找到愛的力量。再艱難的生活，日子都要如常地過，最重要是我們能找到背後支撐著我們努力前進的力量。在這位男個案身上，我正正看到了這份強大的父愛，這份父愛成為了個案的戒毒動機。

從以上個案的生命故事中，成長的創傷經歷均為他們帶來了很多難以磨滅的傷痛，甚至對人產生恐懼及不安全感。最初在缺乏創傷治療導向去理解他們，以前的我會將焦點放在如何協助個案戒毒，而忽略了吸毒行為背後的真正需要。承受過關係上帶來的創傷經歷，個案更需要體驗正向關係。當他們在輔導過程中感受過被聆聽、被接納、被明白及被肯

定後，他們隨之而產生修正性的經歷，重新與人連結，重新產生對人的信任及安全感。雖然過去的經歷無法從記憶中抹去，但與個案共同經歷通過想像和意象導引的技巧，進行情景重塑後，感受到當中的力量，個案從中修正了一些負面感受，體驗了自主和修正性的正面經歷，通過記憶重構的過程達致創傷療癒。這些經驗均在過往工作經驗中未曾嘗試過，能有此機會親身體驗確實難得。個案工作的點滴難以一一盡錄，但在助人的過程中，讓我們找到助人工作的意義。當我們見證過個案跨越很多艱難後，成功戒毒或改善吸毒問題，相信當中的喜悅與滿足感足以讓我們繼續在這個服務行業上與服務對象同行。我衷心感謝那些曾在我的職涯中出現過的每位個案，他們的生命故事感動過我，豐富了我的工作經驗，亦給予我很多正面的體會。期盼我仍能在未來的工作上堅守中心格言：「不忘初衷，同行堅持」。

路德會青怡中心
區月顏姑娘

參考文獻

- Alonzo, D., & Gearing, R. E. (2017). *Suicide assessment and treatment: Empirical and evidence-based practices*. Springer Publishing Company.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Badenoch, B. (2008). *Being a brain-wise therapist: A practical guide to interpersonal neurobiology (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Banmen, A., & Banmen, J. (Eds.). (1991). *Meditations of Virginia Satir: Peace within, peace between, peace among*. Science and Behavior Books, Incorporated.
- Brown, D. P., & Elliott, D. S. (2016). *Attachment disturbances in adults: Treatment for comprehensive repair*. WW Norton & Co.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association.
- Craig, B. (2015). *How do you feel?: An interoceptive moment with your neurobiological self*. Princeton University Press.
- Descartes, R. (1850). *Discourse on the method of rightly conducting the reason, and seeking truth in the sciences*. Sutherland and Knox.
- Ecker, B., Ticic, R., & Hulley, L. (2012). *Unlocking the emotional brain: Eliminating symptoms at their roots using memory reconsolidation*. Routledge.
- Ekman, P. (1992). "Facial Expressions of Emotion: New Findings, New Questions". *Psychological Science*. 3 (1): 34–38.
- Emmerson, G. (2007). *Ego state therapy*. Crown House Publishing.
- Fabritius, F., & Hagemann, H. W. (2018). *The leading brain: Powerful science-based strategies for achieving peak performance*. Penguin.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. Basic Books.
- Frankl, V. E. (1988). *The will to meaning: Foundations and applications of logotherapy*. Basic Books.

- therapy. Penguin.
- Gendlin, E. T. (2003). *Focusing: how to gain direct access to your body's knowledge*. Vintage Publishing.
- Geurts, B. (2018). Making sense of self talk. *Review of Philosophy and Psychology*, 9(2), 271-285.
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, 35, 991-999. doi:10.1037/0003-066x.35.11.991
- Gielen, N., Havermans, R., Tekelenburg, M., & Jansen, A. (2012). Prevalence of post-traumatic stress disorder among patients with substance use disorder: It is higher than clinicians think it is. *European Journal of psychotraumatology*, 3(1), 17734.
- Greenberg, J. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Hanson, R. (2013). *Hardwiring happiness: The practical science of reshaping your brain-and your life*. Random House.
- Jobes, D. A. (2016). *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. Guilford Publications.
- Kazantzis, N., Beck, J. S., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Rapee, R. M. (2013). Collaborative empiricism as the central therapeutic relationship element in CBT: An expert panel discussion at the 7th International Congress of Cognitive Psychotherapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(4), 386-400.
- Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and anxiety*, 27(12), 1077-1086.
- Lam, T., Lau, C. (2020). *Seeking connection: A relational approach to trauma-informed substance abuse intervention treatment manual*. Hong Kong Lutheran Social Service.

- Levine, P. A. (2010a). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2010b). *Healing trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body*. ReadHowYouWant.com.
- MacLean, P. D. (1990). *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. Springer Science & Business Media.
- Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). The labile nature of consolidation theory. *Nature Reviews Neuroscience*, 1(3), 216-219.
- Northoff, G., & Bermpohl, F. (2004). Cortical midline structures and the self. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(3), 102-107.
- Parnell, L. (2013). *Attachment-focused EMDR: Healing relational trauma*. WW Norton & Company.
- Pavuluri, M., & May, A. (2015). I feel, therefore, I am: the insula and its role in human emotion, cognition and the sensory-motor system. *AIMS Neurosci*, 2(1), 18-27.
- Pfizer. (n.d.). *Patient Health Questionnaire Screeners*. Retrieved June 9, 2022, from <https://www.phqscreeners.com/>
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318.
- Riess, H., & Neporent, L. (2018). *The Empathy effect: Seven neuroscience-based keys for transforming the way we live, love, work, and connect across differences*. Sounds True.
- Schore, A. N. (2003). *Affect regulation and the repair of the self (norton series on interpersonal neurobiology)* (Vol. 2). WW Norton & Company.
- Schore, A. N. (2012). *The science of the art of psychotherapy (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Schore, A. N. (2015). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Routledge.

- Schwartz, J. M. (1997). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. New York: Harper Perennial.
- Schwartz, R. C., & Sweezy, M. (2019). *Internal family systems therapy*. Guilford Publications.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Shea, S. C. (2016). *Psychiatric interviewing E-Book: The art of understanding: A practical guide for psychiatrists, psychologists, counselors, social workers, nurses, and other mental health professionals*. Elsevier Health Sciences.
- Siegel, D. J. (2010). *Mindsight: The new science of personal transformation*. Bantam.
- Siegel, D. J. (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- Siegel, D. J. (2016). *Mind: A journey to the heart of being human (Norton series on interpersonal neurobiology)*. WW Norton & Company.
- Singer, J. L., & Pope, K. S. (Eds.). (1979). *The power of human imagination: New methods in psychotherapy*. Springer Science & Business Media.
- Spitzer et al. (n.d.). *Instruction manual. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 measures*. Retrieved June 9, 2022, from <https://www.phqscreeners.com/>
- Van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin UK.
- Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (2017). *The embodied mind, revised edition: Cognitive science and human experience*. MIT press.
- White, M., Wijaya, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.

濫用精神藥物者輔導中心

路德會青欣中心

新界上水清河邨清頌樓地下

聯絡電話：2660 0400

傳真號碼：2662 0444

電子郵件：y07@hklss.hk

<http://cheer-ccpsa.hklss.hk>

路德會青怡中心

九龍觀塘馬蹄徑二號

聯絡電話：2712 0097

傳真號碼：2712 9906

電子郵件：y08@hklss.hk

<http://evergreen-ccpsa.hklss.hk>

路德會青彩中心

新界將軍澳至善街六號怡明邨怡茵樓附翼一樓

聯絡電話：2330 8004

傳真號碼：2330 8071

電子郵件：y10@hklss.hk

<http://rainbow-ccpsa.hklss.hk>

賭博失調者輔導及治療中心

路德會青亮中心

新界大埔廣福道 33 號美德大廈 2 字樓 A 室

聯絡電話：2661 7048

傳真號碼：2667 2199

電子郵件：y09@hklss.hk

<http://sunshine-ccg.hklss.hk>

「相遇・傷癒」—— 創傷知情戒毒治療實務手冊

出版：香港路德會社會服務處 輔導服務中心組

督印人：行政總裁 雷慧靈博士 J P

編著：林安佑 劉美娟 區月顏

校對：張明燕 區月顏

封面設計：廣美創作及設計公司

美術設計：梁肇康

排版設計：KALE @Feather Publishing

版次：2022 年 7 月

印刷數量：500 本

國際標準書號 ISBN：978-988-74723-2-2

網址：<http://evergreen-ccpsa.hklss.hk>

電郵：y08@hklss.hk

贊助：禁毒基金

版權所有 不得翻印