

專題演講1

台灣九二一震災醫療重見回顧與省思  
—建構社區整合性照護體系

邱泰源

邱泰源簡歷

學歷

日本國立東京大學/醫學研究所  
中國醫藥大學

經歷

台大醫學院家庭醫學科副教授  
台大醫學院家庭醫學科助理教授  
台北縣金山鄉衛生所主任兼醫師

現職

國立台灣大學醫學院家庭醫學科教授兼主任  
國立台灣大學醫學院附設醫院家庭醫學部主任  
台灣家庭醫學醫學會理事長

研究領域

家庭醫學、社區醫學、安寧緩和醫學



## 摘要

作者與單位：邱泰源\*\* 陳慶餘\*\* 李明濱# 侯勝茂# 謝博生#

#台大醫學院 社區醫學研究群

\*台灣家庭醫學醫學會

台大醫學院推動以社區為基礎的台大醫療體系，並於1999年7月成立桃園社區醫療群，不久台灣即發生九二一大地震。災害發生後，當時台大醫學院謝博生院長應中央研究院李遠哲院長之邀，於「災後重建民間諮詢團」及「全國民間災後重建聯盟」負責醫療衛生重建之諮詢與協調工作。在民間諮詢團「醫療衛生、教育、社會小組」同意之下，提出「品質教育、健康社區」的理念，以「建構健康社區」為醫療衛生重建的目標，將災民的身心社會重建納入台大醫療體系的任務中，並聯合台灣家庭醫學醫學會（陳慶餘理事長）、台灣精神醫學會（李明濱理事長）及災區的基層醫師們共同參與，積極推展災區醫療衛生及生活重建工作。

台大醫療體系當時執行的災後重建工作，主要的內容包括：心理重建、醫療服務、教育訓練及制度改革。在心理重建方面，重點在篩選高危險群、進行危機介入及個案處理；在醫療服務方面，重點在提供高品質、整體性及人性化的醫療照護；在教育訓練方面，重點在提供心理衛生及長期照護訓練並培訓醫療衛生重建所需人力；在制度改革方面，重點在建立整合性醫療服務系統。

震災發生後，許多災民遷入臨時屋，原來之社區瓦解，生活型態改變，經濟發生困難，心理社會問題呈現。台大醫療體系除了提供心理輔導及專業性的醫療服務之外，災後幾年間並舉辦多元的活動來激勵重建意志，協助產業復興。除此之外，台大醫學院也成立社區醫學研究群，由侯勝茂教授擔任主持人，並分為五個任務編組包括：規劃訓練組、心理重建組、社區發展組、推展協調組及資訊網路組，並由醫學院多位老師負責共

同推展災區重建及台大醫療體系相關工作，九二一震災後幾年，有相當成效。

災後重建是耗時長久而內容複雜的社會再造工程，台大醫療體系投入鹿谷竹山社區醫療衛生重建，不但充分體現了醫療界關懷社會的愛心，也發展一個模式，提供其他社區及團體參考。台大醫療體系具有多方面的目標，在醫療服務方面，提供「以社區為基礎、以病人為中心的整合性醫療服務」，工作團隊包括醫師、護士及其他成員。在教學訓練方面，辦理住院醫師及醫護學生「以社區為基礎的醫學教育」，讓年輕醫師及護理人員在訓練過程中，有機會獲得「社區醫療」經驗。在學術研究方面，強調醫療服務提供及醫療費用支付之改進，希望能提供政府做為改善衛生醫療制度之參考。以上的目標的達成，提供近十年來醫療體系與醫學教育改革重大政策的參考基礎。



專題演講 2

## 創傷經驗的轉化 —成長、壓抑，或憂鬱、自殺

吳英璋

### 吳英璋簡歷

#### 學歷

台灣大學心理學學士 (民國54-58年)  
台灣大學心理研究所碩士 (民國59-61年)  
台灣大學心理研究所博士 (民國61-67年)

#### 經歷

台北市立療養院心理室主任 民國67-68  
台灣大學心理系副教授 民國68-77  
中華心理衛生協會理事 民國69-  
台灣大學心理系教授 民國77-  
台北市政府教育局局長 (借調) 民國84-87  
中國心理學會理事長 民國90-91  
台灣憂鬱症防治協會理事 民國91-  
台灣臨床心理學會理事長 民國92-93  
考試院秘書長 (借調) 民國93-94

#### 現職

台灣大學心理系教授

#### 教授課程

健康心理學  
心理病理學  
臨床心理學  
教育心理學

## 摘要

### 壹、生命的脆弱源自生命中的災難與創傷經驗

#### 一、壓力因應、危機與災難創傷經驗的轉化

##### (一) 何謂危機 (Crisis)

某件事情的發生，經過個人主觀的解釋，作用於個人的身心組織上，造成個人暫時性的心理解組(disorganization)。該「事件」即為危機的起源，一般可區分成：

##### (1) 情境性的危機起源

(1-1) 現實環境上的事件，如：人為的意外事件與天然災害等。

(1-2) 個人的事件，如生病、因意外而發生殘障等。

(1-3) 人際的、社會的事件，如親人死亡、離婚等。

##### (2) 發展性的危機起源

(2-1) 人類共同有的身心發展歷程，如：從嬰兒期進入幼兒期，幼兒期進入兒童期，兒童期進入青春期(少年期與青少年期)，青春期進入青年期，青年期進入成人期，成人期進入中年期，中年期進入老年期，老年期進入面對死亡等，進入一個新的階段，即可能是一項成長上的危機。

##### (3) 文化社會性的危機起源

(3-1) 由社會文化價值觀引起的；如：工作場的性別歧視、種族歧視等；

(3-2) 由社會結構性因素引起的；如：犯罪區位差異所引起的不同受害的可能性等；

危機通常會形成以下狀況：

(1) 主觀覺得自己的能力與所擁有的社會資源 (social resources) 不足以應付該情境；

(2) 平常能做的問題解決策略與技能似失去效能；

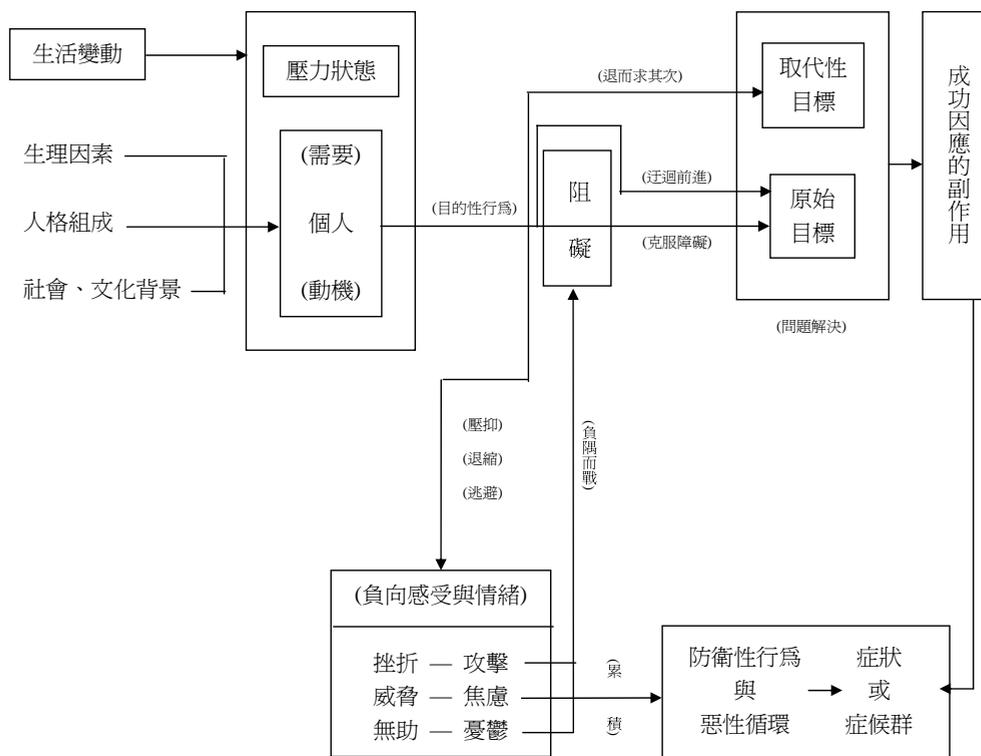
(3) 產生相當強度的情緒反應；

##### (二) 壓力情境的因應

(1) 壓力因應的五種類型(參見下圖一)



- (1) 克服阻礙；
  - (2) 迂迴前進；
  - (3) 取代性目標；
  - (4) 壓抑、退縮、逃避；
  - (5) 負隅而戰
- (2) 情緒取向的因應、問題取向的因應，以及意義取向的因應。
- (三) 生命概念系統的形成與災難創傷經驗的轉化
- (1) 生命經驗是一連續流動的「生命概念系統之運作」



圖一：因應困難的發生：心理學模式

(改寫自吳英璋，民69)

(1-1) 每個人自出生開始即主動的對其生活中之種種情況與種種事物「賦予意義」；藉由意義的賦予，個人可以令他的周遭世界成為可被瞭解，可被預期的世界；而這項「賦予意義」的結果是形成了個人「對自己」與「對世界」的「認識」、「相信、信念」以及「價值觀」；這些「認識」、「相信、信念」以及「價值觀」形成之後，即依個人的邏輯架構集結成有結構的「生命概念系統」；而已經結構了的個人的「生命概念系統」會回過頭來影響了個人於其生活中如何對各種事物（經驗）繼續賦予意義。(Adler,1931；Drake,1999；Hodgkinson & Stewart,1991)

(1-2) 每個人的生命概念系統大致上分成幾個系統，類似下述四個系統 (Danieli,1995)：

系統一：從生理活動諸現象到心理活動諸現象的概念系統

系統二：從一般人際現象到家庭、社會、社區等較特殊的人際現象的概念系統

系統三：教育（學習）的、專業的、職業的領域裡各種現象的概念系統

系統四：物質的、經濟的、政治的、國家的、國際的領域裡各種現象之概念系統

以時間作為主軸，個人在這四個系統裡的「賦予意義」活動，是平行並存且相互影響的。亦即分成四系統來描述生命概念系統只是一種方便描述其內涵與運作特性的作法，這四系統仍然是統整成為一個整體結構的生命概念系統（請參見圖二）

(1-3) 以時間作為主軸，前一時間點的生命概念系統可以相當程度地決定了下一時間點的「意義賦予」活動，並且將其結果繼續累積於生命概念系統中，形成某種程度的調整或擴充。這項特性即形成了個人從「過去」到「現在」、到「未來」的連續性 (Danieli,1995；Drake,1995；Tedeschi & Calhoun,1995)，以及從每天生活種種情況的因應過程累積（學習）新的經驗，建立（擴充）個人的資源，用來因應未來的生活情境。(Hobfoll, et al 1996)

(1-4) 身心較健康的人較能夠同時且正確的覺察大部分的自己的生命概念系



統及其運作情況，且能較自由的掌握並運作其系統。（Danieli,1995；Hodgkinson & Stewart,1991）

## (2)災難下的創傷經驗威脅著個人生命概念系統的正常運作

(2-1)「創傷」指稱的是生活中某種情況發生，個人的因應經驗無法被他原有的生命概念系統順利地「賦予意義」，並整合到原有的系統中，（該項經驗仍留在個人的記憶裡，只是無法被賦予意義而整合進入原系統中）造成整體或部分的系統運作之阻礙，或造成系統內各次系統間的「斷裂」（次系統間形成衝突，或無法依原有的邏輯架構統整在一起）（Danieli,1995；Hodgkinson & Stewart,1991；Tedeschi & Calhoun,1995）（請參見圖二）

(2-2)「災難性的創傷」指稱的是該項創傷的劇烈程度足以造成累積了相當多、且無法被賦予意義與整合在個人記憶裡之經驗，因而個人的生命概念系統產生相當程度的斷裂，其運作產生相當大的阻礙，而令他無法繼續因應生活中的某些情況（甚至包括無法因應原先很容易因應的生活情況）。（Hodgkinson & Stewart,1991；Danieli,1995）

(2-3)災難下的情緒運作(emotional processing)可以被視為前述系統運作時的阻礙或斷裂的吸收(absorbing)過程；藉由情緒的運作，將這些累積的，但無法被賦予的經驗吸收，並將之減緩到可以不妨害生命概念系統的常態運作(Rachman,1980)。

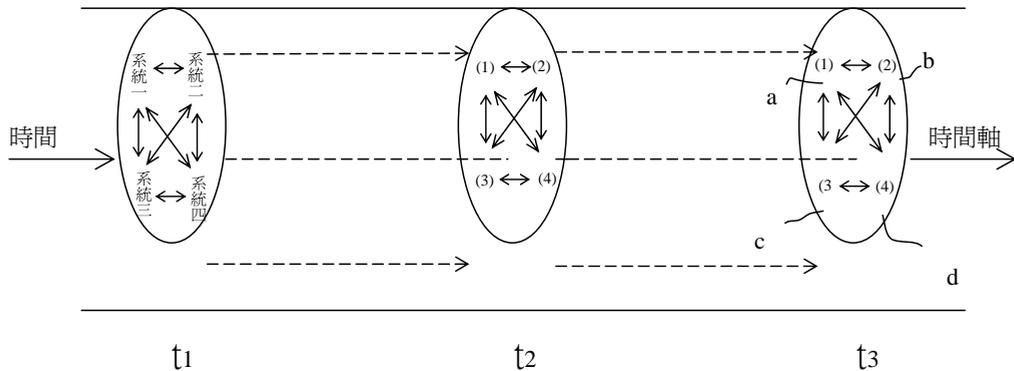
這項吸收過程是否能夠成功，其影響的因素有三類：

- (a)、個人原有的生命概念系統之內涵與結構情況
- (b)、災難的性質
- (c)、災難後的整體環境復原狀況

其中，又以(a)最為重要，亦即個人的「信念、相信」、「價值觀（包含動機背後的價值觀）」、「知識（包含知識衍生的技能）」等等，對個人是否可以從創傷中，順利地藉由情緒運作歷程完成生命概念系統的再整合之影響最大(Hodgkinson & Stewart,1991)。

隨著時間，生命概念系統連續地運作

## (五) 以活力－資源模式來看生活事件與災變的因應



說明：

1. 於時間點一( t1 ),生命概念系統流對當時的生活經驗進行「賦予意義」的活動,其結果又集結回到概念系統中。
2. 某一時間點的生命概念系統是一有結構的整體。亦即此概念系統可以分成四個大的次系統,而各次系統又可以再細分成次一級的次系統。各次系統間是平行並存的,且又是可互相影響的。
3. 時間點一( t1 )的生命概念系統可以「決定」時間點二( t2 )的系統,亦即t1的生命概念系統相當強勢地影響了t2之生活經驗的「賦予意義」,但是這項意義之賦予可能集結回到原系統中,而形成「新的系統(調整或擴充了的系統)」,因而生命概念系統從時間點一( t1 )到二( t2 ),到( t3 )可以保持其連續性,但也可能繼續調整與擴充。

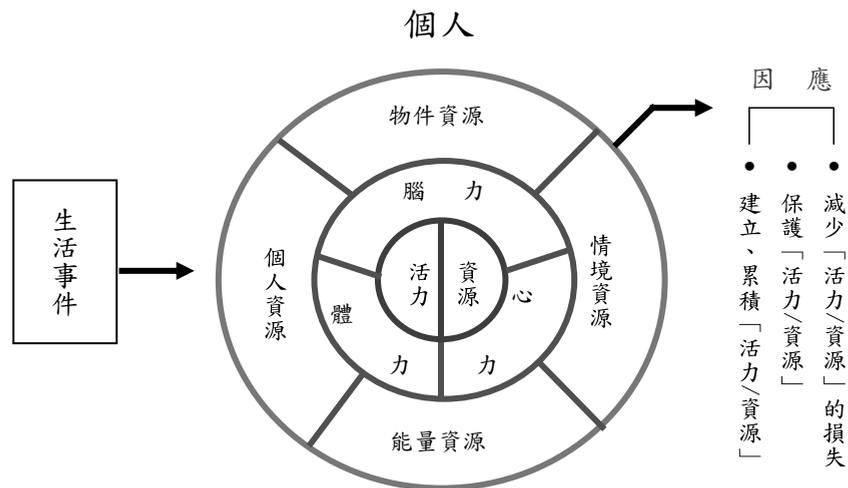
圖二 生命概念系統於時間軸運作示意圖

如果將「面對災變」視為「面對危機」的一種特殊狀態，而「面對危機」又可視為「面對生活情況」的一種特殊情況，則瞭解個人如何因應災變，即需從其面對日常生活情況討論起。

面對生活中大大小小的每件事情，我們都在花費不同程度的「活力」與「資源」，而在面對的同時，也在嘗試再建或增加「活力」與「資源」；若無法達



到這個目的，即退而求其次，試著保護原有的「活力」與「資源」；若仍舊無法達到這個目的，最後的底線是努力儘量減少「活力」與「資源」的損失<sup>(註一)</sup>。(參見圖三)



圖三 「活力」與「資源」對生活事件的因應

「活力」是生活的力量，可以大分為三類：（1）腦力。所有認知的活動都是腦力的表現，如：動腦子吸收訊息、分析訊息、解釋訊息、思考、記憶、解決問題、下決定等等，都是「腦力」。（2）心力。所有情緒、感情、以及心情的表現，都屬於心力。覺得稱心滿意、傷心、憂心、擔心、愛心、關心、焦慮不安、憤怒、生氣、快樂、幸福等等都是「心力」。（3）體力。所有表現出動作、行動或保持某種姿勢，都是體力的作用。只要不是深睡狀態或是打坐入定，一個人或多或少都在花費體力。

「資源」是活力的來源，可以分成四大類：（1）物件資源，是個人所擁有的各項物件，如：音響、房子、裝飾、衣服、車子、電腦等等。（2）情境資源，是個人喜歡的、重視的生活情境，如：穩定的工作、和諧的家庭、良好的人際關係、良好的社區、衛生的居住環境等等。（3）個人資源，是個人的特

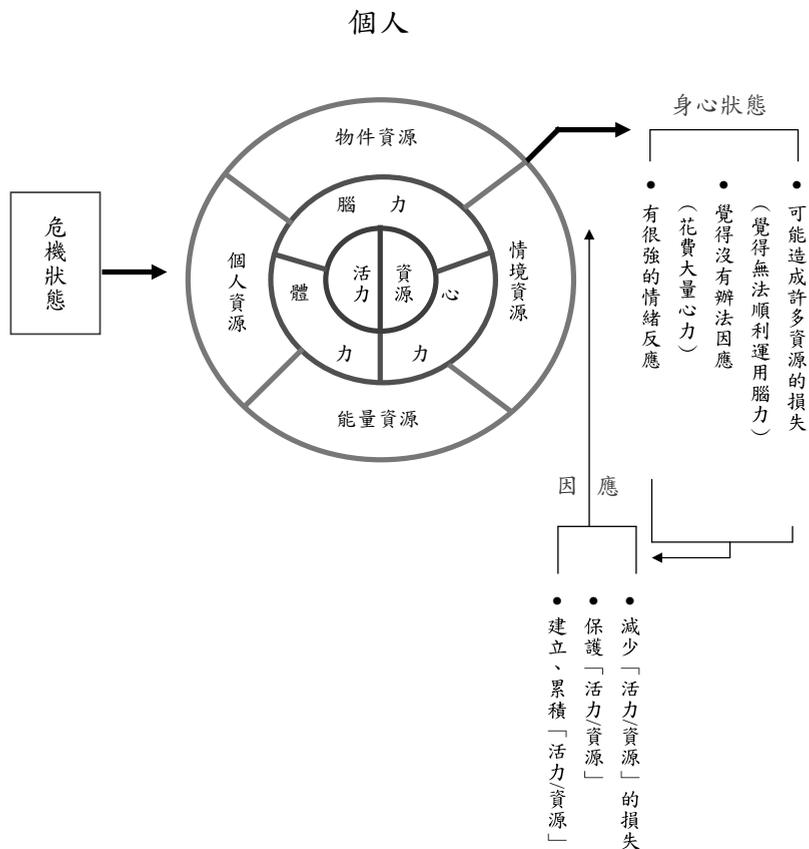
(註一) 此項觀點是參考Hobfoll (1988) 的論述。

質與能力，如：工作技能與工作態度、社交技能與社交態度、自尊與自信、親和力、領導能力、自我效能感等等。（4）能量資源，是用以獲取其他資源的資源，如：錢的積蓄、擁有的知識、給予他人協助、個人在社會上的信用等等（同註一）。

「面對危機」時，與面對一般生活事件相同的是因應的原則仍舊是建立/累積「活力/資源」，保護「活力/資源」，或減少「活力/資源」的損耗。不過通常面對危機時，會有很強的內在情緒反應（表示花費了大量的心力）；如果這些內在的情緒未能有效的抒解（即經由情緒的表達，如直接的哭泣、尖叫、嘶喊、傾訴，或間接的昇華在藝術活動或體育活動中），就會積累在個人內部，令個人覺得難受。所以，「很強的內在情緒反應」可以被視為一種個人能量的積蓄狀態，擁有強大的爆發可能性。處於很強的內在情緒反應的同時，個人的腦力便無法順利取用，因而會有過渡性的「無能」的感覺，例如平常能做現在也能做得到的問題解決，會因為這種無能的感覺而無法順利運作。在這種情況下，「可能」會造成許多資源損失。不過，如果有恰當的危機介入（crisis intervention），協助個人適當的抒發情緒，讓心力可以恰當的作用，再進一步協助個人順當的運用腦力於吸收訊息、分析訊息、解釋訊息，令危機狀況轉化成個人可以處理的「訊息」，再經過「作決定」的選擇策略，則會逐漸形成問題解決的可能性。在這種歷程中，原先的威脅：「可能造成許多資源的損失」，即有可能回歸到建立/累積資源、保護資源，以及減少資源損失的正常因應歷程中。（參見圖四）

「面對災變」是種更大的危機。它引起更強的內在情緒反應，其內在能量的積累可以大到令個人無法承受，而採取類似動物的「裝死」的自我防衛，切斷心力的消耗，表現出「嚇呆了」的驚愕狀態。在這種情況下，腦力自然也無法順利運作。不過「面對災變」與「面對危機」的最大不同是「已造成」許多資源的損失<sup>(註三)</sup>。因此，在這種情況下的危機介入，除了仍然需要承接其情緒的表

(註三) 對某些經歷過大挫折的人而言，或許可能修養成某種「境由心生」，「以悲劇的精神創造受難意義」的面對困境之本事，則對這些人而言，永遠不會有「已造成」許多資源損失的情況，只有「可能造成」許多資源損失的情況。但這種人終究是少數，此處暫不討論。



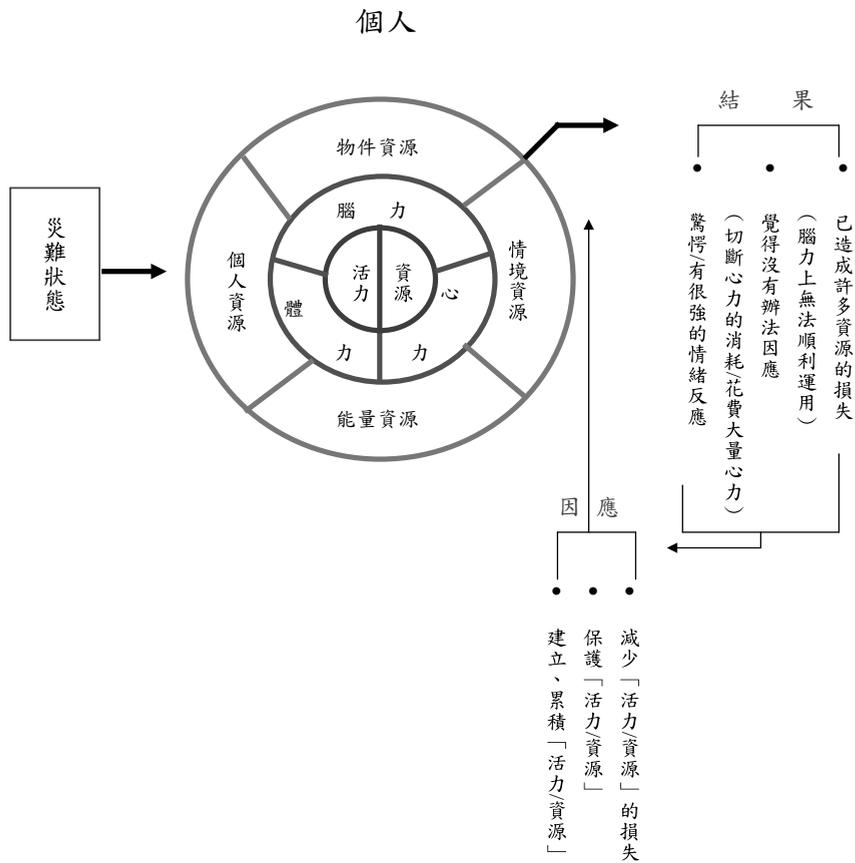
圖四 「活力」與「資源」對危機狀況的因應

露外，另一方面則是協助他接受這項事實（避免一再消耗心力與體力），「告別」這些資源，再從其他方補充這些資源的損失。（參見圖五）

以「活力—資源」模式說明個人面對生活事件或災變的因應，是較偏向「靜態的」一件件事件的分析，實際上生命經驗是連續不斷的，一件件事件經驗串成生命概念系統的生命流。

## 二、生命的內涵與身心健康

若將前文所討論之生命概念系統換個分類向度，生命可以包含「生物、生理的生命」、「心理的生命」、以及「哲學、心靈的生命」。另一方面若試將生命概念涵蓋人



圖五 「活力」與「資源」對災變的因應

所賴以生存的環境，則可以包含「團體、社會的生命」、「文化的生命」、「環境的生命」等。由於人與環境的關係是密不可分的，所以個人的生命與社會、環境的生命必然息息相關。

生物、生理的生命主要是指個人從受精卵、胚胎、出生、成長、成熟到老死的整個過程，以及個別的細胞、組織、器官、系統、到整個人等等各層次的內涵。「過程」說明的是生物、生理生命常態與非常態的連續性變化，「內涵」則說明各種生物、生理生命的現象。在合宜的情況下，各種生命現象會有常態的變化，從自然的出生，到自然的



老死，健康地走完一生；而在不合宜的情況下，則會有非常態的變化，也就是生病了。

心理的生命談的是「我（self）」的生命。通常多將之比擬成生理生命的形式進行瞭解。在過程上，有發生、成長、成熟的常態性與非常態性變化；在內涵上有認知、智能、情緒、行為態度、人格等的大系統分類（而在每一個系統裡還有次系統的分類）。心理的生命是依賴著生理的生命才能有所表現，也就是生理的生命是心理的生命之基礎。沒有生理的生命，必然沒有心理的生命，然而心理的生命與生理的生命是有差別的；如：第一，生理的各內涵（各層次、各系統）之成熟大致上在18歲至25歲左右完成，心理的各內涵則可能一輩子都在繼續成熟（如理解能力）；第二，相對於環境的刺激（要求），生理的生命是被動的適應，但心理的生命則可以主動的因應。亦即能對環境進行操弄與改變的，是心理的生命，因此，心理的生命常被放在「因應環境之功能」的角度上進行討論。若從功能的觀點看心理的生命，則有某些心理功能會很快就老死了，例如：視像（imagery）的功能，對大多數人而言，在上了中學以後就消失了；又如：發出各類語音的能力，常在二、三歲之後就消失了，亦即過了這個年紀，大多數人發出的語音就會限制在某個範圍內，而不是各類語音都能表現出來。不過，一般在討論心理的生命時，較重視的是「我」。這個「我」像個總司令一般的統禦著所有的心理功能。

哲學、心靈的生命是關於信仰與價值觀的生命。「信仰」是種不懷疑的相信。個人的信仰有些並不為個人所覺知（如：這世界是有秩序的；我是安全的；上天是公平的…等這一類的信仰是在地震震壞了它們之後，才發現原來我有這些信仰），有些則是個人清楚認知，強烈的主張，甚至以生命維護該信仰的存在（如：個人認定的生存意義）。每個人從小到大都在建立生命的意義，而當這些意義持續且銜接得很好，個人會有持續的穩定的感覺。

心理部份與心靈部份兩者間的區分與其相關連性是：心理部份通常是個人對環境的作用，包括比較被動的對各類環境刺激的因應，比較主動的對各類環境刺激的操弄，以及伴隨著這兩類活動的情感性活動。「各類環境刺激」可以分成兩大類，一是藉聲音、音、味、觸刺激個人的物理環境刺激，另一是由人我關係所形成的社會環境刺激。個人

在任一時刻都在接受這些刺激；有些時候是較主動的選擇某一些刺激作因應，有些時候則較被動的接受「無法避免」的刺激作因應。所以，有些時候個人是較被動的因應環境的要求，有些時候是較主動的操弄環境。在前一類的情況下，個人可能進行著問題取向（problem-oriented）的因應，可能進行情緒取向(emotion-oriented)的因應，也可能採取逃避式(avoidance)的因應。心理能量較高或較健康的人，通常在這種因應過程中，有較多可以根據時空之細微不同的因應彈性；而心理能量較低或健康情況較差的個人，則容易表現出固持不變的因應策略與方式。後一類情況下，個人是在操弄環境刺激，在創造出新的生活環境，包括建立一幢適合居住的房屋，建立好的家庭氣氛，形成良好的人際關係，領導團體達成目標，創造出美的影音刺激等等。而在這兩類情況下，皆伴隨著個人情感性的活動；因成功覺得興奮、愉悅，因失敗覺得挫折、憂心，因完成目標而覺得安心，因受災難而覺得不安、惶恐，因創作而覺得喜悅、自信等等。

這些都是人對環境的作用，因此也常有人認為心理部份是較「功能性」的心理活動。

心靈部份通常是個人的對生涯、對生命的主張、信仰，以及對某種價值觀的堅持。個人對生活（生命）所擁有的主張、信仰或價值觀，個人並不一定即清楚的意識到他的這些主張、信仰或價值觀。從小所接受到的，從父母、師長、社會環境所傳遞的主張、信仰或價值觀，會以某種形式內化於個人的內心而不再為個人所意識到，但對個人的行為卻有極確定的影響力。較健康的人除了可以較清楚意識到這些內化了的的主張、信仰、以及價值觀之外，通常亦較易持有積極的人生觀，面對挫折的積極信念，以及面對困境的積極的受難意義。

心靈部份的內化了的的主張、信仰、價值觀經常會成為個人「內在的刺激」而要求個人心理部份的因應。前述之「主動操弄」環境、「操弄出新的更好的生活環境」，其中絕大部份是個人接受這些來自心靈部份的「內在刺激」而作的因應。另一方面，個人面對環境的因應與操弄結果，也常是個人心靈部份的基礎。常常面對挫折克服挫折的人，往往更容易有積極的人生觀就是最好的寫照。



表一：個人層次與家庭層次的心理健康與心靈健康簡述表

	心理的健康	心靈的健康
一、個人層次		
a.積極的健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 具有因應各種生活需求或困境的能力與彈性。</li> <li>● 具有創造更好的生活環境（包含藝文方面的創造）的能力。</li> <li>● 生活中，有相當多的時間或場合，覺得愉悅或幸福。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 有清楚的活著的意義，包括為自己、為他人、為某種生活目標的生活意義。</li> <li>● 有生命的信仰，表現在積極的人生觀、面對挫折的積極信念、面對困境（含傷殘、死亡）的積極的受難意義。</li> </ul>
b.消極的健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 沒有心理疾病</li> <li>● 沒有生活上的不適應</li> <li>● 生活中，不會經常有難受或不舒服的感受。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 雖然沒有清楚的生活意義，但也不至於認為生活是沒有意義的。</li> <li>● 雖然沒有積極的人生觀，但也不至於認為人生是悲觀。</li> </ul>
二、家庭層次		
a.積極的健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 具有足夠的經濟能力、理財能力。</li> <li>● 具有相互的情緒支持與相互的尊重，這份支持與尊重在所有的家庭成員間達到相當的平衡。</li> <li>● 能撫育下一代，教導對錯觀念、教導生活的態度與技能、教導對人對生命的尊重。</li> <li>● 能解決家庭的問題，也能幫助其他成員解決問題。</li> <li>● 有相當不錯的家庭氣氛，吸引住每一個成員。</li> <li>● 經濟能力可以維持家庭的基本生活。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 有家的整體感，成員有對家的忠誠感，並投入於家的經營。</li> <li>● 有整個家的相當一致的對錯觀念、對人的尊重、對生命的信仰、對心靈生活的期盼與共同努力。</li> <li>● 有家的規矩、倫理與家族傳統的傳承。</li> </ul>
b.消極的健康	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 雖然沒有很好的相互支持，但也不致常有矛盾與爭執。</li> <li>● 可以提供孩子基本的教養環境。</li> <li>● 家庭問題雖然不一定有完好的解決，但也不至於沒有解決或惡化。</li> <li>● 雖然沒有很好的家庭氣氛，但也不至於有不好的家庭氣氛。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 雖然不一定有家的整體感與忠誠感。但也不至於相互排斥、或相互分離。</li> <li>● 大致上不會有觀念上或價值觀上的衝突、或生活信仰上的衝突。</li> <li>● 雖然不一定有家的規矩、倫理，但在行事與相互對待上，也不至於有矛盾或衝突。</li> </ul>

以上的描述是針對個人的描述。以相同的原則，亦可以說明一個家庭、一個城鎮、一個社區、乃至於一個國家的心靈與心理兩部分的區分與相關連性。此處僅以表一呈現出個人層次與家庭層次的心理心靈兩部份的描述。

哲學、心靈的生命與心理的生命是相輔相成的，亦即豐富而有效能的心理生命容易形成包容性較大的哲學、心靈生命；反之，亦同。

前述之「一個家庭」、「一個家族」、「一個學校」、「一個鄉鎮」、「一個團體」的心理與心靈兩部分的整體表現即為社會、文化的生命。平常容易聽到的是結婚週年慶、校慶、會慶等，或家族史、學校史、鄉鎮史等之類的語詞描述一種社會、文化的生命。由於這種描述相當抽象，若未能細究其對個人（個別成員）的意涵，常容易被忽略了其對個人心理生命、哲學心靈生命、甚至生理生命的影響。

這個向度的生命可以從個人的社會網絡（social network）與社會支援系統（social support system）作較具體的瞭解。當一個人有較廣闊的社會網絡，他可以接觸到較多的社會資源，也同時會面對較多的社會要求（social demands）；如果他有能力處理後者，則他就有更多的機會滿足自己的需求。社會支援系統是社會網絡中，對個人提供支持性資源的系統。通常社會支援系統較強的人，較能有效的滿足自己的需求，較能有效面對各種壓力，也較容易建立正向的人生意義。

**環境的生命**指稱的是個人生活的自然環境所能提供資源的能力，及這項能力的持久性。從大處說，人類的文明是建立在大自然所提供的各種資源。原先人們以為這些資源是取之不盡用之不竭的，但近年來人們已經越來越傾向於認為地球所能承載的人類的需求是有限的，若不重視其自然的循環，以求生生不息，終有一天會「死亡」。從小處看個人與環境的關係，可以小自個人的「房間」、「垃圾處理」、「選用洗衣粉」等來談環境的「發生」、「持續」、「變化」、甚至「死亡」。

## 貳、自我傷害行為及其預防

### 一、自我傷害的可能成因

- (1) 自我傷害（自殺）行為指稱的是：一個人有意地對自己的身體做出傷害性的行為。



## 自我傷害行為簡述表

1.自殺	成功的結束自己的生命
2.企圖自殺 (嘗試自殺)	以自我的意願與手段，企圖嘗試結束自己的生命，但並未成功
3.自我傷害 (狹義的)	以任何方式傷害自己的身心健康，但並不清楚是否自己有結束生命的意識存在
4.攻擊行為	有意地傷害他人的身心健康，甚至有危及他人生命的行為，藉此讓自己處於危險中。
5.憂鬱反應	情緒上感覺到失落、沮喪、傷心、悲悽，思想上出現「沒有希望」、「我有罪」的想法；行為上表現出「突然、異乎平常的行為」、「濫用酒精或藥物」，「攻擊他人」等行為。

### (2) 自我傷害的可能因素

#### (2-1) 以「自我傷害」因應環境：

自我傷害行為有可能是一種特殊的「溝通行為」，一種人對環境的因應方式 (Tabachinick & Farberow, 1961)。

#### (2-2) 性格上的脆弱性與潛意識的攻擊

決定個人之企圖與行動的另一項心理因素是「性格」。在動力性理論中，「性格」主要指的是「自我功能 (ego function)」或「自我結構 (ego organization)」。

#### (2-3) 自我傷害行為 (自殺) 是一種社會問題 (Durkeim, 1930)。

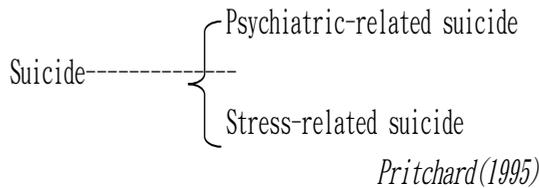
涂式以為由一群人組成之「社會」，必然會形成該社會的「團體意識 (collective conscience)」，而這個團體意識 (或其中的一部份) 會轉化成規範個人於此社會中的恰當行為之標準。當團體意識內化不清楚或產生混淆，或團體意識並沒有轉化成清楚地規範個人行為之規則，於此情況下發生自殺，被稱為脫序型自殺。

#### (2-4) 系統理論的主張

Heilig(1983)以為社會學與動力性理論及其延伸的觀點主要在說明個人內 (intrapersonal) 與人際間 (interpersonal) 的某些狀態對是否發生自我傷害行為的影響，而人與人的相處，還有第三類的影響力是來自互動系統 (interaction system)。他引Speck的話說明所謂的互動系統觀點

是：「一個團體（或系統）的病理上的問題，常從其成員之一表現出來；因此，所謂的『病』，應該是該團體（或系統）的問題而不只是個人的問題。換而言之，自殺應視為一個家庭系統的病症，而不只是個人的病症。」(Heilig,1983)。

## (2-5) 心理疾病的影響(1)



## (2-5) 心理疾病的影響(2)

In: Pritchard(1995)

- (1) Psychiatric disorders (depression) → Suicide 40%~80% (Fremouw et al 1990)
- (2) Depression → Suicide 70%
- Other mental illness (Britian) → Suicide 10% (Barraclough & Hughes 1987)
- (3) Psychiatric disorders (Hungary) → Suicide 80%~90% (Arato et al 1988)

## (3) 「自傷性（suicidality）」的統合性概念

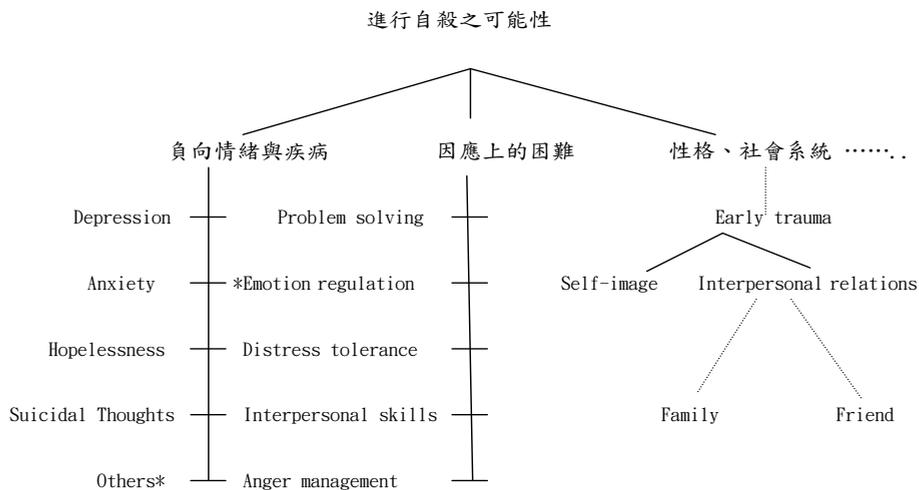
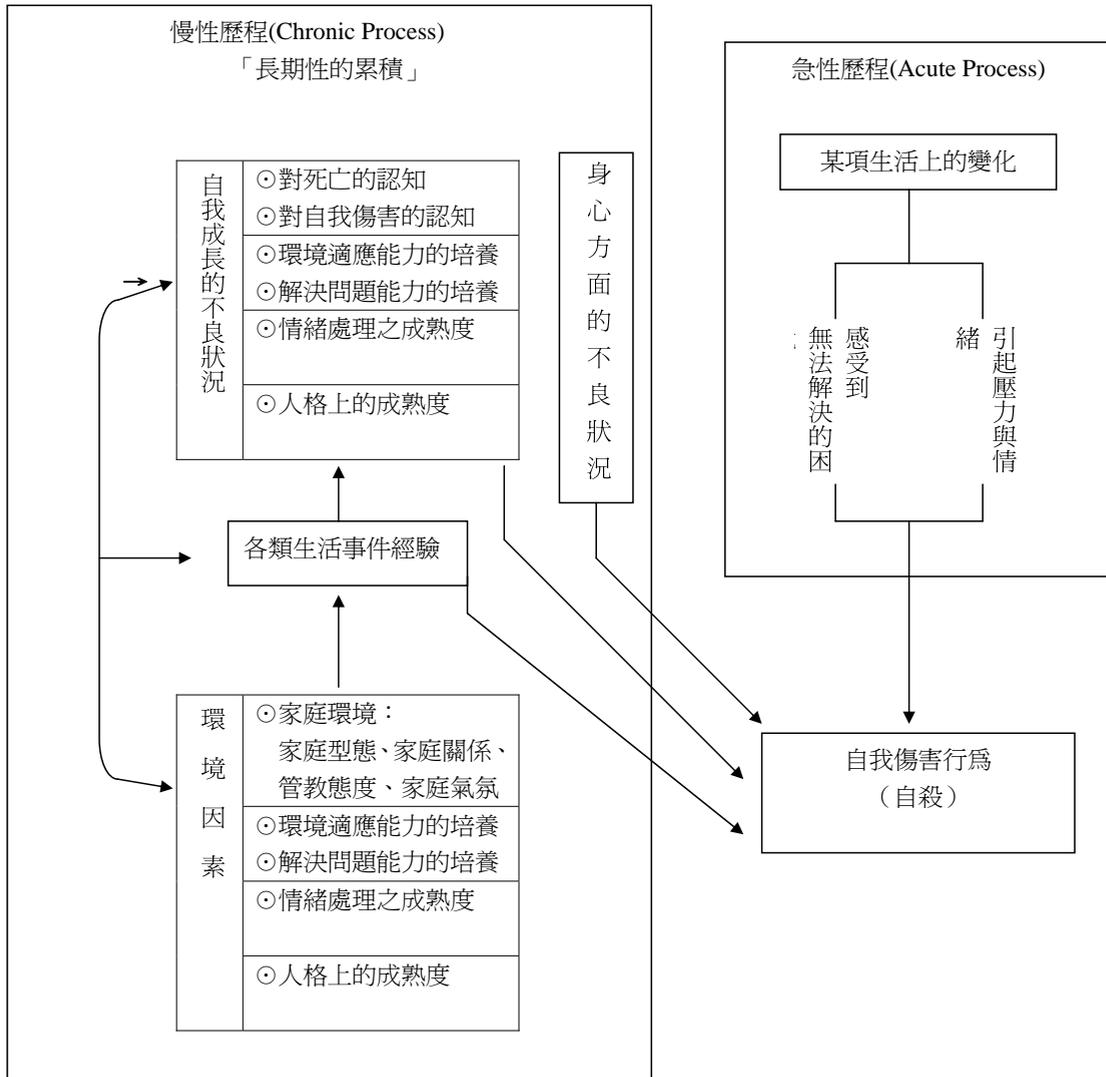


FIGURE 6. Conceptualizing dysfunction in suicidality.



圖七、自我傷害行為發生歷程之解析示意圖



## 二、自我傷害的預防

### (1) 自我傷害（自殺）行為的共同特點：

(1-1) 自我傷害（自殺）行為是有預兆的；

(1-2) 自我傷害（自殺）者周圍的人是最能幫助自我傷害（自殺）者渡過難關的人，但這些人卻往往對這些預兆不清楚或不敏感，而錯失良機。

### (2) 防治自殺行為的原則是：

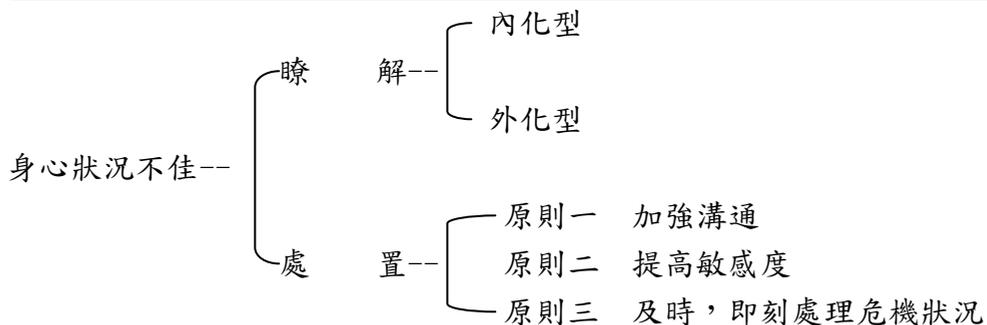
(2-1) 提升每個人對自殺行為預兆的敏感度；

(2-2) 事先準備好協助的方法與管道

### (3) 自我傷害的預防

表二 自我傷害行為的介入防治之層次說明

<p>第一層次：預防處置</p> <p>(a) 消極的作法：及早發現有自我傷害可能性的人,及早介入,使之消失於無形。</p> <p>(b) 積極的作法：促使每一個人都能正常地成長,使每個人身心健康,而根本不會發生自我傷害行為。</p>
<p>第二層次：危機處置</p> <p>發現高危險狀態的人,適當的介入,阻止自我傷害的運動,並消弭其發生之原因。</p>
<p>第三層次：事後處置</p> <p>對受到該自我傷害（自殺）事件影響到所有人員,進行立即的危險處置與長期的後續幫助。</p>





## 第一類：內化型 (internalized typed)

這一類的反應包括：過度擔心或害怕,甚至達到恐懼的程度;過度焦慮與不安;有無助、傷心、失望,甚至絕望等情緒反應,以及與這些情緒共同存在的各種不太合理、不太合宜的想法。在行為上的表現通常是較怯懦、畏縮不前的;而在一般的動作上可能顯得遲鈍,或表現出太大或不夠的不協調動作。

這一類型反應的極端形式是：自殺 (自裁)。

## 第二類：外放型 (externalized typed)

這一類的反應包括：容易有「反抗」的心情,甚容易生氣,容易以言語攻擊別人;他的想法中,容易認為「我是對的,你(們)是錯的」,「你(們)是在找我麻煩」;在行為表現方面,輕則投機取巧,重則違紀犯過。

這一類型反應的極端形式是：暴力犯行 (但其暴力犯行的對象也有可能是自己,也就是說,這一類型的人也可能自殺)。

**原則一** 加強溝通：以減少「身心狀況不佳」的發生。

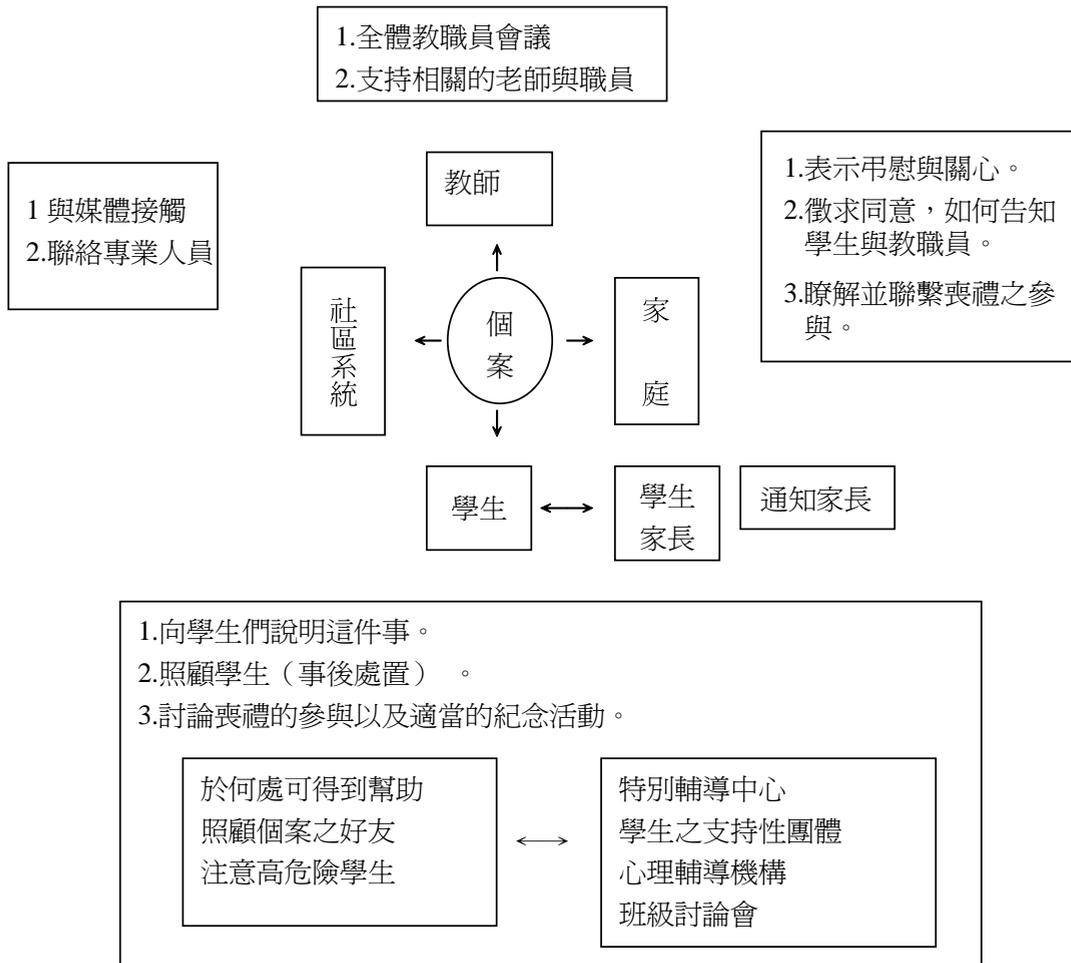
**原則二** 提高對「身心狀況不佳」的敏感度：以求及早發現,及早處理,避免問題變得更嚴重。

表三、青少年與兒童自我傷害 (自殺) 的警告訊息

1. 語言上的線索	表現出想死的念頭,可能直接以話語表示,也可能在作文作詩作詞曲之中表現出來。
2. 行為上的線索	(a) 突發的、明顯的行為改變。 (b) 出現與上課有關的學習與行為問題。 (c) 放棄個人擁有的財產。 (d) 徒然增加酒精的濫用或藥物的濫用。
3. 環境上的線索	(a) 重要人際關係的結束。 (b) 家庭發生大變動,如財務困難、搬家。 (c) 顯示出對環境的不良因應,並因而失去信心。
4. 併發性的的線索	(a) 從社交團中退縮下來。 (b) 顯現出憂鬱的徵兆。 (c) 顯現出不滿的情緒。 (d) 睡眠、飲食規則變得紊亂,失眠、顯得疲憊、身體常有不適、生病。

## 原則三 及時,即刻處理危機狀況。

\*以學校裡發生自殺個案為例





專題演講 3

## Post traumatic stress disorder-Biopsychological research from 921 to SARS

蘇東平

### 蘇東平簡歷

#### 學歷

國防醫學院醫學系 學士

#### 經歷

台北榮民總醫院精神部 部主任

國立陽明大學醫學系精神學科 副教授

財團法人振興復健醫學中心精神醫學部 部主任

美國國家精神衛生研究院實驗治療研究所 (Experimental Therapeutic Branch,ETB)

門診主任

美國國家精神衛生研究院實驗治療研究所 (Experimental Therapeutic Branch,ETB)

高級研究員

美國國家精神衛生研究院神經內分泌研究所 (Neuroendocrinology Branch)

高級研究員

美國喬治亞州立醫學院精神科 住院醫師

美國UCCA神經精神部 研究員

美國貝勒醫學院睡眠研究中心 研究員

國防醫學院醫學系精神科 副教授

台北榮民總醫院神經精神部精神科 主治醫師

台北榮民總醫院神經精神部精神科 住院總醫師及住院醫師

## 現職

台北榮民總醫院 副院長

台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會 理事長

國立陽明大學醫學系精神學科 教授

國立陽明大學醫學系精神學科 主任

## 專長研究

腦影像醫學、生物精神醫學、精神藥理學、精神內分泌學、睡眠醫學、情感性精神症



專題演講 4

## 創傷與自殺

周煌智

### 周煌智簡歷

#### Degree

Ph.D., Institute of Public Health, National Yang Ming University, Taiwan (2003)

M.S., National Yang Ming University, Taiwan (1997)

M.D., National Yang Ming University, Taiwan (1987)

#### Current Position

Deputy superintendent, Kai-Suan Psychiatric Hospital Taiwan

Adjunct Associate Professor, MeiHo University

#### Adjunct position

President, Taiwanese Society of Physical and Mental Health Promotion

Consultant council, Ministry of Justice, Taiwan

#### Research Description

The main research theme is forensic psychiatry (including treatment and evaluation in sex offender and domestic violence). Further, epidemiology of mental disorders including prevalence, incidence and risk factors of mental disorders in disaster survivors, suicide prevention, depression, and clinical implications and index of cognitive function in schizophrenics are also my major issues.

## 摘要

### **Risk Factors and Hypothesis for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)**

The disparity in post-earthquake posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence (10.0%–34.3%) in previous studies from Taiwan can be attributed to differences in research methods, study populations, research tools, diagnostic criteria, time intervals, and case definition. Risk factors for PTSD may have a close relationship to biology, psychology, and social environments. Many trauma victims have complaints of memory impairment, such as difficulty remembering daily activities, frequent compulsive recall of the traumatic event in detail, memory gaps, island-like memory, difficulties with declarative memory, and intrusive memories.. Based on the biopsychosocial causation model of psychiatry and disease as it applies to public health, we propose a model of the causation of PTSD. Issues related to PTSD that are most in need of further study include biological causation, psychosocial recovery, and long-term evaluation of psychological rehabilitation.

**Key words:** risk factors, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)



專題演講 5

## 從建構主義心理學-談自殺者遺族之服務

方俊凱

### 方俊凱簡歷

#### 學歷

國立陽明大學生物醫學影像暨放射科學系博士候選人

國立台北護理學院（現：台北護理健康大學）生死教育與輔導研究所碩士

私立中國醫藥學院（現：中國醫藥大學）中醫系醫學士

#### 經歷

台北馬偕紀念醫院精神科暨自殺防治中心 主治醫師

實踐大學社會工作系 兼任講師

台灣安寧緩和醫學學會 副秘書長

台灣安寧緩和醫學學會 秘書長

馬偕醫護管理專科學校 兼任教育部定講師

國立台北護理學院「癒心鄉」心理諮商中心 顧問

#### 現職

台北馬偕紀念醫院精神科暨自殺防治中心 主任

台灣心理腫瘤醫學學會 理事長

台灣安寧照顧協會 理事長

台灣安寧緩和醫學學會 理事

台灣失落關懷與諮商協會 常務監事

台灣癌症資訊全人關懷協會 理事

台灣憂鬱症防治協會 監事

中華溝通分析協會 理事

台灣身心關懷協會 常務監事

馬偕醫學院護理系 兼任部定講師

台北科技大學機械系 兼任助理教授級專業技術人員

## 專長研究

精神醫學、心理腫瘤醫學、安寧緩和醫學、自殺學、生死學、酒藥癮、靈性照顧

## 其他

澳洲國立自殺研究與防治研究院：Visiting Fellow

## 摘要

建構主義心理學(constructivist psychology)起源於1990年代，由美國一群重視「悲傷治療」(grief therapy)的專家共同發展。而其中最具代表性的專家，就是田納西大學心理系教授 Robert A. Neimeyer。

Robert A. Neimeyer指出：傳統的悲傷理論太過於表面化，而且過於簡化。在1970至1980年代，不論是那種悲傷理論，都圍繞著兩個面向，即「階段論」與「任務論」，例如Worden的悲傷的四個任務論、Rondo的三個階段與六個任務論。然而，悲傷的歷程往往不是這樣單純，特別是複雜性或創傷性的悲傷，更是無法簡單地以「階段」或「任務」來處遇。自殺者遺族(survivors of suicide, SoS)的複雜性與創傷性的悲傷更是如此。Robert A. Neimeyer將悲傷視為是一種「積極轉化的歷程」，因為悲傷將讓一個人重新建構他的生命意義。每個人都是自己生命意義的建構者，若是能夠一步步經驗建構的歷程，生命將有意義，反之則意義破碎。這樣的理論，就是「建構主義心理學」。

在美國，建構主義心理學已經在21世紀成為悲傷處遇的主流，但是在台灣的心理學界及精神醫學界卻極少被了解。馬偕紀念醫院自殺防治中心為服務自殺者遺族，特別引進「建構主義心理治療」(constructive psychotherapy)，本中心所進行的「說故事團體」(storytelling group)便是以此作為理論基礎的治療模式。國際死亡教育諮商協會(Association for Death Education and Counseling, ADEC)悲傷教育及諮商輔導專家Harold



Ivan Smith認為說故事團體有助人在悲傷歷程中轉化新視野的力量。說故事（story telling）與聽故事是一種人類的共通經驗，是人類建構生命意義的自然方法，是後現代主義的治療模式。

馬偕自殺防治中心自2005年開始以建構主義心理學為基礎，開辦「自殺者遺族說故事團體」，成為台灣第一也是唯一持續關懷自殺者遺族的機構。於同年11月至12月間與台北市政府衛生局合作辦理「傷痕未癒，緊緊守護生者—協助自殺者遺族打破沉默」計畫，藉由個別心理輔導是自殺者遺族有機會打破沉默，表達傷痛，並在12月18日舉辦「好想跟你說再見—心靈守護團體」，透過團體形式讓遺族能彼此對話，幫助自我悲傷調適。同時自2006年7月至今持續辦理「自殺者遺族說故事團體」，讓參與之遺族透過述說生命故事，減輕心靈重擔，重整自我認知及經驗。至2010年7月已辦理過9梯次說故事團體，每梯次團體約8至10場次，參與人次達564人次。

2010年11月20日，馬偕自殺防治中心與美國自殺防治基金會(American Foundation for Suicide Prevention, AFSP)合作，在美國的自殺者遺族紀念日，在台灣推動關心自殺者遺族的公開大眾活動。馬偕自殺防治中心，以建構主義心理學為理論，說故事團體為模式，將永續推動自殺者遺族的服務。

## 專題演講 6

# 書目療法與自我心理復原力培養

陳書梅

### 陳書梅簡歷

#### 學歷

美國威斯康辛大學麥迪遜校區教育心理學碩士及哲學博士

#### 現職

國立台灣大學圖書資訊學系暨研究所教授。

#### 學術研究

主要研究領域為「書目療法」與「閱讀心理研究」等。著有「圖書館組織心理研究—館員的認知觀點」、「兒童情緒療癒繪本解題書目」及「社會科學電子資訊資源」等三書暨學術論文六十餘篇。

#### 社會服務

曾擔任台灣兒童暨家庭扶助基金會台中縣與台中市家扶中心心理諮商老師，目前則擔任該基金會台中市家庭扶助中心專業諮詢委員會委員以及台灣電力公司北區營業處特約諮商員/協助員。



## 摘要

當代社會物質文明發達，但社會競爭亦相當激烈，人們心理壓力與情緒困擾問題增多。此外，近年來全球各地重大天災人禍頻傳，如四川大地震、八八水災、金融海嘯等，「災難社會」已然成形，造成人們心理惶恐不安，嚴重者甚或影響個人之心理健康。在此社會氛圍下，民眾追求身心之平和安適感已蔚為潮流，對於情緒療癒之需求亦愈趨明顯。而閱讀適當的圖書資訊資源，可協助日常生活中有情緒困擾者釋放其負面情緒，使其身心達到恬然安適的狀態，並引發內在之「自我心理復原力」(resilience)，以維護個人精神層面之健康與身心之健全發展，此即所謂「書目療法」(bibliotherapy)原理之運用。

本演講的目的即在介紹如何運用書目療法此種以圖書資訊資源為媒介的輔助性心理治療法，期讓一般社會大眾了解如何善用身邊的圖書資訊資源，以協助個人在遭遇情緒困擾問題時，能藉由書目療法來跳脫負面情緒，並增強個人之自我心理復原力，從而能有良好的社會適應。