

倫理療癒作為建構 臨床心理學本土化的起點⁽¹⁾

余德慧	東華大學族群關係與文化研究所
李維倫	東華大學臨床與諮商心理學系
林耀盛	東華大學臨床與諮商心理學系
余安邦	中央研究院民族學研究所
陳淑惠	台灣大學心理學系
許敏桃	高雄醫學大學護理學系
謝碧玲	高雄醫學大學心理學系
石世明	慈濟醫院家庭醫學科

本文主張，一種由互惠性的人情倫理背反而出的「非」關係倫理經驗構成了受苦的療癒因子。所謂的「互惠性的人情倫理」指的是如父慈子孝、兄友弟恭等「應該如此」的人際生活秩序，而「非」關係的倫理經驗則是一種源起性的人際遭逢時刻。能夠達到這樣的瞭解並非僅來自淺顯直接的實徵資料調查，而是經過了「華人本土心理學研究追求卓越計畫第五分項計畫：文化、心理病理與治療（2000-2004）」（以下簡稱「卓越第五分項計畫」）之研究團隊四年來在不同的研究場域中，不斷地調整探問的焦點，不斷地反思研究的發現之後，所獲得的成果。本團隊初始的目標在於探索適性的本土心理治療的可能形貌，例如，華人對憂鬱症的身體化與其對身體表達的關照之間是否有

異於西方的憂鬱症現象、華人心理治療的過程是否有關鍵的改變因素、華人臨終心理療癒的機制為何，以及中醫、收驚影響華人的身心契合性如何等問題。然而，經過了兩年的研究後，我們發現這樣的提問方式並不能為本土臨床心理學的開展踏出一個堅強的立足點，反而突顯了本土臨床心理學的困境，亦即：相較於西方強大的心理醫療知識，前述研究的提問，除了給出一些與西方心理醫療不同氛圍的異國情調之外，實在難以與之爭輝。從第二年開始，我們逐漸領悟出一個道理：西方心理醫療對心理疾病的契合，就如同華人心理療法對生活苦惱的契合。也就是說，本土臨床心理學的發展，必須轉回生活世界，讓華人生活世界的行事理路說話，讓華人自行建構的人間系統說話；必須在華人生活世界的秩序與失序之間發現苦痛的因子，並進一步瞭解華人的療癒之道。

轉向生活世界後，我們發現華人生活苦痛的關鍵在於其所處的生活秩序，我們稱之為倫理。同時我們發現，此種倫理的重點不在於其秩序性，而在於其情感性，亦即，倫理是情緒的主體，是心理康健或困苦的維繫。人們透過倫理的勾連，使得各種療癒因子慢慢顯露。無論是親人對憂鬱病人的態度，或是人們透過宗教性的聚合而連繫，抑或失親者透過人際網絡而疏通，皆一再顯示生活世界的療癒因素遠比我們想像的還要龐大。於是，我們為本土臨床心理學的開展尋得一個定位，也獲得一個起點。

然而，儘管本團隊返回生活世界的探究，但在人情倫理的範圍中亦未止步，我們進一步發現，倫理受苦的療癒並非在於重返人情倫理的調治，而是相反地，必須去除有系統的人情倫理，揭露「臨在倫理」（ethical acts in presence）的深度，使得倫理性的情感本身不被宿緣結構（即原本的人情倫理形式）所擄，另以「邊界反應」來帶領受苦者與其相伴者，使得倫理的現身能俱足「外轉內翻」（inside out），從

「事不關己」裡獲得「關己性」，成就所謂的「非關係」倫理。這種「非關係」的倫理以身體經驗為感覺的登錄對象，寫入渾體感官，因而俱足療癒因子的基本條件。

為了完整說明本文的主張，並一併討論相關的議題，本文將以下面四個步驟進行。首先，申論以「生活世界」做為開展本土臨床心理學所立足的視野層次。其次，回顧討論本研究團隊過去四年來以生活中的受苦取代醫療模式中的精神疾病論述後，所獲得的研究成果。這一部分的討論也將呈現過去四年來研究的限制，成為下一階段研究轉折的基礎。再來，進入獲致「非」關係倫理之療癒過程的描述與討論。最後，重新思考建構整個本土臨床心理學之「非」關係倫理的療癒去路。

關鍵詞：本土化，非關係倫理，療癒，臨床心理學

一、以「生活世界」作為開展本土臨床心理學 所立足的視野層次

（一）從「普全」與「特殊」、「東方」與「西方」到「有效性」

雖然心理學本土化運動在台灣已有近三十年的歷史，但臨床心理學本土化所立足的現象視野仍然需要進一步的澄清與探究。因為在討論「本土化」一詞時，經常出現的概念與問題如「普全」與「特殊」、「西方」與「東方」、「何者較有效用？」，一直在台灣的心理學本土化運動中糾結不清。如「本土化是否只是特殊化的知識？」，又如「本土化是東方化還是華人化？」等。本文所欲宣示的臨床心理學之本土化，若不在一開始的時候即釐清視野層次，恐將同樣落入上述的概念漩渦，不利於臨床心理學本土化研究的開展。

一提到「本土化」，很容易讓人聯想到「特殊化」，因而進入「普全」與「特定」的思考脈絡。而在這樣的脈絡架構中，普全與特殊的知識容易被簡單地視為兩個端點。同時，前者常被視為知識的終點、有較高的知識高度；相對的，後者則是暫時的、未完成的、知識高度較低的知識。在這樣的架構下，本土化似乎就成了放棄終極知識的事業。

為了脫除這種知識道路的價值觀，台灣的心理學本土化研究者早已對「普全」與「特定」的看法提出批判：目前「風行」或「主流」的心理學知識徑路並不等於是「普全的」知識徑路；它可說是「西方的」甚或「北美的」特定知識徑路（楊國樞，1993）。如此一來，本土化運動便立足於「西方」與「東方」的文化地域脈絡之中。不過，這樣的脈絡轉移卻引來了另一個棘手的問題，即：本土心理學的研究者必需一直應付這樣的質問「你如何證明你所研究的是本土特有的？」、「這樣的觀念或現象西方真的沒有嗎？」。在此，

「特殊化」雖然取得了正當性，甚至成為學術價值的趨勢，但它同時又形成了一個牆角，似乎研究者若無法呈現其研究為特有的，就沒有宣稱其為本土化研究的正當性，其研究的價值也就打了折扣。此外，在東西之別的脈絡下，本土心理學的發展也可能類似於一種「文化復興運動」。誠然，在反文化殖民的意涵下，文化復興式的本土心理學或有其政治經濟學的價值，不過在現今不可忽視的全球化趨勢下，以「西方」與「東方」為脈絡的本土化運動還有多少知識上的正當性，則是十分可疑的（李維倫，1995）。

不論是「普全」與「特定」的還是「西方」與「東方」的概念架構，都無法清楚地開出一條本土化的道路，有論者便採實用主義者的主張，認為不管東方或西方，擁有的都是一套套的心理學知識，哪一套知識具有應用上的有效性，就是眾人應該要遵循或依靠的知識徑路，「有效性」遂成為主張心理學本土化的標準。於是「有效性」似乎是解決「普全」與「特定」、「東方」與「西方」爭議的好方法，因為到頭來心理學的知識不就正是在於能否有效地解釋、預測，甚至控制人們的行為與思考？從本土心理學的角度看來，本土化就是提倡合乎在地社會文化特質的知識，自然也就能夠比較有效地解釋與預測在地人們的行為。

的確，就臨床心理學的本土化而言，所牽涉到的即是心理療癒的「實踐」問題，然而對「實踐性」的承認是否就要直接跨進實用主義的「有效性」主張，則不必然；甚至這樣的魯莽連接可能會遮蔽掉臨床心理學本土化所要探索的知識領域。簡單來說，「效用」並非一個中立的概念，它需要在一組條件中被定義，再依此定義尋找相符的現象。也就是說，不論是以「症狀的解除」，或是「功能的發揮」，或是「常態的恢復」來做為有效性的定義，都牽涉到「症狀」、「功能」、「常態」等概念系統。因此，一旦將「效用」設為前

提，則必然同時接收了「效用」的定義脈絡，這樣一來又將讓本土化的實踐性反思回到表淺的理所當然上。

（二）「有效性」不能取代「實踐性」

爲了確定本文的徑路，我們必需進一步解明「實踐性」與「有效性」之間的差異。有效性的發展必須發展技藝（technology）。也就是說，爲了抓緊有效性的結果與效果，人們一定會針對生活領域或知識領域進行圈圍切割，以便透過其有限性來發展技術。舉例來說，某一心理療法宣稱有效，必然已經在性別、年齡、教育程度、診斷等向度上，對病人群體進行切割圈圍，才得以在種種條件的範圍內宣稱施行此一療法技術的有效性。因此，我們所見到的有效性之發展，其實是進行一種視野與行動的收斂運動。

恰好相反於發展「有效性」的收斂性運動，「實踐性」的面向展現的是一種發散性的行動。何謂實踐性？第一、實踐牽涉到價值判斷的知識，是有價值的重量；第二、實踐具有情感性；第三、實踐涉及親和力的問題，例如華人至今依然相信中醫，甚至會以中醫的方法來批評西醫，其所涉及較多的是感情、親和力及文化背景所提供出來對身體舒緩的柔性思想，而不像西方生理知識是乾淨的、切割性的。實踐性與有效性的差別在於，實踐性問題是一個廣泛的生活世界的問題，而有效性是在有限領域中，甚至是在實驗室中直接發展出來的。因此，有效性無法跨越到實踐性，若將有效性的東西過度跨越到實踐性，就會過度定義有效性，有效性就會變成模糊不清，這將使得有效性的技術發展受到傷害。所以，有效性不會發散地發展，而是會採取收斂的方向，他們寧願在實驗室中透過實驗室的成功來鞏固自己。

如果我們素樸地以「有效性」取代「實踐性」的面向，將會遮

蔽實踐上的種種現象。不過，我們是否可以就此否定有效性與技藝學呢？若是如此，則又像是以另一素樸的信念取代原來的素樸信念。技藝學與實踐性的問題在上面的討論中也尚未獲得細緻的處理。因此，我們將不是「否定」或「推翻」技藝學或有效性，而是要對其進行「擱置」，即暫時性地阻擋它以理所當然的方式進入我們的考察中，以去除其遮蔽，使得實踐性的現象得以顯現出來。

（三）進入「生活世界」

當本土化返回到實踐性的問題上，當我們回到我們對實踐性的思考時，我們就進入了生活世界的層次。實踐性指的是一個作為者（agent）在一處境中的有所作為，它是經驗性的，即被活出來的經驗（lived experience）。被活出來的經驗所指的不是一般人認為的主觀經驗，而是強調作為者與周遭的相互構成歷程。「構成歷程」（the process of constituting）的想法讓我們得以區分出「生活世界」與「日常生活」的不同：生活世界並非日常生活，而是日常生活的構成歷程（the constituting process of everyday life）。

因此，進入生活世界的考察並非只是撿拾日常生活的片段，而是要考察如此這般的日常活動的構成歷程。然而這並非易事，因為這樣的構成歷程本身對我們來說是自明的，它早已被視為理所當然，並且是透明的。我們正是透過這層透明獲得事物對我們的顯現。反過來說，如果我們從事物的顯現著手，但不把事物的顯現視為事實，我們就能夠把原本是透明的構成歷程揭露出來，也就是讓它從「自明的」進入「非自明的」狀態，這也可稱作「自明性的取締」。

自明性的取締即是讓一個理所當然的視見，表現為有限制的範疇，讓它得以脫除思考的統治力量。當我們得以取締自明性，我們

會發現，那個原本自明的東西，那個原本隨著事物的顯現而來的透明東西，其實正是一套指引聯繫系統。舉例來說，西方心理治療學的展開依賴著一套將人類受苦現象視為「症狀」的指引聯繫系統。根據傅科（1998）對精神疾病的看法，其有限的視域（horizon）就是理性，是理性克服了生活世界而使得精神異常被分類到疾病的範疇中。當人們還無法區別精神疾病是什麼的時候，當理性的發展尚未成熟時，人們將精神疾病患者、小偷、通姦犯、癲癇患者等通通關在一起，直至皮聶爾（Phillip Pinel）將精神疾病完全歸納到醫療系統中為止（傅科，1998）。另一方面，東方醫療系統（尤其是中醫）比西方更早將精神疾病視為「情志之病」，亦即，在中醫的理性之下，精神疾病已經被歸類為各種可能與中醫相對的疾病。也就是說，東西方在考慮病理時都考慮到身體的變異，譬如中醫針對憂鬱開出的藥跟脾臟有關，理性的有限視域是非常清楚的。不錯，使用有限視域能令人獲得必要的成果，但不可忽略的是，人活著的更寬廣視域是在生活世界中，亦即，一個更寬廣的視域更接近人存在或生物體存在的混沌領域之生活世界。

（四）擱置倫理修補術即是擱置自然態度

當我們開始懸擱將「心理疾病」的指引聯繫系統取締而看到其為有限範疇時，我們就回到生活世界的考察層次。在本文作者等人過去四年所進行的團隊研究中發現，生活中的人情倫理很快地就顯現為受苦的主要軸向，如夫妻關係破裂、親子關係不良、或因種種不適造成親人反感使得個人更加鬱苦等，我們因此提出「受苦總是倫理的受苦」這樣的認識。

雖然我們在研究之初就決定取締「疾病化」的自明性，以便進入生活世界，但我們卻未顯題地面對「人情倫理」的自明性，以致

於當我們發現倫理的受苦時，也同時模糊地接受了「倫理的修補術」來做為療癒的方向。所謂的「倫理的修補術」指的即是改善夫妻之間的溝通、恢復親子之間的倫理秩序、透過訓練改善病人家屬之間的人際關係等，讓人情倫理中的斷裂透過倫理的修補行動來獲得改善。也就是說，我們在未曾顯題處理的情況下，暗示或接收了「倫理圓滿」做為療癒的目標。

然而，理所當然地接受「倫理修補術」又有什麼樣的問題？第一，倫理的修補仍然太快進入「問題解決」的思考，因而掉入有效性與技藝學的要求之中。以一則社會新聞事件為例，一位母親將三個月大的親生女嬰從十一樓的高度丟下（聯合報，2004 年 5 月 26 日，A5 版，〈失業媽割傷三歲兒，11 樓拋下一歲女〉）。在這樣的事件中出現了一個我們可稱之為「倫理的黑洞」（詳見第三節）的處境：一位母親不該如此對待自己的孩子，但卻這樣做了；人情倫理的理所當然就像是破了一個大洞。若是將這位母親視為「疑似憂鬱症患者」，則修補的行動即在於預防性的醫療行動更加技術化；若是將其視為「不知道如何做媽媽」，則可能以發展親職技術的教導來修補倫理之「應然」。本土化的臨床心理學思考若只是把「疾病化」代換成「倫理化」，則只是代換指引聯繫系統，僅僅是這一套與那一套的差別。如此一來，文化復興式的本土心理學也就離我們不遠了。

第二、當倫理大義變成應然而對違犯的情況進行控訴時，表面上看起來是要透過修補讓對方回歸倫理的常軌，但就嚴格意義來講，那並非修補術而是倫理的訓規術，是傅科（1998）所說的權力的再宰制。亦即，一位臨床心理學家可能也同時幫助一個社會鞏固其倫理規範的宰制。心理治療是否是社會馴化機制中的一環，已非新鮮的爭議，其之所以發生是因為我們太快將倫理的維繫視為理所

當然的目標。

對倫理修補術的檢討也讓我們看見要找到臨床心理學本土化發展的立足點，自明性的取締不但要處理「疾病化」的專業指引聯繫系統，更必須注意到在生活中更深廣的自然傾向，即自然態度。自然態度的自明性遠比專業範疇來得高，因此要取締自然態度的自明性更加困難。然而，由於我們擱置倫理的修補術，使我們得以發現自然態度的一個重要特徵或模式：面對受苦，自然態度顯現出一種「對受苦做點什麼」的傾向，而這個「對.....做點什麼」正是讓我們離開了現象的考察而進入技藝化的關鍵。例如，母親虐待小孩，所以我們要對母親做些什麼。「對.....做點什麼」也正是將受苦「疾病化」的發展基礎，因為醫療的技藝手段正可以滿足「對.....做點什麼」的自然態度。因此，對技藝學的擱置，就根本上而言，就是要對自然態度的自明性進行取締。只有在這樣的操作之後，我們才得以脫除自然態度而開始觸及日常生活的構成歷程層次。

（五）小結：以「接近現象的發生處」作為本土化的內涵

開展本土臨床心理學所立足之視野層次的上述討論，其實也正是一項現象學的思考操作。我們由對「普全」與「特殊」、「東方」與「西方」、「有效性」與「技藝學」等看似理所當然的概念出發，解除其自明性，進入了生活世界的視野層次。後者正是作者等人在過去的團隊研究中所自處的知識層次，作者等人也因而提出以「倫理的受苦」做為思考本土心理療癒的基礎。然而在我們進一步地取締自然態度「對.....做點什麼」的自明性，擱置了「倫理修補術」的理所當然後，我們才真正地站上了受苦與療癒的邊界。換言之，當我們面對倫理的斷裂或「倫理黑洞」的受苦處境而不讓技藝性的修補術轉移我們的焦點時，我們才開始讓受苦與療癒回歸其多層次

的經驗舞台。

本土化的內涵由「普全」與「特殊」、「東方」與「西方」等軸向移轉至「接近生活世界中之現象發生處」，在學術反省的意義上，這樣的本土化過程是對目前以美國馬首是瞻、追求有效性與技藝化的臨床心理學的懸擱。但這不表示在研究的作為上就要相對地被限制在異國情調的牆角，而是要脫除理所當然的執取（不論是「西方的」或是「東方的」），下降到現象與經驗的發生處，再尋求適當的方式與語言來將之帶入明白的瞭解之中。

二、作者等人過去有關臨床心理學本土化研究的 成果與限制

過去四年來，作者等人參與的「卓越第五分項計畫」以及相關的研究，主要的研究領域在於憂鬱症的心理社會處境、喪偶失親等家庭中的斷裂經驗、社會苦痛的宗教網絡療癒、創傷歷程、以及心理治療等。這些研究的成果與經驗踏實了本文前節所揭櫫的「生活世界」取徑。爲了說明本團隊研究的成果與限制，以探索本土臨床心理學之發展的更深刻基礎，本節將對作者等人過去四年來爲本土化的臨床心理學所進行的相關研究做一整體性的瞭解與反省。

（一）作為社會心理經驗的憂鬱症現象

陳淑惠（2003）從人際互動機制來探討憂鬱的緩解、持續、或惡化之症狀消長現象，包括憂鬱症狀表徵與其社會文化因素的關連，如污名化（psychiatric stigma）與身體化（somatization），並探問人際取向治療對社會取向化的憂鬱之運用的可能性。在研究操作上，視心理症狀爲一種社會心理過程，把瞭解憂鬱症的途徑從症狀

中心 (symptom-centered) 轉為社會中心 (social-centered)。以社會為中心的意涵即是，不先以症狀來把憂鬱現象框架起來、定義下來，而是要回到生活世界，去發現憂鬱者的日常經驗如何被活出來。經過這樣的轉置，憂鬱經驗不只是一種私己的情緒，而是一種人與周遭的關係，尤其是人際關係。陳淑惠 (2004) 描述了憂鬱者的一種顯著的人際「阻絕」狀態：憂鬱者抱怨或控訴親人無法或不願照顧其需求，而這樣的抱怨與控訴卻同時形構了一個與親人的對立狀態。在親人的這一端也同時出現對憂鬱者的抱怨與控訴，憂鬱者本身則更加感受到可憐與孤單。如此一來，憂鬱者的人際關聯形式呈現出一種循環性的模態。陳淑惠因此提出了「人際互動共育型憂鬱」(Communal & Interactive Depression, 簡稱 CID) 來描述這種憂鬱現象。針對這樣的人際阻絕形式的循環，陳淑惠 (2004) 也建議一套以「人際互動共育型憂鬱」模式為基礎的方式，包括解除污名化的心理治療教育、連結關係的建立、評估與確認問題、解套分析，以及培能減壓等作為。

憂鬱者的社會心理經驗研究揭露了一種顯著的人際阻絕型態，進而理所當然地指向了問題解決的介入行動，也就是陳淑惠 (2004) 所建議的社會取向心理治療模式。前面說過，心理治療若走向技藝學的道路，便必須收斂到某些問題結點上，同時也將引發「有效性」的要求。因此陳淑惠的研究似乎將走向社會取向介入方式的細緻化與其有效性的檢測。

然而正是在人際阻絕的解套工作上，受苦經驗的原初處境遭到遮蔽，讓我們再回頭思考「人際互動共育型憂鬱」的現象，其中憂鬱者與照顧者雙方皆提出了「倫理之應然」來做為抱怨或控訴的基礎，但這些「應然」顯然無法變成「實然」。如果我們不是立即將此應然的實然視為心理治療的焦點，而是將「對.....做點什麼」的

自然傾向擱置起來，我們就有機會看到，在倫理的「應然」底下其實有一個「倫理的不及處」，即憂鬱者所經驗到其置身於人情秩序的相互對待中時無法被他人所觸及之處。「倫理的不及處」與「倫理之應然」可說差之毫厘失之千里。如果心理治療進行的是修補「倫理之應然」，則將再次掩蓋更原初的「倫理之不及處」的受苦經驗。

「倫理之不及處」的忽略何以發生？此忽略若被視為研究者個人的疏忽，則將誤失其所含藏的研究議題；而未擱置前節所述之自然態度進行，則可部分地回答此一問題。不過，在研究方法上，這個問題其實指向了更重要的議題，對此，我們將透過本團隊其他相關研究的回顧做更清楚的呈現。

（二）喪偶失親之倫理斷裂經驗

在余德慧、許敏桃、及李維倫（2003）觀察新寡婦女在喪偶後的倫理與經濟變局下所進行的家庭復育歷程之研究可發現，新寡婦女所面對的不僅是失親的哀傷，更急需處理的是倫理（與婆家、娘家、甚至是自己的小孩之間）的失序，以及伴之而來的經濟問題。對一位新寡婦女而言，原本婚姻生活所帶來的人情倫理，與婆家、娘家之間的種種理所當然，彷彿在一夕之間遭遇了質變，驚覺公婆懷疑其將會改嫁的可能性，或是開始思索未來與婆家的關係以及自己日後的出路，「外在」的親緣人情雖然仍在，但其性質不再理所當然。面對此一變局的新寡婦女，其作為可說是進行著一種「再集體化」的網絡療癒歷程。所謂的「再集體化」指的是，喪夫變局的出路既非與婆家直接延續原本的倫理對待，亦不容易再回到娘家恢復「女兒身」，而是在周遭的人際條件中發展出經濟與情感的網絡系統。其中變式不一而足，端視處境之條件差異而定，不過總是顯現為人際上的界分（division）與連結（connection）的權衡活動。

余德慧等（2003）的研究焦點即在於網絡療癒（network healing）的有機歷程。

同樣的倫理性網絡療癒現象也出現在許敏桃等人一系列關於家庭倫理斷裂經驗的研究（許敏桃、余德慧、李維倫，出版中；Hsu，1998；Hsu & Kahn，2003；Hsu，Kahn，& Hsu，2002；Hsu，Kahn，& Huang，2002）中。除了寡婦以外，許敏桃還觀察了死產婦女與失親的青少年等經驗「倫理黑洞」的對象，這些都是在人生階段中，倫理不再理所當然而必須有所改變的處境。在這些「倫理黑洞」的處境下，倫理秩序變動的風貌得以顯露。許敏桃等人（出版中）指出，不同於西方理論中的貫穿修通（working through）強調切斷過往的療癒模式，華人生活的終極目標「圓滿」歸結出以「再連結」（reconnection）為根基的哀悼傷逝。如寡婦傾向為亡夫在家中及生活的種種面向上留住一個位置，這並非哀傷的沈迷，而是生活的完整。同樣的，經歷父喪的青少年也容易發展出某種儀式性的方式來與父親連結，形成一種現世與另世得以交織的倫理網絡。

上述研究成果指出，在台灣本土社會中，家庭失親處境的復育將走上倫理性的網絡療癒之路，不論其為另謀出路的人際網絡連結，還是延伸到另世的斷裂修補。但是同樣的，與「倫理的不及處」相同之「倫理黑洞」的間隙時刻，在這些研究中卻也甚少提及。我們或可稱上述研究為「網絡療癒的形態學」考察，在此考察中，失親哀傷的確避免了被疾病化的偏誤。但我們都知道失親哀傷也可能顯現出毀壞性的結果，如果我們就此將「網絡療癒的形態學」做為毀壞性哀傷的對策，我們便是落回「植入」倫理之應然的手段，同樣偏離失親哀傷的「倫理之不及處」。因此，相對於「網絡療癒的形態學」，我們所遺漏的是「失親哀傷時刻的機轉學」，而且它正顯現出迫切性，是我們探索療癒因子的重要地帶。

（三）社會苦痛的宗教網絡療癒

余安邦（2003，2004）以北縣 SH 慈惠堂（堂名簡稱）女性靈媒所進行的宗教儀式與所構築的社會網絡系統為探討主題。SH 慈惠堂以「問事解厄」的儀式聞名。該堂堂主梅師姐（化名）除了平日降天筆為人做「問事治病」或是「祭改補運」的儀式之外，也常擔任堂生或信眾的宗教通靈經驗與生活受苦處境的啟蒙者、解說者及輔導者。有些信眾因為信奉母娘從而皈依成為祂的「契子女」，即所謂的堂生；有的信眾則曾經是某信仰神明的「乩身」；有的信眾則原本就有特殊的靈異經驗或身體感應，從而與母娘及梅師姐之間有著特殊的「啓靈」關係或會靈經驗。根據余安邦的觀察，SH 慈惠堂之堂生信眾的宗教皈依與信仰歷程，主要的關鍵有二：一是「神選」，亦即，與母娘或是其它的神祇之間有過某種原靈交會的啟蒙經驗，一旦有過此種體驗與確認之後，當事人就與母娘或其主神有了特殊的關係，通常這個過程並沒有明顯的儀式宣告，但從當事人的敘述則可分辨得相當清楚，例如在某次廟會或進香活動時無意的進入恍惚入神（trans）的狀況；另一個關鍵則是堂生或信眾們所謂的「領旨」，也就是當事人在為時長短不一的訓身中，會在某個時機獲得神祇（母娘）所頒布的天上旨令，從此他（她）就必須服從且履行這項（些）旨令，為母娘服務行道，為蒼生除困解厄。因此我們也可說，成巫的過程就是巫者療癒的過程。巫者這個「受過傷的治療者」（wounded healer）所代表的正是其背後動態而複雜的文化援助網絡。

余安邦（2003）認為 SH 慈惠堂諸堂生與信眾們這種特殊的宗教經驗，及其所形成的關係網應被視為一種文化系統（cultural system）；堂生與信眾的宗教經驗常發生在個人生命中的危機時刻或

受苦處境。我們可將此種由靈象徵所帶動的社會關係，視為文化對於個人生活的陷落與心理的失序（disorder）所給予的援助網絡；此一網絡有別於一般常見的社會人際關係。余安邦的研究重點在於，從社會及文化心理的層面，探討個人在生命歷程中發生危機（crisis）時，如何透過深刻的宗教經驗，以及正面而積極的關係網絡而重新獲得生活的意義。

雖然余安邦（2003，2004）的社會苦痛宗教網絡療癒研究深入豐富的本土療癒現象，但前面討論所提及的人際網絡療癒的顯現以及倫理之不及處的遺漏卻也同樣發生。余安邦以「社會資本」（Bourdieu，1980）與「文化資本」的角度來解讀慈惠堂堂生的社會處境，他認為在慈惠堂的社會網絡中，社會資本之性質主要由堂生間及堂生與堂主間彼此信任、互惠和合作有關的一系列態度和價值觀所構成，其關鍵是使人們傾向於相互合作、信任、理解、同情的主觀的世界觀所具有的特徵。其中社會資本的主要特徵體現在那些將朋友、家庭、社區、工作以及公私生活聯繫起來的人際網絡，其中有如類似慈濟功德會「家庭類比關係」的情感連帶（丁仁傑，1999，頁 215-220）；再者，其中的社會資本是社會結構和社會關係的一種特性，它有助於推動社會行動和發展組織（李惠斌，2000，頁 11-12）。然而，以「社會資本」解讀余安邦研究中的重要現象時，卻與受苦（傷）／療癒（wounded/healing）的心理翻轉機制擦身而過。的確，在本土宗教療癒的場域中，網絡療癒是一顯著的呈現，而其中有機推展過程的揭露有助於豐富「網絡療癒的形態學」。但在「苦無出路－神靈交往經驗－翻轉助人」歷程而成就出的「受過傷的治療者」（wounded healer）機轉則非「社會資本」的尺度所能說明的。

(四) 創傷歷程

林耀盛(2000)對創傷研究理解的起點，是鑑於「九二一」地震發生後，許多民間志工團體、宗教組織及學院單位相繼進入災區協助居民社會心理重建。無論這樣的危機介入模式是基於心靈層面的道德救贖、人道主義的昂揚或學術實踐力的具現，至少，「九二一」地震的現場，提供社會與行為科學界重新省思專業知識與常民生活的邊界，這亟待接合的罅縫缺口正是學院派對草根平民置身生活場域的陌生之地，一般面對災變後的因應方式，往往脫離不了身心二元對立的思考格局，一味地以橫面移植式或心靈救濟式的身心復健方案介入，忽略個人與社會的互動方式，實是一種完形轉化的整體關係。

在林耀盛(2002a)有關受創者心理社會反應經驗的研究中，發現呈現普遍性結構，如「空間的崩坍」(無法預期與承受的生命之重)、「自我的瓦解」(昔我與今我的對張抗衡)、「身體的規限」(尋找心身槓桿的平衡支點)、「時間的補綴」(再部署未來的棋局)及「世界的重建」(轉化災難經驗的意義)等異質並置現象，這樣的多重心理結構，鉤連著「自我存有」與「生活世界」互動關係的瓦解與回復之歷程。回到「再脈絡化」的場域，我們會發現這五類普遍性心理社會反應經驗結構的背後，呈顯個別差異性，涉及「理知」、「無知」；「日常」、「極端」；「常態」、「情節」；「現實」、「幻象」；「重立」、「倒塌」等差異狀態。由此，受創者面臨突如其來的地震災難，其生命軌道與存活義理從此鑲嵌了主顯節意義的關鍵經驗。

但這樣的主顯節經驗震撼，是否會真如「時間是寬解傷痛的藥方」之說詞，讓受苦痕跡隨著時間過往而淡忘消逝？林耀盛(2002b)進而追問此題，發現受創者對創傷的感知，顯現一種類似 Benjamin 所提出「靈光乍現式的記得」(insightful remembrance) 概念現象，

這不是一種回憶收藏，也不是一種記憶儲存的概念，而是一種可能得以創造歷史救濟轉化力量的過程（參考自 Remmler，1996）。Benjamin 認為當個體的記憶影像啟動時，往往交織著公共空間裡受難者的影像，所以，欲探究記得的經驗，需將個體的心理現象安置於歷史結構裡。因此，Benjamin 的記得概念，可說與天啓、救贖、彌賽亞式的解救與文本的解釋有密切關連（Remmler，1996）。換言之，記憶不是收藏過去，不是建立憑弔檔案，也不是一種後悔情結，而是不斷的記得、不斷的賦義、不斷的啓思，「後創傷記憶」是一種綿織受苦世界裡異質性聲音影像的迴旋場域。因此，當個體敘說、回溯或憶往歷經疾病或災難的前／後創傷經驗時，並非只是說說故事而已，而是將自身的遭逢與他者的故事接縫在一起，透過自我與他者的辯證，尋求壓抑回返的解放或生活考驗的救濟。此刻，生命經驗的決定性療癒時刻，是一種他者即自我的去疆域的渾體，一種非關係意向的異質接合，也是一種鄰人倫理學的況味，而非倫理修補術的虛構面矯治工程。

而後，林耀盛（2003）將焦點集中於「失親家毀」受創者的生活世界。他發現面對親人死亡事件的震撼傷情，受創者往往透過一種「音容宛在」感的依附，使生活習慣或居家安排盡量維持猶如往生者仍在世的樣子，這是一種生者與死者維持互動關係的幽杳形式，也是一種自我認同的樣態。不過，需要點出的是，林耀盛（2002a）對於失親者的悲悼歷程，並非只是落於「祛除依附」或「重新締結」的抉擇主張，而是透過「情」、「理」、「德」的梳理，倡議「集體性療癒」與「個體性療癒」的可能性。至於受創者所構築的重建家園意涵，林耀盛（2002a）認為那是一種海德格式「居家的」（homely）活現空間，這樣的空間是人類存有的基本特性，使得個體與周遭得以維持一種永續的、存在的關係。受創者在共歷艱苦後，可以把家

庭的意涵擴充為「社群」/「社區」的紐帶，形成一種「去疆域化」的有機連結，進而使共苦茹苦經驗昇華為一種「擬家族」式的親密共生關係，相互扶持成長，尤其組合屋居民，更能深刻體會如此的家庭轉向意蘊。但由於家園重建所浮現的後續問題正逐漸發酵，家的底蘊意義的涵指，仍須持續觀察。

總之，林耀盛（2003）近期的創傷研究揭顯受創是一種無法經驗的經驗狀態，是受創者感受到有關個人的敘說所連結的情節記憶與有關感官片斷（sensory-somatic fragments）經驗有所連結的程序記憶之間產生斷裂感。進言之，創傷的記憶含納解離的焦慮，導致受創者的生活連結到「非我的經驗」，這樣的經驗徹底地瓦解受創者的故事，迫使其追問自我認同的根本問題，甚至困惑著存活世界的安全性。這樣的創傷經驗，可說是一種存活權的掙扎狀態，亦即個體學習如何和無法解套的存在困境共存活。所以，LaMothe（2001）認為，訴說災難是一種通往創傷黑洞邊緣的溝通形式，創傷的黑洞是無法理解的、喪失自我感的、書寫困難的、難以表述的深淵，照見了受創之後，受創者被拆解的語言、自我、知識與社群間的關係，可說和林耀盛的創傷論述若合符節。

但是，在林耀盛的研究中，「倫理之不及處」的隱晦受苦處境雖然已經由草擬性的徑路得以逐步抵達，但如何進一步著手揭露其中的涵轉機巧性和中介機轉則尚未明顯，此一議題應當會成為其下一個研究進程的主顯重點之一。

（五）以「改變歷程」與「倫理行動」為焦點的本土化心理治療研究

除了林耀盛的創傷研究外，探索「倫理之不及處」的困難在本團隊有關心理治療的研究中也明白地顯現出來，這或可說是因為心

理治療無可避免地要正面面對受苦經驗了。本研究團隊以兩個方向進行有關心理治療的研究，一是以倫理行動做為重構心理治療內涵的嚐試（李維倫，2004），一是以改變歷程的揭露來探求心理治療中的改變因子（謝碧玲，2004）。在李維倫（2004）的研究中，對「倫理之不及處」的把握類似於上述有關創傷的研究，即保存了受苦轉化的晦暗狀態，但也尚未有能力做進一步的捕捉。而在謝碧玲（2004）的研究中，採取的方式是直接訪談心理治療的兩造以掌握在心理治療中改變的現象，然而如此獲得的資料卻造成研究進展的相當挫折。不過如今回顧這段研究歷程，謝碧玲的研究經驗卻意外地以反面的方式指出了受苦／轉化之改變經驗的一個可能的重大品質，即對語言捕捉的逃逸。底下就這兩項研究成果進行討論。

李維倫（2004）對近年來有關華人與台灣社會中心理療癒的研究做還原考察，回到生活世界的人情脈絡場景中觀察其所揭露的受苦療癒動向，討論其中所呈現的個人與其群體性生活的衝突與出路，建構出心理治療中倫理性行動的方向，並且以實徵資料為例，說明以倫理行動為定義的心理治療之具體操作。其研究所得的重點是獲得一心理治療中的療癒動向圖，如圖 1 所示。

由圖 1 來說明心理治療的療癒行動，我們可以看到 A—B 表示個人在現實生活中的受苦處境，其中主要的是從 A 到 B 的「掉落感」(sense of being expelled)，以及由 B 到 A 之回返的努力的受阻。A—B 間的掉落與阻絕可以經由受苦者向上走抒發的交往或擬似倫理的路子，進入 B—D 間的締結關係而產生通透經驗。同時，由於走水平的 B→A 路子與走垂直的 B→D 路子所經驗到的人情形式不同，也在心思空間中相應著不同自我思慮，即圖中的「個化之我」與「本心之我」。「個化之我」求取自我保全，以防衛爭鬥的方式應付人情形式中的要求；而「本心之我」以投向的方式進入另一種交

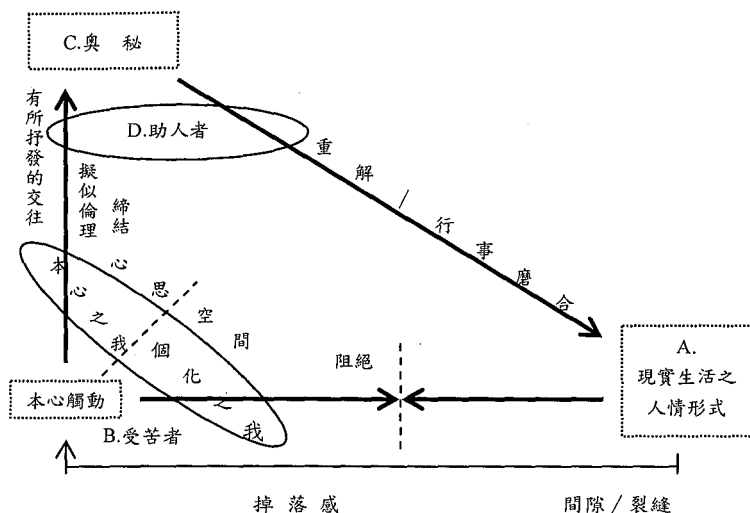


圖 1 心理治療中之療癒行動

往或是新的締結。此外，圖中的「助人者」並非指某一特定身分之人，而是進佔 D 點位置的另一個人。把「助人者」設為一行動的位置而非特定之人可以讓我們清楚看到，心理治療師可以與受苦者成就 B-D 的通透締結，也可以重複 B-A 的阻絕狀態，而後者當然無法推動受苦者所需的療癒行動。由此療癒行動動向圖我們可以定義出心理治療者得以作為的三項倫理行動：讓「個化之我」靜默、顯化「本心之我」以及以倫理的調節做為與「奧秘」交往的指向。

李維倫（2004）以實際的例子說明 A—B 軸上的互動，該種表面上看起來似乎是要解決受苦者的顯著困境，但卻會離開受苦的本心經驗，陷入了與個化之我的糾纏。以本文所要申論的議題來說，

A—B 軸上呈現了顯著的人情倫理的阻隔，此一阻隔使得受苦者也好，治療者也好，將其認定為「需要對之做點什麼」的目標。這樣的行動傾向在受苦者身上顯現為抱怨、要求或控訴，而在治療者身上則是進行倫理的修補術。由於這樣的行動都是與抗爭防衛的「個化之我」打交道，難以離脫困局的循環。此外，持續經驗到掉落感，即處於「倫理之不及處」的本心之我也同樣被遺漏在外。李維倫（2004）自承其研究雖然以一完整的動向圖示保存了受苦轉化的結點目標，但尚未對由「個化之我的顯化」到「本心之我的顯化」的轉換機制有清楚的交代。從本文一路討論下來的觀點來看，這樣的停滯不應只被認定為研究上的不完整，而是要去探討：是否有研究上或現象本身的結構因素，使得本研究團隊幾乎是系統性地遺漏「倫理之不及處」的受苦經驗，或造成面對此一經驗現象的停滯？

上述問題在謝碧玲的心理治療研究經驗中卻以反面的方式提示了可能的答案。謝碧玲（2004）探求心理治療中有效的療癒因子，其方法是希望由治療者與被治療者的第一手報導中指認出確定的療癒事件與療癒過程，以分析出有效的療癒因子。此一方法可說是回到經驗者本身，看其如何活出療癒改變的經驗。然而在研究的實際操作上卻出現兩個難題：其一，治療者與被治療者對其共同經歷過的心理治療有著南轅北轍的敘述；其二，不論是在治療者或被治療者的報導中，關於改變之核心經驗的描述顯得十分簡略與模糊。就第一個問題而言，其實涵意相當複雜，但至少我們可以說改變歷程並非可以被視為客觀事實，由參與者所共同指認；它必須考慮到經驗所有者的問題。因此謝碧玲的研究也就轉向以被治療者的敘說來考察被治療者所經驗到的改變。然而由於改變核心經驗描述的簡略與模糊，研究的結果所顯現的就在於改變前後的不同。雖然謝碧玲的研究同樣顯示了倫理處境是個人受苦與療癒的定錨點，支持了

本團隊研究「受苦總是倫理的受苦」的主張，但與之前討論的研究另一個相同點是，改變轉化的經驗本身仍舊沈埋在晦暗之中。

不過，在上述研究經驗中所出現的轉折，以及經驗者在描述改變經驗時的簡略與模糊，卻提供了一個可能性來思考本團隊對受苦轉化核心經驗的系統性遺漏。這兩項經驗似乎都指向了受苦/轉化經驗的無法直接獲取。由研究所選取的對象條件看來，我們可以排除對受苦轉化經驗描述的不足是源自敘述者的口語能力的可能性，那麼這種情況又表示了什麼？難道這樣的經驗本來就與語意邏輯的本質不同，因此以語言來捕捉受苦轉化經驗時，後者總是逃逸無蹤？

的確，從本研究團隊的種種研究經驗看來，我們不得不正視這樣的可能性：受苦／轉化經驗是無法進入語言的；它可能不是語言知性系統可以掌握的，它可能是非知性的、非悟性的，難以用一般的語言說出的。因此，療癒轉化的過程一直都是隱晦的，而研究者或描述者與此一過程經驗的擦身而過卻正是屬於此一經驗的特質現象之一。但這樣的思考卻馬上帶來另一個挑戰：若我們還是要推進我們的研究，我們該如何處理？我們可以不依賴語言來進行受苦轉化經驗的研究嗎？或者，對此一經驗的研究根本就是緣木求魚？

（六）小結：語言的整理與問題的澄清

本文所要探求的是受苦的療癒因子，但正如前面討論過的人際互動共育型憂鬱（陳淑惠，2004）以及受苦的倫理阻絕循環（李維倫，2004）所顯示的，受苦是倫理的受苦，而且是一種持續的人際互動作為，而我們認為療癒因子的探求應避開「受苦－循環」的場景，直接掌握「受苦－轉化」的心理翻轉機制。這是因為我們發現，倫理的受苦不會直接跳到倫理圓滿的出現，倫理的修補也可能成就

「受苦－循環」的迴路。然而在作者等人過去相關的研究中，對「受苦－循環」以及倫理性的網絡療癒型態有相當程度的揭露，但卻同時也顯示出對核心的「受苦－轉化」經驗的一再遺漏。

此一「受苦－轉化」的核心經驗在前面的討論中以不同的名稱出現，如「倫理的斷裂」、「倫理的黑洞」、及「倫理的不及處」等，也將之描述為「受苦處境」、「受苦的原初處境」、「受苦經驗」、以及「間隙時刻」等。這些名稱與描述都嚐試去指稱掉落於人情倫理的理所當然之外，而又沒有進入自然態度傾向之處理行動的經驗時刻。由於此一經驗／時刻／處境／地帶當未為我們所掌握，因此也無法以一事先定義清晰的語言來說明它，更不用說這樣的經驗時刻很可能是在一般的語言邏輯之外。因此，瞭解本文所要探求之對象的狀態與性質，本文應被允許以上述的描述形式，即有所關連的不同語彙，來考察此一對象及其相關面向。

在本文的論述上，目前已抵達研究探討之目標現象的釐清，然而也發現了以一般的邏輯語言在處理此一對象的困難。這樣的處境就好像研究者已站上已知與未知的邊界，所面對的對象無法再以熟悉的語彙工具來執取，否則將從好不容易站穩的邊界退回到過去所熟悉的遊戲場。因此，如何處置目前的處境並推進一步，即是本文以下所要探討的論題。

三、療癒轉化的可能性：療癒時刻如何現前？

具有療癒因子的倫理涉及現實限度的解除，而使得原本被圈圍在現實的有限性被釋放出來。這個工作若是僅在概念上破除現代社會賦予倫理秩序的虛幻確定性（Bauman, 1995），充其量也不過是在回應後現代的要求，不見得可以獲得療癒因子。在我們所從事的

有關「變故」的研究上，我們發現相當有益的線索。我們從醫院的癌症病房中發現，一些癌症病人面臨腫瘤的不可控制之時，會有某種程度的心性轉向，從怪罪他人與環境的謾罪轉而自我承擔自己的過錯，過去認為是的、肯定的、值得追求的，現在卻轉變為不是的、否定的。那麼，這種顯現在生活中的轉變，其療癒核心究竟在哪裡？首先，我們必須檢視療癒觀念的產生。

最根本的倫理療癒問題涉及生活秩序的邊緣處境，亦即任何生活世界的苦難本身都可能是倫理之破裂或秩序無力承擔的處境。受苦的「苦味」可能正好是倫理秩序的「不堪聞問」之處，亦即在倫理秩序出軌的地方，在生活中倫理秩序無法照見的裂口。倫理秩序向來只照顧生活的普遍常態，能夠變通的早在長久演化的倫理權變裡發展開來，並已返回自身重新編織。我們過去所主張的「倫理修補術」式的治療是屬於非常有限的處置，它只能在倫理破碎的地方進行修補，卻在日常生活中缺乏療癒的動力：因為所有在生活中所發現的痛苦只要一進入倫理的世界，人就得默默承受倫理所給予的秩序與價值，原本倫理所給的秩序或價值是多端緒的，但外部的倫理秩序往往會宰制主觀的、流動的倫理，例如許多憂鬱症患者經常被家人以倫理的「為你好」催促著到處走走、和外界有所接觸，但憂鬱患者那種難以負荷的沈重被動，一再使憂鬱症患者沉入倫理隙縫的黑洞中受苦。所謂倫理的黑洞指的是「正面倫理秩序所編織之殘餘」，亦即為倫理無法顧及的暗處，在倫理的黑洞裡，所有受苦經驗的語言表達都被取消，因為這些隙縫本身的經驗從未被登錄在語言領域，殊少從語言中獲得其完全的顯在性。

以癌症病人 JM（女，43 歲）的情況來說，她在獲得癌症之後突然發現自己的丈夫有外遇，更糟的是，自己的孩子居然也跟著父親伴隨第三者出遊。JM 的憤怒在於她辛辛苦苦地賺錢養家，為丈

夫買的新車，卻成了背叛的工具。她的憤怒來自於她的倫理義理，可是，心裡面的暗處卻以無法言說的方式暗自飲泣。人們只從她的正面話語知道她的怨，可是很少直接觸及 JM 的痛苦。JM 的鬱鬱寡歡直接在倫理的黑洞裡獨自品嚐，即使她在友伴之間獲得義憤填膺的同情，也無法彌補她的幽怨。

（一）倫理黑洞與質差理論

那麼，我們該如何探討倫理黑洞？倫理黑洞又是如何構成的？首先，我們發現倫理黑洞是一種質差的構成，一方面，就人情倫理本身來說，它可以構成自己的平面，卻無法將看不見的深邃暗處包含在其中，因而將該暗處排出，使其沈陷成黑洞；另一方面，人情倫理會透過自身正面結構的給出而同時形成反差性的黑洞，所有的反常只要進入倫理編織的狀態，就立刻陷入倫理網絡的黑洞中。我們在此所要分析的重點正是有關倫理黑洞和正面倫理兩個相異質地的落差。若以巴塔耶（Georges Bataille）所談論的愛和正面的愛來說明（湯淺博雄，2001，頁 302-307），正面意義的愛總是將愛錯認為人與人之間的融合，但巴塔耶認為愛的關係有兩個狀態：一為為存在者的愛，二為存在的愛；前者有如人情倫理的鮮活，是根據社會的鋪排，其過程必須經歷認識、約會、兩情相悅、相親、訂婚（宣布彼此的佔有）、結婚（表白彼此關係的獨一性）、組成家庭等，我們將此倫常過程稱為存在者的愛。存在者的愛是一個同質化的過程，其強調的是雙方愛的交融，其要求的是雙方等量的付出，亦即將愛當成等價之物而能進行交換。因此，在存在者層面的愛必須是可交換的——我愛你幾分，你就得愛我幾分。但若雙方的愛不等同就會造成痛苦，這種常態的愛在療癒上完全沒有力量。真正會令人動容的愛是，被愛的人不值得愛，但愛他的人卻加倍地愛他；不值

得被愛卻被愛，不但有質的差異而且還有反差異的現象。本文主張：這種不均質且有非同質化的聯繫關係的現象正是產生療癒力量之所在。在人的生命過程中，不同時間的生活經驗所呈顯不同的生命質地落差，本文稱之為「質差境位」的落差。以下我們就以有關生命狀態的四類質差境位（如圖 2）來說明這種療癒力量之產生。

境位 I 是均質連續的，指的是人在同質性的生活經驗中無法看出生活質地的改變，這種平平往上或往下的同質連續也就是一般所指的「平順的生活」。一般人都希望明日與今日的生活質地不要有太大的不同，會希望現在的平順能延續到未來，而竭力發展均質與連續的生命狀態，就像一般對生命祈福的模式。這種均質連續何以能夠成立？人在當下都背負著有關對過去的宿緣和對未來種種的投射，使得投射中的過去、現在和未來的種種性質是接近的，儘管

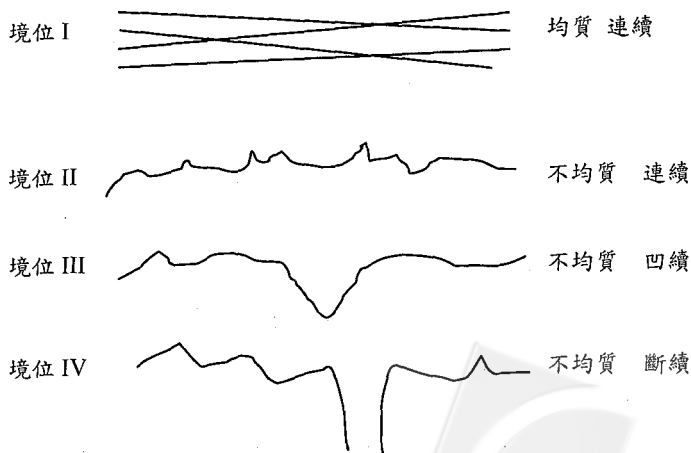


圖 2 各類生活經驗之質差境位

有些許不一樣而產生傾斜，但質點仍能保持均衡與連續，所以人對其所取得的生活質地感覺無甚差別（*indifference*）。但這是人的錯認，在無甚差別之中，其實還是存在著反復差異，所謂「無甚差別」其實是「在差異之中」（*in-difference*），只因差異非常微小，使人身在其中而不自覺。其實，質點的均衡和連續在生命中往往是不可得的，那只存在於生命的思維模式中的構念，最多也只是一個暫時給出的現象，因為只要一想到每個人都會過世或遭遇親友的死亡，這種短暫的現象便會不攻自破。不管大家多麼希望透過對神佛、上帝的祈福或以各種人爲的力量保持功利性迴路的順暢，而使得這種均勻與連續的生命狀態得以延續，但從巴塔耶的觀點，均質連續系統是一種有限經濟（第四節後詳）的生生活動，必須以有限性、具體、落實、有回饋性的東西來決定其存續，這也意味著其有限效益。

境位 II 是不均質連續，指的是人透過回憶或透過對不同時段的比較發現出前後的不同。雖然那不是在生命過程中直接透過質地的坎坷來發現微細的差異，但經過一段長時間之後再回顧而發現生命質地的不一樣。這種事後的區辨，往往是透過某些事件的發生或不同生活經驗而獲得，我們稱此為「橫渡的事件」（*transversal event*），事件性的橫渡幫助發現境位落差。儘管生命有些波浪使得過去和未來的質地已經有了差異，但「我」還是「我」。人們可以回顧現在和二十年前的自己，可以從中感覺到前後的自己有所不同，但還是有著自我本體的連續感，這種連續的保持來自自我意識（*self-consciousness*），自我意識則透過自己非常清楚的虛構能力來保持其同一性（*identity*）。

境位 III 是屬於不均質的凹續，此境位的質差區分是在現場處境中立即被發現的，譬如遭遇喪偶、失親、事業失敗、車禍重傷等無法回復原本生活秩序的事件，但這並非完全斷裂。從這類境位的

質差可以明顯看出眼前的生活和過去生活的夙昔建構面發生很大差異，這是可以當場察覺的。這種當場的察覺對於未來的期待或時間的虛構面還是處在可以理解、設想的狀態中，雖然相較於質點落差不大且較靜態的境位 I、II 的生命狀態，境位 III 透過某種生命的陷落而顯出質地的明顯差異，但此境位中的某些生活要素仍能被延續下去，仍然不具發生療癒的可能性。

但當人遭遇到境位 IV 的不均質斷裂時，生命的處境就是斷裂式的，例如 JM 身患三種癌症或一些病人罹患無可挽回的疾病等重大事故時，人對未來的虛構面被強行切斷。然而，就在無法接續的斷裂情況下，透過跳接的方式讓兩個質地完全不同的點連接了起來，根據我們的理論，療癒就是在這種不均質斷續跳接之下發生的。因此，療癒的核心問題就在於：透過不同質點或境位落差所產生的療癒過程是如何發展的。

（二）跳接之可能——齊克果的雙環理論

根據齊克果（1847/2004）的雙環理論，人應該有一種精神性的綜合，很接近我們所謂的療癒的概念。在齊克果（1847/2004）《致死的病症》與《The Present Age》（Kierkegaard, 1962）書中，齊克果以「熱切質分」（Qualitative Distinction with Eagerness）此一核心概念指出，自我轉變會使「自己」產生對性質差異的熱切情懷，任何一個轉化的人是成為「自己」而不是成就「自我」，是真摯的（authentic）。在齊克果的雙環理論中，自我的轉變是由兩個質地不一樣的異質環相交，第一個環指的是原來的我（自然成長的我）的狀態，亦即一般所稱之「自我」，以自然態度存在於俗世或尚未發現真正自己的狀態；相較於第一個環，第二個環是與之完全異質的；前者是實質的、有限的，後者則為精神的（spiritual）、無限的。

在第一個環裡，個體亟欲從存有的無明裡脫逃（列維納斯，1990，頁47-63；Levinas，1978），而朝向自我的摹本（如話語、思維等）發展，這個觀點在列維納斯那裡則以「人透過自我的享樂性滋養，逃離自己與存有（*il y a*）的綁網」來說明，海德格則以「踰外」（*ecstasis*）活動來指陳人得投身於世。齊克果並沒有如巴塔耶之所見，將此投身於世的摹本化自我視為合法，因為齊克果真正感興趣的是精神的轉化，也就是「有限」環／「無限」環的綜合，他的主要探問在於：「超越性（精神）的綜合」如何發生？亦即，人如何從俗世的、有限的狀態轉超至精神性的自己？

當人在第一環的俗世中穩健存在時，只認定俗世的現實為唯一的真實，無法產生越界的覺知，無法覺察第二環的無限性存在。因此，在人未能對無限有所察覺的狀態下，雙環之間彼此無法產生勾連，使得其分屬於兩個獨立的運作系統，各不交往；當第一環的系統運作時，其作為與認識是屬於基本現實的狀態，人在其中很切實地與世界交往，並獲得在世的興趣，人極力為其生命設定明確的目標，並以此設定為其生命的依據，但依齊克果的看法，第一環的系統內在性不夠，其內部缺乏精神或靈性，若要獲得精神或靈性的充實，就必須勾連到一個性質完全不一樣的環，但這第二個環卻與第一環是二律背反的，彼此完全看不到彼此的對立面，甚至處於完全相逆的狀態。因此，在常態下，主體無法脫離第一個環的系統而進入第二個環的「無限」，亦即藏身於第一環的主體完全不知道另一環的狀態（域外狀態），雙環之間連形成彼此對立面的可能性都沒有。齊克果將這種有限與無限的永遠無法綜合視為絕望，他進一步認為人在有限環的存在中有三種不同的絕望。

第一種絕望是，人只認定俗世的現實，完全無法覺知無限性的存在，但人並不知道自己的絕望，故稱之為「不知自己的絕望」的

狀態，例如當人們過度熱衷於在世的生活，是在這種狀態之中沈迷於摹本的遊戲；第二種絕望是，人隱約感覺到無限性的存在，爲了追求這種無限性而創造一種摹本，將此被創造的摹本當作無限的存在，讓自己處於依附在摹本的存在狀態，例如心靈族和求神問佛者，以爲所祈求之對象是無限的，但卻將那「無限」畫在摹本之上，然後醉心於摹本的「無限」，並沒有真正進行「有限」與「無限」之間的綜合，無法使「有限」和「無限」之間產生共轉性；第三種絕望是，人感覺到有一個無限作爲其對立面，雖然希望抵達那對立面，但透過任何摹本都無法抵達，也因此瞭解無限環不能以摹本的方式來取代，這種對自己從有限環跨越到無限環的不可能所產生的絕望是真正的絕望。例如，癌末病人阿穆（女，32 歲）羨慕隔床病人 vuvu（泰雅族的母親稱謂）天天祈禱，沈醉在與「神」的交談，雖然阿穆知道自己也要面臨死亡，但抄寫佛經卻抄不進去心裡，總是只能羨慕 vuvu 進入與神同在的狀態，以致常常深夜獨自一人哭泣，儘管 vuvu 聞泣而抱她、安慰她，但她無論如何都覺得自己沒辦法進入另一個真實（石世明，2001）。

若按照齊克果的理論，人除了在絕望中縱身一躍進入死谷，否則完全無法從第三種真正的絕望中跳出。但根據我們在癌末病人的陪伴經驗中，齊克果的「縱身一躍」需要更細緻的過程探討。例如，癌症病人 JM 患病前後的生命過程經歷了齊克果所謂的第三種絕望之後，獲得轉化，她從有限環跨越到無限環的轉化機制顯然是齊克果雙環理論未提及的，使得齊克果的轉化機制依然保留在黑箱中。生病之前的 JM 所遵循的機制是過度控制丈夫小孩，但所有的控制在她的疾病底下都變成一種否定，也就是說，在 JM 身體健康時，她確定只要行使一切所能的控制就必能遂其所願，讓所有的事情都在自己可控制、可預測的範圍內順利運作，這是彼時最大的肯定；

然而，當她帶著病體行使控制時，卻發現過去所肯定的「能」全都變成了「不能」。JM 患病前努力賺錢證明自己是女強人，患病之後丈夫有外遇、小孩不聽話，怨嘆為何自己這麼努力卻得不到一點回報，後來去某道場聽講道法，她從講道師父的道理中隱約知道了無限。但 JM 在前兩種狀態下並不會對自己感到絕望，而是到了第三種絕望（第三個癌症在此時發作），才有可能跳到無限而獲得轉化，也就是說，在世情倫理的折磨已經消盡之處，才出現一個大逆轉的狀態，跳入無限性，所以她反過來去對丈夫下跪並且承擔起所有的罪過。「罪」做為原本的最大否定，卻變成改變後的最大肯定：原本總說他人的不對，現在變成承認自己的不對。

齊克果主要的療癒觀念是放在精神療癒，亦即在人躍入無限環之後，深受無限環戰慄的震動而得以真正置身於所謂「在神面前」的靈性領域。在此意義底下，齊克果的精神療癒或精神綜合其實是超越性的心性轉變。所謂的「面神」，乃是一種重新發現自我的真摯情態。所以，從此意義來看，齊克果當然首先排斥心理療癒，乃至於不認為倫理的復原或修補是療癒的基礎，這個觀點或許可與華人文化中心性與倫理轉圈的一個端點相通（余德慧，2003），亦即，從倫理的有限性轉到心性的無限性（林安梧，1999）。但我們很快就發現，齊克果的神學思想阻擋他進一步去思考：人何以能從有限環轉到無限環？雖然齊克果做了正確的宏觀分析，卻缺乏微觀的洞見，因此，本文有責任將這轉化的過程做進一步的釐清。

（三）Enright 有關寬恕的心理療癒模式

在進一步闡明我們對心靈療癒的主張之前，我們還有一個中間的步驟需要思考，我們需要有一種具體的操作過程，來發現心理療癒的每一個步驟。Enright 與 Human Development Study Group

(1996) 的寬恕過程將其中的操作過程說得非常清楚，可供我們當作過程的說明。Enright 等認為，透過寬恕而獲得心理療癒的過程需經歷四個階段，分別為：(1)揭露期 (uncovering phase)；(2)心智轉向期 (decision phase)；(3)做工期 (work phase)；(4)結果期 (outcome phase)。此模式所分析的心理療癒重點如下：第一、揭露期是從被冤抑情感的流洩到寬諒悟性的出現，寬諒悟性是將覺察的位置移到他我之間；第二、主體從沉默的受苦轉變為能夠說話的主體（已呈現出 speaking subject）；第三、受害者產生一股傾向，對加害者產生質性的改變，例如在認知與態度上對加害者產生善解及同理心等。其改變的整個過程如圖 3-1 至圖 3-5 所示。受害者原本固守在自己的心理的正面中心之處，與被排拒在心理暗面處的自己保持距離，以一種隔離的方式與心理上的加害者隔開（圖 3-1）。後來這冤抑之情慢慢往自我的邊緣移動，移到他我之間，使其再透過自我的轉動而牽動心理暗面他人輪的轉動（圖 3-2）。透過他人輪的轉動又再度牽動自我的轉動（圖 3-3）而形成共轉（圖 3-4、圖 3-5）。受害者自我的先移動是感情與領悟的移動，從齒輪中間移到邊緣後，在邊緣的情感流洩包括憤怒與羞恥的浮現，之後隨著說話主體的浮現，使原來的自我防衛系統失效，產生寬恕加害者的決心而讓自己進入與對方的關係之中。透過接合的輪軸進行對他人的善解、同理心，進行對他人另一種方式的建立，推動他人之後自己也被推動了。這裡的他人是自我心中的他人，加害者並沒有因為他的自我轉動而獲得紓解，我們將此視為齊克果改良式的雙圖理論。雖然 Enright 所分析的這些步驟並沒有談到自我轉化而只涉及自我移位，只涉及視野的改變而沒有自我的轉變，但這種共轉性在心理學家的分析中已顯露出其可操作性，比齊克果的雙環理論具體多了。

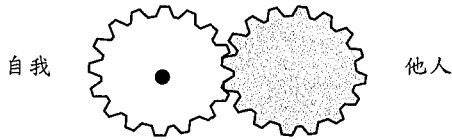


圖 3-1

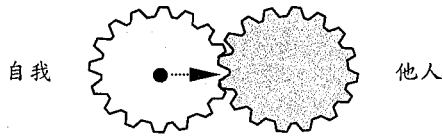


圖 3-2

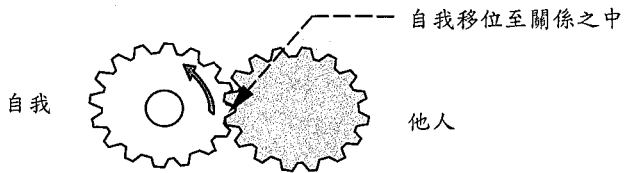


圖 3-3

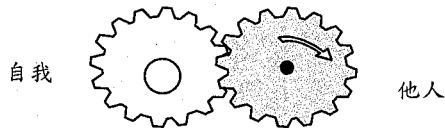


圖 3-4

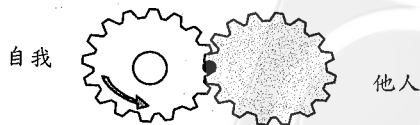


圖 3-5

（四）療癒時刻（healing moments）的發生

精神療癒（spiritual healing）與心理療癒（psychological healing）可以區分成兩套不太相互干涉的療癒過程，因為精神本身必須透過內在的各種反轉的機制才會發生，而心理療癒則無此必要。我們可以將精神療癒先作簡單的二分：其一，從自我現實被放置在生活場域的落實處來看，自我必須有足夠的抓力，以獲取可供操作的運作空間，並以空間化的思維來處理、調控內心的機制，而其所能憑藉的，必然是引用外在資源，於是產生「內心外化」的迴路模式（feedback model），這正是 Enright 等（1996）的根本依據，否定了斷裂跳接的可能性；相反的，我們從自我精神的虛渺處看來，那是內心的情態，其流變難以捉摸，但是憑藉的卻是時間的綿延與生命的奮進（*vital elán*），此存有方式明白地將外在實在推到第二位，將首要的位置讓給「精神」，而產生齊克果所謂的「無限」的勾連，因而傾向採用內在的認識或覺察為首位的「內在綜合」（internal synthesis）模式。

梅勞龐蒂（2002）很清楚區辨觀念的認識與知覺的「覺識」，他說，觀念的確定並不等於知覺的確定。知覺是以時間裡度過的經驗來確定，而非以意義空間作為確定；身體登錄了知覺的綜合，也在自我的現實中，建立經驗，因此，人知覺自我的環節一直是緊扣著現實，所以現實必須以一種可以區辨的界限來圈圍，方具有經驗性與可限性，甚至可以排除觀念、知識或自己的「內在精神」。因之，身心健康在自我現實方面的定義就非常清楚，它必須是「可見的」、「可感的」實在體，因此必須具有非常實質性的成分，放諸世界與自我現實的關係裡，使其有交互性（reciprocity）與交往性。

（五）「非」關係療癒的可能性

在世界的現實中的交互性與交往性往往構成醫療的治療概念，任何治療都必須有個結果，這結果不是好就是壞，不是有效就是無效。醫療的治療概念就建立在這樣堅實的功能迴路裡，然而，對療癒來說，這種功能性的迴路固然有其具體落實的成效，但一旦涉及心靈的領域，其採取的封閉迴路的治療概念，卻常常出現沒有出路的窘境，因為治療的失敗即意味著失敗，然而在療癒的世界裡，失敗卻往往出現轉機，這使得我們對療癒的概念採用一種向著「非」的逃走領域探討。

「非」的意義始自法國後結構主義，相當於列維納斯（Levinas，1978）所謂的 *otherwise*，亦即「有別於」某種我們所熟悉的存在本體，或德希達所謂的「延異」，亦即「永遠不在現場被捕捉的存在」。「非」這個詞乃是在指不落到「此處」現實的域外區域（他處），它超越人在現實中的視野，但卻富有機巧地參天運化，使得某些人類無法預見的、邏輯無法蠡測的因子參與人的轉化。

「非」關係療癒的可能性涉及的第一個概念是「消盡」。雖然歲月如梭，但因為我們的虛構能力會產生一種空間持存的概念來對待生命（詳見第四節），而使療癒產生的消盡卻必須是汨汨而流的，必須是無法終結的經驗流，如地破之泉湧；亦即，斷了功利性迴路才有可能進入雙環的無限環，這是因斷而流，而不是不斷追求、按圖索驥而來，這種經驗無法以自我的同一運動來落實，而是一條逃走線，它逃離知性的捕捉，不堆疊意義式的建構。

「非」關係療癒的可能性涉及的第二個概念是視域的「邊緣」。也就是說，在我們在世所結交的關係的邊緣之處，我們發現視域用盡而束手無策，就好像是一條斷線的線頭，在這缺口之處，域外宛

若黑夜的襲擊，我們第一次面臨已知的明白與未知的不確定之間的朦朧地帶（twilight zone）。這種邊緣性給出了自我的危急感，也給出了潛在的轉化可能性。

透過這兩個基本概念，我們對療癒時刻所帶來的自我轉化就有了一種設想，也就是楔形負性（discursive negativity）的構想。這個構想是將人在世的現實做成負面襯底，而原本域外的虛渺卻透過負面的襯底而暫時性地閃爍顯現，雖然域外本身即是在基本現實之不可得，然而楔形負性的機制卻可使之暫時隱現。

（六）楔形負性

如圖 4-1 所示，A 區域指的是人夙昔的同質結構，在斷裂處境時（亦即之前所提境位 IV 不均質斷續），人從 A 區域中被逼到邊緣，在邊緣的他不能再繼續採取支持 A 的生活條件過活，他所面臨的生命質變使其原來在 A 的整個生活網絡開始邊緣化，被逼至邊界處境的他感到很茫然，同時產生「望斷生涯路」的現象。當人處於健康狀態時，圖 4-1 中的 A 邊界之外是黑暗的域外，所以當人剛被逼至邊界時會感到難過受苦，一方面是因為夙昔的心智依然將 A 視為根據，人會希望重返過去生活的根據地，一方面則因為在邊界處境的人對於 A 之域外渾然不知，那是一個完全陌生的境地。雖然人無法期待其不可期待的，但當他漸漸看到自己再也無法以 A 的質地生活時，人第一次看到茫然（the Void），這是人首次的望斷。

望斷之後，原來正面的 A 開始碎片化（見圖 4-2），漸漸被趁隙而入的 the Void 所取代（見圖 4-3）。所謂「碎片化」是指原來的夙昔世界立基於功利性迴路的斷裂，本來在功利性迴路裡，每做一事就會有一條迴路圈來令其獲得投資報酬的相接應之狀態，但這東西在受苦處境之下可能已經不再那麼完全，亦即人可能透過某種失

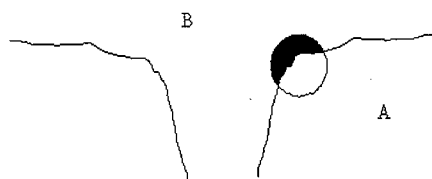


圖 4-1

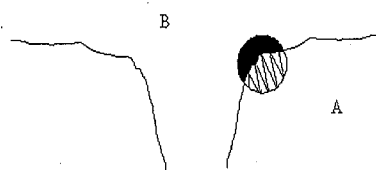


圖 4-2

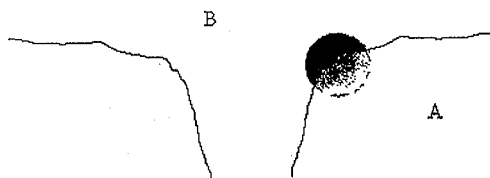


圖 4-3

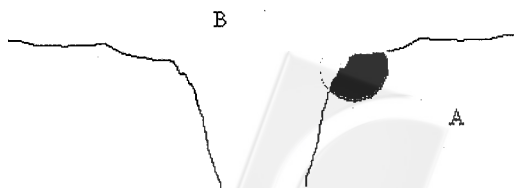


圖 4-4

能，例如關係的破裂、價值的喪失等，而使其無法完整保留原本建立起來的功利性迴路，因之，夙昔生活結構碎成碎片。在這種情況下，人的生活行動開始有了限制，不再像以前有順利的操作空間與運作的條件。而 the Void 本身是不知為何物、全然的陌生、不可理解，在其中缺乏任何實質化的事物，但卻慢慢取代人原本所根據的現實，而已經慢慢碎片化的夙昔面 A，慢慢由原來的正面變成負面（如圖 4-4）。

以 JM 的例子說明。在她患病之後，她原本賴以維繫與丈夫關係的功利性迴路已經破碎：

2002 年 1 月，我進行大腸癌的開刀。開刀住院十二天之後，我回到家，我發現先生不理我了。這一段時間我對我的先生很怨恨。原本第一個癌症，我並不怨恨老天爺為什麼這樣對我。到第二次開完刀之後，我開始埋怨老天是這樣不公平，我這麼一個努力認真的人，為什麼我會得到這樣的病呢？我好勝心很強，處處作女強人，也許是因為這樣，造成我先生受不了我，離我而去。我們曾經有八年幸福的生活，之後就沒有了。

得到第二個癌之後，我就看不到我先生。因為種種內心的糾纏，我對我先生就產生更多的怨恨，我也對他做出報復的行為。那時後我又懷疑他有外遇，身為女人，我想我的人性和心都已經嫁給這個家了，我這麼樣的努力，想要讓大家過好日子，但是我卻活得這麼辛苦！我問我自己「為什麼會這樣子呢？」

後來，我做出一連串報復先生的動作。我的保險有很多錢，我都轉移到別人身上。我也想過要跳樓了斷自己，但是又想到我的孩子還小，做為一個母親的心，我割捨不下我的孩

子。我的生活得很辛苦，心裡頭更苦，因為看不到先生，我的心中每天都塞滿怨恨。

JM 勉力維持在夙昔平面的正面性，將所有不幸都以正面倫理的方式進行所謂的倫理大義相責，例如，JM 第二次治療期間發現丈夫不斷詢問保險員受益人情事，另外，她爲了讓丈夫有較好的生活條件而買新車、高級手機給丈夫，但丈夫卻以新車載送別的女人、以新手機發展外遇，她覺得自己付出愛卻被丈夫以背叛相待，因此她以世情倫理之大義激烈指責丈夫。在正面倫理中，她要求自己做一個很好的專業人員，賺很多錢以建立幸福美滿的家庭，但她卻很傷心地發現其所獲得之回報是這些不倫不義，她大聲地以倫理大義來斥責丈夫之不倫不義，自己卻也產生很大的怨。雖然多數人在這種處境之下都會想力挽狂瀾，試圖立即修補這種碎片的斷裂處境，但愈是如此愈可能產生一種矛盾性或弔詭性的失望，發現宿緣愈來愈多的部分成爲碎片，原本保有宿緣的肯定逐漸地消失，取而代之的是其否定面，也就是「不再能夠.....」。這種因爲想去肯定而產生否定的現象，是修補行動造成其碎片失效的重要動因，在此情況下，其碎片會一塊一塊被取走，而使得原本做爲正面的生活根據的功利性迴路碎裂成負向性的狀態，負向性並不是說丈夫對其不忠或子女對其不孝的事情就此不見了，而是透過碎片化之後，JM 發現再也無法抵達其原本所肯定之正面性，而真正能抵達的卻是原本被其視爲陌生、不存在的 A 之域外。

到了第三個癌找上我的時候，我才聽進去師父教導的道理。現在，我的心越來越好，我也真正感受到來自內心深處的快樂。過去我造了很多業，前世的業和今世的業。師父說「我

們的污心就是貪、癡、怒、傲、怨」，我以前就是活在這樣的心態上，但是我現在知道，那些心態都不是我自己。長久以來，我放肆地讓自己的心，周旋在那些污穢的念頭中，所以我才會吃那麼多的苦，而我現在要做的就是「修錯持正」。

向自己懺悔很容易，向別人懺悔卻很困難。我以前從來不會向別人說「對不起」，我最近才學會跟人家對不起。以前因為很愛面子，所以就不承認自己的錯誤，更無法當面跟別人道歉，如此一來，往往做出許多傷害人的事情。在我罹患過三個癌症之後，我尚有這個生命，我覺得真的不應該再這樣子了。

但是當我願意去承認自己過去的錯誤，鼓起勇氣，踏出向先生懺悔的那一步時，我先生並不願意接受。我後來想這本來就是我的錯，我又向他下跪，他還是不肯接受。我以前真的是對不起他，即使現在他不理我，我還是繼續跟他懺悔。他不原諒我，他只說「自己過自己的」，我想沒有關係，暫時也只會夠這樣。我不能要求太多，因為要求太多是我自己的錯。不管他怎麼想，懺悔是為了我自己。

當 JM 第三次發現癌症時，其碎片開始發生，也就是她的夫妻關係、親子關係漸漸碎片化，甚至連事業也可能跟著碎片化。在所有碎片化中，她原先秉持的倫理大義不能再作為依據，她從日常生活中發現倫理大義之充實漸漸從腳底流失，使之往望斷之路行去。當她根據正面倫理相責其丈夫或兒女時，她認為所有的罪過都由其丈夫與孩子引起，其所有不幸與痛苦應該都由他人負責，這即是所謂的「諉罪」，將所有罪過往外推。可是一旦碎片化產生，生命之依據慢慢被取走之後，聽道法突然和碎片的空虛接合起來，師父的

道法並不是原因而只是中介者，不是直接決定轉化的因素，師父的道法沒有決定能力，而是因為 JM 的 A 的夙昔平面的正面性被轉變成負面，此負面反過來襯托原來望斷的正面性，我們稱這種現象為「楔形負性」。原來望斷本身是茫然空虛但卻逐漸充實起來，最明顯的充實現象就是從「諉過」變成「認過」。

王鳳儀在創萬國道德會之前，就領悟到「認不是」在生命轉化中的關鍵位置：

有一回家裡請到了先生來宣講善書，講了「雙受誥封」（三娘教子）。

講到小東人在學房裡，聽同學說三娘並不是他的生身之母，他在放學回家，晚間照例背書時，就故意的不好好背書。三娘督促他，他就冷言冷語譏刺三娘說：「你並不是我的生身之母，若有我的親娘在，我那能受你的冤枉氣呢？」三娘聽了這話，一怒之下就把織布的機頭割斷。家奴老薛寶，聽他母子吵鬧，出來問明了原委，就向小東人說：「三娘為著教養你讀書，日夜在織布，望你長大成人，光宗耀祖。你萬不該惡言相加。趕快頭頂家法，請娘親責罰。」於是小東人便跪在三娘面前，認罪說：「孩兒年幼無知，忤逆娘親，請教訓孩兒，打兒幾下。」三娘說：「兒快起來，是我不會做娘，不該和你一般見識，來動肝火。」母子言歸於好了。

我聽著，心裡很奇怪，她們娘倆不是在吵嘴嗎？怎麼又都各自認不是（認錯）呢？想來想去想去想明白了，怪不得人家是賢人，賢人爭「不是」，愚人才爭理呀！自覺得刷啦一下子（倏忽之間）心裡就亮啦（光明）了，立刻跑到院子裡，呵乎

（斥責）自己：「王樹桐呀王樹桐！就算人家耍錢（賭博）不對，你生氣就算對嗎？」心想，怪不得我是愚人，愚人才爭理呀！接著哭了起來，哭一陣子往回家走，一面想一面數落自己，一直數落到家。夜裡還自己問自己，問來問去，問得自己也笑起來。自己把悔過真了，就頓悟從前皆非。

（鄭子東，1993）

王鳳儀跟 JM 一樣取消愚人爭理的倫理大義，陽性倫理以強取豪奪的方式雖能維護表面秩序，但每次遭遇質變的處境或邊界性，當愈強調正性倫理、愈是大義凜然就愈產生更大的心理破壞，主要是因為世情倫理本身是兩個甚至是多元的自我透過功利迴路所建立起來的一種協調方式，這種協調方式要在沒有太明顯的質變條件下才能維持，可是一旦出現斷裂處境或質變處境時，不但無法處理而且其所生長出來的陽面是強大的暴力，人的怨變成光明正大之怨，指責也是光明正大之指責，硬要處理很多無法處理的情況而獲得相反的心理後果，如傷害、怨、怒、控訴等。

因此，楔形負性是讓原本被視為正面的東西被放到背景，而且是陰暗面，陰暗面是會被否定的，就像王鳳儀的否定，原來自己強詞奪理、大義凜然指責哥哥賭博，又如 JM 指責丈夫不忠、兒女不孝，但當楔形負性形成的時候，其共同現象是從認自己的罪過開始，第一次將罪過往自己的身上反轉，這種現象與海德格（Heidegger, 1962）的願有良知極為類似。願有決斷的良知是一種存有者對自我存在的見證系統，也就是臨終良善開顯的一個階段，存有者在此階段會有一種向內轉向（inward turning）的整體領會，進入一種與萬物同在的存在狀態。在此狀態中，人無法以健康時的話語勾連事物，而是「我懂，但講不出來」。

所謂的「望斷」逐漸轉變為充實，JM 透過道法的中介將「望斷」做一個充實性的發展（阻斷原來的空虛性），這發展過程包括「愛自己」、「為善做反射鏡」。這些道法的論述只是引渡的中介，真正讓她發生轉化的卻是楔形負性的機制本身，意即，原本她是用世情倫理中「我為他人犧牲」，後來轉變成向先生去下跪、認錯，放棄對兒女的掌控，然後用道法的論述，如「愛自己」、「修錯持正」作為可說話語的引渡，JM 的反轉話語包括：「感恩他們讓我修」、「以前用怨恨的方式，現在是感恩」、「我很高興找到自己的心神……為何要計較，高高興興去還就好了……很快樂，覺得自己沒病」。這些話語是由「是」轉變成「不是」，「不是」轉為「是」，the Void 本來還是空的，但由 the Void 的望斷將之後來變成充實的平面。

JM 跟先生的功利迴路，原本是以為為兒女或丈夫犧牲自己，他們也應該以大義倫理相報，但現在採用「非」關係的關係，功利迴路已經阻斷，即使丈夫外面有女人，但現在只要在同一屋簷下就可以了。換言之，其關係慢慢出現一種「非」關係的關係出現，意即，將關係的掛勾透過功利迴路的掛勾變成無功利迴路，與陌生人的關係即屬於這種「非」關係的關係。

透過楔形負性的機制，the Void 瞬間顯現之後，也會變成虛構面的話語，原本認定的現實卻轉變成虛的，但依舊成為生命的根據，只是沈在暗處裡，而新長出來的「望斷的充實」卻也會形成新的虛構面；人在新的虛構面之後，似乎已經轉化成功，但這處境事實上是「分開的在一起」（separate-togetherness），其意接近《金剛經》所謂的「心無所住而生其心」，這裡的心是映照出來的，這種映照也就是我們所謂的「楔形」，意指 the Void 投影在負性，使得 the Void 與負性獲得相互疊影的現象，儘管此時「望斷」變成正面的東西，依舊投影照射原本黑暗的部分。所以人在轉化時會一直談

過去、現在，過去不是真的過去，其實是楔形，反差地對比著但不對立，這種情況下，JM 看起來站在中間，他以虛擬構面的話語不斷地照射，所以不像齊克果的無限環的概念，也就是說，人在獲得轉化之後，還是要取得一種可掌握的虛擬面，它可提供一個轉化後的重整方向，重新朝向落實的過程。

從圖 4-1 到 4-4，A 平面是生活世界的基本現實，當生活世界發生斷裂（異質性的發生），所有經驗都移置到生活世界 A 的邊緣，而置身於「邊界處境」，原來被允諾的，後來都失信了。在 A 平面之中，人們會形成生活性的有限環，但在邊緣處境，有限環逐漸被取消，而推到邊緣化的狀態。A 平面是域內的，在此平面中的事物都是可說明、可認識的，是紋理分明的正面；透過各種差異構成其正面性，充滿行事的邏輯，也包括各種系統知識。但因為人一受苦就移置到邊緣，因此，邊界性使得正面的差異操作顯露出其摹本性。進入邊界狀態後第一次發現差異則屬於模糊性差異，介於 A 平面與 the Void 之間。在圖 4-3，內在平面出現裂痕，摹本的差異消失，但每次正面性的流失，the Void 暗影的部分就會滲入，而原來的摹本就沈入底景（containment），產生對已知的不知，也就是對符號的不知，而對符號進行「非」的作用，包括「非」關係、「非」知，這就是所謂的「楔形負性」。原本生活 A 平面是眼前知道的意義結構，域外 B 卻是完全陌生的。域外 B 原本是無限的，但透過對差楔形，逐漸出現某種正面性，我們將這種正面性視為療癒力量。楔形負性就是透過正面的東西襯托出「無限」不再是無限，讓存有者的差異透過楔形負性反差出來，人不是直接知道存有的差異也不是直接知道無限，而是透過這種逆轉性的對換，使「域外」得以獲得正面的呈現。透過這個機制，雙環才有共轉的可能性，楔形負性出現之後，流動才會出來。

四、復原的概念

汪民安等（2000）在綜論《後現代性的哲學話語》提到：「後現代性正是這樣以一種反烏托邦的形式構想了烏托邦，以一種反希望的形式構想了希望，以一種反倫理的形式構想了倫理，以一種反上帝的形式構想了天堂。」這句話道盡了我們發展本土臨床心理學的底蘊：本土臨床心理學總是存在著反常，總是某種徹底的逆轉，使我們領悟到非凡的療癒時刻。然而，我們的論斷並非沒有冒險，相反的，我們正經歷著新的試煉。我們對療癒轉化的設想融入了諸多後結構的概念，如德勒茲（2002）的「非」關係、德希達的「不可能的可能」（汪民安等，2000）、克里絲蒂娃（1993）的「納入的排除」與「排除的納入」（楔形）。雖然我們擔心這種階段性的演繹，從「非」思看到療癒，但也有會掉入傳統精神分析的困境。晚期拉岡式的精神分析的歷程精緻化了，拉到語言所無法指涉的思考。早期德勒茲與瓜達里（Deleuze & Guattari, 1983）檢討精神分析者只會描述其所能看到的，只能用語言去表述可以指認的部分，這樣的一種對應面會造成人們只能提出他所能解決的問題，每一個問題的提出都已經預設了一個可能性，這種背反面的「非」則意指還有更多可能性的問題，但因為沒有被提出，反而遮蔽了概念的組構性或概念的深沉性。

本文所處理的心理療癒與精神分析不同之處在於，我們是在理論上透過自我意識的破除讓無意識（域外）現身。佛洛伊德是讓意識在前成為自我，所以有所謂的「現實法則」，但他認為潛意識一直是不出現的藏鏡人，支配意識成為其代理人。我們則認為，必須讓意識瘡啞，讓潛意識自行說話，所以德希達說，要面臨這種處境一定要用「非」精神分析的方法來進行「非」關係、「非」治療的

療癒論述（汪民安等，2000）。因為這類「非」的論述注定要違犯自我意識，也不得不讓潛意識有機會開放，一旦療癒經驗時刻之後，經過療癒的人還是會玩摹本與蹤跡的遊戲。我們並不主張療癒時刻之後就是永久療癒，而是在倫理生活中的放電，就如同汽車的點火系統，後來由加油系統和火星塞之間的作用來連續。

（一）解構心理復原的虛構面

在我們過去的研究（詳前第二節）中，都涉及有關心理復原的虛構面，此虛構面至少包含三個層次，第一個層次是在心理復原的技術。我們團隊的研究原本以為心理治療是縫補受苦者的斷裂部分，所以主張以「倫理的修補術」來增補心理治療的本土因素，這觀點長久以來都被視為理所當然，就如同一齣倫理大悲劇最後都要以倫理修補術收場，那些因為病痛、火災、地震而失去的親人，後來都要被彌補回來，譬如周大觀的例子，他的弟弟的出生彷彿又補回了他，又如原來關係破裂、失和的夫妻破鏡重圓，這些倫理修補術被視為復原的機制。但問題是，歷經千辛萬苦的公主和王子並未能從此過著幸福快樂的日子。

其次，所有倫理法則都有兩個端點，無論執哪一端皆有其道理，所以人在某些情況下會說：「人不為己天誅地滅」；某些情況下又會說：「人人為我，我為人人」。在倫理生活中，每個人都可以各執一端，互相矛盾，就像儒家所建構出的極其狹義的倫理：父慈子孝、兄友弟恭；這種狹義倫理的和諧只有在狹窄的範圍中才有可能成立。所以，倫理正面的本質是虛構的，這虛構面之所以能維持，是由於破裂之初充滿損失之虞，因而以修復補回來挽救常態，但久而久之，日常的心理感覺就逐漸磨平。感覺磨平本身就是「內在差異的抹除」，而在任何一個斷裂時刻，受苦者一定會從內部產生差

異，例如失戀者的痛苦一定是內部的差異（自覺性的主觀差異）而不是外部的差異（指責外在的影響力），但在未分手斷裂時，總會嫌自己的戀人不好，差異好像都在外部，一旦分手，內在差異就會自行生產。所有的受苦，最初總是從內部差異開始進行斷裂，但只要將內在差異抹除，而以日常生活中的外在差異取代內在差異，日久就會無動於衷，也因而誤認倫理生活已然復原。這種日常性、平常性的恢復，讓自己處於充滿外在差異卻無動於衷（*in-difference*）。這種情況下的差異一直被保持在外部，所以外在差異會取代內在差異。

第三、生命現實中的一些基本事實，尤其是功能性的事實，其本身具有龐大的平面性，使所有事物都可以用功能來當作其本身的現實，而任何現實也都意味著功能與功能之間可能的銜接，例如，學生來學校，學校實施教育，而教育提供職業出路，工作提供金錢、名譽、養生等，這都是環環相扣的基本事實，而此基本事實是一個廣袤的平面，在這平面中，人們看不出在平面之外還有其他可能，以為這平面就是我們唯一的現實，而認為復原就是應該要回復到這正常的功能平面。所以，醫護人員會以病人病情的可恢復性和不可恢復性來做決定。

這就構成資本主義和心智狀態的有限經濟學，我們都透過前述這三種動力狀態來提供功利性、循環性的迴路：我們送出去的會再回來，如此一再反覆。在有限經濟的認知系統中，若所預測的想像落空，人們就認為不對勁，但是，儘管我們每天遇到的和期待的不一樣，但只要能夠穩定下來，大致上就會安心。然而，若將整個復原或療癒的概念放在這整套的有限經濟學中，不管是心智或心靈的有限經濟學，都不足以獲得療癒，換言之，療癒一定要涉及逸出常軌，一定要走逃走線，一如普遍經濟讓大地出現，讓陽光、空氣、

水的能源出現，它們都不進入有限經濟，不需要回報，陽光就是陽光，水就是水，空氣就是空氣，大地就是大地，大地從沒有報仇的意念，它不在有限經濟中。

（二）走向「非」的精神分析

我們主張，所有的心理治療必須走向「非」，走向「非」效果、「非」治療，走向一場旅遊、一杯好茶，甚至是禪道、茶道、花道等。這種走向「非」的途徑究竟是怎麼一回事？其一，將差異的抹除還原為差異的顯現：當事故發生，事故本身必然是斷裂，只要一斷裂一定是內在差異之顯現，原來日常生活中被抹除的差異就重新浮現，也就是內在差異的重新浮現，這種差異的顯現非常重要，此重要性顯露在齊克果所談到的精神綜合，一個精神綜合的人要有熱切質分（Qualitative Distinction with Eagerness）。內在差異顯現是產生宗教感的非常重要的因素，產生熱切質分又當如何？這種人非常清楚自己要的是什麼、不要的又是什麼。真正的熱切質分是斷裂的活現，亦即，當兩個質地不同、有境位落差的人興奮地遭逢就是斷裂的活現。因斷裂的活現而產生熱切質分則是一種宗教感。但我們知道，熱切質分在差異顯現之後會轉化為非凡的特質，且這非凡特質是普遍性的，亦即，任何一種斷裂都會產生這種特質。但不同的熱切質分會有不同方向，會向生活的四周領域噴射，譬如熱切於懺悔、熱切於生機飲食、對某些事情特別敏銳等，都是生活多方面領域的噴射狀態。熱切質分的條件所提供的不必然走向「非」，熱切質分只充分反映出齊克果所謂的「人要有精神性的提昇，必須轉動兩個輪（有限輪和無限輪）」，才能區別熱切質分。齊克果的第一種絕望就是根本不知道有兩個輪，以為世界只有功能性迴路的平面，這是自己都不知道的絕望。第二種絕望，是主體慢慢知道有無限的

存在，但卻以認知創造「無限」的虛構面，並以虛構面代替無限，然後崇拜此虛構面，以為自己已經抵達「無限」，這種絕望也是不知絕望的絕望。前述這兩種絕望不是真正的絕望，真正的絕望是自己感覺到斷裂的絕望，發現自己無法進入無限的一種絕望，在深淵之緣臨深淵而嘆。所以齊克果說，人啊，就跳進去吧。這是唯一的辦法，死而後生，人只有這個辦法。絕處逢生是另一條出路，是「非」處（the Otherwise），你從來不認識、不知道，你跳下去之後，「非」才會現身。

其二，所有療癒的前提是：讓外在差異轉變成內在差異，這是任何轉變皆須如此；其三，療癒必須先「望斷」，也就是必須在倫理的消盡與逃走線的盡頭，不帶一些指望。所謂「非」的精神分析，就是進行望斷，而轉入斷裂跳接的可能，在這之中可能生產出境位落差；其四，療癒會進行境位落差的生產，亦即這種斷裂會進行跳躍式的接應，接應之後再重新生產。

（三）何謂「非」的精神分析？

（1）「非」空間的出現

我們所設想的「非」治療主要是指「非」空間的生產。「非」空間是以時間的耗費與流動為主軸，它的出現來自於目標平面（自我意識所意向的目的論）的域外，也就是說，當個體有意識地朝某目標行動，但與該目標完全無關的某種垂直矢量會以機巧的方式出現，亦即在任何有意識目標的垂直向度（無關乎目標的向度）出現無目標意識的矢量，而此無目標意識的矢量剛好與另一個有意識的目標平面接壤，而對方的無意識目標的垂直矢量也來接應己方的有意識目標平面。

這樣的機巧存在，在德勒茲（2002）的思維中形成所謂「機器」

的概念。例如，胡蜂喜歡蘭花，蘭花也要靠胡蜂，這在哲學上就是「機器」。胡蜂吸花蜜是胡蜂有意識的目標（intended purpose），是與生具來的器官、能力，那是可以被覺察的。但是這吸蜜的動作卻引出腳沾花粉的動作，當它進入另一朵蘭花吸蜜的時候，就進行花的生殖作用，花的生殖機制對胡蜂而言是非目標的矢量。誠如康德所說，生命裡充滿沒有目的的目的（purpose without purposes），在德勒茲那裡這就是機器的概念。因此，所謂 without a purpose 可以看成 with-out purpose（在域外的目標），亦即，這「非」目標存在於自我意識與意向之外，我們根本不知道它在做什麼，也根本不知道有些事物機巧地進行著。如果吸蜜而造成繁殖的機巧被「意識」到了，這樣的論調就變成「生機論」，原來的「非」目標已經變成被意向的目標。其後，生機論一定論及效果，一定論及看得見的，而使機巧全失。「生機論」最大的問題在於不懂機器的概念。花提供花蜜並非意向性的，以非意向的進行有意向的目的，機器就是其中有兩個異質性的東西——胡蜂不是蘭花，蘭花也不是胡蜂，這兩種異質的東西透過交互性的雙重目的（有朝向／無朝向、有意向／無意向）來獲得勾結，因而獲得勾結能力的就叫做「機器」。

所有無目標矢量（即為「非」矢量）構成諸種逃亡線，自由地游離於「非」空間。在圖 5，我們以目標矢量 A 和目標矢量 B 兩方的「非關係」組構圖示，來說明上述的「非」空間概念。

因此，非空間的性質至少包含：

- (1)流變的，自由的逃走線；
- (2)逸出的、非儲存的、美學的
- (3)非治療的；

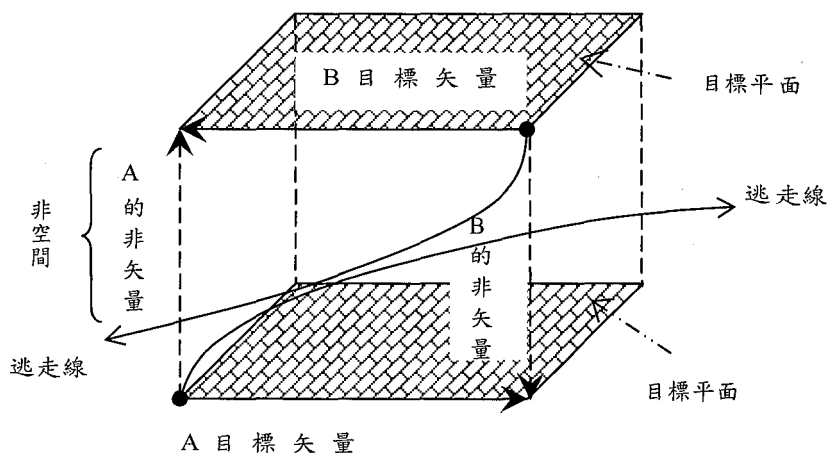


圖5 「非」空間

(4)差異自行產生的。

至於，目標平面的現實之性質則包括：

- (1)差異是外部生產所啟動的；
- (2)儲存的、網格的、系統的；
- (3)治療的、矯治的、目標性的。

治療室是「非」現實，但這個「非」不是否定意義的、「不在現實裡」的「非」，而是治療室作為「有別於現實的現實」，亦即現實線走到某種盡頭的「非處」（或他處），使現實被轉進「非」的空間——「非」的現實依舊是現實，只是逃脫了現在的現實，「非」的治療依舊是治療，只是在治療的盡處，方才形諸治療，即療癒。

若此，傳統心理治療往往在目標平面的現實打轉，給不出「非」空間的諸種可能性。從傳統心理治療的各種作為可以發現，心理治療師不斷地以封鎖線為病人建立防護系統，而使得心理治療走向封

閉系統的不歸路。心理治療若要走往自由、解放性的方向，需要有相當程度的超越性並且逸出自我框限的邏輯。我們認為傳統的心理治療本身缺乏如下的反省：難道治療就是看治療的效果嗎？有沒有一種治療的「非」效果？在資本主義社會強調功利迴路的有限經濟中，心理治療師透過健保、保險公司的中介狀態結合功利性的經濟學，使得在接受心理治療時，每個人就必須被嵌陷於一個經濟迴路的有效、物超所值的計算中。此外，治療者也獲得助人的精神滿足，這也是屬於有限經濟的範圍，是在資本主義現實社會中的產物。但我們認為，心理治療要走到「非」治療，因為治療本身有一個先天的意識型態問題：矯治、更正、介入與調解，所有這些作為都要求返回自然生活的健康狀態。但這樣的設想會衍生更大的問題：心理治療在思考有關治療的時候，往往只將治療緊縮在一個裱框中，因此只能依照裱框中所訂定的有效標準及規則行事，不管是實質性的效果還是安慰劑的效果都無所謂，大部分的研究都將重點擺在「治療效果如何」。如此一來，只是不斷的將人從治療意識的封閉性思維中放到治療本身的意識中輪轉，而使得接受治療的人無法解脫，無法取道逃走線。是故，我們主張：所有的治療最後必須逃走，被治療者與治療者的關係不應該停留在「你是我的病人，我是你的治療者」，而是必須循著逃走線「抵達他處」——讓治療者與被治療者好好去喝一杯茶、欣賞美景、一起旅遊、共進美食、看一場電影等諸般可能性的隱喻底景裡。換言之，治療可以逃亡到美學、叢林之中，就是不要再鑽回去治療室。任何治療的有效，不應是治療者所宣稱的是自己治療的勝利，而是應該逃亡到生活美學或任何「非」治療，所以我們稱治療最後的結果應為「非」效果。「非」效果不是指反效果或不好的效果，而是暫時阻斷治療室對病人的「物化作用」(reification)。所謂對病人的物化作用指的是，治療或

助人意識本身將關係、將人際之間流動的感覺或情感固定下來，框架成一個像物的東西，例如以人格理念來說明病人的人格特質與其困擾之間的關聯。

(2)李清發醫師的「非」治療觀點

截至目前為止，多數心理治療試圖以有效性所做的印證都還沒有獲得定論，偶爾有接近定論的研究，又必須收束到有限的情況下才能顯出其有效性，因之，心理治療必須要從有效性逃走。逃走的辦法就是發展「非」治療，李清發（2003，2004）多年來對「非」治療已經有一些想法，他認為，心理治療的對象是非常可疑的，不似生理疾病的對象是肉身，肉身可以被動地被治療，但心理治療的對象不是肉身而是李醫師所稱之「魂」。他說，「魂」是主動的，比「心」還具體，「魂」有自己的動向，但「魂」會因受困而苦；肉身是因病而痛，具有神經學的基礎，「魂」受困而苦，而受苦又是品味的問題，受苦也有其主動性。李醫師認為治療就是為受困者伴奏，為何伴奏？因為主奏的不是治療師而是前來求助的對方；至於如何伴奏，治療者則需探尋求助者的主調為何。

李清發（2004）進一步主張，魂有不同的樣態，例如莊周的是蝴蝶魂，若求助者是蝴蝶魂，就要為蝴蝶魂伴奏。他談到，魂要被「活現」而不是要被治療，活現魂就是要讓蝴蝶魂活出來；但魂的活現因求助者不同而有異，就沒有所謂的「正常化」(normalized)，而是要讓各自的魂呈現出來。這又當如何做？李清發醫師並沒有清楚完整的作法，他認為有一區域是非技藝性的，即使潛意識和意識都還是屬於知性系統，進入魂的部分的潛意識是屬於「非」知系統。在技藝系統中有知性的操作，但進入「非」知系統就是非技藝的，所以，李醫師用「為受困者伴奏」來描繪其行動。

對李清發（2004）來說，心理治療唯一的方向主要是要產生「自由度」，亦即，治療室內必須是一個非現實的地方，是非邏輯的，因為只要有邏輯就不夠自由。在治療室中什麼都可能發生，治療者可能會被被治療者視為父親、哥哥或任何可能的人，在這裡，時空可以交錯。

根據李清發（2003）的發展學，「魂」因受困而苦，然而「魂」會在何階段受困，自有其個體的歷程，「魂」裡有重大情感對象，此對象不是人而是情。情是「魂」的根源，「魂」因受困而停滯；「魂」即使不受困、沒有停滯，和現實仍然是斷裂的，「魂」存在於非知性的系統，需要被活現、被表白，但在西方傳統中，進入語言就等於進入理性，把不清楚的說清楚、說不出來的說出來，這是佛洛伊德的命題，但李醫師認為，活現是發自情的言語，乃是從非知性的領域而來。活現「魂」是進入一個新的開始，「魂」一直在「非」的領域裡。而李醫師所謂的「自由度」就像夢一般的自由，正如莊子所言：「其覺也形開、其寐也魂交」，亦即當人醒來之時感官打開，睡覺時感官熄滅而魂交會，是在一個「非」現實、「非」邏輯的場景中。

另外，李清發（2003）提出「思」，他認為「思」是一個詩意的、「非」知性的系統，例如文思、樂思等。心理治療在佛洛伊德的影響下都有一個公式，都離不開從潛意識進入意識、把不清楚的說清楚的這公式，然而，說不出來的領域其實比較廣袤，說得出來的領域反而比較小，佛洛伊德將說不出來的大領域擠到說得出來的小領域中，將之當作治療，豈非怪哉？

雖然「非」領域沒有方法（治療法），但沒有方法的方法就是為主角伴奏，為了探詢主角的主奏，治療者的頻道必須非常寬敞，如此一來，受困的魂就會顯露出其動向，李清發以情染來說明，以

情來染色。情染會產生生命的真實，若我們承認非知性且視其為更原初，那麼情染就是使生命更真實。李清發在督導治療者的過程中，還是會教導受督導者辨別病人受困的動向，在瞭解、陪伴、伴奏、主調出來之後，接下來就是美學的問題，他認為治療師應該是非治療的，應該是在一個音樂教室，所謂「心理衡鑑」應該是去尋覓一種音感、節奏、tone，而不要去捕捉話語，因為話語是虛構的，一抓話柄，所有東西都溜過去了。治療師真正的工作是尋找主調，乃至於可以跟病人一同演奏，伴奏的調子對了，兩個人就會有一種在場的共感。

根據李清發（2004）的理論，治療師應該慢慢轉變成音樂師，治療的「非」效果應該轉到美感領域。他以幾個關鍵字來說明非知的部分，其一，他將非知的部分放在潛意識的某一段，這一段會發生情動，此即是對重大情感對象的情動；情動的出現往往是斷裂性的活現，其活現不是一種物化的連續；一般人往往在日常生活中被已經養成的習慣、習性逐漸物化。基本上，物化在生活世界中是受歡迎的，一般認為應該要養成習慣，而且是養成好習慣，好習慣可以使生命以健康的方式活下去。而我們之所以提出「非」的領域，乃在於認為心理治療最後終究要發展多方面的逃逸線，亦即，所有被治療者都是自由的個人，但被囚禁在某一框架中，包括生活習慣、忠肝義膽、對家庭有所貢獻等，這些基本上都免不了一個「囚」字，「囚」之所在只歡迎健康的習慣，歡迎一種安穩的固化，但在改變和療癒的研究中，所有的轉變都必須是停止物化的動作，亦即，當我們將某物物化之後，我們就會說它是好的。例如牛可以供應牛奶，我們將牛物化為有用之物而將之定在一個位置上。巴塔耶說：「停止物化，即得神聖」（汪民安，2003）。所以，當牛被當作祭品殺死時，牠已經失去作為牛的用處，牠不再供應牛奶、不再能

耕種，其被物化的部分消失了。但就在停止物化的情況下，神聖的世界得以開顯。

因此，在這層意義上，心理治療也就是要解除物化，當我們傾聽巴塔耶，他的神聖時刻就是停止物化的時刻，療癒時刻和神聖時刻一樣，是物化的結束；當物化被橫生阻斷，才會出現斷裂的活現。日常生活為何會失去活現？因為人已經將東西物化，以致於不是活現而只是再現。例如，人們可能透過任何從他處或他人得到的訊息來虛構他人，這即是物化的再現；此再現來自於認知的連續，而活現則來自於斷裂。瞭解斷裂活現的基本含意之後，我們的受苦就是在斷裂的一剎那之間開始。

五、從柏格森的時間綿延深入療癒的基礎探討

根據柏格森（1976a）的時間綿延（*Duree*）錐形圖，我們可以深化前述所謂的「非」的領域。根據柏格森（1976b）的生命哲學，身體做為感知宇宙現實表象（P）之基礎，當身體在每一個當下與宇宙現實表象接觸而有所感覺的瞬間（S，即當下），會同時拉拔出時間綿延的虛構面（圖 6 的 AB 所構成之平面），此虛構面可以是過去的記憶或未來的想望，例如我們所熟悉的睹物思人、觸景傷情等由身體與外在景物接觸瞬間所產生的回憶運動。然而，由身體的感覺所產生的虛構面奠基於過去宿緣的知，是以有限的理性（如語言）對可感但陌生的身體感覺進行圈圍，進行所謂「自我同一化」運動，亦即，自我理性只從身體感覺粹取其所能理解的部分成其所以，並以此「是」來指認其當下身體的感覺。若透過前述的「非」精神分析，這個圖顯然有所不足，因為人所有的當下所擁有的都在虛構面，那麼那些可以建構的虛構面只能是有限經濟的一個環，應

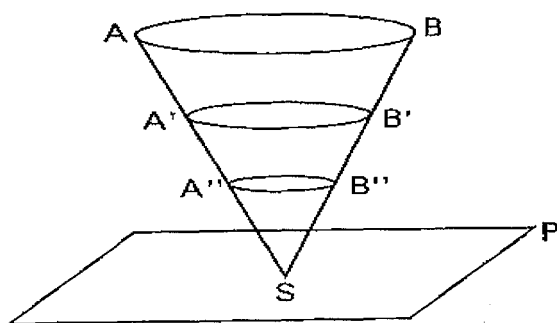


圖 6 柏格森的綿延錐形圖

該還有另外一個看不見的環，是難以理解、完全的他者，甚至不存在在現場的現實中，但它卻在每一當下中以匿名或暗流的方式存在，讓墜入其中的人無法循著可回憶、可記憶的路徑找到虛構面，它總是在任何時刻中流動。

圖 7 即示出我們修改的錐形圖，每一個當下都是由不可見的「非」和在現場可見的「是」構成，我們藉此圖修改柏格森的時間綿延的意涵。

根據圖 7 的綿延雙翼圖，在每一個當下時刻中，當下的點即是一個質差境位，是差異的位置；在質差境位中，有雙翼的綿延存在，在右邊虛線部分是不可見的時間流，它在當下完成一種虛渺的經驗，而左邊即是柏格森原本現實的錐形，保留著其虛構面；在虛線的這一邊是一片渾然，可被視為潛意識或「非」知，另一邊則屬意識或知。在任何現實中，當逃走線朝向虛的一邊，會通過當下質差境位的點進入另一個空間，即「非」。人們採取逃走路線時，永遠不會知道「非」的存在，直到進入質差境位的狀態，因陷落、斷裂

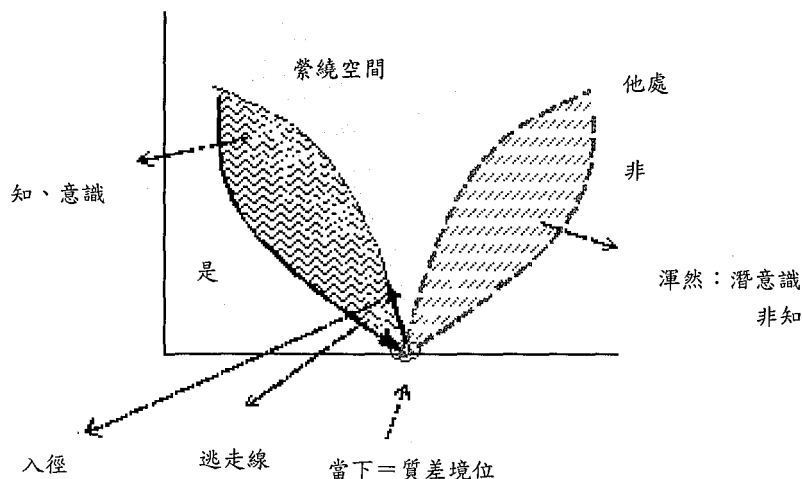


圖 7 綿延的雙翼圖

而顯現差異。斷裂之後，綿延一躍上不可見的環，就沿著「非」的路走，直到某種平衡狀態時，又回到現實的入徑（進入現場），進入可意識的狀態中，而虛的時間狀態依舊保持其不可見。

心理療癒的重點放在「當下」，我們眼前所看到的現場不意味著全部的知道，在現場只能提供部分的可見，其餘則屬空白維度；我們若只根據可見的進行推論或推理，其所顯露的知識或知見只有半套，我們反而會被閉鎖在知識領域中，但若透過質差境位的觀察，被治療者彷彿在依稀之間走至他處（非）。誠如布朗肖（Blanchot, 2003）在《文學空間》談到的，寫作時使用很多的語言是讓不在現場的現場出現，筆下的場面如戰爭、往日的事件等，全部都不在現場，全部都在一個他處、在「非」處，所以這個「非」並非邏輯學上的意涵，而是活靈活現的時間，一個作者真正活現的

他處，也就是在「文學空間」。因此，即使是在現場裡的人不見得是最知道情況的，反而可能是被現場可見所蒙蔽最多的人。

所謂進入「非」的精神分析，如何描述都是無效的。當下會湧現質差境位，會湧現療癒時刻，其意涵又當為何？若比較佛洛伊德的精神分析與「非」的精神分析，佛氏的精神分析是從現實世界逃走的一種脫離，亦即精神分裂症可被視為正常現實的脫線，不再與現實有密切接觸。這種脫離是從現實生活裡逃逸出來，因而精神分析的治療目標是要讓病人從脫離中返回，但從我們的觀點來看，我們不認為病人是從現實生活脫線，相反的，精神分裂症者本身即是「非」處的居民。精神分裂症者是循逃走線進駐了「非」，治療者須自覺到讓病人能從從容容地在其「非」中適應，也就是讓他有能力帶著他的「非」生活，讓他有能力以其「非」與人交際。若病人以擬象來生活，那麼也可以以擬象與其他病人交朋友。黃章育（2002）的研究提到，有一位女病人雖有親生媽媽，卻永遠不認她，每次親生媽媽來看她就大喊救命，她反而去認另一個人為媽媽。這病人的現實脈絡無法被確定，但顯然是用某種看不見的方式交會。

藉由療癒時刻的匿名、「非」倫理的當下玄關，遊走於「是」與「非」之間，我們方得窺見生命的整體：治療性的問題絕不在於「是」或「非」的邏輯性選擇，而在於同時看見兩者。但是，由於「非」的不可見，而使我們所看得見的「是」獲得一種閃爍，在「是」的彷彿依稀之間，「是」被懷疑，而「非」卻隱現，有若蹤跡，例如，所有深刻的宗教經驗都不排斥這種「是」與「非」閃爍共立的現象，Eliade 甚至認為，全部宗教經驗都是矛盾共立的（Eliade，1974，頁 419），最兇殘的神也是最具愛心的神，最令人尊敬的神也是最令人畏懼的神。生命經驗正是透過這種矛盾共立而存在，接著，我們修改了德勒茲（2002）對柏格森的折疊，將當下的知覺和

虛構面的共存擴大到「是」與「非」的共存，這就是本文所主張的心理「復原」。在這「是」與「非」的共存狀態中，療癒已經被收束到「非」，然後才進入到我們所熟悉的柏格森的綿延。另外，還有一個縈繞空間介於雙翼之間，那是一種流變，但依稀又是一種存在，例如童年事物的點點滴滴，但這存在不是全然的「非」或「是」，我們認為這常發生在失去親人後的一週或二週內，如果這親人是重大感情對象，會使失親者再建立一個縈繞空間；這縈繞空間不是惦念空間或記憶空間（李宗燁，2004；彭榮邦，2000），而是會慢慢朝向「非」走而接近加斯東·巴舍拉（2003）的「詩意空間」。若「非」治療抵達李清發醫師所談到思與詩的領域，也就是逃逸成功，治療結束時候。

註 釋

- (1) 本文的撰寫係在中華民國教育部資助之「華人本土心理學研究追求卓越計畫」（89-H-FA01-2-4-3）項下完成。

參考文獻

- 丁仁傑(1999)：《社會脈絡中的助人行為：台灣佛教慈濟功德會個案研究》。台北：聯經圖書公司。
- 加斯東·巴舍拉(著)、龔卓軍、王靜慧(譯)(2003)：《空間詩學》。台北：張老師文化。
- 石世明(2001)：《伴你最後一程》。台北：天下出版社。
- 朱利婭·克里斯蒂娃(1993)：〈符號學：異議分析研究〉。見朱立元（編）《現代西方美學史》。上海：文藝出版社。

列維納斯(著)、顧建光、張樂天(譯)(1990)。《存在與存在者》。台北：遠流。(此段參考自中文本，其英文本如註5)

余安邦(2003)：〈台灣民間社會對哀傷療癒的援助網絡：以北縣 SH 慈惠堂的靈媒系統為例〉。見華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室(主編)：《華人本土心理學研究追求卓越計畫九十年年度計畫執行報告書》。台北：國立台灣大學心理學系華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室。

余安邦(2004)：〈社會苦痛在宗教靈知系統中的轉化與療癒：以慈惠堂為例的探討〉。見華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室(主編)：《華人本土心理學研究追求卓越計畫九十年年度計畫執行報告書》。台北：國立台灣大學心理學系華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室。

余德慧(2003)：〈倫理與心性的複合式心理療法〉。華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室、台灣心理治療學會、台灣臨床心理學會、華人心理治療研究發展基金會主辦，東華大學族群關係與文化研究所、東華大學諮商與輔導學系執行「第一屆台灣本土心理治療學術研討會」(花蓮)宣讀之論文。

余德慧、許敏桃、李維倫(2003)：〈從家庭失親處境探討集體化的形成過程〉。見華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室(主編)：《華人本土心理學研究追求卓越計畫九十年年度計畫執行報告書》。台北：國立台灣大學心理學系華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室。

李宗燁(2004)：〈從童年記憶的敘說探討惦念的生命感〉。見余德慧、李宗燁(著)：《生命史學》。台北：心靈工坊。

李清發(2003)：〈心理領域：本土詞語的準備〉。華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室、台灣心理治療學會、台灣臨床心理

學會、華人心理治療研究發展基金會主辦，東華大學族群關係與文化研究所、東華大學諮商與輔導學系執行「第一屆台灣本土心理治療學術研討會」(花蓮)宣讀之論文。

李清發(2004):〈憂鬱的途徑〉。華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室、台灣心理治療學會、台灣臨床心理學會、華人心理治療研究發展基金會主辦，東華大學族群關係與文化研究所、東華大學諮商與輔導學系執行「第二屆台灣本土心理治療學術研討會」(花蓮)宣讀之論文。

李惠斌(2000):〈什麼是社會資本〉。見李惠斌、楊雪冬(主編):《社會資本與社會發展》。北京:社會科學文獻出版社。

李維倫(1995):〈本土心理學必須超越「心理實體論」〉。《本土心理學研究》(台北), 4期, 67-79。

李維倫(2004):〈作為倫理行動的心理治療〉。《本土心理學研究》(台北), 22期, 359-420。

汪民安(2003):〈巴塔耶的神聖世界〉。見汪民安(編):《色情、耗費與普遍經濟——喬治·巴塔耶文選》。長春:吉林人民出版社。

汪民安等(編)(2000):《後現代性的哲學話語——從福柯到賽義德》。杭州:浙江人民出版社。

林安梧(1999):〈「天地有道」與「回念一幾」——以「人的素質」之提昇為核心〉。法鼓人文社會學院(主編):《人的素質論文集》。台北:法鼓人文社會學院。

林耀盛(2000):〈地震之後，千禧之始：重探心理學與諮商學的共構關係〉。《應用心理研究》，5期，165-193。

林耀盛(2002a):〈時間與意義：草描疾病、創傷敘說之交疊構面〉。《本土心理學研究》(台北), 15期, 221-270。

林耀盛(2002b)：〈後創傷涵轉賦義：九二一受創者心理社會歷程長期追蹤研究(I)〉。國科會九十年年度結案報告，計畫編號90-2625-2-037-001。

林耀盛(2003)：〈後創傷涵轉賦義：九二一受創者心理社會歷程長期追蹤研究(II)〉。國科會九十一年度結案報告，計畫編號91-2625-2-037-001。

柏格森(1976a)：《物質與記憶》。台北：商務。

柏格森(著)、潘梓年(譯)(1976b)。《時間與意志自由》。台北：國立編譯館。

梅勞龐蒂(著)、王以亮(譯)(2002)：《知覺的首要地位及其哲學結論》。北京：三聯。

許敏桃、余德慧、李維倫(出版中)：〈哀悼傷逝的文化模式：由連結到療癒〉。《本土心理學研究》。

陳淑惠(2003)：〈人、情、習性與本土心理治療——以憂鬱為例〉。華人本土心理學研究追求卓越計畫、東華大學主辦「第一屆台灣本土心理治療學術研討會」(花蓮)宣讀之論文。

陳淑惠(2004)：〈社會取向化的憂鬱之人際機制〉。華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室、台灣心理治療學會、台灣臨床心理學會、華人心理治療研究發展基金會主辦，東華大學族群關係與文化研究所、東華大學諮商與輔導學系執行「第二屆台灣本土心理治療學術研討會」(花蓮)宣讀之論文。

傅科(著)、林志明(譯)(1998)：《古典時代瘋狂史》。台北：時報文化。

彭榮邦(2000)：《牽亡一悼念世界的安置與撫慰》。東華大學族群關係與文化研究所，碩士論文。

湯淺博雄(2001)：《巴塔耶：消盡》。河北石家莊：河北教育出版社。

- 黃章育(2002)：《天使在人間——慢性精神患者相伴行路》。東華大學族群關係與文化研究所，碩士論文。
- 楊國樞(1993)：〈我們為什麼要建立中國人的本土心理學？〉。《本土心理學研究》，1期，6-88。
- 齊克果(著)、京不特(譯) (1847/2004)：《概念恐懼·致死的病症》。上海：三聯。
- 德勒茲(2002)：〈柏格森主義〉。見張宇凌、關群德(譯)《康德與柏格森解讀》。北京：社會科學文獻。
- 鄭子東(1993)。《王鳳儀言行錄》。台北：健康堂贈書聯絡處。
- 聯合報(2004)：〈失業媽割傷三歲兒，11樓拋下一歲女〉。2004年5月26日，A5版。台北：聯合報。
- 謝碧玲(2004)：〈遊走於人情倫理間—「我」的轉變：以心理治療個案為例〉。華人本土心理學研究追求卓越計畫辦公室、台灣心理治療學會、台灣臨床心理學會、華人心理治療研究發展基金會主辦，東華大學族群關係與文化研究所、東華大學諮商與輔導學系執行「第二屆台灣本土心理治療學術研討會」(花蓮)宣讀之論文。
- Bauman, Z. (1995). *Life in fragments: Essays in postmodern morality*. Oxford, UK: Blackwell.
- Blanchot, M. (著), 顧家琛(譯) (2003). 《文學空間》(Blanchot, Maurice.). 北京：商務出版。
- Bourdieu, P. (1980). Le capital social: Notes provisoires. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 3, 2-3.
- Deleuze, G., & Guattari, P. (1983). *Anti-oedipus: Capitalism and schizophrenia*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Eliade, M. (1974). *Patterns in comparative religion*. Translated by

- Sheed, R. New York: Meridian.
- Enright, R. D., & Human Development Study Group (1996). Counseling within the forgiveness trail: On forgiving , receiving forgiveness , and self-forgiveness. *Counseling and Values* , 40, 107-126.
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. (J. Macquarrie & E. Robinson, Trans.) New York: Harper & Row.
- Hsu, M. T. (許敏桃) (1998). An nursing-anthropological framework for understanding loss. *Proceedings of the National Science Council*, 8(3), 427-434.
- Hsu, M. T. (許敏桃), & Kahn, D. L. (2003). Adaptation as meaning construction: A cultural analysis of spousal death among Taiwanese Women. *Omega: Journal of Death and Dying*, 47(2), 169-186.
- Hsu, M. T. (許敏桃), Kahn, D. L., & Hsu, M. (許木柱) (2002). Single leaf orchid: Beliefs and meanings for Taiwanese Widows. *Ethos: The Journal of Psychological Anthropology*, 30(4), 306-326.
- Hsu, M. T. (許敏桃), Kahn, D. L., & Huang, C. M. (黃春滿) (2002). No more the same: The lives of adolescents in Taiwan who have lost fathers. *Family and Community Health*, 25(1), 43-56.
- Kierkegaard, S. (1962). *The present age*. New York: Harper & Row.
- LaMothe, R. (2001). Freud unfortunates: Reflections on haunted beings who know the disaster of severe trauma. *American Journal of Psychotherapy*, 55(4), 543-563.
- Levinas, E. (1978). *Existence and existents*. Translated by Alphonso Lingis. Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Remmler, K. (1996). *Waking the dead*. Riverside, CA: Ariadne Press.

初稿收件：2004 年 10 月 04 日

修正完成：2004 年 11 月 21 日

正式接受：2004 年 12 月 06 日

作者簡介

余德慧：東華大學族群關係與文化研究所教授

通訊處：974花蓮壽豐鄉志學村大學路二段1號

東華大學族群關係與文化研究所

yeeder@mail.ndhu.edu.tw

簡介：台灣大學心理學學士、碩士、博士。主要研究興趣為詮釋現象心理學、宗教與臨終照顧、本土臨床心理學、生死學等。主要著作有《詮釋現象心理學》、《生命史學》、《生死學十四講》等。

李維倫：東華大學臨床與諮商學系副教授

通訊處：974花蓮壽豐鄉志學村大學路二段1號

wllee@mail.ndhu.edu.tw

簡介：政治大學心理學學士、美國杜肯大學(Duquesne University)心理學碩士、臨床心理學博士。主要研究興趣為現象學研究法、心理病理學、心理治療等。譯有「現象學十四講」。

林耀盛：東華大學臨床與諮商學系助理教授

通訊處：974花蓮壽豐鄉志學村大學路二段1號

東華大學臨床與諮商學系

yslin@mail.ndhu.edu.tw

簡介：現職為國立東華大學臨床與諮商心理學系專任助理教授，高雄醫學大學行為科學研究所兼任助理教授。研究興趣為

災難心理學、臨床心理學、文化與心理病理學。

余安邦：中央研究院民族學研究所副研究員

通訊處：115台北市南港區研究院路二段128號

中央研究院民族學研究所

abyu@gate.sinica.edu.tw

簡介：1955年生，台灣屏東人，台灣大學心理學博士。目前主要研究課題包括：自我、情緒與文化，情、欲與文化，華人的成就觀念與成就動機，死亡、創傷與宗教療癒，明清筆記小說文化心理研究等。曾編著之專書有《情、欲與文化》（中央研究院民族學研究所出版，2003），《情欲明清——遂欲篇》（麥田出版，2004）等。

陳淑惠：台灣大學心理學系副教授

通訊處：106台北市羅斯福路四段1號

台灣大學心理學系

shchen@mail.ndhu.edu.tw

簡介：陳淑惠副教授目前任職國立台灣大學心理學系臨床心理學組。學歷：台灣大學心理學理學士、碩士，美國艾默雷大學 (Emory University) 臨床心理學博士。研究重點與專長：本土文化脈絡與認知人際取向的憂鬱、災難與創傷心理、憂鬱與焦慮共病機制、網路成癮、臨床心理衡鑑與治療等。

許敏桃：高雄醫學大學護理學系教授

通訊處：807高雄市三民區十全一路100號

高雄醫學大學護理學系

min@kmu.edu.tw

簡介：1960年生，台灣彰化人，高雄醫學院護理學系、國立台灣

師範大學衛生教育碩士及美國德州大學奧斯丁分校護理哲學博士。主要研究領域：女性、漢人家庭及其發展、失親、死亡與文化療癒等詮釋人類學研究。主要著作目錄請見高醫護理學院網站。

謝碧玲：高雄醫學大學心理學系副教授

通訊處：807高雄市三民區十全一路100號

高雄醫學大學心理學系

bilish@kmu.edu.tw

簡介：台灣大學心理學學士、碩士；美國南加州大學心理學博士，主修臨床心理學。具臨床心理師證照，高雄醫學大學附設醫院兼任高級心理治療師。主要研究興趣為臨床心理學、本土心理治療與意義現象、情緒心理學等。

石世明：慈濟醫院家庭醫學科臨床心理師

通訊處：970花蓮市中央路三段707號

shyman@ms40.url.com.tw

簡介：台灣大學心理學學士、東華大學族群關係與文化研究所碩士。現為慈濟醫院家庭醫學科臨床心理師。從事臨終照顧多年。著有《伴您最後一程》，譯有《病床邊的溫柔》（范丹伯 ven dan Berg著）、《自由與命運》（羅洛梅 Rollo May 著）。

Ethical Healing as the Starting Point for Indigenization of Clinical Psychology

Der-Hui Yee	Wei-Lun Lee	Yaw-Sheng Lin	An-Bang Yu	Sue-Huei Chen	Min-Tao Hsu	Shieh-Bi Ling	Shieh -Ming Shieh
<i>National Dong Hwa University</i>			<i>Academia Sinica</i>	<i>National Taiwan University</i>	<i>Kaohsiung Medical University</i>	<i>Kaohsiung Medical University</i>	<i>Buddhist Tzu Chi General Hospital</i>

Abstract

In this paper, we propose that an ethical experience other than interpersonal reciprocity constitutes a healing factor for people who are suffering. Ethics based on reciprocity in interpersonal interaction entail obligations that regulate interpersonal ordering such as those in the parent-child relationship. This understanding does not arise from direct empirical observations, but from a 4-year team research project in which team members explored different fields and topics of psychological healing in order to reflect on approaches appropriate to an indigenous clinical psychology. The research group first focused on some possible formations of indigenous psychotherapy for Chinese patients, such as somatization of depression, key factors of change in psychotherapy, the mechanism of healing in the dying process, and the matching of Chinese medicine to the mind-body conditions of Chinese people. After 2 years we found that this direction could not provide a

solid standpoint for the development of an indigenous clinical psychology, and instead just manifested the difficulties of doing so. That is, compared with the huge body of Western psychological knowledge, the above ways of inquiry could only provide a kind of exoticism to Western knowledge. After the second year, we began to see that the match between Western psychotherapy and mental illness is similar to the match between Chinese healing operations and life suffering. In other words, development of an indigenous psychology requires returning to the real life conditions of ordinary people (their lifeworlds) and letting the logic of Chinese ways of behaving speak to these conditions, and letting the human relatedness built into the way of living in Chinese societies manifest itself in order to identify the factors related to suffering and healing in Chinese people's lives. After returning to people's lifeworlds, we found the key factor of

Chinese people's suffering was in the interpersonal ordering in which

they situated themselves, which is called "the ethical". We also found that "the ethical" were not about regulative principles, but about emotion. That is, people's feelings are subject to "the ethical", which in turn is the key element relating to people's psychological health or suffering. People establish their own ways of healing in terms of building up ethical relatedness. In all examined conditions--the caregivers' attitude toward depressed or suffering patients, gathering for religious reasons, and the

channeling of grief through interpersonal networking of people who lost loved ones-lifeworld healing was greater than expected. “The Ethicals” in the lifeworld thus became the anchor of our indigenous psychology and also a starting point for our inquiry. Our research group did not stop at the territory of interpersonal ordering, we advanced further into the lifeworld and found that healing of ethical suffering did entail going back to fix the disordered, but rather withdrawing from systematic interpersonal ordering and disclosing the depth of “the ethical acts in presence,” in order to relieve the emotionality of continuous interpersonal obligations. We also found that the reaction on the edge, the edge of our take-for-granted, could bring the suffered together with the caregivers into a journey of being “inside out,” transform the indifferent to the concerned, and formulate the “otherwise” ethical experience. This “otherwise” ethical experience first registered itself in bodily level and became the basic condition for healing. To illustrate our understanding and to discuss related issues, this paper consists of 4 parts. First, we discuss the lifeworld as the standpoint for the development of an indigenous clinical psychology. Second, we review the results of our studies in the past four years, which focused on suffering in life rather than on mental illness in the medical system. This part of the discussion also describes the limitations of past studies as the starting point for our inquiry. Third, we then make clear the way we obtained the direction toward the “otherwise” ethical experience as the key for healing. And forth, we reflect on the

construction of the “otherwise” ethical experience as the healing approach for indigenous clinical psychology.

Keywords: *ethical experience, indigenous clinical psychology, lifeworld healing, psychotherapy, suffering*