

進深輔導叢書8

構解牧養輔導

助人返回正軌的高效短期輔導進路（增修版）

作者 高禮義
譯者 李娛香、曾惠康、陳群英、朱淑嫻
編輯 蘇淑芳
設計 郭思穎
發行人 翁傳鏗
出版 基督教文藝出版社有限公司
總辦事處：香港九龍柯士甸道140-142號14樓
電話：2367 8031 傳真：2739 6030
電郵：info@cclc.org.hk 網址：www.cclc.org.hk
發行：新界沙田火炭黃竹洋街9-13號仁興中心702室
電話：2697 0286 傳真：2694 7760
電郵：warehouse@cclc.org.hk
承印 陽光（彩美）印刷有限公司

二零零七年一月初版

二零一九年五月增修版初版

經文引自《新標點和合本》，版權屬香港聖經公會所有，蒙允准使用。

版權所有

In-depth Counseling Series 8

Solution-Focused Pastoral Counseling

An Effective Short-Term Approach for Getting People Back on Track

Updated and Expanded

Author Charles Allen Kollar
Translators Lee Yu Heung, Tsang Wai Hong, Chan Kwan Ying, Isabel Chu
Editor So Shuk Fong
Design Charis Kwok
Publisher Yung Chuen Hung

All Rights Reserved

First Edition January 2007

Updated & Revised Edition First Edition May 2019

Chinese Christian Literature Council Ltd.

14/F, 140-142 Austin Road, Kowloon, Hong Kong

Tel: 2367 8031 Fax: 2739 6030

E-mail: info@cclc.org.hk Website: www.cclc.org.hk

Cat. No. 3032R

1m195

ISBN 978-962-294-310-0

Solution-Focused Pastoral Counseling

Copyright © 1997, 2011 by Charles Allen Kollar

Published by arrangement with Zondervan, a division of HarperCollins Christian Publishing, Inc.,
through The Artemis Agency

第十九章

精神病： 有希望嗎？

根據精神健康的統計數字，每四個美國人中就有一個患有某種形式的精神病。

想想你三個最好的朋友。如果他們是沒有問題的，那麼第四位就是你。

麗塔·美·布朗 (Rita Mae Brown)

精神病問題不是影響每五個人中的其中三個或四個，而是一個中的一個。

威廉·梅寧格 (William Menninger)

牧養輔導員大部分時間都是在教會羣體內工作，比起經常要接觸嚴重精神病者的心理治療員和精神科醫生來說，牧養輔導員可能相對上沒有那麼熟悉嚴重的精神病。但是，我們會看到宗教傳播的疾病，例如次等恐懼症 (Inferiorphobia)、個人為上症 (Individualitus)、偽善症 (Pharisaic Disorder)、富貴病 (Affluenza)、末日流感 (the Last-Days Flu)、蔑視恩典症 (Sour-Grace Disease)、政治分化病 (Politicitus Disorder) 和硬心腸失常症 (the Hard-Heart Syndrome) (Gungor 2006)，但除了這些在宗教社羣內出現的失調和疾病，還有像賓尼 (Benny) 一樣的人。

情感性精神分裂症

三十七歲的賓尼大部分成年的生活都是進出精神病院。他在青少年時曾被性騷擾，並且在剛成年時被診斷患有情感性精神分裂症（Schizoaffective）——這是脫離現實的精神狀況（思覺失調），並帶來情緒問題。每位患有情感性精神分裂症的人的癥狀都是不同的，但大部分患者所尋求的治療，都是與抑鬱、憤怒，以及日常功能需要和怪誕的想法有關。

賓尼出現時，立即會使人知道他的存在。他與那些患有相似程度病症的人一樣，往往在基督教社羣中引來不同的意見，他們像發光棒一樣成為焦點。就賓尼的情況，我們會問：他應不應該服用藥物？我們是否可以讓他參與崇拜或接近我們的孩子？這是生理還是心理疾病？他是被邪靈附體嗎？最重要的是，我們如何幫助他？在大多數情況下，信徒都會以基督的憐憫接待賓尼。然而，他的行為，尤其是出現怪誕行為時，對一些人來說可算是挑戰。賓尼看許多電視節目，他大部分的溝通模式是使用電視節目中人物和地方名稱。這一點，連同他快速和離題的說話模式，甚至對我們當中最熱心的人也是考驗。

有趣的是，賓尼和許多像他一樣的人，就像羅夏墨跡測試（Rorschach test）的活版，他反射那些與他相處的人，多於顯露自己。他對任何人都不是危險的，但有人卻認為他是。他沒有要求任何人給予東西，但有些人感到被要求。他明顯是不同的，但有些人會擁抱和鼓勵他，跟平常人一樣。他難以持續對話，但有些人認為他很有趣。那些接觸他的人以他們所「看見的」作出反應，顯露內心所想的。

這顯示了我經常思考的事。耶穌在地上的事奉中唯一訓斥的人，就是那些故意假裝的人，即假冒為善。上主知道今天的教會有許多這樣的人。但不包括賓尼。挑戰？是。偽君子？不是。在充滿愛心的信徒社羣中，信眾不會因為他不尋常的行為而震驚或不安，並且會互相交代，他可以在這社羣中找到平安，並為教會提供「機會」來彰顯基督的愛。但先決條件是，教會必須「成為」健康、充滿愛和憐憫的社羣——成為那些不容易適應社羣的人的安身之所。

當我與賓尼談話時，我發現他的精神病護理方面只集中在藥物管理和維持治療——即是說他是否依從指示、服用藥物，以及繼續療程。如果賓尼對未來有任何願望，他通常會被建議把壓力保持在最低水平，並建立更現實的目標。他的希望常常被潑冷水，令他無能的感覺增強。這在精神健康的領域裏並不罕見。（Deegan 1993）我與他的家人談話後，感到他們也屈服於這種無望的狀態——這是可以理解的，因為他們對賓尼多年來難以預測的行為感到疲乏不堪。

有一位社區健康診所的總監兼治療師一直密切留意這惡性循環。他談到有些病人勇敢地對抗這「極不人道和貶低人的做法」，他說：

那些掙扎要在診斷之外保持一點點自我的案主，會停止覆診和避免對話，這不足為奇。他們服用的處方藥物常常出現副作用，例如僵硬、坐立不安，以及案主通常稱為「昏昏沉沉的感覺」令他們無法工作、玩樂和

愛。專業人員給那些逃避治療的案主額外的標籤：不順從和抗拒。當他們覆診見醫生或治療師時，就會被警告，如果他們繼續逃避治療，將再安排他們入住醫院，這往往是會自我應驗的預言。（Simon and Nelson 2007,7）

把人標籤會限制我們對人的全人理解。標籤對於人生命的某些時刻可能是準確的，但是它不可能描述全人。然而，許多人認為這些人是永久殘疾和不能醫治，他們只可以被管理。的確，賓尼和許多與他的情況類似的人都有健康的問題限制了他們的能力，使他們很難在社會的期望範圍內生活。問題是，相對最初發現的情況，他們是否有更多實際的潛力呢？他們一生真的可能需要被照顧，但如果照顧包含可以想像和鼓勵的希望，並在有同情心的社羣中延續，則這種照顧可能會帶來更多的成功。

值得注意的是，雖然賓尼時常住院，但他不用住院的日子比要住院的更多。在那些時候，他的情況相對穩定，是甚麼幫助他不用住院？或者，如果他住院，甚麼可以幫助他出院？我們作為本地的教會，是否可以成為賓尼的支持架構的一部分，鼓勵他有好的表現——也許有助減少他住院的次數？我們可視這為成功嗎？

當賓尼前來尋求幫助，並以電視術語如連珠砲般說話時，構解為本的牧養輔導員可以假設上帝是在作工的，因此輔導員不會立即直接問及有關病症的事情。相反，他會很好奇賓尼是如何運用這種語言模式來溝通，並希望知道在甚麼情況下這種

模式是問題、甚麼人認為有問題、賓尼想要甚麼？因為他不適合許多輔導員用來決定「正常」的狹隘觀點，我們的經驗可能實際上限制了我們對他的支持。相反，我們可以「輕鬆地與他談話，仔細地聽取（案主）用自己的語言說話，並非常謹慎地控制我們自己的想法。」（Simon and Nelson 2007, 9）每位案主都是獨一無二的，他的經驗和情況也是獨一無二的；即使他的診斷與其他人相同，只有他才可以描述他的經驗，只有他是自己生命的專家。

對案主來說甚麼是重要的？怎樣的關係可形成讓他與人互動的處境？他想要的是甚麼而不是他不想要甚麼？這情況有否在某些時候曾經發生？他可以做甚麼使這種情況出現更多？這些都是形成目標的提問，開啟了前進的大門而不是聚焦於去除症狀。

今天，精神病的標準治療是使用抗精神病的藥物。在美國，有五百萬至一千萬人正服用抗精神病的藥物。（Breggin 1991, 51-52）這些藥物的好處是可管理和控制病情，而不是提升生活質素，以免患者嚴重失控和受病情煎熬。但是，案主的優勢又如何呢？在他的情感掙扎中有甚麼例外的情況？這些都是以構解為本的輔導員想要處理的地方。

我想起了住在墳塋裏的那個人，甚至連鐵鍊也不能捆鎖他。聖經說：「他晝夜常在墳塋裏和山中喊叫，又用石頭砍自己。他遠遠地看見耶穌，就跑過去拜他，大聲呼叫說：『至高上帝的兒子耶穌，我與你有甚麼相干？我指着上帝懇求你，不要叫我受苦！』」（可五 5-7）耶穌接觸這個人，使他復元。當

村民來到看見所發生的事時，他「坐着，穿上衣服，心裏明白過來。」（15 節）值得注意的是，上帝關心這個精神受折磨的人。祂對他的旨意既不是住院也不是邊緣化地生存。我知道這事件未必是精神病，但相似的程度令人驚訝。我毫不猶豫地相信，如果文本使用這個現代術語，耶穌仍然會接觸他。但是，我們卻會在開始接觸他之前，可能已浮起放棄這類人的念頭。

精神分裂症

喬治（George）被診斷患有精神分裂症，他有幻聽，正在服用氯丙嗪（Thorazine）。當我與他會面時，他主要的恐懼是他必須服從他聽到的「聲音」。他會說：「有些不好的事會發生。」他早前已經住了三個月醫院。氯丙嗪幫助他維持現在的情況，使他可以只須接受門診治療。

我們討論到他如何能夠應付，並達到這一個地步。我們發現他有許多重要的例外情況和優勢。當我談及他是自己生命的專家時，他說他從來沒有這樣想過，但他欣賞這意見。我們然後將「聲音」外化為入侵的思想，並開始描述不被這種入侵的思想所操縱的生命是如何的，也就是說，他不須再服從入侵的想法。

我提出了奇蹟的情景，然後帶出了這問題：「當你知道你不須服從這些入侵的想法時，你會有甚麼不同？你會首先注意到甚麼？」這幫助喬治展開建立具體目標的過程，並使我們更深入地進行構解的對話。他說他能夠分辨自己的想法和入侵的

想法，他能夠不理會入侵的想法。我問：「這對你有甚麼不同？」他的回應是他不再害怕。我再問一些跟進的問題：「這對你的家人有甚麼不同？你還發現甚麼？」

然後我簡要地解釋進度表的問題，並請他想想這進度表。「在 1 至 10 的程度中，10 代表你完全能夠分辨你的聲音和入侵的聲音，你不再懼怕入侵的聲音，而 1 代表你不能分辨和在恐懼入侵的聲音中生活，你今天在哪個位置？」他表示現在的位置是 3。我問：「當你踏入我的辦公室見我時，你在這個進度表的哪個位置？」他毫不猶豫地說他是在 0 的位置。偏離進度表上的位置可能表示他一直感到絕望。

我驚奇地傾前了一點，並問他怎樣在我們面談的時間中從 0 移到 3。面談前，他感到難以承受自己是瘋癲的想法，以及覺得自己的未來很黯淡。當我把幻聽這個「問題」外在化，並重述 (reframing) 為入侵的聲音，更重要的是，他不必服從這聲音，他得着鼓勵。有了這個平台，我們開始看更高的位置，「當你在 4 的時候，你會有甚麼不同？」「那麼你能做些甚麼？」「怎樣有幫助？」在休息後，我給了他一個習作：在接下來的三天裏視所有入侵的想法為提升能力的考驗。之後，我們會再見面。

解離症

一些被性侵犯的女性指出，她們生存的方式是告訴自己所發生的事，只是發生在她們的身體上，這種方式使她們與創傷分開或解離 (dissociate)。有證據表示，兒童也可以與侵犯解

離，但在某些情況下，這導致他們發展交替的個性以面對創傷。大多數兒童可以繼續從創傷經歷中復元，尤其是當環境更加支持他們時，但許多兒童仍然經歷嚴重的後果。兒童受性侵犯的受害者中，有百分之二十在成年時出現嚴重的精神問題，例如解離症（dissociative identity disorder；McAllister 2005, 181）。

從這方面來說，解離症不代表腦部疾病，而是人（通常是受驚的兒童）設法生存的應對反應。與所有以構解為本的對話一樣，目標是鼓勵他們提升能力。即使解離也是優勢，這是兒童的應對方式。

有些輔導員通常使用一些構解為本的原則，包括詢問案主想要改變甚麼和如何改變；通過聚焦於例外的情況和資源，為將來的可能性營造開放的空間；邀請案主釐清輔導的主要事項和優先次序；持續引導案主邁向目標或期望的行動；假設案主有能力、能復元和有能力解決問題；保持好奇的心，並視案主為獨特的；視輔導為可以開啟新的可能性的互動過程；側重於協作的探究過程；相信案主是自己的專家；建基在案主的想法和語言；竭力開放、協作和尊重；並且問，我們結束時有否達成足夠的目標？（McAllister 2005, 182）

由於案主可能不知道自己彼此交替的身分，輔導過程將設法幫助案主了解各種身分，並釐清它們的溝通途徑。這樣，案主在自我了解受損、記憶破碎和身分分裂（以解離來處理傷痛）的情況下，仍可以思想無條理的記憶，以開始悲傷的過程，並且可以更安全地回憶。

兒童脆弱的世界如何融入其成年的生活？雖然這是需要極大耐性的過程，但我們確信改變是不可避免的，並且如果每個人格都願意，人格的整合是可以實現的。雖然很少牧師或教會輔導員會為這類患者輔導，但他們仍然可以發揮作用。值得注意的是，以構解為本的模型經常被運用於返回整全的途徑上。受這種形式創傷的人，主要需要堅持不懈和有耐性的輔導員——他能提升個人能力和運用案主的優勢。

邊緣人格障礙

比爾（Bill）前來見我的時候，我當時是在維真尼亞州諾福克海軍基地的禁閉室中擔任牧師。禁閉室的心理學家診斷比爾患有邊緣人格障礙（borderline personality disorder）。他的人生出現一個又一個的危機，以及不穩定的人際關係。我在輔導中向他提供的任何支持都被他操縱，以滿足他自己迫切的需要。即使在無數次的面談後，我仍要不斷地請他重新細想他前來見我的目的。

《精神疾病診斷及統計手冊》第四版（*DSM-IV*）指出，邊緣人格障礙基本的特徵是人際關係、自我形象和情緒上出現普遍不穩定的模式，以及有明顯的衝動，這些特徵在成年初期開始在各種處境下出現。現在一般認為有八種不同的人格障礙。新的委員會會研究這些人格障礙，這類的命名可能會增加，而其中一些命名可能會被刪除。持續不斷的檢討，以及不同的研究委員會都準備就緒去改變，反映了《精神疾病診斷及統計手冊》的真正價值——描述觀察到的情緒問題，並為從業者提供

了討論的共同語言。但是我們應要謹慎，例如，在《精神疾病診斷及統計手冊》第四版中比第三改編版（*DSM-III-R*）少了一個人格障礙。這種疾病是被根除嗎？當然不是——只是病症或標籤從列表中刪除了。

由於委員會尚未確定這些標籤代表的實際疾病，所以我們必須視之為描述的術語而已。我們知道，這些命名是嘗試描述個人自我形象和人際關係中所表現出來不穩定情緒的廣泛模式。情緒在烈怒絕望和感覺極好之間波動。這些情緒與危機沒有特定的關係，但可能代表那個人一生至今的人格。我們很難幫助那些一輩子廣泛受情緒混亂纏擾的人——但不是因為疾病。或許是由於各種個人和社會原因，他們仍停留在抱怨位置的結果。

比爾對其人生某時刻是處於願意立場還是抱怨立場是有概念的，但他無法將這些觀察融入其生活方式中。（大多數輔導員認為案主是邊緣人格障礙，是因為當輔導員試圖幫助他們時，這些人變得十分沮喪。）然而，比爾承認自己是基督徒。因此，我問當他恰如其分地過着基督徒的生活時，別人會注意到他會做甚麼不同的事。他不單不能想像這方面，而且還不能描述基督徒是怎樣的。這引起我們討論福音的信息。當天我們一起禱告，他把生命轉向基督。從那一刻起，我選擇把他視為新的創造，與他聯繫，我永不讓他忘記這一點。

我們現在有新的基礎繼續前進，而他學會識別逐漸清晰的軌道，使他在靈性方面更成熟。他可以把自己放在這條軌道上，並想像向前進。隨着他開始得到小小的成功，他經歷了改