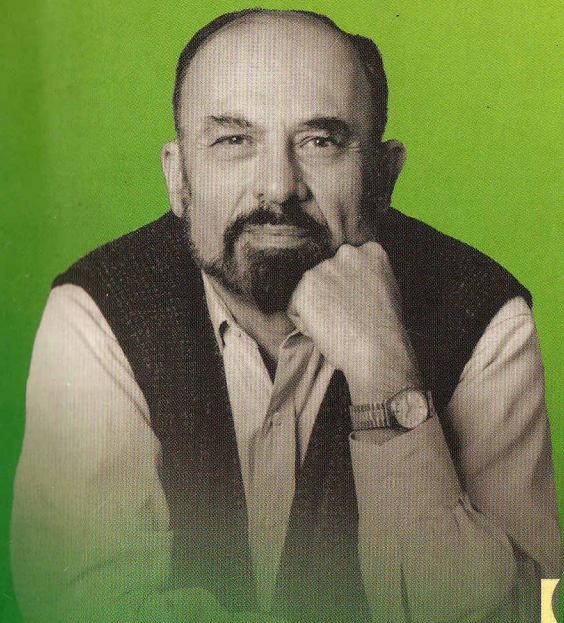


心理治療暢銷作家歐文·亞隆經典鉅著

張老師文化



【上】

Existential Psychotherapy
Death

你要當個瘋狂的智者，還是健康的笨蛋？

存在治療的立場拒絕這種兩難。面對存在的既定事實雖然痛苦，但終將獲得療癒。好的治療工作一向都是既處理現實問題，又追求個人的啟蒙。

Irvin D. Yalom

存在心理治療

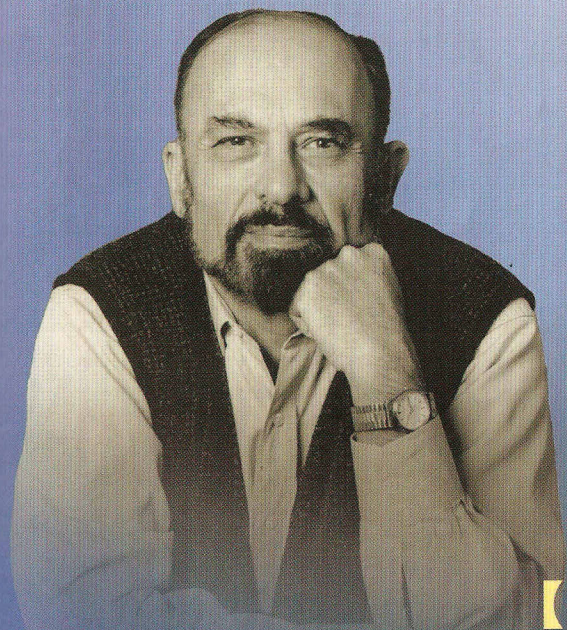
死亡
歐文·亞隆◎著
易之新◎譯

本書榮獲 Barnes & Noble 書店五顆星評價及 The PsycCom. Net 推薦；美國當代心理學界大師布洛迪、羅洛·梅、法蘭克·康福特譽為研究存在心理治療的經典，不只相關領域者必讀，任何對人類行為動機與起源有興趣的人，都能從中得到益處。

【導讀】
陳登義 (台中仁愛之家附設靜和醫院院長)
【聯合推薦】
王浩威 (精神科醫師、作家)
余德慧 (東華大學教授)

心理治療暢銷作家歐文·亞隆經典鉅著

張老師文化



【下】

Existential Psychotherapy
Freedom, Isolation, Meaninglessness

你要當個瘋狂的智者，還是健康的笨蛋？

存在治療的立場拒絕這種兩難。面對存在的既定事實雖然痛苦，但終將獲得療癒。好的治療工作一向都是既處理現實問題，又追求個人的啟蒙。

Irvin D. Yalom

存在心理治療

自由、孤獨、無意義
歐文·亞隆◎著
易之新◎譯

本書榮獲 Barnes & Noble 書店五顆星評價及 The PsycCom. Net 推薦；美國當代心理學界大師布洛迪、羅洛·梅、法蘭克·康福特譽為研究存在心理治療的經典，不只相關領域者必讀，任何對人類行為動機與起源有興趣的人，都能從中得到益處。

【導讀】
陳登義 (台中仁愛之家附設靜和醫院院長)
【聯合推薦】
王浩威 (精神科醫師、作家)
余德慧 (東華大學教授)

每個人在一生中的某個時間，都會進入「沈思」，並碰觸存在的終極關懷——死亡、自由、孤獨與無意義。從存在觀點深入探討，不是要探索往事，而是指推開日常的事務，深思一個人的存在處境；不是思考人以什麼方式成為現在的樣子，而是思考人到底是處在什麼情形。存在治療的主要張力在於「未來逐漸變成現在」。

【死亡】人們對死亡的態度會影響生活和成長方式，也影響衰老和生病的方式。人不是被死亡征服，而是接受死亡，透過焦慮能體驗前所未有的豐富人生。如此，生命和死亡是相依相存的，形體的死亡會使人毀壞，可是對死亡的觀念卻能拯救人。

這不只是一本存在主義治療的經典之作，亞隆更展現出他精湛的臨床經驗。無論是團體治療或個別治療，讀者都可以感受到他出神入化的境界。

王浩威（精神科醫師、作家）

在生命的基礎地，並沒有任何世界的意義，只有渾然的「天成」，然而人類卻被自己所創造的短暫文化所迷惑，以為那是他安身立命的地方，可是真正開顯的終極意義卻是「與時俱亡」。存在治療以「畏」的做醒作為生命另一層意識的開啟，深具用心。

余德慧（東華大學教授）

這是一本教科書，卻是為不曾存在的課程所寫的教科書；這是一門專門學問，卻難以歸類且引發爭議。亞隆紮紮實實地寫下了這本扛鼎巨著，更進一步奠定其一代心理治療大師的地位。

陳登義（台中仁愛之家附設靜和醫院院長、資深精神專科醫師）



每個人在一生中的某個時間，都會進入「沈思」，並碰觸存在的終極關懷——死亡、自由、孤獨與無意義。從存在觀點深入探討，不是要探索往事，而是指推開日常的事務，深思一個人的存在處境；不是思考人以什麼方式成為現在的樣子，而是思考人到底是處在什麼情形。存在治療的主要張力在於「未來逐漸變成現在」。

【自由】自由的意含就是人要為自己的一切生活，負起完全的責任，除非藉著自己的創造，世上沒有一件事是有意義的。這種無根的經驗會令人感到焦慮、害怕，我們渴望自由，卻想逃避自由必然產生的孤獨。

【孤獨】存在孤獨是指自己和任何其他生命之間無法跨越的鴻溝——人與世界的分離。存在孤獨是有許多入口的寂寞之谷，面對死亡和自由都必然使人進入這個山谷。

【無意義】人類似乎需要意義，但存在的自由概念，卻斷定唯一的絕對真理就是沒有絕對的事物。需要意義的人，如何在全然沒有意義的宇宙尋找意義呢？唯一的治療之道就是「參與」。

這不只是一本存在主義治療的經典之作，亞隆更展現出他精湛的臨床經驗。無論是團體治療或個別治療，讀者都可以感受到他出神入化的境界。

王浩威（精神科醫師、作家）

在生命的基礎地，並沒有任何世界的意義，只有渾然的「天成」，然而人類卻被自己所創造的短暫文化所迷惑，以為那是他安身立命的地方，可是真正開顯的終極意義卻是「與時俱亡」。存在治療以「畏」的做醒作為生命另一層意識的開啟，深具用心。

余德慧（東華大學教授）

這是一本教科書，卻是為不曾存在的課程所寫的教科書；這是一門專門學問，卻難以歸類且引發爭議。亞隆紮紮實實地寫下了這本扛鼎巨著，更進一步奠定其一代心理治療大師的地位。

陳登義（台中仁愛之家附設靜和醫院院長、資深精神專科醫師）



存在心理治療

【上】

Existential Psychotherapy
Death

死
亡

歐文·亞隆◎著

易之新◎譯

目錄

【導讀】心中長存大師在 陳登義	006
【推薦序一】關於亞隆二、三事 王浩威	016
【推薦序二】幡然醒悟的心理治療 余德慧	022
第一章 導論	030
存在治療：一種動力心理治療	034
既陌生又熟悉的存在取向	041
存在心理治療的領域	044
存在治療與學術圈	054
第一部 死亡	061
第二章 生命、死亡、焦慮	062
生命與死亡相依相存	063
死亡與焦慮	078
心理治療理論與實務對死亡的忽略	095
佛洛伊德：與死亡無關的焦慮	101
第三章 兒童對死亡的概念	122
兒童關切死亡的普遍性	124
死亡概念的發展階段	126
死亡焦慮與精神病理的發展	160

兒童的死亡教育	164
第四章 死亡與精神病理學	168
死亡焦慮：精神病理學的一種典範	171
獨特性	177
終極拯救者	191
邁向精神病理學的整合觀點	205
精神分裂症與死亡恐懼	213
精神病理學的存在典範：研究證據	219
第五章 死亡與心理治療	228
死亡是一種邊界處境	229
死亡是焦慮的基本來源	262
心理治療的問題	281
生活的滿足與死亡的焦慮	285
死亡減敏感法	289
註釋（上）	294
第二部 自由	311
第六章 責任	314
責任是一種存在關懷	315

逃避責任的臨床表現	321
承擔責任與心理治療	330
責任與心理治療的研究證據	370
責任的限制	378
責任與存在的內疚	388
第七章 意志	402
責任、意志與行動	403
臨床對意志的認識	411
意志與臨床實務	421
願望	424
決定—選擇	438
心理治療的過去與未來	474
第三部 孤獨	481
第八章 存在孤獨	482
什麼是存在孤獨?	485
孤獨與關係	495
存在孤獨與人際精神病理學	509
第九章 存在孤獨與心理治療	534
認識人際關係	535
面對孤獨的病人	540
孤獨和病人與治療師的相會	545

第四部 無意義	565
第十章 無意義	566
意義的問題	571
生命的意義	572
意義喪失的臨床意含	602
臨床研究	612
第十一章 無意義與心理治療	620
我們為什麼需要意義?	622
心理治療的策略	631
後記	648
註釋 (下)	652

心中長存大師在

⊕ 陳登義

當接到易醫師之新兄寄來本書的譯稿時，我的第一個感覺是興奮得喜出望外，第一個想法是我終於等到了！台灣的讀者有福了！隨後又想到台灣的心理治療師和接受心理治療者恐怕更有福了，雖然要承受的責任也更大。

怎麼說呢？因為「存在」這個課題不碰則已，一碰就會進入不歸路；因為它是攸關生死的課題，而生死課題本就是不歸路，誰閃得開呢？特別是在這個憂鬱的新世紀，或新世紀的憂鬱中，在台灣這個蕞爾小島上，自殺率早已節節升高邁入十大死因的排行榜，能不重視乎？

可是反觀國內的精神醫療與心理治療現況，卻讓人憂心忡忡。生物精神醫學及精神藥理學的發展固然是從事精神醫療工作者絕對無法忽略的領域，但筆者還是深信身為一位精神科醫師，仍必須以生物—心理—社會取徑為依歸，因為大部分的精神疾病和心理障礙在藥物治療的成效上，仍不是那麼令人滿意。如果再賦予本書所涉的旨趣，恐怕得再加上「存在與倫理關係」取徑以為輔助。尤其現階段，筆者認為台灣社會正面臨醫療價值觀最為混亂的時刻。

柯士坦邦（Peter Koestenbaum）在1978年所出版的巨著《人的新形象—臨床哲學的理論與實務》（The New Image of the Person—the theory and practice of clinical philosophy）中，即大聲疾呼精神科醫師及心理治療師迫切需要一門學問——「臨床哲學」，而這門學問要包括的是一種治療的生命觀、一種負責任的有關生命存有之對應模式。如果對生命的某些基本哲學提問，如：「我是誰？」「存在的意義是什麼？」「什麼是親密關係？」「為什麼是我得了病？」等等，無以回應或不願置喙，是不可能對人的（健康）問題做出完整性及全面性的觀照而加以負責的。

本書的作者——亞隆醫師，在這方面卻早已身體力行。有關亞隆醫師的著作、筆者與之接觸的因緣以及接受其精神教導的歷程，在「給有血有肉的心理治療大師——歐文·亞隆的一封信」一文中已有詳細述說（見《生命的禮物》一書導讀／心靈工坊／2002），其中有一段話特別和本書相關：「台灣在心理治療的知識論上展現了無比的活力和潛力，但在實務應用上卻始終抑鬱不展。在這個當頭，我認為有一點被有意無意地忽略了，那就是六、七十年代間存在的、人文主義的自由精神及氣息。」

本書是亞隆在1980年出版的，根據亞隆本人的說法（The Yalom Reader/Basic Books/1998），他花了四年時間完成，而為了寫作本書，之前更花了兩倍的時間閱讀蒐集相關的書籍和文獻，甚至曾懷疑過自己到底有沒有能力寫出這本書。它是一本教科書，卻是為不曾存在的課程所寫的教科書；它是一門專門學問，卻難以歸類且引發爭議。在六、七十年代的台灣，年輕學子受美國文化的衝擊和影響，曾在短期間內流行談論精神分析理論與存在哲學思想，只可惜未能蔚為風潮。而在那個年代，亞隆卻紮紮實實地寫下了這本扛鼎巨著，更進一步奠定其一代心理治療大師的地位。

亞隆為什麼要寫這本書呢？

從一開始，亞隆就提到心理治療成功的關鍵因素，常常不是那些精心設計的治療技巧、或讓人覺得高深莫測的理論，而極可能是那有意無意撒下的一把香料（見本書導論）。究竟這一把香料是些什麼？在什麼時候撒下最能發揮治療功效？要回答這個問題，常常不是以經驗（即觀察和實驗）為依據，反而與現在大行其道的實證醫學（evidence-based medicine）正好背道而馳，它是以深層的直覺為經，

以個體因存在而有的相關重要生存課題為緯，所開發出來的專門學問。亞隆把這稱為「存在取向的心理治療」。

其實大部分有經驗的治療師都會了解到：人對生命的有限性常感到憂慮，這樣的憂慮常能催化內在觀點做出重大改變。人們也常發現使病人得到療癒的其實是關係而不是技巧，病人真正受折磨的常是在做抉擇的剎那，這時治療師必得催化病人的意志以誘發出行動。大部分病人都是因為生命缺乏意義而感受到痛苦、發狂。所以「存在取向的心理治療」，也是一種精神動力取向的心理治療，只是其強調基本衝突的立場是不同的，即：它既不是本能受到壓抑所造成的衝突，也不是內化的重要成人關係所造成的衝突，而是個體面臨存在的「既定事實」所造成的衝突。這些既定事實的本質把它無限上綱拉到最底線，就是所謂的「終極關懷」（ultimate concerns）。本書共處理四大終極關懷的課題：死亡、自由、存在孤獨以及無意義。而這四大終極關懷的課題，都是攸關生死的，當然也都是不歸路。

什麼是「終極關懷」？依亞隆的說法，如果我們能排除日常的生活世界，如果我們能深深反思我們在世上的處境、我們的存在、我們的界限、我們的可能性，如果我們能達到所有根據之下的根據，那我們就必然會面臨存在的既定現實，就是那最深處的、最底層的結構，是那個被某些急迫經驗所催化而成的「邊界處境」。比如面臨親人或自身的疾病、痛苦、創傷、死亡；比如面對重大而無法改變的決定；比如本來有意義的生活架構突然間完全瓦解，或造成信仰上的危機等等。由這裡乃產生存在的精神動力學和存在的精神病理學，因而有存在取向的心理治療。這裡並不排斥或排除佛洛伊德的個體內在精神動力學，或新佛洛伊德學派的社會

文化精神動力學，反而是那加成的或彌補的效果，甚至極可能就是先前所提那撒入的一把香料，是治療有效的最關鍵要素。不過，就如亞隆所提醒的，筆者也要再次提到：這裡所講的精神病理，並不包括生物化學或遺傳為主要影響因素的重大精神病（Major Psychoses）。當然，如果讀者看過R. D. Laing《分裂的自我》（*The Divided Self*/ Tavistock/ 1960）一書裡的個案報告，或者亞隆曾接受其治療（分析）達兩年的另一位存在治療大師——羅洛·梅（Rollo May），在1958年所編輯的一本極具影響力的書——《存在》（*Existence*/ 1958），從中還是可以欣賞到由存在精神分析大師賓斯旺格（Ludwig Binswanger）所撰寫的精神分裂病人之存在體驗，及其存在精神分析的精彩歷程。

當代精神病理學的發展，因為美國的DSM診斷及統計分類系統不預設病因學上的探討，而淪落為慘不忍睹的精神症狀學水平，當然我們也不能否認DSM的功勞。幸好近幾年來，已有多方有識之士重新檢討DSM分類系統，筆者在兩年前（2001）的美國精神醫學會年會中有幸聆聽到Johns Hopkins大學白髮蒼蒼的Paul McHugh教授從多元觀點來談精神病理及疾病分類，很可能會顛覆DSM未來的發展方向（詳見《*The Perspectives of Psychiatry*》/ 2nd Edition/ Johns Hopkins University Press/ 1998）。他把精神病理及其分類用四大迥然不同的觀點取向來看待，包括強調病人所具症狀的「疾病（disease）觀點」、強調病人所做的行為的「行為（behavior）觀點」、強調病人行事風格的「人格層面（dimensional）觀點」，以及強調病人思想、感覺、行為之意義的「生命經歷（life-story）觀點」。這最後一項觀點強調用敘事邏輯（logic of narrative）來看待疾病，用敘事詮釋

（narrative interpretations）讓症狀成為有意義，這似乎有點貼近存在取向的精神病理觀點。如果能進一步把存在取向的觀點放進去，也許更能豐富總體精神疾病之精神病理學的意涵。

亞隆在七、八十年代所提倡的存在精神動力學及精神病理學以及存在取向心理治療，似乎並沒有在當代精神醫學學術主流中引發重大的影響力，但在實務取向上，我們卻可以在其一再暢銷的著作中看出他個人的魅力來。尤其就在2001年會中，美國精神醫學會以亞隆對人文及靈性層面作出重大貢獻而頒予Oscar Pfister獎，更是一項實至名歸的榮耀。

那麼這樣一本書，在經過二十多年後，在台灣出版了中譯本，這又代表什麼樣的意義呢？

首先，台灣的精神醫療史上，從西方引進心理治療（包括個別與團體、家庭）的理論與實務大概已超過四、五十年的歷史了，只是很可惜受到許多主客觀因素的影響，主要仍受限於西方理論的應用，而且是比較表淺的，一直談不上本土心理治療的發展。直到今年（2003）四月初，終於在花蓮的東華大學召開了第一屆本土心理治療研討會，會中有精神科醫師、心理師、民族學研究者、社會心理學家、人類學家和哲學研究學者等，似乎涵蓋的範圍還不小。但能具體提出本土的理論與實務發展取向的仍微乎其微，當然其難度本就不在話下。筆者在前面「公開信」一文中曾提到：「台灣是一個背負著許多複雜歷史、政治、文化傳統、不同族群間差異的國家，在西方（特別是美國）文化的衝擊下，所呈現個人的精神病理或迥異於西方人，甚至一般所知道的中國人。在這個氛圍下，如何從事心理治療是新一代精神科醫師以及心理治療師的責任……」而有關最基本的存在課題，除了某

些是人類共有的現象外，許多課題特別是台灣人始終揮之不去的夢魘，從國家認同到文化認同再到個人認同，總是一道難題。尤其在兩岸開放之後，更是錯綜複雜，筆者的門診就有不少是兩岸通婚所引發的適應危機問題。還記得多年前曾參加過在香港舉辦的「第一屆中國人心理治療研討會」，當時香港尚未回歸中國，但會場中的氣氛和感受只能以詭譎古怪來形容，光是語言就有廣東話、閩南語、北京腔及大陸各種腔調，到最後竟然是用英語來溝通。可見文化心理因素對存在課題的影響有多大。

雖然這中間受這麼多複雜的因素在影響，亞隆總是幫助我們指點出存在的四大終極關懷課題，只不過我們不要忘記，這是西方學者的觀點。儘管有人認為西方的存在哲學思想和東方人文思想常有可會通之處，尼采、海德格、榮格等人的思想不都會有過中國思想的某些影子，或影響了近代中國某些思想的發展嗎？而當我們在講中國思想時，作為台灣主體意識的我們，又是如何看待呢？

我們知道西方的心理治療思想發展史一直由兩個意識型態的學派所主導，即科學的實證行為主義和佛洛伊德的精神分析，雖然後者在歐洲曾產生一股反動的存在精神分析思潮，但並未蔚為風潮。反倒在五十年代的美國，建立起了所謂「第三勢力」的人本心理學和之後的人本學派精神分析（之後更發展出超個人心理學）。而存在精神分析和存在心理治療的發展在美國就受到很大的限制，一方面歐陸的傳統和美國實用主義較不相容，語言翻譯的困難也是另一個因素；另一方面在學術研究上的發展，有關存在議題要進行實證研究是非常困難的，結果就只能在「底層」發酵，成了實務上的香料，卻上不了枱面。

總之，亞隆所提出的是一種典範，一種向臨床工作者提供的解釋體系。它是一個典範，但不是唯一的典範。然而，能夠在科學主義掛帥、經濟橫流阻擋中，堅持人本的取向、建立自己一家之言，不畏艱難，亞隆已然不愧是一代大師！至於台灣的本土心理治療可不可能包容進來這個典範，要看諸多因素的配合，如果以現今健保體系和醫療管理及醫療經濟掛帥的情況下，可能並不樂觀，但如果以台灣人的存在宿命來看，它可能擁有相當大的解釋力量。

很感佩譯者易醫師發大心把這本書譯出來，他不僅譯筆翔實、譯文流暢，而且專業素養夠，能夠完成這部大作，相信對台灣的心理治療專業人員絕對是一大貢獻。筆者在寫這篇導讀期間，面臨了身體病痛住院動手術的生存現實，在抱病中仍出遊號稱匯合東西方文明的十字路口——伊斯坦堡及土耳其這個國家，吸收到許許多多以前從不知道或誤以為知道的歷史、宗教、文化習俗以及生活種種知識，特別對西方文明的起源——希臘、羅馬、古埃及等地中海沿岸所孕育下來的文明有了更真實的體驗，也參觀到可能是目前所知世界上最早設立的心理復健治療中心——在西元前117~138年由羅馬帝國所建立，位於貝加蒙（Pergamon）（伊斯坦堡下方）的Asklepieion（醫神神殿）。站在神殿上，雙手接著聖泉，人存在的基本課題和感動油然而生，心想古人也許比今人更接近或更能體會人存在意義的幽微意識吧！至於它的具體內容，就請讀者細細地從本書中去擷取吧！最後給新一代的精神科醫師及心理治療師一句話：若要修行能得道，心中長存大師在。

(本文作者現任台中仁愛之家附設靜和醫院院長／資深精神專科醫師、中華團體心理治療學會常務理事／創會會員、台灣心理治療學會理事／創會會員)

參考書籍：

1. Rollo May等人編著：Existence，Simon & Schuster，1958。
2. Peter Koestenbaum著：The New Image of the Person—the theory and practice of clinical philosophy，Greenwood Publishing Group，1978。
3. Paul McHugh & Phillip R. Slavney著：The Perspectives of Psychiatry，2nd Edition，Johns Hopkins University Press，1998。
4. Irvin D. Yalom著：The Yalom Reader，Basic Books，1998。
5. Ronald D. Laing著：The Divided Self，Tavistock，1960。
6. 歐文·亞隆著（易之新譯）：生命的禮物，心靈工坊，2002。

關於亞隆二、三事

⊕ 王浩威

I

我始終記得在台大醫院精神科舊樓教室閱讀的辛苦感覺。

夜，悄悄降臨，自中山南路，自小小的常德街。科裡的師兄弟們陸續進來，還神情匆匆。也許才從五樓下來，急性病房剛剛才緊急處置了一位因為妄想影響而有暴力行為的精神分裂症患者；也許是才脫離擁擠的急診，剛完成一位激動的自殺個案危機的處理；也許，只是六樓日間病房團體治療的督導才結束，就急著來參加二樓教室這裡的討論會。

多年以後，開始迷上古典音樂的現場演奏，晚上七點半或七點四十五分，經常出現在台北國家音樂廳。結束工作匆匆趕到音樂廳的我，坐在舒適的猩紅絨布椅子上，通常在序曲或第一樂章自然地小寐十來分鐘，然後舞台上的樂音才忽然完全清晰，幾乎身上所有的孔洞全神清氣爽地張開了。我對這樣的情形有一種莫名的熟悉感，總覺得從疲憊、在聲音中全然放鬆，又重新全然新鮮，這樣的過程似乎是近乎童年以來就熟悉的生理時鐘。

當然，童年並沒有這樣的忙碌。

許久以後，我才聯想起當年住院醫師訓練時，日復一日的傍晚苦讀，也許是林憲教授（Lewis R. Wolberg）《心理治療技巧》，也許是林信男教授的精神藥理學，也許是宋維村醫師的督導，也或許是胡海國教授的精神病理學，或那時才剛剛熱門的分子生物精神醫學。這一切都同樣是近乎銘刻，是同樣的生理時鐘記憶：一天衝刺後的迅速忽然停下來，慢下來，疲倦大量湧現，然後是很短暫卻無比放鬆忽到臨的深睡期，於是神智逐漸完全清明，開始聽見知識的召喚和睿智的聲音，從遠而近。

這一切，印象最熟悉的，莫過於陳珠璋教授帶領討論的歐文·亞隆（Irvin D. Yalom）《團體心理治療的理論與實務》。

2

最近在網路上搜尋，找到亞隆的一篇訪問稿，九六年的文章，他六十五歲生日的前一週。更早兩年以前才擔任史丹福大學醫學院榮譽教授的他，談到最近的計畫時表示「最確定的是，我不再做任何感覺重複的事」。

亞隆指的是心理治療的教學：「我告訴自己不要再參加任何教學委員會什麼的了，因為這領域已經全變成了藥丸，全是精神藥理學了。下一代的治療者將不會好好接受心理治療訓練，因為醫療保險越來越不願付錢了。」

《團體心理治療的理論與實務》這本亞隆1970年奠下他專業聲威的教科書，台灣是兩、三年前才出版中文本。可是，在我當住院醫師的二十年前（天啊！好快的時間！）就是固定的讀本。在他的影響下，幾乎所有的團體治療論及療效時，都談到「存在」的議題。

「我父親和他的兄弟都是相當年輕時就死於心臟病。」在他回答別人為何這麼早就認為面對死亡是擁有充實、真誠和快樂生活的關鍵時，他這麼回答著：「所以我想，生命看來是有限的。我並沒擁有揮霍不盡的歲月。」

亞隆的父母來自俄羅斯一個叫Celtz的小村莊，靠近波蘭邊境。一次大戰爆發沒多久就搬到美國，定居在華盛頓的城區貧民窟。他說：「在我小的時候，華盛頓是一個族群區隔分離的城市，而我正是住在貧窮而黑暗的市中心。街頭的生活是很危險的。躲在屋內閱讀成為我的避難所，每週兩次

驚險地騎腳踏車上圖書館則是最大的冒險。」

對於經營雜貨店的父親，他並沒有多提。只是，就像貧民窟的小孩，不是繼承父業就是進醫學院，他也選擇了後者。因為閱讀帶來的興趣，特別是傳記和小說，他在華盛頓大學畢業、進入波士頓醫學院以前，就決定走精神科。從此，從精神醫學到心理治療，從小說到寫作，人生的道路於是展開。

3

1998年他在出版社的堅持下，出版了《亞隆讀本》。他是有點猶豫的，「總覺得讀本是死後的事」，然而，正如他經常正視著死亡，他也接受了這件「死後」的事。

讀本分成三部分，除了團體治療和寫作有關的兩部分，就是存在心理治療。

二次大戰後，存在主義治療開始在美國盛行，不同於歐洲戰前的海德格學派或戰後的沙特式存在主義，真正的影響者是維克多·法蘭克（Victor Frankl）和羅洛·梅（Rollo May）。亞隆於1960年在約翰·霍普金斯大學完成精神醫學住院醫師訓練，當時也正接受精神分析訓練。他的專業成長自然是在這一股氣氛之下完成。

當時，法蘭克或羅洛·梅的作品在美國固然很受歡迎，存在主義心理治療一詞也大受歡迎，可是，一直都沒有真正有系統的專書敘述。

進入史丹佛大學任職以後的亞隆，1970年完成《團體心理治療的理論與實務》的經典名著以後，陸續又出版三本團體治療的書。到了1980年才又出版了這本《存在心理治療》。

「我的《存在心理治療》花了四年的寫作。不過，在動手以前，我花了兩倍時間閱讀—永遠遲疑和拖延的是，這計畫是否在我的能力內。我是和好友Alex Comfort（《Joy of Sex》的作者）偶談之後，他的建議很簡單，也很能解放了我：『不要再讀了，開始寫吧。』於是這本書完成」。

直到近二十年後，他在讀本裡談到這本書，表示：「《存在心理治療》是一本教科書，提供給一個還沒存在、還沒釐清，但又渾沌而矛盾的專業。」然而，因為這本書的出版，他被視為與法蘭克和羅洛·梅兩位前輩齊名的三大存在心理治療大師。

4

在住院醫師的時代，原文書不易取得。我記得自己是在讀完《團體心理治療的理論與實務》以後，從友輩那裡影印來的《存在心理治療》。

記得當時閱讀，同樣是昏沈的台大醫院，自己以為很仔細看過了；沒想到，多年以後，重閱中文譯稿，才知道自己遺漏的比吸收的還要多。

亞隆的文筆中，順手拈來的臨床例子，出神入化，忽然才發現，很多體會是自己從事心理治療多年以後，才能體會的。就像他的近作《生命的禮物》，充滿了他個人在臨床上與人生中累積的智慧，他其實一直都是關懷人的意義問題。

（本文作者為精神科醫師、作家）

幡然醒悟的 心理治療

⊕ 余德慧

在台灣，亞隆教授不算是個陌生的名字，早在十餘年，聯經、張老師公司就出版過他的心理小說（聯經將亞隆 Yalom 譯為「耶樂姆」），如《診療椅上的謊言》、《當尼采哭泣》、《日日更親近》、《愛情劊子手》、《生命的意義》等，其中《愛情劊子手》目前還在長銷，而去年台灣出版界也剛出版他在千禧年之後的心理治療專業書《生命的禮物》¹，口碑甚佳。

這本《存在心理治療》是亞隆教授七十年代的作品，剛好是他研究團體治療告一階段之後，對自己的反省之作。雖然他那本團體治療的書受到好評，學術界對他能夠以精確的心理測量，將團體治療的過程與效果展現無遺，但他本人心知肚明，自己的內心並不踏實，甚至懷疑那些利用量化資料的推論有幾分「真實」。通常以量化做研究，除了嚴密的實驗室控制之外，量表之類的資料都有「隔靴搔癢」的隔離感，研究者往往必須絞盡腦汁說故事，多少有自圓其說的味道。亞隆教授並無意批評量化研究，但對自己的不踏實卻痛下反思，尤其是在他的團體治療研究期間，他無意間引進了癌症病人進入團體，發現團體成員的不尋常反應，當時亞隆教授並沒有意會到，這是一種「常人」的跌落反應，只覺得有某種很根本的東西似乎鋪陳在人的生命底景，後來他將之稱為「存在的層面」。

「存在」一詞，除了生命哲學界之外，鮮少有人會去細究那到底是什麼玩意兒。不過就西方通俗文化的感覺，「存在」指的是當下立即體驗的經驗現實，但這意義與哲學的意義相去甚遠。即使在不同哲學家那裡，由於體會不同，對存在的界定也有歧異，但若從亞隆教授在本書的觀點來看，他所謂的存在層面比較接近「本真的、徹底的、終極的」關

懷，也就是將生命的底線拉到非常基本的層面，讓我們得以用比較本真的視野瞧見廣闊的可能。在這意義底下，存在心理治療是指「朝向無蔽的狀態的心理療癒」。²

但在這裡，美國的精神醫療或心理治療界有自己的轉折，並不全然接受歐陸的存在精神醫學的作法。美國文化固然接受了佛洛伊德的精神分析，對佛氏的語言也多少有所接納，但是對「存在」層面卻相當拒納。雖說美國的「存在心理學」一直是歐洲心理學的螟蛉兒，但也不是全盤接收歐陸的思想，而是透過美國文化的處境，做了適當的調整。文化本身是個緩衝器，美國文化對這陌生的存在心理學多少有自己因應辦法。他們將存有哲學與心理學做了必要的區隔，不讓那些拗口的哲學語言迷惑讀者，也聽從荷蘭現象心理學者的意見，將心理學的領域分出一小片，稱之為「人類心理學」(anthropological psychology)，供給現象心理學、存在心理學者來玩。他們並不模仿荷蘭心理學家，直接把握經驗的存有時刻(如荷蘭精神科教授范丹伯所為，可參見氏著《病床邊的溫柔》³)，也不模仿歐陸的前驅，如賓斯旺格(Ludwig Binswanger)、米達德·伯斯(Medard Boss)以海德格的存在基礎「此在」(Dasein)為基礎，作存有分析(Dasein-analysis)，甚至連存有本身的概念探討都付諸闕如。這可以從人本心理學為取向的卡爾·羅傑斯(Carl Rogers)的話來了解美國心理學家的心態：「對美國心理學家來說，『存有』這個字眼不但隱晦曖昧，它又太籠統、太哲學，完全無法檢證，令人深惡痛絕」，美國心理學家歡迎清楚、明確、明顯的心理治療，除了將「精神」加以「工業化」(或「工具化」)之外，也富有實踐的行動要求，對存有論的微言之義並不覺得有何必要重視。羅洛·梅曾經檢討過美國文化對精神分析

的使用，發現很多所謂「關鍵重要」的分析機制，其實是缺乏堅實的立論，只是懸在半空中的半吊子。例如，羅洛·梅分析精神分析治療關鍵性的「情感轉移」。若是依照美國人對佛洛伊德的理解，病人往往會將其生活宿緣性的關係知覺帶到治療室，使得在治療室裡，病人與治療師也同處於這宿緣知覺的籠罩當中。美國治療師傾向於把這類情感轉移視為「治療關係的扭曲」，與歐陸精神醫師視為「治療的構成分子」，相去甚遠，其他如「壓抑」、「潛意識」大多與歐陸治療師有所歧義。

美國少數的心理學家、精神科醫師何以願意接受「存在心理治療」？記得美國存在心理學之父的羅洛·梅提到他轉向「存在心理學」的機緣⁴時，他說，有一年，他罹患肺疾病躺在療養院裡，當時抗生素尚未問世，肺結核可說無藥可醫，只能靠自己的體力復原。在這躺著無事的三年，有兩本書陪伴著羅洛·梅，一本是佛洛伊德的《焦慮問題》(The problem of anxiety)，一本是齊克果的《懼怖的概念》(The concept of dread)。人在病中，正經驗著病魔的侵襲，生命處在飄搖之中，佛洛伊德的書對羅洛·梅來說，只是技術性的心理學，而齊克果的書卻宛若同伴，帶著羅洛·梅經歷著生死之間飄搖的懼怖。用現象學的哲學術語來說，齊克果談的是焦慮自身，是本體論的；而佛洛伊德卻是站在焦慮外邊談論焦慮，是實徵論的。以他人的立場談病人的焦慮總有搔不到癢處的空乏感，即使有多麼偉大的理論，對心理治療無法產生在場的體驗效果，因此，羅洛·梅很清楚指出，存在心理治療並不是什麼學派，而是以一種完全不同的態度對待治療⁵，例如，亞隆教授提出的四大終極關懷，其實是生命四大底線，如果以現象學還原來看，這四大終極關懷是從紛

擾的生活表象還原而來的，直追生活的底部，這與自詡為科學的精神分析相較，儘管精神分析發展出許多病理機制或治療機制，但這些「機制語言」其實完全無助於抒解病人的痛苦經驗，治療者必須能夠開放自己，當下直接經驗受苦現象，而非坐而論之。在現象學的指導下，治療師比較容易在經驗的關鍵之處下手，其方法則為現象學還原，亦即從病人的表達根柢之處追索其苦痛的不自覺設定，而這些不自覺的設定往往都埋藏在存有的層面，在那裡所有生命最緊要的結構，例如「有」V.S.「無」、「生」V.S.「死」，都涉及存有結構，即使是精神分析也不能小覷這個層面，例如「生之慾」與「死之慾」、「愛洛斯」（或愛慾）與「力比多」，榮格的「原型」與「戴蒙」，莫不指向這個層面，但存有心理治療之所以指向這個層面，並不是這裡有何精神病理可尋，而是我們在「常人」狀態底下，對存有的澈觀受到遮斷，以致我們雖有理智，卻並不澄明（clearing）。

若是循著海德格的論述，我們的「存有」的任何當下或「此在」都同時包含著本真的澄明與常人的世界觀（非本真）兩個層面，前者具有只能由己身自行體會的「內在性」（即海氏所謂的「向來屬己」，My-Owness），後者則是以「造作」為本的世界性（即海氏所謂的「去存在」）。一般的心理治療並不區分這「此在」的雙重，所以，無法看出生命的結構一直處在此雙重性的穿梭當中。托爾斯泰則是典型的高度覺察者，他是透過「世界」（他的莊園、他的成就、他的妻兒）與生命的無意義之間的相互折射：

「五年前，我心裡開始萌發一種奇怪的狀態：我對生命有許多困惑、停滯的片刻，好像我不知道自己是怎麼活的、自己要做什麼事……這些生活的停滯總是向我提出相同的疑

問：『為什麼？』和『要什麼？』……這些疑問越來越堅持要一個答案，就像小點群聚成一塊黑色的污斑。」

在這種意義的危機，或是他所說的「生命的停頓」下，托爾斯泰質疑他所做每一件事的意義，自問管理產業、教育兒子的意義何在？「爲了什麼？我目前在撒馬拉省有六千畝地，三百匹馬，那又怎麼樣呢？」他甚至懷疑自己爲什麼要寫作：「如果我比果戈里、普希金、莎士比亞、莫里哀，比全世界所有的作家都更有名的話，那又怎麼樣呢？我找不到答覆。這種問題需要立即的答案，否則我活不下去。可是，並沒有答案。」

隨著意義的崩潰，托爾斯泰經歷了生命存在基礎的崩潰：「我覺得自己站立的基礎碎裂了，在我立足之處，其實空無一物，沒有生活的目標，我根本沒有活下去的理由……真相就是生命是沒有意義的。生命的每一天、每一步，都帶我更接近絕境，我清楚看見，除了毀滅，再無一物（見本書第十章「無意義」）。

人在進入澄明之前，有時會經歷這類的精神危機（或「存在精神官能症」），當他照見自己的「無意義」的同時，也昭示了他，「人間的意義是歸屬於塵世的」，待他看清楚「塵世的意義」居然如此稀薄，他會感到一陣的暈眩，就如同卡繆的「荒謬感」，但人必須在準備進入覺識之際才會發生這種塵世的荒謬感，使得終極的意義轉向內在的泉源。

同樣的，亞隆教授的創設「存在治療」最直接源頭正是他與癌末病人的相處，如果我們多留心他在第四章「死亡與精神病理學」的觀點，提到人在一生發展了自己的「個體化」（即這個「我」）也好，與他人共度融融的一生也好，只要沈迷於「在世」的因緣合和，都會面臨儆醒時刻，如病人潘姆

猛然領悟到「父母沒有她還會活下去，世界還是像以前一樣」，從嚴格的意義來說，「世界並不承認某個人的特殊性，所有人的生活都帶著許多虛假的保證，最後我們無法改變某些赤裸裸、永遠不變的存在面向」。爲了虛假的保證，亞隆教授確認人的精神病理之一即在於尋求「終極的拯救者」，然後絕望而亡。

在生命的基礎地，並沒有任何世界的意義，只有渾然的「天成」，人類經歷數百萬年，方創見這麼點滴的文明、創發這些許的意義，然而人類卻被自己所創造的短暫文化所迷惑，以爲那是他安身立命的地方，可是真正開顯的終極意義卻是「與時俱亡」，時間才是真正透露所有訊息的大主宰者，它以永恆之姿告訴人類，何謂出生、死亡，何謂有常、無常，任何個體在時間裡形成，在時間裡成長，然後在時間裡滅亡，如果任何活著的「此在」（即「此時間我抵達於此」）都在這生滅之間的一個時間點，存有治療則在促進人們了悟「此在」，既是創造也是毀滅，我們從「無」之中掙扎出點滴的意義，爲了片刻的安身，我們祭起自我的意志，但也爲了揮灑的空間，我們需要一些自由的空間，需要與他者相應答，彼此承擔責任，這些都在存在的底層構成「活著」的必要性。

而這些存在的必要性卻成了生命的難題：我們總在緣起緣滅之間，想捉住什麼，生命卻在指間流逝，我們想鞏固一些生命的意義，卻在時間洪流裡沖散，我們想要的自由意志，卻很快的消散，這種虛無曾經是存在主義令世人厭惡的地方，這些澈念彷彿烏鴉嘴，但是，當我們從澈念中醒來，有一種真正的「畏」：「當我們與萬物本身都沈入一種麻木不仁的境地，真理完全被隱蔽……，在『畏』之中，隱蔽的

整體以其失去不見的方式籠罩著我們，我們直接在『無』裡頭碰頭。」⁶存在治療以「畏」的儆醒作爲生命另一層意識的開啓，深具用心，然而，世人多迷眼前物，只怕失之交臂罷了。

（本文作者現任東華大學教授）

參考書籍

1. 心靈工坊2002年出版。
2. 海德格說，存有即是抵達真理之處，而真理即是無蔽。見氏著《形而上學是什麼？》，熊偉譯。台北：仰哲。
3. 石世明譯，心靈工坊出版。
4. 見Rollo May “The emergence of existential psychology”，在羅洛·梅所編的“Existential Psychology”第一章。紐約：Random House。
5. 前揭書第15頁。
6. 取自海德格（1930）《形而上學識什麼？》第33頁。熊偉譯，台北：仰哲出版社。

第一章 導論

幾年前，我和幾個朋友參加烹飪班，老師是位亞美尼亞女性，還有她的老僕人，由於他們不會說英語，而我們也不會說亞美尼亞語，所以很難溝通。她透過示範來教我們，我們留心觀看她烹調一大鍋茄子羔羊肉，並認真記錄她的訣竅，可是我們的食譜總是有缺點，雖然我們已盡所能地嘗試，還是做不出她那種味道。我覺得很奇怪，心想：「她到底是怎麼烹調出那麼特殊的味道？」我一直很困惑，直到有一天，我特別盯緊廚房的活動，看著老師高貴從容地準備一道菜，她把這道菜交給僕人，他一言不發，拿到烤箱，（毫不猶豫地撒了一把又一把調製的什錦香料）我相信就是這個暗中進行的伎倆，使得食物的風味全然不同。

每當我思考心理治療時，特別是想到治療成功的關鍵因素時，總是會想到那堂烹飪課。正式的教科書、登在期刊上的文章，還有學術演講，都把治療描寫得既精確又有系統，有精心規劃的階段、策略性介入的技巧、有條有理的發展和移情關係的化解、客體關係的分析，以及內容詳細、理性，又可提供洞識的詮釋。可是，我深深相信，當沒有人注意的時候，治療師會撒入一些「真正重要的東西」。

可是，這些「撒入的」、難以理解的、私底下的內容，到底是什麼特別的東西呢？它們屬於正式的理论之外，並沒有被書寫下來，也無法明確的教導。治療師常常不知道它們，可是每一位治療師都知道自己無法解釋為什麼有許多病人會改善。這些關鍵的成分實在很難描述，更難加以定義。事實上，有可能去定義並教導諸如慈悲、「當下」、關懷、延伸自我、在深層碰觸病人、智慧（這是最難以理解的）等等特質嗎？

佛洛伊德（S. Freud）和布雷爾（J. Breuer）在一八九五

年共同發表的《歇斯底里症研究》(Studies on Hysteria)，是當代心理治療最早的病例記錄之一¹，非常生動地說明治療師如何選擇性地忽略這些特別的東西（就這一點而言，日後關於治療的描述就更沒有用處了，因為精神醫學使適當的治療行為變得非常教條化，以致於在病例報告中完全不談「私底下」的技巧）。一八九二年，佛洛伊德成功治癒弗洛琳·伊莉莎白 (Fraulein Elisabeth von R.)，這位年輕女性因為心理問題而無法走路。佛洛伊德對治療成功的解釋，認為完全是出於宣洩的技巧，使某些負面的願望和想法不再受到潛抑。可是，一旦研究佛洛伊德的筆記，就會驚訝地發現他還用了許多其他治療方法，例如，他鼓勵伊莉莎白探視姊姊的墳墓，並打電話給一位她仰慕的年輕男子。佛洛伊德展現出一種「對她當前環境的親切關注」²，代表病人與她的家人互動：他拜訪病人的母親，並「懇求」她對病人提供開放的溝通管道，讓病人能偶爾放下心靈的重擔。佛洛伊德從她母親得知，伊莉莎白完全沒有機會嫁給死去姊姊的丈夫，於是把這個訊息傳達給病人。他幫忙解決病人家庭的財務糾紛。還有好幾次，佛洛伊德力勸伊莉莎白平靜地面對事實，就是每一個人的未來都必然是不確定的。他不斷安慰她，保證她不需要為負面的感受負責，並指出她對這些感受的內疚和自責，正是她有崇高品德的明證。最後，在結束治療之後，佛洛伊德聽說伊莉莎白參加私人的舞蹈表演，還想盡辦法取得邀請函，好觀賞她「在輕快的舞蹈中揮別過去」。我不得不感到奇怪，真正幫助伊莉莎白的，到底是什麼特別的東西？我相信正是這些特別的東西形成了有力的治療，他沒有在理論中納入這些東西，實在是大錯特錯。

我寫這本書的目的，就是要提出並闡明一種心理治療取

向（一套理論架構，以及從這個架構衍生出來的一系列技巧），為治療的許多特別之處提供一套架構。這種取向就是「存在心理治療」，它拒絕簡化的定義，因為支持存在導向的基礎，並不是以經驗為依據，而是深層的直覺。我會先提供正式的定義，然後在全書闡明這個定義：（存在心理治療是一種動力取向的治療，把焦點放在基於個體存在而有的重要事項。）

我相信大部分經驗豐富的治療師，不論是信奉什麼學派的意識型態，都採用了許多我將要描述的存在洞識。例如，大部分治療師都了解：對人有限性的憂慮，常常能催化內在觀點的重大改變；發現關係能產生療癒；發現病人因面臨選擇而感到苦惱；發現治療師必須催化病人的意志來行動；發現大多數病人因為生命缺乏意義而感到痛苦。

可是，存在取向並不僅僅只是治療師在不知不覺中採用的一種微妙特色或隱微觀點。過去數年來，我對心理治療師演講各種主題時，都會問：「你們之中有誰認為自己是以存在為導向的？」相當多聽眾（一般都超過半數）會有肯定的反應，可是當問到：「什麼是存在取向？」時，他們卻發現難以回答。治療師用來描述任何治療取向所用的語言，本來就不是乾淨俐落或簡單明瞭的，而在所有治療語彙中，存在取向又是最模糊混淆的。治療師把存在取向聯想到一些本身不精確又顯然不相干的用語，比如「真誠」、「相會」、「責任」、「選擇」、「人本」、「自我實現」、「集中」、「沙特式」、「海德格式」。而長久以來，許多心理衛生專業人士都認為它是一團混沌、「簡單」、非理性而浪漫的傾向，並不認為它是一種「取向」，只是讓那些隨興高談闊論、未受訓練、頭腦不清的治療師有資格「做他們的事」。我希望能證

明這種結論是沒有根據的，存在取向其實是一種非常重要、有效的心理治療典範，既符合理性，又條理清楚，和其他取向一樣有系統。

存在治療：一種動力心理治療

存在心理治療是一種動力心理治療。「動力」(dynamic) 這個用語常在精神衛生領域中使用，比如「心理動力」；如果要了解存在取向的某些基本特色，就必須知道動力治療的意思。「動力」(字源是希臘字dunasthi，表示有能力或有力量) 有通俗和專業兩方面的意義，通俗意義是指能引發能量或動作(比如有活力的〔dynamic〕足球員或政治家、發電機〔dynamo〕、炸藥〔dynamite])；可是這並不是專業上的意義，否則何種治療是屬於非動力的呢？是緩慢、懶散、遲鈍、了無生氣的人嗎？不，這個用語有特定的專業用法，牽涉到「力量」的概念。佛洛伊德對了解人類的最大貢獻，就是提出心智功能的動力模式，這個模式假定個體內心有不同的力量產生衝突，不論是調適的或是有精神病理的思想、情緒和行爲，都是這些衝突力量所產生的結果。此外，還有一點很重要，就是這些力量存在不同的覺察層面，有些甚至完全在潛意識裡面。

所以，個體的精神動力學包括在內心運作的各種潛意識和意識的力量、動機與恐懼。動力心理治療就是根據這種心智功能的動力模式而有的治療。

到目前為止，一切都還順利。存在心理治療相當符合動力治療的範疇。可是，如果我們問：「是哪一種力量、恐懼和動機的衝突呢？這種內在意識和潛意識掙扎的內容是什麼

呢？」這個時候，就可以看出動力存在治療和其他動力治療的不同之處。存在治療的基礎，在於對人內心相互影響的力量、動機和恐懼，採取完全不同的觀點。

最深層內在衝突的精確本質，是非常難以識別的。醫師處理困難的病人時，很少能檢視到主要衝突的原始形式，因為病人會躲藏在一套非常複雜、值得關切的重要之事中，而最重要的事則被深深埋藏起來，外面包裹層層的壓抑、否認、置換和象徵化。臨床觀察者必須全力對付千絲萬縷交織、很難鬆解的臨床狀況。要辨認出最主要的衝突，必須運用許多方法：深度反映、夢、夢魘、深邃經驗與洞識的閃現、精神病的話語，以及兒童研究。我會適時探討這些途徑，可是目前先有系統的介紹梗概，會有所幫助。以下將簡短回顧個體內在原型衝突的三大不同觀點——佛洛伊德式、新佛洛伊德式、存在性，以說明存在觀點的精神動力有何不同。

佛洛伊德式精神動力學

根據佛洛伊德的說法，兒童是由天生的本能力量所控制的，就好像蕨類植物的葉子一樣，透過性心理發展週期而逐漸展現出來。有好幾方面的衝突：互相對抗的雙重本能（「自我」【譯註】的本能相對於原慾的本能，或是第二種理論，愛慾之神相對於毀滅之神）；本能與環境的要求相抵觸，之後則與內化環境（超我）的要求相抵觸；兒童需要在立即滿足的內在催促與要求延遲滿足的現實原則間求取平衡。於是，受本能驅迫的人就與無法滿足天生攻擊性以及性慾的世界交戰。

【譯註】為與self區別，本書將ego譯為加上引號的「自我」。

新佛洛伊德（人際）精神動力學

新佛洛伊德學派，特別是蘇利文（Harry Stack Sullivan）、荷妮（Karen Horney）和佛洛姆（Erich Fromm），對個體的基本衝突提出另一個觀點：兒童並不是受本能控制，也沒有被預先定好程式，他們除了天生的中性本質（如氣質和活動力）之外，完全是受到文化和人際環境所形塑的。兒童的基本需求是安全感，就是需要得到人際的接納和肯定，而這種提供安全感的互動品質，對成人之後的人格結構具有決定性的影響。兒童雖然沒有來自本能的力量，卻有與生俱來的很大能量、好奇、純真的身體、天真的成長潛力，並渴望完全擁有所愛的成人。這些特質不見得符合周遭重要成人要求，這些自然成長的傾向和兒童對安全感與肯定的需求，就形成了衝突的核心。如果兒童不幸遇到深陷於自身神經質掙扎的父母，既不能獲得安全感，又未能被鼓勵自主的成長，就會產生嚴重的衝突。在這種掙扎中，幾乎都會爲了安全感的需求而影響成長的需求。

存在精神動力學

存在的立場強調不同的基本衝突：既不是本能受到壓抑所造成的衝突，也不是內化的重要成人所造成的衝突，而是個體面臨存在的既定事實所造成的衝突。我所謂存在的「既定事實」是指某些終極關懷，這些固有的性質是人類存在世上必然會有的部分，是無法逃避的部分。

人要怎麼發現這些既定事實的本質呢？從某方面來說，這個任務並不困難，方法就是深入的個人反思；所需的條件很簡單，就是孤獨、安靜、時間、脫離日常分散我們注意力的生活（我們的經驗世界充滿這種分散注意力的生活）。如

果我們能推開或排除日常的世界，如果我們深深反思自己在世上的「處境」、我們的存在、我們的界限、我們的可能性，如果我們達到所有根據之下的根據，必然會面臨存在的既定事實、「深處的結構」，我稱之爲「終極關懷」（ultimate concerns）。這個反思的過程常常被某些急迫的經驗所催化，這些經驗稱爲「臨界」或「邊界」處境，例如面臨自己的死亡、某些重要而不能改變的決定，或是某些提供意義的重要架構完全瓦解。

本書處理四個終極關懷：死亡（death）、自由（freedom）、孤獨（isolation）、無意義（meaninglessness）。個體面臨這些生命事實中的任何一個時，就形成了存在的動力衝突。

死亡：最明顯、最容易了解的終極關懷就是死亡。我們現在活著，可是生命終有一天會停止，死亡會來臨，沒有任何方法可以逃避它。這是個可怕的事實，我們以極度的驚恐回應它。史賓諾沙（B. Spinoza）說：「萬物都極力延續自己的生命。」³¹了解死亡的不可避免，以及想要延續生命的願望，這兩者間的張力就形成存在的衝突核心。

自由：另一個終極關懷非常不容易理解，就是自由。我們通常認爲自由無疑是一種正向的概念，整個歷史不就是人類爲了自由而吶喊和努力嗎？可是從終極立場的觀點來看自由，卻會陷入恐懼之中。從存在的角度來看，自由意味著缺乏外在的結構。和日常經驗相反，人類並沒有進入（並離開）一個架構好、設計好的宇宙，而是個體要爲自身世界和生活的設計、選擇與行動，負起完全的責任，也就是自己的作者。在這種感覺下，「自由」有一種可怕的意含，代表在我們之下，毫無根據，什麼也沒有，只有虛無，只有深淵。所

以，有一個關鍵的存在性動力，就是我們面臨無所依據的處境，以及我們對根據和架構的渴望，兩者之間所造成的衝突。

存在孤獨：第三項終極關懷就是孤獨，不是寂寞沒有人陪伴的人際孤獨，也不是與部分自我脫離的人心孤獨，而是最根本的孤獨——脫離造物和世界的孤獨——比其他孤獨更為徹底的孤獨。不論我們彼此多麼親近，中間還是有一道無法跨越的鴻溝；每個人孤單的進入存在，也終將孤單的離開。我們了解自己的全然孤獨，卻又渴望接觸、渴望保護、渴望成為更大整體的一部分，這兩者間所形成的張力就造成存在的衝突。

無意義：第四項終極關懷或存在的既定事實，就是無意義。如果我們終將一死，如果是由我們來組成自己的世界，如果每個人終究是孤單的活在無關緊要的宇宙中，那生命有什麼意義呢？我們為什麼要活著？我們該如何活著？如果沒有為我們預定好的計畫，每一個人就必須建構自己的生命意義，可是，人自己創造的意義，是否堅實得足以承擔我們的一生呢？這個存在的動力衝突，就是來自我們這個尋求意義的生物，被拋進全然沒有意義的宇宙，所造成的困境。

存在精神動力學：一般特徵

所以，「存在精神動力學」就是指這四個既定事實，亦即這四項終極關懷，在意識和潛意識中所造成的恐懼與動機。動力存在取向保留了佛洛伊德勾勒的基本動力結構，卻徹底改變了其中的內容。舊的公式是：

驅力 → 焦慮 → 防衛機轉

被改成：

終極關懷的覺察 → 焦慮 → 防衛機轉【註一】

這兩個公式都假設焦慮是精神病理的刺激因素，是為了解理焦慮所產生的心理運作，有些是出於意識，有些則出於潛意識，這些心理運作（防衛機轉）形成了精神病理，它們雖然提供安全感，卻必然會限制成長和經驗。這兩種動力取向的主要差別，就是佛洛伊德的公式是從「驅力」開始的，而存在的架構則是從覺察和恐懼開始的。奧圖·蘭克（Otto Rank）早就知道⁶，如果治療師把個體看成恐懼、痛苦的生命，而不是受本能驅迫的人，就會有更大的著力點進行治療。

這四項終極關懷——死亡、自由、孤獨、無意義——組成了存在心理動力學的主體，在個體心理結構的每一個層面，都扮演了非常重要的角色，而且和臨床治療非常有關。它們也提供了主要的組織原則，本書四部分就是依次把焦點放在其中一項終極關懷，並分別探討其哲學、精神病理學和治療的意含。

存在精神動力學：深入的探究

存在動力學和佛洛伊德與新佛洛伊德動力學之間，還有一項重大的差異，就是對「深入」的定義。對佛洛伊德而言，探索總是意味著挖掘，以考古學家的慎重和耐性，刮去層層堆疊的心靈，直到碰觸底部的基本衝突，這是個體生活

【註一】焦慮來自於對死亡、無根、孤獨和無意義的恐懼，而防衛機轉則有兩類：(1) 常見的防衛機轉，已經被佛洛伊德、安娜·佛洛伊德（Anna Freud）⁴、蘇利文⁵詳細描述過，就是保護個體廣泛地對抗焦慮，而不論焦慮的來源為何；(2) 特定的防衛機轉，來自適應每一種主要存在恐懼而產生的特定功能。

中最早期事件的心理殘渣。最深的衝突就是最早期的衝突，所以佛洛伊德的精神動力學是根據發展而來的，「根本」（fundamental）或「主要」（primary）是根據年代而判斷的，與「最早」（first）是同義的。據此，焦慮的「根本」來源就是最初的性心理方面的不幸——分離與閹割。

存在動力學並不執著於發展模式，認為並沒有足以令人信服的理由來假定「根本」（也就是重要的、基本的）和「最初」（也就是時間上最早發生）是相同的概念。從存在觀點來深入探討，並不代表要探索往事，而是指推開日常的事務，深思一個人的存在處境，思考與時間無關的事，思考雙腳與立足之地的關係，思考人的意識與周圍空間的關係；並不是思考人以什麼方式成為現在的樣子，而是思考人到底是處在什麼情形。就人當前的存在而言，往事（也就是記憶中的過往）是重要的一部分，也和現在面對終極關懷的模式有關，可是，並不是治療探索中最有價值的領域，我稍後會詳加討論。存在治療的主要張力在於「未來逐漸變成現在」。

這項差異並不代表不可以從發展的架構來探討存在的要素（第三章會深入探討兒童對死亡概念的發展），但確實表示在人詢問：「此時此刻，在我存有的最深層裡，恐懼的最根本來源是什麼？」時與發展這個議題並沒有密切的關聯。雖然不能否認個體最早的經驗在生命的重要性，卻不能據此為這個根本的疑問提出答案。事實上，殘留的早年生活經驗造成了停滯，反而難以看見答案。這個疑問的答案是超越個人的，這個答案切斷了任何個人的生命歷史，這個答案適用於每一個人——它屬於人類在世上的「處境」。

發展的、動力的、分析的模式，與當下的、非關歷史事實的、存在的模式，兩者間的差異，不只在理論上是重要

的，也為治療師使用的技巧提供了深遠的影響。

既陌生又熟悉的存在取向

我有許多關於終極關懷的素材，對治療師而言，看起來雖然很陌生，可是卻又很奇怪地感到熟悉。這些素材會顯得陌生，是因為存在取向直接越過常見的範疇，並以小說的方式將臨床觀察匯集起來。此外，許多語彙也相當不同。雖然我盡量避免用專業哲學家的術語，並以常見的語詞來描述存在的概念，可是臨床工作者還是會覺得這是與心理學格格不入的語言。心理治療的語彙哪裡有「選擇」、「責任」、「自由」、「存在孤獨」、「必死性」、「生活的目的」、「意志」之類的用語呢？當我在這些領域中搜尋文獻時，醫學圖書館的電腦根本懶得理我。

可是臨床工作者又會覺得很熟悉。我相信經驗豐富的臨床工作者常常不自覺地運用存在的架構：「在骨子裡」，他肯定病人這方面的關懷，並據此加以回應。這種反應就是我先前提「撒入的」關鍵要素。本書的主要任務就是轉移治療師的焦點，小心處理這些極其重要的關懷，以及在正式治療的周邊所發生的治療性交流，然後把它們放在應該放的位置——治療舞台的中央。

還有一個令人感到熟悉的原因，就是自從思想開始被記錄以來，就一直有哲學家、神學家和詩人體認到主要存在關懷的重要性，這個事實或許會冒犯現代主義的自尊心和我們不斷進步的感覺；可是換個角度來看，順著悠久的路徑回到過去，這條路是最有智慧與深思的古人所開闢的，或許會消除我們的疑慮。

各種因存在而有的恐懼也令人感到熟悉，這些來源是治療師和每一個人的經驗，絕不是心理有困擾的人才有的經驗。「我會不斷強調它們是人類處境的一部分，有人可能會問，精神病理學的理論【註二】怎麼是依據每一個人都有的經驗而來的呢？答案是每個人都以非常個人化的方式，來經歷人類處境的壓力。從這個角度來看，存在模式與每一個重要的理論之間，並沒有什麼差別。每一個人都會經過某些特定的發展階段，而每一個階段都有其伴隨而來的焦慮；每一個人都會經歷伊底帕斯情結、攻擊性和性慾的浮現所造成的問題、閹割焦慮（至少男性會有）、個體化和分離的痛苦，以及許多其他艱難的發展挑戰。唯一不根據普遍經驗因素而有的精神病理學模式，只有基於劇烈心理創傷而造成的精神病理。可是，創傷性精神官能症並不常見，幾乎大部分病人所承受的壓力，都是每個人經驗過的部分，只是程度不同罷了。

事實上，只有人類痛苦的普遍性，才能說明無所不在的生病狀態。馬爾羅（André Malraux，1901-1976，法國作家、政治家）舉了一個這類的例子，有一次他問一位聽取告解長達十五年的神父對人性的看法是什麼，神父回答：「首先，人都比任何人所以為的更不快樂……而且，根本沒有成熟的人這回事。」⁷常常只是外在環境導致一個人（而不是另一個人）被貼上疾病的標籤，例如財力、是否有心理治療師、個人和文化對治療的態度，或是專業的選擇——大部分心理治療師自己也接受心理治療。學者在試圖定義並描述

【註二】我在此處和本書其他部分所談的精神病理學，都是指心理困擾，而不是生物化學因素造成的重大精神病。

「正常」時，遇到這種困難的主要原因之一，就是壓力的普遍性——「正常和病態之間的差異在於量的程度，而不是質的不同。」

當代的模式似乎非常符合臨床證據，也類似身體醫學的模式，後者認為感染性疾病並不只是細菌或病毒侵入未加防禦的身體所造成的結果，而是「有害的病原和宿主抵抗力之間失去平衡所造成的。」換句話說，有害的病原一直都存在身體裡，就好像所有人在生活中都必然會面臨壓力一樣。一個人是否會出現臨床疾病，是在於身體對病原的抵抗力（也就是免疫系統、營養、疲勞之類的因素），當抵抗力降低，即使病原的毒性和活力並沒有改變，還是會產生疾病。因此，所有人都處在困境之中，只是有些人無法調適，精神病理也不只在於是否有壓力，也在於「無所不在的壓力和個體防衛機轉之間的相互作用。」

有人主張治療中根本不會出現存在的終極關懷，這完全是治療師選擇性忽略的結果，聆聽者要調到適當的頻道，才能得到詳盡豐富的資料。可是，治療師也可以因為這是普世忤然的經驗，認為探討這些問題並沒有任何建設性，而選擇不要注意存在的終極關懷。事實上，在臨床工作中，我常常發現一旦開始討論存在的關懷，治療師和病人都會有一段時間變得充滿活力，可是討論很快就變得雜亂無章，而治療師和病人就會很有默契地說：「生活就是如此，我們換個話題，談點我們能處理的事吧！」

有些治療師改變方向，不處理存在的關懷，並不只是因為這些關懷的普遍性，也因為他們太害怕而不敢面對。畢竟，精神官能症的病人（治療師亦然）已經有太多事要憂慮了，何必再加上死亡和人生缺乏意義之類的主題呢！這種治

療師相信最好忽略存在的議題，因為要處理人生殘酷的存在事實，只有兩個方法：對事實感到焦慮，或是否認，而兩者都使人感到不舒服。塞萬提斯（Cervantes）藉著流傳後世的唐吉訶德之口，說出這個問題：「你要當個瘋狂的智者，還是健康的蠢蛋？」

存在治療的立場拒絕這種兩難，我將在後面的章節試圖說明這一點。智慧並不會導致瘋狂，同樣的，否認也不會使人健康；面對存在的既定事實，雖然痛苦，但終將獲得療癒。好的治療工作一向都是既處理現實問題，又追求個人的啟蒙，決定避開某些現實和真理的治療師，等於站在不牢靠的基礎上。哈代（Thomas Hardy）說：「如果有變得更好的方法，就是徹底看一看最壞的情形。」⁸這句話對我將要描述的治療方式，是很好的寫照。

存在心理治療的領域

存在心理治療好像無家可歸的流浪兒，它其實並不「屬於」任何地方，它沒有自己的家園，不是正式的學派，沒有機構組織，也不受比較學術化的近親歡迎。它沒有正式的學會，沒有健全的期刊（少數孱弱的後代在年幼時就被帶走了），沒有穩定的家庭，沒有家長。可是，它確實有其譜系，有一些散布各處的遠親、家族的朋友，有些在歐洲、有些在美國。

存在哲學——故鄉

主要的當代哲學百科全書在談到存在哲學時，開宗明義就說：「存在主義不容易定義。」⁹大部分參考文獻也是以

類似的方式來處理，並強調任兩位被稱為「存在主義」的哲學家，都可能會在每一個要點上，不同意對方的看法（除了他們都對自己如此被歸類感到嫌惡）。大部分哲學教科書解決定義的問題，是列出許多和存在有關的主題（例如：存在、選擇、自由、死亡、孤獨、荒謬），並聲稱存在哲學家就是致力於探討這些主題的人（我也是用這種方式來分辨存在心理治療的領域）。

哲學中有個存在的「傳統」，和正式的存在哲學「學派」。存在的傳統顯然有悠久的歷史，偉大的思想家不就是在工作和生活中，把注意力轉移到生命和死亡的議題嗎？可是，正式的存在哲學學派卻有明確的起始點，有人追溯到一八三四年某個星期天的下午，一位年輕的丹麥人坐在咖啡館抽雪茄，沈思著自己會逐漸老去，卻對世界毫無貢獻，他想到一些很成功的朋友：

這個時代有貢獻的人，知道如何讓生活越來越方便，而使人類獲益，有人發明鐵路，有人發明公車和汽船，有人發明電報，有人藉著把知識整理成簡短的手冊，最後，當代真正有貢獻的人，是藉著思想有系統地使精神存在越來越容易被人了解。¹⁰

這個丹麥人叫齊克果（Søren Kierkegaard, 1813-1855，丹麥哲學家、神學家，存在主義先驅），雪茄抽完了，他再點燃一根，繼續沈思，腦中突然閃過這個想法：

你必須做點事情，可是基於你有限的的能力，不可能再使任何事情變得更容易，你必須以和別人相

同的人道主義熱誠，努力使某件事變得更困難。¹¹

他的推論是，當所有人都結合起來使每件事變得更容易時，就有過度舒適的危險，也許需要有人再度使事情變得困難。他發現自己的天命就是尋找困難，好像現代的蘇格拉底一樣¹²。是什麼樣的困難呢？要找出來並不難，他只需要想一想自己的存在處境、他自己的恐懼、他的選擇、他的可能性和限制。

齊克果將短短的餘生，投入自身存在處境的探索，在一八四〇年代出版了好幾本重要的存在主義論文，他的文章多年來都沒有翻譯成其他文字，所以影響也有限，直到第一次世界大戰後，才找到肥沃的土壤，由海德格（Martin Heidegger, 1889-1976，德國哲學家，德國存在主義先驅）和雅斯培（Karl Jaspers, 1883-1969，德國存在主義哲學家）開始澆灌。

存在治療和哲學存在學派的關係，很像臨床藥物治療和生化研究之間的關係。我在本書會常常利用哲學的研究，來闡明、證實、描繪臨床的議題，可是我的意圖不是要以無所不包的方式，來討論存在哲學中的任何哲學家或主要信條，這也不是我學術研究的範疇。這本書是為臨床工作者而寫的，我的意思是指要運用到臨床之中，只會短暫而務實地談到一些哲學，我會把自己限定在對臨床工作有益的範圍之內。專業哲學家可能會把我比喻成北歐海盜，攫取寶石，卻丟棄精細珍貴的鑲嵌底座。

絕大部分心理治療師所接受的教育，很少涵蓋或強調哲學的部分，所以我假定讀者沒有任何哲學基礎。當我要利用哲學的主題時，會試圖以直截了當、沒有專業術語的方式來

談。順帶提一下，這個任務並不容易，因為專業存在哲學家以混亂迂迴的方式使用語言的情形，遠超過精神分析理論家。這個領域中，最重要的一本哲學教科書，就是海德格的《存有與時間》（Being and Time），這本書無疑是語言學的模糊冠軍。

我一直不了解為什麼要使用難以了解、誇大其辭的語言。基本的存在概念本身並不複雜，要了解它們，並不需要解碼或精細的分析。每個人在一生中的某個時間，都會進入「沈思」，並碰觸存在的終極關懷。真正需要的，並不是正式的說明哲學家 and 治療師的任務是解開壓抑，讓人重新認識自己始終知道的事。正是基於這個理由，許多重要的存在思想家（例如沙特〔Jean-Paul Sartre〕、卡繆〔Albert Camus〕、烏納穆諾〔Miguel de Unamuno, 1864-1936，西班牙哲學家、作家〕、馬丁·布伯〔Martin Buber〕），都比較喜歡以文學來闡述，而不是用正式的哲學論證。最重要的是，哲學家 and 治療師都必須鼓勵人向內心看，關心自己的存在處境。

存在精神分析——老家的表親

很多歐洲精神科醫師對佛洛伊德精神分析取向的許多基本信條提出質疑。他們反對佛洛伊德的精神功能模式，也反對他從自然科學借用能量不滅的架構來認識人類，認為這種取向會使我們以不夠充分的觀點來看待人類。他們主張，如果用一個架構來解釋所有人，就會忽略特殊個人的獨特經驗。他們還反對佛洛伊德的化約論（也就是把所有類人的行為都追溯到少數幾個基本的驅力），反對他的唯物論（也就是以較低等的原則來解釋較高的範疇），並反對他的決定論（也就是相信所有心智功能都是由已經存在而可辨識的因素

所造成的)。

不同的存在精神分析師都同意一項基本的重要程序：精神分析師必須從現象學來處理病人；也就是說，必須進入病人的經驗世界，傾聽那個世界的現象，並避免會扭曲認識的前提假設。賓斯旺格（Ludwig Binswanger）是最有名的存在精神分析師之一，他說：「並不是只有一種時空，而是有多少主體就有多少時空。」¹³

除了反對佛洛伊德的機械論和決定論的心智模式，並採取現象學的治療方式之外，存在精神分析師並沒有什麼共識，也從來不被視為已凝聚成一個思想體系的學派。美國心理治療社群原本幾乎完全不認識這些思想家，包括賓斯旺格、鮑斯（Melard Boss）、明考斯基（Eugene Minkowsky）、傑伯薩特（V. E. Gebattel）、昆恩（Roland Kuhn）、卡魯梭（G. Caruso）、布坦迪克（F. T. Buytendijk）、巴利（G. Bally）和法蘭克（Viktor Frankl），直到羅洛·梅（Rollo May）在一九五八年出版極具影響力的書《存在》（Existence）——特別是在前言中的短文¹⁴——才把這些人的成果引介到美國。

可是，在羅洛·梅這本書出版二十多年後的今天，這些重要人物竟然對美國心理治療實務沒有什麼影響力，就好像家族相簿上褪色而陌生的臉孔一樣。這種忽略一方面是出於語言障礙，除了少部分賓斯旺格、鮑斯和法蘭克的著作以外，這些哲學家的著作很少被翻譯成英文。可是，最主要的原因還是在於他們的著作過於深奧，他們沈浸在歐陸哲學的世界觀，與美式治療的實用主義傳統大相逕庭。所以和我想要談的存在治療取向比起來，大部分歐陸存在精神分析師就像失散的遠房親戚一樣。除了法蘭克這位著名的務實思想家

以外（他的著作大多已被譯成英文），我在本書很少引用這些人的觀點。

人本心理學家——耀眼的美國親戚

歐洲存在精神分析風潮一方面是想把哲學概念應用到臨床關於人的研究，另一方面則是對佛洛伊德關於人的模式的反動。美國在一九五〇年代末期開始醞釀類似的運動，到一九六〇年代正式浮現並結合起來，到一九七〇年代全面引領風騷。

學術心理學在一九五〇年代之前，一直由兩個主要意識型態的學派所主導，第一個（到目前為止，也是支配最久的）是科學的實證行為主義，第二個則是佛洛伊德的精神分析。


一九三〇年代末期到一九四〇年代，病態心理學家和社會心理學家首度發出微弱的不同聲音，他們不自在地共存於實驗心理學堡壘中。逐漸地，一些人格理論家（例如艾波特〔Gordon Allport〕、穆瑞〔Henry Murray〕、墨菲〔Gardner Murphy〕，以及稍後的凱利〔George Kelly〕、馬斯洛〔Abraham Maslow〕、羅傑斯〔Carl Rogers〕和羅洛·梅）越來越不願受限於行為主義和精神分析學派的範疇，他們認為這兩個關於人類的思想體系，都把人之所以為人的一些重要特質排除在外，例如：選擇、價值、愛、創造力、自我覺察、人類潛能。到一九五〇年，他們正式建立一個新的學派，稱之為人本心理學。有時人本心理學被稱為心理學的「第三勢力」（另外兩個就是行為主義和佛洛伊德式的精神分析心理學），這個學派逐漸成為茁壯的組織，會員越來越多，每年的大會都有數千名心理衛生專業人士參加。一九六一年，美國人本心理學會創辦《人本心理學期刊》，編輯委

員包括了知名人物如羅傑斯、羅洛·梅、芒福德（Lewis Mumford）、葛德斯登（Kurt Goldstein）、布勒（Charlotte Buhler）、馬斯洛、赫胥黎（Aldous Huxley）和布金妥（James Bugental）。

逐漸茁壯的組織企圖為自己定位，而在一九六二年發表正式聲明：

人本心理學主要是關心人類的能力和潛能，不論是實證哲學家或行為學家的理論，或是古典精神分析理論，都一直缺乏這方面的系統性研究，例如愛、創造力、自我、成長、有機體、基本需要的滿足、自我實現、高等價值、存在、逐漸變化、自發、玩樂、幽默、情感、自然狀態、溫暖、自我超越、客觀性、自主性、責任、意義、公平競爭、超越的經驗、心理健康，以及種種相關的概念。¹⁵

一九六三年，當時的學會主席布金妥提出五個基本假設：

- 
- 一、人不等於其部分的總合（也就是說，不能透過科學對人部分功能的研究來了解人）。
 - 二、人之所以為人，有其人性的脈絡（也就是說，部分功能的研究忽略了人際經驗的影響）。
 - 三、人有覺察的能力（心理學如果不認識人連貫而多層次的自我覺察，就無法了解人）。
 - 四、人有選擇的能力（人並不是其存在的旁觀者，他能創造自己的經驗）。

五、人是有意向的（人指向未來，人有其目的、價值和意義）。¹⁶【註三】

在這些反對決定論的早期宣言中，強調自由、選擇、目的、價值、責任，致力於肯定每一個人獨特的經驗世界，對本書的存在參考架構是非常重要的。可是，美國人本心理學的領域絕不等同於歐陸的存在傳統，兩者所強調的重點有個基本差異。歐洲的存在傳統一直強調人類的限制和存在的悲劇面，之所以如此，可能是因為歐洲人比較受到地理和種族的限制，較常面臨戰爭、死亡和存在的不確定性。美國（及其孕育的人本心理學）則浸浴在開闊、樂觀、無限的視野和實用主義的時代精神中。因此，存在思潮引進美國後，也發生系統性的改變，每個基本信條都有明確的新世界特色。歐洲的重點放在限制，以及面臨並接受自己對不確定性和失去生命的焦慮感，相反的，人本心理學家較少談到限制和偶發事故，而較常談到潛能的發展；較少談接受，而較常談覺察；較少談焦慮，而較常談高峰經驗與海洋經驗；較少談生命的意義，而是談自我實現；較少談分離和根本的孤獨，而是談我與你的相會。

一九六〇年代，反文化運動及其伴隨的社會現象捲入人本心理學的運動，比如言論自由運動、花派嬉皮（flower children）【譯註】、藥物文化、人類潛能運動、性愛革命，整個學會條地發展出各種面向，人本心理學的大傘非常慷慨，

【註三】這裡的意向不同於哲學對「意向性」的專業用法，後者是指意識總是朝向某個對象的現象，也就是說，意識是指對某件事物的意識。

【譯註】因其常佩花或手持鮮花宣揚和平與愛而得名。

很快就涵蓋了各種彼此間很少對話的學派，令人眼花撩亂，有完形治療、超個人治療、會心團體、全人醫學、心理綜合學、蘇菲神祕傳統，還有許許多多學派都生氣抖擻地走進舞台。新的風潮對心理治療的意含造成重大的影響，強調快樂主義（「只要喜歡，就去做」）、反智主義（認為任何認知取向都是在「強暴心靈」）、個人的滿足（「做自己的事」、「高峰經驗」）以及自我實現（除了出身存在哲學傳統的羅洛·梅之外，大部分人本心理學家都相信人類變成完美的可能性）。

這些綻放的風潮，特別是反智主義，很快就造成人本心理學和學術圈的分裂，具有學術地位的人本心理學家對這些同伴感到不安而逐漸脫離。波爾斯（Fritz Perls）本身並不是紀律的擁護者，但也對「到處是專家」、「任何事都可以」、「立即的感官覺察」等取向表達高度的擔心¹⁷，最後，三位最初領導人本心理學的重要人物——羅洛·梅、羅傑斯、馬斯洛，都對這種非理性的風潮感到越來越無所適從，而逐漸退出積極領導的地位。

所以，存在心理治療和人本心理學有一份模糊的關係，兩者共有相同的宗旨，而許多人本心理學家也是以存在為導向，其中包括馬斯洛、波爾斯、布金妥、布勒，特別是羅洛·梅，本書會常常提到他們。

人本精神分析師——家族的朋友

還有一群相關的人，我稱之為「人本精神分析師」，是從我所描述的譜系早期分裂出去的人，雖然他們不認為自己是相關的族群，可是他們的工作卻非常接近，這群人的重要喉舌有蘭克、荷妮、佛洛姆和凱澤爾（Helmuth Kaiser），他

們都接受過歐洲佛洛伊德式精神分析傳統的訓練，後來移民美國，除了蘭克，都是在美國知識分子圈中完成他們的主要貢獻。他們都反對佛洛伊德關於人類行為的本能支配模式，各自提出不同的重要修正。雖然每一位的工作範圍都很廣泛，可是各自都有一段時間把重心放在存在治療的某個面向。蘭克的貢獻被日後的詮釋者貝克（Ernest Becker）發揚光大，他強調意志和死亡焦慮的重要；荷妮認為未來是影響行為的重要角色（個體的動機來自意圖、理想和目標，而不是由過去的事件所形塑和決定）；佛洛姆生動地闡明自由在行為中所扮演的角色，及其所造成的恐懼；而凱澤爾則處理責任和孤獨的議題。

除了這些主要的哲學家、人本心理學家和人本取向的精神分析師之外，存在治療的譜系還包括另一個重要的部分，就是偉大的作家，他們探索並闡述存在的議題，不輸上述的專業同道，這些人包括杜斯妥也夫斯基（Dostoevsky）、托爾斯泰（Tolstoy）、卡夫卡（Kafka）、沙特、卡繆，還有許多其他著名的導師，都會在本書中常常提到。佛洛伊德在《夢的解析》中討論伊底帕斯情結時¹⁸，指出偉大的文學作品能留存下來，是因為讀者心中會有某種東西一躍而出，擁抱真理。虛構人物中的真理使我們感動，因為那是我們自己的真理。此外，偉大的文學作品還教導我們認識自己，因為這些作品真實得令人感到刺痛，就像任何臨床數據一樣真實——偉大的小說家，不論其人格與各種小說中的角色如何不同，終究是高度坦露自我的人。懷爾德（Thornton Wilder，1897-1975，美國小說家、劇作家）曾寫道：「如果伊莉沙白女王（Queen Elizabeth）或腓特烈大帝（Frederick the Great）或海明威（Ernest Hemingway），閱讀自己的傳記，

他們會宣稱：『啊！並沒有洩露我的祕密！』可是，如果娜塔莎·羅斯托夫（Natasha Rostov）閱讀《戰爭與和平》（War and Peace），她會用雙手遮住臉，驚呼：『他怎麼會知道？他怎麼會知道？』¹⁹

存在治療與學術圈

我先前把存在治療比擬成無家可歸的流浪漢，無法進入學術圈。缺少精神醫學和心理學界的學術支持，對存在治療這個領域有很重大的影響，因為主流學術機構掌控所有重要的資源管道，可以影響臨床訓練的發展，如醫師和學者的訓練、研究基金、證照制度，以及學術期刊的出版。

我覺得值得花一點時間想一想為什麼存在取向會這麼受到學術體制的孤立，答案主要在於知識的根據，亦即我們怎麼知道自己知道了什麼？學術的精神醫學和心理學是根據實證主義的傳統，重視實證的研究，視之為證實知識的方法。

想一想典型的學者生涯（我所說的不只是出於觀察，也是出於我自己二十年來的學術生涯）：年輕的講師或助理教授是因為實證研究的傾向和動機而被僱用，之後因為周密有條理的進行研究，而得到回報和升遷。最重要的終身職教授主要也是根據刊登在科學期刊上的實證研究數量，其他因素如教學技巧或與實證無關的書籍、選文、論文，都被列為次要的考量。

學者要想要在存在議題上進行實證的探究，以開拓學術生涯，是非常困難的，因為存在治療的基本宗旨很難或不適於應用到實證研究。例如實證研究的方法需要研究者把複雜的有機體切割開來，研究組成的各個部分，每一個部分必須單

純到足以接受實證的研究，可是這種原則無法應用到基本的存在原則。法蘭克說了一個故事，可以說明這種情形²⁰。

兩個鄰居發生嚴重的爭執，一位宣稱對方的貓吃了他的奶油，所以要求賠償，由於無法解決這個問題，兩人把貓帶去找村裡的智者，請他評判。智者問控告者：「貓吃了多少奶油？」他回答：「十磅。」智者把這隻貓放到秤盤上，天啊！牠的重量剛好十磅。智者宣佈：「太奇妙了！我們知道奶油在這裡，可是貓在哪兒呢？」

貓在哪兒呢？把所有部分聚合起來，並不能重新建構出生命。基本的人本信條就是「人大於部分的總合」，不論我們再怎麼周密地了解心靈的各個組成部分，例如意識和潛意識，超我、「自我」和本我，還是無法了解最重要的核心作用，就是擁有潛意識（或超我、本我、「自我」）的這個人本身。此外，實證取向無法幫助人學習各個心理結構對人的意義為何，我們永遠無法從組成部分的研究得到意義，因為意義並不是什麼原因造成的，而是由掌管所有部分的這個人所創造出來的。

可是，存在取向對實證研究還有一個比「貓在哪兒？」更基本的問題。羅洛·梅在界定存在主義時，曾間接暗示過這個問題，他的界定是：「在主體和客體間的裂縫之下，致力於認識人，這個裂縫使文藝復興之後不久興起的西方思潮和科學感到迷惑²¹。」讓我們仔細看一下「主體和客體之間的裂縫」，存在的立場挑戰了傳統的笛卡兒式世界觀，他的世界觀充滿了客體和感知這些客體的主體，顯然的，這正是科學方法的基本前提——許多客體具備有限的性質，可以透過客觀的研究來了解。存在的立場則切入主體—客體裂縫之下，不只把人看成可以在適當環境下感知外在現實的主

體，也將人視為參與現實建構的意識。為了強調這一點，海德格不斷談到人類是「此在」（dasein），da意為「那裡」，是指人在那裡的事實，是一個組成的客體（一種「經驗的『自我』」），可是，同時也組成了世界（也就是一個「超越的『自我』」），「此在」同時指給予者和被認識者，所以每一個「此在」組成了自己的世界。要以相同的標準工具來研究所有人類，好像他們居住在相同的客觀世界，無異於在觀察中犯下嚴重的錯誤。

可是，我們必須牢牢記住，心理治療的實證研究的限制，並不僅止於存在取向的治療，只是在存在取向中可以更明顯地看見這些限制。只要是深入個人經驗的治療，任何意識型態的心理治療實證研究都會造成錯誤，只能得到有限的價值。大家都知道，三十年來關於心理治療的研究，對心理治療實務並沒有什麼影響，事實上，建立實證心理治療研究的羅傑斯悲哀地提到，（研究心理治療的人並沒有認真把研究結果用來改變他們的心理治療方法²²）。

大家也都知道，大部分臨床工作者一旦結束論文或是得到終身職，就不再做實證研究。如果實證研究是尋找真理、認識真理的有效方法，心理學家和精神科醫師在完成學術的必要條件後，為什麼不再繼續研究呢？我相信是因為當臨床工作者真正成熟後，開始逐漸體會在心理治療實證研究中有許多非常巨大的問題。

我個人的經驗或可加以說明。幾年前，我和兩位同仁進行一項關於會心團體的過程與結果的大型研究計畫，我們把結果出版成一本書《會心團體：最初的事實》（Encounter Groups: First Facts）²³，立刻獲得好評，被譽為精確臨床工作的基準，同時也受到許多人本心理學家的大肆抨擊，事實

上，前述的《人本心理學期刊》還有一篇特別猛力批評我們工作的文章。兩位同仁對這些批評回覆了豐富有力的答辯，可是我沒有這麼做，一方面我完全沈浸於現在這本書的寫作，另一方面，在我內心深處也懷疑這項研究的意義，但不是出於公眾所批評的理由，而是另有原因：我無法相信高度技術性、電腦化的統計方法足以如實描繪參與者的真實經驗。這項研究的主要方法學的一項發現²⁴，特別令我感到困擾，我們運用了大量心理學工具來評估每一位會心團體成員有多少改變，以好幾種不同的觀點來測量結果：一、參與者本身的觀點；二、團體領導者的觀點；三、其他參與成員的觀點；四、參與者社交網絡的觀點。這四種關於改變的觀點，彼此的相關性是零！換句話說，關於某人改變多少的不同資料來源完全沒有交集。

當然了，有許多統計方法可以「處理」這種研究結果，可是，事實是結果的評估與資料的來源有很大的關係。這個研究計畫的問題還不只這一點，它還連帶使我們懷疑每一個心理治療的研究結果，因為我們運用越多的方法來評估結果時，就會發現越不能肯定研究的結果！

研究者如何處理這個問題呢？一個方法是藉著提出較少的問題，以提高信度，而且只依據單一的數據來源；另一個常見的方法就是避開「不穩定」或主觀的標準，只測量客觀的標準，比如酒精的消耗量、配偶在特定期間中插嘴的次數、食物的咀嚼次數、皮膚的電流反應，或是觀看裸體少女時陰莖脹大的程度。可是當研究者試圖測量重要的因素，比如愛人或照顧別人的能力、對生活的熱情、決斷力、慷慨的程度、生氣勃勃的程度、自主性、自發性、幽默感、勇氣或是對生活的投入時，就無可奈何了。一次又一次，心理治療

的研究會面臨生命的基本事實——結果的精確度與研究變數的瑣碎程度成正比。多麼奇怪的科學！

還有什麼不同的選擇呢？要了解另一個人的內心世界，最適當的就是「現象學」的方法。直接去看現象本身，不以「標準化」的工具和假設的前提來與他人相會，這樣才可能「限制住」自己的世界觀，而進入他人的經驗世界。這種認識另一個人的方式才是最恰當的心理治療——每一位好的治療師都試圖以這種方式與病人產生關係，這就是同理心、在場感、真誠傾聽、不批判的接納，以羅洛·梅的措辭來說，就是「受過訓練的天真」態度²⁵。存在治療師總是鼓勵治療師要了解病人的私密世界，而不是把焦點放在病人以什麼方式偏離「常態」。可是根據其定義，這種現象學的取向是無法實證的，這會使努力得到高度科學準則的研究者感到徬徨，覺得仍有迄今無法解決的問題。

雖然有上述異議存在，可是我的專業訓練卻驅使我深入研究這四項基本的存在關懷——死亡、自由、孤獨、無意義。當然，細心的研究可以照亮好幾個重要的探索領域，例如，研究可以告訴我們病人常常是多麼明顯地關心存在議題，以及治療師有多常意識到這些關切。

由於許多存在的主題不曾被科學家清楚研究過，所以我也檢視其他不同的研究領域，試圖找到與這個主題相關的研究，比如第六章討論到「控制觀」的研究，因為這個研究和責任與意志有關。

有些主題無法進行實證研究，卻有討論的必要，研究者因此抽取出部分問題，以便於研究。例如，有許多「死亡焦慮」的量表用來研究恐懼的現象，可是因為過於膚淺又抱持以常態做依據的態度，所以無法有所啟發。我想到一個關於

人在黑夜尋找鑰匙的故事，他不在遺失鑰匙的暗巷搜尋，卻到較亮的街燈下尋找。我在引用這些只處理部分問題的研究時，會加上適當的警語。

還有一些範疇的知識是必須以直覺去獲取的，某些存在的真理是如此清晰可靠，根本就不需要邏輯論據或實證研究證明。神經心理學家賴胥里（Karl Lashley）曾說：「如果你教會一隻狗拉小提琴，就不需要以弦樂四重奏才能證明。」

我試圖以清楚易懂、避免專業術語的方式來寫這本書，好使一般讀者也能了解。可是，我設定的基本讀者群是學生和心理治療師。還有一點很重要，就是雖然我假定讀者並沒有受過正式的哲學教育，但仍假定讀者具有一些臨床背景，我的意思並不是要把這本書當成「首要」或完善的心理治療教科書，而是期望讀者能熟悉一般的臨床解釋體系。所以，當我以存在的參考架構來描述臨床現象時，不會再說明其他的解釋模式。我認為自己的任務是基於存在的關懷，來描述一種條理清楚的心理治療方式，使大部分治療師暗中採用的做法能得到明確的地位。

我不想妄稱自己是在談精神病理和心理治療的理論，而是提出一種典範，一種心理學的建構，向臨床工作者提供解釋的體系——使治療師能從一大堆臨床數據中跳出來，規劃系統化心理治療策略的體系。這個典範擁有相當大的解釋力量，它非常儉省（只根據少數幾個基本假設），卻非常好用（基於經驗而有的假設，是每一個內省的人都可以憑直覺了解的）。此外，它也是基於人本的典範，符合治療工作中深刻的人性。

但它只是一個典範，而不是唯一的典範，對某些病人有

用，卻不是對所有病人都有用；某些治療師會採用，卻不是所有治療師都必須採用。存在導向只是眾多臨床取向中的一種，它可以重新解讀臨床數據，但就像其他典範一樣，並沒有絕對的領導權，也不能解釋所有行爲。人類太過複雜，不可能以一種典範來完全涵蓋。

存在注定是自由的，所以也是不確定的。文化習俗和心理學概念常常使我們看不清這種事態，可是當面臨一個人的存在處境時，卻會提醒我們，諸多典範只是對抗不確定性的痛苦時，能有一層自己創造的薄薄屏障罷了。成熟的治療師不論是採用存在理論的取向或是其他取向時，必須能承受這個根本的不確定性。

第一部

死亡

接下來四章，我要探討死亡的觀念在精神病理和心理治療中所扮演的角色。我所談的基本假設很簡單：

一、在我們的內在經驗中，對死亡的恐懼扮演了主要的角色，它縈繞在我們心頭，沒有任何其他事情可以比擬；它一直在表層之下騷動；它陰鬱不安地出現在意識的邊緣。

二、兒童在早年心中就已瀰漫著死亡的想法，他最主要的發展任務就是處理死亡所造成的驚恐。

三、為了適應這種恐懼，我們豎起防衛以避免覺察死亡，防衛是基於否認，會形塑人格的結構，如果適應不良，會導致臨床的症狀。換句話說，精神病理是以無效的模式試圖超越死亡而產生的。

四、最後，豐富有效的心理治療取向或可建立在覺察死亡的基礎之上。

第二章會概述死亡觀念在心理治療中的角色，提出相關的臨床和研究證實，並探討傳統精神分析思維為什麼在心理治療理論和技巧中，煞費苦心地忽略死亡。

第三章討論兒童死亡觀念的發展，重點放在保護人免於承受死亡焦慮的防衛機轉。第四章則提出根據這些否認死亡的防衛而有的精神病理學典範。第五章則提出根據死亡的覺察而有的治療理論和實務。

第二章 生命、死亡、焦慮

「不要搔還不會癢的地方。」知名的阿道夫·梅爾（Adolph Meyer）對這一代精神醫學生如是說¹。這個諺語豈不是絕佳的論據，叫我們不要探究病人對死亡的態度嗎？病人已經有夠多的恐懼和害怕，何需治療師再提醒他們生命最無情可怕的一面呢？為什麼要把焦點放在令人痛苦而亙古不變的事實呢？如果治療的目的是注入希望，為什麼要喚起毫無希望的死亡呢？治療的目標是幫助人學習如何生活，為什麼不把死亡留給垂死的人去想呢？

對這些說法，需要有所回應，我會在本章說明死亡其實始終搔到我們的癢處，我們對死亡的態度會影響生活和成長的方式，也影響我們衰老和生病的方式。我會檢視兩項基本論點，每一項都對心理治療實務有重大的意含：

- 一、生命和死亡是相依相存的；它們同時存在，而不是接續發生的。死亡不斷在生命表層之下騷動，而且對經驗和行為有巨大的影響。
- 二、死亡是焦慮的原始來源，所以也是精神病理的基本來源。

生命與死亡相依相存

歷代以來，有一道珍貴的思想之流，從開始以文字表達思想以來，就強調生命和死亡是交織在一起的。每件事都會消逝，我們害怕消逝，可是縱然會消逝、會害怕，我們還是必須活下去，這是生命中最不言而喻的真理之一。斯多噶派學者說，死亡是一生最重要的事。學會好好活著，就能學會好好死去；反過來說，學會好好死去，也才能學會好好活

著。西塞羅（Cicero）說：「思考哲學就是為死亡做好準備。」²塞內加（Seneca）則說：「只有願意並準備好結束生命的人，才能享受真正的人生滋味。」³聖奧古斯丁（Saint Augustine）也有同樣的想法，他說：「只有在面對死亡時，人的自我才會誕生。」⁴

根本不可能只把死亡留給垂死的人。生理上的生死界限比較精確，可是在心理上，生命與死亡是彼此交織在一起的。死亡是生命的一種事實，我們只要稍做省思，就知道死亡並不只是生命的最後一刻。《蒙田隨筆全集》有一段話：「在出生時，我們就開始面臨死亡；從起點就開始了終點。」⁵蒙田（Montaigne）在論死亡的精闢短文中說：「你為什麼要害怕自己的最後一天呢？那一天對死亡的貢獻並不比其他日子要來得多。最後一步並不會造成疲累，只是顯露出疲累罷了。」⁶

若是想繼續引用更多關於死亡的重要語錄，並不困難（也是比較引人注目的方式）。其實每一位偉大的思想家（通常是在早年或是生命快結束時），都深入思考過死亡，並寫下關於死亡的文章。許多人的結論都認為，死亡是生命中無法逃脫的一部分，一生對死亡的關切會使生命更為豐富，而不是耗盡生命。雖然形體的死亡會使人毀壞，可是對死亡的觀念卻能拯救人。

最後這句話非常重要，值得再重複一遍：雖然形體的死亡會使人毀壞，可是對死亡的觀念卻能拯救人。可是，這句話到底是什麼意思呢？對死亡的觀念怎麼能拯救人呢？把人從哪裡拯救出來呢？

稍微看一下存在哲學的核心觀念，就可以得到澄清。海德格在一九二六年探討「死亡的觀念怎麼拯救人」的問題

時，得到一項重要的洞識，就是我們對個人死亡的覺察就好像一根刺，把我們從一種存在模式轉移到更高的模式。海德格相信世上有兩種基本的存在模式：一、忽略存有的狀態，或二、注意存有的狀態⁷。

當人活在忽略存有的狀態時，就是活在事物的世界中，沈浸在生命中分散注意力的日常瑣事，人會「降低層次」，專注於「無益的閒聊」，迷失在「他者」之中，向日常世界俯首稱臣，關心事物以什麼方式存在。

在注意存有的狀態中，人關心的不是事物存在的方式，而是事物存在的事實。在這種模式中生活，意味著不斷覺察到存有。這個模式通常被稱為「本體模式」（ontological mode，希臘字ontos的意思就是「存在」），在這個模式中，人會保持對存有的注意，不只是注意存有的脆弱，也會注意自身存有的責任（第六章會進一步討論）。由於只有在這種本體模式中，人才會碰觸自我的創造，所以只有在這個模式中，人才能掌握改變自己的力量。

一般情形下，人活在第一種狀態中，忽略存有，這是存在的日常模式。海德格稱之為「不真誠的模式」，因為人在這個模式中，無法察覺自己是生活和世界的創造來源，以致於在其中「逃避」、「墮落」、「麻痺」，藉著「不引人注目」而避免選擇⁸。可是，當人進入第二種存有模式（注意存有）時，人就能真誠地存在（所以當代心理學常用「真誠」authenticity這個字眼）。在這種狀態中，人變得能完全自我覺察，覺察自己是超越的（正在組成中的）「自我」，也是經驗的（已經組成的）「自我」，而擁抱自己的可能性和極限，而對完全的自由與一無所有，並因此感到焦慮。

死亡和上述這段話有什麼關係呢？海德格了解人不能靠

單純的冥思、咬牙努力，就從忽略存有的狀態進入較具啓發與不安的注意存有的狀態。要靠某種不能改變、無可挽回的狀況，某種令人震驚的「急迫經驗」，才能把人拉出日常的存在狀態，而進入注意存有的狀態。在這些急迫經驗中（後來雅斯培將之稱為「邊界」、「邊際」、或「難以忍受」的處境）⁹，死亡可說是其中的極致——死亡可能是我們會以真誠方式來生活的處境。

死亡對生命有正面的貢獻，要接受這個觀點，並不容易。一般說來，我們把死亡看成全然的邪惡，以致於完全不接受任何相反的看法，認為只是令人難以置信的玩笑。謝了，我們不需要這種瘟疫就能過得很好。

可是，請暫緩做出判斷，想像一下沒有死亡的生活，生命會失去它的熱度；如果沒有死亡，生命會因此萎縮。佛洛伊德很少談論死亡，稍後會討論原因，但他相信生命的無常會增加生命的樂趣。「一種樂趣的可能性如果受到限制，會提高這項樂趣的價值。」佛洛伊德在第一次世界大戰時的文章，提到戰爭的魅力在於再度把死亡帶入生命之中：「其實，生命再次變得有趣；生命重新獲得完滿的內涵。」¹⁰當死亡被排除時，當人看不見其中的危險時，生命就會變得貧瘠，佛洛伊德寫著：「生命會變成某種膚淺空洞的東西，容我打個比方，好像美式的調情，從一開始就知道不會發生任何事情；相對於歐洲的外遇，雙方必須一直牢記可能有嚴重的後果。」¹¹

許多人推測如果沒有死亡這回事，也沒有關於死亡的念頭，會使人對生命的敏感度變得遲鈍。例如，法國劇作家季洛杜（Jean Giraudoux）在劇本《安菲特律翁 38》（Amphytrion 38）中，有一段不死之神的對話，朱比特

（Jupiter，羅馬神話中統治諸神主宰一切的主神）告訴墨丘利（Mercury，羅馬神話中眾神的信使），偽裝成凡人和凡女做愛，是什麼樣的情形：

她會有一些瑣碎的表情，使我們之間的鴻溝擴大……她會說，「當我小時候」——或是「當我老了以後」——或「我一輩子都沒有過」——墨丘利，這些話刺痛了我……墨丘利，我們遺漏了什麼東西——無常的辛酸——必死的暗示——攫取某種你無法掌握之事時的凄美？¹²

同樣的，蒙田想像與半人半神的客戎（Chiron，希臘神話中半人半馬的怪物）對話，他在父親薩杜恩（Saturn，時間之神）談到選擇的意含時，拒絕不死的生命：

誠實地想像一下，如果人有永恆的生命，會覺得多麼無法忍耐、更為痛苦。如果你不會死，將會為了我剝奪你的死亡而不停地咒詛我。我刻意在死亡中混雜了一點苦味，好在你看見死亡的合宜時，不會過於貪婪、沒有節制地擁抱它。把你放在我所要求的中庸狀態，既不逃避生命，也不逃避死亡，我在兩者之中都調入了甘甜與痛苦。¹³

我並不是要提倡戀屍崇拜或宣揚病態的拒絕生命，而是要提醒大家，不要忘記我們的基本兩難，我們每一個人都是這個領域中的天使與野獸；我們是必死的生物，又因為我們能夠自我覺察，而知道自己是必死的。任何層面的否認死

亡，都是否認我們的本性，會導致我們的覺察和經驗越來越受到限制。死亡觀念的整合，可以拯救我們，而不是宣判我們進入恐懼的生活或淒涼的悲觀主義，它就像催化劑一樣，把我們投入更真誠的生活方式，並能增加生命的樂趣。爲了證明這一點，以下要提出許多曾經面臨死亡者的證詞。

面對死亡：個人的改變

最偉大的文學作品，有些描寫出個人接近死亡、與死亡相會的正面作用。

托爾斯泰的《戰爭與和平》提供了絕佳的描繪，談到死亡如何引發個人徹底的改變¹⁴。書中的主角皮耶，因爲俄國上層階級了無意義的空虛生活，而感到如死一般地麻木。這本小說的前九百頁都在描寫這個失喪的靈魂，踉蹌地尋找某種生命的目的。轉捩點發生在皮耶被拿破崙的軍隊逮捕，判決死刑，六個人排成一排處死，他看著前五個人被處決，心想自己就要死了，沒想到就在最後一刻，竟然暫緩死刑。這個經驗轉化了皮耶，小說最後三百頁都在描述他充滿熱情和目標的生活。他能夠在與他人的關係中，全然付出自己，能敏銳地覺察周遭的自然環境，找出對自己有意義的生命任務，爲此奉獻自己【註一】。

托爾斯泰的《伊凡之死》(The-Death of Ivan Ilyich) 也有類似的訊息¹⁵。伊凡是個心胸狹窄的官僚，得了不治之症，可能是腹腔的癌症，承受非比尋常的痛苦。他的痛苦一直持續不斷，直到死前不久，伊凡突然領悟一個令人感到震

【註一】現實生活中，杜斯妥也夫斯基在二十九歲時，曾有在行刑隊前等候槍決，卻在最後一刻獲釋的經驗，這件事影響了他的一生和他所寫的小說。

驚的真理——他死前很悲慘，是因爲過去活得很悲慘。伊凡在臨死前的最後幾天，產生了徹底的轉變，這種轉變的最佳說法就是個人的成長。如果伊凡是接受心理治療的病人，任何治療師都會因爲他的改變而感到自豪：他更能同理別人，他長久以來的尖酸、傲慢和自我膨脹都消失了。簡單地說，他在生命中的最後幾天，得到了過去不曾有的高度人格整合。

這個現象常常發生在臨床工作者的世界，例如，十位從金門大橋跳下來自殺未遂的人中，有六位在與死亡擦身而過後，改變了對生命的看法¹⁶。有一位說：「我重新燃起活下去的意志……天上確實有一位仁慈的上帝了然宇宙中的所有事物。」另一位說：「我們都有神性——偉大上帝的神性。」還有一位說：「我現在有強烈的生命活力……我整個生命已經重生……我已經從舊有的窠臼跳出來……我現在能感覺到別人的存在。」另一位說：「我現在能感受到愛人的上帝，也希望能爲別人做點有意義的事。」又一位說：

我的生命重新注入新的希望和目的，這是大多數人所無法了解的。我欣賞生命的奇蹟，好比看著鳥在飛翔，當你幾乎要失去時，每件事都會變得更有意義。我經驗到與所有事物的合一，和所有人的一體感。在我的心靈重生之後，我也能感受每個人的痛苦，每件事都變得如此清晰鮮明。

還有許多其他臨床實例。施密特 (Abraham Schmitt) 詳細描述一位長期憂鬱的病人，她有強烈的自殺企圖，在微乎其微的機會中活了下來，並指出「她前後截然不同的人生」

——企圖自殺前和自殺後的人生。施密特不只在專業上為她治療，也持續觀察她人生的巨大改變。她的朋友形容她「非常活躍」，意思是指「充滿活力和熱情」。治療師說她在企圖自殺以後，「碰觸到自己、人生和她的丈夫，她現在活得淋漓盡致，也充實許多人的生活……自殺後不到一年，她懷了第一個孩子，並連續生了好幾個孩子。（她長久以來一直不孕。）」¹⁷

諾伊斯（Russel Noyes）研究兩百位有瀕死經驗的人（包括車禍、溺水、山難等等）發現，即使在多年之後，有相當多人（百分之二十三）仍然因為瀕死經驗而擁有：

強烈的生命短暫感，並因此珍惜生命……對生活有更大的熱情，對當下的環境有更高的知覺和情緒反應……一種活在當下的能力，欣賞每一個逝去的片刻……對生命有更大的體認——體認生活和生命，要在當下欣賞，免得以後會錯失。¹⁸

許多人談到「重新評估優先順序」，成為比以前更熱情、更有人性的人。

胡珊（Abdul Hussain）和圖茲曼（Seymour Tozman）是照顧死囚的醫師，在一篇臨床案例報告中，談到三位被判死刑卻在最後一刻獲釋的人，這三個人的人格特質都發生深刻的轉變，並在接下來幾個月中，一直有「明顯的態度改變」。¹⁹

癌症——面臨死亡。中國象形字的「危機」是兩個象徵意義的結合——「危險」和「機會」。在我治療癌症末期病人的歲月中，感動地發現有許多人把自己的危機和危險轉成

改變的機會。他們談到令人吃驚的轉變、內在的變化，正是「個人成長」的特徵：

- 重新安排生活的重心，不再重視瑣碎的枝節。
- 釋放的感覺，能選擇不要做自己不想做的事。
- 當下的活力增強，不再拖延到退休或未來某個時間之後才過想要的生活。
- 對生活中的自然現象有鮮明生動的欣賞，如季節的更迭、微風、落葉、最後的聖誕節等等。
- 和危機之前比起來，與所愛的人有更深入的溝通。
- 和危機之前比起來，較少人際間的懼怕，較不擔心被人拒絕，更願意冒險。

參議員紐伯格（Richard Neuberger）在死於癌症之前，談到這些變化：

我發生一項改變，我相信不會再變回去了。名聲、政治上的成功、金錢的追求，突然間都變得毫不重要。在剛知道自己得到癌症時，我根本沒有想到參議員的寶座、銀行的存款，或是自由世界的命運……自從我被診斷罹患癌症以後，我和妻子之間再也沒有爭吵。我過去一向會責備她從前面而不從後面擠牙膏、無法滿足我挑剔的口味、不問我意見就安排客人名單、花太多錢買衣服。現在的我一點也不在意這些事情，覺得這些事無關緊要……

取而代之的，是對以前認為理所當然的事，有了全新的評價——和朋友共進午餐，搔搔墨菲的耳朵，聽牠滿足的喵喵聲，妻子的陪伴，寧靜的晚上

靠著床頭燈讀書或雜誌，在冰箱裡搜尋柳丁汁或咖啡蛋糕。有生以來第一次，我真的在品嚐生命。最後，我了解自己並非不朽之人。想起自己在健康狀況最佳的時候，爲了虛妄的驕傲、虛偽的價值和想像的侮慢，所做的每一件糟蹋生命的事，不禁感到顫慄。²⁰

面對死亡後產生的正向個人變化，有多常見呢？我研究的癌症病人是自己選擇參加的人，屬於心理成熟度較高的癌病婦女，會自己決定尋找癌症病人支持團體。爲了檢視這種現象的一般盛行率，我和同事設計了一個針對一般醫療環境的病人研究計畫。²¹我們製作一份問卷，用來測量這些個人變化，給連續七十位因爲轉移性乳癌而會診腫瘤科醫師的病人填寫（轉移性乳癌是指癌症已經轉移到其他身體部位，無法以手術或內科療法治癒）【註二】。問卷有一部分包括十七項關於個人成長的敘述【註三】。每一位病人以五等級的方式

【註二】 這個研究的對象都是門診病人，只有少數人有極度的疼痛或殘障。她們都知道自己的診斷，也知道雖然可以再活幾個月，甚至幾年，可是最後都會死於癌症。

【註三】 分別是一、我與丈夫坦誠溝通；二、我欣賞大自然的美；三、我有一種個人的自由感；四、我試圖與子女坦誠溝通；五、被每一個人所喜愛，對我非常重要；六、我在生活中得到許多樂趣；七、我誠實坦率地與人溝通；八、我只做自己真正想做的事；九、我活在當下，而不是活在過去或未來之中；十、我有深刻的寧靜時刻；十一、我維護自己的權利；十二、我有精神上的幸福感；十三、我與朋友坦誠溝通；十四、我覺得自己有某些關於生命價值的看法，想教導別人；十五、我能選擇自己想做的事；十六、我的生命有其意義與目的；十七、宗教或靈性的信仰對我非常重要。

（從「從來沒有」到「總是如此」），分別就「罹患癌症前」與「現在」的情形，對每一個敘述評分。從結果得知，大部分病人在「生病前」和「現在」的評分並沒有改變，可是，就那些「生病前」和「現在」之間有所不同的人而言，其差別幾乎一律是在發病後朝向更多成長的方向。在十七項敘述中，有十四項都是正向改變的人多於負向改變的人【註四】。有些項目顯示出明顯的差別，例如第十四項【我覺得自己有某些關於生命價值的看法，想教導別人】，有十八個病人有正向的改變，只有三位病人是負向的改變；第十一項【我維護自己的權利】，有十二位是正向的改變，三位是負向的改變；第二項【我欣賞大自然的美】，有十一位是正向改變，兩位是負向改變。有沒有人對癌症末期病人可能增加「深刻的寧靜時刻」（第十項）感到懷疑的呢？還是有十八位病人有這方面的增加（只有八位是負向的改變）。

問卷的另一部分檢視病人對一般人會害怕的事，在強度上有沒有改變。我們一共挑選了二十九種常常令人感到害怕的事【註五】，病人就罹患癌症「之前」和「之後」評定嚴重程度，結果顯示與個人成長的項目有同樣的傾向，只是程度不同。有九個項目顯示得了癌症以後感到更害怕的人居多，有一個項目是相同的（「現在」較不害怕和更爲害怕的人數一樣），而有十九個項目顯示較多人「現在」比「之前」較不感到害怕。

【註四】 只有兩項的結果倒過來，第三項【我有一種個人的自由感】，我認為可能是出於癌症病人受到很大的身體限制；第十三項【我與朋友坦誠溝通】，這可能是因爲大多數朋友表現出極度的不安，病人發現雖然有些親近關係得到強化，可是許多關係卻變得更緊張。

雖然文獻中沒有其他關於這個現象的系統性研究【註六】，可是大部分治療師都有很多臨床經驗描繪這個現象。許多治療師都有病人在接受心理治療期間，因為面對死亡而導致生活觀的快速改變，並重新安排生活重心的經驗。

施密特有一位病人因為腎臟衰竭而幾乎死亡，經過長時間的洗腎治療後，這位病人接受了成功的腎臟移植手術，並帶著身體和心理重生的感覺開始新生活，這位病人談到自己的經驗：

事實上，我唯一能描述自己的方式，就是我覺得自己活了兩次，我甚至將之稱為第一位和第二位凱西。第一位凱西在洗腎時已經死了，在死亡的陰影下，她撐不下去了。第二位凱西必須誕生，這是

在死亡之中誕生的凱西……第一位凱西是輕佻的小孩，她每次只活一分鐘，挑剔餐館冷掉的食物，抱怨手術護理課程太過無聊，埋怨父母不公平，她的人生目標就是在週末玩樂……覺得未來很遙遠，毫不關心，只為瑣碎的事而活。

可是第二個凱西，就是現在的我，卻對人生感到著迷。注視美麗的天空！它藍得多麼燦爛！進入花園時，每一朵花都展現如此驚人的色彩，我因為它們的美而感到目眩神迷……我確實知道一件事，如果我還是第一個凱西的話，會把一生都荒廢掉，我永遠也不會知道生活的真正樂趣是什麼。在我活過來之前，必須面對面看著死亡，我必須死，才能活過來²⁴。

亞瑟是一位酗酒病人，一次面對死亡的不尋常經驗，成為他人生的轉捩點。他的酗酒情形每下愈況，大量喝酒已有好多年，從來不曾清醒到足以在心理治療中獲益。他進入治療團體，有一次在會談中因為酒精中毒而昏倒，躺在治療椅上，團體成員討論該怎麼辦，最後決定把他帶到醫院。

幸運的是，會談被錄影下來，之後亞瑟觀看錄影帶時，有一種深刻面臨死亡的感覺。多年來每一個人告訴他，最後會喝到死，可是直到他看錄影帶之前，並不曾真的想過這種可能性。錄影帶中的他直挺挺地躺在治療椅上，成員圍繞著他的身體談論他，煩擾怪異的感覺就好像一年前死於酗酒的孿生兄弟的葬禮一樣。他清醒地看著自己伸直平躺著，周圍是談論他的朋友，這個景象深深震撼了亞瑟，使他保持成年以後不會有過的長時間清醒，首度認真投入心理治療，最

【註五】包括一、死人；二、生氣的人；三、與朋友分離；四、密閉空間；五、覺得被別人拒絕；六、覺得受到反對；七、受到忽視；八、黑暗；九、身體畸形的人；十、犯錯；十一、看起來很愚蠢；十二、失去控制；十三、負責做決定；十四、變成精神失常；十五、考試；十六、被別人碰觸；十七、覺得與別人不同；十八、孤獨；十九、在陌生的地方；二十、公開演說；二十一、惡夢；二十二、失敗；二十三、進入別人已坐好的房間；二十四、從高樓往下看；二十五、陌生人；二十六、感到生氣；二十七、權威人士；二十八、對話中的靜默；二十九、蠕動的爬蟲。

【註六】有些針對住院垂死病人的研究²²，結果比我們的研究更為負向，可是這類病人常常是孤獨、衰弱、極度痛苦的。最近有一位癌症病人針對這一點反駁庫伯勒-羅斯（Kubler-Ross）的臨終「階段」理論，認為她的理論因為研究的是極度衰弱的住院病患而造成偏差，忽略了病人如果有足夠的時間消化面臨死亡的經驗時，所產生的「黃金時期」²³。

後因此獲益良多。

我對存在治療的興趣，大部分是因為多年前目睹死亡對病人的衝擊而點燃的。珍妮是二十五歲、連續攻讀好幾個學位的大學生，因為沮喪、嚴重的機能性胃部不適，以及無助和缺乏目標的感覺而來尋求治療。在第一次會談中，她以散漫的態度和反覆的悲嘆談自己的問題，她說：「我不知道到底發生了什麼事。」我並不了解她這句話的意思，並因為夾雜著反覆冗長的自我貶抑的話，我很快就忘了這句話。我推薦珍妮進入治療團體，在團體中，她再度強烈表達不知道自己是怎麼回事。她不了解自己是怎麼了，為什麼其他成員都對她沒興趣，為什麼她不敢說話，為什麼和其他成員發展出受虐式的關係，為什麼她對治療師如此著迷。對她來說，生命是如此神祕，好像「外面」發生了什麼事，某種東西沉重地降臨到她身上。

在治療團體中，珍妮顯得羞怯而煩躁，可以預期到她所說的每一句話；她在說話前，會先掃視每一張臉孔，尋找別人想要聽什麼話的跡象，然後修飾她的話，以盡可能討好每一個人，避免任何可能冒犯別人的話，避免惹人討厭。（然而實際情形是，她惹人討厭並不是因為引人生氣，而是使人感到厭煩。）珍妮顯然是長期逃避生活，團體裡每一個人都試圖在她以順從織出的防護網中，找出「真正的珍妮」，他們盡量鼓勵她，勸她參加社交活動、讀書、寫完畢業所需的最後一篇論文、買衣服、付清帳單、打扮自己、梳頭髮、準備履歷表、應徵工作。

這些勸告就像治療中的大多數勸告一樣無效，於是團體試了不同的伎倆：慫恿珍妮想一想失敗有什麼吸引力和好處，會有什麼收穫？為什麼失敗這麼好？這個方向的詢問非

常有效，我們這才了解珍妮其實有很大的收穫。失敗使珍妮能保持年輕，讓她一直受到保護，使她不必做選擇。理想化的崇拜治療師，也是為了同樣的目的，就是有人從「外在」幫助她。她在治療中的任務就是讓自己變得很可憐，好使治療師不會昧著良心收回高貴的眷顧。

治療的關鍵發生在珍妮的腋下淋巴結長了一顆大腫瘤。團體在星期二晚上聚集，當天早上她接受手術切片檢查，必須等二十四小時才知道是惡性還是良性的腫瘤。她在晚上恐懼地來到團體，她之前不曾想過自己的死亡，由於團體幫助她面對並表達自己的害怕，這次聚集對她有很大的幫助。她最重要的經驗就是令人非常害怕的寂寞，她一直以來就在意識邊緣感覺到這個寂寞，也一直感到擔心。在會談中，珍妮在內心深處了解到，不論自己做了什麼，不論她多麼可憐，她終將孤獨地面對死亡，沒有人能為她緩頰，沒有人能代替她死。

隔天她知道淋巴結是良性的，可是這個經驗的心理效應非常深遠，珍妮發生了許多事，她開始以不曾有過的方式做決定，接管了自己的生活之舵。她在一次會談中說：「我覺得自己知道發生了什麼事。」我早已忘了她最初的抱怨，可是那時我想起來了，終於明白她的意思，她一直企圖逃避成年人必須面對的寂寞和死亡，藉以保持年輕，逃避選擇和責任，並以相信必然一直會有人為她選擇、陪伴她、為她付出的迷思，試圖以神奇的方式打敗死亡。長大成人、選擇、與他人分離，都意味著面對寂寞與死亡。

總結來說，對死亡的觀念在心理治療佔有重要的角色，因為它在每一個人的生命經驗中，佔有決定性的角色。死亡與生命是相依相存的，雖然身體的死亡會使我們毀壞，可是

後因此獲益良多。

我對存在治療的興趣，大部分是因為多年前目睹死亡對病人的衝擊而點燃的。珍妮是二十五歲、連續攻讀好幾個學位的大學生，因為沮喪、嚴重的機能性胃部不適，以及無助和缺乏目標的感覺而來尋求治療。在第一次會談中，她以散漫的態度和反覆的悲嘆談自己的問題，她說：「我不知道到底發生了什麼事。」我並不了解她這句話的意思，並因為夾雜著反覆冗長的自我貶抑的話，我很快就忘了這句話。我推薦珍妮進入治療團體，在團體中，她再度強烈表達不知道自己是怎麼回事。她不了解自己是怎麼了，為什麼其他成員都對她沒興趣，為什麼她不敢說話，為什麼和其他成員發展出受虐式的關係，為什麼她對治療師如此著迷。對她來說，生命是如此神祕，好像「外面」發生了什麼事，某種東西沉重地降臨到她身上。

在治療團體中，珍妮顯得羞怯而煩躁，可以預期到她所說的每一句話；她在說話前，會先掃視每一張臉孔，尋找別人想要聽什麼話的跡象，然後修飾她的話，以盡可能討好每一個人，避免任何可能冒犯別人的話，避免惹人討厭。（然而實際情形是，她惹人討厭並不是因為引人生氣，而是使人感到厭煩。）珍妮顯然是長期逃避生活，團體裡每一個人都試圖在她以順從織出的防護網中，找出「真正的珍妮」，他們盡量鼓勵她，勸她參加社交活動、讀書、寫完畢業所需的最後一篇論文、買衣服、付清帳單、打扮自己、梳頭髮、準備履歷表、應徵工作。

這些勸告就像治療中的大多數勸告一樣無效，於是團體試了不同的伎倆：慫恿珍妮想一想失敗有什麼吸引力和好處，會有什麼收穫？為什麼失敗這麼好？這個方向的詢問非

常有效，我們這才了解珍妮其實有很大的收穫。失敗使珍妮能保持年輕，讓她一直受到保護，使她不必做選擇。理想化的崇拜治療師，也是為了同樣的目的，就是有人從「外在」幫助她。她在治療中的任務就是讓自己變得很可憐，好使治療師不會昧著良心收回高貴的眷顧。

治療的關鍵發生在珍妮的腋下淋巴結長了一顆大腫瘤。團體在星期二晚上聚集，當天早上她接受手術切片檢查，必須等二十四小時才知道是惡性還是良性的腫瘤。她在晚上恐懼地來到團體，她之前不曾想過自己的死亡，由於團體幫助她面對並表達自己的害怕，這次聚集對她有很大的幫助。她最重要的經驗就是令人非常害怕的寂寞，她一直以來就在意識邊緣感覺到這個寂寞，也一直感到擔心。在會談中，珍妮在內心深處了解到，不論自己做了什麼，不論她多麼可憐，她終將孤獨地面對死亡，沒有人能為她緩頰，沒有人能代替她死。

隔天她知道淋巴結是良性的，可是這個經驗的心理效應非常深遠，珍妮發生了許多事，她開始以不曾有過的方式做決定，接管了自己的生活之舵。她在一次會談中說：「我覺得自己知道發生了什麼事。」我早已忘了她最初的抱怨，可是那時我想起來了，終於明白她的意思，她一直企圖逃避成年人必須面對的寂寞和死亡，藉以保持年輕，逃避選擇和責任，並以相信必然一直會有人為她選擇、陪伴她、為她付出的迷思，試圖以神奇的方式打敗死亡。長大成人、選擇、與他人分離，都意味著面對寂寞與死亡。

總結來說，對死亡的觀念在心理治療佔有重要的角色，因為它在每一個人的生命經驗中，佔有決定性的角色。死亡與生命是相依相存的，雖然身體的死亡會使我們毀壞，可是

對死亡的觀念卻能拯救我們。對死亡的體認使我們深刻感受到生命，使我們的生命觀徹底轉變，並使我們的生活模式從分散注意力、麻痺和對瑣碎小事的掛慮，轉移到更真誠的模式。這些面對死亡而發生重大個人改變的例子，對心理治療有明顯而重要的意含。心理治療師需要的是對所有病人挖掘這項治療潛力的技巧，而不是依賴偶然的環境或絕症的來臨。我將在第五章詳細討論這些主題。

死亡與焦慮

焦慮在心理治療佔有如此核心而顯著的角色，實在不需要再做過多的說明。焦慮在傳統精神醫學疾病分類中的獨特地位非常明顯，在疾病分類中，重大精神醫學的症候群被稱為「反應」，精神病反應、精神官能症反應、身心反應，我們認為這些情形都是「對焦慮的反應」，它們都是為了處理焦慮而有的反應，但卻是適應不良的反應。精神病理是一種指標，是焦慮和對抗焦慮的防衛（包括精神官能性的防衛和人格結構的防衛）所造成的結果。治療師開始處理病人時，一般會把重點放在顯示出焦慮或相當於焦慮的現象，或是用來試圖保護自己免於焦慮的防衛機轉。雖然治療工作可以向許多不同的方向延伸，但是治療師會不斷把焦慮當成燈塔或指南針，針對焦慮來處理，揭開其根本的來源，最終目標是把這些來源連根拔除。

死亡焦慮——人類經驗與行為的重要決定因素

對死亡的恐懼是普世皆然的，而且恐懼的程度強大到把大部分生命的能量都消耗在否認死亡。死亡的超越是人類經

驗的重大主題，從最深層的個人內在現象：我們的防衛、我們的動機、夢與夢魘，到最公然的宏觀社會結構：歷史遺址、宗教理論、意識型態、長眠的墓地、防腐塗料、太空研究，甚至整個生活方式——時間的打發、沈迷於娛樂、堅信進步的迷思、「向前衝」的驅力、流芳百世的渴望。

佛洛伊德推測，人類的基本團體、社會生活的元素，是出於對死亡的恐懼而形成的。最早的人類因為害怕分離，不知道在黑暗中埋伏了什麼東西而凝聚在一起。我們維持這種團體，為的是能繁衍不絕。追溯團體的歷史，象徵永生不朽的追尋。黑格爾（Hegel）甚至假定歷史本身就是人與死亡之間的故事。立夫頓（Robert Jay Lifton）談到幾種關於人試圖得到象徵性永生的模式，一、生物學模式：透過繁衍後代，透過無止盡的生物鏈連結而活下去；二、神學模式：靠不同的更高等存在層面活下去；三、創造性模式：透過一個人的作品、個人創作的長久影響，或是對他人的影響而活下去（立夫頓認為治療師是以這種方式延續自己的生命，藉著幫助病人，啟動了無止盡的傳遞鏈，就像親子之間一樣，把自己的種子傳遞下去）；四、永存自然的主题：透過與環繞四周的自然生命力重新連結而活下去；五、經驗性超越模式：在一種時間和死亡都消失的強烈狀態中，透過「失去自己」而活在「持續的當下」²⁵。

死亡恐懼在社會上的盤根錯節，以及對不朽的追求，是如此的普遍，遠超過本書的範圍。有許多人就這個議題為文討論，特別是諾曼·布朗（Norman Brown）、貝克和立夫頓，對死亡恐懼如何瀰漫在我們社會結構的情形，都有非常出色的描述。我在此關心的是死亡恐懼對個體內在心理動力的影響，我將會說明死亡恐懼是焦慮的根本來源，雖然這個

立場非常單純，也符合平常的直覺，可是在理論和臨床實務中極為錯綜複雜的。

死亡焦慮的定義

首先要檢視「死亡焦慮」的意思。我會用好幾個不同的用語交叉使用：「死亡焦慮」、「對死亡的恐懼」、「必死的可怕」、「對有限性的害怕」。哲學家會談到了解「生命的脆弱」（亞斯培）、擔心「不再存有」（齊克果）、「不可能再有進一步的可能性」（海德格），或是「本體的焦慮」（田立克〔Tillich〕）。各種說法意味著強調不同的部分，因為個人可能以非常不同的方式經驗死亡恐懼。我們可以說得更精確嗎？我們害怕死亡，這到底是什麼樣的情形呢？

針對這個議題，研究認為這種恐懼是由許多較小的不同恐懼混合而成的。例如迪格瑞（James Diggory）和羅斯曼（Doreen Rothman）從一般人口抽樣（總數達五百六十三人），請這些人就死亡的好幾種後果評列等級，以下是關於死亡最常見的恐懼，依重要性排列：

- 一、我的死會造成親友的哀傷。
- 二、我所有的計畫和構想都結束了。
- 三、垂死的過程可能很痛苦。
- 四、我再也不能有任何經驗了。
- 五、我不再能照顧被我扶養的人。
- 六、我擔心如果有死後的生命，到底會發生什麼事。
- 七、我擔心自己的身體在死後會變成什麼樣子。²⁶

就這些恐懼而言，有好幾項和個人的死亡並沒有直接關係。害怕痛苦顯然與死亡有關；擔心死後的生命則是把問題

中的死亡轉變成並非終結一切的事件；擔心別人也顯然不是擔心自己。對個人從此消滅的恐懼則是關切的核心：「我的計畫和構想都結束了。」以及「我再也不能有任何經驗了。」

柯隆（Jacques Choron）回顧關於死亡的重要哲學觀點，得到類似的分析結果。他分辨出三種死亡恐懼：一、死後的情形；二、垂死的「事件經過」；三、生命的終結²⁷。凱森邦（Robert Kastenbaum）指出前兩種是與死亡有關的恐懼²⁸，只有第三種「生命的終結」（結束、消滅、毀滅），才是最核心的死亡恐懼，我在本書這幾章要談的也就是這種恐懼。

齊克果是第一位釐清恐懼（fear）和焦慮（anxiety，或說憂慮〔dread〕）兩種差別的人。他認為恐懼是害怕某種東西，而憂慮是害怕什麼東西都沒有——他幽默地註明「並不是指無事可做的什麼都沒有」²⁹。人憂慮（或焦慮）的是喪失自己，成為無物，這種焦慮是無法定位的。就如羅洛·梅所說的，「它會同時從每一面來攻擊我們」³⁰。無法了解也無法定位的害怕，就無法去面對，而成為更可怕的寂靜，會引發無助的感覺，必然產生更進一步的焦慮。（佛洛伊德覺得焦慮是一種無助的反應，他寫道：「焦慮是一種信號，表示有危險存在。」而個體，「預期會發生一種無助的處境。」³¹）

我們要如何克服焦慮呢？把它從無物變成某種東西。這就是齊克果所說的：「憂慮的對象從沒有東西逐漸變成某種東西。」³²也就是羅洛·梅所說的：「焦慮試圖變成恐懼。」³³如果我們能把對無物的害怕變成對某種東西的害怕，就能發動保護自己的戰爭；也就是說，我們可以逃避所害怕的事，

尋找幫手來對抗它，發展神奇的儀式來安撫它，或是計畫一場有條理的戰爭來打敗它。

死亡焦慮的臨床表現

企圖將焦慮變成恐懼的過程，常常使臨床工作者很難找出根本的焦慮來源。在臨床工作中，很少以原始的形式見到根本的死亡焦慮，就好像臭氧分子很快轉變成其他狀態一樣。為了避開死亡焦慮，小孩會發展出保護的機轉（下一章會詳細討論），以否認為基礎，經過好幾個階段，最後形成整套非常複雜的心智運作，把赤裸裸的死亡焦慮壓抑下來，埋藏在層層防衛機轉之中，比如置換、昇華和轉化。人生偶爾會遇到某種令人震撼的經驗，撕裂防衛機轉的帷幕，讓原始的死亡焦慮浮現在意識之中。可是，潛意識的「自我」會很快地修補這個裂縫，再度把焦慮的本質隱藏起來。

我願提供自己個人的經驗，當我寫這本書時，遇到一次迎面對撞的車禍。我那時沿著一條平靜的郊區街道開車，突然發現前面冒出一輛失控的汽車，迎頭撞過來，雖然撞擊的力道足以把兩輛車撞毀，另一位駕駛也有很嚴重的撕裂傷，可是我幸運地沒有明顯的外傷。兩個小時後我搭上飛機，準備傍晚到另一個城市演講，可是我無疑受到極大的震撼，覺得頭暈、發抖、不想吃東西，也睡不著覺。隔天傍晚我竟然又笨到去看一場恐怖電影「嘉莉」（Carrie），整個情節都讓我感到害怕，還沒演完，我就離開了。幾天後，我回到家裡，並沒有明顯的心理後遺症，只有偶爾失眠和一些焦慮的夢。

可是出現一個奇怪的問題。那時我在加州帕洛艾圖的行為科學高等研究中心進行為期一年的研究，我很喜歡那裡的

同事，每天都期待休閒午餐會中關於學術議題的討論，但在那件意外之後，我對這些午餐的聚集產生強烈的焦慮，我能說出什麼重要的話呢？我的同事怎麼可能尊重我呢？我是否在欺騙自己呢？幾天之後，因為焦慮如此強烈，我開始找藉口到別的地方獨自吃午餐。

不過，我也開始分析自己的困境。有一件事實非常明顯——午餐會的焦慮是在車禍之後才出現的。此外，幾乎因車禍而喪命的明顯焦慮，在一、兩天內就完全消失了，那份焦慮顯然成功地轉變成恐懼。我在車禍後立刻爆發強烈的死亡焦慮，我主要是以置換來「處理」，也就是把焦慮和真正的來源分開，把它集中到較容易處理的具體處境，所以根本的死亡焦慮只綻現了很短的時間，就轉成自我價值感、被人拒絕或輕視之類較輕微的擔心。

雖然我已「處理」了焦慮，卻沒有將之連根拔除，在之後幾個月中，都還看得出痕跡。雖然我疏通了午餐畏懼症，卻又出現一連串其他的恐懼——害怕開車或騎腳踏車。幾個月之後，我去滑雪時，發現自己是如此小心謹慎、如此害怕發生不幸，以致於滑雪的樂趣和能力都大為減損。這些恐懼都還定位在時空之中，可以用有系統的方式處理，雖然令人困擾，卻不是根本的問題，並沒有威脅到我的生命。

除了這些具體的恐懼，我發現還有一項改變——世界似乎變得非常危險。對我來說，世界已失去了原本的溫馨舒適，好像到處都有危險。現實的本質改變了，我經驗到海德格所說的「詭異感」（*unheimlich*）——「在世界中沒有家的感覺」的經驗。他認為（我也可以做證）這是覺察死亡的典型結果³⁴。

死亡焦慮還有一個特性，常常在精神衛生文獻造成混

淆，就是恐懼死亡的經驗會以許多不同的層次來表現。如前所述，人可能會擔心垂死的過程、害怕垂死的痛苦、對未完成的計畫感到遺憾、對個人經驗的結束感到哀痛，或是理性冷靜地看待死亡，像伊比鳩魯學派的人一樣，認為：「我存在時，就沒有死亡；死亡存在時，就沒有我，所以死亡與我無關」（盧克萊修〔Lucretius〕語），而簡單地推論死亡並不可怕。可是，請記得這些反應都是成人在意識中對死亡現象的反省，完全不同於殘存在潛意識中的原始死亡憂慮，這種憂慮是生命織錦的一部分，是在生命早期就已形成，在發展確切的概念形式之前就已存在，這是令人顫慄、不可思議、尚未成熟的憂慮，是存在於語言和意象之前和之外的憂慮。

臨床工作者很少見到赤裸裸的死亡焦慮，這種焦慮都被一般的防衛處理過（例如：潛抑、置換、合理化），還有某些特別只用來處理死亡焦慮的防衛方式（詳見第四章）。當然不應該讓這種處境過度困擾我們，它勝過每一種焦慮理論，原始的焦慮總是會轉化成某種對我們較沒有害處的東西，這是整個心理防衛系統的功用。用佛洛伊德的參考架構來說，臨床工作者很少觀察到未經偽裝的閹割焦慮，而是看到某種轉化形式的焦慮。例如，一位男性病人可能畏懼女性，或是在某些社交處境中害怕與男性競爭，或是傾向以不同於異性交媾的方式來得到性滿足。

可是，具有整套存在概念的臨床工作者，就會認得「處理過」的死亡焦慮，並因其出現的頻率和多樣性而感到驚訝。容我舉幾個臨床實例，我最近有兩位病人，並不是因為存在焦慮而尋求治療，而是為了解決司空見慣的痛苦關係問題。

喬伊絲是三十歲的大學教授，正陷在痛苦的離婚之中。

她從十五歲開始和傑克約會，二十一歲與他結婚。婚姻出問題已經有好幾年，兩人分居三年。雖然喬伊絲和另一位男性有很美好的關係，卻還是無法處理離婚的問題，事實上，她接受治療的主要原因就是每當談到傑克，就忍不住一直流淚。而關於她流淚的分析，可以發現好幾個重要的因素。

首先，最重要的是要傑克能一直愛她。即使她已不再愛他，也不想要他，她還是非常希望他能常常思念她，並愛她如同他不曾愛過別的女人一樣。我問：「為什麼？」她回答：「每個人都希望能被記得，這是一種把自己延續到後代的方式。」她提醒我猶太教的哀悼祈禱詞就是假定只要一個人被他的孩子紀念，就能持續存在。當傑克忘記她時，有一部分的她就死去了【註七】。

喬伊絲的眼淚還有另一個原因，就是她覺得她和傑克共享許多美好而重要的經驗。兩人分開以後，她覺得這些事情就會消滅。過往的消逝會鮮明地提醒她無情的催人歲月，當過往消失時，未來也跟著縮短了。喬伊絲的丈夫幫助她凝結時間——未來就像過去一樣。雖然她沒有意識到這一點，但喬伊絲顯然非常害怕耗盡未來。例如，她有一個習慣，就是從來不徹底完成一項任務——如果她做家事，總會留下房屋一角沒有打掃。她害怕被「終結」，每當開始看一本書時，她必定會在桌上準備好下一本要讀的書。這讓人想起普魯斯

【註七】艾倫·夏普（Allen Sharp）在《格迪斯的綠樹》中描述一場小型的墨西哥喪禮，共有兩個部分：「死者」的墳墓由生者放置裝飾的鮮花，而「真正死者」墳墓的位置則無人維護，由死去的靈魂來追憶³⁵。就某種意義來說，當一位非常老的人過世時，許多其他的人也跟著死了，死去的人把他們也帶走了。所有新近死去而沒有人懷念的人，在那時就成為「真正的」死者。

特（Proust），他的主要文集幾乎都在描述如何藉著重溫過往，來逃避「時光的無情流逝」。

喬伊絲流淚還有另一個原因，就是害怕失敗。生活直到最近才看見通往成功之路，婚姻失敗意味著她將會「像其他人一樣」（她常常說這句話）。雖然她天資聰穎，可是她的期望太浮誇了，她想要得到國際性聲望，甚至希望現在進行的研究計畫能贏得諾貝爾獎。如果五年內沒有成功的話，她打算把精力轉移到小說，她想寫一本關於一九七〇年代的小說，書名是「你無法再度回家」，可是她從來沒寫過小說。不過，她的特殊感其來有自——到目前為止，每一個她想完成的目標都不曾失敗過。婚姻失敗是她向上攀爬的人生中唯一的挫折，是她唯我獨尊的傲慢世界所遇到的第一次挑戰。婚姻的失敗威脅到她的特殊感，這種感覺是否認死亡時最常見、最有力的防衛方式，我將會在第四章討論。

喬伊絲的問題是老生常談，可是根源要回溯到基本的死亡焦慮。對我這個存在取向的治療師而言，這些臨床現象——想要永遠被愛、被人記得、想要凝結時間、相信個人的無懈可擊，及期望與他人融合，對喬伊絲的作用都完全一樣：減輕死亡焦慮。

當她一項一項分析，開始了解這些現象的共同來源後，喬伊絲的情形就大幅改善了。最顯著的是，當她放棄自己對傑克的神經質需求，不再利用他來反抗死亡時，她首度可以用一種真正深情的方式對待他，並在完全不同的基礎上，重新使婚姻安定下來。不過，這是另一項議題，我會在第八章討論。

另一位病人是三十歲的單身女性貝絲，她尋求治療是因為無法與男性形成令人滿意的關係。根據她的說法，她過去

做出多次「錯誤的選擇」，終於因為對男方失去興趣而分手。她在治療時仍然重複這個循環：愛上一個男人，進入難以做決定的痛苦狀態，最後因無法向對方承諾而離開。

我們分析她的困境時，發現她有很大的壓力，急於形成長久的關係。她厭倦寂寞的生活，厭倦單身生活，非常想要小孩，隨著她的年齡漸長，逐漸過了生育年齡，她的壓力就越來越大。

可是，每當她的情人談到結婚時，她就感到驚恐，而且對方越是催促，她就越感到焦慮。貝絲把婚姻比喻成被釘在牆上——她將永遠受到束縛，就像生物標本被福馬林藥水固定一樣。對她而言，不斷成長、成為某種不同的人、某種不同於過去的人，是非常重要的；她擔心情人對他自己和他的生活會過於自滿，不思長進。逐漸地，貝絲發現這種動機在她生活中的重要性，她不會活在當下，即使是吃一頓飯，她也老想著下一道菜；在吃主菜時，腦子裡想的卻是甜點。她對於「安頓下來」的想法，常常覺得很可怕，認為等於是「安於習慣」。想到婚姻或任何形式的承諾時，她常常自問：「生活就只是這樣嗎？」

隨著貝絲在治療中探索這方面的事——她強迫自己要不斷往前、害怕年老、對死亡和停滯的擔心——她越來越感到以前不會有過的焦慮。一天傍晚，在一次特別深入的會談之後，她經驗到非比尋常的驚恐。溜狗時，她有一種怪異的感覺，好像有某種靈體跟隨她，她看看後面，再四面看看，終於嚇得狂奔回家。隨後突然發生一場狂風暴雨，她整夜無法闔眼，非理性地害怕屋頂會被風雨掀開來，或是房子會被沖走，我在第五章會討論，當了解對某種東西的害怕（在貝絲的情形是害怕婚姻或做出錯誤的選擇），其實是對什麼事情

都不存在的害怕時，往往會使焦慮擴大。對貝絲而言，婚姻的壓力和恐懼，都是內心深處對死亡焦慮的掙扎，（在某種程度上）在表層所造成的反射。

許多臨床工作者在遍及整個臨床精神病理學的範疇中，都描述過死亡焦慮的存在與轉化。第四章會深入討論這個部分，在此只需提出最重要的部分。史庫格（R. Skoog）在關於嚴重強迫性精神官能症病人的報告中說，超過百分之七十的人在病發時有過影響安全感的死亡經驗，隨著這種症候群的發展，病人越來越擔心無法控制他們的世界，無法預防不可預期的意外，病人會迴避紊亂或骯髒的情境，發展出避開邪惡和危險的儀式³⁶。史卓斯（Erwin Strauss）發現強迫症病人對腐爛、疾病、細菌和灰塵的厭惡，其實和害怕自己被消滅的情形非常有關³⁷。許懷德（W. Schwidder）觀察到這些強迫性防衛機轉並不能完全有效地解除死亡焦慮，他在一項超過一百位強迫性慮病症的病人研究中，發現有三分之一會害怕黑暗和幽閉，更多人則有明顯的死亡焦慮³⁸。

拉撒路（Herbert Lazarus）和柯斯坦（John Kostan）在一項過度換氣症候群的廣泛研究中（這是一種很常見的情形，就醫的病人中，有百分之五到十主訴這種不適），強調死亡焦慮的潛在心理動力被轉化成一連串其他的畏懼症，無法適切處理死亡焦慮導致了過度換氣的恐慌。³⁹

佛瑞德曼（D. B. Friedman）描述一位強迫症病人，他表現死亡焦慮的方式是執著於自己將會被每一個人遺忘的想法。與這種想法環環相扣的，則是他全神貫注於自己在世上未曾遇到令人興奮的事：「真正新鮮的事都發生在我不在的時候，在我這個時代之前或是之後，在我出生前，或是在我死後。」⁴⁰

死亡焦慮在慮病症患者身上只有一層薄薄的偽裝，這種病人會一直擔心安全和身體的健康。慮病症常常發生在病人或與之接近的人罹患一次嚴重的疾病之後。克雷爾（V. Kral）發現在這種病症的早期，病人會直接經歷死亡恐懼，之後則把這種恐懼擴散到許多身體的器官⁴¹。

好幾項臨床研究都曾報告死亡焦慮在人格解離症候群佔有核心的角色⁴²。例如，羅斯（Martin Roth）發現百分之五十人格解離症候群的誘發事件是死亡或嚴重的疾病⁴³。

這些精神官能症候群都有一個重要的共同特徵：雖然病人因此有所不便、受到限制，卻都能成功地保護病人不去面臨明顯而可怕的死亡焦慮。

死亡焦慮的實證研究

過去三十年來，一直有微弱的力量進行死亡的社會科學研究。幾乎每一個關於死亡的研究論文，都是始於感人的號召而進行研究，卻都因為缺乏仔細的調查而受到或惋惜或憤怒的反對，在回顧這些文獻之後，我不得不回應以相同的抱怨。而關於死亡的推測性或印象式著作，與講究方法學的研究，兩者之間的懸殊差別也相當顯著。舉例來說，到一九七二年為止，關於死亡的參考文獻有超過兩千六百本書和論文，可是實證研究卻不到其中的百分之二，直接與存在理論和治療有關的更是鳳毛麟角。

只要與我現在所討論的主題有一點點相關的研究，都是企圖調查如下的主題：死亡焦慮的發生率；死亡焦慮的程度與各種變數的相關性研究，這些變數包括人口統計學的變數（年齡、性別、婚姻狀態、職業、宗教信仰、教育程度等等）、人格因素（MMPI裡的因素、一般的焦慮或憂鬱程

度），以及生命經驗的變數（早期失親、長期住在收容機構）；還有死亡焦慮與精神病理學或其他心理經驗（特別是幻想、夢和夢魘）的相關性。

到目前為止還算好，可是凱森邦和艾森伯格（Ruth Aisenberg）卻在他們深思熟慮的回顧評論中指出，除了少數例外，這些研究若不是視野極度侷限，就是有嚴重的方法學瑕疵⁴⁴。許多研究以不精確的方式調查死亡，例如，對於一個人對自身死亡的恐懼，對他人死亡的恐懼、或是擔心自身死亡對他人的影響，並沒有區分其中的差異。

不過，還有更嚴重的問題，就是大部分研究只測量意識對死亡的態度，或意識表現出的焦慮。更進一步細看這個問題，就會發現這些研究使用的工具都是倉促建構、「私下製造」的量表（除了少數例外⁴⁵），並沒有建立可靠的信度和效度。

有一項關於職業的研究非常有趣，分別用意識的死亡焦慮量表和「獨裁主義」的量表（California Personality Inventory F scale）來研究醫學生，結果發現死亡焦慮和獨裁主義成負相關；也就是說，越支持獨裁主義的人，越沒有死亡焦慮，反之亦然。此外，選擇精神科的醫學生比選擇外科的醫學生有較多的死亡焦慮（也較不獨裁主義）⁴⁶。也許外科醫師對死亡焦慮有較佳的防衛，而精神科醫師比較了解死亡焦慮。（也可能年輕的精神科醫師是因為有不容置疑的死亡焦慮，所以選擇精神衛生領域來尋求個人的解脫。）

有好幾項研究報告指出宗教信仰虔誠的人較沒有死亡焦慮⁴⁷。失去雙親之一的學生有較高的死亡焦慮⁴⁸。大部分研究顯示不同年齡並沒有明顯差別⁴⁹，不過在關心死亡與接近死亡之間有正相關⁵⁰。一項針對一千名大學生最常見的恐懼研

究，顯示與死亡相關的恐懼在這個族群中是非常重要的⁵¹。

好幾項研究顯示女性比男性更意識到死亡焦慮，但這些研究並沒有嘗試就此結果做出解釋【註八】⁵³。

就意識的死亡焦慮而論，雖然有趣，可是對人格結構和精神病理的認識尚嫌不足。動力心理學的基石正是意識之外的強烈焦慮，是受到潛抑和「加工」的焦慮。處理焦慮來源的主要步驟，就是把情感和對象分離開來，所以人在想到死亡時，只會有中等程度的不安，而在經驗到置換的焦慮時，並不知道焦慮的真正來源。稍後會討論到幾個研究，對意識和潛意識死亡焦慮的區別非常敏感，並試圖檢視潛意識層面的死亡恐懼。它使用的工具包括主題統覺測驗、羅夏墨跡測驗、夢的分析、字詞聯想測驗、句子完成測驗、速讀投射和膚電反應。

死亡焦慮與精神病理學

意識的死亡焦慮：少數零星的報告試圖把意識的死亡焦慮連結到精神病理學，在志願接受調查的學生中，死亡焦慮和精神官能特徵（艾森克〔Eysenck〕的精神官能特徵量表）之間有正相關⁵⁴。因為較輕的罪行而被監禁的囚犯（並沒有列出其罪行的細節），和一般人的對照組比起來，明顯有較高的死亡焦慮、關心死亡，對葬禮和疾病的恐懼也較大，也更常覺察到關於死亡的被壓抑想法⁵⁵。意識的死亡焦慮在年

【註八】一項人數達八百二十五人的大型研究結果，認為並沒有男女差異，可是仔細檢視數據，卻顯示女性較不願回答問卷中令人不安的題目，例如有一個題目是「你會不會生動地想像自己垂死或死去的情形」，只有百分之七十八的女性回答這個題目，而男性回答這個題目的比例卻高達百分之九十八⁵²。

老的精神病患中，與MMPI憂鬱量表有正相關；事實上，這個相關非常強烈，以致於研究者認為老年人的死亡焦慮提高時，可能是憂鬱症的一部分。同一項研究還顯示死亡焦慮和身體症狀（根據康乃爾醫學索引）之間並沒有相關⁵⁶。體化症有可能是出於對死亡焦慮的反應，好像污水槽的作用一樣。

雖然許多研究顯示一般老年人並沒有明顯的死亡焦慮⁵⁷，可是心理較不成熟或有精神異常的老年人，卻有高度死亡焦慮的跡象⁵⁸。青少年比其他年齡層的人表現出較高的死亡焦慮；而且我們再度發現有精神病理跡象的人（在這項研究中定義為具有犯罪行為，並達到足以入獄的程度），比對照組表現出更多的死亡焦慮⁵⁹。一項關於正常但長期住在收容所的「弱智青少年」的研究，顯示住在收容所的人對死亡的恐懼比較明顯⁶⁰。同樣的，另一位研究者發現學習成就不佳的高中女孩明顯有較高的死亡恐懼：「常常是如此廣泛，以致於必須間接地談這件事。」⁶¹

潛意識的死亡焦慮：那些關於意識對死亡態度與焦慮的研究，實在無助於了解死亡焦慮在精神動力學中所扮演的角色。好幾位研究者因此嘗試研究潛意識對死亡的擔心。菲弗（Feifel）和同事界定出三種層面的擔心，一、意識的（藉由對問題反應所得的分數來測量，比如問：「你是否害怕自己的死亡？」）；二、幻想（藉由對指導語呈現正向或負向反應的解釋來測量，比如問：「當你想到自己的死亡時，心裡會出現什麼想法或圖像？」）；三、沒有覺察到的擔心（藉由測量字詞聯想測驗和色彩字詞干擾測驗中，對死亡字詞做出反應的平均時間）⁶²。

研究者發現，在不同層面中，對死亡的擔心有非常大的

差異。在意識層面中，大部分人（超過百分之七十）都否認有對死亡的恐懼；在幻想層面中，百分之二十七否認有死亡恐懼，百分之六十二的回答模稜兩可，百分之十一有明顯的死亡焦慮跡象；在沒有覺察到的層面中，大部分人都顯示出對死亡有相當大的反感。一般人、精神官能症病人和精神病人間的主要差異，就是精神病患比其他人顯示出更多的死亡焦慮。在意識層面中，年長的人和有宗教信仰的人較常以「相當正向的心境，卻屈服於心底的焦慮」來看待死亡⁶³。雖然這些研究所用的工具相當粗糙，但確實指出在不同覺察層面來研究死亡焦慮的必要性。

梅斯納（W. W. Meissner）在一個有趣的實驗中，證明重大潛意識焦慮的存在⁶⁴。他測量一般人在看到一系列共五十種東西的字詞時的膚電反應（galvanic skin response，簡稱GSR）。其中三十項是中性的，二十項則是死亡的象徵（例如：黑色、即將燒盡的蠟燭、旅程、睡覺的人、靜默的人、橫跨一座橋）。死亡的象徵比中性的字詞明顯會引發更大的膚電反應。

麥格尼（Klass Magni）以另一種方式測試潛意識的死亡焦慮⁶⁵，他以速讀機投射與死亡相關的景象（葬禮的照片、腐爛殘缺的屍體等等），投射的時間逐漸加長，然後測量受測者辨識這些景象所需要的時間，結果顯示計畫到教區牧會的神學生，辨識這些景象所花的時間明顯較少（可能代表較少的潛意識死亡焦慮），而計畫進行研究或教學生涯的學生則比較多，他們所從事的工作比較不需要照顧他人。好幾項研究運用面談的資料⁶⁶或主題統覺測驗⁶⁷的數據，顯示精神官能特徵較高的人會有較大的死亡焦慮。

以主題統覺測驗和句子完成測驗來研究老年人的潛意識

死亡焦慮時，顯示獨居或與全家共住的老人，都比住在傳統養老院的老人有較少的死亡焦慮⁶⁸。此外，如果老人參與許多活動的話，潛意識的死亡焦慮也會比較少⁶⁹。老人在主題統覺測驗中的死亡焦慮，與MMPI精神官能指標（慮病、依賴、衝動和憂鬱）有正相關⁷⁰。一項針對中年到老年人的潛意識死亡焦慮的研究（以句子完成投射技巧），顯示較年輕的成人比老人有更高的死亡焦慮⁷¹。

如果恐懼死亡是焦慮的主要來源，就必然會在夢境出現，因為潛意識的主題常常在夢中以比較沒有偽裝的形式出現。一個關於夢的大型標準研究指出百分之二十九的夢有明顯的死亡焦慮⁷²。一項關於惡夢的廣泛研究顯示成人夢中最常見的焦慮主題，就是垂死或被謀殺。而另一個常見的主題也與死亡有關：某位家人或別人垂死，或是做夢者的生命因為意外或他人的追逐而受到威脅⁷³。意識中死亡焦慮的分量是否符合死亡夢魘的數目呢？各種研究顯示出分歧的結果，與特定的死亡焦慮量表有關。可是，遇到密友或親人死亡的人（特別是十歲以下的孩子），較容易出現與死亡有關的夢魘⁷⁴。一項研究提出一個有趣的發現：在意識的死亡焦慮，與夢境死亡主題之間，有一種曲線的關係⁷⁵。換句話說，意識的死亡焦慮非常高或非常低的人，較容易有死亡之夢。可能是意識的高度焦慮反映出潛意識的高度焦慮：當焦慮過高以致於潛意識承載不了，便溢於夢境（惡夢）和意識之中。意識的死亡焦慮非常低的情形（比一般人的平均情形還少），則可能反映出強烈的潛意識死亡焦慮在清醒狀態中被否認和潛抑，而在睡眠狀態中壓倒了夢的審查者。

總結來說，關於死亡焦慮的研究文獻，對於增加我們認識死亡恐懼在精神病理學與心理治療中所扮演的角色，只提

供了很有限的幫助。大部分研究是由意識的死亡焦慮（根據粗糙建構的量表），與人口統計學和心理測量學的許多變數間的相關性所構成的。這些研究顯示出高度死亡焦慮與憂鬱症、早期失親、缺乏宗教信仰和職業選擇間的正相關。其他研究則探索較深層的意識，並顯示大量的死亡焦慮是覺察不到的，隨著人從意識進入潛意識經驗，死亡焦慮會逐漸增加，對死亡的恐懼會在夢中圍繞著我們，如果老人的心理較不成熟，或是參與較少的活動，會比較害怕死亡，最後，不論是意識或潛意識的死亡焦慮，都和精神官能特徵有關。

心理治療理論與實務對死亡的忽略

所有上述對死亡的觀點——文化傳統、臨床經驗、實證研究——對心理治療都有強烈的意含。把死亡整合到生命之中，會使生命更為豐富，使人得以擺脫那些令人窒息的瑣碎小事，以更果決真誠的方式生活。對死亡的全然覺察可能促成徹底的個人改變。然而，死亡是焦慮的主要來源，充塞整個內在的經驗，我們會以許多個人的方式來對抗它。此外，以適應不良的方式處理死亡焦慮，會導致各式各樣的徵候、症狀、人格特質，稱之為「精神病理學」，我將會在第四章討論。

雖然有這些令人信服的理由，可是心理治療中的對話卻很少涵蓋死亡的觀念。死亡受到忽視，幾乎在心理衛生領域的所有面向中（理論、基礎和臨床研究、臨床報告，以及所有形式的臨床實務），都受到明顯地忽視。這個領域中唯一不能忽略死亡的例外，就是垂死病人的照護。在心理治療文獻中，偶爾會零星出現一些處理死亡的文章，一般都在二、

三流的期刊上，而且是以故事的方式發表。這些珍品存在於理論與實務主流的外圍。

臨床病例報告

臨床病例報告對死亡恐懼的遺漏，簡直露骨到讓人認為治療對此三緘其口是出於共謀。在臨床病例報告中關於死亡的處理，有三種主要的策略，首先，作者選擇性地忽略這個議題，報告並沒有與死亡有關的素材。其次，作者可能提出大量與死亡有關的臨床資料，卻完全忽視足以闡述病例心理動力的素材。例如佛洛伊德報告的病歷史就有這種情形，我稍後會提出證據。第三，作者可能提出與死亡有關的臨床素材，卻在闡述病例時，把「死亡」轉譯成符合某個學派意識型態的觀念。

布隆伯格（Walter Bromberg）和希爾德（Paul Schilder）是兩位著名的醫師，在一本具領導性的期刊上刊登了一篇廣被引用的文章〈精神官能症病人對死亡的態度〉，提出好幾個死亡在病情上佔有重要角色的病例⁷⁶。例如，一位女性病人在一位令她有某種情慾渴望的女性朋友死亡後，產生急性焦慮，雖然病人清楚說明，看見朋友死亡，引發了她自己對死亡的恐懼，可是作者的結論卻是：「她的焦慮反應是對抗潛意識的同性依戀，這是她努力要掙脫的……她自己的死亡意味著與死去的同性摯愛重新結合……死亡意味著與受到否認的愛戀對象重新結合。」

還有一位病人，她的父親是殯葬業者，她描述自己的嚴重焦慮：「我一直害怕死亡，我害怕在他們為我塗抹防腐劑時醒來，我有許多逼近死亡的怪異感覺。我父親從事殯葬業，當我和屍體在一起時，不曾想過死亡……可是我現在卻

覺得想逃走……我不斷想到死亡……我覺得自己一直想擊退死亡。」作者的結論卻是：「關於死亡的焦慮是表達被潛抑的慾望，她的慾望是想要順服父親，接受父親的指揮。」他們認為病人的焦慮是出於自我防禦這些危險的慾望，以及因為亂倫慾望而想要自我懲罰。同一篇文章中的其他病例報告也都讓我們進一步看到作者把死亡轉譯成他們所認為的更基本恐懼：「死亡意指這個男孩想和父親有同性結合的虐待—受虐性滿足。」或是，「死亡對他而言，是指與母親分離，以及不再能表現潛意識的原始慾望。」

我實在不能不感到奇怪，為什麼要轉譯得這麼勉強，如果使病人的生活受困的恐懼，是針對開放的空間、狗、輻射落塵，或是過分注重清潔、門是否上鎖的話，把這些表面的擔心轉譯成更基本的意義，當然是合理的。可是，這麼明顯的情形，對死亡的恐懼就是對死亡的恐懼，並不需要轉譯成什麼「更深層」的恐懼。也許精神官能症病人所需要的並不是轉譯，他們或許缺乏現實感，以至於無法豎起「正常」的否認性防衛，可是，他們可能更接近真相。

臨床研究

忽略死亡的觀念，對臨床研究也有非常深遠的意含，以哀慟和喪親的範疇為例就可以明白。雖然許多科學家研究過倖存者調適的細節，卻完全沒有考慮到倖存者不只承受「失去客體」的痛苦，也面臨失去自己的情形。在失去一個人的哀傷中，還隱含了如下的訊息：「如果你的母親（父親、孩子、朋友、配偶）死去，接下來，就輪到你了。」（我有一位病人在父親過世後不久，出現幻覺，聽到嗡嗡的聲音說「你就是下一個」。）有一個關於寡婦第一年生活的研究，經

常被其他文章引用，研究者記錄受測者的敘述，比如「我覺得自己正走在黑暗深淵的邊緣」，或是「他們現在覺得世界很不安全、是非常危險的地方」之類說法的影響，還有生活變得毫無意義、沒有目標，以及莫名所以的憤怒⁷⁷。我相信如果深入探索每一種反應的話，研究者就可以得到重要的結論，發現失落會促使人面對自己死亡的可能性。可是，這個研究的科學家，以及其他我曾讀過關於喪親的研究，都從不同的參考架構來處理，因此無法挖到寶藏。這種失敗是另一個令人感到遺憾的例證，造成行為科學忽略了那些憑直覺就顯而易知的真理。四千年前有一份最早的文字記錄，巴比倫的敘事詩〈吉爾加美什〉（Gilgamesh、【譯註】），其中的主角非常了解朋友印齊杜（Enkidu）的死亡預示了他自己的死亡，他說：「主宰你的長眠的是什麼？你變得陰暗，不聞我的呼喚。當我死時，豈不也像印齊杜般？我心傷悲，懼怕死亡。」⁷⁸

臨床實務工作者

有些治療師說並沒有聽到病人表示會擔心死亡，可是，我相信真正的問題是治療師並沒有聽這些話的心理準備。接納而深入詢問病人關心之事的治療師，就會在每天的工作中遇見死亡。

只要給病人最微小的鼓勵，就會得到一大堆關於擔心死亡的素材，他們會討論雙親或朋友的死亡，擔心自己變老，夢中縈繞著死亡，參加同學會時發現每個人都變老時的震驚，心痛地發現兒女的優勢，驚訝地發現自己在享受老人才

有的久坐樂趣。他們會注意許多小小的死亡：老人斑、皮膚上的肝斑、灰白的頭髮、僵硬的關節、微駝的姿勢、越來越深的皺紋。退休的日子近了、兒女離家單飛、自己變成祖父母、開始由兒女來照顧，生命週期籠罩住他們。還有病人會談到毀滅的恐懼，如某個殘忍的兇手強行侵入家中的驚駭幻想、對電視或電影的暴力產生害怕的反應。如果治療師願意傾聽，在每位病人結束治療時的會談，都會伴隨死亡關懷的暗流。

我個人的臨床經驗可以證明死亡關懷是無所不在的。在這本書的寫作過程中，我就遇見大量原本隱藏起來的臨床素材。毫無疑問的，我在某種程度上會暗示病人提供一些證據，可是我相信這些證據基本上一直存在，只是我以前沒有調到適當的頻道罷了。比如我在本章稍早提到的兩個病人喬伊絲和貝絲，她們的問題都是老生常談，牽涉到人際關係的建立與結束，可是深入詢問兩人之後，卻顯明許多關於存在議題的擔心，如果我沒有與之相稱的心理頻道，根本不可能發現這些擔心。

還有一個「調頻」的例子，一位心理治療師參加我在週末關於死亡焦慮的演講，幾天後她寫了一封信給我：

……我並沒有預期我的工作會出現這個主題，因為我是瑞德學院的輔導老師，學生的身體健康情形通常都很好。可是我星期一早上安排的第一個學生，在兩個月前遭到強暴，此後她出現許多不舒服的痛苦症狀。她尷尬地笑著說：「我覺得自己如果不是因為某一件事快死了，就是會為了另一件事而死。」至少有一部分是因為你的演講，那天我們的

【譯註】傳說中的蘇美爾國王。

會談轉到她對死亡的恐懼，過去她一直以爲強暴或死亡都只會發生在別人身上，現在她感到非常脆弱，一向被壓抑的焦慮全部湧現。雖然身上沒有末期疾病，但能夠好好談談對死亡的害怕，令她感到解脫。⁷⁹

心理治療的會談中，即使只是與死亡短暫不經意的相遇，也常常提供許多臨床資料。夢當然是特別豐富的資料來源，例如，一位三十歲的女性，在一位老朋友葬禮之後的晚上夢見：「我坐著看電視，醫生前來用聽診器檢查我的肺，我非常生氣，質問他有什麼權利這麼做，他說我抽起菸來就像失火的房子一樣，我的肺得了末期的『沙漏』病。」作夢者其實沒有抽菸的習慣，不過她死去的朋友一天抽三包菸。她對肺得到「沙漏」病的聯想是「時間快要用完了」⁸⁰。

在治療師選擇性忽略死亡的情形中，「否認」扮演了核心的角色。否認是普遍存在的強大防衛機轉，就像前兆一樣，每當出現時，就圍繞著與死亡有關的情感。（佛洛伊德文集收錄了一個笑話，有一個人告訴太太說：「我們兩人中如果有一人先死的話，我想我會搬到巴黎去住。」）⁸¹治療師也會否認，在治療過程中，治療師的否認和病人的否認常常勾結起來。許多治療師雖然自己接受了多年的精神分析，卻沒有探索和處理自己對死亡的恐懼，他們在生活中害怕地逃避這個範疇，也在爲別人進行心理治療時，選擇性忽略與死亡明顯有關的素材。

除了個別治療師的否認以外，在整個心理治療界也有集體否認的情形。了解集體否認的最佳方法，就是探討焦慮的正式理論爲什麼會遺漏死亡。雖然焦慮在動力心理治療的理

論和實務中，佔有非常重要的地位，可是在傳統關於焦慮的心理動力理論中，死亡並沒有得到該有的地位。如果我們想改變治療習慣，利用死亡觀念所提供的著力點，就必須看見死亡在焦慮的起源所扮演的角色。最好的方法就是追溯焦慮的動力心理觀念的演變，試著了解死亡觀念爲什麼受到有系統的排斥。

佛洛伊德：與死亡無關的焦慮

佛洛伊德的思想對動力心理學的影響如此巨大，幾乎可以說動力心理思潮的演變就是佛洛伊德思想的演變。雖然他有卓越的先見之明，可是，我相信他對於死亡一直有盲點，使他看不見人類內心世界某些非常明顯的面向。我會提出資料說明佛洛伊德如何在臨床和理論中避談死亡，並提出逃避的可能背後原因。

佛洛伊德對死亡的逃避

佛洛伊德起初對臨床和理論的重要貢獻就是《歇斯底里症研究》，這是他在一八九五年和布雷爾合寫的書⁸²。這是一本迷人而值得注意的書，因爲它清楚描繪出對死亡的選擇性忽視，也爲它孕育出的整個精神動力治療領域打下排除死亡的基礎。書中提出五個主要的案例，一位（安娜·歐）由布雷爾執筆，其餘四位由佛洛伊德撰寫，還有幾個案例是以零碎的方式提出，或是在註解和討論的章節稍微提起。每位病人開始接受治療時都有許多症狀，包括癱瘓、麻木、疼痛、抽搐、疲倦、強迫性、窒息感、喪失味覺和嗅覺、胡言亂語、失憶等等。佛洛伊德和布雷爾根據這五位病人的研

究，假設病因是歇斯底里症，並據此提出一個系統化的治療方式。

五位病人在早期生活都經歷過重要的情緒創傷經驗。佛洛伊德指出，這種創傷雖然造成問題，但一般不會有長久的影響，因為創傷引發的情緒已經消散——或是得到宣洩（以某種有效的方式表達情緒而得到發洩），或是以別的方法疏通（佛洛伊德說創傷的記憶可能進入「相關的情結，而伴隨著其他經驗」，因而得以「消耗」或矯正，或是受到現實感管制，比如對於羞辱的處理，會考慮到一個人的成就和力量）。⁸³

這五個病人的創傷並沒有消散，仍然一直纏繞著病人（「歇斯底里患者因回憶而痛苦」⁸⁴）。佛洛伊德認為這些病人的創傷記憶與伴隨的情緒，被潛抑到意識思維之外（這是第一次提到潛抑和潛意識的概念），所以沒有遵循情感消散的正常過程。隱藏的情感一直鮮明有力地存在潛意識中，透過轉化成身體症狀（所謂「轉化性歇斯底里症」），才能在意識中表現。

治療的意含非常明顯：必須使病人回憶創傷，並表達受到扼殺的情感。佛洛伊德和布雷爾運用催眠，後來佛洛伊德則使用自由聯想，以幫助病人重現原初引起問題的記憶，並以言語和行為表達情感。

佛洛伊德根據這些假設來思索情感的發展與消散、症狀的形成，以及系統化的治療，他的思索可說是重要的里程碑，勾勒出日後動力理論和治療的輪廓。我現在所要討論的則是佛洛伊德對於情感不安來源的看法——原初創傷的本質。關於症狀的理論與治療的取向，在那本書中是前後一致的，可是從第一個病人到最後一位病人，佛洛伊德對於造成

症狀的創傷本質的描述，卻有極為迷人的演變。（在引言中，他說：「對於從宣洩到精神分析的發展有興趣的人，最好的建議就是閱讀《歇斯底里症研究》，並跟隨我的履跡。」⁸⁵）

書中前幾個病例的創傷看起來並不重要，如：迫使人相信深沈的精神官能狀態會導因於被一隻惡犬追逐⁸⁶；被雇主用棍子毆打；發現女僕讓狗喝他杯子裡的水⁸⁷；或是因為愛上雇主而必須承受對方不公平的斥責⁸⁸。越到後面，佛洛伊德對於創傷誘因的詮釋，變得越來越複雜造作。他相信病人是因為一些重要的原型而痛苦，相當於希臘神話的悲劇焦點

——對兒童的憎恨⁸⁹（因為兒童妨礙了妻子照料垂死丈夫的能力）、親子亂倫⁹⁰、看見原始景象的經驗⁹¹（意指最初看見父母交媾的景象），以及愛上姊夫而在姊姊死亡時的快樂⁹²（與隨之而來的罪惡感）。書中後面的病例、註記，和佛洛伊德的信件⁹³，都使人看見佛洛伊德對焦慮來源的思索朝著既定的方向：一、逐漸把造成焦慮的「真實」創傷的發生時間轉移到生命早期的階段；二、認為創傷的本質顯然只與性慾有關。

佛洛伊德對於五位病人情緒創傷的思索逐漸發展成正式的焦慮理論。焦慮是預期到危險時的信號；焦慮之源植基於生命早期的重大創傷，創傷事件的記憶受到潛抑，而伴隨的情感則轉化成焦慮。當預期到某種類似的危險會再度發生時，就會重新引發焦慮。

是什麼樣的創傷呢？什麼事件如此重大，竟然會不斷籠罩人的一生？佛洛伊德最早的答案強調無助感的重要性，他說：「焦慮是無助的最初反應，之後會在面對創傷時重現，做為需要幫助的訊號。」⁹⁴由於焦慮問題是精神分析的核心，而佛洛伊德又在一生中大膽改變基本的理論，也難怪他

對於焦慮會有各種不同的說法，而有些又是互相衝突的⁹⁵。在佛洛伊德理論的諸多改變中，有兩項焦慮的基本來源未曾改變：失去母親（遺棄與分離）和失去陰莖（閹割焦慮）。其他重要的來源包括超我或道德的焦慮、毀滅自我傾向的恐懼，以及「自我」解體的恐懼（被內心黑暗、非理性的黑夜力量征服）。

雖然佛洛伊德常常談到其他焦慮來源，但最強調的還是遺棄和閹割，他相信這兩個騷動的精神頑童會以不斷變換的偽裝，在清醒時不斷折磨我們，在睡夢中為兩個常見的夢魘——從高處掉落與被人追趕——火上加油。佛洛伊德總是像個考古學家，不斷探究更基本的結構，他認為閹割和分離有一個共同的特性：失落——失去愛，失去與母親結合的能力。從時間上來看，最早發生的是分離，在誕生的那一刻，創傷就已形成；可是佛洛伊德認為閹割才是首要的焦慮來源。他認為早期的分離是為閹割焦慮做準備，後者才是最早的焦慮經驗。

從佛洛伊德為焦慮和創傷來源做出結論的基本資料來看（《歇斯底里症研究》一書中的病例資料），病例史和佛洛伊德的結論與構想之間的差距之大，實在令人驚訝。這些病人的病史充滿如此多的死亡，必然要極度努力的忽視，才會在討論創傷誘因時遺漏死亡。在五個病人中，有兩位只有簡短地討論（其中一位叫凱特瑞納，是佛洛伊德在度假旅館遇到的女侍，只接受一次會談）。三位主要的病人安娜·歐、弗若·艾咪和弗洛琳·伊莉莎白（這些是精神分析文獻裡最早的精神動力案例報告），在臨床述敘中明顯地談到死亡。此外，還有跡象顯示，如果佛洛伊德對死亡焦慮有特別興趣的話，必然能挖出更多關於死亡主題的素材。

例如，安娜·歐的疾病最早是發生在父親生病的時候（十個月後因此病過世），她最初不屈不撓地照顧他，可是後來她的病包括意識狀態的奇怪改變、失憶、口齒不清、厭食、感官與肌肉的轉化症狀，導致最後不再接觸垂死的父親。隔年她的狀況更加惡化，布雷爾發現她心裡充滿了死亡的想法。比如，他提到雖然她的「意識有奇怪而快速波動的困擾，有一件事卻幾乎不曾留在意識之中，就是她的父親已經過世。」⁹⁶

布雷爾為安娜·歐催眠時，她產生了關於父親死亡的可怕幻覺。她在照顧他時，曾因為想像自己看到父親變成骷髏頭而暈倒。（治療時，她一度在鏡中看到父親的骷髏頭怒目看著她。）還有一次她出現幻覺，看到一條黑色的蛇攻擊父親，她試圖打敗這條蛇，可是手臂卻抬不起來，然後看見手指變成許多蛇，每一根指甲都成為小小的頭骨。布雷爾認為這些因為恐懼死亡而產生的幻覺是她生病的根本原因，他說：「（治療的）最後一天，藉著把房間重新安排成她父親病房的模樣，上述的幻覺得以重現，這就是她整個疾病的根源。」⁹⁷

弗若·艾咪就像安娜·歐一樣，在她最親密的人（她的丈夫）死亡後不久就生病，佛洛伊德為她催眠，詢問重要的聯想，她反覆流暢地談到與死亡有關的記憶——看見姊姊在棺木裡（七歲時），哥哥扮成鬼嚇她，好幾個兄姊把死掉的動物丟到她身上，發現母親因中風而昏迷（十五歲時），十九歲時母親過世，同樣在十九歲時照顧因肺結核而垂死的哥哥，哀悼哥哥的死亡，然後目睹丈夫突然過世。這篇臨床病例報告的前八頁有十一個地方明顯談到死亡、垂死或屍體，整篇關於弗若·艾咪的臨床描述都在談論她對死亡所瀰漫的

恐懼。

第三位病人弗洛琳·伊莉莎白在十八個月中逐漸生病，在這段期間，她照顧垂死的父親，並眼睜睜看著家庭無情地衰頹——一位姊姊搬到遠方，母親罹患重病，父親死亡。最後，在她摯愛的姊姊過世後，伊莉莎白的病情整個爆發出來。治療中，佛洛伊德為了加速她回想過往的記憶與情感，要求她探視姊姊的墳墓。（很像布雷爾把治療室安排成安娜·歐父親房間的方式。）

佛洛伊德相信當時的情境如果能引發早年久已遺忘的可怕而無助的情境，就會喚起焦慮，與死亡有關的創傷當然會引發病人深處的恐懼感和無助感。可是佛洛伊德對每個病例的結語，若不是忽略整個死亡主題，就是只有簡短談到失落引發的一般性壓力。他的構想集中在各個病人創傷的情慾部分【註九】。當弗洛琳·伊莉莎白的姊姊過世時，佛洛伊德幫助她體認內心深處的欣喜（以及隨後充滿罪惡感），是因為她渴望已久的姊夫可以娶她。有一項重要的發現：潛意識殘存的原始慾望之所以埋藏在心靈的地窖，是因為不能見到光明，當暫時跑到意識中時，會造成極大的焦慮，最終變成轉化症狀。

佛洛伊德確實在每一個病人身上發現重要的衝突，可是也需要詳細審視他所忽略的部分，父母親、配偶或是某個親近朋友的死亡，不只會造成一般的壓力，這種壓力遠甚於某

【註九】立夫頓在《破碎的關連》（Broken Connection）一書中，就佛洛伊德另一個重要的病例小漢斯，提出幾乎與我完全相同的觀點，並斷定原慾理論將死亡「去死亡化」。可惜他的書出版時，我已經寫完這本書，無法吸納他的豐富洞識。他的書是細膩重要的作品，值得用心一讀。

個重要對象的失落，而會撞擊否認死亡的大門。假使就像佛洛伊德推測的一樣，弗洛琳·伊莉莎白在姊姊過世時會想到：「她先生自由了，我可以成為他的妻子。」她更可能會因為想到：「如果我親愛的姊姊死了，那我也一樣會死。」而感到顫慄。安娜·歐對於父親的死，弗若·艾咪對丈夫的死，都是同樣的情形，每個人在內心深處都會閃現自己的死亡。

佛洛伊德接下來對焦慮來源的構想，以一種非常奇怪的方式繼續忽視死亡，他選定的失落是閹割和遺棄（陰莖和愛的失落）。他的姿態很不尋常，堅忍不拔的考古學挖掘者到哪裡去了？佛洛伊德總是要挖到底層——最早的源頭、生命的開端、原始人類的方式、對抗洪水的原始部落、最根本的驅力和本能。可是在死亡面前，他突然停了下來，他為什麼不從遺棄和閹割再往前走一步呢？這兩個觀念都依靠在本體論的底部，遺棄和死亡糾結在一起：被遺棄的靈長類必然死去；被拋棄的命運必然是社交的死亡，接著很快就是身體的死亡。從象徵的角度來看閹割，就相當於毀滅；如果從字面來看（佛洛伊德是指字面的意思），也會導致死亡，因為被去勢的人無法播種，最後難逃滅絕的命運。

在《禁止、症狀與焦慮》一書中，佛洛伊德簡短談到死亡在精神官能症病因所扮演的角色，然後又認為這太膚淺而不予考慮（稍後我會討論精神分析對「深入」和「膚淺」的看法是多麼顛倒是非）。佛洛伊德有一段文字經常被理論家引用，談到他為什麼不認為死亡恐懼是焦慮的基本來源：

精神官能症的產生，實在不太可能是因為客觀存在的危險而沒有任何深層心理機制的參與。任何

生命消滅的觀念似乎都不存在潛意識之中。根據每天排便的經驗和斷奶失去母親乳房的經驗，都能讓人聯想到閹割，可是無法讓人經驗到任何類似死亡的事；就算有的話，比如昏倒，背後卻沒有任何觀察得到的痕跡。所以我認為死亡恐懼應該類似閹割焦慮，在這種情況下，「自我」的反應就像被保護的超我（命運的力量）遺棄，失去對抗周遭危險的所有防護。⁹⁸

這裡的邏輯實在是太勉強了。首先，佛洛伊德堅持我們既然沒有死亡經驗，它就無法存於潛意識裡，難道我們有被閹割的經驗嗎？佛洛伊德也說沒有直接的經驗，可是他認為我們經驗到其他失落就相當於閹割的經驗——每日與糞便分離或是斷奶的經驗。糞便—斷奶—閹割的連結當然不如與生俱來對死亡的直覺要來得合乎邏輯。事實上，以閹割取代死亡，令其成為焦慮的基本來源，這種說法根本站不住腳，攻擊這種論點令我感到很不舒服，因為就好像攻擊一位顯然不良於行的對手一樣。舉例來說，女性顯然也有焦慮，想盡辦法把閹割理論套用到女性身上，實在是精神分析後設心理學的大騙局。

克萊茵（Melanie Klein）直率地批評佛洛伊德顛倒重要性，她說：「死亡恐懼會強化閹割恐懼，而不是類似閹割恐懼……因為生殖是對抗死亡的必要方法，失去性器官表示延續生命的力量結束。」克萊茵也反對佛洛伊德關於潛意識中沒有死亡恐懼的立場，她接受佛洛伊德後來的假設，認為潛意識的最深層有死亡本能（死亡之神），她說：「死亡恐懼也存在潛意識中，以對抗死亡本能的方式運作。」⁹⁹

雖然有克萊茵的異議，還有蘭克、阿德勒（Alfred Adler）和其他人的零星反對，佛洛伊德仍堅持自己的觀點，導致好幾代的治療師崇尚否認死亡。主要的精神分析教科書反映並延續這種趨勢，費尼徹爾（Otto Fenichel）在《精神官能症的精神分析理論》一書中說：「因為死亡的觀念是無法主觀想像的，所以每一種死亡恐懼都是掩飾其他潛意識的觀念。」¹⁰⁰魏德爾（Robert Waelder）在《精神分析的基本理論》一書中，完全不討論死亡¹⁰¹。葛林森（Ralph Greenson）在《精神分析的技巧與實務》一書中，只從死亡之神（佛洛伊德說的死亡本能）的觀點，簡短討論死亡，認為是大膽但不可靠的理論而不多加討論¹⁰²。只有佛洛伊德傳統以外的工作者（或是很快發現自己被排除在外的人），才逐漸矯正這個觀念。

為什麼佛洛伊德會把死亡排除在精神動力理論之外？為什麼他不認為死亡恐懼是焦慮的基本來源？這種排斥顯然不是僅僅出於疏忽，因為死亡恐懼既不深奧，也不是難以理解的觀念，而佛洛伊德怎麼可能沒有考慮到這個議題（然後蓄意加以排除）！他在一九二三年明確地說：「『每一種恐懼最終都是死亡恐懼』，這種誇張的說法完全沒有意義，無論如何都無法得到證明。」¹⁰³他的論據還是像以前一樣令人難以信服，他說根本不可能設想死亡，因為「自我」的某個部分始終是個活生生的觀察者。佛洛伊德再度得到令人無法滿意的結論：「死亡恐懼就像良心的恐懼一樣，是閹割焦慮的衍生物。」¹⁰⁴

請注意，佛洛伊德對死亡的忽略，只侷限於焦慮、潛抑和潛意識的正式理論的討論，簡單的說，就是心智機制的內

在運轉——齒輪、軸承和提供能量的電池【註十】。每當他自由揮灑的時候，就會對死亡提出大膽有力的推測，例如，在第一次世界大戰末，他寫了一篇犀利的短文《我們對死亡的態度》，談到否認死亡，以及人企圖透過創造不死的神話來征服死亡。我先前引用過一些他關於生命因為無常短暫而更為深刻豐富的說法，他深知死亡在形塑人生時所扮演的角色：

讓死亡在現實和我們的想法中得到應有的地位，稍微突顯潛意識對死亡的態度（我們至今是如此小心地壓抑它），是不是會比較好呢？似乎很難因此而進步，反而是一種退步——退化；可是它的好處是能多談談真相，使生活再次好過一點。畢竟，忍受生活一直是所有生物的第一要務。如果錯覺會使生活更艱難的話，就毫無價值。古人說：「如果你想要保持和平，就要為戰爭做好準備。」在這個時代可以改成：「如果你想要承受生命，就要為死亡做好準備。」¹⁰⁶

「如果你想要承受生命，就要為死亡做好準備。」佛洛伊德相信治療師的任務是幫助病人承受生命，他整個治療生涯都投注於這個目標。可是，除了上述那篇文章，他還是一直閉口不談為死亡做好準備、死亡觀念在心理治療中的角色，為什麼？

我們到目前為止只能指出佛洛伊德忽視了什麼、批評他

【註十】佛洛伊德六十四歲時在《超越快樂原則》中，把死亡放入他的心智模式，可是他談的仍然不是對死亡的基本恐懼，而是死亡的意願——把死亡之神視為兩個基本驅力之一¹⁰⁵。

的盲點，除非我們也有反省的能力，否則無法看得更深入。也許他的視野比我們更廣大，他有許多其他的著眼點；也許這個議題太簡單，他不覺得有必要從自己的立場提出全面的論述。我相信我們一直被提醒要仔細考慮佛洛伊德立場的背後原因，我認為他在動力理論中遺漏死亡，有兩個不健全的原因：一個是過時的行為理論模式；另一個則是堅持追求個人的榮耀。

佛洛伊德對死亡的忽略：理論方面的原因

佛洛伊德七十五歲時，被問到誰對他造成最大的影響，他就像以前一樣毫不遲疑地回答同樣的答案：「布魯克（Ernst Brücke）」。布魯克是佛洛伊德在醫學院時的生理學教授，也是他研究神經生理學短暫生涯時的指導老師。布魯克是一位嚴峻的人，有著普魯士人的鋼鐵意志和鋼青色眼珠，維也納大學的醫學生非常怕他。（考試時每位學生都有幾分鐘的口試，如果不會回答第一個問題，布魯克會不顧學生和旁教務長的懇求，在剩下的時間嚴厲堅定地不發一語。）布魯克終於在佛洛伊德身上發現他是值得栽培的學生，兩人在神經生理實驗室密切合作了幾年。

布魯克代表荷姆霍茲（Hermann von Helmholtz）建立的生物學體系，與支配十九世紀末西歐醫學和基礎科學背後的原動力。從另一位奠基者雷蒙（Emil du-Bois Reymond）的一段話，可以清楚看見荷姆霍茲的基本立場，以及布魯克對佛洛伊德的影響：

在有機體中最活躍的力量就是一般的物理化學力量；對於現在無法以物理化學力量來解釋的情

形，若不是可以用物理和數學的方法找出其作用的特殊方法或形式，就要假設物質中有某些可以化約成吸引和排斥的新力量，與化學物理力量同樣的重要。¹⁰⁷

荷姆霍茲的立場是反對生機論的決定論，認為人是由化學和物理機制活化的機器。布魯克在一八七四年的《生理學講稿》中，提到有機體和機器的力量來源雖然不同，但都是物理世界的現象，由符合能量不滅定律的力量所推動。只有在無知的時候才會把推動有機體的力量看成有許多種，「知識的進步可以把種類減少到兩種：吸引和排斥，這些都適用於人類這種有機體。」¹⁰⁸

佛洛伊德採納荷姆霍茲關於有機體的機械模式，應用到心智模式的建構。他在七十歲時說：「我的生命只有一個目標：推斷心智機器是如何建構的，以及各種力量如何在其內相互作用與對抗。」¹⁰⁹顯然可以看出佛洛伊德為什麼推崇布魯克。佛洛伊德的理論常常被錯誤的批評為不符合理性，他的理論其實深植於傳統生物物理化學的原理。佛洛伊德的雙重本能理論，討論原慾能量的不滅與轉換，以及在成為精神科醫師之前就堅信的決定論，都是出於布魯克以機械觀點來看人的基本原則。

了解這個背景以後，我們再回頭來質疑佛洛伊德為什麼把死亡排除在人類行為的構想之外。二元性（兩種截然相對的基本驅力）是佛洛伊德建構其後設心理學體系的基石，荷姆霍茲的原則需要二元性。想一想布魯克的說法：有機體內作用的基本力量有吸引和排斥兩種。潛抑理論是精神分析思想的起點，也需要二元性體系——有兩種基本力量的衝突才

會有潛抑。佛洛伊德整個生涯都試圖辨明驅策人類有機體的兩種相互對抗的基本驅力。他的第一個假設是「飢餓和愛」，具體表現在保存個別有機體和延續種族兩者之間的衝突。大部分精神分析理論都是根據這種對立——「自我」和原慾本能間的對立，在佛洛伊德早期理論中，這是潛抑和焦慮的來源。稍後他發現這種二元性是站不住腳的，於是提出另一種二元論——根本的二元論來自生命本身，在生命和死亡之間，愛慾之神和死亡之神中間。可是，佛洛伊德的後設心理學與心理治療卻是基於第一個二元本能理論；佛洛伊德和他的學生都沒有根據生命和死亡的二元性重新建構他的工作（唯一的例外是諾曼·布朗¹¹⁰），而大部分追隨他的人也摒棄第二個本能理論，因為後者會導致悲觀的治療立場。他們或是保持第一個原慾和「自我」的辯證，或是漸漸趨向榮格（Carl Jung）的本能一元論（這種立場會逐漸破壞潛抑理論的基礎）。

死亡還沒有發生，它是以後才會發生的事，是定位在未來的事件。想像死亡、為此感到焦慮，需要複雜的心智活動——把自己規劃、投射於未來。在佛洛伊德的決定論架構中，互相衝突並決定行為的潛意識力量是原始而本能的，沒有空間容納複雜的心智活動來想像和害怕未來。佛洛伊德的立場很接近尼采（Nietzsche）。尼采認為意識的深思熟慮完全與行為的產生無關，行為是由潛意識的機械力決定的，意識的考量是在行為之後，而不是之前；人覺得掌握自己的行為，完全是一種錯覺。人只是想像自己選擇了行為，以滿足自己掌控的意志，人需要把自己看成自主、自決的生命。

所以，死亡不能在佛洛伊德的正式動力理論佔有一席之地。因為它是未曾經驗過的未來事件，不可能如實地加以想

像，不可能存在於潛意識之中，所以不能影響行爲。把行爲簡化成兩種相對的原始本能時，就沒有死亡的容身之地。佛洛伊德成爲自己決定論體系的囚徒，只能以下列兩種方式來討論死亡在焦慮的產生與生命的觀點中所扮演的角色：一是在正式體系之外討論（在註腳或「非正式」的文章，好比〈關於當代戰爭與死亡的思考〉¹¹¹、〈三具棺材〉¹¹²）；二是硬把死亡塞進原有的體系，比如把死亡恐懼納入更原始的閹割恐懼之中，或是把死亡的意志歸於所有行爲背後的兩個基本驅力之一。可是，先是主張死亡是一種驅力，並沒有解決問題：它並沒有把死亡視爲未來的事件，忽視了死亡在生命中就像一種信號、命運、終站的重要性，不但可以剝奪生命中的所有意義，也可以召喚人進入真誠的生命方式。

佛洛伊德對死亡的忽略：個人的原因

要發現佛洛伊德爲什麼一直堅持明顯束縛他的聰明才智、迫使他採取扭曲立場的理論體系，就必須先對佛洛伊德這個人稍做研究。藝術家、數學家、遺傳學家或小說家的成果就已說明一切，花時間研究藝術家或科學家的私人生活和動機，實在是浪費心力——不過這常常是有趣的浪費，偶爾還有一些知性的啓發。可是一個理論若是意圖揭露人類行爲和動機的最深層面，而支持這個理論的資料大部分來自個人的自我分析的話，盡可能深入研究這個人就不是浪費，而是必要的。所幸資料非常豐富，關於佛洛伊德的資料可能比其他現代歷史人物的資料都要更多（可能除了伍迪艾倫以外）。

其實有許多關於佛洛伊德的傳記資料，從鍾斯（Ernest Jones）三大冊、一千四百五十頁詳盡的《佛洛伊德的生活

與工作》¹¹³，到通俗的傳記¹¹⁴、病人出版的回憶錄¹¹⁵，以及一冊又一冊的信件集¹¹⁶——人有可能從中仔細挑選，以答辯任何攻擊佛洛伊德人格的可恥假設。所以，讀者要非常留心。

我相信有許多跡象顯示，佛洛伊德對決定論著迷的關鍵，在於他熱切想要成爲偉大的人物，鍾斯的傳記就集中在這個主題。佛洛伊德出生時包覆在未破掉的羊膜裡，民間傳說這代表必然會出名，他的家庭相信他注定要出名，他的母親不會懷疑這一點，稱呼他爲「我珍貴的西格」，在所有孩子中最喜愛他。他後來寫道：「最被母親鍾愛的男人，一生都會覺得自己是勝利者，這種成功的信心常常導致真正的成功。」¹¹⁷早年的諸多預言激起這個信念：有一天在麵包店，有位年老的陌生人告訴佛洛伊德的母親，她將養育一位世界偉人；一位吟唱詩人在遊樂園裡從眾多兒童中挑出佛洛伊德，預言他有一天會成爲政府要員。佛洛伊德外露的智力天賦也因此得到強化；他在體育課時總是站在全班的排頭——根據鍾斯所言，他其實總是佔據享有特權的位置，而且不會被人質疑¹¹⁸。

不用多久，佛洛伊德就不再懷疑自己的命運。他在青少年時寫信給一位朋友，說他的作文得到高分，接著說：「你不知道自己正和德國名作家通信，你最好把我的信保留起來，將來會有想像不到的收穫。」¹¹⁹就這一點而言，最有趣的是他寫給未婚妻的信，那時他二十八歲（才剛進入精神醫學領域）：

我剛做了一件事，這件事會讓一群還沒出生、注定不幸的人感到心痛。你一定不知道我在說誰，

我來告訴你：就是我的傳記作家。我剛才銷毀了過去十四年來所有的日記、信件、科學筆記和出版物的手稿。只留下家書，你的信當然會留下來。所有過去的友誼和夥伴都再度出現眼前，無聲地接受毀滅的命運……包括我對整體世界的所有想法和感受，特別是那些我認為沒有存在價值的東西。我現在必須重新加以思考，我已經匆匆寫下許多，可是我被許多廢話圍繞，好像獅身人面像被沙掩蓋一樣，大量紙張很快就會堆到我的鼻子下面。我無法離開這裡，也不能在擺脫令我困擾的思想前死去，我或許能找到一些以前的資料。此外，每件事好像都落在我生命中這個決定性的時刻，在我們相會之前，在我選擇職業的時候，我已經拖延許久；好像已經死了很久，不該再拒絕一場隆重的葬禮。就讓傳記作家受到戲弄好了，我們不該讓他們太輕鬆。就讓他們每個人相信自己「形成英雄的構想」是正確的，儘管如此，我一想到他們全都會找不到頭緒，就覺得很有趣。¹²⁰

佛洛伊德藉尋找偉大的發現來追求偉大。他早期的書信談到懷有大量令人頭暈眼花的想法，然後又加以丟棄。根據鍾斯的記錄，他因為放棄早期神經組織學的研究，而與偉大擦身而過，差點建立神經元理論。他再度錯過古柯鹼的研究，佛洛伊德在信中談到這件事時說：「在此我要回顧一下，說明都是我未婚妻的錯，才使我沒有在年輕時就出名。」¹²¹佛洛伊德接著談到有一天向一位醫生朋友柯勒（Karl Koller）提起他對古柯鹼麻醉特質的觀察，然後出城探

望未婚妻好長一段時間，回來時柯勒已經完成決定性的手術實驗，因為發現局部麻醉藥而聲名大噪。

很少人有佛洛伊德這種聰明才智；他有極大的想像力、無窮的精力、不屈不撓的勇氣。可是當他進入完全專業的成人期時，卻發現自己的成功之路因為不公平的對待和無常的變化而受阻。布魯克曾告訴佛洛伊德，由於維也納的反猶太主義，他恐怕沒有希望得到成功的學術生涯——大學的支持、認可和升遷都向他關上大門。佛洛伊德在二十七歲時被迫放棄研究，當一位開業醫師維生。他研習精神醫學，並開始私人執業，「偉大的發現」成為他出名的唯一機會。

佛洛伊德對時間和機會逐漸流逝的感覺，正足以解釋他在古柯鹼事件中的缺乏判斷力。他讀到南美原住民嚼食古柯鹼植物而得到力量，於是把古柯鹼引進醫療，在維也納醫學會的演說中，讚美此藥對憂鬱症和疲倦的效用，讓許多病人服用古柯鹼，並鼓勵朋友（甚至包括未婚妻）服用，沒多久，第一篇關於古柯鹼成癮的報告出現，佛洛伊德在維也納醫學會的信譽直線下降（這件事導致維也納學術圈對佛洛伊德後來的發現不予理會）。

他開始完全沈浸於心理學，解開心智結構的謎團成為他的情婦，不久就得到歇斯底里症心理生成因素的整套理論。他對榮譽的期望寄託在這個理論的成功，當出現矛盾的臨床證據時，他被壓垮了。一八九七年他在寫給朋友弗利斯（Wilhelm Fliess）的信中，談到這個挫折：「流芳百世的希望是如此美麗，還有附帶的財富、獨立……這些都有賴於歇斯底里症的理論是否成功。」¹²²

零碎的觀察不足以代表什麼意義，佛洛伊德追逐的目標是包羅萬有的心智模式。一八九五年佛洛伊德還身兼神經生

理學家和精神科醫師，他覺得心智模式的發現即將成功，於是寫了一封信：

障礙突然移除，遮蔽的帷幕掉落，有可能從精神官能症的細節看出意識作用的整個方式。每一件事都各就其位，榫頭緊緊密合，就像機器即將自行發動。三種神經元系統，「自由」與「束縛」狀態的數量，原發和續發的過程，注意和防衛兩種生物法則，特質、現實和思想的指標，性心理的狀態，性慾造成潛抑，最後就是知覺功能是決定意識的因素——整件事都串連在一起。我當然忍不住流露出欣喜之情。¹²³

能完全滿足佛洛伊德要求的發現，必須具有兩個特徵：一、無所不包的心智模式，而且符合荷姆霍茲科學的條件；二、是原創的發現。佛洛伊德的基本心智架構包括：潛抑的存在、意識與潛意識的關係、思想和情感的生物基質是一種有創意的綜合體，新奇之處不在於其成分（叔本華〔Schopenhauer〕和尼采已就此開拓出一條清晰的路徑），而在於徹底適用於許多人類活動，包括夢、幻想、行為、症狀和精神病。（針對眾多前輩，佛洛伊德曾說：「許多人曾和潛意識調情，但我是第一個和潛意識結婚的人。」）佛洛伊德的模式認為能量（性力量或原慾）完全是原始的，有固定不變的總量，在嬰兒期和兒童期沿著預定好的清楚階段而發展，可能是受約束或自由的能量，有可能投注到某些對象，有可能滿溢而出，也可能受到控制，或是轉移到別的地方，這種能量是思想、行為、焦慮和症狀的來源。佛洛伊德非常

堅持這個大發現，為了原慾理論，他犧牲了自己與幾位最傑出弟子的關係，他們因為拒絕接受他所堅持的原慾在人類動機中佔有核心地位，而離開他。

死亡在人類行為所扮演的角色，包括焦慮的來源和動機的決定因素，對佛洛伊德顯然沒有什麼吸引力，死亡完全不符合他的動力理論所需的條件——既不是一種本能（不過佛洛伊德在一九二〇年又提出新的假設），也不符合荷姆霍茲的機械模式。死亡也不是新鮮事，事實上就像《舊約》一樣老舊。佛洛伊德的目標並不是加入遠古到當時的思想家行列，他要的是「不朽的名聲」，這需要他發現不曾被人了解的人類動機來源：原慾。佛洛伊德確實界定了人類行為中的一項重要因素，錯在他過於投入，武斷地堅持原慾的首要地位，他把人類動機的一個面向提升到首要而獨一無二的地位，並以這個面向涵蓋所有時代中的所有人。

對立的理論

沒多久就出現相反的理論。佛洛伊德最有創意的幾位學生對原慾理論抱持不同的意見；到一九一〇年，榮格、阿德勒和蘭克都選擇離開大師的寵愛，不願接受他對人性機械化、雙重本能的觀點。每一個背叛者都提出另一種動機來源，榮格假定有一種靈性生命力的一元論；阿德勒強調兒童對生存的關注，以及面對周遭高大成人世界時的渺小感和無助感；蘭克著重於死亡焦慮的重要性，認為人類一直纏繞在兩種恐懼之中：生命（及其固有的孤獨）的恐懼，和死亡的恐懼。這些觀點，再加上日後理論家如佛洛姆、羅洛·梅、川立克、凱澤爾和貝克等人的貢獻，都能補充佛洛伊德的結構理論，但無法取而代之。佛洛伊德最大的貢獻就是構思心

智的動力模式，要把死亡（恐懼死亡和接受死亡）引進佛洛伊德的動力模式，只需要重做安排即可——死亡一直在那裡，在閹割、分離和遺棄的背後。這是佛洛伊德與其後精神分析傳統不夠深入的例子，多虧後來的理論家提出矯正之路，讓我們能對人性有更深入的看法。

第三章 兒童對死亡的概念

我們對死亡的關注，處理死亡焦慮的方式，都不是容易描繪或了解的表面現象，也不是在成人時才發生的。而是深植於過去，廣泛影響求取安全和生存的一生。兒童研究能提供無與倫比的機會，以原始的方式了解人類與死亡的搏鬥。本章的目的是研究兒童如何面對死亡，兒童對死亡的體認，兒童的驚駭、逃避和防禦，以及面對死亡恐懼之後的發展。

我認為死亡對兒童的重要性，與學術界對兒童發展中死亡的關注之間有極大的落差。相關文獻非常貧乏，和其他兒童發展主題的大量文獻比起來，實在是小巫見大巫。兒童死亡概念的實證研究更是少見，精神分析取向的臨床工作者偶爾會企圖研究這個議題，可是常存有偏見，無法提供正確的觀察。此外，許多中肯的資料常常見於兒童發展或兒童精神醫學文獻主流之外的舊出版品。我們應該歸功於安東尼(Sylvia Anthony)，她在專題論文《兒童期及日後關於死亡的探索》中，對於學術研究與觀察的文獻，有極為出色的回顧和分析¹。

包括我自己的臨床工作，還有關於別人工作的考察，使我得到幾個結論：

- 一、行為科學家密切調查這個議題時，都發現兒童非常關注死亡。兒童對死亡的關心是非常普遍的，對他們所經驗到的世界有非常深遠的影響。死亡對他們是一種難以理解的謎，他們主要的發展任務之一就是處理無助和消滅因死亡所造成的恐懼，性慾的問題只是續發的衍生物。²
- 二、不但兒童非常關心死亡，而且開始關心的年齡遠比一般人所以為的還要早許多。

三、兒童經過有次序的階段逐漸察覺死亡，並發展出處理死亡恐懼的方法。

四、兒童的適應策略都是基於否認——我們好像不願意（或是不能）長大到足以承受生死的真相。

兒童關切死亡的普遍性

佛洛伊德相信兒童默不作聲地探究性慾，滿心想的問題是「來自何處？」而且這種普遍的關切是兒童和成人間鴻溝的來源。可是，有大量證據顯示「往何處去？」的疑問強烈佔據兒童心中，而且一生都在耳邊呢喃：「你能面對它、害怕它、忽視它、壓抑它，卻不可能擺脫它。」

大多數父母或觀察小孩的人，都會對兒童突然而無預警的問到死亡感到驚訝。有一次，我和五歲的兒子在海灘靜靜地散步，他突然轉向我說：「祖父和外祖父都在我出生前就過世了。」這種陳述好像「冰山一角」，我相信他暗中思考這個話題已經有一段時間。我盡可能溫和地問他有多常想到死亡之類的事，我難以置信地聽到他以一種奇怪的成人口氣回答：「我一直在想這件事。」

還有一次是他哥哥離家唸大學時，他天真爛漫地說：「家裡只剩下三個人，你、我和媽咪，不知誰會第一個死掉？」

一位四歲半的小孩突然對父親說：「我每天都擔心死亡；我希望自己永遠不要長大，因為我不想死。」³一位三歲半的女孩要求在頭上放一顆石頭，好讓她停止生長，免得老死⁴。一位四歲的女孩知道所有生命都會死時，哭了整整二十四小時，母親不知道該怎麼安慰她，只好輕聲向她保證

「小女孩的她永遠不會死」⁵。一位四歲的兒童在祖母過世後幾天，進入廚房看見桌上一隻死鵝血淋淋的頭一動也不動地垂下來，這個小孩在聽到祖母過世時並沒有特別的反應，但這時焦慮地看著死鵝好一會兒，然後問母親：「你所說的死掉就是這個樣子嗎？」⁶

艾瑞克森（Erik Erikson）談到一位祖母過世的四歲小孩，在看到棺木的晚上發作癲癇。一個月後發現一隻死蛾，向人問到死亡，再度發生痙攣。兩個月後，不小心捏死手中的蝴蝶，接著出現第三次痙攣。⁷

兒童提出的天真問題，可能會讓人目瞪口呆。小孩直接問問：「你什麼時候會死？」「你多老了？」「人幾歲的時候會死？」兒童宣稱：「我要活到一千歲。我想要活到成為世界上最老的人。」這些天真無邪的想法可能是死亡引發的祖父母、動物，甚至一朵花或一片葉子的死亡或凋零。可是，這些想法常常是沒有外來刺激時自發的，小孩只是洩露內心沈思已久的擔心。之後，當小孩學會「國王的新衣」時，也開始相信死亡是無關緊要的事。

安東尼安排九十八位五到十歲的兒童接受故事完成測驗，提供了一個兒童是否擔心死亡的客觀測量方法⁸。故事是開放式的，並沒有明顯談到死亡（例如：「小男孩夜晚上床準備睡覺時在想些什麼？」或是「有位男孩到學校上課，下課時他並沒有和別人一起玩，卻獨自坐在角落，為什麼呢？」）在完成這些故事的情節時，小孩顯示出對死亡或毀滅的大量關注，大約百分之五十的小孩以死亡、葬禮、謀殺或鬼魂來結束故事。如果把略帶推理的答案也算進去的話（比如「他被車子輾過」或「她失去了一個孩子」），這個比例會提高到百分之六十以上。以「小男孩夜晚上床準備睡覺

時在想些什麼？」這個問題為例，小孩的回答是：「有一個人會進到他房間，把他殺掉。」或「白雪公主，我沒有看過她，可是我在故事書上看到她死掉。」或「有人侵入他家，殺了他爸爸，也殺了小男孩。」有一個故事說到仙女問小孩想要長大，還是永遠不要長大，一般人以為小孩會急著長大，成為強壯有用的人，可是超過百分之三十五的小孩在完成這個故事時，卻寧可不要長大，因為他們把長大成人連結到死亡。

死亡概念的發展階段

既然有大量證據證明小孩對死亡的擔心，我接下來就要談死亡概念是怎麼產生的。許多研究者發現兒童對死亡的想法和恐懼，以及他們適應這種恐懼的方法與特定發展階段的關聯。

了解兒童對死亡認識時的障礙

有許多事妨礙我們了解小孩對死亡有什麼認識，因此這個領域必然有許多爭議。

缺少語言和抽象思考的能力：非常小的孩子不會說話，這是成人了解兒童內心經驗時難以克服的障礙。所以專家對於孩子知道什麼、不知道什麼的假設，常常充滿成見。還有一個因素就是發展學家（主要是皮亞傑〔Jean Piaget〕）證明小小孩缺乏抽象思考的能力。即使是發展到具體運思期（concrete mental operations）的十歲孩子，也才剛開始學習恰當使用「潛在的」或「可能的」⁹。由於死亡、本人的死亡、存在與不存在、意識、結局、永恆和未來，都是抽象概

念，所以許多發展心理學家認為小孩並沒有死亡之類事情的精確概念。

佛洛伊德的立場：還有一個重要因素一直影響專家對小孩死亡概念的看法，就是佛洛伊德的強烈反對。他相信生命初期幾年是形塑性格的重要時期，他也因此認為死亡在心理發展上是無足輕重的動機。《夢的解析》有一段話表達了他的立場：

兒童對死亡概念的理解與我們對它的理解簡直是大相逕庭。兒童對腐朽、冰冷的墳墓、永恆的虛空等概念一無所知，所以也無從畏懼，而成年人對這些概念則認為是無法忍受的。因為小孩子對死亡不會心存恐懼，所以可以把這恐怖的事當作兒戲，並用它嚇唬同伴：「如果你再這樣，就讓你死，就像弗朗茲那樣！」可憐的母親聽到這話會嚇得渾身打顫，可能她想到，世界上的人類大部分都活不過童年期。一個八歲左右的孩子在參觀完自然歷史博物館之後，很可能會對母親說：「媽媽，我太愛你了，如果你死了，我也要把你製成標本，放在我房中，我可以隨時看到你。」所以兒童關於死亡問題的看法與成人的看法，是少有相同之處的。令我吃驚的是聽到一個很聰明的八歲孩子在他父親死後說：「我知道我父親死了，但我不知道他為什麼不回家吃飯。」

此外，對從未見到死亡前痛苦情景的兒童來說，死亡大概的意思就是「走了」，不再打擾活著的人，兒童不了解是什麼帶來這種「不在」，不知

是旅行、失業、疏遠還是死亡……當大人不在時，孩子們並不很想念他們。母親們常常很傷心地說，在她們出去度假幾個星期回來後，聽到的消息竟是孩子們並沒有問起他們的媽媽。如果有一天他們的媽媽真的去了「未知世界」，那裡從未有過返回者，兒童最初似乎是忘記了她，只是在以後才又想起母親。¹⁰

所以佛洛伊德認為即使是八、九歲的兒童，仍然幾乎完全不了解死亡（所以也不會害怕）。在佛洛伊德對兒童基本關懷的構想中，把死亡歸於較後期的發展，認為較早而基本的關注是性慾。關於死亡在個人發展的角色，他的看法非常有影響力，導致一整個世代草率地封鎖這個議題。佛洛伊德的錯誤除了我在上一章所談個人和理論的原因之外，也有方法學方面的原因——他不曾直接治療小孩。

成人的偏見：在了解小孩對死亡的認識上，偏見也是一個重要的障礙。不論是觀察性、心理測驗或投射測驗的研究，成人都需要蒐集資料加以詮釋；而成人自己對死亡的恐懼和否認，常常對結果造成影響。成人很不願意和小孩談論死亡，會避免這個主題，毫不懷疑地接受表面的資料，因為他們不願意深入探究小孩，以致於系統化地誤解小孩的經驗，而且總是採取錯誤的方向，假定小孩不太注意死亡，所以也比較不會覺得痛苦。

有一項受到廣泛引用的文章，是由拉波斯（Rema Lapouse）和蒙克（Mary Monk）調查小孩的恐懼，正可以說明偏見的影響¹¹。兩位作者研究四百八十二位六到十二歲的正常小孩，目的是找出小孩恐懼的本質和程度，可是他們

覺得不可能和幾百個小孩會談，竟然以和小孩的母親會談來代替！這些母親認為小孩並不關心兩個與死亡最有關的項目：「生病、發生意外或死亡」和「擔心健康」，只有百分之十二的母親把第一項評為重要項目，百分之十六把第二項評為重要項目。（相對的，百分之四十四把「蛇」評為重要項目，百分之三十八把「學校的成績」評為重要項目。）

作者從中選了一百九十二位小孩做會談，結果顯示一般母親低估了兒童恐懼的頻率。兩個與死亡有關的項目顯示出特別大的落差，母親和小孩在這兩項的答案相同的情形只佔了百分之四十五；而雙方答案不同的情形中，有百分之九十是母親低估了小孩對死亡的擔心（這些母親也同樣低估了其他與死亡有點關係的項目：「家庭中有人生病或死去」、「病菌」、「失火」），這個發現表示母親並不了解孩子對死亡的擔心程度。

另一項研究報告一家兒童醫院對約翰·甘乃迪總統死亡的反應¹²，研究者發現受過良好訓練的工作人員在兒童對死亡反應的觀察上，出乎意料地一點也不可靠。這些工作人員不但在觀察反應上有很大的歧異，甚至連該讓小孩知道多少、小孩能承受多大的情緒壓力，都有非常不同的意見。

皮亞傑的整個專業生涯都在治療小孩，他覺得即使是非常精密的心理測驗，也常常產生不完整或虛假的資料，而最令人滿意的探究方式就是「一般檢查」（亦即「臨床會談」），這一點是大部分臨床工作者都同意的，可是文獻卻很少有深入與兒童會談的報告。人在看到幼小的哺乳動物時，從小貓、小狗、小馬到小孩，都很容易興起呵護的本能，要違反生物的本性來告訴小孩關於死亡的赤裸真相，實在是很难的事；我相信缺少這方面的專業探究主要是出於這種困

是旅行、失業、疏遠還是死亡……當大人不在時，孩子們並不很想念他們。母親們常常很傷心地說，在她們出去度假幾個星期回來後，聽到的消息竟是孩子們並沒有問起他們的媽媽。如果有一天他們的媽媽真的去了「未知世界」，那裡從未有過返回者，兒童最初似乎是忘記了她，只是在以後才又想起母親。¹⁰

所以佛洛伊德認為即使是八、九歲的兒童，仍然幾乎完全不了解死亡（所以也不會害怕）。在佛洛伊德對兒童基本關懷的構想中，把死亡歸於較後期的發展，認為較早而基本的關注是性慾。關於死亡在個人發展的角色，他的看法非常有影響力，導致一整個世代草率地封鎖這個議題。佛洛伊德的錯誤除了我在上一章所談個人和理論的原因之外，也有方法學方面的原因——他不曾直接治療小孩。

成人的偏見：在了解小孩對死亡的認識上，偏見也是一個重要的障礙。不論是觀察性、心理測驗或投射測驗的研究，成人都需要蒐集資料加以詮釋；而成人自己對死亡的恐懼和否認，常常對結果造成影響。成人很不願意和小孩談論死亡，會避免這個主題，毫不懷疑地接受表面的資料，因為他們不願意深入探究小孩，以致於系統化地誤解小孩的經驗，而且總是採取錯誤的方向，假定小孩不太注意死亡，所以也比較不會覺得痛苦。

有一項受到廣泛引用的文章，是由拉波斯（Rema Lapouse）和蒙克（Mary Monk）調查小孩的恐懼，正可以說明偏見的影響¹¹。兩位作者研究四百八十二位六到十二歲的正常小孩，目的是找出小孩恐懼的本質和程度，可是他們

覺得不可能和幾百個小孩會談，竟然以和小孩的母親會談來代替！這些母親認為小孩並不關心兩個與死亡最有關的項目：「生病、發生意外或死亡」和「擔心健康」，只有百分之十二的母親把第一項評為重要項目，百分之十六把第二項評為重要項目。（相對的，百分之四十四把「蛇」評為重要項目，百分之三十八把「學校的成績」評為重要項目。）

作者從中選了一百九十二位小孩做會談，結果顯示一般母親低估了兒童恐懼的頻率。兩個與死亡有關的項目顯示出特別大的落差，母親和小孩在這兩項的答案相同的情形只佔了百分之四十五；而雙方答案不同的情形中，有百分之九十是母親低估了小孩對死亡的擔心（這些母親也同樣低估了其他與死亡有點關係的項目：「家庭中有人生病或死去」、「病菌」、「失火」），這個發現表示母親並不了解孩子對死亡的擔心程度。

另一項研究報告一家兒童醫院對約翰·甘乃迪總統死亡的反應¹²，研究者發現受過良好訓練的工作人員在兒童對死亡反應的觀察上，出乎意料地一點也不可靠。這些工作人員不但在觀察反應上有很大的歧異，甚至連該讓小孩知道多少、小孩能承受多大的情緒壓力，都有非常不同的意見。

皮亞傑的整個專業生涯都在治療小孩，他覺得即使是非常精密的心理測驗，也常常產生不完整或虛假的資料，而最令人滿意的探究方式就是「一般檢查」（亦即「臨床會談」），這一點是大部分臨床工作者都同意的，可是文獻卻很少有深入與兒童會談的報告。人在看到幼小的哺乳動物時，從小貓、小狗、小馬到小孩，都很容易興起呵護的本能，要違反生物的本性來告訴小孩關於死亡的赤裸真相，實在是很难的事；我相信缺少這方面的專業探究主要是出於這種困

難。其實我非常懷疑，如果設計出一種研究計畫，直接詢問小孩關於死亡的問題，是否能得到監護人的同意；毫無疑問，這種計畫必然會受到父母的強烈反對。

因此，一般都是以推論和膚淺的方式來詢問。只有少數幾份報告是基於直接會談的研究¹³，而最徹底的報告都是幾十年前的研究。納吉（Maria Nagy）和安東尼報告她們在一九四〇年代的研究，納吉在進行研究的學校裡被小孩稱為「死亡阿姨」，她請小孩畫與死亡有關的圖、寫與死亡有關的文章，並討論關於死亡的想法¹⁴。安東尼請小孩解釋與死亡有關的字詞，並運用故事完成測驗¹⁵。希爾德和衛斯勒（David Wechsler）在一九三五年讓小孩看一系列與死亡有關的圖片，並詢問他們的反應¹⁶，雖然這些圖片與死亡有明顯的關聯，甚至非常恐怖，作者卻囿於小孩的敏感性，只從表面意義報告小孩的反應。如果受測者是成人的話，研究者一定不會省略這個步驟，而會非常深入地探索、調查、詮釋這些反應。

兒童接受的教導：要了解小孩對死亡知道什麼，還有一項障礙，小孩對死亡的認識很少能長久保持原初的樣貌。成人看到小孩因為想到死亡而困擾時，會感到非常心痛，而急著幫助小孩。小孩會察覺大人的焦慮，而覺得必須壓抑對死亡的擔心：從父母那裡並不能得到真正的慰藉。許多父母雖然心中了然，也贊成對小孩誠實以對，可是在看到小孩的憂傷時就會搖擺不定。安東尼報告一則簡短的生動對話，是一位五歲小孩和身為大學教授的母親的對話：

小孩：「每一個動物也都會死嗎？」

母親：「對，動物也都會死。每一種有生命的東西最後

都會死。」

小孩：「我不想要死。我要活得比地球上的每一個人都久。」

母親：「你永遠不會死；你可以永遠活下去。」¹⁷

父母通常會試圖減輕小孩的恐懼，提出某種形式的否認，包括出於自身的否認系統，或是社會認可的永生神話。研究者常常發現並不是小孩天性如此，而是小孩的體認、焦慮與否認，和大人的焦慮與否認的防衛作用混雜在一起。我稍後會討論什麼應該告訴小孩，什麼不應該告訴小孩，只是我們必須了解為什麼我們會選擇各種不同的死亡教育，是為了小孩好還是為大人好？弗曼（Erma Furman）仔細研究失親的小孩，結論是：「關於死亡的具體資料，在某些時候對小孩有幫助，當周遭的大人或有意或無意地歪曲或隱藏客觀事實時，反而讓小孩更難消受。」¹⁸

對死亡最初的覺察

小孩最早在什麼時候知道死亡？有好幾種資料來源（這些資料都受到上述障礙的限制），包括：父母或受過訓練的觀察者長期仔細的觀察；心理測驗，主要來自字詞說明（比如「死亡」、「生命」、「生存」）、故事完成測驗、主題統覺測驗、兒童繪圖分析；由醫院或育幼院的工作人員做有系統的觀察；兒童治療師的病例報告，或是成人治療師提供追溯往事的資料報告。

死亡和語言的發展：較客觀的測量方法有賴於兒童的語言能力。安東尼請八十三位兒童說明「死亡」的意義（將之交雜在一般字彙的測驗中），試圖了解兒童從什麼時候開始

知道死亡。所有七歲以上兒童的反應都顯示他們了解這個詞的意義（不過常常在他們的定義中加入不合邏輯或不合乎生物學的內容），六歲的兒童則有三分之二了解。二十二個六歲及六歲以下的小孩中，只有三個完全不知道死亡是什麼意思¹⁹。

另一個客觀的方法是研究兒童關於「生存」或「生命」概念的發展。小小孩似乎對生存的本質感到非常困惑。蘇利（J. Sully）在一八九五年發現小小孩認為所有能自己動的現象就是生命的表徵，所以認為有些物體如火或煙也是有生命的²⁰。皮亞傑認為小孩的生命觀有四個階段（他認為類似原始部落的生命觀），一開始會認為無生命的東西都有生命和意志；到大約七歲初的時候，小孩會認為只有可以動的東西才有生命；在八到十二歲之間則認為能自己動的東西才有生命；之後，兒童的觀點逐漸與成人一樣²¹【註一】。

小孩在了解什麼是有生命的，什麼是無生命的過程，會經歷許多困惑。例如，有一項研究發現七、八歲的孩子有三分之一以上相信手錶、河水是活的；四分之三覺得月亮是活的，而百分之十二覺得樹木是沒有生命的²²。小孩的困惑可能會因為來自環境的混淆訊息而強化，沒被大人清楚明確教導過這類事的小孩，可能會覺得娃娃和機械玩具好像是有生命的；充滿詩意的語言是另一個困惑的來源（「雲在天空賽

【註一】皮亞傑認為死亡的主題有助於發展成熟的因果關係概念。在兒童的早期想法中，動機被視為事物存在的來源和解釋，每一個原因都伴隨一個動機。小孩逐漸了解死亡時，思想體系就會發生劇變：動物和人會死，他們的死亡無法以小孩的動機來解釋，於是小孩逐漸了解死亡必然是出於自然法則——這是與人無關、始終如一的法則。

跑」、「月亮對著窗戶眨眼」、「小河舞向大海」）。

對兒童的觀察：語言發展的研究使許多發展學家和臨床工作者認為小孩了解死亡的時間很晚，比直接觀察小孩所得到的結果晚了許多。也許研究者所要求的嚴格證據是不必要的，有什麼理由認為小孩必須能界定「生存」或「死亡」的意思，才算真的了解自己就像昆蟲、動物、其他人一樣有一天會結束生命呢？研究非常小的小孩的人，幾乎都推斷他們有許多和死亡的交流。反對的理論是根據小孩未滿八到十歲時還無法了解抽象概念，這一點相當可疑，就如凱森邦和艾森伯格所指出的，在「完全不了解」和清楚整合的抽象思維間，有許多方式會讓幼小的心靈與死亡產生關係²³。雖然有點模糊，可是「與死亡產生關係」這句話是很耐人尋味的——非常小的孩子會想到死亡，害怕死亡，對死亡感到好奇，表現出與死亡有關的認識，而且會持續一生，還會建立魔法般的防衛來對抗死亡。

凱森邦和艾森伯格描述了一些對大衛的觀察，十八個月大的他在院子發現一隻死去的小鳥，小男孩大吃一驚，父母說他的表情「僵住，好像希臘悲劇中特定表情的面具」²⁴。大衛是典型的學步期兒童，會拿起每一件東西檢查一番；可是，這回他蹲在小鳥旁邊，但沒有碰牠。幾週後他發現另一隻死去的小鳥，這次他拿起小鳥，擺出模仿小鳥飛翔的姿勢，堅持把小鳥放回樹枝上，父母把死鳥放在樹上，可是小鳥並沒有飛，大衛仍一再堅持把小鳥放回樹上。幾週後，小男孩注意到一片落葉，於是努力想把這片葉子放回樹上，發現無法挽回樹葉的命運時，他要父親把樹葉恢復原狀。由於大衛還不會說話，我們無法精確地了解他的內在經驗，可是他的行為表示他在與死亡的概念搏鬥。接觸死亡無疑引發了

先前所沒有的不尋常行爲。

心理學家布蘭特（Szandor Brant）描述兩歲三個月的兒子麥克發生的事情²⁵。麥克已有一年不用奶瓶，現在卻每夜醒來好幾次，哭鬧著要奶瓶，他堅持如果沒有奶瓶的話就會「失去聯繫」、「汽油不夠」、「發動機壞掉，我就會死掉」。父親說在麥克夜晚驚醒之前不久，遇到汽車用完汽油的情形，他們在孩子面前討論發動機可能「壞掉」，電瓶可能「完蛋」。父親認為麥克可能相信自己必須一直喝東西，否則就會死掉。在麥克更小的時候，就已看得到他對死亡的擔心，當看到過世親人的相片時，他就一直詢問這位親人的狀況。麥克的故事指出死亡可能是小孩小時重要的壓力來源。此外，就像前一個例子一樣，麥克在很小的時候就知道死亡是一個問題，凱森邦認為這個問題可能是最早的重要問題，以及心智發展的最初刺激²⁶。

羅曲林（Gregory Rochlin）根據一系列三到五歲正常小孩所玩的遊戲，也推斷小孩在很早期就知道生命有其終點，死亡將會降臨到他和他所依賴的人。

我的研究顯示，小孩在很早期就知道死亡，包括自己的死亡，遠比一般以為的要早許多。到三歲時，就可以用明確的語詞表達害怕自己的死亡。在三歲前多久得到這種資訊，只是出於推測，不太可能和較小的小孩討論這個主題，而且也很零碎。比較重要的是三歲的孩子可能已經受到死亡和恐懼的影響。²⁷

羅曲林說，只要願意傾聽兒童，並觀察他們的遊戲，就

能立刻得到證據²⁸，小孩經常玩死亡和復活的遊戲。學習死亡的機會很多，小孩去一趟肉市，就會讓他們學到不少。也許根本不需要經驗，就像謝勒（Max Scheler）的主張²⁹，每個人都對死亡有直覺的認識。不論知識是從何而來，有一件事是確定的——否認死亡的傾向存在我們內心深處，甚至在生命早期就已如此。當渴望與知識相反時，我們就會放棄知識。

當現實強力介入時，缺少經驗的否認死亡防衛機轉就會搖搖欲墜，以至於充滿焦慮。羅曲林談到一個三歲半的小男孩，幾個月來一直問自己或父母什麼時候會死³⁰，父母含糊地說他不會死，沒多久他的祖父過世（祖父住在遠方，小孩不太認得他），小孩開始常常做惡夢，總是拖延不肯就寢，顯然是把睡眠等同於死亡。他問死時會不會很痛苦，並說自己很怕死。他所玩的遊戲充滿生病、死亡、殺人、被殺。雖然很難確知「死亡」在前運思期孩子的內心世界代表什麼意思，但這個小孩對死亡有很大的焦慮，死亡意味著被放入下水道、受到傷害、消失、從排水管失去蹤影、在葡萄園中腐爛。

另一位四歲小孩的祖父在他三歲生日時過世，這位男孩堅持祖父並沒有死。有人告訴他，祖父因為年老而死，他想要確定母親和父親並不老，並告訴父母他不想長大。這段會談清楚顯示這位四歲男童「與死亡產生關係」，摘錄於下：

男孩：我昨天晚上看見一隻死蜜蜂。

醫師：看起來死掉了嗎？

男孩：牠是被殺死的，有人踩到牠，然後就死了。

醫師：像人死掉一樣嗎？

男孩：牠們死掉，但是和死人不一樣。沒有任何東西像死人。

醫師：有什麼差別呢？

男孩：人會死，蜜蜂也會死。可是人會被放到土裡，而且他們不乖。

醫師：不乖？

男孩：過很久以後，蜜蜂會活過來。可是人不會。我不想談這件事。

醫師：為什麼？

男孩：因為我有兩個祖父還活著。

醫師：兩個？

男孩：一個。

醫師：另一個怎麼了？

男孩：他死很久了，有一百年了。

醫師：你也會活很久嗎？

男孩：一百歲。

醫師：然後呢？

男孩：我可能也會死。

醫師：所有人都會死。

男孩：對，我也會。

醫師：真令人傷心。

男孩：不管如何，我必須傷心。

醫師：你必須？

男孩：當然。我父親快死了，真令人傷心。

醫師：為什麼是他？

男孩：算了。

醫師：你不想談這件事。

男孩：我現在想看媽媽。

醫師：我會帶你去找她。

男孩：我知道死人在哪裡，在墓園裡。我的老祖父死了，他出不來。

醫師：你是說他埋葬的地方。

男孩：他出不來，永遠也出不來。³¹

克萊茵根據自己分析兒童的經驗，推斷非常小的孩子與死亡的關係很密切，這個關係發生在了解死亡概念之前更早。克萊茵說，對死亡的恐懼是嬰兒最早期生命經驗的一部分。她接受佛洛伊德在一九二三年提出的理論，認為有一種普遍的潛意識死亡驅力，可是她還主張如果人類要存活的話，必然有一種失去生命的恐懼來平衡死亡驅力。克萊茵認為恐懼死亡是焦慮的原始來源；性慾和超我的焦慮都只是後來衍生的現象。

我在精神分析中的觀察，顯示潛意識對生命消逝有所恐懼，我也認為如果假設有死亡本能，就必須也假設心靈最深處會以恐懼死亡來回應死亡本能。內心處理死亡本能所產生的危險，是焦慮的最早原因……被毀滅的恐懼如實表達自我完全消滅的恐懼……對死亡的恐懼形成了閹割焦慮，並不是「類似」閹割焦慮。……既然生殖是對抗死亡的必要方式，失去生殖器官就代表失去保存及延續生命的創造力。³²

克萊茵認為關心生殖是來自死亡恐懼的論點，等於是質

疑傳統精神分析的觀點，挑戰人精神生活中到底什麼才是「最主要」的事。艾斯勒（Kurt Eissler）在精神分析運動的早期就深入思考死亡，他的結論也認為兒童早期對性慾的關注，其實是衍生自更早期令人恐懼的死亡體認：

細膩研究這件事，就會發現兒童探索生殖過程（也就是「生命的真相」）是出於更早期對死亡的探索。兒童轉而不再探索死亡，可能是因為過於可怕、全然無助，以及怕繼續下去可能會感到絕望。³³

其他深入觀察兒童的治療師，也都認為不管理論上兒童的智力是否足以了解死亡，其實都能抓到這件事的本質。安娜·佛洛伊德在倫敦遭受空襲時治療小孩，她寫道：「我可以很有把握地說，所有兩歲以上的小孩，在倫敦遭受空襲時，都了解房子遇到炸彈會倒塌，人會因為房子倒下而受傷或死掉。」³⁴她描述一位知道父親死亡的四歲半小孩，小孩的媽媽希望孩子否認父親的死亡，可是孩子堅持說：「我知道父親的事，他死了，再也不會回來了。」

弗曼治療許多失親的小孩，她認為小孩在一到兩歲之間就對死亡有基本的認識，這種認識會被某些更早期的經驗所強化，幫助孩子形成必要的心智範疇。弗曼引用下述實例：

母親過世時，蘇西剛好三歲，聽到這個傷心的消息時，蘇西立刻問：「媽媽呢？」父親提醒她最近發現一隻死去的鳥，並將牠埋起來的事，他解釋媽媽也死了，已經埋起來了，只要蘇西願意，他會

帶她去看埋在什麼地方。一個月後，蘇西告訴父親：「吉米（鄰居六歲大的兒子）說媽媽很快就會回來，因為他媽媽這樣告訴他。我告訴他那是假的，因為我媽媽死了，如果你死了，就永遠沒辦法回來。這是正確的，爸爸，是不是？」³⁵

一位母親提到與三歲九個月大的小孩間的互動：

珍沒有聽過任何宗教的教導，到目前為止也沒有認識的人過世。幾天前，她開始提出關於死亡的疑問……一開始她問人會不會像花一樣在春天回來（一個禮拜前，她因為最喜歡的花凋謝而感到非常難過，我們安慰她花會在春天回來），我回答人回來的樣子會不一樣，可能是個小寶寶。這個答案顯然令她擔心——她討厭改變，而人會變老——因為她說：「我不希望外婆變得不一樣，我不想要她改變、變老。」然後又問：「外婆會不會死？我不是也會死？是不是每個人都會死？」我說是，她流下心碎的眼淚，一直說：「可是我不想要死，我不想要死……」然後她問人是怎麼死的，會不會痛，死了以後會不會再睜開眼睛，會不會說話、吃東西、穿衣服。在流淚問這些問題時，她忽然說：「我現在要繼續吃下午茶。」於是暫時忘了這件事。³⁶

有意思的是這位母親不安、含糊的反應，之前不久，她才毫無困難的回答女兒關於出生和寶寶來自何處的疑問。她

對上述報告的結語是：「這個問題完全出乎我的意料，雖然我預期小孩會問出生之類的問題，卻還沒想到會提到死亡，而我自己對死亡的看法也還很模糊。」雖然父母可能會提出安慰保證的話，可是小孩顯然感覺得到父母的焦慮和困惑。

其他與父母對話的報告，感覺得出小孩對死亡的恐懼和好奇。例如：

五歲一個月的理查最近在洗澡時開始抽噎著提到死亡，一副很淒慘的樣子。昨天他在洗澡時游上游下，笑說可能永遠不死、要活一千歲。今天他說：「我死的時候可能會很寂寞，你會不會陪著我？」「可是我根本不想要死，我不要死。」前幾天他很擔心不知道會怎麼死，母親告訴他不用擔心，因為她會先死，所以他會知道死亡是怎麼回事，這似乎消除了他的疑慮。³⁷

摩瑞爾 (Adah Maurer) 在一篇引起爭論的文章中，就嬰兒早期對死亡的覺察，提出一些有趣的推測³⁸。摩瑞爾推論嬰兒的第一項任務就是區別自己和環境間的差異——了解生命和無生物是不同的。小嬰兒在意識和潛意識、睡眠和清醒之間來回擺盪時，開始感覺到這兩種狀態的不同。嬰兒在夜驚時的心理經驗是什麼呢？摩瑞爾認為嬰兒可能經驗到不存在的感覺和恐懼。躺在黑暗、寂靜的房間，什麼都看不到也聽不見，嬰兒可能因為不完整的現場感和脫離現實的感覺而驚恐。(研究夜驚的史德恩 [Max Stern] 也得到類似的結論：小孩害怕不存在的感覺。)³⁹

嬰兒為什麼喜歡把玩具從進食椅上丟下來呢？如果有照

顧者幫他取回玩具的話，嬰兒常常一直玩下去，直到照顧者玩累為止。這種喜悅也許來自肌肉動作中的樂趣；也可能是懷特 (Robert White) 稱之為「影響力」的驅力表現——意指掌控環境時的樂趣⁴⁰。摩瑞爾認為嬰兒著迷於消失和重現，在他們的想法和行為中，將之視為存在與不存在的實質象徵⁴¹。其實懷特所說的影響驅力可能衍生自嬰兒克服不存在的企圖。這些推測和許多關於「客體恆常性」的兒童發展文獻彼此共鳴，詳細討論這個主題會使我離題太遠，簡單地說，就是除非小孩能確定客體是持續存在的，否則無法正確評估其消失；要能了解改變、破壞或消失，恆常性才有意義，所以小孩發展出恆常與逐漸改變的概念⁴²。此外，客體恆常性和自我恆常不變的感覺是密切相關的；持久（活的、存在）與消失（不存在、死亡）的配對變動，對兒童的發展是不可或缺的。

「全部不見了」是小孩最早學會的語彙之一，「全部不見了」也是兒童期恐懼的常見主題。小孩會注意進餐時雞肉是怎麼不見的；或是發現拉起浴缸塞子，洗澡水就流光了；還有糞便是怎麼被沖走的。很少有小孩不怕被吃光、流光或沖走。精神分析文獻發現潛意識把糞便等同於屍體⁴³。心理治療師應該重新思考排便訓練衝突的心理動力，因為可能不只是性本能和頑固的抗拒，對兒童來說，排便訓練會引發形體能否完整與存活的恐懼。

當小孩發現消失的物體並不一定會重新出現時，就會尋找其他方法來保護自己免於不存在的威脅，小孩要掌控「全部不見」的情形，而不是當受害者，於是主動拉起浴缸的塞子、沖走馬桶裡的東西、快樂地吹熄火柴、高興地幫母親踩垃圾桶的踏板。之後，小孩把死亡轉移到別的事情，也許是

牛仔和印第安人遊戲的象徵，或是消滅昆蟲的生命。荷妮覺得小孩的敵意和破壞性，其實與他們覺得自己的生存遇到危險的程度成正比。

一旦小孩「知道」，會發生什麼事？

知道的事不會一直保留在意識中。麥印塔（Matilda McIntire）、安格爾（Carol Angle）和史川普勒（Lorraine Struempfer）詢問五百九十八位小孩，死去的寵物是否知道主人想念牠，結果發現七歲的小孩比十一、二歲的小孩更能接受死亡是無法改變的結局⁴⁴。亞歷山大（Irving Alexander）和艾德勒斯坦（Arthur Adlerstein）的報告也有類似的發現，他們測試許多五到十六歲小孩看到一系列與死亡相關字詞（夾雜在一般字詞之中）時的膚電反應（一種測量焦慮的生理學方法）⁴⁵，他們把小孩分成三組：兒童期（五到八歲）、前青春期（九到十二歲）和青春期（十三到十六歲），結果發現兒童期（和青春期）的小孩比前青春期的孩子對死亡相關的字詞有更為強烈的情緒反應。他們認為前青春期是良性階段，是兒童的「黃金年齡」，這個年紀的兒童過於投入生活的常軌及其中的樂趣，比較不會關心死亡的概念。

我相信這些結果可以用不那麼盲目樂觀的方式來解釋，年紀較小的孩子突然發現「生命的真相」，孤獨的探索使他們發現死亡，可是小孩無法承受這種發現，因而面臨原始的焦慮，雖然小孩會尋求保證，但仍然必須處理死亡。面對死亡可能使他恐慌、否認它、把它擬人化、嘲弄它、壓抑它、用別的東西替代它，可是仍然必須處理它。在前青春期，小孩學會（或是被教導）否認現實，於是逐漸發展出有效而複雜的否認方式，對死亡的覺察滑入潛意識，而減少外顯的死

亡恐懼。無憂無慮的前青春期，所謂「黃金年齡」，並沒有減輕死亡焦慮，而是由死亡焦慮造成的。雖然前青春期的孩子得到許多一般知識，但同時也躲避生命真相的知識。對死亡的覺察就好像嬰兒期的性慾一樣「潛伏」起來，直到青春期時，兒童期的否認系統不再有效，青少年的內省傾向和更多的資源，使他／她再度面對無法逃避的死亡、承受焦慮，並尋找不同的適應模式來面對生命的真相。

知道的階段

對小孩接續發展的死亡概念的處理方式，要依據他最早在什麼時候「知道」死亡。小孩可能是逐漸了解死亡；也可能太早就忽然知道太多，然後找到方法來壓抑這個知識，「不要知道」它，然後逐漸準備好接受他原本就已知的事（我相信是後者）。這是無法確定的，兩種觀點都沒有確切的證據。

我認為小孩在最初知道死亡之後，接下來是一連串基於否認而有的階段。所謂否認就表示先前已經知道，人只能否認自己已經知道的事。如果讀者不接受我假設的論點，傾向支持原本的知識，就必須把我所寫的「否認」改成「近似知道」。

否認：死亡是暫時的、意識的縮減、不省人事，或睡著。許多學會說話的小孩談到他們認為死亡是可以恢復的、暫時的，或是一種意識的縮減，而不是中止。這種觀點會受到無遠弗屆的電視卡通所強化，卡通裡的主角以各種各樣的方式漲破、壓扁、碾碎或分屍，最後都能奇蹟地組合成原樣。奈吉報告了幾個生動的會談摘錄：

甲(四歲八個月)：「它是因為在棺材裡才沒辦法動。」

「如果它不在棺材裡的話，能不能動呢？」

「它就能吃能喝。」

乙(五歲十個月)：「它的眼睛閉著，躺在那裡，一動也不動。不管別人對它做什麼，它都不說一個字。」

「十年以後，它還會不會像埋葬時一樣呢？」

「會比較老，它會越來越老。等它一百歲時，就會完全像一片木頭。」

「為什麼會像一片木頭？」

「我說不上來。我姊姊五歲了，她死的時候我還沒出生。她現在有這麼大了，她的棺材很小，可是很合她的身材。」

「你認為她現在在做什麼呢？」

「她躺著，一直躺著。她還是很小，可是她不像一片木頭，只有很老的人才會像木頭。」

「在地下發生了什麼事？」

丙(四歲十一個月)：「他在哭，因為他死了。」

「可是他為什麼要哭呢？」

「因為他怕他自己。」

丁(四歲十個月)：「死人就像睡著一樣。睡在地裡面。」

「就像你晚上睡覺一樣嗎？」

「嗯……他的眼睛閉著，就像人晚上睡覺一樣。像那樣睡覺，就像那樣。」

「你怎麼知道一個人是睡著了還是死掉了？」

「我知道如果人晚上睡覺，就會閉上眼睛。如果有人睡覺卻沒有起床，就是死了或生病了。」

「他還會再醒來嗎？」

「不會，死人只知道有沒有人在墳墓旁邊，他感覺到有人在那裡，或是在說話。」

「他感覺有花放在墳墓上，水會碰到沙土，慢慢的，他聽到每一件事。阿姨，死人會不會感覺到水滲到土裡？」

「你想呢？他會不會想離開那裡？」

「他一定很想出去，可是棺材被釘起來了。」

「如果他不在棺材裡，有沒有辦法回來？」

「他沒有辦法把泥沙挖開來。」

戊(八歲五個月)：「有人認為死人還有感覺。」

「他們能感覺嗎？」

「不行，他們沒感覺，就像睡覺一樣。我睡著以後就沒有感覺，除非我在做夢。」

「我們死了以後還會不會做夢？」

「我想不會。我們死了就不再做夢。有時會閃現一些事，可是不像做夢那麼長。」

己(五歲六個月)：「他的眼睛閉起來了。」

「爲什麼？」

「因爲他死了。」

「睡覺和死亡有什麼不同？」

「他們會把死人放在棺材裡，把死人的手擺成這種樣子。」

「他在棺材裡會遇到什麼事呢？」

「蟲會吃他，牠們會在棺材上鑽洞。」

「他爲什麼讓牠們吃他？」

「他沒辦法起來，因爲他上面有沙土，他打不開棺材。」

「如果上面沒有沙土，他有辦法出來嗎？」

「當然，只要他沒有受傷太厲害就好了。他會把手伸出來挖，表示他還想活下去。」

庚(六歲九個月)：「我姊姊的教父死了，我握住他的手，他的手好冷，變成藍綠色的。他的臉皺成一團，整個人都不會動，沒有辦法握手，因爲他死了，他也不會呼吸。」

「他的臉孔呢？」

「都是雞皮疙瘩，因爲他是冷的。他死了，所以變冷，全身都是冷的。」

「他能感覺到冷嗎？還是只有皮膚是冷

的？」

「他就算死了還是有感覺，如果他死了，感覺會比較少，等完全死了，就不會有任何感覺。」

辛(六歲)：「他張開手躺著，你沒辦法把他的手放下來。他不能說話，也不能動，看不見，眼睛打不開，他躺了四天。」

「爲什麼躺了四天？」

「因爲天使找不到他，天使把他挖出來，帶走他，他們給他翅膀，然後飛走。」⁴⁶

這些敘述令人大開眼界，讓人對他們內心的矛盾感到驚訝，即使是這麼簡短的摘錄，也能明顯看出認知的階段如何轉移。死人會有感覺，可是又不會有感覺；死人會成長，卻保持在相同的年齡，身材符合棺材的規格。有個小孩把愛犬埋起來，但又留了一些食物在墳墓裡，因爲狗可能會有點餓⁴⁷。小孩似乎相信死亡有好幾個階段，死人可以有「一點兒」感覺(或是閃現一些夢)；可是「完全死了……就不會有任何感覺。」(巧合的是，我引用的話也被奈吉拿來證明小孩若不是認爲死亡是暫時的，就是完全否認死亡，把死亡等同爲分離或睡覺。這裡再次看到非常明顯的觀察者成見；對我而言，這些話表示小孩非常了解死亡。被蟲吃、永遠埋在沙土下面、「完全死去」、「不再有任何感覺」，這些情形都不是暫時或不完整的了解。)

小孩把死亡等同於睡眠，是眾所周知的事。睡眠狀態是小孩對失去意識最接近的經驗，也是小孩能類比死亡的唯一

線索（在希臘神話中，死神和睡神是孿生兄弟）。這種聯想對睡眠疾患是有意義的，許多臨床工作者認為成人和小孩失眠的情形中，恐懼死亡是一項重要的因素，許多擔心的小孩認為睡眠是危險的。回想童年期的禱告：

我現在躺下來睡覺，
祈求上主保佑我的靈魂；
如果我在醒來前就會死的話，
祈求上主帶走我的靈魂。

奈吉蒐集的敘述清楚顯示兒童的知識即使還不完整，也已認為死亡是可怕的。被關入釘死的棺材、獨自在地下飲泣、埋葬一百年後變成木頭、被蟲咬、感到寒冷、變成藍綠色或是無法呼吸，這些想法其實都很恐怖【註二】。

小孩對死亡的這些觀點是很嚴肅的，特別是寧可忽略這整個令人不快主題的父母和教育家，更需要注意。公認要保持沈默的背後理由是「不知道的事就不會傷害人」，可是小孩對不知道的事會加以杜撰，就如上述的許多例子，他們虛構的事比真相更可怕。我稍後還會針對死亡教育來討論，這裡要強調的是，孩童對死亡的想法其實是非常可怕的，他們

【註二】這些早期對死亡的觀點會在潛意識中保留很久。舉例來說，傑奎斯（Elliot Jacques）描述一位罹患幽閉恐懼症的中年患者的夢：「她躺在棺材裡，被切成好幾塊，已死去多時。可是有一層像蜘蛛網那麼薄的神經細絲穿過每一塊肉，連接到大腦，結果她還能體驗到每一件事，她知道自己已經死了。她沒有辦法動，也無法說話，只能害怕地躺在黑暗寂靜幽閉的棺木裡。」⁴⁸

不得不找出能讓自己安心的方法。

否認：兩個對抗死亡的基本屏障。小孩以兩個基本的防衛機轉來對抗可怕的死亡，這是從生命一開始就有的防衛：深深相信自己的神聖不可侵犯性，以及有一個自己專屬的終極拯救者。雖然父母和宗教裡關於來生、全能護衛的上帝、禱告功效的教導，都會支持上述想法，可是這些想法在嬰兒早期的生活經驗就已建立起來。

獨特性：每個人從早先的兒童到長大成人，都緊抓著自己很特別的非理性想法。極限、年老、死亡，可以適用在別人身上，但不適用在我身上。人在內心深處相信自己是不會受傷、不會毀滅的。在生命剛開始時，就可以找到這種原始信念的來源（馬瑟曼〔Jules Masserman〕稱之為「原始防衛」）⁴⁹。對我們每個人來說，早期生活是強烈以自我為中心的時期，自己就是全世界，和別人或其他物體之間是沒有界限的。不需自己努力就能滿足每一個想法，思想就能導致行為。人充滿了唯我獨尊的特殊感，以這種現成的信念當盾牌來對抗死亡焦慮。

終極拯救者：和這種唯我獨尊、以人為世界中心的妄想（我用這個字眼並沒有輕蔑之意，因為這是一般共有，甚至普世皆然的妄想）相伴而行的，就是相信有終極拯救者。這個信念也是來自生命初期，那時父母像朦朧的影子，是兒童奇妙的附屬物，不但是強而有力的行動者，而且是永遠的奴僕，這種想法會被父母在嬰兒期和兒童期無微不至的照顧所強化。一次又一次，兒童探險過度，遇到無情的現實障礙時，都會被父母巨大的雙翼拯救，被溫暖的身體抱起來。

獨特性和終極拯救者的信念把發展中的小孩照顧得很好，它們是個體抵抗死亡恐懼的基本防衛結構，其他次級防

衛是根據它們而建立的，成人病患常常因為次級防衛而看不到最初的原始防衛和原始焦慮的本質。這兩種基本的防衛是根深柢固的（幾乎在每一種主要的宗教體系中，都有永生的神話和人格化神祇的信仰，可以證明這種堅固的防衛）【註三】，而且一直到成人期還對性格結構與症狀的形成有很大的影響，我會在下一章討論。

否認：相信小孩不會死。小孩在早年常用來安慰自己的方法，就是相信小孩不會死。年幼的人不會死，死亡都發生在老人，而年老是非常非常遙遠以後的事。以下舉幾個例子說明：

艾斯（五歲兩個月）：你媽媽呢？

母親：在天國，她前幾年死了，我想大約七十歲吧。

艾斯：她應該有八十歲或九十歲吧。

母親：不，只有七十歲。

艾斯：男生都可以活到九十九歲。你會在幾歲死？

母親：喔，我也不知道，可能七十、八十或九十歲吧。

艾斯：喔（停了一會兒），等我長大以後，不要刮鬍子，就會有鬍鬚了，是不是？（在之前的對話中，艾斯說男人變很老的時候就會長鬍鬚。後來才知道他打算放棄刮鬍子，以便無

限期拖延死亡的日子。）⁵¹

盧絲（四歲七個月）：爸爸，你會不會死？

父親：會，可是要等我老了以後。

盧絲：你會變老嗎？

父親：會啊。

盧絲：我也會變老嗎？

父親：會。

盧絲：我每天都怕會死掉，我希望自己永遠不會變老，就可以不用死了，是不是？⁵²

會談者：小孩會不會死？

吉姆（六歲）：不會，除非被車子壓過去，否則男孩不會死，如果他被送到醫院的話，就能活下去。

艾德（五歲）：我不會死。你要老了才會死，我永遠不會死。人都是到老了才會死。（之後他說自己老了以後也會死）⁵³

在故事完成測驗中，大部分小孩都寧可一直當小孩，不願意快快長大。有位九歲半的男孩說他想停止長大，一直當小孩，因為：「一個人長大以後，剩下的生命就變少了。」⁵⁴

真的的小孩死亡時，當然會對其他小孩造成嚴重的困擾，他們解決的方式是區分死亡和被人殺害的不同。有位男孩說：「小男孩不會死，除非是被刀刺，或是被車撞。」另一位小孩說：「你如果才十歲的話，除非有人來殺你，否則怎麼可能死呢！」⁵⁵一位六歲小孩說：「我不會死，可是如

【註三】在此必須強調一點，宗教在精神動力學的價值和意義，並不一定必然否定宗教觀點本身的真理。就如法蘭克所說的：「為了滿足小孩對性的好奇，我們杜撰了鸚鵡送子的故事，但不能因此而說鸚鵡根本不存在！」⁵⁰

果在雨天出去淋雨的話，就可能會死。」⁵⁶這些話都是向小孩保證死亡不是立即的問題，或至少是可避免的狀況，以此來緩和焦慮。要不是把死亡歸類為老年人的事（這種時間差距是超乎孩子所能想像的），就是必須「非常，非常」不小心，才可能發生意外死亡。

否認：將死亡擬人化。大部分五到九歲的小孩會有一段時間把死亡人格化，死亡會有既定的形式和意圖——嚇人的鬼怪、手持鐮刀的猙獰人物、一副骸骨、幽靈、幻影，或只是單純聯想到死亡。

甲（四歲九個月）：「死亡做壞事。」

「它做了什麼壞事？」

「用刀把人刺死。」

「死亡是什麼？」

「一個人。」

「怎麼樣的人？」

「死人。」

「你怎麼知道？」

「我見過他。」

「在哪裡？」

「在草地上，我那時在摘花。」

乙（六歲七個月）：「死亡會把壞小孩帶走，把他們抓起來，帶到別的地方。」

「他長什麼樣子？」

「像雪一樣白，死亡全身都是白的。它很壞，不喜歡小孩子。」

「為什麼？」

「因為它的心腸很壞，死亡也會把大人帶走。」

「為什麼？」

「因為它不喜歡看到他們。」

「它白白的地方是什麼？」

「骨頭，全是骨頭。」

「它是真的長這個樣子，還是聽別人說的？」

「真的，有一次我談到它，晚上真正的死亡就來了。它有一把萬能鑰匙，所以能打開每一扇門。它進來以後，到處晃來晃去，它來到我床邊，想要拉掉我的棉被，我把自己蓋得很緊，它拉不掉，之後就走了。」

丙（八歲六個月）：「有人死的時候，死亡就會來，它帶著一把大鐮刀，把人砍下來帶走。死亡走了以後，會留下腳印。腳印消失以後，它就會再回來砍更多人。當人想抓死亡的時候，它就會消失。」

丁（九歲十一個月）：「死亡是一副骸骨，它很強壯，可以把船翻過來。人看不到死亡，它在一個隱蔽的地方，它躲在一個小島上。」

戊（九歲十一個月）：「死亡很危險，你永遠不知道它什麼時候會來把你帶走。死亡是看不見的，全世界所有人都看不到。可是它會在晚上來找每一個人，把他們帶走。死亡就像一副骸骨，全身

都是骨頭。可是早晨天亮的時候，就完全沒有它的蹤跡。死亡就是這麼危險。」

己（九歲九個月）：「他們老是把死亡畫成一副戴著黑斗篷的骸骨，其實你看不到它，事實上它只是一種靈體。它來把人帶走，不在乎帶走的是乞丐還是國王。只要他想要，就能讓人死掉。」⁵⁷

這些話聽起來雖然很可怕，可是將死亡擬人化的過程可以緩和焦慮。晚上從墓地出現、盯著人不放的骸骨意象雖然陰森恐怖，可是和真相比起來卻是令人安慰的。只要小孩相信死亡是外在的力量或人物，就不必面對可怕的真相——死亡不是外在的，打從生命一開始，人就帶著死亡的種子。此外，如果死亡是有知覺的生命，像最後一個小孩所說「只要他想要，就能讓人死掉」的狀況，死亡就有可能受到影響而不想要。也許就像易卜生（Ibsen）在《皮爾·金》（Peer Gynt）中的死亡隱喻「鈕扣製造者」（Button Maker），死神是可以拖延、勸解的，甚至可以擊敗或以機智取勝的，誰知道呢？在擬人化的死亡中，小孩約略說出了文化的演進——每一個原始文化都把人力無法控制的大自然力量擬人化，努力增加自己對命運的控制。【註四】

【註四】庫徹爾（Koocher）在一九七四年研究美國兒童對死亡的態度⁵⁸，並沒有證實奈吉把死亡擬人化的發現（她是研究匈牙利兒童）。或許是出於明顯的文化差異，可是兩項研究的方法學並不相同，很難相提並論。美國的研究是以非常結構化的方式與小孩面談，並沒有受試者與面談者尋根究柢的互動；而匈牙利的研究是以開放式、深入、因人而異的方式來面談。

對死亡擬人化的恐懼會持續一生，幾乎每個人都會在某種程度上保持對黑暗、魔鬼、鬼魂或是某種代表超自然的東西感到害怕。導演都知道，即使是溫和精巧的鬼電影或是與超自然有關的電影，都會震動觀眾的心弦。

否認：嘲笑死亡。較大的小孩以證明自己的活力，來試圖緩和死亡恐懼。九歲到十歲的孩子常常嘲笑死亡，奚落這個老敵人。一項關於學齡兒童語言的研究顯示，對他們來說，許多關於死亡的嘲笑似乎是非常好笑的，例如：

你快被燒死或活埋了。

咳嗽（cough）不會要你的命，棺材（coffin）才會要你的命【譯註】。

我現在把自己擺平來睡覺，
我腳旁有一袋香蕉。
如果我在醒來以前就死了的話，
你會知道我是肚子痛死的。

蟲爬進來，
蟲爬出去，
你根本不知道它是什麼。⁵⁹

許多小孩，特別是男孩，會參與魯莽危險的活動（有些青少年男性的違法行爲，很可能也反映出這種對抗死亡焦慮

【譯註】取其諧音。

的長期防衛)。年輕女孩很少這麼做，可能是出於社會角色的要求，或是如摩瑞爾所說的較不受死亡恐懼的壓迫，因為她們知道自己的生物角色是創造生命的母親⁶⁰。

兒童精神醫學文獻對死亡覺察的否認：雖然有這些令人信服的論據和支持的證據，證明小孩在很小的時候就已知曉死亡，而且非常關心死亡，可是在人格發展或精神病理學的精神動力理論中，並沒有合理的把死亡涵蓋進來。為什麼在臨床觀察和動力理論間有這麼大的落差呢？我認為要從「怎麼回事」和「為什麼」兩方面來看。

怎麼回事：我相信死亡被精神動力理論排除在外的機轉很簡單，死亡被轉譯成「分離」，這是動力理論對死亡角色的假設。鮑比（John Bowlby）對分離的歷史性研究⁶¹，從動物行為學、實驗和觀察提出令人信服的證據（由於太過廣泛，無法在此細談），指出與母親的分離對嬰兒有如重大災難事件，而分離焦慮顯然是在六個月到三十個月大之間發生的事。鮑比推斷分離是形成焦慮的原始經驗，分離焦慮是最基本的焦慮；其他焦慮來源，包括死亡恐懼，都是因為等同於分離焦慮才会有情緒上的意義（這個結論受到臨床工作者的廣泛接受）。換句話說，死亡之所以可怕，是因為會重新引發分離焦慮。

鮑比的研究大部分經過細膩的證明，可是他對死亡焦慮的想像實在簡略得有點奇怪。舉例來說，他引用傑西爾德（Jersild）詢問四百個小孩害怕什麼東西的研究⁶²，傑西爾德發現很少見到關於生病或死亡的明確恐懼，兩百個九歲以下的小孩完全沒有人提到，而兩百個九到十二歲的小孩只有六人提到。鮑比根據這個數據推論十歲以下的小孩沒有死亡恐懼，認為是後來才學會害怕死亡的，而後來會覺得死亡很重

要是因為死亡等於分離⁶³。傑西爾德的研究顯示兒童害怕的是動物、黑暗、高處，或是在暗處被鬼或綁架者攻擊。問題在於他所沒有提出的疑問：黑暗、鬼、兇猛的動物或在暗處被攻擊的意義是什麼？換句話說，這些恐懼的背後意義是什麼？在兒童心裡代表什麼？

羅洛·梅在書中清晰地討論焦慮，認為傑西爾德的研究只能表示焦慮被轉成恐懼⁶⁴，兒童的恐懼常常是無法預期、變來變去的，與現實無關（例如，小孩比較容易害怕很少見到的動物，比如大猩猩和獅子，而不是熟悉的動物）。羅洛·梅認為表面的無法預期正符合內心的恐懼——兒童恐懼的是「潛在焦慮的客觀化形式」。羅洛·梅表示：「傑西爾德私下對我說，這些恐懼確實表達了焦慮，他很驚訝自己竟然沒有及早看見這一點。我相信他之所以沒有看見，正表示我們多麼難跳出傳統的思考方式。」⁶⁵

行為研究描繪了許多會引發兒童恐懼的情境，也可以用同樣的問題來詢問這項實驗數據，這些小孩為什麼怕陌生人、「眼前的懸崖」（好像下面是裂縫的透明玻璃桌）、接近的物體（隱約逼近）或黑暗呢？顯然每一種情境（包括動物、鬼魂和分離）都代表對生存造成威脅。可是除了克萊茵和溫尼寇特（D. W. Winnicott）強調基本焦慮是對毀滅、「自我」消失的焦慮以外⁶⁶，很少人問孩子為什麼害怕威脅生命的情境。兒童發展學家或兒童精神分析師常常針對客體關係和嬰兒期性慾，就兒童的內心世界提出純屬推測的結論，可是一談到兒童對死亡的概念，他們的直覺和想像力就受到考驗了。

分離焦慮存在的證據是基於可靠的行為觀察，所有幼小的哺乳動物與母親分離時都會表現出苦惱的跡象，包括外在

行動和內在心理的跡象。分離焦慮在早期嬰兒生活中無疑也是很明顯的，而且成人內心世界對分離的關注也一直是重要的動機，就如鮑比所證明的。

可是行為研究沒有顯示出小孩內在經驗的本質，就如安娜·佛洛伊德所說的行為反應的「心理意義」⁶⁷，可能據以知道引發了解的原因是什麼，但無法知道了解的內容是什麼。實證研究顯示小孩在分離時會恐懼，卻不能顯示分離焦慮是原始焦慮，還是衍生自死亡焦慮。在發展出思維和語言之前，小孩可能經驗到未成形的不存在焦慮，這種焦慮在小孩和成人會變成恐懼，在較大兒童有限的語言能力中，會轉換連結到分離焦慮。發展學家認為小於三十個月的小孩不會經驗死亡焦慮，因為他們還沒有與周遭客體分離的自我概念，可是同樣的理由也可以套用在分離焦慮，小孩到底經驗到什麼內容？絕對不是分離，因為沒有自我概念的兒童不能抱有分離的想法。他到底是與什麼分離呢？

我們對無法描述的內在經驗實在所知有限，在這段討論中，我冒著把兒童的思維「成人化」的風險。我們必須牢牢記住，「分離焦慮」這個用語是根據實證研究而有的約定俗成的用語，意指某種難以形容的內在了解狀態。可是對成人而言，把死亡焦慮轉換成分離焦慮（或「害怕失去客體」），或是辯稱死亡焦慮來自較「根本」的分離焦慮，是毫無意義的做法。就如我在前一章所討論的，必須區分兩種「根本」的意思有何差別——「基本的」和「最早發生的」。即使我們接受分離焦慮是最早發生的焦慮，也不能據此說死亡焦慮「其實」是害怕失去客體。最根本（基本）的焦慮問題在於失去自我的威脅；如果人害怕失去客體，也是因為失去那個客體會威脅（或象徵性的威脅）到自身的生存。

為什麼：動力理論會遺漏死亡恐懼，顯然不是出於疏忽，如前所述，也沒有充分的理由將死亡恐懼轉譯成其他概念。我相信是出於主動壓抑的過程，要在個人和一生的工作中否認死亡，這個壓抑的過程源自於人類（包括行為研究者和理論家）否認死亡的普遍傾向。其他研究死亡恐懼的人也得到類似的結論，安東尼說：

雖然人類學和歷史都顯示恐懼死亡是人類最常見有力的動機之一，可是研究兒童發展的人卻對人類恐懼死亡的現象如此不敏感、不合邏輯，唯一的原因是他們習於壓抑這種恐懼（換言之，是文化導致的）。⁶⁸

瓦爾（Charles Wahl）以同樣的語氣說：

這是令人驚訝而意味深長的事實，恐懼死亡或是對死亡感到焦慮的現象，在臨床上一點也不罕見，可是精神醫學或精神分析文獻卻幾乎絕口不提，缺乏到誇張的程度。這是不是表示精神科醫師就像一般人一樣，不太願意思考或研究與自己如此密切相關的人生處境呢？也許他們就像病人一樣，證明了拉羅什富科（de La Rochefoucauld）的觀察：「人無法直接注視太陽或死亡。」⁶⁹

死亡焦慮與精神病理的發展

如果死亡焦慮是精神病理發展的重要因素，向死亡概念屈服是每一個小孩的重大發展任務的話，為什麼有些人會產生後果嚴重的精神官能疾患，而有些人到成人以後卻有較健康的整合呢？還沒有實證研究可以回答這個問題，到目前為止，我只能提出一些可能的解釋，因為顯然有許多因素以非常複雜的方式互相影響。發展的事件必然有某種「理想的」時機或次序，小孩必須配合內在資源處理各種議題，「過多、過早」顯然會造成不平衡。在發展出適當防衛之前就面對無情死亡的孩子，可能會承受過大的壓力。人生任何時刻過大的壓力和不快樂，對年幼的孩子都不只是暫時的不安。例如，佛洛伊德談到早年的重大創傷對「自我」會造成非常嚴重持久的傷害，他引用生物學的實驗來說明：用針輕刺一下剛開始發育的胚胎，都會讓日後長大成熟的生物留下嚴重的影響⁷⁰。

是哪一種創傷呢？有好幾種明顯的可能性，幼時在環境中看見死亡是重要事件；有些與死亡接觸的情形可能有預防接種的作用（適當的分量、已有足夠的「自我」資源、健康的體質，還有能力足以適當處理死亡焦慮的成人來支持），可是有些情形卻可能超過小孩保護自己的能力。每一個小孩都見過昆蟲、花朵、寵物、其他小動物的死亡，這些死亡可能成為困惑和焦慮的來源，引發小孩找父母討論關於死亡的疑問和恐懼。可是面對人類死亡的小孩，就會承受巨大的創傷。

其他小孩的死亡特別可怕，因為動搖了只有老人才會死的想法。年幼而重要的手足死亡，對小孩是重大的創傷，小

孩的反應可能非常複雜，因為牽涉到好幾個問題：手足競爭（以及博取父母更多關注的喜悅）所造成的內疚、失落、喚起自身死亡而有的恐懼。文獻主要是處理第一個問題（內疚），偶爾談到第二個問題（失落），卻不曾談到第三個問題。舉例來說，羅森威格（Rosenzweig）和布雷（D. Bray）提出的數據顯示精神分裂病患和一般人、躁鬱症患者、神經性梅毒患者比起來，六歲前發生手足死亡的比例較高⁷¹。

羅森威格對這個結果提出標準的精神分析詮釋：手足間的敵意和亂倫的感受造成洶湧而現的內疚感，這是產生精神分裂行為模式的重要因素。為了支持這個結論，他提出三個簡短的病例報告，這些簡短的報告顯然是從大量臨床資料精選出一部分以支持他的論點，可是其中兩篇卻有恐懼自己死亡的證據。一位病人在早年失去母親和兩位手足，後來對一位表親的死亡反應激烈：「他心亂如麻，感到非常不舒服，必須躺到床上，一直害怕自己即將死去。醫生診斷為精神崩潰，病人不久開始出現精神分裂的怪異行為。」⁷²另一位病人失去三個兄弟，第一次發生在六歲。十七歲時第三個兄弟過世後不久就出現精神病，唯一引自病人的一句話顯示他對死亡的反應不只是內疚感：「我有時會聽到他的聲音，我有時幾乎就變成他。我不知道，生活中好像有一種空虛感……我怎麼受得了像死亡一樣的空虛感？我的兄弟死了，而我，我仍然活著，可是誰知道呢……」⁷³這種精選過的病例報告根本不能證明什麼，我反覆討論這一點以說明詮釋研究文獻的問題。研究者和臨床工作者因循「常軌」，即使別的詮釋完全符合數據（比如上述的研究），也很難改變既有的想法。

如果把失去父母親也算進去，就會發現羅森威格研究的

死亡焦慮與精神病理的發展

如果死亡焦慮是精神病理發展的重要因素，向死亡概念屈服是每一個小孩的重大發展任務的話，為什麼有些人會產生後果嚴重的精神官能疾患，而有些人到成人以後卻有較健康的整合呢？還沒有實證研究可以回答這個問題，到目前為止，我只能提出一些可能的解釋，因為顯然有許多因素以非常複雜的方式互相影響。發展的事件必然有某種「理想的」時機或次序，小孩必須配合內在資源處理各種議題，「過多、過早」顯然會造成不平衡。在發展出適當防衛之前就面對無情死亡的孩子，可能會承受過大的壓力。人生任何時刻過大的壓力和不快樂，對年幼的孩子都不只是暫時的不安。例如，佛洛伊德談到早年的重大創傷對「自我」會造成非常嚴重持久的傷害，他引用生物學的實驗來說明：用針輕刺一下剛開始發育的胚胎，都會讓日後長大成熟的生物留下嚴重的影響⁷⁰。

是哪一種創傷呢？有好幾種明顯的可能性，幼時在環境中看見死亡是重要事件；有些與死亡接觸的情形可能有預防接種的作用（適當的分量、已有足夠的「自我」資源、健康的體質，還有能力足以適當處理死亡焦慮的成人來支持），可是有些情形卻可能超過小孩保護自己的能力。每一個小孩都見過昆蟲、花朵、寵物、其他小動物的死亡，這些死亡可能成為困惑和焦慮的來源，引發小孩找父母討論關於死亡的疑問和恐懼。可是面對人類死亡的小孩，就會承受巨大的創傷。

其他小孩的死亡特別可怕，因為動搖了只有老人才會死的想法。年幼而重要的手足死亡，對小孩是重大的創傷，小

孩的反應可能非常複雜，因為牽涉到好幾個問題：手足競爭（以及博取父母更多關注的喜悅）所造成的內疚、失落、喚起自身死亡而有的恐懼。文獻主要是處理第一個問題（內疚），偶爾談到第二個問題（失落），卻不曾談到第三個問題。舉例來說，羅森威格（Rosenzweig）和布雷（D. Bray）提出的數據顯示精神分裂病患和一般人、躁鬱症患者、神經性梅毒患者比起來，六歲前發生手足死亡的比例較高⁷¹。

羅森威格對這個結果提出標準的精神分析詮釋：手足間的敵意和亂倫的感受造成洶湧而現的內疚感，這是產生精神分裂行為模式的重要因素。為了支持這個結論，他提出三個簡短的病例報告，這些簡短的報告顯然是從大量臨床資料精選出一部分以支持他的論點，可是其中兩篇卻有恐懼自己死亡的證據。一位病人在早年失去母親和兩位手足，後來對一位表親的死亡反應激烈：「他心亂如麻，感到非常不舒服，必須躺到床上，一直害怕自己即將死去。醫生診斷為精神崩潰，病人不久開始出現精神分裂的怪異行為。」⁷²另一位病人失去三個兄弟，第一次發生在六歲。十七歲時第三個兄弟過世後不久就出現精神病，唯一引自病人的一句話顯示他對死亡的反應不只是內疚感：「我有時會聽到他的聲音，我有時幾乎就變成他。我不知道，生活中好像有一種空虛感……我怎麼受得了像死亡一樣的空虛感？我的兄弟死了，而我，我仍然活著，可是誰知道呢……」⁷³這種精選過的病例報告根本不能證明什麼，我反覆討論這一點以說明詮釋研究文獻的問題。研究者和臨床工作者因循「常軌」，即使別的詮釋完全符合數據（比如上述的研究），也很難改變既有的想法。

如果把失去父母親也算進去，就會發現羅森威格研究的

精神分裂病患超過百分之六十有早年的失落，也許，精神分裂病人承受得「太多、太早」了。這些病人不但承受太多死亡的經驗，還有家族環境的病態程度，使得家族和病人都特別無法適應死亡焦慮（席勒斯根據他為成人精神分裂患者進行心理治療的經驗，也得到相同的經驗⁷⁴，我會在第四章討論）。

父母親之一的死亡，對小孩是悲慘的事件，小孩的反應會受到好幾個因素影響：他與父母親關係的品質；父母親死時的情境（比如小孩看到的是自然死亡還是暴力致死）；父母在疾病末期的態度；留存的父母、社區的網絡和家庭資源是否夠強而有力⁷⁵。小孩除了承受深刻的失落以外，還會困擾於自己對父母的攻擊行為或幻想會不會造成對方死亡。失落和內疚感的角色已經眾所皆知，有其他人詳加討論⁷⁶。可是，傳統喪親文獻卻忽略了父母死亡使小孩體會到自身死亡所造成的衝擊。就如我之前強調的，毀滅是人最主要的恐懼，會在失去他人的反應中造成極大的痛苦。摩瑞爾說得好：「在正確認知之下的某個層面，天真自戀的兒童『知道』失去父母就是失去他生命的維繫……分離焦慮造成悲痛的原因並不是渴望擁有失去的愛戀對象，而是對自己生命的全面性恐懼。」⁷⁷

不難證明精神病患（包括精神官能症和精神病）比一般人更常有失去父母的經驗⁷⁸，可是父母死亡對小孩的意含非常廣泛，不可能全部研究清楚，也不能全歸之於分離的經驗。舉例來說，從動物實驗得知幼小的動物如果與母親分開，會產生精神官能症，對壓力的反應非常有害，遠比未與母親分離的動物更為強烈。在人類中，母親即時出現可以減輕陌生事件造成的焦慮；失去母親的小孩對所有必須面對的

壓力都更為脆弱。小孩不只會遇到覺察死亡而產生的焦慮，也會對許多其他壓力（人際、性慾、學校）產生的焦慮適應不良，所以容易產生症狀和精神官能性防衛機轉，在一生中層層堆積。對自身死亡的害怕可能在最深層，只有偶爾在夢魘或其他表現潛意識的情形下，才會以原貌出現。

希爾加德（Josephine Hilgard）和紐曼（Martha Newman）研究早期失親的精神病人，得到一個很有意思的結果（他們稱之為「周年紀念反應」）：病人在精神科住院的年齡與父母親死亡的年齡有值得注意的關聯⁷⁹。也就是說，病人的年齡到達父母死亡的年齡時，住院的可能性會大為增加。比如說，假如一位病人的母親在三十歲過世，這個病人到三十歲時會「處在危險中」。此外，病人最年長小孩的年齡也很可能與病人喪親時的年齡相同。例如，假定病人在六歲時母親過世，當她最年長的女兒六歲時，病人就有精神病發作的危險。雖然研究者並沒有談到死亡焦慮，但很可能是原初母親的死亡強迫小孩（日後的病人）面對人生的無常，母親的死提醒小孩自己也必然會死。小孩潛抑了這個推論以及相關的焦慮，保存在潛意識中，直到週年紀念（病人達到父母死亡時的年齡）時才被引發。

創傷的程度與家庭對死亡的焦慮程度非常相關。許多文化裡的兒童會參加與死者有關的儀式，比如在新幾內亞的弗瑞（Fore）文化裡，兒童會參加吞食死去親屬的儀式，這種經驗對兒童並不可怕，因為參加的成人在活動中並沒有嚴重的焦慮，它成為生命自然之流的一部分。可是，在今日的西方文化中，父母對於死亡的議題有很大焦慮，小孩會從中得到訊息，認為這是很可怕的事。父母的溝通對於罹患嚴重身體疾病的小孩尤其重要，就如布雷肯里吉（Marian

Breckenridge) 和文生 (E. Lee Vincent) 所說的：「兒童感覺到父母擔心他們會死，於是容易背負健康兒童所沒有的朦朧不安。」⁸⁰

兒童的死亡教育

就死亡教育而言，我們文化中的大部分父母都試圖讓小孩以漸進的方式了解事實，以保護幼小的孩子不接觸死亡，小孩因而受到明顯的誤導——從小就教導天國或逝者返回的故事，或是保證小孩不會死。等小孩「做好心理準備」之後，才逐漸讓小孩了解事實。偶爾有開明的父母堅定地拒絕欺騙自己，不願教小孩否認事實，可是看到小孩害怕或痛苦時，卻覺得很難不以違反事實的保證（直接否認人的必死或死後有很長旅程的神話）來安慰小孩。

庫伯勒—羅斯強烈反對傳統宗教灌輸天國、上帝和天使「童話」的做法，可是她談到治療關心自己或父母死亡的孩子時，顯然也是提供以否認為基礎的安慰，她告訴小孩在死亡的時候，人會「像蝴蝶一樣」轉化或自由地走入令人欣慰、迷人的未來⁸¹。雖然庫伯勒—羅斯堅持這並不是否認，而是客觀研究死後經驗所得到的事實，可是她一直沒有出版實證的證據。這位曾經毫不畏縮地面對死亡的著名治療師當前的立場，正顯示以不自欺的態度面對死亡是多麼困難。我判斷庫伯勒—羅斯的「客觀資料」無異於傳統宗教憑信心所得的「認識」。

西方文化對身體的發育、資訊的取得、社交技巧和心理發展之類的範疇，顯然有很明確的教導準則；可是關於死亡教育，為人父母者卻是非常孤立無援的。許多其他文化以毫

不矛盾或焦慮的態度，向小孩灌輸文化認可的死亡神話。我們的文化並沒有向父母提供明確的準則，儘管這是個普遍的問題，對兒童發展也非常重要，可是每一個家庭卻必須無可奈何地決定該教導孩子什麼。孩子得到的常常是模糊的資訊，還伴隨著父母的焦慮，甚至與外界其他來源得到的資訊矛盾。

專業階層的教育家對死亡教育有很大的歧見。安東尼建議父母要對小孩否認事實，她引述費倫齊 (Sandor Ferenczi) 的話說：「否認事實是忽略事實和接受事實之間的過度階段。」並認為無法幫助小孩否認的父母，可能導致「與死亡有關的精神官能症」⁸²。安東尼接著說：

贊成接受事實的理由很強而有力，可是在這種背景下這麼做是很危險的。否認本身是一種緩和的接受，使父母的任務比較輕鬆。當小孩不再需要否認的時候，可能會指責父母不可信賴、欺騙，如果小孩公開指責的話，父母可以回答：「你那時還無法承受事實。」⁸³

另一方面，許多專業教育家接受布倫諾 (Jerome Bruner) 的觀點，認為「對任何發展階段的任何小孩，都可以用某種聰明而誠實的方式來教導任何主題」⁸⁴，並試圖幫助小孩逐漸實際地了解死亡概念。委婉的說法（「長眠」、「去天國」、「和天使在一起」）「無法對抗死亡恐懼，只會使小孩感到迷惑」⁸⁵。忽略這個問題只是為父母製造愚人的樂園，小孩不會忽略這個問題，而且就像性慾一樣，會去尋找其他來源的資訊，而這些資訊常常是不可靠的，甚至比事實更為

可怕或奇怪。

總結來說，有可信的證據顯示兒童在早年就發現死亡這回事，他們了解生命終將消毀，也會把這個知識應用到自己身上，結果使他們承受極大的焦慮。處理這種焦慮是發展的主要任務之一，小孩有兩種主要的處理方式：改變無法忍受的客觀死亡事實，或是改變內在的主觀經驗。小孩會否認死亡的必然性和不變性，他們會創造不死的神話，或是愉快地接受長者提供的神話。小孩也會藉著改變內在事實來否認自己在死亡面前的無助感——相信自己的特殊、全能、不受傷害，以及某種外在的力量或存有會拯救他脫離降臨在所有人身上的命運。

羅曲林說：「值得注意的並不是讓小孩接受成人對生命結束的看法，而是成人如何一輩子頑固地堅持兒時的信念，而且很快回復兒時的信念。」⁸⁶因此死人不是死去，而是休息，在紀念公園中長眠，聽著永恆的樂音，享受死後的生命，終將與所愛的人重逢。否認的機轉會具體呈現在人的生活方式和性格結構中。成人和小孩同樣背負著重擔，必須面對個人的有限性，而下一章要談的精神病理學就是研究失敗的死亡超越。

第四章 死亡與精神病理學

精神病理學（psychopathology）是指病人臨床表徵的類型，涵蓋的範圍很廣，所以臨床工作者需要一些有條理的原則把症狀、行為和性格型態區分成有意義的類別。臨床工作者在面對初期病情不明朗時，可以應用精神病理學的結構典範來解除焦慮，培養熟練精通的感覺，進而引發病人的信賴感——這是真實治療關係的必要條件。

我在本章所要描述的典範，就像大部分精神病理學的典範一樣，都是假定精神病理是以不良、無效的模式來處理焦慮而造成的。存在典範假定焦慮是源於個體面對存在的終極關懷時所產生的，本章提出的精神病理學模式是以個體對抗死亡焦慮為起點，本書後面的章節所提出的模式則是應用於和其他終極關懷（自由、孤獨、無意義）有關的焦慮病人。為了教學方便，我不得不把這四種終極關懷分開來談，可是這四者都是存在主軸分出來的支線，最後必須重新結合起來，成為統一的模式——精神病理的存在模式。

所有人都會面對死亡焦慮；大部分人會發展出適應良好的處理模式，包括依據否認而有的策略，比如壓抑、潛抑、置換、相信自身的全能、接受社會認可的宗教信仰，而解除死亡的「毒性」，或是透過各種方法得到象徵性永生，以努力克服死亡。

當人因為壓力過大，或是因為防衛能力不足而成為「病人狀態」時，就會發現處理死亡恐懼的一般模式是不夠的，因而被迫使用極端的防衛模式。這些防衛的手法通常是處理恐懼的不當模式，反而形成臨床表徵。

根據定義，每一個體系的精神病理都是無效的防衛模式，即使防衛的方法成功避開嚴重的焦慮，也會妨礙成長，導致侷限而不滿足的人生。許多存在主義理論家都提到努力

處理死亡焦慮所付出的高額代價。齊克果了解人限制、消耗自己以避免認識「住在隔壁的恐懼和毀滅」¹。蘭克把精神官能症患者描述成「拒絕借貸（生命），以避免償債（死亡）」的人²。田立克說：「精神官能症是藉著逃避生命來避免失去生命的方法。」³貝克提出類似的觀點，寫道：「人的處境很弔詭，最深的需求是解除死亡和毀滅的焦慮；可是，正是生命本身使我們認識這種焦慮，以至於我們不願徹底展現活力。」⁴立夫頓用「精神麻木」來描述精神官能症患者如何保護自己，避開死亡焦慮⁵。

赤裸裸的死亡焦慮不容易出現在我將要談的精神病理學典範，這一點並不令人驚訝，在任何理論體系中都很少見到原始形式的基本焦慮。防衛的結構正是為了掩飾內在，核心的衝突本質被潛抑或是其他減少不安的方法所隱藏。最後，核心的衝突會因為深埋內心而不為人所知，只有在努力分析這些防衛方法之後，才可能得知。

舉一個例子：一個人可能藉著保持與母親的共生連結，來保護自己不受內在死亡焦慮的影響，這種防衛策略或可暫時成功，可是隨著時日遷移，反而會成為續發性焦慮的來源，比如不願和母親分離可能影響上學或社交技巧的發展，而這些缺憾容易引起社交焦慮和自卑，進而可能產生新的防衛來緩和不安，卻阻礙成長，而又產生額外的焦慮和防衛。核心的衝突很快就被這些表相層層包住，挖掘基本焦慮就變成非常困難的事了。死亡焦慮不會立即呈現在醫生面前，要研究夢、幻想、精神病的嚙語，或是煞費苦心地分析精神官能症狀，才能發現。例如，勞瑟（Lewis Loesser）和布萊（Thea Bry）報告畏懼症最初的發作，經過仔細的精神分析後，發現都是死亡焦慮所造成的⁶，後期的發作則會攙雜精

巧的置換和轉移。

續發、衍生的焦慮形式仍然是「真實的」焦慮，人會因為社交焦慮或自卑感而沮喪；下一章會談到治療通常是針對衍生的焦慮，而不是根本的焦慮。不論心理治療師相信的體系是否談到焦慮的基本來源和精神病理的源起，都是從病人關心的層面開始治療，例如：治療師可能向病人提供支持，維持有助於適應的防衛，矯正具有破壞性的人際互動模式。所以在治療病人時，精神病理學的存在典範並不需要徹底偏離傳統治療的策略或技巧。

死亡焦慮：精神病理學的一種典範

我相信上一章預示的臨床典範具有極大的實用與啟發價值。兒童覺察死亡後的適應模式是運用否認，而否認系統的兩個主要堡壘就是自古以來的信念，相信個人的神聖不可侵犯，或是永遠受到終極拯救者的保護。由於得到兩個來源的加強，使得這兩個信念特別有影響力，這兩個來源就是早年生活的環境，以及廣泛存在、受到文化認可的神話，所談到永生不死與存在一個人格化、觀察我們的神。

有一天，我接連會談的兩位病人麥克和山姆，非常清晰地呈現這兩種基本防衛的臨床表現。可以藉他們來好好研究否認死亡的兩種模式，兩人的對比非常明顯，各自表現出相反的可能性，而得以看見雙方的心理動力。

二十五歲的麥克被一位腫瘤科醫師轉診過來，他罹患極為惡性的淋巴瘤，雖然有一種新型的化學治療為他提供一線生機，他卻拒絕接受治療。我只見了一次麥克（他還遲到了十五分鐘），卻很明顯看出引導他一生的中心思想就是要與

眾不同的個體化。他從小就抵抗任何形式的控制，發展出可以自給自足的專業技能，從十二歲就開始自力更生，十五歲搬出父母的家，高中畢業後投身營造業，很快就掌握了這一行的所有部分——木工、水電工、石工。他蓋了好幾棟房子，賣掉後賺了不少錢，買了一艘船、結婚、和妻子航行周遊世界。他迷上一個未開發國家中自給自足的個體性文化，準備移民，卻在我看到他之前的四個月發現罹患癌症。

會談中最引人注目的特色就是麥克對化學治療的非理性態度，沒錯，治療會使人非常不舒服，造成嚴重的噁心和嘔吐，可是麥克的恐懼完全不合乎理性，他在治療前一夜無法入睡，表現出嚴重的焦慮，想盡辦法逃避治療。到底是什麼使麥克這麼害怕治療呢？他無法具體說明，可是他知道和無法動彈與無助感有關。當腫瘤科醫師準備注射藥物時，他無法忍受等待（藥物不能預先準備好，因為藥量和他的血球數量有關，必須在每次給藥前驗血，接著才能準備藥物）。可是，最可怕的是靜脈注射，他痛恨針穿刺而過、接上藥瓶、看著藥滴進身體。他痛恨無助和受到約束，靜靜躺在病床上還得保持手臂不動。雖然麥克並沒有意識到死亡恐懼，可是他對治療的恐懼卻顯然是死亡焦慮的替代品。真正令麥克恐懼的是必須依賴和靜止不動，這種情境引燃了恐懼，它們就等於死亡；他大部分人生都藉著圓滿的自力更生來克服它們。他深深相信自己的獨特性，認為自己不可能受到傷害，並創造一個強化這種信念的人生，直到發生癌症。

我能為麥克做的，只是建議腫瘤科醫師讓麥克自己準備藥物，並允許他監測和調整靜脈注射的速度。這些建議確實有用，麥克完成了整個療程。他並沒有依約接受第二次會談，而是打電話要求我給他幫助自己放鬆肌肉的錄音帶。他

選擇不留下來接受腫瘤科的追蹤檢查，仍然決定追尋移民的計畫。他的妻子反對這個計畫，也拒絕前往，於是麥克獨自開船出發。

山姆的年齡和麥克差不多，可是他的情形完全不同。他在妻子決定離開他的絕境下來找我，雖然他不像麥克真的面對死亡，可是從象徵的層面來看，是類似的處境。他的行為使人聯想到他的生存面對非常嚴重的威脅：焦慮到恐慌發作、連續嚎啕痛哭幾個小時、無法入睡或進食、不計任何代價渴望挽回局面，還有嚴重的自殺想法。幾週後，山姆的激烈反應逐漸平息，可是仍然感到不舒服。他仍不住思念妻子，就如他自己所說的，他並沒有「留在生活中」，而是溜到生活之外。刻意把「消磨時間」變成生活重心，拼字遊戲、電視、報紙、雜誌都顯示出真正的本質——填補空虛的工具，好讓時間盡可能沒有痛苦的流逝。

山姆的性格結構圍繞著「融合」的主題，這個主題和麥克的「個體化」恰恰相反。在第二次世界大戰期間，山姆全家（那時他還很小）搬遷了好幾次以逃避危險。他承受許多失落，包括青春期之前父親的死亡，還有幾年後母親的死亡。他藉著與人形成親近緊密的連結來處理自己的處境：先是和母親連結，然後是和一個又一個的親屬。他是每一個人的雜務工和照顧小孩的保姆，非常喜歡送禮，在許多人身上花費大量時間和金錢。對山姆而言最重要的就是被人愛、受到照顧。事實上，在妻子離開以後，他發現只有在被人愛的情形下，才感覺到自己的存在；在孤獨的情形下，他會嚇得不敢動彈，就像一隻受驚的動物，進入半死不活的狀態。談到妻子離開之後的痛苦時，他說：「我獨自坐在家中時，最難過的就是想到沒有人知道我還活著。」孤獨時，他很少

進食，也不會試圖滿足最原始的需求。他不打掃房子，不洗碗盤，也不讀書；雖然他是很有天份的藝術家，卻也不繪畫。就如山姆所說的：「除非有人幫我回復原樣，否則根本沒有值得花力氣的理由。」除非有人在場肯定他的存在，否則他根本就不存在。孤獨時，山姆把自己變成一顆冬眠的孢子，等待別人提供恢復生活的能量。

在他需要的時候，會尋求長者的幫助，他飛過半個美國，只為了在親人家中得到幾個小時的安慰；他獨自站在曾與母親共住四年的房子外，就能得到支持的感覺；耗費龐大的電話費以求取勸告和撫慰；他從姻親那兒得到支持，他們因為山姆的忠誠，而把自己的物品（和愛）拿給山姆，而不是給女兒。山姆在危機中極力幫助自己，可是只朝一個方向努力，尋求許多方法來強化原本的信念——具有某種保護力量的人在看顧他。

雖然極度寂寞，山姆卻沒有採取任何方法來減輕寂寞。我提出許多實用的建議，教他如何交朋友，例如參加單身派對、教會的社交活動、福特汽車俱樂部的活動、成人教育課程等等。令我困惑的是，他完全忽視我的建議，我逐漸了解，山姆雖然寂寞，可是對他最重要的並不是有人陪伴，而是證實他對終極拯救者的看法。他顯然不願意花時間出門參加單身派對或約會，為什麼？因為他怕有人打電話找他！從「外界」打來的一通電話遠比參加一打社交活動還珍貴，更重要的是山姆希望不用主動尋求幫助、不需要策畫救援，就被人「發現」、得到保護、獲得拯救。事實上，在內心深處，山姆會因為成功承擔起幫助自己脫離生活困境的努力，而感到更不舒服。我和山姆會談了四個多月，雖然有我的支持，以及與另一位女性的「融合」，他卻越來越不舒服，顯

然失去了繼續接受心理治療的動機，於是我們雙方都同意結束治療。

兩種對抗死亡的基本防衛

我們可以從麥克和山姆學到什麼呢？我們清楚看見兩種對基本焦慮徹底不同的適應模式。麥克深信自己的獨特性和個人的神聖不可侵犯；山姆則相信有一位終極拯救者。麥克的自給自足感過於膨脹，而山姆則不是靠自己存在，卻努力與他人融合。這兩種模式是截然相反的，但並不是互相排斥的，它們組成一種有效的辯證法，使臨床工作者能了解各式各樣的臨床情境。

我們會在急迫的經驗中見到麥克和山姆。危機在這兩人身上引發的，並不是新的防衛，而是以最赤裸裸的方式突顯其生存模式的本質和限制。極度堅持個體化或是融合模式，都會導致顯然適應不良的僵化性格。麥克和山姆表現出的極端方式，都會增加壓力、無法適應、阻礙成長。麥克拒絕參與救命的治療，之後又拒絕追蹤的評估。山姆強烈渴望妻子的關注，導致她決定離開，他與人融合的強烈需要使得寂寞的痛苦更為加強，無法有效適應新的人生處境。不論是麥克或山姆，都無法從危機中成長。適應不良和僵化的行為會妨礙個人的成長，所以根據定義，就是精神官能症的行為。

概括來說，這兩種防衛組成一種辯證法——面對人生處境的兩種截然不同的模式。人類，或是融合或是分離；或是沈浸或是擺脫；或是藉著「不自然的堅持」（蘭克的說法⁷）來證實自己的自主性，或是藉著與外力的結合來尋求安全感；或是成為自己的父親，或是永遠當個兒子。這正是佛洛姆把人描述成「或是渴望順服，或是貪求權力」的意思⁸。

這種存在的辯證法所提供的典範可以讓臨床工作者「掌握」情境。還有許多不同的典範，各自有其詮釋的方式：麥克和山姆都有人格疾患，分別是類精神分裂人格和被動依賴人格。也可以把麥克看成不斷反抗父母、對抗依賴、一直存在的精神官能性伊底帕斯情結，或是同性戀的恐慌。山姆則可以看成是認同母親原型和未得解決的哀傷、閹割焦慮，或是從家庭動力來看，把重點放在山姆與妻子的互動。

所以存在取向只是眾多典範之一，其存在的理由則是臨床上的用處，這種辯證法可以讓治療師了解常常在臨床工作中被忽略的資料。舉例來說，治療師或許能了解麥克和山姆為什麼對痛苦的處境，有這麼強烈的反應和特殊的格調，為什麼山姆對於自己承擔責任來「改善」處境的前景會卻步不前。這種辯證法使治療師能從最深的層次治療病人，它是出於對當下基本焦慮的認識：治療師把病人的症狀看成死亡焦慮在當前造成威脅時的反應，而不是昔日創傷或壓力引發的反應。因此，這種取向強調覺察、當下和選擇，這個重點能強化治療師的著力點。

以下我要描述這兩種否認死亡的基本形式，以及由此產生的精神病理類型（雖然可以用這些基本的死亡否認來察看、了解一般熟悉的各種臨床症候群，可是我不想將之吹噓成一套詳盡的分類系統，後者會顯得比實際情形需要更多的精確性與廣泛性。）獨特性和終極拯救者這兩種信念都可能得到很高的適應力，可是也可能負荷過重或使用過度，以至於適應能力崩潰而導致焦慮，使人訴諸極端的方法來保護自己，而在防衛崩潰或失控時出現精神病理。

為了清楚起見，我會先分別討論這兩種防衛，再將兩者整合起來，因為它們是以錯綜複雜的方式相依相存的，大部

分人的性格結構都有兩種防衛交織在一起的情形。

獨特性（specialness）

關於我們自己獨特性的非理性想法，再沒有比托爾斯泰描述得更深刻有力的了，他藉伊凡·伊里奇之口說：

他內心深處知道自己快死了，可是他不只無法習慣這種想法，而是根本無法理解這種情形。

根據他從齊茲維特（Kiezewetter）《邏輯學》中所學的三段式論法：「卡尤斯是人，人都是會死的，所以卡尤斯也是會死的。」對他來說，這個例子一直都是正確的，但只適用於卡尤斯，絕不適用在他自己身上。卡尤斯這個抽象的人是會死的，這完全正確，可是他不是卡尤斯，他並不是抽象的人，而是個完全與其他人不同的生物。他是小凡尼亞（伊凡的小名），先是和媽媽、爸爸、米佳和沃洛佳在一起，整天和玩具、車夫、保姆在一起，後來又和卡景卡在一起，經歷過童年、少年和青年時期的歡樂和痛苦。難道卡尤斯也像凡尼亞一樣那麼喜歡條紋皮球的氣味嗎？難道卡尤斯也是那樣吻母親的手嗎？難道母親綢裙上的褶子也是那麼對卡尤斯窸窣作響的嗎？難道他也在法律學校為了餡餅鬧過事嗎？難道卡尤斯也是這麼談戀愛的嗎？難道卡尤斯也能這樣開庭審理案件嗎？卡尤斯的確是要死的，他死是正確的，但是對於我，凡尼亞，對於有感情有思想的伊凡·伊里奇，這就是另一回事了。

我也要死？這是不可能的，這簡直太可怕了。⁹

我們都知道，在基本的存在範圍裡，我們和別人沒有不同，沒有人會在意識層面否認這一點。可是在我們內心深處，卻像伊凡·伊里奇一樣，相信必死的法則只適用於別人，絕不適用在我們自己。偶爾在沒有提防的情形下，這個想法會突然進入意識，而對自己的不理性感到驚訝。舉例來說，我最近找驗光師抱怨眼鏡不像以前那麼有用，他檢查我的眼睛後問我的年齡。我說：「四十八歲。」他回答：「這就是了，照預定時間就該有這種情形。」從我內心深處湧出不滿：「什麼預定時間？是誰要照預定時間？你們可能按照預定時間，但絕對不是我。」

當人知道自己罹患某種嚴重疾病時（比如癌症），第一個反應通常就是某種形式的否認。否認是爲了努力處理生命受到威脅時產生的焦慮，但也是深信自己神聖不可侵犯所產生的作用。要重建人一生假設的世界，需要許多心理工作，一旦真的挖開防衛，一旦真的領會：「天啊！我真的快死了。」並了解生命對待他的方式就像對待別人一樣時，他會感到失落和遭到背叛。

在治療末期癌症病人的工作中，我看到各式各樣的人，在了解自身死亡的意願上，有非常大的差異。許多病人有好一段時間根本不願聽到醫生談論疾病的可能結果，必須有許多內在的調整，才抓得住這種認識。有些病人是以間歇的方式逐漸了解自己的死亡，並面對死亡焦慮：短暫片刻的了解，然後是短暫的恐懼、否認、內在處理，然後準備好接受更多資訊。還有人則是直接面對洶湧而來的死亡覺察與焦慮。

我有一位病人潘姆，是位罹患子宮頸癌的二十八歲女性，她的獨特性神話被一種很特別的方式摧毀。她在接受剖腹探查手術後，外科醫師告訴她病情很嚴重，估計壽命只剩六個月左右。一小時後，有一組放射線治療師來看她，這些人顯然沒有和外科醫師溝通過，就說他們計畫以放射線治療她，以期「治癒」她。她相信了後者，可是外科醫師在未告知她的情形下，就把原先的消息告訴在等候室的潘姆雙親，也就是她只剩六個月的壽命可活。

潘姆在接下來幾個月逐漸恢復的過程，都住在父母家中非常虛幻的環境裡，她的父母對待她的方式，就像她會在六個月內過世一樣，讓她與世隔絕，監控她的電話以擋住擾亂心情的談話；簡單地說，他們盡量使她「舒適」。最後潘姆與父母對質，要求知道到底是怎麼回事。父母告訴她外科醫師所說的話，潘姆請他們去找放射線治療師，誤會迅速釐清。

可是潘姆因爲這個經驗深感震撼。與父母的對質使她了解外科醫師宣判的死刑並沒有解除，她其實仍然朝著死亡的方向走去。她這麼說：

我的狀況其實越來越好，感到很高興，可是他們開始把我看成活不了多久的人，當我了解他們已經接受我的死亡時，不禁被這種可怕的感覺刺痛。由於一樁錯誤和溝通不良，對我家人而言，我已經死去，我一開始就死了，讓自己再活過來的路走得非常辛苦。之後開始好轉時比之前病重時更糟糕，因爲家人忽然了解我逐漸好轉，就離開我，回去做日常雜務，而我還像個死人一樣，我沒辦法處理得

很好。我仍然感到害怕，試圖跨越我前面的那條界限，就是我到底是死還是活的界限。

重點在於潘姆真正了解死亡的意義並不是來自醫師的話，而是猛然了解父母沒有她還是會活下去，世界還是像以前一樣，不會改變，就如她所說的，沒有她，好時光還是依舊存在。

另一位病人罹患癌症，已經轉移到全身，寫信給兒女教他們如何分配一些有感情價值的私人物品時，也有相同的感觸。早知道的話，她寧可機械化地做一些枯燥的後事交待——寫遺囑、安排葬禮和遺囑執行人。可是她寫了一封私密的信給兒女，這封信使她覺得自己真的死了。這是個簡單而可怕的體悟，當她的孩子讀這封信時，她已經不在人世，無法回應他們、觀察他們的反應，或是指導他們；他們還在那裡，而自己已經什麼都不是了。

還有一位病人在拖延好幾個月之後，終於痛苦地決定和幾個青春期的兒子討論真相，就是她得了末期癌症，活不了多久。兒子的反應雖然傷心，但也展現出勇氣和自己照顧自己的能力，對她來說是太過勇敢和自信了，雖然在她心靈深處感到自豪（她必然盡到好母親該有的責任，所以他們能照著母親安排好的方向來生活），可是他們也適應得太好了吧？雖然她痛恨自己的非理性，但仍然因為他們將在沒有她的情形下繼續成長而深感困擾。

另一位病人珍罹患乳癌，已經轉移到腦部，醫師警告她可能會癱瘓，她雖然聽見了，可是內心深處卻自信不會有這種結果。當無情的虛弱和癱瘓逐漸加重時，珍才忽然明白自己的「獨特性」只是一種迷思，而學到並沒有「例外條

款」。她在一次團體治療說出上述情形，並補充說上星期發現一個強大的真理——撼動她立足之地的真理。她曾經沈思自己想活到什麼年紀——七十歲差不多，八十歲太老——然後她突然明白：「當真的年老、快要死時，我根本就希望這件事完全與我無關。」

也許這些臨床寫照能傳達一些「了解道理」和「真正體悟」的差別、「每個人都有的、對死亡的一般覺察」和「徹底面對自身死亡」的差別。接受自己的死亡意味著還要面對許多其他討厭的真理，每一項都有使人感到焦慮的威脅——人是有限的；人的生命真的走到盡頭，世界仍然繼續運轉；人不多不少只是許多人中的一個，世界並不承認某個人的「特殊性」；所有人的生活都帶著許多虛假的保證；最後，我們無法改變某些赤裸裸、永遠不變的存在面向。事實上，人真是希望「與這件事完全無關」。

當人發現個人的獨特性只是個迷思時，會覺得憤怒、被生命背叛。佛洛斯特（Robert Frost）寫下：「主啊，原諒我對你開的小小玩笑；我也原諒你對我開的大玩笑。」¹⁰時，心裡想的理當是這種背叛感。

許多人覺得如果自己早知道的話（真正的知道），生活必然會完全不同。他們覺得憤怒，可是生氣也沒有用，因為根本沒有適當的對象（附帶一提，醫生常常會成為憤怒轉移的對象，特別是那些專門治療垂死病人的醫生）。

相信個人的獨特性使人特別能適應自然，從中嶄露頭角，並忍受所伴隨的不安：孤獨；覺察到自己的渺小和外在世界上的可畏、父母的不夠稱職、身為人的特質；最重要的是，對死亡的認識會不斷在意識邊緣喧囂。相信自己能免除自然律的限制，是許多行為的基礎。它能增加我們面對危險

時的勇氣，而不去擔心個人被消滅的威脅，《聖經》〈詩篇〉作者的話可以為證：「雖有千人仆倒在你右邊，萬人仆倒在你左邊，死亡卻不得臨近你。」勇氣導致人類努力爭取能力、效果、權力和控制。得到權力就能進一步緩和死亡恐懼，並強化個人獨特性的信念。追求進步、達到目的、累積財富、留下不朽的豐功偉業，成為隱藏內在必死疑問的生活方式。

1. 不由自主的英雄氣概 (compulsive heroism)

對許多人而言，英雄個性代表人在存在處境中的最佳表現。希臘作家卡山札基 (Nikos Kazantzakis, 1885-1957) 就是帶有這種特質的人，他筆下的左巴是典型充滿自信的人。(他在自傳中引用《希臘左巴》中模範人物的最後幾句話說：「……如果有神父要我告解、領聖餐的話，就要他滾開、咒詛我吧！……像我這樣的人應該可以活一千年。」¹¹) 他還在另一本書透過尤里西斯的口勸我們要完全投入生命，把死亡看成「燒毀的城堡」¹²。他在伊臘克林 (希臘克里特島北岸港市) 的墓碑簡單刻著英雄式的墓誌銘：「我什麼也不要，我什麼也不怕，我是自由的。」

可是更進一步來看，就會發現這是過分擴張的防衛。英雄的姿態其實是向自己投降，英雄成了不由自主的英雄，就像前面提到年輕即罹患癌症的麥克一樣，被迫面對危險以逃避內心更大的危險。海明威正是不自主的英雄原型，他一生強求危險，並加以克服，以怪誕的方式證明沒有危險。海明威的母親說他的口頭禪之一是「什麼也不怕」¹³，弔詭的是，他什麼都不怕正是因為他像我們所有人一樣害怕「什麼都不是」。海明威式的英雄正代表以緊急而個人主義的解決

方式逃避人類的處境。這種英雄並不是出於選擇，他的行動是被迫而僵化的，並沒有從新的經驗有所學習。即使是死亡的逼近，也沒有使他轉而向內看或是增加他的智慧。在海明威法則中，沒有年老和衰弱容身的餘地，因為它們都有凡人的味道。在《老人與海》中，聖地牙哥以刻板方式來面對逼近的死亡，一如他面對每一個生活基本威脅時的方式：獨自走出去尋找那條大魚¹⁴。

海明威本人無法承受「個人不受傷害」的迷思的逐漸消散，隨著他的健康和體力逐漸衰退，痛苦地發現自己的「平凡」(他就像每一個人一樣必須面對人類的處境)，越來越哀傷，而深陷憂鬱之中。他最後的疾病是妄想性精神病，有被害妄想和關係意念 (ideas of reference)，這些症狀暫時支撐住獨特性的迷思 (所有被害妄想和關係意念都是出於自誇的核心；畢竟只有非常特殊的人才能斷言自己從環境得到極大的關注——雖然是惡意的關注)。最終以妄想來解決的方法也失敗了，海明威在無法抵抗死亡恐懼的情形下自殺身亡。人會因為恐懼死亡而自殺，實在有點弔詭，但這種情形並不少見。許多人說：「我其實很怕死，所以想自殺。」自殺意念可以稍稍緩和恐懼，這是主動的行動，使人有控制局面的感覺。此外，瓦爾曾指出許多自殺者對死亡有一種魔術般的觀點，認為死亡是暫時而可恢復的¹⁵。為了表達恨意或想使別人感到內疚的自殺者，可能相信意識會持續存在，而能品嚐死亡產生的收穫。

2. 工作狂 (the workaholic)

不由自主的個人英雄主義者代表一種清楚的範例，說明獨特性的防衛過度擴張，無法保護人脫離焦慮，或是會退化

到逃避的模式，但這在臨床上並不常見。有一種常見的例子就是「工作狂」——全神貫注於工作的人。工作狂最突出的特色就是隱隱相信自己越來越進步、向上。時間成爲敵人，不只是因爲時間有限，也因爲時間會威脅獨特性的妄想——相信自己永遠在進步。工作狂必須對時間的訊息充耳不聞——過去的日子越來越多，未來的日子越來越少。

工作狂的生活模式是不由自主又不正常的，他不是因爲想要而工作，而是必須如此。工作狂可能無情地鞭策自己，無視人類的極限。休閒時間是焦慮的時光，常常被狂熱地填滿某種帶來成就錯覺的活動。生活就等於「成爲什麼人」或「做某件事」；沒有成就什麼事的時間就不是「生活」，而是浪費。

當然了，文化在個人價值觀的塑造扮演著很重要的角色。克拉克洪（Florence Kluckhohn）針對「活動」提出一種人類學對價值取向的分類，他假設有三種類型：「生命」（being）、「形成中的生命」（being-in-becoming）、「做事」（doing）¹⁶。「生命」取向強調活動甚於目的，重點放在自然而然的表達人格的「存在」。「形成中的生命」和「生命」取向同樣強調一個人是什麼，更甚於他能成就什麼，可是同時強調「發展」的觀念，所以會鼓勵某些形式的活動，導向發展自我所有面向的目標。「做事」的取向強調外在標準可測量的成就。當代保守的美國文化顯然是強調「一個人做了什麼」和「完成事情」，這是「做事」文化的極致。

可是在每個文化中都有很大的個別差異，工作狂的內心世界與文化標準糾結在一起，孕育出一種過度膨脹而僵化的內在價值體系，很難從不同的角度來看自己的文化，也無法把自己的價值體系看成眾多可能立場中的一種。我有一位工

作狂病人難得在中午散步（做爲某種特別重要成就的獎勵），看見數百人沒事站著曬太陽時，感到難以置信，他納悶：「他們整天在做什麼？人怎麼可能以這種方式過生活？」癡狂也似地與時間奮戰，可能表示強烈的死亡恐懼。工作狂對待時間的方式像是即將面臨死亡一樣，匆忙地想盡可能完成多一點事情。

我們毫不懷疑地接受進步是良好而正確的觀念，這是深埋在文化裡的觀念。不久前，我獨自到加勒比海海灘度假。一天傍晚我在讀書時，不時瞄到酒保什麼也不做，沒精打采地凝視大海，好像蜥蜴在暖和的石頭上曬太陽。我比較他和我的情形，使我覺得沾沾自喜、非常得意，他什麼也沒做，只是浪費時間；而我剛好相反，在做些有用的事，讀書、學習，簡單來說，我在進步。我內心忽然自問了幾個可怕的問題：進步什麼？怎麼進步？更可怕的是，爲什麼要進步？這些問題從那時到現在一直攪動我的心湖。非常強而有力地向我揭示自己是如何一直投射到未來，妄想打敗死亡而感到平靜。我並沒有像蜥蜴那樣存在；我準備、我成爲、我轉變。凱因斯（John Maynard Keynes）這麼說：「『有決心』的人一直企圖保證的，是虛假不實際的永生，藉著把行動的興趣推向未來，而使他的行動不朽。他愛的並不是他的貓，而是貓的小貓；其實也不是小貓，而是小貓的小貓，如此一直無盡地推演到貓族的終極。」¹⁷

托爾斯泰在《安娜·卡列尼娜》中描述安娜的丈夫阿歷克賽·亞力克山德洛維奇這個人「向上循環」信念系統的崩潰，對他而言，每件事都必須一直提升，要有輝煌的生涯、出色的婚姻。安娜離開他，對他不只意味著失去了她，而是個人世界觀的崩潰。

當面對這種不合邏輯，也不近情理的事情時，他不知道應該怎麼辦才好。阿歷克賽·亞力克山德洛維奇現在面對的是生活，是妻子有可能愛上他之外的另一個人。他覺得這真是非常不近情理，無法理解。其實這正是生活本身，阿歷克賽·亞力克山德洛維奇的一生都是在官場上度過，做了一輩子的公務員，向來都是在跟生活的影子打交道，每一次，當他和生活本身正面相遇時，他便轉身躲開。此時此刻他所體驗到的感覺就好像一個人正安穩地踩著一座橋跨過懸崖，忽然發現橋斷了，而腳下是萬丈深淵，這深淵正是生活本身，那橋就是阿歷克賽·亞力克山德洛維奇所過的虛假生活。¹⁸

「這深淵正是生活本身，那橋就是虛假的生活……」再沒有比這句話說得更清楚的了。防衛如果成功的話，會使人看不見追逐的真相。斷裂的橋、失敗的防衛，會逼使人面對真理與恐懼，發現人到中年只是經過幾十年的自我欺騙，實在情何以堪。

3. 自戀 (narcissism)

相信自身獨特性的人，在處理基本焦慮時，常常遇到人際關係上的重大問題。如果還伴隨著相信自己是神聖不可侵犯的話，常常會看不見別人的權益和獨特性，於是發展出自戀型人格。佛洛姆曾描述一段病人和醫師的對話，那位病人被視為自戀型人格，他要求當天會談，醫師說當天的時間已經排滿，病人卻大聲抗議：「可是，醫生，我住的地方離你的辦公室只有幾分鐘路程而已。」

自戀型人格模式在團體治療比個別治療還要明顯可見。在個別治療中，病人的每一個字都能得到傾聽；每一個夢、幻想和感受都會得到檢視；病人能得到所有東西，很少被要求回報，可能要幾個月才看得出自戀的特性。可是在團體治療中，病人必須與他人共用一段時間，需要了解和同理別人，與人形成關係，關心別人的感受。

自戀模式會以許多方式表現：有些病人覺得自己可以冒犯別人，卻理當免除別人對他的批評；他們理所當然地覺得自己愛戀的人也會愛他；他們覺得不應該等候別人；他們期待禮物、驚喜和關心，自己卻不付出；他們期待沒有原因的被愛、受到稱讚。在治療團體中，他們覺得自己應該得到團體最多的注意，而且是現成的，不需要自己付出什麼；他們期待團體向他伸手，自己卻不向別人伸手。治療師必須一再向這種病人指出，這種期待在一生中只有一次適用的時機——當他是嬰兒的時候，可以要求母親給予無條件的愛，而不需要回報對方。

海爾是團體治療中的病人，正是上述許多特性的寫照。他是個聰穎、口才良好的物理學家，幾個月來講述在南方長大的童年故事（佔據八人團體中百分之四十的時間），像福克納（William Faulkner）的小說一樣引人入勝。他說話非常尖刻，可是他的嘲諷非常機敏有趣，所以團體成員不以為意，讓他娛樂大家。可是有些成員漸漸討厭他的敵意與貪婪地尋求注意，開始對他的故事感到不耐煩，於是把焦點從海爾轉移到別人身上，最後把他定位成貪求時間和注意的人。海爾非常生氣，壓過了客氣的嘲諷，而出現持續不斷的尖酸刻薄。他個人和專業上的生活每下愈況：妻子威脅要離開他、系主任因為他對學生不好而警告他。團體催促他檢視自

己的憤怒，成員一再對他說：「你在氣什麼？」當他談到具體事件時，他們要求他更深入一層，再度要求他回答：「你在氣什麼？」海爾從內心最深處回答：「我生氣是因為我比這裡的每一個人都要好，卻沒有人承認這一點。我比較聰明、比較敏捷、比較優秀，卻他媽的沒有人稱讚我。我是如此珍貴，我是多才多藝的博學之士，卻被看成和任何其他的人一樣。」

團體對海爾有許多益處。光是幫他挖出這些感受，並發表出來，還認為這些感受是合理的，就是非常有益而必要的第一步。逐漸地，其他成員也幫助海爾體認別人也是有感情的人，他們也覺得自己很特殊，他們也想要援助、關注和成為舞台的焦點。海爾學到別人並不只是肯定和驚訝的泉源，可以讓他無止境地取用唯我獨尊的支持。「同理心」是海爾需要的關鍵概念，團體藉著偶爾要他環繞團體一圈，猜每一個人的感受，而幫助他體驗自己的同理心。海爾起初都是猜每一個人對他有什麼感受，可是他逐漸能感覺別人的經驗，比如他們也想要時間，或是生氣、幻想破滅、痛苦。

自戀是如此重要，以至於病人常常很難在自己的「獨特性」之外找到站立其上、觀察自己的地方。另一位在許多方面類似海爾的病人，以一種奇特的方式深切體會他的自我中心。他曾在一個團體中兩年，有非常明顯的進步，特別是在愛與承諾的能力。團體結束六個月後，我在一次追蹤報告的團體遇到他，於是問他是否記得治療中特別關鍵的事件，他挑出一次觀看前次會談錄影帶的團體治療，他驚訝地發現自己竟然只記得會談中把焦點放在他身上的部分，其他部分竟然一點印象也沒有。別人常常批評他以自我為中心，可是直到他自己看見時，才深切體會到這一點（所有重要的真理都

是如此）。

4. 攻擊與控制 (aggression and control)

獨特性是超越死亡的基本模式，有可能以其他適應不良的方式來表現。這種動力常常造成權力的追逐，藉著膨脹自己 and 控制的層面，可以逃避自身的恐懼和限制感。例如，有一些證據顯示和死亡有關的專業（軍人、醫師、牧師和殯葬業者），可能是出於需要，控制死亡焦慮的動機。舉例來說，菲弗曾說醫師雖然比病人和一般大眾較不會意識到死亡關懷，可是在他們內心深處卻有更大的死亡恐懼¹⁹。換句話說，權力加身可以減輕死亡恐懼，可是促使他們選擇該項專業的深層恐懼仍在運作。當懼怕特別強烈時，平和的昇華無法控制攻擊的驅力，攻擊性就會更為加強。從這種來源衍生的自大和攻擊並不罕見，蘭克寫道：「『自我』的死亡恐懼會因殺戮、犧牲別人而減輕；透過別人的死亡使自己免於垂死的刑罰。」²⁰蘭克指的顯然不是字面上的殺戮，而是達到同樣目的的微妙攻擊形式——就如支配、剝削，或是易卜生說的「靈魂殺手」²¹。可是這種適應模式常常轉變成逃避的防衛，眾所周知，絕對的權力會造成絕對的腐化；腐化是因為並沒有滿足人真正的需要。現實會不知不覺地出現——我們無助而必死的現實；即使摘下星星，命運仍然等候我們的現實。

5. 獨特性的防衛：顫抖與焦慮 (the defense of specialness: faltering and anxiety)

討論適應死亡恐懼的獨特性模式時，我把焦點放在個人適應不良的解決形式：逃避的個人英雄主義（以及附帶的懼

怕任何代表人類弱點的跡象)、不由自主的工作狂、「不斷向上」受阻礙所帶來的憂鬱、嚴重自戀人格疾患及伴隨的人際問題、適應不良的攻擊性與控制性生活方式。可是，獨特性防衛還有一種更嚴重的內在限制，許多敏銳的觀察者發現，個人主義者的表現和成就有時雖然會伴隨著極度的愉悅，可是焦慮終究還是會來到。那些「出類拔萃」或「鶴立雞群」的人，必然會為自己的成功付出代價。關於個體化、與整體分離的個人、進步到生活成為疏離孤獨的生命、優於同儕和父母，其中會有某種令人驚恐的東西。

許多臨床工作者都描寫到「成功性精神官能症」(success neurosis)，這是一種奇怪的情形，當人得到自己長久渴望的成功冠冕時，並不是感到興奮，而是嚴重的煩躁不安，常常使他們覺得自己並未成功。佛洛伊德把這種現象稱為「成功導致災難」的症候群²²；蘭克將之描述為「生命焦慮」——害怕面對生命成為孤離的存有²³；馬斯洛發現我們會逃避自己最極致的可能性（以及最卑劣的可能性），他把這種現象稱為「約拿情結」，因為約拿就像我們所有人一樣，無法背負個人的偉大，而想逃避自己的命運²⁴。

要怎麼解釋這種奇怪、否認自己的人類傾向呢？這種傾向也許是成就和攻擊性糾結在一起所造成的結果。有些人把成就做為超越別人以為報復的方法；他們害怕別人會在他過於成功時發現他的動機而加以報復。佛洛伊德認為這和害怕超越父親而被閹割有關。貝克進一步認為超越父親的可怕之處，不在於閹割，而是恐懼自己成為自身父親的可能性²⁵。成為自己的父親意味著放棄舒適而神祕的父母支柱，我們原本是靠這種支柱來對抗個人有限性所造成的痛苦。

所以，投入生活的人注定會焦慮。鶴立雞群、成為自己的父親，或是如史賓諾沙所說的「自己的神」，都意味著全然的孤獨，它意味著獨自站立，沒有拯救者或釋放者的神話，沒有相依相偎的安慰。沒有屏障地暴露在個體化的孤獨中，對大多數人是難以忍受的。當個人獨特性和神聖不可侵犯的信念無法中止痛苦時，就會尋求另一個主要否認體系的解救：相信個人的終極拯救者。

終極拯救者 (The Ultimate Rescuer)

個體的發生是重演種系的發生。個人在身體和社會方面的發展，反映出人類的發展。在人類信念中最明顯的社會特質，就是有一個全能解救者的存在，這個力量或存有永遠看顧、熱愛、保護我們。雖然它會讓我們冒險走到無盡深淵的邊緣，但終究會拯救我們。佛洛姆把這種神話人物稱為「神奇的幫助者」²⁶，馬瑟曼稱為「全能的僕人」²⁷。我在第三章曾探察這種信念體系在兒童早期的發展，就像個人獨特性的信念一樣，兩者皆根源於早年生活中父母好似永遠關心我們，滿足我們的每一項需求。人類從有歷史以來必然也堅信個人的神——不論這號人物是永遠關愛、威嚇、善變、嚴厲、撫慰或憤怒，但必然是永遠在那裡的人物。沒有任何一個早期文化相信人類是孤獨存在於冷漠的世界上。

有些人並不是在超自然的生命中找到拯救者，而是在世俗環境中找到一個領導者，或是一個崇高的目標。人類幾千年來以這種方式克服死亡的恐懼，放棄自己的自由（其實就是他們的生命），只為了被某些崇高的人物或擬人化的目標所擁抱。托爾斯泰敏銳地發現我們需要製造神一般的人物，

溫暖舒適地處在我們創作的安全錯覺中，如《戰爭與和平》中戰場上的羅斯托夫想到自己在沙皇身邊就覺得狂喜：

他完全沈浸在沙皇逐漸接近的幸福裡，他覺得光是接近沙皇就足以補償今天一整天的損失。他興奮得像是一個等待幽會的情人。他不敢轉頭看，但不需要轉頭看就如醉如痴地感覺到他的臨近了，他有這樣的感覺，不只是因為一隊人馬的馬蹄聲越來越近，還由於隨著沙皇越來越接近，周圍一切都變得更明亮、更喜悅、更有意義，也更像節慶。榮耀的太陽越來越近，向四周放射出溫和莊嚴的光輝。他聽見他的聲音，親切、鎮靜、莊嚴而又樸實的聲音……羅斯托夫站起來，在營火之間徘徊，幻想赴死該是多麼快樂的事，不是為了救皇帝的性命而死（這點他連想也不敢想），而是自己死在皇帝面前，這該是多大的幸福！他真的愛上了沙皇，愛上了俄軍的榮譽，對未來的勝利滿懷希望。在奧斯特里茨戰役前那些值得紀念的日子裡，不只他一人有這樣的心情，俄軍中十之八九都愛上了沙皇和俄軍的榮譽，但不像他那樣狂熱。²⁸

「隨著沙皇越來越接近，周圍一切都變得更明亮、更喜悅、更有意義，也更像節慶。榮耀的太陽越來越近……」托爾斯泰對內在防衛所造成的狂喜，描述的多麼清楚——當然了，不只是俄羅斯軍人會這樣，治療師在日常臨床工作中所看到的每一位男男女女也都是如此。

拯救者防衛與人格的限制

整體說來，終極拯救者的防衛不如個人獨特性的信念有效。不只是因為前者比較容易破滅，也因為它的本質就會使人受到侷限。我稍後會提到證明其效果不佳的實證研究，可是齊克果在一百多年前就憑直覺洞識到這一點，關於「冒險」（嶄露頭角、個體化、獨特性）和「不冒險」（融合、深埋起來、相信終極拯救者）間危險的比較，他有個奇特的說法：

……冒險是很危險的，為什麼？因為可能有所損失。不冒險是聰明的，可是不冒險非常容易喪失。即使在最危險的冒險中也很難喪失的東西……就是他自己。如果我冒險出錯，生命會以其懲罰來幫助我。可是如果我完全不冒險的話，誰來幫助我呢？此外，從最高的層次來看完全不冒險（從最高層次來看，冒險正是能意識到自己），我會得到所有俗世的好處……卻喪失了自己。哪一個比較危險呢？²⁹

「不冒險」而一直深藏在別的主體裡，反而使人干冒最大的危險——失去自己，無法探索或發展自己裡面各式各樣的潛力。

當人過於依賴拯救者的防衛時，就會導致非常侷限的生活模式，就如治療團體中三十歲的成員李娜一樣。李娜深陷沮喪，滿腦子都是自殺的念頭，常常掉進憂鬱的僵呆狀況，終日躺在床上不動。她的生活非常孤獨，大部分時間都獨自待在空盪盪的房間裡。她的外觀非常特別，從每一種角度看，都像是個青春期的女孩——從散漫的長髮、滿是裝飾的

牛仔褲、破舊的夾克，到年輕人的姿勢和容易受騙的情形。她五歲喪母，十二歲喪父，成長過程極度依賴祖父母和其他代理父母的人。祖父母越來越老、變得身體衰弱後，她很怕接到電話（電話會通知父親的噩耗），所以拒絕接電話，免得傳來祖父母死亡的消息。

李娜顯然很害怕死亡，並避免碰觸任何與死亡有關的主題，企圖以最無效而神奇的模式來處理恐懼，我看過許多病人使用這種模式：藉著拒絕生活來躲避死亡。就像葛拉斯（Gunter Grass）在《錫鼓》（The Tin Drum）一書中所寫的奧斯卡一樣，想藉著永遠保持孩子氣克服時間，她企圖讓自己沈浸到保護者裡面，全心避免個體化，並尋求安全感。團體治療的原理就是成員會在此時此地的團體中，表現出與他人互動時的內在防衛，李娜的防衛姿態隨著團體的進行，變得非常明顯。有一次她在會談一開始就說自己上個週末發生嚴重的車禍，她那時去兩百四十公里外的城市拜訪朋友，因為粗心大意而開到馬路外，車子翻轉過來，差點死亡。李娜說如果從此醒不過來該有多好、多輕鬆。

團體成員的反應是為李娜感到擔心和害怕，一個接一個搶著安慰她。團體治療師也以同樣的方式回應她，然後開始分析會談的過程，李娜總是差一點死掉，總是驚嚇到團體，總是從其他成員得到大量的關懷。事實上，在團體開始的前幾個月中，成員就已承擔讓李娜活下去、願意進食、不要自殺的任務。治療師感到很納悶：「李娜從來沒有遇過好事嗎？」

直到李娜的意外發生在拜訪朋友的路上，治療師突然靈光一閃，自問：「什麼朋友？」李娜一直對團體說自己是沒有朋友、親人，甚至連點頭之交都沒有的孤獨者，現在卻說

她開車兩百四十公里去看朋友。治療師提出這個問題，才知道她有一位男朋友，每個週末與他共度已有好幾個月，而且對方想要娶她。她卻選擇不把這個消息告訴團體，理由太明顯了：對李娜最重要的不是成長，而是生存下去，而且可能只有靠團體和治療師誠心的照顧和保護才生存得下去。她最重要的困境是如何永遠得到保護，她絕不能表現出成長或改變的跡象，否則團體成員和治療師會認為她可以結束治療。

在團體治療的過程中，李娜對這個插曲感受到極大的威脅，因為挑戰到她主要的防衛系統，亦即幫助是「來自外在」、只有拯救者一直存在才能確保安全的信念。李娜對於和治療者融合的熱切，導致許多情感轉移而產生的扭曲，必須在整個療程中不斷處理這些扭曲。她對治療師任何拒絕的徵兆都非常敏感，凡是與治療師的必死性、可能犯錯、無法幫助的有關跡象，她都會有很強烈的反應。當他休假、生病，或是在團體中犯下明顯錯誤或搞不清楚狀況時，她的反應都比任何其他成員要來得驚慌（和憤怒）。對於過度渴求終極拯救者的病人，大部分治療工作的重心要放在情感轉移的分析，我將在下一章討論。

拯救者的崩潰

在人生中，終極拯救者的信念多半能提供大量慰藉與無形的安定作用。大部分人都不知道自己信念系統的結構，直到這個信念無法達到目的，或是如海德格說的「機器故障」³⁰時才知道。故障的可能性有很多種，而防衛崩潰的原因也與各種病理有關。

致命的疾病：對終極拯救者效力最嚴酷的考驗，可能就是致命的疾病，許多把大量精力投注於有保護者的存在與力

量的人，會受到很大的打擊。拯救者角色的最佳候選人就是醫生，使得醫病關係變得緊張而複雜。一方面，拯救者的外袍是出於病人的意願而套到醫生身上的，另一方面，醫生也樂於套上這件袍子，因為扮演上帝的角色是醫生強化自己獨特性的方法。兩者的結果都一樣，醫生變得過度膨脹，而病人對醫生的態度也常常過於恭敬。一般說來，罹患致命疾病的病人不敢對醫生生氣或讓醫生失望，會為了佔用醫生的時間而道歉，醫生在場時會慌亂不安以至於忘了提出原本準備好的急迫問題（有些病人會事先把要問的問題寫起來，以免遇到上述情形）。

對病人來說，醫生保有其力量，不容病人挑戰或質疑是非常重要的。許多病人其實隱藏心理甚至身體的不適，以非常奇特的方式讓醫生保持成功療癒者的角色，以致於醫生常常是最後一個知道病人有多絕望的人。願意和護士或社工員開放討論自身痛苦的病人，卻以愉悅勇敢的臉面對醫師，使醫生以為病人適應得很好（也造成醫生很不願意轉介臨終病人接受心理治療）。

每個人對於緊握不放的否認會有不同的堅持程度，可是面臨勢不可擋的現實時，所有否認最終都會粉碎。例如庫伯勒—羅斯說在她長久以來的經驗中，只有極少數人能到死時的那一刻，還保持自己的否認。病人知道自己無藥可醫時的反應是非常悲慘的，他會覺得憤怒、被欺騙、受到背叛，可是能對誰生氣呢？對宇宙嗎？命運嗎？許多病人會對無法治癒他們的醫師生氣，並不是因為醫術失敗而生氣，而是對於他們無法滿足終極拯救者的迷思而生氣。

憂鬱：阿瑞亞提（Silvano Arieti）在精神病性憂鬱病人的研究中，描述了一個核心的主題³¹，就是在憂鬱之前就已

存在，並為憂鬱「打下基礎」的生活觀。他的病人活在一種中介的存在狀態；他們不是為自己活，而是為了「重要的他人或目標」而活。雖然使用不同的術語，但阿瑞亞提描述的兩種生活觀非常接近我所說的兩種對抗死亡恐懼的防衛。為重要目標而活的人，就是根據個人獨特性和神聖不可侵犯的信念來塑造自己的生活。而我先前討論過，不斷向上循環的信念（重要的目標）崩潰時，常常導致憂鬱。

為了「重要他人」而活的人，就是試圖與提供保護和生活意義的人彼此融合。重要他人可能是配偶、母親、父親、情人、治療師或是擬人化的商業或社會機構。這種生活觀崩潰的原因有很多：重要他人可能會死亡、離開、不再關愛和注意，或是無法承擔這種任務。

當病人體認自己的生活觀失敗時，常常會受不了；他們可能覺得自己竟然為了冒牌貨而犧牲了一段生活，卻沒有別的方法來調適。阿瑞亞提在討論一位病人時說：

病人已達到重整心理動力和建立新人際關係模式的關鍵點，卻無法振作起來。這是她的困境，她感到無助，無法看見恢復的方法，或是看到方法卻無法加以運用。有時候，她似乎可以了解這些不同的選擇，可是沒有用，因為她只會把自己的興趣和慾望都投注在已經失敗的關係上。³²

病人可能企圖重建關係，或是尋找另一段關係。如果這些企圖失敗，病人也沒有資源可用，並且覺得空虛自責。重新建立另一種生活觀超出他們所能理解的範圍；許多病人不去質疑基本的信念體系，反而認為自己不好或毫無價值，以

至於不配得到終極拯救者的關愛和保護。此外，潛意識認為痛苦和自我犧牲可以做為求取關愛的最後一擊，因而加重憂鬱的程度。於是他們因為失去愛而哀傷，又保持哀傷以重新得到愛。

受虐狂：我已談到好幾種和終極拯救者信念過度膨脹有關的行為——自我輕視、恐懼失去愛、被動、依賴、自我犧牲、拒絕長大、信念崩潰時的憂鬱症。每一種行為在嚴重時都會產生特殊的臨床症候群。被自我犧牲支配的病人就稱為「受虐狂」。

我治療四十歲的凱倫已經兩年，她使我深入了解：極力把痛苦加在自己身上的情形，背後有什麼心理動力。凱倫出於許多因素而開始接受治療：性受虐的偏好、無法從「正直」的男友得到性的樂趣、憂鬱、懶散、可怕的夢魘和入睡前的幻覺。在治療中，她很快就發展出強大的正向情感轉移，全神貫注在我的照顧和關懷，自慰時幻想自己病得很重（包括身體疾病如肺結核，或是精神崩潰），而我餵她吃東西，把她抱在手中搖晃。她延後離開我辦公室的時間，好能多花幾分鐘和我在一起；為了得到我的簽名，她把已付過款的支票保留下來；她來聽我的課，希望能抓住我的目光。她最快樂的就是我能嚴厲地對待她，如果我稍微被激怒，她就會在我辦公室中出現性興奮。她想盡辦法把我膨脹，選擇性忽略我所有明顯的缺點。她在我寫的書上讀到我對一位病人高度坦露自己的焦慮和限制³³，可是她並沒有體會我的限制，反而稱讚我有勇氣出版那本書。

她對生命中其他重要而有影響力的人的弱點或限制，也有同樣的反應。如果男朋友生病或表現出軟弱、迷糊、猶豫不決的跡象，她就會非常焦慮，她受不了看到他的衰弱。有

一次他在車禍中受到嚴重外傷，她竟然很怕去病房探視他。對父母的反應也很類似，看到父母逐漸年老體衰會感到非常痛苦。小時候她藉由生病來得到父母的關注，凱倫說：「生病是我一生的謊言。」她尋求痛苦以得到救助，在童年不只一次裝病臥床數週，青春期則得到厭食症，只為了以身體的飢餓來換取關心和掛念。

她的性慾也是為了追逐安全感和解救，暴力、綑綁、力量和痛苦都能使她興奮，而軟弱、被動，甚至溫柔都會使她產生反感。被懲罰就是受到保護；被綑綁、幽禁和約束起來都是美好的經驗——意味著明確的限制，而且是由強而有力的人來規定的。她的受虐狂是出於多重因素，她不斷透過屈服來求生存，也透過受苦的象徵和神奇價值來求生存。畢竟，一次小小的死亡勝過真實的死亡。

治療非常成功，減輕了急性的憂鬱症、夢魘、自殺念頭；可是我的治療一度好像會妨礙進一步的成長，因為她為了避免失去我而繼續犧牲自己。於是我定出結束治療的日期，告訴她再過六個月，我就不再繼續為她治療，接下來幾星期我們經歷了狂風暴雨，所有症狀都嚴重復發。她不但再度發生嚴重的焦慮和夢魘，而且有可怕的幻覺經驗，包括她獨自一人時有巨大的蝙蝠俯衝攻擊她。

這是凱倫最害怕絕望的階段，終極拯救者的錯覺一直保護她免於死亡恐懼，少了終極拯救者，使她陷入全然的懼怕。她在日記中淋漓盡致地描繪她的恐懼（在結束治療後寄給我）：

我以死亡之口向你說話，
蛆蟲啃噬我的心。

在鐘聲的雜音中
我的抗議無人聽聞。
死亡令人沮喪，
如同充滿苦味的麵包。
你硬塞入我喉中
扼制我的尖叫。

下面這首詩明顯表現出凱倫深深相信藉著與我融合就能
逃避死亡：

我要把死神當成主人，
他的鞭打就像輕柔的手，
和他共騎到那些陷落的洞穴，
他的居所。
自願放棄夏日的成熟氣息，
豆莢的種籽在奔放的生活裡爆開，
與他併坐在冰凍的寶座上，
深知他的愛。

隨著結束治療的日期逼近，凱倫使出所有殺手鐮，如果
我不繼續治療她的話，她就要自殺，另一首詩表現出她的心
情和威脅：

死神毫無矯飾。
就像赤裸裸的現實，
也像生命本身一樣全然呈現，
另一種終極選擇。

我覺得自己奔入陰影之中，
身上穿著蛛網，
逃離你硬塞給我的現實。
我想要舉起陰暗的斗篷，死亡，
以此要脅你。

你了解嗎？
如果你堅持的話，我會隱藏自己。

雖然我對凱倫的威脅感到害怕，盡可能支持她，但仍決定不能讓步，不論她病得多麼嚴重，都堅持原先的約定。最後一次治療就是最後一次治療，不能改變，她再怎麼苦惱也不能影響原先的決定。她與我融合的努力逐漸消褪，轉而面對即將到來的任務：如何盡可能有建設性地運用最後幾次會談。直到那時，她才放棄我永遠在場的期望，而在治療中有效地探索。她允許自己了解她的力量和成長，很快就得到一個符合她才智和能力的全職工作（她的謀職已拖延四年！）她徹底改變自己的舉止和打扮，從可憐的流浪兒變為成熟迷人的女性。

結束治療之後兩年，她因為一位朋友的死亡而想再度見我，我同意和她會談一次，才知道她的改變不但一直維持下來，並有更大的成長。病人必須學會一件重要的事，雖然治療師可能有幫助，可是有些事情是治療師也無能為力的。治療就像生活一樣，必然會有某些孤獨的工作和孤獨的存在。

拯救者防衛和人際困擾：有些人藉由相信終極拯救者的存在來逃避死亡恐懼，這個事實為臨床工作者提供了一個非常有用的參考架構，可以處理難解的人際關係。下述的例子

是臨床常見的問題：病人捲入非常不滿意，甚至有破壞性的關係中，卻無法解脫。

四十八歲的波妮有嚴重的循環系統疾病（伯格氏病），結婚二十年，膝下沒有兒女，和丈夫分居十年。她先生熱愛戶外生活，是個感覺遲鈍、自我中心、獨斷獨行的人，因為波妮健康不佳無法一起出外打獵釣魚，最後棄她而去。在分居的十年中，他完全不提供波妮生活開銷，與好幾位女性發生婚外情（並把這些事情告訴她），每週到波妮住處一、兩次，為的是使用洗衣機、看看有沒有商務電話的留言，每年還和她做愛一、兩次。波妮出於強烈的道德標準，拒絕在尚有婚姻關係的情形下與別的男性約會。她一直執著於丈夫，有時一看到他就生氣，有時卻仍迷戀他。生病、寂寞和丈夫每週一次洗衣機之訪的折磨，使她的生活愈來愈消沈，可是她不願意離婚，不切斷他的電話，也不終止他的洗衣特權。

戴洛拉與男性有一長串令人不滿意的關係，最後在三十五歲嫁給一位心理不成熟、常常強迫對方的人。她結婚之前曾因慢性焦慮和十二指腸潰瘍接受心理治療，婚後丈夫一絲不苟的控制，很快就使她發現以前的焦慮實在算不了什麼。他訂下戴洛拉週末的工作時間表（早上九點到十點十五分整理花園，十點半至中午到雜貨店購物等等），還要她把消費金額詳細列表；他監聽每一通電話，指責她花時間和別人在一起。沒多久，戴洛拉就充滿焦慮和壓抑的憤怒，可是一想到分居或離婚就感到非常害怕。

三十一歲的瑪莎極度渴望結婚，建立一個家庭。她交往多年的男友屬於一個神祕的教派，這個教派教導他越少做出承諾就能得到更大的自由，以至於他雖然喜歡瑪莎，卻不願與她同居或做出長期的承諾。他警覺到她的需求，她抓得越

緊，他就越不願承諾。瑪莎一心想和他在一起，因為他不願承諾而非常痛苦，然而她對他如此著迷，無法自由離開，每次她與他分手，就覺得痛苦難耐，最後還是在沮喪恐慌中打電話給他。他在分手期間非常冷靜；他雖然喜歡她，但沒有她也過得很好。瑪莎對他過於全神貫注，並沒有積極尋找其他關係，她人生的主要計畫就是設法取得他的承諾——根據經驗和常理判斷，這個承諾顯然不太可能發生。

這三個病人各自陷入一種非常痛苦的關係，各自都知道關係持續下去是自取滅亡，每一個人也都試圖讓自己自由，卻歸於徒勞。其實她們無效的嘗試正是其治療的主題。脫離關係為什麼如此困難？是什麼使她們和另一個人黏連的那麼緊密？這三個病人的問題有一個明顯而共通的主軸，在我分別問她們想到和伴侶分開時，心裡浮現什麼時，答案很快就出現了。

波妮結婚二十一年，丈夫凡事都為她做決定。他是個萬事通先生，對她非常「照顧」，所以她在分居後才了解「被照顧」會限制她的成長和自信。可是，知道有一個人總是在旁保護和援救她的感覺實在很舒服。波妮罹患嚴重的疾病，即使在分居十年之後，仍然固執地相信先生在「外面」照顧她。每當我催促她回顧先生不在場時的生活（我這裡指的是象徵性的不在場；除了使用洗衣機、偶爾的機械式性交，他已經沒有實質意義的在場），她就會非常焦慮。如果她發生緊急事件怎麼辦？她可以打電話給誰？沒有他的生活實在寂寞得難以忍受。顯然他是她不用面對嚴酷現實的象徵，其實並沒有有人在「外面」，而「緊急事件」是不可避免的，並沒有象徵性或真實的人可以幫她解決問題。

戴洛拉就像波妮一樣害怕孤獨，雖然丈夫極度限制她，

她卻寧可選擇婚姻的牢籠，而不願去自由的大街。她說自己就像被拋棄的人，好像沒有適當對象的女人，四處尋找偶然邂逅的單身男子。治療時，只要請她想到分居，就足以引發嚴重而焦慮的過度換氣。

瑪莎讓自己的生活受未來掌控。每當我請她想像放棄這位不願承諾的男友會是什麼情形時，她的反應總是想到：「六十三歲仍獨自吃飯。」我請她解釋承諾是什麼意思，她回答：「它可以保障我永遠不會獨自生活或孤獨死去。」想到會獨自吃飯或看電影，就令她感到丟臉和害怕。她從關係中真正想得到的是什麼呢？她回答：「不用要求，就能得到幫助。」

瑪莎一直活在將來可能孤獨的恐懼中。她就像許多精神官能症病人一樣，並沒有真正活在現在，而是在未來中尋找過去（也就是與母親的舒適連結）。瑪莎的恐懼和需要是如此巨大，使她無法和男人建立令她滿足的關係。她太害怕寂寞，不敢放棄目前並不滿意的關係，而她的需求是如此狂亂，以致於不敢離開預期中的伴侶。

對這幾位婦女來說，連結的力量都不是關係本身，而是恐懼孤獨；在孤獨中最害怕的，就是缺乏神奇有力的他人圍繞著我們，觀察並預料我們的需求，並為其提供對抗死亡命運的盾牌。

終極拯救者的信念可能導致受到限制的人際關係，在某些成人和年邁雙親間的關係特別明顯。四十歲的艾琳和母親的關係長久以來就非常矛盾，她的母親是心懷敵意、需索無度、長期抑鬱的人，艾琳覺得母親對待她多半非常厭惡、容易暴怒。可是母親抱怨生活條件不佳時，艾琳會邀母親搬來與她同住。雖然那時艾琳正接受治療，卻沒有和治療師討論

對母親的邀請，直到寄出邀請信時才告訴治療師。看起來她雖然很清楚這種行為對自己的傷害，卻急於做這件事，並不想接受別人的勸阻。母親抵達後沒多久，艾琳就崩潰了，數度嚴重的焦慮發作、極度失眠、氣喘突然發作。治療時只要把焦點放在母親引發別人內疚的操縱行為、干擾、惡毒的性情，就毫無改善，直到我們轉向另一個問題——了解成人和雙親間許多折磨關係的關鍵問題，治療才有所進展，這個問題就是：為什麼母親對艾琳如此重要？確保母親快樂為什麼是艾琳的責任和義務？她為什麼不能與母親分離？

我請艾琳思考沒有母親的生活有什麼特徵時，她的第一個聯想非常有意思：「沒有母親就沒有人關心我吃什麼！」母親盤桓在背後注視，留心艾琳的飲食。在意識層面，母親的存在總是惹惱艾琳，可是往內心深處看時，母親的存在卻能使她放心。如果母親注意她的飲食，就表示母親還能確保女兒的健康。艾琳不但需要母親活著，還需要她精力充沛；母親衰弱、冷淡或沮喪，都會在深層使艾琳苦惱。

邁向精神病理學的整合觀點

為了教學方便起見，我把焦點分別放在處理死亡焦慮的兩種主要模式，並以簡短的病例呈現這兩種基本防衛的極端形式，現在是把兩者整合起來的時候了。大部分病人當然不會只有單一主題的臨床表現，人通常不會只建構一種生硬的防衛，而會以交織在一起的多重防衛來對抗焦慮。大部分的人在對抗死亡焦慮時，會同時透過自己神聖不可侵犯的妄念和存在終極拯救者的信念。雖然我之前以辯證的方式介紹這兩種防衛，但它們是相依相存的。由於我們有個全能的觀察

者或力量一直關心我們的幸福，所以我們是獨特、不朽的，而且有勇氣從深埋之處升起。由於我們是獨特、特殊的存有，所以宇宙中的特殊力量才會關心我們。雖然終極拯救者是全能的，同時也是我們永遠的僕人。

蘭克在一篇名為〈生命恐懼和死亡恐懼〉的文章中，假定有一個基本的動力能闡明這兩種防衛的關係³⁴。蘭克覺得人心裡有一種原始恐懼，有時會以恐懼生命來表現，有時會以恐懼死亡來表現。蘭克的「恐懼生命」是指面對「失去與更大整體的連結」時的焦慮，也就是恐懼必須以孤獨的存有來面對生命，恐懼個體化、「向前邁進」、「從自然狀態站立起來」。蘭克相信生命恐懼的原型就是「出生」，就是最初的創傷和分離。蘭克的「死亡恐懼」是指恐懼消滅、失去個體性、再度消融在整體之中。

蘭克說：「人的一生會在這兩種恐懼的可能性、恐懼的兩極之間來回擺盪……」人會試圖讓自己分離開來、個體化、確認自己的自主性、向前邁進、實現潛能，可是有時候會因為面對生命而感到恐懼。個體化、突出，或是獨特性的確認，都不是沒有代價的，它們隱含了未受保護的恐懼感和孤寂感，人會因此反向而行，以緩和這種感覺——「倒退」、放棄個體化、在融合中尋找安慰、讓自己消融、向另一個人臣服。可是這種安慰是不穩定的，因為這種選擇也會引發恐懼——恐懼死亡：放棄、停滯，最後是了無生氣。人的一生就是在這兩極的恐懼間來回穿梭：生命恐懼和死亡恐懼。

我在此提出獨特性和終極拯救者雙重防衛的典範，雖然和蘭克的生命恐懼與死亡恐懼的辯證並不完全相同，但顯然有部分一致之處。蘭克的恐懼兩極非常接近我描述的極端防

衛，「生命焦慮」是出於獨特性的防衛，這是人從自然狀態中站起來、失去防護所付出的代價。「死亡焦慮」則是融合所付出的代價，當人放棄自主性，就失去自我，承受某種形式的死亡。所以人會游移不定的擺動，先是走向一個方向，當焦慮大於防衛帶來的慰藉時，就轉向另一個方向。

從我之前提出的臨床實例可以看見這種擺動。比如選擇凍結在青春期以逃避焦慮的李娜，她不斷尋求與某個拯救者結合起來，卻又常常因為自己的處境而害怕：她緊抓著別人不放，卻又倔強地反抗他們；她渴求親近，卻在得以親近時逃走。她的能量大多放在逃避「生命焦慮」，不願改變和成長。她尋求平和、舒適和安全，卻在得到時被死亡焦慮所淹沒：厭惡睡眠或任何寂靜，為了逃避這兩種情形而做出瘋狂的舉動，比如常常徹夜無目標的開車。

再就是有受虐傾向的凱倫，在必要的時候選擇犧牲自己以得到我的接納。可是她也因為自己的目標而害怕。與另一個人結合代表舒適和安全，但也代表喪失自我。她寫了一首詩，清楚描繪出自己的兩難：

我想全身搖晃，就像從水中出來的狗，
使我脫離你的影響。
我太想和你在一起，
讓你過於接近我心
就像被冰冷的金屬戳刺的肉。
同情我，讓我走。
為了解脫，我必須撕開肌肉，
留下無法癒合的傷口。

這是你想要我做的嗎？

在家族治療中，特別容易看見突出和融合的擺盪，家族治療的主要問題圍繞在青少年準備離家的主題。我曾治療一個家庭，十九歲的唐被認為是造成問題的病人，表面上讓父母完全控制他的生活，但偶爾會努力堅持自己的意思，比如在選擇大學或是到大學註冊的過程中，堅持不讓父母參與，可是他又拖延太久，無法得到他選擇學校的入學許可，於是決定住在家裡，就讀當地的大學。

唐一直留在家中，造成混亂的家庭氛圍，他對自由非常舉棋不定，對父母任何限制他自由的做法都非常敏感而痛苦，卻又隱微而確切地要求縮減他的自由：到半夜還以震耳欲聾的方式玩音響；要求使用汽車，卻把油門加到最大，讓輪胎刺耳地滑過車道，常常空著油箱回來，讓父親隔天早上無法開車到加油站；爲了約會伸手要錢，卻「不慎」把保險套留在衣櫃中，讓嚴守摩門教規的父母看到。

唐爭取自由，卻無法承擔自由。他數度憤怒地離家，在朋友家暫住幾天，卻不曾認真爲自己找一間公寓。雙親非常富裕，他卻不讓父母爲他付房租，自己也不願出這個錢（他在暑假打工存了許多錢，卻不願花用，因爲他想存到「真正」需要錢時才用！）雖然唐渴望自由、爭取自由，同時卻告訴父母：「我還不成熟、不負責任，請你們照顧我，但要假裝我不要。」

唐的父母在這齣戲中也絕不是沒有參與的旁觀者。唐是長子，他的離家象徵父母生命週期中的重大事件，唐的父親是個極度競爭的工作狂，特別害怕這個人生的重大事件：因爲它揭露他獨特性計畫的虛幻本質；它也意味個人開始走下

坡，開始一段全新而較少活力、較無用處的人生階段；它也代表被人取代，進入晚年，以及潛伏在兩者背後的死亡。唐的母親把主要的身分認同放在母親和家庭主婦，也同樣受到唐離開的威脅，她害怕寂寞、失去人生意義。結果唐的雙親以最隱微的方式阻礙他的成長，他們安排他能成爲自主的成人（成功的父母不就是把目標放在這裡嗎？），卻又低聲懇求：「不要長大，不要離開我們，永遠保持年輕，好讓我們不會變老。」【註一】

三十歲的羅伯是另一個在突出與融合之間擺盪的人，他是成功的商業經理人，因爲扮異性癖來找我會談。他從青少年開始就私下穿異性的服裝，他扮裝異性的情形到現在一直都是與自我相容的型態（ego-syntonic）；也就是說，強烈的慾望完全來自他的核心，穿異性服裝使他感到滿足，他也想要這麼做。可是最近的行爲似乎受到掌控，常常感到焦慮，覺得必須穿異性服裝才能舒解焦慮。症狀的要求越來越多：想要在公眾面前裝扮成女性；想括掉所有體毛（他真的這麼做了）；最後則是想切除陰莖成爲女性。使得他在兩種情形下都會焦慮——不穿異性服裝會焦慮，穿異性服裝也會焦慮。

一般說來，心理治療師會認爲扮異性癖的病人是試圖以性倒錯來逃避閹割焦慮。穿異性服裝的症狀有兩個作用：一是象徵性的閹割（如果已經閹割，就不會受到攻擊），同時還能擁有某種形式的生殖器滿足。這種典範可以對羅伯做出

【註一】害怕上學的小孩，其家庭也常有類似的動力。提茲（W. Tietz）提出幾個案例都是因爲恐懼死亡而導致害怕上學：一個小孩企圖藉著拒絕與家人分離來對抗死亡焦慮，家人由於對小孩自主成長感到矛盾，而共謀產生症狀。³⁵

某種程度的解釋，比如說，他為什麼只有在穿上女性服裝並想像自己是女人時才能自慰。可是仍然無法解釋許多部分，而存在典範就能對羅伯的行為提供更寬廣的見解。

羅伯的幻想很少與性有直接關聯，他通常想像自己是個女人，受到一群女性的迎接和稱讚，接受他進入她們的圈子；她們接納他是出於他的外貌或只是因為他這個人，而不要求他有什麼特定的行為。他希望混雜在她們之中，成為其中的一份子，做一個有經驗的護士、家庭主婦或打字員。他強調最重要的是不需要有所表現，他已經厭倦身為男人而有的壓力——競爭、突出、努力、展現他的能力。

穿異性服裝隱藏了許多死亡恐懼。羅伯在青少年時，母親因為癌症而緩慢、痛苦地死去，十四年來，他一直夢到她。穿異性服裝象徵與母親和所有女性的結合；他生活中扮裝異性的行為大多與個體化的焦慮有關。羅伯一直是高成就者，長久以來一直勝過父親，可是卻因此面臨蘭克所說的「生命恐懼」。羅伯對個體化焦慮的反應一直是透過幻想的生活，幻想的主題就是透過穿異性服裝的機轉達到融合。可是穿異性服裝的防衛已不再有效，會引發太強烈的「死亡焦慮」，羅伯害怕會被幻想掌控，在融合中喪失自我。

企圖透過性的結合來緩和個體化的焦慮是很常見的。完全投入權力、進步、突出、揚名立萬的成功男人，早晚會有一刻面臨個體化必然有的孤獨寂寞、缺乏保護的情形。這種情形常常發生在出差的時候，當一個努力不懈的男人無法把精力和注意力放在工作時，當他必須在陌生的環境放慢腳步時，常常會經驗到可怕的孤寂和極度的狂熱。他會尋找性，而不是關愛的擁抱（會激起他失去自己的恐懼）：他尋找的是操縱的性愛，不會影響他繼續控制生活、限制覺察的性

交，又能舒緩孤獨及其背後的死亡焦慮。這種關係只是裝模作樣的遊戲，人在內心深處會知道自己以不真誠的方式與他人相會。接踵而至的內疚加上焦慮，會導致更大的孤獨感和狂熱，有時在離開前一個女人沒幾分鐘，就又需要另一個女人。

臨床上常常可以觀察到以性活動來抒解死亡焦慮的模式。麥克艾雲—荷恩（Patricia McElveen-Hoehn）曾報告一系列這類事件³⁶：性觀念保守的婦女返鄉參加父母或近親的葬禮，卻出乎意料之外與陌生人或偶遇的朋友發生性關係；罹患嚴重冠狀動脈疾病的男子在送醫途中撫弄妻子的乳房、想要做愛；兒子因白血病垂死的男子開始與人雜交。

三十歲的提姆是另一個臨床例證，他的妻子因白血病而命在旦夕。提姆開始接受心理治療，並不是因為明顯的悲痛，而是全神貫注於性交到令人擔憂的程度。在妻子生病前，他一直過著一夫一妻的生活，可是在她瀕臨死亡時，卻開始無法自制地看色情影片，到單身酒吧（冒著眾人皆知的危險），一天要自慰好幾次，還常常躺在垂死的妻子身旁自慰。在妻子葬禮的那天晚上，他召妓陪伴。在無法自制的性慾中，可以輕易看見提姆的哀傷和恐懼自己的死亡。他的夢提出明顯的證據，我會在下一章討論。

關於性和死亡的關係，我再舉一個令人注目的例子。我有位病人罹患子宮頸癌，已經擴散開來，無法手術治療。雖然她有明顯的疼痛和消瘦，卻有絡繹不絕的求愛者，她說比青春美貌的時候還多。她的對象都以無畏的態度處理死亡恐懼，他們說在如此接近生命的來源（還有人形容成「地球的深處」）時會感到愉悅。我相信他們是因為如此接近死亡、在死神臉上吐痰，而且每次都能全身而退因此而感到興奮。

這位病人則是出於不同的動機：雖然骨盆腔很痛，卻對性有強烈的渴求。她如此接近死亡，因為垂死的寂寞而恐懼，而被與他人結合的需求所吞沒。葛林伯格（Ellen Greenberger）研究罹患末期癌症的婦女，根據主題統覺測驗的分數，發現很高比例的人出現不正當性慾的主題³⁷。

滿足兩種需要（分離與自主、保護與結合）的任務，並面對兩者固有的恐懼，是掌管一個人一生內心世界的對立主題。這個任務始於生命的最初幾個月，當小孩最初和母親共生結合的時候（此後逐漸減少對母親的情緒依賴），為了發展出身分認同感、整體與分離的感覺，必須脫離母親，與母親有所不同，這個任務被瑪勒（Margaret Mahler）稱為「分離一個體化」³⁸。

精神官能性適應的代價

逃離死亡焦慮的企圖是精神官能症衝突的核心。當行為變得極端而僵化時，就是「精神官能性」行為，任何一種對抗死亡的主要防衛過度膨脹時，就會導致某種形式的精神官能性適應。精神官能症的生活方式是死亡恐懼造成的；可是一旦侷限人自發有創造力的生活能力，對抗死亡的防衛本身就是一種局部的死亡。蘭克說精神官能症患者為了逃避死亡的債務而拒絕向生命借貸，就是這個意思：藉著每天部分的自我毀滅來避免死亡恐懼³⁹。

可是精神官能性適應的代價不只是自我設限。有精神官能症的人因為內疚，在僅有的殘餘生命也無法不受懲罰。傳統上把內疚定義為對他人真實或想像的過錯所造成的感受。齊克果⁴⁰和之後的蘭克與田立克⁴¹都強調另一種內疚的來源——對自己所犯的錯，無法活出自己該有的生命。蘭克說：

「當我們因為保護自己……而無法透徹敏捷地生活或實踐時，就會因為浪費生命、未活出的生命而自責。」⁴²所以壓抑是一把兩刃的劍，一方面提供安全感、避免焦慮，另一方面卻使生命受到限制而產生內疚，稱之為「存在性內疚」（existential guilt）。我會在第六章深入探討存在性內疚。

到目前為止，我已經詳細勾勒出死亡焦慮產生的精神官能性適應。接下來我要簡短地談一下精神分裂病人對死亡焦慮更原始、更支離破碎的防衛。

精神分裂症與死亡恐懼

雖然有大量證據顯示各種形式的精神分裂症（schizophrenia）具有重要的生化原因，可是不能因此迴避精神分裂症也是人類悲慘經驗的事實，可以分別從縱向（歷史）和橫向（現象）的觀點來了解。沈重的發展壓力會影響精神分裂病人世界觀的發展，他們居住在一種可怕而混亂的經驗世界裡。

當代治療師最致力於了解和闡述精神分裂病人世界的，莫過於席勒斯（Harold Searles），他多年來在馬里蘭州洛克維爾的栗木之家治療嚴重精神病患。他在一九五八年寫了一篇見解深刻卻被忽視的文章〈精神分裂症與死亡的必然性〉，說明他對精神分裂病人心理動力的看法，以下是這篇論文的總結：

死亡的必然性在表面上是平凡的事實，其實是人類焦慮的最重要來源，對這個現實的反應可說是我們所能體驗到最強烈、最複雜的感受。精神疾病

這位病人則是出於不同的動機：雖然骨盆腔很痛，卻對性有強烈的渴求。她如此接近死亡，因為垂死的寂寞而恐懼，而被與他人結合的需求所吞沒。葛林伯格（Ellen Greenberger）研究罹患末期癌症的婦女，根據主題統覺測驗的分數，發現很高比例的人出現不正當性慾的主題³⁷。

滿足兩種需要（分離與自主、保護與結合）的任務，並面對兩者固有的恐懼，是掌管一個人一生內心世界的對立主題。這個任務始於生命的最初幾個月，當小孩最初和母親共生結合的時候（此後逐漸減少對母親的情緒依賴），為了發展出身分認同感、整體與分離的感覺，必須脫離母親，與母親有所不同，這個任務被瑪勒（Margaret Mahler）稱為「分離一個體化」³⁸。

精神官能性適應的代價

逃離死亡焦慮的企圖是精神官能症衝突的核心。當行為變得極端而僵化時，就是「精神官能性」行為，任何一種對抗死亡的主要防衛過度膨脹時，就會導致某種形式的精神官能性適應。精神官能症的生活方式是死亡恐懼造成的；可是一旦侷限人自發有創造力的生活能力，對抗死亡的防衛本身就是一種局部的死亡。蘭克說精神官能症患者為了逃避死亡的債務而拒絕向生命借貸，就是這個意思：藉著每天部分的自我毀滅來避免死亡恐懼³⁹。

可是精神官能性適應的代價不只是自我設限。有精神官能症的人因為內疚，在僅有的殘餘生命也無法不受懲罰。傳統上把內疚定義為對他人真實或想像的過錯所造成的感受。齊克果⁴⁰和之後的蘭克與田立克⁴¹都強調另一種內疚的來源——對自己所犯的錯，無法活出自己該有的生命。蘭克說：

「當我們因為保護自己……而無法透徹敏捷地生活或實踐時，就會因為浪費生命、未活出的生命而自責。」⁴²所以壓抑是一把兩刃的劍，一方面提供安全感、避免焦慮，另一方面卻使生命受到限制而產生內疚，稱之為「存在性內疚」（*existential guilt*）。我會在第六章深入探討存在性內疚。

到目前為止，我已經詳細勾勒出死亡焦慮產生的精神官能性適應。接下來我要簡短地談一下精神分裂病人對死亡焦慮更原始、更支離破碎的防衛。

精神分裂症與死亡恐懼

雖然有大量證據顯示各種形式的精神分裂症（*schizophrenia*）具有重要的生化原因，可是不能因此迴避精神分裂症也是人類悲慘經驗的事實，可以分別從縱向（歷史）和橫向（現象）的觀點來了解。沈重的發展壓力會影響精神分裂病人世界觀的發展，他們居住在一種可怕而混亂的經驗世界裡。

當代治療師最致力於了解和闡述精神分裂病人世界的，莫過於席勒斯（Harold Searles），他多年來在馬里蘭州洛克維爾的栗木之家治療嚴重精神病患。他在一九五八年寫了一篇見解深刻卻被忽視的文章〈精神分裂症與死亡的必然性〉，說明他對精神分裂病人心理動力的看法，以下是這篇論文的總結：

死亡的必然性在表面上是平凡的事實，其實是人類焦慮的最重要來源，對這個現實的反應可說是我們所能體驗到最強烈、最複雜的感受。精神疾病

的防衛機轉（包括精神分裂症常常見到的奇怪防衛），是用來保護個人不要覺察生命有限的簡單事實（以及其他內在和外在此現實引發焦慮的諸多面向）。⁴³

席勒斯認為精神分裂病人的心理動力就像其他精神官能症病人一樣，只能從病人對自己必然死亡的反應才能得到徹底的了解。精神分裂病人的防衛和精神官能症患者比起來，顯然比較奇特、極端、無效。此外，精神分裂病人的早期生活經驗遠比精神官能症患者更為悲慘。可是人類現實的存在本質使人人得以平等，雖然威脅的強度和反應的特徵有所不同，可是人類有限性加諸於精神分裂病人的痛苦並不亞於精神官能症患者，席勒斯清楚地說明這一點：

我們確定的是，精神分裂症可以視為奇怪、扭曲的過去經驗造成的結果——主要是嬰兒期和兒童早期；可是作者認為，同樣正確、具有更大臨床效益的角度，是把精神分裂症看成以早年學會的某種防衛機轉，來適應當前的焦慮來源，而這些焦慮來源都不如生命有限性的存在處境來得強烈。在本質上，這個理論是指可以從其他可能有利的角度，把精神分裂症看成努力逃避或否認人類處境的這個面向。

作者想要從自己的經驗，說明無法逃避死亡的事實和精神分裂症並不只是稍為有點關聯而已。也就是說，並不是病人脫離精神分裂症時，就能把注意力轉向無法避免死亡的巨大人生處境——這種處

境原先隱伏在他視野的邊緣，甚至完全在視野之外。剛好相反，作者的臨床工作顯示兩者之間具有更為核心的關係：病人變成精神分裂，而且長久保持在這種狀態，除了逃避各種內在和外在此現實之外，也是為了避免面對生命有限的事實（此處所指的意思當然大部分或完全是指潛意識的目的）。⁴⁴

精神分裂病人的傳統病例報告總是強調他們可憐、衝突的早期童年，以及早年家庭環境的嚴重病理。可是從存在的角度來寫病史的話，會寫出什麼真實的病史呢？精神醫學的檢查包括心智狀態的調查，面談者試圖探究病人對時間、地點和人物的定向感。席勒斯假設病人在真實的「定向」中，會做出什麼反應：

我是布萊南，在一九五三年四月十五日的今天已經五十一歲，住在栗木之家，這是馬里蘭州洛克維爾的精神病院。我曾住進好幾家不同的精神病院，迄今已達八年。我罹患重病已超過二十五年，我得的是精神疾病，使我喪失許多現實的前途。想想我現在的年紀，不曾有結婚生小孩的機會，而且後半輩子很可能也需要住在醫院。我曾經是一個家庭中的一員，包括父母和七個小孩，可是誰想到在幾年之中一連串的悲劇打擊這個家庭：我母親在幾年前過世，死前長年處於精神疾病的狀態；兄弟中有一人在年輕時得到精神疾病，需要長期住院；另一位兄弟自殺而死；還有一位兄弟死於第二次世界大戰；第三位則最近在法律生涯的高峰被精神病人

謀殺。我的父親很可憐，早已不是過去那個強壯的男人，死亡離他已經不遠。⁴⁵

在這個特殊病例中，有某種赤裸而令人震驚的東西，可是當相似的悲劇病例並沒有把焦點放在早期發展、教育、兵役、客體關係、性行為，而是放在生命的存在事實時，可能更令人驚駭，而這是每一個病人都寫得出的故事（其實每一個治療師亦然）。

席勒斯描述一個典型精神病人的治療過程，時間長達數年。病人起初顯示出：「大量證據表示有全然精細、奇怪複雜、極端劇烈的防衛性妄想系統，充斥各種可怕的觀念，從殘忍野蠻、巫術魔法，到科幻小說中錯綜複雜的陰謀。」雖然病人的世界是可怕的經驗，可是席勒斯注意到她毫不關心所有人類都害怕的既定事實——生病、老去，以及無法逃避的死亡。她以大量明顯的否認死亡來處理這些議題：「當今這個世界上，任何人都沒有理由不快樂或覺得不幸；每件事都有對抗的方法……人不會死，其實只是『改變』，從一個地方到另一個地方，或是被製做成電影中不知情的角色。」

接受三年半治療後，這個病人開始出現基於現實而有的生命觀，並能接受生命是有限的（包括人類的生命）。在這個體悟之前的幾個月中，她出現拚命抵抗的跡象，想強化自己的妄想性防衛，不想了解死亡的必然性。

她的時間大部分花在撿拾落葉，以及偶爾可見的死鳥和死去的小動物，常常花好幾個小時尋找，還到附近社區的商店買下各式各樣的東西，藉由各種類似煉金術的過程，企圖將它們變成另一種生命

形式。顯然她覺得自己是上帝（她自己也證實了這一點），揀選各種落葉和其他東西，想從中變出生命。心理治療有好幾次是在草地進行，治療師坐在長椅上，而她在附近的草地繼續終日不停的搜尋。

這幾個月逐漸過去，逐漸到達否認死亡階段的終點，她越來越公開表達對這種活動的絕望感。在一個秋天的日子，會談時治療師和病人都坐在長椅上，相距不遠，同時注視撒滿落葉的草地，她主要以非口語的方式表達自己充滿溫和、柔軟和哀傷。她眼中含淚，以一種順從事實、單純接受的口氣說：「我無法把這些樹葉變成羊或別的東西。」治療師回答：「我想你可能了解人的生命也是如此，人就像這些葉子一樣，在死亡時結束。」她點頭說：「對。」

這個體悟開啓了紮實的治療進展，病人逐漸放棄對抗死亡的主要防衛——相信自己的全能和不可侵犯。她了解：

……她不是上帝……我們人類是必死的。這表示她妄想性精神分裂症的基礎開始碎裂，這個疾病包含她多年的信念，比如相信已逝的雙親都仍活著。⁴⁶

雖然這位女性和其他席勒斯描述的精神分裂病人的防衛非常原始，可是這些防衛與精神官能症病人的防衛模式是類似的。舉例來說，偏執的病人表現出誇大和全能的妄想，這是逃避死亡的基本模式之一——相信自己的獨特性和不朽

性。

大部分精神分裂病人（如果不是全部的話），都無法經歷自己全然地活著。這種死氣沈沈是精神分裂病人全面性壓抑所有情感的作用，不過席勒斯認為也提供了一種額外的防衛目的——死氣沈沈或可保護病人遠離死亡。有限的死亡勝過真實的死亡。如果人已經以某種方式死了，就不需要害怕死亡。

可是所有人都必須面對死亡，如果死亡恐懼是精神分裂病人心理動力的核心，就必須回答一個謎：為什麼精神分裂病人會被這種普世皆然的恐懼擊倒？席勒斯提出幾個理由。

首先，對那些沒有加強個人完整性的知識、沒有全然參與生活的人，面對死亡的焦慮會更為強大。席勒斯寫道：「除非一個人有全然活著的經驗，否則無法面對必然死亡的前途，而精神分裂病人還沒有全然活過。」⁴⁷ 布朗在《對抗死亡的生命》這本絕佳的書中，提出類似的說法：「只有肯定誕生的人才能肯定死亡……死亡的恐懼是出於我們身體中未曾活過的生命對垂死的恐懼。」⁴⁸（死亡焦慮會因為生活失敗而大幅提高，這個論點對治療有重要的意含，將在下一章討論。）

精神分裂病人被死亡焦慮淹沒的第二個理由是病人在早期發展承受巨大的失落，以至於無法整合這些失落。病人因為不成熟的「自我」，以病態的方式對失落做反應，通常是強化主觀的嬰兒式全能感，以此來否定失落（如果人就是全世界，當然無法承受失落）。由於沒有把往昔的失落整合起來，所以無法在當前整合最巨大失落的前景——失去自己，失去自己認識的每一個人。所以，病人對抗死亡的基本屏障就是全能感，這是所有精神分裂症的關鍵特性。

強烈死亡焦慮的第三個來源是出於精神分裂病人早年與母親關係的性質——病人不會產生這種共生的融合，卻不斷在心理結合的位置與完全無關的狀態之間擺盪。病人與母親關係的經驗很像在協調一種磁場，避免太靠近而突然被吸入，又不能離開太遠而變得什麼都沒有。要維持共生關係就需要雙方都不覺得自己是獨立的整體，雙方都需要對方來完成其完整性。所以病人一直沒有發展出必要的完整性，而無法全然體驗生命。

此外，精神分裂病人認為共生關係是存活下去所絕對必要的——病人需要保護，以對抗任何對關係的威脅；可是那些威脅又都沒有他（和母親）那種強烈的矛盾感來得危險。小孩對自己最深愛的人卻感受到最深的恨意時，會有全然的無助感。小孩了解這個人同時強烈地愛自己又恨自己時，也是無助的。這種無助需要不斷維持個人全能的幻想，正常情形下，這種幻想只見於嬰兒。接受死亡的必然性，是最徹底摧毀個人全能感的情形，所以精神分裂病人會不顧一切緊抓著否認死亡不放。

精神病理學的存在典範：研究證據

我在本章假設死亡恐懼雖然是普世皆然的，雖然否認死亡的特定模式有很多種，卻有兩種主要的否認堡壘——相信個人的獨特性，以及相信有終極拯救者。這兩種防衛來自早期生活，而且對人的性格結構有很大的影響。強烈相信終極拯救者的人（並努力得到融合、結合或沈浸其中），會尋找自身以外的力量，對別人採取依賴、懇求的態度，壓抑攻擊性，可能表現出受虐的傾向，在失去支配的他人時可能會深

陷沮喪。傾向獨特性和神聖不可侵犯（努力出人頭地得到個體化、自主性或獨立）的人，可能會自戀，常常是強迫性的成就者，傾向於直接向外攻擊，可能自信到拒絕他人必要而適當的幫助，悍然拒絕接受自身的失敗或限制，容易表現自我膨脹甚至誇大的傾向。

關於出人頭地和沈浸其中的辯證，並沒有直接的實證研究證明其存在，不過，不論是佛洛伊德、蘇利文、荷妮、佛洛姆或榮格提出的精神病理典範，也都沒有實證的證明——臨床典範總是出於直覺，然後再由其臨床效用來證實。可是，有兩種健全的探究管道提出類似的人格概念，並加以詳細研究，就是認知類型的實驗研究與控制觀的人格研究。

認知類型

維金（Herman Witkin）在一九四九年發現兩種基本的知覺模式：場域依賴型（field dependence）和場域獨立型（field independence）；這兩者似乎類似終極拯救者和獨特性的人格結構⁴⁹。在「場域依賴型」模式中（類似終極拯救者的類型），人的知覺受到場域整體組織的強烈支配；在「場域獨立型」模式中（類似獨特性的類型），場域的某些部分被體驗為與背景分離的。許多研究顯示人傾向於哪一種知覺模式，是個體功能的一種前後一致而普遍的特徵。在各種知覺任務中【註二】，場域依賴型的人無法把前景和環境的背景分開，而場域獨立型的人在這方面毫無困難，所以這些測驗顯示個體的類型傾向並不只侷限於知覺，而是一種廣泛的認知類型，可見於個體的心智活動、身體概念和獨立的身分認同。

心智活動：當需要把核心元素從其脈絡中分離出來以解

決問題時，場域依賴型的人做得不如場域獨立型的人。這種傾向稱為「認知類型」，這是一種一致的傾向，經驗的一端是整體的、擴散的，而另一端則是輪廓清楚的、結構化的。維金把認知類型的這兩極分別稱為「整體的」和「清晰的」，不過，必須強調世界並不是由兩種不同的生命組成的，認知類型的分數顯示是連續性的分布，而不是兩極化的分布。

身體形象：個人的類型不只影響「外在」的事物，也影響「內在」的經驗。身體形象的測驗（例如畫人測驗），強烈顯示人對自己身體的知覺方式，與在知覺和認知測驗的表現有重要關聯。場域依賴型（整體）的人顯示出極少的細節，身體各部分的比例不切實際，很少表現出性別角色的特徵；場域獨立型（清晰）的人顯示出明確的比例和性別差

【註二】有許多種知覺測驗可以顯示這個現象。例如，在身體調整測驗中，人坐在可以向左右傾斜的椅子上，椅子放在一間本身也可以向左右傾斜的小房間中，當房間傾斜時，要求受試者的身體根據重力保持正直。場域依賴的人無法分辨自己與房間位置的不同；換句話說，如果房間是傾斜的，他們也會傾斜自己的身體，並認為自己是挺直的，其實他們的身體已經傾斜，最多可達四十五度角。場域獨立型的人不管房間的位置如何，都能讓身體保持不正的挺直。所以場域依賴型的人似乎把身體和場域融合起來，而場域獨立型的人卻能立即分辨自己的身體與背景的不同。還有一個類似的測驗，向受試者出示一個發光的棒子和架子（這兩者是暗室中唯一眼所能見的東西），要求受測者不管架子的傾斜位置，都要以垂直的方式置放棒子。這種圖形連結的測驗要求受試者在複雜的圖樣中，放入某個特殊的簡單形體。場域依賴型的人無法感知簡單的形體，而場域獨立型的人可以不管整個圖樣，清楚看見單純的形體。

異。

身分認同：場域獨立型的人會發展出獨立的身分認同感，也就是說，他們知道自已的需求、感受、特質，並能區分自己與他人的不同。相反的，場域依賴型的人相當依賴外在的來源以界定自己的態度、判斷、情感，以及對自己的看法【註三】。例如，研究顯示場域依賴型的人比場域獨立型的人更常看著施測者的臉。此外，場域依賴型的人比較善於認出先前見過的面孔，而且更常在夢中關切自己與實驗者的關係。

認知類型與否認死亡：根據實驗的定義，場域依賴型的人非常類似相信有終極拯救者的人的臨床特徵；場域獨立型的人則類似相信個人獨特性的人。場域依賴型和場域獨立型的辯證，完全來自於知覺與認知功能的實證研究，並不是主觀的產物。我認為這裡描述的存在辯證與實證辯證有關，就好像「恐懼」可以類比為膚電反應——存在的辯證為這兩種認知類型的人提供個人的意義、現象學的經驗。容我更進一步衍申這個類比，以認知類型和本章稍早談到對抗死亡焦慮的兩種主要防衛機轉的精神病理學，比較兩者間的實證關連。

精神病理學與認知類型：人的認知類型和心理防衛與精神病理形式的「選擇」，有密切的關聯。場域依賴／獨立是一種連續體，精神病理則發生在兩個極端；此外，兩個極端

【註三】場域依賴型的人被放在自動運動的情境時，會為了與事知情情的其他在場者意見一致，而改變自己對光點運動的判斷（自動運動的情境要求受測者看著暗室中固定的光點，評估光點是否移動，光點本身其實不會動，可是受測者可能或多或少受到施測者或先前已在場的他人的評估而受影響）。

所產生的病態會以非常不同的方式表現。

場域依賴型的人容易有嚴重的身分認同問題，症狀通常會令人聯想到依賴、被動、無助的深層問題。好幾項研究指出這種病人出現的症狀與缺乏「獨立身分認同感」的發展有關，比如酗酒、肥胖、與人格格格不入、憂鬱症、身心反應（如氣喘），精神病人則容易產生幻覺（相較於場域獨立型的人容易產生妄想）。⁵⁰

場域獨立型的人發展到病態程度時，容易出現對外的攻擊性、妄想、自我膨脹和欣喜的誇大想法、偏執症候群，以及憂鬱的強迫性人格結構。

在心理治療中，也會觀察到場域依賴型和場域獨立型的人之間一些有趣的差異。最主要的差別在於情感轉移，場域依賴型的病人容易很快對治療師發展出高度正向的情感轉移，很早就有好的感覺。場域依賴型的病人容易與治療師「融合」，可是場域獨立型的人在與治療師關係的發展中，傾向於非常小心謹慎。場域獨立型的病人在初次會談中，會清晰地說明自己的問題，而場域依賴型的人會談得很不具體。場域依賴型的人會很快接受治療師的建議，期盼得到治療師的支持，在會談快結束時感到焦慮而試圖延長會談時間。

心理治療師的認知類型也是心理治療背景的重要決定因素，場域獨立型的治療師傾向於以指導式或被動的方式觀察病人，而場域依賴型的治療師喜歡與病人有相互的關係。

兩者的相似性非常明顯，場域依賴型或是終極拯救者導向的極端所造成的病理特徵都是被動、依賴、口慾、缺乏自主功能、能力不足；場域獨立型或獨特性所造成的極端可能導致病態的自我膨脹、偏執症候群、攻擊性或強迫性。這些觀察還得到另一種探究方式的支持——控制觀，這是一種實

證的人格典範，也非常類似獨特性—終極拯救者的臨床典範。

控制觀

從羅特⁵¹（Joseph Rotter）和法瑞斯⁵²（E. Jerry Phares）的工作開始，許多研究者對人格典範發生興趣，探究人是內在或外在的控制觀。人是覺得自己能控制生活中的事件呢？或是覺得這些事件的發生與自己的行動無關？大部分關於內在一外在控制的研究都是根據羅特在一九六六年發展出的內在外在量表，自此以後有數百個研究⁵⁵都是運用這個工具【註四】。

「內控者」覺得控制的中心是內在的，覺得能控制自己的命運；「外控者」認為控制來自外在，會從自身以外尋找答案、支持與指導。

【註四】內在外在（Internal-External）量表是包含二十三項強迫選項的自我評估問卷，舉幾個配對的選項為例：

- a、人因為不試圖表現友善才會感到寂寞。
- b、努力取悅別人是沒有什麼用的，如果他們喜歡你就會喜歡你。

- a、發生在我身上的事，是我自己造成的。
- b、我有時覺得自己不足以控制我人生的方向。⁵³

還有一種用在學齡前兒童的問卷，舉例如下

- a、你褲子上有一個洞時，是
 - (a)、因為你撕破的，或
 - (b)、被別人撕破的。
- b、如果你閃閃發光的新錢幣不見了，是因為
 - (a)、你弄掉的，或
 - (b)、口袋有一個洞。⁵⁴

內控者與外控者有許多不同。內控者傾向於較獨立、實現更多成就、在政治上較積極、有較大的個人權力感。他們是尋求權力的人，努力掌控環境。因為肺結核而住院的「內控」病人比較了解自己的狀況，較常詢問疾病和自己的病情，並對醫生和護士提供的資訊覺得不滿意⁵⁶。給予主題統覺測驗的卡片，並給予隱微的暗示時，內控者和外控者比起來，比較不會受到暗示的影響⁵⁷。

一般說來，內控者需要較多的資訊，並藉此控制自己的世界。內控者比較不會受到暗示，比較獨立，較信賴自己的判斷。他們根據資訊本身的優點來評估，而不像外控者會根據資訊來源的聲望或專業程度來評估資訊。內控者比較容易成為高成就者，也比較願意為了得到更大的報償而延後得到滿足感的時間。外控者較容易受到暗示，比較容易染上菸癮或是冒險賭博，在成就、掌控和耐力上較差，比較想得到他人的援助，而貶抑自己⁵⁸。

這些特徵和先前討論的場域獨立型（相信獨特性的人）與場域依賴型（相信拯救者的人）比起來，顯然非常相似。我們可以想像一個連續體，把這些發現整合起來，連續體的一端是場域依賴型、外在控制觀、相信終極拯救者的存在，另一端則是場域獨立型、內在控制觀、相信個人獨特性。這個連續體的任一端點都非常符合臨床上明顯的精神病理。可是，許多研究指出連續體的某一端所形成的人格組織比較無效、更容易導致精神病理：場域依賴型、外在控制觀的人比場域獨立型、內在控制觀的人更容易出現精神病理⁵⁹。外控分數較高的人比較容易覺得能力不足⁶⁰，較容易焦慮、懷抱敵意、疲倦、困惑、沮喪⁶¹，較沒有活力和彈性⁶²。嚴重的精神病人多半是外控型的人⁶³，精神分裂病人特別傾向於外

控型⁶⁴。許多研究都顯示外控型和憂鬱症有強烈的關聯⁶⁵。

這些研究結果與臨床經驗是一致的，大部分尋求治療的人是因為拯救者防衛的失敗（渴望依賴、自我價值感低落、自卑、無助、受虐傾向、失去掌控者所造成的憂鬱、或面臨失落的威脅），而不是因為獨特性的崩解來尋求治療。有一個研究小組報告外控模式和死亡焦慮之間的正相關⁶⁶。換句話說，外控模式和內控模式比起來，比較不能有效對抗死亡焦慮（可是，另一個實驗根據不同的死亡焦慮量表，卻無法得到相同的結果）⁶⁷。

相信有外在拯救者的防衛機轉似乎在本質上就是很侷限的，不只是它無法完全遏制原始的焦慮，也因為它的本質會孕育額外的病態——相信自己的生活受到外力控制，這種情形與無力感、無用感、低自尊有關。無法信賴或相信自己的人，會因此限制自己獲取資訊和技能，並以討好迎合的方式對待他人。自我價值感低落、自卑的傾向、缺少建立自尊的技能、無法感到滿足的人際關係，這些因素顯然都是精神病理的溫床。

第五章 死亡與心理治療

從理論跳到實務並不容易。本章我要從死亡的抽象考量轉到開業心理治療師的辦公室，並試圖從抽象的考量中抽出對日常治療有意義的部分。

死亡的現實對心理治療的重要性有兩個明確的部分：覺察死亡是一種「邊界處境」（boundary situation），使生活觀產生徹底的轉變；死亡是焦慮的基本來源。我會分別討論這兩部分在治療技巧上的應用。

死亡是一種邊界處境

所謂「邊界處境」是指一種迫使人面對自己在世上存在「處境」的事件，一種急迫的經驗。面對個人的死亡（「我的死亡」）是無可比擬的邊界處境，其力量足以使人在世上的生活方式產生大規模的轉變。「雖然肉體的死亡可以毀滅一個人，可是對死亡的觀念卻可以拯救他。」死亡是一種催化劑，可以把人從一種存有的狀態推動到更高的存有狀態——從想知道事物是如何運作的狀態，進入想知道事物的本質是什麼的狀態。死亡的覺察使人轉離瑣事的關心，為生命提供深入、尖銳而完全不同的觀點。

我先前提到文學和臨床記錄中的例證，說明人在面對死亡後產生徹底的轉化。托爾斯泰在《戰爭與和平》中的皮耶與《伊凡·伊里奇之死》中的伊凡，都是「人格改變」或「個人成長」的明顯例子。另一個引人注目的例子就是大家都喜歡的奇蹟式轉變的英雄——史庫吉（狄更斯小說《聖誕頌歌》中的主角）。許多人都忘了史庫吉的轉變並不單純是聖誕節的溫暖融化他冰冷表情的自然結果，改變史庫吉的是面對自己的死亡。狄更斯筆下的鬼魂運用了強大的存在性震

撼療法：史庫吉看見自己的死，偷聽到眾人輕描淡寫地討論他的死亡，看到陌生人爲了他的財物爭吵，連床單和睡衣也不放過。史庫吉目睹自己的葬禮，在改變前的最後一幕，他跪在墓園檢視刻在他墓碑上的名字。

面對死亡與個人改變——作用的機轉

覺察死亡是怎麼引發個人改變的呢？轉變的人有什麼內在經驗呢？第二章提出一些數據，指出某些癌症末期病人進行正向改變的形式和程度。訪談這些病人可以讓我們了解一部分改變的機轉。

癌症治癒精神官能症：一位病人有嚴重的人際恐懼，卻在罹患癌症後奇蹟似的化解。詢問她爲何痊癒時，她回答：「癌症治癒了精神官能症。」雖然她非常輕率地丟出這句話，可是其中卻蘊涵了醒目的真理：並不是死亡會消除生命及伴隨生命而有的悲哀這種陰鬱的真理，而是預期死亡可以提供豐富的觀點來關懷生命的樂觀真理。請她描述自己的轉變時，她說只是一種簡單的過程：面對並覺得克服了死亡恐懼（這種恐懼使所有其他恐懼都變得不重要），使她經歷一種強大的自我控制感。

生命無法拖延：四十五歲的伊娃深感沮喪，她罹患末期卵巢癌，內心非常掙扎於是否進行最後一次旅行。在治療中，她談到這個夢：

有一大群人，看起來有點像德米爾【譯註】電影中的場景。我看見母親在裡面，大家一遍又一遍

【譯註】Cecil B. DeMille, 1881-1959, 美國電影製片人、導演，所攝影片以豪華壯觀的場面和佈景取勝，如「十誡」、「萬王之王」。

反覆唱著：「你不能走，你得了癌症，你生病了。」然後我聽到死去的父親平靜安慰的聲音說：「我知道你和我一樣得了肺癌，但不要像我一樣留在家裡喝雞湯等死。去非洲生活。」

伊娃的父親多年前死於癌症，在父親死前幾個月她最後一次看他時感到哀傷，不但是因爲失落，更因爲他死的方式。家中沒有人敢告訴他得了癌症，留在家中喝雞湯的象徵非常貼切——他的餘生和死亡是無知而懦弱的。這個夢帶有強大的勸告作用，伊娃注意到這個勸告，大幅改變了她的生活。她要求醫生告訴她所有關於癌症的資訊，堅持要共同決定接受什麼樣的治療。她重建昔日的友誼，讓別人知道她的恐懼，並幫助他們說出自己的哀傷。她也進行最後一次到非洲的旅行，雖然因爲病情而縮短行程，卻讓她滿足地飲盡生命的最後一滴汁液。

這個主題可以簡單地總結成一句話：「生命無法拖延。」許多癌症病人說自己現在的生活更爲充實，他們不再把生活拖延到未來的某個時刻。他們了解只能活在當下；事實上，他們無法活得比當下更久——當下一直跟隨著你。即使在回顧過往生活的那一刻，就算回顧的是剛過去的時刻，人也還在那裡體驗、生活。永恆的時態不在未來，而在當下。

我記得一位三十歲的病人，一心想著看到自己是個孤獨度過聖誕節的老婦人。由於內心籠罩著這個意象，她的成人生活大多耗在瘋狂地追求伴侶，瘋狂到嚇走每一個可能的追求者。她拒絕活在當下，把生活投注在重尋早期童年的安全感。精神官能症藉著試圖在未來找到過去，而忘掉當下。這確實很弔詭，最害怕死亡的人正是沒有好好活著的人，我稍

後會有更多討論。卡山札基問：「爲什麼不像個飽足的客人，離開生命的宴席？」¹

另一個病人是大學教授，由於嚴重的癌症發作而決定在當下享受未來。他驚訝地發現自己可以選擇不要做那些自己不想做的事。他在手術復原後回到工作崗位時，行爲有驚人的轉變：他放下繁重的行政工作，沈浸到最令他興奮的研究工作（最後得到全國性的殊榮），而且不再參加任何教職員會議（這讓我們每個人都上了一課）。

法蘭長期沮喪和恐懼，被鎖在非常不快樂的婚姻已十四年，她也無法自行結束婚姻，分開的最後障礙竟然是她先生在家中的大型水族箱！她希望保有這棟房子，好讓孩子保有原來的朋友並留在原先的學校，可是她不想一天花兩個小時來餵魚。問題似乎無法解決（爲這麼微不足道的事犧牲生活）。

法蘭後來得到惡性骨癌，使她了解簡單的事實：自己只有這麼一輩子。她說突然了解時間不停流逝，在生命結束前並沒有「休息時間」。雖然她的疾病如此嚴重，非常需要丈夫體力和經濟的支持，可是她仍勇敢地決定分手，這個決定已拖延十年。

死亡提醒我們生命無法拖延，生命還尚存一些時間。如果僥倖能面對自己的死亡，並體驗到生命就像「可能性中的可能性」（齊克果語）²，並知道死亡就像「不可能有進一步的可能性」（海德格語）³，就能明白只要一個人還活著，就還有改變生活的可能性，除非已到生命的最後一刻。可是，如果今天晚上就會死去，所有明天的意圖和承諾就都胎死腹中了。史庫吉正是學到這一點，其實他的轉變形式包括了系統化的逆轉前一天的不良行爲：向原先被他咒詛的唱聖歌的

人打招呼，捐錢給本來被他藐視的慈善工作者，擁抱原本被他奚落的姪子，把煤炭、食物和金錢給予原先被他欺壓的克萊奇。

數算你的祝福：面對死亡會激發的另一種改變機轉，可見於一位癌症侵襲食道的病人。由於吞嚥困難，她逐漸改吃較軟的食物，然後是煮爛的食物，最後是流質食物。有一天在餐館裡，由於連清湯都吞不下去，她環顧四周的食客，懷疑地說：「難道他們不知道自己吞嚥是多麼幸運的事嗎？他們有沒有想過這一點呢？」她把這個簡單的原則運用到自己身上，開始了解自己能做什麼、能經驗什麼：生命的基本事實、季節的更替、美麗的自然環境、可以看、可以聽、可以觸摸、可以愛。尼采以優美的文句表達這個原則：

由於這種深淵、如此嚴重的疾病，人回復成新生兒的狀態，脫去一層皮膚，更怕癢易怒，更能品嚐快樂的滋味，對所有好事有更敏感的舌頭，更愉悅的感官，帶著無邪的喜悅，像小孩子般天真單純，看東西時比以前細膩百倍。⁴

數算你的祝福！我們多麼忽略這個令人獲益的簡單訓誡！我們平常並沒有發現自己真正擁有的和真正能做的事，反而想著自己缺少的和不能做的事，因爲瑣碎的擔心和名聲或自尊心受到威脅，而阻礙了我們的成長。把死亡牢記在心，就能對無數存在的既定事實抱持感恩、欣賞的心。斯多噶學派說：「若想學會如何生活，就要沈思死亡。」⁵正是這個意思。最重要的並不是滿心想著死亡，而是促使人同時保有圖像和底色，使得生命變得更有覺察力、生活變得更爲

豐富。就如桑塔雅那（Santayana）所說的：「死亡提供的黑暗背景，使生命的細緻色彩更為純粹。」⁶

去除認同（disidentification）：心理治療師在日常臨床工作中，會看到似乎不會引發焦慮的事件，卻因此產生極度焦慮的病人。焦慮是一種信號，表示人察覺某種對存在造成威脅的情形。問題在於精神官能症患者的安全感如此脆弱，而過度擴張防衛的範圍。換句話說，精神官能症不只保護他的核心，也以同樣的強度來護衛許多其他的部分（工作、名聲、角色、虛榮、性能力、健壯的體格）。因此許多人在面對事業或其他部分的威脅時，會非常緊張，事實上他們相信「我就是我的事業」或「我就等於我的性吸引力」。治療師會想說：「不，你不是你的事業，你不等於你雄偉美麗的身體，你不是母親、父親、智者或永遠的照護者。你就是你自己，你的核心本質。把它周圍圈起來，所有在其外的事都不是你；它們都會消逝，但你仍然存在。」

不幸的是，這種不證自明的規勸就像所有不言而喻的道理一樣，鮮少能有效地催化改變。心理治療師會尋找方法來強化規勸的力量。我在癌症病人團體和教室中常用一個方法，稱為「去除認同」的練習【註一】。步驟很簡單，大約只要三十到四十五分鐘。我會選擇安靜平和的環境，請成員針對「我是誰？」的問題，在不同的卡片上列出八個答案，然後檢閱這八個答案，按照重要性和核心的程度排列這些卡片——最接近核心的答案放在下面，最表面的放在上面——然後請他們研究最上面的卡片，沈思放棄這個特性會是什麼情形。大約兩、三分鐘後（用安靜的訊號比較不會分心，比如

鈴聲），再請他們進行到下一張卡片，依此類推，直到被迫放棄所有八種特性。然後再幫助成員反向進行上述步驟，幫助他們整合起來。

這個簡單的練習可以產生很強大的情緒。我有一次在成人教育課程帶領三百人做這個練習；即使過了好幾年，成員還會忽然告訴我那個練習對他們是非常重要的經驗。去除認同是阿沙鳩里（Roberto Assagioli）心理綜合學的重要部分，他藉著有系統的方式要人想像去除自己的身體、情緒、慾望，最後是思維能力，試圖幫助人達到「純粹自我意識的核心」⁷。

罹患慢性疾病的人常常自動經歷去除認同的過程，而良好地適應自己的處境。我清楚記得一位病人一直緊密地把自己認同成她的體能和活動，癌症使她逐漸虛弱，以致於不能再登山、滑雪、徒步旅行，她為這些失落傷痛良久。她的體能活動範圍無情地縮減，但最後她能超越這些失落。經過幾個月的治療後，她能接受這些限制，在說「我做不到」時不覺得自己沒有價值、沒有用處。然後她把能量轉化到自己能力所及的其他表現形式，她為自己訂下合理的最後計畫：完成個人和專業上的未竟之事，把未曾說出的心情向其他病人、朋友、醫生、子女表達出來。許久之後，她又走出重大的另一步——去除對自己能量和影響的認同，了解自己的存在是在這些事之外，事實上是在所有特性之外。

去除認同是明顯可見、久已存在的改變機轉——超越物質和社會的裝飾，長久以來一直具體存在禁慾傳統裡——是在臨床上並不容易見到。死亡的覺察能促進觀點的改變，使人能區分核心和附屬品的不同——重新投身於一件事，而放棄其他事。

【註一】這個名稱是布金安建議的。

日常心理治療中的死亡覺察

個人對死亡的覺察可以催化自我改變的過程，如果心理治療師接受這個觀點，接下來的任務就是促進病人對死亡的覺察。可是，要怎麼做呢？我之前引用的許多例子都是特殊的狀況，但心理治療師要怎麼治療一般病人呢？這些人並沒有末期癌症，沒有面對行刑隊的經驗，沒有發生差一點死去的意外。

我有好幾位癌症病人提出同樣的問題，談到他們的成長以及面對死亡所學到的事時，感嘆地說：「真是悲哀，我們得等到現在，等到身體佈滿了癌症，才學會這些真理！」

有許多結構化的練習可以用來模擬與死亡的相會，有些很有趣，我會簡短描述其做法。可是就此而言，我覺得最重要的一點是治療師並不需要提供經驗，只需要幫助病人體認自己周遭經驗無所不在的死亡就好了。我們通常會否認或選擇性地忽略提醒我們存在處境的事，治療師的任務是扭轉這個過程，捕捉這些提醒我們的事，因為它們並不是敵人，而是追求整合和成熟的有力盟友。

以下面這個例子來說明。四十六歲的母親帶著四個孩子中最小的一位到機場，他要離家上大學。她過去二十六年來撫養子女，渴望的就是這一天的到來，不再有過度的負擔，不再需要永無休止地為別人而活，不再需要煮晚餐洗衣服，不再像以前那樣得面對提醒她還有許多瑣碎家務的髒碗盤和凌亂的房間。她終於自由了。

可是，當她與兒子告別時，突然開始大哭，從機場回家的路上，全身從深處發出顫慄感，她想「這是很自然的反應」，以為只是告別自己摯愛的人所產生的悲傷。可是不只如此，顫慄感一直持續，沒多久變成不曾有過的焦慮，怎麼

會這樣呢？她找一位治療師會談，他安慰她這是常見的問題——「空巢期」症候群。多年來她把自己的價值感放在母親和家庭主婦的工作，現在突然發現無法肯定自己，她當然會感到焦慮——日常的生活結構改變了，她在生活中的角色和自我價值感的基本來源都被移走了。逐漸地，在安眠藥、支持性心理治療、婦女團體的自我肯定訓練、好幾項成人教育的課程、一兩個情人和兼職義務工作的幫助下，顫慄感逐漸消退成輕微的發抖，然後完全消失。她恢復自己「生病前」的舒適和適應。

這位病人是在數年前由一位精神科住院醫師治療，屬於一個心理治療結果的研究計畫。她的治療結果顯然非常好，每一種評量（症狀檢核表、目標問題的評估、自我價值感）都得到明顯改善。即使到現在，回顧起來，顯然也可以說心理治療師圓滿達成任務。可是，我仍然認為這個治療過程「錯失良機」，是錯過治療機會的例證。

我以上述例子和最近一位生活處境幾乎完全相同的病人做比較，我試圖以讓她擁抱顫慄感，而不是使之麻痺來治療她。病人經驗到齊克果所說的「創造性焦慮」，她的焦慮把我們引領到重要的領域。她確實有自我價值感的問題，她確實有「空巢期」症候群，她也確實因為對孩子的矛盾而深受困擾——她愛孩子，但也怨恨他，嫉妒他有自己所沒有的機會（當然了，她也因為這些「可恥的」心情感到內疚）。

我們跟隨她的顫慄感，它把我們帶到重要的範疇，並引發幾個十分重要的問題。沒有錯，她可以找出許多方法來填補時間，可是空巢期的恐懼代表什麼意義呢？她一直想要自由，現在得到了自由，卻感到害怕，為什麼？

她做了一個夢，闡明了顫慄感的意義。她兒子剛離家上

大學，曾在高中表演特技和雜耍。她的夢很簡單，手上握著兒子表演雜耍的三十五釐米幻燈片，可是這張幻燈片很特別，裡面的人會動，兒子一面表演雜耍，同時翻滾出許多複雜的動作。她對夢的聯想一直在腦中盤桓：幻燈片捕捉了時間和動作，將之框在裡面，使每一件事雖然保持活力，卻是靜止不動的，它凍結了生命。她說：「時間一直往前，我無法使它停止，我並不希望約翰長大，我真的很珍惜他和我們在一起的時光。可是不論我喜不喜歡，時間都一直往前，為約翰往前，也同樣為我往前。真正了解以後，會發現這是很可怕的事。」

這個夢使她清楚看見自己的有限性，她沒有急於用各種分散注意力的事來填滿時間，而是學著以更豐富的方式來認識並肯定時間和生命。她進入海德格描述為真誠存在的範疇：她想知道的不是事物運作的方式，而是事物的本質。依我的判斷，治療對第二位病人的幫助比第一位還大。現實上不可能用標準化的檢測結果來證明我的判斷，事實上，第二位病人可能會繼續經歷更多焦慮，可是焦慮是存在的一部分，持續成長、創造的人不可能擺脫焦慮。不過，這種價值判斷會引發許多關於治療師角色的疑問，治療師是不是太多管閒事了呢？病人來接受治療是為了得到覺察存在的指導嗎？實際上大部分病人不是說「我覺得很糟，幫助我覺得好一點」嗎？若是如此，為什麼不用最快速、最有效的方法呢（比如鎮靜劑或行為矯正技術）？所有基於自我覺察而有的治療方式都會遇到這種疑問，這是不可忽視的疑問，會在本書中一次又一次地出現。

在每一位病人的治療中，如果治療師能敏銳地加以強調，就會發現各種處境都能增加病人對問題的存在面向的覺

察。最明顯的處境就是赤裸裸地提醒有限性與時光無法倒流的事實。如果治療師堅持的話，親近之人的死亡總是會增加案主對死亡的覺察，哀傷中有許多部分（純然的失落、矛盾和內疚、生活計畫的破壞）都需要在治療中徹底處理。可是，就如我先前強調的，另一人的死亡也會使人面對自己的死亡，而這個部分常常在哀傷治療中遺漏。有些心理治療師可能覺得喪親已經是難以承受的事，無法再接受處理自身有限性的重擔。可是，我認為這個假設通常是錯誤的，有些人可以在個人的悲劇中大幅成長。

他人的死亡與存在的覺察：許多人因為親近之人的死亡而得以深入體認自己也會死亡。蘭斯伯格（Paul Landsburg）談到所愛之人的死亡時說：

我們和死去的人共組成一個「我們」，在這個「我們」中，透過這個嶄新而十足的生命的力量，使我們鮮明地覺察自己也必須死……我和這個人形成的共同體突然中止，而這個共同體在某種程度上就是我自己，我感受到死亡就在我自身存在的核心。⁸

但恩（John Donne）在他著名的講道中做出相同的結論：「不要詢問喪鐘為誰而敲，喪鐘正是為你而敲。」⁹

失去父母使我們碰觸自己的脆弱，如果父母無法拯救自己，誰能拯救我們呢？父母離去之後，我們與墳墓之間再沒有別人了，反過來說，我們變成子女和死亡之間的屏障。有位同事在父親死亡之後的經驗可以說明此點。他很久以來就已預期到父親的死亡，所以能平靜地接受這個消息，可是他

坐飛機返鄉參加葬禮時，卻感到恐慌。雖然他經常旅行，卻突然害怕飛機是否能平安起飛和著陸，好像他對抗危險的屏障消失了。

失去配偶常常引發基本的孤獨議題；失去重要他人（有時是負責支配的他人）會使人更能覺察到，雖然我們在世上努力兩兩同行，可是，基本的孤寂仍然是我們必須承受的。沒有人可以與他人同死，或是代替他人而死。

治療師如果密切注意喪親病人的聯想和夢境，就會發現大量關於病人擔心自身死亡的證據。舉例來說，一位病人知道妻子罹患無法手術治療的癌症時，當晚所做的夢魘：

我住在某處的老家（這個家族三代都住在這棟房子），一個怪物在屋裡追捕我，我非常害怕，房子逐漸毀壞腐爛，瓷磚剝落、屋頂漏水，漏出來的水淹沒我母親（他母親在六個月前過世）。我和怪物搏鬥，有好幾種武器可供選擇，其中一種是有柄的弧形刀，好像大鐮刀，我劈砍他，把他從屋頂丟下去，他躺在下面的人行道上，可是他再度起身在屋中追殺我。

病人對這個夢的第一個聯想是：「我知道死亡離我不遠了。」這個夢的象徵非常清楚，妻子即將發生的死亡提醒他自己的生命就像房子一樣逐漸毀壞；他受到擬人化死亡的無情追捕，好像童年時被永無休止的怪物追趕一樣。

另一位病人提姆的妻子罹患末期癌症，在她垂死時因為嚴重呼吸問題必須住院的那一夜，他做了下述的夢：

我剛從某個旅行回來，發現自己被推到某個密室，某個人把我弄進來的，裡面滿是老舊的廢棄家具、夾板、灰塵，每一件東西上都鋪著細鐵絲網。完全沒有出路，使我想到沙特的劇作，我覺得窒息，無法呼吸，某個東西壓著我。我拿起某個粗糙組合的夾板盒子或箱子，打到牆壁或地板而使得一角塌陷下去。塌陷的一角真的插入我的腦袋，它有點要迸開的樣子。我決定找最上層的老闆，我要到上面去抱怨，我要去找副總裁。我走上一條非常精緻的階梯，有桃花心木做的欄杆和大理石地板，我非常生氣。我跌到一旁，是他們放到我身上的，我感到困惑，不知道該向誰抱怨。

提姆對夢的聯想清楚顯示妻子的垂死迫使他面對自己的死亡，夢中突出的意象就是夾板盒子塌陷迸開來的一角，使他想到一次嚴重車禍後撞壞的汽車，那時他差點喪生。夾板盒子也使他想到買給妻子的棺木（根據猶太人葬禮儀式而訂購的）。他也無法呼吸，他也被推到一旁、陷入困境、被某個東西壓在下面。夢中的主要情感是生氣和迷惑，他對發生在自己身上的事情感到生氣，又不知道該向誰抱怨，醒來後，他深深困惑樓上有誰才是適當的諮詢對象。

在治療中，這個夢開啓了重要的展望，使原先處於恐慌的病人，能整理自己的眾多感受，用更有意義的方式處理每一種情結。他原先被死亡焦慮征服，企圖藉著避免接觸妻子，還有充滿強迫的性慾來適應，比如他一天要在妻子旁邊自慰好幾次（我在第四章簡短地談過這個病人）。當我們處理他對自身死亡的焦慮時，他終於能靠近妻子，握著她的手

安慰她，而避免在她死後產生極大的內疚。

他妻子過世後，治療的焦點放在喪偶和他自己的存在處境，後者是因為妻子的死亡才看得更為清楚。例如，他一直是成就導向的人，可是在妻子過世後開始問：「我是為誰工作？」「誰看得到呢？」提姆逐漸看到：妻子的忠誠照顧和自己對性的著迷，都使他看不清自身的孤獨與有限性。他在妻子死亡後，到處與人雜交，可是逐漸不再著迷於性的追逐，開始努力面對一生到底想為自己做什麼的疑問。治療開始出現一段非常豐饒的過程，在接下來幾個月中，提姆產生了大量的自我改變。

對所有人來說，失去子女常常是最痛苦的事，我們會同時為孩子和自己哀悼。在這種時候，生命好似同時對我們發出全面性的攻擊。父母先是斥責宇宙的不公平，可是很快就了解所謂不公平其實只是宇宙的漠不關心。同時也發現自身能力的限度：當他們有更強的動機來行動時，卻無助地發現時間已經來不及了；他們無法保護沒有防禦能力的孩子。就像黑夜會隨著白晝到來，接下來的痛苦人生功課就是我們自己也得不到保護。

精神醫學關於哀傷的文獻並沒有強調這種心理動力，而是集中於父母在兒女死後的內疚感（認為與潛意識的敵意有關）。嘉德納（Richard Gardner）¹⁰以實證的方式研究父母的喪親之痛，有系統地訪談、檢測許多子女罹患致命疾病的父母，雖然證實許多父母確實有很大的內疚感，但他的數據顯示更常見的內疚原因是父母試圖撫平自己的存在焦慮、企圖「控制無法控制的元素」，比例是「潛意識敵意」的四倍。畢竟，如果因為沒有做某件應該做的事而內疚的話，接下來就是「如果做了某件事就好了」，這是遠比生命中嚴酷的存在

事實更為舒坦的事。

喪失子女對父母還有另一個不祥的意含，它表示自己主要的不朽計畫失敗了——他們不會被人紀念，他們的種籽無法在未來生根。

重大事件：任何挑戰病人固定世界觀的事，都可以做為治療師的著力點，敲開病人的防衛，讓他看見生命內在的存在。海德格強調只有在機器突然壞掉時，我們才會覺察到它的作用¹¹。只有對抗死亡焦慮的防衛被除去時，我們才知道防衛的對象是什麼。所以，願意探尋的治療師，才可能發現每一個發生在病人生活中的重大事件（特別是無法挽回的事件），都隱伏著存在的焦慮，分居和離婚是這類事件的主要例證，這些經驗是如此痛苦，以致於治療師常常錯把焦點完全放在減輕痛苦上，卻忽略了深入治療的豐富契機。

對一些病人來說，關係的承諾比結束更像一種邊界處境。承諾意味著有限性，許多人因為承諾代表「就是這樣」，不再有其他可能性，不再有越來越好的壯麗夢想，而無法適應長久的關係。我會在第七章討論無法改變的決定會引發存在的焦慮，正是因為它們排除了其他可能性，使人面對「不可能再有進一步的可能性」。

進入成人期的變遷過程，常常令人感到難以度過，二十歲左右的人常常對死亡有非常敏銳的焦慮。事實上，青少年期有一種稱為「恐懼生命」（terror of life）的臨床症候群，包括顯著的擔心生病（慮病症）、常常想到身體的老化、時間的快速遷移，以及無法避免的死亡。¹²

舉一個例子來說，住院醫師接受心理治療時，有時會發現三十歲左右的人有強烈的存在焦慮，他們終於完成訓練，有生以來第一次必須脫下學生的身分，像成人一樣面對世

界。我長期觀察精神科住院醫師，他們在接近訓練完成時會經過一段重大的內心混亂，這種混亂不只是出於眼前關心的事，如財務、辦公地點的選擇、建立執業時的轉診網絡。

傑奎斯在精采的文章〈死亡與中年危機〉中，強調人在中年時特別會受到死亡想法的折磨。¹³這是人生開始一心想到自己「停止成長、越來越老」的時光（常常是在潛意識中），前半生都耗費在「獨立成人期的成就」，終於達到人生的顛峰（榮格稱四十歲是「人生的正午」）¹⁴，結果卻敏銳地發現潛藏生命之下的死亡。有一位三十六歲的病人在精神分析時越來越察覺到死亡，他說：「直到現在，生命似乎無止境地向上延伸，眼前只有一片遠景。突然間，我達到了山巔，眼前是一片向下的斜坡，路的盡頭雖然還很遠，卻可以看到等在那兒的是死亡。」傑奎斯談到穿透一層又一層死亡否認的困難，提出一個例子說明他如何藉著分析病人無法因朋友的死亡感到哀痛，而幫助他覺察死亡。

一個人事業生涯的威脅或是退休的事實（特別是那些相信生命是不斷迴旋上升的人），是人對死亡覺察特別強力的催化劑。最近一項研究針對中年大幅改變生涯事業的人，發現這些人大部分是在面對自身存在處境的背景下，決定「放掉」或簡化他們的生活¹⁵。

單純的重大日子，比如生日和週年紀念日，也可以成為治療師的著力點。這些事是時間流逝的象徵，可能引發深處的痛苦（也因此常以反向作用來處理，以快樂慶祝的方式度過）。有時一些俗世的事情也會提醒年華老去，而增加存在覺察的機會，即使對鏡子銳利的一瞥，也可能開啓這個議題。一位病人說她告訴自己：「我只是個小精靈，我就是內心那個小小的伊莎貝爾，可是外在的我是個老小姐，我是快

要六十歲的十六歲女孩。我知道別人變老是完全正常的現象，可是我永遠不認為這件事會發生在我身上。」老人外觀的特徵，比如體力變差、皮膚上的老人斑、僵硬的關節、皺紋、開始禿頭，甚至發現自己享受「老人家」才有的樂趣（觀賞、散步、寧靜無聲的時光），都可能刺到死亡的覺察。看看自己昔日的照片，發現自己多麼像年老時的父母，或是看到多年未見的老友竟然已經老去，都可能具有同樣的作用。仔細傾聽的治療師就懂得如何運用這些日常的事件。治療師也可以巧妙地設計這類處境，好比我在第一章談到佛洛伊德毫不遲疑地要伊莉莎白在姊姊墓前沈思。

仔細監測夢境和幻想也必然能提供增加死亡覺察的素材，每一個焦慮的夢都是死亡之夢；可怕的幻想比如陌生的侵入者闖進家門，在經過探索後，總是導向死亡恐懼。討論使人不安的電視節目、電影或書籍，也可能得到類似的基本素材。

嚴重的疾病是如此明顯的催化劑，治療師絕不應該放過這種機會。諾伊斯研究兩百位因為急症或意外而有瀕死經驗的病人，發現相當多人（百分之二十五）對死亡的無所不在、近在眼前，有一種全新而強烈的感覺。其中一個人說：「我以前認為死亡永遠不會發生，或是如果發生的話，我也差不多八十歲了。可是我現在了解死亡會在任何時間、任何地點出現，不論你以什麼方式度過人生，都是如此。人在面對死亡之前，對死亡都只有非常有限的覺知。」另一個人以這段話來描述他的死亡覺察：「我看見生命型態中的死亡，有意識地肯定死亡的存在，我不因為感覺到死亡是我生命過程的一部分而害怕活著。」雖然諾伊斯的研究對象有少數人提到更害怕死亡、更感覺自己的脆弱，可是大部分人都說死

亡覺察的增加是正向的經驗，會對生命產生更大的珍惜感，並且以建設性態度重新評估自己生活中的優先事項¹⁶。

以人為的方法增加死亡覺察：雖然有許多自然發生的事會提醒死亡的存在，可是治療師常常找不到夠強的事件，足以克服病人一直保持警覺的否認防衛，於是許多治療師尋找生動的技巧使病人與死亡面對面。以前不論是有意或無意中可以提醒死亡的事件，都遠比今日要常見。為了提醒自己生命無常，所以中世紀僧侶常在小房間裡放一個人類的顱骨。但恩是十七世紀的英國詩人兼教士，在講道時穿著壽衣對會眾宣揚「注視永恆」；更早期的蒙田在傑出的短文〈哲學思考就是學習如何死去〉中，談的主題就是許多無意中提醒我們有限性的事：

……我們把墓園安排在教堂旁邊，在鎮區最常出入的位置，就是為了像萊克格斯（Lycurgus）【譯註】所說的，讓一般人、婦女和小孩感到習慣，不需要為了看到死人而恐慌。不斷看到骸骨、墳墓、送葬隊伍，可以提醒我們自身的處境……節日曾經被認為是屠殺者提供的額外魅力/在食物中混雜著武裝戰士／鬥劍者落在杯盤之間傾倒/他們大量的鮮血在桌上……埃及人在盛宴之後，會向賓客展示大量死亡的圖象，有人對他們大喊：「快樂的喝吧，因為你死時就會像這樣。」

所以我養成讓死亡一直出現的習慣，不只是我的想像，而是就在我口裡。再沒有比人的死亡更讓

我熱切探究的了：他們那時說什麼話，有什麼表情和舉止。我對歷史的關注，最在意的主題也是死亡，從我說明的豐富例證就可以顯示出來，我對這個主題其實具有特別的喜好。如果我是出版商，就會蒐集各種死亡的記述。教導人死亡的就能教導人生活。¹⁷

有些治療師以LSD【譯註】輔助心理治療，推斷LSD具有重要的作用機轉可以使病人戲劇化地面對死亡¹⁸。還有治療師認為休克治療（運用電擊、藥物如Metrazol、胰島素）具有瀕死經驗的作用¹⁹。

有些會心團體運用一種「存在性休克治療」（existential shock therapy），請每一個人寫下自己的墓誌銘或訃文。「終點」（destination）實驗室攪擾人心的執行者常常以下述的結構化練習開始：

在一張白紙畫出一條直線，一端代表你的出生，另一端代表你的死亡。在代表你現在年齡的地方畫個叉叉，沈思五分鐘。

這個短暫簡單的練習幾乎必然會引發強大深刻的反應。

「出局」（calling out）練習是在大團體中用來提高人對有限性的覺察【註二】。成員分成三人一組，並分配談話的任務，每個人的名字分別寫在一張紙條上，放入碗中，隨機選

【譯註】LSD是一種人工合成的迷幻藥，曾被運用為心理治療的輔佐工具，但在國內是非法藥物。

【註二】這個練習是布金安提出的。

【譯註】傳說公元前九世紀斯巴達的制訂法典者。

出並大聲喊這個名字，被叫到名字的人要停止談話，轉身背對其他人。許多參加過的人說這個練習促使他們覺察存在的無常與脆弱。

有些治療師和會心團體的帶領者會運用引導想像的技巧來增加死亡覺察，要求成員想像自己的死亡——「發生在什麼地方？」「什麼時候？」「怎麼發生的？」「詳細描述你的想像。」「想像自己的葬禮。」一位哲學教授描述他在課堂運用許多練習來增加死亡覺察，比如要求學生寫下自己的訃文（包括「真實的」和「理想的」訃文），記錄他們聽到一位十六歲孤兒死亡的悲劇故事時的情緒反應，為自己的死亡寫劇本²⁰。

「生命週期」（life cycle）的團體練習是由國家訓練實驗室的艾倫生（Elliot Aronson）和德瑞福斯（Ann Dreyfus）在緬因州貝瑟爾鎮的暑期課程中提供的，幫助成員把焦點放在每一個生命階段的主要議題。在針對老年和死亡的時候，成員用好幾天時間像老人那樣生活，像老人一樣走路、穿著，在頭髮上撒粉，盡力扮演他們所認識的老人，拜訪當地的墓園，孤獨走在森林之中，想像自己昏倒、死去，被朋友發現後埋葬²¹。

好些覺察死亡的工作坊都會運用結構化練習，讓人與自己的死亡相遇²²。例如惠蘭（W. M. Whelan）描述一個單次八小時的工作坊，有八個成員進行下述方式的團體會談：一、成員填寫死亡焦慮的問卷，討論會引發焦慮的事項。二、成員在肌肉深度放鬆的狀態，想像自己在五官仍有感覺的情形下舒服死去的細節。三、請成員列出自己的重要性，然後想像遇到核子輻射的情形，救命的原子塵防護所只能容納有限的人數。每個成員必須根據自己重要性的等級，說明

為什麼應該挽救自己（依照作者的說法，這個練習是根據庫伯勒—羅斯所說面臨死亡的討價還價階段而設計的）。四、再次進入肌肉放鬆的狀態，請成員想像自己罹患末期疾病，無法與人交談，最後則是想像自己的葬禮²³。

與垂死者互動：這些練習雖然很有意思，但終究是假裝的情境，雖然可以暫時受到這種練習的吸引，可是很快就會出現否認，而且當事人知道自己仍然活著，只是觀察這些經驗而已。正因為以否認來緩和恐懼是持續很久、普遍存在的情形，所以我在幾年前開始治療罹患致命疾病的人，這些人一直活在急迫的經驗中，無法否認發生在自己身上的事。我不只希望這些病人覺得有幫助，也希望能把我的所學應用到身體健康者的治療（很難找到適當的措辭來形容這些人，因為這種取向的核心觀念認為打從生命的起頭，死亡就是生命的一部分。所以我會用「日常心理治療」來表示，或是更好的說法，「針對並非立即會死之人的心理治療」）。

末期病人的團體治療常常強而有力，能引發巨大的情感，分享許多智慧。許多病人覺得自己對生命有許多學習，卻在試圖幫助別人時受挫。一位病人說：「我覺得自己有好東西想教別人，可是我的學生並不想聽。」我找了許多方法讓日常心理治療的病人能接觸垂死者的智慧和力量，以下介紹兩種方法的部分經驗：一、邀請日常心理治療的病人觀察末期病人的團體，二、引介一位罹患末期癌症的病人進入日常心理治療團體。

由日常心理治療的病人觀察末期癌症病人的團體：我在第四章談到凱倫觀察了癌症病人的團體，凱倫主要的心理動力衝突是以心理和性交的受虐，一再尋找負責支配的他人，也就是終極拯救者。凱倫會限制自己，或在必要時強加痛苦

於己身，以得到某個「優越」人物的注意和保護，她觀察的會談特別強而有力。另一位叫伊娃的病人在團體宣佈自己剛知道癌症復發，她說自己當天早上做了一件拖延已久的事：寫一封信給孩子，指示如何分配一些帶有情感價值的小東西。她把這封信放進保險箱時，忽然清晰地明瞭自己以前從來沒想過有一天真的會死。就如我在第四章的描述，她了解當孩子讀這封信時，她根本不可能看到他們，或是給予他們回應。她希望自己能在二十來歲就學會死亡的功課，而不是等到現在。曾有一次，一位老師過世（伊娃是校長），她沒有向學生隱藏死亡的消息，而是舉行追悼儀式，和孩子公開討論死亡（植物、動物、寵物和人的死亡），她覺得自己的做法是正確的。其他成員也分享自己徹底了解死亡的時刻，也有人討論了解死亡後帶來的成長。

一位成員提到原本非常健康的鄰居忽然在夜間死去，引發很有意思的辯論，她說：「那是完美的死亡。」另一位成員不同意，一下子就提出許多令人信服的理由說那種死亡很不幸：死者沒有時間適當安排後事、完成未竟之事、讓丈夫和子女為她的死亡做好準備，也無法像某些團體成員所學到的珍惜最後一段生命。先前那位成員嘲諷地說：「我的看法還是一樣，這仍然是我想要的死法，我總是喜歡驚喜！」

凱倫對她觀察的會談有強烈的反應，之後立刻得到我在第四章提到她時所說對自己的許多深入洞識。例如她了解因為自己害怕死亡，而犧牲了大部分自己的生活。她如此害怕死亡，以致於生活的安排都圍繞著終極拯救者的尋找；所以會在童年時裝病，到成人時還以一直生病黏著治療師不走。她在觀察團體時，驚恐地發現自己寧可得到癌症，好能參加團體，坐在我身邊，甚至能握著我的手（團體結束時有一段

手拉手的冥想時間）。我指出顯然沒有任何關係是永遠的、我和她都會死的時候，她覺得如果能死在我懷裡就永遠不會孤獨。這個經驗引發的洞識，以及之後對這個素材的處理，幫助凱倫進入全新的治療階段，特別是關於結束治療的部分——這原本是她根本不願討論的議題。

另一個接受一般治療而來觀察團體的病人叫蘇珊，她是著名科學家的妻子，丈夫在她五十歲時提出離婚訴訟。她在婚姻中像一種居間調和的存在，照顧丈夫，徜徉在他的成就中。這種生活型態常見於那個年代成功丈夫的妻子，幾乎不可避免會得到悲慘的後果。首先，她並沒有為自己而活，在努力建立他人的讚賞時，她的自我消失了，看不見自己的願望、權利和樂趣。其次，由於犧牲自己的努力、興趣、慾望和自發性，而成為較不具激發作用的伴侶，使自己陷於極大的離婚危險之中。

在治療中，蘇珊度過一段深度沮喪的時期，逐漸開始探索自己原有的主動感受，而不是反應性的感受，後者總是使她受到侷限。她感受到自己的憤怒——深刻、大量、鮮明的憤怒；她感受到哀傷——並不是因為失去丈夫，而是因為多年來失去自我；她對自己過去接受的所有限制感到憤慨（例如，為了確保丈夫在家中有適當的工作環境，他在家時她不能看電視、講電話、到花園——因為他的書房正對著花園，她的出現會使他分心）。她面臨淹沒在多年虛度光陰而後悔的危險，治療的任務是使她能在剩餘的日子充滿生機。治療兩個月後，她觀看一個癌症團體的深刻聚集，因為這次經驗而深受感動，立刻投入有收穫的工作，最終了解離婚可能是拯救，而不是人生的輓歌。治療後，她搬到另一個城市，幾個月後寫信給我，簡述當時的生活，部分內容如下：

首先，我認爲並不需要向那些罹患癌症的女性提醒死亡的必然性；死亡的覺察幫助她們恰如其分地看見事物和事件，並糾正我們平常對時間的可憐感覺。我面前的生命可能非常短暫，生命是珍貴的，不要浪費它！以自己重視的方式來度過每一天！重新評估你的價值！檢查你優先考慮的是什麼事！不要拖延！做就是了！

我曾是個虛度光陰的人，過去我常常鮮明地覺得自己只是個觀察者，或是在一旁觀看人生劇碼的候補演員，卻一直希望也相信終有一天我能親自在舞台上。理所當然地以爲自己有許多熱情的生活，可是生活其實多半只是未來「真實」生活的彩排，但是，如果在「真實」生活開始前，死亡就來臨了呢？發現一切都已太遲，自己一生幾乎白活一場的時候，真是最悲慘的事。

把面臨死亡的病人引進一般的心理治療團體：小說家佛理士（John Fowles）寫道：「死亡就像某種演說家，除非你坐在前排，否則並沒有真的聽到它在說什麼。」²⁴不久前，我把罹患不治之癌的病人查理斯引進一個治療團體，試圖讓七位一般心理治療團體的成員坐到最前排。

這個實驗留下許多資料。我在每一次會談後，都會寫下詳細的摘要，包括回顧團體的敘說內容和過程，然後寄給所有成員（這是我在團體行之多年的技巧）²⁵。除了這些摘要之外，我還有這個團體的私人記錄，此外，還有十位精神科住院醫師透過單向鏡觀察每一次會談，並在會談後討論。這個團體受到詳細的研究，我從查理斯進入團體後的頭十二個

月的觀察和記錄中，選出最突出的議題在此討論。

這個團體是門診病人心理治療團體，每週聚集一次，進行的時間是一個半小時。這是開放性的團體，成員進步後就畢業了，新的成員會被引進。查理斯進團體時，有兩位成員已經在團體長達兩年之久，其他四位成員在團體裡的時間是三到十八個月。年齡從二十七歲到五十歲。成員的精神病理種類一般都屬於精神官能症或性格方面的問題，不過有兩位成員是邊緣型人格特質。

查理斯是三十八歲離過婚的牙醫，在找我諮詢的三個月前知道罹患一種無藥可醫、無法手術的癌症。我和他第一次會談時，他強調並不覺得自己需要任何幫助來適應癌症。他在醫學圖書館研讀了好幾天，以熟悉這種癌症的病程、治療和預後，他來時帶著一張圖表，上面畫出這個疾病的臨床過程，並推斷自己大約還有一年半到三年良好的生命可資運用，之後會發生爲期一年的快速惡化。那次會談讓我留下兩個強烈的印象，首先，我對他缺乏情感的表現感到驚訝，他看起來非常疏離，好像在談論某個不幸罹患罕見疾病的陌生人。其次，雖然他與感受分離的情形使我很不舒服，可是他的疏離在這種情形下爲他提供絕佳的服務，也使我印象深刻。他強調不需要幫助來處理死亡恐懼，可是希望能協助他在剩餘的日子有更多收穫。癌症使他判斷自己在生活中要得到什麼樂趣，進而發現，除了工作以外，他並沒有得到什麼重大的滿足。他特別想要改善自己與他人關係的品質，他覺得與別人很疏遠，惦念著能有許多人所享受的親近關係。他和同居三年的女友關係非常緊張，急切地希望能表達和接受兩人初遇時才有的愛意。

我那時在找一位罹患癌症的人，想引進一般的治療團

體，查理斯看起來是最佳候選人，他所想要的幫助正是治療團體最能提供的部分；此外，我也推測他對其他成員會有極大的幫助。顯然查理斯並不習慣尋求幫助，他提出要求時顯得勉強而尷尬，卻也是急迫真誠、無法拒絕的。

七個人糾結在一起的團體治療是非常複雜的。在接下來十二個月中，出現一連串錯綜複雜的人際與人心議題，都有進行一些處理，有時還能得到疏通。我當然無法在此描述所有事情，而是把焦點放在查理斯身上，以及他和成員間彼此的影響。

容我先聲明一點，有一位面對死亡的人在場，並沒有使治療團體的情緒低落，團體氣氛並沒有變得陰沈可怕，觀點也沒有受到侷限或變得宿命。查理斯從團體治療得到很大的收穫，他的處境也以各種方式深化了各個成員的談話。團體並沒有偏於一隅，而是和平時一樣討論各種生活議題。事實上，還常常出現群體的否認，過了幾週，成員似乎忘了查理斯的癌症。

自我坦露是心理治療的要素，不只個別治療是如此，團體治療也是一樣。在自我坦露的同時，成員不會覺得受到強迫是很重要的。所以我在查理斯進入團體之前的會談告訴他（我對所有新進的成員都會如此告知），要從團體得到幫助，他對自己的身體和心理狀況必須完全誠實地說出來，但要照自己的速度來進行。所以查理斯在參加十週團體後才告知團體他得了癌症。回顧起來，他暫緩談這件事是明智的決定，團體從來不覺得查理斯是「癌症病人」，而是一個有癌症的人。

互動式團體治療的基本原理之一，就是團體會成為每個成員的社交縮影，每一個人與其他成員互動的方式，早晚會

變得和團體之外與人互動的方式一樣；也就是說，每一個人人都雕琢出人際圖像中的自身特徵。查理斯很快就出現這種情形，在他參加頭幾次團體治療時，成員就注意到他對許多談話不感興趣，或是帶著批判與評斷，他們逐漸發現他是孤立的，很難與人親近，無法體驗或表達感受，而且律己甚嚴。

他對團體中的女性特別倨傲、不耐煩，他認為有一個人「有意煩擾別人」、「幼稚」，有時因為她的意見對他無關緊要，而覺得她是「無足輕重的人」。他對另一位女性很不耐煩，因為她缺少邏輯思考的訓練，常常毫不考慮她的直覺意見，認為只是「干擾」或「噪音」。有一次團體另外三位男性缺席，查理斯幾乎完全沈默，他不認為自己值得參與一個純然女性的團體。要幫助他了解自己和同居女友間衝突的基本問題，就要讓他體認、了解並解決自己對待女性成員的態度。

雖然這些議題對查理斯的人際衝突很重要，可以帶領他進入他想處理的範疇，可是在團體中仍然有許多困惑。在查理斯前幾次會談中，成員隔一陣子就會談到他們並不真的了解查理斯，他似乎隱藏起來、不夠真實，而且與其他人很疏遠（團體治療的另一個原理就是當有人心懷重要的秘密不說時，會產生全面性的壓抑，因為懷有秘密的人不只會隱瞞核心的秘密，也會小心避免任何可能引到這個秘密的話題）。在第十次會談中，成員和治療師終於鼓勵查理斯更加分享自己的事，於是他說出自己罹患癌症，談的態度就像參加團體之前和我討論的方式一樣：疏離、不帶感情、充斥大量科學數據。

團體成員以非常個人化的方式回應查理斯的自我坦露。有好幾個人談到他的勇氣和他提供的榜樣。一位男性特別強

調查理斯想要的目標是盡量在餘生有更大的收穫，這位病人叫大衛，他覺察到自己是多麼地在生命中拖延，很少品嚐自己當前的生活。

兩位成員有強烈而不當的反應。一位是李娜（我在第四章簡短描述過），她在早年失去雙親，之後一直害怕死亡，她在尋找終極拯救者的保護，一直是個被動、依賴、孩子氣的人。李娜正如所預期的變得驚恐，並以生氣的方式回應，怪異的假設查理斯的癌症類型和造成她母親死亡的癌症相同，而以非常不恰當的方式向團體鉅細靡遺地描述母親逐漸衰弱時的身體變化。另一位病人希薇亞是四十歲女性，有大量的死亡焦慮，對查理斯面對死亡時的被動很生氣，立刻大發脾氣，嚴厲責備查理斯為什麼不尋找其他可能的幫助來源：信心治療者、苦杏仁素、菲律賓的心靈手術師、大量的維他命等等。另一位成員出面幫查理斯講話時，引發了熱烈的辯論。希薇亞非常害怕查理斯的癌症，所以選擇大吵一架，希望能做為退出團體的理由。一整年中，希薇亞對查理斯的反應一直都很激烈，持續與他接觸引發她極大的焦慮，導致短暫的功能失常，最終得到有益的解決。由於希薇亞的臨床過程生動描繪出處理並解決死亡焦慮的重要原則，我稍後會詳細描述她的治療。

接下來四週在團體發生幾件重要的事。一位成員是小兒科護士，她描述第一次與病人的親近關係，那是位十歲的小孩，幾個月前才剛過世。她痛苦地發現這個事實：雖然那個小孩只活了短短十年，卻過得比她還要淋漓盡致。那位小孩的死亡，再加上查理斯的絕症，促使她試圖打破自己強加的限制，以增加生命的深度。

另一位病人唐，好幾個月來因為情感轉移而鎖在與我對

抗的關係中，他雖然強烈渴望我的指導和勸告，卻又以許多具有破壞性的方式反抗我。例如，他常常有計畫地安排在團體之外與成員進行某種社交互動，雖然我們已有好幾次討論到這種情形會破壞團體治療，唐仍然覺得自己必須在團體中發展聯盟以對抗我。在查理斯向團體坦露自己罹患癌症後，唐開始對我有非常不同的感覺，我們之間的緊張和對抗明顯減輕。唐談到自從查理斯進入團體之後，我產生極大的改變，他覺得無法輕易用言語描述，可是接著又突然脫口而出：「不知怎麼的，我現在知道你並不是不朽的。」他可以詳細討論自己關於終極拯救者的幻想——相信我是絕對正確的，我能為他安排非常確定的未來。在我顯然不願意給他我所能給的東西時，他能表達憤怒，查理斯的出現提醒了唐，我和他一樣必須面對死亡，從這個角度來看，我們都是一體平等的，就如愛默生（Emerson）所說的：「我們要保持冷靜，因為一百年後，我們都是平等的。」他和我的搏鬥突然變得愚蠢而不重要，他突然和我成為盟友，而不是敵人。

李娜和查理斯的關係非常複雜，她先是發現自己對他充滿憤怒，因為她預期他的離去會像母親和父親先後離去一樣。她開始回憶母親的死（那時李娜五歲），這個經驗不斷出現在她心中。母親死前非常消瘦憔悴；在查理斯坦露病情之後的幾個月中，李娜開始厭食，體重降低的程度令人擔心。李娜的心理動力變得更為明顯：接近她的人死去，會使她覺得如此難以承受，於是選擇一種假死的狀態，她的方法是：「沒有友誼，就沒有失落。」她有四位年邁的祖父母，整天活在獲知他們死亡消息的陰影中。她的恐懼如此巨大，以至於剝奪了了解他們、與他們親近的樂趣。她曾在團體中說：「我希望他們趕緊死去，然後我儘快將之忘懷。」她逐

漸打破這個模式，以深刻的方式接近查理斯。例如，開始小心謹慎地接觸他，幫他在聚集開始前脫下外套。整個過程中，查理斯一直是團體中對李娜最重要的人，她在與他接近時的深刻愉悅，使她感到值得承受最終分離的痛苦，透過這個事實，她逐漸能在生活中建立其他重要的關係，最終她在團體與查理斯相處的經驗使她獲益良多。她降低的體重逐漸回升，自殺的渴望已經消失，沮喪的心情重新振作起來，而且在失業三年之後，找到一個重要而令她滿意的工作。

另一位成員從「坐在最前排」得到不同的收穫。她已經離婚，有兩個小孩，常常覺得對孩子充滿怨恨和不耐。只有在少數情形下，比如小孩受傷或生病時，她才能表現出正向溫柔的情感。她與查理斯的關係使她生動地感覺到時間的流逝與生命的有限，她對子女逐漸能挖出關愛感受的泉源，而不需要靠生病、意外，或其他赤裸裸提醒人類必死的事來引發她的關愛。

雖然在團體裡能體驗到深刻的情緒，卻沒有出現更多得以被吸收和處理的情感。無疑的，這大部分是查理斯風格所產生的作用，他很少表現出深刻的情感。如果團體治療能逐漸流露情感（在不失控的程度下慢慢讓情緒浮現），會產生極大的作用。查理斯壓抑情緒的風格接受檢視的時間終於到來，在查理斯向團體坦露病情後幾個月的一次聚集，特別可以說明一切。查理斯好像承受很大的壓力，以不尋常的方式開始會談，提出一些具體的問題，想要詢問治療師。這些問題很常見，他期待精確、權威式的解答並不切合實際。他要求得到一些具體的技巧以克服自己與他人的距離，並要求特定的勸告來解決自己和女友的衝突。查理斯提出問題的方式像個有效率的工程師，顯然也期望以同樣的方式得到答案。

團體企圖回應查理斯的問題，可是他堅持要聽團體領導者的看法，不耐煩地拒絕其他成員。可是，他們拒絕沈默，並說出被他關在門外時受傷和惱怒的感受。一位成員溫和地詢問查理斯如此緊張匆忙的提問題，是不是覺得時間不夠，想要提高團體歷程的效率。漸漸地，團體慢慢幫助查理斯談論過去幾天內心深處醞釀了什麼事。他眼中含淚，坦承自己被好幾件事嚇慌了：他在電視上看到一部電影，是關於癌症兒童的死亡；因為他是牙醫，參加了一個關於口腔癌冗長而「恐怖」的研討會。

根據這個資料，團體再度轉向查理斯在會談中不尋常的行為，他堅持由治療師針對他的問題提出精確的答案，正表示他想要得到照顧。他說以間接的方式表現是因為害怕公開表現「過多」的感受，如果太多的話，他會收到透不過氣來的情感，會使他覺得丟臉。

查理斯最初提出的問題在團體中得到解答，並不是透過「內容」（也就是治療師提出具體的建議），而是藉由「過程」的分析（也就是分析他與其他人的關係）。他得知與他人親密的問題（包括前妻和女友），和他壓抑自己的情感、恐懼他人「過多」的感情，以及對同儕的批判、忽視，期望從權威得到有系統的答案，都有關聯。

幾週後發生一次類似的情形，證實並再度強化這個給查理斯的指示。團體一開始，他就明顯表現出好鬥的態度。他常常因為贍養費的金額感到心煩意亂，提出當天報紙的文章說明女性和離婚律師如何剝削無助的男人。然後把這些評論延伸到團體中的女性，以泛化的方式貶抑她們的貢獻。團體再次探討他遇見什麼事，查理斯描述過去兩天發生非常情緒化的事，他的獨生子即將離家上大學，最後幾天相處令查理

斯非常失望，他很想告訴兒子自己有多愛他，可是最後幾餐飯卻是在靜默中共度，查理斯因為失去這麼珍貴的機會而感到絕望。自從兒子離家後，查理斯心中一直想著：「接下來是什麼事呢？」還有，「每件事似乎都已到了終點。」他覺得自己正進入一個新而最終的人生階段。查理斯說自己並不害怕死亡或疼痛，他真正害怕的是殘廢和無助。

每個人顯然都有查理斯這種對殘廢和無助的恐懼，可是對查理斯卻特別可怕，不願意坦露內心的脆弱或是要求幫助。在這次特殊的會談中，查理斯並沒有坦誠描述自己的痛苦並要求協助，卻擺出好鬥疏離的態度。癌症終有一天會使他需要依賴別人，他一直活在那一天終將到來的恐懼中。團體在許多時刻藉著提供他坦露脆弱感，並向別人要求幫助的機會，而逐漸幫助他平息恐懼。

團體有一位成員叫隆恩，在團體待了兩年以上，早就可以畢業離開團體，一直在考慮結束的時間。此外，他和一位女性成員艾琳談戀愛，只要他在場，她就覺得很難好好利用團體。每當治療團體的成員形成次團體或兩人小組時，就會出現次團體的忠誠勝過投入大團體的基本任務，於是治療工作就會受到嚴重的傷害。隆恩和艾琳已經產生這種情形，而我在一次會談中，不但支持隆恩結束參加的決定，而且以直截了當的方式催促他，使他儘快決定結束。隆恩離開之後的聚集陷入一片混亂。治療團體的另一項原理，就是遇到相同刺激的成員會產生各種非常個人化的反應。對這個現象只有一種可能的解釋：每一個成員都有不同的內心世界。所以探究相同刺激的不同反應，常常在治療中產生很大的收穫。

希薇亞和李娜的反應特別引人注目，兩人都覺得倍受威脅，相信是我把隆恩踢出團體，但其他成員並沒有這種想

法。此外，她們也認為我的決定非常獨斷不公平。她們非常生氣，卻不敢表達內心的憤怒，免得也被丟出團體。

針對這些感受的處理，得以探究希薇亞和李娜的主要防衛結構——相信終極拯救者的解救。兩人都非常怕被我拋棄，極力滿足討好我。為了留在我身邊，兩人都在潛意識抗拒復原，而在意識層面中，不願在團體談論會被視為正向的改變。查理斯的出現使她們被拋棄（及背後的死亡）的恐懼更為明顯。李娜和希薇亞都逐漸了解自己過度反應，隆恩的離開對自己和團體都是正確的決定，其他人都不需要為了被丟出團體而恐懼。最後他們終於了解自己對這件事的反應正反映出她們的一般行為：依賴、恐懼被拋棄，以及自我傷害的傾向。

查理斯對隆恩離去的反應也非常強烈，他後來對其他準備離去的成員也有相同的反應。他說會引發正前胸中間的疼痛，好像某個東西硬生生被抽取出來一樣，他非常擔心團體可能解散。查理斯在一次團體中淚流滿面地告訴大家，他們對他是多麼重要，為了拯救他的生命對大家表示感謝——正是那個在數月前面無表情、認為其他人對他並不重要的查理斯。

有一次，團體一位年輕男性好奇地說他羨慕查理斯罹患致命的疾病，如果他也有致命的疾病，可能會更投入生活中的某件事。團體立刻提醒這位年輕人，他確實有一種致命的疾病，查理斯和其他人之間的差別只是在於坐在前面與坐在後面的不同罷了。查理斯常常試圖向團體成員活生生地揭示這一點。還有一次另一個難忘的時刻，一位年紀較大的成員悲嘆自己「浪費」生命：錯失了許多機會，許多未開發的潛在友誼，許多沒有實現的生涯可能性。他充滿自憐，藉著不

斷悔恨過往而逃避體驗當下，查理斯特別有力地向他指出，當他緬懷過去的時候，正是在「浪費」生命。

團體成員不時會突然想到查理斯罹患癌症，在不久的將來即將死去。每隔一陣子，各人就不得不面對查理斯和自己的死亡。有位一直否認死亡的成員提到查理斯對生命的渴望、他的勇氣，以及他處理死亡的方式，使她得到力量，也得到活著和死去的榜樣。

我寫這一段文章時，查理斯仍然是團體中活躍的成員。他活得比預期的時間還要長，身體狀況也都很好。此外，他也達到原先參加治療的目標，他覺得更有人性，也不再孤獨，與他人的關係更坦誠、更親密。他和女友接受夫妻治療，兩人的關係大為改善。他在團體以深刻的方式感動了所有成員，他們與查理斯共處的經驗，使每一個人都從狹窄的存在範疇轉而渴望投入寬廣強烈的人生。

死亡是焦慮的基本來源

死亡的觀念向心理治療師提供了兩個重要的著力點。我已討論過第一個：死亡是如此重要，如果適當地面對，可以改變人對生命的觀點，促使人非常真誠地投入生活。接下來要討論第二點，這是根據死亡是焦慮基本來源的假設而來的，就是死亡在生命早期就已現身，會形塑性格結構，並在一生中不斷產生焦慮，造成明顯的苦惱，引發心理的防衛。

首先要談幾個一般的治療原則。必須牢記死亡焦慮雖然普遍存在、瀰漫各處、存在生命中的最深層，卻受到嚴重的潛抑，很少被完整地體驗。死亡焦慮本身並不容易見於大部分病人的臨床表現，也很少成為治療的明確主題，尤其是很

難見於短期心理治療。可是有些病人從治療一開始就充斥明顯的死亡焦慮；也有些病人的生活狀況忽然湧現死亡焦慮，使得治療師無法迴避這個議題。此外，在長期密集的治療中，會探索深層的關懷，必然會發現明確的死亡焦慮，必須在療程中加以處理。

既然死亡焦慮和存在是如此緊密地連結，就具有其他參考架構的「焦慮」所沒有的意含。雖然存在取向的治療師希望減輕有害的焦慮，卻不希望消除焦慮。沒有焦慮就不可能活出真正的生活，也無法面對死亡。焦慮既是敵人，也是嚮導，可以指出真誠存在的道路。治療師的任務是把焦慮減輕到比較舒適的程度，然後利用這個既存的焦慮來增加病人的覺察力和活力。

還有一個必須牢記的重點，即使死亡焦慮沒有明顯出現在治療對話中，可是根據死亡覺察而有的焦慮理論，還是可以為治療師提供一種參考架構、解釋系統，藉此大幅增加其療效。

死亡焦慮的潛抑

我在第二章談到一次對撞的車禍，如果運氣不好的話，我可能已經命喪九泉。我對那次意外的反應，可以當成一目了然的模式，來處理精神官能反應下的死亡焦慮。記得那時在一、兩天之內，我並沒有體驗到任何明顯的死亡焦慮，卻發現自己對午餐討論會產生特殊的畏懼。那時的情形是我藉著潛抑和置換來「處理」死亡焦慮，把焦慮連結到特定的情境。我沒有恐懼死亡或是害怕自己成為無物，而是對某件事感到焦慮。當焦慮依附在具體的對象或處境時，總是能得到改善。焦慮試圖變成恐懼——恐懼是害怕某件事物，可以在

時間和空間中定位；由於可以定位，就還可以忍受，甚至得到「處理」（可以逃避這個對象，或是發展某種系統化的方法來克服恐懼）。恐懼只掃過人的表層，並沒有威脅到根基。

我相信這種歷程並不少見。死亡焦慮受到深深的潛抑，所以不是日常經驗的一部分。紀爾布格（Gregory Zilboorg）談到死亡恐懼時說：「如果一直意識到這種恐懼的話，我們將無法有正常的功能。必須加以適當的潛抑，我們才能舒適地生活。」²⁶

死亡焦慮因為潛抑而無法得見，這無疑是許多治療師忽略死亡焦慮的原因。可是同樣的問題也見於其他理論體系，治療師總是要追蹤原始焦慮，並處理其防衛。舉例來說，精神分析取向的治療師有多常直接遇到闖割焦慮呢？還有一個令人困惑的來源，就是會在許多不同層面經驗到死亡焦慮，例如人可能以冷靜理性的態度來考慮死亡，可是這種成人式的覺知完全不同於隱身在潛意識的恐懼，那是生命早期形成的恐懼，當時還沒有發展出精確的概念化構想，這種恐懼非常可怕，開始且存在於語言和意象之外。死亡焦慮原初的潛意識核心會因為小孩添加對死亡恐怖的誤解，而更為可怕。

由於潛抑和轉化的關係，存在治療處理的焦慮似乎並沒有存在所指涉的對象。我會在本章稍後討論死亡焦慮非常明顯的病人，而層層明確的死亡焦慮總是必須透過長期密集的治疗才碰觸得到。可是，即使治療過程並沒有明顯的死亡焦慮，基於死亡焦慮而有的典範仍然可以強化治療師的效能。

給予治療師一個可以逐漸強化效能的參考架構：就如大自然憎惡空虛一樣，我們人類也討厭不確定性。治療師的任務之一就是增加病人的確定感與掌控感，人能夠以某種條理

清楚而可預期的模式來解釋、安排生活中的事件，這是非常重要的事情。舉個例子來說，當我們找出一件事的原因時，就開始覺得這件事在我們的控制之下，於是我們的內在經驗或行為就不再擔心害怕、格格不入或失去控制，因為這是我們能命名或認同的東西，而據以表現行為（或某個特殊的內在經驗）。這種「因為」使人得以掌控（或說是在現象學上相當於掌控的掌控感）。我相信從認識所流出的能力感，也會發生在我們的基本存在處境——當我們開始了解各人要面對宇宙的漠不關心，各人基本上是無助而孤獨的事實時——弔詭的是，每個人反而會覺得比較不空虛、較不無助、較不孤單。

我在前一章根據死亡焦慮提出一個精神病理學的詮釋體系，這種詮釋體系對治療師和病人都同樣重要。每一位治療師在組合自己面對的臨床資料時，都會使用一個詮釋體系（某種思想體系的參考架構）。即使治療師的詮釋體系太過複雜抽象，是根源於潛意識的結構，以至於無法清楚傳達給病人，但仍然會以許多方式強化治療師的效能。

首先，一個信念體系能提供治療師安全感，就好像詮釋對病人的幫助一樣。信念體系讓治療師能控制病人的臨床素材，不是被其征服，而得以強化治療師的自信和掌控感，使病人發展出對治療師的信賴與信心——這是治療的必要條件。此外，治療師的信念體系常常能提高治療師對病人的關注，這種關注能大幅促進必要的治療師—病人關係。舉例來說，我相信尋找因果起源的解釋（也就是「從病人過去歷史來解釋現在的人」），是錯誤的治療方向；可是，對於過往的詮釋常常在治療中產生重要的作用：為治療師和病人提供連結之處、有目標的計畫、知性的探討，使他們得以連結起

來，凝聚在一起，讓改變的真正動力（治療關係）得以生長、成熟。

治療師的信念體系使他能向病人說出前後一致的話：讓治療師知道要探討什麼、不要催促什麼，而不至於使病人困惑。即使治療師沒有對病人完全而清楚地說出根植於潛意識的問題，仍然能在深層未明言的層面，以隱微的方式和良好的時機「敲擊」病人的潛意識，使病人覺得完全被了解。事實上，深植於最深層存有的信念體系，特別有助於向病人表達沒有任何禁忌，任何話題都可以討論，使病人了解自己最深層的關懷並不是他特有的，而是所有人類共同擁有的。

治療師來自某種精神病理詮釋體系而有的確定感，對於本質上必然迂迴曲折的治療是有好處的。治療師的確定感必須適量，太少或太多都有不良的影響。確定感太少的話，會無法形成必要的信任感。相反的，確定感太多的話，就會變得僵化，排斥或扭曲不符合其體系的資料。此外，不願面對某個存在治療核心觀念的治療師，也會幫助病人不去面對這個核心觀念——不確定性是存在的，所有人都必須學習與之共存。

詮釋的選擇——病例說明

我在第四章談到與死亡焦慮有關的常見臨床症候群中，背後有哪些普遍的存在性動力，我要在此藉著一位有強迫性慾的病例，提出各種具體的詮釋。

布魯斯是位中年男性，從青少年就一直有他所說的「四處覓食」，他曾和數百位女性有性關係，卻不會深入關心任何一位女性。布魯斯並沒有把女人看成完整的人，而是「有屁股的東西」，女人對他來說多多少少是相同的，重要的是

能上床，可是一旦達到高潮，就不再對她有什麼特別的慾望。可是一旦女人離開，他就常常再去找另一個女人，有時才隔沒幾分鐘而已。他行為的強迫性質是如此明顯，就算他自己也心裡有數，發現自己常常在不想要女人時，還「需要」或「必須」去追求女人。

我們可以從不同的觀點來了解布魯斯，但沒有哪一個觀點是唯一的真理。意在言外的伊底帕斯情結是非常明顯的：他既渴望又恐懼像母親的女性，他在妻子面前常常陽痿，他旅行時越接近母親居住的城市，性慾望就越強烈。此外，他的夢常常出現亂倫和閹割的主題。也有跡象顯示，他與異性的強迫性慾是爲了抑制潛意識的同性戀衝動。布魯斯的自我價值感嚴重受損，成功勾引女性可能是企圖強化他的自我價值。還有另一個觀點：布魯斯既需要親密，卻又害怕親近，而性交是既親近又誇張的方式，可以同時符合他的需要和害怕。

在超過八年的精神分析與七次合格治療師的療程之中，已徹底探索了上述所有的詮釋和其他許多解釋，可是對強迫的性衝動毫無作用。

我在治療布魯斯時，驚訝地發現竟然有這麼多豐富未經挖掘的存在性主題。布魯斯的強迫性可以被視爲對抗存在處境的盾牌。例如，布魯斯顯然害怕孤獨，每當他離家時，就會千辛萬苦避免獨自一人消磨夜間時光。

焦慮是有用的指南，治療師和病人有時必須公然引發焦慮。因此我在布魯斯忍受焦慮的能力增加時，建議他完全獨自一人度過一夜，並記錄他的想法與感受。那一夜發生的事對他的治療非常重要，形容當時經驗的最佳字眼就是赤裸裸的恐懼。他首度面對自己對超自然的恐懼，純屬偶然地發現

自己會短暫的失去能力，他非常害怕黑暗，想像自己看見一個死去的女人躺在床上（好像電影「大法師」中的老女人），看見窗前有一個死人頭，害怕自己會被「某種穿著破布的骸骨的手」碰觸。出現一隻狗時，他得到極大的慰藉，首次了解有些人和寵物之間的強烈連結，他說：「真正需要的不是有人陪伴，而是身邊有某個活著的東西。」

透過治療，那一夜的恐懼逐漸轉化成洞識。一整晚的獨處使性的功能變得非常明顯，少了性的保護，布魯斯面對大量的死亡焦慮、影像如此逼真——死去的女人、骸骨的手、死人的頭。性是怎麼使布魯斯免於死亡呢？透過許多種方式，每一種都在治療中加以分析。性的強迫性就像每一種症狀一樣，是有多重因素的。首先，性是一種反抗死亡的形式。性包含某種使布魯斯害怕的東西；性無疑深深捲入埋藏的亂倫渴望和閹割恐懼——我所謂的「閹割」並不是字面的意思，而是被毀滅。所以性行為可以對抗恐懼，布魯斯藉著把陰莖插入生活的漩渦來保持活著。從這個角度來看，布魯斯的性強迫與他其他的熱衷之事是吻合的——跳傘、攀岩和飆車。

性也可以藉著強化布魯斯個人獨特性的信念，來戰勝死亡。從某種意義來說，布魯斯透過成為自身宇宙的核心來保持活著，女性圍繞在他四周，全世界的女人都愛慕他，她們僅僅是為了他而存在。布魯斯不曾想到她們也有自己的生活，他想像她們為了他保持在生活暫停的狀態；就像卡夫卡的小說《審判》裡約瑟夫的鞭毛蟲，每當他打開它們的門時，它們都會為他存在那裡，當他不需要時就會凝結在靜止狀態。性當然也有避免必需真正面對死亡狀況的功用，布魯斯從來不需要面對伴隨個人死亡覺察而有的孤獨。女性是

「某種在附近活著的東西」，就好像他驚恐之夜的狗一樣。布魯斯從來就不孤獨，他總是在性交（狂熱地與女性融合）、找女人，或是剛離開一位女人。所以他找女人並不真的是尋找性，也不是佛洛伊德所說本能力的驅動²⁷，而是希望能否認或減輕死亡恐懼。

在後來的治療中，他有機會和一位美麗的女性同床，她是直屬上司的妻子。他仔細考慮這次機會，和朋友討論，對方勸他放棄這次機會，因為可能造成不良後果。布魯斯也知道必然會付出焦慮和內疚的昂貴代價，他終於有史以來第一次痛苦地決定放棄這次性征服。在接下來的會談中，我同意這其實是對他最好的做法。

他對這個決定的反應很有啟發效果：他譴責我奪走了他的生活樂趣，他覺得「完蛋了」。隔天他在原本性約會的時間讀書、做日光浴。他想：「這就是亞隆想要的，讓我變老，像隻老狗坐在太陽下。」他覺得了無生氣而沮喪，當晚他做了一個夢，夢中所用的象徵是我所見過最具啟發作用的夢：

我有一套美麗的弓箭，我宣稱它是擁有神奇力量的偉大藝術作品。你和某人（一位朋友）有不同的看法，指出它只是非常普通的弓箭。我說：「不，它是神奇的，看看那些特徵，還有這些特徵！」（指著兩個突出物），你卻說：「不，它非常普通。」你繼續說明這把弓的構造有多簡單，構成外觀的紋路和鑲邊是多麼普通。

布魯斯的夢以另一種方式漂亮地說明性戰勝死亡。死亡

連接到平庸和普通，神奇的角色使人超越自然律，超越平凡，否認自身的生物認同（這種認同注定會死亡）。他的陰莖是有魔法的弓箭，使他超越自然律的魔杖。每一件風流韻事都神奇地組成一個微型生命，雖然每一次風流都驚愕地結束在死胡同裡，可是全部加起來就使他得到生命線不斷延伸的錯覺。

當我們處理完獨自度日和不接受性邀請這兩件事所產生的素材，就產生極大的洞識，不只闡明了他的性慾病理，也啓發了許多其他的生活面向。例如，他總是以非常侷限、與性有關的方式與他人相處，當他的強迫性變小時，首度面臨「人爲的是什麼？」的疑問，這個問題引發了一項重要的探討，使布魯斯面對存在的孤獨。我會在第九章討論布魯斯的這個治療階段。其實布魯斯的治療過程可以說明所有終極關懷是互有關聯的。布魯斯決定放棄性邀請，以及接下來不願接受這個決定，只是另一個非常重要的存在關懷的冰山一角——自由，特別是承擔責任的議題，這個主題會在第六章討論。最後，布魯斯終於放棄性的強迫，而面臨另一個終極關懷——無意義。當移除了他主要的存在理由，布魯斯開始面對生命目的的問題，這是第十章的主題。

長期治療中的死亡焦慮

雖然短期治療通常完全不會遇到任何死亡焦慮的明顯考量，可是任何長期密集的治疗也可能沒有完整處理死亡恐懼的覺察。只要病人一直試圖避開死亡，透過嬰兒式的信念，相信治療師能解救他脫離死亡，那麼，病人就不會離開治療師：「只要我和你在一起，就不會死。」這種未明言的曲調是如此常出現在治療的後期。

史特恩（May Stern）在一篇重要文章描述了六個陷入無止盡精神分析泥淖中的病人²⁸，在每一個例子中，處理死亡焦慮都使精神分析得到成功的結局。一位典型的病人是三十八歲罹患強迫症的男性，症狀包括失眠、噩夢、慮病，以及在性關係中強迫幻想自己被騎在頭上然後被吸入。大部分精神分析都放在伊底帕斯和前伊底帕斯的層面，以閹割焦慮的說法來解釋症狀的意義，包括亂倫的女性身分認同、前生殖器期的退化、合併口慾期的問題等等都被探討過，卻都沒有療效。只有在分析到更深的層面時——症狀在死亡恐懼脈絡中的意義——才改變了臨床圖像。

最後，把情感轉移的素材歸因於想要從精神分析師得到神奇的方法，才發現他把精神分析師當成對抗死亡恐懼的防護，沒有人能保護他脫離死亡的必然。這個詮釋產生出人意表的效果，幾乎是戲劇化的改變，開始分析他擔心生病的抱怨其實是一直害怕死亡，在潛伏期的開端是絕望地掙扎，希望不再恐懼，以及他想永遠接受精神分析的願望。

另一位病人有許多自我傷害的症狀：賭博、酗酒、常常吵架、性受虐的傾向，也是在冗長的精神分析中沒有什麼進展。

在精神分析中，沒有任何方法可以讓他放棄幻想的表達，他藉著乖戾的行爲激怒精神分析師，這對他意味著挨打。任何精神分析師的詮釋都被用來滿足他被責罵毆打的願望；沈默被解釋成憤怒父親

繃著臉的反應。他的精神分析似乎走到了死胡同……最後，治療師解釋他透過與精神分析師（代表父親）的融合，想要贏得保護，以對抗死亡。這個詮釋引發許多原本隱藏起來的素材，「死亡一直圍繞著我」，他憶起兒時有許多關於死亡的想法。「我透過順服來解決死亡恐懼……被人從肛門強暴能保護我對抗死亡。」他怨恨沒有早早指出這一點。

這個病例就像第一個一樣，情感轉移的治療打開了死亡焦慮的隱秘層面。情感轉移的歷史觀（也就是某種先前經驗的情感轉移到當前的經驗），在真實治療過程中只有侷限的價值，重要的是病人的扭曲在此時此地的立即作用。史特恩的病人了解自己以治療師做為對抗當前死亡覺察和恐懼的盾牌。他逐漸面對自己的死亡，慢慢了解不只是他的情感轉移，也包括他的症狀，都代表嬰兒逃避死亡的神奇方式（例如，酗酒代表「與母親狂喜融合的象徵，做為反抗死亡的防衛」）。

每一個病人接下來都有明顯的進步，不過作者很仔細地指出：「這些病人治療狀況的大幅轉變，有可能是因為在多年冗長治療之後才引進死亡恐懼的詮釋，眼前出現可能結束精神分析的關係。」每一個精神官能症患者內心都有一層死亡焦慮，可以透過廣泛的治療來處理——這是治療師透過詮釋病人的症狀與情感轉移，試圖適應死亡的過程。

在廣泛的自我探索中，不可能忽略死亡，因為成熟大人的主要任務就是接受衰弱老化的現實。但丁（Dante）在年近四十歲時寫下的《神曲》，可以從許多層面的寓意來了解，當然也反映出作者對個人死亡的關懷。一開始的文句就

是描述中年面對自身必死性時常有的恐懼。

在我人生過程的中點，我進入內心的幽暗森林，喪失筆直的道路。啊！多麼難以描述森林像什麼，濃密、原始、嚴酷，就像再度提醒我恐懼的思想。²⁹

生活中有明顯情緒苦惱的人，因為精神官能性防衛導致畫地自限的人，可能在中年遇到特別嚴重的困難，這是體認老化與死亡逼近的時刻。治療中年病人的治療師必須提醒自己有許多精神病理來自於死亡焦慮。傑奎斯在討論中年危機的論文中清楚談到這一點：

進入中年的人，或是沒有建立成功的婚姻和職業生活，或是藉由狂熱的活動和否認情緒的貧乏來建立自我，都沒有準備好面對中年的需求，無法從成熟得到享受。在中年危機的情形下，人面臨的生活概念是活在接近個人死亡的背景，容易經歷一段心理困擾和沮喪的崩潰，或是藉由強化狂熱的防衛來逃避崩潰，避免老化和死亡造成的憂鬱和困擾，卻會在終將體認不可避免的老化和死亡時，面對積累下來的焦慮。

許多進入中年的男人和女人，試圖強行保持年輕、過度憂慮健康和外觀、出現雜亂的性交以證明自己年輕有力、空洞而缺乏真正快樂的生活、頻繁關切宗教，都是大家熟悉的模式，他們是試圖和時間賽跑。³⁰

死亡焦慮是主要的症狀——病例研究

治療師常常遇到病人的死亡焦慮佔有如此核心而明顯的位置，以至於不需要經過任何推論。這些病人常常感到苦惱，因為他們的治療師一旦發現無法迴避死亡議題時，就會不安地覺察自己並沒有什麼概念上的工具可以指引治療。

希薇亞就是這樣的病人，在本章稍早提到罹患癌症的查理斯被引進治療團體時，她也是成員之一。希薇亞是三十六歲離過婚的富裕建築師，斷斷續續接受心理治療，長達十年之久。她酗酒、長期沮喪、焦慮、肥胖、寂寞，常有各種身心症狀，包括頭痛、蕁麻疹、背痛、聽力障礙和氣喘。她和十三歲的女兒有嚴重的衝突，另外兩個較大的小孩因為她酗酒和無法預料的行為，選擇和父親同住。她過去的治療（包括個別、團體、家族治療）缺乏成效。在專門針對酗酒者的團體中治療了一年半，幫助希薇亞比較能控制飲酒，可是在其他方面，她仍然處在壓力高原，治療只是「保持現狀的方法」。

查理斯進入治療團體（那時她已在團體中七個月），徹底改變了她的治療過程，強迫她面對死亡的觀念；某些以前被忽視的重要主題也浮現在她的臨床狀況中。

查理斯告知團體他罹患無法治癒的癌症時，希薇亞最初的反應非常不理性。我之前描述過她對他消極接受癌症，不尋求傳統醫療以外的幫助，感到非常生氣。查理斯把癌症告知團體後幾個星期，希薇亞發生一次恐慌反應。她買了一張新的皮沙發，卻因為它的氣味而心煩意亂。此外她有一個房客是藝術家，她開始相信油彩的氣味是有毒的，那天傍晚她臉上出現輕微紅疹，半夜時因為嚴重恐慌醒來，她越來越害怕，最後在午夜打電話叫救護車。她再度開始喝酒，在查理

斯進入團體後三個星期，因為酒醉駕車被逮捕。她說那種開車方式是一種自殺的方式；她覺得自殺是得以掌控死亡的方法，因為是主動控制自己的命運，而不是等待「某種可怕的东西吞噬你」。她高度焦慮的情形持續了好幾個星期，因為太不舒服而提議離開治療團體，同時卻又相信她「在團體的大限已到」，我正試圖把她踢出去。由於她的頭痛一直持續，我把她轉診給內科醫師接受身體檢查，她產生急性憂鬱症，把我的轉診解釋成拒絕繼續照顧她，想把她交給別人。當新成員被引進團體時，她相信他們是用來取代她。

在最初的焦慮平息之後，希薇亞不再避開查理斯，開始與他接觸，先是嘗試看看，接著是以更為正向的方式接觸他。查理斯在會談中表現沮喪或焦慮時，所有成員中只有希薇亞鼓足勇氣大聲問查理斯是不是擔心癌症或是怕時間不夠。希薇亞逐漸開始思索、討論自己擔憂的核心：老化、恐懼得到癌症、害怕寂寞。她全神貫注於母親的死亡，開始更詳細而強烈地思索與之相關的事件，過去十五年來她還不曾這麼做過。這些主題一直存在，卻不曾在治療中正式處理過。

希薇亞的例子精采地證明治療師的參考架構會如何控制病人提供的資料內容，比如希薇亞嚴重失眠已達十五年，曾接受許多醫師的各種療法，服用了許多鎮靜劑。在查理斯進入團體後幾週，她再度談到棘手的失眠，可是這次因為治療師轉到不同的頻道，她才提到多年來幾乎在每夜兩點到四點會全身冒汗地醒來，對自己說：「我不想要死，我不想要死。」在她過去十年的治療中（包括我治療了兩年），她都不曾把這件事告訴治療師！

當我提出死亡焦慮是核心的組成原則時，許多相異的症

狀和事件就串連在一起了。希薇亞的恐慌發作常常引發大吃大喝，幾乎每次都造成身體的傷害，某種身體疾病或惡化的聯想。希薇亞的死亡焦慮總是在孤獨時最嚴重，她傳遞給十三歲女兒的內隱訊息是：「不要長大離開我，我受不了孤獨，我需要你留在小時候的樣子，一直在我身邊。如果你不長大的話，我就不會變老。」這個訊息嚴重影響女兒，而表現出激烈的不良行爲。

希薇亞對抗焦慮的主要機轉是相信有終極拯救者的存在，這個信念是她普遍的口慾期問題（部分表現在酗酒和肥胖）的根源，在她的心理治療和治療師的關係中也特別明顯，她對他們一直非常諂媚恭敬，最害怕的就是可能被治療師拒絕或放棄，爲此而誇大自己的需要，隱瞞自己得到的任何正向收穫，常常表現得過度困惑無助。她在治療中的任務似乎是透過許多策略，把自己表現得非常脆弱，迫使治療師照顧她，給予她援助。

希薇亞越面對這些議題，焦慮就越發增加。她不安的程度很快就大到一週一次的團體治療不能滿足她，需要更多治療。我和她進行一系列個別治療，把分析的焦點放在她對死亡的關懷。

母親的死是希薇亞一生最痛苦的事件，一想到這件事就感到毛骨悚然。母親罹患子宮頸癌，二十五歲離家的希薇亞飛回母親身邊，照顧她生命的最後一個月。那時母親若不是失去意識，就是處在非常不理性的意識狀態，會產生幻覺、非常偏執。由於無法控制大小便，母親需要希薇亞持續的照護。最後，母親喉嚨發出咯咯聲，血水和黏液從口中流出，在糞便和惡臭中死去。希薇亞記得那時的感受，好像頭和身體分開，頭部發脹，快要裂開似的（和她在查理斯進入團體

時的頭痛經驗類似）。

希薇亞有許多關於死亡的可怕童年記憶，祖父在她七歲時過世，六個月後祖母也走了。她還記得看見祖母在棺材裡的樣子，當時還相信她的喉嚨被人切開（回溯起來，她認爲祖母曾接受甲狀腺手術）。她十二歲時，有一位同學溺斃，她去參加他的葬禮，對她也是一次非常可怕的經驗。

希薇亞小時常常生病，母親常常告訴她（也憶起母親告訴朋友和親戚），她年幼時是多麼接近死亡。她在五歲前罹患好幾次肺炎，六歲時撞斷手臂的骨頭，還得到慢性骨髓炎，那時她需要接受手術，現在想到令人窒息的乙醚口罩，還覺得很可怕。自此以後，她對麻醉就非常焦慮，每次生孩子的時候，就會引發強烈的死亡焦慮，以致於造成短暫的精神病發作。

她最早關於「死去」的記憶是在很小的時候，一位阿姨爲她按摩腳，可能是爲了把她救活，她認爲自己可能陷入昏迷，還記得阿姨當時在哭。她還記得身體每被碰一下，就感到強烈的痛楚，卻無法說話或用任何方式要求阿姨停止按摩。第二次關於死亡的記憶是飄浮到身體之外，拚命試圖接回身體，卻徒勞無功。

除了這些早期的敏感經驗使她「過快過多」地碰到死亡，還有好幾個其他重要的因素，使她無法建立傳統的防衛來對抗死亡恐懼。她對母親或父親都沒有信賴感，在她年幼時，父親就拋棄家庭，印象中的母親則是不可靠、不負責任的人。母親對任何疾病或身體的受傷都會極度驚恐，如果任何人生病的話，就會叫別的家人來進行必要的照護。母親對她的情緒或身體都無法顧及，在希薇亞青少年期之前，母親就曾離家好幾天（可能和某個男人），把整個家交給希薇亞

狀和事件就串連在一起了。希薇亞的恐慌發作常常引發大吃大喝，幾乎每次都造成身體的傷害，某種身體疾病或惡化的聯想。希薇亞的死亡焦慮總是在孤獨時最嚴重，她傳遞給十三歲女兒的內隱訊息是：「不要長大離開我，我受不了孤獨，我需要你留在小時候的樣子，一直在我身邊。如果你不長大的話，我就不會變老。」這個訊息嚴重影響女兒，而表現出激烈的不良行爲。

希薇亞對抗焦慮的主要機轉是相信有終極拯救者的存在，這個信念是她普遍的口慾期問題（部分表現在酗酒和肥胖）的根源，在她的心理治療和治療師的關係中也特別明顯，她對他們一直非常諂媚恭敬，最害怕的就是可能被治療師拒絕或放棄，爲此而誇大自己的需要，隱瞞自己得到的任何正向收穫，常常表現得過度困惑無助。她在治療中的任務似乎是透過許多策略，把自己表現得非常脆弱，迫使治療師照顧她，給予她援助。

希薇亞越面對這些議題，焦慮就越發增加。她不安的程度很快就大到一週一次的團體治療不能滿足她，需要更多治療。我和她進行一系列個別治療，把分析的焦點放在她對死亡的關懷。

母親的死是希薇亞一生最痛苦的事件，一想到這件事就感到毛骨悚然。母親罹患子宮頸癌，二十五歲離家的希薇亞飛回母親身邊，照顧她生命的最後一個月。那時母親若不是失去意識，就是處在非常不理性的意識狀態，會產生幻覺、非常偏執。由於無法控制大小便，母親需要希薇亞持續的照護。最後，母親喉嚨發出咯咯聲，血水和黏液從口中流出，在糞便和惡臭中死去。希薇亞記得那時的感受，好像頭和身體分開，頭部發脹，快要裂開似的（和她在查理斯進入團體

時的頭痛經驗類似）。

希薇亞有許多關於死亡的可怕童年記憶，祖父在她七歲時過世，六個月後祖母也走了。她還記得看見祖母在棺材裡的樣子，當時還相信她的喉嚨被人切開（回溯起來，她認爲祖母曾接受甲狀腺手術）。她十二歲時，有一位同學溺斃，她去參加他的葬禮，對她也是一次非常可怕的經驗。

希薇亞小時常常生病，母親常常告訴她（也憶起母親告訴朋友和親戚），她年幼時是多麼接近死亡。她在五歲前罹患好幾次肺炎，六歲時撞斷手臂的骨頭，還得到慢性骨髓炎，那時她需要接受手術，現在想到令人窒息的乙醚口罩，還覺得很可怕。自此以後，她對麻醉就非常焦慮，每次生孩子的時候，就會引發強烈的死亡焦慮，以致於造成短暫的精神病發作。

她最早關於「死去」的記憶是在很小的時候，一位阿姨爲她按摩腳，可能是爲了把她救活，她認爲自己可能陷入昏迷，還記得阿姨當時在哭。她還記得身體每被碰一下，就感到強烈的痛楚，卻無法說話或用任何方式要求阿姨停止按摩。第二次關於死亡的記憶是飄浮到身體之外，拚命試圖接回身體，卻徒勞無功。

除了這些早期的敏感經驗使她「過快過多」地碰到死亡，還有好幾個其他重要的因素，使她無法建立傳統的防衛來對抗死亡恐懼。她對母親或父親都沒有信賴感，在她年幼時，父親就拋棄家庭，印象中的母親則是不可靠、不負責任的人。母親對任何疾病或身體的受傷都會極度驚恐，如果任何人生病的話，就會叫別的家人來進行必要的照護。母親對她的情緒或身體都無法顧及，在希薇亞青少年期之前，母親就曾離家好幾天（可能和某個男人），把整個家交給希薇亞

照顧。母親面對死亡時，帶著無法止息的恐懼，成為激發她更害怕死亡的雛型（許多病人談到父母面對死亡的方式，在他們形成自己對死亡的態度上是非常重要的。根據這項觀察，可以看見一些治療垂死病人的明顯意含：保持生命中的意義直到最後一刻，可說是為別人豎立榜樣的一種方法）。

希薇亞的死亡焦慮顯然是多重因素造成的，她不但過早、過多地面對死亡（早年威脅生命的經驗，以及母親常常提醒她接近死亡），而且無法發展以否認為基礎的傳統防衛來對抗死亡。她不能期待父母的保護或拯救——父親其實等於死了一樣，而母親自己又被生活淹沒。她無法把死亡放逐到遠方，又不能相信自己的神聖不可侵犯，死亡對她是近在眼前，不只一次幾乎捕捉到她，所以她把自己看成非常脆弱、容易受傷的人。

希薇亞記得曾試圖跟著祖母從宗教的教義和祈求中，證明確實有上帝來得到安慰，可是如果真的有上帝的話，應該會在祖母死時挽救或照顧她。她在一間南浸信會教堂長大，裡面充滿宗教的地獄和硫磺裝飾，她小時候幾度在生病時祈求上帝：「救我的命，我將來會當修女，把一生奉獻給你。」現在事隔數十年，希薇亞還是對自己背棄誓約感到擔心。

把個別治療的重心放在死亡的記憶，結果成效卓著，希薇亞越來越了解自己恐懼死亡的程度，以及這種恐懼在生命中扮演的角色。在團體治療中，她也了解自己「凍結和偽裝」的手法，是由恐懼變老和極度適應不良的防衛所形成的。換句話說，她的生活和成長停滯了，神奇地期望死亡或許會遺漏她。她忽略自己的身體外觀，晚上和週末都是茫茫然過日子。她因為神奇的信念而越來越胖，以為如果避免像母親那樣瘦削衰弱的話，就可以逃離死亡（羅森柏格[Hattie

Rosenberg]也描述過一個心理動力相同的病人³¹)。當一位男性成員在她生日送花給她時，她深切體會自己生活的停滯。當她發現自己多麼想要一位情人時，禁不住喘不過氣來，而過去在生活和不生活之間觀望，使她遺漏了好幾年的光陰。

希薇亞也了解她對待自己就像垂死的病人，也希望別人據此對待她。有一次她因為過度擔心生病而在團體中被人攻擊時，脫口而出：「在我快死的時候，你怎麼能這樣對待我？」她了解這句話的荒謬，也知道這是她多年低吟的曲調。

希薇亞在團體的治療集中在她與查理斯和我的關係。她與查理斯的關係越來越真實：不再否認他的疾病，停止催促他尋找療癒者的幫助，也不再和他競爭誰是團體中與死亡最接近的人。一週又一週，她開始慢慢放棄我是全能的信念，雖然她試圖把我看成比生活更重要的形象人物，卻也開始對我可能犯錯感到不耐煩。我因此小心地不去承擔全能者的角色，盡可能公開而透明。希薇亞的進步越來越顯著紮實，她開始面對死亡，而不是被死亡癱瘓。她了解過去為了逃避死亡焦慮，而試圖與治療師或朋友融合。就連電視也能達到這個目的，她在非常害怕死亡的時候，會花很長的時間看電視，因為：「光是聽到聲音就使我覺得自己仍然活著。」她不再害怕寂寞，開始覺得即使少了和孩子或男人在一起的舒服依賴關係，仍然可以過一種滿意的生活（有一句古老的諺語：「自己會發光的人，就不需要害怕黑暗。」）。

她開始裝扮自己、減肥、建立團體之外的社交生活，兩年來，團體是她全部的社交世界，有一次她宣佈因為有個晚餐的約會，所以要提早三十分鐘離開，我們就明白她結束治療的時間逼近了。可是，最令人驚訝的是她告訴團體，幾週

來她每天沈思母親的死亡，並不是過去常有的強迫性沈思，而是刻意沈思母親死亡時的所有可怕情形，為的是藉著熟悉以完全掌握當時的情景。這個決定特別重要，因為這是她自己想出來的計畫，而不是治療師提議的。多年來她一直被自己會在母親過世的年紀死去的想法纏擾，團體發現她不再談到這種強迫性想法，她回答：「我已經想了很久，它已不再是我經驗中的一部分，我現在已投入生活。」

她堅定地決定結束團體，並預期許多症狀會再度復發，她經歷了一些夢魘、午夜的死亡恐慌、祈求某個優越人物安慰的短暫渴望。可是這種症狀的惡化是短暫的，部分原因可能是出於治療師預測面對結束治療的痛苦時，會有這種情形。她在最後一次會談提到這個夢：

我一個大洞裡，我認為有位嚮導答應給我看某種耀眼的展覽。可是洞裡什麼也沒有，沒有畫作或任何藝術作品，於是他帶我到另一個長方形的房間，大約和這個團體治療室一樣大，可是仍然沒有畫作或任何展覽。我唯一看到的東西只是幾扇窗戶，可以眺望單調灰暗的天空和橡樹。離開的路上，嚮導突然改變，他有一頭紅髮和難以置信的磁性，以至於我認為他完全是個電子人，在我們之間有某種非常強烈進展的情形，不久之後，我再度看見他，他似乎失去了所有磁性，再度變成穿著藍色牛仔褲的正常人。

這個夢精采尖銳地描寫她放棄磁性，表示希薇亞接受了終極拯救者的信念是虛幻的。在夢裡，我無法向她展示耀眼

的展覽，我提供的不是迷人的畫作，只是從窗戶眺望單調的現實世界。夢結束時，希薇亞最後一次嘗試為我披上磁性的外衣：我突然變成超越人性的電子人，可是老舊的自我欺騙咒語不再有效，我立刻變回真正的我——不多不少，就是一個嚮導。

希薇亞在過去的治療中，總是突然停止治療，她非常害怕分離、告別，當了解治療師的力量有限時，就逃避最後幾次會談，突然停止接觸。現在她以面對死亡焦慮的相同方式，直接面對分離的過程（及其使人想到死亡的背後意義）——不是被死亡克服，而是接受死亡，透過焦慮來體驗前所未知的豐富人生。

心理治療的問題

病人和治療師的否認

雖然死亡無所不在，又有大量豐富的機會可以探索死亡，可是大部分治療師卻覺得增加病人的死亡覺察和處理死亡焦慮的任務很困難。這條路的過程因為否認而使得每一步都充滿困惑。死亡恐懼存在於覺察的每一個層面，從最容易意識、最表面、最理性的層面，到潛意識最深層的範疇。病人常常從表面層次接受治療師針對深層否認而有的詮釋，病人可能對治療師的提議有所回應，檢視自己對有限性的感受，可是會談逐漸變得沒有收穫，資料逐漸變得枯燥乏味，會談變成知性的討論。這時重要的是治療師不要驟然做出錯誤的結論，以為自己在挖乾枯的井。阻礙、缺乏聯想、情感的分裂，都是抗拒的表現，必須據此來處理。佛洛伊德在動

力心理治療實務最早的發現之一，就是治療師會不斷遇見病人對抗治療的心理力量³²（根據我的治療經驗，我必須反對病人有一種精神力量來防止病態觀念浮現意識的說法）。

治療師必須不屈不撓，繼續蒐集證據，處理夢境，堅持自己的觀察，一而再、再而三從不同角度來針對相同的焦點。關於死亡存在的觀察可能非常平凡、過於明顯，以至於治療師覺得堅持下去是很愚昧的。可是要克服否認，簡單和堅持是必要的。一位沮喪、有受虐和自殺傾向的病人，在結束治療幾個月後的追蹤會談中，談到我在治療中所說最重要的話，她常常描述自己對死亡的渴望，有時又談到自己在生活中喜歡做的各種事情，我則不只一次提出簡單卻使人尷尬的觀察，就是她所談的事情只有一種可能的順序：先體驗，最後才死。

當然了，病人並不是否認的唯一來源。治療師的否認常常默默地與病人共謀。治療師和病人一樣必須面對死亡，並因此感到焦慮。治療師要能在日常工作中覺察死亡的話，必須做許多準備。我和我的協同治療師在帶領罹患轉移性癌症病患的團體時，敏銳地發現這個必要性。在團體的前幾個月中，都保持表面的討論：大多討論醫師、藥物、治療方法、疼痛、疲倦、身體的限制等等。我們認為這種膚淺的情形在本質上是防衛——病人恐懼和絕望的信號。我們尊重防衛，以非常謹慎的方式帶領團體。

不久後，我們才了解身為治療師的我們，扮演了主動的角色來保持團體的膚淺。當我們能承受自己的焦慮，順著病人的帶領時，就發現團體可以無所懼地以清楚而有建設性的方式處理任何主題。討論常常使治療師感到非常痛苦，有許多心理衛生專業的學生透過單面鏡觀察團體，常常有人為了

使自己平靜下來而離開觀察室。治療垂死病人的經驗促使許多治療師回去接受個人的治療，這對他們常常是非常有益的，因為許多人在最初的傳統治療經驗中，並沒有處理關於死亡的擔心。

如果治療師要幫助病人面對死亡，並將死亡整合到生命裡，自己就必須處理過這些議題。在許多原住民文化中，療癒者的啓蒙儀式可以發現有趣的相似之處，許多傳統儀式要求巫師經歷某種出神的經驗，經歷受苦、死亡和復活的過程。有時這種啓蒙是一種真正的疾病，長期徘徊在生死之間的人才被選為巫師。一般說來，這種經驗是神祕洞見，舉一個典型的例子來說明，一位通古斯（Tungus，一個西伯利亞部族）巫師描述自己的啓蒙包括遇見巫師先祖圍繞著他，以箭刺他、割他的肉、扯斷他的骨頭、喝他的血，然後把他重新組合起來³³。好幾種文化都要求巫師新手睡在墓穴或被綁在墓園好幾夜³⁴。

為何要自找麻煩？

許多治療師對病人避談死亡，並不是出於否認，而是因為相信死亡的想法會加重病情，而刻意決定不談死亡。為什麼要去捅馬蜂窩呢？為什麼要自找麻煩呢？每個人都必須面對死亡，精神官能症患者不是已經有夠多的困擾，何必再提醒他有一杯苦酒等著所有人，加重他的負擔呢？

這些治療師認為挖掘和檢視精神官能的問題是一回事，他們至少能提供一些幫助；而探討真正的現實、人生永遠不變的痛苦事實是另一回事，這麼做不但愚蠢，而且會造成反效果。例如，面對未解決的伊底帕斯衝突的病人，會因為空想的苦惱而陷入癱瘓——很久以前發生的內在和外事件造

成的情結，一直存在不受時間影響的潛意識而困擾病人。病人以扭曲的方式回應當前的處境：把現在當成過去。治療師的任務很清楚：照亮現在，揭發並驅除過去的惡魔，幫助病人除害（本質是良性的事件卻因為非理性的經驗而變成有害的）。

可是死亡呢？死亡不是來自過去的鬼魂，死亡的本質不是良性的。我們能做什麼呢？

增加治療中的焦慮：首先，想到自己的有限，確實會造成很大的焦慮，進入這個領域會使焦慮升高。我這裡描述的治療取向是心理動力的揭露方式，並不是支持或壓抑的方式。存在治療確實會增加病人的不安，在躍入人的焦慮根源時，有一段時間會經歷高度的焦慮和沮喪。

希薇亞的例子說明得很清楚。在查理斯告訴團體他得到癌症時，她經歷焦慮的激烈爆發，許多對抗焦慮的原始防衛再度復發。「我先前談到史特恩報告的兩位病人，雖然接受長期的個別精神分析，卻是在清楚徹底處理死亡恐懼之後才得以成功地結束治療³⁵」。這兩位病人的治療一旦進入死亡焦慮的範疇，就分別經歷一段劇烈的焦慮復發。一位病人在處理自己關於分析師保護他對抗死亡的幻想時，了解並沒有拯救者，於是陷入深度的憂鬱。「他原本在工作 and 嗜好中極度活躍，卻轉成徹底無助的感覺，覺得活在一堆混沌之中，自己的身分認同完全消失，導致退化而產生一種矛盾共生的願望，想要與妻子和精神分析師口交，又對兩人都有極度的憤怒。」另一個病人也了解自己的精神官能性防衛無法對抗死亡，他的精神分析也發生類似的過程。「他變得沮喪，時常覺得一片混沌，許多嬰兒式企圖拚命抵抗死亡的防衛模式再度出現。」史特恩報告的另外四個病例，在面對未來的死亡

創傷時，也經歷暫時的焦慮和憂鬱。

布金安談到這個主題時，把這個治療階段稱為「存在危機」，用來阻止存在危機的防衛受到破壞時，必然會產生的危機，使人能真正覺察自己生命中的基本處境。³⁶

生活的滿足與死亡的焦慮——治療的立足點

從概念的立場來看，治療師確實知道圍繞死亡的焦慮有精神官能性和正常的焦慮，所有人類都會體驗死亡焦慮，可是有些經驗如此強烈，以至於蔓延到各種經驗的領域，導致高度的不安和一連串對抗焦慮的防衛而侷限了成長，還常常產生續發性焦慮。為什麼有些人會被所有人都要面對的情形擊倒？我已經討論過這個問題：由於一連串不尋常的人生經驗，人會受到死亡焦慮的過度傷害，無法豎起「正常」的防衛來對抗存在性焦慮，治療師遇到的是無法自我調節的死亡焦慮。

有一種治療師可以運用的方式，就是集中在病人當前的改變，這是一種調節的心理動力。我相信臨床工作者有一個特別有用的公式——「死亡焦慮和生活的滿足成反比。」

印登（John Hinton）報告了一些有趣的相關研究結果³⁷，他研究六十位罹患末期癌症的病人，並研究他們的生活態度（包括「生活中的滿足感或成就感」），以及罹患末期癌症的感受與反應之間有什麼關聯，由病人和其配偶為生活的滿足感打分數，生病時的感受和反應則根據病人的面談和護士、配偶填寫的量表來測量，結果顯示：「當生活令人滿意時，死亡比較不令人煩惱……對過去的生活較不滿意時，對疾病及其結果會有較困擾的看法。」數據顯示出非常高度的意

義。生活滿意度越差，就越容易出現憂鬱、焦慮、憤怒，以及過度關心疾病和醫療照護的水準。

這些結果似乎違反直覺的看法，因為從表面來看，可能會認為不滿足和幻滅的人比較歡迎解除痛苦的死亡。可是反過來看才是正確的：成就感是覺得自己好好活過一場，可以減輕死亡恐懼。尼采以他典型的誇張語句說：「所有完美成熟的東西都願意死，所有不成熟的東西都想要活。所有受苦的人都想要活，好能變得成熟、快樂和渴望——渴望更深、更高、更耀眼。」³⁸

這種洞識當然可以給治療師一個立足點！如果能幫助病人增加生活的滿足感，就能緩和過度的焦慮，這個公式當然有其循環，由於過多的死亡焦慮而活在受限制的生活中——生活投注在安全、存活、解除痛苦，而不是放在成長和實現。席勒斯提出同樣的兩難推論：「除非病人是完整的人，否則無法面對死亡，可是只有能面對死亡時，才能成為真正完整的人。」問題在於：「除非人能強化自己是完整之人的知識，否則關於生命有限性的焦慮會過於巨大而無法面對……除非人經驗過徹底的生活，否則無法面對必然死亡的前景，而精神分裂症患者還沒有徹底活過。」（席勒斯相信這個問題對精神分裂病人特別重要。）³⁹

但還有一個立足點，治療師不能被往事嚇住，人並不需要重新過四十年完整的歲月和整合的生活，才會補償過去四十年的陰影生活。托爾斯泰小說中的伊凡·伊里奇透過面對死亡而面臨存在危機，在剩下幾天的生活中轉化了自己，而溯及過往，使一生都充滿了意義。

生活越不滿足，死亡焦慮就越大。我的病人菲立普可以清楚說明這個原則。他是五十三歲非常成功的商業經理人，

一直是嚴重的工作狂，每週工作六十到七十小時，每天傍晚總是拖著堆滿工作的手提箱回家，而且最近兩年是在東岸工作，週末才回西岸的家。他的生活缺少滿足感，工作提供安全感，卻沒有樂趣；他不是因為想工作而工作，而是為了減輕焦慮不得不如此。他幾乎不認識妻子和子女，幾年前妻子曾有短暫的外遇，他永遠無法原諒她，並不是完全為了這個行為，而是因為外遇及伴隨的痛苦使他無法專心工作。因此與妻子和子女疏遠，而沒有深入探索這個愛、滿足生活和意義的潛在寶庫。

接著發生一件災難，剝除所有菲立普的防衛。由於航太工業的嚴重衰退，他所屬的公司經營不下去，被另一家公司合併。菲立普突然失業，可能因為年齡和高級經理的地位而無法找工作，他出現嚴重的焦慮，在這時尋求心理治療。起初他的焦慮完全集中在工作，無止境地反覆沈思職業的問題。早上固定四點醒來，躺著想好幾個小時的工作：該怎麼把壞消息告訴員工、怎樣以最好的方法逐步淘汰他的部門、怎樣對他所受的待遇表達憤怒。

菲立普找到新的職位，最後的工作日逐漸逼近，他變得非常狂亂。我們在治療中逐漸談到他關心工作所造成的焦慮，就好像黑雁戀棧碼頭一樣捨不得離開，而發現菲立普有相當大的死亡焦慮。他每天晚上都會被一個夢糾纏，他在夢中繞著一個「黑洞」的邊緣走動。另一個常做的噩夢則是在海灘陡峭狹窄的沙丘上，失去平衡。他不斷從夢中醒來，喃喃說著：「我絕不會這麼做。」（他父親是船員，在他出生前溺斃。）

菲立普並沒有緊迫的財務問題，他有豐厚的離職金，最近得到一筆很大的遺產，提供了相當的安全感。可是問題在

於時間！他該怎麼打發時間？菲立普覺得任何事都沒有意義，陷入絕望之中。有天晚上發生一件重要的事，那時他無法入睡，大約凌晨三點下樓看書喝茶，聽到窗戶有聲響，他上前察看，見到一個戴著尼龍蒙面罩的魁梧男子，在驚嚇與警報聲平息後，在警察離開、搜索結束後，他開始出現真正的恐慌。他心裡閃過一個令他非常不舒服的念頭，全身劇烈顫抖，「瑪麗和小孩可能發生什麼事。」他在治療中描述這件事時，我並沒有針對他的想法和反應安慰他，反而提醒他確實有某件事會發生在瑪麗、小孩和他自己身上。

菲立普一時覺得頭暈目眩，所有他習慣的防衛架構，他的工作、他的特殊性、攀向光榮、不會受傷的感覺，都不再起作用。就在他面對蒙面竊賊時一樣，他現在面對某些生命的基本事實：缺乏根基、時間無情的流逝，以及不可避免的死亡。這使菲立普產生一種急迫感，努力接受治療，試圖得到生命的滿足和意義。我們特別把焦點放在親密感，這是生活滿足的重要來源，卻是他不曾享受到的。

菲立普過去如此投注於獨特性的信念，以至於不敢面對無助的感受，或是將之與他人分享。我鼓勵他把真相告訴所有詢問的人，讓他們知道他失業、很難找到別的工作，然後注意自己的感受。他起初迴避這個做法，但逐漸發現與人分享自己的脆弱，可以打開通往親密的大門。在一次會談中，我提議把他的履歷表寄給我的一位朋友，他是一家相關領域的企業總裁，可能會給他一份工作。菲立普禮貌拘謹的感謝我，可是回到車上時卻「哭得像個娃娃」，這是三十五年來第一次這樣痛哭。我們花了很多時間討論哭泣：它代表什麼意義、當時有什麼感覺、為什麼他無法在我面前哭泣。當他學會接受自己的脆弱，就深化自己與人交流的感覺（先是與

我，然後是家人），得到與他人的親密感，這是以前不曾有過的感覺。他對時間的態度也大幅改變，不再把時間視為必須隱藏或殺死的敵人。在一天又一天的自由時間中，他開始欣賞時間，盡情享受。他也開始認識自己心中蟄伏已久的部分，數十年來首次讓他的創作慾望表現在繪畫和寫作上。失業八個月後，菲立普在別的城市得到一個新而富挑戰性的工作。在最後一次會談中，他說：「過去幾個月，我從地獄走出來，可是你知道，雖然很可怕，但我很高興沒有馬上找到工作。我對自己被迫經歷的事覺得感謝。」菲立普學到的是，生活致力於隱藏事實、否認死亡時，會限制自己的經驗，最後會自行屈服。

死亡減敏感法（desensitization）

另一個提供治療師立足點來對抗死亡焦慮的概念是「減敏感法」。「死亡的減敏感法」是一種粗魯的說法，把最深的人類關懷和機械化的技巧放在一起，有貶抑人的味道。可是在討論治療師處理死亡焦慮的技巧時，很難避免用這個說法。減敏感法的意思是藉著重複的接觸，使人習慣任何事情——甚至死亡。治療師幫助病人處理死亡恐懼時，可能會用類似克服其他恐懼所用的技巧，讓病人一再接觸較輕分量的害怕，幫助病人掌握所害怕的對象，從所有角度來審查這個對象。

蒙田非常了解這個原則，他寫道：

對我來說，似乎有某種方法讓自己熟悉死亡，在某種程度內試驗它。我們可以經歷它，雖然不是

全然完整的經驗，但至少有一點用處，使我們更為證實、確信。雖然我們無法碰到它，但是可以靠近它、偵察它；雖然我們不能穿透它的堡壘，但至少能在接近時看見它、熟悉它。⁴⁰

治療癌症病人團體那幾年中，我好幾次看到減敏感法，病人一次又一次接近他的恐懼，直到恐懼因為單純的熟悉而逐漸減輕。這個由其他病人和治療師進行的模式（不論是堅定、不安的接納、平靜），可以幫助許多病人減輕對死亡的恐懼。

以行為治療來減輕焦慮的基本原則，就是讓人在預設的降低焦慮的心理狀態和環境中，接觸他害怕的刺激（分量要小心調整）。也可以在團體使用這個策略，團體常常在開始時（以及結束時），進行某種減輕焦慮的冥想或放鬆肌肉的練習，每個病人都被罹患相同疾病的人圍繞著，他們彼此信任，覺得完全被了解。接觸刺激分量的調整是根據團體的運作標準，每一位成員都可以按照自己的速度進行，不會強迫任何人超過自己想要的程度。

另一個處理焦慮的有用原則就是切割分析，悲慘的恐懼感通常包括許多令人害怕的部分，可以加以理性分析。鼓勵病人（包括日常心理治療的病人和垂死的病人）檢視自己的死亡，找出不同成分的恐懼，可能會有所幫助。許多人是被面對死亡時的無助感壓倒；事實上，我治療過的垂死病人團體，就是把大部分時間用來對抗這種恐懼來源。主要的策略是把附屬的無助感和面對無法改變存在處境時的真正無助感區分開來，我看過垂死的病人選擇控制生活中可以控制的部分，而重獲力量和控制感。例如，一位病人可能改變他與醫

師互動的方式：堅持完全了解自己的疾病，或是參與重要治療的決定；或是不滿意現在的醫生而換另一位醫生。有些病人是投入社交活動。有些人發展出充滿選擇的感覺，興奮地發現自己可以選擇不做那些不想做的事。有人相信以新的方式來處理心理壓力，可以影響癌症的病情，而積極參加心理治療。當所有事情似乎都不受控制時，人還是有力量控制自己面對命運的態度，重新解釋自己無法否認的事實。

還有別種成分的恐懼：垂死的痛苦、死後的生命、未知的恐懼、擔心自己的家人、為自己的身體擔心、寂寞、退化。在成就導向的西方國家中，死亡被奇怪地視同失敗。把每一種恐懼的成分分開來理性檢視時，比較不像整個恐懼那麼嚇人。每一個部分顯然都是垂死時令人討厭的一面，可是，這些部分不論是分開來看，還是合起來看，都不足以引發災難般的反應。然而許多病人分析自己的死亡恐懼時，卻發現自己並不符合上述任何一個部分，而是某種難以形容的原始恐懼，在成人的潛意識住著小孩的非理性恐懼——死亡被認為是一種邪惡、殘忍、毀滅的力量。回想第三章談到受驚小孩的死亡幻想，把死亡看得遠比成熟大人所想的更為可怕，這些幻想就像伊底帕斯情結或閹割恐懼一樣，都是潛意識的過時累贅，會破壞成人體認現實、適當反應的能力。治療師處理這種恐懼就像處理任何其他扭曲現實的情形一樣：試圖辨認、看見這些往昔的鬼魂，然後加以驅散。

死亡減敏感法的實證研究

文獻中有好幾項報告（都是心理學博士論文），描述覺察死亡的工作坊運用死亡減敏感法，並量化死亡焦慮的改變程度。有一個八小時的馬拉松工作坊，包括死亡的討論，觀

看一部關於死亡的電影，在肌肉深度放鬆下引導每一個成員幻想自己罹患重症、死亡與葬禮。八個接受實驗的人（與非團體的對照組比較）「體認到自己對死亡的看法」，以較不否認的方式面對自己的死亡，在八週後追蹤調查時，發現死亡焦慮的分數降低。在團體之後的面談，有些受試者主動證實工作坊催化了其他重要的生活改變。例如，一位酗酒者說這個實驗對他造成極大的衝擊，他決定不想像個酒鬼沒有尊嚴的死去，而徹底戒酒⁴¹。

另一個類似的死亡減敏感計畫叫「塑造你對死亡的態度」，可以減輕死亡恐懼（根據兩項死亡焦慮量表來測量）⁴²。一項「死亡與自我探索工作坊」的實驗導致死亡焦慮增加，但也增加了生活的目的感⁴³。還有其他方案顯示在工作坊之後立即降低焦慮，可是在四週後又恢復參加工作坊前的情形⁴⁴。最後，有一項為期六週的護理人員死亡教育課程，雖然沒有立即影響死亡焦慮，卻在四週後明顯降低死亡焦慮⁴⁵。

死亡並不是人類存在處境的唯一成分，死亡覺察的考量只闡明了存在治療的一個面向。為了得到完全平衡的治療取向，我們必須檢視每一項終極關懷的治療意含。死亡幫助我們了解焦慮，提供了一個心理動力的架構，做為詮釋的基礎，也是一種能夠激發視野大幅轉變的邊界經驗。以下要談的其他每一種終極關懷也都提供了完整心理治療體系的不同環節：自由幫助我們了解承擔責任、承諾要改變、決定和行動；孤獨則闡明關係的角色；而缺乏意義則使我們轉而注意參與生活的原則。

註釋（上）

第一章

1. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II in *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*,* 24 vols., ed. James Strachey (London: Hogarth Press, 1955; originally published 1895), pp. 135-83.
2. *Ibid.*, p. 158.
3. B. Spinoza, cited by M. de Unamuno, *The Tragic Sense of Life*, trans. J. E. Fitch (New York: Dover, 1954), p. 6.
4. A. Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense* (New York: International Universities Press, 1946).
5. H. Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (New York: W. W. Norton, 1953).
6. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1954), p. 121.
7. A. Malraux, cited in P. Lomas, *True and False Experience* (New York: Taplinger, 1973), p. 8.
8. T. Hardy, "In Tenebris," *Collected Poems of Thomas Hardy* (New York: Macmillan, 1926), p. 154.
9. *Encyclopedia of Philosophy*, vol. III (New York: Macmillan and Free Press, 1967), p. 147.
10. S. Kierkegaard, "How Johannes Climacus Became an Author," in *A Kierkegaard Anthology*, ed. R. Bretall (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1946), p. 193.
11. *Ibid.*
12. W. Barrett, *What Is Existentialism?* (New York: Grove Press, 1954), p. 21.
13. L. Binswanger, "Existential Analysis and Psychotherapy," in *Progress in Psychotherapy*, eds. F. Fromm-Reichman and J. Moreno (New York: Grune & Stratton, 1956), p. 196.
14. R. May, E. Angel, and H. Ellenberger, *Existence* (New York: Basic Books, 1958), pp. 3-35.
15. A. Sutich, American Association of Humanistic Psychology: Progress Report 1962, cited in J. Bugental, "The Third Force in Psychology," *Journal of Humanistic Psychology* (1964) 4:19-26.
16. J. Bugental, "The Third Force."
17. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (New York: Bantam, 1971), p. 1.
18. S. Freud, *The Interpretation of Dreams*, vol. IV in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1953; originally published 1900), p. 263.
19. T. Wilder, cited in *Reader's Digest* (January 1978), p. 133.
20. V. Frankl, oral communication, 1974.

*: Hereafter referred to as Standard Edition.

註釋（上）

第一章

1. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II in *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*,* 24 vols., ed. James Strachey (London: Hogarth Press, 1955; originally published 1895), pp. 135-83.
2. *Ibid.*, p. 158.
3. B. Spinoza, cited by M. de Unamuno, *The Tragic Sense of Life*, trans. J. E. Fitch (New York: Dover, 1954), p. 6.
4. A. Freud, *The Ego and the Mechanisms of Defense* (New York: International Universities Press, 1946).
5. H. Sullivan, *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (New York: W. W. Norton, 1953).
6. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1954), p. 121.
7. A. Malraux, cited in P. Lomas, *True and False Experience* (New York: Taplinger, 1973), p. 8.
8. T. Hardy, "In Tenebris," *Collected Poems of Thomas Hardy* (New York: Macmillan, 1926), p. 154.
9. *Encyclopedia of Philosophy*, vol. III (New York: Macmillan and Free Press, 1967), p. 147.
10. S. Kierkegaard, "How Johannes Climacus Became an Author," in *A Kierkegaard Anthology*, ed. R. Bretall (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1946), p. 193.
11. *Ibid.*
12. W. Barrett, *What Is Existentialism?* (New York: Grove Press, 1954), p. 21.
13. L. Binswanger, "Existential Analysis and Psychotherapy," in *Progress in Psychotherapy*, eds. F. Fromm-Reichman and J. Moreno (New York: Grune & Stratton, 1956), p. 196.
14. R. May, E. Angel, and H. Ellenberger, *Existence* (New York: Basic Books, 1958), pp. 3-35.
15. A. Sutich, American Association of Humanistic Psychology: Progress Report 1962, cited in J. Bugental, "The Third Force in Psychology," *Journal of Humanistic Psychology* (1964) 4:19-26.
16. J. Bugental, "The Third Force."
17. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (New York: Bantam, 1971), p. 1.
18. S. Freud, *The Interpretation of Dreams*, vol. IV in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1953; originally published 1900), p. 263.
19. T. Wilder, cited in *Reader's Digest* (January 1978), p. 133.
20. V. Frankl, oral communication, 1974.

*: Hereafter referred to as Standard Edition.

21. May, Angel, and Ellenberger, *Existence*, p. 11.
22. C. Rogers, cited in D. Malan, "The Outcome Problem in Psychotherapy Research," *Archives of General Psychiatry* (1973) 29:719-29.
23. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
24. *Ibid.*, p. 99.
25. Personal communication, 1978.

第二章

1. A. Meyer, cited by J. Frank, oral communication, 1979.
2. Cicero, cited in M. Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne*, trans. Donald Frame (Stanford: Stanford University Press, 1965), p. 56.
3. Seneca, cited in Montaigne, *Complete Essays*, p. 61.
4. St. Augustine, cited in Montaigne, *Complete Essays*, p. 63.
5. Manilius, cited in Montaigne, *Complete Essays*, p. 65.
6. Montaigne, *Complete Essays*, p. 67.
7. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), pp. 210-24.
8. *Ibid.*, passim.
9. K. Jaspers, cited in J. Choron, *Death and Western Thought* (New York: Collier Books, 1963), p. 226.
10. S. Freud, "Thoughts for the Times on War and Death," vol. XIV in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1957; originally published 1915), p. 291.
11. *Ibid.*, p. 290.
12. J. Giraudoux, cited in *The Meaning of Death*, ed. H. Feifel (New York: McGraw-Hill, 1965), p. 124.
13. Montaigne, *Complete Essays*, p. 67.
14. L. Tolstoy, *War and Peace* (New York: Modern Library, 1931), p. 57.
15. L. Tolstoy, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories* (New York: Signet Classics, 1960).
16. D. Rosen, "Suicide Survivors," *Western Journal of Medicine* (April 1975) 122:289-94.
17. A. Schmitt, *Dialogue with Death* (Harrisonburg, Va.: Choice Books, 1976), pp. 55-58.
18. R. Noyes, "Attitude Changes Following Near-Death Experiences," *Psychiatry*, in press.
19. A. Hussain and S. Tozman, "Psychiatry and Death Row," *Journal of Clinical Psychiatry* (1978) 39(3): 183-88.
20. R. Neuberger, cited in J. Frank in "Nuclear Death — The Challenge of

- Ethical Religion," *The Ethical Platform* (29 April 1962).
21. D. Spiegel, J. Blum, and I. Yalom, *Peer Support for Metastatic Cancer Patients: A Randomized Prospective Outcome Study*, in preparation.
 22. K. Chandler, "Three Processes of Dying and the Behavioral Effects," *Journal of Consulting Psychology* (1965) 29:296-301; D. Cappon, "The Dying," *Psychiatric Quarterly* (1959) 33:466-89; A. Weisman and T. Hackett, "Predilection to Death," *Psychosomatic Medicine* (1961) 23:232-56; and E. K. Kübler-Ross, *On Death and Dying* (New York: Macmillan, 1969).
 23. K. Weers, manuscript in preparation.
 24. Schmitt, *Dialogue with Death*, p. 54.
 25. R. Lifton, "The Sense of Immortality: On Death and the Continuity of Life," *Explorations in Psychohistory*, eds. R. Lifton and E. Olson (New York: Simon & Schuster, 1974), pp. 271-88.
 26. J. Diggory and D. Rothman, "Values Destroyed by Death," *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1961) 63(1): 205-10.
 27. J. Choron, *Modern Man and Mortality* (New York: Macmillan, 1964), p. 44.
 28. R. Kastenbaum and R. Aisenberg, *Psychology of Death* (New York: Springer, 1972), p. 44.
 29. S. Kierkegaard, *The Concept of Dread* (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1957), p. 55.
 30. R. May, *The Meaning of Anxiety*, rev. ed. (New York: W. W. Norton, 1977), p. 207.
 31. S. Freud, "Inhibitions, Symptoms and Anxiety," vol. XX in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1959; originally published 1926), p. 166.
 32. Kierkegaard, *Concept of Dread*, p. 55.
 33. May, *Meaning of Anxiety*, p. 207.
 34. Heidegger, *Being and Time*, p. 223.
 35. A. Sharp, *A Green Tree in Geddes* (New York: Walker, 1968).
 36. R. Skoog, cited in J. Meyer, *Death and Neurosis* (New York: International Universities Press, 1975), p. 47.
 37. E. Strauss, cited in E. Weigert, "Loneliness and Trust — Basic Factors of Human Existence," *Psychiatry* (1960) 23:121-30.
 38. W. Schwidder, cited in J. Meyer, *Death and Neurosis* (New York: International Universities Press, 1975), p. 54.
 39. H. Lazarus and J. Kostan, "Psychogenic Hyperventilation and Death Anxiety," *Psychosomatics* (1969) 10:14-22.
 40. D. Friedman, "Death Anxiety and the Primal Scene," *Psychoanalytic Review* (1961) 48:108-18.
 41. V. Kral, "Psychiatric Observations under Severe Chronic Stress," *American Journal of Psychiatry* (1951) 108:185-92.
 42. *Ibid.*, J. Meyer, *Death and Neurosis*, p. 58; and A. Heveroch, cited in J. Meyer, *Death and Neurosis*, p. 58.

43. M. Roth, "The Phobic Anxiety-Depersonalization Syndrome and Some General Aetiological Problems in Psychiatry," *Journal of Neuropsychiatry* (1959) 1:293-306.
44. R. Kastenbaum and R. Aisenberg, *Psychology of Death*.
45. D. Lester, "Experimental and Correlational Studies of Fear of Death," *Psychological Bulletin* (1967) 64(1): 27-36; and D. Templer and C. Ruff, "Death Anxiety Scale Means, Standard Deviations, and Embedding," *Psychological Reports* (1971) 29:173-74.
46. P. Livingston and C. Zimet, "Death Anxiety, Authoritarianism and Choice of Speciality in Medical Students," *Journal of Neurological and Mental Disorders* (1965) 140:222-30.
47. W. Swenson, "Attitudes toward Death in an Aged Population," *Journal of Gerontology* (1961) 16(1): 49-52; D. Martin and L. Wrightsman, "The Relationship between Religious Behavior and Concern about Death," *Journal of Social Psychology* (1965) 65:317-23; and D. Templer, "Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons," *Psychological Reports* (1972) 31:361-67.
48. N. Iammarino, "Relationship between Death Anxiety and Demographic Variables," *Psychological Reports* (1975) 37:262.
49. Iammarino, "Death Anxiety and Demographic Variables"; Swenson, "Attitudes toward Death"; A. Christ, "Attitudes toward Death among a Group of Acute Geriatric Psychiatric Patients," *Journal of Gerontology* (1961) 16(1): 56-59; and P. Rhudick and A. Dibner, "Age, Personality, and Health Correlates of Death Concerns in Normal Aged Individuals," *Journal of Gerontology* (1961) 16(1): 44-49.
50. M. Lieberman and A. Coplan, "Distance from Death as a Variable in the Study of Aging," *Developmental Psychology* (1970) 2:71-84.
51. M. Means, "Fears of One Thousand College Women," *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1936) 31:291-311.
52. W. Middleton, "Some Reactions toward Death among College Students," *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1936) 3:165-73.
53. Templer and Ruff, "Death Anxiety Scale Means"; Iammarino, "Death Anxiety and Demographic Variables"; and D. Templer, C. Ruff, and C. Franks, "Death Anxiety; Age, Sex, and Parental Resemblance in Disease Populations," *Developmental Psychology* (1971) 4:108.
54. P. Thauberger, "The Avoidance of Ontological Confrontation," unpublished Ph. D. dissertation, University of Saskatchewan, 1974.
55. C. Stacey and K. Markin, "The Attitudes of College Students and Penitentiary Inmates toward Death and a Future Life," *Psychiatric Quarterly*, supplement (1952) 26:27-32.
56. D. Templer, "Death Anxiety as Related to Depression and Health of Retired Persons," *Journal of Gerontology*, (1971) 26:521-23.
57. Swenson, "Attitudes toward Death"; J. Munnichs, *Old Age and Finitude* (Basel and New York: Karger, 1966); and S. Shrut, "Attitude toward

- Old Age to Death," *Mental Hygiene* (1958) 42:259-63.
58. Munnichs, *Old Age and Finitude*; A. Christ, "Attitude toward Death among a Group of Acute Geriatric Psychiatric Patients," *Journal of Gerontology* (1961) 16:56-59; and Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 83.
59. Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 107.
60. C. Stacy and M. Reicher, "Attitudes toward Death and Future Life among Normal and Subnormal Adolescent Girls," *Exceptional Children* (1959) 20:259-62.
61. A. Maurer, "Adolescent Attitudes toward Death," *Journal of Genetic Psychology* (1964) 105:79-80.
62. H. Feifel and A. Branscomb, "Who's Afraid of Death?" *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 81(3): 282-88; and H. Feifel and L. Herman, "Fear of Death in the Mentally Ill," *Psychological Reports* (1973) 33:931-38.
63. Feifel and Branscomb, "Who's Afraid of Death?"
64. W. Meissner, "Affective Response to Psychoanalytic Death Symbols," *Journal of Abnormal and Social Psychology* (1958) 56:295-99.
65. K. G. Magni, "Reactions to Death Stimuli among Theology Students," *Journal for the Scientific Study of Religion* (Fall 1970) 9(3): 247-48.
66. Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 95.
67. Rhudick and Dibner, "Age, Personality, and Health Correlates."
68. Shrut, "Attitude toward Old Age."
69. Swenson, "Attitudes toward Death."
70. Templer, "Death Anxiety."
71. N. Kogan and R. Shelton, "Beliefs about 'Old People'," *Journal of Genetic Psychology* (1962) 100:93-111.
72. M. Kramer, C. Winget, and R. Whitman, "A City Dreams: A Survey Approach to Normative Dream Content," *American Journal of Psychiatry* (1971) 127:86-92.
73. H. Cason, "The Nightmare Dream," *Psychology Monographs* (1935) 209:46.
74. M. Feldman and M. Hersen, "Attitudes toward Death in Nightmare Subjects," *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 72:421-425; and D. Lester, "The Fear of Death of Those Who Have Nightmares," *Journal of Psychology* (1968) 69:245-47.
75. P. Handal and J. Rychlak, "Curvilinearity between Dream Content and Death Anxiety and the Relationship of Death Anxiety to Repression-Sensitivity," *Journal of Abnormal Psychology* (1971) 77:11-16.
76. W. Bromberg and P. Schilder, "The Attitudes of Psychoneurotics toward Death," *Psychoanalytic Review* (1936) 23:1-28.
77. C. Parks, "The First Year of Bereavement," *Psychiatry* (1970) 33:444-67.
78. *The Gilgamesh Epic and Old Testament Parallels*, trans. A. Heidel

- (Chicago: University of Chicago Press, 1946), pp. 63, 64.
79. A. Witt, personal communication, September 1978.
 80. Personal communication from a friend.
 81. Freud, "Thoughts for the Times," vol. XIV, *Standard Edition*, p. 298.
 82. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1955; originally published in 1895).
 83. *Ibid.*, p. 9.
 84. *Ibid.*, p. 7.
 85. *Ibid.*, p. xxxi.
 86. *Ibid.*, p. 14.
 87. *Ibid.*, p. 34.
 88. *Ibid.*, p. 117.
 89. *Ibid.*, p. 63.
 90. *Ibid.*, p. 131.
 91. *Ibid.*, p. 137.
 92. *Ibid.*, p. 157.
 93. S. Freud, *Origins of Psychoanalysis*, ed. by M. Bonaparte, A. Freud, and E. Kris (New York: Basic Books, 1954).
 94. S. Freud, "Inhibitions, Symptoms and Anxiety," vol. XX, *Standard Edition*, p. 166.
 95. A. Compton, "Psychoanalytic Theories of Anxiety," *Journal of American Psychoanalytic Association* (1972) 20(2): 341-94.
 96. S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II. in *Standard Edition*, (London: Hogarth Press, 1955; originally published 1895), p. 33.
 97. *Ibid.*, p. 40.
 98. Freud, "Inhibitions, Symptoms and Anxiety," vol. XX, *Standard Edition*, p. 130.
 99. M. Klein, "A Contribution of the Theory of Anxiety and Guilt," *International Journal of Psychoanalysis* (1948) 29: 114-23.
 100. O. Fenichel, *The Psychoanalytic Theory of the Psychoneuroses* (New York: Norton, 1945).
 101. R. Waelder, *Basic Theory of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press, 1960).
 102. R. Greenson, *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press, 1967).
 103. S. Freud, *The Ego and the Id*, vol. XIX, *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1961; originally published in 1929), p. 57.
 104. *Ibid.*, p. 58ff.
 105. S. Freud, *Beyond the Pleasure Principle*, vol. XVIII in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1955; originally published 1920), pp. 1-64.
 106. Freud, "Thoughts for the Times," vol. XIV, *Standard Edition* p. 299.
 107. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. I (New York: Basic Books, 1953), p. 40.

108. *Ibid.*, p. 41.
109. *Ibid.*, p. 45.
110. N. Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959).
111. S. Freud, "Thoughts for the Times," vol. XIV in *Standard Edition*, pp. 273-300.
112. S. Freud, "The Theme of Three Caskets," vol. XII in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1966; originally published 1913), pp. 289-302.
113. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vols. I, II, III (New York: Basic Books, 1953, 1955, 1957).
114. I. Stone, *Passions of the Mind* (New York: Doubleday, 1971).
115. For example, J. Wortis, *Fragments of an Analysis with Freud* (New York: Simon & Schuster, 1954).
116. For example, S. Freud, *Origins of Psychoanalysis*, eds. M. Bonaparte, A. Freud, and E. Kris (New York: Basic Books, 1954); H. Abraham and E. Freud., *A Psycho-Analytic Dialogue: The Letters of Sigmund Freud and Karl Abraham 1907-1926*, trans. B. Marsa and C. Abraham (New York: Basic Books; London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1965); E. Freud and H. Meng, eds., *Psycho-Analysis and Faith: The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister*, trans. E. Mosbacher (New York: Basic Books; London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1963); and E. Pfeiffer, ed., *Sigmund Freud and Lou Andreas-Salomé: Letters*, trans. William and Elaine Robson-Scott (New York: Harcourt Brace Jovanovich; London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis, 1972.)
117. Jones, vol. I, p. 4.
118. *Ibid.*, p. 20.
119. *Ibid.*
120. *Ibid.*, p. xii.
121. *Ibid.*, p. 78.
122. Freud, *Origins of Psychoanalysis*, p. 217.
123. *Ibid.*, p. 129.

第三章

1. S. Anthony, *The Discovery of Death in Childhood and After* (New York: Basic Books, 1972).
2. E. Becker, *The Denial of Death* (New York: Free Press, 1973), p. 36.
3. Anthony, *Discovery of Death*, p. 155.
4. *Ibid.*, pp. 155-56.
5. *Ibid.*, p. 157.
6. F. Moellenkoff, "Ideas of Children about Death," *Bulletin of the Menninger Clinic* (1939) 3:148-56.

7. E. Erikson, *Childhood and Society* (New York: W. W. Norton, 1963).
8. Anthony, *Discovery of Death*, pp. 78ff.
9. R. Kastenbaum & R. Aisenberg, *Psychology of Death* (New York: Springer, 1972), p. 9.
10. S. Freud, *The Interpretation of Dreams*, vol. IV in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1964; originally published 1900), pp. 254-55.
11. R. Lapouse and M. Monk, "Fears and Worries in a Representative Sample of Children," *American Journal of Orthopsychiatry* (1959) 29:803-18.
12. S. Harrison, C. Davenport, and J. McDermott, "Children's Reactions to Bereavement," *Archives of General Psychiatry* (1967) 17:593-97.
13. Anthony, *Discovery of Death*; M. Nagy, "The Child's View of Death," *Journal of Genetic Psychology*, (1948) 73:3-27; P. Schilder & D. Wechsler, "The Attitudes of Children toward Death," *Journal of Genetic Psychology* (1934) 45:406-51; G. Koocher, "Talking with Children about Death," *American Journal of Orthopsychiatry* (1974) 44:404-11; M. MacIntire, C. Angle, and L. Struempfer, "The Concept of Death in Mid-Western Children and Youth," *American Journal of Disease of Children* (1972) 123:527-32.
14. Nagy, "Child's View of Death."
15. Anthony, *Discovery of Death*, p. 47-77.
16. Schilder and Wechsler, "Attitudes of Children."
17. Anthony, *Discovery of Death*, p. 158.
18. E. Furman, *A Child's Parent Dies* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1974), p. 5.
19. Anthony, *Discovery of Death*, p. 255.
20. J. Sully, cited in Anthony, *Discovery of Death*, p. 269.
21. J. Piaget, cited in Anthony, *Discovery of Death*, p. 56.
22. Anthony, *Discovery of Death*, p. 59.
23. Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 9.
24. Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 12f.
25. S. Brand, cited in Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 14.
26. Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 14.
27. G. Rochlin, *Griefs and Discontents: The Focus of Change* (Boston: Little, Brown, 1965), p. 67.
28. G. Rochlin, "How Younger Children View Death and Themselves," in *Explaining Death to Children*, ed. E. Grollman (New York: Beacon Press, 1967).
29. M. Scheler, cited in J. Choron, *Death and Western Thought* (New York: Collier Books, 1963), p. 17.
30. Rochlin, "How Younger Children," p. 56.
31. *Ibid.*, pp. 84-85.
32. M. Klein, "A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt," *International Journal of Psychoanalysis* (1948) 29:114-23.
33. K. Eissler, *The Psychiatrist and the Dying Patient* (New York: International Universities Press, 1959), pp. 57-58.
34. A. Freud, "Discussion of John Bowlby's Paper," *Psychoanalytic Study of the Child* (1960) 15:53-62.
35. Furman, *A Child's Parent Dies*, p. 51.
36. Anthony, *Discovery of Death*, p. 139.
37. *Ibid.*, pp. 157-58.
38. A. Maurer, "Maturation of Concepts of Death," *British Journal of Medical Psychology* (1964) 39:35-41.
39. M. Stern, "Pavor Nocturnus," *International Journal of Psychoanalysis* (1951) 32:302.
40. R. White, "Motivation Reconsidered: The Concept of Competence," *Psychological Review* (1959) 66:297-333.
41. Maurer, "Maturation."
42. Kastenbaum and Aisenberg, *Psychology of Death*, p. 29.
43. Maurer, "Maturation."
44. MacIntire, Angle, and Struempfer, "The Concept of Death."
45. I. Alexander and A. Adlerstein, "Affective Responses to the Concept of Death in a Population of Children and Early Adolescents," *Journal of Genetic Psychology* (1958) 93:167-77.
46. Nagy, "Child's View of Death."
47. S. Hostler, "The Development of the Child's Concept of Death," in *The Child and Death*, ed. O. J. Sahler (St. Louis, Mo.: C. V. Mosby, 1978), p. 9.
48. E. Jaques, "Death and the Mid-Life Crisis," *International Journal of Psychoanalysis* (1968) 46:502-13.
49. J. Masserman, *The Practice of Dynamic Psychiatry* (Philadelphia and London: W. B. Saunders, 1955), p. 467.
50. V. Frankl, oral communication, 1974.
51. Anthony, *Discovery of Death*, p. 154.
52. *Ibid.*, p. 155.
53. Schilder and Wechsler, "Attitudes of Children."
54. Anthony, *Discovery of Death*, p. 155.
55. *Ibid.*, p. 257.
56. Schilder and Wechsler, "Attitudes of Children."
57. Nagy, "Child's View of Death."
58. Koocher, "Talking with Children."
59. I. Opie, *The Love and Language of School Children* (Oxford: Clarendon Press, 1959).
60. Maurer, "Maturation."
61. J. Bowlby, *Attachment and Loss*, vol. II: *Separation* (New York: Basic Books, 1973).
62. A. Jersild and F. Holmes, *Children's Fears* (New York: Teachers College, Columbia University, 1935); and A. Jersild, "Studies of Children's

- Fears," in *Child Behavior and Development*, eds., R. Barker, J. Kounin, and H. Wright (New York, London: McGraw-Hill, 1943).
63. Bowlby, *Attachment and Loss*, pp. 105-18.
 64. R. May, *The Meaning of Anxiety* (New York: W. W. Norton, 1977) pp. 105-9.
 65. *Ibid.*, pp. 107-8.
 66. Klein, "A Contribution"; and D. Winnicott, *The Maturation Process and the Facilitating Environment* (New York: International Universities Press, 1965), p. 41.
 67. A. Freud, "Discussion."
 68. Anthony, *Discovery of Death*, p. 161.
 69. C. Wahl, "The Fear of Death," in *The Meaning of Death*, ed. H. Feifel (New York: McGraw-Hill, 1959), pp. 214-23.
 70. S. Freud, *An Outline of Psycho-Analysis*, vol. XXIII, in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1964; originally published 1940), p. 185.
 71. S. Rosenzweig, and D. Bray, "Sibling Death in Anamneses of Schizophrenic Patients," *Psychoanalytic Review* (1942) 49:71-92; and S. Rosenzweig, "Sibling Death as a Psychological Experience with Special Reference to Schizophrenia," *Psychoanalytic Review* (1943) 30:177-86.
 72. Rosenzweig, "Sibling Death."
 73. *Ibid.*
 74. H. Searles, "Schizophrenia and the Inevitability of Death," *Psychiatric Quarterly* (1961) 35:631-55.
 75. J. Hilgard, M. Newman, and F. Fisk, "Strength of Adult Ego Following Childhood Bereavement," *American Journal of Orthopsychiatry* (1960) 30:788-98.
 76. Furman, *A Child's Parent Dies*; Bowlby, *Attachment and Loss*; R. Furman, "Death and the Young Child," *Psychoanalytic Study of the Child* (1964) 29:321-33; and R. Zelig, *Children's Experience with Death* (Springfield, Ill.: C. C. Thomas, 1974), pp. 1-49.
 77. Maurer, "Maturation."
 78. MacIntire, Angle, and Struempfer, "The Concept of Death"; F. Brwon, "Depression and Childhood Bereavement," *Journal of Mental Science* (1961) 107:754-77; I. Gregory, "Studies in Parental Deprivation in Psychiatric Patients," *American Journal of Psychiatry* (1958) 115:432-42; G. Pollack, "Childhood Parent and Sibling Loss in Adult Patients," *Archives of General Psychiatry* (October 1962) 7:295-305; and H. Barry and E. Lindeman, "Critical Ages for Maternal Bereavement in Psychoneuroses," *Psychosomatic Medicine* (1960) 22:166-81.
 79. J. Hilgard and M. Newman, "Evidence for Functional Genesis in Mental Illness: Schizophrenia, Depressive Psychoses and Psychoneurosis," *Journal of Nervous and Mental Disease* (1961) 132:3-6.
 80. M. Breckenridge and E. Vincent, *Child Development*, ed. W. B.

- Saunders, 4th ed. (Philadelphia, Pa.: W. B. Saunders 1960), p. 138.
81. E. Kübler-Ross, address at Stanford Medical School, May 1978.
 82. S. Ferenczi, cited in Anthony, *Discovery of Death*, p. 157.
 83. Anthony, *Discovery of Death*, p. 159.
 84. J. Bruner, cited in H. Galen, "A Matter of Life and Death," *Young Children* (August 1972) 27:351-56.
 85. Galen, "A Matter of Life."
 86. Rochlin, "How Younger Children," p. 63.

第四章

1. S. Kierkegaard, cited in E. Becker, *The Denial of Death* (New York: Free Press, 1973), p. 70.
2. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1945), p. 126.
3. P. Tillich, *The Courage to Be* (New Haven and London: Yale University Press, 1952), p. 66.
4. Becker, *Denial of Death*, p. 66.
5. R. Lifton, "The Sense of Immortality: On Death and the Continuity of Life," in *Explorations of Psychohistory*, eds. R. Lifton and E. Olson (New York: Simon & Schuster, 1974), p. 282.
6. L. Loesser and T. Bry, "The Role of Death Fears in the Etiology of Phobic Anxiety," *International Journal of Group Psychotherapy* (1960) 10:287-97.
7. Rank, *Will Therapy*, p. 124.
8. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941), p. 6.
9. L. Tolstoy, *The Death of Ivan Ilych and Other Stories* (New York: Signet Classics, 1960), pp. 131-32.
10. R. Frost, *In the Clearing* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1962), p. 39.
11. N. Kazantzakis, *Report to Greco*, trans. P. A. Bien (New York: Simon & Schuster, 1965), p. 457.
12. N. Kazantzakis, *The Odyssey: A Modern Sequel*, trans. Kimon Friar (New York: Simon & Schuster, 1958).
13. C. Baker, *Ernest Hemingway: A Life Story* (New York: Charles Scribner, 1969), p. 5.
14. E. Hemingway, *The Old Man and the Sea* (New York: Charles Scribner, 1961).
15. C. Wahl, "Suicide as a Magical Act," *Bulletin of Menninger Clinic*, (May 1957) 21:91-98.

16. F. Kluckholm and F. Stroedbeck, *Variations in Value Orientations* (New York: Harper & Row, 1961), p. 15.
17. J.M. Keynes, cited in Norman Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959), p. 107.
18. L. Tolstoy, *Anna Karenina* (New York: Modern Library, 1950), p. 168.
19. H. Feifel, *Taboo Topics*, ed. Norman Forberow (New York: Atherton Press, 1963), p. 15.
20. Rank, *Will Therapy*, p. 130.
21. H. Ibsen, cited in Rank, *Will Therapy*, p. 131.
22. S. Freud, *Some Character Types Met with in Psychoanalytic Work*, vol. XIV in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1957; originally published in 1916), pp. 316-31.
23. Rank, *Will Therapy*, p. 119.
24. A. Maslow, *The Further Reaches of Human Nature* (New York: Viking, 1971), p. 35.
25. Becker, *Denial of Death*, pp. 35-39.
26. Fromm, *Escape from Freedom*, (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941), pp. 174-79.
27. J. Masserman, *The Practice of Dynamic Psychiatry* (London: W. B. Saunders, 1955), pp. 476-81.
28. L. Tolstoy, *War and Peace* (New York: Modern Library, 1931), p. 231.
29. S. Kierkegaard, cited in Rollo May, *The Meaning of Anxiety*, rev. ed. (New York: W. W. Norton, 1977), p. 38.
30. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), p. 105.
31. S. Arieti, "Psychotherapy of Severe Depression," *American Journal of Psychiatry* (1977), 134(8): 864-68.
32. Ibid.
33. I. Yalom and G. Elkins, *Everyday Gets a Little Closer* (New York: Basic Books, 1974).
34. Rank, *Will Therapy*, pp. 119-34.
35. W. Tietz, "School Phobia and the Fear of Death," *Menta Hygiene* (1970) 54:565-68.
36. Oral communication, May 1979.
37. E. Greenberger, "Fantasies of Women Confronting Death," *Journal of Consulting Psychology* (1965) 29:252-60.
38. M. Mahler, F. Pine, and A. Bergman, *The Psychological Birth of the Infant* (New York: Basic Books, 1975).
39. Rank, *Will Therapy*, p. 126.
40. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling and the Sickness unto Death* (New York: Doubleday Anchor Books, 1953), pp. 182-200.
41. Tillich, *The Courage to Be*, p. 52.
42. Rank, *Will Therapy*, p. 149.

43. H. Searles, "Schizophrenia and the Inevitability of Death," *Psychiatric Quarterly* (1961) 35:631-55.
44. Ibid.
45. Ibid.
46. Ibid.
47. Ibid.
48. N. Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959), p. 107.
49. H. Witkin, *Psychological Differentiation* (New York: John Wiley, 1962).
50. H. Witkin, "Psychological Differentiation and Forms of Pathology," *Journal of Abnormal Psychology* (1965) 75(5): 317-36.
51. J. Rotter, "Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement," *Psychological Monographs* (1966) 80 (1, whole #609).
52. E. Phares, *Locus of Control in Personality* (Morristown, N.J.: General Learning Press, 1976).
53. J. Rotter, "Some Implications of Social Learning Theory for the Prediction of Goal Directed Behavior from Testing Procedures," *Psychology Review* (1960) 67:301-16.
54. W. Mischel, R. Zeiss, and A. Zeiss, "Internal-External Control and Persistence," *Journal of Personality and Social Psychology* (1974) 29:265-78.
55. Phares, *Locus of Control* p. 7.
56. Ibid., pp. 144-56.
57. Ibid., p. 149.
58. P. Duz, "Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation of Intraversion-Extraversion, Emotionality, and Internal-External Control," *Journal of Counseling Psychology* (1970) 17:567-72.
59. Witkin, "Psychological Differentiation," Rotter, "Some Implications," and Phares, *Locus of Control*.
60. R. Ryckman and M. Sherman, "Relationship between Self Esteem and Internal-External Locus of Control," *Psychological Reports* (1973) 32:1106; and B. Fish and S. Karabenick, "Relationship between Self Esteem and Locus of Control," *Psychological Reports* (1971) 29:784.
61. D. Kilpatrick, W. Dubin, and D. Marcotte, "Personality, Stress of the Medical Education Process and Changes in Affective Mood State," *Psychology Reports* (1974) 3:1215-23.
62. F. Melges and A. Weisz, "The Personal Future and Suicidal Ideation," *Journal of Nervous and Mental Disease* (1971) 153:244-50; and H. Lefcourt, *Locus of Control* (Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1976), p. 148.
63. J. Shybutt, "Time Perspective, Internal vs. External Control and Severity of Psychological Disturbance," *Journal of Clinical Psychology* (1968) 24:312-15; and C. Smith, M. Peyer, and M. Distefano, "Internal-External

Control and Severity Emotional Impairment," *Journal of Clinical Psychology* (1971) 27:449-50.

64. M. Harrow and A. Ferrante, "Locus of Control in Psychiatric Patients," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1969) 33:582-89; and R. Cromwell, "Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjects," *Journal of Personality* (1961) 29:363-79.

65. C. Fersten, "A Functional Analysis of Depression," *American Psychologist* (1973) 28:857-70; P. Lewinsohn, cited in Lefcourt, *Aspects of Depression*; W. Miller and M. Seligman, "Depression and the Perception of Reinforcement," *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82:62-73; and L. Abramson and H. Sackeim, "A Paradox in Depression: Uncontrol liability and Self-Blame," *Psychology Bulletin* (1977) 84:838-52.

66. A. Tolor and M. Reznikoff, "Relation between Insight, Repression-Sensitization, Internal-External Control and Death Anxiety," *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 72:426-31.

67. A. Berman and J. Hays, "Relation between Death Anxiety, Belief in Afterlife, and Locus of Control," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1973) 41:318.

第五章

1. N. Kazantzakis, *The Odyssey: A Modern Sequel*, trans. Kimon Friar (New York: Simon & Schuster, 1958).

2. S. Kierkegaard, cited in R. May, *The Meaning of Anxiety*, rev. ed. (New York: W. W. Norton, 1977), p. 37.

3. M. Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper & Row, 1962), p. 294.

4. F. Nietzsche, *The Gay Science*, trans. W. Kaufman (New York: Random House, Vintage, 1974), p. 37.

5. M. Montaigne, *The Complete Essays of Montaigne*, trans. D. Frame (Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1945), p. 65.

6. G. Santayana, cited in K. Fisher, "Ultimate Goals in Psychotherapy," *Journal of Existentialism* (Winter 1966-67) 7:215-32.

7. R. Assagioli, *Psychosynthesis* (New York: Viking Press, 1971), p. 116.

8. P. Landsburg, cited in J. Choron, *Death and Western Thought* (New York: Collier Books, 1963), p. 16.

9. J. Donne, *Complete Poetry and Selected Prose* (New York: Modern Library, 1952), p. 332.

10. R. Gardner, "The Guilt Reaction of Parents of Children with Severe Physical Disease," *American Journal of Psychiatry* (1969), 126:82-90.

11. Heidegger, *Being and Time*, p. 105.

12. S. Golburgh and C. Rotman, "The Terror of Life: A Latent Adolescent Nightmare," *Adolescence* (1973), 8:569-74.

13. E. Jaques, "Death and the Mid-Life Crisis," *International Journal of Psychoanalysis* (1965), 46:502-513.

14. C. Jung, cited in D. Levinson, *The Seasons of a Man's Life* (New York: Alfred A. Knopf, 1978), p. 4.

15. D. Krantz, *Radical Career Change: Life Beyond Work* (New York: Free Press, 1978).

16. R. Noyes, "Attitude Changes Following Near-Death Experiences," *Psychiatry*, in press.

17. Montaigne, *Complete Essays*, p. 62.

18. A. Kurland, et al. "Psychedelic Therapy Utilizing LSD in the Treatment of the Alcoholic Patient," *American Journal of Psychiatry* (1967) 123(10): 1202-9.

19. I. Silbermann, "The Psychical Experience during the Shocks in Shock-Therapy," *International Journal of Psychoanalysis* (1940) 21:179-200.

20. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death?* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976), pp. 31-41, 65-74.

21. E. Aronson, oral communication, 1977.

22. J. Laube, "Death and Dying Workshop for Nurses: Its Effects on Their Death Anxiety Level," *International Journal of Nursing Students* (1977) 14:111-120; P. Murray, "Death Education and Its Effects on the Death Anxiety Level of Nurses," *Psychological Reports* (1974) 35:1250; J. Bugental, "Confronting the Existential Meaning of My Death Through Group Exercises," *Interpersonal Development* (1973) 4:1948-63; and W. Whelan and W. Warren, "A Death Awareness Workshop: Theory Application and Results," unpublished manuscript, 1977.

23. Whelan and Warren, "Death Awareness Workshop."

24. J. Fowles, *Daniel Martin* (Boston: Little, Brown, 1977), p. 177.

25. I. Yalom, et al. "The Written Summary as a Group Psychotherapy Technique," *Archives of General Psychiatry* (1975) 32:605-13.

26. G. Zilboorg, "Fear of Death," *Psychoanalytic Quarterly* (1943) 12:465-75.

27. S. Freud, *Three Essays on the Theory of Sexuality*, vol. VII in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1957; originally published, 1905), pp. 125-231.

28. M. Stern, "Fear of Death and Neurosis," *Journal of American Psychoanalytic Association* (May 1966), pp. 3-31.

29. Dante Alighieri, *La Divina Commedia* (Florence, Italy: Casa Editrice Nerbini, n. d.); translation by John Freccero, 1980.

30. Jaques, "Death and the Mid-Life Crisis."

31. H. Rosenberg, "The Fear of Death as an Indispensable Factor in Psychotherapy," *American Journal of Psychotherapy* (1963) 17:619-30.

32. J. Breuer and S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1964; originally published, 1895), p.268.
33. M. Eliade, *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy* (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1964), p. 43.
34. *Ibid.*, p. 45.
35. Stern, "Fear of Death."
36. J. Bugental, *The Search for Authenticity* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965), p. 167.
37. J. Hinton, "The Influence of Previous Personality on Reactions to Having Terminal Cancer," *Omega* (1975) 6:95-111.
38. F. Nietzsche, cited in N. Brown, *Life Against Death* (New York: Vintage Books, 1959), p. 107.
39. H. Searles, "Schizophrenia and the Inevitability of Death," *Psychiatric Quarterly* (1961) 35:631-55.
40. Montaigne, *Complete Essays*, p. 268.
41. Whelan and Warren, "Death Awareness Workshop."
42. D. Kaller, "An Evaluation of a Self-Instructional Program Designed to Reduce Anxiety and Fear about Death and of the Relation of That Program to Sixteen Personal History Variables," *Dissertation Abstracts* (May 1975) 35(11): 7125-A.
43. E. Pratt, "A Death Education Laboratory as a Medium for Influencing Feelings Toward Death," *Dissertation Abstracts* (1974) 4026(B).
44. Laube, "Death and Dying Workshop."
45. Murray, "Death Education."

國家圖書館出版品預行編目資料

存在心理治療／歐文·亞隆 (Irvin D. Yalom) 作；
易之新譯。—初版。—臺北市：張老師，
2003〔民92〕
冊；公分。(教育輔導：N55—56)
譯自：Existential psychotherapy
ISBN 957-693-569-5 (上冊：平裝) --
ISBN 957-693-570-9 (下冊：平裝)

1.心理治療

178.8

92016164



教育輔導 N55

存在心理治療 (上) —— 死亡

Existential Psychotherapy

作者 → 歐文·亞隆 (Irvin D. Yalom)

譯者 → 易之新

責任編輯 → 許素華

封面設計 → 莊士展

發行人 → 李鍾桂

總經理 → 黃宏榮

出版者 → 張老師文化事業股份有限公司 Living Psychology Publishers

郵撥帳號：18395080

10647 台北市大安區羅斯福路三段 325 號地下一樓

電話：(02)2369-7959 傳真：(02)2363-7110

E-mail：service@lppc.com.tw

讀者服務：23141 台北縣新店市中正路 538 巷 5 號 2F

電話：(02)2218-8811 傳真：(02)2218-0805

E-mail：sales@lppc.com.tw

網址：http://www.lppc.com.tw (讀家心聞)

登記證 → 局版北市業字第 1514 號

初版 1 刷 → 2003 年 10 月

初版 5 刷 → 2005 年 10 月

ISBN / 957-693-569-5

定價 → 300 元

法律顧問 → 林廷隆律師

排版 → 帛格有限公司

印刷 → 永光彩色印製股份有限公司

國際中文授權 / 博達著作權代理公司

EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY by Irvin D. Yalom

Copyright © 1980 by Yalom Family Trust

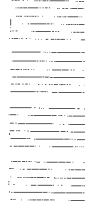
Complex Chinese translation copyright © 2003

by Living Psychology Publishers

Published by arrangement with Basic Books, a subsidiary of Perseus Books L.L.C.

through Bardou-Chinese Media Agency

All Rights Reserved.



廣告回函

北區郵政管理局登記證
北台字第 1809 號

免貼郵資

106 台北市大安區羅斯福路三段 325 號地下一樓
張老師文化公司 收

【張老師文化之友】

地址：□□□

市(縣)

鄉/鎮/市/區

路/街

段

弄

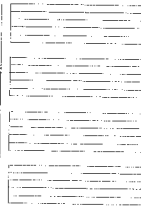
號

樓/室

電話：(0)

(H)

傳真：



存在心理治療

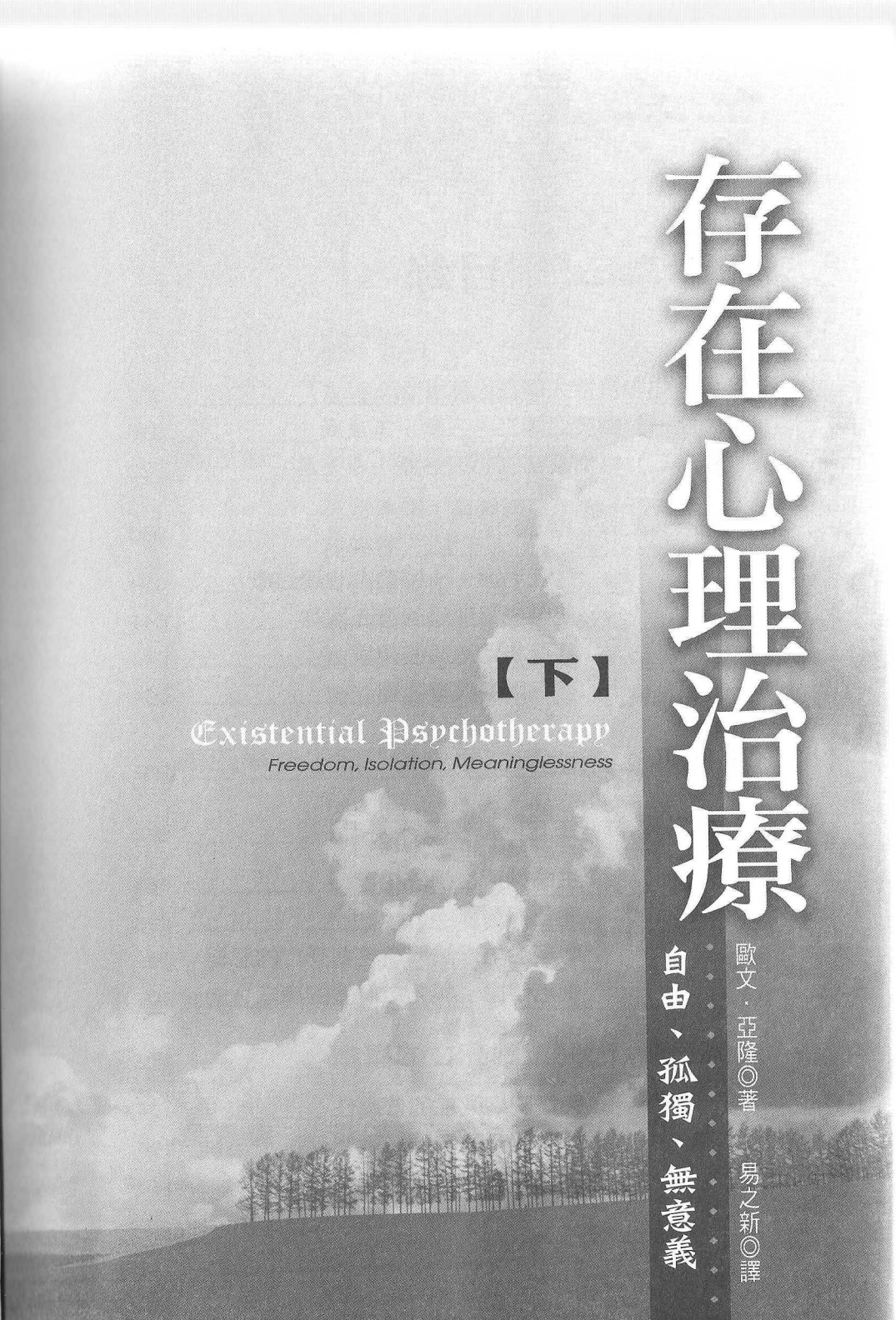
【下】

Existential Psychotherapy
Freedom, Isolation, Meaninglessness

歐文·亞隆◎著

易之新◎譯

自由、孤獨、無意義



目錄

【導讀】心中長存大師在 陳登義	006
【推薦序一】關於亞隆二、三事 王浩威	016
【推薦序二】幡然醒悟的心理治療 余德慧	022
第一章 導論	030
存在治療：一種動力心理治療	034
既陌生又熟悉的存在取向	041
存在心理治療的領域	044
存在治療與學術圈	054
第一部 死亡	061
第二章 生命、死亡、焦慮	062
生命與死亡相依相存	063
死亡與焦慮	078
心理治療理論與實務對死亡的忽略	095
佛洛伊德：與死亡無關的焦慮	101
第三章 兒童對死亡的概念	122
兒童關切死亡的普遍性	124
死亡概念的發展階段	126
死亡焦慮與精神病理的發展	160

兒童的死亡教育	164
第四章 死亡與精神病理學	168
死亡焦慮：精神病理學的一種典範	171
獨特性	177
終極拯救者	191
邁向精神病理學的整合觀點	205
精神分裂症與死亡恐懼	213
精神病理學的存在典範：研究證據	219
第五章 死亡與心理治療	228
死亡是一種邊界處境	229
死亡是焦慮的基本來源	262
心理治療的問題	281
生活的滿足與死亡的焦慮	285
死亡減敏感法	289
註釋（上）	294
第二部 自由	311
第六章 責任	314
責任是一種存在關懷	315

逃避責任的臨床表現	321
承擔責任與心理治療	330
責任與心理治療的研究證據	370
責任的限制	378
責任與存在的內疚	388
第七章 意志	402
責任、意志與行動	403
臨床對意志的認識	411
意志與臨床實務	421
願望	424
決定—選擇	438
心理治療的過去與未來	474
第三部 孤獨	481
第八章 存在孤獨	482
什麼是存在孤獨?	485
孤獨與關係	495
存在孤獨與人際精神病理學	509
第九章 存在孤獨與心理治療	534
認識人際關係	535
面對孤獨的病人	540
孤獨和病人與治療師的相會	545

第四部 無意義	565
第十章 無意義	566
意義的問題	571
生命的意義	572
意義喪失的臨床意含	602
臨床研究	612
第十一章 無意義與心理治療	620
我們為什麼需要意義?	622
心理治療的策略	631
後記	648
註釋 (下)	652

第二部

自由

前面討論到心理治療中死亡概念的章節裡，我想很多人都會有既陌生又熟悉的感覺。「陌生」是因為從存在的角度來看心理治療，與傳統心理治療的內容完全不同，對臨床的觀察也以不同的方式分類；「熟悉」則是因為有經驗的治療師骨子裡都了解死亡這個觀念的重要性和普遍性。讀第二部也會有這種「既陌生又熟悉」的感覺，雖然心理治療師很少把「自由」這個名詞掛在嘴邊，但是自由的觀念，不論是在所有傳統或創新的心理治療學派的理論和實務中，都扮演著不可或缺的角色，舉幾個過去幾年我做心理治療時常見的例子，你們就明白了：

- 有一個病人堅持自己的行為完全受潛意識的控制，治療師問他：「是誰的潛意識呢？」

- 一個治療團體的治療師有個稱做「不能」的鈴，每當有病人在團體中說「我不能」的時候，他就搖一下鈴，請病人收回自己的話，改說「我不願意」。

- 有一個病人陷入一段傷害自己甚深的關係，她說：「我無法決定該怎麼做，我不能主動結束這個關係，但我向上帝禱告，希望能逮到他和別的女人在床上亂搞，那我就可以離開他了。」

- 我第一個督導是正統佛洛伊德學派的精神分析師，他

堅信佛洛伊德對行為決定論的看法，二十年前我們第一次相遇的時候，他告訴我：「心理治療的目的是把病人帶領到能自由做選擇的境界。」之後雖然他指導我不下五十次，卻不曾再提這個他認為是心理治療目標的字眼——「選擇」。

- 許多治療師不斷要求病人改變自己的說話方式，以表明自己的主動權，例如，不要說：「他激怒我。」要說：「我讓他激怒我。」不要說：「我的思緒跳開了。」要說：「當我受到傷害覺得想哭的時候，我以混亂的思緒來保護自己。」

- 有位治療師要求一個四十五歲的病人假裝和死去的母親對話，並要他一再重複這句話：「除非你能改變我十歲時對待我的方式，否則我絕不改變。」

- 一位傳奇的心理治療師魏爾（Otto Will），對一個自我反省沒完沒了的嚴重強迫症患者說：「你為什麼不乾脆換個名字，搬到加州去住？」

- 有一個性慾很強的男性，在下午五點坐飛機到一個城市，第二天要開一個專業會議，他一到機場就急忙打電話給好幾個女朋友，想安排在當晚好好放縱一下，很不幸的，那幾個朋友都與人有約了（真奇怪，他為什麼不早幾天先約好），他的反應是整個人放鬆下來，說：「感謝上帝，我終於可以看點書，然後好好睡個覺，這才是我真正想要的。」

這些例子或是出於病人的無心，隨口說出的話，或是出於自命不凡、愛耍花招的治療師刻意說出的話，但都和自由這個觀念有關。進一步說，雖然這些例子表面看起來好像沒有什麼實質的意義，其實都代表了很實際的重點。如果仔細去看每一個例子，你會發現都隱含與存在相關的意含，每一個例子的主題都和自由有關，都可以拿來討論心理治療與自

由相關的面向。

對哲學家來說，「自由」包含很廣泛的含意，可以從個人、社會、道德、政治等不同的角度來探討，而這個主題的爭議性也很大；哲學家對自由和因果關係的辯論已經持續了兩千年。幾世紀以來，絕對自由的觀念總是會引來很大的反對，因為它牴觸了各時代的主流觀念：一開始是牴觸宗教信仰；接著是科學的因果律；再來是黑格爾的觀念，把歷史看成有意義的進步；還有馬克斯和佛洛伊德的決定論。本書對自由的觀念只討論與日常生活和心理治療有重要相關的部分，特別在第六章討論人有自由去開創自己的生活，第七章討論人有自由去期望、選擇、行動以及改變（這是對心理治療特別重要的目標）。

第六章 責任

責任有許多含意。我們會說一個值得信任、可靠的人「有責任感」。「責任」也有遵守法律、財務或道德義務的意思。在心理健康的領域裡，「責任」是指病人有理性行為的能力，而治療師對病人有合乎道德的承諾。雖然不能說上述各種含意與本章的討論完全無關，可是我在此是以一種特別的角度來談「責任」，就是沙特所說的「一件事物無可爭辯的創始者」¹。責任的意思就是創始的根源，要了解什麼是責任，「就要了解人是自己創造了自我、命運、生活的困境、感受和苦難」。不接受這種責任的病人，就會不斷責備別人——別的個人或力量。對他們來說，不可能有真正的治療。

責任是一種存在關懷

責任和存在有什麼關聯？死亡很明顯是關乎存在的問題——必死而有限的生命顯然是存在的既定事實。但我們所談的責任，還有下一章要談的意志，卻無法馬上看出和存在有什麼關聯。

從最深層來看，責任足以說明存在。這使我想起許多年前前有一個單純但強烈的經驗，使我明白這個道理，現在想起來還歷歷在目。那是一個溫暖、晴朗的日子，我獨自在熱帶珊瑚礁清澈的海水中浮潛，像往常一樣體驗到深沈的愉悅、溫暖的感覺，好像在自己家裡一樣舒服。溫暖的海水、美麗的珊瑚礁、閃著銀色光芒的鱈魚、五彩斑斕的熱帶魚、尊貴的天使魚、肥胖的海葵伸展觸鬚在水中愉悅地穿梭自如，這些交織在一起，形成一個海底樂園。沒多久，我也不知道為什麼，我的觀點忽然完全改變，驟然明白這些海底生物沒有一個和我有同樣溫馨的感覺，尊貴的天使魚並不知道自己的

第六章 責任

責任有許多含意。我們會說一個值得信任、可靠的人「有責任感」。「責任」也有遵守法律、財務或道德義務的意思。在心理健康的領域裡，「責任」是指病人有理性行為的能力，而治療師對病人有合乎道德的承諾。雖然不能說上述各種含意與本章的討論完全無關，可是我在此是以一種特別的角度來談「責任」，就是沙特所說的「一件事物無可爭辯的創始者」¹。責任的意思就是創始的根源，要了解什麼是責任，「就要了解人是自己創造了自我、命運、生活的困境、感受和苦難」。不接受這種責任的病人，就會不斷責備別人——別的個人或力量。對他們來說，不可能有真正的治療。

責任是一種存在關懷

責任和存在有什麼關聯？死亡很明顯是關乎存在的問題——必死而有限的生命顯然是存在的既定事實。但我們所談的責任，還有下一章要談的意志，卻無法馬上看出和存在有什麼關聯。

從最深層來看，責任足以說明存在。這使我想起許多年前前有一個單純但強烈的經驗，使我明白這個道理，現在想起來還歷歷在目。那是一個溫暖、晴朗的日子，我獨自在熱帶珊瑚礁清澈的海水中浮潛，像往常一樣體驗到深沈的愉悅、溫暖的感覺，好像在自己家裡一樣舒服。溫暖的海水、美麗的珊瑚礁、閃著銀色光芒的鱈魚、五彩斑斕的熱帶魚、尊貴的天使魚、肥胖的海葵伸展觸鬚在水中愉悅地穿梭自如，這些交織在一起，形成一個海底樂園。沒多久，我也不知道為什麼，我的觀點忽然完全改變，驟然明白這些海底生物沒有一個和我有同樣溫馨的感覺，尊貴的天使魚並不知道自己的

美麗，鱈魚不知道身上閃著光芒，熱帶魚也不知道自己的華麗。就是那些帶著黑刺的海膽和沈在海底的垃圾（我原先視而不見），也不知道自己的醜陋。這種回家的感覺、溫暖、微笑時光、美麗、愉悅、舒服，沒有一樣是真正存在的，這些經驗全是我創造出來的！同樣的道理，如果我身處滿佈油污、垃圾的海面，我也可以選擇要覺得美麗還是噁心。從最深層來看，要做什麼選擇、創造什麼感覺，都是由我自己決定的。以胡塞爾（Husserl）的話來說，我的意向對象（noema，意指現象學描述的對象）已經被推翻了，我已經察覺自己的建構作用。我好像從日常現實生活這塊布幔的縫隙中，窺見更基本、更深刻的驚人事實。

沙特在小說《嘔吐》中有一段話，可說是現代文學非常偉大的一段話，描述發現責任的啓發時刻：

栗樹的根深深扎入土中，就埋在我坐的長椅下。當時我記不起那是樹根。字眼已經消失，與之一同消失的是物體的含意、用途，以及人在它的表皮劃出的微弱標記。我坐在那裡，微弓著背，單獨面對這個黝黑多節、完全野性的龐然大物，它使我害怕。於是我得到了啓示。

我喘不過氣來。就在不久之前，我還未預感到「存在」意味著什麼。我跟別人一樣，跟那些穿著春裝在海邊散步的人一樣，跟他們一樣說：「海是綠的，空中那個白點是海鷗。」但是我並沒有感覺到它的存在，並沒有覺得那隻海鷗是「存在的海鷗」。

……但是突然間，它在這裡，像白日一樣清

楚；存在突然露出真面目。它那屬於抽象化時的無害姿態消失了，它就是事物的純粹本質，這個樹根正是在存在中揉成的。或者說，樹根、公園的鐵柵門、長椅、草坪上稀疏的綠草，這一切都消失了。物體的多樣性、物體的特徵，都僅僅是表象，是一層漆。這層漆溶化了，只剩下團團溶化掉、軟綿綿的醜陋東西，而且裸露著——令人恐懼、猥褻地裸露著……相反的，這個樹根，我無法解釋它，但它存在。它有許多節疤，它沒有生氣，沒有名字，它迷惑我，佔據我的眼睛，不斷將我引向它本身的存在。我重複說：「這是樹根。」但無濟於事，不起作用。²

沙特書中的主角面對赤裸裸的「團團醜陋的東西」，「事物的純粹本質」——無形無狀、沒有意義的東西（除非人賦予其意義）。當他發現自己對世界的責任時，因為認識真實的「處境」而受到強烈的衝擊。世界只有透過人類組成世界的方式才得到意義，以沙特的話來說就是「為它本身」。在為它本身之外，或是與為它本身無關時，世界是沒有意義的。

西方和東方哲學家同樣沈思人類對現實本質的責任問題。康德（Kant）哲學革命性的核心觀點就在於他對人類意識的立場，他認為人類心智結構的本質提供了現實的外在形式。根據康德的說法，空間本身「並不是某種客觀真實的東西，而是某種主觀假設的東西；它一向就是心智本質的定律產生的架構形式，好協調所有來自外在的感官材料。」³

這個世界觀對個人心理學有什麼意含呢？先是由海德

格，然後是沙特，探索了責任對個人的意義。海德格把個體稱為「此在」（*dasein*，並不是「我」或「一個人」或「自我」或「一個人類」【譯註】）。有一個特別的理由，他一直想要強調人類存在的雙重性質：個體在「那裡」（*da*），可是也組成了那裡的所有事物。「自我」是二合一的，是一種經驗的「自我」（在「那裡」的客觀自我，世界中的一個對象），也是一種先驗的「自我」，由此組成自身和世界（所以也為此負責）。以這種方式來看責任時，就必然會連結到自由。除非個體能自由地以任何方式組成世界，否則責任的概念就沒有任何意義。宇宙是偶然的，存在的每一件事都可以用不同的方式來創造。沙特對自由的觀點有很深遠的意義，他說：「人類不但是自由的，而且是注定自由的。」此外，自由的觀念還擴展到不只要為世界負責（也就是為世界注入意義），也要為自己的生活負起完全的責任，不只為自己的行動負責，也為自己沒有履行的行動負責。

當我寫作時，世界的另一個部分有許多人在挨餓，沙特會說我要為那些挨餓的人負責，我當然會抗議說：「我並不知道那裡發生了什麼事，我覺得自己無法做什麼事來改變事物的悲慘狀態。」可是沙特會指出我選擇讓自己不知道這些事，我決定在這個時刻寫這些話，而不是投身於悲慘的處境⁴。不管怎麼說，我可以籌組募集資金的大會，或是透過出版界公佈這種處境，可是我選擇忽略這件事，我對自己所做的事與選擇忽略的事都有責任。沙特的重點與道德無關：他並不是說我應該做不一樣的事，而是說我做什麼事是我的責任。我們將會看見這兩種層面的責任——意義的歸因和生

【譯註】指稱人的結構，這種結構使存有的理解成為可能。

活舉止的責任——對心理治療都有莫大的意含。

兩者都組成自身與其世界，並對之負責，而了解一個人的責任是一種令人驚恐的洞識。想想它的意含，除非藉著自己的創造，世上沒有一件事是有意義的。沒有規則，沒有倫理道德的秩序，沒有價值觀；完全沒有任何外在的指示對象；宇宙根本沒有偉大的計畫。在沙特的觀點中，只有個體是創造者，這就是他說「人是計畫成為神祇的存有」的意思⁵。

以這種方式體驗存在，是一種令人頭暈目眩的經驗。沒有一件事像外表所顯示的那樣，在人之下的根基似乎裂開了，事實上，「覺察責任的主觀經驗常常被描述為「無根」（*groundlessness*）。許多存在哲學家都把無根的焦慮描述成「焦慮的末端」（*ur-anxiety*）——最根本的焦慮，這種焦慮切入得比死亡焦慮更深。事實上，許多人認為死亡焦慮是無根焦慮的象徵。哲學家常常區分「我的死亡」和死亡（或他人的死亡）之間的不同，「我的死亡」真正令人害怕的是意味著我的世界崩解消散，「我的死亡」就是給予意義的人和世界的觀察者死去，從此真正面對虛無⁶。

「虛無」和自我創造的關懷還有另一層更深而使人不安的意含——孤獨。我將在第八章討論存在的孤獨，這種孤獨遠超過平常的社交寂寞，它不只是平常經驗到與人分離的寂寞，而是與世界分離的寂寞。「『為它本身』（也就是個體的意識）的責任是令人難以承受的，既然是出於『為它本身』，它本身就自成一個世界。」⁷

我們面對無根的焦慮時所做的反應，就像面對焦慮時一樣，尋求焦慮的減輕。有許多保護自己的方法，首先，無根的焦慮不像死亡焦慮，在日常經驗中並不明顯，成人很難從

直覺知道，而小孩可能完全經驗不到。有些人會從生活中突然瞥見某些事的組成活動，比如沙特在《嘔吐》中描寫的羅岡丹；但一般說來是不容易覺察到的。如果深思的話，就會發現人會避開使自己覺察到根本無根的處境（例如，做決定、孤獨、自主的活動），所以人尋求結構、權威、崇高的計畫、神奇的力量、某種比自己更大的事物。佛洛姆在《逃避自由》中提醒我們，即使是暴君也比完全沒有領袖要好⁸。所以小孩對自由會感到煩惱，而需要安排限制；恐慌的精神病人表現出對結構和限制的相同需求。同樣的心理動力潛藏在心理治療過程中情感轉移的發展之下。其他對抗無根焦慮的防衛包括常常用來對抗覺察「我的死亡」的方法，因為否認死亡是否認無根的盟友。

可是，最有效的防衛可能就是單純地把現實看成經驗中的現實，也就是事物的表相。把自己看成根本的組成者，就是不願根據平常的經驗來看現實。感官資料告訴我們世界在「那裡」，我們進入並離開這個世界。可是就如海德格和沙特所說的，表相有助於否認：我們組成世界的方式是使世界看起來與我們的組成無關。把世界組成經驗的世界，意思是把它組成某種與我們分開的東西。

任何這些使我們逃避自由的手段，就是以「不真誠」（海德格語）或「有害的信心」（沙特語）的方式生活。沙特的計畫就是把人從有害的信心中解放出來，幫助他們承擔責任，這也是心理治療師的計畫。本章接下來的部分就要探討逃避責任的複雜臨床表現，以及心理治療師促進承擔責任過程的有效技巧。

逃避責任的臨床表現

即使是最不經意的態度回顧心理治療的歷史，都可以發現治療師用來幫助病人的方式有徹底的改變。新的療法不受拘束地繁衍，好像在反抗任何條理清楚的模式，結果反而破壞一般大眾對這個領域的信心。可是仔細審視這些新的治療，以及傳統治療的新發展，卻顯示它們都有一個明顯的共通特色——強調承擔個人的責任。

現代治療取向非常著重責任，並非出於偶然。治療方法反映出它們必須治療的病理，病理塑造出治療的方法。十九世紀末的維也納是佛洛伊德心理學的溫床與搖籃，那裡有維多利亞文化的所有特徵：本能的壓抑（特別是性的本能）、行為舉止的規則有沈重的結構和明確的界定、男性和女性截然不同的地位、強調意志力和道德力量，以及科學實證主義產生的極度樂觀，使人覺得可以解釋自然秩序的所有面向，包括人類的行為。佛洛伊德非常準確地體認這種對自然傾向的僵化壓抑，對心靈非常有害，無法表現出來的原慾能量會造成使人受限的防衛和間接的表達方法。防衛和拐彎抹角表現原慾的方式，共同形成典型精神官能症的臨床寫照。

可是，如果佛洛伊德檢視當代美國文化的話（特別是孕育許多嶄新治療取向的加州），會強調什麼？自然的本能渴望在這裡得到非常自由的表達；許多調查都顯示青少年從早期就可以自由表達性慾的事實。這一代年輕人是根據全然放縱的方法受到照顧保護而長大的，每一種結構、儀式、界限都被無情地拆毀。在宗教體制中，天主教的修女可以對抗教宗、神父拒絕保持獨身、女性和同性戀男子對主教任命神父的權力表示反對、女性猶太祭司在許多會堂中帶領禮拜儀

式、學生直呼教授的名字、髒話的禁忌、專業的頭銜、禮儀手冊、穿著禮俗，都跑去哪兒了呢？我有一位朋友是藝術評論家，他以自己初次拜訪南加州所發生的事來描述加州的新文化。他到一家免下車服務的速食店買漢堡，小包裝的調味番茄醬在其他地方會有一道虛線註明「由此撕開」，可是加州的包裝沒有虛線，只簡單印著「任何地方都可撕開」⁹。

精神病理的形貌也因此有所改變，典型的精神官能症候群變得非常罕見，即使在十年前，有真正精神官能症臨床表現的人，就已經是接受訓練的年輕人和資深工作人員競相爭取的珍寶。今日的病人需要適應的是自由，而不是壓抑的驅力，病人不再受到「必須」做什麼的內心驅策，也沒有「應該」做什麼的外在拉扯，而是必須適應選擇的問題——選擇他想要做什麼。越來越常看到尋求治療的病人帶著模糊、不清楚的抱怨。其實我常常在結束第一次會談時，對病人的臨床問題並沒有看見清楚的形貌，我認為病人無法界定問題，這個事實本身就是問題所在。病人抱怨生命「失去了什麼東西」、被切斷了感受、空虛、沒有熱情、漂浮不定的感覺。這類病人的治療過程也同樣散漫，治療的語彙根本沒有「療癒」這個字眼，治療師說的是「成長」或「進展」。由於目標不明確，所以治療的終點也同樣模糊，治療過程常常漫無目標地持續好幾年。

為我們生活提供結構的社會和心理機制已經萎縮，使我們必須面對自由。如果沒有規則、沒有偉大的計畫、沒有任何事是我們必須做的，我們就可以自由選擇要做什麼。我們的本性並沒有改變，容或有人說，今日的我們去除了遮蔽自由的東西，解除外在強加的結構，就比以往更容易體驗生活的存在事實。可是，我們還沒有準備好，這種情形沉重得難

以承受，解放會喚來焦慮，我們不論是在個人或社會的層面，都狂熱地逃避自由。

我現在要轉而去檢視使人避免覺察責任的特定心理防衛機轉。每一位治療師在一天的工作中，都必然會面對好幾個逃避責任的防衛實例。我要討論較常見的幾項防衛：強迫性，把責任轉換到別人身上；否認責任（「無辜的受害者」、「失控」），避免自主的行為；以及與決定有關的病理。

強迫性 (Compulsivity)

避免覺察責任時，最常見的防衛動力就是建立一個無法體驗自由的心靈世界，這個世界會受到某種不可抗拒、與「自我」疏離（非我）的力量所支配，我們把這種防衛稱為「強迫性」。

伯納德的例子可以提供臨床的說明。他是二十五歲的銷售員，主要問題在於罪惡感和「驅策感」，他在性行為、工作，甚至休閒時，都覺得受到驅策。第二部引言所舉的例子曾提到他，他刻意很晚才打電話聯絡，因而無法安排性活動，然後鬆一口氣說：「我現在可以讀點書，好好休息一晚，這才是我一直想做的事。」這句話正是伯納德問題的關鍵，顯然可以詢問他：「如果這是你真正想要的，為什麼不單純地直接去做就好？」

伯納德以好幾種方式回答這個問題：「直到最後一個女人拒絕我，而我感覺到放鬆的心情時，才知道自己真正想要的是什麼。」他在別的時候又說其實他不知道可以有所選擇——「和女人做愛是想當然爾」，這個驅力具有如此大的強迫性，以至於他無法想像不和可以上床的女性做愛，即使短暫的性歡愉會背負過重的不安，也是如此。這些不安包括：

事前的焦慮；反覆惦念性事而降低工作效率，以至於對自己
不滿意；可能被妻子發現他與人雜交而造成的內疚和恐懼；
發現自己把女人像機器一樣利用而輕視自己。

伯納德以強迫性隱藏選擇，而逃避責任和選擇的問題，
他的主觀經驗好像被韁繩套住無法控制的瘋狂野馬。他尋求
治療以抒解不安，卻看不見在某種層面上，他自己要為他的
不安和強迫性負責。簡單說來，是他自己創造了生活的每一
個困境。

責任的轉換

許多人把責任轉換到別人身上，以逃避自己的責任，這
個手法特別常見於心理治療的情境。我治療伯納德的主題之
一，就是他努力把責任的重擔轉移到我身上。他在兩次會談
之間並沒有思考自己的問題，而是把這些素材堆積起來，一
股腦丟到我身上（對這個觀察，他回答得很妙，他反駁如果
預先「處理」這些素材，就會剝奪會談的自發性）。他很少
討論夢，因為他不願在夜間醒來時記錄夢境，到早上又已忘
了作過什麼夢。他偶爾會記下一個夢，卻不會在會談之前看
看自己的記錄，以至於無法辨認潦草的字跡。

有一次我在夏日度假的空檔中，他「原地踏步」等我回
來，在我們重新會談的前一夜，他夢見參加橄欖球賽，看見
自己站在我肩膀上接住傳球，然後達陣得分。他在會談中的
行為象徵性地重演這個夢境：把夏日的焦慮、內疚、性行
為、自貶，如數家珍地傾倒在我身上。四週來，他向自己的
強迫性與焦慮屈服，等我回來告訴他如何抵抗它們。雖然他
常在工作運用腦力激盪的練習，卻在我建議一項簡單的練習
時（自我反省二十分鐘，然後寫下自己的觀察），顯得非常

驚慌，在幾次很有收穫的嘗試後，他卻「找不出時間」來練
習。有一次會談中，我堅持指出他如何把問題丟到我身上，
之後他做了一個夢：

某男子（一位很像伯納德的人，顯然是他的替
身）打電話給我，想與我碰面，他說我認識他母
親，而他現在想見我。我不想見他，然後我想到他
在公共關係部門，或許我應該想一下能從他得到什
麼。可是我們安排不出會面的時間，兩人的時程不
合，於是我告訴他：「也許我們應該安排一次會面
來討論你的時程！」我醒來大笑。

伯納德來看我要開車八十公里，從來不曾因為長途通勤
而感到負擔沈重，可是這個夢卻清楚說明他找不出時間與自
己會面。對伯納德或任何一個治療師不在場時就不願努力的
病人來說，問題顯然不在於時間或方便與否，而在於為自己
的生活與改變的過程負起責任。而在責任的覺察之下，總是
潛伏著無根的恐懼。

承擔責任是改變的先決條件，只要仍然相信自己的處境
和不安是別人或某種外力造成的，那承諾自己有所改變還有
什麼意義？人總是表現出不屈不撓的靈巧，找出方法逃避責
任的覺察。例如，一位病人抱怨婚姻有長年嚴重的性問題，
我相信他如果對自身處境負責，就會驚恐地面對自由，發現
被鎖在自己建立的囚籠裡。其實他是自由的，如果性非常重
要，他可以離開妻子或另尋別的女人，或是考慮離開妻子
（光是想到分居，就足以使他陷入焦慮之中）。他可以自由地
改變性生活的任何面向，這個事實非常重要，因為它意味著

他必須對長年令人窒息的性慾和情感生活的其他面向承擔起責任。可是他固執地不願面對，把性的問題歸因於自身以外的諸多因素：妻子缺乏性慾、不願改變；吱吱叫的彈簧床（過於嘈雜，怕孩子無意中聽到性交的聲音，而又因為許多荒謬的理由不能換別的床）；他的年紀（他四十五歲）和天生的慾望不足；和母親之間未解的問題（從起源的角度來解釋，常常可以為逃避責任提供理由，而不是催化改變。）

臨床實務還常看到其他轉換責任的方式，偏執的病人容易把責任轉嫁到別人或其他力量，他們不承認自己的感受和慾望，卻歸咎到別人身上，總是把自己的不安和失敗解釋成外在因素的影響。治療偏執病人最主要而常常不可能的任務，就是幫助他們接受自己就是所投射的感受來源。

逃避責任也是治療身心疾病患者的主要障礙，這種病人對責任的逃避是雙重的，他們經歷的是身體的不幸，而不是心理的苦惱；即使他們了解身體的不幸是出於心理的問題，仍然以外化的防衛把心理的不安歸因於「神經過敏」，或是不良的環境或工作處境。

否認責任：無辜的受害者

有一種逃避責任的特別類型，常見於自認為是事件的無辜受害者，自己是不知不覺被捲入的人（這類人一般被認為有歇斯底里型人格）。

例如四十歲的克萊麗莎，她是執業的心理治療師，因為長久以來難以發展親密關係而接受團體治療。她與男性的關係有特別嚴重的問題，最早是和殘忍苛刻的父親，他常常排斥她、懲罰她。在進入團體前的初次會談中，她說幾個月前結束了長期的精神分析，她現在覺得自己的問題最好在團體

的背景處理。經過幾個月的團體治療後，她告訴我們在開始團體治療後不久，又重新接受精神分析，但她認為這件事不重要，不需要向團體報告。可是，她的精神分析師非常反對團體治療，把她在團體中的身分詮釋成「用行動來發洩」（acting out）。

如果病人的個別治療師反對團體治療的話，病人顯然無法在治療團體獲益。在克萊麗莎的建議下，我試圖與她的精神分析師溝通，可是他選擇保持精神分析師完全保密的身段，而且我認為他有點傲慢地拒絕和我談這件事。我覺得受到克萊麗莎的背叛，對她的精神分析師感到惱怒，對事情的轉變感到茫然。整個過程中，克萊麗莎都對這件事保持天真無邪、有點迷惑的樣子。團體成員認為她「裝聾作啞」，努力幫助她看見自己在這些事情扮演的角色，他們的話越來越強而有力，甚至有點苛刻，克萊麗莎再度覺得自己是受害者，特別是被男人欺負，「由於她無法控制情況」而被迫離開團體。

這件事是克萊麗莎核心問題的縮影，藉著扮演無辜受害者的角色來逃避責任。雖然她還沒有準備好看見這一點，但這件事卻握有解決她難以建立親密關係的鑰匙。她生命中的兩個重要男人——精神分析師和團體治療師，都覺得被操縱、為自己辯護、對她感到惱怒。其他團體成員也有類似被利用的感覺，她並沒有誠實地與他們建立關係，他們覺得自己只是她和治療師演戲的工具罷了。

克萊麗莎進入治療是因為有發展親密關係的問題，在團體中，她對這些困難應負的責任非常清楚。她並沒有與人同在，當她緊鄰著團體成員時，她與我在一起；當她緊靠著我時，卻是與精神分析師在一起；當她與精神分析師相處時，

想必是與父親在一起。克萊麗莎身為無辜受害者的心理動力特別明顯，因為她本身是經驗豐富的心理治療師，有帶領團體的經驗，並熟知個別治療師和團體治療師溝通的重要性。

否認責任——失控

另一個脫去責任的方式就是暫時「精神失常」。有些病人會進入暫時的非理性狀態，在其中可以有不負責任的舉止，因為可以不用為自己的行為提出解釋。在第二部開始時所舉的一個例子中，治療師對一位悲嘆自己的行為並非出於故意的病人說：「那是誰的潛意識？」這是問題所在。仔細檢視這類病人，治療師就會發現所謂「失控」的行為絕不是毫無章法的，是有目的的，可以為病人提供間接的收穫（「報償」），以及自我欺騙式的逃避責任。

一位受到粗暴對待，然後被感覺遲鈍、虐待成性的情人拒絕的病人，藉著「失控」、「發瘋」徹底改變了關係中的控制優勢。她幾個星期來整天跟著他，不斷闖入他的公寓任意破壞，在他與朋友用餐的餐館當眾吵鬧、大聲尖叫、摔碗盤。她的瘋狂和出乎意料之外的行為徹底打敗了他，他感到恐慌，尋求警方的保護，最後還需要緊急的精神科治療。這時她達到了目的，說也奇怪，接著就恢復控制，此後的行為完全合乎理性。以較緩和的方式表現這種心理動力的情形並不少見，許多人都有被伴侶潛在的非理性嚇到的經驗。

失控提供了另一個常見的報償——照顧。有些病人深深渴望被治療師以最親密的方式照顧、餵食、關心，為了達到這些目的，甚至「失控」到深度退化、需要住院的程度。

逃避自主的行為

治療師常常因為某些病人而備感挫折，他們清楚知道可以做什麼來幫助自己覺得更好，卻莫名其妙地拒絕走出這一步。保羅是一個沮喪的病人，在換工作的過程中，到紐約接受幾個工作的面試。他覺得非常寂寞，面試只佔了三天中的六個小時，其他時間都是寂寞、狂亂的等待。保羅曾在紐約住過好幾年，在那裡有^些朋友，他們的出現無疑會使他振奮，他花了兩個寂寞的夜晚看著電話，希望朋友會打電話來，但這是不可能的事，因為他們並不知道他在紐約。而他卻無法拿起電話打給他們。

為什麼？我們詳細分析這個問題，一開始得到的解釋是「沒有動力」、「要求他們陪伴實在太丟臉」、「他們會覺得我只在需要他們時才打電話」。我們逐漸了解，他的行為其實反映出他不願意體認自己的幸福和安慰掌握在自己手上，除非他採取行動，否則幫助不會來臨。有一次我說：「當自己的父親是很可怕的事。」這句話在保羅心中不斷迴盪，常在日後的治療提起這句話。矛盾的是（就好像第四章中的山姆，在妻子離開後，不願外出尋找朋友，免得錯過別人打來的電話），要改變他在社交上的寂寞，他必須面對更深層的存在孤寂。在這些例子中，我們看見兩種參考架構匯合在一起：承擔責任也使人放棄終極拯救者的信念——對於把世界觀建立在這個信念之上的人來說，這是非常困難的任務。這兩個參考架構共同組成依賴的基本心理動力，藉著了解病態的依賴性格，使治療師得到一個條理清楚而有力的詮釋體系。

願望和決定的疾病

下一章會深入討論承擔責任和意志（也就是願望和決定）之間的關係，我在這裡只簡短提一下，當人完全覺察到願望和決定時，就會面對責任。本章的主題是人創造了自己，下一章的主題則是創造的建築材料是願望和決定。沙特常常說，個體的生活是由自己的選擇所組成的，人是自願成爲他現在的樣子。如果被自我組成的觀念嚇到的話（還有這種知識附帶的無根觀念），就可能使自己麻木而不去期望或沒有感覺，放棄選擇或把選擇權轉讓給別人、機構或外在事件以逃避意志。我會在第七章討論這些否認意志以逃避責任的機制。

承擔責任與心理治療

治療師要幫助病人承擔責任，第一步並不是選用什麼技巧，而是採納一種態度，讓後續的技巧有所依據。治療師必須不斷在這個參考架構中運作，讓病人知道是他創造了自己的不幸；並不是出於偶然，也不是運氣不好或基因不良，才造成病人寂寞、孤獨、長期成癮或失眠。治療師必須判斷病人在自己的困境扮演什麼角色，然後找出讓病人得到這個洞識的方法。除非病人了解是自己創造了自己的焦慮不安，否則不可能有改變的動機。如果人一直相信是別人、壞運氣、令人不滿的工作造成不幸（簡單地說，就是自己以外的某種情形造成不幸），怎麼可能願意花力氣來改變自己呢？如果根據這種信念來做的話，最明顯的策略不是治療而是行動——改變環境。

每一個病人願意接受責任的程度有很大的不同。有些病

人很難接受責任，這個部分就佔了大部分的治療；一旦他們承擔起責任，治療的改變幾乎會不花力氣的自動發生。有些病人較快體認到責任，卻在別的治疗階段原地打轉。一般說來，責任的覺察並不會在每一件事都均衡進展，人可能在某些議題接受責任，卻在其他議題否認責任。

辨認與標明

治療師的第一項任務是注意問題，辨認逃避責任的情形和方法，並讓病人知道。治療師根據個人偏好的風格，使用各式各樣的技巧，讓病人把注意力集中在責任。舉幾個第二部一開始談到的情形爲例：治療師反駁病人的藉口（「我不是故意的，我是在潛意識做的。」）而問：「那是誰的潛意識？」這個問題能激發責任的覺察，就好像治療師要求病人「擁有」自己發生的事（不是「他激怒我」，而是「我讓他激怒我」）；「不能」的鈴要求人把「不能」改成「不願意」，這個方法是用來強化責任的覺醒。只要人相信自己「不能」，就仍然不知道自己主動造成自己的處境。病人被教導說：「媽媽，除非你改變我十歲時對待我的方式，否則我絕不改變。」其實是要病人思考自己拒絕改變，而不是無法改變。此外，也使他看見自身處境的荒謬，以及他悲慘無益地把生活犧牲在充滿懷恨的祭壇上。

蓋曲（Vera Gatch）和泰默林（Maurice Temerlin）研究心理治療會談的錄音帶，描述一個設計來強化責任覺察的面質方法大雜燴（這種面質有時不夠敏銳）：

當一位男子苦澀被動地抱怨妻子不願與他性交時，治療師澄清這段話中隱含的選擇：「你一定喜

歡她那種方式，你已經和她結婚那麼久了。」一位家庭主婦抱怨：「我根本管不了孩子，他就是整天坐著看電視。」治療師闡明其中隱含的選擇，說：「你太小、太無助了，沒有辦法把電視關掉。」一個為衝動所苦的困擾男子說：「阻止我，我怕我會自殺。」治療師說：「我應該阻止你嗎？如果你真的想自殺的話，除了你自己之外，沒有人能阻止你。」一位被動、停留在口慾期的男子覺得生命已無意義，因為他愛上一位年紀較大的女性，卻得不到回報，治療師開始唱著：「可憐的小羊迷路了。」¹⁰

一般的原則很明顯：每當病人哀嘆自己的生活處境，治療師就詢問病人自己是怎麼創造出這種處境的。

如果治療師留心病人最初的抱怨，常常會很有幫助，可以在適當的時機把這些抱怨與後來在治療中的態度與行為對照。舉例來說，一位因為覺得孤獨寂寞而接受治療的病人，在治療中談到他的優越感，以及對別人的嘲笑輕蔑。他顯然拒絕改變這些態度，因為這種態度是自我相容而固著的，治療師為了幫助病人了解他對自己身陷困境所負的責任，而在病人一談到他對別人的嘲笑時，就說：「所以你很寂寞。」

一位病人怨恨生活受到限制，必須幫助他體驗自己如何造成那種處境，比如：選擇留在婚姻中、保有兩份工作、養三隻狗、維持井然有序的花園等等。大體說來，人的生活會變得如此結構化，而開始認為生活是既定的事實，好像是人必須居住其中的固定結構，而不是自己編織的網，可以再度用任何方法重新編織。我很確定這就是為什麼魏爾會對那個

受限制而困擾的病人說：「你為什麼不乾脆換個名字，搬到加州去住？」的原因，他強而有力地要病人正視自己的自由，事實上病人確實能自由改變生活結構，以完全不同的方式來組成生活。

當然，還有一個現成的說法：「有許多事情是無法改變的。」人必須謀生、必須當孩子的父母、必須實現自己的道德義務。人必須接受自己的限制：癱瘓的人沒有走路的自由；窮人沒有退休的自由；老寡婦沒有什麼結婚的機會，諸如此類。這個障礙是人類自由概念的基本障礙，可能在治療的任何階段出現，由於非常重要，我將會以獨立的段落詳細討論（見本章末「責任的限制」一節）。

雖然有技巧可以標明並強調責任，但這些方法的療效仍然有其限制。「不能」的鈴，或「為你的生活負責」、「擁有自己的感覺」的口號，雖然非常引人注目，可是大部分病人需要的不只是激勵、規勸，治療師必須運用衝擊更深的方法。治療師可資運用的最有效方法包括分析病人當前（此時此地）在治療中的行為，在治療情境中顯示病人重新創造的縮影，而病人在生活中則會面臨相同的處境。我接下來會討論如何具體建構心理治療，以達到啓發病人覺察責任的目的。

責任與此時此地

如果治療師企圖分析病人的敘述，努力證明病人對生活處境的責任，反而常常會原地打轉。病人心裡會低吟：「說來容易，他坐在舒適的辦公室告訴我是自己造成這種情形，可是他其實不知道我先生是個多麼虐待成性的惡霸。」（或是「我遇到的是多麼離譜的老闆」、「我的衝動是多麼難以

抵擋」、「商業世界根本不是這麼回事」，或任何其他難以計數、無法超越的障礙。）每個有經驗的治療師都知道，這種抗拒是沒有限度的，因為病人並不是自身生活困境的客觀觀察者，病人會以外化的防衛機轉，或是用各式各樣的方法扭曲資訊，以符合他所假定的世界。所以很少見到治療師能單憑二手資料來促使病人承擔責任。

如果治療師能處理治療現場此時此地的一手資料，就能得到很好的著力點。把焦點放在治療情境出現的經驗、治療師親身參與的經驗，或可幫助病人檢視自己對當下行爲的責任（在行爲還沒有被防衛機轉裝飾或隱藏之前）。如果治療師選擇的事件或行爲顯然與病人接受治療的問題類似，就可以大幅增加治療的衝擊。

桃樂絲這位病人是很好的臨床寫照，她因為與男性關係有嚴重的焦慮而尋求治療。她描述自己的主要問題是與虐待成性的男人之間的關係，她無法讓自己擺脫這種關係。她父親、第一任丈夫、現在的丈夫和接二連三的老闆都曾虐待她，她認為自己的困難隨處可見，我打算向她強調一次又一次被專橫壞蛋控制的噩運。她因為嚴重的焦慮風暴已接受好幾個月的團體治療，由於等不及下一次團體聚集，她在一天早上打電話給我，要求緊急的個別會談，我排除萬難，重新安排時程，同意在當天下午三點見她，她在兩點四十分打電話來，留言取消約診。幾天後，我在團體治療詢問她怎麼回事，她回答那天下午覺得比較好了，由於我規定每一個團體成員在整個療程只能與我有一次個別會談，所以她決定把機會保留到更需要的時候。

我從來沒有訂出這種規定！我絕不會拒絕情況緊急的病人，也沒有任何一個成員聽我說過這種話，可是桃樂絲堅信

我曾這麼告訴她，她以高度選擇性的方式回想我們關係中的其他事件。例如，她非常清楚記得我在幾個月前曾有一次很不耐煩地對她說話（針對她壟斷的傾向），常常在團體提起這件事，卻不記得我在接下來幾個月對她說的許多正向支持的話。

桃樂絲與我的互動正是此時此地表現的縮影，代表她與男人的關係，說明她在生活處境中的角色（也就是她的責任）。她以對其他男人的扭曲觀點來扭曲她對我的觀點，也就是說，把我們都看成權威、沒有愛心的人。不過，這件事還有更多值得學習的部分，我對自己努力排出時間給桃樂絲，而她卻在最後一刻取消約診感到氣惱；對她在其他七位成員都不贊成她時，還堅持己見，認為我曾說過只能有一次個別會談的「規則」，也感到惱怒。我努力緩和自己的情绪，保持治療時的客觀，可是我能輕易想像出治療以外的真實生活處境中，與桃樂絲相處是多麼困難。

本質上，問題在於桃樂絲對男人有某些信念，預期他們會怎麼對待她。這些預期扭曲了她的觀點，而扭曲的觀點導致她的行爲恰恰可以引發她所害怕的舉止。這種手法很常見，叫「自我實現的預言」：先是預期會發生某件事，然後以這種方式表現而引發預言的實現，最後把其行爲的覺察歸諸於潛意識。

這件事對桃樂絲的治療非常重要，因為對她的基本問題有非常深遠的意含。如果她能了解她與我相處的方式中，自己有什麼責任，並接受這個責任，然後只要再跨出一小步，稍微泛化這個體認，就能覺察她與其他男性相處的模式中，自己有什麼責任。我相信治療師必須利用這類事件，緊緊把握這種機會。我清楚標明這件事，並強調其重要性。我說：

「桃樂絲，我相信你和我之間剛才發生的事非常重要，因為它給我們一個重要的線索，可能看出你和其他男人之間有什麼問題。」如果病人還沒有準備好接受這種解釋，可以在將來有進一步確證，或治療師和病人的關係更堅固的時候，再提出來。

覺察自己的感受是治療師辨認病人在其生活困境有何責任的絕佳利器。舉例來說，一位沮喪的四十八歲女性苦澀地抱怨孩子對待她的方式，他們不考慮她的意見，以漫不經心的態度對她，當出現某種嚴重的緊急問題時，只和父親討論他們的看法。我揣摩自己對她的感覺，發現她的語氣有發牢騷的性質，會誘使我把她像孩子一樣對待，而不是認真以對。我把自己的感受與她分享，對她有莫大的益處，幫助她了解自己在許多方面有孩子氣的行為。分析此時此地的狀況（她的牢騷），非常有助於解決她的困惑，了解小孩為什麼這樣對她。他們其實只是順著她的引導——他們對待她的方式正是她要求被對待的方式（也就是透過非口語的方式，如牢騷、因為虛弱而有的藉口，還有無助的憂鬱症。）

病人逃避責任的情形，不但會在病人與治療師的關係中出現，也會在病人對待治療的基本態度中重演。病人常常得到治療師默許的共謀，在治療中舒適、被動地安坐，長久不變，不期待會發生什麼事，要是發生任何事，也都是來自治療師。

治療師如果覺得病人把沈重的負擔放在治療師身上，相信除非由治療師來促成，否則一整個小時都不會發生什麼有用的事，就表示治療師允許病人把自己肩上的責任轉移到治療師身上。治療師有許多方法來處理這種過程，大部分治療師選擇反映這種情形，治療師可以說病人似乎把每件事都丟

在治療師身上，或是治療師沒有感受到病人在治療中積極合作，或是談到他覺得承受了整個治療的重擔。如果治療師發現沒有任何方法可以激發懶得行動的病人，可以直接問：「你為什麼來這裡？」

病人對這些做法有好幾種典型的抗拒方式，他們的重點會放在「我不知道該做什麼」、「如果我知道該做什麼，就不需要來這裡了」、「這就是我為什麼來找你的原因」、「告訴我，我必須做什麼」。病人假裝一副很無助的樣子，他們雖然堅持自己不知道該做什麼，卻從治療師接受許多或明或隱的指導。可是，病人並沒有坦露自己的感受；不記得自己的夢（或是太累了沒有記錄下來、忘了把筆和紙放在床邊）；喜歡知性的討論；或是永無休止地和治療師討論該如何進行治療。每一個有經驗的治療師都知道，問題不在於病人不知道該做什麼，每一個動作都反映出相同的問題——病人拒絕接受改變的責任，就好像在治療之外的時間拒絕為不舒服的生活困境負起責任一樣。

團體治療的一位病人盧絲，正可以說明這一點。她逃避每一個生活面向的責任。她非常寂寞，沒有親近的女性朋友，所有與男性的關係都很失敗，因為她過於依賴，令伴侶感到無法消受。她接受過三年以上的個別治療，但沒有效果，她的個別治療師說盧絲在治療中就像個「鉛錘」一樣，除了反覆敘述自己和男人間的困難以外，沒有任何別的資料，沒有幻想，沒有情感轉移的素材，三年來連一個夢也沒有。絕望之餘，這位治療師把她轉介到治療團體。可是在團體中，盧絲也只是重現無助和被動的姿態，六個月後，她在團體沒有任何成果，也沒有進展。

在一次關鍵的會談中，她哀嘆沒有從團體得到幫助的事

實，並宣稱自己懷疑這個團體或這種方式是否適合她。

治療師：盧絲，你在團體中所做的，就像你在團體外一樣，一直等待能發生某件事。如果你不運用團體的話，團體怎麼可能對你有用呢？

盧絲：我不知道該做什麼，我每個星期來這裡，但什麼事也沒發生，我在團體中一無所獲。

治療師：你在團體中當然一無所獲。除非你讓某事發生，否則它怎麼會發生呢？

盧絲：我現在腦筋「一片空白」，我無法思考該說什麼話。

治療師：對你來說，永遠不知道該說什麼或該做什麼，似乎很重要。

盧絲：（哭泣）告訴我你希望我做什麼，我不想一輩子就像這樣。我這個週末去露營，所有其他露營的人都像在七重天，每一件事都興高采烈，可是我整個過程都感到非常悲慘。

治療師：即使你有個好點子，想到可以怎麼在團體中做得更好，卻還是希望我告訴你該做什麼。

盧絲：如果我知道的話，我就會去做。

治療師：剛好相反！你似乎非常害怕去做你能為自己做的事。

盧絲：（啜泣）我又掉在這種悲慘的處境，我的心好亂，你被我激怒了。我覺得更糟，在這個團體並沒有比較好。我不知道該做什麼。

這時其他成員也加入對話。有一位成員與盧絲有共鳴，

說他也在相同的處境；兩位成員表達對她永無休止的無助感到惱怒；還有一位成員準確地說到團體老是在討論成員要如何更有效地參與（事實上，前次會談就花了很多時間討論這個問題）。還有人告訴她，她有數不清的選擇，可以討論她的眼淚、她的哀傷、她受到多麼大的傷害，或是治療師是怎樣苛刻的壞蛋，再不就是她對任何其他成員的感受。她知道這些選擇，每一個人也都知道她知道，團體感到納悶：「為什麼她要保持無助的姿態，做出一副癡呆的樣子？」

這句話激出她的反應，盧絲說過去三週來，她決心在團體討論自己對別人的感受，可是都食言了。她今天想討論自己為什麼從不參加會後的聊天，她想參加卻沒參加的原因是不願接近辛西亞（另一位團體成員），她覺得辛西亞特別窮，擔心她會在半夜打電話向她求助。經過一段與辛西亞的熱烈互動後，盧絲坦率表達自己對另兩位成員的感受，在會談結束前所做的，遠超出過去六個月的總和。在這個實例中，值得強調的是盧絲哀嘆「告訴我該做什麼」，這是一句逃避責任的話。在她身上加上充分的著力點時，她非常清楚在治療中要做什麼，可是她不想知道自己要做什麼！她想從外界得到幫助和改變。幫助自己，成為自己的母親，這種做法令她害怕，使她過於接近可怕的認識——她是自由的、需要負責任的、基本上是孤獨的。

在團體治療中承擔責任

治療是社交的縮影，病人不只在其中敘述自己的問題，而且還在此時此地表現出他的精神病理，這個概念適用於所有治療的情境（個別、夫妻、家族、團體治療），但在團體治療又特別重要。首先，較多的人數（包括治療師約八到十

人)使大部分病人的內心衝突有機會被引發。在個別治療的背景中，病人在與治療師的互動中，所面臨的問題常常圍繞著與權威的衝突，或是與父母或代理父母的人之間的問題。可是在團體治療的背景中，病人會遇到許多人，可以激發許多不同的人際問題（手足的競爭、異性戀、同性戀、同儕的競爭、親密感、自我坦露、寬大的行為、給予和接納等等），所以可以認為治療團體是每個成員社交世界的縮影。

對於責任的覺察，小型互動的治療團體在此時此地所發生的事，可說是最理想的治療情境。團體治療最迷人的一面就是成員都是同時誕生的，每個人都是從相同的基礎出發；如果治療師盡責的話，每個人都會以別人看得見、自己也清楚的方式，在團體中逐漸挖出自己的特殊生活空間，並加以形塑。所以每個人都要為自己在團體形成的人際關係負責（以此類推，生活中也是如此），也要為發生在自己身上的一連串事件負責。團體有許多雙眼睛，有人描述自己如何成為別人或外在事件的受害者時，其他成員不必然會接受他的觀點。如果團體的功能是作用在此時此地的層面（也就是把重點放在成員彼此關係的經驗與分析），就會看見每個人是怎麼創造自己的痛苦，最後再將這些觀察回饋給每個成員。

雖然治療師並不常以這種方式來思考團體過程，可是我相信團體的主要活動（特別是在治療的初始階段），就是要讓每個成員覺察到個人的責任。我們為什麼要鼓勵成員在團體中直接、誠實地討論（也就是對自己直接而誠實）？為什麼要鼓勵回饋呢？為什麼要鼓勵成員分享自己對其他成員的印象和感受呢？我相信團體治療師雖然不一定知道要這麼做，卻都試圖以下述順序來陪伴每一個病人：

- 一、病人知道別人是怎麼看待他的行為。透過回饋和自我觀察，病人學會從別人的眼睛來看自己。
- 二、病人了解自己的行為會怎麼影響別人的感受。
- 三、病人知道他的行為會怎麼導致別人對他的看法。病人學到自己的行為會導致別人肯定他、不喜歡他、覺得他不客氣、尊重他、躲避他、利用他、害怕他等等。
- 四、病人了解自己的行為會怎麼造成他對自己的看法。從前三個步驟得到的資訊，病人學會如何自我評估；他們會對自我價值和可愛程度做出判斷，並了解是自己的行為導致這些判斷的結果。

每個步驟都始於病人自己的行為，並試圖顯示行為產生的影響。這個過程結束在成員能了解別人如何看他、對待他或與他相處，都是自己的責任。此外，人也要為自己看待自己的方式負責。團體經驗是生活經驗的縮影，這是顯而易見、令人信服的事實；在我的經驗中，病人可以毫無困難地把自己在團體承擔的責任推展到生活情境之中。一旦達到這一點，病人就進入改變的大門，而治療師就可以推動促進意志過程的冒險，我將在下一章討論這個部分。

互動式治療團體能增加責任的承擔，不只是透過成員覺察自己如何造成令人不滿意的生活處境，也是藉著強調每一個成員在團體活動中的角色而達成的。其下的原則是成員如果為團體的功能負起責任，就能了解自己有能力（和義務）承擔生活中所有面向的責任。

在有效的治療團體中，成員本身就是產生幫助的主要動力。當病人回顧成功的團體治療經驗時，很少把自己的進步直接歸功於治療師（包括治療師的特定意見，或是與治療師的整體關係），病人常常引述的是自己與其他成員的關係（包括支持、衝突與化解、接納，或是對別人有所幫助，而最後一點是很常見的）。以領導者為核心的團體常常認為所有期望和幫助都出自領導者，就無法孕育這種結果（依我的看法，以領導者為核心的取向，比如完形治療團體和溝通分析團體，無法得到團體方式所能產生的最大潛在療效）。

所以，團體領導者必須知道自己的任務是創造一個社交系統，團體和成員在這個系統中都是改變的動力。領導者必須對團體的責任定位非常敏銳，如果他預期團體聚集會使人氣餒，結束時每個人都覺得身心俱疲的話，那麼，顯然在理想治療氛圍的培養與形塑上出了嚴重的錯誤。如果領導者感到每一件事都要依賴他，如果他不出力，團體就不會發生什麼事，如果成員像常看電影的人期待下週上演什麼戲碼的話，就表示治療團體的成員已經成功地把責任重擔轉移到治療師身上。

團體治療師要如何形塑團體，使團體自己承擔運作的責任呢？首先，領導者必須知道自己是唯一基於過去經驗，比較知道團體聚集有效或無效的定義者，領導者必須幫助成員了解這種定義，鼓勵他們據此而行。有許多可資運用的技巧，領導者可以核對過程，一次又一次打斷會談，要求成員評估過去三十分鐘的聚集進行得如何；如果會談進行得非常吃力，領導者可以請他們和之前充滿活力的會談比較，讓他們逐漸能分辨有效和無效的聚集；如果每一個人都覺得會談豐富而迷人，領導者就鼓勵成員把這次會談當成一種標準，

和日後的會談比較。

治療師請成員評估會談的情形時，如果有人說自己在前十五分鐘很投入，可是自從某某人開始說話之後的三十分鐘就改變態度的話，治療師可以用各種方法詢問那位成員，為什麼容易讓會談以他覺得沒有收穫的方式進行下去，那個人怎麼有辦法讓會談轉向？領導者可以請團體投票，了解大家是否一致覺得會談沒有收穫，然後問：「你們似乎都知道這一點，為什麼沒有中斷會談，使其重新改變方向？為什麼要把這裡每一個人都能做的事留給我做呢？」當然，技巧的使用有許多不同方式，這有賴治療師喜好的風格；重要的是背後的策略是鼓勵病人透過在治療中承擔責任，而能在生活中負起責任。

大團體治療：同樣的原則也適用於較大的治療團體。促使病人承擔個人的責任，是創造治療共同體的重要動力。在精神病院中的限制，一直都是剝奪自主性的經驗，病人沒有權力、不能做決定、沒有自由、沒有隱私，也沒有尊嚴。瓊斯（Maxwell Jones）所設計的治療情境，使醫院成為強化病人自主性的經驗，而不是削減自主性。他把病房重新設計，使病人對自己的治療和環境擁有廣泛的責任，病人的自治團體有權決定病房規則、休假、病房人事的安排，甚至包括出院和藥物的處方。

「生活管理」是承擔責任的同義詞，許多治療取向強調生活管理技巧的教導。病房單位通常會進行生活管理，或是運用「合約」團體的方式進行，回顧每個病人的「合約」（接管自己生活的同意書），討論不同的合約問題。團體可以有系統地強調每個人都能負責特定的問題，如個人財務、身體健康、社交關係。

治療師的風格與責任的承擔

主動與被動：促進責任的承擔常常為治療師造成兩難，過於主動的治療師會為病人接管事情，而被動的治療師又向病人傳達一種無力感。這個問題在精神分析的技巧中特別明顯，精神分析師有限的舉止和相對的靜態，可能會使依賴的時間加長。梅哲爾（Milton Mazer）是關心這個問題的精神分析師，對於治療師過度被動可能妨礙病人承擔責任的情形，提出警告：

……當病人表達（無助時），精神分析師的被動性可能強化病人所選擇的信念，也就是他不需要為自己的行為負責，只要跟隨衝動就好。沒有聽到任何警告，也沒有得到可能產生什麼的後果的說明，特別是上述推論允許他實現驅力的目標時，有沒有可能使他不正確地推斷自己不得不如此做呢？

梅哲爾也警告過於積極的情形（包括指導方式或設定界限），可能也會阻礙責任的承擔，他說：「這並不表示精神分析師企圖禁止深思熟慮的行為，因為這樣也會暗示病人不要負起責任，只受外在力量（精神分析師的權威）的約束。」

如何沿著中庸之道進行呢？治療師可以採取什麼態度幫助病人呢？梅哲爾建議治療師應該試圖幫助病人體認選擇的過程：

……精神分析師的職責是指出病人不論是否做出某個特別的舉動，都還是在決定的過程之中，這

樣做可以清楚釐清病人對自身未來的責任。透過這個方法，病人得到選擇的機會，在神經質的需求和負責任的自由之間做出選擇。如果他選擇負責任的自由，就開始打破神經質的人格結構。¹¹

換句話說，治療師全神貫注於增加病人的覺察，使病人不論喜歡或不喜歡，都能面對選擇，無法逃避自由。

也有別的治疗師尋找更積極的方法來鼓勵病人承擔責任。例如，溝通分析非常強調治療「合約」，他們在前幾次會談並不是確立診斷（診斷只會把治療師和病人的關係界定成療癒者與求助者），而是致力於合約的發展，合約必須來自當事人的意願，而不是內化他者的期望（所謂「父母」自我狀態要求的「必須」、「應該」）。此外，合約必須是行動導向的，不是「更多了解自己」，而是「我想減重十五公斤」或「我希望每週在太太面前至少能勃起一次」。溝通分析師藉著訂下具體可行的目標（而且是病人界定的目標），不斷提醒病人注意治療和這些目標之間的關係，希望能增加病人對自我改變的責任感。

治療師積極的建議或可適當地增加覺察，我這裡的意思並不是要治療師接管病人的事、為病人做決定、告訴他該如何生活，而是治療師有時可以建議看似明顯的行為選擇，而病人自己卻因為受限的觀點從來不曾想過。所以，「為什麼不？」的詢問可能遠比「為什麼？」更為有用。重要的並不是病人是否遵循建議，這個步驟隱含的最重要訊息在於喚起病人注意自己不曾考慮顯而易見的選擇。於是治療就可視為選擇的可能性、注意毫無選擇的迷思，以及面對自由所引發的感受。接下來的臨床實例可以說明這一點。

喬治是三十歲的成功牙醫，主要的問題在於逃避責任。他結過一次婚，婚姻失敗的原因大致可說是在於他對妻子的依賴態度，具體來說則是因為他「發現自己」愛上別的女人。自此以後，他面臨極大的苦惱，考慮是否要再婚。他面對從好幾位女性中做選擇的處境（這些人都對他感興趣），而他則不餘遺力地誘導別人為他做決定，包括他的朋友、治療師，還有那些他考慮中的女性。

有一件事使他看見自己難以承擔責任。他大約一年探望父母一次，父親一直被視為家中的黑臉，喬治與他的關係一直非常衝突，兩人都覺得不滿意。十年來，雙方為了汽車不斷爭執，每當喬治回家時，就想使用家中的汽車，身為汽車技工的父親一直反對，要不是說他需要用車，就是說汽車的機件故障。喬治形容母親是權威的女性，除了汽車以外，控制家中的每一件事；汽車是父親唯一能掌管的事。

喬治對於即將去探視父母感到非常驚慌，他預期會發生這件事：他想用車，父親則會反對，宣稱煞車不良或輪胎不好，然後侮辱他，要他行行好自己去租車。喬治問：「那是什麼樣的家庭？我一年去看他們一次，他們卻毫不關心，連到機場接我都不肯。」

我問他：「為什麼不租輛車？這個主意有那麼奇怪嗎？你為什麼從不加以考慮？畢竟你的收入是父親的四倍，單身，沒有特別的開銷，一天多付幾塊錢對你有什麼問題？」喬治似乎被我的提議嚇到了，顯然他以前不曾真的考慮這件事。他考慮之後，隔天打電話給家人，告訴他們回去的時間，喬治向母親提到自己會租輛車，母親立刻保證車子馬上就會修好，而父親也會到機場接他，他們非常期望見到他，交通工具絕對不是問題。

在機場出現了必然發生的老套，父親迎接他時說：「你為什麼不租輛車呢？看看租車的櫃檯，只要八元九毛五就可以租一輛車。」兩人大吵一架，喬治走到租車公司租了一輛車，憤怒而自以為是地拒絕父親為他出錢。他和父親各自開車回家，父親立刻進入臥房，一大早就出門工作。由於喬治只待一天，兩人並沒有再見到面。

我們在治療時詳細討論這件事，喬治認為這是家中互動的典型實例，可以說明他現在的狀況：「就好像現在這件事使我這麼困擾一樣，你想想看，在這種家庭成長會是什麼樣子。」喬治認為這件事特別能說明他為什麼會如此懷疑自己的男子氣概：想想父親建立的是什麼榜樣，而他根本不可能和父親談話。

我向他提供一個完全不同的觀點。他有多努力和父親談話呢？想想他父親的立場：喬治的母親沒有詢問父親，就要他去機場接喬治，好像他是家裡的佣人。他父親覺得受到控制，滿腔憤怒，試圖在他唯一有權力的領域中扳回一城，就是汽車的使用。而喬治做了什麼努力來和父親談話呢？他為什麼不在電話上和父親談話，就像和母親說話一樣呢？是什麼因素阻止他打電話給父親說：「爸，因為我隔天要用車，所以會在機場租車。我要到晚上十點才到家，請你等我，好讓我們有機會聊一聊。」喬治大吃一驚說：「不可能！」我問：「為什麼？」他回答：「我沒辦法和父親在電話中講話，你根本不了解我家人，就這麼回事。」

可是喬治一直對父親有一種模糊的罪惡感，覺得這個灰髮頑固的老頭子從集中營存活下來，四十年來每天一早六點就出門工作，讓四個孩子讀大學和研究所。我建議說：「寫封信給他，把你的感受告訴他。」喬治再度對我的建議大吃

一驚，對我的天真感到惱怒，他說：「不可能！」我問：「爲什麼？」他說：「我們之間不寫信的，我一輩子不曾寫過一封信給父親。」我說：「可是你抱怨與他疏離，無法與他溝通。如果你真的想和他溝通的話，就要這樣做，寫信給他。沒有人阻止你這麼做，你不能把這個責任推給別人。」

這段簡單的對話使喬治非常心神不寧，當天晚上就流淚顫抖地提筆寫信給父親，這封信的開頭不是「親愛的媽媽和爸爸」或「親愛的雙親」，而是「親愛的爸爸」。命運就是這樣，自由與責任的精神當晚也臨到他父親，在他還沒寫完信時，父親打電話來道歉，那是他父親有史以來第一次打電話給他。喬治告訴父親自己正在寫的信，心裡感動得像小孩一樣啜泣。只要說這件事就夠了，喬治和父親之間再也不一樣了。針對喬治當下認爲「不可能」打電話或寫信給父親所做的分析，開啓了治療的豐富遠景。

波爾斯、完形治療與承擔責任：在處理責任時，提倡積極治療風格的人中，沒有比波爾斯更激烈而富有創意的了，他的方式所根據的基本理念是必須體認和阻止逃避責任。

只要你和症狀搏鬥，它就會愈益惡化。如果你對自己加諸自身的事負起責任，看見你怎麼製造自己的症狀、你怎麼製造自己的疾病、你怎麼創造自身的存在，就在這個時刻，你會碰到自己，成長與整合於焉開始。¹²

波爾斯對病人使用（或避免使用）第一人稱代名詞的情形非常敏銳，也對任何從主動變成被動的言語非常敏感：

我們聽到病人先是用「它」來去除自己的個性，然後變成善變、無常世界的被動接受者。「我做了這件事」變成「它發生了」。我發現自己必須一再打斷他們的話，要求他們擁有自己。我們無法處理發生在別處的事，或是發生在我們身上的事。所以我要求他們找出方法把「這是忙碌的一天」改成「我讓自己忙碌了一天」，把「這是一段很長的談話」改成「我說了很多話」。¹³

一旦波爾斯發現逃避責任的模式，就會催促病人把無助轉成不願意，病人被要求對每一個姿勢、每一種感受、每一個想法負起責任。波爾斯有時會運用「我負責」這個結構化練習：

我們要求病人的每一句話都使用這種說法，「……我爲此負責。」例如：「我知道我移動我的腳……我爲此負責。」「我的聲音非常溫和……我爲此負責。」「我現在不知道要說什麼……我爲不知道而負責。」¹⁴

波爾斯要求病人爲所有內在的衝突負責，如果病人陷入痛苦的困境，在討論時體驗到胃中有個結，波爾斯就要求病人與這個結對話。「把這個結放在另一張椅子上，和它談話。你扮演你自己的角色和結的角色，它對你說什麼？」藉此要求病人爲衝突的雙方負起責任，以察覺沒有任何事是「臨到」（happens to）自身的，人是每件事的作者，包括每個姿勢、每個動作、每個想法。

治療師：你有沒有發現你的眼睛在做什麼？

病人：我現在知道自己的眼睛一直看別的地方。

治療師：你能為此負責嗎？

病人：我一直避開你，看別的地方。

治療師：你現在能當你的眼睛嗎？描寫你們之間的對話。

病人：我是瑪麗的眼睛，我發現很難堅定的注視，一直跳來跳去、四處飄移。¹⁵

波爾斯認為我們選擇了自己的每一個症狀，「未處理」或未表達的感受會找到方法浮現，以自我破壞、令人無法滿足的方式表達出來（這是「完形」治療這個名稱的起源，波爾斯試圖幫助病人完成他們的各種型態，包括未竟之事、受到阻礙的覺察力、逃避責任）。

下面這段治療過程可以說明波爾斯處理責任的方式：

兩週前，我有一個美妙的經驗，這並不是療癒的經驗，但至少是一次開啓的經驗。這個男性有口吃，我請他增強口吃的情形，當他結結巴巴說話時，我問他喉嚨有什麼感覺，他說：「我覺得自己好像快窒息一樣。」於是我把手交給他說：「來，讓我窒息。」他說：「他媽的，我可能會害死你！」他真的非常生氣，講話非常大聲，完全沒有困難。所以我向他證明他可以選擇，或是做個生氣的人，或是做個口吃的人。你知道口吃的人會怎麼折磨人，讓人如坐針氈？任何沒有發出來、自由流露的

憤怒，都會轉成虐待狂、權力慾望，或是其他折磨人的手段。¹⁶

「這種看待症狀的方式，要求病人製造或擴大症狀，常常是促進責任覺察的有效方式」——藉著刻意製造症狀，使人覺察症狀是「他的」，是自己創造出來的。其他治療師雖然沒有用承擔責任的概念，卻有人也使用相同的技巧。例如，法蘭克談到一種稱為「矛盾意向」（paradoxical intention）¹⁷的技巧，不論是焦慮發作、強迫性賭博、害怕心臟病發作，或是暴飲暴食，都要求病人刻意增強症狀。傑克森（Don Jackson）、哈雷（Jay Haley）、艾瑞克生（Milton Erickson）、瓦茲拉維克（Paul Watzlawick）都談到相同的方法，他們稱之為「以症狀做處方」（Symptom prescription）¹⁸。

波爾斯發展出一種處理夢的獨特方法，這個方法可以巧妙地促使人爲自己的心智過程負起責任。在整個歷史中，人類大多認為夢是超越個人責任的現象，這個觀點反映在一般的慣用語：如果想否認一個行爲或想法時，會說「我連做夢也想不到」。在佛洛伊德的動力心理學出現之前，夢通常被視為來自外在的神聖邀請或偶然發生的事件。例如，有一個理論認為大腦皮質細胞入睡後，在排除日間的有毒代謝物時，被「喚醒」的細胞群完全是隨機發生的。根據這個理論，夢是由被喚醒的細胞產物組成的，所以大部分的夢是無意義的，是醒覺細胞偶然的作用；至於智慧之夢則是以同樣的方式僥倖形成的，就好像一群猴子敲擊打字機，偶然寫出一段可理解的文字一樣。

佛洛伊德的主張很有說服力，他認為夢既不是隨機的產物，也不是外在的邀請，而是人格中彼此衝突、相互影響的

部分：本我的衝動、下意識日間殘餘物的表現、夢的審查者（「自我」的潛意識操縱者）、意識的「自我」（「次級修訂」）。雖然佛洛伊德發現人是夢的唯一作者（至少是人這些部分的相互作用），可是波爾斯認為他把心靈分為若干部分的方式，導致個人的責任喪失在這些成分的縫隙之中（我認為他的看法相當正確）。

波爾斯把夢稱為「存在的使者」¹⁹，他的目標是盡量促使人了解自己就是夢的作者。首先，波爾斯藉著改變夢的時態，試圖把夢帶到生活中：他要求病人以現在式複述夢，然後以表演的方式重演夢境，使病人成為導演、道具和演員。病人扮演夢中所有的人事。舉例來說，我曾看過波爾斯處理一位夢到開車的病人，夢中的汽車先是劈啪作響，最後完全壞掉。波爾斯指示病人扮演各個部分：司機、汽車、空的油箱、性能不良的火星塞等等。波爾斯藉這個方法希望病人能開始把人格散亂的部分重組成一個整體（也就是完成這個人的型態）。

波爾斯認為承擔責任就是人必須為自己所有的感受負起責任，包括常常投射到他人身上的不愉快感覺。

我們不願意對自己的挑剔批評負起責任，於是把批評投射到別人身上。我們不想為自己的歧視負責，所以投射到外面，而活在被人拒絕的恐懼中。最重要的責任就是為自己的投射負起責任，並成為我們所投射的內容。²⁰

藉著恢復原先被否認的自我部分，人的經驗就會變得更加豐富，能自在地在自己裡面，在自己的世界中。

為自己的生活負起責任，與擁有更豐富的經驗和能力，兩者當然是相同的。我想要做的是……讓你對每一種情緒、每一個動作、每一項思想負起責任，並卸除為任何人負責任，你會因此得到極大的收穫……²¹

卸除「為任何人負責」，對心理治療師是非常重要的。波爾斯非常清楚病人會努力操縱別人，特別是治療師，要他們為他負責。

治療師有三個當務之急：體認病人是怎麼試圖從別人得到支持，而不是自己為自己提供支持；避免陷入其中、照顧病人；知道怎麼處理病人的操縱行為。²²

避免「陷入其中」並不容易，治療師必須習於體認病人各式各樣的誘導，並加以拒絕：

「我無法處理這種情形，而你能，所以我『需要』你告訴我方法，好讓我能過生活。」這種生活完全不能說是生活，而是一種存在狀態，包括誘導一個個喜歡掌控別人的人，治療師只是病人的最後一試。希望能「到此為止」，不再把責任往外推。²³

為了拒絕受到操縱，波爾斯採取極端的立場，以終止責任的推卸。他以這種方式做為工作坊的開場白：

如果你想發瘋、自殺、進步、得到啓發，或是得到改變生活的經驗，都在於你自己。我做我的事，你做你的事，任何不想爲此負責的人，請不要參加這個研討會。你來這裡是出於你的自由意志，我不知道你有多成熟，不過，成熟之人的本質就是能爲自己負責，包括他的想法、感受等等……²⁴

波爾斯此處的立場非常嚴格，可能需要有所修正，特別是對問題嚴重的病人。許多病人需要好幾個月的治療才能承擔責任，把完全承擔責任當成治療的前提，常常不切實際。不過，在有些情形下，治療師需要在治療一開始就說明某種程度的承擔責任。許多治療師堅持有高度自殺傾向的病人做出不自殺的「約定」，同意在一段特定時間內不會嘗試自殺。適當運用這種方式可以大幅降低自殺的危險²⁵。

雖然波爾斯的話顯示他是對責任議題非常敏感的人，了解治療師不應該接受病人的責任重擔，可是他不曾解決其治療方式的矛盾（我相信他並沒有徹底體認這一點）。他告訴病人要「承擔責任」，可是病人還有其他的體驗，面對一個強而有力、深具個人魅力的智慧長者，以非口語的方式宣稱：「我將準確地告訴你該怎麼做、在什麼時候做、爲什麼這麼做。」病人該怎麼辦呢？波爾斯積極的個人風格、力量感、全知的態度，與他的話是互相違背的。同時接受兩種互相衝突、一明一暗的訊息，會使人陷入典型的兩難處境。我接下來要描述另一個試圖避免這種陷阱的治療取向。

凱澤爾的承擔責任：面臨上述的兩難，又要提高責任的承擔，同時又不能「接管」病人，凱澤爾在眾多治療師中非

常突出，既能深思熟慮，又能前後一致。雖然凱澤爾和波爾斯的治療取向都圍繞著責任的主軸，但他們的風格和做法卻剛好相反。凱澤爾在一九六一年過世，他是非常有創造力的治療師，可是沒有留下什麼著作，以致於不爲人知。一九六五年出版的《有效的心理治療》²⁶就是把他的作品集結成書。凱澤爾相信病人有一種普遍的衝突，是一種「心智狀況，可見於所有精神官能症患者。」²⁷這種衝突源自於這個事實：「成熟的成年期必須承擔一種全然、基本、恆久而無法克服的孤獨。」²⁸

凱澤爾談到一位醫學院室友的故事，這個朋友叫華特，他在求學期間接受一個業餘戲劇表演的角色，開始對戲劇充滿熱情，他非常有天分，考慮放棄醫學研究，把餘生投入演員生涯。可是他到底多有天分呢？他會不會成爲偉大的演員呢？華特對這個決定十分掙扎，接連詢問專家。凱澤爾觀察朋友的困擾，突然體悟華特的期待是不可能實現的，他要的不只是意見，而是更多：他想要別人爲他負起做決定的責任。

之後的一段日子，凱澤爾觀察華特如何一步一步逐漸發現，沒有任何人的任何判斷和意見，有助於他必須做的決定。基於同情華特的掙扎，他總是願意和華特討論所有與人生下一步有關的看法，可是他們討論完所有可能的結果、評估每一個機會、衡量所有指示之後，卻無法得到最後的責任，兩人總是落入極爲痛苦的沈默，然後凱澤爾感覺到華特未明言的詢問：「你覺得該怎麼做？」²⁹

華特面對而又想退卻的，是一種人類的深切矛盾：我們渴望自主，卻想逃避自主必然產生的孤獨。凱澤爾把這種矛盾稱爲「人類天生的罩門」(mankind's congenital achilles heel)，如果不用某種「魔術師的花招」、某種否認孤獨的手段掩蓋起來的話，就會使我們感到非常痛苦。凱澤爾把「魔術師的花招」稱爲「普世的症狀」：藉著弱化「自我」的界限而與他人融合，形成否認孤獨的防衛機轉。我先前描述人類渴望終極拯救者時，討論過融合或結合是對抗死亡焦慮的防衛。凱澤爾提醒我們孤獨與其下的無根（凱澤爾並沒有明顯談到後者），是我們努力與他人融合的強大煽動者。

什麼事會迫使我們面對孤獨？根據凱澤爾的說法，就是使人了解要爲自己的生活負起完全責任的事，特別是面對可能改變一生的決定，或是相信不被權威支持的信念。這時我們會像凱澤爾的朋友華特一樣，努力尋找可能爲自己承擔責任的他人。

凱澤爾對病人把執行力轉移到治療師身上，以逃避責任的孤獨感，有非常細膩的敏感度。治療師要怎樣阻撓病人的企圖呢？凱澤爾深思這個問題，考慮了幾個方法，但最後決定這個問題實在太重要，必須藉著調整治療的結構來處理。爲了阻止責任的轉移，治療必須完全沒有結構，治療師完全不提出指示，病人不只爲治療的內容負責，也要爲治療的步驟負起完全的責任。凱澤爾認爲「治療師必須完全沒有規則」。他對治療師與病人關係的描述可以說明這一點：

病人：我能否請問治療包含什麼？意思是有什麼步驟？

治療師：步驟……？我不確定是否完全了解你的意思，假設我了解的話，我會說：「完全沒有步

驟！」

病人：（禮貌的微笑）喔，當然了，我的意思只是：「你想要我做什麼？」

治療師：我認爲你說的「步驟」正是這個意思。

病人：我不懂（沈默了二十秒）。我的意思是……當然了，你必然會期望我做什麼，不是嗎？

治療師：你似乎確信在這裡必然會被期望做某些事。

病人：不是這樣嗎？

治療師：就我所知，不是。

病人：那……我……我……我不懂。

治療師：（微笑）我認爲你懂我的話，可是你不怎麼相信。

病人：你說得沒錯，我真的不認爲你就是這個意思。

治療師：（停頓了十秒）我正是這個意思。

病人：（不安地沈默了一分鐘，繼續努力）我是否可以談一下自己的焦慮發作？

治療師：你好像無法相信我的話。

病人：很抱歉……我不是故意的……可是，事實上，我完全無法確定我真的……對不起，你剛才說什麼？

治療師：我說：「你好像無法相信我的話。」

病人：（輕微搖頭，好像被激怒）不，我意思是我是否可以……（抬頭，和治療師的眼光交會時，開始大笑。）³⁰

凱澤爾相信「任何可以增加病人責任感的話語，就一定有助於治癒他」；就如這個例子所顯示的，他甚至拒絕指示

病人如何進行治療的責任。

這種極端的技巧顯然有其限制，我相信波爾斯的錯誤在於為病人提供過多的結構和能量，而凱澤爾的錯誤則剛好相反。如果病人因為困惑、缺乏結構、缺少信心而過早退出治療的話，任何治療師都無法幫助病人。治療師最終的期望是幫助病人承擔責任，但並不是要治療師在每一步都要求病人做到，甚至在一開始就能負起責任。治療情境通常需要有彈性，治療師常常為了讓病人能繼續接受治療，而必須在開始時主動、支持，之後一旦形成穩固的治療聯盟，就可以著重於強化病人接受責任的治療情境。

凱澤爾在其他地方強調治療關係與直接溝通的重要³¹，在真實的治療情境中，他無疑會做出必要的調整。他寫了一齣迷人的劇本《緊急時刻》（Emergency）³²，對治療的彈性做出絕佳的描繪。《緊急時刻》中的主角特溫醫師是一位精神科醫師，找他諮詢的波菲利太太的丈夫也是精神科醫師，她說丈夫深受困擾卻拒絕尋求幫助，於是特溫醫師冒充病人找波菲利醫師治療，在完全察覺不到的情形下，他以「病人」的身分治療這位醫師。顯然波菲利醫師無法承擔責任，甚至連請求治療的責任都無法承擔；而治療師的身分卻不要求他承擔責任，而是表現出所有好治療師都必須做到的：調整治療以配合病人。

美國式的覺察責任（或說，如何為自己的生活負責、掌握自我、顧好自己、主動獲得）

覺察責任（responsibility awareness）在美國行之已久，原本是專業哲學家的模糊論述，後來成為前衛左派的警語，現在已經變成新世界的主要消費口號。許多全國性暢銷書都

以「承擔責任」做為主題，舉個例子來說，《錯誤地帶》（Your Erroneous Zones）有幾章的標題如下：「為自己負責」、「選擇——你的終極自由」、「你不需要別人同意」、「脫離過往」、「打破傳統障礙」、「宣告獨立自主」³³，這本書的主要訊息說得很清楚：「根據你所做或未做的選擇，開始檢視你的生活，使你為自己的情形和你對自己的感受負起完全的責任。」³⁴類似的書如《掌握自我》³⁵和《自我創造》³⁶都很快就高居暢銷書排行榜。

整個消費主義需要迷人的產品、精美的包裝，最重要的是能簡單快速的消費。可惜這些條件很難符合真心檢視和改變生活觀與世界觀時所需的努力和深思，於是發生「降低水準」的情形——接受規勸——而暢銷書如《錯誤地帶》就告訴我們如何「結束拖延」：

坐下來開始做你拖延的事，開始寫一封信或讀一本書，簡單的開始會幫助你消除對整個計畫的焦慮……給自己一個特定的時段（比如星期三晚上十點到十點十五分），全心投入被你拖延的任務……戒菸，就是現在！開始節食……就是此刻！放棄酒精……就在這一秒！放下這本書，做一次伏地挺身，當成運動計畫的第一步。以這種方法處理問題……現在開始行動。做就對了！做出決定，在上床之前不覺得疲倦，不讓自己以疲累或生病做為逃避或拖延任何事的藉口。³⁷

或是《免除依賴》所說的：

給你自己五分鐘，看看你要如何處理生活中的支配者。試著說一次「不，我不想要」，然後測試別人的反應……不再接受別人的命令！³⁸

「責任」抓住公眾的目光，以責任為主題的專業工作坊在全國快速成長。例如，一九七七年到七八年間，好幾個地方都有一個大型工作坊，名稱是「為自己的生活負責」（副標題是「照顧健康的心理學，個人責任的角色」），課程包括：羅洛·梅，演講的主題是個人和靈性自由的存在掙扎；艾里斯（Albert Ellis），根據他的理情治療談個人性慾、親密的成長與改變的責任；拉薩魯斯（Arnold Lazarus），討論多重模式治療（他寫的書《如果我想要，我就能》³⁹就是描述這種自我療癒的方式）。工作坊的其他主題還包括行為學派的壓力管理，幫助努力鞭策自己的病人（A型人格）改變行為模式、壓力與生理回饋、克服害羞、東方的自我控制方式（靜坐）、改變「不變的」習慣模式。最有趣的是把各式各樣的臨床方法匯聚在同樣的課程裡，以往沒有人會認為這些不同的方法會有共同的主題，現在卻把它們聚集在「責任」的標語之下。

EST

大量推銷「承擔責任」最明顯的莫過於est，這是一九七〇年代商業宣傳最成功的成長工作坊。由於est的成功和它對責任概念的關切，所以應該對它做特別嚴格的檢視【譯註】。

【譯註】est全名是Erhard Seminars Training，意為艾哈德研討訓練課程。

est是由華納·艾哈德（Werner Erhard）創立，是經過巧妙包裝、大量生產、獲利豐厚的公司，標榜追求個人成長的大團體治療方式，短短幾年就從一人公司變成大型企業。到一九七八年時，畢業學員已經超過十七萬人，收入總額超過九百萬美金，支薪的工作人員達三百人，不支薪的義工則高達七千人，諮詢顧問包括著名的商業主管、律師、大學校長、加州大學醫學院前任校長、知名的精神科醫師、政府官員和廣受歡迎的藝人。

est的形式包括大約兩百五十人的大團體，用兩個週末接受訓練師以各種結構化的練習指導、互動、侮辱、衝擊和引導。雖然est套裝課程的大雜燴技巧是借自科學論派、心智動力學、會心團體、完形治療、禪修⁴⁰的個人成長技巧，但基本要旨則在於承擔責任。學員和est領導者的話表明得非常清楚：

領導者解釋：「我們每一個人都是不同的，因為我們各自做出不同的選擇。我們的生活會卡住，是因為無法選擇，當你做了選擇，生活就會向前走。選擇通常可以歸結為單純的是或不。『我不知道』也是一種選擇——選擇逃避責任。」⁴¹

一位學員描述她參加工作坊的印象：

史都華（訓練師）怒喝：「當你負起責任時，就會發現自己並不是碰巧躺在鐵軌上讓火車碾過，你就是把自己放在那裡的白癡。」

責任的主題瀰漫訓練課程的每一部分，事實上，如果要我用幾個字來總結課程內容的話，就是我們每一個人是自身經驗的原因，要為自身經驗的每一件事負起責任。⁴²

承擔責任的主題是est課程問答的明確重點，在對答中，一位est訓練師強烈地論證一個人要為自己被搶劫而負責：

「你們每個人都是自身經驗的唯一源頭，所以要為你經歷的每一件事負起完全的責任。當你了解這一點時，就必須丟棄生活中百分之九十的廢話。漢克，你說是嗎？」

漢克看起來非常惱怒，率直地說：「我知道要為自己所做的每一件事負責，這一點我懂。可是如果我被人搶劫的話，為什麼要為自己被搶劫而負責呢？」

「漢克，你的經驗是什麼人造成的？」

「在這個例子中，是強盜造成的。」

「強盜能控制你的腦袋嗎？」

「我的腦袋和我的皮夾！」

（眾人大笑）

「你是否為那天早晨從床上起來而負責？」

「當然。」

「為自己走在那條街而負責？」

「對。」

「為了看見一個手上拿槍的人而負責？」

「為了看見他而負責？」

「對，看見強盜。」

「為看見他這件事負責？」

「對。」

「我當然會看見他。」漢克說。

「如果那時你沒有眼睛、沒有耳朵、沒有鼻子，皮膚也沒有感覺的話，就不會發現那位強盜，對不對？」

「好，我懂了。」

「所以你要為自己在那個時間、那個地點、身懷可能被搶的錢而負責，對不對？」

「好，我懂。」

「你選擇不要冒生命危險抗拒這個人，你選擇放棄你的皮夾，對不對？」

「如果有人手上拿槍，要我把錢交給他的話，並沒有選擇可言。」

「你是不是選擇在那個時間在那個地點？」

「對，可是那個傢伙的出現並不是我的選擇。」

「你看見他，不是嗎？」

「沒錯。」

「你有沒有負起看見他的責任？」

「為了看見他？是啊。」

「那就是了：每一件你經驗的事情都不存在，除非你經驗了它。有生命的人經驗的每一件事都是那個人獨特的創造，他才是經驗的唯一來源。醒醒吧，漢克！」⁴³

大部分est學員在討論他們的收穫時，最強調的都是承擔責任。有位est學員說：

人會了解他們創造了自己的背痛、偏頭痛、氣喘、潰瘍和其他病痛……疾病並不只是剛好發生在我們身上。看到一個又一個人起身承認只有自己要為身體的病痛負責，實在是不凡的經驗。一旦人誠實面對生活中的經驗，他們的病痛就消失了。⁴⁴

下面的對話中，一位est訓練師甚至進一步論證一位男性要為妻子罹患癌症負責：

「憑什麼要我為太太得癌症負責？」

「你要為太太行為表現所創造的經驗負責，你選擇同意別人，把那個病稱做癌症。」

「可是癌症不是我造成的。」

「佛瑞德，我知道對你來說，我的話很難符合你的信念系統，你努力了四十年，建立自己的信念系統，我知道你現在盡可能開放心胸，可是四十年來相信事情發生在外面，你是個被動無辜的旁觀者，不斷被汽車、巴士、股市崩盤、神經質的朋友和癌症所輾過。我了解，這個房間裡的每一個人都活在相同的信念系統裡。我，是無辜的；外在的現實才是有罪的。可是這套信念系統沒有用！它只是你無用生活的一個理由。真正重要的現實是你的經驗，你是自身經驗的唯一創造者。」⁴⁵

「你是自身經驗的唯一創造者」，這句話非常類似沙特關於自由和責任的許多說法。est的核心就是承擔責任，它似乎處理某些重要卻模糊的概念，以醒目的語言重新表述，好像容易了解、加州式的「通俗」沙特。如果對哲學思維的這種巧妙運用是有效的話，許多專業治療師就該向est的方法多多學習。

但是它有用嗎？可惜我們對這個問題並沒有確切的答案，並沒有針對est做過對照結果的研究；est學員的結業證明書雖然為數眾多，卻不能據此測量其有效性。每一種新的個人成長技術，從訓練團體、會心團體、裸體會心團體、馬拉松團體，到伊沙蘭身體覺察、心理劇、羅夫按摩、溝通分析、完形治療、生命泉（lifespring）和喜納能（Synanon）【譯註】，都有類似的大量結業證明。可是這麼多方法的自然演變史（est的歷史也是如此），都有一段前途光明的悸動，然後逐漸衰弱，最後被下一個技術取代。各種學派的學員其實都曾參加並忠誠擁戴過別種學派。這種歷史的背後意義是什麼？豈不是讓人懷疑這些方法是否有真正紮實持久的效果嗎？

後續的追蹤研究顯示相當高比例的est學員認為學到的經驗是非常正向而有建設性的，不過，評估研究時必須小心謹慎，因為研究的設計並沒有包括足夠的對照組；許多實證研究顯示，評估結果時最容易犯錯的就是單純的追蹤研究，這種研究的本質就好像把證明書匯集起來一樣。如果只針對研究設計的某一點來檢視的話，就要考慮自我篩選的問題，

【譯註】後兩者都是七〇年代的成長課程，譯者不知是否曾引入台灣，故自行意譯或音譯。

誰會選擇參加est？選擇參加的人要交一大筆錢、忍受疲累的週末，有沒有可能本來就是準備改變的人才會參加，而不是課程內容造成的呢？

答案很肯定，對！根據安慰劑反應、受試者的期待，和志願者的心理態度所做的研究，結果顯示個人相當受到參加工作坊之前的因素所影響。這種傾向當然使研究難以進行：召集志願者參加個人成長方法（比如會心團體），然後將其結果對照相同數目的非志願對照組的一般設計有很大的缺陷，因為主動參加成長團體或工作坊的人，會向自己做出體驗的承諾，渴望自我成長，並有高度的期望（部分是出於團體之前的有效宣傳）。這些人一向被大部分成員視為成功的人，要否認其益處，會造成很大的認知差距。團體之後的「興奮」、閃閃發光的證書，都是隨處可見的，只有特別無能的領導者才會在這種氛圍中失敗。

如果沒有可靠的證明來看結果，我們可以依據什麼來評估呢？我認為如果檢視est的內在證據，就會發現有嚴重而令人擔心的不一致情形。est雖然自稱目標是承擔責任，但同時又是非常高度結構化的課程，est的週末營有許多強制實施的基本規則：不可飲酒、用藥、吃鎮靜劑，或是戴手錶；除了四個小時的浴室時間，都不准進浴室；隨時都要戴上名牌；不能移動椅子；嚴守時間規定，遲到會被處罰不准進入或是受到公開羞辱⁴⁶；除了用餐時間，都不許吃東西，還得丟掉藏在口袋裡的零食。

許多est畢業的學員志願當義工，從他們描述的經驗來看，他們非常高興能放棄自主，沈浸在權威的光芒中。一個身為臨床心理學家的est志工說：

我下一個任務是準備名牌，必須十個放成一列，彼此分開，一列一列之間要完全平行。我現在發現est非常注意細節，每一件雜務的指示都精確到好像有一本絕佳的指導手冊，他們要求我以同樣的精確來執行任務。

整理完名牌，我接著處理桌巾……每一條桌巾的四角都要弄得方正，必須接近地面，但不能碰到地上……我尊敬地看著站在一旁督導的人告訴我：「碰到地面了。」……

我非常仔細地重鋪桌巾，方正的四角非常完美，垂下的桌巾長度剛剛好，我完成了這項工作，用est的話來說就是「完全在經驗中完成工作」。⁴⁷

「完全平行的排列」、「非常注意細節」、「精確到好像有一本指導手冊」、桌巾垂下的「長度剛剛好」。從這些對順從與結構的渴望之中，能看見自由與責任嗎？更讓我困擾的是，我在工作坊看到核心幹部的穿著都像艾哈德一樣（藍色的運動上衣、敞開領口的白色襯衫，灰色的寬鬆長褲），髮型也和艾哈德一樣，談話也像艾哈德一樣壓低聲音，以近乎宗教的口氣談論est。再看看其他義工的描述（這是我從est寄給我、讓我了解這個機構的書中，隨意選取的段落，這些書都經過艾哈德的認可）：

一位志願清掃艾哈德在舊金山辦公室的年輕婦女告訴我，她被詳細指示要如何做這個工作，「我必須徹底擦拭每一件物品，比如茶几上的東西，然後照原來的位置放回去，不能有毫釐之差。」⁴⁸

被指派清掃總部廁所的人說，在est做這項工作只有一種方式，他很驚訝地發現用est的方式清掃廁所，竟要耗費全副心力。⁴⁹

我們被教導在當「接待員」時要面帶笑容……（其他時候）則保持撲克臉。我和督導員討論這件事，他簡明地說：「協助的目的就是協助，認真做當下要做的事，該幽默的時候就要幽默。」⁵⁰

一位執業心理師描述她的志願工作：

週末的最高潮就是我畫出最簡便的上廁所路線圖時，負責後勤的人告訴我：「謝謝你，你寫的指示實在很棒。」哇！我為此興奮了好幾個小時。⁵¹

以「正確」的方式做事，用est的方式清掃廁所，把茶几上的東西精確的放回去——沒有毫釐之差，在「幽默時間」說幽默的話，因為畫出上廁所最簡便的路徑得到稱讚而「興奮了好幾個小時」。這些話反映出失去自由時的滿足，放棄自主、背負重擔時的喜悅。

許多est學員的話反映出的不是個人的力量感，而是為更高的存有放棄自己，放下自己的判斷與決定，最重要的莫過於聖者的笑容。一位est義工說得很妙：

當工作沒有完成時，艾哈德的聲音會變得很大聲。我嚇了一跳，可是我知道他愛我。他的聲音聽起來是在生氣嗎？這只是為了讓你以艾哈德想要的

方式來完成工作。⁵²

艾哈德成為比生活更重要的人，他的瑕疵受到「修飾」，他的缺點轉成美德，他的天賦變成神奇的本領。一位臨床心理師寫下第一次看到艾哈德時的印象：

在那之前，我不曾見過艾哈德。朋友告訴我：「他會使你覺得自己就是全世界，好像別的東西都不存在似的。」準八點時，燈光變暗，艾哈德出現了……看起來比他四十歲的年紀年輕許多，他的皮膚和眼睛清澈得令人難以置信，身上穿著剪裁精美的米黃色夾克，領口敞開的白襯衫，黑色的寬鬆長褲。觀眾起立鼓掌，艾哈德來到他們之中。⁵³

觀眾坐定後，把焦點都放在這位富有魅力、吸引人（但不怎麼英俊）的男人身上，他的身材好像網球選手，眼神像一位先知。⁵⁴

「眼睛清澈得令人難以置信」、「眼神像一位先知」、「艾哈德來到他們之中！」這種宣告代表失去個人的判斷和自由，促使另一位也是臨床心理師的est學員寫道：「我越展望est機構整齊劃一的核心團隊，就越看見混亂沒有秩序的優點。」⁵⁵所以，針對est最主要的批評，並不是過分簡化（這可能是一種優點），也不在於大量生產（每一種偉大的思想體系都需要通俗化），而在於其基本上是矛盾的。獨裁主義不可能培養出個人的自主，而是必然扼殺自由。est假定可以透過獨裁的手段產生個人的負責感，這完全是一種詭辯。究竟什麼是產物，什麼是手段呢？就如佛洛姆教導我們

的，逃避自由的願望深植人心，我們會竭盡所能地逃避責任、擁抱權威，甚至在必要時假裝接受責任。獨裁主義的手段有沒有可能變成產物呢？也許從一開始就是如此，我們永遠無法確知！

責任與心理治療的研究證據

責任和心理治療的關聯在於兩個彼此相關的論點：「逃避責任對心理健康不好；在心理治療中接受責任則能使治療成功。」以下我要檢視現成的研究，看看是否有支持這兩個論點的實證證據。

首先必須體認這兩個論點是過度簡化的說法，例如，有些防衛機轉的本質會導致逃避責任（比如無辜的受害者、外化、失控），而且會造成適應不良，可是有些防衛機轉會使人保持良好的狀態（比如相信恩典或聖者，可以增強社交能力）。相反的，有些人過於全然、開放地面對責任，卻沒有內在的資源面對由此而生的焦慮。人要面對自己的存在處境和其中固有的焦慮，必須擁有相當程度的「自我」力量。

逃避責任對心理健康不好嗎？

要證明逃避責任對心理健康不好，並不容易，因為研究者並沒有直接研究「責任」或「自由」，搜尋電腦並沒有找出任何這方面的實證研究。正式的疾病分類中，並沒有「責任」這個字眼，而心理治療的研究中，也看不到逃避或接受責任的觀念，因此我以間接的方式來找文獻資料，尋找是否有和責任可能相關的研究，最有關的構想就是第四章討論的控制觀【註一】。外在的控制觀或可視為不接受責任，如果逃

避責任對健康「不好」的話，就可以預期外在控制觀與不正常的個人功能成正相關。我發現研究顯示外在控制觀和內在控制觀比起來，會有較多的能力不足感⁵⁶、較大的情緒困擾⁵⁷，也比較緊張、焦慮、不友善、混亂⁵⁸、成就較低、政治上較不積極、較容易接受暗示⁵⁹、想像力較差、更容易覺得挫折，也較常憂慮⁶⁰。精神分裂病人常被評為外在控制觀⁶¹；嚴重的精神病人比輕微的病人更傾向外在控制觀⁶²。

控制觀研究最多的疾病是憂鬱症，由於憂鬱病人有明顯的無助感和宿命論，即使是未受過訓練的觀察者也看得出這種病人不相信自己有行動的力量，不相信自己有力量影響其經驗世界。許多研究顯示憂鬱病人具有外在控制觀，由於無法正確地理解行為和結果之間的關係，而發展出極度的無助感和絕望感。⁶³

關於憂鬱症有一個重要的理論，就是「學習來的無助」（learned helplessness），這是塞利格曼（Martin Seligman）提出的模式，假定憂鬱症的各種成分（情感、認知、行為），是由於在早期生活學到自己無法控制結果（亦即獎賞或處罰）⁶⁴。一個人若是認為自己的行為和結果並沒有因果關係時，不但會停止以有效的方式來行動，更會開始表現出憂鬱症。把這個模式的假設轉換成存在的用語，就是那些相信自己無法為發生在自身的事負責的人，會為此付出沈重的代價。雖然他們逃避了覺察責任時產生的存在焦慮，但可能像塞利格曼所說的，發展出宿命論和憂鬱症。

【註一】控制觀從表面的層次測量人是否接受個人對自身行為和生活經驗的責任；或是相信發生在自己身上的事與個人行為無關，是個人無法控制的。接受責任的人被視為「內在的」控制觀，拒絕接受的人則是「外在的」控制觀。

「學習來的無助」這個憂鬱症的模式來自實驗室的研究，根據的是實驗動物在面臨無法避開的壓力時，會變得比較不會躲避隨後可避開的壓力。例如，受到無法避開的電刺激的狗，和接受可避開的電刺激或沒有受到電刺激的狗比起來，比較不會躲避接下來可避開的電刺激⁶⁵。許多人嘗試以類似的實驗設計來研究人類。例如，受試者在相當於動物實驗箱⁶⁶的情境中，接觸無法避開的噪音，接下來測試他們是不是比較不會躲避可避開的噪音，或是測試他們解決問題的能力是否變差⁶⁷。

結果顯示這些人在實驗室中「學到」自己的行為無法使他們擺脫其處境時，接下來的適應行為有受損的情形。此外，克蘭（David Klein）和塞利格曼發現憂鬱的病人（並沒有接受無法避開的噪音）的行為表現，相當於沒有憂鬱症卻接受無法避開的噪音的人⁶⁸。米勒（William Miller）和塞利格曼在解決問題的實驗中，也得到差不多的結果⁶⁹。在其他實驗中，發現憂鬱的受試者對實驗任務未來是否成功的期望較低（和沒有憂鬱症的受試者相比），而他們的期望也不會受到增強法的影響【註二】⁷⁰。

總結來說，控制觀是受到廣泛使用的心理學工具，在觀念上可以類比為責任的接受或逃避，也提供一些證據顯示逃避責任（外在的控制觀）與某些形式的精神病理有關，特別

【註二】憂鬱症學習來的無助的模式，和貝可（Aaron Beck）⁷¹提出的憂鬱症認知模式，有個觀念上的有趣矛盾。後者假設憂鬱症病人的特徵是負面的預期以及容易過度承擔後果的責任，以致於常常為自己顯然無法控制的事自責（例如，精神病性憂鬱症的病人可能為了戰爭或自然災害而自責）。亞布蘭森（Lynn Abramson）和沙坎（Harold Sackeim）在一篇精采的回顧文章中，談到這個仍然無解的矛盾。⁷²

是憂鬱症。學習來的無助是憂鬱症的實驗典範，提供了進一步的確認。

關於控制觀或責任態度的源起，研究告訴了我們什麼？有證據顯示內在和外在控制觀的前因在於早期的家庭環境：一致、溫暖、關心、有反應的氛圍是發展內在控制觀的先驅；善變、無法預期、較不友善的氛圍（較常見於低社經階層），則容易引起個人的無助感和外在控制觀⁷³。手足的排行也有影響，老大較傾向於內在控制觀（可能是因為他們較為家事和自己的行為負責，也常常要負責照顧弟妹）⁷⁴。

心理治療能促進責任的覺察嗎？這樣是否有益呢？

有好幾項研究調查治療結果和控制觀變化的關係。吉里斯（John Gillis）和傑瑟（Richard Jessor）證明情況改善的住院病人從外在的控制觀轉成內在的控制觀⁷⁵。杜厄（P. S. Dua）報告一項行為治療計畫使行為不良的青少年增加內在的控制觀⁷⁶。諾維克（Stephen Nowick）和伯尼斯（Jarvis Bernes）證明透過夏令營的有效訓練，使貧民區青少年增加內在控制觀⁷⁷。好幾項關於經驗性會心團體成員的研究，發現團體經驗使成員轉向內在控制觀⁷⁸。可惜這些研究的貢獻有限，因為缺乏精確的研究設計，也完全沒有對照組或「未治療」的對照組因而無法排除霍桑效應的影響（Hawthorne effects）—【譯註】。此外，這些結果只能證明其關聯性，但無法說明病人是因為控制觀的改變而進步，還是因為進步而改變控制觀。

另一種研究取向是調查病人在結束治療後的主觀報告，

【譯註】指心理因素對效果的影響。

如果詢問病人覺得治療的什麼部分特別有用，他們通常指出是個人責任的發現與承擔。我和同事研究二十個成功的團體治療病人時，使用含有六十個項目的Q分類測驗【註三】，以反映治療中的「改變機轉」⁷⁹。這六十個項目分成十二種「療效因素」（每一種因素包含五個項目），這些因素分別是：一、宣洩作用，二、自我了解，三、認同（亦即認同其他成員甚於認同治療師），四、重現家庭經驗，五、灌注希望，六、普同性（亦即了解別人也有類似的問題），七、團體凝聚力（別人的接納），八、利他性（對別人有幫助），九、建議和勸告，十、人際學習的「輸入」（了解別人如何看自己），十一、人際學習的「輸出」（改善人際關係的技巧），十二、存在因素。」

「存在」的範疇包括五個項目：

- 一、體認生命有時是不公平的。
- 二、體認人生終究難以逃避某些痛苦，也無法逃避死亡。
- 三、體認我和別人無論如何親近，終究要面對生命的孤獨。
- 四、面對自身生死的基本議題，而能更誠實的生活，較不會陷入瑣碎的事。
- 五、學會不論從別人得到多少指導和支持，仍必須為自己的生活方式負起最終的責任。

【註三】病人將六十個項目（每一項寫在一張單獨的卡片上）依據強迫分類的方式，從「極有幫助」到「極無幫助」間的七個等級分類。

這個研究的治療師並非以存在為取向，而是以互動為基礎的傳統團體，「存在的因素」幾乎都是根據事後的想法添加上去的。所以把結果列表出來時，我們非常驚訝地發現許多病人認為傳統治療內容沒有的「額外」項目是非常重要的。存在的因素在十二項類別中排名第六（把各個項目的總分平均之後所得的排名）。第五項「學會不論從別人得到多少指導和支持，我仍必須為自己的生活方式負起最終的責任」得到特別高的分數，在全部六十個項目的重要性，被病人評估為第五名。

約克（D. York）和艾斯曼（C. Eisman）針對十八位藥癮和酒癮的人重複這項實驗，他們接受六個月每週六天的密集心理治療（非常強調團體方法），還有十四位藥癮者的家長也接受密集的治疗計畫，結果發現「責任」也常被病人評選為重要的項目（在六十個項目中，一個團體評為第一，另一個團體評為第二）。⁸⁰

德瑞爾（J. Dreyer）把「療效因素」運用到精神病院的住院病人，在剛入院和八天後分別評估。他發現大部分病人在進入急性精神病房時，所預期的主要幫助模式是別人給予具體的勸告或建議，以幫助他們處理主要的人生問題，可是到治療第八天時，大部分人改變了想法，知道自己必須承擔較大的個人責任，而不是相信來自別人的幫助。⁸¹

在一項針對提升女性意識的團體效果的廣泛研究中，李伯曼（Morton Lieberman）等人報告「重複與團體成員面談後，顯示出一個關懷主題：『只有我要為自己的快樂負責』」。⁸²

荷樂維茲（Leonard Horowitz）研究四十位病人的三次

面談錄影帶（第一次是在治療之前，第二次在治療後八個月，第三次在治療後十二個月），計算每一個病人說「我不能……」、「我必須……」或與之相近的說法（「我無法……」、「我一定要……」、「我需要……」等等）的次數，發現隨著治療的進行，這些說法會明顯減少、比較沒有無力感，並逐漸承擔起個人的責任。⁸³

這些資料都認為心理治療成功的病人會越來越覺察個人對生活的責任，看起來，有效治療的結果不只是學會治療和生活中的關係與親密（也就是與別人的關係中，我們能得到什麼），也要發現關係的限度（也就是不能從別人得到什麼）。

治療師的風格：研究證據。病人（特別是想要逃避責任的病人）比較喜歡主動、指導式、安排會談結構的治療師（比如認為治療師會提出什麼良好的指導），有三個運用控制觀的研究為這種傾向提出研究證據。

海威格（G. C. Helweg）請精神病人和大學生觀看兩位治療師進行會談的影片（一位是非指導性的面談者羅傑斯，另一位是極端主動指導式的面談者艾里斯），然後請各人選出自己最喜歡的治療師。外在控制觀的受試者（也就是逃避責任覺察的人）比較喜歡主動、指導式的治療師。⁸⁴

傑寇普森（R. A. Jacobsen）請行為學派和精神分析導向的治療師製作其治療流程圖，然後請受試者選擇自己喜歡的治療師，發現外在控制觀的人喜歡指導式、行為學派的治療師，而內在控制觀的人喜歡非指導式、精神分析治療師⁸⁵。威爾森（K. G. Wilson）以類似的技巧發現關鍵變數在於治療師對控制和參與的立場（從病人的理解來看），內控者會選擇他們覺得能讓病人在治療過程中完全參與和控制的治療

師。⁸⁶

逃避責任的病人（也就是外在控制觀）的問題，在於選擇主動、指導式的治療師可能弄巧成拙——得到的控制並不是所需要的控制。越是主動而有說服力的治療師（即使表面上是幫助病人承擔責任），越容易把病人當小孩子看待。

我和同事進行的一項研究結果，就可以看出這一點⁸⁷。我們研究十八個會心團體，每一個團體都是在十週的期間聚集達三十個小時，領導者分別來自不同觀念的學派。觀察者為領導者行為的所有面向評分，包括整體的活躍程度、評論的內容、執行功能（設定界限、規則、規範、目標；時間的安排；步調、停止仲裁）的等級，以及結構化練習的數目（也就是治療師要求團體進行的特定任務或練習，比如回饋練習、困境練習、心理劇）。所有領導者都會運用結構化練習，有些人在每次聚集都使用許多結構化練習，有些人則很少。我們分析領導者行為和結果（自我價值感、適應機制、人際風格、同儕評價、生活價值等等）之間的關係，發現一些有趣的關聯：

- 一、執行功能的數量和結果之間有曲線關係，換句話說，中庸之道最好，太多或太少的結果都不好。太多的執行功能導致過度結構化的獨裁團體，成員無法發展自主感。太少執行功能的自由放任風格則產生困惑掙扎的團體。
- 二、領導者運用越多結構化練習，在團體剛結束時，會有越多成員認為治療師能力很強，可是在六個月之後評估成員結果時，治療成功的人就越少。

第二項發現的寓意非常明顯：如果你想讓病人認為你知道自己在做什麼，就要當個主動、強而有力、結構性的指導者。可是要做好心理準備，接受這個事實——這種策略會妨礙病人的成長，可能阻止病人承擔責任。

責任的限制

責任的觀念對心理治療非常重要，從務實的角度來看是正確的、「有效的」，接受責任使人得到自主與充分的潛力。

可是這個真理能適用到什麼程度？許多治療師在專業上提倡責任，可是在他們內心和思想體系中卻偷偷相信環境決定論。我多年來治療心理治療師，包括個別治療和心理治療師組成的治療團體，發現心理治療師（我沒有排除自己）常常保有雙重標準：病人組成他們的世界，並為此負責，可是治療師本身卻活在全然客觀、結構化的世界中，盡力適應事情的「真相」。

治療師和病人雙方都會為這種不一致的信念系統付出代價。治療師提倡要承擔責任，卻又洩露出暗中的懷疑；他們無法說服病人相信他們自己都不相信的事。他們的潛意識同情病人的抗拒，結果很快落入陷阱之中。例如，治療一位沮喪的離婚婦女，她極度渴望尋找另一位伴侶，治療師一開始可能努力幫病人承擔責任，她的抗拒勾起治療師內心的迴響，開始想：「病人看起來像個有吸引力的人，我們的文化對單身的四十八歲女性過於粗暴，單身者常常不受歡迎，舊金山很少有迷人正直的單身男性。她需要為生活而工作，使她沒有機會認識別人。也許她是對的：只要出現理想對象，

她的問題百分之九十就會煙消雲散。這個病人是命運造成的結果。」於是治療師與病人的抗拒結合起來，很快就簡化成建議遇見男人的方法：單身俱樂部、電腦約會、單親家長等等（好像病人無法自己做這些計畫似的）。

直到確實出現「理想對象」，卻沒有出現「從此幸福快樂」的結果時，治療師才真正得到教訓。「理想對象」可能不夠帥、太依賴或太獨立、太貧窮或太有錢，或是太酷了；再不就是她不想放棄自由，或是拚命抓著他不放而把他嚇跑，或是她過於焦慮而扼殺了自發性，使他發現她空洞無趣。事實上，治療師終究會發現對親密感到衝突的人，有無數的方法來動搖其親密關係。

治療行為中的雙重標準顯然也會影響所有其他的關係，治療師必須檢視他本身對責任的信念，然後達到一致的立場。環境和個人自由的關係是非常複雜的，人是否親自雕塑他的命運呢？或是如史金納（B. F. Skinner）之類的環境決定論者宣稱的，人完全由環境的種種情況所決定的呢（「人無法影響世界，而是由世界影響人」）⁸⁸？

一般說來，決定論者和相信自由意志者之間的辯論，邏輯和現實似乎站在決定論者那一邊；自由意志論者比較「軟弱」，只能訴諸無法測量、情緒性的論點。於是心理治療師陷入兩難，希望治療有效，就必須是自由意志論者；可是許多具有廣泛科學背景的人，不論是實驗或社會心理學、或是生物學和醫學的背景，都發現自己雖然想憑信心接受自由選擇的觀點，卻又偷偷相信決定論者的說法是無懈可擊的。

不過，有一些關於個人責任立場的堅實論據，一部分有實證研究的支持，或可提供治療師一個脫離兩難的方法。首先必須認清毫無例外的環境決定論是一種極端的立場，不再

能得到「堅固」實證研究的全然支持。史金納辯稱我們既然是由環境所決定，所以每個人都可以藉操縱環境來操縱行為；可是這個論點本身是自相矛盾的，究竟是由誰來操縱環境呢？甚至連最狂熱的決定論者都不能宣稱由於我們是由環境決定的，所以要改變環境，這種立場顯然會導致無止盡的退化。如果我們操縱環境，就不再是由環境所決定的；相反的，環境是被我們決定的。賓斯旺格在一九三六年一篇慶祝佛洛伊德八十歲生日的文章提到這一點，他發現佛洛伊德個人的境界和水準正是他的決定理論有其限制的絕佳例證：

我們的生活由生命力來決定，這個事實只是真理的一面；另一面則是我們把這些力量判定為我們的命運。只有把兩面放在一起，才能解決精神正常和不正常的整個問題。以鐵鏈打造命運的人，好比佛洛伊德，是最不足以駁斥這個事實的人，因為他們藉著語言的媒介所創造的藝術成果就足以證明這一點。⁸⁹

班杜拉（Albert Bandura）在一九七四年美國心理學會的理事長致詞中，把這個觀點稱為「交互決定論」（reciprocal determinism），並區分潛在的環境和真正的環境有何不同：雖然所有人可能有相同的潛在環境，可是每個人其實會調節自己的環境。⁹⁰

科學家曾研究精神分裂和正常兒童在特別多樣化的迷人設備的環境中，有何不同表現，這些設備包括電視機、留聲機、彈珠檯、電動火車、幻燈機

和電子琴，小孩只要在設備的燈亮時丟入錢幣，就可以啓動這些設備，可是如果在燈沒亮時丟入錢幣的話，反而會延長設備無法運轉的時間。正常兒童很快就學會如何利用環境，為自己製造非常有收穫的情境；相反的，精神分裂兒童無法掌握簡單的控制技巧，反而覺得有相同潛力的環境是匱乏、不愉快的地方。⁹⁰

所以在行為和環境間有一種交互的關係——行為能影響環境。班杜拉指出：「我們很熟悉容易產生問題的人，他們透過自己的行為遭受處罰，而預期在任何地方都會遇到負面的社交氛圍。其他人則以同樣熟練的技巧，從互動中得到最好的結果。」反過來說，每個人所創造的環境也會影響未來的行為。環境和行為是交互影響的，環境不是既定的事實，而是和行為一樣有原因的。班杜拉聲稱：「在沒有方向的環境決定論者所發現的每一隻小雞身上，社會學習理論家都能回推之前的原因，而找出原先的雞蛋。」

大量實證研究支持交互決定論的立場，這項素材已經在別處回顧過⁹¹（《美國心理學家期刊》，一九七八年第334至358頁），我不打算引用，只說明這是一份豐富精確的資料，內容引用的領域包括人類溝通互動、期望理論、個人喜好和大眾傳播內容的交互關係、認知與知覺、自我系統的自我調節功能（亦即自我的精神控制學模式），以及生理回饋。

雖然許多自由意志論者樂於接受交互決定理論提供的意外實證支持，可是仍有許多人會說這些證據還不夠充分，認為這是社會心理學方法和行為實驗方法的致命缺點，這個缺

點在於依變項是「行爲」【譯註】。班杜拉討論自由和決定論的關係時，一開始就提出這個從行爲主義學家的觀點來看是不證自明的論據：

在一個大城市中，個人要決定在眾多選擇中看哪一部電影時，並沒有受到什麼限制，所以個人的喜好是主要的決定因素。反過來說，如果人陷在深水之中，不管他們的認知和行爲特質有多大的個別差異，那時的行爲都會非常類似。⁹²

對自由意志論者造成最大問題的句子，就是人陷在水中時的行爲會「非常類似」，爭議點當然在於「行爲」。測量選擇或自由時，怎麼能根據行爲來做標準呢？如果測量肢體的擺動、身體的活動或生理的指標，那麼人類的身體變化和行爲選擇當然真的會大幅縮小差異，就像任何其他生物一樣，可是即使水已經淹到脖子，人類還是有自由的：選擇對這個處境有什麼樣的感受、採納什麼態度，有可能是勇敢、堅忍、宿命、足智多謀或恐慌的，心理可以有的選擇範圍是沒有止境的。伊比鳩魯（Epictetus）在大約兩千年前說：

我必須死，我必須被囚禁，我必須面臨流亡。
可是我必須呻吟而死嗎？我必須哭訴嗎？有人能阻止我面帶微笑地流亡嗎？主人威脅要把我綁起來，你說什麼？把我綁起來？你可以綁住我的腳，沒錯，可是綁不住我的意志，不，即使天神宙斯也無法征服我的意志。⁹³

【譯註】依變項是指由其他變項所預測或推估的變項。

這並非不重要的謬論。溺水的人擁有自由，這個意象雖然看似荒唐，但隱藏在意象背後的原則卻有很大的意義。人對自身處境的態度正是人之所以為人的關鍵，只基於可測量的行爲來斷定人性，是對人性的扭曲。我們無法否認環境、遺傳和偶然事件在人的一生中佔有某種分量，可是環境的限度是很明顯的，就如沙特所說的「逆境係數」（coefficient of adversity）⁹⁴，所有人都會面臨影響生活的自然逆境，例如，許多偶發事件都可能使任何人找不到工作或配偶，包括身體的缺陷、教育程度不足、健康不佳等等，但這不表示我們在這種處境中毫無責任或選擇，我們仍然有責任，對自己在不利條件中能做什麼有責任，對不利條件的態度有責任，對痛苦、憤怒、沮喪這些增加原初「逆境係數」作用而使人被打敗的情緒有責任。例如，許多人雖然缺少受到好評的外表吸引力，可是他們的作風和魅力卻能超越缺少吸引力的身體特徵（我相信這就是林肯說「年過四十歲的人要為自己的相貌負責」的意思）。當所有部分都失敗時，當難以克服逆境係數時，人仍然要為自己對逆境採取的態度負責，或是痛苦懊悔地生活，或是找出超越不利因素的方法，重新形成有意義的生活。

我有一位病人由於嚴重的身體殘缺，很難找到滿意的伴侶，她折磨自己，「選擇」相信生活若是沒有與男性的愛和性關係就沒有價值，她關閉了許多選擇，包括同性友誼的深刻滿足或與性愛無關的異性友誼。治療包括挑戰她的基本假設：人若沒有伴侶，就會一無是處（這個觀點一直受到社會的強化，對女性更是如此）。最後她終於了解自己雖然對身體殘障沒有責任，卻要為自己對殘障的態度，以及決定依附於導致嚴重自我貶抑的信念系統負起完全的責任。）

對外在「既定事實」（逆境係數）的體認與接納，並不是對外在環境抱持被動的態度。其實新馬克斯主義者和激進精神醫學的擁護者，常常對心理衛生運動發出這種譴責：忽略個體的惡劣物質環境，驅使人毫不懷疑地接受資本主義加諸於生活的命運。不過，完全接受責任不只是讓世界充滿意義，更是在可能的範圍內，有改變自身外在環境的自由和責任。重要的是能辨別真正的逆境係數。從這個角度來看，治療的終極任務是幫助病人重新認識自己所不能改變的部分。

身體疾病

個人的責任不只是對自己心理狀態的責任，許多醫學證據顯示身體的病痛會受到心理狀態的影響。在身體疾病中，身心相互依賴的領域非常遼闊，基於篇幅所限，只能簡單討論癌症這個特殊疾病最近與責任相關的發展，以提供恰當的方向。

佛洛伊德在一九〇一年出版的《日常生活的精神病理學》中，預示了壓力與疾病相關的領域，他認為意外傷害並非出於意外，而是心理衝突的表現；他描述「容易受傷」的人會遇到特別多的意外傷害⁹⁵。在佛洛伊德之後兩個世代的精神分析師發展出身心醫學的領域，發現許多內科疾病都會受到病人心理狀態的強大影響，例如關節炎、消化性潰瘍、氣喘、潰瘍性大腸炎。現代生理回饋技術、靜坐冥想、各種自動調節的機轉引發大量研究興趣，想了解人的控制和責任對自主神經系統掌管的身體功能有何影響（自主神經系統是神經系統的一個分支，長久以來被視為「不受意志控制的神經系統」）。

癌症之類的疾病長久以來被視為個體無法控制的疾病，

但現在已把個人責任的觀念運用到這類疾病的治療。癌症一直被視為外來疾病的原型，它毫無預警地攻擊病人，幾乎無法影響其發病時間或病程。最近有大量宣傳試圖徹底改變對待癌症的態度，促使病人檢視自己在疾病中扮演的角色。西蒙頓（O. Carl Simonton）⁹⁶是放射腫瘤學家，率先帶領這項嘗試，提出以心理為依據的癌症療法。他的原理是根據當前的疾病理論，認為人一直都有癌細胞，但人的身體會抗拒這些細胞，除非抵抗力因為某種因素而降低才使人容易罹患癌症。有大量證據強調免疫系統和荷爾蒙的平衡受到影響時，會使人對疾病的抵抗力降低。西蒙頓推斷：如果這項證據得到進一步支持的話，心理力量很可能就是影響癌症病程的主要因素。

西蒙頓的治療方法包括每天的觀想，病人先專注於一個象徵影像，先想像癌症出現，然後觀想身體防衛的某種象徵影像打敗癌症。例如，一位病人想像癌症是一堆生漢堡，然後想像白血球是一群野狗狼吞虎嚥吃光漢堡。西蒙頓鼓勵病人檢視自己處理壓力的方式，對一位癌症擴散開來的病人，他提出的第一個問題就是：「你做了什麼，使這件事發生在你身上？」

就我所知，目前還沒有可靠的證據證明這種方法可以提高存活時間；對於一個做出這麼大的承諾，卻忽視簡單的研究以證實（或反駁）其主張的體系，我們必須抱持懷疑的態度。但是西蒙頓的方式教導我們在處理嚴重疾病時，責任的重要性，因為這些運用觀想的病人，即使身體沒有得到幫助，也因為對疾病承擔起更主動負責的態度，而常常在心理上得到幫助。這一點非常重要，因為無助和低落的士氣常常是治療癌症病人時的主要問題。癌症可能比任何其他疾病都

更容易產生無助感，病人覺得完全無法控制自己的狀況。罹患其他疾病的人（比如心臟病或糖尿病），有許多方式可以參與治療，他們可以節食、服藥、休息、遵守運動計畫等等；可是癌症病人卻覺得自己什麼也不能做，只能等待，等到下一個癌細胞在身體某處冒出來，這種無助感常常被醫生的態度擴大，醫生在決定治療過程時，常常不讓病人參與決定，許多醫生不願意讓病人知道病情，常常越過病人而與家屬討論關乎未來治療的重要決定。

可是，如果西蒙頓的方法根本沒有事實根據，並不能增加存活時間的話，是不是就是注定被戳破的謊言呢？還有什麼治療方法可以幫助那些無法接受西蒙頓的前提與方法的病人？我相信承擔責任的觀念可以為任何癌症病人提供治療的著力點，即使是病情已到非常後期的人也可以適用⁹⁷。首先必須注意的是，不論人的身體環境如何（亦即逆境係數），都要對自己抱持的態度負責。我治療罹患轉移性癌症的病人時（他們的癌細胞已經蔓延到身體其他部位，無法以手術或藥物治療），特別注意病人對疾病態度的重要差異，有些人陷入絕望，心理上已經提早死亡，有些研究認為這種態度也會造成身體提早死亡⁹⁸。有些如我在第五章描述的人，能超越疾病，把即將來臨的死亡當成催化劑而改善他們的生活品質。為自己的態度負責不必然代表要為自己的感受負責（不過沙特認為要為自己的感受負責），而是對感受所抱持的態度負責。法蘭克說明這一點時，講了一個笑話：

第一次世界大戰時，一位猶太軍醫和非猶太裔朋友坐在狐狸洞口，這位朋友是愛挑剔的陸軍上校。忽然槍聲大作，上校揶揄地說：「你很害怕，

不是嗎？這可以證明亞利安民族比閃族優秀。」醫生回答：「我當然害怕，可是誰比較優秀呢？親愛的上校，如果你像我一樣害怕的話，早就逃走了。」⁹⁹

處理癌症病人的治療師可以針對病人的無助和絕望提供許多幫助。我和同事在癌症病人的支持團體中，發展出好幾種方法來促進力量感和控制感¹⁰⁰。例如，癌症病人常常在醫病關係中有無力感，覺得被當作小孩子對待，我的團體清楚地針對這個問題，有效地幫助許多病人在醫病關係中承擔起責任。病人描述自己和醫生的關係後，團體成員會提出其他方法，以角色扮演讓病人練習用新的方法在醫生面前堅持自己的權益。病人學會要求醫生給予足夠的看診時間，了解自己的病情（如果他想要的話）；有些人則學會要求看自己的病歷和X光片；還有人則會在合理的情形下，拒絕進一步的藥物，承擔起最終的責任。

治療團體有許多病人透過社交活動發展出能力感，許多人為癌症病人的權利請願，為影響他們的政治議題而參選（例如義乳費用可以當報稅的扣除額）。最後，如前所述，團體治療師可以鼓勵病人承擔團體過程的責任，使他們重獲能力感，病人越了解自己能夠引導團體以符合需要（事實上，引導團體本來就是他們的責任），就越能增加每個人在其他生活面也承擔起責任。

責任與存在的內疚

試圖促進病人覺察責任時，治療師很快就發現治療舞台會出現一種不請自來的現象，就是內疚，這是責任的黑暗陰影，常常阻礙存在心理治療的過程。

存在治療中，「內疚」的意義與其在傳統治療的意義有一點不同，後者是指一種做錯事的感覺，是一種具滲透力而非非常不舒服的狀態，可以形容成焦慮加上自己很壞的感覺（佛洛伊德認為「內疚感和自卑感是很難區分的」¹⁰¹）。神經質的內疚和「實際」的內疚有一項區別，或是以馬丁·布伯的話來說，就是「內疚」和「罪惡感」間的區別¹⁰²。

神經質的內疚來自反對他人、違反古今禁忌、違背父母或社會公斷時所想像的過錯（或是對小小的過錯產生過大的反應）。「實際」的內疚則出自不利於別人的真正過錯。雖然主觀的不安經驗是相似的，可是這兩種內疚的意義和治療是非常不同的：神經質的內疚必須處理覺得自己很壞的感覺、潛意識的攻擊性，以及受處罰的願望；而「實際」的內疚必須以實際或象徵的方式適當補償。

心理治療的存在觀點使內疚的概念增加許多重要的層面。首先，完全接受一個人行動的責任，會減少逃避的出口而擴展內疚的範圍，不再能舒服地依靠如下的藉口：「我不是故意的」、「這是意外」、「我沒辦法」、「我是出於無法抗拒的衝動」。於是實際的內疚及其在人際交往中的角色，會在存在治療的對話中頻繁出現。

可是，內疚的存在概念所增加的重要性，不只是拓展了「負責」的領域。以最簡單的方式來說，人感到內疚不只是出於對別人犯的過錯，或是違反某種道德或社會的規範，也

包括人對自己所犯的過錯感到內疚。在所有存在哲學家，先是齊克果，然後是海德格，兩人把這個概念發揮得最淋漓盡致。重要的是海德格以同樣的字（schuldig）來指稱內疚和責任。他討論傳統對「內疚」的用法之後，說：「感到內疚同時也有負責的意思，也就是做為某件事的理由、作者，甚至是起因。」¹⁰³

所以人感到內疚的程度就像他對自己和世界負責的程度一樣。內疚是「此在」（也就是人的存有）的基本部分：「內疚感最初並不是起因於虧欠感，剛好相反，只有在原本感到內疚的基礎上，才可能有虧欠感。」¹⁰⁴海德格進一步引伸這個主題說：「『內疚』的想法有『不』的特徵。」「此在」一直不斷形成，「一直落在其可能性之後」¹⁰⁵。所以內疚與可能性或潛在性是密切相關的，聽到「良心的呼喚」時（也就是使人回頭面對自己「真實」存有方式的呼喚），人總是會「感到內疚」，內疚的程度會大到使人無法實現真實的可能性。

這個觀點非常重要，還有許多人將之發揮得更徹底（也較不隱晦）。田立克的貢獻與心理治療特別有關，他在《存有的勇氣》（The Courage to Be）討論人想到失去存有時的焦慮，並區分出三種來源的焦慮，亦即失去存有會以三種主要模式威脅存有，我已在別處討論過其中兩種（威脅客觀的存在——死亡，威脅精神的存在——無意義），第三種則與此處的討論密切相關。失去存有會對道德上的自我肯定產生威脅（使我們體驗自責的內疚與焦慮），進而威脅存有。田立克的話說得非常清楚：

人的存有不只是給予他，也對他有所要求。他要為存有負責；也就是說，他必須回答要使自己成為什麼的問題。問他的人就是他的審判者，也就是他自己。這種情形會產生焦慮，以相對的措辭來說，就是內疚的焦慮；以絕對的措辭來說，則是自我排斥或自我譴責的焦慮。人被要求使自己成為應該成為的樣子，實現自己的命運。自我肯定的人在每一項道德行為中促成自身命運的實踐，實現他潛在的可能。¹⁰⁶

田立克的觀點認為人「被要求使自己成為應該成為的樣子，實現自身的命運」，這句話引申自齊克果的觀念，齊克果描述一種來自不願意成為自己的絕望。自我反思（覺察內疚）能緩和絕望，卻不知道人仍然在一種更深形式的絕望之中¹⁰⁷。哈西德派的拉比蘇斯雅（Susya）也有相同的觀點，他在死前不久說：「當我到天堂時，他們不會問我『你為什麼不是摩西？』而會問：『你為什麼不是蘇斯雅？你為什麼不成為只有你能成為的樣子？』」¹⁰⁸蘭克敏銳地覺察這些問題，他認為當我們限制自己，避免太過強烈或敏銳的生活或實踐時，就會為我們未曾運用的生命而自覺內疚。¹⁰⁹

羅洛·梅認為可以從人與自身潛能的關係來了解壓抑的概念，而潛意識的概念則可以放大到涵蓋個人未得實現、受到壓抑的潛能：

如果我們要了解某個人身上的壓抑，就必須提出下列疑問：這個人與自身潛力的關係如何？他為什麼選擇或被迫選擇不去了解自己知道的事，而又

在別的層面知道自己其實知道？……所以不需要把潛意識想成不被文化接受的衝動、想法和願望的儲藏室，我認為潛意識就是人已知、卻又無法或不願實現的各種潛力。¹¹⁰

羅洛·梅在別處把「內疚」（即存在的內疚）描述成「正向而有建設性的情緒……知道事物的現狀與其應該成為的樣子有何差別。」¹¹¹所以存在的內疚（與焦慮）是符合心理健康的，甚至是心理健康所必須的。「當人否認自己的潛能，無法實現潛能時，他的狀態就是內疚。」¹¹²

這是由來以久的觀念，認為每個人都有獨特的潛能，渴望能加以實現。亞里斯多德的「圓滿實現」（entelechy，或譯為「元極」）就是指徹底實現潛能。七大原罪的第四項是懶惰，被許多思想家詮釋為「無法把人所知自己所有能做的都在生活中實踐的罪」¹¹³。在現代心理學中，這是非常流行的觀念，幾乎每一位現代人本或存在理論家或治療師的著作都會談到【註四】。雖然它有許多不同的名稱（「自我實現」、「自我認識」、「自我發展」、「潛能發展」、「成長」、「自主」等等），但背後的觀念很簡單：每個人都有與生俱來的能力和潛力，而且原本就知道這些潛能。無法完全盡一己所能來生活的人，就會體驗到被我在這稱之為「存在內疚」的深刻強烈感受。

例如荷妮成熟期的作品所牢牢依據的概念，就是人類在適合的情況下，會自然發展其內在潛力，就好比橡實會長成

【註四】著名的有布伯¹¹⁴、墨菲¹¹⁵、佛洛姆¹¹⁶、布勒¹¹⁷、艾波特¹¹⁸、羅傑斯¹¹⁹、榮格¹²⁰、馬斯洛¹²¹和荷妮¹²²。

橡樹一樣¹²³。荷妮的重要著作《自我的掙扎》(Neurosis and Human Growth, 直譯為「精神官能症與人的成長」), 副標題就是「為自我認識而奮鬥」。根據她的觀點, 精神病理起於不良環境妨礙小孩的成長, 無法認識自己的潛力, 因而看不見自己潛在的自我, 而發展出另一個自我形象——「理想化的自我」, 把生命能量放在其上。雖然荷妮並沒有使用「內疚」的說法, 但她顯然很清楚當人沒有完成自身命運時所必須付出的代價。她談到疏離感(與真正的自己分裂), 進而使人無視於自己真正的感受、願望和想法。可是, 人感覺到潛在自我的存在時, 會在潛意識層面不斷和「實際」的自我(就是實際活在世上的自我)比較。人的現狀和人可能狀況之間的落差, 會產生大量的自我輕視, 這是人必須用一生來妥善處理的問題。

馬斯洛受到荷妮極大的影響, 我相信他是第一個使用「自我實現」(self-actualization) 這個名稱的人, 他也相信人自然會實現自己, 除非環境對發展太過不利, 使人必須努力獲得安全感, 而不是努力成長(也就是說, 他們必須採取「滿足缺乏的動機」, 而不是「成長動機」)。

如果人的本質核心被否認或壓抑的話, 就會生病, 有時以明顯的方式, 有時以隱微的方式生病……這種內在核心非常纖細微妙, 很容易被習性和文化壓力戰勝……即使它受到否認, 仍然一直潛藏, 不斷要求得到實現……每一次與我們核心的疏遠, 每一個違反我們本性的罪過, 都會記錄在潛意識中, 使我們鄙視自己。¹²⁴

可是人要怎麼發現自己的潛力呢? 人怎麼在遇見它時認出它呢? 人怎麼知道自己迷失了呢? 海德格、田立克、馬斯洛和羅洛·梅都會同聲回答: 「透過內疚! 透過焦慮! 透過良心的呼喚!」他們一致同意存在的內疚是正向的建設力量, 是呼喚人回歸自己的嚮導。當病人告訴荷妮不知道自己想要什麼時, 她常常簡單地回答: 「你有沒有想過要問自己?」人存有的核心是認識自己的。穆勒(John Stuart Mill)在描述自我的多樣性時, 談到一種基本恆久的自我, 他稱之為「持久的我」¹²⁵ (enduring I)。沒有人把這一點說得比聖奧古斯丁更好, 他說: 「在我裡面有一個人, 比我本人更是我自己。」¹²⁶

一段臨床寫照可以說明存在內疚的嚮導角色。有位病人因為嚴重的憂鬱症和沒有價值的感覺找我會談, 她已五十歲, 結婚三十二年, 丈夫是個心理非常不正常、心懷怨恨的人。她一生有多次考慮接受治療, 可是都決定不要, 因為她擔心自我檢視會導致婚姻破裂, 而她無法面對孤獨、痛苦、丟臉、經濟困難、承認失敗。最後她因為過於無力, 不得不尋求幫助, 可是她的身體雖然在我辦公室出現, 卻拒絕把自己交託給治療, 以致於我們毫無進展。有一天她談到年華老去和恐懼死亡, 而突然出現轉捩點。我請她想像自己接近死亡, 然後回顧一生, 描述她的感受。她毫不猶豫地回答: 「後悔。」我問: 「後悔什麼?」她說: 「後悔浪費了一生, 從來不知道自己能擁有什麼。」「後悔」是她對存在內疚的說法, 這是治療的關鍵, 我們在日後的治療一直用它做嚮導。雖然在她面前是好幾個月的艱苦治療, 可是她不再懷疑結局會如何, 她確實檢視自己(她的婚姻也確實破裂了), 在治療結束後, 她能以「可能性」來體驗生活, 而不

是後悔。

我在第五章談過一個中年病人布魯斯，他的治療可以清楚說明內疚、自我輕蔑和自我實現之間的關係。布魯斯從少年就對性愛十分著迷，特別是對乳房。他一生都很看不起自己，接受治療是爲了得到「抒解」，抒解焦慮、自恨，以及不斷在內心啃噬他的內疚感。布魯斯並不認爲他是自己生活的作者，這種說法還算保守，爲自己生活狀況負責的觀念，對他簡直就像外國話；他覺得如此受驅迫、如此永無休止的恐慌，他就像卡夫卡一樣覺得「能坐在角落呼吸已屬幸運」¹²⁷。

在好幾個月的治療中，我們檢視他的內疚和自恨，他爲什麼覺得內疚？他犯了什麼過錯？他自承犯了平庸、厭倦、瑣碎的罪，而且在治療中反覆沈迷於吹噓這些事：小時候偷了父親的零錢，浮濫申請保險理賠，在申報所得稅時做假，偷拿鄰居早上的報紙，最重要的是和許多女人性交。我們依序詳細探討，而每次都重新發現自我的懲罰已超過他所犯的過錯。例如，他討論自己隨便與人性交時，了解自己並沒有傷害任何人；他對女朋友很好，並沒有欺騙對方，對她們的感受也很體貼。雖然他從理性層面處理每一項「罪過」，了解自己是「無辜」的，對自己過於嚴厲，可是內疚和自恨一直沒有減少。

他第一次瞥見責任是在討論他對自信的恐懼時，雖然他的專業職務需要自信，可是他在公共討論時無法好好代表自己的公司。反對或公開批評別人，對他是特別困難的事，最讓他害怕的就是公開辯論。我問：「在那種情形下會發生什麼事？最大的災禍是什麼？」他毫不遲疑地回答：「暴露。」他害怕對手會毫不留情地大聲宣讀他一生可恥的性愛事件。

他對喬伊斯（James Joyce）所著《尤里西斯》（Ulysses）中利奧波德·布盧姆的夢魘能感同身受，這個人因爲私密的慾望受審判時，在法庭上陳列出許多小過錯的證據而蒙羞。我對他最恐懼的事感到納悶，他最怕的是暴露過去還是現在的性冒險呢？他回答：「現在的。我能處理過去的外遇，甚至可以大聲告訴自己：『那是過去的事，是我以前的作風。我現在已經改變了，我是不同的人。』」

逐漸地，布魯斯開始聽見自己的話，他的話其實是說：「我現在的行爲，我此刻所做的是，才是我沒有自信的來源，也是我輕視自己和內疚的來源。」布魯斯終於了解他正是自恨的全部來源，如果他想要對自己有較好的感覺，甚至愛自己的話，就必須停止去做那些會令自己蒙羞的事。

不過，接下來出現更大的體悟。布魯斯採取我在第五章描述的立場，首次選擇放棄性征服的機會之後，開始漸漸改善。他在接下來幾個月產生許多改變（包括預期會出現的陽痿期），不過他的強迫性逐漸消退，有所選擇的感覺逐漸增加。隨著行爲的改變，他的自我形象也跟著大幅改變，產生極大的自信與自愛。治療快結束時，布魯斯逐漸發現內疚有兩個根源，一個來自他看不起自己與他人相會的作風（我將在第八章深入討論），另一個則是出於他對待自己時犯的過錯。他一生大部分時間都把注意力和精力放在肉慾，如性愛、乳房、性器官、交配、誘惑，和各種巧妙、放縱的性行爲。布魯斯在治療發生改變之前，很少讓心思自由奔馳、很少思考其他事情、很少讀書（除非是爲了讓女人注意他）、很少聽音樂（除了當成性愛的序幕），也很少與他人有真正的相會。布魯斯形容自己過去「像動物般一直活在垂掛兩腿間熱烈地來回戳刺的肉棒」。有一天他說：「假定我們有方

法仔細研究昆蟲，想像我們發現公的昆蟲戳刺母蟲喉中兩塊隆起物，用一生的日子想辦法碰觸這兩片隆起物。我們會怎麼想？為什麼！這是多麼奇怪的生活方式啊！生活當然有比碰觸隆起物更重要的事。可是我就像那種昆蟲一樣。」難怪布魯斯會覺得內疚，他的內疚就如田立克所說的，是來自他背棄、限制了生活，來自他的自我犧牲、拒絕成為他可以變成的樣子。

把存在的內疚描寫得最生動醒目的，莫過於卡夫卡。在卡夫卡的作品中，不斷出現的主題就是拒絕承認與面對存在的內疚。《審判》一書從一開始就說「必然有人惡意中傷約瑟夫，因為他並沒有做任何錯事，卻在一個晴朗的早晨被逮捕。」約瑟夫被要求認罪，他卻宣稱：「我完全無罪。」整本小說都在描述約瑟夫努力讓自己自由地離開法庭。他從每一種可能的來源尋求幫助，卻得不到協助，因為他面對的不是普通的官方法庭。讀者逐漸了解約瑟夫面對的是內心的法庭，在內心私密的深處¹²⁸。赫雪（Julius Heuscher）注意到法庭被原始本能的東西玷污，比如法官的桌上都是色情刊物，法庭座落在貧民窟住宅的骯髒閣樓¹²⁹。

約瑟夫進入教堂時，一位神父向他說話，試圖幫助他看見內心的罪，約瑟夫回答每件事都受到誤解，然後辯解：「如果是這種情形的話，怎麼能說任何人是有罪的呢？我們都只是平凡人，每個人都一樣。」神父繼續說：「可是每個犯罪的人都是這樣說的。」再度勸他向內心看，而不是企圖以集體的罪來消解自己的罪。當約瑟夫說自己的下一步是「得到更多幫助」時，神父生氣地說：「你太熱衷於尋找外來的幫助。」最後，神父從講壇上高喊：「你看不見眼前該走的那一步嗎？」

約瑟夫希望從神父那兒得到逍遙法外的方法，「完全脫離法院管轄的生活方式」，他的意思是脫離自己良心管轄的生活方式。其實約瑟夫問的是，有沒有方法永遠不必面對存在的內疚？神父回答逃避的期望是一種「妄想」，告訴他一則「寫在法律前言」的寓言，描述的就是「那種特別的妄想」，這是個沈痛的故事，談到一個人和看門的守衛。一個鄉下人懇求進入法律之門，在數不清數目的大門中的一個門前，守衛的人上前迎接，宣稱他此刻還不被允許進入，這個人想從入口往裡窺視，守衛警告他：「何不試試不顧我的准許就進去，不過，小心我是很有力量的。一間又一間廳堂，每一道門都有人看守，而且一個比一個更有力量，光是瞄一眼第三個守衛就會使我吃不消了。」

懇求者決定最好等自己得到許可才進入，他等了日復一日，年復一年，一生都在門外等待。他老了，視力模糊，在死前躺下來時，向守門人提出最後一個問題，是他以前沒有提出的問題：「每個人都努力得到法律，為什麼這些年來，除了我以外，都沒有別人要求進入呢？」守門人對著他的耳朵大喊（因為他的聽力也衰退了）：「除了你以外，沒有人可以進這道門，因為這道門是為你而設的。我現在要關門了。」

約瑟夫並不了解這則寓言，直到死前還「像一條狗一樣」尋找外來的幫助¹³⁰。從卡夫卡的日記來看，他本人最初也不了解這則寓言的意義¹³¹。布伯指出¹³²，卡夫卡後來把這則寓言的意義徹底表達在筆記本上：「承認罪，無條件承認罪，門就會自動打開。它顯現在世界之屋的內部，牆後就是污濁的反射。」卡夫卡描寫的鄉下人是有罪的，不只是沒有活出應有生活的罪、等待許可的罪、沒有把握生活的罪、沒有只

爲自己而走進大門的罪，他有罪更是因爲沒有接納自己的罪、沒有以之爲進入內心的嚮導、沒有無條件認罪——這個動作會使大門「自動打開」。

書中並沒有提到約瑟夫在判決有罪之前的生活，所以我們無法精確描述他爲什麼有存在內疚。不過，赫雪在一篇精采的病例報告中，談到一位足以替代約瑟夫的病人T先生，他明顯對自己犯下罪過：

T先生因爲無法吞嚥而找我會談，幾週來他限定自己只能常常啜飲幾口液體，結果體重掉了大約二十公斤。在生病之前，他的時間不是花在工廠（工作雖然有趣，但很固定），就是在家裡，妻子雖然聰明，可是長期神經質、沮喪、酗酒，根本無法外出社交和娛樂。好幾年前就已停止親密的性愛，據稱是出於雙方同意，家中的活動僅限於閱讀、看電視、妻子沒有醉酒時的冷淡對話，以及偶爾有遠親來訪。雖然他很受歡迎，口才又好，可是沒有親近的朋友，雖然他很想交朋友，卻不曾大膽參加一些妻子無法加入的社交活動。雖然陷在這種僵化侷限的世界裡，他卻靈巧地迴避治療師任何關於發展潛力、自由選擇的建議。¹³³

雖然T先生的症狀得到改善，可是兩年的治療並沒有改變整體的生活方式。T先生就像約瑟夫一樣，並沒有傾聽自己的聲音，在治療中一心避免對自己的生活做出深入的檢視，可是他堅持繼續治療，治療師認爲他的堅持表示潛伏的感覺，認爲可能會得到更豐富的生活。

有一天，T先生做了一個夢，這個夢清晰地令他大爲驚奇。雖然他沒有讀過卡夫卡的書，他的夢卻與《審判》神似，這本書就像卡夫卡許多著作一樣，都是起源自一個夢。T先生的夢太長，無法在此全部複述，不過，它是這樣開始的：

我被警察逮捕，送到警察局，他們不告訴我爲什麼逮捕我，卻嘀咕某種與「輕罪」有關的事，並要求我認罪。我拒絕時，他們威脅要以重罪起訴我，我回嘴說：「你要指控我什麼就指控吧！」於是他們以重罪起訴我，結果我被判有罪，被關到農場監獄，根據一位警察的說法，這個地方專門關「非暴力重罪」的犯人。我被要求認罪時，最初感到恐慌，後來覺得憤怒和困惑，我根本不知道自己犯了什麼罪，可是逮捕我的警察告訴我，拒絕認罪實在很愚蠢，因爲輕罪只會判刑六個月，而重罪至少會判刑五年，我被判了五到三十年！¹³⁴

T先生和約瑟夫都受到存在內疚的呼喚，也都選擇逃避呼喚，以傳統的方式來解釋罪，兩人都宣稱自己是無辜的，畢竟兩人都沒有犯下罪行，辯稱「一定是搞錯了」，各自努力說服外在的權威審判有誤。可是存在的內疚並不是犯下某種罪行造成的，剛好相反！存在的內疚（其他的名稱還有「自責」、「懊悔」、「痛悔」等等）是來自疏忽，約瑟夫和T先生都是因爲生命中所沒有做的事而有罪。

約瑟夫和T先生的經驗對心理治療師有非常豐富的意涵，「內疚」是一種不安的主觀狀態，「因爲自己不好而焦

慮」的經驗。不過，主觀的內疚還有其他意義，治療師必須幫助病人區分真實的內疚、神經質的內疚和存在的內疚。存在的內疚不只是一種不安的情感狀態，也不只是需要處理和排除的症狀，治療師必須視之為來自內心的呼喚，如果加以注意，可以成為實現自我的嚮導。像約瑟夫或T先生一樣有存在內疚的人，都違背了自己的命運，受害者是自己的潛在自我。要得到救贖，就必須把自己投入人類「真正」的使命，就如齊克果所說的「決心成為自己」。¹³⁵

第七章 意志

責任、意志與行動

日本諺語云：「知而不行，就是完全不知。」責任的覺察，本身並不等於改變，只是改變過程的第一步。我在上一章說病人開始了解責任時，就進入改變的大門，正是此意。本章要討論接下來的旅程——從了解到行動。

爲了改變，人必須先承擔起責任——必須承諾自己付諸行動。「責任」(responsibility) 這個字本身就表示能力：「回應」(response) 加「能力」(ability)，就是回應的能力。改變是心理治療份內的事，而治療的變化必須以行動來表現，而不是以知道、打算或夢想來表現。

這一點似乎很明顯，可是心理治療領域在傳統上卻不了解這個不證自明的事實。早期的精神分析師非常相信自我認識就相當於改變，以至於把知識視爲治療的終點。如果沒有發生改變，就假定病人並沒有得到足夠的洞識。一九五〇年，最重要的精神醫學期刊有一篇著名的文章，惠理斯(Allen Wheelis) 在文中認爲必須提醒治療師：「治療只有在病人採納新的行爲模式時，才表示產生人格的改變，發生真正的改變卻沒有行動，不論在實務或理論上都是不可能的。」¹

從心理治療的立場來看，什麼是行動呢？思想算不算行動呢？畢竟，經過證明，思想也會消耗能量。惠理斯認爲如果把行動的概念延伸到涵蓋思想的話，就剝奪了行動的意義，思想本身並沒有外顯的結果，不過有可能是行動不可或缺的序曲，例如人可能計畫、演練、蒐集解決的行動。行動使人延伸到自己之外，涵蓋了與周遭物質和人際世界的互動。行動不一定是顯著甚至看得到的動作，對人微微一瞥或

擺個手勢，就可能是含有重大意義的行動。行動包括兩面，另一面就是缺乏行動，不行動其實可能是一種重要的行動，例如，不以習慣的方式行動、不吃得過飽、不利用他人、不說謊。

治療師必須誘發行動，他可能假裝追逐別的目標（洞察力、自我實現、安慰），可是分析到最後，改變（也就是行動）才是每一位治療師祕密的目標。問題是治療師接受訓練時不曾學過行動的技巧，而是學習詢問病史、詮釋和關係，然後信心突然向前一躍，相信這些活動最終能產生改變。

可是，如果錯估了這種信心，怎麼辦呢？治療師就會感到迷惑，催促更多的洞識、更多的自我審視，於是分析和治療拉長到三、五年。事實上，許多精神分析的過程長達七、八年，而接受第二個人分析的情形也很常見，一點也不特別。治療師看不見改變是如何發生的，卻只透過雙方都很疲累的過程（引用惠理斯的適當措辭²），希望能摧毀病人的精神官能結構。

可是，如果仍然沒有改變的話，怎麼辦呢？治療師會失去耐性，開始直接注視意志和行動，而不只是暗中偷窺（他們被訓練這麼做）。惠理斯說：

……治療師可能發現自己希望病人能更「推進」，更「有決心」，更願意「做好」。這種願望常常導致治療師對病人說：「人必須幫助自己」「不努力就沒有成果」、「你必須一試」病例報告很少提到這種介入方式，因為認為這些話不如詮釋來得尊貴有效。精神分析師常常對這種訴諸意志的方式感到不舒服，好像是用了連自己也不相信的方法，

好像只要自己的分析更熟練的話，就不需要說這些話。³

「你必須一試」、「人必須幫助自己」，惠理斯說病例報告很少提到這種介入方式，其實是根本沒有，它們完全是「在記錄之外私下進行的」。可是它們是司空見慣的，每一個治療師都有這些想法，並以各種方式傳達給病人。

可是當治療師低吟：「你必須更努力去試」或「你必須盡力」時，他們是對誰說的呢？問題在於精神分析或行為學派的心智模式中，大部分治療師的表情無法傳遞心靈的力量，所以沒有吸引力。我在第二章談到，佛洛伊德的心智模式是根據荷姆霍茲的原則，這是一種反生機論的決定論模式，認為「人是由化學和物理力量所活化和控制的，這些力量可以簡化為吸引力和排斥力」⁴。佛洛伊德對這個爭議非常堅定，他說：「人是靠潛意識而活的……大家深信的心靈自由和選擇是非常不符合科學的，必須讓位給掌管心智生活的決定論主張。」⁵羅洛·梅說，佛洛伊德眼中的人：「不再能掌握任何事，而是受到驅策。」⁶行為是一種向量，是內在力量交織出的結果。可是，如果這是真的，如果所有人類的心智和身體活動是受到決定的，如果沒有驅動者，那還有誰能「更努力去試」，或是展現「堅定」或「勇氣」呢？

在臨床工作採納「科學的」決定論立場的治療師，很快就面臨一個嚴重的問題：這個模式把人細分為相互關聯卻又彼此衝突的部分，比如「自我」、「超我」和「本我」，責任的位子究竟在哪裡呢？在第二部一開始，我引用督導的話「心理治療的目的是把病人帶領到能自由做選擇的境界」，正可以清楚表達這個問題。在決定論模式中，「選擇的動力」

在哪裡呢？難怪在我們五十次共同會談中，他再也不提「心理治療的目標」！

佛洛伊德不曾調解決定論模式和治療工作的矛盾；他在六十七歲寫的《「自我」與「本我」》中，提到治療師的任務是「讓病人的『自我』以某種方法自由選擇」⁷。這句經常被人引述的話，正是無法接受決定論模式的絕佳明證。即使傳統精神分析思維把人的行為看成完全受到決定，即使它把人的心靈分裂成互相衝突的部分（「自我」、超我和本我；或前意識、潛意識和意識），卻似乎仍然需要包括一個不受決定的核心。後來的「自我」心理學分析師雖然提出「自主的『自我』」（autonomous ego）概念，仍只是以假定的論據來迴避問題，好像有個自由選擇的小小人兒被放在人裡面的某個部分，可是這種說法當然是毫無意義的，就如羅洛·梅所說的：「怎麼可能有一部分是自由的，而整個人卻是不自由的？」⁸

有些治療師試圖處理這種兩難，於是說人即使經驗到主觀的自由和選擇感（而且治療師企圖放大這種狀態），可是，這種狀態只是一種錯覺，就像任何其他主觀狀態一樣是被決定的，這正是霍布斯（Thomas Hobbes）和史賓諾沙之類的理性主義者所提出的論點。霍布斯形容人的自由感是意識的幻象，他說：「如果一個木陀螺被一群男孩轉動……有時不斷轉動，有時打到人的小腿，陀螺認為自己的移動顯然是出於自己的意志。」⁹同樣的，史賓諾沙說如果一個有自我意識和感覺的石頭被某種未知的外力推動時，「會相信自己是完全自由的，並認為完全是出於自身的願望而一直移動。」¹⁰可是，相信自由是虛幻的主觀狀態的心理治療師，可說是讓自己陷入困境，因為他們說成功的心理治療會導致

病人有更大的選擇感，就等於是宣稱治療的目的是創造（或恢復）錯覺。羅洛·梅指出，這種對治療過程的觀點完全不符合心理治療的核心價值觀——探索真理和自我認識¹¹。

心靈的精神分析模式忽略了某種重要的部分，某種組成重要心理結構的東西，這個部分在心理治療的每一個過程都佔有核心的角色。在我為這個結構命名之前，要先回顧其特徵與功能。它是把覺察和認識轉化成行動的心智動力，是慾望和行動之間的橋樑；是行動之前的心智狀態（亞里斯多德）¹²；是心智的「未來器官」，就好像記憶是心智的過去器官（鄂蘭[Arendt]）¹³；是開啓一連串事物的自發力量（康德）¹⁴；是決斷力的所在地，是內在「負責的行動者」（法珀[Farber]）¹⁵；是「使平衡轉到改變歷程的決定因素……發生在洞識和行動之間的過程，被人體驗為努力或決心」（惠理斯）¹⁶；它是責任的承擔，而不是責任的覺察。它是心靈結構的一部分，擁有「做出選擇並加以實行的能力」（阿瑞亞提）¹⁷。它是包括能力和慾望的力量，是「啓動努力的裝置」¹⁸，是「行動的主要動力」¹⁹。

我們把這種心理結構稱為「意志」，其功能則是「願意」。坦白說，我寧可找一個更恰當的名稱，更簡單、較沒有爭議的名稱，因為這個名稱背負了兩千年神學和哲學的爭論。「意志」的缺點在於有許多彼此衝突的定義，例如叔本華在其主要著作《意志與表象的世界》（The World as Will and Representation）中，認為意志是生命力，「一種非理性的力量、盲目的奮鬥力，其運作並沒有目的或計畫」²⁰；而尼采在《權力的意志》（Will to Power）中，則把「願意」等同於力量和命令，他說：「行使意志力就是發命令；意志的本質就是發號施令的思想。」²¹

爭議的主要根源來自意志必然和自由糾結在一起，因為談論不自由的意志根本沒有意義，除非我們像霍布斯和史賓諾沙一樣改變意志的意義，成為虛幻的主觀狀態，而不是真實的決斷力所在地。整個歷史中，自由意志一直違反主流世界觀。雖然自由意志的爭議一直存在，可是幾世紀以來，反對的觀念一直在改變。希臘哲學家並沒有「自由意志」的說法，因為這個觀念不符合當時的主流信念——永劫回歸。亞理斯多德根據這個信念認為：「成為存有必然意味著某件事物先前的存在是可能的，而不是實際的。」²²斯多噶學派的宿命論者相信現在或未來不論有什麼，都是「過去已有的」，拒絕接受人有自由意志的看法。基督教神學相信全知全能上帝的神聖天命，也無法接受自由意志的主張。之後，自由意志又與科學實證主義互相衝突，如牛頓和拉普拉斯（Pierre Laplace）相信可解釋、可斷言的宇宙。接下來，黑格爾的歷史觀認為世界潮流必然進步，也與自由意志的觀念相牴觸，因為自由意志的本質不接受必然性，認為所有既有的情形或完成的事，當初都有未完成的可能。最後，自由意志受到所有決定論思想體系的反對（不論是根據經濟、行為主義或精神分析法則而有的決定論）。

對心理治療師而言，「意志」代表一種問題。治療的語彙很久以來就已排除「意志」，所以現在談到「意志」時，臨床工作者很難認出它，好像遇到流放多年才返回的舊識一樣，也可能臨床工作者並不確定自己想不想認出它。許多年前，「意志」被「動機」取代，治療師學會根據動機來解釋人的行為，於是像偏執之類的行為被「解釋」為（也就是「導因於」）同性戀衝動的潛意識動機；暴露狂被「解釋」為潛意識的閹割焦慮。可是，根據動機來解釋行為，等於免除

人對自身行為的最終責任。動機會影響意志，可是不能取代意志；除了各種動機之外，人還是能選擇要不要以某種方式來表現或不表現。

雖然有這麼多問題，「意志」還是最符合我們意圖的名稱。對心理治療師來說，我先前引用的定義（「啟動努力的裝置」、「負責的行動者」、「行動的主要動力」、「決斷力的所在地」），可說是非常好的描述性心理結構，許多人都覺得「will」這個字具有豐富的意含²³，傳達出決心和承諾的意思，如「我將要做這件事」。Will當動詞時有決斷的意思，當助動詞時表示未來式。鄂蘭把意志形容成「未來的器官」，對治療師有特別重要的意含，因為心理治療產生改變的時態正是未來式。記憶（「過去的器官」）關心的是對象（object），意志關心的是計畫（project），有效的心理治療不只要注重病人與對象的關係，也必須強調他們所計畫的關係。

臨床工作者與意志

如果意志是「負責的行動者」（我認為這是特別有用的定義），如果治療需要動作和改變，就表示不論治療師的參考架構是什麼，都必須試圖影響意志。

先暫時回到前一章談的責任，一旦臨床工作者成功地幫助病人了解各人要為自己不太快樂的生活困境負起主要的責任，接下來會怎麼樣呢？治療師可用的最簡單方法就是勸告：「你要對自己生活中的事負責，你現在知道你的行為會使你完蛋，要替你自己著想，這並不是你想要的。天啊，改變吧！」

人會因為勸告而改變，這種天真的期望直接來自道德上

的哲學信念，認為如果人真的知道什麼是善（從最深處的感覺來說，就是最符合自己的利益），就會據此而行（阿奎那[Aquinas]說：「只要是出於刻意的行為，人都會根據某種想像的良善來行動。」）。在非常偶爾的情形下，勸告的方式是有效的。因為短期治療而產生改變的人，或是參加短期經驗性團體而改變的人（這種團體通常強調責任的覺察），常常是因為訴諸意志而造成改變。

可是，「意志力」並不僅僅是由一層薄薄的「願意」所組成的，就如威廉·詹姆斯（William James）所說的，「審慎、緩慢、沈悶的意志力量」²⁴所能產生的改變非常有限。根深柢固的精神病理不會輕易屈服於勸告，還需要更多的治療力量。有些治療師會試圖增加治療的著力點，強調個人獨一的責任，幫助病人了解不只要為自己的處境負責，而且只有他自己要負責。這種認識的必然結果就是人也為自身世界的改變負起獨一的責任，換句話說，沒有其他人能為病人改變他的世界，如果他想要改變，就必須主動改變。

訴諸意志可能在病人身上造成拉扯或攪動，但通常不足以產生持續的動作，於是治療師仍繼續長期、艱難、中立的治療工作。雖然特殊的方法、策略、系統化的機轉、目標，都是根據治療師思想體系的學派和個人風格，但我認為只要能影響病人的意志，就是有效的治療。治療師可能明顯地強調詮釋和洞識、人際的面質、發展信任和關懷的關係，或是分析適應不良的人際行為，可是上述每一項都可以視為影響意志的冒險（我刻意用「影響」，而不是「創造」或「產生」，因為治療師既不能為病人創造意志，也無法為病人鼓舞或灌注意志；治療師能做的是釋放意志，為病人受到束縛和扼殺的意志移除障礙）。

可是我的說法仍然很模糊，在臨床工作中，我有時會想到意志，就是病人裡面那個負責的推動者，好像被層層厚重的心智圍繞隱藏起來的發動機，我知道充滿活力、負責推動的部分深藏在機器的內部。我困惑地繞著它打轉，試圖從遠處影響它，或是藉著勸告，或是戳弄敲打，或是唸咒施法，或是進行我認為能影響它的儀式。這些儀式需要大量的耐性和盲目的信心，遠比許多當代思想自由的治療師所能鼓起的耐性和信心還要多。我們需要的是更方便、更合理的方式來接近意志。我將在本章剩餘的部分，試圖打開發動機，有系統地徹底檢視意志，從儀式化、表面化的方法中，找出能在心理治療產生改變的步驟。

由於意志長久以來被心理學和心理治療文獻排除在外，所以我會先概略描繪意志心理學的輪廓，檢視三位傑出心理治療師和理論家（蘭克、法珀、羅洛·梅）對意志的相關臨床觀察，然後以他們的洞見為嚮導，討論影響意志的心理治療有哪些臨床策略和方法。

臨床對意志的認識：蘭克、法珀、羅洛·梅

蘭克的意志治療

要討論臨床治療中的意志，就必須涵蓋蘭克的貢獻，因為是他把意志的概念引進心理治療。蘭克在一九〇五年加入佛洛伊德，成為他最初一批學生中的一員，也是與佛洛伊德非常接近的夥伴，直到一九二九年才因為觀念的差異在兩人之間形成無法挽回的分歧。蘭克是當時少數非醫師的精神分析師和人道主義者，擁有深入廣泛的興趣和知識。蘭克高度

的才智加上熱烈的雙眼，使學生和病人都為之神往。他在頭號精神分析期刊的主編地位，加上身為權威的維也納精神分析中心的創立者和主席，使他成為精神分析初期發展非常具有影響力的人物。可是在美國，命運加上他的主要心理治療著作的拙劣翻譯（還好現在已全部絕版），使他並沒有得到應有的重視。雖然他在社會工作的賓州學派是一股很有影響力的知識力量，可是沒有其他人支持他，直到最近才有貝克為他發言²⁵。貝克認為蘭克是在幕後等待、懷才不遇的天才；事實上，我閱讀他的著作，特別是他的書《意志治療》（*Will Therapy*）和《真理與現實》（*Truth and Reality*）時²⁶，不禁為他的先見之明嘆為觀止。

蘭克關於行為和治療的思想體系建立在意志的概念上，由於過於豐富、複雜，只能以有限的篇幅做簡短的摘要，說明與臨床相關的議題。他離開佛洛伊德是因為反對其精神決定論。儘管佛洛伊德相信行為是互相抗衡的驅力和反作用力產生的向量，可是如前所述，他也認為在「自我」中有一個自由選擇的小小人兒，蘭克認為這個小人有執行的功能，並決定將之稱為「意志」。他保留本能驅力的概念，可是把它們放在意志的管轄範圍之內：「我認為意志是一種正向指導的結構，能有創造性的運用，並能抑制和控制本能驅力。」²⁷蘭克比較關心的是治療結果，而不是建構一個心智模式，他相信絕對的精神決定論與有效的心理治療是不相容的。蘭克堅信努力揭開病人受到什麼影響（包括過去的和潛意識的影響）的治療方法，只會使病人逃避責任，變得更無法行動。他說：「如果沒有給予病人這個便於拒絕責任的藉口，就會驚訝地發現病人能有多麼深的認識、多麼的不受潛意識影響。」²⁸蘭克認為佛洛伊德的理論對潛意識過於重視，以

至於忽視責任的功能，在過去的思想體系佔有神聖地位的，正是這個功能：

潛意識就像這個名詞原本的意義一樣，是一種純然負面的概念，佛洛伊德的理論把它提升成精神生活中最有力的因素。可是任何心理經驗都沒有這種做法的根據，其根據是在道德的必然性，也就是說，要找出一種可接受的替代物取代上帝的概念，原先就是這個概念使人得以逃避責任。²⁹

意志的發展：蘭克相信意志的發展和本能衝動有關。意志的形成會受到父母處理衝動的態度所影響，兒童最初被關心的是如何限制衝動，使他們能配合群體。兒童會對父母的限制產生反作用力——原始的意志，或是蘭克所說的「負面的意志」³⁰。兒童逐漸能控制自己的衝動，決定基於對父母的愛而約束攻擊的衝動。所以，意志的功能最初是與衝動糾結在一起的，或是控制衝動，或是拒絕控制衝動的外來力量。蘭克說，兒童情緒狀態的發展也與衝動有關。情緒和衝動不同，我們想要釋出衝動，卻想要延長或蓄積情緒（蘭克在這裡指的是快樂的情緒，但沒有討論不安的情緒）。因此，「情緒狀態可以說相當於被抑制或控制的衝動狀態。」³¹

所以蘭克認為情緒狀態是衝動狀態的鏡像，而意志則是不同的執行體，相當於衝動系統的力量。「意志是一種為『自我』效勞的正向、積極的衝動，而不像情緒是阻塞的衝動。」³²蘭克後來把意志稱為一種「『自我』的衝動」³³，他努力脫離佛洛伊德，卻無法放棄佛洛伊德的驅力理論。蘭克持續運用把心靈劃分成不同部分的方法，結果為自己製造難

題：把意志這個自由選擇的動力描述成『自我』的衝動』，這種說明同時也造成了混淆。

蘭克把親子關係，甚至整個同化過程（也包括了治療關係），都看成意志的掙扎，極力主張父母對這個議題要有細膩的敏感度，不要壓制負面的意志，而應該接納它，將之轉化成正面或「有創造力」的意志。

蘭克認為早期生活的其他重大議題也屬於基本的意志掙扎，他說：「伊底帕斯情結的意義就是成長中的人與千年的道德規範之間的巨大意志衝突，甚至是最早的意志衝突。」他接著嘲諷地說：「兒童必須讓自己受到伊底帕斯情結支配，不是藉此允許父親活下去、不與母親結婚，而是他不應該相信自己可以照願望而行，不應該把自己交託給意志」。³⁴

蘭克描述意志的三個發展階段：一、對立的意志（反抗別人的意志），二、正面的意志（願意做自己必須做的事），三、創造的意志（願意自己做想做的事）。撫養兒童和治療的目標就是把前兩個階段的意志轉化成創造的意志，蘭克認為撫養兒童的主要「錯誤」，就是壓制衝動和初期的意志（「對立」或「負面」的意志）。如果父母教導兒童不能表達所有自由的衝動，所有對立的意志都是不好的，兒童就會產生兩種結果：完全壓抑他的情緒狀態，意志會受到阻礙、充滿內疚。長大成人後會壓抑自己的情緒，並認為意志的行動是邪惡、被禁止的。這些結果對治療師是非常重要的，因為他們常常看到病人無法感受、因為內疚而不能行使意志。

蘭克的疾病分類系統是根據意志的奇特發展，他談到三種基本的性格類型：創造型、神經質、反社會型。創造型性格可以運用自己想要的情緒和意志；神經質性格的意志會被內疚纏繞，還有被壓抑的情緒狀態；反社會型性格的意志受

到壓制，被衝動所支配。

意志與心理治療：蘭克覺得佛洛伊德和阿德勒都忽略了意志，佛洛伊德把意志解釋成性掙扎的昇華，而阿德勒把意志視為補償的傾向，以適應兒童的渺小感和自卑感，兩個人人都認為意志是一種衍生出來的功能，「解釋解釋就過去了」。相反的，蘭克則斷定有一種「先驗的意志」，強調意志的重要角色不只見於兒童的發展，也見於治療之中（他覺得治療實務一直違反意志的背景）。

蘭克從親子經驗來看治療師和病人的互動，在治療中：「兩人會發生衝突，可能是一方壓制另一方，或是互相對抗，彼此爭奪主導權。」³⁵治療的目標應該是讓神經質性格的人學會運用意志，最重要的是沒有內疚感地運用意志³⁶。蘭克觀察到，在第一次會談意志就進入治療情境，治療的起點「就是開啓大量的意志鬥爭，意志顯然比較柔弱的病人在初次被輕易擊敗後，會一再激烈地報復。」³⁷病人致力於和治療師的意志衝突，又想抵抗，又想順服。蘭克覺得佛洛伊德忽略意志的衝突是嚴重的錯誤：「（精神分析師和病人間）主導權的戰爭是如此明顯，佛洛伊德會忽略它的唯一解釋就是不想看見它。」³⁸蘭克認為佛洛伊德的技巧不但沒有強化意志，而且以兩種方式破壞它：透過其基本步驟，以及對「抗拒」的處理。

首先，蘭克認為精神分析的基本步驟會削弱意志，因為它的步驟需要病人和治療師都處於「無意志」的狀態。「自由聯想的基本分析規則，明確說明要完全消除意志，即使只剩一點點還沒有被精神官能症破壞的意志，也要將之消除，然後把自己完全交託給潛意識的指導……」³⁹（這段話預見了數十年後精神分析受到的批評，例如，湯金斯[Sylvan

Tomkins]認為精神分析是一種「系統化地訓練優柔寡斷」⁴⁰，惠理斯則說：「博學的現代人把背靠到治療椅上，卻可能無法挺起胸膛全力以赴。」⁴¹)

病人在治療過程對抗他感知到的治療師意志，佛洛伊德把這種對抗稱為「抗拒」，認為是一種障礙，並提出各種克服的技巧（耐性、指導、詮釋）。蘭克認為這種對抗拒的看法是嚴重的錯誤，他相信病人的反抗是『對立意志』有效而重要的表現，所以不應加以消除，而要予以支持，並轉化成創造的意志。「治療師的任務就是強化病人的意志，而不是破壞它。」⁴²如果治療師迫使病人做「正確」的事，病人就會抗拒，而治療也會失敗（這段話無疑蘊藏了當代心理治療的「矛盾法」種籽）。所以蘭克有系統地強化病人意志的所有表現：如果病人抗拒，或是提議結束治療，蘭克就會小心地指出這種態度表示病人有進展。他說：「神經質的人無法不帶著內疚行使意志，要改變這種情形不能單靠病人，而是在他與治療師的關係中，由治療師接納病人的意志，證明此意志是正當的，順從這個意志，顯示病人的意志是適當的。」⁴³

在一種情形下，病人和治療師的意志必然會發生衝突，就是治療的終止。有些病人決定突然結束，有些人則拒絕結束，有必要的話還會緊抓著症狀不放，以抗拒治療師結束治療的努力。蘭克認為這種意志衝突包含許多治療的潛力，到治療結束時才得以實行的話（其實常常在治療之外才得以實行），就太可惜了。把這種意志衝突轉成治療的核心（甚至在治療一開始就這麼做），豈不是很合理嗎？蘭克試圖透過治療開始時的特殊環境設計，也就是明確的「時間限制」，來達到這個目的。「設定結束時間」使得治療的最後階段推

前到開始治療的時候。

這些關於意志的治療策略只代表蘭克治療方法的一部分，我稍後還會討論他對「體驗」、現在式與未來式的重要性，以及治療關係本質的看法。

法珀的兩種意志

蘭克在努力對抗佛洛伊德和阿德勒對意志和責任的破壞時，可能過於強調意志力和意願的角色。整體說來，病人並不會因為刻意的意志行動而在治療中有所改變；事實上，常常讓治療師感到困惑的（也讓研究者感到發狂），是改變發生在隱秘的層面，完全在治療師和病人的理解範圍之外。

隱秘、「非自願」的改變是一種意志的行動嗎？問題就在這裡，意志行動和不知不覺改變，這兩者之間的關聯，對於試圖為意志做出簡潔可行定義的心理學家，可說製造了很大的難題。法珀對意志心理學的貢獻就是對過於強調自覺的意志，提出非常重要的糾正⁴⁴。法珀認為界定意志的努力會失敗，是因為有兩種意志，兩者完全不同，只有最枯燥的定義才能同時涵蓋兩者。

法珀所說的第一種意志，也是他最重要的貢獻，就是在行動中沒有自覺經驗的意志，而且必須在事後才推斷是出於意志，這種意志可說是屬於潛意識的。法珀引用奧登（W. H. Auden，1907-1973，英國詩人、文學評論家）的話：

當我回顧一生中三、四種具有決定性的選擇時，發現當我做決定時幾乎沒有感覺到它的嚴重性，只在事後才發現看似不重要的小河，竟然是盧比孔河⁴⁵【譯註】。

所以法珀認為人一生做出的重要選擇（我相信在治療中也是如此），並不會自覺到選擇的經驗，事實上，只有在事後才能追溯自己其實做出了選擇。這種意志或可視為隱秘的人生長河，雖有方向，卻沒有明確的目標，向人提供推進的力量，卻巧妙地避開直接、立即的觀察。

第二種意志則是自覺的部分：在事件發生時就有所體驗，可以輕易描述出它的存在、形貌和分量。第二種意志會奮力趨近某個特定的對象（不像第一種意志只是純粹的推動力），其特質是功利性的——「我做這件事是爲了得到那個目標。」這種意志的目標從一開始就很清楚（例如：減肥、改變人際風格、從大學畢業）。

在治療中，必須以不同的態度接觸這兩種意志。第二種（自覺的）意志可以用勸告來處理，訴諸意志力、努力和決斷。第一種意志不受這些命令影響，必須以拐彎抹角的方式來接觸，把第二種意志的勸告技巧應用到第一種意志時，會產生嚴重的問題。法珀舉了幾個例子：

我能憑意志取得知識，卻無法得到智慧；可以上床躺下，卻無法睡著；可以進食，卻無法產生食慾；順從，但不是謙卑；顧慮道德，但不是美德；自我肯定或虛張聲勢，但不是勇氣；慾望，而不是愛；同情，而不是共鳴；祝賀，卻不是欽佩；虔誠，卻不是信心；閱讀，而不是心領神會。⁴⁶

【譯註】盧比孔河（Rubicon）在義大利北部，由於歷史上的意義，此字也有「重大決心」的意思。

法珀在此向治療師提供非常重要的洞見，我會在本章多次提到。可是，在心理治療領域中有許多事情（比如敲響「不能」的鈴，大量自助書籍「強迫取勝」的風格），顯然並沒有注意法珀的警告，而許多心理治療師也都犯下這種錯誤，試圖以第二種意志進行第一種意志的工作。

羅洛·梅的願望與意志

羅洛·梅寫的《愛與意志》（*Love and Will*）是很棒的書，充滿豐富的臨床洞見，其中之一就是把「願望」放進意志心理學⁴⁷。他提醒我們願望在意志之前，少了先前的願望，就沒有具有意義的行動⁴⁸。意志不只是力量和決心，也是與未來緊密結合的潛在可能性⁴⁹。我們透過意志把自己投向未來，願望則是這個過程的起點。願望是：「允許我們想要未來成爲某某情形；使我們深入內心的能力，一心渴望改變未來。」⁵⁰

必須區分羅洛·梅的「願望」和精神分析心智功能模式所定義的願望有所不同，佛洛伊德的後設心理學認爲願望是「驅力的心智表現」，他不斷說：「單憑願望就能啟動心智器官」、「願望是渴望能釋放張力」⁵¹。

常常被人引述的《夢的解析》第七章⁵²，可說是上述立場最完整的敘述。佛洛伊德在此清楚說明他的觀點，認爲人的運作是根據恆常法則：人試圖使大腦皮質的興奮程度保持在恆定的程度。發生不平衡時（比如嬰兒經驗到飢餓），就會體驗到餵食的「願望」，並據此產生行爲（例如哭泣或以某種方式表示不舒服），以恢復平衡。飢餓之後就有餵食的情形重複發生，嬰兒就逐漸得到被餵食的視覺再現（影響或

幻覺)。之後在現實原則的壓力下，兒童學會引發餵食經驗的視覺再現來延緩滿足。佛洛伊德認為這種願望和內在暫時滿足願望的過程，就是所有思維的基本原則。願望可以存在意識的不同層面，潛意識的願望是本我衝動的心智表現，而意識的願望通常是折衷的結果，也就是潛意識的願望被超我和「自我」的潛意識部分減少和模塑之後的結果。所以，對佛洛伊德而言，願望是不自由的力量，好像趨性一樣。

沙特批評佛洛伊德的潛抑理論，認為忽略了自我（self），他問：「如果沒有說謊的人，怎麼會有謊言呢？」或是沒有騙子而有欺詐？沒有否認者，卻有否認？佛洛伊德對願望的觀念也面臨相同的批評：沒有發願的人，哪來的願望呢？

羅洛·梅強調願望與需求、力量或趨性的主要不同之處——願望充滿意義。人的願望並不是盲目的，例如，男人並不只是想要和女人做愛，他會受某位女性的吸引，對另一位女性感到厭惡。願望是有選擇性的，有高度的個別差異。如果一位男人不加區別地對所有女人都渴望發生性關係，就表示有嚴重的問題，這種情形若不是出於特殊的環境壓力，比如長期駐守在北極基地的軍人⁵³，就是有精神病理的問題——放棄自己的自由，不再是驅動者，只剩驅力而已。正是有「願望」卻無發願者的狀態，被我們稱為「精神官能症」。羅洛·梅說：「這是精神官能症扭曲偏離的象徵意義，並不是本我的衝動。」⁵⁴正是這個意思。

羅洛·梅把願望定義為「想像可能發生某種行為或狀態」⁵⁵，這是意志過程的第一步。只有在產生願望之後，才能「啟動努力的裝置」，引發接下來的意志、承諾和選擇，最後在行動中達到最高潮。

「願望」使「意志」得到溫暖、內容、想像、輕而易舉、活力和豐富。「意志」使「願望」得到自我的方向和成熟。沒有「願望」，意志就喪失生命所需的血液，容易在自我矛盾中煙消雲散。如果只有「意志」，卻沒有「願望」的話，你就會乾枯，像維多利亞時代的清教徒一樣。如果只有「願望」，卻沒有「意志」的話，就會成為受驅策、束縛、幼稚的人，好像內在如同嬰兒的成人，可能成為憑反射動作生活的人。⁵⁶

意志與臨床實務

意志並不是難以理解的觀念，也不是只和特殊病人與治療師有關的觀念，它會以各種方式進入每一個病人的治療過程。有些病人是因為意志出了問題而尋求治療，由於意志在標準的疾病分類中沒有立足之地，所以當然不會以意志之名來談病人的問題，而可能被稱為強迫症，因內在壓力被迫做出違反個人意願的行動；或是說這個人猶豫不決，無法為自己期望什麼東西或付諸行動；或是說一個人因為某種特別痛苦的決定而陷入掙扎；或是說這個人決定做什麼事時會膽小、害羞、缺乏自信、充滿內疚。就如蘭克所說，人可能在早期生活學到表達衝動是不好的，而把這種定論泛化到整個意志的範疇。

雖然在當前的臨床分類中，並沒有明顯的意志疾病，可是意志的問題必然會出現在心理治療之中。改變的行動本來就含有意志，病人在某個時候必須面對自己真正的期望，必須對某種過程做出承諾，必須採取一種立場，必須有所選

擇，必須肯定一件事而否定另一件事。意志也會出現在每一個治療師與病人的關係中，雖然蘭克過於強調意志，而把治療稱爲「雙方意志的決鬥」⁵⁷，可是他喚起大家注意治療過程中這個重要的面向，仍然功不可沒。有些病人和治療師確實在爭奪主導權，蘭克的觀察對這些情形是非常貼切的。病人的抗拒和頑固並不都是治療的障礙，也不必然需要以分析來解決，蘭克認爲這是病人採取的立場，藉著接納和強化這種立場，治療師或可促進病人不帶著內疚來行使意志的能力。

治療師接受意志理論的主要障礙就是誤信「意志」和「意志力」的意思相同，可是，就如法珀「兩種意志」的概念所告訴我們的，意志不只是咬緊牙關的決心，其實徹底考量「意志」的意義和來源，反而會使我們進入最深的潛意識範圍。不過，即使是潛意識的意志，也需要決心和承諾。不可能有不花力氣的改變，病人必須讓自己接受治療、必須付費、必須承受責任的重擔、必須體驗治療必然伴隨而來的衝突和焦慮。總之，治療並不是輕鬆自動的達到目標，努力是必要的，而意志就是「啓動努力的裝置」。

意志的概念非常廣泛龐大，只能對它的範疇做出淺薄的泛論。爲了以臨床可用的方式討論意志，我只能分別討論它的各個部分。鄂蘭關於意志的哲學專論提供了一個自然的方向：

要了解意志的機能，有兩種不同的方式：一個是在不同對象或目標間選擇的機能，像是自由的仲裁，在已知的目標間當裁決人，自由地深思達到目標的方法；另一個是「及時自發地開啓一系列事情

的機能（康德）」，或是奧古斯丁說的：「人有開始的能力，因爲他本身就是一個起點。」⁵⁸

這兩種認識意志的方式——「及時自發地開啓一系列事情」，以及在已知的目標中做決定，然後選擇達到目標的方法——都有明顯重要的臨床關聯，人透過願望啓動，然後藉由選擇實踐。

臨床工作者的目標是改變（行動），負責的行動始於願望。除非人知道自己渴望的是什麼，否則無法爲自己而行動。如果不知道渴望什麼，就無法投向未來，而負責的意志就會么折。一旦有具體的願望，就會發動意志的過程，最後轉化成行動。我們該怎麼稱呼這種轉化的過程呢？在願望和行動之間的過程需要承諾，需要「向自己公開表明要盡力做這件事」⁵⁹。我覺得最適當的字眼是「決定」或「選擇」，這是臨床工作者和社會科學家都會使用的語詞【註一】。做出決定就表示接下來會有行動，如果沒有行動，就表示沒有做出真正的決定。如果有願望而沒有行動，就表示沒有真正的意志（如果有行動而沒有願望的話，仍然沒有「意志」，只是衝動的行動）。

意志的不同面向（願望和決定）都可能有許多失敗的方式，每一種方式都有不同的臨床圖像，各自需要不同的治療方法。

【註一】我會交替使用「決定」和「選擇」，兩者是同義詞，但各自有不同的背景：「選擇」比較偏哲學用語，「決定」比較偏社交和心理學用語。交替使用這兩個用語，是因為我想在討論中跨越不同學科。

願望

「我該做什麼？我該做什麼？」

「是什麼問題使你不去做自己想做的事？」

「可是我不知道自己想要什麼！如果我知道了話，就不會在這裡了！」

治療師有多常遇到類似上述過程的情形呢？治療師有多常遇見知道自己應該做什麼、必須做什麼，卻不知道自己想什麼的病人呢？處理完全無法發出願望的病人，是令人非常挫折的經驗，很少治療師不會像羅洛·梅一樣大喊：「難道你從來沒有想要任何東西嗎？」⁶⁰。願望受到阻礙的人有很大的社交問題，別人也會像治療師一樣想向他們大喊，他們沒有意見，沒有自己的喜好，變成別人願望的寄生蟲，最後別人會感到厭煩、耗盡，或是疲於為這些人提供願望和想像。

願望的「無能」是過於強烈的說法，更常見的情形是人不信任或壓抑自己的願望。許多人是因為努力表現自己很堅強，而決定最好不要有期望，期望會使人容易受傷或暴露自己：「如果我不去渴望任何事，就永遠不會軟弱。」有些人是內在經驗麻木或洩氣：「如果我不想要任何事，就不會再度失敗或被人拒絕。」還有人是把願望沈浸到嬰兒式的期待，希望永遠的照顧者能了解他們的願望，別人能看出自己未表達的願望，是一種令人極其安心的感覺。還有人非常害怕被照顧者拋棄，所以不願直接表達任何個人慾望，他們不讓自己有期望的權利，好像願望會激怒、威脅或趕走別人。

無法感受

臨床文獻並沒有廣泛清楚地討論無法有願望或無法體驗自身願望的情形，這種情形通常被放在一個總體的疾病裡——無法感受（the inability to feel）。心理治療師常常遇到無法感受或無法以言語表達感受的病人，他們無法區分不同的情感，好似以同樣的方式體驗快樂、憤怒、哀傷、神經質等等，找不到身體裡的感覺，對內在的驅力和情感特別缺乏想像力。席福諾斯（Peter Sifenos）在一九六七年提出一個名詞「alexithymia」（來自希臘文，意思是「說不出感受」），用來描述這種臨床病情，自此以後，有大量文獻談到這種病人⁶¹。身心症病人特別會有說不出感受的情形，不過，許多說不出感受的人並沒有其他臨床問題。

情感的表達一直被認為是心理治療的重要部分。佛洛伊德在一九八五年出版的《歇斯底里症研究》首度假設歇斯底里是某種強烈的情感造成的（例如，創傷事件造成的結果）⁶²，這種特別的情感持續被壓抑到潛意識裡，而不像大多數強烈的情感反應透過「宣洩過程的消耗」而排除。一旦發生這種情形，就會違背恆常法則（constancy principle）【註二】，於是腦內的激發程度會升高，而人為了恢復平衡而產生症狀，以象徵的方式抒解張力，所以精神症狀是「被扼殺的情感」造成的，而治療必須釋放這種受到禁錮的情感，使之進入意識，經由宣洩而排除。

雖然這是佛洛伊德對治療機轉最初的構想，他也很快發現宣洩本身是不充分的治療方法，可是這個構想卻因為簡單

【註二】也就是有機體需要保持適當的張力程度。

明瞭而持續了數十年，甚至是許多好萊塢電影的典型流行看法。當代的觀點認為宣洩本身雖然不會造成改變，卻在治療過程佔有不可或缺的地位，確實也有許多研究支持這個觀點⁶³。例如，我和同事研究好幾位心理治療結果非常成功的病人，我們設計一份包括六十個項目的問卷（見第六章），請病人根據每一項對他們個人改變的重要性來評分，想藉此找出有效的治療機轉。在六十個項目中，與「宣洩」有關的項目分別排名第二和第四重要的機轉。

最近增加了許多新療法（比如完形治療、強烈感受療法⁶⁴、爆發治療⁶⁵、生物能治療⁶⁶、情緒泛濫法⁶⁷、心理劇、尖叫治療⁶⁸），它們有一個重要的相似點，都注重感受的覺察和表達。雖然每一種療法都發展出自己的原理，但我相信它們的重要觀點是共通的，都認為感受的覺察和表達會以兩種基本方式來幫助人——促進人際關係，以及促進人產生願望的能力。

感受與人際關係

表達情感在人際關係裡的角色是不證自明的，無法說出感受的人在關係中會有顯著的問題，別人無法知道這個人有何感受，這個人看起來好像被動、呆板、沈重、了無生氣、乏味；別人因為需要製造關係中的所有情感而覺得負擔太重，進而懷疑對方是否真的關心自己；情感阻滯者的動作是如此慎重、被動，看起來好像受到強迫、不真誠、沒有樂趣、不好玩，只有尷尬沈悶的自我意識。無法感受的人不會被別人注意，而是存在一種寂寞的狀態裡，不只切斷自己的感受，也切斷了別人的感受。

感受和願望

如果得到幫助去感受的話，就會自動促進發出願望的能力。願望需要感受，如果願望是出於感受以外的東西，例如理性的深思熟慮或必須履行的道德責任，那就不再是願望，而是「必須」或「應該」，這時人並沒有接觸到真實的自我。

治療團體有一位病人發現自己無法了解另一個病人，後者因為治療師放假一個月而感到不舒服，前者問道：「既然你無能為力，為什麼要讓自己陷入混亂呢？」換句話說，他把感受和願望的重要性放在功利目標之後，他其實在說：「既然做什麼都沒有用，為什麼還要期望呢？為什麼要有感受呢？」這類型的人會有行動，並有內在的引導感，可是並沒有願望。他的願望來自外在，而不是內在。他內在的願望和感受是由環境的緊急狀況和理性的支配來決定的，觀察者會覺得這種人好像機械一樣呆板、墨守成規、了無生氣。

另一種人在治療團體中特別顯眼，他會試圖了解別人想要的是什麼，以找出自己應該有什麼感受和願望，好來滿足別人。這種人缺少自發性，他們的行為很容易預測，結果必然使人感到乏味無趣。

願望不只是想法或無目標的想像，願望包括情感和力量。如果情感受到限制，就無法體會自己的願望，而整個意志過程就受到阻礙。沙特在《理性年代》（The Age of Reason）描寫一個人因為碰觸不到感受而缺乏行動、沒有願望，描寫得非常生動：

他闔上報紙，開始閱讀頭版的特別報導，合計已有五十人死亡、三百人受傷，但總數應不止於

此，因為還有許多屍體埋在灰燼之中……法國有成千上萬人在早上看到報紙時，會緊握拳頭憤慨地說：「豬糞！」馬瑟緊握拳頭憤慨地說：「豬糞！」卻覺得心中內疚，如果他能在心裡找到一點點真正的情緒就好了，可是沒有；他是空洞的，他面對巨大的憤怒、極度的憤怒，他看見它，差一點就碰到它。可是它了無生氣，如果它能活起來，得以表達和經歷的話，他一定全身投入。但那是別人的憤怒，他握緊拳頭，跨出腳說：「豬糞！」可是什麼也沒發生，憤怒仍然在他身外……某種東西就在存在的門檻外，憤怒提心吊膽的露出端倪。終於！可是它漸漸縮小、終至瓦解，孤獨地留下他，像巴黎喪葬隊伍邁著整齊端正步伐的人……他用手帕擦拭額頭，心想：「人無法勉強最深處的感受。」如果必須喚起人最深處的情緒，那實在是可怕又可悲的情形……「沒有用，那一刻不會到來……」⁶⁹

感受是願望的前提，但並不等於願望。人可以有感受而沒有願望，所以也沒有意志。在現代文學中有一些著名「沒有願望」的人物，比如卡繆《異鄉人》(The Stranger) 裡的莫梭，紀德 (André Gide) 在《蔑視道德的人》(The Immoralist) 中的麥克，都是充滿熱切感覺的人，卻都脫離自己的願望，特別是人際關係方面的願望，他們的行動是衝動的爆發，最後深深傷害到別人和自己。

情感阻滯和心理治療

情感阻滯（也就是感受被堵住）病人的心理治療是緩慢

而磨人的。首先，治療師必須堅持不懈，一次又一次詢問：「你有什麼感覺？」「你想要什麼？」他需要一次又一次探討阻滯的來源和本質，以及被壓抑的感受是什麼。阻塞的情形非常明顯，就連未受訓練的人都可能輕易看出，只要打破這種阻礙、只要炸開阻礙病人情感的水壩，健康和完整無缺的自我就會像瀑布一樣從缺口流出。因此許多治療師就運用新而細膩的技巧，比如完形、心理劇、生物能、會心團體的誘發情感技巧，希望能在治療情感阻滯的病人時有所突破。

這些突破的策略是否有用呢？治療師是否能在情感阻滯病人的防衛圈炸開一條通道，讓被包圍的情緒流出來呢？我和同事在一項研究計畫中，試圖了解這個問題，我們研究三十五位接受長期心理治療的病人（許多人都有情感阻滯的情形，使治療難以進行），並試圖找出引發情感的經驗是否能使接下來的個別治療明顯改變⁷⁰。我們讓這些病人參加週末舉行的三種團體之一，其中兩個使用強而有力的會心與完形的引發情感技巧；第三種是冥想和覺察身體的團體，做為實驗的對照組，後者並沒有情感的引發和人際的互動。結果顯示在週末團體中，雖然許多病人都有強烈的情緒突破，卻無法持續下去，對接下來的個別治療過程並沒有明顯的效果。

所以，在治療中引發情感雖然很重要，但並沒有證據顯示快速強烈地激發情感是有療效的。就像我們所想的一樣，心理治療 (psychotherapy) 是「循環治療」(cyclotherapy)⁷¹，是一種長期緩慢的過程，同樣的議題會在心理治療時不斷重複處理，也會在病人的生活中一再接受考驗。雖然情感的突破並不是有效的治療模式，不過相對的方式（枯燥乏味、過度知性、高度理性的方式）也不是有效的。亞歷山德 (Franz Alexander) 把情感投入稱為「矯正的情緒經驗」⁷²，是成功

治療的必要部分。雖然許多早期的治療師（比如費倫齊、蘭克、芮克 [Wilhelm Reich]、莫雷諾 [Julius Moreno]）都體認到情感投入的必要，也引進一些技巧使治療的相會更為真實、充滿情感，但就設計方法以增加人對情感的覺察而言，波爾斯是最值得一提的人。

波爾斯說：「丟掉你的腦袋，進入你的感覺。」（Lose your heart and come to your sense.）波爾斯堅持要強調覺察，他的治療是一種「經驗治療，而不是談話或詮釋治療」⁷³，他的治療只用現在式，因為他覺得精神官能症患者太常活在過去：

完形治療是「此時此地」的治療，我們在會談中要求病人把注意力轉到他正在做的事、會談中所做的事，也就是此時此地……開始覺察自己的姿勢、呼吸、情緒、臉部表情，以及當下的想法。⁷⁴

波爾斯常常一開始就談感官印象和動作感覺的覺察，例如，病人如果抱怨頭痛，波爾斯可能會請病人專注在頭痛上，直到他發現頭痛和臉部肌肉的收縮有關。然後波爾斯可能要求病人誇大肌肉的收縮，每增強一些就談論自己有什麼體認，病人會逐漸從動作的感覺進入情感。比如一位女病人可能描述自己的臉：「我好像要把自己的臉扭到哭一樣。」這時治療師可以鼓勵情感的表達，問病人：「你願不願意哭出來？」⁷⁵

波爾斯的治療開始於覺察，然後逐漸轉向「願望」。

我相信光是覺察的技巧就能產生有價值的療

效，如果治療師把自己的工作限定在三個問話，最後就能使幾乎所有最嚴重的病人得到成功。這三句問話是：「你正在做什麼？」「你有什麼感受？」「你想要什麼？」⁷⁶

波爾斯試圖幫助病人對事物有所感受、「擁有」這些感受，然後了解自己的願望和慾望。例如，病人如果一直從理智向治療師提出問題，波爾斯就會要求他以肯定句來表達，並說出問題背後的願望。

病人：你所謂支持是什麼意思？

治療師：你能不能改成肯定句？

病人：我想知道你所說的支持是什麼意思。

治療師：這仍然是疑問句，請你改成肯定句。

病人：如果可能的話，我他媽的想要你談這個問題。⁷⁷

這時病人比較碰得到他的情感，也較能了解自己的願望。

引發情感的目的不只是宣洩而已，而是幫助病人重新發現自己的願望。完形治療的主要問題就是許多治療師過於重視引發情感的技巧，而沒有看見更深層的目的。就某種程度來說，這是治療師模仿波爾斯的結果，波爾斯是偉大的表演者，喜歡在大群觀眾前展現他與病人簡短而引人注目的對話，可是波爾斯在沈思的時候，對治療師過於重視技巧的傾向感到失望：

我們花了很長時間才拆穿佛洛伊德胡言亂語的

假面具，現在進入一個全新而更危險的階段。我們正進入快速輪動的階段，轉向速食治療、立即的快樂、立刻的感官覺察。我們正進入冒充內行、招搖撞騙的階段，以為你如果得到某種突破就痊癒了……我必須說我非常擔心目前的情形。

……技巧只是花招，花招只能用在特殊的情形。已經有太多人到處蒐集花招，濫用這些花招。這些技巧和工具在某個感官覺察工作坊非常有用或是好玩……可是悲哀的事實是這種一時的興奮常常成為危險的代替品，另一種阻礙成長的虛假治療。⁷⁸

其他治療方式：波爾斯並不是唯一掌握到情感阻滯問題的治療師，心理劇、會心團體、催眠治療和生物能都有各種成熟的技巧，用來激發情感、增加人對願望的覺察。其實還有許多這一類方法的繁衍，已經無法追溯它們的譜系。可是，所有技巧的根據都是假設人在某個深入的層面知道自己的願望和感受，透過適當的聚焦，可以增加病人對這種內在狀態的自覺經驗。

姿態、手勢或其他隱微的非語言線索，可以提供重要的訊息，了解許多潛藏而疏離的感受和願望。治療師必須密切注意這類線索，比如握緊拳頭、一個拳頭猛擊另一隻手掌，或是擺出某種封閉的姿勢（雙手或雙腳交叉），每一項都是一種潛在感受或願望的表現（對這種情形，波爾斯會請病人注意自己的行為，要求他們用誇張的方式表現，以促使壓抑的感受浮現出來。例如，以更快更猛的方式用拳擊掌）。其實有些病人與情感過於疏離，以至於身體或生理的訊息才是

他們與內心世界的唯一接觸，例如，「我眼睛充滿淚水，所以我一定很傷心」，或「如果我臉紅的話，就表示我很尷尬」。

「你想要什麼？」這種問題常常使病人感到驚訝，因為他們很少如此自問。波斯特夫婦（Erving and Miriam Pohlster）提供了一個實例：

一位大學教授覺得負擔太重，因為每天都填滿寫作、閱讀、教書的龐大要求，好像他的時間快要漲破了一樣。他詳細列出承諾過多的生活中所有的要求之後，我問他：「你想要什麼？」他沈默下來……一隻手鬆散地放在另一隻手中……然後說：「我希望生活能有一些懶散的時間。」這些體認很普通，可是許多人卻不自知。除非能體認到這些需要，否則不可能付諸行動。⁷⁹

如果病人有嚴重的分裂型人格，與自己的願望非常疏離，可以集中精力詢問當下在此時此地的互動，可能會有收穫。例如，在團體治療中，一位深感困擾的年輕男子聽到我的問題後，悲嘆自己毫無感受和願望，只有在知道自己應該有什麼感受時，才能有所感受。其他成員問他對各種主題（比如寂寞、強效鎮靜劑、病房的某些問題）做何感受，這些主題反而使病人感到越來越困惑氣餒。等我們把問話集中在當下的過程時，才對他比較有幫助。「你被人詢問感受時，做何感受？」他可以在這個層面體驗許多真實的感受和願望。雖然他對眾人的注意感到害怕，但仍覺得高興、感謝，希望團體繼續催逼他。他也覺得好像自私的人一直在談

自己的事，而擔心別人會怨恨他佔用時間。從當下情感的基礎開始，他逐漸相信自己能擁有各種感受，並辨別它們。

另一位病人多年來懷疑、貶抑感受的重要性，她認為感受是虛偽的做作，因為每當她意識到一種特別的感受時，就能製造同樣強度的相反感受。許多治療時間都浪費在努力破除這種防衛，唯一能有進展的方法，就是幫助她在此時此地的當下發現某種無可置疑的感受（和願望）。她參加的是病房的治療團體，病房的工作人員會在一旁觀察，而病人也有機會聽到觀察者對會談的公開討論。請她描述自己對別人討論的反應時，她說因為自己很少被人討論而感到惱怒，我們深入探討她的惱怒（因為它顯然不夠深刻），於是發現其實是心痛（因為被忽視而受傷），接下來是害怕（害怕治療師心裡把她歸類到慢性檔案），然後鼓勵她表達自己希望治療師說什麼、做什麼，她以這種方式逐漸體驗：自己真實的願望是渴望治療師的呵護。

佛洛伊德在很久以前指出幻想就是願望，深入探索幻想（包括自發的或引導出來的幻想），常常是找出並接受願望的有力技巧。例如，一位病人無法決定要繼續和女友交往，還是中止兩人的關係。問他：「你想要什麼？」或「你是否在乎她？」時，他的反應總是含糊無益的「我不知道」。治療師請他想像接到她打來的電話，提議要結束關係，病人清楚看見這個場面，輕鬆地嘆了一口氣，了解這通電話之後產生的感受。這個幻想使他了解自己對關係的真正願望，但這只是一小步，接下來要開始處理阻止他體認願望並加以實現的因素。

衝動

無法產生願望的問題並不必然會導致壓抑和癱瘓，有些人逃避願望的方法是對願望不加以分辨，對所有願望都立即衝動地付諸行動。對每一個衝動或奇想都立刻行動的人，就和壓抑或扼殺願望的人一樣是逃避願望，因為這個人避免在可能互相衝突的不同願望中做選擇。就如羅洛·梅說的，易卜生劇作中的皮爾·金是無法分辨不同願望的絕佳實例，企圖實現所有願望，結果失去了真正的自我（這個自我想要其中一件事更甚於其他事）⁸⁰。願望必然包括方向和時間，發出願望是指向未來，人在實現願望時必須考慮未來的意含與後果，最容易看出這種必要性的情形，就是牽涉到別人的願望。衝動的皮爾·金實現所有人際願望的結果是侵犯或強暴他人，而不是真正的相會。重要的是能在心裡區分不同的願望，分別排出優先順序，如果有兩個願望是互相排斥的話，就必須放棄其中之一。例如，假使想要一種有意義的親愛關係，就必須拒絕各種衝突的關係，比如征服、權力、誘惑或屈從的關係。如果作家的基本願望是與人溝通，就必須放棄其他妨礙溝通的願望，比如「看起來很聰明」的願望。衝動而不加區別地實現所有願望，是意志疾病的一種症狀，顯示無能或不願把自己投向未來。

基本的願望疾病還有另一種描述方式，就是考慮在衝動行為之下的兩種矛盾形式：接續的矛盾和同時的矛盾⁸¹。在「接續的矛盾」中，會先體驗到一種願望，然後是另一種願望，當其中一種佔優勢時，就會據此而行，另一種願望就無法充分表現。在「同時的矛盾」中，會徹底直接地面對兩種願望。布金妥描述一位病人因為接續的矛盾而痛苦地反覆無常：

四十二歲的瑪貝爾結婚已十七年，她深愛丈夫，兩人之間有許多有意義而滿足的關係。後來經過一些事件，她發現自己也深愛另一個男人，對方是鰥夫，對她也有相同的感覺。她仍然深愛丈夫葛瑞格，也不想只和另一個男人海爾單純地「放縱一下」。

瑪貝爾和葛瑞格在家裡時，會覺得自己和他的生活非常豐富，懷疑自己是否想把這種生活變成痛苦、內疚，破壞兩人的未來。可是她和海爾在一起，或只是和葛瑞格分開時，卻又痛苦地發現自己和海爾在一起是多麼充滿活力，而渴望和他在一起的不同生活。⁸²

治療師的任務是幫助衝動的病人把「接續的矛盾」變成「同時的矛盾」。以接續的方式經歷衝突的願望，是保護自己免於焦慮的方法。當人同時徹底經歷衝突的願望時，就必須面對選擇其一、放棄其二的責任。同時的矛盾會造成極度不安的狀態。布金妥指出非常重要的一點，就是治療師要避免淡化病人的痛苦或自主，治療師很容易提出勸告、援助，或是如海德格說的「跳到別人前面」⁸³；然而病人若是能以全副精力深切面對自己所有相關的願望，最後就能形成創新的解決辦法，這個辦法是別人無法預知的。

先前談的例子瑪貝爾藉著衝突得到真正的創新洞見：「她了解自己長久以來如何微妙地利用丈夫來界定自己的存在，又如何以同樣的方式對待海爾。」她開始了解她的自我認同是與海爾或葛瑞格分開的，這不表示她要停止對丈夫的愛（這是她選擇要在一起的人），而是要以不同的方式來愛

他——意思是愛他，但不是以兩人成為融合實體的方式來愛他；意思是能獨自面對生命而不失去自我，也不會有可怕的寂寞感。

強迫性

強迫性是一種對抗責任覺察的防衛，也是一種願望的疾病，比衝動更有條理、較不善變。有強迫性的人會根據內在的要求行動，這種要求並不是願望。這種人是由某種「與『自我』疏離」的東西來指揮，他被驅策要有所行動，而且常常違反他的願望，如果他不有所行動的話，就會覺得非常不安。雖然他希望不要以特別的方式來行動，卻發現很難不遵照強迫性的命令。卡繆在《墮落》（The Fall）一書的主角身上精確地掌握這種特質，他說：「世上最困難的事，就是不做自己不想做的事。」⁸⁴有強迫性的人通常不知道自己無法產生願望，他並不覺得空虛或沒有方向，相反地，這種人是勤奮的，常常是堅強的，總是隨時擁有一種目標感，可是當了解自己雖然有目標，卻不是自己的目標；雖然有慾望和目的，卻不是自己的慾望和目的時，常常興起陣陣懷疑。這種人非常忙碌，好像不斷受到驅策，以至於覺得沒有時間或權利問自己想做的是什麼。只有在防衛破裂時（例如「外加的」目標因為環境的改變而變得不適當；環境的改變好比失業、家庭破碎，或是已得到金錢、名聲、權力等目標的時候），才會發現真實的自我受到扼殺。

決定—選擇

一旦人徹底體驗到願望，就會面對決定或選擇。決定是願望和行動之間的橋樑【註三】。如果接下來沒有行動的話，我相信就表示並沒有真正的決定，而只是搖擺不定的決定、失敗的決心。貝克特（Samuel Beckett）寫的「等待果陀」（Waiting for Godot）是描寫決定夭折的經典之作，劇中人物思考、計畫、拖延、下定決心，卻沒有做出決定。這齣戲是這樣結束的：

弗拉基米爾：我們該走了嗎？

艾斯崔根：我們走吧。

（舞台旁白：）沒有人移動。⁸⁵

決定與治療合約

治療與特定的決定：決定的概念會以許多方式進入心理治療，有些人因為掙扎於特定的決定（常常與關係或生涯有關），而明確地尋求治療，於是治療會把重心放在這個決定。如果是短期、集中、任務導向的治療，治療師會促使病人做出決定，治療師和病人會考量這個決定的正反意見，試圖幫助病人釐清每一種選擇在意識和潛意識的意含。反過來說，如果是比較深入、目標比較廣泛的治療，治療師就會把這個特定的決定當成主軸，隨著治療的進展，由此探討與之相關的各種主題。治療師幫助病人了解決定時感到焦慮的潛

【註三】我所說的「行動」並不是從力量的角度來看，而是從治療的角度來看。最微小的變動，或是去除先前的習慣活動，都可能是重大的治療行動。

意識意義，回顧過去其他的決定關頭。雖然治療目標並不是明確放在幫助病人做出特別的決定，但仍希望解決衝突，好讓病人做出決定，以適當的方式與人相處。

治療與潛意識的決定：許多治療師非常重視決定，即使病人並不是因為特殊的決定關頭來接受治療也是如此。為了擴大病人的自我責任感，這些治療師會強調每一個行動（包括自我改變）之前都有一個決定。以這種方式把重點放在決定的治療師，常常假定一般認為與決定無關的行為也包括了決定，所以治療師對病人的失敗、拖延、與人疏離、逃避親密，甚至被動、壓抑或焦慮，都會強調是決定的問題。顯然這些並不是有意做出的決定；治療師認為人既然要為自己的行為負責，就必然「選擇」了自己的狀況。這是什麼樣的選擇呢？這是法珀所說的「第一種意志」，只有少數重大的決定是完全出於深思熟慮、刻意的努力。威廉·詹姆斯深入思考人是怎麼做決定的，他描述了五種決定，只有前兩種是出於「有意的」（willful）努力：

- 一、合理的決定：我們就一個特定的主題考慮正反雙方的意見，選擇一種方法。根據知識而得到的理性平衡；我們以一種完全自由的感覺做出決定。
- 二、刻意的決定：刻意而費力的決定包括一種「內在努力」的感覺，是一種「緩慢、非常費力的意志」。這是很少見的決定，人類絕大部分的決定都是輕鬆做出的。
- 三、飄移的決定：在這種情形中，任一種行動方式都沒有足夠的理由，每一個看起來都很好，所以難以決定，於是讓自己根據外在偶然的因素決定方向。

四、衝動的決定：我們覺得無法決定，好像第三種決定一樣是出於偶然。可是它其實來自內在，而不是外在，我們發現自己的行動是不自覺的，而且常常出於衝動。

五、基於觀念改變而有的決定：這種決定常常是突然發生的，通常出於某個重要的外在經驗或內在變化（比如哀傷或恐懼），而造成觀念上的重大改變，或說是「內心的改變」（第五章描述的好些癌症病人就是做出這種決定）。⁸⁶

根據詹姆斯的看法，「決定」涉及不同主觀經驗的各種活動，差別在於努力的程度、理性、意識、衝動和責任感。

治療、決定、性格結構：有些治療師（比如溝通分析學派的治療師）會從極端潛意識的角度來運用「決定」，他們認為人在早年做出「古老」的決定，並以關鍵的方式形塑他們的生活。溝通分析的典型精神病理發展模式主張：「人會從父母得到禁止訊息，透過安撫（也就是強化）深植內心，根據禁止訊息做出決定，然後發展人生腳本來支持禁止訊息。」⁸⁷根據伯恩（Eric Berne）的說法，人「決定」了「人生腳本」，這是潛意識的一生藍圖，包括人格變數和不斷重複出現的人際互動。伯恩的「人生腳本」很類似阿德勒說的「指導小說」或荷妮的理想形象系統。雖然伯恩的看法比較根據人際互動，但仍約略類似佛洛伊德的性格結構概念。

根據溝通分析的方式，小孩做出的決定會形成其性格結構，所以要為此負責。可是當「決定」只用在意識上刻意的角度時，就有問題了，溝通分析提供的「決定」定義反映出用語的混淆：「決定就是在小孩的時候運用所有『自我』資

源來適應，修正自己的期待，以配合家庭處境的現實。」⁸⁸請注意這個定義一開始是說「決定是在……的時候」，好像決定有特定的時刻，好像在原初狀態與改變狀態間必然有某種出於意識的決定。

治療師如果認真接受這個觀念，認為兒童做出某種具體重大的古老決定，就有發展具體、簡化的方法來達到治療改變的危險。其實這正是已經發生的情形，例如溝通分析教科書認為治療師的任務是幫助病人回到「原初的決定」、「第一次行動的經驗」⁸⁹（有點像佛洛伊德早期理論的原初創傷），重新體驗這個決定，然後「重新做出決定」。這個問題在於病人可能被要求做出當前的理性決定，以抵銷早期完全不同類型的決定。法珀說不要迫使第二種意志（意識的）去做第一種意志（潛意識）的工作，就是警告這一點。

這種激烈的決定觀忽略了細微的發展過程，人的性格結構並不是單一重大的決定所造成的結果，無法追溯並消除那個決定，人的性格是由一生做出的無數選擇和放棄的選擇所塑造的。小孩當然不了解成人性格的選擇性，可是小孩一直都有少量能力接受或拒絕、順從或叛逆，或是如艾瑞克森所說的，對某些角色的榜樣產生正向或負向的認同⁹⁰。就如我在上一章所討論的，病人對自身現狀（以及未來的樣子）負責，是治療過程所必須有的，藉此才能體驗改變過程所必須的力量與希望。可是心理治療所造成的改變並不是指單次重大、刻意的決定，而是多次決定的緩慢過程，每一次決定都是為下一步預做準備【譯註】。

【譯註】溝通分析其實也強調多次決定的過程，與亞隆的觀點並不衝突，但確實有以第二種意志取代第一種意志的情形。

為何難以決定？

「我們該走了嗎？」「我們走吧！」「沒有人移動。」決心和承諾行動的決定間出了什麼問題？為什麼這麼多病人覺得難以做決定？其實我想一想目前所治療的病人，就發現幾乎每一個人也正與某個決定角力。有些病人關心特定的生活決定：怎麼處理某個重要的關係？是否留在婚姻狀態或是分開？是否重返學校？是否要生小孩？有的病人說他們知道自己必須做什麼事，比如戒酒戒菸、減肥、多認識人或建立親密關係，卻沒有付諸行動的決定，也就是無法向自己承諾。還有人說他們知道什麼是錯的，比如過於自負、工作狂、心不在焉，卻不知道如何決定改變，結果沒有在治療中努力。

這些未做出的決定都有某種使人非常痛苦的部分，我回顧自己的病人，試圖分析決定對他們的意義與威脅，而對病人反應的多樣性感到非常驚訝。難以決定的原因很多，有些很明顯，有些是出於潛意識，有些則碰觸到最深的存有根源。

唯有選擇除外：賈德納（John Gardner）的小說《格倫德爾》（Grendl）中的主角想要了解生命的奧秘，拜見一位老牧師，這位智者說：「終極的邪惡就是時間一直消逝，生命其實意味著死亡。」他以兩句簡單而可怕的論點總結他對生命的冥想：「萬事都會消逝，唯有選擇除外。」⁹¹我覺得牧師的話非常能啟發人，「萬事都會消逝」是本書第一篇的根本主題，「唯有選擇除外」則是難以決定的主要理由之一。

每當有一個「是」，就必然有一個「否」。決定一件事總是意味著放棄另一件事，就像一位治療師對猶豫不決的病人所說的話：「決定的代價很昂貴，代價就是其餘的每一件

事。」⁹²決定必然伴隨著放棄，人必須放棄其他選擇，而且放棄這些選擇之後，通常就不再有機會了。決定是痛苦的，因為決定意味著可能性的限制；而人的可能性越有限時，就表示越接近死亡。事實上，海德格把死亡定義成「無法再有進一步的可能性。」⁹³受到限制的事實會使我們適應存在焦慮的主要模式受到威脅，獨特性的妄想——就是別人雖然受到限制，自己卻能得到豁免，自己是特殊的，能超越自然法則。

當然了，人可能藉著逃避決定的覺察，避免覺察到放棄選擇。惠理斯把決定比喻成旅程的十字路口，而放棄的選擇就是未走的路，他把這種心態描述得很好：

有些人可以沒有煩惱地盲目前進，相信自己走的是康莊大道，所有岔路都是旁門左道。可是帶著覺察和想像力前進的人，就會因為想到自己不可能再遇到這些岔路而受影響。有些人坐在十字路口，因為無法兩條路都走而停下來，幻想自己如果坐得夠久，兩條路就會自動變成一條路，使兩者都成為可能。成熟和勇氣主要就是能放棄這種情形，智慧主要就是能找出方法盡可能使自己不要停止。⁹⁴

「坐在十字路口，因為無法兩條路都走而停下來。」用來描述無法放棄可能性的人，是非常貼切的意象。古代哲學的隱喻也描寫到相同的困境，亞理斯多德假設有一隻飢餓的狗，在兩份同樣吸引牠的食物之間，無法做出選擇；布里丹（Buridan）提出一個著名的問題：驢子為何在兩捆同樣美味的乾草間餓死⁹⁵？在每一個例子裡，如果拒絕放棄可能的選

擇就會餓死，拯救之道在相信自己的渴望，掌握能取得的部分。

隱喻和意志癱瘓的臨床病人有關，不只是因為他們無法說「是」，也因為他們無法說「不」，他們在潛意識層面拒絕接受放棄的存在意含。

決定是一種邊界經驗：完全覺察到人的存在處境，意味著人了解所有事都是自己創造的，了解其實是人塑造自己，並沒有絕對的外在相關對象，而是人為世界安排的武斷意義，這就意味著開始了解自己基本上是無根的情形。

決定使人面對這種覺察，特別是無法挽回的決定，這是一種邊界處境，就像覺察「我的死亡」是一種邊界處境一樣。兩者都像催化劑，使人從日常生活的態度轉移到「本體」的態度，在這種存有模式中，人會注意到存有。雖然海德格告訴我們這種催化劑和轉移最終是有益的，是真誠存在的先決條件，可是它們也會喚起焦慮。如果沒有做好心理準備的話，就會產生壓抑決定的模式，就像壓抑死亡一樣。

重大的決定不但使人面臨無根的焦慮，也會威脅人對抗死亡焦慮的防衛機制。決定使人面對可能性的限制、挑戰個人獨特性的迷思；決定會迫使人接受個人的責任和存在的孤獨、威脅終極拯救者的信念。

重要的決定也使每一個人面對存在的孤獨。決定是一種寂寞的行動，而且是我們自己的行動，沒有人能為我們做決定。所以許多人會因為面臨決定而非常苦惱，因為企圖逃避決定而強迫或說服別人為他們做決定。

決定與內疚：有些人是因為內疚而難以做出決定，就如蘭克所強調的，內疚能夠完全癱瘓意志過程。意志是在內疚中產生的，蘭克說內疚最初是對立的意志，小孩的衝動被成

人世界壓制，而小孩的意志最初就是要對抗壓制而產生的。如果不幸遇到試圖鎮壓所有衝動表現的父母，小孩的意志就會充滿內疚，覺得所有決定都是邪惡的、被禁止的。這種人無法做決定是因為覺得自己沒有決定的權利。

纏繞在親子共生關係的受虐性格，特別會因為內疚和決定而困擾。米納克（Ester Menaker）認為這種病人的父母其實在說：「你不敢做你自己，你沒有成為自己的能力，你需要我才能存在。」⁹⁶這種病人在發展時被禁止自由表達任何選擇，因為這代表侵犯父母的命令。成人期重大決定引發的不安，就是來自分離的恐懼和違反支配者的內疚。

存在的內疚遠超過傳統的內疚（對真實或想像中違反別人感到懊悔），我在第六章定義存在的內疚是來自違背自己，是出於懊悔，發現自己未活出的人生、未開發的可能性。存在的內疚也是阻礙決定的強大因素，做出改變的重大決定會使人想到過去的浪費，想到竟然犧牲那麼多自己唯一的人生。責任是一把兩刃的劍，如果接受自己人生處境的責任，做出改變的決定，就表示要獨自為過去無法改變的悲慘生活負責。

波妮是四十八歲的女性，她的例子可以說明這些議題，我在第四章簡短討論過她。波妮多年來罹患伯格氏病，這個疾病會造成四肢小血管堵塞，有明確的臨床證據顯示尼古丁對伯格氏病患者非常有害——抽菸會使疾病快速惡化，常常很早就面臨截肢的命運。波妮一直抽菸，而且無法（不願）戒菸，各種催眠和行為治療都失敗了，她似乎無法（不願）做出戒菸的決定。她覺得菸癮以許多方式破壞她的生活。她曾與一位無情、權威的男子結婚，對方在十年前因為她健康不佳而離開。他熱愛戶外活動，決定找一個能共享戶外活動

的伴侶比較合適，他認為是波妮「骯髒的習慣」造成不良於行，而薄弱的意志使問題更加惡化，終於對波妮發出最後通牒：「選擇抽菸，或是婚姻。」她繼續抽菸，於是他離開她。

我和波妮討論難以決定戒菸的理由時，出現一個重要的主題，就是她了解自己現在如果能戒菸的話，表示她以前就能戒菸。這個洞識的意義其實非常深遠，波妮一直認為自己是受害者，是伯格氏病的受害者，是習慣的受害者，是殘忍無情丈夫的受害者。可是，如果她的命運其實一直在自己的控制之中，就必須面對承擔所有責任的事實，包括她的疾病、婚姻失敗，以及悲慘的人生。決定改變就表示接受存在的內疚，因為對自己殘酷而有的內疚。在治療中必須幫助波妮了解為自己做決定的意含，也就是她的決定不是根據丈夫、父母、治療師或任何別人的期望。她必須接受阻撓自己成長而有的內疚（以及接下來的沮喪），她必須接受過去行為的沈重責任，才能掌握未來的責任。不論是侵犯別人或自己而有的內疚，最好的處理方式（可能也是唯一的方式）就是補償，人無法讓時光倒流，只能用改變未來以補償過去。

逃避責任的方法——臨床表現

既然決定對許多人是困難而痛苦的事，就必然會有許多逃避責任的方法。逃避決定最明顯的方法就是拖延，每一位治療師都看過在決定的門前煩惱踱步的病人。還有許多更隱微的方法，用來處理決定固有的痛苦，這些方法使人做決定時不知道自己正在做決定。畢竟，痛苦的是做決定的過程，而不是決定的內容，如果可以在不知情的情形下做決定，就再好不過了！我回答「為什麼難以決定」的問題時，會強調

伴隨決定而來的放棄、焦慮和內疚。為了淡化決定的覺察和痛苦，人必須豎起防衛來對抗這些威脅，藉著扭曲不同的選擇而避免放棄的感覺，安排別人做決定而逃避存在的焦慮和內疚。

避免放棄

打折扣：如果是因為選擇時必須放棄其他的可能性，而難以做決定的話，安排放棄較少的情形就能比較滿意地做決定。例如我的病人艾莉絲，她因為無法決定和丈夫離婚而尋求治療，他已做出離開她的決定，在一年前搬走，可是偶爾還會回家和她發生性關係。艾莉絲一直為他感到哀傷，充滿贏回他的幻想。她想辦法遇見他，懇求他再給婚姻一次機會。理智告訴她兩人的婚姻一直不好，分開來對她比較好，可是她一直把關係中的權力讓給他，拒絕考慮自己也可以做出決定。她認為自己的決定在於要選擇和丈夫之間舒適、依賴的關係，或是可怕的孤獨。

經過幾次支持性諮商會談的幫助，艾莉絲終和另一位男性交往，以此來處理她的困境。她把他當成支柱，藉此完全放下丈夫，沒多久還把前夫拉到法院，告他拒絕支付小孩的扶養費。艾莉絲能做出決定，是因為剝除了決定的更深意含，她為了避免放棄的感覺，而改變決定的方式：不需要在丈夫和寂寞之間做選擇（這個丈夫毫無用處，她有很好的理由對他感到很強的敵意），改成在丈夫和親愛的男友間做選擇，這個決定一點也不困難。

從某個角度來看，短期支持性治療是有用的，因為它使艾莉絲脫離優柔寡斷的痛苦掙扎。反過來說，她也錯失了成長的機會，逃避決定的更深意含。例如，假如她願意投入這

些意含的話，就會處理寂寞的恐懼、無法以自主的方式面對生活、臣服於男性支配者的傾向。事後證明艾莉絲並沒有從經驗學到教訓，幾個月後又陷入相同的處境，與男友的關係產生變化，她無法結束這段關係，再度爲了決定關頭的掙扎來尋求治療。

貶抑未被選擇的項目：我們害怕自由。常識、臨床經驗、心理學研究都指明做決定時，不同選項的價值越接近，自由的感覺（和不安）就越大。所以舒適的決定策略需要把選擇的項目看成很有吸引力，未被選擇的項目則被視爲沒有吸引力。人會在潛意識層面擴大兩個選項間的微小差異，好做出明確、容易的決定。於是決定可以變得毫不費力，完全避免面對自由的痛苦。

例如，一位分裂型情感阻滯的病人多年來「決定」不要爲改變而努力。改變對他是一種可怕的前景（理由與本文無關），結果拒絕投入治療，爲自己開拓一種寂靜、孤獨的生活。客觀來看，他是在內心、人際完全孤獨的生活，以及更自然表達情感生活之間做選擇。他爲了不要改變的決定，於是扭曲自己可以有的選項，貶抑他沒有選擇的項目，高估他選擇的項目。他把情感壓抑視爲「高尚」或「端莊」，把自發看成「獸性的失控」，會有被暴怒和淚水淹沒的危險。另一位病人決定留在令他非常不滿意的婚姻裡，因爲另一種選擇是加入單身族群，她把這個選擇扭曲、貶抑成「茫然、可憐的族群，都是怪人、被遺棄的人、不適應環境的人」。

社會心理學研究證實，貶抑未選擇的項目是常見的心理現象。⁹⁷受試者做的決定中，選擇的項目如果沒有比未被選擇的項目具有明顯的優越條件，在選擇之後就會覺得後悔，當事人會對未選項目對他的吸引力感到不安，有「我做了什

麼？」的感受，在文獻上通常稱爲「認知失調」，意即人的選擇和他的價值觀不一致（失調）。認知失調理論認爲失調的緊張狀態是非常不舒服的，所以會想辦法降低那種張力（但不是在意識層面）⁹⁸。實驗研究顯示人有許多方法可以降低放棄的痛苦，有一個常見的方法和臨床非常有關，就是資訊的扭曲：接受提升選擇項目價值的資訊和降低未選項目價值的資訊；拒絕接受增加未選項目或是降低選擇項目吸引力的資訊⁹⁹。

授權別人做決定：決定是痛苦的，因爲深入來看，決定不只是每個人要面對自由，也要面對根本的孤獨，因爲每個人都是獨自爲自己的生活處境負責。如果能找別人來爲自己做決定的話，就能在決定時避免孤獨的痛苦。佛洛姆一再強調人類對自由總是抱持非常矛盾的態度，既爲自由而激烈奮鬥，又找機會把自由交給集權制度，以卸下自由和決定的重擔。有魅力的領導者可以輕易找到許多追隨者，因爲他能乾淨俐落、充滿自信地做出每一個決定。

病人在治療中努力勸誘或說服治療師爲他們做決定，而治療師的主要任務之一就是拒絕被操縱去照顧病人或爲病人負責。病人爲了操縱治療師，可能誇大自己的無助，或是隱藏自己的力量。許多面臨決定關頭的病人會詳察治療師的每一句話、手勢或姿勢的改變，好像可以從中找到至理名言；在會談後會仔細尋思治療師的話，找出治療師對適當決定的看法。除了這些細膩的層面，病人還會暗中渴望治療師能提供條理和指導，每一個治療過程都會發生某種層面的憤怒和挫折，就是因爲病人開始體認治療師並不會爲他解除決定的重擔。

要別人爲自己負責的方法很多。我有兩個朋友最近離

婚，他們都相信是對方做的決定，妻子並沒有要求離婚，但告訴丈夫她和別人戀愛；丈夫一如預期地根據自己的標準，自動推斷兩人必須離婚，於是他們離婚了。丈夫和妻子各自避開決定的痛苦（和事後的懊悔），認為是對方做的決定。妻子只有說出她的外遇，並沒有要求離婚；丈夫覺得妻子的告白事實上就是決定離婚。

人可能藉著拖延來逃避決定，等待別人或環境做出決定，這種人雖然不覺得自己做了決定（比如一門課不及格），但其實是以拖延遮掩不及格的決定，把決定交到講師手上。同樣的，表面上是僱主決定辭退員工，其實可能是員工暗中做出決定，藉著表現不佳離開工作。有的人無法決定結束關係，於是以冷淡、迴避的方式迫使對方做出決定。

本篇一開始的短文，有一位女性表示想逮到丈夫和別的女人躺在床上，然後就可以離開他。她顯然想離開丈夫，卻無法把願望化成行動，因為決定的痛苦（或是預期決定後的懊悔）太大了，所以她希望由他做出決定破壞關係的明確規則。可是，她並非僅止於等待和期望，而是找出許多方法來加速決定，又不讓自己知道是自己做的決定，比如她以微妙的方式疏遠他，不願做愛，並暗示他可以找別人解決。

另一位病人喬治也有類似的問題，不願為明顯的決定負責。他與一位女性的關係特別充滿衝突，他享受和她的性歡愉，卻不喜歡她的其他許多部分。他拒絕對關係做出決定，不肯說「不」然後結束關係，也不願說「是」然後投身其中，結果他被迫「找到決定」而不是「做出決定」，他在潛意識試圖迫使女友做出決定，盡可能晚回家，使女友打電話找不到人，或是「不小心」忘了清理車子，把別的女人的東西留在車上（菸蒂、髮夾等等）。可是，在這段時間中，任

何人提到他已決定終止關係時，喬治都會激烈否認。

他的女友也不願做出結束關係的決定，反而逼他搬去和她同居。那時喬治找別人來幫他做決定，徵求所有朋友的意見，不斷懇求治療師的指導。等治療師終於成功幫助他花夠長的時間檢視自己的行為時，喬治說了一段很有意思的話：「如果別人做決定的話，我就不需要花工夫做決定了。」（許多社會心理學研究顯示，在民主過程中參與決定的人，會為決定負起責任；相反的，被別人強迫的人會抱持比較冷漠或反抗的態度。）

喬治知道結束關係對自己比較好，對女友也比較好，可是他長久以來堅持自己不想傷害她的藉口（好似長期折磨人的隱微拒絕不會使人痛苦）。然而他不願自己做決定，因為找不到人來為他做決定，只好一直懸著，備受折磨。

許多病人在治療中會「以行動發洩」，想說服治療師為他們做決定。另一位病人泰德本身也是心理治療師，幾個月來為了滿足強烈的依賴渴望而努力，他的治療師曾在一次會談提到當自己的父母是困難的事（以某種方式來說，這個觀念是每一個探討自由的存在治療都必然出現的）。下次會談時泰德非常苦惱，說自己過去一週「失去控制」，和一位病人發生性關係，他需要有人「阻止」他。這種情境似乎是強烈地用來迫使治療師為他做決定，畢竟，一個負責的治療師怎麼能被動地坐著，任由病人傷害另一個病人，毀掉自己的專業生涯呢？

可是治療師選擇檢視「以行動發洩」的所有面向，很快就看出泰德並不是完全失去控制，而是做出好幾個決定，顯示他能夠承擔某種程度的責任。他並沒有找上有精神病或邊緣性人格的病人，而「選擇」成熟、適應良好、即將結束治

療的病人。此外，他雖然破壞了專業的倫理規範，但在性交之前及時打住，立刻在個人治療中詳細討論這種情形。治療師拒絕被操縱來為泰德做決定（「告發」），並堅持向泰德說明，為自己做決定雖然是可怕的事，可是他完全有能力做出決定，最後顯示這種做法才是對泰德最有幫助的。

讓某件事來做決定：古老的決定模式是訴諸命運，不論是從羊的內臟、茶葉、易經、氣象變化或任何預兆來解讀命運都不重要，重要的是把決定轉移到外在媒介，好使人避免決定必然造成的存在痛苦。

完全信賴運氣的現代版本，可見於萊哈特（Luke Rhinehart）的小說《骰子男人》（The Dice Man），主角做出一個基本決定，把所有其他決定交給運氣——丟骰子¹⁰⁰。他針對每一個重要的生活決定列出各種選擇，然後交給骰子來決定。雖然有些決定是根據列出來的選擇，但這不是重點，也毫無承諾的作用，因為每一個選擇被選到的機率都不大。骰子男人的行為原理，在於人格的許多面向一直被其他特質的「少數服從多數規則」所壓抑。藉著把決定權交給骰子，他讓每一部分都有存在的機會，雖然骰子男人在小說中好像存在的英雄，一個擁抱全然自由（也就是隨機過程）和偶然的人，但也可以反過來看成放棄自由和責任的人。事實上，每當被要求對特別不道德的行為做解釋時，他的反應都是：「骰子叫我這麼做。」

「規則」是另一種方便的決定代理者，人總是尋找整套包羅萬有的方便規則，以免除決定的痛苦。正統猶太教徒要遵守五百一十三條猶太教律法，而省去許多決定，他們的行為大多受到規定，從日常生活的常規到面對重大生活危機的適當反應過程都有規定。傳統社會的規則常常扼殺原創力，

限制抱負和選擇，但它們確實可以使人得到免於決定的祝福，比如我應該和誰結婚？我應該離婚嗎？我要追求什麼生涯？我該怎麼消耗餘暇？我該與誰為友？等等。

布金妥描述一位身為大學教務長的病人，漂亮地說明「規則」如何使人逃避決定：

教務長史妲德諒解地微笑，可是略帶傷感地對女孩說：「我現在完全了解你為什麼做這件事，可是我對這種事真的別無選擇，如果我對你例外的話，就必須對每一個人例外，因為大家都有違反規則的好理由。規則很快就變得毫無意義了，不是嗎？所以，我雖然非常遺憾，但情勢很明顯，你下個月必須被限制，不能去校園。」

學生眼中含淚，感激地看著教務長：「知道你了解就很好了，可是這種情形不太公平，這表示我會丟掉工作，而且我不知道爸爸是不是還會讓我留在學校。」教務長雖然表示同情，可是顯然她別無選擇。

學生離開後，教務長史妲德在椅子上休息了一分鐘，心裡充滿矛盾的感受，她一方面覺得滿意，她終於把自己的感受和判斷訓練到能在需要規則時堅定立場。多年來，她發現自己會被同情心拉著走，以至於無法堅持規則……

史妲德悔恨地反省，要能掌握好剛才那種情形，真是非常掙扎。但諷刺的是，不知怎的，她並不滿足，即使向自己保證剛才做得很好，還是有種模糊的不安。當天稍晚，她坐在我辦公室裡的治療

椅上，發現自己在反覆思考：「不知道爲什麼，和那個學生的談話一直困擾我，每當我想到那件事，就會覺得焦躁不安。而且我一直想那件事，好像我忽略了什麼事，可是我想不出到底是什麼事……」¹⁰¹

布金妥指出，史姐德並沒有掌管規則，是被規則掌管。她斷定「規則有本身的意義」。規則和一致性超越了諒解和人的需求。史姐德覺得如果有所選擇的話會造成危險，她對危險的說法是：「如果我現在對你例外，就必須對每一個人例外，因爲大家都有違反規則的好理由。」

可是，爲什麼一定會這樣呢？爲什麼一致性是最重要的呢？不，史姐德遵守規則是因爲還有其他更重要的原因，雖然這些理由在臨床報告中並不明確，但顯然藉著避免決定，史姐德逃避成爲「做決定者」的角色。她欣然接受舒服的假象，認爲有某種絕對的外在參考價值，有既定的對與錯。史姐德這麼做時，逃避了「真實」處境中必然有的存在孤獨，真實處境是她自己塑成她的世界，使這個世界充滿架構和意義。

決定的臨床策略和技巧

決定在每一次成功的治療過程都扮演了核心的角色，即使治療師可能沒有明確地強調決定，甚至不承認它，即使治療師可能相信改變是來自勸告或詮釋，或是透過治療關係而產生的，但仍然是決定在不知不覺中啓動了改變。不努力就不可能有改變，而決定正是努力的啓動者。

在此我要討論一些關於決定的治療方法，包括意識和潛意識的決定。有些病人是因爲掙扎於當前的決定而來接受治

療；有些人是在治療過程間歇出現決定關頭；還有人是長期有無法做決定的問題。雖然治療師不會以「做決定有困難」的說法，來表示病人的心理動力，可是治療師的目標是我在第二部一開始的短文所說的：「把病人帶領到能自由做選擇的境界。」

決定的治療方式——意識層面。治療團體有位成員叫畢翠絲，由於突發的決定危機打電話要求一次緊急會談。她在三個月前邀請義大利男友與她同居，那時看起來只是一次短期的安排，因爲他預定一個月後就要返回自己的國家。可是他離開的時間延後，而兩人的關係快速惡化。他酗酒、辱罵她，還借了許多錢，使用她的車子和公寓。畢翠絲非常焦慮，對自己無法採取行動感到絕望，經過幾週的掙扎，她終於做出決定，要求他一早就離開，可是他說自己沒錢也沒地方住，拒絕離開。此外，因爲她住的公寓並沒有訂租約，所以他和她一樣有權住下來。她考慮報警，可是擔心警察是否能有效處理，因爲她沒有租約，況且她也很怕激怒男友，因爲他的脾氣很壞，有可能一直心懷怨恨，對她不利。

她該怎麼做呢？他還要逗留四、五個星期才會離開，她希望能撐到那時候，可是情況惡化，使她覺得自己無法忍耐下去。如果要求他離開，他可能會毆打她，或是破壞她的家具或汽車。此外最重要的是，她希望結束關係的方式，能使他繼續關心她。她該怎麼做呢？

畢翠絲覺得無能爲力，顯然不可能有什麼有效的做法。在緊急會談中，她顯得如此心煩意亂，以至於我考慮要她住院。我試圖讓她直接面對決定的恐慌和無力，一再問她：「你還有什麼別的選擇？」畢翠絲覺得毫無選擇，可是當我堅持時，她列出好幾個選擇：她可以比以前更坦率、誠實、



強而有力地面對他，讓他明確知道過去的經驗使她多麼身心交瘁，所以決心不再與他多共用一天公寓；她可以堅持要他離開，然後尋求法律的建議和警察的保護；她可以徵求其他朋友幫助她面對他；她可以搬離公寓（她既沒有租約，對這間公寓也沒有特殊的依戀）；如果她怕他破壞她的家具，可以請搬家公司幫她把家具搬到倉庫保管（貴嗎？沒錯，但比她給男友的錢還少）；她可以住到姊姊家，諸如此類。列出各種選擇後，畢翠絲不再覺得陷入困境，無力感消失，能計畫一連串的行動。

這次會談之後所探討的範疇，和此處的討論不完全相關，但仍讓我們看見圍繞決定而有的各種臨床問題。足以使人生活脫序。畢翠絲在那次會談後覺得好很多，她檢視所有選項，決定要面對使她痛苦的人。她鼓起勇氣，提心吊膽地告訴他，她無法再忍受這種處境，要求他離開。雖然她之前也這麼說過，但顯然那時訊息傳達得不清楚，因為他這次的反應是當下默然不語，然後打包好隨身物品，找了另一個地方住，同意隔天就搬走！

那天傍晚她同意與他共進最後一頓晚餐，談話時，他深情地說兩個理性的人在彼此喜歡對方的情形下，卻不能像好朋友一樣住在一起，實在很遺憾。你猜畢翠絲怎麼回答？她說：「我也願意。」於是他們打開行李，他再度住下來。

四天後的治療團體中，畢翠絲一開始就簡單報告這件事的過程，她談到和男友的爭執、和我的緊急會談、決定要求男友離開、恢復友好，以及接下來幾天的關係大幅改善。她沒有提到異常的苦惱、她受到的虐待、酗酒、金錢的剝削、威脅。她的描述使我大吃一驚，畢翠絲說完後，我告訴團體過去一週我也有一段經驗想和大家分享，我一開始說：「一

位年輕女性非常痛苦地打電話給我……」我以這種心境描述我的版本，由於兩人的敘述如此不同，團體花了好一陣子才了解原來我和畢翠絲談的是同一件事！

爲什麼畢翠絲要扭曲轉達給團體的訊息呢？她在潛意識必然了解，如果讓團體知道她與男友的真正關係，其他成員必然認爲她應該結束關係（其實她的每一位朋友都是這種反應，較無情的反應有：「把那狗娘養的踢出去！」「你瘋了啊？」「擺脫那個混球！」「你爲什麼要忍受那個傢伙？」）畢翠絲內心深處知道自己做了一個非理性的決定；顯然對自己不利的決定，可是她已做了決定，並想逃避認知失調造成的焦慮，由於她重視團體成員的意見，爲了不要讓自己不舒服，所以隱藏事實，免得他們認爲她做了錯誤的決定。

在我與她的緊急會談中，我幫助她考慮有效的選擇，減輕了她的恐慌。那個技巧在面對因決定而恐慌的病人時，多半很有效；可是治療師一定要牢牢記住，想出那些選項並做出決定的必須是病人自己，而不是治療師。爲了幫助病人有效溝通，治療師優先要教的原則就是（「擁有」自己的感受），同樣重要的是要（「擁有」自己的決定）。由別人做的決定根本就不是決定，當事人不會對這種決定做出承諾；即使他做了，可是沒有改變做決定的過程，那個人在下次做決定時還是會有問題。治療師必須拒絕病人懇求代做決定，新手治療師常常會屈服，掉進爲病人做決定的陷阱，這種治療師日後發現病人無法履行決定時，不但會失望，甚至會覺得生氣或受到背叛。如果治療師接管病人做決定的功能，整個治療的焦點就會從責任和決定的重要範疇，轉變成服從或反抗權威的範疇。

不論是否做出決定，都要記得決定的過程還沒結束，還



必須一再重新決定。無法完成一個決定，並不表示從此就「完蛋了」，也不代表對於下一個決定毫無影響；從這種失敗中還是可以得到很多學習。有時病人只是還沒準備好或無法做出決定，（這兩種選擇相當），病人過於焦慮和預期會後悔，以及他不太了解決定的「意義」（我稍後會討論）。治療師可以支持病人不在這種時候做決定，讓病人減輕負擔。

許多病人是因為「假使……怎麼辦」而無法做決定。假使我辭掉這個工作，卻找不到別的工作的話，怎麼辦？假使我沒有陪小孩，他們受傷了怎麼辦？假使我詢問別的醫生，卻被原來的醫生知道了怎麼辦？理性、有系統地分析這些可能性，有時是有用的。例如，治療師可以請病人考慮每個「假使……怎麼辦」的全貌：想像發生這種情形時各種可能的狀況，然後體驗由此而生的感受，並加以分析。

雖然這些意識層面的方法有某些用處，但仍有極大的限制，因為許多決定的困境存在隱秘的層面，不受理性的方法所影響。亞理斯多德在兩千年前說：「整體大於部分的總和。」民俗智慧也總是反映出這個洞見，比如一個談到討厭三角肉餅的猶太笑話。有位小男孩的母親試圖解決男孩對三角肉餅的強烈反感，她煞費苦心帶著男孩在廚房製作三角肉餅，耐心告訴男孩每一種成分，「你瞧，這是你喜歡的麵粉、蛋，還有肉」等等，他欣然同意。「好，這樣就包好了，這些東西就是三角肉餅的所有材料。」可是男孩一聽到「三角肉餅」，立刻擺出作嘔的樣子。

決定的治療方式：潛意識層面。治療師要如何處理做決定的潛意識——也就是法珀說的「第一種意志」——的部分呢？答案是：「用迂迴間接的方式。」治療師無法創造意志或承諾（雖然他們很希望能），無法開啓決定的開關或鼓舞病人

成為堅定的人；但他們能影響左右意志的因素。每個人先天就有意志，就如懷特¹⁰²和荷妮¹⁰³的主張：人生來就有一個部分是邁向實現的驅力、想掌握環境、成為自己所能成為的人。意志被兒童發展路上的障礙所阻擋，之後這些障礙被內化，使人即使沒有客觀的阻礙因素，還是無法行動。治療師的任務就是幫忙移除這些障礙，障礙一旦移除，人就會自然發展，就如荷妮所說的，橡實會長成橡樹¹⁰⁴。所以，治療師的任務不是創造意志，而是為意志除去障礙。

關於這個任務，我要討論好幾種方法。治療師必須先幫助病人了解決定是無法避免、無所不在的。治療師幫助病人看見特殊決定的「架構」或觀點，然後揭露決定的深層意含（意義），最後透過洞察力的影響喚醒沉睡的意志。

決定是無法避免、無所不在的：人不可能不做決定，儘管我們非常不願意，還是無法避免做決定。如果真的是由人塑造自己，決定就是人創造存有的元素。在治療中承擔責任的第一步就是接受自己的決定，接下來的治療階段就要使這個洞見更敏銳、更深入。病人得到幫助不只是出於責任的承擔，也來自發現自己一個接一個的逃避策略。

如果完全接受「決定是無所不在的」，就會以真誠的方式面對自己的存在處境。拖延是一種決定，失敗、酗酒、接受誘惑、被人利用或落入圈套也是如此。甚至人要不要活下去，也是出於決定。尼采說只有徹底思考自殺之後，才能認真對待自己的生命。我治療過許多切除腎上腺的癌症病人（這是轉移性乳癌治療計畫的一部分），他們必須每天服用可體松，很多人每日自動服藥，就好像刷牙一樣規律，但也有人非常清楚自己是每天做出活下去的決定。我的印象是，這種決定的覺察能使生活豐富，激勵人盡其所能全然投入生

活。

有些治療師爲了強化病人覺察無所不在的決定，而提醒病人必須對治療做出決定。所以凱澤爾提出一個完全「沒有先決條件」的治療形式，葛林渥德（Greenwald）一直要求病人對治療方式做決定，也就是對於是否想處理夢、會談多少次諸如此類的問題做決定¹⁰⁵。

治療師必須幫助病人充分了解「後設決定」（也就是決定要做出決定），因爲有些人試圖否認決定的重要性，說服自己決定了不要做決定。這種決定其實是一種不要主動做決定的決定，人無法全然迴避決定，但可能決定要被動地做決定，比如讓別人爲自己決定。我相信人做決定的方式是非常重要的，主動的決定表示積極接受自己的力量和資源。

我先前描述的許多病人都可以說明這個原則，例如畢翠絲，她的男友不願離開她的公寓，她毫無疑問知道什麼決定對自己最好。我請她想像一個月後男友終於出國時的感受，她回答是強烈的「喜悅」。禱告能逮到丈夫和別的女人同床的病人，無疑也知道自己想要什麼。可是這兩人都怯於做出主動的決定——把男人拋出自己的生活；兩人都做了另一個決定，要被動地決定（安排別人來做決定）。可是兩人都爲此付出代價——嚴重傷害自我價值感；而她們避免做決定的方式也造成對自己的輕視。如果人愛自己的話，就必須以自己欣賞的方式來做決定。

我的病人比爾一年來爲了結束與珍妮的關係而十分掙扎，我一直強調他做決定的方式非常重要，可是他一直否認自己做了決定。他說自己無法對關係做出決定，因爲他的工作過於忙碌，而珍妮對他的工作非常有幫助。我提醒他選擇邀她在傍晚到辦公室來幫忙，他說在他危急時，珍妮對他很

有幫助。我認爲他不但選擇了危急的情況（比如不必要地錯失工作的最後期限，被老闆臭罵），還選擇把自己的緊急情況告訴珍妮，懇求她的幫助。

最後比爾做出結束關係的決定，但他不願看見這個決定，他決定要被動地決定——說服珍妮終止關係。他選擇的計畫是以隱微的方式逐漸分開；結果因爲他付出的感情太少，導致珍妮爲了別的男人而離開他。他過去多次經過這種循環，每次都留下自己被拒絕、沒有用的感覺。比爾的基本問題在於對自己充滿輕視，治療的重要功能就是幫助他了解：以卑劣的方式做決定，會讓自己看不起自己。

決定的架構：談到兩種意志的差異時，法珀說：「你可以決意上床躺下，卻無法因此睡著。」¹⁰⁶治療師偶爾能藉著改變決定的架構、向病人提供不同的觀點來看決定，而影響較深層的意志。我自己的一個例子可以用來說明。

多年前我一度受失眠折磨，失眠和壓力有關，每當我爲演講而旅行時就會變得更嚴重。我特別擔心即將去克里夫蘭的演講之旅，因爲我曾在那裡度過一次非常不舒服的無眠之夜，所以把克里夫蘭視爲「失眠之城」。這種憂慮當然會引發惡性循環——擔心無法入睡，反而招致失眠。

我一直藉著個人的困擾來熟悉各種治療方式，這一回我去請教行爲治療師。在四到五次會談中，以系統化的減敏敏感法和放鬆肌肉的錄音帶來治療，兩者都沒有什麼特別的用處。可是有一次會談完我要離開時，治療師偶然提到的話卻對我有莫大的助益，他說：「你打包去克里夫蘭時，不要忘了放一把左輪手槍。」我問：「爲什麼？」他回答：「如果你睡不著的話，可以把自己斃了。」這句話「喀嚓一聲」碰到我內心，即使到現在過了這麼多年，我仍然認爲這是非常

有啓發性的治療招式。

它是怎麼有用的呢？實在很難準確地解釋，可以說它重新架構我的處境，放進一種有意義的存在觀點裡。我在深刻面對死亡的病人身上，觀察到的就是這種經驗。我在第二章談到一個罹患末期癌症的病人，她談到面對死亡的經驗使她「不再重視瑣碎的事」，或是停止做自己不想做的事。這類病人在面對死亡之後，都能移除原先環繞日常生活的架構，體驗到日常的決定和自己唯一的一生比起來，實在是微不足道的事。

如果一大片織錦被蓋起來，只看得見一小部分時，就會清晰鮮明地看見這一小部分的細節，可是露出整片織錦時，那一小片鮮明的部分就相形見绌了。同樣的，「轉移觀點」的技巧就是重新架構和揭露的過程。可是治療師如何解除原先的架構以揭露整片織錦的存在呢？有些治療師直接訴諸理性，例如存在治療師法蘭克治療面臨一連串痛苦決定的病人時，法蘭克請他冥想自己的生命核心，然後畫線把這個核心圈起來，讓病人了解這些決定都離核心很遠，是生活中無足輕重的部分。

可是，訴諸理性的方式通常無法產生重要的觀點轉變，常常需要直接面對邊界處境，迫使人了解自己的存在處境。我在第五章談到許多技巧，幫助人面對自身的必死性，也常常能影響決定的過程。

決定的意義：每一個決定都有明顯可見的意識部分，以及隱藏的大量潛意識部分。決定有自己的心理動力，是根據許多因素而有的選擇，有些因素是未被覺察的。爲了幫助掙扎於痛苦決定的病人，治療師必須探討許多隱祕的潛意識意義。一位六十六歲的寡婦艾瑪所掙扎的決定可以說明這一

點。

艾瑪因爲苦惱於是否出售夏季度假屋而尋求治療。這個豪華的房子距離她居住的地方有兩百四十公里遠，常常需要打掃整理、照顧花園，還要警察巡視、許多雇工，以及大量維修費用，這對健康不良的虛弱老婦人實在是不必要的負擔。當然還要考慮許多財務因素，市場價值是否達到頂點？還是房地產會繼續增值？她是否能把錢投資到其他更爲有利的管道？艾瑪不斷思索這些問題，可是這些問題雖然重要又複雜，卻似乎不足以說明她深切的苦惱。（所以我進一步探討決定的更深意義。）

她的丈夫在一年前過世，她至今仍感哀傷。他們在那棟房子共度許多美好的夏日，每一個房間都有許多他存在的記憶。房子的擺設艾瑪沒怎麼更動，每一個角落都有丈夫的私人物品，抽屜和櫥櫃滿是他的衣物。她堅持讓房子保有對他的回憶，所以賣房子的決定需要艾瑪做出更深層的決定——決定接受自己的失落，以及丈夫永遠不會回來的事實。）

常常有許多朋友來這棟房子小住，所以她稱之爲她的「旅館」。雖然她不喜歡三個小時的車程，也對休閒的花費感到懊惱，可是她非常寂寞，喜歡友人的陪伴。艾瑪總是覺得自己無法給朋友什麼內在的滋養，特別是丈夫死後，她覺得特別空虛，她想：「誰會想來看我呢？」這個房子是她能吸引別人的東西，（所以賣房子意味著考驗朋友的忠誠，使她面對寂寞孤獨的風險。）

這棟房子是她父親設計建造的，土地是世代傳下來的產業。艾瑪一生最大的悲劇就是沒有子女，她以前總是想像把房子傳給子女、子女的子女。可是她是最後一代，家族到她就結束了，決定賣房子就是決定承認自己主要的永生象徵計

畫失敗了。

所以艾瑪的決定並不是普通的決定，探索決定的意義後，就發現其意含其實是非常驚人的：她要決定是否凸顯失去丈夫的事實、面對孤獨和寂寞的可能、接受自己的有限性。如果我根據方便性、健康不良、財務因素來幫助她做決定的話，（就會忽略艾瑪混亂的重點，也失去以根本之道幫助她的機會。我把賣房子的決定當成跳板，探討這些更深的問題，幫助艾瑪哀悼丈夫、她自己、未生出的子女。一旦處理決定的深層意義，決定本身通常就會自然發展；在十二次會談後，艾瑪輕鬆做出賣房子的決定。）

今天有許多治療師會探討決定的「意義」，以了解決定的「報償」。葛林渥德的整套心理治療方式（「決定治療」）就是根據做決定而來的，他強調探討「報償」的重要¹⁰⁷，每一個決定都有好幾種報償，有些是意識的，有些是潛意識的。如果病人無法堅持某個決定，治療師就必須假設病人做了別的決定，這個決定必然有其報償。如果病人想要改變，卻不能決心改變，治療師的重點並不是放在拒絕的決定，而是他已經做了的決定——病人決定保留原有的方式。保留在生病狀態是一種決定，必然有明確或象徵的報償，例如：病人可以得到補助金、朋友的關心或是治療師持續的照顧。

除非人「擁有」決定，了解相對決定的報償並予以摒棄，否則無法堅持決定。所以對表達戒癮願望的人，葛林渥德會問：「為什麼？」和他探討服用成癮藥物的「報償」，比如解除焦慮、陶醉感或是免除責任¹⁰⁸。如果發現每一個相對報償的侷限，就更容易「擁有」決定。我帶領的治療團體有兩位病人想發生性關係，可是決定不這麼做，因為這是我的「規定」。我指出自己並沒有任何規定，然後詢問他們的

決定有何報償，他們詳細討論後，才了解團體對他們意義深重，如果發生性關係會破壞團體，於是這個決定成為他們的決定，比治療師為他們規定要來得更為紮實。

「報償」雖然是新的名詞，卻是老觀念。不論我們談的是探討「意義」、「報償」或「續發的滿足」，都是在說我們所做的每一個決定對自己有益處。我們會發現看似破壞自我的決定，從病人的經驗世界來看其實是合理的，這是以某種非常個人化或象徵性的方式在保護自己。可是，還有很多決定是治療師很難完全了解意義的，因為它們的意義深植在潛意識裡。

洞識 (insight) 和決定

洞識與做出改變決定的關係一直是難以理解的。雖然精神分析的教科書通常認為洞識等於改變，但這是根據迂迴的邏輯，這個真理的前提是：病人沒有改變是因為沒有得到足夠的洞識。更嚴重的問題在於缺少「洞識」的精確定義，從最廣義的臨床判斷來看，「洞識」指的是自我探索——「向內察看」，可是臨床工作者對引發改變的自我探索種類有非常不同的觀念，是看見自己與他人互動的方式嗎？或是看見自己行為背後的動機呢？還是看見行為的童年來源（常常被誤認為起初的「原因」）？佛洛伊德一直認為引起改變的洞識就是看見行為的早期來源，並相信成功的治療取決於生命最早期記憶的挖掘。有些治療師相信有效的洞識是發現當前進行的心理動力。例如，面對決定是否出售房子的寡婦艾瑪，在發現當前進行的心理動力後就改善了，並沒有考慮早期的問題，也沒有探討自己為什麼變成現在的樣子。

洞識一直是必要的嗎？大部分情形是不需要的。每一位

臨床工作者都遇過沒有洞識卻產生極大改變的病人。我先前談到有些人的改變是因為徹底改變觀點，這種改變常常只能解釋成單調的「我學會數算自己的祝福」，或「我決定好好生活，不再拖延」，這些話實在算不上什麼洞識。人會以各種不同的方式經歷治療，有些人從洞識獲益；有些人經由其他改變機轉獲益；有些人甚至可能因為改變而得到洞識，而不是從別的方式獲得洞識。羅洛·梅說：「除非有所體驗，否則無法了解。」¹⁰⁹除非採取改變的態度，否則人常常無法了解關於自己的真理。一旦做出決定，一旦對自己公開表明立場，才能形塑不同的世界，掌握原先向自己隱藏的真理。

關於最容易產生改變的洞識類型，雖然有許多討論和爭議，可是並沒有多少文獻討論洞識如何產生改變。許多傳統的解釋（比如使潛意識變成意識、去除抗拒、處理過往、重整分裂的部分、矯正的情緒經驗），都只是詳細說明問題，迴避問題的實質，並沒有提出洞識產生作用的精確機轉。

意志的心理建構，特別是決定的概念（從意願到行動的過程），為臨床工作者提出解釋的模式，說明洞識如何催化改變。治療師的任務是為意志去除障礙，洞識是治療師達成任務的重要工具。

我在下一段會論證洞識是透過下列兩種方式造成改變：一、促進治療師—病人關係的發展，二、一系列幫助治療師釋放病人意志的方法，這些方法是用來使病人了解，只有自己可以改變他們所創造的世界，改變其實沒有危險，必須改變才能得到他們真正想要的，每一個人都有改變的能力。

促進病人和治療師的關係

有著接納和信任的病人—治療師關係是改變過程的關

鍵，由於治療師的關心和無條件的尊重，使病人逐漸增加自愛和自重，自我尊重會使人相信自己有願望和行動的權利。透過治療師的接納和幫助，病人會先在治療場所練習，一旦病人發現意志在治療情境並沒有破壞力時，就能逐漸運用到其他範圍。

洞識如何催化治療關係呢？是以間接的方式！洞識只是一種表相（epiphenomenon），達到目標的方法的方法，是關係的媒介！洞識的追尋可以提供形成治療師—病人關係所需的背景，把病人和治療師緊緊結合在一起，使他們投入互相滿足的任務（病人因為詳細察看自己的內心世界而滿足；治療師則被知性的挑戰所吸引）。在這些過程中，改變的真正動力（治療關係）會逐漸滋生。

產生影響力的洞識

除了發展治療關係的作用，洞識還能以更間接的方式催化意志——治療師幫助病人得到足以影響意志的自我認識。以下四種「洞識」是最常對意志受壓抑的病人產生影響力的敘述。

「只有我能改變自己創造的世界」：我在前一章談到好幾種技巧，幫助病人了解自己對自身生活困境的責任。一旦病人真的掌握責任的意含，治療師就必須幫助病人了解責任是持續的，人並不是一次而永遠地創造了自己的生活處境，而是不斷創造自己。所以對過去的創造負起責任，意味著對未來的改變負起責任。接下來治療師要幫助病人再跨出一步，了解不但只有自己要為現在的樣子負責，也只有自己要為將來想變成的樣子負責。會改變的病人必須達到這個洞識：「如果只有我創造了自己的世界，那麼也只有我能改變

它。」改變是一種主動的過程——除非我們主動改變，否則不會改變。沒有別的人能改變我們或為我們改變。

這個洞識既簡單又深邃，雖然用說的很容易，基本上是用勸告的方式進行，可是它的意含卻非常深遠。

「**改變其實沒有危險**」：許多病人無法做出關鍵的決定來改變，是因為潛意識常常強烈相信自己如果改變的話，會有某種災禍降臨。幻想的災禍性質因人而異，有人害怕與他人有密切關係時會被吞沒；有人害怕自己更自發或自我坦露時會被拒絕或丟臉；或是因為自我肯定而招致可怕的懲罰；或是因為自主的行為而變得孤獨和被人遺棄。

這些想像的災難都是意志的障礙，治療師必須找出方法去除這些障礙。辨認這些災難幻想的過程本身，就可能使病人了解他的恐懼有多麼脫離現實。還有一個方式是鼓勵病人在治療會談時逐漸表現他害怕會有不良後果的行為，想像的災難當然不會發生，於是害怕逐漸消除。例如，一位病人可能因為深怕內心蓄積足以致人於死地的暴怒，需要一直保持警覺，免得宣洩出來而遭到別人報復，所以避免具有攻擊性的行為。治療師幫助病人以適當的分量表現攻擊性：講話被打斷時的惱怒、被治療師的錯誤激怒、因為費用改變而對治療師生氣，諸如此類，讓病人逐漸知道自己不是有殺人傾向的異類。

「**要得到我真正想要的，我就必須改變**」：是什麼因素使人無法做出對自己有利的決定呢？有一個明顯的答案，病人破壞自己的需要和目標，是為了滿足另一套需要（這常常在潛意識中），而這些需要與表面的需要不相容。換句話說，病人無法同時滿足互相衝突的動機。舉例來說，病人可能自覺想要建立成熟的異性關係，可是潛意識卻期望受到照

顧、無盡的呵護、躲避成人期的可怕自由，或是以男性的情形來說，想藉著母性的認同避免閹割焦慮。病人顯然無法滿足兩套不同的願望——如果病人低吟：「關心我、保護我、照顧我，讓我成為你的一部分。」就不可能和女性建立成人的異性關係。

治療師運用洞識來清除意志功能的障礙，幫助病人覺察自己有互相衝突的需求和目標，每一個決定（包括決定不做決定）都會滿足某些需求，也就是有某種「報償」。當病人完全了解衝突需求的本質時，治療師就要幫助病人體認不可能滿足所有需求，必須有所選擇，放棄無法實現、破壞自身整合和自主的需求。一旦病人體認身為成人的自己「真正」想要的是什麼，就會實現促進成長的需求，逐漸「得到我真正想要的，我必須改變。」

「**我有改變的力量**」：許多人知道自己做的決定不符合自身的利益，他們內心有非常困惑的無能感，覺得自己是受害者，而不是自身行為的主人。只要瀰漫這種主觀狀態，就不太可能產生充滿意志、有建設性的行動。

治療師試圖以詮釋反擊病人的困惑和無能感，告訴他們：「你以某種方式表現是因為……」「因為」所接的子句通常包括病人沒有覺察到的動機因素。這種策略是如何幫助病人改變的呢？

詮釋可以有效對抗無知所產生的無力感。詮釋、辨認和標明都是發展掌控感的自然過程的一部分，然後掌控感就能引發有效的行為。人類一直厭惡不確定感，長久以來一直為宇宙秩序尋求宗教或科學的詮釋，現象的詮釋是控制現象的第一步。比如說，假使土著活在附近火山隨時爆發的恐懼中，他們想掌控自身處境的第一步就是提出解釋，可能把火

山爆發解釋成火山之神憤怒時的行爲。雖然外在環境完全相同，但他們的現象世界卻因爲詮釋而改變了。再者（這一點非常重要），還可以利用方法增加他們的掌控感：如果火山爆發是因爲神祇不悅，就必然有取悅神祇的方法，然後能控制神祇。

法蘭克研究美國人對一種罕見的南太平洋疾病（血吸蟲病）的反應，顯示不確定感造成的續發焦慮遠比疾病本身造成的焦慮更可怕¹¹⁰。精神病人也有類似的情形：對精神症狀的來源、意義和嚴重性的不確定感所造成的恐懼和焦慮，可能加重整個病情，以致於很難有效地探索問題。治療師可以向病人解釋，使他們從有條理、可預期的架構來看自己的病情，讓治療師可以有效地介入。治療師透過詮釋幫助病人整理原先不熟悉的現象，體驗這些現象在他們控制之中，所以洞識能讓病人覺得：「我是有能力的，我有改變的力量。」

這個程序的重要意含基本上在於過程（洞識的提供），而不在於洞識的內容。詮釋的作用是向病人提供掌控感，所以詮釋的價值要用這個標準來衡量。就洞識所提供的能力感而言，洞識確實是有效的。這種定義完全是相對而實用的，並沒有哪一個詮釋體系有獨霸權或排他的權利，沒有哪一個體系是絕對正確的、根本的、或「更深入的」，所以也不能說誰是比較好的。

我和同事在會心團體的研究中，發現正向的結果和洞識非常有關¹¹¹，這些得到洞識並能以清楚的條理整合經驗的受試者，都有正向的結果。此外，成功的團體領導者是能向成員提供某種認知架構的人。成功成員的洞識類型，還有不同學派的成功領導者提出的特定內容，都與正向的結果無關。重要的不是他們學到什麼，而是他們學習的過程。

治療師可以對相同的問題提出許多詮釋，每一個詮釋可能來自不同的參考架構（比如佛洛伊德、榮格、荷妮、蘇利文、阿德勒、溝通分析），每一個能產生能力感的詮釋也都是「正確的」，但沒有誰能獨霸真理，因爲它們都是根據想像的「好像」，它們都說：「你的行爲（或感受）好像某某事是正確的。」

超我、本我、「自我」；原型，理想化自我和真實自我，自尊系統（pride system）；自我系統和解離系統，男性氣質的對抗（masculine protest）；父母自我，兒童自我和成人自我狀態，這些理論沒有一樣是真正存在的，它們都是虛構的，所有心理結構都是爲了語義的方便而創造的，只有透過詮釋的力量才能證明它們的存在。意志的概念爲各種詮釋體系提供一個重要的組織原則，它們有相同的作用機轉——有效的程度在於它們提供多少個人的掌控感，進而激發蛰伏的意志。

這是不是表示心理治療師要放棄精確周到的詮釋呢？絕對不是，只需要重新看待詮釋的目的和功能。有些詮釋比其他詮釋更好，並不是因爲比較「深入」，而是有更大的解釋力量、更可靠、提供更多掌控感，所以更能催化意志。詮釋若要真的有效，就必須適合接受者；一般說來，如果詮釋能有意義、能符合良好論點的邏輯、得到實證觀察的支持、能與病人的參考架構一致、讓人「覺得」正確、「碰觸」病人的內在經驗、能應用到病人生活中的各種類似處境，這個詮釋就會比較有效。總體的詮釋通常可以對廣泛的行爲模式（相對於單一的特質或行爲）提出新穎的解釋，治療師的新奇解釋來自他的特殊參考架構，使他能將病人的資料結合成新穎的形式；而這種資料常常是病人忽略或沒有覺察到的素

材。

我向學生呈現這種相對的論點時，他們通常會提出這樣的問題：「你是說占星學的解釋也可以用在心理治療嗎？」雖然我在理智上無法接受，可是必須給予肯定的答覆。如果占星學、巫術或神奇的解釋可以強化人的掌控感，並導致內在的個人變化，就是有效的（請記得附帶條件是必須符合此人的參考架構）。許多來自跨文化精神醫學研究的證據，都支持我的立場；在大部分原始文化中，只有神奇或宗教的解釋才是能被接受的，所以是有效而令人信服的。

如果病人聽不進去的話，即使是第一流的詮釋也沒有用。治療師必須煞費苦心地和病人探討證據，以清楚的方式提出解釋（無法這樣做的治療師就是不了解其詮釋，而不是像有些人所說的，因為治療師直接對病人的潛意識說話）。病人起初可能無法接受治療師的詮釋，但聽了許多次以後，可能有一天就明白了。為什麼有一天會明白呢？治療師必須體認一件重要的事，即使改變的決定好像是在極短的時間內做出來的，可是改變的基礎常常需要花費好幾個月，甚至數年。有些報告提到病人在短期治療或參加一次自我成長工作坊之後，就產生劇烈、突然的人生轉變，這些報告使許多治療師感到印象深刻又困惑不解。這些報告其實很難評估，尼斯貝特（Richard Nisbett）和維爾森（Tim Wilson）證明做出決定的人在描述決定之前的經歷時，常常是不正確的¹¹²。根據我對經歷驚人突破者的訪談，我發現那些生命轉變絕不是突然的，改變的基礎已經準備了好幾個星期，甚至經年累月，當他們到達尋求治療或某種自我成長經驗的時候，許多人都已在深層做過處理，已經在劇烈改變的邊緣。在這種情形下，治療（也就是尋求治療的決定）是改變的表現，而不

是原因。

決定改變通常需要相當多時間，治療師必須有耐性，詮釋必須在適當的時機。有經驗的治療師知道過早的詮釋不會有什麼治療作用，有位治療團體的病人可以說明這種情形。她多年來生活在非常不滿意的婚姻裡，所有改善婚姻的企圖都失敗了；她雖然知道婚姻會毀滅她，卻因為害怕獨自面對生活而堅守婚姻。她不覺得丈夫是個真實的人，而是保護她免於孤獨的人物。雖然她對婚姻生活非常不滿意，卻因為過於害怕失去婚姻而拒絕做出改變的計畫。沒有真實的關係，也沒有改變的承諾，幾乎不可能進行婚姻治療。我認為她只有面對分離和自主，才有機會真誠、實在地與人相會。於是我冒險提出意見：（「除非你願意放棄婚姻，否則無法挽回婚姻。」）這個詮釋對她有非常深刻的意義，她說這句話像雷一樣擊中她，結果催化了極大的改變。

這種情形的迷人之處在於她參加的治療團體有一個特色，多年來我都在下次會談前寫一封上次會談的摘要，寄給所有成員（這種做法是團體治療的基本原理¹¹³），所以這個治療團體有書面的記錄，病人可以在每次會談後閱讀。這位病人勤奮的閱讀摘要，還整理歸檔，所以她擁有不斷累積的團體記錄。向她提出那個有效詮釋後不久，我翻閱過去幾年來的團體摘要和相關的書面資料，結果驚訝地發現一年前我就已向她提出完全相同的詮釋！雖然用字遣詞完全相同，還在那個詮釋下畫線強調，可是她一年前完全沒聽進去，因為她那時還沒對這些話做好心理準備。

心理治療的過去與未來

「意志」(will) 這個字眼有雙重意義，不能小看這個說法，它表示果斷的決心，也代表未來式：「我將要 (will) 做這件事，不只是現在，以後也是如此。」每個治療師都能體認，成功的心理治療是讓病人改變未來，可是支配心理治療文獻的是過去式，並不是未來式。由過去支配的情形肇因於詮釋和「起源」的混淆，心理治療師（特別是佛洛伊德的信徒）常常相信要解釋某件事（也就是提供洞識），就必須挖掘它的起源，把現在的事件連結到過去處境，在這種參考架構下，過去的生活環境就被視為個人行為的原因。

可是，就如我在前一段的提議，還有許多詮釋模式或原因體系並不是根據過去。舉個例子來說，未來（現在對未來的看法）也是強而有力的行為決定因素，重要性不亞於過去，而未來決定論的概念也完全有其論據，「尚未發生的事」以許多令人憂懼的方式影響我們的行為。在意識和潛意識層面中，人都有一種目標感、一種理想化的自我、一系列奮鬥的目標、對命運和終將一死的覺察，這些概念都會延伸到未來，必然會強烈影響內在的經驗和行為。

還有一種詮釋模式是運用伽利略的因果概念，強調當前運作在人身上的場域力量 (current field forces)。我們在空間移動的時候，行為軌跡的影響不只來自最初推力的性質和方向，以及在前召喚的目標性質，還受到所有當前作用其上的場域力量所影響。所以，治療師可以檢視圍繞病人意識和潛意識一層又一層的動機，以此「解釋」病人的行為。例如，有強烈攻擊他人傾向的人，探討這種行為可能顯示病人的攻擊性是一種反向作用，隱藏一層強烈的依賴慾望，卻因為預

期受到拒絕而沒有表現出來，這種解釋沒有必要涵蓋「病人是怎麼學到那種方式」的疑問。

儘管如此，治療師的自然傾向還是會在心理治療中強調過去。大部分長期深入的治療都會花許多精力來回顧過往，蒐集長久的發展史、詳細回憶早年與父母和手足的關係、煞費苦心地檢視早期記憶和夢的嬰兒期來源。佛洛伊德為這種方式奠定基礎，他是個堅定的心理考古學家，終其一生都相信挖掘過去是成功治療所不可或缺的，甚至挖掘過去就等於成功的治療。事實上，他在晚年的文章還廣泛比較精神分析師與專業考古學家的工作，他把治療師的任務描寫成「過去的建構」：

我們都知道，必須誘導接受精神分析的人回憶過去被壓抑的經歷。精神分析師既不體驗也不壓抑任何素材，他的任務並不是想起任何事。那他的任務是什麼呢？是從殘存的蛛絲馬跡辨別被遺忘的事，更準確地說是去建構……他的建構工作（或說是重新建構）就好像考古學家挖掘被毀壞、埋藏的處所。這兩種工作其實是相同的，差別只在於精神分析師處理的是比較好的狀況，可以自由運用更多有用的工具。¹¹⁴

佛洛伊德繼續說明治療師就像考古學家一樣，必須常常重新建構可用的斷簡殘篇（由病人提供），然後向病人提出這種建構。事實上，佛洛伊德認為在治療師的活動中，「建構」這個詞更適當的名稱是「詮釋」。佛洛伊德認為無法成功地幫助病人回想過去的精神分析師，仍然可以從精神分析

師的眼光給病人關於過去的建構，他相信這種建構能提供相同的療效，就好像真的想起過去的素材一樣：

我們常常無法成功地使病人憶起被壓抑的事，如果正確地進行精神分析，取而代之的是在病人心裡製造一種確信，相信建構的真實性，而這個建構所得到的療效和重新捕捉記憶的結果是一樣的。¹¹⁵

（這段名言和我之前談的重點一致，也就是重要的不是內容，而是詮釋或解釋的過程。）

佛洛伊德強調過去的建構是一種解釋系統，這和他的決定論非常有關係——所有行為和心智經驗都是先前事件的結果（包括環境或本能的事件），這種解釋系統的問題在於包含了治療絕望的種子。如果我們被過去所決定，那改變的能力從何而來呢？從佛洛伊德晚期的著作，特別是《有期限的與無止盡的精神分析》（Analysis Terminable and Interminable），顯然可以看出不妥協的決定論觀點，導致他站在懷疑治療是否有效的立場。

任何根據個人責任範疇之外的現象（比如過去或現在的環境事件、本能驅力），來解釋行為和心理經驗的體系，都會導致治療師站在危險的立場。就如蘭克所說（「因果原則意味著否定意志原則，因為它認為人的感受、思想和行為都依賴外在的力量，使人脫離責任和內疚。」）¹¹⁶

當然了，使人脫離對過去事件和行為的內疚，常常是有幫助的。堅持決定論的治療師能在檢視過去時，向病人顯示他是環境事件的受害者（在那種環境下，他當然會有那種行為），所以探討過去可以免除內疚，卻讓治療師面對新的問

題，（就是如何用一種免除責任的參考架構處理過去，卻用另一種涉及責任的參考架構處理未來。）

蓋曲和泰默林研究二十位治療師的文字記錄（十位是佛洛伊德式精神分析師，十位是存在分析師），以判斷他們如何處理這種矛盾¹¹⁷。（結果發現存在治療師正如預期般強調病人的選擇、自由和責任，可是，二十位治療師中，沒有一人談到病人現在是環境的受害者，自己無法控制。）對於仔細考量改變的病人，所有治療師都試圖向病人確認並強調其他可行的選擇。此外，病人談到自己的嬰兒期或兒童期時，所有治療師都會採取決定論的立場——兒時的環境是病人無法控制的。

顯然治療師學會如何與這種不一致共存，他們為了減少不一致的問題，把決定論改良成相對決定論——（假定過去的不幸因素過於巨大；也就是考慮到病人的年幼、經驗，以及成人強加其身的力量，而認為他當時無法採取其他行動。）

和其他派別的治療師比起來，大部分存在治療師比較不會把重點放在過去，比較強調未來式、令人心動的決定、展現在面前的目標。存在治療師處理內疚時，重點不在於過去所做的壞選擇，而在於拒絕做出新的選擇；最難的是在眼前出現引發內疚的行為時，還要免除過去的內疚。（首先必須學會為現在和未來而原諒自己，只要繼續以過去的行為方式來對待自己，就無法為過去而原諒自己。）可是即使是處理過去，重要的是不要承擔不相稱的責任，有一個重要的概念，就是為責任做出必要的分類——適用於一個人的責任，也會適用於所有人。許多人為了別人的行為和感受承擔過多的責任和內疚，雖然病人可能真的侵犯了別人，可是別人也有一部分責任，才允許病人在他們身上施加傷害、輕蔑或其他虐

待，所以治療師必須幫助病人找出責任的界限。

根據過去做出因果解釋的體系，不只治療效果會有嚴重的問題，也有嚴重的方法學問題，也就是心理的真實並不等於歷史的真實。蘭克指出佛洛伊德的自然科學意識型態使他嘗試從病人的回憶重新建構歷史的過去，可是：「重新建構過去並不是根據事實，而是根據當事人對事實的態度和反應……過去的問題是記憶的問題，所以是一種意識的問題。」¹¹⁸換句話說，過去是由現在重新組成的。即使是一段冗長的記憶，也只能記得一小部分過去的經驗，還可能對過去有選擇性的回憶和組合，以符合當事人現在對自己的看法（因為這個理由，高夫曼[Goffman]提議把這種過去的重建稱為「辯護」¹¹⁹），當人透過治療改變現在的自我形象，就可能再重新組合或整理過去，比如可能憶起和父母之間遺忘已久的正向經驗，可能從人性化的角度來看他們，而不是以唯我獨尊的態度經驗他們（好像這些人物的存在是爲了照顧「我」），可能開始了解他們是受困擾、出於好意的人，爲同樣令人不知所措的真實人類處境而掙扎，這是任何人都會面臨的處境。馬克吐溫有段話可以做爲這個過程的縮影，他說：「我十七歲時相信老爸是個討厭的傻瓜，我二十一歲時卻驚訝地發現他在四年中竟然學會這麼多事。」

對詮釋的解釋方式要考理解解和背景間的關係：需要某種背景才能理解，可是新的理解又會改變背景觀念。所以詮釋是一種有機的過程，背景和理解在其中接續地重組彼此。同樣的原則也適用於過去和現在的關係：人的過去並不像某個古老廟宇的斷壁殘垣，既不是固定不變的，也不是有窮盡的，它是由現在組成的，並以不斷改變的內在象徵來影響現在。

如果把過去當成解釋系統的價值如此有限，那過去在心理治療過程扮演什麼角色呢？我先前略爲提及，探索起源的洞識在治療關係的發展所扮演的角色，被佛洛伊德比擬爲考古挖掘的知性探險，提供一種共享而有明顯意義的活動，讓病人和治療師投身其中，使真正的改變動力（治療關係）得以展現。不過，過去還會以另一種重要的方式強化關係——詳盡了解某個特殊人際態度的早期發展，可以強化投入的可能性。例如，一位婦人表現出傲慢和冷漠的莊嚴神態，當治療師了解她來自貧窮的移民家庭，拚命努力想超越丟臉的貧民窟童年歲月，就好像突然能了解她的神態。知道別人成長的歷程，通常是了解這個人不可或缺的助力，重點在於要強調什麼部分，探索過去是爲了促進、加深當前的關係。這個觀點剛好和佛洛伊德相反，他認爲現在的關係是深入了解過去的方法。萊克勞夫（Charles Rycroft）非常清楚地談到這一點：

比較合理的說法是，精神分析師深入歷史的研究是想了解目前與病人溝通的障礙是什麼（好像翻譯家從歷史背景闡明晦澀的文本），而不是爲了得到傳記資料才與病人接觸。¹²⁰

第三部

孤獨

第八章 存在孤獨

（深入探索的過程（海德格稱之為「不再隱藏」[unconcealment]¹），使我們體認自己是有限的，我們必然會死，我們是自由的，也無法逃避我們的自由。我們也學到人必然是孤獨的。）

傳統上自由和死亡的概念在心理治療師的領域之外，所以我覺得有必要在前幾章詳細說明這些概念和心理治療的具體關係。談到孤獨時則不太一樣，因為它是日常治療常常出現的熟悉概念。事實上，孤獨是大家過於熟悉的名詞，許多人用不同的方式來使用它，所以我的首要任務就是以存在的背景界定孤獨的意思。臨床工作者會遇到三種不同的孤獨：（人際孤獨、心理孤離和存在孤獨。）

人際孤獨就是一般經驗到的寂寞，意指與他人分離。它是許多因素產生的作用，如：地理上的孤立、缺乏適當的社交技巧、對親密有極度衝突的感受、妨礙適當社交互動的人格類型（比如分裂型、自戀型、利用型、批判型）。文化因素在人際孤獨中扮演著重要的角色，使得親密的制度（大家庭、穩定的鄰里、教堂、當地零售商、家庭醫師）逐漸衰落，也無可避免地導致人與人之間越來越疏遠（至少在美國是如此）。

心理孤離是指人把自己分隔成許多部分的過程。佛洛伊德用「孤離」來描述一種防衛機轉，特別出現於強迫性精神官能症，（就是把不愉快的經驗從情感中剝離開來，阻斷其相關的連結，使之脫離平常的思維過程²。）蘇利文特別注意這種現象，就是人把經驗排除在意識覺察之外，使自己無法碰觸心靈的這些部分，他把這個過程稱為「分離」（dissociation）（而不用「潛抑」[repression]），將之提升到精神病理架構的核心地位³。在當代心理治療舞台上，「孤離」

不只用來指正式的防衛機轉，更常非正式地表示任何形式的自我分裂，所以壓抑自己的感受或慾望、把「應該」或「必須」當成自己的願望、不相信自己的判斷或埋沒自己的潛力，都被稱為心理孤離。

心理孤離是現行精神病理廣泛運用的典範，現代理論家如荷妮、佛洛姆、蘇利文、馬斯洛、羅傑斯和羅洛·梅，都假定病理是早年發生的障礙造成自然發展而脫離軌道的結果。羅傑斯和賓斯旺格討論著名的病例魏絲特（Ellen West）時，清楚地描述心理孤離：「雖然她在兒童時期完全不依靠別人的意見，現在卻徹底依賴別人的想法。她不再知道自我的感受和意見，這是最寂寞的狀態，幾乎完全脫離自己的自主有機體。」⁴

當代治療師非常強調的目標是幫助病人重新整合自己已經分裂的部分，我在第六章談到一個研究計畫，請成功的病人根據有益的程度，為治療的六十個因素打分數⁵，最常被選到的項目就是「發現並接納原本不知道或不接納的部分自我」。再度使自己完整，是大多數心理治療的目標（除了症狀導向的治療師）。例如，波爾斯為他的「完形」治療命名時，特別強調他努力的目標是「完整」（請注意「完整」[whole]、「療癒」[heal]、「健康」[healthy]、「健壯」[hale]都有共同的字源）。

本章剩餘的部分會集中討論第三種孤獨——存在孤獨。並不是因為人際孤獨和心理孤離在臨床工作中不重要，而是我若要把這本書保持在適當的篇幅，就必須推薦讀者去閱讀相關的文獻⁶。不過，我還是會常常提到人際孤獨和心理孤離，因為它們和存在孤獨有密切的關聯（特別是人際孤獨和存在孤獨共有相同的界限）。雖然孤獨有不同種類，但在主

觀上是類似的，因為它們予人的感受是相同的，彼此會互相偽裝。治療師常常誤認不同種類的孤獨，治療病人時錯看孤獨的種類。此外，它們的界限是半相通的，比如存在孤獨常常因為人際的聯繫而保持在合理的範圍。所有議題都會在適當的時候討論，但這裡必須先解釋存在孤獨的意思。

什麼是存在孤獨？

人常常與別人和自己的某些部分分離，可是這些分裂的背後有一種更基本、和存在有關的孤獨——即使和別人有最愉快的互動，即使有圓滿的自我認識和整合，仍然存留的孤獨。（存在孤獨是指自己和任何其他生命之間無法跨越的鴻溝，也是指一種更基本的孤獨——人與世界的分離。）「與世界分離」似乎是正確的說法，但仍然不夠明確。我有一位病人提供具體的定義，每當她與支配她的人出現關係問題時，就會發生間歇的恐慌發作。她描述自己的經驗：「記得『西城故事』（West Side Story）那部電影，兩位戀人相遇時，世界上其他每一件事都突然神奇地消逝，只剩下遺世獨立的彼此。我數度發生的情形就像那樣，差別在於除了我，再沒有別人。」

另一位病人從童年早期就一再出現相同的夢魘，成人後造成嚴重失眠，甚至害怕睡眠，因為他很怕睡著後做噩夢。夢魘的內容很不尋常，做夢的他並沒有受到傷害，而是他的世界逐漸消融，使他面對空無：

我在自己的房間，突然發現每件東西都在變化，窗框被拉長，然後開始像波浪一樣起伏，書櫃

被壓扁，門把不見了，門上出現一個越來越大的洞，每一件東西都失去形狀，開始融化，再也沒有任何東西，我開始尖叫。

烏爾夫（Thomas Wolfe）由於對存在孤獨有不尋常的敏銳覺察而一直感到困擾，他的自傳小說《天使，向家鄉看》（Look Homeward, Angel）中的主角還在襁褓之時，就已經開始沈思孤獨的問題：

深不可測的寂寞和哀傷悄悄爬進心裡，他看見自己的一生沿著森林長廊的肅穆景色而下。他知道自己一直是悲哀的人，囚禁在小小一圈顱骨裡，禁錮在不斷跳動、最私密的心裡，他的一生必然一直沿著寂寞的通道而下。失落。他了解人與人之間永遠是陌生人，沒有人能真的了解任何人。我們原本被關在母親的幽暗子宮，出生時不曾見過她的臉面，像個陌生人般躺在她的臂膀裡。不論是誰的手臂緊抱住我們，不論是誰的口唇親吻我們，不論是誰的心溫暖我們，我們都被無法解決的生命牢籠捕獲，永遠無法逃脫。永遠、永遠、永遠無法逃脫。⁷

存在孤獨是有許多入口的寂寞之谷，面對死亡和自由都必然使人進入這個山谷。

死亡與存在孤獨

認識「我的死亡」，使人徹底了解沒有人可以與別人同

死，或是為別人而死。海德格說：「雖然可以為別人赴死，可是這種『替死』一點也不表示可以帶走一丁點兒對方的死亡。沒有人可以消除別人的死亡。」⁸我們周遭也許有許多朋友，也許有人可以為相同的原因而死，甚至可以在同一時間死亡（好比古埃及殺死隨從為法老王陪葬的做法；或是約定一起自殺），可是從最根本的層面來看，死亡仍然是最孤寂的人類經驗。

著名的中世紀道德劇「人性的召喚」（Everyman），以單純有力的方式描繪人類面臨死亡時的寂寞⁹。死神拜訪主人翁埃弗里曼（Everyman，意為「每一個人」），告訴他必須走上朝見神的最後旅程，埃弗里曼懇求憐憫，卻毫無用處，死神通知他必須為「沒有人逃得了」的那一天做準備。絕望的埃弗里曼急忙尋找幫助，他最恐懼的就是孤獨，他懇求別人陪他走上旅程，劇中人物金德瑞（Kindred，意為「親屬」）拒絕與他同行：

你是個快樂的人，
帶著愉快的心，不要嗚咽
但我要警告你一件事，憑聖安妮之名，
至於我，你將獨自前行。

埃弗里曼懇求表妹，她也不願意：

不，以聖母瑪利亞的名起誓！我的腳趾抽筋
不要信賴我。上帝幫助我，
我會在你最需要時欺騙你。

劇中其他比喻的角色也以同樣的方式遺棄他，包括友誼、世俗之物、知識，即使是他的特質也離棄他：

美貌、力量和謹慎，
當死亡吹拂而過
他們都以最快的速度逃離我。

埃弗里曼最後避免了存在孤獨的全然恐懼，因為還有一個人物「好行爲」願意陪他走向死亡。其實這是基督徒的道德劇——在宗教背景中的善事可以抵抗終極孤獨。但今日俗世中的埃弗里曼，若無法或沒有懷抱宗教信仰，就必須獨自踏上旅程。

自由與存在孤獨

做自己父母的孤寂感：就一個人要爲自己的生命負責而言，是很寂寞的。責任的意思就是當自己的作者；了解自己的作者身分就是放棄別人創造、保護自己的信念。自我創造的行動本然就有深切的孤寂感，開始了解宇宙無垠的冷漠。也許動物會有某種被看顧、庇護的感覺，可是人類受到自我覺察的咒詛，必然赤裸裸地面對存在。

佛洛姆相信孤獨是焦慮的基本來源，他特別強調無助感是人類分離狀態的必然結果。

了解自己的孤單和分離，在自然和社會力量前的無助感，都使人孤單的分裂狀態成爲難以忍受的牢籠。分離的經驗會引發焦慮，它其實是所有焦慮的來源。分離意味著被切開，沒有任何人類力量可

以著力之處；分離意味著無助，無法主動緊握世間的人世，意味著世界可以侵犯我，而我沒有反應的能力。¹⁰

當我們發現在未經自己同意的情形下，被放進自己無法選擇的存在時，寂寞無助的感覺是可理解的情緒反應，海德格用「被拋入」(thrownness)來形容這種狀態。雖然人創造了自己，可是人的計畫(自己最終的樣貌)卻因爲自己被孤獨地拋入存在的框架而受到限制。

陌生感：我們不只組成自己的樣貌，也以隱藏的方式組成了世界而不自知。存在的孤獨注入了「事物的內容」、世界的根基，卻隱藏在一層又一層世間的加工品之下，每一層都充滿個人和集體的意義，只是被我們體驗成日常事物、例行活動、「它們」的世界。我們四周圍繞著熟悉的物體和制度所形成的穩定世界，其中所有的物體和生命之間有層層的連結，我們平靜地進入舒適熟悉的歸屬感；極度空虛、孤獨的原始世界被無聲地深埋，只有在夢魘和幻想中偶然發出短暫的聲音。

可是，現實的帷幕不時會突然飄動，使我們瞥見後台的機器，在這些時刻，我相信每一個自省的人都會體驗到一種瞬間的陌生感，事物、象徵的意義猛然瓦解，脫離「在家裡一樣舒適」的精神支柱。卡繆有一篇早期作品描述到這一刻，那時他在異鄉的旅館房間：

我無依無靠地在一個城市，連路標都看不懂……沒有可以談話的朋友，總之，就是毫無樂趣可言。這個房間瀰漫著陌生城市的各種聲音，我知道

沒有任何事物可以引領我到有柔和之光的家或其他令人珍愛的地方。我要大喊大叫嗎？只會出現一些陌生的臉孔……習慣的帷幕、舒適的姿勢和話語的薄紗，心在其中逐漸遲鈍，如今卻逐漸拉開，終於揭露焦慮的蒼白顏面。人面對面看見自己，我不相信他還會快樂……¹¹

（在這些極度存在痛苦的時刻中，人與世界的關係受到劇烈地搖撼。）我有一位病人是非常成功、精力旺盛的經理人，他談到這類親身經驗，雖然只持續了幾分鐘，卻如此強而有力，四十年來一直生動地留在腦海裡。十二歲時，他在外面過夜，看著天空，突然覺得自己與大地之母是分開的，在星際飄浮。他在何方？他來自何處？上帝從何而來？某物（而不是無物）又是從何而來？他覺得深陷在寂寞、無助、無根的處境。（雖然我不太相信人在一剎那間會做出一生的決定，但他堅持那時所做出決定，是要讓自己變得非常出名、偉大，好使自己再也不要再有這種感受。）

當然，這種空虛、失落、被剝奪的經驗並不是「外在的」，是在我們裡面，不需要外在刺激就可以發現它，所需要的是認真向內探索。佛洛斯特說得好：

我感到驚嚇，不是因為空無的宇宙
沒有人類居住的星際。
它在我心中，如此接近原鄉
驚嚇我的，是自己的荒原。¹²

當人陷入自己的「荒原」時，世界突然變得陌生。在這

種時候，賴恩哈特（Kurt Reinhardt）說：

某種全然神祕的東西，出現在他和他世界裡的熟悉之物，在他和同胞之間，在他和所有「價值」之間。所有原本被他視為屬於自己的東西，都變得黯淡消逝，沒有任何東西是他可以依恃的。令人害怕的是「空無一物」，他發現自己孤獨地失落在虛空裡。可是，當這種可怕痛苦的暗夜離去時，他會鬆一口氣，告訴自己：（「其實它『算不了什麼』。」他經歷了「虛無」。¹³）

海德格用「詭異」（uncanny；「不自在」[not at home]）來描述人失去世界裡的熟悉感的狀態。當人（此在）完全專注於熟悉的表相世界，與自己的存在處境失去接觸時，海德格稱這個人在「日常」、「墮落」的模式裡。焦慮是引領人回頭的嚮導，藉著詭異的感覺了解孤獨和虛無：

當此在墮落時，焦慮會把它從「世界」的沈溺帶回來。日常的熟悉感崩潰……（「存有」進入「不自在」的存在「模式」。這就是我們所說的「詭異」。）（摘自《存在與時間》）¹⁴

海德格在另一段說到，當人從「世界的沈溺」被帶回，事物的意義被剝除時，就會面對世界的孤寂、無情和虛無，而感到焦慮【註一】。所以，為了逃避詭異的處境，我們把世界當成工具，讓自己沈溺在幻境（Maya），也就是世界的表象。當我們面對空無，就會產生終極的恐懼。其實沒有東

西、沒有生命的空無可以幫助我們，我們在這種時刻才會全然體驗存在的孤獨。齊克果和海德格都喜歡拿「空無」(nothing)來玩文字遊戲。「人最害怕的是什麼？」「什麼都沒有！」【譯註】

義大利製片家安東尼奧尼 (Antonioni) 是描寫陌生感的大師，許多他的電影 (例如「蝕」[The Eclipse]，舊譯為「慾海含羞花」) 會以全然清晰的方式看見事物，帶著一種冷酷的神祕感。事物與其意義分離，主要角色只是飄移經過這些東西，卻無法有所行動，而周遭的每一個人則忙碌地使用這些物品。¹⁶

陌生感不只牽涉具體的事物，其他可以提供結構和穩定性的本質 (如角色、價值觀、指導方針、規則、倫理道德)，都同樣可以剝除其意義。(我在第五章談到一個「去除認同」的簡單練習，每個人針對「我是誰？」的問題，在卡片上列出許多答案，然後冥想放棄一個又一個角色的經驗 (例如，一個男人、父親、兒子、牙醫、散步者、讀者、丈夫、天主教徒、鮑伯)。練習結束的時候，已經剝除所有角色，了解存有獨立於所有飾品之外，就如尼采說的，即使在

【註一】海德格把世界的事物稱為「隨手可得」或「就在手邊」，是根據此事物是否被視為「設備」，或是可以理解其純粹的本質：威脅並非來自隨手可得或就在手邊的東西，而是來自這兩者都無法再「說出」任何東西。我存在的世界陷入無足輕重的情形，焦慮是因為面對世界的「空無一物」，但並不是缺少世界中就在手邊之物的焦慮。遇見就在手邊之物的方式，必須是它並沒有任何牽連，而是以一種空洞的無情來呈現自身。這表示我們關心的等待，卻發現它根本不了解自身：它在世上抓不到「任何東西」。¹⁵

【譯註】雙關語，可解讀為人什麼也不怕，也可解讀為人最怕的是「什麼都沒有」。

「現實消散到連最後一點模糊的影子也沒有」¹⁷之後，人仍然持續存在。有些人在練習結束時的想像 (比如「在虛空中滑翔、沒有形體的靈魂」)，清楚顯示角色的剝除把人推進存在孤獨的經驗。

孤獨的經驗、日常準則突然消失，都有力量引發詭異感——不存在世上的家。迷路的徒步旅行者、突然發現自己脫離軌道的滑雪者、在濃霧中看不見道路的駕駛員，在這些處境中的人常常突然體驗到恐懼——無關有形威脅的恐懼——是一種孤寂的恐懼，好像一陣風吹過自己的荒原：存有的核心空無一物。

詭異感會造成社會的劇變，把價值觀、倫理觀、道德規範連根拔起，開始相信這些東西存在於我們自己之外。大屠殺、群眾暴力、瓊斯鎮集體自殺、戰爭的混亂，都會使人感到恐怖，因為它們是邪惡的，可是它們也使我們震驚，因為它們告訴我們，沒有一件事像我們原本以為的那樣；支配我們的是偶發事件，每件事都可能與原本的情形不一樣。我們以為固定不變、珍貴良善的每一件事，都可能突然消逝，並沒有穩固的根基。(這裡、那裡或世界的任何地方都「不是我們的家」)。

成長與存在孤獨

「存在」(exist) 這個字意味著差異 (「ex-ist」=「to stand out」站出去)。如蘭克所說，(成長的過程是分離的過程，要成為獨立的生命)。(關於成長的字眼都有分離的意思：) 自主、自信、自立 (靠自己站立)、成為自己、獨立。人的生命始於卵子和精子的結合，經過完全依賴母親的胎兒期，再進入身體和情感依賴周遭成人的階段，逐漸建立界限，區

分自己到哪裡結束、別人從哪裡開始，然後成爲自信、獨立、個別的人。不願分離代表不願長大，可是分離和成長的代價就是孤獨。

這種兩難必然會造成壓力，以凱澤爾的話來說，就是人類的「普世衝突」。「成爲一個人就必須承擔全然、根本、永久而無法克服的孤獨。」¹⁸佛洛姆在《逃避自由》（Escape from Freedom）中提出相同的看法：

孩童出現在這個世界時，發覺他是孤獨的，是一個與他人分離的實體。這個世界與個體的存在比較起來，是非常強而有力的，而且常常具有威脅和危險，所以與世界分離的狀態，會讓人產生無力感和焦慮感。只要一個人是世界不可或缺的一部分，只要他沒有察覺個體行動的可能性與責任，就不必害怕這個世界。當一個人成爲獨立的個體時，就要孤獨地站立，面對具有壓倒性優勢的危險世界。¹⁹

放棄人與人結合的狀態，就是意味著面對存在的孤獨，以及附帶的恐懼感和無力感。結合與孤獨的兩難（一般稱爲依附與分離），是存在性發展的主要任務。蘭克強調出生創傷的重要，就是這個原因。蘭克認爲誕生是所有脫離結合的象徵，孩童害怕的就是生命本身²⁰。

現在可以看出存在孤獨和人際孤獨是密切相關的，脫離人際的結合，會把人推進存在孤獨。令人不滿意的結合狀態，或是過早脫離，都會使人沒有做好心理準備，就得面對獨立存在必然會有的孤獨。害怕存在孤獨是許多人際關係背後的驅力，也是情感轉移現象背後的主要心理動力。

關係的問題亦是結合與孤獨的問題。一方面，人必須學會不要在關係中藉著成爲別人的一部分來逃避孤獨，另一方面也必須學會不要把別人變成對抗孤獨的工具。布金安在討論關係的問題時，談到「apart」這個字²¹，人類基本的人際任務是要能同時有「a-part-of」（一部分）和「a-part-from」（分開），人際孤獨和存在孤獨分別是這兩者的停靠站，人必須先和他人分開，才能面臨孤獨；人必須獨自經歷孤寂。不過，面對孤寂最終會使人深刻、有意義地與他人相遇，以下就要討論這一點。

孤獨與關係

存在孤獨的經驗會產生非常不舒服的主觀狀態，就像任何不安的形式一樣，人無法長久忍受存在孤獨。潛意識的防衛會「處理」它，盡速將之埋藏，使之脫離意識經驗的範圍。防衛必須毫不猶豫的處理，因爲孤獨存在人心，一直等待被人發現。就如布伯說的：「穹蒼的浪潮一直呼喊，可是我們多數時候都把接受器關閉了。」²²

人如何保護自己逃離終極孤獨的恐懼呢？人可能會把一部分孤獨接納到自己裡面，勇敢地承受，以海德格的話來說就是「毅然地」承受。至於其他部分，就會放棄獨自一人，進入與他人的關係，對象可能是和自己一樣的人或是神聖的存有。所以，對抗存在孤獨的恐懼，主要的力量就是關係。我討論存在孤獨的臨床表徵時，必然會把重心放在人際關係，可是我強調的部分和傳統人際心理學的討論不同，我強調的不是安全感、依附、自我肯定、滿足性慾或權力之類的需求，而是探討關係如何抒解基本而普遍存在的孤獨感。

關係無法消除孤獨，每一個人的存在都是孤獨的，可是藉著愛彌補孤獨的痛苦能分擔孤寂。布伯說：「美妙的關係可以衝破孤獨的障礙、壓制它的嚴厲規則，在自我與自我之間架起一道橋樑，跨越宇宙的恐懼深淵。」²³

（我相信如果我們能承認自身存在的孤獨處境，毅然面對，就能深情地轉向他人。）相反的，如果我們在寂寞深淵之前被恐懼征服，就無法向別人伸出雙手，反而會爲了避免在存在之海溺斃而亂揮雙手。在這種情形下，我們的關係就不是真正的關係，而是一種混亂、失敗、扭曲的關係，在與他人的關係中無法感覺到他們就像我們一樣，是有感情的人，同樣孤寂、同樣害怕、同樣渴望得到原鄉的世界。我們對待其他存有的方式好像對待工具或器械，他人不再是「他人」，而是「它」，爲了某種功能而置放在我們的世界裡，最基本的功能當然就是否認孤獨，卻又知道這項功能太接近潛伏的恐懼，所以需要更多隱藏的手法，於是產生轉移的功能：認爲關係可以提供某種產物（例如權力、結合、保護、崇高、敬愛），進而有否認孤獨的作用。

這種心理防衛機制並無新意：每一種行爲的解釋體系都會假定某種核心的衝突，被層層保護和隱藏的動力論包裹起來。這些失敗的「關係」及其產物、功能和轉移功能，就是臨床工作者所說的「人際精神病理學」。我接下來要描述各種病態關係的臨床表現，並討論各自的存在心理動力。不過，要徹底了解關係不是什麼，最好的方式就是必須先了解關係是什麼。

無所求的愛

（最好的關係是以彼此無所求的方式相處，）可是，怎麼可

能愛一個人卻不要求對方付出呢？我們怎麼能愛而不利用、不求回報，沒有癡迷、慾望、羨慕或自私呢？許多有智慧的思想家都談過這個問題，我要從回顧他們的貢獻開始談。

馬丁·布伯：「關係是一切的起源。」布伯如是聲明²⁴。他是哲學家 and 神學家，望之儼然的外表、銳利的目光和花白的鬍鬚，強化了他哲學觀點的力量。布伯對宗教哲學和現代精神醫學理論都有非凡的影響，他的立場很奇特，從猶太神祕思想與哈西德派橫跨到現代關係理論，他的聲明「關係是一切的起源」就是來自這些傳統。布伯是神祕傳統的一分子，這個傳統相信每一個人都是聖約（Covenant）的一部分，每一個人都擁有神聖的火花，可以在和諧中展現神聖的臨在，因此每一個人都結合在一起，在其中各自擁有一個和宇宙無垠、屬靈的連結。

布伯相信關係的渴望是「與生俱來」的傾向，「每一個人在母親子宮裡就知道自己和宇宙有聯繫，出生時卻遺忘了。」小孩有一種接觸的「驅力」，起初是觸覺的接觸，後來是與他人有「最理想的」接觸²⁵。小孩不知道有「我」，也不知道有別的存有狀態，只知道關係。

布伯說「人」並不是以獨立的實體存在，「人是兩者之間生物」²⁶。有兩種基本的關係，也就是兩種中間狀態，布伯將之稱爲「我一汝」（有時翻譯爲「我一你」）和「我一它」。「我一它」關係是人和器具之間的關係，是一種「功能性」，在主體和對象之間完全沒有相互性的關係。

「我一汝」關係是全然的彼此關係，對他人有完全的體認。它和同理心不同，同理心是從他人的觀點來看某個情境，可是「我一汝」關係不只是「我」試圖和「別人」有關係，而是其中並沒有「我」，只有基本的「我一汝」。²⁷

「關係是相互作用的」²⁸，不只「我一汝」關係中的「汝」不同於「我一它」關係中的「它」，也不只是「我一汝」和「我一它」關係的本質大不相同，甚至還有更基本的差異。兩種情形中的「我」是不一樣的，「我」並不是特別的實存，可以決定要與「它」或「汝」產生關聯，好像「它」和「汝」是在視野中飄動的對象。不，「我」只是「中間狀態」，「我」是在某種關係脈絡下出現和形塑而成的，所以「我」會受到與「汝」的關係深遠的影響。每一個「汝」，每一個關係的片刻，都會重新創造「我」。與「它」建立關係時（不論是一個物，或是把人當成物），人都會有所隱藏，會從許多可能的觀點來審查它；將它分類、分析、判斷，然後根據物的整體架構決定它的位置。可是，當人與「汝」建立關係時，就會投入整個存有，毫不保留。

基本的「我一汝」這個詞只能用人的整個存有來談。專注並融入整個存有，是我永遠無法實現的，沒有我也永遠無法實現。我需要一個你來成爲我；在成爲我的過程，我說你……²⁹

如果人與另一人建立關係時少於整個存有，如果人有所隱藏（比如在關係中有貪婪或期望某種回報），或是如果像旁觀者一樣保持客觀的態度，想知道自己的行爲使對方產生什麼印象的話，就是把「我一汝」的相會轉變成「我一它」的相遇。

如果人真實地與他人建立關係，就必須真正地傾聽他人，放下對他人的期待和刻板印象，讓自己在他人的反應中成長。布伯關於「真誠」和「虛假」傾聽的區別，顯然對治

療關係有重要的意含。

爲了以無所求的方式與他人建立關係，就必須放下或超越自己。關於「我一汝」關係的說明，我最喜歡的就是布伯描述他年輕時和馬的關係：

我十一歲時，整個暑假都待在祖父的莊園，我常常趁別人不注意時溜進馬廄，輕撫我鍾愛的那匹馬的脖子，牠是一匹灰色帶有深色斑點的馬。那並不是偶然的樂趣，而是一種美妙、親切、深深攪動我心的事情。如果現在要解釋這件事的話，根據我仍然非常鮮明的記憶，我必然會說當時在撫摸動物時經驗到的是「他者」，「他者」的廣大「他性」，可是並不像牛或公羊的他性那麼奇怪，而是會讓我靠近、觸摸的他性。當我撫摸牠那強而有力的鬃毛時，有時柔順得不可思議，有時卻狂野得令人驚奇，感覺到我手掌下的生命，好像活力的元素就緊靠著我的皮膚，某種不是我的東西，顯然非我同類、可觸摸的他者，並不只是另一個生物，就是「他者」本身。它使我更加靠近，委身於我，自然地把自己放在汝的關係，和我在一起的汝。在我把燕麥倒進馬槽之前，馬就輕緩抬起巨大的頭，輕拍耳朵，然後輕聲噴著鼻息，好像共謀的人發出同黨才了解的訊號；我得到牠的認可。可是有一次，我不知道那個小孩怎麼了，反正就是十足孩子氣，我注意到自己的撫摸，感到很好笑，突然間我意識到自己的手。遊戲像往常一般進行，可是有某種東西不一樣了，不再是相同的情形。第二天，我給牠豐

富的食物後，輕撫朋友的頭時，牠並沒有抬起頭來。³⁰

「我一汝」的基本經驗模式就是「對話」，不論是靜默或交談的對話，「每一個參與者心中都有他人的特殊存有，轉向對方，意圖在自己和他人間建立一種活生生的相互關係。」³¹對話只是單純地以整個存有轉向對方，當年輕的布伯轉離馬時，他注意到自己的手，以及撫摸帶給他的樂趣，於是對話消失，成為「獨白」，變成「我一它」關係。布伯把這種轉離他者的情形稱為「反映」（reflexion），在反映中，不只是「關心自己」³²，更重要的是會忘記他者的特殊存有。

法蘭克提出類似的觀點，譴責當代「通俗化」的相會概念³³。他主張會心團體常常發生的「相會」並不盡然是相會，而是一種自我表達，根據心理學的「單細胞生物學」來崇拜情緒釋放，把人類描述成沒有窗戶的單人房，是無法超越自己、無法「轉向他人」的生物。結果常常過於強調流露人的攻擊性、打枕頭或沙袋、自我價值感、利用他人來解決舊時的問題、自我實現。這些其實並沒有轉向他人，而是如布伯所說的，以連續的「獨白偽裝成對話」。³⁴

布伯對「我一汝」關係有極大的期許。例如，有一次一位不知名的年輕人拜訪他，對方表面上是找他聊天，事後布伯發現這位陌生人其實有所隱藏，就是他「背負沈重的命運」，面臨重大的個人決定。雖然布伯以友善、體貼的方式待他，但仍自責「心不在焉」、「忘了猜測對方沒有提出的疑問」³⁵。可是，怎麼可能一直以這種強度來轉向他人呢？顯然不能，布伯強調「我一汝」的理想雖然是必須努力的，

但只見於稀有的片刻。人基本上必須活在「我一它」的世界；僅僅活在「我一汝」世界，會使自己在「汝」的火焰中燃燒殆盡。

「我一它世界」是我們必須活在其中的世界，也是我們能舒適生活的世界……我一汝的瞬間是奇怪的抒情、激烈的插曲。它們的魅力可能很誘人，卻會把我們推向危險的極端……人無法活在純粹的當下（也就是「我一汝」），它會耗盡我們……這是嚴肅的真理，請注意聽：沒有「我一汝」關係，人類無法活下去；可是只活在「我一汝」關係中的話，絕非人類。³⁶

這種平衡的訴求使我們聯想到希勒爾（Rabbi Hillel）著名的格言：「如果我不為我自己，誰會為我呢？如果我只為我自己，那我算什麼呢？」³⁷

我大量引用布伯的觀念，因為他對無所求的相愛關係，提出非常生動、迷人的構想。結束這段討論之前，還必須談一下我根據存在孤獨而有的基本立場，與布伯主張人類沒有「我」，而是「中間狀態的生物」，這兩者之間明顯的張力。由於布伯認為人類的基本存在模式在於關係，在他的體系中就沒有存在孤獨的位置，他可能會反對我的假設，不認為孤獨是我們存在處境的基本面向，甚至激烈反對我在這段討論中引用他的觀念。

不過，在此容我們看一下布伯在《人與人之間》（Between Man and Man）一開始談到的重要的夢。他一生不斷重複做這個夢，有時會間隔好幾年³⁸，布伯把這個夢稱為

「雙重呼喊的夢」。夢一開始是他發現自己獨自：「在一個巨大的洞穴，或是泥做的建築物，或是在龐大森林的邊緣，我不記得見過同樣的情景。」接著發生某種離奇的事，比如野獸撕裂他手臂的肉，然後：

我大聲呼喊……每次都是同樣的叫聲，聲音不清楚，但是節奏完全相同，升起又下降，漲到飽滿的程度，如果我是醒著的話，喉嚨一定無法忍受，叫聲長久而緩慢——非常久也非常慢——這聲喊叫是一首歌，結束時我的心臟就停止跳動。可是，接著從遠方某處向我傳來另一聲悲哀的呼喊，是另一個聲音發出或唱出的相同呼喊。

回應的呼喊對布伯是關鍵所在：

回應結束時，我會產生一種確信，在夢中真的確信這件事已經發生，不多不少，就是這樣，以這種方式發生了。如果我必須試圖加以解釋，它的意思是我的呼喊引起的回答，就在此刻真的發生了。

布伯認為基本的存在模式是關係。他把這個夢看成帶來真理的異象，存在始於關係的出現——回應的呼喊。不過，這個夢還有不同的合理解釋，人一開始並不在關係裡，而是孤獨地在一個詭異的地方，受到攻擊、感到害怕，大聲呼喊，期待得到回應，心臟停止跳動。夢反映出根本的孤獨，認為我們的存在始於孤獨、寂寞、呼喊、著急地等待回應。

馬斯洛：馬斯洛對現代心理學理論有很大的影響，逝於

一九七〇年，他理所當然地被視為人本心理學的先驅，我在第一章談過人本心理學與存在心理學有許多共通之處。依我的看法，馬斯洛必然會一再被人提起，因為他的思想非常豐富。

馬斯洛的基本主張之一就是：人的基本動機是導向「匱乏」(deficit)或「成長」(growth)，他認為精神官能症是一種匱乏的疾病，導因於生命早期缺少某種基本心理「需求」的滿足，這些需求包括安全感、歸屬感、認同感、愛、尊重、重視³⁹。這些需求得到滿足即是成長導向的人，能實現自己與生俱來的潛力，達到成熟和自我實現。成長導向的人和匱乏導向的人剛好相反，他們相當能自給自足，不太依賴環境來得到強化和滿足。換句話說，管理他們的決定因素不在社會或環境，而是內在的因素：

他們自己內在本性的法則、他們的潛力和能力、他們的天賦、他們潛在的資源、他們的創造衝動、他們的需求，就是認識自己、越來越整合一致、越來越知道自己的真實本性、知道自己真正想要的是什麼、知道他們的呼召或天職或使命是什麼。⁴⁰

以成長為動機和以匱乏為動機的人，會有不同的人際關係。以成長為動機的人比較不會依賴他人，比較不需要別人的讚美和愛慕，比較不擔心面子、名聲和回報，不需要頻繁的滿足人際需求，甚至可能有時覺得被他人牽絆，比較喜歡獨處。因此，以成長為動機的人並不會把他人看成供給的來源，而能視之為複雜、獨特、完整的存有。相反的，以匱乏

為動機的人會從效益的觀點來看他人，對於他人不符合自己需要的部分，若不是完全忽視，就是視之為干擾或威脅，於是愛被轉變成某種別的東西，類似我們與「牛、馬、羊，還有僕人、計程車司機、管理員、警察或是其他被我們使用的人」⁴¹的關係。

因此，相應於匱乏和成長這兩種動機，馬斯洛描述有兩種愛：「匱乏之愛」是「自私的愛」或「愛的需求」，而「存有之愛」（愛他人的存有）是「無所求的愛」或「無私的愛」。他認為存有之愛不是擁有，而且讚美甚於要求，是一種比匱乏之愛更豐富、「更高等」、更有價值的主觀經驗。匱乏之愛可能使人滿足，可是滿足的概念卻不適用於存有之愛。存有之愛本身幾乎沒有焦慮和敵意（但是，當然可能為別人焦慮），存有之愛的人彼此較為獨立、更為自主、較少嫉妒或威脅、較沒有要求、較為淡然，可是同時也更為熱切地幫助對方達到自我實現，更以對方的成功為榮，更為利他、寬宏、鼓勵。廣義來看，存有之愛能創造伙伴，提供自我接納和值得被愛的感覺，進而強化持續的成長。⁴²

佛洛姆：在經典之作《愛的藝術》（*The Art of Loving*）中⁴³，佛洛姆提出布伯和馬斯洛極力解決的問題：無所求之愛的本質是什麼？三位重要的思想家各自從不同的背景（神學和哲學、實驗心理學和社會心理學、精神分析），竟然得到類似的結論，實在令人感到既驚訝又安慰。

佛洛姆的出發點是人類最根本的關懷在於存在孤獨，孤獨的覺察是「所有焦慮的來源」⁴⁴，我們主要的心理任務就是隨著年齡的增長克服孤獨。佛洛姆討論幾種歷史上的解決之道：創造性活動（藝術家與工具和作品的結合）、縱情的狀態（宗教、性、藥物引發的狀態）、遵從團體的習俗和信

念。這些方法都有其缺陷：

與作品的結合不是人與人之間的結合；縱情所得到的結合是短暫的；順從所得到的結合只是假的結合。完滿的答案在於得到人與人之間的結合，與另一個人在愛中融合。⁴⁵

佛洛姆並沒有清楚解釋「完滿答案」的意思，我假定他是指「最令人滿意」的答案。愛並不能移除我們的孤獨，這是存在的既定事實，只能面對，無法消除。愛是我們處理孤獨之痛苦的最佳方式，布伯、馬斯洛和佛洛姆都得到類似的構想——無所求的愛。可是他們對個體生活中愛的形貌，是起於不同的立場。布伯假定愛的狀態是人類存在的自然狀態，而孤獨是一種墮落的狀態；馬斯洛認為愛是人類與生俱來的需求與潛力；佛洛姆則認為愛是一種處理模式，「是存在問題的答案」（他的觀點很接近我在本書的立場）。

並不是所有形式的愛都能同樣解決孤獨的極度痛苦，佛洛姆區分出「共生結合」（一種墮落的愛）和「成熟」之愛的差別。共生之愛包括主動（虐待狂）和被動（受虐狂）兩種形式，在這種融合狀態中，雙方都不完整也不自由（我會在下一段討論各種適應不良的愛）。成熟之愛是「在保存人的完整性和個體性的情況下結合……弔詭的是，在愛中兩個存有成為一體，卻又各自保持獨立。」⁴⁶

佛洛姆追溯愛的發展，先是從童年早期來看，那時人是因為「自己是什麼」而被愛，之後在八到十歲之間加了一個新的因素——了解自己的作為會產生愛。當人克服自我中心時，別人的需要變得和自己的需要一樣重要，於是愛的觀念

逐漸從「被愛」變成「愛人」。佛洛姆認為「被愛」等於依賴狀態，人在其中會保持渺小、無助或「乖巧」，人的報酬就是被愛；而「愛人」則是一種強而有力的狀態。幼稚之愛遵循的原則是「我因為被愛而愛人」，成熟之愛遵循的原則是「我因為愛人而被愛」。不成熟的愛會說：「我愛你，因為我需要你。」成熟的愛會說：「我需要你，因為我愛你。」⁴⁷

佛洛姆認為愛是主動的過程，而不是被動的過程，這一點對臨床工作者非常重要。病人抱怨寂寞、不被愛、不討人喜歡，可是豐富的治療總是探討相反的範疇：他們沒有愛的力量。愛是一種正向的行動，不是被動的情感；是給予，不是接受；是「站立其中」，不是「落入其內」⁴⁸（迷戀）。我們必須區分「給予」和「耗盡」的差別，一個聚斂、接受、或是利用取向的人，在給予的時候會覺得耗盡或貧瘠；交易取向的人在給予而沒有接受時，會覺得受到欺騙【註二】。可是對成熟的「豐富型」的人而言，給予是表現力量和豐富，在給予的行為中，會表現並增強自己的活力。「當人給予時，會為別人的生活帶來某些東西，並回映到自己身上；在真正的給予中，必然會得到這種回映。給予也使別人成為付出者，兩人共享他們帶到生活中的樂趣。」⁵⁰這句話和布伯的觀念非常接近，布伯說：「關係是相互作用的，我的汝作用在我身上，就好像我作用在汝身上一樣。學生會教導我們，工作會塑造我們……不可思議的相互關聯，我們活在宇

【註二】佛洛姆描述有五種基本的人際性格類型：接受型、利用型、聚斂性、交易型和豐富型。前四種可說是「非豐富型」，這四種人相信「所有好事的來源」在他們之外，必須藉著接受、拿取、保存或交換來努力得到。豐富型的動機來自內在，目的是成長和實現自我。⁴⁹

宙的相互之流裡。」⁵¹

除了給予，成熟之愛還有其他的基本元素：關懷、反應、尊重和知識⁵²。愛人的意思是主動關懷他人的生活和成長；對他人身體和心理的需求有反應；會尊重他人的獨特性；看見對方的本然樣貌；幫助他以自己的方式成長和展現；為此人著想而不是為自己的目的。可是，如果不能深入了解別人，就不可能徹底尊重他，佛洛姆認為只有超越自己的需要，依照對方的情形來看待他人，才可能真正了解他人。人必須以傾聽和同理的感受（也就是需要熟悉別人的幽密世界），才能進入別人的生活，了解別人的意義和經驗。請再次注意佛洛姆和布伯的觀念如何匯聚：比較佛洛姆的愛人和布伯的「對話」、「真誠、沒有預設立場的傾聽」。

臨床工作者必須把愛想成「態度」（愛人者看待世界時的某種特徵），而不是愛情關係中所愛的「對象」。我們經常犯下這種錯誤，認為對一個人獨佔的情感可以證明愛的強度和純度，以佛洛姆的話來說，這種愛是「共生之愛」或「過度膨脹的自我中心」⁵³，少了對他人的關心，必然注定自毀長城。無所求的愛才是人與世界建立關係的方式。

一位四十歲非常成功的經理人，因為和一位女性熱戀，痛苦掙扎於是否離開妻兒而來找我會談。會談才沒幾次，他就感到不耐煩，批評我沒有效率，無法提供一套系統化、設計好的做法，這種批評引導我們討論他對人極度批判的態度，我們開始探討的不是他面臨的抉擇，而是他對整個世界缺少愛。把治療焦點放在意料之外的主題，證明對他很有幫助，就像有效治療的一般情形一樣。

佛洛姆相信愛的最根本形式是友愛，這種與人結合的經驗特徵就是沒有獨佔性。《聖經》強調愛的對象必須是弱

者、窮人、寡婦、孤兒、陌生人，這種愛並沒有目的，是以無所求的態度來愛他們，也就是「兄弟般」的方式。

我在這一節開始就提的問題：怎麼可能以無所求的方式來與他人建立關係？現在，在布伯、馬斯洛和佛洛姆類似結論的啓發下，我可以描述成熟、無所求的關係有什麼特徵，然後以這種模範來說明各種失敗關係的本質。

- 一、喜歡另一個人的意思是以無私的方式建立關係：放下自我意識。在關係中放下自我中心的想法，不要問他怎麼看待我，或我有什麼好處，不是尋求讚美、崇拜、性解放、權力、金錢。在那一刻只與對方的人有關係——必須沒有真實或想像中的第三者在觀察兩人的相會。換句話說，必須以整個存有與對方建立關係，如果有一部分在別處（比如，考慮關係對某個第三人有什麼影響），就可說關係已經失敗。
- 二、喜歡另一個人的意思是盡可能徹底了解、經歷對方。如果能無私地建立關係，就能自由經歷對方的所有部分，而不是符合功利目標的部分。把自己延伸到對方身上，體認對方是有感情的存有，同樣組成了關於他自己的世界。
- 三、喜歡另一個人的意思是關懷對方的存有與成長。以真實傾聽得來的完滿認識，努力幫助對方在相會的那一刻充滿生機。
- 四、愛心是主動的。成熟之愛是愛人，而不是被愛。充滿愛心地為他人付出，而不是「迷戀」他人。
- 五、愛是人在世上的存有方式，並不是與某個特別的人

之間獨佔、逃避世界的奇妙連結。

- 六、成熟的愛會從人的豐富流出，而不是來自人的貧瘠；是出於成長，而不是需求。愛並不是因為人需要他人才能存在、變得完整、逃避可怕的寂寞。以成熟的方式愛人的人，有時也會滿足這些需求，其中最重要的一種方式就是湧向嬰兒的母愛。過去的愛是力量的來源；現在的愛是力量的結果。
- 七、愛是相互的，人真的「轉向他人」時就會改變，當能把對方帶進生命時，自己也會變得更充滿生機。
- 八、成熟的愛並不是沒有回報，人會改變、變得豐富、實現自我、存在孤獨會減輕。透過關愛，自己也得到照顧。可是這些回報來自真誠的關愛，並不是刻意去做。借用法蘭克的說法：回報是自然產生，無法追逐而得。

存在孤獨與人際精神病理學

如果我們無法發展面對存在孤獨的內在力量、自我價值感和穩固的認同感，無法說「事實就是如此」，不能接納焦慮的話，人就會以拐彎抹角的方式努力尋找安全感。接下來我要檢視這些尋求安全感的方法和臨床表現，大多數情形下，這些方法和人際關係有關，可是在每一種情形中，人並不是與他人建立關係（亦即並不是「關愛」他人），而是為了某種功能利用他人。直接覺察到存在孤獨的恐懼，以及減輕焦慮的心理防衛結構，都是出於潛意識的。人只知道自己無法忍受孤獨，渴望從別人得到自己無法得到的東西，雖然盡自己所能來嘗試，卻總是出現關係問題。

還有一種解決方式是犧牲自我，藉著讓自己專心於某個人、理由或目標，以緩和孤獨焦慮。就如齊克果所說，這種人會有雙倍的絕望：先是根本的存在絕望，然後因為犧牲自我覺察而更陷入絕望，他們甚至不知道自己的絕望⁵⁴。

活在他人的眼中

有一個病人在治療團體中這麼說：「關於孤獨，最糟的就是那一刻世上沒有人會想到我，這種想法簡直快把我逼瘋了。」這個病人是因為孤獨時的恐慌發作而住院，在這個住院治療團體的其他病人立刻同意這種經驗。一位十九歲的病人因為失戀割腕而住院，她直率地說：「我寧可死，也不要孤獨！」另一位病人說：「我孤獨的時候會聽到聲音，也許幻聽是避免孤獨的方法！」（這是對幻聽引人注目的現象學詮釋。）還有一位數度自殘的病人說她這麼做是因為絕望，絕望則來自她與一位男子間非常令人不滿足的關係，可是她無法離開他，因為她害怕孤獨。我問她孤獨為什麼令她害怕，她以赤裸、直接、精神病的洞識回答：「我孤獨時，就不存在。」

當小孩一直懇求「注意我」、「看著我」，也是出於相同的心理動力，需要有他人在場，才能使現實成真（我在此提出兒童的經驗，就像別處一樣，是指背後衝突的早期表現，並不是衝突的原因）。卡羅爾（Lewis Carroll）在《鏡中世界》（Through the Looking Glass）精采呈現許多病人抱持的赤裸信念：「只要有人想到我，我就存在。」書中愛麗絲和特威德爾迪、特威德爾登遇見睡著的紅心國王：

特威德爾迪說：「他正在做夢，你猜他夢到什

麼？」

愛麗絲說：「沒有人猜得出來。」

「就是夢到你啊！」特威德爾迪大喊，得意洋洋地拍手，「如果他沒有夢到你的話，你以為自己會在哪裡？」

「當然就是現在這兒啊！」愛麗絲說。

「不對！」特威德爾迪輕蔑地反駁說，「你哪兒都不在，因為你只是這個夢裡的東西！」

特威德爾登補充說：「如果國王醒來的話，你就會像燭火一樣，呼地一聲消失！」

愛麗絲憤怒地大叫：「我才不會呢！況且，如果我只是他夢裡的東西，那我很想知道，你們是什麼？」

「和你一樣。」特威德爾登說。

「和你一樣，和你一樣！」特威德爾迪大喊。

他叫得很大聲，愛麗絲忍不住說：「噓！你會吵醒他，我很害怕，你不要那麼大聲。」

特威德爾登說：「你只是他夢裡的一樣東西，談論會不會吵醒他根本無濟於事，你很清楚知道自己不是真實的。」

「我是真的。」愛麗絲說，然後開始哭泣。

「你哭也沒有用，」特威德爾迪說，「沒什麼好哭的。」

「如果我不是真的，就應該不會哭才對。」愛麗絲半哭半笑地說，看起來非常滑稽。

特威德爾登用一種非常輕蔑的口氣插嘴說：「我希望你不會以為那是真的眼淚！」⁵⁵

治療團體有一位病人說，她曾經接受幾個月的治療，數年後遇到她的治療師，治療師花了四十五秒鐘才想起她是誰，令她「深受創傷」。接著她轉向團體治療師問道：「你會一直記得我嗎？如果你不能的話，我無法繼續下去。」她是高中老師，所以逐漸能接受殘酷的事實，因為她在學生忘記她之前，就先忘了學生，她相信治療師的情形也是如此。治療師和老師在病人和學生心中，比病人和學生在治療師和老師心中，佔有更大的分量（這並不妨礙治療師以全然、深刻的方式與病人同在的事實，我稍後會討論）。到這次會談後半段時，她說開始了解為什麼自己一直會考慮自殺，因為她相信如果自殺的話，別人就會有很長的時間記得她。這是絕佳的例證，說明我在第二章描述的「把自殺當成神奇的行動」，在她眼中，自殺並不是死亡，反而剛好相反，把自殺當成對抗死亡的方法：如果自己活在別人心裡，就等於一直活下去。

神經質的人會藉著尋找愛，以避免感受到一絲絲生命核心的孤獨感和空洞感；藉著被人選擇、被人肯定而覺得自己的存有得到證明。純粹的存有感、「我是」的感覺、成為事物來源的感覺，是一種令人非常害怕的孤獨感，於是人否認自我的創造力，選擇相信自己存在是因為自己是他人意識中的對象。這種解決方式注定會失敗，有好幾個理由：關係通常會失敗，因為別人會對一直需要確認這個人的存在而感到厭煩；此外，別人會覺得自己不是被愛，而是被需要；別人無法感覺到完整的了解和接納，因為這個人只與別人的一部分建立關係（也就是能確認這個人存在的部分）。這種解決方法只是權宜之計，所以會失敗：如果人無法確認自己，就會一直需要別人的確認，表示這個人一直不願面對自己的根

本孤獨。這個解決方法會失敗，也是因為錯看了問題所在：人覺得是因為自己不被愛，但事實上問題在於人無法去愛。如前所述，愛人比被愛更為困難，需要對自己的存在處境有更大的覺察和接納。

需要別人確認才覺得自己活著的人，必然會逃避孤獨。完全孤單的情形非常接近存在的孤獨，神經質的人會不計一切代價避免這種情形，藉著與他人共處避免孤獨的空間，藉著忙碌消除孤獨的時間（殺時間），所以單獨囚禁一直都是特別嚴厲的懲罰。還有人逃避當下孤單的時刻來克服孤獨：回憶快樂的往事來安慰自己（即使往事原本並不快樂），或是快樂地想像不切實際的計畫所得的好處，把自己投向未來。

最近大眾對冥想的興趣日漸增加，一方面是因為新奇，一方面則是能得到掌控感。其實西方世界的人很少單純地與時間共處，多半是快速打發時間。我們被教導要同時做好幾件事：抽菸、嚼口香糖、聽音樂、開車、看電視、讀書。我們推崇節省時間的機器，把這些機器的價值應用到自己身上，可是對於省下來的時間，我們還能做什麼呢？只有另外想辦法來殺時間。

和別人在一起的基本動機是為了避免寂寞時，就會把他人轉成工具。兩個人在一起常常是為了滿足各自的基本需求，就像刀與鞘一樣貼身，他們的關係可能因為相互的作用而保持穩定；可是這種安排並沒有幫助，只會阻礙成長，因為雙方各自只認識對方的一部分，這種關係就像A字型房屋，兩面牆壁互相撐住對方，移走一方（或是在心理治療中加強一方的力量），另一方就會倒下。

不過，一般說來，人無法這樣互相滿足需求。人會在某

種層面了解自己被利用，而不是真誠相會，所以會另尋更能滿足自己的伴侶。我有一位三十五歲的病人，滿心害怕孤獨，想到「六十三歲還獨自吃飯」就覺得苦惱，全神貫注尋找恆久的關係。雖然她是個迷人活潑的女性，遇見一個又一個男性，卻都在相處不久後就關係破裂。我相信他們是被逼走的，一方面是出於她強烈而不顧一切地需要愛，另一方面是發覺她無法給別人愛。從她其他的人際關係中亦可看出重要線索，了解她的心理動力。她對人充滿批判，對於不太可能成為伴侶的人就立刻輕蔑地不予理會。在處理難以建立長久關係的病人時，治療師可以深入詢問病人一般關係的特徵，通常會很有收穫。愛並不是特定的相會，而是一種態度。不被人愛多半源自於無法愛人的問題。

查理斯是特別明顯的例子，可以說明為了避免面對孤獨而與他人建立關係的情形。這位罹患癌症的病人參加門診心理治療團體（參見第五章），他接受治療是因為想改善與他人的關係，他一直是個退縮冷漠的人，習慣以這種疏離的方式與人相處。癌症的到來，加上預期只剩兩年的壽命，使他感到非常孤獨，促使他努力與別人更親近。有一次另一位病人大衛告訴團體，由於工作上在職訓練的需要，他會離開團體幾個月，大衛為此感到心煩意亂，其他成員也有這種感覺，只有查理斯除外。成員和大衛分享傷心、生氣和失望的感受。以下是團體摘要的引述（摘要會在每次會後寄給所有成員）⁵⁶：

我指出查理斯對大衛的反應只是一種解決問題的方式，我想知道他有什麼感受，於是大家把注意力轉移到他身上，引發了一段非常重要的過程。好

一段時間，查理斯否認對大衛離開團體有任何感受，我們試圖從他身上擠出感受，卻不得其門而入，大家很想知道如果他要離開團體的話，是否希望別人會想念他，卻還是得不到答案。我向他指出，他曾說有人離開團體時，會覺得胸口疼痛，但他輕描淡寫地說只有過一次。我繼續逼他，告訴他一次就已足夠，可是他笑著把我們全部推開。過了一會兒，查理斯好像很不經意地告訴團體，醫學檢查發現他的癌症進步得遠超過預期，之後我們才知道他正是當天做的檢查。大衛問他為什麼沒有早一點告訴大家？查理斯辯稱想等李娜來了再說（李娜遲到了幾分鐘），我說我不懂為什麼不能先告訴大家，等李娜來了再告訴她。查理斯說了一段非常令人側目的話，原來他認為癌症既然已經改善，於是突然發現自己不想再與人接觸，發現自己又退縮了。

融合

人類「普世皆然的衝突」就是努力想成為獨立的個體，可是成為個體卻又需要忍受可怕的孤獨。處理這種衝突最常見的方法就是否認——煞費苦心地去妄想融合，然後宣稱其實：「我並不孤獨，我是別人的一部分。」於是軟化「自我」的界限，成為別人或某個超越個體的團體的一部分。

當人的主要方向是趨向融合時，通常會被稱為「依賴」。阿瑞亞提說他們是為「支配的他人」⁵⁷而活（與支配的他人分離時，也容易承受莫大的痛苦）。他們會隱藏自己的需求，試圖找出他人的期望，然後當成自己的期望。更重

要的是，他們會避免觸怒別人，他們選擇安全感和結合者，甚於個體化。凱澤爾對這種人的描述特別清楚：

他們的行為似乎是暗示：「不要重視我，我不屬於成人，不能這樣看待我。」他們愛開玩笑，但不像喜歡表現的人，而像不希望（或不敢？）表現得很認真的人。以好笑、匆忙或漠不關心的方式談論苦惱的事，甚至是悲慘的事，好像不值得為這些事浪費時間似的。隨時以誇大的方式談論自己的缺點。把自己的成就和成功看得非常微不足道，或是接著細數自己的失敗。談話可能支離破碎，很快就轉到別的話題。藉著過於隨便的話語，比如提出幼稚的問題，或是像小孩子的講話方式，表示他們希望被人看成「非成人」、不應該把他們當做成熟的人。⁵⁸

凱澤爾描述一位病人的臨床表現，這位病人特別決意與更有力的人物結合：

八個月來，甲醫師治療一位年近四十的男子，他表現出隨時願意滿足別人要求的樣子。每當甲醫師想要更改約診時間，這位病人的回答必然是：「沒問題，醫師，沒問題！」他總是很準時，卻似乎不曾在意甲醫師是否遲到。會談時，如果陽光照進來，直射病人的眼睛，他也從來不敢拉起窗簾或放下百葉窗，他靜靜坐著，痛苦地眨眼，歪著脖子，直到甲醫師發現這種情形。病人接下來的反應

就好像是甲醫師要求他放下百葉窗似的，他會說：「沒問題，醫師，沒問題！」從椅子上跳起來解開繩子問：「是這樣子嗎，醫師？會不會放下太多了？」⁵⁹

「以融合來解決存在孤獨」，從這個架構可以了解許多臨床症候群。例如扮異性癖，有扮異性癖的男性通常被解釋為閹割焦慮引發的情形。身為男人要承受如此大的威脅，和別的男性競逐女性，於是選擇退出競爭，裝扮成女性，以自己造成的閹割減輕被閹割的焦慮，藉此得以釋放心慾。可是，我在第四章討論的羅伯，說明「融合」也可能是主要的心理動力。羅伯從十三歲開始穿女性的衣服，先是穿姊姊的衣服，然後是媽媽的衣服。他害怕和男性發展關係，又擔心被女性拒絕，所以羅伯一直非常孤獨。他穿女性服裝時的幻想一直與性無關，總是圍繞著融合的主題：他單純地想像自己參加一個女性團體，對方歡迎他的加入，認為他是其中的一分子。他在治療團體的人際風格反映出他與人結合的渴望，他順從、諂媚、懇求別人的注意，特別是他欣賞的治療師。在治療過程中，羅伯大開眼界，發現關係的可能性。我相信他是第一次全然了解自己孤獨的程度，他在一次會談中說：「我既不在此處，也不在彼處，既不是男人，也不是女人，和每一個人都隔得遠遠的。」有一陣子，他的焦慮明顯增加（穿女性服裝的次數也增加），但他逐漸學會社交技巧，以有意義的方式與人建立關係，先是團體成員，然後是生活中的人，終於完全脫離裝扮成異性的慾望。

透過融合逃避存在孤獨，以及透過相信終極拯救者並與之結合以逃避死亡恐懼，這兩個概念顯然有相當多重疊之

處。不只是羅伯，第四章還有許多以終極拯救者來防衛的臨床實例，也都是關於融合的描述。這兩個概念都在描述藉著逃避個體化以逃避焦慮的模式，都是尋求自身之外的慰藉。兩者的差別在於推動力（孤獨焦慮或死亡焦慮），以及最終的目標（尋求「自我」界限的消融、與人結合，或是尋找強而有力的調解者）。這種區分當然只是學術的講法，一般說來，不同的動機和防衛策略是共存於同一個人身上的。

融合會以徹底的方式消除孤獨——消除自我覺察。結合的幸福片刻是缺乏反思的，會喪失自我感。當事人甚至無法說：「我失去了自我感。」因為在融合中沒有獨立的「我」可以說這句話。浪漫愛最奇妙的事就是困惑寂寞的「我」消失在「我們」之中。就如巴赫（Kent Bach）說的：「愛是不再有疑問的答案。」⁶⁰失去自我意識的經驗常常是令人欣慰的，齊克果說：「意識的程度每增加一分，絕望的強度也以同樣的比例增加——越有意識，就越絕望。」⁶¹

人也可能藉著與一件「事物」（而不是另一個人）融合，來擺脫孤獨的自我感，比如某個團體、理想、國家、計畫。與較大的團體結合，是非常吸引人的事，凱澤爾最初是在觀賞溜冰表演時發現的，兩位表演者穿著相同的服裝，以完美的配合完成複雜的表演，掌聲之後，兩人滿不在乎地調整鞋帶，同時看手錶，他們在喝采之後的同步動作，使觀眾更為激動，凱澤爾在觀眾席上仔細思考「自我」界限鬆動時的愉悅：

一致的動作和同步的動作，如果兩人都接近完美的話，會使觀眾感到迷人、激動、神魂顛倒，而這些動作如果是由單人表演的話，不見得會使觀眾

如此愉快。

單一訓練精良的軍人操練步伐、轉彎和停止，在訓練指揮官眼中可能很好；可是從任何旁觀者的眼光來看，都很可笑。如果是整個隊伍在閱兵場行進，全體一致，整個隊伍打散成許多小組，全體在完全相同的一刻轉彎，再度轉向，形成一長條直線，前緣保持整齊，然後行進、迴轉，在一聲令下，凝住在定點，所有手臂和腿、鋼盔、水壺、槍枝都突然停止，全部在完全相同的位置，沒有一把刺刀歪掉，即使是激進的反戰人士也會忍不住被這種場面吸引。吸引他的當然不是直角與直線的美，而是這個景象……或說是眾人行動有如同心合一的概念。⁶²

和別人一樣（一致的穿著、言談、習俗，沒有不同的想法或感受），會使人脫離自我的孤獨感。「我」當然喪失了，卻是為了害怕孤獨而這麼做，一致的敵人當然就是自由和自我覺察。以順從的融合來解決孤獨，曾經不起如下的問題：我想要什麼？我有什麼感覺？我的人生目標是什麼？我有什麼想要表達和實現的呢？

在自我表現和融合的安全感間由來已久的掙扎，通常是自我為了逃避孤獨而妥協。團體的誘惑力其實非常強大，從無數例子中選一個來看，瓊斯鎮的悲劇顯示出團體的力量。認同團體會使成員找到遠離孤獨恐懼的避難所，這個結果如此重要，以至於他們願意為此犧牲所有東西：包括他們在俗世的物品、家庭、朋友、國家，乃至他們的生命。

神祕主義包含和宇宙合一的高超、非凡時刻，也是一個

喪失「自我」的實例。不論是與他人融合，或是與團體、理想、大自然或宇宙的融合，都必然牽涉到自我的喪失。這是與魔鬼的合約，最終導致存在的內疚——為每一個人未活出的生命哀悼而有的內疚。

虐待狂：尋求融合的人是依賴、諂媚、自我犧牲的人，雖然承受痛苦，卻因為能驅散孤獨而以痛苦為樂，願意為了得到結合的安全感為別人做任何事，這種人有一種奇怪的互補對象。喜歡支配他人、嘲笑他人、使別人痛苦、想要完全掌控他人的人，似乎與依賴的尋求融合者完全相反。不過，佛洛姆指出：「兩種傾向都是一種基本需求的結果，這種需求來自無法承受孤獨和自己的軟弱……虐待狂的人需要對象，就像受虐狂需要對象一樣。」⁶³兩者的差別在於一個是融合別人，一個是被別人融合；一個藉由被別人吞沒來尋找安全感，另一個則藉吞沒別人來尋找安全感。這兩種情形都能減輕存在孤獨，一個是透過喪失自己的獨立和孤獨，另一個是透過吸納別人而放大自己。這就是為什麼受虐狂和虐待狂會在同一個人裡面擺盪的原因——它們是相同問題的不同解決方式。

性與孤獨

佛洛伊德把「象徵」的概念引進心理結構。在《夢的解析》第五章，他描述代表性慾（性器官或性行為）的各種象徵⁶⁴。一件事「代表」另一件事的構想，有可能被濫用，佛洛伊德警告：「雪茄並不一定是陰莖的象徵；有時雪茄就只是雪茄。」可是佛洛伊德的警告還不夠深入，性也可能是其他事情的象徵，如果人類最深的終極關懷是存在的本質，與死亡、自由、孤獨和無意義有關的話，就很可能會以性慾之

類衍生出來的擔心，象徵性地取代上述的恐懼。

性可能會被用來壓抑死亡焦慮。我處理過好幾個罹患轉移性癌症，卻全神貫注於性的病人；還曾遇到許多夫婦，其中一方得到末期癌症，但他們談的幾乎都是性生活不協調，有時在熱烈討論互相反控對方的那一刻，我完全忘記其中一人正面臨死亡的逼近，這正是防衛策略成功之處。我在第五章談到一位罹患後期子宮頸癌的年輕女性，她發現自己的病不但沒有嚇跑男性追求者，反而使追求者的人數和性慾大為增加。葛林斯潘（Ellen Greenspan）的研究顯示罹患嚴重乳癌的婦女，和年齡相同的健康族群比起來，具有較高比例的不正當性幻想⁶⁵。

性的誘惑具有某種極為神奇的力量，是強大的堡壘，可以對抗自由的覺察與焦慮，因為我們在性的魔力之下，完全感覺不到世界是由我們組成的；相反的，我們被一種強大的外力所「捕獲」，我們受到驅迫、陶醉其中、「陷入熱戀」。我們可以抗拒誘惑、拖延時間，或是向它投降，可是我們並沒有「選擇」或「創造」性慾的感覺，它好像在我們身外，具有自己的力量，似乎「比生命更重要」。性衝動的人在治療中描述自己進步時，會對自己的生命有淒涼的感覺，世界變得庸俗化，他們會問：「世界就只是如此嗎？」

強迫的性慾也是孤獨感常有的反應。雜交的性「配對」向寂寞的人提供一種強大卻短暫的緩解，短暫是因為彼此缺乏關聯，只是一種拙劣模仿的關係。衝動的性打破所有真誠關愛的規則，把別人當成工具，只使用一部分的對方。以這種方式產生的關係，表示關係的形成是為了性，而且越快越好，並不是把性視為更深關係的表現，或是為了促進關係的深化。性衝動的人是絕佳的例證，他們並沒有與對方的整個

存有建立關係，而是只與符合其需要的部分建立關係。我們的語言充分反映出這種態度，比如我們會說「性交」(a piece of ass，直譯為「一片屁股」)、「四肢發達、頭腦簡單的男人」(jock，原指「男性的下體護墊」)、「種馬」(stud，意指亂搞性關係的男性)，赤裸裸的性語言(「幹」、「做」、「插」、「玩弄」、「勾搭」)顯示出欺騙、攻擊、操縱的意含，完全與愛意和關係無涉。

更重要的是，性衝動的人並不了解伴侶，事實上他們常常寧可不了解對方，也把大部分的自己隱藏起來，只去表現和看見有利於誘惑和性行爲的部分。性異常的特徵之一就是與對方整個人建立關係，而只與他人的一部分建立關係。例如，戀物癖患者並不與女性建立關係(所有報告中戀物癖患者都是男性)，而是與女性的某些部分或飾品建立關係，比如鞋子、手帕、內衣。一位深入觀察人類關係的人說：「如果我們與女性做愛，卻沒有與她的靈魂建立關係，我們就是戀物癖的人，即使在身體動作中使用了適當的孔洞，也是如此。」⁶⁶

所以，細心的治療師是不是應該譴責所有缺乏人與人真誠相會的性行爲？是不是完全不能把性當成沒有承諾的成人遊戲？這些問題在很大的程度上是屬於倫理和道德的問題，治療師最好避免對專業領域以外的問題提出看法。不過，對於只以局部、功能導向的方式與別人產生性關係的人，治療師還是可以幫助他們。性異常的定義中有一個不可或缺的部分，就是固著、獨一的行爲，也就是說，異常者只以特定的異常方式與人產生性關係，僵化、獨一的性行爲不但表示有更深的病理，而且必然導致輕視自己和存在內疚的感覺。齊克果在《誘惑者日記》清晰地描寫這種情形，書中的主角全

心全意引誘年輕女孩⁶⁷，他雖然成功達到目的，卻為此付出慘重的代價——生活空虛、心靈貧乏。

所以，性衝動的人既不了解他人，也沒有投身於他人，不會關心自己和他人的成長，在關係中既沒有完全看見他人，也總是在看自己，他並沒有存在「中間狀態」，只是一直注視自己。布伯把這種情形稱為「倒影」，為這種性關係嘆息，因為雙方並沒有投入完全真誠的對話，只是活在獨白的世界，一種鏡中倒影的世界。布伯對「好色之徒」的描述特別生動：

多年來我對男性世界很好奇，一直研究各種「好色之徒」。有人身邊有愛人，愛的卻只是自己的激情；有人把各種感情像勳章一樣戴在身上；有人享受自己充滿魅力的冒險；有人一直注意自己想像的臣服，為此著迷；有人蒐集刺激；有人展示他的「力量」；有人因為借來的活力洋洋自得；有人高興同時是自己，又是完全不像自己的偶像；有人因為命運的火焰感到溫暖；有人則是進行實驗。諸如此類，各式各樣獨白的人，在最親密對話的房間中看著鏡子！⁶⁸

因此，人愛上激情、蒐集刺激和戰利品、以「命運的火焰」溫暖自己，卻沒有真誠地與他人建立關係。

從布魯斯的夢可以看見這些主題，他是我在第五、六章描述的性強迫患者。治療接近尾聲時，他脫離以性為驅力的關係模式，開始把注意力轉向問題：「如果我不試圖和女性做愛，我會和她們做什麼事？」「我和男性在一起會做什麼

事？」「不管怎樣，人想要的是什麼？」在治療中，所有開始把關係模式從「我一它」變成「我一汝」的病人，都會以不同形式浮現最後這個問題：「不管怎樣，人想要的是什麼？」布魯斯進入這個治療階段前做了三個夢。

第一個夢：

我和十四歲的兒子躺在床上，我們穿著整齊，可是我試圖和他做愛，卻找不到他的陰道。我傷心、挫折地醒來。

這個夢生動地描繪布魯斯的關係困境，夢似乎在說：「除了生殖器，還有沒有別的方式可以與人建立關係，甚至包括你最關心的人？」

第二個夢：

我和一位女性打網球，可是我打出去的每一個球都彈向我，而不是向她。分開我們兩人的，好像不是球網，而是眼不能見的玻璃板。

這個夢的意象非常清楚：布魯斯好似與人打網球，其實只是和自己有關，另一人和遊戲完全無關；而且，不論他怎麼努力接近她，都做不到。

第三個夢：

我想和保羅（一個朋友）親近，卻一直吹噓自己多麼有錢，他很生氣。我接著試圖把臉頰貼近他的臉頰，可是兩人的鬍子太粗，傷到了彼此。

布魯斯有一起參加活動的同伴，比如籃球、網球和保齡球的球友，卻不曾有親近的男性朋友。他模模糊糊知道自己渴望親近，就像夢的描述一樣，可是除了競爭的方式以外，不知道如何和男性建立關係。

其他失敗關係的形式

我們試圖以各種方式逃避存在孤獨的痛苦：軟化「自我」界限，試圖與他人融合；企圖合併他人；向別人拿取某種東西，好使自己覺得更大、更有力量、受到珍惜。各式各樣企圖裡常見的人際主題，就是沒有與另一個人在一起；反而只是把別人當成提供一種功能的工具。永遠無法產生互相滋養的關係；反而產生某種錯誤的結合，造成關係的失敗，阻礙成長、引發存在的內疚。我不準備列出整套詳盡的分類架構來看各種不真誠的關係模式，而要描述少數幾個臨床工作常見的模式。

藉他人提升自己：貝瑞是三十五歲的工程師，有所謂「工程師症候群」：拘謹、冷漠、孤獨。他不管怎樣都不表現情緒，一般說來，只有注意到生理信號時才知道自己的情緒（比如胃不舒服、流淚、緊握拳頭等等）。他接受治療的主要目標是「碰觸」自己的感受，與他人建立愛的關係。他的外貌迷人，不難吸引異性的注意，卻無法發展進一步的關係，若不是覺得不喜歡對方而不予考慮，就是很喜歡對方卻不敢追求。

經過幾個月艱苦的治療，他終於開始約會，和吉美莉亞同居，他覺得這位年輕女子非常迷人。可是，沒多久他就知道自己並沒有投入關係，他在治療中談到面臨新的問題，就

是很早就想上床睡覺，他懷疑自己是不是已經對吉美莉亞感到厭煩（這種孤獨感是他特有的感受），還是表示：他覺得和她在一起非常舒服，而能放鬆地和她在一起？我問：「你怎麼分辨？你自問是或不是愛吉美莉亞的答案是什麼？」貝瑞覺得自己非常喜歡吉美莉亞，他很少有這麼確切的反應。

他決定最好還是隱藏自己的感覺，以免引起她過度的期望。他解釋兩人的關係不可能發展成長期關係，因為吉美莉亞並不完全符合他所想要尋找的異性，主要的理由就是她的社交技巧不夠成熟，不太會說話，過於害羞、內向。他知道自己不太會說話，很想娶一位談吐機敏的女性，因為他很會模仿，想要藉著與這種女性交往來改善自己。他也期待自己的妻子不會限制他的社交生活。此外，他還擔心兩人如果單獨在一起的時間太多的話，彼此會太過相愛，而把自己的心都給了她，以至於無法再給別人。

貝瑞的說詞描繪出許多最常見的問題，會阻礙真誠、相愛關係的發展。最基本的問題就是貝瑞的關係模式是爲了提供功能，他的立場源於極端的需求，想尋找符合這個需求的某人，而他的需求是爲了「提升」，所以才去尋找能提升他的「伙伴」：社交生活的老師、治療師、供應者。

貝瑞常常絕望地談到自己長久以來尋找關係都無功而返，我覺得他使用「尋找」這個字眼，正是他問題的關鍵。畢竟，人不是「找到」一個關係，而是「形成」一個關係。貝瑞用一種無生命的方式接近吉美莉亞，而不是用有生命的方式，他不但把她視爲一個「它」、一個物體、提供特定成果的工具，而且還把關係視爲靜止而無生命的，好像是一開始就「在那裡」完全成形的實體，而不是一種發展的過程。

另一位病人談到相同的主題，他說自己與他人越親近

時，對方就變得越不迷人（包括身體和情感），當他靠近一位女性的身體時，會看到對方皮膚上淡淡的癍痕、曲張的靜脈、浮腫的眼袋；他越了解對方，就會因爲她的故事越來越少而不耐煩。以這種沒有生命的方式建立關係，就會把對方看成某種性質固定、資源漸少的物體，而沒有考慮到（就如布伯的提醒），真正有機的關係是相互的，「我」眼中的對方並不是不變的，「我」在相會中改變，對方（「你」）也會改變。貝瑞把愛看成會被用盡的商品，認爲他向一個人提供越多，留給別人的就會越少。可是佛洛姆告訴我們，這種市場取向的愛是毫無道理的，投入與他人的相處，會使人更豐富，而不是更貧乏。

貝瑞接近他覺得符合標準的女性時，總是覺得非常緊張，常常花好幾個小時思考適當的接近方式。他開始打電話給對方時，手持話筒號碼撥到一半就會緊張得滿臉通紅，於是掛掉電話。其他治療師都無法成功地以行爲治療減輕貝瑞的焦慮。當我們從明顯有利的位置來處理問題時（亦即貝瑞害怕與其他男性競爭，擔心被迷人的女性拒絕），無法使心理治療有所進展；可是，當我們探討貝瑞利用（或想要利用）他人的方式，卻得到相當大的收穫。在內心深處，貝瑞知道自己並不是與人相會，而是褻瀆他人——他要的不是她，而是想從她得到某些東西。他的焦慮來自內疚，因爲預期會冒犯別人，並擔心對方發現他的動機。

房間裡有幾個人？在成熟、關懷的關係中，會以自己的整個存有與他人建立關係。如果爲了觀察關係或自己對他人造成的影響而隱藏部分的自己，就無法建立真正的關係。布伯描述兩個完全保留自我意識的人，意圖建立關係時的情形：

容我們想像兩個人坐著談話，他們的生活都是由外表來控制，姑且把他們稱為彼得和保羅。我們列出其中不同的面貌，首先，有一個彼得希望保羅看到的彼得，還有一個保羅希望彼得看到的保羅；然後有一個保羅看見的彼得（也就是保羅對彼得的印象），通常完全不同於彼得希望保羅看見的彼得；同樣的，也有一個彼得看見的保羅。此外，有一個彼得眼中的自己，也有一個保羅眼中的自己。最後，還有一個彼得的形體和保羅的形體。總共有兩個生命和六個幽靈，在兩人的對話中以各種方式混合。這個房間裡到底有沒有任何人與人之間的真誠生活？⁶⁹

以一部分對他人，而一部分對想像中的他人，這種方式無法建立成功的關係。我評估自己和病人關係的本質時，發現自問「房間裡有幾個人？」會有所幫助。例如，我是否不只想到這個病人，還想到自己在討論會提出這個病人時會表現得有多聰明？或是想到這是有趣的「臨床素材」，可以用來更有效地和讀者溝通？我也向病人提出同樣的問題，病人是否真的與我建立關係，或是與過去的幽靈建立關係？

病人談到自己的重要關係時，我會想知道：「每一個關係中有幾個人？只牽涉到兩個人嗎？還是三個？甚至人數多到可以塞滿整個禮堂？」

卡繆的小說精於描寫無法愛、卻爲了某種隱祕的目的而假裝愛的角色。在他第一本小說《快樂的死亡》（A Happy Death，生前未出版）中，主角說：

他看見使他依附瑪莎的不是愛，而是虛榮……他愛的是和瑪莎一起走進電影院時，男人的眼光會轉向她，他愛的是向世界呈現瑪莎的那一刻。他愛的是他的權力和生活的野心。⁷⁰

「他向世界呈現瑪莎的那一刻」，這句話精確地捕捉到其意含，關係中並不是他們兩人，他不是與瑪莎建立關係，而是透過瑪莎與其他人建立關係。

同樣的，我有一個病人肯恩有很深的問題，無法與女性建立真誠的關係，他有許多夢，但夢裡始終不只有兩個人。治療中途有個「追隨者」的夢可以說明他的情形：

清晨兩點半，我和一位女性在我以前舊金山的臥室，我弟弟和爸爸隔著窗戶往內看，我對這位女性或做愛都沒什麼興趣，我讓父親和弟弟在外面等了一個小時，直到三點半才讓他們進來。

這個夢的重要聯想包括他企圖辨認這位女性，他知道自己對她完全沒有興趣。她很像當天在足球賽看到的啦啦隊長，他在大學時根本不敢追求這種女孩。她也很像自己在高中約會過的女孩克莉絲汀，他和一位朋友同時與這位女孩約會，達數個月之久，這種情形令他既不舒服，又覺得興奮，最後他和朋友聯合起來，逼克莉絲汀選擇其中之一做固定的男友，克莉絲汀選了肯恩，使他雀躍萬分。可是，過了沒幾個星期，喜悅就消退了，肯恩對克莉絲汀失去興趣（其實他不曾對她有興趣，他的興趣只是以她來和朋友競爭），於是

結束關係。

肯恩一直把父親和弟弟看成競爭者，先是爭奪母親，後來是別的女性。他在夢中與女性共處，讓父親和弟弟在外面嫉妒地等了一個小時（直到三點半，恰好是我們固定會談的時間），這是他藉女性打敗他們的方式。肯恩也無法與男性「共處」，他與我、弟弟、父親、其他男性朋友，都是以非常競爭的方式建立關係，例如，他和我在一起的時候，堅決相信我想要征服他，所以把重要資料隱藏了好幾個月，免得我佔了「上風」。他唯一的男性友人非常有才華，卻沒有引發競爭，因為他們的才能屬於完全不同的領域（音樂、藝術或運動）。

分析完這個夢的晚上，肯恩連續做了好幾個短夢，全部是闡明關係的治療。第一個夢是他到滑雪小屋，遇到幾位男性朋友向他溫暖的問候，接下來他發現自己坐在他們旁邊，等待最後的房地產考試（肯恩是房地產經紀人），等了很久，終於發下考卷，可是監考人員（他的治療師）卻立刻宣佈取消考試，因為他們看錯日子、來錯地方。這個夢強調肯恩把友誼和競爭結合起來，而之前的治療工作把兩者解開。

第二個夢是肯恩看見自己坐在波音七四七客機上（他和許多做夢的人一樣，以乘坐某種交通工具旅行來象徵治療），他沿著走道散步，驚訝地發現有好幾個隱藏的客艙，裡面都坐滿了人。雖然他是第一次看見他們，卻多少知道這些人一直在那裡。這個夢顯然是代表另一個重要的治療任務——發現世上的其他人。

當晚最後一個夢只是一個片段：一隻大型巨嘴鳥（toucan）的圖像。肯恩對這隻鳥沒有什麼聯想，可是我對巨嘴鳥的聯想卻是「兩人能」（two can），代表擺在肯恩面

前、與我搭檔進行的治療。

「不誠實」的關係模式很常見，在日常生活和治療中就可以找到許多實例。例如，故意把新男友帶到舊男友會來參加的聚會，表示這個女人的心並不在新男友身上。我有一位病人卡爾和新女友在一起時，接到前任女友生氣、苛求的電話，他以嘲諷的態度讓聽筒遠離耳朵，向新女友指了一下聽筒，好讓她也聽到內容。人的每一種關係都會反映出他的其他關係，我相信很少有人可以用不誠實的方式對待某些人，卻又以真誠、關懷的態度對待其他人。卡爾的新女友看到他對待昔日朋友的方式而深感困擾，她懷疑這件事預示了他們未來的關係，結果確實如此。

為了某個人而與另一個人在一起的情形，在團體治療中特別顯而易見，這種治療模式在理想上特別適合揭露並處理不誠實的人際關係。我舉一個持續展現好幾週的生動實例：隆恩是四十歲的已婚男性，雖然他和其他人都知道團體外的交際會妨礙治療，卻還是有計畫地和每一個成員在團體外會面。隆恩邀請某些人划船，其他人去滑雪，還有人是共進晚餐，結果和其中一人（艾琳）發展出強烈的浪漫感情。團體外的社交活動通常只有在共謀的緘默時，才會破壞團體治療。在這個團體中，因為隆恩拒絕討論團體外的接觸（特別是與艾琳的接觸），使得治療暫時受挫，他覺得沒什麼「不對」，堅定地拒絕檢視其行為的意義。

在一次會談中，團體談到他邀請我的女性協同治療師週末一起滑雪，他受到極大的壓力，不得不檢視自己的行為。結束會談時，他感到困惑煩亂，回家的路上，隆恩忽然想起小時候最喜歡的故事《羅賓漢》（Robin Hood），基於一時衝動，他開車到附近公共圖書館的童書部門重讀這個故事，那

時才了解他的行為有什麼意義。他喜歡羅賓漢的傳奇，是因為他把別人從暴君手中救出來，特別是拯救女性。這個主題在他的生活扮演了強而有力的角色，最早起於他家庭中伊底帕斯情結的競爭。他最初為別人工作時非常成功，然後成立一家互相競爭的公司，慫恿前任老闆的員工跳槽為他工作。他和妻子在一起也是如此，他並不是因為很愛她而娶她，而是為了救她脫離專制的父親。

他在團體也展現相似的模式，極力從我的手中搶走其他成員，包括協同治療師。其他成員對於自己只是隆恩與我競爭的工具，逐漸表現出深度的失望。當他掌控、不真誠的人際模式被赤裸裸地了解時，隆恩就開始面對這個疑問：「人想要的還有什麼別的東西？」他花了好幾個月處理自己和每一個成員的關係（除了艾琳），他緊抓著艾琳不放，即使他在團體中已有大幅進步，卻還是堅持提前結束治療，因為他在潛意識層面仍然希望保護艾琳不受我影響。最後他離開團體，幾個月後，艾琳也離開了，至此已沒有需要競爭的暴君，隆恩的愛也快速消失，於是結束與艾琳的關係。

全然關懷的關係是向著另一個人的關係，而不是向著任何過去或現在的無關之人。情感轉移、情緒失調的扭曲、隱藏的動機和目標，全部都必須加以掃除，才能與他人建立真誠的關係。

第九章 存在孤獨與 心理治療

存在孤獨對心理治療師具有好幾個主要的意含。它可以提供一個參考架構，解釋許多令人迷惑的複雜現象，讓治療師藉由澄清、詮釋，使病人也能了解。存在孤獨的概念也提供了一個重要的治療技巧原理——面對孤獨。最後，思考存在孤獨可以使人看清非常重要而複雜的一個現象——治療師與病人的關係。

認識人際關係

害怕孤獨的人通常會試圖藉由某種人際模式來減輕恐懼：需要他人的在場來確認自己的存在；渴望被比自己更大的人吞沒，或是吞沒別人來減輕自己的寂寞無助感；試圖透過別人提升自己；尋求多重的性關係（好像真誠的關係）。總之，充滿孤獨焦慮的人會極力從關係中得到幫助，他們向關係伸手不是因為他們想要，而是不得不然；所產生的關係是爲了求生存，而不是基於成長。悲慘的諷刺是，如此需要真誠關係帶來安慰和快樂的人，卻正是最無力建立真誠關係的人。）

治療師的首要任務之一，就是幫助病人辨識和了解自己如何對待他人。無所求的關係特徵爲治療師提供一個理想或視野，和病人的人際病理恰恰形成對比。例如，病人是否只想和能提供某種東西的人建立關係？他的愛是否集中在接受，而不是給予？他是否試圖徹底了解別人？他隱藏了多少自己的事？他是否真誠傾聽別人的話？他是否利用別人和其他人建立關係（也就是房間裡有多少人）？他是否關心別人的成長？

團體治療的情境提供一個特別豐富的舞台，讓這些扭曲

的關係得以呈現出來，如下述的臨床實例：

伊芙曾參加一個治療團體六個月，逐漸在團體建立出與平常習慣相同的人際模式（病人總是會這樣），她是個邊緣人物，被動、容易被人遺忘。沒有人認真對待她，她也沒有認真看待自己，似乎滿足於當個團體的吉祥物。聖誕假期過後，因為有些成員外出度假，所以來參加的成員人數銳減，伊芙一開始就談到自己對團體人數這麼少感到不安，她不確定自己會不會投入「激烈的會談」。她一直用超然的態度討論自己對小團體的感受，終於另一位女性成員說受不了伊芙的話，團體裡沒有人覺得伊芙是在對他們說話，她一直朝沒有人的地方說話，好像大家都不在場一樣。大家接著說伊芙在團體中沒有與人建立關係，沒有人真的了解她，她一直隱藏起來，結果大家都認為她不重要。

我問伊芙是否願意試著和任何成員建立關係，她順從地環顧團體，以陳腔濫調討論自己對每一個人的感受。我問：「用一到十分的冒險等級來看的話，你對每一個人所說的話，冒了幾分的險？」她大膽地說：「很低，大約兩、三分。」我說：「如果提升個一兩分的話，你會說什麼？」她說會告訴團體她是個酒鬼！這其實大出眾人意料之外，她之前從來沒說出口。我接著試圖幫助她更敞開自己，請她談談參加團體這麼久，卻沒有告訴我們她酗酒，她做何感受【註一】。伊芙談到自己在團體中覺得很寂寞，和房間裡的每一個人隔得很遠，她為了自己酗酒感到丟臉，卻仍然堅持不願讓大家知道她會在這裡是因為喝酒的緣故。

【註一】就治療技巧的一般原則而言，揭露祕密的時候，最好是幫助病人就揭露的過程深談（所謂橫向揭露），而不是詢問更多明確的細節（縱向揭露），好讓病人能在當下讓別人更了解他。

我改變伊芙的說法（真正的治療於焉開始）：她並不是因為喝酒而隱藏自己，而是因為隱藏自己而喝酒！她喝酒是因為沒有投入世界。伊芙接著談到回家時覺得失落和孤寂，那時她會做兩件事，一件是沈浸到白日夢裡，想像自己還很小，被大人照顧，另一件就是用喝酒來減輕失落和寂寞的痛苦。伊芙漸漸開始了解她與別人建立關係是為了特定的作用——被保護和照顧，這個作用使她只與別人建立局部的關係，她只看見別人的一部分，也只透露她覺得不會趕走保護者的部分。

伊芙看清別人怎麼看她的行為之後，也能了解自己的行為使別人有何感受（這個特色是團體治療的真正力量之一：個別治療師雖然也能向病人提供這種資訊，但是團體多樣性的回饋更有力量，可以提供更多訊息）。她發現自己的貧乏並沒有產生她想要的關懷，反而恰恰相反，她不願以全然的自我和別人相處，導致別人覺得她不重要。伊芙因為過度需求，反而得不到她想要的。

這個實例說明：了解當前的關係，具有極大的治療潛力；而治療師和病人的關係正是最容易運用的關係，可以得到極大的療效。但是除此之外，也必須不斷探討病人和其他人的關係。病人之間的關係（治療團體、住院病人中途之家、日間病房等等）很少發展成在治療外長期、有益的友誼，不過，透過這種關係，可以呈現病人的人際病理。我之前已描述過，治療師可以把這種第一手資料當成指引，以了解病人有什麼樣的關係問題，幫助病人體認其人際行為的性質、對別人的影響，以及自己對孤獨所應負的責任。治療中的關係也可以做為病人在「真實世界」未來關係的「彩排」——危險性不高的冒險，可以在其中充分檢驗新的關係模

式。

到目前為止，我已談過治療關係的運用，不過，治療關係不只是病理的討論或彩排，也是與真實之人的真實關係，包含一些有意義、有療癒作用的東西。有些病人住進精神病房後，很少主動與人接觸，別人對他們說話才說話，盡可能待在自己的房間，滿心想的是「釐清腦袋裡的思緒」、編織毯子、讀書等等。

病人對這種退縮行為提出許多理由（比如憂鬱、怕被拒絕、和別人「沒有共通點」），但有一個共同的理由，覺得不值得把力氣花在某種會逐漸消失的事情上。有一位病人說，與其他病人的關係不可能持久，因為他們生活在不同的「圈子」（他卻忘了大家共有的「圈子」：地球、生命週期），既然如此，為什麼還要投入呢？還有人說自己無法忍受失落，寧可只建立可能成為長期友誼的關係。

這些說法很有說服力，畢竟，現代生活的問題之一，就是生活有如過眼雲煙，缺乏穩定的體制和社交網絡。到底為什麼要建立另一種有如「度假郵輪」般的短暫關係呢？

有個臨床病例可以提供這個問題的洞識。安娜是一位邊緣型人格的病人，因為作態要自殺而住院，她是位特別孤立、充滿怨恨的年輕女性。她不斷尋思一個根本的疑問：「人要的是什麼？」她不願投入團體的其他成員，因為她拒絕沈溺在膚淺關係的虛假裡。每當她與其他人接觸，或是表達任何心情時，內在的聲音就提醒她：自己其實是個騙子，因為她說的沒有一樣是真實的感受。安娜覺得寂寞、恐懼，她總是像個旁觀者走在寒冷、陰暗的街道上，觀察、羨慕別人家裡溫暖的燈光和舒適的聚集。在小團體中，我不斷鼓勵她參與，勸她：「不要分析、不要自我反省，只要試著向別

人伸出你的手，試著加入他們所經驗的世界，試著盡可能離開自己，而不要問為什麼。」在一次特別強烈的團體聚集中，安娜深深專注於幾位成員，還為其中一位成員流淚，兩人哭成一團。團體快結束時，我請安娜描述過去這一個小時的經驗（有效運用治療的此時此地，總是會包括兩個過程：純粹的經驗，和接下來的檢視經驗），安娜發現這一個小時充滿活力，點燃了生命，參與別人而沒有注意自己和自己的孤寂感。她在這一個小時活在生活之中，而不是從外面透過冷颼颼的玻璃窗觀看生活。

安娜在團體中的經驗，為自己的問題——「人要的是什麼？」——提出答案，她能暫時體會關係能豐富人的內心世界。我雖然確知她很快就會放掉這個經驗，並稱之為虛偽，可是她已經體驗到關係會如何在孤獨的深淵上架起橋樑。人透過與另一人的相會而改變，即使只是短暫的相會。人會內化這種相會，成為內在的參考點，不時提醒我們真實相會的可能性與收穫。

有一個突出的實例，說明短暫相會造成的持久影響，羅素（Bertrand Russell）在一九一三年遇見康拉德（Joseph Conrad）：

我們第一次相遇時，越談越親密，我們從膚淺的表面一層又一層地逐漸陷入核心之火。這是我未曾有過的經驗，我們看進彼此的雙眼，半驚恐半陶醉地發現我們共同在這種境界裡，情緒強烈到有如激情的愛，同時又包羅萬有。我離開時充滿困惑，幾乎無法處理日常事務。¹

雖然羅素和康拉德在一起只有幾個小時，但他說自己再也沒有這種經驗，他們相遇的那一刻有某種東西一直留在他心裡，影響他日後對戰爭、災禍的態度，也影響他日後的人際關係。²

然而，也有可能出了差錯，造成反向的結果，只因為短暫的相會，使人往後逃避親密關係，治療師必須了解這種可能性。但我們也必須記住，沒有任何關係能保證永遠不變。為什麼因為關係沒有未來的真實性，就剝奪現在的真實性呢？其實只選擇少數關係的人，通常是最難投入他人的人，他們會非常害怕孤獨，以至於放棄關係的可能性。相反的，能一直擴展自己、以真誠的方式對待他人的人，讓別人住在內心世界，就能淡化存在的焦慮，以愛向人伸出雙手，而不是在困頓中抓緊他人。

面對孤獨的病人

治療還有一個重要的步驟，就是幫助病人直接討論存在孤獨，探討它，投入失落和寂寞的感覺。病人必須在治療發現的基本事實之一，就是雖然人際相會能減輕存在孤獨，卻無法消除存在孤獨。（在心理治療中成長的病人，不只學到親密的收穫，也學到親密的限制）——了解他們無法從別人得到什麼東西。我在第六章談到，多年前，我和同事在一項計畫中研究許多心理治療成功的病人，試圖判斷哪些治療經驗對他們最有幫助，在六十個項目（Q分類測驗）的評分排序中，有一項和親密的限制有關（「體認我與人再怎麼親近，仍然必須孤獨地面對生命」），被許多病人評為高分，在所有人的平均評分中，在六十項裡排名第二十三³。

孤獨當然沒有「解決方法」，它是存在的一部分，我們必須面對它，找出一種接納它的方式。與他人的交流是主要的資源，可以減輕孤獨的恐懼。我們都是黝黑大海上的孤獨之船，我們看見其他船上的燈火，雖然無法碰觸這些船，可是它們的存在和相似的處境，卻能提供莫大的慰藉。我們了解自己是全然的寂寞與無助，可是如果能打破我們沒有窗戶的斗室，就會了解面對相同孤寂恐懼的他人。我們的孤獨感會因為對他人的悲憫而退開，不再如此恐懼。一條看不見的繩索把參與相同經驗的人連結起來，可能是在某個時空共有的生活經驗（例如，就讀同一所學校），或只是某件事的聽眾之一。

可是悲憫和它的孿生兄弟——同理心，需要相當程度的平衡，它們無法在恐慌中建構。人必須開始面對孤獨、忍受孤獨，才能運用這些資源，更徹底處理自己的存在處境。上帝為許多人抒解孤獨，可是，就如懷德海（Alfred North Whitehead）所言，孤獨是真實靈性信仰的情境：「宗教是個體在孤獨中所做的事……如果你不曾孤獨，就不可能虔誠。」⁴治療師的部分任務包括幫助病人面對孤獨，這種做法最初會產生焦慮，但最終會催化個人的成長。佛洛姆在《愛的藝術》中寫道：「孤獨的能力是愛人能力的先決條件。」他在六〇年代和超覺靜坐（transcendental meditation）之前的時代，就提出一些專注於意識的孤獨模式⁵。

莫斯塔卡斯（Clark Moustakas）在論寂寞的文章中提出相同的觀點：

孤獨的人，如果允許自己孤獨的話，就會在孤獨中認識自己，創造一種與他人有根本關係的連結

或感覺。寂寞並不是與他人分開，或是造成自我的分裂或破碎，而是擴展個體的完整性、覺察力、敏銳度與人性。⁶）

還有許多人證實在超越孤獨之前，必須先經歷孤獨。例如，（卡繆說：「當人從實踐中學會如何與他的痛苦獨處，如何克服逃脫的渴望，就沒有其他需要學習的東西了。」⁷）同樣的，霍布森（Robert Hobson）也說：「做爲一個人就意味著孤獨。持續成爲一個人，則意味著探索如何以新的方式在孤寂中安住。」⁸）

我喜歡這句話，「探索如何以新的方式在孤寂中安住」，生動描繪出治療師的任務。這句話包含臨床問題的種子：心理治療的病人在孤寂中痛苦的翻滾，而不是安住。問題似乎在於豐富的人益加豐富，而貧瘠的人更加貧瘠。能面對和探索孤獨的人，就能學會以成熟的愛與人建立關係（然而只有已經與人建立關係，達到某種程度長大成熟的人，才能忍受孤獨）。例如，波倫道夫（Robert Bollendorf）證明⁹經過十六小時孤獨的幽禁後，自我實現程度越高的人（以個人取向量表[Personal Orientation Inventory]測量），孤獨的焦慮越低（以IGPE焦慮量表測量）。

魏爾根據長期治療青少年和年輕成人心理困擾的經驗，發現來自關愛、彼此尊重的家庭的人，比較容易離開家庭，忍受成人初期的分離和寂寞。成長於混亂、充滿衝突家庭的人會怎麼樣呢？一般人可能預期他們會高興地邁開大步離開家園，但事實剛好相反，越有問題的家庭，子女越難離家，他們都沒有做好分離的準備，卻把黏著家庭當成對抗孤獨焦慮的避難所。¹⁰

治療師必須想辦法幫助病人，以適合病人的支持系統，讓病人在某種程度上面對孤獨。有些治療師在治療的深入階段（處理好其他來源的焦慮，已建立正向健全的治療關係），（會建議在治療過程由病人自行實施一段孤獨期，這種孤獨有兩種可能的益處，第一是可能產生重要的素材。第五章談到的布魯斯就是因爲幾個小時的孤獨，才了解他對寂寞和死亡的恐懼，這正是他一輩子以工作狂和強迫的性慾所要逃避的。第二，病人會發現隱藏的資源和勇氣。雪碧（Linda Sherby）描述一位病人的症狀是狂亂的活動，以及對可能的關係表現不滿意和依賴的態度¹¹，在努力疏通一個癥結時，治療師建議病人花二十四小時獨處，遠離所有讓她分心的事（人群、電視、書籍等等），那段時間只做一件事：記錄自己的想法和感受。結果對病人有非常重大的意義，她了解自己可以平靜地忍受孤獨，就這一點而言，病人的筆記非常清楚：「我仍然對自己的腦袋如此穩定感到驚訝，也許我太快就失控了，可是到現在已經九個小時，我卻不認爲自己會崩潰。」二十四小時快結束時，她寫信給治療師：「顯然我並沒有發狂，我猜你早就知道。哀傷成爲我的一部分，我想它恐怕很難再擴散開了！」）

幾年前，我和同事進行一項實驗，偶然證明了自我成長受孤獨催化的程度¹²。在一個週末的會心團體中，我們測試情緒的誘發，對長期接受個別治療的人會有什麼影響。我們向三個團體的病人提供週末團體經驗，大家住在鄉村旅店，這些團體包括：兩個實驗性誘發情緒的完形治療團體，和一個當對照組的禪修團體。我們試圖測量完形團體經驗對受測者造成的影響，並假定沒有誘發情緒的禪修團體可以做爲較穩定的對照情境。結果完全不是這麼回事，有意料之外的

「非特定」變數，對結果造成極大的影響。重要的非特定變數之一，就是孤獨的經驗。實驗組和對照組都有許多人說他們的經驗有一個重要的面向，就是離開熟悉的環境，面對孤獨。好幾位女性說這個週末是多年來頭一次和家人分開（其中一人是二十年），獨自過夜，枕邊沒有丈夫，兒女不在身邊。面對孤獨的衝擊如此強烈，以至於有些人認為情緒的誘發不太重要。

禪修提供了另一個覺察孤獨的管道。雖然禪修老師很少用這種方式來說明禪修的益處，可是我相信禪修引發成長的基本因素之一，就是讓人能在降低焦慮的狀態下（也就是減輕焦慮的肌肉放鬆、姿勢、呼吸、淨化心靈），面對並超越孤獨的焦慮。

他們學會面對自己最恐懼的事。他們被要求投身於孤獨，更重要的是赤裸裸地投入，沒有習以為常的否認護罩。他們被要求「放下」（而不是完成和獲得）、放空心靈（而不是分類和分析的經驗），回應世界並與之和諧共處（而不是控制或征服它）。禪修必須得到的開悟（enlightenment）之道有一個明顯的目標，就是覺察物質現實（physical reality）其實是遮蔽實相的帷幕，只有藉著深入自己的孤獨，才能移除帷幕。可是，體認現實的虛幻本質，或是如我在第六章描述的覺察自己組成世界的功能，必然使人面對存在的孤獨，了解不但自己和別人是分離的，而且在最根本的層面，也是與世界分離的。

孤獨和病人與治療師的相會

關係產生療癒

我還記得最初接受心理治療訓練時學到的兩個座右銘，在〈自由〉的章節中討論了（第一個：「心理治療的目標是讓病人能做出自由的選擇」；第二個則是「產生療癒作用的是關係」），這是最重要的心理治療必學之課。在心理治療中，再沒有更不言而喻的真理了，每一位治療師都在臨床工作中一再觀察到，相會本身就是病人的療癒，重要性遠超過治療師的理論取向。

如果心理治療研究證實了任何單一事實，（必然就是病人和治療師的正面關係與治療結果成正比。）有效的治療師會以真誠的方式回應病人，他們建立的關係讓病人覺得安全、接納，他們表現出沒有佔有慾的溫暖和高度的準確同理心，能與病人「同在」或「抓住病人的意思」。有好幾篇回顧的文章總結了數百篇關於這個結論的研究報告【註二】¹³。

我在第一章把心理治療比喻成我在烹飪班的經驗，使亞美尼亞菜餚和心理治療產生重要差別的原因是那些「撒入的」、「私下的」內容。（這些「撒入的內容」最常見的就是治療師與病人的關係，在有效心理治療的過程中，治療師常

【註二】我在本書別處也引用實證研究，可是通常經過高度的選擇，而且非常謹慎，這些研究或是構想貧乏、實行不易，或是不見得與本書討論的存在議題直接相關。至於治療師和病人的關係，我也不會詳細引述文獻，可是原因完全不同，是因為證明這種關係非常重要的高品質研究太多了，無法全部引用。

常以人性化、深刻的個人風格對待病人，雖然這種方式常常是治療的關鍵，卻不在思想體系的正式原理之中，精神醫學文獻一般不會報告這個部分（通常是怕丟臉或被譴責），也不會拿來教導學生（一方面是因為不在正式理論之內，另一方面是因為可能造成「過度濫用」）。

病人—治療師相會的重要性，在一九五九年出版的《心理治療的關鍵事件》（Critical Incidents in Psychotherapy）有絕佳的說明。這本書談到許多被治療師認為在治療中產生轉捩點的事件¹⁴，這些關鍵事件大部分在於治療師跨出自己的專業角色，以深刻人性化的方式對待病人，以下舉幾個例子：

- 一、這時，湯姆（病人）看著我的眼睛，非常清楚緩慢地說：「如果你放棄我，我就毫無希望了。」在這一時刻，我內心充滿複雜、強烈的情緒，包括悲傷、怨恨、憐憫、能力不足。湯姆這句話對我成為「關鍵事件」，我在那一刻與他更為親近，遠甚於地球上的任何一個人。¹⁵
- 二、一位治療師在週六午後接受一位急性病人的緊急會談，雖然治療師又餓又累，但仍持續會談了好幾個小時。¹⁶
- 三、一位治療師和一位在治療過程中出現疑似癌症癥候的病人會談，在等候檢驗結果時（後來證明沒有癌症），病人啜泣、因為短暫精神病狀態而驚恐時，治療師把她像小孩一樣摟在懷裡。¹⁷
- 四、一位男性治療師治療一位年輕女病人，由於病人對他有強烈正向的情慾情感轉移，以至於無法向她顯

露他的私人生活，無法幫助病人釐清真實的他與對他的扭曲觀念之間有何差異。¹⁸

五、有位病人在好幾次會談中對治療師惡言相向，攻擊他的人品、質疑他的專業技巧。最後治療師爆發了，「我用拳頭猛敲桌子，大喊『他媽的』，你為什麼不能停止罵人？讓我們做點正經事，試圖了解你自己，不要老是攻擊我。不管我犯了什麼錯，我也確實會犯許多錯，但都與你的問題無關。我也是個人，今天真是個爛日子……」¹⁹

六、一位病人曾被遺棄在懸崖上的荒蕪房子裡，只有一條搖搖晃晃的木橋和外界相通，在緊急關頭時，她打電話給治療師，治療師通過木橋到這棟房子安慰她，帶她回家。²⁰

其他關鍵事件都很類似，每一件事的要點顯然都在於人性的相會，而不是人為或思想體系規定的「處理方法」。

文獻充滿證明這個現象的例證。我在第二章談到一八九五年出版的《歇斯底里症研究》中，佛洛伊德和布雷爾忽視了許多與死亡有關的素材²¹。同樣令人驚訝的，佛洛伊德評估治療機轉時，也忽略了病人與治療師相會的重要，他把治療的變化完全歸因於催眠的暗示，和詮釋的工作所產生的「宣洩作用」及「被扼殺的情感」得以釋放。可是佛洛伊德描述病史時，卻讓人注意到他本人如何涉入治療，他經常為病人按摩，有一段話談到病人因為月經無法接受按摩時，讓佛洛伊德感到煩惱。有些情形下，他「大膽走入」（借用布伯的話²²）病人的生活，向病人家屬說話，澄清病人財務和物質的前景。有些時候，佛洛伊德獨裁而嚴厲，在一次令人

難忘的會談中，他堅定地告訴病人，他會給她二十四小時來改變想法（關於症狀的非心理原因），否則她就必須離開醫院²³。

幾年前，我和一位病人做了一個約定（原因和此處的討論無關），規定我們兩人都要在每次個別會談後，憑印象寫下會談摘要，密封起來，交給我的秘書，每隔幾個月才閱讀對方的記錄（之後我們把這些記錄出版成書，書名是《日漸親近——述說兩次的治療》[Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy]²⁴。）令我最感印象深刻的，就是我和病人對會談的看法竟然有極大的差異。病人和我對治療經驗所關心和肯定的部分非常不同，關於我珍貴細膩的詮釋，唉，她根本沒聽進去！她珍視的是微小的個人接觸，溫暖的眼光、對她容貌的稱讚、我對她堅定不移的興趣、詢問她對某一部電影的看法。

我們怎麼解釋這些觀察呢？治療師與病人的關係顯然是以一種不明確的方式，對改變的過程產生關鍵的影響，而治療師也常常低估這個因素的重要性，卻高估了自己在認知上的貢獻。

治療關係如何產生療癒？我在前一節提出病人「在治療中」的關係（在病人當前生活或與治療團體、精神病房其他成員的關係），有兩種治療的作用，一、「居間調節」的作用，讓病人了解適應不良的人際行為，為新的關係模式提供「彩排」的機會，而改善其他未來關係的品質；二、本身既有的價值：做為「真實」的關係，能產生內心的變化。

同樣的典範也適用於治療師和病人的關係，能闡明其他關係而得到療癒，也能向病人提供真實的關係。我將依次討論這兩個模式。

病人—治療師的關係：闡明並促進其他關係。治療師藉著幫助病人檢視病人與治療師的關係，而闡明並促進病人過去或當前的關係，這些關係以某種象徵的方式類似病人與治療師的關係。

關係的運用可以闡明過去，這是傳統上以情感轉移來看病人與治療師的關係，病人對重要人物（特別是父母）的情感和態度「轉移」到治療師身上，治療師像模特兒一樣，穿上病人從別人身上脫下來的情感。治療師和病人的關係像皮影戲一樣，反映出昔日劇碼的興衰變化。這種方式可以滿足分析治療的目標：重現並闡明早期生活的事件。

以這種方式處理關係有兩個基本缺點，第一，就如我在第七章所討論的，並沒有證據證明過去的揭露和認識有助於治療的變化。第二，從情感轉移的角度來看治療師與病人的關係，會否定關係裡真正人性化、真正產生變化的本質。有許多證據顯示，產生療癒的是真實的關係，把治療師和病人的關係視為工具，只是運送療癒的貨品（如洞識、早年生活事件的揭露等等），可說是錯把內容當容器。關係才是療癒的貨品，我之前已強調過，洞識的尋找、挖掘過去的工作，都只是引發興趣、看似有益的冒險活動，吸引病人和治療師的注意力，使真正的改變動力（他們的關係）得以滋生。

另一項病人與治療師關係的運用，就是幫助病人了解當前或未來的關係，病人幾乎都會扭曲自己和治療師關係的某些部分。有經驗的治療師根據對自己的了解，以及別人如何看待他的廣泛經驗，可以幫助病人區分扭曲和真實。治療師對不同的病人可能代表不同的意義，可是對大多數病人而言，治療師代表具體的權威形象——老師、上司、父母、法官、督導等等。治療師可以藉此幫助病人改善與這類人的關

係。

治療師與病人的「真實」關係：病人與治療師發展一種真實的關係（相對於情感轉移的關係），會有極大的潛在效益。治療師並不是把關係看成「好似」的現象（經由適當的分析這種關係，來促進其他關係），而是與病人發展真誠的關係而得到療癒。

我先前提到，凱澤爾相信人因為孤獨而痛苦（「普世的衝突」），於是企圖與他人「融合」來處理孤獨，為了替融合鋪路，而產生「普世的症狀」。（普世的症狀就是「口是心非」、「不真誠」或「情感轉移」，而對治療師產生扭曲的看法和行爲。）於是病人並不是以真正的自我和治療師建立關係，而是把治療師當成逃避孤獨和達到融合的工具。

對這種普世的衝突和症狀有什麼因應之道呢？凱澤爾的答案是「溝通」²⁵，他假定「自由溝通的能力可以阻止普世的衝突，避免把人逼入侷限、妄想的精神官能症模式。」凱澤爾相信治療師的療癒只是出於和病人同在，成功的治療需要「病人花足夠的時間與具有某種人格特質的人在一起」。

什麼樣的人格特質呢？凱澤爾提出四種：（一、對人有興趣；二、心理治療的理論觀點不會妨礙治療師以自由的溝通來幫助病人；三、沒有阻礙與病人建立溝通的精神官能症模式；四、「接納」的心理傾向——能敏銳地發現口是心非的情形，或病人行爲中難以溝通的部分。）

凱澤爾只為治療師提出一個規則——「溝通」。所有其他必要條件都不是治療師必須做的，而是治療師必須擁有的。雖然凱澤爾可能過於誇張，可是他喚起我們注意治療變化過程的必要因素。對大部分病人而言，心理治療是從孤獨到關係的循環過程，一旦病人能與治療師建立深入的關係

（把治療師當成真實的人來建立關係，而不是以「技巧」製造的全像），就已經產生改變。病人會學到自己裡面有愛的潛力，並體驗到多年來蟄伏的情感。回想一下布伯關於我—汝關係的說法：當「我」與另一個人建立真正的關係，就產生改變，完全不同於遇見汝之前的「我」。「我」會經驗到自己全新的部分，不只向他人敞開，也向自己敞開。即使病人與治療師的關係是「暫時的」，可是親密的經驗卻是恆久的，永遠無法拿走，以一種恆久的參考點存在人的內心世界——提醒自己具有親密的潛力，而親密所產生的自我發現也是恆久的。

與治療師的親密相會經驗，對個人的意含遠遠超越與大部分其他人的關係，這一點幾乎不需要多加說明。首先，治療師通常是病人特別尊重的人，但更重要的是，治療師常常是唯一真正了解病人的人。把自己所有最陰暗的祕密、不正當的想法、空虛、悲痛、熱情都告訴一個人，而仍然受到完全的接納，對病人是非常大的肯定。

我先前說：「心理治療是從孤獨到關係的循環過程」。（循環的原因在於害怕存在孤獨的病人，會與治療師建立深刻、有意義的關係，然後藉這種相會增加力量，再回頭面對存在孤獨。）治療師基於深入的關係幫助病人面對孤獨，了解他對自己的生命有獨一的責任，也就是病人創造了自身生活的困境，也只有病人自己能改變它。

治療師還可以用另一種方式帶領病人回到孤獨。（我先前強調病人在治療中會學到一件無價之寶，就是關係的限制。）人學會自己可以從別人得到什麼，可是，更重要的恐怕是也學會不能從別人得到什麼。當病人與治療師在人的層面彼此相會時，病人的錯覺必然會受折磨，真相大白之日，會看見

終極拯救者畢竟也只是另一個人罷了。這是孤獨的一刻，但也是啓蒙的一刻，就如費雪（Kenneth Fisher）所說：「朝聖者偶然想到：『也許沒有人知道真理，我們恐怕全都是朝聖者。』」²⁶至少病人不會再到錯誤的地方尋找，他從完滿的相會中學到：病人、治療師和每一個人在人性和無法改變的孤獨中，都是患難與共的同道。

理想的治療師—病人關係

如果治療師的基本任務是與病人建立深入而徹底的關係，那治療師是否要與每一個病人建立「我一汝」關係？治療師是否要「愛」病人（從馬斯洛或佛洛姆的意思來看）？治療師和真正的朋友有什麼差別呢？

治療師看到這些問題時，很難沒有某種不安的感覺，心中浮起的字眼是「侷促不安」。治療師的世界有一種無法逃避的不和諧，「友誼」、「愛」、「我一汝」這些概念實在不符合「五十分鐘的會談」、「一小時六十五元美金」、「病例討論會」、「醫療保險給付」這些概念，這種不一致深植於治療師和病人的「處境」，是無法否認或忽視的。

關愛的友誼或「我一汝」關係有一個重要的面向，必然不同於治療師和病人的關係，就是對等的相互性。病人向治療師尋求幫助，並不是治療師去找病人。治療師必須有動機、意向和能力，盡可能全然地把病人當成一個人來對待；而病人根據定義是能力不足以全然體驗他人的人，此外還有一個完全不同的動機——解除痛苦。所以布伯把治療師稱為「超然的在場」（detached presence）：治療師能同時處於兩種位置，他自己的一面，還有病人那一面。「治療師能處在自己的位置和病人的位置，病人只能在自己的位置。」²⁷

治療師與病人的「你」建立關係，不只是現在的「你」，也包括潛在蟄伏的「你」。治療師運用自己開放、親近的直覺當病人的嚮導，一直尋找深化關係的方法。病人在開始治療時，對治療師並沒有對等的態度，病人可能會提出或想到關於治療師的問題，但這些詢問通常並不是為了「認識」或開啓治療師的全部潛力，而是為了建立後者的可信度，或是了解治療師是否能滿足病人的需求。有時病人的疑問是爭奪關係的控制權：如果治療師也願意坦露自己的話，病人在自我揭露時可能比較不覺得受傷。

謝昆（Carlos Sequin）在《愛與心理治療》（Love and Psychotherapy）²⁸中談到，治療師與病人的關係好像一種特別的愛——「心理治療的情慾」（psychotherapeutic eros）。這種愛有好幾種特色，它是不對等的，我必須指出，缺乏對等性並不是固定不變的，隨著治療的進行，進步的病人逐漸對治療師這個人增加覺察力和關愛（也就是無所求的關愛），心理治療的情慾是無法破壞的，或是如羅傑斯所說的「無條件的」。其他種類的愛都可能被磨損，愛一直沒有回報時，施愛的人最終會停止去愛；朋友之間不再有許多共通之處時，就會分開；許多境遇可能會使親子、師生、禮拜者和神祇之間疏遠。可是，成熟的治療師即使遇到背叛、自戀、憂鬱、敵意和欺騙時，仍然關心病人。其實可以說治療師正是出於這些特徵而關心病人，因為它們反映出病人多麼需要關心。

心理治療情慾的另一個部分，就是意味著對病人的真誠關懷。以謝昆的話來說就是：「它並不是醫生對病人應該有的『人道』之愛，而是對於面前特殊的人有一種愛的真誠感覺，這個人是一個人，而不是另一個『病人』，就是一個

人。」²⁹佛洛姆、馬斯洛和布伯都強調對另一個人的真正關愛，表示關心他的成長，會把某種東西帶進這個人的生命。治療師對病人必須有這種態度，治療師存在的理由就是扮演病人尚未活出之生命的催生者。

把某種東西「帶進他人生命」的觀念，為治療師提供了一個重要的步驟。布伯把影響他人對生命的態度區分成兩種基本模式³⁰，或是試圖把自己的態度和意見加諸他人身上（但是以他人覺得是自己觀點的方式進行），或是幫助他人發現自己的性情、體驗自己的「實現力」。布伯把前一種方式稱為「干預」（imposition），這是傳道者的方式；第二種方式叫「展現」（unfolding），是教育家和治療師的方式。展現意味著揭露一直存在的東西。「展現」這個字眼有豐富的意含，和其他描述治療過程的字眼形成鮮明的對比，例如「重新建構」、「解除制約」、「塑造行為」、「重新撫育」。

幫助另一人展現，並不是透過指導，而是藉由「相遇」、「存在的溝通」³¹。治療師並不是指導者、塑造者，而是「發現可能性的人」³²。海德格以類比的方式談到兩種不同的關愛或「掛念」模式【註三】，一種是「躍入」另一個人（類似「干預」的關係模式），減輕另一人面對存在時的焦慮（這麼做會使另一人侷限於不真誠的存在）；或是使他人面對自己的存在處境，使人得以「躍進」（這個用語不夠好）和「釋放」。

總結來說，治療師以真誠關愛的方式和病人建立關係，致力於獲得真誠相會的時刻。在這種努力中，治療師必須不

【註三】海德格認為對事物的關愛是「關懷」（concern），對另一個此在「組成事物的存有」的關愛是「掛念」（solicitude）³³。

考慮自己，也就是關心病人的成長，而不是自己的個人需求。治療師的關愛必須是無法破壞的，也不依賴病人對等的關愛。（治療師必須同時站在自己的立場，也站在病人的立場，並能以關愛的方式進入病人的世界，像病人一樣經驗這個世界，這需要治療師沒有預設立場地接近病人，把焦點放在分享病人的經驗，而不急於判斷病人，也不對病人有刻板印象。）

羅傑斯和同事在治療師的三合一特徵中（同理心、真誠，和正向、無條件的尊重），已描述過治療關係的這些部分；大量研究證據也顯示，這些特徵會促進正向的治療結果。關於治療師行為的這類特徵，除了羅傑斯強調的關係必須真誠、個人化之外【註四】，我最關切的是許多人把它當成一種技巧，好像是治療師在治療中所做的某件事，於是產生技術手冊，教導治療師各種方法來傳達同理心、真誠和正向的尊重。（對一位存在治療師來說，當「技巧」成為最重要的部分時，就失去了全部，因為真誠關係的精髓就是不操縱他人，而是以自己的整個存有轉向他人。）

診斷：許多治療師因為預設立場或刻板印象，很難和病人建立真誠的關係。治療師的訓練強調診斷和分類，他們被教導要把病人具體化，要符合美國精神醫學會（APA, American Psychiatric Association）的疾病代碼，把病人像標本一樣歸類到住院檢查表或保險規格表。事實上，沒有一位負責的治療師能否認診斷的價值，例如，必須查明病人的精神狀態是否受到某種器質性（organic）疾病或是中毒狀況的

【註四】羅傑斯和布伯的著名對談中，明顯提到這一點，顯示這兩位傑出的思想家對於較佳的治療師—病人關係有相當的共識。³⁴

影響；也必須查明病人是否罹患生物因素的嚴重情感性疾病（例如，內因性憂鬱症或躁鬱症）而需要接受藥物治療。

即使病情基本上屬於功能的問題，治療師還是需要做出其他粗略的判斷，病人的情形如此嚴重（例如，嚴重的反社會性格障礙，或是非常系統化的妄想型精神分裂症），是否還可能從心理治療獲益？基於一些顯而易見的理由，必須查明病人對自己和他人的毀滅傾向。除此之外，治療師還要考慮病人的脆弱程度，忍受親近的能力，做為治療速度的重要參考。

雖然這些較粗略的判斷可以提供初步分類的參考，不過更進一步、「更細膩」的診斷區分對治療師並沒有什麼幫助，甚至常常阻礙關係的形成。精神分析對特定性心理動力結構所做的複雜精細的診斷公式，對治療沒有什麼幫助，而且會妨礙真誠的傾聽。舉例來說，雖然某些或大部分「歇斯底里型人格」會表現某種特定的行為模式，而且會因為某些常見的心理動力衝突而苦惱，但並不是所有這類人都會如此。標準的診斷公式並不能讓治療師了解，面對的是怎樣獨特的人；還有大量證據顯示診斷標籤會妨礙或扭曲傾聽³⁵。診斷分類常常只是刺激智力的活動，唯一的功能是讓治療師有一種秩序感和掌控感。成熟治療師的主要任務是學習忍受不確定感，且真正需要的是觀點的轉移：治療師必須致力於真誠的投入，而不是硬生生地把會談「素材」套入條理清楚的知性架構。

治療師的自我坦露：治療師要是想了解病人，就不能只有觀察和傾聽，而必須徹底經驗病人。可是，對他人的徹底經驗需要把自己向別人敞開；如果以開放、誠實的方式參與他人，就會經歷到他人對這種參與的回應。

治療師要想與病人建立關係，就必須把自己當成一個人來坦露自己。有效的治療師不能保持疏離、被動和隱藏，治療師的自我坦露必須與治療過程一致。可是，治療師要坦露多少自我呢？要不要談私生活的問題呢？所有對病人的感受都要說嗎？包括厭煩、疲累、浮誇嗎？要不要說明巧妙的治療策略？就這一點而言，治療師和親近的朋友有什麼不同？

這些真是傷腦筋的問題！在心理治療實務的最初幾十年中，並沒有遇到這些問題，因為精神分析運動最初設定治療師必須保持情緒的疏離和客觀性，就好像外科醫師不帶感情地研究生病的器官一樣。佛洛伊德警告，病人會對治療師產生強烈的情感，可是治療師必須小心提防，壓抑柔軟的情感，治療師必須了解病人的強烈情感是：「醫療情境不可避免的結果，就好像暴露病人的身體或透露重要的祕密一樣。」³⁶

為什麼必須這麼嚴格地規定治療師扮演不帶感情的角色？首先，佛洛伊德認為不夠「客觀」的治療師會無法控制情境，被病人的願望捲走，而不是照著病人所需要的來做：

病人會達到他的目的，可是醫生卻達不到自己的目的，醫生和病人之間發生的事會像趣聞軼事，有如牧師和保險仲介員之間的故事一樣。一位保險仲介員是宗教上的自由思想者，垂死時，他的家屬堅持帶一位神職人員來，想在死前改變他的信仰。面談時間拖得很久，在外面等待的人開始充滿希望，最後病房的門打開了，自由思想者並沒有改變信仰，可是牧師買了保險³⁷。

所以，佛洛伊德認為治療師如果向病人敞開自己，投入正常的人際交流，就會犧牲客觀性和治療的效力。第二個要治療師保持神祕的更廣泛理由，是基於情感轉移是心理治療關鍵的看法，佛洛伊德和大部分當代精神分析師都相信，情感轉移的分析是治療師最重要的任務。就如我先前討論的，佛洛伊德認為情感轉移是病人生命早期經驗的逼真重現，時間早到無法完全記得，所以藉著觀察、了解、幫助病人「處理」情感轉移（也就是經驗它、體認它不適用於現在的處境，並發現轉移情感的嬰兒期來源），可以揭露一個人最深層的生活經驗。

假定情感轉移扮演了有關鍵角色，治療師就必須促進其發展，治療師越不顯現真正的自我，病人就越容易把自己別處的情感轉移到治療師身上。所以，這當然就成了治療師傳統「空白螢幕」角色和精神分析特殊座位安排的基本原理（精神分析時，分析師坐在治療椅後面，在病人的視線之外）。這種違背治療師自我坦露的規定，造成兩個世代心理治療技巧都反對治療師和病人之間的真誠相會，而堅持治療師的基本功能（甚至是唯一的功能）就是詮釋。

不過，某些早期的理論家已抱持異議。費倫齊是佛洛伊德早期最忠誠的門徒之一，他認為治療師疏離全知的姿態會妨礙治療的效果。費倫齊會向病人公開承認自己可能犯錯（特別在他晚年時），例如，他遇到公正的批評時，會坦然自在地說：「我認為你碰到我還沒完全讓自己自由的領域，也許你可以幫助我看見自己出了什麼問題。」³⁸

可是，大體而言，一直到一九五〇年代，精神醫學文獻才開始討論真實關係（亦即「非情感轉移」[nontransference]的關係）的議題（葛林森和魏克斯勒[Milton Wexler]的廣泛

回顧只引用了一九五〇年之前的兩篇研究³⁹）。一九五四年，安娜·佛洛伊德在非正式場合討論情感轉移時說：

除了適度尊重情感轉移必須的最嚴謹處理和詮釋外，我覺得還必須體認精神分析師和病人也是兩個真實的人，處在對等的成人狀態，彼此有真正的個人化關係。我懷疑我們對這一面事實的忽略（有時是完全忽略），是否造成某些病人對我們的敵意，卻被我們僅僅歸因於「真正的情感轉移」。不過，這些想法在技術上具有破壞性，需要小心處理⁴⁰。

葛林森和魏克斯勒對傳統精神分析觀點在這方面的堅持，提出一些指示：

雖然我們已聽不到精神分析圈的人反覆辯論「把面紙遞給父母剛過世的流淚病人，是否犯了嚴重的技術錯誤」，但仍然對於是否要親切對待病人抱持高度的懷疑⁴¹。

雖然葛林森和魏克斯勒主張更人性化的治療師—病人關係，可是我相信他們用了錯誤的理由。他們在討論治療師過度疏離的缺點時說：

也許我們必須更了解這個事實：堅持做個無名者和長久的情感硬化，也可能產生誘惑。但通常會招致無可挽回、無法詮釋的敵意情感轉移和疏離⁴²。

所以，這些精神分析師主張治療師要更多涉入，是出於技術的考量，使無法處理的情感轉移，變成有助於精神分析的情感轉移【註五】。

總結來說，只把焦點放在情感轉移會妨礙治療，因為會阻止真誠的治療師—病人關係。首先，它會否認關係的真實性，認為關係只是了解其他更重要關係的鑰匙。其次，它為治療師提供了隱藏自己的理由，這種隱藏會妨礙病人以真誠的方式與他人建立關係的能力。這是否表示對病人始終保持超然、客觀、「只做詮釋」態度的治療師，就是無效或甚至有破壞性呢？幸運的是，我相信這種治療師和這種治療過程是非常罕見的。這就是治療中「灑入的」內容之重要，治療師常常不自覺地在私底下以人性的方式接觸病人。

治療師的自我坦露還有什麼別的缺點呢？有些治療師害怕自己如果開了一點門，病人就會迫使門開得更大，要求更多的自我坦露。我個人的經驗顯示這種恐懼是沒有根據的，我覺得向病人坦露自己此時此刻當下的感受，常常是很重要的。我很少覺得需要坦露個人過往和當前生活的各種細節，這種坦露也很少有什麼特別的幫助。我還不曾遇過要求越來越多的病人，病人想要的並不是把治療師看透，而是治療師

【註五】附帶一提，前面引用的文章有一句奇怪的話：「長久的情感硬化也可能產生誘惑。」我認為這句話的意思是指治療師較容易、較不需要投注精力來保持情緒的不涉入。可能如此，但是治療師會付出可怕的代價，他們自己最終會麻木不仁。治療師的另一個專業風險是利用與病人的相會來逃避面對、整合自身的孤獨，少了這種整合，有些治療師再也無法發展自主的能力來投入滿足、長久的相愛關係，他們的個人生活變成強烈而短暫的五十分鐘相會所組成的斷續演奏。

能把他當個人來建立關係，能在當下的相會完全在場。

要坦露多少呢？有沒有什麼準則？重要的是牢記首要的目標——真誠的關係。「心理治療的情慾」有一項最顯著的特徵，就是關心他人的變化過程。羅洛·梅聯想到希臘文的agape或拉丁文的caritas：一種完全獻身於他人福祉的愛。所以，重要的是治療師的自我坦露能提供病人的成長。治療師的自我表現、絕對誠實或自發性，本身可能是一種美德，但都不如agape的存在來得重要。所以，治療師必須保留一些事情，不要說任何可能對病人有破壞性的事，要重視時機的選擇，注意治療的速度，注意病人是否做好聽這些事的心理準備。

附帶一提，上述的自制原則也適用於另一種情形，就是考量治療師真實地與病人建立關係的另一個缺點——喪失治療師的客觀性，而導致過分、不負責任的行為。治療師以「真實之人」表現時，最惡名昭彰的過分行為恐怕就是和病人發生性關係，我認為這種情形必然會傷害病人，治療師也必然會破壞agape的原則——愛他人的存有與變化。這種治療師不只沒有注意病人的需求，也忽略了自己的需求，只能提出卑劣的合理化說詞（比如病人需要性愛的肯定）。我還沒聽過哪一個治療師和真正需要性愛肯定的病人（非常醜陋、身體殘廢或手術致殘的病人）發生性關係。

治療師保持隱藏的另一個理由，就是害怕自我坦露可能顯露治療情境不一致的情形，也就是我先前說的收費、五十分鐘的限制、治療師的滿檔日程表，病人會不會問：「你愛我嗎？」「如果你真的關心我，會不會在我沒錢時仍與我會談？」「治療是不是買來的關係？」沒有錯，這些疑問很接近心理治療師的基本祕密，就是治療師與病人的相會只佔了

治療師整個生活的一小部分。就如史塔帕（Tom Stoppard）的劇作《羅先生與吉先生已死》（Rosencrantz and Guildenstern Are Dead），當治療師一出現在舞台上時，就有另一個人在舞台側面成爲其陰影。其實這種獨特性的否認，正是治療難以隱瞞的殘酷真相：病人只有一位治療師，而治療師卻有許多病人。病人對治療師的重要性遠不如治療師對病人的重要性。依我的看法，當治療師遇到病人提出這種疑問時，只能做出一種回應：當治療師和病人在一起時，是全然地與病人在一起；治療師致力於爲對方付出自己的整個存在。我先前強調相會當下片刻的重要，就是基於這個原因。在這同時，治療師必須知道，雖然目標是全然的相會，卻不可能一直留在這個層面（記得布伯的話：「人無法一直活在純粹的在場，也就是在『我一汝』之中，這會使我們耗竭。」⁴³），而是不斷在會談時，讓自己全然投入當下的片刻。

我曾遇見一位女性病人，她一直不停漫談，不論在哪一面，身體上、智力上、情感上，她似乎都沒有吸引力。她容易生氣，有許多令人厭惡的手勢，她並不是對著我談話，而是在我面前說話罷了。可是，如果我不在場的話，她怎麼能對著我談話呢？我的思緒四處飄盪，心中呻吟抱怨，現在幾點了？還要熬多久？我突然責備自己，猛搖自己的思緒，每當我想到會談還剩多少時間，就表示我在放棄病人，於是我試圖在思緒中接觸病人，試圖了解自己爲何逃避她。此刻，她的世界像什麼呢？她怎麼去經驗會談這一個小時呢？她怎麼體驗我呢？我問了她這三個疑問，我告訴她，過去幾分鐘覺得和她很疏遠，她是否有同樣的感覺？我們一起討論這個問題，試圖釐清彼此爲什麼失去接觸。我們突然變得非常親近，她不再那麼不吸引人，我對她這個人、對她現在的情

形、對她可能沒有達到的情形，都深感同情。時鐘像是賽跑一樣，一個小時倏然而逝。

第四部

無意義

第十章 無意義

想像有一群快樂的傻瓜投入工作，他們把磚塊帶到空曠的田地，把所有磚塊都堆放在田地的一端，接著又把磚塊搬運到對面。這種過程一直持續不停，一天復一天，一年又一年，他們都忙碌地做相同的事。一天，有一位傻瓜停下來問自己在做什麼，他懷疑搬運磚塊的目的。從那一刻開始，他不再能滿足於以前所做的事。

我就是那個懷疑自己為什麼要搬運磚塊的傻瓜。¹

這封遺書是一個絕望的靈魂最後寫下的話，他自殺是因為看見生命沒有意義。這幾句話其實赤裸裸地道出了生死之事的疑問。

這個疑問可以用許多方式表現：生命的意義是什麼？我的生命有什麼意義？人為什麼而活？我們為什麼活在地球上？我們活著是為了什麼？我們要憑什麼而活？如果我們必須死，如果沒有一件事是恆久的，那有什麼事是有意義的？

很少人像托爾斯泰對這個問題感到如此大的痛苦，他一生大部分時間都在努力對付無意義的問題。他的經驗（根據他的自傳片段《我的告白》[My Confession]）會使我們開創自己的路：

五年前，我心裡開始萌發一種奇怪的狀態：我對生命有許多困惑、停滯的片刻，好像我不知道自己是怎麼活的、自己要做什麼事……這些生活的停滯總是向我提出相同的疑問：「為什麼？」和「要什麼？」……這些疑問越來越堅持要一個答案，就

像小點群聚成一塊黑色的污斑。²

在這種意義的危機下，或是他所說的「生命的停頓」(life arrest)，托爾斯泰質疑他所做每一件事的意義，自問管理產業、教育兒子的意義何在？「爲了什麼？我目前在撒馬拉省有六千畝地，三百匹馬，那又怎麼樣呢？」³他甚至懷疑自己爲什麼要寫作：「如果我比果戈里 (Gogol)、普希金 (Pushkin)、莎士比亞、莫里哀 (Molière)，比全世界所有作家都更有名的話，那又怎麼樣呢？我找不到答覆。這種問題需要立即的答案，否則我活不下去。可是，並沒有答案。」⁴

隨著意義的崩潰，托爾斯泰經歷了生命存在基礎的崩潰：「我覺得自己站立的基礎碎裂了，在我立足之處，其實空無一物，沒有生活的目標，我根本沒有活下去的理由……真相就是生命是沒有意義的。生命的每一天、每一步，都帶我更接近絕境，我清楚看見，除了毀滅，再無一物。」⁵

托爾斯泰五十歲時瀕臨自殺的邊緣：

在我人生第五十年，有個疑問使我想到自殺，這是所有疑問中最簡單的，就在每一個人的靈魂裡面，從年幼無知的孩子到最具智慧的聖哲：「我現在所做的、明天所做的，會產生什麼結果？我的一生會有什麼結果？」另一種說法就是：「我爲什麼必須活著？我爲什麼想要什麼事物？我爲什麼必須做什麼事？」再以另一種說法：「我的人生可有任意義，是不會被等在前面、不可避免的死亡所毀壞的呢？」⁶

除了托爾斯泰，還有許多人也經歷意義的危機，被「生命的停頓」折磨。舉一個例子來說，卡繆認爲唯一嚴肅的哲學問題就是：「一旦徹底了解人的生命毫無意義，是否還值得繼續活下去？」他說：「我見過許多人因爲覺得生命不再值得活而死去，所以我認爲生命意義的問題是最急迫的問題。」⁷

有托爾斯泰這種疾病的人，有多常尋求治療呢？雖然還沒有精確詳盡的統計研究，但許多經驗豐富、敏銳察覺意義問題的臨床工作者，都說這種臨床症候群相當常見。例如，榮格覺得無意義的問題會抑制豐富的生命，「所以等同於疾病」。⁸他寫道：「缺少生命意義在精神官能症的起因之中扮演了重要的角色。我們最終必須了解精神官能症患者是找不到生命意義的痛苦靈魂……我的病人大約有三分之一並不是罹患任何臨床可以定義的精神官能症，而是因爲生命沒有意義、沒有目標。」⁹

法蘭克在臨床實務遇到的精神官能症患者，有百分之二十的起源是「沒有原因」，也就是來自生命缺乏意義。法蘭克的結論是根據自己的臨床印象，可惜沒有發表統計數據的研究¹⁰。無意義的危機還沒有具體化成單獨的精神官能症狀（「存在的危機」），卻是非常普遍的問題，根據法蘭克的說法，他在維也納醫院的病人超過百分之五十有這種問題。此外，法蘭克一生致力於研究存在取向的治療，他顯然認爲意義的缺乏是最主要的存在壓力。對他而言，存在性精神官能症的意思就是缺乏意義造成的危機。

其他心理治療師也有相同的看法。例如，馬帝 (Salvatore Maddi) 在一篇關於尋找意義的著名文章中說「存在的疾病」

來自「尋找生命意義時的徹底失敗」¹¹。馬帝描述一種「存在性精神官能症」，這種人認為：「任何自己所做或能想像去做的事都沒有意義，或無法相信其中有真理、重要性、用處或有興趣的價值。」¹²沃曼（Benjamin Wolman）以相同的方式定義存在性精神官能症：「無法找到生命的意義，覺得沒有任何事值得爲此而活、努力、期望……無法找到任何人生目標或方向，覺得人雖然在工作中辛勞，卻沒有什麼值得嚮往的事。」¹³霍布士（Nicholas Hobbs）表示同意：「當代文化常常產生一種不同於佛洛伊德描述的精神官能症，當代精神官能症的特徵並不是壓抑和轉換……並不是缺少洞識，而是缺少目標感和生命的意義。」¹⁴

雖然這些臨床印象並沒有組成堅實的證據，可是他們認爲生命意義的問題確實非常重要，是治療師在日常臨床工作上常常必須面對的。心理治療是啓蒙時代之子，骨子裡一直圍繞著堅定探索自我的目標。治療師必須直截了當地接受和檢視基本的疑問，而意義的疑問是最令人困惑、最難以解決的，治療時絕對不應加以否認。選擇性地忽略它、閃躲它，或是把它轉成某種較不重要、較好處理的問題，都是沒有用的。可是治療師從什麼專業訓練課程可以學到生命意義感的發展、缺乏意義的精神病理，或是可以爲面臨意義危機的病人提供幫助的心理治療策略呢？

少數治療師在非正式的工作，或是主流治療理論與實務邊緣的文獻中曾提到這些問題。本章要把這些被忽視的理論家放到舞台中央，並補充一些哲學家與藝術家關於人生意義和臨床有關的思索。自古以來，每一位偉大思想家的著作，都無法對人生意義之謎提出令人滿意的反應，所以讀者在本書找不到解答，本書也沒有把各種解答的企圖綜合成令人完

全滿意的結果。我在本書試圖做的是提醒治療師注意生命意義的問題，概述別人提出的各種主要方法。我希望透過無意義的困境而增加知識，知道如何踏尋蹤跡的治療師可以成爲知識豐富、創意十足的嚮導，指引因爲意義危機而痛苦的病人。

意義的問題

我們面臨的困境是，兩種論點都是正確的，但彼此卻是全然矛盾的：

一、人類似乎需要意義，人活著卻沒有意義、目標、價值或理想，結果引發極大的痛苦，嚴重的時候會使人決定結束自己的生命。法蘭克發現集中營裡缺乏意義感的人，常常會活不下去。面對死亡的人如果擁有目標感的話，就能活出「更好的」、充實熱切的生活。我們顯然需要絕對的事物——使我們嚮往的堅定理想，做爲一生遵循的指南。

二、可是第六章和第七章描述存在的自由概念，卻斷定唯一的絕對真理就是沒有絕對的事物。存在的立場認爲世界是偶然發生的，也就是說，每一件事都可能以不同的方式存在；人類構成了自身、自身存在的世界，以及自己在世界中的處境，並沒有「意義」可言，宇宙並沒有偉大的計畫，並沒有生活的準則，既有的都只是人所創造的。

最根本的問題在於，需要意義的人如何在全然沒有意義的宇宙尋找意義呢？

生命的意義

定義

「意義」(meaning) 和「目的」(purpose) 具有不同的意含。「意義」是指道理或清楚的條理，一般用法是指某件事意圖表達的意思，尋找意義的意思是指尋找清楚的條理。「目的」是指意向、目標、功能，我們詢問某件事的目的時，是在問它的角色或功能：它是做什麼用的？要達到什麼結果？

可是一般的用法，對於生命的「目的」和生命的「意義」是交替使用的，所以我會把這兩個名詞當成同義詞使用。「significance」是另一個很相關的名詞，一方面「significance」有「意義」的意含；另一方面，卻也指「重要性」或「重大」，因而容易造成混淆。

生命的意義是什麼？這是在詢問宇宙的意義，詢問一般生命（至少是人類的生命）是否符合某種完全連貫一致的模式。我的生命意義是什麼？這是完全不同的問題，是指某些哲學家說的「人間意義」(terrestrial meaning)¹⁵。人間意義（我的生命意義）包括了目的：擁有意義感的人會認為生命具有某種有待實現的目的或功能，具有某種適用於自己的首要目標或許多目標。

宇宙意義是指有某種外在、超越人類的設計，必然是指某種神奇或靈性的宇宙安排。人間意義可能具有完全屬於塵世的基礎，也就是說，人可能不需要宇宙的意義體系就擁有個人的意義感。

擁有宇宙意義感的人，通常會經驗到相應的人間意義

感，也就是人間的意義符合宇宙意義的實現或和諧。例如，人可能認為「生命」就像交響樂，每一個生命會被分配某種樂器來吹奏（當然了，人可能相信宇宙意義，卻不了解自己在偉大設計中的位置，甚至覺得自己可能因此喪失宇宙計畫中的位置；不過，這種人的痛苦主要來自個人的原罪或墮落，而不是缺乏意義感）。

宇宙意義

西方世界的猶太教—基督教傳統提供了一個完整的意義架構，根據的原則是世界和人類的生命都是神預定計畫的一部分。這個假設必然會推論神是公平的：活得正確的生命就會得到獎賞。個人的生命意義也是神的命定：每一個人的任務是查明並實現上帝的意志。人怎麼知道上帝的意志呢？基本教義派的方法就是認為上帝的意旨都在聖言之中，良善的生活可以根據《聖經》的字面解釋。有些人相信只要有信心，雖然不可能確切知道上帝的命定旨意，也能從暗示來猜測，或是認為渺小的人不可能了解上帝的心意。十七世紀時，巴斯卡 (Pascal) 說：「樹枝不可能了解整棵樹的意義。」¹⁶法蘭克以猴子的比喻說明這個觀點，他說醫學研究的猴子可以找出有效的小兒麻痺症血清¹⁷，猴子承受極大的痛苦，但因為認知能力有限，永遠不可能發現自身處境的意義。所以法蘭克認為人不可能完全了解超越人類理解能力的意義。

宇宙意義的另一種觀點強調，人類的生命要致力於仿效上帝的目標，上帝代表完美，所以生命的目的是努力達到完美。在各種完美的追尋中，亞里斯多德（以及他開展的理性智力傳統）認為智性的完美是完美的極致，以亞里斯多德的話來說，上帝是「思想本身的思考」，人透過理性能力的完

美而達到神聖。十二世紀的邁蒙尼德（Moses Maimonides）在《迷途指南》（The Guide of the Perplexed）中談到常見的四種致力於完美的主要方式¹⁸，他不考慮第一種物質財產的完美，認為是虛幻短暫的；第二種身體的完美則無法藉此區別人類和動物的差別；第三種道德的完美雖然值得稱讚，但仍有限，因為是為他人服務，而不是造就自己；他認為第四種理性的完美才是「真正的人類完美」，藉此「人得以成為人」，這種完美才是完美的極致，使人能理解上帝。

宗教世界觀提出的宇宙意義，可以對個人生命目的提供許多不同的解釋，有些是教條主義，有些則出於高度的想像。例如，二十世紀的榮格有非常堅定的宗教觀點，相信人只有重獲自己的宗教遠景，才能得到療癒或找到意義¹⁹。榮格對自身生命目的的觀點是完成上帝的創造工作：

完成創造是人責無旁貸的事，也就是說，人本身是世界的第二位創造者，獨自賦予世界客觀的存在。少了這一點，充耳不聞，視而不見，靜靜地飲食、生產、死亡，昏昏沈沈度過億萬年，就會像持續最深沈的無生命黑夜，走向莫名的終點。²⁰

榮格的觀念認為人類要完成創造的工作並「蓋上完美的印記」，這個結論是從別人得來的。黑格爾在他之前就寫道：「沒有世界，上帝就不是神……上帝之所以為上帝，只有在他認識自己的時候，而他的自我認識來自他的自我意識存在人身上，以及人對上帝的知識中。」²¹再就是本世紀的詩人里爾克的詩：

上帝啊，如果我死了，你會做什麼呢？
我是你的容器，如果我砸碎了怎麼辦呢？
我是你飲用的汁液，如果我腐壞了怎麼辦呢？
我是你外面的禮服和裡面的專業
失去我，你就失去了你的意義。²²

湯瑪斯·曼（Thomas Mann）有一段發人深省的話呼應這種想法：「從無機物產生生命，最終的目標就是人。為了人而引發一個偉大的實驗，實驗失敗就是創造本身的失敗……無論是否如此，只要表現得好像如此，對人都是有益的。」²³

湯瑪斯·曼認為「最終的目標就是人」，形成德日進（Pierre Teilhard de Chardin）提出的意義創造系統的核心，他是二十世紀的神學家，在卓越的著作《人的現象》（The Phenomenon of Man）中提出進化綜合體²⁴。德日進在「受到控制的混亂」（controlled complication）律則中認為有一種宇宙的一致性：生命是單一的整體，整個現存世界是一個「單一龐大的有機體」【註一】，進入進化的過程，有命定的方向。所以，所有進化是一種定向進化的過程，就好像單一發展中有機體裡面的各種因素，會決定其最終的結果一樣，預先決定好的因素也會影響宇宙進化過程的最終結果，這個

【註一】世界是單一有機體的觀念，是許多原始文化抱持的世界觀，在十六世紀前也盛行於西方的歐洲。這個宇宙意義的架構提供一種堅實可用的人間意義感，因為每一個人從一出生就學會自己是更大整體的一部分，生命必須是為了大有機體的益處²⁵。所以十八世紀時，教宗亞歷山大才會在《論人》（Essay on Man）中聲明：「局部的邪惡是為了宇宙的良善。」²⁶

過程命定的結果是人類達到愛和靈性合一的絕對狀態。

在德日進的思想體系中，每一個人藉著在共有的事業中佔有一角，而得到個人的意義感：「雖然在試圖攀登人類成就極致的人中，只有一小部分人能接近峰頂，但必須有一大群攀登者，否則沒有人能達到峰頂。個人的迷途和遺忘群眾，並不會白費一生，只要他也努力攀登就好。」²⁷因此而有進入超越人類範疇的共同入口，「只有所有人共同的進步，方向是所有人能結合起來，實現地球的靈性更新，才能進入未來的大門。」²⁸

塵世的個人意義

缺乏宇宙意義時的個人意義：相信有某種高等一致的生命模式，每一個人都在這種設計中都有某種特殊的角色，這種信念會使人感到非常安慰，不只有了目標角色，也知道該如何過生活。宗教的宇宙觀形成西方世界信念系統的主要部分，直到三百年前才有了變化，當時這些觀點開始受到的猛烈攻擊，來自快速發展的科學態度，以及康德哲學對是否有固定客觀現實的質疑。某種超越人類的存在（包括超自然現象或其他抽象的絕對）越是受到懷疑，人就越難接受宇宙的意義系統。

可是要放棄意義系統，就必須有某種代替品。我們或許可以放棄詢問「我們為什麼而活」，卻無法拖延「我們該如何而活」的問題。現代塵世中人面對的任務是在沒有外在指引的情形下，找出某種生命的方向。人要如何著手建構自己的意義，堅固到足以支持一生的意義呢？

荒謬世界裡的意義：卡繆和沙特。我要先檢視卡繆和沙特的思想，這兩位重要的思想家幫我們描繪出二十世紀的無

意義困境。他們如何處理生命意義的疑問呢？

卡繆用「荒謬」這個字眼來形容人在世上的基本情形：尋求意義的卓越人類，卻必須生活在毫無意義的世界所造成的困境。卡繆說我們是道德的生物，要求世界提供道德判斷的基礎，也就是內含價值藍圖的意義系統。可是世界並沒有提供給我們，它對我們是完全不感興趣的。人類的渴望和世界的冷漠之間所形成的張力，就是卡繆所說「荒謬」的人類處境。²⁹

那我們該怎麼做呢？沒有任何準則嗎？沒有價值嗎？沒有對與錯嗎？沒有善與惡嗎？如果沒有絕對的事物，就沒有什麼事是重要的，每一件事都是無關緊要的。在他的小說《快樂的死亡》³⁰和《異鄉人》³¹中，卡繆描寫人在價值虛無狀態的生活。《異鄉人》中的莫梭存在道德世界之外，他重複地說：「對我來說，什麼都一樣。」他參加母親的葬禮、性交、工作，在海邊殺死一位阿拉伯人，都是在相同的全然冷漠狀態。

更早之前，卡繆在《薛西弗斯的神話》（The Myth of Sisyphus）探討虛無主義和倫理需求之間的張力，逐漸對個人生命意義形成一種全新、塵世、人道的識見，並據此產生一套生活行為的準則。他的新識見假定藉著珍惜我們「絕望的暗夜」、面對無意義的旋渦，並達到英雄式虛無主義的情形，就能建構新的生命意義。卡繆相信，一個人只有藉著高貴地活著面對荒謬，才能達到完全的崇高境界。世界的冷漠可以用反抗來超越，一種對抗自身處境的高傲反抗。「沒有任何事比得上人類自尊的奇觀」，「所有命運都會因藐視而被克服」。³²

卡繆的想法因為第二次世界大戰而做了進一步的調整，

那時他在法國從事地下工作，設想出一種真實的反叛來對抗荒謬，就是友好的反叛，以人類團結一致的名義來反叛。在他的小說《黑死病》（The Plague）中，卡繆描寫許多人類對黑死病的反應（書中的黑死病是暗喻納粹佔領法國，甚至包括所有形式的不公義和不人道³³）。書中最能代表作者理想自我形象的角色就是李爾醫師，這位堅忍不拔的黑死病鬥士，始終以勇氣、活力、愛心以及深刻的同理心，面對眾多黑死病的受害者。

總結來說，卡繆從虛無主義的立場（在這個立場中，他因為世界缺乏意義、目的和價值，而感到絕望），很快就產生一種個人意義的系統，這個系統包括好幾個明顯的價值和行為準則：勇氣、高傲的反抗、友好的團結、愛、塵世的聖潔。

沙特的無意義世界觀比二十世紀任何哲學家都更堅定，他對生命意義的立場精練而無情：「所有存在的事物都沒有什麼理由，從衰弱到死亡，一切都是出於偶然……我們的誕生毫無意義，我們的死亡也毫無意義。」³⁴ 沙特對自由的觀點（我在第六章討論過），使人毫無個人意義感，也沒有行為的準則。事實上，許多哲學家強烈抨擊沙特的哲學體系，正是因為它缺少倫理的成分。沙特死於一九八〇年，結束極為豐富的生涯，但並沒有寫出他允諾已久、關於倫理學的專書。

不過，沙特在小說中常常描寫人發現某種值得為此而活、藉此而活的東西，他在劇作《檔案》（The Flies; Les Mouches）中描寫的英雄奧瑞斯提特別能說明這一點³⁵。奧瑞斯提離開亞果斯，返鄉尋找姊姊伊萊翠，共同為被謀殺的父親阿曼亞儂復仇，殺死兇手——就是他們的母親克萊汀娜

斯翠和姦夫艾吉瑟斯。雖然沙特明確談到生命缺乏意義，可是他的劇本卻可以解讀成朝覲意義的旅程，容我跟隨奧瑞斯提尋找做為生命基礎的價值。奧瑞斯提先是返鄉，在根源和同志之誼中尋找意義和目的：

請試著了解，我想要成為歸屬某個地方的人，成為眾多同志的一員。只要想一想，即使疲累彎腰背負重擔、遲鈍凝視地面和前方雙腳的可憐奴隸，為什麼就連他們也能說他在自己的城裡，好像森林中的一棵樹或樹上的一片葉子。環繞我的亞果斯，溫暖、小巧而舒適，沒錯，伊萊翠，我寧可成為奴隸，享受城市圍繞我的迷人感覺，好像讓自己蜷曲在毛毯上一樣。³⁶

之後他質疑自己的生活舉止，了解他的所作所為就是祂們（神祇）想要他做的，好能在現狀中找到平靜。

所以，那是正確的事，活在平靜之中，一直在完美的平靜中。我懂了，一直說「對不起」和「謝謝你」，這就是被期望的，是嗎？正確的事，他們的正確的事。³⁷

這時，奧瑞斯提猛然脫離原有的意義體系，進入無意義的危機：

每件事都產生多麼大的改變……在這之前，我還覺得某種溫暖活躍的東西圍繞我，好像一種親切

的存在。有某種東西剛剛逝去，多麼空虛，無盡的空虛。³⁸

奧瑞斯提那時猛然一躍，也就是沙特個人生活中所做的事，不是躍入信念（雖然這是根據他躍出舊有的信念），而是躍入「參與」、躍入行動、躍入一個計畫。他向舒適、安全的理想告別，以十字軍的勇猛追逐新的目的：

我說有另一條道路，我的道路。你看不見它。它從此處開始，引我走到城市。我必須走入你們的深處，因為你們全都住在地獄的底層……等我，讓我有時間向所有光明告別，天空的光明原本是我的……來吧，伊萊翠，看著我們的城市……它以高牆、磚頂、上鎖的門擋住我，但它是我的目標，我要變成一把斧頭，把高牆劈成碎片……³⁹

奧瑞斯提的新目標快速形成，他承擔像基督一樣的重擔：

聽啊，那些人全都在黑暗的房間裡恐懼地顫抖——如果我承擔他們所有的罪過，如果我贏得「竊取罪孽者」之名，把他們的悔恨全部積聚在我身上。⁴⁰

之後，奧瑞斯提反抗宙斯，決定殺死艾吉瑟斯，他那時的聲明表現出明確的目的感：他選擇正義、自由和尊嚴，表示他知道生命中什麼是「正確的」。

我幹嘛管宙斯？正義是人間的事，沒有神祇教導我這件事。毀滅你這個邪惡的畜牲是正確的，幫助人脫離你邪惡的影響。讓他們恢復人的尊嚴是正確的事。⁴¹

他很高興能找到自己的自由、使命和道路。雖然奧瑞斯提必須背負謀殺母親的重擔，但這樣好過沒有使命、沒有意義、一生無目標地飄盪。

背負的壓力越重，我就越快樂；因為這個重擔是我的自由。我昨天還是無目標地在地上行走，走過成千上萬條路，卻哪裡也去不了，因為它們是別人的道路……今天我只有一條道路，誰也不知道這條道路通往哪裡，但它是我的道路。⁴²

然後奧瑞斯提就像沙特一樣，發現另一個重要的意義，就是沒有絕對的意義，他必須獨自創造自己的意義。他對宙斯說：

突然間，自由意外臨到我身上，使我脫離雙腳，我的青春隨風而逝，我知道自己是孤獨的……天上什麼也沒有，沒有對或錯，也沒有人給我指示……我注定沒有規則，只有我自己的規則……每一個人都必須找到自己的路。⁴³

當他打算開啓市民的眼睛時，宙斯發表異議，他說如果奧瑞斯提撕開他們眼睛的遮蔽，「就會如實看見自己的生活」。

——污濁、徒勞」。可是奧瑞斯提堅持他們是自由的，應該面對自己的絕望，並說出著名的存在宣言：「人的生命始於深刻的絕望。」⁴⁴

當奧瑞斯提牽著姊姊的手開始他們的旅程時，浮現最終的目的和自我實現。伊萊翠問：「我們往何處去？」奧瑞斯提回答：

走向我們自己，越過河流和山峰，有一個奧瑞斯提和伊萊翠在等我們，我們必須耐心地走向他們。⁴⁵

說出「人是一種徒勞無益的熱情」和「我們的誕生毫無意義，死亡也沒有意義。」這兩句話的沙特，在小說中明確肯定意義的追尋，甚至提出追尋的道路，包括在世界尋找一個「家」和同志之誼、行動、自由、反抗壓迫、服務他人、啓蒙、自我實現和參與，其中最重要的就是參與。

為什麼要實現這些意義呢？沙特對這個問題保持緘默。這些意義當然不是神的命定，它們並不存於「外在」，因為沒有上帝，人之外的「外在」沒有任何東西存在。奧瑞斯提簡單地說：「我想要有歸屬感。」服務他人、恢復人的尊嚴、擁抱自由「是正確的」；甚至認為每一個人「必須」找到自己的道路，必須踏上旅程以徹底認識等待他的奧瑞斯提。「想要」、「它是正確的」或「必須」的說法，都是純然武斷的，並沒有形成人類行為的堅實基礎；但它們似乎是沙特所能宣揚的最好論據。他似乎同意湯瑪斯·曼的務實立場，在本章稍早引用的話：「無論是否如此，只要表現得好像如此，對人都是有益的。」

對卡繆和沙特而言，重要的是人體認到自己必須發明自己的意義（而不是發現上帝或大自然的意義），然後承諾全然實現這個意義。這需要人能像艾波特（Cordon Allport）所說的「半信半疑，全心投入」⁴⁶，這並不是容易的事。沙特的倫理觀要求全心參與，就這一點而言，西方神學和無神論存在體系都同意：讓自己沈浸在生命之流，是既美好又正確的。

以下我要討論能為人類提供生活目的感的塵世活動，沙特為奧瑞斯提提出的論據，也支持這些活動，它們似乎是正確的，似乎是美好的，它們本身就令人感到滿意，不需要靠別的動機來證明。

利他：為世界留下較好的居住環境、服務他人、參與慈善活動（最大的美德），這些活動都是正確、美好的，為許多人提供了生命的意義。卡繆的李爾醫師和沙特的奧瑞斯提都是透過服務來實現自我，一位是照顧黑死病受害者，另一位則是成為竊取罪孽的魔笛手，開啓別人的眼睛，看見尊嚴、自由和受祝福的絕望。

我因為治療垂死癌症病人的工作，而有特殊的機會觀察意義體系對人類存在的重要性。我一再發現經驗到深刻意義感的人，生活顯得更為充實，面對死亡時比缺乏意義的人較不絕望（榮格說：「意義使人能忍受許多事，可能包括每一件事。」⁴⁷）。雖然病人在這個時刻會體會到許多種意義（包括宗教或塵世的意義），但最重要的似乎是利他。有些臨床實例可以生動地說明這一點。

薩爾是一位三十歲的病人，一直精力充沛、身體健壯，直到後來罹患多發性骨髓癌，這是一種骨癌，病人非常痛苦，許多事都不能做，他在癌症出現後兩年過世。可是薩爾

生命的最後兩年卻是一生最豐富的時光，雖然他活在極大的痛苦中，因為多處骨折而全身包裹在石膏裡，卻因為服務許多年輕人而找到人生的重大意義。薩爾在該區的高中巡迴輔導有毒癮的青少年，把他的癌症和明顯日漸衰敗的身體當成使命的強大著力點。他非常有說服力，當他坐著輪椅，以石膏中無法動彈的身體告誡大家：「你們想用尼古丁、酒精或海洛因毀壞身體嗎？你們想在車禍中摧毀它嗎？你覺得沮喪，想要跳下金門大橋嗎？請把你的身體給我！讓我擁有它！我想要你的身體！我會接受它！我想要活下去！」時，整個禮堂的人都為之震懾。

伊娃在五十歲出頭死於卵巢癌，她一生活得非常熱切，利他的活動為她提供了強烈的生命目的感。她以同樣的方式面對死亡；雖然我不想這麼說，但她的死亡可以說是「好死」，在她生命最後兩年接觸她的人，幾乎都因為她而得到生命的滋養。她剛知道罹患癌症時，還有在知道癌症擴散開來，剩下的日子不多的時候，雖然深陷絕望，但都很快擺脫絕望，投入利他的計畫。她在醫院的癌末兒童病房當志工，還密切調查許多慈善團體，以決定如何捐贈她的產業。在她罹患癌症後，許多老朋友都避免和她密切接觸，伊娃有條不紊地和每一個人聯絡，告訴他們，她了解大家為什麼避不見面，她一點也不感到怨恨，但如果願意和她談談自己的感受，可能會在他們面對自身死亡時有所幫助。

伊娃的最後一位腫瘤科醫生李醫師，是一位冷淡、戴著黑細框眼鏡的人，坐在足球場那麼大的桌子後面，邊和伊娃談話邊輸入她的病歷記錄。雖然李醫師的醫術精湛，伊娃還是考慮換醫生，想找一個更溫暖有愛心的人。後來她決定留下來，把人生的最後目標訂為「教化李醫師」。她要求他給

她更多時間，要他不要邊聽她說話邊打字。她同情他治療病人的心情：看著那麼多病人死去，是多麼困難的事，由於他的專業是癌症，幾乎所有病人都會死。她過世前不久做了兩個夢，分別告訴我和李醫師。第一個夢是她在以色列，卻找不到門路參觀大屠殺紀念館，第二個夢是她在醫院的走廊，一大群醫生（包括李醫師）非常快速地離開她，她在後面追趕，告訴他們：「好，我了解你們無法處理我的癌症，我原諒你們，沒關係，你們有這種感覺是絕對正常的。」伊娃的堅持不懈終於獲勝，打破李醫師的障礙，以深刻的人性化方式接觸他。

她是癌症轉移病患支持團體的一員，直到生命終點才發現意義，因為她對死亡的態度使許多病人非常受用，他們把伊娃對生命的熱情和對死亡的勇敢態度當成榜樣，以面對自己的生與死。其中有一位病人叫沙蒙（Madeline Salmon），是了不起的詩人，寫了下面這首詩，在伊娃的追悼會上朗讀：

親愛的伊娃
每當風從海上吹來
帶著濃郁的鹹味
你就在這裡

憶起你登上山頂的熱情
還有你笑聲裡的堅毅如浪花襲來
撫平我因你離去而有的哀傷
也緩和我對自身死亡的思緒

「緩和我對自身死亡的思緒」優美地表現出重要的意義來源，這是許多人面對死亡時所需要的。成為他人的榜樣，特別是自己的子女，幫助他們減輕或去除死亡的恐懼，能使生命直到死亡的那一刻都充滿意義。把自己在大存有鏈中延伸到子女、子女的子女。伊娃對我當然有深遠的影響，我藉著分享這個過程，也把我從她發現的意義，當成禮物送給讀者。

利他對心理治療師是重要的意義來源（當然也包括所有助人的專業工作者），這些人不但獻身於幫助病人成長，也了解一個人的成長會有漣漪作用，這個病人接觸到的人也會受益。如果病人是有廣泛影響力的人（老師、醫師、作家、雇主、業務主管、人事經理、其他治療師），漣漪作用就會非常明顯，不過，每一個病人其實都有這種作用，因為人不可避免會在生活中遇見許多人。在我自己的臨床工作中，會嘗試和每一個病人明確地探索這個部分，檢視他們的人際接觸（包括親密的和偶然的），和他們探討想從別人得到什麼、對別人的生活有什麼貢獻。

相信付出是好的，對別人有益、使世界變得更好，這是強而有力的意義來源。這在猶太教—基督教傳統中有很深的根源，即使部分反對神學的人，也接受這是不需驗證的真理。

為理想奉獻：「人就是透過自身理想而達成的結果」⁴⁸，雅斯培的話指出另一個重要的塵世意義來源——為理想奉獻。哲學家與史學家杜蘭特（Will Durant）寫了一本書《論生命的意義》（On the Meaning of Life），收錄許多傑出人士對生命意義的看法，為某個「理想」努力是常見的主題。

杜蘭特在結論時說明他個人的立場：

加入一個整體，以你全部的身體和心靈為它努力。為某種比我們自己更大的東西來生產或奉獻，就有可能產生生命的意義。它不見得是家庭（不過這是最直接、寬闊的道路，即使是最天真的靈魂，也能了解這條道路的智慧）；它可以是喚起個人潛在崇高性的任何團體，賦予他一個值得努力的理想，不因死亡而動搖。⁴⁹

許多理想都符合這個要求：家庭、國家、政治或宗教理想、塵世的信仰如共產主義和法西斯主義、科學的探索。但就如杜蘭特所說的，重要的是「如果它能賦予生命意義，就必須把個人提升到自我之外，使他成為更大架構中同心協力的一部分。」⁵⁰

「為理想奉獻」成為個人意義的來源，其實是很複雜的。杜蘭特的話包括好幾面，首先，其中有利他的部分：人透過為他人奉獻而找到意義。許多理想都有利他的基礎，不論是獻身於直接的服務，或是更複雜的活動，最終的方向是功利主義的（以最多人的最大利益為目標）。如果一個活動能提供意義的話，即使沒有明顯的利他，但「把個人提升到自我之外」也是很重要的。這種「自我超越」的觀念是生命意義架構的核心，稍後會加以討論。可是，杜蘭特說理想「不因死亡而動搖」或「成為某種比自己更大東西的一部分」時，他談的並不是無意義，而是其他議題（例如：死亡的超越、孤獨和無助的焦慮）。

創造力：大多數人會同意服務他人和獻身理想可以提供意義感，同樣的，我們也同意有創造力的生活是有意義的。要創造某種全新的東西，某種充滿新奇、美麗或和諧的東

西，可說是無意義感的強力解藥。創造本身就說明了自己，蔑視「為什麼而活」的疑問，它是「自身存有的理由」。它因為被創造而是正確的，因為人把自己獻身於創造而是正確的。

泰勒（Irving Taylor）認為有創造力的藝術家，要處理最大的個人障礙和最強的社會束縛（如伽利略、尼采、杜斯妥也夫斯基、佛洛伊德、濟慈、勃朗特姊妹 [the Brontë sisters]、梵谷、卡夫卡、吳爾芙），他們自我反省的能力必須得到高度的發展，才能如此敏銳地看見人類的存在處境和宇宙的漠然⁵¹。因此，他們也承受更強烈的無意義危機，伴隨著殘酷的絕望，然後投身創造的努力。貝多芬公開說他的藝術作品使他不致於自殺，他在三十二歲因為耳聾陷入絕望時寫道：「沒有什麼能阻止我結束自己的生命，只有藝術能讓我駐足，唉，在我做完所有我想做的事之前，恐怕還不願離開這個世界，於是在悲慘的生活中苟延殘喘。」⁵²

創造的意義之路絕不限於有創造力的藝術家，科學發明是最高級的創造行為，即使是官僚體系也可以運用有創意的的方式，一位轉換跑道的科學研究者描述執行行政職務時，創造力的重要性和可能性。

如果你進入行政系統，必須相信其中可以有創造活動，你的目標不只是保持辦公桌清爽而已。你是一位主持人和仲裁者，試著公平處理許多不同的人，可是你也必須有一些想法，必須讓別人相信你的想法是重要的，然後實現這些想法……這是其中令人興奮的部分。不論研究或是行政，興奮和快樂都在創造力裡，使人經歷許多事情。我現在認為行

政比研究還刺激。⁵³

以創意的方式來教學、烹飪、玩樂、研究、簿記、園藝，會使生命增加某種價值。扼殺創造力、使人變得機械化的工作環境，不論有多高的薪水，都必然使人無法感到滿意。

我有一位女性朋友是雕塑家，當她被問到是否在工作中找到快樂時，這個問題喚出了創造力的另一個面向——自我發現。她的工作在某種程度上是出於內在的潛意識力量，每一件新的作品都有雙重的創造性——藝術作品本身，以及因此啓發的全新內在展望。⁵⁴

這種擴充的創造觀對一位尋求治療的作曲家特別有用，五十五歲生日的來臨迫使他檢視自己的生活，這個過程使他覺得自己對所從事的領域並沒有什麼貢獻，他有深沈的缺乏目的感，相信自己的作品全部沒有持久的價值。他尋求治療是想增加專業的創造力，同時知道自己身為作曲家的天賦有限。治療一直沒有進展，直到我把創造力的觀念延伸到涵蓋整個生活，他開始了解自己的生活在多年來如何受到壓抑。一方面，他把自己鎖在不滿意的婚姻中超過三十年之久，既沒有去改變它，也沒有結束它。把他最初的問題重組成「他如何有創意地為自己塑造新的生活方式」，治療就開始突飛猛進。

尋求創造力以改善世界、發現美好，不只是為自己，也為了他人的樂趣，如此創造力與利他就有互相重疊的部分。創造力也可以在愛的關係中扮演一角：把某種東西帶入別人的生活，是成熟之愛和創造過程的一部分。

快樂主義的解決方法：一位哲學教授要一班大學生寫下

自己的訃文，有些人是這麼寫的：

我躺在這裡，發現沒有意義，可是生命一直令我感到驚奇。

還有：

為那些雖生猶死的人流淚，
不要為我流淚，因為我雖死猶生。⁵⁵

從這個觀點來看，生命的目的只是全然地活著，對生命的奇蹟保持驚奇，把自己投入生命的自然韻律，盡可能尋找最深的快樂感。最近有一本人本心理學教科書將之總結如下：「生命是一個禮物，接受它，打開它，讚美它，使用它，還有享受它。」⁵⁶

這個觀點由來已久，柏拉圖在《費勒伯斯篇》(Philebus)對每一個人類的適當目標提出辯論，一個觀點認為人必須以智能、知識和智慧為目標，反對的立場則認為快樂才是生命唯一的真正目標。這個觀點就是快樂主義(hedonism)，從紀元前三、四世紀的歐多克索斯(Eudoxus)和伊比鳩魯，到十七、十八世紀的洛克(Locke)和穆勒，乃至現在，都有許多擁護者。快樂主義者能找出許多有力的論據，說明以快樂為目的，本身就足以解釋人類的行為。快樂主義者會說人訂下未來的計畫，並選擇某一個過程，就是認為這是對自己比較快樂的過程(或比較不會不快樂的過程)。快樂主義者的參考架構非常驚人，因為能在其慷慨的界限內涵蓋其他意義架構。創造力、愛、利他、為理想獻身之類的活動，都

可以因為最終產生快樂的價值而被視為重要的。即使是好似痛苦、不快樂或自我犧牲的行為，也可能合乎快樂主義，因為可以將之視為快樂的投資——暫時的不舒服是為了將來得到快樂，這是快樂原則向現實原則讓步的例子。

自我實現：另一種個人意義的來源是相信人類必須致力於實現自己，必須獻身於實現自己內在的潛能(參見第六章，我在責任的背景下討論自我實現的概念)。

「自我實現」是古老概念的現代翻版，早在西元前四世紀，亞里斯多德就在其目的論因果關係的理論體系表達這個看法，這是關於內在有限性的學說。假設每一個物體和存有都有本身的目的：就是實現自身的存有。所以，橡實在橡樹中得到實現，嬰兒則長成完全實現的成人。

之後的基督教傳統強調自我的完美，並提出以降生為人的上帝基督做為榜樣，讓那些認為上帝賦予生命並尋求完美的人可以仿效。《仿效基督》(The Imitation of Christ)是十五世紀坎普藤的托馬斯(Thomas à Kempis)獻身的工作，也是影響力僅次於《聖經》的信仰觀念，許多描述聖徒生活的書，為歷代以來乃至今日實行基督徒生活的人，提供了指導準則。

今日塵世所說的「自我實現」則捲入人本和個體化的架構。沙特的奧瑞斯提開始的旅程並不是以上帝為目標，而是以在自己裡面等候的潛在、徹底實現的奧瑞斯提為目標。

自我實現對馬斯洛有特殊的意義，他相信人裡面有趨於成長和人格統整的傾向，有一種與生俱來的藍圖或模式，包括整套獨一無二的特性，以及表達這些特性的自動驅力。根據馬斯洛的說法，人有一種內在動機的等級，從求生存的觀點來看，最基本的動機都是生理的動機，滿足這些動機後，

個體就轉向更高需求的滿足：安全感和免於焦慮感，愛和歸屬感，認同感和自尊。在這些需求得到滿足後，就轉向滿足自我實現的需求，包括認知的需求（知識、洞識、智慧）和美的需求（對稱、一致、整合、美麗、冥想、創造力、和諧）。

自我實現的理論家認為有一種進化的道德觀。例如，馬斯洛說：「人類的構造迫使他走向越來越完全的存有，也就是走向大多數人所說的美好價值，走向平靜、仁慈、勇氣、誠實、愛、無私和善良。」⁵⁷因此，馬斯洛回答了我們為什麼而活的疑問，認為我們活著是為了實現自己的潛能。他也回答了附帶的問題：「我們靠什麼而活？」認為美好的價值在本質上就在人裡面，只要信賴自己的智慧，就能憑直覺發現它們。

所以，馬斯洛的立場認為自我實現是自然的過程，是人裡面基本的有機過程，不需要任何社會結構的輔助就會發生。其實，馬斯洛把社會看成自我實現的阻礙，因為社會經常強迫個體放棄獨特的個人發展，接受不適合的社會角色和令人窒息的習俗。我想起一本舊心理學教科書上有兩張並列的圖片，一張是一群小孩一起玩，表現出生氣勃勃和天真無邪的童年新鮮感和自發性；另一張是一群紐約地鐵的乘客，茫然的凝視和陰鬱的臉龐，毫無生氣地懸盪在地鐵的吊環和長桿間。這兩張圖片下有一個簡單的標題：「怎麼回事？」

自我超越：前述最後兩種意義（快樂主義和自我實現）與之前的意義（利他、獻身於理想、創造力）有一個重要的不同之處。快樂主義和自我實現關心的是自我，其他意義則反映出某種基本的渴望，想超越自己的利益，為某種外在於或「高於」自己的人或事努力。

西方思維的傳統長久以來勸告我們，不要安於和自我超越無關的目的。舉個例子來說，布伯討論哈西德（hasidic）思想時，發現人雖然必須從自己開始（探索自己的心、整合自我、找到自己的特殊意義），但絕不能結束在自己身上⁵⁸。布伯說，只需要問：「為了什麼？我尋找自己的特殊道路是為了什麼？我整合自己的生命是為了什麼？」答案是：「不是為了我自己。」「從自己開始」是為了忘記自己，讓自己沈浸在世界中；「了解自己」是為了不要全神貫注在自己身上。

「轉向」在猶太教神祕傳統是一個非常重要的觀念，人犯罪後如果轉離罪惡，轉向世界，實踐上帝賦予的任務，就被認為是獨一的啓蒙，地位比最虔誠的聖人還要高。相反的，人如果繼續沈溺在罪惡和懺悔之中，就被認為是陷在自私和卑劣的泥淖中。布伯寫道：「棄惡行善。你做了錯事嗎？那就以行善來抵銷它。」⁵⁹

布伯的重點在於人類有一個比個人靈魂得到拯救還要更為深遠的意義。其實，過度專注於獲取個人在永恆裡的有利身分，反而可能喪失這個身分。

法蘭克採取類似的立場，並對當前強調的自我實現表達強烈的保留態度，他認為過於關注自我表現和自我實現，反而會阻礙真實的意義。他常常用一個比喻來說明這一點：回力棒沒有打到目標時，才會飛回獵人手中；同樣的，只有在人錯失生命的意義時，才會全神貫注在自己身上。他又舉了另一個比喻來說明：人的眼睛看不見外在的東西時，才會看見眼睛本身或眼睛裡的東西（看到水晶體或玻璃體裡的東西）。

非超越態度的危險，在人際關係中特別明顯。例如在性

關係中，人越專注在自己身上，就越無法得到最大的滿足；如果人看著自己，只關心自己的興奮和釋放，就越容易出現性功能障礙。法蘭克覺得當代對「自我表現」已過於理想化，如果以此為目標的話，常常使人無法建立有意義的關係，我認為他的看法非常正確。相愛關係的基本成分並不是自由的自我表達（雖然這可能是重要的因素之一），而是把自己向外延伸，關心他人的存有。

馬斯洛以不同的說法來傳達相同的觀念。他認為完全自我實現的人（只佔一小部分人），不會專注於「自我表達」，這種人有堅實的自我感，並關懷他人，並不是把他人當成表達自我的工具，或是用來填滿個人的虛空。根據馬斯洛的說法，自我實現的人會獻身於超越自我的目標，可能從事大規模的全球議題（比如貧窮、偏見、生態學），或是較小的規模，如共同生活者的成長。

自我超越與生命週期：提供意義的生命活動絕不是彼此排斥的，大部分人會從好幾種活動得到意義。此外，艾瑞克森在很久以前提出的理論⁶⁰（一九七〇年代的成人生命週期研究已徹底證實這個理論⁶¹），人一生的週期會逐漸發展各種意義。在青春期和成人早期與中期，人關心的主要是自己，努力建立穩定的認同感、發展親密關係、得到專業的熟練感，然後在四、五十歲進入另一個階段（除非此人無法順利通過早期的發展任務），在自我超越的冒險中找到意義。艾瑞克森把這個階段（「豐盛期」[generativity]）定義為「關心下一代的奠基與指導」⁶²，可能是對自身子女的特殊關懷，也可能是對人類更廣泛的關心和善行。

維朗特（George Villant）在針對哈佛大學畢業生一項傑出的長期研究中，談到四、五十歲的成功男性「較不擔心自

己，更關心子女」⁶³。一位具有代表性的受試者在五十五歲時說：「把文明價值的火炬傳遞給子女，對我一直是很重要的事，而且一年比一年重要。」另一位說：

我現在關心的事比較不以自我為中心。三十到四十歲間關心的都是自我的許多需求、錢太少、我在專業上是否能成功等等。過了四十五歲以後，關心的比較是哲學上、更長遠、非關私人的事……我現在關心人與人關係的狀態，特別是我們社會中的關係。我想做的是盡量把自己所學拿來教導他人。

還有一位說：「我不打算遠離過去留下的印記，可是我越來越堅持要在鎮上推動蓋一棟新醫院、支持學校、教小孩唱歌。」⁶⁴

維朗特的研究對象有好幾位在專業生涯中出現自我超越的關懷⁶⁵。一位科學家在二十幾歲時率先以新方法製造毒氣，到了五十歲時則選擇研究降低空氣污染的方法。另一位在年輕時為軍武工業工作，計算原子彈頭的爆炸範圍，五十歲時卻率先在大學開設人道主義課程。

漢恩（Norma Haan）與布羅克（Jack Block）在加州柏克萊進行一項重要的長期研究，以三十歲和四十五歲的人跟他們自己的青少年時比較，得到類似的結果，利他和其他超越自我的行為會隨著年歲漸長而增加。四十五歲的人比三十歲時「更有同情心、更願付出、更有生產力、更為可靠」⁶⁶。

許多發展研究基本上是處理男性的生命週期，並沒有考慮女性生活的特殊環境。最近的女性主義研究提出了重要的

矯正，例如早先獻身於婚姻和母職的女性，到中年時會尋找與男性不同的意義來實現。傳統上，女性被要求先滿足別人的需要，為丈夫和子女而活；在社會扮演照顧人的角色，比如護士、志工和慈善活動。利他可說是強加在她們身上，而不是出於自由的選擇。到了男性得到世俗的成功，準備轉向利他方向時，許多中年女性卻是有生以來第一次關心自己甚於他人。

法蘭克的貢獻

自我超越是法蘭克處理意義問題的主要特色，此處正適於討論法蘭克對意義和心理治療的某些觀點。

很少臨床工作者對意義在心理治療中的角色做出任何實質的貢獻，幾乎沒有人出版的書籍和文章中持續關心這個領域。法蘭克是唯一的例外，從他的生涯一開始，就把專業興趣集中於意義在精神病理和治療中的角色。法蘭克是維也納人，是存在導向的精神科醫師，率先在一九二〇年代使用「意義治療」（logotherapy，logos等於「話」或「意義」），之後他把「存在分析」當成同義詞使用；但為了避免和其他存在取向混淆（特別是賓斯旺格的取向），法蘭克近年不論在理論或治療背景中，都把自己的方法稱為「意義治療」。雖然法蘭克知道許多臨床議題根源於其他存在的終極關懷，但他在治療中一直單單強調生命的意義，當他談到存在的絕望，是指無意義的狀態；當他談到治療，是指幫助病人找到意義的過程。

在我討論法蘭克的貢獻前，要先談一下他的方法和呈現的風格。雖然他有豐富的著作——依我的看法——還對心理治療理論做出重大的貢獻，卻沒有在學術社群得到應有的重

視。

這種忽視，一方面可能是法蘭克的思想內容所造成的結果，就像大部分存在治療的貢獻無法找到「較好的」學術近親一樣。意義治療既不屬於精神分析取向的學派，也不屬於正式的精神醫學，和宗教研究或行為取向的學術心理學都沒有關係，甚至與「通俗的」自我成長運動也無關。不過，他的書擁有非常廣大的普羅讀者，他的第一本書《人對意義的尋求》（*Man's Search for Meaning*）賣了兩百多萬本。）

此外，法蘭克的方法冒犯了許多學者，他的論據常常訴諸情緒；他極力說服別人，做出權威的宣佈，常常以刺耳的方式一再強調。此外，他雖然宣稱提出屬世的方式來談意義（他說身為接受希波克拉底誓言的醫師，他有義務發展適用於所有病人的治療方法，包括無神論者和虔誠的信徒），可是法蘭克對意義的探索基本上顯然是屬於宗教的。

認真的讀者在閱讀法蘭克的著作時，常常對許多瑣碎的事感到困擾。其實每一種療法都有許多自我吹噓的話：自我標榜、提醒大家他在許多大學演說、他的各種頭銜、許多名人為他的方法背書、許多專業人士支持他、他接見醫學生時爆發止不住的如雷掌聲事蹟、有人向他提出愚蠢的問題被他簡潔地駁回。法蘭克的追隨者所做的工作非常差勁，只是重複他的言辭，把他這個人過度理想化。

但我仍鼓勵讀者堅持不懈，法蘭克做出一個重大的貢獻，把意義的問題放在治療師面前，並提出許多敏銳的洞識，深入探討尋求意義在臨床上的意含。

法蘭克最初是在《從死亡集中營到存在主義》（*From Death Camp to Existentialism*）（後來更名為《人對意義的尋求：意義治療簡介》（*Man's Search for Meaning: An*

Introduction to Logotherapy)⁶⁷裡，提出意義在心理治療所扮演的角色。在此書第一部分中，法蘭克描述他在一九四三到四五年間，在奧許維茲（Auschwitz）集中營的恐怖生活，其餘部分則是源自其洞識的治療體系，他認為持續的生命意義感是在集中營活下去的關鍵因素，他的書是在集中營時以碎紙寫成的，為他提供了意義和活下去的理由。從那時開始，法蘭克自己的生命意義就是「幫助他人找到自己的意義」⁶⁸。

基本假設：法蘭克首先對佛洛伊德基本的動機定律（laws of motivation）（動態平衡的原則）提出異議。這個原則認為人類有機體試圖一直保持內在的平衡，快樂原則就是要保持動態平衡，基本目標是移除壓力。快樂原則在生命早期以赤裸、坦然的方式運作；等個體成熟後，現實原則要求延遲滿足或將之昇華，所以快樂原則的運作就變得比較隱密。

這個理論認為人有內建的驅力（就是「追求快樂」或「降低壓力」的驅力），問題在於這是極度簡化的說法，從這個觀點來看，人「只不過是……」（後面可以接上各種說法），法蘭克最常用的說法是「人只不過是複雜的生化機制，由氧化系統提供動力，做為電腦的能量，電腦則以巨大的儲存設備保存密碼資訊。」⁶⁹同樣的，愛、利他、真理的探索、美，都「只不過是」二元理論中某一個基本驅力的表現。法蘭克指出，從這種簡化的觀點來看：「人類的所有文化產物其實都是滿足個人驅力的副產品。」⁷⁰

心理學被迫走向化約論（reductionism），對治療具有重要的意含。人類行為常常被潛意識的力量推動，治療師的任務是揭露病人背後的心理動力，可是法蘭克認為有時必須中

止揭露的做法（我認為他非常正確）。唯物論以較低的層面來解釋較高的層面，常常造成破壞，舉個例子：和平部隊的志願者常常並不是為了滿足自私的理由，他們服務的願望並不需要「較低」或「較深」的理由，而是反映追求意義的意志，延伸到自己之外，想要找出生命的目的，並加以實現。

法蘭克和許多人（例如布勒⁷¹[Charlotte Buhler]、艾波特⁷²）相信動態平衡理論無法解釋許多人類生活的核心面向。法蘭克說，人類需要的「不是沒有壓力的狀態，而是值得努力奮鬥的目標。」⁷³「這是人類的特徵，而且總是朝向自己以外的某種東西。」【註二】⁷⁴

法蘭克對於以非超越的快樂原則來看人類的動機，有另一個重要的反對理由，就是這種原則總是造成自我的挫敗。人越是尋求快樂，越是找不到快樂，許多專業哲學家稱之為「快樂主義的矛盾」，⁷⁵所以法蘭克說：「快樂是自然產生的，無法追求而得」。（瓦茲[Alan Watts]則說：「當你尋找它時，就失去了它。」⁷⁶）所以快樂不是最終的目標，而是尋求意義的副產品。

法蘭克把自己的取向稱為心理治療的維也納第三學派：

根據意義治療，努力尋找意義是人一生的基本動機力。所以我說「尋找意義的意志」，而不是快樂原則（我們也可稱之為「尋找快樂的意志」），後者是佛洛伊德精神分析的核心，也相對於阿德勒心

【註二】許多現象學家都支持法蘭克的立場，從勃倫塔諾（Franz Brentano）開始，到後來的胡塞爾（Edmund Husserl），都發現意識一直是「有意向的」：總是朝向自己之外的某個東西。人總是會意識到自己之外的某個東西。

理學強調的「尋找權力的意志」。⁷⁷

他在別處根據恩澤斯瑪（Aaron Ungersma）的建議⁷⁸，提到人類的基本動機力有一個發展的順序，維也納第三學派反映出這種演進：「佛洛伊德的快樂原則是小孩子的指導原則，阿德勒的權力原則是青少年的原則，而尋找意義的意志則是成熟大人的指導原則。」⁷⁹對於從內在（或一般經驗是從下層）推動人的驅力（例如性或攻擊），和從外在吸引人的意義（以及意義隱含的價值），法蘭克很仔細地區分兩者的不同，差別在於驅力和努力的不同。在我們最精華的存有裡，在那些使人類不同於動物的特徵中，我們並不是受到驅策，而是主動爲了某種目標而努力。努力和被驅策相反，不只意味著我們朝向某個外在於自身的東西（也就是自我超越），也表示我們是自由的，自由地接受或拒絕向我們招手的目標。「努力」傳遞出一種未來的取向：我們被未來的結果吸引，而不是被過去和現在的無情力量所驅策。

法蘭克主張意義對生命是不可或缺的，對集中營裡求生是必要的，對所有時候的所有人是必要的。他引述法國民意測驗，顯示一般大眾有百分之八十九相信人類需要「某種東西」才能活下去，百分之六十一相信他們會爲了某種東西而死⁸⁰。法蘭克喜歡說：「雖然有些精神科醫師說生命意義只不過是防衛機轉和反向作用，但我可不願意只爲了自己的防衛機轉而活，更不願意爲了自己的反向作用而死。」⁸¹

三種生命意義：雖然法蘭克強調每一個人都有別人無法實現的意義，但可以把這些獨特的意義分爲三類：一、在自己的創造中完成什麼，或給予世界什麼；二、在相會與經驗中，從世界得到什麼；三、忍受痛苦，走向自己無法改變的

命運。⁸²

這三種意義體系（創造、經驗、態度），都碰觸到之前討論的各種個人意義體系。法蘭克以習慣用語定義創造力：吸引一個人的創作、藝術或學術研究，是每一個人自己才能實現的。法蘭克認爲只有他能寫出闡明意義在心理治療所扮演角色的書，是他能熬過集中營的主要因素（除了運氣之外）。許多活動如果以創造的方式進行的話，可能使人充滿意義。法蘭克說：「重要的不是你的活動半徑有多大，而是你如何好好填滿這個圓圈。」⁸³

法蘭克沒有清楚談論經驗產生的意義，但他一般是指從美、真理，特別是愛所產生的意義。投入深入的經驗會形成意義，法蘭克問：「如果有人在你傾聽最喜歡的音樂時，輕拍你的肩膀問你生命是否有意義，你難道不會回答『是』嗎？熱愛自然的人站在山巔，虔誠的人參加難忘的宗教儀式，知識分子聽到啓發靈感的演講，藝術家站在傑作之前，都會有相同的答案。」⁸⁴

法蘭克在集中營的生活經驗，使他深入思考意義和苦難、痛苦和死亡間的關係。要在極端的環境活下來，需要從苦難中找到意義。法蘭克在集中營的深度絕望中，爲自己和他人的苦難尋找意義，他的結論是只有活下來才能爲他的劇痛賦予意義。對他而言，生存意味著能完成他的工作，能從集中營的恐怖經驗精練出重要的心理治療取向。有些戰俘想活下去是爲了別人，爲了等候他的子女或配偶；有些人是爲了完成某種獨特的生活計畫；有些人活下來是想讓全世界知道集中營的事；有些人想活下去是爲了復仇（考納斯城的立陶宛人活下來，是爲了記錄所有加諸於他們的殘酷暴行：寫下詳細的記述，藝術家畫出各種表情、納粹官員的制服，都

被小心記下、藏在地窖裡，在戰後重新找出來，作為審判有罪的證據)。有時法蘭克想到尼采的一句話，而從痛苦找到意義，尼采說：「這種事不能殺死我，反而使我更堅強。」⁸⁵如果苦難使人變得更好，就具有意義。最後，即使沒有脫離痛苦和死亡的希望，法蘭克認為還是可以有意義，可以向他人、向上帝、向自己，顯示自己能尊嚴地承受痛苦和死亡。

法蘭克對意義的分類為他提供心理治療的策略，幫助面臨意義危機的病人。我會在討論治療時簡短描述這些貢獻，不過，現在要先轉去討論喪失生命意義在臨床的意含。

意義喪失的臨床意含

改變中的文化——意義都到哪裡去了？

許多臨床工作者越來越常發現病人尋求治療，是因為缺乏生命意義感。為什麼？當代文化中有什麼因素造成生命意義感的減少？

工業時代前的農業世界，人民常常被許多生活問題困擾，可是並沒有今天缺乏意義的問題。那時有許多方法提供意義，一方面，宗教世界觀提供非常詳細的答案，使意義的問題不為人注意。此外，古代人常常專注於其他更基本的生存需求，比如食物和避難處，沒有餘裕檢視意義的需求。我稍後會討論，缺乏意義其實和空閒、安逸非常有關，人越投入日常生計和存活的過程，就越不會想到意義的問題。我在本章一開始描述托爾斯泰的無意義危機，他發現在他莊園耕種的單純農夫，似乎比較不受這些根本疑惑困擾，他認為農夫知道一些他不知道的事，為了試圖解決困擾，他模仿農

夫，以找出他們的祕密。

工業時代之前的人，在日常生活有其他提供意義的活動，他們的生活接近土地，覺得自己是大自然的一部分，耕地、播種、收成、烹調、生養小孩，他們不自覺地投身到未來，而實現大自然的目的。他們的日常工作是有創造力的，因為他們從家畜、穀物中分享了生命的創造。他們對較大的整體有強烈的歸屬感，是家庭和社區不可或缺的一部分，這種背景為他們提供了腳本和角色。此外，他們的工作本身就有真實的價值，畢竟，有誰能對生產食物的工作提出「為了什麼」的疑問？生產食物的努力十足超越了這種質疑。

可是，這些意義全都消失了，今日在都市化、工業化、俗世化世界的居民，必須面對其生活少了基於宗教而有的宇宙意義體系，猛然脫離自然世界和基本的生命鏈。我們有過多的時間提出令人困擾的疑問，每週工作的日數越來越少，我們必須做好心理準備，面對越來越常出現的意義危機。「自由的」空閒時間會造成問題，因為它讓我們必須面對自由。

工作不再能提供意義，甚至在現代工作輸入一點創造潛力的豐富想像力都沒有。例如，生產線上的工人，不但工作沒有創造的出口，甚至開始認為自己只是機械工廠裡不用花腦筋的一顆螺絲釘。此外，許多工作缺乏內在的價值，一大群辦事員在龐大官僚體系中「忙碌」的工作，怎麼可能相信自己的工作是有價值的呢？隨著人口爆炸，大眾傳播媒體充斥，個體怎麼不會懷疑生養小孩對整個星球或人類是不是件好事呢？

臨床表現

臨床工作者會怎麼遇見日常臨床工作中缺乏意義的現象？很少有臨床工作者會懷疑這種問題是否常見。我先前在本章引述榮格、法蘭克、馬帝、沃曼、霍布士的話，他們都證實臨床常見到缺乏意義的問題。可惜還沒有建立什麼臨床探索的系統化方法。

我和同事幾年前進行一項研究，雖然只針對少數臨床實例，但卻能支持缺乏意義是常見臨床問題的主張⁸⁶。我們針對一家精神科門診連續四十位要求治療的病人，以三種不同的方式研究：病人自己寫的報告、治療師的報告，以及三位臨床工作者觀看病人會談錄影帶的結論。四十位病人中（大部分病人列舉了三到六個問題），九位列出的問題集中在意義的缺乏（比如「缺乏目標」、「我的生活需要意義」、「不知道自己為什麼做這些事」、「沒有目標地飄盪」、「我的生活缺少方向」）。九位病人中有五位，被治療師和獨立的評分者將他們的主要問題評定為與意義有關，另外還加了三位病人（他們列出的問題有「缺乏生活意義」、「無目標感」、「不明確的生活目標」）。所以在四十位病人中，共有十二位（百分之三十）有某種和意義有關的主要問題（綜合自我評分、治療師及獨立評分者的判斷）。

加德納（Jill Gardner）研究八十九位尋求治療的門其診病人⁸⁷，要求他們針對十六項接受治療的不同原因評定其重要性，百分之六十八的病人把「希望增加生命的意義」評為「中等」或「非常」重要，這個項目的評分在十六項原因中排名第九，比「改變我與他人的關係」和「寂寞」更為前面。

缺乏意義很少被當成一個臨床範疇來談，因為它通常被

認為是某種其他較基本、常見臨床症候群的表現。其實佛洛伊德曾說：「當人詢問生命的意義時，就是生病了……人提出這種問題只不過是承認有許多未滿足的原慾，過去必然發生了什麼別的事，一種騷亂導致哀傷和沮喪。」⁸⁸據此，缺乏意義被認為是一種症狀，有某種更重要的潛在狀況，比如長期酗酒、其他物質的濫用、低自我價值感、憂鬱，以及認同危機。

可是，容我們檢視缺乏意義的臨床表現。首先，這種情形是普遍存在的，我發現幾乎我治療的每一個病人，若不是無緣無故表達對生活缺乏意義的關切，就是我一詢問這個問題，就立刻有所反應。

存在的空虛與存在性精神官能症：法蘭克把缺乏意義的症候群分成兩個階段：存在的空虛和存在性精神官能症。存在的空虛（他有時也稱之為「存在的挫折」）是一種常見的現象，特徵是無聊、冷漠、空洞的主觀狀態，覺得悲觀、缺少方向，並質疑大部分活動的意義。有些人在忙碌的一週結束時，會抱怨一種徒勞和模糊的不滿足感（「週日精神官能症」），空閒時間使人了解自己什麼事都不想做的事實。法蘭克認為存在的挫折越來越常見，正擴展到全世界。他在一項研究中報告百分之四十的越南大學生有「存在的空虛」，美國大學生則有百分之八十一⁸⁹。他在另一項研究中談到快速擴展的情形，比如捷克、其他鐵幕國家和非洲⁹⁰。哈賓格（Alois Habinger）報告越南在一九七〇到七二年的兩年間，存在挫折在年輕人中的比例從百分之三十上升到百分之八十⁹¹！由於這些報告沒有談到詢問的方法（除此之外，還被批評為「草率的統計調查」），所以我們不能如實地採納這些誇張的數據；可是，只要這些報告稍微反映出存在空虛的發生率，

就是值得重視的事。

如果病人除了明顯的無意義感之外，還有明顯的臨床精神官能症狀，法蘭克就把這種情形稱為存在性或「空虛產生的」精神官能症。他假設有一種心理上的可怕空虛狀態：當有一種明顯的（存在）空虛時，症狀就會湧入，以填滿空虛。根據法蘭克的說法，空虛產生的精神官能症可能以任何臨床形式表現，他提到各種症狀：酗酒、憂鬱、強迫症、青少年犯罪、過度縱慾、不怕死的冒險。空虛造成的精神官能症與一般精神官能症的差別，在於前者的症狀是出於尋找意義的意志失敗時的表現，行為模式也能反映出缺乏意義的危機。法蘭克說，現代人的兩難就是不再聽從本能說必須做什麼，也不再接受傳統教導我們必須做什麼，可是也不知道自己想要做的是什麼。這種價值危機產生兩種常見的行為反應：遵從（做別人做的事）和順服極權主義（做別人要求的事）。

十字軍主義、虛無主義、無所謂：馬帝認為許多當代精神病理都是源自於無意義感⁹²（可是，請注意馬帝的臨床材料很有限⁹³，他的基本取向是宏觀理論家和學術心理學家的取向）。他描述「存在疾病」（他稱之為普遍的無意義）有三種臨床形式：十字軍主義、虛無主義和無所謂。

十字軍主義（也稱為「冒險性」⁹⁴）的特徵是有強烈的傾向，要找出充滿激情而重要的理想為之獻身。這些人是尋找爭議的示威者，幾乎不顧內容地擁抱一個理想。只要理想一結束，這些行動主義的中堅分子就必須立刻找到另一個理想，免得被追逐他們的無意義感追上。

十字軍追求理想時近乎不分青紅皂白的事實，當然不表示任何特定社會運動的支持者，都是由類似的因素推動的，

也不能因此把熱心社會的變革都看成防衛機轉。不過，投入一項社會運動通常都要耗費很多時間精力，如果涉及違反政府法令的話，還可能有危險。完成一項運動目標後，一般成員不像十字軍，前者通常會回歸日常生活。就如馬帝的描述，十字軍是一種反向作用，是對深處無目的感產生的反應，不得不投入各種活動。

虛無主義的特徵是有一種主動、普遍的傾向，懷疑別人認為有意義的活動。虛無主義者的精力和行為都來自絕望，他們會在破壞中尋找憤怒的快樂，如馬帝所說：

他會很快指出，愛並不是利他，而是自私，博愛根本就是贖罪的方式；兒童並不天真，而是邪惡的；領導者並不是被偉大的遠景所感召，而是虛榮、對權力著迷；工作並不是生產，而是一層薄薄的文明裝飾，遮掩躲在我們所有人裡面的怪物。⁹⁵

馬帝認為，虛無主義是如此常見，以致於不被認為是問題；其實它常常偽裝成高度啓蒙、精細的生活態度。他引用小說家兼製片家羅比—葛雷萊特（Alain Robbe-Grillet）的電影《馬林貝德的最後一年》（Last Year at Marienbad），片中包含許多看似有意義的線索，可是每一個線索都使試圖發現其意義的影迷落空。馬帝認為，這部電影是想讓每一個意義的追尋感到失望，以顯示相信任何事具有意義是徒勞無益的。

存在疾病的無所謂是最極端程度的缺乏目的。既沒有從理想強求意義的衝動，也不會憤怒地抨擊別人接受的意義，而是沈浸在嚴重的無目標感和冷漠狀態，這種狀態有廣泛的

認知、情感和行爲表現。認知的部分是長期無法相信任何生活努力的用處或價值；情感狀態是枯燥乏味、厭倦無聊，不時出現憂鬱症，隨著狀況發展下去，會固定在一種冷漠的情形，較少出現憂鬱的階段；整體的行爲較少或適中，但更重要的是行爲缺少選擇性，不論從事什麼活動都覺得無所謂。

無所謂的趨勢在當代文化非常普遍，馬帝認為一些藝術創造明顯反映出這種情形，比如安東尼奧尼的電影、艾略特（T. S. Eliot）的《荒原》（The Wasteland）、阿爾比（Edward Albee）的《動物園故事》（The Zoo Story）、熱內（Jean Genet）的《陽台》（The Balcony）。當代電影「逍遙騎士」（Easy Rider）更是描述冷漠和缺乏意義的生動例子。

發展出無所謂症候群的人，可能會因為相關的憂鬱症和痛苦的懷疑而尋求治療。治療師會發現這種病人並不是因為內疚或自我價值—認同感的問題而困擾，也沒有性或攻擊的問題，病人關心的是：如果每一個人都會死，為什麼還要一輩子擔心工作呢？為什麼花那麼長時間上學呢？為什麼要養家活口呢？為什麼要忍受任何損失呢？所有價值豈不都是武斷的嗎？所有目標不都是虛幻的嗎？

如果這種狀況一直發展下去，病人會更深陷冷漠，可能不再參加任何活動，成為遁世的人、長期酗酒者、遊民或某種類似的生活方式。馬帝認為許多機構化（institutionalized）的病人就是缺乏意義的無所謂類型，可是因為必須歸類到官方的疾病分類診斷，所以常常被稱為精神分裂症，現在已經知道這是一種誤稱。有些無所謂的病人被診斷為精神病性憂鬱症，因為假定人如果對什麼都無所謂，就必然是有憂鬱症。馬帝認為至少有一部分被做出這些診斷或其他權宜診斷標籤的機構化病人，應該稱為存在疾病比較恰當。

強迫的活動：到達缺乏意義這個地步之前的臨床類型，當然不容易觀察到完整的實體，而是代表一種臨床範式。在許多病人身上可以看見各種特色與不同程度的嚴重性，常常混雜其他臨床問題。我的經驗中有一種較常見的臨床類型，是一種狂熱活動的模式，非常消耗精力，以致於不受意義的問題影響。這種模式和十字軍主義有關，但範圍更廣，不只是某些激烈的社會理想，還包括任何吸引人的活動，使人非常專心投入，而有模仿意義的作用。只是當活動沒有內在的「良善」或「正確」時，早晚會使當事人失望。這個現象被派克（James Pike）稱為生命的「錯誤核心」⁹⁶，通常在意義的工具崩潰或是快要崩潰時，會引起臨床工作者的注意。這有許多例子，如透過社交地位、名聲、物質收穫、權力來追逐意義的人，突然被迫質疑一生追逐這些目標的價值時。

五十二歲的哈維是這種情形的臨床寫照，他最初尋求治療的原因很不尋常：和妻子爭吵該買頭等艙還是商務艙的機票，促使他接受治療。當時的情形是這樣的：哈維的父親是一位中產階級、非常忙碌的零售商，全家（包括哈維）在零售店一週要工作六、七天，每天都是長時間工作。業務逐漸擴展，成立第二家、第三家分店，業務成為哈維和全家的世界，他認同家族的工作倫理，認為業務繁榮就是他的存在理由。他從小就長時間工作，以致於妨礙他發展重要的友誼和兩性關係，從高中畢業後，他就沒在外過夜。他認同的身分是從來不懷疑、不反抗、不深思自我和人生的「好男孩」。

從大學（商業課程）畢業後，他接管家族事業（父親死於工作），有非常成功的商業生涯，經歷種種環境變化（門當戶對的婚姻、絕佳幹練的工作伙伴、自己的穩重能力），他建立全國性連鎖商店，然後以高價賣給一家大企業，在三

十歲（一九六五年）就已累積數百萬財富。這時他本來可以休息一陣子，放鬆一下，甚至深入思考接下來要做什麼、去哪裡、爲了什麼。可是他立刻投身另一個事業，沒多久就一週工作七十小時以上，由於全心放在事業，以致於婚姻岌岌可危。來接受治療時，他正計畫第三項事業，因爲他想看看自己是不是能以少量的資金、沒有合夥人、沒有外在的支援（好像野外求生一樣），從零開始建立事業。

哈維注意到自己有一些問題，他仍保有小時候的節儉習慣，雖然現在光是利息收入就很可觀，他還是會在廣告中搜尋大減價的商店，願意爲了省幾塊錢，開好幾公里的車去買電視機。

但是刺激他認真思考生活目標的是機票事件。他和妻子與另一對夫婦計畫到東方度假，二十四小時飛行旅程的頭等艙和商務艙價差是幾百美元。哈維的妻子、朋友（爲哈維工作）和朋友的妻子都想坐頭等艙，哈維拒絕爲了寬敞的座位和免費的香檳花額外的金錢，所以他自己訂了商務艙，而其他三人則坐頭等艙！哈維很有幽默感，了解這種情形很滑稽，可是他仍然深感困擾，因此產生焦慮、失眠，擔心自己生病。他在這個節骨眼尋求心理治療。

治療中，機票事件成爲深入討論價值觀的著力點，如果金錢是用來浪費在微不足道的舒適上，哈維爲什麼爲了賺更多錢而使自己筋疲力盡呢？爲什麼耗費一生來賺錢呢？他已擁有花不完的錢，也已證明自己有能力賺那麼多錢，他開始質疑自己一生的意義。哈維在治療中得到的第一個洞識，就是發現自己誤認了生命的重心，因爲優越的物質生活至多只能形成一種脆弱的生命意義感，脆弱到禁不起檢視。

把哈維推入意義危機的事件，是他很早就已成功達到人

生的目標（這種情形對非超越的人生意義總是危險的）。其他事件也可能促使危機突然發生，比如面對死亡或是某種急迫的邊界經驗，使人面對自己的存在處境，發現許多意義體系的本質非常脆弱。某些重大的變動造成社會秩序的傳統習慣發生改變，也可能使某些價值觀（比如社會習俗）急遽改變，使人不但無法藉著依附習慣而得到外在鼓勵，更重要的是，也使人發現原本認爲絕對的價值觀其實是相對的。

有些病人是因爲心理治療而產生意義的危機，病人深入探索自我，開啓新的內在視野，逐漸消除舊有的強迫模式，最後完全脫離過去的模式。原本狹窄地生活在侷限、僵化、重複模式的病人，就會面對以前沒有體驗過的自由。例如我在第五章描述的強迫性慾的病人布魯斯，一直用性幻想或性活動來填滿「自由」或反思的時間。治療成功後，布魯斯的強迫性逐漸減輕，然後完全不受其禁錮，接下來就經歷一段意義的危機（並不是他原本有滿足的意義感，而是他的強迫性活動提供了缺乏意義時的強力解藥，也就是「參與」。問題在於布魯斯強迫性參與的內容非常侷限，使他無法實現許多深埋的潛力，結果沒有意識到生命意義的危機，而是經歷大量的存在內疚——爲了沒有成爲他可以成爲的樣子而內疚）。

當布魯斯首度面對生活沒有強迫性活動時，生活似乎變得平板、單調而無趣，甚至是毫無意義的。於是在治療中花很多時間探索目標，檢視布魯斯的內在智慧告訴他生命的主要成分應該是什麼。

臨床研究

生活目標測驗：一九六四年，兩位深受法蘭克影響的心理學家克倫堡（James Crumbaugh）和馬侯立克（Leonard Maholick），出版一種用來測量生活目標的心理測驗工具⁹⁷，這個問卷叫「生活目標測驗」（the Purpose in Life Test，簡稱PIL），包括二十個項目，以七分的等級來評分【註三】。每一項的「4分」代表「中庸」，「1分」和「7分」分別有不同的描述，例如第一項是「我通常……」，「1分」界定為「非常無聊」，而「7分」則是「朝氣蓬勃、熱情洋溢」，其他十九項見下頁表格。

「生活目標測驗」廣受歡迎，有五十篇以上關於生活目標的博士論文以之為重要的測量工具。不過，在討論這項研究的結果之前，我要先仔細檢視這項工具的效度。

首先，這些項目表面的內容是處理好幾個不同的概念，有八項（第三、四、七、八、十一、十二、十七、二十項）顯然是處理生命的意義（目的、使命）；有六項（第一、二、五、六、九、十九項）則是處理生活的滿足（生活是無聊、例行公事、興奮或痛苦）；三項（第十三、十四、十八項）是處理自由，有一項（第十五項）是處理死亡恐懼，一項（第十六項）處理自殺的意圖，一項（第十項）處理一生的價值感。我認為這種概念上的混淆會引發嚴重的效度問題，例如，生活滿意度和考慮自殺雖然可能和生命意義有

【註三】這個工具原先還包括兩個附帶的部分：十三項完成測驗，和一段開放式的段落，記錄個人的雄心和目標；可是後來的研究只運用第一部分。⁹⁸

題數	題目	1分的定義	7分的定義
2	生活對我而言似乎：	純屬例行公事	總是令人興奮的
3	我的生活中：	完全沒有目標或方向	有非常清楚的目標和方向
4	我個人的存在：	完全沒有意義、沒有目的	非常有意義、有目的
5	每天的生活：	完全相同	一直是新鮮不同的
6	如果我能選擇，我會：	寧可沒有出生	想要九條和現在一樣的命
7	退休後我要：	餘生完全用來消磨時間	做一些我一直想做的刺激事
8	為了達到生活目標，我：	沒有任何進展	為了實現而進步
9	我的生活：	空虛、充滿絕望	充滿令人興奮的好事
10	如果我今天會死，我會覺得自己的一生：	完全沒有價值	非常值得
11	思索我的生命，我：	常常懷疑自己為何存在	總是看見自己存在這裡的理由
12	我看世界與我生活的關係時，認為世界：	令我感到全然困惑	意味深長地與我的生活相符
13	我是一個：	非常不負責任的人	非常負責的人
14	關於人為自己做選擇的自由，我相信人是：	完全受到遺傳和環境的限制	絕對自由地做出所有生活的選擇
15	關於死亡，我：	完全沒有做好準備，感到恐懼	已做好準備，並不害怕
16	關於自殺，我：	曾認真想過，把自殺當成出路	從來沒想過
17	我認為自己找到生命的意義、目的或使命的能力：	幾乎沒有能力	能力非常強大
18	我的一生	自己無法掌握，由外力控制	在我手中，由我控制
19	面對我的日常工作是：	痛苦乏味的經驗	快樂和滿足的來源
20	我已發現：	生命沒有使命或目的	清楚的目標，令我滿意的生命目的

關，但它們與其他心理狀態更有關聯，最著名的就是憂鬱症。作者並沒有對這個測驗項目的選擇方法或個別項目的行為，提供足夠的資訊。從這些方法學的缺點來看，有一位評論者認為單單一個項目「你的生活有多少意義」，可能就和整個測驗同樣有效⁹⁹。

此外，PIL顯然背負了社會的期待（有人報告這個測驗和馬洛-克勞尼「社會期待量表」[Marlowe-Crowne Social Desirability scale]的相關係數達0.57¹⁰⁰），評論家指出¹⁰¹，PIL反映出某些價值觀，例如它假定接受責任相當於正向的生活意義感。雖然這是很有意思的假說，但目前還不確定責任和意義是否如此相關。

迦菲爾德（Charles Garfield）為不同次文化的人（貧民區居民、工程師、心理學和宗教研究的大學生、一般社區居民）進行PIL測驗，然後訪談高分、低分、中間分數的受測者，以判定每一個項目對他們的意義為何¹⁰²。有一部分是基於文化的差異，使受測者以各自非常不同的方式解釋各個項目。例如第九項（我的生活空虛……〔或〕充滿令人興奮的好事），貧民區居民認為「空虛」是指肚子空空；一般社區居民則認為「空虛」是指在靜坐和極樂中喪失自我；工程師則認為「空虛」等同於遲鈍；心理系學生認為「興奮」不是件好事，聯想到激動或緊張的活動。其他項目也有類似的分歧反應，顯示不只有字義上的模糊，還充滿高度的價值判斷與出於基督教倫理的假設：強調目標導向的行為、未來取向、主動勝過被動、肯定高程度的刺激。

這些批評都很真實，甚至具有殺傷力，是使用PIL的研究者無法提出令人滿意答案的批評，使人無法對這個工具有高度信心。不過，它是以系統化方式研究無意義的唯一心理

學工具。把這些異議記在心裡，再來看看研究有什麼發現。

首先，好幾項效度研究顯示，測驗結果與治療師對病人生活目標的評分有關聯（相關性是0.38），也和牧師對教區居民的評分有關聯（相關性0.47）¹⁰³。大致說來，病人比一般人的分數要低（不過，有些研究結果並不確定，例如，一項研究顯示精神病人和大學生的差異極小，分別是108分和106分¹⁰⁴）【註四】。此外，PIL似乎測量一種獨立的人格變數，它和其他量表的相關性不高（如「MMPI憂鬱量表」¹⁰⁵、「史洛爾失範感量表」[Srole Anomie Scale]，以及前述的「社會期望量表」）。

PIL被運用到許多臨床情境中的各種人。青少年罪犯¹⁰⁶和藥物濫用的高中生¹⁰⁷都顯示出較低的PIL分數；因為長期酗酒和精神疾病而住院的病人，PIL分數也比精神官能症門診病人低¹⁰⁸；住院和門診病人的平均值明顯低於一般人¹⁰⁹；酒癮患者的PIL分數特別低¹¹⁰。另一項研究顯示住院的酒癮患者分數在正常偏低的範圍，但接受一個月治療計畫後的分數並沒有明顯提高¹¹¹。英國有一項門診病人的研究顯示，越神經質和內向的人（以「艾森克人格量表」[Eysenck Personality Inventory]測量），PIL分數就越低¹¹²。研究一組正常大學生的性慾適應時，發現性慾受挫和調適不良的學生有較低的PIL分數¹¹³。一項研究比較各種身體疾病患者的PIL分數，有一項有趣的發現：病情越危急的人，PIL分數比輕症或正常人還高¹¹⁴；研究者認為這個結果表示死亡的逼近促使重症患者面對生命、「解除」疑惑，達到某種內在的平靜。

【註四】共有二十個項目，每一項是一到七分的量表，所以滿分是140分，最低是20分。

有許多研究專注於社會和宗教的態度與價值的關係（「羅克許價值調查」[Rokeach Value Survey]）。較低的PIL分數與高度重視快樂主義、興奮和舒適有關¹¹⁵；較高的PIL分數與牢固的宗教信仰有關¹¹⁶（可是，另一項研究卻無法得到相同的結果¹¹⁷）。還有一項研究顯示較高的PIL分數和保守主義、反快樂主義、宗教的禁慾價值觀、理想主義有關¹¹⁸。成功申請進入大學的多明尼加修女，和較不成功的同伴比起來，有較高的PIL分數¹¹⁹。兩項研究顯示人生目標崇高的人有較低的死亡焦慮¹²⁰。

我先前談過，參與有意義的團體或理想，能增加人的意義感。好幾項研究檢測這個概念，顯示高PIL分數和參與有組織的團體（包括宗教、倫理、政治或社區服務¹²¹）有關，也和參與運動或嗜好有關¹²²（不過，有一項研究顯示，積極參與社會運動的人和PIL分數沒有關聯¹²³。這有沒有可能是馬帝所謂的「十字軍」所造成的結果呢？）一項澳洲研究顯示高PIL分數和正向世界觀、目標導向、自我超越的目標（也就是興趣延伸到個人物質和心理健康之外¹²⁴）有正相關。另一項研究顯示高PIL分數的大學生比分數低的人，更容易做出職業選擇¹²⁵；可是，一項針對商業經理人和護士的研究，卻顯示PIL分數和工作態度或動機並無關聯¹²⁶。

最後，貧民區居民、黑人¹²⁷或墨裔美國人¹²⁸的PIL分數較低。PIL分數和社經階層的關係¹²⁹，還有兩性的差別¹³⁰（一般說來，男性的PIL分數較高）則得到矛盾的不同結果。

生命關懷指數（Life Regard Index）：在考量上述發現的意含之前，我先簡要地檢視另一個研究生命意義的工具。生命關懷指數的觀念比PIL更為細膩，可惜沒有受到重視¹³¹。這個工具區分出「架構」項目（比如「我清楚知道自己一生

想做什麼」）和實現項目（比如「我覺得自己活得很充實」），作者認為生命意義感既需要架構，也需要自己正在實現這個架構的信念。這個工具在受測者的訪談上有很好的效度，與PIL高度相關，也可能不受社會期望的干擾。他們探討自我價值感和生命關懷（生命意義）間的關係，認為自我價值感的滿意程度是意義感良好發展的必要條件，但不是充分條件；也就是說，人可能有高自我價值感，卻只有低生命意義，可是低自我價值感的人不會有高生命意義。就如艾瑞克森的看法，人必須先解決自我價值和建立認同感的任務，才能發展滿意的生命意義感。

研究顯示，正向的生命意義有賴於個人目標符合社會結構的價值觀、角色和要求。最後，作者證明人如果覺得自己以滿意的速度接近個人的目標時，會有較大的意義感。

研究結果摘要：生命意義的實證研究證明下列五點：

- 一、缺乏生命意義感與精神病理有大致的線性相關：意義感越低，則精神病理的嚴重程度越高。
- 二、正向的生命意義感與內心抱持的宗教信念有關。
- 三、正向的生命意義感與自我超越的價值有關。
- 四、正向的生命意義感與身為團體成員的身分有關，這個團體獻身於某個理想、採納清楚的生活目標。
- 五、生命意義必須從發展的角度來看：生命意義的種類會隨著人的一生改變；在意義的發展之前必須先有其他發展的任務。

警告：必須注意這些結論的用字遣辭，「與……有關」的說法一再出現，例如，較低的生命意義感「與」精神病理

「有關」，可是，意思並不是有任何證據指出缺乏意義「造成」精神病理。所有研究都是相關的，它們只顯示出生命意義感的減少和病理是同時發生的。有人可能根據這項研究認為生命意義感的減少是病理的作用，也就是一種症狀。事實上，有一項研究顯示，憂鬱的病人在接受電痙攣治療後，生命意義感會大幅增加。¹³²

第十一章 無意義與心理治療

我在前一章從傳統的架構來看生命意義的問題。生命的意義是非常重要的心理架構，顯然與每一個人都有很深的關係。我從字面意義接受這個架構，據此討論一系列提供意義的活動，並描述無意義的現象造成的病態臨床表現。

現在我要轉向治療師日常的直接問題，他們要面對自覺沒有生命意義的病人。治療師如果接受病人對問題的看法，就容易掉入相同的陷阱，這種治療師會想起自己對生命意義的尋求不夠完整，而懷疑自己都沒有解決問題，怎麼可能幫助別人解決呢？因而很可能判定這種問題無法解決，而在治療中想辦法迴避這個問題。

爲了避免這種違反治療的過程，治療師的第一步必須是不接受病人對問題看法的表面意義，而必須嚴格檢視「生命沒有意義」是否合理，如果分析問題的基礎在「生命有什麼意義」這個疑問的意含，就會發現這類疑問多半相當粗糙、並不純粹。

一方面，一般提出這種疑問是假定確實有一種生命的意義，只是病人無法找出來。這個疑問與存在的觀點是衝突的，後者認爲人類是賦予意義的主體，並沒有預先存在的設計也沒有「外在」的目的。當我們從「外在」來組成自己時，怎麼可能找得到意義呢？

關於生命意義的疑問，本身還有一個主要的問題，就是常常和許多其他議題混雜在一起。把其他問題分開來處理後，病人基本的意義危機就沒有那麼危險，比較容易處理。我將試圖純化臨床關於生命意義的疑問，先思考我們爲什麼需要意義，然後檢視常常混淆問題的各種關懷面向。

我們為什麼需要意義？

數十年來的實證研究，證明我們的神經精神知覺器官會立刻組織雜亂的外來刺激。寇勒（Wolfgang Kohler）、渥泰瑪（Max Wertheimer）和寇夫卡（Kurt Koffka）在心理學創立的完形運動，孕育出大量關於知覺和動機的研究，顯示我們會把個別的刺激和片斷的行為、心理資料，組成完整的型態、結構或模式。所以，壁紙上不規則的黑點會被組合成圖形和底色；看見不連續的圓形，會自動感知成完整的圓形；遇到各式各樣行為資訊（比如夜間的奇怪噪音、不尋常的臉部表情、無意義的國際事件），都會被人以熟悉的詮釋架構來「理解」。當無法把任何刺激或情境模式化時，人就會覺得緊張、困擾、不滿意，這種不安會一直持續，直到人覺得這個情境符合某種更大、可辨識的模式，而能更完整地了解為止。

這種歸納意義的傾向，有很明顯的意含。我們這樣面對並組織日常生活的不規則刺激和事件，也以同樣的方式面對存在的處境。我們面對冷漠、沒有模式可言的世界時，就會感到不安，並尋找模式、詮釋，以及存在的意義。

當人找不到有條理的模式時，不但會覺得困擾、不滿意，還會感到無助。相信自己能解開意義的密碼，這種信念可以帶來掌控感。即使找到的意義架構認為人是渺小、無助、不必要的，也比無知的狀態更令人感到安慰。

我們顯然渴求意義，缺少意義就會感到不安；找到一個目的，為了珍貴的生命而堅持它。可是，目的是人創造的，如果一直記得是自己打造出來的，就無法有效地減輕不安（法蘭克把個人建構或「發明」的生命意義，比擬成攀爬自

己拋向空中的繩索)。相信意義來自「外在」，遠比自己發明意義還令人感到心安。法蘭克堅稱：「意義就是隱含疑問並需要答案的處境……每一個問題只有一個解答，就是正確的解答；每一個解答只有一個意義，就是它的真正意義。」¹他反對沙特的立場，沙特認為自由的重擔之一就是人必須發明意義。法蘭克在著作中一再主張：「意義是某種需要發現的東西，而不是給予的東西。人無法發明意義，但必須發現意義。」²法蘭克的立場基本上是宗教的立場，假定有一位上帝為每一個人安排了命定的意義，需要人發現並加以實現。法蘭克堅持，即使我們無法完全理解此意義，還是必須憑信心接受人生有一個一致的模式、人的苦難必有其目的。就如同實驗用的動物無法了解為什麼受苦一樣，人類也無法認識超越其理解力的意義。可是，這個論點的基本前提是否站得住腳？畢竟，如果真有上帝的話，祂為什麼必然有生命的目標？更重要的是，祂為什麼要為每一個人設定目標？我們可不能忘記，著迷於目標的是人，並不是上帝。

生命意義與價值觀

意義的意義之一就是淡化焦慮：意義的存在能減輕面對缺乏命定與結構的人生和世界時，所產生的焦慮。我們需要意義，還有另一個重要的理由：一旦發展出一種意義感，就會產生價值觀，相對地，價值觀也能強化人的意義感。

什麼是價值觀？我們為什麼需要價值觀？托爾斯泰在意義危機中，不只提出「為什麼」的疑問（「我為什麼活著？」），也提出「如何」的疑問（「我該如何活？我應該根據什麼而活？」），正表現出價值觀的重要，可以提供某種整套的準則或原則，告訴他如何去活。

人類學對價值觀的標準定義是：「一種『令人想要』的觀念，或明顯或隱微，因個人或團體特性而不同，對可供選擇的行動模式、方法和結果造成影響。」³換句話說，價值觀形成一種規範，據此形成有系統的行為；價值觀使我們可以把行為放進某種認可和否定的等級中，例如，如果一個人的意義架構強調為他人服務，就很容易發展出準則或價值觀，使人說：「這個行為是對的，那個行為是錯的。」我在前幾章強調，人透過一連串的決定創造自己，可是人無法在一生中重新去做每一個決定，必須做出某些主要的決定，為接下來的決定提供組織的原則。如果不是這樣的話，大部分的人人生都會消耗在做決定的混亂之中。

價值觀不只能為人提供行動的藍圖，也使人可以活在團體中。克拉克霍姆(Clyde Kluckholm)告訴我們：「如果沒有價值觀，就不可能有社交生活……價值觀為社交生活加添了可預期性。」⁴屬於特殊文化的人對於「是什麼」擁有共同的觀念，由這種觀念對「必須做什麼」發展出共有的信念體系。由團體認可的意義架構可以產生社會規範，由此提供社交信賴感和凝聚力所必要的可預期性。共有的信念體系不只告訴個體必須做什麼，也說明別人可能會做同樣的事。

生命意義與其他終極關懷

人類需要整體的知覺架構和價值體系，以做為行為的基礎，由此形成我們尋找生命意義的「十足」理由。可是，一般說來，意義的懷疑常受到干擾，其他和意義本身無關的問題會附加上來，而造成混淆。

暫時回到托爾斯泰，他常常問：「是否有什麼生命意義是不會被必然臨到的死亡所毀壞的？」⁵「不論我做什麼，

我的所有作為早晚會被遺忘，而我本人也會化為烏有。那麼，為什麼還要為任何事奔忙？」⁶這些疑問並不是針對意義，而是關乎意義背後的關懷，圍繞著短暫無常的議題：我們是否能留下任何持久的東西？我們是否消逝得無影無蹤？若是如此，人生有什麼重要？每件事是否都沒有意義，就像羅素感嘆地說：「多年來的所有辛勞、所有奉獻、所有靈感、所有如日中天的才華洋溢，都注定在太陽系滅亡時全部消失，整個人類成就的殿堂豈不都必然埋葬在宇宙毀滅時的殘骸之中？」⁷

貝克的主張很有說服力，他認為我們「普遍的抱負」是「興旺」（也就是「連續不斷的經驗」），死亡是我們必須對付的主要敵人。人類試圖超越死亡，不只透過本書第一部討論的各種方法，也藉由數算、看重或留下某些自己的東西：

人類超越死亡，不只藉著持續滿足胃口（也就是頭腦簡單、令人樂而忘憂的天堂美景），還特別藉由找出生命的意義，融合到某種更大的架構之中……這是生存意志的表達，熱烈地希望自己有價值，因為自己活過、出現、工作、受苦、死亡，而使地球有所不同。⁸

所以貝克認為，想要留下某種重要的東西、使地球有所不同的願望，是努力超越死亡的表現。個人生命意義感可以使地球有所不同、表示自己的重要性、留下一部分自己而興旺，這似乎是不毀壞之願望的衍生物。當托爾斯泰悲嘆他的生命意義都會被無可逃避的死亡破壞時，並不是在說死亡會破壞意義，而是指無法找出不被死亡破壞的意義。

我們太容易假定死亡和意義是完全相依相存的。如果萬物都要毀壞的話，生命能有什麼意義？如果太陽系終將化為灰燼的話，為何要為任何事努力？可是，死亡雖然為意義增加了一個面向，但意義和死亡並不是結合起來的。如果我們能永遠活下去，還是會關心意義的問題。假使經驗會變成記憶，最後終將消逝的話，該怎麼辦？和意義有什麼關聯？這正是經驗的本質。我們能改變什麼？經驗是暫時的，人無法活在時間之外，經驗過去就過去了，我們無能為力。過去是否消逝了呢？叔本華說：「曾經存在的，和不曾發生過的同樣微不足道。」這是真的嗎？記憶是否不「真實」？法蘭克認為過去不但是真實的，而且是永恆的。他對悲觀主義者感到遺憾，這種人看到日曆因為一頁頁撕下、變薄而感到絕望；他稱讚那些保存每一頁日曆，因其代表的日子所經驗到的豐富而快樂的人，這種人會想：「除了可能性，我還擁有實際存在的事物。」⁹

我們處理的是價值判斷，並不是陳述事實。客觀的真理絕對不是「除非一件事能持續到永遠，或是導致某種其他持續到永遠的事，否則就不重要。」當然會有一些事，本身就是完整的目標，並不需要在它們之外得到永無止盡的證明。就如休謨（David Hume）在十八世紀時說：「不可能有永無止境的進步，也不可能每件事一定要有別的理由。有些事本身就是理由，因為它符合人的情感。」¹⁰如果本身不是完整的目標，如果每件事都必須有其他外在的理由，而那個外在的理由又需要別的理由，就會產生無止盡的循環——永遠無法結束的理由。

不單死亡焦慮常常偽裝成缺乏意義，覺察自由和孤獨所產生的焦慮，也常常和缺乏意義的焦慮產生混淆。把存在想

像成某種「外在」偉大計畫的一部分，人在其中分配到某種角色，是一種否認自己對生活設計和結構擁有自由、負有責任的方式，人用它來逃避無根的焦慮。恐懼絕對的孤寂也促使人向外尋找認同感，成為更大團體的一部分，或是獻身於某種運動或理想，也是否認孤獨的有效方式。

生命的意義——一種文化的加工品？

生命意義的疑問不但和死亡、自由、孤獨這些終極關懷的問題混淆在一起，也常常受到特殊文化偏見的影響，有一幅諷刺畫適切地說明這個問題。這幅畫描繪一群熱切的美國旅人，在陡峭的山巔聆聽長滿鬍鬚的西藏聖者的話，字幕寫著：「生活的目的？如果我知道的話，就不會這麼窮了！」

這幅諷刺畫描寫的文化偏見，深深影響一位知名精神科醫師的觀點，他寫到生命的意義時，以全然的信心主張：

沒有人能一直達到目的、一直創作出成品，沒有人能不斷成功。可是走在正確的方向，並不是已經達到目的，而是在達到的過程；不是走入旅館，而是走向旅館；不是得到桂冠，而是接近桂冠。把人的才智推向最大的建設性、生產力和創造性，這可能是主要的生命意義，也是破壞人類努力、傷害人類心靈的存在精神官能症的唯一可能答案。¹¹

法蘭克以同樣的信心談到「成就」或「造詣」是「顯而易見、不證自明」的生命意義。¹²

可是，它真的這麼顯而易見嗎？存在的努力、創造、達到、進步的部分，真的是人類最深層的動機嗎？答案必然是

否定的。我們的文化在某些年代中，並不認為目標導向的努力是尋找生命意義的方式。一段雕刻在古代日晷上的文字說：「除了平靜的時刻，其他都不算數。」佛洛姆發現人追求名聲和成就的強烈野心，從文藝復興到現代都是常見的，可是在中世紀卻很少見。此外，北歐國家直到十六世紀才見到有人強烈地渴望努力工作¹³。相信「進步」，認為文明以無法抵擋的態勢走向令人嚮往的方向，也是近代才有的觀念，在十七世紀末之前並沒有形成這種觀念。

其他當代文化不但反對成就導向的生活目標，甚至反對「生活目標」這個觀念。另類觀點中，最著名的就是禪學大師鈴木大拙（D. T. Suzuki），在一篇識見非凡的文章中¹⁴，鈴木大拙比較了兩首詩，說明兩種相反的生活態度。第一首是十七世紀俳句（haiku）詩人芭蕉（Basho）寫的：

當我仔細觀看
見到齊菜花開
就在籬笆旁！

第二首是丁尼生（Tennyson）的詩句：

花開在牆的裂縫，
我把你從裂縫摘下；
連根握著你，在我手上。
小花啊，若是我能了解
你是什麼，從根到頂，完完全全
我就能了解上帝和人類是什麼。

俳句詩人芭蕉只是單純仔細地觀察齊菜（一種不引人注目、常被忽視的植物）在籬笆旁開花，三行俳句傳遞出一種與大自然間輕柔、謙遜、和諧的關係（但鈴木大拙仍說譯文失去了其微妙的意思）。芭蕉很溫和，他有許多感受，但非常輕柔地在最後兩個音節中（在日文稱為「Kana」，相當於英文的驚嘆號），傳達出自己的感受。

丁尼生流暢而積極，他採下花，把它從自然「連根拔起」（這表示它必然會死），仔細檢查它（好像解剖它一樣）。丁尼生試圖以分析了解花，以科學客觀的方式站在一旁，利用花來認識別的東西。他把與花的相遇轉變成知識，最後成為力量。

鈴木大拙認為這個對比說明了西方和東方以不同的態度對待大自然，也意味著對生活的不同態度。西方人善於分析、客觀，透過仔細分析試圖了解大自然，然後征服它、剝削它。東方人以主觀、整合、整體的態度對待大自然，並不企圖加以分析、控制，而是經驗大自然，與之和諧共處。「研究—行動」模式和「和諧—合一」模式間的對比，常常被形容成「行動」與「存有」的對比。

如果我們站在當代的表相之外回顧，就能看見我們對「目標」的態度逐漸地演變。早期基督徒重視默想（contemplation）甚於一切，耶穌說：「你們看那天上的飛鳥，也不種，也不收，也不積蓄在倉裡，你們的天父尚且養活牠。」¹⁵還有「你想百合花，怎麼長起來。它也不勞苦，也不紡線。」¹⁶早期基督徒並不認為工作和財富是追求的目標，而是阻礙，會蒙蔽人心，消耗原本用來侍奉上帝的時間。早期修道院是由世俗中人來做勞力工作；藝術表現（手抄本圖解）受到高度重視；默想更被視為最神聖的工作。從

羅馬教堂外觀的石雕，就可以明顯看出這種等級制度。

到中世紀末期，人類開始渴望了解自然的律則，努力征服自然界。十三世紀的占星學有一個中心思想：「智者能掌控星辰。」文藝復興時期的人對世界明確採取積極的立場，像達文西、布魯諾（Giordano Bruno）、切利尼（Benvenuto Cellini）這些人都相信世界的存在是為了被轉化，重視工作（和技術）的概念。

十六世紀，卡爾文（John Calvin）提出一個神學體系，從此大幅影響西方對生活目標的態度。卡爾文相信人被上帝的恩典預定，或是被揀選，或是被咒詛。被揀選的人在直覺上知道自己注定被拯救，而且上帝要他們積極參與世上的事務。事實上，卡爾文認為世俗的成功就是上帝選民的記號。相反的，被咒詛的人則有失敗的塵世生活。

清教徒的傳統受到喀爾文影響，認為我們還沒有完全得到釋放，需要重視犧牲、努力工作、懷抱雄心、求取社會地位。工作被視為對神敬虔，魔鬼則使人懶於工作。國家被視為一艘小船，每一個人都是船員，必須划動自己的槳¹⁷；人或是划船，或是成為額外的行李——別人的寄生蟲。這種倫理觀對年輕、發展中的美國經濟活力非常有幫助，可是對那些不符合標準的人來說，卻會使人心懷內疚，覺得自己一無是處。

西方世界逐漸採納的世界觀認為有一個「目的」，是所有人努力的結果。人致力於達到一個目標，人的努力必須有某種「終點」，就好像佈道必須有寓意、故事，有令人滿意的結論。每件事都是為別的事做準備。葉慈抱怨道：「我想找到自己讀過的所有書，聽過的所有智慧之語，父母承受的各種焦慮……我擁有的各種願望，我生命之秤上所有夠分量的

生活，似乎都是為某種未曾發生的事做準備。」¹⁸

討論這種西方世界觀時，或許可以從美學借用一種有效的語言，或可做出對比。作曲時，有「序曲」（或是「準備」）和「主調」（或是「實現」）兩種曲調¹⁹。（在西方，我們以同樣的方式來看生活裡的活動：過去和現在都是為接下來的事做準備。）可是，接下來是什麼事呢？如果我們不相信永生，就會覺得生命完全是序曲，而沒有主調。（從這種信念之中自然會產生「無意義」、「無目的」的感傷。）

可是，我們必須記得，藝術並不是生活。藝術的不同之處，在於能提供「序曲」和「主調」的平衡，這是生活所沒有的方式。相信生活沒有實現目標就不完整，並不是存在事實的生活悲劇，而是西方的迷思，一種文化的產物。東方世界不認為生命有一個「目的」，或是有一個需要解決的問題；認為生命是一種被活出來的奧秘。印度聖哲奧修（Bhaqway Shree Rajneesh）大師說：「存在沒有目標，而是純粹的旅程。生命的旅程如此美麗，何必為終點煩惱？」²⁰ 生命正好發生，而我們正好被丟進其中。生命不需要任何理由。

心理治療的策略

本章一開始談到治療很重要的第一步，就是重組病人關於無意義的問題，以找出「干擾」的議題。缺乏意義的經驗可能是「代替品」，真正的問題是與死亡、無根、孤獨有關的焦慮；本書前幾章已經對這些問題做出仔細的分析，提出處理的方式。治療師藉著保持較不受文化影響的觀點來看意義，並幫助病人體會「意義」是相對的，常常對病人很有益

處。認為生命若是沒有明顯的目的，就是沒有價值的生命，這種看法是受限於文化的武斷假設。

還有什麼是治療師可用的技巧呢？我將回顧那些處理缺乏意義的臨床文獻，可是必須先說明一點，相關文獻非常少。除了零星的臨床報告描述規勸的技巧，以及法蘭克提供了一些膚淺的技巧，就沒有別的文獻資料了。

為什麼會這樣呢？也許是因為缺乏意義經常混雜了別的問題，或是衍生自別的問題（而不是基本問題），所以適合的技巧已經在其他相關背景加以描述；也可能缺乏意義是如此難解的問題，以致於發展不出成功的處理技巧，因此，治療師可能學會選擇性地忽略這個議題，只看見那些擁有答案的疑問。這種事態實在令人洩氣；可是對那些在臨床研究生涯尋找目標的臨床工作者，也可能是令人心動的機會。本章蒐羅各種關於缺乏意義的問題反思，試圖提供一種遠景，讓治療師建立全新、有創意的回應，來解決古老的問題。

治療師的「背景」

治療師處理死亡、自由、孤獨之類終極關懷造成的衝突時，（第一個動作就是「設定心理狀態」，處理缺乏意義的治療師也需要如此。）治療師必須增加對這個議題的敏感度，以不同的方式傾聽，了解個體生命意義的重要性。對許多病人而言，這個議題並不重要，他們的生活似乎充滿意義。可是對有些人而言，無意義感非常普遍而深刻。所以，治療師必須對意義敏銳，必須考量病人生活的整體焦點和方向。病人是否以任何方式超越自己，超越日常賴以維生的單調常規？我曾治療許多沈浸在加州式單身生活的年輕人，他們生活的特徵大部分是喜愛感官享受，投入聲色犬馬，追逐地位、名

聲和物質目標。除非能幫助他們把焦點放在某種超越這些追逐的事上，否則治療很難成功。

可是，怎麼做呢？治療師如何有效地重調焦點呢？如果治療師對生命意義的重要性有較高的敏感度，病人就能從治療師得到微妙的暗示，而同樣對這個議題敏感。治療師可以或明或暗地質疑病人的信念，深入詢問對另一個人的愛、長期的願望和目標，探討富有創造力的興趣和追尋。例如，我發現光是詢問病人過去曾以什麼創意來表現自己，就會很有收穫。

這些活動都是病人生活中不可或缺的，人如果想認識自己、重視自己，就必須學會找出這些部分，並加以重視。治療師為了「照顧」病人，就必須盡可能深入了解病人，包括了解這些追尋意義、提供意義的活動。我記得有一位年輕工程師，是非常孤獨的人，白天獨自工作，晚上和週末坐在私人電腦前，這幾乎佔據他全部的生活。我發現很難與他建立關係，他自我設限、枯燥無味、異常單調，我常常把他看成實驗室的小白鼠，在我的辦公室聞我的味道。我在治療時幻想搗爛他那台該死的電腦，把一些人帶進他的生活。我們似乎走到死胡同，我無法對他產生照顧的感覺，所以無法把他帶離孤獨的生活。最後，（我開始詢問他每晚坐在電腦前做什麼，他很不願意回答，因為覺得丟臉，認為自己大半生的孤獨、遁世、無止盡的徒勞，正象徵與他人的關係失敗。可是，他終於放開來談了兩個小時，非常詳細地描述他如何消耗時間。這幾次會談徹底改變了治療，我們終於了解「無意義」的徒勞其實是重要的創意表現，並不只是某種轉移或替代的活動。）結果這次分享使我們的關係更親近，他也願意和我分享其他重要的祕密。我逐漸幫助他接受別人進入他的生

kill
time

活，並不是取代他的創作，而是與他人分享他的創作。

去除反思

我在前一章引述法蘭克的名言：「快樂是自然產生的，無法追求而得。」我們越刻意尋求自我的滿足，它就越逃離我們；我們越實現某種超越自我的意義，快樂就越容易自然產生。治療師必須幫助病人把目光從自己身上移開。法蘭克談到一種特殊的技巧「去除反思」(dereflection)，就是要病人不再注視自己、自己的不安、精神官能症的來源，轉向他們不曾認識的人格部分，以及可資運用的意義。

去除反思的技巧很簡單，就是告訴病人不再把注意力集中在自己身上，尋找自身以外的意義。以下抄錄一段具有代表性的記錄，是法蘭克和一位罹患精神分裂症的十九歲女孩的會談：

法蘭克：你現在的狀態需要重建你的生活！可是沒有生活目標、沒有任何挑戰，就無法重建生活。

病人：我了解你的意思；可是令我迷惑的問題是：我內在到底發生了什麼事？

法蘭克：不要擔憂自己，不要詢問你的困擾來源，把這種事留給我們醫生。我們會引導你度過危機。你眼前不是有個令人心動的目標，要完成藝術作品嗎？你心裡不是醞釀許多事，許多未成形的藝術品、未完成的圖畫，等著被你創造嗎？就像以前一樣，想想這些事情。

病人：可是內心的混亂……

法蘭克：不要看你內心的混亂，把目光轉向等待你的

事。重要的不是潛藏在深處的事，而是在未來等著你、被你實現的事。我知道有某種緊張不安的危機使你困擾，可是我們不要火上添油，這是醫生的工作，把問題留給精神科醫師。不管怎麼說，不要看著自己，不要問自己內在發生了什麼事，去問問等著你完成的事是什麼。

病人：可是，我困擾的起源是什麼？

法蘭克：不要把注意力集中在這類問題，不論你的精神折磨背後有什麼病態過程，我們都會治療你。所以，不用擔心縈繞著你的奇怪感受，忽略它們，直到我們讓你擺脫它們。不要看著它們，不要和它們對抗²¹。

（對任何過度沈浸在自己裡面的病人，法蘭克都覺得長期向內探索焦慮的原因反而會使問題複雜化，結果使病人更沈浸在自己裡面而產生不良後果。）他認為治療師對這種病人採取的立場（並把這種立場傳達給病人），就是由於無法改變的因素（病人的家庭歷史、遺傳的焦慮、先天自主神經系統的不平衡等等），使病人注定會經歷高度的焦慮，除了服用藥物、投入運動或某種有助於改善情況的類似活動之外，病人就不能再做什麼來改善了。治療師必須把注意力放在病人對自身處境的態度，尋找對病人有用的意義²²。

上述短文描繪的特殊技巧似乎過於權威，恐怕不合許多當代美國治療師和病人的口味，也很難有效果。在某種程度上，這當然是文化的產品——大部分維也納人在傳統上非常尊敬專業頭銜和知識。可是它還有另一個問題——「訴諸權威」（「我們醫生會引導你度過危機」），最終會破壞個人的成

長，因為會阻礙人覺察和承擔責任的道路。

可是，法蘭克的觀點仍然有其道理：把病人的目光轉離自身，投向別處，常常是非常重要的。治療師必須找到方法幫助病人發展對他人的好奇和關心。團體治療特別適合這種嘗試。沈浸在自我裡面的自戀傾向，在團體中很快就被人注意，「只拿不給」的模式也必然成為關鍵的議題。治療師可以請病人仔細想想別人在那時做何感受；也可以用流暢、沒有結構的方式訓練病人對他人的同理心。在急性病症的團體中，我常常指定過度沈浸自我的病人負責介紹新成員，幫助他們表達自己的痛苦和人際關係的問題。

意義的洞察

法蘭克認為治療師必須了解人生的隨機悲劇事件，有某種條理情楚的模式、某種意義的型態。治療師常常需要別具慧眼，就如他在一個病例中的表現，一位年長、沮喪的家庭醫學科醫師，因為無法克服兩年前的喪妻之慟而找他諮商。我引述法蘭克的話：

我該怎麼幫助他？我該向他說什麼？好，我不要告訴他任何事，而是向他提出問題：「如果你先過世，你妻子獨自活下來的話，會發生什麼事？」他說：「喔，這對她實在太可怕了，她一定會很痛苦！」我隨之回答：「你看，她可以不必承受這種痛苦，是你使她不必承受這種痛苦；可是你要為此付出活下來哀悼她的代價。」他一句話也沒說，可是握握我的手，平靜地離開我的辦公室。²³

法蘭克舉另一個例子說明如何幫助病人找到自己的生命意義，下述摘錄是他與一位八十歲罹患癌症瀕臨死亡的婦女會談，她深陷憂鬱、充滿焦慮，覺得自己一無是處：

法蘭克：回顧一生，你想到什麼事？你的生命是否活得有價值呢？

病人：我必須承認自己擁有愉快的生活，生活其實很美好。我必須感謝上主給我的生活，我能看電影、聽音樂會等等。

法蘭克：你談到一些美妙的經驗，可是這一切都要結束了，不是嗎？

病人：（沈思）其實每一件事都要結束了……

法蘭克：當你接近生命的終點（她確知如此），會不會認為一生所有美好的事物都無關緊要、沒有價值？

病人：（仍然沈思）所有美好的事物……

法蘭克：請告訴我，有沒有人能消除你體驗過的快樂，有沒有人能抹殺它？

病人：（看著我）你說得對，沒有人能抹殺它！

法蘭克：有沒有人能抹殺你一生遇見的美好之事？

病人：（情緒越來越投入）沒有人能抹殺！

法蘭克：你實現和完成的事……

病人：沒有人能抹殺！

法蘭克：或是你勇敢誠實地承受的苦難，有任何人能把它從你的過去抹殺掉嗎？

病人：（感動流淚）沒有人能抹殺它！（過一會兒）這是真的，我受過那麼多苦，但我也試圖鼓起勇

氣、堅定不移地接受人生的打擊。你瞧，我以前把苦難當成懲罰。我信仰上帝。

法蘭克：可是，苦難有時不也是一種挑戰嗎？上帝不是想看看安娜斯塔西亞（即俄國的「真假公主」）如何承受苦難嗎？也許祂必須承認：「對，她非常勇敢地做到了。」告訴我，有沒有人能抹殺安娜斯塔西亞在世上的成就和造詣？

病人：當然沒有人抹殺得了！

法蘭克：人生重要的事就是成就、完成某件事，這正是你已做到的。你在痛苦中充分發揮了自己，以你承受自身痛苦的方式和態度成為病人的榜樣。我一方面因為這種成就恭賀你，同時也為你的同伴感到慶幸，他們有機會見證這種榜樣。²⁴

法蘭克說這次會談強化了病人的意義感，在剩下一週的生命中不再沮喪，死時充滿自豪和信心。

盧爾奇（Terry Zuehlke）和華金斯（John Watkins）做過一個治療十二位垂死病人的研究，以類似的方式強調意義的發展²⁵。作者在治療前後分別施予「生活目標測驗」（PIL），發現生活目標明顯增加。

治療師幫助病人找到的是什麼樣的意義呢？法蘭克強調每一個病人的意義都是獨特的，但從臨床記錄來看，他又向病人提出廣泛的暗示，或提供某種明顯的意義。他提供的意義包括我在本章提到的三種意義：創作成就、經驗，以及對苦難的態度。法蘭克強調創作成就或經驗時，會著重於過去的永恆性——成就和經驗都會儲存起來，永遠存在。當所有

意義都因當前的悲劇和苦難而失色時，法蘭克強調人仍然可以在面對命運時採取英雄姿態，從這種態度中找到意義。人的態度可以成為激勵他人的榜樣，包括對子女、親屬、朋友、學生，甚至病房的其他病人。人接受無法避免的苦難，或可視為欣然接受製造苦難的上帝。最後，面對命運的英雄姿態，本身就可以有意義，好似卡繆把人類對荒謬的最後反應稱為「高傲的反叛」一樣。

前述兩個病例描述典型的法蘭克治療技巧，他的技巧大有問題，理由就和他去除反思的技巧有問題一樣。他以權威的方式，向病人提供意義，但在這麼做時，卻沒有推動病人承擔全然的個人自主性。當檢視其他把焦點放在意義的治療師時，也會出現同樣的問題。

例如，榮格報告一個病例，就是明顯地向病人提出一個意義架構²⁶。這位病人是個年輕、接受精神分析、沒有信仰、富有知識的猶太女性，患有嚴重的焦慮性精神官能症。榮格詢問她的背景，了解她的祖父是位「拉比」（猶太教神職人員），是普遍被人視為擁有第三隻眼（second sight）的聖人，她和父親都斥為無稽。榮格自覺能看透她的精神官能症，並告訴她：「我現在要告訴你一件你可能無法接受的事，你的祖父確實是這樣的聖人……你父親背叛了這個祕密，轉身不理上帝。你會有精神官能症是因為上帝的憤怒臨到你身上。」榮格說這個詮釋「像一道閃電擊中她」。

當晚榮格做了一個夢：「我家裡舉辦一場宴會，這個女孩（病人）也來了，她走過來問我：『雨下得好大，你有沒有雨傘？』我找了一把雨傘，正要拿給她，可是發生了什麼事呢？我竟然跪著交給她，好像她是女神一樣。」

榮格的夢告訴他，病人並不只是表面的小女孩，她擁有

成爲聖者的素質，可是她的生活被導向輕浮、性愛和物質主義。她無法表現本質中最重要的特色，就是：「她其實是上帝的子女，命定要實現祂奧祕的意志。」榮格告訴病人這個夢（一如他平時的習慣），以及他對夢的詮釋。一週後，他記錄「精神官能症消失了。」（附帶一提，榮格很少報告成功的短期治療病例）。

寇森邦（Peter Koestenbaum）提供另一個例子，說明治療師如何明顯地指導病人走向某個目標²⁷。病人是一位三十出頭的男性，全然缺乏自我價值和個人的認同感，大部分是出於父母在童年時對他的忽視。他幾乎記不得八歲之前的生活，治療時一直爲失落的童年感到惋惜。治療師覺得有一個重要的方法可以讓病人重建失落的童年，並重新界定自己是有童年的人——就是生一個孩子。可是病人和妻子約定不要生小孩，所以治療師和病人另訂計畫，要病人到關懷幼童的機構服務。寇森邦說這個方法非常成功，接觸小孩使病人以不同的眼光看待自己和過去的歲月。一年後，病人和妻子決定生小孩，那時治療也成功地結束。

計畫好的意義

克倫堡（James Crumbaugh）報告一個治療酗酒者的系統化課程，是根據意義治療設計的兩週「速成課程」【註一】。他在課程中試圖以較不權威的方式，改善病人尋找意義的能力³¹。克倫堡假設人如果想在複雜的生活情境找出某種條理清楚的模式，就必須以廣泛的方式察覺細節和事件，然後把這些資料重組成某種全新的型態。因此，速成課程試圖擴展覺察能力，刺激創造性想像。

擴展覺察力的課程包括記錄視覺刺激的練習（例如，請

當事人看「羅夏墨跡測驗」（Rorschach）的卡片和海景畫後，幫助當事人回憶圖片的細節。）創造性想像的課程包括練習看一張螢幕上的圖片，把自己投射到圖片中，把圖片聯想成某種根據過去經驗而有的願望。

課程之前和之後（兩週後）的PIL測驗顯示生活目標的分數增加。可是追蹤的時間不夠長，而且無法確定結果的特異性；也就是說，不知道密集課程的哪個特色產生哪個結果。從視覺覺察力和創造性想像跳到覺察生命意義架構的推論，實在有太大的落差，無法令人輕易相信。可是，如果重複研究仍能得到正向結果的話，就值得對這個方法做更詳細

【註一】我在第十章談過，「意義治療」是法蘭克的心理治療取向，幫助病人重獲生命的意義。有一份《意義治療期刊》，一份意義治療通訊（標題是「從意義獲得健康」），有一所意義治療中心，還有幾個關於意義治療的測驗²⁸。不過，我先前曾暗示，我認爲並沒有完整的意義治療體系，意義治療是由幫助病人尋找意義時的臨場表現構成的。意義治療手冊談到兩種基本技巧：第一個就是去除反思，我已經討論過；第二個則稱做「矛盾意向（paradoxical intention）」²⁹，基本上是以症狀當處方的技巧，要求病人經驗並誇大其症狀。所以口吃的人就被要求故意口吃，畏懼症病人就誇大其畏懼，強迫性患者就更加強迫，病態性賭博的人就故意輸錢。矛盾意向是一種有趣的技巧，法蘭克在一九三八年首度描述這種技巧，比使用類似技巧的艾瑞克生、哈雷、傑克森、瓦茲拉維克³⁰還要早。有些證據顯示這個技巧在短期治療是有效的，可是我無法說服自己相信它和生命意義有關。矛盾意向幫助病人與自己的症狀分開，以冷靜甚至幽默的態度看待自己。更重要的是，能讓他們肯定自己能影響自身的症狀，甚至創造這些症狀。矛盾意向能使人承擔自身症狀的責任，就此而言，或許可以列入存在治療的領域；可是做為提供意義的技巧而言，仍然很不明顯。

的分析。

參與——缺乏意義的主要治療答案

容我暫時轉到第十章開始時的自殺遺書，我們並不知道這名男子的背景，可是有一點很明顯：他不在生活之中，把自己從生活移除，脫離到一個程度，使得人類的生命、活動、經驗都顯得荒謬而微不足道。即使在他短短寓言中的角色（搬磚塊的傻瓜），也因為自問為何搬運磚塊而與自己疏離，從那一刻起，他和遺書作者同樣迷失了。

跳脫生活太遠的過程，本身就有某種有害的東西。當我們從生活中抽離，成為疏離的旁觀者時，事物就不再重要。這個位置被哲學家稱為「銀河」³²或「星雲之眼」³³的觀點（或「宇宙」、「全球」觀點³⁴），從這位置來看，我們和相伴的生物都顯得渺小而愚蠢，我們只是無數生命形式中的一種，生活裡的活動看起來非常荒謬，豐富經驗的片刻在廣大無垠的時間中顯得微不足道，我們覺得自己是渺小的微塵，所有生命度過的時間，在宇宙時間裡有如彈指而過。

對治療師而言，銀河觀點實在是難以處理的問題。一方面，它的邏輯實在無懈可擊，畢竟，自我覺察、跳出自己、從遠處來看自己的能力，是人類最有價值的特質之一。人之所以為人，正是基於這個能力。在大多數情形下，更廣、更全面的觀點通常讓觀察者更客觀，可是這個特殊觀點卻會使生命活力枯竭。如果長期採取這個觀點，會使人灰心喪志，若是持續沈浸其中，還可能致命。

舉一個例子來說明，哲學的悲觀主義傳統就是衍生自「星雲之眼」的觀點，並導致十九世紀的首要代言人叔本華從這種距離觀看暫時的人生，而斷定為轉瞬即逝的目標努力

是毫無意義的，所以，快樂和目標都是達不到的，因為它們都是未來的幻影，或是消逝的過去。難怪他的結論是：「沒有任何事值得我們努力、付出、奮鬥……所有美好的事都是虛幻，世界已經走到盡頭，就像入不敷出的企業瀕臨破產一樣。」³⁵

能做什麼？治療師能提供什麼，以抵銷銀河觀點的有害影響呢？首先，「星雲之眼」的觀點必然導致叔本華的立場「沒有任何事是重要的，所以生命不值得活下去」嗎？這種論點在邏輯上是站不住腳的。一方面，如果沒有任何事是重要的，那麼「沒有任何事是重要的」本身也不重要了。納傑爾（Thomas Nagel）在一篇深入討論荒謬的文章中，以極度冷靜的方式指出，「星雲之眼」明顯看見的荒謬，並不是乍看之下所以為的災難，並不必然會造成極大的痛苦³⁶。納傑爾認為，採取「星雲之眼」觀點的能力，是人類最先進、最珍貴、最有趣的特質之一，會因此痛苦是我們自己造成的。如此沈重地背負這件事，顯示我們無法欣賞宇宙無足輕重的情形。對「星雲之眼」觀點的真正欣賞，是伴隨著我們的力量才能採取這種觀點的認識，使我們能「帶著啼笑皆非的心境」回歸荒謬的生活，而不是陷入絕望。

治療師還要注意另一個事實，就是在「銀河」觀點的「無關緊要」所產生的絕望，其下還有一件真正要緊的事。例如，叔本華雖然認為沒有任何事是重要的一「沒有任何事值得我們努力」—可是許多事對他是很重要的，比如說服別人相信凡事無關緊要；反對黑格爾的思想體系；一直積極寫作直到生命結束，將之化為哲學而不是自殺，對他都是重要的事。即使對那位寫下傻瓜搬運磚塊的自殺遺書的人，還是有重要的事——他試圖了解人類的處境，把他的結論告訴別

人。如果他在自殺前尋求我的幫助，我一定會試圖讓他了解自己尋找生命意義的部分是非常重要的。

巴赫提出另一個消解「銀河」觀點毒性的解藥；請記得那個觀點雖然會破壞意義³⁷，但並不是絕對的，只有當人處於那種宇宙觀點時，才會使事物變得沒有意義。這種時候佔了人生的一部分，但只是一部分。無意義感是一種經驗狀態，雖然如此強烈，以致於使過去、未來和現在的每一件事都變得沒有意義，但我們只有從「銀河」觀點看待一生時，才會如此。只有在那種觀點時，才需要「意義」來證明某件事的重要，在其他時候，事物的重要就只是因為它們重要。有些事對我們一直都是重要的。我盡可能清楚溝通這些觀念，這對我重要的事；在其他時候會有其他重要的事：關係、網球、閱讀、下棋、聊天。這些活動從「星雲之眼」的觀點來看，一點也不重要；它們並沒有和某種合一的整體連結起來，就真的一點也不重要了嗎？重要的事並不需要意義才顯得重要！

這個概念具有直接的治療意含：治療師必須幫助病人了解當前的懷疑（或採納新的意義架構），無損於過去重要之事的真實性。因此我聯想到三個病人，第一個曾當過二十五年的修女，後來失去信仰，於是離開神職，由於相信自己大半輩子「活在謊言中」，而加深了當前的憂鬱和疏離感。第二位病人在五十五歲開始寫詩，不久發現自己擁有極大的天賦，她在六十歲時因癌症垂死而找我治療，她為了「浪費」大半生當農婦、養兒育女、洗碗、挖馬鈴薯而深感怨恨，這些活動都不符合她當前的意義架構。第三位病人處於激烈的離婚風暴，結縈二十年的丈夫宣稱不曾愛過她，使她深感受傷。

這三位病人都因為領悟新的意義架構或深刻的懷疑狀態（亦即從「銀河觀點」來看一生），無損於存在其他時刻的重要事物，而得到幫助。修女逐漸了解她目前雖然缺乏信仰，但不能抹殺以前曾有的信仰，也不能抹殺她那時在不同意義體系中身為好老師的事實。詩人也在治療中了解過去的生活在當時對她有很大的意義，她曾撫養小孩、種植食物、和大自然的循環結合起來，然後孕育她的詩作，靜靜地萌芽。她今日的詩是一生的產物，因為她獨特的生活經驗形成特殊的風格，即使平凡如擦去馬鈴薯上的污泥，也在她充滿活力的詩句佔有一席之地。第三位病人也學到過去的重要事物不但沒有消失，而且非常珍貴，她大膽反駁丈夫，告訴他：「如果你和我共同生活二十年，卻不曾愛過我，那是你的悲劇！至於我，雖然現在不再愛你，但我曾深深愛你，把我一生最美好的時光花在你身上。」

參與生活：雖然這些對無意義狀態的哲學反駁，對心理治療有一些有趣的意含，可是缺乏效力，大部分心理治療的問題仍然存在。以治療產生改變的情形來說，光說道理是不夠的，治療師還需要更有力的方法。休謨在《人性論》（*Treatise*）中有一段著名的話指出了方向，他在「銀河觀點」沈思的結果，被重重疑雲所困擾（「哲學的憂鬱」）：

雖然道理無法驅散疑雲，但幸運的是，大自然本身就能滿足這個目的，以某些嗜好、生動的感官印象，消滅所有怪獸，治癒我的哲學憂鬱症。我用餐、玩西洋棋、聊天，與朋友愉快相處；經過三、四小時的消遣，我又回到這些沈思，它們顯得如此冷酷、緊張、荒謬，我的心無法再進入這些沈

思。³⁸

休謨以參與消解宇宙觀點固有的無意義感；參與也是沙特和卡繆的解決之道，縱身躍入承諾和行動。托爾斯泰也選擇這個解決方法，他說：「只有沈醉在生活之中，才可能活得下去【註二】。」參與也是治療師處理無意義的最有效方法。

我先前談到快樂主義的矛盾，我們越努力尋找快樂，快樂就越遠離我們。法蘭克認為快樂是意義的副產品，人的追尋必須直接針對意義的發現。我相信意義的追尋也同樣矛盾：我們越理性地尋找意義，就越找不到意義。人對意義所能提出的疑問，總是遠超過答案。

意義就像快樂，必須以拐彎抹角的方式追求。意義感是參與的副產品，參與並不能在邏輯上反駁「銀河觀點」提出的要命問題，卻能使那些問題不再重要。這就是維京斯坦（Wittgenstein）一句名言的意思，他說：「人生問題的解決之道，就在於問題的消逝無蹤。」⁴⁰

不論無意義的來源為何，治療的答案就是參與。全心參與任何活動，不只能消除「銀河觀點」的破壞力，也能使人以某種一致的方式，來增加完成生活事件模式的可能性。找到一個家、關懷其他人、找出構想或計畫、探索、創造、建立，所有參與的方式都有雙重回報：本身就非常豐富，又能減輕存在訊息無情轟炸所造成的不安。

所以，治療師的目標就是參與，並不是創造參與，也不

【註二】可是「宇宙」觀點的拉力對托爾斯泰太強大，所以他結束這段話時又說：「只要我們再度清醒，就會看見生活全是妄想，愚蠢的妄想。」³⁹

是鼓舞病人參與，這是治療師做不到的事，也不需要這麼做。參與生活的慾望一直在病人心裡，治療師的工作是移除阻礙病人的障礙。例如，是什麼阻止病人愛另一個人？為什麼在人際關係中這麼不滿足？有什麼情緒失調的扭曲，經常破壞他的關係？為什麼得不到工作上的滿足感？是什麼原因使病人找不到與資質相稱的工作，或是從現有的工作找不到樂趣？病人為什麼忽略自己在創作、宗教或自我超越方面的努力？

在這種背景下，治療師最重要的工具就是自己，治療師讓自己參與病人。就如我先前討論的方式，治療師以深刻、真誠的方式與病人建立關係，而指導病人參與別人。治療師做為承諾參與的榜樣，也可以成為病人認同的對象：治療師關心專業的使命、看重別人的成長、幫助他人以有創造力的方式尋找意義。

總結來說，治療師處理缺乏意義的疑問，第一步是分析疑問，去除其他成分的問題。許多「無意義」之下的問題其實屬於別的問題（或是文化的產物，或是屬於其他終極關懷：死亡、自由、孤獨），然後必須據此治療。「純粹」的缺乏意義，特別是採取疏離的銀河觀點而產生的無意義感，則最好以拐彎抹角的方式處理，透過參與來減輕銀河觀點的影響。

這種治療取向，與我先前描述其他終極關懷的處理大不相同。死亡、自由、孤獨都必須直接處理，可是遇到無意義時，有效的治療師必須幫助病人遠離問題——欣然接受參與的解決之道，而不是沈浸在缺乏意義的問題。就如佛陀的教導，生命意義的疑問是無益的，人必須讓自己沈浸在生命的水流，讓疑問隨流而逝。

後記

關於無意義的討論，使我全然繞回一開始的定義：存在治療是一種動力取向的治療，焦點放在根源於人類存在的關懷。我們每一個人都渴望長存、根據、社群和榜樣，卻都必須面對不可避免的死亡、無根、孤獨和無意義。存在治療所根據的精神病理模式，假定焦慮及其適應不良的結果，是對這四種終極關懷的反應。

雖然必須分開討論這四種終極關懷，可是它們在人身上是錯綜複雜地交織在一起的，形成治療的弦外之音。在病人和治療師的對話中，這些終極關懷組成了內容和過程，病人面對死亡、自由、孤獨和無意義，而成爲治療師詳盡詮釋的內容。即使這些主題沒有在治療中明顯浮現，仍然提供了一種處理方式，心理現象如意志、承擔責任、與治療師建立關係、投入生活，都是治療造成改變的關鍵過程。在許多治療體系中，常常把這些決定性的活動看成不重要的「灑入之物」。

存在治療迫使人注意其深植的本體論基石，即人類存在的最深層結構。也因為它以人爲本的基礎，在眾多治療典範中是唯一完全符合心理治療強烈個人性的典範，所以非常令人信服。此外，存在典範還有廣闊的延伸：蒐集、匯聚許多哲學家、藝術家和治療師的洞識，認識面對終極關懷時的痛苦與拯救。

然而它只是個典範，是一種只能由臨床效益來證明的心理學說。就像所有學說一樣，在它之後必然會出現其他具有更大詮釋力的學說。每一個沒有被官方機構過早蓋棺論定的臨床典範都是有機的，可以提供新奇的觀點，使原本隱而未顯的資料浮現，這些新的資料可以進而修正原本的典範。我認爲存在典範還只是根據臨床觀察而有的初步構想，這些臨

床觀察的來源、範圍和數量必然還很有限，我希望這個典範是有機的，不只臨床工作者證明現在的構想是有用的，而且能刺激必要的論述來修訂它，使它更為豐富。

第六章

1. J. Sartre, *Being and Nothingness*, trans. Hazel Barnes (New York: Philosophical Library, 1956), p. 633.
2. J. Sartre, *Nausea*, trans. Hazel Barnes (New York: New Directions, 1964), pp. 126-130.
3. *The Encyclopedia of Philosophy*, ed. P. Edwards, vol. IV (New York: Macmillan and Free Press, 1967), p. 308.
4. J. Russel, "Sartre, Therapy, and Expanding the Concept of Responsibility," *American Journal of Psychoanalysis* (1978) 38:259-69.
5. Sartre, *Being and Nothingness*, p. 566.
6. Sartre, cited in D. Follesdal, "Sartre on Freedom," in *Library of Living Philosophers*, ed. Paul Schilpp (Evanston: Northwestern University Press), forthcoming.
7. *Encyclopedia of Philosophy*, vol. V, pp. 416-19.
8. E. Fromm, *Escape from Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941).
9. R. Kogod, oral communication, 1974.
10. V. M. Gatch and M. Temerlin, "Belief in Psychic Determinism and the Behavior of the Psychotherapist," *Review of Existential Psychology and Psychiatry* (1965) 5:16-35.
11. M. Mazer, "The Therapeutic Function of the Belief in Will," *Psychiatry* (1960) 23:45-52.
12. F. Perls, cited in J. Russel, "Sartre, Therapy."
13. F. Perls and P. Baumgardner, *Legacy from Fritz* (Palo Alto, Calif: Science and Behavior Books, 1975), pp. 45-46.
14. A. Levitsky and F. Perls, "The Rules and Games of Gestalt Therapy," in *Gestalt Therapy Now*, ed. J. Fagan and Irma Lee Shepherd (Palo Alto: Science and Behavior Books, Inc., 1973), p. 143.
15. *Ibid.*, p. 98.
16. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (New York: Bantam Books, 1969), p. 80.
17. V. Frankl, *The Will to Meaning* (Cleveland, O.: New American Library, 1969), pp. 101-7.
18. J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson* (New York: W. W. Norton, 1973); and P. Watzlawick, J. Beavin, and D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication* (New York: W. W. Norton, 1967).
19. Perls and Baumgardner, *Legacy from Fritz*, p. 117.
20. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim*, p. 79.
21. *Ibid.*, p. 69-70.
22. Perls and Baumgardner, *Legacy from Fritz*, p. 44.
23. *Ibid.*, p. 44-45.

24. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim*, p. 79.
25. R. Drye, R. Goulding, and M. Goulding, "No Suicide Decision: Patient Monitoring of Suicidal Risk," *American Journal of Psychiatry* (1973) 130:171-74.
26. H. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, ed. L. Fierman (New York: Free Press, 1965).
27. *Ibid.*, p. 135.
28. *Ibid.*, p. 126.
29. *Ibid.*, p. 129.
30. H. Kaiser, "The Problem of Responsibility in Psychotherapy," *Psychiatry* (1955) 18:205-11.
31. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, pp. 159ff.
32. *Ibid.*, pp. 172-202.
33. W. Dyer, *Your Erroneous Zones* (New York: Avon Books, 1977).
34. *Ibid.*, p. 14.
35. W. Dyer, *Pulling Your Own Strings* (New York: Funk & Wagnalls, 1978).
36. G. Weinberg, *Self-Creation* (New York: Avon Books, 1978).
37. Dyer, *Your Erroneous Zones*, pp. 194-196.
38. *Ibid.*, pp. 214-15.
39. A. Lazarus and A. Fay, *I Can If I Want To* (New York: William Morrow, 1975).
40. N. Lande, *Mindstyles Lifestyles* (Los Angeles: Price, Stern, Sloan, 1976), pp. 135-46.
41. A. Bry, *EST — 60 Hours That Transform Your Life* (New York: Harper & Row, 1976), pp. 49-50.
42. *Ibid.*, p. 53.
43. L. Rhinehart, *The Book of EST* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1976), pp. 142-44.
44. Bry, *EST*, p. 59.
45. Rhinehart, *The Book of EST*, pp. 144-45.
46. Bry, *EST*, p. 61.
47. *Ibid.*, p. 71.
48. *Ibid.*, pp. 72-73.
49. *Ibid.*, p. 73.
50. *Ibid.*, p. 72.
51. *Ibid.*, p. 76.
52. *Ibid.*, pp. 72-73.
53. *Ibid.*, p. 128.
54. *Ibid.*, p. 129.
55. S. Fenwick, *Getting It: The Psychology of EST* (New York: J. P. Lippincott, 1976), p. 181.

56. R. Ryckman and M. Sherman, "Relationship between Self-Esteem and Internal-External Locus of Control," *Psychological Reports* (1973) 32:1106; and B. Fish and S. Karabenich, "Relationships between Self-Esteem and Locus of Control," *Psychological Reports* (1971) 29:784-87.
57. D. Kilpatrick, W. Dubin, and D. Marcotte, "Personality, Stress of the Medical Education Process and Changes in Affect Mood State," *Psychological Reports* (1974) 3:1215-23.
58. F. Melgas and A. Weisz, "The Personal Future and Suicidal Ideation," *Journal of Nervous and Mental Disease* (1971) 153:244-50; and H. Lefcourt, *Locus of Control* (New Jersey: Lawrence Erlbaum 1976), p. 148.
59. J. Rotter, "Generalized Expectancies for Internal vs. External Control of Reinforcement," *Psychological Monographs* (1966) 80 (1, whole #609) 7, 61, 166.
60. J. Easterbrook, *The Determinants of Free Will* (New York: Academic Press, 1978), p. 26.
61. M. Harrow and A. Ferrante, "Locus of Control in Psychiatric Patients," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1969) 33:582-89; and R. Cromwell, "Description of Parental Behavior in Schizophrenic and Normal Subjects," *Journal of Personality* (1961) 29:363-79.
62. J. Shybutt, "Time Perspective, Internal vs. External Control and Severity of Psychological Disturbance," *Journal of Clinical Psychology* (1968) 24:312-15; and C. Smith, M. Pryer, and M. Distefano, "Internal-External Control and Severity Emotional Impairment," *Journal of Clinical Psychology* (1971) 27:449-50.
63. C. Fersten, "A Functional Analysis of Depression," *American Psychologist* (1973) 28:857-70; P. Lewinsohn, cited in Lefcourt, *Locus of Control*; W. Miller and M. Seligman, "Depression and the Perception of Reinforcement," *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82:62-73; and L. Abramson and H. Sackeim, "A Paradox in Depression: Uncontrollability and Self-Blame," *Psychological Bulletin* (1977) 84:838-52.
64. M. Seligman, *Helplessness: On Depression, Development and Death* (San Francisco: W. H. Freeman, 1975).
65. M. Seligman and S. Maier, "Failure of Escape Traumatic Shock," *Journal of Experimental Psychology* (1967) 74:1-9; and J. Overmier and M. Seligman, "Effects of Inescapable Shock upon Subsequent Escape," *Journal of Comparative and Physiological Psychology* (1967) 63:23-33.
66. D. Hiroto, "Locus of Control and Learned Helplessness," *Journal of Experimental Psychology* (1974) 102:187-93.
67. D. Hiroto and M. Seligman, "Generality of Learned Helplessness in Man," *Journal of Personality of Social Psychology* (1975) 31:311-27.
68. D. Klein and M. Seligman, "Reversal of Performance Deficits and Perceptual Deficits in Learned Helplessness and Depression," *Journal of Abnormal Psychology* (1976) 85:11-26.

69. W. Miller and M. Seligman, "Depression and the Perception of Reinforcement," *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82:62-73.
70. Abramson and Sackeim, "A Paradox."
71. A. Beck, *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects* (New York: Harper & Row, 1967).
72. Abramson and Sackeim, "A Paradox."
73. Lefcourt, *Locus of Control*, pp. 96-109; and J. Phares, *Locus of Control in Personality* (Morristown, N.J.: General Learning Press, 1976), pp. 144-56.
74. Phares, *Locus of Control*; and C. Crandall, W. Katkovsky, and V. Crandall, "Children's Beliefs in Their Own Control of Reinforcement in Intellectual-Academic Situations," *Child Development* (1965) 36:91-109.
75. J. Gillis and R. Jessor, "Effects of Brief Psychotherapy on Belief in Internal Control," *Psychotherapy: Research and Practice* (1970) 7:135-37.
76. P. Dua, "Comparison of the Effects of Behaviorally Oriented Action and Psychotherapy Reeducation on Intraversion-Extraversion, Emotionality, and Internal vs. External Control," *Journal of Counseling Psychology* (1970) 17:567-72.
77. S. Nowick and J. Bernes, "Effects of a Structured Camp Experience on Locus of Control," *Journal of Genetic Psychology* (1973) 122:247-52.
78. M. Foulds, "Change in Locus of Internal-External Control," *Comparative Group Studies* (1971) 2:293-300; M. Foulds, J. Guinan, and R. Warehine, "Marathon Group: Change in Perceived Locus of Control," *Journal of College Student Personnel* (1974) 15:8-11; and M. Dianard and J. Shapiro, "Change in Locus of Control as a Function of Encounter Group Experiences," *Journal of Abnormal Psychology* (1973) 82:514-18.
79. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1975), pp. 77-98.
80. D. York and C. Eisman, unpublished study.
81. J. Dreyer, University of West Virginia, unpublished study.
82. M. Lieberman, N. Solow, G. Bond, and J. Reibstein, "The Psychotherapeutic Impact of Women's Consciousness-raising Groups," *Archives of General Psychology* (1979) 36:161-68.
83. L. Horowitz, "On the Cognitive Structure of Interpersonal Problems Treated in Psychotherapy," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1979) 47:5-15.
84. G. Helweg, cited in J. Phares, *Locus of Control*, p. 169.
85. R. Jacobsen, cited in Phares, *Locus of Control*, p. 169.
86. K. Wilson, cited in Phares, *Locus of Control*, pp. 169-70.
87. M. Lieberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973).
88. B. Skinner, cited in A. Bandura, *Social Learning Theory* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1977), p. 203.
89. L. Binswanger, *Sigmund Freud: Reminiscences of a Friendship*, trans.

- N. Guterman, (New York: Grune & Stratton, 1957), p. 90.
90. A. Bandura, "Presidential Address," delivered at the meeting of the American Psychological Association, New Orleans, August 1974.
91. Ibid.; and A. Bandura, "The Self System in Reciprocal Determinism," *American Psychologist* (1978) 33(4): 344-58.
92. Bandura, "Presidential Address," p. 633.
93. Epictetus, cited in H. Arendt, *Willing — The Life of the Mind*, vol. II (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1978), p. 29.
94. Sartre, *Being and Nothingness*, p. 629.
95. S. Freud, *The Psychopathology of Everyday Life*, vol. VI in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1960; originally published 1901), pp. 178-88.
96. O. Simonton, S. Matthews-Simonton, and J. Crieghton, *Getting Well Again* (Los Angeles: J. P. Tarcher, 1978).
97. I. Yalom and C. Greaves, "Group Therapy with the Terminally Ill," *American Journal of Psychiatry*, (1977) 134(4): 396-400; and D. Spiegel and I. Yalom, "Cancer Group," *International Journal of Group Psychotherapy* (1978) 28(2): 233-45.
98. I. Janis, *Psychological Stress* (New York: John Wiley, 1958).
99. V. Frankl, oral communication, 1972.
100. Yalom and Greaves, "Group Therapy"; and Spiegel and Yalom, "Cancer Group."
101. S. Freud, "New Introductory Lectures on Psychoanalysis," vol. XXII in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1964; originally published 1933), p. 66.
102. M. Buber, "Guilt and Guilt Feelings," *Psychiatry* (1957) 20:114-29.
103. M. Heidegger, *Being and Time*, trans. J. Macquarrie and E. Robinson (New York: Harper & Row, 1962), p. 327.
104. Ibid., p. 329.
105. Ibid., p. 330.
106. P. Tillich, *The Courage to Be* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1952), p. 52.
107. S. Kierkegaard, *The Sickness Unto Death* (New York: Doubleday, 1941), pp. 186-87.
108. M. Friedman, introduction to M. Buber, *Between Man and Man* (New York: Macmillan, 1965), p. xix.
109. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* (New York: Alfred A. Knopf, 1945).
110. R. May, ed., *Existential Psychology* (New York: Random House, 1969), p. 19.
111. R. May, *Art of Counseling* (Nashville, Tenn.: Abingdon Press, Apex Books, 1967), p. 70.
112. R. May, E. Angel, and H. Ellenberger, eds., *Existence* (New York: Basic Books, 1958), p. 52.

113. A. Maslow, *Toward a Psychology of Being* (Princeton, N.J.: D. Van Nostrand, 1962), p. 5.
114. M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper & Row, 1965), pp. 121-48.
115. G. Murphy, *Human Potentialities* (New York: Basic Books, 1958).
116. E. Fromm, *Man for Himself* (New York: Rinehart, 1947).
117. C. Buhler, "Maturation and Motivation," *Dialectica* (1951) 5:312-61.
118. G. Allport, *Becoming* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1955).
119. C. Rogers, *On Becoming a Person* (Boston: Houghton Mifflin, 1961).
120. C. Jung, *Modern Man in Search of a Soul* (New York: Harcourt, 1933).
121. Maslow, *Psychology of Being*, pp. 19-41.
122. K. Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: W. W. Norton, 1950).
123. *Ibid.*, p. 17.
124. Maslow, *Psychology of Being*, pp. 3-4.
125. J. S. Mill, cited in Arendt, *Willing*, p. 9.
126. St. Augustine, cited in Arendt, *Willing*, p. 98.
127. F. Kafka, *Tagebucher 1910-1923* (Germany: S. Fischer Verlag; New York: Schocken, 1948), p. 350.
128. F. Kafka, *The Trial* (New York: Modern Library, Random House, 1956), pp. 247-78.
129. J. Heuscher, "Inauthenticity, Flight from Freedom, Despair," *American Journal of Psychoanalysis* (1976) 36:331-7.
130. Kafka, *The Trial*, p. 266.
131. Kafka, cited in M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper & Row, 1965), p. 143.
132. Buber, *Knowledge of Man*, p. 143.
133. Heuscher, "Inauthenticity."
134. *Ibid.*
135. S. Kierkegaard, cited in R. May, *The Meaning of Anxiety*, rev. ed. (New York: W. W. Norton, 1977), p. 40.

第七章

1. A. Wheelis, "The Place of Action in Personality Change," *Psychiatry* (1950) 13:135-48.
2. A. Wheelis, "Will and Psychoanalysis," *Journal of Psychoanalytic Association* (1956) 4:285-303.
3. *Ibid.*
4. E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, vol. I (New York: Basic Books, 1953), p. 41.

5. S. Freud, cited in R. May, *Love and Will* (New York: W. W. Norton, 1969), p. 183.
6. May, *Love and Will*, p. 183.
7. S. Freud, *The Ego and the Id*, vol. XIX in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1961, originally published in 1923), p. 50.
8. May, *Love and Will*, p. 198.
9. T. Hobbes, cited in H. Arendt, *Willing*, vol. II in *The Life of Mind* (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1978), p. 23.
10. B. Spinoza, *The Chief Works*, ed. R. H. Elwes, vol. II (New York: Dover, 1951), p. 390.
11. May, *Love and Will*, pp. 197-98.
12. Aristotle, cited in Arendt, *Willing*, pp. 15-18.
13. Arendt, *Willing*, p. 32.
14. I. Kant, cited in Arendt, *Willing*, p. 6.
15. L. Farber, *The Ways of the Will* (New York: Basic Books, 1966), p. 27.
16. Wheelis, "Will and Psychoanalysis."
17. S. Arieti, *The Will to Be Human* (New York: Quadrangle Books, 1972), p. 2.
18. Wheelis, "Will and Psychoanalysis."
19. Arendt, *Willing*, p. 15.
20. A. Schopenhauer, *The World as Will and Representation* (Indian Hills, Col.: Falcon's Wing Press, 1958).
21. F. Nietzsche, cited in Arendt, *Willing*, p. 161.
22. Aristotle, cited in Arendt, *Willing*, p. 16.
23. Arendt, *Willing*, p. 13; and May, *Love and Will*, p. 243.
24. W. James, *Psychology* (Greenwich, Conn.: Fawcett, 1963), pp. 376-80.
25. E. Becker, *Denial of Death* (New York: Free Press, 1973).
26. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality* trans. J. Taft, (New York: Alfred A. Knopf, 1945).
27. *Ibid.*, p. 111.
28. *Ibid.*, p. 24.
29. *Ibid.*, p. 28.
30. O. Rank, "The Training of the Will and Emotional Development," *Journal of Otto Rank Associates*, (December 1967) 3:51-74.
31. *Ibid.*, p. 68.
32. *Ibid.*, p. 68.
33. *Ibid.*, p. 69.
34. Rank, *Will Therapy*, p. 230.
35. *Ibid.*, p. 7.
36. *Ibid.*, p. 9.
37. *Ibid.*, p. 12.
38. *Ibid.*, p. 8.
39. *Ibid.*, p. 11.

40. S. Tomkins, cited in R. May, *Love and Will* (New York: W. W. Norton, 1969), p. 194.
41. Wheelis, "Will and Psychoanalysis."
42. Rank, *Will Therapy*, p. 16.
43. *Ibid.*, p. 56.
44. L. Farber, *The Ways of the Will* (New York: Basic Books, 1966).
45. *Ibid.*, p. 8.
46. *Ibid.*, p. 15.
47. May, *Love and Will*, p. 197.
48. *Ibid.*, p. 211.
49. *Ibid.*, p. 243.
50. *Ibid.*, p. 211.
51. S. Freud, *Interpretation of Dreams*, vol. V in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1953; originally published in 1900), pp. 565-70.
52. *Ibid.*, pp. 550-572.
53. May, *Love and Will*, p. 210.
54. *Ibid.*, p. 211.
55. *Ibid.*, p. 218.
56. *Ibid.*
57. Rank, *Will Therapy*, p. 12.
58. H. Arendt, *Willing*, p. 158.
59. E. Keen, cited in May, *Love and Will*, p. 268.
60. May, *Love and Will*, p. 165.
61. J. Nemiah, "Alexithymia and Psychosomatic Illness," *Journal of Continuing Education and Psychiatry* (October 1978), pp. 25-38.
62. S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1955; originally published, 1895).
63. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1975), pp. 77-79.
64. S. Rose, "Intense Feeling Therapy," in *Emotional Flooding*, ed. P. Olsen (New York: Penguin Books, 1977), pp. 80-96.
65. T. Stampfl and D. Lewis, "Essentials of Implosive Therapy," *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 6:496-503.
66. A. Lowen, *Bioenergetics* (N.Y.: Coward, McCann & Geoghegan, 1975).
67. P. Olsen, *Emotional Flooding*, p. 77.
68. A. Janov, *The Primal Scream* (New York: G. P. Putnam, 1970).
69. J. P. Sartre, *The Age of Reason* (New York: Alfred A. Knopf, 1952), p. 144.
70. I. Yalom, Bloch, et al., "The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy," *Archives of General Psychiatry* (1977) 34:399-415.
71. D. Hamburg, oral communication, 1968.
72. F. Alexander and T. French, *Psychoanalytic Theory: Principles and Applications* (New York: Ronald Press, 1946).
73. F. Perls, *The Gestalt Approach and Eye-Witness to Therapy* (Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1973), p. 63.
74. *Ibid.*, pp. 63-64.
75. *Ibid.*, p. 68.
76. *Ibid.*, pp. 73-74.
77. *Ibid.*, p. 78.
78. F. Perls, *Gestalt Therapy Verbatim* (Toronto, New York and London: Bantam Books, 1971), p. 1.
79. E. Pohlster and M. Pohlster, *Gestalt Therapy Integrated* (New York: Brunner Mazel, 1973), p. 229.
80. May, *Love and Will*, p. 216.
81. J. Bugental, "Intentionality and Ambivalence," in *William James: Unfinished Business*, ed. R. MacLeod (Washington, D.C.: American Psychological Association, 1969), pp. 93-98.
82. *Ibid.*
83. M. Heidegger, *Being and Time*, trans. J. Macquarrie and E. Robinson (New York: Harper & Row, 1962), p. 158.
84. A. Camus, *The Fall and Exile in the Kingdom* (New York: Modern Library, 1965), p. 63.
85. S. Beckett, *En Attendant Godot* (Paris: Les Editions de Minuit, 1952); my translation.
86. W. James, *Principles of Psychology* (Greenwich, Conn.: Fawcett, 1963), chap. 26, pp. 365-401.
87. R. Goulding, "New Directions In Transactional Analysis: Creating an Environment for Redecision and Change," in *Progress in Group and Family Therapy*, eds. C. Sager and H. Kaplan (New York: Brunner Mazel, 1972), pp. 105-34.
88. J. Dusay and C. Steiner, "Transactional Analysis in Groups," in *Comprehensive Group Therapy*, eds. H. Kaplan and B. Sadock (Baltimore: William & Wilkins, 1971), pp. 198-240.
89. Goulding, "New Directions," pp. 110-112.
90. E. Erikson, *Childhood and Society*, 2nd ed. (New York: W. W. Norton, 1963).
91. J. Gardner, *Grendel* (New York: Ballantine Books, 1971), p. 115.
92. F. Estess, oral communication, 1977.
93. Heidegger, *Being and Time*, p. 310.
94. Wheelis, "Will and Psychoanalysis."
95. *Encyclopedia of Philosophy*, vol. I, p. 428.
96. E. Menaker, "Will and the Problem of Masochism," *Journal of Contemporary Psychotherapy* (1969), 1:186-226.
97. E. Jones and H. Gerard, *Foundations of Social Psychology* (New York: John Wiley, 1967), pp. 186-226.

98. L. Festinger, *A Theory of Cognitive Dissonance* (Evanston, Ill.: Row, Peterson, 1957).
99. Jones and Gerard, *Social Psychology*, pp. 193-94.
100. L. Rhinehart, *The Dice Man* (New York: William Morrow, 1971).
101. J. Bugental, "Someone Needs to Worry: The Existential Anxiety of Responsibility and Decision," *Journal of Contemporary Psychotherapy* (1967) 2:41-53.
102. R. White, "Motivation Reconsidered," *The Psychological Review* (1959) 66:297-333.
103. K. Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: W. W. Norton, 1950).
104. *Ibid.*, p. 17.
105. H. Greenwald, *Decision Therapy* (New York: Peter Wyden, 1973), p. 154.
106. Farber, *Ways of the Will*, p. 450.
107. Greenwald, *Decision Therapy*, p. 22.
108. *Ibid.*, p. 38.
109. May, *Love and Will*, pp. 236-37.
110. J. Frank, "Emotional Reaction of American Soldiers to an Unfamiliar Disease," *Archives of General Psychiatry* (1967) 17:416-427.
111. M. Leiberman, I. Yalom, and M. Miles, *Encounter Groups: First Facts* (New York: Basic Books, 1973), pp. 365-67.
112. R. Nisbett and T. Wilson, "Telling More Than We Can Know: Verbal Reports on Mental Process," *Psychological Reviews* (1977) 84:231-58.
113. Yalom, *Group Psychotherapy*, pp. 440-45.
114. S. Freud, "Constructions in Analysis," vol. XXIII in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1964; originally published in 1937), p. 259.
115. *Ibid.*, p. 266.
116. Rank, *Will Therapy*, p. 44.
117. M. Gatch and M. Temerlin, "Belief in Psychic Determinism and the Behavior of the Psychotherapist," *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, (1965) 5:16-35.
118. Rank, *Will Therapy*, p. 36.
119. E. Goffman, "The Moral Career of the Mental Patient," *Psychiatry* (1959) 22:123-42.
120. C. Rycroft, *Psychoanalysis Observed* (London: Constable, 1966), p. 18.

第八章

1. M. Heidegger, *Being and Time*, trans. J. Macquarrie and E. Robinson (New York: Harper & Row, 1962), p. 57.
2. S. Freud, "Inhibitions, Symptoms and Anxiety," vol. XX in *Standard*

- Edition* (London: Hogarth Press, 1959; originally published in 1929), pp. 119-23.
3. P. Mullahy, *Psychoanalysis and Interpersonal Psychiatry: The Contribution of Harry Stack Sullivan* (New York: Science House, 1970), p. 137.
4. C. Rogers, "The Loneliness of Contemporary Man as Seen in the Case of Ellen West," in *Review of Existential Psychology and Psychiatry* (1961) 1:94-101.
5. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 2nd ed. (New York: Basic Books, 1975), p. 80.
6. Rogers, "Loneliness of Contemporary Man"; F. Fromm-Reichman, "Loneliness," *Psychiatry* (1959) 22:1-16; H. Leiderman, "Intervention," *Psychiatry Clinics* (1969) 6:155-74; E. Josephson and M. Josephson, *Man Alone* (New York: Dell Books, 1962); J. Rubins, "On the Psychopathology of Loneliness," *American Journal of Psychoanalysis* (1964) 24:153-65; D. Reisman, R. Denny, and N. Glaser, *The Lonely Crowd* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1950); G. Moustakas, *Loneliness* (New York: Prentice-Hall, 1961); M. Wood, *Paths of Loneliness* (New York: Columbia University Press, 1953); A. Wenkert, "Regaining Identity through Relatedness," *American Journal of Psychoanalysis* (1961) 22:227-33; and W. Willig, "Discussion of A. Wenker paper," *American Journal of Psychoanalysis* (1961) 22:236-39.
7. T. Wolfe, *Look Homeward, Angel* (New York: Charles Scribner, 1929), p. 31.
8. Heidegger, *Being and Time*, p. 284.
9. M. Abrams et al., eds., Everyman, in *The Norton Anthology of English Literature*, vol. I (New York: W. W. Norton, 1962), pp. 281-303.
10. E. Fromm, *The Art of Loving*, (New York: Bantam Books, 1956), p. 7.
11. A. Camus, "La Mort dans l'âme," in *L'Envers et l'endroit* (Paris: Librairie Gallimard, 1937), pp. 87-88; passage translated by Marilyn Yalom.
12. R. Frost, "Desert Places," in *Complete Poems of Robert Frost* (New York: Henry Holt, 1949), p. 386.
13. K. Reinhardt, *The Existential Revolt* (New York: Frederick Ungar, 1952), p. 235.
14. Heidegger, *Being and Time*, p. 233.
15. *Ibid.*, p. 393.
16. H. Drefuss, "Commentary on Being and Time," unpublished manuscript, 1977.
17. F. Nietzsche, cited in M. Heidegger, *An Introduction to Metaphysics* (New York: Anchor Books, 1961), p. 29.
18. L. Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contributions of Hellmuth Kaiser* (New York: Free Press, 1965), p. 126.
19. E. Fromm, *Escape From Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941), p. 29.
20. O. Rank, *Will Therapy and Truth and Reality*, trans. J. Taft (New York:

- Alfred A. Knopf, 1945), p. 123.
21. J. Bugental, *The Search for Authenticity* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1965), p. 309.
 22. M. Buber, *Between Man and Man* (New York: Macmillan, 1965), p. 11.
 23. *Ibid.*, p. 175.
 24. M. Buber, *I and Thou* (New York: Charles Scribner, 1970), p. 69.
 25. *Ibid.*, pp. 76-79.
 26. Buber, *Between Man and Man*, p. xx.
 27. Buber, *I and Thou*, p. 54.
 28. *Ibid.*, p. 58.
 29. *Ibid.*, p. 62.
 30. Buber, *Between Man and Man*, p. 22-23.
 31. *Ibid.*, p. 19.
 32. *Ibid.*, p. 23.
 33. V. Frankl, "Encounter: The Concept and Its Vulgarization," *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* (1973) 1:73-83.
 34. Buber, *Between Man and Man*, p. 19.
 35. *Ibid.*, pp. 13-14.
 36. Buber, *I and Thou*, pp. 84-85.
 37. Hillel, cited in Buber, *I and Thou*, p. 85 n.
 38. M. Buber, *Between Man and Man*, pp. 1-2.
 39. A. Maslow, *Toward A Psychology of Being* (New York: D. Van Nostrand, 1968), pp. 21-22.
 40. *Ibid.*, p. 35.
 41. *Ibid.*, p. 36.
 42. *Ibid.*, pp. 42-43.
 43. E. Fromm, *Art of Loving* (New York: Bantam Books, 1963).
 44. *Ibid.*, p. 7.
 45. *Ibid.*, p. 15.
 46. *Ibid.*, p. 17.
 47. *Ibid.*, p. 34.
 48. *Ibid.*, p. 18.
 49. E. Fromm, *Man for Himself* (New York: Fawcett World Library, 1969), pp. 68-122.
 50. Fromm, *Art of Loving*, pp. 21-22.
 51. Buber, *I and Thou*, p. 67.
 52. Fromm, *Art of Loving*, p. 61.
 53. *Ibid.*, p. 39.
 54. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling/The Sickness unto Death*, trans. W. Lowrie (Garden City, N.Y.: Doubleday, Anchor, 1954), p. 177.
 55. L. Carroll, cited in J. Solomon, "Alice and the Red King," *International Journal of Psychoanalysis* (1963) 44:64-73.
 56. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Therapy* (New York: Basic

- Books, 1975), pp. 440-45.
57. S. Arieti, "Psychotherapy of Severe Depression," *American Journal of Psychiatry* (1977) 134:864-68.
 58. L. Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, op. cit., p. 131.
 59. *Ibid.*, p. 110.
 60. K. Bach, *Exit-Existentialism* (Belmont, Calif.: Wadsworth, 1973), p. 28.
 61. S. Kierkegaard, *Fear and Trembling/The Sickness unto Death*, p. 175.
 62. Fierman, *Effective Psychotherapy*, p. 120.
 63. Fromm, *Escape from Freedom*, p. 158.
 64. S. Freud, *The Psychopathology of Everyday Life*, vol. VI in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1960; originally published 1901), p. 158.
 65. E. Greenspan, "Fantasies of Women Confronting Death," *Journal of Consulting Psychology* (1975) 29:252-60.
 66. V. Soloviev, cited in E. Becker, *Angel in Armor* (New York: George Braziller, 1969), p. 5.
 67. S. Kierkegaard, *Either/or*, vol. I., trans. D. Swanson and L. Swanson (Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1944), pp. 297-443.
 68. Buber, *Between Man and Man*, pp. 29-30.
 69. M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper Torchbook, 1965), p. 77.
 70. A. Camus, *A Happy Death* (New York: Alfred A. Knopf, 1972), pp. 81-82.

第九章

1. B. Russell, *The Autobiography of Bertrand Russell* (London: Allen & Unwin, 1975), p. 209.
2. *Ibid.*, p. 146.
3. I. Yalom, *Theory and Practice of Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1975), pp. 78-83.
4. A. Whitehead, *Religion in the Making* (London: Cambridge University Press, 1962), p. 16.
5. E. Fromm, *The Art of Loving* (New York: Bantam Books, 1963), p. 94.
6. Moustakas, *Loneliness* (New York: Prentice-Hall, 1961), p. 47.
7. A. Camus, cited in M. Charlesworth, *The Existentialists and Jean-Paul Sartre* (Brisbane, Australia: University of Queensland Press, 1975), p. 5.
8. R. Hobson, "Loneliness," *Journal of Analytic Psychology* (1974) 19:71-89.
9. R. Bollendorf, unpublished doctoral dissertation, Northern Illinois University, 1976.
10. O. Will, oral communication, child psychiatry grand rounds, Stanford

- University, Department of Psychiatry, 1978.
11. L. Sherby, "The Use of Isolation in Ongoing Psychotherapy," *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, (1975) 12:173-74.
 12. I. Yalom, et al., "The Impact of a Weekend Group Experience on Individual Therapy," *Archives of General Psychiatry* (1977) 34:399-415.
 13. C. Truax and K. Mitchell, "Research on Certain Therapist Interpersonal Skills in Relation to Process and Outcome," in *Handbook of Psychotherapy*, A. Bergin and S. Garfield, eds. (New York: John Wiley, 1971), pp. 299-344; C. Rogers, "Empathic: An Unappreciated Way of Being," *Counseling Psychologist* (1975) 5(2): 2-10; C. Truax and R. Carkhuff, *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice* (Chicago: Aldine, 1967); G. Barrett-Lennard, "Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in Therapeutic Change," *Psychological Monographs* 76, no. 43 (whole no. 562), 1962; E. Fieder, "A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic, Non-Directive and Adlerian Therapy," *Journal of Consulting Psychology* (1950) 14:436-45; A. Bergin and L. Jasper, "Correlates of Empathy in Psychotherapy: A Replication," *Journal of Abnormal Psychology* (1969) 74:477-81; and A. Bergin and S. Solomon, "Personality and Performance Correlates of Empathic Understanding in Psychotherapy," in J. Hart and T. Tomlinson, eds., *New Directions in Client-Centered Therapy* (Boston: Houghton Mifflin, 1970), pp. 223-36.
 14. S. Standal and R. Corsini, eds., *Critical Incidents in Psychotherapy* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1959).
 15. *Ibid.*, p. 3.
 16. *Ibid.*, p. 41.
 17. *Ibid.*, p. 67.
 18. *Ibid.*, p. 90.
 19. *Ibid.*, p. 158.
 20. *Ibid.*, p. 178.
 21. S. Freud, *Studies on Hysteria*, vol. II in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1964, originally published in 1895).
 22. M. Buber, *The Knowledge of Man*, trans. M. Friedman and R. Smith (New York: Harper Torchbooks, 1965), p. 81.
 23. *Ibid.*, p. 82.
 24. I. Yalom and G. Elkin, *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy* (New York: Basic Books, 1974).
 25. H. Kaiser, *Effective Psychotherapy: The Contribution of Hellmuth Kaiser*, ed. L. Fierman (New York: Free Press, 1965), p. 152.
 26. K. Fisher, "Ultimate Goals in Therapy," *Journal of Existentialism: The International Quarterly of Existential Thought* (1967) 7:215-32.
 27. M. Buber, *The Knowledge of Man* (New York: Harper Torchbooks, 1965), pp. 171-72.
 28. C. Sequin, *Love and Psychotherapy* (New York: Libra, 1965), p. 113.
 29. *Ibid.*, p. 121.
 30. Buber, *Knowledge of Man*, p. 82.
 31. M. Buber, *I and Thou*, p. 179.
 32. Sequin, *Love and Psychotherapy* p. 123.
 33. M. Heidegger, *Being and Time*, (New York: Harper & Row, 1962), p. 158.
 34. Buber, *Knowledge of Man*, pp. 166-84.
 35. D. Rosenhan, "On Being Sane in Insane Places," *Science* (1973) 179:250-58.
 36. S. Freud, *Observations on Transference-Love*, vol. XII in *Standard Edition* (London: Hogarth Press, 1958; originally published in 1915), p. 169.
 37. *Ibid.*, p. 165.
 38. S. Ferenczi, cited in S. Foulkes, "A Memorandum on Group Therapy," British Military Memorandum, ADM, July 1945.
 39. R. Greenson and M. Wexler, "The Non-Transference Relationship in the Psychoanalytic Situation," *International Journal of Psychoanalysis* (1969) 50:27-39.
 40. A. Freud, "The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis," discussion, *Journal of American Psychoanalytic Association* (1954) 2:607-20.
 41. Greenson and Wexler, "Non-Transference Relationship."
 42. *Ibid.*
 43. Buber, *I and Thou*, pp. 84-85.

第十章

1. Anonymous, cited in H. Cantril and C. Bumstead, *Reflections on the Human Venture* (New York: New York University Press, 1960), p. 308.
2. L. Tolstoy, *My Confession, My Religion, The Gospel in Brief* (New York: Charles Scribner, 1929), p. 12.
3. *Ibid.*, p. 13.
4. *Ibid.*, p. 14.
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*, p. 20.
7. A. Camus, cited in A. Jaffe, *The Myth of Meaning in the Work of C. J. Jung* (London: Hodden & Stoughton, 1970), title page.
8. C. Jung, cited in Jaffe, *Myth of Meaning*, p. 130.
9. C. Jung, *Collected Works: The Practice of Psychotherapy*, vol. XVI (New York: Pantheon, Bollingen Series, 1966), p. 83.
10. V. Frankl, "The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy," *American Journal of Psychoanalysis* (1972) 32:85-89; V. Frankl, *The Will to Meaning* (New York: World, 1969), p. 90; and V. Frankl, *The Doctor and the Soul* (New York: Alfred A. Knopf, 1965), p. xi.
11. S. Maddi, "The Search for Meaning," in *The Nebraska Symposium on*

- Motivation* — 1970, ed. W. Arnold and M. Page (Lincoln: University of Nebraska Press, 1970), pp. 137-86.
12. S. Maddi, "The Existential Neurosis," *Journal of Abnormal Psychology* (1967) 72:311-25.
 13. B. Wolman, "Principles of International Psychotherapy" in *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1975) 12:149-59.
 14. N. Hobbs, "Sources of Gain in Psychotherapy," *American Psychologist* (1962) 17:742-48.
 15. *The Encyclopedia of Philosophy*, vol. IV, ed. P. Edwards, et al. (New York: Macmillan and Free Press, 1967), pp. 467-18.
 16. B. Pascal, cited in V. Frankl, *The Doctor and the Soul*, 2nd ed. (New York: Alfred A. Knopf, 1965), p. 31.
 17. V. Frankl, *Man's Search for Meaning* (Boston: Beacon Press, 1963), pp. 186-87.
 18. M. Maimonides, *The Guide of the Perplexed*, vol. II (Chicago, London: University of Chicago Press, 1963), pp. 634-36.
 19. Jung, cited in Jaffe, *Myth of Meaning*, p. 130.
 20. C. Jung, *Memories, Dreams, Reflections* (New York: Pantheon Books, 1961), pp. 255-56.
 21. G. Hegel, cited in Jaffe, *Myth of Meaning*, p. 145.
 22. R. Rilke, *Ausgewählte Werke*, vol. I (Leipzig: Iminsel-Verlag, 1930), p. 28; translation by Marilyn Yalom.
 23. T. Mann, cited in Jaffe, *Myth of Meaning*, p. 140.
 24. Teilhard de Chardin, *The Phenomenon of Man* (New York: Harper, 1959).
 25. C. Merchant, *The Death of Nature: Women, Ecology and Scientific Revolution* (San Francisco: Harper & Row, 1980).
 26. A. Pope, *The Selected Poetry of Pope*, ed. M. Price (New York: New American Library, 1978), p. 133.
 27. T. Dobzhansky, *The Biology of Ultimate Concern* (New York: New American Library, 1967), p. 132.
 28. P. Teilhard de Chardin, cited in Dobzhansky, *Biology of Ultimate Concern*, p. 137.
 29. A. Camus, *The Myth of Sisyphus and Other Essays* (New York: Alfred A. Knopf, 1955).
 30. A. Camus, *A Happy Death* (New York: Alfred A. Knopf, 1972).
 31. A. Camus, *The Stranger* (New York: Alfred A. Knopf, 1946).
 32. Camus, *Myth of Sisyphus*, p. 90.
 33. A. Camus, *The Plague* (New York: Modern Library, 1948).
 34. J. P. Sartre, cited in R. Hepburn, "Questions about the Meaning of Life," *Religious Studies* (1965) 1:125-40.
 35. J. P. Sartre, *No Exit and Three Other Plays* (New York: Vintage Books, 1955).

36. *Ibid.*, p. 91.
37. *Ibid.*, p. 92.
38. *Ibid.*
39. *Ibid.*, p. 94.
40. *Ibid.*, p. 94.
41. *Ibid.*, p. 105.
42. *Ibid.*, p. 108.
43. *Ibid.*, p. 121-122.
44. *Ibid.*, p. 123.
45. *Ibid.*, p. 124.
46. G. Allport, cited in V. Frankl, *Will to Meaning*, p. 66.
47. C. Jung, cited in Jaffe, *Myth of Meaning*, p. 146.
48. K. Jaspers, cited in Frankl, *Will to Meaning*, p. 38.
49. W. Durant, *On the Meaning of Life* (New York: Ray Long and Richard R. Smith, 1932), pp. 128-29.
50. *Ibid.*, p. 129.
51. I. Taylor, cited in S. Maddi, "The Strenuousness of the Creative Life," in I. A. Taylor and J. W. Getzels, eds., *Perspectives in Creativity* (Chicago: Aldine, 1975), pp. 173-90.
52. L. Beethoven, cited in M. Von Andics, *Suicide and the Meaning of Life* (London: William Hodge, 1947), p. 178.
53. A. Roe, "Changes in Scientific Activities with Age," *Science* (1965) 150:313-18.
54. M. Crosby, oral communication, 1979.
55. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death?* (New York: Prentice-Hall, 1976), pp. 37-38.
56. J. Brennecke and R. Amick, *The Struggle for Significance*, 2nd ed. (Beverly Hills, Calif.: Clencoe Press, 1975), pp. 9-10.
57. A. Maslow, *Toward a Psychology of Being* (N.J.: Van Nostrand, 1962), p. 147.
58. M. Buber, "The Way of Man According to the Teachings of Hasidism," in *Religion from Tolstoy to Camus*, ed. W. Kaufman (New York: Harper Torchbooks, 1961), pp. 425-41.
59. *Ibid.*, p. 437.
60. E. Erikson, *Childhood and Society*, 2nd ed. (New York: W. W. Norton, 1963), pp. 247-74.
61. G. Vaillant, *Adaptation to Life* (Boston: Little, Brown, 1977); R. Gould, "The Phases of Adult Life: A Study in Developmental Psychology," *American Journal of Psychiatry* (1972) 129:521-31; and D. Levinson, *The Seasons of a Man's Life* (New York: Alfred A. Knopf, 1978).
62. Erikson, *Childhood*, p. 267.
63. G. Vaillant, *Adaptation*, p. 228.
64. *Ibid.*, p. 232.

65. Ibid., p. 343.
66. N. Haan and J. Block, cited in G. Vaillant, op. cit., p. 330.
67. V. Frankl, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* (New York: Pocket Books, 1963).
68. V. Frankl, oral communication, 1971.
69. Frankl, *Will to Meaning*, p. 21.
70. V. Frankl, "Self-transcendence as a Human Phenomenon," *Journal of Humanistic Psychology* (1966) 6:97-107.
71. C. Buhler, "The Human Course of Life in Its Goal Aspects," *Journal of Humanistic Psychology* (1964) 4:1-17.
72. G. Allport, *Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality* (New Haven, Conn.: Yale University Press, 1955).
73. Frankl, *Man's Search*, p. 166.
74. Frankl, "Self-transcendence."
75. W. Frankena, *Ethics* (New York: Prentice-Hall, 1973), p. 86.
76. A. Watts, *The Meaning of Happiness* (New York: Perennial Library, Harper & Row, 1940), p. vi.
77. Frankl, *Man's Search for Meaning*, p. 154.
78. A. Ungersma, *The Search for Meaning* (Philadelphia, Pa.: Westminster Press, 1961), pp. 27f.
79. Frankl, "Self-transcendence."
80. Frankl, *Man's Search for Meaning*, p. 155.
81. Ibid., p. 154.
82. Frankl, *Will to Meaning*, p. 70.
83. V. Frankl, cited in J. Fabry, *The Pursuit of Meaning* (Boston: Beacon Press, 1968), p. 40.
84. Ibid., p. 44.
85. Frankl, *Will to Meaning*, p. 21.
86. S. Bloch et al., "Outcome in Psychotherapy Evaluated by Independent Judges," *British Journal of Psychiatry* (1977) 131:410-14; and G. Bond, et al., "The Evaluation of the 'Target Problem' Approach to Outcome Measures," *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1979) 16(1): 48-54.
87. J. Gardner, doctoral dissertation, University of Chicago, 1977.
88. S. Freud, cited in Edwards, "Meaning and Value," p. 477.
89. Frankl, *Will to Meaning*, p. 84.
90. J. Crumbaugh, "Frankl's Logotherapy: A New Orientation in Counseling," *Journal of Religion and Health* (1971) 10:373-83.
91. Ing. Alois Habinger, cited in V. Frankl, "The Feeling of Meaninglessness: A Challenge to Psychotherapy," *American Journal of Psychoanalysis* (1972) 32:85-89.
92. Maddi, "Search for Meaning"; Maddi, "Existential Neurosis"; and S. Kobasa and S. Maddi, "Existential Personality Theory," in *Current Personality Theory*, ed. R. Corsini (Itasca, Ill.: Peacock Books, 1979).

93. S. Maddi, oral communication, 1979.
94. S. Maddi, S. Kobasa, and M. Hoover, "The Alienation Test," *Journal of Humanistic Psychology* (1979) 19(4): 73-76.
95. Maddi, "Search for Meaning."
96. J. Pike, *Beyond Anxiety* (New York: Charles Scribner, 1953).
97. J. Crumbaugh and L. Maholick, "An Experimental Study in Existentialism: The Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis," *Journal of Clinical Psychology* (1964) 20:200-207.
98. J. Braun and G. Dolmino, "The Purpose in Life Test," in *The Seventh Mental Measurements Yearbook*, ed. O. K. Buros (Highland Park, N.J.: Gryphon Press, 1978), p. 656.
99. Ibid.
100. Ibid.
101. J. Battista and R. Almond, "The Development of Meaning in Life," *Psychiatry* (1973) 36:409-27.
102. C. Garfield, "A Psychometric and Clinical Investigation of Frankl's Concept of Existential Vacuum and of Anomie," *Psychiatry* (1973) 36:396-408.
103. Braun and Domino, "Purpose in Life Test."
104. Ibid.
105. J. Crumbaugh, "Cross-Validation of Purpose in Life Test," *Journal of Individual Psychology*, (1968) 24:74-81.
106. M. Familetta, "A Comparison of the Meaning and Purpose in Life of Delinquent and Non-delinquent High School Boys," United States International University, *Dissertation Abstracts International* Sept. 1975 vol. 36(3-A), 1825.
107. B. Padelford, "Relationship between Drug Involvement and Purpose in Life," San Diego State University, *Journal of Clinical Psychology* (1974) 30(3): 303-5.
108. Crumbaugh, "Cross-Validation."
109. Ibid.
110. Crumbaugh, "Frankl's Logotherapy."
111. R. Jacobson, D. Ritter, and L. Mueller, "Purpose in Life and Personal Values among Adult Alcoholics," *Journal of Clinical Psychology* (1977) 33(1) 314-16.
112. B. Sheffield and P. Pearson, "Purpose in Life in a Sample of British Psychiatric Outpatients," *Journal of Clinical Psychology* (1974) 30(4) 459.
113. D. Sallee and J. Casciani, "Relationship between Sex Drive and Sexual Frustration and Purpose in Life," *Journal of Clinical Psychology* (1967) 32(2) 273-75.
114. J. Thomas and E. Weiner, "Psychological Differences among Groups of Critically Ill Hospitalized Patients, Noncritically Ill Hospitalized Patients and Well Controls," *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (1974) 42(2) 274-79.
115. J. Crandall and R. Rasmussen, "Purpose in Life as Related to Specific

- Values," *Journal of Clinical Psychology* (1975) 31(3) 483-85.
116. Ibid.; and D. Soderstrom and E. Wright, "Religious Orientation and Meaning in Life," *Journal of Clinical Psychology* (1977) 33(1) 65-68.
117. J. McCarthy, "Death Anxiety, Intrinsicness of Religion and Purpose in Life among Nuns and Roman Catholic Female Undergraduates," *Dissertation Abstracts International* (1975) vol. 35(11-B), 5646.
118. P. Pearson and B. Sheffield, "Purpose in Life and Social Attitudes in Psychiatric Patients," *Journal of Clinical Psychology* (1975) 31(2) 330-32.
119. J. Crumbaugh, Sister Mary Raphael, and R. Shrader, "Frankl's Will to Meaning in a Religious Order," *Journal of Clinical Psychology* (1970) 21(2) 206-7.
120. McCarthy, op cit.; and J. Blazer, "The Relationship between Meaning in Life and Fear of Death," *Psychology* (1973) 10(2) 33-34.
121. L. Doerries, "Purpose in Life and Social Participation," *Journal of Individual Psychology*, (1970) 26(1): 50-53; and R. Matteson, "Purpose in Life as Related to Involvement in Organized Groups and Certain Sociocultural Variables," *Dissertation Abstracts International* (1975) vol. 35(8-BO): 4147-48.
122. Matteson, "Purpose in Life."
123. A. Butler and L. Carr, "Purpose in Life through Social Action," *Journal of Social Psychology* (1968) 74(2) 243-50.
124. D. Sharpe and L. Viney, "Weltanschauung and the Purpose in Life Test," *Journal of Clinical Psychology* (1973) 29(4) 489-91.
125. Matteson, "Purpose in Life."
126. G. Sargent, "Motivation and Meaning: Frankl's Logotherapy in the Work Situation," *Dissertation Abstracts International* (1973) vol. 34(4-B), 1785.
127. Garfield, "Psychometric and Clinical Investigation."
128. Padelford, "Drug Involvement and Purpose in Life."
129. Crumbaugh, "Cross-Validation."
130. Sheffield and Pearson, "Purpose in Life and Social Attitudes."
131. Battista and Almond, "Development of Meaning."
132. M. Carney and B. Sheffield, "The Effects of Pulse ECT in Neurotic and Endogenous Depression," *British Journal of Psychiatry* (1974) 125:91-94.

第十一章

1. V. Frankl, "What Is Meant by Meaning.," *Journal of Existentialism* (1966) 7:21-28.
2. Ibid.
3. C. Kluckholm, "Values and Value-Orientations in the Theory of Action," in *Toward A General Theory of Action*, ed. T. Parsons and E. Shils (Cambridge, Mass.; Harvard University Press, 1951), p. 396.
4. Ibid., pp. 388-434.

5. L. Tolstoy, *My Confession, My Religion, The Gospel in Brief* (New York: Charles Scribner, 1929), p. 20.
6. Ibid., p. 185.
7. B. Russell, *A Free Man's Worship* (Portland, Me.; T. B. Mosher, 1927).
8. E. Becker, *Escape from Evil* (New York: Free Press, 1975), p. 3.
9. V. Frankl, *Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy* (New York: Pocket Books, 1963), p. 192.
10. D. Hume, cited in A. Flew, "Tolstoi and the Meaning of Life," *Ethics* (1963) 73:110-18.
11. B. Wolman, "Principles of Interactional Psychotherapy," *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (1975) 12:149-59.
12. Frankl, *Man's Search*, p. 176.
13. E. Fromm, *Escape From Freedom* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1941), p. 13.
14. D. Suzuki, "East and West," in E. Fromm, D. Suzuki, and R. DeMartino, *Zen Buddhism and Psychoanalysis* (New York: Harper & Row, 1960), pp. 1-10.
15. Matthew 6:26 (King James' Version).
16. Luke 12:27 (King James' Version).
17. J. Brennecke and R. Amick, *The Struggle for Significance* (Beverly Hills, Calif.: Glencoe Press, 1975), p. 143.
18. W. B. Yeats, cited in R. Hepburn, "Questions about the Meaning of Life," *Religious Studies* (1965) 1:125-40.
19. Hepburn, "Questions."
20. B. Rajneesh, cited in B. Gunther, *Dying for Enlightenment* (New York: Harper & Row, 1979).
21. V. Frankl, "Fragments from the Logotherapeutic Treatment of Four Cases," in *Modern Psychotherapeutic Practice*, ed. A. Burton (Palo Alto, Calif.: Science and Behavior books, 1965), pp. 365-67.
22. Personal communication, 1970.
23. Frankl, *Man's Search*, pp. 143-44.
24. Ibid., pp. 368-70.
25. T. Zuehlke and J. Watkins, "The Use of Logotherapy with Dying Patients: An Exploratory Study," *Journal of Clinical Psychology* (1975) 31:729-32.
26. C. Jung, *Memories, Dreams, Reflections* (New York: Pantheon Books, 1961), pp. 139-40.
27. P. Koestenbaum, *Is There an Answer to Death* (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1976), p. 81.
28. A. Ungersma, *The Search for Meaning* (Philadelphia: Westminster Press, 1961), p. 27f.; J. Fabry, *The Pursuit of Meaning* (Boston: Beacon Press, 1969); and J. Crumbaugh, *Everything to Gain* (Chicago: Nelson Hall, 1973).
29. V. Frankl, *The Doctor and the Soul* (New York: Alfred A. Knopf,

1965), pp. 221-53.

30. M. Erickson, "The Use of Symptoms as an Integral Part of Hypnotherapy," *American Journal of Clinical Hypnosis* (1965) 8:57-65; J. Haley, *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton Erickson* (New York: W. W. Norton, 1973); and P. Watzlawick, J. Beavin, and D. Jackson, *Pragmatics of Human Communication* (New York: W. W. Norton, 1967).

31. J. Crumbaugh, "Frankl's Logotherapy: A New Orientation in Counseling," *Journal of Religion and Health* (1970) 10:373-86.

32. D. Follesdal, oral communication, 1979.

33. T. Nagel, *Mortal Questions* (London: Cambridge University Press, 1979), p. 21.

34. K. Bach, *Exit-Existentialism: A Philosophy of Self-Awareness* (Belmont, Calif.: Wadsworth, 1973), p. 6.

35. A. Schopenhauer, cited in *The Encyclopedia of Philosophy*, vol. IV, ed. P. Edwards, et al. (New York: Macmillan, 1967), p. 468.

36. Nagel, *Mortal Questions*, p. 22.

37. Bach, *Exit-Existentialism*, p. 7.

38. Hume, cited in Nagel, *Mortal Questions*, p. 20.

39. Tolstoy, *My Confession*, p. 16.

40. L. Wittgenstein, *Tractatus Logico-Philosophicus*, trans. D. Pears and B. McGuinness (London and Henley: Routledge & Kegan Paul, 1961), p. 73.

NB4	與孩子分享自然	180元		Y44	當下最美好	150元	
NB5	探索大地之心	180元		Y46	祝你聖誕快樂	180元	
NB6	細說生命華采——愛默森的自然文選	160元		Y47	祝你生日快樂	150元	
NB7	學做自然的孩子——國家公園之父繆爾如何觀察自然	180元		Y48	祝你天天快樂	150元	
NB8	國家公園之父：蠻荒的繆爾	250元		Y49	給我親愛朋友	150元	
NB9	你也可以帶孩子和自然玩	210元		Y50	當所愛遠逝	150元	
NB10	樂遊自然天地——與孩子共享自然的六十種遊戲	220元		Y51	讓憤怒野一回	150元	
	心靈美學系列	定價	備註	Y52	給壓力一個出口	150元	
Y10	小鎮人家	110元		Y53	勇敢向前行	150元	
Y11	十月的笛	110元		Y54	好好過日子	150元	
Y12	森林小語	110元		Y55	活出真性情	150元	
Y13	蘋果樹	110元		Y56	寶貝你的學生	150元	
Y14	疼惜自己	100元		Y57	給工作中的你	150元	
Y15	玩得寫意	100元		Y58	給我親愛家人	150元	
Y16	彼此疼惜	100元		Y59	給獨一無二的你	150元	
Y17	老神在哉	100元		Y60	記得照顧自己	150元	
Y18	和上蒼說話	100元		Y61	祝你早日康復	150元	
Y19	心中的精靈	100元		Y62	親親我的寶貝	150元	
Y20	新鮮上班族	100元		Y63	親親我的媽咪	150元	
Y21	聽心兒說話	100元		Y64	阿保的童話(修訂版)	140元	
Y22	美麗心世界	100元		Y65	小鎮人家(修訂版)	140元	
Y23	與人接觸	110元		Y66	十月的笛(修訂版)	140元	
Y24	心的面貌	110元		Y67	森林小語(修訂版)	140元	
Y25	沈思靈想	100元		Y68	蘋果樹(修訂版)	140元	
Y26	尊重自己	100元		Y69	森林的童話	160元	
Y27	寬恕樂陶陶	100元		Y70	會哭的男人很可愛	150元	
Y28	簡樸活得好	100元		Y71	跟沮喪說 bye bye	150元	
Y29	善待此一身	100元		Y72	葛葉的訊息	160元	
Y30	自在女人心	100元		Y73	夏日的魔法	160元	
Y31	接納心歡喜	100元		Y74	幸福的滋味	200元	
Y32	喜樂好心情	100元		Y75	別讓自己白白受苦	150元	
Y33	熊族寓言	140元		Y76	平安在我心	150元	
Y34	擁抱情愛	140元		Y77	時時心感恩	150元	
Y35	樹香——人與自然的對話	140元		Y78	離開祕密花園	150元	
Y36	舞蝶——人與自然的對話	140元		Y79	走進萬花筒	150元	
Y37	享受寧靜——雅肯靜坐心理學	160元		Y80	因為愛，我和你	180元	
Y38	噢噢熊的無為自在	160元		Y81	因為愛，我自己	180元	
Y39	小小豬的謙弱哲學	200元			四、有聲專輯		
Y40	噢噢熊的減肥秘笈	160元			錄影帶系列	定價	拍攝
Y41	噢噢熊的逍遙遊	160元		VT1	西藏生死書49天生死之旅(上)	1600元	日本
Y42	老友薩的幽默自處	160元			前往清淨的國度(下)		NHK

·此書目之定價若有錯誤，應以版權頁之價格為準。
·讀者服務專線：(02) 2218-8811 傳真：(02) 2218-0805



教育輔導 N56

存在心理治療 (下) —— 自由、孤獨、無意義

Existential Psychotherapy

作者 → 歐文·亞隆 (Irvin D. Yalom)

譯者 → 易之新

責任編輯 → 許素華

封面設計 → 莊士展

發行人 → 李鍾桂

總經理 → 黃宏榮

出版者 → 張老師文化事業股份有限公司 Living Psychology Publishers

郵撥帳號：18395080

10647 台北市大安區羅斯福路三段 325 號地下一樓

電話：(02)2369-7959 傳真：(02)2363-7110

E-mail：service@lppc.com.tw

讀者服務：23141 台北縣新店市中正路 538 巷 5 號 2F

電話：(02)2218-8811 傳真：(02)2218-0805

E-mail：sales@lppc.com.tw

網址：http://www.lppc.com.tw (讀家心聞)

登記證 → 局版北市業字第 1514 號

初版 1 刷 → 2003 年 10 月

初版 5 刷 → 2005 年 10 月

ISBN / 957-693-570-9

定價 → 380 元

法律顧問 → 林廷隆律師

排版 → 帛格有限公司

印刷製 → 永光彩色印製股份有限公司

國際中文授權 / 博達著作權代理公司

EXISTENTIAL PSYCHOTHERAPY by Irvin D. Yalom

Copyright © 1980 by Yalom Family Trust

Complex Chinese translation copyright © 2003

by Living Psychology Publishers

Published by arrangement with Basic Books, a subsidiary of Perseus Books L.L.C.

through Bardou-Chinese Media Agency

All Rights Reserved.



* 如有缺頁、破損、倒裝，請寄回更換 * 版權所有，翻印必究 Printed in Taiwan

廣告回函
北區郵政管理局登記證
北台字第 1809 號
免貼郵資

106 台北市大安區羅斯福路三段325號地下一樓
張老師文化公司 收

【張老師文化之友】

地址：□□□□ 市(縣) 鄉(鎮) / 市(區) 路/街 段 弄 號 樓/至

電話：(0) (H) 傳真：