

慈濟大學人文臨床與療癒計畫電子報

本計畫由**教育部顧問室**支持／補助

執行單位：慈濟大學人文社會學院人文臨床與療癒研究室

主 持 人：余德慧 慈濟大學宗教與文化研究所 教授

共同主持人：余安邦 中央研究院民族學研究所 副研究員

林安梧 慈濟大學宗教與文化研究所 教授兼所長

汪文聖 政治大學哲學系 教授兼主任

李維倫 東華大學諮商與臨床心理學系 副教授

執行編輯：高郁絜／人文臨床與療癒社群信箱：humanistic.healing@gmail.com

聯絡方式：專案助理 吳明鴻 專線電話 03-856-6423／03-857-2677#3164

台灣 970 花蓮縣花蓮市介仁街 67 號 慈濟大學人文社會學院人文臨床與療癒研究室

- 頭條新聞 [「人文臨床與療癒」計畫總結研討會民國 100 年 1 月 15、16 日於慈大召開](#)
- 哲學諮商專題
 - ◎主題文章一 [〈德性與幸福的生活方式：麥金泰爾的德行論在諮商中的應用〉](#) 尤淑如
 - ◎主題文章二 [〈溫哥華的哲學家咖啡館〉](#) Peter Raabe 著、林靜秀 譯
 - ◎論壇花絮 [〈責難罹病者：精神疾病與社會正義〉](#) 會議論文暨演講記錄
- 後山迴響 [記〈氣機導引工作坊〉](#) 翁宗裕
- 好書介紹 [《好走：臨終時刻的心靈轉化》](#) [凱思林·辛 著]
[《幻想與無意識》](#) [Jean Laplanche 等 著]
[《黑暗托馬》](#) [莫里思·布朗修 著]
[《1933：一個猶太哲學家的德國回憶》](#) [卡爾·洛維特 著]
- 相關活動 [【倫理的生活著】](#) 迷你講座
[【真實動作舞蹈治療】](#) 工作坊
[【英美哲學觀點下的中國哲學研究】](#) 國際學術研討會
[【社會學如何研究藝術】](#) 陽明藝文工作坊
[【第四屆東亞現象學圈】](#) 國際學術研討會
[【生涯諮商本土化：融合直觀與理性的自製職業組合卡】](#) 專業訓練工作坊
- 近期活動

[元亨書院將於民國 100 年 1 月 3 日起在花蓮開講](#)

[第二屆本土心理學研習營將於民國 100 年 1 月 21、22 日在清大教育館舉行](#)

[【銘傳大學開創新視野：心理學次領域間的對話與合作】學術暨實務研討會將於民國 100 年 3 月 18 日在銘傳大學基河校區舉行](#)

[【建國百年宗教回顧與展望】國際學術研討會於民國 100 年 5 月 14、15 日在中研院舉行](#)

編輯室

迎接民國 100 年，本期人文臨床與療癒端出「哲學諮商專題」這道年菜，從頭條新聞「人文臨床與療癒」計畫總結研討會的會議緣起，余德慧教授以哲學諮商作為「**學科返回自身原點後折返回當下**」作為破題。輔大天主教學術研究院尤淑如老師以〈德性與幸福的生活方式：麥金泰爾的德行論在諮商中的應用〉將哲學德行論如何用於心理諮商做了精闢的解說。隨後，加拿大菲沙谷大學 Peter Raabe 教授特別為本研究案撰文介紹他所發起的哲學咖啡屋在加拿大的發展情況；專題的最後是 Raabe 教授去年 10 月在慈大的演講〈責難罹病者：精神疾病與社會正義〉，先呈現演講論文後呈現現場討論之紀錄，十分精采。

後山迴響部分，翁宗裕同學記〈氣機導引工作坊〉，是對去年 11 月 27 日鄧美玲老師來花蓮帶領我們進行氣機導引的身體指導，所書寫關於身體經驗的描述與心得。

慈濟大學「人文臨床與療癒」的計畫走了一年半載，感謝各位師友的支持、協助與貢獻。值此計畫總結之際，我們將舉辦「人文臨床與療癒計畫總結討論會」，以各學科的觀點，對「人文臨床學」進行結論式的對話，盼能從諸人文學科的角度，幫助許許多多的受苦現場，獲得膚慰的資能。

○ 頭條新聞

「人文臨床與療癒」計畫總結研討會 民國 100 年 1 月 15、16 日於慈大召開

「人文臨床與療癒」的社群發展計畫至今已經滿一年半了。在這一年半的各項討論中，我們逐漸了解到「人文臨床」其實是一門跨領域的學科發展，但這種「跨領域」並不是「橫跨到其他領域」，而是恰好相反：人文學科朝向其「縱深」方向尋找「原點」，並自原點折返。

以哲學來說，今日的哲學論述多少已形成定型化的學院樣貌，此樣貌儼然成為哲學界的主流，但若返歸哲學原點，將發現今日的哲學論述似乎已喪失了蘇格拉底在早期希臘社會所進行的「市場對話」。亦即，若我們以蘇格拉底做為哲學論述返歸的原點，會發現現代哲學已不再擁抱庶民生活的各種生活處境，甚至已經失去跟一般民眾的對話能力。而「哲學諮商」的興起則恰好為了返回蘇格拉底市場對話做努力，開始接受傾聽一般人的訴苦，並且以蘇格拉底式的形上思維引導人們看待他們的生活處境。從這個觀點來看，「哲學諮商」比其他哲學可能更深刻地折返到原點，但卻因其「不像哲學」而在哲學領域裡有被邊緣化的危機。此邊緣化並不令人意外，因為以現代哲學論述來說，返回蘇格拉底市場對話幾乎是不可能，那必須以卸除長久以來哲學所形成的論述形式為代價，而把領域跨越到原初哲學發源之處。

類似的情形也發生在護理學、臨床心理學、諮商、中國文學等領域，各領域由原初要求而來的發展與建制，總弔詭地岔離原初的關懷，朝向技術化與去人化的方向。在這個背景下，「人文臨床學」的提出，本身並非一般所謂的「科際整合」，而是各學科往自身原點的歸返。當然，我們也知道不可能去取代現代已經發展完備的學科論述，但「人文臨床」所揭櫫的「原點返回運動」卻深具價值。我們希望透過這次的研討會，更清楚地發掘：**如何從各學科的原點擷取核心要素返回現代學科？**這是一種自我更新運動，也是人文學科本身所必須肩負的使命。

值此「人文臨床與療癒」計畫總結研討會中，我們希望透過兩天的專題討論，分別請護理學、哲學、臨床心理學、文學、現象學、宗教學等諸領域成員，就其專題範圍進行**結論式的對話**。這個對話將以特定邀請的方式，現場進行密集而深刻的討論。期盼那將是場豐盛的饗宴。

會議日期：2011 年 1 月 15 日（六）～1 月 16 日（日）

會議地點：慈濟大學人文社會學院研討室（2E211）

[top](#)

○主題文章一

德性與幸福的生活方式： 麥金泰爾的德行論在諮商中的應用

尤淑如

輔仁大學天主教學術研究院 博士後研究員

壹、前言

「幸福」是什麼？倫理學所談論的幸福如何實踐於助人的歷程中？心理諮商界普遍把「德行」視為某種規範或行為的判準，亞里斯多德的倫理學則認為德行和幸福之間有某種關連性，在生活中擁有幸福或實現幸福必須透過德行。因為德行是幸福人生的核心，幸福與德行幾乎是共生的關係；無論是最高的幸福或次一等的幸福概念，德行都是必要且不可缺少的條件。麥金泰爾是過去 50 年德行論最具代表性的哲學家之一，他致力於復興亞里斯多德至聖多瑪斯以來的德行論傳統，致力於將「德行」重新放入社會制度、社會生活等整個公共領域之核心地位，由此建構出一種有助於成就美好人生技巧的探究模式。麥金泰爾的德行論強調社會背景脈絡之於德行的重要性，這個社會背景脈絡至少包含三個重要環節：德行實踐的活動、個人(德行主體)的人生敘述、傳統。德行得以被踐行以及被理解皆需透過這三個環節才得以完成。

本文嘗試從麥金泰爾德行實踐的三個環節，探討德行如何成為追求幸福之道。然而，在探討「追求幸福之道」之前，對於「什麼是幸福」、「什麼是幸福的來源」需要有更明確與清楚的認識。瞭解什麼是幸福，什麼是幸福的來源，以及掌握德行與幸福關連性的諮商師們，透過談話治療的模式，將有助於幫助人們明白如何追求幸福與擁有幸福。廣義的談話治療包括哲學諮商和心理諮商。心理諮商過去十分強調價值中立，因此在諮商活動中提出倫理或倫理學的概念總不免受到質疑與否定。

然而，價值中立和倫理是兩個絕對對立、水火不容的概念嗎？在心理諮商中雖然不同的學派有不同的諮商目標，但基本上無論是何種學派，其諮商目標都仍包括：「協助個案願意為自己的行為負責；接納自己與他人(跟自我與環境和平共處)；發揮潛能(自我實現)」¹ 從這些目標可知，心理諮商乃是透過談話，修復個案的心理創傷而使之有能力走向美好人生，給予個案追求幸福的支持力量。「願意為自己行為負責」乃是道德人格的展現；「接納自己與他人，與他人及環境和平共處」這種和諧狀態乃是一種高品質

¹ 陳金定，《諮商技術》，台北：心理出版社，2001，頁 3。

倫理的實踐；「發揮潛能，自我實現」整合前兩項不就是一個人整全的幸福狀態所需要的條件嗎？

由此可見，心理諮商的目標與哲學諮商助人發展追求幸福的知能，二者之間並無太大的矛盾與衝突。再者，這二十年來，心理學家逐漸關注「幸福」這個概念，諮商心理師也逐漸將「幸福」的議題放入會談的內容中，個案的「幸福感」也日漸成為諮商心理師所看重的療癒指標。因此，探討什麼是幸福？幸福和幸福感有何不同？如何追求幸福或幸福感？也日漸受到心理諮商的重視。因為，依據心理學的研究，幸福與心理健康的概念相關，心理健康的人比較能擁有幸福。依此，從健康的觀點來探討「幸福或幸福感和心理健康的關係」也成為一個重要的面向。依據國際心理衛生協會年會在 1988 年為健康補充新的內容：「健康的定義必須包含提升道德品性」。這樣的補充指出，德行的確有助於心理健康以及幫助人擁有幸福。因此，探討德行和追求幸福或幸福感之間的關連性為何？這類問題的探討有其必要。

貳、關於「幸福」的探討

英國紐卡索大學(The University of Newcastle)的心理學教授丹尼爾·列托(Daniel Nettle)在 2005 年出版 *Happiness: The Science behind You Smile*(中文譯為《追究幸福—微笑中的科學》)。這是一本從心理學探究「幸福」概念的書，在書中，列托指出，早期心理學並不重視幸福的概念，甚至到 1985 年，對幸福的探討仍然不多見。但這二十年來，心理學家逐漸對「幸福」感興趣，並且探究幸福與心理健康的關係。列托和其他心理學家一樣，將幸福視為某種心理現象，心理學家多半從知覺、感受的觀點來理解幸福，對他們而言，人們擁有的是幸福感，人們是透過幸福感來理解幸福。這樣的觀點非常不同於哲學家所理解的幸福。哲學家從行為的目的以及從對人性的思考兩方面來理解幸福，對幸福進行概念分析以及系統理論的建構。「幸福」等於「幸福感」嗎？如果二者不是同一概念，那麼我們如何清楚地區辨二者，並指出二者的關連性呢？在下文中試圖回答這些問題，澄清這類問題有助於我們更加清楚理解「幸福」，進而追求幸福。

一、幸福作為生活目標

(一) 幸福是人所追求善目的

從 1776 年美國獨立宣言的內容來看，傑佛遜(Thomas Jefferson, 1743–1826)和那個時代的哲人認為追求幸福是人類的基本權利，追求幸福能夠帶給生活目標。由此可知，「幸福」往往是做某種目標或理想境界而論的。這樣的想法源遠流長，自古希臘時期以亞里士多德為主的希臘幸福主義(eudaemonism)就主張以幸福(eudaemonia)為人生的最

終目的，幸福即是人類行為所追求的至善。因為「只有幸福才有資格稱作絕對最後的，我們永遠只是為了它本身而選取它，而絕不是因為其他別的什麼。」(NE.1097b4-6)亞里斯多德之所以從目的(telos, end)的概念來理解幸福，這與他從目的以及善的觀點來理解人的行為有關。他在倫理學第一卷中指出：「一切技術，一切研究以及一切實踐和選擇，都以某種善為目的。雖然萬事萬物都以善為目的，不過關於『目的』的內容卻各不相同。有些目的是指「實現活動自身」，有些目的則指向實現活動之外的成果。」(NE, 1094a1-3)²舉例來說，以「實現活動自身」為目的之善，就像一位母親愛她的孩子，單純因為那是她的寶貝，因為孩子本身而愛孩子，沒有其他外於孩子以外的原因。至於「指向實現活動之外成果」的那些善，就好像一位母親愛她的孩子是希望孩子能夠成為她的搖錢樹，為她賺取錢財，或者成為她向夫家獲取錢財的籌碼。此時獲取錢財成為愛孩子(實現活動)之外的成果，愛孩子成為工具善，獲取錢財變成目的善。

亞里斯多德分析善具有兩種特性：普遍性和特殊性 (NE, 1096b)³。就善的特殊性來看，每一社群中的人對什麼是該社群所渴望的共同善，有其個別的界定；就善的普遍性來看，無論何種社群都贊成符合該社群特徵的美好生活和行為就是善的實現。前者是就善的實現內容而論，後者則是就善的形式特徵而論。亞里斯多德認為，具有普遍性之善的實現，才是較高層次的「幸福」。

因此，理想的幸福在亞里斯多德看來是一種至高善完滿實現的活動，它本身是一種自身存在者，是其他善存在的原因(NE, 1095a)。由此可知，幸福是生活目標，是人欲求的對象。人要追求幸福、擁有幸福，首先必須先明白，哪些欲求有助於追求幸福。幸福作為人們完美生活的指稱，它的內含不僅指涉某種普遍人類生活的品質，同時也代表每一個人自身的生活狀態，特別是與理想或滿足的生活狀態相關的概念。前面提到，亞里斯多德主張可欲之謂善，因此，探討幸福可依據善的不同面向而定。善的事物可以分為三類：外在的善、身體的善和靈魂的善。對幸福的探討可以依據這三方面的善來加以探討，並且由此形成幸福人生觀的種類。

(二) 幸福人生觀的檢視

亞里斯多德對希臘人關於幸福人生的看法進行檢視和批判，他的檢視和批判至今仍然值得借鏡。透過經驗的觀察，世俗的幸福人生觀不外乎三種⁴：第一種是享樂的人生觀，感官的享受或滿足就是幸福。第二種是榮譽的人生觀，身分地位的滿足就是幸福。第三種是賺錢的人生觀，以金錢的滿足為幸福。這三種人生觀自古至今仍是許多人所追

² Aristotle, *Nicomachean Ethics*, trans. and ed. by Roger Crisp, Cambridge University Press, 2000, p.6.

³ Aristotle, *Nicomachean Ethics*, trans. and ed. by Roger Crisp, Cambridge University Press, 2000, p.8.

⁴ 黃藹，《理性、德行與幸福—亞里斯多德倫理學研究》，台北：學生出版，1996，頁 61。

求的三種幸福類型。不可否認，這三種幸福類型也都能為人帶來快樂、興奮、歡愉...等正向情緒。甚至社會學家高夫曼(Erving Goffman, 1922-1982)就指出，榮譽是當代社會最重要的善，擁有榮譽就擁有幸福。⁵不過在亞里斯多德看來，榮譽最多僅能視為次要的善，那使人們獲得榮譽的那個東西必然是更為重要的。⁶

亞里斯多德認為，上述三種幸福人生觀都不足以作為理想的幸福人生來追求，也都不符合他理想中的幸福概念。對他而言，幸福有四項基本特徵：⁷ 第一，幸福表現在活動中；第二，幸福包含某種讓人欲求的快樂；第三，幸福是自給自足的，幸福本身就是目的，不是追求其他事物的手段或方法；第四，幸福必須與德行相配合。依此，理想的幸福人生必須滿足兩種條件：⁸ 第一，必須為目的自身的緣故而做抉擇；第二，目的必須是自給自足的。在亞里斯多德看來，能夠滿足這兩種條件的，唯有一種他稱之為默觀的、哲學思辨的生活方式才是最幸福的生活方式。幸福的四項特徵為人們提供檢視自己是否擁有理想幸福的標準，藉由這套標準有助於人們更加清楚地理解什麼是幸福。

(三) 對幸福作為人生目標的反思

「從人的需求和目的來理解什麼是幸福」是目的論(teleology)的主張。雖然目的論是最為普遍的一種探求幸福的方式。但是陸洛認為，對於「欲求是怎麼產生的？」、「欲求是如何發展的？」、「欲求和欲求之間的關係如何理解、如何互動？」關於這些問題目的論往往無法給予比較清楚的回應。另外目的論中需求與目的二者間的論證也常淪為循環論證，並且也缺乏清楚明確的命題供實證科學進行研究與檢驗。在日常生活中，當需求與目的之間發生衝突的情形時該如何取捨，這些目的論也沒有清楚的說明。⁹ 換言之，如果就陸洛的觀點來看，亞里斯多德的默觀幸福缺乏清楚的、具體的論述，藉以說明為什麼默觀生活可以增進個人幸福感受，何以哲學思辨的生活可以成為最高的幸福。因此對陸洛等心理學家來說，研究「什麼是幸福」的理論並不足以用來理解個人的幸福程度。對偏好實證科學的心理學而言，研究幸福的本質除了參考哲學等理論科學之外，藉由量化的方式探究幸福的來源，對具體經驗中各種幸福來源的經驗進行描述性的研究，更有助於探究幸福的本質以及了解個人幸福的程度。故而，從各種經驗探究什麼是幸福，便將幸福限定在情感知覺的層面上；於是，關於「什麼是幸福的」研究就轉向成

⁵ 關於高夫曼對榮譽或面子課題的探討，請參照《日常生活中的自我表演》(The Presentation of Self in Everyday Life, Goffman, 1959)。

⁶ 麥金泰爾，《追尋美德》，南京：譯林出版，2003，頁 146。

⁷ 黃藹，《理性、德行與幸福—亞里斯多德倫理學研究》，台北：學生出版，1996，頁 39。

⁸ 黃藹，《理性、德行與幸福—亞里斯多德倫理學研究》，台北：學生出版，1996，頁 61。

⁹ 陸洛，中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討，《國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學》，八卷，一期，1998.01，頁 119。

為對「幸福感」的研究。

二、幸福與幸福感

(一) 心理學偏重從感覺來探討幸福

幸福與幸福感的關係為何？心理學談幸福時，多半指「幸福感」。哲學在談幸福時，是指「幸福」這個概念本身。西方心理學談論幸福歷經了四個階段：¹⁰

第一階段：幸福是一種外在的評量標準，並且是一種道德的評量標準，達到標準才擁有幸福。在這個階段中，受到哲學家的影響較多。例如：亞里斯多德，康德；以及儒家思想都是如此主張。但是後來心理學家發現這類的幸福理論，無法應用在實證科學的研究中，因此後來逐漸不採納這樣的幸福觀點。

第二階段：幸福是個人主觀的感受，藉由個人正負向情緒的測量可以掌握人的幸福程度。但太過於關注個人正負情緒的結果，反而窄化幸福的內涵。

第三階段：幸福是個人認知活動的結果。幸福感來自人類對過去一段時間的生活進行評估後所得的整體感覺。

第四階段：幸福是來自個人主觀感受與認知活動的整合。根據 Andrews & Withey(1976)對幸福所下的定義：幸福感是由對生活的滿意程度以及所感受的正負情緒強度所整體評估而成。

另外，英國心理學家列托，透過比較不同文化中幸福所代表的意涵，發現幸福並非一種始終不變的絕對狀態，幸福包含著一種含蓄的比較，人們透過比較他人和自己的狀態，比較現在和之前所預期的狀態來判斷、感覺自己目前所擁有的幸福程度。因此，列托用感覺的內容、感覺的程度、感覺持續的時間以及前三者與感覺相關的語意表達，將幸福劃約為三個等級：¹¹

第一級：短暫的情感狀態；這是一種最接近、最直接表達幸福意義的狀態，其涉及到的是像快樂(joy)和愉快(pleasure)那樣的感情和情緒。

第二級：對情感的判斷；此時幸福的意義是指情感和對情感判斷的混合物，這需要一段長時間的經驗之後，人們回顧過去所擁有的快樂和痛苦經驗，如果比較的結果為正比數，即是一種幸福。這樣的幸福感包括：滿意(satisfaction, contentment)和安適(well-being)。這種幸福是一種正負情感的長期平衡狀態，能歷經較長的時間，也能包含更多個體的感覺。這種對情感的判斷牽涉到的是複雜的認知過程和預期心理的比較，有某種量化的意涵，例如，邊沁所說的最大多數人的最大幸福即是屬於這個等級的幸福。

¹⁰ 陸洛，中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討，《國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學》，八卷，一期，1998.01，頁 117。

¹¹ 丹尼爾·列托(Daniel Nettle)，《追究幸福—微笑中的科學》，重慶：重慶出版社，2010，頁 14-19。

第三級：生活質量。這是一種意義更為廣泛的幸福。例如亞里斯多德所說的理想的好生活(eudaemonia)。eudaemonia 的意思是指人在好生活的狀態中，人會變得旺盛有活力，能成就自身真正的潛能。在第三種等級中，幸福已經不是一種情感狀態，也沒有固定的或典型的情感或情緒現象可供辨認，因此沒有任何單一的事情可使人的感覺能夠達到 eudaemonia。

無論是從心理學研究幸福的四階段或者是列托的幸福三級論可知，雖然早期心理學嘗試從哲學的概念來思考幸福，但後來為了滿足實證科學研究的需要，心理學轉向透過感覺來測量「幸福」，列托等心理學家認為，當人感到幸福時即擁有幸福的人生意義。

(二)哲學偏重從概念來探討幸福

前面已經指出，心理學偏重從感覺來經驗幸福、評估幸福，偏好用幸福感來表達對幸福的理解。不過，吾人卻不可依此論斷心理學對幸福的探討只有情感、情緒和感覺而已。以前面列托的幸福三級論來看，除了第一級的幸福屬於「短暫的情感狀態」之外，第二級指出幸福來自對情感的判斷；判斷活動乃是一種理性思維的活動，對情感的判斷並不僅是經驗知覺活動而已。當人對過去一段時間所經驗的種種來判斷自己是否擁有幸福，此時，這個判斷活動乃是在意識流中，透過回憶和記憶中的種種概念內容，進行評估而產生判斷活動，然而所有的判斷都需先存有某些標準。「幸福與否的標準」乃是一種對幸福內涵的概念探討，須先有對「什麼是幸福」的理解，才能由此掌握某種「判斷幸福的標準」。因此，在經歷第二級幸福時，仍然跳脫不開需要先對「什麼是幸福」的概念澄清。至於在第三級的幸福中，列托提出亞里斯多德的理想的好生活(eudaemonia)作代表；列托指出，在此階段中，幸福已經不是一種情感狀態，也沒有固定的或典型的情感或情緒現象可供辨認。由此可知，幸福不僅是一種情感狀態而已，幸福包含心靈的寧靜祥和、平安喜樂、默觀真理的喜悅...等等。第三級幸福的獲得需要經歷前兩級，並且也包含前兩級的幸福。換言之，哲學探究第三級幸福並不因此忽略或否定前兩層幸福，只是在探討何種幸福更為「至善」時，哲學家提出理想好生活的概念，這部份其實和心理學並無二致。

不同於心理學從感覺經驗來定義幸福。哲學偏重從幸福的概念自身，或者說，從幸福的本質來定義幸福。哲學關切幸福不只是經驗的結果或狀態，幸福同時指涉經驗尚未完成之前所朝向的目的，幸福作為個人感受也與欲求有關，因此從欲求以及善的檢視有助於人認識自身的幸福觀。前面提到，一個理想的幸福定義必須指出兩個要件：最高等級的幸福必須以自己為原因和目的，必須自給自足。再者，從亞里斯多德所主張的幸福的四個特徵來看，哲學雖然偏重從概念來探討幸福，但也沒有完全捨棄幸福的經驗層

面，幸福包含快樂等情緒感受。甚至，例如邊沁等效益論者也試圖以快樂的測量作為幸福的內涵和判準。因此，哲學所談的幸福同時也包含幸福感。

(三) 幸福與幸福感的區辨

1. 檢視面向的差異

心理學談論幸福感，乃是就實證科學量化研究所需，其所研究的對象是就個人的經驗因子：年齡、性別、社經地位、教育水準；經驗完成後的情感感覺(正負向情緒)；經驗完成後的狀態(生活滿意度)進行評估。幸福感作為一種評估活動，乃是一種價值衡量，幸福感是就自身所擁有的某種價值的擁有程度進行衡量。哲學從普遍性的觀點探討幸福的本質，尋求放諸四海而皆準，不因個人特殊性而異的幸福。因此，這樣的幸福所有的必然是較為抽象的原理或原則，好使得各種特殊性的人皆可以從不同的角度得到其所需的幸福詮釋。

再者，就欲求與目的而論，對於「幸福為何種欲求」以及「如何追求幸福」等問題，哲學的回應亦包含幸福感的部份。例如：奧斯定(*Aurelius Augustine*, 354–430)在回答「如何追求幸福」等相關課題時，他的回答是：「跟隨天主是欲求幸福，達至天主即是幸福。」¹²幸福意味著與天主相關的事物，「得著天主」便得著幸福。奧斯定代表的是那時代的人對幸福的看法，幸福與真理的知識之間有某種密切的關係，幸福是實踐真理、默想真理所產生的喜樂(a joy born of truth)。¹³在此，奧斯定從擁有幸福的結果來說明，當人得著天主時所產生的幸福，乃是一種擁有真理後的結果，而這種結果蘊含著某種喜樂的感受。由此可知，幸福或幸福感的區辨，端看是從經驗的結果來看，還是從對需求、目的、善等概念進行檢視而論。雖然檢視、探究的角度不同，但仍是在談論同一對象，其內涵的差異乃屬同一整體內的部份差異，而非是兩個不同的整體。

2. 對目的論反思的反思

前面提到，陸洛批判目的論：對於「欲求是怎麼產生的？」、「欲求是如何發展的？」、「欲求和欲求之間的關係如何理解、如何互動？」無法給予清楚的回應。並且，將幸福視為一種外在道德標準，達到這份標準才是擁有幸福。這樣的觀點因每個人對道德標準認知的差異，因此無法掌握幸福的客觀內涵。陸洛等人之所以會有這類的質疑，恐怕與把幸福感等同於幸福有關。

亞里斯多德的幸福論的確是建基於某種目的論的論述，而其目的論乃是根據其人性

¹² 鄭順佳，天理人情：基督教倫理解碼，香港：三聯書店，2005，頁 19。

¹³ 鄭順佳，天理人情：基督教倫理解碼，香港：三聯書店，2005，頁 20-21。

論的觀點而來。幸福是個人行為所朝向的目標，此時，就目標而言，幸福具有某種「好目標」的特質。這個「好」(agathos, good)是指人性本具的一種趨力，指人天性會朝「有益於自己的」方向去行動；進而，agathos 也用來表述對有益於己方向的「目的地」的內涵的理解。此外，不同於亞里斯多德將幸福理解為普遍性善的實現，聖多瑪斯(St. Thomas Aquinas, 1225-1274)認為，普遍性善是一種客觀的幸福，意指著幸福的對象；至於特殊性善則是一種主觀的幸福，意指著個別人獲得至善。這種區分與理解方式普遍存於中世紀士林哲學思想中。¹⁴聖多瑪斯認為，無論是主觀的或客觀的幸福，內涵都需包括「幸福是理智本性之完善」(Beatitudo est bonum perfectum intellectualis naturae)¹⁵。所謂「福利或善」(bonum, good)乃是一種人性本性欲求的滿足，而「完善或至善」即是指人性本性欲求之圓滿無缺的滿足。由於人性的本性在於理智，因此聖多瑪斯才說幸福需要圓滿無缺地滿足理智本性的欲求。依據麥金泰爾的理解，亞里斯多德的 eudaimonia 是：「當一個人自愛並與神聖的東西相關時，所擁有的一種良好的生活狀態，以及在良好的生活中的良好行為狀態。」¹⁶ 在此，麥金泰爾企圖重新回溯亞里斯多德關於「功能」(function)概念，由此理解亞氏的 eudaimonia。亞里斯多德觀察到萬事萬物都有其功能，能夠充分地將事物所屬的功能發揮出來即是 agathos。

由此可知，不同於陸洛等人從行為的結果將幸福理解為幸福感，亞里斯多德、聖多瑪斯和麥金泰爾等人則是從人性的觀點來理解幸福。如果說幸福感是人行動一段時間之後對歷程中的正負向情緒的認知和測量，那麼幸福則是哲學家在檢視人類本性和欲求後所發展出對欲求目的的闡釋。

三、幸福與健康

過去心理諮商的主流觀點，將諮商所要治療或處遇的對象放在「精神疾病」(mental illness)上，而治療或處遇的目的在於恢復個案的心理健康。然而什麼是「心理健康」？心理健康和身體健康的關係是什麼？是否存在著靈魂健康或靈性健康的層面？這些健康的概念和幸福又有什麼關係？關於健康概念的相關探討有助於我們更理解什麼是幸福？特別是就諮商的處遇而論。

¹⁴ 張振東，《士林哲學的基本概念(三)》，台北：學生，民 78，頁 96-101。另外，羅光亦提到，客觀的幸福乃是一種「事實上的幸福」(Beatitudo Materialis)，就客觀性來看，幸福可以被視為實體或對象；「主觀的幸福」則是指「名義上的幸福」(Beatitudo Formalis)，主觀的幸福指個人擁有幸福的心理狀態。參見羅光，《士林哲學—實踐篇》，台北：學生，民 80，頁 111。

¹⁵ St. Thomas, *S.TH.*, I, 26, 1. 中文參見羅光，《士林哲學—實踐篇》，台北：學生，民 80，頁 109。羅光將 *bonum* 譯為福利，但是張振東則譯為善，參見張振東，《士林哲學的基本概念(三)》，台北：學生，民 78，頁 101。

¹⁶ AV: 148.

(一) 早期健康的官方定義

關於「健康」這個字最早的官方定義在 1947 年，世界衛生組織(WHO)定義健康為：「身體、心理和社會方面都處於安適美好的狀態，而不僅是免於疾病或虛弱。」¹⁷這個定義強調身體健康、心理健康和社會健康兼具。直至今日，這個定義仍然是多數人甚至專業人員所理解的健康。為了健康定義的操作化需要，世衛組織並提出衡量健康的十項標準(WHO, 1948)¹⁸，這十項標準偏重在身體是否有疾病或嚴重問題的層次。但是事實上，身體、心裡、靈魂為一整體，身體強壯、精力充沛、對一般感冒和傳染力有一定抵抗力(身體健康)；再加上處事樂觀，態度積極，樂於承擔(心理健康)；通常人們會認為想必這個人的靈魂也會是健康的，而靈魂的健康可以表現在適應環境，應變能力強，能從容不迫地應付日常生活和工作。不過劉立凡認為，一個身體，甚至心理和社會方面也都處於安適美好的狀態的人，僅意謂他感到快樂、幸福，但不一定健康。換言之，幸福、快樂以及健康三者是一組相關但卻不是可以相互等同、彼此互用的概念。這樣的論點指出，世界衛生組織所提供關於健康的定義，雖然可以提升個人健康狀態的品質，但卻無法完全滿足也無法保證個人可以擁有快樂和追求幸福。這是因為每個人對健康的理解和體會，經常會因個人不同的生命歷程與生命經驗而有所不同。從 WHO 所提供的健康官方定義的發展史來看，對於健康是什麼的概念，和德行觀或幸福觀的內容一樣，乃是一種動態演化的過程，會隨著社會文化環境的變化而有所改變，健康不是一個不變的、器質性的、固定的東西。

(二) 健康是個人追求幸福所需的資源

1986 年 WHO 召開第一屆國際健康促進會，制定渥太華憲章(Ottawa Charter)，該憲章將健康定義修正為：「健康是確認並實現願望、滿足需求，並改變或適應環境。」¹⁹依此，健康被視為是每日生活的資源而非目標。從 WHO 的健康定義以及劉立凡的詮釋中很清楚可以看到，健康是個人的資源。的確，幸福才是目標；健康作為個人的資源乃是個人追求幸福所需的資源，促進健康有助於幸福。1998 年聯合國再次於渥太華提出健康宣言，在那次的宣言中，健康的層面從個人、社區、城市提升到國家的範疇。健康所代

¹⁷ 本文關於健康概念的探討，參照：劉立凡，到底多健康？健康光譜的意涵與演化，台灣老年學論壇，第五期，2010.03。

¹⁸ 這十項標準包括：1. 精力充沛，能從容不迫地應付日常生活和工作；2. 處事樂觀，態度積極，樂於承擔任務不挑剔；3. 善于休息，睡眠良好；4. 適應環境，應變能力強；5. 對一般感冒和傳染力有一定抵抗力；6. 體重適當，體態勻稱；7. 眼睛明亮，不發炎，反應敏捷；8. 牙齒清潔，無缺損，無疼痛，牙齦顏色正常，無出血；9. 頭髮有光澤，無頭屑；10. 骨骼健康、肌肉、皮膚有彈性，走路輕鬆。

表的基本理念包含：積極、信任、快樂、尊重、促成、包容、溝通、安全、穩定及關懷等內涵，從生理、心理、社會適應到道德觀念。從這次的定義中更可以發現，個人的資源已經從身心靈的健康，擴充到社區、城市、國家，甚至是社會文化的道德信念和價值等，這次的擴充，更能夠為「德行」何以能夠成為追求幸福的方法，提供有利的佐證。並且，隨著這次的擴充，WHO 在 2000 年更是全面推動 Health for All，在過程中，WHO 明確指出：「健康並不是一個單一清楚的目標，它是領導人們邁向進步發展的過程。」在這樣的健康定義中，將健康視為邁向某種目標的歷程，從歷程的觀點看，健康必須預設要達到某種目標，而這個目標就是幸福。因此，很清楚地看到，健康是人追求幸福的歷程和資源。

叁、德行做為追求幸福的方法

關於 telos 的理解與詮釋，亞里斯多德並沒有明確說清楚，雖然他指出萬事萬物都以 agathos 為目的(telos)，不過關於 telos 的呈現卻各不相同。有的是以「實現活動自身」，「以自身為目的」(ends in themselves)；有的則是指活動之外或實踐之外的成果 (means to other ends)。換言之，亞里斯多德並沒有清楚地區分出不同的目的(ends)與方法(means)之間的關係。以活動自身為目的的內容的，是指目的與方法之間具有某種內在的關聯；如果沒有使用這種方法便無法達到這個目的。如果活動是為了其他活動之外的目的，這是指目的與方法之間各自獨立，彼此能夠不依賴對方而得到充分的界定，亦即可以用許多截然不同的方法來達到同一目的。麥金泰爾認為，正因為亞里斯多德關於 telos 以及 telos 與 agathos 的關係論述不夠清晰和明瞭，所以造成後世認為可以不談德行就能夠獲得善。¹⁹ 有鑑於此，麥金泰爾從亞里斯多德不足之處出發，強調幸福的獲得唯有通過德行，德行與幸福是一種內在必然的關聯，德行是指那些以自身為目的的行爲，並且這些行爲是指向所有善的最高層級—「至善」(Good)，換言之，至善即是幸福。幸福包括快樂、知足與目的的完全「實現」(fulfillment)，是一種最好的人類生活。故而實現德行自身就是目的本身，德行的內容不但是目的的內容也是幸福的內容。如果沒有理解和實踐德行就無法理解善的目的和內容，德行的實現是這種生活的必要的、核心的部分，而不僅是獲得幸福的方法而已。²⁰

一、德行以追求善為目的，善的實現就是幸福

從善的完滿狀態來看，亞里斯多德的幸福是指一種至高善(Good)完滿實現的活動和

¹⁹ AV: 148-149.

²⁰ AV: 149.

狀態，這是一種圓滿自足(*autarkeia*)的活動和狀態。亞里斯多德認為，人所獨具的功能是「靈魂合乎理性的實現活動」，並且人只有在其固有德行上，才能完成得最好。前面提到，亞里斯多德認為善可以分為：外在的善、靈魂和身體的善。外在的善與靈魂的善，通常必須透過一種合乎德行的活動來實現。²¹ 由此可知，「人的善就是合乎德行而生成的靈魂實現活動。」²² 在靈魂的善，最高貴、完美與神聖的實現活動，就是幸福，因為幸福是「靈魂遵循完美德行的一種實現活動。」²³ 在此，亞里斯多德特別強調，幸福是一種活動，而非僅是一種性向或心靈狀態。²⁴ 生活之所以被稱為是幸福的，是因為它是一種靈魂的活動，所以才成為「最好、最高貴與最快樂的事。」²⁵ 幸福有許多種形式，其中最完美的形式就是「智慧」(*sophia, intellectual wisdom*)。²⁶ 由此推論，無論哪種幸福生活方式，甚至是像聖多瑪斯所追求的「至福或真福」(*Beatitudo, beatitudo*)，也都必須藉由實現德行而達成；因為德行以追求善為目的，善的實現就是幸福。

二、德行是實現幸福的必要條件

在亞里斯多德思想體系中，「幸福與德行幾乎是共生的關係，無論最高的幸福，或是次一等級的幸福，德行都是必要而且不可缺少的條件。」²⁷ 德行與幸福在一個以善為主的共生結構中。幸福與德行之間是一種目的與方法的關係，但也不僅僅是目的與方法的關係。在麥金泰爾看來，亞里斯多德所意指的目的與方法的關係，與現今所理解的不同，現代認為目的與方法是各自獨立、分離的，達到一個目的的方法可以有很多種，方法可以被替代；同樣地，一個方法可以指向許多目的，目的可以被轉換。因為目的與方法的關係可以分為兩大類：第一類，目的與方法屬於一種外在的關係，彼此是可分離的兩種物，二者之間沒有必然的連結性。第二類，目的與方法屬於一種內在關係，彼此無法各自獨立二分，因為二者是一而二，二而一的關係，缺一不可。²⁸ 麥金泰爾認為，亞里斯多德所闡述的德行與幸福屬於一種內在關係。²⁹ 故而，德行的概念內含於至善

²¹ *NE*, I, 7, 1098a; *Politics*, 1323b.

²² *NE*, I, 7, 1098a, trans. and ed. by Roger Crisp, p. 12: ...the human good turns out to be activity of the soul in accordance with virtue,....

²³ *NE*, I, 8-9, 1099a-1100a, trans. and ed. by Roger Crisp, ...an activity of the soul in accordance with perfect virtue,...

²⁴ *NE*, 1169b23-1170a4, trans. and ed. by Roger Crisp. 在這個段落中，亞里斯多德提到，幸福是一種活動，由於活動有生成變化，不像財富一樣屬於特定個人，因此，幸福是屬於那些可以實現德行活動的人。

²⁵ G. E. R. Lloyd 著，郭實渝譯，《亞里斯多德思想的成長與結構》，台北：聯經，1984，頁 139。

²⁶ 理智的智慧或稱為哲學的智慧，在亞里斯多德的「理智德行」中屬於最高等級。

²⁷ 黃藿，《理性、德行與幸福—亞里斯多德倫理學研究》，台北：學生，1996，頁 63。

²⁸ 關於亞里斯多德對「目的與方法」的分析，參見黃藿，《理性、德行與幸福—亞里斯多德倫理學研究》，台北：學生，1996，頁 47-48。

²⁹ *AV*: 148-149. 中文參見宋繼杰版，頁 188。

的概念之中，同時也內含於幸福的內容之中，如果沒有德行就等於沒有幸福。因而實現德行自身就是幸福(目的)本身，這種具有德行的幸福概念，是指在人性所趨的善目的下，實現德行可促使人類擁有一種處於最佳狀態的、完美的生活。如果沒有理解和實踐德行就無法理解善的目的和內容，因此，實現德行是幸福生活之必要的與核心的部分，而不僅是獲得幸福的方法之一而已。³⁰

由此可知，德行作為實現幸福的方法，並非像陸洛等人所言，是一套外在的道德規範和道德標準，擁有幸福也不是因為符合外在道德的評量標準才會產生幸福。雖然德行作為某種道德，的確具有規範和評判標準的意涵，但德行卻不僅僅是規範和評判標準而已。依據人性對善的欲求，以及不可能有不善的幸福這兩個論點可知，德行是實現幸福的必要條件。那麼什麼是德行呢？人們如何藉由德行來獲取幸福？麥金泰爾的德行論又如何能幫助我們追求幸福？

肆、結語：麥金泰爾的德行論在諮商中的應用

一、概念澄清(價值澄清)：作為諮商師探索個案幸福或德行概念的線索

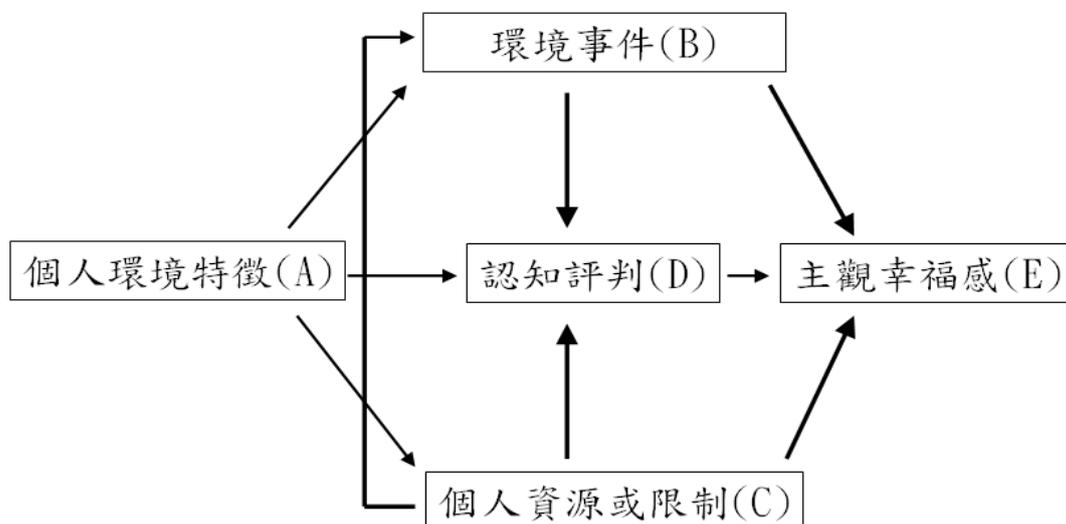
心理學家陸洛在探討中國人的幸福感時，整理了一套統整幸福感研究的「概念架構」，這套「概念架構」可以有系統地為諮商師提供探究個案幸福感的線索。將這套「概念架構」配合麥金泰爾的德行論可以更清楚地建構出一套系統，說明幫助諮商師建構一套思考模式，以此為基礎與個案進行對話，幫助個案如何認識自己的德行觀和幸福觀，如何運用德行追求幸福。陸洛的這套統整幸福感研究的「概念架構」呈現的是五個主要變項之間的相互關聯(圖一)：³¹

(A)個人背景特徵：包括人口變項，例如：年齡、性別、社經地位；

³⁰ AV: 149. 中文參見宋繼杰版，頁 188。

³¹ 陸洛，中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討，《國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學》，八卷，一期，1998.01，頁 119。

圖一 一個統整性的幸福感概念架構



(B)環境事件：指個人生活環境中發生的重大生活事件及其對幸福感受所產生的影響；

(C)個人資源或限制：主要指個人相對穩定的人格、解釋風格或社會資源；

(D)認知判斷：對周遭事件的判斷，可採取多種機制，如與特定的他人比較，與想像中概化的他人比較，與自己過去生活經驗比較，與自己理想的生活狀態比較等等；

(E)主觀幸福感：包含兩個層次，一是正負向情緒(情緒層面)，一是生活滿足(認知層面)。

這個架構指出個人在理解自己的「幸福感」時會受到這五大變項的影響，特別是指出個人對幸福的認知評判會受到個人背景特徵與環境事件的影響。有趣的是，麥金泰爾對德行概念的研究時也有類似的觀點。

麥金泰爾承繼亞里斯多德至聖多瑪斯以來的倫理學傳統。他從倫理學史的研究中發現，所有倫理觀或價值觀的論述總是根基於某種特定的社會內容中，社會每一時期都有某種或某些種倫理觀或價值觀的論述作為其主流價值或判斷標準的依據。因此，無論是幸福或德行的概念也都會隨著社會與傳統演變而有所不同。基於對背景脈絡(context)的重視與強調，麥金泰爾分別從三種層面來詮釋德行所依存的背景：

第一階段：實踐的背景敘述。重視德行實現的活動背景，關注個人使用「德行」一詞時的「社會背景脈絡」。社會背景脈絡往往以某種人類活動的形式表現出來，他將這

種特殊的形式，稱之為「實踐」(practice)。

第二階段：主體敘述的背景。關乎個人使用「德行」一詞時的使用方式和使用情境的整體背景。這關乎個人用什麼樣的方式來敘述「德行」，也關乎個人對德行意義的理解與表達。通常要理解他人所講的德行，要參照這些背景，並檢視它的一致性。

第三階段：主體使用語詞的背景：傳統觀。關乎整個社會對德行概念的整體歷史背景。個人使用「德行」時也會受到某種「傳統觀點」的影響。理解這個「傳統觀點」有助於我們理解「是什麼構成了這樣的一個道德傳統」。

雖然 MacIntyre 的德行概念主要是在闡述理解德行的三種面向，但是也同樣適合用來理解「幸福」這個概念。因為，個人的幸福或幸福感的內容必然和他所處的社會背景有某種依存關係，並且是這樣的關係構成了個人的幸福信念，以及構成他語言與行動的表達方式。由此推論，無論是想要理解一個人的幸福或德行，皆必須同時關注個人的社會角色、主觀意涵以及社會的傳統價值三者。

對照陸洛的概念架構，陸洛所參照的「個人背景特徵與環境事件」皆可在麥金泰爾的第一階段中發現，甚至麥金泰爾的第一階段更細緻地指出，除了「個人背景特徵與環境事件」之外，還須參照個人所處的社群以及社會角色，才能更具體地呈現個人的生活背景。「個人資源或限制以及主觀幸福感」可以從麥金泰爾德行論的第二階段中得到參照，探索個人對幸福和德行語詞所使用的語境，可以探究他個人的解釋風格；對照個人長時間所使用語詞的語境，檢視歷程中的一致性，有助於認識個人的人格特質，以及個人的主觀感受和想法。了解個人使用幸福或德行一詞背後相關的傳統歷史背景，更有助於理解個人是依據何種評判標準來判斷自己是否已經擁有幸福，是否有做出德行，以及評判自己做出德行和擁有幸福的程度。

二、價值引領：作為諮商師引導個案實現德行與追求幸福的方法

前面提到，陸洛所提出的幸福感概念架構以及麥金泰爾所提的德行論，可以提供人們用來檢視自身已有的、特殊的德行觀與幸福觀。這是就認識個人從過去到現在已經有的德行觀和幸福觀而論。那麼這些論點是否可能有助於人們有意識地調整與建構自身的德行觀和幸福觀，以此來實踐德行與幸福呢？毫無疑問地，答案是肯定可以的。藉由幸福感的概念架構和德行論的觀點，人們對於德行與幸福的理解，不再只是空洞的與抽象的想像概念而已，人們可以參照自身所處的社會背景，包括：環境特徵以及環境事件的特殊性來認知評判自身的德行處境以及幸福的內涵，接著，個人也可以參照自身所有的資源和限制，以及社會傳統關於德行和幸福的觀點，修正現有的德行與幸福觀點，甚至可以有意識地選擇與建構更理想的、更適合自己的德行觀和價值觀來加以實現。諮商師

所需的便是提供環境特徵、環境事件等社會背景、個人資源與社會傳統的限制等面向，幫助個案思考，再者，諮商師也可以提供亞里斯多德、聖多瑪斯、麥金泰爾及其他哲學家關於幸福與德行的觀點，讓個案有更豐富的思考參照，特別是關於這些哲學家對於什麼是最幸福的那些想法，幫助個案沉思，讓個案思考不同價值的等級，鼓勵個案往最適切的方向發展。

探討對未來幸福的選擇，涉及到的是對什麼是善的欲求考量。麥金泰爾在德行論的第一階段，實踐的背景敘述。對「實踐」有特殊的論點，內容對於生活中的「善」有精闢的說明，可供人們參考。麥金泰爾對於「實踐」的特殊看法是：「實踐」意指某種社會活動形式，例如，各種專業活動的形式，醫學、藥學、企業運作、建築...等等；在這種特殊的社會活動形式當中，蘊含著某些特定的「內在利益」(internal goods)³²、外在利益或其他值得追求的事物，同時也具備完整的「卓越標準」(the standards of excellence)，並且當個人在這個活動形式當中，他個人的能力也想要追求的種種理想事物都能夠被擴充。³³ 所謂內在利益是指「從事實踐活動本身的增益」以及「實踐活動所帶來的卓越成果」。通常特殊實踐活動形式中的卓越標準，會激起個人追求內在利益的欲望。所謂「外在利益」是指，金錢、身分、地位和名望...等。內在利益與外在利益同時蘊藏於每一種實踐活動當中，但是麥金泰爾認為，個人必須將他的企圖和動機放在「內在利益」上才能夠稱之為德行。而所有能夠被稱之為最理想、最完善的幸福，必然也包含了個人所認為的「內在利益」，個人必須在某種程度上完善了自身對「卓越標準」的期許，才有可能實現幸福。

當個人在特殊實踐活動形式當中，建構出自己的內在利益與卓越標準的意涵時，意謂他同時也在形塑自身的價值存在。舉例來說，「心理治療」作為麥金泰爾所意指的特殊「實踐」活動形式，必然有「心理治療」這個領域內所共同認同的卓越標準，業界的人會依據這個卓越標準來進行專業的評價活動，對於如何認定怎樣的人才是好的、頂尖的治療師，有一套業界所普遍認同的標準。每位進入治療界的學生在學習治療的專業知識和技能時，同時也在學習這套卓越標準，並且也追求這套卓越標準。學生們甚至是已經成為治療師的新手，總是會有喜歡、想要學習的門派和典範，在學習的過程中會逐漸享受到獲得知識和技能的喜悅，特別是當他滿意自己的學習成果時，或者他的學習成果受到當事人、同儕與師長的肯定時。這些喜悅、滿意以及受到肯定的種種，都屬於個人

³² 內在利益又稱為「內在善」。關於內在善的說明參見 *After Virtue*, ch4。

³³ AV: 187. By a "practice" I am going to mean any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended.

在這種特殊實踐活動的「內在利益」。當治療師在治療當中獲得了內在利益時，意味著他成為他理想中想要達成的一位好治療師的樣子。換言之，個人的存在價值必須藉由追求內在利益來達成。這些內在利益不僅會出現在治療這樣特殊實踐活動中，甚至是一位七歲小孩在學習下西洋棋的活動中也會出現。³⁴ 故而，幸福作為一種理想的、完善的存在價值和目的，依據麥金泰爾的觀點，這屬於「內在利益」所欲求的對象，實踐內在利益即是實踐德行，因此再次說明，德行是追求幸福的方法。而諮商師幫助個案從自身所處的特殊實踐形式中來理解什麼是他所欲求的「內在利益」，以及探討「如何實現這些『內在利益』」，將有助於個案追求幸福。

參考文獻

- Louis Marinoff, "On the Emergence of Ethical Counseling: Considerations and Two Case Studies", *Essays on Philosophical Counseling*. in Ran Lahav and Maria da Venza Tillmanns, eds. Lanham, Md.: University Press of America. 1995.
- Young E. Rhee, "More Philosophical Model of Counseling", *Monthly Review of Philosophy and Culture*, No. 428. (Taiwan, 2010)
- Alasdair MacIntyre, *After Virtue: A Study in Moral Theory*, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981, Second Edition, 1984.
- Aristotle, trans. by W.D. Ross., *Ethica Nicomachea*, edited by Richard Mckeon., *The Basic Works of Aristotle*, Routledge Press, 6th ed., 1995.
- Aristotle, *Nicomachean Ethics*, trans. and ed. by Roger Crisp, Cambridge University Press, 2000
- Crisp, Roger ed, *How Should One Live? Essays on the Virtues*, Oxford: Oxford University Press, 1996.
- Peter B. Raabe, *Philosophical Counseling: Theory and Practice*, Praeger Publishers, 2000.
- 李維倫，作為倫理行動的心理治療，《本土心理研究》22 期，2004。
- 余德慧、李維倫等：〈倫理療癒作為臨床心理學本土化的起點〉，《本土心理學研究》22 期，2004。
- 余德慧，倫理主體作為生活世界的療癒向度：華人臨床心理學本土化的一個可能途徑，《本土心理研究》24 期。

³⁴ AV: 187-189.

陳金定，《諮商技術》，台北：心理出版社，2001。

黃藹，《理性、德行與幸福—亞里斯多德倫理學研究》，台北：台灣學生書局，1996。

張振東，《士林哲學的基本概念(三)》，台北：台灣學生書局，1989。

鄭順佳，天理人情：基督教倫理解碼，香港：三聯書店，2005。

丹尼爾·列托(Daniel Nettle)，《追究幸福—微笑中的科學》，重慶：重慶出版社，2010

Alfred Schutz，《舒茲論文集(一)》，台北：桂冠，1992。

Arthur Kleinman：《道德的重量》(What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger)，台北：心靈工坊，2006。

Barbara S. Held：《回歸真實》，台北：揚智，2002。

陸洛，中國人幸福感之內涵、測量及相關因素探討，《國家科學委員會研究彙刊：人文及社會科學》，八卷，一期，1998.01

[top](#)

○主題文章二

溫哥華的哲學家咖啡館

Peter B. Raabe 著

林靜秀 譯

如果你想要找人談論，關於什麼是生命的意義，什麼是好人，上帝是否存在，你會去哪裡？在加拿大，人們常說爲了避免冒犯，不應該討論政治、性、或宗教等話題。所以當人們聚在一起，談話總是禮貌性地圍繞在最近的曲棍球比賽或天氣。然而，政治、性和宗教卻是生活中最重要的三個課題！

如果你是在大學，這類的主題可能會出現在像是哲學或是心理學的課堂上。但是對於日常生活中的大多數人而言，這類的談話卻很罕見。然而，許多人對這類的問題是充滿好奇的，他們的好奇卻從來沒有被滿足過，他們對這類的答案是求知若渴的，可是卻被忽略，他們思想的供給是非常不足夠的。我是如何知道人們對這類的討論感興趣？因爲在溫哥華這裡幾乎每個禮拜你都可以發現有這類的討論正在進行。我們已經有廿個據點，在向每個人招手！

人們聚集形成討論小組就是哲學家咖啡館，可以在咖啡館、小餐館、教會的地下室、圖書館的會議室、社區中心，甚至是沙灘的大洋傘下。

這是戶外的哲學家「咖啡館」，就在太平洋岸的沙灘邊。輔導員 Peter Raabe 是洋傘

下著白帽的男子。

1997 年我開始了哲學討論小組。我在離溫哥華不遠處的小鎮 Deep Cove 找到一間非常小的咖啡館。我之前就聽說歐洲有這樣的討論小組，特別在法國他們稱之為沙龍相當的風行。這些有組織的沙龍是由偶然的聚集自然擴充成的，出現在人行道咖啡館或者室內餐館裡的日常生活中，朋友們在喝咖啡或飲酒時分享彼此的想法。但是在北美這裡的情況是，因為會下雪或下雨，人行道咖啡館在冬天並不受歡迎，所以哲學家咖啡館大部分是室內活動。

我做的第一件事是與 Deep Cove 咖啡館的主人進行協調，她歡迎星期中的一天在她的地方進行小組聚會。然後我在附近的車站張貼了幾張手工海報，好讓人們知道全加拿大第一家哲學家咖啡館在做些什麼。幾天後，我接到一通驚喜的來電，是 Simon Fraser(SFU)大學的 Yosef Wosk 教授打來詢問我們的咖啡館海報。

「你有聽說過我剛在溫哥華市區開始的哲學家咖啡館嗎？」他問道。我當然沒有，這讓我倆喜出望外，原來我們剛好有同樣的想法，而且幾乎在同一天開始我們個別的哲學家咖啡館。Yosef 邀請我加入他的工作，組織在各地推動哲學家咖啡館。在他大學的支持下，他和他的同事尋找聚會地點，招募主持人或輔導員 (facilitator)，並且當這個運動日益增長，還開始出版刊物，以告知大眾不同咖啡館的討論主題與聚會地點。現在，十二年過去了，已經有 11,000 家哲學家咖啡館，有 70,000 個參與者，哲學家咖啡館不只遍及大溫哥華，還風行加拿大各省的城市，也在國際間從英國到蘇格蘭、澳洲、紐西蘭和美國到處風行。

在 1999 年，哲學家咖啡館獲得 CAUCE (The Canadian Association for University Continuing Education；加拿大大學成人教育協會) 頒發優良獎。在 2003 年，一份加拿大最重要的報紙表示哲學家咖啡館「是國內最成功的成人教育計畫。」SFU 的哲學家咖啡館計畫助理 Diane Mar-Nicolle 說：「我們發現在某些地方從 2007/2008 年起出席持續有百分之四十的增長。」

但是究竟什麼是哲學家咖啡館？

首先，哲學家咖啡館並不是課堂，沒有專家或權威人士在教導。有的時候，主持人或輔導員的確會對討論的主題瞭解較多，但是更多的時候是小組的其他成員對主題的瞭解遠比主持人輔導員多。哲學家咖啡館並不是正式的演講，雖然有時候某個參與者可能滔滔不絕，像是他她在演講。順帶一提，當這種狀況發生，就要看主持人輔導員的決定，是否介入尊重地結束這種個人獨白的狀況。但是我們稍後還會多談及主持人輔導員。雖然參與者無法在哲學家咖啡館獲得學分，但是他們會獲得許多知性與感性的回饋，當然這裡也沒有傳統上學業伴隨的壓力，像是考試壓力、失敗恐懼等。

哲學家咖啡館也不是閱讀小組或讀書會，然而咖啡館會在聚會前宣布討論主題，參與者經常有備而來，事先閱讀不同的材料，或者上網研究主題。作為一個主持人輔導員，我也總是會事前準備研究主題，並且寫下幾個問題，以免我的思路會在當晚稍後停頓。再次強調，主持人輔導員並不在針對主題演講。他或她的工作是介紹主題，保持討論圍繞在主題上，並且避免拳腳相向。當然最後這一點是誇張了些，我們的咖啡館從來沒有出現過暴力威脅。但是，有時語言攻擊可能會被挑起，所以，就像是在課堂上的老師必須提醒學生要彼此尊重，所以主持人輔導員偶而必須提醒新來的人要尊重。

我想，最重要的是哲學家咖啡館不是個辯論的地方。我所謂的辯論指的是人們只想要贏的競爭性討論。想要贏得爭辯的問題在於，人們有可能贏了，但是仍然是錯的。哲學家咖啡館非關競爭或輸贏。而是平等個體間相互尊重的討論，有些人可能現在會對主題的掌握比別人多，為了達到對主題牽涉到的議題有更好的瞭解，或許我們需要從新的觀點加以思考。哲學家咖啡館在相互分享我們擁有的信念以及我們擁有這些信念的理由，所以還要幫助他人瞭解他們自身的觀點。在運作良好的咖啡館裡，參與者是慷慨大方的，願意彼此幫助。這當然不是意味討論是安靜溫和的。事實上某些我輔導過的很好的咖啡館，討論是異常激烈的。

主持人輔導員有形形色色的人，各有不同的經驗。有些人沒有正式的學術背景也在帶領小組討論，但是那其實沒有那麼重要。重要的是這個人要有很好的性格：有聆聽、同情的能力，可以提出開放性的問題挑戰人卻不煽動人，能夠維持討論圍繞在主題上，並且對人尊重。我們曾經有幾位哲學教授擔任主持人輔導員，但是也有退休的軍官、昔日的政治家、學生、藝術家在帶領討論。

但是，好的哲學家咖啡館不會只進行小組討論。夜晚的樂趣有部分來自分享食物和飲料。我經常鼓勵參與者買些我們所在地方的東西，好表示我們對主人讓我們在這裡聚集的感激。所以這裡也是社交聚會，這個地方可以讓我們見見朋友，可以認識能夠欣賞良好討論刺激的新朋友。這不只是本人現身的聚會，而是有意義的心靈聚會，遠遠超越在推特或臉書上可能發生的一切。人們彼此相互認識，是如此的真實。在咖啡館開始的討論，是對於美好生活的構想，是對於社會公義的關懷，經常會走出咖啡館的大門，走向社區中的實質行動。

除了我們一般的咖啡館活動，SFU 哲學家咖啡館的計畫還發展出特殊版本，是以各式各樣的多元文化社區為主，也有聚會是給商人、年長者、青少年、弱勢族群。另外也有咖啡館的主題是圍繞在特定題目上，像是政治、環境、宗教或靈性、特定語言、心理健康和心理疾病等議題。我們除了印製刊物，還提供網路服務，人們可以選擇他們感興趣的題目和主題，以及他們最方便的地點。

我的咖啡館常在每個月中的星期三舉行，因為這是 Deep Cove 的小咖啡館最安靜的時刻。咖啡館為時兩小時，中間有 15 分鐘的休息。我開始時會宣布主題，以幫助那些還不太瞭解的人。所有我咖啡館的討論主題都是來自參與者的建議。我只是確保他們的建議能夠以哲學方式表達，而不只是作為經驗性的問題，如果只是經驗性的問題我們只要在百科全書或科學書籍找答案就好。我會詢問是否有人有任何關於主題的個人經驗可以分享。這有兩個目的：第一，可以讓主題超越理論性的討論，顯示主題是如何與真實的生活情境相關；第二，一些個人經驗的分享會顯示每個人在詮釋這個主題會有多麼的不同。這樣，輔導員也不會變成主題應該要如何討論的支配者。在剛開始的幾分鐘，是不允許提問的；個人經驗需要被尊重，而非辯論。我也發現個人經驗的分享是個絕佳的方式，可以讓小組成員彼此深入認識，並且認識到某些人必須忍耐和克服某些困難的生活情境。

沒有人要再提供自己的個人經驗後，主題就開放一般性的討論。在我們咖啡館裡，討論主題不可思議的多樣，因為我們並不侷限在任何特定的題目上。參與者會帶來各式各樣的問題，像是什麼是成功？科學能否信任？什麼時候我們應該感到罪惡感和羞恥感？什麼是經濟的目的？什麼是人類進步的代價？什麼時候合法卻不道德？主題絕對可以無止盡的列舉下去。並且任何的主題都可以重複許多次，因為每一次的討論都可以從參與者引發不同的想法與意見。我擔任哲學家咖啡館的主持人輔導員有八年之久，我享受當中的每一分每一秒。我最終還是暫停了，因為我的教學責任日益沉重，而且老實說我需要休息了。但是因為我之前組織過兩個咖啡館專門探討心理健康與疾病等相關議題，所以訓練了一批資深的學生成為咖啡館的主持人輔導員。

就像「哲學家咖啡館」的名字一樣，哲學家咖啡館的討論能夠在知性上滿足我們的心靈，就像一杯濃郁的咖啡每一口都能滿足我們的味蕾。

[top](#)

○論壇花絮

〈 責難罹病者：精神疾病與社會正義 〉 會議論文暨演講紀錄

編按：

1. 2010 年 10 月 25 日，本研究室邀請加拿大菲沙谷大學 University of the Fraser Valley (UFV) 的 Peter Raabe 教授舉辦迷你講座—「責難罹病者：精神疾病與社會正義」。感謝 Peter Raabe 教授慷慨允諾刊登文稿、現場討論之紀錄，以及蘇羿如博士的現場記錄與謄稿、彭榮邦老師校閱。
2. 雖然該文不和哲學諮商直接相關，而是思考將精神疾病歸責於罹病者個人的觀念，既忽視個人和所處環境複雜互動下的成因，亦圖利了藥商和保險體系。然而，現場的討論卻緊扣著哲學諮商的課題，包括了「哲學諮商師」面對特定個案會怎麼做、做什麼…。演講當天 Raabe 教授先宣讀完其論文，隨後展開現場提問與討論。故在此我們亦順此順序呈現。
3. 由於彭榮邦老師除了意譯(非逐句翻)並在若干處以台灣的脈絡進行解說，較難完全區分某句話是 Raabe 教授還是榮邦老師的意思，因此註文以「Raabe/彭榮邦」為呈現，不另呈現 Raabe 教授之英文發言。另感謝現場慈濟醫院許瑞云醫師現場協助英譯。

Blaming the Victim: Mental Illness and the Just Society

Peter B. Raabe ©2008

慈濟大學宗教與文化研究所 余德慧 意譯

The host of a television morning talk show told her audience, “Youth violence is caused by poverty, unemployment, lack of housing, poor education, lack of family support, and mental illness.”

一個晨間談話節目的主持人告訴聽眾，年輕人的暴力事件主要是因為失業、貧窮、缺少房舍、教育不良、家庭無法支援 以及精神疾病。

Notice she said that mental illness is one of the *causes* of youth violence. The truth is the exact opposite: youth violence is in fact one of the causes of mental illness. All those other things—poverty, unemployment, lack of housing, poor education, and lack of family support—are also often the cause of mental illness.

Mental illness is not a cause, it is an effect or result. The young person who is suffering from mental illness is not the incubator and carrier of some pathogen; he or she is a victim of life's circumstances.³⁵ In a just society we would not be claiming that mental illness is a cause of society's problems, we would instead acknowledge that society can cause mental illness. It raises the question then, "Why does society characterize mental illness as originating in the individual?"

請注意，她把精神疾病列入青少年暴力的一個原因。而事實卻正好相反，青少年暴力本身才是精神疾病的起因之一。而其他因素，如失業、貧窮、缺少房舍、教育不良、家庭無法支援也都是精神疾病的原因。精神疾病是結果，不是原因。年輕人之罹犯精神疾病本身即是受苦經驗，而不是為社會帶來病態，他們遭受生活環境之苦。在一個公正社會，我們不應宣稱精神疾病是社會問題的原因。反過來要體認我們社會給帶來精神疾病。於是我們要問：到底我們社會怎麼看待精神疾病？

In his book *Madness and Civilization* 20th century French philosopher Michel Foucault argued that industrialised societies lock up their mad citizens in asylums so that society doesn't have to bother dealing with them.³⁶ I suggest that our North American society insists that mental illness, or as it's now (I think problematically) called "mental disorder," comes from within the individual so that we can still avoid having to deal with them. If it is believed to originate within the individual then society doesn't have to deal with the external sociocultural stressors that lead to emotional suffering and cognitive turmoil. In fact, by blaming the victim society can not only disregard individual suffering, it can profit financially from it by marketing a vast array of psychoactive medications and other forms of treatment.

在傅柯的「瘋癲與文明」一書指出，工業化國家將精神疾病鎖在精神病院，以免干擾我們的社會生活。我們北美社會則堅稱精神疾病是「腦內」的心智疾病，社會也沒有使力之處。因為在「腦內」所以改善外在環境也不見得有何幫助，而視外在的社會文化壓力殺手為無物。反而，透過大量精神疾病用藥而在市場交易大賺其錢。

I believe that two forces in mental health care make ours an *unjust* society. First, a diagnostic label is routinely required by our universal health care and private insurance agencies for any mental problems presented for treatment before they will

³⁵ By "mental illness" I don't mean a biological brain disorder. This is not a new or radical perspective. See for example page 103 in the essay "Toward a Feminist Ecological Theory of Human Nature" by Mary Ballou, Atsushi Matsumoto, and Michael Wagner in *Rethinking Mental Health and Disorder*, edited by Mary Ballou and Laura Brown. New York: Guilford, 2002.

³⁶ Translated by Richard Howard. New York: Vintage, 1988.

reimburse the patient. The patient's mental illness must be classified by listing the number assigned to it by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). This labelling makes it clear to the patient that various economic powers within our society see the patient's problem as located in the individual himself.

我相信有兩股力量使得我們社會對精神疾病照顧是有失公正的。其一，在醫療保險制度裡，通常會在理賠付款之前會要求診斷的標籤，病人必須被邊到一個精神疾病疾病分類的標號。很清楚的，社會的諸種經濟勢力精神疾病都把精神疾病放在個體本身。

Second, the pharmaceutical corporations are a driving force behind both the field of biological psychiatry and the medical model of mental illness, because those are the treatment modalities which generate the greatest corporate profits. Many of the medications for so-called mental illnesses today were developed based on the presupposition that there is something innately wrong with the patient. Now imagine a woman who suffers from headaches. She, her husband, and three children are struggling to make ends meet. They live in an inner city low-rental housing unit where crime and drug use is rampant. She is not only concerned for her family's physical safety, she is also aware that this life situation has stressed their marriage to the breaking point. She goes to her doctor and tells him about her suffering. The doctor will proceed with the presumption that, first, her headaches are due to some dysfunction in her brain, for which he will prescribe a medication for her to take. Second, he may conclude that she is *genetically vulnerable* to stress-related headaches. Whether right or wrong, both these beliefs held by her doctor define the woman as the source of her own suffering.

其次，藥廠是這些生物精神醫學與精神疾病醫療模式背後的大勢力，他們的治療策略呼應藥廠最佳利潤之所在，他們的病理模型假定病人先天有有問題，例如一個妻子深受頭痛之苦。她與丈夫為養育三個兒女日夜操持，僅能餬口。他家住在市內的犯罪猖獗的廉價租屋，到處毒品氾濫。她不僅擔心居家安全，也面臨即將破碎的婚姻。她去看醫生，訴說疼痛的症狀，醫師就會直接假定她的大腦神經有些問題，為此開了一些藥。其次，醫師會假定她先天對壓力有某種的弱性而導致頭痛。無論這些假定是對是錯，責任歸屬都在她本人個體內。

But what exactly is this new hypothesis of "genetic vulnerability" all about?³⁷

³⁷ For discussion of genetic vulnerability see the book *Cognitive Vulnerability to Depression* by Rick Ingram, Jeanne Miranda, and Zindel Segal. New York: Guilford Press, 1998. See also *Development of Psychopathology: A Vulnerability-Stress Perspective*. Benjamin Hankin, John Abela

然而，何謂先天的弱性？

When they go to visit an ailing friend, Albert and Chris both become infected with her influenza virus. The next day Albert feels a bit off. He sneezes a few times, but in a week he's back to his old self again. On the other hand, Chris comes down with a fever and feels so dizzy and weak that she's bed-ridden for six days, and then requires another week to recover fully. I think it's fair to say that Albert's genetic makeup is stronger than Chris's because his immune system was better able to fight off the more serious effects of the flu. To put it another way, Chris is genetically more vulnerable to the flu, or she's genetically predisposed to suffering more seriously from it.

亞伯與克利斯去看他們的染病朋友，解果也感染了感冒。第二天，亞伯覺得有點好些，偶爾流鼻涕，但不久就恢復了。可是克利斯發燒頭昏，躺床六天才好起來，但身體虛弱，還得休息一個禮拜。這樣說來，亞伯的基因條件比克利斯好，更能抵擋病毒的侵襲。而克利斯則是「弱性基因」，先天無法抵抗感冒病毒。

But this raises the question, Does it make sense to say that, if Chris has the sort of gentle and empathetic personality that leads her to tears during the poignant scenes in a movie, she has a genetic vulnerability to crying, or a genetic predisposition to tears?

這裡有個問題：如此說來，因為克莉絲有某種溫和同情的性格使得她對著電影劇情大動眼淚，是不是她有基因弱性使她容易掉淚？

Depression is described as the combination of a number of emotions such as sadness and hopelessness. The so-called mental illness of clinical depression is defined as an intense level of sadness and hopelessness over an extended period of time. But on closer examination it becomes clear that depression doesn't cause these emotions; depression simply is the emotions of sadness and hopelessness. In medical terms depression is a symptom not a diagnoses. That's why it doesn't make sense to say depression can cause sleeplessness or a loss of appetite the way we say a virus can cause a fever. A virus is not a fever; it clearly is the cause of the symptom we call a fever. But depression is not the cause of anything; it is the effect—or symptom—of some other cause such as the loss of a loved one, the loss of a job, the breakup of a relationship, a dysfunctional family life, overwhelming

responsibilities, and so on. To say depression causes suffering is like confusing the cause of the flu with its effects—as though the fever caused the flu. And since depression is simply another word for emotional reactions such as sadness and hopelessness, it sounds absurd to claim that the depressed person must have a genetic predisposition to the development of an internally generated or endogenous illness in the brain.

憂鬱症被描述為結合數種情緒而成，如悲傷、無助。臨床上所謂的憂鬱症是以「有一段足夠的時間（3月至6月）有強烈的悲哀與無助。若仔細審查，其實憂鬱症並非引起這些情緒的原因，而是情緒本身，所以憂鬱只是症狀，不是病因。若就憂鬱引起失眠、食慾不振是不對的，憂鬱不是病毒，病毒會引起發燒。發燒是一種症狀。憂鬱不是引發任何事的原因，它是結果，可能是親人遽逝，可能是失業，也可能是關係決裂，家庭失調，責任纏身等等。若說憂鬱帶來受苦，那就好像發燒帶來感冒一樣荒謬。由於憂鬱本身即是悲傷無助等的情緒反應，就說憂鬱者的基因以潛存著內發性的因子或是大腦的內疾，都是非常荒謬的。

On the one hand, biological psychiatry tells us that depression is a symptom of a malfunctioning organ: the brain. But, on the other hand, psychiatrists also report that “the incidence of depressive disorders is very low in the absence of environmental stressors,” and that in more than 75% of cases of depression there has been discovered “a precipitating life event.”³⁸ This makes depression predominantly the effect of external or exogenous causes. Why, if emotional distress is mainly caused by external factors, is depression discussed as though it were a diagnosable internal or endogenous illness? Does this question point to an epistemic confusion or a metaphysical conundrum?

換句話說，生物醫學試圖將又欲這類症狀歸諸於到腦某些空能失調，但精神醫學有發現甚少有憂鬱症是沒有外在環境的起因，至少有75%的憂鬱症是被眼前困擾的生活事件所引發的。所以，憂鬱症非常可能是外因性的。如果是這樣，何以被生物醫學判定為內因性的，難道這是知識論的混淆或形上學的難解之謎嗎？

The same question can be asked about a so-called genetic vulnerability or predisposition. The claim that any mental illness is in part due to a genetic

³⁸ Young, Elizabeth, Ania Korsun, and Margaret Altemus. “Sex Differences in Neuroendocrine and Neurotransmitter Systems.” in *Women’s Mental Health*. Susan Kornstein and Anita Clayton eds. New York: Guilford, 2002. p. 3.

vulnerability or predisposition is not a scientific causal claim.³⁹ It's a retrospective claim that has no predictive power. It relies on the subjective diagnosis of a so-called mental illness to justify the retrospective conjecture of a likely genetic weakness. It is a clear example of the post hoc fallacy since only after a mental illness such as depression is alleged to exist in a patient is it concluded that there is probably some sort of a genetic vulnerability present in that patient. This conclusion is not based on any empirical genetic evidence, it is merely an assumption supported by a subjective diagnosis. A psychological state is offered as evidence of a pre-existing biological weakness. Unbelievably, professionals in various fields such as psychiatry, medicine, and even philosophy now routinely write that an emotion such as depression is probably endogenously produced by faulty genes despite the complete absence of any corroborating biological evidence other than that it seems to run in families.⁴⁰ This observation is also given as the evidence that a genetic vulnerability or predisposition exists in the depressed individual. But this claim—that depression has some basis in genetics because depression often runs in families—makes no more sense than the claim that child abuse has some basis in genetics because child abuse often runs in families.⁴¹

同樣的邏輯也可拿來質疑基因弱性或先天傾向。對弱性基因作為精神疾病的起因並不具科學因果關係，缺乏預測力。經常這宣稱來自臨床印象的臆測，屬事後諸葛，亦即，等看到精神疾病之後，才根據其發病的狀況進行的後見之明，而非有明確的基因研究證明。充其量不過是主觀的診斷，一些心理狀態供為預先存在的生物原因作證。

Notice that when you ask, “What caused Bill’s depression?” the answer is, “It was his genetic vulnerability or predisposition to depression.” How do we know he has a genetic vulnerability or predisposition to depression? Because he has been diagnosed as having it. A perfectly vicious logic circle: his internal predisposition caused his depression and his depression is proof of his internal predisposition. Where is the empirical medical evidence to back up these assertions? There isn't

³⁹ Some defend it as a scientific claim with the relatively new theory in biology called ‘epigenetics.’ This theory holds that various external or life factors, such as diet, family environment and peer pressure, can alter the genes of the parents who then pass on a genetic weakness or predisposition to their offspring.

⁴⁰ See for example page 417 of the chapter titled “Defining Mental Disorders” in *The Philosophy of Psychiatry* edited by Jennifer Radden. New York: Oxford UP, 2004.

⁴¹ An even more absurd claim, but along the same line of logic, would be the claim that there must be a supernatural gene because a belief in a supernatural being often runs in families.

any!

當你問：為何比爾會有憂鬱症？回答：因為他有產生憂鬱的弱性基因。你怎麼知道？因為他被診斷出有憂鬱症。一個完美的惡性邏輯：他的內在傾向使他有憂鬱症，他的憂鬱症證明他有內在傾向。有任何醫學研究證明嗎？沒有。

The terms “genetic vulnerability” and “genetic predisposition” are used as a magical explanation to cover a host of paradoxical issues surrounding the highly problematic biological model of mental illness. While this allows the diagnosed condition to remain within the realm of scientific taxonomy, it also, and more importantly, places its origin firmly within the individual sufferer.

基因弱性與基因傾向這兩個詞備用來當作神奇的說詞，掩飾多少有問題之精神疾病生物模式的難言之隱，使得這些診斷一直在科學分類範疇，繼續把受苦之源歸罪給個體。

When examining cases where genetic vulnerability has been used as an explanatory device, it quickly becomes obvious that what the person with the so-called genetic vulnerability is in fact suffering from is a level of sensitivity which is unfortunately ill-suited for the familial or communal environment in which that person is situated. None of us choose the families we’re born into. Some children are born to negligent, abusive, or incompetent parents.⁴² Some of these children are fortunate to be so strong and resilient that they are able to survive well enough to become normally functioning adults. But other children are born with a higher level of intellectual insight or emotional sensitivity which gives them the capacity to understand their plight and to feel its negative effects to a greater than average degree. This in turn can, understandably, lead to depression. When doctors can find no biological cause of the depression they now have the option of simply categorizing this child’s suffering with that magical label: “genetic vulnerability.”

當我們細察那些被當作基因弱性的個案例子，我們會很快發現這些案例其實都不幸地處在惡劣家庭或外在環境之下的一種受苦，我們無法選擇在那個家庭出生，有人一出生就被都一旁不管，有人被虐待，有人碰到不稱職的父母，有些孩子則幸運地被養得富有力量與彈力而得以成爲正常的成人，而有些孩子聰明或敏感到可以理解他們的遭遇以及其惡劣的後果，因而感到沮喪萬分。當醫生找不到原因，就奉送個名詞：基因弱性。

But saying that someone has a “genetic vulnerability” is nothing more than

⁴² Parents can be incompetent despite their best intentions.

saying this person is sensitive to... whatever. The question is, “Sensitive to what? Sensitive to a mental illness that is an internally generated (endogenous) biological malfunction? Or sensitive to mistreatment, abuse, poverty, neglect, and incompetence?” If the latter is what the patient as a child was sensitive to then it hardly constitutes some sort of inherent flaw in his or her genetic make-up.

其實，說一個人有基因弱性就同說此人很敏感...什麼都行。問題在「對什麼敏感？」難道是對內在的生物失能敏感？或是對被錯待、虐待、貧困、疏忽或不稱職？如果是後者，就不可能是前者了。

When it comes to mental illness the question “What does it mean for a person to have a genetic vulnerability to it?” has only one answer: this person is more likely to suffer from external stressors than others. But this is not a biological answer as to the actual cause of the mental illness. It amounts to nothing more than blaming the victim. And when the victim is treated for mental illness under our current treatment paradigm it is analogous to treating the victim of child abuse as though that child’s suffering were some sort of weakness within the child.

唯一能回答基因弱性的合理說法是，這個人可能對外在的壓力特別敏感。但這不易胃精神疾病有其生物原因。這充其量只是責怪受害人。如果精神病患被施予藥物住聊，不就意謂被虐待可以用藥來治療？

Because the term ‘genetic vulnerability’ contains the word ‘genetic’ it not only presupposes, it suggests an internal or endogenous biological causality. And that’s precisely what it’s meant to do for two reasons: First, because it presents the diagnosis of a mental illness, especially one as vague as depression, as if it were an empirical fact in biology or chemistry, a scientific proclamation of truth. It shifts discussion away from indistinct sociocultural stressors and plants it firmly in the exciting field of genetics.⁴³

Second, advertisements for psychopharmaceuticals, and essays written under the auspices or sponsorship of pharmaceutical corporations will use the term “genetic vulnerability” or “genetic predisposition” to intentionally make it seem as

⁴³ The claim that depression is genetic because it tends to run in families is as fallacious as the claim that child abuse is genetic because it tends to run in families. Studies done on twins to determine whether depression is genetic resulted in contradictory findings that cancel each other out. See the sub heading “Genetics of Depression” in *Cognitive Vulnerability to Depression* by Rick Ingram, Jeanne Miranda, and Zindel Segal. New York: Guilford Press, 1998. p36-37.

though a mental illness is an entity whose origin inheres in the physiology of the sufferer. They use these terms in order to reify the subjectivity of mental illnesses, and to legitimize the belief in the endogenous biogenesis of mental suffering and confusion. In turn this justifies the prescription and consumption of the industry's powerful and costly medications to treat symptoms as though they were an illness that originated within the individual.

生物說甚囂塵上，主要的理由，一方面是藥廠的宣導，一方面相關論文是在這些藥廠資助的情況下灣成的。他們使用「生物成因」去否定受苦的主體，去合法化內因論的成立。

Here is part of an e-mail I received from Teresa whose son is diagnosed with a mental illness. She writes,

這裡是一個精神疾病者的母親一封信，她寫道：

“The big question for me is why is it a seeming imperative that individuals 'fit in' to society and why is the price society imposes for being different so great and unforgiving? This is a big problem for me because it was, and still is, the real mischief-maker behind our family's and my own coming to terms with all the changes that come with mental illness.”⁴⁴

環繞我心頭的一個疑惑：為何我們就必須適應進這個社會，為何社會壓在特異個人的代價竟是如此巨大與不可饒恕，這個大問題一直是如此真實地殘害我的家庭以及因為精神疾病帶來的一切改變。

Notice that by insisting the problem is within the sufferer it forces the victim to “fit in” or adapt to society, rather than forcing society to accommodate him. Teresa goes on to say,

由於這問題的持續在病人內心發酵，使得受害者必須適應進去這社會，而不是社會改善來適應他。Teresa 接著說：

“My son Stacey sits across from me as I compose this email. He is flipping through the channels on TV as he waits for his Dad to pick him up to go shopping for yoga stuff. I tell you this because it illustrates exactly what I'm talking about. None of Oliver's friends from his pre-illness days contact him—and he had some good

⁴⁴ Italics added.

friends over about 5 or 6 years. He occasionally tries to contact them but it doesn't go very far. He has no friends but his immediate family. He is social and polite and a very nice man. The effects of his condition, probably a schizophrenia-type condition, make him not so adept at conversation, especially when he is nervous or in a new situation—but he is always game to try. When he is relaxed he talks much like you or I. He certainly might sound awkward in social conversation but he would also be willing and ready to engage. Yet this difference has killed his relationships with his friends. He is self-conscious about this to the degree that it is hard for him to go out and make new friends. So, he hangs out with us, which is OK because he is a wonderful guy—very helpful, reliable, honest, kind, and hard-working. These are all characteristics that would otherwise make him a good prospect for 'normal,' but because he talks a little odd sometimes he's considered not acceptable, and he is shunned."

「眼下我看著我兒子坐在電視機前猛按遙控器，等這他的老媽我寫完這封信，陪他去買瑜珈器材。我告訴你這個情景，就在說明此刻我看到兒子的處境。兒子病前的朋友已經不來找他，兒子曾過去找他們，但是不了了之。現在他只剩家人。其實她是個可親友善有禮的年輕人，但因為精神分裂的症狀使他不良於談，對新環境特別會緊張，只要他放鬆，他也可以如你我說話。他是有點怯生，但卻願意跟人說話。由於自己的情況，使他很少出門，也交不到新朋友。我們則還好，其實他是很好的孩子，熱心助人、可靠、誠實、努力，具有使他成為正常公民所有的條件，但只因他說話有點怪就被拒絕，乃至被「封死」。

I'm sure Teresa's point is fairly obvious: blaming the victim justifies society's requirement that the individual fit himself into society, and it justifies shunning him out of society if he's perceived as not fitting in.

Furthermore, to facilitate blaming the victim, the very terminology used in mental health care has been altered. For example, those suffering from mental illness are now called "mental health care consumers." Also it is no longer acceptable to use the words "mental illness." The officially sanctioned term now is "mental disorder." This small change makes a big difference. An illness is understood as possibly originating from an exogenous source, one external to the victim. But to say "He has a disordered mind" connotes personal responsibility in the same way as saying "He has a messy room." It locates the aetiology or cause

of the disordered mind within the sufferer; his mind's ability to sort itself out is assumed to be faulty. This re-naming makes a red herring of the question with which Thomas Szasz⁴⁵ and other psychiatrists have struggled for so long: whether the symptoms of mental distress are actually medical illnesses. It intentionally shifts attention away from the confusion created by the medical establishment's unclear criteria for defining the source of mental illness, and focuses instead on a discussion of treatment modalities for what is deemed to be a patient-centred or endogenous malfunction.

The trouble is that, in treating individuals suffering from mental distress, counsellors and therapists can only help the individual up to a certain point before encountering the entrenched sociocultural realities that are the cause of the distress. Furthermore, by calling mental illness "mental disorder," and eliminating any responsibility or obligation from social groups to deal with it, it also forces mental health care advocates to defend the patient who is the victim of sociocultural circumstances. In other words, if advocates for the mentally ill ask for more social programs, the term "mental disorder" makes it easier for governments to respond by saying, "The problem is in them. Why should we spend our tax dollars helping them fix their own problems?"⁴⁶

I believe the best way to prevent mental disorder, and an effective way of dealing with its onset, is through both good social services and appropriate social reforms. Europe has a relatively low rate of diagnosed mental illnesses compared to the US because those nations have sociocultural and economic structures which adequately provide for their citizens. According to a report published in the Journal of the American Medical Association an estimated 26.2 percent of Americans ages 18 and older—about one in four adults—suffered from a diagnosable mental disorder in one year. This amounts to 57.7 million people.⁴⁷ It means that the US has a substantially higher rate of diagnosed mental illnesses than any other country in the world.⁴⁸ And it's no wonder. Their sociocultural and economic structures are the most inadequate instantiations of a just society of all the leading industrialized

⁴⁵ See for example his book *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper and Row, 1961.

⁴⁶ This is the logic often used to argue against increased spending on addiction treatment centers.

⁴⁷ This is according to a survey published by that Journal in June, 2004 and reported in an article on the MSNBC web site at <http://www.msnbc.msn.com/id/5111202/>

⁴⁸ Italy is the next highest at only 8.2 per cent.

nations. Their so-called 'free market' economic approach has amounted to an economy controlled by corporate greed. It might be argued that the high rate of diagnosed mental illnesses in the US is simply a reflection of a high number of diagnoses, and not necessarily the rate of actual mental illness. If this is true then it is a reflection of a different problem: their unregulated 'free market' economy in which more diagnoses means more profit for both those who diagnose and offer treatments, and those who manufacture the numerous pharmaceuticals prescribed as treatment.

In order to be a just society, a society must do five things:

爲了成就一個公正社會，它必須做好下列五項工作

First, it must acknowledge, and act on, the reality that the suffering that is called mental disorder is not endogenous in origin but is instead the result of sociocultural and economic circumstances.

第一，社會必須體認，精神疾病不是源諸於腦內的疾病，精神疾病的受苦來自社會文化與經濟環境。

Second it must be honest in acknowledging that most diagnoses for mental illnesses such as depression are not diagnoses for endogenous illnesses at all but merely symptoms of other, exogenous causes.

第二、必須坦承多數精神疾病的診斷，如憂鬱，不是內因性的，而是外界引起的。

Third, it must offer more than merely adequate social services to those who have been found to be suffering from mental distress.

我們應該提供更多的服務來舒緩精神疾病的痛苦。

Fourth, it must regulate its market place in such a way that it discourages profiteering in the alleviation of the suffering of its people.

必須節制藥廠過度在精神疾病市場求利。

And fifth, it must initiate appropriate social reforms to insure a combined sociocultural and economic structure which is not merely utilitarian—where the suffering of a minority is allowed in order to preserve the comfort of the majority—but which makes a point of caring for those whose ability to care for themselves has been compromised.

五，進行社會改革，讓這社會能夠容納受苦的少數也能生存下去。

So where do we Canadians stand in this? I believe that, while Canada has a

good social assistance network, we are non-the-less increasingly buying into the contemporary victim-blaming perspective of so-called 'mental disorder.' It's true that we no longer lock the mad away into asylums to avoid having to deal with them. But we still treat those who are caused to suffer mentally as though their suffering were an internally generated or endogenous disease. And this ultimately accomplishes the same unjust end.

演講現場記錄

演講人：Peter Raabe（加拿大菲沙谷大學）

翻譯、解說、文稿校閱：彭榮邦（美國杜肯大學心理學系 博士候選人）

現場記錄：蘇羿如博士（慈濟大學社會工作系 兼任助理教授）

現場提問： 老師這樣講，我發現第一點跟第二點都是在傳遞一件事，就是說，我們要相信精神疾病應該主要不是個人的問題，而是因為外在環境所造成的現象或是問題，那麼第一和第二這兩點的意義或命題有辦法去證明嗎？

Raabe／彭榮邦：我簡單總結一下。實際上 Raabe 教授是在他在跟他的病人，或者說，他跟去找他的人的互動經驗裡面，發現這樣的事情〔精神疾病是外因而非內因〕。一般都直接說那是疾病，或是醫療系統裡面講的病理，可是他發現，以精神分裂狀況來說，很多情況下跟父母有關，跟父母與小孩的互動有關，但這個〔瞭解〕不會在第一時間就出現，因為這是非常困難的事情，尤其對父母來講。他剛剛提的那個例子，家裡有兩個小孩〔兒子有精神分裂，但是女兒沒有〕，那個母親到頭來發現，實際上她發現她對她的兒子以及女兒的互動方式是不一樣的，對兒子要求比較高。那這個部分是 Raabe 教授講說，他為什麼覺得那是外因而非內因，是歸因的問題。

許醫師：〔先用英文發言〕我剛剛是跟他分享一個故事，有時候不見得是外因，是我們對這個外因的闡釋或相信，去造成這個因。我跟他說，我在臨床上看過很多這樣的案例，有個糖尿病的病人，他說他是三歲就已經得病了，他來看我時已經三十多歲了，他現在血糖控制得很差很差，譬如他很想吃很多他不能吃的東西。他知道他不能吃，他也很想控制，他有去看過精神科，精神科的醫生就跟他說，因為他小時候被他父母管得很嚴，這個不能吃那個不能吃，所以他現在有一種代償作用，他就覺得他現在可以自己

主了，他就什麼都想吃，任何他不應該吃的東西他就是特別想吃它。這是一個補償作用，事實上他很恨他的父母。那我就跟他分享，我說事實上，在你這種三歲就得糖尿病的病患，如果你的血糖像你現在這樣子的，你早在十幾歲就已經開始洗腎了，甚至於十年就截肢。十幾年後血糖控制不好的都會這樣，我也看過很多。我說你之所以到現在你的腎臟、眼睛你所有的器官都還保持得很好，你得好好謝謝你的父母，他們太愛你了，你要好好感激他們，他們就是因為愛你才把你的血糖保持到這樣，不然沒有必要這樣做。他就愣了一下，他也沒有人跟他這樣說過，所以他眼淚就掉下來了，從那以後他整個行為方式就改變了，因為他感受到的可能是一種愛的力量，我是這樣跟他分享的。事實上，外因是我們怎麼去看待這個外因，不見得是外因，最後還是回到個體責任或是看法。

Raabe／彭榮邦：Raabe 教授說，他很感謝許醫師提出來這個關於個人責任的部分。我從 Raabe 教授那裡聽到的，他是說，實際上你這個部分要好〔指病或症狀要得到改善〕的話，你最終還是要去處理這樣子的狀況，或是個人把它承擔起來，而這個部分〔指個人為自己的病負責〕，是病人在之前的狀況裡沒有學到的，特別是沒有從父母那邊學到的。

現場提問：這個例子其實是，原來覺得父母對自己的要求，後來可以感受到那是愛。那如果說有些案例他其實真的就是被父母虐待，不管是肢體或是性虐待這樣的例子，這樣的人他要怎麼去看待，或是怎麼去調適，讓他自己比較好？

Raabe／彭榮邦：Raabe 教授說，他特別要做一個區分，一個是真的去忽略小孩需求的父母，另一個是沒有能力的父母，或是說能力上不足的父母，而他在文章中提到的比較是能力不足的父母這個部分。他說，這種情況底下對小孩的愛，英文的講法是說「愛小孩愛到死」，實際上那種父母的愛對小孩造成的是負擔。在加拿大的狀況是這樣子，他說，跟他接觸的大概是能力上比較不足的父母。因為在加拿大的狀況是，如果真的是虐待小孩的父母，或是惡意去忽略小孩需求的父母的話，實際上這個部分已經都交給政府機構去處理了，所以你會看到社工甚至心理師來處理這部分的東西。但是他還是有碰到一些個案，他們是很困惑的去找他，想知道像他們自己這樣的例子。是不是父母親真的有虐待他。因為他（Raabe 教授）也不認識他們的父母親，所以這個部分必須要先去了解一下。所以，在談的過程當中，或說跟病人的會談當中，Raabe 教授會慢慢帶著他們去做區分，比如說，「照你這樣跟我講的這個故事，你覺得你的父母他是虐待你的嗎？還是實際上他是愛你，但是他能力上不及、或是他實際上不太知道怎麼做？」所以，他

在諮詢的過程裡頭，實際上讓本來很困惑的人，慢慢讓他有辦法去分辨，到底父母可能是真的愛妳，但是做得不好，或者是那個狀況真的是一種比較不利的行為之類的。

Raabe 教授強調，父母小孩的關係實際上是很複雜的。他做這些事情，實際上不是說幫著誰去責備誰，他覺得這個東西不是他的本意。為什麼特別說是這樣的情況呢？因為有很多小孩子實際上在他們年紀輕得到不好的對待時，當時因為不瞭解，所以他們不是去怪父母，而是去怪自己，就是說，我是做了甚麼事情會讓我的父母這樣對我。所以，他的諮商或是諮詢的過程，實際上不是要幫著誰去責備誰或是怪誰，而是幫他把那個人過去的處境，盡可能地澄清。那麼他就知道說，譬如說在他年輕、那麼小年紀的時候，實際上他是不需要為那件事情負責的，可是他現在已經是成人了，對不對？那他做為一個成人，他需要擔起甚麼樣的一個責任，來改變他自己的狀況。

Raabe 教授舉一個例子，這是一個病人的狀況，實際上這個病人本來很歡欣地在準備過耶誕節，這一個對西方人來說，很大的一個節日。她很生氣，不懂他爸爸為什麼要在這樣的時刻跑出去買伏特加，而且買伏特加還好，為什麼要在買回來的時候，在路上還因為有冰而滑倒，搞到要送急診室，到頭來徹底毀了她的聖誕節。那個病人她氣炸了，她覺得說她爸爸怎麼可以這樣對她。她覺得說，我已經花了這麼多的時間在準備耶誕節這個東西，然後大家想要好好的快樂一下，可是你卻這樣一搞，等於是整個的耶誕節歡樂的氣氛都被你搞砸了。可是 Raabe 教授說，他聽到的其實就只是一個很不幸的事件嘛！爸爸出去買酒，然後跌倒。可是在他病人那邊看到的，卻是她爸爸藉由一個小事件對她什麼不好的事情。所以病人就覺得她爸爸為什麼要這樣，也就是病人覺得她爸爸是有意去做那件事情的。因此 Raabe 教授覺得說，他應該把這件事情稍微釐清，應該跟這個病人講一下有關「男人」的一些事情。Raabe 教授是從「男人」的觀點來談這件事情。他說，他可以想像她爸爸的心情，做為一個男人，在這樣子的一個節慶裡面，他最想做的一件事情，就是出去幫忙一瓶酒，然後「叮咚叮咚」，像個男主人一樣：「我們大家一起還喝酒慶祝吧」。她爸爸的腦子裡，大概是這樣子的一個圖像。誰知道這麼倒楣，踩到滑冰還在路上跌倒，她爸爸的心裡其實是很難過發生這樣的事情。像這樣的個案所呈現出來的，Raabe 教授在諮詢的這個過程，事實上就是在澄清一些事情。比如說，對那個女孩來說，Raabe 教授這樣的觀點對她像是靈光一閃，她之前完全沒有辦法想像，站在她父親的位置是怎麼樣去看待這樣的意外的事情。但是因為第二個人的介入〔Raabe 教授的釐清〕，所以她就知道，在另一個位置上，也就是在她爸爸的位置，是怎麼樣感受這件事情的。透過這樣的諮商，讓她瞭解，這是突然之間遇到這樣子事情，而不是

她爸爸的本意，後來這個女生也感到很愧疚，怎麼會這樣子怪她爸爸，說不定她爸爸現在正在床上，悲慘地覺得說我怎麼毀掉了我女兒、毀掉家人耶誕的慶祝。

現場提問：剛剛老師提到，所謂的精神疾病就是比較可能是外在環境，這些不管是父母教養或是家庭的一些問題所造成。那這樣的話，我一直在想，其實因為我是社工背景，所以可以去理解這論點，但是我的困惑變成是，如果這個精神疾病沒有一個所謂的基因的成份在內的話，那我們要如何去解釋藥物對腦的組織怎麼有辦法去產生一個正向的作用呢？譬如像是精神分裂症，藥物的服用其實可以去阻止正性症狀的發作，雖然對負性症狀沒有效果。那我怎麼去理解這因果關係？如果病人確實在腦內沒有一些問題的話，那麼照理說給他藥物應該沒有辦法達成任何幫忙才對。

Raabe／彭榮邦：Raabe 教授說，要回答這問題要三、四個演講才達得到。如果他簡短的回答，那第一個要做個重要的區分，就是「腦」跟「心」的區分，這個是一個很重要的區分。對 Raabe 教授來說，他的看法是，腦就像是個杯子的容器，而心是裡面裝的東西。當我們投藥下去的時候，實際上是改變那個杯子，改變那個杯子去處理內容的能力。

〔提問者提到，就他所知道的，雖然憂鬱症還是不確定的，但是從神經醫學現有的研究來看，精神分裂症的腦內結構，和所謂的正常的人的腦，是有差異的。〕

Raabe／彭榮邦：Raabe 教授說，就他看到的研究來說，精神病患在還沒有開始用藥，比較早期的狀況，他的 MRI 出來的圖片，是跟一般正常的人是沒有太大的差別。他說，後來你看到的差別，實際上反而是藥物所造成的改變，而不是因為精神分裂症所造成的腦的改變。精神醫學的文獻大部分是說，精神分裂實際上是要一直吃藥。但比較最近的文獻卻是說，大概 75% 的病人在沒有藥物介入的情況下，20% 左右是靠朋友或是其他的人幫忙，而只有 5% 的人的確是需要靠藥物來恢復的。Raabe 教授說，這大概是他從過去十幾二十年來的研究所看到的東西，從以前早期大家說不可能醫好，到現在大家說好像沒有用藥也有這麼多比例可以恢復。這對於製藥公司來說，實際上是很不好的消息，因為會有人或一些家屬發現，你以前這樣跟我講，但是現在研究顯示是這樣子的話，那你這樣不是在做一個很奇怪的事情嗎？所以就有人要去告製藥公司。

Raabe 教授剛剛說的大概要分成兩段來談。第一部分提到他放在旅館的一本書，裡

頭有提到，其實這些所謂精神科的藥，實際的效果跟喝一杯威士忌所產生的效果是一樣的。那這個效果是什麼？就是麻痺你的腦，讓你沒有辦法去感覺問題到底是什麼，這是第一個部分。第二個部分是關於憂鬱症的用藥。他說，現在關於抗憂鬱症的藥劑，他說這個是英國的研究，雖然有這麼多種的抗憂鬱劑，可是它們真正的效果跟安慰劑實際上沒有太大的差別。他說，他有兩個例子，有一個例子是有個病人來找他，這個病人是被診斷為妄想型精神分裂症，而這個病人來找他之前已經是用藥很多的病人。在早期，Raabe 教授還相信醫學診斷有它的有效性，所以他心裡想：「糟糕，怎麼辦？」於是他跟病人說，我是沒有辦法給你什麼用藥的建議，我能做的大概就是跟你說說、跟你談談。結果，那個病人跟他說：「沒關係，這個就是我要的。」

這個病人他有一個兄弟是天主教的神父，他建議這個病人可以到修道院裡面去，過著僧侶的生活或許對他會是好的。然後他也去了，去了之後，他覺得有一點困擾，他覺得修道院裡面的僧侶，有時候會去嘲笑外人。這位病人頗介意這樣的事，所以他向裡面的人反映這件事，說他們不應該指著別人的鼻子說，那個人長得怎麼樣、這個人長得怎麼樣。後來這件事情的發展就變得很有趣了，這位病人對僧侶的上級反映這樣的情形，意思是說你們這些修行人怎麼這麼沒有禮貌，這樣子對外人。結果在他反映之後，他反過來被責備，說他是對上帝不敬，所以才會說我們修道人有些甚麼樣的問題。也就是在他反映之後，反過來變成他自己被別人責備說他是不敬的。所以，他很不幸地變成修道院裡面的「抓耙子」，修道院裡面的人對於這種人都會張開眼睛看，隨時去注意他是不是在注意自己，是不是要去打我的小報告，所以他在裡面越過越差，然後後來被修道院趕出去。趕出去還好，他不只被趕出修道院，修士對他的說詞是，實際上是你不只是被趕出修道院，就連上帝也不愛你這樣。被上帝排除是一件很悲慘的事情，所以他爲了要維持跟教會的關係，後來他就在教會學校裡找到清潔工的工作。

所以，後來我〔Raabe 教授〕跟他在電話裡面講話的時候，他的症狀就是隨時會注意他身邊的人。好像他們都是在注意他，好像要說他的壞話。那些告狀的人，會去向上帝告狀，除此之外，他也很確信上帝透過電視螢幕在盯著他。所以他就去找精神科醫師，精神科醫師聽到這幾個症狀，診斷就很清楚，這就是妄想型精神分裂，那接下來的治療方式就是吃藥。那這個人最後的狀況，就是他被診斷是妄想型精神分裂症，他隨時都覺得上帝在看他，有人在打他的小報告，因爲去看了精神科醫師，也吃很多藥。對 Raabe 教授來說，他想知道身爲一個哲學諮詢的人，面對這位病人的處境他可以做些什麼。Raabe 教授說其實他們談了很多，不過就是沒有講到「用藥」這件事情，他們談的主題，

包括說愛跟尊重，或是靈修或是宗教的主題，或是修道院裡面的規則，他們的對待方式等等，這些都是他們談到的東西。當然他們也會談到，上帝透過電視看他，到底邏輯上合不合理等等。後來，這個病人他自己得到一個結論，就是修道院裡面的那些人，那些出家人，他們實際上做的事情是不對的。而且並不會因為他們冠上了「出家人」這樣的名號，就表示說他們做的事情和靈性的修持、或者是和宗教有關，而不是在嘲笑外人。Raabe 教授說他們大概談了七到八週，都沒有談到藥的事情，後來病人的狀況是越來越好，他的精神科醫師甚至給他停藥，這個病人最後還寫了一個 E-MAIL 來給 Raabe 教授，說他狀況變得很好，然後他也想要準備停止跟他的諮商。Raabe 教授一開始是覺得有一點擔心及猶豫，不過後來病人又寫了一個 E-MAIL 給 Raabe 教授，說他已經找到一個工作，也做得不錯，這就是他聽到那病人最後的訊息。

接下來 Raabe 教授講第二個病人的故事。他說，他常常也在課堂上講這個病人的故事，這病人知道 Raabe 教授會在課堂上講他的事情，也覺得很不錯，因為他覺得他自己的故事是一個很正面的東西。這病人是在十六歲左右，被診斷出有精神分裂症，他現在四十五歲了。Raabe 教授問他說，還有沒有在吃藥，那病人說有。他就問他說，你十六歲的時候是怎麼開始吃藥的？他說，那時候是因為想自殺，而自殺這件事情讓他被診斷出有精神分裂症。Raabe 教授就問他說，你現在有很想死嗎？病人說，沒有了啦。Raabe 教授就繼續問他說，那你為什麼還要吃藥？病人說，我也不知道。Raabe 教授就問說，你都沒有想自殺，那你去找醫生，到底醫生都跟你講什麼啊？他說，他去看醫生，醫生就問他說你好不好？他就說好，醫生就繼續開藥給他。Raabe 教授就問說，你跟你的精神科醫師都沒有聊什麼嗎？他說，好像都沒有。不過這個病人記得，有一次是那個醫生說要給他開一種藥，那個藥吃下去幻覺都會沒有。這個病人就說，可是我本來就沒有幻覺，所以我覺得我應該不是很「典型」的精神科病人。這個例子聽起來很可笑喔，這個病人吃藥吃這麼久，而他卻一直覺得自己不是一個「好」的病人。Raabe 教授說，這位病人告訴他，他沒有幻覺，可是有時候腦中會有音樂。Raabe 教授跟他說，我腦子裡也會有音樂，這個病人就告訴 Raabe 教授說，我看連你都瘋了。後來 Raabe 教授跟這位病人說，那我們來做個實驗吧，你給我一周的時間，我們來看看會有甚麼結果。然後，Raabe 教授的實驗，就是他去課堂上問他的學生說，他們哪一些人在腦中會聽到音樂。他的學生幾乎都舉手。所以他就回去跟這位病人講，他說：「我課堂上幾乎每一個學生都說他們有聽到音樂，難道他們都是精神分裂嗎？應該不是吧！」這是有趣的部分。

這個病人的故事裡面也有比較不有趣的部分。這個病人他是住在政府供應的房子裡

面，因為他從來就沒有被訓練要怎麼樣去就業，因為他很早就開始吃藥了。Raabe 教授跟這個病人大概有七、八年不是很正式的諮商關係，然後他們就聊天啊散步啊。經過七、八年，那個病人的狀況改善了很多，大部分的藥大概都停了。悲慘的部分在於，他之所以沒有完全停掉藥的原因是，他在擔心，如果所有的藥都不吃，他變正常之後，恐怕連住的地方都沒有了。所以他維持著讓自己輕微有病的狀態下，吃一點點藥的狀態。對 Raabe 教授來說，這個病人的例子，就是在加拿大的處境裡面，你如果被給了一個精神病的診斷，你可能會處在一個什麼樣子的社會結構裡面，可能會被卡在什麼地方。他說，這個病人是一個很典型的例子。

許醫師：Raabe 教授分享的第二個案子，就是那個人害怕失去政府給他的補助和房子，所以就算他知道他已經不是精神分裂症，所以他還是希望可以維持在藥物可以維持這樣子的補助，那我覺得這個也是個人要對自己負責的部分。事實上，他已經知道他自己是一個正常的人，他可以學著去獨立，他不一定非得靠社會的補助等等，這也是個人責任之一。那我跟 Raabe 教授分享我自己的一個例子，因為我看過很多有精神狀況的病人，尤其是那種不愛吃藥的病人。因為知道我是個非常不愛開藥的醫生，所以有一個年輕人他從台北下來花蓮看我。他有很嚴重的口吃狀況，尤其是面對陌生人，他會非常的恐慌而且會口吃，幾乎不大能夠出去外面。他只敢跟幾個他比較熟悉的朋友在一起，面對其他人他就開始口吃。他變成是一個不太能夠表達的人。他跟我說他很困擾，想要改掉他的口吃。我說，你的口吃是天生就有的嗎？他說不是。我問他哪時候開始的，他說他從三年級到國中是在美國長大的，當他從美國回來之後變得很胖，很多同學都會嘲笑他，所以他就很自悲。雖然他現在不是，他現在已經是個大帥哥，又高又帥又瘦，加上他又去健身，所以他很健美，可是他還是有創傷在那地方。

所以，第一次我是治療他小孩子被人嘲笑的那種受傷。第二次他來的時候，我就問他說，你怎麼看待一般的人？當你出去的時候，你怎麼看待別人？我問他說，你的思考是不是有在做批評批判，還有去評頭論足？他說對，他很容易尤其是對不夠美的，不夠好的外表、不夠漂亮的、不夠亮麗的，他總是帶著批判的眼睛去批評。我說，當你帶著批判的眼睛看著外面的時候，所回來的也是很多批判的眼神，至少在你心裡是這樣呈現的。於是，我就給他一個功課，我說你回去看著所有的人，不帶著批判的眼睛，甚至要帶著讚美的眼睛，去找到每一個人的優點。一兩個禮拜後，我打電話給他，問他說你現在怎麼樣？他說他已經不再口吃，而且他看到的也沒有那種情況了。他說比起以前他快樂很多。我說，你就繼續你的功課，可以不用回來了。他以前恐懼到他不大能夠去當兵，因為他當兵被長官叫名字點名的時候，他會講不出話來，因為口吃得很嚴重，進去一個

月後，他就接到通知，自己被退出來。總之，我跟 Raabe 教授分享的是，事件是他自己造成的。

現場提問：我有兩個問題。第一個問題是，Raabe 教授你是怎麼看基因遺傳性這件事情？一些雙生子研究和收養研究都指出，的確有一些遺傳上的傾向這件事情。舉憂鬱症的例子來說，憂鬱症者的兄弟姐妹，同樣發生憂鬱症的情況有 30-80% 的機會，一般人只有 10-15% 的機會；而在精神分裂症患者的研究，患者的兄弟姐妹得到精神分裂的機會，更是比一般人大 10 或 50 倍。我想知道你要怎麼看待「基因遺傳」這件事情。

Raabe/彭榮邦：這位醫師他引的數據，那些憂鬱症跟精神分裂症的研究，Raabe 教授說那些研究實際上很多已經被否證了。否證的方式是透過 meta-analysis，就是對以前的研究，做更上一層的比較性的研究。然後他們發現說，針對憂鬱症還是精神分裂的研究，之前所用的那種孿生或雙生的研究方式，實際上不是一個很好的研究方式，因為它沒有辦法證明它想要說的東西。Raabe 教授說，他常常在課堂中跟學生有這樣的討論，他的學生也常常會帶這樣的統計數字來談。Raabe 教授說，他覺得講話有根據是一件很好的事情，但是他的學生所引用的這些數據，雖然數據的來源是比方說教科書，或是比方說是今年才出來的書，但是裡頭所用的研究可能是已經過期的研究，就是說，可能新的研究沒有被考慮進來，用的是十幾年或是十五年前的研究。這是其中一個部分，關於使用的研究過期的部分。

那第二個部分提到的是知識權力結構的關係。這個部分是說，以前很多像這樣子的研究，是誰出的錢？其實就是製藥公司出錢。所以就是說當你引經據典，特別是在引用統計數字的時候，當你在講說百分之十五或者是百分之二十的病人如何的時候，你必須要想到這二件事。Raabe 教授強調，當我們對統計數字引經據典時，我們必須要追根究底地去想幾件事。首先，譬如說以憂鬱症來說，你這個研究到底是怎麼樣「定義」憂鬱症的？你做研究的人，特別是醫學研究的人，你會很清楚，在研究裡疾病有特別的被定義的方式。你做實驗時必須要有操作型的定義。所以第一個是我們怎麼樣定義？然後，第二個是「誰」在做這個實驗？這個研究是誰做的？那第三個，就是你這個研究的「統計數字是怎麼出來的」？然後 Raabe 很肯定的說，就他的瞭解，這些數字實際上是製藥公司提供的。我覺得應該是直接或間接的，直接就是製藥公司他自己做研究給數據，那間接的部分可能就是贊助研究，他透過這樣的研究贊助，或是直接給出這樣子的統計數字，造成的是整個社會的恐慌。（翻譯人彭榮邦先生舉例說明）譬如說，我們在台灣常常也會碰到，百分之九十的國中生有憂鬱症這樣子嚇死人的宣稱。那這種情況底下，就

是說透過恐懼來維持他們藥商的利益：你會擔心我自己有病，你就會想吃藥，吃藥他們就會賺錢。

這些數字，譬如說政府給出來的統計數字，這些數據有可能是從藥商哪邊來的，也有可能是從獨立、不受利益左右的個人研究者做出來的。所以很重要的，你引經據典引的是哪一種數字？因為數字的來源其實不太一樣。所以 Raabe 教授實際上問他學生的問題，已經跳脫單純對數字的引經據典，一個單純的「對」或「不對」的問題。Raabe 教授不會只引用統計數字，他會問他的學生的問題是，也是你必須要問自己的一個問題是，這個統計數字到底是怎麼來的？然後，是這個統計數字它會造成什麼樣的效果？必須要往這個方向追問下去，你大概會比較清楚，統計數字在目前的論述環境到底是怎麼樣被操弄、被使用的。簡單地說，「數字」是不會講話的，數字講話的背後都是有「人」在操弄的。

現場提問：我剛從日本回來，我發現「精神疾病」、「心理失調」等對疾病的認定，在從前的日本和現在有所不同，和鄰居的中國也不一樣。對精神疾病或心疾病如何區分？是否有文化上的差異？

Raabe／彭榮邦：問問題的老前輩，想問的是精神疾病或是心理疾病，在他自己這麼長時間的觀察來看，他發現說內容似乎有些改變，所以他問 Raabe 教授，在北美、或是在中國、在台灣是不是在看待精神疾病和心理疾病會有不同的理解。Raabe 教授的回答是，說你要追問什麼東西是精神疾病和心理疾病的時候，你實際上必須要有所澄清。Raabe 教授解這問題的方式是，他跟他的學生講說，mind 就是心嘛！那心是什麼？它是你的信仰、你的價值跟你的一些假設。心，他特別跟他學生強調的是，不是說心的「內容」是你的信念、你的價值、你的假設，而是心就是這些東西。所以，你如果是這樣子看待心的話，那心的 disorder（失去秩序），可以說是你的信念、你的價值、你的假設、它的結構上出了問題，亂掉了。但是當你要講說是一種 illness（病）的時候，從 Raabe 教授談的這個對心的看法裡頭，就找不出這種東西（病）；因為你就很難說是信念的病呢，是價值的病呢，還是假設的病呢？所以如果說對 mind（心）有這樣的認識，正如 Raabe 教授所說的這樣，那哲學諮商就有介入的可能。因為哲學諮商可以幫忙做的就是澄清你的信念系統、你的價值，或者是你的一些假設。Raabe 教授說，就北美的精神醫學來說，北美醫學界有點走進一個有問題的狀態。因為就以前的狀態來說，精神醫學還會強調跟病人的「說話」這件事情。我如果在這裡做一點補充，就是說精神分析如果在

精神醫學裡頭還佔有重要地位的話，那麼跟病人說話是一件重要的事情。可是當生物醫學的精神醫學取代精神分析，或者是把精神分析排擠到很旁邊的時候，你的疾病，到頭來就變成是用藥的問題。所以現在的狀況是，你在讀精神醫學的書的時候，感覺上像是在讀神經學的教科本。然後，神經學的就覺得地盤被搶了，然後就很生氣，就跟精神科醫師講說，我們都已經在搞這些了，你們還搞這些幹什麼？那精神科醫師，因為他們自己丟掉了自己的地盤，然後那個地盤現在是臨床心裡師和社工師在做的，就是跟病人說話這件事情。所以，他們跟精神科醫師說，我們不需要你了，你在這邊幹什麼？Raabe 教授說，他希望這樣的回答，有回答到這個日本老前輩的問題。

Raabe 教授現在要談的，是定義精神疾病有關的問題。他要講的一個例子，就在發生在他住的溫哥華附近。那個狀況就是說，這個人跟他的太太關係不好，所以太太跑回娘家。而這個男人的反應是，把他的五個小孩都殺了，還放火燒房子。然後他還開車去接老婆，把他老婆帶到火場去看。他寫信跟他的老婆說，你這麼想一個人，來，看著吧，你現在真的是一個人了。然後，這個人後來去自首，跟警察說了他所做的事情，從頭到尾都沒有否認。所以，他後來請了律師，而且找了精神科醫師幫忙做了一堆測驗，證明他有精神疾病。律師找的精神科醫師幫他做了測驗之後，說他有兩到三種的精神疾病。但是檢察官也找來了精神科醫師幫他做了測驗。這兩個精神科醫師都不是泛泛之輩，都是很受尊重的精神科醫師。然後檢察官那邊的精神科醫師做了一模一樣的測驗，他得到結論是，這傢伙沒有精神疾病，他根本是個惡魔。那麼你設想自己是法官，有兩個受尊重的精神科醫師專家，做了一樣的測驗，一個說他有兩到三種精神疾病，一個說他沒有精神疾病，你要怎麼辦？Raabe 教授在跟他的學生討論的時候，有的學生說那個人一定是瘋了，只有瘋子才會做這樣的事情。另外的學生說，那再找第三個來確定好了。Raabe 教授就說，你找四個或是五個，都還是會有這樣子的狀況。

後來那個法官做出了裁判，這個裁判的關鍵是，那個男的寫了一封信給他的老婆。這個東西是一個很重要的關鍵，證明他應該不是有病，所以那個法官做的判決是，他決定忽略精神科醫師舉證的那些東西。那個法官最後的判決，就是把他判終生監禁五到六次，因為加拿大沒有死刑這回事。Raabe 教授說，他覺得最有趣的事情是，法官怎麼樣看精神科醫師判斷的這件事情，或者說精神醫學這件事情。後來整個到媒體所呈現的報導是「精神醫學是不可信賴的」這樣一個方向，這件事在社會上還造成軒然大波。法官的意思是說，兩個在精神醫學上備受尊重的權威，各自都對犯人做一樣的測驗，得出來的結果卻是這麼的彼此矛盾，那麼你怎麼可以說精神醫學是一個可以信賴的東西呢？所以在這個狀況裡面，你就看得很清楚了，因為之前提到的例子都還是跟利益有關，而現

在這個殺死自己小孩並縱火的案例裡頭，是法院請了兩個跟藥商是沒有利益的兩個精神科專家，他們服務的對象是法庭，那在這種情況底下，你用所謂的科學的方式，就是你採用所謂的科學的程序去做檢查，然後出來這樣的一個完全相反的結果，你就知道說，實際上所謂的精神疾病，裡頭有很多詮釋的一個過程，你沒有辦法把它用自然科學的方式來看待。Raabe 教授說，他還是常常用所謂「精神疾病」這樣的一個說法，不過也沒有太特別的原因，就只是因為我們大家都已經太習慣這樣的一個看待事情的方式。對 Raabe 教授來說，他覺得只有兩種談論這件事情的正確方式，第一，就是它可能是一個生理性的問題，另外一個狀況就是，它是在信念、價值、假設的部分出了問題。所以在談精神疾病的時候，要不就是生理性的，要不就是他講的信念、價值、或是假設三個出了狀況。

現場提問：當一個人有了心理或精神問題時，找哲學諮商做治療容易一點，還是去找精神科醫師簡單一點？

Raabe／彭榮邦： Raabe 教授說，那要看地方。譬如說，在加拿大的話，他們碰到的問題是，他自己就是「一中之一」、唯一的一個哲學諮商專家。他覺得加拿大的人，大部分都不知道什麼是哲學，這是第一個狀況。那第二個狀況，是哲學家喜歡搞理論，不喜歡實務這種事情，就是不喜歡跟病人有關的問題。所以像這樣的一個處境，哲學家很難把理論和實務這兩個東西，在他的腦袋裡結合起來或是放在一起。因此，哲學諮商這樣的東西對加拿大人來說是很難理解的。他說，他早期還會去提倡「哲學諮商」這樣的一個東西，但是他在提倡這個東西時，實際上碰到的問題是，人家都在問他到底什麼是哲學諮商。所以在北美洲，包括美國跟加拿大，哲學諮商是不能用來吃飯的，所以你必须要有主業。不然，你會發現你在家裡面說要做哲學諮商，可能很多時間都是空著的這樣。可是在歐洲，卻又是另外一個故事。他說在德國、美國、荷蘭、義大利很多，就是說這幾個國家裡頭其實有很多做哲學諮商的人，他們實際上是有很多病人的，所以做哲學諮商實際上可以作為本業，而且也都還不錯。對歐洲的年輕人來說，為什麼哲學諮商這條路行的通，主要是因為他們整個的教育過程裡頭，他們很早就接觸到哲學，他們知道哲學的功用是什麼。Raabe 教授說，他的取向，現在叫做「給諮商者的哲學」，不過一開始是叫做「哲學諮商」。他說，當他開始試著教哲學諮商的時候，本來是要講給學哲學的學生聽的，結果只來了小貓兩三隻。Raabe 教授發現，他那個時候應該是瘋了，因為他想做的事情是把哲學系的學生變為諮商者。所以，後來他就改弦易轍，把方向轉成是「給諮商者的哲學」，吸引那些本來就想做諮商的人，包括心理學、社工、護理背

景的，或是其他我們這邊叫做「助人專業」的這些人來學習。

現場提問：作哲學諮詢的費用，保險會給付嗎？還是都是自費？還有，你怎麼看待哲學諮詢的未來？

Raabe／彭榮邦：發問的問題是和錢有關的部分，主要是問 Raabe 教授，病人的錢從哪裡來，國家的保險體系會不會支付那樣的費用。Raabe 教授說，他的確是有些病人，他拿的錢是從國家那邊來的。不過，他有點搞不清楚那個錢是從哪邊來的，很有可能是因為那個小孩子他本身就已經進到了社會救助的體系，所以那個錢是以這樣的方式撥進來的。然後，其他的有些病人，他們是自掏腰包給他諮詢的錢。Raabe 教授說，他拿錢時不會特別去注意這個錢是從哪個單位來的，不過的確有一些是保險給付的。那第二個部分，是提問者問他說，未來會出現多少哲學諮詢的人。他說，因為他現在已經改弦易轍，給臨床工作者哲學訓練，所以他也搞不清楚、也無法預料以後會出現多少哲學諮詢的人。因為這些上他課的人，通常不會說他自己做的是哲學諮詢。

[top](#)

○後山迴響

記〈氣機導引工作坊〉

慈濟大學宗教與文化研究所

翁宗裕

編按：

11 月 27 日鄧美玲老師應本研究室之邀，來慈大人社院帶領我們進行〈我命由我不由天——從身體入手的自我療癒〉氣機導引工作坊。感謝鄧老師的教導，亦感謝翁宗裕同學的心得分享。

自恃身體還滿鬆寬的自己，在氣機導引工作坊，還是栽在「伏地鬆胯」這一招；這麼說是因為自己的兩腿外側，有一條很緊的筋，以前嚴重時連坐在摩托車後座，大腿都會不由自主的抽痛，很明顯的會感覺到有一條筋的「位置不對」，那條筋會錯位，造成臀部後側一路痛到膝蓋側，有時候我會要求從摩托車下來，

跳兩下或倒在路邊把腳拉直。

當兵時我最怕戰鬥蹲姿，因為不能一直換腳，我會痛到臉色發青，我覺得整隻腳都捲起來了，像擰毛巾那種緊迫感，我必須要一直轉移注意力，避免去想到自己的腳，痛到不自覺的憋氣，流冷汗，只好不斷用各種腳的小搖晃來解除痛感，痛的時間以秒計算，每一秒彷彿都在摧毀自己的心智。

所以我看到伏地鬆胯的動作時，內心大喊「我慘了~~」，兩膝蓋打開匍匐在地，已經是很困難的動作了，其實根本就不用考慮到「胯」，或許也是害怕的心理，我的大腿整個就緊繃僵硬，大腿內側僵直無法鬆開。往前的動作還好，慢慢做，照鄧老師說把肩胛部位放鬆，就可以把上半身往前延伸，打開胸腔，讓腹部慢慢的往地面接近；可是往後就沒辦法了，臀部往後平拉，大腿內側及鼠蹊部的確在某種角度之後，就會出現痛點，依鄧老師指導，在那痛點稍停一下，細細「品味」痛點帶來的，某種感觸，當然還是會痛與僵硬到全身抖動，而我儘量能做的，就是停在痛點一下子，呼吸三次，然後翻過來躺在地上放鬆。

在鄧美玲的《遠離悲傷》書中引用了張良維的話：「在做動作的時候用力硬撐，就是對自己殘忍；一個人會對自己殘忍，就會對別人殘忍；所以，不愛自己的人，就沒有能力真正去愛別人。」殘忍的是棄絕與忽視自己的身體，連對自己的身體都無法停下傾聽，就遑論對他人的感知，忽視感知能力而禁錮於心靈意識之中，不只是智識的荒謬，的確是殘忍。

而在自己控制範圍之內的痛，我還是可以允許自己品嚐、觀看、忍受，讓痛包含在練習當中，當成苦口良藥。雖然膝蓋兩側都已經微血管破裂（不是磨破皮），但這種痛沒有造成心理負擔，在逐漸逼近極限的時候，有一條線在你前面，你不會允許自己痛過那條線。

不過，我在後來的練習當中，逐漸試圖逾越一下那個界線，痛覺於是開啓了一種新的處境，在鬆胯的逐漸推移過程中，我領悟到真正的「痛」不會在小心翼翼的控制之中，我們只是在練習迎接它罷了，真正的痛以「他者」之姿降臨時，根本上是超越了自我的疆界，意識與意志都無法掌握與控制，痛不與你協商，當疾病之痛到來時，與你要不要無關，你只能失控的下墜，完全抓不到任何東西…這種處境是另一種殘忍，但讓我感到堅實的存在。

有趣的是，神的恩寵榮耀世人常常不明所以，但痛卻讓我們不得不謙卑的臣服，而我發現，我逐漸被這種處境吸引、著迷了，痛覺的迷幻漩渦捲入，痛像黑洞一樣抓緊吸取了所有能量，身體彷彿只剩下正在疼痛的部位，痛抓住了所有的注意力，而我放手任其發生，就是這種完全活在此時此刻，此時此刻又彷彿是永

遠…

氣機引導重要的三要素：動作、呼吸、意識，鬼使神差的讓我透過疼痛把三者連結在一起。動作造成的疼痛，足夠把所有注意力拉回身體之中，只要覺知到一個呼吸，就能釋放出沒有思考負累的空間，覺知一個動作、一個呼吸，都迫使自己從思想之流迫降於當下時刻，只剩下意識，單純的意識，自我成為現場，我們望向那一舉一動。痛，讓我們醒過來，更大膽的深入前進，自我轉化不在我們控制之中，我們就只是偶爾的覺察呼吸，把自己帶往內在空間，這樣就足夠了，呼吸能夠讓我們漸漸成為一個好的容器，好的容器能夠裝下時時刻刻的生滅來去，好的容器有足夠的負載力，當存在的沉味向我們湧來時，或許我們能站穩擁抱襲來的存在浪頭。

或許透過痛，或許透過呼吸，去覺察身體，像鄧老師說的：「閱讀身體這本大書。」我在辦公室和同事們分享氣機導引的幾個動作，同事們才做了十分鐘，臉上的表情和身體姿態就都改變了：例如「攔腰滑肘」，雙腳像樹根一樣穩穩紮在大地之上，脊椎就像樹幹般挺直，而動作只不過是風吹楊柳的擺動，站穩了，注意呼吸了，思想的狂風一剎那就靜止，當下時刻和內在空間朗朗清明起來。鄧老師一直提醒我們，不要用念頭，只要專注和覺知身體就好，一天下來，神清氣爽，不講氣但氣佈於身，不講能量但能量流暢，轉化和療癒能發生在一個個動作和呼吸的進行中，只要我們越過它，那個不斷層層疊疊的思考，我們不對抗它、不討論它、不增加它也不削減它，我們跟我們的身體在一起，覺知我們的身體，只與意識一同存在，回頭才知餘皆幻相。

在動作與呼吸之中，存在著。

經驗也不一定能複製，照樣畫葫蘆也只是自欺欺人，「我們的腳自會找出方法來。我觀察自己的腳，驚異於每一步中有多少可能的落腳地點和方式，每一片刻都呈現出種種可能，腳最終決定採取其中一種方式，將全身重量投注其上（如果是危險的情況，重量自然會放少些），在下一步做出選擇的同時，放掉這一步，於是我前進⁴⁹。」

於是我前進，我的身體不是別人的身體，我的步伐不是別人的步伐，但是疼痛，雨露均霑，眾生平等，與存在緊緊相連，痛不管拒絕或接受，痛就是痛，任何人都得臣服，我們閱讀身體這本大書，參考別人的地圖摸石頭過河，但最終仍得與自己獨處，那個破爛的身體，不是理論，是實際的下錨之處。我只能防止自己滑落到自我的地獄之中，一次又一次的拉起，一次又一次的打開空間。

⁴⁹ 喬·卡巴金，《當下，繁花盛開》，p.138。台北：心靈工坊。

[top](#)

○新書介紹



好走：臨終時刻的心靈轉化

作者：凱思林·辛

出版社：心靈工坊

出版日期：2010 年 10 月 08 日

ISBN：9789867574480

內容簡介（摘自博客來網路書店介紹文）

如果你在人世間還有許多時間，我希望這本書能夠告訴你死亡是怎麼一回事。我希望這本書能告訴你，死亡對活著的人有何啓示，而活著時又要如何看待死亡。死亡揭開了意識的各個層面、存有的各個層面、靈性的各個層面，這些層面都超越了我們向來看成是自我的個我意識。它揭開了臨終是一段自然開悟的歷程，一段最終會回歸真我的返家之旅。它指引我們一步步地開啟自己，走入存有的深層，也指引我們如何與自己一度從中脫身而出的存有本源重新融合。

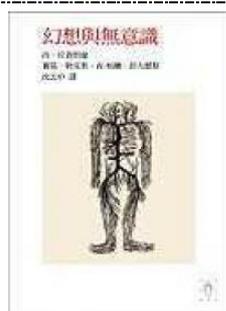
本書的寫法非常簡潔透澈，作者用簡單的文字說複雜的意思。在第一章以綜合蘇菲、西藏生死觀的精要說出「死亡是安全的」，作者把死亡當作能量的蛻變，死亡的過程即是物質身的能量轉化，人歸返至另一種能量體系。但是人類因為發展心智自我，遮蔽了存有之光，使得我們寓居於世的時候只看到世界的現實，而不見萬物所居的更大本體。第二章以超個體心理學的觀點說明我們的心智自我是如何長出來的。第三章，作者用蘇菲神學提出更大的靈性圖像，指出人們逐漸由心智自我的消退而發展出靈性的諸階段。第四章則以肯恩·威爾伯的心理學思維，鉅細靡遺地描述心智自我的毀敗過程，人的性格如何與陰影整合，身體與心智整合、我與非我整合、生與死整合。第五章，作者離開理論的說明，從陪伴臨終者實際經驗指出，死亡可以不是悲劇而是恩寵。第六章提出各種修行的方法。最後四章則與臨終照顧有密切關係。作者傾一生的經驗，將她在臨床觀察的現象與一般臨床指標（如 KPSS）接應起來，詳述病人臨終的每一階段的身心靈狀態。第八章的內容對所有陪病的家屬、醫護人員、志工都非常重要，由於講得十分具體切實，臨終彌留的氛圍充滿恩寵，令人感到臨終的幸福。

——余德慧（慈濟大學宗教與文化研究所 教授）

本書特色

作者以自己多年陪伴臨終者的經驗，結合超個體心理學、佛教等東西方智慧傳統，詳實敘述臨終時刻的身心變化，不僅為臨終者及其家屬朋友帶來深深安慰，為從事安寧療癒工作者提供了睿智而動人的解說，更緩和撫慰了我們對死亡的無限恐懼。

[top](#)



幻想與無意識

作者：尚·拉普朗虛等

出版社：行人文化實驗室

出版日期：2006 年 3 月 1 日

ISBN：9868186005

內容簡介（摘自博客來網路書店介紹文）

賈克·拉崗著名的口號「回到佛洛伊德」，對全世界的精神分析運動都造成了深遠影響。不是捍衛佛洛伊德正統，而是讓人返回佛洛伊德文本，傾聽大師的原始聲音。

本書兩篇文章皆由拉崗的第一代學生所撰寫，但這些學生並非全然承襲拉崗的教誨，而是佇立在關鍵的邊界：在拉崗的號召下鑽研佛洛伊德，而又因為回到佛洛伊德，最終矛盾地不得不遠離拉崗。

作者們也並未受限於佛洛伊德的文句，而是深入大師的思維，讓人信服地挖掘出佛洛伊德自己遺忘的概念。語言與無意識的關係、誘惑理論的深層意義，這兩篇具有經典地位的文章，已經成為認識當代精神分析的基礎。

所以說，幻想與無意識二文不只是標定這個離開拉崗的關鍵時期、釐清佛洛伊德最重要的概念，也展示了一種思想的研究模範。

[top](#)

黑暗托馬

莫里思·布朗修
陳西杰 譯



黑暗托馬

作者：莫里思·布朗修

出版社：行人文化實驗室

出版日期：2005 年 01 月 01 日

ISBN：9573069466



內容簡介（摘自博客來網路書店介紹文）

《黑暗托馬》為布朗修的第一部「虛構作品」，一九四一年於法國出版，創作期間長達九年。之後作者重新修改，新版《黑暗托馬》於一九五〇年問世，此即目前可見版本。兩個版本之間，正好可見作者從「小說」走向「敘述」的轉變過程。

《黑暗托馬》英德文譯者都不諱言翻譯甚至閱讀的困難性。傅柯曾在《外邊思維》這本專論布朗修的書中，指出其作品特色之一在於「脫離表象的王朝」。這正符合《黑暗托馬》的閱讀經驗：沒有過去、未來，沒有動力、原因的一場愛情，輕淺地難以讓人有明確的形象；但這些沒有形象的意象卻如同惡夢般讓人難以捨棄。

《黑暗托馬》本身是個不安定的作品，有人認為這是奧菲斯與尤莉狄絲故事的重寫，有人認為這就是本談論書寫的書寫。哈洛·布倫在《西方正典》的附錄將此書放在混亂時代的推薦書單，可說是意外地恰如其份。

布朗修的作品影響了整個當代思想界。除了與他有私交的勒維納斯、巴塔耶，還有傅柯、羅蘭·巴特、德希達等當代頂尖的思想家。精神分析大師拉崗也在他著名的講座中盛讚《黑暗托馬》是一種「幻想的實現」。對於中文讀者而言，《黑暗托馬》中文版的問世，無疑能夠補充法國思想中的失落環節。

[top](#)



一九三三

作者：莫里思·布朗修

出版社：行人文化實驗室

出版日期：2005 年 01 月 01 日

ISBN：9573069466

內容簡介（摘自博客來網路書店介紹文）

一九三六年，海德格與他最重要的學生卡爾·洛維特在義大利見面。當時洛維特正因為猶太血統被迫流亡，然而，與他同遊羅馬的海德格，竟毫不在意地戴著納粹勳章。這讓我們想起洛維特曾經如此描述海德格：許多人嘲笑海德格早期的奇異穿著，竟沒人注意到那身打扮不就是介於市民的常服與納粹衝鋒隊的制服之間嗎？

《一九三三》一書，是當代最重要的哲學家洛維特記錄自身早年的知識形成與納粹主政後被迫流亡的經歷。書中除了展現哲學家如何理解納粹的出現，也讓

我們看到從德國到義大利、日本各地的知識分子如何面對整個世界的變動。高達美曾說，洛維特是小故事的大師，這項才能並未因他顛沛流離的生活而喪失。面對景仰的師長海德格與壓迫者站在一起，洛維特的敘述依舊銳利清楚。在這本書中，洛維特經常以簡單的觀察，就讓當年的人物活生生地出現在書頁面前，納粹時期的德國知識狀況因而清晰呈現。

洛維特經歷義大利、日本（途中曾至台灣遊覽）、美國的流亡生活之後，在一九五二年透過高達美接洽回到德國，任教於海德堡大學哲學系至一九六四年退休，期間並曾經協助海德格重返學術界。一九七三年逝世。

《一九三三》是洛維特流亡日本期間，爲了爭取哈佛大學懷頓圖書館的徵文獎金而寫作的，該次徵文邀請德國的流亡者，將一九三三年前後在德國的印象寫下。當時可能因爲內容不符主辦單位期望而未得獎，此份書稿遂也被遺忘多年，直到洛維特遺孀整理遺稿時發現，終於在一九八六年於德國出版。

本書特色

作爲國際學界重要的哲學家，洛維特的哲學研究獨樹一格且著作等身，而這本洛維特自述 1933 年前後德國生涯的傳記，很可能是他的作品中最適合通俗閱讀，也最容易讓人認識他鮮明的思想性格的一部，除了作爲歷史證言，在他淺白的寫真文字間，更是處處可見其被譽爲「小故事的大師」的文學風采。

[top](#)

○相關活動

編按：

相關活動專是指「發佈時活動已過，但相關訊息是重要的活動或相關電子期刊、資源」，因此特闢此欄。

〈倫理的生活著〉迷你講座

主講人：楊婉儀 助理教授（東海大學哲學系）

講題簡介：

如果沒有身爲人的幸福，如何可能享受哲學的榮耀？

人性非常人性，如同我們所是的一般。

Sans le bonheur de l' humain, comment profite la luxuriance de la philosophie?

Humain très humain, comme on se trouve ainsi.

講者介紹：

楊婉儀，東海大學哲學系專任助理教授，法國史特拉斯堡大學哲學博士，專長為列維納斯哲學、形上學、西方哲學史、當代法國哲學。

研究興趣為：一、在以人為主體的哲學基礎上，重新思考「超越」對於人性意義；不再將超越等同於身體性的否定，轉而為在生存基礎上對於自身提升。二、嘗試以哲學的方法（如現象學觀點或精神分析的文本解讀）對於西方文學作品進行文本分析。旨在重新反省哲學中慣常被無意識操作的術語，嘗試在文學作品中，找出這些詞彙經驗性的意義。博士論文為〈死亡、死、生存：超越再詮釋〉，近期所發表的論文包括〈意識棲居--身體〉、〈萊維納斯哲學中的主體形貌〉、〈生存與超越--對萊維納斯哲學中倫理意義的反省〉、〈尼采的道德〉、〈從超越到人性的超越〉。

演講時間：

2010/12/11（星期六）下午 14：00-16：00

演講地點：

慈濟大學人文社會學院研討室（2E211）（花蓮市介仁街 67 號）

主辦單位：慈濟大學人文社會學院「人文臨床與療癒」研究室

協辦單位：慈濟大學教學卓越中心、東華大學教學卓越中心

指導單位：人文社會科學領域專題教學研究社群發展計畫

補助單位：教育部顧問室

[Top](#)

「人文臨床與療癒研究室」主辦
「真實動作舞蹈治療」工作坊

日期：2010/12/19（日）

講師：李宗芹老師（臺灣舞蹈治療研究學會）

活動名稱：真實動作舞蹈治療工作坊

活動內容：解說與體驗

活動地點：慈濟大學人文社會學院 2B217

時間規劃：

10:00~12:00 (解說) 真實動作舞蹈治療解說

- 1、身體經驗整理
- 2、真實動作簡介
- 3、迷你體驗

13:30~16:30 (操作)

- 1、瞭解觀者 (witness)、動者 (mover)
- 2、真實動作大體驗
- 3、個人經驗整理與分享

參與人數：20 人

備註：一、操作內容可能依現場狀況有所調整

二、請學員穿著寬鬆衣物、天冷可帶披肩或小毯子

[Top](#)

英美哲學觀點下的中國哲學研究國際學術研討會

發布日期	2010-11-29	到期日期	2010-12-31
發布人	哲學系辦	消息分類	學界消息

【英美哲學觀點下的中國哲學研究】國際學術研討會

日期：2010/12/17、18(共兩日)

地點：國立政治大學百年樓一樓文學院會議室

主辦單位：國立政治大學哲學系、國科會

詳細議程&報名資訊請見：<http://www.chph.nccu.edu.tw/01.html>

會議助理：蔣逸群，cycpfs@gmail.com

竭誠歡迎各界踴躍報名參加，並請轉知參考。

[Top](#)

陽明藝文工作坊——社會學如何研究藝術

藝術是文化符號的高度結晶，也是另個世界的超越想像。因此，藝術既涉及人為操弄的權力，也勾連到改變現況的動力。這樣看來，藝術的意義當然不只在藝術作品內部，還要牽扯到藝術所以存在的外部社會。

社會學如何研究藝術？尤其，台灣的社會學者如何從事藝術研究？相信是諸多相關學科都有興趣一窺究竟的領域。陽明大學人文與社會科學院將在 2010 年 12 月 10 日（五）舉辦座談一場，題目稱做《社會學如何研究藝術》，邀集實際動手從事「藝術研究」的社會學者共聚交流，談論他們如何選擇藝術問題？以何社會理論思考？怎樣尋找材料分析？

我們期待，經由理論高度及操作技術的匯流，藝術與社會學可有更深入的彼此理解、更閃亮的相互啟發。歡迎社會學、藝術文化研究、藝術史以及其他有興趣的學者及同學到場討論。

時間：2010 年 12 月 10 日（五）

地點：國立陽明大學活動中心第二會議室

13:00-13:20報到

13:20-14:50第一場 / 專題演講

主講人：朱元鴻（交大社文所）：天才的寓言 / Parable of the Genius

14:50-16:20 第二場 / 研究論壇

主講人：石計生（東吳社會系）：Aufhebung與 Auswicklung：寶島歌后紀露霞 藝術的精神性與社會性

吳忻怡（中研院社會所）：舞動當代台灣：從雲門歷史探看台灣社會變遷

洪儀真（中研院社會所）：如此穩定的不穩定(Such stable instability)—談台灣表演藝術家工作生涯的弔詭性

16:30-18:00第三場 / 研究論壇

主講人：羅中峰（佛光文資所）：重探沈周一一場藝術史與社會學的對話

黃聖哲（世新社心系）：美學經驗作為藝術社會學的核心問題

賴嘉玲（淡江未來所）：驛動的藝文呈現：談展覽體制的流動研究路徑

[Top](#)

第四屆東亞現象學圈國際學術研討會

國立中山大學哲學研究所謹於 99 年 12 月 9 日(四)~13 日(一)於本校圖資大樓 11 樓，舉辦「第四屆東亞現象學圈國際學術研討會」(The Fourth International Conference of Phenomenology for East Asian Circle)，



研討會主題為「Border-Crossing」，歡迎踴躍報名參加。

時間：2010.12.09~13

地點：國立中山大學圖資大樓 11 樓

活動網頁：<http://4thpeace.wordpress.com/>

報名時間：即日起至 2010.11.14 截止報名。

研討會議程如附件，敬請踴躍報名參加，謝謝。

國立中山大學哲學研究所 敬邀

主辦單位

中山大學哲學研究所

[Top](#)

〈生涯諮商本土化：融合直觀與理性的自製職業組合卡〉

專業訓練工作坊



台灣輔導與諮商學會

台灣輔導與諮商學會 2010 年會暨國際學術研討會會前工作坊

「生涯諮商本土化：融合直觀與理性的自製職業組合卡」專業訓練工作坊

【講師】

劉淑慧教授：◆美國印第安納州普度大學諮商師教育博士

◆彰化師範大學輔導與諮商學系教授

◆專長：生涯發展與諮商、超個人心理與諮商、身體工作、現象學、敘事心理與諮商

【參加對象】歡迎任何具備生涯輔導與諮商知能且對直觀運作有興趣的人。但本工作坊分為兩天/階段，間隔四週，參加成員務必在第一天/階段課程之後，自行練習課程中所教授的自由書寫、自由繪圖、靜觀，否則，很難進入四週後的第二天/階段課程。

【進行方式】本工作坊結合生涯輔導與諮商、超個人心理學與諮商、表達性藝術治療等領域。以自製職業組合卡為例，提供一套東方直觀智慧與西方理性智慧交融的運作方法。直觀智慧超越語言文字，故，這套方法需靈活應用自由書寫、自由繪圖、隱喻故事以及其他表達性藝術創作方法，本工作坊之進行也以先演練體驗後分享討論為主。

【課程時間及地點】

訓練時間：分兩天/階段，共 12 小時。99 年 10 月 31 日（日）、11 月 28 日（日）。

訓練地點：彰化師範大學輔導與諮商學系表達性藝術治療中心（綜合中心地下室）

【課程內容】

	時間	活動內容	備註
10/31 (日)	09:30-12:00	生涯輔導與諮商的本土化： 東方直觀智慧在生涯領域的應用狀況之演變	講述為主，輔以 體驗、討論
		直觀的本質：現象學與超個人心理學的描述與詮釋	
	13:30-17:00	直觀的培養：自由書寫、自由繪圖	演練為主，輔以 講述、示範、討論
		直觀的培養：靜觀	
11/28 (日)	09:30-12:00	自製職業組合卡之運用：西方獨尊理性的做法	
	13:30-17:00	自製職業組合卡之運用： 融合東方直觀智慧與西方理性智慧的做法	
		東方直觀智慧與西方理性智慧的對話與交融	討論，輔以講述

【招收名額】 30 人（未滿 16 人恕不開班）

【報名費用】 以下優惠價格截止日期以劃撥日期為準

以新台幣計價	學生會員	會員	學生	非會員
即日起至 2010 年 9 月 24 日	2,700 元	2,900 元	3,100 元	3,700 元
2010 年 9 月 25 日至 10 月 20 日	3,500 元	3,700 元	3,900 元	4,500 元

團報價-每人打九折

以新台幣計價	學生會員	會員	學生	非會員
即日起至 2010 年 9 月 24 日	2,430 元	2,610 元	2,790 元	3,330 元
2010 年 9 月 25 日至 10 月 20 日	3,150 元	3,330 元	3,510 元	4,050 元

[top](#)

元亨書院將於民國 100 年 1 月 3 日起在花蓮開講

摘錄自 2010-12-30 中國時報

【陳惠芳／花蓮報導】

建國百年即將到來，花蓮學界攜手同心推動「元亨書院」花蓮分院開張，將以國學講座開講，帶動地方的書香文風。

慈濟大學林安梧、東華大學顏崑陽教授號召多位學者教授，自民國百年元月三日起，將首開花蓮書院民間講學之風，以講堂型態舉辦系列國學講座。屆時將從《老子》的人生智慧，李斯、柳如是等歷史人物剖析、三國學等為主題，講古說今，探討人生。

「元亨書院」之名，取自周易乾卦曰：元亨利貞。也是慈大宗教與文化研究所所長林安梧教授三年前在台北創立。林安梧指出，書院以往是民間教育、講學與學術傳承極重要的舞台，例如宋代的四大書院，影響就十分深遠。元亨書院成立後，在台北深坑院址，及多所大學、民間處所，號召多位教授舉辦近五十場次講座，迴響熱烈。

林安梧到花蓮慈大任教後，也希望把文風帶進來，與東華大學榮譽教授及淡江大學中文系教授顏崑陽理念相同，選定花蓮市民國路「南菲咖啡」為據點，成立元亨書院花蓮分院，要讓書院國學講座在花蓮生根。

首場開幕啓講將於元月三日晚間七點半，由林安梧教授主講，以《老子》的人生智慧為題，針對假如老子生活在這個時代、及老子如何看待男女兩性問題等內容，由於講堂南菲咖啡座位有限，限卅人以內，有意參加者須預先報名，電話八三六一五三八。

[top](#)

第二屆本土心理學研習營 將於民國 100 年 1 月 21、22 日在清大教育館舉行



2011 年本土心理學研習營

**召喚學術生命的動力：
本土心理學的開創、發展及躍昇**

日期：100/1/21 (五)、22 (六) 地點：國立清華大學教育館 310 室
主辦單位：國立清華大學、私立東吳大學、
本土心理學研究與教學推動委員會 (新竹市光復路二段 101 號)

會議課程 報名方式 交通方式 聯絡方式

【召喚學術生命的動力：本土心理學的開創、發展及躍昇】

(地點：國立清華大學教育館 310 室)

元月21日 (星期五)		元月22日 (星期六)	
8:00-8:45	報到	8:30-9:00	報到
8:45-9:00	開幕式：(校長：陳力俊教授)		
9:00-10:20 (80分)	台灣本土心理學研究的第四代學者安在？ (楊國樞教授)	9:00-10:20	領導探索之旅： 客位化、跨文化、本土化及全球化 (鄭伯強教授)
10:20-10:40	茶敘	10:20-10:40	茶敘
10:40-11:40 (80分)	台灣本土心理學研究的第四代學者安在？ (楊國樞教授)	10:40-11:40	領導探索之旅： 客位化、跨文化、本土化及全球化 (鄭伯強教授)
11:40-12:10 (30分)	回應人：1. 蔡啟政(世新大學)	11:40-12:10	回應人 1. 蔡光輝(中央研究院民族所) 2. 黃敏萍(東吳大學)
12:10-12:30	問與答	12:10-12:30	問與答
12:30-13:40	午餐+休息	12:30-13:30	午餐
13:40-15:00 (80分)	從「儒家文化傳統的心理學想像」 到「心理學的科學革命」 (黃光國教授)	13:30-14:50 (80分)	穿梭於巨觀與微觀、理論與實踐之間： 失迷中的本土心理學進路 (黃曜莉教授)
15:00-15:20	茶敘	14:50-15:10	茶敘
15:20-16:20	從「儒家文化傳統的心理學想像」 到「心理學的科學革命」 (黃光國教授)	15:10-16:10	穿梭於巨觀與微觀、理論與實踐之間： 失迷中的本土心理學進路 (黃曜莉教授)
16:20-16:50	回應人：1. 李美枝(富源大學)	16:10-16:40	回應人：1. 王麗桂教授
16:50-17:10	問與答	16:40-17:40	綜合座談： 主持人：王麗桂 與談人：林清雲、張思嘉、吳宗祐、 孫傳如等
17:10-19:00	晚餐+休息		
19:00-21:00	座談會： 主持人：余安邦 與談者： 張思嘉、孫傳如、許幼鈴、陸浩、 陳安寧、王麗桂、劉奕麟、鄭思賢、 郭建志、林文琪、張瑞玲、周玉慧等	17:40----	欣喜賦歸

報名網址 <http://ils.nthu.edu.tw/bin/home.php>

主辦單位：華人本土心理學研究與教學推動委員會

協辦單位：東吳大學心理系/清華大學學習科學研究所

聯絡人：鄭琬蓉

電話：03-5715131*42839

E-mail: wjcheng@mx.nthu.edu.tw

由教育部顧問室支持/補助

[top](#)

銘傳大學開創新視野：心理學次領域間的對話與合作 學術暨實務研討會將於民國 100 年 3 月 18 日 在銘傳大學基河校區舉行

心理學中有眾多分支與領域，如認知、神經、健康、社會、臨床、諮商、管理、工業、組織、犯罪、司法、實驗等，在國內的心理學相關系所中也鮮見純粹由某一支派心理學獨撐大局的情形；此外，複雜的問題需要科技整合，尤其需要學術與實務間的合作，因此銘傳大學諮商與工商心理學系將於民國百年

舉辦之年度校慶研討會，定調在「開創新視野：心理學次領域間的對話與合作」，企圖搭建一個容許百家爭鳴的舞台，培育百花齊放的土壤，讓相關專業人間尋得辯證論述、借力使力的機會。

舉辦地點：銘傳大學基河校區

■時間：民國 100 年 3 月 18 日 星期五

■主辦單位：銘傳大學諮商與工商心理學系

■重要日期

■開始徵稿日期：2010 年 12 月 1 日

■截止收稿日期：2011 年 1 月 15 日 (24:00)

■審查結果通知：2011 年 2 月 14 日

(各委員審畢立即通知或公布)

■論文定稿日期：2011 年 2 月 28 日 (24:00)

■早鳥報名優惠：2011 年 2 月 16 日

■線上報名截止：2011 年 3 月 5 日

■主辦單位將依實際需要與狀況

適時調整以上日期

■主辦單位：銘傳大學諮商與工商心理學系

■協辦單位：中華民國臨床心理師公會全國聯合會

同時正與台灣臨床心理學會、台灣諮商心理學會等洽談中，歡迎專業學會、公會、政府單位、民間機構共襄盛舉，意者請洽大會主辦人朱春林博士，聯絡方式於下。

朱春林博士：

(02)28824564e3677，mcu2011conference@gmail.com

[top](#)

〈建國百年宗教回顧與展望〉國際學術研討會 將於民國 100 年 5 月 14、15 日在中研院舉行

一、主旨：

台灣宗教學會將於 2011 年 5 月 14、15 日，召開「建國百年宗教回顧與展望國際學術研討會」，期能回顧中華民國建國百年來，各種宗教之歷史、現況、貢獻與影響，並展望台灣宗教之前景，俾促進台灣宗教行政主管機關、宗教學術界、宗教團體與社會民眾，對建國百年宗教相關議題之理解。

二、說明：

- (一) 本學會將於民國 100 年 5 月 14、15 兩日，假中央研究院人文館國際會議廳，舉行「建國百年宗教回顧與展望國際學術研討會」。
- (二) 台灣之宗教發展蓬勃；由於社會變遷迅速，宗教現況更顯複雜多元。主辦單位期能藉由本次研討會，鼓勵宗教學術界人士共同切磋，回顧建國百年宗教之歷史與現況，探討當今社會所關切之宗教議題，並展望台灣宗教之前景。
- (三) 本次會議之召開，將有助於擴大並深化台灣宗教研究之學理基礎與學術成果。
- (四) 本次以「建國百年宗教回顧與展望學術」為主題，討論建國百年來，宗教在各方面的發展與變遷、貢獻與影響。
- (五) 本次子題有六：
 1. 「宗教發展與變遷」：建國百年來，宗教於各領域之發展與現況研究。
 2. 「宗教立法與政教關係」：建國百年之宗教立法回顧與政教關係探

討。

3. 「宗教與社會」：建國百年來，宗教對社會之貢獻與影響。
4. 「宗教與環保」：建國百年來，宗教對生態環境之貢獻與影響。
5. 「宗教與性別」：建國百年來，各宗教在性別平等理念推動方面之成果與瓶頸。
6. 「宗教與教育」：建國百年來，宗教內部教育及宗教創設大、中、小學教育之現況、貢獻與瓶頸。

(六) 綜言之，召開本學術會議之要旨有三：

1. 宗教學界可作學術交流與切磋琢磨，以達到提昇台灣宗教學術研究成效之目的。
2. 部分時段安排「研究生論文研討會」，由教授們擔任講評人，以培養宗教學門後進之研究人才。
3. 促進台灣宗教行政主管機關、宗教學術界、宗教團體與社會民眾，對台灣建國百年之宗教於各領域之歷史、現況、貢獻與影響，有較深入而全面的理解。

三、主辦單位：

台灣宗教學會、玄奘大學宗教學系、中華民國一貫道總會、新竹市法源講寺、財團法人台北保安宮、財團法人台北市艋舺龍山寺

四、協辦單位：

中央研究院民族學研究所

五、活動時間：

100 年 5 月 14~15 日（週六、日）

六、活動地點：

中央研究院人文館國際會議廳（台北市南港區研究院路 2 段 128 號）

七、報名截止：4 月 30 日

◆建國百年宗教回顧與展望國際學術研討會籌備處

聯絡人： 堅意法師（台灣宗教學會執行秘書）

地 址： 1.新竹市玄奘路 48 號 台灣宗教學會

2.桃園縣觀音鄉大同村十一鄰 121-5 號 佛教弘誓學院

電 話： (03)530-2255 轉 6025 台灣宗教學會

(03)498-7325 佛教弘誓學院

傳 真： (03)498-6123

郵 件： tars2010.6@gmail.com; tars2008@yahoo.com.tw

[top](#)
