

正念在促進心理健康上的運用與機制

The Application and Mechanism of Mindfulness for Mental Health Promotion

竇金城¹
Chin-Cheng Tou¹

摘要

一個所謂的「第三波」行為與認知治療在近年來出現，它結合了來自認知行為傳統的技術以及接受與「正念」的使用。傳統的認知行為治療（CBT），在處理想法上是經由將目標放在駁斥、改變以及重新架構它們的內容，然而這新的治療採取了不同的取向，焦點在放在人與他們的想法與感覺的關係上（Hayes, Follette, & Linehan, 2004）。藉由正念可以達到正向的改變、苦惱的止息或心理彈性的增進，促進了心理的健康與福祉。本文首先說明正念的定義；次則提出正念在心理治療上的運用，主要為「正念減壓課程」（MBSR）、「正念認知治療」（MBCT）、「接受與承諾治療」（ACT）及「辯證行為治療」（DBT）等四個層面；再則提出正念在促進心理健康上的機制，主要為「再覺知」及「心理彈性」等二個面向；最後提出結論，以提供教育相關單位與輔導人員之參考。

關鍵詞：正念、正念減壓課程、正念認知治療、接受與承諾治療、辯證行為治療、再覺知、心理彈性

壹、前言

近年來，諮商與心理治療工作者在運用傳統各大學派諮商理論與技術處理個案議題時，面對越來越多困難及難以突破的現實，漸漸開始有學者嘗試應用哲學、宗教思維在實務工作，並評估對個案困擾的影響與意義。在西方心理治

療領域，把「正念」（mindfulness）概念帶入臨床研究範疇的Kabat-Zinn，他是醫學博士也是生物學博士，在1979年於美國University of Massachusetts Medical Center結合靜坐與瑜珈，發展減壓方法（Mindfulness-based stress reduction，簡稱MBSR），為病人找到與壓力、焦慮、疼痛、慢性疾病共處之道。臨床界有相當多相關研究論述，研究參與者包括癌

¹國立高雄師範大學教育系博士生
通訊作者：竇金城，（708）臺南市安平區同平路156巷37號，
E-mail：m9056712@mail.tainan.gov.tw

症、憂鬱、焦慮及心血管疾病患者，此心理構念亦受到諮商與心理治療學界的關注，臨床研究針對其介入評估成效，發現對個體生理、心理與靈性層面都帶來正向改變（Bruce & Davies, 2005; Smith, Richadson, Hoffman, & Pilkington, 2005）。晚近有學者針對重病照護者、甚至是醫學院學生、護理人員、社工人員及諮商心理師為對象，評估此減壓方法對因應生活壓力、情緒調適與自我效能的影響（Newsome, Christopher, Dahlen, & Christopher, 2006; Schure, Christopher, & Christopher, 2008）。然過去文獻多論述正念所帶來的效益與現象。那麼「正念」在心理治療上的運用是如何呢？正念是以怎樣的機制來對心理健康產生正面的影響呢？以下將分別介紹。

貳、正念的定義

Brown與Ryan（2003）將正念定義為「一種注意並覺察當下正在發生什麼的狀態」或者是「對目前經驗與當下事實（reality）的增強的注意與覺察」。這兩位學者強調的是以當下為中心的注意與覺察：覺察是意識的背景「雷達」，不斷地監視內在與外在環境，一個人可能覺察到某刺激，但並不將之置於注意的中心；注意是一個去聚焦有意識的覺察的歷程，對有限範圍內的經驗提供高度的敏感。這兩位學者在一篇文章中對正念做了如下的操作型定義：「對正在進行的事件與經驗的開放的（open）或接納的（receptive）注意與覺察」（Brown & Ryan, 2004）。

Kabat-Zinn（2003）定義正念為：「在當下地並且非評判地，經由有意地注意於時時刻刻展現的經驗而出現的覺察」，或者是「以一種特殊的方式來注意：有意地，在當下地，與非評判地」

Kabat-Zinn（1994）。

Thera（1972）稱正念為「在知覺的連續不斷的時刻中，清楚且專心一意地覺察什麼真正的發生在我們身上及在我們之內。」

Bishop、Shapiro、Carlson、Anderson與Carmody等人（2004）提出了正念的二元素模式的操作型定義，第一個元素包含注意力的自我調節，使之維持在當下的經驗上，因此對當下的心理事件有更多的識別。第二個元素包含對個人的當下經驗採取一個特殊的導向，此導向的特徵為好奇、開放、與接受。

Shapiro、Carlson、Astin與Freedman（2006）根據Kabat-Zinn（1994）對正念的定義：「以一種特殊的方法來注意—有意地，在當下地，與非評判地」，將正念視為下面三個公理的時時刻刻的循環歷程：一、（為何要培養正念的）意圖；二、（時時刻刻的）注意；三、（接受的）態度。

Cardaciotto、Herbert、Forman、Moitra與Farrow（2008）將正念下了如下的操作型定義：「正念是高度地覺察一個人的內在與外在經驗的傾向，而且是在以接受的、非評價的態度來對待這些經驗的脈絡之下。」

賀昌林（2009），綜合各專家學者的見解，正念有兩個主要的因素：「當下的覺察」與「接受」。「當下的覺察」有助於人們獲取當下最即時的訊息，在適應上有不可取代的重要性；「接受」除了是讓人能持續地作覺察的必要條件之外，它還能避免「經驗的逃避」所帶來的心理上的危害。若「接受」是讓人持續地作覺察的必要條件，則預測「接受」和「當下的覺察」應該有正相關存在。此外，既然正念能增進適應與避免心理上的痛苦，則預測正念與憂鬱應該會有負相關。

叁、正念在心理治療上的運用

一個所謂的「第三波」行為與認知治療在近年來出現，它結合了來自認知行為傳統的技術以及接受與正念的使用。傳統的認知行為治療（CBT）在處理想法上是經由將目標放在駁斥、改變以及重新架構它們的內容，然而這新的治療採取了不同的取向，焦點放在人與他們的想法與感覺的關係上（Hayes, Follette, & Linehan, 2004）。

此第三波的治療可以被歸類成兩組：以正念訓練（mindfulness training）為根基的處遇，例如：正念減壓（Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR; kabat-Zinn, 1990）課程，正念認知治療（Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT; Teasdale, Segal, & Williams, 1995），以及將正念視為關鍵元素的處遇，例如：接受與承諾治療（Acceptance and Commitment Therapy, ACT; Hayes, Strosal, & Wilson, 1999）與辯證行為治療（Dialectical Behavior Therapy, DBT; Linehan, 1993）。上述四種處遇方式皆已有實務上的手冊。

正念減壓課程與正念認知治療都是團體式的，為期8至10週。辯證行為治療包括個別治療與團體訓練。接受與承諾治療可用於個別的或團體的方式實施，時程可從1天到16週。在目標群體上，雖然正念減壓課程及接受與承諾治療起初的目標是放在有身體的與精神病的議題人士身上，但現在也被用於健康的、有壓力的群體。正念認知治療聚焦於長期憂鬱症病患，辯證行為治療聚焦於邊緣型人格疾病以及衝動控制（impulse control）狀況，包括飲食疾患。以下分別對上述的四種治療法做介紹。

一、正念減壓課程（MBSR）

將正念運用於臨床的興趣是受到正念減壓課程（MBSR）出現的激勵，它將東方的修行，例如靜坐禪修及瑜珈，整合到長期的疼痛與疾病的治療上。正念減壓課程現在也被廣泛地用來降低與長期疾病有關的心理上的不適，以及治療情況上與行為上的疾患（Kabat-Zinn, 1998），目前在世界各地的診所都有提供正念減壓課程。

正念減壓課程是連續八週至十週的團體訓練課程（最多三十人）。病患每週至醫院參與一次為時2.5至3小時的課程，學習以及實際練習培育正念的方法，並參與如何以「正念」面對、處理生活中的壓力及自身疾病的討論。在八週的課程中，病患被要求每週六天，每天至少利用45分鐘練習於課堂中所學得的正念修行方法。八週的課程尚包含一天（通常在第六週）約七至八小時的禁語密集禪修訓練。

正念減壓課程將「正念」視為「純粹地注意當下每一秒所展現的身心經驗」，教導病患以正確的態度來進行正念練習：（一）不對自己的情緒、想法、病痛等身心現象作評判（non-judging），只是純粹地覺察它們；（二）對自己當下的各種身心狀況保持耐心（Patience），有耐性地與它們和平共處；（三）常保「初學者之心」（beginner's mind），願意以赤子之心面對每一個身、心事件；（四）信任（trust）自己、相信自己的智慧與能力；（五）不努力（Non-striving）強求想要的（治療）目的，只是無為地（non-doing）覺察當下發生的一切身心現象；（六）接受（acceptance）現狀，願意如實地觀照當下自己的身、心現象；

(七) 放下 (letting go) 種種好、惡，只是分分秒秒地覺察當下發生的身、心事件 (kabat-Zinn, 1990)。

正念減壓課程教導病患基於上述的學習態度，修習三種主要的禪修技巧：

(一) 「坐禪」 (sitting meditation)

觀察隨著呼吸而產生的腹部起伏運動，或者意守鼻端，觀察鼻端與呼吸接觸的感受；當任何念頭、情緒出現時，禪修者只是覺察它，然後將注意引回到腹部起伏的運動或鼻端；當疼痛出現時，鼓勵病患觀察身體的疼痛。

(二) 「身體掃描」 (body scan)

病患平躺或採用臥姿，引導注意力依序觀察身體不同部位的感受，從左腳腳趾開始，最後至頭頂。面對念頭與疼痛的策略，與坐禪時相同，但在觀察疼痛時，偶而帶有觀想的技巧 (觀想疼痛隨著呼吸離開身體)。

(三) 「正念瑜伽」 (mindful yoga)

正念減壓課程將「正念修行」結合「哈達瑜伽」，教導病患在練習「哈達瑜伽」的同時，觀照當下的身、心現象。

雖然正念減壓課程在缺少嚴格評估的情況下風行起來 (Bishop, 2002)，但正念減壓課程的隨機控制實驗已開始出現，其發現是令人鼓舞的，顯示出正念減壓課程能使在與醫療疾病有關的心理不適顯著降低 (Reibel, Greenson, Brainard, Rosenzweig, 2001) 以及對非臨床的樣本能帶來壓力的緩和與情緒福祉的增進 (Shapiro, Schwartz, & Bonner, 1998; Williams, Kolar, Reger, & Pearson, 2001)。

二、正念認知治療 (MBCT)

正念認知治療 (MBCT) 在其發展過程中參考了正念減壓課程中的正念的

精神，是用來治療長期的憂鬱症與防止憂鬱復發。正念認知治療結合了正念的技術與認知治療的要素，並將正式的靜坐練習納入治療的一部分，以促進人們對於思想、情緒與身體感受的超然的 (detached) 或去個人中心的 (decentered) 觀點 (例如：「我不是我的想法」)。正念認知治療的目標是增加對時時刻刻經驗的覺察，以及把注意力帶到當下 (Williams, Teasdale, Segal, & Soulsby, 2000)，它旨在改變對想法的關係，而非改變思想的內容。人們在正念認知治療中所學習到的「非評判」的態度，能避免對負向思想的反芻性沉思 (rumination) 之升高 (Teasdale et al., 1995)，而當有憂鬱傾向的人們在做反芻性沉思時，他們會從事一個程序——「循環再生」 (recycle) 負向的思考內容且增加復發的機會與憂鬱發作的嚴重性 (Nolen-Hoeksema, 1991)。一個大型的隨機控制實驗顯示正念認知治療能顯著地降低復發性重鬱症的復發率 (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000)。

正念認知治療所針對的病患，是曾經有過憂鬱症發作，但接受藥物治療後經復原的患者。一個正念認知治療課程可接受最多十二位病患。其課程結構與正念減壓課程類似，是歷時八週、每週一次二小時課程的團體治療。課程教導病患與正念減壓課程相同的正念修行方法，即包含「身體掃描」、「坐禪」、「正念瑜伽」、「行禪」及「日常生活中的正念」。在八週課程中，病患須一週六天且每天45分鐘練習正念修行。但此療法不包含「一日的密集訓練」。正念認知治療與正念減壓課程的主要差異在於，前者增加一部分「認知行為治療」 (CBT) 對憂鬱症病患的訓練內容。這八週的療程，可協助病患下列事

項（健康知識網，2016）：

- （一）熟悉病患的心智運作。
- （二）讓病患能覺知到再度陷入心智的舊習慣中，並能跳脫低落的情緒，重新活化自己。
- （三）去探索如何將自己從那些舊習慣中釋放出來，並試著選擇用不同的方式去做。
- （四）用不同的方法認識病患自己和這個世界。
- （五）開啟病患覺知的能力，並注意病患所處環境中的小美麗和小樂趣，而不是活在腦中。
- （六）善待自己而非期待不同的事物或驅策自己達到一個不可能的目標。
- （七）接受本來如是的你，而不是將所有的時間花費在批判自己上。

三、接受與承諾治療（ACT）

接受與承諾療法（Acceptance and commitment therapy, ACT），是一種用在心理治療的臨床行為分析（clinical behavior analysis, CBA）形式。它是一個有實證基礎的心理介入法，使用不同的接受（acceptance）與正念（mindfulness）策略，以及承諾（commitment）與行為改變策略（behavior-change strategies），用來增進心理彈性（psychological flexibility）。這個治療取向一開始稱為（心理的）廣泛距離化（comprehensive distancing），是在1980年代後期，由Steven C. Hayes、Kelly G. Wilson與Kirk Strosahl所提出的。

接受與承諾治療（ACT）是在「心理病理與嘗試去控制或避免負向的思想或情緒有關」的前提之下發展出來，它的理論基礎是關聯架構理論（Relational

Frame Theory, RFT），此理論闡述了人類的痛苦是如何經由與語言的認知網路之糾纏而被創造出來的。接受與承諾治療的目標在於人們的心理彈性，心理彈性可由六個相關的歷程來加以培養，其中的四個歷程屬於正念歷程，這四個歷程的作用在於削弱語言的主宰，尤其是包含了短暫的與評價的關聯。這四個歷程包括接受、解融合（defusion）、接觸當下、自我為脈絡（self-as-context）（Fletcher & Hayes, 2005）。接受與承諾治療教導減少經驗逃避的技巧，而經驗逃避「發生在當一個人不願意去保持與特定的私人經驗的接觸，並且採取步驟去改變這些事件的形式與頻率以及引起它們的脈絡」（Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999）。雖然接受與承諾治療沒有特地去將正念發揚成一個處遇的元件或技術，它的一般取向以及特定方法與練習是和其他基於正念的取向相一致的（Baer, 2003）。已有研究顯示接受與承諾治療在範圍廣泛的各種疾患上的治療是有效的（Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004）。

四、辯證行為治療（DBT）

辯證行為治療由Linehan於1993年創造，強調「接受」可以促使「改變」，「改變」可以促進「接受」。DBT結合了認知行為治療、行為科學、辯證哲學及禪修的治療取向，採取平衡的治療策略。辯證行為治療中的「辯證」（Dialectical）出自古典哲學，代表一種不斷在正反辯證發展的狀態。例如：對某個議題的主張視為「正的」，另外形成與正的所對立的「反」論述，辯證的過程便是在兩個極端中間尋求「整合」，將兩種極端中值得保留的部分融合一體，且試圖分析解決兩極

矛盾之處。如此的「整合」隨後形成下個辯證循環的「正」主張，因此「真實」即是在不同時空、不同人之間交互整合的歷程，而非在任一極端、不可動搖的事實（Feigenbaum, 2007）。透過正念禪修的技巧運用，來處理個人的注意力、各種意念及妥善處理自己的情緒、有效處理人際關係、接受現實與忍耐現實的困擾（Linehan, 1993）。

DBT治療模式假設BPD患者缺乏人際互動與自我調節之核心技能；且個人與環境因素經常阻斷或抑制行為技巧的使用，或是強化不適應的行動。DBT被使用來強化學習新技巧，內化這些學習的技巧到患者的資源庫中以資其所需時使用，且可以類化新學習至所有情境脈絡。此學習理論的原則主要強調行為會透過正負增強而持續或增加，且會透過懲罰而減少或消失，更甚者透過漸進的消退而移除之前受強化的不適應行為。如同行為治療取向之根本，DBT強調對於失功能行為的刺激辨認學習，此失功能行為來自之前的制約學習。

DBT為結構性手冊之治療取向，其內容涵蓋每週60至90分鐘的個別治療、技巧訓練團體治療、電話諮商與個案管理及治療師的督導（Linehan, 1993）。在DBT中，特別是行為科學強調行為改變，對無法自我確認（self-invalidation）的邊緣性人格病人而言，行為科學中的問題解決等面對困境的調適方法，需要有特別的技巧來均衡，故基本的辯證便包括治療師的「接受」（Acceptance）及「確認」（Validation），並以禪修中覺察觀照（Mindfulness）的精神，協助個案察覺內心無法被肯定的情緒狀態，並不帶評價地加以描述、整理與表達（Feigenbaum, 2007）。

辯證行為治療最早的發展是針對長期自殺行為的病人而來，後來演進到對

具有邊緣型人格疾患（BPD）的多重疾患病人的處遇，並被調整為適用於其他涉及情緒失調的與難以處理的行為疾患，包括物質依賴的邊緣型人格疾患病人（Dimeff, Rizvi, Brown, & Linehan, 2000）、暴食（Telch, Agras, & Linehan, 2002）、憂鬱且有自殺行為的青少年（Miller, 1999; Rathus & Miller, 2002），以及憂鬱的老年人（Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003）。

肆、正念在促進心理健康上的機制

如前文所提及，正念已被運用在許多治療上，其效用也漸漸被證實為有用。那麼「正念」是以怎樣的機制，來對心理健康產生正面的影響呢？以下將介紹「再覺知」及「心理彈性」等。

一、行動的後設機制——再覺知

「正念是如何工作的？」Shapiro、Carlson、Astin與Freedman（2006）認為正念有三個元素（公理）：（一）意圖（intention）、（二）注意（attention）、（三）態度（attitude）。此三者不是分開的歷程或階段，它們是單一循環歷程中相互交織的面向並且同時發生，而正念即是此時時刻刻的歷程。

在「意圖」方面，「你的意圖為什麼是可能的（what is possible）進行預備的工作，它時時刻刻提醒你當初為何要練習（禪修）」（Kabat-Zinn, 1990）。禪修練習者若持續練習，他們的意圖的演變會從「自我調節」，到「自我探索」、最後到「自我解脫」（Shapiro, 1992）。

在「注意」方面，指的是當經驗在此時此刻呈現其自身時能回到事情自身，停止詮釋經驗的任何方式，並注意經驗自身。

在「態度」方面，指的是以好奇、不對抗、接受、親切的態度來對待我們的經驗。

在Shapiro等人（2006）提出的正念潛在的機制模型中，認為以「開放與非評判來有意圖地注意」（亦即正念）能導致重大的「觀點的轉變」（shift in perspective），Shapiro等人（2006）稱之為「再覺知」（reperceiving）。

經由正念的歷程，人們能夠不去等同（disidentify）意識的內容（即人們的想法），並且以更大的清晰與客觀來看待自己時時刻刻的經驗，此歷程為再覺知，那不是浸沒於我們個人故事或生活故事的劇情中，而是我們能往後站並單純地觀察它。再覺知類似西方的心理學的去個人中心（decentering）（Safran & Segal, 1990）、去自動化（deautomatization）（Safran & Segal, 1990）與不執著（detachment）（Bohart, 1983）的概念。例如Safran與Segal（1990）將去個人中心定義為「置身於一個人直接的經驗外（step outside of one's immediate experience），因而改變了那個經驗的本質」的能力。

「再覺知」能被描述成一種意識的旋轉（rotation in consciousness），那些之前的主體變成了客體（Shapiro et al., 2006）。正念修行者能強化他們的「觀察我」（the observing self）（Deikman, 1982），我們不再完全融入那些我們能夠觀察到的意識內容，例如，如果我們能看到它，我們就不再僅僅是它，亦即我們一定讓它更大。不論它是痛苦、憂鬱或恐懼，再覺知容許一個人在想法、情緒與身體受升起時不去對它們作認同

（或不將它們等同於自己），並且僅是與它們同在而不是被它們定義（亦即被控制、被制約、被決定）。經由再覺知，一個人明白了「這個痛苦不是我」，「這個憂鬱不是我」，「這些想法不是我」，這是經由後設論點來觀察它們的結果。

Shapiro等人（2006）相信再覺知是行動的後設機制（meta-mechanism），且可由再覺知發展出其他四個能導致改變與正向結果的直接機制，它們是（一）自我調節（二）價值澄清（三）認知、情緒、與行為的彈性（四）暴露。分述如下：

（一）自我調節

自我調節是一個歷程，系統藉以維持運作的穩定以及對改變的適應。經由再覺知，我們能更注意到每個時刻中所蘊含的資訊。我們不再被焦慮或恐懼等狀態所掌控，反而能把它們當資訊來使用。我們能注意情緒，並選擇以能促進更大的健康與福祉的方式去自我調節。經由有意識地（意圖）將覺察（注意）與接受（態度）帶到當下的經驗上，我們能更佳地使用更廣泛的與更適應的因應技巧（Shapiro et al., 2006）。Brown與Ryan（2003）證明了在正念量表上得分高者，顯著地具有較多的自我調節的情緒與行為。

（二）價值澄清

再覺知能幫助人們認清什麼對他們是有意義的，以及他們真正重視的是什麼。價值經常被家庭、文化與社會所制約，以致於我們沒有發覺到底是誰的價值觀在驅策我們生活中的選擇。當我們能與我們的價值觀分離，並以更大的客觀性來反省它們，我們就有機會去重新發現與選擇對我們更為真切的價值觀。

（三）認知、情緒、與行為的彈性

若我們能以更大的清晰來看待一個情況以及我們自己對它的內在反應，我們將能以更自由的選擇去反應（亦即以更少的制約、自動化的方式去反應）。如同Borkovec（2002）所指出的，認知與社會心理學的研究已證實了「現有的期待或信仰會扭曲對新獲得資訊的處理」，學習去看清事情是要依靠對於先前的模式或信仰不去作等同（disidentify）的能力。再覺知能讓我們如其所是的看清當前的狀況，並能適切地作出反應，而不是使用被之前的習慣、制約與經驗所促發的反動式的（reactionary）想法、情緒與行為。

（四）暴露

再覺知——不激情地觀察或目睹一個人意識內容的能力，能讓一個人以更大的客觀與更少的反動（reactivity）去經驗，即使是非常強的情緒。這種能力能當作一種對「避免或否認困難的情緒狀態的習性傾向」的反制，由此增加對這種狀態的暴露。經由這種直接的暴露，一個人學到他或她的情緒、思想或身體感受不是如此壓倒性的或令人恐懼的。經由帶著正念去注意負向的情緒狀態，一個人在經驗上與現象上學到不需要害怕或避免此類的情緒，而且它們最終都會過去。（Segal, Williams, & Teasdale, 2002）。Goleman（1971）認為禪修提供了一個「整體的去敏感」，因禪修的覺察可以被應用到一個人經驗的所有面向。

Dobkin（2008）在研究正念減壓課程在乳癌病患身上的改變機制時，發現結果符合Shapiro等人（2006）的理論，亦即隨著時間的增長，正念減壓課程的參與者會「再覺知」他們在生活經驗中所遭遇的事物。

二、心理彈性

根據接受與承諾治療（Acceptance and Commitment Therapy, ACT）的看法，心理病理代表的是在心理上缺乏彈性（Fletcher & Hayes, 2005）。接受與承諾治療的目標是增加心理的彈性（psychological flexibility），此種能力能讓人成為一個全然接觸當下與其產生心理反應的有意識的人，且此人在此狀況下能為了達到所選擇的價值而能堅持行為或改變行為。在此處心理的彈性被六個高度相關的歷程所促進：接受（acceptance）、解融合（defusion）、接觸當下（contact with the present moment）、自我為脈絡（self-as-context）、價值（values）與承諾的行動（committed action），每一個都是正向的心理技能，而前四個歷程被Fletcher與Hayes（2005）用來定義正念，分述如下。

（一）接受

接受是一個時時刻刻的歷程，是主動地去擁抱發生在當下的私人事件（private events），而不用沒有必要地嘗試去改變它們的頻率或形式，尤其是當做這嘗試時會造成心理的傷害（Fletcher & Hayes, 2005）。

（二）解融合

認知的解融合技術可用來改變私人經驗的功能，即使它們有相同的形式或頻率。這是經由創造脈絡以減低由想法轉換而來的刺激功能。例如：一個人可以給他的想法一個形狀、顏色或重量，看著它如同看電視一般，給正在進行的思考歷程一個稱號，覆誦一個字幾十次。這些技術降低想法在字面上的可信度（literal believability of thought），而並沒有去消除想法或在邏輯上攻擊它的形式。

（三）接觸當下

接觸當下包含把注意力放在當下發生的事上。其意指接觸內在刺激，如身體感受、想法與感覺，以及外在刺激，如聲音、景色、味道與觸摸，在與當下接觸時，一種我為歷程感（a sense of the self as process）會被經驗到是一種不斷變化的一連串心理事件的覺察、想法、情緒與身體感受，在進行中的自覺歷程中持續地變化（change continuously in an ongoing process of knowing oneself）。

（四）自我為脈絡

把我看成一個場地，讓想法、情緒、身體感受等如它們的樣子在這個場地上起落，我們可以用平等的心去看著它們的起落，而不會把它們與自己劃上等號。根據直接的意識經驗，自我為脈絡似乎一直都存在著，超越角色、想法、情緒、與身體的經驗。換句話說，這種自我感是超越於經驗之上的，而且是無形的（以東方的話語來說，它是無／有）。一個超越的自我感鼓勵個案去經驗他們自己的想法與感覺，並從對「概念我」的認同上移開。

Fletcher與Hayes（2005）認為對想法與自我概念的解融合類似於Segal等人（2002）所提的去個人中心。而Shapiro等人（2006）認為「再覺知」類似於此處的認知解融合以及自我為脈絡。而心理彈性也類似於Shapiro等人（2006）提出的「認知、情緒、與行為的彈性」機制。

綜上所述，藉由正念可以達到正向的改變、苦惱的止息或心理彈性的增進，亦即促進了心理的健康與福祉。不同的專家學者對正念背後的心理健康促成機制的描述是類似的，只是名稱可以是「再覺知」、「去個人中心」、「不執著」、「認知解融合」或「自我為脈絡」等。

伍、結論

二十世紀初，美國心理學之父James曾預言佛學思想將對西方心理治療帶來重大影響（Epstein, 1996）。過去二十年，其預言也顯見於西方心理學與東方靈性的整合。許多心理學家回到佛學哲學中學習心智的對治之道，驗證目前心理治療取向上的限制。

「正念」幫助個體向內關照（turning toward），而非向外離散（turning away from），練習開放與接納各種可能，發展出不固著於想法與感受的關係，去覺察個體的自由性、選擇性，相較於慣性、自動化思考的狀態，其「接納」的觀點與當代心理治療不同。正念讓個體對環境的敏感度提升，對新資訊有更多開放，開創知覺的新觀點，覺察問題解決的多元方法，增加健康適應的回應能力，減少心理耗竭的可能（釋宗白，2011）。

正念，不是技巧，它是個體完整性的結合，強調不做什麼（non-doing），被證實有生理、心理、靈性效益，也能促進對想法來去的覺察，不去控制想法、情緒、身體感覺，相反地是去經驗它們（Kostanski & Hased, 2008）。創造出不評斷、無防衛、或條件式的空間，與自己的感受接觸、以接受的態度面對經驗。綜合言之，「正念」從諮商／心理治療師是專家，能解決個案問題、帶領個案消滅困擾的思惟，轉化到安住經驗，向經驗學習，由內覺照自身生命力的方法。若能深化正念實踐，將為個體生命創造出與內在本心相應的共鳴（釋宗白，2011）。

參考文獻

健康知識網（CFH）（2016）。**正念認知療法抗憂鬱症復發**。取自網址：

- <http://www.cfh.com.tw/Health Topic/General>。查詢日期：2016/09/06。
- 賀昌林 (2008)。大學生正念與憂鬱之相關研究。臺北市立教育大學心理與諮商學系碩士論文，未出版，臺北。
- 釋宗白 (2011)。正念意涵及其在諮商／心理治療的轉化機制。輔導季刊，47 (2)，39-49。
- Bear, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Bohart, A. (1983). *Detachment: a variable common to many psychotherapies?* Paper presented at the 63rd Annual Convention of the Western Psychological Association, San Francisco, CA., U.S.A.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine, 64*, 71-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 230-241.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol.84, No.4*, 822-848.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 242-248.
- Bruce, A., & Davies, B. (2005). Mindfulness in hospice care: Practicing meditation-in-action. *Qualitative Health Research, 15*, 1329-1344.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., Farrow, V. (2008). The Assessment of Present-Moment Awareness and Acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment, 15*, 2, 204-223.
- Deikman, A. J. (1982). *The observing self*. Boston: Beacon Press.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist, 34*, 10-13.
- Dimeff, L. A., Rizvi, S. L., & Brown M., & Linehan, M. M. (2000). Treating women with methamphetamine and BPD. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 457-468.
- Dobkin, P. L. (2008). Mindfulness-based stress reduction: What processes are at work? *Complement Ther Clin Pract 14*(1), 8-16.
- Epstein, M. (1996). *Thoughts without a thinker*. NY: Basic Books.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16*, 51-68.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a Functional Analytic Definition of Mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*, 4, 315-336.
- Goleman, D. (1971). Meditation as meta-therapy. Hypothesis toward a proposed fifth stage of consciousness. *Journal of Transperonal Psychology, 3*(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G.

- (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Follette, V., & Linehan, M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding The cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditations in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1998). *Meditation*. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp.767-779). New York: Oxford University Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science & Practice, 10*, 144-156.
- Kostanski, M., & Hased, C. (2008). Mindfulness as a concept and a process. *Australian Psychologist, 43*(1), 15-1.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins C. J. (2003). Dialectical Behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 11*, 33-45.
- Miller, A. L. (1999). DBT-A: A new treatment for parasuicidal adolescents. *American Journal of Psychotherapy, 53*, 413-417.
- Newsome, A., Christopher, J. C., Dahlen, P., & Christopher, S. (2006). Teaching counselors self-care through mindfulness practices. *Teacher college record, 108*(9), 1881-1900.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*, 146-157.
- Reibel, D. K., Gresson, J. M., Brainard, G. C., Rosenzweig S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry, 23*, 183-192.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Schure, M. B., Christopher, J., & Christopher, S. (2008). Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation and qigong. *Journal of counseling & development, 86*(1), 47-56.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, D. H (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology, 24*(1), 23-29.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical*

- Psychology, Vol. 62(3), 373-386.*
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine, 21*, 581-599.
- Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *Journal of Advanced nursing, 52*, 315-327.
- Thera, N. (1972). *The power of mindfulness*. San Francisco, CA: Unity Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behavior Research & Therapy, 33*, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A, Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(4)*, 615-623.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2002). Group dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A preliminary uncontrolled trial. *Behavior Therapy, 31*, 569-582.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E. & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American journal of Health promotion, 15(6)*, 422-432.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormality, 109*, 150-155.