

國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系

碩士論文

指導教授：鄔佩麗 博士

**EMDR 介入 PTSD 治療歷程與效果
之個案研究**

研究生：謝馨儀 撰

中華民國一百年一月

致謝詞

就讀研究所這麼多年來，最企盼的莫過於完成論文、撰寫謝誌的這一刻！然而當真正下筆時，心頭卻湧上太多複雜交織的感受，深怕遺漏了每一位曾經幫助我的夥伴。

令我特別有感觸的是，心輔所的訓練過程在於培養富有同理心的助人工作者，而論文研究的學術訓練卻是養成理性思考的研究者，原本以為二者用「心」與用「腦」有著懸殊差異的比重，然而在完成論文的過程中，卻逐漸發現自己可以在論文研究中實踐對人的體貼關懷。原來，無論做諮商或是做研究、甚至是生活中的任何角色，都會回歸到「人」的本身，因此在撰寫謝誌時，我實在無法不提及在就讀心輔所期間，曾經關心我、支持我的夥伴，您們的正向關懷滋養了我，也使得我在遭遇挫折時能夠不放棄，堅持初衷至今。在研究所裡，許多夥伴常喚我小名「謝謝」，這與我經常充滿喜悅感恩的心境相當貼近，也是此刻終於從心輔所畢業最深刻的心情！

首先要向本研究的參與者和太太致敬，馨儀為您們辛苦的經歷感到十分佩服！對於您們願意為罹病及治療經驗現身說法、讓關心這個議題的人們能夠透過您們的經驗而有所瞭解，馨儀更是由衷地感激，也誠心祝福您們接下來的生活平安、健康！

無庸置疑地，心中最大的感恩要獻給我的指導教授鄔佩麗老師，感謝您在論文研究與撰寫的過程，給我莫大的空間與自由，而在整個研究過程中，看見您對於EMDR求知若渴的用功態度，以及對研究參與者細膩無比的倫理考量，這些示範使我更懂得謙虛向學；除了論文之外，您更是促成我專業起步的啟蒙導師、以及人生的榜樣，真心感謝鄔老師這些年來對我的關心與疼愛，我期許自己能夠將您對人的慈悲關懷傳承下去。

其次要感謝張素鳳老師與楊志賢醫師在論文口試中擔任口試委員並給予協助！張老師嚴謹的思維與認真的態度令我深感佩服，很謝謝您的具體指導，尤其是有關文獻以及方法學的考量，著實幫助這份研究在書寫與呈現上更為精確。楊主任的回饋則幫助我重新思考如何使論文的呈現與實務工作者切入的角度相互接軌，有關精神藥物不同層次的療效意義也提醒了我用更豐富的角度來進行解讀與討論；楊主任是我和平醫院實習時的駐地督導，當時您與整個團隊對實習生們的人性關懷與照顧，至今仍感動在心，也藉此機會向您說聲謝謝！

鄔老師每隔週便例行性地帶領研究生們共同討論論文、彼此交流意見，我在這個團隊裡待了四年，過往至今有太多的夥伴互相協助；同門的情誼即便在就學期間沒有交集，我仍幸運地獲得了幾位學姊的關照。無論是情感的支持或是研究想法的激盪，在此一併致謝！謝謝宗悌、佩凌、甄容、光霓、秋楨、玉連、沛珊、美秀、麗英、潔芳和梅貞，您們的關心與打氣，是支持我完成論文的動力。此外也謝謝研究同儕品潔，與您合作的過程激勵我往前邁進，真心祝福您的研究也能順利完成！

謝謝好友王嘉、宜靜、弘年和毓凡，每每論文遇到瓶頸，我總習慣透過向你們訴說以整理思緒，即使您們已經畢業、甚至就業和服役，卻始終鼓勵與陪伴我走過這段歷程，使我感到被祝福與不孤單；更甬提在遭遇挫折時，您們提供我多大的情感支持！能夠在研究所期間與您們深交，是我的福氣！

謝謝共同堅持到最後的戰友宇卿和怡安，因為有您們相伴，一同留守到最後居然也留下不少深刻的美好回憶！謝謝好同學文亭、劉劉和依璇的加油打氣！謝謝協助翻譯的皓翔和李淳芳老師！謝謝好友幸蓉和孟芝總是為我禱告！謝謝和平醫院郭醫師、孟禎老師、寶鑽姊和小艾的鼓勵，以及一同實習、常帶給我歡笑與元氣的小微、怡秀、丹毓和鈞淳！謝謝中崙的蓓蓉、珮旂、明惠和小旺，您們總是不吝於給我肯定！謝謝每一位口試當天前來幫忙與支持、參與見證的樂鵬、曉彥、佩辰、建泓學長…等人，以及其他透過各種方式傳達鼓勵的夥伴，您們的心意我都有收到，謝謝您們！

另外，也要感謝所有願意信任我的家教家長們，為您們的孩子指導學習使我在就學期間有空間實踐助人的熱情、磨練愛心與耐心，與孩子們相處的愉快經驗經常使我懷抱好心情，實質的家教收入也支持著我度過這段求學歷程。

謝謝自己堅持至今，終於完成階段性任務，可以放心地承載著大家的祝福，繼續往下一個關卡邁進。

最後，要謝謝我最親愛的家人和男友。謝謝銓佑在我最挫折低潮的時候，決定冒險與我攜手同行，在這將近一年的時間，受到您生活上的細心照料以及心靈上的支持，甚至到最後關卡還幫助我度過拮据的生活，對您的感謝只能以無盡的珍惜來回應，並且真心祝福您也能逐步完成夢想！謝謝哥哥和妹妹，許多深藏在心、充滿感情的話語，我相信不必多說、您們也能接收到，尤其是同居生活的妹妹，這段時間也受到您許多照顧！最後最後，感謝我的父母親，雖然您們沒有高學歷，但您們的品格與處事永遠是我的榜樣，我永遠敬愛您們，謝謝您們養成我親和而堅毅的性格，也感恩您們給我空間實踐夢想！謝謝您們！

中文摘要

EMDR 是一項緣起於西方國家的新興治療方法，目前已有許多研究證實其對創傷之療效，然而臺灣地區缺乏相關研究，故本研究試圖應用 EMDR 於國內之臨床心理治療實務、進行一個探索性的個案研究，藉此瞭解 PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中的經驗，以及評估 PTSD 案主在接受 EMDR 介入過程及治療前後的差異，企盼國內應用 EMDR 的起點自此開啟。

本研究之 PTSD 案主在接受美國總會認可之 EMDR 治療師參與治療，於結案後，由研究者邀請成為研究參與者。研究者於 EMDR 治療結案後四個月及六個月，與研究參與者及其太太進行訪談、並進行觀察，並在徵得研究者參與者同意之情況下，蒐集治療過程中的相關紀錄以及案主自我觀察紀錄。研究者將 PTSD 案主於接受 EMDR 介入前後之歷程撰寫成為一治療案例，並且將有關資料進行整合與分析，歸結出 PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中的經驗，以及 PTSD 案主在接受 EMDR 介入過程及治療前後的差異，並進一步討論 PTSD 案主使用精神用藥之影響。

本研究之整理與發現如下：

- 一、本案例之 PTSD 案主與太太共同參與前後為期四個月、共計 19 次的療程，期間透過 EMDR 處理了三項創傷事件，案主的身心狀況獲得大部分的舒緩，因此結束 EMDR 療程，在後續的追蹤亦發現案主的身心適應狀況相當穩定，並無嚴重的復發情形。
- 二、本案例之 PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中的認知想法轉換為正向、情緒感受則消除了負向情緒；案主在 EMDR 治療過程中的生理感受較不敏銳，但在治療結束時皆能進入放鬆之狀態。
- 三、經歷嚴重發病及 EMDR 治療之後，本案例之 PTSD 案主大多數的症狀已經解除，在身心警覺度和生活功能方面，相較於發病前的程度是有差別的；然而在面對生活中的壓力源時，案主能夠運用 EMDR 治療過程學習到的新技巧進行自我安撫以恢復身心狀態的平衡。
- 四、本案例顯示出 EMDR 的介入以及精神藥物造成 PTSD 案主的身心症狀改善情況是二者相輔相成造成的效果；EMDR 治療師與案主所建立的信任關係開啟了案主穩定接受身心合併治療之契機。

針對上述研究結果，研究者進行以下討論：(1) 案主「發病」後的生理症狀及求助管道，反應出國人的壓力反應及求助行為；(2) 本案例之 EMDR 介入過程，協助案主正視與處理創傷議題，且介入過程符合創傷療癒之原則與策略；(3) EMDR 之介入，有效協助臺灣地區案主解除情緒和生理症狀，並造成認知上的轉換，顯示 EMDR 具跨文化之效用，且案主之改善情況符合國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊所提醒治療目標新興之關注面向；(4) EMDR 合併藥物治療，打破案主生心理的惡性循環；(5) EMDR 介入與案主自陳之進步情形，療效呈現一致上升的現象。

研究者針對研究結果及相關討論，建立一則以 EMDR 介入治療 PTSD 之邏輯模型，並進一步提出有關實務及研究上的建議，以供後續參考。

關鍵字：眼動減敏與歷程更新治療、創傷後壓力疾患

The Efficacy of EMDR in the Treatment of PTSD: A Case Study

Hsin-Yi Hsieh

Abstract

Regarded as one newer therapy originated from Western countries, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) has been proven efficient by numerous researches. However, due to the fact that there is not much related research in Taiwan, this study aims at a psychological therapy practice applying EMDR in Taiwan for the future exploration. Via a client's positive result from the therapy and the comparison before and after the intervention of EMDR to the Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) therapy, it is anticipated that EMDR will be practiced more in the psychotherapeutic field and thus dispersed in Taiwan.

The researcher invited the interviewee for this study after the closure of his therapy with an EMDR therapist certified in the USA. The researcher interviewed the interviewee and his wife after the closure of the therapy had passed four months and six months respectively. With the interviewee's permission, all related records to the process and the interviewee's self-observation are collected as the reference material for this study. The case description developed by the researcher contains the process before and after the intervention of the EMDR therapy. The research has also collaborated pertinent materials to analyze the interviewee's experience during the process of therapy and to distinguish all differences before and after the intervention of the EMDR therapy, as well as to discuss the effects caused by psychiatric medication to the interviewee.

The procedure and the findings of this study are listed as follow:

1. The interviewee and his wife had totally been through a four month therapy with nineteen sections, in which three traumas the interviewee had experienced were targeted by the EMDR therapy. During the therapy, the interviewee stably adjusted and benefited a lot. In the follow-up tracking, the interviewee was found to have adapted and recovered well afterward.
2. Also during the therapy, the interviewee's cognition turned positive along with the ease of the negative motions. The interviewee was insensitive but could usually relax himself when the section came to an end.
3. After the interviewee went through the severe morbidity and underwent the intervention of the EMDR therapy, most of the interviewee's symptoms were eased even though the aspects of physical arousal and daily functions differed from those before the morbidity. However, when facing the source of pressure, the interviewee could adopt new skills learned from the EMDR therapy to comfort and balance himself both mentally and physically.
4. The case study has revealed that that the interviewee's improvement is an effect mutually caused by the intervention of EMDR and the psychiatric medication; the key to the success of this case should be attributed to the trust established between the EMDR therapist and the interviewee that serves as a critical turning point for the interviewee to accept the combined treatment from psychological and pharmaceutical therapies.

Based on the result mentioned above, the researcher has proposed the following discussions:

1. The interviewee's physical condition and consultation channel reflect the Taiwanese people's reactions to pressure and help-seeking behaviors.
2. The intervention of EMDR helps the interviewee face and deal with the trauma, and the process of the intervention meets the principles and strategies of the trauma remedy.

3. The intervention of EMDR not only effectively helps the clients in Taiwan ease emotional and physical symptoms, but also significantly leads to the clients' cognitive transformation. This explains that EMDR contains cross-cultural effects. In addition, the improvements seen on the interviewee meet the treatment goal and the new issues mentioned in *Practice Guidelines for the International Society for Traumatic Stress Studies*.
4. The combination of the interventions of EMDR and medication breaks the vicious stress cycle between the interviewee's body and mind.
5. The interventions of EMDR and the self claims by the interviewee have shown the consistent positive effect.

Based on the study result and pertinent discussions, the researcher has established a logic model for the intervention of EMDR to the PTSD therapy and proposed further academic and clinical suggestions for future study.

Keywords: EMDR, PTSD

目次

致謝詞.....	i
中文摘要.....	iii
英文摘要.....	v
目次.....	viii
表次.....	x
圖次.....	xi
第一章 緒論	
第一節 研究動機.....	1
第二節 研究目的與研究問題.....	5
第三節 名詞釋義.....	5
第二章 文獻探討	
第一節 創傷後壓力疾患.....	7
第二節 創傷後壓力疾患之治療.....	12
第三節 眼動減敏與歷程更新治療之理論與概念.....	21
第四節 眼動減敏與歷程更新治療之實務運用.....	28
第三章 研究方法	
第一節 個案研究法.....	35
第二節 研究參與者的條件.....	36
第三節 研究程序.....	37
第四節 研究工具.....	39

第五節	個案研究的證據分析.....	41
第六節	研究之信效度考量.....	47
第七節	研究倫理.....	48
第八節	研究參與者簡介.....	49
第四章	研究結果	
第一節	EMDR 治療案例.....	51
第二節	案例回顧與分析結果說明.....	84
第五章	討論與建議	
第一節	綜合討論.....	115
第二節	研究限制與建議.....	125
參考文獻		129
附錄		
附錄一	研究邀請函.....	139
附錄二	研究同意書.....	140
附錄三	治療紀錄引用同意書.....	141
附錄四	「心理診斷初次會談」紀錄表.....	142
附錄五	EMDR 練習作業單.....	144
附錄六	「建構並促進平靜與安全的場所」練習單.....	148
附錄七	正負向認知範例.....	150

表次

表 2-1	與 PTSD 可能相關之生理心理異常	19
表 3-1	個案研究分析策略及技術於本研究之適用情形說明表	42
表 3-2	資料分析步驟說明摘要表	46
表 3-3	評斷研究設計品質準則之作法摘要表	47
表 4-1	EMDR 治療紀錄摘要一欄表	54
表 4-2	「建構並促進平靜與安全的場所」過程紀錄表	58
表 4-3	「EMDR 練習作業單一創傷事件 1」BLS 過程紀錄表	60
表 4-4	「EMDR 練習作業單一創傷事件 2-1」BLS 過程紀錄表	66
表 4-5	「EMDR 練習作業單一創傷事件 2-2」BLS 過程紀錄表	70
表 4-6	「EMDR 練習作業單一創傷事件 2-3」BLS 過程紀錄表	72
表 4-7	「EMDR 練習作業單一創傷事件 3」BLS 過程紀錄表	76
表 4-8	案主進行各次 BLS 之內容摘要表	80
表 4-9	EMDR 介入前中後，各方面症狀改變一欄表	88
表 4-10	PTSD 案主於 EMDR 治療中之認知經驗摘要表	94
表 4-11	PTSD 案主於 EMDR 治療中之情緒經驗摘要表	96
表 4-12	PTSD 案主於 EMDR 治療中之生理經驗摘要表	97
表 4-13	PTSD 案主於 EMDR 治療前後在認知方面之改變摘要表	100
表 4-14	PTSD 案主於 EMDR 治療前後在情緒方面之改變摘要表	102
表 4-15	PTSD 案主於 EMDR 治療前後在生理方面之改變摘要表	104
表 4-16	PTSD 案主於 EMDR 治療前後在行為方面之改變摘要表	106
表 4-17	PTSD 案主於 EMDR 治療前後在人際關係方面之改變摘要表	107
表 4-18	案主服用精神藥物史之簡表	110

圖次

圖 2-1	壓力循環示意圖	8
圖 3-1	研究流程圖	38
圖 4-1	案主自行繪製之單次 BLS 前後身心舒適圖	64
圖 4-2	案主自行整理繪製之身心交互影響示意圖	65
圖 4-3	案主自行繪製之長期身心舒適圖	86
圖 5-1	案主進步情形之雙重資料來源合併示意圖	122
圖 5-2	以本治療案例建立之 EMDR 介入 PTSD 治療效果邏輯模型	124

第一章 緒論

本章將依序說明有關本研究發展之背景與動機、研究目的與問題，並針對相關的重要名詞進行釋義。

第一節 研究動機

一、從事助人工作的初衷及成長脈絡

回想自己毅然決然地踏入助人領域之決定，以及對弱勢族群特別抱有一份關懷，是自小的生長背景所醞釀。祖父母一代過著窮苦的務農生活，父母親因經濟因素自小失學、一輩子投入成衣業之經營，使得我能夠在一個小康的生活環境中長大、選擇自己所嚮往的就學領域；父母親數十年來在做人處事及經營事業的過程中，以身教與言教教養子女在對待人事物時抱持著感恩與珍惜的態度——無論在我們眼前的是外國客戶、或是本土員工（父母親總要我們稱呼她們為「某某阿姨」），甚至是近幾年逐漸引進的東南亞勞工，父母親總是對他們友善又照顧。

這樣的童年生活，帶給我的影響除了對「人」的尊重之外，也因著從小在充滿勞工階級的環境中長大、經常有機會聽母親轉述、甚至親自瞭解這些「阿姨」們的生活，使我能夠瞭解，社會上不是只有負擔得起高額心理治療費用的群眾需要接受幫助，這些經濟相對弱勢的民眾們，面對著許多生活衝擊，諸如家暴、失業、心理疾病等危機，然而由於受限於經濟條件，他們沒有機會獲得所需之協助。

就讀高中時，臺灣適逢九二一大地震，看著新聞不斷報導災情，是我決定從事助人領域的關鍵點。進入師大心輔系的大學生活，開始有機會實際接觸一些相對弱勢的族群，在尋覓家教時優先服務特殊學生、在社團或課外活動關心性別與同志...等議題；進入師大心輔所就讀後，在碩士班選擇到臺北市立聯合醫院和平院區精神科進行實習，亦是對自己助人初衷的一項實踐。在這些實務經驗中，我看見了人們的需要，更加深了內心的信念——心理治療不該只是「天上人間」的服務層次，若能尋求一種有效能之心理治療方式，除了能夠縮短案主的受苦時間，

而縮短治療的時程方能節省案主、案家或政府所負擔的經費，讓需要幫忙的人更有機會享受到心理治療的服務！

二、尋求一種有效能的心理治療方式

我的指導教授 鄔佩麗教授是一位懷抱慈悲心腸的助人工作者，我所認識的鄔教授持有希望能縮短案主受苦時間的治療理念，因而近幾年來逐漸投入一種在心理治療領域新興的治療方式——眼動減敏與歷程更新治療法（eye movement desensitization and reprocessing，簡稱 EMDR）。國外已有許多研究支持此治療法乃短期有效的創傷處遇方式，能夠在短短數次的介入之後，降低案主的困擾症狀或將其適應情況提升至一定的水平。

由於自己跟隨著鄔教授學習諮商專業、有機會聽聞此治療法的功能而大感好奇，更在某次因課堂演練的機緣下親身體驗了一次由同學擔任治療師、非正式的 EMDR 介入，居然將自己某個困擾的情緒之結給解開了！我心裡不禁驚嘆：「僅僅是一次非正式的演練經驗，就帶給我面對困擾情境時、當下情緒反應的大躍進；倘若是訓練有素的治療介入，案主不曉得從中會有什麼神奇的經驗與變化呢！」因此，此研究的構想逐漸醞釀成形，我希望能夠探討 EMDR 介入對人心理適應的幫助為何？除了期待在此研究過程中，解答自己的心中的好奇，更重要的是，對 EMDR 的進一步瞭解或許有機會為臺灣民眾提供多一種有效能之心理治療服務的選擇性。

國外逐漸有許多研究支持 EMDR 對創傷及 PTSD 治療之介入有其效果
（Boudewyns & Hyer, 1996; Brown & F. Shapiro, 2006; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998; Devilly, Spence, & Rapee, 1998; Devilly & Spence, 1999; Edmon, Sloan, & McCarty, 2004; Edmond, 1999; Edmond & Rubin, 2004; Grant & Threlfo, 2002; M. Gupta & A. Gupta, 2002; Hogeberg et al., 2007; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Jensen, 1994; Korn & Leeds, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Lee, Taylor, & Drummond, 2006; Marcus, 1997; Marcus, Marquis, & Sakai, 2004; McCullough, 2002; Rogers et al., 1999; Rogers

& Silver, 2002; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998; Schneider, Hofmann, Rost, & F. Shapiro, 2008; Sprang, 2001; Taylor et al., 2003; van der Kolk et al., 2007; Wilson, Becker, & Tinker, 1995, 1997; Zabukovec, Lazrove, & F. Shapiro, 2000), 後來關注的對象亦拓及焦慮症、憂鬱症、恐慌症、恐懼症、飲食性疾患、替代性創傷、早期依附問題、各項成就表現…等(鄔佩麗, 2008; Feske & Goldstein, 1997; Foster & Lendl, 1996; Goldstein, de Beurs, Chambless, & Wilson, 2000; Muris, Merckelbach, Holdrinet, & Sijsenaar, 1998; F. Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007; R. Shapiro, 2009a), 形式則拓及了家庭、伴侶及團體治療等(Adúriz, Bluthgen, & Knopfler, 2009; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a; F. Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007), 可見 EMDR 服務對象的廣泛度已大大擴展; 反觀國內相關研究寥寥無幾, 僅有李元華(2008)與陳致豪(2003)對此療法之初探, 李元華聚焦於 EMDR 中「眼動」之療效機制的探討, 陳致豪則關心「眼動」與「正向認知」在 EMDR 療效中扮演的角色, 透過這兩份國內僅有的 EMDR 研究幫助我澄清與聚焦自己真正關切與好奇的研究焦點, 乃是 EMDR 於本土臨床的實務經驗, 尤其是其中細緻的治療過程, 因此本研究試圖邀請經美國 EMDR 總會認可之治療師針對國內之心理治療實務進行一則個案研究, 以開啓國內對 EMDR 實務應用的臨床經驗討論。

三、EMDR 針對 PTSD 處遇的關注

在開始準備投入進行此份研究的期間, 臺灣南部正經歷一場數十年來最嚴重的災難——八八水災; 而在此份研究逐漸成形時, 東部蘇花公路亦因風災浩劫而柔腸寸斷。在屢次天災當中, 眼見新聞媒體不斷報導災情的慘重, 令人不禁懷抱一顆悲憫之心! 尤其從心理專業的角度來看, 災後的重建不只是有形的家園房舍或經濟能力的重建, 這些從災難中倖存下來的民眾、參與救災或投入現場志願服務的英雄與善心人士們, 在面對親友驟逝與目睹災難的經驗中, 如何走出一條心靈的重建之路、使得接下來的人生因此轉捩點而更有意義, 亦是我們所關切的議題。

從心理專業的角度來看，遭遇重大天災人禍等創傷事件後，有些人可以隨著時間從重大挫折中自然復原，但有些人可能會發展成嚴重的心理困擾，例如：反覆出現重複想像體驗創傷事件或其中令人驚恐的部份；逃避與事件相關的想法、記憶、人物和地點；情緒麻木以及過度警覺…等。上述症狀若再合併持續時間和影響職業及社會功能的損害之考量，則有可能符合創傷後壓力疾患（posttraumatic disorder，簡稱 PTSD）的診斷。

EMDR 理論的提出者 Francine Shapiro 博士於 1987 年無意間發現眼球移動對人的心理狀態會產生影響，而她在 1989 年首次提出以眼球運動測試「創傷記憶症候」(traumatic memory symptomatology) 的療效，參與者表示在過程中確實降低了思緒困擾，此篇報告之發表引發了心理治療界的廣泛興趣；自此之後，國外陸續展開許多 EMDR 作為 PTSD 治療法的實務及研究，在回顧實證研究的報告內容中雖有一些研究方法上的限制，但 EMDR 使案主在短期內獲益的效果仍使眾人對此治療法躍躍欲試。

美國 EMDR 總會為了推展此療法，已設置跨國性的組織與網站 (www.emdra.org)，並鼓勵各地助人者做在地化的調整；臺灣亦於 2007 年在取得總會支持下成立了臺灣 EMDR 學會，擬逐步培養在地的 EMDR 實務工作者。然而上述所討論到的 EMDR 針對 PTSD 之療效研究，皆來自於西方國家，由 1997 年成立的國際創傷壓力研究學會 (International Society for Traumatic Stress Studies，簡稱 ISTSS) 所贊助的創傷後壓力疾患治療指引工作小組 (PTSD Treatment Guidelines Task Force) 檢討了文化上的限制，表示創傷事件雖然發生在許多不同的文化和社會中，但都有共通的 PTSD 反應，因此要做更多的研究以確定西方社會認為有效的治療方法是否也能在西方以外的文化產生功效。因此，本研究試圖應用 EMDR 於國內之臨床心理治療實務、進行一個探索性的個案研究，企盼臺灣心理治療應用 EMDR 的起點自此開啓。

第二節 研究目的與研究問題

根據上述之研究背景與動機，本研究所設定的研究目的如下：

- 一、瞭解 PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中的經驗。
- 二、評估 PTSD 案主在接受 EMDR 介入過程及治療前後的差異。

根據上述研究目的，擬訂之研究問題如下：

- 一、PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中，其認知想法、情緒感受、生理反應等經驗為何？
- 二、PTSD 案主在接受 EMDR 介入治療前後，其 PTSD 症狀以及生活功能適應的改變情形為何？

第三節 名詞釋義

一、眼動減敏與歷程更新療法

Francine Shapiro 博士於 1987 年無意間發現眼球移動致使人們的心理狀態由混亂趨於平靜，F. Shapiro 將此過程命名為「眼動減敏感療法」(eye movement desensitization，簡稱 EMD)；而後 Shapiro 再提出此療法的內涵不只侷限於眼動，因而重新命名為「眼動減敏與歷程更新療法」(Eye Movement Desensitization and Reprocessing，簡稱 EMDR)。

EMDR 已從當初單純的操作性技巧逐漸發展成爲一套整合性的心理治療方法，治療中輔以眼動或拍掌等多種雙側刺激 (Bilateral Stimulation，簡稱 BLS) 方式協助案主重整創傷經驗，過程中並關注於案主的認知、情緒、生理等多種面向。

本研究所指稱之 EMDR 療法，是由美國 EMDR 總會訓練認可之治療師、同時亦是國內的合格心理諮商師來實施治療，並根據 F. Shapiro 於 1995 年所提出的 EMDR 基本治療標準程序進行操作。

二、創傷後壓力疾患

依據精神疾病診斷準則手冊（DSM-IV-TR）衡鑑準則，創傷後壓力疾患（Posttraumatic Stress Disorder，簡稱 PTSD）的診斷須符合下列情況：

- （一）此人曾經歷過一種創傷事件，同時具備以下兩項：(1) 當一個人曾經歷、目睹或被迫面對一或多種事件，而此事件涉及到實際發生的死亡或嚴重身體傷害，或威脅到自己或他人的身體完整性。(2) 此人的反應包括強烈的害怕、無助感、或恐怖感受。
- （二）此創傷事件以影像、思想、知覺、夢境、象徵等方式持續被再度體驗。
- （三）持續逃避與此創傷有關的刺激，並有著一般反應性麻木（創傷事件前所無）。
- （四）持續有警醒度增加的症狀（創傷事件前所無）。
- （五）此障礙總期間超過一個月。
- （六）此障礙造成臨床上顯著痛苦，或損害社會、職業、或其他重要領域的功能。

PTSD 一般持續時間少於三個月稱為急性，超過三個月稱為慢性，若是症狀在創傷後六個月後才出現稱為延遲發作 PTSD。

本研究所指稱之 PTSD 案主，乃經由精神科醫師診斷為 PTSD 之患者。

第二章 文獻探討

本研究主要關注為眼動減敏與歷程更新治療法（簡稱 EMDR）介入治療創傷後壓力疾患（簡稱 PTSD）之效果，故本章節分別針對 PTSD 及其治療、EMDR 理論概念以及近期運用情形，依序進行文獻探討。

第一節 創傷後壓力疾患

人在遭遇壓力情況，尤其是諸如嚴重天災人禍、性侵害、恐怖攻擊、戰爭…等重大創傷事件後，可能會產生一些負向的身心理狀態；有些人能夠隨著時間逐漸復原，但有些人無法自然恢復穩定，甚至嚴重影響到長期的生活功能，後者可能逐漸發展成 PTSD，需要專業介入協助其復原。本節將依序說明壓力、創傷與 PTSD 之界定。

一、壓力與創傷

（一）壓力之界定

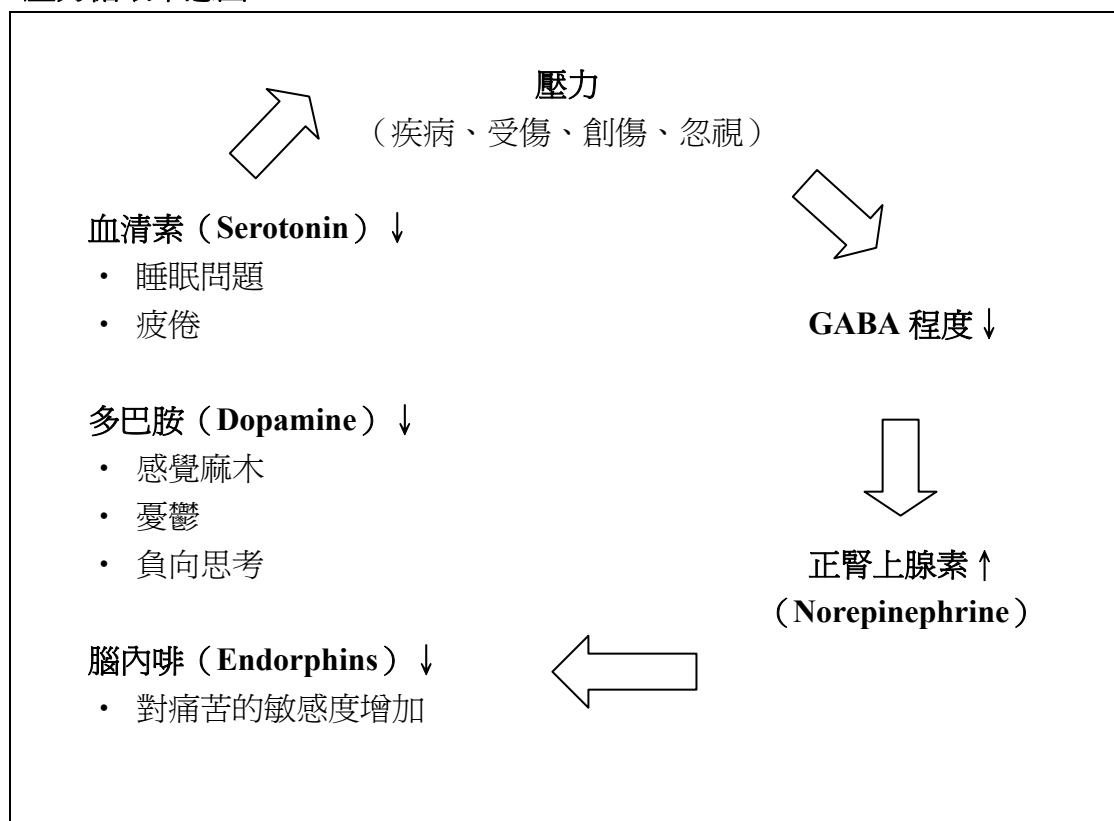
Peterson 與 Walker 於 2003 年指出，壓力以兩種型態出現，一種是正向的優質壓力（eustress），此種壓力會促使人們有所改變；另一種負向的壓力稱為痛苦（distress），此壓力多半是有害的，如生理承受過多壓力會造成身體受損、嚴重的心理痛苦則可能導致心理疾病（引自鄔佩麗，2008）。

Grant（2009）針對壓力如何導致痛苦做了解釋，指出當人類的生存需求受威脅時，便會產生壓力，且需求愈基本、壓力愈大，而嚴重的壓力會在各方面影響神經系統，包括生理方面、情緒方面、神經方面，以及心理方面等；而在心理方面，有五種主要的壓力種類與影響，皆涉及了大腦的結構和功能中與壓力有關的改變，包括：(1) 缺乏安全與支持；(2) 增加了生理的激發狀態（physiological arousal，包含焦慮和憂鬱）；(3) 情緒絕緣（emotional disconnection）；(4) 負向思考；(5) 創傷的壓力。人們在經過受苦的事件之後，儘管已事過境遷，卻仍保持生理上或情緒上的痛苦，便是因為上述五種壓力類型與影響。

(二) 壓力循環模式

壓力會增加生理上的激發狀態，引發各種生理改變。人體中有四種重要的神經傳導物質促使大腦各部份進行溝通，包括：(1) GABA，功能在於保持各部份的平衡；(2) 正腎上腺素 (Norepinephrine)，可促使警覺與注意力之維持，並管理記憶；(3) 血清素 (Serotonin)，功能在於調節睡眠、心情和痛苦；(4) 多巴胺 (Dopamine)，涉及有關愉悅、專心度和痛苦。這些與壓力相關的生理化學改變彼此緊密相關，一開始由壓力所引發之神經傳導物質的失衡影響了個體的生心理狀態，開始出現對痛苦的感受度增加、感覺麻木、憂鬱、負向思考、睡眠困難、疲乏等症狀，而這些身心不適又引發個體的壓力，於是製造出一種壓力與痛苦間的循環；此壓力循環模式可參考下圖 2-1 (Grant, 2009)。

圖 2-1
壓力循環示意圖



資料來源：Change you brain, change your pain(p. 43), by M. Grant, 2009, Australia: BookPOD.

（三）與文化有關的壓力觀點及因應行為

由於各地區的文化價值或信念有所不同，社會文化上的差異使得人類在面對壓力或創傷時有所不同，因此助人者在協助受創的患者時，需要顧及文化的因素（鄔佩麗，2008）。

鄭泰安（1996）彙整臨床資料與社區精神疾病調查所得訊息，和西方的相關資料進行比較，針對華人常見的心理症（neuroses，又稱神經症）與社會心理問題（psychosocial stress）進行討論，指出華人心理症個案的基本精神病理與其他世界各地的心理症個案並無兩樣，但是在各種症狀的表現形式上則有不同之處，如：西方病人在陳述自己的身體症狀時，也有相當的比例會陳述自己的心理症狀，而臺灣地區的患者多訴諸身體上的症狀，如胃不適或疼痛等，以表達他們的壓力狀態，因此他們求助的管道也未必會是精神醫療領域。

曾文星和徐靜（1974）亦指出，病人的求助行為深受當地社會的習慣、對問題了解與求助觀念、以及醫療系統的影響，是個人心理與知識、家人與週遭人的建議、社會的醫療系統和制度、再加上文化上的想法與習俗而綜合影響與決定，並非單純的行為現象。

因此，相關醫療人員若未敏感於患者的心理狀態，光是以症狀的觀點去處理患者的生理症狀，則未能協助患者解決根本的心理壓力問題。

（四）創傷之界定

世界衛生組織的 ICD-10 於 1992 年將創傷視為：會對任何人造成全面痛苦的、極具威脅或災難性的短期或長期壓力事件或處境；van der Kolk 與 Fisler 於 1995 年將創傷定義為：一種難以抗拒的壓力事件，而此事件已擊潰一個人現在的因應機制（引自鄔佩麗，2008）。由此可知，並非壓力皆會引發個人主觀知覺經歷了創傷，需視壓力事件是否帶給個人全面性、壓倒性的衝擊，以及是否造成了個人因應機制的失能。

即便創傷之界定已較壓力更具嚴重性，遭遇創傷事件亦未必會使個人發展成 PTSD，需視其身心不適之症狀、持續時間，以及功能受損是否符合診斷而定。因此，接下來先界定美國精神醫學會針對 PTSD 的診斷要項，再呈現一些相關調查數據來突顯遭遇創傷與罹患 PTSD 之現象。

二、PTSD 的診斷

美國精神醫學會於 1980 年正式將創傷後壓力疾患（Posttraumatic Stress Disorder，簡稱 PTSD）納入精神疾病診斷準則手冊第三版的分類，目前第四版修訂版之 PTSD 診斷須符合下列情況（引自 DSM-IV-TR，孔繁鐘編譯，2007）：

（一）此人曾經歷過一種創傷事件，同時具備以下兩項：

1. 當一個人曾經歷、目睹或被迫面對一或多種事件，而此事件涉及到實際發生的死亡或嚴重身體傷害，或威脅到自己或他人的身體完整性。
2. 此人的反應包括強烈的害怕、無助感、或恐怖感受。

（二）此創傷事件以影像、思想、知覺、夢境、象徵等方式持續被再度體驗。

（三）持續逃避與此創傷有關的刺激，並有著一般反應性麻木（創傷事件前所無）。

（四）持續有警醒度增加的症狀（創傷事件前所無）。

（五）此障礙總期間超過一個月。

（六）此障礙造成臨床上顯著痛苦，或損害社會、職業、或其他重要領域的功能。

PTSD 一般持續時間少於三個月稱為急性，超過三個月稱為慢性，若是症狀在創傷後六個月後才出現稱為延遲發作 PTSD。

三、創傷與 PTSD 的一般盛行率

人們終其一生難免會遭遇創傷事件，但並非所有的創傷經驗都會衍生嚴重的心理問題或是發展成 PTSD。自從美國精神醫學會將 PTSD 納入精神疾病診斷之後，陸續有西方學者投入關心 PTSD 的議題，使得我們對 PTSD 的流行情況逐漸有所掌握，但由於採用研究方法的差異，有些根據是否符合診斷、有些則依據症狀的嚴重程度，因此所統計出來的 PTSD 流行率比例有所落差（陳淑惠，2010）。臺

灣近年來頻頻發生地震、水災等重大災難，助人工作者逐漸投入關切 PTSD，民眾也在媒體的宣導之下逐漸對此疾患有所認識，然而目前臺灣尚未進行有關 PTSD 盛行率等調查或研究，因此我們尚無法得知 PTSD 在臺灣地區的普及情形，故以下僅針對美國地區所進行的長期性普查結果、以及目前已知某些可能較高風險的族群，從中獲得參考的訊息。

以美國一項長期性普查結果為例，約有 60% 的人至少經歷過一次創傷事件，但僅有 6.8% 符合 PTSD 的診斷；此項普查亦反映了創傷事件內容的性別差異，男性受創經驗多為車禍、鬥毆、戰爭、疾病或目睹死亡，女性則是家庭暴力或與性相關的暴力事件；在北非等政局較不安定的國家，人民經歷創傷事件的比例高達 92%，其中符合 PTSD 診斷的比例高達 37.4%（陳淑惠，臺灣災害管理學會演講稿，2010 年 4 月 23 日；Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995）。上述數據顯示遭受創傷經驗雖不等於罹患 PTSD，但受創經驗確實提升了罹患 PTSD 的風險；此外，亦反應了社會文化國情等外在壓力情境與個人內在創傷的發生確有其關連性。

Foa、Keane、Friedman 與 Cohen（2009b）在國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊中，提供了不同性別和年齡的 PTSD 罹患情形：以性別來看，資料顯示女性罹患 PTSD 的終身盛行率為 10.4%、男性為 5%；而遭遇同一種創傷時，女性罹患 PTSD 的可能性為男性的四倍；而從年齡來看，PTSD 可能在人類生命歷程中任一時間點發作或復發，其中兒童的發展階段會影響其 PTSD 的臨床現象和治療方式，而老年人的特殊發展因素也會使得其階段容易罹患 PTSD，如：罹患病痛的無助感、生活能力衰退、社會邊緣化、摯愛親人去世、從職場退休…等。

某些族群因其生活經驗面臨較多或較重大的創傷，因而被視為罹患 PTSD 的高危險群，例如：參戰軍人、性侵害受害者、天災倖存者、行刑者、納粹、墮胎婦女、酷刑…等（鄔佩麗，2008）。

此外，Foa、Keane、Friedman 與 Cohen（2009b）亦提醒臨床工作者對 PTSD

與其他心理疾病之共病情形加以留意：PTSD 患者與其他心理疾病患者一樣、經常併發至少一種其他的精神疾病，以美國流行病學調查結果為例，終生患有 PTSD 的病人中，有 80% 的患者罹患憂鬱症、其他焦慮症，或是物質濫用；這些共病情形在安排 PTSD 治療時皆應納入考量。

第二節 創傷後壓力疾患之治療

部分經歷重大創傷而發展成 PTSD 的人，需要專業協助以促進其療癒，方能解除痛苦惱人之症狀以恢復穩定生活功能。本節接續整理有關 PTSD 之治療目標、復原歷程及原則，並針對目前 PTSD 治療之心理及藥物介入方式進行說明。

一、PTSD 之治療目標

Foa、Keane、Friedman 與 Cohen (2009b) 在國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊中，整理出不同治療方法針對 PTSD 不盡相同的治療目標，如：認知行為治療 (Cognition Behavior Therapy, 簡稱 CBT)、藥物治療和 EMDR 等治療，主要以減輕症狀為目的；催眠、藝術治療和心理分析等治療，重點在於治療歷程中充實能力、更甚於直接改善 PTSD 症狀；社會心理復健方法重視的則是改善功能，而非強調 PTSD 症狀的舒緩；住院和藥物濫用治療的焦點則是先處理嚴重的破壞行為或共病疾患，之後才開始治療 PTSD。

近來，PTSD 之治療也有了新的關注，Foa、Keane、Friedman 與 Cohen (2009b) 指出，臨床研究者意識到 PTSD 的治療目標不應只包含改善 PTSD 的嚴重症狀，也應涵蓋相關的症狀，如：憂鬱、一般性焦慮、憤怒、羞愧、罪惡感，以及改善生活品質等；上述新的關注焦點引發臨床工作在治療 PTSD 前進行更廣泛的評估，並且發展額外的治療目標。

二、PTSD 之復原歷程與原則

有關 PTSD 之復原，隨著長期累積的臨床經驗，復原之歷程已被學者專家劃分為階段，Brende 與 Parson 於 1985 年指出此五階段依序為：(1) 緊急處置或宣洩

期；(2) 情緒麻木與否認期；(3) 不斷受到干擾期；(4) 轉型期；(5) 統整期（引自鄔佩麗，2008）。在協助當事人走過這些復原階段的過程，鄔佩麗（2008）指出，最重要的是幫助他們建立安全感，尊重他們的速度以及所做決定，並且協助他們有能力去掌握自己的生活。

Schiraldi（2000）提出有關 PTSD 療癒的七項原則，包括：(1) 療癒從提供技巧以處理 PTSD 症狀開始：如減少刺激、處理侵擾之技巧等，這些技巧並非治療性的，但可以稍微協助減輕令人困擾的症狀；(2) 療癒發生在創傷記憶被處理或整合之時：創傷記憶儲存在活動性記憶中，並不斷侵入意識，是爲了尋求記憶的處理和整合；所謂「整合」是指將記憶以有意義的方式給予重新組織，在記憶整合的過程中，記憶的內容方有機會與適應性的想法和情緒等連結，創傷事件被視爲過去的一部分、而非現在的事，因此再回憶時將如同其他記憶一般，不再有壓倒性的負向情緒或生理經驗了；(3) 療癒發生在以「面對」取代「逃避」之時：逃避便無法學習新的因應技巧，於是仍被過去所控制；(4) 療癒發生在安全和規律緩慢的氣氛中：當受傷時，便不會感覺到安全，因此療癒的氣氛必須是安全而緩慢的；(5) 療癒發生在界線（boundaries）完整之時：良好的界線使人感到安全，在彈性的掌控中預防危險的人事物，反之邀請安全的對象前來享受生活，因此界線使人有能力愛人，並與他人建立較好的人際關係；(6) 覺察並接受感覺，有助於療癒之過程：不批判負向情感，反而是接納它們，允許感覺以安全且緩慢的方式進入意識而保持控制的狀態；(7) 生活中的平衡對療癒是有必要的：癒合是一項困難的工作，因此生活中的休息和滋養身心都是必要的。

此外，Foa、Keane、Friedman 與 Cohen（2009b）亦整理出 PTSD 治療之經營應注意的一些要項：(1) 治療師應形成並維持治療關係，並特別注意信任和安全的議題；(2) 當治療師進行治療計畫時，應對患者的人身安全展現關心；(3) 治療師應教育患者有關 PTSD 之症狀及相關問題，並不斷給予關心與保證、使患者對病情有信心；(4) 治療師應隨時注意患者的 PTSD 症狀及一般功能；(5) 治療師應辨

識患者的共病情形並加以處理，必要時與其他醫療專業人員、患者家屬及重要他人通力合作以解決問題。此外，許多 PTSD 患者在進行治療後、病症尚未完全緩解時，可能因為遭逢創傷事件週年被提醒而復發，患者需要可靠而穩定的治療關係，因此治療師保證在後續有需要時不會對患者撒手不管，對患者而言是很重要的（Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009b）。

三、PTSD 之心理治療

在所有形式的 PTSD 中，患者的精神症狀最終都將追溯到其所面對的外在心理社會壓力；而在大部分的情況下，個人面對這些強大壓力源時，所經驗到的無助感和無力感是常見的共通元素（Preston, O'Neal, & Talaga, 2008），因此，PTSD 的問題根源仍需回到心理層面介入處理。

鄔佩麗（2008）指出，CBT 與 EMDR 兩種理論學說為 PTSD 之處遇提供了重要觀點，CBT 治療師在治療中會採用焦慮管理技術、減敏感技術、想像洪水法等方法；EMDR 可快速降低患者的焦慮狀態，並使患者對過去記憶賦予新意義，因而舒緩症狀。

提到有關 PTSD 治療效果的評估，便不得不推崇國際創傷性壓力研究學會（International Society for Traumatic Stress Studies, 簡稱 ISTSS）的重要貢獻。ISTSS 於 1997 年成立，並贊助設立了一個創傷後壓力疾患治療指引工作小組（PTSD Treatment Guidelines Task Force），該工作小組廣泛地審閱各種治療方法所提出有關 PTSD 的臨床報告和研究文獻，從而整理出各種治療方法之指導手冊，首度於 2001 年發表；ISTSS 治療指導手冊之發表具有重要影響，除了提供 PTSD 臨床工作者實質效益外，也引發各治療方法的臨床工作者更嚴謹地進行臨床試驗，使得後續新發表的 PTSD 療效研究更具品質，因而也促使 ISTSS 治療指導手冊的內容愈趨豐富而堅實，提供臨床工作者更新的訊息，形成一股學術與實務間的良好循環。以 2009 年出版的治療指導手冊為例，除了 PTSD 療效文獻的更新，也增加了數種早期介入方法以避免發展成慢性 PTSD 的預防觀點、PTSD 與他種心理疾患的共病治

療等，另外針對兒童和青少年的評估與治療亦增加了許多的篇幅，這也提醒著 PTSD 議題的新興趨勢 (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a)。

ISTSS 爲了協助臨床工作者評估其出版之 PTSD 治療指導手冊中的治療方法，設計了一套編碼系統，以 A 至 F 等級、分別由強而弱地代表各種治療方法試驗結果之證據強度；在 2009 年的最新版本中，針對成人 PTSD 心理治療的部份，彙整了 CBT、EMDR、團體治療、心理動力治療、社會心理復健、催眠療法、婚姻與家族治療，和創意治療…等應用於 PTSD 之治療方法的相關研究，進行全面性的文獻探討與療效評估，並提出治療指引；在針對眾多治療方法進行文獻探討後，其中大量研究品質符合 A 級、意即「爲 PTSD 個案進行隨機、控制良好的臨床試驗所得之證據」的成人 PTSD 治療方法中，僅有 CBT 和近二十年來興起的 EMDR；換句話說，在眾多應用於 PTSD 的治療方法中，只有 CBT 和 EMDR 是經過嚴謹試驗後，顯示對成人 PTSD 是有良好效果的 (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a)。

總體而言，CBT 被認定爲對成人 PTSD 的治療最有效果，然而 CBT 取向涵蓋了多種治療方法，ISTSS 的 PTSD 治療指引工作小組在考量質性與量化的證據之後，指出其中的暴露療法 (Exposure Therapy) 是最具說服力的一種治療，目前已有 22 篇品質良好的研究支持該療法針對廣泛的創傷族群皆有良好效果，最常使用的是合併了想像暴露 (imaginal exposure) 於創傷記憶、加上實際暴露 (in vivo exposure) 於當事人害怕且迴避、但較低風險的人事物；相較之下，其他的 CBT 方法如認知處理治療、壓力免疫訓練、認知治療等，亦獲得療效的支持，但證據較少，而單獨使用放鬆、生理回饋、自我肯定訓練…等治療方法，則未獲證據支持。近來亦有研究試圖透過網路傳送 CBT 與暴露治療的新興技術，獲得療效的證據支持，由此可見透過科技實施治療之潛力，對於偏遠地區、無法獲得 CBT 治療的當事人來說，無非是一大福音 (Cahill, Rothbaum, Resick, & Follette, 2009)。

有關 EMDR 療效的資料大抵包括個案報告、控制試驗以及後設分析，ISTSS 的 PTSD 治療指引工作小組僅選擇控制試驗進行療效評估之文獻探討；近年來 EMDR 的研究品質逐漸進步，已從 2001 年被評定為 B 級、至 2009 年躍升為 A 級，在與其他針對 PTSD 的治療方法對照之下，EMDR 的地位顯得相當堅固；唯針對兒童族群的療效尚被評定為 B 級，意即「為 PTSD 個案做設計良好的臨床研究，但並非隨機分配或用安慰劑做控制組所得之證據」，該族群還需要更多的研究 (Spates, Koch, Cusack, Pagoto, & Waller, 2009)。

在上述公認有效的 PTSD 心理治療方式中，有些人困惑於新興的 EMDR 與以往的暴露療法有何差異、或認為 EMDR 是暴露療法的一種特殊形式？Schubert 與 Lee (2009) 整理了 EMDR 與暴露療法介入治療 PTSD 之差異性，指出：(1) EMDR 並非以習慣 (habituation) 為基礎，在介入過程中讓案主接觸創傷素材的時間僅 20 至 50 秒便會中斷，然而暴露療法則長達 20 至 100 分鐘；(2) EMDR 並非指導性的，介入過程是以案主為中心的自由聯想，案主的任何反應皆視為記憶處理的過程，而非被解讀為迴避或抗拒；(3) 在暴露療法中，案主若採第三者的觀點來看待創傷，會被視之為迴避；然而在 EMDR 治療中，是否在當下重新體驗創傷並非必要的過程，與治療的進展無關。此外，EMDR 相對於暴露療法反應出了較快減少症狀、只需接受較少次的治療、較少中途退出放棄治療，以及省去大量的家庭作業等效益。

若從認知神經科學的觀點來看，Grant (2009) 指出，目前已知人類大腦的不同區塊，各自處理不同面向的訊息，如：左腦主責理智、分析、客觀、思考、計畫和語言等心智功能，右腦則負責情緒、直覺、主觀、隨機、活動和作夢等生理的功能，左右腦的分工合作使得腦部可以將生活經驗的訊息處理得宜；國外近期的 EMDR 相關研究中，有一部分的主題即聚焦於 EMDR 過程中「眼動」之療效機制的探討，此部分之觀點能夠與認知神經科學的相關理論學說相互印證與解釋；李元華 (2008) 在其研究中彙整了許多有關「眼動」機制的理論觀點，並進一步

在臺灣地區進行實徵性之研究，其結果亦支持情緒右腦理論；Grant 指出，相較於負責分析功能的左腦，PTSD 患者主責情緒的右腦呈現過度活動的現象，亦即創傷使得腦部在處理情緒訊息時出現困難，因此若要克服這些情緒上的痛苦，則必須回過頭處理後來造成創傷後壓力之情緒處理歷程過程中不完整的部份。根據 Grant 指出五種造成痛苦的壓力，他提出五種相因應的策略，包括：(1) 安全與支持；(2) 重新連結感受；(3) 學習控制壓力的感受和痛苦；(4) 改變想法；(5) 建立彈性。

EMDR 即是合併上述五種策略的完整治療歷程，在 EMDR 的歷程更新中，能將上述五種策略重新連結，有效克服創傷；而在接受 EMDR 的 PTSD 患者之腦部照影，發現當他們在涉及當時的創傷痛苦時，腦部活動呈現了較多的正常模式；此外，EMDR 治療較傳統的談話治療有效率、並且不必述及創傷的細節，更是其優點（引自 Grant, 2009）。目前已有許多研究支持 EMDR 介入 PTSD 之療效

（Boudewyns & Hyer, 1996; Brown & F. Shapiro, 2006; Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998; Devilly & Spence, 1999; Devilly, Spence, & Rapee, 1998; Edmond & Rubin, 2004; Edmond, 1999; Edmon, Sloan, & McCarty, 2004; Grant & Threlfo, 2002; M. Gupta & A. Gupta, 2002; Hogeberg et al., 2007; Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Jensen, 1994; Korn & Leeds, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Lee, Taylor, & Drummond, 2006; Marcus, 1997; Marcus, Marquis, & Sakai, 2004; McCullough, 2002; Rogers & Silver, 2002; Rogers et al., 1999; Rothbaum, 1997; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998; Schneider, Hofmann, Rost, & F. Shapiro, 2008; Sprang, 2001; Taylor et al., 2003; van der Kolk et al., 2007; Wilson, Becker, & Tinker, 1995, 1997; Zabukovec, Lazrove, & F. Shapiro, 2000），此部分將在本章第四節進行較詳細之說明。

四、PTSD 之藥物治療

(一) PTSD 心理治療與藥物治療的考量

林式毅 (2008) 指出，許多精神疾病的治療需要藥物，但也要視患者的個別情況，使用心理治療、行爲治療和家族治療；許多個案在兩種治療合併的模式中可以得到相乘的效果。Schiraldi (2000) 表示，精神用藥有時用以緩解 PTSD 的一些症狀，所有藥物都有不同程度的副作用，且沒有一種藥物可以減輕所有症狀；沒有任何一種藥物可以有效地減輕罪惡感、悲傷、人際困擾，然而藥物可以減少侵擾 (夢魘、回憶、重映) 以及身體醒覺 (失眠、躁動不安、驚嚇反應)。Preston、O'Neal 與 Talaga (2008) 表示，雖然 PTSD 是由心理社會壓力所促發，但它衝擊了身心兩方面，因此最好將之視爲心理與神經生理方面的問題來理解以進行治療。鄔佩麗 (2008) 亦指出，PTSD 之處遇包括心理治療與藥物治療兩種，並且最好是同時使用。然而，亦有研究指出，相較於精神藥物介入，成人 PTSD 採用 EMDR 治療更能有效減少 PTSD 症狀，但對象只針對成人受創者，意即不包含童年曾有嚴重創傷的患者 (van der Kolk et al., 2007)。

(二) PTSD 藥物治療的重要性

Schiraldi (2000) 表示，藥物在症狀非常嚴重而無法進行治療時非常有用，偶爾會使用的藥物有：(1) 抗憂鬱劑 (Antidepressants)；(2) 情緒穩定劑 (Mood stabilizers)；(3) Clonidine (Catapres，一種 α -2 促效劑)；(4) 抗焦慮藥物或輕度安眠藥 (Benzodiazepines)；(5) 抗精神藥物 (Antipsychotics)。

國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊在討論針對 PTSD 成人的精神用藥時，指出 PTSD 的藥物治療仍受「某一種特定藥物對特定症狀有功效」的實證證據所引導；事實上，目前所有的精神疾患，包括 PTSD，幾乎很少會將生理心理異常與特定藥物的療效連結在一起；而在研究及實務經驗中，幾乎每一類精神用藥都曾開立給 PTSD 病人使用。然而，藥物治療作爲 PTSD 重要的治療方法仍有其理由，許多神經生理機轉似乎與此疾患有關，而 PTSD 患者呈現一些主要的神經生

理系統異常狀況可參考下表 2-1 (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a)。

表 2-1

與 PTSD 可能相關之生理心理異常

相關的生理心理異常	可能發生的臨床現象
腎上腺素激性過度激活 (adrenergic hyperreactivity)	過度警覺，再經驗，解離，暴怒／ 攻擊，訊息／記憶處理異常，恐慌 ／焦慮
親皮質素釋放因子濃度升高 〔 elevated corticotrophin-releasing factor levels (CRF) 〕	過度警覺，再經驗，恐慌／焦慮
下視丘—腦下垂體—腎上腺皮脂迴路之負回 饋增強 〔 hypothalamic-pituitary-adrenocortical (HPA) enhanced negative feedback 〕	無法忍受壓力
鴉片系統失調 (opioid dysregulation)	感覺麻木
敏感化／激動 (Limbic sensitization/kindling)	過度警覺，再經驗
血清素作用失調 (Inadequate serotonergic function)	感覺麻木，再經驗，過度警覺，壓 力反應失調，相關症狀 (註 1)
麩氨酸鹽失調 (glutamatergic dysregulation)	解離，訊息與記憶處理障礙，無法 消除被制約之害怕
GABA 作用失調 (Inadequate GABA-ergic function)	過度警覺，壓力反應失調

註 1：暴怒，攻擊，衝動，憂鬱，恐慌／焦慮，強迫思考，物質濫用／依賴

資料來源：Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies(2nd Ed.) (p. 246), by M. J. Friedman, J. R. T. Davidson & D. J. Stein, 2009, New York, NY: Guilford Press.
部分翻譯參考自許玉來 (2005)。有效治療創傷後壓力疾患：國際創傷性壓力研究學會治療指引 (頁 111)。臺北市：心理。

(三) PTSD 藥物治療之原則

國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊根據過去文獻提出以下的用藥建議：(1) 有最佳證據支持使用 SSRIs 和 SNRIs 做為 PTSD 的第一線藥物；(2) 雖然有些藥物作用良好，但通常是合併 CBT 才能發揮最佳效果；(3) 藥物治療可能帶給患者良好的反應，但患者若自行停藥，復發經常會隨之而來；(4) 藥物通常會帶來副作用，儘管能夠幫助減緩症狀，副作用明顯的患者可能仍無法持續使用該藥物 (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a)。此外，Friedman、Davidson 與 Stein (2009) 提出三項對於 PTSD 病人使用藥物的潛在好處，包括：(1) 改善 PTSD 症狀；(2) 治療共病疾患；(3) 減輕會干擾心理治療或日常功能的相關症狀。

Preston、O'Neal 與 Talaga (2008) 表示，大多數 PTSD 選用心理治療，除非出現下列某種情況時，才會採取精神藥物介入：(1) 目前的自我 (ego) 狀態衰弱，患者對於進行探索性的心理治療或暴露為基礎的治療缺乏容忍力；(2) 患者的認知功能低落；(3) 當患者出現侵入性的經驗、重映 (flashback)、短暫精神異常、明顯失去現實感、迴避和麻木等症狀，且已干擾生活功能時，使用短期的藥物介入；(4) 當患者出現重鬱、恐慌症、持續的精神異常等症狀，且已干擾生活功能時，使用長期的藥物介入。Preston、O'Neal 與 Talaga 並且提醒過度用藥可能引發的後果，包括解離、患者感受被藥物控制等。

此外，有關藥物治療的療程，國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊整理目前文獻，指出一般仍認為 PTSD 的藥物介入療程應該維持至少八至十二週；而近期大規模的 SSRIs 研究則反應出持續用藥 36 週可以達到最佳效果 (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a)。

(四) 小結

綜合上述，PTSD 之治療安排，原則上以心理治療為優先選擇，精神藥物並非主要治療，而是用以輔助舒緩 PTSD 患者的症狀，尤其是在症狀已干擾到其生活功能時；此外，藥物亦能協助 PTSD 患者在接受心理治療時，面對創傷之處理時

可能引發的症狀。藥物用以協助患者恢復對嚴重負向情緒的控制感，再加上心理治療中與治療師建立安全而穩定的治療關係，二者促成患者對情緒控制的進步，此進展無疑是 PTSD 患者在遭逢重大創傷時之無力感的最佳良藥（Preston, O’Neal, & Talaga, 2008）。

第三節 眼動減敏與歷程更新治療之理論與概念

有關 EMDR 之起源及後續發展已於第一章進行介紹，本節將依序說明 EMDR 之核心主張，以及治療之標準操作程序與療程，藉此對 EMDR 有較完整的瞭解。

一、EMDR 的核心主張

（一）治療理念與治療師角色

人體在受傷時，我們給予悉心的消毒與後續照料，身體的傷口自然會逐漸復原；同樣的道理，人類心理受創時的復原功能就如同生理的自我療癒能力，並不是治療師「治癒」了傷口。Leeds（2009）指出，EMDR 治療師扮演的角色就像是孕婦在生產過程時在旁協助的產婆，一般而言，治療師的功能在於協助案主在治療過程中發揮與重整自己的力量，除非案主在過程中發生較嚴重的干擾與阻斷，治療師才會有較強力的介入。

EMDR 治療的介入重點在於協助案主採用較具調適性的方式去處理舊有訊息，將過去的負面經驗轉變為可調適的學習經驗，使案主從失功能的儲存記憶、包含被當前病源所驅使的負向情緒和知覺中釋放，因而能活在健康且具建設性的目前生活中（鄔佩麗，2008；F. Shapiro, 2007）。EMDR 治療的核心主張包括調適訊息處理模式以及標準三叉約定書，接下來針對此兩項核心主張進行說明。

（二）調適訊息處理模式（Adaptive Information Processing model，簡稱 AIP）

EMDR 治療理論採取 AIP 模式之角度來看待與解讀人類心理功能，該模式認為個體的生理系統中，有一種神經傳導的平衡狀態能夠使得訊息處理合宜，個體若製造恰當的連結，便能組織這些經驗並且整合為正向的情緒、認知基模、影像

和感覺等，這些有益的素材與調適的情感一起被學習和組織，可提供未來使用（Grant, 2009；R. Shapiro, 2009b）。F. Shapiro 指出此模式的重要原則如下（引自 Leeds, 2009）：

1. 人類本身具有一種訊息處理系統，在遭遇侵擾生活的事件時，會從失功能的失衡狀態，重組恢復回適應的結果。
2. 創傷事件或持續的壓力會破壞該訊息處理系統。
3. 合併標準的 EMDR 治療程序和雙側刺激（如：眼動等 BLS），可以重新建立 AIP 模式的平衡狀態。

舉例來說，當我們沒來由地被某人批評辱罵時，首先可能會感受到憤怒的情緒、緊張的肢體、自我貶抑的想法…等，此時我們的生心理處於一種失衡的狀態；過了一段時間，我們心緒較平靜了，推測對方可能是誤會了自己、或恰好這陣子心情不好而遷怒到自己身上，我們的肢體變得較放鬆、情緒也較愉悅了，此時我們的身心狀態已恢復回原本平衡的狀態，此即為一個正常的調適訊息處理歷程。然而，人類在遭遇重大創傷或壓力後，這些擾動的情緒、負面信念以及警覺的生理反應，可能會不斷重複且長時間地出現，甚至影響了正常的生活功能，此時便能透過 EMDR 的專業介入來協助其恢復身心平衡。

（三）標準三叉約定書（standard three-pronged protocol）

一般來說，標準的 EMDR 治療模式會依循三叉約定書來發展治療計畫，治療師會針對過去、現在和未來等三個部份，依序進行處理，並各發揮功能，說明如下（鄔佩麗，2008；Leeds, 2009）：

1. 過去：從過去事件中找出案主目前症狀的基礎，先進行歷程更新，協助案主從過去負向經驗中有所學習。
2. 現在：針對目前生活中會促發案主不適應性之身心反應的部份進行歷程更新，削弱引發案主在目前生活中不適應身心反應的力量。

3. 未來：針對案主面對未來所需的新技巧和特性進行歷程更新，確定已整合入案主的因應能力和自我概念中，為未來生活建構支柱，使案主有能力展現其個人力量。

關於 EMDR 治療計畫是否一定要依循過去、現在和未來之順序進行處理，Korn、Weir 與 Rozelle 於 2004 年指出，在進行 EMDR 治療 PTSD 患者時，以症狀為焦點的治療計畫取向是有效的（引自 Leeds, 2009），Leeds（2009）則進一步提出擬定治療計畫的基本原則為(1) 從早期記憶開始；(2) 從最嚴重的症狀開始；(3) 選擇最活化的記憶；(4) 由治療師與案主共同合作討論；R. Shapiro（2009c）則提供三種方法讓案主做選擇，包括(1) 從早期關係至目前；(2) 從目前互動關係回溯根源；(3) 從當下的生理症狀開始。由此可知，治療計畫的安排和創傷記憶之處理順序，其實是具有彈性的，而治療師與案主是合作的關係。

標準三叉約定書還包括了其他重要概念，補充說明如下（鄔佩麗，2008）：

1. 標的項（target）：進行 EMDR 之前，治療師要讓案主將欲處理且對其有意義的困擾選出來，可能是案主感到困擾的影像、正負向認知、情緒、生理反應等，此即所謂的標的項。治療過程中每一個標的項都必須分別處理，且必須進行每一個步驟，直到全部處理完畢為止。
2. 影像（image）：治療師詢問案主想到關於標的項事件時，腦海中浮現的影像。
3. 負向認知（negative cognition）：案主說出腦海的影像之後，治療師邀請案主說出在該影像下的負面想法，即是所謂的負向認知。如：我是沒有價值的、我是失敗的…等，內容可參考附錄七「正負向認知範例」。
4. 正向認知（positive cognition）：除了使案主意識到自己的負向認知之外，也要釐清案主對自己的正向期待，即為正向認知，確認此部分之目的在於做為治療的目標。如：我會成功、我是有能力的…等，內容亦可參考附錄七「正負向認知範例」。此外還要請案主由 1（完全沒有）到 7（完全正確）來評估他目前在此正向認知上的傾向，此即所謂的 VOC 評量。

5. 主觀的情緒干擾單位 (subjective units of disturbance, 簡稱 SUD): 當案主說出腦海裡出現的影像以及因之而生的負向認知時, 再對這樣的內在語言說出當下的感受, 便是所謂的主觀情緒干擾單位, 並且由 0 (一點也沒有) 到 10 (非常強烈) 進行評量。
6. 生理反應 (physical sensation): 生理反應如心跳速率、肌肉緊張等, 亦可視為評估案主心理狀態的指標。

(四) EMDR 治療的個案概念化

EMDR 不僅是一套標準的操作程序, 在開始進行治療之前, 需要先發展一套正確的個案概念化, 後續的介入方能發揮效果。F. Shapiro (2007) 表示, EMDR 的概念化與其他治療有所不同, 是將案主的失功能情緒、生理感覺、知覺等模式視為其症狀, 而非病因; Leeds (2009) 則提出幾項有關 EMDR 個案概念化的重要元素, 說明如下:

1. 看見案主當下症狀背後的病因事件。
2. 針對症狀病因和症狀維持進行功能分析, 瞭解案主目前對症狀的因應模式會帶來哪些正負向經驗。
3. 以 AIP 模式為基礎。
4. 指出關鍵的調適性/非調適性的記憶網絡。
5. 當新的訊息增加時, 個案概念化也要有所調整。
6. 當個案概念化正確時, 技巧性地使用歷程更新, 將會導致症狀減輕。

除了上述要素之外, Leeds (2009) 亦特別強調在形成個案概念化時, 依附的分類是其中一項核心要素; R. Shapiro (2009c) 也提及治療師進行初談時, 必須特別探索依附的議題, 包括早期經驗、與權威者相處的關係、其他社交與情愛關係等, 可見依附關係在進行 EMDR 評估中是相當重要的, 故針對此部份進一步做說明。

（五）依附理論在 EMDR 中的觀點與應用

所謂依附（attachment）是指人對人的親近傾向，個體對其所欲親近之對象得以親近時，將會感到安全滿足；有關依附關係的探討始於 Ainsworth 於 1978 年進行之陌生情境實驗研究，透過觀察 12 至 18 個月的嬰兒與母親相處情境下、陌生人介入時，嬰兒對母親所表現的依附行為，分類為(1) 安全依附型，以及(2) 不安全依附型，後者又區分為迴避型和矛盾型兩種（引自張春興，2000）。

自 Ainsworth 之後，心理學界對依附關係有相當多的探討。R. Shapiro (2009c) 指出，主要照顧者和孩子的互動形塑了調節情緒的神經網絡，孩子會從照顧者的回應中發展自我效能和自我價值，若照顧者並未有效地回應，孩子便會失去內在調節和有效的神經網絡之發展，因此早期缺乏安全依附的人，可能會變得自我依賴、失去天生的正向情感；若還伴隨虐待、長期否定，或承受主要照顧者焦慮或權威的壓力，個體可能會在焦慮與憂鬱兩種狀態中轉換，而成爲 Hunkered-down（簡稱 HD）；這些人可能在各領域有高功能的表現，但通常缺乏深刻的接觸，他們特別敏感於環境，尤其是社交的情境。其他有關自我調節能力之發展的相關研究中亦顯示：彈性的自我（self）之發展，與早年的依附經驗有相當大的關係，進一步解釋，早期主要照顧之經驗會形成個體的依附型態，並影響個體之後在面對人事物以及處理訊息時，表現出適應性或非適應的回應方式（引自 Leeds, 2009）。

由於 EMDR 的 AIP 模式關切的即是個體訊息處理的過程，由上述觀點可知，依附關係會形成個體解讀以及回應外界的方式，然而當重大創傷事件發生時，個體可能因為承受強大壓力而使得調適訊息處理過程出現了阻礙，此時會啟動早期經驗形成的神經網絡，因此依附關係的評估在形成個案概念化以及安排 EMDR 治療的過程中都是重要的關鍵，例如：F. Shapiro 與 Maxfield (2002) 和 Leeds (2009) 皆指出，早年依附關係較不穩定，缺乏安全感、情緒管理、自我管理資源的案主，必須要在針對創傷事件進行歷程更新之前，先透過建構並促進平靜與安全之場所（見附錄六），甚至放鬆、想像等方式，來提升案主面對創傷之處理的準備度。

此外，EMDR 認為無論記憶在腦中存放多久，都能進行歷程更新；AIP 模式之觀點亦鼓勵 EMDR 治療師針對案主所記得的早期互動進行訊息處理，使案主確認自己可能是父母自身創傷的受害者，甚至這些傷害可以追溯自過去數代，案主因而得到釋放與諒解（F. Shapiro, 2007）。

二、EMDR 標準治療程序

二十多年來，EMDR 從早期的操作性技術逐漸發展成爲一套完整的治療理論，亦已建立嚴謹而標準的治療方案，以 F. Shapiro 於 1995 年所提出的基本治療標準程序爲架構，將治療過程分爲下列八個階段（鄔佩麗，2008；F. Shapiro & Maxfield, 2002）：

- （一）瞭解案主病史及擬定治療計畫：首先要讓案主感受到安全，且必須是在案主能夠承受強烈情緒的情況下進行。治療師需於此階段評估患者的準備狀況、治療障礙、失功能行爲、症狀，以及疾病特徵；接著訂定適當的創傷記憶標的項以作爲治療的重點。
- （二）準備期：治療師要與案主建立起治療關係，並且向案主說明此療法依據的理論、進行的過程以及預期的效果等。此階段的重點在於提升案主的資源，以協助案主面對接下來的創傷素材之處理；由於每個案主的個別狀況不同，早年依附關係亦有差異，此階段所花時間的長短需視個別情形而定。
- （三）評估期：治療師須在此階段確認標的項的內容，包括創傷記憶的影像、正負向認知、情緒等，並且對案主的認知和情緒狀態進行主觀情緒干擾單位（SUD，1 至 10 分，分數愈高代表愈強烈）與正向認知（簡稱 VOC，1 至 7 分，分數愈高代表正向認知傾向愈真實）的評量，透過具體的數字來呈現案主當下的狀態，以建立治療的基礎線。之後，治療師須確認案主在面對令其痛苦的事件時，身體所出現的反應，包括身體知覺及所在位置等。
- （四）減敏與歷程更新：治療師須於此階段針對案主的負向情緒進行眼動等 BLS 減敏感的動作，每回合的段落皆請案主暫停、深呼吸，並詢問案主腦中浮

現了什麼，直到案主的 SUD 評量分數降低至 0 分或 1 分為止。

- (五) 正向認知固著期：治療師須於此階段進行多次眼動步驟，加強案主的正向認知程度，以取代先前在腦中的負向認知，直到案主的 VOC 分數達到 6 至 7 為止。
- (六) 肢體掃描：治療師於此階段邀請案主從頭到腳檢查身體是否有殘存的緊張或不適，藉此確認治療的成果、檢核創傷之處理是否完全。若案主有任何不適，則進行減敏與歷程更新直到解除為止。
- (七) 結束期：治療師需幫助案主瞭解縱使該次治療使得情緒緩解，在各次會談之間仍可能有情緒起伏，幫助案主有心理準備、不必擔心；此外，亦鼓勵案主記錄自己的感受、想法、夢境、身體感覺等，待下一次會談再與治療師討論。若有必要，治療師亦可教導案主肌肉放鬆的技巧，以協助案主處理緊張或焦慮的狀態。
- (八) 再評估期：在每次做完 EMDR 的次回會談，治療師都要先進行評估的工作，以確認案主上回的治療進展是否保持。

Leeds (2009) 在臨床經驗中發現，由於案主的個別差異，階段一和階段二的工作安排可能有重疊或來來回回的現象，此兩階段所花時間也因人而異。在完成評估及準備期之後，由於在療程中可能不只處理一項創傷事件，階段三至階段八會重複發生於多次治療中 (F. Shapiro & Maxfield, 2002)。

三、EMDR 療程

國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊指出，EMDR 治療需要進行廣泛地評估，以指認出案主生命史中所暴露的創傷事件，有關創傷事件的多重面向亦須加以評估，包括：情緒、生理感受、正負向認知內容…等；治療包含了八個階段，整個療程的長短將視創傷事件數量和案主的反應及潛力而定，每次治療時間的長短也因案主的特質和反應而有所差別 (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a)。

第四節 眼動減敏與歷程更新治療之實務運用

EMDR 二十年來發展迅速，已從過去被視為針對創傷介入的單次治療，逐漸成爲一種具結構性的八階段治療取向，用於處理過去、現在和未來等面向的失功能記憶，協助個體恢復適應之生活，在服務族群及應用方式上亦有大幅度的拓展。本節依序介紹有關 EMDR 從過去對於成人創傷與 PTSD 治療的關注、至近期之發展情形與特色。

一、有關 EMDR 介入創傷與 PTSD 的療效

(一) EMDR 看待 PTSD 的角度

根據 AIP 模式的觀點，人類天生具有處理訊息、使之具調適性的能力，即便發生了不悅的壓力事件，也能自行以較少痛苦的方式來安撫和整合；然而在遭遇重大痛苦時，創傷事件超過了原本正常的訊息處理功能之負荷能力，有關該事件的訊息並未完整地處理完畢，個體的知覺在輸入大腦時，會與創傷發生當下的扭曲想法或知覺一起被儲存，因此，若此痛苦記憶的訊息一直未被處理，將形成後來失功能反應的基礎，即使個體在後來的生活中經驗到無數的正向經驗，或是在長久的心理治療中不斷提供其重新框架（reframes）、他種選擇（alternatives）和成功經驗，因爲這些新的訊息、正向經驗和情感，並沒有與未處理之素材所儲存的記憶網絡連結，因此對個體來說沒有效果，涉及痛苦失敗的情緒等經驗仍沒有改變；而在 PTSD 症狀中，重複體驗有關創傷記憶的感受、情緒、認知等，便是由於創傷訊息處理未完全的結果，因此，透過 EMDR 提升個體處理訊息的歷程，重新連結記憶網絡，能夠協助個體改善 PTSD 的症狀（Grant, 2009; F. Shapiro, 2007; F. Shapiro & Maxfield, 2002）。

(二) EMDR 介入 PTSD 或創傷之相關研究

1. 有關量化控制研究的文獻整理

有關 EMDR 應用於成人創傷治療之效果，國外已有二十餘篇的量化控制研究，大部分是比較 EMDR 與控制組的效果，以及比較 EMDR 與其他心理治療的效

果，僅有一篇探討 EMDR 與精神藥物治療效果之研究。

自從 F. Shapiro 於 1989 年提出 EMD、也就是後來的 EMDR 治療，早先十年的研究大多是比較 EMDR 與控制組的效果，這些研究幾乎一致顯示 EMDR 的介入效果顯著優於控制組（Boudewyns & Hyer, 1996; Devilly, Spence, & Rapee, 1998; Hogeberg et al., 2007; Jensen, 1994; Rothbaum, 1997; Wilson, Becker, & Tinker, 1995, 1997）。

自 1998 年之後，開始有 EMDR 與其他心理治療法的療效比較之研究，部分是與非特定針對創傷治療的方法做比較，如：放鬆、一般照護、積極聆聽…等（Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998; Edmond, Rubin, & Wambach, 1999; Edmond & Rubin, 2004; Marcus, 1997; Marcus, Marquis, & Sakai, 2004; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998），結果顯示 EMDR 明顯較其他非以創傷為焦點的治療法來得有效果；另一部份則是 EMDR 與特定針對創傷治療的方法做比較，例如：CBT（Deville & Spence, 1999）、暴露療法（Ironson, Freund, Strauss, & Williams, 2002; Power et al., 2002; Rogers et al., 1999; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005; Taylor et al., 2003）、壓力免疫（Lee, Gavriel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002）等，發現 EMDR 與這些針對創傷治療之方法的效果是不相上下的。Deville 與 Spence（1999）和 Taylor 等人（2003）發現 EMDR 與以暴露為基礎之療法的效果相當，但 Ironson、Freund、Strauss 與 Williams（2002），以及 Lee、Gavriel、Drummond、Richards 與 Greenwald（2002）和 Power 等人（2002），皆認為 EMDR 較暴露療法更有效益；相較之下，EMDR 的優點包括了：比暴露療法更加穩定地減少症狀（Ironson et al., 2002; Rogers et al., 1999）、較暴露療法出現較少的中途放棄治療者（Ironson et al., 2002; Rothbaum, Astin, & Marsteller, 2005）等。

目前唯一一篇 EMDR 相較於精神藥物治療的療效研究指出，成人 PTSD 採用 EMDR 治療更能有效減少 PTSD 症狀，但對象只針對成人受創者，亦即不包含童年曾有嚴重創傷的患者（van der Kolk et al., 2007）。

2. 有關歷程研究或質性分析的文獻整理

量化研究提供強而有力的證據支持 EMDR 對創傷的療效，但無法細緻地呈現出患者於各次心理治療歷程中，在認知、情緒、生理等各方面的進步與改變情形；相對地，在有關 EMDR 治療的歷程研究和質性分析研究中，則發現 EMDR 與其他的創傷治療之效果是有所區分的（Edmond, Sloan, & McCarty, 2004; Lee, Taylor, & Drummond, 2006; McCullough, 2002; Rogers & Silver, 2002; Rogers et al., 1999）。除了減少情緒困擾和明顯的症狀之外，接受 EMDR 治療的患者亦經驗了許多方面的改變，如：情感調節和人格特質（Brown & F. Shapiro, 2006; Korn & Leeds, 2002; Zabukovec, Lazrove, & F. Shapiro, 2000）、慢性痛苦和失功能生理反應的停止（Grant & Threlfo, 2002; M. Gupta & A. Gupta, 2002; Schneider, Hofmann, Rost, & F. Shapiro, 2008），以及在治療後再回憶時出現正向的認知轉換（Sprang, 2001）等。

3. 後設分析研究與各國國際單位組織的宣稱

Bradley、Greene、Russ、Dutra 與 Westen（2005），van Ettn 與 Taylor（1998）分別針對 PTSD 之心理治療進行了後設分析，指出 EMDR 的療效和療效之維持，至少和 CBT 一樣好。目前已有許多國家的心理專業相關單位宣稱 EMDR 對成人 PTSD 具有療效，例如：國際創傷性壓力研究學會指導手冊（Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a）指出，EMDR 近來被認為與 CBT 同為證據支持程度最高的成人 PTSD 治療方法；美國精神醫學會臨床指導方針和美國退役軍人與防禦部門皆於 2004 年指出，EMDR 被歸為研究支持對 PTSD 最有效之類別的治療法；英國臨床卓越國家協會於 2005 年認可 EMDR 是證據支持對 PTSD 有效之療法，澳洲創傷心理健康中心於 2007 年亦認可上述觀點；此外，尚有許多國際性的治療指引陸續宣稱 EMDR 乃是對成人 PTSD 有效之治療方法（引自 Schubert & Lee, 2009）。

二、EMDR 過去以治療創傷為焦點，目前發展更廣且彈性

F. Shapiro 一開始發展 EMD 是為了將創傷記憶減敏感、以解除創傷之症狀，然而當 EMD 逐漸形成 EMDR，已發展成爲一套整合而廣泛的治療取向，且包含許

多其他治療的元素 (Schubert & Lee, 2009)。有關 EMDR 二十多年來的主要發展，Leeds (2009) 整理了脈絡如下：(1) 單純的雙側眼動操作性技巧；(2) 初期程序的 EMD；(3) 治療 PTSD 的一套方案；(4) 一套完整的治療取向。Prochaska 與 Norcross 亦於 2010 年認可 EMDR 是一種獨立的心理治療系統，因其包含了下列完整心理治療之要項：(1) 心理病理學之理論；(2) 描述了改變如何發生的理論；(3) 討論了治療關係如何運作的理論；(4) 治療中包括許多方法；(5) 研究實證(引自 Greenwald & F. Shapiro, 2010)。而今，EMDR 在促進人類福祉的功能上已具有國際性認可的貢獻，由美國的 EMDR 總會為首，已培養出超過十五萬名 EMDR 治療師散佈全球各地，許多原先遭受各種天災人禍、數百萬名承受身心苦難的人，藉由 EMDR 的治療得以復原其身心狀態 (鄔佩麗，2008；Leeds, 2009)。

EMDR 過去以治療創傷為焦點，然而從近期所發表之研究以及出版之相關著作，亦可以發現 EMDR 所關注的對象，已從過去以創傷和 PTSD 為焦點，逐漸拓及至更廣泛的族群和處理問題，如：焦慮症、憂鬱症、恐慌症、恐懼症、飲食性疾患、替代性創傷、早期依附問題、各項成就表現…等 (鄔佩麗，2008；Feske & Goldstein, 1997; Foster & Lendl, 1996; Goldstein, de Beurs, Chambless, & Wilson, 2000; Muris, Merckelbach, Holdrinet, & Sijnsenaar, 1998; F. Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007; R. Shapiro, 2009a)，形式則拓及了家庭、伴侶及團體治療等 (Adúriz, Bluthgen, & Knopfler, 2009; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009a; F. Shapiro, Kaslow, & Maxfield, 2007)，可見 EMDR 服務對象的廣泛度已大大擴展。

而在治療程序方面，EMDR 總會在培訓 EMDR 訓練師時依循 F. Shapiro 於 1995 年所提出的基本治療標準程序八階段為訓練原則，但當 EMDR 訓練師被總會認可合格之後，EMDR 總會對於來自不同文化背景的訓練師採取尊重的態度，鼓勵他們回到不同的實務現場去嘗試及調整 EMDR 的實施與操作，因此陸續有 EMDR 訓練師發展出因地制宜的 EMDR 修改治療程序 (EMDR Modify protocol)；然而，在訓練新手 EMDR 治療師時，仍需要先依循 F. Shapiro 的基本治療標準程序八階段

來建立基礎（鄔佩麗，2010）。

三、EMDR 是融合各學派的進階訓練

Shapiro 與 Forrest 曾表示，EMDR 不只是一套操作性的技術，而是一套整合而廣泛的治療取向；EMDR 涵蓋了心理動力、認知行爲、經驗取向、人際取向和生理心理等各種治療之有效治療元素，個別地使用暴露方法、負向及正向認知、強調早期童年經驗、自我探索和身體意識…等（引自 DiGiorgio, Arnkoff, Glass, Lyhus, & Walter, 2004; Schubert & Lee, 2009）。

Manfield於2003年指出，EMDR治療可與各種心理治療學派相融合，合併於其他助人技巧中使用，如：客體關係的Philip Manfield、榮格學派的Laurel Parnell、行爲學派的Silke Vogelmann-Shine和Joan Lovett等治療師，都曾將EMDR融合於原本的治療當中對案主提供治療，並獲得良好效果（引自鄔佩麗，2008）；DiGiorgio、Arnkoff、Glass、Lyhus與Walter（2004）也曾邀請心理動力取向的Paul Wachtel、人本取向的Art Bohart，以及認知行爲取向的John Marquis等治療師，針對如何整合EMDR與自身的治療取向進行探討，發現不同取向的治療師會部份調整EMDR的標準治療程序，如：增加額外與自身治療取向理念相符、且評估對案主有益的介入方法，或是省略與自身治療取向理念不相符的介入處理；此外，不同取向的治療師在整合EMDR與自身治療風格時，亦會依據案主的各種狀況做調整。

此外，雖然 EMDR 起初的發展是個別治療之形式，但愈來愈多關注在於案主早期經驗的影響；其他學派的治療師可能認為案主的創傷病源在於經驗成分，然而 EMDR 治療師視為「過去儲存於腦中訊息的記憶網絡」被「目前情境」所促發。EMDR 的核心觀點 AIP 模式可協助確認早期經驗對案主當前病源之影響，若兒童案主涉入了失功能的家庭動力，EMDR 治療師會與家長工作，幫助他們改變家庭動力，孩子的正向經驗、情感和資源自然會出現；此外，親密關係中的互動，傾向於促發源自於原生家庭經驗或早期關係中未處理完整的訊息，亦即失功能的互動模式不僅是當前情境所造成，而是根源於早期經驗，EMDR 治療師亦會視情況

進行伴侶治療 (F. Shapiro, 2007)。簡言之，EMDR 的治療形式已從過去的個別治療，逐漸發展成可對家庭或伴侶進行治療。

EMDR 與其他多數的心理治療理論發展途徑不同，F. Shapiro 自身罹患癌症，因而 EMDR 之起源是從受創者的角度去開啓一套自助的治療方式，而非從助人者的角度來建構理論，因而十分尊重呵護受創者在各方面的經驗；儘管 EMDR 涵蓋了許多治療取向的元素，其中以案主為中心之治療取向最符合 EMDR 的治療精神 (鄔佩麗，EMDR 訓練工作坊筆記，2010 年 11 月 7 日；Schubert & Lee, 2009)。EMDR 治療之理念與實施，需要有對人類心理基本功能包括認知、情緒和生理等知識的了解與認識，因此 EMDR 的訓練對象是助人專業人員，亦即 EMDR 是一種更進階的助人專業訓練 (鄔佩麗，2010)。

第三章 研究方法

本章將依序說明研究方法之選用與資料收集、研究參與者條件、研究程序之安排、研究工具之介紹、證據分析方法、信效度考量、研究倫理，以及參與者之簡介。

第一節 個案研究法

一、個案研究法

由於臺灣地區有關 EMDR 的相關研究尚在啓蒙階段，能夠操作 EMDR 的治療師更是寥寥可數，故本研究試圖透過單一治療個案的細緻分析，來瞭解 PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中的經驗，以及評估 PTSD 案主在接受 EMDR 介入過程及治療前後的差異。由於在心理治療或諮商的情境中，治療師與案主的互動以及整個治療過程皆是複雜的歷程，每一則案例皆有其特殊性，因此研究者選用了個案研究法來進行探究。

個案研究在於探討一個個案在特定情境脈絡下的活動性質，希望去瞭解其中的獨特性與複雜性。邱憶惠（1999）表示，個案研究是一種研究策略，選擇單一個案，採用各種方法如觀察、訪談、調查、實驗等，以此蒐集完整的資料，掌握整體的情境脈絡與意義、深入分析真相、解釋導因、解決或改善其中的方法。Yin（1994）亦指出個案研究法並不是一種收集資料的做法，也不僅只是一種設計特徵，而是一種周延而完整的研究策略，此方法可以混合任何量化和質化證據為基礎。個案研究能夠幫助研究者釐清特定的真實情境脈絡，達成整體而通盤的瞭解。

本研究試圖採用個案研究法於臨床場域進行小而精緻的探討，以了解 EMDR 在臺灣應用於 PTSD 患者的臨床效果，希望作為國內對此療法認識的一個初探。

二、個案研究法應用於本研究的優點與限制

在研究的設計、操作以及資料分析上，本研究主要參考 Yin 的個案研究設計理念與資料分析方法；依循著 Yin 所提出的理念與步驟，有助於突顯出本研究中

治療案例的獨特性，並且協助研究者聚焦於真正關切的問題，試圖以邏輯客觀的思維方式進行研究、並維護信效度品質。

個案研究之操作是在真實情境下嘗試收集多種資料並進行歸納與推論，相對地，它並非實驗研究的控制情境；本研究以「人」為對象，尤其是身心狀態相對脆弱的 PTSD 患者，在倫理的考量上亦須重視研究參與者的福祉為第一優先，亦不適合為求研究效果與品質而有過多的人為操弄，因此 EMDR 介入過程是貼近自然真實的情境，僅在研究程序的順序做調整以排除有關偏誤。然而，也因為本研究的過程並未加以控制外在條件，因此在療效的探討上便有部份因素無法完全排除，諸如：社會支持、外在壓力環境、個人成熟度…等，此為個案研究之限制。

三、個案研究法的資料收集

Yin (1994) 指出，個案研究法倚賴多重證據的來源，不同資料須能在三角檢定的方式下收斂並達成相同結論，由此可知多種管道的資料收集對本研究而言是重要的。考量本研究合適的資料收集方法如下：

- (一) 由研究者邀請研究參與者在治療結束後進行半結構式訪談。
- (二) 研究者進行訪談之觀察紀錄。
- (三) EMDR 治療師於治療過程對參與者的觀察，以及治療之相關紀錄。
- (四) 其他可以反映出在參與治療過程及前後期間、關於症狀或生活適應情形的相關人事物，諸如研究參與者的自我觀察紀錄、重要他人的觀察與回饋等。

第二節 研究參與者的條件

依據本研究之目的及設計，研究參與者之條件設定如下：

- 一、曾至精神科求診，並被精神科醫師診斷為罹患 PTSD。
- 二、願意參與 EMDR 心理治療。
- 三、參與 EMDR 治療及研究過程中，排除其他心理治療介入方式。
- 四、願意參與研究過程中、蒐集資料所需的訪談等相關程序。

第三節 研究程序

本研究之流程如下所述：

- 一、研究者事先大量接觸與閱讀 EMDR 及 PTSD 相關理論及實務之文獻，以建立對整份個案研究理解的概念性觀念。
- 二、研究者根據自身的好奇以及相關文獻的整理歸納，擬定研究目的與研究問題，並考量研究信效度及倫理議題，設計此份個案研究之程序。
- 三、邀請研究參與者：為符合國內臨床心理治療的實務情境，以及避免研究者、參與者及治療師期待影響治療的過程和效果，本研究並非於 EMDR 治療前事先邀請案主進入研究，而是由治療師於實務現場完成治療後，透過研究者寄送研究邀請函（見附錄一），徵求案主的參與意願以作為研究參與者。
- 四、研究者與參與者初次接觸：
 - （一）建立關係：研究者先進行自我介紹，以友善之態度對參與者願意接觸研究者表達感謝。
 - （二）說明研究程序：說明研究主題、動機與目的，以及所需進行的步驟，並解釋研究過程中如何維護參與者的權益。
 - （三）了解參與者對本研究的看法與建議。
 - （四）再次確認參與意願，並簽訂研究同意書（見附錄二），約定訪談時間。
- 五、進行資料收集：為避免研究者在獲得治療紀錄後對研究參與者有先入為主的印象，資料收集之順序上做以下安排。
 - （一）研究者與研究參與者與其重要他人，即參與者之太太，進行前後兩次、共計五小時的訪談。研究者親自將訪談錄音資料轉謄為逐字稿，並進行初步整理後，邀請參與者協助檢核資料與提供回饋，研究者再進行調整與修改。
 - （二）研究者在與研究參與者接觸的過程中進行觀察，並撰寫成觀察紀錄。
 - （三）研究者在徵得研究參與者同意提供 EMDR 治療紀錄、並簽署治療紀錄引用同意書（見附錄三）後，邀請治療師提供治療過程中之相關資料。

(四) 補充收集其他各種有助於豐富相關資料的方式，如：研究參與者的自我觀察紀錄、精神用藥資料…等。

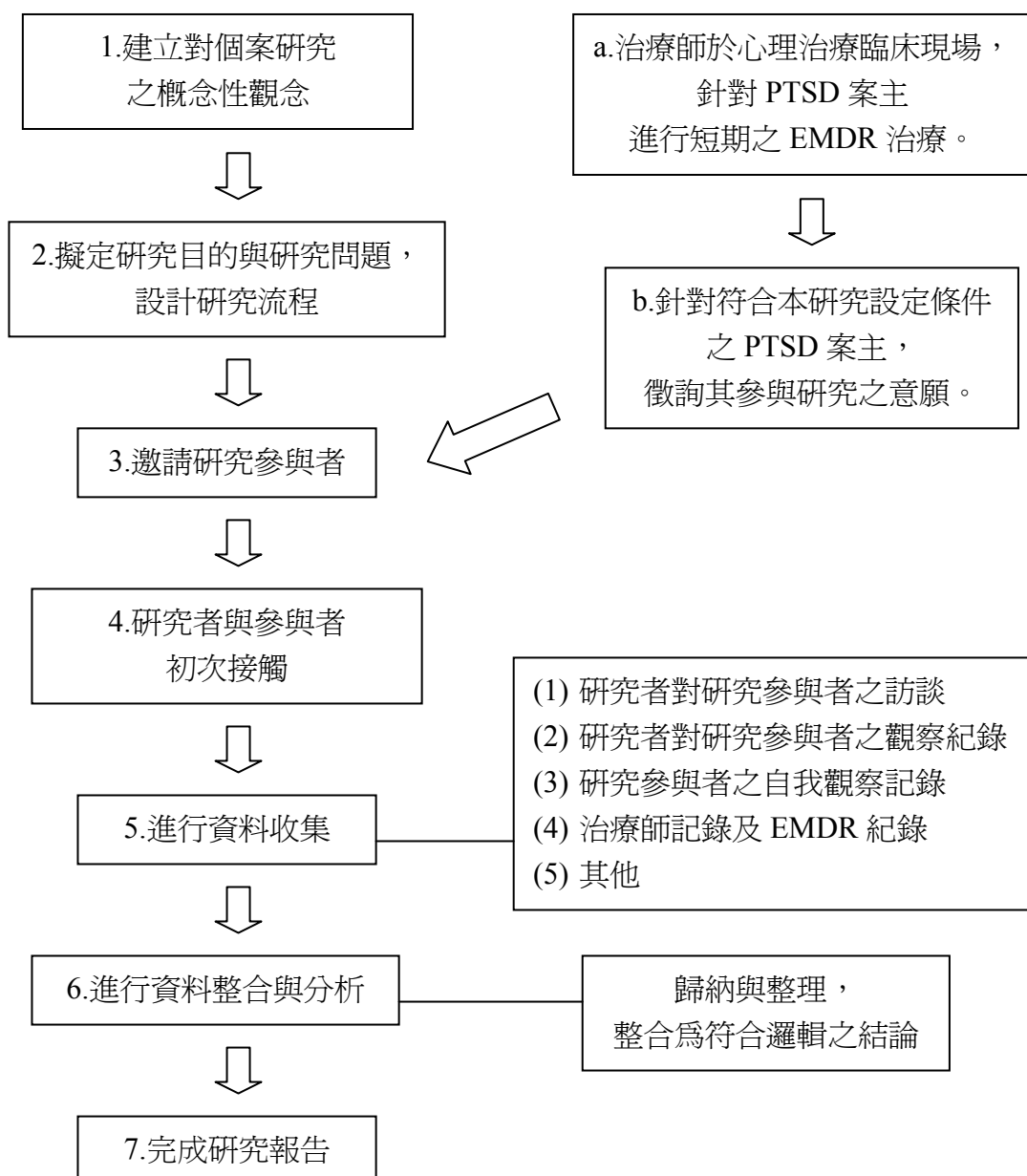
六、將所蒐集之資料進行整合與分析，過程中與指導教授及研究同儕進行討論。

七、完成研究報告。

整體研究程序之安排亦可參考下圖 3-1：

圖 3-1

研究流程圖



第四節 研究工具

一、EMDR 基本治療標準程序

Foa、Keane、Friedman 與 Cohen (2009b) 在討論有關 PTSD 的臨床研究議題時，針對如何設計控制良好的研究，提出的其中一項建議便是依循可操作的、能複製的及特定的治療方案。為強化本研究的內在效度，EMDR 治療之操作必須依循一套嚴謹的標準，本研究中的 EMDR 介入採取 F. Shapiro 於 1995 年所提出的基本治療標準程序，依序為：(1) 瞭解案主病史及擬定治療計畫；(2) 準備期；(3) 評估期；(4) 減敏與歷程更新；(5) 正向認知固著期；(6) 肢體掃描；(7) 結束期；(8) 再評估期，各階段之說明如文獻探討第三節中所述。

治療過程中使用了 EMDR 的相關表格，如：「心理診斷初次會談」紀錄表（見附錄四）、EMDR 練習作業單（見附錄五）、「建構並促進平靜與安全的場所」練習單（見附錄六）、正負向認知範例（見附錄七）。

二、EMDR 治療師

在本案例中提供 EMDR 治療的治療師是一名女性，學歷為諮商心理學博士，投入心理諮商實務之工作已長達三十餘載，專長領域包括認知行為學派、婚姻與家族治療、團體動力、心理諮詢、創傷治療...等；該治療師已取得美國 EMDR 學會認可實施 EMDR 治療，亦長期持續接受 EMDR 之繼續教育，在臺灣等地區已實際操作 EMDR 實務工作多年，並持續穩定接受督導，包括本研究之案例的 EMDR 介入亦在治療師與督導的合作討論之下進行治療安排，因此能夠高度地發揮 EMDR 治療的助人精神與操作程序；承上段所述，亦能藉此提升本研究的內在效度。

三、研究者

Yin (1994) 在討論個案研究資料收集的準備時，指出研究者需要的技巧包括：問問題、傾聽、適應性和彈性、掌握研究中的主題、不具偏見等。研究者在碩士班期間曾修習行為科學方法論、諮商心理學研究寫作與專題評鑑、高等質性研究

等課程，並持續參與三年、由指導教授主持之隔週論文討論會，在研究進行過程中亦積極與指導教授及另一名同為師大心輔所、且論文主題同為 EMDR 的研究同儕進行小組討論，以確保在過程中能掌握研究主題且不具偏見。此外，研究者亦修習了變態心理學專題研究、心理衡鑑專題研究，以及諮商技術專題研究，並在精神科進行兼職及全職實習、亦有協助博士論文研究之訪談經驗，對於心理疾病之掌握以及與案主建立關係、甚至進一步探問其內在經驗，具有充足之訓練背景。

除上述有助於提昇研究素質之訓練背景外，研究者對 EMDR 的接觸與認識除了於 鄔佩麗教授所開設創傷治療課程中擔任演練 EMDR 之案主外，亦多次聽取鄔教授及其督導之心理師等專業同儕分享與討論 EMDR 臨床應用的案例；在專業進修與訓練方面，研究者除了大量閱讀有關 EMDR 的國內外文獻之外，並於 2009 及 2010 年底參與由臺灣眼動減敏與歷程更新治療學會所舉辦之治療訓練工作坊，對於 EMDR 的治療理念和操作方式皆有進一步的瞭解。

四、錄音器材

在研究參與者的同意之下於訪談時進行錄音，以便於後續的資料整理。

五、訪談大綱

- (一) 請您聊聊最近的生活情況（例如：工作或學校適應、家庭生活、人際關係、身心健康情形等）
- (二) 當初您是如何接觸精神科或心理治療？當時是什麼樣的情況、或發生了什麼樣的事件，使您感到困擾？對於當初的狀況，當時您是怎麼想的？又有何情緒感受？是否有伴隨不適的生理狀況？對您是否還造成了其他生活層面的衝擊或影響？
- (三) 在接觸 EMDR 治療的過程中，從一開始與治療師的接觸、逐漸熟悉彼此、慢慢瞭解您所遭遇的過去經驗，接著關注於您特定的記憶片段、所引發的情緒和生理反應，並透過眼動等方式進行處遇。請談談在參與治療的過程中，令您印象深刻的片段，其中的經驗為何？

(四) 在 EMDR 的療程結束後，您再回過頭看當初感到困擾的情況，您有什麼新的想法和情緒？生理狀況又有什麼改變？當時因為這個困擾所受到其他生活層面的衝擊和影響，目前的情況有什麼變化？

六、研究者訪談與觀察紀錄

在研究過程隨時紀錄研究者對參與者的觀察以及問題和檢討，除提供研究過程的輔助紀錄與反省之外，亦於資料分析時做為參考之用途。

第五節 個案研究的證據分析

Yin (2003) 指出，個案研究並沒有固定的公式可以指導新手，個案研究的證據分析更加依賴研究者個人嚴謹的思維風格，並且還要加上仔細的資料考量和審慎考慮到其他的可能解釋；除了熟悉分析工具和處理技術之外，最重要的是在研究一開始就有一個總體分析策略，此策略有助於研究者更有效地使用分析工具、更恰當地運用一些處理技術。

次頁表 3-1 簡要說明 Yin (2003) 所提出的總體分析策略及具體分析技術，並針對本研究的適用情形進行簡要判斷；其中建構性解釋與跨個案類聚分析較適用於跨個案分析，故在本研究中並未採用此兩項分析技術。

以下依序針對適用於本研究之總體分析策略與具體分析技術進行說明。

一、總體分析策略

(一) 進行個案描述

Yin (2003) 指出，有些個案研究的最初目的即是描述性的，比如某些社會學研究作品，本身的結構設計與章節安排即具有豐富的內容價值，並體現了描述性框架，有效地組織、銜接了對個案研究的分析。本研究之第一項研究目的在於瞭解 PTSD 案主在參與 EMDR 治療中的經驗，此過程即為描述性的，因此在進行本研究之資料分析時首先採用此策略，將研究參與者在 EMDR 治療歷程中的過程撰寫為一敘述性之案例，同時也有助於做後續研究問題瞭解之基礎。

表 3-1

個案研究分析策略及技術於本研究之適用情形說明表

項目	內容	適用性	說明
總體分析策略	1. 依據理論觀點	適用於本研究	以理論假設為基礎，制定資料蒐集方案，並據此選擇合適的證據分析策略。
	2. 考慮競爭性解釋	適用於本研究	提出原先假設之外的其他可能性，並嘗試蒐集可能的證據。如：精神用藥之影響。
	3. 進行個案描述	適用於本研究	研究之最初目的即是描述性的，如：治療案例之呈現。
具體分析技術	1. 模式匹配邏輯	適用於本研究	介入→預測結果 若一致，則表示內在效度高。
	2. 建構性解釋	—	1. 對個案研究資料進行檢驗→修正理論觀點→從新的角度處理其他個案的資料。上述過程重複循環。 2. 適用於跨個案分析。
	3. 時序分析	適用於本研究	簡單時間序列、複雜時間序列、大事年表等。
	4. 邏輯模型	適用於本研究	個體層面的邏輯模型：針對單一個人
	5. 跨個案類聚分析	—	適用於跨個案分析。

參考資料：整理自 *Case study research: Design and Methods(3rd ed.)*.by R. K. Yin, 2003, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

翻譯參考自周海濤、李永賢、張蘅（譯）（2009）。**個案研究設計與方法**。臺北市：五南。

（二）依據理論觀點

Yin（2003）表示，個案研究的初衷和方案設計都是以理論假設為基礎，而該理論假設反過來能夠幫助研究者提出一系列問題，指導研究者檢索已有的文獻，以及產生新的假設與理論；理論假設幫助研究者把注意力集中到某些資料，而忽略其他的資料，並有助於組織整個個案研究進程，幫助研究者提出其他可能的解釋並進行檢驗。本研究之主題在於探討以 EMDR 介入治療 PTSD 患者的療效，因此研究目的及問題之設計乃是依據 EMDR 療法關注的認知想法、情緒感受、生理

反應等面向，以及 PTSD 患者的主要症狀，後續的資料蒐集方向亦聚焦於此，同樣地，在進行資料分析時也會以上述理論觀點的內涵為主軸，幫助研究者將研究焦點集中於最能回應研究問題的部份。

（三）考慮與之相反的競爭性解釋

所謂競爭性解釋（rival explanation）指的是符合原先研究假設之外的其他可能性解釋，亦即能夠造成研究結果的其他可能原因。Yin（2003）表示，若研究者能事先意識到競爭性解釋，就應嘗試蒐集可能反應「其他影響」的資料，藉由排除其他可能性成立的做法，來提升研究假設成立的可信程度。而在本研究中的設計以及實際操作過程中，研究者將不斷經由自我思考，以及與指導教授和研究同儕共同討論其他競爭性解釋的可能性，其中歸結出一項重要的競爭性解釋在於「研究參與者的用藥情形亦有可能影響其身心適應情況」，因此在進行個案研究的資料分析時，特別蒐集此部分的訊息並試圖加以合併討論。

二、具體分析技術

Yin（2003）提出模式匹配邏輯、建構性解釋、時序分析、邏輯模型和跨個案類聚分析等五種分析技術，這些技術專門解決個案研究的內在效度和外在效度問題，其中適用於本研究的具體分析技術說明如下。

（一）模式匹配邏輯

Yin（2003）指出，將建立在實證基礎上的模式與建立在預測基礎上的模式相匹配，若彼此之間達成一致，個案研究結論的內在效度會更理想。本研究探討以 EMDR 介入治療 PTSD 患者的效果，國外已有眾多關注相同議題的研究指出 EMDR 介入 PTSD 所帶來的正向影響，因此若本研究之資料分析結果與國外眾多研究結果相符合，則模式匹配邏輯成立，研究結論的內在效度較高。Yin 表示，即使是單個案研究，也需要找出並且排除影響有效性的因素，若能成功地將模式匹配邏輯與競爭性解釋搭配起來，則可以斷定這種解釋是正確的，因此研究者在思考與推斷模式匹配的過程中，亦應重視及考慮競爭性解釋之可能性。

(二) 時序分析

Yin (2003) 所提出之個案研究的時間序列分析，與實驗研究中的時序分析概念相類似；Yin 表示，無論如何規定時間序列的本質，個案研究的主要目的在於探討一定時間內各種事件之間的關係，而時序分析的基本特徵包括：(1) 找出特定的指標；(2) 劃分合適的時段；(3) 提出幾個事件之間假定存在的因果關係。根據上述 Yin 所提出的基本特徵，本研究進行資料分析時做了以下安排：

1. 資料分析的特定指標

依據 EMDR 治療之關注焦點及 PTSD 之症狀，擬出本研究資料分析的特定指標，包括想法、感受、生理、行為和其他等五大項目。

2. 劃分合適的時段

本研究關注於 EMDR 介入治療 PTSD 患者之效果，其中重要的時間點包括了：「研究參與者開始接受 EMDR 治療」，以及「研究參與者在治療中將創傷記憶處理完畢」。根據上述重要時間點的切割，研究者將時段做了以下區分：

- (1) 「前期」代表研究參與者發病後至求助 EMDR 治療的準備階段，其中包括投入治療前兩次的初談及評估診斷，也就是尚未採取 BLS 處理創傷議題之前。
- (2) 「中期」代表開始採取 BLS 介入治療創傷記憶期間。
- (3) 「後期」代表 BLS 介入處理創傷記憶之後，至研究參與者接受第二次訪談之時期。

此外，由於本研究關注於 EMDR 的介入，因此除了針對上述有關研究參與者長期性身心狀況的時序分析，亦額外特別針對 BLS 處理創傷記憶的部分，獨立出來進行摘要及整理。

3. 提出幾個事件之間假定存在的因果關係

本研究關注於 EMDR 介入 PTSD 患者的效果，因此特別針對此部份進行分析，並且考量最重要的競爭性解釋，亦即研究參與者的用藥效果，以上述兩個最主要的因果可能性進行資料分析及解釋。

(三) 邏輯模型

Yin (2003) 表示，所謂邏輯模型 (Logic Models) 指的是一定時期內，各個事件之間複雜而精確的鏈條，這些事件能展現「原因—結果—原因—結果」的重複與循環。運用此分析技術，需要將實際觀察到的事件與理論預測到的事件相比對，因此邏輯模型也可以看成匹配模式的一種特殊形式，但可以呈現出連續性事件的發展階段各不相同；關鍵在於建立一個因果循環的事件序列，且各個事件能連結成一個整體，聯繫越複雜，就能透過分析確定一段時間內的事件是否構成了嚴密的模式匹配。由於本研究僅針對單一個案，故適用於 Yin 提出的「個體層面的邏輯模型」，試圖建立一個有助於確定及分析相關資料的圖示。

三、本研究之資料分析步驟

前述內容是針對 Yin (2003) 所提出之個案研究的總體分析策略和具體分析技術，應用於本研究的使用情形討論，研究者根據上述內容，整理出本研究之資料分析步驟如下：

- (一) 進行個案描述，撰寫治療案例：為突顯本研究之重點及注重研究參與者之隱私，研究者將部分細節刪除，焦點擺在 EMDR 之介入。
- (二) 將各類原始資料進行編碼，說明如下：
 1. H 代表摘自案主訪談、W 代表摘自案主太太訪談，其後數字代表擷取自第幾句對話。
 2. Co 代表治療紀錄，其後第一碼數字代表摘自第幾次治療紀錄、第二碼數字代表摘自第幾行。
 3. Cl 代表案主自我觀察紀錄，其後數字代表摘自第幾行。
 4. E 代表採 BLS 處理創傷事件之介入，其後第一碼數字代表第幾項創傷事件之處理，第二碼數字 1 和 2 分別代表介入前及介入後。承上，D 代表 EMDR 中「減敏感與歷程更新」之步驟，其後數字代表第幾回合的雙側眼動。
 5. R 代表研究者的訪談觀察紀錄，其後數字代表摘自第幾行。

- (三) 依據理論觀點設計資料分析的向度，並考量合適的時序分析之劃分單位，
以上述兩個軸向建立研究模式之架構：分析向度及時序單位如前所述。
- (四) 將原始資料根據上述架構進行資料分析。
- (五) 將獲得的研究結果模式與理論觀點相比較，考量其匹配程度。
- (六) 考慮競爭性解釋並加以討論，即案主的用藥效果。
- (七) 依據文獻及本研究之結果建立邏輯模型。

上述資料分析步驟摘要整理如下表 3-2：

表 3-2

資料分析步驟說明摘要表

步驟	重點提醒
1.進行個案描述，撰寫治療案例。	為突顯重點及注重保密性，刪除部分細節，重點擺在 EMDR 介入；詳細內容參考第四章。
2.將各類原始資料進行編碼。	分為訪談資料 H 及 W、治療紀錄 Co、E 及 D、研究者紀錄 R、參與者自我紀錄 CI 等。
3.依據理論觀點設計資料分析的向度，並考量合適的時序分析之劃分單位，以上述兩個軸向建立研究模式之架構。	※兼顧長期性脈絡與短時期細節的時序安排 Q1：EMDR 中，認知、情緒、生理等經驗。 時序：進行 BLS 處理的三項創傷記憶 內容：認知、情緒、生理 Q2：EMDR 前後，PTSD 症狀及生活適應。 時序：治療前、中、後 內容：認知、情緒、生理、行爲、其他 再根據 DSM-IV 診斷要項整理結論
4.將原始資料根據上述架構進行資料分析。	詳細內容參考第四章。
5.將獲得的研究結果模式與理論觀點相比較，考量其匹配程度。	符合度高；詳細內容參考第四章。
6.考慮競爭性解釋並加以討論。	詳細內容參考第四章。
7.建立邏輯模型	詳細內容參考第五章。

以上是有關本研究進行資料分析之策略與步驟，有關信效度之考量將在次節進行說明。

第六節 研究之信效度考量

Yin (1994) 提出評斷研究設計品質的準則，包括構念效度、內在效度、外在效度和信度，這些維護研究品質的向度在個案研究中的作法與應用如表 3-3 所示：

表 3-3

評斷研究設計品質準則之作法摘要表

測試	個案研究作法	作法應用的研究階段
構念效度	1.使用多重證據來源 2.建立一個證據鏈 3.請關鍵資料提供者， 檢視個案研究報告的草稿	資料收集 資料收集 寫作
內在效度	1.進行模式比對 2.進行建構性解釋 3.進行時間序列分析	資料分析 資料分析 資料分析
外在效度	在多重個案研究中使用複現邏輯	研究設計
信度	1.使用個案研究的計畫書 2.發展個案研究資料庫	資料收集 資料收集

資料來源：Case study research. by R. K. Yin, 1994, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

尚榮安譯 (2001)。個案研究 (頁 73)。臺北市：弘智。

本研究為維護研究品質，參考了 Yin (1994) 的建議，分別針對外在效度、內在效度及信度，做了以下考量與安排：

一、外在效度方面

本研究之治療案例來自社區中的真實情境，因此研究結果類推回到社區情境中的應用性是高的，外在效度是具說服力的。

二、內在效度方面

在研究者的部份，大量閱讀 EMDR 與 PTSD 相關文獻，並兩度參加臺灣 EMDR 學會辦理的 EMDR 訓練工作坊，儘可能增進對研究領域的瞭解以提升研究設計、資料收集及分析解讀的效度品質。如：在收集資料的過程中在程序上，先安排研

究者對參與者的訪談，之後再閱讀治療師的治療紀錄，以避免治療師紀錄使研究者對參與者先產生了既定之印象；在分析資料的過程，參考 Yin（1994, 2003）建議的模式匹配比對、時序分析、多重證據來源等方式，亦能提升研究的內在效度。

EMDR 治療師經過美國總會之訓練，是合格的 EMDR 治療師，而治療的操作方式主要根據 F. Shapiro 所提出的 EMDR 標準治療程序，且在此案例的治療過程中接受督導，故本研究中所施以的 EMDR 治療之水準能夠維護研究品質的內在效度。

在研究參與者的部份，由於當時在接受 EMDR 治療時是全然真實的情境，並未施以研究程序，是在完成治療程序、結案約莫兩個月之後，才邀請案主成為本研究之參與者，故可以排除研究參與者為配合治療師或研究者而表現出期待之改變的可能性。

在資料收集的部份，研究者在完成訪談之資料整理後，邀請研究參與者給予檢核與回饋，確認訪談之內容符合其真實情況，以維護效度之品質。

三、信度方面

本研究之資料來源包括了研究參與者及其重要他人的訪談、研究者對參與者的訪談觀察紀錄、治療師之治療紀錄及 EMDR 相關表格、研究參與者的自我觀察紀錄…等；在整理及分析資料的過程，為避免研究者的偏誤，研究者在指導教授所帶領的例行論文討論會中，邀請相同背景之研究同儕一同對有關資料進行解讀，以提升研究結果的信度。

第七節 研究倫理

由於本研究涉及「人」，在倫理方面的考量格外重要。Heppner、Wampold 與 Kivlighan（2008）表示，在心理學上和教育上以人為受試者的研究，其核心課題即是研究參與者的尊嚴與福祉，而 Heppner 等人（2008）在討論與諮商研究有關之倫理議題時，彙整了美國諮商學會與美國心理學會的倫理守則，提出一套基本

倫理原則，包括了：免受傷害權（nonmaleficence）、受益權（beneficence）、自主權（autonomy）、公正待遇權（justice），以及要求忠誠權（fidelity）等，此五項原則可用以判斷研究之設計與施行是否合乎保障研究參與者權益與福祉之依據，其中在對待研究參與者又以免受傷害、自主和要求忠誠等三項原則，最為基本且重要；因此，研究倫理之重點，在於尊重當事人的自主權，避免因實施研究而傷害當事人，以及研究者忠於自己的責任，並且要對研究參與者信守承諾（王智弘，1994）。有關維護研究參與者之倫理的做法，Heppner 等人提醒研究者需考量研究參與者的風險與受益、知後同意、欺瞞與任務說明、保密性與隱私權，以及實驗處理的特殊考量等。

根據上述對研究倫理的關注焦點，本研究顧及的考量包括：於研究過程中注重參與者的保密性，所有錄音資料將在使用完後銷毀，甚至為顧及參與者身分的隱私，在呈現案例內容時刪去部份個人訊息，僅呈現最必要的資料，在研究發表時亦不透露參與者可供辨識之個人資料；此外，於研究同意書詳載如何維護參與者之權益，尊重參與者之自主性。

第八節 研究參與者簡介

研究參與者（以下亦稱為「案主」）為一名 47 歲、體型高瘦之男性，是原生家庭中的長子，任職於一管理階層嚴謹之環境；案主結婚已 20 年，太太擔任教職，共同育有一子 18 歲、一女 15 歲，皆在就學中。

案主因工作之需參與在職訓練，在受訓過程中出現許多身心不適的症狀，包括心慌、心痛、心悸、胸悶、胸痛、胃痛、食慾不佳、噁心、失眠...等生理症狀，社交上害怕與人接觸，情緒上則感到緊張、不由自主的不安、挫折、擔心、難過、痛苦...等。這些身心不適的症狀已嚴重影響其生活功能，案主期間曾至各科門診求醫、接受各項檢查以及藥物治療，但都沒有明顯的效果，因而在此過程中愈來愈意志消沉。後來因緣際會得知國內某位治療師在進行 EMDR 療法，案主在查閱

相關資料後主動向治療師求助、表達希望接受 EMDR 的療程，因此展開了治療關係。

案主與太太共同參與前後為期四個月左右、共計 19 次的療程，期間透過 BLS 處理了與上司的關係、與父親的關係，以及在職訓練等三項創傷事件，案主的身心狀況獲得大部分的舒緩，因此結束 EMDR 療程，在後續的追蹤亦發現案主的身心適應狀況相當穩定，並無嚴重的復發情形。

第四章 研究結果

本章首先針對 EMDR 治療案例進行個案描述，接著進行有關研究問題的討論。

第一節 EMDR 治療案例

本案例將先介紹個案史及其背景來幫助讀者對此案例之背景理解，接著呈現治療的開始、治療師對案主的評估與診斷、治療師如何協助案主進入 BLS 的準備狀態、創傷記憶的處理、案主在治療中的轉變與療程的收尾，以及研究者分別在療程結束後四個月及六個月與案主進行訪談所觀察與蒐集到的後續適應情形。

一、個案史及背景

(一) 案主的早期經驗

案主上有四個姊姊，是家中的長子，但自小被算命師預言，在十歲以前就會死掉，故案主母親又生了一個弟弟，且將案主交由保母照顧，一直到七歲以後才回到家。

案主父親有很多的家產，卻要母親出去工作，並因賭而將家產敗光，且會對案主母親和案主做粗暴的動作，且對案主弟弟偏心，因此案主自小與父親的關係不佳；相較之下，案主與母親和姊姊們的關係則較親近。

案主小時候在家的稱號雖為「少爺」，但在案主的記憶中，自己並沒有受到特別好的照顧；儘管如此，童年時的案主對自己是感到自信而驕傲的。

(二) 求學與求職背景

國中階段彷彿是案主的「黑暗期」，當時智力測驗只有六、七十分，被分派到所謂的「放牛班」，對案主來說是很大的打擊，當時唸書唸得很吃力、又被老師指控偷竊...等，案主的自信心崩解、對人失去信心，人緣也變得不好，是一段不甚愉悅的求學經驗。

到了高中，案主成績表現良好、也參與許多社團活動，與姊姊們關係融洽，也逐漸開始能夠信任人。後來在大學聯考時失利，重考之後才考上大學，選填之

校系及後來的生涯職業選擇受限於家庭經濟因素和考試分數；案主在大學期間開始在學業方面奮發向上，成績表現優異，但畢業之後進入職場，主管的管理方式使案主感覺到被羞辱而難堪；儘管如此，案主能夠在職場中調適自己的壓力、認真而嚴謹地處理事務，甚至一度出國留學一段時間、也在國內考取且就讀博士班，進入職場多年來的表現在他人的眼中是足以勝任且駕輕就熟的。

（三）發病的過程

1. 中年時期投入在職教育受訓課程，首度引發身心不適的情況

案主於 46 歲時（97 年 9 月），因為工作的升遷需要而投入為期四個月的集中式在職教育訓練課程，在這段時間首度發生了身心不適的情況。訓練的內容包括講授式課程與體能訓練等，當時參與訓練的其他學員年紀約莫二十多歲，較年輕亦沒有家累，相較之下案主的適應情況較辛苦，逐漸發現自己在壓力情境下會出現不適感受，如：觀看戰爭片時感受到很難過、心臟出現類似心肌梗塞的不適感、緊張、胃不舒服...等。在這個階段，案主已經開始出現運用休假時間、甚至特地請假到處求醫的行動，檢查結果除了胃有一些潰瘍的狀況、醫生提醒案主有一些情緒上的緊張之外，一切正常；然而，案主並未因為檢查結果正常而感到放心或解除了身心的不適感，案主仍深感困擾而到精神科、身心保健科就醫，當時醫師診斷案主為恐慌症，但案主自己覺得並不符合這項疾病的症狀，且服用醫師開的處方藥物之後，當晚便掛了急診！案主在求診各科醫師之後，問題仍未獲解決，案主心想「也許是受訓期間壓力太大了，或許結訓之後，壓力就會沒有了，病就會好了。」於是用意志力支撐到受訓結束，進入下一個階段。

2. 在職教育訓練課程結束，身心狀況稍微回穩

97 年底，案主完成在職教育訓練課程後，回到原先的工作崗位上。剛開始的幾個月，確實如案主所期待的情況，身心狀況稍微恢復穩定，只是偶爾需要服用精神科醫師開的抗焦慮藥物來協助自己的狀態更平穩；然而，這段身心平穩的時期僅僅維持了半年左右，案主的生活又逐漸地被身心不適的症狀所干擾。

3. 身心症狀嚴重影響生活功能，病急亂投醫！

案主 47 歲時（98 年夏天），開始感受到工作壓力愈來愈大，此時除了受訓期間的身心不適症狀再度出現之外，平常看到電視報導一些較負面的新聞，情緒也會嚴重受到影響，平常的胃口也變差了、於是原本不到七十公斤的體重在短時間內掉了五公斤。職場主管眼見原本就高瘦的案主身形更顯消瘦而感到擔心，於是主動放兩個禮拜的假讓案主好好休息，然而案主就像受訓期間一樣，把握所有的時間到處求醫，看遍了家醫科、心臟科、胸腔科、腸胃科、精神科、中醫、檢驗癌症指數...等各大門診，也嘗試接受針灸、電療等各種療法，但身心之折磨始終不見起色，因此放假兩週之後，案主主動再向主管延長請假，自此開始案主便未曾再穩定地回到工作崗位上班。98 年 6 月到 98 年 8 月的案主，幾乎每日深受恐慌、焦慮、心悸、胸悶、失眠、胃痛、食不下嚥等身心痛苦的折磨，甚至覺得自己沒有活下去的希望了。

二、治療的開始

（一）如何找到 EMDR 治療師？

案主在病急亂投醫又處處失效的慌亂挫敗心情下，因緣際會受到家庭醫師診所護士的介紹，知道該診所的諮商中心有一位治療師在從事 EMDR 的治療。案主翻閱了該治療師所撰寫的書籍以及上網查詢資料、初步了解何謂 EMDR 之後，認為此治療方式可能會對自己有所幫助，便積極地與治療師取得聯繫，並於 98 年 9 月 5 日首度與治療師碰面，開始了 EMDR 的療程。次頁表 4-1 針對 EMDR 治療進行之時程及介入重點進行摘要整理，以幫助讀者先有概括性之瞭解，接續再針對治療之安排及初期之評估進行說明。

表 4-1

EMDR 治療紀錄摘要一欄表

次數	日期	時間	時數	介入重點
1	98/09/05 至 99/01/16	14:00~16:00	2 小時	進行初談、達成治療共識
2		14:00~17:20	3 小時 20 分	進行評估及診斷
3		15:30~18:30	3 小時	採 BLS 處理創傷事件 1
4		10:00~12:30	2.5 小時	促成夫妻對話及情感連結
5		15:00~17:30	2.5 小時	促成夫妻對話及情感連結
6		15:00~18:00	3 小時	採 BLS 處理創傷事件 2
7		15:00~17:30	2.5 小時	促成家族對話、強化支持系統
8		15:00~18:30	3.5 小時	討論就醫情形、增進病症了解
9		15:00~18:00	3 小時	討論因應症狀之方式
10		14:30~17:10	2 小時 40 分	採 BLS 處理創傷事件 2
11		15:00~18:00	3 小時	促進夫妻對話及情感連結
12		14:30~17:00	2.5 小時	採 BLS 處理創傷事件 2
13		15:00~18:20	3 小時 20 分	檢視症狀、討論未來計畫
14		15:00~18:00	3 小時	促成夫妻對話、回饋案主
15		14:30~18:00	3.5 小時	促成夫妻對話及情感連結
16		14:30~17:00	2.5 小時	採 BLS 處理創傷事件 3、 CI 心事揭露
17		14:30~17:20	2 小時 50 分	促成夫妻對話及情感連結
18		14:30~17:00	2.5 小時	促成夫妻單獨對話及情感連結
19		14:30~17:00	2.5 小時	結案

（二）案主夫婦共同出席之安排

案主在飽受身心不適的折磨時，雖然太太在這段期間一直陪在案主身邊協助就醫及接受治療，但案主也感覺到，當自己不穩定時、若太太無法理解其狀況是非常令其沮喪的，因此在第一次治療時主動提出，希望太太也能陪同在旁。

治療師與案主夫妻討論，也瞭解了案主夫妻的狀況與需求之後，尊重案主的決定，因此在接下來的治療過程中，多數時間是三人共同參與，但治療的焦點仍在案主身上，治療師視情況適時協助案主太太理解案主的情況、促進案主夫妻的對話、以及協助案主太太了解如何幫助案主較為有效。

（三）初談、診斷與評估

第一次治療於 98 年 9 月 5 日進行，主要在於進行初談以對案主進行初步的評估，並達成治療方向的共識。治療師在了解案主目前的身心狀況以及近日以來的適應情形以後，初步評估案主可能是罹患了 PTSD，促發因素是在受訓期間看了過多暴力血腥的影片而造成了心理創傷；除此之外，治療師也在與案主夫婦的討論中，瞭解到案主無論在家庭或是工作的場域，皆是扮演著承擔重責大任的角色。案主在首次會談中主動表示希望進行 EMDR 治療、亦希望太太能夠陪同在旁，治療師經過初步的評估後，認為此安排方式可行，因此達成治療之共識，雙方簽署治療同意書，並約定下次會面時間。

第二次治療於 98 年 9 月 9 日進行，治療師透過「心理診斷初次會談」紀錄表（見附錄四）之輔助，對案主進行較深入的診斷與評估，著重在蒐集案主自小以來正負向事件的歷史，並確認目前呈現問題以及澄清對未來的期待結果。

治療師首先向案主夫婦說明診斷的目的與過程，接著案主開始陳述自小以來的生命經驗，其中負向事件包括：「被算命師預言會在童年夭折、因而案主母親再生了一個弟弟，案主則被送至保母家直至七歲才回家」、「案主父親因賭而散盡家產，且偏心案主弟弟、又會對案主母親及案主有粗暴行徑」、「案主上國中後因智能測驗分數低、能力分班以及老師指控其偷竊等原因，進入黑暗期，自信崩解」、

「大學聯考失利，重考後仍因現實因素進入非己所願之校系」、「進入職場後遭受主管的羞辱打壓」...等。正向事件則包括：「案主自小以來與女性的關係皆好，尤其是和母親、大姊與二姊」、「在高中時代成績表現佳、參與校內活動亦活躍」、「大學時期在學業上發奮努力，成績表現優異」...等。案主目前所遭遇的問題乃是由先前參與的在職教育訓練所引爆，呈現了「不知該做什麼、像個廢人；與人談話時會慌」的狀況，在評估身心症狀時，治療師請案主以 1 至 5 分表示嚴重的程度，案主在心慌／心痛／心悸、胸悶／胸痛、胃痛／食慾不佳、sensible（不能看電視）、全身不由自主的不安定、失眠、噁心等項目皆評分爲高於 5 分，在怕與人接觸評爲 3 分、緊張（nervous）則評爲 2 至 3 分。對於未來的期望結果，案主表示希望能「心平氣和與人交談、對未知能放寬心」；儘管如此，案主對於自己是否能夠復原仍感到消極。

在案主陳述生命經驗的過程中，案主太太透露對於案主與其他女性關係親近之不安，表示案主的某些行爲會使得自己感到很受傷或讓她覺得自己不夠好；案主太太流淚表達心中的委屈，另外又表示自己曾在案主受訓過程向他發飆，並擔心會造成案主無法復原。

治療師看見案主對於自己身心痛苦的憂心與挫敗，同時也留心到案主太太長期以來累積的不安以及對案主發病的自責，因此提供夫妻雙方支持，並進一步安排下次會談。

三、準備進入創傷記憶之處理

治療師在與案主夫妻進行兩次會面之後，所進行的評估以及工作重點提醒如下：

（一）案主之早期經驗缺乏安全依附關係

在兩次的會談中，治療師瞭解到案主七歲以前被迫離開原生家庭與外人生活、童年時期與父親關係不佳，推估其早年的依附關係缺乏安全感，成年之後也屢見案主與權威者的關係複製了早年父子關係的模式，顯見其核心議題。在進行

治療的意願與準備方面，雖然案主採積極的態度欲處理創傷記憶，但由於早期缺乏安全的依附關係，接下來在處理創傷事件之前，必須要先建立正向的適應性資源（adaptive resources）做為安全的庇護，以避免直接面對創傷事件時出現情緒氾濫（emotional flooding）的情況。

（二）適應性資源和平靜與安全場所之建立

在 EMDR 治療處理創傷記憶的過程中，適應性資源以及平靜與安全場所之建立，是用以協助案主建立腦部的適應性資源，以促使案主在針對創傷事件進行減敏感時，避免情緒氾濫的出現、阻礙了適應性訊息之產生。本案例中，適應性資源以及平靜與安全場所之建立可參考附錄六「建構並促進平靜與安全的場所」之資料，在接下來的治療描述中，亦將進一步做介紹。

（三）穩定案主的支持系統

除了適應性資源以及平靜與安全場所之建立外，案主身旁的支持系統也是一項重要的安全感來源，首要的對象便是案主太太，然而案主太太在來談初期時，情緒上呈現不安和自責，因而儘管案主太太盡可能在生活照顧上提供案主協助，但其目前的心理能量尚不夠穩定以對案主提供情緒上的安撫與支持，因此在三人進行會談的治療形式下，治療師能夠藉由同理案主太太的處境與感受、肯定其用心與貢獻，賦權使之感受到有能量，再進一步協助其瞭解案主之實際需求，以幫助案主太太成為輔助案主穩定情緒的角色，同時也能夠穩固案主的支持系統，間接提升案主處理創傷事件的心理能量。在接下來的十多次治療中也可以發現，提升與加強案主夫妻、甚至是家庭間的支持系統，促進彼此的理解與對話，一直都是治療中的主要基調。

98 年 9 月 12 日，治療師與案主夫婦進行第三次治療；自此次治療開始，治療師視案主的準備情況採 BLS 處理創傷記憶。又因上述的評估與考量，治療師在此次會談中先進行了適應性資源以及平靜與安全場所之建立，操作方式參考自附錄六「建構並促進平靜與安全的場所」之資料，過程摘述如下：

表 4-2

「建構並促進平靜與安全的場所」過程紀錄表

建構並促進平靜與安全的場所	
	98年9月12日
Co:	請想像一些您曾去過、或假想去了能使您感到非常平靜或安全的場所。也許是在海灘、或是倚伴著山水。您會在何處？ (Co 引導 CI 鎖定一特定影像)
CI:	屏東墾丁、貓鼻頭海岸。
Co:	當您想著那個平靜／安全的場所，請專注在您看到、聽到以及所感受到的感覺。您有何發現？ (Co 引導 CI 留意自己的情緒與感覺)
CI:	天很藍、海很藍、風很大、自然景觀、沒有人工、海有層次。
Co:	專注在您那平靜／安全的場所——有關那些景象、聲音、氣味，和身體的感覺。請說出您覺察到那些方面？
CI:	舒適、開放、有衝動想去、釋放壓力、得到力量、有勇氣面對困難。
Co:	請想像此場所並請專注在此感受，也請隨著我的手指移動（緩慢的 4~6 次 BLS，接下來以▶◀圖示表示一回合的 BLS），並專注在您會感到舒暢的身體部位，也盡情地享受其中。您現在覺得如何呢？
CI:	會心慌。
Co:	請專注於此（▶◀）。您現在有何體會？ (Co 繼續進行▶◀，直到 CI 的陳述出現正向內容。)
CI:	我的病應趕快好，要用各種方法恢復正常。 (CI 的陳述雖出現正向內容，但仍在意識層次專注)
Co:	有哪一個字或一個詞能點出您的安全場所？ (Co 引導 CI 思考一個與安全場所連結之提示字)

(續下頁)

CI：愛。

Co：想到「愛」，並專注在您想到這個字時的正向感受。專注於這些感覺和這個字詞「愛」，並且跟著我的手指移動（4~6 次▶◀）。您現在覺得如何呢？

CI：心胸寬大、對人善良、放鬆、大自然給我們的愛。

Co 重覆且加強正向感受並伴以多次▶◀。

Co：現在，想像一個較小的煩惱以及對此煩惱的感受。說出這個字詞「愛」，並且注意身體有何變化。您注意到了什麼？

（Co 引導 CI 伴以紛擾的提示）

CI：去申請診斷證明書。醫生是正直的，後來還是給我了。

CI 陳述內容出現正向變化，故 Co 以多次▶◀來加強。

建立平靜與安全場所之後，治療師邀請案主正式進入創傷記憶的處理。

四、創傷記憶的處理

（一）創傷事件 1：上司當眾羞辱

治療師與案主針對先前兩次會談所討論到的內容，大致整理出三個待處理的創傷事件，分別為：與上司的關係、與父親的關係、以及在職教育受訓期間的創傷。在選定創傷事件時，治療師向案主說明處理的創傷愈早期、愈深入，效果會愈好，但是痛苦的程度也會相對愈高，因此建議案主循序漸進由淺入深來處理，先由相對較小的創傷事件採取 BLS 進行減敏感與歷程更新，一來從中體驗與學習以為下一步更大的挑戰做準備，二來也避免突然面對太強烈的創傷。因此，案主在第一次進行 BLS 時，選定了「與上司的關係」做為處理的創傷記憶。進行方式參考自 EMDR 練習作業單（見附錄五），過程摘述如下：

表 4-3

「EMDR 練習作業單—創傷事件 1」BLS 過程紀錄表

EMDR 練習作業單	
創傷事件 1：上司當眾羞辱	98 年 9 月 12 日
指導說明： 我們會針對你所經歷的事情做一下核對的步驟。我需要確實地從你這裡知道到底發生了什麼事，說得愈清楚愈好。有的時候有些地方會有一點變化，但是有的時候卻沒有。在此過程中，沒有所謂的“或許”的說法。所以請你盡量真實地回應發生了什麼事就好，不需要去做判斷它是否該發生。就順其自然地讓該發生的事情發生。 (Co 告訴案主要停止的手勢)	
CI 設定的陳述議題或記憶：	
剛進入工作單位，每做必錯，主管會當眾羞辱，自己不知如何表達。	
Co：有什麼影像足以反映出此事件裡最糟糕的部分？ (Co 引導 CI 說出影像)	
CI：開會時，主管故意挑毛病。	
Co：就此影像或事件而言，有什麼詞彙最能表達出你此刻對自己所抱持的負面想法？ (Co 引導 CI 說出負向認知)	
CI：「有朝一日，要你負責。」沒有信心，怎麼做怎麼錯，沒有方向感。「父親也如此打擊我」	
Co：當你想到此影像或事件時，你會希望現在的你是一個怎樣的人？ (Co 引導 CI 說出正向認知)	
CI：會體貼人，不會在公開場合去罵人，不要惡性批評人，會私下讚美。	
Co：當你想到此影像或事件時，以 1 分到 7 分的評量分數來看，你覺得現在的你上述提到的這些正向描述上有幾分？1 分是覺得完全不正確，7 分是	

覺得百分之百正確。

(Co 引導 CI 進行認知效度量尺 VoC 之評估)

CI：自信 1 分、欣賞人 5 分、體貼人 3 分、鼓勵人 5 分、能下決策 2 分。

Co：當你想起這些影像、事件，或上述那些負向描述時，你現在會有哪些情緒？

(Co 引導 CI 說出情緒)

CI：感到難過、想不通。

Co：在從 0 到 10 的量尺上，0 表示沒有困擾或者是中性的感覺，而 10 則是代表你所能想得到的最困擾的程度，就此事件而言你現在覺得困擾的程度是幾分？

(Co 引導 CI 進行主觀困擾指數 SUDs 之評估)

CI：很難過 8 分、生氣 5 分、沮喪 8 分。

Co：你的身體有什麼感覺？

(Co 引導 CI 說出身體部位的感受)

CI：沒有特別感覺。

Co：現在請你想著這個影像與這些負面的詞彙，並注意你身體有什麼感覺——然後跟著我的手（進行▶◀一回合）。放空，深呼吸，現在你有想到什麼？

(Co 引導 CI 進行減敏感。

以下程序重複操作：▶◀→深呼吸→詢問 CI 想到了什麼？)

CI：▶◀他影響我很大，對未來的態度

▶◀對人產生懷疑

▶◀因為他挑毛病，我就會想很多負面的（不能去做）

▶◀待人要有方法、技巧

▶◀他個人的修為，或許其他主管很好，可以原諒他

▶◀那時同事很重要，應該給鼓勵，那時沒有這樣的同事

▶◀愈來愈不在意，是他的錯

(續下頁)

- ▶▶有一天我可以離開這個單位
- ▶▶他那時非常兇悍，令人招架不住
- ▶▶他交付的事，我還是會做，善良加熱情
- ▶▶他是個做事認真、做人小團體
- ▶▶

Co 對 CI 進行 SUDs 評估：難過 3~4、生氣 5 分、沮喪 2~3 分。

- CI：▶▶盡量不要影響自己的未來
- ▶▶用愛來彌補所受到的傷害
 - ▶▶他的錯誤，我不要犯，可以原諒
 - ▶▶他讓我日後做借鏡
 - ▶▶希望他的陰影消除，let it go
 - ▶▶負面效應去除，病就好了（笑）
 - ▶▶將來看事情，態度不要太鑽牛角尖
 - ▶▶不讓它活在我的生活
 - ▶▶

Co 對 CI 進行 SUDs 評估：難過 2~3、生氣 1 分、沮喪 2 分。

- CI：▶▶能力與做人有差別，他應得的
- ▶▶如果我不能生氣的話，或許更好
 - ▶▶我學會包容，放掉它
 - ▶▶把自己放掉，讓自己休息
 - ▶▶可能是一種淬鍊，使之有意義
 - ▶▶沒感覺
 - ▶▶用愛去包容
 - ▶▶

Co 對 CI 進行 SUDs 評估：難過 1、生氣 1 分、沮喪 1 分。

（續下頁）

CI：▶◀有些同事也受委曲，不是我一個人，不用自憐自艾

▶◀他的工作認真，已付出代價

▶◀人都會犯錯

▶◀他已離開工作單位，因不適應

▶◀在單位好好待，好好走

▶◀盡力

▶◀他能力強，做人差，貢獻大

▶◀共同努力，可以原諒

▶◀

Co 對 CI 進行 SUDs 評估：不難過、不生氣、不沮喪了。

Co 開始進行安置階段，將期待的正向認知與初使記憶／事件或圖像進行連結。

Co：這些自信、欣賞、體貼、鼓勵、下決策等正向詞彙仍然適用嗎？或你有想到其他更合適的正向用語？

CI：正常人。

Co：想想最初的事件或這些詞彙，從 1 到 7，你現在覺得有幾分？

CI：自信 2 分、欣賞 2~3 分、體貼 2~3 分、鼓勵 2~3 分、下決策 2~3 分。

Co 持續進行安置的步驟，即▶◀，直至上述認知達到 6 分或 7 分才停止。

Co 進行肢體掃描，引導 CI 從頭部開始逐漸往下，確認全身上下沒有壓力、緊繃、或不尋常的感覺。

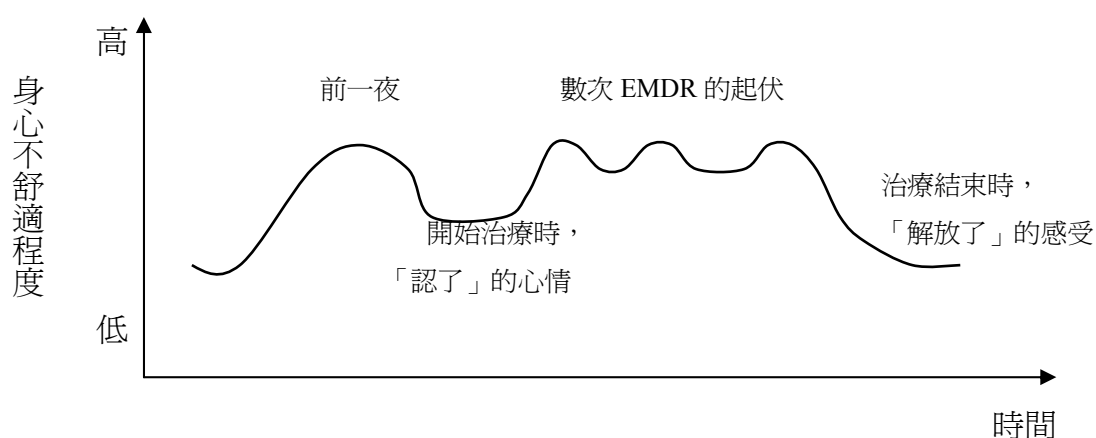
Co 邀請 CI 回去可記錄新的想法、記憶或夢境，鼓勵 CI 運用安全情境進行練習、使用放鬆技巧等，並提醒 CI 未來也可以使用這些題材。

BLS 完成創傷事件 1 之處理。

案主在研究者於治療結束後續的訪談中提到，在體驗過 BLS 處理創傷記憶後，發現要探索及處理過去的傷痛是相當痛苦的體驗，因此往後在與治療師約定要前往接受治療的前一晚，心中都掙扎萬分；而隔天終於到了治療現場，整個心態就「認了」——任由治療師處置，於是焦慮度稍微減輕一些；接著一旦開始探索過去的創傷經驗、進行 BLS 程序之後，案主的焦慮痛苦則隨情況高低起伏，直至單次療程結束，治療師引導案主想像美好的經驗、帶領放鬆之後，案主的身心狀態才會稍微恢復平穩；做完一次療程之後，案主著實有身心俱疲、彷彿被掏空的感受。上述單次 BLS 身心舒適度的起伏狀況可參考下圖 4-1。

圖 4-1

案主自行繪製之單次 BLS 前後身心舒適圖

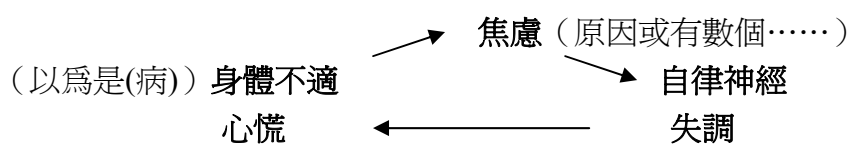


98年9月19日，案主夫婦與治療師進行第四次治療。案主向治療師表示上回進行 BLS 之後很不舒服，對自己一直沒有起色很擔心，也覺得對不起家人，擔心自己會有憂鬱症；此外，也向治療師表達在承受病痛的过程中，以及過去數十年來，一直都是自己一個人在努力打拼，對於太太沒有幫忙感到很失望，心裡也感到很孤單，但是也擔心太太無力承受。治療師提醒案主，太太將從此刻開始學習一同面對困境，治療師並在其中引導案主夫妻進行有意義的對話，也適時扮演案主太太的替身、協助她聚焦表達，並進一步討論出未來願意努力的具體行動。治

療師的焦點在於促進夫妻對話，以及支持太太、使之有能量去對案主付出關懷，並鼓勵太太擁抱案主，要案主相信自己會照顧他、請案主相信她。

98年9月26日，案主夫婦與治療師進行第五次治療。案主帶了這週以來的自我觀察紀錄，紀錄內容顯示案主每天皆對生活的各種決定和身體的不適有很多的擔憂，並惡性循環產生情緒上的焦慮以及生理上的不適，此循環可參考下圖 4-2；而在這些自我觀察的紀錄中可以發現，若在生心理感受到不適時，強迫自己進行慢呼吸和深呼吸是可以稍微好受一些的，治療師也趁此建議及鼓勵案主在意識到自己會慌或焦慮時，就做深呼吸以打斷不舒服的循環。

圖 4-2
案主自行整理繪製之身心交互影響示意圖



此外，案主與上次會談時有類似的狀況，表示身體仍然很不舒服、不想前來，以及抱怨太太不夠瞭解自己的想法，除了太太之外，其他家人也不了解自己，要向外人解釋自己的狀況很辛苦…等。治療師在案主陳述的過程中，更深刻地看見案主有「需要被了解」的渴望，再次確認了協助增進案主重要他人對其之理解的重要性，因此在會談過程中向案主夫妻解釋案主的狀況，以協助案主太太提供案主所需的支持；此外，也藉由案主提到對於孩子似乎因為擔憂自己的身體狀況而導致學業成績退步，趁此機會邀請案主找機會將孩子們帶來，試圖將支持系統開展於整個家庭，案主對於治療師的邀請深表認同。

98年9月30日，案主夫婦與治療師進行第六次治療。案主再次提到不想前來接受治療，花費了許多時間與金錢，不知道究竟是否有效？至目前為止，案主前

來將近一個月、接受第六次的治療，案主幾乎每次都會向治療師提出對自己病況究竟為何的擔憂，以及是否會好的疑慮。治療師在 EMDR 督導的建議下，向案主提出兩個與其生理症狀有關的問題，包括(1) 案主與其主管之關係，和案主與其父親之關係有某種相關性，呈現了案主對權威者的反應；(2) 案主先前的職業訓練經驗與後來的在職教育訓練有類似之處。治療師邀請案主針對這些現象，選擇一項創傷記憶進行 BLS。案主選擇了「父親」做為處理的目標，治療師在帶領案主進入創傷記憶的處理之前，在督導的建議之下先進行適應性資源之建立，以促進案主面對創傷之準備度。

(二) 創傷事件 2：父親對母親施暴

在進入創傷記憶的處理之前，治療師先藉由引導案主思考太太和兩個孩子對自己很好的正向經驗、並同時留心自己的身體感覺，協助案主建立適應性資源。案主在提到與太太和孩子們相處的美好經驗時，臉上的表情是放鬆與愉悅的，但是不曉得自己的情緒是什麼、也不知道自己的身體感覺為何。

完成了適應性資源之建立後，治療師邀請案主進入有關父親的創傷記憶之處理，過程摘述如下，並部份省略與第一次 BLS 相同之指導語：

表 4-4

「EMDR 練習作業單—創傷事件 2-1」BLS 過程紀錄表

EMDR 練習作業單	
創傷事件 2：父親對母親施暴（第一回）	98 年 9 月 30 日
Co 首先進行指導說明。	
CI 設定的陳述議題或記憶：	
在任何情況下，爸爸會無緣無故地罵我媽、打我媽，我在旁邊看得很難過。	
Co：有什麼影像足以反映出此事件裡最糟糕的部分？	
（Co 引導 CI 說出影像）	
CI：爸爸的失控行為。	

（續下頁）

Co：就此影像或事件而言，有什麼詞彙最能表達出你此刻對自己所抱持的負面想法？

（Co 引導 CI 說出負向認知）

CI：易受驚嚇。

Co：當你想到此影像或事件時，你會希望現在的你是一個怎樣的人？

（Co 引導 CI 說出正向認知）

CI：情緒不受他人干擾。

Co：當你想到此影像或事件時，以 1 分到 7 分的評量分數來看，你覺得現在的你在上述提到的這些正向描述上有幾分？1 分是覺得完全不正確，7 分是覺得百分之百正確。

（Co 引導 CI 進行認知效度量尺 VoC 之評估）

CI：情緒不受他人干擾 1~2 分。

Co：當你想起這些影像、事件，或上述那些負向描述時，你現在會有哪些情緒？

（Co 引導 CI 說出情緒）

CI：懊悔與沮喪。

Co：在從 0 到 10 的量尺上，0 表示沒有困擾或者是中性的感覺，而 10 則是代表你所能想得到的最困擾的程度，就此事件而言你現在覺得困擾的程度是幾分？

（Co 引導 CI 進行主觀困擾指數 SUDs 之評估）

CI：懊悔 7~8 分，沮喪 7~8。

Co：你的身體有什麼感覺？

（Co 引導 CI 說出身體部位的感受）

CI：比剛才舒服一點，胸口很緊。

Co：現在請你想著這個影像與這些負面的詞彙，並注意你身體有什麼感覺——然後跟著我的手（進行▶◀一回合）。放空，深呼吸，現在你有想到什麼？

（續下頁）

(Co 引導 CI 進行減敏感。

以下程序重複操作：▶◀→深呼吸→詢問 CI 想到了什麼？)

CI：▶◀其實...他常常會大聲，讓我很恐懼

▶◀我要跟我爸翻臉，他突然說，我怎麼變了，他拿刀砍我，我叫他砍，
他就放下刀走了

▶◀慢慢可以擺脫他，不再受制於他

▶◀其實我還是有跟他道歉（被迫），但是，現在想是對的

▶◀現在也不怨他了，只是有些尷尬，但是恐懼已造成了，難以抹滅

▶◀影響社交、怕怕的

▶◀雖然知道，只能克制

▶◀...也沒什麼用

▶◀只能做到，鎮定做，還會受影響

▶◀很是兢兢業業

▶◀怎麼對自己產生不信任，為了錢或時間，還是在拉扯

至此，已進行 11 回合▶◀、耗費兩小時，CI 主動要求停止。

由於程序尚未完成，Co 給予 CI 鼓勵與支持後，不進行正向認知的安置與肢體掃描作業，而帶領 CI 進行放鬆，並邀請 CI 回去可記錄新的想法、記憶或夢境，鼓勵 CI 運用安全情境進行練習、使用放鬆技巧等，並提醒 CI 未來也可以使用這些題材。

BLS 尚未完成創傷事件 2 之處理，暫時結束。

由於此次治療已進行兩個小時，案主可能消耗了太多的能量，因此主動喊停；此外，案主在此次治療開始時便提及對治療支出的擔憂，而在減敏感與歷程更新步驟要求中止前的最後一個想法，亦提及對金錢的掙扎，案主在經濟上的擔憂可

能已經影響了歷程更新過程中的訊息處理；然而，在 BLS 中止之後，案主卻仍然花了一個小時與治療師進行討論。此次創傷處理尚未完成，待接下來適合的時機與情境再繼續進行。

98 年 10 月 3 日是中秋節，案主夫妻帶著兩個孩子，以及案主三姊和其子，連同治療師共計七人，一同參與第七次治療；由於難得安排了家族會談的形式，此次介入的重點擺在協助案主子女理解案主的處境、並且降低其焦慮。

前半段時間，治療師先與三個年輕人進行會談、傾聽其心聲，並藉由此機會協助案主子女理解父母的處境。在此過程中，案主兒子談到目前自身的處境，也表達願意在這段時間與妹妹攜手合作，讓父親專心養病。

後半段時間，治療師則和所有來談者一起進行討論，協助案主的家庭共同討論如何處理目前的困境。治療師在會談中促成案主親子間的對話，協助彼此降低焦慮，並且建議案主太太將子女做她的幕僚，以判斷怎麼做才能和案主做有效之溝通，此舉亦促成案主太太與子女互為支持系統，共同穩固彼此以協助案主。

第八次治療安排於 98 年 10 月 10 日進行。98 年 9 月底，案主主動請治療師介紹一名信任的精神科醫師，案主於 10 月初前去就醫、服用所開的藥物之後，感受到藥效很強烈、於是一直在昏睡，案主及太太都為此感到疑惑，也持續懷疑案主究竟罹患了什麼病症？治療師評估此次並不適宜以 BLS 接續處理先前未完成的創傷事件，故此次討論的重點偏向生理症狀的變化以及增進其對自己病症的了解，並鼓勵案主將服藥之後的情形與困惑與醫師直接溝通和澄清。

98 年 10 月 17 日，案主夫妻與治療師進行了第九次治療。案主太太提到數日前，案主的主管派人前來了解案主之情形，治療師觀察到案主相較於過去的擔憂，這次的表情似乎輕鬆了一些。案主提到上次治療之後，前去與精神科醫師請教，瞭解醫師開藥的用意是為了解案主的生理狀況徹底休息；經由醫師的解說，案主夫妻皆能理解與接受這樣的安排。由於討論到用藥的生理反應，案主提及自己自從 98 年 7 月服用前一個精神科醫師所開藥物導致嘔吐的副作用之後，開始對進食

感到焦慮，對小時候家裡開餐廳、講究美食的案主來說很是折磨；治療師向案主夫妻解釋案主原本是美食主義，目前卻將自己所好完全屏除，無異又是一個對自己的背叛，因而建議案主太太買案主喜歡吃的菜給他吃。會談結束後，治療師邀請案主夫妻一起用餐，觀察案主進食的情形，案主食用了一碗飯，並沒有出現案主在會談中所稱的現象。

98年10月23日，案主夫妻與治療師進行了第十次治療。治療至今已將一個半月，治療師觀察到案主開始呈現有朝氣和能量的樣貌，且會有開懷大笑的情形，評估其狀態較穩定了，因此邀請案主延續處理上一回未完成的創傷記憶之處理。同樣地，治療師先請案主以「子女」建立適應性資源，使之有力量進行BLS，然而案主的身體感覺仍然不敏銳。BLS過程摘述如下，與上一回重複的內容省略：

表 4-5

「EMDR 練習作業單—創傷事件 2-2」BLS 過程紀錄表

EMDR 練習作業單	
創傷事件 2：父親對母親施暴（第二回）	98年10月23日
Co 進行指導說明，並摘要協助 CI 回顧上一回 BLS 所設定的記憶、影像、負向認知、正向認知、VoC 評估、情緒、SUDs 評估、身體部位感受及減敏感程序等。	
Co：現在請你想著這個影像與這些負面的詞彙，並注意你身體有什麼感覺——然後跟著我的手（進行▶◀一回合）。放空，深呼吸，現在你有想到什麼？ （Co 引導 CI 進行減敏感。 以下程序重複操作：▶◀→深呼吸→詢問 CI 想到了什麼？）	
CI：▶◀把驚恐放掉…面對人群會煩，目前面對人群會有壓力、會慌 ▶◀要怎麼放？那個驚恐會影響我面對他人，曾對學生說面對你們會有壓力，面對的不是真實的自己，好可憐啊！ ▶◀我不知道如何表達自己真正的感覺，是否會被否定，我真正的自己是	

（續下頁）

什麼？戒慎恐懼…

▶◀我與大姊走得很近，她讓我覺得對人不該太信任，選擇大姊的觀點

Co：現在要做什麼選擇？

Cl：把真實的感覺告訴他人

▶◀

Co：你選擇做自己？

Cl：我會擔心我選擇自己，是否會受傷？被人視為幼稚，瞧不起人

▶◀我是不是缺乏表達感覺的自信？我怕不怕人？怕傷到別人，怕受傷

▶◀（無）

▶◀很想勇於表達，又想不傷到別人

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀想到自己驚恐

▶◀有點難過

▶◀想到他們溝通不良，我爸事業做太大了，外面受委曲，未顧及孩子

▶◀他小時的教育，不擅表達，父母早死，不知如何教小孩，也不知如何

與太太相處

▶◀我能理解他那時是不對的，他所知有限

Co：誰該負責任？

Cl：父母…現在會對他反駁，能面對他，就是尊敬

至此，已進行 17 回合▶◀、耗費兩個小時半，故暫時停止。

由於程序尚未完成，Co 給予 Cl 鼓勵與支持後，不進行正向認知的安置與肢體

掃描作業，而帶領 CI 進行放鬆，並邀請 CI 回去可記錄新的想法、記憶或夢境，鼓勵 CI 運用安全情境進行練習、使用放鬆技巧等，並提醒 CI 未來也可以使用這些題材。

BLS 尚未完成創傷事件 2 之處理，暫時結束。

此次 BLS 同樣耗費了很長的時間，故暫時中止。治療師嘗試在減敏感與歷程更新的過程中，協助案主釐清創傷事件的責任、詢問現在的案主要做何選擇，從案主的回應中可以發現，案主逐漸能夠釐清責任以及重新抉擇；儘管創傷事件的處理尚未完畢，但已可以觀察到案主的正向改變。

98 年 10 月 31 日，案主夫妻與治療師進行了第十一次治療。案主雖向治療師表示進行 BLS 很疲倦，但在會談過程中展現了更多的笑容，看起來也較昔日更有能量，然而仍追問治療師自己究竟何時會好。案主提及太太一直忙於家事、很擔心太太的身體吃不消，並表露自己無法幫忙而有罪惡感，治療師協助案主與太太進行對話與溝通，案主太太同意將減少家務、早點休息。相較於過去案主不斷表露自己長久以來獨自忙碌的心聲，案主首度在治療過程中表示看見了太太的付出，並對太太表達關心，案主所關注的焦點不再侷限於自己的身心不適。

案主夫妻與治療師的第十二次治療於 98 年 11 月 5 日進行。案主在此次呈現了最佳的氣色，且眼珠活潑、肢體反應自在，因此治療師延續處理上一回未完成的創傷記憶之處理。BLS 過程摘述如下，與上一回重複的內容省略：

表 4-6

「EMDR 練習作業單—創傷事件 2-3」BLS 過程紀錄表

EMDR 練習作業單	
創傷事件 2：父親對母親施暴（第三回）	98 年 11 月 5 日
Co 進行指導說明，並摘要協助 CI 回顧上一回 EMDR 所設定的記憶、影像、負向認知、正向認知、VoC 評估、情緒、SUDs 評估、身體部位感受及減敏感	

（續下頁）

程序等。

Co：現在請你想著這個影像與這些負面的詞彙，並注意你身體有什麼感覺——然

後跟著我的手（進行▶◀一回合）。放空，深呼吸，現在你有想到什麼？

（Co 引導 CI 進行減敏感。

以下程序重複操作：▶◀→深呼吸→詢問 CI 想到了什麼？）

CI：▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀（笑）上次爸要來台北看我，大姊對爸說我的病跟他有關，他掉下淚來，這樣對老人家有些殘忍，爸向大姊承認自己錯了，讓這一切過去吧！

Co 以「讓一切過去」為焦點，繼續進行減敏感。

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀（笑）（想一陣子）我在想要不要讓爸不要放在心上，等我病好一點，再與爸見面

Co 繼續以「讓一切過去」為焦點進行減敏感。

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀沒有懊惱了，沒有沮喪了。

Co 對 CI 進行 SUDs 評估：沒有懊惱了，沒有沮喪了。Co 再進行一次▶◀。

Co 開始進行安置階段，將期待的正向認知與初使記憶／事件或圖像進行連結。

Co：「情緒不受他人干擾」的正向詞彙仍然適用嗎？或你有想到其他更合適的正向用語？

CI：情緒能由自己來控制。

（續下頁）

Co：想想這個詞彙，從 1 到 7，你現在覺得有幾分？

CI：3~4 分。

Co 持續進行安置的步驟：

CI：可以由理性來判斷做基礎，可以用表達的方式。▶◀/▶◀/▶◀

勇於用理性方式表達自己的情緒。▶◀

不受他人影響。▶◀

用正向的認知理性表達自己的情緒。▶◀

Co 對 CI 進行 VoC 評估：6 分。Co 再進行▶◀/▶◀/▶◀。

Co 進行肢體掃描：

CI：胸部有點緊。Co 再進行▶◀/▶◀/▶◀。

沒有什麼太深入的感覺。Co 再進行▶◀/▶◀/▶◀。

Co 邀請 CI 回去可記錄新的想法、記憶或夢境，鼓勵 CI 運用安全情境進行練習、使用放鬆技巧等，並提醒 CI 未來也可以使用這些題材。

BLS 完成創傷事件 2 之處理。

此次治療結束了關於父親之創傷記憶的處理，治療師評估案主的心理能量已經足夠穩固了，故鼓勵案主可以與父親碰面。

案主夫婦與治療師於 98 年 11 月 14 日進行第十三次治療。經歷兩個月左右、完成兩項創傷事件的處理之後，治療師在此次治療檢視與評估案主當初的身心不適情況，案主表示大部分症狀已消除，只剩下胃痛、食慾不佳、胸痛與全身不由自主的不安定。治療師邀請案主討論對未來的工作想法，案主表示已下決定將在明年辦理退休，但是目前對於博士班的論文工作仍沒有心理準備去面對。

98 年 11 月 21 日，案主夫婦與治療師進行第十四次治療。案主向治療師提到自己尾椎骨膜發炎，因疼痛而就醫，原本想要取消今日的會談，但太太會擺臉色，故只好前來，案主表示自己經常不知該怎麼面對太太的情緒。或許因為此段期間案主的心理狀態已經足夠強壯、夫妻間的情感也較為穩固，案主太太開始向案主表露自己爲了案主生病拋下一切配合案主、卻也得不到案主情感支持的委屈，以及生活中因案主忽略而感受到的挫折；案主也坦露了自己因害怕挫折而不敢對太太有肢體接觸；治療師則在其間引導案主夫妻彼此對話，促進彼此的瞭解。治療至今已經歷兩個月半，治療師以量化的方式回饋案主的進步情形，以 1 至 10 分評估案主的狀況，已經由當初的 2 分進步到 7 分，藉此給案主一些鼓勵。

98 年 12 月 2 日，案主夫婦與治療師進行第十五次治療。案主提到精神科醫師給其 PTSD 的診斷，後續在職場一些相關的行政程序之申請已獲認可，而當週回辦公室，同事邀請案主夫妻一起用餐時，案主的胃口也相當不錯。案主太太在上回會談中透露因案主而起的委屈感受，在此次會談中更淚流滿面地表露了案主在在職訓練受訓期間、自己感受到案主「心飛走了」，因而不願接觸任何有關訊息的委屈；案主對於太太的反應感到很驚訝，此時才理解到不只是自己、連太太也間接受到很深的負面影響；治療師則在期間鼓勵案主夫妻彼此對話、表達內心的感受，並在結束前邀請案主下次治療時進行第三項創傷事件的處理。

案主夫婦與治療師於 98 年 12 月 9 日進行第十六次治療。治療師敏感於案主可能顧及太太在場而無法真誠表露某些事情，因此主動詢問案主是否要單獨進行此回的 BLS？案主請太太在外面休息，讓自己獨自進行。案主太太離開治療室後，案主隨即向治療師表露自己在接受在職教育訓練期間的確發生了一些會讓太太感到傷心的事情，但因為不願傷及身邊的人，遂主動將事情處理完畢；治療師向案主表示，把秘密說出來就好，並爲案主分析：發病後無法出門，可能反應了內在的心理機制，是一種自我處罰、也使得太太感到自己是無可取代的；治療師建議案主與太太之間的互動型態或許需要修通。接著開始進行第三項創傷記憶之 BLS。

(三) 創傷事件 3：在職教育之內容

治療師引導案主進行有關在職教育受訓期間創傷記憶之處理，過程摘述如下，並部份省略相同的操作程序：

表 4-7

「EMDR 練習作業單—創傷事件 3」BLS 過程紀錄表

EMDR 練習作業單	
創傷事件 3：在職教育之內容	98 年 12 月 9 日
Co 首先進行指導說明。	
CI 設定的陳述議題或記憶：	
電影「雷恩大兵」。	
Co：有什麼影像足以反映出此事件裡最糟糕的部分？	
(Co 引導 CI 說出影像)	
CI：看「刺心臟」的那一幕，很噁心、很恐懼，覺得自己是那個被刺的人。	
Co：就此影像或事件而言，有什麼詞彙最能表達出你此刻對自己所抱持的負面想法？	
(Co 引導 CI 說出負向認知)	
CI：我怎麼這麼笨，把此事當真的，怎麼這麼入戲。	
Co：當你想到此影像或事件時，你會希望現在的你是一個怎樣的人？	
(Co 引導 CI 說出正向認知)	
CI：我能分清什麼是真的，什麼是假的，能做理性判斷，不是感情用事。	
Co：當你想到此影像或事件時，以 1 分到 7 分的評量分數來看，你覺得現在的你在上述提到的這些正向描述上有幾分？1 分是覺得完全不正確，7 分是覺得百分之百正確。	
(Co 引導 CI 進行認知效度量尺 VoC 之評估)	
CI：4 分。	

(續下頁)

Co：當你想起這些影像、事件，或上述那些負向描述時，你現在會有哪些情緒？

（Co 引導 Cl 說出情緒）

Cl：噁心、恐懼。

Co：在從 0 到 10 的量尺上，0 表示沒有困擾或者是中性的感覺，而 10 則是代表你所能想得到的最困擾的程度，就此事件而言你現在覺得困擾的程度是幾分？

（Co 引導 Cl 進行主觀困擾指數 SUDs 之評估）

Cl：噁心 5 分、恐懼 4~5 分。

Co：你的身體有什麼感覺？

（Co 引導 Cl 說出身體部位的感受）

Cl：胸前不舒服。

Co：現在請你想著這個影像與這些負面的詞彙，並注意你身體有什麼感覺——然後跟著我的手（進行▶◀一回合）。放空，深呼吸，現在你有想到什麼？

（Co 引導 Cl 進行減敏感。

以下程序重複操作：▶◀→深呼吸→詢問 Cl 想到了什麼？）

Cl：▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀（無）

▶◀我一向看電視都難入戲，很難避免

▶◀我覺得那個戲是故意的

▶◀希望能理性看戲

▶◀演得逼真

▶◀那把刀是軟糖做的

▶◀為什麼對其他畫面沒有影響？

（續下頁）

▶◀我的主觀意識在那個時刻比較不理性

▶◀很想理性去看待那個畫面

▶◀（無）

▶◀我這個年紀應該可以判斷，是否年紀關係已不能應對？自己是正常的

▶◀以後少看這種聲光的戲，也能正常看待自己的反應

▶◀我需要更多的知識，可去面對、安撫平穩自己

▶◀我應該要正常看待自己的生理反應，要有技巧

▶◀（無）

▶◀（笑）想試試恐怖的

Co 對 CI 進行 SUDs 評估：不太噁心，想笑、不恐懼了。

Co 開始進行安置階段，將期待的正向認知與初使記憶／事件或圖像進行連結。

Co：「我能分清真假、理性判斷、不感情用事」，這些正向詞彙仍然適用嗎？或
你有想到其他更合適的正向用語？

CI：用幽默方式去看待，理性＋幽默。

Co：想想這些詞彙，從 1 到 7，你現在覺得有幾分？

CI：6 分。

Co 持續進行安置的步驟：

CI：理性＋幽默。▶◀／▶◀／▶◀

Co 對 CI 進行 VoC 評估：6 分。

Co 進行肢體掃描：

CI：比較輕鬆，胸部比較鬆，手也不流汗了。Co 再進行▶◀／▶◀／▶◀。

Co 邀請 CI 回去可記錄新的想法、記憶或夢境，鼓勵 CI 運用安全情境進行練習、使用放鬆技巧等，並提醒 CI 未來也可以使用這些題材。

BLS 完成創傷事件 3 之處理。。

至此，治療師已在治療過程中處理了案主生命經驗中三項主要的創傷事件，案主的身心適應情形也有大幅度之改善，治療接近尾聲。在進行各次 BLS 過程中，各次主題、內容及分數變化之情形摘要如次頁表 4-8「案主進行各次 BLS 之內容摘要表」。

表 4-8

案主進行各次 BLS 之內容摘要表

陳述記憶	日期	影像	負向認知	正向認知及 VoC 轉變		情緒及 SUDs 轉變	
主管當眾羞辱	98/09/12	主管開會 故意挑毛病	每做必錯， 無信心、 無方向感	自信	1→2	難過	8→3~4 →2~3 →1→0
				欣賞人	5→2~3	生氣	5→5 →1 →1→0
				體貼人	3→2~3	沮喪	8→2~3 →2 →1→0
				鼓勵人	5→2~3	說明：依序進行▶◀12、9、8、9 回合。	
				能下決策	2→2~3		
				新正向認知：正常人 說明：進行▶◀，VoC=6~7			
父親打罵母親	98/09/30	父親的 失控行爲	易受驚嚇	情緒不受 他人干擾	1~2	懊惱	7~8
						沮喪	7~8
	說明：進行▶◀11 回合，耗費 2 小時， CI 要求停止。				說明：進行▶◀17 回合，耗費 2.5 小時， 暫時停止。		
	3~4 →6				懊惱	0	
98/10/23				說明：進行▶◀	沮喪	0	
98/11/05				6 回合。	說明：進行▶◀9 回合。		
在職訓練	98/12/09	電影「雷 恩大兵」 刺心臟的 畫面	我怎麼這麼笨、把此 事當真，如此入戲	能分清真 假，理性 判斷	4 →6	噁心	5 →0
						恐懼	4~5 →0
						說明：進行▶◀19 回合。	
				新正向認知：理性和幽默。 說明：進行▶◀3 回合。			

(續下頁)

表 4-8

案主進行各次 BLS 之內容摘要表 (續)

陳述記憶	日期	身體感受	安置階段	肢體掃描	其他
主管當眾羞辱	98/09/12	無特別感覺 → 放鬆	有進行	有進行	處理完畢。
父親打罵母親	98/09/30	胸口很緊 → 放鬆	—	—	Co 帶領放鬆後，暫時結束。
	98/10/23		—	—	Co 帶領放鬆後，暫時結束。
	98/11/05	胸部有點緊、無特別感覺 → 放鬆	有進行	有進行	處理完畢。
在職訓練	98/12/09	胸前不舒服 → 放鬆	有進行	有進行	處理完畢。

五、治療的尾聲

98 年 12 月 30 日，案主夫婦與治療師進行了第十七次治療。此次案主夫婦帶著前一晚的爭執前來找治療師，兩人爲了子女的事有所衝突，治療師從中協助釐清雙方的互動型態，鼓勵案主能夠給太太肯定與支持。此外，案主也爲了隔日要回到職場處理事情而感到焦慮，治療師協助案主將焦慮的心情一般化看待，並且預告準備結案之安排。案主夫婦對於治療的告終感到焦慮，對於案主的恢復情形並沒有很大的信心，擔憂沒有治療師的協助後、狀況可能會再發生，因而心裡懷抱著增加治療次數的期許。

第十八次治療安排在 99 年 1 月 9 日。案主提到太太一直哭泣、自己感到不知所措；治療師引導案主太太述說具體的事件與感受，之後向雙方說明：案主太太對於自己是否是案主的最愛感到沒有信心，過去的感受經常被忽略或否定，而案主在接受在職訓練期間的舉動讓案主太太覺得不被重視、甚至引發不安的感受，再加上案主發病之後，雙方缺乏肢體上的親密接觸，更讓案主太太擔心彼此的關係已生淡。治療師評估雙方的心理狀態已經能夠自行進行討論與對話，因此製造機會讓案主夫婦單獨進行十五分鐘的對話，讓彼此有機會將想法與感受說清楚。

治療師評估，案主習慣性地否定太太的想法和情緒，這段期間案主太太的不安感被挑起而處於焦慮狀態；然而，此次的治療主軸在於處理案主的 PTSD，案主夫妻間的議題修通需要透過進一步的婚姻治療。因此，治療師採取立即的介入以促進雙方關係的平衡、安撫案主太太的焦慮。會談尾聲，案主主動向治療師爭取再延長一次的治療。

99 年 1 月 15 日，案主夫妻與治療師進行第十九次治療，也是最後一次會談。此次，案主太太看起來表情愉快，而案主夫妻向治療師提出對某親戚處於身心不適的擔心，治療師鼓勵案主以「過來人」的角色去協助之，案主似已能轉換立場看待問題了。

對於治療的告終，案主夫妻仍感到焦慮、缺乏信心，治療師鼓勵案主夫妻結案後先試試自行因應以及彼此合作面對，如果真的有無法控制的情況，可以再與治療師聯繫。案主夫妻聽了治療師的解釋感到比較安心，於是為期四個多月、共計 19 次的療程，在此劃下句點。

治療師分析，案主及其太太皆帶有自身在原生家庭中的人際型態進到婚姻關係中，這段關係處在不平衡的狀態；然而，此次療程介入的焦點是在解決案主的 PTSD，EMDR 介入已經幫助案主達到較舒緩的身心狀態，對於案主夫妻的婚姻關係、或是案主內在深層的議題，只能鼓勵案主及其太太再行尋求進一步的專業協助。

六、後續的追蹤與關切

研究者於 99 年 5 月及 7 月、也就是治療結束後的四個月及六個月，與案主夫妻進行了訪談，關心案主在結案之後的適應情況。大致而言，案主的身心適應情況保持穩定，並無先前發病期間般的嚴重不適，然而在 99 年 1 月案主兒子參加學測、4 月份案主身體意外受傷，以及 5、6 月份女兒參加基測時，心理焦慮及不適的生理症狀有稍微出現，但皆能自行因應與克服。期間的觀察如下：

（一）挫折忍受力變低，但身心敏感度提升

在經歷「發病」以來身心不適的體驗之後，案主及太太都感受到案主的挫折忍受力變得比較脆弱，過去可以自然而然調適因應的壓力，現在可能不如過往具備因應的彈性能力，例如 99 年 4 月案主的腰部意外受傷，原本以為僅是生理上的不舒適，卻引發了一些恐慌的症狀。然而，案主對自身身心敏感度的覺察能力則相對地提升許多，也在 EMDR 治療過程中習得了因應的方式，因此比起「發病」期間，更能瞭解與掌握如何幫助自己平衡與恢復穩定的狀態。

（二）EMDR 療程中的學習，複製到新的生活經驗中

EMDR 治療在 99 年初結束，案主自行評估當時的整體身心狀態已經恢復至「發病」前的平均舒適狀態，然而治療結束後的生活仍會出現使案主感到壓力或挫折

的事件，例如：案主子女的重要升學考試、案主身體受傷等。案主在這些事件中，感受到自己的身心不適程度猛然陡增，然而並未直接回到治療師身邊尋求協助，而是在自我和太太提醒、以及精神科醫師囑咐切勿擅自停藥的情況下，即便 EMDR 的療程已經告一個段落了，案主仍能運用與掌握當初所學習到的想像美好經驗、自我放鬆等建立安全平靜場所和適應性資源的能力，來幫助自己在短短數日內恢復到較平穩的身心狀態。

第二節 案例回顧與分析結果說明

本節首先長期性地回顧案主在經歷 PTSD 發病前後的歷程性狀態，接著再依序針對「PTSD 案主於接受 EMDR 治療過程中在認知、情緒、生理等方面的經驗」、以及「PTSD 案主在接受 EMDR 介入治療前後之症狀以及生活功能適應改變情形」等本研究之兩項研究問題進行分析結果之描述，最後再針對其他可能的競爭性解釋進行說明。

一、案主身心狀態的前後改變及歷程性回顧

案主自 97 年 9 月接受在職教育訓練開始的身心不適狀態，至接受研究者第二次訪談時已將近兩年，案主對這段時間的身心狀態起伏進行回顧如下：

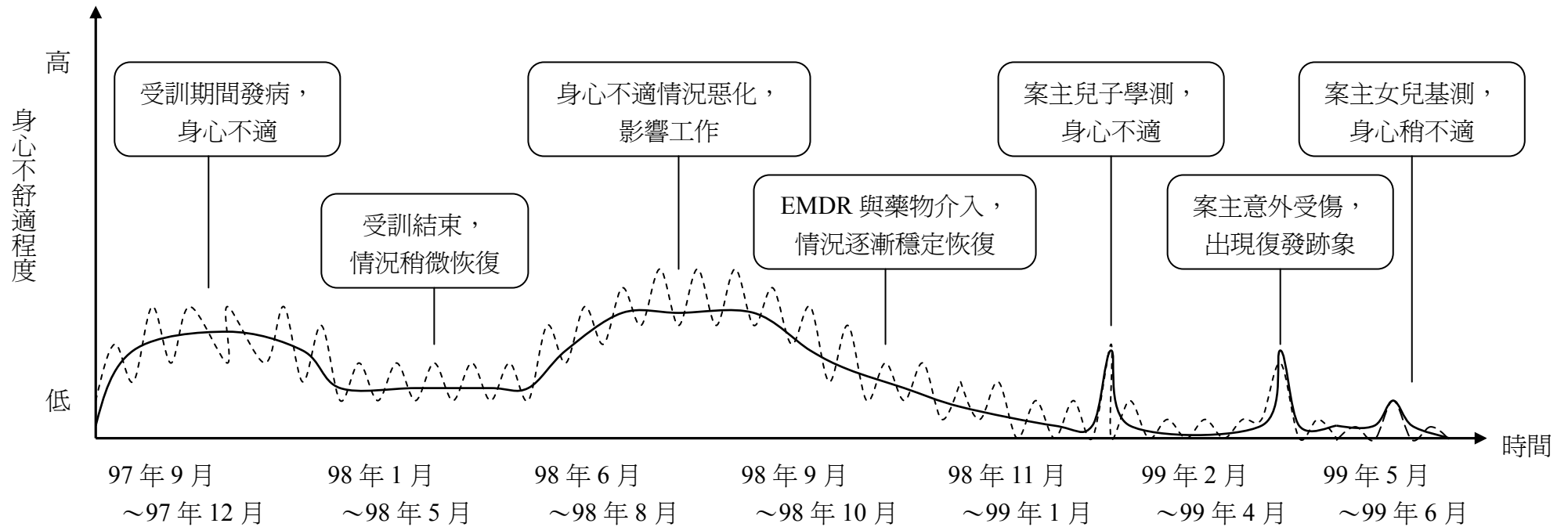
- (一) 過去碰到壓力自然有能力調適與面對，因此身心狀態大致維持在一個「平均線」、「舒適線」的水平。
- (二) 自從 97 年 9 月參與在職教育訓練開始，案主覺得自己「發病」了，面對壓力無法自然調適而出現了心悸、胃痛、焦慮、胸悶等不適症狀，身心的不舒適與不穩定狀態有所提升；直到 97 年 12 月結訓之後，至 98 年 5 月這半年間，身心狀況有稍微穩定回復，身心不適的程度又降至靠近平均線，但仍比過去「未發病」前來得不舒適。

- (三) 98年6月起，身心不適程度猛然提升，至98年8月期間皆深受恐慌、焦慮、心悸、胸悶、失眠、胃痛、食不下嚥等身心痛苦的折磨，案主也在這段時間對自己的生命逐漸感到絕望。
- (四) 直到98年9月接觸了EMDR治療、以及10月起合併精神科藥物治療後，整個身心不適狀態逐漸降低、獲得紓解，到98年11月已經穩定恢復至「發病前」的平均狀況了；EMDR的療程在99年初結束，案主仍穩定持續至精神科回診及接受藥物治療至今。
- (五) 99年之後的身心狀態大致保持在「未發病」前的平均舒適狀態，唯有1月底案主兒子參與學測、4月中案主腰部意外受傷、5月份案主女兒報考基測時，身心不適的狀態有突然陡升的現象，但也能在短短幾天內恢復至平均值。

上述內容亦可參考次頁圖 4-3「案主自行繪製之身心舒適圖」。

圖 4-3

案主自行繪製之長期身心舒適圖



註 1：身心不適程度之最低點，為案主自評未發病前的平均程度

註 2：實線代表平均之身心舒適程度；虛線代表實際之起起伏伏狀態

另，由於本研究所欲探討的是 EMDR 介入的改變情形，因此將時間劃分為 EMDR 介入前中後三個階段，以便於比較與討論案主各方面症狀和生活功能於各階段的表現情形。三個時期劃分的時間點說明如下：(1)「前期」指的是案主開始出現各種身心不適症狀、至採取 BLS 介入處理創傷事件之前。由於前兩次治療的初談、診斷與評估之主要工作在於收集資料進行完整評估及安排治療計畫，尚未開始處理創傷內容，故也劃分在此時期中；(2)「中期」指的則是第三次治療起、開始採用 BLS 介入處理創傷事件，至第 16 次治療將三項創傷事件皆處理完畢之間的時期；(3)「後期」指的是最後三次準備結案的治療過程，以及治療結束後約莫半年、研究者與案主接觸期間之時期。以下之討論皆以上述時間劃分作為依據。

由於單獨以前中後三個時期的劃分，未能看見案主在期間的細緻變化，而單獨以 EMDR 治療期間的各次治療作為劃分，亦無法看見案主長期性的轉變，因此研究者試圖合併兩項時間劃分的考量，並整理了包括來自案主及其太太的訪談、案主的自我觀察紀錄、治療師的紀錄及 EMDR 表格紀錄、研究者的訪談觀察紀錄等多種資料來源，彙整成為一完整表格，呈現出案主此期間在認知、情緒、生理、行為等各方面的症狀或特徵，依時間先後順序整理呈現如次頁表 4-9「EMDR 介入前中後，各方面症狀改變一欄表」，以便於後續進行有關研究問題之討論。

表 4-9
EMDR 介入前中後，各方面症狀改變一欄表

階段	治療安排	認知/想法		情緒感受		生理反應		行為	
前期 (求助之前)	無	熬不過去 (H243) 要人命 (H524) 快死人了 (H130、H155) 沒救 (H155) 完蛋了 (H155)		緊張 (H134) 焦慮 (H191、H233) 挫折 (H248) 掙扎 (H303) 擔心 (W238) 難過 (H155、H191、H233) 痛苦 (W342、H504、H524) 可憐 (H101、H233) 抓狂 (H191、H233) 沮喪 (H243、H244)		心悸、心臟不舒服、心肌梗塞 (H130、H134、H142) 胸悶 (H191、H199) 胃口差、胃痛、胃潰瘍 (W112、H134、H138、H142、H149、H233、) 失眠 (W112) 體重下降 (H109) 恐慌 (H134、H191、H199) 全身不適 (H134)		不菸不酒 (H82) 工作請假 (H134、H142) 到處求醫 (H134、H138、H142) 不敢看電視 (H213) 服用精神藥物 (H134、H136)	
前期 (準備階段)	第一次治療		(同上) 病人家屬也應接受輔導 (H215、H256)	緊張 (Co1-7) 不安定 (Co1-8)	(同上) 不被了解 (H229、H233)	心悸、心臟不舒服、 心肌梗塞 (Co1-3) 胸悶 (Co1-4) 胃痛 (Co1-5) 胃口差 (Co1-6) 失眠 (Co1-9) 體重下降 (Co1-14) 噁心 (Co1-10)	(同上)	工作請假 (Co1-16) 到處求醫 (Co1-13) 不敢看電視 (Co1-12) 不與人接觸 (Co1-11)	(同上)
	第二次治療	好不起來 (Co2-21)		擔心 (Co2-21)					
中期 (EMDR 介入階段)	第三次治療 (BLS 1)	每做必錯 (E1-1) 無信心 (E1-1) 無方向感 (E1-1) 我像正常人 (E1-2)	有救了 (W158) 負面強迫性思考 (C14) 不想去	難過 (E1-1) 生氣 (E1-1) 沮喪 (E1-1) 不難過 (E1-2) 不生氣 (E1-2) 不沮喪 (E1-2)	痛苦 (H30、H167、H288、H422) 難過 (H32、H288) 有壓力 (H32) 掙扎 (H167) 擔心 (W490、C18、C111、C118、C139、C145)	無特別感覺 (E1-1) 放鬆 (E1-2)	全身不適 (C134、C146) 腳痛 (C117) 自律神經失調 (C135) 失眠 (C116、C126)		配合身心治療 (H466、H472) 徹底休息 (H485) 服用精神藥物 (H459) 將 EMDR 所學在生活中練習進行自我安撫 (H397)
	第四次治療	不想去 EMDR 治療 (Co4-4)	EMDR 治療 (H				累 (H288、H422、W500)		

第五次治療	不想去 EMDR 治療 (Co5-6)	167、H 174、H		沒耐心 (CI3) 煩躁 (CI3)		身心疲乏 (H288) 放鬆 (W490)		大量睡眠 (W485、 W490、W500) 不接電話 (W283)
第六次治療 (BLS 2-1)	不想去 EMDR 治療 (Co6-4) 我易受驚嚇 (E2-1)	286) 希望趕快 好 (W 508) 不要理會 非專業人 員的建議	愉悅 (Co6-13) 沮喪 (E2-1) 懊惱 (E2-1)	焦慮 (CI27、CI33、 CI37) 心慌 (CI23、CI28、 CI29、CI35、CI43) 有正有負 (H34) 平穩 (H497、H499) 解放 (H434、H438)	感覺不敏銳 (Co6-12) 放鬆 (Co6-13) 無特別感覺 (E2-1) 胸口緊和不適 (E2-1) 放鬆 (E2-2)			
第七次治療		(H282、 W283)	擔心 (Co7-11)	較舒服 (H418) 不緊張 (W500)				
第八次治療							配合身心治療 (Co8-4) 服用精神藥物 (Co8-4) 一直睡眠 (Co8-5)	
第九次治療			焦慮 (Co9-9) 不擔心 (Co9-5)		胃口差 (Co9-10) 腸胃不適 (Co9-10) 放鬆 (Co9-5)		不吃喜歡的食物 (Co9-11)	
第十次治療 (BLS 2-2)	想勇於表達 (Co10-10) 考慮未來 (Co10-11) 我易受驚嚇 (E2-1) 不想傷人 (Co10-10)		沮喪 (E2-1) 懊惱 (E2-1)		感覺不敏銳 (Co10-8) 有生氣 (Co10-4) 有能量 (Co10-4) 無特別感覺 (E2-1) 胸口緊和不適 (E2-1) 放鬆 (E2-2)		笑 (Co10-4) 吃喜歡的食物 (Co10-6)	
第十一次治療	希望趕快好 (Co11-6)		罪惡感 (Co11-8) 擔心 (Co11-7)		累 (Co11-10) 有能量 (Co11-5)		笑 (Co11-4)	
第十二次治療 (BLS 2-3)	我易受驚嚇 (E2-1) 我情緒不受干擾 (E2-2)		沮喪 (E2-1) 懊惱 (E2-1) 不沮喪 (E2-2) 不懊惱 (E2-2)		肢體反應自在 (Co12-4) 眼珠活潑 (Co12-4) 氣色佳 (Co12-4)			

					放鬆 (E2-2)		
	第十三次治療	考慮未來 (Co13-7)		不安定 (Co13-5)	腸胃不適 (Co13-5) 胸痛 (Co13-5)		
	第十四次治療	不想去 EMDR 治療 (Co14-5)		不敢 (Co14-12) 不知所措 (Co14-6)	骨膜炎 (Co14-4)	骨膜炎就醫 (Co14-4)	
	第十五次治療			驚訝 (Co15-12)	骨膜炎 (Co15-8) 胃口不錯 (Co15-7)	吃喜歡的食物 (Co15-6) 骨膜炎就醫 (Co15-8)	
	第十六次治療 (BLS 3)	我很笨 (E3-1) 我太入戲 (E3-1) 我能理性判斷 (E3-2) 我能幽默看待 (E3-2)		噁心 (E3-1) 恐懼 (E3-1) 不噁心 (E3-2) 不恐懼 (E3-2)	不胸悶 (Co16-10) 胸口緊和不適 (E3-1) 放鬆 (E3-2)		
後期 (結束 階段)	第十七次治療			焦慮 (Co17-5)			
	第十八次治療			不知所措 (Co18-4)			
	第十九次治療						
後期 (結案 之後)	無	抗壓性變差 (H556、H558、W559、H560) 不要讓自己太累 (H414) 考慮未來 (R2-4) 罹病經驗是提醒自己不要事事追求完美 (R2-3) 症狀不再發作才是痊癒 (R2-48) 對家人抱持感謝 (R2-69) 正視心理疾病並接受治療, 一定會好 (R2-71)	焦慮 (H530) 恐慌 (H530) 愉悅 (R2-2)	腰部受傷 (H526) 腹瀉 (W561) 頭皮發麻 (W561)	持續至精神科就醫 (H461、H528、H530) 穩定服用精神藥物 (H567) 工作辦理退休 (H399) 應用 EMDR 所學在生活中運用 (H399) 眼神迴避、表情僵硬、缺乏笑容 (R1-3) 較為友善、面露笑容、開玩笑 (R1-13、R2-1) 侃侃而談 (R2-1) 獨自出門 (R2-3)		

註：代碼說明—H 代表摘自案主訪談、W 代表摘自案主太太訪談，其後數字代表擷取自第幾句對話。

Co 代表治療紀錄，其後第一碼數字代表摘自第幾次治療紀錄、第二碼數字代表摘自第幾行。

Cl 代表案主自我觀察紀錄，其後數字代表摘自第幾行。

E 代表採 BLS 處理創傷事件之介入，其後第一碼數字代表第幾項創傷事件之處理，第二碼數字 1 和 2 分別代表介入前及介入後。

R 代表研究者的訪談觀察記錄，其後數字代表摘自第幾行。

二、回應研究問題之分析結果說明

(一) PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中，其認知想法、情緒感受、生理反應等方面的經驗。

案主在 19 次治療過程中，前後總共處理了三項創傷事件，第一項及第三項創傷事件分別花了一個治療時段，第二項創傷事件則花了三個治療時段；除了時間以外，其他有關 EMDR 處理過程所關注的面向，包括陳述記憶、影像、負向認知、正向認知、VoC 轉變、情緒、SUDs 轉變、身體感受、安置階段、肢體掃描和其他等各項內容，可參考第 78 至 79 頁之表 4-8「案主進行各次 BLS 之內容摘要表」。

接下來分別就認知想法、情緒感受和生理反應，針對三項創傷事件處理過程之變化進行說明；另，由於在 EMDR 介入中的「減敏感與歷程更新」之步驟，案主多數回應的內容是認知之素材，故在認知方面特別針對「EMDR 中」的經驗進行說明。

1. 認知方面

(1) 創傷事件 1：主管當眾羞辱

【BLS 前】

案主的負向認知內容為：自己每做必錯 (E1-1)，沒有信心 (E1-1)，也缺乏方向感 (E1-1)。案主的正向認知內容為：我是自信的 (E1-1)，我能欣賞人 (E1-1)、體貼人 (E1-1)、鼓勵人 (E1-1)，我能下決策 (E1-1)，上述 VoC 分別為 1、5、3、5、2 分。

【BLS 中】

案主在減敏感與歷程更新中，依序出現有意義的正向認知內容為：他個人的修為，或許其他主管很好，可以原諒他 (E1-D5)、那時同事很重要，應該給鼓勵，那時沒有這樣的同事 (E1-D6)、愈來愈不在意，是他的錯 (E1-D7)、有一天我可以離開這個單位 (E1-D8)、他是個做事認真、做人小團體 (的人) (E1-D11)、用愛來彌補所受到的傷害 (E1-D14)、他的錯誤，我不要犯，可以原諒 (E1-D15)、

他讓我日後做借鏡 (E1-D16)、將來看事情，態度不要太鑽牛角尖 (E1-D19)、能力與做人有差別 (E1-D22)、可能是一種淬鍊，使之有意義 (E1-D26)、用愛去包容 (E1-D28)、有些同事也受委屈，不是我一個人，不用自憐自艾 (E1-D30)、人都會犯錯 (E1-D32)、他能力強，做人差，貢獻大 (E1-D36)、共同努力，可以原諒 (E1-D37)。

由上述認知內容的發展可以發現，案主的認知從一開始的窄化解讀、到後面愈來愈拓展，包括分辨主管的能力與做人態度、主管的個人修為而非所有的主管都是如此、當時的同儕支持度、自己終究會離開而不會永遠待在同單位、甚至願意原諒對方、思考當時經驗帶給自己的正向意義等。

【BLS 後】

案主產生新的正向認知為：我像個正常人 (E1-2)，VoC=6~7 分。

(2) 創傷事件 2：父親對母親施暴

【BLS 前】

案主的負向認知內容為：我是易受驚嚇的 (E2-1)。案主的正向認知內容為：我的情緒不受他人干擾 (E2-1)，Voc=1~2 分。

【BLS 中】

此項創傷事件共花了三次治療時間才處理完畢。案主在第一次治療的減敏感與歷程更新中，尚未出現較正向的認知內容，多是對當初的事件回憶以及自己的情緒描述，如：他常常會大聲，讓我很恐懼 (E2-D1)、我要跟我爸翻臉，他突然說，我怎麼變了，他拿刀砍我，我叫他砍，他就放下刀走了 (E2-D2)、恐懼已造成了，難以抹滅 (E2-D5)、也沒什麼用 (E2-D8)、對自己產生不信任 (E2-D11) 等。

在第二次治療的減敏感與歷程更新中，案主同樣也有許多負向情緒描述以及表露自己受到過去的負向影響，但案主開始有所考量與重新選擇，似乎不再只是受制於過去的解讀方向，如：我不知道如何表達自己真正的感覺，是否會被否定，

我真正的自己是什麼？(E2-D14)、我與大姊走得很近，她讓我覺得對人不該太信任，選擇大姊的觀點(E2-D15)、(我現在要選擇)把真實的感覺告訴他人(E2-D16)、很想勇於表達，又想不傷到別人(E2-D19)；到後期，案主的認知內容又回到當時創傷事件的素材，但內容有了正向的轉換，傾向於諒解當時的父親：想到他們溝通不良，我爸事業做太大了，外面受委曲，未顧及孩子(E2-D26)、他小時的教育，不擅表達，父母早死，不知如何教小孩，也不知如何與太太相處(E2-D27)、我能理解他那時是不對的，他所知有限(E2-D28)、父母(該負責任)…現在會對他反駁，能面對他，就是尊敬(E2-D29)。

到了第三次治療的減敏感與歷程更新，案主的認知已不再困於當時的負面思考中，很快地就有正向的進展：讓這一切過去吧！(E2-D31)、我在想要不要讓爸不要放在心上，等我病好一點，再與爸見面(E2-D32)，隨即負向情緒全數解除，此項創傷事件也處理完畢。

【BLS 後】

案主的正向認知內容為：我的情緒不受他人干擾(E2-2)，VoC=6分。

(3) 創傷事件 3：在職教育之內容

【BLS 前】

案主的負向認知內容為：我怎麼這麼笨，把此事當真，如此入戲(E3-1)。案主的正向認知內容為：我能分清真假、理性判斷(E3-1)，VoC=4分。

【BLS 中】

案主在減敏感與歷程更新中，依序出現有意義的正向認知內容為：那把刀是軟糖做的(E3-D9)、我的主觀意識在那個時刻比較不理性(E3-D11)、我這個年紀應該可以判斷，是否年紀關係已不能應對？自己是正常的(E3-D14)、以後少看這種聲光的戲，也能正常看待自己的反應(E3-D15)、我需要更多的知識，可去面對、安撫平穩自己(E3-D16)、(笑)想試試恐怖的(E3-D19)。

由上述認知內容的發展可以發現，案主的認知愈來愈傾向認為「自己是正常的」，將觀看影片時的入戲反應解讀為暫時性的，且嘗試找尋其他方法來幫助自己解除暫時性的入戲反應，到最後甚至帶著正向情緒表露想要嘗試恐怖的電影內容。

【BLS 後】

案主產生新的正向認知為：我能理性和幽默看待（E3-2），VoC=6 分。

【小結】

由上述三項創傷事件於 EMDR 處理過程中的認知內容來看，案主在三項創傷事件的認知內容皆有了正向的轉換，且 VoC 分數最後皆高達 6 至 7 分，顯示案主主觀認為這些正向認知與自己的符合程度是相當高的。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療中的認知經驗整理如下表 4-10：

表 4-10

PTSD 案主於 EMDR 治療中之認知經驗摘要表

處理項目	內容	認知經驗
創傷事件 1	主管當眾羞辱	<p>【BLS 前】負向認知內容為：自己每做必錯，沒有信心，也缺乏方向感。正向認知內容為：我是自信的，我能欣賞人、體貼人、鼓勵人，我能下決策，上述 VoC 分別為 1、5、3、5、2 分。</p> <p>【BLS 後】產生新的正向認知為：我像個正常人，VoC=6~7 分。</p>
創傷事件 2	父親對母親 施暴	<p>【BLS 前】負向認知內容為：我是易受驚嚇的。正向認知內容為：我的情緒不受他人干擾，VoC=1~2 分。</p> <p>【BLS 後】正向認知：我的情緒不受他人干擾，VoC=6 分。</p>
創傷事件 3	在職教育之 內容	<p>【BLS 前】負向認知內容為：我怎麼這麼笨，把此事當真，如此入戲。正向認知內容為：我能分清真假、理性判斷，VoC=4 分。</p> <p>【BLS 後】產生新的正向認知為：我能理性和幽默看待，VoC=6 分。</p>

2. 情緒方面

(2) 創傷事件 1：主管當眾羞辱

【BLS 前】

案主之情緒為難過 (E1-1)、生氣 (E1-1)、沮喪 (E1-1)，上述 SUDs 分別為 8、5、8 分。

【BLS 後】

難過 (E1-2)、生氣 (E1-2)、沮喪 (E1-2)，SUDs 全降到 0 分；換言之，案主之情緒轉換為不難過 (E1-2)、不生氣 (E1-2)、不沮喪 (E1-2)。

(2) 創傷事件 2：父親對母親施暴

【BLS 前】

案主之情緒為懊惱 (E2-1)、沮喪 (E2-1)，上述 SUDs 皆為 7~8 分。

【BLS 後】

懊惱 (E2-2)、沮喪 (E2-2)，SUDs 全降到 0 分，亦即案主之情緒轉換為不懊惱 (E2-2)、不沮喪 (E2-2)。

(3) 創傷事件 3：在職教育之內容

【BLS 前】

案主之情緒為噁心 (E3-1)、恐懼 (E3-1)，上述 SUDs 分別為 5、4~5 分。

【BLS 後】

噁心 (E3-2)、恐懼 (E3-2)，SUDs 全降到 0 分，亦即案主之情緒轉換為不噁心 (E3-2)、不恐懼 (E3-2)。

【小結】

由上述三件創傷事件於 EMDR 處理過程中的情緒來看，案主在三項創傷事件的負向情緒皆逐漸降低、最後全部消除，SUDs 分數最後皆降至 0 分，顯示案主主觀認為自己的情緒困擾已經全數解除。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療中的情緒經驗整理如次頁表 4-11：

表 4-11

PTSD 案主於 EMDR 治療中之情緒經驗摘要表

處理項目	內容	情緒經驗
創傷事件 1	主管當眾羞辱	【BLS 前】情緒為：難過、生氣、沮喪，上述 SUDs 分別為 8、5、8 分。 【BLS 後】難過、生氣、沮喪，SUDs 全降到 0 分。
創傷事件 2	父親對母親 施暴	【BLS 前】情緒為：懊惱、沮喪，上述 SUDs 皆為 7~8 分。 【BLS 後】懊惱、沮喪，SUDs 全降到 0 分。
創傷事件 3	在職教育之 內容	【BLS 前】情緒為：噁心、恐懼，上述 SUDs 分別為 5、4~5 分。 【BLS 後】噁心、恐懼，SUDs 全降到 0 分。

3. 生理方面

(1) 創傷事件 1：主管當眾羞辱

【BLS 前】

案主之身體並無特別感覺 (E1-1)。

【BLS 後】

案主在治療師帶領之下進入放鬆 (E1-2) 狀態。

(2) 創傷事件 2：父親對母親施暴

【BLS 前】

案主之身體感覺不敏銳 (Co6-12、Co10-8、)，身體無特別感覺 (E2-1)、胸口有點緊 (E2-1)。

【BLS 後】

案主在治療師帶領之下進入放鬆 (E2-2) 狀態。

(3) 創傷事件 3：在職教育之內容

【BLS 前】

案主之胸口不舒服 (E3-1)。

【BLS 後】

案主在治療師帶領之下進入放鬆 (E3-2) 狀態。

【小結】

由上述三項創傷事件於 EMDR 處理過程中的生理面向來看，案主在三項創傷事件處理過程中的生理感受並不敏銳，而在三項創傷事件處理完後皆能進入放鬆的狀態。案主在過程中僅表示「胸口很緊」、並無提到其他不舒服，案主在治療過程中生理感受的不敏銳與其症狀發作時全身上下諸多生理不適的情況差異很大，其中或許有值得討論之處。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療中的生理經驗整理如下表 4-12：

表 4-12

PTSD 案主於 EMDR 治療中之生理經驗摘要表

處理項目	內容	生理經驗
創傷事件 1	主管當眾羞辱	【BLS 前】身體無特別感覺。 【BLS 後】放鬆。
創傷事件 2	父親對母親 施暴	【BLS 前】身體無特別感覺，胸口有點緊。 【BLS 後】放鬆。
創傷事件 3	在職教育之 內容	【BLS 前】胸口不舒服。 【BLS 後】放鬆。

綜合上述，本案例之 PTSD 案主在參與 EMDR 治療過程中的認知想法轉換為正向、情緒感受則消除了負向情緒；案主在 EMDR 治療過程中的生理感受較不敏銳，但在治療結束時皆能進入放鬆之狀態。

(二) PTSD 案主在接受 EMDR 介入治療前後，其 PTSD 症狀以及生活功能適應的改變情形。

此部分欲針對 PTSD 案主在接受 EMDR 治療前後，各方面的症狀及生活適應情況的改變情形進行分析，相關的結果分析可參考第 85 至 87 頁之表 4-9「EMDR 介入前中後，各方面症狀改變一欄表」，以下便依序針對認知、情緒、生理、行為及其他等各向度進行討論。

1. 認知方面

(1) 前期：

案主此時期的認知想法內容認為自己熬不過去 (H243)、要人命 (H524)、快死人了 (H130、H155)、沒救 (H155)、完蛋了 (H155)，可見其焦點在「自己」以及「當下」所承受的病痛上，內容呈現負向、悲觀，甚至絕望。

(2) 中期：

- A. 接受 EMDR 治療初期的矛盾想法：案主一方面認為找到 EMDR 治療師似乎代表自己有救了 (W158)，另一方面又因主觀感受 EMDR 介入過程相當難熬，因此也有不想前來接受 EMDR 治療 (H167、H174、H286、Co4-4、Co5-6、Co6-4) 的念頭，直到第 7 次治療才開始不再有此想法；而在第 14 次治療又再出現此念頭 (Co14-5) 則是因為骨膜炎造成生理不適而不想前來。
- B. 此段期間處理了三項創傷記憶，認知內容皆有正向轉變，包括：我像正常人 (E1-2)、我情緒不受干擾 (E2-2)、我能理性判斷 (E3-2)、我能幽默看待 (E3-2) 等。
- C. 第 10 次治療開始，案主的認知焦點拓展至「他人」的關心及對「未來」的思考，包括：想勇於表達有些事，但不想傷害他人 (Co10-10)；考慮辦理退休及進修的安排 (Co10-11、Co13-7)。
- D. 第 16 次治療時完成第三項創傷事件的處理，案主的想法呈現出理性、幽默的態度，內容為我能理性判斷 (E3-2)、我能幽默看待 (E3-2)。

(3) 後期：

- A. 案主覺知自己經歷疾病後，自己的抗壓性變差（H556、H558、W559、H560），也從中學習到具有現實感的提醒：不要讓自己太累（H414）。
- B. 案主對罹病歷程賦予正向解讀：「如果上天是要給我一個教訓的話，那可能是在提醒我事業心和得失心不要太重了，不要事事求完美，搞的自己壓力很大，活得快樂比較重要！（R2-3）」
- C. 案主對家人抱持感謝的態度（R2-69）。
- D. 案主似以過來人的角色表述想法：「正視心理疾病並接受治療，一定會好（R2-71）。」

(4) 小結：

從三個時期的認知內容來看，可以發現案主的認知焦點逐漸拓展至外在的人事物以及對未來的考量，不再只是侷限於自己當下的病痛等負向內容。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療前後在認知方面之改變情形整理如次頁表 4-13：

表 4-13

PTSD 案主於 EMDR 治療前後在認知方面之改變摘要表

時期	特徵描述
前期	案主的認知焦點在自己當下所承受的病痛上，內容呈現負向、悲觀，甚至絕望。
中期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 接受 EMDR 治療初期的矛盾想法：找到治療師代表自己有救了，EMDR 似乎對自己確有其效，但過程相當痛苦難受（第 7 次治療開始不再做此反應；第 14 次治療因為骨膜炎而不想前來。）。 2. 期間處理了三項創傷記憶，認知內容皆有正向轉變。 3. 第 10 次治療開始，案主的認知焦點拓展至他人的關心及對未來的思考。 4. 第 16 次治療呈現出理性、幽默的態度。
後期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 案主覺知自己經歷疾病後，自己的抗壓彈性變差。 2. 對罹病歷程賦予正向解讀：「如果上天是要給我一個教訓的話，那可能是在提醒我事業心和得失心不要太重了，不要事事求完美，搞的自己壓力很大，活得快樂比較重要！」 3. 對家人抱持感謝的態度。 4. 似以過來人的角色表述想法：「正視心理疾病並接受治療，一定會好。」

2. 情緒方面

(1) 前期：

- A. 案主呈現大量的負向情緒，包括緊張（H134、Co1-7）、焦慮（H191、H233）、挫折（H248）、掙扎（H303）、擔心（W238、Co2-21）、難過（H155、H191、H233）、痛苦（W342、H504、H524）、可憐（H101、H233）、抓狂（H191、H233）、沮喪（H243、H244）、不安定（Co1-8）等。

B. 在發病初期，案主感受到壓力源才會出現負向情緒，然而至較嚴重時，即使生活中沒有出現壓力源，案主也會感受到強烈而頻繁的負向情緒。

(2) 中期：

A. 此段期間處理了三項創傷記憶，案主的負向情緒感受皆消除，包括：不難過（E1-2）、不生氣（E1-2）、不沮喪（E1-2、E2-2）、不懊惱（E2-2）、不噁心（E3-2）、不恐懼（E3-2）等。

B. 案主在此階段的情緒，多是針對要以 EMDR 處理而面對創傷的情緒，如：痛苦（H30、H167、H288、H422）、難過（H32、H288）、有壓力（H32）、掙扎（H167）等；直到 98 年 11 月份起，案主漸入佳境，感受平穩（H497、H499）、解放（H434、H438）、較舒服（H418）、不緊張（W500）等；之後所出現的負向情緒也多由特定事件或壓力源所引發，不再像嚴重發作時沒來由地感受到負向情緒。

C. 案主在第 14、15 次治療出現不敢（Co14-12）、不知所措（Co14-6）和驚訝（Co15-12）等情緒，是因為治療中處理了夫妻關係的議題；此部份的處理安排於治療後期，則是因為夫妻關係已有基本的修復、案主的身心狀況也較穩定。

(3) 後期：

A. 治療準備結案的階段，案主出現的負向情緒亦是針對特定壓力源，包括：面對要重回職場和面對結案感到焦慮（Co17-5）、面對夫妻關係議題之處理時出現不知所措（Co18-4）等。

B. 有關治療結束後半年內的適應情形，案主平時的適應情況佳，在與家人朋友有正向的人際互動時會出現如愉悅（R2-2）等正向情緒；然而面臨明顯壓力源如身體受傷、子女面臨大考時，仍會引發情緒上的焦慮（H530）和恐慌（H530）；唯案主能夠透過在 EMDR 治療過程中所學進行自我安撫，約莫兩三天至一週可以解除。

(4) 小結：

從三個時期的情緒感受來看，可以發現案主的負向情緒逐漸減少，至中後期已恢復至面臨特定壓力源才會有負向情緒反應，且情況亦較輕微並能進行自我安撫。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療前後在情緒方面之改變情形整理如下表

4-14：

表 4-14

PTSD 案主於 EMDR 治療前後在情緒方面之改變摘要表

時期	特徵描述
前期	案主呈現大量的負向情緒；在發病初期，案主感受到壓力源才會出現負向情緒，至較嚴重時，即使沒有壓力源，案主也會感受到強烈而頻繁的負向情緒。
中期	1. 期間處理了三項創傷記憶，負向情緒感受皆消除。 2. 案主在此階段的情緒，多是針對要以 EMDR 處理而面對創傷的情緒；98 年 11 月份起，案主漸入佳境，感受舒適平靜。 3. 第 14、15 次治療出現負向情緒，是因為治療中處理了夫妻關係的議題；此部份的處理安排於治療後期，則是因為夫妻關係有基本的修復、案主的身心狀況也較穩定。
後期	1. 治療準備結案的階段，案主出現了負向情緒，反應自身對於結案後的擔心。 2. 治療結束後的追蹤：平常適應情況佳，但面臨明顯壓力源時（如：身體受傷、子女面臨大考），會引發情緒上的焦慮和緊張。

3. 生理方面

(1) 前期：

- A. 案主呈現心悸、心臟不舒服、心肌梗塞 (H130、H134、H142、Co1-3)、胸悶 (H191、H199、Co1-4)、胃口差、胃痛、胃潰瘍 (W112、H134、H138、H142、H149、H233、Co1-5、Co1-6)、失眠 (W112、Co1-9)、體重下降 (H109、Co1-14)、

恐慌 (H134、H191、H199)、全身不適 (H134)、噁心 (Co1-10) 等諸多生理不適。

- B. 在發病初期，案主感受到壓力源才會出現生理不適，然而至較嚴重時，即使生活中沒有壓力源，案主也會感受到強烈而頻繁的生理不適。

(2) 中期：

- A. 案主在 EMDR 介入處理的過程中，對自己的身體感覺並不敏銳 (E1-1、Co6-12、E2-1、Co10-8、E2-1)，較常出現的是胸悶或胸口緊 (E2-1、E2-1、E3-1)，但在治療師引導下多能解除胸悶 (Co16-10) 或進入放鬆 (E1-2、Co6-13、E2-2、E2-2、E2-2、E3-2) 狀態。此外，案主也感受到採 BLS 介入處理創傷的過程很累 (H288、H422、W500、Co11-10)、感到身心疲乏 (H288)。
- B. 案主在此時期，仍有胃口差 (Co9-10)、腸胃不適 (Co9-10、Co13-5)、胸痛 (Co13-5)、全身不適 (Cl34、Cl46)、腳痛 (Cl17)、自律神經失調 (Cl35)、失眠 (Cl16、Cl26) 等症狀，但上述生理不適逐漸減少。自第 10 次治療開始，逐漸有正向的生理反應出現，如：有生氣 (Co10-4)、有能量 (Co10-4、Co11-5)、肢體反應自在 (Co12-4)、眼珠活潑 (Co12-4)、氣色佳 (Co12-4)、胃口不錯 (Co15-7) 等。
- C. 第 14 次治療時，案主骨膜發炎 (Co14-4、Co15-8)，此生理不適引發案主的負向情緒及前去治療之意願。

(3) 後期：

有關治療結束後半年內的適應情形，案主平時的適應情況佳，但面臨明顯壓力源如身體受傷、子女面臨大考時，仍會引發腹瀉 (W561)、頭皮發麻 (W561) 等生理不適；唯案主能夠透過在 EMDR 治療過程中所學進行自我安撫，約莫兩三天至一週可以解除。

(4) 小結：

從三個時期的生理症狀來看，可以發現案主的生理不適逐漸減少，至中後期已恢復至面臨特定壓力源才會出現生理不適，且情況較輕微並能進行自我安撫。

上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療前後在生理方面之改變情形整理如下表 4-15：

表 4-15

PTSD 案主於 EMDR 治療前後在生理方面之改變摘要表

時期	特徵描述
前期	案主呈現諸多生理不適；在發病初期，案主感受到壓力源才會出現生理不適，至較嚴重時，即使沒有壓力源，案主也會感受到強烈而頻繁的生理不適。
中期	1. 案主在 EMDR 中，對自己的身體感覺並不敏銳，較多引導練習放鬆。 2. 自第 10 次治療開始，逐漸有正向的生理反應出現，如：肢體反應自在、眼珠活潑、有能量、氣色佳。 3. 第 14 次治療時，案主骨膜發炎，引發負向情緒及前去治療的意願。
後期	治療結束後的追蹤：平常適應情況佳，但面臨明顯壓力源時（如：身體受傷、子女面臨大考），會引發腹瀉、頭皮發麻等生理不適。。

4. 行為方面

(1) 前期：

案主此時期深受嚴重身心不適的痛苦，因此行為上出現拒絕一切可能有害身心或引發焦慮的舉動，諸如不菸不酒（H82）、不敢看電視（H213、Co1-12）、不與人接觸（Co1-11）等；此時的生活功能已大打折扣，因此工作請假（H134、H142、Co1-16）、至各大門診到處求醫（H134、H138、H142、Co1-13）及服用藥物（H134、H136）。

(2) 中期：

- A. 98 年 11 月起，案主合併身心治療（H466、H472、Co8-4），穩定服藥（H459、Co8-4）；初期服藥時，大量睡眠（W485、W490、W500、Co8-5）並徹底休息（H485）。
- B. 案主在此時期中開始應用 EMDR 中所學，在生活中練習自我安撫（H397）。
- C. 在第 10 次治療開始，案主露出笑容（Co10-4、Co11-4）。
- D. 案主有類似前期拒絕可能引發身心不適的舉動，因而不吃喜歡的食物（Co9-11），在治療師鼓勵之下不再剝奪自己的喜好，因此吃喜歡的食物（Co10-6、Co15-6）。
- E. 案主於第 14、15 次治療時，因骨膜炎而就醫（Co14-4、Co15-8）。

(3) 後期：

- A. 案主持續至精神科就醫（H461、H528、H530）及穩定服用精神藥物（H567）。
- B. 案主能在壓力引發身心不適時，應用 EMDR 治療所學，進行自我安撫（H399）。
- C. 案主之行爲表現像一般人，能夠獨自出門（R2-3）、與人結識的過程從陌生到友善甚至開玩笑和侃侃而談（R1-3、R1-13、R2-1、R2-1）等。

(4) 小結：

從三個時期的行爲舉動來看，可以發現案主從前期的全面迴避任何可能造成身心不適之人事物以及積極求醫舉動，至中期接受 EMDR 及精神藥物治療後逐漸得以喘息，並已開始運用 EMDR 所學於生活中，到後期的生活安排及人際相處等，案主逐漸恢復至一般人的行爲表現。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療前後在行爲方面之改變情形整理如次頁表 4-16：

表 4-16

PTSD 案主於 EMDR 治療前後在行爲方面之改變摘要表

時期	特徵描述
前期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 拒絕一切可能有害身心的舉動。 2. 到處求醫。 3. 工作長期請假。
中期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 98 年 11 月起，合併身心治療，穩定服藥；初期服藥時，大量睡眠。 2. 開始應用治療中所學，練習自我安撫。 3. 第 14 次治療時，因骨膜炎而就醫。
後期	<ol style="list-style-type: none"> 1. 持續接受藥物治療。 2. 能應用治療所學，在壓力引發身心不適時，進行自我安撫。 3. 表現像一般人，能夠獨自出門、與人結識的過程從陌生到友善甚至侃侃而談等。

5. 其他

在整個罹病、接受治療、復原、甚至到研究者進行訪談的過程中，案主太太皆在案主的生活中扮演重要的角色；包括 EMDR 治療及後續的研究訪談，案主皆主動性地邀請太太陪同在旁，由此能夠看出案主太太對案主有相當重要的意義，是其安全感的主要來源，因此在此部分特別針對案主太太的角色進行討論。

(1) 前期：

案主出現嚴重的身心不適，案主太太雖然希望能夠幫助案主，但實在難以理解案主的情況，案主也感受不被了解而產生負向情緒（W168、H215、H229、W231、H233、H256、W279）。

(2) 中期：

案主太太在治療師協助下漸能了解案主的情形，並且進一步提供案主所需的幫忙、以及回應他人的關心（W279、W281、W283）。

(3) 後期：

在治療師的介入之下，案主夫妻變得較能夠彼此協助。

(4) 小結：

案主太太扮演案主生命中的重要他人，提供安全感及支持的主要來源；隨著案主太太陪同參與 EMDR 治療過程中學習發揮適切的功能，案主的狀況亦間接變得穩定。上述有關 PTSD 案主在 EMDR 治療前後在人際關係方面之改變情形整理如下表 4-17：

表 4-17

PTSD 案主於 EMDR 治療前後在人際關係方面之改變摘要表

時期	特徵描述
前期	旁人難以理解案主的情況，案主也感受不被了解。
中期	案主太太在治療師協助下漸能了解案主的情形，並且進一步提供案主所需的幫忙、以及回應他人的關心。
後期	案主夫妻能夠彼此協助。

以上是針對 PTSD 案主接受 EMDR 治療前中後在各方面症狀之改變情形所進行的說明與討論，由於本研究所界定之診斷標準是依據精神疾病診斷準則手冊之衡鑑準則，因此再回到 PTSD 的診斷要項來評估案主在接受治療前後上述各方面症狀的改變情形：

1. 案主幾乎已無出現有關創傷事件的反應，包括強烈的害怕、無助感、或恐怖感受等。
2. 創傷事件並未以影像、思想、知覺、夢境、象徵等方式使案主感受持續體驗。
3. 案主過去無法獨自出門、不敢看電視、不知如何面對父親等症狀皆已改善，未出現持續逃避與創傷事件有關的刺激之行為舉動。
4. 案主覺知到自己罹病後，抗壓性變弱，警覺度較過去增加；雖不像發病期間時時刻處於緊繃狀態，且在結束治療後、面臨生活中較大的壓力事件時，仍會

出現生理及情緒上的不適，但能夠運用在治療過程中學習到的方式來進行自我安撫。

5. 在生活功能適應的部份，案主自我照顧的能力已經恢復許多，不再事事仰賴太太的照顧；接受研究者訪談時，案主已將先前較具壓力的工作辦理提前退休，正在思考投入第二份事業、或是完成學業的進修。

綜合上述，本案例之 PTSD 案主在接受 EMDR 治療之後，有關創傷後之強烈負向情緒、重覆體驗和逃避有關刺激之症狀多已解除；案主在嚴重的發病時期，身心警覺度時時高張，無論職場、家庭甚至自我照顧的生活功能幾乎完全無法發揮，在接受 EMDR 治療之後，身心警覺度下降、但仍較發病前來得敏感，而生活功能已能恢復自我照顧和扮演家庭角色，唯無法回到原先的職場從事同樣壓力程度的工作內容，案主則思考另尋一個工作方面任務投入的可能性。簡而言之，經歷嚴重發病及 EMDR 治療之後，案主大多數的 PTSD 症狀已經解除，但在身心警覺度和生活功能方面，相較於發病前的程度是有差別的，但在面對生活中的壓力源時，案主能夠運用 EMDR 治療過程學習到的新技巧進行自我安撫以恢復身心狀態的平衡。

三、競爭性解釋之討論

從表 4-10「EMDR 介入前中後，各方面症狀改變一欄表」的內容中可以發現，案主在各方面的症狀開始有正向的改變、或是負向症狀的消除，從治療師的治療紀錄中約莫出現在 98 年 10 月底。98 年 10 月 23 日進行第十次治療起，當時正在進行第二項創傷事件之處理且尚未完成，但案主已開始陸續出現了正向改變內容，包括認知方面的想勇於表達但不願傷人 (Co10-10)、考慮未來 (Co10-11、Co13-7)、BLS 介入過程中出現的我情緒不受干擾 (E2-2)、我能理性判斷 (E3-2) 和我能幽默看待 (E3-2)，以及情緒上的不沮喪 (E2-2)、不懊惱 (E2-2)、不噁心

(E3-2) 和不恐懼 (E3-2)，另外尤其明顯的正向改變則是行為上的有生氣 (Co10-4)、有能量 (Co10-4、Co11-5)、肢體反應自在 (Co12-4)、眼珠活潑 (Co12-4) 和氣色佳 (Co12-4)；且根據治療紀錄所記載，案主在 98 年 11 月 14 日的第十三次治療時向治療師表示，除胃痛和食慾不佳 (Co13-5)、胸痛 (Co13-5) 和全身不安定 (Co13-5) 之外，其餘的症狀都已經消除了。

另外，從研究者對案主及其太太的訪談中也得到相當貼近的資料，案主夫妻皆表示約在 98 年 11 月開始合併身心治療一個月後，案主的整體身心狀態變得平穩 (H497、H499)，整個人看起來比較放鬆 (W490)、較舒服 (H418) 也較不緊張 (W500)。

從上述有關案主身心症狀轉變之情形以及時間點的考量，除了 EMDR 的介入效果之外，研究者亦注意到另一種造成影響的可能性，即為精神藥物之介入，因此特別針對此部份進一步蒐集案主的用藥情形並進行相關之討論。以下先整理及呈現案主所提供的相關用藥資料，接著討論精神藥物造成案主身心症狀改變之可能性，最後再針對合併身心治療對案主的意義與效果進行討論。

(一) 案主的精神用藥史

案主自 97 年 9 月起開始出現心悸、胃痛、焦慮、胸悶等各種身心症狀，98 年 6 月起，身心不適程度猛然提升，至 98 年 8 月期間皆深受恐慌、焦慮、心悸、胸悶、失眠、胃痛、食不下嚥等身心痛苦的折磨。此段為期一年左右的時間，案主向與症狀相關的心臟科、胸腔科、肝膽腸胃科、神經內科、身心科、精神科…等各大門診求助，亦服用了各式各樣的藥物，但案主皆感受無效而未繼續接受治療，甚至也沒有依照醫囑之指示服用藥物，這些用藥的訊息也因為案主認定無效而沒有保留當時的資料，研究者無法蒐集納入本研究之中。案主僅保留部分「感覺比較有效」的精神科和神經內科就醫及用藥資料提供研究者做參考，研究者將之整理成次頁表 4-18「案主服用精神藥物史之簡表」：

表 4-18

案主服用精神藥物史之簡表

就診時間	就診單位	服用藥物	藥物類型與適應症狀	藥物副作用
97 年 11 月	臺北市 某診所 精神科	Alprazolam	抗焦慮劑。可治療焦慮症、恐慌症、失眠以及與憂鬱有關的焦慮症。	昏昏欲睡、頭重腳輕、倦怠、說話含糊等。
		Propranolol	<ol style="list-style-type: none"> 1. 乙型阻斷劑 (Beta Blocking Agents)。 2. 可治療高血壓、心絞痛、心肌梗塞、心律不整、控制甲狀腺功能亢進引發的興奮過度症狀，以及預防偏頭痛、焦慮和顫抖。 3. 在精神科，用於治療因服用抗精神病藥物所引起的坐立難安、焦躁、原地踏步或顫抖等症狀。 	低血壓、心跳過慢、四肢冰冷、支氣管收縮而引起氣喘、呼吸困難、皮膚過敏發疹、腸胃不適、暈眩、頭重腳輕、倦怠、睡眠不佳、眼睛皮膚和嘴巴乾燥。
98 年 7 月	桃園縣 某醫院 神經內科	Propranolol	同上。	同上。
		Clonazepam	抗癲癇劑。主要用以治療癲癇；亦有降低焦慮不安、使情緒穩定的作用。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 常見副作用為思睡、口乾、排尿困難、疲倦、噁心、便秘、發抖、頭暈目眩等。 2. 較嚴重的副作用為手腳不由自主的運動、皮膚不正常的瘀青、皮膚起疹或發癢、精神沮喪或恍惚。
		Oxazolam	抗焦慮劑。可改善緊張不安、憂鬱、易疲勞的情緒、自律神經症狀、睡眠障礙、經前緊張、癲癇等。	疲倦、思睡、頭暈、肌肉無力、頭痛、失眠、食慾不振、說話含糊不清、口乾與皮膚疹等。

(續下頁)

表 4-18

案主服用精神藥物史之簡表（續）

就診時間	就診單位	服用藥物	藥物類型與適應症狀	藥物副作用
98 年 10 月起 至今	臺北市 某醫院 精神科	Escitalopram (Citalopram)	抗憂鬱劑。可治療憂鬱症狀、焦慮症狀和恐慌症狀。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 在中樞神經方面，常出現頭痛、失眠、焦慮、神經質、顫抖；有些人會出現暈眩、嗜睡倦怠。 2. 在腸胃方面，常出現噁心、腹瀉、食慾不振；有些反而促進食慾造成體重增加。 3. 有些人會出現性功能障礙。
		Alprazolam	抗焦慮劑。可治療焦慮症、恐慌症、失眠以及與憂鬱有關的焦慮症。	昏昏欲睡、頭重腳輕、倦怠、說話含糊等。

參考資料：整理自楊淑瑜（主編）（2004）。實用精神科治療藥物指南。臺北市：康復之友聯盟。

(二) 精神藥物造成案主身心症狀改變之可能性

由於案主出現身心症狀改變的時間點，確實有 EMDR 與精神藥物二者的介入，故研究者從「藥效出現的時間點」以及「過去用藥的效果」兩部分進行討論：

1. 藥效出現的時間

從藥效出現的時間來看，Escitalopram 是為抗憂鬱劑，用以治療鬱症時，急性症狀的緩解需要服藥 2 至 4 週；若用以治療恐慌症，約 3 個月可達到最佳治療效果；若發病症狀較嚴重或有家族病史，可能需要持續用藥一年以上。Alprazolam 則為抗焦慮劑，一般患者使用數星期會出現症狀之改善，但依個人體質及個別症狀而定，有些病人可能需要使用數個月、甚至數年。

從案主身心症狀改變的時間點來看，自 98 年 10 月服用藥物起，至 10 月底、11 月中約莫一至一個半月左右的時間，案主已經開始陸續出現正向改變，與用以治療憂鬱及焦慮之藥物介入時期略有符合，此部分無法完全排除藥物所造成的效果；但案主亦出現偏向恐慌症狀之解除，當時亦未達 3 個月的藥物介入時間，卻已發生身心症狀的改變，故也無法完全以藥物的療效來解釋案主身心症狀改變之效果。

2. 過去用藥何以未出現明顯效果？

除了案主身心改變的時間點以外，回顧案主過去服用藥物的紀錄，其實案主在 97 年底及 98 年中即已服用相似作用、甚至相同藥品的抗焦慮劑，另外也服用過抑制心臟不適或胸痛等心血管和中樞神經系統用藥，但當時並沒有造成案主感受到症狀紓解的效果，此部分也支持了上段討論的可能性，亦即案主穩定服用精神藥物或許確有其療效，但無法完全排除 EMDR 介入所造成的效果。

除此之外，還有另一種可能性，即是案主過去並未「長期而穩定」地服用藥物，該狀況可能涉及了藥物之角色反映出案主的內在認知，而案主對各種治療方法經常「淺嘗輒止」之舉動亦反應了案主「急於求助」卻又「難以信任」的心理狀態與掙扎，以下分別依序進行說明：(1) 藥物除了本身在生理作用上引發的效果

之外，亦包含了認知層次的象徵意義，案主可能對其有災難化的想像與投射，例如：服用藥物表示我是無能的、藥物是有害的…等；因此，過去開藥的醫師如何使案主對用藥的認知狀況有所瞭解或調整，以及是否能藉由藥物作為媒介、搭起生理、心理與社會等各向度合作治療的橋樑，也影響了案主過去能否建立穩定服藥的認知與行為決策；(2) 針對案主矛盾的心理狀態，急於求助又想放棄之舉動其實也曾出現在 EMDR 治療的過程中，因此在 EMDR 介入治療中，EMDR 治療師間接與精神醫療人員合作以建立對案主有益的身心治療方式，對案主來說格外有意義，此部分在下一段進行討論。

(三) 合併身心治療對案主的意義與效果

回顧案主初來接受 EMDR 治療時出現的矛盾心態，一方面認為找到 EMDR 治療師似乎代表自己有救了 (W158)，另一方面又因主觀感受 EMDR 介入過程相當難熬，不確定自己會不會好，因此也有不想前來接受 EMDR 治療 (H167、H174、H286、Co4-4、Co5-6、Co6-4) 的念頭，直到一個月後的第 7 次治療才開始不再有此想法。從這樣「難以信任他人」、也「難以信任自己」的心理狀態來理解案主的求助行為，便不難理解案主在與現任精神科醫師建立關係時，也需要一番努力。

98 年 9 月底，案主請治療師介紹一名精神科醫師，根據治療師之治療記錄以及案主及其太太訪談之內容皆可以發現，案主該年 10 月起開始穩定配合身心治療 (Co8-4、H466、H472) 及穩定服用精神藥物 (Co8-4、H459)，但案主在服藥初期出現了大量睡眠 (Co8-5、W485、W490、W500) 之狀況時，儘管此段期間所服用的 Escitalopram 和 Alprazolam 之副作用確實會造成嗜睡之情形，然而案主及其太太對於案主出現這樣的生理反應卻感到困惑與擔憂 (W490)，且不確定這樣繼續服藥是否是明智之舉？然而，因為案主與 EMDR 治療師有著一定的信任關係，此信任關係一部分轉移到治療師所介紹的精神科醫師身上，而案主也會將對接受藥物治療所衍生的困惑與擔心在治療關係中提出與治療師討論，治療師鼓勵案主直接去向精神科醫師詢問與澄清，使得三方可以有良好的合作以促進療效；而前

述所謂用藥之認知層次的意義，便是在此前提之下得以與精神科醫師建立並且發揮效果。

承上所述，案主本身對人難以建立信任關係，所以縱使有強烈動機接受治療，卻又難以相信專業人員，此為其症狀之一，無論在過去的求助行為、前來接受 EMDR 或是初與現任精神科醫師建立關係的階段，皆有出現此類內在想法與情緒，以及嘗試放棄繼續接受治療之外在行為。因此，EMDR 治療師與案主建立了信任關係，其實是開啓了案主穩定接受身心治療的契機，在外在形式上切斷了案主過去不斷求助又迅速放棄的惡性循環，在心理層面上則是促進案主建立了一個對人與對己信任的療癒空間。

第五章 討論與建議

本章首先針對本研究案例與過去相關文獻進行綜合討論，接著再分別針對實務以及研究方面提出相關建議。

第一節 綜合討論

一、案主「發病」後的生理症狀及求助管道，反應出國人的壓力反應及求助行爲。

本案例之案主在遭遇其所謂「壓死駱駝的最後一根稻草」，即 97 年 9 月起接受在職教育訓練而發病後，其對自身的關注起初聚焦於生理不適之症狀，因此求助態度亦是從「試圖抑制生理症狀」之角度去進行求醫行爲，導致求助管道遍及了心臟科、肝膽腸胃科、家醫科、胸腔科、中醫、檢驗癌症指數...等各大門診，也嘗試接受針灸、電療等各種療法，其中雖然也曾至精神科和身心保健科就診，但醫病雙方仍無法跳脫「抑制症狀」的觀點，導致案主仍僅接受藥物治療而缺乏心理治療的介入。

鄭泰安（1996）曾提出，西方病人在陳述自己的身體症狀時，也有相當的比例會陳述自己的心理症狀，而臺灣地區的患者多訴諸身體上的症狀，如胃不適或疼痛等，以表達他們的壓力狀態，因此他們求助的管道也未必會是精神醫療領域；案主在發病後的求醫行爲，相當符合鄭泰安所提出對國人壓力反應及求助行爲之現象觀察，當案主自己未能覺察生理不適的病源在於心理層面之壓力、求助管道之專業人員亦缺乏敏感度與適當判斷而未能及時給予適當的心理輔助治療或轉介時，便是延長了案主的受苦時間。而在此案例中，也可觀察到雖然案主一開始的求助主要仍是以「生理不適」為焦點，然而 EMDR 關切的面向與治療的進程自然而然引發案主整理內在的情緒與認知，並皆加以進行歷程更新而獲得改善，由此也可以看出 EMDR 療法之優點。

二、本案例之 EMDR 介入過程，協助案主正視與處理創傷議題，且介入過程符合創傷療癒之原則與策略。

(一) EMDR 之介入，引導案主正視與面對創傷事件，並加以處理。

Preston、O'Neal 與 Talaga (2008) 表示，所有形式之 PTSD 患者的精神症狀，最終都將追溯到其所面對的外在心理社會壓力，且大部分的情況下，個人面對這些強大壓力源時所經驗到的無助感和無力感是常見的共通元素；此外，Schiraldi (2000)、F. Shapiro (2007)、F. Shapiro 與 Maxfield (2002) 和 Grant (2009) 亦提出：必須針對創傷事件加以處理、面對與整合，才能夠根本地改善案主的 PTSD 症狀，亦即 PTSD 的問題根源仍需回到心理層面加以介入處理。在本治療案例中，EMDR 介入過程中具體地設定有關創傷記憶的目標事件，並一一進行減敏感與歷程更新，便是引導案主正視與面對創傷之處理的過程，因而能夠根本地解決案主的核心問題。

(二) 案主投入 EMDR 治療的過程，符合 Schiraldi (2000)、鄔佩麗 (2008)，以及國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊所提出之創傷療癒原則。

以 Schiraldi (2000) 所提出的療癒原則為例，本治療案例之 EMDR 介入過程相呼應的療癒原則包括了(1) 適度地教導案主深呼吸等技巧，以幫助案主稍微減輕困擾之症狀；(2) 不僅抑制不適之症狀，更是協助案主「處理」與「整合」創傷記憶，將記憶重新組織並與調適性的想法和情緒加以連結；同樣的道理，由於 EMDR 協助案主處理創傷經驗，故對案主來說因應創傷的態度是「面對」而非「逃避」；(3)創傷之療癒發生在安全、規律而緩慢的環境中，儘管案主表示剛開始體驗到進行減敏感與歷程更新的過程相當難受，但相較於長時間的暴露療法 (prolong exposure)，EMDR 在介入過程中讓案主接觸創傷素材的時間僅維持 20 至 50 秒便會中斷，然而暴露療法則是長達 20 至 100 分鐘，且 EMDR 較暴露療法較快減少症狀、只需接受較少次的治療、較少患者選擇中途退出放棄治療，以及省去大量的家庭作業 (Schubert & Lee, 2009)，相較而言，EMDR 的介入已是對案主較舒適的

創傷治療方式，且案主於接受 EMDR 治療初期雖然主觀感受煎熬，但行動上一直沒有放棄，也顯示 EMDR 的治療經驗是其可接受的；(4) 案主在發病期間，只與自己的家人相處，在其他部分幾乎全面性地斷絕了人際關係，但隨著 EMDR 的介入，案主逐漸恢復了與他人的人際互動，建立較具彈性的人際界線，包括拒接電話以劃分不相干之旁人給予的壓力、在 EMDR 治療後期逐漸恢復與同事和親戚的相處、與太太建立較親密的關係、能與創傷來源之一的父親互動等；(5) 生活中的休息和滋養身心等安排，對創傷之療癒是必要的，案主在投入 EMDR 治療中，全然地尊重自己的身心狀況，包括工作長期請假，甚至下定決心提早辦理退休以離開較高壓的工作環境，並於身心狀況修復與靜養的時日重新思考人生的方向。

鄔佩麗（2008）曾指出，治療師在協助案主進行創傷治療時，必須幫助案主建立安全感，尊重其速度以及所做之決定，並且協助案主有能力去掌握自己的生活。在本治療案例中，EMDR 治療師對於案主夫妻共同參與的考量、協助案主釐清各項創傷事件以及在與案主討論之下安排先後順序…等，皆是在協助案主建立安全感，以及尊重其速度和決定，案主也確實在 EMDR 治療中逐漸恢復掌握生活的能力。

本治療案例亦相當符合 Foa、Keane、Friedman 與 Cohen（2009b）於國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊所提出之 PTSD 治療注意要項，包括：(1) EMDR 治療與案主形成了信任而安心的治療關係；(2) 治療師於進行治療時，相當關心案主的人身安全，如：治療初期，案主像在大海中找到浮木、急著要趕快進行治療，治療師建議案主不要安排太密集以免過度負荷；治療中期共同選定所欲處理之創傷事件、進行循序漸進的安排、並且先建立安全平靜場所以及適應性資源；而案主在治療後期反應出對於結案的焦慮時，治療師亦給予後續若有需協助之處、仍願意幫忙之保證；(3) 治療師適度地教育案主有關 PTSD 的症狀及相關問題，並經常給予關心與保證，使案主對自身病況有信心，如：在治療初期向案主解釋診斷與評估、在治療後期以量化分數幫助案主了解自己的進步情形…等；(4) 治療師隨

時注意案主的 PTSD 症狀及一般功能，如：在各次治療皆詳細觀察及紀錄案主的有關症狀、在治療中期與案主共同檢核症狀的改善情形；(5) 治療師與其他醫療專業人員、患者家屬及重要他人通力合作，包括精神科醫師、案主太太及子女等。

(三) 案主投入創傷治療的過程，符合 Grant (2009) 所提出的五項策略。

Grant (2009) 曾提出有關創傷治療的有效策略，在本治療案例中有高度的符合，討論如下：(1) EMDR 治療師與案主建立安全與支持的治療關係、營造一個安全的治療空間，此部份也呼應了 Schiraldi (2000) 的觀點，認為創傷之療癒必須發生在安全、規律而緩慢的環境之中；此外，EMDR 治療師尊重案主決定夫妻共同參與會談、在進行創傷記憶處理之前先建立安全平靜場所和適應性資源…等治療考量，皆是在協助案主建立充足的安全感；(2) 當治療師評估案主的安全感及正向資源建立足夠之後，再協助案主進入創傷記憶的處理，幫助案主重新連結過去壓抑的各種感受；(3) 承上所述，在處理創傷的過程中，才能夠促使案主學習控制壓力的感受和痛苦；(4) 在進行減敏感與歷程更新中，案主自然而然地發生了認知的轉換，過去的負向想法改變為正向、有意義的內容；(5) 案主在參與 EMDR 治療過程中，在認知、情緒和人際關係等方面，皆建立了彈性。承上所討論，本治療案例合併了 Grant 所提出的五種策略，是一完整的創傷治療歷程，結果亦確實協助案主有效克服創傷。

綜合上述討論，本研究案例之 EMDR 介入過程，在安全而支持的治療情境下，協助案主正視與處理創傷議題，且介入過程符合創傷療癒之原則與策略，因而有效協助案主克服創傷並解除各項症狀。

三、EMDR 之介入，協助臺灣地區案主解除情緒和生理症狀，並造成認知的轉換，顯示 EMDR 具跨文化之效用，且案主之改善情況符合國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊所提醒 PTSD 治療目標新興之關注面向。

由於本研究是出自一社區情境的單一治療個案之事後分析，資料來源的搜集缺乏標準化的量化工具，亦無法安排對照比較的研究情境，因此不適於與國外大部分量化研究的結果進行直接比較。然而，從本研究案例的細部分析中，可以根據案主及其太太訪談、EMDR 治療師紀錄、以及 EMDR 操作過程的 SUDs 及 VoC 等方面的變化情形，發現這些變化皆呈現趨勢一致的進步情形，內容包括了解除負向認知、負向情緒與生理不適，轉而出現正向認知與正向情緒；案主在結案後數個月後、接受研究者訪談時，甚至表達對罹病經驗給其自身反省所帶來的正向信念與意義…等，這些 EMDR 治療介入所造成的轉變與國外有關 EMDR 治療的歷程研究和質性分析研究之結果相當符合，包括情感與人格特質的調節、慢性痛苦和失功能生理反應的停止，以及在治療後再回憶時出現正向的認知轉換…等

(Brown & Shapiro, 2006; M. Gupta & A. Gupta, 2002; Grant & Threlfo, 2002; Korn & Leeds, 2002; Schneider, Hofmann, Rost, & F. Shapiro, 2008 ; Sprang, 2001; Zabukovec, Lazrove, & F. Shapiro, 2000)。而上述這些 EMDR 治療後的改變，從研究者在治療結束後半年所收集到案主及其太太的訪談資料中，可發現療效是持續的，且當案主生活中面對新的壓力源時，是會有意識地將當時在 EMDR 治療中所學運用於壓力之因應；儘管案主感到自己罹病後的抗壓性不若當年，面對壓力仍會有身心不適的症狀，但運用 EMDR 所學仍能幫助其進行自我安撫，不必再回頭找 EMDR 治療師，仍能自行克服並達到症狀的解除。

不同治療取向對於 PTSD 治療目標之設定略有差異，然而 Foa、Keane、Friedman 與 Cohen (2009b) 在國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊中提出了臨床工作的新興觀點，表示近來 PTSD 的治療目標不應只包含改善 PTSD 的相關症狀，也應涵蓋其他非 PTSD 的症狀；以本治療案例為例，案主的恐慌、一般性焦慮、憂鬱、罪惡感等非典型 PTSD 症狀之緩解、以及生活品質的改善等，符合了 Foa、Keane、Friedman 與 Cohen 建議的廣泛面向。

本研究為臺灣地區首篇採用標準化 EMDR 介入 PTSD 之治療效果研究，本治療案例呈現了案主在各方面症狀的改善情形，顯示 EMDR 的介入對臺灣民眾具有適用性，亦即反應出 EMDR 之跨文化效果，此部分回應了國際創傷性壓力研究學會對於西方社會認為有效的治療方法能否在其他文化產生功效之省思。

綜合上述，EMDR 之介入協助臺灣地區案主解除了有關 PTSD 以及其他非 PTSD 典型的情緒和生理症狀，並造成認知的正向轉換，治療效果在結案後亦能維持至少半年的時間，且案主會運用 EMDR 治療中所學習之因應方式來面對生活中的壓力源、進行自我安撫。

四、EMDR 合併藥物治療，打破案主生心理的惡性循環。

本研究案例之案主在正式求助 EMDR 治療時，已經飽受恐慌、焦慮、心悸、胸悶、失眠、胃痛、食不下嚥…等身心不適之症狀長達一年的時間，當時的身心狀況相當符合 Grant (2009) 所描述之生心理惡性循環（如圖 2-1 所述），以及國際創傷性壓力研究學會治療指導手冊所彙整有關 PTSD 之神經生理機轉（參見表 2-1），因此合併 EMDR 與藥物治療、雙管齊下的介入方式，做為案主之治療方法確有其重要性，而當時 EMDR 治療師的判斷並與案主建立之合併身心治療之共識，則與 Preston、O’Neal 與 Talaga (2008)「PTSD 雖是由心理社會壓力所促發，但它衝擊了身心兩方面，因此最好將之視為心理與神經生理方面的問題來理解以進行治療」，以及鄔佩麗 (2008)「PTSD 之處遇包括心理治療與藥物治療兩種，並且最好是同時使用」之觀點相互呼應。

相較於純粹的藥物治療，EMDR 的介入仍有其關鍵性，如 Schiraldi (2000) 所表示，精神用藥有時用以緩解 PTSD 的一些症狀，所有藥物都有不同程度的副作用，且沒有一種藥物可以減輕所有症狀，且沒有任何一種藥物可以有效地減輕罪惡感、悲傷、人際困擾；Preston、O’Neal 與 Talaga (2008) 也表示，大多數 PTSD 選用心理治療，藥物治療是在特殊情況下才選擇輔助使用。在本研究案例中，案

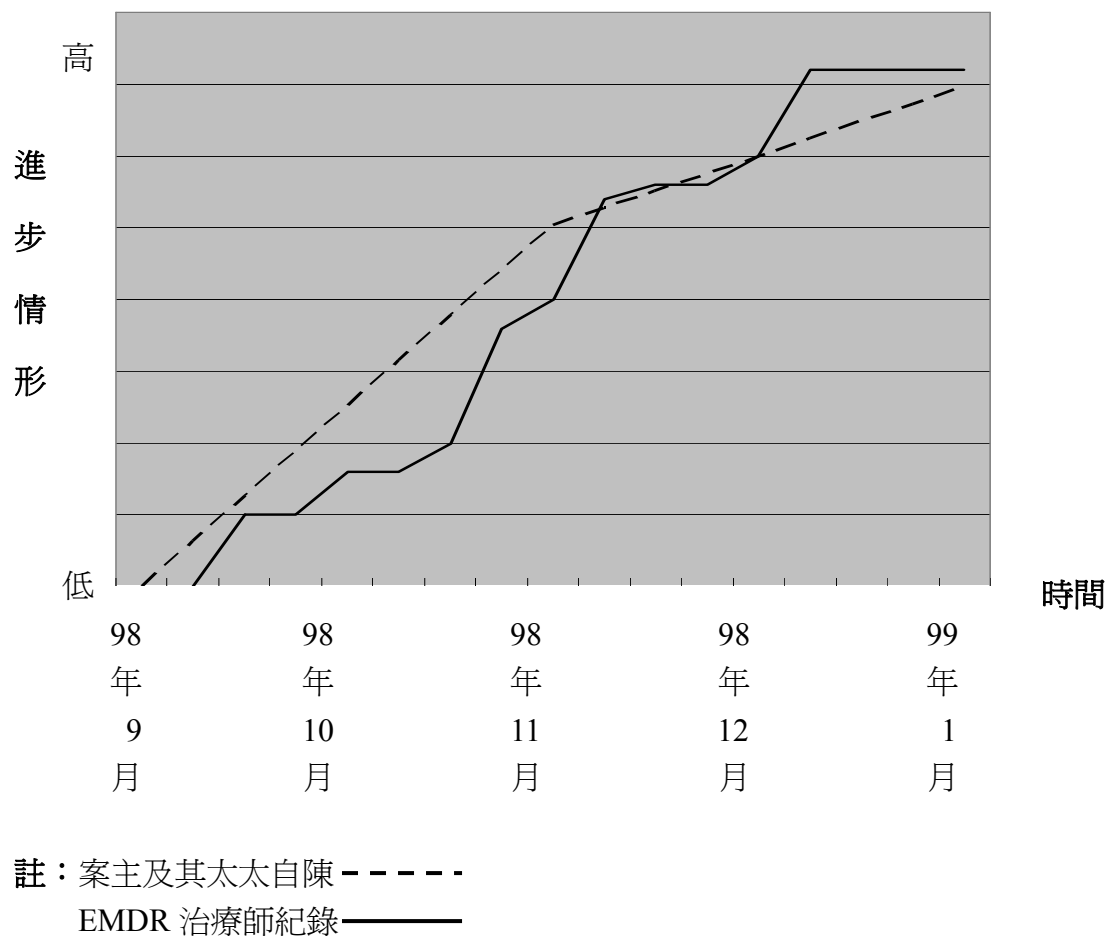
主過去一年的求醫及用藥行爲皆未獲得身心不適症狀之解除，卻在 EMDR 介入之後才逐漸趨於穩定，從研究結果可以看出合併身心治療對案主而言有兩個層次的意義：(1) 案主由於與 EMDR 治療師建立了信任的治療關係，才得以間接與精神科醫師建立關係並穩定接受藥物治療，此部份是心理意義的效果；(2) 由於前述的心理意義見效，精神藥物介入的生理作用才得以發揮。在合併身心治療的情況下，本案例之 PTSD 案主確實有穩定之進步，此結果亦能與 Schiraldi、Preston、O'Neal 與 Talaga 等人的觀點互相呼應。

綜合上述討論，在本治療案例中，EMDR 之介入、並合併穩定的藥物治療，打破了案主之壓力與生心理症狀間的惡性循環，使得案主的身心狀況趨於穩定。

五、EMDR 介入與案主自陳之進步情形，呈現一致上升的現象。

在本案例中，EMDR 之介入時期爲 98 年 9 月至 99 年 1 月，期間亦包括精神藥物於 98 年 10 月起開始介入。研究者試圖將此段期間中的進步情形繪製成示意圖，分別根據：(1) 案主及其太太訪談所得之進步情形「98 年 11 月，整個人看起來比較穩定、放鬆」，設定 11 月之進步情形爲七成；(2) EMDR 治療師之相關紀錄，在表 4-9 彙整的各方面症狀中，每出現一次正向內容則視爲該週之進步計分，採累計制；製作進步情形之示意圖，再將兩項內容加以合併呈現如次頁圖 5-1，結果發現：不同的資料來源，反應出進步情況皆呈現一致上升的趨勢。另外，依據研究結果指出，精神藥物亦於此過程中發揮作用，然而在本研究中無法明確定義及劃分出藥效可能發揮作用的時程，故不在本示意圖中呈現。

圖 5-1
案主進步情形之雙重資料來源合併示意圖



六、以本研究之 EMDR 治療案例所建立之邏輯模型。

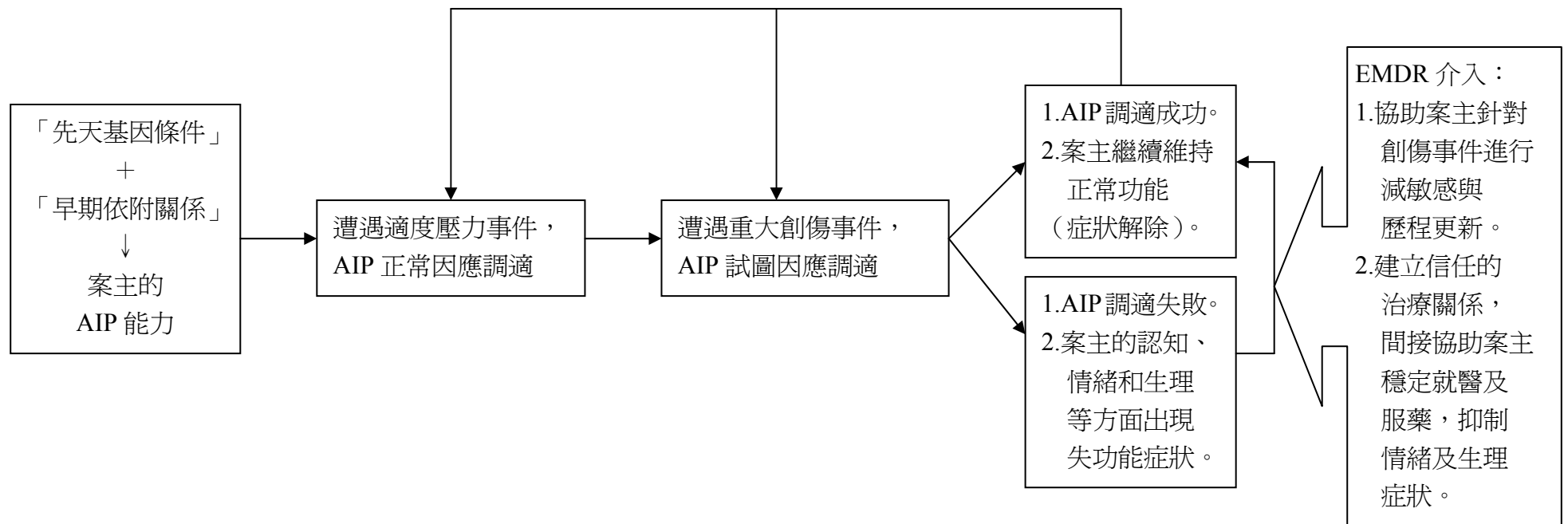
綜合上述討論，本研究之結果與國外有關 EMDR 介入治療 PTSD 效果之相關文獻相當一致，亦即 PTSD 案主在接受 EMDR 治療後，有關創傷之大部分症狀得以解除；然而，其中尚須特別說明之情形為，本治療案例除 EMDR 介入之外，亦合併了精神藥物治療，且在本案例中，案主能與該精神科醫師建立良好關係，亦是間接受到 EMDR 治療之信任關係所影響。

因此，根據本研究案例之內容，研究者試圖建立一邏輯模型，其中揭示了案主的 AIP 模式受到天生基因條件及早期依附關係之影響，AIP 之能力在案主過去生命史的壓力事件中發揮正常調節之功能，直到遭逢在職訓練的過度壓力，導致

案主 AIP 模式的失調，因而出現了認知、情緒和生理等各方面的失功能症狀，並出現諸多身心不適之情形；直至 EMDR 介入，協助案主針對創傷事件進行減敏感與歷程更新，同時，信任的 EMDR 治療關係間接協助案主與精神科醫師建立良好關係並穩定服用藥物，案主各方面的不適症狀在 EMDR 及藥物介入的情況下得以獲得大部分的解除，恢復正常功能。上述說明示意如次頁圖 5-2「以本治療案例建立之邏輯模型」：

圖 5-2

以本治療案例建立之 EMDR 介入 PTSD 治療效果邏輯模型



第二節 研究限制與建議

根據研究過程之檢討，研究者分別提出研究限制與未來研究建議，並且依據研究結果提出實務方面之建議，以做為後續參考：

一、研究限制

在第三章的研究方法中，已針對本研究所採用之個案研究法進行優點與限制之說明；回顧本研究最大的研究限制，即在於個案研究法在研究過程中並未加以控制外在條件，因此在 EMDR 介入 PTSD 療效的探討上，無法完全排除社會支持、外在壓力環境、個人成熟度…等因素的影響力。

二、研究建議

（一）研究方法方面：

若欲建立有關 EMDR 治療效果的大型量化實徵研究，臺灣地區能夠實施 EMDR 的治療師寥寥可數，恐有操作上之困難度，因而一方面呼籲 EMDR 人才培訓之重要性，另一方面則針對小規模或細緻的個案研究給予研究上之建議。

本研究採個案研究法探討 EMDR 介入 PTSD 之治療效果，故能呈現案主於治療前中後、各方面的細緻改變情形；除了 SUDs 和 VOC 分數之外，本研究並未蒐集其他量化資料，而在單一案例中盡可能提高內在效度品質的方式，或許可以透過增加使用標準化量表之研究設計來加以提升，使案主的治療效果可以進行介入前後的差異比較、或與常模分數的比較，如此一來便能更完備質性與量化資料的豐富度。

此外，本研究邀請案主進行訪談與後續追蹤時，並未針對當時在 EMDR 中處理的三項創傷事件之各項 SUDs 與 VOC 分數進行追蹤評量；未來若有類似的研究程序安排，建議可以補上此部分的評量，以呈現量化分數的追蹤效果。

（二）研究主題方面：

有關 EMDR 方面，國外的研究主題焦點從過去的單純 EMDR 效果、與其他療法比較之效果，到近期開始探討 EMDR 有關雙側眼動的內在療效機制，此研究主

題發展之脈絡可提供未來有興趣的研究者做參考，其中有關雙側眼動之療效機制亦可參考李元華（2008）與陳致豪（2003）現有之研究成果。然而，由於國內缺乏 EMDR 治療師的實際困難，可能限制了短期內仍然以發展 EMDR 治療案例為主，但能拓展研究對象的廣度，此部份於下段作說明；此外亦能採用團體治療之形式，EMDR 團體治療使用於大型重大災難後的實質效益相當有發展之潛力。

（三）研究對象方面：

無論是針對 EMDR 或是 PTSD，相關文獻顯示對於成人的關注已然累積豐厚的資料，但相對來說，兒童與青少年仍需要更多的關注，以建立對該族群更適用的介入方式，尤其早期介入更能有效預防嚴重心理疾患之發展，因此建議未來研究對象可以鎖定於未成年族群。此外，國外近來開始將 EMDR 嘗試介入焦慮症、憂鬱症、恐慌症、飲食性疾患…等心理疾患，這些臺灣地區常見、甚至是與 PTSD 之共病情形，是否也能透過 EMDR 進行有效之治療，亦值得未來進一步探究。

三、實務建議

（一）相關醫療人員增加心理專業之敏感度。

由於國人面對壓力之反應及求助行為，當事人經常難以在第一時間覺察、進而表述其根源於心理層面的問題，可能導致誤判或延誤治療，故建議相關醫療人員加強心理專業之素養並提升敏感度，方能初步釐清求助者的問題根源，並有效協助求助者連結適當的介入資源，儘可能早期介入、早期治療，亦縮短當事人的受苦時間。

（二）助人領域人員抱持合作態度，建立「以案主為中心」之服務。

心理助人領域的相關人員能抱持合作之態度、各司其職地發揮專業，並將促進當事人的最佳福祉視為終極目標。如本研究案例出現的諮商心理師與精神科醫師，或其他實務情境中經常有所交集的臨床心理師、社工人員、學校教師…等，試圖建立「以案主為中心」的治療方案，各自發揮自身的專業，亦能合作地提供案主完整並串聯的服務。

(三) 推廣 EMDR 以造福臺灣地區更多需要幫助的民眾。

當前針對 PTSD 有效的心理治療方式，一般仍認為以 CBT、暴露療法與 EMDR 最受關注，而本研究案例則支持了 EMDR 對 PTSD 之效果在臺灣地區亦有適用性。對接受治療的當事人而言，EMDR 優於暴露療法之效益已在前文述及，其不必述及創傷細節、所需治療次數較少…等，皆是重要優勢；而 EMDR 可具體操作的八階段模式，結構與步驟皆清楚簡要，在助人者的訓練上亦有其長處。因此，在推動臺灣地區的助人工作時，若能將此一良好有效的治療方法加以推廣，必能使更多需要幫助的民眾獲益。

參考文獻

【中文部份】

- 王智弘 (1994)。諮商與心理治療研究的倫理問題。《輔導學報》，17，95-121。
- 李元華 (2008)。眼動在眼動減敏訊息再處理法中的療效機制探討：干擾自然眼動對回憶的影響 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。
- 林式毅 (2008)。精神藥物手冊 (二版)。臺北市：合記。
- 邱憶惠 (1999)。個案研究法：質化取向。《教育研究》，7，113-127。
- 陳致豪 (2003)。眼動減敏訊息再處理法中「眼動」與「正向認知」成分對於懼障症之療效 (未出版之碩士論文)。國立臺灣大學，臺北市。
- 陳淑惠 (2010)。災後災民長期心理輔導／災後歷程的心理反應。國家災害防救科技中心演講，國家災害防救科技中心。
- 張春興 (2001)。現代心理學。臺北市：東華。
- 曾文星、徐靜 (1974)。社會、文化與心理衛生。臺北市：水牛。
- 鄔佩麗 (2008)。危機處理與創傷治療。臺北市：學富。
- 鄔佩麗 (2009)。EMDR 訓練工作坊。EMDR 訓練工作坊，國立臺灣師範大學。
- 鄔佩麗 (2010)。EMDR 訓練工作坊。EMDR 訓練工作坊，國立臺南大學。
- 楊淑瑜 (主編) (2004)。實用精神科治療藥物指南。臺北市：康復之友聯盟。
- 鄭泰安 (1996)。華人常見的心理症與社會心理問題。載於曾文星 (主編)，華人的心理與治療 (271-293 頁)。臺北市：桂冠。

【英文部分】

- Adúriz, M. E., Bluthgen, C., & Knopfler, C. (2009). Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: Treatment outcome and gender differences. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 138-153. doi: 10.1037/a0014719

- American Psychiatry Association. (2000). *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR*. Washington D. C. and London, UK.
- 孔繁鐘 (編譯) (2007)。精神疾病診斷準則手冊 **DSM-IV-TR**。臺北市：合記。
- Boudewyns, P. A., & Hyer, L. A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 185-195.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Brown, S., & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5, 403-420.
- Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P.A. & Follette, V. M. (2009) Cognitive-behavioral therapy for adults. In Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*(2nd Ed.)(pp. 139-222). New York, NY: Guilford Press.
- Carlson, J., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Devilley, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 131-157.
- Devilley, G. J., Spence, S. H., & Rapee, R. M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435-455.

- DiGiorgio, K. E., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Lyhus, K. E., & Walter, R. C. (2004). EMDR and theoretical orientation: A qualitative study of how therapists integrate eye movement desensitization and reprocessing into their approach to psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(3), 227-252. doi: 10.1037/1053-0479.14.3.227
- Edmond, T., & Rubin, A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: Results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal of Child Sexual Abuse, 13*, 69-86.
- Edmond, T., Rubin, A., & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23*, 103-116.
- Edmond, T., Sloan, L., & MacCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study. *Research on Social Work Practice, 14*, 259-272.
- Feske, U. & Goldstein, A. J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(6), 1026-1035.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (Eds) (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*. New York, NY: Guilford Press.
- 楊筱華、李開敏、陳美琴、許玉來、董淑鈴（譯）（2005）。**有效治療創傷後壓力疾患：國際創傷性壓力研究學會治療指引**。臺北市：心理。
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds) (2009a). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*(2nd Ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009b). Introduction. In Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds), *Effective treatments*

- for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*(2nd Ed.)(pp. 1-20). New York, NY: Guilford Press.
- Foster, S. & Lendl, J. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Four case studies of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 48(3), 155-161.
- Friedman, M. J., Davidson, J. R. T., & Stein, D. J. (2009). Psychopharmacotherapy for Adults. In Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*(2nd Ed.)(pp. 245-268). New York, NY: Guilford Press.
- Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson, K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 8(6), 947-956. doi: 10.1037//OD22-006X.68.6.947
- Grant, M. (2009). *Change your brain, change your pain*. Australia: BookPOD.
- Grant, M. & Threlfo, C. (2002). EMDR in the treatment of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1505-1520
- Greenwald, R. & Shapiro, F. (2010). What is EMDR? Commentary by Greenwald and invited response by Shapiro. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 170-179. doi: 10.1891/1933-3196.4.4.170
- Gupt, M, & Gupta, A. (2002). Use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of dermatologic disorders. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 6, 415-421.
- Heppner, P. P., Wampold, B. E., & Kivlighan, D.M. (2008). *Research design in Counseling*(3rd ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.

劉淑慧、田秀蘭、陳淑琦、張勻銘、黃莉惟、陳慧甄（譯）（2009）。*諮商研究法*。臺北市：學富。

Hogeberg, G., Pagani, M., Sundin, O., Soares, J., Aberg-Wistedt, A., Tarnell, B., et al. (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers – A randomized controlled trail. *Nordic Journal of Psychiatry*, 16, 54-61.

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community based of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing as a treatment for posttraumatic stress disorder symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311-325.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1048-1060.

Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58(12), 1465-1487.

Lee, C. W., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greewald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.

Lee, C., Taylor, G., & Drummond, P. D. (2006). The active ingredient in EMDR: Is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13,97-107.

Leeds, A. M. (2009). *A guile to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors,*

and consultants. New York, NY: Springer Publishing Company.

Marcus, S. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34*, 307-315.

Marcus, S., Marquis, P., & Sakai, C. (2004). Three- and six-month follow up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management, 11*, 195-208.

McCullough, L. (2002). Exploring change mechanisms in EMDR applied to “small t trauma” in short term dynamic psychotherapy: Research question and speculations. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 1465-1487.

Muris, P., Merckelbach, H., Holdrinet, I., & Sijsenaar, M. (1998). Treating phobic children: Effects of EMDR versus exposure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 193-198.

Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., et al. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 299-318.

Preston, J. D., O’Neal, J. H., & Talaga, M. C. (2008). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists*(5th ed.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Rogers, S., & Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy? A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 43-59.

Rogers, S., Silver, S. M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., & Whitney, R. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam War Veterans: Preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 119-130.

- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic, 61*, 317-334.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607-616.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A., & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 25-44.
- Schiraldi, G. R. (2000). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. Lincolnwood, IL :Lowell House.
- 馮翠霞 (譯) (2002)。創傷後壓力調適。臺北市：五南。
- Schneider, J., Hofmann, A., Rost, C., & Shapiro, F. (2008). EMDR in the treatment of chronic phantom limb pain. *Pain Medicine, 9*, 76-82.
- Schubert, S., & Lee, C. W. (2009). Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research, 3*, 117-132. doi: 10.1891/1933-3196.3.3.117
- Shapiro, F. (2007). EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes*(pp. 1-34). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (Eds.) (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology, 58*(8), 933-946.

- Shapiro, R. (Eds.) (2009a). *EMDR Solutions II: for depression, eating disorders, performances, and more*. New York, NY: Norton & Company.
- Shapiro, R. (2009b). Introduction to assessment and treatment of depression with EMDR. In Shapiro, R. (Eds.), *EMDR Solutions II: for depression, eating disorders, performances, and more*(pp. 9-20). New York, NY: Norton & Company.
- Shapiro, R. (2009c). Attachment-based depression: Healing the “hunkered-down”. In Shapiro, R. (Eds.), *EMDR Solutions II: for depression, eating disorders, performances, and more*(pp. 90-105). New York, NY: Norton & Company.
- Sprang, G. (2001). The use of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in the treatment of traumatic stress and complicated mourning: Psychological and behavioral outcomes. *Research on Social Work Practice, 11*, 300-320.
- Spates, C. R., Koch, E., Cusack, K., Pagoto, S., & Waller, S. (2009). Eye movement desensitization and reprocessing. In Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*(2nd Ed.)(pp. 279-305). New York, NY: Guilford Press.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodnicuk, J. (2003). Comparative efficacy speed, and adverse affects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 330-338.
- ven der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. H., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. (2007). A randomized clinical trail of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 37-46.
- ven Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for

post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical and Psychotherapy*, 5, 126-144.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for post-traumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.

Yin, R. K. (1994). *Case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

尚榮安 (譯) (2001)。個案研究。臺北市：弘智。

Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and Methods*(3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

周海濤、李永賢、張蘅 (譯) (2009)。個案研究設計與方法。臺北市：五南。

Zabukovec, J., Lazrove, S., & Shapiro, F. (2000). Self-healing aspects of EMDR: The therapeutic change process and perspectives of integrated psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 189-206.

附錄一 研究邀請函

敬啓者您好：

首先非常感謝您抽空閱讀此篇信函！我是國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士班諮商心理學組的研究生，也是 鄔佩麗教授的指導學生，目前正在進行有關 EMDR（眼動減敏與歷程更新療法）介入治療創傷後壓力疾患的碩士論文研究，希望透過這份研究能夠多瞭解此療法對案主的助益，以期許未來對臺灣的民眾提供有效的協助。由於透過 鄔佩麗教授的轉述，得知您前陣子曾經接受過 EMDR 的治療，因此希望能夠邀請您作為參與研究的對象。

本研究主要需要您的協助在於：邀請您接受兩次左右的訪談，時間約一至兩個小時，有關訪談的次數與時間將依您的情形做彈性調整，其餘需要您輔助協助之方式亦會視您的情況與您共同討論。在資料蒐集和訪談的過程中，由於需要充分收集資料以利事後的整理與分析，因而需要進行錄音，但我會注意保密的問題、妥善保管資料，未來在撰寫報告時也會將所有可供辨識的個人訊息匿名處理。在資料分析完後，我會邀請您協助檢核，看看我對於您這段期間以來改變情形與適應狀況的瞭解是否與您的主觀經驗相符，以及再確認資料引用是否讓您放心。研究過程中，您的福祉、保密性與自主性會是優先考量的要點，一切研究程序及事後的研究發表都會先與您溝通討論、徵詢您的意願之後再進行。

如果您還有任何疑問、或是願意考慮參與此研究，我的聯絡方式附於信末，歡迎您與我聯繫討論，我會進一步與您討論本研究的進程序及保密等細節。感謝您的閱讀，祝福您平安順心！

國立臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士班研究生

謝馨儀 敬上 99年3月

聯絡電話：

電子信箱：

附錄二 研究同意書

本人_____經由研究者謝馨儀的說明後，已了解本研究的目的是參與過程。我同意參與此份研究，接受研究者之訪談以及其他有助於資料蒐集之方式，以分享自己的生活適應情形。上述參與過程之紀錄和內容，提供研究者進行碩士論文之研究。

我瞭解在參與研究過程中，我應受到的保護和尊重，包括：可供辨識的個人身份資料須加以保密；所有資料需經過我的檢核及同意後方能納入研究報告中；研究過程中，我的意見及感受需要受到重視...等。

此外，我同意在參與研究過程中接受研究者透過錄音的方式來蒐集資料，紀錄之內容將由研究者本人謄寫成逐字稿以利資料之分析，過程中研究者將謹守保密的責任，錄音之內容亦將於研究完成後做銷毀之處理。若研究過程中，研究者視情況需要納入其他尚未在事前告知的情形，亦須徵得本人之意願及書面同意後方可執行。

研究參與者 _____

研 究 者 _____

_____年_____月_____日

附錄三 治療紀錄引用同意書

本人_____經由研究者謝馨儀的說明後，同意研究者使用本人於參與 EMDR 治療過程中、治療師所蒐集之相關資料以及治療紀錄，以做為本研究分析之用途。其中可供辨識的個人身份資料須加以保密，避免於研究過程及結果發表時透漏個人之隱私。

研究參與者 _____

研 究 者 _____

_____年_____月_____日

附錄四 「心理診斷初次會談」紀錄表

心理診斷初次會談

蒐集正負向事件的歷史

譯者：謝馨儀（鄔佩麗校閱）

過去事件

<u>年齡</u>	<u>負向事件</u>	<u>正向事件</u>
0-12	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
13-18	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
19+	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

現在事件

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

確認目前之問題

- 適用於訓練／教育安置
- 目前問題可以藉由以下方式確認：
 1. 負向認知（NC）／正向認知（PC）
 2. 個人
 3. 情境
 4. 刺激

目前呈現之問題：

與問題起共鳴之過去經驗（如心理診斷初次會談所示）。依時間順序列出：

試鍊事件：

過去事件：

目前引爆點：

未來期望結果：

資料來源：鄔佩麗，EMDR 訓練工作坊資料，2009 年 12 月 26 日

附錄五 EMDR 練習作業單

EMDR 練習作業單

譯者：胡甄容諮商心理師

在實際操作上，只有在已經完成準備階段之後才能進行此項作業。

提醒：治療師和案主要能對所欲進行的議題取得共識。

事件指的是能反映所挑選的事件之議題與影像。

請寫下案主針對下述問題所陳述的回答。

指導說明：

「我們會針對你所經歷的事情做一下核對的步驟。我需要確實地從你這裡知道到底發生了什麼事，說得愈清楚愈好。有的時候有些地方會有一點變化，但是有的時候卻沒有。在此過程中，沒有所謂的『或許』的說法。所以請你盡量真實地回應發生了什麼事就好，不需要去做判斷它是否該發生。就順其自然地讓該發生的事情發生。」(記得告訴案主要停止的手勢)

陳述議題或記憶 (Presenting Issue or Memory)

影像 (Image)：

最令人困擾：「有什麼影像足以反映出此事件裡最糟糕的部分？」

如果沒有影像：「當你想到此事時，你會捕捉到什麼？」

負向認知：(Negative Cognition)：

「就此影像或事件而言，有什麼詞彙最能表達出你此刻對自己所抱持的負面想法？」

減敏感 (Desensitize) :

「現在請你想著這個影像與這些負面的詞彙 (重複負向認知)，並注意你身體有什麼感覺——然後跟著我的手。」在一回合後：「放空，深呼吸，現在你有想到什麼？」

處理並確認其他的干擾 (Processing and checking for new channels) :

持續進行多項回合的眼動 (碰觸或發聲)，一直到沒有新的困擾題材產生為止。然後詢問，「當你回想原來的經驗時，你現在會想到什麼？」如果沒有新的干擾題材，確認主觀指數 (SUDS) 的分數。(SUDs 的分數要在 0 分時才可以進入到固著階段)

確認 SUDs (Check SUDs) :

「當你想起此經驗時，在從 0 到 10 分的量尺上，0 是代表沒有困擾，10 則是你所能想到的最困擾的程度，你現在覺得是幾分？」(如果 SUDs 是 1 分或更高，持續進行更新。若 SUDs 是 0 分，則再做一個回合，然後進入到安置階段。)

安置階段 (Installation) :

將期待的正向認知與初使的記憶／事件或圖像連結：

1. 「這些詞彙 (重述正向認知) 仍然適用嗎？或你有想到其他更合適的正向用語？」
 2. 「想想最初的事件或這些詞彙 (重述所選好的正向認知)。從 1 (完全不正確) 到 7 (完全正確)，你現在覺得有幾分？」
 3. 「繼續保持著。」進行眼動。
 4. 「當你想著最初的事件，在從 1 分到 7 分的量尺上，你現在覺得這些詞彙 (正向認知) 是幾分？」
 5. 持續進行安置的步驟，直到這些題材變得更適切為止。如果案主報告是 6 分或 7 分，再進行眼動以加強到沒有變化為止。然後做肢體掃描。
 6. 如果案主陳述是 6 分或少於 6 分，確認其適合程度，並註明為有阻礙的信念 (如果有必要)，另外再作更新。
-

肢體掃描 (Body Scan) :

「請閉上眼睛，並在心中想像原來的記憶（重述所挑選的正向認知）。然後將你的注意力放在身體的每個部分，從你的頭部開始逐漸往下走。若覺得任何地方有壓力、緊繃、或不尋常的感覺，要告訴我。」如果案主有提到任何感覺，就進行眼動。如果有正向／舒適的感受，也進行眼動以增強正向的感受。如果案主陳述仍有不舒服感受—則一直更新到不舒服感消退為止。

未完成晤談之結束程序 (Procedure for closing incomplete sessions) :

所謂未完成晤談指的是案主的題材尚未完全解決。例如她／他仍然很明顯覺得沮喪，或者 SUDs 仍然高於 1 分，VoC 仍然低於 6 分時。以下是結束未完成晤談的步驟，目的是讓案主在離開晤談室前，知道他們已經達成些什麼，並使其更加穩固。

- 步驟：
1. 告訴案主需要結束的原因。「我們花了太多的時間，必須盡快停下來。」對案主的努力給予鼓勵與支持。「你已經做了許多很棒的作業，實在很佩服你所做的努力，你現在覺得如何？」
 2. 排除正向認知的安置與肢體掃描作業（很明顯的，尚有題材需要處理）
 3. 做一些涵容（containment）練習。「我會建議在結束前，我們來做一點放鬆活動。我建議我們來作_____。」（治療師可提議某種形式的放鬆，如想像法、安全情境、光束技巧等）。
 4. 對案主朗讀結束／提訊經驗的內容。
-

結束：提訊經驗 (Closure: Debrief the experience) :

「我們今天所進行的活動可在下一次繼續。你或許有、或許沒有注意到一些新的領悟、想法、記憶、或夢境。如果有，請記住你所經歷過的事—並像快照般地記錄在日誌中（將你看到的、感覺到的、想到的以及引發的記在 TICES 的表格中）。運用安全情境練習來使你自己免除任何的困擾。記得每天使用放鬆技巧。我們可以在下次使用這些新題材，如果你覺得有必要時，可以打電話給我。」

備忘錄：未來會談的議題、觀察等等。

資料來源：鄔佩麗（2008）。危機處理與創傷治療。（頁 303-308）。臺北市：學富。

附錄六 「建構並促進平靜與安全的場所」練習單

建構並促進平靜與安全的場所

可使用適用於案主的其他因應技巧（平靜、控制，或勇氣）。

譯者：謝馨儀（鄔佩麗校閱）

影像（image）

「請想像一些您曾去過、或假想去了能使您感到非常平靜或安全的場所。也許是在海灘、或是倚伴著山水。您會在何處？」

情緒與感覺（emotions and sensations）

「當您想著那個平靜／安全的場所，請專注在您看到、聽到以及所感受到的感覺。您有何發現？」

提升（enhancement）

「專注在您那平靜／安全的場所——有關那些景象、聲音、氣味，和身體的感覺。請說出您覺察到那些方面？」

眼動（eye movements）

「請想像此場所並請專注在此感受，也請隨著我的手指移動（緩慢的 4~6 次 BLS），並專注在您會感到舒暢的身體部位，也盡情地享受其中。您現在覺得如何呢？」

若是正向

「請專注於此（BLS）。您現在有何體會？」

提示字（cue word）

「有哪一個字或一個詞能點出您的安全場所。想到_____，並專注在您想到這個字時的正向感受。專注於這些感覺和這個字詞_____，並且跟著我的手指移動（4~6 次 BLS）。您現在覺得如何呢？」重覆且加強正向感受並伴以多次 BLS。

自我提示（self-cuing）

「現在，請您說出這個字詞_____，並且注意您的感受。」（BLS）

伴以紛擾的提示（**cuing with disturbance**）

「現在，想像一個較小的煩惱以及對此煩惱的感受。說出這個字詞_____，並且注意身體有何變化。您注意到了什麼？」

如果有正向變化，可以多次 BLS 來加強。

伴以紛擾的自我提示（**self-cuing with disturbance**）

「現在，請想像另一個稍感困擾的事件，並且自行說出這個字詞_____，當您專注於提示字詞時，要特別注意您身體裡的任何變化。」如果有正向轉換，以多次 BLS 來加強它。

練習（**practice**）

「在到下次會談前的這段時間，無論何時當您感到有些煩惱時，請您練習使用您的提示字詞和平靜／安全場所。並將各種現象記下來，作為我們下次見面時一起討論。」

資料來源：鄔佩麗，EMDR 訓練工作坊資料，2009 年 12 月 26 日

附錄七 正負向認知範例

認知範例

譯者：謝馨儀（鄔佩麗校閱）

負向認知

責任（我是有缺陷的）

我不值得愛
我是個壞人
我是糟糕的
我是沒價值的（不適當的）
我是可恥的
我不可愛
我不夠好
我只應得惡運
我一輩子都不會好的
我很醜（我的身體會惹人嫌）
我不值得…
我是愚笨的（不夠聰明）
我是卑微的（不重要的）
我是個令人失望的人
我就該去死
我就該是不幸的
我是奇異的（無我所屬）

責任（我做錯事）

我應該完成某事*
我做錯了某事*
我早該知道*

*此語對你而言有何意義？（例：它使你覺得：我是可恥的／我是愚笨的／我是個壞人。）

正向認知

我值得愛；我可以去愛
我是個好的人（可愛的人）
我本就是完美的
我是值得的；我是有價值的
我是受尊敬的
我是可愛的
我值得（好的／OK 的）
我應得好東西
我是（可以是）健康的
我是完美的（有吸引力的／可愛的）
我可以擁有（應得）
我是聰明的（有能力學習）
我是有意義的（重要的）
我就是可以做我自己
我值得活下去
我值得快樂
我如我所是就很好了

我盡力了
我（可以）從中學到東西
我盡我所能（我可以學習）

負向認知

安全／脆弱

我不能被信任
我無法信任自己
我無法信任自己的判斷
我無法信任任何人
我無法保護自己
我處在危險中
不宜去表露我的情緒
我無法忍受我自己
我不能洩露

控制／選擇

我無法掌控
我是無能的（無望的）
我是虛弱的
我無法得到我想要的
我是個失敗者（將會失敗）
我不可能成功
我必須完美（取悅每個人）我無法堅持
／我是不適當的／我無法信任任何人

正向認知

我可以被信任
我可以（學習）信任自己
我可以信任自己的判斷
我可以選擇相信誰
我可以（學習）照顧自己
事情結束了；我現在安全了
我可以安全地感受（展現）自己的情緒
我可以讓自己的需求被瞭解
我可以選擇透露

我已能掌控
我現在擁有選擇權
我是強壯的
我可以得到我想要的
我可以成功
我可以成功
我可以做自己（犯錯）
我可以處理
我有能力選擇要相信誰

資料來源：鄔佩麗，EMDR 訓練工作坊資料，2009 年 12 月 26 日