

# 憂鬱症的正念認知治療： 背景，實務與師資培訓

## Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Background, Pragmatic Aspects and Training for Teachers

洪敬倫

*Galen Chin-Lun Hung, MD, ScM*

### 背景

#### 預防復發是憂鬱症治療的最大挑戰

憂鬱症是一個慢性又容易復發的心理疾病。臨床研究發現，在第一次憂鬱症發作康復後，有一半的人會經歷第二次發作；而若曾有兩次以上憂鬱症發作的患者，再度復發的機會是 70-80%。加總而言，憂鬱症患者一輩子平均會經歷四次鬱症發作，而每次發作平均歷時 20 週<sup>[1,2]</sup>。顯而易見地，在患者情緒恢復正常後，如何預防下一次復發，成為臨床治療的焦點。

持續服用抗鬱劑，是目前預防復發的主要手段。研究顯示，接受抗鬱劑維持治療的患者，復發的機會可降至

20%，而康復後改服用安慰劑的病人，則有 50% 會復發<sup>[3,4]</sup>。當今的臨床共識：患者在憂鬱症狀改善後，最好持續服用抗鬱劑至 6 個月，確保證狀完全緩解，而多次發作的病患，可能需維持抗鬱劑治療三至五年。可想而知，病人很難接受，更難配合這樣的治療期程，主要原因，包括吃藥就等於病人，擔心藥物依賴，或藥物的副作用難以忍受。據統計指出，治療開始一年後，約僅有二至三成的患者，能持續規則服藥，復發於是成為必然。

另一種手段，則是利用心理治療來預防復發。眾所週知，壓力事件導致情緒波動，常是造成鬱症復發的原因，而心理治療或可協助患者採用更健康的因應策略。Frank (1991) 等人的研究指出，合併抗鬱劑及人際關係取向治療的

振芝心身醫學診所、台北市立聯合醫院松德院區、陽明大學醫學院

通訊作者：洪敬倫，北市中山區復興北路 282 號 2 樓，電話：(02)55963919，E-mail: galenhung@blossomclinic.org

患者，在憂鬱症康復後，若繼續接受心理治療，則平均復發時間可達一年以上。然而，若停止心理治療，復發時間則大幅縮短為 21 週<sup>[5]</sup>。由此可見，心理治療對於預防復發，也有顯著功效，且對患者而言，主動去調適壓力，似乎比被動服藥，更能增加自我有能感。

### 正念是什麼？

正念翻譯自英文 Mindfulness，又譯作內觀。Mindful 這個字的意思，其實是 paying attention，是專注與覺察。正念治療的先行者卡巴金博士（Jon Kabat Zinn）對正念的定義是：一種刻意聚焦於當下的專注力，暫時收起判斷心，保持開放與好奇的態度，一刻接著一刻。許多人容易把正念理解為正向思考，或正向心理學，其實不然，這裡的「正」或可理解為「正確」的，「正在發生」的，也就是對當下不斷開展的經驗，保持每時每刻，不偏不倚的覺察。

卡巴金博士發現修行中所秉持的「正念」這個精神，或可運用在健康與醫療領域上，開啟患者自我療癒的能力。他在 1979 年開始在麻州大學（University of Massachusetts）醫學院設立正念減壓門診（Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR），以為期 8 週的體驗性團體課程，有系統地教導患者透過呼吸覺察，靜坐，瑜珈等練習培育正念，

並進行相關臨床研究。經過多年推展，正念治療對減壓，焦慮，疼痛，身體症狀的效果已廣為醫界所接受。

例如，素富公信力的美國醫學會期刊（Journal of American Medical Association）在 2014 年刊登了一篇整合分析，指出正念治療對焦慮，壓力與疼痛症狀確有助益，效果與藥物相當，但患者不需承受藥物之副作用，當然，症狀改善的幅度有賴於對練習的投入，以及對自身情緒，身體覺察力的提升<sup>[6]</sup>。同年，時代雜誌則以封面故事「正念革命」（The Mindful Revolution），引用相關科學研究，介紹正念如何引領我們在這個壓力繁重，隨時需要多工處理（multitasking）的時代裡，找回內在的平靜與安適。

### 正念治療的神經科學基礎

晚近對於「神經可塑性」（neuroplasticity）的研究告訴我們，大腦其實可以經由持續的訓練，改變不同腦區的活化程度，甚至是體積。正念治療的效果，是否可在腦部找到相應證據？Lazar 等人研究長期靜坐者，發現相對於一般人，他們主宰注意力控制的前額葉，以及處理感官訊息的腦島特別肥厚。Hölzel 等人的研究也發現，在參加 8 週的正念減壓課程後，學員們的左海馬迴，後扣帶迴，以及顳葉與頂葉交界處等腦區皮

質增厚<sup>[7]</sup>，而這些正是腦部掌管自我訊息處理，情緒學習，以及記憶之處。

正念治療的核心，即是訓練個人從一種自我述說／分析（narrative/analytic）的心智模式，轉換到體驗/直觀的模式（experiential/intuitive）。Farb等人發現，經過正念減壓課程的訓練後，學員掌管自我敘說與分析的前額葉內側，活性大幅降低，而負責覺察身體與情緒直觀經驗的前額葉外側，腦島，體感覺皮質及下頂葉，活性則顯著增加。更有趣的是，學員在參與課程前，這兩個區塊常同時活化，然而 8 週後這種同步現象消失了<sup>[8]</sup>，亦即學員在覺察身體與情緒時，不再自動化地開啟關於自我的分析，陳述，能夠真正與經驗同在，而不編織相關的故事。上述關於正念治療的神經科學研究，不但有助於了解腦部在治療中的變化，更進一步帶領我們認識心智處理自我意識，情緒，身體感覺的可能模式。

### 正念如何與認知治療相會？

認知治療（Cognitive Therapy）是當今針對憂鬱症最普遍，獲得廣泛實證研究支持的心理治療，然而它主要運用在憂鬱症的急性發作期，針對康復後的復發預防，著墨不深。Mark Williams，Zindel Siegel 與 John Teasdale 三位認知心理學家於 1992 年開始著手設計一套適用

於預防憂鬱症復發的認知治療。從研究與臨床觀察中，他們發現，康復的憂鬱症病患有一個認知上的特徵，就是傾向把正常的情緒低落，當作是憂鬱症復發的前兆，隨之啟動了一系列災難性思考，反芻性擔憂，不斷地將此時的感傷與好心情或重鬱比對，試圖逃離或消滅這些情緒，結果反而造成憂鬱症復發。

認知治療的重點，在於教導患者分析自己的自動化思考，如何造成情緒低落，然而，過度分析與企圖改善，正是造成復發的主因。Williams 等人因此希望尋找一種並非改變情緒與思考的內容，而是改變自己與情緒，思考之間關係的方法，在偶然之間得知了喬·卡巴金所發展的正念減壓課程。他們親赴麻州大學了解，並試圖將正念元素與認知治療結合，然而成效有限。卡巴金告訴他們，要發展正念相關治療，必須奠基於治療者的實際體驗與練習，正念必須在老師的身心紮根（embedded）。一行人於是開始親自參加團體，建立自己的規律練習，最終發展出也是以 8 週團體治療為架構的正念認知治療。

### 正念認知治療（MBCT）：原理與簡介

認知治療對憂鬱症的基本假設是，患者在憂鬱時會抱持著某些特定的認知模式，例如對自己，他人及未來的負面

思考，治療師藉由與患者檢討這些慣性思考是否實際經驗相符，逐漸引導患者型塑較健康，合理的認知，從而改善憂鬱。同樣的，正念認知治療也假設某些心智模式，會導致憂鬱症復發。在治療架構中，把心智的運作分為「行動模式」（doing mode）及「同在模式」（being mode）。當負面情緒出現，處在「行動模式」的患者會不斷追究原因，並把此刻心情與憂鬱症真正發作連結，這些反芻思考，恰恰造成了症狀復發；相對的，如果患者能將心智切換為「同在模式」，學習觀察情緒的起伏，就有機會跳脫出憂鬱的漩渦，重新達到內在的平衡與安適。

「同在模式」的培養，有賴於反覆對感官經驗的覺察，探詢，調整觀點，而素材則來自於規律的正念練習。正念認知治療是一個為期八週，每週2.5小時的團體心理治療，參與者透過各種練習，重新覺察並檢視自己的感官經驗（例如吃一顆葡萄乾，凝視一片窗外的風景），仔細關注自己的身體訊號（身體掃描），刻意騰出時間，用動態或靜態的方式與自己同在，關照自己的情緒，思考，身體感覺（靜坐，瑜珈），嘗試做一個觀察者，而非行動者。同時，透過日常生活的種種正念活動（行走，飲食，沐浴），進一步將正念的精神帶進生活當中。

前四週的團體，著重於協助患者用嶄新的眼光看待自己與世界，培養正念的基本態度，利用各種練習（身體掃描，正念飲食，靜坐，瑜珈等）體驗一閃即逝的正念時刻。治療師首先在團體中引導成員進行這些練習，探問個別心得，同時介紹回家作業，作業包括每日30-45分鐘不等的練習，在下一次的團體中，則討論練習的直接經驗與困難。後四週的團體，則逐漸引入認知治療的元素，介紹憂鬱症常見的自動化思考，以及情緒，思考和身體感覺的互動關係，目的是讓患者逐漸學習把正念的態度，應用在憂鬱情緒來襲時刻，同時，治療師也協助患者擬定具體的復發預防計劃，討論如何藉由往後的規律練習，讓正念成為維持身心平衡的生活要素。

### 臨床研究

在奠基於正念的多種治療中，正念認知治療可說是研究最嚴謹，廣泛的，因此逐漸獲得醫學界支持。MBCT 最初設計的目的為預防憂鬱症復發，最初的實驗發現，此治療僅在先前已有兩次以上重鬱症發作的病人，才有預防效果，可能的原因是，多次發作的患者，其復發的原因與自動化的反芻思考關係較為密切，MBCT 因而能帶來較多助益<sup>[9]</sup>。另一種觀點，則認為單次發作（sporadic）的憂鬱症與壓力事件較相關，而多

次復發 (recurrent) 的憂鬱症患者則存在體質或認知模式上的脆弱性，培育正念恰可補強此缺陷。

隨著研究成果的累積，正念認知治療逐漸站穩它在臨床應用的角色。2010年刊登於精神醫學頂尖期刊 (Archives of General Psychiatry) 的論文中，Siegel 等人以最嚴謹的隨機分派試驗證實，正念認知治療對於預防憂鬱症復發的效果，跟服用抗鬱劑相當<sup>[10]</sup>。而 Farb 等人發現 MBCT 預防復發的效果跟認知治療亦相當<sup>[11]</sup>，英國國家健康中心 (National Health Service, NHS) 的臨床指引 NICE Guideline 中，於是將正念認知治療正式列為預防憂鬱症復發的選擇之一。

當然，我們想知道正念認知治療預防憂鬱症復發的機轉是什麼？Kuyken 等人於 2008 年的研究中發現，接受治療後，患者的正念覺察力與自我慈悲 (self-compassion) 的能力顯著提升，而此能力之提升與一年後憂鬱症狀之緩解相關性顯著。另一個有趣的發現是，雖然接受正念認知治療的患者，對情緒的過度反應性與對照組相當，此反應性卻不會提高他們的復發風險<sup>[12]</sup>。顯然，正念訓練帶來了某種保護作用，進一步分析，此保護作用與患者自我慈悲的程度高度相關，因此，培育自我慈悲的能力，或許是正念治療能預防憂鬱症復發的主要原因。

此外，正念培育的是一種「後設認知」能力，亦即能覺察自己的思考與情緒，而不捲入其中。Beiling 等人的研究發現，正念認知治療能提升患者的後設認知能力，且此能力提升的患者，半年後的憂鬱症狀較輕微。相對而言，服用抗鬱劑以預防復發的患者，後設認知能力並沒有進步<sup>[13]</sup>。

## 實務

### 課程結構

在某種層面上，MBCT 是一套具備標準程序的治療，每週均有特定的主題，課程內容，回家作業及講義。表一即是筆者近年來帶領憂鬱症患者 MBCT 之課程大綱 (由於團體成員與時間因素，與標準課程略有不同)。以第一堂課程為例，課程內容包括：

- 團體簡介：以簡短，邀請，開放，有彈性的態度介紹正念及團體規範。
- 葡萄乾練習：運用各種感官慢慢品嚐一顆葡萄乾，體驗行動模式與同在模式的差異。
- 身體掃描：試著將注意力在身體的各部位置放，停留，移動。
- 回家作業討論：介紹正式練習與日常生活中的正念活動，並討論執行實務與困難。

表一 八週正念認知治療課程大綱

| Session | 主題                  | 教學要點  | 課程內容   | 回家作業   | 講義   |
|---------|---------------------|---|--|--|--|
| 1       | 覺察與自動導航             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 認識行動模式</li> <li>• 體驗同在模式</li> <li>• 將注意力放在五感／身體</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 團體簡介</li> <li>• 葡萄乾練習</li> <li>• 身體掃描</li> <li>• 回家作業安排與困難討論</li> </ul>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 身體掃描</li> <li>• 正念飲食</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 什麼正念？</li> <li>• 認識自動導航模式</li> <li>• 飲食靜觀／身體掃描要點</li> </ul> |
| 2       | 用大腦過生活／另一種理解之道      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 心的游移是正常現象</li> <li>• 注意力之置放，維持，轉移</li> <li>• 鼓勵直接經驗，發展描述語言</li> <li>• 將覺察帶入日常生活</li> </ul>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 身體掃描</li> <li>• 「路上巧遇」情境練習</li> <li>• 靜坐：專注在呼吸</li> </ul>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 身體掃描</li> <li>• 靜坐呼吸 15 分鐘</li> <li>• 愉快經驗日誌</li> <li>• 日常生活的正念活動</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 練習身體掃描的困難</li> <li>• 日常生活正念活動</li> </ul>                    |
| 3       | 回到此刻的家：收拾散亂的心       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 讚嘆忙碌的心，認識其限制</li> <li>• 利用呼吸返回此時此地</li> <li>• 對正向經驗的覺察與欣賞</li> <li>• 動態覺察</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐：專注在呼吸</li> <li>• 愉快日誌回顧</li> <li>• 呼吸空間 BASIC</li> <li>• 正念伸展</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐呼吸 15 分鐘</li> <li>• 正念伸展</li> <li>• 呼吸空間 BASIC</li> <li>• 不愉快經驗日誌</li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 呼吸</li> <li>• 三分鐘呼吸空間</li> </ul>                            |
| 4       | 辨識厭惡感               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 什麼把我們從當下帶走了？</li> <li>• 憂鬱症之外化：思考生病了</li> <li>• 辨認出對直接經驗的負向解讀與迴避／改變傾向</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐：觀聲音與念頭</li> <li>• 不愉快日誌回顧</li> <li>• 負面思考檢查表</li> <li>• 正念行走</li> <li>• 呼吸空間-回應</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐觀聲音念頭 30 分鐘</li> <li>• 正念行走</li> <li>• 呼吸空間 BASIC</li> <li>• 呼吸空間-回應</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 停留在當下</li> </ul>  |
| 5       | 容許事物如其所是            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 允許自己的厭惡感</li> <li>• 面對 (turning toward) 而不是遠離 (turning away) 困難經驗</li> <li>• 培養對經驗的好奇與接納</li> <li>• 利用身體與呼吸面對困難</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐-回應困難 30 分鐘</li> <li>• 作業回顧</li> <li>• 呼吸空間-回應</li> </ul>                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐-回應困難 30 分鐘</li> <li>• 呼吸空間 BASIC</li> <li>• 呼吸空間-回應</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 允許與接納</li> </ul>  |
| 6       | 想法非事實／視念頭為念頭        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 想法與情緒之互動關係</li> <li>• 想法只是心理現象／六感</li> <li>• 了解自己憂鬱症的發作徵兆</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐：無捨擇的覺察</li> <li>• 憂鬱症發作警報器</li> <li>• 呼吸空間-回應作為應變第一步</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 靜坐觀聲音念頭 30 分鐘／正念伸展 30 分鐘</li> <li>• 呼吸空間 BASIC</li> <li>• 呼吸空間-回應</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 覺察三角</li> </ul>   |
| 7       | 行動中的仁慈：如何用最好的方式照顧自己 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 透過身體覺察，面對情緒</li> <li>• 自我照顧與疼惜</li> <li>• 行動活化技巧</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 正念伸展</li> <li>• 作業回顧</li> <li>• 典型的一天 (滋養 vs. 耗竭活動)</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 自選練習 30 分鐘</li> <li>• 呼吸空間 BASIC</li> <li>• 呼吸空間-回應</li> <li>• 我的行動計劃</li> </ul>  |  |
| 8       | 計畫正念生活／維持與擴展新的學習    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 銜接課程與生活</li> <li>• 生活看重的價值與目標？</li> <li>• 將正式與非正式練習融入生活</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 身體掃描</li> <li>• 維持動力</li> <li>• 分享靜坐</li> </ul>   |  |  |

每堂課的回家作業，就是下一堂課的第一個練習，隨後的討論則著重於當下或回家練習中「發生了什麼，留意到什麼」，老師利用探問（inquiry），協助成員發展描述身體，情緒與思考經驗的語言，同時，也傳遞出對各種經驗開放，好奇，一視同仁的態度。同時，透過認知治療中的情境想像，負面思考檢查，憂鬱症促發因子回顧，行為活化計畫等練習，來建立成員對自身憂鬱症的認識，從而學習預防復發的技巧。

在 MBCT 課程中，帶領者覺察自己一言一行的意圖（intention），是非常重要的。如表一所示，每堂課都有一個主題以及教學要點，老師的意圖，首先是在帶領練習，討論時能保持正念的基本態度，亦即開放，好奇，與經驗同在。此外，隨著課程進展，讓成員一步步透過正念練習，認識個人心智的運作慣性，學習利用身體與呼吸安頓自己，接著發展一種能照顧自己，遠離憂鬱的生活方式。

結構化的課程帶來了可操作性與某種安全感，優點是讓帶領者有清楚的架構可依循，然而，也不免因需要維持課程的「進度」而產生焦慮，或壓縮了探索此時此刻的時間。MBCT 本質上是一種奠基於經驗（experiential-based）的治療，討論最好都源自於當下的直接體驗，而只有經驗發生了，才能從中引出

教學要點。例如，在葡萄乾練習的分享中，若成員提到「仔細用五感品嚐這個葡萄乾，有許多新發現」，老師就會點出「或許改變經驗事物的方式，就會改變經驗本身」。反之，若成員均未提及方才品味葡萄乾與過往囫圇吞棗經驗的差異，老師或許就不會去探討「同在模式」與「行動模式」的差異。因此，MBCT 其實也充滿了彈性，可視臨場狀況調整練習與討論，有人提出「朝向一個留白的課程」這個概念（toward an empty curriculum），正是強調正念教學裡為當下創造充分空間的精神。

### 成員評估

在標準的 MBCT 程序中，每位成員進入課程前，都會先與帶領者進行一次課前會談，討論下列問題：「是什麼讓你來到這裡？」「目前你對自身憂鬱症的瞭解？」「正念認知治療可以如何幫助你？」「正念練習的重要性與實行困難？」在討論過程中，帶領者有機會瞭解其疾病概念，說明課程的進行方式與治療邏輯，藉此讓成員對課程的理解與期待同步，對隨後的課程進展有莫大助益。

怎麼樣的成員適合正念認知課程？又有哪類型患者不適合？依據筆者個人經驗，對正念興致高昂，抱有深切期待的成員，不見得能獲益最多。原因之一

是這類成員對正念的「概念探討」較「實際體驗」有興趣，他們通常對「覺察，當下」琅琅上口，充滿後設解讀，也就是仍然「活在腦袋裡」。另外一類成員著重於正念練習所帶來的效果，積極尋找練習所帶來的放鬆，專注，平靜效益，也就是仍然處在「行動模式」。反之，對 MBCT 抱著一些懷疑，但願意全心投入的學員，常有深刻的領悟與收穫。

至於哪種人暫不適合參加 MBCT？一般或許認為是憂鬱症發作中，或者焦慮度太高，或者有身體疾病，不耐久坐的患者。其實，並沒有絕對的標準，需視個別狀況而定。在筆者的團體中，不乏正在鬱症發作中的成員，他們的憂鬱情緒與負面思考再怎麼強烈，運用感官，覺察身體的能力仍在，仍能從身體掃描與靜坐中獲益。曾有因焦慮而蜷曲，顫抖的成員，在一次次課程逐漸鬆弛下來，最後能挺直腰桿，輕鬆坐定，甚至酌減抗焦慮藥物。至於有疼痛，不耐久坐的患者，正念練習是充滿彈性的，每個練習都可依照自己身體的需求，或站或躺，不論什麼姿勢，只要有助於持續練習，都是好的。

### 操作手冊與講義

在「找回內心的寧靜：憂鬱症的正念認知療法」一書中，可找到每堂課程

的操作細節，講義與作業單。然而，帶領者最好能根據自身團體的設計，與成員屬性，編製自己的材料。操作手冊可包含課程主題與教學意圖，團體程序，練習指導語摘要，以及探問要領。筆者長年來由實習心理師擔任協同帶領者，每位心理師也都會根據筆者的材料，改編為自己的執行手冊。

### MBCT 師資培訓

在簡介 MBCT 的師資培訓之前，想先分享一下筆者一步步成為正念工作者的感受。從參加 MBCT 團體感受到對自己的實質幫助，到實際帶領 20 梯次課程，期間接受督導，參加各階段訓練，直到取得 MBCT 教師資格，筆者覺得正念教師的工作與訓練過程，與其他心理取向最大的不同是，充滿了空間，驚喜與滋養。帶領課程時越有意識留白，越能聽到成員用自己的語言，描述當下體驗帶給他們的驚奇，其中體現的正念之美令人陶醉，是做老師的幸福。而資深老師訓練，督導的過程，更是充滿了對學員的呵護與接納。雖然有嚴厲，肅靜的時刻，也常帶輕鬆，彼此會心一笑。助人者無非希望在結束一天的工作之際，身心是輕盈滿足，而非沈重耗竭的。從事正念教學與督導，讓我一再地看到這種可能性，也希望讓更多的助人者親身體驗。



MBCT 老師的訓練，以牛津大學正念中心（Oxford Mindfulness Center, OFC）為代表。透過南華大學李燕蕙教授所成立「正念助人學會」（<http://www.mbha.org.tw>）的建教合作，已系統性地在台灣舉辦各階段工作坊，是國內有興趣取得 MBCT 師資認證的可行途徑。至於筆者的 MBCT 師資培訓則是在加州大學聖地牙哥分校正念中心（Center for Mindfulness, UCSD）完成。雖然機構不同，培訓路徑可謂大同小異。

圖一為 UCSD 正念中心 MBCT 師資認證流程，左方是教師資格取得步驟，隨後則進入右方之認證步驟。教師資格取得部分，踏進 MBCT 師資培訓的第一步，就是以學員身份參加八週課程，從而建立自身的正念練習，也親身領會課程帶給自己的直接體驗與反思（STEP 1）。由於體現（embodiment）是正念教學的核心要素，老師的言行必須本於正念好奇，允許與回到當下的態度，因此，從學員起步是非常重要的。若無法參加實體課程，已有少數英語授課之線上課程可參與（<https://www.umassmed.edu/cfm/mindfulness-based-programs/mbct-courses/mbct-online/>），利用「八週正念練習：走出憂鬱與情緒風暴」，也能讓讀者有身歷課程現場的感受。接下來就是參加為期 5 天的初階工作坊（STEP 2），其中包含憂鬱症復發的心

理機制簡介，MBCT 的實證研究基礎，課程設計的邏輯，練習的再體驗，練習的意圖與帶領指引，以及實際帶領練習。熟習 MBCT 的理論基礎與課程建構邏輯，對於隨後開始帶領團體非常有幫助。

接下來受訓者可以開始嘗試帶領 2 至 3 梯次 MBCT 課程，同時接受督導 20 小時，內容包括課前準備，每次課程後的回顧，以及帶領者的內在歷程反思（STEP 5）。這是一個建立個人風格，累積經驗的階段，受訓者也必須開始錄製自己的引導音檔，並規劃課程進行的諸多細節。此外，必須參加 5 日以上的止語靜修。

取得教師資格後，即進入認證流程，必須再教 3 梯次以上的 MBCT 課程，隨後參加進階工作坊，對筆者而言，是成為正念教師非常關鍵的步驟，也是彌足珍貴的經驗。在尼加拉瓜大瀑布旁水牛城近郊，一座百年禪寺裡，與 10 餘位來自世界各地的學員，共度五日朝夕相處的時光，期間帶領各種課程練習，接受導師的及時指正，度過一日止語，並體驗多項為深化教師正念素養而設計的活動，其中許多經驗，至今教學遇到困境時，仍會自當時的體會尋找啟發。

完成進階工作坊後，必須再教一梯次課程，並接受 10 小時之督導，同時必

須錄製帶領一段正念練習及其探問的影片，供督導評估。最後，督導根據「正念介入療法評估標準」，從六個面向衡量受訓者能力：課程結構與配速，關係

技能，正念的體現，正念練習引導，探詢技巧，及維持團體學習環境。評估通過後，即可授與 MBCT 教師認證。



圖一 加州大學聖地牙哥分校正念中心師資培訓路徑

## 結語

正念認知治療（MBCT）為憂鬱症患者帶來了一個新的可能性：與負面情緒共處，認識自己的思考慣性，以呼吸與身體的覺察為基礎，有技巧地去回應情緒風暴與慣性思考，打造滋養身心的生活方式。MBCT 具有嚴謹的實證基礎，清晰的設計邏輯，與具體的操作指引。而其師資培訓路徑明確，內容紮實，雖需花費相當心力，時間與經費，對於有志於從事正念工作的治療者而言，這趟旅程會吸收吸收許多新經驗，也會放掉許多舊包袱，應當值得。

## 參考文獻

1. Judd LL. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Nov; 54(11): 989-91. PubMed PMID: 9366654. Epub 1997/11/21. eng.
2. Ramana R, Paykel ES, Cooper Z, Hahurst H, Saxty M, Surtees PG. Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. *Psychol Med*. 1995 Nov; 25(6): 1161-70. PubMed PMID: 8637946. Epub 1995/11/01. eng.
3. Glen AI, Johnson AL, Shepherd M. Continuation therapy with lithium and amitriptyline in unipolar depressive illness: a randomized, double-blind, controlled trial. *Psychol Med*. 1984 Feb; 14(1): 37-50. PubMed PMID: 6143340. Epub 1984/02/01. eng.
4. Sim K, Lau WK, Sim J, Sum MY, Baldessarini RJ. Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. *The international journal of neuropsychopharmacology*. 2015 Jul 7; 19(2). PubMed PMID: 26152228. PubMed Central PMCID: PMC4772815. Epub 2015/07/15. eng.
5. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Dec; 48(12):1053-9. PubMed PMID: 1845438. Epub 1991/12/01. eng.
6. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*

- internal medicine. 2014 Mar;174(3): 357-68. PubMed PMID: 24395196. Pubmed Central PMCID: Pmc4142584. Epub 2014/01/08. eng.
7. Holzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res*. 2011 Jan 30; 191(1): 36-43. PubMed PMID: 21071182. Pubmed Central PMCID: Pmc3004979. Epub 2010/11/13. eng.
  8. Farb NA, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal ZV. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion (Washington, DC)*. 2010 Feb; 10(1): 25-33. PubMed PMID: 20141299. Pubmed Central PMCID: Pmc5017873. Epub 2010/02/10. eng.
  9. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*. 2004 Feb; 72(1):31-40. PubMed PMID: 14756612. Epub 2004/02/06. eng.
  10. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Dec; 67(12): 1256-64. PubMed PMID: 21135325. Pubmed Central PMCID: 3311113. Epub 2010/12/08. eng.
  11. Farb N, Anderson A, Ravindran A, Hawley L, Irving J, Mancuso E, et al. Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2018 Feb; 86(2): 200-4. PubMed PMID: 29265831. Epub 2017/12/22. eng.
  12. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Dec; 76(6): 966-78. PubMed PMID: 19045965. Epub 2008/12/03. eng.
  13. Bieling PJ, Hawley LL, Bloch RT, Corcoran KM, Levitan RD, Young LT, et al. Treatment-specific changes in decentering following mindfulness-based cognitive therapy versus antidepressant medication or placebo for prevention

of depressive relapse. J Consult Clin Psychol. 2012 Jun; 80(3): 365-72. PubMed PMID: 224096 41. Pubmed Cen-

tral PMCID: 336562 8. Epub 2012/03/14. eng.

