

宗教療癒對思覺失調症可能提供之助益

——以「身念處」原理開展的三個出家案例報告

釋 昭 慧*

摘要：

精神疾患的發生、病理的表達，往往會和他們所處的文化情境、所信仰的宗教內容，有著千絲萬縷的關聯。

本文作者依佛法「色心交感」的因緣觀，在精神疾患的個案陳述與詮釋方面，審慎看待科學界與宗教界的各執一偏與過度推論。

從佛法的觀點而言，生命包含色（物質）與心（精神）二類，此即色、受、想、行、識等「五蘊」。五蘊倘若未能平衡，就有可能產生疾患。色法中的地、水、火、風四大不調，會產生各種疾患，心、心所法——受、想、行、識倘若未能平衡，同樣也會導致各種心病——情感偏執、思想固著、意志薄弱、心識紛亂等，再嚴重下去，就構成了各式各樣的精神疾患。

依緣起法則，色、心並非互不相干，它們會產生交感作用。生理疾患會影響精神狀況，精神疾患也很有可能逐漸導致生理病變的現象。

* 玄奘大學宗教與文化學系教授

至於是否唯有「接受西醫治療」一途？本文以三位比丘尼的思覺失調案例，指出：以「身念處」原理所進行的修持，確乎可以幫助患者安住於現實身心與當前生活，減緩思覺失調的症狀。在這種「以身導心」的修持進程中，個案甚至可以斷藥而不再發病，因此擺脫了藥物控制下，身心受苦的種種副作用。但這必須有團體力量的耐心陪伴與共同支持，所以並不容易普及於精神疾患與家屬之間。

關鍵詞：思覺失調症、身念處、因緣觀、療癒治療

How Religious Therapy May Reduce the Symptoms of Schizophrenia—three Buddhist nuns as an example to illustrate the principle of “being mindful of the body in our bodies”

Shih, Chao-hwei*

ABSTRACT:

There is an active interplay between the occurrence of mental disorders, along with their pathological manifestations, and the cultural context where people hold their religious beliefs.

The author employs the concept of “dependent origination ” emphasized by Buddhism to describe what the patients with mental illnesses have undergone, and then to interpret their symptoms. This ensures a careful examination of what the scientific and religious communities have so far proffered as assumptions, which consist of some kind of prejudices and overgeneralization.

As the Buddha’s teachings indicate, life consists of physical properties and spiritual characteristics. Furthermore, “five aggregates”—the “form,” “feelings,” “perception,” “volitional actions,” and “consciousness” —can be identified in a being. If the five aggregates go amiss or lose their balances, disorders may follow. When the earth, water, fire, or wind suffers a loss of balance, humans are prone to all sorts of diseases. Similarly, when feelings,

* Professor, Department of Religion and Culture, Hsuan Chuang University

perception, volitional actions, and consciousness are out of balance, one may easily feel worried or distracted, with outward manifestations like paranoia, fixed thoughts, being weak-willed or mentally disturbed. If any of these symptoms deteriorate over time, other mental disorders or psychiatric diseases may follow as a result.

According to the principle of “dependent origination,” physical properties and spiritual characteristics are intertwined in some ways and bring about sympathetic effects. Physiological diseases may affect one’s spirit, and psychiatric disorders will probably lead to physiological diseases.

Is western medicine the only choice when it comes to treating such patients? This paper uses three Buddhist nuns with schizophrenia as an example and points out that resorting to the principle of “being mindful of the body in our bodies” certainly help patients cope with the reality and be more comfortable with themselves and their lives for now, thus mitigating their schizophrenic symptoms considerably. When they make a practice of being mindful of their bodies so as to keep calm, these patients do not need to take medications to stay healthy, and will not have various side effects produced from medications. However, the patient should be kept company with a group of people who are willing to offer patience and support unconditionally, and this is not easy for many families when they have a family member with mental disorders.

Keywords: Schizophrenia, kayanupassana, dependent origination, Healing treatment

一、思覺失調症「成因」之佛法觀點

思覺失調症（Schizophrenia）是一種大腦功能失常而引發的疾病，它產生思考、情緒、知覺、行動障礙。患者會有不合現實的想法、不合常理的情緒，以及生活功能嚴重受損的情形。

依據西醫學上研究，思覺失調症主要是因為中腦—邊緣系統路徑的多巴胺（dopamine）活性過高（引起幻聽、妄想等正性症狀），以及中腦—皮質路徑的多巴胺活性過低（引發認知障礙、負性症狀以及情緒障礙）所引起。

由於多巴胺活性過高無法解釋所有思覺失調症狀的發生，尤其是負向症狀，所以如今西醫學界逐漸修正，認為思覺失調症的生成，並非 dopamine 單一神經傳導物質的變化，而與腦中其它的神經傳導物質，如 norepinephrine（去甲腎上腺素）、serotonin（血清素）等失去平衡有關。¹

有些思覺失調症患者，其海馬迴（hippocampus）縮小，基底核（basal ganglia）變大，大腦前額葉皮質區（prefrontal cortex）出現異常。除了這類腦內病變的答案之外，依據統計資料顯示：思覺失調症與遺傳基因、幼年心理或成長環境，也不無關係。²

古代精神醫學不發達，對於大腦的功能不清楚，思覺失調症與「中邪」、「卡陰」、「附體」無法區分，因此大都接受各種不同的宗教治療，

¹ 參見白雅美，《精神分裂症》，「心靈園地」網頁：

<http://www.psychpark.org/bai/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%87.htm>，2108.10.9 線上查索。

² 〈小小精神科學：精神分裂症〉，《探索腦部及脊髓》網頁：
http://www.dls.ym.edu.tw/neuroscience/schiz_c.html，2108.10.9 線上查索。

例如「驅魔」、「收驚」、「趕鬼」等等。

由於許多個案所呈現出來的怪異動作，一方面與思覺失調症的症狀雷同，一方面又與入巫（起乩）或附體的現象吻合，因此在判定上，必須保持審慎態度，不宜過度武斷。

原來眾生境界不同，處在多次元空間，科學者無法驗證這種超常識的內容，當然可以闕疑，但不宜太過武斷地將所有「起乩」、「中邪」、「卡陰」、「附體」的個案，都簡化為思覺失調症。另一方面，某些宗教人士將患者所呈現的怪異動作，通通都判定為「起乩」、「中邪」、「卡陰」與「附體」，這也是另一種武斷。

如何判定個案是思覺失調症，還是來自異類眾生的侵擾，這需要有豐富的經驗，以及不先入為主地自恃專業的虛懷。醫學界姑置不論，宗教人士若動輒將精神異狀訴諸靈異，有時可能反倒延誤了病情，而且容易讓當事人忽略其對自己的處境所應負起的責任，從而無法專心致力於跨越苦難，迴轉負面能量，整合並提升自己的生命情境。這是在「宗教」與「精神疾患」之間作連結時，不可不注意的問題。

還有些患者會將他們的宗教意象，轉化為幻視與幻聽的情境，言之鑿鑿地述說他所見到聽到的淨土、天堂或地獄，菩薩、聖靈、惡魔、鬼魅或幽靈等。然則是宗教因素導致幻覺，還是精神疾患的本身使得患者將宗教因素編織入幻覺內容？

倘若是前者，那麼在精神病患的治療過程中，宗教不但無法提供助益，反倒還是導致精神疾患的來源之一。但是倘若宗教是導致精神疾患的來源，那麼為何只有部分宗教人士會有這類病癥？因此我們只能說：精神疾病確實會將宗教因素編織入幻覺內容。患者病情的發生、病理的表達，往往會和他們所處的文化情境、所信仰的宗教內容，有著千絲萬縷的關聯。

本文作者兼為佛教徒與學術工作者，佛教與學術都同樣重視實證經驗與邏輯分析，因此以下依佛法「色心交感」的因緣觀，在精神疾患的個案陳述與詮釋方面，審慎看待科學界與宗教界的各執一偏與過度推論。

從佛法的觀點而言，生命含色（物質）與心（精神）二類。生理功能可分為地大（固體）、水大（液體）、火大（體溫）與風大（氣息）四個大類；心理功能可分為受（情感、情緒）、想（理智的構思、概念的形成）、行（意志的運作）與識（心的辨識功能）四個大類。

色、受、想、行、識構成所謂的「五蘊」。五蘊倘若未能平衡，都有可能產生疾患。色法中的地、水、火、風四大不調會產生各種疾患——若是地大增盛，易生腫結、龐重、枯癢之患；若是水大增盛，易生痰癢、水腫之患；若是火大增盛，易生發燒、骨節酸痛之患；若是風大增盛，易生體虛、顫抖、疼痛、肺悶、腹脹、嘔吐、氣喘之患。

同樣的，心法中的受、想、行、識倘若未能平衡，同樣也會導致各種心病——情感偏執、思想固著、意志薄弱、心識紛亂等，嚴重的就構成了各式各樣的精神疾患。

而且依緣起正理，色、心並非互不相干，它們還會交相感應。生理疾患會影響精神狀況，精神疾患也會形成生理變化。特別是無法達致「不取於相，如如不動」的凡夫，起心動念往往容易受到境界左右。因此，在「色、心交感」的原理下，多巴胺活性過高或過低，海馬迴縮小，基底核變大，大腦前額葉皮質區出現異常等等生理病變，固然會引發精神症狀；反之，精神異常也很有可能反映在身體上，逐漸導致上述生理病變的現象。這就如同「雞與蛋孰先」的問題，光是靠唯物主義的方法論，是不易判定的，還必須開發敏銳的覺知力，來觀察生、心理相互影響的過程，但那已涉及佛法的工夫論。

更且佛法在「色心交感」的法則下，更為強調「心為主導性」原理。因此雖然西醫學界大都依腦部病變，來作思覺失調症來源的詮釋，但是在情境刺激下的心理傷害，或是宿業所感的異熟果報，依然是思覺失調症來源的可能答案。

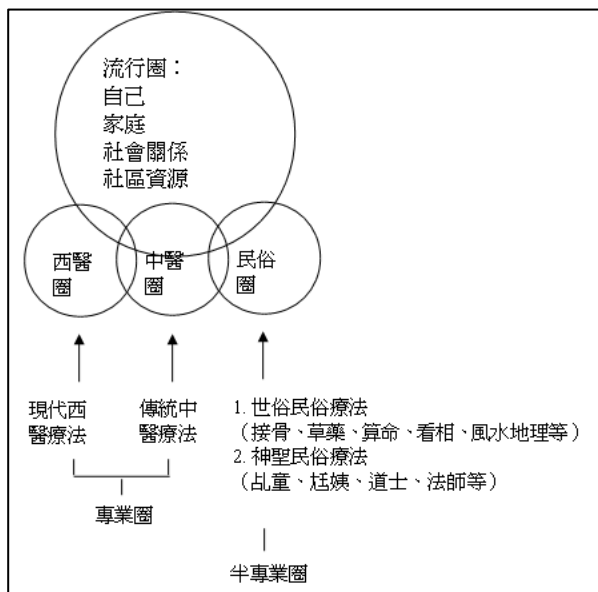
也因此延伸出一個問題：既然思覺失調症的來源有可能來自心理，而且精神藥物的治療，也只能減緩（而非根治）思覺失調症的症狀，甚至會產生嚴重的副作用，那麼是否有可能透過宗教或非宗教的心理治療，來幫助患者減緩思覺失調症的症狀呢？

以下針對「宗教性的心理治療」，作一些佛法觀點的陳述與個案解析。

二、思覺失調症「治療」之佛法觀點

資深精神科醫師文榮光先生，將精神醫學區分成專業圈與半專業圈，並將民俗療法分為世俗與神聖兩類（如下表）。³

³ 文榮光，〈要神、要人、也要自己〉，《宗教民俗治療與精神醫學》，摘自文榮光精神診索網頁：<http://share.wen-clinic.com.tw/?p=22>，2108.10.9 線上查索。



可以說，宗教療癒法即屬於「民俗圈」內。但從佛法所提供的療癒觀點，未必要鎖定在「民俗圈」，佛法在「色心交感」方面的精緻理論與修持原理，這與中醫的生理整體論是極相吻合的，並且篤信「緣起」法則的佛弟子，不會落入「非此即彼」、「二選一」的偏執，亦即：不會棄絕任何善因緣（包括中、西醫藥）的有效介入。

以上這些筆者的看法，一方面是來自於佛法的體會，一方面也來自扶助個案的經驗。因此以下將聚焦在三個個案的陳述與分析，以證成筆者的前述觀點。

之所以會列舉三個個案，還是緣於「孤例不可為證」的審慎態度，以免欠缺了各類個案差異性的觀察與檢討，單就一則個案而推出結論，容或太過武斷。

至於為何單引三個「出家」個案？則是為了便於在角色相同、生活

情境相似的同質性中，作個案間精神症狀與對應方法同異的比較研究。事實上，筆者所接觸到的思覺失調患者，有出家、有在家，有佛教徒、有非佛教徒。出家患者的比例未必偏高。

在三個例案的分析中，筆者並不多談述三人在西醫治療方面的細節，一來這類病歷受到個資保護，筆者非醫學圈內人，更非主治醫師，不易取得個案病歷，因此著手撰寫本文時，已經無從追查個案所曾經使用過的所有療法，以及個案所服用過的各種藥物。

其次，由於筆者的學術專長還是宗教研究，特別是佛學研究。因此在討論三項個案時，還是著重在「宗教療癒」（特別是依於佛教原理的對治法）對三項個案的助益與侷限。其中個案 A 的敘述篇幅最大，這是由於該個案的病史最長，也因筆者對該個案參與觀察與投入協助的時間最長，所累積提供研判的病史資料，當然是三項個案中最多的。

三、宗教療癒對 A 個案之助益與侷限

（一）發病原因：聯考落榜之重大打擊

個案 A 現年六十歲，少年時期應已經微發病，但年月已經不詳。嚴重發病而住院，則是在 1982 年，即二十四歲的那一年。至 2010 年底停藥為止，已有長達二十九年服用精神藥物的病史。

A 幼時長相甜美可愛，少時個性溫馴，善良易感，在同學間的人際關係很好，功課也總是維持在前幾名。但是不料於 1973 年國中畢業（十五歲）參加高中聯考，竟然意外落榜，從此鬱鬱寡歡。第二年考上了當時校譽良好的北部五專，讀完三年又因故退學。

A 原本和善且樂於與人互動，小時還很喜歡唱歌跳舞以自娛娛人。但是在落榜以後，A 經常保持沉默孤獨，不願與姊妹互動，自顧自躲在

房中。由於家屬對精神疾病相當陌生，因此對於她的異常行為毫無警戒。

在回顧這段病史時，筆者得到一個結論：對於突然改變性情，變得孤僻的孩子，家屬要及早警覺，慈愛地導引他走出孤寂，而不宜讓他長期「落單」，以免落入情緒與意識的黑洞而無法自拔。若家屬的導引無效，須向心理師尋求諮商與協助。

（二）幻覺與幻聽

退學後有一段時間到工廠上班，但時做時輟，職場轉換頻繁，估計此時已有幻覺與幻聽現象。於父親老病住院時，A 是姊妹中唯一沒在讀書的子女，暫時停止外出工作，承挑起照護老父的責任。但是 A 本身已情緒不穩，看護工作的繁重，使她偶有不耐煩的表情與聲調。父親過世後，個案 A 頓感內疚，每日誦習《地藏經》為父迴向。然而經中為了勸善警惡，有一長段形容罪苦眾生之地獄實況，這讓她產生了新的幻聽內容，因此 A 變得十分恐懼且激動易怒。

筆者後來發現：源自宗教聖典的許多圖像，諸如淨土、天堂或地獄，都有可能成為患者產生幻覺或幻聽的素材，由是產生脫離現實的想像，以及亢奮、恐懼等強烈情緒。

（三）意識斷裂現象

A 做家務事，經常在做到一半時，動作忽然停擺，發愣數秒才回神過來繼續工作。此後漸形惡化，意識斷裂的情形，延長至數十秒，乃至數分鐘。1981 年間，A 居住於其三姊 Sh 法師住持之基隆某佛寺，每天認真禮佛、誦經，但意識斷裂情況依然嚴重。

有一回山下迎神賽會，鑼鼓喧天，A 在禮佛中聽到鑼聲鉅響，忽然

仆倒在地。寺眾將她扶起時，她已僵直不動，宛如蠟像。僵直不動的時間，長達十餘乃至數十分鐘。清醒片刻，會稍作移動，接著又是僵直不動。平時十分愛乾淨的 A，這時即使屎尿就地流下，依然一無所覺。

(四) 住院治療

Sh 法師緊急將 A 送往台北榮總急診，接著轉入精神病房。精神科醫師先施以重劑量的抗精神病藥物，讓 A 逐漸從昏迷的僵直狀態中清醒過來。但緊接著，A 出現了口水多，吞嚥困難，眼睛不由自主往上吊起，四肢僵硬且手腳顫抖的錐體外症候群。爾後隨病患清醒程度而劑量逐漸減低，錐體外症候群才逐漸減除。

住院期間，榮總為 A 作了十分周詳的各種檢驗。待到確認個案並非器質性病變（Organic psychosis，各種腦器質性精神病、軀體疾病和中毒引起腦功能損害，所導致的精神障礙），方纔正式判斷其為「思覺失調症」（其時名為「精神分裂症」），呈顯「僵直性症候群」。爾後除了提供心理諮商、藥物治療外，還曾輔以催眠治療。

醫師的專業、謹慎與認真態度，以及病房對患者的人性對待，使得 A 的二姊 Jh 法師，對西醫體系的精神醫學產生了強大的信心。雖知這種疾病不可能治癒，且須終生服藥，但仍然以信服之心，將妹妹交給西醫治療，積二十九年而不輟。換言之，Jh 依於佛法的體認，並未採納任何半專業圈的民俗療法，而是選擇了「相對最好」的西醫專業圈療法。

(五) 斷藥及其後果

即使如此，A 出院後未久，還是抗拒西藥的副作用，此時常與強迫其服藥的二姊產生爭執。一度因一位法師善意介紹他所認為十分高明的中醫，中醫對治療精神疾患十分有把握，建議 A 以中藥替代西藥，A 於

是順勢停服西藥。未料一段時日後，幻聽與意識斷裂現象又逐漸嚴重起來。於是在遷住高雄寺院後，還是回到西醫體系接受治療，於高雄醫學院掛號門診，續服西藥。由於 A 停藥已久，症狀不佳，因此醫院為其使用「電擊」治療。

在此之後，任何人建議以中醫療法替代西醫藥物，Jh 都不為所動，並且絕不讓 A 自行斷藥。

（六）藥物影響工作與人際互動

1983 年夏天，A 與母親在高雄某寺院安定下來以後，隨眾、領職的生活適應大體良好。由於其個性溫和，笑容甜美，因此甚受寺眾之歡喜接納。但是服藥使其昏沉嗜睡，動作遲緩則使其於領職時，受到同職師父不耐煩與責備的壓力，人際互動壓力很大。

（七）固著觀念與刻板印象

另外，個案 A 的固著錯誤印象亦很難拔除，思想較無彈性。例如：有一陣子 A 告知 Jh，她感覺自己躺在棺材內。Jh 因勢利導，勸她改觀想自己躺在淨土蓮花座上，她雖然聽從，但過幾分鐘後又回來找 Jh，訴說同樣的感覺。如是一日數十百次重覆著同樣的對話。一般不理解此為「症狀」的住眾，難免對其重覆述說同樣的事，感到很不耐煩。

1988 年，Jh 在台北市某精舍安頓下來，立即將 A 與母親一同遷回台北，好讓 A 減除團體生活的人際困頓與職事壓力。此後 A 大體與 Jh 共住至今（僧團現址桃園）。只有在 2000-2001 年，A 對 Jh 的嚴格要求，產生嚴重不滿，累積了許多怨恨情緒，伴隨許多負面的想像，堅持離寺出走，長達一年以上。

(八) 罹患蜂窩性組織炎

A 換過數種西藥，每一種都會帶來諸如昏沉嗜睡、身體浮腫、焦渴不已而喝水不休等等副作用。一段時間，A 乳房罹患蜂窩性組織炎，疼痛不已，疑似服藥產生的副作用。用中草藥只能暫除紅腫，但過一陣子又疼痛起來，只好在新店耕辛醫院作了手術。該手術雖有局部麻醉，但事後只要換藥，A 仍疼痛到忍不住大聲哀嚎。因此雖在 Jh 叮嚀下，A 對終身服藥已經認命，不敢輕易中止，但西藥所帶來的副作用，已讓 A 承受著另一些苦難折磨。

(九) 神秘力量之莫名牽引

2000 年 7 月間，個案 A 認為 Jh 對她過於嚴厲，並將其受到之工作要求，抱怨為「被 Jh 視作僕役」，在憤怒情緒中不受勸阻而堅持出走，到台北新莊一處小佛堂流浪長達半年，半年後又離開該處，道場與她完全失聯。直到 2001 年 9 月，A 自新莊雇車，請搬運公司司機載至台東某神壇，但到達目的地後，未允付搬運費。司機乃強制索取 A 之家屬電話，而與 A 之小妹 Ji 聯絡。Ji 要求司機，立即將 A 自台東連人帶物載回桃園，並允諾給付來回全程費用。一路上司機還勸個案 A 好好學佛，不宜「叛教」。由於 Jh 堅持正信佛法，自 A 出家後，不但為 A 講述正信佛法，還教 A 學習各種出家法。因此 A 流落在外期間，如何竟與神壇搭上線？個中內情迄今不解。

爾後 Jh 與其他精神患者家屬交換意見，方知 A 不是孤例。這類患者即便過往全無鬼神信仰，也不知來自何方的神秘力量，會主動找上神壇。A 只是這類案例之一。

筆者對此現象的解讀是：思覺失調症患者精神失調，心靈無法統整，

不啻出現了無形的裂縫，讓異界眾生得以滲入患者身心，而形成某種程度的心靈牽引力，此所以患者過往即使未曾接受各種「尚鬼」的民俗信仰，卻依然莫名所以地信賴並接近神壇。

（十）藥物與長效針之嚴重副作用

A 抵桃園後，暫時住在小妹 Ji 家，但仍不肯返回道場。Jh 恐其一年餘之斷藥，使得病情惡化，遂向桃園居善醫院求助，由住眾取得安眠藥物帶給 Ji，請其置入飲料中讓 A 服下。待 A 昏睡後再抬下樓，以救護車直接送至醫院。

由於 A 服西藥已有二十年，對精神藥物已有抗藥性。重劑量之安眠藥竟然不見效果。Ji 只好在 A 半清醒的情況下，半強制地請其坐上計程車，到居善醫院門診並辦理住院。

自此以後約有十年，A 於居善醫院長期門診，並有前後三次因病況較差而住院。精神藥物服用之後，並非一勞永逸，因為藥效總是逐月遞減，副作用則逐月遞增。只要藥物失效，醫師就會為其更換藥物。因此 A 服用過各式各樣的精神藥物，也持續承受著各種副作用所帶來的困擾或是痛苦。

在昏沉嗜睡、動作遲緩之外，住眾觀察發現，A 並未因服藥而終止幻聽的折磨，但她會避開眾人，在自認為沒人經過的地方（如廁所或庭園角落）吃吃地笑，或是喃喃自語，或是忿怒地與幻聽對象吵架。

由於 A 於任何時候都感覺喉頭焦渴，必須不時大量喝水，導致身體浮腫，A 感到相當自卑，並且十分節制進食以克制體重。但節食並無太大效果，因此 A 常深感沮喪，拒絕任何拍照，並且對他人的眼光、言語或態度十分敏感。曾懷疑某位信徒對其語出不遜，而斷斷續續打電話騷擾該信徒，有時還大聲責備她。這類懷疑別人對其存有惡意的怪異行為，

隔不久就換一個懷疑對象，有點類似「被迫害妄想症」。

2007 年，居善醫院為 A 改打每月一劑長效針，使其不必服用藥物。一開始 A 深覺歡喜，因為幻聽略有減除，且不用為每日之服藥所苦。不料年餘之後，長效針逐漸失靈，不但幻聽嚴重，還再增加了幻視——A 所謂「魔境干擾」。每當該種幻視出現之時，A 總是眼睛睜大，極度恐懼且無法閤眼。然而醫院已為 A 用過所有各類的精神藥物，長效針已是最有效的新藥物。Jh 無奈，只好將安眠藥取來讓 A 服下，並請 A 與其共眠，以精神支持 A，讓她不致孤獨地承受恐懼的強大情緒。A 在安眠藥效生起而沉睡後，方纔徹底放鬆。翌日覺得精神良好，且不為幻視所苦，就對自己充滿信心。但若干時日後，又同樣發生「魔境干擾」的現象。如是週而復始，A 受「魔境干擾」的次數越來越多，頻率越來越高，安眠藥效也越來越短。曾一度在痛苦中住院，懇求醫師讓她「一針畢命」。

服藥將近三十年，到了後期，無論服何種藥，總是藥效越來越短，副作用越來越大。而且 A 從原來只是「狂喝開水」，變本加厲地加上了「狂吃食物」。她喝水早已用大壺「倒」著喝，進食則更是不擇時地、不擇食物地狼吞虎嚥。有時基於羞恥感，還會偷偷趁大家不在廚房時，從冰箱裡抓冷藏食物直接吞下。

由於 A 十分介意體重，這種病態的進食方式，無可避免的會讓她體重暴增。Jh 於是與道場住持 Sk 法師商量，研判西藥療法似已走到了盡頭，再也走不下去了。Jh 擔心再這樣下去，A 會徹底崩潰。其下場很可能是終生監禁在療養院裡，Jh 實不忍見 A 陷入如此悲慘的結局。

（十一）動靜交替，多動少靜

Sk 是一位禪師，她建議 Jh，西醫既已罔效，不妨改採佛法的觀念

來進行治療。她為 A 規畫了「動靜交替，多動少靜」的生活方式。Sk 亦深知斷藥的嚴重性。但是她評估：若不斷藥，那麼患者即將陸續呈現的症狀，吾人將永遠無法辨識：哪些是精神疾患本身的症狀，哪些則是來自藥物的副作用。例如：「魔境干擾」這樣的幻視，原非 A 之病癥，反倒是在打長效針後期出現。幾經考慮之後，一向全盤接受西醫療法的 Jh，終於答應為 A 斷藥，全面配合 Sk 的「佛法療癒計畫」。

於是，就在 2009 年 12 月 28 日晚間，Jh 召開住眾會議，由 Sk 向 A 分析其當前處境，依佛法觀點而作自然療法的分析：

「倘若沒有器質性障礙，那麼精神出了狀況，靠念力來自我療癒是最直接的，但也是很困難的。因為對患者而言，他的心力薄弱，念力無法集中。至於靠藥物來改善病情，妳已忠實地走了將近三十年，但已日見困窘。因此建議妳先暫時斷藥，從身體來反向操作，用身體來帶動心理，好達成自我改善的效果。我們會從旁協助。從明天起，妳每天經行六支香，上午三次，下午三次，各走 40 分鐘。」

個案 A 當然樂意斷藥，但對經行一事十分遲疑，詢問這樣要走多久，Sk 以「三三三」原則評估：

「古云『事不過三』，因為過了三次就會形成慣性。因此妳要矯治沉痾，也要提起耐心讓它『過三』。先試著經行三天，接著經行三個月，相信妳就能大幅改善。若再走三年，必能脫胎換骨！」

「改採佛法的觀念來進行治療」，在此主要是指緣起論的「色心交感」原理，以及就此原理而設計操作法，將四念處中的「身念處」活學活用於病患身上，讓她透過經行來帶動身體，同時也就或多或少地將念力放在身體，讓心識負向運轉的時間與效力遞減。

此中所述「三三三」原則，即是扭轉舊有慣性，培養新的好習性。就佛法的術語，即是讓正向的同類因不斷增強，好產生正向的等流果。

負向運轉的時間與效力遞減，正向運轉的時間與效力遞增，這一消一長以長期經營的理念，讓半生飽受精神疾患折騰的 A，產生了翻轉人生的一線曙光。

（十二）斷藥初期之艱苦歷程

Sk 建議住眾：「A 走這條路十分艱苦，倘若有大家為伴，會走得平順一些。而且經行對所有人的健康都有好處。因此建議大家輪流排班，陪 A 共行。為了顧慮 A 的感受，因此新來的住眾暫不加入排班經行行列。老眾與 A 共住已久，彼此互信感較強，所以由老眾陪同。經行地點就在道場庭院之內，下雨就進入殿堂繞行。」

當晚大家陪同 A 試行了 40 分鐘，A 還能接受。第二天上午也還勉強配合，但自第二天下午起，每日經行成了大家的噩夢。因為個案 A 感到疲累、腳痛，並且白天的時間幾被經行佔滿，無法讀書或做其他事，因此 A 十分抗拒經行，經常在房間裡對空怒罵，情緒十分激動。

斷藥經行的第四天，A 情緒激動地邊經行邊怒罵，在廚房附近的庭院道途，突然向後仆倒在地，類似癲癇發作地全身抽搐。陪同經行的師父在前導行，見狀立刻呼救。在廚房中工作的師父趕緊衝出來，見 A 牙齒緊咬，從嘴中流出鮮血，恐其會咬斷舌頭，連忙拉開咬合處，強行塞入手指。住眾趕緊將 A 送醫急救。醫師檢查發現，A 的後腦因撞擊地面而腫了一個大疱，上排牙齒全部插入牙床（原先以為上排牙齒全部斷裂），可見發作時的瞬間咬力與撞擊力十分驚人。

送醫住院數日期間，A 情緒非常平靜，向探病的 Jh 與 Sk 深表感謝。陪在病房的住眾見其仍有少許幻聽干擾而喃喃自語，還是偶而讓她服一

點精神藥物。

出院後，Sk 要求 A 繼續經行。於是又陷入抗拒、嘀咕、忿怒、大罵的惡性循環中。

漸漸地，A 默然接受了這樣的安排，並且比陪行者還準時在齋堂等候經行。40 分經行完畢，有 20 分休息，她也能靜靜地在齋堂等候，不須回到房間。顯然對這樣的生活模式，她已培養出了新的慣性。

有時 A 會在行進途中突然停止，又回到臘像狀。這時，陪行者會善意地催促她。最嚴重時，A 的靜止力量太強，無法聽陪行者的要求而拔腿，這時陪行者會找來另一住眾一同陪行，一人一邊牽著 A 的手，一邊誦大悲咒，勉強拉著她同行。

經行約一個月後，即是 2010 年農曆新年。春節期間，A 的遲緩現象達到顛峰，除了經行時間必須邁步之外，其餘時間 A 的靜止力量十分強固。有時在廚房中呆呆地看著大家忙碌，彷彿神遊太虛，靜止時間甚至長達十數或數十分鐘。腦內的記憶連結似忽全盤斷散，連 Jh 怕她口渴，要她喝水，A 都還要詢問「怎麼喝」。Jh 逐一教導她舉杯、喝水的動作，這才緩緩喝了下去。發現她長期經行，走到腿跟破皮，Jh 為她泡脚、上藥，她也默然接受。

最嚴重的是年初二晚間，連 Jh 要她喝水，她都受幻聽支配而全然抗拒，並且情緒十分激動。Jh 於是與住眾周匝環繞，一同為她誦念觀世音菩薩聖號。漸漸地，A 彷彿用盡了全身的力氣，勉力合掌，與大家一同誦持聖號，情緒方纔平穩下來，也漸能接受勸告喝一點水。

經行至三個月期滿，A 逐漸好轉，竟已能夠分辨真幻，而且已有不受幻聽支配的能力了。易言之，她已能精確辨明：哪些聲音來自幻聽，而且可以不必理會它。

(十三) 抗拒經行，功虧一簣

做到這一步，原本證實了 Sk 依身念處原理而為她量身打造的方法，在她身上確實有效。但 A 的心念從幻聽世界拉回到現實生活後，越來越不滿意每日六次經行的生活安排，希望能停止經行或是減量。Sk 恐怕這樣會前功盡棄，因此未予同意。這讓 A 十分忿怒，因此向許多來此道場的法師與信眾求援，希望搬離此間。

其中一位 Ro 法師住在屏東，過去曾有輔導另一思覺失調症患者的經驗。見 A 每日被強制要求經行，Ro 認為：不宜給 A 太大壓力，要尊重其自主意願。因此善意接受了 A 的請求，讓她過去屏東共住。Jh 雖然十分不願，但見 A 求去之心已堅，又想到 Ro 善良可靠，只好於 2010 年 4 月間，與住眾共同親自駕車到屏東，讓妹妹第二度離開道場。

這以後半年時段，Ro 以「尊重 A 個人意願」的方式相待，並且慈悲呵護，給她良好的住宿空間。見其整天呆在房間，還特別為 A 安裝冷氣。Jh 建議 Ro，一定還是要依原先步調，讓 A 「多動少靜」，Ro 見 A 聞「走」而色變，乃技巧地與 A 在鄉間騎自行車、散步，用以替代經行。

經行功課停止一段時日之後，A 的情形每下愈況——起先還願意跟隨課誦，定時吃飯，協助作務，但是病情日漸嚴重，靜止力量更強，陷入全然接受幻聽支配的處境之中。Jh 偕道友或家人來探視時，A 疏離走避而不願與家人碰面。緊接著，A 連課誦也不參加了，用餐不再準時，最後連澡也不洗了，迫得 Ro 忍無可忍，跪求 A 必須沐浴。顯然 Ro 「尊重其自主意願」的策略有重大盲點，換來的是 A 更大的精神渙散，以及生活秩序的崩潰。

半年後，Ro 因自身病苦，想要遷居他處療養。A 聞言大感恐慌，不知如何自處。這時 Jh 連忙請住眾以電話聯繫，熱誠地歡迎她回來。A 這

才終於首肯，由幾位住眾一同駕車南下，將她迎回北部道場。

(十四) 嚴重退化，強烈防衛

剛返回道場時，A 臉部發黑，遲緩與靜止情形回到發病原點：全然受幻聽支配而不願與任何人接近。任何人一接近她，A 就十分激動，口中唸唸有詞說要「消毒」，不啻將他人當作「病毒感染原」。課誦時段經常遲到，遲到十餘乃至三十餘分鐘不等。一餐飯吃吃停停，要花費一個多小時；所有作務都沒有能力加入；對於規律的道場生活，適應起來十分困難。

Sk 見狀，乃要求個案 A 必須回復「多動少靜」的經行生活，每日走三支香。A 不再強烈抗拒，遲緩現象稍見好轉，意識斷裂的時間縮短，生活較能步入正軌。但是晨課時無法起床。A 的大姊 De 是道場志工，喚她起床參加課誦時，可能由於 De 是親人，她較不掩飾情緒，竟然猛力摔門。屢勸不聽後，Jh 與 Sk 強制其住到團體房中，並請 De 與其共住，以觀察 A 之睡眠情形。De 於午休時陪伴著 A，這纔發現：她平躺時，兩手各捉毛巾一端而高高舉起，身手呈 90 度，如蠟像般一動也不動。De 見狀十分心疼，不斷溫情呼其將手放下，A 回神過來，這才緩緩鬆手。如是反復數次，A 可能疲極，一方面有 De 在一旁，安全感增強，另一方面被 De 的喚聲拉回現實，暫時擺脫了幻聽的支配，終於可以呼呼大睡。

於是真相大白：A 之所以在 De 叫其起床時，情緒激動而摔門，原因出在她晚間獨處時，完全「落單」，根本沒有入睡，受到幻聽之支配，而以抬起雙手的緊繃姿態，呈蠟像狀而靜止不動。這種不正常的長時段手臂緊繃，也讓 A 的肌筋勞損，左手完全舉不起來，經行時經常只甩右手。

De 與其共住之後，不斷制止其將手拉毛巾舉起。久而久之，這樣的怪異動作終於停止，個案 A 睡得很沉。偶而出現驚慌狀時，De 也會在一旁輕聲告知：「大姊陪伴妳，不用害怕！」A 聞言才安心下來，繼續呼呼大睡。顯然在有支持力量帶來的安全感，使得幻聽減弱了對 A 的支配力道。於是 A 的情緒有明顯改善，不再摔門狂罵。爾後，除了 De 之外，住眾亦有兩位 A 所深為信賴的師父 Ha 與 Wu，與 De 輪流陪其共住。

有兩位整脊師定期前來道場義診，對 A 都十分呵護，她原先抗拒整療，被 Jh 法師強制拉進來，在語無倫次的忿罵聲中，躺下來接受整療，到後來已主動登記，願意接受兩位整脊師的義診，於是左手臂的傷勢稍有改善。

2010 年冬日漸寒，A 雖準時經行，但不肯多穿衣服，任誰勸說也不為所動，於是腳跟出現嚴重的凍裂傷。De 於是將所有夏衣藏了起來，A 只好穿上較厚衣物，但仍不肯穿上毛衣與毛襪。有時 A 還會在神智不清的情況下，排遺於馬桶外面，踩著糞穢行走。

偶而會聞到 A 身上所飄出的異味，De 仔細觀察，終於發現：A 根本沒有洗澡，被 Jh 強制進入浴室，也只是靜止不動，或是在地上灑些水，企圖用水聲來魚目混珠。

有一晚，Jh 見 A 與大姊分別站在浴室內、外，為 A 不肯洗澡而僵持不下，於是強行進入浴室，要求 A 立即沐浴。這才發現，原來 A 竟然穿著衣服沖水，並且完全不使用肥皂或沐浴乳。於是 Jh 強行在她身上塗抹沐浴乳，A 只好趕緊將沐浴乳沖掉，多少達成了一點「洗潔」的效果。

(十五) 團隊合作，友愛扶持

回到道場半年以後，遲緩動作已有大幅改善，A 從原來孤立自己，

改變得樂於從眾，與大眾共同生活。以往吃藥時，每逢開會、上課、靜坐，她都表示吃藥頭昏，要去睡覺。在斷藥之後年餘，A 完全改變了自己，包括各種儀典、靜坐、開會、上課、研討會或小組討論，她都全程參與。有時即使疲極，她也寧願在座中打瞌睡，不肯離開。2010 年十月，一位國際知名的大禪師蒞臨道場開示，大眾盤坐聆聽，前後長達四個小時，內容十分艱深，A 竟也全程參與而不退席。2011 年暑期舉行禪七，A 也全程參與，極少離座。凡此種種，顯示 A 在回歸道場的規律生活後，在道友們的慈護之下，已經漸入佳境。

只是在兩堂課誦與其他正式場合，A 依然經常遲到，這已成為一種膠著難改的慣性。有時雖早於清晨三時許即已睡醒，並且穿好海青袈裟，坐在床沿等候時至，但課誦開始時，她依然只能坐在床上或站在房內靜止不動，因此依然遲到十數乃至數十分鐘。課誦結束後，A 會向大眾懺悔表示自己遲到十分不當，但下次課誦，她依然故態復萌。可以說，遲到雖不若其他失序或失態問題嚴重，卻也甚難戒止。至三年後，才在道友協助下，逐漸獲得改善。

至於不洗澡以至散發惡臭的問題，A 所十分信賴的 Ha 師父對她施以耐心勸說，並表示願意與她一同洗澡，這才終於讓 A 軟化，允 Ha 進入浴室內，然後與她一同脫衣沐浴，但不准 Ha 看她。這樣的愛心與善巧，才讓 A 終於破解了「不准洗澡」的幻聽指令。

個案 A 自屏東返回道場後，對所有人靠近她都深具戒心，至此，A 已逐漸與人接近，性情變得更為溫和，情緒變得平緩而減少激動，說話也逐漸減少了語無倫次的現象。

A 的食量依然大於常人，但已不再狂吃狂喝，這也讓 A 消除水腫，氣色健康，因此而甩脫了因肥胖而深感自卑的陰影。如前所述，A 在斷藥前絕不肯照相，到此已能坦然照相，大家邀她拍團體照，她不但過來

參加，而且坦然接受安排，坐到第一排。

由於 A 的正念力過於薄弱，經常失念、發愣，Jh 遂要求大家，讓 A 於半月誦戒時段擔任誦戒師，好讓 A 建立起自信心，並且依殷重心而喚起專注力，用以對抗幻聽干擾。

果然，A 的表現十分良好，而且越來越進步。一開始 A 在課誦或誦戒時，還會在幻聽插入時與幻聽對話，但這種現象越來越減少了，她的唱念也越來越大聲了。一開始誦戒時，還會在幻聽插入時，明顯地逐漸糊掉誦唸的字句，但只要 Jh 或其他住眾，適時幫她續唸下面的幾個字，她立即會提起正念，繼續唸下去。近些年誦戒時，這種現象更為改善，A 已能全場專注，誦戒半小時以上，絲毫不受幻聽干擾，而且誦念速度比一般人還快，這是專注力強化的具體表現。

這些改善必須有良性回饋，因此 Jh 與 Sk 應允將她的房間喇叭鎖裝回去，好讓她白天能夠回房間裡，擁有獨處的安全空間。自 2011 年 9 月起，見其晚間入睡情況已十分穩定，因此進一步讓她返回房間居住。但為了避免她「落單」時又受幻聽操控，因此還是由大姊到其房間與她共睡。

每場課誦或誦戒下來，住眾立即趨前向她恭喜並大表讚歎。大眾作務時，A 往往在旁發呆而不知所措。Jh 見狀，請大眾給 A 安排適當的工作，好讓她在加入工作團隊過程中，產生成就感與同儕的友愛。果然 A 能投入部分諸如掃地、拖地、洗碗等工作，而且做得很好。這些點點滴滴的愛心鼓勵，對個案 A 都有重大療效。

A 的大姊 De 也發現：越催促她，A 就越忿怒，越忿怒就越遲緩，靜止力量反而更強。這樣的發現，使她改變了互動方式，以適時的輕聲提醒，代替不間斷的急切催促。

（十六）回到校園，圓大學夢

2015 年，亦即斷藥五年後，A 竟奮力克服身心與社交障礙，跟其他多位學眾一同進入玄奘大學，就讀宗教與文化學系，在同儕支持力量下，業已讀到大四，即將於 2019 年 6 月畢業。這可說是一項重要的心理療癒進程——一來圓了 A 自少年時代即已殷盼的「大學夢」，二來亦將 A 之社交網絡從道場拉到校園，令其生活體驗多元而豐富。

（十七）幸福、安全與價值感

斷藥迄今（2018 年 11 月）八年，除了在屏東的半年與從屏東回來的半年，A 有嚴重退化現象，對親屬與住眾有嚴重敵意與防衛態度，可以說，A 的遲緩現象大幅改善，靜止力量減弱。有時發呆個幾分鐘就會回神，而不須旁人一再叫喚協助她拔出意識斷裂漩渦。A 的防衛態度也大為改變，越來越信賴周邊的家屬與道友，並且時而發出溫暖幸福的淺笑，而非在幻聽中不由自主的傻笑。

此外，在 Sk 的指導下，道場對 A 持續展開的輔導有如下數項：

一、持續運用「身念處」原理，令其以經行方式運轉身軀，使心識減少停滯、飄散與受外力干擾之機會。

二、在住眾共同慈心呵護，不離不棄，對其飲食量進行適當控制，以免產生水腫或肥胖症。更有四位住眾，對其無法自理之生活事項，進行陪伴、導引，以免健康惡化，並使其保持住處、衣物之整潔。這種持久的耐心陪伴，使 A 產生了強烈的安全感與幸福感。

三、由於 A 始終抗拒任何肢體碰觸，為了打開這樣的心理禁錮，更為了知悉並改善其健康狀況，道場長期讓 A 接受整復師之有效整療。自 2016 年 11 月起，進而讓 A 接受舒經展絡之芳香療法。由於這是由專業

理療師碰觸其肢體，A 在心理上較能接受這樣的接觸，因此確已逐漸打開前述心理禁錮，且亦明顯有效地增進了 A 與人們的互動能力。

總的來說，斷藥以後的系列措施，讓 A 完全脫胎換骨。她雖依然有些失能，無法等同於「正常人」，但已擁有高水準的生活品質，連幻聽都減少了许多，而且已能在大多數時候不理會幻聽的內容。這是她自發病以後三十餘年生命歲月中，最感受到幸福、安全，以及自身價值感的美好時光！

四、宗教療癒對 B、C 個案之助益與侷限

個案 B 與 C 的病史，受限於作者參與觀察的時期，簡要敘述如下：

（一）禪堂精進，鬱悶發病

個案 B 於 84 年入住道場，是一位善良溫和的比丘尼，表達力很強，動作迅速敏捷，曾任 Jh 的助理，於 2000 年向道場告假，到緬甸專心禪修。未料 2002 年後，B 竟然在緬甸發病。原來，其欲達致禪觀成就之境界，而全心投入禪修，卻遲遲不見成就，遂因鬱悶已極而發病，受到幻聽的支配而語無倫次。Jh 不忍聞其在異鄉受苦，趕緊命其妹妹到仰光帶她回來。B 起先不肯接受西醫治療，在 Jh 的勸說下勉強到醫院就診，並住院了一段時日。稍微穩定之後，B 不喜接受藥物的副作用，因此幾度自行斷藥。斷藥未久，幻聽又嚴重起來，才又複診以恢復服藥，逐漸讓病情緩和下來。如是服藥、斷藥之循環，四度發生。

B 回顧其病史云：「服藥後確實會區別現實與幻覺，但斷藥之後，起先未覺異樣，逐漸會被幻聽干擾，而且無法辨明那是幻聽。幸好我對 Jh 深具信心，會向她請教：『道場真的發生了凶殺案嗎？某某法師真的是被我殺死了嗎？』諸如此類。只要 Jh 告訴我『那都不是真的』，我就

可以暫時放下。但幻聽還是無法間斷，所以最後我死了心，不敢再輕言斷藥了。」

總的來說，個案 B 是服西藥而成功的範例，她已大致能如常生活，2009 年，進入大學校園，2013 年成功地完成四年學業，在校期間，甚受同學的歡迎。

但是她依然難免出現服西藥的副作用，例如全身略顯浮腫以及昏沉感。爾後在 Sk 輔佐下，配合有效運動與自然療法，已可將藥物減至微量，不但可以生活自理，還能承擔道場職事。

（二）師父犯戒，徒弟受害

個案 C 自小就有看得到異類眾生的靈視力，但可以對異類眾生置之不理。出家之後，若見有某位親人趨前的影像出現，打電話回去詢問，必是真有親人亡故。這時 C 會為其誦經回向，因此依然相安無事。

後在其剃度所在的道場，因師長不守根本戒，對弟子有所毀犯，這讓 C 受到了心理的重大傷害，離開時已經出現了幻覺與幻聽的精神病癥，並且會有自毀乃至報復對方的強烈念頭。父母為了讓她走出過往傷害的陰影，曾經費盡心血，尋求各種可能的支援管道。她也到過其他道場嘗試居住，但都沒有成功。

2007 年期間，C 嘗試與 Jh 聯繫，Jh 與僧團接納了她，但發現她幻聽干擾嚴重，晚間無法入睡，而且自殺的念頭很強，有時在無人處也會發洩情緒大吼大叫，於是依個案 A 的治療經驗，告訴 C 的父母：「C 必須立即接受西醫診治，而且住院一段時間。待出院後，我們一定會接納她回道場共住。」

父母送去就醫住院後，C 被判定為思覺失調症，用精神藥物治療之後，情緒較為安定。但對過去的傷害陰影，西藥還是無助的，C 是依於

Jh 與 Sk 的佛法開導，以正見與正念，學著將報復的心念放下。由於感覺服藥對其構成無法正常生活的困擾，甚至還發生「夢遊」狀況，因此在出院服藥一段時日之後，C 決定斷藥。

斷藥後，C 較不會昏沉，因此作息較能隨眾，但是晚間會受到異類眾生趨前的圖像干擾，有時還無法抗拒地讓「它」進入自己身體。這與思覺失調症的幻覺較為不同，而與其靈媒體質有關。Jh 勸她以佛陀的無量光灌入全身的觀想法，讓黑暗力量瞬間遠離。

2009 年 9 月，C 在 Jh 輔佐之下，與 B 一同報考大學，並且於四年後順利畢業，大二時 C 還獲得全班第一名。其父母因此也成了道場的忠實志工，愛屋及烏地協助道場，護持住眾。

如今 C 雖已離開該道場，但仍在南部主持一間小道場，於該處弘法利生。

五、結語

綜上所述，可以獲得如下結論：對思覺失調症，寄治療的希望於宗教，期待運用宗教的神秘力量來取代醫療，固然是一種偏執，但依本文所述個案以觀，倘若將思覺失調症完全與宗教脫鉤，並將一切與宗教修持相關聯的醫療或復健方式排除在外，也未必是患者之福。

吾人不妨將「附體現象」與「思覺失調」的西醫治療與宗教療癒分別以觀，不宜混為一談。

（一）「附體現象」的西醫治療與宗教療癒

即便某些人真的是發生了「附體」之類現象，精神藥物也依然與基督宗教的驅魔、道教的趕鬼、民俗的收驚同樣見效，因為這些外力介入的方式，都有可能產生暫時的阻斷作用，讓異類眾生無從附著，知難而

退。

問題是：外力介入能根源性地解決「附體」的問題嗎？就筆者所觀察的個案，異類眾生與人類一樣，習性迥異，有的溫馴，有的強悍；有的見好就收，有的知難而退，有的糾纏不休。倘若遇到強悍而又糾纏不休的異類眾生，即使道士、法師與驅魔師暫時驅趕了它，過些時候待到個案「落單」，它又會靠攏過來。於是形成一驅、再驅且驅不勝驅的膠著狀。

佛教大都不用強勢驅離，而是用感化、開導、勸解的柔性處理方式。倘若遇到糾纏不休的異類眾生，也會出現膠著狀態。另一方面，若是異類眾生與個案間有宿世的恩怨情仇，那就更得從根源上化解彼此的宿怨，而無法一驅了事。《慈悲三昧水懺》所述悟達國師「人面瘡」事，⁴即著例。

因此這類個案，作法驅趕或感化開導，依然隨著個案本身的身心狀態、異類眾生的煩惱習性，或是彼此之間的宿世因緣，而有效果上的差異。有時一次就能奏效，有時卻只是初步成功，後續生活中依然要有親屬、友人持續陪伴，以強而有力的正面能量，給予共同的扶持，讓個案在正面能量的扶持下，逐漸茁壯自己，才有可能從根斷除侵擾現象。

至於個案本人，也必須學著依善良、光明與喜樂的心念，讓生命能量正向而轉，不能恆久仰靠外力。畢竟生命的漫長之路還是會有「落單」之時，倘若心念習於作負向思考，容易有負面情緒，那些與其負面情緒相應的負面能量，就會自動粘著上來，宛若揮之不去的棉絮一般。反之，

⁴ 〈御製水懺序〉、〈慈悲道場水懺序〉，《慈悲水懺法》卷上，《大正藏》冊 45，頁 968。CBETA 電子佛典集成：http://tripitaka.cbeta.org/T45n1910_001，2018.11.27 瀏覽。

倘若心念習於作正向思考，激發高尚的情操，那麼它的生命能量一轉動時，那些與其境界無法相應的負面能量，就會自動彈開，休想越雷池一步。

因此，任何宗教中的默想、靜觀、誦念、禪修，只要是能生起善良、光明與喜樂的心念，都會是讓個案增長正面能量的良好方法。它比起外力驅趕，必將更為究竟。因為個案自己本身業已強壯，也就不必擔心「落單」的問題了。

(二)「思覺失調」的西醫治療與宗教療癒

必須承認：迄今為止，西醫治療依然是主流治療法。

但是西藥服久之後的強大副作用，對大多數患者依然會帶來身心傷害。像個案 A，就已因長期服藥而產生了身心的巨大傷害。因此決定予以斷藥，並對個案 A 施以佛法觀念下的自然療法(含經行與花精療法)，以及大眾的慈悲護念，這是對 A 生命的關鍵性決定，並且讓她脫胎換骨。

斷藥並在強大的道場慈護力量下，讓患者逐漸產生自尊感與自信心，為其在解離的各種紛亂意識中，建構起有意義的主體意識。例如：在個案 A 的病史中，近數月的快速進步，是因為 Jh、Sk 與住眾共同導引 A，讓她自我要求成為一個成功的比丘尼，並讓她從而發現價值感，發現這樣能獲得旁人的肯定與讚歎。

諸如此類的病例報告，不是要說服讀者放棄西醫療法（例如個案 B 就依然持續用藥，只是因友善環境的支持力量，使其藥量可以減至極低），但可提供一些不同視角的思考：思覺失調症，真的只有西醫療法之一途嗎？

宗教可以在這方面，扮演一些積極的輔佐角色，這在前述三個個案

中，都已一目瞭然。

佛法的觀念與方法——特別是依「身念處」原理而設計的經行、功法與友愛團隊的支持與協助，是否可以扮演更為積極的療癒角色？從個案 A、B、C 的病史中，這樣的可能性，似乎露出了一絲曙光！

參考書目

一、藏經

〈御製水懺序〉、〈慈悲道場水懺序〉，《慈悲水懺法》卷上，《大正藏》冊 45。

二、網路

白雅美，《精神分裂症》，「心靈園地」網頁：

<http://www.psychpark.org/bai/%E7%B2%BE%E7%A5%9E%E5%88%86%E8%A3%82%E7%97%87.htm>，2108.10.9 線上查索。

〈小小精神科學：精神分裂症〉，《探索腦部及脊髓》網頁：
http://www.dls.ym.edu.tw/neuroscience/schiz_c.html，2108.10.9 線上查索。

文榮光，〈要神、要人、也要自己〉，《宗教民俗治療與精神醫學》，摘自文榮光精神診索網頁：<http://share.wen-clinic.com.tw/?p=22>，2108.10.9 線上查索。

