

臺灣宗教研究 2009.12

第8卷第2期 頁1-25

專論

改框或改信？民俗宗教醫療的療效機制

張珣

中央研究院民族學研究所

摘要

本文旨在說明宗教醫療療效發生的機制。首先，說明台灣漢人宗教醫療長期存在的事實，繼而回顧幾項重要文獻與研究成果，接著闡述醫療人類學以病人為研究角度的方法學，並舉出筆者調查的乩童、卜卦、祭解等宗教醫療為例，說明以病人為中心的研究法。最後，討論宗教醫療療效發生的機制。

文化心理學的研究有兩個核心觀念，一為族群文化，一為個人心理，二者不可偏廢。近年學界說明台灣漢人宗教醫療療效發生的機制時，有以「改框」論，分析在個人心理層面療效發生的機制。然而，為了進一步解答病人為何願意接受改框，本文提出「改信」，亦即，回歸文化層面，說明西方生物醫療病因論無法解決病人的疑惑，病人回歸台灣漢人文化底層的民俗超自然宗教病因論。因此，理解民俗宗教象徵與醫療儀式仍有其重要性。

關鍵詞：改框、改信、宗教醫療、民俗醫療、民間宗教、病人中心論

一、前言

筆者從碩士論文研究台灣民間醫療文化至今，二十多年來這個領域並不太受到台灣學界的注意，筆者自己在研究民間信仰之餘，陸陸續續地做民間信仰與民俗醫療。2000年左右宗教系所大量成立之後，開始有更多學者注意到民間宗教與醫療的議題。

2009年國科會慶祝成立50週年，徵求全台灣各學術機構提供科普活動讓民眾參與，也讓平常被認為是「象牙塔」的專業學術得以推廣介紹給全民。中央研究院民族學研究所提供兩項科普活動，其中一項是「本土心理與宗教療癒」，筆者為計畫主持人。該項活動總共舉辦四個梯次活動，由民族所的三位研究人員講解並帶領學員前往數個民間信仰宮廟神壇現場，實際參訪神職人員進行宗教醫療的儀式與過程。參與學員來自各行各業，總共約130位，在他們的綜合討論與意見反映表中，都提到驚訝於民間信仰的蓬勃力量與宗教療法的盛行，促使筆者再度呼籲台灣學界應該重視此一領域的研究。而此次活動中不同學科對宗教醫療的研究角度不同，所引出的學術對話與激盪，讓筆者有此文之寫作。

「本土心理學」是台灣心理學多年來的努力與成果，台灣多位心理學者如楊國樞、黃光國、余德慧、宋文里、余安邦等，企圖將西方心理學的理論加以本土化，提出在地的文化心理機制與心理諮商理論。有別於西方心理學的個人主義色彩，「本土心理學」重視倫理與家族關係，不會以佛洛伊德的性驅力或心理衝突論為唯一的解釋。尤其近年運用胡塞爾現象學的細膩觀察，開發以台灣民俗宗教現場的「療癒」論述，成為其顯著成果。

筆者所從事的民俗醫療或宗教醫療研究基本上是從人類學立場出發，在研究方法如田野調查法，在研究角度如以病人為中心論，此二者都與本土心理學近年的研究方法相近。但是在解釋層面上，人類學比較重視族群團體層面與文化層面，而本土心理學者則比較重視個人層面與認知心理層面，因此調查出來的資料雖然相近，但是所欲達到的解釋結果卻有差別。

本土心理學者提出他們的研究成果：接受民俗醫療的病人，在其認知上經歷了一番重大的轉折，由原先的理性科學醫療轉而接受被一般人視為不理性，違反科學的宗教醫療，其認知框架上有一道「改框」的過程。這是一個細膩而隱微的發現，但是其效力卻強大，可以用來解釋現代化了的台灣民眾何以願意屈就民俗宗教醫療，多年來政府醫療衛生當局不承認的醫療行為，多數知識份子不願意面對的俗民行為，甚至連民俗宗教醫療執行者也不敢辯解的違法行為，其背後牽涉到一個有理性推理能力的人，願

意接受「改框」的心理認知過程。

二、民俗宗教醫療的幾個重要研究的回顧

中研院民族所漢人研究的主流，除了一九六十年代的宗族議題之外，一直以來即為民間宗教，包括台灣民間信仰與民間各教派，幾乎都是人類學家率先進行調查的。其中以李亦園先生不但調查傳統的民間信仰與習俗，也注意1960年代當時正在發生的「恩主公崇拜叢」。此外，李先生也注意到彰化與南投縣竹山鎮乩童的治病儀式，可以說民俗宗教與療癒研究的先驅（Li 1976）。

民俗宗教與療癒研究被賦予更為醫學專業的重視是在1978年A. Kleinman來台從事其醫學人類學的調查，其成果便是後來舉世聞名的專書 *Patients and Healers in the Context of Culture*。Arthur Kleinman 於1980年代，在台灣的田野調查指出，台灣的民眾習慣同時使用三種醫療方式，對於一些輕的、與重的急性病民眾會尋找西醫，慢性病找中醫，精神官能症方面的疾病（somatization與 neurosis）找民俗醫療（包括宗教醫療）。Kleinman最主要的理論是認為民俗醫療能夠成功，或說其療效發生的機制，關鍵點便是醫療者與病人分享有共同的宇宙觀（Kleinman 1980）。

筆者對於台灣民俗醫療做了普查與瞭解之後，嘗試給一個學術定義：民俗醫療是指一個民族對付疾病的方法，尤其指其俗民大眾所使用的自然的、與超自然的、經驗的、不成文的、當地孕育出來的醫療觀念與行為。目前台灣民俗醫療的種類有：(1) 自然的：產婆、地攤膏藥、偏方、秘方等。(2) 超自然的：乩童、扶乩、道士、乩姨、觀落陰、算命、看相、風水、卜卦、抽(詩)籤、藥籤、拜廟、收驚、符水、先生媽等。以上所指還是以(a)有專業治療人員、(b)有固定收費、(c)有開業時間為條件的。若是除去此三條件，在一般民間的醫療觀念中，佔有重要地位的食物冷熱觀，及家庭醫療法(Family Health Care System)等，也是包括在民俗醫療的範圍中（張珣1989：95）。

1999年九月二一日台灣中南部發生大地震之後，台灣中南部民眾呈現生活上的不安與心理不穩，紛紛尋求民間的收驚方式安撫動盪的心靈。一時之間，民俗醫療中的收驚療法成為熱門的討論話題。尤其是引起西方醫療體系中的精神醫學與心理諮商學方面的探討話題。

今年（2009）八月八日莫拉克颱風造成台灣南部嚴重水災，求助無門的災民膜拜在災難中撿拾到的關公神像，慘被滅村的高雄縣甲仙鄉小林村

家屬在災害現場鬆軟土石流上，進行頭七儀式招魂。災民表示夜晚無法入睡，嚴重的「創傷後遺症」正逐漸浮現。各個宗教團體除了投入救災，也紛紛舉辦祈安法會，安定人心，撫慰亡魂。可以說民俗宗教療法自1965年李亦園的調查，到二十一世紀的今天都還是有人使用。中央研究院社會學研究所的學者所執行的多年期的「台灣社會變遷基本調查計畫」，也呈顯出台灣民眾尋求西方醫學以外其他療法的現象。我們可以由下表的一些數據看出其趨勢，未曾減低，反而有增加。尤其是找乩童醫病、收驚、安太歲、改運等幾項與宗教醫療有關係的項目，幾乎都是增加的趨勢。

術數與巫術行為頻率的變遷（1985-1990-1995）

	1985	1990	1995
算命	27.5	31.7	37.5
抽籤	34.1	27.6	31.3
看風水	11.9	13.0	13.1
找乩童醫病	4.0	3.3	6.0
收驚	23.6	22.6	32.7
安胎神	3.9	4.4	5.1
牽亡	1.8	2.0	2.2
安太歲	21.3	35.0	51.4
進香	30.9	26.6	31.7
改運	10.5	12.1	15.5
樣本數	4199	2531	2081

出自：瞿海源《宗教、術數與社會變遷（一）》
台北縣：桂冠，2006。頁269。

上表可見，逐年找乩童治病的人數比率不減反增。照理說台灣教育水準與現代醫療水準比起1985年代高出很多。但是現代社會風險增加，生活不安定性也增加，加上現代醫療仍然有其無法解決的疾病，尤其是慢性病、精神疾病與癌症等，民眾還是需要尋求宗教方面的慰藉與醫療。

在輕重程度不等的精神疾病患者尋求民俗醫療的研究中，早期有曾炆煌精神醫師（1972，1976），後來有文榮光的研究（1992，1993）。曾炆煌長期執教於美國夏威夷大學，率先以精神醫學角度研究台灣乩童，並稱乩童對病人的醫療方式是「民俗精神醫療」（folk psychotherapy）。在1970年代醫療人類學家便稱這一類存在於世界各文化傳統的，非西方的精神醫療方式為「民族精神醫療」（ethnopsychiatry）或「另類醫療」（alternate therapies）。年輕時期任教於台大醫學院的文榮光醫師除了觀察乩童的身心反應之外，則進一步提出台灣民間常見的「靈魂附身現象，是台灣本土因應壓力的一種行為」。可以說給予靈魂附身現象一個正面的功能解釋。延續此一解釋路線，我們可以視近年台灣民間常說的「卡到

陰」（陳思樺2007），也是台灣本土抒解壓力的一種方式。乃至近幾年靈乩協會的成立（Tsai 2003），或「會靈山運動」（呂一中2001，丁仁傑2005）等，我們都可以視之為台灣本土因應壓力的不同抒解方式。

而近幾年由余德慧帶領的「療癒」研究群體，持續地觀察民間底層的神壇以及慈惠堂等的信徒如何藉由信仰達到心性與倫理的建構，重新修復人際關係與生活秩序。民間信仰的宗教療癒為本土心理學的發展開啟了一扇窗，其療效有如精神分析在西方。余德慧（2004）、余安邦（2008），代表了心理學者對民俗醫療的研究成果。對於這幾位心理學家來說，他們企圖離開西方醫學目的論的治療，強制介入的治療，他們也不想死守無法融入本土民眾心理的西方心理諮商，或佛洛伊德的心理學解釋，而轉向本土倫理關係，倫理療癒的研究。他們尤其提出處理疾病不是治療或抒解病痛即完成，疾病對於病人本身有何意義？病人如何看待生病這件事？病人如何將生病放在生活脈絡，或對她的人生有何影響等等問題。可以說回歸疾病對於一個人的生存意義。

護理學界的許敏桃（Hsu 2003）對於喪偶婦女的研究，也指出民俗療法對於喪偶婦女及其子女的心理適應有很大療效。民間牽亡魂儀式，讓死者家屬能夠與死者建立一條看不到的連線，看似不在的死者持續在家屬的生活中扮演其生前的角色。牽亡魂研究還有Barnett在宜蘭的研究（2004），詹碧珠（1998）都可以視為民俗信仰協助信徒在喪失親人之後的壓力適應。而李秀娥（1997），蔡佩如（2005），康詩瑀（2006），提供我們對於求子婦女進行「栽花換斗」儀式的理解，可以視為減低不孕求子婦女或有女兒求兒子的婦女等人的壓力。

國內外道教或民間宗教研究者也有豐富研究成果，在此僅列出幾位供讀者參考，如劉枝萬（1974）、松本浩一（1990，2007）、李豐楙（1993，1994，1995）吳永猛、謝聰輝（2005）、許麗玲（1999）、胡其德（2008）、莊宏誼（2008）、鄭志明（1996）等，他們的重點在於提供學界理解文化所給予生活有困頓的受苦的人（包括病人）何種協助，他們偏向從神職人員的立場，說明宗教的神學理論、神譜體系、儀式內容、科儀程序、口白手訣等等。相對於西方醫學從專業醫師角度所提出的生物醫學理論，宗教學者提出的是專業神職人員的鬼煞疾病觀，二者可以是同一知識層面，卻分屬對立的兩個出發點，此二者與醫療人類學者或本土心理學者企圖從病人立場提出的病人的解釋觀點是不同的。

筆者1981年以乩童，1995年以卜卦師等民俗療法為主要研究題目，2005

年則選擇台北市保安宮的祭解作為研究題材，企圖理解近三十年來，民眾尋求宗教醫療時，其模式是否有改變？發現從專業立場，中醫、西醫、民俗醫彼此是互斥，但是民眾仍然維持Kleinmann所提出的結論，多元醫療並行的求醫模式。其次，民眾仍然自行判斷並決定求醫方式。第三，慢性病、精神疾病、癌症、開刀等重症，仍然是宗教醫療主要的客源。但是筆者發現近年來增加了一些是「有意識的」心理苦悶，自稱有心理壓力的人，他們前來報名參加祭解儀式，很清楚自己需要宗教的解惑與慰藉。

對於這項的變化，筆者的解釋是，台灣民間信仰或佛教、一貫道、新興宗教在解嚴之後，這一二十年相當盛行，政府並不壓抑或宣導其為迷信，反而民間信仰成為台灣本土文化象徵，許多底層民眾以參加民間信仰活動為榮。更多民眾並不排斥宗教信仰，也理解宗教信仰的功能。因此，當民眾心理有需求時，在民眾的主觀認知上並不排斥，而且交通或經濟等客觀條件許可之下，他們便可能前往宗教場所尋求儀式服務¹。

三、醫療人類學宗教醫療研究的旨趣與方法論

醫療人類學在人類學各個分科之中，是年輕而具有充沛發展力量的一個，它的名字曾經是「醫療的應用人類學」（applied anthropology in medicine）。1963年美國人類學家Norman Scotch 正式提出「醫療人類學」（medical anthropology）的名稱之後，被沿用至今。在英美等國的各大學人類學系均設有醫療人類學的課程。台灣在1979年，率先由許木柱在國立台北師範大學衛生教育系開授，以及1981年張珣在國立台北護專開始設立「醫療人類學」的課程。1990年代林淑蓉在清華大學與張珣在台灣大學也先後設立「醫療人類學」的課程。近幾年國科會補助的研究計畫案中，醫療人類學與「身體經驗」等相關主題正在快速的成長中。

醫療人類學的方法論最能展現它與其他醫學相關的領域（如公共衛生學、衛生教育學、醫療社會學）的差異與特色。現代西方科學醫學在十九世紀誕生以來，深受當時實證主義與自然主義的支配，以可以觀察及實驗的人體器官及其病變為主要研究方法。觀察者當然是指握有實驗權力的醫生，而不是被病魔折磨的病人。雖然病人也有觀察能力，尤其是對自己身體以及病情的變化，誰能比病人本人更清楚？但是隨著西方科學醫學越來

1 對於民俗宗教醫療從業人數與病人人數增加的趨勢，筆者並不欣慰，雖然本土文化有新的契機，但是不可否認的，更多的從業人員並不表示他們都受過嚴格訓練，也不一定遵守道德操守，信徒仍然必需自行判斷，自行承擔醫療後果。

越專業，病人對自己身體與病情的觀察或敘述越來越不被重視。各種新穎儀器的發明，如顯微鏡、聽診器、x光等；以及各種技術的發明，如麻醉術、防腐消毒法、無菌技術等；各種生物製劑與藥物的發明，如疫苗、血清、抗生素、盤尼西林、維他命等；人體的更深入探索，如內分泌腺、賀爾蒙、胰島素等，要能透徹瞭解人類的身體與病情，必須有長期而且系統地學習一套專業知識與技術。亦即，醫療成為專業科學之後，病人也逐漸地遠離自己的身體與病情。

醫療社會學家Bryan Turner（1987）指出醫學專業化的歷史過程中，犧牲了一些非專業的技術人員，例如早期的產婆在產科專業化過程中被排斥在外。醫療人類學家更要指出醫學專業化的過程中，更嚴重的是犧牲了病人主觀的觀察與感受。因此，Skultán（2007）呼籲人類學家研究民俗醫療時，重點應該不在以「病理」（pathology）為標準，而是以當事人的「經驗」為標準。亦即，重點不在於當事人是否有醫學診斷之症狀，也不在於是否達到生物醫學認定之痊癒。相反的，重點應該是在當事人主觀上經驗到病痛，疾病即成立；當事人不再感覺到病痛，即為有療效。

人類學這門學科的成立背景是，十九世紀西方殖民帝國為了讓他們在非洲的統治更為有效而扶植出來的學科。但是在人類學這門學科茁壯的同時，卻與當初的西方母國漸行漸遠，而與非洲土著站在同一陣線。人類學家成為土著的代言人，他們的良心逼迫他們向殖民帝國母國提出諫言，也因此人類學家經常成為反權威，反體制的，不識趣的學者。同樣地，當西方醫學建構出醫生的絕對權威的同時，醫療人類學家卻呼籲學界應該傾聽病人微弱的聲音。

同樣地，在研究吸食毒品或成癮的藥物，或研究有罹患口腔癌風險的檳榔食用者時，人類學家的角度異於公共衛生學家，不是以取締或宣傳其危害為主，而是以探討出使用人的生活習慣，周遭環境，同儕團體，文化價值等為主。企圖理解當事人食用毒品或檳榔的價值觀、態度與原因。人類學家的研究結果不一定立刻具有政策改善效果，不一定立刻可以去除食用者的惡習，但是卻可以提醒當局許多深層的食用原因與動機，不是一時之間可以立竿見影的。

再以女人類學家科瑪若芙（J.Comaroff）對南非洲茲瓦那族（Tswana）的醫療信仰研究為例，說明疾病與人的日常生活所處的世界息息相關。科瑪若芙表示目前西方科學醫學的理論太過於狹隘，無法將個人的經驗與文化知識，甚至是社會秩序與歷史過程涵蓋進來。她認為一個完

善的醫療理論應該是可以將疾病與醫療，都放在社會文化脈絡中來解釋，甚至可以解釋醫療觀念的產生與轉變的原因，都是在社會文化當中，都是受社會文化變遷所影響的。

科瑪若芙強調生病是源於一個人的存在，包括體質、道德、與社會三個層面受到威脅，而表現在軀體之謂。治療便是恢復體質、道德、與社會三層面的原有秩序之謂。各文化的治療都會運用到象徵資源與媒介。治療可以說是再次肯定，並確認既有的個人與社會之間的隸屬關係（Comaroff 1981:371）。

當然，這樣的論述，將病情發展過程牽涉到太廣的背景因素，對於應用醫學或第一線的醫療團隊人員來說，是緩不濟急。但是對於病人做為一個人，對於病人本人，對於病人家屬團體來說，是讓他們可以安身立命，可以面對疾病的解釋。甚至對於必需長期照護的慢性病人來說，對於重大癌症病患來說，這樣的解釋是讓他們可以繼續生活下去的支柱。

由於上述研究立場與角度的不同，醫療人類學的方法論也就是以「病人的敘述」（*narrative of the patient*）為中心。既然以病人敘述為中心，則病人的日常生活就成為醫療人類學家觀察的重點。所要觀察的項目包括：

- 一、病人的生活環境。其中尤其重視家庭與社區，家庭內的一些代代相傳的保健方式或家庭偏方。社區內能夠接觸到的各種醫療選擇，口耳相傳的地方風土疾病與偏方。
- 二、病人的社會關係。其中尤其重視家族人際關係，以及推薦醫療選擇的人際關係。我們可以看到台灣民眾的就醫選擇並非全面開放的，很大的決定因素是來自病人的人際關係。
- 三、病人的生命史，病人的生長過程，病人的特殊體質或飲食偏好，病人的就學經歷、職業工作或婚姻情況等生命過程中的特殊印記。病人生長過程中某些特殊的生病經驗，此些生病經驗會累積造成目前病人的醫療知識。
- 四、病人的就醫史。包括家庭醫療，草藥偏方，民俗醫療，宗教醫療，中醫，西醫等等。每次選擇轉換一種醫療方式時，其原因與考慮條件。因此，是多元醫療方式的一個整體訪談
- 五、病人對健康與疾病的信仰與觀念，生活態度，宗教信仰，以及所付出的實際行為。研究者要注意不是病人所認為應該有的理想行為。很多病人理想上要看西醫，但是實際上尋找民俗醫療。
- 六、病人對疾病的敘述（*illness narrative*），病人如何描述其得病經

過，如何歸因其致病原因，如何處理生病的身體，如何評價生病之後的自己。

七、疾病給病人帶來的經驗與感受。疾病給病人帶來生活上的改變，人際關係上的改變，疾病在病人生命中的反省與位置等等。

訪談過程中為了引導病人回憶或描述，可以讓病人家屬在場，一起參與談話。但是研究者必需仔細分開病人本人的回答與病人家屬的回答，二者是不同的意義。研究者也應該詳細記錄病人回答過程中的心情與表情的變化，對於病人或家屬使用的「俚語」或「俗語」（local terms），必需加以註記並且標示發音，千萬不可以研究者本人的學術用語取代，也不可以西醫的學術專有名詞取代。因為詞彙本身即透露出非常豐富的病人的知識，與當地的知識（local knowledge）。讀者可以看到在這樣的訪談方法下，病人受到研究者極度的重視，而且病人有其主體性，疾病並不被切割出來單獨觀看，而是將疾病放在病人生活脈絡中觀看，也將病人放在人際脈絡中觀看。

醫療人類學家提出病人生命史的研究法，有其目的。對病人來說，生病不只是症狀，更是連同生命境遇所編織成的一段敘事。採取這種研究法，人類學家就不需要被醫學專業場所，限制在醫療院所內觀察病人，也不應該在社區內等待居民生病，而可以主動採訪經歷過生病的人，針對其生命史，給出疾病的日常生活脈絡。

醫療人類學這一套以病人為中心的方法論，其背後邏輯是，每個人的日常生活皆是有「策略的」（tactic, strategy）。疾病如同其他困厄或災難，是生活中一種躲不掉的風險，病人就醫需要考慮種種優劣條件，算計一下損失與獲益。許多報導人認為家中長子需要給多一點照顧，如果家中食指繁多，為了不被其中一人生病拖累，可能選擇不繼續就醫。許多家庭主婦省吃儉用，不願意就醫，或是卻反而願意就醫，是因為責任重大，家人需要她照顧，不能拖病。這樣的邏輯在醫生立場來說，是不理性的。在醫生立場來說，有病就要醫治，而不是看病人的社會地位或家中排行。其次，在科學醫學立場來說，打敗疾病，驅逐病菌是一套「你死我活」的作戰思考模型。但是在病人來說，卻可能是「帶病延年」、「苟延殘喘」的共生思考模式。

人類學家的研究方式是以病人的角度，來分析民俗醫療或宗教醫療，從民眾的角度，來看醫療過程，提供病人個案，訪問病人理解其選擇民俗

醫療的動機與原因。以下四、五、六節分別提供乩童、金錢卦與祭解等，三種民俗宗教醫療的方式，針對醫療者與病人或民眾之間的互動，雙方的對話，雙方的預期效果，醫療過程，醫療牽涉到的儀式、言語、道具等，來說明民眾選擇民俗醫療的原因。第七節則說明民俗醫療的療效發生的機制。

四、乩童的醫療方式

鄉村乩童問神的場所是公廟，都市乩童問神的場所是神壇，無論是鄉村或都市，民眾都是來到一個宗教場所，先要向神明燒香，掛號，填上名字、八字、地址，靜坐不喧嘩，等待乩童的助手叫名字。我們可以看到這是一個有宗教認同的醫療行動。

乩童在開始一場問神活動之前，助手先點香、點燭、燒紙錢、淨壇內外四周。乩童本人也向神明燒香，然後靜坐椅上，閉目，頭左右晃動，不時做噁心嘔吐狀，打嗝，手腳抖動，全身晃動，然後逐漸緩慢下來，口中吟唱詩句，表明來附身的神明是哪一位，繼而開始回答信徒（事主）的疑問。同樣地，我們可以看到這是一個有神明作主的醫療活動。

這裡我們要說明一個前提，無論是乩童或信徒都不嚴格區分疾病與其他人生問題，雖然在掛號時可能註明是「健康」、「婚姻」、「事業」、「功名」、「遷居」、「移神位」等不同問題，但是雙方在對話過程中，各種問題都可以被提出來詢問與討論。在民俗宗教的宇宙觀中，疾病只是人生各種災厄之一，而災厄之間是可以轉換互通的。乩童與信徒雙方有同樣的共識，即問神目的是讓信徒恢復「平安」，而不是只做醫療，更不是頭痛醫頭，腳痛醫腳。因此，乩童與信徒雙方不一定視問神為一醫療行為，而是將之看做修補信徒與宇宙之間的不平衡，恢復信徒與宇宙之間的協調（張珣2008）。

乩童的病因解釋有三種：1.親屬關係帶來的權利義務所引起，2.自然時間與空間的沖犯，3.祖先風水或墳墓所引起（李亦園1976）。筆者在台北市基隆路觀察的乩童，其病因解釋有：八字不好，命運不好，難關，鬼怪沖犯，方位時辰，祖先風水，元氣靈光黯淡，某某神明要來考驗等等（張珣1989：83-87）。而乩童提出的醫療或改善身體的方式有，化解沖犯的時空因素，祭拜沖犯的鬼煞，改善不良的祖先神位或風水，除此之外還可以有畫符，開草藥，給病人服用。或者是指示信徒要來接受神明的訓練，每晚來神壇靜坐，學習如何接受神明的訊息（張珣1989：87-88）。

當然，有一項人盡皆知的預防災厄的方法，那就是做善事化百災。因此，這也是以宗教信仰來醫療的方法。

以下我們舉病人為例，從病人與民俗醫之間的對話，來呈顯病人的疑惑與尋醫動機：

個案一：胃病病人

地點：台北縣深坑鄉慈聖宮蘇府王爺

時間：民國69年11月1日

問答過程：

王爺乩童：「問身體？」

病人家屬：「是」

王爺：「家中媽祖在向你求金身，沒設一個金身不行！她(病人)頭昏心弱，呼吸不好，胃也不好，藥已經吃了很多，但都沒用?」

病人家屬：「是!」

王爺：「肉體有黃嘸?(家屬：「有」)若醫三年還不好，就難了！明年仍剋，9月10日以後才會好。以前求過哪吒太子?(家屬：「是」)須求蘇府王爺才可！向東北方求媽祖，坐東北向西南求。(家屬：往哪一方向求?)往干豆方面!……畫符一座(張)!(右手拿毛筆沾墨在紙錢上畫符)家中媽祖要以紙錢墊高！是煞到天將！所以身體不好。因為你們以前問過哪吒太子，他是陰府的，不敢作主。你們是病人的什麼人?」

家屬：「公婆。」

王爺：「燒不退?」

家屬：「沒發燒。」

王爺：「頭痛?」

家屬：「是。」

王爺：「三座符令，給病人吃，於黃昏酉時(七時)。晚上五時以後身體不好?」

家屬：「是。」

王爺：「身體高的不要靠近她。她是不是常常忽冷忽熱?」

家屬：「是。」

王爺：「三座符令掛身上，行路時口中奉請哪吒，蘇府王爺保駕，媽祖保佑作主。」

王爺：「日後要答謝王爺可自己辦!七天之後臉色近肉色，四肢無力還得再來，拿她常常穿的衣服來。」

家屬：「醫生說她腎不好，請查看看。」

王爺：「腰子已壞了三分之二，而且肝火、膽均不好。好!謹記在心，求天上媽祖，去干豆，9月28日去!早上去，29日去求金丹，10月15日向三官大帝求保運。」

家屬：「向那一方向求三官大帝?」

王爺：「那裏均可。」

我們可以看到，乩童滿足顧客的是，不只有問必答，而且舉凡身體近日所有之症狀均可查明，既不分科，亦不分身體的組織系統，所以胃病可順便問腎臟，頭痛、肝、膽均可查詢。病人於西醫處治療過，唯西醫治療效果不顯，加以病因又一直困擾病人家屬，因此而來乩童處詢問生病之主因。顯然西醫只能解釋何種器官發生病變(what)，而不能解釋為何此器官，此病人會得病(why)。而病人在乩童處可以得到二者之解答。

個案二：頭痛病人

地點：台北縣深坑鄉慈聖宮蘇府王爺

時間：民國69年10月16日

問答過程：

家屬：「問李xx的財字(來者乃李xx的妻子。)」

王爺：「沖犯天狗!破財字!犯五鬼，白虎星!」

家屬：「那身體呢?」

王爺：「頭昏眼花，四肢無力，肚子痛。」

家屬：「是。」

王爺：「家中主星(戶長)幾歲?」

家屬：「37歲。」

王爺：「沖犯太歲，今年運歹，胃口不好，不吃東西，人很疲倦!」

家屬：「那黃秀琴(來者自己)呢?」

王爺：「今年好多了，去年運更壞!但仍在吃藥，明年會好。經過醫生檢查沒欠血?」

家屬：「是!」

王爺：「青江菜、菠菜不要吃!口乾?(家屬：是)火氣大!子

時(早上11時)吃三座符令，亥時(下午9時)三座符令洗身，加陽莆草洗。陽莆草也可以吃!(家屬：那裏有陽莆草?)請老夫人(乩童祖母)去採，下次來再給紅包。不用去買，買也買不到，要向老夫人買，不可不買，一點意思即可。明年運會好，且會有喜。(家屬：「但已結紮」)那本王不敢作主，是他們夫妻自己作主。主事(丈夫)戴身一座。(符)」

家屬：「現在請問先生之事業。」

王爺：「明年再換(換戴身之符合)。今年12月過後會好些。畫符吃之，大人小孩妻子均可吃，按三餐吃!」

家屬：「主事(丈夫)何時才有財字?」

王爺：「明年平平，後年破財，而且是桃花破財。」

我們看到乩童不只解答病患有關疾病之疑難，也解答了病患有關命運、財運之問題。無形中解決了病患身體，心理以及精神等各方面之壓力，尤其很多生理疾病是由心理引起，乩童間接地解除病患生活之困難及壓力，也替病患增加了對抗生理疾病之信心。

綜上所述：我們可以看到就疾病發生過程來說，西藥房是優先被使用，其次是診所，其次是醫院，再其次是中醫及中藥房，最後是民俗醫療。三種醫療法各有其長短，民眾也於不同需要情境下，加以不同地利用。

五、卜卦師的醫療方式

台灣常見的卜卦可以有金錢卦，龜殼卦。至於卜卦師的年齡與性別不拘，男女老少卜卦師均有。可以依附在公廟內，也可以自行設館，更有的是僅設一簡單的攤位為民眾服務。卜卦醫療的宗教信仰色彩不及乩童，通常信眾來卜卦不需燒香膜拜神明，至於卜卦館內或卜卦攤是否奉祀神明，則因人而異。筆者觀察的是基隆市慶安宮媽祖廟旁巷內的女卜卦師，時間是1995年夏天。

周女士設立卜卦館，館內設有一神位供奉神明（關聖帝君、土地公、天上聖母、觀音大士）周女士不聘請助手，一人身兼所有點香拜神、掛號、問診、卜卦、解釋、治療（改運收驚）、折符紙、向信眾收錢等等職務。周女士的病因解釋是以拆解姓名與八字系統、道教鬼神衝煞、加上佛教因果（張珣2001）。在此不再描述卜卦師詳細的準備過程以及卜卦經過，而舉出事主的訪談內容，以呈顯病家如何看待民俗醫療效果。

個案三：小兒“得驚”

一位年輕婦女抱著未滿一歲的女嬰進來，直率地說“驚到！”卜卦師乃問女嬰的姓名、八字、與地址，並卜卦後，叫母親抱嬰兒齊坐在供桌前的凳子上。卜卦師在母親帶來的衣服上，以及嬰兒穿著的衣領上均蓋上神明大印。卜卦師又以大拇指按上紅色印泥後，壓手印於嬰兒額頭上(所以嬰兒額上有一紅印)。卜卦師二手的十指交叉捏手訣，所以十指頭均呈紅色。邊捏手訣邊以腳用力踏地三下。在嬰兒的頭、臉、胸前捏手訣，同時口中不斷地念咒語。之後，再以一小水杯內之淨水灑在嬰兒身上及帶來的衣服上。再拿符紙三張，指示母親說，一張用來泡牛奶喝，一張用來洗身，一張折成八卦形戴身上。最後，交待母親回家拿菊花心七片洗(嬰兒)身。

母親與卜卦師熟稔地寒暄幾句，要離開時，卜卦師說，若是還有拉肚子現象，可以到巷口“何阿房”西藥房買小罐裝的腸胃散可止瀉，很有效。母親問什麼牌子。卜卦師打開抽屜拿出一個樣品罐給母親看。

個案四：大人“得驚”

一位中年婦女約 55 歲，來問兒子及新入門的媳婦的身體問題。婦女說，兒子與媳婦兩人到南部度蜜月，回來二人都“得驚”，睡不好，脾氣不好。昨晚兒子還夢見一個小女孩叫他爸爸。

卜卦師幫婦女的兒子及媳婦算了八字之後，建議要替兩人改運，每人 900 元。隔了一週，婦女來取回改運用的衣服，每人各三件衣服，以及改運用的水果、米糕、桂圓等供品。婦女又帶來一個包裹，內裝 5-6 種糖果餅乾等零食來拜。卜卦師要婦女上香並供上帶來的零食之後，向婦女解釋衣服帶回去一定要設法讓兒子與媳婦穿。水果可全家吃，但桂圓與米糕一定要當事人吃。

卜卦師又自符紙筒內拿出六張符紙，指示婦女要讓兒子與媳婦每人使用三張。一張用來洗澡，一張食用，一張戴身。很有趣的是卜卦師顯然與該婦女很熟識，因為她又教導了該婦女如何處理兒媳的婚姻問題。卜卦師問母親是兒子較凶悍或媳婦？母親說兒子個性木訥，很少說話。媳婦脾氣大。卜卦師便建議食用的那張符，先給兒子含一口之後，吐出，再給媳婦吃，勿讓媳婦知道。並再拿一張符紙給母親，指示置媳婦枕頭下，睡覺用。

最後，卜卦師又來一番「心理建設」，向母親說：「妳媳婦剛入門就

懷孕，是入門喜，難免脾氣壞，妳要多多忍讓她！」

從上述記錄方式不同，我們可以看到乩童與卜卦師醫療方式的差異。乩童因為有神附身，與事主之間的對話簡潔有力，乩童本人動作不多。若有動作需要，通常由乩童的助手來協助執行。卜卦師則與事主之間的對話不多，而是以卜卦結果來告知事主，雙方不以對話為主，而以卜卦師的動作為主。

六、道士的祭解儀式

祭解儀式是道教一項常見的，為個人舉行的消災解厄的儀式。祭解（或稱制改）在民眾來說，可以解釋為「祭星解厄」、「祭星改運」、「壓制改運」等等意思。台灣南北公廟的祭解儀式，可以由道士，也可以由「小法」法師來執行。有些道士學習「道法二門」，可以兼作道教科儀與法教法事。台北市大龍峒保安宮的李玄達道士即為學習「道法二門」的一位道士，他為事主舉行的祭解儀式，包括補運與祭外方兩部分。補運是在祭解壇內請神作主，為事主進錢補運。祭外方是在祭解壇外召喚出煞星，以小三牲賄賂之，繼而壓制其離開事主身上（詳情請見張珣2008）。以下是筆者2005年的觀察記錄，不談道士進行儀式之內容細節，而以事主的立場來呈顯病家如何看待此一儀式引出的效果。

事主（可以是病人本人，也可以是家屬，只要是繳錢、掛號、前來詢問的人均可謂之。此一稱呼是民俗醫療給當事人一個很籠統而又貼切的稱謂）參與祭解儀式的民眾並非每一位都是來醫病的，大約三成民眾是明白地講明來醫病，其他七成是各種情緒，困擾不安，或生活問題而來尋求解答的。無論是哪一位民眾，他會來參加祭解儀式，都是「沒嘞好」。亦即，民眾知道祭解儀式與算命、安太歲等不同。算命、安太歲可以是「沒事」，來做一些預防措施，可有可無，甚至喜事也可以算命。祭解是比較嚴肅，比較嚴重的儀式。是要跟鬼神交涉的儀式，由底下的儀式細節我們可以知道，祭解要以小三牲來與鬼煞交涉，因此相對起來是比較「兇惡」、「危險」的儀式。

個案五：「犯小人」

八十四歲的老婦人在台北縣社子島賣豬血糕，這兩天被警察趕走，昨天隔壁攤販賣東西的男子也被警察趕走，老婦人驚覺自己的賣豬血糕攤販生意有危險，今晨老婦人趕早上第一場的祭解，九點多就來了，請李道士

幫忙化解。疏文²上寫著「犯小人」。老婦人向筆者說，她之前因為自己年紀大，膝蓋痛，常常來祭解，效果不錯。所以現在家中有事發生，也就會來祭解。老婦人的丈夫年輕時是一位土水工，工作場合中有了外遇，逐漸地與老婦人感情不好。幾年前，丈夫因為工作意外而身亡。兒子也從事土水工作，薪水所賺不多。老婦人自己與四個孫子可以領台北市政府的救濟金，每人每月五千元，總共兩萬五千元，僅是吃飯的話，還足以夠用。老婦人的膝蓋長年會痛，有在西醫診所醫療，固定地拿藥。藥名她不知道，（拿出身上兩瓶藥罐子給筆者看），僅稱白色一瓶一千五百元，黑色一瓶兩千元，每個月的藥費頗兇。所以如果不辛苦地出來賣豬血糕，就沒「所費」（生活零花費），當然也就無醫藥費了。

老婦人來請保生大帝作主祭解，不是為了她的膝蓋痛，而是讓警察不要再取締她的豬血糕攤子。道士幫忙她把「犯小人」的厄運化解之後，她才可以繼續做生意，有收入，才可以繼續看西醫，拿膝蓋痛的藥。如果我們只看表面，認為此一事主是為了工作生意而來祭解，不深入瞭解她目的是為了膝蓋病痛的醫藥費的著落而來，就錯失了與身體疾病有關的資訊了。

個案六：「氣喘」病人

事主是一位65歲老太太住台北縣社子島，帶著一位九歲的孫子回來。孫子讀小學二年級，均由老太太照顧，兩人同住。若非必要，一般人不帶小孩來祭解壇，祭解壇是屬於陰的，煞氣重的地方。老太太不得不帶孫子來，因為家中無其他人可以照顧孫子。事主替她的次子來祭解，次子（34歲）住台北縣板橋鎮，有長期氣喘的病史，昨日氣喘發作，自行前往板橋亞東醫院注射之後，幾乎沒命，喘不過來。次子身體無法親自前來保安宮祭解，老太太替他拿衣服來祭解。老太太說明，次媳生下孫子之後，即離家出走，至今未回。老太太今日同時替三位孫子祭解，希望他們身體平安。事主因為不識字，帶著整本戶口名簿讓櫃臺人員填寫名字以及出生年月日。

也就是說，信徒並不知疏文上寫什麼衝煞關口，或是道士念什麼化解關口的口白，甚至病人本人並未出席。因此，治療時病人不需在場，

2 民間信仰的神明如同帝國時期的官員，拜神明時把想說的事情，恭敬地寫在一份類似公文形式的紙上，在祭拜時從容地誦念出來，再隨紙錢燒化給神明，既表示信徒的慎重誠意，也做為文書請求的證據，上達天庭。

病人、疾病與治療可以分開處理。尤其祭解壇是陰煞的場所，再加上許多病人都是重病需要開刀或癌症病患才來祭解，因此無論是病人有意避開不來，或是病人無能前來，多數是由照顧人（caregiver家屬）與醫療者（healer道士）接觸。但是這不損及祭解做為一種改善疾病的民俗醫療方式。由於民眾相信祭解是一種根本地化解疾病來源的法事，由法力高強的道士來執行，壓制驅除沖犯的煞星，醫師才可以有效地治療好疾病。因此，祭解並不與醫生的醫療產生排斥，反而是可以加倍地保障醫生的醫療效用。

個案七：「陰煞、病符」

約六十歲的老先生（事主），由一位年紀更大的親戚阿婆陪同前來。事主說他右腳腳踝皮膚上，有一圈類似瘀青色澤的痕跡，腳跟的地方腫脹，站起來起步走路時，會很痛，是刺刺的痛，但是多走幾步之後，就好一點。昨天從台北縣林口鄉回到家，才發現自己的腳突然如此，很奇怪的是，記憶中並沒有撞倒，或是跌倒，無緣無故地出現這樣的傷痕，感覺到應該是沖犯了什麼。所以今天趕緊跑來台北市大龍峒的保安宮，請道士進行「祭解」儀式。

最近因為事主替死去多年的父親撿骨，為了日後方便子孫祭拜，向父親擲筊請示，希望撿骨之後，可以火化，放進納骨塔內，而不要再另外做一門風水（墳墓）。父親應允了，事主這幾天便忙著進行這件事。事主覺得他的腳跟突然出現傷痕，跟他昨天去火葬場有關。去的時候是下午六、七點鐘，因為父親的骨頭要火化，事主拿父親照片趕過去。回來之後，驚覺自己的腳很痛，看到腳出現瘀青傷痕，有一點嚇一跳。直覺晚上到火葬場是不好的，那裡有看不見的，無形的東西，自己可能會衝犯到它們。因為平常自己身體都很不錯，無法理解為何會突然這樣。

筆者問他是否有去看皮膚科醫生？事主說，像這樣莫名其妙地出現的症狀，應該是沖犯到，就先跑來廟裡！等一下「祭解」儀式結束之後，再去看皮膚科醫生，順便拿藥擦。事主的祭解「疏文」上寫著「陰煞、病符」，表示病人遭受到陰煞與病符的迫害，需要道士加以驅趕或是壓制。

七、改框或改信：療效發生的機制

本節擬從上述乩童治病、卜卦師的卜卦、道士祭解三種民俗宗教儀式，來說明療效發生的機制。

余德慧首先採用詮釋現象學方法，企圖在實證知識論的心理學研究之外，另闢蹊徑。他主張文化心理學應該把「文化」放在括弧裡，作為背景，暫時不加以研究，而將重點放在個人，當事人（余德慧稱之為「者」）的心理運作、心理活動、與現象的詮釋與理解。在研究精神病患尋求巫醫（民俗醫）的幫助時，余德慧不探問民俗醫療體系的象徵意義，或病因解釋體系等等所謂傳統文化模式、文化影響的部分，而是注視病人自己作為一個主體，病人以受苦的主體，接受診斷、治療的一連串心理過程，病人如何注視自己的病苦與身體的轉變（余德慧1996：191-198）。

接著，余德慧與徐臨嘉（余德慧、徐臨嘉1993）繼續在現象學趣味之下，提出框視（framing）的概念，框視是一個比較鬆動、曖昧、非邏輯的概念。筆者的解讀是，框視（framing）不是Clifford. Geertz的「世界觀」（world view），認為每個民族有不同的世界觀，也不是人類學說的價值觀，而是每個人對事物的一些看法。也就是人類學注重的是群體，「世界觀」是群體對事物的看法，余德慧注重的是個體，「框視」是個體對事物的價值觀與看法。一個個體（人）對許多不同的事物，可以有不同的框視。余德慧、徐臨嘉認為人的生活是不斷地在某些框視之下，進行意義的顯化或轉換。例如，我們對於「家」有一個既有的框視（男主外，女主內），我們努力實現之，一旦此一「家」的框視被改變（丈夫有外遇），當事人會有異於先前的情緒產生（怨恨），一直要等到當事人接受了另外一個框視（女人可以自主獨立），當事人才停止怨恨的情緒。余德慧、徐臨嘉稱之為「改變框視」（reframing），用來作為一個當事人對自己生命中意義改變，以及尋求生命改善時的一個心理機制（余德慧、徐臨嘉1993）。

余安邦進一步把「改變框視」用來說明民俗醫療的療效發生的心理機制。余安邦舉的例子是，慈惠堂堂主給予病人一個前世今生因果的解釋，讓事主不再以生物醫學病因來看待自己的不孕，接受因果業報、父母子女互相欠債的解釋，這是一種改變框視的心理機制，讓事主坦然接受不孕這件事。余安邦的研究幫助我們理解病人找尋民俗醫療之後，在身體與情緒方面發生改善的深層心理機制（余安邦2008）。

但是這一套「療效發生在哪裡？」的提問，以及「改變框視」的解答，是偏向西方心理學界對於個體心理機制的發問與解答。我們還留下一個重要問題，「病人為何願意接受改框？」，乃至於「病人為何接受此一框視（民俗醫）？而不接受原有的西方生物醫學或精神醫學的框視？」的

問題。也就是我們還是要回到「文化」層面的問題。因為改框畢竟是屬於普世的解釋，全人類共同的心理機制的解釋。但是不同文化所造成的差異呢？例如，為何西方病人可以接受「憂鬱」、「躁鬱」等框視，為何台灣漢人要接受「收驚」、「祭解」等框視與儀式才心安？這一部份的屬於文化層面、族群集體層面的問題並未回答。

筆者以為文化層面、族群集體層面的問題，還是要回歸到原先文化人類學對於宗教象徵、神明信仰與儀式展演的研究才能回答。亦即，民俗醫療提供給事主的是一套意義解釋系統，包括事主（病人）所屬的族群所擁有的宗教象徵、神明信仰，以及最重要的，透過事主本人主動意願前來求診（求助），在事主與民俗醫療者雙方共同展演的儀式過程當中，事主身心所接收到的訊息來進行的改善。

余安邦的「改變框視」是指由西醫的生物醫學病因解釋（身體機能造成不孕），**改變**成民俗醫的病因解釋（因果業障造成無子）。筆者稍微加以修正，稱之為「改信」，也就是說，民俗醫療的療效發生在哪裡？發生在事主對於自己身心的不平安（可能是疾病）的理解，由原先的世俗（自然）解釋，改成超自然的解釋。這種改變牽涉到背後的信仰體系的改變。所以，就文化群體層面（macro）來說，是「改信」³。改信在此不意味一般所謂的「改宗」或改變宗教認屬，而是指改變解釋病因的信仰。

若以前述乩童、卜卦師與祭解三種民俗宗教醫療的七個個案來看，民眾（事主）並不需要放棄西醫的解釋，而可以同時擁有多種病因解釋，包括沖犯煞星，前世因果，流年本命，鬼神陰陽等多種框視。框視與框視之間可以有競爭，但是未必是取代或消除，而可以是堆疊，讓彼此有高低層次，或膨脹縮小。而且可以是因時因病而有不同排列組合。例如輕病與重病的解釋框視可能不一樣，體內病與體外病（皮膚病）的解釋框視也可能不一樣。

我們再回來看Kleinman（1980）說，民俗醫療成功的原因在於民俗療者與病人共享一個世界觀，也正是此一意義。亦即，西醫，尤其指精神醫學所採用的佛洛伊德理論的病因解釋，無法取得病人的認同。當民俗醫解釋病人是「女鬼纏身」導致工作不專心，遺精，神經衰弱等問題時，事主

3 本文的匿名審查人指出，民眾也不需要「改信」。民俗信仰對事主來說是潛伏地早就信了，民俗信仰與其療法做為一種可用的資源來說，可用與否是重點，信與不信不是重點。庶民安身立命所在的民俗信仰是深植於其生命深處，並非意識層面可以考慮改變或取代。

（病人及其家屬）完全同意並接受。病人與精神醫生分屬兩個不同的世界觀，而病人與民俗醫則同屬一個世界觀，指的正是病人與民俗醫同屬漢人的信仰體系。

除了信仰體系與世界觀的差別之外，由Schieffelin（1985）的研究，我們知道薩滿的口技與儀式展演，營造出聽覺上的神靈世界，讓信徒進入想像世界並與神靈對話。戴思克（1987）對於台灣乩童「天語」的研究，說明藉由一般人聽不懂的天語與語言展演，乩童讓信徒進入神靈世界並與其對話。這些研究增加了我們對於民俗醫療之所以成功的更細膩理解。亦即，醫療過程本身就是療效發生的一個重要機制。當病人與醫療者雙方共處於一個情境，雙方之間進行身體接觸，雙方的情緒互動，還有心靈交流等等，都是讓病人感覺身心是否被妥善照顧的判準。正如Skultans（2007）所說的「同理心」（Empathy）是另類醫療療效的重點所在。當病人發現他的言語訴苦，他的身體病苦，被醫療者充分理解並給予同情關懷之時，醫療已經自行完成大半。

其次，筆者在此想將改框理論稍做調整，可以用來解釋日常生活中，一般人碰到情緒瓶頸，思考鑽牛角尖時，可以有「轉移視線」、「轉移焦點」、「轉移生活重心」、「轉移注意力」等等不同程度的移轉或改變，來跳脫僵局，這些都還不到改框（價值觀或看法）的程度。俗語說「山不轉，路轉」，例如有些人或是出國旅行以治療情傷，或是跳槽以轉換工作環境，有人培養一個新的嗜好來轉移長期壓抑的情緒，例如養一隻善解人意的小狗。有人登高山或是在曠野放風箏，而讓自己桎梏的心靈獲得解放，等等我們可以稱之為「旅行治療」、「動物治療」、「高山治療」都是使用到**轉移**的心理作用。如同西方精神醫療使用到戲劇治療或職業（木工、手工）治療。

如同在黑暗房間取拿物品，必須將視線錯開，反而可以視覺到目標物。轉移才能跳開，才能自我審視，才能接受其他可能機會。轉移才能鬆綁，身心可以得到鬆脫。人的生活策略與算計機制本來是念念相續，環環相扣，無有間斷，直到成功拿到目標，得到獵物。這或許是動物生存的本能機制。一旦身心有了異常或桎梏，此時需要的矯正是，不能讓念頭一個接一個地自行增生繁衍，不能一錯再錯，不能死鑽牛角尖。這種矯正對自我是一種挫折，對身體用力的方向與力道是一種反挫，因此一般人無法靠自己的力量做到，而通常需要他力來幫忙。

如此一番對「改框」的討論之後，似乎「改框」並不適合用來解釋

民俗醫療的療效，用來解釋不牽涉到宗教信仰與象徵的事件，或許比較適合。最後，我們要強調民俗醫療的療效不能以科學數據來證明，也如 Skultans (2007) 所認為的，人類學家研究靈療，重點不在以「病理」(pathology) 為標準，而是以當事人的「經驗」為標準。亦即，重點不在當事人是否有醫學診斷之症狀，也不在是否達到生物醫學認定之痊癒。相反的，重點是在當事人主觀上經驗到病痛，疾病即成立；當事人不再感覺到病痛，即為有療效。

八、結論

人類學家研究非西方社會的醫療體系，或是傳統醫療體系，或宗教醫療體系的目的是，從理解文化的立場出發，企圖回答醫療與文化之間的關係，或醫療背後的文化價值觀與親屬價值觀 (李亦園1968, 1976)。

Kleinman 是一位精神醫學家出身的醫療人類學家，因此他來研究台灣民俗醫療的目的，具有強烈的醫療實用本位與責任感，企圖從民俗醫療尋找西方精神醫學無法融入非西方社會的原因，也企圖從民俗醫療找尋非西方土著如何解決其心理精神問題。他提出的答案是「民俗療者與病人共享一個世界觀」，此一世界觀異於西醫的科學機械世界觀，故而是西醫 (尤其是精神醫師) 無法干涉，無法進入，也無法湊效之因。至於「民俗療者與病人共享的世界觀是甚麼內容？」則不是 Kleinman 的興趣，也不是他能回答的。

同樣地，心理學家余德慧或余安邦也是有醫療諮商實用本位與興趣，他們追問療效發生在哪裡，而提出「改框」的理論。但是他們無意於解釋為何病人願意接受改框？無意於解釋為何病人需要改框才有療效？心理學家余德慧或余安邦的前提是西方心理學的佛洛伊德心理解釋框架，台灣漢人無法接受此一前提框架才需要改框，寧可接受「卡到陰」、「風水命運沖犯」等的解釋框架，對於漢人病人才起意義作用，也才能發生療效。

Kleinman、余德慧或余安邦留下的問題，宗教人類學家可以繼續討論，提出更細膩的答案。例如 Comaroff (1981)、李亦園 (Li 1976)、張珣 (2008)，或是如前述，道教學者劉枝萬 (1974)、松本浩一 (1990, 2007)、李豐楙 (1990, 1994, 1995) 吳永猛、謝聰輝 (2005)、許麗玲 (1999)、胡其德 (2008)、莊宏誼 (2008) 等，他們的重點在於提供學界理解文化所給予生活有困頓的受苦的人 (包括病人) 何種協助，他們偏向從神職人員的立場，說明宗教的神學理論、神譜體系、儀式內容、科儀

程序、口白手訣等等。他們從專業神職人員的角度，提供道教神學體系的說明，讓我們更能夠理解民間信仰背後象徵體系，口白咒語與儀式等的深層意義，更能夠理解病人願意接受改樞之後，對於其生命與生活所帶來的意義提昇。

參考書目

丁仁傑

2005 〈會靈山運動的社會學考察〉，《台灣宗教研究》4（2）：57-111。

文榮光

1992 〈靈魂附身現象：台灣本土的壓力因應行為〉，《中央研究院民族學研究所集刊》73：1-32。

文榮光、林淑鈴、陳宇平

1993 〈靈魂附身、精神疾病與心理文化因素〉，《本土心理學研究》2：2-35。

呂一中

2001 〈會靈山運動興起及其對民間宗教之影響〉，《台灣宗教學會通訊》7：88-98。

李秀娥

1997 〈鹿港夫人媽成神的傳說與類型〉，《思與言》35（2）：187-234。

李豐楙

1990 〈煞與出煞：一個宇宙秩序的破壞與重建〉，《中央圖書館台灣分館民俗系列講座》（十）。

1994 〈行瘟與送瘟：道教與民眾瘟疫觀的交流與普及化〉，《民間信仰與中國文化國際研討會論文集》，頁353-372。台北：漢學研究中心。

1995 〈台灣送瘟改運習俗的內地化與本地化〉，《第一屆台灣本土文化學術研討會論文集》，頁829-862。台北：台灣師範大學人文教育中心。

余安邦

2008 〈本土宗教療癒與倫理行動：以北縣新惠慈惠堂的靈媒系統為例〉，未出版。

余德慧

1996 〈文化心理學的詮釋之道〉，《本土心理學研究》6：146-202。

余德慧、徐臨嘉

1993 〈詮釋中國人的悲怨〉，《本土心理學研究》1：301-328。

松本浩一（朱越利翻譯）

1990 〈道教和宗教儀禮〉，福井康順等編撰《道教》第一卷，上海古籍出版社。

2007 〈台灣道教補運與普渡儀式〉，2007-8-10中研院民族所民眾宗教研究群演

講系列四。

吳永猛、謝聰輝

2005 《台灣民間信仰儀式》。台北：國立空中大學。

胡其德

2008 〈三官信仰與三元齋〉，發表於「2008年保生文化祭，道教神祇學術研討會」，台北市：保安宮。

詹碧珠

1998 〈王姨與其儀式展演：當代台灣女性靈媒的民族誌調查〉，清華大學人類學研究所碩士論文。

許麗玲

1999 〈台灣民間信仰中的補春運儀式〉，中研院民族所資料彙編13：95-129。

莊宏誼

2008 〈道教東嶽大帝信仰〉，發表於「2008年保生文化祭，道教神祇學術研討會」，台北市：保安宮。

陳思樺

2007 〈我憂鬱因為我卡陰？〉，慈濟大學宗教研究所碩士論文。

張珣

1989 《疾病與文化》。台北：稻鄉。

2001 〈婦女與醫療：對本土女療者的另類思考〉，國科會研究彙刊：人文及社會科學11（2）：126-134。

2008 〈道教祭解儀式中的懺悔與替身：一個文化心理學的探討〉，余安邦主編《本土心理與文化療癒》375-418。中研院民族所出版。

張恭啓

1987 〈多重宇宙觀的分類與運用〉，《中研院民族所集刊》，61：81-104。

蔡佩如

2005 〈花、女人、女神：台南市臨水夫人媽廟換花儀式的性別意義〉，《民俗曲藝》，149：115-174。

康詩瑛

2006 〈臨水夫人信仰的儀式活動：以台南市臨水夫人媽廟為例〉，《民俗曲藝》，154：133-200。

鄭志明

1996 《台灣民間的宗教現象》。台北：大道文化出版。

劉枝萬

1974 《中國民間信仰論集》。中研院民族所專刊第22號。台北：中央研究院民族學研究所。

戴思睿

1987 〈語與女：試探乩童修辭學〉，《思與言》，35（2）：267-312。

Barnett, L

2004 Dealing with the dead: rituals of trance, transition and transformation in a Taiwan temple. Ph.D dissertation of Anthropology Department, Cornell University.

Hsu, M. T., (許敏桃) & Kahn, D. L.

2003 Adaptation as Meaning Construction: A Cultural Analysis of Spousal Death among Taiwanese Women. *Omega: Journal of Death and Dying* 47(2): 169-186.

Comaroff, Jean,

1981 "Healing and Cultural Transformation: The Case of the Tswana of Southern Africa," *Social Science and Medicine* 15(3B): 367-378.

Kleinman, Arthur

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Li, Yih-yuan (李亦園)

1968 "Ghost marriage, shamanism and kinship behavior in a rural village in Taiwan," in *Folk Religion and the World View in the Southwestern Pacific*. Matsumoto, N. and Toichi Mabuchi, eds. pp97-99.

1976 "Shamanism in Taiwan: An Anthropological Inquiry," in *Culture-bound Syndromes, Ethnopsychiatry, and Alternate Therapies*. William P. Lebra ed. Pp179-188. Honolulu: University of Hawaii Press.

Schieffelin Edward L.,

1985 "Performance and the Cultural Construction of Reality," *American Ethnologist* 12(4): 707-724.

Skultans, Vieda

2007 *Empathy and Healing: Essays in Medical and Narrative Anthropology*. New York: Berghahn Books.

Tsai, Yi-jia (蔡怡佳)

2003 The Reformative Visions of Mediumship in Contemporary Taiwan. Ph.D. Dissertation. Rice University

Tseng, Wen-shing

1972 "Psychiatric study of Shamanism in Taiwan," *Archive of General Psychiatry* 26: 561-565.

1976 "Folk Psychotherapy in Taiwan," in *Culture-bound Syndromes Ethnopsychiatry, and Alternate Therapies*. William P. Lebra ed. Pp179-188. Honolulu: University of Hawaii Press.

Turner, Bryan S.,

1987 "Profession, Knowledge and Power," in *Medical Power and Social Knowledge*, pp131-156. London: SAGE.

“Reframing” or “Back-to folk belief”?
Mechanism of the Religious Healing

Hsun Chang
Research Fellow
Institute of Ethnology
Academia Sinica

Abstract

This article tries to discern the mechanism of folk religious healing in Taiwan. First of all, this study reviews previous studies on folk therapy including folk religious healing in Taiwan, among them writings of medical anthropologists' are emphasized. Secondly, method and viewpoints of medical anthropology are introduced and elaborated. Thirdly, seven cases of three kinds of religious healing in Taiwan are provided to explain the mechanism of folk therapy.

Indigenous psychology has been progressive in recent year Taiwan. Most psychologists focus on individual cognition than on social cultural value system. Mechanism of “reframing” is raised by some of the leading psychologists in Taiwan to explain why folk therapy is efficacious. Patients change their cognitive framework from western medical etiology to folk belief. Yet, question of “why are patients willing to reframe their cognition?” is unanswered. We need an interdisciplinary dialogue here. The author suggests that back to an understanding of the basic folk culture and folk religious belief is necessary. Medical anthropologists' findings are complementary to indigenous psychologists' research.

Keywords: reframing, back-to folk belief, religious healing, folk therapy, folk religion, patient-centered.